



一般財団法人
杉浦地域医療振興財団



ロゴマークの意味

中心の円を地域と見立てて、これを「杉浦」の「S」をモチーフにした左右の三日月形の円弧で囲み、且つ、外への飛躍を表現することで杉浦地域医療振興財団の取組みが地域を包み、慈しみ、将来に向けて拡大していこうとする意思を表現しています。

無断転載、転用禁止



平成24年9月1日発行

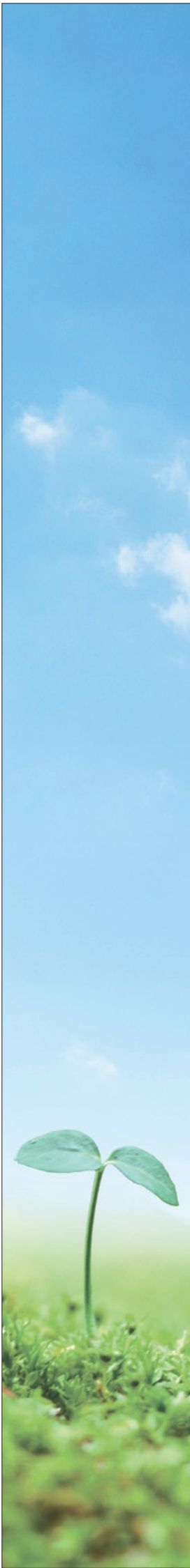
第1回

杉浦地域医療振興賞・ 杉浦地域医療振興助成 報告集 2012.9

Journal of
Sugiura Foundation for Development of Community Care
Vol.1 September 2012



一般財団法人
杉浦地域医療振興財団



ご挨拶

地域医療を支える薬局を作りたいと願ってスギ薬局を創業してから35年間、お蔭様で皆様のご支援をいただき、スギ薬局グループとして年間売上3,000億円を超える企業グループに成長させていただきました。その皆様のご支援にお応えするという気持ちを込めて、杉浦広一及び杉浦昭子が設立者となって2011年9月、杉浦地域医療振興財団を設立いたしました。

本財団の目的は、地域医療を振興し国民の健康と福祉の増進に寄与することと掲げましたが、現在、世界で最も急速に超高齢社会を迎えた日本において、高齢者を支える地域医療の実現が喫緊の課題となっており、特に病を抱えた高齢者及び介護が必要な高齢者の増加に伴い、医師・看護師・薬剤師・社会福祉士等の医療関係者の多職種協働での取組みと仕組みの構築が必要です。

以上の観点より、今般、本財団の取組みの1つとして、既に多職種協働の取組みにおいてすばらしい成果を上げている方を褒賞し、その成果が広く日本の社会に広がることを願うと同時に、これから多職種協働に取組む方を助成し、地域医療連携のモデルを実現していただきたいと願い、杉浦地域医療振興財団褒賞・助成を実施いたしました。

その結果、初めての試みでありながらも、褒賞に35件、助成に89件と予想以上の多数の応募をいただきました。この場を借りて心より感謝申し上げます。

13名の選考委員の皆様による厳正な審査の結果、杉浦地域医療振興賞として4編（各300万円）、杉浦地域医療振興助成金として7件（総額1,480万円）が選定されました。

このたびの褒賞・助成を通して、多職種協働の地域医療連携の取組みや仕組みの構築実現の一助となればと願っております。



理事長 杉浦 昭子

選考委員長講評

この度、杉浦地域医療振興財団の第1回「杉浦地域医療振興賞」「杉浦地域医療振興助成」を選出いたしました。その経緯をご説明するとともに、選考にあたっての考え方を述べ、第2回以降のご応募をお考えの皆様の参考に供したいと思います。

日本は、世界で最も急速に高齢化している国です。高齢者や障害者が日々の生活を安心して送れること、疾病を得たときには信頼できる医療提供が確保されることができれば、国民に安心を提供することができ、それが巡り巡って経済をも含めた日本の発展につながると考えられます。そのためには保健・医療・福祉・介護・生活支援が緊密な連携のもとに運営されることが最も大切です。

これまでは、この領域は医療、行政、福祉などが縦割りで事業を展開してきました。しかし、情報技術の発達、医療の高度専門細分化、ヘルスケア関連職種の多様化は、ヘルスケアシステムの構築にパラダイムシフトを迫っています。これからの社会におけるヘルスケアシステムには、専門多職種のみならず、地域のリーダーやボランティアの人々なども含めた多様な組織・チームの構築、地域の特性に応じた創造的な運営が重要になってくると思われます。

このような時代的背景に鑑み、今回の褒賞と助成の選定に当たっては、下記のような視点から各委員が独立に書面評価をし、最終的に委員が集まって合議をして最終決定をいたしました。

「杉浦地域医療振興賞」(褒賞)

- 社会的意義があり、地域社会に貢献するものであること。(社会的意義)
- できるだけ多くの職種の協働があり、また、その仕組みが優れていること。(多職種協働)
- 他の多くの地域でも活用できること。(汎用性)
- 独創性があり、新しい試みや豊かな工夫が盛り込まれていること。(独創性)
- 明確な効果と継続的な展開が見込め、発展性があること。(発展性)

「杉浦地域医療振興助成」(助成)

- 社会的意義があり、地域社会に貢献するものであること。(社会的意義)
- できるだけ多くの職種の協働があり、また、その仕組みが優れていること。(多職種協働)
- 計画が実行可能であること。今までの実績も参考とします。(実行性)
- 独創性があり、新しい試みや豊かな工夫が盛り込まれていること。(独創性)
- 継続的な展開を見込め、発展性があること。(発展性)

このたびの第1回募集には、褒賞35件、助成89件の応募をいただきましたが、いずれも個性や特色、工夫が随所に見られました。また、地域貢献の在り方も様々で、これから取り組みを始めようとする他の地域での参考になる活動も多々ありました。様々な取り組みをされている関係諸氏の熱意と努力に対し深く敬意を表する次第です。選考委員会においては、褒賞4編、助成7件を選定いたしましたが、優れた計画・活動でありながら僅差で選定されなかったり、本選考で重視する多職種連携という要件に沿わないために選定されなかったりという場合が数多くございました。選定されなかった計画・活動も地域医療の振興のために可能な限り遂行していただき第2回目以降にご応募していただくことを期待しております。



名古屋大学大学院 医学系研究科
総合診療医学講座
教 授 伴 信太郎

選考委員

選考委員長

伴 信太郎

名古屋大学大学院医学系研究科 総合診療医学講座 教授

網岡 克雄

金城学院大学薬学部 医療薬学 教授

雨師 みよ子

公益社団法人 大阪府看護協会 訪問看護事業部 部長
社団法人 全国訪問看護事業協会 理事

井伊 久美子

公益社団法人 日本看護協会 専務理事

上野 桂子

社会福祉法人 聖隷福祉事業団 理事
社団法人 全国訪問看護事業協会 常務理事

遠藤 英俊

国立長寿医療研究センター
内科総合診療部長

岡田 啓

スギ薬局グループ薬事研修センター長

葛谷 雅文

名古屋大学大学院医学系研究科発育・加齢医学講座
地域在宅医療学・老年科学分野 教授

坂巻 弘之

名城大学薬学部臨床経済学教室 教授

塩川 満

総合病院 聖隷浜松病院(地域医療支援病院) 薬剤部長

白澤 政和

桜美林大学大学院老年学研究科 教授
日本学術会議会員

高瀬 義昌

医療法人社団 至高会 たかせクリニック 理事長
公益財団法人 日米医学医療交流財団 常務理事

山本 陽子

株式会社ケアメディカル関西
介護福祉士 認知症ケア専門士 産業カウンセラー

目次

杉浦地域医療振興賞

群馬県における地域リハと
認知症の地域医療・リハ・ケア連携システムの構築：
群馬リハネットとぐんま認知症アカデミーの活動 03

山口 晴保 氏

ぐんま認知症アカデミー 代表幹事、群馬県地域リハビリテーション協議会 委員長
群馬リハビリテーションネットワーク 副理事長

庄内地域医療連携の会の活動 07

瀬尾 利加子 氏

庄内地域医療連携の会 事務局長（所属：鶴岡協立病院 地域医療連携室）

歯科医師・歯科衛生士と在宅医療連携拠点が構築する
医科歯科連携促進 11

川越 正平 氏 山口 朱見 氏

医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所

薬剤師の診察前面談から始まる新たな薬局機能の開発
～ワーファリン服用患者のPT-INR管理の情報共有システム～ 15

山村 恵子 氏

愛知学院大学薬学部 教授

杉浦地域医療振興助成

連携ノートと疾患別・重症度別ガイドブックを用いた
認知症地域連携システムの自治体への導入と
自治体導入マニュアルの作成 19

数井 裕光 氏

大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 講師

東日本大震災後のいわき市における
新たな地域医療連携に対する戦略的取り組み 21

高瀬 佳苗 氏

福島県立医科大学看護学部 准教授

介護従事者と薬局薬剤師の連携による
残薬及び重複処方実態調査 23

五十嵐 中 氏

東京大学大学院薬学系研究科・医薬政策学 特任助教

栄養系慢性疾患に対する広域地域医療連携パス普及支援活動 25

富樫 敦 氏

公立大学法人 宮城大学 事業構想学部 デザイン情報学科 教授

東京都港区を中心とした地域医療の普及とネットワーク構築 27

今津 嘉宏 氏

港区在宅緩和ケア研究会 会長

地域の医療従事者をつなぐ、
外来での医療用麻薬導入時における地域連携支援パスの開発 29

番匠 千佳子 氏 他

聖隷浜松病院看護部

大阪府における訪問看護ステーション
災害時相互支援ネットワーク構築の検討（第一報）..... 31

立石 容子 氏

大阪府訪問看護ステーション協議会 理事

群馬県における地域リハと 認知症の地域医療・リハ・ケア連携システムの構築： 群馬リハネットとぐんま認知症アカデミーの活動

山口 晴保 氏

ぐんま認知症アカデミー 代表幹事
群馬県地域リハビリテーション協議会 委員長
群馬リハビリテーションネットワーク 副理事長

1.はじめに

群馬県内で、地域リハビリテーション(リハ)の多職種連携システムを構築する事業を、地域リハ協議会委員長などとして10年間実践し、地域リハ広域支援センターの指定など地域医療連携に貢献してきた。さらに介護予防サポーター制度を立案・実施した。また、認知症の医療・ケアの地域連携は、医療・介護・福祉・教育・家族会・行政の多職種連携で、年2回の研修会・研究発表会(各回300名を超える)を中心に、7年前から取り組んできた。研究発表を県内から公募し優秀発表を報償している。この活動を通じた連携から生まれた人脈や影響力で、群馬県独自の認知症疾患医療センターの連携作りが進んでいる。

本稿では、筆者が地域に係わったきっかけに触れてから、これらの活動を始めた順に、群馬リハビリテーションネットワーク(リハネット)と地域リハ協議会リハ、ぐんま認知症アカデミーと詳しく述べ、さらにその他の地域医療活動にも触れる。

(1)地域活動のきっかけ

筆者は1976年に医学科を卒業して医師となったが、臨床へは進まず大学院で神経病理学を学んだ。その後神経内科に入局し、アルツハイマー病の病理研究を始めるとともに、神経症状の診かたを学んだ。そして、1986年に群馬大学医療短大理学療法学科に移り、リハビリテーション医となった。病理で脳病変を見る目を養い、神経内科で神経症候を見る目を養い、リハビリテーション医として生活障害を見る目を養ってきた。この変わった経歴が、脳病変・症状・

生活という3次元の視点から患者・障害者を捉える能力に役立っているだけでなく、この経歴が筆者を地域活動に進ませた。現在、筆者は群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座の教授を務めるが、2001年に大学院の地域理学療法学という科目を担当するようになったことが、地域活動を始めたきっかけである。

(2)背景

厚労省は、1998年に地域リハビリテーション支援体制整備推進事業を始め、都道府県に1か所の都道府県支援センターと保健医療圏域ごとに地域リハ広域支援センター(広支セ)を設置することを目指して1999年には地域リハ活動支援マニュアルを示した。しかし、群馬県庁の担当部署にはこの事業に取り組む姿勢が乏しく、他県での整備が進む中で群馬県での整備が遅れていた。

2.群馬リハビリテーションネットワークと 群馬県地域リハビリテーション協議会

(1)創設期

左記の背景の下、群馬県内のリハ関連諸団体の横のつながりを強化して地域リハを推進するため、群馬県立身体障害者リハセンターのスタッフと群馬リハネットを2001年に設立した。県医師会、理学療法士会、作業療法士会、病院協会、老健協、障害者団体など県内諸団体の賛同を得て発足した。最初の仕事は設立記念講演会で、上田敏先生に講演していただいた。この群馬リハネットの初期活動が県の担当部署に評価されて、2002年に地域リハビリテーション資源調査を実施し、2003年には群馬県地域リハ協議会が設置され、筆者が委員長となった。早速、地域リハの先進県である熊本県と長崎県を視察し、いいところ取りをして2004年に群馬県地域リハビリテーション推進指針を策定した。「できることからすぐに始める」をモットーに、県支援センター1か所と広支セ8か所(7圏域)を指定して、活動を開始した。この当時はリハスタッフの絶対数が少なく、しかも特定のリハ病院に偏在していたので、広支セから圏域内の病院・施設などにリハスタッフが出向いて指導する、相談に乗る、専門職向け研修会を開催する、住民向けの啓発活動を行うなどの活動が行われた。2005年には3か所の広支セを追加指定して11広支セ体制となった。県支援センターは講師バンクを設立し、広支セの研修会などの活動を支援した。

(2)介護予防サポーターの育成

介護予防を地域リハ活動の柱の一つにすべく、2006年に「群馬県介護予防サポーター制度」を創設した。その理念は、①「高齢者が自立して尊厳を保ちながら安心して暮らせる地域社会」を創るには、元気高齢者が最大の人材である、②元気高齢者に「真の自立支援」「介護予防」「安心して暮らせる地域づくり」を理解してもらい、そして元気高齢者が活動の中心になって、それを行政が支えるような仕組みを作る、③市町村や事業者が全てを提供する構図ではなく、高齢者が自ら介護予防や介護に取り組むという視点の変換が大切である、とした。

表1に初級・中級・上級研修の内容及目標を示す。元気高齢者が研修を受け、市町村の行う介護予防にボランティアとして参加する制度で、中級研修までを広支セが担当し、県知事の認定証が渡される点が特徴的であった(現在は市町村長名)。これまでに、初級6,430人、中級4,413人、上級1,722人が介護予防サポーターとなり(表2)、県内全市町村で活躍している。筆者はこの制度の発案から普及

まで一貫して主導的な役割を果たしてきた。

級(時間) 担当	内容及目標
初 級 (3時間) 広域支援センター	内容：一般高齢者向けに「介護予防の基礎知識」について講義を中心 目標：介護予防の必要性や方法を理解し、隣人に広められる
中 級 (3時間×3回) 広域支援センター	内容：地域活動の希望者向けに「介護予防全般の知識」について講義と実技運動(筋トレ)、栄養、口腔ケア、認知症予防、地域づくりの秘訣など 目標：介護予防の全般的な知識を身に付け、介護予防事業のサポートができる
上 級 (約15時間) 市町村	内容：各市町村が実情に応じて設定する内容で、地域支援事業への参加など 目標：ボランティア等で経験を積み、地域のリーダーとして自主的活動ができる

表1：介護予防サポーター研修の内容

年 度	初 級	中 級	上 級
2006	2,093	1,172	66
2007	1,184	942	285
2008	1,083	762	540
2009	876	650	377
2010	672	499	283
2011	522	399	171
計	6,430	4,413	1,722

表2：介護予防サポーター養成研修実施状況

(3)群馬県地域リハビリテーション支援センターの運営

県地域リハ支援センターは、群馬リハネットが県より運営委託を受けて運営している。群馬大学大学院保健学研究科地域リハ支援プロジェクト室に事務局を置き(酒井保治郎前センター長、山崎恒夫現センター長、浅川康吉事務局長、角田祐子事務局)、地域リハ研修会の開催、介護予防サポーター研修の教材開発やサポーター大会運営、介護予防フェスタ、ニュースレターの発行などを毎年行ってきた。

3.ぐんま認知症アカデミー

(1)設立趣意

2005年にぐんま認知症アカデミーを設立した際の趣意書には『社会の高齢化と共に、認知症を持つ高齢者が急増し、その方達を支援して「認知症があっても明るく楽しく過ごせる社会を作る」ことが、火急の課題となっている。また、認知症予備群の人数は、認知症を発症した方の約2倍と多人数で、この予備群が認知症を発症しないような方法の開発が重要となっている。幸い、認知症の病因の研究が進み、認知症の進行や発症を遅らせることが、夢ではない時代を迎えようとしている。さらに、痴呆が認知症に替わったことに伴い、社会の中で認知症に対する偏見をなくし、正しい理解の元に正しい医療・リハビリテーション・ケアが行えるような体制づくりが望まれている。このような背景のもとに、県内の認知症の医療・リハビリテーション・ケアに関係する専門職の連携を深め、技術を高めたい。また、認知症の予防や支援に関する研究を推進し、群馬県の医療・福祉の向上に寄与することを目的に、本研究会を設立する。』と書いた。職種では、医師、看護師、保健師、認知症ケア専門士、介護支援専門員(ケアマネ)など、団体では、大学、県医師会、家族の会、県庁介護高齢課などから10名の幹事(現15名)が集まり、筆者が代表幹事となり活動を開始した。

(2)活動概要

2006年の春(図1)以降、毎年、①春の研修会:2〜3講演と、②秋の研究発表会:県内からの公募した8演題程度と、1〜2講演を実施し、300〜400名の参加がある。ちなみに、2012年春は第7回(7年目;計13回目)になり、「地域の認知症ネットワークづくり」(内海久美子・精神科医)、体験「心も体も軽くなるラフターヨガ」(女屋かほる・インストラクター)、「認知症終末期の経管栄養をやらない根拠」(会田薫子・倫理学者)という内容で実施した。

①・②ともに認知症ケア学会認知症ケア専門士研修2単位を認定されるので、年に2回参加すれば4単位を取得できる。認知症ケア専門士にとっては資格の維持のために遠方に出向く負担を軽減でき好評である。日曜日の研究会は、なかなか休みを取れない介護職にとっても参加しやすい。

ぐんま認知症アカデミーの特色は、多職種が参加していることと、大学の教育・研究者〜介護現場での実践者〜家族会まで多様な人間の集合体であることにある。このため、研究会ではいろいろな視点からの意見が聴かれ

議論でき、多様性と横の連携を発展させられる。

研究発表会では毎年9演題ほどの研究発表を公募している。その中から学問的に優秀な発表と、現場で努力している発表の2題に奨励賞(3万円;県社会福祉協議会長賞と県医師会長賞)を贈り、研究活動を奨励している。



図1

(3)年会費無料・参加費500円のノウハウ

ぐんま認知症アカデミーの会員登録は年会費や入会金が無料で、しかも研修会・研究会は500円の参加費で運営している(製薬メーカーからの協賛金無し)。そのノウハウは、ア 会員への連絡方法をメールとfaxに限定:なるべくメールでの登録をお願いしている。このため、連絡に要するコストが低い。短所は、無料なので、移動やアドレス変更があっても連絡がないこと。このため、届かないメールが増えている。

イ 既存のメーリングリスト等の活用:①県介護高齢課を通じて各市町村の保健福祉担当者へ、②県社会福祉協議会から市町村社協へ、③ケアマネ実務者研修などの研修会を利用してケアマネに、研修・研究会の案内を配付している。また、幹事は種々の職域団体に属するので、それぞれの所属する職域団体の広報システムを利用して、広報に協力して頂いている。下記ホームページへの掲示などで、低コストでも多くの参加者を集めている。

ウ 無料ホームページ:Easy Orahooを利用したホームページは無料のものだが、作成が簡単で、HTMLの知識が皆無でも、画面で尋ねられた手順通りに作業を進めるとホームページが完成する。修正も簡単で、だれでも作業ができる。さらに、このホームページで研修会参加申し込みができる優れた機能を持っている。ただし、宣伝バナーが入ることが難点である。

エ 群馬県との共催なので、会場(県の施設)を無償で提供してもらえる。

「意欲さえあれば、お金がなくても活動ができる。ネットワークとフットワークとチョット無謀な勇気があれば」と筆者は感じている。

4.その他の地域医療活動

(1)全国キャラバン・メイト連絡協議会推進委員会・委員

2007年11月より委員を務め、認知症サポーター100万人養成を目指した研修講師(キャラバン・メイト)養成研修の講師を何度も務めてきた。認知症サポーターは既に300万人を超え、その記念講演会の講師も2012年3月に務めた。

(2)日本認知症学会での活動

日本痴呆学会の頃から20年来の会員であり、1997年から理事となり、学会活動に貢献してきた。2009年には副理事長となり、認知症専門医制度の確立に貢献した。そして、2011年4月には「被災した認知症の人と家族の支援マニュアル」を急遽作成する責任者となり、被災地に配付した。

(3)群馬県高齢者福祉計画策定懇談会・委員、群馬県認知症対策推進会議・委員

群馬県の高齢者福祉計画策定には5年程前から関わり、昨年度は特別養護老人ホームに多床室を作ろうとする県の意向に反対した。特養は個室で尊厳を守ることが望まれるが、県は入所費用を抑えることを優先している。

2011年4月からは認知症対策にも関わり、医療連携パスなどの検討を始めている。群馬県の認知症サポート医フォローアップ研修講師も務めた。

群馬県は、介護従事者の処遇改善や意欲向上・職場定着をめざして「ぐんま認定介護福祉士制度」を2009年に始めた。実務経験5年以上の介護福祉士で、勤務先から推薦を受けた者を対象に、5か月の間に計100時間の研修を受けるもので、筆者は認知症の部分の講師を担当している。

(4)認知症疾患医療センター

筆者は老年病研究所付属病院認知症疾患医療センターのスタッフ(非常勤)として、診療や運営に関わり、前橋地域での連携ネットワークづくりを進めている。

(5)NPO在宅ケア診療所・市民全国ネットでの活動

2004年度に本NPOが厚労省の老人保健事業を受託し、「痴呆性高齢者の在宅生活の継続を支える地域の医療支援システムに関する調査研究」(大澤誠委員長)の委員となり、認知症終末期の定義、終末期医療のあり方を議論して、2006年度までに報告書作成や介入研究、研修事業などを全国で実施した。毎年このNPOの全国大会に参加する中で人脈が広がり、多彩な地域医療活動を行う礎となった。

庄内地域医療連携の会の活動

瀬尾 利加子 氏

庄内地域医療連携の会 事務局長
(所属：鶴岡協立病院 地域医療連携室)

1.庄内地域医療連携の会 設立の経緯

診療報酬改定で急性期入院加算が新設された2000年以降、庄内地域の病院でも紹介率をあげる目的や、地域と病院の地域医療連携の強化のため「地域医療連携室」を立ち上げるところが増えていました。しかし配属となった職員は地域医療連携という「未知の世界」に戸惑い、思い悩む毎日を送っていました。そんな状況でも病院間で患者紹介や様々な問合せを行う事は多く「他の病院の連携室業務を知りたい」「担当者を知りたい」と思うようになりました。問い合わせをするにも「相手と一度会って、顔を知っている」だけでも随分話しやすくなると考えていました。

そこで有志が世話人となり、任意の会として2006年4月に「第1回 庄内地域医療連携の会学習会」を開催しました。(図1)尚、当会の目的と世話人会構成は表1の通りです。



図1

【会の目的(2006年設立時)】

- 庄内地域の病院間の連携を強化するために医療連携担当者である医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、事務職員などの意見交換と情報共有の場として設立
- 「地域完結型の医療連携」を考え、患者が身近な地域で症状にあった適切な治療を効率よく受けることが出来暮らしやすい医療環境地域をつくるための医療連携強化の実現

【平成24年度 世話人会と所属】

代表世話人 信夫 松子(順仁堂 遊佐病院)
事務局長 瀬尾 利加子(鶴岡協立病院)
世話人 菊田 健(庄内余目病院)、
黒子 和彦(鶴岡協立リハビリテーション病院)
池田 周史(地域包括支援センター ほくふ)
星山 裕二(介護老人保健施設 ほのか)
渡邊 田鶴子(鶴岡地区医師会 在宅医療連携拠点事業室 ほたる)

【世話人会の特徴】

- 庄内地域(鶴岡市、酒田市、庄内町、遊佐町、三川町)の病院や福祉施設から世話人を選出
- 病院職員だけではなく福祉施設や包括支援センター、地区医師会など様々な分野の意見を取り入れている。

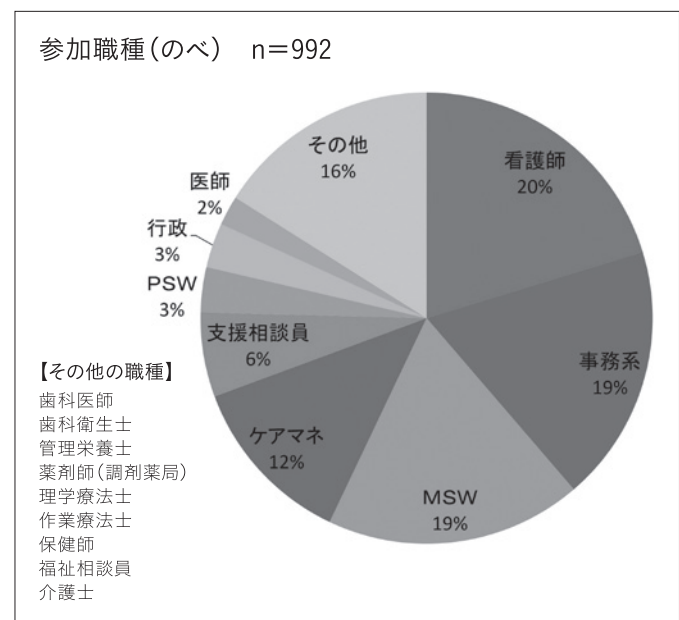
【運営内容】

- 年4回程度の学習会を開催
- 参加者から毎回参加費として1,000円(会場費、講師料、資料代など)
- 随時の世話人会のほかMLで連絡、調整

表1

2.参加職種

対象は医療、福祉や行政の、医師、看護師(訪問看護師含む)、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、ケアマネジャーなど多職種です。地域での医療連携に対する意識の変化、強化などの影響により、最近では病院や診療所医師からも参加があります。その他の職種としては、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師(調剤薬局)、理学療法士、作業療法士、保健師、福祉相談員、介護士となっています。(グラフ1)



グラフ1

3.活動内容

2006年4月設立から2011年3月までの開催テーマは表2の通りです。

主に、庄内地域の医療・福祉の連携を強化するための学習会や意見交換を年4回程度開催しています。日常業務の中の様々な問題や課題を共有しながら、地域関係者のニーズや地域状況に合わせ開催テーマを考えています。この会に参加することで他職種の方やスーパーバイザーと出会い多くのことを学び、その後の地域での取り組みに活かすことができるとの声もいただいております。また、病院の基本情報と入院、外来、医療相談の担当者と連絡先を記載した「病院窓口情報冊子」(図2)や、入所施設の「医療依存度の高い方の受入情報」を掲載した冊子作成、病院から病院へ転院相談を行うための「転院相談シート」の作成を行いました。(図3)

開催月	開催テーマ
2006年 4月	設立説明、各病院の連携部門紹介
2006年 7月	病院連携窓口情報冊子、実際の事例と問題点
2006年 10月	山形市立病院済生館における地域医療連携の取り組みについて
2006年 12月	病院と介護老人保健施設との連携について
2007年 4月	今、庄内の地域医療連携に何が必要か
2007年 6月	連携業務と情報の統一化
2007年 9月	医療制度の改革と保健医療計画について
2007年 11月	病院と介護老人保健施設との連携を考える
同日開催	第2回全国連携室ネットワーク連絡会in鶴岡 現地事務局を担当
2008年 4月	日本海総合病院および酒田医療センターの紹介
2008年 6月	退院支援と退院調整を考えよう
2008年 9月	第1回山形県さくらんぼネットワーク(山形県地域医療連携協議会)「テーマ:地域医療連携ネットワークの在り方」を当会が主催
2008年 11月	介護老人保健施設と病院の連携について
2009年 4月	南庄内および北庄内の地域医療連携の現状
2009年 6月	病院・福祉・施設を知ろう パネルディスカッション
2009年 9月	在宅支援について一緒に考えよう
2010年 5月	病院の機能情報を共有しよう～病院窓口情報冊子を元に～
2010年 7月	第3回 山形県さくらんぼネットワーク(山形県地域医療連携協議会)「テーマ:連携に関わる診療報酬改定と実際の連携室業務」を当会が主催
2011年 4月	これからの庄内地区の多職種連携に必要なこと
2011年 7月	高齢者の脱水と水分補給(鶴岡会場、酒田会場2回開催)
2011年 10月	健やかに安心して暮らせる地域をつくろう(ワールド・カフェ形式) ※ワールド・カフェ:人々がオープンに会話を行い、自由にネットワークを築くことができる「カフェ」のような空間でこそ創造されるという考えに基づいた話し合いの手法
2012年 3月	平成24年度診療報酬・介護報酬W改定の傾向と対策 ～地域連携の分野を中心に～

表2



図2



図3

(1)座学ではなく 参加型を目指す

「顔が見える関係の必要性」を様々な所で見聞しますが、当会は設立当初から、「座学」ではなく「参加型」をめざしていました。参加者が相互理解し日常的につながりあう関係が作られるようにグループワークを多く取り入れています。また、地域の状況を把握するためにグループホームや介護老人保健施設、老人福祉施設などからお話を聞く機会も設けました。

医療者以外の職種との意見交換には職種間の意識の壁を取り除く事が必要です。2008年11月に開催した「老人保健施設と病院の連携について」では看護師、ケアマネ、医療ソーシャルワーカーをはじめ、一緒に「連携図と高齢者を自宅の生活に戻す為の連携〇箇条」をテーマに開催しました。グループ1からの発表(図4)によると、「利用者(患者)の満足度をアップさせ、きれいな花を咲かせて、高齢者が自宅生活に戻った連携図」です。真ん中の「花」は本人で、それを支える「茎」はケアマネ。「葉」は医療機関と福祉施設。「太陽」は家族で、本人をやさしく照らしています。鉢のなかには養分たっぷりの「土」(在宅福祉サービス)があります。「蝶」はかかりつけ医でフットワークよく対応してくれます。また定期的に行政より「水」を与えていただいています。これが、高齢者が希望する在宅生活が可能になるための連携図です。」とのこと。7つあったグループの中で、特に好評だった連携図でしたので紹介しましたが、他にも様々な連携図が完成しています。

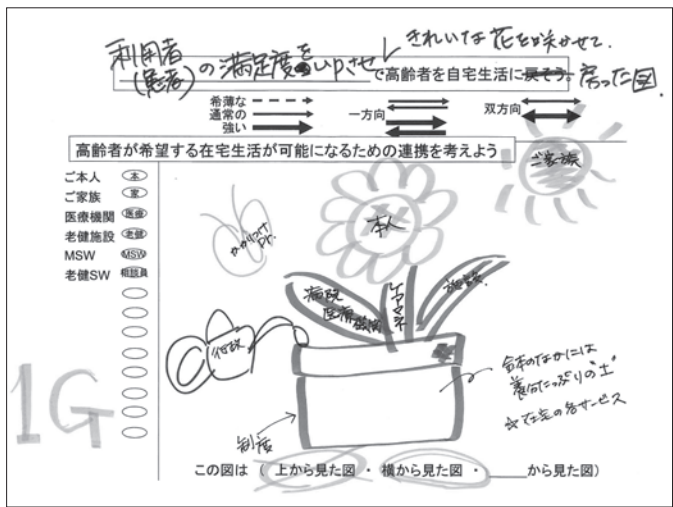


図4

また2011年10月には「ワールド・カフェもどき」を開催しました。誰も「本物のワールド・カフェ」を体験していなかったので参考書片手に準備を進め、いかにゲスト(参加者)を最初から話しやすい雰囲気でお迎え出来るかを相談しました。会場はハロウィン風にディスプレイし、世話人は大きな蝶ネクタイをつけて対応しました。(図5)なじみのない方法でしたが、参加した方々には大好評で、次回開催を望まれています。

こういった「参加型」の企画は、同じテーマについてざっくばらんな意見を出し合い、相手が何を考え、どのような立場で、環境で仕事をしているかを知ることが出来る非常に大事な時間になっています。(図6)



図5



図6

庄内だけではなく2007年には「第2回全国連携室ネットワーク連絡会」を山形県鶴岡市で開催し、現地事務局を務めたり、山形県全体の地域医療連携担当者と知り合うきっかけとして「山形県地域医療連携実務者協議会」を行ったりもしました。(第2回山形県地域医療連携実務者協議会は宮城で開催された第1回東北7県地域医療連携実務者協議会と共催)

(2)市民への啓発活動へも挑戦

医療・介護福祉従事者だけではなく、実際に医療やサービスを受ける側の市民に、自分たちが住んでいる地域の医療現状を知ってもらう必要性を感じていました。そこで、2011年度は病院や地域の現状をお知らせする機会として市民向けへの啓発のため、2011年度山形県地域医療再生計画推進事業を受託し、市民公開講座を4回開催しました。(表3)(図7)

開催月	開催テーマ
2011年 9月	病院を知ろう
2011年 10月	診療情報共有システム「ちょうかいネット」について
2011年 11月	在宅医療と関係職種の連携 タウンミーティング
2011年 12月	自分らしく過ごしていく為に

表3



図7

初めての取り組みでしたので集客には苦戦しましたが、この活動は2012年度も受託し継続しています。地域の医療を守るには市民の力は大切です。継続していく中で新しい何かが生まれてくれればと期待をしています。この取り組みは、庄内保健所から広報を始め多くの協力をいただいています。

4.これからの取り組み

2012年度は「在宅療養のための退院支援のスペシャリストの育成を行うべき」という話題がもちあがり、山形県在宅医療推進モデル事業「地域の現状を反映した効果的な在宅医療マネジメントの実践に向けた研修」を開催中です。こちらも初めての取り組みで、様々な方のご指導をいただきながら進めています。医師や看護師等の人材不足、病床や施設、在宅サービスの不足、高齢者や低所得者の増加など、地域には難しい問題が多々あります。それでも専門職種が知恵を出し合い、解決に向けた実践につなげられる人間関係を構築する土台となるような場を引き続き提供していきたいと思っています。

5.最後に

このたびの応募にあたり庄内保健所 松田徹所長からいただいた「推薦文」に「医師不足に起因する地域医療への影響が顕著となり、一定水準の医療サービスを提供していくには、もはや個別の病院、地域の対応では限界が見えてきている。」とありました。まったくその通りで現場関係者だけで解決できる事は少ないのではないのでしょうか。所属施設や職種を超え、地域のすべての組織、もちろん医療やサービスを受ける患者家族、ご近所すべてを対象にした「理解と実践」が必要なのではないかと感じています。

任意の会のため微力ですが、皆で地道に活動が続けてきた結果、最近では認知度が出てきたように感じています。庄内地域では数多くの多職種対象の研修会が開催されています。当会の役割を検討しながら今後も庄内地域医療連携の会らしい企画で、活動を進めて行くよう努力いたします。

歯科医師・歯科衛生士と在宅医療連携拠点が構築する医科歯科連携促進

川越 正平 氏
山口 朱見 氏

医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所

【要 旨】

本活動の要点をまとめると、以下の4点に集約できる。

①在宅患者の歯科介入必要度スクリーニング：歯科医師や歯科衛生士が医師の訪問診療に同行する形で歯科スクリーニングを行い、必要性が高い患者を地区歯科医師会から推薦された歯科医師に紹介するシステムを構築したところ、在宅患者の臨床に大きなインパクトを生じつつある。中でもそのポイントとなるのは、継続的な口腔ケアの重要性である。

②看護師向けスクリーニング尺度の開発：次の段階として、看護師向け簡易スクリーニング尺度を開発中である。この尺度を活用することによって、経験豊富な歯科衛生士等を確保できない場合でも全国各地で同様の活動が可能になると考えている。

③啓蒙と研修の拠点となる“口腔ケア道場”：さらに、病棟や施設に歯科衛生士等を一定期間派遣し継続的な口腔ケアを提供することによってその病棟看護師や介護職等の啓蒙を図るとともに、居宅における訪問歯科衛生指導ができる歯科衛生士の養成とその研修プログラム開発へと発展させることを想定している。

④拠点が担う地域NST機能と地域における連携診療：最終像として、歯科衛生士等を有する在宅医療連携拠点が地域栄養サポートチームとして機能し、地区医師会開業医の依頼に応じて在宅患者の口腔ケア・摂食嚥下・栄養に関してサポートするとともに、地域の歯科医師会や耳鼻科医との連携診療に発展することを目指している。

【背 景】

歯科診療所への通院が困難な患者に対する訪問歯科診療や歯科を標榜していない病院への歯科往診はすでに制度化されている。しかしながら、たとえば下記のような問題点がいまだ解決されているとは言えない。

- ・高齢の歯科口腔疾患の有病率が高いにもかかわらず適切な受療につながっていない
- ・口腔ケア不足に起因する歯周病がさまざまな全身疾患に悪影響を及ぼすことの周知がいまだ不十分
- ・予防できる可能性がある誤嚥性肺炎が適切に予防されていない
- ・適切な摂食嚥下リハビリテーションが行われることなく漫然と胃ろう栄養を実施している患者が数多く存在する
- ・終末期患者に対する緩和的口腔ケアの意義が臨床現場で周知されていない

以上のように、これまでのところ医科歯科連携が在宅医療領域、緩和医療領域において十分に役割を果たしているとは言いがたい。結果として医療費の高騰につながっている可能性がある。

【取り組みの端緒】

その理由として、在宅療養患者や入院中患者の中核をなす高齢者は認知機能に障害を有する頻度が高く全身状態が不良であることもしばしばであり、口腔内の問題にまで注意が行き届かない場合が多いと考えられる。また、胃ろう栄養等を実施中で経口摂取を行っていないことからもはや歯科口腔疾患に対応する必要はないと誤解して

いる患者も少なくない。

さらに、このような認識・啓蒙不足は患者家族に止まらない。本来在宅療養者や入院中患者の全身管理について責任を担っている医師や看護師においてすら十分にその必要性が理解されていないことが、医科歯科連携促進のボトルネックとなっていると考えられる。

そこで、在宅医療の連携拠点機能を有する在宅療養支援診療所が地域における医科歯科連携のハブ機能を果たすべく、新たな連携モデル構築に取り組んでいる。以下にこれまでに構築した連携スキームについて概説する。

1.在宅患者の歯科介入必要度スクリーニング

(1)訪問歯科診療導入までの手順

ア 主治医への報告と患者家族への必要性説明

歯科衛生士のスクリーニング結果を主治医に報告し(図1)、全身状態や患者背景等を勘案の上、歯科介入が妥当と判断された場合、主治医から患者家族に対してその必要性について説明する。

記入日：H 22 年 5 月 8 日 科：() 科：() 主治医：()
患者名： ○ 村 ○ 子 MT52 年 5 月 6 日生 71 歳 要介護度 5
○歯科における問題点 口腔内清掃が苦手、食事の清浄化が苦手(時々歯を清掃していない) 歯垢は歯ブラシで磨く、歯垢の除去が苦手、口臭 歯肉が赤く腫れている(歯肉炎) 歯肉の腫れがひどい(歯肉炎) 歯肉の腫れがひどい(歯肉炎) 歯肉の腫れがひどい(歯肉炎)
○歯科介入の必要性：(5) 4 3 2 1 (歯科介入にあり、その数：1は訪問歯科診療の必要度) ・口腔ケアの必要性：(5) 無 無 (本人) 家族への指導内容 残存歯(歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎) 歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎 ・摂食・嚥下リハビリの必要性：(5) 無 無 (本人) 家族への指導内容 残存歯の清掃(歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎) 残存歯の清掃(歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎) ・歯科治療の必要性：(5) 無 無 (本人) 家族への指導内容 残存歯の清掃(歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎) 残存歯の清掃(歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎)
○期待される効果 口腔内清掃が上手になる、食事の清浄化が上手になる、口臭が軽減する、歯肉炎が軽減する、歯肉炎が軽減する、歯肉炎が軽減する
○主たる病名： 歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎
○栄養摂取方法： 胃ろう (経口摂取が困難なため)
○栄養状態： 2011. 4. 10 3.5
○誤嚥性肺炎リスク： 高リスク(2011年 月) 高リスク(2011年 月) 高リスク(2011年 月)
○その他関連する医学的問題点： 認知症、嚥下障害、誤嚥性肺炎、歯肉炎、歯肉炎、歯肉炎
○家族の介護力・理解力： 介護力：高、理解力：高、認知症：軽度(軽度)
○経済事情： 金銭的に余裕がある
○その他特記：

図1：在宅患者の歯科スクリーニング表

イ 担当歯科医師の決定

地区歯科医師会より、狭義の歯科治療のみならず継続的な口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションに取り組む意向を有する歯科医師として5名の歯科医師を紹介され、それぞれの歯科医師の訪問可能エリアマップを作成した(図2)。診療を希望する患者については、住所、診療内容(特殊な設備を要するかどうか、歯科衛生士介助下の歯科治療を要するかどうか等)、緊急性(歯科医師ごとに訪問可能な曜日が異なる)等を勘案し、主治医が担当歯科医師を決定する形をとっている。



図2：連携歯科医師の訪問エリアマップ

ウ 医師と歯科医師の間での診療情報のやりとり

当院で作成した訪問歯科診療申込書と歯科医院向け診療情報提供書を用いて、過不足のない診療情報を提供する形を整えた。担当する歯科医師は速やかに患者家族と連絡を取り初回訪問日を決定する。初回訪問診療終了後、歯科医師は訪問歯科診療報告書を作成し、医科診療所に初回診療での評価・介入内容・今後の治療方針について報告するという流れである。

(2)スクリーニング活動の結果概要

2011年4月から2012年2月までに在宅療養者158名、施設入居者68名、計226名についてスクリーニングを終了した。在宅療養者158名中歯科介入の必要性が高いと判断されたものは105名(66.5%)であった。そのうち、スクリーニング後、実際に訪問歯科診療導入に至った患者は47名にのぼる。以前から歯科介入がなされていた33名とあわせると計80名(50.7%)に歯科に関わるに至った。

（3）訪問歯科診療が在宅患者に及ぼす好影響

実際に今年度前ページの手順を踏んで訪問歯科診療が開始された60例において、短期間ながら数多くの臨床効果を経験している。誤嚥性肺炎の頻度が大幅に減少した症例はもちろんのこと、緩和ケアとしての口腔ケア、認知機能や栄養状態への好影響、歯ぐしりへの対処など、目に見える“臨床的效果”を少なからず経験している。

症 例
・年 齢：71歳 ・性 別：男性 ・介 護 度：要介護5 ・住 居：団地に妻と二人暮らし ・疾 患 名：多発性脳梗塞、高血圧、胃潰瘍 ・主介護者：妻 ・導入時の口腔内アセスメント： 残存歯24本、う蝕17本（内残根16本）、口腔清掃不良のためブラック多量付着、歯肉の炎症による発赤・腫脹・出血、強度口臭、流涎、歯ぐしり ・歯科としての介入： 16本の残根は大学病院で抜歯を行った。局所麻酔下で上下顎の2回に分けて抜歯が行われた。大学病院での抜歯後、歯科医師1名と歯科衛生士1名または歯科衛生士単独により月2～3回訪問を継続中。 歯石除去、歯面研磨、ブラシによる清掃、口腔内の清拭、う蝕の処置（充填）、マウスピースの作成（歯ぐしりに対応）、口腔過敏の除去を目的として口腔内外のマッサージ、頸部・肩・腕など嚥下関与筋のマッサージと介助による運動、介護者（妻）への介助磨き法の指導（頬粘膜の排除法、ブラシの挿入法、口腔内の清拭法など）を行った。 ・歯科介入後の変化： 口腔清掃状態が改善され、歯肉の炎症・口臭が軽減（ほぼ感じられない程度）した。う蝕の処置により痛みは無くなったと思われ、口腔内に触れても強い緊張が見られなくなった。流涎なし。夜間のマウスピース装着により歯ぐしりがおさまった。 現在は夫婦でお花見に行くことを直近の目標にリハビリに取り組んでいる。

2.看護師向けスクリーニング尺度の開発

（1）歯科衛生士によるスクリーニング尺度

当院医師の訪問診療に歯科衛生士や歯科医師が順次同行し、在宅患者の口腔内の状態を把握している。現在のところ、具体的には15項目からなる「身体に関する項目」と7項目からなる「口腔に関する項目」をチェックするとともに、臨床的観点から患者を歯科介入必要度を評価する形で実施している（表1）。

身体に関する項目
①病名 ②障害認定 ③要介護度 ④日常生活自立度 ⑤認知症自立度 ⑥認知機能障害 ⑦経管栄養管理 ⑧気道感染症の既往 ⑨神経難病の診断 ⑩嚥下障害 ⑪唾液むせ ⑫食事むせ ⑬栄養状態（血清アルブミン値） ⑭味覚障害 ⑮食欲低下
口腔に関する項目
①本人の口腔ケア不足 ②介護者の口腔ケア不足 ③強度の口臭 ④口腔内乾燥 ⑤口腔内不快感 ⑥歯科疾患 ⑦歯科医院既介入の有無

表1：歯科衛生士がスクリーニング時に確認する項目

歯科衛生士による上記22項目のスクリーニング結果について統計学的な検討を行い、深く寄与する項目を明らかにして適切なスクリーニング尺度の開発を進めている。

（2）看護師による簡易スクリーニング尺度

次に、これらの項目の中から歯科の専門家ではない看護師でも正確にチェック可能な項目からなる簡易スクリーニング尺度を併せて開発する予定である。この尺度を確定することによって、歯科衛生士を確保することのできない地域や医療機関においても、簡便で評価者によるぶれを生じにくい歯科介入必要度簡易スクリーニングを実行することができると思われる。そして、看護師がこの簡易スクリーニング尺度を用いることによって、歯科介入の必要性が高いと判断された在宅患者を地域の歯科医師に紹介し、訪問歯科診療導入に繋ぐシステムへと発展させることが可能となるであろう。

（3）入院患者に関する歯科スクリーニング

在宅患者についての歯科介入必要度スクリーニングの成果を踏まえ、同じく歯科診療の恩恵を受けることができる入院中患者に関するスクリーニングにも着手した。具体的には2012年2月に、歯科医師4名、歯科衛生士4名、当院研究員1名によるチームを構成し、松戸市立医療福祉センターである東松戸病院の4つの病棟の全入院患者160名を対象に実施した。その結果、口腔ケアを含む歯科介入の必要性の高い患者は入院患者の87%にのぼることが判明した。

3.啓蒙と研修の拠点となる“口腔ケア道場”

（1）看護師・ケアマネジャー・介護職員等への啓蒙

当初危惧していた通り、在宅医や訪問看護師は担当している在宅患者の口腔内のさまざまな問題に十分に気づいていなかった。この1年間における歯科衛生士の活躍と院内における協働によって、当院の医師や看護師は口腔ケアニーズや摂食嚥下リハビリによる改善可能性についての認識を深めることができた。今後、地域のさまざまな診療所や病院、介護施設等の従事者に同様の啓蒙を進めていくことが極めて重要である。

（2）訪問歯科衛生指導に必要な経験を積む“道場”

そこで、特定の病院病棟や特定の居住系施設を選定し、連携拠点である当院が本研究活動の一環として複数名の歯科衛生士を追加雇用し、入院（入居）患者に対して口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションを3か月間程度集中的に提供する取り組みを2012年7月から開始した。この活動を通じて、その施設に勤務している看護師や介護職等への啓蒙につながるであろう。

一方、歯科衛生士にとっても、多様な背景を有することが多い在宅患者の特殊事情（たとえば認知機能障害の存在、重篤な全身疾患の合併に伴う歯科治療やケア提供上のリスク、緩和ケアへの理解、家族の混沌とした意向や困難な経済事情など）は、歯科医院での勤務経験しかない場合、それらの事情への対応はかなり難易度が高いと言える。そう考えると、このモデル病棟や施設等では、認知症や身体合併症についての経験を集中的に積み重ねる、いわば“口腔ケア道場”の機能を果たすことが期待される。そこで3～6か月間の経験を積んだのちに在宅患者の訪問歯科衛生指導を担当するという段階を経ることによって、質を担保した適切な口腔ケアを提供できる歯科衛生士の養成につながるであろう。

（3）訪問歯科衛生指導のための研修プログラム開発

モデル病棟や施設に対して、複数の歯科衛生士を継続的に配置することによって、下記のようなさまざまな成果を期待できると考えている。

- ・認知症患者への適切な対応方法について経験を積む
- ・頻度の高い身体合併症に関する知識や注意点を学ぶ
- ・緩和ケアについての理解を深める
- ・標準的な口腔ケアの方法（手順や内容）を統一する
- ・共同で実践するチームケア手法や協調性を体得する
- ・緩和ケアとしての口腔ケアの知識・技術を習得する
- ・歯科専門職以外に適切に指導する経験を積み重ねる（介護職や看護師などに対して）

医科歯科連携を推進するためには、訪問歯科衛生指導を行える歯科衛生士を数多く輩出する体制を整えることが急務である。このような“口腔ケア道場”と呼びうるフィールドを活用して以上のような手順を経ることによって、在宅患者への訪問歯科衛生指導を担える歯科衛生士養成のための研修プログラム開発を目指す。

4.拠点が担う地域NST機能と地域における連携診療

最終的には全国2000か所に配置されるという在宅医療連携拠点到歯科医師や歯科衛生士等の歯科専門職が配置され、耳鼻科医や管理栄養士、言語聴覚士、理学療法士など多職種と協働するいわゆる「地域栄養サポートチーム（地域NST）」の機能を果たすことが視野に入る。このチームの歯科衛生士等は地区医師会開業医から必要に応じて在宅患者の歯科介入必要度スクリーニングの依頼を受けて患者宅を訪問し、スクリーニング尺度に基づきアセスメントを行う。必要性が高いと判断された患者は継続的な口腔ケアや摂食嚥下リハビリテーションへの理解、経験を有する地区の歯科医師会歯科医師や耳鼻科医に紹介される。

このような形が在宅医療における医科歯科連携の目指すべき発展型だと考える。地域で適切な歯科治療、口腔ケア、摂食嚥下リハビリテーションが提供されることによって、在宅患者にQOL向上や肺炎リスクの減少、ひいては摂食嚥下機能の回復、緩和ケアとしての口腔ケアなどの多大な恩恵をもたらすことを期待してやまない。

薬剤師の診察前面談から始まる 新たな薬局機能の開発 ～ワーファリン服用患者のPT-INR管理の情報共有システム～

山村 恵子 氏

愛知学院大学薬学部 教授

1.活動要旨

本活動は新たな薬剤師職能の拡大を目指し、ワーファリンに関する薬局での相談体制を実現した我が国で初めての取り組みである。

PT-INRは適正なワーファリン投与量を決定するための欠かせない指標である。一般的に診療所は、PT-INRの測定を外部の検査機関に委託しているため、診察時の処方には反映することができずに、投与量調節に時間を要することがある。そこで、オンタイムの処方のためには、PT-INRモニタリング情報共有システムを構築することが必要となる。本システムでは診察前に患者が薬局に立ち寄って自己測定したPT-INRと服薬情報を薬剤師から医師に提供することで、ワーファリンのオンタイム処方が可能となった。薬剤師が診察前面談を行うことで得られた患者情報を医師と共有することで診察時の薬物治療設計に積極的な提案ができる“新たな薬局機能の開発”を目的とする。

2. 外来患者の抱える問題

患者の服薬アドヒアランスは医療従事者が考えるほど高くはない。

患者がなぜ薬を飲まないのかという問いに対し、筆者は患者が服薬する意味を理解していないことだと真っ先に答えたい。服薬指導を行った多くの患者から最初にする言葉は「副作用はどのようなことがありますか?」であった。薬が処方されたときに患者が真っ先に聞きたいことは薬を飲み始めることで出る可能性のある副作用についてである。

Berry et al.は患者と医師の薬の情報に関する優先順位に違いがあることを報告している(1)。すなわち、患者の知りたい情報の1番は起こりうる副作用であるにも関わらず医師の順番は10番以下であると述べている。医師がさして重要でないと考えている副作用であっても、患者にとっては耐えがたいものであるかもしれない。あまりに耐えがたい副作用のため、薬を飲むことを止めてしまうことも考えられる。薬剤師は副作用について患者に説明しているにもかかわらず、十分伝わっていない可能性がある。その理由として、副作用の説明で患者のコンプライアンスが低下したり、あるいは、怖がって薬を飲まなくなる可能性を心のどこかで気にしていることも考えられる。薬が患者に処方される時はだれでも不安になるものである。その時こそ、薬剤師が患者をサポートする絶好のチャンスである。薬剤師は患者に薬の効能・効果・飲み方はもちろんのこと発現頻度の高い副作用や、重篤な副作用に繋がる副作用の前触れの症状を患者にわかりやすい言葉で伝えることが重要な役割と述べている。筆者も患者の不安に耳を傾け、患者の間違った思いや知識不足を解消することによってアドヒアランス向上につながるケースを多く経験した。服薬指導の終わりには、不安なことがあれば必ず医師や薬剤師に連絡していただくことを患者に印象付けることを忘れてはならない。海外でも薬剤師が患者ケアに係わることで、アドヒアランスが向上し、その結果、治療成績が上がったという多くの報告の中で、医療における薬剤師の役割の重要性について言及している。

3.活動背景

後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤に関する幅広い知識が必要とされているにもかかわらず、病棟や在宅医療の場面において薬剤師が十分に活用されておらず、服薬指導や副作用のチェック等の薬剤の管理業務について医師や看護師が行っている場面も少なくない現状があることを受けて2010年4月30日「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療推進について」(医政発0430第1号)が厚生労働省医政局長から各都道府県知事宛に通達された。薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場面においても、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定されることから、薬剤の専門家として各医療スタッフの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる(医政発0430第1号 抜粋)。その中で、薬剤師が実施できる業務の具体例として、薬剤師は「薬物の血中濃度や副作用のモニタリングに基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。」とされており、積極的な薬剤師の活用が指示された。

さらに、2010年4月の調剤報酬改定により「ハイリスク薬の管理指導加算」が設けられ、薬剤師が副作用の高い薬剤を用いた薬物療法実施において患者への適切な服薬モニタリングを積極的におこなうべきとされた。このことは、たとえば、薬剤師が降圧薬服用患者に血圧測定などバイタルサインチェックを行うことで副作用モニタリングに基づく服薬支援を可能とすることを指す。今回の研究はこのような薬剤師を取り巻く環境の変化に迅速に対応し、医療提供施設としての相談体制モデルを構築することを目指した。

4.目的

高齢者では服用薬剤7種類以上が25%(厚生労働省:平成21年社会医療診療行為別調査結果)と高く、定期的な副作用発現状況の確認が必要となる。2011年厚生労働省の統計によれば、介護が必要となった疾患の順位の1位は脳卒中である。脳卒中の主な原因である心房細動による血栓塞栓症は特に予後が悪いため予防と治療が重要な課題である(2)。ワーファリンは心房細動などを伴う血栓塞栓症、特に心原性脳塞栓症および静脈血栓塞栓症の予防及び治療を目的として1945年に医薬品として発売され現在まで半世紀以上に渡り標準的治療薬として使用されている経口抗凝固薬である。一般に高齢者になるほど血栓塞栓症のリスクが上昇する

ため、ワーファリン療法の必要性は高まる。しかし、その適正使用のためには血液凝固能検査や副作用の知識、薬物間相互作用や食事内容による影響など十分な注意が必要となる。特に高齢者では診察時の医師だけの説明では服薬意義を十分に理解できずコンプライアンス不良による血栓塞栓症あるいは出血などの有害事象の発現が増加すると考えられる。適正なワーファリン投与量を決定するための抗凝固能検査PT-INR値は有効性と副作用の確認に欠かせない指標である。薬剤師が診察前にPT-INR値を把握し、薬剤に関する患者のための相談体制の整備を構築することは医療安全に貢献すると考える。本活動では医師・薬局薬剤師・薬学部教員との連携体制によるワーファリンのPT-INRモニタリング情報共有システムを構築し、ワーファリン服用中の患者の安全な服用管理による有効な治療の支援を目的とする。

5.方法

倫理面:本活動は愛知学院大学薬学部倫理委員会にて承認済

(1)対象

研究対象者は医師が必要と認め、外来通院患者および在宅患者で現在、ワーファリンを服用し、本研究を理解し、自己穿刺により指頭血を採取可能な患者、かつ、文書で同意が可能な患者とする。透析クリニックにおいても同様の対象者とする。

愛知学院大学薬学部教授 薬剤師 山村恵子

活動の実施地域:愛知県名古屋市中、長久手市、岐阜県土岐市

活動の参加者:医師・薬剤師・看護師・検査技師

(2)外来患者の場合(図1)

(受診前)患者は医療機関受診の事前に薬局に来局し、血液凝固能迅速測定器を用いPT-INRを測定する。

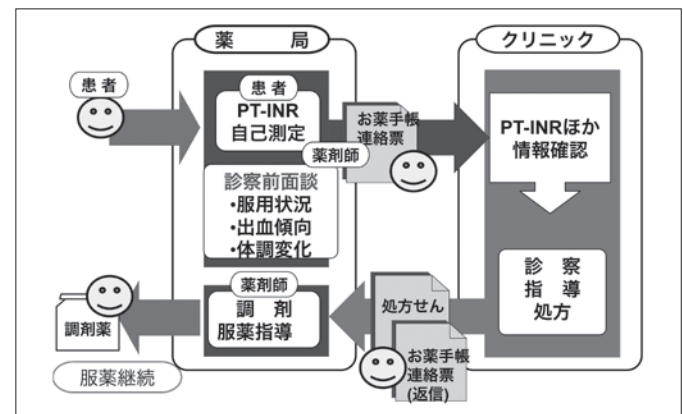


図1: 外来患者でのPT-INR測定管理体制の流れ図

薬局薬剤師は①アドヒアランス(服薬状況)の確認②副作用(出血)の確認③サプリメント服用状況④食生活の内容を聞き取る。

INR値と聞き取り調査の情報を、医療機関に対し、お薬手帳用記録紙(図2)を用いてワーファリン服用状況・ワーファリン投与設計提案する。提案手段は患者を介して、あるいはFAX等の方法で医療機関へ提出する。特に、INRコントロール不良時にはPT-INR変動、および疑われる変動の要因を必ず報告する。

(受診時)医師は情報提供・提案書のPT-INR値などを参考として診察を行ない、用量調整後に処方せんを発行し、次回受診日を指示する。指示・処方変更に関する医師から薬剤師への回答書はお薬手帳用記録紙に記載し、処方せんと共に患者に渡す。但し、医師が必要と判断した場合にはPT-INR値を再度測定する。

(受診後)患者は処方せんを持ってPT-INR測定を行なった保険薬局を再来局する。薬剤師は処方せんに従って調剤を行ない、医師の指示と次回受診日を確認する。服薬指導にはテキスト・患者向け資料を用いると同時に服薬指導時の評価項目として①患者のワーファリン療法の理解度(アンケート)②PT-INR値の変動③患者満足度を実施する。

(3)透析施行中患者の場合

透析シャントへの看護師による針刺時にPT-INR値を測定し、処方設計の情報とする。

また透析回路中の血液でPT-INR値の変動を測定する。

同様に服薬指導にはテキスト・患者向け資料を用いると同時に服薬指導時の評価項目として①患者のワーファリン療法の理解度(アンケート)②PT-INR値の変動③患者満足度を実施する。INR値と聞き取り調査の情報を、医師の回診時に、お薬手帳用記録紙を用いてワーファリン服用状況・ワーファリン投与設計提案する。

(4)在宅患者の場合(図3)

(受診前)血液凝固能迅速測定器および試験紙は薬剤師が管理し、訪問時に持参する。穿刺器具・穿刺針は患者ごとに用意する。医師の居宅訪問(往診)に先んじて薬剤師の訪問を受け、患者はPT-INR測定を行なう。

薬局薬剤師は①アドヒアランス(服薬状況)の確認②副作用(出血)の確認③サプリメント服用状況④食生活の内容を聞き取る。

PT-INR値と聞き取り調査の情報を、医療機関に対し、施設間情報連絡書を用いてワーファリン服用状況・ワーファリン投与設計提案する。聴取した情報とPT-INR値からワーファリン用量設計を含めた情報提供・提案書を作成し、往診の前に処方医師へ提出する。PT-INR変動、および変動の要因となりうるものについては必ず報告する。

(往診時)医師は居宅訪問(往診)時、薬剤師からの情報提供・提案書のPT-INR値などを参考として診察を行ない、用量調整し処方せんを発行する。但し、医師が必要と判断した場合にはPT-INR値を再度測定する。

医師から薬剤師への回答は施設間情報連絡書に記載し薬局にFAXする。

(受診後)薬局薬剤師は処方せんあるいは薬局に送られたFAXにて処方内容を確認・調剤して患者宅へ届ける。

服薬指導にはテキスト・患者向け資料を用いると同時に服薬指導時の評価項目として①患者のワーファリン療法の理解度(アンケート)②PT-INR値の変動③患者満足度を実施する。

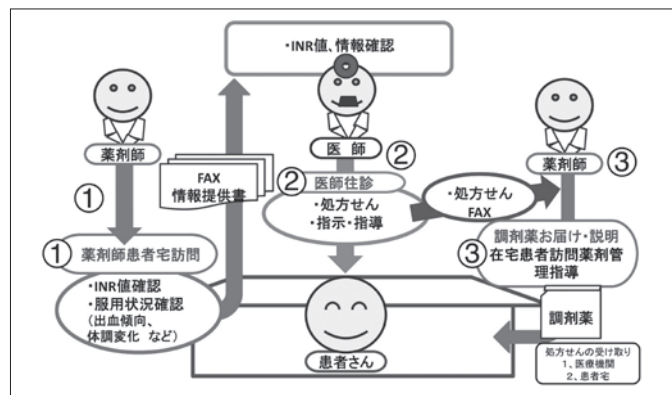


図3:在宅患者でのPT-INR測定管理体制の流れ図

6.共通評価項目

モニタリング薬剤として抗凝固薬ワーファリンを対象とする。
○PT-INR測定値 ○アドヒアランス(服薬状況)の確認
○副作用(出血)の確認 ○サプリメント服用状況 ○食生活の内容確認
○併用薬との相互作用の確認

7.教育システム

医薬品適正使用セミナーを定期的(年3回程度)に実施する。

8.実施例の紹介

本実施例は中日新聞2011/11/22、薬時日報2012/1/18、日本プライマリ・ケア連合学会誌2012年3月号に掲載された(3)

(実施例)土岐内科クリニックに月1回通院し、近隣のささゆり薬局土岐店で薬を受け取る60代の男性患者(ワーファリン服用量1日5mg)。患者は受診前に薬局に来局し、PT-INR簡易迅速測定器コアグチェックXS(エーディア株式会社)を用いてPT-INRを自己測定するにあたって、薬剤師は操作方法・止血方法・指先の消毒などを対面で指導した(図4)。測定結果のPT-INRは1.5と目標値2.0に到達していなかった。薬剤師の聞き取りから趣味は釣りであり川での止血困難な出血を心配して、しばしば服用を中止していたことが明らかとなった。止血方法を指導し服薬継続を促したところ、2回目の指導日にはPT-INR目標値2.0に達したが3回目には1.7とやや低下した(図5)。3回目の服薬指導時に患者は現在も週1回程度服用忘れがあることが聞き取れた。釣りの時には服用しないという習慣を改善していくためには毎回の懇切丁寧な指導が必要と考えられる。投与量は現状維持のまま、服薬コンプライアンスの向上で対応する方針が、医師と薬剤師の間で共有された。本症例では、オンタイムのPT-INRと服薬情報を診察の前に収集することで医師の処方時の効率化と患者の利益向上に寄与できた。

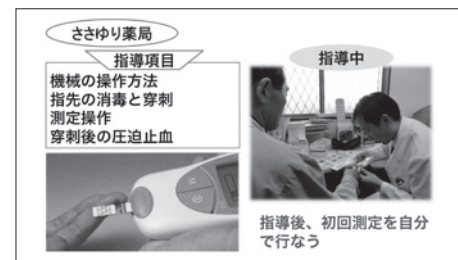


図4:コアグチェックXSの測定指導

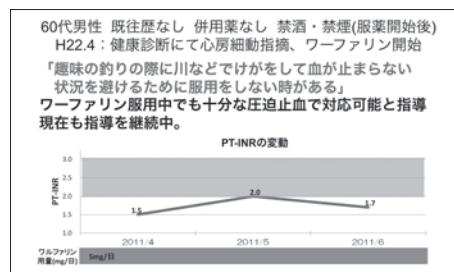


図5:症例背景とPT-INR

9.主な活動の経緯

2010年12月 愛知学院薬学部倫理委員会承認

2011年1月 東郷春木クリニックにて透析患者で実施開始

現在、薬剤師・看護師・検査技師の協働で進行中

2011年4月 土岐内科クリニック・ささゆり薬局・愛知学院薬学部で実施

2012年～現在に至る 名古屋市内薬局に展開

10.本活動に至るまでの実績

本活動「薬剤師による診察前面談」を実施可能とした原動力は名古屋大学附属病院で2000年に開始し、現在も継続中の「薬剤師外来ワーファリン教室」(<http://www.med.nagoya-u.ac.jp/pharmacy/03/lecture.html>)の12年間の経験と実績によるものである。「薬剤師外来ワーファリン教室」で、ワーファリン服用患者への対面形式の服薬指導の結果として、①PT-INRの治療域への到達率の向上、②副作用モニタリングによるイベント回避、③患者の治療意義の理解度向上によるアドヒアランス維持が得られた。さらに、成果を数値で評価し、学会発表や論文文化し、医療チームの中での薬剤師の職能を他職種にもわかる形で明らかにしてきた。ワーファリン服用中のPT-INRモニタリングに基づき、有効性の確認を行うとともに、副作用の発現状況や、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案することで積極的な薬剤師の活用を実現し、医療安全に貢献している。このような薬剤師外来ワーファリン教室の実績によって本活動を、さらに一歩前進的な取り組みに繋ぐことを可能とした。

11.文献

- Berry D C, Michas I C, Gillie T, Foster M: “What do patients to know about their medicines and what do doctors want to tell them: A comparative study”, Psycho. & Health, 12 (4), 467-480 (1997).
- 奥村謙、目時典文、萩井謙士:心原性脳梗塞の疫学と重症度, JPN. J. Electrocardio, 31 (3), 292-296 (2011)
- 山村恵子、倉田寛行、重野克郎、長田孝司、足立雄三、長谷川義哉: 新たな薬局機能を目指したワーファリンのPT-INR自己測定管理システムの構築, 日本プライマリ・ケア連合学会誌: 35 (1) 45-48 (2012).

連携ノートと疾患別・重症度別ガイドブックを用いた 認知症地域連携システムの自治体への導入と 自治体導入マニュアルの作成

数井 裕光 氏

大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 講師

1.背景

認知症の人が地域で安心して在宅療養生活を送るためには、患者家族、介護従事者、かかりつけ医、認知症専門医など患者に関わる多くの人が患者の情報を共有し、かつ連携することが必要である。しかし現在、患者情報の共有、多職種間の連携は円滑ではない。また認知症患者への治療、対応、声かけや介護支援は原因疾患と重症度に基づいておこなわれるべきで、これにより精神行動障害(BPSD)が改善し、家族の介護負担が軽減する。しかしBPSDや日常生活動作障害に対する具体的な対応法はまだ広く知られていない。このため認知症の人に関わる多くの人が日々の介護に悩み、疲弊している。

2.目的

我々は、平成21-23年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究(研究代表者:数井裕光)」で、患者情報を共有するためのツール「連携ノート(その後、改訂し「つながりノート」と改称)」と「認知症の治療と介護は原因疾患と重症度に基づいておこなう」という理念を具現化した「疾患別・重症度別ガイドブック(「認知症.知って安心!症状別対応ガイド」¹⁾として出版)」を作成した(図1)。連携ノートは、患者ごとに作成し、患者が介護や診察を受けるときには必ず持参してもらう。そして家族も含めた患者に関わる人達が、このノートを使って患者の症状、診療や介護内容

について報告、質問、回答しあう。疾患別・重症度別ガイドブックとは、認知症患者の様々な症状に対する対応法を平易な文章で具体的にまとめたマニュアルである。我々はこの2つの資料を用いた認知症地域連携システムを考案し、①医療と介護の連携を円滑にし、②家族の介護負担感を減少させ、③家族がBPSDに対する対応法を学び、④患者のBPSDが軽減するなどの効果を確認した²⁾。今回の事業では人口16万人の兵庫県川西市で全市的にこのシステムを導入する(以下連携ノート事業と略す)。また川西市での導入と運用の過程をまとめて、自治体導入・運用マニュアルを作成する。

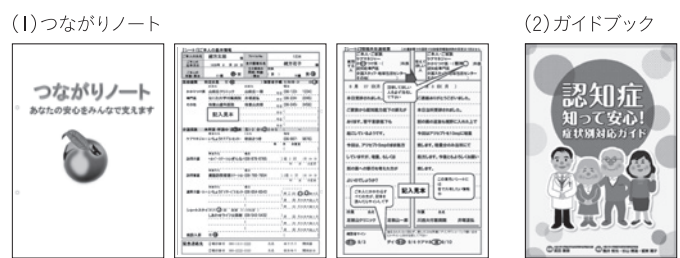


図1:つながりノートとガイドブック

3.方法

(1)川西市における連携ノート事業の事務局を川西市中央包括支援センターに設置する。
(2)川西市には、以前より、市役所健康福祉部、地域包括支援センター、医師会・歯科医師会・薬剤師会、家族の会、社会福祉協議会などの代表からなる認知症地域資源

ネットワーク構築事業推進会議(以下ネットワーク会議と略す)が組織されている。連携ノートの全市的導入の前にネットワーク会議に属する医師の患者数名で連携ノートの試験運用をおこなう。

(3)ネットワーク会議と大阪大学のメンバーで「川西市版つながりノート」作成部会を立ち上げ、川西市の現状に合ったノートを作成する。

(4)今回の事業の遂行に必要な、患者及び介護者の個人情報の使用に対して川西市役所個人情報保護審議会で審議してもらう。

(5)つながりノートの導入前に、川西市で在宅生活を送っている全要介護者とその家族に、患者の基本情報や精神症状、介護者の介護負担感、診療・介護連携の現状などについてアンケート調査をおこなう。この調査は事業開始のための現状把握が主目的であるが、導入前データ収集の意味もある。

(6)つながりノートの作成を希望する在宅認知症患者と家族をケアマネジャー(CM)が募る。希望した患者(ノート作成患者)についてはノートを作成し、その患者に関わる医療従事者、介護従事者全てに担当CMが周知する。独居や認認介護の認知症患者についても、希望者にはつながりノートを作成し、民生委員、CMなどが運用する仕組みを構築する。つながりノートの作成は希望しないが、ノート導入後のアンケート調査には協力してくれる在宅認知症患者(対照患者)と家族介護者も同時に募る。

(7)川西市の包括支援センターの職員、CM、介護職員がつながりノートの使用法を習得するための勉強会を大阪大学の連携システム専門員が講師となり繰り返し開催する。

(8)つながりノートの運用を開始する。ノート使用に対する指導を、中央包括支援センターと連携システム専門員→各地域の地域包括支援センター→その地区のCM、介護職員、かかりつけ医→患者と家族介護者という流れでおこなう。

(9)川西市を3つの地区に分けて、大阪大学精神科の認知症専門医が一人ずつ担当医となる。そして3つの地域ごとに、1ヶ月に1回、ノート作成患者とその患者に関わる患者家族、CM、介護職員、医療従事者、行政職員などが集まる「地域連絡会」を開催する。ここでは、連携ノートの使用法などについて議論し、改善すべき点などがあれば提案し改善する。また認知症専門医が「認知症.知って安心!症状別対応ガイド」を教科書として、認知症と介護法についての連続講義をおこなう。さらに参加者間の情報を交換する場としての機能も持たせる。また本事業の中核メンバーと

3地域の中核メンバーが集まり地域連絡会と同様の議論をする「全体連絡会」も1ヶ月に1回開催する。全ての連絡会において、会議の内容をA4用紙表裏1枚程度にまとめたニュースレターを作成し、参加できなかった人にも郵送する。また以上の会議では、認知症介護のための工夫や成功事例を積極的に報告しあう。そしてこれらを「認知症.知って安心!症状別対応ガイド」の改訂時に盛り込む。すなわち、全ての参加者が認知症治療・介護の教科書改訂に参画できるシステムを構築する。

(10)事業開始6ヶ月後に事業開始前におこなったアンケート調査と同様の調査を、ノート作成患者と対照患者、両患者に関わる人達に対しておこない効果を検証する。また川西市医師会会員に対して、連携ノート事業の有用性と問題点についてアンケート調査をおこなう。さらにこの6ヶ月間の、運用過程をまとめて、自治体への導入・運用マニュアルを作成する。事業自体は、必要な改訂を加えて、その後も継続し、事業開始2年後の時点では、在宅生活継続率、介護施設入所率なども調査する予定である。

4.期待される成果

本事業により、地方自治体という広域地域においても、①かかりつけ医とケア職員、家族との連携が円滑になる、②家族介護者の介護負担感が軽減する、③患者のBPSDが改善する効果が認められると考えられる。また導入・運用マニュアルの作成により、他の地方自治体にも我々の認知症地域連携システムが導入しやすくなる。本事業は、厚生労働省が進める「認知症サポート医、かかりつけ医が中心となる地域連携づくり」や「家族介護者や介護従事者のBPSD対応力向上」を円滑にするため、国の施策との相乗効果もある。その他、患者が在宅生活を長く送れるようになるため、医療経済効果も得られる。また認知症になっても在宅生活できる様子を国民が身近に見ることによって、老後に対して安心感をもてるという市民の精神衛生上の効果もある。

5.引用文献

1.武田雅俊監修、数井裕光、杉山博通、板東潮子著:認知症.知って安心!症状別対応ガイド.メディカルレビュー社、大阪、2012。
2.数井裕光、杉山博通、野村慶子ほか:アルツハイマー病に特有のBPSD発生メカニズムと具体的対処法。-アルツハイマー病の妄想- 老年精神医学雑誌 2012; 23(Suppl.I):76-80。

東日本大震災後のいわき市における 新たな地域医療連携に対する 戦略的取り組み

高瀬 佳苗 氏

福島県立医科大学看護学部 准教授

1.研究活動の背景

いわき市は、福島県の南東部に位置し、太平洋側に面した福島第一原子力発電所の周囲の大熊町や双葉町などの相双地区とともに「浜通り」の地域と呼ばれている。この浜通りの地域は、もともと医師不足の深刻な地域であり、相双地区は人口約19万人、医師数240人、いわき市が人口約35万人、医師数594人で、全国の人口10万対医師数224人と比較すると、相双地区は約120人、いわき市が約170人と少なく(平成20年12月現在)、福島県はこの問題を取り上げて、重点施策として取り組む予定であった。そこに、2011年3月11日東日本大震災が起きた。震災直後は、双葉町を除いた大熊町などの相双地区の市町村は役場機能を会津地方、郡山市などに置き、住民もその周辺の市町村に仮の住居を構えていたが、震災後6か月を過ぎた頃より、いわき市への住民の流入が増加し、2012年3月には、いわき市の人口がそれまでよりも約2万人増えた。このことは、いわき市内の患者急増に繋がっており、医療に関連することはもちろんであるが、保健、福祉などさまざまな問題が生じている。すなわち、これまでのいわき市の地域医療連携の枠組みでは、市民および避難町村住民の健康生活の質を十分に担えない現状にある。しかし、これまで被災前後の地域医療連携に対する問題点や課題点の検証が行われていないため、新たな地域医療連携の方向性を打ち出す、枠組みを構築するなどの取り組みが進まない現状である。

2.研究活動の目的

この活動の目的は、いわき市の未来に向けた新しい地域医療連携の基盤を創造することである。

3.研究活動のこれまでの経緯

東日本大震災後から2011年8月頃までいわき市保健所の要請を受けて、研究者は、海に面し津波の被害が大きかった小名浜地区などの住民を対象に、個別の家庭訪問や避難所での健康相談を実施した。また、研究者が所属する地域・在宅看護学部門では、会津地方に役場機能を移した浜通り地方の被災町村に対して、高齢者のサロンの開所支援、個別の家庭訪問、避難所の健康相談を行ってきたが、その被災町村の住民が7月以降より会津地方からいわき市内へ転居するようになり(図1)、その住民の移動に合わせて、いわき市内仮設住宅の高齢者サロンの立ち上げ等を支援した。その後、いわき市内へ人口の流入が進み、被災町村の住民が借り上げ住宅や仮設住宅に移り、単身高齢者、高齢者世帯、障害者等への健康相談が急務となった。そのため、研究者は地域・在宅看護学部門の他の研究者らと合流し、2012年3月末までこれらの方々の個別家庭訪問を行い、その中で医療、保健、福祉のそれぞれが別々に機能しており、これらのサービスを必要としている人々は、途切れ途切れに利用している現状が明らかになった。すなわち、いわき市の既存の地域医療連携システムでは、被災町村住民の急速かつ多数の人口流入に対応できない状況がある。

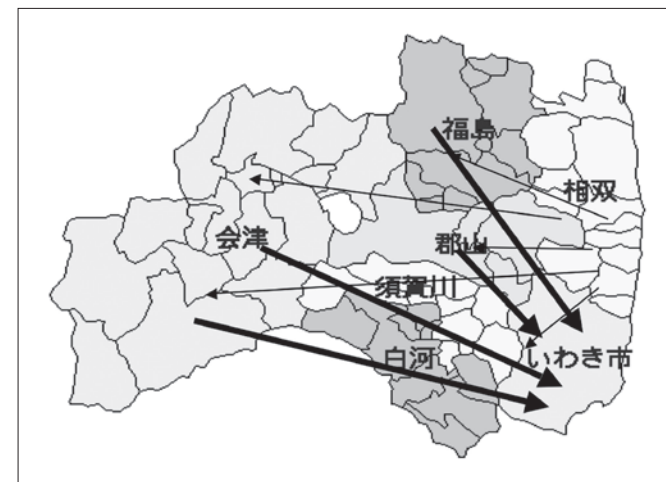


図1: 震災直後から現在の災害避難区域住民の人口移動

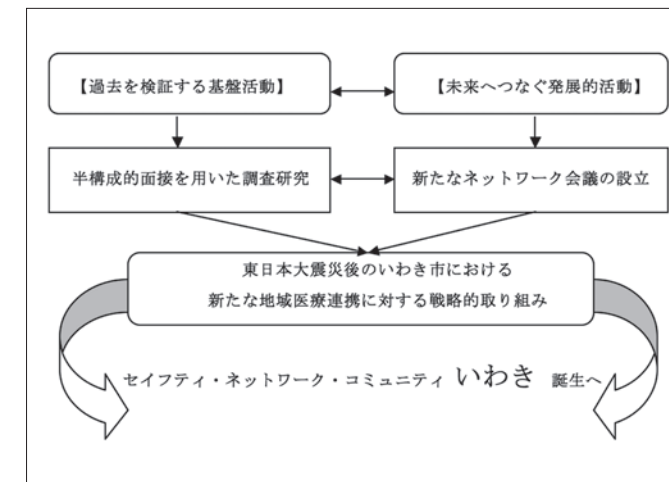


図2: 研究の概要

4.研究活動の計画

(I)過去を検証する基盤活動

基盤活動では、いわき市内の医師、看護師、薬剤師、介護福祉士等に対する質的記述的研究を行い、震災前後の地域医療の問題と課題を明らかにする。

研究方法は、医師、看護師、薬剤師、介護福祉士等それぞれ10人程度に対して、半構成的面接を行う。その半構成的面接の内容は、①あなたは、日々の業務を行う上で、他の医療関係職種とどのような連携を行っていましたか。②あなたは、いわき市の地域医療においてどのような問題があると思いますか。③あなたは、震災時に医療連携に関する困難な事柄がありましたか。④あなたは、いわき市の医療連携が今後どのように行われれば良いと考えていますか、の4項目である。また、対象の選定では、いわき市医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、社会福祉協議会に依頼し、研究への参加者を募集する。その面接調査の期間は、2012年6月から2012年12月で、調査対象が希望する場所において面接を行う。面接内容の逐語録を作成し、それを分析対象のデータとする。データの分析では、その逐語録を繰り返し読み、浮かび上がる現象にラベルを張り、ラベルとラベルを比較し、類似したラベルをまとめてカテゴリー化する。同様に、カテゴリーとカテゴリーとを比較し、類似したカテゴリーを集めて、抽象度の高いカテゴリーを命名する。この分析より、いわき市の地域医療の過去から現在の全体像を明らかにする(図2)。

(2)未来へつなぐ発展的活動

発展的活動では、いわき市民、災害警戒区域の自治体住民、医療-福祉-保健関連のNPO法人、そしていわき市、災害警戒区域の自治体を構成メンバーとする地域医療連携のためのネットワーク会議を設立し、団体間の垣根を越えた新しい地域医療連携を創造していく(図2)、アクションリサーチを行う。このアクションリサーチは、研究者と研究参加者との相互作用を通して問題状況を明らかにし、その状況を改善するために適した研究手法の1つである。すなわち、この研究では、いわき市医師会、いわき市保健所、社会福祉協議会等の団体を通して研究参加者を募集し、2012年6月から2013年5月の間に毎月1回程度ネットワーク会議を開催する。そして、参加者は、会津地方などに2次避難していた大熊町や双葉町など福島第一原発20Km圏内の災害警戒区域の自治体の住民がいわき市内に転入し、人口が急増していることから生じている医療、保健、福祉等に関する問題を明らかにし、いわき市民と被災町村住民が安心／安全に地域医療を享受できるような新たな地域医療連携システムの基盤づくりを行う。したがって、自らも被災自治体ではあるが、浜通り地方の被災町村住民の受け皿となっているいわき市の地域医療連携の枠組みを、新たに創造し、構築していく。

介護従事者と薬局薬剤師の連携による 残薬及び重複処方実態調査

五十嵐 中 氏

東京大学大学院薬学系研究科・医薬政策学
特任助教

1. 研究の背景

処方内容通りに正しく服用されない薬は、「効かない」という健康面への影響のみならず、コスト面でも「無駄遣い」となる。そのため薬剤師が積極的に患者に働きかけて医薬品の使い方を指導することが推奨され、英国や豪州などでは薬剤師の職務として報酬化もなされている。日本でも申請者らのグループが、処方薬だけでなくOTCやサプリメント・健康食品も含めて「服用薬」と定義し、服用薬を薬局に持参してもらってその飲み合わせをチェックし、適正使用を図る「ブラウンバッグ運動」を各地で実施しているが、医薬品の無駄遣いに焦点をあてた事例研究や定量的評価は限られている。さらに、正しく薬を使うことが他の職種に与えるメリットの定量的評価については、ほとんど研究が存在しない。



「ブラウンバッグ運動」のウェブサイト

2. 研究の目的

茨城県薬剤師会土浦支部・石岡支部と共同で、患者への直接の聞き取りによる残薬や重複処方の実態調査を行う。さらに、ケアマネージャ組織と連携したフォローアップ調査の実施により、薬剤費の削減効果および他職種、とくに介護負担の軽減度合いについても、定量的評価を行う。

【研究の計画】

地域薬局およびその地域の団体等の協力を得て行う医薬品使用実態研究であり、横断研究である。記述統計により残薬・重複薬の実態を把握する。

＜残薬調査の実施過程＞

1. 1回の調査実施期間は2ヶ月を目処とし、合計200名を目標とする。
2. 通常の服薬指導を実施する際に、薬局にて任意に高齢者を中心として患者に調査への参加を呼びかける。
3. あらかじめ定めた「残薬・重複処方記録票」を用いて、薬剤師が患者にその時点で使用中あるいは自宅に残っている医薬品の聞き取り調査を行う。自宅で調査を行う場合には、各薬剤師の責任において患者宅を訪問する。
4. 記録は各薬局で保管する。患者毎に任意の番号を付与し、マスキングをした記録のコピーを茨城県薬剤師会土浦支部ならびに石岡支部に送付する。
5. 事務局において、マスキングが正しく行われていることを確認し、研究実施者へ記録票を送付する。

＜前後比較の実施と、介護職への負担の調査＞

1. 「残薬調査の実施過程」で述べた調査は、1人の参加者について3ヶ月程度の間隔で2度実施し、薬剤師の指導による残薬の変化を定量的に捕捉する。データの取得方法は、前述の通りである。
2. 残薬調査とあわせ、介護サービスあるいは介護予防サービスを受給中の参加者については、本人並びに介護従事者の同意を得た（必要な場合は、代諾者から同意を得る）上で、介護従事者の負担に関する調査を実施し、同様に前後比較を行う。

＜データの解析＞

残薬調査および介護従事者の負担調査ともに、予め匿名化されたデータを申請者らの施設において記述統計的解析を実施する。

3. 期待される成果

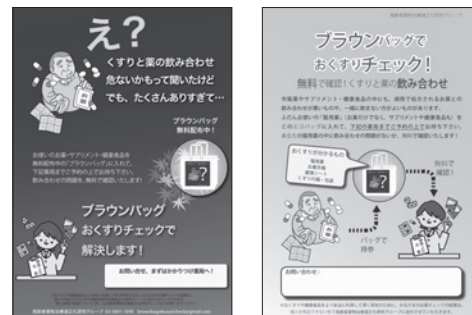
本研究により、適切に服用されなかった薬の経済的な損失を、定量的に明らかにできる。あわせて、薬剤師による介入の効果を、「残薬の減少」として定量的に捉えられるのみならず、他職種、とくに介護従事者の負担がどう変化するかを捕捉することで、薬剤師の業務が他職種の負担軽減にどの程度貢献できるかを明らかにできる。

薬剤師内だけでなく、他職種への波及効果を含めた定量評価を実施することは、地域医療の中での薬剤師の役割を再確認し、なおかつその位置づけを明確にできる点で、非常に意義深いものと考ええる。

＜現在までの活動計画＞

研究の遂行に関して、研究代表者ならびに一部の協働者が所属する機関（医療経済評価総合研究所ならびに明治薬科大学）に対し、倫理審査を申請済みである。

あわせて、協働者である茨城県薬剤師会土浦支部・石岡支部の一部の薬局において、同意を得た上でパイロット調査（29人）を実施した。このときに使用した残薬調査票を、別に添付する。このデータについても、解析の上で事例紹介を投稿または学会発表として準備中である。



「ブラウンバッグ運動」のポスターとチラシ

＜これまでの活動実績＞

論文

Akazawa M, Kusama M, Nomura K, Igarashi A. Drug Utilization Reviews by Community Pharmacists in Japan: Identification of Potential Safety Concerns through the Brown Bag Program. Value in Health Reginal Issue 2012 (1); 98-104.

報告書

日本薬剤師会報告書 平成22年6月「ブラウンバッグ運動 -薬局薬剤師による服用薬の包括的な併用実態調査-」
(http://www.nichiyaku.or.jp/contents/kaiken/pdf/100617_2.pdf)

学会発表

医療薬学フォーラム2010（広島）平成22年7月「ブラウンバッグでお薬チェック -広島での取り組みを中心に-」
(http://plaza.umin.ac.jp/~brownbag/html/result_report/Clinical%20Pharmacy_forum_2010.pdf)
ISPOR 4th Asia-Pacific Conference（タイ）平成22年9月「MEDICATION CHECK-UPS BY COMMUNITY PHARMACISTS - EXPERIENCE OF “BROWN-BAG” REVIEWS IN JAPAN」
(http://plaza.umin.ac.jp/~brownbag/html/result_report/ISPOR2010poster.pdf)

新聞・雑誌掲載

調剤と情報 平成22年2月「広島発 ブラウンバッグ運動の試み」

(http://plaza.umin.ac.jp/~brownbag/html/result_report/chouzai_to_jyouthou_201002.pdf)

月刊薬事 平成22年6月「米国における持参薬管理 -ブラウンバッグ運動と日本への導入-」

(http://plaza.umin.ac.jp/~brownbag/html/result_report/gekkan_yakuji_h22_06.pdf)

調剤と情報 平成22年8月「『ブラウンバッグ運動』調査結果からみえる薬局薬剤師の可能性」

(http://plaza.umin.ac.jp/~brownbag/html/result_report/chouzai_to_jyouthou_201008.pdf)

大日本住友製薬情報誌「Excellent Pharmacy」平成22年11月

「ブラウンバッグ運動から薬局の役割を考える」

(http://plaza.umin.ac.jp/~brownbag/html/result_report/01-04_EP04_2.pdf)

栄養系慢性疾患に対する 広域地域医療連携パス普及支援活動

富樫 敦 氏

公立大学法人 宮城大学 事業構想学部
デザイン情報学科 教授

1.活動の要旨

東日本大震災から約1年を経過するが、甚大な被害を被った宮城県沿岸地域の地域医療は未だ完全には復旧していない。復旧を妨げているのが、医療者同士の情報連携の欠落である。本活動の目的は、「第二次医療圏において、地域での医療に当たる医療従事者の情報連携を高めることによって地域に質の高い医療を継続的に提供し、持続可能な社会システムを構築するための支援活動を行うこと」である。特に、被災地での地域医療の普及を目指す。本活動では、これまで3年間宮城大学が厚生労働省補助事業などで活動実績を積み上げてきた栄養系疾患（褥瘡、胃瘻、口腔ケア）に焦点を絞り、被災地である宮城県全域の被災地を支援対象に、県全域をカバーする地域連携によるICT（情報通信技術）を活用した医療支援活動を行う。

2.活動の概要

(1)活動の目的

ア 社会的背景と活動の喫緊性

東日本大震災から約1年を経過するが、甚大な被害を被った宮城県沿岸地域の地域医療は未だ完全には復旧していない。特に人口7万1千人を抱える宮城県気仙沼市には、地域医療を支える訪問看護ステーションが2つしかなく(震災後1つ増えたが)、現在10名で人口約7万人の気仙沼市の在宅看護を担っている。

気仙沼市には市立病院があり、幸い津波被害を免れた。しかし、病院内は今でも褥瘡患者が占拠し、総合病院での

最新医療を必要とする、被災地の益々増え続ける重傷患者を受け入れ出来ない状況が続いている。その原因は、地域医療が未成熟なため、回復期あるいは維持期のステージに移行する患者が、在宅あるいは施設での看護が殆ど望めないため、退院できないためである。この状況は、気仙沼市に限った話ではない。

イ 活動の目的

厚生労働省が思い描く医療体制（急性期医療→回復期医療→維持期医療）は、被災現場ではまだ機能し得ない。本活動の目的は、「第二次医療圏において、地域での医療に当たる医療従事者の情報連携を高めることによって地域に質の高い医療を継続的に提供し、持続可能な社会システムを構築するための支援活動を行うことである。特に、被災地での地域医療の普及を目指す。本活動では、これまで3年間宮城大学が厚生労働省補助事業などで活動実績を積み上げてきた栄養系疾患（褥瘡、胃瘻、口腔ケア）に焦点を絞り、被災地である宮城県全域の被災地を支援対象に、県全域をカバーする地域連携によるICT（情報通信技術）を活用した医療支援活動を行う。この目的の延長には、厚生労働省が推進する地域医療再生計画の宮城県版（みやぎ地域医療再生計画）の大きい柱立てとして「地域医療連携」の仕組みを確立し、地域医療機関が県域で連携し、当該活動成果を継続利用することで、復興後の医療の質向上に資することが当該活動の最終ゴール（目標）である。図1に本活動の達成イメージを示す。

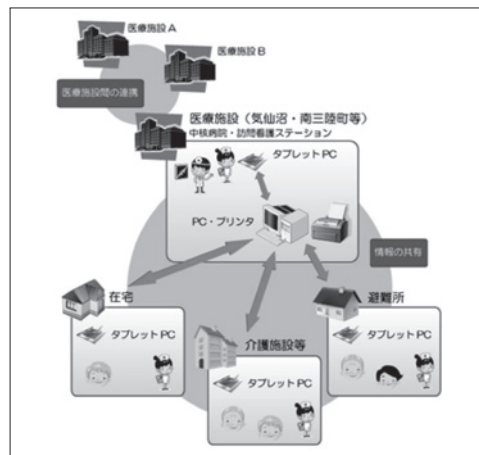


図1:本活動の達成イメージ

(2)活動の内容

本活動では、被災地である宮城県内の主立った医療施設(中核病院10施設と訪問看護ステーション30施設)にPCを核とした情報通信インフラを配備し、平成21年度～23年度厚労省受託事業の成果(栄養系地域医療連携支援システム構築実践事業)の成果を有効活用する。本計画では、施設に固定設置したPCとプリンターを核に、在宅、避難所や介護施設など通信インフラが整っていない場所でも十分な医療・看護支援が行えるように、通信機能を備えたタブレットPC(モバイル型ルーターを含む)を活用する。特に褥瘡患者の評価には患部の画像が不可欠であり、本活動ではカメラ付きの端末を採用する。本活動により、増加の一途をたどっている褥瘡患者を減少させ、急性期病院を占拠している患者を地域に出来るだけ早く返し、地域医療の本来あるべき姿を取り戻す。本活動は、県内の医療機関を結ぶfirst stepになり、5年先を見据えた県域全体をカバーする地域医療連携に資する基盤となり得る。

(3)活動の成果(アウトカムズ目標)

活動の成果を震災の復旧、復興の視点から箇条書き形式で記載する。

- ①被災者が被災地においても安全で安心な安定的な継続医療支援を受けることができる。
- ②被災者のニーズ分析を大規模な母集団のデータ蓄積から解析・評価し、長期的支援を効率的にサポートすることができる。
- ③医療支援ニーズは変化することから、現在何が最も実効性の高い支援になるかの判断が可能となる。それに伴い、根拠に基づいたニーズへの需要供給を支援側とも共有することができ、行政もニーズを把握し円滑な連携を行うことが容易となる可能性がある。
- ④被災者が医療機関に受診できる環境が整った際に、

円滑な医療情報連携が可能となる。

⑤被災地の医療支援者が代わる代わる日々交代しても安全で質の高い医療支援が継続的に担保できる。

⑥被災地の医療支援者が口頭申し送りかつ紙ベースで原始的に行っている医療情報連携の在り方を整備し、効率的かつ安定的な継続支援システムを構築できる。

⑦上記に伴い、被災地の医療支援者が何度も同じ記載や申し送りを日々反復する時間的・非効率や負担を軽減し、本来行うべき医療ケア支援に集中することができる。それに伴い、支援時間効率が改善し、救済できる被災者が増大する。

⑧被災地で展開されている医療やケア情報を効率的にサマライズされた情報として医療機関に連携することができる。

⑨避難所や被災地で提供される医療支援は無償提供であり、長期的に医療機関に通院できる環境が整えば医療格差や平等性の観点から医療の質の向上達成が実現できる。

3.これまでの活動実績と今後の活動計画

図2、図3にこれまでの活動の実績と計画を記す。

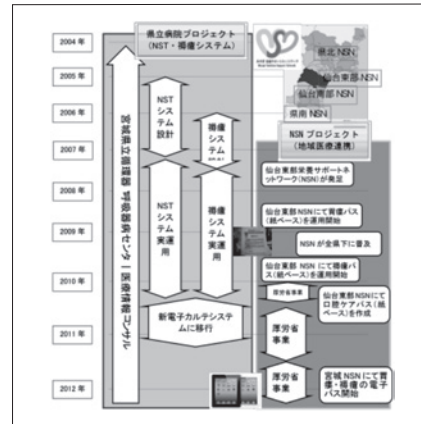


図2:これまでの活動の実績



図3:今後の活動計画

東京都港区を中心とした 地域医療の普及とネットワーク構築

今津 嘉宏 氏

港区在宅緩和ケア研究会 会長

1.研究会の紹介

【活動目的】

本会の目的は、港区を中心とした在宅医療における緩和ケアの推進と充実を図り、もって公益に寄与すること、また、都市型の在宅医療・地域医療のモデルを構築することである。

【これまでの活動計画および実績】

①在宅緩和ケアの普及に益するセミナーや講座、研修会などの開催事業。

「口腔ケア研究会セミナー」および「薬薬学連携活動」等に参画および実行し、医療従事者に対して、在宅緩和ケアの実践・普及に務めてきた。

②在宅緩和ケアに関する調査・研究事業。

みなと区民祭りに参加し、みなと区民の在宅・緩和における意識調査を3年間実施してきた。その結果を行政にフィードバックするとともに、各種学会及び官公庁の催しにおいて報告してきた。これらを受けて、区行政では在宅緩和ケア支援に関する施策及び情報機能を有するセンター設置が検討・実現されている。

③在宅緩和ケアに関する市民公開講座等の啓発広報活動及び情報提供活動。

上記②の意識調査時に併せて、区民の意見聴取・交流、簡単な文書による啓発活動も行っている。またこの結果は、保健所主催による定期的な区民講演会で報告している。更に区民の意見の傾向を拾い上げ、その関心に応じて別途市民フォーラム等を実施し、啓発活動を行ってきた。

④機関誌その他刊行物の発行。

現在、これまでの結果についてまとめ、刊行物の作成を検討しているところである。なお、本研究会の学生部会である地域医療・在宅医療研究会では、学生レベルの活動報告広報誌を発刊している。

⑤在宅緩和ケアの普及を目的とする諸団体との連携に関する活動、及び連携構築等に係る調整活動。

主に本研究会で行っている研究内容を学会等で発表し、成果を公表してきた。また、すでに区行政レベルで実現されていることも含めて、港区における在宅緩和ケア推進事業につき厚生労働省医薬分業指導者協議会で報告を行っている。

2.「東京都港区を中心とした地域医療の普及とネットワーク構築」について

【背景】

超高齢社会の進展、経済事情の悪化を受けて医療を取り巻く情勢は一段と厳しさを増している。その中で港区が推進する「在宅緩和ケア支援事業」は極めて先見の明かつ果敢な取り組みである。特に最近の経済事情悪化を踏まえれば区としての物理的体制作りもさることながら、いかに現存する医療資源を有効にかつ大事に活かしていくか、そして区民がこれをいかに賢明に利用しうるか、あるいは区民の互助力をいかに向上させるかが、この取り組みを成功に導くキーとなる。2008年区事業として港区在宅緩和ケア・ホスピスケア推進協議会

(<http://www.city.minato.tokyo.jp/>)が設置され、これに呼応する形で本研究会が設立された。この経過から、本研究会はこれまで、区行政が在宅緩和ケア推進に向けどのような機能を持つべきか、のバックグラウンドとなる調査活動及び在宅医療・緩和ケアに関する区民の意識啓発活動を展開するとともに、構成者である医療関係者及び大学を軸として、職種内行動連携、職種間連携に向けた研究を実施してきた。医療動向が地域・在宅医療にシフトする中、今後、これらの経緯と成果を十分に活かし、期待される在宅医療環境、すなわち医療から介護・福祉、さらに患者を含む区民全般に渡る医療参加の実現に向け、積極的な情報発信を行うとともに、多職種合同研修プログラムの構築と実施、介護・福祉を交えた医療ボランティア育成プログラムの実施、を前記調査研究活動・啓発活動と両輪で図るものである。

【目的】

本研究会の大目標は、在宅緩和ケアの実現に向けた

①調査、啓発、教育活動による医療と区民のリンク、

②民間の企画力を活かした地域医療モデルの構築である。これまで、港区の「在宅緩和ケア支援事業」を主管する保健所との協働で区民の意識調査や講演会等の啓発活動を行うとともに、各種学会での研究結果報告・広報、医療ボランティア育成トライアルを実施してきた。今年度からは、質の高い在宅緩和ケアの提供に向け、多職種合同研修会を実施し、医療連携推進、チーム構築力向上を図るとともに、福祉部面との協議及び合同事業の展開により、区民・学生の在宅医療・緩和ケアへの参画を促進し、地域としての在宅医療ネットワーク構築を目指す。

【計画】

前記目的を達成するために、病院・医師・看護師、地域訪問看護センター、地域診療所・歯科診療所、薬局・薬剤師、港区三師会、区民代表、大学等と連携し次の6つの事業を行う。

①在宅緩和ケアの普及に益するセミナーや講座、研修会などの開催事業。

②在宅緩和ケアに関する調査・研究事業。

③在宅緩和ケアに関する市民公開講座等の啓発広報活動及び情報提供活動。

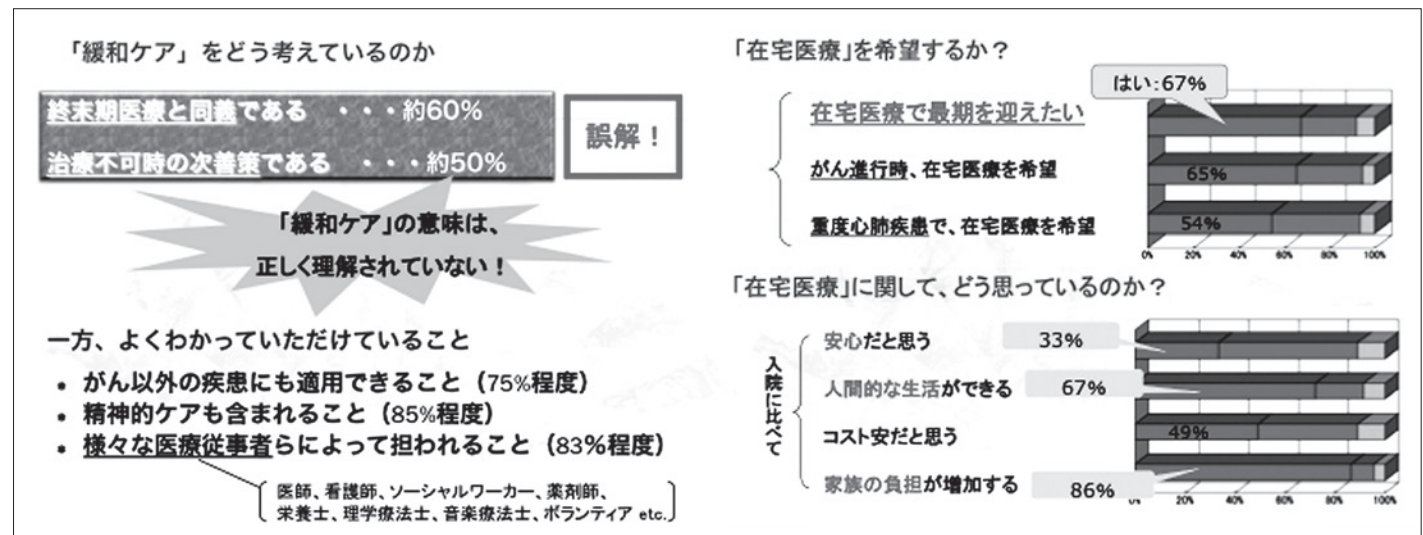
④機関誌その他刊行物の発行。

⑤在宅緩和ケアの普及を目的とする諸団体との連携に関する活動、及び連携構築等に係る調整活動。

⑥その他、本会の目的を達成するために必要な事業。

【期待される成果】

在宅医療に関与する多職種の医療従事者が共に活動・行動することで、相互理解が深まり、現場における協力関係に良い刺激となり、医療連携体制の実態化を図ることができる。医療従事者が実際に区民対象調査に携わること、区民の訴えを直接に吸い上げることができ、これを医療現場・行政にフィードバックすることで、医療機能の改善を図ることができる。また、学生、区民ボランティアが活動に加わることで、一般区民と医療体制及び行政の間のかけ橋となる機能もすでに成果として挙げられ、区行政における事業に反映されている。これらに今後の事業展開を含めれば、行政も含めた都市型地域連携ネットワークの構築推進が見込まれる。



みなと区民祭りに関する市民意識調査結果 2009年10月10日～11日 東京都港区 増上寺境内にて

地域の医療従事者をつなぐ、 外来での医療用麻薬導入時における 地域連携支援パスの開発

番匠 千佳子 氏 梅田 靖子 氏 塩野 州平 氏 大木 純子 氏 伊藤 智子 氏
聖隷浜松病院 看護部 聖隷浜松病院 看護部 聖隷浜松病院 薬剤部 聖隷三方原病院 看護部 聖隷三方原病院 薬剤部

川口 知香 氏 高科 嘉章氏 吉川 陽子 氏 川口 千香 氏 森田 達也 氏
浜松医科大学 医学部付属病院 看護部 浜松医科大学 医学部付属病院 薬剤部 浜松医療センター 看護部 浜松医療センター 薬剤部 聖隷三方原病院 緩和支援治療科

1.研究の背景と意義

近年、がん治療は入院から外来に移行し、がんに伴う症状緩和を目的とした医療用麻薬（以下、麻薬）の導入も外来で行われるようになってきた。がんに伴う痛みは、患者に教育を行なうことで緩和する¹⁾とされ、特に初めて麻薬を導入されたときの患者教育は重要だと考えられる。しかし、国立がん研究センターら²⁾の外来がん看護の調査によれば、症状コントロールが必要な患者すべてに対して外来看護師がセルフケア指導を実施している施設は約10%にとどまっている。さらに外来がん看護の現状に影響していると思う事項として、約半数の施設が「看護師の人数そのものが少ない」「フルタイム勤務者が少ない」「患者・家族と関わる時間が持てない」ことをあげていることから、外来看護師のみで患者教育を行うのは難しい現状があると考えられる。

一方、1951年に制定された「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律」によって医薬分業がうちだされ、外来通院患者の処方に対する服薬指導は、保険薬局（以下、薬局）が行うようになってきた。しかし、木澤らによる調査³⁾では「麻薬使用中のがん患者に対する服薬指導を行っていない」とした薬局が38%にのぼった。薬局が服薬指導を行えない理由として「正確に服薬指導する情報が足りない」「必要な知識を習得していない」ことが挙げられた。これらのことから、外来で麻薬を導入された在宅がん患者への指導は、どちらの職種においてもどこにおいても十分に実施されていないことが考えられる。

さらに、前堀ら⁴⁾は、在宅中のがん患者に対する電話モニタリングにおいて、40%の患者が改善の余地のある問題を有したまま在宅生活を送っていたことを報告していることから、在宅がん患者は、十分な服薬指導を受けることができずに苦痛に対処できないまま生活していると考えられる。またMichael I. Bennettら⁵⁾によるシステマティックレビューでは、教育的介入は疼痛を軽減させることが明らかにされ、一回のみの教育的介入でも疼痛を緩和させたと報告していることから、特に麻薬導入時の患者教育が重要であると考えられる。

以上のことから、在宅がん患者が安心して暮らすためには、外来での麻薬導入時の患者教育が確実に行われるシステムを構築することが重要である。そのためには、病院と地域の医療従事者が連携して患者教育を行うという新たな仕組みを導入し、切れ目のない医療サービスを提供する必要があり、病院や地域の医療従事者一特に看護師・薬剤師の連携体制を強化することが急務である。病院と地域の医療従事者が効果的に役割分担し連携するためには、そのツールとして、地域連携パスの開発が望まれるが、麻薬導入に関する病院と地域との医療従事者を結ぶ支援体制を明確にしたパスはまだない。外来での麻薬導入時の地域連携支援パスが開発されれば、患者が苦痛なく安心して在宅で暮らす一助となるだろう。

用語の定義：本研究における地域連携支援パスとは、外来で麻薬導入をした患者教育に対する、病院と保険薬局における医療従事者の役割を記した計画書とする

2.研究の目的

本研究の最終目的は、在宅がん患者が安心して暮らすために、外来で麻薬を導入した患者への教育に対して病院と地域の医療従事者をつなぐ地域連携支援パスを開発し、患者および医療従事者に対する地域連携支援パスを活用した効果を明らかにしてパスの有用性を検証することである。今回の研究では、その第一段階として地域連携支援パスを開発し、パス運用の実現可能性を調査することが目的である。

3.活動計画

本活動は、2011年度から2014年度まで予定されている活動の一部である。（図1参照）

4.期待される成果

外来での麻薬導入時における地域連携支援パスが開発されれば、患者は受診する病院や保険薬局に関わらず均一の支援を受けられ、症状コントロールに関する患者教育をうけることになる。適切な麻薬使用方法が理解されれば、患者は苦痛なく在宅で安心して暮らすことができるようになることが期待される。さらに、処方されている麻薬を十分に活用できずに緊急受診することが減少すれば、医療費の抑制にもつながるだろう。

さらに、この地域連携支援パスの開発によって、病院と地域の医療従事者のつながりが深まるというネットワーク化が期待されることに加え、パスがうまく運用できれば、外来での内服抗がん剤投与の患者教育など、活用の幅を広げることができると考えられる。

【文 献】

- 1) 特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会(2010):がん疼痛マネジメントにおける患者教育、金原出版、p178-179.
- 2) 国立がん研究センター、静岡県静岡がんセンター(2011):外来がん看護、外来部門に関する実態調査報告書;「在宅がん患者・家族を支える医療・福祉の連携向上のためのシステム構築に関する研究」第3次対がん総合戦略研究事業
- 3) 木澤義之、伊勢雄也、塩川満(2009):保険調剤薬局における緩和医療の関わりに関する調査;「がん医療の均てん化に資する緩和ケアに関する医療従事者の育成に関する研究」班 平成21年度厚生労働省科研補助金 がん臨床研究事業
- 4) 前堀直美ら(2009):保険薬局の電話モニタリングと受診前薬局による症状緩和の評価:OPTIM浜松、第14回日本緩和医療学会抄録集、p151.
- 5) Michael I. Bennett et al(2009):How effective are patient-based educational interventions in the management of cancer pain? Systematic review and meta-analysis, PAIN, 143. p192-199.

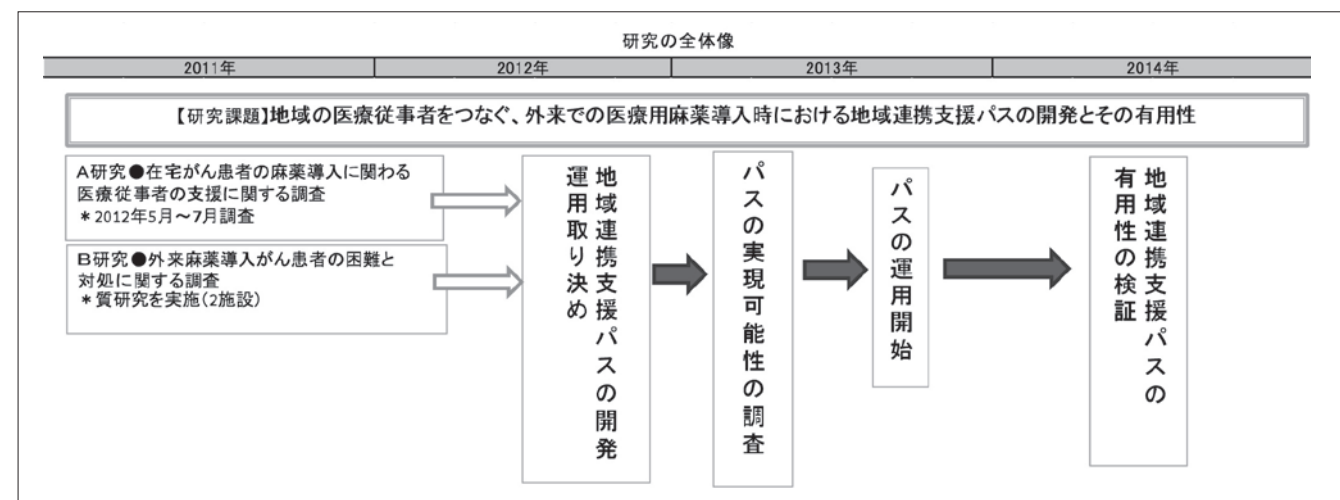


図1

大阪府における訪問看護ステーション 災害時相互支援ネットワーク構築の検討 (第一報)

立石 容子 氏

大阪府訪問看護ステーション協議会 理事

【活動の要旨】 訪問看護ステーションは、介護度の高い方や医療依存度の高い方などを主にした在宅療養者を支える機関として、その活動に期待がよせられている。しかし、全国的にもその事業所形態は小規模であり、運営、経営上にも困難性があることが指摘されている。なかでも、災害発生時の対策については、自施設の災害対策マニュアルだけでは対応できないことが容易に予測され、地域ネットワークによる相互応援体制の構築が急務である。本研究の目的は、「情報の提供と共有」をネットワークの第一段階であると位置づけ、訪問看護ステーションにおける災害時の支援ネットワーク構築事業の第一段階を開始するものである。

1. 背景

訪問看護ステーションは、介護度の高い方や医療依存度の高い方などを主にした在宅療養者を支える機関として、その活動に期待がよせられている。しかし、全国的にも平均常勤換算数5.6人とその規模は小さく1)、小規模であるがゆえに、運営や経営、教育、労働環境など様々な問題が山積し、多くの課題が未だ整備されていない2)。なかでも、訪問看護ステーションにおける災害対策については、事業所単位で作成することが困難であることから、全国訪問看護事業協会や県ステーション連絡会が独自に検討し、災害対策(対応)マニュアル3)4)5)として発行されている。その内容は、個々のステーションが活用するための所内のリスクマネジメントや利用者の安全確保のための内容など大変活用できる内容となっているが、いずれも個々の施設の対策を主眼としたものである。大

災害が発生した場合、前述の理由により一事業所のみでは対応できないことが容易に予測され、相互支援が必須となる。その円滑な実施のためには、被害状況の集約や各種情報の発信、相互の事業所間での支援システムの整備と認識など、「共助」や「公助」を受けるための都道府県レベルでの訪問看護ステーション間における災害時支援ネットワークの構築が必要である。

平成23年3月に発生した東日本大震災は、宮城県、岩手県、福島県に甚大に被害を与えた。各県のステーション数は74件～109件6)で、県ステーション協議会(連絡会)がメールや電話などの通信手段を利用し、被害状況の集約や必要情報の発信を県内の各ステーションにいち早く行われたことなどが報告されている7)8)。平成24年4月末時点で、大阪府の訪問看護ステーション数は594カ所と東京に次いで全国第2位であり、他府県と比較しその数は多い6)。近く発生すると予測される東南海地震で被害を受けた場合には、これら多数の組織の統一された連携活動を実践する必要があると、喫緊の課題となっている。

災害発生時には、「自助」はもちろんのこと、多職種、多団体、行政と連動した「共助」「公助」による支援体制が必要となるが、体制構築に向けて多機関と検討を行うにも、初動期におけるステーション間の情報集約と共有のシステムが稼働できることが前提となる。本研究も相互支援体制の第一段階としてそれを目標とした。

2. 本研究の目的

新たに大阪府訪問看護災害対策ネットワーク委員会を設置し、「情報集約と共有化」をネットワークの基幹機能(第一段階)と位置づけ、災害発生時の地域間の組織ネットワークの形成及び相互応援システムの開発の検討を行うことである。

3. 研究事業計画(予定)

1. 大阪府訪問看護災害対策ネットワーク委員会(委員会)の設置
【目的】 在宅療養者の災害時の療養生活を支援することを目的として、災害時の訪問看護ステーション間の相互支援システム及び地域内での組織ネットワークの構築を図る。

【構成員】 委員は、大阪府、大阪市、医師会、看護協会、訪問看護ステーション連絡協議会、介護支援専門員、地域包括支援センター等各施設からの推薦員等で構成し、他職種、他団体の視点での協議を行う。

2. 情報収集と実態調査

【情報収集】 災害対策ネットワーク構築の参考資料とするため、被災経験のある地域の訪問看護ステーションへの聞き取り調査、及び、各種報告、文献等により情報収集を行う。

【実態調査】 府内全訪問看護ステーションの災害対策の実態調査を行う。調査内容は、訪問看護ステーションの現状把握、災害対策の実態及び意識調査である。調査項目としては、事業所規模(職員数、利用者人数他)、利用者の要援護状況(要介護度、医療機器の装着状況、介護状況)、個別の災害対策マニュアルの有無とその内容、災害訓練の実施の有無、メールや電話、FAXなどの連絡手段、備品の整備状況、発災時の被災ステーションへの支援の可能性などを中心に行う。

3. 災害時対策マニュアルの作成

最終目標としては、府下全域の訪問看護ステーションにおいて共通して活用できるマニュアルを作成する。内容としては、①発災時の情報発信、情報集約などの連絡網の作成、②災害対策本部の設置と指揮命令系統の確立、③初動期～応急対応期における相互応援体制のあり方、④他団体、他職種との情報共有や連携について検討を行いマニュアルの完成を目指す。

4. 模擬訓練の実施

【目的】 作成されたマニュアルの内容の整合性を検証するため、模擬訓練を実施する。

【内容】 訓練では、マニュアル内に策定した連絡網の実施訓練を行い、結果によりマニュアルの修正を行う。具体的には、協議会からの情報の一斉送信及び地域災害担当組織への返信を行い、実施後の状況調査(調査票による評価判定)から達成状況を評価する。

5. 研究内容の報告

本事業の活動内容及び災害時対応マニュアルを報告書として作成して各関係機関に配布し、学会にて報告を行う、傍ら報告会やホームページなどを通して関係諸団体への周知を行う。

文献

1)厚生労働省：平成22年介護サービス施設・事業所調査結果の概況、

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service10/dl/gaikyo.pdf>[2012.7.10]

2)日本看護協会：平成20年度老人保健健康増進事業「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策の在り方に関する調査研究事業」、2008

3)全国訪問看護事業協会：訪問看護ステーションの災害対策―マニュアル作成と実際の対応、日本看護協会出版会、2011

4)茨城県訪問看護サポートセンター事業：訪問看護ステーション災害対策マニュアル、
<http://www.ina.or.jp/supportcenter/supportcenter.htm> [2012.7.10]

5)福島県内訪問看護ステーション連絡協議会：災害対策マニュアル
<http://flan-st.com/manual/>[2012.7.10]

6)全国訪問看護事業協会ホームページ：平成24年4月現在訪問看護ステーション数調査、
<http://www.zenhokan.or.jp/new/new/new288.html> [2012.7.10]

7)宮城県訪問看護ステーション連絡協議会：東日本大震災における宮城県訪問看護ステーションの被害～復興状況」、2012

8)全国訪問看護事業協会：その時訪問看護ステーションは―災害に立ち向かった看護師たちの記録,2012

〔発行名〕

〒446-0056 愛知県安城市三河安城町1丁目8番地4

TEL:0566-72-3007 (受付時間9:00～17:00) FAX:0566-72-2901 E-mail:info@sugi-zaidan.jp Web:http://sugi-zaidan.jp

※お問い合わせの内容、お時間によっては、翌日以降のご回答となる場合がございますのでご了承ください。