

平成 24 年度  
厚生労働省委託事業

多職種協働による在宅チーム医療を担う  
人材育成事業  
都道府県リーダー研修  
テキスト



独立行政法人  
国立長寿医療研究センター

## 都道府県リーダー研修 講師一覧

### 【ご挨拶いただく講師】

氏名 (順不同・敬称略)	所属機関	所属機関職名
梶尾 雅宏	厚生労働省 医政局指導課	課長
高杉 敬久	社団法人 日本医師会	常任理事

### 【ご講義いただく講師】

氏名 (順不同・敬称略)	所属機関	所属機関職名
深田 修	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 企画戦略室	室長
三浦 久幸	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部	部長
黒岩 卓夫	医療法人社団萌気会 萌気園浦佐診療所	所長
鳥羽 研二	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	病院長
太田 秀樹	医療法人アスムス おやま城北クリニック	理事長 院長
平原 佐斗司	東京ふれあい医療生協 梶原診療所在宅サポートセンター	センター長
辻 哲夫	国立大学法人 東京大学高齢社会総合研究機構	教授
大島 浩子	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 在宅医療開発研究部 長寿看護・介護研究室	室長
川越 正平	医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所	理事長 院長
秋山 正子	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション	代表取締役 所長
洪 英在	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 高齢者総合診療科	医師

## 目 次

- I. 都道府県リーダー研修の目的と関係者の役割（1）
- II. 都道府県リーダー研修の目的と関係者の役割（2）
- III. 在宅医療の本質と理想の在宅医リーダー像
- IV. 高齢者のニーズにこたえる在宅医療
- V. 生活を支える、在宅ならではの医療の実際
- VI. “エンド・オブ・ライフ・ケア”の視点を有する在宅医療の重要性
- VII. かかりつけ医と在宅医療の推進
- VIII. H23年度拠点事業のレビューと今年度拠点の評価指標
- IX. 多職種連携協働の今日的意義とグループワークの進め方
- X. 課題抽出の方法とその解決策の事例紹介

10/13.14 都道府県リーダー研修プログラム 国立長寿医療研究センター

時刻	1日目:10月13日(土)	講師等	主旨、構成内容	形式	時間
13:00	開会の辞	国立長寿医療研究センター 大島伸一			10
	挨拶 厚生労働省	厚生労働省 医政局指導課 橋本 雅宏			5
	挨拶 日本医師会	日本医師会 常任理事 高杉敬久			5
	都道府県リーダー研修の目的と関係者の役割	国立長寿医療研究センター 企画戦略室 深田修 在宅連携医療部 三浦久幸	1. 在宅医療の制度上の位置づけ 2. 在宅連携拠点が必要になった理由 3. 在宅連携拠点を点から面的拡大させていく原動力 (病診、診診連携と在宅医療拠点機能/行政や医師会の役割と連携) 4. 都道府県リーダーの構成およびプログラムのねらい 5. 今後の各地域での取り組みへの期待 —地域リーダー研修の企画、運営について—	講義	35
	質疑応答				20
休憩					
14:30	在宅医療の本質と理想の在宅医リーダー	横浜開港病院診療所 黒岩卓夫	1. 理想の在宅医療の姿 2. 在宅医療を担う人材に必要なもの 3. 在宅医療のリーダーとは 4. 在宅医療のリーダーを育成するために必要な要素	講義	30
	高齢者のニーズに応える在宅医療	国立長寿医療研究センター 鳥羽研二	高齢者の特性(虚弱、老年症候群)やニーズに応える老年医学(CGA、多職種協働など)		20
15:20	生活を支える、在宅ならではの医療の実際	医療法人アスミス おやま福祉クリニック 大田秀樹	1. 病院と在宅で行う医療に対する技術や意識の差異 2. 在宅医療の実際 3. 在宅医療によって広がる患者や家族の可能性		25
	"エンド・オブ・ライフ・ケア"の視点を有する在宅医療の重要性	看護診療所 在宅サポートセンター 平原佐寿司	1. 在宅医療におけるエンドオブライフケアの対象、課題と支えるシステム 2. 今後のエンドオブライフケア充実化にむけた医療、介護、行政に対する期待		20
休憩					
16:20	訪問診療の実際と同行研修の意義(DVD視聴)		研修の一つの形態である、同行研修の場面紹介	映像視聴	15
	かかりつけ医と在宅医療の推進	東京大学 高齢社会総合研究機構 辻野夫	1. かかりつけ医の動機づけの必要性和在宅医療の推進 2. かかりつけ医の動機づけを促す研修を行うことで見られた変化 3. 柏プロジェクトかかりつけ医研修への取り組みと結果	講義	30
	H23年度拠点事業のレビューと今年度拠点の評価指標	国立長寿医療研究センター 長寿看護・介護研究室 大島浩子	1. 23年度10拠点の在宅医療連携に関する質的研究とその研究結果から導き出された課題 2. 24年度 在宅医療連携拠点のアウトカム評価指標調査のねらい		10
	GW1 都道府県における在宅医療推進 (在宅医療連携拠点を活かした面展開の方略)	視原診療所 在宅サポートセンター 平原佐寿司 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 三浦久幸	行政、医師会、連携拠点が有機的につながり、都道府県全体へ面展開することを意識して都道府県ごとに下記内容を討議 1. わが県における在宅医療推進の意義 2. わが県での在宅医療推進のための方略 3. 地域での研修事業の展開に向けて	グループワーク	75
事務連絡・アンケート記入					

時刻	2日目:10月14日(日)	講師等	主旨、構成内容	分類	時間
9:00	ガイダンス	国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 三浦久幸	2日目研修プログラムの構成、意図の解説		5
	多職種連携協働の今日的意義とグループワークの進め方	視原診療所 在宅サポートセンター 平原佐寿司	1. 多職種連携協働の意義、困難とする要因などの解説 2. グループワークを効果的に進めるための方法	講義	25
	GW2 地域における課題抽出の方法	医療法人財団千草健康会 あおぞら診療所 川越正平	1. 地域資源に関するさまざまな課題抽出の方法 2. KJ法を用いた課題抽出の方法 3. 全体ディスカッション	グループワーク	60
	課題抽出の方法とその解決策の事例紹介	医療法人財団千草健康会 あおぞら診療所 川越正平	1. 在宅医療を支える医療介護資源の視覚化、数量化を通じた課題抽出の方法 2. さまざまな課題抽出の方法とその解決策の事例紹介	講義	30
	休憩				
11:15	GW3 多職種ケアカンファレンス	白十字訪問看護ステーション 秋山正子 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 洪 英在	多職種ケアカンファレンス映像(退院前カンファレンス、在宅における多職種カンファレンス)を視聴し、それを元に、理想的な多職種連携協働に関する検討を行う	グループワーク	65
	二日間通しての振り返り	国立長寿医療研究センター 企画戦略室 深田修 在宅連携医療部 三浦久幸			20
	修了証書授与	国立長寿医療研究センター 大島伸一			20
	閉会の辞	国立長寿医療研究センター 鳥羽研二			
	事務連絡(柏プロジェクト研修(2012年12月1~2日、2013年1月26~27日開催)見学の告知等)・アンケート記入				

# 本日お話すること

## 都道府県リーダー研修の 目的と関係者の役割

国立長寿医療研究センター  
企画戦略室長 深田修

1. 在宅医療連携拠点事業の目的
2. 在宅医療を進めていく上での課題
3. 在宅医療連携拠点の活動のポイント
4. 今回のリーダー研修について
  - ・都道府県リーダー研修の内容
  - ・各地の研修成果に基づく効果的な研修プログラム
5. 都道府県、都道府県医師会にお願いしたい役割

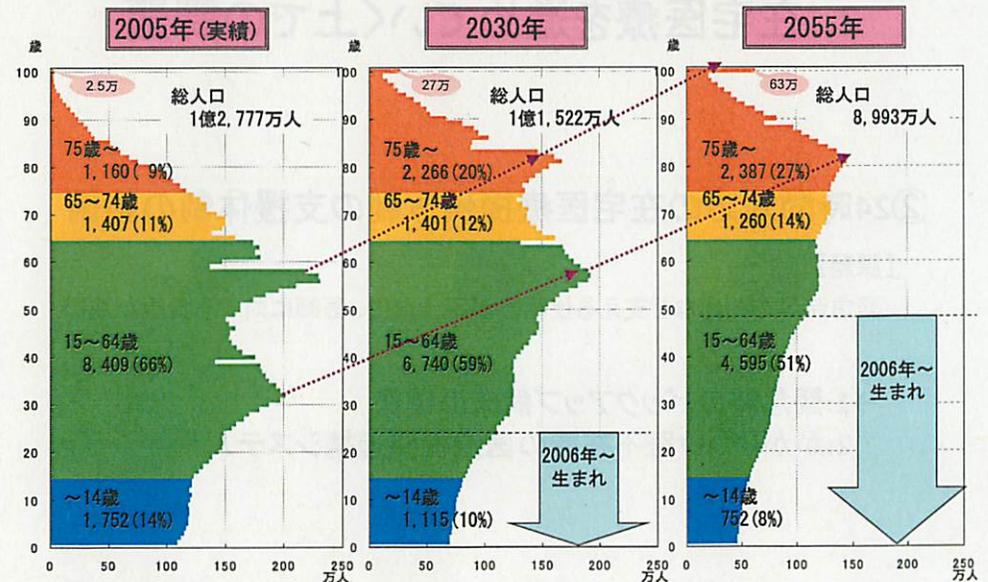
### 1. 在宅医療連携拠点事業の目的

- ・ 高齢者の増加に伴い、病気を持ちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごせるよう、在宅医療の普及・推進が求められている
- ・ 地域に在宅医療の連携拠点を設け、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築



医療・介護が連携した  
地域における  
包括的・継続的な在宅医療・介護の供給を目指す

人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) -平成18年中位推計-



注: 2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。2030-2055年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

## 2. 在宅医療を進めていく上での課題

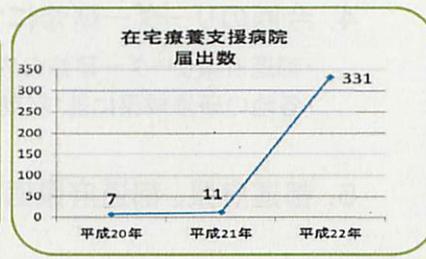
以下の課題への対応と在宅医療の普及・推進のための拠点として在宅医療連携拠点が設けられた

### ① かかりつけ医の積極的な在宅医療への参加

【課題】

在宅医療を提供する医療機関は増えているが、「往診してくれる医師がいない」など有効に機能していないのではないかと

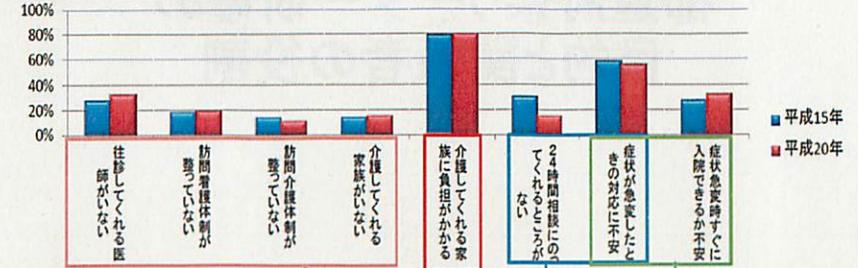
→地域医療を担うかかりつけ医が取り組めるように促す



2012年7月11日在宅医療連携拠点事業説明会配布資料より

### ■在宅療養移行や継続の阻害要因

出典：終末期医療に関する調査(各年)



### ■在宅医療推進にあたっての課題

在宅医療・介護サービス供給量の拡充  
医療/介護の連携によるサービスの質の向上及び効率化

家族支援

在宅療養者の後方ベッドの確保・整備

24時間在宅医療提供体制の構築

2012年7月11日在宅医療連携拠点事業説明会配布資料

## 2. 在宅医療を進めていく上での課題

### ② 24時間対応の在宅医療提供体制の支援体制の整備

【課題】

緊急時等の対応など支える仕組みが不十分で、医師に対する負担が重い

→1:緊急時のバックアップ病床の確保

2:かかりつけ医不在時の医療機関連携システム

## 2. 在宅医療を進めていく上での課題

### ③ 医療・看護と介護・福祉の連携

【課題】

在宅での生活を支えていくためには、医療、介護のそれぞれの専門家によるサービス提供が連携を持って提供されていくことが必要

→多職種ケアカンファレンス等の多職種連携システムの確立

## 2. 在宅医療を進めていく上での課題

### ④住民に対する在宅医療の普及活動

#### 【課題】

在宅医療やそれらを支える訪問看護などの役割や内容、どこまでの医療が在宅で受けることができるか知らない市民が多い

→啓発活動

## 3. 在宅医療連携拠点の活動のポイント

### 医師会・市町村を巻き込んだ活動が重要

- ④在宅療養を支えていくためには、多職種との連携が不可欠であり看護・介護等との連携を図るためには、介護保険の保険者である市町村との協力関係が不可欠

→多職種連携の研修会の開催にあたり、市町村から、看護・介護関係者の出席の呼びかけなどの協力をお願いします

## 3. 在宅医療連携拠点の活動のポイント

### 医師会・市町村を巻き込んだ活動が重要

- ①市町村単位で、かかりつけ医をはじめとした多職種が参加する研修の実施が効果的
- ②医師会からの推薦等  
→継続的な研修の実施には医師会の関与が必須
- ③在宅医療を担う医師の負担軽減の仕組みづくりには、医師会の協力が必須

## 4. 今回の都道府県リーダー研修について

2012年7月11日

「在宅医療連携拠点事業説明会」(厚生労働省主催)  
説明内容

- ・最近の在宅医療の動向
- ・拠点事業のタスク
- ・先駆的な取り組み等
- ・拠点事業を進める上でお願いしたい役割(資料参照)

## 今回の都道府県リーダー研修の内容

- ①地域リーダー研修の内容について、在宅医療推進の担い手である医師に対する動機づけ研修のモデルプログラム提示
  - ・拠点で行われる研修プログラムと内容
    - 【研修手法】  
講義、DVD、模擬グループディスカッション
  - ・各々の拠点における拠点事業を進めていく上での課題抽出方法等についてのグループワーク等
- ②拠点を活かした在宅医療の面展開の方法
  - ・講義、質問紙調査の結果、グループディスカッションを行う

## 5. 都道府県、医師会にお願いしたい役割

## 各地の研修の成果を活かす

### 効果的な研修プログラムの2つの枠組み

- ①顔の見える関係の構築
  - ・地域の医師をはじめとした多職種連携のグループワーク等の研修を行い、顔の見える関係を構築
- ②同行訪問
  - ・研修に、実際の在宅医療の現場への同行訪問を組み入れることにより、医師の在宅医療への動機づけと行動変容に大きな効果があることが明らかになってきている

## 都道府県の方々に特にお願いしたい役割

### 【拠点への積極的関与】

- ①地域リーダー研修を通じて、本日提示した研修プログラムの伝達および実施に当たっての協力
- ②全市町村、全郡市医師会に対する、地域リーダー研修への参加の働きかけ
- ③都道府県医師会と連携し、市町村、郡市医師会に対して、よく協議を行い主体的に、または両者の支援内容を明らかにして、両者が全面的な支援を行う拠点設置の働きかけ



### 【都道府県】

- ・市町村、関係団体等の意見を踏まえて、在宅医療に係る医療計画の策定(特に在宅医療に必要な連携を担う拠点をできる限り医療計画に位置づけ)
- ・関係者への在宅医療推進の都道府県レベルでの働きかけや調整
- ・多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業都道府県リーダー研修への参加
- ・関係者と連携し、都道府県内での多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業地域リーダー研修の効果的な開催
- ・保健所等を通じた市町村への技術支援(医療(・介護)資源の可視化等)

### 【都道府県医師会】

- ・郡市医師会に対する在宅医療推進に関する働きかけや支援
- ・医療関係団体への在宅医療推進の働きかけ
- ・多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業都道府県リーダー研修への参加
- ・都道府県内での多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業地域リーダー研修の円滑な運営への支援
- ・医療計画の策定に際し、都道府県と協力

# お話する内容

都道府県リーダー研修の目的と関係者の役割  
—2日間の学びを今後につなげていくために—

独立行政法人 国立長寿医療研究センター  
在宅連携医療部

三浦久幸

- ①社会情勢と医療の変化
- ②医療計画にみる地域在宅医療推進と手順
- ③在宅医療連携における複眼的視野  
・在宅医療連携拠点と活動の展開
- ④まとめ  
・2日間の研修にのぞむ皆様へ

## 社会情勢と医療の変化

- ・超高齢社会と疾病構造の変化
- ・医療技術の高度化
- ・家族形態の縮小化(独居、老老世帯)



変化にあわせた「**新しい仕組みと担い手**」が必要

## 超高齢社会に求められる医療像

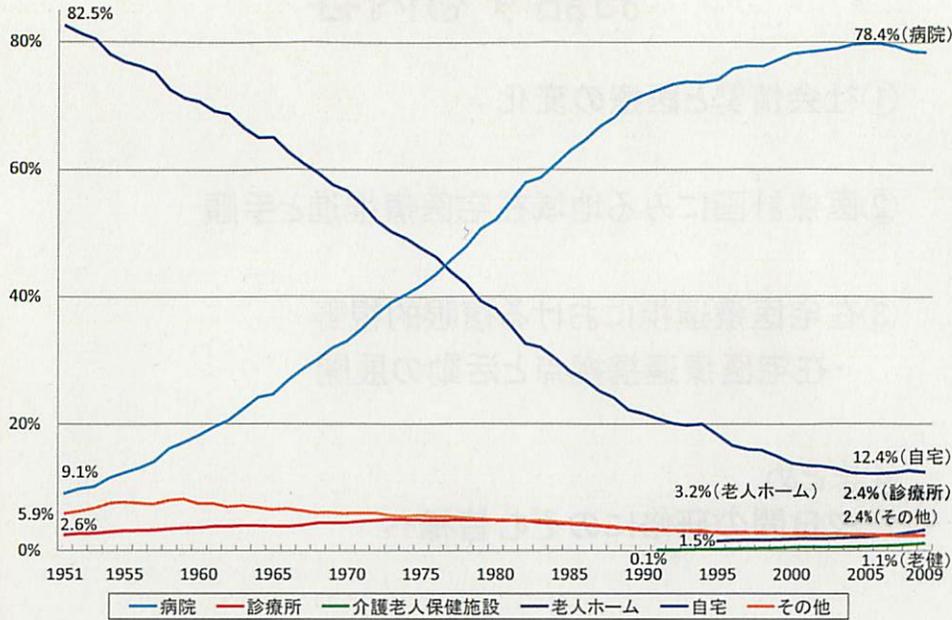
【高齢者特有の疾患群や障害の増加】

- ・生活習慣病(循環器疾患、糖尿病等)
- ・がん、認知症、骨粗鬆症、排尿障害



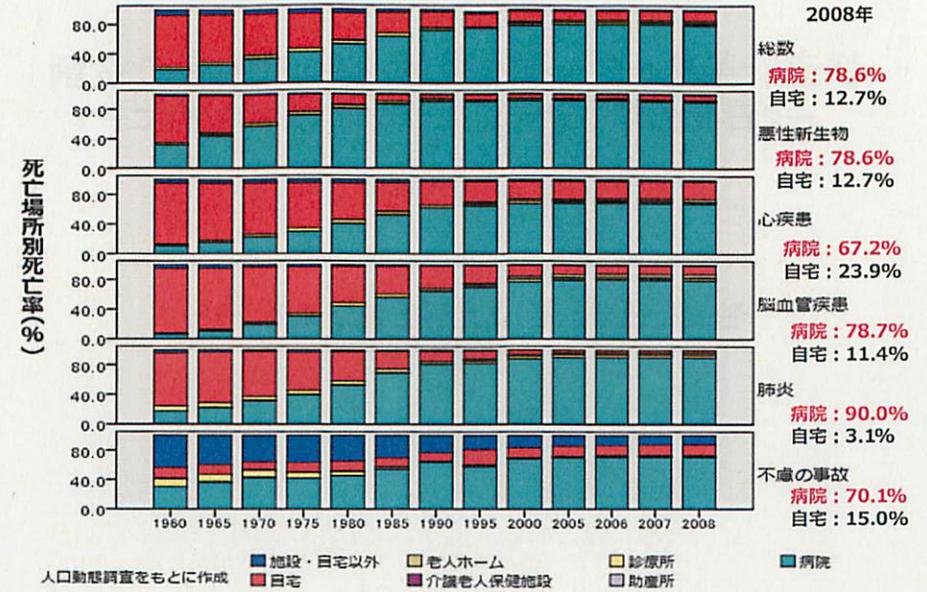
高齢者の個別的で多様なニーズへの対応vs 厳しい現実

## 死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている 出典:厚生労働省「人口動態調査」

## 主な死因における死亡場所別死亡率の年次推移



人口動態調査をもとに作成

## 人生の最後を迎えたい場所の希望



「できるだけ長く在宅で療養したい」=60%以上

希望する場所で過ごすことは患者の生活(人生)の質向上の必須条件  
【在宅医療提供体制、在宅生活支援体制の整備推進へ】

## 在宅医療を地域全体に普及させる活動の視点

—平成23年度 在宅医療連携拠点事業の総括—

【国立長寿医療研究センター】

どの拠点も有意義な取り組みを行ったが、

今後、在宅医療を地域全体に普及させていくためには、

- 1: 地域全体を見渡せ
- 2: 中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる  
市町村が中心となり、
- 3: 医師会等の関係団体と協力しながら、

積極的に取り組む主体を支援し、医療・介護関係者の  
緊密な連携を図ることが適切と考えられた。

# 「医療計画」にみる地域在宅医療推進

## 都道府県リーダー研修の参加者

- (1)円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】
- (2)日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】
- (3)急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】
- (4)患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、**地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問に関する事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点**として医療計画に位置付けることが望ましい。

**在宅医療に必要な連携を担う拠点**は、標準的な規模の市町村の人口(7~10万人程度)につき、1カ所程度を目途に設けられることを想定しており、医療計画に位置付ける際には市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも想定される。

医政指発0330第9号 2012年3月30日

### ①本会場(グループワーク実施)

- ・都道府県各1名
- ・都道府県医師会医師各1名
- ・平成24年度105個所の在宅医療連携拠点の研修担当者(主に医師)及び拠点との連携医師

### ②サテライト会場

- ・都道府県の追加参加者(各都道府県6名まで)

## 「医療計画」にみる地域在宅医療推進 一構築化のための具体的な手順①一

## 「医療計画」にみる地域在宅医療推進 一構築化のための具体的な手順②一

### 1: 患者動向に関する情報

- ・ 往診を受けた患者数
- ・ 訪問診療を受けた患者数
- ・ 訪問歯科診療を受けた患者数
- ・ 訪問看護利用者数
- ・ 薬剤師による訪問薬剤指導の利用者数
- ・ 管理栄養士による訪問栄養指導の利用者数
- ・ 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の利用者数
- ・ 訪問リハビリテーション利用者数
- ・ 短期入所サービス(ショートステイ)の利用者数
- ・ 退院患者の平均在院日数(患者調査)
- ・ 在宅死亡者数(人口動態統計)

### 2: 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 在宅医療を担う関係機関の数とその位置  
(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護事業所等)
- ・ 在宅医療に携わる人員・体制  
(在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医師数、訪問看護ステーションの看護師数、24時間体制を取っている訪問看護ステーション数や看護師数等)
- ・ 連携の状況(関係機関間での診療情報や治療計画の共有の状況)

講義  
トピックス

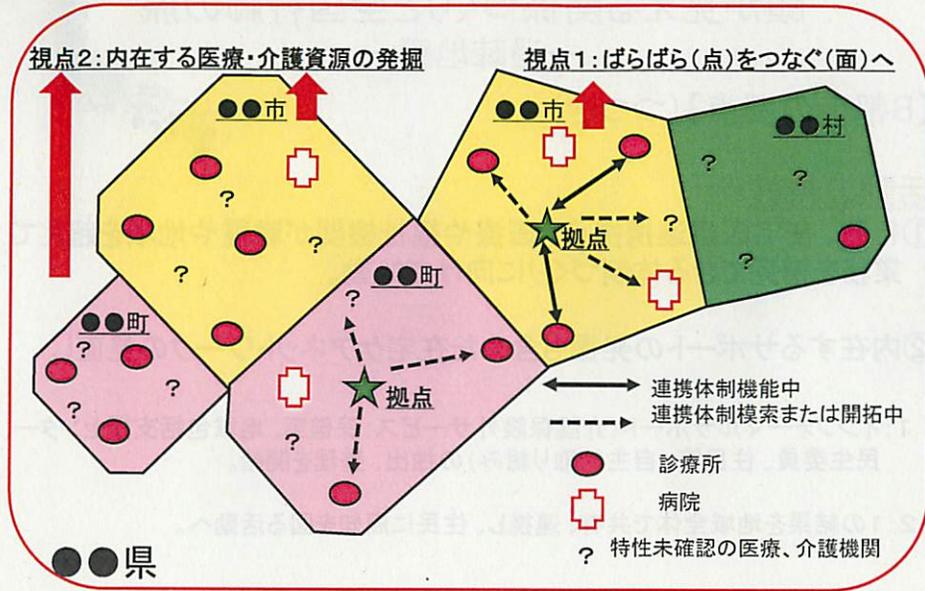
「量的評価」=拠点事業の質的評価と重ね合わせ

講義  
トピックス

地域の医療資源や連携状況の「視覚化」=資源マップ作成

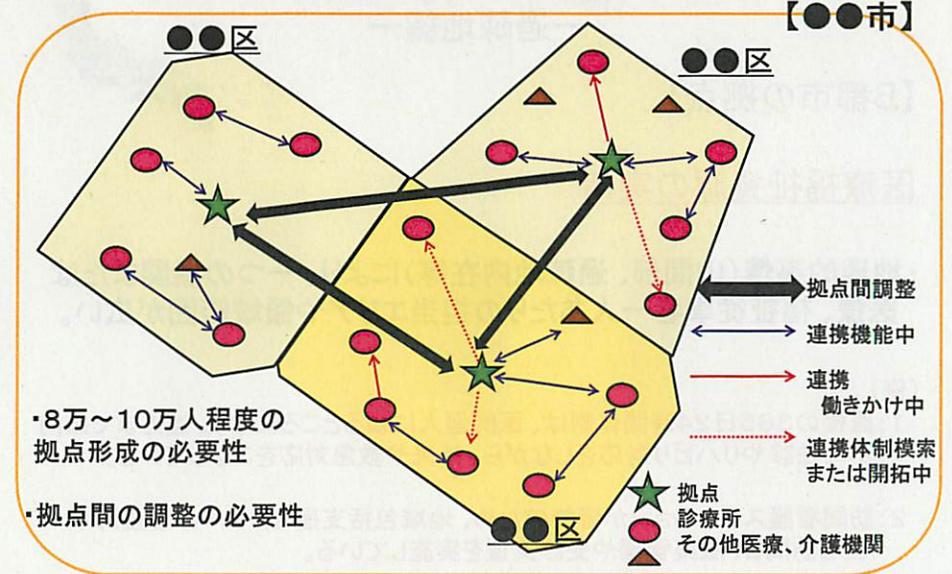


## 在宅医療連携拠点と都道府県の役割



## 人口規模別にみた都道府県の関わり

—都市部(数十万人規模)—



## 顔が見える関係づくりと全国行脚の旅

—都市部編—

### 【A都市の拠点】

#### 医療福祉資源の実情

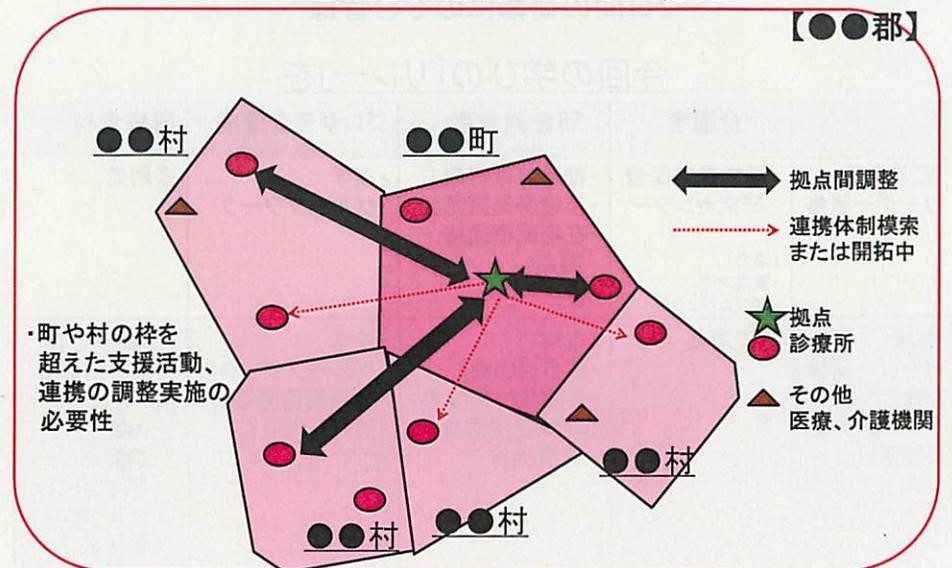
資源が多数存在することで機関、専門職間が保有する情報量、内容に不均衡が発生し、関係構築が難しい。連携に時間を要する。

#### 活動の特性

- ①行政(市保健センター)、在宅医療連携拠点、地域診療所を中心に「地域在宅医療推進会議」を開始。
- ②地域の医療機関(病院、在宅療養支援診療所)、地域包括支援センター、介護保険事業所等が①の会議に参加し、多職種連携の成功事例の蓄積と発信を開始。

## 人口規模別にみた都道府県の関わり

—郡部~過疎地域(数千~数万人規模)—



# 顔が見える関係づくりと全国行脚の旅

## —過疎地編—



【B都市の拠点】

### 医療福祉資源の実情

・地理的事情(山間部、過疎地内在等)により、一つの機関または医療、福祉従事者一人あたりの担当エリアや領域範囲が広い。

(例)

1: 医療の365日24時間体制は、医師個人に頼るところになり、遠方まで出向いて往診やリハビリ対応をしながら、外来や救急対応をこなしている。

2: 訪問看護ステーションが皆無のため、地域包括支援センターの看護師が在宅訪問し、服薬管理や受診支援を実施している。

# 顔が見える関係づくりと全国行脚の旅

## —過疎地編—



【B都市の拠点】(つづき)

### 活動の特性

①行政、在宅医療連携拠点、医療や福祉機関が職種や地域を超えて業務を補完できる体制づくりに向けて始動。

②内在するサポートの発掘も含めた在宅ケアネットワークの見直し

1: インフォーマルサポート(介護保険外サービス:保健師、地域包括支援センター、民生委員、住民等、自主的取り組み)の抽出、整理を開始。

2: 1の結果を地域全体で共有、連携し、住民に周知を図る活動へ。

## まとめ

—2日間の研修にのぞむ皆様へ—

### 今回の学びの「リレー」を

企画者	研修対象者	プログラム構成	研修素材
都道府県 リーダー研修  (協力) ・東京大学 柏プロジェクト	・都道府県行政 ・都道府県医師会 ・在宅医療連携 拠点	・座学 ・グループワーク	※割愛
地域 リーダー研修 (モデル プログラム 提示)	都道府県  ・市町村 ・郡市医師会 ・多職種で構成の 地域在宅医療 連携拠点	・座学 ・グループワーク (多職種協働等) ・同行訪問	【提供予定】 今回の研修で 用いた ・DVD ・講師パワー ポイントファ イル(PDF) ・研修会場の ビデオ映像

## 在宅医療の本質と理想の在宅医リーダー

医療法人社団萌気会 理事長  
在宅医療推進会議 会長代行  
理事長 黒岩卓夫

平成24年10月13・14日



## 在宅患者20年間の状況 (平成4年7月～平成24年6月)

		男	女	合計
死亡	在宅死亡	104	180	284
	病院・その他	54	62	116
	小計①	158	242	400
転出	在宅から通院・転院 その他特養や施設	33	97	130
	小計②	33	97	130
現在	平成23年7月在宅患者	37	74	111
	入院中	4	1	5
	小計③	41	75	116
	合計①②③	229	406	635

## 在宅医療の姿と心

- 在宅医療の姿は歴史的に進化してきた。
- 現代的在宅医療の原型は、「在宅医療推進会議」会長、佐藤智先生のライフケアシステムにある。
- わが国の歴史にみられる在宅ケアの姿  
赤ひげ診療譚(山本周五郎)  
良寛禅師の看取り  
越後瞽女(えちごごぜ)
- そしてこれからの在宅医療の姿は

## ライフケアシステム(1981年1月発足)

### 2つの理念

病気は家庭(家庭的環境)で治すもの  
自分たちの健康は自分たちで守る

### 4つの活動

24時間ケア、訪問看護、定期検診、健康教育

病院との連携「委託病床協定」

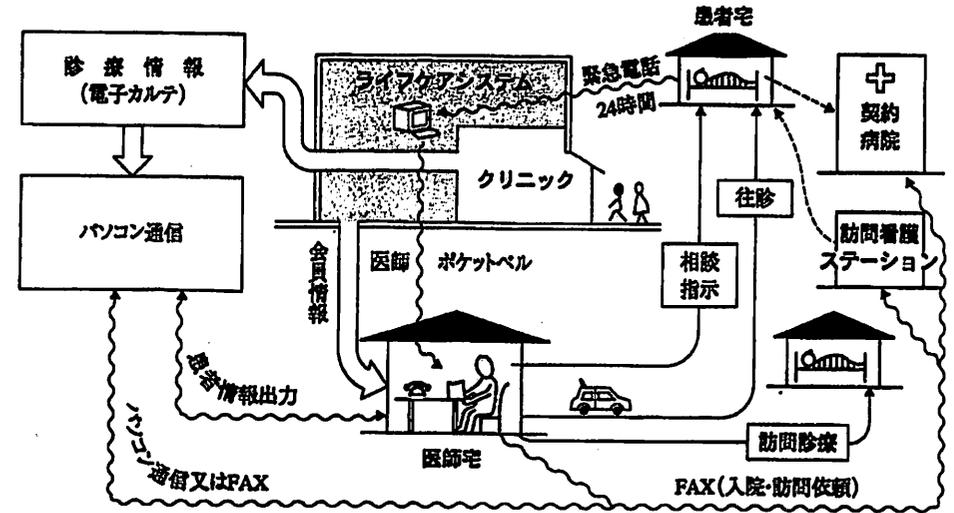
市内病院に常時1床を確保

患者・市民の発想、要望から生れたメンバーシップの組織であり、医師と患者の信頼関係が動力である。

(「在宅ケアの真髄を求めて」佐藤智著 日本評論社・2000年6月)

## ライフケアシステム図

在宅医療の情報システムの現状  
—ライフケアシステムとクリニック—



(「在宅ケアの真髄を求めて」日本評論社(佐藤智)より)

## 在宅療養者・介護施設等の利用者への ケアの評価について

### 高齢者(認知症含む)ケアの評価

居心地の良さ — 安心 — 家族性

居場所の良さ — 仲間 — 地域性

今日1日の満足 — 希望 — 精神性

↑  
医療

## 在宅療養での医療と介護の関係

### 医療(制度)と介護(制度)の関係

介護は生活を支える

医療は健康を支える

この役割分担を明確にして  
両者が連携する必要がある



## 山本周五郎「赤ひげ診療譚」(新潮文庫)から

1. 小石川療養所、巷への往療から社会派医師の可能性を見る。
2. 医療者、慈善者(福祉)、健康教育者、そして若い医師の育成者。
3. 若き医師、保本登の人間としての再生。
4. 在宅医療の現場が、医師が人間として成長する場でありたい。



『赤ひげ診療譚』  
山本周五郎  
新潮文庫

## 良寛禅師の看取りから学ぶもの



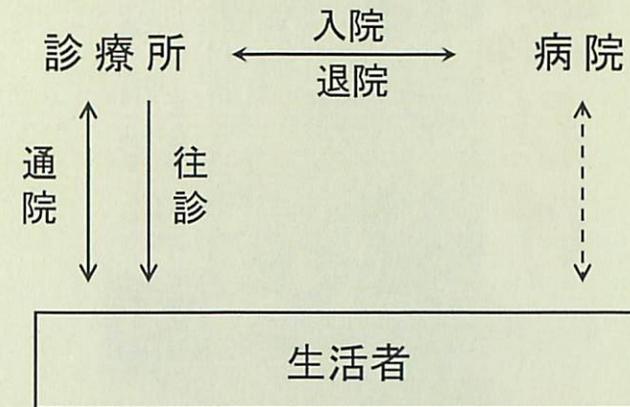
## 良寛を看取った人たち

- 遍澄 僧・弟子
- 貞心 尼僧・恋人
- 由之 弟・俳人
- 第十代木村元右衛門と妻  
住まいと介護の提供者

## 医師(医療関係者)の在宅医療への出会い

- 1、記憶としての在宅医療
- 2、体験としての在宅医療
- 3、仕事としての在宅医療
- 4、理念もしくは心情としての在宅医療
- 5、在宅医療連携のリーダーとしての在宅医療

## 往診・訪問診療の発生

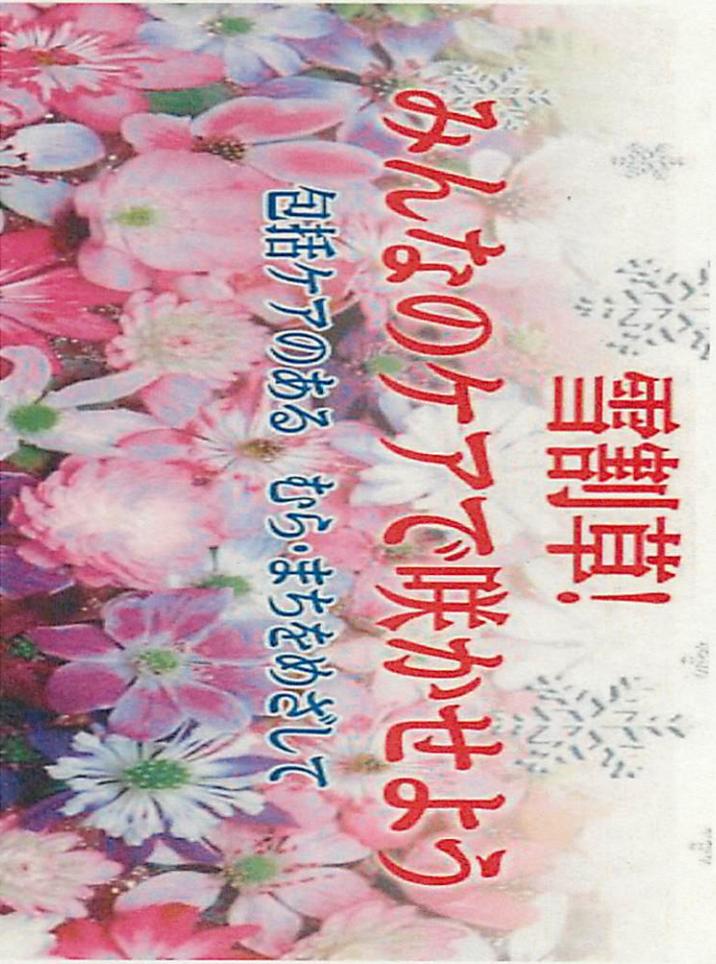


## 在宅医療連携を担う「連携リーダー」像

1. 連携リーダーは地域包括ケアと医療連携拠点の視線が必要
2. 地域包括ケアからは地域を見る目  
医療連携拠点からは人間を見る目
3. 制度は外からの枠であり、これに信頼性や効率性を与えてはじめて地域に生きたシステムになることを銘記する。
4. 連携リーダーは医師でなくてもよいが、それぞれの職能を生かした連携リーダーにならねばならない。
5. 医師は医療の中心である以上、連携リーダーの指導性や役割の大きいことは言うまでもない。



『醫女 斎藤真一画集』  
毎日新聞社  
「二本木の雪」



雪割草!

みんなのケアで咲かせよう

包括ケアのある むら・まちをめざして

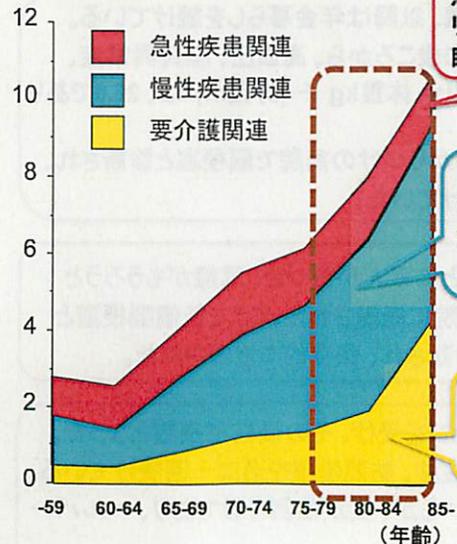
# 高齢者のニーズに応える 在宅医療

国立長寿医療研究センター

鳥羽研二

## 1. 高齢者のニーズとは何か — 疾病構造と老年症候群 —

老年症候群数



めまい、息切れ、腹部腫瘤、胸・腹水、頭痛  
意識障害、不眠、転倒、骨折、腹痛、黄疸  
リンパ節腫脹、下痢、低体温、肥満、  
睡眠時呼吸障害、喀血、吐血・下血

急性疾患症状

認知症、脱水、麻痺、骨関節変形、視力低下  
発熱、関節痛、腰痛、喀痰・咳嗽、喘鳴  
食欲不振、浮腫、やせ、しびれ、言語障害  
悪心・嘔吐、便秘、呼吸困難、体重減少

慢性疾患症状

ADL低下、骨粗鬆症、椎体骨折、嚥下困難  
尿失禁、頻尿、せん妄、抑うつ、褥そう、難聴  
貧血、低栄養、出血傾向、胸痛、不整脈

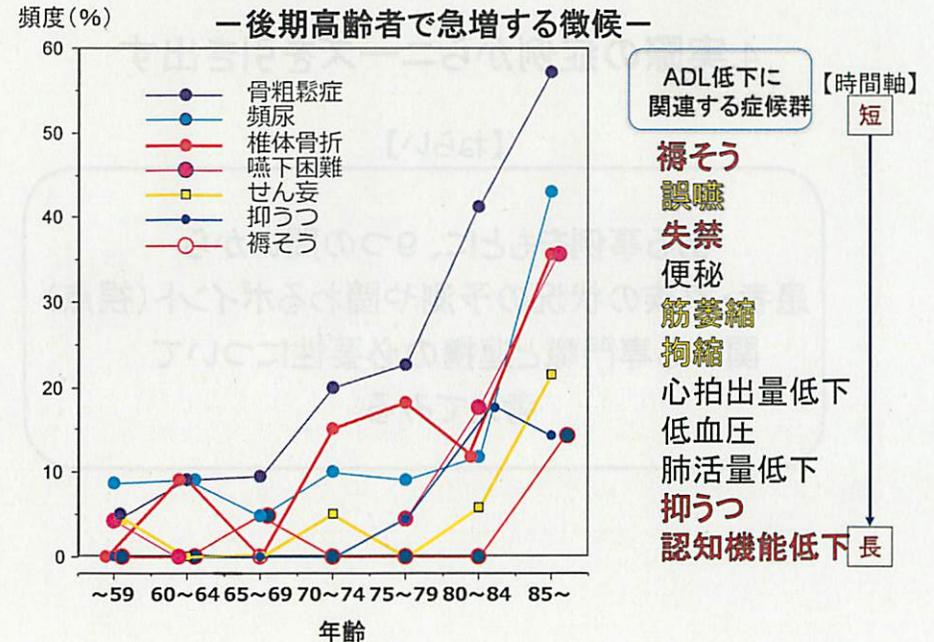
廃用症候群

# 高齢者のニーズに応える在宅医療 — アウトライン —

1. 高齢者のニーズとは何か
2. 在宅医療に特有のニーズとは何か
3. 在宅医療において  
高齢者医療ニーズに応えやすい点や連携が必要な点
4. 実際の症例からニーズを引き出す -Q&A-

## 2. 在宅医療に特有のニーズとは何か

— 後期高齢者で急増する徴候 —

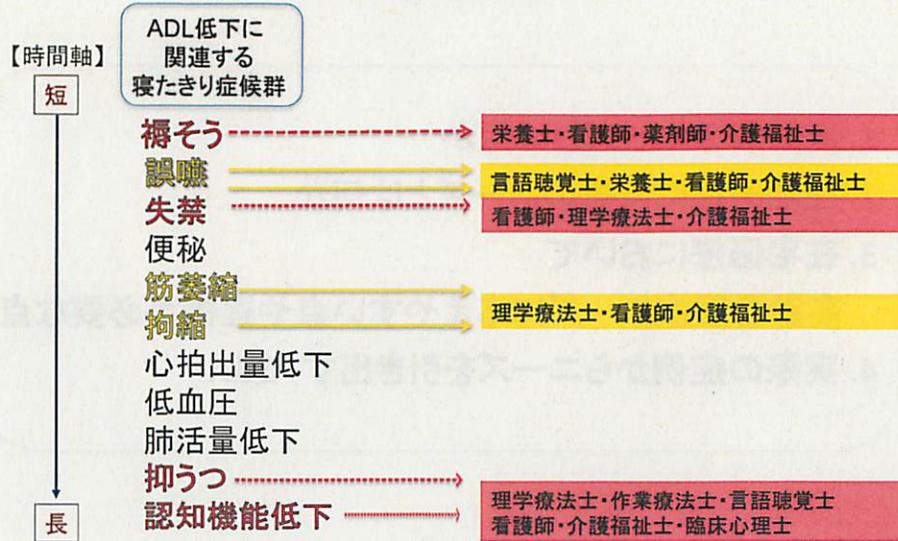


ADL低下に  
関連する症候群

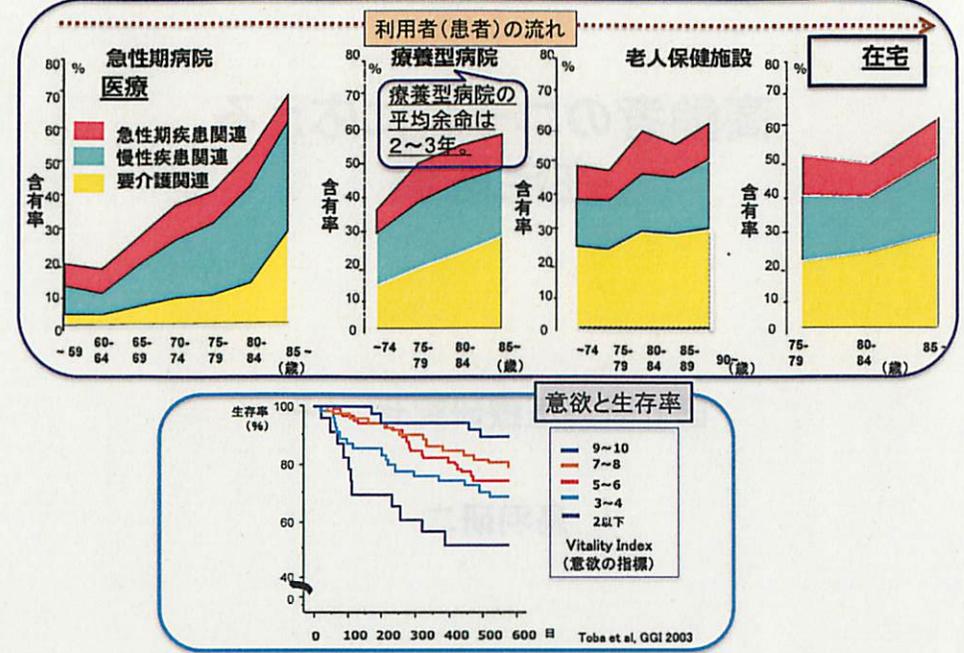
- 褥そう  
誤嚥  
失禁  
便秘  
筋萎縮  
拘縮  
心拍出量低下  
低血圧  
肺活量低下  
抑うつ  
認知機能低下

### 3.在宅医療で高齢者医療ニーズに応えやすい点・連携が必要な点

—後期高齢者で急増する徴候—



### 3.在宅医療で高齢者医療ニーズに応えやすい点・連携が必要な点



### 4.実際の症例からニーズを引き出す

【ねらい】

ある事例をもとに、9つの問いから患者・家族の状況の予測や関わるポイント(視点)関わる専門職と連携の必要性について考えてみる

### 【事例】

Aさん(77歳男性)

- ・建築業の営業を長年続け、60歳で退職、以降は年金暮らしを続けている。
- ・現役のころから、仕事上宴席が多く、50歳ころから、高血圧、脂質異常症、糖尿病を指摘され、168cm、75kg、BMI = 体重kg ÷ (身長m)<sup>2</sup>は、26.6であり軽度の肥満もある。
- ・72歳の時に、朝右手がしびれ、翌日かかりつけの病院で脳梗塞と診断され、以降、脳梗塞の再発予防の投薬を受けていた。

- ・昨年の8月、ベッドから起きてこないことに家人が気づき、意識がもうろうとしているのを発見し、救急車で大学病院に搬送された。CTで新規脳梗塞と右半身麻痺、これに伴う意識障害と診断され、保存的に治療された。

- ・1ヶ月の入院後回復期リハビリテーションを受け、その後在宅療養となった。紹介された近所の医師が、月一回の往診、訪問看護を週に一回受けている。介護保険を申請し、要介護3となっているが、妻が面倒を見ており、ヘルパーは入れていない。

小高い丘の中腹にある自宅を訪問した。  
門から玄関までに、ビン・缶・雑誌などが乱雑に積まれている。

### 問1) どのような原因が考えられるか？

手段的ADL (Lawton)=独居機能の評価



玄関をあけていただき、家の中の様子を見る。  
照明は暗く、空気は淀んでいる。  
尿と汗の混ざったような臭いが、微かに感じられる。

### 問3) どのような状態が予想されるか？ 患者、介護者それぞれについて述べよ。

「ごめんください・・・」  
インターフォンで呼ぶが、返事がない・・・

### 問2) どのような状況が考えられるか？

庭をまわって、縁側から声をかけると、妻と思しき婦人が出てきた。  
「どなたでございますか？」 どうやら忘れているらしい・・・。  
「こんにちは、Aさんの看護に来た、看護師のBと申します。  
玄関から上がっていいですか？」  
「あー そうでしたね、最近物忘れがひどくて、すみません・・・  
今すぐ 鍵をあけます。」

患者の寝ている部屋は、台所の脇を通り、ふすまが開けっ放しの和室。  
異臭は更に強まり、患者からのものであることが確信された。  
布団の脇に座って、話しかけてみる。  
布団は湿っており、異臭も放っている。  
患者は天井を見たまま、こちらを見ようとしなない。

「こんにちは」の呼びかけには、  
「こんにちは、どなたさまですか？」と答える。

「起き上がれますか？」とたずねたところ、力をいれて左手で支えて、  
なんとか起き上がった。座位を持続するのは困難なようだ。

### 問4) この患者の意欲をどう評価するか？ もし、低下しているとしたら原因は？

座椅子を添え、起きた状態で、  
「少し見せてくださいね」と言って、頭から観察する。

フケが多く、一部に湿疹も見られ、洗髪ができていないことが判明。

髪の毛を清拭しながら、目やに、耳垢などが溜まっていることも確認し、清潔ケアを行う。

「お口を開けて下さい」  
舌苔多く、歯と歯肉には、多量の歯垢と食物残渣がある。

問5) 口腔ケアが出来ていない患者で、  
次にチェックすべき観察項目をあげよ。

幸い、熱もなく、肺の音も異常なしであった。  
「どんな食事をされていますか？」  
「最近、料理も面倒で、うどんや親子丼を買って来たり、  
出前してもらって、二人で分けています」

腕を見ると、筋肉は細っている。  
「痩せてきていませんか？」  
「そうね・・・小さくなったわね・・・歳のせいかしら・・・」

問7) 栄養状態が悪そうであるが、  
他にどんな点を観察するか？

問6) 肺炎の疑いがある時、どう指導するか？

問8) 今後の栄養指導をどうするか？

腹部は膨満しており、お腹の音を聞くと、蠕動音は小さい。  
ぜんどうおん

「お通じは、どうですか？」  
 「たまにしか出ないね・・・出る時は、ドロドロした便を漏らしてしまうがね・・・」

「下剤は飲まれていますか？」  
 「先生がくれたのを、毎日飲んでいるがね・・・便のことはひどく気にしているから・・・」

### 問9) 排便の状態をどう評価するか？

#### 一口メモ

#### 手段的ADL

(Lawton & Brody:1969)

- ・独居機能に関連: 買い物、金銭管理、交通機関の利用、服薬管理、電話の利用、料理、家事、洗濯
- ・男女共通のもの: 電話、買い物、金銭管理、交通機関の利用、服薬管理
- ・独居機能 : 男女とも重要であるが、個体間で比較する場合、性差を考慮する必要がある、炊事、家事、洗濯の合計8項目に分類。
- ・集団で比較する場合には、男性では料理、家事、洗濯をしないもしくは、出来ない場合があり、注意する。
- ・認知症で早期から脱落しやすい機能は、男女共通に買物、服薬管理であり、女性では料理である。

### 問1の解答

着眼点	想定されること	関わるのが最適な専門職
家事能力が十分ではない	妻の独居機能(手段的ADL)低下?	理学療法士・作業療法士
環境の影響	坂道を下って、指定のゴミ収集場まで出すのが困難?	行政・理学療法士
移動能力の影響	妻の歩行不安定性 膝や腰などの疾患、転倒恐怖?	医師・理学療法士
家事援助を入れない理由	要介護者の意思? 妻の意思?	医療ソーシャルワーカー
子供の援助が不十分	家族構成の状況は? 他の家族の訪問頻度は?	医療ソーシャルワーカー

### 問2の解答

考えられる状況	想定される理由	関わるのが最適な職種
不在	①偶然かやむを得ない事情 ②約束時間を忘れている ③妻の記憶力低下による約束時間忘れ	医師・看護師・心理士等で 心理検査実施
声が届いていない	①インターフォンの位置が聞こえる場所にない。 ②難聴により、インターフォンの音が聞こえない状況にある。(聴力の問題)	医師

一口メモ

## 認知機能の低下を 不自然なく感知する方法

### 1: 同じ事を話す

訪問時に数回同じ事を話せば、ほぼ軽度の認知症が疑われる。  
しかし、うつ状態でも同様の反応の場合があり注意。  
※うつは物忘れを強く訴える。

### 2: 昨日の夕食を尋ねる

しっかりした目撃者が必要だが、すらすら言えれば、大丈夫。

### 3: 料理が出来ない

店屋物、弁当の空が多い。

### 4: 買い物が出来ない

冷蔵庫の中をみせていただくと、同じ物が多く買ってある。  
上手な口実は、「期限切れの食材がないか、チェック致しますね」

問4の解答

### 【ポイント:「呼びかけへの反応状況」】

・呼びかけに反応して挨拶がある: 高度の低下ではない。

呼びかけに反応がない場合 : 起床意欲、排泄意欲、  
活動意欲、食事の意欲など  
**全般的な低下**が考えられる。

・低下している場合に想定される原因

①脳血管障害後遺症: 脳血管障害後無力 (Post Stroke Apathy)

→【測定方法】Apathy Scale (やる気スコア): 高値、意欲の指標: 低値。

②ねたきり

寝かせきり状態では刺激が入らず、脳血流の低下により、  
廃用性の脳萎縮を起し、意欲の低下、植物状態に至る。

問3の解答

問題の着眼点	対象者	発生が想定される 問題点・課題	評価の上、 関わりが 妥当な職種
空気が淀んでいるので 窓や戸の開放が少ない	患者 家族(介護者)	・来客が少ない ・二人で閉じこもっている	
電気が暗い	患者 家族(介護者)	・(公共料金が未払いで) 経済的困窮の可能性が ある	医療ソーシャル ワーカー
尿と汗が混ざったような 臭い	患者	・排泄機能が不十分 (トイレ歩行困難、自力排泄 困難)	理学療法士
〃	患者	・(おむつ交換頻度等の随伴) 褥そう発生 ・(おむつ使用による) 二次的湿疹	医師
〃	家族(介護者)	・排泄介助が不十分 (おむつ交換頻度の問題、 トイレ歩行や排泄動作の 介助が困難)	

一口メモ

## Vitality Index: 意欲の指標

設問 (点数)	質問内容	回答	得点
1 (2点)	起床 (Wake up) ● いつも定時に起床している ● 起こさないと起床しないことがある ● 自分から起床することがない	2	
		1	
		0	
2 (2点)	意志疎通 (communication) ● 自分から挨拶する、話しかける ● 挨拶、呼びかけに対し返答や笑顔がみられる ● 反応がない	2	
		1	
		0	
3 (2点)	食事 (feeding) ● 自分で進んで食べようとする ● 促されると食べようとする ● 食事に興味がなく、全く食べようとしな	2	
		1	
		0	
4 (2点)	排泄 (On and Off Toilet) ● いつも自ら便意尿意を伝える、あるいは自分で排便、排尿を行う ● 時々尿意、便意を伝える ● 排泄に全く興味がなく	2	
		1	
		0	
5 (2点)	リハビリ、活動 (Rehabilitation Activity) ● 自らリハビリに向かう、活動を求める ● 促されて向かう ● 拒否、無関心	2	
		1	
		0	
合計得点			10

除外規定: 意識障害、高度の臓器障害、急性疾患 (肺炎などの発熱)

判定上の注意

- 1) 薬剤の影響 (睡眠薬など) を除外。起床できない場合、開眼し覚醒していれば2点
- 2) 失語の合併がある場合、言語以外の表現でよい
- 3) 器質的消化器疾患を除外。麻痺で食事の介護が必要な場合、介助により摂取意欲があれば2点 (口まで運んでやった場合も積極的に食べようとするれば2点)
- 4) 失禁の有無は問わない。尿意不明の場合、失禁後にいつも不快を伝えれば2点。
- 5) リハビリでなくとも散歩やリクエーション、テレビでもよい。寝たきりの場合、受動的理学運動に対する反応で判定する。

出典: 日本老年医学会編集/発行, 健康長寿診療ハンドブック, 2011

起床、挨拶、食事、排泄、リハビリ/活動の5項目からなる。要介護者の生活の順番に沿って、家族、介護者が自然に想起出来るようになっている。うつとの相関が検討され、妥当性が実証された。リハビリ介入による感度のよいことが判明している。寝たきり高齢者の生命予後と最も強い相関を示しているため、買入りの適応を定める指標として注目されている。

	全くない	少し	かなり	大いに
1) 新しいことを学びたいと思いますか?	3	2	1	0
2) 何か興味を持っていることがありますか?	3	2	1	0
3) 健康状態に関心がありますか?	3	2	1	0
4) 物事に打ち込めますか?	3	2	1	0
5) いつも何かしたいと思っていますか?	3	2	1	0
6) 将来のことについての計画や目標を持っていますか?	3	2	1	0
7) 何かをやろうとする意欲はありますか?	3	2	1	0
8) 毎日張り切って過ごしていますか?	3	2	1	0

	全く違う	少し	かなり	まさに
9) 毎日何をしたらいいか誰かに言ってもらわなければなりませんか?	0	1	2	3
10) 何事にも無関心ですか?	0	1	2	3
11) 関心を惹かれるものなど何もないですか?	0	1	2	3
12) 誰かに言われたいと何にもしませんか?	0	1	2	3
13) 楽しくもなく、悲しくもなくその中間位の気持ちですか?	0	1	2	3
14) 自分自身にやる気がないと思いますか?	0	1	2	3

合計 \_\_\_\_\_

Apathy Scale 島根医科大学第3内科版:16点以上を「apathyあり」と評価  
(Starkstein SE, Fedoroff JP, Price TR, Leiguarda R, Robinson RG:  
Apathy following cerebrovascular lesions. Stroke 24: 1625-1630, 1993から引用、翻訳作成)

## 問6の解答

- ・意識障害や高熱があれば、入院加療を考える。
- ・単純な少量の痰などの誤嚥では、一日で解熱することも多いので医師に連絡し、経口の抗生物質で様子を見ても良い。
- ・点滴をする場合は、肺炎では低ナトリウム血症になりやすいので、1号輸液が無難である。
- ・口腔ケアを実践し、家族にできることを教える。
- ・ベッドのギャッジアップ(背面傾斜30°程度)で就寝し、不可能なら高い枕にして胃食道逆流を防ぐ。

## 問5の解答

口腔ケアと嚥下障害と誤嚥性肺炎のつながりに着目

- ①口腔ケアが出来ていない患者で、嚥下障害を起こす病態があれば、誤嚥性肺炎の評価をしなくてはならない。(実施者:医師、言語療法士)
- ②事例の患者で想定されること
  - ・脳梗塞、寝たきり状態で、いずれも**誤嚥の危険が高い**。
- ③誤嚥性肺炎のチェックポイント:**体温と肺雑音**
  - ・体温は、前額部(おでこ)や首に手の甲をあて、自分の体温より高いか確認。
  - ・高齢者の平熱は36°C前後が多いので、温かく感じれば異常。(微熱)
  - ・熱さを感じれば、38°C以上の高熱。
  - ※訓練しなくても、0.5°Cの差は、分かるようになる。体温計を取り出して発熱に気づくようではいけない。
  - ・肺雑音は、聴診器で背中(肋骨の飛び出した位置(第7胸椎))の左右と、その下に聴診器をあて、深呼吸をしてもらう。
  - ・麻痺側では、腕を上下に動かすことで、吸気が促され、深呼吸の代用になる。ブツブツとした副雑音(fine crackle)が聞こえれば、肺炎の可能性がある。

## 問7の解答

- ・**上腕周囲径**や**下腿周囲径**が**栄養の指標**とされる。
- ・**上腕**を握って指がつきそうなほど痩せていれば、まちがいなく**低栄養**、**筋肉減少症**である。
- ・その他、**くるぶし**や**仙骨部の浮腫**も、**※低蛋白血症**を伴う**低栄養の徴候**である。(※血液検査必要→医師対応)

### 問8の解答

- ・栄養指導(訪問による栄養指導)等、栄養士の協力も得て、調理習慣、調理機能(身体・判断力等)の有無の見極めが必要である。
- ・介護保険による訪問介護の家事援助、宅配サービス、ボランティアによる調理援助など、多彩な支援が必要である。



※支援調整、実施者: 栄養士、医療ソーシャル・ワーカー、行政担当者

### 一回メモ

## 腹臥位療法

- ・有働尚子医師により開発された療法
- ・ベッド上で腹臥位で寝かせることによって、活動の向上などを期待する。
- ・1日に何回かうつ伏せになるだけのことで、排便が良くなり、痰が排泄され、気分が爽快になる。
- ・腹臥位が窒息など危険が予想される場合は、車椅子で腹圧をかけることでも効果がある。
- ・腹臥位は実際、生活意欲の向上に役立つ。

### 問9の解答

- ・ねたきり高齢者特有の症状で、腹圧がかからないため泥状便が一杯になると、失禁する状態。
- ・腹臥位療法が第一選択である。

## 本日の講義内容

# 生活を支える 在宅ならではの医療の実際

おやま城北クリニック  
太田秀樹

- 在宅医療推進の背景
- 病院医療の役割と変化
- 在宅医療の実際
- 在宅医療の質と技術
- 在宅医療のひろがり
- 在宅医療への期待

## なぜ、生活を支える医療が必要か

- 人口構造の変化(少子高齢社会 騎馬戦型から肩車型)
- 社会保障制度改革 医療効率化 社会的入院是正
- 疾病構造の変化 慢性疾患の増加  
ロコモティブ症候群(足腰の衰え) 認知症 老衰
- 医学の進歩と限界 臓器移植と遺伝子解明  
救命できても障害を残す 超低体重児  
がん治療の限界(緩和ケアの普及)
- 国民の終末期医療に対する期待の変化(長寿より天寿)  
延命治療の果て病院で死ぬ文化への疑問

## 病院医療と在宅医療

キュア(疾病の治癒) ⇒ ケア(暮らしに寄り添う)  
根治療法(原因を除く) ⇒ 緩和医療(苦痛を除く)  
急性期医療(救命) ⇒ 終末期医療(看取り)  
臓器(専門医) ⇒ 人間(総合医)  
長寿(命の量) ⇒ 天寿(命の質)

## 医療介入の妥当性の尺度

Data ⇒ QOL

## 自己実現の医療

### 機動力ある医療



## 訪問リハビリテーション

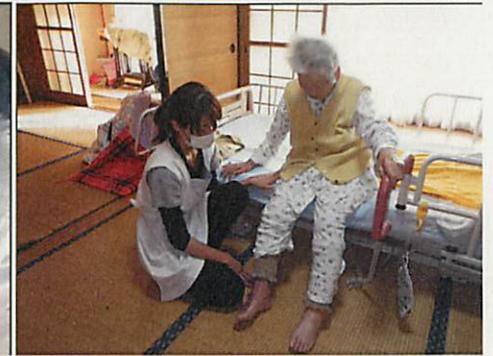
歩行訓練 →

関節拘縮の予防



## 在宅医療の実際

在宅医療の主役は訪問看護師



訪問歯科診療



# 訪問服薬指導 薬剤師の訪問



ネコと暮らす

要介護高齢者



自立の介護合資会社

# 在宅ホスピスケア

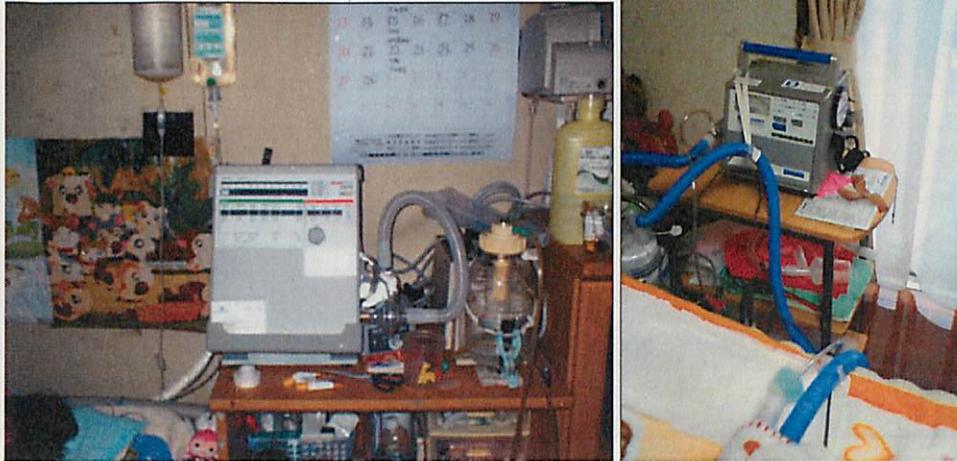


# 医療の提供状況施設より重度者の管理

	一般病棟 (13:1)	一般病棟 (15:1)	医療療養病棟 (20:1)	医療療養病棟 (25:1)	介護療養病棟 (30:1)	介護老人保健施設 (療養型) (30:1)	介護老人保健施設 (従来型) (50:1)	介護老人福祉施設 (125:1)	在宅
総数	3,999人	7,874人	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈栄養	8.1%	10.6%	8.8%	5.3%	<b>0.9%</b>	0.0%	0.0%	0.1%	<b>0.9%</b>
人工呼吸器	1.5%	<b>1.6%</b>	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	<b>1.6%</b>
気管切開・気管内挿管	<b>4.0%</b>	4.8%	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	<b>3.6%</b>
酸素療法	13.1%	14.5%	19.7%	<b>11.4%</b>	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	<b>7.1%</b>
喀痰吸引	18.4%	21.7%	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管・胃ろう	<b>13.9%</b>	17.1%	35.7%	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	<b>12.4%</b>

平成22年6月実施 厚生労働省「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値より

家庭電化製品のように  
手軽に使える人工呼吸器



在宅での安全な胃ろう交換  
内視鏡で確認可能



PENTAX 彎曲角 120°



胃内挿入を確認 バンパー型

訪問看護師から  
携帯電話画像通信による報告



皮疹 治療方針



上腕のポート挿入部感染  
静脈炎・蜂巣織炎



認知症高齢者 転等による外傷 自宅での縫合処置  
HOT(在宅酸素療法)継続中患者の通院困難





## 21世紀は地域包括ケアの時代 高まる生活を支える医療への期待

現代の在宅医療の質は病院医療に遜色がない

- 医療機器 介護機器の発展
- 新薬の開発 創薬ドラッグデリバリーシステム(DDS)の活用
- 各種介護系サービス(介護保険制度)の充実
- 地域ネットワークの整備: 地域ケア力の向上  
(緊急通報システム・認知症・虐待など)
- 情報ネットワークの整備: クラウド・コンピューティング  
(電子カルテ 携帯電話 テレ・メディスン)

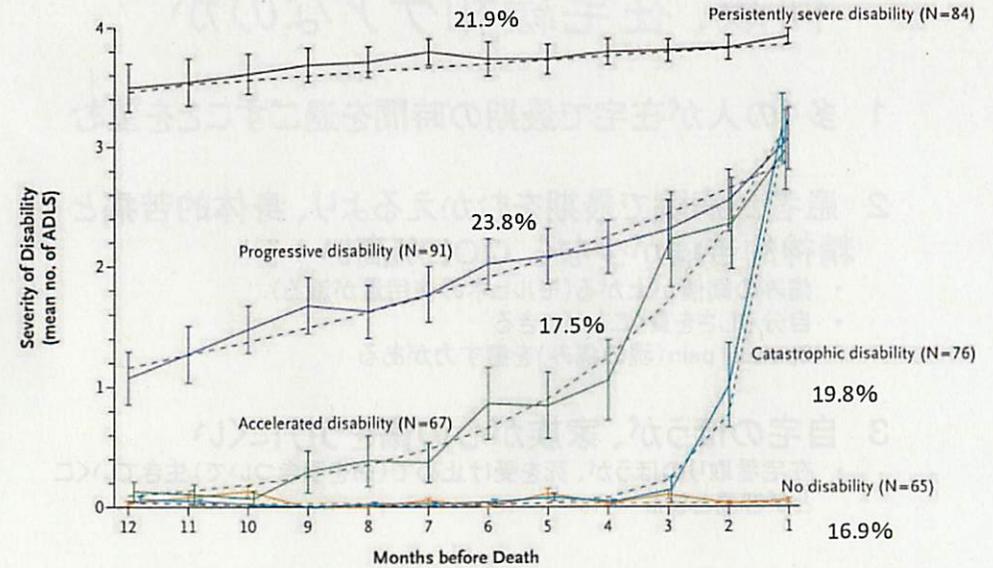
## “エンド・オブ・ライフ・ケア”の 視点を有する在宅医療の重要性

東京ふれあい医療生活協同組合  
梶原診療所 在宅サポートセンター  
平原佐斗司

## エンド・オブ・ライフ・ケアは ほとんどの人が受けるケア

障害	苦痛（緩和ケア）
(長期ケア&リハビリテーション)	
• 運動器の障害	• 疼痛
• 四肢の麻痺 - 脳卒中による片麻痺	• 呼吸困難
• 認知機能の障害	• 咳・痰
• 内部障害 - 呼吸機能障害 - 腎機能障害、心不全	• 嘔気・嘔吐
• 嚥下障害	• 食思不振
• 排泄機能の障害	• 口渇
• 栄養障害	• せん妄
• 感覚器の障害...	• スピリチュアル・ペイン

## 高齢者の最期の一年間の軌道



Thomas M. G., N Engl J Med 362:1173-1180 April 1, 2010

## 本来の緩和ケアとは？

- 疾患・年齢を問わず受けられるケア
  - 非がん疾患、小児の緩和ケア
- ほとんどの人が一生に一度は受けるケア
  - GOLD PATIENT（優待患者）
- どこでも受けられるケア
  - 在宅・地域が中心としつつ、あらゆる場へ届けるケア（施設、急性期）
- 特別なケアではなく、だれもが提供するケア
  - 専門的医療からプライマリ・ケア・モデルへ
  - 全ての専門職がチームで関わるもの（看護師、介護職）

# 何故、在宅緩和ケアなのか

- 1 多くの方が在宅で最期の時間を過ごすことを望む
- 2 患者が病院で最期をむかえるより、身体的苦痛と精神的苦痛が少なく、QOLが高い\*<sup>1)</sup>。
  - ・ 痛みの閾値が上がる(モルヒネの使用量が減る)
  - ・ 自分らしさを貫くことができる
  - ・ Spiritual pain(魂の痛み)を癒す力がある
- 3 自宅のほうが、家族が心の傷を受けにくい
  - ・ 在宅看取りのほうが、死を受け止めて(命を引きついで)生きていくことが容易となる

\* A. A. Wright et al. Place of Death: Correlations With Quality of Life of Patients With Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *Journal of Clinical Oncology*, 2010

# 訪問診療の基礎疾患

N=107

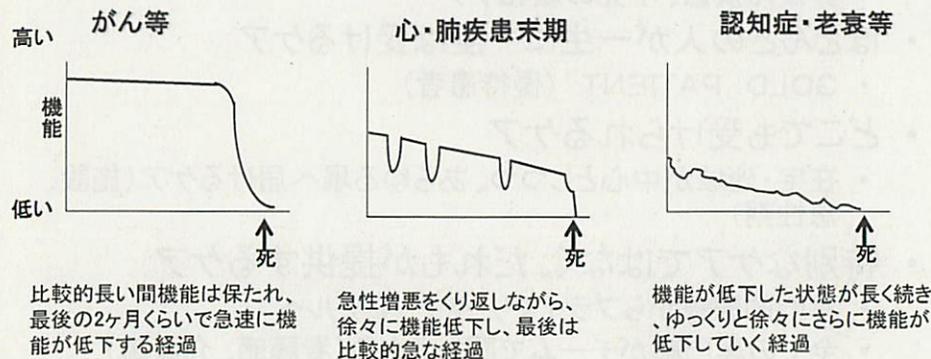
- ・ 悪性腫瘍 35%
- ・ 認知症 14%
- ・ 脳卒中 11%
- ・ 整形外科疾患 10%
- ・ 心不全 8%
- ・ 呼吸器疾患 4%
- ・ 腎不全 4%
- ・ 膠原病 3%
- ・ 神経難病 3%
- ・ 肝不全 1%

## 在宅医療の主な対象

- 1 がん
- 2 老年病
- 3 内部障害
- 4 小児在宅医療
- 5 精神疾患

梶原診療所 2011年新規在宅患者基礎疾患

# 終末期の軌道



# 日本人の死亡原因 (平成22年)

1. 悪性新生物(がん) 29.5%
2. 心疾患 15.8%
3. 脳血管疾患 10.3%
4. 肺炎 9.9%
5. 老衰 3.8%
6. 不慮の事故 3.4%
7. 自殺 2.5%
8. 腎不全 2.0%
9. COPD 1.4%
10. その他 20.1%

がん 29.5%  
がん以外 64.7%  
事故・自殺 5.9%

# がん末期の苦痛の出現率

ホスピス入院中の主な症状・徴候

- |         |     |             |     |
|---------|-----|-------------|-----|
| 1. 全身倦怠 | 97% | 11. 悪心・嘔吐   | 50% |
| 2. 食欲不振 | 88% | 12. 口内炎     | 44% |
| 3. 痛み   | 88% | 13. 不安・いらだち | 37% |
| 4. 発熱   | 76% | 14. 混乱・不穏   | 34% |
| 5. 便秘   | 64% | 15. 褥そう     | 29% |
| 6. 咳嗽   | 62% | 16. 腹水      | 29% |
| 7. 呼吸困難 | 61% | 17. 吐血・下血   | 25% |
| 8. 不眠   | 58% | 18. 胸水      | 23% |
| 9. 浮腫   | 58% | 19. うつ状態    | 12% |
| 10. 口渇  | 56% | 20. 認知症     | 11% |

淀川キリスト病院

## 在宅での疼痛管理



## 自宅でできる緩和治療・ケア

症状	在宅でできること	病院にお願いすること
疼痛	オピオイド、ケタミンの持続皮下注、簡単なブロック(肋骨、仙骨ブロック)	ブロック(持続硬膜外、三叉、クモ膜下フェノール、腹腔神経等)
骨転移	オピオイド+NSIAD、ビスホスホネート、ヒト型抗RANKLモノクローナル抗体	放射線治療、手術、術中照射ストロンチウム89
胸水	胸水穿刺、IVHカテーテルでの持続廃液	胸膜癒着術
呼吸症状	肺炎治療	ステント、止血(多量)
腹水	腹水穿刺、抗がん剤注入IVHカテーテルでの持続廃液、リドカイン	腹水シャント、活性化リンパ球治療
イレウス	オクトロチド酢酸塩注射液、NGチューブ	PEG,PTEGのイレウス管
輸液	末梢輸液、皮下輸液、(CV)	CVポート
経管栄養	PEG,PTEG管理、経鼻胃管	PEG,PTEGの造設
排泄	膀胱留置カテーテル、自己導尿、(膀胱瘻)	膀胱瘻造設
鎮静	ミダゾラムやフェナルビタールによる鎮静	
血球減少	G-CSF、(輸血、血小板輸血)	輸血、血小板輸血
抗がん剤	支持療法、抗がん剤治療の一部	抗がん剤のほとんど

## 在宅がん緩和ケアの今後の課題

- がん患者の高齢化
  - がんで死亡した患者の50.9%が75歳以上('06年)
  - 75歳以上で、乳癌の74.3%、前立腺癌の83.6%、大腸癌の86.3%に①併存疾患、②運動機能障害、③老年症候群の3つのうちいずれかが認められた Koroukian J Clin Onc 2006
  - がんに伴う苦痛のみならず、複数の複雑で慢性的な問題が併存、ケアニーズも複雑となる
- 治療と並行した在宅緩和ケアと連携のあり方
  - 分子標的薬の進歩⇒支持療法、治療による苦痛の緩和
- 介護基盤の脆弱化
  - 介護者の高齢化 ⇒ 介護者支援の強化
  - 独居の看取り

## 非がん疾患の緩和ケアの対象

- 非がん疾患在宅死例 242例(男性101例、女性141例)
- 死亡時平均年齢  $84.5 \pm 11.3$ 歳 (mean $\pm$ SD)
- 在宅日数 平均 $744 \pm 970.4$ 日(mean $\pm$ SD) 中央値318.5日
- 基礎疾患
  - ・ 脳血管障害 23%
  - ・ 認知症 19%
  - ・ 神経難病 12%
  - ・ 老衰 11%
  - ・ 呼吸器疾患 10%
  - ・ 慢性心不全 6%
  - ・ 慢性腎不全 5%
  - ・ 整形疾患 3%
  - ・ リウマチ膠原病 2%
  - ・ 肝不全 1%

平原佐斗司ら 非がん疾患の在宅ホスピスケアの方法の確立のための研究  
2006年度後期在宅医療助成・勇美記念財団助成

## 非がん疾患の終末期に 緩和すべき苦痛

- 在宅で死亡した非がん疾患患者242名のうち、主治医が死を予測しえた159例の終末期の症状について調査したところ、78%に緩和すべき症状を認めた。
- 最期の一週間に出現する19の症状についてその出現率を検討したところ、全体では食思不振(83%)、嚥下障害(72%)呼吸困難(71%)の3つが多かった。
- 終末期に主治医が最も緩和すべき症状について聞くと、呼吸困難(46%)、食思不振(13%)、嚥下障害(12%)、喀痰(9%)、疼痛(6%)、褥瘡(5%)、譫妄(2%)の順で、呼吸苦と飲みこめないこと、食べられないことが多かった。

平原佐斗司ら 非がん疾患の在宅ホスピスケアの方法の確立のための研究  
2006年度後期在宅医療助成・勇美記念財団助成

## 望む場所で最期まで過ごせる社会にむけて

~需要爆発を、労働力危機、財政危機の中で支える~

- 供給側へのアプローチ:
  - 優れた専門職を必要な数、計画的に育成すること
  - 学際的チームアプローチが実践できるようにすること
- 需要側へのアプローチ
  - 自律した市民をつくること。
  - 患者や家族のセルフケア能力を高めること。
  - 協働の精神や形(互助)を地域につくっていくこと。コミュニティの再生
- システム・制度面へのアプローチ
  - 最期の時間を手厚く支援する地域のホスピス制度
  - すまい
  - 専門職が対患者に集中できる効率的で、シンプルなシステム

## まとめ

- 緩和ケアはほとんどの人が人生の最期に受けるケアであり、疾患や年齢をとわず、すべての人に対して、どこにでも優先的に届けられなくてはならない。
- 緩和ケアの中心は在宅である。在宅緩和ケアは患者のQOLを高め、家族の満足度を高める。
- がんと非がんのIllness trajectory(終末期の軌道)を理解することが重要である。
- 自宅でもがんの苦痛のほとんどを緩和できる。がんの在宅緩和ケアの新たな課題として、高齢化、治療に並行した緩和ケア、介護基盤の脆弱化が挙げられる。
- 非がんの緩和ケアの特徴について解説した。
- 望む場所で最期まで過ごせる社会の実現は国民的課題であり、医療・福祉の専門職、行政、国民が協力して取り組む必要がある。

# かかりつけ医と在宅医療の推進

東京大学高齢社会総合研究機構

辻 哲夫

## 地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必要。

### ①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

### ②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)

・24時間対応の在宅サービスの強化

### ③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

### ⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、持ち家のバリアフリー化の推進

資料:2012年7月11日厚生労働省  
在宅医療連携拠点事業説明会より

## かかりつけ医を基本とする在宅医療 (柏プロジェクトの試みから)

### 1. 柏プロジェクトの基本的な考え方

- 在宅医療は地域包括ケアの不可欠の要素である
- 在宅医療は、地域のかかりつけ医が担うことが本来の姿である

### 2. その背景

- 全国的には、当面は外来は増加しているが、遠からず減少に転じる一方、入院は増加し続け、限界に



① 団塊の世代が75歳を越える2025年までを目途に、在宅医療を含む地域包括ケアの普及定着が必要

② 地域のかかりつけ医がかかりつけの患者に対してその役割を果たし在宅医療を「点から面」へ広げる必要

→ 以上のことは、日本の今後の本格的な高齢化と高齢社会における医療のあり方を考えると、日本全体の課題であり、残された時間は少ない

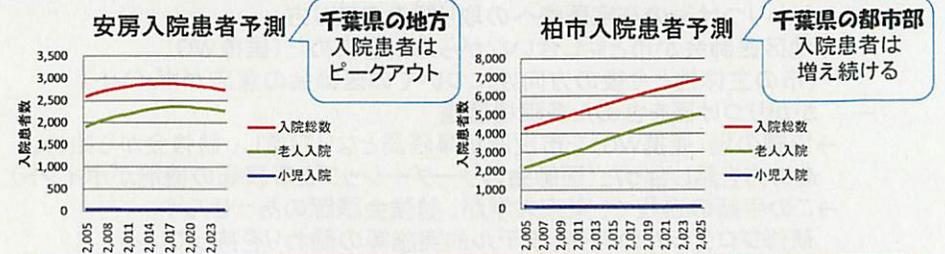
## 地域包括ケアシステムとは...

地域包括ケアシステムとは...

住まい・医療・介護・予防・生活支援が要介護者等に包括的かつ継続的に提供

→ 在宅ケアシステムを基本とし、住み慣れた地域で住み続けることを実現

- ① 地域包括ケアを実現する上での最大の課題  
: 在宅医療がなければ、住まいでの継続居住が困難
- ② 一方、都市部の病院は高齢化に伴い、限界を超える可能性大



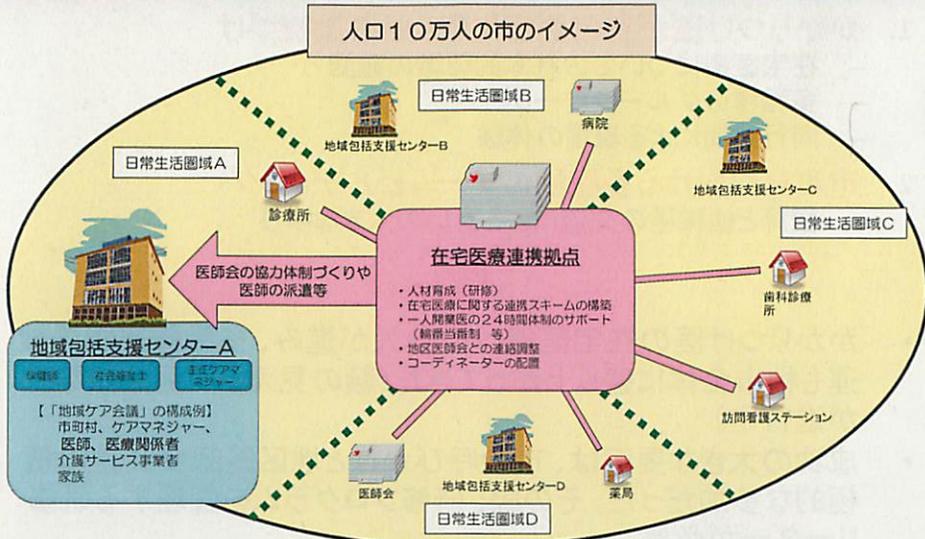
在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの構築が不可欠

(資料:千葉大学による推計)





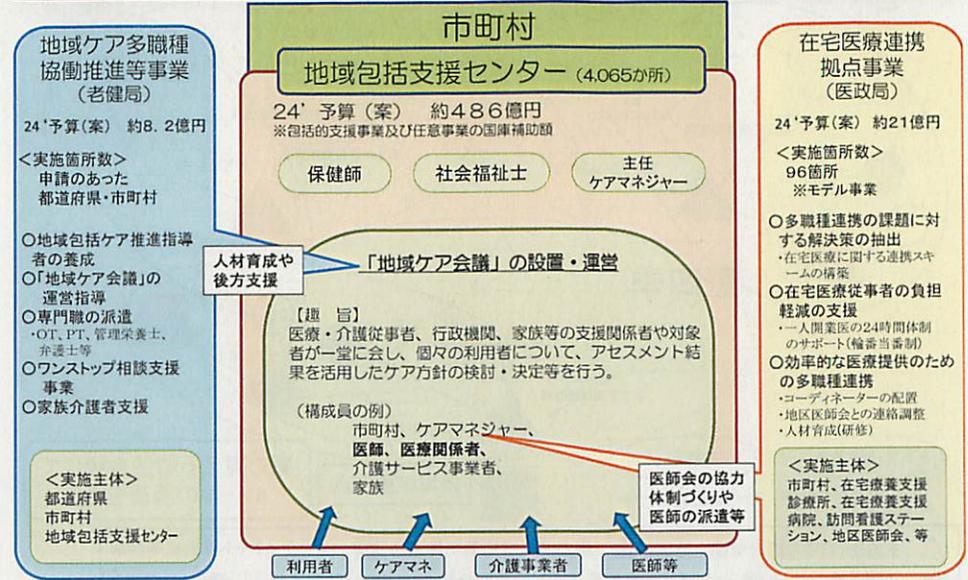
# 地域包括ケア体制について(イメージ)



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

〔資料:2012年7月11日厚生労働省在宅医療連携拠点事業説明会より〕

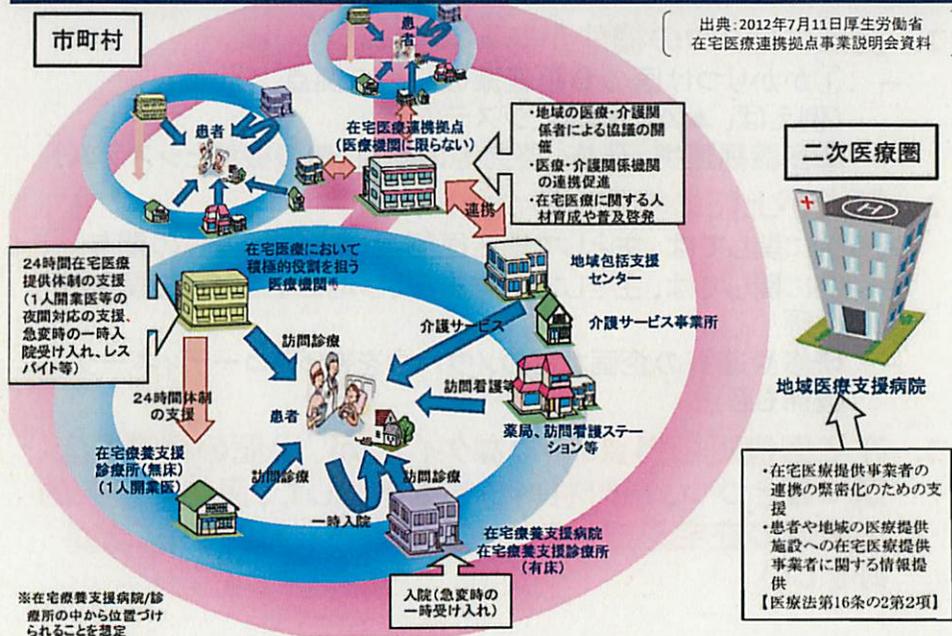
# 地域包括ケア体制について(平成24年度予算)



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携については、地域の実情により柔軟に行うこととする。

〔資料:2012年7月11日厚生労働省在宅医療連携拠点事業説明会より〕

# 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等の役割(イメージ)



# 内容

## H23年度拠点事業のレビューと 今年度拠点の評価指標

国立長寿医療研究センター  
老年学・社会科学研究センター  
長寿看護・介護研究室 大島浩子

I.H23年度10拠点の在宅医療連携に関する  
質的研究とその研究結果から導き出された課題

II.H24年度 在宅医療連携拠点のアウトカム評価  
指標調査のねらい

I.H23年度10拠点の在宅医療連携に関する  
質的研究とその研究結果から導き出された課題

### 在宅医療連携拠点事業

#### ◆目的

…(中略)…介護支援専門員の資格を持つ看護師等及び医療ソーシャルワーカーを配置し、下記の事業等を行うことで  
…(中略)…在宅医療を提供するための体制を構築する

#### ◆10拠点

#### ◆事業の内容

1. 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
2. 在宅医療従事者の負担軽減の支援
3. 効率的な医療提供のための多職種連携

出典:厚生労働省ホームページ【在宅医療の推進について】  
平成23年度在宅医療連携拠点事業〈総括・評価〉更新日:9月19日  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html)

### 検討された内容

#### ◆拠点がある地域、拠点に関する情報

- 人口規模、高齢化率、地域の資源(医療・介護・福祉資源)
- 拠点がある地域の特性、拠点の概要、体制など

#### ◆在宅医療連携の課題・解決策、成果・評価

1. 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
2. 在宅医療従事者の負担軽減の支援
3. 効率的な医療提供のための多職種連携

#### ◆拠点の人的役割・在宅医療の連携等の有用性

1. 介護支援専門員の有資格者の役割
2. 在宅医療の連携等の有用性、課題・改善点

→2回の発表会、実施内容等の報告が検討された

## 結果・課題

### ◆結果

- 各地域の在宅医療連携における課題は様々
  - 地域の在宅医療・介護の関係者が**自身の地域の課題を抽出し、解決に向けた取り組みを行う体制**が重要
- 拠点の設置主体による役割に違いがあり、様々な連携において包括的な取り組みが必要
  - 地域全体を見渡せ**中立的立場**での関係者の調整を行うことができる**市町村等が中心となり、医師会等**の関係団体と**協力しながら積極的に**取り組む拠点が適切

### ◆課題

- 取り組みについての定量的評価
- 対応体制の拡充と検討: 急変や重症化、小児等
- 医療・介護の質の見える化 等

## 拠点の活動性の評価-1

### ◆在宅医療連携拠点の基本属性の調査

### ◆在宅医療連携拠点が行うタスク達成の評価

- I. 課題抽出と解決活動: 多職種連携の課題に対する解決策の抽出と解決策
  - ・ 多職種連携における課題抽出と解決策の実施の程度
  - ・ 年4回以上の在宅医療多職種連携会議の実施とその評価
  - ・ 在宅医療多職種連携会議等における、年1回以上の行政・関連施設・地区医師会の参加と協力状況とその評価 等
- II. 在宅医療従事者支援活動: 在宅医療従事者の負担軽減の支援
  - ・ 24時間対応の在宅医療提供体制の構築とその評価
  - ・ チーム医療を提供するための情報共有システムの整備とその評価 等

## II. H24年度 在宅医療連携拠点のアウトカム評価指標調査のねらい

### ◆研究事業の目的

- 拠点の活動性を明らかにする
- 設置主体別に適した評価項目の選定・検討する

### ◆調査のねらい

- 在宅医療推進に向けた教育・政策提言へ
  1. 活動性の把握と評価: 教育・政策提言にも反映
  2. 在宅医療連携拠点の評価指標の策定・検討

### ◆評価方法

- 必須タスクの取り組み状況を主軸に構成
- 行政・医師会等から協力など
- 半定量的評価、概算の実数、自由記述、など

## 拠点の活動性の評価-2

### ◆在宅医療連携拠点が行うタスク達成の評価

#### III. 効率的な多職種連携

- ・ 介護支援専門員資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーによる調整とその評価

- ・ 効率的な多職種連携のための標準化ツールの導入とその評価

#### IV. 住民啓発活動: 在宅医療に関する地域住民への普及啓発

- ・ 地域住民への「在宅医療」浸透とその評価

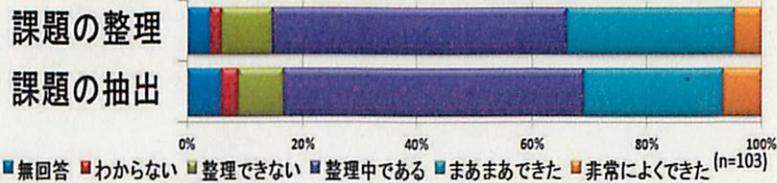
#### V. 在宅医療の人材育成: 在宅医療に従事する人材育成

- ・ 都道府県における在宅医療連携のリーダーとしての課題の抽出とその評価
- ・ 地域における在宅医療に関わる人材育成実施の有無とその評価

資料:

# I.在宅医療連携における課題の抽出状況

問1. 多職種連携における課題抽出と解決策の実施の程度

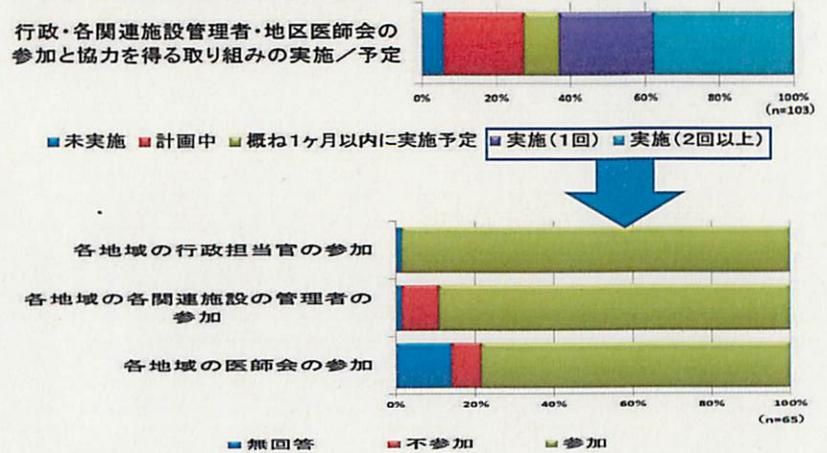


## 抽出された主な課題

課題	内容
多職種における関係性	<ul style="list-style-type: none"> <li>役割理解不足 相互理解・連携不足 等</li> <li>垣根・救居意識 職種・機関間、医療・介護・行政・医師会、等</li> <li>コミュニケーション不足 共通言語がない 等</li> <li>協議の場の不足 顔の見える関係づくり 等</li> </ul>
知識・技術	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の資源・理解不足 療養者個別・地域での支援方法</li> <li>市民の在宅医療の情報把握</li> <li>社会資源、人材不足</li> </ul>
情報	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報共有体制 情報不足</li> <li>一元化・標準化、ITツールの活用</li> </ul>

# 資料:行政・医師会との協力

問3.在宅医療多職種連携会議等における、年1回以上の行政・関連施設・地区医師会の参加と協力を得る取り組みの実施/予定



## 都道府県における在宅医療推進 (在宅医療連携拠点を活かした面展開の方略)

### グループワーク1の進め方について

- 司会者(発表者を兼ねる)、書記は事前に決めてあります(名簿をご確認ください)
- 司会は、議事進行をお願いします。  
- タイムキープ、全員発言、要所でのまとめ
- 発表をお願いした都道府県は、司会者(発表者)が3分以内で発表をお願いします。
- 書記は話された内容の記録をお願いします。  
- ディスカッションの流れにそって1, 2, 3それぞれについて、テーブル上の用紙に記録をお願いします  
- 記録はGW終了後、いったん回収して、後日参加者にお返しします。

### グループワーク1のタイムスケジュール

1. 自己紹介 10分  
- 在宅医療との関わり、感じていること、講義の感想
2. わが県での在宅医療推進のために何をすべきか? 20分  
⇒ 司会がまとめる
3. 地域で研修事業をどう展開するか? 20分  
⇒ 司会がまとめる
4. 全体化・まとめ 20分

### グループワーク1のタイムスケジュール

1. 自己紹介 10分  
- 在宅医療との関わり、  
感じていること、講義の感想

## グループワーク1のタイムスケジュール

2. わが県での在宅医療推進のために  
何をすべきか？ 20分

⇒ 司会がまとめる

## グループワーク1のタイムスケジュール

4. 全体化・まとめ

20分

## グループワーク1のタイムスケジュール

3. 地域で研修事業をどう展開するか？  
20分

⇒ 司会がまとめる

研修終了後アンケート (2012年10月13日)

ご氏名: \_\_\_\_\_

◆アンケートご回答について◆

- ・アンケートには、各講義に対する質問や意見をご記入いただく設問が含まれます。講義を聴きながら、随時ご記入下さい。
- ・アンケートの結果は、本研修のふり返り、多職種協働や在宅チーム医療を担う人材育成に関する研修や研修のあり方を検証していく際の参考にさせていただく以外には、使用致しません。データは国立長寿医療研究センター在宅連携医療部で管理を致します。
- ・今後、厚生労働省「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」に図示されている「地域リーダー研修」および「地域の多職種に対する研修」が、各地域の実情に応じた、効果的な形で開催されていくことを念頭に、ご回答いただくと幸いです。

Q1. 本研修に、どのお立場でご参加されましたか。1～5の該当するものに○印をご記入ください。

- 1: 都道府県医師会担当者
- 2: 都道府県庁職員 → 【該当する部局をご回答ください: A 健康・医療系, B 介護・福祉系, C その他( )】
- 3: 在宅医療連携拠点採択事業者 → 【該当する機関をご回答ください: A 病院, B 診療所, C 訪問看護ステーション, D 医師会, E 行政, F その他( )】
- 4: 在宅医療連携拠点採択事業者の連携医療機関等 → 【該当する機関をご回答ください: A 病院, B 診療所, C 医師会, D その他( )】
- 5: その他 (具体的にご記入下さい): ( )

Q2. 本日 (10/13) の研修に参加されるにあたり、学びたいこと、習得したいこと等、どのような意欲や意気込みがございましたでしょうか。自由にご記入下さい。

Q3. 本日 (10/13) 実施された研修内容全般に関する各質問にご回答下さい。

1: (1) あなたの参加満足度について、該当するものに○印をご記入下さい。



(2) 上記1の参加満足度を選択された理由をご記入下さい。

【選択理由】

2: 本日の研修内容に関する全般的なご意見やご質問がございましたら、ご自由にお書き下さい。

10/13.14 都道府県リーダー研修プログラム 国立長寿医療研究センター					
時刻	1日目:10月13日(土)	講師等	主旨、構成内容	形式	時間
13:00	開会の辞	国立長寿医療研究センター 大島伸一			10
	挨拶 厚生労働省	厚生労働省 医政局指導課 梶尾 雅宏			5
	挨拶 日本医師会	日本医師会 常任理事 高杉 敬久			5
	都道府県リーダー研修の目的と関係者の役割	国立長寿医療研究センター 企画戦略室 深田 修 在宅連携医療部 三浦久幸	1. 在宅医療の制度上の位置づけ 2. 在宅連携拠点が必要になった理由 3. 在宅連携拠点を点から面的拡大させていく原動力 (病診、診診連携と在宅医療拠点機能/行政や医師会の役割と連携) 4. 都道府県リーダーの構成およびプログラムのねらい 5. 今後の各地域での取り組みへの期待 ー地域リーダー研修の企画、運営についてー	講義	35
	質疑応答				20
休憩					
14:30	在宅医療の本質と理想の在宅医リーダー	新気圏内在宅医療 黒瀬 尚史	1. 理想の在宅医療の姿 2. 在宅医療を担う人材に必要なもの 3. 在宅医のリーダーとは 4. 在宅医療のリーダーを育成するために必要な要素	講義	30
	高齢者のニーズに応える在宅医療	国立長寿医療研究センター 鳥羽 研二	高齢者の特性(虚弱、老年症候群)やニーズに応える老年医学(CGA、多職種協働など)		20
	生活を支える、在宅ならではの医療の実践	医療法人アスラムス おかもと 純也/アリエック 大田 美樹	1. 病院と在宅で行う医療に対する技術や意識の差異 2. 在宅医療の実践 3. 在宅医療によって広がる患者や家族の可能性		25
	"エンド、オブ、ライフ、ケア"の視点を有する在宅医療の重要性	親原診療所 在宅サポートセンター 平原 佳典	1. 在宅医療におけるエンドオブライフケアの対象、課題と支えるシステム 2. 今後のエンドオブライフケア充実化に向けた医療、介護、行政に対する期待		20
休憩					
16:20	訪問診療の実際と同行研修の意義(DVD視聴)		研修の一つの形態である、同行研修の場面紹介	映像視聴	15
	かかりつけ医と在宅医療の推進	東京大学 高齢社会総合研究機構 辻 哲夫	1. かかりつけ医の動機づけの必要性と在宅医療の推進 2. かかりつけ医の動機づけを促す研修を行うことで見られた変化 3. 柏プロジェクトかかりつけ医研修の取り組みと結果	講義	30
	H23年度拠点事業のレビューと今年度拠点の評価指標	国立長寿医療研究センター 長寿看護・介護研究室 大島 高子	1. 23年度10拠点の在宅医療連携に関する質的研究とその研究結果から導き出された課題 2. 24年度 在宅医療連携拠点のアウトカム評価指標調査のねらい		10
	GW1 都道府県における在宅医療推進 (在宅医療連携拠点を活かした面展開の方路)	親原診療所 在宅サポートセンター 平原 佳典 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 三浦久幸	行政、医師会、連携拠点が有機的につながり、都道府県全体へ面展開することを意識して都道府県ごとに下記内容を討議  1. わが県における在宅医療推進の意義 2. わが県での在宅医療推進のための方路 3. 地域での研修事業の展開に向けて	グループワーク	75
事務連絡・アンケート記入					
18:30					
時刻	2日目:10月14日(日)	講師等	主旨、構成内容	形式	時間
9:00	ガイダンス	国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 三浦久幸	2日目研修プログラムの構成、意図の解説		5
	多職種連携協働の今日的意義とグループワークの進め方	親原診療所 在宅サポートセンター 平原 佳典	1. 多職種連携協働の意義、困難とする要因などの解説 2. グループワークを効果的に進めるための方法	講義	25
	GW2 地域における課題抽出の方法	医療法人財団千葉健栄会 あおぞら診療所 川越 正平	1. 地域資源に関するさまざまな課題抽出の方法 2. KJ法を用いた課題抽出の方法 3. 全体ディスカッション	グループワーク	60
	課題抽出の方法とその解決策の事例紹介	医療法人財団千葉健栄会 あおぞら診療所 川越 正平	1. 在宅医療を支える医療介護資源の視覚化、数量化を通じた課題抽出の方法 2. さまざまな課題抽出の方法とその解決策の事例紹介	講義	30
休憩					
11:15	GW3 多職種ケアカンファレンス	白十字訪問看護ステーション 秋山 正子 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 梶 亮彦	多職種ケアカンファレンス映像(退院前カンファレンス、在宅における多職種カンファレンス)を視聴し、それを元に、理想的な多職種連携協働に関する検討を行う	グループワーク	65
	二日間通しての振り返り	国立長寿医療研究センター 企画戦略室 深田 修 在宅連携医療部 三浦久幸			20
	修了証書授与	国立長寿医療研究センター 大島伸一			
	閉会の辞	国立長寿医療研究センター 鳥羽 研二			20
	13:00	事務連絡(柏プロジェクト研修(2012年12月1～2日、2013年1月26～27日開催)見学の告知等)・アンケート記入			

# チームとは？

## 多職種連携協働の今日的意義と グループワークの進め方

東京ふれあい医療生活協同組合  
梶原診療所 在宅サポートセンター  
平原佐斗司

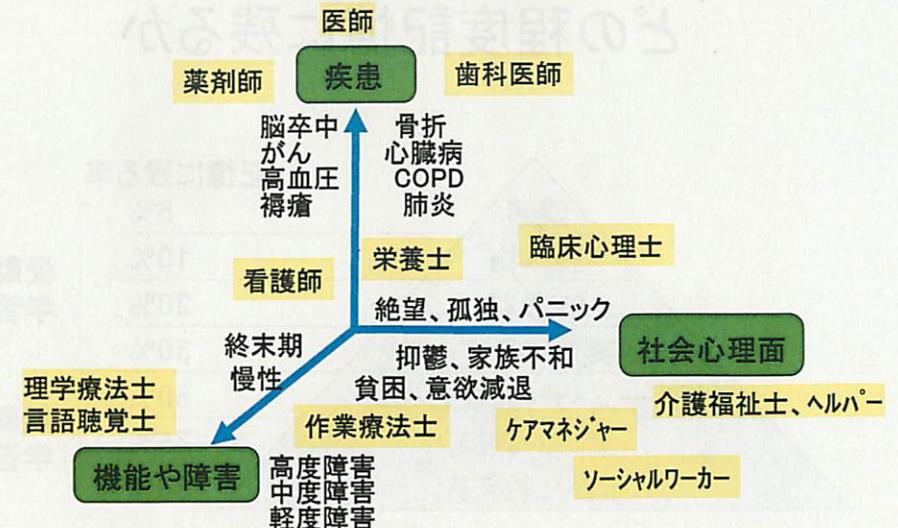
- 「ヘルsteamとは、健康に関するコミュニティのニーズによって決定された**共通のゴール・目的**をもち、**ゴール達成**に向かってメンバー各自が**自己の能力と技能を発揮**し、かつ**他者のもつ機能と調整**しながら寄与していくグループである  
(Inter-professional work におけるHealth Teamの定義: WHO1984)
- チームとは、**一致した共通の目標や規範**をもち、**協働で仕事をする一団の人の事**を指す。チームには、**明確な目標、リーダー**、そして**円滑なコミュニケーション**(五感と言葉を通して、「思考」と「感情」を共有するプロセス)が必要である。  
(ルースキャンベル)

## Interdisciplinary careに関する 米国老年医学会の立場宣言

2005.1

- IDCは、複雑な併有疾患を有する高齢患者の多様なニーズに対応する。
- IDCは、老年症候群に対する医療の過程と結果を改善する。
- IDCは、医療システムの改善と介護者の負担軽減に寄与する。
- IDCの研修と教育は、高齢者の医療ケアに当たる者に有効である。

## 在宅ケアの多面性と IPWの有効性



最大のアウトカムを得るためにはIPWが必要

# 在宅ケアで多職種連携が 推奨される理由

- 1 チームで対応することによって、在宅患者の身体的、心理的、社会的な問題、及び家族も含めた複雑なニーズにより良く対応でき、それによって彼らの健康とQOLの向上に寄与する。
- 2 多職種間で、知識と技能を分かち合うことによって、各専門職に求められているものが明確となり、その結果各職種の専門性を強化することになる。
- 3 患者や家族に必要なケアや地域に必要なシステムなどについてより俯瞰的にみる視点が養われる。
- 4 在宅ケアに関わる仕事をより豊かで、興味深いものにする。

## 学んだ内容は どの程度記憶に残るか



## ワークショップとグループワーク の進め方

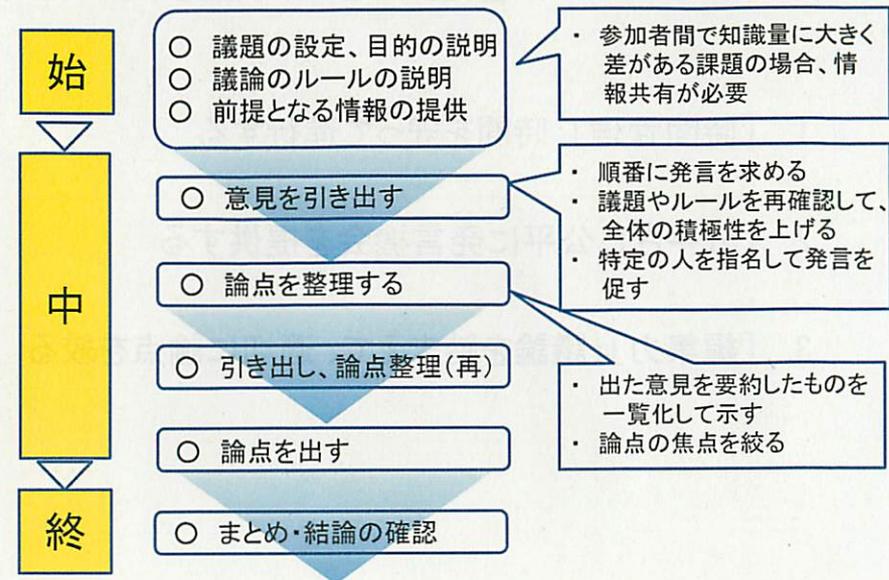
### ワークショップとは？

- ワークショップ = 参加・体験型の学習・対話の手法
  - 参加者が討論・創作して(work)、発表・提案する(shop)
  - ワークショップの標準的な流れ
    - **グループワーク** ⇒ **全体で発表** ⇒ **相互評価**
- ワークショップの工夫
  - 話やすい**小グループ**に分かれて討論する
  - 付箋にアイデアを書き出し、整理する(KJ法など)
  - 意見を板書して整理する
  - 現場・現地を調査して、議論する(インタビューなど)
  - 寸劇をつくる(ロールプレイなど)

# グループワークの意義

1. 能動的に参加する中で学ぶため、学習者の意欲や集中力を高め、学習効率を高める
2. 現場にある実践的な課題を、仮想チームの中で解決しながら学ぶため、実践的な学習になる。
3. 自分の考えや知識を他の専門職と共有しながら学ぶことができるとともに、他の専門職から自分の専門性に求められていることを理解することで、専門職としての学習意欲ややりがいが高める。

# グループワーク進行の流れ



## 意見を引き出すための具体的な方法

- ・ 事前準備
  - 適正な人数・6~8名の適切な人数のグループ分け
  - 皆が話せるテーマの設定
- ・ 発言の方法
  - 同じ人が長く話さないように時間に気を配る。
  - 順番に発言したり、発言のない人に発言を促す。
- ・ 工夫
  - いきなり発言を求めず、準備する時間をとる
  - 付箋に意見を書き出してもらう(KJ法など)

## グループワークの中で緊張が生じる時

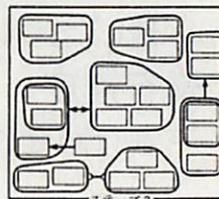
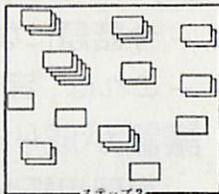
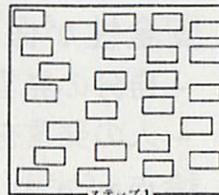
- ・ 安全性が保障されていない
  - 自分の発言が他人に誤解された
  - 人の発言を聞いて、他の参加者に対する敵意を感じた
- ・ 論点がずれる
  - 今話題になっていることが重要でないと思う
  - これは、皆で話すべきことではない
- ・ 議論が成り立っていない
  - 専門用語が多すぎてわからなかった
  - 難しくついていけない
- ・ 進行速度
  - 進行が遅(速)すぎる。

## グループワークを進める上で重要なこと

1. 「時間管理」: 時間を守って進行する
2. 「公平さ」: 公平に発言機会を提供する
3. 「編集力」: 議論を踏まえて、適切に論点を絞る

## KJ法の方法

- 第1段階・・・考えなければならないテーマについて思いついた事をカードに書き出す。この時、1枚のカードには1つの事だけを書く(個人作業)
- 第2段階・・・同じグループに入れなくなったカードごとにグループを形成する。グループが形成されたら、グループ全体を表わす一文を書いた表題を決めてラベルに書きこむ。
- 第3段階・・・グループ化されたカードを1枚の大きな紙の上に配置して図解を作成する。近いと感じられたカード同志を近くに置く。そして、カードやグループの間の関係を示したい時には、それらの間に関係線を引く。



## 多職種間の議論で注意すること

- 共通の目標をもって議論する
  - 患者と介護者のニーズにフォーカスをあてる
  - 「本人の幸せ」という共通の目標で議論する
- お互いの専門性を尊重する
  - お互いの専門分野のことを否定しない
- 専門性の背景(知識・文化)と専門用語に配慮する
  - 専門用語や略語は使わない
  - 基本的知識面での違いに配慮する
  - 多職種の役割を知るため、自己紹介の時間をとる

## グループワークのまとめ

- 話されたことの確認を行う
  - 目的に対して、ということが話されたかを簡潔にまとめる
  - グループとして発表する内容を確認する
- 何らかの結論を出す必要がある場合
  - 結論について案を提示し、その理由の明示する
  - 結論を確認する 口頭で「この案でよろしいですか？」
  - 意見が分かれる場合は、各案の支持状況を確認し、どちらを支持するか決める

## ま と め

- 在宅医療では、身体—心理—社会的な問題が混然一体となって横たわっており、患者と家族にとっての最善を実現するためには、多職種によるチームアプローチが不可欠である。
- 地域での多職種研修では、ワークショップなどの参加型の、能動的な学習スタイルを取り入れる必要がある。
- ワークショップの標準的な流れは、「グループワーク」⇒「全体発表」⇒「相互評価」である。
- ファシリテーターは、グループワークの「議題の設定」⇒「意見の引き出し、論点整理の繰り返し」⇒「まとめ」という流れを意識して進行する。
- ファシリテーターは、全体のタイムキープを行いながら、すべてのグループメンバーの公平な参加を保障し、中立な姿勢で議論を編集する。また、議題の呈示、論点整理、緊張の緩和など話し合いの進行のための様々な配慮を行う。

## 地域における課題抽出の方法

### グループワーク2の進め方について

- 司会者(発表者を兼ねる)、書記は事前に決めてあります(名簿をご確認ください)。
- 司会者は議事進行をお願いします。
  - タイムキープ、全員発言、要所でのまとめ
- 深い討論がなされたグループの司会者は挙手をお願いします。4つのグループに発表をお願いしますので、討論内容を3分以内で発表してください。
- 書記は話された内容の記録をお願いします。
  - ディスカッションの内容をテーブル上の用紙に記録してください。
  - 島づくりを行った模造紙はそのまま回収させていただきます。

## グループワーク2のタイムスケジュール

1. 地域資源に関する様々な課題抽出の方法 15分
  - 参照資料をたたき台として、様々な課題抽出の方法についてグループで討議して下さい
2. KJ法を用いた課題抽出の方法 30分
  - 個人作業 (5分)
  - ポストイットに「在宅医療の課題」を記入する
  - グループごとに島づくりの作業 (15分)
  - グループでの討論 (10分)
  - 最も重要な課題を3つ選定しつつ討論を深める
3. 全体ディスカッション 15分

### グループワーク2の進め方について

職種毎に、下記の指定された色のポストイットをご使用ください。

行政(行政に所属する医師や拠点の行政職を含む) : 青色

医師会の代表として参加している医師(拠点の医師を含む) : 黄色

拠点の医師(医師会以外)および拠点の連携医 : ピンク色

拠点等の専門職種(医師および行政職以外) : 緑色

## グループワーク2のタイムスケジュール

### 1. 地域資源に関する様々な課題抽出の方法 15分

- ー参照資料をたたき台として、様々な課題抽出の方法についてグループで討議して下さい

## グループワーク2のタイムスケジュール

### 3. 全体ディスカッション

15分

## グループワーク2のタイムスケジュール

### 2. KJ法を用いた課題抽出の方法 30分

個人作業 (5分)

- ーポストイットに「在宅医療の課題」を記入する

グループごとに島づくりの作業 (15分)

グループでの討議 (10分)

- ー最も重要な課題を3つ選定しつつ討議を深める

都道府県リーダー研修

## 課題抽出の方法と その解決策の事例紹介

医療法人財団千葉健愛会 理事長  
あおぞら診療所 院長

川越正平

### 本講義の構成

#### 医療介護資源の視覚化・数量化を通じた 課題抽出の方法

資源の視覚化・数量化について、千葉県柏市  
ならびに松戸市のデータを例示する

#### 課題抽出の方法とその解決策の事例紹介

アンケート調査・会議の設置・臨床実践に基づく  
千葉県松戸市での取り組みを例示する

### 本講義の要旨

- 医療介護資源の視覚化・数量化による地域の課題抽出は拠点活動の第一歩
- 実務や質に関する情報をも把握することにより臨床上適切な役割を果たすことができる
- アンケート調査や会議の設置、臨床実践等を通じて地域が抱える課題を明らかにし、優先度の高いものから解決策に取り組む
- 拠点のみならず、地域の従事者を巻き込む戦略が重要

#### 医療介護資源の視覚化・数量化を 通じた課題抽出の方法

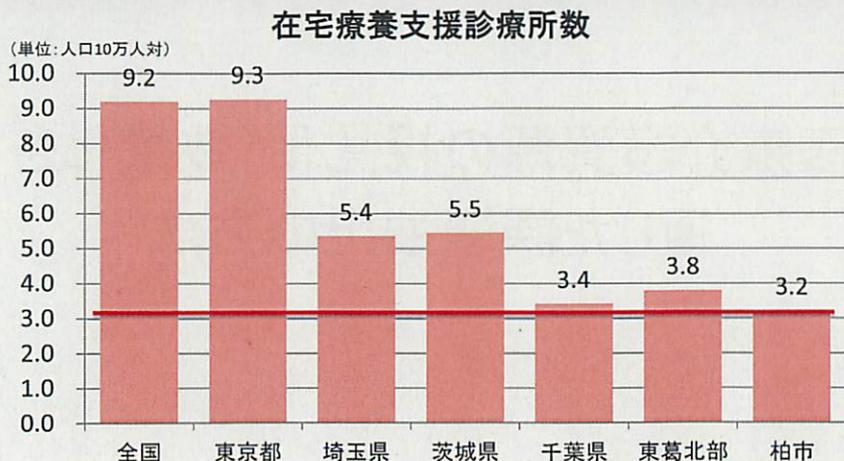
## 在宅療養支援診療所：柏市



(出典: WAM-NET, 地図データ©Google/ZENRIN, 2012年4月14日時点)

## 在宅療養を支える医療・介護資源 医療機関

## 在宅療養支援診療所数：比較



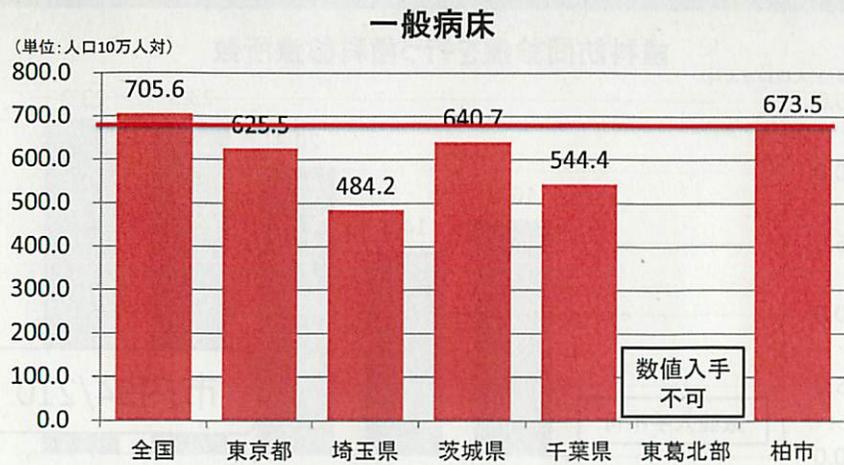
資料: WAM-NET HPの数値※と平成22年国勢調査の人口より算出  
※2012年4月14日時点, サイト更新状況等により, 最新の状況とは異なる場合がある

## 専門科往診の応需体制：松戸市



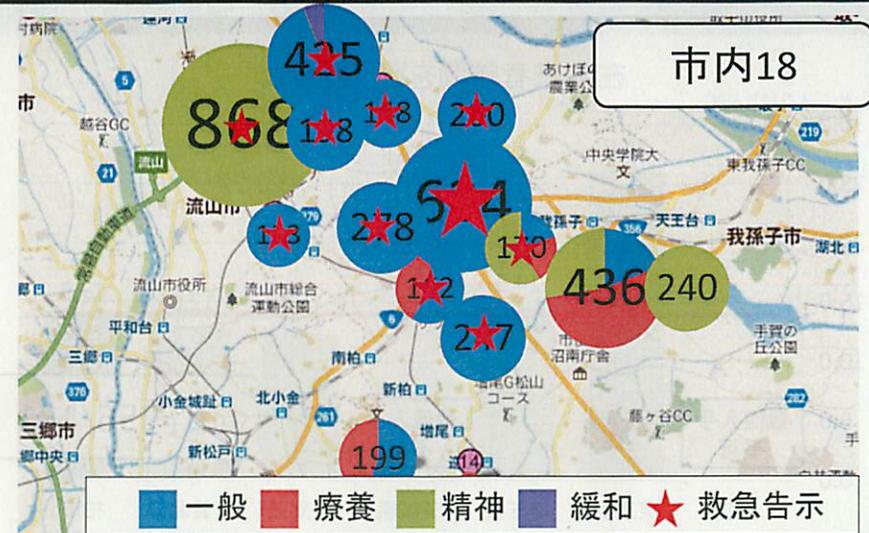
(出典: 松戸市医師会在宅ケア委員会アンケート調査による, 地図データ©ZENRIN)

# 一般病床数:比較



資料:平成22年医療施設調査の数値と国勢調査の人口より算出。緩和ケア病床を含む

# 病院:柏市



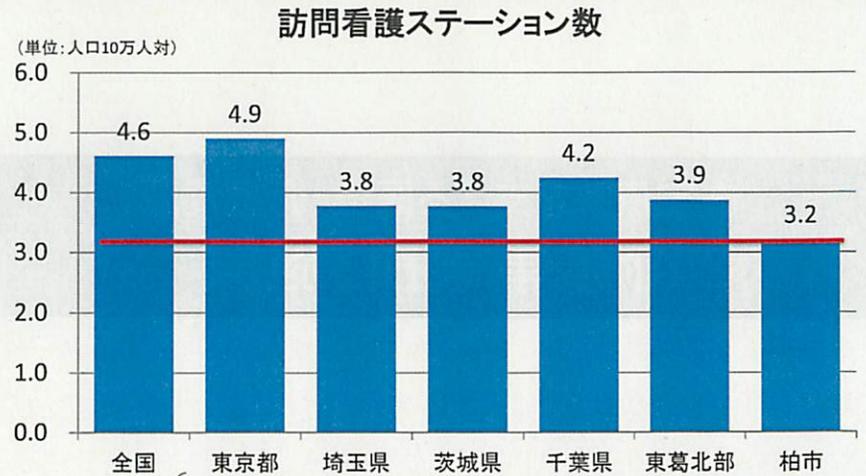
(出典:WAM-NET, 地図データ©Google/ZENRIN, 2012年4月14日時点)

# 訪問看護ステーション:柏市



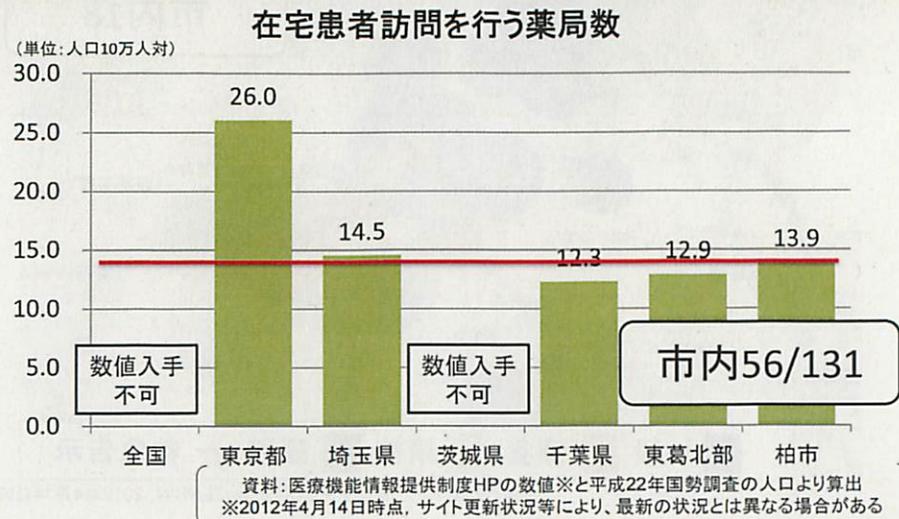
(出典:WAM-NET, 地図データ©Google/ZENRIN, 2012年4月14日時点)

# 訪問看護ステーション数:比較

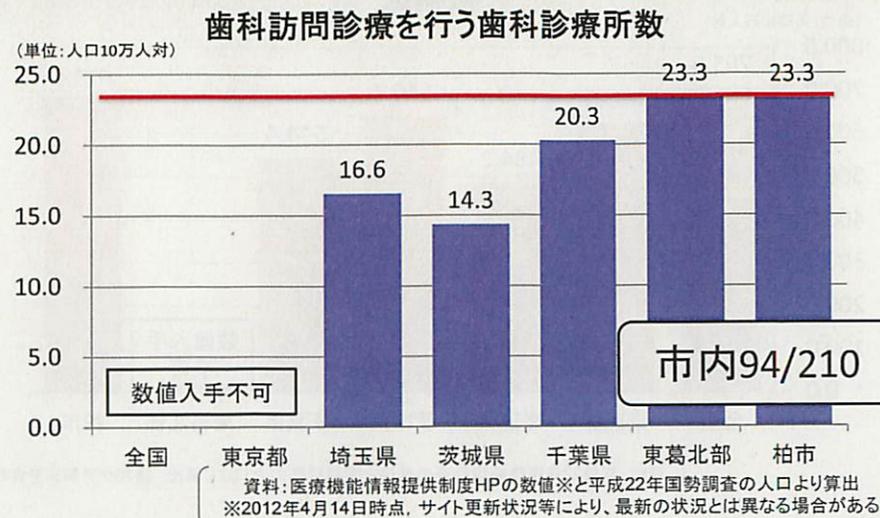


資料:介護サービス情報公表システムHPの数値※と平成22年国勢調査の人口より算出  
※2012年4月14日時点, サイト更新状況等により, 最新の状況とは異なる場合がある

## 在宅患者訪問を行う薬局数：比較

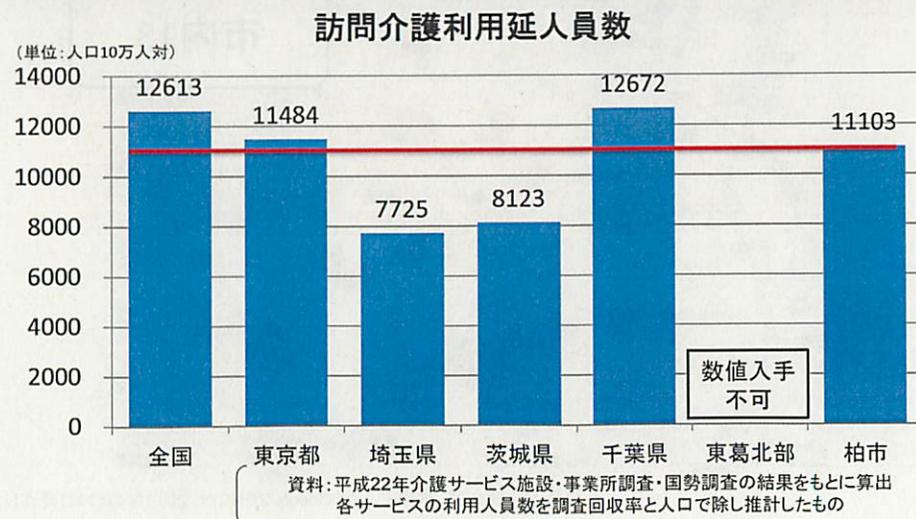


## 歯科訪問診療を行う歯科診療所数：比較



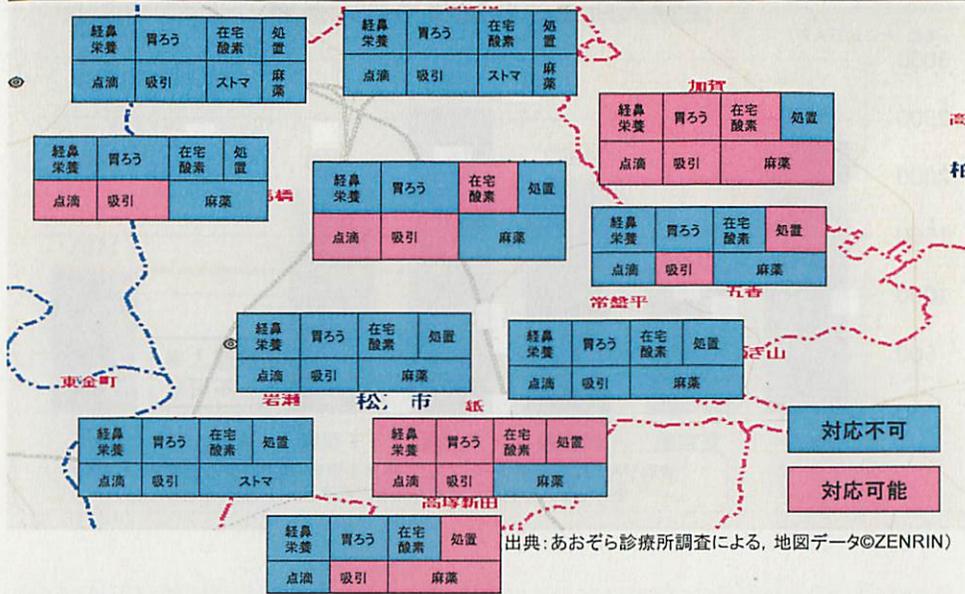
## 在宅療養を支える医療・介護資源 介護事業所・施設

## 訪問介護の延べ利用者数：比較



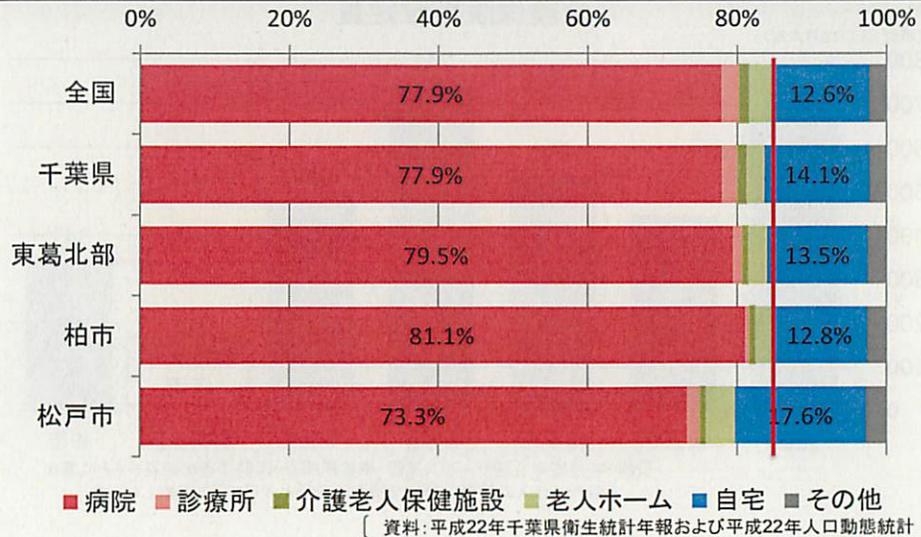


# 特養における看取りケアへの対応:松戸市

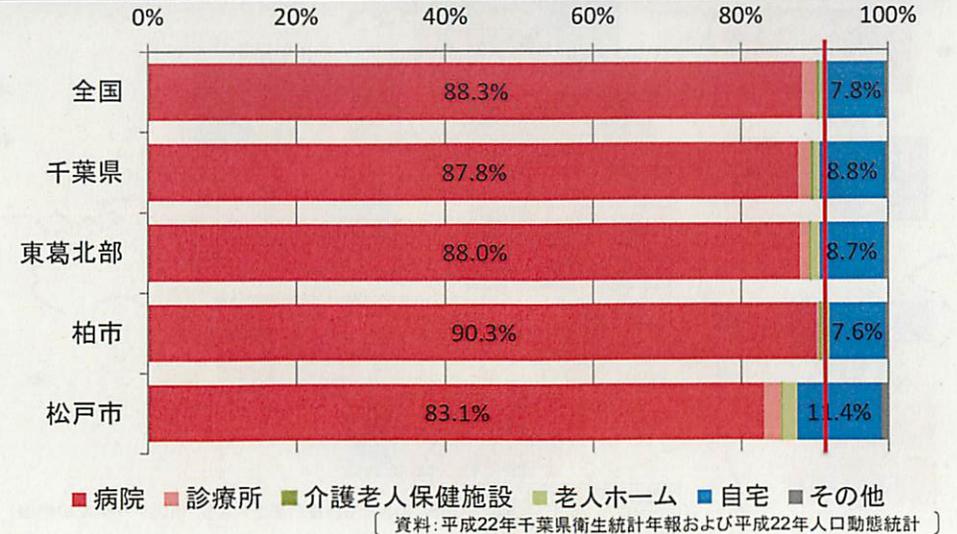


# 在宅療養支援の地域指標の一例 死亡場所

## 死亡場所(総数):比較



## 死亡場所(がん):比較



## さまざまな課題抽出の方法と その解決策の事例紹介

### 薬局との連携

- 市内188の保険薬局に呼びかけ、37薬局からなる在宅医療連携薬局連絡会を組織（世話人6名を選出）
- 薬剤師にとって大切なテーマ例についてアンケート調査を行い、取り組むテーマを選定
- 2か月に1回の世話人会と年2回の総会開催

## さまざまな課題抽出の方法

- ① アンケート調査による課題抽出の例
- ② 会議の設置による課題抽出の例
- ③ 臨床実践に基づく課題抽出の例

### 薬剤師にとって大切なテーマ例

- ① 在宅患者の処方箋に遅滞なく対応する
- ② 麻薬についての地域の課題を克服する
- ③ 365日の安心を患者に提供する
- ④ 訪問薬剤管理指導で専門性を発揮する
- ⑤ 在宅患者のコンプライアンス向上に寄与する
- ⑥ 緊急訪問薬剤管理指導を実践する
- ⑦ 後発医薬品使用上の工夫を講じる
- ⑧ 医療衛生材料の供給体制を担う
- ⑨ 医師との合同カンファレンスを開催する
- ⑩ 病院薬剤師との連携をすすめる

## 薬局連絡会世話人会の活動

- 訪問薬剤管理指導 はじめの一步  
訪問薬剤に初めて取り組む薬剤師向けマニュアル
- 在宅患者の処方せんに遅滞なく対応する  
在宅独居患者に薬が届くまでの手順リーフレットの作成
- 麻薬も含め薬剤に関する365日の安心  
休日当番薬局の機能を拡充する輪番制  
地域における麻薬小売業者間譲渡の体制構築  
→ 世話人会が松戸市薬剤師会の中に  
新設の委員会として位置づけられた

## ケアマネジャーとの連携

- **市内に包括的な団体が組織されていない**
- 146か所(318名)の居宅介護支援事業所に呼びかけ、113名の介護支援専門員が加わる  
**ケアマネジャー連絡会を組織(世話人11名)**
- **ケアマネジャーにとって大切なテーマや医療と介護の連携に関する困難感についてのアンケート調査を行い、取り組むテーマを選定**
- 2か月に1回の世話人会と年1回の総会を開催

## 薬剤に関する365日の安心を提供する

- 休日当番薬局の機能を拡充する輪番制  
処方せん応需方法や調剤配薬の実際  
現行の休日当番薬局との整合性  
医療機関必須在庫や当番薬局選定医薬品の検討  
→ 11月より輪番制が始動予定
- 麻薬小売業者間譲渡の体制構築  
必須麻薬在庫の設定  
在宅における医療用麻薬使用推進モデル事業  
→ 1月に小売業者間譲渡グループの届け出

## ケアマネジャーにとって大切なテーマ例

- ① 病態や病状を理解するための相談窓口
- ② 医療系サービスの適切なマネジメント支援
- ③ 支援から介護への継続的な支援
- ④ 開業医との連携を促進するケアマネタイム
- ⑤ 病院MSWとケアマネジャー間の連携促進
- ⑥ ケアマネに有益な口コミ情報を集約する
- ⑦ 活動を評価するためのデータベース作成
- ⑧ ケアマネジメントの質向上策
- ⑨ 介護保険以外のサービス・制度活用支援
- ⑩ 制度対象外だがサービスを要する場合の対応

# 「医療と介護の連携」についての困難感

番号	項目	0.まったくない	1.ときどき	2.しばしば	3.いつも	平均値	SD
13	他の介護支援専門員が不在時にその担当利用者の対応を譲り渡す	40.4	42.3	9.3	2.1	0.67	0.9
15	ケアプラン作成にあたり、アドバイスを受けたいが相談できる相手がない	40.0	32.3	14.0	4.2	0.74	0.7
17	必要と感じるが制度対象外のものがあり、どう対応してよいかわからない(入院中のエアマット利用、座褥交換者のポータブルトイレ搬入など)	21.9	63.5	13.5	1.0	0.94	0.6
14	勤務外の日などに、自分の担当利用者に対応せざるを得ないことに負担を感じる	20.5	51.0	16.3	6.1	1.02	0.8
11	在宅医療サービス(訪問看護や訪問リハビリ、居宅療養管理指導など)の使い分けや適応がよくわからない	30.3	41.4	23.2	5.1	1.03	0.9
12	介護保険以外の制度(自立支援法など)を組み合わせたサービスの構築に困難を感じる	14.4	60.0	16.5	3.1		
10	在宅医療サービスの情報が乏しい(訪問診療や訪問看護の空き情報など)	10.3	49.0	28.4	7.1		
7	入院中の利用者についての情報が得づらく、退院調整や在宅療養再開時のケアプラン作成などに困難を感じる	11.1	50.5	31.3	7.1		
6	末期がんの利用者でも、申し渡しがたいと過度な苦痛として処理され、要介護認定が得られなかったりする	20.2	38.3	27.7	13.8	1.35	1.0
8	居宅サービスが難しい利用者に対して、軽度者へのベッドレンタルの理由などの書類の作成が煩雑で困難を感じる	10.3	41.9	23.5	10.3	1.40	0.9
9	本来の業務でない業務が必要となることに負担を感じる(病院受診の代行や食事準備の高齢者など)	13.3	45.9	23.5	17.3	1.45	0.9
12	病状の変化が速い利用者でも、末期がん以外だと迅速な対応の対象にならず認定調整に時間がかかっている	14.4	41.2	28.9	15.5		
5	ケアプラン作成にあたり、医療上の注意点がよく分からないと感じる	2.0	58.6	35.4	6.1		
20	家族の来院困難が常時や希望への対応に困難を感じる(末期がんになって欲しい、検査費にサービスがつけられなくて欲しいなど)	10.4	44.8	26.0	10.3		
18	在宅や意思決定支援など精神的なケアに困難を感じる	7.2	42.3	30.1	12.4		
4	病状の変化が速い利用者では、認定調整が出来るまでに暫定プランを立てなければならず、困難を感じる	10.2	38.7	35.7	17.3		
3	病状の変化が速い利用者のサービス調整や短期間のプラン見直しを負担に感じる	0.2	39.2	41.2	13.4		
2	主治医との連携に困難を感じる	4.0	46.0	33.0	17.0		
19	在宅介護や認知介護、施設等での実施に困難を感じる	0.0	35.7	33.8	23.9		
16	医療ニーズが難しい利用者のショートステイやデイサービスの受け入れがなかなか見つからない	4.1	28.5	44.9	24.9		

「しばしば」又は「いつも」と回答した者の割合は25%を超え、

「しばしば」又は「いつも」と回答した者の割合が50%を超え、

70%の人が「しばしば」又は「いつも」困難に感じ、うち約25%の者は「いつも」困難に

# ケアマネジャー連絡会世話人会の活動

- CMにとって有益な口コミ情報の集約  
デイサービスに関する口コミ情報の集約
- CMの活動性を評価するためのデータベース作成  
東京都介護支援専門員研究協議会  
「介護支援専門員の役割に関する研究」  
→ 困難事例に対する有効なアプローチ事例を収集
- ケアマネジメントの質向上のための  
実地研修プログラム開発とその実践

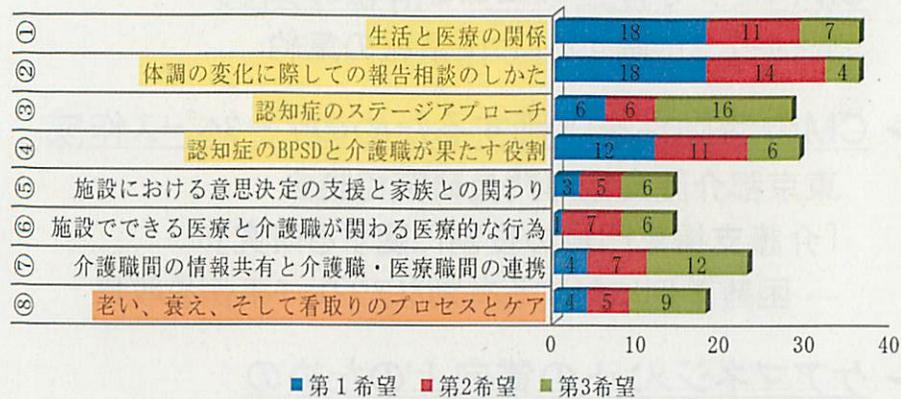
# ケアマネジャー実地研修スケジュール

日程	内容
個別実習 (1回3時間 ×4回+ オプション)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 実地指導者の担当利用者のモニタリングとサービス担当者会議に同行(計2回)</li> <li>➤ 受講者の担当利用者のモニタリング場面とサービス担当者会議に同行(計2回)</li> <li>➤ 在宅医療に関連するオプション               <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療同行</li> <li>・訪問看護同行</li> <li>・訪問看護ステーション合同カンファレンス傍聴</li> <li>・ケアマネジャー集中カンファレンス傍聴</li> </ul> </li> </ul>

医療機関名	〇〇診療所	院長名	〇〇 △△	窓口担当者 医師の代名で主に対応できる担当者をご記入ください	△△ □□ 職種 看護師							
在宅医療への取り組み	主治医意見書の記載	対応している	対応していない	TEL・FAX 047-xx-xx-△△△△ 047-xx-xx-〇〇△△	メール 〇〇〇 @ △△△. x x . jp							
	訪問診療	定期的に行っている	行っていない									
	外来かかりつけ患者の臨時往診	対応している	対応していない									
	在宅療養支援診療所の届出	有	無									
医師との相談方法 希望の優先順位をご記入ください。	直接面談	5	往診同席	4	外来同席	3	電話	2	FAX	1	メール	6
担当学会議への医師の参加	主治医の都合に合わせて 医療機関で開催する場合		30分以内なら可能	15分以内なら可能	困難							
	訪問診療の時間に合わせて開催		30分以内なら可能	15分以内なら可能	困難							
自院の待合室等を利用して開催の場合		人数	参加人数 ( 5 ) 人以内であれば可能									
ケアマネジャーへの要望(連絡時の注意事項等を含む)												
※月曜日の午前中の外来は非常に混雑しているため、外来同席や電話連絡はご連絡ください。												

◎: 医師が対応可能な時間帯  
△: 比較的、医師が対応可能な時間帯  
○: 医師が対応できる可能性がある時間帯  
×: 対応が困難な時間帯

## 介護職にとって大切なテーマ例



## 介護職向け講習会(講義→GW形式)

講義1: 介護現場における医療ニーズ  
生活と医療の関係  
体調変化の報告相談のしかた

講義2: 認知症の基本的理解  
認知症のステージアプローチ  
認知症のBPSD

講義3: 老衰と看取り  
老い、衰えのプロセス  
看取りのプロセスとケア

全体討論と質問への回答

\* 各講義後にグループワークを繰り返し行う

## さまざまな課題抽出の方法

- ① アンケート調査による課題抽出の例
- ② 会議の設置による課題抽出の例
- ③ 臨床実践に基づく課題抽出の例

## 顔の見える関係会議

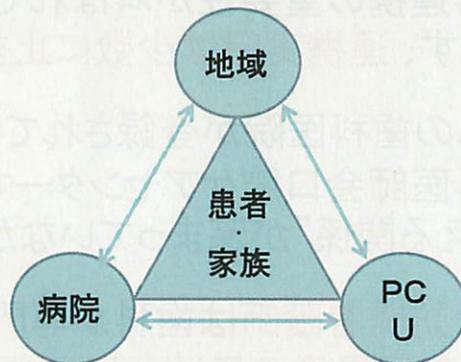
- 地域を“一つの単位”にとらえ、“同僚”としてチームで臨床に携わる必要がある
  - 同じ“病棟”で働いている“同僚”なのに「めったに会わない」のでは機能できない
- 
- 医師を含めた多職種が討議する企画を繰り返し開催する(一方向的な講義は避ける)
  - 他の職種の専門性を深く理解する
  - 共通の“言語”やルール、価値観を見出す

# 多職種グループでの闊達な討論



## ホスピストライアングル

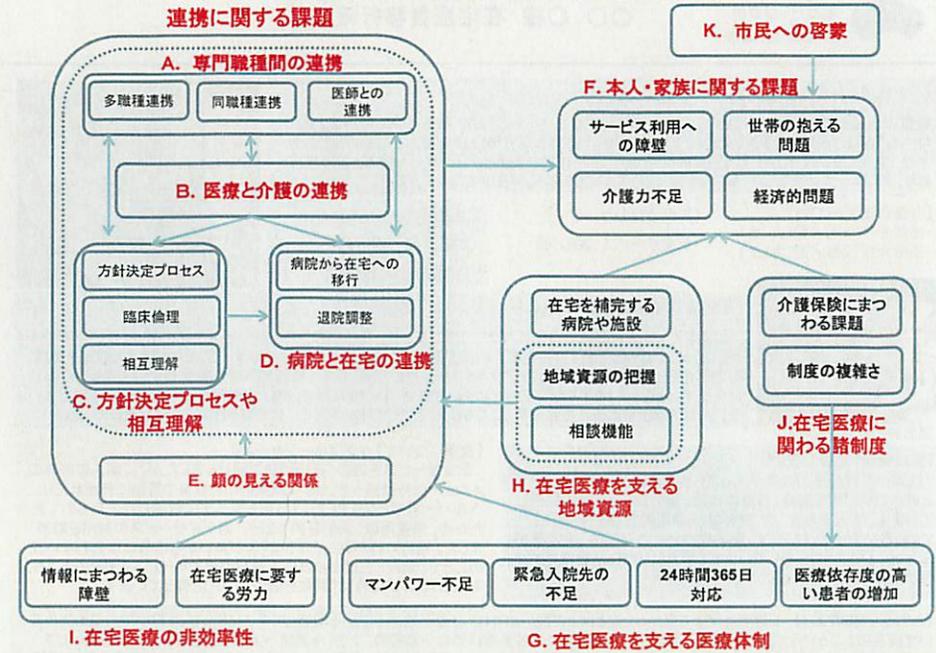
地域—病院—緩和ケア病棟が連携して  
必要な医療やケアを提供する体制のこと



連携拠点と後方支援病院、緩和ケア病棟により  
構成される病診連携カンファレンスを立ち上げた

「在宅医療の課題」に関する概念図

(n=166, Pn= 611)



- 独立行政法人  
**国立がん研究センター東病院**  
千葉県柏市柏の葉6-5-1  
電話: 04-7134-6932  
患者・家族支援相談室
- 松戸市立福祉医療センター  
**東松戸病院**  
千葉県松戸市高塚新田123-13  
電話: 047-391-5500  
保健福祉医療室
- 医療法人財団千葉健愛会  
**あおぞら診療所**  
千葉県松戸市緑ヶ丘2-357  
電話: 047-369-1248  
医療ソーシャルワーカー

## 地域連携トライアングル<まつど>



「地域連携トライアングル」とは  
「がん治療を行う病院」だけでなく、「緩和ケア科」「地域の病院」「地域の診療所」の3か所が連携体制を整えました。各医療機関には責任者としての医師に加えて看護師、医療ソーシャルワーカーを担当者として配置しています。  
3か所の医療機関のどこに相談していただいても結構です。必要に応じて他の2か所の医療機関と緊密に連携し最適な医療機関で切れ目のない医療やケアを提供できるよう対応いたします。

【病状経過】主治医より

腫瘍の増大が少しずつ進んでおり、痛みも強くなってきています。オピオイドを使用し疼痛コントロールを図ることや、処方箋、薬の粉失を防ぐ目的で訪問薬剤管理指導の導入をお勧めしていますが、本人が納得しておらず、現在のところ導入に至っておりません。全身状態は比較的安定しており、アルコールの離脱症状もなく経過しています。急病や臨時往診もこれまでのところありません。

【介護保険サービス】

・訪問介護 2回/週(火・金)  
・通所介護 2回/週(水・土)

【高齢者福祉サービス】

・配食サービス 2回/週

【医療保険サービス】

・訪問診療 1回/週  
・訪問看護 1回/週



【緊急時の連絡方法】あおぞらより

退院直後、緊急時の連絡方法について検討しました。緊急通報システムの導入を考えましたが、固定電話が繋がっていなかったため、携帯電話を利用することにしました。しかし、ご本人が初めて購入したばかりの携帯電話の操作に慣れておらず、ケアマネジャー、ヘルパー、医師、看護師等関係者全員で、訪問時に操作方法を伝え、練習し、ようやく使用可能となりました。さらに、喉頭部の病変により声が出せない事態も想定し、その時は当院があつらえた鈴を鳴らしてもらうことで〇〇様と判断し、緊急訪問することにいたしました。

緊急時には鈴をならす！

【薬の管理】訪問看護より

医師や看護師等の説明があっても自己判断で止めてしまうことが多くあり、服薬管理(残薬の確認、薬のありかをさがす)をしています。本人からは「やりすぎくらい薬の管理をきちんとしてくれる」と言われています。痛みについての相談や、主治医が伝えたことへのフォローをしています。本人なりの自己管理ですが、退院直後に比べ改善しています。

【食事について】ケアマネジャーより

配食サービスを2回/日・週6日で開始しましたが、ご本人の好みのメニュー以外は断ってしまい、結果的にご自身で買物に行かれたり、ヘルパー対応となりました。1日何も食べずに飲酒だけの日も出てきたため、栄養摂取、入浴目的で2回/週デイサービスの利用を勧めました。初めに行かれたところは「人が多いから自分には合わない」とのことで、開設したばかりの少人数制のデイサービスを勧めたところ、本人も気に入り、今は「回数を増やしたい」と仰っています。

【あおぞらMSWより】ご自宅に戻って良かったことはとの問いかけに「お酒が飲めること」と即答して下さいました。1日に飲む量も決めていて現在のところ守っているとのことでした。訪問診療時には暖房器具のない部屋のことを「冷蔵庫へようこそ」とユーモアに表現して下さいました。先日〇〇病院のMSWより〇〇さんの件で連絡があったと伝えたと、「気にかけてくれてありがたい」と〇〇病院の電話番号を聞かれたのでお伝えしています。生保CWの方も隔週で訪問してくださり、多くの方に支えられ在宅生活を維持されています。

## 病院看護師の在宅医療研修

病院と地域の連携を促進するために  
病院看護師の在宅医療研修を受け入れ

- 訪問診療同行
- 訪問看護同行
- カンファレンス参加
- レクチャー

## さまざまな課題抽出の方法

- ① アンケート調査による課題抽出の例
- ② 会議の設置による課題抽出の例
- ③ 臨床実践に基づく課題抽出の例

## 課題認識

- 医科歯科連携の重要性が叫ばれているにもかかわらず、**連携実績は少数に止まっていた**
- 40か所もの歯科医院が登録されている地区歯科医師会口腔ケアセンターでは“顔の見える関係”が深まっていなかった
- **在宅医や訪問看護師は歯科が専門ではなく担当する在宅患者の口腔ケアの必要性に気づいていないのではないか**

## 歯科介入必要度スクリーニング

- 歯科衛生士を医師の訪問診療に同行させ  
歯科介入が必要な患者の抽出を開始
- 狭義の歯科治療にとどまらず、口腔ケアや  
摂食嚥下リハビリを含む継続的介入に  
取り組む歯科医院を募り、集中的に患者を  
紹介するしくみを目指して連携を深めている
- 臨床上的効果や驚くべき状態改善例を  
数多く経験しつつある

## 訪問看護ステーションとの連携

あおぞら診療所での実践例

- 24時間対応を行う7つのSTと密に連携
- 週替わりで合同カンファレンスを開催し、  
顔をつきあわせて治療ケア方針を話し合う
- 各STごとに院内に担当看護師を構え、  
毎週一度定期連絡を行い情報を共有する
- 診療時に生じた重要な変更点は移動中の  
往診車内から速やかに報告する
- 急性増悪や合併症併発中には毎日連絡

## 訪問看護ステーションの有する困難

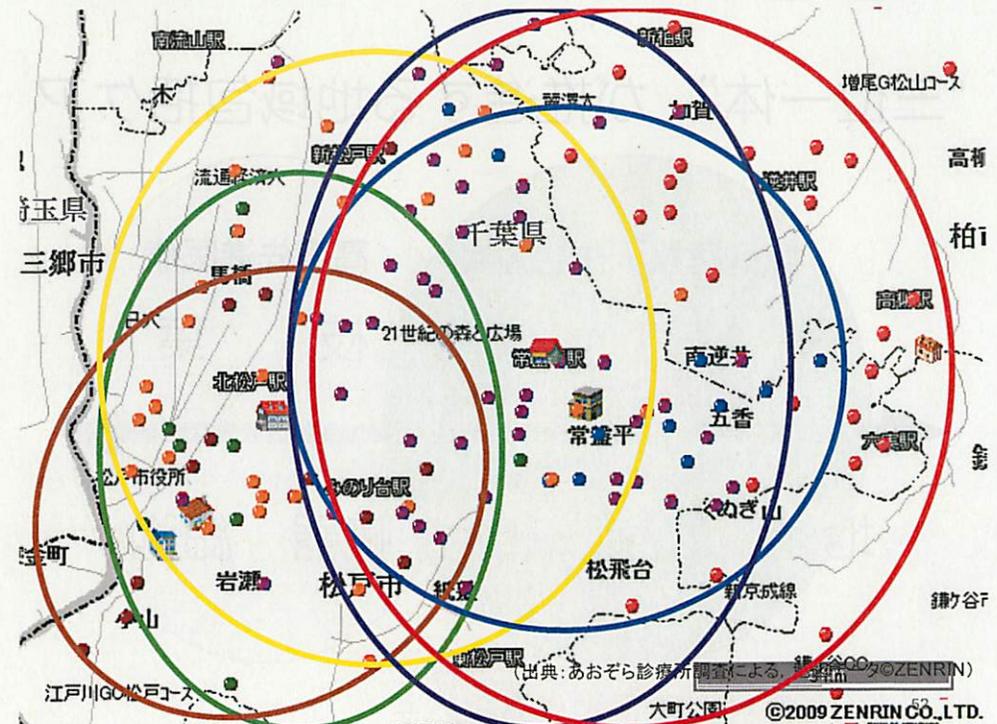
### ➤ カルテの分断

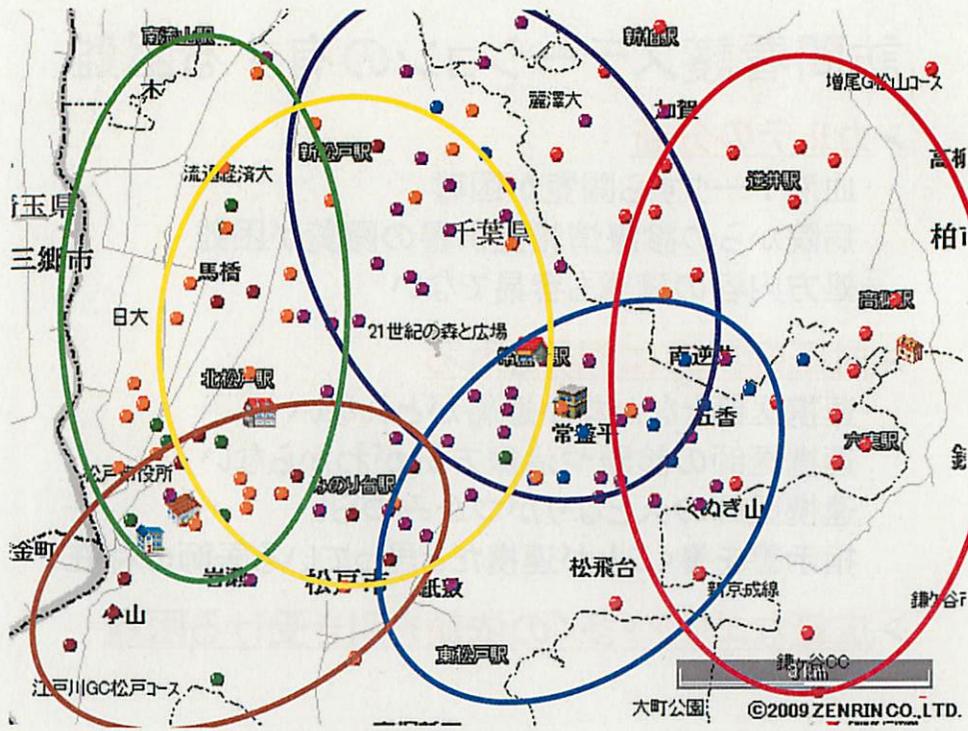
血液データすら閲覧が困難  
病院からの診療情報提供書の閲覧が困難  
処方内容の確認も容易でない

### ➤ 対医師対応に翻弄される

連携医師となかなか連絡がとれない  
連携医師の診断や治療方針がわからない  
連携医師の人となりがつかみづらい  
指示書を書くことが連携だと思っている医師の存在

### ➤ 広範なエリア・多くの依頼を引き受ける困難

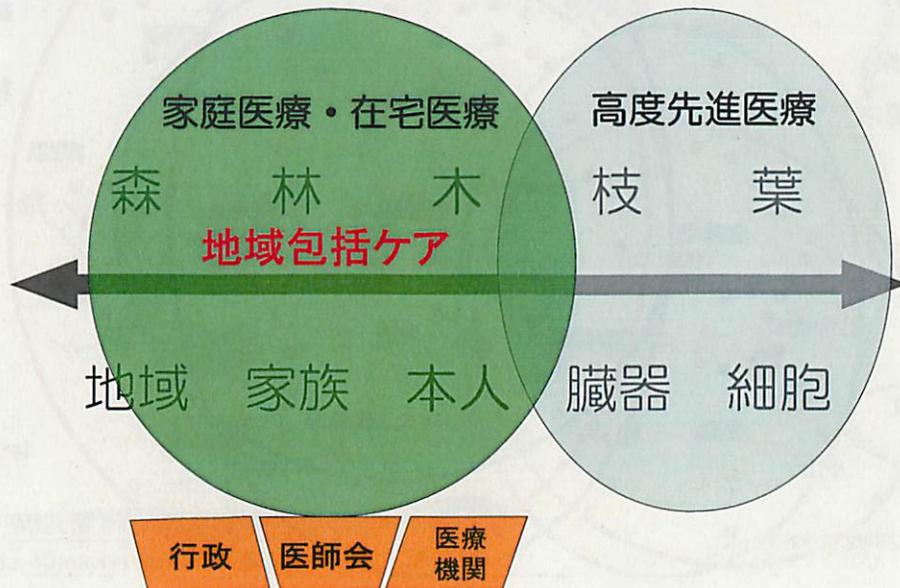




## まとめ

- 資源の視覚化・数量化によって地域の課題を抽出することは拠点活動の第一歩
- 実務や質に関する情報をも把握することにより臨床上適切な役割を果たすことができる
- アンケートや会議の設置、臨床実践等を通じて地域が抱える課題を明らかにし、優先度の高いものから解決策に取り組む
- 連携が最も得意な存在として垣根を取り払う役目を担い、在宅医療介護従事者を鼓舞する
- 行政、医師会、医療機関が“三位一体”となって地域包括ケアを推進する

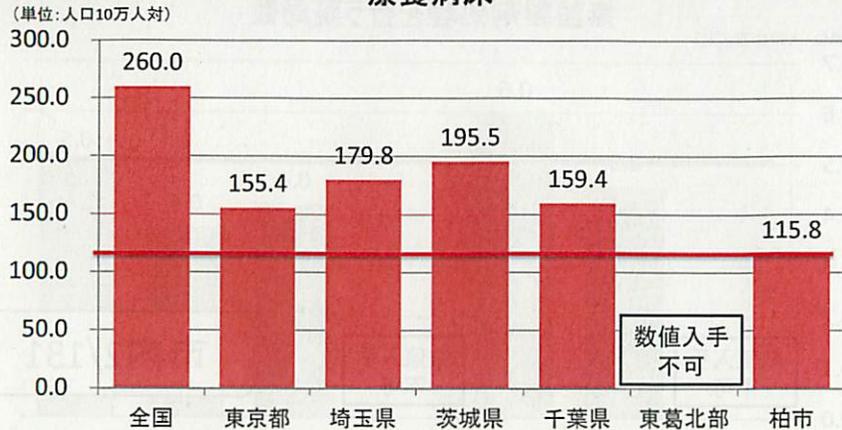
## “三位一体” が推進する地域包括ケア



番号	項目	課題文
<b>A. 専門職間連携</b>		
1.	地域の中の連携(多職種連携)	多職種間で患者についての情報交換や話し合う機会が不足している
2.	地域の中の連携(同職種連携)	病棟医師と在宅医、看護師同士など、地域の同職種間で情報共有や交流が不十分である
3.	医師との連携	多忙な医師とは連絡がとりにくく、気後れすることもあるため連携が難しい
<b>B. 医療と介護の連携</b>		
4.	医療と介護の連携	医療側の生活への理解不足、介護側の医療に関する知識不足のため、お互いの理解や連携が不十分である
<b>C. 方針決定や相互理解</b>		
5.	方針決定プロセス	在宅医療は異なる機関に所属する多職種が関わるため、治療ケアの方針決定プロセスが不明確である
6.	臨床倫理	終末期における抗がん剤や胃腸造設の適応等についての考え方が医療者間で統一されていない
7.	相互理解	多職種間での役割分担が不明確で、自分以外の職種の専門性やその限界を理解していない
<b>D. 病院と在宅の連携</b>		
8.	病院から在宅への移行	病院の医師者が在宅医療でどんなことができるかを把握していないため、スムーズに在宅へ移行できない
9.	退院調整	入院早期からの退院調整や退院前カンファレンスの開催等が不十分である
<b>E. 顔の見える関係</b>		
10.	顔の見える関係	連携の基盤となる顔の見える関係ができていない
<b>F. 本人・家族に関する課題</b>		
11.	サービス利用への障壁	医療や介護のサービス内容や意義などが理解されず、その導入や継続が難しい
12.	世帯の抱える問題	独居高齢者や認知症が増え、疾病や介護だけでなくその対応に苦慮する
13.	介護力不足	患者を支える介護力が不足していたり、家族の協力が得られない
14.	経済的問題	在宅医療の対象者には経済的問題がしばしば伴っているため、その対応に苦慮する
<b>G. 在宅医療を支える医療体制</b>		
15.	マンパワー不足	在宅医療に従事する専門職が不足しており、その需要の増加に対応しきれない
16.	緊急入院先の不足	急病に際しての緊急入院の受け入れ先の確保がままならず、その対応に苦慮する
17.	24時間365日対応	24時間365日切れ目なく在宅医療を提供する体制や工夫が不十分である
18.	医療従事者の高い患者の増加	看取りやがん・難病など医療ニーズの高い患者が増えているが、その受け入れ体制が不十分である
<b>H. 在宅医療を支える地域資源</b>		
19.	在宅を補完する病院や施設	入院、入所、レスパイト先といった在宅を補完する病院や施設が不足している
20.	地域資源の把握	医療機関や事業所の特徴や空き状況、地域資源全般についての把握が困難である
21.	相談機能	疾病や生活障害、制度活用等について従事者が相談できるところが不足している
<b>I. 在宅医療の非効率性</b>		
22.	情報にまつわる障壁	情報が分散している、共通のアプローチ方法がない等の理由で、多職種間での情報共有が不十分である
23.	在宅医療に要する労力	他職種・他機関との連携が必要であるため、書類作成や連絡、日程調整等に多大な労力を要する
<b>J. 在宅医療にかかわる諸制度</b>		
24.	介護保険にまつわる課題	医療保険との兼ね合いや限度額等の存在等から、在宅医療を支えるには現状の介護保険では不十分である
25.	制度の複雑さ	在宅医療は医療面と介護面の両面への介入が必要となるが、それらの諸制度が煩雑で分かりにくい
<b>K. 市民への啓蒙不足</b>		
26.	市民への啓蒙	在宅医療でできることやその意義について、市民への啓蒙が不足している

## 療養病床数:比較

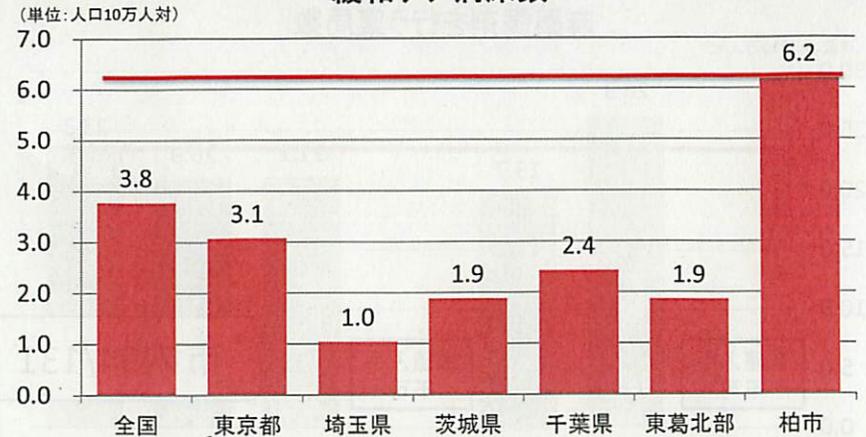
### 療養病床



資料:平成22年医療施設調査の数値と国勢調査の人口より算出

## 緩和ケア病床数:比較

### 緩和ケア病床数



資料:ホスピス緩和ケア協会HPによる数値※と平成22年国勢調査の人口より算出  
※2012年4月14日時点, サイト更新状況等により, 最新の状況とは異なる場合がある

## 訪問看護ステーションの 常勤換算従事者数:比較

### 1事業所当たり常勤換算従事者数



出典:平成22年介護サービス施設・事業所調査

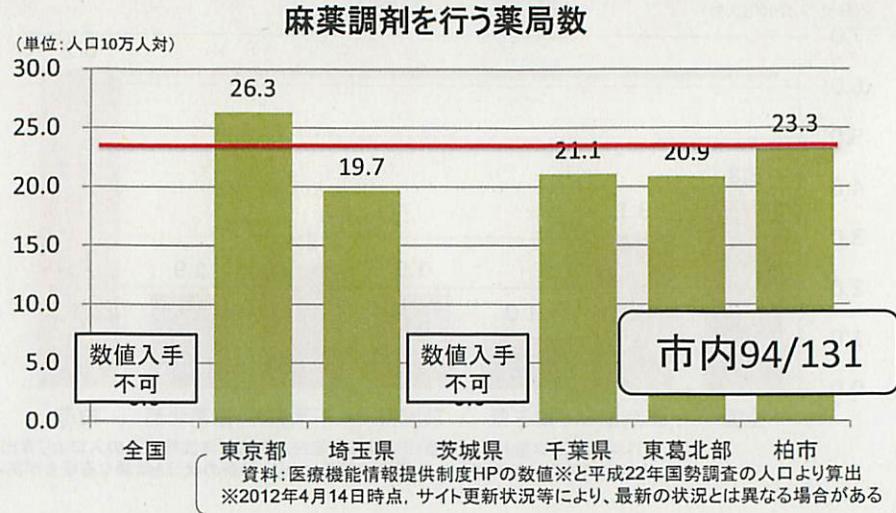
## 訪問看護ステーションの 従事者1人当たり利用実人員数:比較

### 常勤換算従事者1人当たり利用実人員数

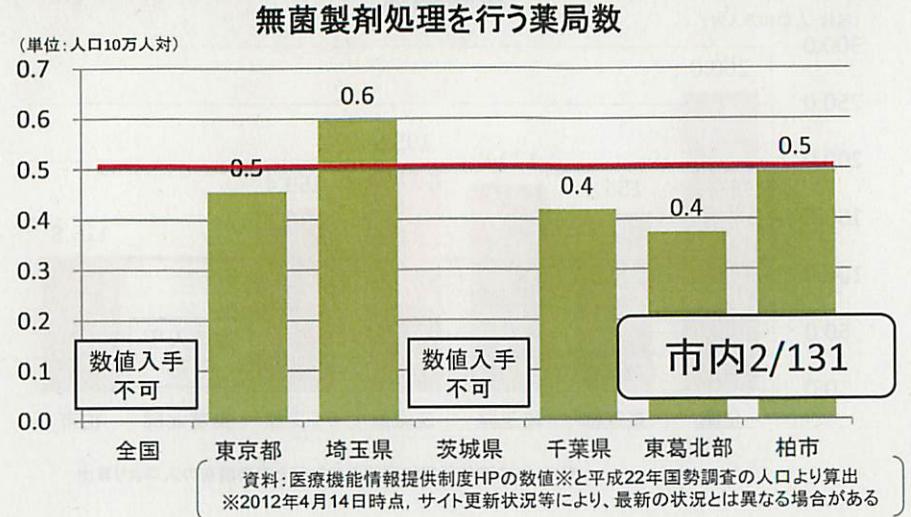


出典:平成22年介護サービス施設・事業所調査

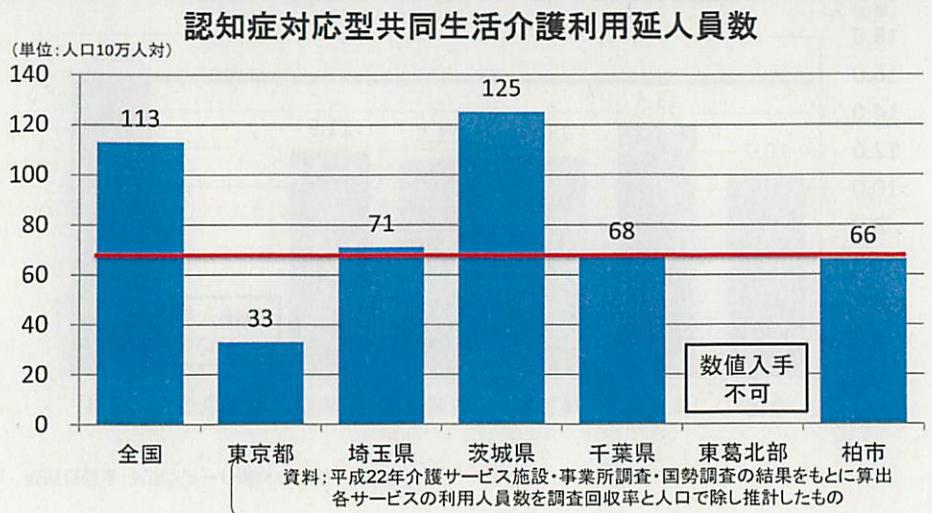
# 麻薬調剤を行う薬局数：比較



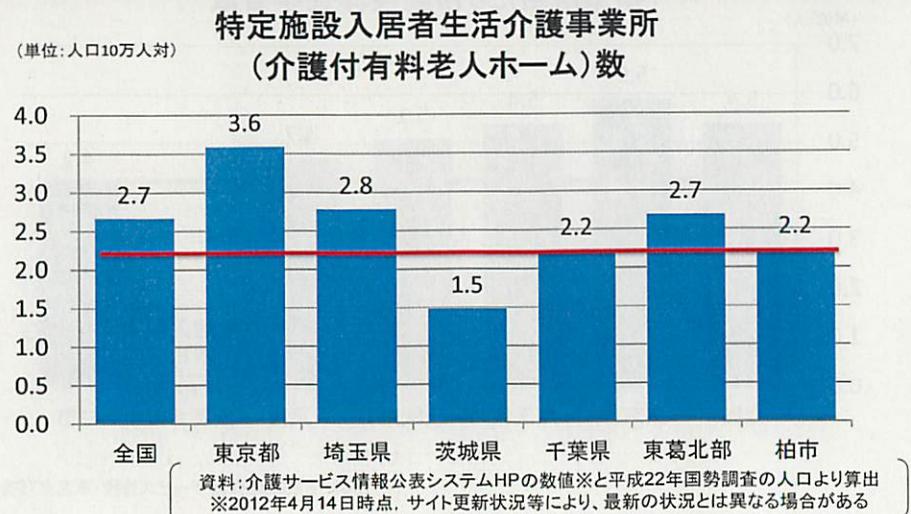
# 無菌製剤処理を行う薬局数：比較



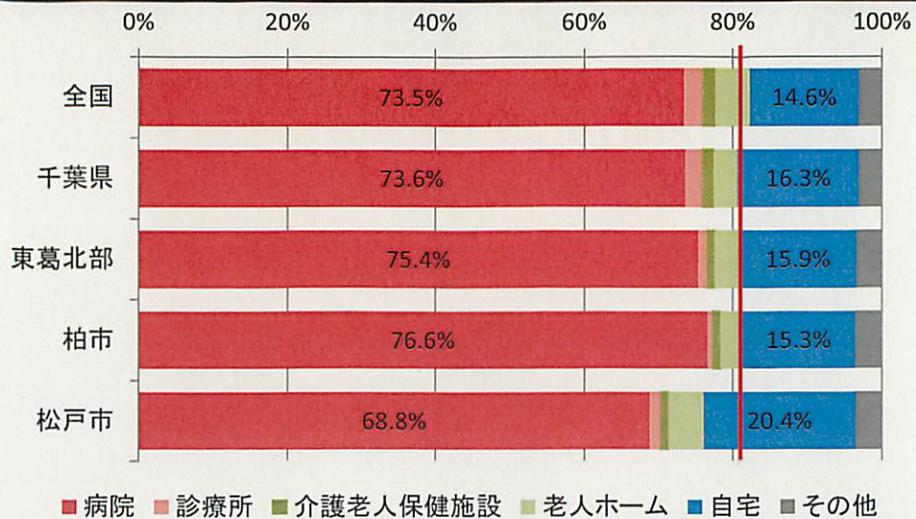
# 認知症対応型共同生活介護の利用者数：比較



# 介護付有料老人ホーム数：比較



# 死亡場所(がん以外):比較



[ 資料:平成22年千葉県衛生統計年報および平成22年人口動態統計 ]

## 在宅医療の課題一覧

番号	項目	課題文
<b>A. 専門職種間の連携</b>		
1.	地域の中の連携(多職種連携)	多職種間で患者についての情報交換や話し合う機会が不足している
2.	地域の中の連携(同職種連携)	病棟医師と在宅医、看護師同士など、地域の同職種間での情報共有や交流が不十分である
3.	医師との連携	多忙な医師とは連絡がとりづらく、気後れすることもあるため連携が難しい
<b>B. 医療と介護の連携</b>		
4.	医療と介護の連携	医療側の生活への理解不足、介護側の医療に関する知識不足のため、お互いの理解や連携が不十分である
<b>C. 方針決定や相互理解</b>		
5.	方針決定プロセス	在宅療養は異なる機関に所属する多職種が関わるため、治療ケアの方針決定プロセスが不明確である
6.	臨床倫理	終末期における抗がん剤や胃瘻造設の適応等についての考え方が医療者間で統一されていない
7.	相互理解	多職種間での役割分担が不明確で、自分以外の職種の専門性やその限界を理解していない
<b>D. 病院と在宅の連携</b>		
8.	病院から在宅への移行	病院の医療者が在宅医療でどんなことができるかを把握していないため、スムーズに在宅へ移行できない
9.	退院調整	入院早期からの退院調整や退院前カンファレンスの開催等が不十分である
<b>E. 顔の見える関係</b>		
10.	顔の見える関係	連携の基盤となる顔の見える関係ができていない
<b>F. 本人・家族に関する課題</b>		
11.	サービス利用への障壁	医療や介護のサービス内容や意義などが理解されず、その導入や継続が難しい
12.	世帯の抱える問題	独居高齢者や認知症が増え、疾病や介護だけでなくその対応に苦慮する
13.	介護力不足	患者を支える介護力が不足していたり、家族の協力が得られにくい
14.	経済的問題	在宅療養の対象者には経済的問題がしばしば伴っているため、その対応に苦慮する
<b>G. 在宅医療を支える医療体制</b>		
15.	マンパワー不足	在宅医療に従事する専門職が不足しており、その需要の増加に対応しきれない
16.	緊急入院先の不足	急病に際しての緊急入院の受け入れ先の確保がままならず、その対応に苦慮する
17.	24時間365日対応	24時間365日切れ目なく在宅医療を提供する体制や工夫が不十分である
18.	医療依存度の高い患者の増加	看取りやがん・難病など医療ニーズの高い患者が増えているが、その受け入れ体制が不十分である
<b>H. 在宅医療を支える地域資源</b>		
19.	在宅を補完する病院や施設	入院、入所、レスパイト先といった在宅を補完する病院や施設が不足している
20.	地域資源の把握	医療機関や事業所の特徴や空き状況、地域資源全般についての把握が困難である
21.	相談機能	疾病や生活障害、制度活用等について従事者が相談できるところが不足している
<b>I. 在宅医療の非効率性</b>		
22.	情報にまつわる障壁	情報が分散している、共通のアプローチ方法がない等の理由で、多職種間での情報共有が不十分である
23.	在宅医療に要する労力	他職種・他機関との連携が必要であるため、書類作成や連絡、日程調整等に多大な労力を要する
<b>J. 在宅医療にかかわる諸制度</b>		
24.	介護保険にまつわる課題	医療保険との兼ね合いや限度額等の存在等から、在宅療養を支えるには現状の介護保険では不十分である
25.	制度の複雑さ	在宅療養は医療面と介護面の両面への介入が必要となるが、それらの諸制度が煩雑で分かりにくい
<b>K. 市民への啓蒙不足</b>		
26.	市民への啓蒙	在宅医療でできることやその意義について、市民への啓蒙が不足している

連携に関する課題

## 多職種ケアカンファレンス

## グループワーク3のタイムスケジュール

1.DVD視聴	16分
Chapter1 退院前カンファレンス ~Chapter2在宅における多職種ケアカンファレンスの一例(パターンA)	
2.グループディスカッション	15分
多職種ケアカンファレンスを成功させるためにはどうするか？	
3.DVD視聴	Chapter2在宅における多職種ケアカンファレンスの一例(パターンB)
	6分
4.グループディスカッション	10分
5. 全体化	15分
6. DVD視聴	3分
Chapter3 在宅医療・ケアにおける多職種協働や連携の効果	

## グループワーク3の進め方について

- ファシリテーター(発表者を兼ねる)、書記は事前に決めてあります(名簿をご確認ください)。
- 司会者は議事進行をお願いします。
  - タイムキープ、全員発言、要所でのまとめ
- 深い討論がなされたグループの司会者は挙手をお願いします。4つのグループに発表をお願いしますので、討論内容を3分以内で発表してください。
- 書記は話された内容の記録をお願いします。
  - ディスカッションの内容をテーブル上の用紙に記録してください。
  - 記録はGW終了後、いったん回収して、後日参加者にお返しします。

研修終了後アンケート (2012年10月14日)

ご氏名: \_\_\_\_\_

◆アンケートご回答について◆

- ・アンケートには、各講義に対する質問や意見をご記入いただく設問が含まれます。講義を聴きながら、随時ご記入下さい。
- ・アンケートの結果は、本研修の振り返り、多職種協働や在宅チーム医療を担う人材育成に関する研修や研修のあり方を検証していく際の参考にさせていただく以外には、使用致しません。データは国立長寿医療研究センター在宅連携医療部で管理を致します。
- ・今後、厚生労働省「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」に図示されている「地域リーダー研修」および「地域の多職種に対する研修」が、各地域の実情に応じた、効果的な形で開催されていくことを念頭に、ご回答いただくと幸いです。

Q1. 本研修に、どのお立場でご参加されましたか。1～5の該当するものに○印をご記入ください。

- 1: 都道府県医師会担当者
- 2: 都道府県庁職員 → 【該当する部局をご回答ください: A 健康・医療系, B 介護・福祉系, C その他( )】
- 3: 在宅医療連携拠点採択事業者 → 【該当する機関をご回答ください: A 病院, B 診療所, C 訪問看護ステーション, D 医師会, E 行政, F その他( )】
- 4: 在宅医療連携拠点採択事業者の連携医療機関等 → 【該当する機関をご回答ください: A 病院, B 診療所, C 医師会, D その他( )】
- 5: その他 (具体的にご記入下さい: )

Q2. 本日 (10/14) の研修に参加されるにあたり、学びたいこと、習得したいこと等、どのような意欲や意気込みがございましたでしょうか。自由にご記入下さい。

Q3. 本日 (10/14) 実施された研修内容全般に関する各質問にご回答下さい。

1: (1) あなたの参加満足度について、該当するものに○印をご記入下さい。



(2) 上記1の参加満足度を選択された理由をご記入下さい。

【選択理由】

2: 本日 (10/14) の研修内容に関する全般的なご意見やご質問がございましたら、ご自由にお書き下さい。

※各講義に対する評価、ご質問、ご意見やご感想につきましては、次ページ以降にご記入下さい。

Q5. 2日間の研修全般に関する各質問にご回答下さい。

1:(1) あなたの参加満足度について、該当するものに○印をご記入下さい。

非常に不満足   不満足   普通   満足   非常に満足



(2) 上記1の参加満足度を選択された理由をご記入下さい。

【選択理由】

2: あなたにとって講義や演習の時間の長さは、いかがでしたでしょうか。該当するものに○印をご記入下さい。

短い   やや短い   ちょうどよかった   やや長い   長い



3: あなたにとって講義や演習の量は、いかがでしたでしょうか。該当するものに○印をご記入下さい。

少ない   やや少ない   ちょうどよかった   やや多い   多い



4: 2日間を通じ、今年度内に各都道府県で実施していただく「地域リーダー研修」の具体的なイメージができましたか。該当するものに○印をご記入下さい。

できなかった   あまり   どちらとも   ある程度   できた

できなかった   言えない   できた



5: 2日間を通じ、来年度以降に各市町村単位で実施していただく「地域の多職種を対象とした研修」の具体的なイメージができましたか。該当するものに○印をご記入下さい。

できなかった   あまり   どちらとも   ある程度   できた

できなかった   言えない   できた



6: 2日間を通じ、今年度内に各都道府県で実施していただく「地域リーダー研修」を開催していく上で、あなたにとって何が必要だと思われましたか。ご自由にご記入下さい。

7: 2日間の研修全般に関するご意見やご質問がございましたら、ご自由にご記入下さい。

ご協力いただき、本当にありがとうございました。2日間、本当にお疲れさまでした。