

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2013 年度（前期）一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

在宅療養高齢者の療養生活維持のための 包括医療・ケア基盤の構築とその効果に関する 実証的研究

松 浦 尊 麿、森 本 敦 子、佐 藤 博 美（多可赤十字病院）
渡 辺 美 鈴（大阪医科大学）

報 告 者：松浦 尊麿
兵庫県多可郡多可町中区岸上 280
電話 0795-32-1223

助成対象年度：2013 年度前期
提出年月日：平成 26 年 8 月 28 日

【研究の背景】

多可町は兵庫県北部（北播磨）に位置する農山村で、「敬老の日」発祥の地である。平成24年4月現在の多可町人口は23,386人、高齢化率は29.4%に達し、独居、高齢世帯が増加している。また、山間集落には「限界集落」化した集落もあり、若者流出による人口減少の進行とともに残された高齢者世帯をどう支えていくかが大きな課題となっている¹⁾。

人口の高齢化が進み、長年住み慣れた地域で住み続けることは高齢者にとって至難なこととなっている²⁾現状の中で、老いや病を抱え生活そのものが保持できなくなっている人たちを支えるためには一医療機関だけでなく地域内のあらゆる社会資源が協働した取り組みを起こしていくほかはない。

多可赤十字病院は一般病床、回復期病床をはじめ、併設した老人保健施設、居宅介護支援事業所、委託在宅介護支援センター、訪問看護ステーションなどを有した小規模病院であるが、平成24年度から、診療圏域における医療・ケアの一体的提供により、「老後に至るまで住みなれた居宅・地域で安心して住み続けることができる」包括的医療・ケアを担う病院となるべく、様々な取り組みを開始した。

24年度4月には、院内に医療・ケアをワンストップで対応する地域医療支援センターを開設した。地域医療支援センターは総合診療科と一体的な事業を行い、院内外における医療・ケア連携、包括的医療・ケアのための多様な役割を有する病院の中核的部署であり、院内外の連携を密にした包括的医療・ケアのマネジメント・計画づくり・院内外の関係機関との調整を担っている。総合診療科では、在宅医療にも力を注ぎ、癌の終末期などを在宅で送りたい人たちを含め、在宅療養を希望する世帯への訪問診療を行いながら、在宅ケアを担う専門職との連携を密にして在宅療養支援を行っている。総合診療科は3ヶ所の町立診療所をはじめとした診療所への医療支援として診療所医師の不在時には訪問診療代行を行い、診療所の在宅医療を支援している。

【研究の目的と方法】

1. 地域内の社会資源と連携した在宅医療を推進するための院内体制のありかたについて地域医療支援センターを中核とした実践を通して得た課題と運用方法を提示する。

院内地域医療支援センターにおける、町内診療所、介護施設、居宅サービス事業者との医療・介護連携事例をもとに、連携のための院内運用マニュアルの有効性の検証、連携による効果や課題について分析する。

2. 総合診療科を受診した人（在宅医療対象者を含む）への医療・ケアミックス対応の評価を行うことを目的に、平成24年4月に総合診療科を開設して以来の事例について、受診者の特性、医療・ケア複合対応の内容、3か月後における受診者の心身状況・生活問題の状況変化について分析する。

3. 地域包括ケアシステムのあり方を提言することを目的とし、地域包括ケアを推進するネ

ネットワークである「多可町地域包括ケア連絡協議会」の形成経過と活動内容、これまで得られた成果を例示する。

4. 25年度5月から開始した病院内電子カルテシステムの構築に併せて、ICTの在宅療養支援のための多職種連携、介護施設との医療・介護事業所間の連携、在宅療養者の映像を通じた療養高齢者・家族へのリアルタイムな医療・看護支援の運用を行うこととしており、その効果・課題の分析とともに、その運用方法を提示する。

【研究の結果】

I. 地域医療支援センターにおける地域連携とその評価

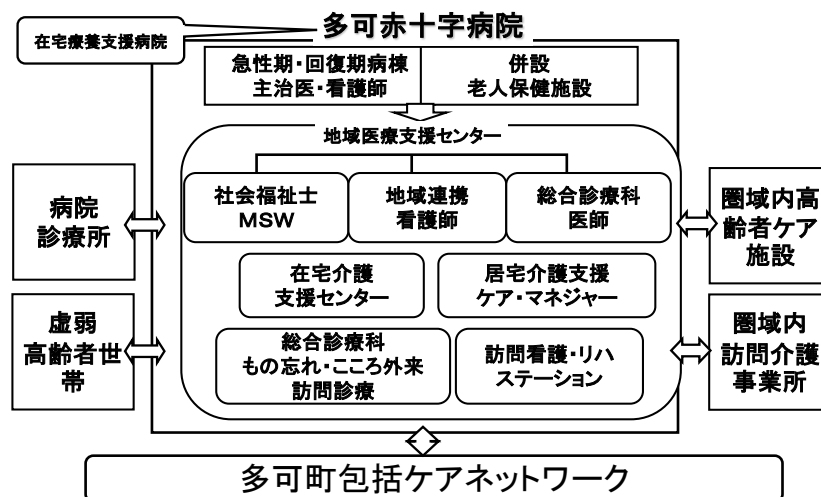
地域医療支援センターを院内に開設し、在宅療養者への包括的な医療・ケアの推進体制を整えた。また、在宅療養している高齢世帯の支援は医療や介護だけでは困難なことが少なくないため、行政との連携を深めるなかで、行政施策としての介護予防・地域支援総合事業などとも共同した取り組みを行い、在宅療養世帯を医療・介護・生活面を含めて総合的に支え切るためのネットワークの構築を始めている。

これらの取り組みの中核部署として機能するのが、総合診療科と一体となった地域医療支援センターである。

1) 地域医療支援センターの組織構成

地域医療支援センターは医療、介護、福祉問題に総合的に対応するため、看護師、保健師、社会福祉士、リハビリ専門職、ケアマネジャー等、多職種で構成されている。(図1)

図1 院内地域医療支援センターの機能構成



2) 地域医療支援センターの業務

地域医療支援センターは、院内外における医療・ケア連携、包括的医療・ケアのための多様な役割を有する重要な部署であり、総合診療科と一体的運営のもとで次のような幅広い業務を行い、院内外の連携を密にした包括的医療・ケアのマネジメント・計画づくり・院内外の関係機関との調整を担っている。

- ・総合診療科外来の運営
- ・訪問診療・看護等
- ・施設内及び地域の医療機関等との連携のマネジメント
- ・在宅療養のための包括的医療・ケア目標の策定
- ・総合相談・窓口業務
- ・介護予防事業：いきいき元気塾の支援
- ・地域医療支援センターが支援する在宅療養患者の24時間医療・ケアのオンコールセンター機能
- ・施設内外の専門職の各種研修会、住民学習会等の企画

この部署のマネジメントにより、病院が所在する町内の介護保険施設、訪問介護事業所への医療支援を強化するとともに、入院医療については圏域内の医療機関、介護施設などにベッドの空き情報を常時提供するなど、一般急性期、回復期にある患者のスムーズな受け入れを図っている。

また、介護施設入所者の緊急医療支援を行うための情報連絡マニュアルを作成し、速やかな医療対応を図っている。

(1) 介護施設からの受診予約・緊急時の連携

介護施設から受診希望がある場合は、図2に示すような所定の用紙に基本事項、病状について記載のうえ地域医療支援センターにFAX送信していただき、その情報をもとに、地域医療支援センターでは病状により受診科を定め、受診手続きを行いスムーズな受診につなげている。また、緊急受診希望がある場合は、図3、図4のフローチャートに示すような手順で病院としての即応体制を整え、介護施設への医療支援を強化している。

図2 介護施設からの情報提供書

施設からの受診情報提供書

ふりがな		年齢	生年月日
氏名		歳	(明・大・昭) 年 月 日
貴施設での利用状況	入所(特養、ケアハウス、有料、その他)・短期入所・ロングショート・通所		
主訴	意識障害 呼吸困難 血圧低下 吐血・咯血 下血 発熱 外傷 嘔吐 その他()		
症状経過	いつから: _____時間前から _____月 _____日 _____時頃より どのような症状が: どうなったか: 悪化した 急変した 症状が変化している 持続している		
希望内容	診察希望・検査希望(予約制:総合診療科にて対応)		
希望診療科	総合診療科・内科・外科・整形外科・眼科・その他()		
希望診察日	できるだけ早く・本日中・月 日		
既往歴	高血圧(+) 糖尿病(+) 心疾患(+) その他() 脳卒中(+) (脳出血・脳梗塞・クモ膜下出血)		
日常生活	歩行(可・不可) 補助具(車いす・ストレッチャー) 食事(経口・経管栄養) 排泄(自立・おむつ・バルーンカテーテル)		
意思疎通	可 困難		
認知症	物忘れ 徘徊 興奮 暴力行為 不潔行為 その他()		
当院治療歴	無 不明 有(総合診療科・内科・外科・整形外科・眼科・その他) 受診時の担当医 _____ ※わかればご記入ください		
感染症	無 不明 有(HBs WR HCV MRSA () その他)		
内服薬	(有無) ※薬、おくすり手帳、薬剤情報を必ず持参してください		
貴施設名	TEL: _____		
連絡窓口	氏名 _____ 職名 _____		
診察日時	月 日 時	診療科: 総合診療科・内科・外科・整形外科・眼科・ _____科	受付者 _____

※まずは電話でご連絡ください 施設からの『受診情報提供書』送信先は下記のところへお願い致します

	電話	FAX
平日	32-3810	32-5277
休日・夜間	32-1223	30-2027

多可赤十字病院

図3 時間内の受け入れマニュアル

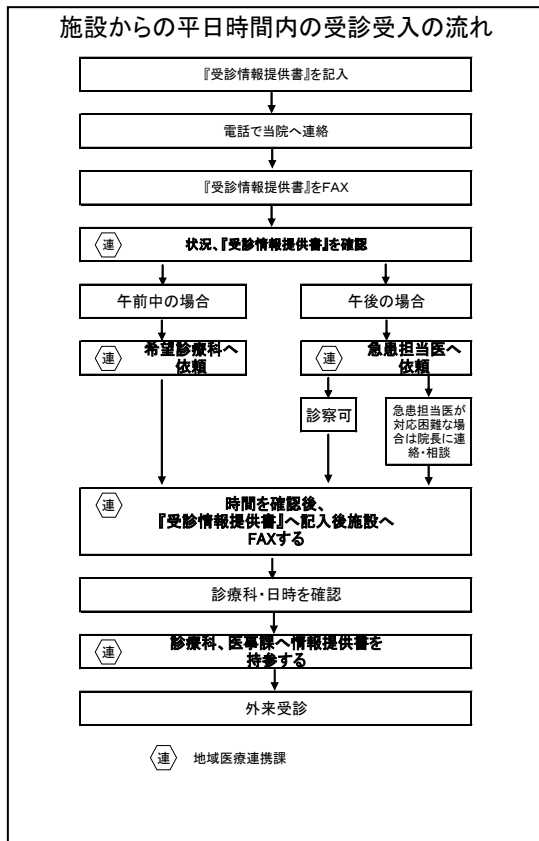
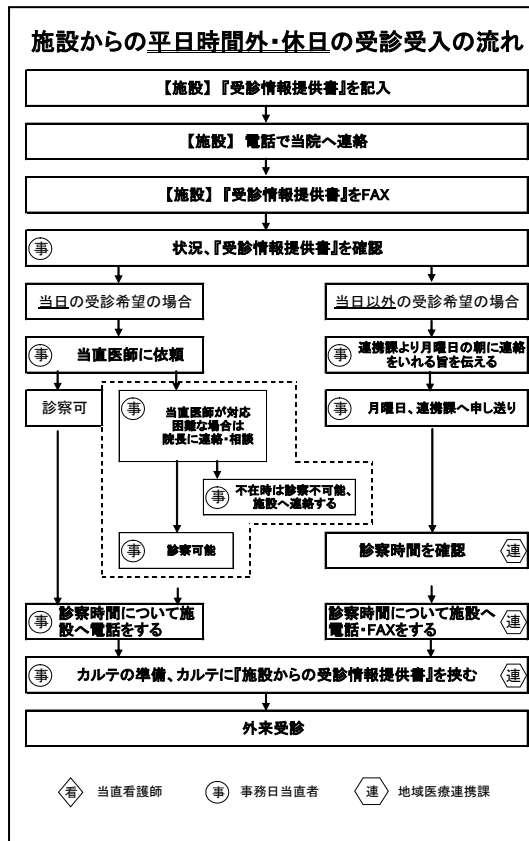


図4 時間外の受け入れマニュアル



(2) 連携事例分析

①診療所（開業医含む）との連携

受診依頼件数は 24 年度 178 件（外来受診 128 件、入院 50 件）、25 年度（9 月まで）100 件（外来受診 69 件、入院 31 件）計 278 件であった。医療機関ごとの件数（24 年度および 25 年 9 月まで）は A 医院 14 件、B 医院 6 件、C 医院 25 件、D 医院 35 件、E 医院 55 件、F 医院 25 件、G 診療所 22 件、H 診療所 57 件、I 診療所 49 件であった。

検査依頼件数（24 年度および 25 年 9 月まで）78 件であった。逆紹介件数は 24 年度 108 件、25 年度（9 月まで）44 件であった。医療機関・年度ごとの件数（24 年度および 25 年 9 月まで）は A 医院 8 件、B 医院 0 件、C 医院 11 件、D 医院 12 件、E 医院 10 件、F 医院 25 件、G 診療所 25 件、H 診療所 22 件、I 診療所 23 件、J 医療センター1 件、K 歯科医院 1 件であった。

連携内容は、受診や入院加療、輸血の依頼、検査のみの依頼、在宅療養支援病院としての連携などで、速やかに受診が実施できるように配慮をしている。

検査依頼時は FAX 用紙にて情報提供をしてもらい、上腹部内視鏡等の検査については、患者の受診負担軽減のためにその日に検査をして帰宅してもらおう配慮をしている。検査後の対応については、紹介元で対応、結果で異常のある場合のみ当院で対応、結果はすべて当院で対応の 3 つの中から選択ができるようにしている。

紹介を増やすために、地域医療支援センター看護師が新たな医師の着任時や新しい事業や医療検査機器の更新時などに医療機関に訪問を行っている。広報誌などは郵送するだけでなく、持参することにより、顔の見える関係から考えのわかる関係へと信頼関係づくりに努めた連携を図っている。

②介護施設・介護事業所との連携

受診依頼件数は 24 年度 196 件（外来受診 116 件、入院 75 件、受診に至らず 5 件）、25 年度（9 月まで）111 件（外来受診 72 件、入院 39 件）計 316 件であった。連携内容は、受診の依頼や入院の希望、嘱託医との連携による病状把握のための検査依頼や摂食嚥下機能評価、検診後の 2 次検診などである。

③介護施設との連携による効果

従来は受診時直接外来に来院し、長時間廊下で待っている状況が見られていた。そこで、施設との連携を図るために「受診情報提供書」を作成し、町内の高齢者施設を訪問して、当院受診に際しての問題点や要望等の情報収集と受診時の情報提供用紙の紹介と説明を行った。また、施設の意見を聞きながら内容の改変を重ねていく中で、受診依頼は増え、「受診しやすくなった」、「待ち時間が少なくなった」などの声が施設から寄せられるようになった。

受診情報提供書を使用後 1 年半が経過した時点で、アンケート調査を実施した。用紙の

使用の有無では、使用しているが 4 施設、使用していないが 1 施設であった。使用している理由は、病院から依頼されたが 2 施設、待ち時間が短くなるからが 3 施設、状態が伝えやすいが 2 施設であった。使用していないと回答した具体的な理由は、緊急性があり記載では情報が伝えにくい、緊急時は記載や FAX 送信の時間がないなどであった。受診のしやすさについては、受診しやすくなったが 2 施設、変わらないが 3 施設であった。受診しやすくなったと回答した具体的な内容は、来院時間が明確になったが 3 施設、事前に看護師から情報を伝えているので状態が伝えやすくなったが 1 施設、事前の情報を伝えることで受診に付き添う職員の精神的負担が軽減したが 1 施設、病院担当者（調整者）がわかり受診後の調整がしやすくなったが 1 施設であった。変わらないと答えた具体的な内容は、記載に関わらず待ち時間に変わりがない（1～2 時間待つ）が 1 施設、事前に送信していてもあまり負担の軽減を感じない、受診すると記載した内容を再度問診表に記載しなければならないし説明する必要がある、使用回数が少ないであった。その他の意見として、緊急時には不適切、受診受付できないときは早くに連絡がほしい、他の病院受診しようと思っても受付終了時間が過ぎると断られるなどがその理由であった。さらには ipad を使用した受診相談においては、医師との連携が図れ、緊急時にはスムーズに対応してもらえ、とても安心できるという意見があった。

II. 総合診療科受診患者への医療・ケア対応とその評価

1. 調査方法及び内容

1) 評価対象

平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月の間に総合診療科を受診した方（訪問診療患者を含む）50 名を対象とした。

2) 調査項目

下記のような調査項目を作成し、上記調査期間に総合診療科に受診した方について、その記録票をもとに整理・分析した。

- (1) 受診者の概要：年齢、性別、保有疾患名、受診経緯、受診目的、世帯構成、独居・老夫婦世帯の場合の子供の住居
- (2) 受診者の抱えている問題、家族関係
- (3) 本人・家人が相談したかったこと
- (4) 対応内容：疾病面、介護面、療養生活面、家族関係に対して
- (5) 3 ヶ月後の状態：①受診時の状態との比較（疾患面、ADL 面、精神面、介護者の負担面、QOL）、②療養様態、③関わった職種
- (6) 対応の結果：本人の病気療養・QOL・家族にとって良かった点、改善できなかった課題、対応について改善すべき課題

3) 分析方法

調査項目ごとに単純集計するとともに、対応内容や3ヵ月後の状態、対応結果については、記載した内容を抽出し、類似する内容毎に分類整理し、カテゴリー化した。3ヵ月後の状態変化に関与する要因については、統計ソフト SPSS を使用し、 χ^2 検定にて解析を行った。

4) 用語の定義

本調査では、QOL を「患者・家族が感じる充足度や日常生活全体及び人生全体に対する満足度や幸福感」と捉え、患者・家族への聞き取りにより評価した。

5) 倫理的配慮

ライバシーを保護するため、個人が特定できないよう記号化した集計表を作成し、分析に供することについて施設管理者の承諾を得た。

2. 結果

1) 受診者の特性

①受診者の年齢は49歳以下3人、50歳代2人、60才代8人、70才代4人、80才代18人、90歳以上15人、75歳以上が74%を占めていた。性別は男性23人、女性27人であった。(表1)

	-49歳	50-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90歳-	計
男(人)	2	0	1	3	1	0	2	6	4	4	23
女(人)	1	0	1	0	4	0	2	2	6	11	27
計	3	0	2	3	5	0	4	8	10	15	50

②受診者の保有疾患は、脳血管疾患が40、認知、精神疾患が28、消化器疾患22、心血管疾患18、内分泌疾患・骨関節疾患が5ずつ、その他となっていた。主要疾患は脳血管疾患が20人と最も多く、次いで精神疾患14人、消化器疾患11人、心血管疾患9人、内分泌疾患・骨関節疾患が5人ずつ、その他となっており、患者一人が1~8疾患、平均4疾患を有していた。

③受診経緯は、当院で訪問診療が可能となったことから訪問看護師からの紹介が8人、回復期リハビリ病棟へのリハビリ目的の他病院からの転院が7人、本人が6人、その他診療所やケアマネジャーからの依頼等が4人ずつであった。(表2)

受診の経緯	受診者数(人)
訪問看護師からの依頼	8
他病院からの紹介	7
本人・知人の意向	6
家族からの依頼	5
診療所からの紹介	4
ケアマネジャーからの依頼	4
高齢者介護施設からの依頼	4
地域包括支援センター	4
病棟からの依頼	4
その他	4

④受診の目的は、入院 12 人で内訳は疾患治療が 6 人、回復期リハビリ病棟へのリハビリ目的が 6 人であった。外来は 38 人、内訳は精査・診断が 2 人、疾患治療が 13 人、疾患治療と介護相談が 19 人、リハ目的が 4 人であった。

⑤受診者の世帯構成は、独居 3 人、老夫婦世帯 9 人、多世代世帯 38 人であった。独居のうち近隣に気にかけてくれる人がいるのは 2 人、施設入所中が 1 人であった。老夫婦世帯のうち、どちらも自立しているのが 3 人、どちらかが虚弱（要援護）が 2 人、どちらも虚弱（要援護）が 4 人であった。多世代世帯では、いつも同居している元気な家族がいるが 19 人、家族がいないことが多い（日中独居）が 11 人、その他 8 人は、元気な家族がいても家族が疲弊している、虚弱や判断力の低下した家族と同居している、施設入所している等であった。（表 3）

	独居世帯	老夫婦世帯	多世代世帯
男	2(4)	7(14)	14(28)
女	1(2)	2(4)	24(48)
()内は総和の%			

⑥独居・老夫婦 12 世帯の子供の住居は、町内 4 人、県内 3 人、県外 5 人で遠距離介護の実態がみられた。（表 4）

町内居住	4
近隣町外居住	0
県内居住	3
県外居住	5

2) 抱えている問題

①病気に関しては、後遺障害が18人、難治が15人、治療継続困難が7人、精神的苦痛が3人、その他は7人で急性症状の診断や治療等であった。

②療養生活に関しては、介護が困難は12人であり、その理由は介護者の病気や介護疲れ・疲弊、重介護に伴う負担感、介護や医療処置についての知識不足などであった。在宅生活そのものが困難な人が11人あり、その主な理由は認知症の進行や病状悪化、独居・日中独居の不安、家がない等であった。施設入所生活が困難な人は3人、その理由は医療処置が必要となり施設に戻れなくなったためであった。その他は14人で、その内容は、受診困難や定期通院困難、経済的問題、透析困難や拒否、医療面を対応してもらえない介護施設がない等であった。(表5)

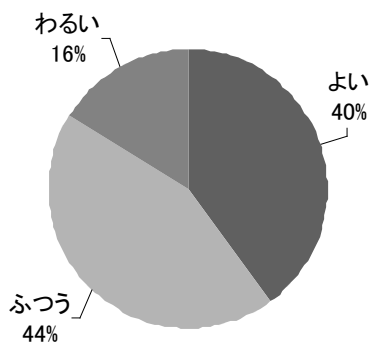
表5 病気・療養生活問題の内訳

		男	女	計
病気に関する問題	難治	9(18.0)	6(12.0)	15(30.0)
	後遺障害	7(14.0)	11(22.0)	18(36.0)
	治療継続困難	3(6.0)	4(8.0)	7(14.0)
	精神的苦痛	1(2.0)	2(4)	3(6)
	その他	3(6.0)	4(8.0)	7(14.0)
療養生活に関する問題	在宅療養困難	3(6.0)	8(16.0)	11(22.0)
	介護困難	10(20.0)	2(4.0)	12(24.0)
	施設生活困難	1(2.0)	2(4.0)	3(6.0)
	その他	6(12.0)	8(16.0)	14(28.0)

()内は総和の%

③家族関係は、良いが21人、普通が22人、悪いが7人で、関係の悪い間柄は、夫婦間、親子間、嫁姑間などであり、悪い理由は、若いときからの関係性や本人が助言を聞き入れないなど複雑な環境であった。(図5)

図5 家族関係



3) 本人・家人が相談しなかったこと

「病気のこと」が 50 人で最も多かった。具体的には、病状の定期管理（訪問診療を含む）、リハビリで後遺障害の改善を希望するものが多く、病気がよくなる、再発の不安がある、複数の医療機関を受診したが見放され、どこで診てもらえるのかわからない等深刻な相談があった。

「病気療養の場所」について相談しなかった人は 43 人で、入院の相談 10 人、通院の相談 9 人、在宅療養の相談 20 人、施設入所の相談 4 人であった。

「介護サービスに関する」相談は 33 人、「在宅での療養生活全般に関する」相談 39 人、「医療費、介護費用に関する」相談 4 人、「介護サービス以外の支援に関する」相談 4 人であった。

4) 対応内容

疾病については、当院で訪問診療が可能となり、訪問診療によるフォローが 20 人と最も多かった。次いで通院治療が 19 人、入院治療が 7 人、他院でフォローが 4 人であった。介護に関する対応は、①本人・家族指導、②介護認定、③ケアマネジャー連絡、サービス調整（カンファレンス実施し情報共有）、④リハビリテーション対応、⑤入院・施設入所対応の 5 つのカテゴリーに分類された。

療養生活面への対応は、①生活指導、②ケアマネジャーとサービス調整（カンファレンス実施し多職種で指導・共有）、③リハビリテーションの実施、④入院・施設入所の 4 つのカテゴリーに分類された。

家族関係への対応は、①家族の思いを傾聴、②家族に介護協力や支援を求める、③本人と家族間の仲介や調整の 3 つのカテゴリーに分類された。

5) 3 ヶ月後の状態

受診時の状態との比較をみると、①疾患面は改善 13 人、不変 23 人、悪化 14 人であった。悪化の内容は、食欲や摂取困難、新たな症状の出現や悪化などであった。②ADL 面は、改善 14 人、不変 22 人、悪化 14 人であった。改善の内容は、排泄や歩行レベルの向上や安定、胃ろう抜去し経口摂取となったなどであり、悪化の内容は、転倒しやすくなった、排泄動作の低下など介助量の増加、寝たきり状態となった、などであった。③精神面は、改善 19 人、不変 15 人、悪化 16 人であった。改善の内容は、自宅療養できた、言葉数や笑顔が増えた、日常生活が支障なくできるようになった、家族の支援が得られるようになった、などであった。悪化は、病状や症状の悪化に伴う不安や認知症の進行、病気の再発の心配、などであった。④介護者の負担面は、改善 14 人、不変 17 人、悪化が 19 人であった。改善の内容は、リハビリにより ADL が向上した、家族の援助や介護サービスの利用により介護負担が軽減できた、休息がとれるようになった、寝たきり状態での受診は大変であったが訪問診療で対応してもらえるので助かった。病状の変化に対し訪問看護とセンターや医師

との連携により即対応してもらえ安心感があった、自宅では入院中にはない本人の様子を見ることができ連れて帰ってよかったと介護者も満足感があった、などであった。悪化の内容は、本人からの暴言や病状の悪化、認知症の進行、ADL 低下に伴う身体的精神的負担感が大きくなった、介護疲れ、などであった。⑤QOL は、改善 25 人、不変 12 人、悪化 13 人であった。改善の内容は、表情が明るくなった、休息が取れるようになり生活のペースが改善された、リハビリの効果あり日常生活が支障なくできるようになった、家族関係が改善した、住み慣れた自宅で見慣れた景色と季節を感じながら過ごせる喜びがある、家族は入院中にはない本人の笑顔や様子を見ることで連れて帰ってよかったと満足感がある、住み慣れた自宅での療養が継続できている、家族は訪問診療や訪問看護に感謝している、などであった。悪化の内容は、ADL 向上したが以前の生活とのギャップがあり自宅に帰ることの不安感が大きい、病気が進行し介助量が増えている、家族の精神的な負担感が大きくなっている、自宅で療養できなくなった、自宅介護・看取りの覚悟をしたが出現する症状や状態の対処の知識がなく不安が大きかった、新たな病気の発症により自宅で療養できなくなった、などであった。

療養様態は、在宅療養生活 31 人、当院入院 5 人、他急性期病院入院 1 人、療養型病院入院 2 人、施設入所 3 人、死亡 8 人であった。(表 6)

療養場所	人数(人)
在宅療養生活	31
施設入所	3
死亡	8
他急性期病院入院	1
当院入院	5
療養型病院入院	2

各職種関わった対象者の人数をみると、医師、総合診療科看護師は 50 人、ケアマネジャー 36 人、訪問看護師 28 人、療法士 25 人、栄養士 17 人、社会福祉士 16 人、施設職員 14 人、包括支援センター職員 9 人、社会福祉協議会職員 3 人、民生委員 3 人、その他臨床工学士、福祉用具担当職員等が 4 人であった。(表 7)

関わった職種	人数(人)
総合診療科医師	50
総合診療科看護師	50
ケアマネジャー	36
訪問看護師	28
療法士	25
栄養士	17
社会福祉士	16
高齢者施設職員	14
地域包括支援センター担当者	9
ホームヘルパー	7
社会福祉協議会職員	3
民生委員	3
その他	4

3ヵ月後の状態に有意に関与する項目は、病状の改善・不変との関連では、「脳血管疾患がある」(P<0.05)であった。病状の悪化に関連する項目は、「訪問看護や栄養士の関わりがある」(P<0.05)であった。ADLの改善・不変に関連する項目は、「脳血管疾患がある」(P<0.05)、「ケアマネジャーの関わりがある」(P<0.01)であった。ADLの悪化に関連する項目は「訪問看護師・栄養士の関わりがある」(P<0.05)であった。精神面の悪化に関連する項目は、「認知症・精神科疾患がある」(P<0.01)であった。介護負担の増大に関する項目は、「栄養士の関わりがある」(P<0.01)であった。生活の質の低下に関する項目では、「認知症・精神科疾患がある」(P<0.01)、「社会福祉士」や「地域包括支援センター」、「民生委員」の関わりがある(P<0.05)であった。(表8)

	病状			ADL			精神面			介護負担			生活の質		
	改善・不変 %	悪化 %	χ ² 検定	改善・不変 %	悪化 %	χ ² 検定	改善・不変 %	悪化 %	χ ² 検定	改善・不変 %	悪化 %	χ ² 検定	改善・不変 %	悪化 %	χ ² 検定
脳血管疾患あり	50.0	14.3	*	50.0	14.3	*	44.1	31.3	n.s	45.2	33.3	n.s	37.8	46.2	n.s
認知症・精神疾患あり	33.3	14.3	n.s	33.3	14.3	n.s	17.6	50.0	*	19.4	44.4	n.s	16.2	61.5	**
栄養士関与	25.0	57.1	*	25.0	57.1	*	26.5	50.0	n.s	19.4	61.1	**	29.7	46.2	n.s
ケアマネ関与	63.9	92.9	n.s	61.1	0.1	**	64.7	87.5	n.s	64.5	83.3	n.s	67.6	84.6	n.s
訪問看護師関与	44.3	85.7	*	44.4	85.7	*	52.9	62.5	n.s	45.2	55.1	n.s	54.1	61.5	n.s
社会福祉士関与	36.1	21.4	n.s	38.9	14.3	n.s	29.4	37.5	n.s	25.8	44.4	n.s	21.6	61.5	*
地域包括支援センター関与	19.4	14.3	n.s	16.7	21.4	n.s	14.7	25.0	n.s	12.9	27.8	n.s	10.8	38.5	*
民生委員関与	8.3	0.1	n.s	5.6	7.1	n.s	2.9	12.5	n.s	3.2	11.1	n.s	0.03	23.1	*

* P<0.05 ** P<0.01 n.s: not significant

6) 対応の結果

本人の病気療養にとって良かった点は、定期受診により病状コントロールできた、専門医へ受診し鑑別診断された、リハビリ入院・通院により ADL が向上した、訪問診療と訪問看護により、病状管理でき在宅療養できた、訪問診療により通院の負担がなくなった、本人の望む在宅療養ができた、などであった。

本人の QOL にとって良かった点は、病院受診は唯一の外出の機会でありコミュニケーションの場となった、通院や在宅でスタッフに話を聞いてもらえた、家族の介護や家事の援助が得られ本人の生活状況が改善した、病状が安定した、ADL が安定あるいは改善した、家庭内での役割ができた、訪問サービスと家族の支援のもと自分スタイルの在宅療養ができた、入退院を繰り返しながらも家族に囲まれて在宅療養ができる期間ができた、などであった。

家族にとって良かった点は、本人の病状の安定と身体動作の安定・改善は家族の身体的・精神的安定につながった、家族の思いを傾聴してもらった、多職種カンファレンスで生活の検討をしてもらった、在宅介護により経済的負担が軽減できた、訪問診療・訪問看護による病状管理により度々の入院が避けられた、訪問診療により通院の負担が軽減できた、在宅介護は本人の思いや望みをかなえられるという家族の満足感や達成感につながった、限られた時間でも家族で過ごせる幸福感があった、レスパイト入院・介護施設入所・サービス等の利用により介護負担が軽減できた、などであった。

改善できなかった課題は、夜間の介護負担が大きい、交代がない、適切なサービス利用なく、家族が介護するのが当たり前の考えを変えられない、家族関係に踏み込めない、年齢により、使えるサービスがない、医療面も対応してもらえない介護の受け皿がない、などであった。

3. 考察

総合診療科を受診した事例の多くは、高齢で、複数の疾患を抱え、介護や今後の治療継続の方法などに悩みを抱えている世帯が多く、専門分化した病院医療のなかで、複合した問題への対応が十分に行われていない現状を反映していると推察される。

受診した人のうち介護や療養生活に問題を抱え在宅療養生活に移行後、最後まで在宅療養生活を送った人が最も多く、本人の QOL が改善した事例が多かったが、松浦ら³⁾、が島嶼地域の高齢者を対象にした主観的健康感に関する調査で、同居家族、心配ごとを聞いてくれる人がいる、などが主観的健康感に関連すると述べているように、家族がそばにいる在宅療養生活そのものが主観的健康感を高めていることが推察される。また、総合診療科の受診時だけでなく、訪問診療時にも療養生活に着眼した多職種による在宅療養カンファレンスを継続したことが本人の QOL 改善の大きな要因であったと推察される。柳澤ら⁴⁾は高齢者の社会的サポートが高齢者の心理的 QOL に関連することを、また、鈴木ら⁵⁾は介護

サービス利用率が利用者の能力向上・維持に独立して関連していると報告しており、地域医療支援センターのマネジメントにより早期から、多面的な支援について提示することが本人および家族の安心感につながり在宅療養生活への意欲も触発されたものと思われる。

脳血管疾患の場合、療養様態に改善がみられることが多く、ケアマネジャーによる多様なサービスの組み合わせが病状を改善・安定させる要因であることが推察される。また、訪問看護を実施しなければならない事例は、病状が重篤であり、栄養士が関わらなければならない事例は、摂食嚥下障害などで栄養状態が悪化することから ADL 低下や介護負担の増大と関連があることが推察される。生活の質（QOL）は認知症や精神疾患がある、社会福祉士・地域包括支援センター職員・民生委員などが関与する事例で生活の質の悪化が多く見られることから、生活課題のある事例については、もっと早期から、医療・福祉の連携による対応を図る必要があることを示唆している。

また、多くの事例で、総合診療科受診時や訪問診療の場が医療と介護の連携の場、患者・家族の情報共有の場になったと考える。袖井⁶⁾は「死が遠い状態にあるときは、「人生の質」や「生活の質」を問うことに意味があるだろう。しかし、死が間近にせまったときには、「生」に対する前向きな姿勢を問う QOL よりも、安らかな死を求める QOD（死の質）の実現を図ることが必要になる」と述べている。まさにそのことを多職種で支援できる役割を地域医療支援センターが担っていると考える。地域の診療所が必ずしも在宅医療に取り組めていない現在⁷⁾、地域に密着した第一線病院の機能に既述のような総合診療・地域医療支援センター機能を保持する必要があると考える。

対応について改善すべき課題は、複数の病院でかかっている場合の患者情報の共有のあり方、ケアマネジャーの職種によって気づきが異なる（ケアの質）などであった。複雑な課題を抱えた利用者に対して、ケアマネジャーは既存のサービスを機械的に組み合わせたケアプランを策定することなく、本人・家族の QOL を高める視点を重視したきめ細かいケアプランを策定することが求められているといえよう。

Ⅲ. 多可町地域包括ケア連絡協議会の設立経緯と活動評価

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協働を推進することにある。

1. 当院の位置づけと果たすべき役割

平成 24 年 4 月に当院の位置づけと果たすべき役割についての基本確認を行った

- 1) 「診療圏域における 2 次医療の提供と医療・ケアの一体的提供により「老後に至るまで住みなれた居宅・地域で安心して住み続けることができる包括医療・ケアを担う。その取り組みを通して「まちづくり」にも貢献していく。
- 2) 地域完結的医療・ケア体制構築のため、近隣医療機関との日常的連携を深め、役割分担・協力体制のシステム作りを推進しながら、それぞれの医療機関の統合力による「統合」病院機能を発揮する。
- 3) 院内・併設施設・事業所間、各種専門職間の日常的連携により総合力を発揮した入院・在宅を含めた地域医療・ケアの推進を図る
- 4) 圏域内の行政、各種社会資源や住民との共同により、健康で共生豊かな「地域づくり」をめざす。

2. 地域包括ケア連絡協議会設立までの活動内容

1) 病院と行政との連絡会議開催（表 9）

平成 24 年 5 月に、「多可町と多可赤十字病院連絡会議」を開催した。当院からは地域医療支援センターを院内に開設し、在宅療養者への包括的な医療・ケアの推進体制を整えたこと、在宅療養世帯を医療・介護・生活面を含めて総合的に支え切るためのネットワークの構築のため高齢者ケア推進協議会の設置の必要性や医療連携を含めた電子カルテ導入についての計画を報告した。町からは地域包括ケア体制と多可町の現状と健診事業の推進についての報告がなされた。

少子高齢化が進む多可町において高齢者や障がいを持った方などすべての地域住民が、住み慣れた自宅や地域で安心してその人らしい生活を継続するためには、保健・医療・福祉・介護のサービスが切れ目なく、一体的に提供されることが重要であることを再確認する場になった。多可町地域包括ケアネットワークにより、関係機関及び団体の連携強化を進め、地域における包括的なケアシステムを構築し、安心して住み続けることができるまちづくりに向け、町行政と病院が共同した取り組みが始まった。

表 9 行政との連絡会議

日時	検討内容
第 1 回 平成 24 年 5 月 7 日	病 院：地域医療支援センター開設について 高齢者ケアシステム推進について 医療連携を含めた電子カルテについて 町行政：地域包括ケアシステムについて 健診事業について
第 2 回 6 月 8 日	1) 多可町地域包括ケア推進協議会立ち上げに向けて検討 2) 地域包括ケア講演会開催準備について（松浦講演）
第 3 回	1) 地域包括ケア講演会参加状況とアンケート報告

8月1日	
第4回 8月22日	地域包括ケアネットワーク調整会議 について 1) 病院が地域とつながる意義 2) 多可町地域包括ケアネットワークの目的と活動イメージ 3) ネットワーク参画に当たっての留意事項
第5回 11月30日	平成25年度事業計画について 町と協同した健康づくり（健診・介護予防教室等） 医療連携や医療と介護の連携による在宅介護支援システム 地域包括ケアネットワークミーティングの今後の方向性

2) 行政との連携した取り組み（表 10、11）

9月から地域の各専門職種が月1回主体的に集まった「多可町地域包括ケアネットワークミーティング」が開催された。毎回50名～60名の実務者が自主的に参加し「高齢者ケア部会」「障がい者ケア部会」「保健・医療部会」に分かれてテーマごとに内容を深めていった。各部会の検討事項は以下（表 10）の通りである。

表 10 ミーティングでの検討内容

高齢者ケア部会	保健医療部会	障がい者ケア部会
<ul style="list-style-type: none"> ・日中独居高齢者への支援について ・移動手段の問題解決について ・見守りネットワークについて ・元気な高齢者の活躍の場について ・家族意識の改革について ・認知症問題について 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で看取りができる環境について ・健診の取り組み ・糖尿病の取り組み ・病診連携ネットワーク ・災害時の対応ネットワーク 	<ul style="list-style-type: none"> ・児童支援体制について ・就労支援について ・グループホーム・ケアホームについて ・在宅支援のためにボランティア ・障がい者支援事業と医療・訓練機関との連携 ・事業所のサポート ・情報交換

ミーティングでの課題や問題から新たな活動や事業につなげていくためには、各種団体の代表者のコンセンサスを形成する必要があった。そこで平成25年4月に、各種団体の代表者が参加した「多可町地域包括ケア連絡協議会」を設置し活動を開始した。

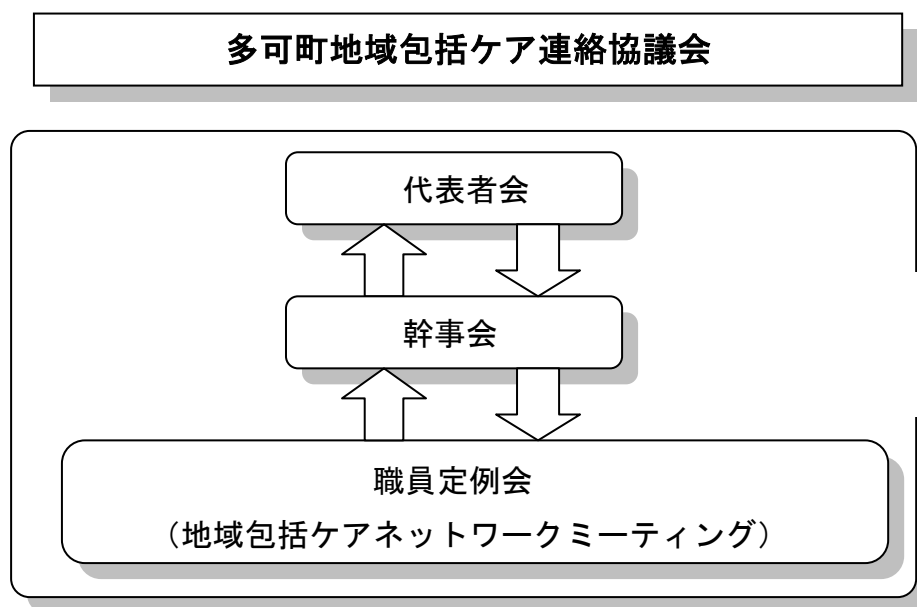
表 11 多可町地域包括ケア連絡協議会の形成課題

日時	活動内容
平成 24 年 7 月 25 日	地域包括ケア講演会 (松浦) 「地域で暮らし、地域で支えあう～これからの地域ケア基盤を考える～」 対象者：町内の保健・医療・福祉関係の全事業者 184 名が参加
8 月 30 日	在宅療養支援体制にかかわる合同会議 (町立診療所と多可赤十字病院)
9 月 3 日	多可町地域包括ケアネットワーク・ミーティング開催 対象者：町内保健・医療・福祉・介護・教育関係事業に勤務する職員 日時：毎月第 2 月曜日 18 時 30 分～20 時 30 分 場所：町健康福祉センター
平成 25 年 1 月 17 日	多可町医療・介護施設関係者合同新年会
1 月 20 日	第 1 回多可町地域医療フォーラム開催 対象者：住民 352 名参加
4 月 25 日	第 1 回「多可町地域包括ケア連絡協議会」開催 町内の開業医・歯科医師・薬剤師、高齢者・障がい者施設の代表者、社協、行政担当者ら約 30 人

3. 多可町地域包括ケア連絡協議会の設立

多可町地域包括ケア連絡協議会は図6のような組織体制のもとで、その目的、運用方法を定めて活動している。

図6 多可町地域包括ケア連絡協議会組織



事務局：多可赤十字病院

(設置目的)

- ・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、団体間が密接な連携を図り、相互理解と共通認識を深め、住民の健康、医療・ケアに関する情報共有や協働を推進していく必要がある。
- ・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ものと考えられる。
- ・参加施設の友好的な交流・協議のもとでその目的を達成するために、多可町地域包括ケア連絡協議会（以下「地域包括ケア連絡協議会」という）を設置する。

(構成)

開設目的に賛同する多可町内医療施設（歯科・医科、薬局）、多可町、社会福祉協議会、高齢者・障害者ケア施設及び会の趣旨に賛同する団体などで構成する。

(協議事項)

地域包括ケア連絡協議会は、次に掲げる事項を協議する。

- 1) 多可町住民の健康、医療、介護、療養生活の向上に資する事項

- ①参加施設及び他の組織・団体・ネットワークとの連携活動に関する事項
- ②各施設協働による事業展開に関する事項
- ③医療、介護人材の確保に関する事項
- ④医療・介護システムに関する事項
- ⑤合同研修会等に関する事項
- ⑥その他、目的達成に資する事項

2) 会の運営に関する事項

(組織)

地域包括ケア連絡協議会は、代表者会、幹事会、職員定例会を以って構成する。

- 1) 地域包括ケア連絡協議会に会長を置く。
- 2) 会長は、西脇多可郡医師会多可町担当理事が努める。
- 3) 会長は代表者会を主宰し、会務を総理する。
- 4) 会長は、予め副会長を指名し、副会長は会長を補佐する。
- 5) 会長は、地域包括ケア連絡協議会の目的達成のため必要あるときには関係者を出席させることができる。

(地域包括ケア連絡協議会 代表者会)

地域包括ケア連絡協議会は必要に応じて代表者会を行う。

- 1) 代表者会は、年3回の定例会とする。
- 2) 会長が必要と認めたときは、随時、代表者会を開催することができる。
- 3) 幹事会から報告された事項及び代表者から発議された事項について協議を行う。

(幹事会)

地域包括ケア連絡協議会には幹事会を置き、地域包括ケア連絡協議会の運営、企画立案、職員定例会の調整等を行う。

- 1) 幹事会は、参加各団体から推選された代表者をもって構成する。
- 2) 幹事会には幹事長を置く。
- 3) 幹事長は、予め副幹事長を指名し、副幹事長は幹事長を補佐する。
- 4) 幹事長は、必要に応じて関係者を招集し、幹事会を開くものとする。

(職員定例会)

参加施設職員による定例会（月1回）を開催する。

- 1) 企画・調整は幹事会で行う。
- 2) 職員定例会では、必要な部会・プロジェクトチームと全体会を開催し、課題について協議する。

4. 多可町地域包括ケア連絡協議会の活動

平成25年4月の第1回多可町地域包括ケア連絡協議会代表者会(以下連絡協議会)では、平成24年9月から、毎月1回開催してきたネットワークミーティングでできた課題から研修会等を企画した。(表12)

表12 活動経過

日 程	会 議 名	担当者	参加者
平成25年 4月25日 (木)	<u>第1回多可町地域包括ケア連絡協議会代表者</u> ・各部会報告	高齢者ケア部会(社協) 障がい者ケア部会(健康福祉課) 保健医療部会(多可赤十字病院)	26名 関係者10名 事務局3名
5月13日 (月)	<u>第9回職員定例会(ネットワークミーティング)</u> ＜高齢者ケア・保健医療部会＞ ・ターミナルケア研修会 ＜障がい者ケア部会＞ ・グループワーク	赤十字老人保健施設師長	45名 30名
6月10日 (月)	<u>第10回職員定例会(ネットワークミーティング)</u> ＜高齢者ケア・保健医療部会＞ 「看取りの事例報告会」 ＜障がい者ケア部会＞ ・グループワーク	施設での看取り(高齢者施設) 病院での看取り(赤十字病院) 在宅での看取り(赤十字訪問看護ステーション・社協)	40名 27名
6月13日 (木)	<u>第1回幹事会</u> 幹事会運営について、各部会の活動状況と課題ごとプロジェクト立ち上げに向け検討	幹事 事務局	9名 事務局3名
6月14日 (金)	・多可町地域包括ケア連絡協議会広報誌第1号発行	事務局	51事業所へ 発送
7月8日 (月)	<u>第11回職員定例会(ネットワークミーティング)</u> ＜高齢者ケア・保健医療部会＞ ・「高齢者の特性と介護にあたっての医学的留意事項 研修会」 ＜障がい者ケア部会＞ ・グループワーク	赤十字病院院長	65名 30名
8月12日 (月)	<u>第12回職員定例会(ネットワークミーティング)</u> ＜高齢者ケア・保健医療部会＞ ・「高齢者の特性と介護にあたっての医学的留意事項 研修会」	赤十字病院院長	56名
8月	＜保健・医療部会＞ 特別養護老人ホームにおける看取りのアンケート調	赤十字病院	4施設対象

	査		
8月19日 (月)	高齢者ケアプロジェクト打ち合わせ	社協、健康福祉課、赤十字病院	10名
8月21日 (水)	<u>第1回在宅医療・看取りプロジェクト</u> ケアマネ・病院・訪問看護・薬局各立場から在宅医療・看取りの現状の情報共有	松井庄診療所 (医師・薬剤師・ケアマネ・ヘルパー・行政・訪問看護・病院)	7名
8月23日 (金)	障がい者ケアプロジェクトの進捗状況と高齢者ケアプロジェクトの打ち合わせ	健康福祉課、障がい者施設相談員、赤十字病院	5名
9月9日 (月)	<u>第13回職員定例会(ネットワークミーティング)</u> 〈障がい者ケア部会〉 北播磨自立支援協議会会長参加による意見情報交換等の定例会(ネットワーク)	障がい者ケア部会 関西福祉大学の先生	39名
9月11日 (水)	<u>第2回幹事会</u> ・職員定例会、プロジェクトの報告 ・各進捗状況 等	幹事 事務局	9名 事務局3名
9月25日 (水)	・多可町地域包括ケア連絡協議会広報誌第2号発行 ・Let it be~なるようになるさ~〈障がい者ケア部会 当事者グループ発行誌〉第1号発行	事務局	52事業所へ 発送
9月25日 (水)	<u>第2回連絡協議会代表者会</u> ・職員定例会、プロジェクトの報告 ・今後の協議会の運営について ・地域医療フォーラムについて ・各参加事業所からの報告 等	各代表者 事務局	21名 事務局3名
10月7日 (月)	<u>第14回職員定例会(ネットワークミーティング)</u> 〈障がい者ケア部会〉 ・グループワーク	障がい者ケア部会	34名
10月22日 (火)	高齢者ケア部会打ち合わせ 11月からのテーマ決定	町地域包括支援センター、社協、赤十字病院	6名
10月30日 (水)	<u>職員定例会(ネットワークミーティング)全体会</u> ・各部会報告 ・連絡協議会取り組みの経緯	・高齢者部会(社協) ・障がい者部会(健康福祉課) ・保健医療部会(赤十字病院) ・連絡協議会の取り組み(赤十字病院幹事)	54名

11月11日 (月)	<u>第15回職員定例会(ネットワークミーティング)</u> <高齢者ケア部会> ・「認知症の方への支援」グループワーク <障がい者ケア部会> ・グループワーク	高齢者ケア部会 障がい者ケア部会	27名 29名
12月9日 (月)	<u>第16回職員定例会(ネットワークミーティング)</u> <高齢者ケア部会> ・「認知症の方の支援」グループワーク ・「多可町敬老の歌」きっとありがとう体操紹介 <障がい者ケア部会> ・グループワーク	高齢者ケア部会 障がい者ケア部会	31名 32名
12月12日 (水)	<u>第2回在宅医療・看取りプロジェクト</u> 在宅療養のワークシート作成に向けて等	松井庄診療所 (医師・薬剤師・ケアマネ・ヘルパー・行政・訪問看護・病院)	7名
12月18日 (水)	<u>第3回幹事会</u> ・各部会報告(「多可町敬老のうた体操」紹介) ・代表者会議運営について	幹事 事務局	8名 事務局3名
12月18日 (水)	高齢者ケア部会調整会	町地域包括支援センター、社協、赤十字病院	6名
12月 ~1月	施設内感染対策予防研修会 「ノロウイルス感染予防対策」	病院感染対策委員	3施設 約100名
平成26年 1月8日 (水)	高齢者ケア部会調整会 1月の部会の進め方の打ち合わせ 部会全体で取り組めることを検討する	町地域包括支援センター、社協、赤十字病院	6名
1月14日 (火)	<u>第17回職員定例会(ネットワークミーティング)</u> <高齢者ケア部会> ・町包括支援センター・社協より、12月グループワークでの情報交換した内容で既に行っている事業報告 ・「認知症の方への支援」部会全体で取り組む研修・パンフレット作成について検討 <障がい者ケア部会> ・グループワーク	高齢者ケア部会 障がい者ケア部会	26名 25名
1月17日 (金)	<u>第3回連絡協議会代表者会議</u> ・各部会からの活動報告、課題 ・当協議会の運営について	各代表者 事務局	20名 関係者2名 事務局3名

	・第2回多可町地域医療フォーラムについて		
2月3日 (月)	・多可町地域包括ケア連絡協議会広報誌第3号発行	事務局	54事業所へ 発送
2月6日 (木)	<u>第2回多可町地域医療フォーラム</u> ・地域包括ケア連絡協議会の活動報告 ・講演「高齢社会の到来と地域の備えー柏プロジェクトを通してー」	地域包括ケア連絡協議会 報告：多可町地域包括ケア連絡協議会 副幹事長 森本敦子 講師：辻 哲夫先生 東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授	461名 地域住民、 保健・医療・福祉専門職
2月10日 (月)	<u>第18回職員定例会（ネットワークミーティング）</u> ＜障がい者ケア部会＞ ・グループワーク	障がい者ケア部会	25名
3月10日 (月)	<u>第19回職員定例会（ネットワークミーティング）</u> ＜高齢者ケア部会＞ ・町包括支援センター・楽久園会居宅介護支援事業所ケアマネより、事例紹介 ・グループワーク ＜障がい者ケア部会＞ ・グループワーク	高齢者ケア部会 障がい者ケア部会	23名 23名
3月27日 (木)	高齢者ケア部会調整会 4月の部会の進め方の打ち合わせ 部会全体で取り組めることを検討する	町地域包括支援センター、社協、 赤十字病院	5名
4月14日 (月)	<u>第20回職員定例会（ネットワークミーティング）</u> ＜高齢者ケア部会＞ ・グリーンヴィラ那珂（グループホーム）より事業所・事例紹介 ・多可赤十字病院もの忘れ・こころ外来と総合診療科外来・事例紹介 ＜障がい者ケア部会＞ ・グループワーク	高齢者ケア部会 障がい者ケア部会	35名 32名
4月17日 (木)	<u>平成26年度第1回幹事会</u> ・職員定例会・プロジェクトの報告 ・第2回多可町地域医療フォーラムアンケート結果 ・平成26年度の事業について	幹事 事務局	8名 事務局3名

	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の協議会の運営について ・平成 26 年度第 1 回代表者会について ・各参加事業所からの報告・お知らせ 		
4 月 23 日 (水)	<p>高齢者ケア部会調整会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4 月部会のまとめ ・6、7 月の部会の進め方の打ち合わせ ・部会全体で取り組めることを検討する 	町地域包括支援センター、社協、赤十字病院	5 名
5 月 9 日 (金)	<p>平成 26 年度第 1 回連絡協議会代表者会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各部会からの活動報告、課題 ・各参加事業所からの報告・お知らせ ・第 2 回多可町地域医療フォーラムアンケート結果 ・平成 25 年度の事業報告 ・平成 26 年度の事業について ・今後の協議会の運営について 	各代表者 事務局	16 名 関係者 1 名 事務局 3 名
5 月 12 日 (月)	<p>第 21 回職員定例会（ネットワークミーティング）</p> <p><障がい者ケア部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループワーク 	障がい者ケア部会	32 名
5 月 27 日 (火)	<p>高齢者ケア部会調整会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・6 月の部会の進め方の確認 ・7 月から 12 月の部会の進め方の打ち合わせ ・研修会開催の情報交換 	町地域包括支援センター、社協、赤十字病院	5 名
6 月 9 日 (月)	<p>第 22 回職員定例会（ネットワークミーティング）</p> <p><高齢者ケア部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・こぶしの里（グループホーム）、悠久の里（小規模多機能施設）、しあわせ荘（認知症デイサービスセンター）より事業所・事例紹介 ・部会での取り組みについてアンケート実施 <p><障がい者ケア部会></p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループワーク 	高齢者ケア部会 障がい者ケア部会	43 名 32 名
6 月 20 日 (金)	<ul style="list-style-type: none"> ・多可町地域包括ケア連絡協議会広報誌第 4 号発行 	事務局	53 事業所へ 発送
7 月 1 日 (火)	<p>第 3 回在宅医療・看取りプロジェクト</p> <ul style="list-style-type: none"> ・松井庄診療所 平成 25 年度 在宅看取り報告 ・講義の報告「介護に必要な医学」 ・医療材料について ・多可赤十字病院療養病棟での看取り報告 	松井庄診療所 (医師・薬剤師・ケアマネ・ヘルパー・行政・訪問看護・病院)	8 名

	・その他 等		
7月3日 (木)	高齢者ケア部会調整会 ・6月の部会のまとめ ・7月の部会の進め方の確認 ・9月から2月の部会内容、全体会の検討	町地域包括支援センター、社協、 赤十字病院	5名
7月14日 (月)	<u>第23回職員定例会（ネットワークミーティング）</u> ＜高齢者ケア部会＞ ・ヘルシービラ加美（特別養護老人ホーム）、多可町 社会福祉協議会（居宅介護支援事業所・ヘルパー ステーション・グループホームやすらぎ）より事 業所・事例紹介 ・徘徊のみられる高齢者への対応についてアンケー ト実施 ＜障がい者ケア部会＞ ・グループワーク	高齢者ケア部会 障がい者ケア部会	48名 32名
7月25日 (金) 26日（土）	<u>＜視察研修＞</u> ・JA厚生連佐久総合病院（長野県佐久市）	赤十字病院	11名
7月31日 (木)	<u>＜視察研修＞</u> ・NPO法人 寝屋川あいの会（大阪府寝屋川市）	健康福祉課、町地域包括支援セ ンター、社協、高齢者ケア事業 所、赤十字病院	18名
8月4日 (月)	多可町地域包括ケア連絡協議会 カンファレンス ・ケース検討 ・多可町地域包括ケア連絡協議会の取組みについて	町地域包括支援センター、高齢 者ケア事業所、大学、赤十字病 院	13名
8月11日 (月)	高齢者ケア部会調整会 ・7月の部会のまとめ ・9月の部会の進め方の確認 ・パンフレット作成の情報交換	町地域包括支援センター、社協、 赤十字病院	6名
8月11日 (月)	<u>第24回職員定例会（ネットワークミーティング）</u> ＜障がい者ケア部会＞ ・グループワーク	障がい者ケア部会	10名
8月22日 (金)	<u>平成26年度第2回幹事会</u> ・職員定例会・プロジェクト、視察研修の報告 ・「医療・介護・福祉合同研究集会」について ・第3回多可町地域医療フォーラムについて ・平成26年度第2回代表者会について	幹事 事務局	8名 事務局3名

	・各参加事業所からの報告・お知らせ		
--	-------------------	--	--

5. まとめ

病院・行政と連携を始めて約1年後、ネットワークミーティングから8か月を経て平成25年4月に「多可町地域包括ケア連絡協議会」が発足した。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進めて行く必要がある。

IV. 映像を通じた在宅及び介護施設への医療支援の構築とその評価

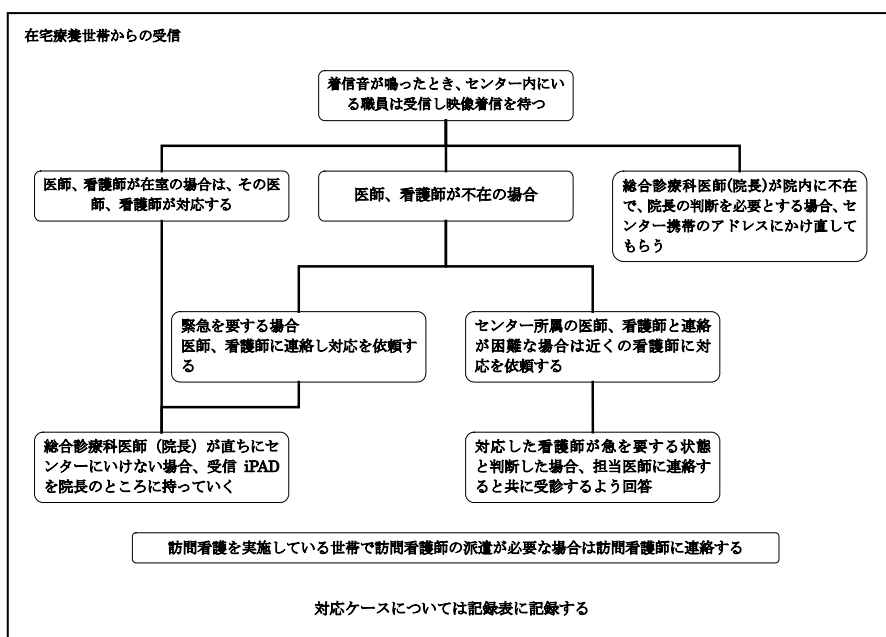
当院で稼働した電子カルテシステムに合わせ、地域医療支援センター内の訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、総合診療科、地域医療連携課及び併設老人保健施設の多職種間で介護サービス計画、日常のケア記録、退院時サマリー、訪問看護サマリーなどの情報共有を実現するツールとして iPad を活用した「地域連携キャビネット」を開発した。その iPad 端末を利用して、在宅及び介護施設への映像による医療支援も開始した。

1) 映像を通じた医療支援

(1) 在宅療養支援 (図 7)

住み慣れた自宅で病気療養をしたいと願う人は多いが、介護者の心身の疲労により、在宅療養生活を継続できない事例が少なくない。そこで我々は、動画送信が可能な iPad を在宅療養世帯に貸し出し、介護者が病状の変化について病院に相談したいとき、映像を送信し、当面の対処法や医療支援の必要性を相談するシステムの試行を開始した。地域医療支援センターでは受信時に着信音が鳴ると部屋にいる職員が対応し、必要に応じて医師に連絡して映像を通して当面の対応について指示してもらっている。

図 7 在宅療養世帯からの受信対応マニュアル

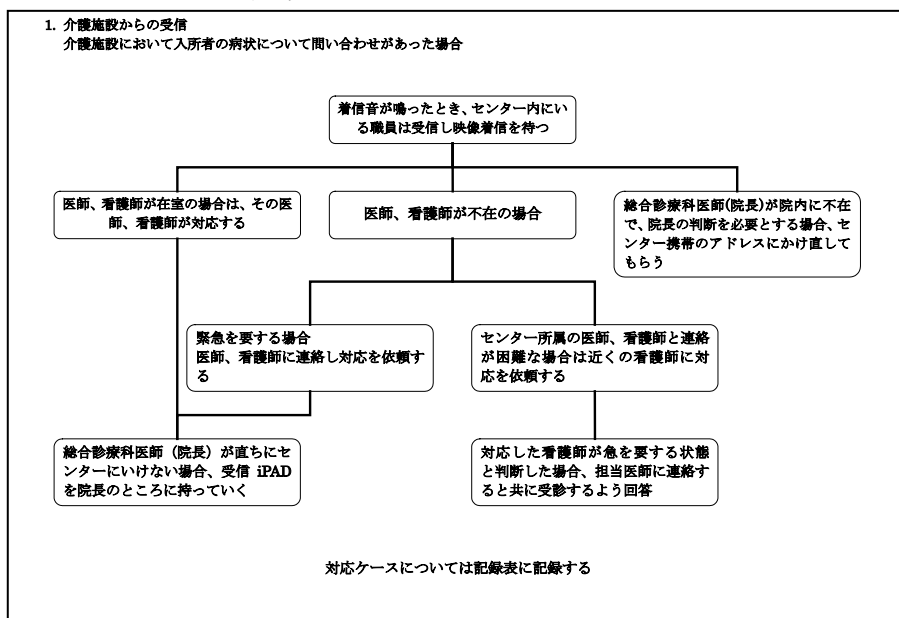


(2) 介護施設への映像を通じた医療支援 (図 8)

当院のある町には高齢者介護施設が 5 箇所あり、施設ケアにあたっているが、入所者の急な病状変化に際して、すぐに適切な判断を得ることが困難な状況にあった。そこで、希

望する介護施設に送信端末を貸し出し、在宅療養支援と同様に映像を通じた医療支援をおこなうこととした。

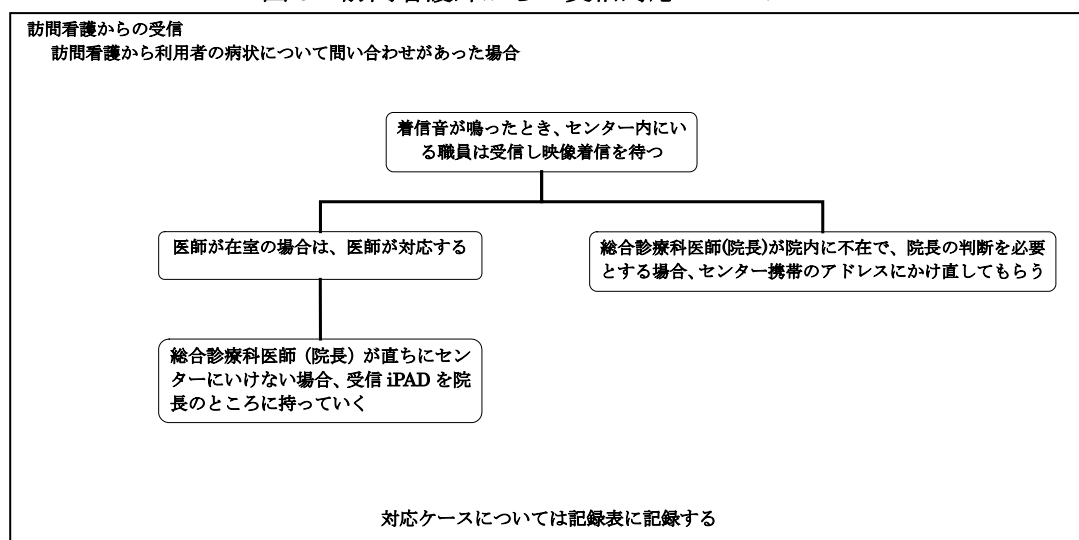
図8 介護施設からの受信対応マニュアル



(3) 訪問看護師の記録・映像送信ツールとしての活用 (図9)

当院は訪問看護ステーションを併設しており、在宅療養世帯に訪問看護を実施している。訪問看護時に医師による判断を得る必要がある状況に遭遇することがあるため、訪問看護記録用に携帯している iPad を活用し、映像を病院に送信し、訪問診療を担当している医師の判断を得ている。

図9 訪問看護師からの受信対応マニュアル





2) これまで試行した当システムの評価

これまで試行した在宅及び施設支援の事例についての内容や問題点は表13のとおりである。問題の多くは、操作の不慣れや通信事情の悪さなどに起因するもので、山間部である当地の通信回線の改善を各方面に依頼するとともに、操作方法を何度も丁寧に実施する必要があることが明らかとなった。五色町においてCATV回線を利用した映像による療養支援が行われた事例⁸⁾からも、在宅療養世帯の精神的介護負担の軽減に寄与することが期待されるため、当システムの普及を図っていきたいと考えている。

表13 映像を通じた介護支援の状況

支援の相手先	性別	年齢	主要疾患	映像による支援が必要であった様態	映像による連携の結果	課題
1 施設	男	79	脳梗塞、認知症	バルン引つ張り血尿あり、再挿入できず血尿、凝血あり	出血の状態が一目瞭然理解できた 受診となった	
2 訪問看護師	男	64	脊髄小脳変性症	後頭部潰瘍化し排膿見られ悪化	検査や処置方法の指示、投薬対応できた	センターからの声が聞き取りにくい、 家族が箱にしまい充電できていない かった
3 家族	男	64	脊髄小脳変性症	バルンからの尿漏れあり、尿が混濁している	家族の操作不慣れにより、映像が鮮明でなかった	バルンの閉塞が考えられ、訪問看護 に直接電話連絡でもよい
4 施設	女	81	高血圧等	ベッドから転落して頭部打撲した。腫脹あり、部位の状態を観察できた	受診となった	
5 訪問看護師	男	82	顔面症	足指、下腿、膝の発赤、糜爛、潰瘍層の状態を診てほしい	創傷の程度がよく理解できた	センターからの声が聞き取りにくい、 携帯電話で話をするようになった
6 訪問看護師	女	57	多系統萎縮症	呼吸状態と全身状態の相談	映像映らず	電波状況不良
7 施設	女	77	子宮体がん	呼吸が弱くなった、SPO2等バイタルの相談	呼吸が弱くなったという状態が映像で確認できた。家族への配慮等の指導ができた	
8 施設	女	77	子宮体がん	呼吸停止状態	往診による死亡確認 このシステムはとてよい、安心できると評価された	職員の操作不慣れにより途中で映像 が途切れる。夜間であったので携帯 にコールあり対応。夜間は携帯の方 が対応しやすいと思われた
9 訪問看護師	女	91	うつ血性心不全	呼吸状態悪化	うつ血性心不全増悪。酸素吸入装置 自宅設置。抗生剤、利尿剤投与。	携帯ipadに受診するも操作不慣れに よる映像描写出来ず →センター受診装置にて対応する
10 訪問看護師	女	91	うつ血性心不全、 終末	呼吸状態観察、バイタル確認	家人希望により輸液止めて、看取り する。	医師携帯ipadで受診。
11 訪問看護師	女	91	うつ血性心不全、 廃用症候群	死後処置終了レグリーフケアのため	医師のグリーフケアの実施。	

V.研究全体のまとめ

本調査研究は、地域に密着した病院として地域内の社会資源と連携し、「老後に至るまで安心して住み続けることが出来る地域」づくりに貢献する医療・ケア対応を多角的に実施し、当面の評価を試みたものである。概述のような多面的な取り組みを開始して2年しか経過していないため、今後、これらの事業を継続発展させる中で、多職種・多機関共同ならではの取り組みを創出し、さらに詳細な報告をしていきたい。

本研究は、「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による」ものであり、関係者の皆様に感謝申し上げます。

【引用文献】

- 1)多可町高齢者福祉計画第5期介護保険事業計画（平成24年度～平成26年度），多可町，2013
- 2)内閣府，高齢社会白書，平成18年度版，ぎょうせい，2006
- 3)松浦智和 他，島嶼地域高齢者の主観的健康感とその関連要因—ソーシャルサポート・ネットワークと社会関連性を中心として，北海道医療大学看護福祉学部学会誌，2，1，45-53，2006
- 4)柳澤理子 他，家族および家族外からのソーシャル・サポートと高齢者の心理的QOLとの関連，日本公衛誌，49，766-773，2002
- 5)鈴木育子 他，在宅要介護高齢者の日常生活動作能力維持に有効な介護サービス利用とは，日本公衛誌，54，2，81-88，2007
- 6)袖位孝子、高齢者の終末期ケア—QOL から QOD へ—生活福祉研究 通巻 80 号 February2012
- 7)松浦尊磨 他，第一線医療機関に求められているプライマリ・ケア機能，日本プライマリ・ケア学会雑誌，32，1，2009
- 8)松浦尊磨，保健・医療・福祉の連携による包括的地域ケアの実践、183-187，金芳堂、2002