

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名： 奈良県医療法人ひばり ホームホスピスひばりクリニック

**1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について**

がんによる死亡者数は、高齢・多死時代を反映し増加の一途を辿っている。奈良県では、在宅がん死亡率が平成 23 年度人口動態調査において 15.2%と日本第 1 位である。しかしながら、地域全体を鑑みたときには、在院日数の問題が先行し退院が決定され、医療問題が先行し福祉職種との連携が遅れてしまい、患者・家族の意向に沿ったケアが不足している、などの問題があった。そこで、当該事業において、地域の医療職種・福祉職種の連携に着目し、多職種に対して教育プログラムの実施、ITによる情報共有ツールの開発により、がん患者の地域連携時に生じる問題の解決を試みた。さらに、福祉職のがん患者・家族への役割の認識の把握と地域住民への普及・啓発を行った。また、復興枠での委託事業として、災害対策の現状把握を地域包括支援センターのセンター長に聞き取り調査を行い、地域での対策への示唆を得ることと、災害に強いITシステムの開発を行った。

**2 拠点事業の立ち上げについて**

当院では、在宅緩和ケアに特化して往診専門の診療所として医療・介護を提供し、年間約 200 名のがん患者の在宅看取りを行っている。これは、奈良県北西部の半径約 20KM 圏内の奈良市(人口 367,593 人 高齢化率 23.7%)、生駒市(人口 120,673 人 高齢化率 20.9%)を網羅している。そこに位置するがん診療拠点病院と協働し、奈良県北西部の在宅緩和ケアにおける円滑な地域連携を図ることを目標に、本拠点事業の核となる推進委員会を立ち上げた。推進委員の内訳は、緩和ケアチームや腫瘍内科の医師・看護師、退院調整看護師、ソーシャルワーカー、地域包括支援センター長、がん在宅看取りを行っている在宅医、訪問看護師、大学教員を加えた合計 20 名であった。

**3 拠点事業での取り組みについて**

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

奈良県北西部(奈良市・生駒市)の社会資源を表 1 に示す。病院治療医から、「どの訪問看護ステーションががん患者のケアに精通しているのか、わからない」「土日祝日にも訪問してくれる診療所が分かりにくい」などの意見が聞かれ、各職種が地域の社会資源の機能を理解していないことが、地域連携を阻む要因の 1 つであることが明らかになった。そこで、当該事業では在宅ケアネットワークの質を向上させる取り組みとして、がん診療拠点病院と在宅ケアのネットワーク構築を行うこととした。地域連携時に役に立つよう、営業時間・受入態勢・患者対応状況など、各事業所の機能を網羅した、リソースマップの作成を試みた。完成は平成 25 年 4 月下旬で、奈良県の主要病院の地域連携室、外来化学療法室、地域包括支援センター、居宅介護事業所等、約 500 か所に配布予定である。患者自宅周辺の社会資源とその機能が可視化できることで、意思決定の円滑化に寄与することができ、患者・家族の意向に沿ったケアとなることが考えられる。

表 1 奈良市・生駒市の医療・福祉資源

市町村名	病院*	診療所*			訪問看護ステーション*	調剤薬局*			福祉*				
		開業医	往診医	在宅療養支援診療所		処方箋薬局	在宅患者訪問薬剤管理指導薬局	麻薬在庫の有の薬局	居宅介護事業所	訪問介護事業所	通所施設	入所施設	短期入所
奈良	21	67	37	16	18	80	61	48	132	125	115	37	32
生駒	5	20	13	10	4	26	23	16	65	55	27	8	6

(ヶ所)  
 \*奈良県HP公開データより作成: [http://www.kaigokensaku.jp/29/index.php\(H25.3.20確認\)](http://www.kaigokensaku.jp/29/index.php(H25.3.20確認))  
 \*\*奈良県HP公開データより作成: [http://www.pref.nara.jp/27099.htm\(H25.3.20確認\)](http://www.pref.nara.jp/27099.htm(H25.3.20確認))

(2) 会議の開催

地域ケア推進会議は4回実施し、概要を表 2 に示す。キックオフミーティングは「顔合わせ」を、推進委員会議では「地域の問題を明らかにすること」を目的とした。疾病の治癒を目的としている病院医療者は、地域医療・福祉の役割や実際のケア内容の理解が

できていないことが問題の1つとして抽出された。そこで、地域の社会資源の各々の役割を理解し、がん地域医療連携に対する示唆を得ること、地域医療連携において主軸の1つである医師との連携への示唆を得ることを目的に、討論会議を2回開催した。

4回の地域ケア推進会議を通して、地域連携に必要な事柄が次の4つに集約できた。①多忙な医師との連携において、電話で2分程度に要約した内容を病院医師に報告すること(福祉職は要約力・伝える力の能力を身に付ける)②情報は相互共有として、福祉職は情報を医療職より得るだけでなく、フィードバックをする③フィードバックの方法は、FAXがいいのか、電話がいいのか、連携先に確認する(思いやりが発揮できる)④特に医療依存度の高いがん患者ケアに関して、訪問看護師が医師と福祉職の架け橋になることである。地域連携における問題点を抽出し、当事者間で話し合え、解決策が導きだされたことは非常に意義が大きい。

表2 地域ケア推進会議の概要

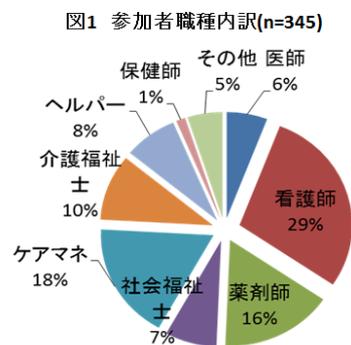
会議名	目的	参加人数	内訳				
			医師	薬剤師	看護師	福祉職	行政担当者
キックオフミーティング 平成24年6月28日	・在宅医療連携拠点事業概要説明 ・顔合わせ	51	9	1	11	23	8
推進委員会 平成24年7月20日	・役割分担	16	5	1	7	3	0
地域包括支援センター 討論会議 平成24年9月28日	・他職種理解 ・特に地域包括支援センターの役割・特徴を医療者が理解する	33	2	0	5	23	3
医師と他職種との連携 の壁討論会議 平成24年12月14日	・福祉職・看護師が医師と連携するときの問題の抽出 ・連携時の問題を解決策の模索	27	3	0	7	11	8

### (3) 研修の実施

在宅緩和ケア・地域連携に関するに対する基本的な知識の習得に加えて、連携のための多職種理解を目的に、「多職種のための在宅緩和ケア教育プログラム」を開発し、医師/薬剤師対象に3講座、看護師対象に2講座、福祉職に8講座、多職種対象に9講座、合計22講座を実施した。

参加事業所は、訪問看護ステーション20か所、介護事業所30か所、調剤薬局23か所、病院・医院23か所、地域包括支援センター10か所と、多くの組織の関係者が「多職種のための在宅緩和ケア教育プログラム」に参加した。また、参加者の65%が、

40～60歳代であった。この年齢層は、主に実践で活躍しているものや、組織内でリーダーシップをとるものと予測できる。これは、地域ケアを担う組織が小さく、1つの組織から、多くの参加者を派遣が困難である現状を踏まえると、組織内でのトップダウン式教育効果が図れたと考える。また、一番多く参加した職種は看護師であった。病院と地域ケアの連携において、がん患者のような医療依存度の高い患者ケアには、看護師の果たす役割は大きいと考え、当事業が与えた影響は大きいと考える(図1)。「講義内容に関連して、今後勉強したいと思いませんか」の問いに多職種のための在宅緩和ケア教育プログラムに参加した約90%以上のものが「とてもそう思う」「そう思う」と答えていたことから、実践者の今後の勉強の意欲の向上に繋がったと考え、今後、継続的な学習の機会によって質の向上が図れるのではないかと考える。



### (4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制構築

当院では、開業当初の10年前より在宅医療を専門に提供する診療所として運営している。24時間365日、緊急時のファーストコールを医師が対応することを理念とし、常勤で複数医師を雇用している。平成24年度の1年間の実績は、在宅看取り175名/年、月間平均在宅看取り数は14.6±5.0人、日中の緊急往診191件(内、死亡診断124件)、夜間の緊急往診45件(内、死亡診断17件)、深夜の緊急往診は100件(内、死亡診断は34件)であった。当院の実績上、在宅がん緩和ケアにおいて死亡する患者が平均1回、医師への緊急往診を依頼することで在宅看取りが可能となっている。この理由は、がん緩和ケアに特化した診療所であることで職員教育が行き届き、在宅緩和ケアに卓越した職員が育成されているためであると考えている。医療職・福祉職が日々の患者・家族ケアの中で、疾

患の進行を見越し、今後起こり得る症状に対して十分な説明を行い、出現した症状に対して、家族が不安にならないよう指導的に関わっていることで、家族が安心して介護することができている結果、緊急往診に至らずに家族が対応することができていると考える。そこで、当該事業において、まず、医療者・福祉職が看取りを行える実践的な知識と、意欲向上を目的とした教育プログラムを実施した。その結果、医療職・福祉職の自信につながり、患者・家族ケアの質向上によって地域でがん患者・家族が24時間365日安心したシステムが構築できると考える。この結果については、別紙その他資料②で報告する。

(5) 地域包括支援センター対象にした支援の実施対象地区の奈良市・生駒市は、都市地域と過疎地域の格差が大きいことを鑑み、地域包括支援センターの現状の理解をしなければ、支援計画の立案は困難と考えた。今年度は地域包括支援センターのがん患者のマネジメントの現状を把握し、困難・問題点の抽出を行った。

**調査1:**奈良市・生駒市の地域包括支援センター17か所の職員に対し、がん患者のマネジメントの現状と、医療依存度の高いがん患者に対するケアする職員のサポート体制の実態を把握することを目的にアンケート調査を実施した。調査期間は平成24年8月～9月、アンケート調査票を91名に配布、回収は85名(回収率94.4%)であった。実際にがん患者へのケアマネジメントを行ったことがある職員は65%であった。また、がん患者のケアマネジメントを困難であると感じている職員はそのうち74%であった。その理由には「介護認定が下りていないことに伴うマネジメント困難」、「医療的知識が乏しい」が主な理由として挙げられた。地域包括支援センター職員が考える担うべきがん患者ケアについては、「疾患の知識や情報の把握」が最も多く、その他「受入可能な医療機関の把握」、「受入可能な介護サービスの把握」があった。がん疾患に偏った知識獲得は困難であるものの、その必要性を実感して

いる現状が明らかになった。また職員は、介護が必要であると判断されたがん患者の余命は、いくばくもない可能性を理解していたが、介護認定調査結果が出ていない事でマネジメントに苦慮していた。

**調査2:**奈良市・生駒市地域包括支援センター長に対し、地域包括支援センターが①がん患者とその家族を支援するにあたり担うべき役割と、相談窓口において必要とされること、②がん患者をマネジメントするうえで壁になっていること、について半構成的インタビューを実施した。

奈良市・生駒市の地域包括支援センターに、口頭と文書でインタビューを依頼し、17か所中インタビュー内容の録音に9か所の承諾を得、記述内容を抽出し、質的記述的に分析をした。【】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリーを示す。

### ①がん患者・家族に対する役割

地域包括支援センターでは、ケアマネジメントとして【工夫をして医療職より情報収集】を行い、がん患者の状況に合わせ【地域の社会資源を把握し適切なところに依頼】していた。地域包括支援センターが実務の必要性を判断したときには【高齢者と同じ要領でマネジメント】するか【がん疾患の特徴を理解した上でのマネジメント】を行っていた。がん患者が介護保険の利用が必要な時期には、疾患の進行が早いことを鑑み、【既存の介護保険制度の活用】の工夫を行い、行政担当者と個別に会話をはかり、認定調査が早く実施されるように依頼をしていた。一方で、このような介護保険マネジメントだけではなく、地域包括支援センターでは、【がん患者・家族の気持ちに寄り添うケア】の必要性を認識しており、これらを【医療と福祉の橋渡し】と位置付け、日々の業務の役割としていることが明らかになった。またこのような役割を果たすためには【福祉職としてがんケアを学ぶ機会を作る】役割を担っているとの認識も明らかになった。

### ②がん患者のマネジメント時の壁

地域包括支援センターが感じている壁は、制度上・組織上・個人上の3つが存在した(図2)。

図2 がん患者の地域連携時に  
地域包括支援センターが感じる壁の概念図



制度上の壁は、若年者の経済的負担が問題になるなど《医療費が高いがん患者の補助などの支援がない》ことや、がん患者の「帰りたい」との希望にすぐ応えられるような《退院がすぐにできるような社会資源の不足》など【社会制度の不足】、《がん患者をサポートするとき現状評価しかできない介護保険の限界》、《介護保険の意見書の判断は、看護師の方が適切であると思うが、現在は医師が行っていること》など【介護保険ががん患者を支援するときの限界】があった。組織上の壁は《情報を収集や相談を誰にすればいいかわからない》、《医療職と福祉職が情報を共有するための統一シートがない》など【情報共有のルールが未整備】であることや、《病院主治医の介護保険主治医であることの責任の低さ》などの【病院医療者の認識やシステムの問題】、地域包括支援センターの多岐にわたる役割から、がんケアに関しての【業務内容の限界】があった。個人的な壁は、ホスピスや経済支援に関する情報・理解が不足していることで【がんケアに関する情報の限界】、また高齢者ケアを担っている観点から認知症ケアについては十分に学ぶ機会がある一方で【がん患者・家族ケアの知識・経験の不足】があることを認識していた。

以上の結果を踏まえて、考察を行う。【がんケアに対する情報の限界】に対して、現在がん診療拠点病院ががん相談の窓口を開設することが義務付けられているが、その窓口を福祉職にも開放することで、既存の資源の有効活用ができると考える。【がん患者・家族ケア知識・経験の不足】に対して、地域包括支援センターや福祉職ががん患者ケアマネジメントを主体的に担うべきなのかという点を検討一方、医療依存度の高いがん患者の地域連携時のマネジメントには、看

護師の力を発揮することも必要である。する必要があろう。【病院医療者の認識やシステムの問題】を解決するために、病院と地域が現状の相互理解を通し、スムーズな地域連携を行うための青写真を描く作業が必要と考える。【情報共有ツールが未整備】を解決するプロセスのなかで、福祉・医療者が協働し、【介護保険制度ががん患者を支援するときの限界】【社会制度の不足】など、地域で問題の共通認識ができれば、行政へのボトムアップ改革が可能となろう。そのような地域の成長が果たされることが、地域連携の最終的な姿ではないだろうか。

2つの調査結果を行政関係者、がん診療拠点病院へ報告し、地域ケアの発展の足がかりにしたい。

#### (6) 効率的な情報共有のための取組み

効率的に必要な情報を共有する仕組みを構築するためには、まず「人」による情報共有やコミュニケーションの場が必要である。本事業において開催した会議や研修、あるいはアンケート調査やインタビューの実施は、「物理的に離れていても顔の見える関係」を構築する柱となっており、情報共有の前提条件は整っていると考える。現在、全国の多くの地域でITによる地域医療連携が試みられているが、運用面に問題を抱えているケースは少なくない。インフラ構築やセキュリティ面の技術論に終始し、人的な関係構築を疎かにすると、共有すべき情報やシステム運用面の調整が甘くなる。それでは情報共有も何もない。

本事業では多職種・多施設との人的な関係構築を前提として、情報共有を効率的に行ない得るシステムの構築を行った。現在、情報システムベンダーによるアプリケーション構築の最終段階にあり、システム本稼働は当年5月1日を予定しているが、ここに至るまでに数多くの議論を重ねる必要があった。そもそも在宅緩和ケアに対応可能な情報システム自体が存在していなかった上に、多職種・多施設との情報連携が在宅専門の診療所を中心に行われるという例は非常に稀である。そのため、システムベンダーの既存アプリケーションに多くの機能面の追加を要求する必要があり、ベンダー選定の段階で相当の時間を要した。結果として、本事業向けにシステムを大きく改修するという条件の下でベンダーが決定し(株式会社グローバル

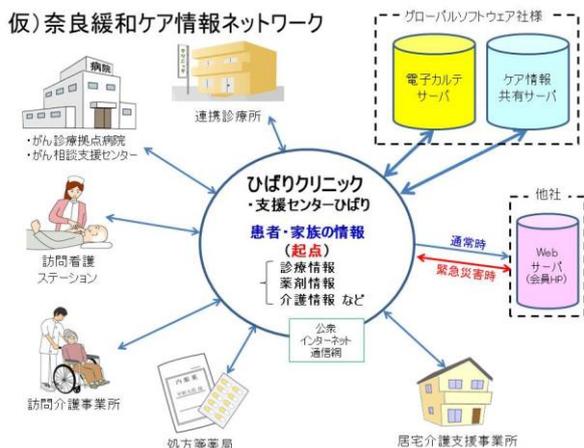
ソフトウェア)、システム構築に着手した。

本事業においては、多職種間・施設間における情報共有を可能とすることを最終目的として、以下、①・②に示す2段階の導入フェーズによるシステム構築を行っている。図3にその概要を示す。

### ①多職種間における情報共有

当院は、本事業以前より在宅での緩和医療に応じた情報共有システムを独自開発し、運用を行っていた。これは当院の常勤医師が開発したユーザー目線のシステムであり、現場ニーズへの適合度は非常に高かった。しかし、本事業における多職種から多施設との情報共有を実現するにはシステムの基盤として限界があった。

図3. 多職種・多施設間情報共有システム



そこで第1の導入フェーズとして、当院内の各職種間における情報共有を目的とした電子カルテシステム(イージーカルテ Web2.0)及びケア情報共有システム(神医クラウド版)の構築を行った。当システムの主たる要件は、1) 当院にサーバ機器を置かないクラウド型システム、2) 往診先で診療情報の参照・入力が可能、3) ケア情報共有システムと電子カルテシステム間の医師記録・看護記録連携(大抵分離されている)、4) 多施設からの情報入力機能とした。入力・参照が可能な項目について職種によりアクセス制限を設定するのは当然であるが、合わせ見る必要がある情報は一覧性を確保する上で必ず統合する必要がある。医師による診療行為と看護師によるケアが密接に関わる在宅緩和ケアにおいては、特にニーズが大きい要件で

ある。なお、情報セキュリティ面については、サーバアクセス時のソフトウェアVPN利用、ログイン時のID/パスワード入力(+指紋認証も検討)、及びデータバックアップの2重化(クラウド側+当院内)にて確保する。

### ②多施設間における情報共有

本事業においては、図3の通り、多施設と双方向の情報共有を行うことを想定している。その際に患者の診療情報・介護情報などをオンタイムでスムーズに取得するためには、FAXや電話以上に、情報共有ツールが有用である。特に情報を取得する場面では、先方の業務状況などに囚われず、ストレスなく得たい情報にアクセスできるメリットがある。以上の実現に必要なポイントは、1) 共有情報、2) 情報処理技術面、3) システム運用面の3点であった。

まず1)についてであるが、本事業に類する取り組みは全国にも例がなかったため、共有すべき情報の検討が当初必要であった。そこで、情報共有が想定される施設の内10施設に対して、概ねどのような情報を求め、どのような情報を他施設に伝えたいかについて記述式のアンケート調査を行なった。結果、求められる情報は全般に診療内容に関する情報が多く、例えば病院は退院後の診療内容、訪問看護ステーションは投薬・処置の変更、薬局は服薬状況について情報を取得する必要があるという回答であった。その他、告知の有無や患者の希望、緊急時の受け入れ先など緩和ケアに関連した情報は共有すべきであるという声が多かった。これらのアンケートの結果を元に、本事業の情報共有ツールに掲載する情報を検討した。

次に2)の情報処理技術面であるが、診療情報については、他施設から直接当院の電子カルテを参照できるようなシステム構築が検討されたが、情報処理技術面では問題がないものの、個人情報保護や情報セキュリティ面、及びソフトウェアライセンスなど様々な問題があると判断した。そこで、電子カルテから情報共有システムへ共有が必要な情報をリアルタイムで送信する仕組みを構築し、他の施設は情報共有システムを参照するシステムとした。また必要な情報は他施設からも情報共有システムに入力できる機能を備えることにした。

最後の3)のシステム運用面については、連携他施

設との運用の調整が最も重要であり、ここを疎かにすると各地で問題となっている救急医療情報システムの轍を踏むことになり兼ねない。各種の情報が、入力されるべきタイミングで適切に追加・更新されなければ、他施設にとって参照する価値はない。そのうち、どの施設においても運用されなくなるのは必然である。

多施設間における情報共有については、例えば将来的には、医師1人で開業している連携診療所の患者の緊急時のサポートを当院が行うというケースもあり得る。その場合、情報参照のみでは不十分であり、投薬指示など必要な診療情報をその場である程度入力できなければならない。ある施設において在宅診療中の患者に対して、地域における在宅医療支援の一環として他の施設がサポートを行い得る形は理想的であるが、情報システムの運用を含めて実現は難しい。少なくとも複数施設の患者の診療情報が記録された共有型の電子カルテが運用されている必要がある。

本システムは今後わが国において進むであろうEHR (Electric Health Record) 政策に関連する取り組みの1事例としても、大きな示唆に富んだプロジェクトであると考えている。

#### (7) 地域住民への普及・啓発

当該事業では、地域住民を対象にした特別講演会の開催と、対象区域の、より地域に密着した学習の場を設けるため、市民公開講座を開催した。地域ケアの発展には、既存の社会資源の活用のみではなく、地域住民の共助が必須であると考えている。近年、自治会単位の防災対策が進む中、コミュニティーの力を地域医療ケアに活用することが可能かと考えた。そこで、在宅緩和ケアの啓発・啓蒙を目的とし、自治会長に協力を依頼し、奈良市・生駒市の3カ所の自治会館で「あなたは人生の最期をどこですごしますか」のタイトルで啓発活動を実施した。

特別講演会では、シンポジウムも開催し、シンポジストら奈良市・生駒市の地域連携における役割や問題点の検討を依頼した。地域連携には2次元存在し、1つは療養場所移行に伴う「連携」で、基本的には医療者連携である。**医者が患者・家族に対し、厳しい病状や予後を説明できないことに伴う、患者・家族の意思が反映されにくい終末期がん医療現場の現状が、**

**「連携」を阻んでいることが明らかになった。**もしも、不幸にして患者やその家族になった場合、「知りたい」との意思表示を行うことが市民には必要であるとの結論に達した。もう1つの次元は、自宅療養する患者・家族を取り巻く多職種の連携である。ここで、鍵になる役割を果たせるのは、調剤薬局の薬剤師であるとの発言があった。病状が安定している場合には、訪問看護や、介護サービスを利用しないことがあるが、多くの患者は服薬をしている。関わりの深さは訪問看護師や介護職に劣るが、継続的に関わる職種であるためである。**市民には薬剤師を相談相手として利用することの意義**を提案できたことは成果があったと考える。

市民公開講座では、**①地元の高齢者同士が、がん罹患することや療養先について考えることが、身近な問題と捉えることができたこと②地域の共助精神の芽生えに役立ったことがアンケート調査より把握できたことは、大きな収穫であったと言える。**今後、地域住民に対し、継続的に自治会単位での学習の場を提供することで、地域力の向上が、医療からもたらされるのではないかと期待できた。

#### (8) 災害発生時の対応策

推進委員はじめ、関係者を中心に災害時に関するアンケート調査を実施し、在宅医療を専門に提供している診療所が求められる役割を把握した。その結果**①災害時におけるリーダーシップ②情報の収集と物品の確保**が求められていることが分かった。この結果より、ITによる情報収集によりリーダーシップが発揮できるように、システムの開発を行った。

まず、(6)において述べた情報共有システムの構築により、災害発生時に携帯電話・スマートフォン・タブレットなどのITツールによる情報収集を行い得る基盤が整ったといえる。各施設に紙ベースで存在する情報は参照・記録が可能な場所は限られる。本事業の情報共有システムでは患者基本情報・保険情報・投薬情報を筆頭に全て電子化されている。しかも当院内で管理するサーバではなく、クラウド型サービスを採用しているため、診療データの格納されているサーバは他の地域(主に関東地方)に配置されている。例えば、緊急災害時用のWebサイトを構築し、日次バッチ処理でそれらのデータをWebサーバにミラーリング

しておくのもよい。あるいは災害発生時にはWebサーバから当院のクラウドサーバにアクセスできるように遠隔操作で切り替えられるような仕組みを構築するのもよい。いずれにせよ、情報を電子化することによって後利用の可能性は無限に広がり、インターネットへの接続さえ可能であれば、情報を収集する手段には事欠かない。万が一、クラウドサーバ設置地域が災害に襲われた場合も、当院内にバックアップデータ(日次)が存在する仕組みであるため、例えば緊急災害時用Webサーバにそのデータを送信することによって情報の参照機能だけは確保できる。以上、災害時対応策の具体的な仕様については、Webサイト構築業者と検討を行っているところであるが、電子カルテシステムを中心とした当院内の情報共有システムが稼働した後最終的な判断を行う予定である。併せて太陽光発電、自家発電、蓄電池装置などを施設することでより安定した運用が可能であるが、費用対効果も鑑みる必要があるこれは今後の課題である。

また、地域包括支援センター長へ「災害時における地域包括支援センターの役割」についてインタビューを実施した結果、問題が3つ、課題が2つ抽出された。問題は、①要支援者名簿や独居老人名簿が地域包括に開示されていないため、現状把握が困難であること、②開示された市町村はあるが、個人情報保護法に抵触することを恐れ、活用できないこと、③特に独居老人名簿などは現状に乖離があることであった。課題や役割は、①マニュアル作成、②名簿と現状の乖離を理解している、自治会や民生委員との協働の実施、③地域住民に災害時には、自助、共助での対応が求められるので、地域住民への防災対策の啓発活動の実施が抽出された。これらの現状を受け、防災意識を高め、地域住民が自助・共助認識を高めることを目的に、災害対策に関する特別講演会を実施した。アンケートの結果からは、防災対策をしているものは30%であったが、自助の必要性が認識できたとの回答が得られた。また、**災害時には、個人情報保護の観点よりも、人命救助が優先される解釈ができるということを地域包括支援センターが認識できていない現状**が明らかになった。市町村や県にこの現状を報告し、地域包括が地域性を鑑みた防災対策が検討でき

るように、働きかけることが必要であろう。

#### 4 特に独創的だと思う取り組み

効率的な情報共有ツールを模索する過程において、ITによる情報共有ツールと、電子カルテを統合させる必要性を確認した。電子カルテの展示会に赴き、既存のシステムをすべて検討したが、各ベンダーにとっては病院や一般診療所を対象とした情報システムが開発・販売の中心ラインであり、在宅医療に汎用的に利用できるものは見当たらなかった。

結果、①在宅医療に汎用できるシステムの不足②患者宅で情報を確認するシステムの不足③他職種との情報共有システムと電子カルテが一体となっているシステムは皆無であることが明らかになった。そこで、大学の医療情報システム専門家に協力を依頼し、電子カルテシステムを開発・販売しているベンダーと交渉を重ね、株式会社グローバルソフトウェアの協力を得て、既存にはない全く新しいソフト開発に取り組んだ。電子カルテ部分は既存の機能を流用できる点多かったが、多施設間における情報共有、しかも診療所を中心としたクラウド型システムを構築したという点で独創的である。また、本事業の情報共有システムは病院・診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・処方箋薬局から、地域包括支援センターに至るまで、在宅緩和ケアを行う患者の情報共有が必要な施設を幅広くカバー可能であることを目的としている。多施設へのシステム導入やサポートなどの点においてもクラウド型システムを採用した意義は大きい。正に地域の患者を中心とした産官学連携が、在宅医療現場を通して実現した点において独創的であるといえる。

#### 5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

多死時代を迎え、地域包括ケアシステムを構築し、医師をはじめ医療者と福祉職が対等な立場で患者・家族ケアを検討するためのチームケア構築には、福祉職への教育が不可欠であると考えていた。しかし、実践で働く福祉職のうち特に、介護福祉士・ホームヘルパーのニーズに合った研修の企画が少ないこと、福祉事業所は採算性が低いことが多く、研修費の捻出が難しい現状があった。当該事業では幅広いもの

を対象に、無料で実施し、業務終了後すぐに参加へできるよう、交通アクセスに配慮し、駐車場を確保できる会議室を借りて研修会を実施したことなどにより、30か所の福祉事業所、198名の参加者があった。

福祉職は、教育背景の多様性から、専門性・役割について、実践を通して認識するプロセスが重要である。実践のニーズに合った教育プログラムを実施・継続し、福祉実践者が相談できる相手との関係性構築によって、地域ケアシステムの一端を担う福祉職の質の向上が果たされる。その意味で、当該事業では、「がん患者の特徴と介護～しているところとちょっとお得な医療情報～」「がん患者に特徴的な医療処置について～訪問看護師からの申し送り～」などの医療情報の提供や、「介護者によるグリーンケアとセルフケア」の研修を行い、実践の医師・看護師による多角的な側面より教育を実施し、8回の研修を通して実践で困ったことがあればいつでも相談に対応する姿勢を示し続けた。明日からの実践に役に立つ知識を獲得し、疑問を解決したいという気持ちが持てるようになったのではないかと考える。

## 6 苦労した点、うまくいかなかった点

当該事業において苦労した点の1つは、奈良県医師会、地区医師会、薬剤師会、看護協会の後援・協力が得られなかったことである。「厚生労働省委託事業を請け負ったとしても、一診療所が行う特定の事業を後援はできない」というのがその理由であった。2つ目は、病院の職員への周知困難である。地域連携を考えるときには、受ける地域側と、送り出す病院側の相互理解が不可欠であると考え、奈良県北西部のがん診療拠点病院の院長に、趣旨を説明し協力を得た。そしてがん緩和ケアチームや地域医療連携室を中心に広報活動を行い、参加を促した。しかし、病院側の参加者はこちらが依頼した推進委員の医療者のみで、緩和ケアチーム、地域連携室、病棟医療者の参加はほとんどなかった。今後、地域連携を促進させるためには、医療者が組織間の垣根なく相互理解し、質の均一化を目的とした取組が必要であると考え、当該事業では実現ができなかった。今後、モデル事業として「在院日数を減少させる」など、病院に対し大きなメリットとなる目標を掲

げ、各関係部署のリーダー的存在の参加を促す戦略が必要であると考え。

## 7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

このような大きな事業の成功には、行政の力を借りないと達成なし得ないことを痛感した。行政といっても、都道府県と市町村の密な連携が不可欠である。目標の達成に強制力を持たせるうえで、主導は市町村であっても、都道府県が舵取りをするという構造が必要である。そして、市町村と地域の先駆者らの力を合わせ、既存の職能団体への協力打診を都道府県が担い、協力を得ながらビジョンを描き、問題点の抽出、解決に向けた戦略の検討、などのプロセスを経て変革していくことが求められる。

## 8 最後に

1976年(昭和51年)に医療機関死亡率が在宅死亡率を上回り<sup>i</sup>、絶対的な病院信仰がまだまだ続いている状態である。医療者・福祉職の病院信仰に対する意識改革、終末期にその人らしさを支えるためには、在宅で医療面だけでなく、生活や経済面への支援も大切である。そのため、多職種の連携は必須であり、病院・地域ケアの質向上を達成させる取り組みを継続させることはこれから迎える多死時代に必要である。

最後に、今年度の在宅医療連携拠点事業を通して、病院医師/看護師・在宅医・訪問看護師・地域包括支援センターをはじめとした福祉職と、気兼ねなく話し合う機会に恵まれた。以後、連携先の「人となり」が理解できたことで、電話連絡が容易になった。これは、地域の医療連携関係がまた一歩進んだものと自負している。このような機会を与えてくださったことに感謝申し上げる。

<sup>i</sup>奈良県HP 市町村別推計人口表

[http://www.pref.nara.jp/dd\\_aspx\\_menuid-6265.htm](http://www.pref.nara.jp/dd_aspx_menuid-6265.htm)  
平成24年9月確認

<sup>ii</sup>厚生労働省HP 人口動態統計

[http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryous\\_eido01/pdf/tdfk01-02.pdf#search=%E5%9C%A8%E5%AE%85%E6%AD%BB%E4%BA%A1%E7%8E%87+%E5%8E%9A%E5%8A%B4%E7%9C%81](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryous_eido01/pdf/tdfk01-02.pdf#search=%E5%9C%A8%E5%AE%85%E6%AD%BB%E4%BA%A1%E7%8E%87+%E5%8E%9A%E5%8A%B4%E7%9C%81)

平成25年3月確認