

# I はじめに

## 1. 事業の必要性とこれまでの経緯

～誰もが安心して望む場所で在宅療養を送ることができる地域へ～

福岡県は、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 年度から保健所に地域在宅医療支援センターを設置し（平成 20 年度はモデル保健所 4 箇所）、「在宅医療推進事業」を開始しました。

その背景には、平成 17 年度の医療制度改革を機に、「県民が望む場所で死を迎えられる終末期在宅緩和ケアの体制整備」を目指して、24 時間の訪問看護サービスの提供や医師の研修等を一部の地域でモデル的に実施した経過がありました。そこでは在宅医療の課題として、医療依存度の高い住民を受け入れる地域の体制や、病院と在宅との連携が十分でないことが明らかとなり、平成 20 年度福岡県医療計画に在宅医療整備が重点課題の一つに盛り込まれました。また、平成 19 年に施行されたがん対策基本法に基づき、福岡県がん対策推進計画でも「がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加」が掲げられています。

全国の住民を対象とした調査によると、末期がんになった場合に「自宅で最期を過ごしたい」と思っている人は約 8 割ですが、そのうち約 6 割が「実現は難しい」と考えていました。その理由として「病状が悪化した時に受けられる医療への不安」があげられていました（日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査，2008）。さらに、福岡県の「在宅で死を迎える割合」は 11.5%であり、全国の 15.1%に比べて著しく低く（全国 46 位）（平成 17 年国勢調査）、福岡県において在宅医療を整備することは急務の課題です。

在宅医療推進事業						
ここまでの経過 						
病院、緩和ケア病棟、自宅など、療養場所の選択ができる						
患者が望む場所で療養し、望む場所で死を迎えられる福岡県						
年度	H17	H18	H19	H20	H21	H22
	終末期医療対策推進事業 			在宅医療推進事業 		
方向性の会議	終末期医療対策推進協議会			在宅医療推進協議会		
従事者研修、従事者育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅ホスピス研修会</li> <li>在宅ホスピスアドバイザー派遣</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>ST管理者研修</li> <li>高度在宅看護技術実務研修</li> </ul>		
退院支援・連携	病院とSTの相互研修			病院とSTの相互研修		
訪問看護STの機能強化機能拡充	←24時間訪問看護支援事業			<ul style="list-style-type: none"> <li>医療型多機能(デイホスピス/スーパーバイズ)</li> <li>介護との一体型事業</li> <li>コールセンター</li> </ul>		
NPO協働				在宅ホスピスボランティア養成		
情報提供体制	ふくおか医療情報ネット			ふくおか医療情報ネット(更新)		
地域ネットワーク				「地域在宅医療支援センター」設置:保健所		

## 2. 保健所が主体となってこの事業を実施する必要性

在院日数の短縮化や在宅医療の高度化等により、在宅療養が可能な者の対象像が変化しており、これまでの在宅ケアシステムでは対応しきれなくなる一方で高齢者世帯、単身者も増えています。また、高齢社会は、多死社会でもあります。平成17年に約100万人の死亡数は、2015年には、約140万人になると予想されています。この人々をどう看取っていくのかは、現代日本の公衆衛生の大きな課題です。そのため、医療・保健・福祉機関のケアシステムを再構築することが必要です。そこで、当該地域におけるがん等の緩和ケアの相談や対応する技術の向上、在宅ケアシステムが創られるまでの間、保健所が相談機能およびそのシステム構築を担う必要があります。がん患者については、がん拠点病院に相談支援センターが設置されてきてはいるものの、まだ設置されて間もないため、在宅療養を視野に入れた相談・支援が行われているところは多くはありません。

これまで、保健所は、難病等の地域課題に対応する支援システムを構築してきた実績があり、在宅医療推進事業においても地域の実態把握、各関係機関のネットワークの調整や推進、住民への啓発等を効率的に実施できるのは、公的かつ中立的な立場である保健所にしか担えない役割です。

確かに各々の相談機関が機能するためには、保健所がシステム整備をする必要があります。そこで福岡県では、4箇所の保健所でモデル事業を実施しました。

## 3. この手引きについて

この手引きは、これから新たに在宅医療推進事業に取り組まれる方が、安心して事業を進められるように、また、他の地域でもよりスムーズにシステム構築がなされ、ひいては多くの住民が安心して在宅療養ができるようになるために、医療指導課と平成20年度から先行して事業を行っている4箇所のモデル保健所の具体的なノウハウを記載したものです。4箇所のモデル保健所の実施プロセスや内容を基に、その共通点や相違点に着目しながら作成しました。事業の開始当初は何から手を付けてよいか、担当者同士が顔を突合せて途方に暮れた時期もありましたが、試行錯誤して分かったことは、この事業はこれまでの保健所が持つ技術で対応が可能であること、むしろ、保健所であるからこそ効率的に解決が可能であることです。事業を進めていくうちに手ごたえを感じられることを願っています。なお、4箇所の保健所も2年目が終わったところですので、今後情報を更新して行く予定です。

## 4. 言葉の説明

### 1) 緩和ケア

※1 緩和ケアとは、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、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価を行い、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、QOLを改善するためのアプローチである。

(WHO 2002年)

※2 緩和ケアとは、命を脅かすような病気になった患者とその家族に対して、早い段階から病気によってもたらされる痛みをはじめ、身体的問題、社会的問題、精神的な問題、スピリチュアルな問題に対してトータルに取り組むケアのことで、よりよいQOL（生活の質、いのちの質）を確保するためのアプローチ。

(「病院から家に帰るとき読む本」宮崎ホスピスガイドブックより引用 木星舎)

### 2) 地域在宅医療支援センターとは

福岡県では、「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、訪問看護を推進するための支援や地域医療体制の整備を検討しています。

平成17年度から3年間実施した終末期医療対策モデル事業において、「在宅での看取りを希望する人」がそれを実現するには、地域の医療機関や訪問看護ステーション等との連携が必要であることが分かりました。

一方で、自宅での療養を希望していても実際には難しいという認識が強く、「がん末期でも自宅で医療を受けながら過ごすことができる」ことが、十分に知られていない状況もあります。

このため、在宅療養が可能であることを県民に周知するとともに、相談窓口の開設や地域の関係機関とのネットワークづくりが緊急の課題であると考え、4箇所の保健福祉環境所をモデルとして、「地域在宅医療支援センター」を平成20年11月4日から設置しました。

在宅緩和ケア等について相談できる窓口を新たに設置するとともに、支援センターとして訪問看護ステーションや医療機関等の連携を図り、地域全体での支援に向けて取り組みます。

これらのことにより、「在宅緩和ケア」「在宅看取り」に対する地域の意識が高まり、「誰もが望む場所で療養でき、看取りの場所を選択できる」地域づくりが可能になると考えます。

### 《地域在宅医療支援センターの機能》

在宅においてがん等で緩和ケアを希望する患者及びその家族等の相談・支援を

行うところです。患者・家族から在宅療養上の悩みや不安等の相談を受け、訪問看護ステーションや医療機関の紹介などの情報提供を行うほか、医療・福祉関係者に対する研修会の開催等を行いながら在宅緩和ケアの普及啓発並びに医療機関等、関係機関相互の連携の促進を図ります。

### 3) 在宅緩和ケアのネットワークづくり・システム構築

この事業におけるシステムとは、在宅緩和ケアを希望する住民がもれることなく、サービスを受けられる仕組み全体を指します。また、ネットワークとは、地域の関係機関の連携状況（どこと連携しているか、どのように連携しているか、等）です。この事業は在宅緩和ケアのシステムの構築が目的です。在宅緩和ケアシステムは多くの関係機関によって成り立ちます。介護保険制度の施行後、福岡県においても様々なサービスができましたが、特にがん患者では、関係機関同士の連携がうまくいっていない等の理由から、必ずしも必要な人に必要なサービスが提供されていないことが明らかになってきました。本事業は保健所が核となり、積極的に関係機関同士を一つひとつつなげ、ネットワークをつくり、システムとしてスムーズに稼働し、そのシステムが継続するよう、事業を展開させます。また、ネットワークは新たなものをつくるだけでなく、既存のネットワークを活用したり、つなげることによって、効率よくシステムを構築していきます。

## Ⅱ この事業の目指すところ

### 1. 事業の目的・目標

#### 1) 目的

本事業は、以下の3点を目的にしています。

- ・住民は、希望する場所で療養ができ、亡くなる場所を選択できる
- ・地域では、緩和ケアができる在宅医療資源が増え、ネットワークを構築できる
- ・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) 目標

地域によって推進する順序や速度は異なりますが、4年間の大よその目標の目安は下記の通りです。

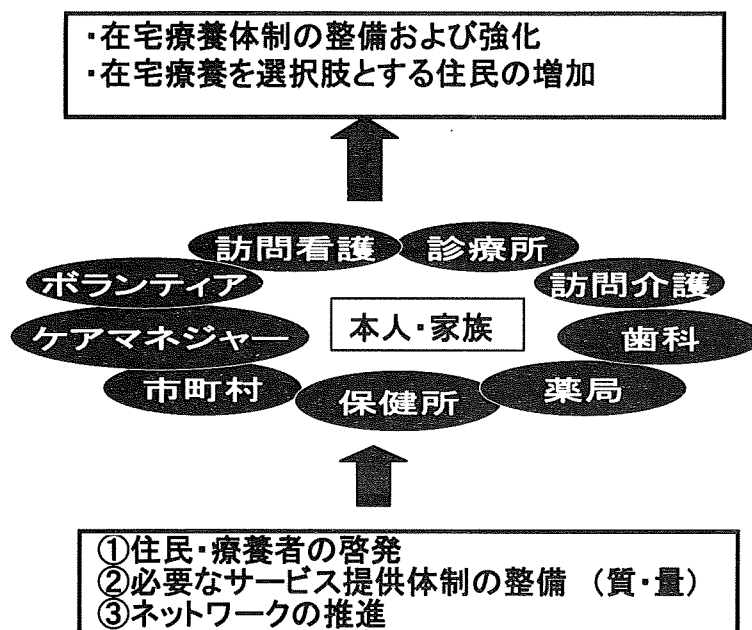
【表1】

	1年目	2年目	3年目	4年目以降
住民 当事者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業を知る</li> <li>・事業の必要性を理解する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅緩和ケアを知り考える機会を持つ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅緩和ケアを選択肢に持つ人が増える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅緩和ケアを受ける人が増える</li> </ul>
サービス 提供機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業を知る</li> <li>・事業の必要性を理解する</li> <li>・地域の課題を認識し各サービス機関が取り組むべきことを考える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス機関ができることから地域の課題に取り組んでみる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス機関が主体的に地域の課題に取り組める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各サービス機関が主体的に地域の課題に取り組み、工夫、改善できる。</li> </ul>
ネットワ ーク	<ul style="list-style-type: none"> <li>・協議会の立ち上げ</li> <li>・事業の必要性を共有する</li> <li>・多機関同士が課題を共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多機関で共有した地域の課題に取り組んでみる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多機関が共有した課題に協働関係で取り組める</li> <li>・ネットワークを活用した緩和ケアの提供事例数が増える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ネットワークの定着・継続</li> <li>・継続的に地域の課題を共有し、改善していく体制が整う</li> </ul>

### 3) 実施内容

在宅療養体制の整備および強化、在宅療養を選択肢とする住民の増加に向けて、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により実現を目指します。

【図1】

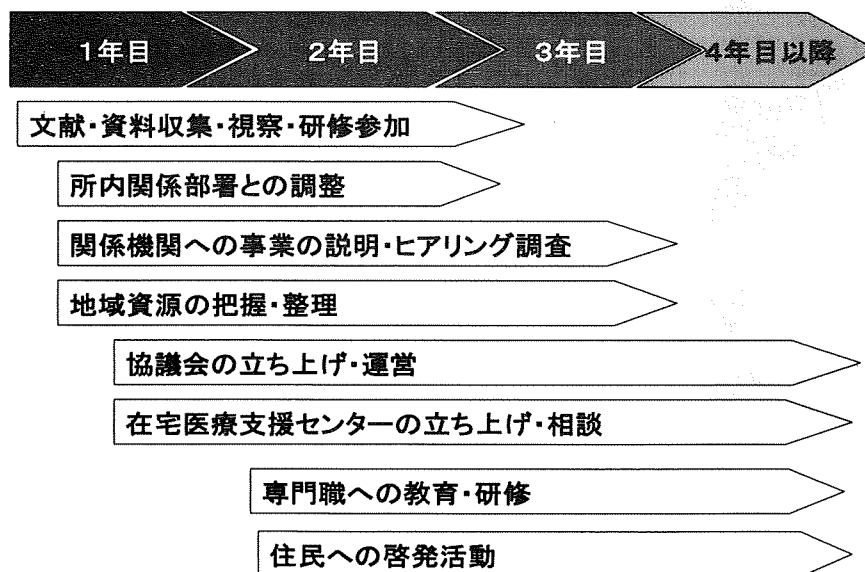


### 4) 実施の目安

モデル事業保健所の実績を基に具体的な実施内容の実施時期の目安を示しました。

モデル事業では、専門職への教育・研修、住民への啓発活動は主に2年目に実施しましたが、地域に状況に応じて進めて頂いても構いません。

【図2】



## 2. この事業の対象者像

在宅緩和ケアが必要な対象者は広範囲にわたりますが、この事業においては、麻薬のコントロールや呼吸管理等の高度な医療処置が必要となる在宅療養者である「末期がん」「重症神経難病」の方への保健医療サービス体制が整えば、そのほかの疾患の対象者のケアもカバーできる可能性が高いこと、「がんによる死亡数」の増加が見込まれることから、「在宅で緩和ケアを希望する末期がんおよび重症神経難病」を主な対象者としました。

### NOTE

ーこの事業を必要とする主な対象者のイメージ

(モデル事業の担当者の出会いから) ー

○在宅では・・・

- ・がんや進行性の病気の方は大きな不安を抱えています
- ・ターミナル期にあっても、年齢が若い人や、ADLが高い人は、介護保険が使えず、利用できるサービスが少なく、行き場所がありません
- ・最期までADLが維持されることが多く、亡くなる直前に急激に状態が悪化するという特徴があるため、タイムリーにサービスを整えることが困難です
- ・地域在宅医療支援センターへの相談は、「自宅に帰りたくて困っている」という主訴はほとんどありません。つまり、多くの方は在宅療養や在宅死は不可能だと思っています

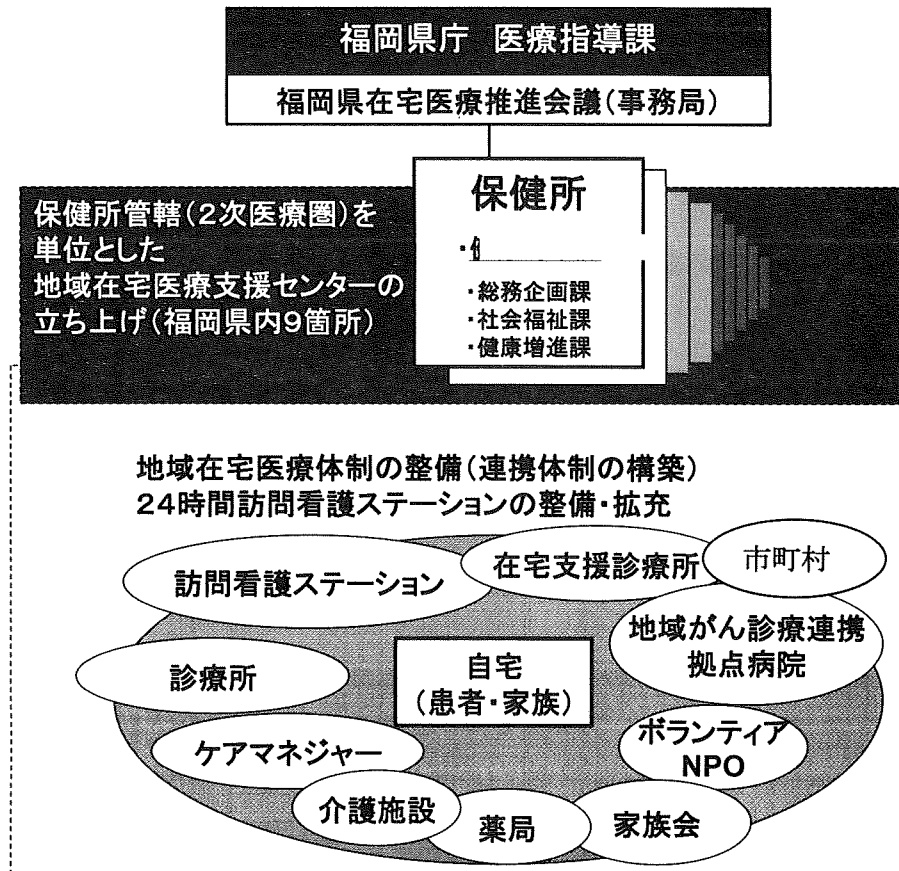
○病院では・・・

- ・とくに、ターミナル期にある人で積極的な治療が行われていないにも拘わらず、患者は在宅療養の情報提供が少ないため、在宅療養や在宅での看取りという選択肢を持つことができていません
- ・多くの患者は、点滴やカテーテル等の医療処置が必要な人は、自宅に帰れないと思っています。また、医療関係者の中にもそのような誤解があります。

### 3. 事業実施体制

本事業の実施体制は以下の通りです。関係課が実施体制を理解し整えることが重要です。

【図3】





### Ⅲ 実施方法

これから示す実施方法は、おおよその目安です。地域に応じてアレンジして実施して下さい。ここに記載されていること以外に、実施してみてよかったこと等があれば随時更新したいと思いますので、実施プロセスは記述し、県の担当者会議等でご提案下さい。

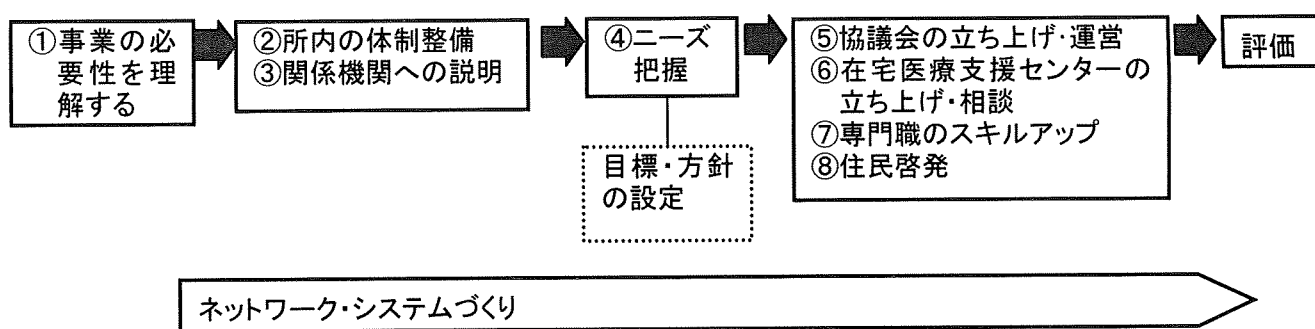
#### 1. 事業の流れ

担当者になってまず行うことは、自治体職員として管内の状況を思い浮かべ、職員としても、住民としても事業の必要性を理解することです。次に、この手引きや過去の資料、文献を見るなどして、「①事業の必要性を理解する」ことです。その必要性を担当者同士で共有します。その上で所内の関係課とも話し合い、「②事業の実施体制を整え」ます。その後、「③関係機関への説明」を行います。これは現状やニーズ把握、協議会委員就任のお願いなども同時に実施することがあります。

次に地域の現状や「④ニーズを具体的に把握」します。ニーズ把握は改めて調査をする場合もありますが、あらゆる場面で実施可能ですので合わせて行うようにします。ニーズ把握を行いながら目標・方針を見直したり具体的にしていきます。また、「⑤協議会の立ち上げ」や「⑥在宅医療支援センターの立ち上げ」を行います。協議会委員の意向や志気の高まり、地域の優先される課題等に応じて、「⑦専門職のスキルアップ」や「⑧住民啓発」も順次行っていきます。この一連の実施においては、すべて「ネットワーク・システムづくり」を意図しましょう。

【図4】

事業の流れ図：



## 2. 具体的な実施方法

### Step 1 : 事業担当者自身がこの事業の必要性や保健所が取り組む意義を理解しよう ～対象となる患者のイメージ化～

この事業では、これまで保健所が直接的に関わることの少なかった者を対象としているため、対象像がイメージしにくく、事業の必要性を理解し難いという難点があります。そのため、まずは前述したこの事業の必要性や保健所が取り組む意義を、事業担当者が理解し実感することが、この事業のスタートラインです。この事業で取り上げる課題は、他課、他機関を動かしながら解決を図る必要があるため、担当者がいかに事業の必要性を実感込めて所内外で説明することができ、他者に納得してもらえるかということが事業展開の鍵となります。

#### ○実例

実例1) 訪問看護師から在宅療養や在宅での看取りを希望されている事例を伺い、看取り経験のあるご家族に直接お話を伺うことで、在宅での看取りは可能であることや、この事業を必要とする人がいることを実感した。

(宗像・遠賀地区、南筑後地区)

実例2) 担当者会議やSWOT分析\*で、保健所や地域の強み・弱みを明らかにし、保健所がこの事業に取り組む意義を再確認した。

※SWOT分析: 目標を達成するために意思決定を必要としている組織や個人の、プロジェクトやベンチャービジネスなどにおける、強み (Strengths)、弱み (Weaknesses)、機会 (Opportunities)、脅威 (Threats) を評価するのに用いられる戦略計画ツールの一つ。

#### ○参考・参照資料

《県からの配布分》

- ・「終末期医療モデル事業報告書」平成17年度～19年度 (県庁医療指導課)
- ・在宅ホスピスガイドブック (福岡県在宅ホスピスをすすめる会)
- ・退院後のがん患者と家族の支援ガイド (日本ホスピス・在宅ケア研究会)
- ・訪問看護のための事例と解説から学ぶ在宅終末期ケア (財団法人 日本訪問看護振興財団)
- ・在宅でその人らしく「家族支援」(ホスピスケア講義録2)
- ・在宅でその人らしく「疼痛コントロール」(ホスピスケア講義録1)
- ・余命6ヶ月から読む本 (ファイナルステージを考える会=編)
- ・退院後のがん患者と家族の支援ガイド (日本ホスピス・在宅ケア研究会編)

- ・福島県北地域在宅緩和ケア推進の手引き

《リーフレット》

- ・病院から「家に帰りたい」という人のために（財団法人在宅医療助成 勇美記念財団事務局）
- ・あなたの家にかえろう（「おかえりなさい」プロジェクト事務局）

《その他》

- ・病院で死ぬということ 山崎章郎
- ・平成19年度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」  
主任研究者 尾形裕也
- ・「自宅で迎える幸せな最期」 文春文庫 押川真喜子著  
（訪問看護がなぜ必要なのか、求められているのか、また、訪問看護師の役割もわかり、お勧めです。ハンカチを準備して読んでください。・・・）

NOTE：対象者のイメージづくり

- ・モデル事業の1年目は、困っている方のイメージが湧かないということが、担当者から挙がりました。私達がどんな方たちのためにシステムを創り上げるのか、実感がないと、関係者に説明するにも、戦略を立てるのにも、自信（根拠）を持って動くことが持てません。
- ・私達が関わる対象像を掴む早道は、対象となりそうな事例に当たり、当事者やサービス提供者の疑似体験をすることです。訪問看護ステーション、当事者の方、看取り経験のある家族、身近にアプローチしやすいところに出向き、お話を伺ってみましょう。そうすることで、在宅でターミナル期を家族と過ごし、とてもよい表情で満足いく死を迎えられる方が身近にいらっしゃるなどの事例を知り、ニーズがあることを確信できるでしょう。

NOTE ○死生観を話し合ってみましょう

- ・この事業では、死に直面しているご本人、大切な方をがん等で失ったご家族とお会いすることがあります。その方たちに寄り添いながら何が必要かを考える際には、担当者自身の死生観を問われるため、戸惑ったり、対応に自信がもてないことがあります。そのため、どこで亡くなりたいか、がんに関ったら告知されたいか、死が近づいた時残りの時間をどう過ごしたいか、などについて、まずは担当者同士で話してみるのもよいかもしれま

せん。死生観をこれまで明確にもっていなかった人も、焦る必要はありません。徐々に育んでいけばよいことですし、何よりもご本人やご家族の相談にのって戸惑いや辛さを感じた時に、話ができる相手（同僚、上司など）を持っておくことが重要です。

## Step 2 : 所内の関係課と事業の進め方を考えよう

この事業は所内で共通理解を持っておくことが必要です。まずは、保健監、課長、担当者等が、これが公衆衛生の課題であることを理解し、①なぜ、今この事業に取り組む必要があるのか、②なぜ、保健所が行う必要があるのか、③役割や協働できる内容を、課内・他関係課と共有する必要があります。担当者は上記について説明できる資料を用意し、端的に説明できるように準備しておきます。

また、この事業は相談者の発生や、関係機関の志気が高まった時に担当者がタイムリーに動くことが必要ですが、その際に周囲から理解が得られるように、最初の説明だけでなく、事業の進捗状況を適宜報告しておくことも大切です。

### ○ポイント

#### 協働が必要な所内関係者（例）

- ・課内：新規事業であり多くの関係機関との調整が必要な事業であるため、複数名で担当する。課内の職員は担当者の身近な理解者・相談者である。担当者はタイムリーな動きが必要な際の理解や協力が課内の職員から得られるように、事業の進捗状況を日頃から報告しておく。
- ・保健監：保健医療の専門分野にかかる専門職のトップとして所内体制のリーダー。事業全体の戦略立案、方針、所内・所外の対外的な調整、協議会の持ち方等、助言を得る。最初の所内・外への説明のリーダーシップを担う。
- ・総務企画課：保健医療情報集約や医療計画、複数課にまたがる事業の調整を行っている。そのため、病院・診療所・薬局等の課題や最新情報が入ってくる。複数課の調整が必要となる関係機関のニーズ調査や、研修・会議等の調整を担う。
- ・社会福祉課：介護保険、高齢者施策に関する担当課として管内市町村やサービス制度にかかる情報集約、調整を行っている。この事業では介護保険事業所・施設と協働する必要性が生じるため協力が必要。
- ・健康増進課：難病支援対策、在宅医療推進に関する相談、調整を企画指導係と共に中心的に担っている。在宅緩和ケアの主な対象者はがん患者であるが、難病や障害児等の対象者も同様の課題を抱えている。協働することで事業をリンクさせ、効率的に動くことが可能になる。

#### 説明内容：

- ・この事業の必要性
- ・なぜこの事業を保健所が行う必要があるのか

- ・ 事業での役割や協働できる内容

#### ○参考・参照資料

##### 《既存アンケート》

- ・ 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査
- ・ 終末期医療に関する調査（厚生労働省）

##### 《人口動態》

- ・ 管内の在宅死亡数

#### NOTE

※まずは所内勉強会から（宗像・遠賀地区）

初年度に企画指導係主催で「在宅医療勉強会」実施

第1回目 在宅とは？ ホスピスとは？ 緩和ケアとは？ 死亡率は？

第2回目 相談対応の体制づくりについて

第3回目 相談対応（電話・来所相談対応・記録用紙・社会資源等）

担当者まかせにせず、誰が相談にきても対応できるよう、所で行き届くという雰囲気づくりに役立った。

### Step 3 : 関係機関に事業概要を説明しよう

この事業で取り上げる課題は、他課・他機関と協働しながら解決を図る必要があるため、担当者がいかに事業の必要性を所内外で説明することができ、他者に納得してもらえかが事業展開の鍵となります。

在宅医療推進のためのキーパーソンは病院・診療所の医師、看護師です。まずは医師会に事業の趣旨説明に行きましょう。病院の看護部・地域連携室、訪問看護ステーション、市町村、地域包括支援センター、看護協会、薬剤師会、歯科医師会等にも周知が必要です。

#### ○ポイント：

##### 説明のポイント

##### ・事業が必要になった背景を説明：

- ー今後在宅医療の推進がいかに大事になってくるかを、資料やデータを示しながら説明（例：医師なら在宅療養支援診療所の実態調査：福岡県調査，2008、訪問看護ステーションであれば、訪問看護ステーションの実態調査等）
- ーがん対策基本法等の根拠法令を示すことも効果的

##### ・住民のニーズを強調：

##### ー住民ニーズについての説明例

在宅死や在宅療養を希望する住民は多い。しかし、病院と在宅とのルートが整っていないことや、医療依存度の高い者を受け入れる体制が十分に整っていないため、住民が在宅療養を安心して選択できない。そのため、地域住民が安心して在宅医療を受けられる体制を整備することを目的に本事業を実施したい。

##### その他にお願いすることがあれば、同時に依頼する

- ・ 協議会委員の就任依頼と役割の説明
- ・ 研修会の案内
- ・ 研修会の講師

#### ○活用できるツール

- ・説明に持参する物：地域在宅医療支援センターのリーフレット、事業の趣旨を示したものの、全国や県のデータを示した資料

#### ○実例

実例1) まず、関係機関の長にアポイントをとり、医療系は必ず保健監や課長に同行してもらい、事業説明を行った。関係機関の取組状況や考え方、役割を

把握し、事業への協力を得たい旨を伝えた。そこで熱心に取り組んでいるキーパーソン等の情報を把握、紹介してもらい、現場スタッフと接点をもつようにした。  
(宗像・遠賀地区)

実例2) 事業概要を医師に周知することを目的に、医師会報に地域在宅医療支援センターのアピールを掲載させてもらった。  
(嘉穂・鞍手地区)

実例3) 事業説明のためではあるが、関係機関へとにかく足を運ぶことで、顔がつながり、そこから協力可能な人材(研修会講師や往診している診療所等)などの情報を得ることができた。  
(南筑後地区)

## ○参考資料

- ・ 在宅ホスピスガイドブック(福岡県在宅ホスピスをすすめる会)

### NOTE 各組織へのアプローチ方法

#### ○医師会

- ・ 医師会の理事会で事業説明でき、ある程度協力を同意が得られていれば、各病院や診療所からの協力が得られ易くなります。理事会で説明させてもらうように交渉してみましょう。同時に、協議会に医師会に出席して欲しい旨も説明しておくとい良いでしょう。
- ・ 組織的に理解を得ておくことは、在宅療養に熱心で協力してくださる医師だけでなく、理解を得にくい医師に協力してもらうためにも大切な手順です。

#### ○病院

- ・ 退院支援部署(地域医療連携室)は病院と在宅をつなぐ重要な役割を担いますが、日常的に患者に直接在宅療養のイメージを説明できる機会を持つのは、病棟の看護師です。そのため、退院支援部署(地域医療連携室)だけでなく看護部への説明も必要です。

#### ○その他

- ・ 関係機関に事業説明を行った直後には、事業の必要性に理解が得られない場合でも、具体的な話をすると困りごとをお話されることがあります。困り事をキャッチすることは、関わり的大事な糸口です。その機会をうまく捉えましょう。焦らず、粘り強く説明を続けることが必要です。
- ・ 事業説明をすると、熱心にやっている診療所や訪問看護ステーションは保健所が応援してくれているようで励みになると思われるようです。お互いがエンパワメントされる関係で協働できることが理想ですね。



## Step 4 : 地域の資源を把握しよう

診療所、訪問看護ステーション等を対象に、どの程度のサービスが提供可能なのか（量）、どの程度の緩和ケアへの知識や技術を持っているのか（質）、不足していた場合、今後緩和ケアの患者をどの程度受け入れる可能性があるか（熱意）等を、アンケートやヒアリングによって把握します。これらを把握することで、管轄地域の在宅緩和ケア体制の現状が少しずつ見えてきます。その地域の現状を基に、今後の方針や方策の見通しを立てます。

### ○ポイント

- ☑ 関係機関との関係性をつくりながらニーズ把握する
  - ・ 地域の関係機関の現状を把握する際には、単なる現状を把握するのではなく、ここでもネットワークづくり、システムづくりを意識して行う。
  - ・ 関係機関と顔の見える関係づくりができるよう、ニーズ把握が必要なことを関係機関に理解して頂き「教えて欲しい」という姿勢で伺う。
  - ・ 顔を合わせることができない場合も同様の配慮が必要
  
- ☑ 把握する地域資源の種類
  - ・ この事業に関わる主な地域の関係機関：
    - 一 病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局、歯科、訪問介護事業所、市町村、地域包括支援センター等
    - 一 医師会、薬剤師会、歯科医師会、訪問看護ステーション連絡協議会、ケアマネジャー連絡協議会、介護保険事業所会、社会福祉協議会、インフォーマルな勉強会等
  - ・ 住民への普及啓発に向けた資源把握：
    - 一 家族会、ボランティア団体、民生委員、食生活改善推進委員等へのアプローチ方法も探しておく。
  
- ☑ 地域資源の把握の仕方
  - ・ 方法としては、ヒアリング、アンケートの配布（郵送・ファックス）、等がある
  - ・ 主要な機関は直接事業説明も兼ねてヒアリングに行く方が、熱意や困り事を知ることができ、顔の見える関係づくりができる
  - ・ 手当たり次第に回るのは効率が悪いので、まずは地域で緩和ケア・在宅での看取りに熱心な診療所や訪問看護ステーションを足がかりにし、次に当たるべき熱心な人や地域の在宅医療に力を持つ組織がどこかを芋づる式に入手する

## ☑ 地域資源の把握内容

以下については、聞き漏れや偏りのないように、調査票やヒアリングガイド等がある方がよい

- ・ 関係機関の在宅緩和ケアの実施状況
  - － 医療依存度の高い患者や在宅での看取りの受け入れ状況・実績（年〇件）、24時間体制の有無、在宅医療に対する考え等について
  - － 福岡医療情報ネットの情報と現状が異なることがある。現状を把握する必要有
- ・ 関係機関の連携状況を知る
  - － 把握した関係機関同士の連携状況（職種同士の連携ができているところ、できていないところの把握）
  - － 診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー等の連絡協議会があるか、医師会、薬剤師会、歯科医師会や、それ以外にインフォーマルに行われている勉強会等はないか
  - － 各組織の目的やネットワークの強さはどうか
  - － キーパーソンになりそうな関係機関はどこか

## ☑ 地域資源リストの作成・活用

- ・ 住民や専門職が閲覧できるように一覧表や冊子にして配布
  - － 一般公開する場合は情報収集する前から目的意識を持ち、情報公開への可否の確認や、情報更新についてどうするかなどを予め検討した上で情報収集する
- ・ 地域在宅医療支援センターの相談業務に活用
  - － 利用できる資源を尋ねると、相談内容に活用可能

## ○活用できるツール

- ・ 地域資源リスト（資料）
- ・ 地域の資源用のアンケート、ヒアリングガイド（資料）
- ・ 高齢者支援課の社会資源情報

## ○実例

実例 1) 施設を対象に研修会の案内と、簡単な在宅療養への対応状況を把握するためのアンケートをファックスで送付した。 （嘉穂・鞍手地区）

実例 2) 歯科医師会は県全体で在宅医療推進に積極的に取り組む方針であることを知った。そこで、協議会委員の理事に声をかけたところ、歯科医師会でも地域の資源情報をまとめる予定があると知り、情報収集を依頼した。

（嘉穂・鞍手地区）

実例3) 福岡医療情報ネット、福岡県介護サービス情報公表システムや各関係機関のホームページから情報収集し、資源リストを作成した。

(宗像・遠賀地区・南筑後地区)

実例4) 訪問看護ステーションは、そのステーションの特徴を一言PRとして掲載した。

(南筑後地区)

実例5) 予め医療情報ネットで施設情報は情報収集し、ヒアリングでは困り事を中心に話を聞いた。

(宗像・遠賀地区)

実例6) 訪問看護ステーションががん末期患者等で訪問看護を実施した事例150例(2年間)のデータからがん末期患者の在宅療養の実態を分析し、地域の現状を知る資料とし協議会で情報還元した。(宗像・遠賀地区)

NOTE 関係機関のニーズや課題はどの地域もある程度は共通

- ・ がん対策基本法の推進や、在院日数の短縮、在宅医療の高度化、等により、どの地域でもある程度同様のニーズや課題が生じています。モデル事業で明らかになった課題は下記表(表2)の通りです。ある程度仮説を持って地域の課題を探る方が効率がよいので、表2を参考にして下さい。
- ・ 担当者に見えているニーズは一部分であり、意外と偏っている場合があります。そのため、より広く、様々な角度から情報収集し、集めたヒアリング内容やデータを客観的に捉える様に努めることが大切です。
- ・ 関係機関との関係性ができてくると、より地域のニーズが具体的に見えてきます。1年目で見えるものと2年目で見えてくるものは違うので、更新が必要です。この具体的な課題を引き出し、取り組むことが、この事業を展開する上では重要です。

【表2】各関係機関の課題 ～モデル事業で挙げた課題～

病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師・看護師に在宅療養に関する知識・認識が少ない</li> <li>・ 在宅療養に向けた、院内の支援体制が整っていない</li> <li>・ 退院調整部署の力量・認識は病院によって様々</li> </ul>
診療所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療依存度の高い患者や、在宅の看取りを希望する患者を受け入れてくれる診療所が少ない</li> <li>・ 病院との連携ルートが整っていない</li> <li>・ 在宅医同士のネットワークが不足（医師が一人で抱え込み、負担が大きい）</li> </ul>
訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療依存度の高い患者や、在宅の看取りを希望する患者を受け入れてくれる訪問看護ステーションが少ない</li> <li>・ 病院との連携ルートが整っていない</li> </ul>
薬局	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 24時間対応してくれる薬局が少ない</li> <li>・ 麻薬管理・訪問をしてくれる薬局が少ない</li> <li>・ 衛生材料や薬剤（麻薬）購入などの一括購入まで至っていない。</li> </ul>
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療依存度の高い患者や、在宅の看取りを希望する患者への対応に不安や苦手意識を持つ者が多い</li> <li>・ 医療職の背景を持たないケアマネジャーでは、利用者の身体の変化に応じたプランがたちにくい。（対応に急を要するがん末期患者の予測が不十分となり、対応が遅れたり、訪問看護などの医療系サービスの導入にいたらない場合がある）</li> <li>・ 医療保険と介護保険の両方の制度をうまく使えるケアマネジャーが少ない。</li> </ul>
介護認定 部署	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険認定や変更申請等への対応が遅い</li> <li>・ 地域包括支援センターが特定高齢者への対応に追われており、ADLの下がっていないがん患者への対応ができていない。地域包括支援センターの機能、あり方が問題。</li> </ul>