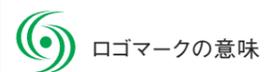
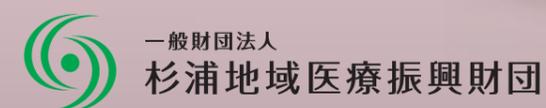


第2回

杉浦地域医療振興賞・
杉浦地域医療振興助成
報告集 2013.7

Journal of
Sugiura Foundation for Development of Community Care
Vol.2 July 2013



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。

ご挨拶

第2回杉浦地域医療振興賞及び杉浦地域医療振興助成公募には助成85件、褒賞16編の合計101件の応募をいただきました。応募いただきました皆様に、この場をお借りして御礼申し上げます。選考委員会先生方の厳正な選考により、今回はその中から助成に関しては12件、褒賞は3編を選定させていただきました。

残念ながら選に漏れた応募作の中にも、内容的には優れたものもありましたが、趣旨が異なることから見送らざるを得なかったものや、もう一工夫すれば入選と言った優秀な応募作もたくさんあり、選考の先生方にはご苦勞をおかけしました。御礼申し上げます。

今回の報告書では、第2回助成・褒賞の入選作のご紹介と第1回助成対象の活動報告も合わせて掲載させていただきました。本報告書の内容が、この分野に関心を持つ方々の参考として利用されると同時に、今後、本杉浦地域医療振興賞及び杉浦地域医療振興助成に新たに応募しようと考えている方の参考となることを願っております。

選考委員長講評

この度、杉浦地域医療振興財団の第2回杉浦地域医療振興賞及び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3回以降のご応募をお考えの皆様への参考に供したいと思っております。

今回の褒賞と助成の選考に当たっては、下記のような視点から各委員が独立に書面評価を実施し、その後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)

第2回募集には、褒賞16編、助成85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。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次第です。選考委員会においては、褒賞3編、助成12件を選定いたしました。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、本選考で重視する地域での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もございました。選考されなかった計画・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3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。



理事長
杉浦 昭子



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

(選考委員長を除き五十音順、敬称略)

第2回

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

安藤 明夫

中日新聞社 医療担当編集委員

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

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

田中 雅子

社会福祉法人 富山県社会福祉協議会
富山県福祉カレッジ 教授

山本 陽子

株式会社ケア・ビューティフル
介護福祉士 産業カウンセラー

第1回

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・ビューティフル
介護福祉士 産業カウンセラー

杉浦地域医療振興賞

地域包括支援センターを核とした、高齢者見守りネットワーク構築
～おおた高齢者見守りネットワークの活動～

中村 一孝氏
おおた高齢者見守りネットワーク 代表
澤登 久雄氏 04

おおた高齢者見守りネットワーク発起人 大田区地域包括支援センター入新井 センター長
社会医療法人財団 仁医会 牧田総合病院 医療福祉部 兼 在宅医療部 部長

慢性疾患セルフマネジメントプログラムを通じた多職種連携の取り組み

伊藤 雅治氏 08
特定非営利活動法人 日本慢性疾患セルフマネジメント協会 理事長

新しい地域医療の創出にむかって ―21世紀のプライマリ・ヘルス・ケアを礎として考える

本田 徹氏 12
浅草病院医師 NPO法人・シェア＝国際保健協力市民の会代表理事

杉浦地域医療振興助成

ケアマネジメントを中心とする包括的多職種連携教育プログラムの開発・実践・検証および
大学病院・地域連携モデルケースの確立

平川 仁尚氏 16
名古屋大学大学院医学系研究科附属 クリニカルシミュレーションセンター 病院助教

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

富樫 敦氏 17
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

西尾幡豆地域のシームレスな医療、介護、福祉の連携 ―連携手帳を利用して―

小嶋 佳代子氏 18
西尾幡豆地域医療を守る会 西尾市民病院 地域医療連携室

医療者・介護者・福祉者のための「ケア・カフェ®」の全国開催支援および、医療介護福祉従事者間の
連携尺度を用いた「ケア・カフェ®」の実効性の調査研究

阿部 泰之氏 19
旭川医科大学病院 緩和ケア診療部 副部長

多職種協働の「見える事例検討会」を導入し顔の見える医療・介護連携を構築(桐生見え検活動)

平林 久幸氏 20
医療法人ライフサポート わたらせりバーサイドクリニック 桐生見え検事務局代表

地域包括ケアシステムの構築を目指した多職種研修事業～柏在宅医療研修プログラムの大都市への応用～

平原 佐斗司氏 21
東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所 副理事長

難病コミュニケーション支援へのNPO活動と医療・保健専門職の関与の検討

成田 有吾氏 22
三重大学 医学部 看護学科 基礎看護学講座

がんと診断されたときからの患者支援システムを構築し、他職種協働により医療の隙間を埋め、
がん患者が「自分らしく生きる地域づくり」を推進する

阪野 静氏 23
NPO法人がん患者サポート研究所きぼうの虹 保健師

地域密着完結型ケア拠点「ハウス・て・あーて東松島」の創設と活動支援

川嶋 みどり氏 24
東日本これからのケアプロジェクト改め、一般社団法人日本で・あーて、TE・ARTE、推進協会

薬剤による嚥下障害の実態調査と危険因子の分析
―摂食嚥下認定看護師・薬剤師と介護者の連携による早期発見と対応マニュアルに向けて―

野崎 園子氏 25
兵庫医療大学リハビリテーション学部 大学院医療科学研究科 教授

スマート端末を使った音声認識記録作成補助SNSサービス

倉賀野 穰氏 26
株式会社 モバイルカガス 代表取締役

在宅での栄養支援体制の構築に向けた“在宅栄養支援の和・愛知”の活動

金子 康彦氏 27
独立行政法人国立長寿医療研究センター 栄養管理部 栄養管理室長

第1回 杉浦地域医療振興助成活動報告
2012.9

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 28
大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室

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 本多 つよし氏 結城 美智子氏 32
福島県立医科大学看護学部 いわき市立磐城共立病院 福島県立医科大学看護学部

薬局薬剤師による残薬及び重複処方実態調査 ―茨城県薬剤師会土浦支部・石岡支部との共同研究―

五十嵐 中氏 草間 真紀子氏 赤沢 学氏 野村 香織氏 36
東京大学大学院薬学系研究科 東京大学大学院薬学系研究科 明治薬科大学 東京慈恵会医科大学
医薬政策学 医薬品評価科学 公衆衛生・疫学

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 40
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

今津 嘉宏氏 44
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

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 48
浜松医科大学医学部 浜松医科大学医学部 浜松医療センター 浜松医療センター
附属病院 看護部 附属病院 薬剤部 看護部 薬剤部
聖隷三方原病院
緩和支援診療科

大阪府における災害時訪問看護ステーション相互支援ネットワーク構築事業についての検討(第一報)

立石 容子氏 52
大阪府訪問看護ステーション協議会

地域包括支援センターを核とした、 高齢者見守りネットワーク構築 ～おおた高齢者見守りネットワークの活動～

中村 一孝 氏

澤登 久雄 氏

おおた高齢者見守りネットワーク 代表

おおた高齢者見守りネットワーク発起人
大田区地域包括支援センター入新井 センター長
社会医療法人財団 仁医会 牧田総合病院 医療福祉部 兼
在宅医療部 部長

要旨

「高齢化の一途をたどる大都市東京において、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するためにはどうしたらよいのか？」この課題解決に向けて、大田区地域包括支援センター入新井の呼びかけで、高齢者に携わる各種専門機関と地域団体、企業等が協働し生まれたのが、本会「おおた高齢者見守りネットワーク」です。

本会の主な活動は、地域で暮らし、働く全ての人々と協働し、地域住民を対象とした、「地域づくりセミナー」の開催、「高齢者見守りキーホルダーシステム」の基盤づくりから普及啓発、高齢者が社会的役割を持てる場である「みま～もステーション」の以上三本柱の他、各地域団体・専門機関との連携に資する、研修会・イベントの実施等です。

高齢者の孤立を予防するためには、高齢者自身が、元気なうちから地域とつながる意識を持ち、出来れば早い時期に地域包括支援センターともつながっていること、そして地域の中で身近な人の異変に気付き、専門機関へ早期に連絡できることが必要です。地域のつながりが薄いと言われる大都市ですが、一方では多くの人が住み、働く人材の宝庫、社会資源の宝庫であるとも言えます。本会は『気づき・見守り・支え合う地域づくり』を合い言葉に、そのような大都市のメリットを活かした、都市型の見守りネットワーク構築を目指しています。

1. 会発足の背景と経緯

(1) 地域包括ケアの現場の現状

地域包括支援センターは、2006年4月の介護保険制度改正に伴って創設されました。以来、高齢者の心身の状態に合わせた健康維持や生活の安定、医療・保健・福祉の向上、さらには財産管理、虐待防止といった課題に対し、当該地域で総合的な支援とマネジメントを行い、課題解決に向けた取り組みを実践していくことを主な業務とする包括的な拠点として存在してきました。全国の自治体で2010年4月現在、4,056ヶ所の地域包括支援センターが設置されています。そして、高齢者の総合相談窓口として設置された地域包括支援センターにおける相談件数は、高齢化の進展等に伴って年々増大しており、私たちの活動拠点である東京都大田区でも、20ヶ所ある地域包括支援センターでひと月あたり約1万件もの相談に対応しています。

大田区の人口は2011年10月1日現在、694,916人で

23区中3番目に多く、高齢者数は142,218名、高齢化率20.4%です。つまり区内の5人に1人が65歳以上の高齢者です。

そんな大田区の北東部に位置し、昔ながらの住宅地や商業地が広がる大森地区に拠点を構えるのが、私が勤務する地域包括支援センター入新井です。ここで対応している相談は、月に500件を超え、増加傾向にあります。今後、急速に高齢化が進んでいくこのような大都市部において、地域包括支援センターが介護保険制度の枠組みの中だけで、まるで「もぐらたたき」の様の一つ一つの相談に対応しているだけでは、高齢者が安心して暮らせる地域などできていきません。まして、これから一人の高齢者が抱える問題が多問題化、複雑化していくことを考えると、個別対応すら一筋縄ではいかず、むずかしくなることは明らかです。今こそ、地域住民と地域で働く医療・保健・福祉専門職が広くつながり合い、高齢者を支え合うシステムづくり、町づくりが求められているのです。

(2) 会発足の経緯

このような地域包括支援センターが「もぐらたたき」の現状から抜け出し、本来の意味で地域包括ケアの中核機関としての役割を果たすには何が必要か・・・、そのような思いを抱いていた折、時期を同じくして発表されたのが「東京都地域ケア整備構想」でした。この中には、10年後の東京で高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できる社会の実現を目指すための基本指針が示されており、医療・介護・住まいと見守り等の地域ネットワーク構築など、サービス基盤の充実に向けた方向性が示されています。

これをもとに、2008年4月に12名の福祉専門職と地域の老舗百貨店・ダイシン百貨店の社員3名で、現在の前身である、「大田北高齢者見守りネットワークをつくる会」を発足しました。そして2009年1月、活動地域を大田区蒲田地域にも拡大したことに伴い、現在の「おおた高齢者見守りネットワーク(愛称『みま～も』)」に改名し現在に至ります。

2. みま～もの概要

(1) 組織概要

本会は任意団体であり、会の趣旨に賛同いただいた各種団体の賛助会費によって運営しています。2013年4月末時点で、賛助会員は、病院・クリニック7、企業・法人21、在宅サービス事業所33、施設4の合計65団体、後援は、大田区、医師会をはじめとした12団体です。賛助会員の方々は、運営費の捻出だけでなく、会の運営に積極的にに関わり、その中で専門性を発揮し、団体としての地域貢献を実現しています。

(2) みま～もの目指すネットワーク

高齢者医療・福祉において、ネットワークの必要性が叫ばれて久しい中、具体的なネットワークの形は未だ見えないのが現状です。そのため活動を開始するにあたって、ネットワークについての共通認識をもつことが必要であり、本会が目指すネットワークを次のように具体化しました。

【ネットワーク①「気づきのネットワーク」】

地域に暮らす高齢者と日常的につながりのある人たちが、普段の関係性の中で高齢者の異変に早期に気づくためのネットワークで、友人、ご近所同士、町会、老人会、商店街、銀行などがその構成者に当たります。

【ネットワーク②「対応のネットワーク」】

先に述べた「気づきのネットワーク」による地域での早期の気づきをもとに包括的・継続的支援を実施していくため

のネットワークと言えます。具体的には、地域包括支援センターのほか、医療・介護・福祉の専門機関等がこれに当たります。

以上「気づきのネットワーク」と「対応のネットワーク」が各々有効に機能し、尚かつ2つのネットワーク間が有機的に連携できるシステムづくりが、私たちの目指すネットワークであり、目標です。(図1)

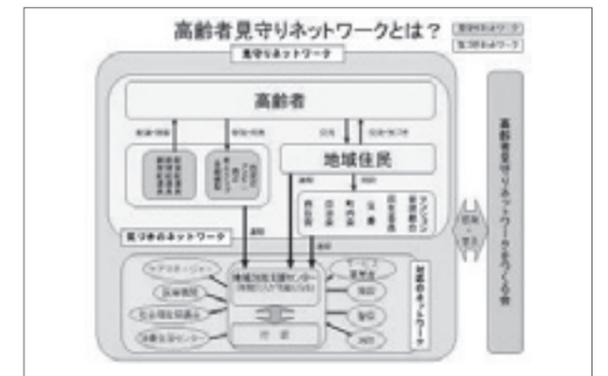


図1

(3) 活動の三本柱

1. 「地域づくりセミナー」

「地域づくりセミナー」の目的は以下の3点です。

- ① 地域住民に「気づき」の視点を伝え、ご近所の「異変」に気付くことができる(ご近所に関心を持つ)人を増やすことができる。
- ② 地域住民の「気づき」を、適切な時期に地域包括や専門機関につないでもらえるよう、地域住民と地域包括支援センターや専門職との間に顔の見える関係をつくっておく。そのため講師は、基本的に地域の専門家にする。
- ③ 賛助会員である専門職が、セミナーの企画・準備・運営などを、職種や法人の壁を越え一緒に行うことで、対応のネットワークの成長につながり、迅速かつ適切な個別対応につながる。

地域づくりセミナーは、年11回開催、毎回90～100名の地域の方が参加され、最も多い年代は70～80歳代の高齢者です。そのため、見守りに関する事に限らず、介護予防や健康など高齢者が興味を持って頂けるようなテーマにしています。また、年1回「特別地域づくりセミナー」として、250名規模で、認知症をテーマに、講義だけでなく、音楽を楽しめるセミナーも開催しています。参加された方が次回は友人を誘って参加してくれ、リピーターになっていくケースが多く、またアンケートからも満足度の高さが

分かります。《写真1》《写真2》



写真1



写真2

2. 「高齢者見守りキーホルダー」

「高齢者見守りキーホルダー」とは、事前に地域包括支援センターに本人情報、緊急連絡先、かかりつけ医療機関、病歴等を登録し、個人番号の書かれたキーホルダーを配布します。キーホルダーをもった方が、外出先で救急搬送された際や、認知症の徘徊などの際、警察や消防から地域包括に連絡が入り情報を共有することが出来るシステムです。前述の地域づくりセミナーの講師をして下さった地域の病院の医療ソーシャルワーカーとの打合せの中で、「本当の意味で高齢者の安心に繋がるものを生み出したい」という共通の思いの中から生まれ、何度も話し合いを重ね、消防・警察など関係機関との調整を経て、企画から2ヶ月後の2009年8月に大田区内一部地域で申請を開始しました。その後2年間で3,500名の登録があり、「全ての区民が登録出来るシステムにして欲しい」という多くの区民の声があり、2012年より、大田区の高齢者施策として全区で登録可能となりました。2013年2月末現在の登録者数は13,895名で、大田区内高齢者の10人に1人がキーホルダーをもっていることとなります。また、全国からの問合せや反響も大きく、いくつかの自治体でもこのシステムがスタートし広がりを見せています。《図2》



図2

3. 「みま〜もステーション」

2009年より賛助会員である有料老人ホームを拠点に月1回開催してきた食事会「みま〜もレストラン」が発展し、2011年、より一層地域に根ざした形で活動の幅を広げたのが、「みま〜もステーション」です。

大森柳本通り商店街振興組合と協働し、商店街の空き店舗を改修したお休み処を拠点とし、誰でも気軽に立ち寄り、高齢者が役割をもって活動できるサロン事業を行っています。ミニ講座や公園の管理運営、商店街と合同のお祭りなどを、地域の高齢者とともに実施しています。2012年度はミニ講座を108講座開催し、700名を超える高齢者が参加されました。また、公園の管理運営や夏まつりなどの開催にあたっては、高齢者自身が参加者としてだけでなく、ボランティアとして運営に参加しています。この高齢者は「みま〜もサポーター」として登録し、年会費を支払い、本活動の応援者として活躍してくれ、現在65名いらっやいます。《図3》《写真3》《写真4》



図3



写真3



写真4

2012年8月からは、商店街が「商店街コミュニティ活性化事業」を利用し、閉店した店舗を改修し、「アキナイ山王亭」をオープンさせました。「商店街コミュニティ活性化事業」とは、商店街の空き店舗を活用して、自由に使えるトイレや休憩場所を設け、地域コミュニティの活性を目指す大田区の事業であり、その「アキナイ山王亭」を「みま〜もステーション」の拠点として使用しています。《写真5》



写真5

(4) みま〜もの今後

超高齢社会の到来を控え、福祉の現場は今、大きな変革の時期を迎えています。その大きな要因の一つは、一人一人の高齢者が抱える問題が多問題化、複雑化しているということにあります。例えば、多問題を抱え、人との関わりを拒否している高齢者の問題解決のために、たった一人の専門家が関わったところで、その扉を開くことはできないでしょう。

私たちは本活動を通して、「地域全体で高齢者を見守ることの重要性を地域の人たちに知ってもらうこと」、そして「この地域で医療・保健・福祉の専門職たちも一緒に手をつなぎ合い、さらにその事実を地域住民に広く伝えていくこと」が必要なのだ、と考えています。

私たち医療・保健・福祉専門職が目指す最終目標—それは「SOSの声を自ら上げることのできない人たちに自分たち専門職の手が届くこと」です。その実現に向かって、私たちはこれからも多様な機関と連携し活動していきます。《図4》



図4

慢性疾患セルフマネジメントプログラムを通した 多職種連携の取り組み

伊藤 雅治 氏

特定非営利活動法人
日本慢性疾患セルフマネジメント協会
理事長

要旨

完治が難しい病気をもつ人たちの意欲を高め、自己管理技術を伝える慢性疾患セルフマネジメントプログラム(CDSMP; Chronic Disease Self-Management Program)。米国スタンフォード大学医学部患者教育研究センターで開発され、現在は世界20カ国以上で展開されている。

2013年5月20日現在、本会が開催したCDSMPワークショップには1,478名が参加している。また、ワークショップの開催を重ねる中で完治が難しい疾患をもつ人たちの困難さを掘り下げ、自己管理の課題が、おおむね、①自身の病状を知り、適切な服薬などを行う治療に関する課題、②仕事や家事、友人とのつき合いなど社会生活に関する課題、③病気から生じる不安やイライラなど感情に関する課題、の3点に集約されることを確認した。

私たちは、完治が難しい疾患をもつ人たちを支援するためには、医療従事者が病気をもつ人たちの課題やニーズを捉え、多職種が連携できる環境作りが必要であると考えた。そこで病気をもつ人が体験談を語りつつ、医療従事者も自身の直面する課題について考え、問題解決を目指す様々なシンポジウムを開催してきた。

また、病気をもつ人もチーム医療の一員と捉え、医療従事者から望む援助を引き出すことが病気をもつ人の役目でもあると考えている。病気をもつ人が多職種連携のメリットを享受できるようにするためにも、CDSMPによる支援を続けている。

1. 本会の設立経緯と慢性疾患セルフマネジメントプログラム

(1) 本会の設立について

本会は、糖尿病や高血圧をはじめとした生活習慣病や、膠原病、パーキンソン病、炎症性腸疾患などの各種難病、希少性疾患やがんなど、完治が難しい疾患をもつ人たちのQOL改善を目的に、日本製薬工業協会ならびに同会加盟各社や、複数の企業・団体の多大なご支援の下、2005年に設立された。設立メンバーは患者会・患者支援団体の代表や、医療従事者、医療経済や医療政策に関わる学者・有識者、医療ジャーナリストなど多岐にわたり、それぞれの専門性から完治しない病気をもつ人たちの支援に関する理念を語り合い、本会の設立に至った。

本会のミッションは「完治しない病気をもつ人たちが、充足感のある自立した生活を営むことができるよう支援すること」であり、ミッション達成のため、設立以来、慢性疾患セルフマネジメントプログラム(CDSMP; Chronic

Disease Self-Management Program)を用い自己管理技術を伝えるワークショップ活動を行ってきた。

(2) CDSMPの開発

CDSMPは、完治が難しい病気をもつ人たちの自己管理を支援する教育プログラムであり、1980年代初頭からスタンフォード大学医学部患者教育研究センターで開発が始められた。開発当初はリウマチ性関節炎をもつ人のためのプログラムであったが、開発を進める中で、完治が難しい疾患をもつ人たちは、疾患名は違っても、疾患から生じる課題にはある程度共通性があり、対処の方法も似通っていることがわかってきた。そこで、疾患を1つに絞らず、複数の疾患の人たちで参加できる形のプログラム開発を進めることとなった。

プログラム開発にあたってはバンデュラ(Albert Bandura)が提唱する自己効力感(self-efficacy)に関する理論を用い、参加者が病気に対処しながら生きていくことへの自信を高めつつ、行動変容を促せるようにデザインさ

れている。

現在、CDSMPは、本国アメリカをはじめ、イギリスやカナダ、デンマーク、香港など20カ国以上で、各国の言語に翻訳されて展開している。特に、イギリスにおいては、NHS(National Health Service)が国家政策として導入。EPP(Expert Patients Programme)という名称で、国内各地で開催されている。

(3) CDSMPの6つの特徴

CDSMPの特徴は、大きく六点ある。

第一に、ワークショップの参加人数について、8人から16人と比較的少人数で行っている。これは、参加者の行動変容を促すためには講義形式で一方向的に知識を伝えるだけではなく、グループワークも行いながら実践することが重要だからである。

第二に、開催形式であるが、これは毎週1回2時間半のワークショップを、全6週間で行うこととなっている。同じ曜日の同じ時間に、全部で6回集まってもらい、話し合いをしながら進めていく。1週間ごとに自分の生活で学んだことを試してもらい、習慣として定着できるようにするため、6日間連続で開催するというようなことはしていない。

第三に、CDSMPのワークショップには、慢性疾患、すなわち短期間で完治する風邪などの急性疾患や後遺症の残らない怪我などを除き、完治が難しい多くの疾患の人が参加できる。日本での参加者の疾患一覧(参加者の自由記載)を見ると、糖尿病や線維筋痛症、関節リウマチ、膠原病、潰瘍性大腸炎、乳がん、大腸がんなどのほか、シルバーラッセル症候群など希少疾患も含め、幅広い疾患の人が参加していることがわかる。

また、第四に、病気の本人だけでなく、家族や医療従事者も参加できる。様々な立場の人で話し合い、それぞれの思いを知ることで、病気の人が自分の状況にある程度、客観視できるようになる。自分の疾患のことだけでいっぱいになっているところから、他者との関係性を再解釈することで、感情的な対立を防ぎつつ必要な支援を受けられるようにする効果もある。

第五に、進行役も病気をもつ人が務める点が挙げられる。CDSMPのワークショップは、2名の「リーダー」が進行役を務めるが、そのうち必ず1人以上は完治が難しい病気をもつ本人が務めることとなっている。これは、人は自分と同じような立場の人から学んだときに一番よく学ぶことができるという自己効力感の理論によるもので、例えば医療従事者や家族から言われると反発してしまうようなことも、自分と同じように病気をもつ人から言われると受けいれら

れたり、やってみようという気持ちになったりするということである。

第六に、CDSMPのワークショップ実施にあたっては、スタンフォード大学が用意したマニュアルを使うことが決められている。マニュアルには、ワークショップ6週間の内容がセリフや指示を含めて事細かに書き込まれており、マニュアルに沿って実施することで、医療に関する専門知識をもたない人でも、正しい知識を伝えつつ参加者の意欲を高められるよう工夫されている。このマニュアルにより、ワークショップごとの質のばらつきがなく、全国どこでも同じ質のワークショップが受講できることとなり、広く世界20カ国以上に展開しながら、エビデンスを定量的に評価することも可能となった。

(4) CDSMPの内容とエビデンス

CDSMPでは、参加者に12の自己管理の技術を伝える。〈図1〉運動や服薬など症状を管理する技術のほか、社会生活を円滑にするために良いコミュニケーションの技術を学んだり、自身の感情の変化に対処する技術を学んだりもする。

CDSMPで伝える 12 の自己管理技術

運動	問題解決
薬	心を活用する
疲労の管理	痛みの管理
計画を立てる	コミュニケーション
よい呼吸法	健康な食事
医療従事者との協業	感情の理解

図1

さらに、参加者の自己管理が義務感になってしまうことがないよう、参加者が自身の病状の中でできるやりたいことを考え、毎週実行してもらう「アクションプラン」の演習も行う。アクションプランを実施することで、例えば参加者からは「薬を飲まなければいけない」という義務的な考えから「やりたいことをするために薬を飲もう」と変化し、治療を受けいれることができたという感想も頂いている。

また、参加者の参加後の変化について、世界各国で調査が行われている。

スタンフォード大学がアメリカの参加者を対象に行った調査によると、ワークショップ参加6カ月後の時点において、ワークショップ参加群は対照群と比較して、医師とのコミュニケーションや健康状態の自己評価の改善、運動時間の増加、入院回数と入院日数の減少などが、有意差をもって認められた^{*1}。

また、日本においては、厚生労働科学研究費を取得して調査を行い、スタンフォード大学での調査と同じようにワークショップ参加6カ月後時点で医師とのコミュニケー

ションや健康状態の自己評価の改善、運動時間の増加がみられたほか、ストレス対処能力(SOC; Sense of Coherence)の改善や健康問題に関する悩みの減少もみられた。また、2011年度の調査では、ワークショップ参加前の段階で服薬アドヒアランスが低かった人々について、参加3カ月後の時点で服薬アドヒアランスの改善がみられていることが報告されている^{※2}。

2. 本会の活動について

(1) 本会の活動について

本会では、2005年の設立以来、CDSMPを全国16都道府県で155回開催、参加者総数は1,478名となった(2013年5月20日現在)。また、ワークショップ進行役であるリーダーの育成については、スタンフォード大学が定めた4日間の研修を日本版にアレンジして5日間の研修として提供、修了したおよそ80名の人々が全国でワークショップを開催している。<図2>



図2：2010年11月に開催された、CDSMPリーダー育成のための研修会の様子

完治が難しい疾患をもつ人たちが自身の自己管理を成功させるには、医師や看護師、薬剤師らの医療従事者や家族、医療福祉行政の関係者などと協働していく必要がある。ワークショップを重ねる中で、病気をもつ人たちが直面する様々な課題を整理し、その知見を医療従事者や家族、行政関係者に伝えていくことも必要ではないかという思いから、CDSMPのワークショップ開催以外に、家族や医療従事者、行政関係者などを対象としたシンポジウム、グループワークなども開催していくこととなった。

(2) 完治しない病気をもつ人たちが直面する課題

スタンフォード大学医学部患者教育研究センターが調査した結果によると、完治しない病気をもつ人たちが直面する課題は、大きく以下の3点に整理される。

一点目は、治療に関する課題であり、病気の性質や自身の病状を知り、治療を理解することや適切に服薬をすること、さらには治療に関する望みを医療従事者に伝えるこ

となどが含まれる。特に、それまで大きな病気をしたことがなく、突然、完治が難しい病気になってしまった人の場合、大きなショックを受けるとともに、治療に関する専門用語などに圧倒されてしまうこともある。また、長く続く治療の中で、医療従事者と良い関係を作りながら服薬などの自己管理を続けるためには、自身のモチベーションを保つ必要もある。

ただし、病気になって困ることは治療や症状に関することだけではない。二点目に、仕事や家事、育児、友人とのつき合いなど社会生活に関する課題も生じてくる。日々、変化する症状を抱えながら社会生活を続けることは、なかなか困難である。自身の症状をうまくコントロールしながら、周囲の人たちとよいコミュニケーションをとる必要も出てくる。

三点目に、完治が難しい疾患をもってしまったことで、将来に対する不安が出てきたり、食事など制限のある生活を続ける中でイライラしてしまったり、感情に関する課題も生じる。自分の感情をコントロールするのは難しく、感情の揺れに振り回され、より症状が悪化してしまう人もある。

スタンフォード大学のこのような整理について、私たちが日本でワークショップを経験する中でも同様の傾向がみられた。医療機関での自己管理指導というと、治療に関する自己管理が強調されることが多いが、病気をもつ人の直面する課題を軸に、社会生活や感情に関する自己管理の技術を伝えていくことも必要であるとの認識を深めた。

(3) 糖尿病療養指導士研修会でのグループワーク開催

2009年、新潟県下越地区糖尿病療養指導士研究会より、糖尿病患者のセルフマネジメント能力を高めるための支援方法を学ぶ会を開催したいとの依頼があり、同年11月、新潟大学医歯学総合病院において本会がグループワークを行った。<図3>



図3：2009年11月に開催された、新潟県下越地区糖尿病療養指導士研究会の様子

新潟県下越地区糖尿病療養指導士研究会は、糖尿病

療養指導士として働く看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士などが参加する研究会で、毎年、会員向けの講演会を開催していた。私たちは、実際に糖尿病をもつ人から体験談を話してもらい、その後、参加者から、医療従事者として糖尿病をもつ人の支援を行う上での困難例などを挙げてもらい、問題解決を行った。

問題解決を行う上では、CDSMPで扱う「問題解決法」の技法を用い、他の参加者から自由にアイデアを出してもらったブレインストーミングも行った。参加者からは「患者さんとの関わりの中で困ったり悩んだときに、ブレインストーミングを活用して解決策を見いだしてみたい」、「話を聞くだけの講演だけでなく、今回のように他の病院のスタッフの話を聞く機会のある研修会がよい」など、概ね高評価を頂いた。

(4) 熊本県での広がり

熊本県においては、2009年より、熊本県内でのCDSMPワークショップの開催について、熊本県難病相談支援センターを運営するNPO法人熊本県難病支援ネットワークと本会の協働事業として行ってきた。また、同じく2009年より、毎年7月、特に難病に関わりの深い医師、看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、医療福祉に関わる行政関係者などを対象に、熊本県難病相談支援センターと共催でシンポジウムを開催してきた。シンポジウムでは難病の人たちの抱える課題を考えながら、それぞれの職種がどのように連携し、支援を行うことができるかについて話し合っている。2009年のシンポジウムに講師として参加した医師からは「CDSMP受講により、パターンリスティックにこれしなさい、あれしなさいではなく、相談しながら治療を進めていくということがやりやすく、従って治療方針が決定しやすくなります。CDSMPは医療ではありませんが、医療を受ける前の準備段階として非常に有効であり、私たちの医療をやりやすくする触媒効果があると思います」とのコメントも頂いた。

(5) まとめ

近年、病気をもつ人のニーズに寄り添いながら医療を進める「患者参加型医療」ということが重視されてきている。本会では、患者参加型医療を図5のようなイメージで捉え、病気をもつ人もチーム医療の一員として参加していくことが必要であると考えている。<図4>

そのためには、病気をもつ本人の生きる意欲を引き出し、自己管理の技術を伝えるとともに、地域の医療従事者が多職種で連携し、支援をしていくことが重要である。

本会では、今後もシンポジウムなどで多職種の連携を

深めつつ、病気をもつ本人が多職種連携のメリットを最大限享受できるよう、CDSMPによる支援を続けて参りたい。

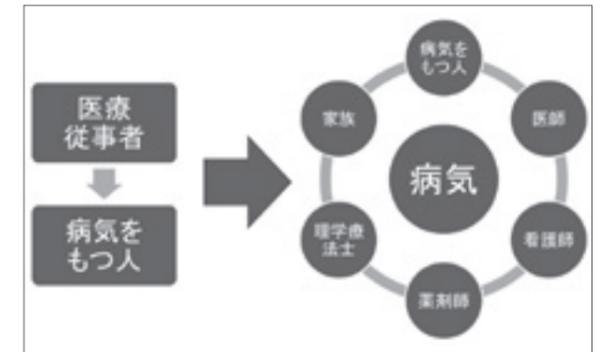


図4

※1：Medical Care, 37(1):5-14, 1999. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown Jr BW, Ritter PL, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: A randomized trial.

※2：2011年度 厚生労働科学研究費補助金（免疫アレルギー・疾患予防・治療研究事業）分担研究報告書。上野治香ほか「慢性疾患セルフマネジメントプログラム受講者の服薬アドヒアランスの受講前後の変化の検討」

新しい地域医療の創出にむかって — 21世紀のプライマリ・ヘルス・ケアを礎として考える

本田 徹 氏

浅草病院医師
NPO法人・シェア=国際保健協力市民の会
代表理事

要旨

21世紀の日本は、超高齢社会、健康転換、世帯構造の激変の中で、地域医療や包括的地域ケアが大きな試練のときを迎えようとしている。しかも、東北大震災と福島原発事故後の未来はなお不透明で、住民は多難な道を復興に向けて歩んでいる。日本社会全体の被災地域への連帯や自治体間の連携・協力の質が問われている。筆者は、東京台東区の山谷地域で、病院勤務医のかたわらNPOの医療ボランティアとして働き、同時に海外協力NGOの責任者として過去30年に亘り、途上国への草の根医療保健協力活動にも従事してきた。それらの経験から、また過去の長野県・佐久総合病院での農村医療や、タイ国でのプライマリ・ヘルス・ケア(PhC)専攻の修士課程の学びから、21世紀の現実に適合させたPhCの理念とアプローチが、グローバル化時代に一層必要とされ、また有効であることを確信している。実際、ここ数年、台東、墨田、荒川地域で、医療、看護、福祉、介護、精神保健など多職種の人びとが連携・協力しながら、患者・クライアントの安定した地域生活移行を実現させたり、いわゆる「困難ケース」についての研究やアプローチに関する質的研究に着手して、実績をあげつつある。21世紀の新しいPhCにおいては、当事者主権の精神を元に、地域で関係する多職種専門職の人びとが、真に公平・対等で透明性の高い連携を組んでいくことが必要だと考える。

1.序章：21世紀の日本における新しい地域医療の要請とその背景

(1)Demography(人口統計)の変化

— 超高齢社会への急速な歩み

健康転換(Health Transition)という言葉がある。よく知られるように、近代日本は明治時代以降、疾病構造、食生活、環境衛生などの背景因子の変化に伴って、多産多死、多産少死、少産少死という、健康転換ないしDemographyの変遷を経てきた。しかし、2007年を境にこの国では、毎年継続的に死亡数が出生数を上回ることとなり、本格的に「少産多死」の時代に突入した。筆者はその意味で、日本は第4の健康転換期を迎えたと考える。

厚労省および国立社会保障・人口問題研究所の統計によれば、2008年に114万あった総死亡数のうち92万7千人(81.3%)が医療機関で亡くなっている。2030年には、総死亡数は160万人に達すると見込まれている。しかも、2010年には総世帯数50,287(千)に占める単独世帯

数は15,707(千)、すなわち31.2%であったものが、2030年には、総世帯数48,802(千)に対し、単独世帯数は18,237(千)と、相対割合(37.4%)としても、絶対数としても著しく増加する。

WHOやOECDも認める通り、日本は世界でも冠たる長寿の国となったが、そのことの「光」と「陰」の部分、それぞれ冷静かつ客観的に分析・認識し、次代に備えていくことが切に求められている。地域医療という観点からすれば、病院という資源が、平均在院日数の短縮化、および急性期、回復期リハビリ、療養、専門・高度医療という病床種類の機能分化という滔滔たる流れの中で、病院内死亡が今後とも総死亡の80%超を占めるといった、先進国でも異例の数字を維持していくことはありえないし、高齢者・患者のQOLや自己決定権の尊重という視点からも、望ましいことではない。

木村利人や猪飼周平らの唱える、「キュアからケアへ」や「医療モデルから生活モデルへ」といったパラダイムシフト

は、社会経済的また人口学的要請であるとともに、21世紀の日本がより人間的で、介護保険制度の趣旨である自己決定や参加型社会の形成という意味でも、必要なこととなっていると言える。

(2)長野モデルとはなにか？

厚労省の「都道府県別生命表」(2013年3月11日付朝日新聞記事)によれば、都道府県別の平均寿命において、長野県が男女とも首位に立った。(男80.88歳、女87.18歳。全国平均は男 79.59歳、女 86.35歳)

男性について長野県は、実に1990年以来5回連続で首位だったことになる。また従来長野県の医療費は他の都道府県に比べ低医療費で、健康長寿が実現できていることが注目されてきた。この興味深いテーマについて、2011年9月18日に長野県松本市で開かれた「在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク」のシンポジウムにおいて「長野モデルの検証」と題して話し合わせ、筆者も登壇の機会を与えられた。このシンポジウムの共同演者の一人で、当時、佐久総合病院小海診療所長であった長純一医師(現・石巻市立病院仮設診療所長)を始めとするパネリストたちは、「健康長寿・低医療費の長野県」の背景にある要因として次のものなどを掲げ、活発な議論を交わした。

- ①医者だけに頼らない、地域の保健師、種々の保健ボランティアによる積極的な、参加型ヘルスプロモーション活動。
- ②佐久病院に代表される農協(厚生連)病院と、国保診療所・国保病院間の、予防活動・健診活動における切磋琢磨、競合。
- ③在宅で「生き遂げること」を望む患者さんに対して、誠実に向き合い、ケアをし続けた看護師、医師、介護、福祉職らの献身的努力。(全国一の在宅死亡率)
- ④全国一高い高齢者就業率(農業就業率の高さを反映)
- ⑤村、町、市などの自治体首長の、すぐれた先見の明、イニシアチブ。

長野県の達成をもっぱらコストパフォーマンスのよさという観点からのみ捕え、技術的側面だけ真似していこうとする考え方に対して、長医師は警鐘を鳴らす。真に住民参加型の予防・健康増進活動や、質のよい保健・医療従事者養成など、地域主体の社会資源を粘り強く守り育てていくという、まさにプライマリ・ヘルス・ケア的な発想と行動こそが必要だし、長野の経験から学ぶべき点だと彼は訴えている。傾聴すべき意見であろう。

(3)東日本大震災と福島原発事故が突きつける新しい現実

2011年3月11日に起きた東日本大震災は、病院・診療所・介護施設など地域の社会資源、医療人材、リフェラル・システムなどに甚大な物的・人的・制度的被害をもたらし、その負の遺産はいまだに埋めることが困難なものとなっている。NGOシェアが救援・復興活動に加わった気仙沼地域でも、また筆者が現在ささやかに関わっている「原発事故後背地」としてのいわき市でも、地域医療は依然困難な状況にあり、その持続可能性(Sustainability)が問われる事態となっている。

もともと医療過疎的な状況にあった東北地方は、大震災でインフラの多くを失い、貴重な保健人材までが、経済的理由また、放射能汚染からの避難などの理由のために、地域から離れざるをえなくなっている。こうした大きな試練と課題の中で復興を果たしていくことを目指す際、一つの重要な試金石となるのが、自治体間協力であろう。

その意味で、福島県浜通り中・南部の、双葉郡8カ町村といわき市との関係は、今後の日本の地域医療全体から見ても示唆に富んでいる。双葉郡は原発災害の直撃を受け、住民の集団的避難、土壌や環境の高い放射能汚染により、地域そのものが解体の危機に直面している。住民は、故郷を離れて苦難の道を歩みながらも、故郷再建の道を、勇気と粘り強さをもって探っている。一方受け入れ側のいわきは、日本でも指折りの広域自治体であること、福島県浜通りの中心的な市であったことから、双葉郡の多くの住民及び自治体の受け皿となり、多数の仮設住宅、借り上げ住宅、更に実質的な「仮の町」(役場)が作られ、今や移住した避難者人口だけで2万5千人に達すると言われる。そのことは、原発事故前からすでに逼迫していたいわき地域の医療資源をさらに追い詰め、枯渇させる危険性もあるが、反面、自治体どうしの対話や協力関係を強化し、ホスト側・ゲスト側双方の創意工夫を引き出し、さまざまな「ハイブリッド的活動やインフラ」を作っていく可能性も生まれてきている。

先日筆者が訪れた「仮設・介護老人保健施設・榎葉ときわ苑」は、榎葉町の介護老人保健施設でありながら、いわき市内に建てられ、しかも「仮設」と銘を打ちながら、きわめてアメニティと機能性の高い恒久的施設に仕上がっている。この老健を利用しているお年寄りも、運営する施設側スタッフも、いつかは榎葉に帰るのだという志を一つにしている、という意味で深く心を動かされた。

2.日本と途上国をつなぐ視点：振り返りと学びの旅から

(1) 青年海外協力隊員としての途上国保健協力の原点 — チュニジアで体験したプライマリ・ヘルス・ケア (PHC)

筆者が地域医療をプライマリ・ヘルス・ケアの視点から考えるようになったきっかけは、1977年から79年までの2年間余の、北アフリカ・チュニジアでの経験である。はじめは、イスラム文化に接したいといった程度の軽い気持ちで青年海外協力隊に応募し参加したのだった。赴任先は人口8万人の、地中海に浮かぶ島の病院であり、かつ唯一人の小児科医であったことから、病院の新生児医療から、ヘルス・ポストへの巡回診療、母子保健センターでの予防・健診活動に至るまで、幅広い臨床・教育活動に携わる機会に恵まれた。しかも、任期中の1978年9月WHO(世界保健機構)と140カ国の代表による、歴史的なPHCに関するアルマ・アタ宣言が発表され、大きな啓発と刺激を与えられることとなった。つまり、チュニジアの片田舎で自分の携わっている医療が、世界共通の保健課題に通底しているものであり、そこでの努力がある意味で、途上国の子どもや母親たちの健康問題の解決につながる鍵を含んでいるかもしれない、という一種の連帯意識のようなものであったかもしれない。帰国後筆者はそうした経験を、「文明の十字路から」という小著に書きとめた。

(2) アルマ・アタ宣言から21世紀のプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) へ

アルマ・アタ宣言に凝縮された、'Health for All' に象徴されるプライマリ・ヘルス・ケアの理念とアプローチは、20世紀最後の四半世紀の世界全体の保健・医療に深く広範な影響をもたらしたが、21世紀を迎えてもその投げかける問いと光芒は依然切実さと輝きを失っていない。その理由は、①医療における公平性や人権という価値観と政策を明確に打ち出したものだったこと、②医療・保健活動における地域の主体性や住民参加を尊重し、促したこと、③予防や健康増進の活動に、「治す医療」と並ぶ高い位置づけを与え、医療を専門家独占から解放したこと、④世界でも未曾有の超高齢社会と単身者世帯社会が現出していくという日本の状況にアダプトできる思想と柔軟性を持っていること、などが挙げられる。2000年に始まった介護保険制度はその意味で、日本における「当事者主権」(中西正司・上野千鶴子)とPHCの時代の本格的到来を告げる出来事だったと、筆者は考えている。

2008年にWHO(世界保健機構)から出された2つの歴史的な文書、'Primary Health Care : Now More Than

Ever' と 'Closing the gap in a generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health' は、PHCがなぜ21世紀においてより一層必要とされるに至ったかという背景説明と、その根拠としての「健康の社会的決定因子」(Social Determinants of Health)に関する詳細な検討と解決への処方箋とを縷述したものと言える。後者のレポートを起草した委員会(Commission)の委員の一人が、東京電力福島原子力発電所発事故調査委員会(国会事故調)の委員長・黒川清氏だったことに、筆者は運命的なものを感じる。社会的公正と科学的究理の精神が、2つの報告書を貫く基調として脈打っているからだ。

(3) NGOシェア：PHCに基づく、日本の「外」と「内」を繋ぐ活動

シェアが生まれる直接のきっかけとなったのは、1980年代初頭のカンボジア難民に対する、市民主体の救援活動だった。タイ国境カオイダン難民キャンプでの医療支援や青年海外協力隊参加などを通じ、途上国での医療・保健活動を経験し、いわゆる南北問題や「開発」問題に関心を持った医療者たちが集まって勉強会を始めたことがきっかけで、すこしずつ実践を重ね、エチオピア、カンボジア、タイ、東ティモール、南アフリカなどへ活動の場を広げていった。私たちにとって、大きなモデルとなり導き手となってくれた人物が二人いる。一人は佐久病院の若月俊一であり、もう一人が、途上国を中心に保健教育や地域リハビリテーション(CBR: Community-based Rehabilitation)に革命的な新風を吹き込んだ、デビッド・ワーナー(David Werner)である。若月は、戦争の惨禍からまだ日本の国全体が立ち直っていない昭和20年代から、信州の佐久病院を拠点に医療過疎の農村に分け入り、質の高い医療を農民に届けるだけでなく、病気を予防し、健康意識を住民に根づかせるために奮闘した。芝居や保健ボランティアを活用したユニークな方法は、PHCという言葉すらなかった時代に、アルマ・アタ宣言に数十年も先駆けて、この国に優れた地域医療モデルを作り出したという意味でも特筆に値する。

一方で、ワーナーは、人びとが自分たちの手で健康な生活を作り上げていけるよう、斬新な参加型教育の手法を編み出し、また人々自身が簡単な治療を行えるような実用的なマニュアルを、ふんだんな挿絵を使って次々と生み出し、途上国の何千万という人々や草の根の保健ワーカーに大きな福音をもたらした。

シェアは、こうした二人のパイオニアに学びながら、日本

でも在日外国人の健康問題への取り組みや、後述の山谷地域のホームレス者支援などを通して、PHCの実践に取り組むとともに、途上国での母子保健やHIV・エイズの予防啓発活動、小学校での保健教育を続け、今年創立30周年を迎えた。国の「内」と「外」をPHCの理念と方法でつなぎながら、今後とも現場での地道な活動と、国際交流を進めていきたい。

3. 山谷・墨田・荒川地域で地域医療連携と包括的地域ケアのモデル作りを追求する

台東、荒川両区にまたがる山谷地域は、かつて日本の三大「寄せ場」の一つとして、多数の日雇い労働者(彼らの多くは東北地方からの出稼ぎ農民だった)が、昭和30-40年代、高度成長期の日本の経済的繁栄を底辺から支えてきた。その後、この地にも高齢化の波が押し寄せ、労働者の街から福祉の街へと変貌していく。高齢化のみならず、独居、生活困窮、居住不安、慢性疾病など、日本の社会が今後一層のスピードで直面することになる課題に、この地域はいち早く立ち向かわざるを得なかった。もともと労働運動やホームレス者支援の活動を担うグループが多かったため、比較的早期から、福祉や医療への取り組みを始めることができた。とくに山友会は、医療、生活相談・支援、居住サービスなど複合的な活動を30年近くに亘って持続させている。筆者もボランティア医の一人として関わっている、山友会のクリニックは、これまでにのべ11万人のぼる患者へのプライマリ・ケアを提供してきた。おそらく保健所の認可を受けた常設の診療所のうち日本で唯一、健康保険を一切扱わず、完全無料診療所活動を貫いてきた。

2008年以来、山友会を含む地域の種々のNPO、病院、診療所、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、薬局、地域包括支援センターなどが集まって、「地域ケア連携をすすめる会」を発足させた。台東、荒川、墨田などの地域に住む、あるいはそこに居住地を求めて移ってきた、さまざまな生活・医療上の困難を抱えた人びとを、ご本人の意思や自己決定権を最大限に尊重しながら、安定的な地域生活が確立できるように、他職種連携のネットワークで支えていこうとする試みである。

こうした動きとは別に、プライマリ・ヘルス・ケア研究所(PHCI)が2008年、台東区のあやめ診療所長伊藤憲祐医師によって設立され、2011年正式にNPO法人化された。実質的な活動は、墨田区の訪問看護ステーションみけ、山谷地域のNPO友愛会、山友会、大学教員などが中

心になって担われ、PHCや地域医療保健に関わる、研究、人材育成、アドボカシー・講演会活動などを活発に行っている。とくに、いわゆる「困難ケース」に関する質的研究には集中的に取り組んできた。有能で、鮮明な問題意識を持った若い研究者・実践者たちの活動には目を見張るものがある。

4. 結びとして

以上のように、日本の医療をめぐる現実が非常に厳しく、悲観的ではある中で、どのように公平性と透明性と、真の住民参加、地域主体の地域医療を構築し担保していくかは、今後「2025年問題」に向き合う日本社会全体にとって、切実な課題であると共に、新しい可能性を生むチャンスとも捕えられるであろう。その意味で、プライマリ・ヘルス・ケアを21世紀の新しい現実に合わせて包括的地域ケア、地域医療に生かしていこうとしている、台東・墨田・荒川地域の医療保健福祉関係者との協働は、筆者にとって啓発されることであるとともに、未来に希望を感じさせてくれる体験となっている。日本が第4次健康転換と超高齢社会のチャレンジを乗り越え、真に世界に開かれ、民主的で力強い社会に成長していくためには、政府の役割はもちろんとしても、NPOを含む市民社会組織(Civil Society Organization)間、およびNPO-自治体間の連携と協力が、今後一層重要なものになっていくであろう。

【参考文献】

1. 若月俊一「村で病気がたたかう」(岩波新書)
2. 本田徹「文明の十字路から — 一医師のアラブ=チュニジア記」(連合出版)
3. デビッド・ワーナー「医者はいないところで」(Where There Is No Doctor) (シェア)
4. 猪飼周平「病院の世紀の理論」(有斐閣)
5. 木村利人「看護に生かすバイオエシックス」(学研)
6. 本田徹「途上国と日本の『草の根』医療とプライマリ・ヘルス・ケア — 人のいのちがひとしなみに尊重されるために」(学会報 第883号、2010年)
7. シェア編：「すべてのいのちの輝きのために — 保健NGOシェアの25年」(めこん)

ケアマネジメントを中心とする包括的多職種連携教育プログラムの開発・実践・検証および 大学病院・地域連携モデルケースの確立

平川 仁尚 氏

名古屋大学大学院医学系研究科附属
クリニカルシミュレーションセンター
病院助教

助成内容

在宅で過ごす高齢者、特に要介護高齢者や終末期高齢者をケアする上で、その高齢者の生活の質Quality of life (QOL)を高めることが関係する多職種の共通目標である。多職種が円滑に協働していくためには、ケアマネジャーがネットワークの中心となり、各職種の取り組みをマネジメントしていく必要がある。しかし、ケアマネジャーの業務は多忙さを極め、また実践的なマネジメント力をつけるための教育を十分に受けていない現状があり、ケアマネジャーにネットワークの中心としてマネジメントを期待することが困難であった。こうした問題意識を共有し、平成13年より、多職種の顔の見える関係づくりを目的に名古屋大学医学部附属病院老年科(現在は老年内科)と愛知弁護士会が世話人となり月1回ペースで多職種参加型の学習会を開催してきた。平成19年からは老年内科当時から世話人をしている申請者が活動を引き継いでいる。現在は医学教育的な手法を取り入れながら、より学習効果の高いセミナー・ワークショップ形式で行っている。

昨今、ケアマネジャーの役割が見直され、そのマネジメント力が問われるようになってきている。また、ケアマネジャーに限らず、多職種が互いに学びあい、協働することの重要性が再認識されつつある。その流れを受けて、本活動は、名古屋大学医学部附属病院を中心として、地域連携、多職種参加、現場をキーワードにケアマネジメントについて実際の事例や現場に即したテーマを通じて学びあうことを趣旨としたものである。また、沙龙的な話し合いではなく、医学部の教育セクションとタイアップして、ワークショップ形式で論理的アプローチの修得を目的にしていることが本活動の特徴である。本活動は、現在クロードな会員制で行っているが、地域への学習機会の提供のために、毎回広く公募しながら学習会を月1回ペー

スで実施していく。対象者は愛知県や近隣のケアマネジャー、医師、看護師、介護士、相談員、消費生活相談員、教育担当者などで、毎回2時間程度で、高齢者関連テーマ(終末期、運動、食事、衛生・感染、多職種連携など)について話し合いを行う。申請者自らがファシリテータを務める。本活動の学習会で出た意見・アイデアを質的データとして解析を行い(KJ法、内容分析、特性要因図などを使用)、ケアマネジメントに重要な要素や考え方を明示化し、論文発表やホームページ等を通じて広く啓発を行っていく。本活動により、医師・看護師・薬剤師・ケアマネジャー・介護士・相談員など職種の枠を超えた顔の見える関係づくり、マネジメント力の修得、職種間の共通言語の獲得、プロダクトとしての研究成果が期待される。また、本活動のように大学病院を活用して地域の多職種による顔の見える関係作りをいかに行うかは全国的な関心事と思われるが、参加者にも協力をもらいながら、関係作りそのものをテーマに質的データを解析し、公表することも念頭に置いている。

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

栄養系疾患地域医療連携に関し、現在抱える課題を解決した実践的運用モデルを構築し、県域レベルの普及促進を実現し、かつその成果を全国に発信することにより、医療・介護・福祉の質の向上、効率化、経費削減、日本全体の広域医療連携の普及に資することである。この目的を達成するため、以下に述べる3つの項目を実施する。

活動項目1. 県域への真の意味での普及促進

活動項目2. 宮城県医療福祉協議会との医療連携協働

活動項目3. 地域医療連携を加速する標準化への貢献

2.活動の概要

(1) 県域への真の意味の地域医療連携の普及促進

(ア) 実運用ステージへの移行促進・連携普及促進

【医療連携の目的】

患者の医療・看護・介護福祉・健康情報に関係者(医療者や薬局の他、本人、家族を含む)が共有することにより、医療・看護・介護の質向上、及び疾病予防に資することである。その結果、地域の、そして国全体の医療費の削減達成に貢献することである。

連携対象とする疾病: 老人性慢性疾患から派生する栄養系ケア(胃瘻ケア、褥瘡ケア、口腔ケア、CVポートケア†、ストーマケア†) †平成24年度において未開発に終わったCVポートケア、スマートケア支援システムを新規に構築し、病院等にてシステムによる連携協力を新規に開始する。

【被災地(気仙沼医療圏・石巻医療圏)への拡大充実】

2次医療圏規模の連携が確立した地域、「栄養サポートネットワーク」なる地域協議会が設立(仙台NSN、宮城県北部NSN、宮城県南部NSN)の他に、新たに組織化する医療圏(石巻医療圏:石巻地区NSN、気仙沼医療圏:気仙沼地区NSN)を新たに加え、栄養系疾患に関する2次医療圏の連携組織を確立する。同時に、全体を統括する第三次医療圏の体制整備を、宮城県の協議会の事業と連携して行う。

以上の他に、普及促進に向け以下を実施する。

(イ) 連携支援システムの改善点

(ウ) 新サブシステムの構築

(エ) 昨年度事業からの継続項目の実施

(2) 「みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会」との連携

宮城県さらには県境を越えた連携を目指す栄養系疾患の連携パス構築であり、協議会組織の専門分野部会にも相当する。協議会の全体(一般)に対して、疾病に特化した連携を目指すものであり、同事業では協議会との動きと歩調を合わせ、車の両輪のごとく事業を推進する。

(ア) 協議会との歩調を合わせ、解決すべき課題・諸問題

・個人ID(v.s.共通番号制度)

・SS-MIX等の標準化

・各病院の電子カルテとの連携

・患者との包括同意

・ランニングコスト

・個人情報に関する取扱とセキュリティポリシー

・連携の目的の明確化

・医療分野以外の分野(特に介護分野、福祉分野関係者)との連携。

・諸問題の検討と解決法

(イ) 他の地域医療連携との連携

・協議会を通して、宮城県内の他の地域医療連携(脳卒中パス)、大腿部頸部骨折(仙台市、大崎地区、石巻地区)との連携、協働を目指す。

・他分野との連携、医学への貢献、ICT化促進、ICTコンサル

(3) 標準化対応: SS-MIX、HL7 V3との相互運用性の実現

医療連携パスシステムを、SS-MIXに対応させるための研究開発を行う。これにより、国内におけるSS-MIX互換の医療情報システムとの連携が容易になる。具体的には、「SS-MIX対応データへのインポート機能およびエクスポート機能の新規追加」に関する、次の4点の研究開発を行う。

(ア) SS-MIXストレージ

(イ) SS-MIXデータ交換用フロントエンド

(ウ) 対人用ウェブアプリケーション

(エ) HL7 V3対応

西尾幡豆地域のシームレスな医療、介護、福祉の連携 —連携手帳を利用して—

小嶋 佳代子 氏

西尾幡豆地域医療を守る会
西尾市民病院 地域医療連携室

1.背景

急性期病院での治療が終了し退院が可能となっても、身体機能の低下が認められる場合など、そのまま在宅に帰る事は難しく、退院支援が必要となる。西尾市は、高齢化率が高いことから退院支援が必要なケースが多く、医療、介護、福祉に携わる人々のシームレスな連携が急務であった。そこで、市内の病院、有床診療所の実務者の代表者により「西尾幡豆地域医療を守る会」を2009年5月に発足した。

2.目的

地域住民が適切な医療、介護、福祉が受けられるように支援する。

- ・地域の医療、介護、福祉に関わる人々の連携を図る。
- ・地域の医療、介護、福祉に関わる人々に学習の機会を提供する。
- ・地域住民の地域医療に関する理解を深める。

3.活動計画

- ・連携手帳の更新…1回/年
- ・患者情報シートの普及
- ・西尾褥瘡研究会の開催…6回/年
- ・研修会及び講演会の開催…5回/年
- ・西尾幡豆地域医療を守る会の組織化

4.期待される成果

(1)連携手帳の更新について

連携手帳は、地域の病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム等の施設の情報や紹介窓口を掲載し、当会に参加している施設や事業所に配布している。毎年更新することで、より施設の実情に即した紹

介ができるようにしたい。

(2)患者情報シートの普及について

施設入所者が、急病になった場合、紹介状を持たずに地域の病院に受診されることがある。そのような場合、少しでもスムーズに診療を受けて頂くために、紹介状の代替的用紙として「患者情報シート」を作成した。そして、受診時に施設のスタッフが記載し、持参して頂くこととした。使用に際しては、受け入れ病院の医師等に使用方法と内容を説明し、理解を得た。今後、実効性のあるものにしていき

(3)西尾褥瘡研究会について

褥瘡研修会を何度か開催後、西尾市民病院形成外科を中心として西尾褥瘡研究会を2011年11月に立ち上げた。定期的(2ヶ月毎)に事例検討や勉強会を実施しており、地域として褥瘡対策への関心が高まり、患者の減少に繋げたい。

(4)研修会及び講演会について

地域の病院や施設紹介、在宅での看取りに関する講演会、摂食・嚥下に関する研修会、認知症に関する研修会等を開催する中で知識や技術の向上と地域医療の在り方について提案してきた。研修会や講演会を何度も開催することにより、参加者の交流の場となり、顔と顔の見える関係ができてきたと思われる。

今後、地域の方々に参加して頂けるような講演会を企画し、地域の方々と共に歩めるような会にしたい。

(5)西尾幡豆地域医療を守る会の組織化について

今年度は、介護老人保健施設や特別養護老人ホーム等と協議会を立ち上げ、更に連携を深めたい。

医療者・介護者・福祉者のための「ケア・カフェ®」の 全国開催支援および、医療介護福祉従事者間の連携 尺度を用いた「ケア・カフェ®」の実効性の調査研究

阿部 泰之 氏

旭川医科大学病院 緩和ケア診療部
副部長

地域社会において住民の暮らしを支えるには、医療や介護、そして福祉に関わる人が連携することが必要である。今後、超高齢化社会を迎えるにあたって、連携の重要性は増している。しかしながら、それぞれが管轄する行政の部署が違い、いわゆる「縦割り」の管理をされていること、また、各領域間が現場においてもあまり繋がりを持っていないことがその協働を阻んでいる。

このような医療介護福祉領域間の、特に現場においてのバリアをなくすため、旭川において2012年に「ケア・カフェ®」という取り組みが始まった。ケア・カフェ®は、構造構成理論、成人教育理論、贈与論などの理論を背景に持ちながら、方法論としてワールド・カフェの形式を継承して行われる、医療者・介護者・福祉者が「顔の見える関係」を作り、「日常の相談ごと」を話し合う場である。カフェのようなリラックスした雰囲気によって、関係が作りやすく、気軽に話できるように工夫されている。

ケア・カフェ®開催に必要な資材はインターネットから無料でダウンロードが可能となっており、ケア・カフェ®は旭川以外でも開催されている。しかし、開催の支援は資材データの提供という間接的なものに留まっており、会場費等が確保できないこと、運営マニュアルを読むだけでは開催のコツなどが得られ難いことなどから、「開催したくてもできない」医療・介護・福祉従事者も多い。また、地域でケア・カフェ®を開催することで、実際に医療・介護・福祉間の連携がよくなり、顔の見える関係が築かれるのか検証はされていない。

そこで今回、ケア・カフェ®開催を希望する全国10地域に対して、会場費など金銭的支援、開催時にアドバイザーを派遣する人的支援、フライヤーやハンドブックなど物的支援を行い、全国でケア・カフェ®を開催することにした。支援の終了後も同地域においてケア・カフェ®が継続的に

行われることを志向する。同地域において、ケア・カフェ®の開催の前と後に、医療介護福祉従事者間の連携尺度を用いた質問紙調査を行い、連携が向上したか検証も行う。

ケア・カフェ®が全国で行われることで、地域の医療介護福祉で頑張る人達が顔の見える関係を築き、地域のケアが向上することを期待したい。

図：開催支援フライヤー

多職種協働の「見える事例検討会」を導入し 顔の見える医療・介護連携を構築 (桐生見え検活動)

平林 久幸 氏

医療法人ライフサポート
わたらせりバーサイドクリニック
桐生見え検事務局代表

1. 桐生見え検の意味する多職種協働

桐生見え検では見える事例検討会を導入し、支援困難例に対する多職種検討会を開催している。多職種協働というキーワードは、介護の世界で頻繁に見かける。しかしながら、“真”の多職種が“自発的に”参集できる場を“定期的に”形成するのは、互いの価値観、時間的制約の観点から非常に困難である。この課題に対して、簡単に準備でき、職種が異なっても理解できる内容に噛み砕き、短時間で意見集約でき、何より次回も参加してみたいと興味を抱かせる形式を追求した。定例検討会には、医療系・介護系職種の枠を超え、弁護士、司法書士、行政職員、民生委員など、介護に興味のあるすべての職種を交えた自発的参加が主となる。

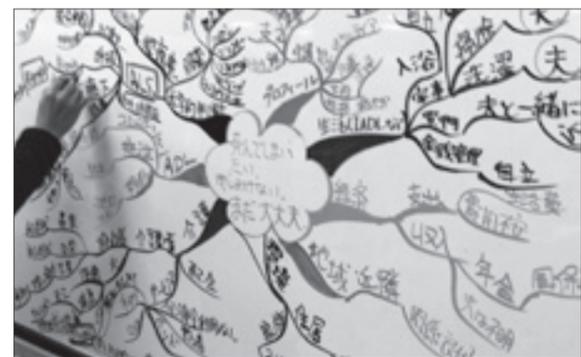


図1

2. 見える事例検討会の特徴

八森氏の見える事例検討会は、ファシリテーションという会議運営手法で参加者の意見収集をスムーズ化し、グラフィックマップで事例の全体像を構造化・視覚化して課題を浮き彫りにする(Facebookを参照)。ホワイトボードでリアルタイムに視覚情報に落とし込み、容易に把握し易くなる(図1)。事例提供者の準備は少なく、質問に一つ一

つ答えてゆくだけで全体が「見える化」され、配布資料は不要。1～2時間という短時間にもかかわらず、具体的なプラン策定にまで至る。何よりも、関連職種間で和気あいあいとした顔の見える関係が、その場ででき上がることが最大の魅力である(写真1)。



写真1

3. 桐生見え検の目指すもの

マップには事例の人間関係や生活様式、医学的情報などの全体像と、事例提供者一人では気付かなかった問題点の関連性、すぐに手をつけられる行動目標から長期的プランが詰まっている。マップ情報を共有することで、全員が同じ方向を向いた支援を実現する。参加者個人の内発的な動機づけから発展し、地域福祉ネットワークを有機的にボトムアップすることを目指す。

地域包括ケアシステムの構築を目指した 多職種研修事業 ～柏在宅医療研修プログラムの大都市への応用～

平原 佐斗司 氏

東京ふれあい医療生活協同組合
梶原診療所 副理事長

東京都北区は、東京都北部に位置する人口約30万人の区で、23区の中で最も高齢化が進み、ケアに必要な人口が急増するいわゆる“需要爆発”が始まっている地域である。また、人口あたりの病床が少ない首都圏にあって、最も急性期病床が不足している地域の一つである。患者の区外流出が顕著で、区民の死亡場所の半分以上が区外であること、自宅死の約3分の2が観察医務院扱いであることなど地域医療・在宅ケアにおける課題が山積している。

一方で、北区は、行政と医師会、在宅療養支援診療所や地域の多職種の団体が協同し、在宅医療の普及、多職種協同、地域包括ケアのシステム整備に取り組んでいる数少ない地域であり、国や東京都がすすめている在宅医療の面展開を理想的な形で推進し、都市部の高齢化のモデルを構築するポテンシャルを有している。

北区では、昨年在宅医療や地域連携を進めるための様々な取組を行ってきた。北区行政は、医師会、地域包括支援センター、訪問看護、歯科、薬剤師、ケアマネジャー、リハビリ専門職、地域包括など区内の関係諸機関・諸団体の代表からなる「在宅介護・医療連携会議」を発足させ、今後の地域連携を進めるための課題を明らかにするための議論を重ねてきた。また、地域包括支援センターと医療機関が協力して、地域の困難ケースの解決にあたる北区独自の地域包括ケアシステムである「あんしんセンターサポート医システム」は、地域包括ケアのモデルとして注目されている。北区医師会は、「在宅医療・介護推進のための講演会」シリーズを開催し、多職種連携教育を通じて、在宅医療・ケアを面展開する準備を行ってきた。

このような中で、北区の地域連携をさらにすすめるための課題としては、在宅医や訪問看護師の人材育成を行っていくこととともに、現場レベルで多職種協同をしっかりと

根付かせ、点から面の在宅ケアシステムを構築することである。

そこで、今回杉浦財団の助成をうけ、在宅医療に関わる医療職を育てながら、現場レベルのさらなる多職種協同を推進するために、北区行政と北区医師会がコミットした形で、設立した「北区在宅ケアネット」が主体となり、地域連携・多職種連携を推進するために、以下の諸事業を行うこととした。

1. 柏在宅医療研修プログラムを導入し、北区医師会員や行政職員、地域の多職種、地域支援型病院のスタッフが参加する「多職種協同研修」を実施する。
2. 北区の3つの行政圏域単位で、顔の見える連携会議を開催し、地域連携を現場レベルで進め、在宅医療の面展開をはかる。
3. 多職種協同研修と圏域ごとの顔の見える連携体制の構築と並行して、ICT環境を整える。

このような取組を通じて、WHOが示しているように、研修事業を通じた地域単位のIPEの実施が、地域のヘルスシステムを構築する上で鍵となること、都市部においてもICT化と顔のみえる連携の機会を創出することにより、地域の連携が飛躍的に進むことを実証していきたい。

難病コミュニケーション支援へのNPO活動と医療・保健専門職の関与の検討

成田 有吾 氏

三重大学 医学部 看護学科 基礎看護学講座

1.背景

神経・筋の変性疾患には、四肢の随意運動機能ばかりでなく、構音および呼吸機能も進行性に障害され、患者との意思疎通をはかることが困難となる病態がある。筋萎縮性側索硬化症(ALS)は稀少疾患ではあるが、他の変性疾患より症状の進行が速く、認知機能が症状進行後も保たれることが多い。昨年度、三重県には150名のALS患者が厚生労働省特定疾患治療研究事業に登録され、うち42名ほどが気管切開と陽圧補助換気(人工呼吸器)を装着して療養している。ALSを中心とする難病患者のコミュニケーション支援のため、各地で文字盤からIT機器(意思伝達装置)まで、さまざまな方策で患者との意思疎通の確保に向けての取組が行われている。自治体によってはこれらの活動を理解し、NPO等への業務委託等で支援している。しかし、活動と転帰に関する実証的な研究はまだない。三重県ではNPO法人「CTF松阪」が県から委託費(平成24年度、年額32万円)を受けて県内全域での活動を行っている。ただ、平成24年度には12月末までの9カ月間の活動でほぼ使い果たす事態となっていた。県内には医療やリハビリテーションの専門職も一定数以上活動している。これらの専門職が関与せず、広域にわたり当該NPOが活動しなければならない理由は明らかにされていない。また、年度ごとの予算策定の根拠となるデータはない。

2.目的

三重県での難病患者のコミュニケーション支援につき、CTF松阪の平成25年度の活動内容と患者・家族、医療・保健・福祉関係専門職との連携を検討し、専門職側の問題点とNPO関与による利得を検討する。

3.計画

(1)対象:平成25年度に、CTF松阪の支援を受ける患

者・家族を対象とする。

(2)方法:事前に調査趣旨を口頭および文書にて説明し、文書同意を得た対象に、調査用紙の記入を求める。同時に、難病医療専門員、保健所および自治体保健師および福祉関連の支援担当専門職者等から以下の情報を得る。

- ア. コミュニケーションに困難をきたしているのを気づいたのは誰か。
- イ. コミュニケーション支援をCTF松阪につないだのは誰か。また、介在者は何名か。
- ウ. 支援時の患者ALSFRS-R評価
- エ. 意思伝達装置の適応状況の評価
- オ. 介入結果
 - (ア)適応確認:適応が判明、あるいは適応し動作確認。(最良)
 - (イ)円滑な対応へ:現在か将来に適応の可能性が高い。(良)
 - (ウ)調整中:機器調整の途中、非適応である可能性。(不良の可能性含)
 - (エ)非適応判明:介入により非適応と判明。(不良)
- カ. 当該患者で、患者情報の伝達経路と対応に問題の有無。
- キ. 当該患者の支援活動に対しての苦情やお褒めのことば、および、対応。

4.期待される成果

それぞれの医療機関や訪問看護ステーション等が有する社会資源を、在宅患者への支援を含む柔軟な利用に振り向けるための問題点を明らかにし、政策に反映するための根拠を提示できる可能性がある。稀少性疾患ながら、これらの根拠は、他の神経変性疾患、脳卒中、外傷、高次脳機能障害等への利用促進にもつながる。

がんと診断されたときからの患者支援システムを構築し、他職種協働により医療の隙間を埋め、がん患者が「自分らしく生きる地域づくり」を推進する

阪野 静 氏

NPO 法人がん患者サポート研究所きぼうの虹
保健師

1.活動の背景と主旨

がんは国民の生命と健康にとって重要な課題であり、国・自治体で対策を講じている。

こうしたがん対策の中心は早期発見・早期治療であり、がん検診受診率向上と医療体制の充実が主な柱となっている。また、在宅緩和ケア(終末期ケア)も重要な取組みのひとつとし、各自治体はその推進に取り組んでいる。

一方で、がん検診による早期発見の推進と、医療の飛躍的な進歩に伴い、がんでも治療しながら社会生活を続けていくことが一般的な時代となっている。しかしながら、がんが発見されたあとの患者に及ぼす身体的、精神的、経済的負担は非常に大きく、がん患者はそれらを抱えながら生きていかなければならない。人はがんと診断されたその時から「がん患者」となる。状況により経過は異なるが、治療をしながら、死と向き合いながら、様々な痛みと付き合いながら社会生活を送ることになる。

国でもがん対策基本方針の見直しにあたっては、がん患者のQOL、就労支援について盛り込んでいるが、このような潮流のなかであっても、自治体のがん対策では、がん患者への生活支援は実態を伴っておらず、「がんの早期発見・治療」と「がん患者の看取り」との間には大きな隙間が生じている。

2.活動の目的

この隙間を埋めるための総合的な「がん患者支援」を実践するには、事業規模も大きく行政の力が必要だが、患者や家族に寄り添う取組みは、行政のみでは限界があり、柔軟性と汎用性を考慮すると「民」の果たす役割が大きい。

本会では、がんと診断された時から患者や家族らが、自分達らしく地域で生きるための過程における問題を、総合

的に解決していく課題を抽出し、行政や民間が果たす役割と医療・心理の専門職や民間ボランティアの連携、協働の取組みについて研究する。またその研究成果を再現性のある社会モデルとして構築し、がん患者や家族が「自分らしく地域で生きる」の実現にむけ貢献する。

3.団体の概要と活動内容

本会は、2010年に発足した墨田区職員(事務職、保健師)、地域の看護職や薬剤師、病院MSW(Medical Social Worker)による「がん患者サポート研究会」を前身とし、さらに地域に暮らすがん患者や地域ボランティアなどが加わり、よりリアルで実践的な取組みを推進する団体である。これまで病気の理解、がん患者の生活の現状、現行のがん患者サポート、相談機能や支援方法、安心して暮らせるための環境整備について情報収集をしてきた。また、定期的な勉強会と隔月で「がん患者カフェ」を開催し、さらに隔月で「ニューズレター」を発行し、地域住民へ発信してきた。2013年4月NPO法人がん患者サポート研究所きぼうの虹を発足し、関わる人や団体がさらに増え、活動を拡大している。

今後も行政や民間が果たす役割や他職種の連携についての研究を推進し、がん患者の支援をおこなっていく。

地域密着完結型ケア拠点 「ハウス・て・あーて東松島」の創設と活動支援

川嶋 みどり 氏

東日本これからのケアプロジェクト改め、
一般社団法人日本て・あーて、TE・ARTE、推進協会

1.本助成事業の柱は、以下の4点である。

- (1) 拠点の中核となる建物のリノベーション
- (2) 拠点周辺の医療・保健・福祉機関、自治体との情報交換ならびに協議
- (3) 本事業を支えるケアギバーの研修
- (4) 「ハウス・て・あーて」創設に関する広報

2.活動内容は、以下の通りである。

(1)地域完結型拠点創設のためのコミュニティづくり

大震災と大津波、そして原発事故から2年余、刻々の悲しみの質の変化に向きあう多くの方々の中でも、とりわけ高齢者の心身の問題を注視しないわけにはいかない。それぞれ元看護師であった強みを活かし、被災された方々に何らかの形で還元したいと願い、一昨年小さなプロジェクトを立ちあげ(本年4月一般社団法人に移行した)、その年の夏から今日まで、宮城県多賀城市の山王仮設住宅を定期的に訪れ、ケアを媒介にしたコミュニケーションを密にしながら「なでしこ茶論」を続けてきた。看護師だからできる心身不調の相談や健康指導等を行う中で、信頼関係が培われ、看護師と、そして被災者同士の会話も弾むようになってきた。ケアは決して一方通行ではなく、ケアが有用に機能するためには、相互に相手を気遣い合うコミュニティ造りが基本となる。この経験から、地域完結型のケア拠点を創設することこそ、その第一歩になると考えた。

(2)活動拠点と活動内容

折しも、東松島矢本、赤井地区に活動拠点の場を得ることができ、「ハウス・て・あーて東松島」を創設する運びになった。安定した運営を図るために、地元のケアギバー(ケアを提供する人)を探し、運営に協力可能な人材を発掘する。そして、ケア提供者の連携のしくみづくりの基本となる看護職者、介護職者の研修を実施する予定である。並行して、「私のまちのナーシングケアよろず相談」と

「なでしこ茶論」に取り組むが、同時に同じ場所で、参加者のニーズを汲みとりながら柔軟な対応をしていく予定である。対象者は、赤井地区の住民並びに隣接する医療機関に通院する人々、在宅療養者らを考えており、参加自体がストレス解消になるばかりか、心の安定を取り戻す契機となり、セルフコントロール能力を高めることとなる。また、楽しい場づくりや多彩なプログラムによる参加者相互の交流を通じて隣人を気遣うコミュニティ、住み続けたい町づくりにも貢献できることが期待できる。

薬剤による嚥下障害の実態調査と危険因子の分析 －摂食嚥下認定看護師・薬剤師と介護者の 連携による早期発見と対応マニュアルに向けて－

野崎 園子 氏

兵庫医療大学リハビリテーション学部
大学院医療科学研究科 教授

研究の背景、目的

高齢者の療養において、不穏・譫妄・うつ症状・不眠などに対して向精神薬が処方されることがある。向精神薬のうち、非定型抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬は、処方される頻度が高いが、時に重篤な嚥下障害を引き起こす。嚥下障害は誤嚥性肺炎や栄養障害を合併して予後決定因子となる。一方、軽度な嚥下障害でも、処方薬の内服困難をきたし、薬効に影響を及ぼす場合もある。特に**非定型抗精神病薬による嚥下障害は少なくない。**

われわれの多施設調査研究では、リスペリドン投与54名(連続データ)の患者で、嚥下障害が13名(24%) $(78.7\pm 7.5$ 歳)に発症していた。その病態は錐体外路症状であったが、同用量を内服しても嚥下障害が発症しない例もあり、肝腎機能などの危険因子との関連性は不明であった(日本摂食嚥下リハ学会研究助成報告書)。

これら向精神薬が錐体外路症状や筋弛緩作用・傾眠を引き起こすことは知られているが、嚥下障害については症例報告のみであり、その病態や発症要因についての調査研究は見当たらない。本研究では、**摂食嚥下障害認定看護師**に実態調査を依頼し、**薬剤師**との連携により、嚥下障害の病態と経過および発症要因を探ることを目的とする。さらに高齢者における**薬剤性嚥下障害の予防・対応マニュアル**を作成し、医療者への啓蒙と介護者との連携をめざす。

研究計画

研究の種類:調査研究

対象:2013.4～2014.3に非定型抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬(以下「向精神薬」とする)により嚥下障害を発症した70歳以上の療養中の高齢者。目標100例。**薬剤による嚥下障害発症の定義は「向精神薬」投与開始後**

2週間以内に嚥下障害を発症した場合とする。

方法:嚥下障害を発症した者について

- (1) 患者背景 (2) 向精神薬が必要とされた病態
- (3) 「向精神薬」の種類と投与量 (4) 投与期
- (5) 併用薬 (6) 嚥下障害重症度 (7) 投与開始から嚥下障害発症、中止後に投与前の状態に回復するまでの経過
- (8) 身体所見 (9) 血液検査所見のデータを収集する。

倫理的配慮

患者データは、連結可能な匿名化したのち分析する。研究対象者には、文書により本研究の内容と個人情報保護について説明し、文書同意を取得する。

期待される成果、今後の可能性

高齢者には、療養中に不穏・譫妄・うつ・不眠のため「向精神薬」の処方が必要であることが少なくない。「向精神薬」による嚥下障害の発症要因と経過が明らかになれば、その要因を持つ高齢者などへの処方内容の見直しや慎重投与、投与後の注意深い観察によって、重篤な医原性嚥下障害や誤嚥肺炎・窒息を予防できる。**さらに、地域医療に関わる医師・看護師・薬剤師・医療スタッフや介護者との情報共有・連携により、入院回数を減らし、安定した在宅(または入所)療養継続やリスク管理に寄与する**

文献

- 1) J Am Geriatr Soc, 56:661-6, 2008
定型抗精神病薬投与の22944名中543名が肺炎を発症した。
- 2) J Clin Psychopharma, 28:532-5, 2008
抗精神病薬の投与群は非投与群に比して嚥下機能が悪い。

スマート端末を使った音声認識記録作成補助 SNSサービス

倉賀野 穰 氏

株式会社 モバイルカザス 代表取締役

活動内容として、以下のシステム開発を行います。

1. 多職種連携と家族連携をねらったSNSの構築

高度経済が進んできた中、単身高齢者と核家族が進み、家族間のコミュニケーションと情報共有が希薄化している。また、それに伴い、高齢者を中心とするコミュニティの形成が難しくなっているのが現在の日本の社会状況である。

そこで、誰でも参加できるコミュニケーション基盤(SNS)を構築し、そこにおける情報共有と高齢者を支える事に有益な情報共有の場を提供する。

また、今後の超高齢化社会を支えるキーワードである多職種連携として、本SNSがどのように利用できるかを実験的に行い、その改善点と展望を報告する。

2. 言語統一化と音声認識エンジンの向上

多職種の連携(情報共有)を促す為には、情報(言語)を統一していく必要がある。在宅分野における言語を統一化し、在宅訪問医療、訪問看護、訪問介護、訪問ヘルパー、訪問薬剤の方々が利用できる電子的辞書を作成する。

そして、その辞書を用いて、音声認識のエンジンを向上させる。音声認識は、データが多ければ多いほど、確率的に認識率を向上出来る可能性が高い。音声認識が向上する事で、現場の書類作成の手間が半自動化となる。

期待する効果としては、以下を考えています。

1. 家族のコミュニケーション向上

家族の方が参加できるSNSツールを構築する事で、家族間のコミュニケーションを促進する事ができる。

2. 多職種の情報共有

在宅訪問医療、訪問介護、訪問看護、ヘルパー、訪問薬剤の方々が高齢者の方を中心に、情報共有ができる。

3. 現場の効率向上

各分野で必要な言語を統一し、音声認識のエンジンを

向上させる事で、各分野で必要な書類関係の処理を半自動化で行う事ができる。

本プロジェクトの進め方

本プロジェクトは、トライアル的なプロジェクトで、現場のニーズとシステム側で出来る事のギャップを明確化し、上記の結果を出す事を狙いとする。

本プロジェクトの進め方として、開発側のリーダーとは別に、多職種連携として関わる方々の担当を決めさせて頂き、逐次その担当者へフィードバックをさせて頂き、音声認識やシステムの改善を図るようにさせて頂きたいと考えている。

在宅での栄養支援体制の構築に向けた “在宅栄養支援の和・愛知”の活動

金子 康彦 氏

独立行政法人国立長寿医療研究センター
栄養管理部
栄養管理室長

1. 活動の背景

超高齢社会に対応した在宅医療支援として切れ目のない医療提供(入院時から地域ケア)が必要である。中でも食事に伴う栄養管理はあらゆる疾患に対する生活指導や医学的介入の基盤になる。医療機関などでは、栄養サポートチームなどが中心となり栄養管理を積極的にサポートして疾患の治療に大きく貢献している。その多職種連携の活動は、地域連携においても必要性に注目が集まり、実施に向けて社会的システムの構築の必要性が急務の課題とされている。独立行政法人国立長寿医療研究センター(以下:当センター)の地域での栄養管理の状況は、未知数であり十分な情報収集は出来ない状況にある。また、在宅における医療的・介護的な栄養食事指導の実践は皆無であり、栄養管理及び食生活サポートは地域ケアの中で支援連携が出来ていない現状にある。

2. 活動の内容

(1) 活動目的

当センターの在宅医療支援病棟を中心としたモデル的な在宅医療支援の取り組みの一部を担う栄養支援体制の構築を推進するため、患者・家族・介護者も含めた在宅栄養管理の支援体制について検討する。具体的には、2012年3月に発足した『在宅栄養支援の和・愛知』(以下:当会)での活動の中で、従来より実施している当センターでの在宅栄養支援の実例検討会に加え、訪問栄養食事指導の実務同行研修などの研修会を開催し、在宅栄養支援の関連スタッフの人材育成のためのシステム構築を検証する。また、在宅医療支援の機関施設として地域活動と連携し、モデル的な在宅栄養支援を推進することを目的とする。

(2) 活動計画

当会で従来から実施している症例検討等に加え、実務交流研修を具体化し実践することで、不足している在宅栄養支援の人材育成に向けた活動をするとともに、在宅での様々な専門家による視点での栄養管理の継続による効果の検証なども併せて実施する。また、連携強化に向け、知多半島を中心とした在宅栄養支援マップを作成することで、シームレスな支援へ近付くこととなる。今回は、以下の3項目の内容にて活動を展開する。

ア. 講演会と症例検討会

講演会形式の研修会(参加者:東海地区及びその他広域)と症例検討会(参加者:知多半島中心で東海地区)を開催する。また、その参加者に在宅支援での栄養・食生活管理面を中心としたアンケートを実施する。

イ. 実務交流研修

実務交流研修会(知多半島及び名古屋市内施設等)、在宅支援同行研修(知多半島中心)を実施する。また、その中で施設関係者及び同行者と家族等にインタビュー調査を実施する。

ウ. サポートマップの作成

当会の地域基盤となる知多半島での栄養サポートマップの作成のための調査を実施する。

3. 期待される効果

在宅栄養支援において、実践的でより現場に近い研修会を実施することで、講演形式の研修会とは異なる効果が期待される。また、その結果をアンケート形式にて調査し具体化することで、在宅栄養支援で求められている人材育成システム構築や在宅栄養支援システム構築に向けての大きな足掛かりになると考える。

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

要旨

「つながりノート」と「認知症.知って安心!症状別対応ガイド」を用いた認知症地域連携システムを人口16万人の兵庫県川西市で全市的に導入しその効果と問題点を明らかにした。対象者は①川西市在住で、②介護保険サービスを利用し、③在宅生活を送っている、④要支援2以上の人とした。この条件にあう対象候補者を市役所のデータベースから抽出した結果3073名で、その中でつながりノートを作成したのは506名(男/女:175/331、平均年齢:83.1±8.2歳)であった。平成25年2月1日より本事業を開始し、同時に1ヶ月に4回、本事業参加者が集う連絡会を開催して、つながりノートをよりよく使用するための議論を繰り返し行った。本事業により、①医療者とケア職員との情報共有が円滑になった、②患者の状態をかかりつけ医、ケア職員がよりよく把握できるようになった、③家族介護者の安心感につながった、④介護事業所ごとに作成されていた連絡帳がつながりノートに一本化されつつある、⑤家族介護者、ケア職員の認知症介護に対するスキルが向上した、などの効果が得られた。一方、①つながりノートの使用方法の周知が十分でない、②つながりノートが分厚く持ち運びにくいなどの問題点が挙げられた。今後、これらの問題点を改善して本事業を継続していく予定である。またこの活動を通して、自治体にこのような事業を導入する際に必要な手順をまとめた。

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、ケア職員、ケアマネジャー、かかりつけ医など患者に関わる多くの人が認知症のこと、および認知症患者に対する治療法、対応法、声かけ法を理解することが必要である。またこれらの人の中で患者に関する情報を共有することも必要である。しかし現在、認知症患者の治療法・対応法の啓発、患者の情報共有は円滑に行っておらず、これらを実現するための仕組み作りが求められている。特に認知症患者への治療、対応、介護支援を原因疾患と重症度に基づいて行うことは重要な視点で、これにより患者の精神行動障害(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia:BPSD)が改善し、患者および家族の生活の質も改善させることができるが、この視点をとり入れた治療法、対応法の構築はなされていない。

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、「認知症の治療と介護は原因疾患と重症度に基づいて行う」という理念を具現化し、認知症患者の様々な症状に対する対応法を疾患別、重症度別に平易な文章で具体的にまとめた「疾患別・重症度別ガイドブック」と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)」を作成した。連携ノートとは、患者一人に一冊作成し、患者が介護や診察を受けるときには必ず持参してもらい、家族も含めた患者に関わる人達が、患者の症状やおこなった診療や介護の内容について報告、質問、回答しあうツールである。我々はこの2つのツールを用いた認知症地域連携システムを考案し、大阪大学病院のある大阪府北摂地域在住の59名の認知症患者に対して、6ヶ月間運用したところ、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¹⁾。この結果より、我々の認知症地域連携システムは認知症患者の在宅生活を円滑にする効果があると考えられた。

2.目的

少人数の認知症患者に対して効果を確認できた我々の連携システムがさらに大規模な認知症患者の地域連携に有用か否かを確かめるために、今回、我々はこの連携システムを人口16万人の兵庫県川西市で全市的に導入し(以下つながりノート事業と略す)、その効果と問題点を明らかにした。

3.つながりノート事業の経過

(1)つながりノート導入前の準備

つながりノート事業の事務局を川西市中央地域包括支援センターに設置し、以前より川西市に設置されていた川西市認知症地域資源ネットワーク構築事業推進会議(川西市役所健康福祉部、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者からなる)に大阪大学を加えた組織で運営することを決定した。また大阪大学が作成したつながりノートを参考にして、川西市の中心メンバー(かかりつけ医、地域包括支援センター職員、ケアマネジャーなど)が川西市の現状にあった「川西市版つながりノート試案」を作成した。そして患者数名に対して実際につながりノート試案を試験運用した。この活動を通じて、中心メンバーにつながりノートの使用を体験してもらうとともに、必要な改訂を行い川西市版つながりノートを完成させた(図1)。また川西市役所が本事業の運営費として介護保険事業費補助金(認知症対策等総合支援事業分)を獲得した。さらにつながりノート事業を開始するに当たり、大阪大学医学部附属病院臨床研究倫理審査委員会の倫理審査を受け、本事業開始に対する承認を得た。

川西市民に本事業を周知してもらうために川西市医師会会員、ケアマネジャー、川西市内6地域包括支援センター、サービス提供事業所、川西市民に対する説明会を繰り返し開催した。またチラシ、ポスター、ステッカー(図2)をそれぞれ8000枚、200枚、900枚作成し、市内公共施設、医療機関、介護施設に配置した。さらに啓発用ビデオも作成し、色々な催し物の際に使用した。また川西市の広報誌「広報かわにし」の平成24年10月号、「川西市医師会だより」の11月号と12月号に本事業の記事を掲載し

た。

我々の「疾患別・重症度別ガイドブック」を元に出版した「認知症.知って安心!症状別対応ガイド」²⁾を川西市医師会の全ての会員と今回の事業の中心メンバーに配布した。本事業において、かかりつけ医や中心メンバーが、家族介護者やケア職員、ケアマネジャーを指導、教育するさいの参考書として使用するためである。

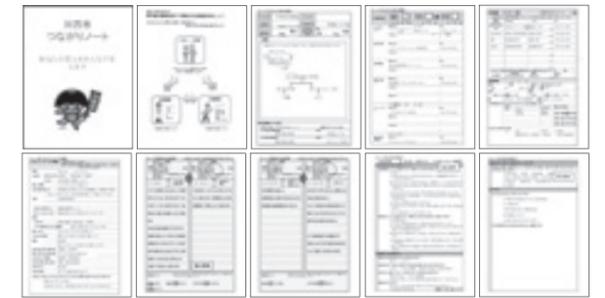


図1: 川西市版つながりノート



図2: 事業啓発ポスターとステッカー

(2)つながりノート事業の対象者

本事業の対象者の条件を、①川西市在住で、②介護保険サービスを利用し、③在宅生活を送っている、④要支援2以上の人とした。この条件にあう対象候補者を市役所のデータベースから抽出した結果3073名であった。この中で本人、家族の希望によりノートを作成したのは506名であった。

(3)つながりノート導入前のアンケート調査

本事業の効果や問題点を明らかにするために導入前と導入5ヶ月後の時点で患者および家族介護者に対してアンケート調査を行うこととした。調査項目は、生年月日、性別、要介護度などの基本的な情報、医療と介護の連携について、認知症に対する診療や介護に関する情報をどの程度得ているかなどであった。さらに家族介護者の介護負担感をZarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)³⁾で、患者の精神行動障害の程度を認知症行動障害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale;DBD)⁴⁾で評価した。J-ZBI_8とは8つの下位項目についての介護負担度を「0. ない」～「4. いつもある」の5段階に評価する尺度で最高は32点、高得点ほど重い介護負担をあらわす。DBDとは代表的な28項目の精神行動障害に対して、「0. 全くない」～「4. 常にある」の5段階で

評価する尺度で最高は112点、高得点ほど重症のBPSDをあらわす。アンケートの内容、用語、体裁などに対して川西市役所の審査を受け、了承を得た。

アンケートの回収率を向上させるために、アンケート用紙はケアマネジャーから患者およびその家族介護者に直接手渡し、また回収することとした。回収期間は平成24年11月1日から翌年の2月末日までの3ヶ月間とした。またこの作業と並行してつながりノート作成希望者をケアマネジャーを通して募った。ノート作成者506名の導入前のアンケート調査の結果の一部を(表1)にまとめる。

性別	男性：175人、女性：331人
年齢	83.1±8.2歳
要介護度	要支援2：71人、要介護1：180人、要介護2：116人、要介護3：77人、要介護4：46人、要介護5：16人
家族介護者の介護負担度 (J-ZBI_8得点(/32)) (N=393)	10.8±7.0
BPSDの重症度 (DBD得点) (/112) (N=390)	21.6±15.3
かかりつけ医とケアマネジャーとの連携 (N=394)	よい：106人、よくない：76人、わからない：212人
かかりつけ医と介護サービススタッフとの連携 (N=394)	よい：85人、よくない：99人、わからない：210人
認知症医療・介護に関する情報の獲得 (N=394)	得ている：164人、得ていない：134人、わからない：96人

表1：つながりノート導入者506名の導入前の状態

(4)つながりノート導入中の活動

平成25年2月1日よりつながりノートの運用を開始した。患者および家族介護者は医療機関にかかるときや介護支援を受けるときには必ず、つながりノートを持参するよう指導した。ケアマネジャー、ケア職員、かかりつけ医にも、積極的にノートを利用するよう繰り返し依頼した。

本事業の開始と共に連絡会を開催した。連絡会とは、本事業に参加している家族介護者、ケアマネジャー、ケア職員、行政職員、かかりつけ医およびその他の医師、認知症専門医達が集い、認知症のこと、その介護について勉強し合う会である。またつながりノートの問題点や改訂すべき点、役に立った点などを報告し合い、よりよい運用方法を提案、議論する会でもある。1ヶ月間に4回、場所や曜日を変えて開催し、平成24年4月30日までに、合計12回開催した。1回の連絡会は2時間で、まず大阪大学精神科の専門医による認知症に関するミニレクチャーで開始した。ミニレクチャーのテーマは、2月が「認知症とは」という総論的な話、3月が「認知症に対する薬物療法とケアの基本」、4月が「BPSDの治療法・対応法」であった。1回あたりの平均参加人数は約25名で、内訳はケアマネジャー、ケア職員が多く、次に家族介護者が多かった。連絡会で議論されたり提案されたりしたことの中から、つながりノート

を使用している人達に有用だと考えられた内容はA4用紙裏表1枚のレターにまとめ、本事業参加者全員に毎月配布した。

4.つながりノートの効果

平成25年4月18日までに報告された効果をまとめる。

(1)つながりノートの使用により、医療者は患者のケアに関する情報を得ることができ、ケア職員は治療に関する情報を得ることができるようになった。また複数のケア事業所を利用している患者においては、ケア事業所間の情報共有も可能となった。そしてこのことにより患者に対してよりよい治療、ケアができるようになった。さらにある患者のつながりノートによって得られた知識が、他の多くの患者に応用可能なこともしばしばあった。

ア. 患者がペースメーカーを装着していることをケア職員は知らなかった。つながりノートの記載を見てこのことを初めて知った。ケア施設では、機能訓練を行うために色々な機器が使用されるが、この中にはペースメーカー装着者は使用できないものもある。しかしつながりノートが導入されるまでは、この情報がケア職員には共有されていなかった。今回の事業により、ケア職員はペースメーカー装着者には使用できない機器があることを知った。

(2)患者の状態をかかりつけ医、ケア職員がよりよく把握できるようになり、適切な治療へとつながった。

ア. 患者には高度の便秘があったが、このことをケア職員、ケアマネジャーがかかりつけ医に伝えにくいと感じていた。しかしつながりノートに記入することによってかかりつけ医がこのことを知り、適切な治療を即座に行ってくれた。

イ. これまでも連絡ノートはあったが、他の施設や医療機関の人達は、自分の施設が発行したものでなければ、閲覧することに躊躇があった。つながりノートは元々皆が閲覧しあうものという設定なので、抵抗なく皆が閲覧でき、情報が共有できた。

ウ. 妄想などの精神症状が激しいが病識のない患者では、医療者が家族から患者の症状を診察中に聞くことは難しかった。しかし診察前にかかりつけ医がつながりノートに目を通すことにより、患者の精神症状を知った上で診察できるようになり

治療がよりよくなった。

(3)ノートに患者に関する情報が整理され、患者に関わるすべての人がその情報を共有してくれることを家族介護者が実感できるようになった。これが家族介護者の心理的安心につながった。このため家族介護者が患者に穏やかに接することができるようになり、患者の精神状態もよくなった。

(4)つながりノートの使用により、これまでケア施設ごとに作成していた連絡ノートがつながりノートに一本化されつつある。

(5)連絡会のミニレクチャーにより、家族介護者やケアマネジャー、ケア職員の認知症に対する理解が深まった。またかかりつけ医の話を書くことによって、かかりつけ医と専門医との役割分担、要介護者に必要な身体治療を理解することができた。さらにBPSDに対する具体的な治療法、対応法についての情報が得られたので、家族介護者、ケア職員のスキルが向上した。

5.導入3ヶ月後の時点での問題点

(1)つながりノートの使用方法、運用法についての周知が不足しており、つながりノートの使用法にとまどっている利用者がいた。

(2)連絡会の参加者がいまだ少ない。これが上記(1)の理由でもあったと考えられた。

(3)現在のつながりノートはバインダーにいくつかの用紙をファイルするタイプであるが、このバインダーが厚く持ち運びしにくいとのことであった。

6.今後の事業の継続

川西市では、本事業を長期的に継続する事業と考えている。そこでまず平成25年6月から8月にかけて、本事業導入後のアンケート調査を行う。このアンケート調査結果を踏まえて、必要な改訂を加えて、継続していくことになっている。

7.自治体への導入の際に必要な手順

自治体への導入のために必要であった手順を最後にまとめる。

(1)認知症地域連携に関わる地域の代表者からなる事務局を設置する。

(2)連携ノートはどこかで作成された物をそのまま使用するのではなく、地域の代表者達が相談して、自分たちの地域で作成する。そして試験運用を行う。

(3)事業の開始は何らかの事業資金で開始されるが(本事業では、杉浦地域医療振興助成)、同時に行政が事業の運営資金を獲得する(本事業では、介護保険事業費補助金(認知症対策等総合支援事業分))。

(4)事業や情報の扱いに関して何らかの機関の倫理審査をうける(本事業では、大阪大学医学部附属病院臨床研究倫理審査委員会)。

(5)ノート事業に参加する人達への説明会を繰り返し行う。特に市民に対する啓発が重要である。

(6)ノートの利用者は認知症患者だけでなく要支援者とする。認知症患者のみにするとノートを有する人イコール認知症患者になってしまうためである。

(7)ノートの利用を支援するための連絡会のような継続的な会の開催が必要である。

8.引用文献

- 1) 数井裕光、杉山博通、武田雅俊：認知症診療におけるクリニカルパスと情報共有ノートを用いた認知症地域連携。 -つながりノート・みまもりノートの有用性- 臨床精神医学41(12):1731-1740, 2012
- 2) 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.
- 3) 荒井由美子、田宮菜奈子、矢野栄二：Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版(J-ZBI_8)の作成：その信頼性と妥当性に関する検討. 日老医誌 40:497-503, 2003
- 4) 溝口環、飯島節、江藤文夫、石塚影映、折茂肇：DBDスケールによる老年期痴呆患者の行動異常評価に関する研究. 日老雑誌 30:835-840, 1993

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

本多 つよし 氏

いわき市立磐城共立病院

結城 美智子 氏

福島県立医科大学看護学部

要旨

この活動の背景には、2011年3月11日の東日本大震災によって被災した福島第一原子力発電所周囲の相双地区(浜通り)の避難市町村住民を受け入れているいわき市において、医療、保健、福祉などの現場ではサービスの需要と供給のバランスが崩れ、人々がサービスを利用する際の連携の問題が生じていたことがあげられる。しかし、これまで、問題として何が起きているのか、どのように生じているのかなどは検証されていないため、問題解決の方向が見出せない状況が続いている。そこで、この活動では、半構成的面接法を用いた【過去を検証する基盤活動】とアクションリサーチを用いた【未来へつなぐ発展的活動】を行い、いわき市の地域医療連携に対する問題点や課題点を明らかにし、新たな地域医療連携の方向性を打ち出す、すなわち、新たな枠組みの構築を試みた。この活動の結果として、次の2点があげられる。まず、【過去を検証する基盤活動】では、医師、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員などを対象に半構成的面接を行ない、これらの専門職は事例をとおして連携していたが、その連携は点と点のつながりで仕組みにはなっていないことが明らかになった。しかし、【未来へつなぐ発展的活動】では、このいわき市地域医療連携推進ネットワーク会議を開催した結果、2013年5月以降は会議参加者であった医師、訪問看護師、介護支援専門員、そして保健師による継続的な会議を実施し、さらに、いわき市医師会地域医療部門の医師等との地域医療連携推進研究会を新たに開始することになった。

1. 研究活動の目的

この活動の目的は、いわき市の地域医療連携に対する問題や課題を明らかにし、新たな地域医療連携の枠組みを構築することであった(図1)。

2. 研究活動の期間と場所

研究活動の期間は、2012年6月から2013年5月であった。また、活動場所は、いわき市公民館、いわき市総合保健福祉センター等であった。

3. 研究活動の方法と内容

本研究活動では、活動内容の違いにより2つの研究方法を用いた。まず、【過去を検証する基盤活動】では、いわき市において地域医療連携に関する問題として何が起きているのか、その問題はどのように生じているのか、その現象を明らかにするために半構成的面接を用い調査研究

を行なった。次に、【未来へつなぐ発展的活動】では、いわき市地域医療連携推進ネットワーク会議の参加者とともに活動することを通して、いわき市の地域医療の連携に関する問題状況をより良い方向へ向けるためのアクションリサーチを行った。

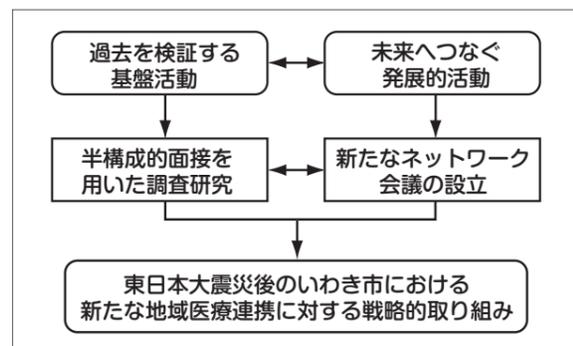


図1: 研究の概要

4. 研究活動の結果

(1) 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、訪問看護師、薬剤師、そして介護支援専門員等合計21人に対して半構成的面接による調査を行った(表1)。その面接時間の平均は約40分で、面接協力者の勤務年数の平均は13.3年であった。面接項目の内容は、①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たか。②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うか。③震災時に医療連携に関する困難な事柄があったか。④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るか、の4項目であった。

職種	経験年数	職種	経験年数
開業医師 A	15	訪問看護師 K	8
開業医師 B	16	訪問看護師 L	15
開業医師 C	20	訪問看護師 M	15
勤務医師	11	訪問看護師 N	2
勤務医 E	25	訪問看護師 O	16
勤務医 F	25	介護支援専門員 P	6
勤務医 G	13	介護支援専門員 Q	12
開業薬剤師 H	10	介護支援専門員 R	5
開業薬剤師 I	8	介護支援専門員 S	12
開業薬剤師 J	30	介護支援専門員 T	12
		介護支援専門員 U	5

表1: 半構成的面接の対象の内訳

また、対象の選定では、いわき市医師会、いわき市薬剤師会、いわき市訪問看護ステーション連絡協議会、そして介護支援専門員連絡協議会に依頼し、研究への参加者の同意を得た後に書面と口頭で面接内容を説明し、同意書に自署することで最終的に面接調査の同意を得た。その面接調査の期間は、2012年12月から2013年1月で、調査対象が希望する場所において面接を行ない、対象の同意を得て語りを録音した。

かつ、その面接内容を分析するために逐語録を作成し、分析対象のデータとした。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サブカテゴリーとした。同様に、サブカテゴリーとサブカテゴリーとを比較し、類似したサブカテゴリーを集めて、カテゴリーとした。そして、これらの分析より、いわき市の地域医療連携に関して<事例をとおした連携><点と点のつながり><連携の仕組みがない><楽観的な見通し><その場をやり過ごす>の5つのカテゴリーが抽出された(図2)。

■事例をとおした連携

事例をとおした連携では、「利用者さんのいろいろな相談事と今の状態と、そういう状況について、医師だけ

ではなくて、ケアマネージャーやヘルパーさんとのやり取りがありますね。」と患者や利用者の病状、治療内容等について情報交換をしつつ、事例の処遇を行っていた。

■点と点のつながり

医師と訪問看護師、訪問看護師とヘルパーというように「たぶんヘルパーさんが介護を担当して困っていることは看護師さんに相談するみたいで、こちらまでは相談がないんです。全員が顔を合わせるってということもないですし。」と連携は、点と点とのつながりを示すものであった。

■連携の仕組みがない

連携の仕組みについては、「大きな病院やその訪問看護ステーションの看護師は、こんな田舎まで来てくれない、こちらが利用者を紹介しても行けませんって、こちらが連携をとりたくても連携がとれないですよ」と語り、事例をとおした点と点のつながりがあっても連携の仕組みがないと述べた。

■楽観的な見通し

今後の危機管理としては、「地区には1つの経営母体となる施設がいろんな施設を併設していたりして、たとえば利用者さんの重症度にあわせて緊急時に誰だれはどこに移送するかなど、ここ独自では考えていないです」と、災害等に対して楽観的に考えていた。

■その場をやり過ごす

病院、訪問看護ステーション、そして居宅介護支援事業所などでは「災害時には確かに困ったことも沢山あって、もっとこうゆうシステムがあったらなって思いながらケアを行っていたけれども、日常に戻って目の前の仕事をこなすことで落ち着いてしまい、その先がなかなか手をつけられない」と述べ、困難なことを経験しても、そのことが過ぎてしまうと日常に戻っていた。

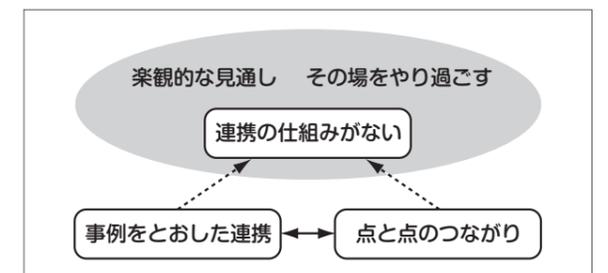


図2: いわき市の地域医療連携の現状

以上から、医師、訪問看護師、薬剤師、そして介護支援専門員は、個々に関わっている患者、利用者などの事例をとおして、他の職種、他の機関との連携をしているが、それ

は、医師と医師、医師と訪問看護師、訪問看護師と介護支援専門員というように点と点とのつながりであって、例えば、明日患者が退院したら、すぐ在宅でその患者が療養を開始できるような仕組みにはないことが明らかになった。その理由としては、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所の経営母体がそれらの施設とは別にある場合には、最終的には経営母体の施設が何とかしてくれるだろうという楽観的な見通しをもっていることが挙げられる。また、震災は非常に困難な出来事であったが、時間が経過すると目の前の日常の業務をこなすことで精一杯の状況で、危機時の緊急対策を見直す、マニュアルを作成する、システム化をはかる、などの新たな取り組みに着手するまでには至っていないことがわかった。

(2) 未来へつなぐ発展的活動

発展的活動では、地域医療連携推進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ためにアクションリサーチを行った。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つであるとされている。

具体的には、いわき市医師会、いわき市保健所、いわき市社会福祉協議会等の団体を通して2012年6月から2012年10月の間に研究参加者を募集した。この参加者の募集では、いわき市役所の地域医療の担当部署事務職員、いわき市保健所保健師、いわき市社会福祉協議会、いわき市薬剤師会、いわき市訪問看護ステーション連絡協議会、NPO法人地域福祉ネットワークいわき等に活動の趣旨を説明し、この活動への参加を呼びかけた。その呼びかけを行ってから、参加者が決定するまでには長い時間が費やされ、最終的に、この会議に参加するメンバーとなったのは、いわき市医師会代表の医師、いわき市薬剤師会代表薬剤師、いわき市訪問看護ステーション連絡協議会の訪問看護師、いわき市保健所保健師、地域包括支援センターの看護職、浜通り医療生活協同組合の保健師およびソーシャルワーカーであった。

このように募集された参加者によって、会議の活動目的および活動内容の検討が行なわれ、会議は地域医療連携推進ネットワーク会議と命名されて2012年11月から2013年4月の間に毎月1回程度開催された(表2)。その会議の内容は以下のとおりである。

日時	内容	発表者	参加人数
'12/11/19	・地域医療の現状と今後の活動についての検討	福島県立医科大学 看護学部 高瀬佳苗	10
'12/12/18	・震災前後の病院勤務医の活動	呉羽病院医師 緑川靖彦	10
	・常磐・遠野包括支援センターの活動	常磐・遠野地域包括支援センター 山野辺りか	
'13/1/21	・内郷・好間・三和包括支援センターの活動	内郷・好間・三和地域包括支援センター 野口富士子	9
	・震災時に薬剤師はどう動いたか	いわき市薬剤師会 長谷川裕一	
'13/2/18	・震災時の浜通り医療生活協同組合の対応	浜通り医療生活協同組合 川崎美和子	13
'13/3/11	・震災後1か月間の医療情報に関する問題および地域看護活動の実態	福島県立医科大学 看護学部 高瀬佳苗	8
'13/4/23	1. ワークショップ「理想的な地域医療連携」 2. 今後の活動についての検討	メンバー全員	9

表2：いわき市地域医療連携推進会議の内容訳

- ・第1回会議…参加者の自己紹介が行なわれ、まず、顔見知りになることに重点をおいた。地域医療連携に関連した日ごろの業務のこと、震災前後の仕事のこと、そしてこの会の最終目標をどうするかが検討された。
- ・第2回会議…地域の中核病院の勤務医および2つの地域包括支援センターの看護職から、震災前後をとおしたそれぞれの活動が報告された。災害時にどの医療機関がどのくらいの人数の要援護者を受け入れるかなどの連絡調整が課題として上がった。
- ・第3回会議…いわき市内の薬剤師が震災時にどのように活動したかが報告され、災害時にどの薬局が開業しているかを周知するための情報整備と情報発信の課題があると述べられた。
- ・第4回会議…訪問看護ステーションおよび医療生活協同組合の災害時の取り組みが報告され、連携のポイントとしては、相互に顔見知りになっておくことの重要性がこの会議の参加者全員で確認された。
- ・第5回会議…震災後1か月間の医療情報に関する問題とこの期間の地域看護活動の特徴が報告された。ほとんどの機関では、震災後2年経過している現在も実働可能なマニュアルが作成されていない現状が浮かび上がった。

・第6回会議…ワークショップでは、理想的な地域医療連携を実現するために、小さな地区ごとに多職種が顔を合わせ、事例の検討、研修等をとおして連携を行ない、ネットワーク網を他の地域へ広げていく重要性が確認された。

以上、6回の地域医療連携ネットワーク会議をとおして、当初、震災前後に自分たちがどのような活動を行っていたのかを振り返る報告が主であったが、終盤には、この会議の参加者が所属するそれぞれの機関では、何の取り組みが行なわれて、何の取り組みが行なわれていないのかが検討されるようになった。また、会議の参加者は、これまで地域医療の連携が行なえていると思っていたが、連携は点と点にとどまっていた、ネットワークにはなっていないことが明らかになった。かつ、会議の参加者は、それぞれが所属している機関において、現時点の危機管理の課題を明確にする必要性を確信するに至った。そして、この地域医療連携推進ネットワーク会議の最終回では、今後の活動の方向性の検討が行なわれ、いわき市の地域医療の連携について話合う研究会を立ち上げることになった。また、その会とは別に、本研究者といわき市医師会地域医療担当の医師らは、地域医療連携推進の研究会を開催していくことが決定した。

5. 研究活動の限界

この研究活動には、以下の限界があった。まず、1つ目は、当初、地域医療連携推進ネットワーク会議には、いわき市民、警戒区域(福島第一原子力発電所から20Km以内の圏域)の住民、警戒区域自治体職員等を加える予定であったが、最終的には、いわき市内の団体に所属する医師、訪問看護師、介護支援専門員、薬剤師、保健師、ソーシャルワーカー等に限った。その理由として、震災後時間が経過するとともに、警戒区域の住民および自治体とそれを受け入れる側の住民および自治体との間の緊張があげられる。また、研究活動の開始当初には、警戒区域自治体の仮の町構想が明確にはなっていないため、警戒区域自治体と同じテーブルについて議論することは困難であり、地域医療連携についての未来構想を検討するには無理があると考えられた。

そして、2つ目は、いわき市の地域医療の担当部署、地域医療を扱うNPO法人などがネットワーク会議に関心を示さないことである。具体的には、ネットワーク会議への参加を促すために、それぞれの担当者に研究活動の目的や

意義を説明したが、「会議に参加するのに適当な職員がいない」などの理由で、会議への参加を断られた。地域医療連携は、安心・安全な町づくりの重要な要素であると考えられ、いわき市の地域医療の担当部署、地域医療を扱うNPO法人などがこの問題に対して関心を示さなかったことは残念であると言わざるをえない。

謝辞

この研究活動にご協力くださいました皆さまに、心よりお礼申し上げます。誠にありがとうございました。

薬局薬剤師による残薬及び重複処方実態調査 —茨城県薬剤師会土浦支部・石岡支部との共同研究—

五十嵐 中 氏 草間 真紀子 氏 赤沢 学 氏 野村 香織 氏

東京大学大学院薬学系研究科
医薬政策学

東京大学大学院薬学系研究科
医薬品評価科学

明治薬科大学
公衆衛生・疫学

東京慈恵会医科大学

要旨

正しく服用されない薬は「効かない」のみならず、コスト面でも「無駄遣い」となる。しかし、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。

本研究では、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った。110人の来局者から回答を得た。

薬価を乗じて求めた一人当たりの残薬金額の平均値は6,757±14,767円、中央値は2,353円であった。かかりつけ薬局の有無およびかかりつけ医の有無は、残薬金額に有意に影響していた。

薬剤料の平均値はチェック前後でそれぞれ27,850±45,170円および22,370±43,820円であった。患者自己負担の平均値は、チェック前後でそれぞれ4,818±4,466円および3,767円±4,000円であった。どちらもチェックの実施により、有意に金額が減少した。

今回の定量的な分析により、薬剤師の積極的な介入が残薬・重複投与の解消および医療費の低減に資することが明らかにされた。この研究をベースにして、今後は「コスト」のみならず、「適正使用を通じた健康アウトカムの向上」までを視野に入れた研究が望まれる。

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。飲み合わせと同様に残薬も、もともと服用薬が多くなりがちな高齢者にとって大きな問題となりうる。筆者らが広島県で2009年に実施した高齢者に対する服用薬チェック「ブラウンバッグ運動」では、508人の参加者(平均年齢74.8歳)に薬局に薬(処方薬・OTC・サプリメント全て)を持参してもらうことで、服薬状況のチェックとアドバイスとを実施した。参加者が服用していた処方薬のべ3,199剤のうち、指示通り服用されている割合は76.4%であった。飲み忘れが原因で指示量より少なくなった薬が5.6%あったのに加え、「故意に」指示量より少なくなった薬も4.4%存在した。単純に飲み忘れを防ぐだけでは残薬の問題は解決しないことを、この結果は示唆していると言える。

しかし現状では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。

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。

本年度は、パイロット調査を含めた2度の聞き取り調査により、残薬の発生及び重複処方の実態調査を実施するとともに、残薬の多寡に影響する因子を探索した。

3. 研究の方法

(1) 残薬調査の実施過程

全体的な調査の流れは以下の通りである。

- 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。

実際の調査では、石岡地区・牛久地区・土浦地区の薬局に調査参加を募集した。参加薬局において、平成24年4月～6月に来局し、残薬または重複薬のあった患者のうち、調査に同意した患者に対して聞き取り調査を行い、患者背景や処方内容、残薬・重複薬に至った経緯の確認を行った。医師への疑義照会により処方変更し、処方変更前後での薬剤費および患者の自己負担額の差額を調査した。

同じ調査を平成24年7月～9月にも追加的に実施し、データは統合した上で解析を行った。

(2) 解析手法

集計したデータに基づき、患者背景に関する基礎情報(性別・年齢・居住形態・服薬管理(家族・自分自身)・かかりつけ医の有無・かかりつけ薬局の有無・お薬手帳の活用状況(持っていない・持っている・持っていて活用している)・自己負担の有無・かかっている疾患)について記述統計データをまとめるとともに、聞き取り調査によって残薬の状況および処方変更前後での薬剤費の変動を分析した。分析はJMP Pro 10ならびにSPSS Statistics 21.0により実施した。なお、実際に残薬調査の際に用いた調査票を(図表1)に示す。

図表 1：残薬記録票

(3) 倫理面への配慮

本研究には侵襲性はなく、また介入も伴わない観察研究である。しかし、処方薬剤情報を初めとした個人情報を取り扱うことから、疫学研究の倫理指針に従って研究を行った。具体的には研究参加に対して患者からの同意を口頭にて取得し、その旨を記録した。さらに実際のデータ解析に関しては、各薬局で付与した固有のIDのみを記載したシートを東京大学に送付する形で匿名化を行った。

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、倫理審査を申請し、承認を得た。

4. 結果

(1) 患者背景のまとめ

平成24年度に実施した調査を通して、茨城県石岡地区・牛久地区・土浦地区の17薬局の協力の上、110人(男性58人、女性52人)の来局患者から回答を得た。来局患者の年齢は64.5±16.7歳 (Mean±SD)であった。家族が服薬を管理している患者が73% (80人) を占めていた。

かかりつけ医・かかりつけ薬局をもつ患者の割合は、共に80%を超えた(かかりつけ医:85.4%(94人)、かかりつけ薬局:85.3%)。またお薬手帳を活用している患者の割合も高く、83.6%(92人)が活用していた。

基礎疾患は、高血圧(61人・55.4%)・糖尿病(59人・53.6%)・高脂血症(42人・38.1%)の生活習慣病が多数を占めた。

患者の背景を(図表2)にまとめた。

男性	58(52.7%)	医療費自己負担あり	101(91.8%)
年齢	64.5±16.7歳	高血圧	61(55.4%)
家族と同居	100(92.6%)	糖尿病	59(53.6%)
服薬管理状況	自分で管理	高脂血症	42(38.1%)
	家族が管理	骨粗鬆症	4(3.6%)
かかりつけ医あり	94(85.4%)	緑内障・白内障	4(3.6%)
かかりつけ薬局あり	93(84.5%)	リウマチ	3(3.0%)
お薬手帳活用状況	活用している	胃腸障害	24(21.8%)
	持っているのみ	睡眠障害	16(14.5%)
	持っていない	その他	65(59.1%)

図表2: 患者背景 (n=110)

(2) 残薬・重複薬の確認に至るきっかけとその後の経過

残薬や重複薬の確認がなされたきっかけは、薬局での声掛けが14人(13.1%)、患者からの申し出が62人(57.9%)、家族からの申し出が6人(5.6%)、処方監査やお薬手帳の確認、在宅初回訪問の際に発見されるなどのその他の事由が25人(23.3%)であった。

確認後の薬剤師の対応をまとめて(図表3)に示す。

処方変更	93(84.5%)
一包化	11(10.0%)
お薬カレンダーの使用	7(6.4%)
追加の服薬指導	31(28.2%)
医師への情報提供	104(94.5%)
重複処方の削除	21(19.1%)

図表3: 薬剤師の対応(複数回答あり)

104人(94.5%)について医師への情報提供がなされ、93件(84.5%)で処方に変更された。また、複数の医療機関を受診していた例などでの重複処方の削除は、21件(19.1%)だった。

(3) 残薬の実態について

調査票を用いて、実際に患者が飲まないままになっている残薬についての聞き取り調査を行った。102人の患者から、残薬の個数および薬剤名についての回答を得た。薬剤

名と個数をもとに、薬価ベースの金額を算出した。

残薬総量の平均値は139.2±204.0錠(実際には液剤や外用剤も含む)、中央値は71錠であった。患者ごとにばらつきが大きく、最も多い患者では1,665錠に達した。

製剤ごとに見ると、1製剤から12製剤まで分布しており、平均は3.3±2.7剤、中央値は3剤であった。

薬価を乗じて求めた一人当たりの残薬金額は、100円未満から最大11万6,000円までばらついた。平均値は6,757±14,767円、中央値は2,353円であった。

(4) 残薬・重複薬チェックに基づいた処方薬の薬剤費および自己負担額の変化

薬局薬剤師に、チェック前後の薬剤料(調剤報酬上の点数)および患者自己負担額の記入を依頼した。薬剤料の平均値はチェック前後でそれぞれ27,850±45,170円および22,370±43,820円であった。患者自己負担の平均値は、チェック前後でそれぞれ4,818±4,466円および3,767円±4,000円であった。

Wilcoxonの符合付き順位検定では、薬剤量・自己負担額ともに有意であった(p<.0001)。

結果をまとめて(図表4)に示す。

	薬剤料 (Mean±SD)	薬剤料 (中央値)	自己負担額 (Mean±SD)	自己負担額 (中央値)
チェック前	27,850±45,170	19,980	4,818±4,466	3,720
チェック後	22,370±43,820	14,580	3,767±4,000	2,400

薬剤料・自己負担額ともに有意に減少(Wilcoxonの符合付き順位検定、p<.0001)

図表4: 薬剤料・自己負担額のチェック前後での変化

(5) 残薬の総額と患者背景との関連

ア. 単回帰の結果

性別・年齢・居住形態・家族の管理・かかりつけ医・かかりつけ薬局・お薬手帳活用の有無を説明変数、残薬の総額を応答変数とする単回帰を行った。結果、かかりつけ医およびかかりつけ薬局の有無により、残薬の総額に有意な差があった(Wilcoxon検定、かかりつけ医: p=0.028, かかりつけ薬局: p<0.001)。かかりつけ医の有無で、残薬総額の中央値は2,294円 vs. 14,856円、かかりつけ薬局の有無では2,324円 vs. 14,212円へ変化した。

イ. 重回帰の結果

単回帰で評価した説明変数を全て組み込んで、残薬の総額を応答変数とする重回帰分析を行った。結果は、「かかりつけ薬局の有無」のみが有意に影響する変数として残った。偏回帰係数の数値からは、かかりつけ薬局

があると残薬の総額が10,086円減少する結果となった。

5. 考察と今後の展望

定量的な評価によって、薬剤師の積極的な介入が残薬・重複投与の解消および医療費の低減に資することが明らかにされた。今回の分析ではかかりつけ薬局やかかりつけ医の存在が有意に影響し、残薬の減少に役立つことが示されたものの、調査対象者のうち8割以上がかかりつけ医・かかりつけ薬局を持っていたことを考えると、この結果がそのまま他の状況へも応用できるか否かは、今後よりサンプルサイズを増やした(あるいは、かかりつけ薬局の利用が十分ではない地域での)同種の研究の実施が望まれる。

本年度は薬剤師対象の調査となったが、残薬は薬剤師のみならず、医師や介護従事者を中心とした多くの専門家に共有されるべき問題である。介護従事者の負担軽減も含めて、さらなる実証研究が望まれる。

残薬の問題が議論されるときには、そのコスト面への影響、とくに医療費への影響が大きく取り沙汰されがちになる。もちろん、処方薬は調剤された時点でコストが発生する以上、調剤されたのに服用されなかった残薬がコストの面から「無駄使い」になってしまうことは必然である。日本薬剤師会が2008年に実施した研究では、潜在的飲み残し薬剤費は、薬局で年間418億円・病院で年間56億円、あわせて474億円に達している。無視できない金額であることは、論を待たない。

しかし、残薬の問題を「国の医療費」の問題のみに矮小化してしまうことも、また問題である。くすりがもたらす健康上のメリットは、服用されなければ絶対に得られない。「お金がもったいない」側面のみならず、「期待された薬の効き目(健康上のメリット)が得られない」ことも考慮に入れる必要がある。今回の研究は「コスト」にスポットを当てたが、本来は「単なる無駄遣いの回避」だけではなく、「適正使用を通じた健康アウトカムの向上」までを視野に入れた研究が望まれる。

本研究と並行して継続的に実施中のブラウンバッグ運動では、本年度は京都府において事業を実施し、274人の参加者に対して薬剤師がお薬チェックを行うとともに、検診の受診勧奨を行った。この中で、27%の参加者が意図的に薬の量を減らしたり、飲んでいないことが明らかになった。薬剤師の積極的な介入が、単なる「コスト削減」を超えて、多方面から薬剤師が地域住民の健康アウトカム

の向上に貢献するために、今後もさまざまな活動を実施する予定である。

残薬の問題は、決して「国のお金が無駄になる」ことのみでは片付けられない。さまざまな運動を通して、患者自身にも「残薬の健康面・経済面からの『もったいなさ』」を理解してもらうことこそ、問題解決の鍵になると考える。本研究の結果は、この流れの第一歩として有益な結果が得られたと考える。

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

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。その結果、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ていない(2012年3月末当時)。

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4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を支援対象に、県全域をカバーする地域医療連携によるICT(情報通信技術)を活用した医療支援活動を行ってきた。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。

本活動では、具体的には、以下3つの項目に関して、当初の計画通りの活動成果を得た。

項目1: 仙台オープン病院、複数の訪問看護ステーションでのシステムテスト実証実験とシステム改善

項目2: 宮城県内(気仙沼地域、石巻地域、南三陸町、宮城県南部)での実証実験とシステム評価

項目3: 宮城県における地域医療連携普及促進に係わる支援活動

1.はじめに(活動の背景:2012年3月末当時)

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、益々増え続ける被災地の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。宮城県内に限っても、石巻市、南三陸

町、東松島町、原子力発電所がある女川町、福島に近いとのことで余り被害状況が報道されない亘理町、山元町も震災から1年経っても状況は余り改善されない。

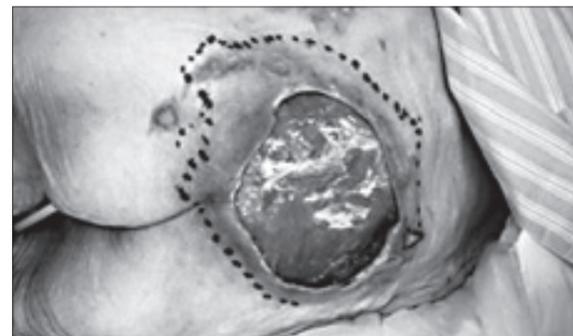


図1: 震災により気仙沼地域で増え続ける褥瘡患者(当時病院にて)

この異常事態を救うため、昨年の4月から日本ET/WOC(創傷・オストミー・失禁看護)協会の看護師が、気仙沼

地域、南三陸地域、石巻地域と宮城県南部の地域の週一回のペースで巡回している。(図1)は、現在でもなかなか改善されない褥瘡患者の現状を多くの人に知って頂くために許可を得て撮影した写真の1枚である。

2.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2)に本活動の達成イメージを示す。



図2: 本活動の達成イメージ

3.活動の成果

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22

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)、平成23年度厚労省受託事業(広域地域医療連携パス支援システム構築実践事業)の成果を有効活用した。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)を活用した。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した。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ことへの一助となった。本活動は、県内の医療機関を結ぶfirststep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。特に、気仙沼市、南三陸町は宮城大学と包括連携を結んでいる自治体であり、南三陸町からは町を挙げて宮城大学に震災復興支援要請が来ている。本活動では、協定や要請にも配慮しつつ、県域の被災地地域医療支援も十分考慮して、目的を達成した。以下、具体的な活動の詳細を述べる。

(1)連携支援システムの改善

活動項目1: 仙台オープン病院、複数の訪問看護ステーションでの連携支援システムテスト実証実験とシステム改善平成23年度厚生労働省受託事業において構築した「県域をカバーする被災地での活用を資する栄養系広域地域医療連携支援システム」を、活動分担者の所属する仙台オープン病院の他、県内特に被災地の訪問看護ステーションで実際に活用し、システム改善を図った。

活動項目1に関する履行状況

活動分担機関である仙台オープン病院をはじめ、被災地の気仙沼市にある訪問看護ステーション「南三陸訪問看護ステーション(気仙沼市三日町3-1-1)」、「あした気仙沼ステーション(気仙沼市赤岩杉ノ沢77-1)」、「訪問看護ステーション春圃(気仙沼市田中前2-1-8)、及び南三陸町にある訪問看護ステーション「りあす訪問看護ステーション(南三陸町志津川字沼田56-2)」で実際にシステムを使って日々の訪問看護(主に褥瘡ケア)に利用してもらった。その結果、以下の改善が必要であるとの結果を得た。

(a) 患者データのロックの追加

【問題】 複数のオペレータが一人の患者に対して同時に情報の追加・変更ができるため、ケア情報の重複・消失が起こる可能性がある。

【対応】 患者情報の編集時はデータに排他的ロックを行

い、同時編集による矛盾の発生を防止した。

(b) 操作画面・インタフェースの改良

【問題】PC 画面での操作をベースとして開発してきたが、PDA 端末との表示・操作方法の違いや、実際の業務環境による端末の運用において、より見やすく操作しやすい画面の構成、操作方法の改良が必要である。【対応】より多くのオペレータからヒアリングを行い、シンプルでありながらも重要な項目を把握しやすい画面構成とミスの発生しにくい操作手順、表示方法を検討した。

以上は、現行支援システムの改善に関する項目であるが、それ以外の検討結果については、6月にまとめる活動完了報告書に記す。

(2) 宮城県内での実証実験とシステム評価

活動項目2：宮城県内(気仙沼地域、石巻地域、南三陸町、宮城県南部)での実証実験とシステム評価

本助成前は仙台市内での実証実験が主であったが、本助成活動においては宮城県の特に被災地での実証実験とシステム評価を行った。

活動項目2に関する履行状況

活動項目1に関する履行状況でも言及したが、本活動においては宮城県北部の被災地、気仙沼市、南三陸町において実証実験とシステム評価を行った。同時に、構築したシステムを日々の訪問看護に利用してもらい、その有効性を実証してもらった。

同項目に関しては、以上の他に以下の活動も行った。

- ・南三陸町・気仙沼市への巡回訪問
- ・東松島町での健康アンケート調査

(3) 宮城県における地域医療連携普及促進

活動項目3：宮城県における地域医療連携普及促進に係わる支援活動「みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会」との密な連携により、栄養系疾患地域医療連携の全県域への真の普及・促進を図った。また、県域の医療・福祉に関する情報ネットワークシステム構築の策定に協力、推進した。

活動項目3に関する履行状況

県域(第三次医療圏)での地域医療連携を達成するためには、栄養系疾患に関するコミュニティだけではどうしても限界がある。幸いに、宮城県に2011年11月15日に、「みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会」が発足した。協議会は、二次医療圏から始まり、最終的には三次医療圏をスコープとする地域医療連携を目指している。

本活動では、分担者の富樫、須栗、只浦(宮城大学)、土屋、片岡(仙台オープン病院)が同協議会のシステム構

築委員会委員(全員)、並びに栄養部会委員(富樫、土屋、片岡)、看護部会(只浦)に就任していることもあり、同協議会が策定する計画に協力した。以下が主な策定内容である。

- ・みやぎ医療福祉情報ネットワークのあり方
- ・みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会の組織作りについて
- ・石巻医療圏・気仙沼医療圏の情報ネットワーク構築
- ・仙台医療圏の情報ネットワーク構築
- ・各分科会で連携に関するユースケース作成支援

4. 活動成果の評価・効果

本活動の成果を、特に災害からの復旧、復興の視点から箇条書き形式で記載する。当該活動が、地域医療連携の普及に貢献したことは言うまでも無い。

- 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。

⑩地域の介護福祉機関、病院、地域住民を巻き込むことにより、地域住民の連携・協働に新たな活路を見出す。

⑪介護ケア、特に終末介護ケアは、人間が人間らしい尊厳ある最後を飾るような福祉サービスである。本事業の褥瘡予防により、人間の尊厳を保つ、意義の深い福祉サービス・医療を提供する上で大きな貢献を果たす。

5. まとめと今後の課題・予定

【評価】胃瘻ケア、褥瘡ケア、口腔ケアに関する支援システムをタブレット対応に完全に改定し、訪問看護ステーション等への普及促進を図った。具体的には、実運用に関し、大学での倫理委員会での承認(平成23年度の段階で承認済み)、実運用を試みる医療機関の倫理委員会での承認、医療機関と大学との共同研究契約の締結(個人情報取扱、セキュリティポリシーの確認、最終安全確認)、実運用開始。これらの一連のステージと並行し、医療機関におけるICTインフラの整備、端末・プリンター・モバイルルータ等の周辺機器等の設定と動作チェック、複数回のシステム利用講習会を同時に行った。

【課題】連携パスを作りその仕組みを支援する情報システムを構築しただけでは、連携パスの運用は効果的には機能しないことである。円滑かつ効果的な地域医療連携を実現するためには、医療機関の要求に十分応えた広域連携を可能とするパス支援システムとその運用モデルを構築しなければならない。以上の意味から、本活動では、特に被災地を中心に、今後5年先、10年先を見据えた真の意味の地域医療連携を普及促進する。

今後の展開

本事業では、医療分野の地域連携を中心に、病院等での医療、在宅医療・看護、在宅介護すべてを連携する地域連携パスの実現が最終目標である。本事業終了後は、県域での運用を目標に、医療・看護・介護分野の本来あるべき地域連携パスを実現し、三位一体の理想を実現すべく事業を継続する。

6. 活動成果に関する資料のリスト

資料1：櫻井優、坂本泰伸、松澤茂、武田敦志、松本章代、富樫敦、柏葉俊輔：“高齢者のQOL向上を目指したAndroidシステムの実証実験結果報告”、情報処理学会・第85回グループウェアとネットワークサービス研究会、9月14日、2012。情報処理学会 デジタルプラクティス 特集号 ―ヘルスケアの現場を支えるIT―、「Android 端末による高齢者の生活様式のモニタリングの評価と認知症の早期発見を目指した解析手法の提案」、同著者。(採録)

資料2：Atsushi Togashi, Yu Kitano, Hiroki Suguri: "Lightweight Web Application Framework and its Applications to Regional Clinical Cooperation", Proc. of 2012 International Conference on Engineering, Applied Sciences, and Technology (ICEAST 2012), November 21-24, 2012, Swissôtel Le Concorde, Bangkok, Thailand. Lightweight Methodology and Framework for Developing Web Applications, International Journal on Computer and Information Science (IJCIS), Vol.13, No.1, 2012. として国際専門雑誌に採択

資料3：Shoich Noguchi: "How to Design the Robust Communication System under the Great Disaster Environment (Learning from East Japan Great Disaster)", Keynote Speech, 2012 International Conference on Engineering, Applied Sciences, and Technology (ICEAST 2012), November 21-24, 2012, Swissôtel Le Concorde, Bangkok, Thailand.

資料4：Hitomi Kataoka, et al.: "Establishment of Clinical Path Liaison for Nutrition Support using Information and Communication Technology: Preliminary Use of ICT-based Inter-regional Clinical Path in Miyagi" (Poster Session), 4th Congress of the World Union of Wound Healing Societies (世界創傷治癒学会), September 2 - 6, Yokohama, Japan, 2012.

資料5：富樫敦、土屋誉：“宮城県域をカバーする広域地域医療連携について～栄養系慢性疾患を中心に～”、ICT Earthquake Reconstruction Aid powered by Android Bazaar and Conference 2012 Tohoku 「ICT ERA + ABC 2012 東北」2012年10月20日東北大学川内キャンパス。

資料6：宮城大学富樫研究室、坂本研究室：“東日本大震災における被災地・被災者支援の現状及び今後の課題に関する調査～東松島市の事例を中心に～”、アンケート調査結果、2012。

資料7：みやぎNSNの活動ポスター

資料8：共同研究説明文書(対医療機関用)

資料9：胃瘻増設、交換患者への説明用パンフレット

資料10：みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会関連資料(抜粋)

資料11：Shin-ichiro Sakamoto, Tomoko Yamada, et.al. : "A Study on the health of victims in temporary residents of the Great East Japan Earthquake", ICBA (Australia), 2012.

資料12：「広大な一枚絵」で情報を見える化するシステムの統合開発環境金指 文明、船生 佳孝、富樫敦、第19 回北海道地域ネットワーク協議会(NORTH) インターネットシンポジウム2013 (2013年2月27日、北海道大学、札幌) 2012年9月13-14日、尾道公会堂別館。

資料13：Lightweight Web Methodology with Practical Applications to Medical Fields Atushi Togashi, Yu Kitano, Hiroki Suguri, 8th International Conference on Information Processing and Management (ICIPM2013), April 1-3, 2003, Seoul, Korea

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

要旨

がん対策基本法が制定され国主導型で進められた、がん緩和ケア・ホスピスケア事業は各地域において積極的な取り組みがなされてきた。東京都港区におけるがん緩和ケア・ホスピスケア事業は、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。行政による様々な事業者への働きかけばかりでなく、研究会による区民を中心とした活動及びここに北里大学薬学部が参画することで多面的アプローチを行ってきた。これまで、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、を調査研究活動・啓発活動と両輪で図る活動を行ってきた。2012年より、杉浦地域医療振興助成金を受け、みなと区民まつりにおけるアンケート調査を行い区民の意識調査を進めた。また、医療、介護、福祉の枠を越えた現場における問題を明確にする目的で、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護福祉士参加による症例検討会を行った。これらの活動を通して、区民の間に緩和ケア、在宅医療の概念が浸透していくと同時に、学生、市民ボランティアに活動に加わってもらうことで、市民と医療体制・行政の間のかけ橋となる機能も見出すことができた。

1.研究会の紹介

(1)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。

(2)これまでの活動計画および実績

ア.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。

イ.在宅緩和ケアに関する調査・研究事業

みなと区民まつりに参加し、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。

ウ.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

左記イ.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。

エ.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。

オ.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

(1)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、今後の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。

(2)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。

(3)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。

- ・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。
- ・在宅緩和ケアに関する調査・研究事業。
- ・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。
- ・機関誌その他刊行物の発行。
- ・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。
- ・その他、本会の目的を達成するために必要な事業。

(4)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で、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。

3.活動内容報告

本年度、杉浦地域医療振興財団助成金により、当研究会は以下の活動を行った。

(1)症例検討会

ア.第一回症例検討会について

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネージャー、介護福祉士、区民を対象に現場が抱える問題点を明確にするために症例検討会を企画した。2012年7月14日に第一回症例検討会を開催した。在宅支援診療所医師、訪問看護ステーション看護師、ケアマネージャー兼介護福祉士から現在の問題

点を報告して頂いた。医師からはがん拠点病院と在宅支援診療所の連携については、同じ職種であっても十分な情報交換を行うことが困難である事が報告された。看護師からは医療と福祉、介護の枠組みを医療側は把握しているものの、現場において利用者側に認識して頂くことが困難であることが報告された。介護福祉士からは在宅という環境では医療従事者だけでカバーできるものではなく、ボランティアを含めた多職種の介入がスムーズなプラットフォーム作りが望まれることが報告された。

- (ア)2012年7月5日 第一回症例検討会準備委員会 ①の開催
- (イ)2012年7月7日 第一回症例検討会準備委員会 ②の開催
- (ウ)2012年7月12日 第一回症例検討会準備委員会 ③の開催
- (エ)2012年7月14日 第一回症例検討会の開催

イ.第二回症例検討会について

専門医療職種を対象に、緩和ケア、在宅医療などに有用な症例を提示し、小グループによるワークショップを行った。現在入院中の患者が、これから在宅療養へ移行するにあたり、それぞれの立場から以下のことを話し合い、パワーポイントにまとめて発表し、討論を行った。

- ①病院の主治医チームにお願いしておきたいことはなんでしょう。
- ②患者・家族と相談しておくべきことはなんでしょう。

(ア)参加者から出た意見

ワークショップの参加者から以下のような意見が出た。

a.①について

- ・本人と家族へどこまで説明されているか (がんの告知は)
- ・在宅へ帰ることは、家族に了解されているのか
- ・本人および家族は、どこまで出来るのか
- ・死に場所の確定、本人家族の希望
- ・主治医からの在宅医師への情報提供
- ・どういときに主治医へ連絡すべきか
- ・医療を提供する側と、受ける側の情報共有化
- ・急変時の対応について (急変時の再入院は可能か)
- ・服薬指導(特に麻薬に関して説明)
- ・マッサージなどのケアの活用

b.②について

- ・家族(子供など)の受け止め方
- ・家族の協力がどこまで得られるか
- ・家族の介護力、マンパワー
- ・自宅で最後まで看取る意志があるかどうか
- ・つらくなった時に病院に戻るか?訪問に頼るのか
- ・延命処置の希望
- ・薬剤(麻薬含む)の使用について
- ・薬の管理のキーパーソンを決めてほしい
- ・経済的負担について (高額医療費の申請について等)
- ・地域医療機関への依頼先の確定

- (イ)2012年9月28日 第二回症例検討会準備委員会 ①の開催
- (ウ)2012年10月2日 第二回症例検討会準備委員会 ②の開催
- (エ)2012年10月16日 第二回症例検討会準備委員会 ③の開催
- (オ)2012年10月18日 第二回症例検討会の開催

(2)アンケート調査

ア.2012みなと区民まつりへの参加

区事業「みなと区民まつり」において 2009年より4年間で、区民祭りに訪れた2411名を対象に緩和ケアおよび在宅医療についての意識調査(アンケート)ならびに啓発活動を実施した。調査内容は、緩和ケアに関する10項目および在宅医療に関する5項目である。啓発活動はAED講習、がん緩和ケアに関するレクチャー、医療相談である。今年度は、前年に引き続き、学生ボランティア等の協力のもと、調査・啓発活動を行い、みなと区民祭り参加者のうち573名に対するアンケートを回収できた。

- (ア)2012年9月7日 2012みなと区民まつり全体説明会への参加
- (イ)2012年10月4日 2012みなと区民まつり打ち合わせの実施
- (ウ)2012年10月5日 2012みなと区民まつりの準備実施
- (エ)2012年10月6、7日 2012みなと区民まつり参加

イ.意識調査結果について

今年度のみなと区民まつりの調査に応じてくれた方の居住場所は、港区内:港区外が約4:3であった。以下に列挙した代表的な調査項目の結果が得られた。

- 1.緩和ケアは終末期の方だけに行われるものだと思いますか(図1)
- 2.早期がんは緩和ケアの対象になると考えますか(図2)

3.病院への入院と「在宅医療」を比較して、どちらが安心できますか(図3)

4.病院への入院と「在宅医療」を比較して、ご自身が選ぶならどちらですか(図4)

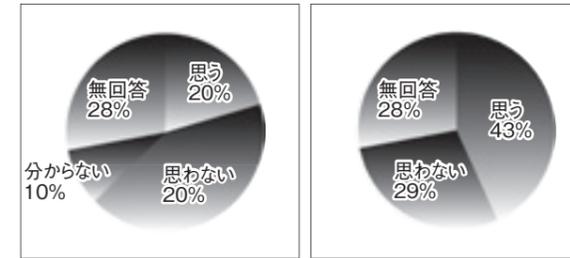


図3 図4

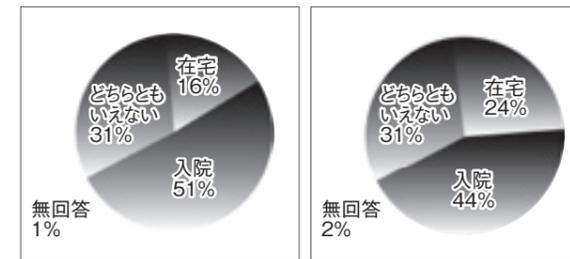


図3 図4

昨年までの結果を踏まえて今回の調査結果を解析してみると、「緩和ケア」という言葉を知っている割合に大きな変化はなかったが、今年度の回答者の年齢層が例年より広がったことから、ファミリー世代や、いわゆる現役世代の認知度が高まっているようであった。しかし、命が短くなる、麻薬中毒になる、痛みが100%取れるなど、回答者が「医療用麻薬」に抱いている印象は、まだまだ誤解しているようだった。在宅医療に期待を持つ方は多くいるが、家族への遠慮が大きかったり、どのようにすればいいのかわからず不安を感じている人も多かった。どうすれば在宅医療を受けられるのか分からないとおっしゃる方もおり、在宅医療の理解も大事だが、そのサービスを受けるための具体的な情報の提供や相談体制が必要と感じた。

(3)区民講演会

ア.港区民講演会「がん補完代替療法の限界と可能性」

がん補完代替療法講演会「がん補完代替療法の限界と可能性」の計画・立案に参加すると共に、講演会においてみなと区民祭りで行ったアンケート調査結果を報告した。

- (ア)2012年12月18日 みなと保健所の方と打ち合わせの実施
- (イ)2013年2月9日 みなと保健所と共催による港区民講演会の開催

(4)学会参加

ア.消化器病週間 日本消化器外科学会(2012年10月12日)

消化器病週間 日本消化器外科学会にて、「地域における緩和ケアに関する意識調査(2009年～2011年の3年間の比較)」を発表。

イ.日本癌治療学会総会(2012年10月25日) 日本癌治療学会総会にて、「がん緩和ケアにおける地域への啓発活動」を発表。

ウ.日本外科学会定期学術集会(2013年4月11～13日) 第113回 日本外科学会定期学術集会への参加

4.結論

港区在宅緩和ケア研究会は、2008年3月より東京都港区基本方針である在宅緩和ケア・ホスピスケア支援推進事業方針に賛同し、調査・研究、啓発、教育活動を展開することにより行政・医療機関・医療従事者・市民をつなぐ有機的リングを構築し同事業が実効性あるものとして実現されるよう支援協力を行っている。東京都港区には250床以上の基幹病院が6病院、このうちがん診療病院が5病院と恵まれた環境にある。緩和ケアに対する理解は徐々に広がりを見せている。

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

地域連携支援ツール開発プロジェクトチーム

番匠 千佳子氏 聖隷浜松病院 看護部	梅田 靖子氏 聖隷浜松病院 看護部	塩野 州平氏 聖隷浜松病院 薬剤部	大木 純子氏 聖隷三方原病院 看護部	伊藤 智子氏 聖隷三方原病院 薬剤部
川口 知香氏 浜松医科大学医学部 付属病院 看護部	高科 嘉章氏 浜松医科大学医学部 付属病院 薬剤部	吉川 陽子氏 浜松医療センター 看護部	川口 千香氏 浜松医療センター 薬剤部	森田 達也氏 聖隷三方原病院 緩和支援診療科

要旨

【背景】近年在宅緩和ケアが推進されるに伴い、外来での医療用麻薬(以下、麻薬)の導入が行われるようになってきた。症状が十分に緩和されるためには麻薬を開始するときの患者教育は非常に重要であるが、外来看護師の人員不足や保険調剤薬局(以下、薬局)との情報共有の不足等から十分な患者教育ができない状況がある。病院と地域の医療従事者との連携を強化し患者教育を行うことが急務である。【目的】今回の活動では、在宅がん患者が安心して暮らすために、外来で麻薬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ツールを開発することを目的とした。【活動内容】活動は、静岡県浜松市内の4つの地域がん診療連携拠点病院と浜松市薬剤師会が協働した。地域連携支援ツール(以下、パス)の目的は①相互にとって不足している情報の共有②外来で麻薬導入した患者への教育のボトムラインの明確化③病院と薬局とのネットワーク化のきっかけとした。パスは情報共有・交換のための「地域連携シート」、患者教育のための知識提供と具体的な役割内容を記入した「運用マニュアル」で構成し、病院の医師、看護師、薬剤師、医療秘書などの事務、薬局の薬剤師、そして患者・家族が共通のツールで情報を共有・交換する内容とした。今後の課題は、このパスを実際に運用することで問題点などを明らかにし、より一層使いやすいパスに修正することである。

1.活動の背景と意義

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、保険調剤薬局(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⁾によるシステム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

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、地域連携支援パスの開発が望まれるが、外来での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: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.活動の目的

活動の最終目的は、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の有用性を検証することである。今回の活動では、その第一段階として地域連携支援パスを開発し実現可能性を検討することが目的である。

3.活動結果報告

(1)活動地域と協働者

活動メンバーは、静岡県浜松市内の4つの地域がん診療連携拠点病院の緩和ケアに携わる医療従事者(医師・看護師・薬剤師)で構成され、浜松市薬剤師会の協力を得て活動した。

(2)活動内容

A.地域連携支援パスの目的の明確化

地域連携支援パスを作成するにあたり、その目的を明確にするための合同会議・分科会を数回に分けて行い、話し合いをすすめた。多施設に渡る地域全体での活動であることから、どのような地域連携支援パスを作成したいと考えているのかについて、統一した考えを持つことが必要である事が共有され、パスの目的を明確にした。

以下にパスの目的とその理由を述べる。

目的1)関わる人々が、相互にとって不足している情報を共有する

麻薬の患者教育に関する学会などでの報告は、病院の医療従事者側から、あるいは薬局側からの見解と、それぞれの立場で述べられていることが少なくない。先に述べた調査³⁾において、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」ことが挙げられているが、果たして薬局のみの問題なのだろうか。予備調査⁶⁾においても、病院の医療従事者が薬局の薬剤師には患者情報の共有がなされていない現状を理解できていないことなどが挙げられた。在宅がん患者が安心して暮らすためには、患者や家族も含め、関わる人々が相互にとって不足している情報を共有し、患者の状況を理解しあうことが重要である。

目的2)外来で麻薬導入した患者への教育のボトムラインを明確にする

予備調査⁶⁾において、患者教育する際の薬局の環境の現状が明らかになった。患者のプライバシーに配慮できる環境(例えば、十分な人数に対応できる個室など)が不足していること、さらには、がんによる痛みのある患者が麻薬導入時に詳細にわたり長時間の指導を受けることによる苦痛を考慮し、最低限必要な内容の患者教育を明らかにして実施することが重要である。

目的3)病院と薬局とのネットワーク化のきっかけとする

予備調査⁶⁾において、外来で麻薬導入した患者であることが発信できる立場にある外来看護師が、その必要性を認識していない現状がわかった。その理由として、外来で麻薬導入した患者の服薬指導は病院の薬剤師が行なうと認識している看護師が80%近くであり、薬局の薬剤師が行なうと認識している看護師を大きく上回ったことから、院内の薬剤師ならば患者カルテで情報は共有できるため、情報発信する必要を感じていないことが考えられる。在宅がん患者が安心して暮らすためには、チーム医療は、病院内のみではなく地域の医療従事者がチームとして連携・協働することが重要であり、この活動が連携・協働しやすくなるためのきっかけとなることを目的とした。

イ.外来での麻薬導入時の患者教育に関する地域連携の流れ(図1)

今回の地域連携の目的は、「外来で麻薬導入した患者への教育のボトムラインを明確にする」ことから、初めて麻薬を使用するときの患者教育のみに焦点を当てた。そのため、この地域連携支援パスは、初めて外来で麻薬を処方

され患者教育を受け、在宅で自己管理をしたあと、痛みの再評価を行い、再度患者教育を行うまでの期間に限ることとした。(図1の流れを2周する期間とした)

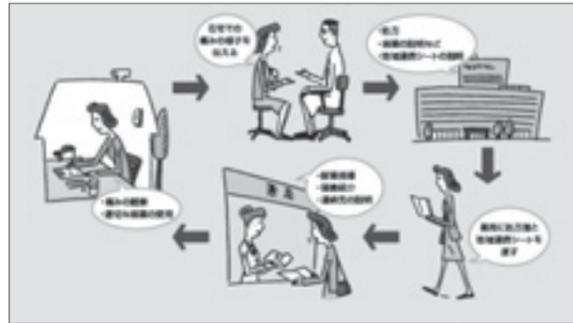


図1：外来での麻薬導入時の患者教育に関する地域連携の流れ

ウ. 地域連携支援パスの作成

地域連携支援パスは、患者教育のために最低限必要な患者の病気に関する情報や、各医療従事者が行なった活動の情報共有ができるために、患者・医療従事者が共通で使用する「地域連携シート」(図2参照)と、各医療従事者が行なう具体的な役割内容や、患者への教育をする時に必要な情報とその背景知識を記載した「運用マニュアル」(図3参照)で構成する。

ア) 痛みをコントロールして普段の生活がしやすくなるための地域連携シート(図2参照)

地域連携シートは、処方箋と一緒に持ち歩きやすいサイズ(A4用紙一枚)で両面を使用し、片面が患者用、もう片面を医療従事者用とし、一目でわかりやすくするために各々のシートをカラーで区別した。

患者用には、簡単なシートの目的と困ったときの相談先を明確にするために連絡先を記載した。また、痛みのコントロールには、セルフマネジメントが重要¹⁾であることから、患者自身が痛みや麻薬に伴う主な副作用の観察ができるよう、また、医師が診察時に患者の様子を一目でわかりやすいよう内容を検討し、記入する欄を設けた。

医療従事者用は、麻薬導入時の患者教育のために最低限必要な活動内容を記載し、実施の有無の記載は簡単にできるよう工夫した。また、薬局の薬剤師が監査するときに各施設で監査基準にバラツキがないよう共通の監査基準を検討し、監査に最低限必要な内容を記載した。

図2：地域連携シート（医療者用と患者用をA4用紙一枚両面で作成）



図3：運用マニュアルの一部（見開きの状態）

イ) 外来麻薬導入地域連携シート 運用マニュアル (図3参照)

運用マニュアルは、“運用上の取り決め事項”と“背景となる知識”の内容がそれぞれ対応して見開きで見ることができるよう工夫した。運用マニュアルは、患者の流れ(図1)に沿って作成した。さらに忙しい業務の中でも活動内容を簡単に確認することができる様に簡潔明瞭に記載し、10ページにとどめ、文字も見やすい大きくなるよう工夫した。“運用上の取り決め事項”は、患者の流れに沿って、誰が何を行うかを記載した。どの職種がどの役割を果たすかについてはそれぞれの病院で決定してもらった。また、各医療従事者が果たす役割の意味が共有できるよう、果たす役割に必要な背景となる知識を記載した。

4. パス運用に向けた取り組みと今後の課題

多施設に渡る共通のツールを作成することは、何度も顔を合わせながら話し合い、プロジェクトメンバー同士が相互理解する過程が重要であることを再認識できた。パス作成の3つめの目的である病院と薬局のネットワーク化のきっかけとなったと考える。しかし、現段階ではパスを作成したにすぎない。現在、実際に浜松市内でパスを運用するために必要な各施設での倫理審査や詳細な運用についての話し合いをすすめている。今後は、作成した地域連携支援パスを実際に運用し問題点を洗い出した上で本格運用をする予定である。さらには、この地域連携支援パスを使用することが、外来で麻薬導入したがん患者が安心して在宅で過ごすための教育になっているかどうかについて検討することが必要である。今後も活動を継続し、在宅がん患者が安心して暮らせるよう地域全体で協働して支援し続けたい。

【参考文献】

- 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.
- 6) 番匠千佳子ら(2013):医療用麻薬を初めて処方された外来患者の教育の担い手は? ~現状の把握と今後の課題~、第27回 日本がん看護学会抄録集、p176.

大阪府における災害時訪問看護ステーション 相互支援ネットワーク構築事業についての検討 (第一報)

立石 容子 氏

大阪府訪問看護ステーション協議会

要旨

本事業は、大阪府における災害時の訪問看護ステーション間の相互支援ネットワーク構築を行うことを目的として、①大阪府医師会、大阪府看護協会、大阪介護支援専門員協会、行政の協力を得て「訪問看護災害対策ネットワーク委員会」を設置、②災害に関する意識調査(回答:217訪問看護ステーション)、③災害対策マニュアルの作成、④情報共有システムの検討、⑤災害対策研修会の開催、を行った。

実態調査では、各訪問看護ステーションが自施設のマニュアルに不安を感じ、災害備品の備蓄、利用者への啓発の不足が把握され、8割が相互支援システムが必要と感じ、そのうち6割が人的支援などの相互支援が可能であるとした、しかし、SNSの活用には半数がセキュリティーや使用方法への不安を感じていた。この調査結果や各種文献をもとに、新しい災害対応マニュアルとして、自施設の利用者を守る「がんばろうマニュアル」と、本部体制や情報共有システム、相互応援システムを記載した「たすけあいマニュアル」を作成し、関係機関に配布した。そして、上記のマニュアルの周知、災害対応活動についての啓発を目的とした災害対策研修会を開催、他職種を含む214名の参加を得た。

本事業の成果を基礎として、今後、他団体や行政、及び他府県との調整により、より広域で充実した体制やマニュアルが作成されることが期待される。

1.背景

訪問看護ステーションにおける災害対策については遅れがある。なかでも、災害対策について重要なアイテムである災害対応マニュアルは、多くの事業所で全国訪問看護事業協会や各都道府県のステーション連絡会が作成したものを転用しているが、その内容は、事業所内のリスクマネジメントや利用者の安全確保など、個々の施設での対策を主眼としたものとなっている。

- ①大災害が発生した場合は、一事業所のみでは対応できないことが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、都道府県レベルでの災害時支援ネットワークの構築が必要である。
- ②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位である。南海・東南海地震や上町断層帯地震が発生した場合には、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。
- ③災害発生時には、多職種、多団体、行政と連動した支

援体制が必要となるが、他機関と連携活動を行うためには、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。

上記の3つの状況を踏まえて、大阪府における災害時の訪問看護ステーション間の相互支援ネットワークシステムの構築が必要と考えその開発を行った。

2.事業の概要

(1)訪問看護災害対策ネットワーク委員会の設置

ア.目的

医療依存度が高く病状不安定な訪問看護利用者の、災害に備えた療養生活を支援するとともに災害時の地域支援体制、訪問看護ステーションの支援ネットワーク構築を図ることを目的とした。

イ.構成員と会議開催回数(図1参照)

将来的に他団体や行政と本災害対策マニュアルの調整を行うことが予測されたため、委員は、大阪府医師会、

大阪府看護協会、訪問看護ステーション連絡協議会、大阪介護支援専門員協会、地域包括支援センター等各施設からの推薦員等で構成、行政の協力も得て、他職種、他団体の視点で協議を行った(計3回)。

また、上記の目的の円滑な遂行のために、訪問看護ステーション管理者12名による作業部会を設置し、調査研究、マニュアル作成、研修の実施など、具体的な作業を行った(計8回)。

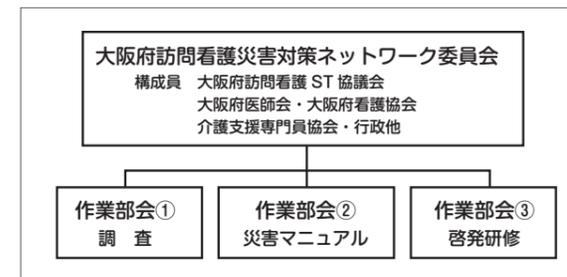


図1:委員会の組織図

(2)災害に関する実態調査

ア.目的と方法

災害時の情報システム、相互支援システム構築を検討するための基礎資料の収集を目的に、大阪府訪問看護ステーション協議会会員施設(415施設)を対象に災害対策に関する実態調査を行った。方法は、自記式質問紙の郵送配付、ファックス回収とし、回収されたデータの分析は全て単純集計とした。調査期間は平成24年10月15日～11月30日であった。回答のあった訪問看護ステーションは、272事業所(回答率65.5%)であった。

イ.調査結果の概要

a.事業所の状況

- ・回答のあった訪問看護ステーションの一事業所当たりの看護職の述べ職員数の平均は6.5人、常勤換算の平均は5.1人であった。
- ・看護職員の充足状況は、「少し足りない～全く足りていない」と回答する事業所は68%であった。

b.利用者状況

- ・一事業所あたりの利用者数(中央値)は、59.5人であった。
- ・医療機器使用者、要処置者は、胃ろうが最も多く、在宅酸素、吸引、膀胱留置カテーテルと続いた。
- ・障害老人の日常生活自立度は、Bランク、Cランクの寝たきり度の高い利用者が54.6%を占めた。

c.災害対策について

- ・災害対策マニュアルは、88%の事業所に設置され

ていたが、これらマニュアルが発災時に役立つかの質問では、「大変～大体は役立つと思う」が、46.3%にとどまった。

- ・防災訓練を年1回以上実施している事業所は68件25%のみであった。
- ・所内の災害備品は80%が設置していると回答。その種類は、電池、懐中電灯を除いて全て3割以下と、設置備品の種類も設置率も低かった。
- ・利用者への災害啓発活動は82%が実施していると回答。その内容は、「停電時の対応」が、66.2%と最も多く、「搬送先の確認」、「避難所の確認」など他項目については、実施率が低かった。

d.SNSの活用について

- ・所内コンピューターを設置しているは98.9%、インターネット環境があるは93.8%であった。
- ・「メーリングリスト」の活用への質問では、特に問題はないと回答する事業所は44.4%で、「セキュリティーが守られるか不安」37.6%、「使い方が難しそうで自信がない」17.9%であった。G-MAPの活用でも、ほぼ同様の結果であった。

e.相互支援システムについて

- ・相互支援システムの必要性については、214件(78.6%)が「必要と思う」と回答していた。
- ・発災1週間から1ヶ月の期間に、被災ステーションへの協力(職員派遣など)は可能かという質問では、「応援可能と思う」は128件(60%)、「応援できないと思う」は77件(36%)であった。
- ・「応援できないと思う」と回答した理由は、人員不足が64件と最も多かった。
- ・被災ステーションへの応援について、出動可能と考えられる期間は、半日～1日が31件32%、2～3日が45件33%、4日以上が31件24%であった。
- ・応援に必要なと考えられる条件は、事故補償のための保険加入70.4%、法人への依頼文書60.4%、近隣市町村など区域の限定57.6%、必要物品の貸与49.6%などであった。

(3)情報共有システムの検討

各々の訪問看護ステーションにむけた情報発信、相互の情報共有、情報の集約を行うことを目的に、SNS(ソーシャルネットワークサービス)を活用した情報共有システム構築の検討を行った。

ア.情報共有システムの概要

情報共有システムは、GmapやML(メーリングリスト)な

ど、平時からSNSを活用した組織体制を構築し、災害発生時には、これらの情報システムを活用していくこととなる。また、被災ステーションから被災状況の発信があれば、その情報を府内の全ステーションが共有し、被災にあわなかった近隣ステーションが、物資や人員派遣などを行う(図2、図3参照)。

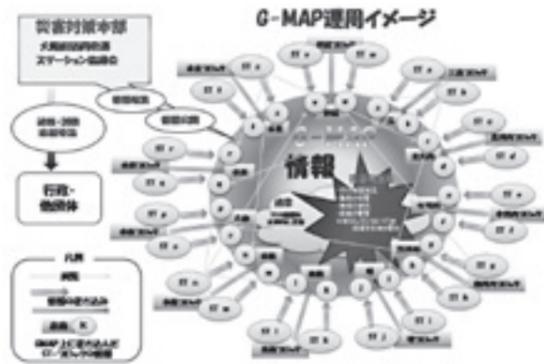


図2: G-mapの運用イメージ



図3: SNSを活用した相互支援連携

イ.MLの活用

MLについては、活用したことがない事業所が多かった。シュミレーション演習等を通して、①本部役員、②本部と11ブロック(地域)の役員間のMLを設置し、現在では平時からの情報共有に活用している。今後は、各ブロック内の訪問看護ステーションのML設置し、組織化を図る予定としている。

ウ.Gmapの活用

登録者のみが使用できる無料のインターネット上の地図サービス(Gmap)を活用し、府内訪問看護ステーションの位置情報を入力、災害発生時、被災時の表示や発信すべき情報(被災情報)のフォームを作成するなどの取り組みを行い、マニュアル化を行った。

(4)訪問看護災害対策マニュアルの作成

本事業で行った実態調査や各種文献、検討された情報共有システムを参考に「大阪府訪問看護災害対策マニュアル」の作成を行った。

ア.作成の経緯・目的

各訪問看護ステーションの災害対応マニュアル作成に際しては、他職種との連携による体制づくりが必要となるが、現状では、基盤となるマニュアルがないため調整が図れず、その連携体制を作ることが難しい。以上により、大阪府訪問看護ステーション協議会の本部体制、他職種との連携、情報システム等を包括した災害対応マニュアルの作成は、市区町村レベル、そして、府内の他団体や他府県との防災に対する連携活動推進への有用な資料となる。

イ.マニュアルの概要

マニュアルは、「たすけあいマニュアル」と「がんばろうマニュアル」の2部構成としている。「がんばろうマニュアル」は、原則フェーズ1、(2)において各々の訪問看護ステーションが、災害発生時に訪問看護利用者への速やかな応急対策活動と継続的な支援体制を維持するためのマニュアルであり、「たすけあいマニュアル」は、フェーズ(2)、3以降の対応を想定した災害対策本部の設置基準や体制と役割、情報の入手と整理、及び訪問看護ステーション間の相互支援を可能とするためのマニュアルである。(表1参照)

「たすけあいマニュアル」	「がんばろうマニュアル」
<ul style="list-style-type: none"> ○災害対策本部の設置 ○設置基準 ○本部長の選出と役割 ○現場責任者の選出と役割 <ul style="list-style-type: none"> ・情報収集責任者 ・災害支援責任者 ・物資支援責任者 ・各ブロック責任者 ○情報収集と情報発信 ○メーリングリストの活用 ○支援ナースの活動 ○心の準備 ○事前準備 ○支援活動の報告 	<ul style="list-style-type: none"> ○経時的な対策の視点 <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の対策と対応 ・利用者への対策と対応 ・他機関との連携 ○事前対策 ○ステーションの設備点検 ○ライフライン・情報関連の点検 ○備蓄品の点検 ○災害緊急連絡先リストの作成 ○災害発生時の指揮命令系統 ○防災訓練 ○安否確認リストの作成 ○災害発生直後の対応 ○営業時間内/営業時間外・休日 ○災害発生から1~2日

表1: 災害対策マニュアルの内容

(5)研修会(報告会)の開催

平成25年3月23日(土)、大阪府医師会館ホールにて、災害対策研修会を開催した(表2参照)。参加者は、訪問看護師、医師、介護支援専門員、行政職員など府内外合わせて計230人であった。開催後のアンケートでは、97%が「本研修を受けて防災意識が高まった」と回答し、自由記載では、「小規模事業所なので相互の組織作りに取り

組んでくれていて安心」「SNS活用は難しそうだが、早速取り組みたい」など積極的な意見が聞かれた。

(6)報告書の作成と配付

本事業の結果を取りまとめた報告書(全88頁/1350部)を作成し、府内訪問看護ステーション、各関連団体等に配布した。

訪問看護災害対策ネットワーク研修会
【日時】平成25年3月23日(土)
【会場】大阪府医師会ホール
【内容】
○第1部 講演
座長: 武本優次氏(大阪府医師会理事)
講師: 伊藤久美子氏(宮城県訪問看護ステーション協議会会長)
「東日本大震災を経験して訪問看護の役割と在宅療養者の防災のあり方を考える」
○第2部 事業活動報告
①調査報告
②マニュアルについて
③情報共有システムについて

表2: 研修会内容

3. 今後の取り組み

当協議会では、平成25年度以降、新たに「災害対策委員会」を設置し、以下の課題解決に向けて活動を行う。

(1)情報共有システムの確立

大規模災害が発生した場合、電源確保など多くの問題の解決は必要であるが、訪問看護ステーションのネットワークを繋ぐためには、ITという手段が効率的である。また防災への意識を向上させるための研修、マニュアルそのものの存在と内容の周知対策、実働できるための災害訓練も必要である。

(2)災害対策マニュアルの改訂・他団体との調整

ア.災害の種類:今回は、地震災害を対象としたが、向後、本マニュアルを基盤に他種の災害対応マニュアルの策定もなされるべきであると考えている。

イ.災害対策本部の設置場所:被災により設置不可時の対応策として、第2、第3の場所を設定した。当該施設については、今後、電源の確保や衛星電話の設置、IT環境の強化等の整備をしていく必要がある。

ウ.トリアージと緊急搬送:在宅患者では、人工呼吸器を装着した在宅療養者や、頻回に吸引を要する者など、停電時は即時に救急搬送を行わなければ生命の危機が生じるものがある。重症度や緊急度で分別するトリアージは重要な課題であるが、府内では、在宅療養者の搬送先や搬送手段の確保が未整備であることから、敢えてこの点への言及は避けた。今後、他団体や行政

と調整していく必要がある。

エ.相互支援システムについて:看護協会で行う災害支援ナースやDMATは「災害救助法」にのっとった支援であるが、本システムはそうではない。今後は、相互支援システム体制をさらに整備して、「災害救助法」と関連付けていく必要がある。

オ.マニュアルの改定

今回のマニュアルは、完成版とはいえない。今後、行政や他団体と調整して、広域レベル(他府県)でも使用可能なように進化していく必要がある。

4. おわりに

災害対策は、多機関・他団体との協働なくして成し得ることは出来ない。本事業では、後に他団体や行政との調整が必要となることが予測されたため多くの関連機関に協力を要請し、成果を上げることが出来た。本事業の成果を基礎として、今後、他団体や行政、及び他府県との調整により、より広域で充実した体制やマニュアルが作成されることが期待される。

ご協力いただいた、大阪府医師会、大阪府看護協会、大阪介護支援専門員協会、行政等の皆様には心から感謝致します。

第1回 杉浦地域医療振興助成、 杉浦地域医療振興賞授与式の様子

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。13名の選考委員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」として7件、総額1,480万円が選定され、2012年9月5日、帝国ホテル東京にて、第1回杉浦地域医療振興助成、杉浦地域医療振興賞授与式を開催いたしました。



帝国ホテル(会場)



財団の理事・評議員の先生



財団の選考委員の先生



杉浦地域医療振興賞の受賞者



杉浦地域医療振興助成の受賞者



■発行名

〒446-8550 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。