平成26年7月1日発行

第3回

杉浦地域医療振興賞・杉浦地域医療振興助成報告集 2014.7

Journal of
Sugiura Foundation for Development of Community Care
Vol.3 July 2014



一般財団法人
杉浦地域医療振興財団

ご挨拶



理事長
杉浦　昭子

第3回杉浦地域医療振興賞及び杉浦地域医療振興助成には、北海道から沖縄まで全国各地から助成78件、褒賞16編の応募をいただきました。応募いただきました皆様に、この場を借りて御礼を申し上げます。14名の選考委員の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13件、褒賞は3編を選定させていただきました。残念ながら選ばれなかった応募作の中にも、内容的には優れたものもあり、選考の先生方にはご苦労をおかけしました。御礼申し上げます。

本報告書では、今回の入賞作のご紹介と第2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、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



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

この度、杉浦地域医療振興財団の第3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が、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4回以降の杉浦地域医療振興助成のご応募をお考えの皆様の参考に供したいと思います。

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3回募集には、多数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13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4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。

選考委員（選考委員長を除き五十音順、敬称略）

第3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

安東 直紀
京都大学大学院 工学研究科・医学研究科
安寧の都市ユニット 特定准教授

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 副会長

遠藤 英俊
国立長寿医療研究センター
内科総合診療部長

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

髙瀬 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

髙瀬 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3回 2014.7 杉浦地域医療振興賞・杉浦地域医療振興助成報告集 目次

杉浦地域医療振興賞

若年認知症の人と家族のネットワーク構築に向けて地域で支援する活動
高見 国生 氏 …… 4
公益社団法人認知症の人と家族の会　代表理事

在宅慢性呼吸不全患者に対する訪問看護を中心とした地域連携による包括的呼吸ケアの展開
大平 峰子 氏 …… 8
北信ながいき呼吸体操研究会　独立行政法人国立病院機構東長野病院

地域多職種との地域包括ケアシステム勉強会を積み重ねて
内海 眞 氏 …… 12
独立行政法人　国立病院機構東名古屋病院　病院長

杉浦地域医療振興助成

医療－介護－住民－行政の連携を育む「コラボ☆ラボ」の全国展開とその効果の検討
井階 友貴 氏 …… 16
福井大学医学部地域プライマリケア講座　講師

在宅医療・地域包括ケアにおける医薬品の適切な管理と投与、
そして、効果や有害事象まで含む網羅的情報の継続的共有とフィードバックシステムの構築
宮田 康好 氏 …… 17
長崎大学病院　泌尿器科　准教授

地域はひとつのホスピタル
～地域レベルのチーム医療で支える吸入療法～
小野 理恵 氏 …… 18
群馬大学医学部附属病院薬剤部　群馬吸入療法研究会

認知症介護におけるセルフヘルプ人材育成プログラムの開発研究
－多職種協働一座によるアクションリサーチ－
清家 理 氏 …… 19
京都大学こころの未来研究センター　上廣こころ学研究部門　特定助教
国立長寿医療研究センターもの忘れセンター脳機能診療部外来研究員

地域における突然の看取りを支える多職種連携のための教材開発とその普及
任 和子 氏 …… 20
京都大学大学院医学研究科　人間健康科学系専攻　教授

都市部地域包括支援センターにおける多業種間ネットワークの構築と
その活用に向けた取り組みに対する実証的研究
野中 久美子 氏 …… 21
東京都健康長寿医療センター研究所
社会参加と地域保健研究チーム　研究員

看護と介護の連携教育
高見 清美 氏　　豊田 百合子 氏 …… 22
学校法人　大阪滋慶学園　大阪保健福祉専門学校

港区医師会地域包括ケア研究会における都心の地域包括ケアシステムづくり活動
成田 光江 氏 …… 23
国際医療福祉大学　小田原保健医療学部　看護学科　講師　成田　看護師・社会福祉士事務所

自分らしく生きるために地域で支え合う
－「リビング・ウィル」の啓発活動と「私の意思表示帳」の作成－
内田 信之 氏 …… 24
あがつま医療アカデミー　理事長　原町赤十字病院　副院長

行政・福祉団体・介護事業者・医療機関間のネットワーク構築による地域包括ケアの推進
松浦 尊麿 氏 …… 25
多可赤十字病院　院長

禁煙支援をテーマとした多職種連携教育（IPE：Interprofessional Education）のこころみ
安井 浩樹 氏 …… 26
名古屋大学医学系研究科地域医療教育学講座　准教授

在宅呼吸器疾患患者に対する呼吸ケア地域連携 MAP 作成と呼吸ケアプログラム標準化の効果検証
石川 朗 氏 …… 27
神戸大学大学院保健学研究科　教授

園芸福祉農園における心身リハビリテーションガーデンプログラムの開発及び実証
石井 麻有子 氏 …… 28
千葉大学　環境健康フィールド科学センター

第２回　杉浦地域医療振興助成活動報告
２０１３.７

薬剤による摂食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・臨床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－
野﨑 園子 氏 …… 30
兵庫医療大学リハビリテーション学部　医療科学研究科　教授

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 …… 34
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

宮城県域をカバーする栄養系慢性疾患に関する広域地域医療連携普及促進活動
富樫 敦 氏 …… 38
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 …… 42
西尾幡豆地域医療を守る会　西尾市民病院　看護師　地域医療連携室　室長

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 …… 46
旭川医科大学病院　緩和ケア診療部　副部長

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 …… 50
東京ふれあい医療生活協同組合　梶原診療所　副理事長　在宅サポートセンター長

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 …… 54
三重大学医学部看護学科　教授　三重大学医学部附属病院 神経内科　三重県難病医療連絡協議会

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 …… 58
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「て・あーて東松島の家」の創設と活動支援
川嶋 みどり 氏 …… 62
一般社団法人日本て・あーて，TE・ARTE，推進協会

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 …… 66
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

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 穣 氏 …… 70
株式会社 モバイルカザス　代表取締役

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 …… 74
医療法人ライフサポート　わたらせリバーサイドクリニック　理事長　桐生見え検事務局代表

若年認知症の人と家族のネットワーク構築に向けて地域で支援する活動

高見 国生 氏

公益社団法人認知症の人と家族の会
代表理事

要旨

公益社団法人　認知症の人と家族の会（以下、「家族の会」）は34年間、つどい、会報の発行、電話相談を三本柱の活動と位置付け、変わることなく認知症の人と家族への支援を行ってきました。その中で重視してきた課題の一つが若年認知症の問題です。

かつて、認知症といえば高齢者の問題でした。しかし、診断技術の向上で、早期診断が可能になったこともあり、近年若年認知症の人が増えています。

若年の場合、高齢者と異なる特有の問題があります。働きたいのに働けない。経済的な困難、高齢者デイサービス等になじめず居場所がないなどです。介護家族も高齢者介護とは異なる困難があります。若年の本人は、病気についての苦悩も深く、体が元気なことから、高齢者の介護とは異なる困難があります。

若年認知症の支援は本人支援、家族支援の両方が必要です。

本人への支援策では、今までの仕事の継続と新しい仕事の創設、デイサービスや認知症カフェなどの居場所づくり、本人が社会に働きかける活動への援助などが課題です。認知症根治薬の開発も強い願いです。

家族への支援では、介護家族同士の交流の場、利用できる制度の充実と周知などが課題です。

課題達成のため、全国的なネットワークの構築、つどいの充実、全国本人交流会、ホームページの充実などに取り組みます。

1.「家族の会」の活動

認知症の場合の本人の困難・問題とは言うまでもなく、認知症という今のところ完治することがない病を得たことからくる苦悩であり、様々な生活上の障害が生じてくることです。

同時にそれは介護する家族にとっても愛する家族が「壊れていく過程を見守る」精神的苦痛であり、介護の大変さからくる困難です。こうした困難や問題、心の傷を負った認知症の本人と家族が、「家族の会」（発足当時の名称は「呆け老人をかかえる家族の会」）を結成し、専門職の協力も得ながら当事者同士が苦しみや悲しみを分かち合い、支えあい、助け合いながら活動を続け、3分の1世紀、34年の歴史を刻んできました。

最初に認知症になっても安心して暮らせる社会を目指して積み上げてきた「家族の会」の活動を紹介します。

「家族の会」の活動は3つの活動がその根幹をなしています。第1につどいの開催であり、第2に会報の発行、第3に電話相談の3つの活動であり、三本柱の活動と呼んでいます。そのいずれもが認知症と介護に関する情報の提供、悩みの吐き出し、共感、介護家族の交流など大きな役割を果たしています。

(1)つどいの開催

つどいは、介護に苦しみ悩んでいる家族が集まり、介護者同士が交流することで、悩みを吐き出すことで自分だけが苦しいわけではない、仲間がいることを知ることでほっとし、介護の先輩、経験者から共感と適切なアドバイスを受けることで元気が出、明日からの介護に立ち向かう前向きな気持ちになることができます。

「家族の会」は全国の都道府県に支部があり、各地で毎月つどいを開いています。2012年度の場合、全国の47支部で、合計3,254回開催し、延46,165名が参加しています。つどいの種類も介護家族を中心とした通常のつどいのほかに、若年認知症のつどい、本人のつどい、男性介護者のつどいなど多岐にわたっています。

(2)会報の発行

つどいは全ての介護者が参加できるわけではありません。そのような人にも介護の苦しみを分かち合い、また介護の情報を伝えるために会報を発行しています。

会報は本部が発行している会報と支部発行の会報があります。本部会報では「会員からのお便り」「世界の認知症情報」「社会的な情勢と取り組み」などについて毎月発行しています。発行部数は月25,000部（2013年4月現在）です。支部会報は毎月または隔月、季刊等の発行の違いはありますが、全支部で発行しています。1回の発行部数は32,300部（2013年3月現在）で、つどいの様子や地域の情報を伝えています。

（3）電話相談

介護で心身ともに疲弊している介護者などにとっては、自宅に居ながら相談することができる電話相談は貴重です。相談内容は、「認知症ではないか心配」、「受診を嫌がるがどうすれば受診できるか」、「本人にどう接すればよいかわからない」「介護の仕方がわからない」、など様々です。

本部のフリーダイヤル電話相談は、約35名の相談員が交代で行っています。

相談員は、本部の行う研修会や毎月の事例検討会に参加し、研鑽に努めています。2012年度で3,499件の相談を受けています。

各支部でも電話相談を実施しており、2012年度は全支部で16,807件の相談を受け、本部電話相談を含め相談件数は20,000件を超えています。

以上三本柱の活動のなかで重視して取り組んでいる課題の一つが若年認知症の課題です。

2.若年認知症をめぐる取り組み経過

2004年10月、日本で開催された国際アルツハイマー病協会（ADI）の総会で、日本で初めて認知症の本人が登壇し自らの心をしたためた手紙を読み上げ、参加者の心を揺さぶりました。認知症の人自身の持っている大きな力とみずみずしい感性に触れることになったのです。

それまで認知症になると何もできない、何もわからないと思われていた社会のイメージを大きく変える機会となりました。

若年認知症に関する「家族の会」の活動を振り返ってみますと、1991年に若年期認知症（当時は初老期痴呆）の実態調査を日本で初めて実施し、1992年に厚生労働大臣に「初老期痴呆に関する要望書」を提出しています。2001年にも「若年期認証に関する要望書」を厚生労働大臣に提出しています。

2007年には広島で「若年認知症サミット」を開催し、アピールを発表。この病気が本人のみならず家庭生活にも重大な困難をもたらすことを訴えました。

2008年7月、厚生労働省は「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告」を発表。この中に「若年認知症対策」が盛り込まれました。

2010年12月には別掲の「若年期認知症に関する要望書」を提出しました。

別掲

若年期認知症に関する要望書

（1）早期に薬の開発・認可を認めること
- 認知症を治す薬・進行を抑制する薬が早期に開発されるようにして下さい。
- 現在、開発されている薬を早期に認可し、医療保険で利用できるようにして下さい。

（2）就労の継続を支援すること
- 認知症になっても本人が希望すれば働き続けられるように、企業が認知症に対する理解を深め、支援者を置くなどの環境を整えるための補助金を支給して下さい。
- 医療専門職が、認知症の人の能力に応じた仕事内容や支援を助言するための報酬を医療保険にもうけて下さい。
- 退職を余儀なくされる場合は、今後の生活設計や必要な手続きを相談できるワンストップ窓口をもうけて下さい。

（3）経済的支援を充実すること
- 若年期認知症を障害年金の支給対象に明示して下さい。
- 生計を維持している人が認知症になった家庭の、子どもの就学を保障する奨学金制度をもうけて下さい。
- 若年期認知症を高度障害と認め、生命保険の支給や住宅ローンの残額を免除できるようにして下さい。
- 身体障害者であれば利用できる税制優遇や公共交通機関の料金割引などを、若年期認知症でも利用できるようにして下さい。

（4）若年期認知症の人が利用しやすい介護保険サービスにすること
- 介護保険サービス利用者が、事業所等で作業に従事した場合には作業報酬を支払うことを認め、認知症の人の仕事づくりに取り組む事業所の普及をはかって下さい。
- 介護保険サービスを利用しても、障害者自立支援法サービスの就労支援や作業所、移送サービスの利用を制限しないようにしてください。
- 若年期認知症のサービスを、地域密着の枠を超えて、広域で利用できるようにして下さい。
- 若年期認知症に適切なケアが提供されるようケアマネジャーや介護スタッフの研修を進めて下さい。

（5）早期に発見し、早期から適切な支援をすること
- 定期健診に認知症早期発見の仕組みを取り入れ、早期診断ができるように医師の研修を進めて下さい。
- 医療専門職が、認知症の人や家族の相談に応じ、適切な窓口につなぐ初期の支援を行うための報酬を医療保険にもうけて下さい。

（6）若年期認知症「本人のつどい」を広げる支援をすること
- 認知症の人同士が励ましあい支えあう「本人のつどい」を全国に広げるための補助金を支給するなど、積極的な支援をして下さい。

（7）若年期認知症に関する啓発活動をすすめること
- 若年期認知症に関する理解の普及、早期発見の重要性、雇用継続や就労の支援、障害者サービスの活用等、発症後の支援と相談窓口の周知など国民に広く広報啓発をして下さい。

一方、「家族の会」では、若年認知症の人と家族が集い、交流し、本人の思いを社会に発信することを重視し、「全国本人交流会」の継続した開催を行ってきました。この交流会に参加する認知症の人は若年認知症の方がほとんどです。

2009年から春と秋の2回、富山県朝日町の築150年の古民家を会場にして、いろりを囲んで語り合い、野山を散策し、近くの体育館で卓球やバトミントンを楽しみ、そして枕を並べて寝ることで交流を深めます。この催しは、現在も年2回開催しています。

全国本人交流会では、参加した認知症の本人の手でアピール文を作成し、タペストリーに仕上げます。2013年春は以下のようなアピールをまとめました。<写真1>

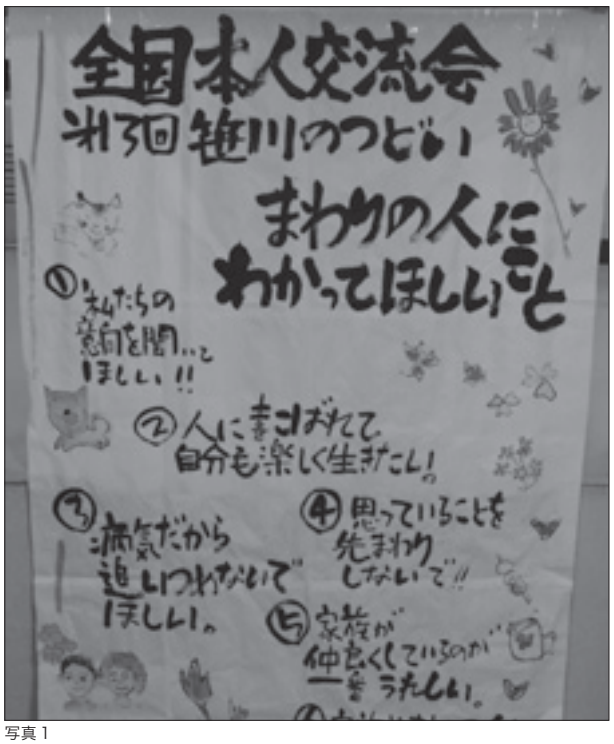


写真１

本人の思い「まわりの人にわかってほしいこと」

・私たちの意向を聞いてほしい!!
・人に喜ばれて自分も楽しく生きたい!
・病気だから追いつめないでほしい。
・思っていることを先まわりしないで!!
・家族が仲良くしているのが一番うれしい。
・家族やまわりの人に認知症をもっと理解してほしい!!
・いろんな事を一緒にしてくれる仲間をつくろう。
・みんなが安心して集まれる認知症カフェを増やそう

2013年秋の全国本人交流会（写真2・3）



写真２



写真３

3.若年認知症の課題について

2009年3月に厚生労働省が発表した「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」の調査結果によると、若年認知症の人の推計数は37,800人で発症年齢は、51.3±9.8歳でした。少し古い数字ですが、「家族の会」が2001年に行った調査でも50歳代が72.2%を占め、40歳代も10%を超えていました。本人の苦悩と家族の介護の困難さもここから生じています。こうした点を踏まえて若年認知症固有の課題について考えてみます。

(1)仕事の課題

可能な限り、今まで続けてきた仕事を継続したいというのが本人の強い願いです。しかし認知症の進行とともにできない仕事や失敗が増えてきて継続が難しくなります。ジョブコーチをつけたり、配置換えなどして、支援をしてくれる企業はまれな事例です。

本人ができる新たな仕事を創設することも重要な課題です。

(2)経済的な課題

職を失うことに加え、介護の費用や薬代がかさむことから経済的な課題が深刻となります。前述の「家族の会」の調査で「現在の年間収入」の問いに52.9%が200万円以下と答えています。介護に要する費用を考えると問題の深刻さがうかがえます。

(3)子供のことや遺伝のこと

調査の中で、子供の結婚や、結婚しても子供を作らないという深刻な声も寄せられています。

(4)本人同士のネットワーク

若年認知症の人にとって同じ悩みを抱える者同士が心を通わせ、情報を持ち寄り助け合い、励ましあえるネットワークづくりが重要です。

(5)認知症治療薬の開発

認知症治療薬の開発、なかんずく、根本治療薬の開発は本人(若年)の人にとって強い願いです。現在、国内では4種類の認知症薬が使用されていますが、いずれも進行を遅らせる薬で根本治療薬はありません。

(6)家族同士の交流の場

家族同士の交流の場も必要です。若年の人を抱える家族が悩みや愚痴を吐き出せる交流の場が重要です。家族は一家の大黒柱の収入が途絶えることが少なくありません。「認知症の人と家族への支援制度」の充実が必要です。

(7)若年認知症の人が利用しやすい介護保険サービスの提供が必要

認知症は進行性の病気です。初期のケアが重要です。若年認知症の人が利用しやすい介護保険サービスが求められます。

4.課題を達成するための活動

こうした課題を達成するため、以下の活動を行います。

(1)全国の各地域で本人(若年)のつどいを開催します(2013年度32都道府県で開催)。

本人が地域とつながり交流できることをめざします。今、認知症の人が地域で認知症以外の人と交流できる「認知症カフェ」が広がっています。若年認知症本人がカフェのマスターを勤める例も生まれており、本人の生きがいと居場所を創りだすことに力を入れます。

(2)全国本人交流会を5月と10月の2回、富山の古民家で開催します。

宿泊型の交流会で、認知症のご本人数名が企画と運営に加わって活動しています。本人の思いをまとめた大きなタペストリーを作成し、2014年11月に青森で開催する全国研究集会やインドでの国際会議でブースを出展するなど、社会に発信します。

(3)本人(若年)のつどいを考え、広める研修会を開催し、つどい開催のノウハウを全国各地域に広げます。

(4)国際アルツハイマー病協会アジア・太平洋会議に合わせてインドで開かれる国際的な本人交流会に参加します。

(5)「家族の会」のホームページに支援制度の解説や本人の声を紹介するコーナーを創設します。

(6)認知症治療薬の治験や「家族性アルツハイマー病」に関する調査などに協力します。

在宅慢性呼吸不全患者に対する訪問看護を中心とした地域連携による包括的呼吸ケアの展開

大平 峰子 氏

北信ながいき呼吸体操研究会
独立行政法人国立病院機構東長野病院

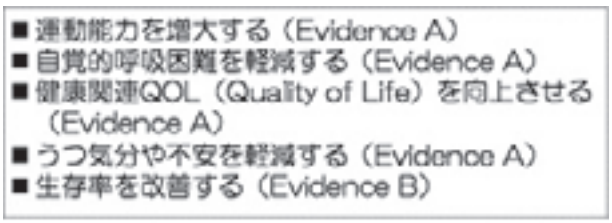
要旨

長期にわたる援助を必要とする慢性呼吸不全患者への対応の必要性を痛感し、地域連携による医療支援体制の構築を目的に、北信ながいき呼吸体操研究会を発足した。

我々は長野県北信地域の病院、診療所、訪問看護ステーションに勤務する医師、看護師、理学療法士、管理栄養士、大学研究者などの参加を得て研究会を設立し、慢性呼吸不全患者に対する地域連携による支援体制の構築およびエビデンスに基づく呼吸ケアプログラムの普及に取り組んできた。具体的には、1）慢性呼吸不全患者に対する地域連携による診療支援体制の構築とスタッフ教育、2）短期入院と訪問看護を中心とした在宅での継続支援を組み合わせた地域連携包括的呼吸ケアプログラムのクリニカルパス作成と効果検証、3）プログラム導入患者のQOL向上を目的としたレクリエーション活動の提案およびその支援などの活動を展開している。

在宅慢性呼吸不全患者の現状

本邦における在宅酸素療法使用者の多くを占めるとされる慢性閉塞性肺疾患（COPD；Chronic Obstructive Pulmonary Disease）は、喫煙等の刺激による肺の慢性的な炎症反応を基本病態とする呼吸器疾患であり、厚生労働省の統計によると2012年のCOPDによる死亡順位は全体で9位となっている。また、実際に診断され治療を受けている患者数はわずか23.3万人で、日本の約530万人が未診断の状態であると報告されており（NICE Study 2001）、健康日本21に新たに追加されるなど注目を集めている。COPD患者に対する呼吸リハビリテーションによる効果は、エビデンスとして確立されているが、病院退院後の訪問看護による長期的介入効果についての報告は乏しい。今後も、①心疾患や感染症などの他の原因による死亡の減少に伴いCOPDの死亡順位が上がる。②現在、心不全や肺炎などで死亡したとされている人の中にCOPD死が含まれると考えられるためCOPD診断率の向上により死亡順位が上がることが考えられている。このCOPD患者に対する呼吸リハビリテーションの臨床的意義は非常に高く、COPDの国際ガイドラインであるGOLD（Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease）のWorkshop Reportにおいても、COPD患者に対する呼吸リハビリテーションによる様々な効果が報告されている。



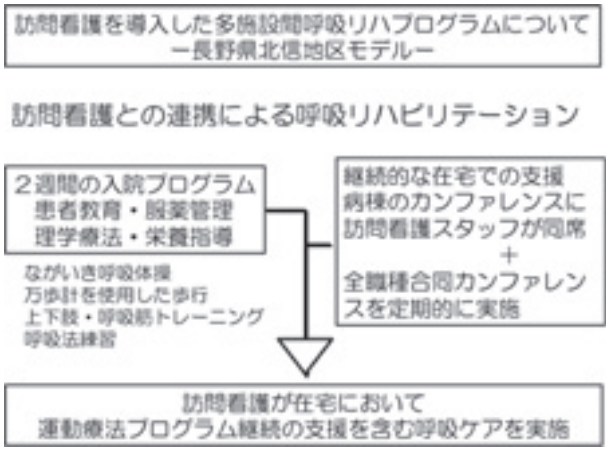
呼吸リハビリテーションのエビデンスについて

本会の設立経緯について

当研究会は結核療養所であった東長野病院での慢性呼吸不全患者に対する在宅酸素療法（HOT）診療のな

かで立ち上げられた内科系病棟の医師・看護職による自主的勉強会に端を発する。当時から月1回のミーティング、信州呼吸ケア研究会・日本呼吸管理学会等への参加を含めた研究発表、HOT患者会立ち上げとサポート（年2回ずつの呼吸器教室と日帰りバス旅行、HOTだより発行）などの活動を行ってきたが、それらの取り組みのなかで長期にわたる援助を必要とする慢性呼吸不全患者への対応の必要性を痛感し、地域連携による医療支援体制の構築を模索してきた。東長野病院では訪問看護部が存在しないことから在宅に戻る患者について地域保健師・外部訪問看護師と連絡票を用いて連携を取り合うことで在宅患者のフォローアップを行ってきたが、1999年4月よりこのような体制を活かして近隣の訪問看護ステーションに勤務する看護師を集めて東長野病院で呼吸リハビリテーションに関する講習会を開催した。また、訪問看護ステーションおよび老人保健施設でのながいき呼吸体操を用いたプログラムの効果を関連学会にて報告するなど研究会としての活動を開始させた。

2004年からは近隣の病院、診療所に呼びかけてエビデンスに基づく呼吸ケアプログラムの普及および実践を目的に東長野病院を中心として長野県北信地域の病院、診療所、訪問看護ステーションに勤務する医師、看護師、理学療法士、管理栄養士などの参加を得て現在の訪問看護を導入した多施設間包括的呼吸リハビリテーションプログラムを開始した。呼吸不全患者の多くは大病院志向が強く、当初は導入に難渋する例もあったが、かかりつけ医から大病院へ紹介して診断を行い、呼吸リハビリテーションを導入し、かかりつけ医へ戻すという連携体制の構築と医療者および患者の双方が納得できるエビデンスを出すために努力を積み重ね、関連学会にてその成果報告を行ってきた。



具体的な活動内容

1.呼吸ケアプログラムにおける地域連携の実践

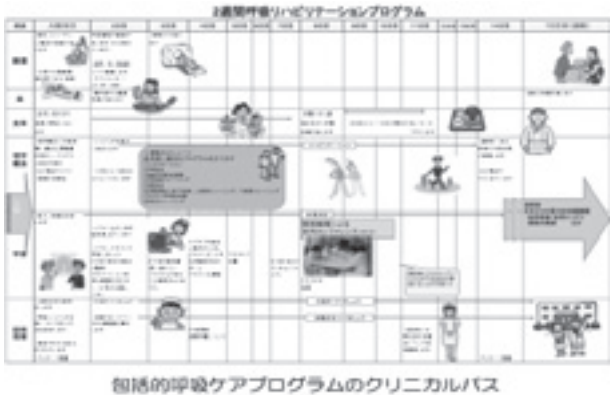
地域連携による呼吸ケアプログラムでは、長野県北信地域の病院や診療所のいわゆるかかりつけ医から紹介を受けた患者を基幹病院で診断し、呼吸リハビリテーションプログラムの導入を図り、その後かかりつけ医のもと地域の訪問看護ステーションがプログラムを引き継いで在宅支援を継続し、急性増悪などが発生した場合には基幹病院が支援を行う体制を構築してきた。具体的には地域保健師・外部訪問看護師と連絡票を用いて連携を取り合っていた独立行政法人国立病院機構東長野病院（以下、東長野病院）の体制を活用し、訪問看護師などを対象として定期的な呼吸リハビリテーションに関する勉強会や症例検討会を開催し、スタッフ教育や施設間の情報交換などを行っている1,2)。現在までにプログラム導入患者は120名を超え、6か月毎に基幹病院での定期的な肺機能、運動機能、ADL、健康関連QOLの測定を継続している。世界的にみても慢性呼吸不全患者に対する継続支援の効果を多施設での最長10年にもおよぶ長期経過から示した報告はわずかであり、我々の活動は慢性呼吸不全患者の呼吸ケアに貢献する有益な活動である。



2.包括的呼吸ケアプログラムのクリニカルパス作成

呼吸ケアプログラムを普及・実践するため、2週間の短期入院呼吸リハビリテーションプログラムに訪問看護ステーションによる退院後の継続支援を合わせた包括的呼吸ケアプログラムのクリニカルパスを作成した。入院プログラムは生活指導、禁煙指導などの患者教育を中心に服薬・栄養管理、心理的サポート、運動療法を含む包括的な内容として統一を図り、退院後は訪問看護がプログラムを引き継ぎ、入院時よりカンファレンスに参加し情報の共有化を図ることで、在宅での継続的なリハビリテーション

の実施を支援している。プログラムの効果として呼吸ケアプログラム導入群では6か月後に6分間歩行テストの歩行距離、その際の息切れ、健康関連QOLに有意な改善を認めたが、非実施群では歩行距離は低下、その際の息切れは増加を示し、健康関連QOLも低下したことを報告し、プログラム導入による運動耐容能や健康関連QOL改善の可能性を示した1-3)。また、訪問看護が介入することで急性増悪を未然に防止でき短期間の入院で事なきを得た症例も多く、入院期間や受診回数、医療費などにも影響を認めている。



包括的呼吸ケアプログラムのクリニカルパス

3.在宅慢性呼吸不全患者のQOL向上に向けて

在宅慢性呼吸不全患者のQOL向上のため患者自らが活動性を高めることをサポートする取り組みとして、レクリエーション活動のサポートや慢性呼吸不全患者のQOLの実態の調査を実施している4,5) 。特にフライングディスク競技には参加者の外出機会の創出や患者同士の交流などの効果が期待されており、これら活動が慢性呼吸不全患者の身体活動量およびQOLの維持・改善に与える影響についても検討を行っている。


フライングディスク競技の様子


毎月１回の定期練習会の様子

現在の活動状況

1.会全体の活動

本研究会全体の活動としては、約3か月に1回の定例ミーティングの実施, ミニレクチャーによるスタッフ教育などを中心に行っている。また、年1～2回の呼吸リハ関連の勉強会開催と外部講師の招聘を行っている。本研究会の研究成果を学会などを通じ研究発表を行い、多くの学会での受賞歴がある。

2.各部会の活動

本研究会には主に3つの部会に分かれており、それぞれ活動を実施している。詳細を以下に示す。

1)基礎研究部
- ・2004年～:日常業務でのデータ測定および管理および研究

2)フライングディスク(FD)部
- ・2007年10月～:東北大学　黒澤 一教授の勧めで開始
- ・2008年4月～:東長野病院HOT外来時練習場設置、月1回の長野市内合同練習会開始

北信フライングディスククラブ設立、長野県障害者フライングディスク大会への出場、自主大会・第1回HOTフライングディスク大会開催に発展
- ・参加患者はすでに包括的呼吸リハプログラムを導入されている例がほとんどであり、フライングディスクが患者の運動、精神面に与える影響について検討し、学会発表を実施

3)管理栄養士部
- ・2006年～:学会発表を実施
- ・2011年2月～:リハ導入担当3 病院の管理栄養士合同勉強会を2か月毎に行い活動

研究参加施設

1.基幹病院（6か所）、診療所・その他（19か所）

独立行政法人国立病院機構東長野病院・厚生連篠ノ井総合病院・長野市民病院・新生病院・飯山赤十字病院・町立飯綱病院・安達医院・甘利内科呼吸器科クリニック・安茂里堀越内科クリニック・磯村クリニック・大口医院・太田糖尿病内科クリニック・川中島クリニック・北信州診療所・小谷医院・さかまき内科クリニック・しのざき内科呼吸器科クリニック・清水内科クリニック・鈴木医院・ながさき医院・中島医院・長野市国保戸隠診療所・中尾内科医院・三浦医院・松寿荘

2.訪問看護ステーション（15か所）

相澤訪問看護STひまわり塩尻営業所・飯綱訪問看護ST・飯山赤十字訪問看護ST・須高訪問看護ST・長野市民病院訪問看護ST・長野赤十字病院訪問看護ST・訪問看護STあいあい・訪問看護ST希望・訪問看護STこもろ・訪問看護STしののい・訪問看護STとがくし・訪問看護STとよの・訪問看護STながの（いなさと・ふるさと）・訪問看護STふれあい田町・訪問看護ST嫩草

本研究会活動の受賞歴

1.大平峰子, 石川 朗, 山中悠紀, 鏑木 武, 金子弘美: 奨励賞受賞報告 北信ながいき呼吸体操研究会の活動. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌 22: 276-279, 2012（学会奨励賞）

2.小谷素子, 大平峰子, 黒澤 一, 石川 朗: HOT患者のQOLとフライングディスク競技, 第23回信州呼吸ケア研究会, 長野, 2011.9（優秀賞）

3.中村由香, 奥野裕佳子, 山中悠紀, 大平峰子, 石川 朗: 訪問看護を導入した多　施設間呼吸リハビリプログラムについて～栄養指導が有用であった著しい痩そう患者1症例, 第33回長野県栄養改善学会, 長野, 2010.11（学会賞）

4.松澤美雪, 奥野裕佳子, 山中悠紀, 大平峰子,石川 朗: 訪問看護を導入した多施設間呼吸リハビリプログラムについて－栄養指導が有用であった著しい痩そう患者1症例, 第22回信州呼吸ケア研究会, 長野, 2010.9（優秀賞）

5.小谷素子, 石川 朗, 大平峰子: 訪問看護を導入した多施設間呼吸リハプログラムについて－導入前1年・導入後2年間の総医療費・入院状況からの分析－, 第20回信州呼吸ケア研究会, 長野, 2009.9（優秀賞）

6.山岸茂則, 奥野裕佳子, 石川 朗, 大平峰子: 訪問看護におけるCOPD患者の呼吸リハビリテーション継続の費用対効果, 第19回信州呼吸ケア研究会, 長野, 2007.10（優秀賞）

文献

1.黒岩みさえ：短期呼吸リハビリ入院プログラムにおける訪問看護の有効性. 財団法人大同生命厚生事業団第11回「地域保健福祉研究助成」第13回「ボランティア活動助成」報告集 145-149, 2006

2.森山いづみ・他: 訪問看護を導入した多施設間呼吸リハビリテーション入院プログラムの研究. 医療の広場 7: 17-23, 2006

3.石川 朗・他: COPDの地域医療連携モデル: 北信モデル 訪問看護を導入した多施設間呼吸リハビリテーション入院プログラム. 独立行政法人環境再生保全機構委託業務 COPD患者の病期分類等に応じた健康管理支援, 保健指導の実践及び評価手法に関する調査研究報告書（木田厚瑞研究班）30-35, 2008

4.山中悠紀・他: SF-36による慢性閉塞性肺疾患患者の健康関連QOL調査. 北海道リハビリ34: 63-67, 2007

5.原田友義・他: フライングディスクとの出会　HOT患者の立場から, 日呼ケアリハ学誌20: 268-271, 2010

地域多職種との地域包括ケアシステム勉強会を積み重ねて

内海 眞 氏

独立行政法人　国立病院機構東名古屋病院
病院長

要旨

東名古屋病院は、呼吸器内科、神経内科、リハビリテーション科を含む22の診療科を擁し、従来より国の行う結核、神経難病、重症心身障がい児（者）等の政策医療を愛知県全域を主な診療圏として担ってきております。

近年では超急性期を除く一般医療を提供すると共に、亜急性期・回復期を担う病院として機能しております。具体的には、平成22年以降近隣の名古屋第二赤十字病院、愛知医科大学病院、名古屋記念病院、国立病院機構名古屋医療センター等の急性期病院との間で、Face to Faceによる病病連携システムを構築し、ポストアキュートの機能を充実させてきているとことろです。

また、東名古屋病院は在宅医療の専門部署はおいていませんが、東名古屋病院より在宅復帰した患者および病福連携関係機関からの二次救急患者の受け入れ機能も実施しており、誤嚥性肺炎に対する施設からのアセスメント入院も受け入れています。

このように、東名古屋病院は超急性期医療との前方連携及び在宅医療及び介護・福祉施設との後方連携を深め、この地域に住む人々に対する医療・介護とシームレスに完結させる「地域包括ケアシステム」の構築を実現し、その中心的役割を担う医療機関を目指しています。

また、当地区医師会との密な交流を継続するとともに、地域住民に対する医療情報の提供にも務めています。

はじめに

地域医療振興にあたって重要となるキーワードは「連携」です。医療機関同士の連携のみならず、医療と介護や福祉さらには行政とのスムースで実のある連携を構築することが地域医療の発展と質の向上には必須の要件と考えます。

病む人々に対する医療や介護の提供の仕方は、病気の質や時期によって多様であります。

急性期医療あるいはリハビリテーションや慢性期医療が求められる場合もあれば、介護を必要とする場合もあります。急速な経済成長が望めなくなった現在、医療資源の有効利用を図るためには、医療機関がそれぞれ機能分担して多様な患者さんのニーズに応えていくことが望まれます。すなわち、各医療機関が自らの医療機能を限定するとともに効率と専門性を高め、地域全体で医療や介護を支えかつ完結することが必要です。

各医療機関が限定した医療機能を分担する場合、各医療機関相互の連携が必要不可欠になります。このことは患者さんの立場に立つ場合でも医療機関の立場に立つ場合でも、また医療政策を実現していく行政の立場からみても同じであります。このように医療連携は機能分担された医療や介護を支える極めて重要なキーワードとなっており、当院も医療機関のみならず、介護や福祉さらには行政や地域住民との連携を目指して努力しているところです。以下に、これまでの当院の取り組みについて記述します。

1.具体的な活動内容

(1)超急性期医療を担う病院との連携

名古屋市の救命救急センターの救急搬送受入率は22年度88.6%、23年度86.4%、24年度85.9%と年々低下しています。従って、急性期を脱した患者の受け入れ先（ポストアキュート）医療機関の整備が不可欠になっています。厚生労働省も2025年モデル構

築に向けて、急性期を脱した亜急性期・回復期向け病床の確保を施策として打ち出しています。

東名古屋病院は、2010年12月から名古屋第二赤十字病院、2012年6月には愛知医科大学病院など救命救急病院とのFace to Faceによる病病連携システムを構築し、よりシームレスな病病連携を目指しています。具体的には両病院の医師同士が直接電話での照会により患者の転院を迅速に決定するシステムです。その結果、例えば名古屋第二赤十字病院からの紹介患者は2009年が243名であったのに対し2013年は422名と1.7倍に増加しています（図1）

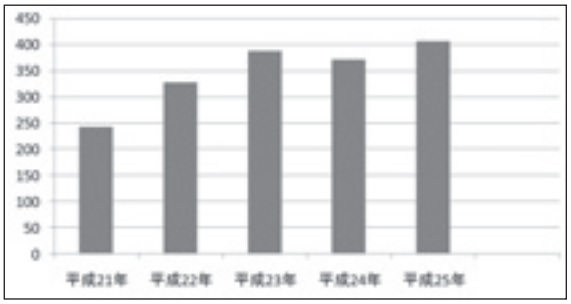


図1　第２日赤病院からの紹介患者数の年次推移

(2)「地域包括ケアシステム勉強会」の開催

地域包括ケアシステムの構築に向けて、愛知県は県医師会とタイアップして具体的な施策を打ち出してきています。愛知県は平成24年5月に有識者による「あいちの地域包括ケアを考える懇談会」を設置して、構築の進め方を中心に議論を行い平成26年1月には愛知県知事に提言を諮問しました。

また、愛知県は同じく26年1月からは、「在宅医療連携拠点推進事業」を県内5地区医師会、7市町村にモデル事業として委託し、在宅医療・介護をシームレスに連携させる仕組みを面的に整備するための取り組みを進めてきています。東名古屋病院も名東区医師会よりモデル事業における区内での代表施設に位置付けられました。

2025年までに、高齢者が本当に安心して暮らせる、すなわち看板だけではなく実質的で内容のある地域包括ケアシステムを構築するためには、行政を始め、医療、介護、福祉に関わる人々のみならず、地域住民もまた包括ケアシステムに対する未来像を共有し、かつそこに至る過程に存在する様々な課題を抽出するとともにそれらを克服するための議論と実際の行動が必要とされます。未来像の共有と課題の克服は決して簡単ではなく、多くの時間を要すると予想されます。地域包括ケアシステムは地域によってその内容が大きく異なるので、一般論の現実化とは違った手法が必要でありましょう。行政、医療、介護、福祉のそれぞれの分野で地域包括ケアに向けた準備が始まりつつありますが、各分野をつなぐ議論や各分野の関係者の連携はまだまだ十分であるとは言えません。

東名古屋病院は、地域包括ケアシステム構築のポイントは関係機関の多職種がお互いの顔の見える関係をつくり、相互に理解を深める場が必要であると考え、25年2月より各月開催の「地域包括ケアシステム勉強会」を開催してきました。

ア.開催状況について

・第1回：2013.2.14開催　～キックオフ提案　63名参加
・第2回：2013.4.25開催　～講演　146名参加
・第3回：2013.6.20開催　～事例検討（退院支援）　107名参加
・第4回：2013.9.12開催　～事例検討（急性期から在宅へ）　108名参加
・第5回：2013.11.21開催　～事例検討（嚥下）　65名参加
・第6回：2014.1.23開催　～事例検討（感染対策）　70名参加
・第7回：2014.3.8開催　～講演　114名参加


2014.3.8　第７回地域包括勉強会

イ.主な参加機関等

・自治体：名古屋市、日進市
・医師会：名東区医師会
・管理者：院長、介護・福祉施設長及び管理者
・関係機関：病院、医院、薬局、在宅医療支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問介護施設、有料老人ホーム、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、医療給食事業所、社会福祉協議会
・職種別：医師、薬剤師、事務職、理学療法士、検査技師、看護師、保健師、精神保健福祉士、社会福祉士、ケアマネジャー、栄養士

(3)「在宅での看取りを考える会」の開催

在宅医療の推進は、在宅での看取りにつながって

いきます。そこで在宅での看取りを考える勉強会を立ち上げました。

ア.開催状況について

・第1回:2013.6.27開催　～キックオフ会議　44名参加
・第2回:2013.7.18開催　～緩和ケア　44名参加
・第3回:2013.9.5開催　～医師から見た看取り　60名参加
・第4回:2013.12.5開催　～ホスピス　67名参加
・第5回:2014.2.13開催　～医療介護スタッフへの精神的ケア　48名参加
・第6回:2014.4.24開催　～訪問看護～　72名参加

イ.主な参加機関等

・管理者:院長、介護・福祉施設長及び管理者
・関係機関:病院、医院、薬局、在宅医療支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問介護施設、有料老人ホーム、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、医療給食事業所
・職種別:医師、薬剤師、事務職、看護師、介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャー、栄養士、福祉用具業者等

(4)在宅医療従事者の負担軽減の支援

ア.自治体関係者および在宅医療・介護施設等と常に情報交換し、地域の医療・介護資源の量・質の把握、更新に努めています。そのことによって、患者、家族のニーズに応えるべく体制を整えています。

イ.24時間対応の在宅医療サポート体制の構築を図るために、当院より在宅復帰した患者及び病福連携関係機関からの紹介患者について常時救急対応しています。なお、当院で対応出来ない患者については、名古屋第二赤十字病院、愛知医科大学病院をはじめ病病連携を組んでいる比較的近隣の病院に紹介しています。このことは、在宅療養患者の症状急変時における入院病床確保のための支援病院としての役割を果たすことにも繋がっています。また、一定の医療的条件のもとで、誤嚥性肺炎に特化して施設からの救急及びアセスメント入院を受け入れています。

(5)効率的で質の高い医療提供のための多職種連携

ア.訪問支援の実施、多職種連携によるケアカンファレンスの開催

・回復期リハビリテーション病棟(60床)では、退院後の住宅評価のために患者の自宅訪問をリハビリテーションスタッフが中心に実施しています。また、退院前カンファレンスに退院先(在宅)の医師、訪問看護師、ケアマネジャー等が参加しています。

イ.チーム医療を提供するための情報共通ツールの活用

・地域医療連携パス(23年度実績:脳卒中175件、大腿骨頸部骨折26件・24年度実績:同210件、同24件、25年度実績:同240件、同47件)。
・東名古屋病院共通の診療情報提供書、返信状、経過報告書の作成。

ウ.在宅医療に従事する人材育成

・訪問看護ステーションに従事する訪問看護師、理学療法士及び作業療法士の病院研修を受け入れております。
・当院の入院患者に対応するヘルパー、訪問看護師及び施設スタッフ等に対して、ケア方法、口腔ケア、緩和ケア、リハビリテーションの指導を行っています。

(6)家族の介護の負担軽減に向けたレスパイトサービス等の実施

・重症心身障がい児(者)を対象としてレスパイトサービスを1回につき約1週間受け入れています。また、神経難病患者およびがん末期患者のアセスメント入院を目的として、1ヶ月間隔で最長3ヶ月間受け入れており、患者介護の負担軽減につながっていると考えます。

(7)医師会との連携

当院は2004年より名古屋市医師会病診連携システムに参加しており、名古屋市名東区医師会と当院の医師代表で東名古屋病院独自の協議会を組織しています。定期的な役員会(年1回)、学術講演会(年1回)、症例検討会(月1回・呼吸器内科、消化器内科)を開催し、すでに顔の見える関係が構築されています。地域包括ケアシステムを構築していく上で医師会との連携は不可欠であり、現在の当院と医師会との信頼関係がある故に「在宅医療連携拠点事業」の名東区内の代表施設に推薦されたものと考えます。

また、行政(名古屋市名東区)主導で、地域包括システムの構築に向けて準備を進める目的で「地域ケア会議」が立ち上げられました。この会議は、医師会等関係団体、民生委員、老人クラブ、介護事業者、NPO等の代表者からなる組織で、名東区医師会から当院が本会議の構成メンバーになるよう要請されました。

さらに、本年10月には名東区在宅医療・介護連携専門部会主催の市民向け講演会に、「東名古屋病院の地域包括ケアに果たす役割」と題して、当院の代表者が講演する機会を与えられました。これも名東区医師会の強

いバックアップのおかげで実現したものです。今後とも医師会との良好な関係構築に努力する所存です。

(8)市民公開講座の開催

地域の人々に正確な医療情報とともに当院で可能な医療内容を伝えることを目的に、年から東名セミナーと題して市民公開講座を実施してきました。これまでの講座のテーマは以下の通りです。

第1回:「健康と病気、リハビリテーションの関わり」
第2回:「脳卒中〜最近の話題〜」
第3回:「いま注目されている肺の病気」
第4回:「がん治療の最前線」
第5回:「脳難病への挑戦」
第6回:「注目される肝臓病」
第7回:「足の健康」
第8回:「泌尿器科領域の最新治療」
第9回:「乳がん診療の最前線」

当院の前身は結核療養所であり、また、昭和50年からは神経難病と重症心身障害医療を提供してきたために、当院では一般医療は提供されていないと思っている近隣の方々が多くいます。上記東名セミナーはこの認識を改善するのに役立っています。

(9)健康フェアーの開催

2010年より夏祭りに併設して、無料健康フェアーを開催しています。血圧測定、骨密度測定、血管年齢測定、健康相談などが近隣の人々を対象に無料で実施されるものです。東名古屋病院の旧来のイメージを打破するために行われました。毎年、200名ほどの来場者があります。

2.活動の経緯

・2007.10　地域医療連携室設置
・2009.4　亜急性期病床開設(現在24床)
・2009.7　回復期リハビリテーション病棟(37床)開設
・2010.12　名古屋第二赤十字病院と病病連携システム開始
・2012.6　愛知医科大学病院と病病連携システム開始
・2013.2　第1回地域包括ケアシステム勉強会開催
・2013.6　第1回在宅での看取りの会開催
・2013.10　名古屋市医師会が「在宅医療連携拠点推進事業」を名古屋市内全域で推進するための、名東区内の代表的施設に位置付けられる。
・2013.12　回復期リハビリテーション病棟を更新築し60床に増床
・2014.2　地域医療連携室機能強化

3.医療、介護、福祉の密な連携を実現する街造り

上記地域包括ケアシステムの構築にあたって、医療、介護、福祉の連携は益々重要になります。例えば、ある神経難病の患者さんの場合、医療、介護、福祉はこの患者さんにどれも必要であり、相互に密な関係を構成します。現病や合併症の診断ならびに治療方針の決定は医療が担当し、日常生活上のケアは治療方針と連動する形で介護が担当する。一方、生活上の支援と医療と介護に必要な費用のサポートは福祉が関わります。患者さんの側からみた場合、3者がうまく役割分担をしながら連携しサポートしてくれることが望ましい。

しかし、現状では3者の連携は必ずしもスムースではない。ある調査によれば、介護・福祉サイドは医師との連携に難しさを感じているし、医療側は介護や福祉の役割を十分理解していない、と言う連携の難しさが明らかにされています。連携の不十分さのしわ寄せは、最終的には患者さんとその家族に及ぶことになります。

この問題の解決は一朝一夕にはいきません。連携を構築しようとする絶えざる工夫と、他職種の立場に立とうとする人間的努力が不可欠であります。医療、介護、福祉相互の物理的距離を短縮し、3者が日常的に話し合い協議する環境を設定する事も問題解決の一つの手法になろうかと思います。すなわち、表題に掲げた「医療、介護、福祉施設からなる街造り」がそれであります。単に街を造るだけではなく、3者間の連携に関する課題の抽出とそれを解決するための試みとして位置づけるべきと考えます。

東名古屋病院の土地は約13万㎡と広く、近未来に介護施設と福祉施設を誘致して上記試みを実践していきたいと計画しているところです。もちろん、医療依存度の高い人々にはこの街は安心を提供することにもつながるので、街に対するニーズは現実的にも高いと思われます。このような街造りに対するご理解とご支援をお願いする次第です。

医療―介護―住民―行政の連携を育む「コラボ☆ラボ」の全国展開とその効果の検討

井階 友貴 氏

福井大学医学部
地域プライマリケア講座
講師

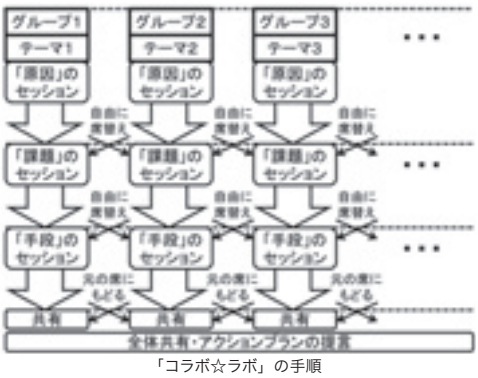
1.地域包括ケアのこれまでとこれから

・未曽有の高齢化社会に対して地域包括ケアが注目されて久しく、医療・介護関係者間のネットワーク構築のための手段は多く開発されているが、医療・介護関係者と住民・行政関係者のネットワークを醸成する手段は、未だ確立していない。
・これからは、地域包括ケアの現場で、地域住民、行政関係者、医療／介護関係者の4者が密に連携を取りながら、地域住民が主体となって自分たちの地域でどのような地域包括ケアが求められているかを議論し創造する必要がある。

2.活動の概要

(1)福井県高浜町での医療―介護―住民―行政の協働
・福井県高浜町では、福井大学医学部地域プライマリケア講座、高浜町地域医療推進室、たかはま地域医療サポーターの会が中心となり、医療―介護―住民―行政の連携によるさまざまな活動を展開し、次世代の育成に一定の効果を残している。
・その連携の強化のための手法として、「コラボ☆ラボ」を開発。

(2)医療―介護―住民―行政の連携を育む「コラボ☆ラボ」の特徴
・地域の医療・介護問題解決のためのロジックツリーの手法にワールドカフェの要素を取り入れた、立場の異なる者同士の対話の手法。



「コラボ☆ラボ」の手順

・互いの立場の違いと意見の共通点を実感し、距離を縮めることができる。
・地域の医療・介護問題に対して、一定の解決策を提示することができる。
・全国数カ所で開催し、参加者の医療の理解の向上、互いの立場の理解、地域の主役意識の醸成、住民活動意欲の向上などの効果を確認している。

(3)「コラボ☆ラボ」の全国展開
・全国の希望地域対象に「コラボ☆ラボ」を開催し、講師の派遣や会場費・印刷費などの金銭的支援を行う。
・開催地の医療・介護関係者と住民・行政関係者の協働を促進するだけでなく、各地での「コラボ☆ラボ」継続開催のための人員を育成し、継続的な協働の発展を実現できるようアプローチする。

(4)活動の評価
・開催地域および全国において開催前および開催後2年後の2回、地域住民および地域の医療・介護関係者を対象としたアンケート調査を実施し、関係者間の連携尺度や住民の医療・介護への関心および主体性、医療費、介護保険給付費、医療満足度、介護満足度、生活満足度を問う。
・「コラボ☆ラボ」が全国で開催されることで、地域での医療―介護―住民―行政間協働の輪が醸成され、地域包括ケアの質の向上が期待できる。

在宅医療・地域包括ケアにおける医薬品の適切な管理と投与、そして、効果や有害事象まで含む網羅的情報の継続的共有とフィードバックシステムの構築

宮田 康好 氏

長崎大学病院
泌尿器科
准教授

1.活動要旨

在宅医療や訪問看護など地域医療を支える体制の拡充に比して、医療の基本である医薬品の適正な管理や使用にはあまり注意が払われていないように思われる。つまり、処方された薬剤が安全に保管され、指示通りに使用されているのか疑問に思う場面も少なくない。また、入院中には服用できた剤型や投与法が、独居や老々介護でも継続できるのか？という問題もある。そこで、従来の医療や福祉体制に「薬剤師」も加えた網羅的で系統的な医療・福祉システムを構築する。現実的で普遍的なシステムにより、有害事象のいち早い把握や、在宅薬剤師からの助言や提案による処方の適切な見直しなどが可能となり、より安全で質の高い地域医療の実現が期待される。

2.活動の概要

(1)目的

医師や看護師、ケアマネージャーやヘルパーなどによる地域医療および在宅医療システムが円滑に運用されている長崎市および近郊地域において、

ア.「薬剤師」の果たす役割の理想と限界を明らかにし、在宅診療で「実効的な薬剤管理と現状に即した適正使用」を可能にする方法や対策を議論。

イ.「薬剤師」が加わった治療・福祉のシステムにおいて、他の職種が負担すべき役割や、その有効性をより高めるための役割分担について明らかにすると共に、それを実践する。

ウ.上記で構築された地域医療システムとの連携や情報共有・フィードバック法を、医療系学生への議論やパンフレット配布などで情報を発信する。

(3)計画

ア.**薬剤管理の実態を把握する：**患者さんを訪問した際に、薬剤管理の方法や内服実態を調査して記録し、主治医や投薬した医師が把握している服薬状況と実態の同一性や相違点を調査。

イ.**薬剤管理や使用法の臨床的危険性を確認する**

内服薬減量の可否や不適正な内服方法による不利益を「医学的な観点」から議論し、より飲みやすい剤型や、安全な保存方法などを「薬学的観点」から議論し、服薬時間や服用方法の実行方法やその確認方法などを「看護学的観点」から議論。

ウ.**他職種間での情報共有と議論を行う**

各職種での意見交換や共同議論を通じ共通認識を獲得し、各職種で可能なこと、不可能なことを明確にし、現実的な役割分担と相互補助関係を確認。

エ.**結果の実践と、問題点確認と解決方法の模索**

実際に長崎市で運用し、有用性や問題点を明確化。このような試みで得た人脈や議論の場を通して、問題を見つけ、議論、解決する場を構築。

(4)期待される成果

薬剤師の協働した地域医療システムに関して、本邦医療制度の方向性に重要な情報を与えると共に、**“次世代の医療者”**にも繋がる情報発信を行う。

地域はひとつのホスピタル
～地域レベルのチーム医療で支える吸入療法～

小野 理恵 氏

群馬大学医学部附属病院薬剤部
群馬吸入療法研究会

1.背景

吸入療法は内服治療に比して少量で薬効が得られ全身性副作用が少ない理想的な治療であるが、正しい吸入手技を会得していなければ期待する薬効も得られない。そこで我々は、吸入指導の標準化と均てん化を図り、慢性呼吸器疾患患者の治療効果の向上およびQOL向上を図ることを目的に2010年に群馬吸入療法研究会を発足させ、“地域はひとつのホスピタル”という認識のもと日々活動している。現在、我々の活動を通して患者の治療アウトカムが向上したかどうか客観的な結果が求められている。また、入院治療と外来治療およびかかりつけ医への紹介を含めたシームレスな吸入療法連携システムの構築が必要不可欠であるということが分かってきた。さらに訪問看護師や理学療法士との連携など更なる展開・多職種連携が求められている。

2.目的

(1)吸入指導の標準化と均てん化により、慢性呼吸器疾患患者の治療効果がどの程度向上したのかオシレーション法により測定する
(2)クラウドを用いた吸入療法の地域連携システムの構築により、入院診療から外来診療またはかかりつけ医への紹介、在宅療法への移行などシームレスな情報共有と継続的な吸入療法を実現する

3.計画

(1)オシレーション法による治療効果の確認

現在、呼吸機能の確認にはスパイロメーターによる検査が一般的であるが、息を最大限に吸い込むなど呼吸器疾患患者にとっては苦しい検査である。これに対して近年普及し始めているオシレーション法では普通の呼吸で呼吸抵抗や呼吸リアクタンスを求めることができ、また、吸入剤使用前後の効果を確認できる場合がある。この方法を利用して、我々が作成した吸入標準手順書により治療アウトカムが向上しているかどうかを確認する。

(2)シームレスな吸入療法連携システムの構築

ア.在宅版(薬薬連携、在宅医療推進):医師が吸入連携を必要と判断した場合、退院後も継続できるよう吸入療法における地域連携パスを作成する。現在は報告書等でやりとりしている情報を在宅の現場において医師・薬剤師・看護師がiPadなどを用いて、クラウドを通してその場で情報共有できるシステムやツールを作成する。
イ.病院版(病院薬剤師の日本版CDTM):患者の吸入手技等を病院薬剤師がまず評価し医師へ薬剤提案を行うことで、吸入療法におけるCDTM（collaborative drug therapy management:共同薬物治療管理)を目指す。

4.期待される効果

オシレーション法によって、我々が作成した吸入指導における標準手順書が治療アウトカムを向上さると確認できることで、より治療効果の高い吸入指導方法を当地域のみならず全国に普及させることができる。

保険薬局薬剤師、病院薬剤師、医師に加え訪問看護師、理学療法士等が加わることで入院診療から外来診療、そして在宅療法への移行などシームレスな情報共有と継続的な吸入療法が実現可能になると考えられる。

認知症介護におけるセルフヘルプ人材育成プログラムの開発研究 －多職種協働一座によるアクションリサーチ－

清家 理 氏

京都大学こころの未来研究センター
上廣こころ学研究部門　特定助教
国立長寿医療研究センターもの忘れセンター
脳機能診療部外来研究員

1.背景

国立長寿医療研究センターでは過去2年間、介護者を対象に家族教室を実施した。その結果、家族教室がセルフヘルプグループの一部の機能（介護の知恵の授受、相互の心理的受容による支えあいや分かち合い）を担っていた。認知症の介護におけるセルフヘルプグループで求められるものは、医学や介護・福祉領域の包括的な知識や知識の活用スキルを習得し、その学習結果に基づいて、実際の介護との照合を行うことである。それにより、相手の介護状況や課題を理解し、真の心理的支援も可能になると考えるからである。

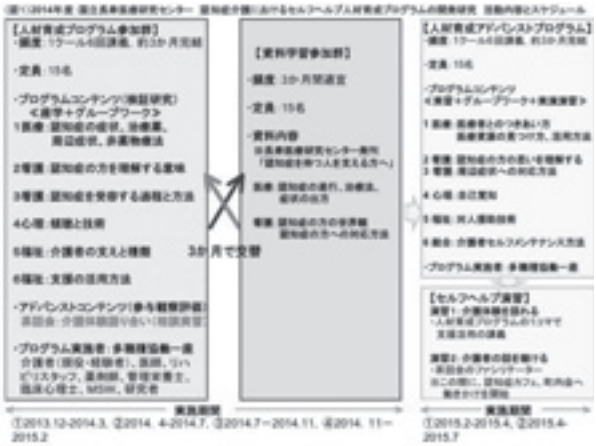
2.目的

そこで長寿医療研究センターでは、認知症介護におけるセルフヘルプ人材育成プログラム開発を目的に、アクションリサーチを実施する。その際、セルフヘルプの人材は現役介護者が中心となるため、学習負担を最小限にとどめることに留意する。以下、本活動の3点の特性である。

①人材育成と同時に、介護者に対する段階的で、かつ包括的な教育的支援（介護の知識と技術、介護者自身のセルフメンテナンス、他者を支えるスキル等）の実施
②多職種協働一座（介護実施中および経験者、医師、リハビリスタッフ、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士、MSW、研究者）による運営
③運営者が、認知症カフェ・町内会等への地域連携で修了者の活動フィールドを創出し、スーパーバイズを実施。

3.計画（図1参照）

本活動の計画は、①セルフヘルプ人材育成プログラム、②人材育成アドバンストプログラム、以上二点に大別される。両プログラムの設定は、1クール6回講義、約3か月完結、定員15名である。プログラムの内容は、医療・看護・心理・福祉領域で構成される包括的な内容であり、プログラム運営も「多職種協働一座」で実施する。①のプログラムで、認知症家族介護者のセルフヘルプに必要な基礎知識の習得をめざし、②のプログラムで、より実践的な支援スキルの習得をめざす。その後、セルフヘルプ演習を実施し、介護体験のアウトリーチスキルの実習を行う。さらには、セルフヘルプ実践活動を地域で展開していく計画である。各プログラムの検証を終えた後、プログラムをパンフレット化し、行政、NPO、認知症カフェ等の他機関に配布を実施する。



4.期待される成果

以上の活動により、認知症や介護を熟知したセルフヘルプ実践者が育成され、彼らが地域で活動を展開していくことが、新たなインフォーマルサポートの創出、認知症の啓発になりうると考えられる。

地域における突然の看取りを支える多職種連携のための教材開発とその普及

任 和子 氏

京都大学大学院医学研究科　人間健康科学系専攻
教授

1.背景

現在、わが国において多職種協働による在宅医療体制の整備が重要な課題となっており、地域の中で患者の療養生活や看取りを支える多職種連携のための教育プログラムの導入が急務となっている。

米国には、エンド・オブ・ライフ看護教育協議会（ELNEC: End-of-Life Nursing Education Consortium）があり、エンド・オブ・ライフ・ケア（以下、EOLケア）に携わる看護師に必須とされる知識修得のための包括的教育プログラムを提供している。これまで開発されたプログラムには、ELNEC-Core、ELNEC-Geriatric、ELNEC-Critical Care、ELNEC-Pediatric Palliative Careなどがあり、それらを実施できる指導者は2014年3月現在で世界各国に17,500名にも上っている。

これらの先進的取り組みをもとに、わが国においてはELNEC-Coreの日本語版であるELNEC-Japan（ELNEC-J）コアカリキュラム指導者養成プログラムが開発され、2009年度より指導者養成が始まり、緩和/EOLケアに従事する看護師へのEOLケアの教育が進んでいる。さらに、ELNEC-J高齢者看護師教育プログラムも開発され、2回のパイロットスタディを経て、2014年度より普及される予定である。

しかしながら、生命の危機状態にある患者や家族のEOLケアまで含んだ、いわゆるCriticalな状態におけるEOLケアについては未だ導入されていない。地域医療においても、患者本人も家族も心の準備がなされないまま最期を迎えることも少なくはない。最期の迎え方が残された家族の悲嘆に強く影響し、悲嘆を複雑化させることは研究でも明らかになっている。またその場に居合わせた看護師やケアワーカーは「自分は何もできていないのではないか」と無力感や自責の念を抱くこともよくあり、バーンアウトにつながることも示唆されている。

このような突然の看取りや生命の危機状態にある患者や家族に対応できるEOLケアについて教育するプログラムは日本には存在しない。そこで、米国からELNEC-Critical Careのプログラムを導入し、日本の文化的背景等を加味した日本語版を開発し、地域で働く医療従事者にも普及したいと考えた。

2.目的

多職種で連携して突然の看取りや生命の危機状態にある患者や家族に対応するための教育プログラム日本語版を開発し、地域で働く医療従事者に普及する。

3.計画

（1）教材開発メンバーの選定

急性・重症患者看護専門看護師、急性期病棟で勤務する看護師、緩和ケアや慢性期看護等を専門とする大学教員で構成されたメンバー

（2）プログラムの開発

ア.ELNEC-Critical Care日本語版教材開発プロジェクト会議開催

（ア）第1回:会議：担当モジュール決定

（会議に先立ち、教材開発メンバーは、ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム及び、米国より招請した講師によるELNEC-Critical Care指導者養成教育プログラム（米国版）を受講することを推奨する）

（イ）第2～5回会議：モジュール毎にピアレビューと有識者レビューを行い、日本文化への適合について検討

（ウ）第6回会議：ELNEC-Critical Care日本語版校正

イ.ELNEC-Critical Care日本語版によるPilot study実施

4.期待される結果

突然の看取りを支える医療者を対象としたEOLケアの教育プログラムを開発・普及することで、残された家族の悲嘆の複雑化を防ぎ、かつ医療従事者のバーンアウトをくいとめることができる。

都市部地域包括支援センターにおける多業種間ネットワークの構築とその活用に向けた取り組みに対する実証的研究

野中 久美子 氏

東京都健康長寿医療センター研究所
社会参加と地域保健研究チーム　研究員

1.背景

高齢者が地域で出来る限り暮らせる地域包括ケア体制の確立が進められている。そしてその実現には、高齢者の在宅生活を支援する関係行政機関、医療機関、介護サービス事業者、関係団体により構成される専門職ネットワーク、および高齢者が適切な時期に適切な医療や介護サービスを受けることを可能にする専門職―住民・高齢者間ネットワークという2種の連携構築が必須である。そのために、様々な先進的な取り組みが全国各地で試行されているものの、ネットワークづくりの中核を担う地域包括支援センター（以後、包括）が「ネットワーク構築の手法が分からない」、「住民や関係機関の協力を得られない」などの理由のために、ネットワークづくりは遅々として進んでいないのが実情である。

一方で、少子高齢化が進行する中、地域社会における多様な人的資源の活用が重要視されている。特にアクティブシニアは現役世代に比べ時間的柔軟性が高く、ボランティア活動などを通じて地域社会を支える重要な役割を担うことを期待される存在である。しかし、そうしたアクティブシニアも一般高齢者同様、加齢とともに身体的、認知的能力が減衰することは自明である。そこで、「援助者から被援助者」への移行を示す兆候を、地域包括支援センター職員およびその他専門職は互いに連携して察知し、適切な時期に適切な支援策を講じる必要がある。こうした取り組みにより早期介入がなされれば、高齢者の健康寿命の延伸と、最終的に必要な医療費の低減に繋がると考えられる。また持続可能な地域包括ケアシステムの構築を目指す上でも、やはり多職種の連携を伴った高齢者への早期介入が重要であるといえよう。こうした統一的見解の元、東京都大田区で組織された任意団体が、『おおた高齢者見守りネットワーク』（以後、見守りNW）である。

2.目的

見守りNWの事例を取り上げ、地域で「援助者」として活躍するアクティブシニアの活動を専門職が支援することにより、1）包括および医療・介護・福祉サービスの専門職たちが多職種連携を強める過程、および2）高齢者が自身の能力が減衰する中で専門職との結びつきを強め「被援助者」として円滑に介護保険サービスに繋がる様子をモニタリングする。地域高齢者の社会参加活動支援による地域づくり活動を通して、多様な専門職の連携によるネットワーク、専門職―住民・高齢者間ネットワークという2種のネットワークを構築する方法を提示すると共に、その「Win-Winな地域包括ケアネットワーク」構築の有用性を検証する。

3.計画

対象：見守りNW利用高齢者及び、運営者（包括職員、医療・介護・福祉の専門職）
方法：質問紙調査および聞き取り調査

4.期待される成果

地域包括支援センターの9割以上が「必要」と回答する多職種連携によるネットワークが、実際に『おおた高齢者見守りネットワーク』でどのように活用されているかを明らかにすることは、今後の新たなネットワーク形成を後押しする意味で、意義が大きいと考えられる。

看護と介護の連携教育

高見 清美 氏　　豊田 百合子 氏

学校法人　大阪滋慶学園
大阪保健福祉専門学校

学校法人　大阪滋慶学園
大阪保健福祉専門学校

1.目的

大阪保健福祉専門学校は平成9年の設立以来、保健・医療・福祉を総合的にとらえ地域に貢献できる人材の育成を目的とし、医療職である看護師・保健師、福祉職である介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士の養成を行ってきた。

超高齢社会を迎え、医療と福祉の質の高い連携が求められる中、「看護と介護」のより良い連携は喫緊の課題である。連携を阻害する要因に教育文化の違い等によるセクショナリズムがあげられ、基礎教育の段階からの連携教育の重要性が高まっている。しかし、学生の指導にあたる教員、指導者が双方の職種の役割、業務内容、価値観などについての相互理解が十分ではない現状がある。そこで今回、基礎教育における「質の高い連携教育の基礎づくり」のために以下の3つ取り組み計画した。

活動1. 地域（臨床）と連携した教育の場の基礎づくり
活動2. 学生への連携教育の実施
活動3. 地域（臨床）における課題把握

2.各活動の計画および期待される成果

活動1：地域と連携した教育の場の基礎づくり

施設との連携による教育内の検討や職員の施設研修などを通し教員ケア実践能力の向上、共通のテーマを通して臨床との連携が密となることによる学生への指導効果の高まり、教員・指導者の他職種連携教育能力の向上を図りたい。

活動2：学生への連携教育の実施

オリジナルテキスト教材の作成、学生への授業の実施（対象：看護学科2年生80名、介護福祉科2年生80名 講義およびグループワークによる事例検討、施設実習）研究発表・実習報告会など合同の学習機会を持つことにより、以下の授業目標を学生が達成し、また、臨床指導者との連携により卒後臨床への適応がさらにスムーズになることを目指したい。

授業目標（a）チーム医療の重要性の意義とその重要性について理解する。（b）看護と介護の役割に対する理解を深める。（c）他職種の価値観を理解できる（d）連携に必要な対人スキルを身につける。（e）創造的に対象のケアや連携のためのシステムについて考えることができる。

活動3：地域における課題の把握

臨床現場における課題を把握するための調査や教育評価のための調査の実施により、現在の臨床施設での現状や課題、基礎教育への期待、要望などを明確化し、より良い教育への検討資料とするとともに効率のよい教育実践につなげていきたい。

これらの3つの活動に相互連関的に取り組むことにより、看護と介護の連携（チームマネジメント）のための基礎的能力を身につけ地域に貢献できる人材育成につなげていきたい。

港区医師会地域包括ケア研究会における都心の地域包括ケアシステムづくり活動

成田 光江 氏

国際医療福祉大学　小田原保健医療学部　看護学科　講師
成田　看護師・社会福祉士事務所

急速に少子高齢化が進むわが国は、地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である。中でも後期高齢者が激増し、かつ公的・民間病院が多い東京では、早期退院患者の受け入れ体制を早急に進めると同時に「地域完結型医療」を実現する必要がある。

2013年4月、筆者は港区医師会との協働で港区医師会地域包括ケア研究会を立ち上げ、港区医師会に所属する医師をはじめとする地域の多職種10名による運営委員と各種事業を実施している。会の立ち上げから組織的な活動をつくっていくプロセスを通じ、筆者は所属する組織や専門性の違う多職種の意識と行動を統一していくことの難しさを感じている。地域包括ケアシステムづくりにおける医療・介護連携や多職種協働づくりは、港区地域に住まう高齢者の尊厳の保持と自立生活を支えるためには欠かせない。しかし、都心で働く多職種は、他地域から通勤している者が多く、勤務終了後は、他地域にある自宅に帰らなければならない。また日中は日常業務や多機関との連絡・調整、各種会議、緊急対応等に追われている。そのため新たな活動は、地域包括ケアシステムの担い手に更なる負担を負わせることになる。よって、都心の地域包括ケアシステムづくりには、所属する組織や専門性の違う多職種の意識と行動を統一するだけでなく、ケアシステムの担い手それぞれの仕事と家庭の調和を図りながら進める必要がある。

そこで筆者は、本研究会の活動目的を「港区の地域包括ケアシステムの担い手が働きやすい地域づくり」と定め、港区医師会・港区介護保険事業者連絡協議会との協働で、『港区医療・福祉従事者「仕事と家庭の両立」実態調査』を実施し、現在アンケートの集計作業を進めている。2014年度は、本調査の結果を参考に、港区の地域包括ケアシステムの担い手支援に向けた研修会を実施する。また、調査結果を報告書にまとめ、港区の医療・福祉従事者を対象とする報告会を開催する。さらに、港区医師会地域包括ケアシステムづくりにおける担い手支援活動の評価に向け、支援活動の前後で、活動に参加する多職種の意識と行動の変化を調査する。

本活動の目的は、港区医師会地域包括ケア研究会と協働で推進する、都心で働く地域包括ケアシステムの担い手支援活動の実施と評価である。本目的が達成されることにより、都心の地域包括ケアシステムの担い手支援に有効な活動内容が明らかになると考える。

【2013 年度活動実績】

事業名		回数
運営委員会		6 回
研修会	研修会	4 回
	在宅症例検討会	2 回
	出張セミナー	1 回
ネットワーク形成		4 回
調査・研究		アンケート調査：港区医療・福祉従事者「仕事と家庭の両立」実態調査

自分らしく生きるために地域で支え合う
―「リビング・ウィル」の啓発活動と「私の意思表示帳」の作成―

内田 信之 氏

あがつま医療アカデミー　理事長
原町赤十字病院　副院長

1.背景

群馬県吾妻郡（吾妻地域）は群馬の西北の山間部に位置し、その面積は群馬県全体の20％を占める。一方人口については6万人を切り、群馬県全体の3％弱に過ぎない。つまり吾妻地域は、典型的な少子高齢化が進む山間地域であり、老々介護の増加、単身世帯の増加、認知症患者の増加、寝たきり患者の増加など、多くの医療上の問題を抱えている。

このような現状を鑑み、私たちは吾妻郡医師会、吾妻郡歯科医師会を始め、薬剤師会、看護師会、栄養士会、理学療法士会などとともに、2012年7月13日に「NPO法人あがつま医療アカデミー」を設立した。このNPOの目的の一つは、吾妻地域での医療上の問題を各医療職種が連携して様々な活動を行うことで、より良い地域社会を目指すところにある。

2.目的

現在この吾妻地域で、私たちが直面する上記の医療上の問題点を解決する一つの方法として、地域の医療機関の連携を図りながら、健康な時から自分の終末期のあり方を考える「リビング・ウィル」の普及が極めて重要であると考える。

群馬県吾妻地域で「リビング・ウィル」の啓発活動を行うとともに、「私の意思表示帳」を作成し、地域全体で本人の希望に基づいた終末期を迎えることができる社会を目指していく。

3.方法

①2014年4月から5月にかけて、「NPO法人あがつま医療アカデミー」の会員の有志で年間計画を作成する。

②「リビング・ウィル」を啓発するためのスライドおよび資料を作成する。

③2014年6月頃より、吾妻地域内での各種組織や団体に対して、上記のスライドを使用して「リビング・ウィル」をテーマとした研修会を開催し啓発していく。（30回を目標とする）

④上記研修会を開催しながら、同時に「私の意思表示帳」を作成する。

⑤2014年12月頃に予定する「リビング・ウィル」をテーマとした講演会（あがつま医療フォーラム）を行う。この時参加者に「私の意思表示帳」を配布する。またこのフォーラムでは、コーラスや楽器の演奏などの文化的な要素も取り入れる。

⑥「私の意思表示帳」を吾妻地域の各医療機関に設置する。

4.期待される成果

①本人の希望に基づき、尊厳を保ち納得した終末期を迎えることができる。

②医療従事者以外の方も、終末期医療について考える方法や機会ができる。

③終末期医療の現状が見えることで、患者や家族、一般住民の安心感が高まる。

④患者を取り巻く医療従事者全員が、施設や立場が違っても同じ方針で医療に専念でき、シームレスな終末期医療を実践することが可能になる。

⑤救急医療の場面において、救急病院における患者のお断りが減少する可能性がある。医療従事者にとっても患者家族にとっても、治療の選択が困難な場合での精神的、経済的な負担を軽減できる可能性がある。

行政・福祉団体・介護事業者・医療機関間のネットワーク構築による地域包括ケアの推進

松浦 尊麿 氏

多可赤十字病院　院長

多可町は兵庫県東播磨地域の内陸部（北播磨）に位置し、「敬老の日」発祥の地である。平成25年8月現在の多可町人口は22,870人、高齢化率は30.1％に達し、独居、高齢世帯が増加している。

平成24年9月から、町内の医療・介護施設や町、社会福祉協議会などのネットワーク構築を目指し、各施設の専門職によるミーティングを重ね、平成25年4月に多可町内医療施設（歯科・医科、薬局）、社協、高齢者・障害者ケア施設及び多可町健康福祉課で構成する「多可町地域包括ケア連絡協議会」を発足させた。その目的は、人口の高齢化が進行する多可町において、住民の健康や療養生活を守るためには、各施設における取り組みとともに、それに関わる歯科・医科医療機関、薬剤師、介護施設間が密接な連携を図り、相互理解と共通認識を深めるとともに、住民の健康、医療・ケアに関する情報共有や共同活動を推進することにある。参加施設の連携が住民の活動や行政の施策展開にも反映され、ひいては「老後に至るまで安心して住み続けることができる」地域づくりに貢献し、そのことが参加施設相互の有益な事業展開に資することにつながるものと考えられる。

高齢者の在宅生活維持、療養生活支援のために地域包括ケアシステムの構築が推進されているが、高齢者をめぐる多職種連携、医療・介護の連携は必ずしも有効に機能していない地域が少なくない。また、地域完結医療の必要性が言われているが、疾病に関する連携パスについては医療機関間で活用が始まっているものの、介護、福祉との連携を包含した院内外の連携基盤は確立しているとは言えない。本事業は、①在宅医療・ケアの普及、②在宅及び介護施設での看取り体制の強化、③共に支えあう地域のための住民活動の育成・支援、④医療機関間及び医療機関・介護施設の連携による介護支援の強化、⑤独居、老夫婦世帯の生活・介護・医療の複合支援の充実、⑥高齢者の健康寿命延伸のための全町的な健康管理・介護予防事業の拡大を目指した取り組みを行い、その実践を通して、地域における包括ケア基盤とその活動のありかた、そのための医療機関の体制づくりと果たすべき機能を多角的に提示するもので、わが国における地域包括医療・ケアのモデルとして各地域における高齢者ケアの基盤づくりに資するものと確信する。

町内の各専門職がお互いの大変さを認め合い理解し一緒に取り組もうとする体制は整いつつある。この連絡協議会の取り組みが住民の目線に立ったものであり、専門職が団結して、行政も民間の事業所や病院等の医療機関も含めて一体的に共同しないと地域の課題は解決できないため、今後も生活・医療・介護の全てを支えきる体制を地域ぐるみで作ることをめざし、それぞれが個別の事業を推進するのではなく、共同して効果的な対策を講じることができる基盤づくりを今後とも進めて行くこととしている。

禁煙支援をテーマとした多職種連携教育（IPE：Interprofessional Education）のこころみ

安井 浩樹 氏

名古屋大学医学系研究科地域医療教育学講座
准教授

1.概要

名古屋大学地域医療教育学講座では、様々な学年や場面での多職種連携教育（IPE：Interprofessional Education）を推進してきた。特に医学部5年生（臨床実習）と薬学部5年生（実務実習）を対象にした模擬患者参加型IPEには、2年にわたり約400名の医学生、薬学生（一部看護学生）が参加し、チームワークやコミュニケーション能力の向上等の教育効果を示してきた。今回新たに、禁煙外来現場における禁煙支援のシナリオを作成し、医学部、薬学部生協働による禁煙支援現場でのIPEを行う。

2.背景

英国のIPE推進団体であるCAIPE（Centre for advancement of IPE）によれば、IPE は複数の職種がお互いに、お互いから、お互いについて学ぶ事と定義され、コミュニケーション能力の向上、チームワーク、患者中心医療への理解、他職種理解といった教育効果が報告されている。名古屋大学医学部では、病院・在宅といったフィールドで、喘息、糖尿病といった疾患・患者を対象にしたIPE を各学年に行ってきた。一方、世界的な禁煙推進や平成15年の健康増進法施行の流れもあり、禁煙支援は地域医療現場の大きな役割となりつつある。平成18年よりは、禁煙外来が保険適応となり、全国規模での禁煙活動がすすめられている。禁煙支援には、多職種が専門的立場から関わることが重要であるといわれている。

3.目的

医薬学生によるIPE を、禁煙支援のシナリオで行うことにより、コミュニケーション、チームワークといった従来のアウトカムに加えて、ニコチン依存症の理解と薬物治療法、心理社会的対応といった、より専門的かつ実践的な能力獲得を目指す。また、禁煙意識と支援能力の高い医療人材育成を通じて、社会への禁煙啓発活動に貢献する。

4.計画

2014年度上半期に、禁煙外来の設定となる患者個人の属性、背景、家族、心理社会的背景がもりこまれたシナリオを開発する。そのシナリオを元にして、模擬患者に対するトレーニングを行う。また、各職種毎に知識確認用解説ビデオを作成する。8月を目処に少人数でのトライアルを実施する。2014年度下半期には、医学部5年生と薬学部5年生に対して約10回のIPE を実施する。3月には、禁煙啓発特別講演会/禁煙アドバイザー講習会を主催し、学生、教員それぞれの立場から禁煙支援や多職種連携教育についての成果を発表し、特別講師を招いて禁煙啓発講演会を行う。

5.期待される効果

医学生には、ニコチン依存症について学ぶと同時に、患者への説明の工夫を修得する。また、薬学生にとっては、ニコチンパッチ、バレニクリン等の禁煙治療薬についての知識を得ると同時に、患者への説明を実践する。医薬学生共通の効果としては、禁煙に関する知識を身につけ、他職種職能への理解を深め、そして将来のチーム医療実践の基盤的能力を身につける。また、若者の禁煙意識を高めることにより、将来のタバコゼロ社会を地域に広げ、健康な社会作りの第一歩とする。

在宅呼吸器疾患患者に対する呼吸ケア地域連携MAP作成と呼吸ケアプログラム標準化の効果検証

石川 朗 氏

神戸大学大学院保健学研究科
教授

1.背景

2013年日本の死亡原因第3位が脳血管障害を抜き肺炎となった。この肺炎発症のほとんどが65歳以上の高齢者であり、誤嚥性肺炎が原因であることが明らかになっている。また、健康日本21の1つにもなっている慢性閉塞性肺疾患（COPD；Chronic Obstructive Pulmonary Disease）は、実際に診断され治療を受けている患者数はわずか23.3万人で、日本の約530万人が未診断の状態である報告されている（NICE Study 2001）。このように高齢者医療を考える上で呼吸ケアは必要不可欠であるが、神戸在宅呼吸ケア勉強会受講者である訪問看護師・訪問リハビリテーションスタッフを対象にしたアンケートでは、在宅呼吸ケアについて「知識・技術がない」「どのように介入したら良いか分からない」「相談できる人がいない」という意見が多く、在宅医療における呼吸ケアに関して難渋しているという現状がある。

2.活動計画

呼吸器疾患を有する在宅医療サービス利用者に対する呼吸ケア地域連携に関し、現在抱える課題を解決した実践的運用モデルを構築し、市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、本邦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。

(1)呼吸ケアの質向上に向けた毎月の定期勉強会と3ヶ月毎の研修会開催

訪問看護師や訪問リハビリテーションスタッフを中心に在宅医療に携わる医療従事者を対象に毎月の定期勉強会（全12回）と研修会（年4回）を開催する。また、その参加者に在宅呼吸ケアに関するアンケートを実施する。

(2)神戸市の在宅呼吸ケアネットワーク構築に向けた呼吸ケア地域連携MAPの作成

神戸在宅呼吸ケア勉強会の地域基盤となる神戸市での呼吸ケア地域連携MAP作成のための調査を実施し、呼吸ケアサポート体制を普及させる。将来的には、急性期病院を基幹病院として、急性期から在宅までのシームレスな呼吸ケアネットワークを構築していくことを目指していく。

(3)セルフマネジメント・治療標準化に向けたパンフレットの作成と効果検証

呼吸器疾患のある在宅医療サービス利用者に対するセルフマネジメントを中心としたパンフレットの作成、在宅医療従事者の呼吸ケア標準化に向けて現場でも持ち運びできるようなハンディタイプのリーフレットを作成する。それらを継続的に使用することでの身体機能および健康関連QOLの効果について検証する。

3.期待される成果

呼吸ケア地域連携MAP作成による呼吸ケアネットワーク構築を図り、地域医療に携わる医師・看護師・リハビリテーションスタッフを中心に介護者との情報共有および連携を強化する。また、在宅呼吸ケアの標準化により身体機能・健康関連QOLを維持もしくは改善させることで急性増悪による入院回数を減少させ、安定した在宅生活継続やリスク管理に寄与する。高齢化の進む都市部における在宅呼吸ケアネットワークの先駆的モデルとして、本邦のみならず国際的にも発信していけることが期待できる。

園芸福祉農園における心身リハビリテーション ガーデンプログラムの開発及び実証

石井 麻有子 氏

千葉大学　環境健康フィールド科学センター

今後の日本の超高齢化社会下では、要支援高齢者、要介護高齢者に対する支援体制が、特に都市部自治体では深刻な課題として、国による介護医療政策のあり方や市町村自治体がその受け皿になり得るのかなどを含め行政機関として特に取り組みせざるを得ない深刻な問題である。

千葉県北西地域にて、園芸福祉ファーム「お〜い船形」は関係各団体との連携によって、園芸福祉農園での野菜栽培による高齢者、知的・精神・身体障害者の雇用の確保と野菜の生産活動による地産地消の経済活動を実施して来た。このように高齢者、知的・精神・身体障害者による野菜の生育を楽しみ栽培生産を行うことにより、心身に良好な自然環境に接すること、今後の超高齢化社会での独居高齢者、高齢者夫婦世帯の増加や要支援高齢者、要介護高齢者が支援を必要とする地域にて、地域での生活を継続するための多様な支援サービスの基盤としても、期待されている。園芸福祉農園での軽度な運動を兼ねた野菜栽培は、心身の健康維持に有効な解決策の一つとして、地域自治体からも地域特性に合った福祉介護支援サービスや住民の互助活動による見守り等のサービスとしても注目されている。

今後は、園芸福祉農園での野菜生産活動を基本とした食と農の地産地消連携事業を介護支援を必要とする高齢者にも広げていく計画である。介護予防と要支援高齢者に対する生活自立支援へ向けた一体的な運営へ向けて、野菜栽培作業を通じた心身の機能維持及び機能回復へ向けた効率的・効果的な介護予防策として、園芸福祉農園での高齢者の健康維持・生きがい活動の共生社会実現の場とする。また、福祉ボランティア等の人材育成や、元気高齢者の自主的な社会参加活動及び介護予防活動の担い手となる人材育成を目的にする。

今回の活動では、新たな実施として、スウェーデン国立農業科学大学のリハビリテーションガーデンプログラムの導入・検討・実証により要支援高齢者に対するQOLの向上を実現し、社会福祉参加活動と介護予防効果について、検証して地域循環型社会ケアとして実証する。結果的に医療・介護費用の抑制や、介護施設職員、家族の負担も軽減することが期待される。特に介護問題は、家族が抱え込んでしまう課題があるため、このようなコミュニティーの場を提供するだけでも大きな意義があると推察される。



第2回 助成活動報告

薬剤による摂食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・臨床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－

野﨑 園子 氏
兵庫医療大学リハビリテーション学部
医療科学研究科　教授

桂木 聡子 氏
兵庫医療大学薬学部
講師

要旨

【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が、時に重篤な摂食嚥下障害を引き起こす。一方、軽度な摂食嚥下障害でも、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。しかし、その実態についての調査研究は少ない。本研究では、薬剤性摂食嚥下障害の病態と経過および発症の背景を探ることを目的として、実態調査をおこなった。【方法】摂食嚥下障害を専門としている医療職231名に、薬剤性摂食嚥下障害についてアンケートによる後ろ向き調査をおこなった。【結果】アンケート回答のうち、薬剤性摂食嚥下障害の経験があると答えたのは153名であった。患者の年齢は8割が70歳以上、摂食嚥下障害を引きおこした薬剤は、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬、抗けいれん薬、抗うつ薬、認知症薬で、薬剤のうち最も多いのは、リスペリドンであった。投与量はほぼ常用量。摂食嚥下障害発症までの日数は7日以内が最も多く、投薬中止から回復までの日数は14日以内が多く、回復しなかったとの回答もあった。症状は、食事中の眠気、動作緩慢、誤嚥、むせ、流涎、口腔内残薬、薬の嚥下動作ができない、であった。【結論】高齢者は常用量の向精神薬でも、重篤な摂食嚥下障害を引き起こすことがある。今回の調査では、摂食嚥下障害発症までの期間が1週間、回復までの期間が2週間であることが判明した。この期間の慎重投与と臨床的観察が薬剤性摂食嚥下障害の合併症予防に寄与すると考えられる。

＜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、時に重篤な摂食嚥下障害を引き起こす。摂食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。われわれは、リスペリドンの常用量投与により摂食嚥下障害を発症し、重篤な誤嚥のため胃ろう造設した症例を経験した。

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、投与量や臨床経過についての実態調査は見当たらない。本研究では、摂食嚥下障害認定看護師や摂食嚥下障害に関わる医療職に調査を依頼し、薬剤性嚥下障害の病態と経過および背景因子を探ることを目的とした。そのデータに基づき薬剤性摂食嚥下障害の予防・対応への啓蒙をめざす。

＜研究方法＞

研究の種類：調査研究

方法：摂食嚥下障害を専門としている医療職231名に、薬剤性摂食嚥下障害の経験についてアンケートによる後ろ向き調査を行った。

薬剤による摂食嚥下障害発症の定義は、投与開始後2週間以内に食事中の眠気、振戦、動作緩慢、薬の嚥下動作ができない、流涎、口腔内残薬、誤嚥、むせなどの症状を発症した場合とした。

1）薬剤性摂食嚥下障害の経験の有無2）患者背景3）投薬が必要とされた病態4）薬剤の種類と投与量5）摂食嚥下障害が発症するまでの投与期間6）投与中止後に投与前の状態に回復するまでの期間についての回答を解析した。

＜倫理的配慮＞

本研究は、兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を得て行った。

調査票の回答は匿名とした。回答者には、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、同意した場合のみ、調査票を記載するように依頼した。

＜結果＞

薬剤性摂食嚥下障害の経験があると答えたのは

看護師　104/127（82%）

薬剤師　7/56（13%）

その他の医療職　42/48（87%）

であった（表1）。

表１　薬剤性摂食嚥下障害の経験
（職種が判明しているもの）

	回答数	あり	なし	「あり」の割合（%）
薬剤師	56	7	49	13
看護師	127	104	23	82

薬剤性摂食嚥下障害の経験があると答えた医療職の回答について、以下に示す。

患者の年齢は70歳以上が全体の76%であった（表2）。

表２　薬剤性摂食嚥下障害患者の発症年齢

50 歳以下	11
50 歳代	2
60 歳代	25
70 歳代	53
80 歳代	61
90 歳代	9

薬剤による摂食嚥下障害の症状（複数回答）は食事中の眠気が最も多く、次いで動作緩慢、誤嚥、むせが約半数であった（表3）。

表３　薬剤性摂食嚥下障害の症状
（複数回答あり）

食事中の眠気	124
動作緩慢	70
誤嚥	67
むせ	66
流涎	46
口腔内残薬	42
薬の嚥下動作ができない	32
振戦	23

摂食嚥下障害に最初に気付いたのは看護師が129件と圧倒的に多く、本人が気付いたとの回答は、わずか8件であった（表4）。

表４　最初に気付いたのはだれか

看護師	129
家族	14
介護士	10
本人	8
セラピスト	5
医師	1
教員	1
薬剤師	1

摂食嚥下障害を引きおこした薬剤の種類としては、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬（ベンゾジアゼピン系・非ベンゾジアゼピン系）、抗けいれん薬、抗うつ薬、認知症治療薬であり、薬剤の上位6位はリスペリドン、ハロペリドール、クエチアピン、チアプリド、アルプラゾラム、ジアゼパムであった（表5、表6、表7、表8、表9）。

表５　薬剤性摂食嚥下障害　上位６位

リスペリドン	76
ハロペリドール	13
クエチアピン	6
チアプリド	6
アルプラゾラム	5
ジアゼパム	5

表６－１　摂食嚥下障害を引き起こした
抗精神病薬－１

一般名	販売名
リスペリドン	リスパダール ®
クエチアピン	セロクエル ®
オランザピン	ジプレキサ ®
オランザピン	ジプレキササザイディス ®
メチルフェニデート	リタリン ®
チアプリド	グラマリール ®
ペロスピロン	ルーラン ®
パロキセチン	パキシル ®

表６－２　摂食嚥下障害を引き起こした
抗精神病薬－２

一般名	販売名
フルボキサミンマレイン酸塩	ルボックス ®
クロフプロマジン	コントミン ®
レボメプロマジン	ヒルナミン ®
ベケタミン	ベケタミン ®
ハロペリドール	セレネース ®
スルピリド	ドグマチール ®
ミアンセリン	テトラミド ®

表 7－1　摂食嚥下障害を引き起こした
抗不安薬

一般名	販売名
ゾピクロン	アモバン ®
ゾルピデム	マイスリー ®
エチゾラム	デパス ®
アルプラゾラム	コンスタン ®
フルニトラゼパム	ロヒプノール ®
ブロマゼパム	レキソタン ®
ジアゼパム	セルシン ®
ロフラゼプ酸エチル	メイラックス ®

表 7－2　摂食嚥下障害を引き起こした
睡眠薬

一般名	販売名
ブロチゾラム	レンドルミン ®
ロルメタゼパム	エバミール ®
リルマザホン	リスミー ®
フルニトラゼパム	サイレース ®
ニトラゼパム	ベンザリン ®
クアゼパム	ドラール ®
フェノバルビタール	フェルバルビタール ®

表 8　摂食嚥下障害を引き起こした
抗けいれん薬

一般名	販売名
フェニトイン	アレビアチン ®
バルプロ酸ナトリウム	デパケン ®
クロナゼパム	リボトリール ®

抗うつ薬

一般名	販売名
デュロキセチン	サインバルタン ®
ミルタザピン	リフレックス ®
トラゾドン	レスリン ®

表 9　摂食嚥下障害を引き起こした
認知症治療薬

一般名	販売名
ドネペジル	アリセプト ®
メマンチン	メマリー ®

その他

一般名	販売名
ミダゾラム	ドルミカム ®
プレガバリン	リリカカプセル ®
ラメルテオン	ロゼレム ®
ビペリデン	アキネトン ®
クロミフェンクエン酸塩	セロフェン ®

薬剤のうち最も多いのは、リスペリドン76件であった。
投与量はほぼ常用量。
投与された理由としては、不穏、不眠、不定愁訴、パニック、自閉症であった（表10）。

表 10　投薬された理由（複数回答あり）

不穏	120
不眠	46
不定愁訴	1
パニック	1
自閉症	1

服薬開始後、摂食嚥下障害出現までの期間はほとんどが1週間以内（表11）

表 11　服用開始後、摂食嚥下障害発症までの期間
（判明しているもの）

1－3日	49
4－7日	34
8日以降	5

また、服薬中止から嚥下障害回復までは、2週間以内であった。一方、回復しなかったとの回答が、3件あった（表12）。

表 12　服薬中止から摂食嚥下機能回復までの期間

1－3日	34
4－7日	28
2週間以内	20
数週間から半年	5
回復せず	3

＜考察＞

薬剤性の摂食嚥下障害としては、定型抗精神病薬を投与された22944名中543名が肺炎を発症した報告[1]や、抗精神病薬の投与群の方が、非投与群に比して嚥下機能が悪かったとの報告がある[2]。

一方、今回の調査研究で最も多くの報告があった、非定型抗精神病薬のリスペリドンについては、摂食嚥下障害の症例報告[3]など、報告は極めて少なく、臨床における実態調査研究は見当たらない。

われわれは、非定型抗精神病薬（リスペリドン）の少量を投与後、まもなく重篤な摂食嚥下障害を発症して胃ろう造設となり、投与中止後も遷延した症例を経験した。その後の研究で、リスペリドンを投与された54名の高齢者の24%で嚥下障害を認め、その摂食嚥下動態は錐体外路症状であることが判明したが、発症背景は明らかにできなかった（平成22年度日本摂食嚥下リハビリテーション学会研究助成）。

これらの摂食嚥下障害は医原性であり、高齢者の安定した在宅療養を妨げるものである。すなわち、他の内服薬の服用を困難にして治療効果を減弱させ、食生活の質を低下させるとともに、肺炎や低栄養などの重篤な合併症を引き起こす。

＜現時点でのまとめ＞

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。今回の結果より、向精神薬による摂食嚥下障害は、常用量でもおおむね1週間以内に発症し、中止すれば服薬2週間以内に回復するが、中には回復せず、不幸な転帰をとるものもあることが判明した。

つまり、摂食嚥下障害を引き起こす可能性のある薬剤の投与後は、1週間以内は常に摂食嚥下障害の発症に留意し、早期発見に努めるとともに、摂食嚥下障害の程度に応じて、食形態調整や経口摂取中止など、誤嚥予防に努めるべきである。以上のことについて、医療職・介護職・家人が共通認識を持ち、連携することにより、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ことができる。

＜本研究の限界＞

本調査研究は、医療職の経験に基づく調査であり、診療録の確認はおこなえていない。診療録には摂食嚥下障害の発症や背景について、詳細な記載がないことが多く、後ろ向き調査研究での限界である。

今後は、前向き研究として、本研究で摂食嚥下障害の発症頻度が高いと考えられた薬剤について、詳細な経過観察によるデータ収集をおこなっていく予定である。

＜文献＞

1）Wilma Knol MD, et al. Antipsychotic Drug Use and Risk of Pneumonia in Elderly People. JAm Geriat Soc, 56:661-6, 2008

2）Rudolph JL et al. Antipsychotics and oropharyngeal dysphagia in hospitalized older patients. J Clin Psychopharmacol. 2008;28(5):532-5.

3）Stewart JT. Dysphagia associated with risperidone therapy. Dysphagia. 2003 ;18(4):274-5.

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

要旨

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には、その高齢者の生活の質QOLを高めることが関係する多職種の共通目標である。しかし、多職種が円滑に協働していくためには、ケアマネジャーを始め各職種がマネジメント力と論理的思考をつける必要があると考えた。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を通じて学びあうことを趣旨としたものである。平成25年4月から現在まで、愛知県及び近隣の医療・介護・福祉関係者に参加者の公募を行いながらワークショップ形式の学習会を月3回程度の頻度で実施してきた。また、地域包括ケアに役立つ資材の開発のために、各種委員会を立ち上げ、定期的にワークショップ形式により教材を開発してきた。例えば、学習会として、大都市型の多職種ネットワーク構築について考えるワークショップ、アンガーマネジメントワークショップ、ロジカルシンキングワークショップ、相談力向上のためのワークショップなどを開催してきた。また、委員会活動として、ケアマネジャーとの協働による医師への依頼文例集作成、ケアマネジャーが陥りやすい行動の構成要素の抽出などを行ってきた。今回の成果は、各地域での自発的、能動的に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等につながるものと期待される。

1.背景

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には、その高齢者の生活の質QOLを高めることが関係する多職種の共通目標である。そこで、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回の頻度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ぎ、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。しかし、多職種が円滑に協働していくためには、ケアマネジャーをはじめ各職種がマネジメント力と論理的思考をつける必要があると考えた。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を通じて学びあうことを趣旨としたものである。

2.活動の概要

(1)活動内容

平成25年4月から現在まで、メーリングリストを使って毎回広く愛知県及び近隣の医療・介護・福祉関係者に参加者の公募を行いながらワークショップ形式の学習会を月3回程度の頻度で実施してきた（表1、図1）。また、地域包括ケアに役立つ資材の開発のために、各種委員会を立ち上げ、定期的にワークショップ形式により教材を開発してきた。

表1 ワークショップスケジュール

	開催日	セミナー・ワークショップ名
1	H25.4.4	ケアマネジャーのための多職種コミュニケーションについて考えるイブニングセミナー（第１回）
2	H25.4.26	ケアマネジャーのための多職種コミュニケーションについて考えるイブニングセミナー（第２回）
3	H25.6.26	高齢者の生活全体を支えるネットワークKJ法で紐解く医療者との上手な付き合い方」
4	H25.7.30	スーパー上司力を鍛える寺子屋セミナー「接遇とコミュニケーション教育について考えるワークショップ」
5	H25.8.7	クライアントと家族の意見が食い違った時あなたならどうする？
6	H25.8.20	ケアマネジャーワークショップ「医師への依頼文の書き方を考えよう」
7	H25.9.27	認知症の人の家族ケアについて考えるワークショップ
8	H25.10.2	新人教育用研修教材について勉強するセミナー
9	H25.10.3	高齢者の生活全体を支えるネットワーク　情報交換会

	開催日	セミナー・ワークショップ名
10	H25.10.22	怒りのマネジメントセミナー
11	H25.11.6	ファシリテータ養成ワークショップ
12	H25.11.26	ロジカルシンキングを身に付けるワークショップ
13	H25.12.17	高齢者の生活全体を支えるネットワーク　情報交換会
14	H25.12.21	高齢者の生活全体を支えるネットワーク「大学との連携について考えるワークショップ」
15	H26.1.14	本流 KJ 法で紐解く 終末期・死について深く考えるワークショップ（第 1 回）
16	H26.1.15	医療に強くなる〜やる気の出るケアマネジメント会
17	H26.1.28	本流 KJ 法で紐解く 終末期・死について深く考えるワークショップ（第 2 回）
18	H26.2.10	高齢者の生活全体を支えるネットワーク　情報交換会
19	H26.2.19	医療に強くなる〜やる気の出るケアマネジメント会
20	H26.3.12	相談力向上ワークショップ
21	H26.3.18	訪問型医療カフェ
22	H26.3.19	医療に強くなる〜やる気の出るケアマネジメント会
23	H26.3.26	医療カフェ

ア.学習会

(ア)大都市型の多職種ネットワーク構築について考えるワークショップ

名古屋地区では大都市型の多職種ネットワーク構築のためにワークショップ型の多職種連携教育活動を行ってきたが、そうした活動に対する参加者の本音を深く掘り下げた。高齢者ケア関係者21名に「多職種参加型ワークショップについて思うこと〜なぜあなたはここに来たのか」をテーマとして1時間グループ討論を行ってもらい、KJ法を用いて意見をまとめた。その結果、職種横断型ワークショップ活動により、学習効果のみならず参加者同士の交流を促進する効果やストレスを軽減する効果があったことが示唆された。ただし、ワークショップにより正の効果が得られるかどうかは、他の参加者との相性などに依存し、場合によっては期待外れの結果になることもあり得るとの意見もみられた。ワークショップの企画・運営・ファシリテーションに携わる人材の育成や幅広い職種の参加も今後の課題と考えた。

図 1 セミナー、ワークショップ開催風景



(イ)アンガーマネジメントワークショップ

ケアマネジャーをはじめとする介護関係者のメンタルヘルス対策は喫緊の課題である。そこで、「アンガーコントロールトレーニング（1）」を参考にして、怒りのセルフコントロール能力の獲得を目的としたワークショップを実施した。参加者は13名であった。ワークショップは、4つのメインセッションである「自由討論〜怒りとは」、「思考のゆがみ」、「10のよくある不合理な信念」、「怒りの分析」で構成された。ワークショップにおける参加者の学びを明らかにするために、KJ法を用いてアンケート内容を質的に検討した結果を示す（図2）。参加者は、怒ることには何の意味もないこと、怒りは些細なことから生じておりコントロール可能なこと、人によって様々な考え方や怒りがあること、過去の経験や他人の言動が自分の考え方に強い影響を与えていること、怒りは分析可能なこと、などを学んでいた。その学びを受けて、明日からワークショップの成果を現場などで活用していこうと前向きな態度になっていた。ただし、ストレスをマネジメントするのではなく、「ガス抜き」することが必要だという意見もみられた。

図 2 介護関係者を対象にしたアンガーマネジメント



(ウ)ロジカルシンキングワークショップ

ケアマネジメントには、マネジメントである以上、論理的な思考が要求される。しかし、介護現場は感情労働の場でもあり、論理的な思考の獲得は仕事上ではなかなか困難である。また、論理的思考の獲得そのものも容易ではない。そこで、日常的な素材を用いて論理的な思考を助けるためのツールの活用法を体得するための半日ワークショップを行った。参加者は10名であった。ワークショップは、6つのセッションから構成され、ロジックツリー、終末期を題材にした主張に対するクリティカルシンキングの練習問題を行い、自分自身の課題などについてこれらのツールを使って分析し、発表してもらった。参加者アンケートの結果を表に示す。

表 2 アンケート感想

参加前にどう感じていたか、参加してみてどうだったか、何を学んだか	
・ここ最近の職場や自宅での話し方の傾向	・話し方ひとつでどのようにも人の心を動かせるのだと驚いた
・理屈を並べることと論理的なことの違い	・絶対に身につけたいものなので挑戦しなくてはと思った
・課題、結論のない理屈を並べるより到達点がある事での気持ち面での違い	・感情を出さないようにする
・徹底的に感情を排することの難しさ	・論理を頭に留めて話すことを意識する
・データ不足を補う	・言い方次第で他人は聞く耳が持てる
・ロジカルシンキングは訓練で身に付くと聞いて希望が持てた	・ロジカルシンキングを学べて仕事に役立ちそう
・現象、現場、ぐちゃぐちゃな会話の中から何を言っているのか、要素は何かを常に考える訓練が必要	・感情は要らないことを学んだ
・説得力のある説明をするには、メリットデメリットの両方を話した上で強調すべき点を主張するという手法を学んだ	・とてつもない難しいことで自分にはできないと思っていた
・ロジックツリーの構図を日常的に頭に描いて人の話を聞く、自分の話を組み立てるとよいと学んだ	・ロジカルに考えるには何回も繰り返す必要があるなと感じた
・モレなくダブりなくの視点がとても重要だ	・他の方の手法や話し方などから論理的に考えられた
・感情に走りがちで論理的思考が弱いので参加した	・自分の仕事での課題で早速実行してみたい
・少人数で打ち解けた雰囲気で体験型の学びができ楽しくできた	・胃癌について、特に職業柄感情的になるなと感じた
・ロジカルツリーなどロジカルシンキングの基本が学べた	・自分の意見を控えめにし過ぎたと思えた
・MECE について理解できた	・「ウォームハート」＋「クールヘッド」というフレーズにとても共感できた
・「説得力のある説明」のワークで説得力のあるプレゼンのコツが理解できた	・説得力のある説明には短めの方が良いと感じた
・クリティカルシンキングのワークで具体的な文章を活用しての検討ではもっと議論したかった	・問題に対して根拠がある
・ロジカルシンキングが勉強で身に付くのか、練習すればできるのか？	・論理的に考えることにより自分の偏った考えではなく、疑問を持ちながら根拠を見出し、一方的な見方ではなく、客観的な考え方ができるようになると思った
・ロジックツリーを作ると物事が整理しやすい	・論理的思考とはなんなのか少し理解できた
・まずは分析して考えていくことの必要性が分かった	・答え、理由をわかりやすく述べるということは考えを自分の中で落とし込んでいかないといけない
・メリットの中のデメリット、デメリットの中のメリットを見つけていく	・思い込み、先入観を持つのではなくまず論理的に考える
・MECE（ダブりなくモレなく）を目標に仕事をしていきたい	・身に付けて仕事、職場、家庭に役に立てたら良いと思った
	・参加し、他者の方の意見等を色々と伺うことができとても勉強になった
	・他者の方の良い所を見つけ自分に取り入れたいと思った

参加前にどう感じていたか、参加してみてどうだったか、何を学んだか	
・論理的→主張が先にあり、それを正当化するための理 ・由づけなので結論を先に言ってもよい、先に結論を言った方が相手にもわかりやすい ・論理的に物事を話す方法を学んだ ・今日学んだことはまだ頭の中で整理されていないので、もう一度振り返って身につけたいと思う ・とてもためになった ・感情が表れてしまう性分なので是非この話し方を身につけなければならないと感じた	・論理付け、人に話すことの重要性と必要性を学んだ ・流れ作業的な言動を見直す機会となった ・普段の人間関係外の方々との交流は刺激になった ・会議時の話し方に注意したいと思う ・自分を振り返る時間があった

(エ)認知症高齢者の家族のスピリチュアルペインについて考えるワークショップ

認知症は高齢者本人のみならず家族にも多大な身体的・心理的・社会的にストレスを生じさせるため、ケアマネジャーなど認知症ケアに携わることが多い専門職には認知症の家族ケアについて理解を深めてもらう必要がある。様々な職種向けに認知症ケアに関する研修会は全国的に広く行われているが、その多くは基礎知識や対応法の習得を目的としたものであり、家族の苦悩(スピリチュアルペイン)を軽減するためのスピリチュアルケアの在り方について考える研修会は我々の知り得る範囲ではほとんどない。そこで、認知症高齢者の家族に安心して日常生活を送ってもらうためのスピリチュアルケアをケアマネジャーなどケア関係者が支援できるように、僧侶をスーパーバイザーとして招き、認知症高齢者の家族のスピリチュアルペインについて考えるワークショップを試作し、実践した。ワークショップへの参加者は12名であった。グループセッションでは、印象に残った「苦悩する認知症高齢者の家族」の経験事例について二人一組になって相互に発表し合った。まとめとして、一つひとつの事例に対して、僧侶から家族の苦悩(スピリチュアルペイン)に対してどう考え、どう寄り添ったらよいか助言をもらった。参加者アンケートの結果から、「家族が困惑している時にこそ、認知症の方本人に目を向け、深く本人の思いを知る努力をする必要があると考えた」、「家族は認知症の方本人にとって心の支えになっていると改めて教えられた」、「認知症の方と接するときは、介護技術だけでなく、人と人との関係が重要だと改めて気付かされた」、「我々は認知症の方を問題行動を起こす人として捉えがちだが、我々も皆他人に迷惑をかけて生きているので、認知症の方と接するときは“お互い様”という考え方を持って接していきたい」など参加者が多くの学びを得たことが窺えた。

(オ)クライアントと家族の意見が食い違ったケースについて考える事例検討会

ケアマネジャーなど医療や介護の現場でマネジメントに携わる職種はクライアントと家族の意見が食い違うケースによく遭遇するが、クライアントの希望に出来るだけ応えていくためにはこの食い違いを上手く処理する必要がある。そこで、有意事象分析の手法を用いて参加者に事例を提示してもらい、各自の分析に対して、他の参加者と司会者がコメントをしていくという流れで検討を進めた。尚、有意事象分析の英名は、Significant Event Analysis (SEA)であり、本検討会では、図のようなシートを5分間で埋めてもらった。

図2 SEA シート



(カ)相談力向上のためのワークショップ

相談力、つまりクライアントから相談を受ける力はマネジメントの基本スキルであるが、こうしたスキルのトレーニングの場所は限られている。そこで、現場で簡単にトレーニングできるようなワークショップを考案し、実施した。参加者は5名であった。ワークショップの最初のセッションでは、KJ法を用いて相談力の要素を抽出した。次に、その要素を基に相談力を測定するためのチェックリストを作成した。最後に、二人一組になって各自の悩みをお互いに相談し合い、その様子をiPadや携帯を用いてビデオ撮影し、ビデオを全員で見ながら振り返りを行った。振り返りの際には、作成した相談力測定チェックリストを用いて評価を行った。

(キ)ケアマネジャーのための医療カフェ(めでぃかふぇ)

最近看護師資格など医療的背景を持たない非医療系ケアマネジャーが増加しているため、こうした非医療系ケアマネジャーの不安を安心に変えるための医療の基礎知識を広く提供していく必要がある。ケアマネジャーのための相談窓口業務は行ってきたが、問い合わせは極めて少なかったため、直接会って医療に関して医療者に質問できる場を名古屋大学医学部附属病院内に設けることにした。当初は、上記のSEAを用いて行っていたが、質問が出にくかったため、医療者を囲む形でカフェ形式に変更した。現在、名古屋市内や近隣で出張でカフェを展開している。

イ.委員会

(ア)ケアマネジャーとの協働による医師への依頼文例集作成

医師への依頼文をどのように書いたらよいか悩む場面をワークショップに参加したケアマネジャーに想起してもらい、寝たきりの人の褥瘡が悪化して訪問看護の指示を依頼する場面、対応困難な周辺症状の人の病状報告を行うと同時に認知症専門外来を勧めてよいか尋ねる場面、内服管理が困難な高齢者の処方薬の内服回数を減らして欲しいと依頼する場面などが挙がった。次に、その場面一つひとつについて医師と看護師のファシリテートの下で作成していった。その成果物は、在宅ケアマネジャー向け応援サイトへの掲載やセミナーやワークショップでの配布などを通じて、広く利用を促している[(2)]。

(イ)ケアマネジャーが陥りやすい行動の構成要素の抽出

ケアマネジャーに求められる業務や役割については多くの研究や文献で述べられているが、ケアマネジャーに求められる具体的な行動規範まで踏み込んだ研究や文献はほとんどない。そこで、ケアマネジャーがケアマネジメント業務において陥りやすい行動の構成要素を抽出することを目的とした委員会を実施した。ケアマネジャーのみならずケアマネジャーと協働する機会の多い看護師を含めた専門家チームを結成して作業を行った。専門家チームでケアマネジャーがケアマネジメント業務において陥りやすい行動の構成要素をテーマに議論を90分×3回行った。議論で出されたケアマネジャーがケアマネジメント業務において陥りやすい行動一つひとつを短い文章の断片にして保管し、その保管された文章の断片について、KJ法による発想を行った。その結果、表3のように9の陥りやすい行動パターンが抽出された。

表3 ケアマネジャーが陥りやすい行動パターン

領域	大グループ	中グループ
1. 利用者の希望とは関係なく、計画には正解があると考えている	1. 理想の計画や一度作った計画にこだわり過ぎている 主体性を尊重せず指示 2. する傾向がある	1. 自分の理想のサービスしか提案できない 2. 計画通りに実行しないと気が済まない 3. 主体性を尊重せず指示する傾向がある
2. 利用者とは必要最低限の関わりで済まそうとする	1. 必要最低限の業務しか引き受けないようにしている 2. 高い目標を立てようとしない	1. 時間外に緊急の用事があっても休みを理由に対応しない 2. 介護保険以外の仕事は一切しようとしないし、相談にも乗らない 3. 医師との連絡もサービス事業所に任せてしまう 4. 高い目標を立てようとしない
3. 発言力のある人の意見を無批判に受け入れた計画を立ててしまう	1. 発言力のある人の意見を無批判に受け入れた計画を立ててしまう	1. 担当者会議などで意見を言わず他者の言うままにサービス計画を組む 2. 利用者本人よりも家族の希望を優先しがちである 3. 利用者の言いなりになってしまう
4. 他者の意見を聞くことはできるが、問題点を整理して判断するのが苦手である	1. 他者の意見を聞くことはできるが、問題点を整理して判断するのが苦手である	1. 医師の判断を仰ぎすぎて、自分で判断できない 2. 結論も出ない相談を長々と聞いている 3. 担当者会議の発言や電話が長すぎる
5. 介護計画において金銭面を重視している	1. 介護計画において金銭面を重視している	1. 何よりも先に利用者の支払い能力をアセスメントしている 2. 収益の確保に重きをおいている
6. 好き嫌いで利用者への対応を大きく変えてしまう	1. 好き嫌いで利用者への対応を大きく変えてしまう	1. 利用者を好きか嫌いかで異なる対応をする 2. 親身になりすぎ公私混同してしまう
7. 人に任せずに自らが率先して行動することが一番だと思っている	1. 人に任せずに自らが率先して行動することが一番だと思っている	1. 人に任せずに自らが率先して行動することが一番だと思っている
8. 利用者や家族の予定より自分の予定を優先してしまう	1. 利用者や家族の予定より自分の予定を優先してしまう	1. 利用者や家族の予定より自分の予定を優先してしまう
9. 利用者に対して何事にも事務的に接する	1. 利用者に対して何事にも事務的に接する	1. 利用者に対して何事にも事務的に接する

(ウ)在宅終末期にかかる費用の算出システム

ケアマネジャーの終末期ケアマネジメントを支援するために、上記イと異なるケアマネジャーを含めた専門家チームを結成して、在宅終末期にかかる費用の算出システムを構築するための作業を行った。専門家チームで、終末期にかかる費用の内訳を網羅的に抽出し、それぞれの計算式を検討した。そして、現場で家族等に説明しやすいようにiPad等で閲覧できるようにプログラミングを行った。

(2)活動のまとめ

本活動の成果は、学術誌に発表を行っている。今回のような取り組みを継続して、その成果を公表していくことにより、他の地域の多職種連携活動にも参考になるものと期待される。大学病院の持つ教育ノウハウを活用することで、各地域で自発的、能動的に多職種で学び合える場を作って行けるであろうし、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等も期待される。今後は、職場を超えて先輩ケアマネジャーが新人若手のケアマネジャーの指導を行っていけるような仕組みづくりにも取り組んで行きたいと考えている。

【参考文献】

1.エマ・ウィリアムズ、レベッカ・バーロウ:アンガーコントロールトレーニング―怒りを上手に抑えるためのステップガイド―.星和書店,東京(2012).

2.平川仁尚.ケアマネジャーのための医師への依頼文例集作成の取り組み.日本農村医学会雑誌2014;63(1):(印刷中)

宮城県域をカバーする栄養系慢性疾患に関する広域地域医療連携普及促進活動

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

活動成果の概要

本活動は、基本的には2012年度貴財団助成による「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」の発展的継続である。2012年度は、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を支援対象に、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1年間で被災地である気仙沼市内の在宅診療所や訪問看護ステーションを中心に、仙台医療圏の仙台オープン病院、東北大付属病院、仙台医療センター、宮城社会保険病院との病診連携の仕組みが動き出した。この活動を通して痛感したことは、ICTによる医療システムが完成しただけでは地域連携は進まないという事実である。地域の医療機関に何遍も足を運び、連携の阻害要因を取り除き、普及促進活動を継続することによって、初めて連携と言う実を結ぶ。折角ほころびかけたつぼみを開花し結実するよう、ヒューマンリレーションという盤石な基盤を形成する必要がある。

そこで、2013 年度は、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、次に述べる3つの項目を実施した。更に、本活動の延長上にある「地域包括ケア」に関する検討を追加活動として実施した。本報告では、これらの項目に関する成果を述べる。

活動項目1：　県域への真の意味での普及促進
活動項目2：　宮城県の医療福祉分野の連携を推進する協議会との協働
活動項目3：　地域医療連携を加速する標準化への貢献
追加活動項目：　多職種連携地域包括ケア支援システムの検討

1.活動項目1『県域への真の意味での普及促進』に関する成果

これまでの活動である「地域医療連携パス支援システム構築とその実証実験」から帰結できることは、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、本項目では、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ための布石を築いた。

(1)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・健康情報を関係者（医療者や薬局、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・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疾病ケア（胃瘻ケア、褥瘡ケア、口腔ケア、CVポートケア、ストーマケア）

被災地（気仙沼医療圏・石巻医療圏）への拡大：二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された地域（仙台NSN、宮城県北部NSN、宮城県南部NSN）の他に新たに被災地（石巻医療圏、気仙沼医療圏）にて、栄養系疾患に関する二次医療圏の連携組織を確立するための基盤を構築した。同時に、全体を統括する第三次医療圏の体制整備を、2の活動と連携して行った。

活動項目1に関する履行状況：2013年10月以降も、事業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）に利用していただき、システムの利用促進と普及に努めた。

地域医療連携普及促進のため、訪問・医療連携の実証実験に協力いただいている医療圏と病院を以下に記載する。

□仙台医療圏（仙台オープン病院、中嶋病院、国立病院機構仙台医療センター、東北薬科大学病院（旧東北厚生年金病院）、フォ-レスト訪問看護ステーション、星外科消化器科医院、他）
□気仙沼地区医療圏（気仙沼市民病院、南三陸訪問看護ステーション、訪問看護ステーション春圃、りあす訪問看護ステーション、など）
□石巻地区医療圏（石巻赤十字病院、やもと内科クリニック、など）
□宮城県北部・南部医療圏（大崎市民病院、宮城県循環器呼吸器病センター、宮城県南中核病院、など）

（2）地域医療連携支援システムの改善

当該システムに関し、以下改善を行った。

【全体に共通する改善点】

・データ登録に関する患者予約リスト機能：
・データ登録に対する同時・並行処理の実現
・非同期処理の検討
・多岐にわたる利用形態に対応するための機能拡張
・一部データの患者や家族等の関係者への公開を検討
・患者毎のマイページの構築
・患者との双方向コミュニケーション

【病院等で利用する場合の改善点】

・WiFi環境の有効利用

【訪問看護ステーション等で利用する場合の改善点】

・携帯電波（3G回線）不感地帯での利用に対する改善

（3）新規サブシステムの設計

高齢者に対する、医療・福祉の質の向上につながる、医療・福祉ケアの提供として、従来の胃瘻、褥瘡、口腔ケアの他、CVポートケア、ストーマケアを新規追加するための設計を行った。この新規分は、高齢者に対する医療・福祉においては必須項目であり、これにより疾病から派生する慢性疾患に対する患者重視のケア・サポートを実現することが可能となる。特に、被災地の気仙沼地域においては、これらの機能は必須である

2.活動項目2『宮城県の医療福祉分野の連携を推進する協議会との協働』に関する成果

県域（第三次医療圏）での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、「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）、清水（広南病院）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）、脳卒中部会（清水）、看護部会（只浦）に就任していることもあり、同協議会と密な連携を図り、地域医療連携という目標を達成した。

活動項目2に関する履行状況：地域医療の復興にあたり、ICT（情報通信技術）を活用した地域医療連携システムを構築し、県内どこでも安心して医療を受けられる体制の構築を目指す「みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会」が県内の医療機関・団体・大学・行政の関係者により2011年に設立された。「みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会」は、宮城県の医療・福祉情報ネットワークの環境の整備と利活用を進めることにより、医療の質や安全性の向上を図り、患者中心の地域医療・福祉の向上に貢献する組織として、医療・福祉関連情報のネットワーク化を図るための検討及び整備を進めている。

協議会は、総務省、厚生労働省、並びに文部科学省から補助を受け、東日本大震災で甚大な被害を受けた「気仙沼地域医療圏」、「石巻地域医療圏」の復旧復興を第一義に、県域レベルでの医療連携を目指している。協議会は疾病に余り依存しない医療の連携を目指し、今年度は周産期と調剤薬局の連携を目指している。

当該活動は、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、本活動では協議会の動きと歩調を合わせ、事業を推進した。

同協議会での活動状況：研究代表者（富樫）も協議会のメンバーであり、今期も、システム構築部会、運用TF（タスクフォース）、病病診療TF（病院と病院、病院と診療所の連携）、医療介護TF、連携パスTFに加わり、仙台医療圏の要求仕様策定を行うとともに、協議会と協同して「栄養系慢性疾患」に関する地域医療・福祉連携支援を行った。協議会の医療・福祉連携は始まったばかりであり、本活動を継続することによって、確固たる地域医療連携の布石が確立され、被災地の復興にも大いに貢献すると確信している。

本事業に関しては、分担者の富樫、須栗、只浦（宮城大学）、土屋（仙台オープン病院）、片岡（仙台オープン病院から山形

大学に異動）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。

3.活動項目3『地域医療連携を加速する標準化への貢献』に関する成果

日本における他の地域の医療機関、並びに県内の医療機関との連携を加速するため、2.で述べた協議会と協働して、標準化対応として、SS-MIX, HL7 V3との相互運用性を実現した。

【標準化に向けた3つの研究課題】

（1）SS-MIXストレージ

SS-MIXの標準化ストレージ及び拡張ストレージを構築した。分散キーバリューストアの技術を用いることにより、堅固でパフォーマンスが高く、セキュリティにも優れたストレージを実装した。

（2）SS-MIXデータ交換用フロントエンド

ストレージに対して読み書きを行うためのインターフェースを構築した。本医療連携パスシステムのリレーショナルデータベースとの間で、データのインポート及びエクスポート¬を行う。また、外部のSS-MIX互換システムとの間で、HL7 V2.5に基づいたデータのインポート及びエクスポート¬を行う。

（3）対人用ウェブアプリケーション

SS-MIXストレージを人間が読み書きするためのウェブアプリケーションを構築した。これにより、手作業によるデータの更新や閲覧が可能となる。

（4）HL7 V3対応

国際基準に近いHL7V3に対応させるための研究開発を検討した。これにより、諸外国の医療情報システムとの連携が容易になる。

4.追加活動項目：多職種連携地域包括ケア支援システムの検討

（1）背景

2025年には、大都市を中心に高齢者が全国で600万人の急増が予想され、医療資源の有効活用として、地域の住まい・医療・介護・予防・生活支援を円滑に行う上で、多職種連携が必須となる。疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供が必要となった。一方、申請者が委員の一員として推進する「みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会が構築中のMMWIN みんなの宮城ネットは、県域を結ぶ「地域医療福祉情報ネットワーク」であるが、性質上「医師の意向」に趣をおいたネットワークであり、どうしても看護、介護、生活支援者といったスタープレイヤーにはなれない存在の意向は余り尊重されない。しかし、超高齢化、財源問題、医療費高騰と言った難題に直面している現在、厚生労働省が主張するように、多職種連携の地域包括ケアの実現は喫緊の課題である。

（2）検討内容

地域における疾患予測及び地図情報を活用した、多職種連携を効果的に実施できるパイロットモデルを設計した。適用規模としては、仙台圏や首都圏など人口100万人都市に対応できる地域包括ケアシステムを想定している。活動では、宮城が推進する医療・福祉情報ネットワーク（MMWIN みんなのみやぎネット）と連携を取り設計したが、最終成果は他地域でも横展開できる「多職種連携地域包括ケア支援システム・パイロットモデル」としたい。具体的には、以下の支援システム設計を検討した。

【地域疾患管理情報視覚化・分析システム】

地域の医療機関における疾患管理情報を見える化・分析するシステムである。医療機関単位あるいは二次医療圏単位での疾患管理状況を把握することができる。今後増加が予想される脳卒中・がん・認知症等の患者の地域別分布状況や地域単位での10年～20年後の疾患動向を分析し視覚化する。本システムは、地域で連携する際、連携先を探索するための基盤としても役立つ。

【多職種連携地域包括ケア支援システム】

地域住民の医療・介護・疾病予防・生活支援・住まいなどを一括して支援する包括ケアシステムである。医師、看護師、介護士、薬剤師、社会福祉など多職種が利用するシステムであり、多職種協働により地域の医療機関・介護施設等の業務連携が実現可能となる。地図上から検査予約、診療予約、施設予約ができる他、電子連絡帳により地域内で患者情報を共有し、相互のコミュニケーションを円滑にする。本活動では、本システムを厚生労働省が描く「地域包括ケアシステム」の最小プロトタイプと位置づけ、その発展と普及を目指す。

（3）地域疾患管理情報視覚化・分析システムの構築

疾患管理（DPC・疾患管理シミュレーション管理機能）の「見える化」は、地域の疾患管理把握や将来の疾患動向（2050年までの人口・疾病推定）が可能となる疾病管理エンジンとしてその実現を計画している。疾病管理は以下の機能を一部実現した。

地域における医療機関の疾患管理を可視化し、脳卒中・がん患者・認知症及び心筋梗塞・糖尿病等の慢性疾患管理把握を経年的に把握できることで、地域での慢性疾患の悪化予防管理にも活かす（一部の機能については、既に設計中である。）

また、地域の患者で高齢者に多い認知症（下記の図4

参照）や廃用症候群の症状に対しても、在宅包括支援センターに疾患情報の提供を行い、適切な包括ケア支援ができるように疾病データを提供する。



図１　DPC 分析システム　（宮城大学と PRO&BSC による共同開発）



図２　地域の将来疾患推移シミュレートツール

（4）多職種連携地域包括ケアシステムの構築

電子地域連絡帳を使って、地図情報を活用し地域の医療機関とスムーズに介護できる多職種協働の支援機構を実現することを最終目的とした。今回は、プロトタイプのシステム基本設計を行った。

2025年には、大都市を中心に急激に高齢者が増える為、施設の需給状況が容易に把握でき、地域の患者・利用者のサービスに対応できる仕組みづくりが必要になる。これらの変化に対応するために、地域の医療・福祉資源を必要に応じて広域圏・二次医療圏・一次医療圏・学校群迄の規模に地図の拡大・縮小操作が容易に行え、医療施設・調剤薬局・歯科・訪問看護・居宅支援施設・通院リハビリ・ショートスティ・老健施設・小規模老人施設等が地図上に表示される。地図上の画面から、予約・電子連絡帳が容易に操作できる機能を設計する。地域包括ケアシステムを効果的に活用するためには、地域の医療・福祉資源の有効活用を地図上で把握し、予約機能（診療・検査・施設等）及び電子地域連絡帳による多職種共同支援が容易に行える機能が必要である。本活動では、これらの機能の基本設計を実施した。

一方、電子連絡帳の機能は患者プロフィール・簡易体温版や薬剤情報（処方歴・服薬指導・お薬手帳・アレルギー情報等）介護情報・文書管理（紹介状・逆紹介状・診断書等）機能を備え、医師・看護・コメディカル・MSW・行政などが必要な情報を時系列に表示する。各職種の申し送り事項や利用者自身が相談・記録を行えるように設計している（当該プロトタイプは、現在要求仕様を策定し、現在基本設計の途中である。）。今後設計を修了し、今後実装・試験を行い、上記機能を実現する予定である。

（5）期待される効果

①地域医療機関の疾患管理状況が把握できる。脳卒中・がん患者・認知症及び心筋梗塞・糖尿病等の慢性疾患管理情報を経年的に把握できることで、地域内疾患動向や慢性疾患の悪化予防管理にも活かせる。特に調剤薬局では認知症薬の服薬指導等に活かせることも可能（お薬手帳の代わりもなる）である。地域での予防活動は包括ケアシステムに活かせるよう、疾患等は簡易な電子地域連絡帳システムに共有化される。

②地図情報を利用し、地域の医療機関と多職種協働による介護支援が行える。簡易な電子地域連絡帳を使って医療機関と在宅医療・介護を一体的に支援できる包括ケア支援システムの意義は極めて大きい。



図３　福島県在宅ネットワーク　在宅医療・介護施設マップ

5.最後に

[評価]宮城県（みやぎ医療福祉ネットワーク協議会）が推進する宮城県全体の医療連携ネットワーク構築もあり、本ネットワーク＆協議会と密な連携をとり（あるいは県のサブシステムとして体制整備し）、栄養系慢性疾患の医療連携パスとなるシステムと体制を構築中である。予定では、2015年3月以降に、宮城県の連携システムとして本格運用する。

[課題]前回同様、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、宮城県の計画と歩調を合わせ、特に被災地を中心に、地域医療連携を普及促進する。

今後も、これまで同様、地域医療連携普及促進の点から、同協議会に積極的に協力し、仙台圏地域医療連携システムの完成度を高めると同時に、申請予定の「宮城県北、宮城県南の地域医療連携支援システムの構築にも貢献する予定である。本活動では、他地域でも横展開できる「多職種連携地域包括ケア支援システム・パイロットモデル」を検討する。本パイロットモデルは、地域疾患管理情報視覚化・分析システム、多職種連携地域包括ケア支援システムから成り、地域住民の医療・介護・疾病予防・生活支援・住まいなどを一括して支援する包括ケアシステムである。

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　看護師
地域医療連携室　室長

要旨

超高齢社会を迎え、支援を要する高齢者が増加しており、地域包括ケアシステム構築への取り組みが進む中、病院機能において退院支援は、重要な役割を果たしている。

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、福祉のシームレスな連携が急務として、2009年5月に市内の病院、有床診療所の実務者により、「西尾幡豆地域医療を守る会」を立ち上げ、「地域住民の方々が適切な医療、介護、福祉が受けられるように支援する」をコンセプトとして活動してきた。

地域の医療、介護、福祉がシームレスに連携するためのツールとして、連携手帳を作成し、関連施設に配布した。また、施設入所者が急病で病院に受診する際、診療がスムーズに受けられるよう、紹介状の代替的用紙として「患者情報シート」を作成した。

褥瘡対策については、西尾褥瘡研究会を発足し、定期的に褥瘡に関する学習や情報交換をしている。

これまで、地域の病院や施設の紹介、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実施し、知識や技術の向上、会員相互の顔の見える関係づくり、地域医療の在り方などについて提案してきた。

2013年度より、西尾幡豆地域の病院、有床診療所、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション、グループホーム、包括支援センター、居宅介護支援事業所の方々に入会して頂き、組織化に至った。

1.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。

2.活動計画

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

3.活動内容及び結果

(1)連携手帳の更新について

連携手帳の内容としては、病院窓口一覧、病院紹介の要望書、老人保健施設・特別養護老人ホーム窓口一覧、老健施設情報シート、特養施設情報シート、訪問看護ステーション窓口一覧、地域包括支援センター窓口一覧、居宅介護支援事業所窓口一覧、グループホーム窓口一覧、グループホーム情報シート、市内の病院や施設等の所在地図、患者情報シート、「福祉介護職員からの電話での問合せについて」など、連携担当者が患者紹介時などに利用できるようにした。

窓口一覧（図1）には、各病院や事業所の住所、電話・FAX番号、メールアドレス、サービス担当区域、連携担当者の氏名など掲載し、連絡窓口がひと目でわかるようにした。



図1 窓口一覧

「病院紹介の要望書」(図2)には、病院区分、部屋・病床の構成、費用、診療科目、スタッフ数、実績、患者受け入れ条件、病院の特徴などがA4シート1枚に記載できるようにした。「老健施設情報シート」「特養施設情報シート」「グループホーム情報シート」についても、医療処置や社会的条件として受け入れ条件がわかるようにした。



図2 病院紹介の要望書

2013年度の更新に際しては、担当者や施設がイメージしやすいように写真を掲載した。

また、各施設の所在地を部門別に地図上に掲載した。

「福祉介護職員からの電話での問合せについて」では、窓口への電話での問い合わせに対し、対応の基本的な考え方について記載している。

2013年度は、5月に更新し、西尾幡豆地域の病院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、グループホーム、訪問看護ステーション、包括支援センター、居宅介護支援事業所、診療所などに配布した。

今後、各診療所の在宅医療や介護サービスに関する情報の掲載や、電子化を検討している。

地域の医療・介護・福祉に関する必要な情報が掲載できるよう、連携手帳の内容の充実に努めたい。

(2)患者情報シートの普及について

施設入所者が急病で病院に受診される際に紹介状の代替的用紙として「患者情報シート」(図3)を作成した。



図3 患者情報シート

住所、生年月日、感染症、既往歴、ADL、主症状や経過等を記載し、紙面で担当医に伝えられるようにした。これまで3件使用され、診療やケアに役立っている。基本情報は、平常時に記載し、夜間など手薄な状況下での受診の際は、基本情報だけでも持参して頂きたい旨を周知している。今後も検討を重ね、スムーズな診療に繋がるよう普及に努めたい。

(3)西尾褥瘡研究会について

西尾市民病院形成外科医師を中心に西尾褥瘡研究会を2011年11月に立ち上げ、2ケ月毎に研究会を開催し、事例検討や学習会を実施してきた。2013年11月から、地域のニーズに即した内容が提供できるよう地域の病院や施設の褥瘡対策委員会の代表者による褥瘡研究会代表者会を結成した。また、医師会の先生方にもご参加頂けるようになり、褥瘡について考え相談できる場所が提供できるようになった。今後も継続することで、地域としての取り組みができ、褥瘡患者の減少へと繋げていきたい。

(4)研修会及び講演会について

認知症研修会は、認知症認定看護師を講師に迎え、「認知症の病態と看護ケアについて」をテーマとし、2013年4月と5月に2回シリーズで実施した。2回とも100名以上の参加者で、日々、認知症患者さんへの対応に苦慮していることが伺われた。また、グループホーム部会が中心となって、2014年1月、2月、3月に3回シリーズで認知症介護研究・研修大府センター山口喜樹先生を講師に迎え、「パーソンセンタードケアの理解　～ひもときシートとは～」をテーマとして講義して頂いた。ひもときシートを利用しての事例演習も行った。その人らしさを尊重するケアの理念と方法について学んだ。受講者から施設職員へ、患者さんや家族へのケアへと繋げたい。全国各地で、認知症患者さんやご家族への取り組みが成されている中、当会としてもグループホームを中心として、地域への取組みへと繋いで行きたいと思う。

保険者との連携「生活保護について」では、会員から多数の質問があり、2013年6月11日に市役所の福祉課担当者に講義して頂いた。しっかりと説明して頂いたが、このような問題については、組織的連携ができるような仕組みが必要だと思われる。

感染対策研修会は、地域で疥癬患者が認められた事などから、「標準予防策と疥癬」をテーマとし感染管理認定看護師を講師として2013年7月17日に開催した。参加者は、146名であった。今後も地域のニーズに合わせた内容をタイムリーに提供できるように努めたい。

当会では、毎年、定期研修会として、西尾幡豆地域の病院紹介、施設紹介、講演会などを実施してきた。2013年8月21日に宮崎医院院長の宮崎仁先生に「あなたならできるあなたしかできない楽しい在宅医療」をテーマとして講演頂いた。在宅医療に少し限界を感じていたが元気になれたと意見を頂き、明日への糧となった講演でした。

研修会や講演会を何度も開催する中で、参加者が、病院医療関係者から施設関係者、訪問看護、居宅介護、医師会、行政、福祉関係者へと徐々に広がり、顔の見える関係ができてきている。2013年度の研修会開催状況は、表1の通りである。

月日	内　容	参加人数
H25.5.13.	西尾褥瘡研究会：　褥瘡自己組織修復及び事例紹介。	33.
H25.7.22.	西尾褥瘡研究会：高機能マットの効果を知ろう。	94.
H25.9.26.	西尾褥瘡研究会：事例検討（5施設から報告）。	46.
H25.11.28.	西尾褥瘡研究会：ポジショニングについて。	42.
H26.1.23.	西尾褥瘡研究会：スキンケアーについて。	84.
H26.3.27.	西尾褥瘡研究会：栄養について。	51.
H25.4.26.	認知症研修会　：認知症の病態と看護ケアについて（1回目）。	107.
H25.5.17.	認知症研修会　：認知症の病態と看護ケアについて（2回目）。	112.
H26.1.31.	認知症研修会　：パーソンセンタードケアの理解。	113.
H26.2.28.	認知症研修会　：ひもときシート実演事例による事例検討。	43.
H26.3.28.	認知症研修会　：ひもときシート事例演習　まとめ。	34.
H25.6.11.	保険者との連携：生活保護について（西尾市役所　福祉課）。	92.
H25.7.17.	感染対策研修会：「標準予防策と疥癬」　。	146.
H25.8.21.	西尾幡豆地域医療を守る会第1回研修会：経過報告及び講演会。 講演内容「あなたならできるあなたしかできない楽しい在宅医療」 宮崎医院　宮崎仁先生。	134.
H26.2.19.	褥瘡会。	76.

表1 地域医療を守る会　褥瘡研究会研修会等一覧

(5)西尾幡豆地域医療を守る会の組織化について

これまで地域での連携上の問題を解決するために、地域の病院、施設、訪問看護ステーション、グループホーム、包括支援センター、居宅介護支援事業所、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などと会議を持ってきたが、意見の集約が難しく、解決に時間を要した。そこで、西尾幡豆地域医療を守る会への入会を呼びかけ、2013年6月より地域医療を守る会の組織化（図4）となった。2ケ月毎に部門別会議を行い、6ケ月毎に全体会として報告会を持つこととなった（表2）。全体会では、長寿課の方にご参加頂き、保険者との連携上の問題について話し合う事ができたが解決に至らず、今後は、保険者の方々にも定期的に参加協力頂けることになった。

現在は、会議の内容や方法も手さぐり状態であるが、組織力を生かした支援ができるよう取り組んでいきたい。

また医師会の先生方には、研修会の講師や研修会への参加、連携手帳掲載のご協力など多岐にわたって支援を頂いている。

また、西尾幡豆医師会の先生方には、関連する研修会のご案内をしている。



図 4 西尾幡豆地域医療を守る会 組織図

会議開催日 内容 参加人数

月日	内　容	参加人数
H25.4.26.	老人保健施設・特別養護老人ホームとの会議 役員会	19.
H25.5.24.	包括支援センター・居宅介護支援事業所との会議 役員会	44.
H25.6.28.	1回 部門会議 役員会	45.
H25.7.26.	役員会	6.
H25.8.23.	2回 部門会議 役員会	49.
H25.9.27.	役員会	6.
H25.10.31.	3回 部門会議 役員会	50.
H25.11.28.	西尾幡豆研究会：代表者会	14.
H25.12.20.	4回 部門会議 役員会	54.
H26.1.23.	西尾幡豆研究会：代表者会	12.
H26.3.24.	役員会	5.
H 26.2.7.	役員会	6.
H26.3.17.	第1回西尾幡豆地域医療を守る会連絡協議会	45.
H26.3.27.	西尾幡豆研究会：代表者会	50.

表 2 地域医療を守る会　会議開催状況

4.おわりに

当会は、「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」をコンセプトとして活動してきた。2013年度、地域の病院、施設、訪問看護ステーション、グループホーム、包括支援センター、居宅介護支援事業所と組織化できたことは、活動上大きな原動力となった。

今後、更に医師会や行政との連携を進め、地域包括ケアシステム構築「住み慣れた地域で安心してその人らしい生活が継続できるように支援する」に向け、一助となれるように努めたい。

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

要旨

今後、超高齢化社会を迎えるにあたり、地域における医療、介護、福祉の役割は重要性を増している。これらの領域は連携することが求められるが、現場において領域間にはバリアがあり、必ずしも協働できていない。旭川において2012年に始まった、医療者・介護者・福祉者のための「ケア・カフェ®」は、医療介護福祉などケアに関わる人が顔の見える関係を作り、日常のケアについて相談する場であり、それによって領域間のバリアをなくし、地域ケアの向上を目的としている。ケア・カフェは開催ノウハウや資材を無料で提供しており、その手軽さから全国で開催されるようになったが、さらに広がりを持たせるため、今回、開催支援事業を行った。全国10地域において、計38回のケア・カフェが行われた。10地域において、それぞれ初回の開催時にマスターを派遣し、ノウハウを直接伝授した。多くの地域で、支援終了後もケア・カフェの継続的開催が計画されており、ケア・カフェは地域において自律的に継続可能な方法であることが明らかになった。また、ケア・カフェを行うことによる、医療介護福祉従事者間の連携に関する変化を、医療介護福祉の地域連携尺度を用いて数量的に検証した。ケア・カフェ開催後において地域連携尺度の点数は有意に増加し、中等度の効果量を持っていた。ケア・カフェは医療介護福祉従事者がその領域間のバリアをなくし、地域において顔の見える関係を築く方法として有用である。

1.背景

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、そ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と考えられる。

上記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[1)2)]。ケア・カフェは著者の阿部が開発したものであり、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、気軽に相談ができるように工夫されている。

ケア・カフェの特徴は、フライヤーや案内状、ケア・カフェを説明したハンドブック、当日の運営マニュアルやスライドなど、開催に必要な資材をセットで揃えており、希望者には全て無料で提供（デジタルデータとして）している点である。これにより、開催のハードルが下がり、10人程度の医療・介護・福祉者が集まれば、全国どこでも誰でも行うことができる。これらの資材や情報の発信は、主にソーシャルネットワークサービスSNS（Facebook）上で行われており、全国の医療・介護・福祉者から多数アクセスがあり、開催を検討している地域も複数見受けられる。SNS上では開催に関するノウハウの共有もなされている。

近年、地域ケアを良くするために、従来考えられてきた個々の職種の知識やスキルの向上よりも、職種間のコミュニケーションや「顔の見える関係」が重要視されるようになっている[3)4)]。ケア・カフェは、地域において、まさに「顔の見える関係」を創出することで、地域ケアの向上を意図した取り組みであり、また、そのノウハウを広く公開して一地域に留まらないという点で新規的である。

しかしながら、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・福祉間の連携が変化し、顔の見える関係が築かれるのか検証はされていない。

2.目的

地域でケアに関わる人が顔の見える関係を築くための方法である「ケア・カフェ」を全国各地で地域の医療介護福祉従事者が開催することを支援して、地域の多職種間の連携を図る。これをもって地域のケアの向上を目指す。

ケア・カフェを行うことによる、医療介護福祉従事者間の連携に関する変化を検証する。

3.方法

(1)対象

開催支援を行う地域におけるケア・カフェの参加者

(2)方法

ア.ケア・カフェの全国での開催支援

ケア・カフェ開催を希望する全国の個人や団体へ開催の支援を行う。開催地は全国10地域(北海道地域1件、東北地域1件、関東地域2件、中部地域1件、近畿地域2件、四国地域1件、中国地域1件、九州・沖縄地域1件が目安)から募集する。募集はインターネットやメールなどを利用し、応募の中から開催規模や地域の偏り、実行性の高さなどを実行組織で判断し、支援10地域を決定する。

支援終了後も同地域において継続的にケア・カフェが行われることを目的とする。支援内容は以下の通り。

(ア)カフェのマスター兼アドバイザーの派遣:初回開催時のみ派遣し、2回目以降のカフェマスターは地域のスタッフに移譲する。

(イ)4回分の会場費:その後の継続性を鑑みて、経済的負担が少ない会場を推奨する。支援額は1回あたり25,000円を上限とする。

(ウ)ハンドブック、フライヤーなどの資材

(エ)模造紙、ペン

また、開催地域において下記の調査研究への参加を依頼する。

イ.ケア・カフェの開催による地域での医療介護福祉連携の変化の調査研究

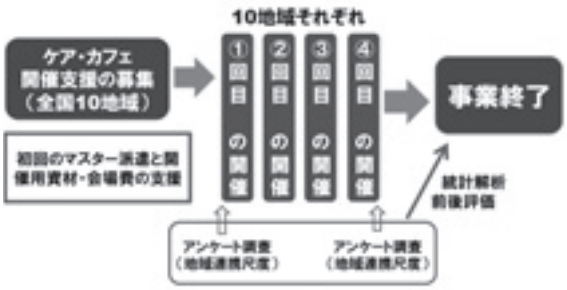
ケア・カフェ開催前(第1回目のケア・カフェ参加時):前調査と、4回のケア・カフェ開催後(4回目のケアカフェ・開催日):後調査に参加者にアンケート用紙を配布し、医療介護福祉連携評価尺度の合計得点を主要評価項目として前後比較する。第1回目に参加し、第4回目に参加しなかった者にはアンケート用紙を郵送する。

(3)倫理およびプライバシーの保護

アンケート用紙により得られた意見は、個人が特定できない形で研究終了後3年を経過するまで、研究代表者が保管する。研究の趣旨、データの取り扱い、プライバシーの保護についてアンケート配布時に書面により説明し、参加者の同意を得る。

事業(研究)のoverviewを図1に示す。

図1　事業(研究)のoverview



【ケア・カフェについて】

ケア・カフェは構造構成理論(哲学論)を礎として、成人教育理論、弱い紐帯論、贈与論を理論背景に持ち、実際の方法論としてワールド・カフェの手法を継承した(図2)、地域で医療者・介護者・福祉者が顔の見える関係を作り、日常の悩み事を相談する場を提供する、まったく新しい集まりの方法である。開催に必要な資材:フライヤー、案内、ハンドブック、運営マニュアル、参加者の心構えのプリント、当日のスライドは、開催を希望する人に全て無料で提供可能(デジタルデータとして)である。また「相互扶助」を掲げて、準備や片づけ、当日の持ち物など、参加者の自発的行動をモットーとしているため、全国で誰でも何処でも開催が容易にできるような仕組みになっている。

図2　ケア・カフェの理論構造



資材や情報の発信は、現在のところ主にSNS(Facebook)上で行われており、全国の医療・介護・福祉者から多数アクセスがあり、情報交換と他地域での開催を呼びかけている。

(ケア・カフェFacebookファンページ:
https://www.facebook.com/carecafe.japan)

ケア・カフェが掲げている「医療者・介護者・福祉者」という文言の福祉者という言葉は我々の造語である。福祉者にはいわゆる障害の福祉だけではなく、より広い福祉、教育や保育、法律、行政、会社員であっても社会貢献を目指している人などを含んでいる。

【医療介護福祉従事者間の連携尺度について】

医療介護福祉間の連携について調べるうちに、その連携の強さを測る尺度が存在しないことがわかってきた。そこで、「緩和ケアに関する地域連携評価尺度」を参考として、さらに多職種、分野も「がん」に限らない形式で、地域で患者や利用者に関わる医療介護福祉職の連携を評価する調査用紙を作成した。この調査用紙(案)を350名の医療職・介護職・福祉職に配布、データ収集し、信頼性と妥当性を確認した[5)]。

医療介護福祉の地域連携尺度(以下、地域連携尺度)は【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】【地域の他の職種の役割が分かる】【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】【地域に相談できるネットワークがある】【地域のリソースが具体的に分かる】の6ドメイン、26項目からなる尺度であり、各項目1〜5点、および合計点数で地域の多職種連携を数量的に評価するものである。解釈可能な下位尺度(ドメイン)を持つため、詳細な検討を行うことが可能である。

4.結果

開催支援事業についてFacebookなどを通じて呼びかけたところ、11地域の支援申し込みがあった。1地域については支援の合意に至らず、10地域の支援となった。支援をしたのは以下の地域である。北海道函館市地域、青森県弘前市地域、青森県八戸市地域、千葉県銚子市地域、石川県輪島市地域、愛知県名古屋市地域、広島県広島市地域、島根県出雲市地域、福岡県福岡市地域、沖縄県那覇市地域。

同10地域において、計38回のケア・カフェが行われた(表1)。

表1 ケア・カフェ支援地域と開催状況

	開催地	ケア・カフェ名称	第1回テーマ	第2回テーマ	第3回テーマ	第4回テーマ	開催回数
1	函館	ケア・カフェはこだて	やりがい	つながり	道南の社会資源を語る〜10年後の理想の町の姿〜	認知症	4回
2	弘前	ケア・カフェつがる	高齢者〜暮らしやすい地域〜	認知症	地域〜コミュニティ〜	心のケア	4回
3	八戸	ケア・カフェはちのへ	「連携」について	認知症	ケアについて	伝えること、伝わること	4回
4	銚子	ケア・カフェちょうし	老い	食べること	こころのケア	体を動かす	4回
5	輪島	ケア・カフェわじま	食と栄養	食べて出す!!排泄の知恵	食事をする	いつまで食べたい?食べさせたい?	4回
6	名古屋	ケア・カフェなごや	高齢者ケア	健康って?	家族	家で死ぬということ	4回
7	広島	ケア・カフェひろしま	認知症	食	くすり	在宅で暮らす	4回
8	出雲	ケア・カフェいずも	生と死	生活するってどんなこと?	家族	こころのケア	4回
9	福岡	ケア・カフェふくおか	かかわり	食	認知症	こころのケアコミュニケーション	4回
10	沖縄	ケア・カフェおきなわ	いきいきと生き幸せに逝く	学ぶ、習う、教える、育てる			2回

10地域において、それぞれ初回の開催時にマスターを派遣した。派遣マスターは6名(延べ10名)であった。

前調査のアンケート記入数は181、後調査の回収数は155(回収率86%)であった。そのうち回答が完全であった71を解析対象とした。回答者の基本属性を表2に示す。

表2 回答者の基本属性

	n=71
職種	
診療所医師	6
訪問看護師	13
保険薬局薬剤師	20
ソーシャルワーカー	6
介護支援専門員	7
介護福祉士	2
ヘルパー	0
その他※	17
データ欠損	0
多職種カンファレンスへの出席数	
なし	3
1回/3年	2
2回/3年	6
3〜5回/3年	22
6〜9回/3年	8
10回/3年以上	27
データ欠損	3
経験年数(平均、標準偏差)	14.0 (9.6)

※職種その他は、社会福祉士、保健師、柔道整復師、福祉用具・鍼灸マッサージ、支援相談員、生活相談員、保育士、管理栄養士、蒔絵師、理学療法士、学生

地域連携尺度においては、合計点数および、【地域の他

の職種の役割が分かる】【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】【地域に相談できるネットワークがある】の下位尺度の点数および合計点数は、ケア・カフェ後に有意に上昇していた。効果量は0.32－0.36であり、cohenの基準によれば中程度の効果量を持っていた。

【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】【地域のリソースが具体的に分かる】の下位尺度の点数は、ケア・カフェ後に上昇を認めたが、有意な変化ではなかった。(表3)

表３　ケア・カフェによる地域連携尺度の変化

	ケア・カフェ前	ケア・カフェ後	効果量	P
【他の施設の関係者と気軽にやりとりができる】	3.51 (1.00)	3.64 (0.95)	0.13	0.23
【地域の他の職種の役割が分かる】	3.30 (0.90)	3.60 (0.72)	0.33	0.004
【地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる】	2.67 (1.07)	3.01 (0.95)	0.32	0.009
【地域の多職種で会ったり話し合う機会がある】	3.11 (1.04)	3.45 (1.07)	0.33	0.024
【地域に相談できるネットワークがある】	3.43 (1.04)	3.80 (0.89)	0.36	0.007
【地域のリソースが具体的に分かる】	3.42 (0.92)	3.53 (0.96)	0.12	0.25
合計点	3.24 (0.82)	3.51 (0.71)	0.33	0.002

5.考察

ケア・カフェ開催のバリアと考えていた直接の開催ノウハウの提供（マスターの派遣）、開催に係る費用や物品の提供により、開催のハードルが下がり、全国でケア・カフェが開催された。支援が開催初期のみであっても、ケア・カフェが地域に根付いていくということは、今回開催支援を行った地域の多くが、支援終了後も引き続きケア・カフェを開催、開催予定にしているという事実が証明している。一方で、支援があっても4回開催できなかった地域もあり、ケア・カフェが求められる地域特性などについて、今後調査が必要である。

地域連携尺度の多くの項目と合計点数において有意かつ、中等度の効果量を持つ変化が認められた。有意であった下位尺度を見ると、ケア・カフェへの参加により、地域の他の職種の役割がだいたい分かり、またそれらの名前や顔、考え方が分かるようになっていた。また、参加者はケア・カフェにより、地域の多職種で話し合える機会や、その雰囲気を与えられたと感じるようになり、相談できるネットワークを得ていた。

ケア・カフェにより、他の施設関係者と気軽にやりとりできるようになったり、地域のリソースが具体的にわかるようになったりはしておらず、これはケア・カフェの持つ限界であると考えられる。すなわち、ケア・カフェの目的は、地域における個人同士の顔の見える“ゆるい”関係の構築であり、「○○連携会議」のように、施設間のリジッドな連携構築はむしろ排除しており、また具体的なリソースマップの作成も意図していないからである。このような連携を意図する場合には、ケア・カフェ以外の方法論をとるべきである。

しかしながら、今回、ケア・カフェという開催ハードルの低い介入によって、元来測りがたかった「地域の連携度」が良くなることを、量的に検証できたことは、大きな成果である。

6.結語

全国10地域において、ケアに関わる人が顔の見える関係を築くための方法である「ケア・カフェ」の開催を支援した。

ケア・カフェを行うことによる、医療介護福祉従事者間の連携に関する変化を、医療介護福祉の地域連携尺度を用いて数量的に検証した。地域連携尺度の点数は有意に増加し、中等度の効果量を持っていた。

ケア・カフェは医療介護福祉従事者が地域において顔の見える関係を築く方法として有用である。

7.文献

1）堀籠淳之, 阿部泰之.医療者・介護者・福祉者のためのケア・カフェ― Blending Communities―.palliative Care Research 9(1): 901-5, 2012
2）阿部泰之.地域連携の土台を創る!?医療者・介護者・福祉者のための「ケア・カフェ」.地域連携入退院支援7(1): 52-7, 2014
3）Shaw KL, Clifford C, Thomas K, et al. Review: improving end―of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. Palliative Medicine 24: 317-29, 2010
4）森田達也, 野末よし子, 井村千鶴.地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か？.Palliative Care Research 7(1):323-33, 2012
5）阿部泰之, 森田達也.「医療介護福祉の地域連携尺度」の開発.Palliative Care Research 9(1): 114-20, 2014

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
在宅サポートセンター長

要旨

本格的な超高齢社会と多死社会を迎える我が国において、とりわけ都市部において日常生活圏域で「地域包括ケアシステム」を構築していくこと、そしてそれを支えるために市区町村が主体となって「効率的かつ質の高い医療提供体制」を構築していくことの重要性が認識されている。

WHOは、地域のケアシステム構築における地域毎の多職種連携研修（IPE）の重要性を指摘している（2010）が、国も「在宅医療・介護あんしん2012」で、多職種協働による在宅医療を担う人材育成を柱として掲げ、各都道府県、各地域での多職種連携研修を推進してきた。

IPEが地域ケアシステムの構築に資することを我が国で唯一実証したのが「柏在宅医療研修プログラム」であった。これを「需要爆発」がすでに始まっている都内で実施し、その有効性と普遍性ついて実証研究を行うことは重要であろう。

北区は東京23区で最も高齢化が進んでおり、医療資源も総じて乏しいが、その一方で医師会と行政の連携体制があり、他職種の団体が活発に活動しているなど、多職種連携研修に取り組める条件を持っている。そこで、北区行政と北区医師会、北区内の多職種の団体が加入する「北区在宅ケアネット」を設立し、柏在宅医療研修プログラムを導入し、柏在宅医療研修プログラムを北区版にアレンジして実施、地域の多職種連携の推進をはかり、その成果を評価した。

このような多職種研修事業は、大都市部の地域包括ケアシステムの構築においても有効である。

1.任意団体北区在宅ケアネットの設立と世話人会の開催

(1)北区在宅ケアネットの設立

北区において、専門職の立場から、在宅医療と地域包括ケアを推進する任意団体「北区在宅ケアネット」を設立した。

北区在宅ケアネットの設立目的は、「北区および北区医師会の推進する地域連携・多職種連携を支援し、北区内の医療や介護を担う多職種が参加できる研修プログラムを実施し、多職種間での学びあいと顔のみえる連携を推進し、北区の地域医療と在宅ケアの発展に貢献すること」（北区在宅ケアネット規定第3条）とし、実施する事業としては、多職種の研修プログラムの実施、北区の3つの行政圏域毎の顔の見える連携会議の開催、ICT環境の整備、その他北区内の多職種連携を推進するための活動とした。

(2)北区在宅ケアネット世話人会の設立

ア. オール「北」の体制づくり

行政、医師会、歯科医師会、薬剤師会等多職種の各団体から選出された世話人によって世話人会を開催し、会の運営にあたることとした。これによって、行政、医師会をはじめ区内の保健医療に関わる主要な諸団体が正式にコミットした形で、活動を行う体制を構築することができた。

また、本研修事業を医師会の共催とし、北区医師会長を顧問とした。また、行政の後援をとりつけ、行政職員が職務として本会に参加した。

イ. 世話人会メンバーの選定

北区医師会から3名、滝野川歯科医師会、北歯科医師会、北区薬剤師会、訪問看護ステーション連絡協議会から各1名、行政から3名、地域包括支援センターから2名、北区ケアマネの会、サービス提供者の会、北区リハビリネットから各1名、病院連携室から2名、計17名からなる世話人会を発足した。

参加諸団体	氏名	所属・立場
共同代表世話人	河村雅明	北区医師会副会長、河村内科
	平原佐斗司	日本在宅医学会副代表理事 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所
事務局長	平原佐斗司	
顧問	野本晴夫	北区医師会会長
監事	小宮山恵美	健康福祉部副参事 （介護・医療連携推進担当）

北区医師会	河村雅明	赤羽地域あんしんセンターサポート医
	平原佐斗司	滝野川地域あんしんセンターサポート医
	今泉貴雄	王子地域あんしんセンターサポート医、豊川通り診療所
滝野川歯科医師会	大場庸助	滝野川歯科医師会 北区障害者口腔保健センター 医局長
北歯科医師会	富田章彦 / 鈴木英也	公益社団東京都北歯科医師会
北区薬剤師会	野口修	北区薬剤師会　会長
北区訪問看護ステーション連絡協議会	田中道子	北区訪問看護ステーション連絡協議会会長、 あすか山訪問看護ステーション所長、
行政	小宮山恵美	健康福祉部副参事 介護・医療連携推進担当）
	小野祐子	高齢福祉課主査
	本保善樹	北区王子保健所長
高齢者あんしんセンター（地域包括）	澁谷広子	飛鳥晴山苑高齢者あんしんセンター長
	関口久子	浮間さくら荘高齢者あんしんセンター
北区ケアマネの会	石山麗子	北区ケアマネの会会長 東京海上日動ベターライフサービス株式会社
北区サービス提供責任者の会	戸賀祐子	北区サービス提供責任者の会会長、 宝ケアサービス赤羽、
北区リハビリネット	卜部吉文	北区リハビリネットワーク理事
病院連携室	高橋なつみ	明理会中央総合病院 医療福祉相談室　責任者
	青木真	東京北社会保険病院　地域連携センター

ウ. 北区在宅ケアネット世話人会の実施状況

今年度計5回の世話人会を実施し、以下のように運営を行った。

第一回世話人会：平成25年6月26日　会則の決定、今年度の活動方針、多職種連携研修の構造、全体の計画

第二回世話人会：平成25年9月4日　第1回の研修会について

第三回世話人会：平成25年11月6日　第2回の研修会について

第四回世話人会：平成26年1月8日　第3回、4回の研修会について

第五回世話人会：平成26年3月26日　第5回研修会について、次年度の活動検討

2.多職種連携研修会の開催

(1)研修開催の主催

本研修会は、北区在宅ケアネット主催、北区医師会共催という形でスタートした。第2回から関係諸団体の後援を、第5回から北区の後援を得た。

(2)多職種研修会の概要

ア. 研修プログラムについて

①北区における多職種研修では、申請者が東京大学高齢社会開発機構にてプログラム開発を行った「柏在宅医療研修プログラム」の全モジュールを、北区バージョンに若干の変更を加え、7か月に及ぶ長期の研修プログラムを実施した。

②講義ワークショップについては、基本的に柏プログラムのモジュール開発者に講義を依頼した。

③9月29日のオリエンテーションと4月27日の修了プログラム、ならびに認知症、がん緩和、摂食嚥下、リハビリのモジュールで行ったワークショップ2については、申請者と北区内の専門職で共同して開発、企画した。

イ. 多職種研修プログラム・北区バージョンの特徴

北区版多職種連携研修プログラムの特徴は以下のとおりである。

①認知症、がん緩和、摂食・嚥下、栄養、リハビリ、褥瘡の全6モジュールを7か月かけて行う本格プログラムであること

②柏在宅医療研修プログラムの主要なモジュールに、地域のケアシステムを検討するワークショップ2を追加したこと

③同行研修の実施を必須（修了条件）とし、同行研修の実施対象を医師だけでなく、多職種まで広げたこと

(3)多職種連携研修の開催概要

ア. 研修日程

日曜日終日を3回、土曜日午後から夜間までを2回の研修を行った。

イ. 研修内容について

（ア）第一回

①オリエンテーション

「在宅医療が果たすべき役割」（飯島勝矢：東京大学高齢社会総合研究機構）で、21世紀前半の都市部の超高齢社会の問題を俯瞰的に理解した後、「北区の健康課題と在宅医療の課題」（本保善樹：王子保健所長）、「北区の介護状況」（小宮山恵美：健康福祉部副参事、介護・医療連携推進担当）、「北区の医療・介護資源」（平原佐斗司：梶原診療所）、「ワークショップ・介護資源マップの作成」で北区の健康、医療介護体制の問題を共有化した。同行研修の意義と在宅医療の実際を学ぶための「在宅医療の実際（DVD）」を視聴した。

②認知症モジュール（柏在宅医療研修プログラム認知症モジュールを実施：講師：平原佐斗司）

③ワークショップ2：認知症ワークショップ2（今泉貴

雄：豊川通り診療所）
（イ）第二回
①在宅医療の導入（川越正平：あおぞら診療所上本郷）
②がん緩和ケアモジュール
（柏在宅医療研修プログラム緩和ケアモジュールを実施：講師川越正平）
③ワークショップ2：看取りについてのワークショップ
（平原佐斗司；梶原診療所、若松九二子：ふれあい訪問看護ステーション）
（ウ）第三回
①摂食・嚥下モジュール（和田聡子：日本医大歯学部）
②栄養モジュール（小野沢滋：北里大学病院）
③ワークショップ2：摂食嚥下についてのワークショップ2（大場庸助：滝野川歯科医師会）
（エ）第四回
①リハビリモジュール（堀田富士子：東京都リハビリテーション病院）
②ワールドカフェ：北区リハビリテーションシステムについて（北区リハビリネット）
（オ）第五回
①褥瘡モジュール（鈴木央：鈴木内科医院）
②修了シンポジウム

3.同行研修の開催概要

（1）同行研修の実施概要

ア．研修期間中（2013年9月29日～2014年4月27日）に、医師は教育診療所への同行研修を2単位、他職種は区内の医療系の訪問同行研修を1単位行う。
イ．同行研修においては、守秘義務等を明示した同意書を作成し、提出する。
ウ．研修終了後、定められた「実地研修振り返りシート」を用い、振り返りを行う。
（2）同行研修先
ア．医師8名は区内、区外の教育診療所を選択して、2単位の同行研修を実施する。
イ．他職種は、主に医療系サービスの同行研修から一つを選択して、1単位の同行研修を実施する。
他職種の研修先としては、
①訪問診療は、あんしんセンターサポート医　3か所（北区在宅ケアネット世話人）
②訪問看護は、区内の認定看護師、専門看護師がいるステーションから選択
③訪問薬剤、訪問歯科はそれぞれ北区薬剤師会、北歯科医師会、滝野川歯科医師会から推薦
④リハビリは区内の訪問リハビリを実施している医療機関から選択した。
ウ．同行研修修了をプログラムの修了要件とする
（3）同行研修の実施状況
ア．医師8名（研修期間中に2単位）

梶原診療所（北区）	6名9回の同行研修を実施
豊川通り診療所（北区）	3名3回の同行研修を実施
要町病院（豊島区）	2名3回の同行研修を実施
コンフォガーデンクリニック（新宿区）	1名1回の同行研修を実施

イ．他職種56名（各1回の他職種同行研修）の研修先
訪問診療（河村内科11名、豊川通り診療所5名、梶原診療所11名）
訪問歯科診療（滝野川歯科医師会14名）
訪問看護（あすか山訪問看護ステーション9名、飛鳥晴山苑訪問看護ステーション3名）、訪問リハビリ（梶原診療所1名）
訪問薬剤（三王堂薬局2名）

4.その他の事業

今回の実施する計画であった「圏域毎の地域での顔のみえる連携会議開催」と「ICTを用いた情報共有」についてはそれぞれ、行政、医師会の事業として推進されることとなったため、本事業では実施しなかった（来年以降、顔のみえる連携会議は北区在宅ケアネットの企画として実施する予定となっている）。

その代りに、当初、計2.5日の短縮版で計画していた多職種連携研修会を、計5日の本格プログラムによる研修に変更し、基本となる多職種連携研修の内容を充実させる方針とした。

5.事業の評価

事業の評価として、以下の3つのアンケートを実施した。
1）各参加者アンケート
第1から第5回までの多職種連携研修について、各講義、ワークショップなどのモジュールごとに、すべて自由記載でアンケートを実施した。
2）同行訪問に関するアンケート
（21名（医師2名、他職種19名）回収時点の途中経過）
ア．全般的評価
同行研修の全般的評価では、「ためになった」19名、「まあまあためになった」2名で、ほとんどがためになったと答えており、今後も多職種研修プログラムにおいて、同行研修を行ったほうがよいと全員と答えていた。ま

た、今回他職種の同行研修は1回としたが、6割以上が同行研修の回数を増やしたほうがよいと答えていた。

イ. 考察

同行研修は他職種にとっても非常に有効な研修と考えられた。まあまあためになったと答えた2名は、ともに歯科医の歯科診療同行（施設）の研修であった。在宅での訪問歯科を見たかったという意見もあり、同職種の同行訪問の場合はニーズに応えられる研修リソースを準備することが重要であると考えられた。

3)「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」事前アンケート、事後アンケート

柏で実施したアンケートと同じものを、研修開始前と開始後に実施した。アンケートは、在宅医療に関する関心、知識について、他職種との連携や協働についての考え方等を聞く内容からなっている。現在、東大高齢社会総合研究機構において事前・事後アンケートを解析中であるが、本報告書では事後アンケート回収分（17名）の結果の一部を示す。

ア. 全体を通しての感想

期待を大いに上回る6、期待以上8、期待どおり2、無記入1

イ. 今回の研修は、これまで受けた在宅医療関連の研修に比べて

優れている12、やや優れている3、変わらない2

ウ. 今後在宅医療をやっていけそうだと思うか

非常に思う1、思う10、まあ思う6

6.考察

1）枠組みつくり

全国の地域研修事業の先進地には、行政からのトップダウンで始まった市区町村や、地域から自然発生的に始まり、ボトムアップで発展してきている地域など様々である。しかし、いずれにせよ、最終的には行政単位として介護を統括する市区町村、地域の医療を統括する郡市医師会が中心となる体制をとることができるかどうかは極めて重要である。加えて教育リソースとノウハウをもった地域の在宅療養支援診療所がコミットし、教育研修の内容を保証し、事務局機能を担うことが理想的な枠組みと考えられる。本事業を開始するにあたって、行政と医師会、さらに地域の専門職の諸団体を巻き込むような枠組みづくりが非常に重要であると考え、前述したように行政、医師会、地域の他職種の諸団体代表で構成する「北区在宅ケアネット」（任意団体）を立ち上げた。

2）多職種連携研修の内容

多職種連携研修の内容についても様々な工夫をこらした。認知症、がん緩和、摂食・嚥下、栄養、リハビリテーション、褥瘡の各モジュールの講義やワークショップは、概ねモジュール開発者を講師に招くことで、質の高い研修内容を保証することができた。

2013年9月29日のオリエンテーションでは、地域のケアニーズと医療とケアの課題を共有するワークショップを企画し、北区の高齢化の進展や地域完結型医療が達成できていない医療状況などについて議論し、危機感を共有することができた。

また、いくつかのモジュールで、そのテーマに関する地域のケアシステムについて検討する目的で、地域の専門職主体でワークショップ2を企画することによって、それぞれの課題を区内でどう解決するかを意識して研修に臨むことができた。

4月27日の修了シンポジウムでは、地域包括ケアシステムの構築のために、各専門職、各団体の果たす役割を職種ごとに検討し、各専門職の代表は、区長、医師会長を招いたシンポジウムで、北区の地域包括ケアを進めるために自分たちの職種に何が求められているかについて発表した。

このようにプログラムの内容においても、地域の課題と地域包括ケアシステムの構築を常に意識した構成となるように工夫した。

また、同行訪問を、医師だけでなく他職種にも門戸を広げることで、多様なまじりあいが生まれ、アンケートにあるような多くの効果を生み出した。他職種の同行研修は、調整が大変であるが、今後も継続していく意義が確認できた。

7.まとめ

国民が安心して在宅医療や在宅ケアを受けるためには、在宅医療やケアの質を高めながら、各地域の特性に応じたケアシステムを構築していくことが不可欠である。

制度上の監視を強化しても、それぞれの専門職の縦割り教育を強化しても、ケアシステムの構築ができないだけでなく、地域の全体の医療とケアの質を高めることもできない。背景を同じくする地域という枠組みで、多職種で学び合う形を構築（多職種連携研修など）していくことが、地域全体のケアの質を高め、ケアシステムを構築する有効な方法である。

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　中井 三智子 氏　井村 保 氏　山田 則男 氏　川口 保美 氏

三重大学医学部看護学科　教授
三重大学医学部附属病院 神経内科
三重県難病医療連絡協議会

三重県難病医療連絡協議会
鈴鹿医療科学大学看護学部

中部学院大学
看護リハビリテーション学部
理学療法学科

NPO 法人 CTF 松阪

要旨

目的：難病患者のコミュニケーション支援を行うNPO法人の平成25年度の活動内容を、被支援者の背景因子、患者・家族、関係専門職との連携、NPO関与の視点から検討した。

方法：文書同意を得た神経難病療養者を対象に、調査用紙の記入、また、難病医療専門員等による各回の活動記録からの横断的調査を行った。

結果：25名（男14、女11、年齢44~76歳）の対象：疾患ではALS（筋萎縮性側索硬化症）18、他疾患7［MSA（多系統萎縮症）5，脳梗塞1，脊髄損傷1］に対し、延べ31回の支援が実施された。このうち当該NPOが担当した27回を検討した。コミュニケーション障害に気づき、対応を依頼したのは、本人（9件）よりもリハ専門職の関与（11件）がやや多かった。NPOに繋ぐまで、介在者なし4件、介在者1名19件、介在者2名3件で、介在した専門職は、難病医療専門員12、県保健師4、訪問看護師1、リハ専門職（PT・OT・ST）1、その他1であった。被支援者の満足度は、平均75.9点と良好であった。主観的な使用感をアウトカムにした場合、統計学的に有意な傾向は見いだせなかった。

考察：県内の経年的なALS患者の療養状況から、NPO支援件数とALS患者で在宅補助呼吸装置利用患者数の関連が示唆された。主観的評価尺度には、レスポンスシフト、感度・特異度の影響が生じうる。NPO活動評価には、主観的な使用感および満足度のみでは限界がある。今後、同様の活動評価には客観的指標の作成・導入が必要である。

1.背景と目的

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。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。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［以下、意思伝］）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する動きもあるが、これらの活動と転帰に関する実証的な研究はない。三重県ではNPO法人CTF松阪が県からの委託費を受けて県内全域での活動を行ってきている。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。これらの専門職の関与と、当該NPOが県内全域にわたり広範な活動をしなければならない事態の関連は明らかにされていない。また、活動委託費は常に減額の圧力にさらされているが、予算策定の根拠となるデータはない。

今回、杉浦地域医療振興助成を受けて、NPOによる三重県での難病患者のコミュニケーション支援の実情を明らかにすることを目的に、CTF松阪の平成25年度の活動を、被支援者の背景因子、関係専門職との連携、NPO関与の視点から検討した。

2.方法

文書同意を得た対象に、調査用紙（井村保らに準じた）記入を求めた。また、難病医療専門員およびNPO支援者が下記の項目を含む、活動記録を作成し、連結可能匿名化文書として、三重県難病医療連絡協議会に保管した。

本研究は、三重大学研究倫理委員会の承認（No.2534、承認日2013年4月5日）を受けた。

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の情報項目は下記。

(1)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。
(2)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、介在者は何名になるのか。選択肢：(1)介在者なし[直接気づいた人からCTF松阪へ]、介在者なしで済んだ理由、(2)介在者1名あり[気づいた人から、先ず誰に？]選択肢：①難病医療専門員、②県保健所保健師、③市町村保健所保健師、④訪問看護師、⑤リハ専門職[OT, PT, ST]、⑥その他、(3)介在者2名あり[(2)の最初の介在者から次に誰に？]選択肢：①難病医療専門員、②県保健所保健師、③市町村保健所保健師、④訪問看護師、⑤リハ専門職[OT, PT, ST]、⑥その他、⑦介在者が2名必要だった理由、(4)介在者3名あり[(3)の第2の介在者から次に誰に？]選択肢、同上、(5)さらに介在者がある場合には同様に記載追加。

(3)支援時の患者ALSFRS-R評価(ALS患者の場合、難病医療専門員が調査し記入)

(4)意思伝適応状況の評価(支援開始時)

①未至(まだ意思伝を必要としていないレベル)、②適応(意思伝を必要とするレベル)、③非適応(コミュニケーション障害を有しているものの、種々の残存機能により機器を使用できない状態)

(5)介入結果(支援評価時)

①適応確認：介入により適応が判明した、あるいは適応し動作確認ができた場合。(最良)

②円滑な対応へ：適応が現在か将来にあり、適応である可能性が高い場合。(良)

③調整中：適応が現在か将来にあり機器調整の途中で非適応である可能性も含む。(不良の可能性含)

④非適応判明：介入により非適応であることが判明した場合。(不良)

(6)当該患者で、患者情報の伝達経路と対応について問題はなかったか

(7)当該患者の支援活動に対しての苦情やお褒めのことばはあったか

苦情対応が必要だった場合どのように対応したかを、自由記載で求めた。

また、流涎が著しくコミュニケーション障害を来している例にはスコポラミンでの症状緩和を試みた。

結果の統計学的処理には、JMP 8.0(SAS Institute Inc, 2008)を用いた。

3.結果　[数値は(平均±標準偏差)]

平成25年度の本研究での支援総数は31件であった。支援実人数は25名で、このうち、複数回支援は4名(2回3名、4回1名)あり、延べ支援件数は31件となった。総件数31件のうち、CTF松阪が対応困難な状況(ICU入院等)および難病医療専門員(以下、専門員、看護師)だけで対応可能な場合、計4件では、専門員が単独で対応した。また、今回、専門員単独の支援を除き、CTF松阪の支援には保健所保健師と専門員の両者、あるいはどちらか一方に加えて、地域の関係者として訪問看護師、ケアマネジャー、リハ専門職の何れかが同道した。

今年度CTF松阪が担当した総支援件数は、前年度(H24年度、41件)に比して少なく(H25年度、27件)なっていた。図1は過去7年間の補助呼吸装置を受けながら在宅で療養している三重県のALS患者数(毎年10月31日付、三重県健康福祉部資料)と併せて提示した。

図1（A パターン）



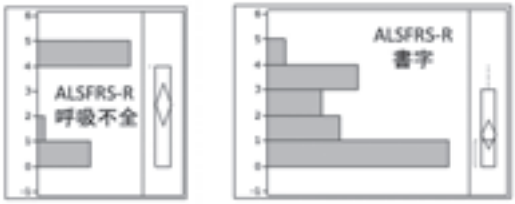
三重県の在宅 NIV&TIV 患者数と NPO 支援数の年次推移

支援対象者：全25：男14、女11、年齢44~76(63.3±8.7)歳、疾患内訳 ALS 18、他疾患7(MSA 5，脳梗塞1，脊髄損傷1)、居住地域では、県内保健所管区別に北から、桑名1、四日市1、鈴鹿3、津7、伊賀5、松阪5、伊勢3，尾鷲0、熊野0であった。支援場所は自宅22(持ち家一戸建21、公設住宅借家1)、入院中支援の3例であった。同居家族数(患者含)は、2～7(3.2±1.6)名、年収は16対象より聴取し、78～1,000(414.5±298.4)万円であった。最終学歴は、中学校卒業(義務教育)4、高等学校卒業9、専門学校卒業2、大学卒業7、その他3であった。直近の職業は、自営業主5、公務員1、会社・団体職員1、常時雇用労働者(一般の会社員)12、臨時雇い・日雇い0、契約社員・パート社員1、在宅就労(内職含む)0、専業主婦(主夫)・家事手伝い3、その他1であった。機器の利用場所は、自宅17、病院等6、施設・その他2で、利用姿勢は、座位12、リクライニング座位6、仰臥位6、側臥位0、その他・不明1であった。身体障害者手帳取得者は初回支

援時では20名（1級14名、2級6名）であった。

ALSの対象18名のALSFRS-R値は、初回支援時、言語0～4（2.3±1.3）、唾液0～4（2.7±1.4）、嚥下0～4（2.0±1.8）、書字0～4（1.4±1.4）、摂食0～4（1.0±1.2）、着衣0～3（0.8±1.0）、寝床動作0～3（1.1±1.0）、歩行0～4（1.4±1.5）、階段0～4（0.7±1.1）、呼吸困難0～4（2.2±2.0）、起座呼吸0～4（2.9±1.9）、呼吸不全0～4（2.3±1.9）、総点1～40（20.2±13.7）であった。比較的軽症例への支援も含まれていた。

図2（Aパターン）



ALSFRS-R　呼吸不全と書字

CTF松阪による総支援件数27件では、コミュニケーション障害に気づき、対応を依頼あるいは示唆したのは、本人の希望9、家族の希望3、OT・PT等の勧め11、医師・看護師・MSWの勧め2で、本人の希望よりもリハ専門職の関与が多かった。支援の必要性に気づいた時点からCTF松阪に繋ぐまでの対応は、介在者なし例は4件で、事前にCTF松阪の存在を知っていた、あるいは専門員からの示唆を受けていた。介在者1名例は19件で、当事者からCTF松阪までに介在した専門職は、専門員12、県保健師4、訪問看護師1、リハ専門職（PT・OT・ST）1、その他1であった。介在者2名例は3件で保健所保健師、リハ専門職、その他から専門員を経由してCTF松阪につながっていた。介在者が3以上の例はなかった。

支援機器および紹介内容は、ハーティーラダー18、レッツチャット6、コール3、PC紹介3（重複含）であった。機器の業者関与なし21、業者あり2、その他 機器呈示のみ4が多かった（21/27、77.8%）。家族もIT機器支援の役割を担う者が多く（20/22、90.9%）、身近にPC操作について聞くことのできる者の存在が多かった（17/22、77.3%）。これらの背景を受けて、機器の選択：1）。とても満足10/22、2）。まあまあ満足している12/22、3）。余り満足していない0/22、4）。全く満足していない0/22。機器の操作：1）。とても満足10/22、2）。まあまあ満足している11/22、3）。余り満足していない1/22、4）。全く満足していない0/22。であった。機器選択と操作練習に関しては良好な回答が多かった。支援開始時の意思伝適応状況の評価は、未至7、適応12、非適応2であった。また、支援評価時の介入結果は、適応確認11、円滑な対応へ9、調整中1、非適応判明1であった。全般的満足度（0-100）では、35～100（75.9±18.6）であった。

意思伝の利用に対して、現在、利用している16、現在は利用していない9で、週あたりの利用時間数は0～168（15.3±36.9）時間であった。168時間は付けっぱなしを意味する。主観的な利用感覚では、とても使えている3、まあまあ使えている7、あまり使えていない4、全く使えていない9、で、この4群の週利用時間では群間に差は認めなかった。

支援時間は移動時間を含めて、90～360（195.4±73.6）分、移動距離は、20～166（65.6±43.2）kmであった。CTF松阪からの支援者は運転手を含め、2名で、1回のみ1名での対応があった。移動にはCTF松阪の特定の方の自動車が使用されていた。

被支援者からの意見等自由記載では、支援への期待として、被支援者が意思伝にて行いたいこととして挙げられたのは、「暇つぶし」、「文章を書きたい」、「友達とメールのやり取り」、「インターネット利用」、「身近な人と意思疎通」、「英会話の勉強など新しいことにチャレンジしたい」、「意思を伝える」、「ひらがな表（文字盤）を利用していたので、伝達がスムーズにいかなかった」、「痛いところやしてほしいことを伝える」、「思っていることを伝える」、「メール、インターネット、趣味の写真の整理、医療費や住所録などエクセルでの管理、自治会文書作成など」、「本人が家族を呼びたいとき、困った時に知らせる方法があればと思った」、「身近な人に伝える」、「今後コミュニケーションが取れなくなったときに意思を伝えられるようにしておきたい」、「わかってもらいたい」、「タブレットで使えるようにしてほしい」、「仕事のため、設計図面作成、計算など」、「身近な人（家族や訪問サービス）とのやり取り」、「ブログへの投稿」、「LINEへの接続、書き込みをしやすくしてほしい」、「在宅療養の計画や予定を作成して、ケアマネジャーや看護師、ヘルパーさんに送りたい」、「自分でできることを習得する」、が挙げられていた。また、支援後には、「趣味の俳句ができるようになった」、「妻（介護者）は、自分の時間ができた」、「長い期間CTF松阪に支援していただいているため、患者の状態をよく理解してもらっており、問題はなかった」、「これなら使える、よかった」、「体が弱って行くのは、さみしいですが、意志表示出来る機器を多種、体験させて頂き心強く思いました」の記載があった。

また、専門職からの意見等自由記載では、「コミュニケーション支援もありがとうございました。（被支援者は）友人とショートメールを遣り取りし始めたとのことも聞きましたの

で少しずつ、事前の準備を始めてくれていると感じます」、「普段からメールやパソコン使用することもない様子で、操作は難しそうに思えた」、「タイミングの問題もあり、なれたら解決ができると思われる。早い時期からの導入が必要」、「段階的に残った機能を使う操作の説明があったが、本人や家族は進行した病状を頭に浮かべることはできているのかと感じました」、「残存機能の評価、PC利用経験と希望など情報収集がやや不足」、「本人、家族からの希望を聞き、CTF松阪に迅速に伝えることができた。導入できてよかった」、「患者からの直接の依頼のほか、保健師の情報収集の協力得られ、共有できた」、「(被支援者は)エクセル利用やPCで設計図を作成するため、マウス操作はどうしても必要。手の力が落ちた分、顔を使ってクリックするなど分散させることで疲労が軽減できるかもしれない」等があった。

集計時点までに苦情はなかった。

また、今回、標準化支援時間(分)と標準化移動距離(km)の二変量の関係に正の相関を認めた(p=0.0029)が、患者特性と満足感・使用感に有意な結果は抽出できなかった。

4.考察

(1)支援件数と在宅補助呼吸装置利用患者数

今回、前年度に比してNPOの総支援件数が少なくなっていた。昨年度末に在宅療養を続けていた重症患者が亡くなったことや、単に一時的な変動の可能性もある。しかし過去6年間の推移から、在宅で呼吸補助装置を用いて療養するALS患者数との関連が示唆された。他府県の状況を一望する資料は得られなかったが、私信にて入手した宮城県(呼吸器装着率[TIV&NIV含]42.2%)や東京都(同41.4%)の療養状況と比較した場合、三重県(同34.7%)は低い。とりわけ在宅での療養患者数が三重県では少なくなっていた(H25年度、三重県15名 vs 宮城県48名)。新規に補助呼吸装置を利用して在宅で療養を開始した患者が少なくなっていることが危惧される。今後、患者の療養選択肢を担保するためにも、コミュニケーション支援活動の質と量の担保は欠かせない。

(2)活動範囲

呼吸補助装置を付けての療養のための資源に乏しい地域での重症患者の死去や、長期療養型病院(NHO病院)への転院に伴い、東紀州での支援が今年度はなかった。つまり、前年までの活動範囲より小さくなっている。しかし、支援時間は移動時間を含めて平均195.4分、移動距離は平均65.6kmであったことは、なお広範な移動を伴っていること、かつ、標準化支援時間(分)と標準化移動距離(km)に正の相関を認めたことは、多くを移動時間が占めていることを示している。NPO活動の継続性と支援者の安全に関して、遠方への移動と運転時の負担も考慮する必要がある。

(3)支援対象者

今回、支援対象者は、ALSFRS-Rでみると、呼吸不全ではまだ軽症の方も多くの対象となっているものの、書字では悪くなりつつある方が支援されていた。比較的軽症のうちから支援が必要である。自由記載での記述は早期からの支援の必要性を反映していた。

(4)対象者の特性と支援内容

支援対象者の個人的な特性と支援内容には一定の傾向は認められなかった。原因として、例数が少ないことに加え、疾患による身体的影響が個人的な特性を凌駕してしまっていることもある。

(5)意思伝の種類

今回、業者からの購入された意思伝利用事例が少なかった。地域の意思伝の販売業者の活動に起因する「導入時に使い方を一通り説明してくれるがその後のフォローアップは弱い」可能性に加えて、市販の意思伝よりも、ハーティーラダー(HL)の利点が大きいことが理由に挙げられる。HLは、①フリーソフトである、②市販の意思伝とHLでできることはほとんど変わらない。市販の意思伝では照明器具のON/OFFやテレビのチャンネル切替えができるが、過去6年間のCTF松阪での活動を通して、それらの機能を使えた療養者はなかった。③市販の意思伝にはマウスモードがないが、HLにはマウスモードとスキャンモードの両方がある。④市販の意思伝では、文字入力画面を出すには3段階ほどの操作課程を経る必要があるが、HLではいきなりその画面になるので使い易い、等が挙げられる。療養に係るコストに目を向ける場合、個々のコスト管理は重要なポイントと思われる。

(6)被支援者の主観的評価

今回、満足度では、平均75.9点と良好であった。しかし、患者特性と主観的評価に明瞭な傾向は見いだせなかった。現在、使用していない状況の方が満足度で100点を付けていた。NPO支援者の尽力に感謝を表している採点の可能性がある。一方、現在、意思伝を非常によく利用し、仕事で使用していても、病前の操作感に比べて不十分さを感じることは理解できる。主観的評価尺度には、レスポンスシフト、感度・特異度の影響が生じうる。今後の活動評価には客観的指標の作成・導入が必要である。

5.謝辞

本研究への支援をいただいた杉浦地域医療振興財団ならびに研究遂行に関わった関係各位に深謝します。

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

要旨

がん対策基本法が施行されてから、がん検診の推進とがん医療の充実、在宅緩和ケアの推進を中心に対策が講じられてきた。がんの生存率の向上に伴い、がんと診断されたあとも社会生活を送ることが可能となっているが、患者が抱える身体的、精神的、社会的痛みは非常に大きく、そこに焦点をあてたサポートは十分とはいえない。新たながん対策基本計画には、がん患者のQOLや就労支援が盛り込まれたが、自治体のがん対策における優先度は低く、「がんの早期発見・早期治療」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。

本団体は、この隙間を埋めるため、患者当事者を含む区職員や地域の医療・福祉職、地域で暮らすがん患者やボランティアが協働で「行政と民間が連携・協働し、がんと診断された時から患者が自分らしく生きる地域づくり」を目的に、研究・活動を続けてきた。2013年度は目的を具体化するため、①がん患者サポートに関する事業②がん患者サポートを担う人材育成③がん患者サポートの普及啓発に関する事業を実施してきた。事業に参加している患者からは「『死なないことだけを考えて過ごす不安』から『自分自身が納得できる生き方』を考えるようになった」という声が聞かれ、活動に参加する地域住民は、がんを他人事ではなく自分自身の問題としてとらえるようになった。今後の課題は、この活動を継続させ、再現性のある社会モデルとして確立させていくことである。

1.活動の背景

がんは国民の生命と健康にとって重要な課題であり、がん対策基本法と国のがん対策基本計画に基づき、都道府県はがん対策に関する計画を策定し、区市町村でも対策を講じている。こうしたがん対策の中心はがん検診受診率向上や医療体制の充実、在宅緩和ケア（終末期ケア）の推進である。

がんの生存率の向上に伴い、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、がんが発見された後の患者や家族が抱える痛みは、がんそのものや治療、後遺症による身体的な苦痛だけでなく、恐怖・不安・喪失感などの精神的な痛みや、仕事や学業生活への影響、経済的負担などの社会的な痛み、そしてがんと直面する中での「人としての尊厳そのもの」への痛みなど多岐にわたる。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が、地域で暮らすがん患者をサポートするための取組みは殆どなく、「がんの早期発見・早期治療」と「がん患者の看取り」の間には大きな隙間があるのが現状である。

本団体が活動する墨田区は人口25万人の下町で、高齢化率は23.1%、がんの死亡率は29.8%となっており、今後もがんの罹患者数やがんの死亡率が増えていくことが見込まれている。区内には東京都認定がん診療病院や緩和ケア病棟を有する総合病院、在宅ホスピスケアを得意とする医療機関などがあり、特別区の中で医療過疎と言われる東部地域の中では比較的がんの医療体制が充実しているが、地域で暮らすがん患者や家族を支える取組はない。

2.活動の目的

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。

本活動の目的は、「がんと診断された時から患者や家族らが、自分らしく地域で生きる上での問題を、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・福祉の専門職や民間ボランティアの連携と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」ことである。

3.活動の柱

本活動はこれまで、がん患者のサポートに関する情報収集、勉強会や「がん患者カフェ」を開催してきた。また、ニュースレターを発行し、地域住民への情報発信を行ってきた。2013年度からは、これらに加え、がん患者サポートに関する研究事業として、以下の4つを柱に活動を展開している。

▼がん患者サポート事業の運営
▼がん患者サポートを担う人材育成
▼支援者向けの講演会・研修会の開催
▼がん患者サポートの普及啓発

4.活動報告

(1)がん患者サポート事業の運営

ア.きぼうの虹サロン「患者さんのためのリラックスヨーガ」

患者会には、情緒的な支えあいだけでなく、体験的知識の獲得やヘルパーセラピー原則(他者を支援することにより、支援者が重要な利益を享受すること)といった効果がある。本活動でも、がん患者の居場所機能を設置することはひとつの目標であり、地域で暮らすがん患者が参加するきっかけとして、ヨーガ療法を媒体としたサロンを開催している。

【対象者】墨田区内または近隣区で暮らすがん患者
【開催日】原則毎月第2土曜日　午前10時～11時半
【場　所】区内公共施設和室

このサロンでは、ヨーガだけでなく、参加者ががん体験を語る時間を設けている。毎回5～7名のがん患者が参加しており、参加者からは「家族や友人には言えなかった病気の話もでき、ヨーガで体もほぐれる」という声もあり、地域のがん患者サロンとなっている。今後は、この取組をきっかけに集まったがん患者と新たな参加者と共に、サポートグループ(エンカウンターグループ)を毎月開催する予定である。



イ.きぼうの虹・がん哲学外来カフェ

「がん哲学外来」とは、生きることの根源的な意味を考えるがん患者や家族と、治療やケアに手一杯な医療・福祉関係者が、対話を通じてその隙間を埋める取組である。本活動では、カフェテリア形式のグループを開催している。

【参加者】がん患者とその家族、医師、保健師、看護師、薬剤師、介護関係職員、行政職員、地域ボランティアなど、各10～20名
【開催日】原則偶数月の第1水曜日、午後6時～8時
【場　所】墨田区役所内イベントホール会議室

この活動に賛同した企業からの協力参加もある。患者やその家族と、医療・福祉関係者、地域住民が、がんについて腹を割って対話する機会になっており、引き続き「希望の虹カフェ」として活動を継続する。



ウ.ミュージックカフェ

音楽療法を取り入れた、がん患者や家族のためのグループを年4回開催した。

【参加者】がん患者とその家族、保健師、看護師、介護関係職員、行政職員、地域ボランティアなど、各10～15名
【開催日】原則奇数月の第1水曜日
【場　所】墨田区役所内イベントホール会議室

歌を通じた呼吸や発声は、リラックスや気分を高揚させる効果だけでなく、心肺機能や免疫力を高める効果がある。特に肺がんや喉頭がん、食道がんの術後は呼吸や発声に影響が出るため、リハビリテーションとしても有効である。また、「語り」をメインとしたグループとは違い、歌や音楽を心から楽しむ時間となっており、普段は積極的に発言しない参加者でも、歌にまつわる思い出などを話すなど、参加者同士のコミュニケーションを図る場にもなっている。今後は不定期で開催する予定である。



(2)がん患者サポートを担う人材育成

ア.ピアサポーター養成研修

がんを体験した人が仲間(ピア)として、がん患者やその家族を支援することを目的に、本団体のがん経験者1名が、外部研修でピアサポーターについて学んだ。研究会議で患者としての立場から発言するだけでなく、グループの中でもピアとして、参加者のサポート役となっている。

【開催日】2013年6月9日～　4日間

イ.がん哲学外来コーディネーター養成講座

長野県佐久市にて開催された講座に、本団体スタッフ6名が参加した。専門的な最先端のがん治療からがん患者支援まで、広く講義を受けたが、特にがん患者の支援者として「患者と同じ視点で対話する」ことの重要さを学んだ。

【開催日】2013年10月5日・6日

ウ.ファシリテーター研修

NPO法人がん患者サポートコミュニティが主催する、がん患者のサポートグループ(エンカウンターグループ)のファシリテーター研修に、本団体スタッフ2名が参加した。研修では、がん患者のグループサポート理論やサポートグループの運営、ファシリテーター理論、ファシリテーターの心得を学んだ。

研修内容は、勉強会として本団体の関係者にも還元し、本団体でもサポートグループを運営していくことについて合意形成を図った。今後は研修を修了した2名を中心にサポートグループを開催しながら、次のファシリテーター候補者に実践を通してノウハウを伝え、新たなファシリテーターを育成していく。

【開催日】2013年11月16日～　10日間

(3)患者・支援者向けの講演会・研修会の開催

ア.講演会「リンパマッサージとリラクゼーション」

がんの手術によるリンパ節切除術や放射線治療などによって、リンパの流れが悪くなり、生涯にわたって四肢がむくむことがあるため、このリンパ浮腫はがん患者のQOLを阻害する。そこで、がん患者や支援者を対象に、リンパ浮腫についての知識を深め、リンパマッサージの知識だけでなく、リンパドレナージやセルフマッサージの注意点と実習を交えた体験型の講演会を開催した。

【参加者】がん患者とその家族、保健師、看護師、介護関係職員、行政職員、地域ボランティアなど、各20～25名

【開催日】2013年6月27日(講義)、8月28日(実習)

【場　所】区内公共施設会議室



イ.がん患者さんの意思決定“Will” を支える

がん患者は、「治療をどこまで行うか」「いつまで治療を行うのか」「治療中の仕事はどうするのか」「家族にどう話すか」等、様々な意思決定をしながら『自分らしく生きる』ことを考えていかなくてはならない。

支援者はがん患者の「Will」を支えていくために、どのようなことに留意していけばよいかについて、がん専門看護師や当事者でもあり訪問看護師を続けている方を招き、2回に分け講演会を開催した。

【参加者】がん患者とその家族、保健師、看護師、介護関係職員、行政職員、地域ボランティアなど、各20～25名

【開催日】2013年9月30日(病院編)、12月18日(在宅編)

【場　所】区内公共施設会議室

(4)がん患者サポートの普及啓発

ア.ニュースレター・機関紙の発行

がん患者やその家族の支援や本活動の様子を多くの方に知ってもらうため、ニュースレターを隔月で発行している。配布・設置場所は、医療機関や行政公共機関だけでなく、治療をしながら地域生活をしている方々の目に留まるような、美容院、理容院、スーパーマーケット、カフェなどにも協力していただいている。

イ.がん対策アクション&ピンクリボンイベントinすみだへの参画

区が主催するがんの普及啓発イベント『がん対策アクション&ピンクリボンイベントinすみだ』に参画した。イベント期間中は本団体の活動を紹介する展示と、相談コーナーとして「訪問看護なんでも相談」を設置した。また、期間中に本団体のカフェや講演会を実施し、がん患者支援の取組について、より多くの方に知ってもらうことができた。

【実施期間】2013年9月30日～10月4日

【場　　所】墨田区役所内



ウ.地域祭りでの普及啓発

地域の児童館が主催する祭りで、がん患者支援についての普及啓発を行った。本団体で「ご当地キャラクター」を呼び、子供を含む地域住民にも「自分らしく生きられる地域づくり」を呼びかけた。

このような機会をきっかけに、未来を担う子供達にも命の大切さを伝えていくことも重要であると考える。



(5)その他の活動

ア.平成25年度墨田区保健衛生協議会　がん対策基本方針改定分科会

墨田区のがん対策基本方針改定委員として本団体所属のがん当事者が、オブザーバーとして本団体のスタッフが招聘された。

＜墨田区がん対策基本方針改定分科会　検討内容＞

▼第1回

【開催日】2013年8月5日

【主な内容】

○墨田区のがんを取り巻く現状について

○次期「墨田区がん対策基本方針」の体系(案)について

○個別目標『がんの早期発見の推進』①(科学的根拠に基づくがん検診の実施)について

▼第2回

【開催日】9月2日

【主な内容】

○個別目標『がんの早期発見の推進』②(質の高いがん検診の実施・がん検診受診率の向上・がん検診における新たな手法と、現在未実施のがん検診)について

○個別目標『科学的根拠に基づくがんの予防の推進』について

○個別目標『がんに関する正しい知識を持つための健康教育・普及啓発活動の推進』①(がんの普及啓発活動の推進)について

▼第3回

【開催日】10月7日

【主な内容】

○個別目標『がん患者やその家族への支援の推進』について

○個別目標『がんに関する正しい知識を持つための健康教育・普及啓発活動の推進』②(児童・生徒・学生へのがん教育の実施)について

▼第4回

【開催日】11月11日

【主な内容】

○「墨田区がん対策基本方針」改定素案について

イ.日本在宅看護学会学術集会

2013年11月16日・第三回日本在宅看護学会学術集会において、本団体活動について発表を行った。従来の病院・行政主導型ではなく、また患者会という「患者さんの支援」のみならず、住民と共に「がん患者が自分らしく生きる地域づくりに取り組む」という新しい概念を評価され「ベストプラクティス賞」を受賞した。

5.今後の課題・展望

がん患者やその家族が、「がんと診断された時から自分らしく生きる地域づくり」を実現する上で、必要な取組について実践を交えて検討してきた。同時に、がん対策基本計画や墨田区がん対策基本方針が推進され、本団体の取組のほかにも様々な支援の形が構築されてきている。

例えば、がんの医療や療養に関する相談窓口は、認定病院の相談支援センターや区の在宅療養相談窓口が担うことができ、がん患者の就労に関する相談は、就労コーディネーターを配置する相談支援センターや民間の相談窓口が活動の幅を広げている。そのような中で足りないと感じるのは、がん患者や家族が安心して集え、がんについて語ることができる居場所機能と、より身近な地域への普及啓発である。

今後はこの居場所機能の運営と、本団体の取組やがんとの付き合い方を身近な地域で伝えていくことを中心に活動を継続し、地域特性に合わせた形で根ざしていく。そして、がん患者の問題を総合的に解決していく課題を抽出し、がん患者支援に取組む団体や行政との連携を深め、互いに補完しあうことで、「がんと診断されたときから自分らしく生きる」ための地域における総合的なサポートを実現させ、再現性のある社会モデルとして確立させていく。

地域密着完結型ケア拠点「て・あーて東松島の家」の創設と活動支援

川嶋 みどり 氏　伊藤 良子 氏　桐ケ窪 かめよ 氏　大野 美知子 氏　小野寺 綾子 氏
八木 美智子 氏　滝本 和子 氏　山本 富美子 氏　長谷川 美津子 氏　宮城 恵里子 氏

一般社団法人日本て・あーて，TE・ARTE，推進協会

要旨

東日本大震災により仮設住宅等での生活を余儀なくされた人々の様々な健康問題や社会的孤立を改善するため、地域完結型の生活モデルを基盤とした看護・介護のケア拠点の創設活動支援、と地域でケアを提供する人材育成の支援活動を行うことを目的にした。東松島市の仮設住宅で概ね月1回（合計13回）の健康相談・お茶っこ会の活動を通じて仮設住宅住民との交流ができ、ケア拠点の活用につながる関係の基盤作りとなった。また、彼らの健康維持のための簡単なセルフケア方法を幾つか伝え、住民もそれらを生活の中に取り入れて健康維持に活用する動きも生じてきた。さらに東松島市社会福祉協議会との連携が円滑となり、新たな事業「こころと体のケア事業」の委託事業の受諾へと発展することが出来た。ケアの人材育成ではケア拠点で看護職への癒しを図ると共に病院看護職との連携を図るための講演会・勉強会の開催を実施した。これらの活動により2014年4月からケア拠点（て・あーて東松島の家）として更なる活動の開始へと発展した。

1.はじめに

東日本第震災により仮設住宅等での生活を余儀なくされた人々が様々な健康問題や社会的孤立が生じていることが社会的な問題となってきている。「東日本これからのケアプロジェクト」では約2年間、宮城県多賀城市山王地区の仮設住宅での「お茶っこ会」や石巻市の市立病院看護師たちの仮設住宅住民のための健康相談を支援した。

この経験を生かし、東松島市赤井地域において、生活モデルを基盤とした看護・介護のケア拠点の創設と活動支援し、地域でケアを提供する人材育成の支援活動を行うことを目的とした。また、この地域に決定した理由は残っている施設が少なく、建築業者が不足するなかで既存の施設が借用できること、また近くに仮設住宅があり、さらに近年中に復興住宅の建設が決まったこと、医療圏は石巻市に属し石巻市住民と東松島市住民が利用できる場所であること、周囲には仙石病院を始め、クリニックが点在し医療モール的特徴のある場所である利点があったことによる。

しかし、拠点として借用した施設は市街化調整区域にあったため、医療保険と介護保険とを融合した施設としては都市計画法上の運用が出来ないため、都市計画課や関係者にはこの拠点での当団体活動の主旨説明を幾度も行い必要な書類を整備した結果、平成25年11月27日に宮城県から「地域包括支援のためのコミュニティ施設」として許可を受けた。

そのため、平成25年度のケア拠点での活動は大幅に修正しなければならなくなったが、場所・内容を再調整し助成申請時の目的を損なわない活動を実施した。

また、今後の対外的な活動を踏まえ、当団体の名称「東日本これからのケアプロジェクト」を平成25年4月に「一般社団法人日本て・あーて，TE・ARTE，推進協会」と改称した。

2.看護・介護のケア拠点の創設と活動支援の結果報告

（1）ケア拠点施設（て・あーて東松島の家）の利用者となる対象者への普及活動

ケア拠点の施設名は「て・あーて東松島の家」とした。ケア拠点の近くの東松島市には応急仮設住宅矢本運動公園には東松島市の仮設住宅22か所の内2番目に大きい規模の393世帯の住民が住んでいる。彼らのほとんどは2年以上仮の狭い住居に住んでいるため、潜在化した健康問題があると推察された。当推進協会のケア拠点を活用してもらうために、第1に当団体の活動が「役に立つ、信頼できる」存在と受け入れてもらうことが重要であると判断した。そのため、自治会会長や社会福祉協議会の災害復興生活支援サポートセンター職員に対して当団体の活動主旨説明を行い、仮設住宅集会所での「お茶っこ会」の開催の了承を得て、7月から原則月1回開催した。実施内容は、住民の希望を取り入れながらまた、住民の様子を観察しながら健康維持に必要と思われる内容を盛り込んで行った。健康相談では希望者に毎回血圧測定とお茶っこ(お茶をのみながら傾聴)を実施した(表1)。参加者は延べ237人であった。

表1　集会所における仮説住宅住民へのケア内容

実施日	仮設住宅住民へのケア内容	参加人数
7月28日	ヨーガ・健康相談・お茶っこ	20
8月30日	ハンド・フットケア・健康相談・お茶っこ	16
10月21日	ヨーガ・健康相談・お茶っこ	16
10月28日	ピンピンキラリ老いを美しく生きる講演会	28
10月29日	ハンド・フットケア・健康相談・お茶っこ	22
11月15日	タクティールケア・健康相談・お茶っこ	14
11月16日	腹話術、お茶っこ	18
11月21日	ハンド・フットケア・健康相談・爪切り・指先つまみ	16
12月11日	一緒の歌い踊りましょ(合唱)・お茶っこ	24
12月20日	ハンド・フットケア・健康相談・ストレッチ・爪切り	12
1月24日	ハンド・フットケア・健康相談・爪切り・お茶っこ・	18
2月20日	ハンド・フットケア・健康相談・爪切り・お茶っこ	14
3月14日	ストレッチ・健康相談・爪切り・お茶っこ	19

集会所での健康相談の来訪者は15人であった。年齢は70歳代9人(60%)が最も多く、80歳代4人(26.7%)、60歳代2人(13.3%)であった。現病歴で一番多い疾患は高血圧症9人(60%)で、日常生活での困りごとは腰や膝の痛み7人(46.7%)便秘4人(26.7%)、眠剤・安定剤服用者4人(26.7%)であった。

ア.ヨーガ教室

狭い部屋で運動が出来ないことや、心身のストレスが予測されたので、第1回目はヨーガ教室を企画した。ヨーガ教室は2回実施。スチレッチを含め日頃固まっている筋肉をほぐし、呼吸のコントロールによって自律神経活動を安定させ、ストレスの改善をめざした(写真1)。第2回目のヨーガ教室に参加した16名中、視力に問題のない14名にヨーガ前後の体調をフェーススケール(0:良い、～5:悪い)で回答を得た。その結果、全ての人は実施後、健康状態が1段階以上良くなったと回答し、3段階も良くなった人が2名いた。



写真1　ヨーガ教室

イ.ハンドケア・フットケア、爪切り、ストレッチ等体操

ハンドケア・フットケアは日本リラクゼーション協会の認定を得て、尚且つ看護師資格を有するものが担当した(写真2)。肩こりや、足のむくみ、不眠を訴える住民からは好評で、毎回、行列が出来るほどであった。



写真2　フットケア





写真3・4　爪のケア

爪切りは「今までになかった」と言われ、自分で爪切りが出来ず困っていた方々(写真3.4)から大変喜ばれ、合計5回実施した。爪のケアは日本フットケア協会の室谷良子氏の講習会に参加した看護師らが担当した。爪の変形が顕著な方も数回の手当後には改善傾向が見られた。

また、指先(爪もみ)ケアによる血液循環をよくする方法は簡単でいつでも、どこでもできるセルフケアであり参加者にその方法を伝えた。実際、体がポカポカするのを体験した参加者から、「これなら出来る」と大変喜ばれた。両方のケアで待っている間には転倒予防のストレッチや呼吸を楽にする体操等を実施し、また参加者とお茶っこしながら生活の様子を傾聴し健康問題の把握に努めた。

ウ.ストレス解消と癒しを中心としたイベント

仮設での生活は近くに買い物や娯楽施設も少なく単調になりやすく、2年以上経過しても近隣と

のコミュニケーションも乏しい人がおり、狭い部屋で隣とは薄い壁で仕切られているのみの住環境で、ストレスは蓄積しその解消は困難と推察された。そこで、退職看護師のコーラスグループによる歌の集いや腹話術のイベントを開催し、日頃の単調な生活に心地良さや安心感を体験してもらう企画を実施した(写真5.6)。美しい声のコーラスで心を癒し、懐かしい童謡や体を動かしながら大きな声を出して歌うことによりストレスの発散の一助となったと推察する。また、腹話術では方言を使いながらクイズを出したり、歌を歌ったりで高齢者の方々からも拍手が上がり、参加者の笑顔が印象的であった。


写真５　退職看護師コーラスグループによる合唱


写真６　腹話術

(2)看護・介護の融合ケア拠点「て・あーて東松島の家」の創設広報支援活動

お茶っこ会で仮設住民との交流を図りながら、当推進協会の理念や目指しているものを伝える講演会「ピンピンキラリ老いを美しく生きる」(講師：会代表理事　川嶋みどり)を開催した。

「て・あーて東松島の家」では手を介してのわざと心のケアを実践する場にしたいと紹介すると共に、腹臥位療法で上手に眠り目覚める方法を紹介した。後日、参加者のお一人である82歳の女性は午前3時頃に咽喉に痰が詰まり目覚めていたが、腹臥位を実践してそのまま眠れたと報告があった。

3.地域でケアを提供する人材育成の支援活動についての結果活動報告

(1)病院看護職との連携を図るための基盤整備活動

ア.看護職のためのヨーガ教室開催

被災地の看護職は使命感に支えられ、患者のケアに当たっているが、自分自身が被災者でもあり、様々の喪失体験や悲惨な状況を見てきており、彼女らの心身の疲れはピークに達していることが推察された。そこで、近隣の8施設の病院看護職を癒すため「て・あーて東松島の家」でヨーガ療法学会の協力を得て、看護職のためのヨーガ教室を月1回、計3回(8月.9月.10月)実施した。述べ参加者は32人(20歳代7人、30歳代4人、40歳代10人、50歳代8人、60歳代3人)であった。参加者の感想は「とても気持ちが良かった」「リラックスして5分位眠った」「無理をしていることがわかった」「硬い体がほぐれていく感じがした」「自分と向き合ったよい時間をもてた」等の肯定的な意見が寄せられた。

イ.石巻医療圏の看護師たちへの講演会

10月8日、「て・あーて東松島の家」において、会代表理事でもある川嶋みどり講師による講演会を開催した。石巻医療圏11施設25名の看護職の参加者があった。講演内容は看護の基本である「手を用いたケア」の大切さや有用性を語ると共に、「て・あーて東松島の家」での活動理念を説明し、病院看護職との連携・協働の重要性についての理解を深めた。また、参加した看護職者にとっては、久しぶりに再会し、語らいの場となり、お互いの絆を深める機会ともなった。

(2)ケア提供者のスキルアップ

ア.爪切り講習・タクティールケア講習

仮設住宅で爪のケアが好評で希望者が多くなってきたため、10月に日本フットケア協会の室谷良子講師を東京に招き、爪のケアや「血めぐり改善法」について、ボランティア活動に参加できる看護職を対象に実施した。また、11月にはタクティールケア(スウェーデンで開発されたケアで、認知症や末期がん患者が抱える不安や痛みを和らげるケアの一つ。患者の手足や背中などを柔らかく包み込むように触れる手法)の講習会を実施し、道具がなくてもケアが出来る技術を広げた。

イ.コミュニティーハウス事業の見学

11月5日に石巻市キャンナスコミュニティーハウス

「おらほの家」を当推進協会メンバー3人で運営方法等を参考にするため見学した。車での送迎の必要性、市からの委託費や助成金が必須であることが確認できた。また、今後の訪問看護ステーションの開設の検討も含み、都内訪問看護ステーションで見学研修を行った。

ウ.問題解決方法を考えるワークショップの開催

12月21日、大雪の翌日であったが4名の看護職とのワークショップは進行担当を当推進協会理事（元東邦大学医学部看護学科在宅看護学教授）により「て・あーて東松島の家」で実施した。現在困っていることを解決するための糸口の見つけ方について、ミニレクチャーを含め4ケースの検討会を行った。

4.活動の評価と今後の課題

ケア拠点施設（て・あーて東松島の家）の利用者となる対象者への普及活動については仮設住宅集会所での計13回の健康相談とお茶っこ会を通して、集会所に来られる住民とは顔なじみとなり、当推進協会の催しものを待っていて下さる声を聴くにつけ、信頼関係も構築できてきていると感じている。お茶っこ会で実際に行ったストレッチや爪もみ、腹臥位等は各自の健康維持の方法としてセルフケアの普及に有効であった。

さらに集会所の使用やイベント開催の許可等のため災害復興生活支援センターを管轄している社会福祉協議会の職員との交流もできた。2014年1月から3月まで東松島市社会福祉協議会から「こころと体のケア事業」（仮設住宅住民への訪問健康相談）の委託事業の依頼があった。これは、7月から継続している仮設住宅での活動の成果が認められたことによると推察される。

今後の課題としては、地元住民を巻き込んだ仮設住宅住民との交流が課題である。2014年度はこの課題については地元住民の認知症ケアサポーターやセルフケアの普及（キラリサポーター）養成等を計画しており街作りにも寄与できると考えている。また、2014年4月からは「て・あーて東松島の家」を仙台在住の看護職が中心となり、週5日オープンした。健康相談以外に編み物教室や太極拳教室、園芸教室等の趣味活動を応援しながら心身の健康維持・増進の支援を予定している。これらの活動に参加する住民への広報活動、送迎車の手配が課題である。また、仮設住宅での毎月開催予定のお茶っこ会の活動内容を考えるとさらなる地元看護職の参加が必要で人材確保が課題である。

医療・保健・福祉の連携については東松島市の社会福祉協議会との連携は出来てきたが、地域全体に関わる健康問題は保健師や近隣医療機関との協働し介護予防的な活動や病気の悪化を予防するサービス体制作りが課題である。

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

要旨

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が必要である。しかし、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、十分に支援連携が出来ていない現状にある。

当センターの在宅医療支援病棟を中心に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に向け、患者・家族・介護者も含めた支援体制について検討している。そのひとつが、『在宅栄養支援の和・愛知』（以下：当会）であり、その中で今回は、（1）症例検討会と講演会の実施、（2）実務交流研修の実施、（3）栄養サポートマップの作成の3項目の事業を中心に活動を展開した。

結果は、（1）研修会を5回（症例検討会：4回、講演会：1回）開催し、会員は倍増した。（2）2施設でスタッフ25名のインタビュー調査と入所者22名の体組成計での身体計測を行った。各施設間で栄養・食事サポートへの対応の違いと高齢入所者の栄養のリスクを確認する結果を得た。一方で、訪問栄養食事指導の同行研修は、患者の同意には至らなかった。（3）当センターが連携する323施設に郵送法で調査を実施し、93施設（28.8％）の有効回答があり、栄養サポートマップの必要性が伺える結果を得た。

この結果から、地域をしぼり顔の見える関係づくりを在宅栄養支援に特化し、様々な職種で活動を展開する当会の役割は重要であり、今後も更に活動の充実を図り継続することが大切と考える。

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。また、平成26年度診療報酬の改定では在宅医療の推進への方針は、より明確となっている。制度改定が優先する中で、それぞれの施設や在宅で担う役割が急変してきている。病院では在院日数の短縮、在宅復帰率のアップなどへの対応が更に進み、治療はされているが十分な栄養改善がされないまま退院するケースは更に多くなり、不安を抱く患者・家族は今まで以上に増加すると考える。当センターの地域での栄養管理の状況は他地域とは大きく異なるわけではなく、十分な情報収集が出来ていない状況にある。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.活動の目的

当センターの在宅医療支援病棟（以下：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している。そのひとつとして、平成24年3月に発足した当会での活動がある。当会は在宅栄養支援について、愛知県の知多半島地域を中心に医療及び在宅・福祉など在宅支援に関わる幅広い職種を対象とし、地域連携強化のため交流を深め、質の高い在宅栄養支援に貢献するための人材を育成し、地域在宅栄養支援活動の一層の向上を図ることを活動目的としている。

現在の当会の会員は平成26年3月末現在で108名となり、昨年度末の54名より倍増し、構成は、表1のようになっている。その中で、症例検討会や訪問栄養食事指導（以下：訪問指導）への同行研修、施設での実務交流研修などを開催し、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に取り組むこととする。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今回の助成金での活動の目的とする。

表1　在宅栄養支援の和　会員職種構成

職　種	人数	%
管理栄養士	31	28.7%
医師	14	13.0%
看護師	17	15.7%
営業	8	7.4%
歯科医師	8	7.4%
ケアマネジャー	5	4.6%
教員・研究者・行政	3	2.8%
歯科衛生士	5	4.6%
PT・OT・ST	11	10.2%
薬剤師	2	1.9%
その他	4	3.7%
合計	108	100%

3.活動内容及び方法

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、不足している人材の育成に向けた活動と在宅で栄養管理を継続することでの効果の検証などを行うこととした。また、シームレスな地域連携強化に向け、知多半島を中心とした栄養サポートマップの作成を目的としたアンケートを実施した。今回は、以下の3項目の内容にて活動を展開した。

(1)講演会と症例検討会の実施

期間中の計画として、ア・症例検討会（参加者：知多半島中心で東海地区）4回の開催とイ・講演会形式の研修会（参加者：東海地区及びその他広域）1回を予定した。また、その参加者に実務交流研修の実施に向けアンケートを実施した。

(2)実務交流研修の実施

会員のスキルアップ及び人材育成活動として、実務交流研修、在宅支援同行研修を実施した。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行った。

ア.実務交流研修

(ア)実務交流研修は、当センターに近い介護老人保健施設（社会福祉法人仁至会ルミナス大府、以下：施設A）と特別養護老人ホーム（社会福祉法人福寿会デイパーク大府、以下：施設B）の2施設を選択し、平成26年1月に各施設長より承諾を得た。訪問対象日は、平成26年2月15日・3月15日の2日間とし、それぞれの施設を午前（施設A）・午後（施設B）に指定し、同時間帯での調査とした。施設関係者のインタビュー調査は、栄養・食生活サポートに関する3項目で、各施設10～15名（2日間合計）を予定し実施した。回答に際しては、当助成金に伴う活動であることを説明し、同意の下にICレコーダにて録音した。

(イ)入所者の身体計測は、体組成計（In　Body S20）を使用し、2日間同じ対象を各施設11名に行った。各施設11名の対象は、施設長にリストの作成を依頼した。

イ.訪問指導同行研修

在宅支援同行研修は、訪問指導の実施時に当会会員が同行し、訪問指導の研修を受けることとした。平成26年9月に当センター倫理・利益相反委員会の承認後より開始した。訪問指導の対象は、当センター支援病棟に入院し、退院時の栄養状態により継続的に在宅での栄養管理が必要とされた患者とした。訪問指導は、共同研究者である訪問管理栄養士と当会の会員で訪問指導の経験を持ち、活動への同意が得られた管理栄養士での実施とした。また、同行研修受講者も同意取得後、実施とした。訪問指導は、その効果を検証するため、毎月1回3ヶ月の継続を前提とした。

(3)栄養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事前調査を実施した。対象は、当センター地域連携室が把握する連携施設323施設（在宅登録医83施設、訪問看護ステーション30施設、入居型介護施設74施設、その他136施設）に郵送法で自由記載とし、返信を同意とみなし行った。項目は、各施設の栄養・食事サポートへの関わりを中心に5項目で20問とした。分類を1.医療施設・2.在宅型介護施設・3.入所型介護施設・4.その他とし集計比較した。

4.活動の結果

(1)研修会の開催

研修会は予定通り、症例検討会4回と講演会1回を開催した。

ア.症例検討会

症例検討会は、毎回テーマを決め症例提示を行っている。その症例に対し関わった複数の職種のスタッフが症例を紹介し、その症例に対し参加者がクループに分かれ、フリーディスカッションする形式をとっている。

平成25年8月23日(金)に第8回研修会として“在宅での栄養管理～その問題点と病院に臨むこと～”をテーマに、主治医の在宅医師と訪問看護師が症例報告し、44名の参加者を得た。(写真)



平成25年11月15日(金)に第9回研修会として“望む経口摂取への多職種連携”をテーマに、主治医の在宅医師とケアマネジャーが症例報告し、29名の参加を得た。

平成25年12月20日(金)には第10回研修会として“老健施設から在宅を見据え栄養支援”をテーマに、介護老人保健施設の管理栄養士が症例報告し、12名の参加を得た。

平成26年2月6日(木)には第11回研修会として“誤嚥性肺炎の予防～嚥下内視鏡検査、胃ろう、成分栄養剤の利用法”と題し、講演と症例報告及び検討会を42名の参加で実施した。

イ.講演会

講演会は、会員の活動報告の場として実施している。

平成26年3月22日(土)に第12回研修会を開催し、訪問看護師、理学療法士、歯科医師より会員活動報告がされた。また、誠愛リハビリテーション病院、脳神経外科医長の横山信彦先生に“病気は口から食べんと良くならん!!”をテーマに講演を実施し、68名の参加を得た。また、研修会の午前中に今回の活動のとりまとめと次年度の活動に向けた調整を行った。

この研修会にて、実務交流研修としての訪問指導の同行研修に13名の登録、交流実習施設として11箇所のエントリーが得られた。

(2)実務交流研修の実施

ア.実務交流研修

(ア)施設関係者のインタビュー調査は、双方の施設ともに介護職中心に2日間で、施設Aでは3職種11名、施設Bでは5職種14名の合計25名のスタッフより意見を得た(図1)。各スタッフに業務上の栄養・食事への関わりを確認し、“困っていること”、“家族からの相談”、“地域での連携”について栄養・食事関連に設問絞って聞き取った。困っていることとしては、食事意欲の低下や嗜好面、食形態の問題が主に共通していたが、施設間の医療的・介護的な観点の違いが少し窺える結果となった。家族からの相談は、両施設共に持参品の嗜好面の確認が上げられたが、多くは特に問題となる相談は受けていないと回答された。地域との連携では、医療施設への入院後、再入所の際の食形態や栄養状態の低下が気になるとの意見が施設B(6名)より共通した意見として多かった。

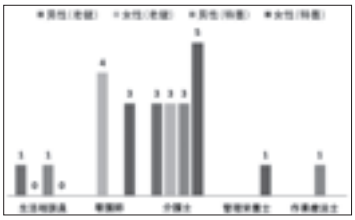


図1 施設インタビュー調査の回答スタッフ内訳

総合的な観点からの問題としては、個々の状況に合わせた食事の調整が調理部門で柔軟に対応出来ないとの意見が多かった。ともに施設を生活の場としてスタッフは捕らえており、食事への個別対応が出来ない部分をご家族での対応やイベントなどでカバーしていることが明確となった。

(イ)入所者の身体計測では、A(午前)・B(午後)施設ともに11名を2月15日・ 3月15日のほぼ同時間帯にBIA法にて体水分量・筋肉量・体脂肪量について計測した。内訳と背景は、男性4名(年齢:71.8±12.8歳、BMI:21.0±0.7kg/㎡)女性(年齢86.9±8.3歳、BMI:21.9±5.8kg/㎡)で、今回の結果では施設間の差は無く、男女別にそれぞれで初回・2回目のデータを比較したが有意な差は見られなかった。

栄養的に注視する結果は、体水分量で特に女性では21.3±2.8L(48.0±2.8%)と体重当たり50%以下であった。加齢による筋肉量の減少で細胞内液量が必然的に減量し、体水分量に対する細胞外液量の割合(ECW/TBW)が上昇し、むくみ傾向の結果となった。また、今回の対象でも、サルコペニア肥満の傾向が強い方も数名おり、栄養管理の必要性も示唆される結果を得た。

イ.訪問指導同行研修

訪問指導の同行研修は、10月頃より患者のエントリーを開始した。また、流れを確認するため、10月19日にプレ同行研修を実施した。

対象に対し、センター内でデータ取得や栄養食事指導は順調に実施され、15件ほど訪問指導の同意取得を期間中試みたが、全く同意が得られない結果であった。同意取得まで至らなかった原因として、“退院時に栄養食事指導を聞いたので取りあえずやってみます”との回答が多かった。“治療の場より生活の場に移ってまで、病院の先生にはお世話していただかなくても”と言った雰囲気で断られる結果となった。

平成26年1月には、今後に向け共同研究者（訪問管理栄養士）と在宅のケアマネジャーと連携し、再度プレテストを実施し介入方法や入院期間中に訪問管理栄養士の相談を加えることを調整した。

(3)栄養サポートマップの作成

323施設中93施設（28.8%）の回答を得た。内訳は、表2であった。

表2　アンケート回収率内訳

施設区分	配布	回答	回答率
在宅登録連携医	83	23	27.7%
訪問看護ステーション	30	11	36.7%
入所介護型施設	74	25	33.8%
その他	136	34	25.0%
全体	323	93	28.8%

在宅登録連携医：当センター在宅医療支援病棟との連携登録医師
入所介護型施設：グループホーム・介護老人保健施設・介護老人福祉施設など
その他：居宅介護支援事業所・小規模多機能型施設・社会福祉法人・通所介護施設など

設問項目の結果として、“施設の食事サービスは”（ある：51施設・54.8%、ない：38施設・40.9%、無回答：4施設）、“栄養・食事に関する問い合わせ”（ある：65施設・69.9%、ない：25施設・26.9%、わからない・無回答：3施設）で、その内容は食事形態への疑問が52施設（55.9%）から回答があり最も多い結果を得た。この結果は、平成24年に当センター支援病棟で実施した、入院患者のご家族へのアンケートでも同様の傾向があり、生活習慣病対応や食事バランス、低栄養、栄養管理より食形態への不安が最も多かった。

“管理栄養士の配置”（いる：28施設・30.1%、いない：58施設・62.4%、無回答：7施設）。“地域栄養・食事サポートマップの必要性”は、（ある：40施設・43.0%、ない：2施設・2.2%、わからない：47施設・50.5%、無回答：4施設）であった。この結果は、マップについてイメージや運用が不明なことが影響したと考える。

集計分類を医療施設：23施設、在宅型介護施設：24施設、入所型介護施設：25施設、その他：21施設に分け比較した。在宅訪問栄養食事指導制度についての設問では、それぞれの区分で図2の結果を得た。全体では53施設（57.0%）が知っていると回答された。また、制度の利用“あり”は、15施設（16.1%）の回答を得た。この結果は、平成24年に当センターで支援病棟の在宅支援登録医師（79名）に実施した調査1）や京都大学大学院医学研究科の荒井らが平成24年に実施した調査結果2）より認知度、利用度ともに高い結果となった。この結果は、当地域で平成24年3月末より地域での顔の見える関係づくりを在宅栄養支援に特化し、様々な職種を会員として活動を開始した当会の役割があると推測される。

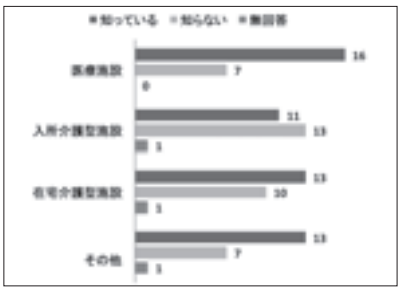


図2　在宅訪問栄養食事指導の制度の認知度について

5.今後の活動と課題

今回活動を通じ、特にケアマネジャーを中心とした在宅スタッフとの連携や退院後の施設との活動協力により、多くの情報を得ることが可能となった。本来の意味での顔に見える連携の足掛りとなったと考える。また、それぞれの場での栄養・食生活管理の仕方が異なることも分かった。特に、治療の場から生活の場への変化があり、それを理解した上での関わりや連携が大切であることも分かった。

今後は、超高齢社会の急進とともに診療報酬や介護保険制度の改定も加速され、今以上に制度と現実の溝が深まっていくことが推測できる。ハード面の対応は難しいとしても、対応できる人材の育成を推進することで、現状機能の中でも適正な医療や介護が可能となる。また、その相互連携が深まると考える。地域での活動ではあるが、現在の活動を継続し広げていくことが大切と考える。

6.参考文献

1）金子康彦ほか：平成24年度長寿医療研究開発費「在宅医療における栄養支援のシステム構築に向けた研究」年次報告書, 2013
2）大島伸一ほか：平成25年度厚生労働科学研究補助金「被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究」年次報告書, 2014, P50-70

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 穣 氏

株式会社 モバイルカザス　代表取締役

要旨

超高齢化社会において、患者に関係する多職種、地域連携は医療業界では、テーマである。様々な人と患者が必要な時に必要な情報深度で共有し、患者を支えていく必要がある。ただし、情報は、医療機関が管理する医療情報と個人情報とを明確に分ける必要がある。

患者の情報を医療機関情報と個人情報とに分ける事で、明確に、医療機関側と患者のメリットを提示する事が出来た。

医療現場で、患者本人に渡される紙のお薬手帳と訪問医療の現場で利用される患者のメモを残す大学ノートの両方をクラウドサーバ型の電子お薬手帳と電子情報共有ノートとして、スマートフォン上一つのアプリケーションにした。

これが情報共有基盤になる為に、お薬手帳カレンダー機能がある多職種・地域連携が出来る情報共有SNSとして実装した。

スマートフォンを使った情報共有プラットフォームとして以下の成果を得た。

①患者側から医療機関に申請する友達申請機能
②医療機関が持っている薬の情報を個人情報の電子お薬手帳にいれる承認鍵の仕組み
③患者のバイタルを入力・参照する事が出来る。また、SOAPも同様に入力・参照する事が出来る。
④医療機関の訪問日付や薬の無くなる日付が分かるカレンダー機能
⑤医療機関と患者がやりとり出来るメッセージ機能

テキストによる情報入力の方法は、音声認識を導入する事で、なるべく簡単に情報登録が出来るシステムを構築した。

1.超高齢化社会と多職種連携

日本の少子化超高齢化の速度は、世界を比較しても類を見ない速度で進行している。また、高度経済が進んできた中、単身高齢者と核家族が進み、家族の間や、地域在住の方々とのコミュニケーションが希薄化している。

超高齢化社会の対策を議論するうえで、支える側の人（医療機関等）、支えられる側の人（通常は、65歳以上の高齢者）の両面から議論する必要がある。

支える側の人は、歴史的な背景から、医療専門家を創出させて来た。つまり、専門家同士は、縦割りを重視し、横の連携を持つ習慣をもっていない。また、医療分野にとどまらず、介護、看護、ヘルパー、薬剤師との連携は、習慣はもとより、最適なツールが存在していないのが現状である。

一方、支えられる側の人は、社会背景上、一律に65歳以上と区切られてしまっている。まだ元気な65歳以上の方々の社会的接点を剥奪するような環境下である。高齢者が社会との接点を無くしていくとコミュニケーションを取らず、行動範囲が極端に狭くなる。行動をしなくなると、脳の老化を進める原因ともなりうる。今後、社会との接点が無い、単身高齢世帯が増加し、孤独死が社会問題になる恐れがある。

超高齢化社会では、高齢者（ここでは患者）に、家族、医師、ケアマネージャー、介護福祉士、看護師、薬剤師等々がかかわっている。各メンバーは、患者の状況によってダイナミック（患者の状況による時間軸に適した）に且つ、シームレスな（場所に帰着せず、24時間365日対応）情報連携を行い、お互いの能力を補完しあう必要がある。本来であれば訓練されたチームを形成する必要があるが、業種・業態が異なった専門家達とさらに複雑な家族を巻き込んだ訓練を受ける状況を作る事が社会的に難しい。

2.ITによる情報共有の必要性

実際の訪問医療の現場では、患者の家に大学ノートが置いてあり、在宅ケアに関係している人々が書き込んでい

る場合がある。大学ノートでのメモ情報では、物理的に患者の家にあり、外部が確認できない事はもとより、患者の様態が急変した際には、誰がどのように最後記録をしたのか、何の薬を処方され、何の処置をうけていたのかの分からず、医療機関側で、再度同じ検査を行ったりしてしまい、飲んでいる薬がわからない為、併用禁忌の薬が分からず処方が出来ない場合がある。また、お薬手帳の義務化により、かなり多くの方がお薬手帳を持ったり、そこにメモを記入するようになったが、いまだ、全ての診療科毎にお薬手帳を複数枚所持している事も多い。また、関東東北大震災のように、お薬手帳や地域の病院ごと震災になってしまい、紙の情報、IT情報、全てが失われた事はまだ記憶に新しい。そこで、本来であれば、医療情報は、全てクラウドサーバにバックアップされ、いつでも必要な人からは、閲覧・参照できるようになっている事が望ましい。

3.医療情報と個人情報

一般的に、医療機関が、医療行為を患者に対して行った場合、紙カルテや電子カルテによりその処置を患者毎に管理している。それは、前回の処置を確認し、今回の処置や次回の処置の計画をたてる為である。医師や医療関係従事者が、カルテに記載した情報は、法律的には、著作物と見なされる。つまり、著作権があり、その情報は、医師や医療従事者のものであると判断され、一般的に公開される事はない。さらに、カルテの情報の管理の仕方は、医療機関の経営ノウハウそのものであり、その情報を他の機関に向けて公開する事は、難しい。

一方、医療行為を受けた側の患者は、自分に対して分析・医師の判断により、処置された情報であるから、患者自身の情報であると主張する事が出来る。つまり、患者側から見えれば、個人情報として判断される事がある。
これらの議論は平行線をたどるものであるが、いずれにせよ、患者には、伝えにくい精神的な病気を扱う場合もあり、慎重に取り扱う情報と言える。

ところで、昨今、お薬手帳が義務化されるなどされ、患者は、お薬手帳を調剤薬局から渡される事がある。手渡された情報は、個人に渡された情報であるから、個人情報と断言する事が出来る。

4.お薬手帳機能付きカレンダーSNS

上記までの議論により、クラウド型の電子お薬手帳の機能上に、在宅医療で使われている大学ノートを電子化する事が望ましいと判断した。

情報共有が必要な方々は、多職種・地域連携の際に患者の回りに関係しているメンバーである。患者と彼らとはSNS（social network system）により友達申請をする事で情報を共有する事が出来る。

機能としては、以下を実装する。

①患者本人は、お薬の情報を登録する事ができる機能。また、鍵（ICタグのようなもの）を利用して、薬局側の情報サーバからお薬の情報だけをクラウドサーバにバックアップする事が出来る機能。また、手元のスマートフォンで、いつでもどこでも閲覧できる事が出来る機能。

②患者がなんのお薬を飲んでいるかすぐに患者にたずねた際に、患者の手持ちのスマートフォンで確認をする事が出来る機能。また、訪問医療、訪問看護、訪問介護などの訪問ルートを作成する際に、患者の状況を伺いながら、日付を決定するが、患者の家を訪問する日付を共有する機能

③患者のバイタルデータをメモする事が出来る機能。また、患者バイタルデータを友達が参照できる機能。

④患者もしくは、医療機関側が、お互いにメッセージを送る事が出来る機能。またそのメッセージを読み終わっているか、まだ読んでいないかを確認する事ができる機能。

⑤患者から、医療従事者もしくは、家族に本SNSを利用する為の友達申請を行う事が出来る機能。

5.お薬手帳カレンダー機能付きSNSの構築

（1）友達申請

友達申請の流れ

①本システムのログイン後の画面から、友達（医師）を検索する。

②医師の候補が見つかる。（医師は本名を登録していると想定）

③見つかった候補に友達申請依頼を送る。

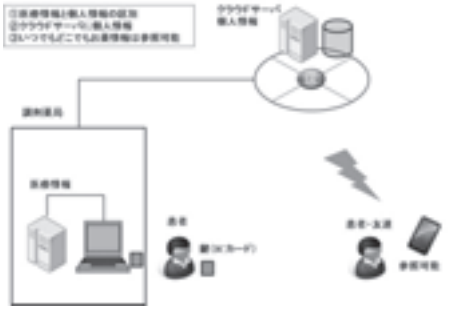
④患者から医師に友達申請依頼が届き、許可か却下を行う。


患者から友達検索画面


医療機関側からの申請許可

(2)個人情報の承認鍵

患者がスマート端末でお薬情報を入れる事が出来る。また、鍵を持っていれば個人情報をクラウドサーバにバックアップする事が出来る。



医療情報と個人情報



スマートフォンへのデータ転送画面

(3)バイタル・SOAPの音声入力

血圧、体温、心拍数、SP02のバイタルの入力画面、またSOAPによる患者の状態をメモする画面



バイタル入力画面



SOAP 画面

(4)カレンダー機能

訪問の日付を入力する事が出来、患者側がいつ、医療機関が訪問してくるか確認する事ができる。また、処方された薬の量を入力しておく事で、薬がなくなる日付を患者本人とまたその関係者(友達)が確認をする事が出来る。



医療機関と決めた訪問日付画面



薬の処方された期間を表示する画面

(5)メッセージ管理機能

患者のみにメッセージを出し、患者の関係者全員にメッセージを出す事が出来る。また、そのメッセージは未読・既読を把握する事が出来る。



メッセージを送信する画面



未読・既読を判断する画面

6.医療機関側の業務効率と展望

本システムは、医療機関側のメリットとして、患者のバイタルの情報を多職種の医療関係従事者達に共有する事が出来る。また、SOAPで患者の情報を入れておくことで、訪問の記録を簡単にとる事が出来る。各テキストエリアは、音声認識を入れた音声入力インターフェースを持っており、非常に簡単に入力する事が出来る。



音声認識画面

ただし、本システムは、簡単な音声認識エンジンを利用しており、正式な医療現場で利用されるような専門用語が認識できないので、専門用語を搭載し、認識率の向上を目指していきたい。また、今後の展開として、併用する禁忌の薬のチェックなどが行えるとさらに良いなどの付加価値の可能性はたくさんあると考えている。

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　わたらせリバーサイドクリニック　理事長
桐生見え検事務局代表

要旨

医療・介護・福祉の問題を一般社会システムの中で共有する仕組みとして、地域包括ケアシステムの確立が挙げられるが、各自治体ではまだまだ手探り状態といえる。群馬県桐生市も同様で、独自に行ったアンケート調査からも、地域における顔の見える医療・介護連携体制の不備が確認された。地域連携体制確立の一助として、同市における開業医と、介護関係者の有志を骨格とする具体的な地域ネットワークづくりを開始した。毎月一回の定例で、支援困難事例に関する検討会をオープン参加形式で開催する活動を展開した。検討会には、医師、看護師、理学作業療法士、病院地域連携室職員、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師、保健師、介護支援専門員、社会福祉協議会職員、介護施設職員、介護福祉用具事業者、柔道整復師、助産師、民生委員、自治体職員、弁護士、司法書士、市議会議員、大学教員、新聞記者など医療や介護に興味のあるすべての職種の参加を受け入れた。事例検討会の活動から派生して、「高齢になっても安心して暮らせる街づくり」をテーマに一般市民を交えたワークショップイベントを開催し、今後の超高齢社会に対応するための街づくりに関して、医療・介護・福祉以外の職種も含めて意見交換を行った。また、高齢者が増えるにしたがって増加している諸問題（権利擁護、後見人制度、虐待など）に関して、法律関係者による講演会も開催した。

1.はじめに

理化学研究所の研究者が発表したSTAP細胞論文問題が取り沙汰されている。STAP細胞は本当にあるのか否か？執筆者本人ですら簡単には正答を示し得ない複雑な問題をはらむ。この問題が我々に示した重要な事柄は、組織形態の危うさでもある。一つの重大な発見を中心に、周辺関係者の立場が主従関係をなしていない。研究責任者、指導者、論文執筆者の上下の関係性が強固でなく、当然連携も十分にできていないので、問題が生じた際に関係性が崩れてしまった。研究所や調査委員会の組織形態はトップダウン方式であると思われる。しかし、当該論文の出所は組織のトップからではなく、中間管理職に相当する一人の研究者であるが故、図表のミスや文章構成上の不手際から端を発した諸問題への対応に一貫性がなかった。危うい組織形態の視点から、もう一つ重大な最近の事例は、韓国のフェリー転覆事故である。本来トップダウンであるべき乗務員の指示系統も、危機的状況の中で破綻してしまい、犠牲者が拡大してしまった。トップダウン方式は、一つの目標に向かって、強力な指導者が活動を展開するには非常に有効な組織形態であるが、各人が個性を発揮して、集大成として物事を遂行するような場合は、一人一人の意見を吸い上げるボトムアップ方式が優位な場合も多い。医療・介護領域において、多職種が集まり、各分野の専門家同士が連携して、目標設定や活動を遂行することの意義が指摘される。このような活動に際し、議論を有効に進行させる方法の一つに、ファシリテーションの手法が挙げられる。

2.ファシリテーションとファシリテーター

ファシリテーションとは、集団による知的相互作用を促進する働きのことと解説される[1)]。より具体的には、議論や会議の場の設定や雰囲気作りから、進行、記録、合意形成、プランニングなどへ、中立的な立場の司会者により執り行われる組織形成技術を指す。司会進行役はファシリテーターと呼ばれ、時には数々のファシリテーショングラ

フィックを用いて、議論を構造化・視覚化するテクニックを持つ。一般的な会議に見られるような、下を向いたまま与えられた資料だけを目で追い、扇動的な上司による司会進行では、活発な討論は生まれない。一方、ファシリテーションによる議論の構造化が機能すると、それぞれの専門職種の立場から、多角的な意見が自発的に生み出され、全員が合意できる納得の結論に達し、有効なプランに結び付くようになる。

3.桐生市での活動

群馬県桐生市は県の東部に位置し、人口12万人、高齢化率30.3%（2013年4月1日現在）、65歳以上の一人暮らし高齢者5千人と県内12市で最も高齢化が進んでいる。高齢化率の増加は、認知症高齢者の増加も意味し、地域包括ケアシステムの中で示される個別支援と、地域連携の両ネットワークの構築が喫緊の課題となっている。2011年に同市において、医師会所属医療機関と介護支援専門員を対象に、地域連携に関するアンケート調査を行った結果、保険システムや患者さんとの接点の相違があるため、お互いの職種理解のずれが連携を妨げている部分があり、日常からの顔の見える関係づくりを強化すべきであることが示された。本課題に対して正面から向き合うために、桐生市周辺地域の医療機関や地域包括支援センター職員を中心メンバーとして、「見える事例検討会」（見える事例検討会®は、八森淳氏・大友路子氏の登録商標）を導入した。2012年9月より、「桐生見える事例検討会事務局」を組織して、医療・介護を含めた顔の見える多職種連携を地域で実現する活動を開始した。その理念と具体的な成果を公表し、実際の検討会の様子をプライバシーに配慮しながらYouTube動画で公開した（ホームページhttp://kiryumieken.web.fc2.com/）。2012年12月に事例検討会の議事進行役となるファシリテーター養成講座を市内で開催した。桐生市・みどり市・太田市・前橋市に合計18名のファシリテーターが養成され、桐生市に限定されず、周辺地域も一体となった活動に発展した。ファシリテーターの職種だけでも、医師3名、看護師2名、薬剤師1名、社会福祉士3名、介護支援専門員8名、群馬県介護研修センター職員1名という多職種協働がスタートした。2013年1月より、毎月1回の定例で事例検討会を実施した。開催にあたり、医療職と介護職の枠を超えた参加者による「真の多職種協働」を目指し、自由参加形式を導入した（オープン検討会）。検討会には医師、看護師、理学作業療法士、病院地域連携室職員、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、薬剤師、保健師、介護支援専門員、社会福祉協議会職員、介護施設職員、介護福祉用具事業者、柔道整復師、助産師、民生委員、自治体職員、弁護士、司法書士、市議会議員、大学教員（理工学部）、新聞記者、一般市民など医療や介護に興味のあるすべての職種の参加を受け入れた（主な参加者の内訳は、介護支援専門員58名、看護師23名、ソーシャルワーカー25名、医師13名、薬剤師11名、介護福祉士8名、法律家8名、理学作業療法士6名、行政職4名）。オープン検討会に際して、事例の氏名を明かさず、年齢、性別、家族関係、居住地域などを任意に設定することと、参加者に毎回守秘義務を確認することで、検討事例のプライバシーに配慮した。自由参加形式としたことにより、1年間で200名を超える多職種の参加を集めた。また、特に倫理的配慮が必要な事例においては、自由参加形式のオープン検討会とは区別して、圏域の地域包括支援センターや事業所単位で、より事例に近い存在の参加者のみからなるクローズド検討会を開催した。

事例検討会の進行には、議論を構造化・視覚化するグラフィックマップ（マインドマップ®を応用した「見え検マップ」と呼ぶ。マインドマップ®は英国Buzan Organization Ltd.の登録商標）を用いて、ファシリテーションの手法で、生活支援困難事例のこれまでの経緯を起承転結スタイルで紐解いた（図1）。参加者は、マップに注目していると主体的に意見を発言したくなる雰囲気が醸成され、毎回和気あいあいとしつつも活発な議論が展開された。発言を発散・収束スタイルで収集すると、事例個人の歩んできた背景と、現在の人間関係や、患っている疾患、生活機能障害などが複雑に絡み合った問題点を明らかにできた。多数例の検討会を繰り返すと、問題が生ずるまでの過程は事例により様々であるが、根本的な問題点は数種の類似事象に集約される傾向が見られた（表1）。例えば、介護者や見守り者不在、経済問題、基礎疾患や環境要因から増悪した認知症の行動心理症状、支援の方向性が不明確で混乱した事例などがよく見られた。

活動の特徴は、多職種が集まり易い場を設定することにある。そのために、①短時間で一定の結論に達する、②職種が違っても理解し易い内容に噛み砕く、③自発的に参加したくなるように興味を抱けて楽しめる、という工夫を凝らし、内発的な動機づけを意識した。検討会で読み解くと、事例の細かなニーズが分かり易くなり、1時間30分から2時間以内という検討時間に関わらず、毎回必ず具体的なアクションプランを事例提供者に対して提案した。多職種が集まり他の職種の立場を理解するには、それぞれが発言し易い環境

づくりが必要である。しかし、無秩序な発言や意見は検討会の論点が不明瞭になり、時間内でのアクションプラン到達が困難になる。ファシリテーターによる系統立てた論点整理と共に、場の雰囲気作りが非常に重要な要素となる。

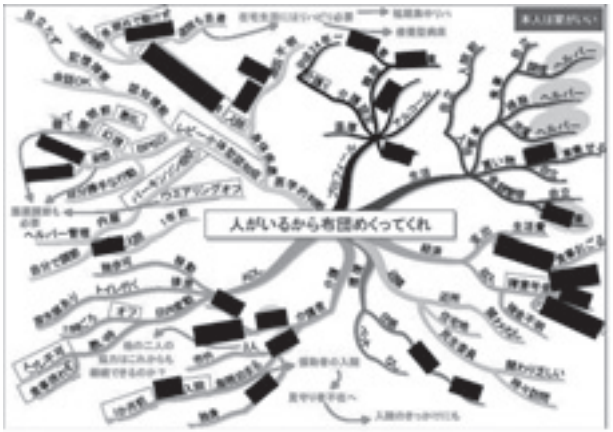


図1「見え検マップの例（BPSDが問題となった事例）」

タイトル	事例提供理由	分類
本人や夫の拒否によりサービス利用につながらない方への支援	夫が家事介護を抱え込んでいて必要 なサービスを導入できない。	支援の方向性
大声を出すので家族が困っている認知症高齢者	近隣へ迷惑、デイなどサービス利用につながらないため、家族が休まらない。	BPSD
お金の目途が立たず、今後の行き先に悩んでいる	経済問題から今後の支援の方向性が見えず困っている。	経済問題
認知症の疑いがある本人と知的障害のある長女との生活支援	本人の望むことと必要な支援に隔たりがある。キーパーソンのかかわりが適切でない。	支援の方向性
自宅にて1人で過ごす時間が心配なひとり暮らし高齢者	生活の場所をどこに持ってゆくか?近隣への迷惑行為の対応。服薬など身の回りのことへの対応。	介護者不在
退院後、自宅での生活に家族の協力を得られずに不安を感じている	家族の援助が得られないが、本人は自宅に帰りたい。本人は夫のことが理解できない。	介護者不在
施設利用中の身寄りのない高齢者の今後	誰をキーパーソンにしてよいか分からない。本人の気持ちが分からない。	介護者不在
必要とされる支援がつながらない高齢者	入浴できていない。失禁もあり尿臭が強いのをどうにかしたい。	支援の方向性
退院後活動性が高まり転倒のリスクが高い日中独居の高齢者	サービスを入れたいが費用が心配。転倒による再入院が心配。	介護者不在
意欲低下が見られる方の退院後について	何もしたくないという方の退院に向けての方向性について意見聴取。	支援の方向性
生活保護を受けたい	充分な介護サービスには金銭的に厳しい。糖尿病なのに1日1食のみ。生活保護を2度断られている。	経済問題
このまま自宅に帰して良いのか分からない	虚偽性障害疑いで入院中の方が家庭で虐待を受けている恐れがあり、どのように対応すべきか?	介護者不在
ケアマネへの依存が強い介護者	主介護者からの要求が強く困っている。意見がコロコロ変わる。	支援の方向性
入院費未払いで成年後見制度の活用に至らず困っている	本人に必要な物品も届けてもらえない。病院から家族へ連絡しても、連絡をとり辛い。	経済問題
経済的理由より、積極的支援が行えない事例	急なADL、IADLの低下があり、経済的理由で支援ができない。	経済問題
被害妄想の為隣人から孤立し、家族も積極的に関わらない独居例	精神科受診が必要だができていない。近隣から孤立している。家族のかかわりが消極的で困る。	BPSD

表1「検討事例一覧」

4.内発的動機づけ

人間の活動には動機を伴う。生活を維持するために報酬を得ることは、日常生活上の重要な動機づけの一例である。満足のいく報酬を支払えば、ある程度の仕組みづくりは可能であると思われ、これまでの実証的な地域包括ケアシステムづくりに対しても、大規模な研究費が投入されていることも少なくない。ただし、全国すべての地域に相当額の投資は不可能である。ましてや、システムづくりのような仕組みを生み出す行為は、通常の単純労働とはアプローチ方法が全く異なると言ってよい。心理学や行動科学の研究では、創造的な仕事を遂行するのに、金銭的な報酬いわゆる「外発的な動機」はあまり効率的ではない。むしろ、個人の興味を引き没頭できるような「内発的な動機」を誘導することの意義が提唱されている[2)]。身近な例では、某コンピューター関連会社の20%ルール（個人の全仕事中20%は自分の好きなことをする）が有名で、多くの先進的な活動がこの20%の中から生まれてきたアイデアが基になっているという。このような内発的動機づけによる作業は、携わった人々に充実感、高揚感を喚起できる。

5.納得の構造

事例検討会でのやり取りは、多職種が集まる場での合意形成スタイルで進行する。欧米人と日本人とで、お互いに納得を得る過程に相違がある点が指摘され、情報量（コンテンツ）を重視する欧米人と比較して、過程・文脈（コンテクスト）を重視する日本人という構図で解説されている[3)]。地域ネットワークづくりのような、バックグラウンドや経験、知識が異なる真の多職種が集まる会議では、参加者すべてが納得感を得ることができて、初めて関係支援者が同じ方向を向いた活動へつなげることができる。桐生見える事例検討会も一人の被支援者に関するコンテンツを、個人史や病歴を基にしたコンテクストの中で理解しようとする取り組みであるという点が、参加者の共感を得ているようである。

6.他の地域での出張事例検討会の開催

桐生見える事例検討会のファシリテーターには、桐生市の他、みどり市、太田市、前橋市に居住するメンバーが所属している。また、オープン検討会では、高崎市、伊勢崎市、館林市、沼田市、足利市、佐野市、下野市、熊谷市からの医療機関、介護施設、地域包括支援センター職員、自治体職員などの参加を受け入れた。これらの参加者は、同様の試みを自分たちの地域で実践するための視察目的で参加されることが多かった。特に、太田市、佐野市、下野市へはファシリテーターの派遣を行って、現地の事例提供者および、初めて参加する現地の参加者と共に開催した。

7.地域ニーズの把握と地域連携ネットワーク

現在は健康であっても、いつ介護が必要な状態になるか分からない。高齢化の進む社会で生活をするための地域ニーズがどうなっているか、現在の社会資源の中で活用可能なものはあるか、一般市民を交えた意見交換の機会が必要である。一般に開催されている市民公開講座や公開シンポジウムは、専門家による市民向けの講演や、関連職種代表が討論するのを聴講するものであるため、参加者の態度は受動的になりやすい。内発的な動機づけを誘導して、能動的な全員参加を可能にし、異業種や一般市民まで医療や介護の問題を共有することを目的に、講演会＋ワークショップイベントを開催した。「歳をとっても、安心して暮らせる街づくりをみんなで考える会」と題して、幅広い職種の参加者を集めた。

イベントは、桐生市医師会、桐生市社会福祉協議会、桐生商工会議所の後援を受けた。参加者には、医科・歯科系職種および介護系職種のほか、自治体職員、大学教員、市議会議員、IT企業、生涯学習カルチャーセンター、携帯電話事業者、運送事業者、福祉用具取扱企業、配食サービス企業、商工会議所職員、社会福祉協議会、民生委員、遺品・家財処理相談業者、難病友の会所属の患者家族、設計士、新聞記者、FMラジオパーソナリティーなど、会場定員の110名以上が集まった。事前予約受付の段階で定員を大きく超えており、関連職種や一般市民の関心の高さが伺えた。先進的で具体的な異業種連携を実践している、東京都大田区「みま～も」代表の澤登氏による講演（2013年杉浦地域医療振興財団褒賞受賞）の後、参加者によるグループワークを実践した。1名のファシリテーターを含む9名の参加者で行うスモールグループワークでは、「歳をとっても安心して暮らせる街づくりとは？」、「病気を抱えた高齢者やその家族が望む生活とは？」、「様々な業種が関わることで高齢者ケアはどう変わる？」という3テーマに絞って、個人や企業それぞれが行うことのできる具体的活動、すぐに利用できる地域資源の抽出、これからの地域連携の方向性や今後連携を取るべき職種などについて協議した。各グループで協議内容を模造紙にまとめて発表し、全員で討論内容を共有した（図2）。

8.法曹関係者との連携

地域連携により解決するべき問題には、権利擁護問題、高齢者虐待問題、成年後見制度など、法律関係者からの意見聴取が重要な場合が多い。そのため、定例の事例検討会に際して弁護士を招聘し、司法書士の参加を促す活動を行った。また、弁護士による医療・介護職への講演会「法テラスにみる事例紹介」を開催した。

9.学会および研究会活動

①第8回桐生地域口腔ケア研究会において、桐生見える事例検討会関係者より3演題の発表（2013年7月）。
②ケアマネジメント群馬フォーラムX in高崎のランチョンセミナーにおいて、桐生見える事例検討会の活動を紹介（2013年9月）。
③第20回日本未病システム学会で発表、優秀公募論文に選出「超高齢社会への社会システム構築の実践提案」（2013年11月、一ツ橋学術総合センター）。
④桐生市・みどり市、太田市、伊勢崎市の各地域で開催された医師・ケアマネ（伊勢崎市では薬剤師も含める）合同研修会において、活動と今後の展望に関する講演。
⑤第15回日本認知症ケア学会に演題提出（2014年5月、東京国際フォーラムで発表）。

10.リーフレットの発行およびメディアへの広報活動

桐生見える事例検討会の活動を、医療・介護関係者、一般市民に広報するために、リーフレットを発行した。疾患啓発と活動紹介のために、桐生タイムス紙による記事、群馬テレビやFM桐生ラジオ局への出演を行った。また、日本全国の図書館や研究機関などに寄贈されている研究雑誌「未病と抗老化 vol.23，2014」（一般財団法人博慈会 老人病研究所発行）へ原稿を執筆した。

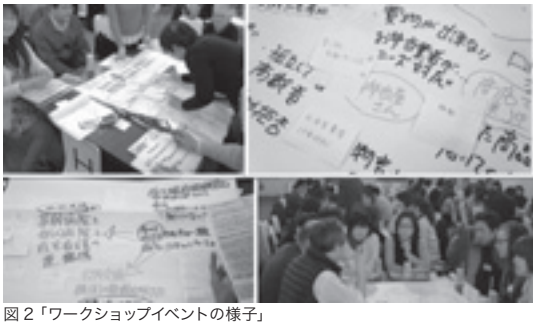


図2「ワークショップイベントの様子」

【参考文献】

1）堀　公俊著「ファシリテーション入門」,日経文庫　2004.
2）ダニエル・ピンク著　大前研一訳「モチベーション3.0 Drive」，講談社2009.
3）エドワード・T・ホール著　岩田慶治、谷泰訳「文化を越えて」，阪急コミュニケーションズ1993.

第２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

第2回となった募集には、褒賞に16件、助成に85件と多数の応募をいただきました。14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3編、各300万円、「杉浦地域医療振興助成」として12件、総額2,100万円が選定され、2013年7月4日、帝国ホテル東京にて、第2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）



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
〒446-0056　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。

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