

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

○事例

事例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。

○地域包括支援センター

- ・ 高齢者の幅広い相談内容に対応しており、医療ニーズが高い在宅療養者の相談も受けています。また、ケアマネジャーの研修・相談も行っているため、本事業の推進には協働が欠かせない機関です。
- ・ 保健師が所属しており、連携がとりやすいメリットもあります。

○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、関わりの大事な糸口です。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

○事例

事例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）

事例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) ふくおか医療情報ネット、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。

図表6 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"> ・ 医師・看護師に在宅療養に関する知識・認識が少ない ・ 在宅療養に向けた、院内の支援体制が整っていない ・ 退院調整部署の力量・認識は病院によって様々
診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 病院との連携ルートが整っていない ・ 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）
訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 病院との連携ルートが整っていない
薬局	<ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間対応してくれる薬局が少ない ・ 麻薬管理・訪問をしてくれる薬局が少ない ・ 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。
歯科診療所	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん末期等の在宅療養者への口腔ケアや歯科治療ができる歯科診療所が少ない
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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） ・ 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。
介護認定部署	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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が低下し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。
施設	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りに熱心な施設とそうでない施設がある。 ・ 看取りへの認識や技術が不足している。

Step5 : 地域在宅医療推進協議会を立ち上げて運営しよう

協議会は主に関係機関のネットワークづくりを目的としています。関係機関同士が顔の見える関係をつくり、地域ニーズを把握・共有し、明らかにした地域の課題に共に取り組んでいけるよう保健所は、協議会という場を活用し事業を進めます。協議会の開催時には、会議の目的を明確にして、時間内に合意形成が図れるように、事前の根回しや、資料の準備や段取りを整えて臨みます。

○目標

- 1 年目：協議会の立ち上げができる、事業の必要性を共有できる、事例検討会を多職種で開催できる
- 2 年目：協議会主体で研修会等の企画できる、委員が所属する組織に持ち帰り、課題に取り組める
- 3 年目：課題の見直し・具体化と課題解決に向けた行動できる
- 4 年目：課題の見直し・具体化と課題解決に向けた行動できる

○ポイント

- 担当者が協議会の運営とどんな機能を持たせるのかのイメージを持ち、見通しを立てる。
 - ・ 協議会の持つ機能：ネットワークづくり（お互いを知る場）、地域のニーズ把握、各関係機関の課題の共有、地域の課題の明確化、関係機関同士の役割の明確化、協議会が協働して取り組む内容（課題に対する対応策）を具体化
 - ・ 保健所のスタンス：保健所が主導権を握るのではなく、各々の協議会委員それぞれが主体となり協働して取り組めるように運営する。また、協議会を通して関係機関が自らの役割を考え決定していけるよう促す
 - ・ 協議会で何をどこまで解決するかをある程度明確にしておく（委員の意向や組織間の関係性もあるので、協議会を進めながら変更していく必要がある）

- 委員の選定
 - ・ 協議会は関係機関同士の調整やネットワークづくりが主な目的になるため、委員には組織を動かせる立場の人が望ましい。関係機関の代表者レベルに依頼する。
 - ・ 医師会、歯科医師会、薬剤師会からの選定は、当該団体の会長に相談し選定してもらう方法を取るのが望ましい。会長が在宅医療に熱心な人等までは把握されていない場合もあるため、予め関係機関リストを作成し相談するとよい。
 - ・ 協議会において医師の役割は大きいため、特に人選には配慮を要する。例えば、医師同様にこの事業の両輪である訪問看護師が信頼できる訪問診療医師に依頼

すると、連携体制の構築に向けた協議が進みやすく運営もスムーズになる。訪問看護ステーションへの聞き取りを行い、連携する上で信頼が厚く、訪問診療に熱心な医師を把握する等の工夫が必要である。

- ・ 事業に理解のある学識経験者に入ってもらくと、保健所が発言しにくい内容（「関係機関が頑張らないといけない」等）を代弁してもらえるため効果的である。第三者の大学教授等の意見は、他の協議会委員に受け入れがよい。
- ・ 市町村は住民の身近な窓口であるため、介護保険担当や住民から直接相談を受けける部署の職員に入ってもらおう
- ・ 住民の視点を持つことが大切なので、住民代表（民生委員会など）に入ってもらおう
- ・ 実務者レベルで会議を持ちたい場合は、事例検討会など別立てで実施する
- ・ 構成する委員の人数は地域規模に応じた人数で行う

会議の事前準備

- ・ 今回の会議の目的・到達目標を明確にし、所内で話し合う
 - －事前に得た委員の意見を参考に担当者は会議のシナリオを描いておく
- ・ 会議の目的・目標が達成できるような資料を作成する
 - －合意形成したい内容を協議するのに十分な資料作成を行う
- ・ 会議の目的・目標が達成できるように根回しする
 - －関係機関が主体的に発言できるように事前に協議会の目的・方向性を知らせておく
 - －事前に委員にアンケート等を行うことにより課題をまとめておく

会議当日の運営

- ・ 会議のテーマやねらいを明確にする（嘉穂・鞍手、北筑後資料参照）
- ・ 各委員が自由に発言できるような場の雰囲気をつくる（どの委員もなるべく対等な立場で発言できるように配慮する等）
- ・ 司会は委員に依頼する
- ・ 委員から発言を引き出し、全員で決定したと感じられるように配慮する
- ・ 委員以外にも、テーマや解決する課題に応じてオブザーバーとして入ってもらおうとよい

会議事後

- ・ 議事録を作成し、送付（持参）する。その際に協議会に関する意見をヒアリングする機会にもする。
- ・ 会議の後に電話等で感想を聞き、次の会議や今後の展開に活かす。委員の事業

に対する受け止めや士気を随時把握するのは重要である。

- ・ 事業全体への反映等、方針の変更があれば担当者と話し合う
- ・ アンケート等で会議の評価を行う。アンケートに回答してもらうことで、委員の役割の意識付けも期待できる。

○活用できるツール

- ・ 委員の依頼時に持参する資料
 - ①平成 22 年度在宅医療推進事業概要（全体像）
 - ②福岡県地域在宅医療支援センター設置要綱
 - ③〇〇地域在宅医療支援センター設置要綱（案）
 - ④地域在宅医療支援センターちらし（福岡県と事務所分）
 - ⑤その他（三師会へは、推薦書）
- ・ モデル保健福祉環境事務所の協議会委員メンバー（表 3）
- ・ 会議前の各関係機関へのアンケートとまとめ（資料）
- ・ 当日の資料（資料）

○事例

事例 1) 事前に委員に困っていること等についてアンケートをし、担当者はアンケートを基に共通の課題にするかの絞込みを事前にした。その課題が取り上げられるよう資料を作成し、会議で共有した。（京築、宗像・遠賀）

事例 2) 1 回の会議で決定や協議できることは少ないため、出席者に予め会議の目的を説明して回り、当日に委員が発言し易いように準備した。各機関の取り組みを発言してもらうよう事前アンケートを実施した。

（嘉穂・鞍手）

事例 3) 事前に関係機関をまわり、協議会の目的説明、発言してほしい意見・情報等のうちあわせをし、その情報をもとに委員全員が発言できるようシナリオを作成し、当日活発な意見交換ができる(引き出せる)ようにした。

（宗像・遠賀）

事例 4) 在宅看取りをした事例を用いて、委員が在宅看取り、在宅療養へのプラスイメージを共有できるようにした。

（宗像・遠賀）

事例 5) 協議会のためだけに情報収集するのではなく、日頃から折に触れ関係機関から情報収集、キャッチできるようコミュニケーションをとっておく。

（宗像・遠賀）

事例 6) 事業への取り組みの十分な動機付けと課題共有のため、まずは、管内の現状が一目でわかるように資料を揃え会議に臨んだ。関係機関で関わった相談事例を報告し、関係機関が役割を考えていけるようにした。（南筑後）

実例7) 話題提供を大学や関係機関に依頼した

例)「福岡県における在宅医療推進に必要性(大学教授)」、「地域がん診療連携拠点病院の取り組み紹介(病院地域医療連携室 PSW)」、「〇〇地域在宅医療推進協議会委員をして(訪問看護ステーション所長)」(宗像・遠賀)

実例8) 事例を紹介しながら経過に沿って各関係機関の役割を確認していき、病院と地域との連携、在宅医療支援において関係機関の役割に対する理解と課題について検討した。保健所の役割(啓発や関係機関との調整等)が明確になり、各関係機関が主体性や士気が高まった。(宗像・遠賀)

○参考資料

NOTE 協議会の行方は?

- ・ 協議会の目的や方針は委員が主体となって決定をしていくものですが、運営する側が意図を持っていなければ協議会は路頭に迷ってしまいます。保健所は事業を推進する事務局として、事業全体を見渡しながら協議会の位置づけを明確にし、進捗状況に応じて協議会を導く役割があります。
- ・ しかし協議会は水物であり、始めから協議会のゴールをどうしたいか明確なイメージを持つのは難しいことです。モデル事業担当者同士で話し合いをしても、なかなか結論が出ませんでした。メンバー構成、組織間の利害関係等に左右され、こちらが思ったようには進まない場合が多々あります。
- ・ 協議会のゴールとして想定されるイメージは、①どこかの関係機関が事務局を引き受けて下さり協議会を継続する、②地域で発生した課題を共有・解決する場が他に存在するため、協議会自体は目的達成ということで終了する等が考えられます。
- ・ この事業の目的は地域の在宅医療体制が整い、在宅で亡くなりたいと希望する人の望みを、少しでも叶えることです。どの時代にも在宅医療に関する課題はなくなるため、課題解決する協議体が地域に存在するか、協議体はなくても課題が拳がって来たときにすぐにその課題を共有して対応できるしくみができていればよいのです。
- ・ つまり、現在運営している協議会が必ずしも発展や継続しなくてはならない訳ではありません。また、協議会の事務局を保健所が担い続けることは難しいことです。その時の状況に応じて、徐々に主体を移行させていくことを考えながら運営することが大切です。

協議会のステップ：今はどの段階？

モデル事業担当者同士がイメージする協議会のステップを示してみました。協議会が進んでいるか、どこに向かっているのか見えにくく、自信がなくなってしまうときもあるでしょう。現在のステップやこれから向かう先を確認してみましょう。しかし、組織がうまく動くかは色々な要因が影響しているため、動くところから動かすなど、柔軟な運営が必要です。

ステップ①関係づくりができる

- －お互いの顔が見える
- －お互いが所属する組織の役割を知っている
- －お互いの立場でできること・できないことを知っている

ステップ②事業推進（システム構築）への認識が高まり・行動できる

- －事業（システム）を必要とする人がいることを共有・確信している
- －地域の課題を自分たちの課題であると認識している
- －これから構築する事業（システム）のイメージや具体を共有することができる
- －事業推進（システム構築）に向けて自分たちの役割や実施すべきことを理解している・それに向けて行動する

ステップ③事業で解決したしくみ（システム）を継続できる

- －担当者が変わってもシステムがスムーズに動くような工夫がなされている
- －システムをメンテナンスしていくしくみがある

Step 6 : 地域在宅医療支援センターを立ち上げて相談にのろう

地域在宅医療支援センターはこの事業を推進する主体として保健所に設置されま
す。地域で緩和ケアを希望する患者およびその家族や関係機関の相談にのること、協
議会の運営、ネットワークの構築等も地域在宅医療支援センターの業務内容です。こ
こでは主に、患者・家族、関係機関への相談業務について記します。

モデル事業の担当者は相談を受けるまでは、これまで相談にのった経験が少ない対
象者であるため、どのような相談が来るか、相談内容に答えられるか等不安に思っ
ていましたが、実際に相談を受けてみるとこれまでの難病等のスキルで対応できるこ
とが分かりました。それは、例えば疾患が変わっても保健所の主要な機能である「住民の
生活を支える」支援「公衆衛生の課題に立ち向かう姿勢」には変わりがないためです。

1) センターの立ち上げ～評価

○目標

- ・ 既存のサービスで対応しきれない人をキャッチできる
- ・ 相談内容から、地域のニーズや課題を把握する

○ポイント

準備

- ・ 相談対応マニュアルの作成
- ・ 担当者不在時の対応体制についての検討
- ・ 緩和ケアや相談業務に関する所内研修の実施
- ・ 相談記録票（カルテ）の作成
- ・ 担当者が困った時にタイムリーに相談にのってくれる人を見つけておく（緩和ケ
アの経験の多い医師・看護師等）

広報

- ・ 地域在宅医療支援センターについて、ポスター、リーフレットを作成し、住民や
関係機関に配布・周知
- ・ 町内回覧で管轄地域全町内会に周知

相談内容から住民ニーズを分析してまとめる

- ・ 協議会、事例検討会等、次の事業の展開に役立てる
- ・ 相談件数の集計

2) 個別相談

○目標

- ・ ご本人・ご家族が安心して病院から在宅に移行できる
- ・ ご本人・ご家族が在宅サービスに満足する

○実施内容

～最初の数例は丁寧にかかわろう！～

多くの家族にとって“終末期の経過”や“在宅や終末期医療・介護サービスの利用”は、非日常で不慣れであるため、サービス提供者への相談の場面でうまく気持ちを伝えたり、家族で話し合うのは難しいことです（「本人の気持ちをどうやって確認したらよいかわからない。言葉が見つからない」等）。一方で、担当者もどこまで「看取り」にかかわる質問に踏み込めばよいのか、相談者の反応を見ながら丁寧に対応する必要があります。また、事業推進の過渡期である現在、紹介する関係機関の具体的な看取りや緩和ケアに係るスキルが把握できていない場合もあります。

このように初回相談だけでは対応しきれない要因が多々あるため、最初の数例は丁寧に、相談終了時に「今日は、ご相談されてどうでしたか？お聞きになりたいことは、解決しましたか？実行されるときに不安な点がありますか？」など確認することが重要です。さらに、その後紹介したサービスや機関につながったのか、家族の合意が得られれば、直接、関係機関へ連絡調整をします。このように対応することで、担当者は地域の関係機関のサービスの成熟度も分かり、必要に応じて情報提供や研修・事例検討を通じた機関育成につなげることも可能になります。

【相談～終了までのプロセス】

初回相談は主訴だけでなく、困りごとの本質を探りながら傾聴する

- ・主訴と本当の困り事は異なることがあるため、丹念に話を聞き、必要時は面接や訪問を行う（担当して最初の数例はなるべく面接・訪問につなげ、相談にのってみる）
- ・電話では一つのことを相談していても、他のニーズを抱えていることが多い。生活実態を踏まえて相談にのる。相談がよかったかどうかを相談者になるべく聞き取る

一度は面接する

- ・最初の段階で訪問する（サービス導入する訪問看護師や医師と同行することもある）。

サービスの提供状況の確認

- ・どんなサービスが入っているか、それに対してご本人・ご家族がどう感じているかを確認する。

終了時

- ・亡くなられて数日後に訪問し、受けたサービスや看取りに対する満足・不満足について尋ね、支援不足等については次の支援に活かす。

○活用できるツール

- ・想定される相談内容のQ&A作成（資料）
- ・相談記録票（カルテ）（資料）
- ・地域資源の一覧（ニーズ把握で作成したものや既存資料）
- ・介護保険や医療保険制度（訪問看護・介護の料金等）
- ・OPTIMの相談マニュアル（<http://gankanwa.jp/index.html>）

○事例

- ・地域在宅医療支援センターのPRは各保健所が工夫し、広報への掲載、病院・薬局等の協議会委員にポスターを貼付してもらい、リーフレットの配布、町内回覧した。また、特にターゲットとなりそうな住民が利用しそうな場所（調剤薬局で麻薬を使っているところ等）には、ちらしを多めに配布した（4保健所）
- ・支援センターへの相談事例（資料）

NOTE 先行して立ち上げた地域在宅医療支援センターの実績から

地域在宅医療支援センターの広報を行うに際して担当者が心配するのは、周知すれば相談が殺到するのではないかとということです。モデル事業の経験から、その心配はあまりないと考えてよいでしょう。

○どのくらい相談が来たの？

- ・リーフレット、ポスター（24ヶ所の関係機関への配布）
→12件の相談（南筑後）
- ・市報に掲載（12月号）→翌月に3-4件の相談（南筑後）
- ・3000枚のちらし配布→直後に2件の相談（嘉穂・鞍手）
- ・全町内回覧（約58,500戸、6000枚）→10件程度の相談（宗像・遠賀地区）

○どういう相談が予想されるか。・病院、資源リスト

- ・利用できる介護保険、医療保険制度
- ・先の不安
- ・地域連携室やケアマネジャー等の関係機関からの相談も入る
- ・在宅療養導入の相談

○センター便りを定期的に発行し、アピールする（北筑後）

Step 7 : 緩和ケアに関わる専門職をスキルアップしよう

在宅緩和ケアを必要とするような患者を受け入れる体制を整備するためには、関係機関のスキルアップが必要です。この事業では各関係機関が同じ目的・目標に向かってスキルアップすることが重要です。そのため研修会を単に開催するのではなく、事業の中での位置づけを明確にした上で実施しましょう。いずれは、在宅医療を推進する上でどのようなスキルアップが必要かを、それぞれの立場で考えて研修会等を開催してもらえよう、各関係機関と協働関係を構築しながら進めていくことが重要です。

○目標

【1年目】

- ・保健所が行っている在宅医療推進事業の目的・内容が理解できる
- ・在宅医療に関する相談場所が分かる
- ・在宅医療に取り組むモチベーションが上がる
- ・在宅で麻薬・IVH・在宅での看取り・胃ろう・人工肛門の管理・レスピレータの管理が可能であるイメージができる
- ・自主的な研修会に保健所が話す機会を依頼される
- ・各組織が行う研修会に在宅医療推進に関わる内容を取り入れてもらえる

【2年目】

- ・在宅医療に不足するスキルを高められる
- ・医療依存度の高い利用者に対する不安が解消でき、自信をもって関わられる

【3年目・4年目】

- ・在宅に関わる医師・看取り経験の多い訪問看護事業所が増える
- ・施設内の看取り経験がある職員が増える

○機関ごとの目標

【診療所】

- ・在宅療養支援診療所が機能する（24時間往診が受けられる、）
- ・麻薬等による痛みの管理・IVH・在宅での看取り・胃ろうの管理・人工肛門の管理・レスピレータの管理・在宅酸素、が可能な診療所数の増加
- ・在宅の患者を●人増やせる（全県下）
- ・診療所医師数
- ・薬剤師への「要訪問」の指示

【訪問看護事業所】

- ・看取り、レスピレータが可能なステーションの数↑
- ・24時間連絡体制加算増加、24時間対応体制加算有の増加
- ・がん末期、神経難病、小児、精神

- ・訪問看護利用率の増加
- ・訪問看護師数
- ・病院（がん拠点病院）から紹介を受けた件数

【薬局】

- ・訪問できる薬局の増加
- ・麻薬が扱える薬局の増加（割合）
- ・衛生材料が扱える薬局の増加
- ・一包化調剤の可否
- ・居宅管理指導、残薬の整理・処分を実施する薬局
- ・退院調整会議への参加の可否

【歯科】

- ・訪問できる歯科（訪問診療歯科）の増加
- ・訪問治療が可能な歯科
- ・歯科衛生士の派遣が可能な歯科

【病院・がん拠点病院】（要再考）

- ・がん拠点病院の相談室の相談件数
- ・退院指導加算の数、退院調整加算の件数
- ・訪問看護の指示書件数？
- ・医療連携室が直接家族・本人からの相談した人数の増加（病院の窓口によって異なるのでは？）

【地域包括支援センター】

- ・がんの相談件数の増加

【居宅介護支援事業所】

- ・訪問看護の利用率の増加

○実施内容

【1年目】在宅医療に関する普及啓発を行う。地域の専門職に不足するスキルに関する課題を明らかにする

【2年目】1年目で明らかになったスキルアップが必要な内容について研修を実施する。

【3・4年目】研修を繰り返し行う。事例検討会を増やす。

○専門職のスキルアップを目的にした研修開催のポイント

☑ 対象

医師、看護師、訪問看護師、薬剤師、歯科医師、ケアマネジャー、ヘルパー、施設職員、等

☑ ポイント

- ・ 入り込みやすいところと共催・連携する
 - － 関係機関・関係団体も研修を定例行事として実施することになっている場合もあるため、その研修とリンクして実施する。
- ・ 相手にメリットがある関係機関と共催・連携する
 - － 認定看護師への講師の依頼：認定看護師講師は5年ごとに更新する必要がある、自己研鑽の実績が規定の内容で一定の得点以上に達していることが条件となっている。研修会等の講師をすることはそのポイントになり得る
 - － 医師会との共催：医師には「医師会生涯教育制度」というのがあるため、医師会に単位をつけてもらうと医師の参加が促される可能性がある
- ・ 関わった事例の活用、次への事業展開につなげる
 - － 事例を関係機関で共有するような研修会を行うことで、より具体的な課題や取り組みへのイメージが共有でき、参加者のモチベーションが上がる
 - － 保健所が窓口で相談を受けた事例を研修で紹介したり、検討事例として取り上げる
 - － 研修会に参加した関係機関や専門職が困っていることをキャッチし、次への展開につなげる

☑ 必要になりそうな研修例

- ・ ケアマネジャーや居宅支援事業所を対象とした終末期がん患者のケアプラン作成
- ・ 地域での受け入れが初めての事例への技術研修
- ・ 医師、訪問看護師を対象とした麻薬の取り扱い
- ・ ヘルパーを対象とした吸引研修

○活用できるツール

- ・ これまで実施された研修内容と講師の一覧
- ・ 研修案内のちらし（資料）

○実例

- ・ ケアマネジャーから「医療依存度の高い療養者のプラン作成が難しい」という声が拳がり、ケアプランの研修を企画段階からケアマネジャーと共催で開催した（京築地区）
- ・ 緩和ケア研修会：
実例1）医療・保健・介護等の関係者を対象に広く実施。初回研修は、在宅緩和ケアについて、地域での在宅緩和ケアへの意識を高めることを目的に、総論的な話から入った。参加人数78名。また、医師会との共催研修では、生涯学習

ポイント、介護保険主治医研修を兼ねてもらった。いずれも実践している医師を講師に選定。参加人数 89 名。(南筑後地区)

実例 2) 協議会で取り上げられた「病院側が在宅サービスについての理解がない」「退院カンファレンスもないままに退院させる」課題から病院、地域の従事者対象で「病院から始める退院支援・退院調整」の研修会を開催した。(宗像・遠賀地区)

○参考資料

- ・ 社団法人日本看護協会ホームページ：認定看護師，更新審査
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html>
- ・ 日本医師会ホームページ：日本医師会生涯教on-line，生涯教育制度のご案内
http://www.med.or.jp/cme/cme_info.html
- ・ がんの痛みよ、さようなら！こうすればとれる「がんの痛み」 武田文和・高橋美賀子・石田有紀編集 金原出版株式会社 2008
- ・ 病棟から始める退院支援・退院調整の実践実例 宇都宮宏子編集 日本看護協会出版会 2009
- ・ 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