

中国ブロック在宅医療推進フォーラム

テーマ「みんなで取り組む在宅医療」

と き 令和元年10月6日(日) 13:00～16:20

ところ 山口県総合保健会館2階「第一研修室」

主 催 山口県医師会、一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会

共 催 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団、山口県歯科医師会、山口県薬剤師会、山口県看護協会、山口県訪問看護ステーション協議会、山口県介護支援専門員協会

[報告:理事 吉水 一郎]

令和元年10月6日(日)、医療・介護関係の多職種を対象とした在宅医療推進フォーラムを開催した。本フォーラムは、一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会を通じて、全国の医療関係団体等と協働して多職種協働のためのネットワーク作り、市民啓発を行う事業として各ブロック(全国11ブロック)で開催されており、中国ブロックでは平成29年は広島県、平成30年は岡山県で開催され、今年度は山口県で開催することとなった。

当日は、河村県医師会長の挨拶の後、特別講演(座長:清水常任理事)、シンポジウム(座長:清水常任理事)が行われ、医療・介護関係の参加者約80名に対して、各職種団体の取組みへの理解、そして多職種連携の動機づけになったと思われる。

特別講演「みんなで取り組む在宅医療」

全国在宅療養支援診療所連絡会

教育局長・理事 和田 忠志

1. 人口減少、高齢者の多い社会での医療と介護

わが国が直面している2つの課題は、①人口減少を伴う少子高齢化と②人口構成の変化であり、死亡者数及び認知症高齢者は増加し、都市部では高齢化が進展し、過疎地では人口減少が進む。2005年より人口減少社会に突入しており、減少スピードは加速し、2040



年以降は年100万人が減少していく。さらに、生産年齢人口が減少し、高齢人口が急増するため、社会保障の維持が困難となっていく。年齢が高くなると要介護度(認定率)が上がるので、高齢社会ではどうしても介護が必要な人が多くなる。

国民の死亡場所を見てみると、1960年頃は約7割が自宅で亡くなっていたが、現在は12%になる。近年、在宅医療への取組み等から自宅死亡は増えているが、割合で見るとそれほどではない。日本人全体で死亡者が最も増えるのは2040年頃と言われ、山口県では介護の問題が最も深刻になる頃となる。一方、「できるだけ自宅や住み慣れた場所で人生の最期を迎えたい」という人は全体の約6割で、在宅医療の推進は決して医療費抑制政策だけでなく、国民の希望に沿うという意味では、経済的な原理だけで動いている政策ではない。

2. 多職種連携

どんな寝たきりの人でも、しっかりとした食事と排泄のケアがあれば自宅で生活ができ、さらに医療が必要な人には医療が対応していくものである。

東京大学の柏プロジェクトで発表された多職種協働の7つの原則があり、これらを実行していくと、多職種協働がうまく進む。

- ①ケアの質を改善する
- ②利用者と介護者のニーズにフォーカスをあてる
- ③サービス利用者と介護者を巻き込む

- ④共に学ぶこと、互いの専門性から、あるいは互いの専門性について学び合うことは専門性を強化する
 - ⑤お互いの専門性の誠実（高潔）と貢献を尊重する
 - ⑥専門性の中の実践を強める
 - ⑦専門職としての満足感を増加させる
- 次に、在宅医療に携わる専門職を紹介する。

【訪問看護】

訪問看護は、看護師が自宅を訪問してケアを行うことで、身体チェックや緊急対応・食事・排泄・清潔のケア、看護師ならではのリハビリテーション（患者さんの状態像に応じた適切なリハビリ）を行うことである。また、経管栄養利用者・人工呼吸器装着者・気管切開を有する患者・褥瘡のある患者・がん末期患者などへの医療的ケアを行い、訪問看護師は最強のケアワーカーである。

さらに、ケアマネジャーや他職種と連携して療養環境を整備し、患者本人の自己決定を支援しながら、在宅生活全般を支えとともに、最期までの支援を行う。訪問看護師と一緒に療養生活を続けると、本人や家族の療養（介護・看護）スキルが上がり、在宅療養が安定していく。高齢者の訪問看護利用者が多い県は、在宅で死亡する割合が高い傾向にある。

【歯科訪問診療】

在宅医療を受ける患者は、極言すれば全員が歯科適応である。口腔内の清潔を保つことによって肺炎の予防になり、歯科医師が自宅に赴いて、義歯の調整、齲歯^{うし}の治療、抜歯などを含めて、「口腔ケア全般」に関わってもらっている。摂食や嚥下の評価、食形態や食べさせ方の工夫を通じて、食物の円滑な摂取を促進させている。

【薬剤師】

薬剤師の先生方は、幅広い健康相談や医療相談に応じながら OTC 薬を投与したり、適切な医療機関を勧めたりすることで、健康管理の一つの根幹を担っている。ADL（Activities of Daily Living）が低下した患者に対してさまざまな物品等を配達し、かつ薬剤の説明も自宅で行うのも薬剤師の存在であり、これに診療報酬をつけたのが訪問薬剤管理指導になる。

訪問薬剤管理指導は、薬剤師が自宅に赴き、薬を配薬・説明し、飲み忘れをなくして、服薬を円滑にするための薬のセットや服薬状況確認、残薬チェックをする。薬の作用・副作用の確認や、医師および他職種との情報交換・連携をする。高カロリー輸液調合や配薬、麻薬の管理と疼痛緩和、経管栄養の栄養剤管理もする。

【訪問リハビリ】

理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が自宅を訪問してリハビリテーションが行われている。体の動きの適切な評価を通じて、より効率的な動きを考案し、そのプログラム施行を通じて、生活空間をより拡大していく。認知能力の評価や、言語・摂食能力の評価、それらの能力向上にも関わる。これらを通じて、在宅生活を快適に維持し、生活の楽しみを回復させていく。

<在宅医療現場の労働災害の問題>

わが国において在宅医療は官民を挙げて推進されているが、危惧するのは、誰もが在宅医療の「おいしい話」ばかりする点である。在宅医療現場は看護師やホームヘルパーにとっては施設従事者より危険な現場である。在宅医療の「光」だけでなく、「影」も見てほしい。

例えば、患者宅では性的暴行に遭遇しうる。交通事故の危険や犬に噛まれるなどの動物事故も珍しくない。また、在宅医療現場でも看護師や介護職の腰痛保持率は8割程度と推測され、針刺し事故に至っては、病院看護師に比較して、訪問看護師は無防備な状況が多い。在宅医療が「よきもの」だけで論じられ、このような危険性がしっかり論じられないなら、在宅医療がいかに推進されても、遅れた医療現場ではないだろうか。

そこで、千葉県の松戸市医師会では、「松戸市在宅医療連携拠点（2015年度）」として、松戸市のすべての訪問看護・在宅医療に携わる看護師に、24時間365日、迅速検査、HIV予防薬投与を含めた、病院並みの針刺し事故への対応を2015年8月1日に開始した。その後、在宅医療介護連携推進事業に引き継がれ、2019年3月1日より在宅医療介護の全職種に対象を拡張して運用している。

3. かかりつけ医の在宅医療

親身になって診療を行う「かかりつけ医」は、5年後、10年後には、次のような相談に、遭遇することがある。

「先生、うちの母ですが、足腰が立たなくなり通院が困難になりましたが、『ずっと先生に診てもらいたい、他の先生は嫌だ』と言います。お暇なときでいいですので、往診で診ていただけないでしょうか。」

このように、真摯な診療に努めた「かかりつけ医」は、必然的に在宅医療に参入する機会を経験する。また、医師だけでなく、薬剤師を含め他の専門職も同様な経験をjする。在宅医療は、「かかりつけ医」の活動の延長線上にあり、「かかりつけ医との信頼関係」を基盤に、患者は、自宅で安心して最期まで療養可能となる。

医師の行う在宅医療の基本構造は、①定期的な診療（訪問診療）、②24時間対応から構成される。24時間対応は、医師が日中に外来や検査・処置をしているときと、夜間・休日への対応が問題となる。これらへの対応は①看護師との連携（24時間の訪問看護ステーション）、②医師同士の連携、③急性期病院との連携）で対応していく。

特に、日中の医療管理は重要であり、夜間対応と密接に関係してくる。日中の診療で、夜間に起こりうることを予測し、「予測に応じた治療」や、「起こりうることの説明」、「使用するかもしれない頓用薬の処方」などを行う。導入直後や、がん末期の場合には、（計画的に）頻回に医師や看護師が訪問し、疑問や問題点を吸収していく。この上で、「夜間対応を積極的に行う」と、患者や家族に伝えることで大きな安心を与えることができる。夜間、電話相談を受ける場合にも、臨時往診をする場合でも、それらの大部分は予想可能である。

「看護師連携による24時間対応」は、医師が一人である場合には有力な方法であり、訪問看護ステーションに「ファーストコール」を受け持ってもらおう。そのためにも、スキルの高い看護師を地域で養成することが重要な課題となる。

在宅医療は急性疾患に対する治療能力において有力な現場ではないため、急性疾患等の発生に対して病院連携を行うことは重要である。一方、「24

時間対応を全面的に病院に依頼する」ことは、かかりつけ医としては好ましいあり方ではないと考えられる。「かかりつけ医」が、医学的判断やこれまでの患者や家族の価値観を勘案し、入院が望ましいと判断したときに限り、病院に依頼することが好ましい。

4. 地域包括ケアシステム

2012年介護保険制度の改正により、「包括的地域ケア」が導入された。医療、介護、住まい、予防、生活支援を日常生活圏域で提供し、「住み慣れた地域で最期まで暮らせる」システムを作ろうと考えている。決まった形はなく、地域ごとに合ったシステムを作ることに意義がある。もはや「集落のない場所」では地域包括ケアは困難とされる。

地域包括ケアの中には自助、互助、共助の考え方が入っているが、「自助」は自分でできることは自分で行うこと、「互助」は地域の方同士の助け合い、「共助」は介護保険・医療保険・年金などの社会保険、「公助」は税による社会保障などであり、これらを組み合わせ、障害があっても地域で暮らせるシステムを作っていく。

地域包括ケアの本質は、限られた財源や人的資源、社会資源でケアを日常生活圏域での地域で組み立てることである。地区行政、医療機関や介護施設による「地域づくり」への取り組みが問われている。

地域づくりとは、市民への啓蒙、多職種の交流（顔の見える関係）、行政への働きかけが重要である。在宅医療介護連携推進事業、地域ケア会議など、行政が主体のものも活用して連携を深めていく。「互助の少ない都市部」、「人的資源の少ない過疎地」での地域づくりが今求められている。

座長 山口県は、高齢夫婦のみの世帯割合が全国1位、独居高齢者の世帯割合が全国4位で、全国より10年高齢化が進んでいると言われている。中山間地や離島などでは、地域包括ケアは難しいという話もあったが、実際にはどのような対応をしたら良いか。

和田 極めて難しく、また、本質的な問題である。私は、従来の自宅での対応は難しいと思う。居宅ということで、介護施設や集合住宅などを含めた住み替えのようなものが必要かもしれない。特定の人を特定の人との訪問で対応していくのは、人口が少ないところでは難しい。人口がある程度あれば、巡回型で独居の人に対応していくことは可能である。

シンポジウム

テーマ「在宅医療に関わる多職種の取り組み」

座長：山口県医師会常任理事 清水 暢

1. 山口県在宅歯科保健医療連携室事業

山口県歯科医師会理事 戸井 正樹

県歯科医師会では、平成23年に国事業の「在宅歯科保健医療連携室事業」を始めた。在宅における歯科治療や口腔ケアが必要な時に、どこへ相談したらよいか分からないという状況を解消し、地域包括支援センター、病院、施設、ケアマネ、介護保険業者、県民がまず連携室に相談するという筋道を作ることを目的とした。連携室を設置することで関係機関との連携調整を図り、歯科医療従事者には機器を貸出することによって在宅歯科医療の推進を図り、普及啓発のためのポスターやリーフレット、HP等も作成した。

平成26年1月には、県内8つ、各医療圏に在宅歯科保健医療連携室を設置するに至った。また、訪問診療に協力いただける在宅訪問歯科診療協力医、障がい者歯科診療協力医のリストを作成・配付した。その他、多職種の方が記入しやすく、漏れがない訪問診療の申込書様式を平成28年度に作成した。この様式は、歯科医師会ホームページからダウンロード可能で、これで申込みいただくと最寄りの歯科医を派遣することができるので、活用いただきたい。

在宅で歯科治療や口腔ケアが必要な場合に最も良い方法は、利用者のかかりつけ歯科医へつなげることである。口腔ケアをすることで肺炎が減ったり、口から食べることによって栄養状態が改善するなど、歯科でも在宅の対応に取り組んでいるので、何かあれば連絡をいただきたい。

2. 薬剤師の服薬支援・在宅薬局検索システム

山口県薬剤師会理事 戸田 康紀

薬剤師の服薬支援の基本は、服薬状況を正確に把握することと、医師の指示どおりに飲めるようにすることだと思っており、これらを大前提として、主治医の指示、病気と薬の内容、本人や家族の希望、ケアマネジャーの意見、サービス利用状況等を考慮している。特に、認知症の患者さんは、1か月分の薬がそのままゴミ箱に入っていることも少なくない。医療費の無駄も問題であるが、そもそも治療になっていないことが根幹の問題と思われる。

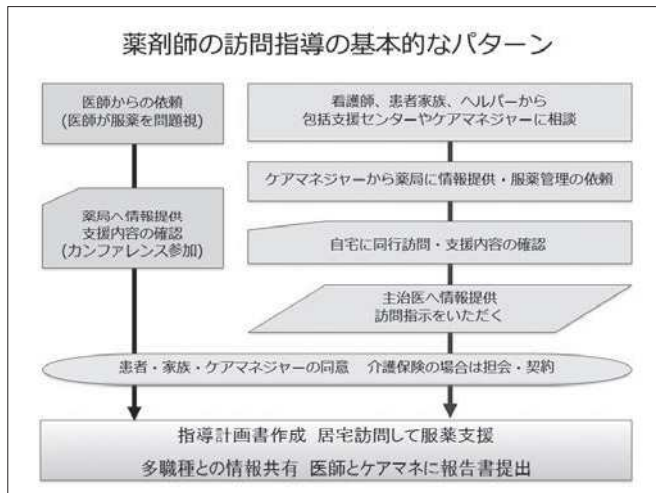
最近では、服薬支援ロボット（e-お薬さん）を利用することも増えている。セットした時間から40分間大きな声で5分おきに服薬を呼びかけてくれる機械で、取り出されると登録されたメールに取り出し完了通知のメールが届く。取り出されずに40分経った場合にもメールが届く。当薬局でも、現在13名の患者さんへ貸し出しをしている。これからも増えていく認知症の方へ服薬管理していくには、こうした機械やITを使わないと、マンパワーは足りない。

薬局では、多職種との情報のやり取りが非常に多い。通常、FAXや電話、ショートメールなどでしているが、グループで情報共有する場合には専用のSNSを使うことが増えている。岩国では、岩国市医師会が採用されている完全非公開型医療介護専用SNS「メディカルケアステーション」を利用している。

薬剤師の在宅は、保険点数の算定上、6日以上あけて月4回までとされている。依頼されるパターンは主に右頁の図ようになる。

県薬剤師会では、在宅への取組みは各薬局で大きく温度差があるため、ホームページで地域別に薬局の対応状況のリストを公開し、地区の薬剤師会にはコーディネーターを配置して、薬局の在宅に関する何でも相談係になっていただいている。

その他に、末期がんの患者さん等が自宅で過ごすための疼痛管理の体制整備も進めている。飲み込みが難しくなった方の疼痛管理を在宅でする場合、麻薬のパッチ製剤が使われることがほとんどだと聞いているが、注射薬でなければ難しい



方もいらっしゃるの、その対応もしている。県内でも無菌調剤が可能な薬局も増えつつあり、共同利用もされている薬局もあるのでご利用いただきたい。

3. 在宅医療支援に関わる看護職の連携推進・強化事業

山口県看護協会専務理事 金子 恵子

山口県看護協会は、昭和22年に発足、平成24年に公益認定を受けて公益社団法人に移行し、昨年、創立70周年を迎えた。「看護の質の向上」、「看護職が働き続けられる環境づくり」、そして公益法人として、「地域の人々のニーズに応える看護領域の開発・展開」を使命として事業を行っている。県内の看護職の就業者数は25,105人（平成30年12月末時点）で、そのうち10,303人が会員で、県内に11の支部がある。

看護職の就業場所は病院がもっとも多いが、診療所や介護保険施設、訪問看護ステーションなど多様な場に広がっている。特に、平成24年以降は介護保険施設等の就業者数が増加し、訪問看護ステーションも微増している。

本協会は、「地域包括ケアにおける看護力の強化と連携」を2019年度の重点方針の一つとして取り組んでおり、県内に3か所の訪問看護ステーションを運営し、「訪問看護師育成支援事業」として初任期から中堅・管理者の研修を行っている。また、今年度からは、特養や老健を対象とした、介護職員等の医療的知識習得関係研修として、認定看護師の出前講座を開始した。看護職は、就業者数が多く、働く場も多様であることなどから、看護職間の連携が課題となっている。

そこで、支部組織を活用し、「在宅療養支援に係る看護職の連携推進・強化事業」を平成30年度より開始した。地域包括ケアが推進される中で、急性期病院では在院日数の短縮化等により早期の退院支援が求められ、地域との連携強化が課題となっている。今後、療養の場が「医療機関から暮らしの場へ」移行し、地域における看護活動が内容的、量的に拡充することが予測されている。しかし、看護職の働く場は多様化の一方で、やはり病院等医療機関に集中しているため、地域を意識した看護の視点が育ち難い環境にある。また、看護職（特に医療機関の看護職）は地域で進められている施策に関わる機会が少ないのが現状である。

そのような現状を踏まえ、地域における看護職間の連携を強化し、看護職として地域包括ケアの推進に参画する意識を高めることと、患者・家族に質の高い保健・医療・介護のサービスを必要時に切れ目なく提供するための確かな看護スキルや連携調整力、マネジメント能力を身に付けることを目的に、支部単位で検討会を設置して多様な場で働く看護職間で意見交換のできる場をつくり、地域における看護職間の連携上の課題を抽出し、

課題への取組みを検討し実施することとした。

具体的な内容は、地域内の病院・施設の看護管理者、訪問看護ステーション管理者、地域連携担当者、地域包括支援センター保健師等で検討会を設置し、地域における看護職間の連携の課題を抽出し、課題に対する取組みを企画して、病院、施設、訪問看護ステーション、行政等の看護職員を対象に、講義やグループワークを実施している。

今後の課題としては、①病院・施設と在宅で患者（利用者）の情報が共有され、状態の変化とともに更新され、繋がるシステムがあると有用だということで、より使いやすい情報共有のツールが必要と考えている。ICTの活用例としては、岩国医療圏のいつつばしネット「いつつばし連絡帳」は、多職種間での情報共有のネットワークになっていると聞いている。さらに、②多職種間での連携を図る取組みは並行して必要であり、③認定看護師・特定行為研修の修了者を増やし活用を推進するなど、看護の役割拡大に努めていくことも必要と考えている。

4. 訪問看護の現状と課題

山口県訪問看護ステーション協議会

会長 柴崎 恵子

山口県訪問看護ステーション協議会は平成7年に発足し、平成12年に県内を8支部に組織区分して支部活動を開始した。協議会の基本目標を「多様なライフスタイルを踏まえた地域包括ケアシステムの構築に前向きに取組み、在宅医療の中心的担い手として、“利用者に寄り添い、思いやりのある安心・満足していただける良質なケアの提供”ができる」こととして活動している。会員事業所数は令和元年8月現在で108事業所、西高東低で北浦も少ない。

県指定の訪問看護事業所数は、近年、新しい事業所がたくさんできてはいるが、廃業や休止の事業所も多くみられ、令和元年9月現在で143事業所、県内の訪問看護師数は平成28年12月現在で1,960人（正職員以外の数も含む）。

全国的な状況にはなるが、訪問看護の対象者は小児から超高齢者までに至り、利用者だけでなくその家族の健康問題にまで関わり、潜在ニーズを

引き出して適切な医療につなげ、悪化を予防し、そして穏やかな看取りの支援をしている。

対象は、難病や精神疾患にまで拡大されてきており、介護保険による高齢者への訪問看護も提供するが、神経難病やがん末期、急性憎悪時には医療保険に切り替えて訪問看護を提供する。退院支援時には、必要であれば病院への訪問もしている。精神疾患患者の訪問看護も増えてきており、精神科に特化した事業所も増加している。

訪問看護ステーションは、平成4年に老人保健法の改正により登場したが、当初は寝たきり老人の介護に重点を置いた看護とリハビリテーションが目的であった。平成12年に介護保険がスタートし、居宅サービスの一つとして訪問看護を提供するようになった。そして、医療保険あるいは自立支援との併用があるなど、制度改革があるたびに複雑化してきている。

中重度者に対する訪問看護では、医療処置が多くなってから初めて訪問看護が導入されることが多く、例えば褥瘡が悪化してから依頼が来るといったことも珍しくない。医療処置がないと訪問看護の依頼がないこともよくある。さらに、医療依存度の高い重度化した利用者の療養が長期化した場合、医療処置のある利用者を受け入れることができるデイサービスやショートステイが必要になるが、実施するサービス機関が少ない現状にある。

重度化、長期化する在宅療養者には、それを支援する体制づくりが必要である。介護保険に療養通所介護が創設され、本来は介護保険対象であるが実際には医療保険対象者も引き受けており、小児や神経難病、気管切開、人工呼吸器の方を受入れて支援しているが、制度創設後、その数はあまり増えていない。医療依存度の高い療養者のショートステイ等は引き受ける施設が限られており、その数もとても少ないのが現状である。

訪問看護の事業所運営は、訪問回数は多くなったが収入減であることが多く、それは介護保険の30分未満の訪問が多いのも一つの要因ではないかと考えている。運営の地域格差もかなり見られ、訪問の交通手段や時間の影響を大きく受ける。効率よく訪問したいと思っても、ケアプランに位置づけられ、曜日や時間に偏りが生じている。

介護保険になり、訪問看護の必要性はあるものの、限度額の関係などでケアプランに位置づけられてないこともよく聞く。訪問看護は緊急体制を取ることで「安心」の保障をしているが、それに対するマンパワーの確保が困難な事業所が多いのも実情である。また、予防的に関わることで入院を回避したり、寝たきりを防止できたりすることが十分に理解されていないこともある。

現在、国では「病院で死ぬのではなく在宅での穏やかな死」を推し進めているが、まだまだ病院死が一般的で、病院でなければ死ねないと思っ
ている人が多いと感じる。それは一般市民のみではなく急性期医療の医療者からもそう思わせられる場面がよくある。エンド・オブ・ライフについて急性期病院も含めて早急に検討すべき時が来ていると言われている。では、私たちは地域の中で暮らし続け、穏やかに亡くなっていく過程を、どのように支え続け看取っていくべきなのか。医療は治す医療から支える医療へ転換し、家族になるべく悔いが残らない看取りを支援していく必要がある。そのために、日頃からかかりつけ医と訪問看護の連携が必要と思われる。

看取り可能な町には訪問看護の充実が必要で、そのためのマンパワー確保のための対策に取り組むこと、訪問看護師や管理者の質の向上を図ること、訪問看護の啓蒙活動をすること、行政の会議へ参画すること等に協議会としても今後取り組んでいきたい。

5. 在宅医療に関わる多職種の取組み

山口県介護支援専門員協会会長 二井 隆一

山口県介護支援専門員協会は、会員数1,511人（平成30年度）で約50%の加入率になる。主な事業は、①介護支援専門員実務研修事業、②介護支援専門員法定研修への講師派遣、③ケアプラン点検事業、④ケアマネジメントの関する調査研究、⑤情報発信（メルマガ、スマホアプリ）である。

基本的に看護師や社会福祉士等の基礎資格を持っている人が、実務経験があり、試験に合格して研修を受ければケアマネになれる。ケアマネの基礎資格を平成12年から累計でみると、圧倒的

に介護福祉士を持った人が圧倒的に多い。一般的には6割が介護系のケアマネだと言われており、しっかりとした医療知識を身に付けていかないといけない。

平成30年に診療報酬・介護報酬同時改定があり、ケアマネは医療機関、とりわけ医師との緊密な連携ということから、入院時、退院時、終末期（退院）でそれぞれ報酬が付けられ、加算誘導により、多職種連携・医療連携が促されることになった。

現在、各市町でも多職種連携の研修会は開催されており、その事例検討会で抽出された主な課題については重要な点であると思われ、そのいくつかを紹介する。

【課題1】入院時の連携について

ケアマネ「利用者さんが入院にしたことを知らなかった…」

医療機関側「患者さんに担当ケアマネがいるのか、それ自体もわからない」

→ こうした事例が多かったことから、お薬手帳の最後のページにケアマネの名刺を貼ってもらうという「お薬手帳でケアマネと医療をつなぐキャンペーン」が下関市限定で行われている。

【課題2】薬の管理について

ケアマネ「認知症の利用者さんの残薬が多くて、どこに相談したらよいかわからない…」

薬剤師「患者さんが服薬管理できているのか、薬局の対面だけではわからない。在宅生活の情報が欲しい…」

→ 薬剤師会の取組みで訪問頻度の多いケアマネに残薬の状況を見てもらい、残薬がある場合には「お薬スカッと解消バッグ」に残薬を入れて、ケアマネ又は家族等が薬局へ持っていき、薬剤師に残薬を見直してもらい、再度処方等について検討してもらう取組みを実施。

【課題3】医師・歯科医師・薬剤師との連携について

ケアマネ「連携を取りたいが、どのような情報をどのタイミングで情報提供すればよいかわからない…」

医師等「忙しい時間にいきなり来られても困る。

情報をいきなり FAX で送りつけられることもある」

→ 協会として、医療機関へ情報提供するモデル様式を作成して提案し、各地区でも医師会と介護支援専門協会とが連携して利用できる様式を作っている。また、県医師会の取組みとして、各医療機関にケアマネタイムを設けていただいて、ケアマネからの相談を受けることができる曜日・時間帯の一覧を作成いただき活用している。

【課題4】退院後のフィードバックについて

ケアマネ「利用者さんの退院後の情報を病院に提供しても意味がないのでは？」

医療機関側「退院後の生活が見えてこないの、支援内容がこれでよかったのかわからない…」

→ 下関市の取組みとして、医療機関にフィードバック窓口をつくっていただき、ケアマネが報告・相談していくことにしている。

【課題5】ケアマネの医療知識について

ケアマネ「医療機関側との連携が苦手…」

医療機関側「ケアマネにもある程度の医療知識が必要ではないか…」

→ 介護系のケアマネが多いということで、山口県介護支援専門員協会が今年度計画している研修22回のうち、医療知識や医療に関する研修を7回予定している。

6. 山口県医師会の取組み

山口県医師会理事 吉水 一郎

山口県医師会では、各都市医師会における取組みを支援して事業費を助成する「在宅医療推進事業」を平成28～29年度に実施し、続いて「地域包括ケア推進事業」を29～30年度に実施した。在宅医療の推進・地域包括ケアの構築に向け、郡市医師会がこれまでの取組みを拡大、新たに取り組む事業、行政の委託・補助事業の対象とはならない又は事業費が賄えない事業を対象事業として、多くの都市医師会で活用されている。

県の事業（地域医療介護総合確保基金）としては、在宅医療提供体制充実支援事業が実施されている。その内容としては、在宅医療機関の拡大、連携等による負担軽減、地域住民への在宅医療

の普及啓発等で、事業期間（3年度間）を通じて、各圏域の実情に応じて取組みを進めることになっている。

次に、自院での現状、取組みなどを報告する。訪問診療は地域のニーズに沿って増えており、ほとんどが施設の患者さんになる。往診の件数は減ってきているが、介護度が少し低い患者さんにも訪問診療を行うケースが増えていることが考えられる。

施設入所者の方々に今後の意向同意書を施設間で共有していく取組みをしている。急病時に急性期病院へ搬送してほしいのか、療養型でよいのか、この施設でそのまま過ごしたいのかといった、ACPの意向調査のようなものを各施設で検討している。最も困るのは急変時の対応で、入院が必要な場合には、主に在宅療養後方支援病院へ紹介することが多くなった。従来は急性期病院へ送るのが常であったが、そこまで重症でない場合には、こうした病院を活用している。

県内には、在宅療養支援診療所は149あるが、そのうち約10%が機能強化型の届出をされている。機能強化型在宅療養支援診療所は、往診の要請があれば365日24時間対応できる体制、連携医療機関で合計3名以上の常勤医、1年間で緊急往診実績が4件以上、1年間で看取り実績が2件以上といった要件がある。県内の強化型支援診療（単独型、連携型）は、単独型は2診療所、連携型は13診療所である。

会員の先生方へのアンケート結果で気になる点を挙げてみると、人員不足（一人医師体制では困難、24時間対応の看護師不足など）、報酬体系などが複雑、非効率な診療スタイルではないかといった意見があった。その他には、介護施設が困り込みをして必要な支援が入っていない、後方支援病院の受け入れが困難、基幹病院が地域包括ケア病棟を持つことによって在宅医療への阻害がみられる等の課題があり、経済的理由から在宅医療を望まない家族が増えているといった回答もあった。

県医師会としても、できるだけハードルを上げずに在宅医療に取り組んでいただけるようにしたいと思っている。

意見交換

座長 看護協会から、看護職間の連携推進の活動で、退院支援の看護サマリーの書き方等の取組みの報告があったが、実際に退院支援・カンファレンスは以前より活発になってきているか。

看護協会 退院支援は、急性期病院の在院日数が短くなる中で、後方病院もしくは在宅へ移っていただくために調整をすることと受け取られていた時期もある。しかし、現在はまず最初に、どこで療養したいかについて本人・家族の意思を確認し、次の段階として地域のどのような資源を使って生活・療養を組み立てていくかという流れの退院支援が考えられるようになってきた。病院によっては、特に退院支援を行う看護師を各病棟へ配置したり、退院時のカンファレンスにしても看護師が介在して多職種の方との連携を図られている取組みもあると聞いている。しかし、どの病院でもすべてができていくわけではなく、時間的、人的な問題等によって、十分な本人の意思の確認ができないままに調整だけが先に進んでしまうこともまだあるのが実情だと思われる。

座長 訪問看護ではどうか。

訪問看護師 各病院まちまちで、訪問看護の立場から非常にやりやすい、素晴らしい退院調整がされているところもあるし、そうでないところもある。先に言われたとおり、退院する時に最も大事なものは、本人がどこに入りたいかという点だと思うが、そこが抜けていることがよくある。病院の中に看護職はいろいろいるが、その患者の担当看護師が何をするか、退院調整担当の看護師が何をするか、病院の中での役割分担がまだできていない病院も多いので、それも必要であろうし、外とのつながりの窓口を一つにすることも重要と思われる。

個人的には、入院してすぐのカンファレンスが必要だと思っている。現在、ケアマネは入院時に呼ばれると思うが、疾患が発症されている患者さんであって、その予後が想像できるのは看護職だと思うので、そこに地域の訪問看護師を入れてい

ただきたい。

座長 ケアマネの立場で、急に入退院支援を依頼されて困ったことはないか。

ケアマネ 最近は、退院時のカンファレンスにケアマネにも声がかかることが多い。ただし、その案内が急なためになかなか調整がつかないこともある。

確かに入院時からケアマネがしっかり関わることで、連携が上手くできて退院へつなげていけることはある。やはり、入院時から在宅での様子や使っているサービス、介護力等を情報提供した上で、病院入院中の医療・リハビリがあり、そしてスムーズな退院支援につないでいけると思っている。

しかし、入院前は介護サービスなど全く利用されておらず、ケアマネの担当者がいない人もいる。よって、必ず入院時からケアマネが関われるかはわからないが、退院時に必ず介護サービス等が必要であれば、早めに介護申請をして早めにケアマネに目星を付けて声をかけておくことでスムーズな退院調整ができるのではないかと思う。

座長 「お薬手帳にケアマネと医療をつなぐキャンペーン」の取組みがあったが、どの程度活用されているか。また、下関市だけの取組みになるか。

ケアマネ 調査はしていないが、周囲のケアマネに聞いたところでは、早めに声がかかるようになったようだ。今年度から始めた事業なので、まだそれほど浸透していないが、今後広がれば良いと思っている。

キャンペーンとして実施しているのは下関市だけである。地域の薬剤師会や医師会の協力のもとに進めたものになる。

座長 病院や地域によって違いはあるが、以前よりは退院支援も進めやすくなっているようである。

口腔ケアについては、医療・介護関係者も関心を持たれている方が多くなってきた。「在宅歯科保健医療連携室」への相談はどのような状況か。

歯科医 まだ相談件数は少ないので、活用いただきたい。約10年前、口腔ケアをすると施設入所者の誤嚥性肺炎の発症率が下がったという報告がされ、口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防に重要だという認識が生まれた。歯科医師会でも、口腔ケアの多職種向け講習会をしている。口腔ケアは、歯科関係者だけがするものではなく、日々の生活の中で本人、ヘルパー、施設職員等にさせていただくものになる。ぜひ研修会等に参加いただいて、短い時間で安全に効果的にする方法をマスターしていただきたい。

座長 口腔ケアは、訪問看護でも一般的にされているようだが。

訪問看護師 訪問看護でも、看護で行える口腔ケアをしている。また、嚥下障害への対応も含めて、各地域で訪問いただける歯科医にお願いしていると思う。

座長 歯科医師会での嚥下障害への取組みはどうか。

歯科医 現在、歯科の中でも摂食嚥下が重要だという認識になっている。施設においては、介護保険でも経口維持加算が取れるようになっている。歯科は“食べるための専門家”という認識へ変わりつつある。例えば、入れ歯が入れられない方がいると、どうすれば口から安全に食べることができるか、食形態や姿勢などの問題から、総合的に食べることに関与していくのが歯科だという認識になってきている。

座長 訪問服薬指導について、開始するパターンをいくつか紹介いただいたが、ケアマネからの相談が多いか。

薬剤師 ケアマネからが多い。服薬状況を最も把握できるのはケアマネだと思っており、約2年前、ヘルパー事業所の主任さん等が、利用者の自宅で服薬状況が悪い又は残薬が多い状況を見つけた場合には、ケアマネへ報告することが義務化されたということもある。

服薬は入院中とは異なり生活の一部になってしまい、第一ではなくなってしまう。そこで、ケアマネが生活を整える際には、食事や運動と同じように服薬を整えることも見ていただくようにいつも話している。さらに、専門的な判断も伴うことがあるので、服薬状況をしっかり把握し、必要があれば薬剤師へ相談するという流れができつつある。

薬剤師にも医師へ報告する際には、どのようなことをしているか具体的に記述するように指導している。最終的には、医師から直接薬剤師へ依頼する流れも大きくしていきたいと思っている。

座長 残薬の問題により、在宅での服薬指導は非常に重要になっている。以前は、医師の理解もあまりなく、指導指示書がでなかったこともあったようだが、今はスムーズになっているか。

薬剤師 指示については、一時期、在宅の実績があると薬局の保険点数が高くなるという制度があり、薬剤師が在宅の実績を積むために1件でも多く在宅の服薬の指示を取ろうとしたり、実際には配達だけになっていることが問題になったことも



ある。従って、服薬の状況をよく把握しているのはケアマネの方なので、なるべくケアマネに了承を得て、ケアプランの中に入って、動くようにしている。医療・介護連携の一員として仕事をするにはそれが必要と思っている。

座長 ケアマネと医師との連携がいろいろ難しいということで、ケアマネタイムをつくったりしているが、現在はどうか。

ケアマネ 以前よりは、多職種の方と連携しやすくなったと聞いている。ただし、研修会や会議等で上手く意見交換できても、実際の現場では難しく、そのギャップに悩んでいることを聞く。

国においても、介護系のケアマネが多いということで、将来的には人工知能（AI）等を使ってこれまで蓄積できたデータベースからケアマネがアセスメントしたものを入力すると、医療サービス等の内容が提案されるような流れを作ろうとしている。現在の6割が介護系という実態を考えると、苦手とする部分の知識などをこれまでのデータベースで補っていくことも必要になってくると思われる。

座長 山口県では、居宅・自宅の在宅がなかなか難しく、施設在宅が多い。地域包括ケアの啓蒙活動も地域の郡市医師会等を中心に行われているが、なかなか浸透していかない。山口県は医師の平均年齢が非常に高く、若い医師は都会へ出ていき、医師数も減っているところで、今後、在宅医療に携わっていく医師数について不安もある。私見でいいので、どのように思われるか。

医師 個人的にも危機感がある。下関圏域内のドクターも高齢化が進んでおり、在宅医療をするだけの余力がないという医師が増えている。また、施設中心の在宅についても、施設間の連携が上手くいかないと思進んでいけないと思う。特に、山口県は単独世帯で独居の高齢者が多く、どうしても施設へ入る方が多いため、そこでの在宅医療を充実させていく必要もある。

座長 在宅医療をコーディネートするのがケアマネで、対応の中心になるのは訪問看護ステーションではないかと思っている。現在、訪問看護ステーションの数は増えているが、1事業所当たりの人数が少ないということで、仕事としてハードと思われるが如何か。

訪問看護師（実際に調べているわけではないが、）訪問看護ステーションの人員基準が最低常勤2.5人であるため、最も小さい単位が3人だと思う。山口県で以前調べた際には、4～5人の事業所も多かったと思う。5～6人いれば何とかやれると思うが、それ以下の事業所は厳しく、管理者一人が携帯電話を持って一生懸命やっているところも少なくない。

座長 看護協会で訪問看護師の養成もされているが、そちらから訪問看護へ流れて行く方もおられるか。

看護協会 県内の訪問看護師の就業者数は非常に少なく、新人看護師が卒後すぐに就く勤務先としてはハードルが高い。よって、就業している中で、関心を持った人が流れていけるようにしたい。訪問看護は病院の看護とは異なるので、中堅・管理者への研修を地道に続けているところだが、定着につなげるのはなかなか難しい。しかし、協会としても訪問看護は大切なことだと考えている。

県内は小規模事業所が多く、経営が安定しない、就業者が研修に行きたくても行けないなどの状況がある。ある程度の規模にすることや、連携し合うことが必要と思われる。

座長 今回、県レベルで各団体から始めてこのようなディスカッションする場ができたことは大変大きいことと思う。これを機会に今後も在宅医療の推進のために、各団体が連携していくことができればと考える。