

地域包括・行政アンケート (4名)

1 病院との退院調整で困ったこと

- 院内の他科との連携ができていない
- 退院カンファレンスの内容が、不十分 (ただ経過を読み上げるだけ)、カンファレンスで専門用語が多すぎる
- 退院までの日が短く、サービス調整がうまくいかない、バタつく
- 状態評価 (病状、介護力、入院治療対象を要した疾患以外) が不十分で、退院時に必要なサービスが入らない (→その事例では、保健師が急いで調整を行った)

2 訪問看護ステーションとの連携について地域の課題は

- お互いの状況がわからず、批判的になりやすいこと
- 介護保険適応でない場合は、病院看護師・訪問看護師がケアマネジメントをする必要がある
- 癌末期、神経難病など看護主導となる事例では、ケアマネジャーと看護職の連携がうまくいかないこともある
- 情報源の統一 (どの職種も情報源が共有されること)
- 顔の見える関係づくり
- 関係者が課題や困りごとを互いに共有する場 (事例検討なども) をできれば定期的に設定する

1 病院と訪問看護ステーションがうまく連携するには

- 情報交換をすること
- 退院時カンファレンスのあり方について検討が必要
- 病院：訪問看護等サービスを利用した在宅療養のイメージを持てるようになること
- 病院：退院前に、訪問看護の必要性を一定の基準で判断できるしくみ・アセスメントツールをつくることで、病棟看護師から継続看護室、地域へと適切な時期にケースをつなぐことができるのではないかと

平成 21 年度 湖南地域研修会(2009.10.31) 結果

(平成 21 年度実施)

1. 出席者について

1) 出席者 計 108 名

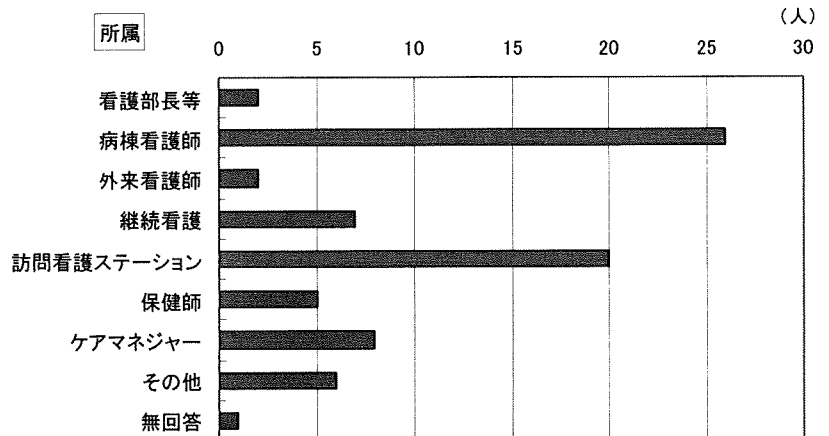
(内訳) 訪問看護ステーション 26 名、介護支援専門員 15 名、行政機関 17 名、
病院関係 37 名 (うち看護協会経由 9 名)、その他 4 名 (東京大学)

2. 事後アンケート結果

1) 所属

図表2-1 (n=77)

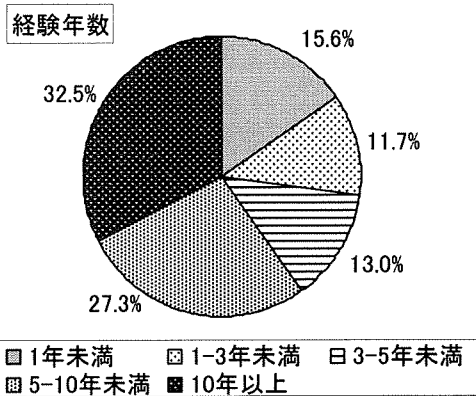
所属	n	(%)
看護部長等	2	(2.6)
病棟看護師	26	(33.8)
外来看護師	2	(2.6)
継続看護	7	(9.1)
訪問看護ステーション	20	(26.0)
保健師	5	(6.5)
ケアマネジャー	8	(10.4)
その他	6	(7.8)
無回答	1	(1.3)
計	77	(100.0)



2) 経験年数

図表2-2 (n=77)

経験年数	n	(%)
1年未満	12	(15.6)
1-3年未満	9	(11.7)
3-5年未満	10	(13.0)
5-10年未満	21	(27.3)
10年以上	25	(32.5)
計	77	(100.0)

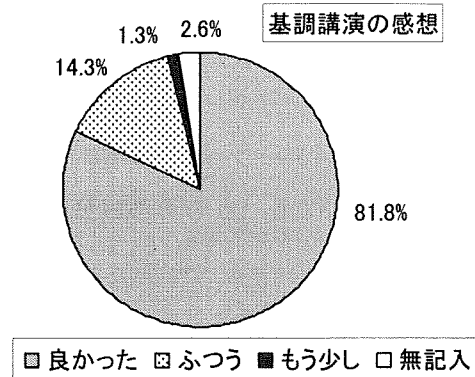


(平成 21 年度実施)

3) 基調講演の感想

図表2-3 (n=77)

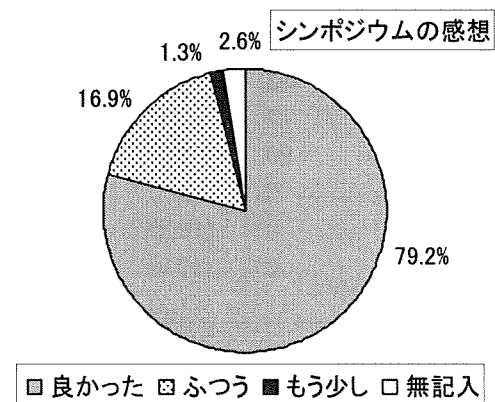
基調講演の感想	n	(%)
良かった	63	(81.8)
ふつう	11	(14.3)
もう少し	1	(1.3)
無記入	2	(2.6)
計	77	(100.0)



4) シンポジウムの感想

図表2-4 (n=77)

シンポジウムの感想	n	(%)
良かった	61	(79.2)
ふつう	13	(16.9)
もう少し	1	(1.3)
無記入	2	(2.6)
計	77	(100.0)



5) 自由記載の内容

(1) 基調講演の感想、(2) シンポジウムの感想、(3) 今後の看護活動に活かしていきたいこと・研修に関する希望について尋ねたところ、以下のような回答があった。

(1) 基調講演の感想

<滋賀医大の具体的な仕組みや経緯・努力が分かった、参考になった、勉強になった>

- ・ 具体的な努力が聞けて参考になった
- ・ 具体的に分かってよかった
- ・ 経緯や取り組みが良く理解できた
- ・ カンファレンス開催までの流れがいつもスムーズで情報も豊富にいただけるシステムが良く分かった
- ・ 良く分かった。
- ・ 良く分かった。参考にしたい。
- ・ 勉強になった
- ・ 分かりやすくてよかった。

- ・ ここまで確立するには大変だったと思う (平成 21 年度実施)
- ・ パイオニアの知識や情報がもらえて嬉しい。院内で認知されるための努力や苦勞に同感し、今後も努力していく必要性を再確認した
- ・ 医大だが積極的に前進されて学びが多かった
- ・ 大学病院も大きく変わってきた
- ・ 今後の連携に向けて他の病院の貴重な話を聞いた
- ・ 他施設の現状が分かった。規模の違いがあると思った
- ・ どのように現在の体制を整えられたのかを聞かせていただいていたありがたい
- ・ 日頃対象でない科にいるため、仕組みというところで学習が深められた
- ・ 理想とする継続看護をされており、今後のシステム構築の勉強になった

<ひとづくり・教育>

- ・ 活気を感じた。特に p9 のラダー化で退院後の生活情報を取れるよう病棟 Ns に意識付けされていることに、「ひとづくり」に力を入れている結果を十分感じた
- ・ 大学病院という高度医療専門機関の看護部がこのような退院支援のシステム作りをしてきたことを知れてよかった。看護の格差も感じつつ「人をつくる」ことの重要性を再認識した
- ・ 退院計画を書いていないのでその必要性を感じており、リーダーとなる調整看護師の育成も必要と感じた
- ・ 当院のシステムもこれからなので、病棟看護師の臨床能力を向上する目標の中に退院支援に関する目線を持つというのは勉強になった

<心強い>

- ・ 看護部が病院内で頑張っていることが非常に嬉しく、心強く思った
- ・ 力強く感じた

<活かしたい>

- ・ 急性期の病院での情報発信、共有など参考になった。現場に活かしていきたい
- ・ 病院の仕組みが分かり、今後の連携に活かせると思った。システム作り、ツール作りの大切さを感じた

<要望>

- ・ 経験豊富な方ばかりで意見を言えなかったが、退院カンファレンスの話ばかりであり、退院後外来通院になってから病院スタッフは支援してくれず、そんな時は継続看護室の協力は得られるのだろうかと思った。現実には私たちが病院受診日に時間を狙って出向いているが、まったくサービスです
- ・ 現状はようやく糸口が見えてきた段階で、問題は山積だと思う。医療との連携にも触れて欲しかった

<連携の必要性>

- ・ 退院患者さんが 1 ヶ月ほどで脱水、食欲不振で入院したことがあり、連携の必要性を今回の講演で考えさせられました
- ・ 退院調整看護師の役割と連携の必要性を痛感しています。今後の御活躍を期待しています。また共に考えていきたい
- ・ 切れ目のない看護はこれからとても重要。看護職の中での連携というシンポジウムはかっさ的だと感じた

<入院時からの退院調整>

- ・ 入院時からスクリーニングが行われており、病院側も在宅看護への継続を意識していることが分かった

- ・ 入院時からの退院調整の必要性が十分理解できた (平成 21 年度実施)
- ・ 入院時からのマニュアルがしっかり出来ていて、病棟 Ns も支援しやすい病院ですごい。私たちも頑張らなくては。
- ・ 早期からの退院調整が必要なことが分かった

<他>

- ・ 専門知識を持つ Ns が調整に関わることは患者さんにも力強く安心できると思う
- ・ 退院支援が理解できよかった
- ・ 退院支援システムがしっかりしていることで、退院後必要なサービスがスムーズに導入でき、退院カンファレンスでも在宅を想定した内容になり、有効なカンファレンスがもてると思った
- ・ 当院にはスクリーニング表がないが、あれば受け持ち Ns だけでなく病棟全体でもどういった Pt なのか把握しやすいと思った
- ・ 病院システムの中核に Ns が関わっていることがすばらしい。医療と生活をあわせて考えることが出来るのは Ns だと常々思っていた
- ・ 病棟看護師より働きかけることの大切さを改めて知った
- ・ 病院内で継続看護部の方が色々な仕事をされていることが分かった
- ・ 他の病院にも波及させ、地域全体で取り組んでいけたらよい
- ・ 予防的看護の必要性をアピールしていきたい。病棟からもつないで欲しい
- ・ 連携についてもこういった会で顔見知りになり、声をかけやすい関係になればいいと思う。

(2) シンポジウムの感想

<要望>

- ・ 時間が少し短かったです
- ・ 意見交換での時間が短い。聞きたいことがあったがこの場で聞いていいのか判断ができなかった
- ・ もう少し時間を取ってもらい、看看連携を深めたかった
- ・ 具体的にどう動けばよいかわからなかった。アンケート内容を基にディスカッションしたかった
- ・ 通所介護で勤務する看護師の報告や要望も聞きたい
- ・ 現状はようやく糸口が見えてきた段階で、問題は山積だと思う。医療との連携にも触れて欲しかった

<様々な立場からの意見が良かった>

- ・ 色々な立場での発言が参考になった。特に継続の中での情報共有についてなど
- ・ 色々な立場からの話が聞けてよかった
- ・ 各立場からの役割やシステムや希望要望を聞けて、今後の業務の参考になった
- ・ 各分野の話が聞けてよかった。顔がアピールされて良かった。
- ・ 様々な職種の方の話を聞くことができてよかった
- ・ 様々な分野からの意見があり、知識が広がったと思います。
- ・ それぞれの現状と意見を聞き、連携システム作りが大きく進んだと感じた
- ・ それぞれの現場での工夫や大切にしている視点がはっきり分かり参考になった。地域性を活かした退院支援ができればよいと考えながら今後活かしていきたい
- ・ それぞれの立場から意見が聞けてよかった
- ・ それぞれの立場から現状問題点を出していただいて、お互いを知る良い機会になった
- ・ それぞれの立場からそれぞれの意見を聞き勉強になった
- ・ それぞれの立場からの現状、問題提起で良く理解できた。病棟でプライマリ Ns が対象にうまく退院支援プロセスが進み、そこに喜びが見出せたら理想的。

- ・それぞれの立場からの事情・状況が聞けてよかった
- ・それぞれの立場で意見が出し合え、様々な視点で考えられる貴重な時間の場だった
- ・それぞれの立場での話を聞くことができよかった
- ・それぞれの立場の意見や思いが聞けてよかった
- ・それぞれの立場の意見を聞いた。在宅ではしっかり 1 日を過ごすことができること、夜はぐっすり寝ること、排便はスムーズに出来ること、食事はおいしく食べることに、そのことを病院側は意識して関わって欲しい。そうすると退院はとてもスムーズです。
- ・それぞれの立場の思いを知ることが出来た
- ・それぞれの立場の話が聞けてよかった。
- ・それぞれの立場の人の発表が良かった。村嶋先生の司会がうまい

<具体的>

- ・具体的でありがたい。これから安心して病院と連携を取っていききたい
- ・具体的な内容が参考になった
- ・小川さんの内容が具体的で理解しやすかった。病棟でどんなことに留意して支援していけばいいのかわかり、活用できそう
- ・切れ目のない連携が必要ということが具体的にイメージできるようになった。お互いの立場での連携を利用し、より良い看護が展開できるようにしたい
- ・病院側からの退院連携システムを具体的に教わった。病院職員の出席も大変良かった。病院で行うカンファレンスを重ねていくことが訪問看護と病院の連携に繋がるということが印象に残った

<連携の必要性>

- ・多くの学びがあった。看看連携の必要性を感じる。今後きめ細かな情報提供が出来るよう頑張りたい
- ・入院患者の高齢化が進み、継続看護の必要性は高まると思う。もっとこまめに関係者間でのコミュニケーションを取っていかなければいけないと思うし、そうすることで看護ケアの内容を持って充実させることが可能になると思った
- ・他職種・地域との連携が必要なことが分かった
- ・病院と外部との連携の大切さ、お互いが分かり合おうとする心も重要。病棟 Ns が主体となり、方向性を見極め、自己では難しいところや分からないところを退院調整 Ns に手助けしてもらうようなかわりに変化させていかないといけない
- ・病棟でのケアが在宅ではどうかを常に考えながら連携する必要があることを再認識した

<フィードバック>

- ・自分たちの援助が退院後効果があったのか教えてもらえれば評価できるので、継続看護室を通して教えて欲しい
- ・フィードバックの必要性を強く感じた。そうすることで在宅・病院の看護の向上がさらに可能になると思った
- ・退院後の情報も得られれば、今以上に患者さんに満足できる調整が行えると思う。自分もどこに誰がいつ関わったらよいかもっと知ることが出来るよう努力していきたい
- ・退院後どうなったか情報が欲しいと思っていたが、入院中から訪問 Ns やケアマネにしっかり伝えることがまず第一の始まりだと思った

<心強い>

- ・病院の方もみんな患者さんのことを考えていることがわかり、勇気を感じた
- ・病院の退院調整部署がとても意欲的に地域連携活動をしていることがわかり、包括としても心強く思った

<他>

- ・ 病院での Ns の役割、地域での困りごとが良く分かった (平成 21 年度実施)
- ・ 在宅への情報提供は細かいことまで伝えることの重要性を感じた
- ・ 退院後のスムーズなケアのために必要な内容を理解することが出来た
- ・ 流れ、システムが理解できた
- ・ シンポジウム前に紹介があつてよかった。
- ・ ADL に目がいきがちだが、IADL の確認の必要性があると思った。医療者が行っていた部分を誰が担うのか、担えないときにどう対応するのかを把握していくことが必要だと思いました
- ・ ケアマネに訪問看護の生活における有用性をアピールして欲しい。管理・指導の大切さが理解してもらいにくいので、もっと一般化して分かりやすくアピールしてもらえたらと思う
- ・ 入院直後からのかかわりは必要と思う。本当にかかわることができたらすばらしい。
- ・ 病院側へ在宅をイメージしやすいように具体的に考えられるようなアドバイスを継続室の方をお願いしたい。継続室が調整窓口にいることが心強い
- ・ 保健師の役割について、現在の地域の資源 (質を含め) をどう活かしてどうつなげるか、足りない資源 (質を含め) は何でそれをどう分配するか取り組みたいが頭の整理がつかない

(3) 今後の看護活動に活かしていきたいこと・研修に関する希望

<研修の感想>

- ・ このような病院と在宅 NS のシンポは有効だった
- ・ 事例があつたほうが分かりやすい
- ・ それぞれの本音を聞いた気がするので、アンケートが興味深い。
- ・ 地域全体が前向きで、この会が開催されたことに感謝する
- ・ 連携の重要性がわかり、今後の看護のあり方に繋がると感じた

<研修の希望>

- ・ No.2 を企画して下さい
- ・ 高齢者のことをまたして下さい
- ・ ステーションのレベル up のため、認定専門看護師等の利用→施設内研修、出前講座など
- ・ 病院看護師へ直接指導研修してほしい
- ・ 病棟 Ns の教育。今後も地域を結ぶ研修を継続して欲しい
- ・ 訪問看護への実習研修、包括支援センター活動など、実務経験を中心とした研修を希望

<体験>

- ・ 地域で働き始めてすぐに元職場の看護部長に「患者さんがこんなに困っておられます」といったことを思い出した。あれから 10 年「うちの看護の文句」のように捉えられてしまったことも、1 人でばたばた動いても失敗ばかりでしたのに、たくさんで動く大切さを感じました。

<今後の活動への示唆>

(具体的な連携)

- ・ 今以上に積極的に病院に働きかけていく。地域の思いを病院に伝えていく
- ・ 今時分の受け持ちは全員退院調整が必要な方。早め早めに情報交換を行い、安心して退院してもらえるよう、もっとコミュニケーションを密にとっていきたい
- ・ 訪問看護も積極的に病棟 Ns とコンタクトを取っていくようにしていきたい
- ・ 病棟 Ns として、地域で関わっている方が病院へ来るタイミングを見計らっていることが分かったので、意識して病院・病棟から積極的に働きかけをしていこうと思う

- ・ 連携のフィードバックはケアマネの立場も同じ。次へのモチベーションになる。退院後、病棟からサマリーと共に、アンケートみたいに数ヵ月後にこの点について現状はどうですかとケアマネとかに質問してみてください

(教育)

- ・ 在宅ケアに従事するスタッフの教育システムを充実させていかないと

(考え)

- ・ 安心して在宅で最後を迎えられる地域づくりと一緒に研究できたらよい
- ・ 在宅に役立つ退院調整、生活や気持ちに寄り添える退院支援を地域連携で達成したい
- ・ スムーズな在宅移行に向けて考えていきたい
- ・ 連携を大切にしていきたい
- ・ 繋がりたいと思う気持ちを大切に行動をうつしていきたい

(他)

- ・ 当院では SW の負担が大きいのので、その負担が軽減できるよう考え取り組んでいきたい
- ・ 病棟の退院支援 Ns なので、研修会に積極的に参加して学びを増やしていきたい。他のスタッフも自己にて支援できるよう、動きやすいシステムを作っていきたい
- ・ 医療面が苦手だが、今後の支援に活かせるようにしたい

**IV. 行政が取り組む 24 時間体制の訪問看護
ステーションの整備・拡充(福岡県)
ー在宅医療推進事業を通してー**

1. モデル事業の背景とこれまでの経緯

本事業は、24 時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充を目指し、福岡県保健医療介護部医療指導課が在宅医療推進事業と名を打って施策化・事業化された。今年度は 4 か所の保健所が医療指導課と協働しモデル的に事業を実施した。いずれは、他の県下全保健所も同様に事業を行う予定になっている。

その発端は、以前より在宅療養者が安心して生活するための受け皿が整っていないことを地域の課題と感じていた保健師が、医療制度改革という大きな国の流れをきっかけに、その整備に取り組むことを考案したことから始まっている。特に訪問看護ステーションは経営が厳しく、近年、閉鎖するステーションが後を絶たない。訪問看護ステーションの質も様々である。在宅療養者の生活を支える訪問看護が十分に提供されない状況は、さらなる在宅医療の脆弱化を招く。そこで、訪問看護ステーションの整備・拡充には行政支援が必要不可欠であるという考えの基、本モデル事業は企画・立案された。

2. 保健所が中心となって推進する在宅医療推進事業 ～24時間訪問看護体制の整備に向けて～

2.1 モデル事業の目的

本モデル事業は、下記の3点を目的として実施する。

- ① 住民は希望する場所で療養ができ、死の場所を選択できる。
- ② 地域は緩和ケアができる在宅医療資源が増え、ネットワークが構築できる。
- ③ 保健所は在宅医療推進に関するネットワークの統合調整機能を果たし、評価することができる。

2.2 モデル事業の実施方法

全体像については、図表IV-2-2を参照のこと。

1) 福岡県在宅医療推進協議会の設置・運営

地域在宅医療ネットワーク構築のための課題を抽出し、事業の方向性を検討することを目的に、医療指導課に事務局を置き、福岡県在宅医療推進協議会を設置する。

2) 地域在宅医療支援センター（地域在宅医療推進協議会）の立ち上げ

地域特性に合わせた在宅医療支援やネットワーク構築を行うこと、緩和ケアに関する相談機能を持つことを目的に、4保健福祉環境事務所（宗像・遠賀、嘉穂・鞍手、南筑後、京築）に設置する。

① 事業内容

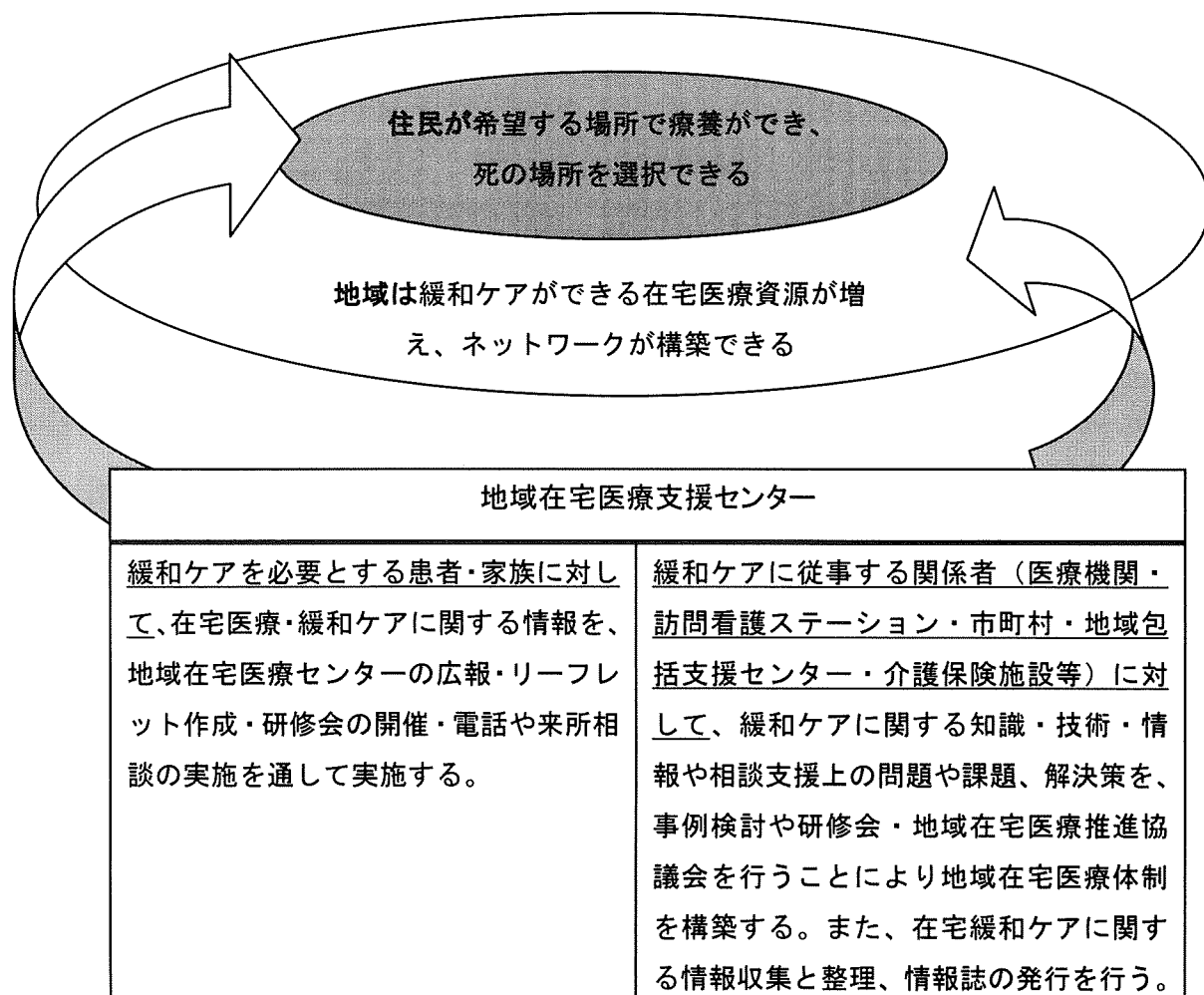
「誰もが望む場所で療養できる地域医療体制の整備」を目指し、地域在宅医療体制の整備を行う。特に、24時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充、および在宅緩和ケアを希望する方の窓口として「地域在宅医療支援センター」の設置に取り組む。

「地域在宅医療支援センター」では、地域においてがん等で緩和ケアを希望する患者およびその家族等の相談・支援を行い、療養上の悩みや不安軽減を図るとともに、在宅緩和ケアの普及啓発ならびに医療機関等、関係機関の相互の連携の推進を図る。

② 目標および評価指標

短期目標 2009年（1年後）：	
目標	<p>住 民：在宅緩和ケアについての相談窓口があることを知る。</p> <p>地 域：事例検討会や研修会を通して在宅緩和ケアについての知識と情報を持つ。顔の見える連携づくりを行う。</p> <p>保健所：地域在宅医療支援センターを立ち上げ、地域の情報や課題が分かる。</p>
評価指標	<p>協議会や事例検討会の開催で地域の課題の明確化／管内の社会資源情報の整理／リーフレットの作成／相談支援のスキルの習得／24時間体制の訪問看護ステーションの増加</p>
中期目標 2010年（2年後）：	
目標	<p>住 民：住民組織の代表者に在宅ターミナルを過ごすことの意識が浸透する。</p> <p>地 域：関係機関が地域の課題を共有し、在宅緩和ケアにかかわる地域の社会資源、相談支援における連携方法が分かる。</p> <p>保健所：管内の在宅緩和ケアに関する相談支援を行う。管内の関係機関連携推進とサービスの質の向上を図る。（手引きの作成）</p>
評価指標	<p>相談件数の増加／事例検討、協議会の回数と参加機関の広がり／事例の集積による地域課題の整理と対策の検討／研修会参加数（住民・関係職種）の増加と意識の向上／24時間体制の訪問看護ステーションの増加</p>
中期目標 2011年（3年後）：	
目標	<p>住 民：在宅でターミナルを過ごすことの意識が住民に浸透し、適切な機関に相談できる。</p> <p>地 域：在宅緩和ケアに関する相談、支援システムが構築され、利用できる社会資源が増える。</p> <p>保健所：在宅緩和ケア支援にかかわる関係機関の連携がスムーズになり、課題解決のためのシステム構築がほぼ完成に近づく。</p>
評価指標	<p>支援上の課題解決に向けたシステム（介護保険運用上の課題解決／地域連携パスの活用、市町村メニュー、レスパイト施設等）／住民の周知度及び意識の向上／在宅ケアボランティア数の増加／相談件数の増加／手引きの作成／24時間体制の訪問看護ステーションの増加</p>
長期目標 2012年（4年後）：	
目標	<p>住 民：自分が希望する場所で療養ができ、死の場所を選択できる。</p> <p>地 域：在宅緩和ケアに関しての支援がどの機関でも受けられるようになっている。</p> <p>保健所：在宅緩和ケアのシステム評価ができる。</p>
評価指標	<p>在宅療養患者の増加と満足度の向上／在宅での看取り数の増加／在宅ケアボランティア数の増加／相談・連携会議の拠点となるうる保健所以外の機関及び団体の増加／在宅緩和ケアに関して利用できるサービス機関数と制度の数の増加／24時間体制の訪問看護ステーションの増加</p>

図表Ⅳ-2-1 地域在宅医療支援センターのコンセプト



WHO(世界保健機関)による緩和ケアの定義 (2002年)

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな（霊的な・魂の）問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ（生活の質、生命の質）を改善するためのアプローチである。

3) 在宅医療の支援環境の整備

NPO と協働し、在宅ボランティアを育成する。

4) 在宅移行促進のための病院・訪問看護ステーションの研修

5) 訪問看護ステーションのモデル事業

24時間訪問看護、訪問看護と介護の一体型訪問、医療型多機能の3つのモデル事業を実施することで、訪問看護ステーションの整備および強化を試みる。

図表IV-2-2 在宅医療推進事業の全体像

在宅医療推進事業費（医療指導課）

（事業全体像）

目的 ・ 24時間訪問看護ステーションの整備・拡充

・ 地域在宅医療体制の整備

役割・目的

福岡県在宅医療推進会議（医療指導課）
 ・ 在宅医療推進の司令塔
 ・ 地域における在宅療養に因する連携の推進及び適切な在宅療養の提供促進を図るための体制整備の検討。

県（医療指導課）

地域在宅医療支援センター
 ・ 地域の在宅医療連携を支援し、促進する。
 ・ 地域の事例検討
 ・ 地域特性を生かした連携の検討

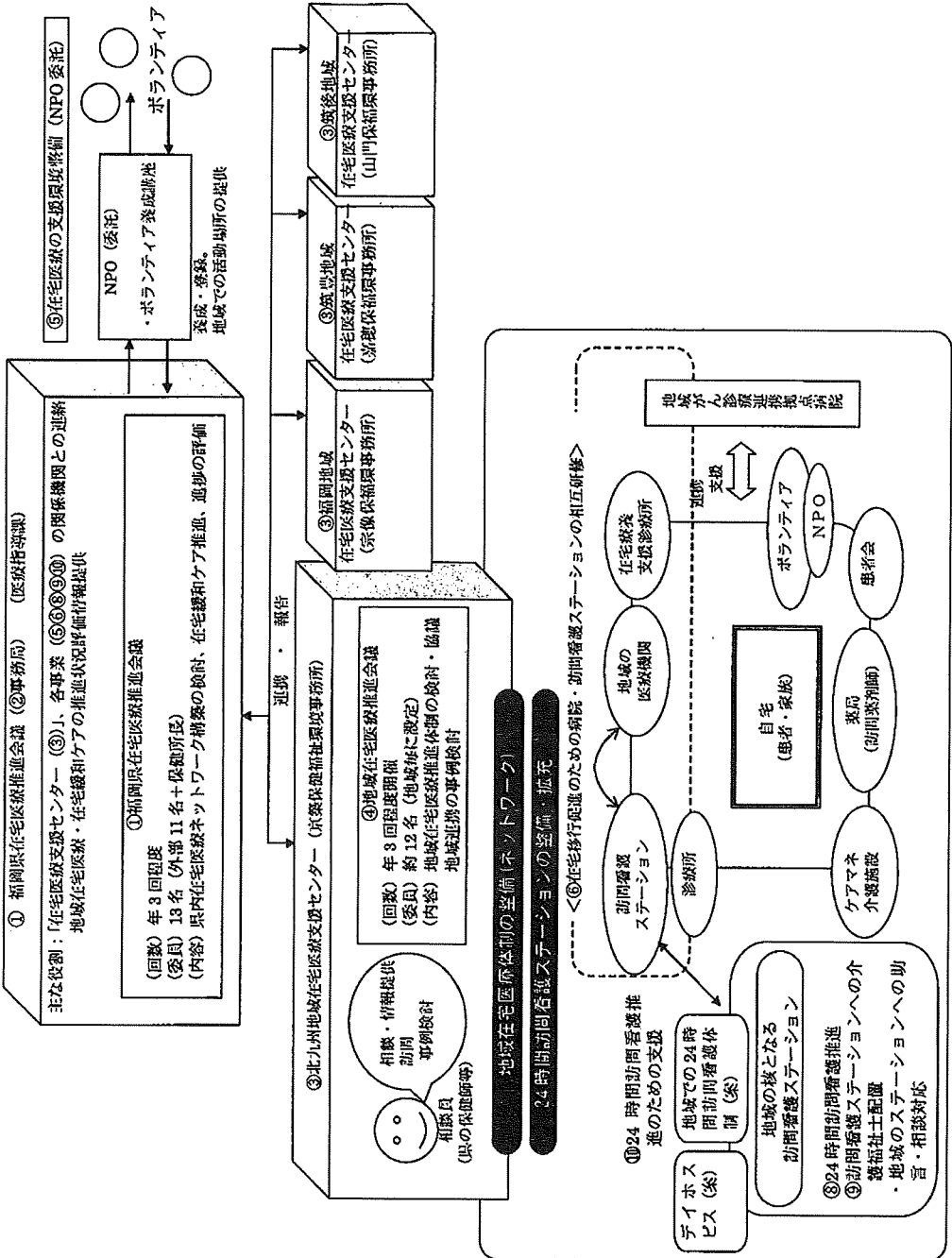
地域在宅医療体制の整備（ネットワーク）
 ・ 24時間診療所や薬局（訪問薬剤師）等と連携し、地域在宅医療を進める
 ・ 相互の職場での実務体験と役割分担の確認

24時間訪問看護推進
 ・ 24時間訪問看護に取組めるステーションを育成する。
 ・ 地域の核となる訪問看護ステーション
 ・ 24時間訪問看護推進
 ・ 訪問看護ステーションへの介護福祉士配置
 ・ 地域のステーションへの助言・相談対応

地域

H20年度からの事業

事業概要



2.3 医療指導課の取り組み

1) 福岡県在宅医療推進協議会の設置・運営

福岡県在宅医療推進協議会を設置した。医療指導課に事務局を置き、地域在宅医療ネットワーク構築のための課題を抽出し、事業の方向性の決定を行った。

- ① 開催回数：年1回（12月）
- ② 委員構成：12名（医師会・がん診療拠点病院・看護協会・在宅ホスピス医・NPO団体・訪問看護ステーション・介護支援専門員協会・薬剤師会・九州大学・県立大学・保健所長会）
- ③ 検討内容：
 - ◇ 病院とがん拠点病院や地域医療機関との十分な連携を図る必要がある。
 - ◇ 末期がん患者の実態に応じた独自の介護認定システムが必要。
 - ◇ 地域連携室やケアマネが活用できる情報を把握する必要がある。
 - ◇ 終末期医療に積極的にケアマネを活用していただきたい。また、福祉系のケアマネへの研修や医療系との連携が重要。
 - ◇ 保健所が地域でコーディネートする役割は大きく期待される。スキルアップについて連携、協力していきたい。
 - ◇ 終末期や緩和ケアをがん中心にとらえやすいが、将来的にはがんにとどまらず、小児や認知症状も含めた「在宅医療」になっていくことが目標。
 - ◇ 圏域を越えて、患者や市民の立場になって検討する必要がある。

2) 地域在宅医療支援センター（地域在宅医療推進協議会）の立ち上げ

4保健福祉環境事務所（嘉穂、京築、宗像、山門）に設置。地域特性に合わせた在宅医療支援やネットワーク構築を行うこと、緩和ケアに関する相談機能を持つことを目的とし、4保健所の後方支援を行った。PRとして平成20年11月に記者発表を行った。

3) 在宅医療の支援環境の整備（NPO協働）

在宅ホスピスボランティア養成講座を各地域で開催した。

NPO協働事業として、在宅ホスピスボランティア養成講座を実施した。平成20年度の受講者は104名であった。

4) 在宅移行促進のための病院・訪問看護ステーションの研修

互いの職場で実務研修を行うことで、互いの関わりを学び、病院から在宅へのスムーズな移行を促進し、退院時調整、地域連携の方法を学んだ。

- ① 「地域在宅医療支援センター研修会」

開催回数：4回

対 象：地域在宅医療支援センター職員

参加者：40名

②「地域在宅医療推進研修会」

開催回数：2回

対 象：保健所・政令市・市町村・訪問看護ステーション職員

参加者：191名

③病院・訪問看護ステーション相互研修事業

対 象：病院と訪問看護ステーション職員

参加者：12名

5) 訪問看護ステーションのモデル事業

平成20年度は4箇所の訪問看護ステーションが、平成21年度は6箇所が、下記の3つのモデル事業を実施することで、訪問看護ステーションの整備および強化を試みた。

① 24時間訪問看護事業

② 訪問介護一体型事業

③ 医療型多機能 — デイホスピス事業、スーパーバイズ事業

次ページより、上記のうち、2) 地域在宅医療支援センター（保健所）モデル事業、および5) 訪問看護ステーションのモデル事業について詳細を述べる。

2.4 4箇所モデル保健所の取り組み

1) 背景および目的

在宅医療体制整備にむけた地域ネットワークの構築、24時間体制の訪問看護ステーションの整備・拡充を目指し、平成20年度から宗像・遠賀、嘉穂・鞍手、京築、南筑後の4保健福祉環境事務所に地域在宅医療支援センターを設置し、「在宅医療推進事業」を開始した。平成22年度には県下全保健所9箇所で在宅医療推進事業に取り組む予定である。

○モデル対象地域の特性（図表V-2-3、V-2-1-4参照）

モデル事業に取り組む4保健所の管轄地域の基本統計は図表V-3-1、3-2の通りである。人口は、嘉穂地域が最も多く約19万人、続いて京築地域、宗像地域、山門地域である。人口密度は、宗像地域が869人/km²強と最も高かった。老年人口が最も高いのは、山門地域の25.5%であり、最も低いのは宗像地域の20.4%である。

産業構造を見ると、第1次産業割合が最も高いのは山門地域（16.2%）であり、最も低い宗像地域と比較すると約4倍である。これは有明海に面しているため、のりの養殖等の漁業が盛んであるためと考えられる。第2次産業割合が最も高いのは、自動車工場等がある京築地域（35.0%）である。第3次人口割合が最も高いのは、都市部へのアクセスがよい宗像地域（72.3%）である。

2) 実施方法

(1) 共通した実施内容

実施内容は、①住民・療養者の啓発、②必要なサービス提供体制の整備（質・量）、③ネットワークの推進であった。

具体的には、①住民・療養者の啓発では、民生委員や一般住民を対象とした講演会の開催、地域在宅医療支援センターの周知（町内回覧・ポスター等）、地域資源の情報提供（資源ブック）を行っていた。

②必要なサービス提供体制の整備では、在宅医療支援センターの立ち上げ・相談、関係機関のサービス提供状況の把握（医療依存度の高い患者の受け入れ状況、看取り件数、熱意、等）、関係機関を対象としたスキルアップ研修の開催等を行っていた。

③ネットワークの推進では、関係機関をメンバーとした協議会の開催、関係機関の情報交換会の開催、関係機関と協働しての研修会の開催・情報ブックの作成を行っていた。

図表Ⅳ-2-3 モデル事業地域の基本統計

	面積(km ²)	人口密度	人口	年少人口 15歳未満	生産人口 15-64歳	老年人口 65歳以上	第一次産業人口			第二次産業人口			第三次産業人口			居宅介護 支援事業所		居宅介護支援 訪問看護事業所 (医療クリニック ステーション)	
							人口	(%)	(%)	人口	(%)	(%)	人口	(%)	(%)	人口	(%)	(%)	人口
合計	653078	87635 (13.4)	413031 (63.3)	152170 (23.3)	22412 (7.5)	88133 (29.4)	189656 (63.2)	205	249	774 (736/38)									
小計	172.36	869.25	149825	20249 (13.5)	99019 (66.1)	30512 (20.4)	3343 (5.1)	14851 (22.6)	47545 (72.3)	30	30	163 (158/4)							
宗像市	119.66	786.79	94148	13021 (13.8)	62833 (66.7)	18281 (19.4)	2120 (5.2)	8894 (22.0)	29367 (72.7)	17	21	108 (104/4)							
福津市	52.7	1056.48	55677	7228 (13.0)	36186 (65.0)	12231 (22.0)	1223 (4.8)	5957 (23.5)	18178 (71.7)	13	9	55 (54/1)							
小計	369.38	524.71	193821	24992 (12.9)	122153 (63.1)	46531 (24.0)	3206 (3.7)	24656 (28.4)	58973 (67.9)	74	126	261 (251/10)							
飯塚市	214.13	622.78	133357	17335 (13.0)	85759 (64.3)	30213 (22.7)	1723 (2.9)	16267 (27.0)	42363 (70.2)	49	91	207 (201/6)							
嘉穂市	135.18	339.76	45929	5777 (12.6)	27177 (59.3)	12880 (28.1)	1254 (6.2)	6288 (31.3)	12559 (62.5)	17	27	40 (37/3)							
桂川町	20.07	724.21	14535	1880 (12.9)	9217 (63.4)	3438 (23.7)	229 (3.6)	2101 (32.9)	4051 (63.5)	8	8	14 (13/1)							
小計	182.02	647.79	117911	15665 (13.3)	72185 (61.2)	30061 (25.5)	9546 (16.2)	17621 (29.8)	31922 (54.0)	35	30	120 (114/6)							
柳川市	76.9	969.29	74539	10320 (13.8)	46234 (62.0)	17985 (24.1)	4865 (13.3)	11127 (30.5)	20467 (56.1)	19	19	109 (105/4)							
みやま市	105.12	412.59	43372	5345 (12.3)	25951 (59.8)	12076 (27.8)	4681 (20.7)	6494 (28.7)	11455 (50.6)	16	11	11 (9/2)							
小計	566.3	338.19	191521	26729 (14.0)	119674 (62.5)	45066 (23.5)	6317 (7.1)	31005 (35.0)	51216 (57.8)	66	63	230 (213/15)							
苅田町	46.6	737.91	34387	5005 (14.6)	22865 (66.5)	6492 (18.9)	379 (2.4)	5998 (38.6)	9165 (59.0)	8	9	50 (48/2)							
行橋市	69.83	1003.43	70070	10321 (14.7)	45243 (64.6)	14505 (20.7)	1439 (4.5)	11293 (35.3)	19241 (60.2)	22	29	90 (81/9)							
みやこ町	151.28	151.36	22898	2873 (12.6)	13564 (59.3)	6452 (28.2)	1185 (11.2)	3778 (35.8)	5582 (52.9)	9	7	2 (0/2)							
京築 築上町	119.34	174.6	20837	2654 (12.7)	12534 (60.2)	5642 (27.1)	1135 (11.4)	2867 (28.7)	5972 (59.9)	7	5	20 (19/1)							
豊前市	111.17	252.8	28104	3686 (13.1)	16481 (58.6)	7936 (28.2)	1353 (10.2)	4424 (33.4)	7486 (56.4)	14	9	51 (49/2)							
吉富町	5.68	1241.72	7053	1127 (16.0)	4237 (60.2)	1680 (23.9)	187 (5.7)	1351 (40.9)	1762 (53.4)	4	2	11 (10/1)							
上毛町	62.4	130.96	8172	1063 (13.0)	4750 (58.1)	2359 (28.9)	639 (16.2)	1294 (32.8)	2008 (51.0)	2	2	6 (6/0)							
福岡県全体	4,844.56	1043.23	5054000																

* 1 人口(2005)、産業別就業者数(2000)に関しては総務省統計局による「統計でみる市区町村のすがた2007」(最新)データによる<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001008799&cycode=>

* 2 みやま市は平成19年瀬高町山川町高田町の合併により誕生。よって、この三町の合計を記載

* 3 医療(介護・看護)サービス、医療機関についてはwam netによる

* 4 事業所・医療機関数については、WAMNETから検索(2008年6月現在)

* 5 数値の単位は、人口については「人(%)」、他事業所等に関しては「箇所」である

* 6 面積については、国土院HP<http://www.gsi.go.jp/KOKUJYOHO/MENCHO/200804/opening.htm> 2008年4月の速報による

図表Ⅳ-2-4 モデル事業地域の在宅療養支援診療所の概況

二次医療圏	在宅療養支援診療所の数		医師数 (常勤換算)	訪問診療の対象者数		看取り数 12月	
	在宅療養 支援診療所 の数	面積あたりの 在支診数	県域内 65歳以上 人口比 (※1万人)	対象 患者数	県域内 65歳以上 人口比 (※1万人)	患者数	県域内 65歳以上 人口比 (※1万人)
宗像	12	17.6	4.4	125	39.1	29	9.0
嘉穂	7	6.1	1.5	173	36.3	21	4.4
山門*	47	45.1	10.0	652	95.9	49	7.2
京築	23	18.0	6.1	292	63.0	22	4.8
県内総計	654	40.0	8.6	8,452	81.8	824	8.0

*山門：現在の南筑後保健所管轄地域（柳川市・みやま市）に加え、大牟田市も含むデータ

出典：厚生労働科学研究費補助金 医療安全・医療技術評価総合研究事業
「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントに関する研究」
平成19年度総括研究報告書 p50（主任研究者 尾形裕也）

（2）地域特性に応じた実施内容

各モデル事業地域では、地域の強みを活かして事業を展開していた（図表Ⅳ-2-5）。

①宗像・遠賀保健福祉環境事務所

－住民のニーズを引き出し、提供体制を構築・強化－

ボランティアや家族会等、住民組織活動が活発な地域である。そのため、事業担当者は、住民から在宅看取りや在宅医療ニーズを高めることで、さらに地域の関係機関の志気を高めていく戦略を描いていた。回覧板を利用した全戸周知や、在宅で看取った経験のある家族や関係機関をシンポジストにした市民講座の開講等を行った。また、薬剤師会が在宅医療に積極的であったため、STや診療所とどう連携体制を構築するべきかを話し合った。

②嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所の取り組み

－がん拠点病院をキーに病院と在宅をつなぐ－

管内にがん拠点病院があることや、多くの管内住民はその病院に通院することから、保健所はがん拠点病院をキーと考えた。事業の趣旨説明を行い、院内の緩和ケアチームのラウンドやカンファレンスへの参加を積極的に行うことで、徐々に関係をつくり、病院の医師と「受け入れてくれる診療所が分からない」という課題を共有した。その課題を医師会にも持ちかけ、医師会と協働で管内の資源を閲覧できる冊子を作成することを試みた。その冊子を作成するプロセスを、地域の課題共有やネットワーク構築のステップと捉え、在宅医療に熱心な関係機関や現状を把握した。