

医産学官連携による健康長寿施策調査 調査報告書

平成 2 5 年 3 月

延岡市

本調査の成果は、総務省委託業務『「定住自立圏」推進調査事業』の結果得られたものです。

目次

1. はじめに	4
2. 調査事業の概要	5
2.1. 目的	5
2.2. 調査事業全体像	5
2.3. 実施体制	5
3. 在宅医療（医療機関外医療）、地域包括ケアの現状調査	7
3.1. 医療機関の在宅医療の実施に関するアンケート	7
3.1.1. 調査概要	7
3.1.2. 調査結果	7
3.2. 訪問看護ステーションのサービス提供体制（事業所としての提供体制）	9
3.2.1. 調査概要	9
3.2.2. 調査結果	9
3.3. 訪問看護の提供状況（利用中の患者の状況）	10
3.3.1. 調査概要	10
3.3.2. 調査結果	11
3.4. 関係団体、事業者からみた在宅医療に対するニーズ（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所）	22
3.4.1. 調査概要	22
3.4.2. 調査結果	23
3.5. 在宅医療、地域包括ケアにおいて実務者が感じる課題とニーズ（訪問看護ステーション）	31
3.5.1. 調査概要	31
3.5.2. 調査結果	31
3.6. 在宅医療、地域包括ケアにおいて実務者が感じる課題とニーズ（医療ソーシャルワーカー）	32
3.6.1. 調査概要	32
3.6.2. 調査結果	32
3.7. 医療体制の脆弱な地区の市民に対する実態	33
3.7.1. 調査概要	33
3.7.2. 調査結果	33
4. 地域の医療資源の現状調査	39
4.1. 介護保険事業所	39
4.1.1. 調査概要	39
4.1.2. 調査結果	39

4.2. 医療機関	39
4.2.1. 調査概要	39
4.2.2. 調査結果	40
4.3. 歯科	40
4.3.1. 調査概要	40
4.3.2. 調査結果	40
4.4. 薬局	40
4.4.1. 調査概要	40
4.4.2. 調査結果	41
5. 在宅医療、地域医療の先進事例調査	42
5.1. 長崎在宅 Dr.ネット (NPO 法人長崎在宅 Dr.ネット) ※NPO 法人「長崎在宅 Dr.ネット」HP より引用	42
5.2. 尾道方式 (尾道市医師会) ※NPO 法人「長崎在宅 Dr.ネット」HP より引用	45
5.3. Net4U (山形県鶴岡地区医師会)	47
5.4. 先進事例 3 地区と延岡市の概況比較	52
6. 専門者会議	53
6.1. 専門者会議の位置付け	53
6.2. 委員名簿	53
6.3. 議事録	53
6.3.1. 第 1 回専門者会議	53
6.3.2. 第 2 回専門者会議	62
6.3.3. 第 3 回専門者会議	70
7. まとめ	78
7.1. 延岡市の医療・介護・福祉における課題とニーズ	78
7.1.1. 領域の絞り込み	78
7.1.2. 延岡市の在宅医療における課題とニーズ	80
- 7.1.2-① 施設等ハード面	80
- 7.1.2-② 人材等ソフト面	81
- 7.1.2-③ 運用、制度面	83
7.2. 医産学官連携による課題解決策検討の方向性	84
7.2.1. お互いを知る	84
7.2.2. 情報の共有	85
7.2.3. 連携 (ネットワーク)	85
7.2.4. ICT の利活用	87
7.2.5. 国の助成制度の活用	87
7.3. 課題解決策検討のための体制構築における留意点	88

7.3.1. 課題解決策検討のための体制	88
7.3.2. 教育機関について	89
7.3.3. 行政（市）について	90
7.3.4. 企業について	90
8. おわりに	91

1. はじめに

宮崎県北部地域は、血液や血管を中心とした製品群を有する医療機器メーカーやその協力会社が立地するとともに、臨床工学技士、薬剤師を育成する大学も立地するなど、「メディカル」をキーワードとした地域資源を有している。

延岡市では、これらの地域の強みをより強化し、医産学官連携による医療機器産業の一層の振興や地域医療の充実と健康長寿の推進を図り、活力ある地域づくりと住民の健康と福祉の向上を図る目的で、平成 23 年 2 月に「延岡市メディカルタウン構想」を策定し、構想実現に向けた取り組みの一つとして「健康長寿施策の研究等」を掲げている。

限りある医療資源を有効に活用し、地域医療の充実や健康長寿を推進するためには、様々な分野の関係者が連携し、地域が一体となって取り組むことが必要であるとともに、地域の実情に即した方策を具体化する必要がある。

これまで本市においては、「延岡市地域医療を守る条例」（平成 21 年 9 月制定）に基づき、夜間急病センターの開業時間の拡大に代表される地域医療の充実や、市民主導で進める健康長寿のまちづくり市民運動などを展開してきたが、国が提唱する「地域包括ケアシステム」のとおり、今後は医療と介護の連携、並びに医療・介護施設の外で提供されるサービスの充実が重要となってくる。

また、東九州自動車道の整備が着実に進む中、高速道路時代を見据えた様々な分野における都市機能の充実も必要となってくる。

本事業は、本市の医療、介護資源の状況の把握と合わせて、医療と介護の連携、並びに医療・介護施設の外でのサービスに関して、医産学官の関係者による課題解決策の企画立案と企画実施体制の構築に資することを目的として、調査を実施したものである。

2. 調査事業の概要

2.1. 目的

宮崎県北部地域の拠点病院が立地している延岡市において、将来的に地域全体に普及させることを目的とした、医産学官の関係者による課題解決策の企画立案と企画実施体制の構築に資する調査を行い、報告書を作成する。

2.2. 調査事業全体像

(1) 調査計画策定および調査の実施

本調査業務では、「表1 調査内容一覧」に示す調査を実施した。

表1 調査内容一覧

項番	調査名称	調査対象
1	医療機関の在宅医療の実施に関するアンケート	医療機関
2	訪問看護ステーションのサービス提供体制	訪問看護ステーション
3	訪問看護の提供状況（利用中の患者の状況）	同上
4	関係団体、事業所からみた在宅医療に対するニーズ	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所
5	在宅医療、地域包括ケアにおいて実務者が感じる課題とニーズ	訪問看護ステーション 医療ソーシャルワーカー
6	医療体制の脆弱な地区の市民に対する実態調査	上鹿川地区住民
7	地域の医療資源	介護保険事業所 医療機関 歯科診療所 薬局

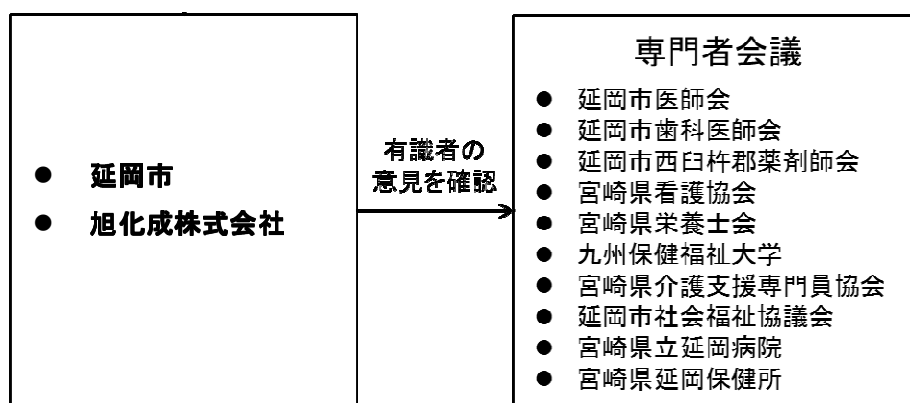
(2) 「専門者会議」による妥当性検証、課題解決のための方向性に対する意見聴取

表1に示した調査の方法・結果・課題の妥当性検証を行うため、医産学官の各分野における有識者による専門者会議を開催し、意見の聴取を行った。

2.3. 実施体制

本調査業務では、「専門者会議」を設置し、医産学官の各分野における有識者の意見を確認しながら業務を遂行した。専門者会議の位置づけについては「図1 実施体制図」のとおり。

図1 実施体制図



3. 在宅医療（医療機関外医療）、地域包括ケアの現状調査

3.1. 医療機関の在宅医療の実施に関するアンケート

3.1.1. 調査概要

（１）調査対象：延岡市内の医療機関 81 箇所

（２）調査方法：郵送／FAX

（３）主な調査項目：

- 在宅医療の実施状況・内容
- 在宅療養支援診療所の登録有無
- 在宅患者への医療処置内容
- 「看取り」可否
- 夜間、休日の対応
- 在宅医療の対応可能範囲
- 訪問看護 S T の利用状況

（４）調査時期：平成 24 年 9 月

（５）回収状況：81 医療機関中 74 医療機関（回収率 91.4%）

※本調査は、延岡市医師会が実施した調査結果をご提供いただいた。

3.1.2. 調査結果

（１）延岡市内医療機関の在宅医療実施状況

回答を得られた 74 医療機関のうち、往診を実施している医療機関は 27 機関（36.5%）、訪問診療を実施している医療機関は 17 機関（23.0%）、在宅緩和ケアを実施している医療機関は 7 機関（9.5%）であり、これらの直接支援を実施している医療機関は 31 機関（41.9%）、また後方支援を実施している医療機関は 14 機関（18.9%）であった。

表 2 在宅支援可能医療機関（延べ数）

	直接支援			後方支援		
	往診	訪問診療	在宅緩和 ケア	後方 支援	代診	専門領域の質 問への対応
実施中	27	17 (13)	7 (7)	14	0	0
今後予定	0	1	2 (2)			
計	27	18 (13)	9 (9)	14	0	0

表 3 在宅支援可能医療機関（実数）

	直接支援	後方支援
実施中のみ	31医療機関 41.9%	14医療機関 18.9%
	45医療機関 60.8%	

また、直接支援および後方支援を実施している医療機関のうち、在宅支援に関する医療機関名簿に医療機関名を記載することを希望した医療機関は 14 医療機関（31.1%）であった。

表 4 在宅支援可能医療機関のうち名簿登載希望数（表 3 のうち）

	直接支援	後方支援
今後予定含む	11医療機関 35.5%	3医療機関 21.4%
	14医療機関 31.1%	

（２）宮崎県・全国との比較

前述の調査結果を、宮崎県および全国平均と比較すると、往診を実施している病院（21.4%）および診療所（40.0%）は宮崎県および全国平均を上回っていた。また、訪問診療を実施している病院（14.3%）は、宮崎県および全国平均を下回っているが、診療所（25.0%）については両者を上回っていた。

表 5 在宅支援可能医療機関（宮崎県・全国平均との比較）

		延岡市		宮崎県	全国
往診実施率	病院	3/14	21.4%	21.1%	16.7%
	診療所	24/60	40.0%	21.6%	24.5%
訪問診療実施率	病院	2/14	14.3%	31.0%	28.5%
	診療所	15/60	25.0%	16.9%	20.4%

※延岡市は調査票を回収した14病院・60診療所の中間集計、

宮崎県・全国は平成23年医療施設調査（厚労省）

※往診・・・急病など、患者からの要請により行う在宅医療

訪問診療・・・定期的に患者宅を訪問する在宅医療

3.2.訪問看護ステーションのサービス提供体制（事業所としての提供体制）

3.2.1.調査概要

- （１）調査対象：延岡市内の訪問看護ステーション 5 事業所
- （２）調査方法：訪問
- （３）主な調査項目：
 - 職種・人数・常勤/非常勤の別
 - 24 時間対応の方法
 - 緊急時の連絡体制の有無
 - 可能な医療処置
 - 提供可能な患者区分
 - 看取りを行った件数
 - 自宅・病院以外での看取りの有無
 - 連携している医療機関名
 - 連携しているケアマネジャーの所属事業所名
 - 連携している訪問介護・訪問入浴等の在宅サービス
 - 事業所内研修会実施有無
 - 事業所間連絡会実施有無
- （４）調査時期：平成 24 年 11 月
- （５）回収状況：全 5 事業所（回収率 100.0%）

3.2.2.調査結果

- 従業者の体制
 - 看護師数 3～9 人（平均 5.0 人） ※非常勤看護師、准看護師含む
- サービス提供体制（実施事業者数）
 - 24 時間対応
 - ◇ 訪問対応可能（4）
 - ◇ 電話相談可能（2）
 - 可能な医療処置
 - ◇ 全ての事業所（5 事業所）で可能
 - 褥そう処置
 - 人工肛門
 - 膀胱留置カテーテル
 - 吸引処置
 - 在宅酸素
 - 麻薬の使用
 - 中心静脈栄養

- 点滴
- 胃ろう
- 経鼻経管栄養
- 導尿
- ◇ 一部の事業所で可能（事業所数）
 - 人工呼吸器（4）
 - 気管カニューレ（2）
 - 腹膜透析（2）
 - 持続皮下注（2）
- 提供可能な患者区分
 - ◇ 全ての事業所（5事業所）で可能
 - 認知症患者
 - ◇ 一部の事業所で可能（事業所数）
 - 重度障害者（3）
 - 神経難病患者（3）
 - 小児患者（2）
 - ◇ 可能な事業所なし
 - 精神障害者

3.3. 訪問看護の提供状況（利用中の患者の状況）

3.3.1. 調査概要

- （1）調査対象：延岡市内の訪問看護ステーション 5 事業所を利用している 173 名
- （2）調査方法：訪問
- （3）主な調査項目：
 - 年齢・性別
 - 提供開始に至った経緯
 - 利用者の住居地
 - 医療保険での利用者
 - 介護保険での利用者
 - サービス内容で充足しているか
 - 訪問看護以外に利用しているサービス内容
 - 患者に必要なと思われるサービス内容
- （4）調査時期：平成 24 年 11 月
- （5）回収状況：全 5 事業所（回収率 100.0%）

3.3.2.調査結果

(1) 訪問看護ステーション利用状況

延岡市内の訪問看護ステーション（5 事業所）の利用者数は、医療保険での利用者が 62 名、介護保険での利用者が 117 名、重複利用者を除いた実利用者数は医療保険・介護保険を合わせて 173 名であった。 □平成 24 年 10 月（1 ヶ月間）の実績

表 6 訪問看護ステーション利用者数

医療保険(*1)	介護保険	合計
62	117	173(6)

※括弧内:重複利用者

延岡市内の訪問看護ステーション利用状況を宮崎県および全国平均と比較すると、高齢者人口 1 万人あたり利用者数は 48.6 人であり、宮崎県および全国平均を大きく下回っている。また、高齢者人口 1 万人あたり事業所数（1.41）および 1 事業所あたり利用者数（34.6 人）においても宮崎県および全国平均を下回っていた。

表 7 訪問看護ステーション利用状況（宮崎県・全国平均との比較）

	延岡市*1	宮崎県*2	全国*2
高齢者人口1万人あたり利用者数(人)	48.6	71.4	107.4
高齢者人口1万人あたり事業所数	1.41	1.74	1.77
1事業所あたり利用者数(人)	34.6	41.0	60.7

*1 2012年10月(1ヶ月間)の実績

*2 厚生労働省「平成23年介護サービス施設・事業所調査」

(2) 訪問看護ステーション利用者の年齢

訪問看護ステーション利用者の年齢は、医療保険での利用者は 65 歳未満の層が約 6 割を占めているが、介護保険での利用者は 70 歳以上が約 9 割を占めている。

図 2 年齢階級別利用者数（医療保険での利用者）

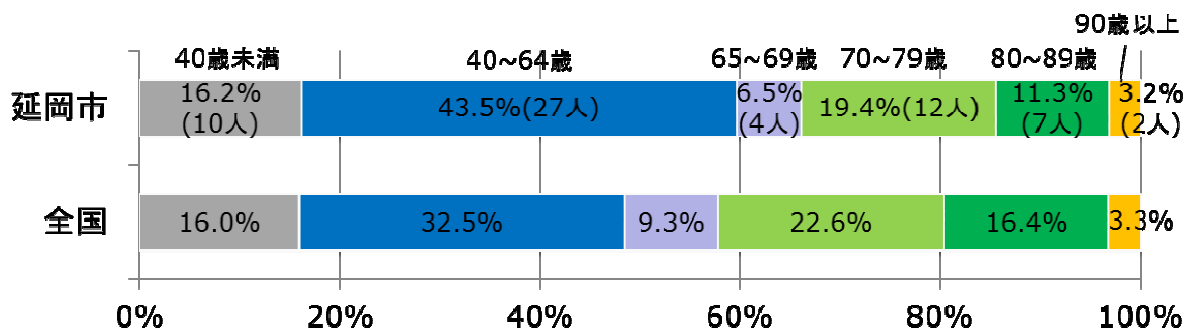
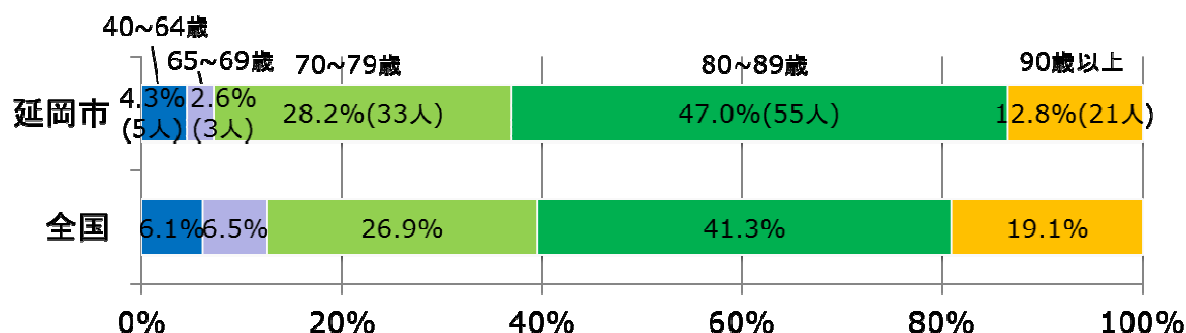


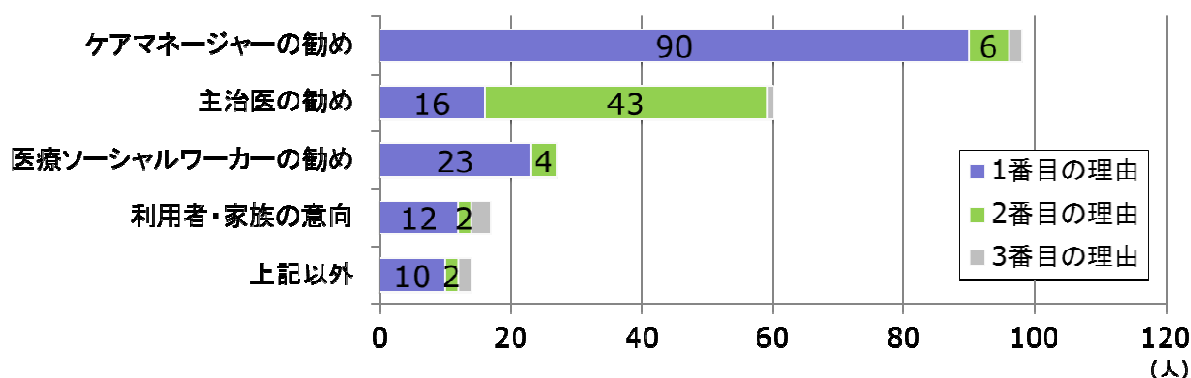
図3 年齢階級別利用者数（介護保険での利用者）



(3) サービスに至った経緯

サービス提供に至った経緯では、ケアマネジャーの勧めが1番目の理由として最も多く挙げられており、2番目の理由として主治医の勧めが最も多く挙げられていた。

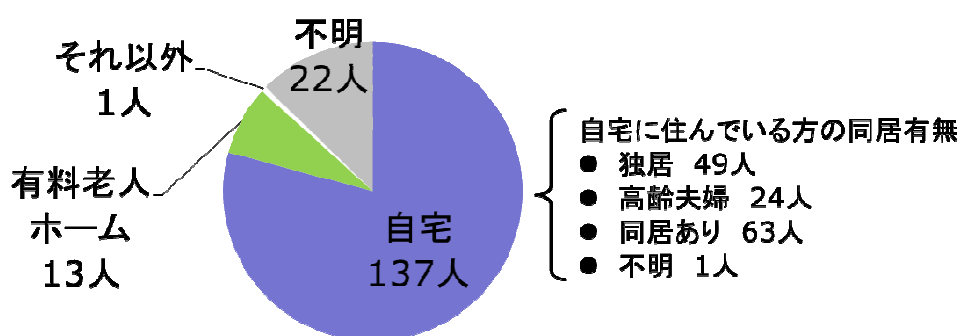
図4 サービス提供に至った経緯



(4) 利用者の居住形態

利用者の居住形態としては、自宅が最も多くしめていた（79.2%）。尚、自宅に住んでいる方の同居有無については、同居あり（全利用者の36.4%）、独居（同28.3%）、高齢夫婦（同13.9%）であった。

図5 利用者の居住形態



(5) 利用者の主傷病

主傷病の分類としては、「腎・内分泌・栄養及び代謝疾患」が 61 人（35.3%）と最も多く、次いで「神経系の疾患」（60 人、34.7%）、「循環器系の疾患」（46 人、26.6%）の順に多かった。また、個別の傷病では、「脳血管障害」と「高血圧症」がともに 35 人（20.2%）と最も多い主傷病であった。

図 6 主傷病分類（全利用者） ※複数選択可

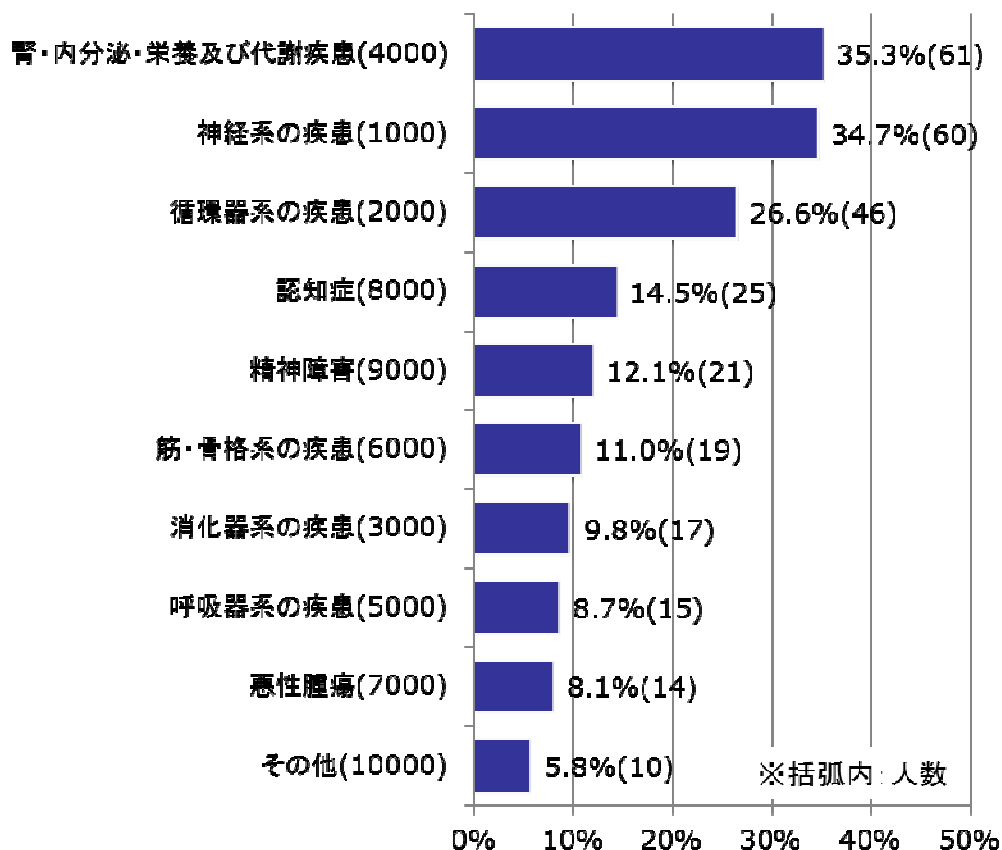


図 7 主傷病名上位 5 位（全利用者）

	人数	該当率
1位 脳血管障害(1010)	35	20.2%
1位 高血圧症(2030)	35	20.2%
3位 糖尿病(4020)	31	17.9%
4位 アルツハイマー型認知症(8010)	16	9.2%
5位 腎不全(4010)	15	8.7%
5位 老年期統合失調症(9060)	15	8.7%

医療保険での利用者の主傷病分類としては、「神経系の疾患」(21人、33.9%)が最も多く、次に「精神障害」(17人、27.4%)が多かった。個別の傷病では、「老年期統合失調症」(15人、24.2%)、「パーキンソン病」(7人、11.3%)が主傷病として多かった。

図8 主傷病分類（医療保険での利用者）

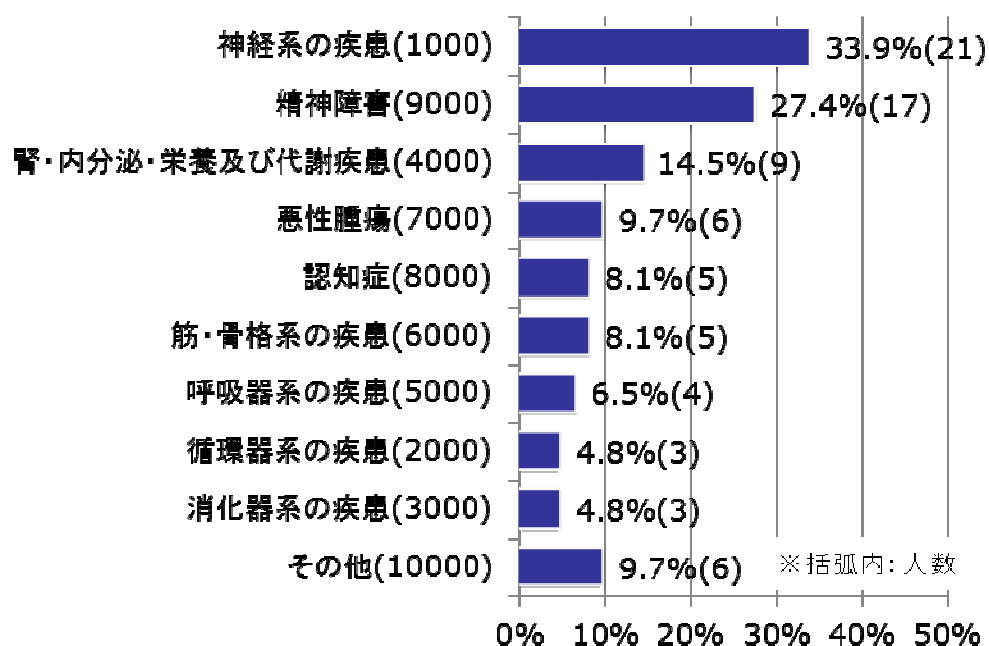


図9 主傷病名上位5位（医療保険での利用者）

	人数	該当率
1位 老年期統合失調症(9060)	15	24.2%
2位 パーキンソン病(1020)	7	11.3%
3位 糖尿病(4020)	4	6.5%
4位 脳血管障害(1010)	3	4.8%
4位 てんかん(1030)	3	4.8%
4位 脊髄小脳変性症(1090)	3	4.8%
4位 脳性麻痺(1180)	3	4.8%
4位 胃がん(7010)	3	4.8%

介護保険での利用者の主傷病分類としては、「腎・内分泌・栄養及び代謝疾患」(56人、47.9%)が最も多く、次に「神経系の疾患」および「循環器系の疾患」がともに43人(36.8%)で多かった。個別の傷病では、「脳血管障害」および「高血圧症」が35人(29.9%)が主傷病として多かった。

図10 主傷病分類 (介護保険での利用者)

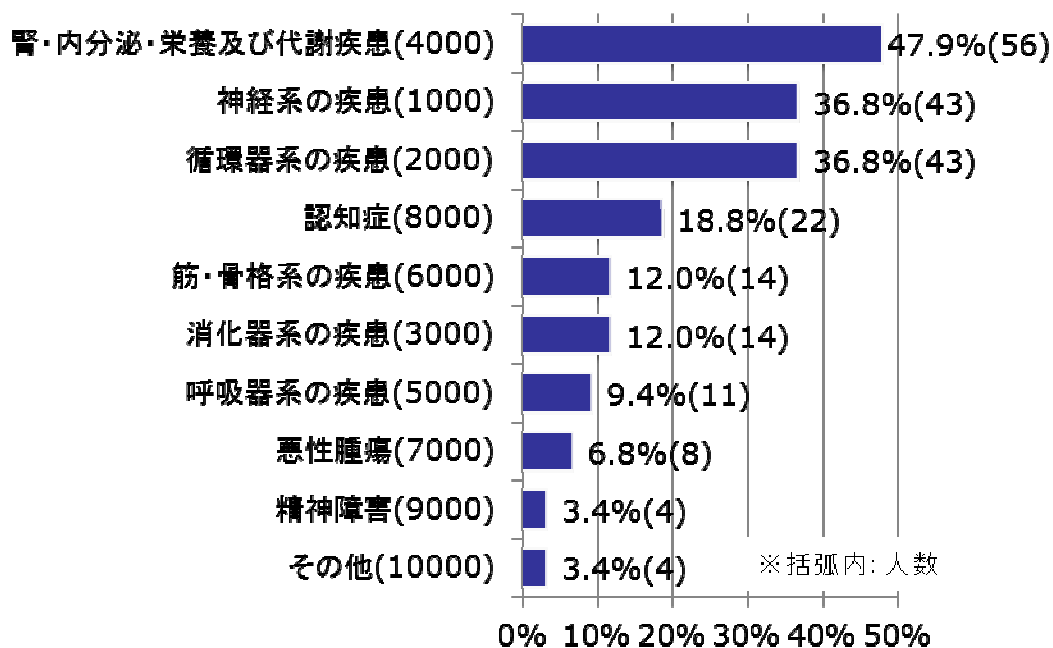


図11 主傷病名上位5位 (介護保険での利用者)

	人数	該当率
1位 脳血管障害(1010)	35	29.9%
1位 高血圧症(2030)	35	29.9%
3位 糖尿病(4020)	30	25.6%
4位 アルツハイマー型認知症(8010)	15	12.8%
5位 腎不全(4010)	14	12.0%

表8 主傷病名一覧

			医療保険				介護保険				合計		
			主傷病名別 該当人数	カテゴリ別		主傷病名別 該当人数	カテゴリ別		主傷病名別 該当人数	カテゴリ別		該当人数	該当率
				該当人数	該当率		該当人数	該当率		該当人数	該当率		
1 神経系の疾患	1000	21				43			64(0)				
脳血管障害	1010	3				34			35(2)				
脳血栓	1011	0				0			0(0)				
脳塞栓	1012	0				1			1(0)				
脳内出血	1013	0				3			3(0)				
クモ膜下出血	1014	0				1			1(0)				
壊死性脳症	1015	1				0			1(0)				
パーキンソン病	1020	7				5			11(1)				
てんかん	1030	3				4			6(1)				
硬膜下血腫、硬膜下水腫	1040	0				2			2(0)				
高次脳機能障害	1050	0				0			0(0)				
筋委縮性側索硬化症(ALS)	1060	1				0			1(0)				
シャイ・ドレーガー症候群	1070	0				0			0(0)				
クロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)	1080	0				0			0(0)				
脊髄小脳変性症	1090	3				1			3(1)				
多発性硬化症	1100	0				0			0(0)				
重症筋無力症	1110	0				0			0(0)				
ハンチントン病	1120	0				0			0(0)				
ギラン・バレー症候群	1130	0				0			0(0)				
本態性振戦	1140	0				0			0(0)				
全身性進行性硬化症	1150	1				0			1(0)				
多系統萎縮症	1160	1				0			1(0)				
脳挫傷	1170	0				1			1(0)				
脳性麻痺	1180	3				0			3(0)				
瀰漫性軸索損傷	1190	0				0			0(0)				
2 循環器系の疾患	2000	0				0			0(0)				
心筋梗塞	2010	0				1			1(0)				
狭心症	2020	0				4			4(0)				
高血圧症	2030	0				35			35(0)				
心不全	2040	0				6			6(0)				
不整脈	2050	0				1			1(0)				
閉塞性動脈硬化症	2060	0				2			2(0)				
心疾患	2070	1				1			2(0)				
原発性肺高血圧症	2080	1				1			2(0)				
左心底形成症候群	2090	1				0			1(0)				
心室頻拍	2100	1				0			1(0)				
反射性起立性低血圧	2110	0				0			0(0)				
貧血	2120	0				4			4(0)				
心房細動	2130	0				2			2(0)				
3 消化器系の疾患	3000	0				0			0(0)				
胃潰瘍	3010	0				0			0(0)				
肝炎	3020	0				5			5(0)				
A型肝炎	3021	0				0			0(0)				
B型肝炎	3022	0				0			0(0)				
C型肝炎	3023	0				3			3(0)				
肝硬変	3030	1				2			3(0)				
イレウス(麻痺性イレウス)	3040	1				0			1(0)				
腹膜炎	3050	0				0			0(0)				
便秘症	3060	2				5			7(0)				
食道炎	3070	0				2			2(0)				
腸炎	3080	0				1			1(0)				
4 腎・内分泌・栄養及び代謝疾患	4000	0				0			0(0)				
腎不全	4010	1				14			15(0)				
糖尿病	4020	4				30			31(3)				
高脂血症	4030	2				7			7(2)				
早老症	4040	0				0			0(0)				
クレチン症(甲状腺機能低下)	4050	2				0			2(0)				
前立腺肥大症	4060	0				2			2(0)				
尿管結石	4070	0				1			1(0)				
神経因性膀胱	4080	1				8			8(1)				
5 呼吸器系の疾患	5000	0				0			0(0)				
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	5010	0				6			6(0)				
肺気腫	5011	0				0			0(0)				
慢性気管支炎	5012	0				2			2(0)				
びまん性汎細気管支炎	5013	0				0			0(0)				
気管支喘息	5020	1				2			3(0)				
肺結核	5030	0				0			0(0)				
気管支拡張症	5040	1				1			2(0)				
気管軟化症	5050	1				0			1(0)				
気管ろう	5060	0				0			0(0)				
結核	5070	0				0			0(0)				
呼吸不全	5080	2				3			5(0)				
肺炎	5090	0				0			0(0)				
嚥下障害	5100	0				1			1(0)				

6 筋・骨格系の疾患	6000	0	5	6.3%	0	14	12.0%	0(0)	19(0)	11.0%
	関節リウマチ	6010			3			3(0)		
	骨粗鬆症	6020			4			4(0)		
	大腿骨頭部骨折	6030			2			2(0)		
	変形性股関節症	6040			0			0(0)		
	変形性膝関節症	6050			2			2(0)		
	後縦靱帯骨化症	6060			2			2(0)		
	脊髄損傷	6070			1			2(0)		
	外傷性頸椎脱臼	6080			0			0(0)		
	頸髄損傷	6090			2			2(0)		
	頸椎損傷	6100			1			1(0)		
	頸椎脱臼骨折	6110			1			1(0)		
	先天性ミオパチー	6120			1			1(0)		
	多発性筋炎	6130			1			1(0)		
	腰部脊柱管狭窄症	6140			2			2(0)		
7 悪性腫瘍	7000	0	6	7.6%	0	8	6.8%	0(0)	14(0)	8.1%
	胃がん	7010			3			3(0)		
	咽頭がん	7020			0			0(0)		
	肝がん	7030			0			0(0)		
	肝門部胆管がん	7040			0			0(0)		
	がん	7050			1			1(0)		
	結腸癌	7060			1			1(0)		
	甲状腺がん	7070			0			0(0)		
	子宮がん	7080			1			1(0)		
	子宮頸がん	7090			0			0(0)		
	子宮体がん	7100			1			1(0)		
	十二指腸がん	7110			0			0(0)		
	腎臓がん	7120			0			0(0)		
	前立腺がん	7130			2			2(0)		
	大腸がん	7140			1			2(0)		
	直腸がん	7150			1			1(0)		
	肺がん	7160			1			2(0)		
	皮膚がん	7170			0			0(0)		
	膀胱がん	7180			0			0(0)		
8 認知症	8000	0	5	6.3%	0	22	18.8%	0(0)	25(2)	14.5%
	アルツハイマー型認知症	8010			15			16(0)		
	血管性認知症	8020			2			8(0)		
	レビー小体病	8030			1			1(2)		
	ピック病	8040			0			0(0)		
9 精神障害	9000	0	17	21.5%	0	4	3.4%	0(0)	21(0)	12.1%
	せん妄	9010			1			1(0)		
	老年期幻覚妄想	9020			0			0(0)		
	老年期気分障害	9030			2			3(0)		
	老年期うつ病	9031			2			3(0)		
	老年期神経症	9040			0			3(0)		
	老年期人格障害	9050			0			0(0)		
	老年期統合失調症	9060			15			15(0)		
10 その他	10000	0	6	7.6%	0	4	3.4%	0(0)	10(0)	5.8%
	強皮症	10010			2			2(0)		
	結膜炎	10020			0			0(0)		
	ダウン症候群	10030			1			1(0)		
	発達遅滞	10040			2			2(0)		
	皮膚筋炎	10050			2			2(0)		
	老衰	10060			0			0(0)		
	四肢麻痺	10070			1			1(0)		
	帯状疱疹	10080			0			0(0)		
	廃用症候群	10090			0			4(0)		
	白癩	10100			0			0(0)		

※コード未対応の傷病については反映していません。

(括弧内)・・・重複利用者

（６）提供している看護内容

看護内容の分類としては、「病状の観察」が 161 人（93.1%）と最も多く、次いで「診療の補助」（144 人、83.2%）、「療養上の世話」（89 人、51.4%）の順に多かった。また、個別の看護内容では、「病状の観察」「療養上の世話」に次いで「服薬管理（内服管理）」が 83 名（48.0%）と多く見られた。

図 12 看護内容分類（全利用者）

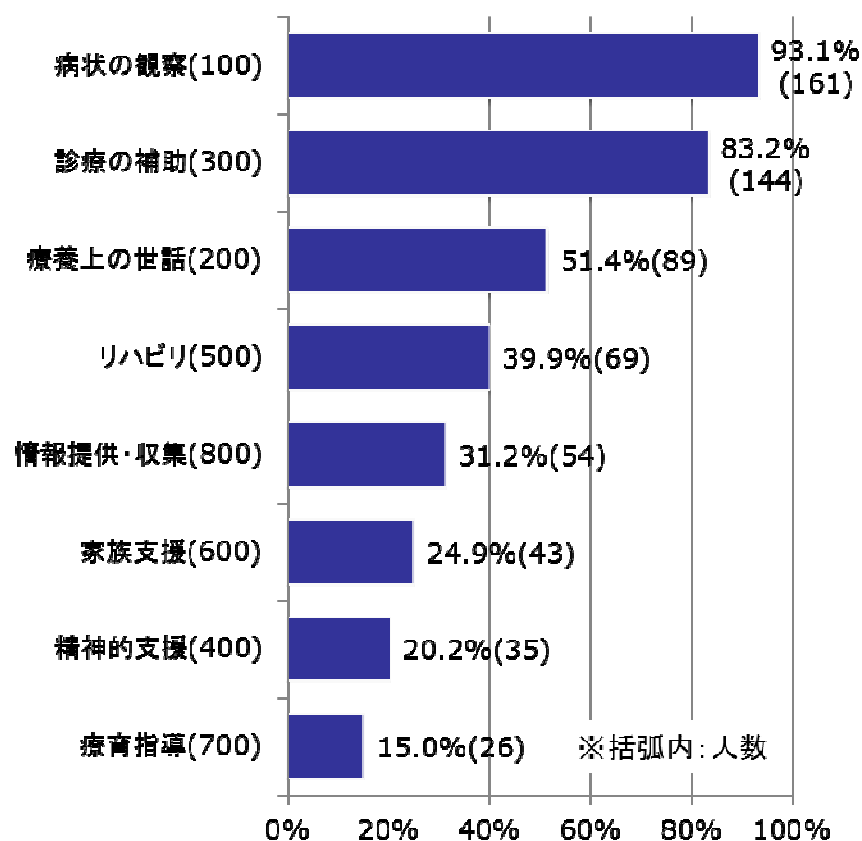


図 13 看護内容上位 5 位（全利用者）

	人数	実施率
1位 病状の観察(100)	161	93.1%
2位 療養上の世話(200)	89	51.4%
3位 服薬管理(内服管理)(311)	83	48.0%
4位 リハビリテーション(500)	69	39.9%
5位 情報提供・収集(800)	54	31.2%

医療保険での看護内容分類としては、「病状の観察」（58 人、93.5%）が最も多く、次に「診療の補助」（52 人、83.9%）が多かった。個別の看護内容では、「病状の観察」に次いで「情報提供・収集」が 35 名（56.5%）と多く見られた。

図 14 看護内容分類（医療保険での利用者）

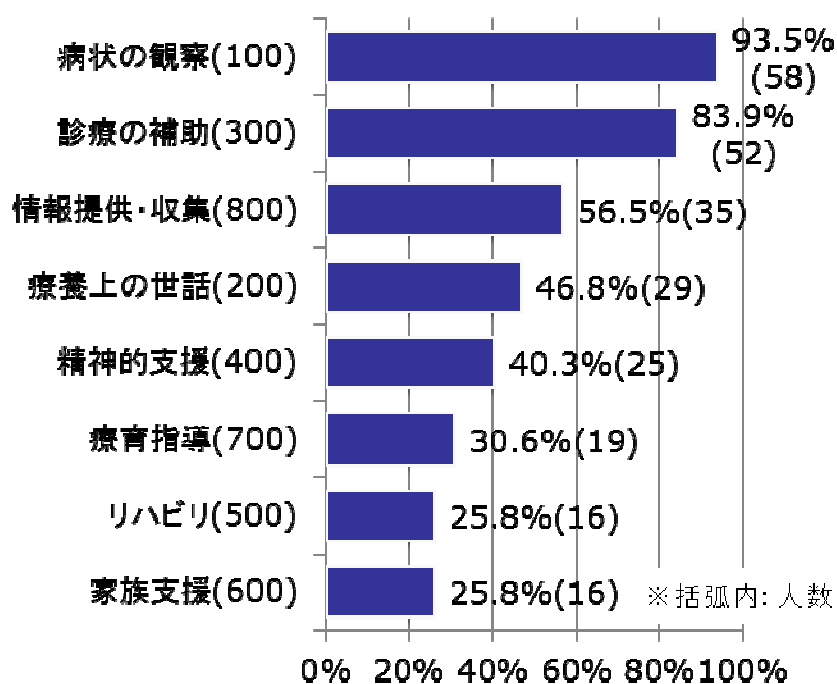


図 15 看護内容上位 5 位（医療保険での利用者）

	人数	実施率
1位 病状の観察(100)	58	93.5%
2位 情報提供・収集(800)	35	56.5%
3位 療養上の世話(200)	29	46.8%
4位 服薬管理(内服管理)(311)	28	45.2%
5位 療育指導(700)	19	30.6%

介護保険での看護内容分類においても、「病状の観察」(108 人、92.3%) が最も多く、次に「診療の補助」(97 人、82.9%) が多かった。個別の看護内容では、「病状の観察」「療養上の世話」に次いで「服薬管理(内服管理)」が 58 名(49.6%) と多く見られた。

図 16 看護内容分類 (介護保険での利用者)

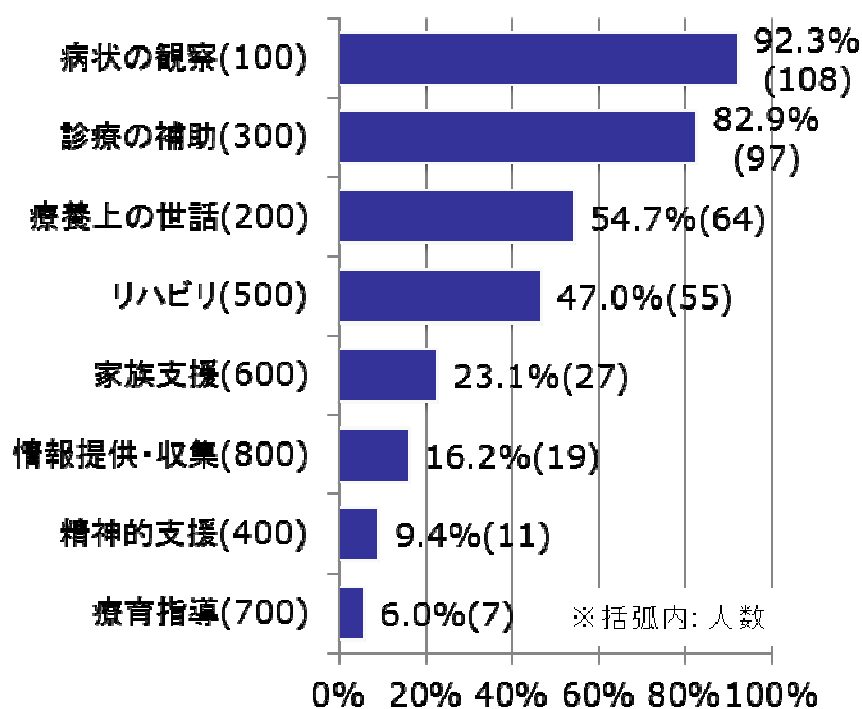


図 17 看護内容上位 5 位 (介護保険での利用者)

	人数	実施率
1位 病状の観察(100)	108	92.3%
2位 療養上の世話(200)	64	54.7%
3位 服薬管理(内服管理)(311)	58	49.6%
4位 リハビリテーション(500)	55	47.0%
5位 家族支援(600)	27	23.1%
5位 軟膏処理(スキントラブル)(326)	27	23.1%

表9 看護内容一覧

		医療保険			介護保険			合計		
看護内容別	対象人数	カテゴリ		看護内容別	カテゴリ		看護内容別	カテゴリ		対象人数
		対象人数	実施率		対象人数	実施率		対象人数	実施率	
1 病状の観察	100	58		108			161(5)			
病状観察(VS測定、バイタルサイン)	100									
療養指導(生活指導)	100	58	93.5%		108	92.3%		161(5)	93.1%	
体重測定	100									
2 療養上の世話(食事、排泄、清潔、移動支援等)	200	29		64			89(4)			
食事介助	200									
口腔ケア	200									
嚥下管理	200									
ADL介助	200	29	46.8%		64	54.7%		89(4)	51.4%	
更衣介助	200									
寝衣具交換	200									
おむつ交換	200									
保清(清拭・部分浴・入浴介助・整容・陰部臀部洗浄・膀胱洗浄)	200									
排便管理(排便・洗腸)	200									
3 診療の補助	300	52		97			144(5)			
血糖値管理	310	0		12			12(0)			
服薬管理(内服管理)	311	28		58			83(3)			
注射・点滴管理(輸液管理・TPN管理)	312	3		1			4(0)			
IVH管理	313	1		0			1(0)			
褥そう処置(予防の指導含む)	314	8		14			22(0)			
吸引処置	315	3		1			4(0)			
胃ろう管理(PEG洗浄)	316	2		6			8(0)			
経管管理	317	0		5			5(0)			
カテーテル管理(導尿管理・PTCDチューブ管理)	318	2		16			17(1)			
ストマ管理	319	0		4			4(0)			
腹膜透析	320	0		4			4(0)			
呼吸器管理	321	1		0			1(0)			
気管切開部管理	322	0		0			0(0)			
在宅酸素(SPO2測定・管理)	323	8		6			14(0)			
麻薬の使用(貼付薬確認・疼痛コントロール)	324	3		1			4(0)			
体位交換	325	1		3			4(0)			
飲育処置(スキントラブル)	326	13		27			38(2)			
4 精神的支援	400	25		11			35(1)			
傾聴	400		25	40.3%	11	9.4%	35(1)	35(1)	20.2%	
5 リハビリテーション	500	16		55			69(2)			
立ち上がり訓練	500		16	25.8%	55	47.0%	69(2)	69(2)	39.9%	
四肢マッサージ・ROM運動	500									
6 家族支援	600	16		27			43(0)			
介護相談	600		16	25.8%	27	23.1%	43(0)	43(0)	24.9%	
7 療育指導	700	19		7			26(0)			
8 情報提供・収集	800	35		19			54(0)			
他機関連携	800		35	56.5%	19	16.2%	54(0)	54(0)	31.2%	
主治医への報告・連携	800									

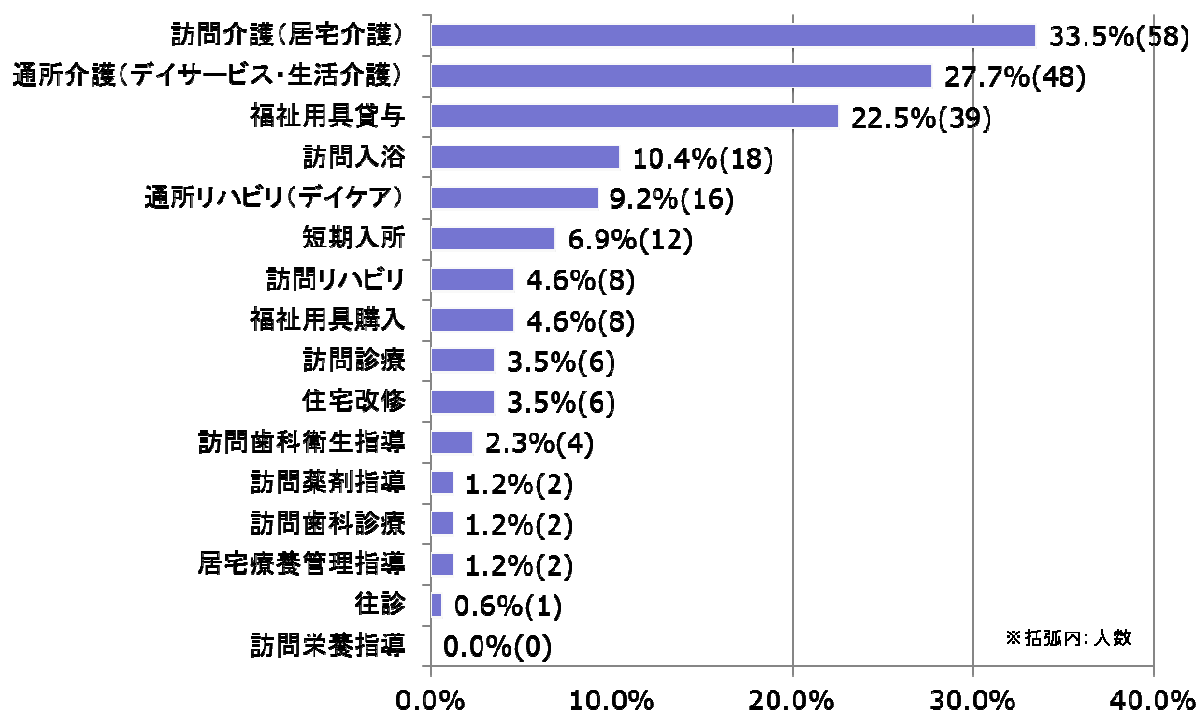
※コード未対応の傷病については反映していません。

(括弧内)・・・重複利用者

(7) 訪問看護以外に利用しているサービス内容

訪問看護以外に利用しているサービス内容としては、「訪問介護（居宅介護）」（58 人、33.5%）が最も多く、次いで「通所介護（デイサービス・生活介護）」（48 人、27.7%）、「福祉用具貸与」（39 人、22.5%）が多かった。

図 18 訪問看護以外に利用しているサービス内容 □複数選択可



3.4. 関係団体、事業者からみた在宅医療に対するニーズ（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所）

3.4.1. 調査概要

(1) 調査対象：

地域包括支援センター：11 箇所

居宅介護支援事業所：52 事業所

(2) 調査方法：郵送／FAX

(3) 主な調査項目：

- 在宅医療の必要性がある場合「生活環境等」「傷病等」「処置内容」での要因
- 在宅医療の必要性がない状況
- 在宅医療のサービスを導入した理由
- 在宅医療の提供が「うまくいった実際の事例」
- 実際に提供に至ったサービス内容

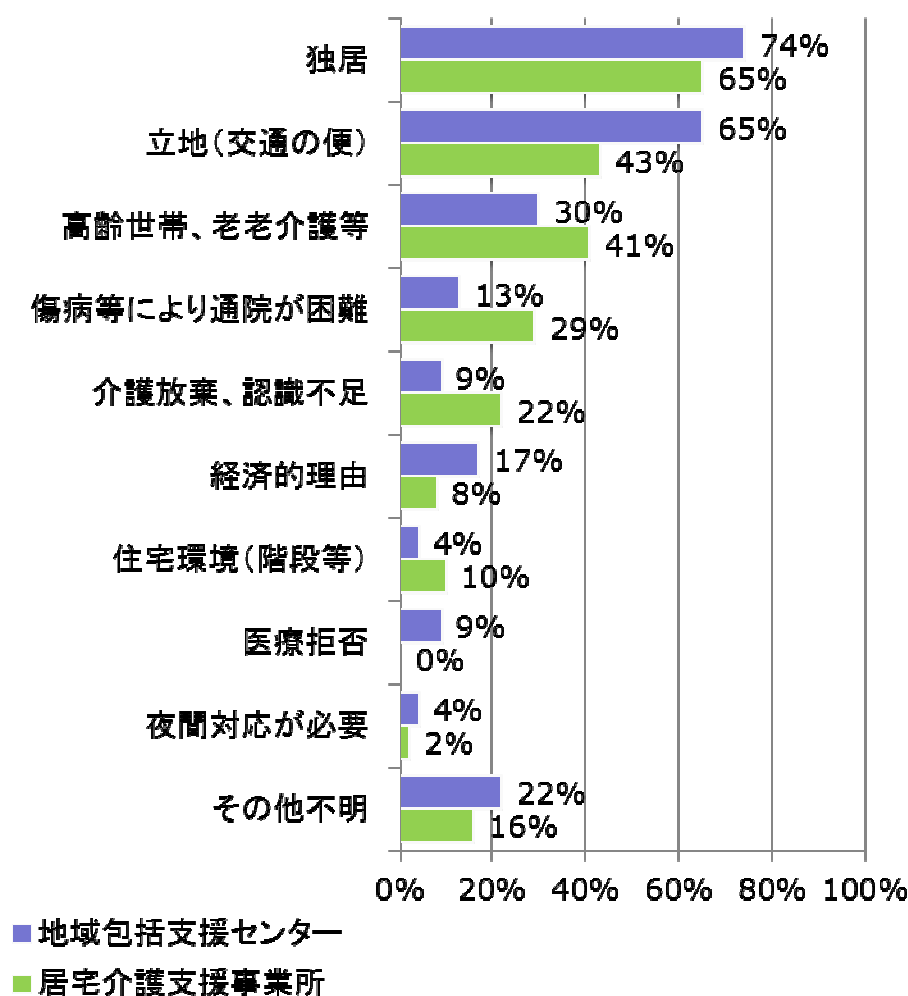
- 在宅医療提供が「うまくいかなかった実際の事例・原因」
- (4) 調査時期：平成 24 年 10～12 月
- (5) 回収状況：
- 地域包括支援センター：全 11 箇所（回収率 100.0%）
- 居宅介護支援事業所：52 事業所中 41 事業所（回収率 78.9%）

3.4.2.調査結果

(1) 在宅医療の必要性がある場合：「生活環境等」での要因

「生活環境等」を要因として在宅医療の必要性がある場合は、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所ともに、「独居」が最も多く、次いで「立地（交通の便）」が多かった。

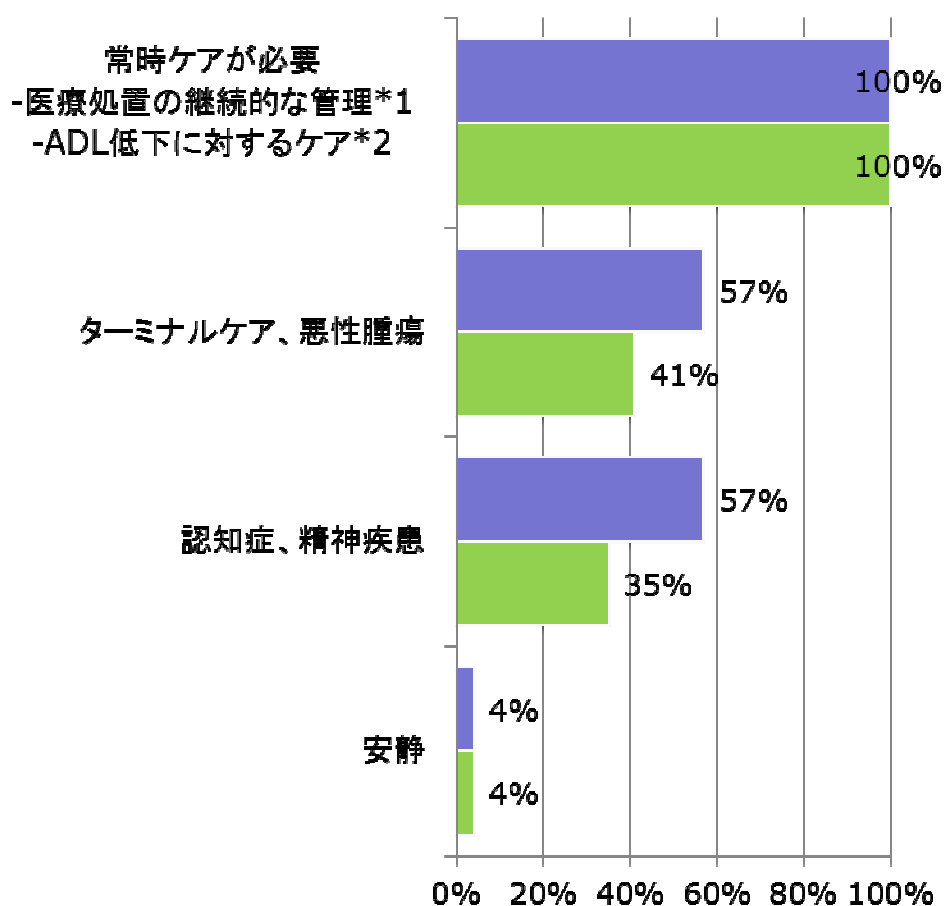
図 19 在宅医療の必要性がある場合「生活環境等」での要因 ※記述式、複数回答可



（２）在宅医療の必要性がある場合：「傷病等」での要因

「傷病等」を要因として在宅医療の必要性がある場合は、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所ともに、全ての回答において「常時ケアが必要」が含まれていた。そのほかには、「ターミナルケア、悪性腫瘍」「認知症、精神疾患」が挙げられている。

図 20 在宅医療の必要性がある場合「傷病等」での要因 ※記述式、複数回答可



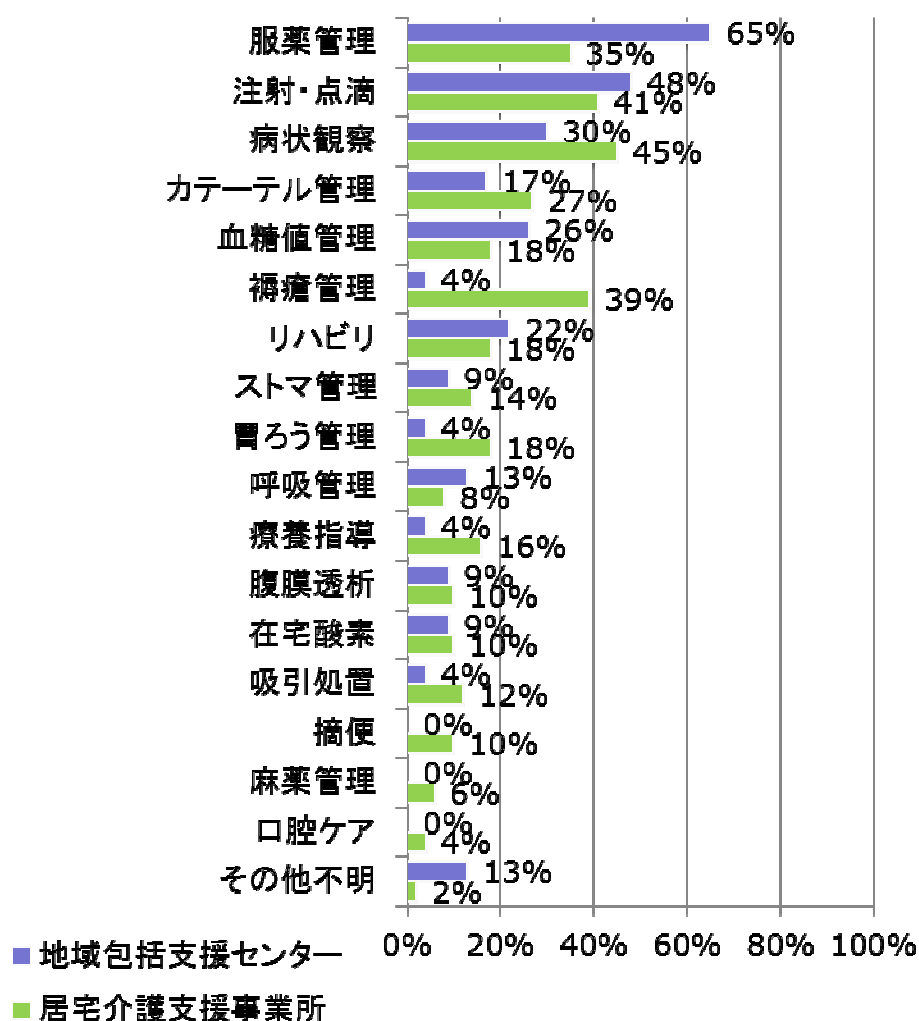
*1 糖尿病、カテーテル管理、人工呼吸器、腎不全、肺疾患etc.

*2 脳血管障害、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病etc.

(3) 在宅医療の必要性がある場合：「処置内容」での要因

「処置内容」を要因として在宅医療の必要性がある場合は、地域包括支援センターでは「服薬管理」(68%)、「注射・点滴」(48%)、「病状観察」(30%)が上位に挙げられ、居宅介護支援事業所では「病状観察」(45%)、「注射・点滴」(41%)、「褥瘡管理」(39%)が上位に挙げられていた。

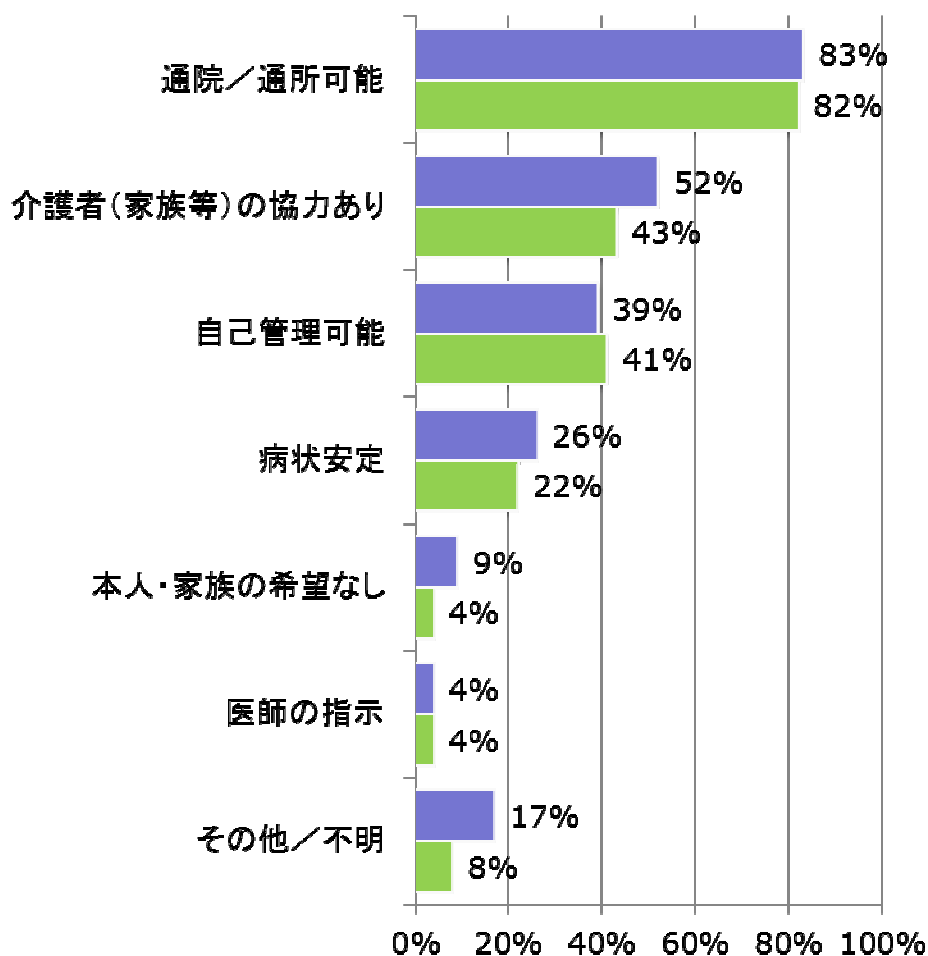
図 21 在宅医療の必要性がある場合「処置内容」での要因 ※記述式、複数回答可



(4) 在宅医療の必要性がない場合

在宅医療の必要性がない場合として、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所ともに、8割以上の回答に「通院／通所可能」が挙げられた。次いで、「介護者（家族等）の協力あり」「自己管理可能」が挙げられている。

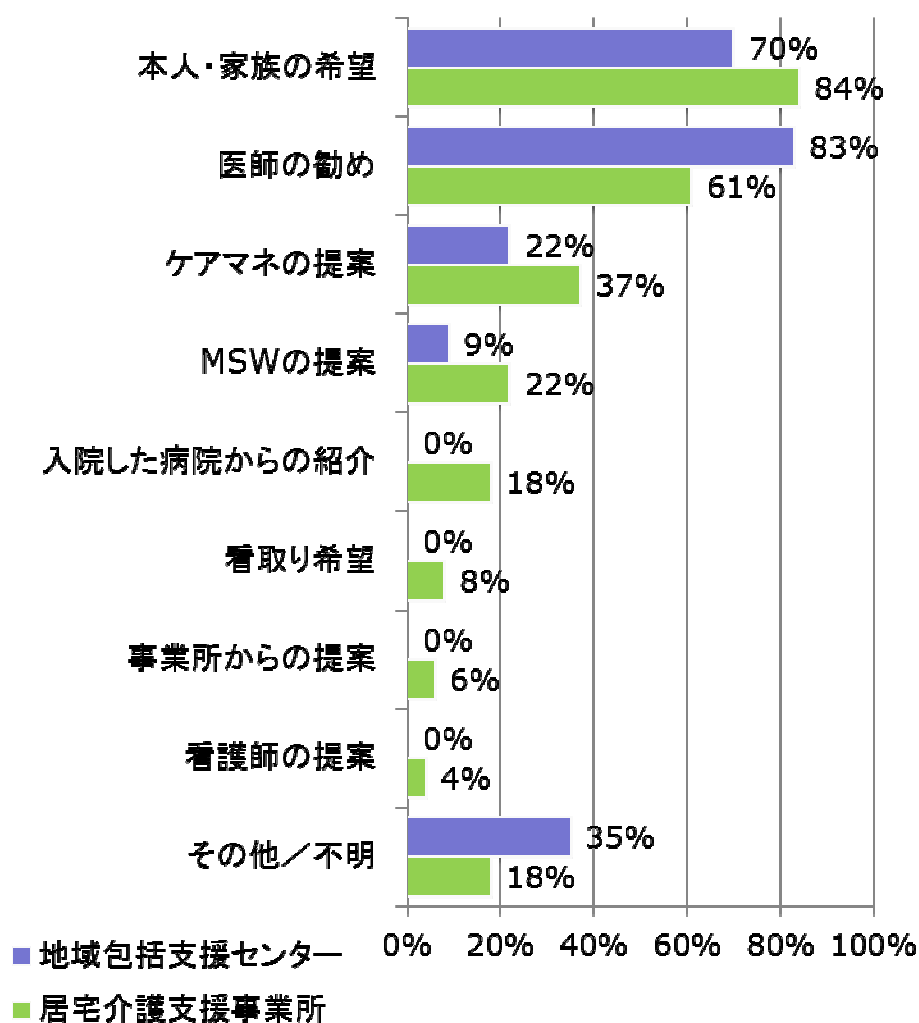
図 22 在宅医療の必要性がない場合 ※記述式、複数回答可



(5) 在宅サービスを導入した理由

在宅サービスを導入した理由として、地域包括支援センターでは、「医師の勧め」(83%)が最も多い回答を得られ、次いで「本人・家族の希望」(70%)であった。一方で、居宅介護支援事業所では、「本人・家族の希望」(84%)が最も多く、「医師の勧め」が2番目に多い回答であった。

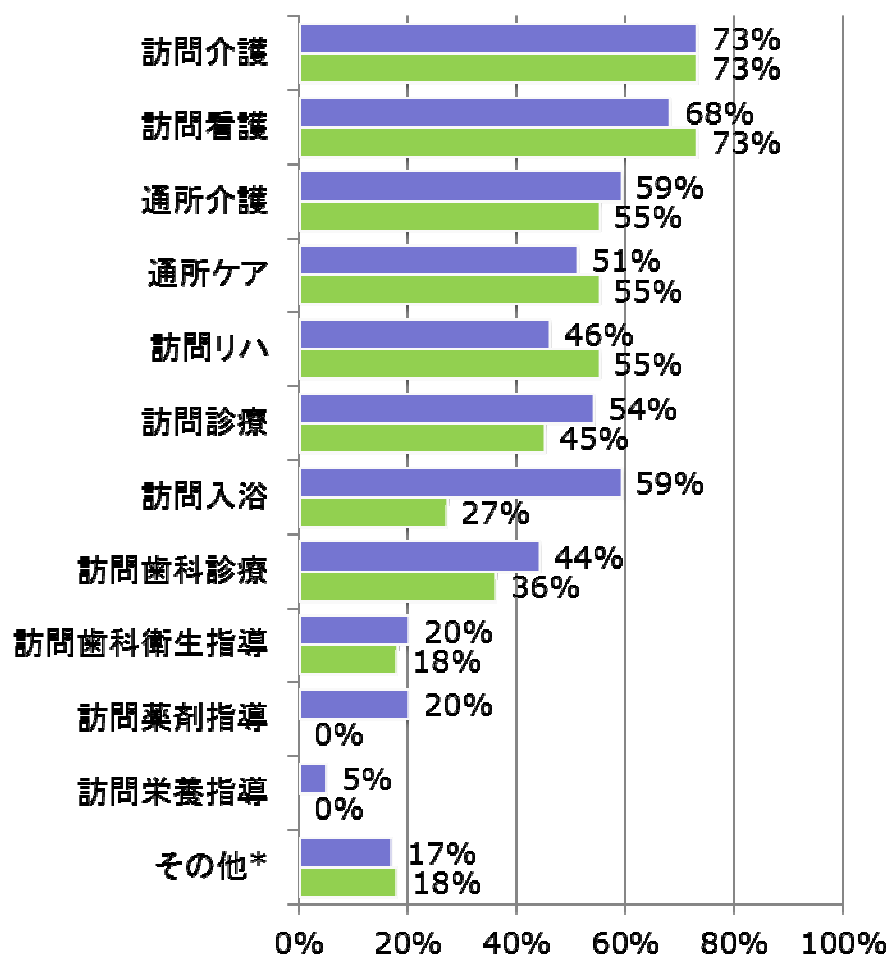
図 23 在宅サービスを導入した理由 ※記述式、複数選択可



(6) 実際に提供に至ったサービス

実際に提供に至ったサービスとしては、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所ともに「訪問介護」「訪問看護」が約70%を占めている。

図 24 実際に提供に至ったサービス ※複数回答可



*福祉用具貸与・購入、短期入所生活介護、有償ヘルパー、訪問マッサージ、医療デイケアなど

(7) 提供が「うまくいった実際の事例」

在宅サービスの提供がうまくいった実際の事例として記述のあったものを以下に示す。
(一部抜粋)

- 地域包括支援センター
 - 包括が自宅訪問した際、介護者の夫より介護・金銭的負担の訴えあり。医療受給者証を見せていただくと、特定疾患で公費負担の対象となることが分かる。本人、家族、ケアマネ、訪問看護、包括とで、在宅生活について話し合い、話し合いの

内容を主治医に伝え、訪問看護（公費）利用となった。訪問看護利用により、服薬管理、リハビリ、夫への介護相談、主治医との連携により、本人の状況の改善と夫の安心感により介護の負担感が減少した。一人で介護していた夫の孤独感が解消された。（ケアマネジャー）

- 主治医と訪問看護事業所との連携がうまく行き、デジカメなどを利用し、医師に確認しながら看護処置を行っている。必要時には包括に連絡が入る。また連絡を入れて見守ることができている。（看護師）
- 介護保険で訪問看護を利用していたが、急変し介護保険だけでは対応できなくなった時に、主治医が医療での訪問介護の指示書をだし、迅速に医療の訪問へつなげる事が出来た。その後はケアマネと訪問看護師が連携を取りながらサービスの提供を行っている。（社会福祉士）

- 居宅介護支援事業所

- 肺炎や吐血などで他の病院に入院しなければならない場合24時間の連携体制をとっている。緊急時の受診病院、夜間に受診できる病院が明示されているので安心できる。（ケアマネジャー）
- 脳梗塞の既往あり。特に治療が必要な疾患なく、老衰状態で徐々に寝たきり状態になる。元気な頃から通所や施設は拒否していたため、家族は在宅介護を希望。定期的な訪問診療のほかに、発熱時等、随時相談しながら介護継続できた。訪看、訪介、訪問入浴の事業所間の連携で褥瘡の悪化もなく経過した。（介護福祉士）

（８）提供が「うまくいかなかった実際の事例」、「うまくいかなかった原因」

在宅サービスの提供が「うまくいかなかった実際の事例」および「うまくいかなかった原因」として挙げられたものを以下に示す。（一部抜粋）

- 地域包括支援センター

- 血糖値の管理、服薬の管理ができてない状態。医療ソーシャルワーカーや薬剤師からの勧めもあり、訪問看護の利用を検討したが、本人は必要性を感じておらず、利用には至らなかった。（社会福祉士）
- 家族は就労のため昼夜とも不在。母親が重度の認知症だが、家族も病気や認知症に対する認識がなく、経済面を理由に受診や入院も拒否し、サービスも受け入れないケース。（ケアマネジャー）

- 居宅介護支援事業所

- 糖尿病が悪化し、インスリン注射、血糖値測定が必要となり、家族が介護認定申請。在宅希望、日中独居。認知力低下により自己注射は困難。訪看導入について検討するが、限度額内での利用は難しく、主治医に相談。医療保険での訪看は適用外とのことで、やむなく入院となった。（介護福祉士）
- 介護サービスを導入したばかりのケースの場合、医療情報が少なく憶測で介護を

提供しなければならず、連携するサービス機関に正確な情報を提供することができなかった。(ケアマネジャー)

(9) 今後の在り方について

在宅医療の在り方について、コメントいただいたものを以下に示す。(一部抜粋)

- 地域包括支援センター
 - 私たち、地域包括職員は、予防や安心して自宅で医療・介護が受けられる体制づくりの啓発、社会資源の情報提供、不足しているサービスの提言を行っていきたいと思います。そして、支援者は介護保険だけではなく、医療、障がい者、難病などの知識を得ることが、利用者の幸せにつながることを考えて支援していかなければならないと思いました。(ケアマネジャー)
 - 悪性腫瘍の終末期の場合、医療保険で迅速に動ける体制づくりが必要ではないかと思われる。在宅で看取りを希望する方や家族が増えてきているように思うが、定期往診、緊急往診などの対応ができる医療機関を探すのに苦労している。(看護師)
 - 今後、医療制度の改正で入院日数の大幅減が予測され、医療依存度の高い方が在宅へ戻られることが多くなると考え、在宅医療の需要が高くなると思っています。(社会福祉士)
 - 私は包括職員として勤務していますが、病院側から退院者の相談も多くなっています。現在、包括支援センターは介護予防プランをかかえ、困難事例や介護予防普及活動に取り組んでおり、煩雑な業務により、十分な機能が果たせなくなっています。最前線で相談を受ける包括支援センターの業務内容について見直す時期が来ていると思います。医療と介護の橋渡しを行う上で包括支援センターの担うべき役割は今後、益々大きくなっていくと実感しています。(社会福祉士)
- 居宅介護支援事業所
 - 利用者自身が主体的に選択できるよう、(どの医療機関で、どのような在宅医療が実施されているのか選択できる)適切な在宅医療を提供できる医療機関の確保と、在宅復帰前に入院していた医療機関や保健、福祉等の連携の推進。(ケアマネジャー)
 - 連携を図っていくには、連絡、相談、調整をする役割(ケアマネジャーが多くなってくると思われる)の能力も問われてくると思う。(ケアマネジャー)
 - 在宅医療がうまくいったケースは、そういう多職種の連携がうまくとれており、家族も安心して自宅でも介護(看護)できていたようです。以前いた病院では、最後まで自宅か、最後は病院(いざとなったら)というような話し合いにケアマネも参加させていただいていましたので、レスパイト入院も利用しながら、医療と福祉と地域が連携をとり、家族も仕事を続けながら、また、自分の楽しみや、

趣味等続けながら在宅で考えることができました。(ケアマネジャー)

- 医療機関との連携については、ソーシャルワーカーを配置している医療機関が増えていくことがスムーズな支援を進める上では効率性が高く、利用者にとって利益であると思う。(社会福祉士)
- 昨今は介護予防に口腔機能の維持や改善が重視されているので、訪問歯科診療を行う歯科医が増えると利用しやすくなると思う。(社会福祉士)
- 認知症の初期症状等では、精神科受診への理解が得られないこともあり、内科等での健診でも早期発見等の対応が取れる様になると良いのではないかと感じる。(社会福祉士)

3.5. 在宅医療、地域包括ケアにおいて実務者が感じる課題とニーズ（訪問看護ステーション）

3.5.1. 調査概要

- (1) 調査対象：延岡市内の訪問看護ステーション
- (2) 調査方法：意見交換会
- (3) テーマ：各事業所における現状や課題点などについて
- (4) 調査時期：平成 24 年 9 月

3.5.2. 調査結果

意見交換会における発言は以下のようなものであった。

① 指示書の運用に課題

- 患者の親族等から、訪問看護の依頼があっても、指示書を書いてもらう医師探しを含め、調整に時間がかかる場合がある。指示書については、医師の協力が欠かせない。
- 指示書の夜間対応を含め、具体的な記入があることで、緊急時等の対応をスムーズに行うことができる。

② 訪問看護ステーションの人材の確保と事業運営の課題

- 24 時間拘束される割には、賃金が安いので、スタッフを募集してもなかなか集まらないのが現状である。
- 管理者と常勤 2 人とで夜間待機をまわしている。週末は 30 分圏内でしか活動できない。本当はあと 1 人欲しいが、利用者の数や訪問回数に波があるため、常勤で雇うと経営的に大変。

③ 医療機関との連携強化が必要

- 在宅医療患者の緊急時に、医療機関の連携が十分に図れず、対応に時間を要したことがある。
- 在宅医療患者を中心に、医療機関（指示書作成）と訪問看護ステーション（患者

の状況報告／毎月・毎週）が連携しあうのがベスト。横の連携が重要である。

- 往診してくれる医師が少ないと感じている。
- スムーズに在宅医療に移行するためには、医療従事者（看護師や MSW など）からの働き掛けが重要であると感じる。
- 医療の側から在宅生活を送る上での提案（退院後の暮らしをイメージ）が出てくることが望ましいと感じる。

④ 訪問看護の利用を促進するための勉強会が必要

- ケアマネが、訪問看護が必要だと気づく力がないと、サービスにつながらない。ケアマネに対して教育・研修の場が必要。グループワークで事例検討等も必要。
- 実習で病院勤務の看護師が訪問看護ステーションに来るが、目から鱗。「こんな人も家に帰れるんだ〜」。病院勤務の看護師は在宅でどんなことが出来るのか、を知る機会がないため、どのようにつないでいいのかわからない。

3.6. 在宅医療、地域包括ケアにおいて実務者が感じる課題とニーズ（医療ソーシャルワーカー）

3.6.1. 調査概要

- (1) 調査対象：延岡市内の医療機関に勤める医療ソーシャルワーカー
- (2) 調査方法：意見交換会
- (3) テーマ：在宅医療における課題、ニーズの意見交換
- (4) 調査時期：平成 24 年 12 月

3.6.2. 調査結果

意見交換会における発言は以下のようなものであった。

① 医師・看護師等に対する延岡市における介護・福祉サービスの周知が必要

- 在宅医療は大変、という印象があるが、訪問看護等を活用することにより、医師の負担は軽減されると思う。
- ケアマネから、自院にかかったことのない方でも往診は可能か？との問合せを受けることがある。延岡市内において在宅医療を実施している医療機関の数が少ないのではないか。
- 医療機関における介護保険制度をはじめとする、福祉サービス全般に対する周知不足が感じられる。

② ネットワークを組んで在宅医療の仕組みづくりを進めるべき

- 現在は国が示す「地域包括ケアシステム」をどう実装するかという段階に来ており、在宅医療を充実していくためには、医師間のネットワークを中心とした訪問看護や訪問介護などのネットワークを形にしていくべき（長崎在宅 Dr. ネットが参考になる）。

- 平均在院日数の短縮が求められており、結果として早い段階で方針を決める必要が出てきている。在宅医療を望む患者も増えてきているため、スピーディー（3日以内程度）に受け入れ先などとの調整が必要になっていることの負荷が非常に大きい。
- 精神疾患の方への対応も重要。内科等の身体的疾患も併発しているケースが多く、単独の医師で対応することは難しいため、複数の医師でネットワークを組んで対応することが望ましいと考えられる。

3.7. 医療体制の脆弱な地区の市民に対する実態

3.7.1. 調査概要

- (1) 調査対象：上鹿川地区住民
- (2) 調査方法：アンケート
- (3) 主な調査項目：
 - 健康のために気をつけていること
 - 最近受診した医療機関
 - よく利用している医療機関
 - 日常的な計測の有無ときっかけ
 - 体調が悪いと感じた時の対応方法
 - 病気・体の具合についての相談相手
 - 上鹿川地区の医療体制の不便な点
 - 上鹿川地区の医療体制に必要なもの
 - 上鹿川地区住民の健康の為に取り組んでいること
 - 神楽館健康相談事業について
- (4) 調査時期：平成 24 年 11 月
- (5) 回収状況：約 60 名中 31 名（回収率 約 50%）

3.7.2. 調査結果

(1) 回答者像

計 31 名の回答者のうち、男性は 14 人（45%）、女性は 17 人（55%）。年代としては、男性は 60 代が、女性は 70 代が最も多かった。

表 10 性別・年代別回答者数

	40代以下	50代	60代	70代	80代以上	無記入	合計
男性	2	4	5	1	0	2	14
女性	1	5	3	6	2	0	17

(2) 健康のために普段から気をつけていること

「定期的に健康診断を受診する」(18 人、58%) が最も多く、次いで「入れ薬(配置薬)を置いている」「日常生活で体を動かすようにしている」がともに 13 人(42%) であった。

表 11 健康のために普段から気をつけていること ※複数回答可

定期的に健康診断を受診する	18
入れ薬(配置薬)を置いている	13
日常生活で体を動かすようにしている	13
夜遅い時間の食事を控えている	12
食事の量を調整している	10
その他	3

(3) 最近の医療機関受診(受診時期)

調査当月に受診実績のある人が 10 人(32%)、3~4 ヶ月以内(7 月以降受診)と合わせると半数を超える(17 人、55%)。一方で、若干ではあるが、5 年以上受診実績のない方も見られた。

表 12 最近の医療機関受診(受診時期)

平成24年11月	10	32%
平成24年7~10月	7	23%
平成24年1~6月	2	6%
平成23年	1	3%
5年以上前	1	3%
10年以上前	1	3%
無記入	9	29%

(4) 最近の医療機関受診(受診理由)

最も多かった回答は「病気」(12 人、39%)、次いで「健康診断」「その他」が 4 人(13%) であった。

表 13 最近の医療機関受診(受診理由)

病気	12	39%
健康診断	4	13%
その他	4	13%
無記入	11	35%

(5) よく利用している医療機関の有無

回答者 31 人中、よく利用している医療機関が「ある」と答えた方は 25 人(81%) であった。

表 14 よく利用している医療機関の有無

ある	25	81%
ない	6	19%

(6) よく利用している医療機関への交通手段

よく利用している医療機関があると回答した方 25 名のうち、自家用車を使って受信している方は 20 人 (80%) であった。また、そのうち「自分で運転する」と回答した方は 13 人 (65%) であった。

表 15 よく利用している医療機関への主な交通手段

自家用車	20	80%
（自分で運転）	(13)	
（家族が送迎）	(3)	
（無記入）	(4)	
乗合タクシー	5	20%
その他	0	0%

(7) よく利用している医療機関の利用頻度

よく利用している医療機関があると回答した方 25 名のうち、利用頻度は「月 1 回程度」(9 人、36%) と回答した方が最も多かった。

表 16 よく利用している医療機関の利用頻度

週1回程度	2	8%
月2回程度	4	16%
月1回程度	9	36%
その他	6	24%
無記入	4	16%

(8) 健康管理のための定期的な測定

健康管理のための定期的な測定をしている方は、体重が 21 人 (65%)、体温が 7 人 (23%)、血圧が 19 人 (61%) であった。

表 17 健康管理のための定期的な測定

体重	測定している	21
	測定していない	7
	未回答	3
体温	測定している	7
	測定していない	16
	未回答	8
血圧	測定している	19
	測定していない	10
	未回答	2

(9) 健康管理のための定期的な測定をするようになったきっかけ

健康管理のための定期的な測定をしている方 22 名のうち、「医師の勧め」がきっかけとなった方が 10 人（45%）と最も多く、次いで「昔からの習慣」が 5 名（23%）と多かった。

医師の勧め	10	45%
昔からの習慣	5	23%
九保大健康相談事業	3	14%
家族の勧め	2	9%
その他	2	9%

※九保大健康相談事業：

九保大薬学部河内准教授（薬剤師）、富重助教（薬剤師）が中心となって行っている事業。毎月第 1・第 3 月曜日に上鹿川地区集会所を訪問し地域住民の健康相談会を行っている。健康相談会へは、同大佐藤教授（医師）も同行している。

(10) 体調が悪く感じたときの行動

体調が悪く感じたときの行動は、「病院に行く」が 18 人（60%）と最も多く、「安静にする」（6 人、20%）、「配置薬を使う」（4 人、13%）、「市販薬を買いに行く」（1 人、3%）の順であった。

表 18 体調が悪く感じたときの行動

病院に行く	18	60%
安静にする	6	20%
配置薬を使う	4	13%
市販薬を買いに行く	1	3%
その他	1	3%

(1 1) 病気やカラダの具合についての相談相手

病気やカラダの具合についての相談相手は、「家族」が 21 人（体調が悪いと感じたときの行動は、「病院に行く」が 18 人（56%）と最も多く、「安静にする」（7 人、22%）、「配置薬を使う」（4 人、13%）、「市販薬を買いに行く」（2 人、6%）の順であった。

表 19 病気やカラダの具合についての相談相手 ※複数回答可

家族	21	68%
九保大健康相談事業	7	23%
医療関係者	6	19%
友人・知人	6	19%
市の保健師	2	6%
その他	1	3%
相談しない	2	6%

(1 2) 病気やカラダの具合について相談する際の相談内容

回答のあった 24 人のうち、「体調不良」が 13 人（54%）と最も多く、次いで「病気について」（10 人、42%）が多かった。

表 20 病気やカラダの具合について相談する際の相談内容 ※複数回答可

体調不良	13	54%
病気について	10	42%
健康管理方法	4	17%
食事の摂り方	4	17%
運動の方法	3	13%
その他	2	8%

(1 3) 上鹿川地区の医療体制の不便な点

「万が一の際に、救急車がすぐに到着しない」が 18 人（58%）と最も多かった。また、14 人（45%）が「医療機関が遠く、なかなか診療を受けられない」、8 人（26%）が「公共交通機関（バス）の運行が充実しておらず、通院が大変」と感じていることが分かった。一方、5 人（16%）「特になし」と回答した。

表 21 上鹿川地区の医療体制の不便な点 ※複数回答可

万が一の際に、救急車がすぐに到着しない	18	58%
医療機関が遠く、なかなか診療を受けられない	14	45%
公共交通機関（バス）の運行が充実しておらず、通院が大変	8	26%
介護や生活介助のサービスが充実していない	1	3%
特になし	5	16%

(14) 上鹿川地区の医療体制に必要と思われること

「九保大健康相談事業」が 17 人（40%）と最も多く、次いで「定期的な医師の診察（巡回往診）」が 15 人（48%）と多かった。また、「医療関係者（医師、薬剤師、保健師等）による健康相談会」および「体調が悪い時などに電話で医療関係者に相談できるサービス」はともに 9 人（29%）、「住民同士の助け合い、声の掛け合い」は 8 人（26%）であった。

表 22 上鹿川地区の医療体制に必要と思われること ※複数回答可

九保大健康相談事業	17	55%
定期的な医師の診察 （巡回往診）	15	48%
医療関係者（医師、薬剤師、保健師等）による健康相談会	9	29%
体調が悪い時などに電話で医療関係者に相談できるサービス	9	29%
住民同士の助け合い、 声の掛け合い	8	26%
その他	0	0%

4.地域の医療資源の現状調査

4.1. 介護保険事業所

4.1.1.調査概要

- (1) 調査対象：延岡市内の介護保険事業所 314 事業所
- (2) 調査方法：郵送
- (3) 主な調査項目：
 - 施設情報、相談窓口、料金
 - 受入可能条件、職員体制
 - サービス内容（特色・加算）
 - ベッド数、入浴の有無
 - レク・リハ内容
 - 訪問リハの有無
- (4) 調査時期：平成 24 年 10 月～12 月
- (5) 回収状況：314 事業所中 236 事業所（回収率 75.2%）

4.1.2.調査結果

参考資料 C-1 医療資源台帳（介護保険事業者）を参照。

4.2. 医療機関

4.2.1.調査概要

- (1) 調査対象：延岡市内の医療機関 80 医療機関
- (2) 調査方法：郵送
- (3) 主な調査項目：
 - 施設情報、病床数、診療科目、併設の施設
 - 連携窓口
 - 連絡・連携をとる際の良い時間帯やお願い
 - 時間外や緊急時の対応
 - 在宅医療の実施状況の有無
 - 「入院」と「在宅」の受け入れ可能条件
 - 患者の紹介・受け入れにあたっての条件等
 - 主に連携している医療機関や訪問看護 S T
 - リハビリテーション体制
 - 専門的看護体制
- (4) 調査時期：平成 24 年 11 月～12 月

(5) 回収状況：80 機関中 70 機関（回収率 87.5%）

4.2.2.調査結果

参考資料 C-2 医療資源台帳（医療機関）を参照。

4.3. 歯科

4.3.1.調査概要

- (1) 調査対象：延岡市内の歯科診療所 49 箇所
- (2) 調査方法：郵送（延岡市歯科医師会事務局による配布・回収）
- (3) 主な調査項目：
 - 施設情報、職種・人数
 - 在宅患者への訪問歯科診療／口腔ケアの実施有無
 - 訪問可能な地域
 - 訪問歯科診療や口腔ケアを行っている医療機関／介護施設
 - 各種医療処置が必要な患者に対する訪問歯科診療／口腔ケアの可否
 - 訪問歯科診療の対象範囲、訪問歯科診療の特徴
 - 在宅医療の在り方について
 - 地域資源リストへの掲載希望有無
- (4) 調査時期：平成 24 年 11 月～平成 25 年 1 月
- (5) 回収状況：49 機関 9 機関（回収率 18.4%）

4.3.2.調査結果

参考資料 C-3 医療資源台帳（歯科）を参照。

4.4. 薬局

4.4.1.調査概要

- (1) 調査対象：延岡市内の薬局 60 箇所
- (2) 調査方法：郵送（延岡市西臼杵郡薬剤師会事務局による配布・回収）
- (3) 主な調査項目：
 - 施設情報、職種・人数
 - 訪問薬剤管理指導の実施有無
 - 訪問可能な地域
 - 薬剤配達の実施有無
 - 訪問薬剤管理指導の特徴
 - 在宅医療の在り方について
 - 地域資源リストへの掲載希望有無

(4) 調査時期：平成 24 年 11 月～平成 25 年 1 月

(5) 回収状況：60 箇所中 54 箇所（回収率 90.0%）

4.4.2.調査結果

参考資料 C-3 医療資源台帳（薬局）を参照。

5.在宅医療、地域医療の先進事例調査

5.1. 長崎在宅 Dr.ネット（NPO 法人長崎在宅 Dr.ネット）

※NPO 法人「長崎在宅 Dr.ネット」HP より引用

（１）沿革

2003 年 3 月に在宅医療に真剣に取り組む医師 13 名が集まり、「病診連携、診診連携の推進」を目的に設立。

その趣旨に賛同する医師をはじめとする医療関係者、介護・福祉賛同者が集まり 2008 年 1 月に NPO 法人となる。

（２）活動の目的

- ① グループとして在宅医療の受け皿になる。また、グループ内の連携により緊急時の対応を行う。
- ② 診診・病診連携を組むことにより、地域住民に可能な限り継続的で効果的な在宅医療を提供する。
- ③ 相互に医療上の相談を行い、また種々の医療情報を共有することにより医療の質の向上を目指す。
- ④ 参加する診療所間及び病院間の親睦を図る。

（３）活動方法、内容

当連携の参加医師は、基本的に 24 時間 365 日対応可能で、メールによる連携が可能であることを前提とし、在宅 24 時間連携を組む。このため各医師は常に連絡可能な通信手段を確保し、お互いそれを共有する。具体的には携帯電話、電子メール環境を整備する。

（４）組織

正会員（連携医）、準会員（協力医、病院医師）、賛助会員により構成され、さらに連携協力機関を設けている。

- 正会員（連携医） 75 名

主治医として治療に当たる者とこれを連携協力して補佐する副主治医からなる。

- 準会員

- ① 協力医 48 名

皮膚科、眼科、脳外科、麻酔科、形成・整形外科、婦人科など専門性の高い診療科の医師で連携医からの医療相談を受け、必要に応じて往診を行なう者とする。または長崎市近郊ではない地域に所在し、本会の趣旨に賛同する者とする。

- ② 病院医師 48 名

病院、又は大学に勤務する医師で、当組織の趣旨に賛同する者。病診連携を実践し、専門的な立場よりの助言等を行なう。

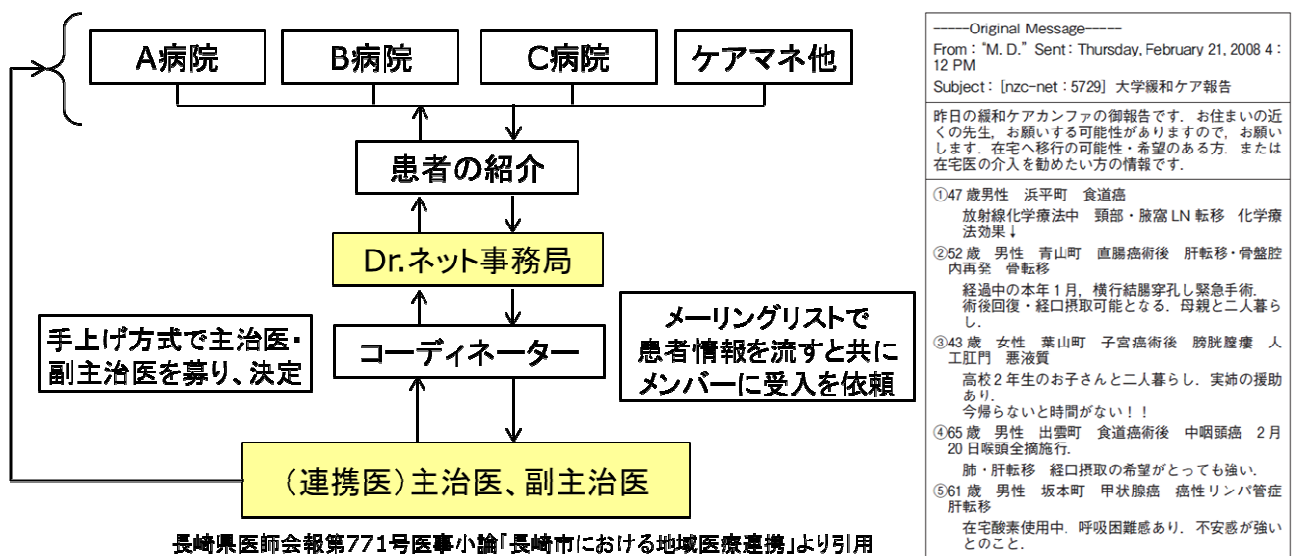
- 賛助会員 34 名
病診連携を進めることに賛同し、専門的な立場から助言・指導を行う者。
- 連携協力機関：長崎市歯科医師会口腔リハ部会
訪問歯科診療が必要な場合対応。

※このほか、独自の取り組みとして、管理栄養士派遣システムがある。

(5) 仕組み

- 自宅療養を希望する入院患者の主治医が見つからない場合に、事務局が窓口となり病院側、患者側に在宅主治医、副主治医を紹介する。
- 長崎市内を 5 か所に分けてコーディネーターを配置し、事務局から情報を伝達する。(個人情報を伏せた形でメーリングリストで周知)
- 手上げ方式により主治医、副主治医を決定。(平均 0.71 日、2 日以内 87%)
- 退院前には、病院と在宅スタッフ合同でカンファレンスを実施。

図 25 フロー図およびメール文サンプル

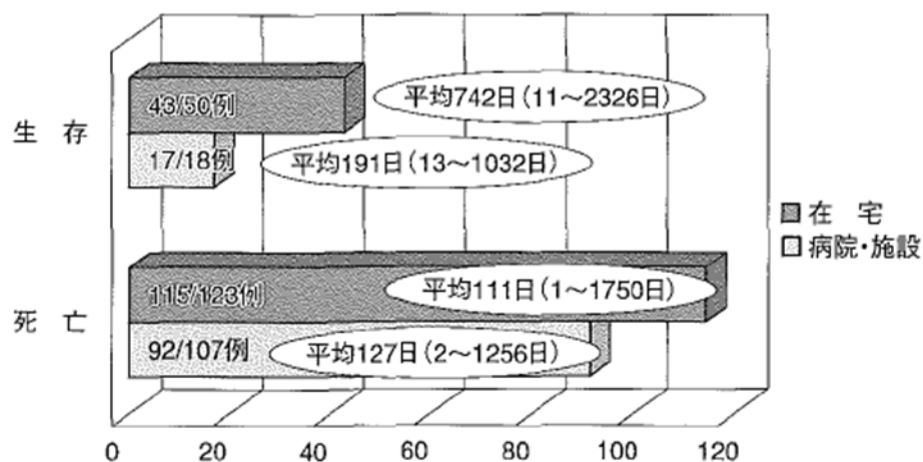


長崎県医師会報第771号医事小論「長崎市における地域医療連携」より引用

(6) 広がる輪と成果、効果

2007 年より、Dr.ネットの医師とその診療所看護師が長崎大学緩和ケアカンファレンスに参加、2008 年 4 月から始まった長崎市医師会による「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」により、市内 3 か所のがん診療拠点病院の緩和ケアカンファレンスに参加。在宅医師側から受け入れ可能と意思表示をすることで退院支援へ数多くつながっている。

図 26 最終的な療養場所別の平均在宅日数

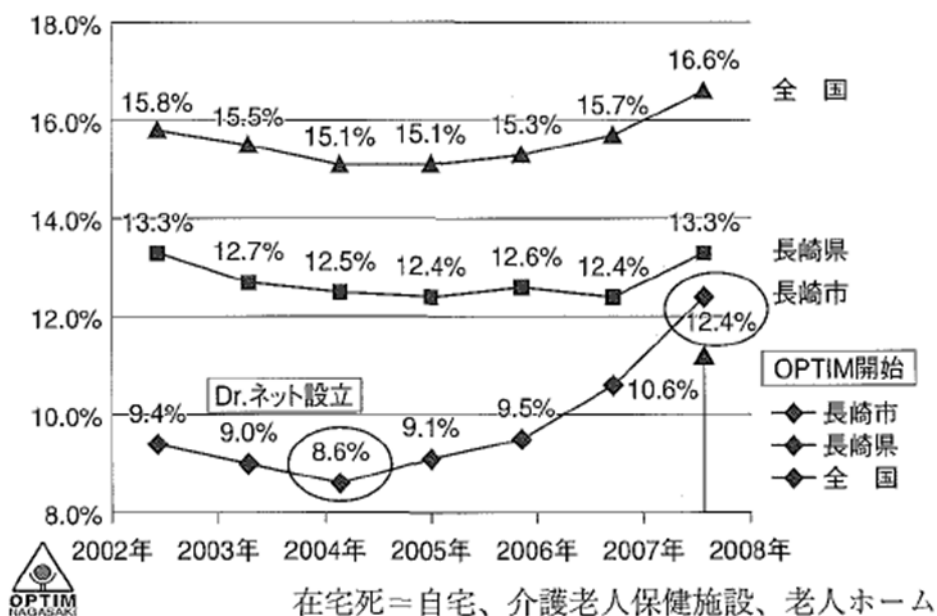


※計算可能症例数/各総症例数

2010年(平成22年)2月 調査:

2009年(平成21年)12月までの登録症例について

図 27 在宅死亡率の経年変化



□ともに長崎県医師会報第771号医事小論「長崎市における地域医療連携」より引用

(7) 事務局運営と課題 (追加調査: 事務局への問い合わせによる)

① 質問: 事務局の運営費などにはどのように賄われているのか

回答: 会費、寄付金、講演会への講師派遣料収入など

② 質問: 現在のシステムを運営していくうえで、どのような課題があるか

回答: ア) 資金不足

回答：イ）会員 171 名のうち、実際に訪問診療を行う医師（連携医）は 75 名で、頭打ちで数が増えない事。

③ 質問：上記課題の対応方法はなにか

回答：ア）認定 NPO 化し、寄付を受けやすくして寄付を増やしていく

回答：イ）近隣の開業医に Dr. ネットへ連携医として参加して頂くよう声掛けをする。また研修医・勤務医へ在宅医療をしってもらうように啓発する。

5.2. 尾道方式（尾道市医師会）

※NPO 法人「長崎在宅 Dr. ネット」HP より引用

（1）概要

尾道方式は、主治医を中心とした「早期発見・治療システム」と「地域ネットワーク」を特徴としている。この方式は高齢患者に対する医療と介護の壁を取り払い、退院時から在宅療養までを継続的にケアする包括的なシステムである。

（2）特徴

- ケアカンファレンス(CC)を中心とした医療、介護、福祉の各機関、関係者が連携する仕組み。
- 医師会が主導して事業を進めているが医療に限定せず介護、福祉まで幅広く地域のリソースを活用する仕組みとなっている。その思想は、事業の拠点を初めから病院ではなく老人保健施設としたり、事業の起点であり中心となるケアカンファレンス（CC）をケアマネジャーが進行したりするなど随所に表れている。
- CC の参加者は、ケアマネ、看護師、訪問介護員、歯科医師、薬剤師、高齢者本人やその家族。最近では民生員などである。CC は高齢者に適切な医療や介護が提供され得るかどうかを確認し、状況の変化に応じてサービス内容を変更する場ともなっている。
- CC は 1990 年から 10 数年をかけてハードとソフトの両面の整備が進められ、多施設・多職種が連携しながら患者本位のシステムを構築し、重症患者でも安心して在宅でケアが受けられるようになった。

（3）CC 開催のポイント

- 開催場所は主治医の医院。（8 割以上の医療機関で開催実績がある）
- 事前に資料を配布。出席者は全員事前に資料を読み込んでおく。
- 1 ケースの検討時間は 15 分。

（4）沿革

- 94 年
 - 医療と看護・介護連携のソフト部分の充実を盛り込んだ包括的医療ケアシ

システムの構築を目指し、基本コンセプトを策定。以降、このコンセプトに従い長期的継続的に活動を進める。

- 95 年 10 月 医師会訪問看護ステーション開設
(居宅介護支援事業所：尾道市医師会介護保険サービスセンターおのみち)
 - 医師会館に併設、尾道地区訪問看護ステーション連絡協議会・在宅緩和ケアシステム事務局
- 96 年 尾道市医師会病診連携懇話会設置
 - 3 中核病院との病診連携システム管理委員会、各病院長、副院長、医師会長、副会長の 12 人で編成。
 - 在宅医療・後方支援体制（病診連携）
JA 尾道総合病院・公立みつぎ総合病院・尾道市立市民病院（合計約 1100 床）
 - ハイテク系・緩和医療などの在宅主治医への総合的支援体制
- 96 年 5 月 医師会立介護老人保健施設「やすらぎの家」開設
 - 一般棟 50 床、痴呆専門棟 30 床、通所リハビリ 25 人定員、歯科診療設備、PT,OT,ST 配置
- 96 年 5 月 在宅介護支援センター「やすらぎ」開設
 - 医師会立介護老人保健施設内に併設。看護師 2 名、社会福祉士 1 名の配置
(居宅介護支援事業所：尾道市医師会介護保険サービスセンターやすらぎ)
- 98 年 12 月 医師会 24 時間対応型ホームヘルパーステーション開設
 - 医師会立介護老人保健施設に併設
- 99 年 5 月 尾道市医師会ケアマネジメントセンター開設
(ケアマネ・ケアマネジメント研修機関)
 - 介護老人保健施設に併設、尾道市医師会サービス評価機構
- 02 年 社医連協（尾道市社会福祉協議会・尾道市医師会連絡協議会設置
 - 尾道市医師会と尾道市社会福祉協議会の介護事業部門の合体と共同研修
- 04 年 社医連民協設置
(尾道市社会福祉協議会・尾道市医師会・尾道市連合民生委員児童委員協議会、連絡協議会)

(5) 基本コンセプト 94 概要

1. 医師会事業を連続的に整備するので、コンセプトを明示して継続的な説明責任。
2. 最重点は主治医（かかりつけ医）機能。（後述、尾道市医師会主治医 3 原則を参照）
3. 主治医機能を最大限に発揮できる環境整備が医師会事業。
4. ほどよくシステム化された医療提供サービス体制の整備が基盤。
5. 包括的にして連続性のあるシステムづくり。

- 6. 医師会事業に対する信頼性の確立・制度管理
- 7. 医療専門職集団としての地域貢献（制度対応）と人材育成

（6）主治医三原則

- ① **multiple functions**（多機能をもつこと）
 - 在宅医療ケア：ハイテク系在宅医療・末期医療・24 時間対応・在宅緩和医療
 - 連携機能：グループプラクティス・病診・診診連携・看護、介護との連携・ケアマネジャーとの連携
 - ケアマネジメント実務機能：ケアカンファレンス・多職種協働とケアプラン
 - 認知症早期診断・ケア
- ② **flexibility**（柔軟な対応を行うこと）
 - 利用者や家族の状況の理解：長期フォローアップにおける療養環境の整備
 - 的確にしてタイムリーなサービス選択とアクセス
 - 利用者本位のサービス提供：個人の尊厳、QOLの重視・アドボカシー
- ③ **accountability**（説明責任）
 - 利用者が知りおくべき情報については適切な説明を行い共通認識とする
 - インフォームドコンセントにおけるズレをなくす努力
 - 関係多職種との共通認識に必要な説明責任
 - コミュニケーション技術（リスニングスキル）を駆使して信頼の基盤構築

5.3. Net4U（山形県鶴岡地区医師会）

（1）概要 ※「Net4U」HP より引用

先進的 IT を活用した地域医療ネットワーク構築事業（平成 12 年度経済産業省補助金事業）に、鶴岡地区医師会が「1 生涯/1 患者/1 カルテ機能をもつ電子カルテシステム」として参画したシステム（新宿医師会の「ゆーねっと」をベースに開発）当初の病院を中心とした病診連携モデルから、在宅の高齢者をおもな対象とした多職種連携モデルにシフト、医療と介護を繋ぐヘルスケア・ソーシャル・ネットワークとして多職種協働体制をサポートする機能が強化された。さらに、より広域の医療機関と連携する為に「ちょうかいネット」とも連携している。

図 28 Net4U 全体イメージ



(2) 特徴 ※地域医療連携と「Net4U」 三原一郎氏発表資料より引用

ASP 型電子カルテを共同医療することにより、関係機関が在宅患者の医療情報を共有し、有機的に連携する仕組み。

図 29 Net4U システムイメージ

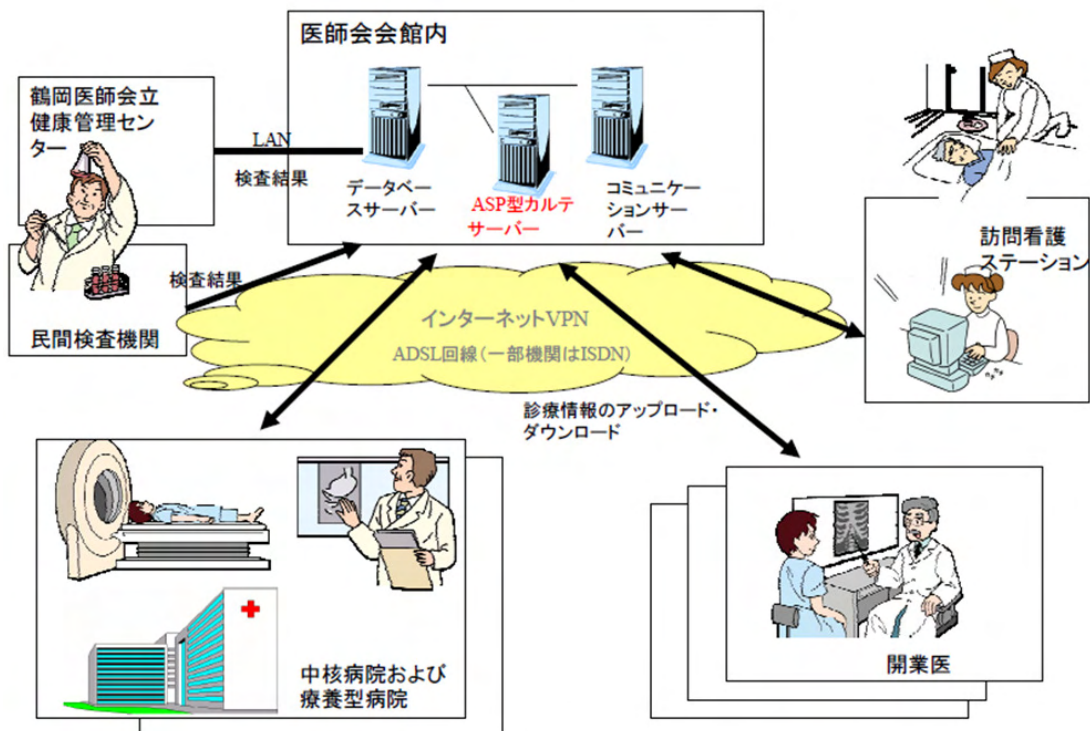


図 30 運用イメージ

在宅患者を中心とした かかりつけ医・訪問看護・専門医間の連携

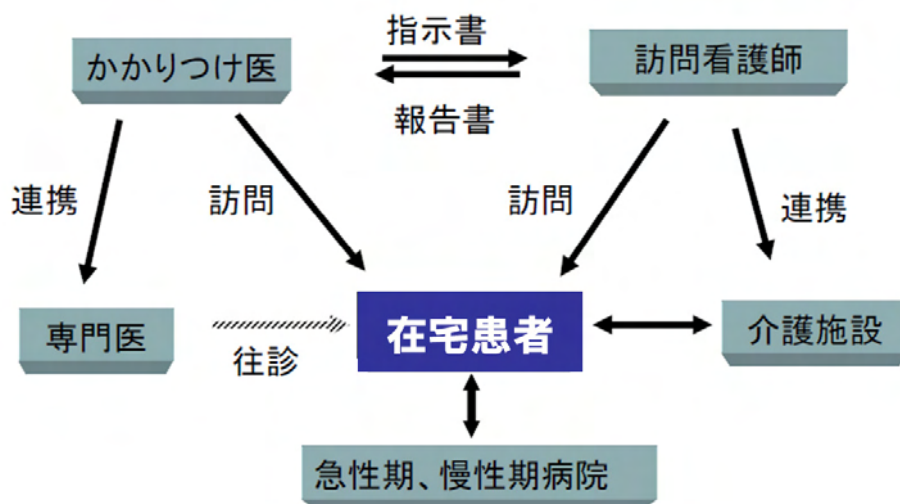
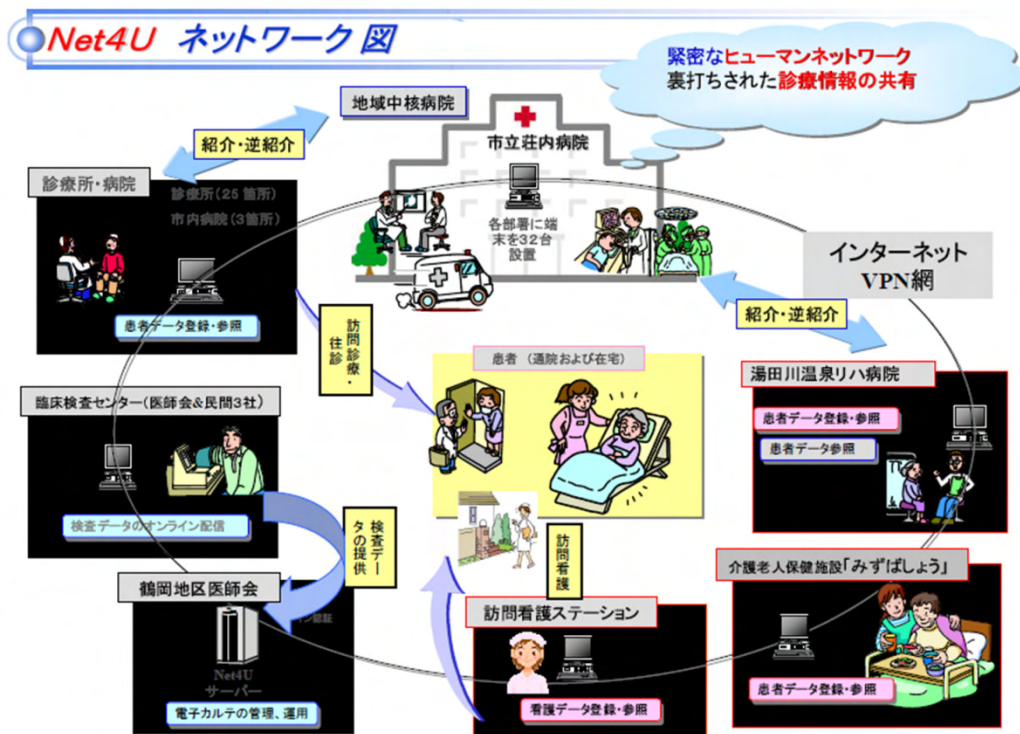


図 31 Net4U ネットワーク図



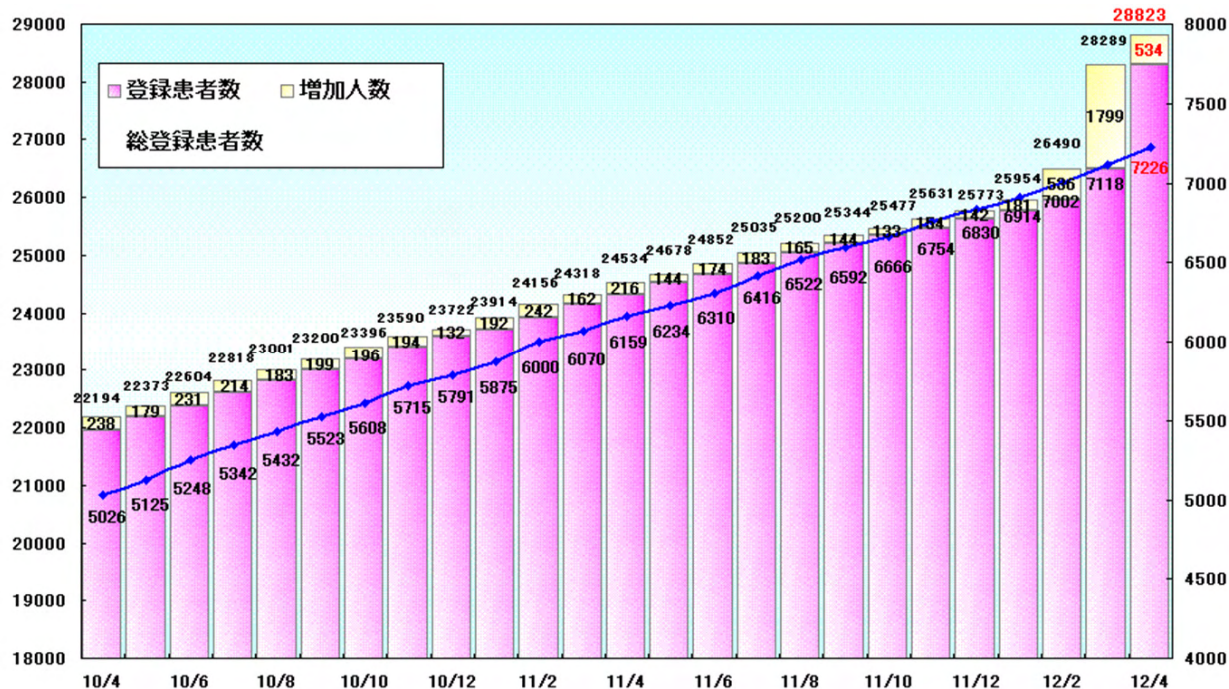
(3) 在宅医療への貢献 ※地域医療連携と「Net4U」 三原一郎氏発表資料より引用

- より緊密なチーム医療へ
 - 医療情報（所見、処方、指示書、報告書など）の共有による
- 医療の効率化
 - 看護指示書、計画書、報告書が簡便な方法で作成、送付できる
 - 往診依頼、往診後の報告が迅速、確実に行える
- 看護師・医師間のコミュニケーションの向上
- 「在総診」24時間連携への応用

(4) 参加施設 ※「Net4U」HPより引用

- 病院：5
- 診療所：24
- 訪問看護ステーション：2
- 調剤薬局：9
- 居宅介護事業所：8
- 介護予防支援事業所：1
- 介護老人保健施設：1
- 特別養護老人ホーム：1
- 訪問入浴介護：1

図 32 登録患者数と共有患者数の推移



※「Net4U」HPより引用

(5) なぜ運用できているか

※地域医療連携と「Net4U」 三原一郎氏発表資料より引用

- 早期からの情報化推進→IT の日常化
- 強固なヒューマンネットワーク
- リーダーの存在とトップを含めた恵まれた人材
- 比較的小さな医療圏
- 運用費を賄える資金力（経済的基盤）
- 医師会自らが各種施設を運営
- システムの優秀さ

(6) 課題 ※地域医療連携と「Net4U」 三原一郎氏発表資料より引用

① 早期からの情報化推進→IT の日常化

- Net4U と院内電子カルテシステムとは物理的に切り離されている
- 中核病院の医師は、多忙を理由に Net4U 利用に消極的である
- 「食わず嫌い」の感は否めないが・・・

② 参加医療機関の頭打ち

- 手間がかかるし、金銭的見返りがない
- パソコンに対する拒否感
- 診療内容を公開することへの抵抗感
- ここでも、「食わず嫌い」の感は否めないが・・・

③ 継続運用の困難さ

- Net4U の場合、運用費は 300 万円／年程度
- いずれ、新しいシステムへの移行が必要
- 経費の負担をどうするか？
- 蓄積されたデータの移行をどうするか？

5.4. 先進事例 3 地区と延岡市の概況比較

表 23 先進事例 3 地区と延岡市の概況比較

	延岡市		長崎市		尾道市		鶴岡地区		鶴岡市	三川町	
人口	129,225		443,776		146,865		144,626		136,623	8003	
世帯数	53,195		187,685		65,022		47,596		45,514	2082	
高齢化率	23.38%		26.20%		30.20%		28.29%		28.31%	27.95%	
面積	867.96		406.46		284.85		1,344.72		1311.51	33.21	
	実数	人口1万 当たり	実数	人口1万 当たり	実数	人口1万 当たり	実数	人口1万 当たり			
医師会会員数	159(A:76)		957(A:512)		300(A:不明)		189(A:90)				
在宅療養支援診療所	10	0.77	138	3.11	50	3.40	15	1.04	15		
在宅療養支援病院	1	0.08	4	0.09	0	0.00	0	0.00			
在宅療養支援歯科医院	7	0.54	24	0.54	14	0.95	8	0.55	8		
在宅患者訪問薬剤 管理指導を行う調剤薬	48	3.71	258	5.81	76	5.17	44	3.04	43	1	
病院	施設数	16	1.24	49	1.10	11	0.75	9	0.62	8	1
	病床数	2,258	174.73	10,315	232.44	1932	131.55	1,569	108.49	1569	
診療所	施設数	87	6.73	581	13.09	140	9.53	116	8.02	113	3
	有床施設数	－		94		15		0	－		
	病床数	524	40.55	1,276	28.75	206	14.03	179	12.38	179	
歯科診療所	57	4.41	286	6.44	67	4.56	51	3.53	50	1	
薬局	60	4.64	326	7.35	107	7.29	56	3.87	55	1	

6. 専門者会議

6.1. 専門者会議の位置付け

調査結果に基づき、新たな健康長寿施策を企画・立案するためには、できる限り正確な情報を収集・分析することが重要である。そのため本調査業務では、以下の事項を目的として、医産学官の各分野における有識者による専門者会議を計3回開催し、意見を聴取した。

＜専門者会議での議論の目的＞

- 調査方法・結果・抽出した課題およびニーズの妥当性検証
- 課題解決のための方向性への助言

6.2. 委員名簿

本調査業務における専門者会議は以下の委員で構成した。

医産学官連携による健康長寿施策調査事業 専門者会議委員名簿

(座長)

日高 良雄 宮崎県延岡保健所 所長

(委員)

牧野 剛緒 一般社団法人 延岡市医師会 会長

山本 敦 社団法人 延岡市歯科医師会 会長

戸井田 富夫 社団法人 延岡市西臼杵郡薬剤師会 会長

金丸 千鶴 社団法人 宮崎県看護協会 延岡・西臼杵地区 理事

阿南 京 公益社団法人 宮崎県栄養士会 延岡事業部長

佐藤 圭創 学校法人順正学園 九州保健福祉大学 薬学部教授

斉藤 伸一 一般社団法人 宮崎県介護支援専門員協会 延岡・西臼杵 理事

渡部 恭久 社会福祉法人 延岡市社会福祉協議会 事務局長

楠元 志都生 宮崎県立延岡病院 病院長

6.3. 議事録

6.3.1. 第1回専門者会議

日時： 平成24年12月21日（金）19:00～21:00

場所： 延岡市中小企業振興センター4階研修室1

出席者（順不同）：

専門者会議委員

日高座長、牧野委員、山本委員、戸井田委員、金丸委員、阿南委員、佐藤委員、
斉藤委員、渡部委員、楠元委員

オブザーバ：

延岡市 副市長 原田幸二

商工観光部 部長 根岸正和

健康福祉部 高齢福祉課 課長 佐藤和郎

健康福祉部 高齢福祉課 係長 吉田光成

健康福祉部 健康長寿推進室 室長補佐 中村誠

事務局：

延岡市役所 工業振興課 メディカルタウン推進室

旭化成株式会社

(以下、敬称略)

配布資料：

- 会議次第、出席者
- 医療産学官連携による健康長寿施策調査事業について
- 資料 1 各調査の内容、並びに手順
- 資料 2 現時点までの調査結果
- 別紙 1 主傷病別集計
- 別紙 2 看護内容別集計
- 調査票一式

議事：

1. 開会
2. 挨拶
 - 延岡市副市長原田から第 1 回専門者会議開催に際しての挨拶と本調査事業の趣旨説明
3. 専門者会議委員の紹介
 - 事務局土公から専門者会議委員を紹介し、各委員から挨拶
4. 座長選出
 - 事務局土公から日高委員を座長として推薦し、全委員の拍手による賛同を得て承認
5. 調査事業の概要と専門者会議について

- 配布資料（医療産学官連携による健康長寿施策調査事業について）に基づき、事務局佐藤から調査事業の全体像および専門者会議の位置づけを説明

<質疑応答>

- 佐藤委員
 - スケジュールの説明をしていただきたい
 - ◇ （事務局）

調査結果を来年3月15日までに提出することを総務省から求められているため、1月末までに報告書第1版を完成させ、3月までに内容を精査していきたいと考えている。仮に、専門者会議で追加の調査をすべき、となった場合には、この3月までの期間に実施することもあると考えている。
 - 到着が遅れていた阿南委員を事務局土公から紹介し、阿南委員から挨拶
6. 調査方法と現時点までの調査結果などについて
- 配布資料（資料1、資料2）に基づき、事務局土公から調査方法と進捗、および調査結果について説明
7. 意見交換
- 日高座長
 - 調査内容および結果の説明に対する妥当性の確認、追加調査の必要性の検証および課題解決の方向性提示、という専門者会議の役割に基づき、委員の方々にお一人3分程度でお考えのご発表またはご質問をお願いしたい。
 - 牧野委員（延岡市医師会）
 - 医師会としては、「延岡地域医療ネットワーク会議」を開催するなど他団体との交流を行ったり、県医師会で始まった在宅医療協議会に理事を派遣するなどの活動は行ったりしている。日向市医師会では訪問看護ステーションを設立して成果をあげていると聞いているが、医師会として在宅医療にむけた具体的な活動は出来ていない。一部有志により24時間対応できる体制を作る動きはあるが十分な状態ではないと認識している。
 - 延岡市は非常に広く、中心部から北浦に行くと片道30分以上かかるケースなどもあるため、なかなか難しいのが実状ではあるが、医師会としても在宅医療を進めていきたいと考えており、3割くらいの医師は既に在宅医療を熱心に進めている。さしあたり市内の医療資源にはどのようなものがあるか、ということを理解するところが第一歩だと考えている。
 - 延岡市内の訪問看護ステーションはわずか5つしかなく、現状の体制のまま

で24時間対応を行うことは難しい。医師会として訪問看護体制を新たに構築することを検討するなど、訪問看護ステーションの方といろいろと話し合っていく必要があると考えている。訪問看護ステーションを活用できないことには十分な在宅医療は実現できず、医師だけでは無理がある。また、今回の調査結果から、地域包括支援センターが担う役割も大きいと改めて理解した。

- 山本委員（延岡市歯科医師会）

- 歯科医師会としては、訪問診療の体制はとっているが、なかなか申し出がないのが実状。また、歯科医師1名体制の医院が多く通常の診療だけで忙殺されており、訪問診療を十分に行える環境が整っているとは言えない。昼休みの時間を使って（返上して）施設に行き、訪問診療を実施しているというのが現状。
- さらに、実際に訪問しても実施できる処置が限られ、抜歯や入れ歯を削るくらいしかできない。大きな機材を必要とする型取りや歯を削る、という処置は実施できない。対応するためには診療室に来て頂けると有難い。

- 戸井田委員（延岡市西臼杵郡薬剤師会）

- 訪問薬剤指導などには保険点数が認められており、保険薬局の8割は在宅患者訪問薬剤管理指導を実施すると届け出ているが、実績があるのは約60箇所中3箇所くらいしかない。訪問薬剤指導はドクターによる指示を前提としたものであるため、配達はしていても実績にはならないケースも多い。
- 市内の薬剤師が不足しており、多くの薬局は薬剤師が1人のみの体制となっている。そのため、訪問薬剤指導や処方箋をFAXで受けとって配達するケースなどでは、薬剤師不在になってしまっているのが実態だが、一方で、在宅における薬剤管理のニーズは大いにあると考えている。
- 薬剤師会としては、来年度に無菌調剤室の設置を予定している。これにより、それぞれの薬局が2,000～3,000万円かかるものを作る必要がなくなる。

- 金丸委員（宮崎県看護協会）

- 看護協会の中でも訪問看護師との情報連携が出来ておらず、具体的な課題やニーズを把握し切れていないのが現状。もっと連携を密にして現状を知り、対策を講じる必要があると思っている。また、訪問看護ステーション同士においても、ネットワークはできていないのが実状だと思う。今回の調査結果でそれがよく分かった。
- ドクターとの連携、特に指示書に関する連携が取れない、という話はよく聞く。訪問看護ステーション数が少ない現状でも連携ができていないため、今後どのように進めたらよいかわからないのが本当のところである。来年度は、まずは地区の運営委員を中心に訪問看護ステーション同士の連携から始めたいと考えている。

- 阿南委員（宮崎県栄養士会）

- 宮崎県栄養士会では「栄養ケア・ステーション」を設置しており、宮崎市内では、所属スタッフがドクターからの個別依頼に応じて訪問栄養指導を実施しているが、県北では行っていない。
- 診療報酬改定に伴い、ドクターの指示があれば訪問栄養指導も加点できるようになった。宮崎県医師会が訪問栄養指導を進める方針を出していただけるのであれば、訪問栄養指導を実施できる栄養士の育成に着手したいと考えているが、要望が少ないため取り掛かれないという報告を受けている。今回の調査結果を見ても、「訪問看護以外に利用しているサービス内容（資料 2、p.15）」「実際に提供に至ったサービス（同、p.19）」ともに訪問栄養指導の件数がゼロということは悲しい現実だと思っている。
- 訪問栄養指導は治療や処置とは異なるため、胃ろうなどの取り扱いをできる人材の育成が必要なのではないか、とも考えており、そのあたりのニーズを把握して、具体的なスケジュールを立てていく必要があると認識している。

◇ （日高座長）

「栄養ケア・ステーション」というのは何か？

◇ （阿南委員）

宮崎県栄養士会の中にある組織で、外部からの依頼に基づき、登録している管理栄養士が地域で訪問栄養指導などを行う。特定保健指導も企業などの依頼に基づき「栄養ケア・ステーション」を通して実施している。県北地区では、個人の管理栄養士が医療機関や企業からの依頼を受け個人的に対応している状況で、栄養ケア・ステーションとしては、まだ機能していない。

- 佐藤委員（九州保健福祉大学）

- 大学の役割は、医療系の人材を育成すること。特に薬学部では、延岡市内に目を向けてもらい、市内に勤務する薬剤師を増やすために、様々な市内の事業に参画し、大学内にいる医療系の人材をしっかりと使ってもらおうということが重要と考えている。例えば、上鹿川地区における訪問健康指導などを通して、薬剤師が地域に目をむけるような活動も行っている。薬学部だけでなく、医療福祉関係の人材育成を行っており、地域と連携した教育を行っていきたい。
- また、研究活動において様々なバイタルデータを集めた統計解析などを様々な業者と進めることも重要。大学を使っただけだと有難い。
- 臨床医の立場としては、どの訪問看護ステーションがどのようなことまで実施できるのかが分からず、訪問看護を利用する指示ができない、と思っている。どこが何をできる、という情報を共有することが重要ではないだろうか。

- 医療系人材の不足という人的な問題を抱えているいま、この専門者会議をいい機会にして、横の連携を成熟させていくべきだと考える。
- 斉藤委員（宮崎県介護支援専門員協会）
 - ケアマネジャー自体の医療に関する知識は乏しいと考えていただきたい。
 - 訪問看護ステーションの問題が挙げられているが、介護保険の上での訪問看護ステーションの役割と、医師の指示の下での訪問看護ステーションの役割は異なる。このあたりをうまく整理しながら在宅医療を進めるためには地域ケア会議の推進が重要になってくる。各団体には引き続きご協力いただきたい。また、同様に医師意見書の記入もお願いしたい。
 - 調査方法に質問がある。訪問看護の調査を事業所のみに限定し、医療機関からの直接訪問（いわゆる「みなし」）を調査対象外とした理由は何か？
 - ◇ （事務局）

本調査を開始する時点で、既に医師会側による医療機関の調査が進んでいたため、改めて医療機関を対象とする調査を実施することは控えた経緯がある。ただし、在宅医療に取り組んでいると答えた医療機関に対して「みなし」としての実施状況の追加調査をすることは考えられる。
 - ◇ （日高座長）

ケアマネジャーの立場から見ると医療機関は敷居が高く連携を行いにくい、という印象があるが、現状でもそのとおりか？
 - ◇ （斉藤委員）

以前よりは改善していると考えている。
- 渡部委員（延岡市社会福祉協議会）
 - 延岡市は、人工透析等の特定疾病登録者が増えて医療費が高騰しており、また介護保険の認定率も高い。本調査では、このあたりの特徴についての調査をするものと思っていた。
 - 社会福祉協議会としては、地域包括ケアシステムの中心となる地域包括支援センターを 4 箇所運営しており、保健師、社会福祉士、ケアマネジャーが業務にあたっている。課題は、対象が 65 歳以上であるため、64 歳以下を対象にできないことが挙げられる。また、様々な調査を進めているが、調査に追われているのが実態。
 - 地域包括ケアシステムを進めていくためには、多職種の十分な連携が重要だと考えている。
- 楠元委員（県立延岡病院）
 - 県立延岡病院は、急性期診療が主な役割であり、在宅医療を進めているとは言いがたいのが現状である。ただし、医療には様々な領域があり、縦に横にネットワークをつくり連携をしていかないと急性期も在宅も前に進むことがで

きないものだと考えている。

- 今回の調査結果については、提示された数字が本当に延岡の縮図なのか、地域差等はないのか、が現時点ではわからない。また、看取りを行ったことがある／ないという結果があるが、看取りを積極的に実施しているのかどうかなど、結果をどのように捉えれば良いのか、が分かりにくい。
 - 延岡と他地域との比較分析をすることにより、延岡の位置づけを明らかにすることも必要ではないだろうか。
- 日高座長
 - 以上でお一人ずつ発言をいただいたことになるが、挙げられたご意見を踏まえて自由に意見交換をしていただきたい。

< 質疑応答 >

- 楠元委員
 - 延岡市の平均寿命や健康寿命は他地域と比べてどのようなになっているのか？
 - ◇ （渡部委員）

平成 17 年の平均寿命の調査によると、全国男性 78.79 歳・女性 85.75 歳、宮崎県男性 78.6 歳・女性 86.1 歳に対して、延岡市は男性 77.2 歳・女性 84.7 歳となっており、相対的に低い傾向にあることが分かる。
- 牧野委員
 - 「サービス提供に至った経緯（資料 2、p10）」の結果において、ケアマネジャーのほうが主治医よりも多い、という結果が出ているが、これは一般的な結果なのか？
 - ◇ （斉藤委員）

自分の感覚とは異なる結果になっている。ドクターからの指示によるものであるが、具体的な相談に乗っているのはケアマネジャーであるため、このような結果になっているのではないか。
 - ◇ （日高座長）

「在宅医療サービスを導入した理由（資料 2、p.18）」と矛盾した結果になっている。
 - ◇ （事務局）

サービス提供を決定したのは誰か、と聞いているわけではないこと、また、ケアマネジメントを行う地域包括支援センターと、サービスを提供する訪問看護ステーションの立場の違いが出たと考えている。
 - ◇ （牧野委員）

診察するのは医師だが患者の生活環境や医療機関までどうやって来たかなどは医師では分からない。在宅医療に必要な情報を一番多く持ってい

るのはケアマネでは無いかと思う。医師とケアマネが密に情報交換を行う事が重要だと思うが現実には出来ていない。

- 渡部委員

- 「在宅支援可能医療機関（資料 2、p.3）」において、43 医療機関が実施可能と答えているということは、多くの医師が在宅医療に積極的に取り組んでくれていると捉えて良いのではないだろうか。一方で、訪問看護の提供事業者数は少ない。地域の訪問看護をどのように充実させていくのか、というのが課題と言える。

- 斉藤委員

- 「主傷病名別集計（別紙 1）」は、何をカウントしているのか？医療保険では 1 名あたり何個くらいの傷病があるのか？

- ◇ （事務局）

医療保険は指示書、介護保険は医師意見書から主傷病を抽出した。医療保険では 1 名あたり 2～3 個の傷病が挙げられている。

- 日高座長

- 連携がなかなか進まない、という話があった。医療機関との連携を取りやすいのは看護師ではないかと思うが、看護師を中心に連携を強くする方法はないのだろうか。

- ◇ （金丸委員）

まずは管理者が集まる場をつくり、現状を把握するところから始め、その結果をどのように発信するか、という段取りかと思う。医療機関との連携は、いつも課題に挙げられていることでもある。

- ◇ （佐藤委員）

情報の交通整理が必要なのではないだろうか。薬は薬剤師、疾病はドクターのはずが、現状は全てドクターまたは看護師に集中するようになってしまっている。それらの情報の交通整理を進めることが、負担を減らしていくことにもなるのではないだろうか。情報をまとめるステーションがあると良い。

- 日高座長

- 高齢者には口腔ケアが必要と言えるが、その観点ではどうか？

- ◇ （山本委員）

施設の関係者とはよく話をするが、看護師と向かい合って話をしたことはほぼない。そういう場を作らなくてはならないと思う。

- ◇ （佐藤委員）

口の中の状態はドクターよりも歯科医師のほうがより詳しい。私がよく診る誤嚥性肺炎の患者には口腔ケアが重要であるため、歯科医師に協力

を仰ぎ、口腔クリーニングを行ったところ、患者の状態がとても良くなり、非常に助かった経験もある。ドクターと歯科医師の連携を進めることも重要。

- 牧野委員

- 「医療機関の在宅医療の実施に関するアンケート調査結果（資料 2、p.3）」の結果は、全国と比較するとどのような結果と言えるか？

- ◇ （事務局）

現時点ではまだ全国との比較分析を実施できていないため不明。

- ◇ （牧野委員）

「みなし」訪問看護の実状は把握できているのか？

- ◇ （事務局）

介護保険を用いて医療機関からの訪問看護を利用しているのは、平成 24 年 3 月に 7 医療機関、23 患者という調査結果がある。

- 戸井田委員

- 在宅医療には、介護保険適用や医療保険適用などの種類があるが、一番大変なのは患者の家族。例えば、要介護度 3の方が要介護度 4 または 5 になった場合は、24 時間の介護が必要になり、すぐに介護保険利用限度額に至ってしまうため、自宅での介護が困難になり、介護付き有料老人ホームへの入居を選択せざるをえないケースもある。今回の調査は、あくまでも提供者側の視点で行ったものであるため、在宅医療患者の家族の意見・要望を盛り込んでいくと、施策をもっと充実したものにできると考えられる。

- ◇ （日高座長）

専門者会議は各界の専門者が集まってはいるが、市民代表者が含まれていない、ということを前提に報告をまとめるべき。

- 牧野委員

- 末期がん患者は病院で亡くなるのか、自宅で看取るのか、という問題がある。在宅の場合は誰が最後まで見てくれるのか、という話がつきまとい、主治医に診てもらいたいという患者自身の要望があった場合、病院で看取るしか選択肢がなかった。しかし、制度の改定などもあり、在宅に対する考えが変わってきたのではないか。今後は、お金がかかっても最後は自宅で、という患者が増えていくと考えている。

8. その他（事務局からの連絡事項）

- 次回以降の専門者会議開催日程
- 謝金のご説明

6.3.2.第2回専門者会議

日時：平成25年1月10日（木）19:00～21:00

場所：延岡市中小企業振興センター4階研修室1

出席者（順不同）：

専門者会議委員

日高座長、戸井田委員、金丸委員、佐藤委員、斉藤委員、渡部委員、楠元委員

延岡市医師会 副会長 吉田建世（牧野委員の代理として出席）

延岡市歯科医師会 理事 染矢哲郎（山本委員の推薦による出席）

宮崎県栄養士会 運営委員 甲斐理恵子（阿南委員の代理として出席）

オブザーバ：

延岡市 副市長 原田幸二

健康福祉部 高齢福祉課 課長 佐藤和郎

健康福祉部 高齢福祉課 係長 吉田光成

健康福祉部 高齢福祉課 係長 梅田勝徳

健康福祉部 健康増進課 課長

兼 健康長寿推進室 室長 山部美津弘

健康福祉部 地域医療対策室 室長補佐 千坂恒利

健康福祉部 こども家庭課 課長 山本雅浩

健康福祉部 障がい福祉課 課長 中須恒孝

健康福祉部 生活福祉課 課長 木本光勇

事務局：

延岡市役所 工業振興課 メディカルタウン推進室

旭化成株式会社

（以下、敬称略）

配布資料：

- 会議次第、出席者
- 資料1 第1回専門者会議の振り返り、追加調査結果、アンケート調査追加報告
- 資料2 延岡市の医療・介護・福祉における課題とニーズ（案）
- 資料3 在宅医療、地域医療の先進事例
- 別紙1 各調査の内容、並びに手順
- 別紙2 調査結果
- 別紙3 延岡市が進める地域医療プロジェクト
- 第1回専門者会議議事録

議事：

1. 開会

2. 挨拶
 - 日高座長からの挨拶、および専門者会議の目的について再確認
3. 専門者会議委員の紹介
 - 事務局佐藤から吉田委員（牧野委員の代理として出席）、染矢委員（山本委員の推薦による出席）、甲斐委員（阿南委員の代理として出席）を紹介し、各委員から挨拶
4. 第1回専門者会議の振り返り及び追加調査結果報告
 - 配布資料（資料1、別紙1、別紙2）に基づき、事務局土公から第1回専門者会議の振り返り、追加調査内容と結果について説明
5. 延岡市の医療・介護・福祉における課題とニーズ（案）
 - 配布資料（資料2、別紙3）に基づき、事務局土公から延岡市の医療・介護・福祉における課題とニーズ（案）について説明

<意見交換>

- 日高座長
 - ただいまの事務局からの説明についてご質問やご意見あればお願いしたい。
- 斉藤委員
 - 国においても、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」が行われており、中間報告が上がってきている。その報告でも、事務局からの説明と同様の内容が挙げられているため、全国的な課題と思われる。報告としてまとめる際には、比較対象として前述の中間報告内容を記載すると良い。
- 染矢委員
 - 歯科医師会による訪問診療の活動として、1点追加でご報告したい。市役所高齢福祉課から口腔ケアのプログラムを実施したい、という依頼があった際に、マンパワー不足により歯科医師や歯科衛生士が訪問することが難しかったため、施設等にDVDを配布した事例がある。
- 渡部委員
 - 今回の調査は総務省からの委託とのことだが、調査項目はあらかじめ設定されているものか？健康長寿施策全体がテーマだと思っていたが、訪問看護、地域包括ケアシステムなど高齢者に限定したもののようになっている。特定健診受診率向上や疾病予防など、若年層も対象に入れた施策についても調査が必要なのではないか？

◇ （事務局）

調査項目は総務省があらかじめ設定しているわけではない。当初、健康長寿のまちづくりを進めるための調査を想定して申請をしたが、その後、福祉関係の担当と意見交換を進めるうちに、病院外医療に課題があることが浮き彫りになってきたため、その分野に絞って調査を行ったほうがよいのではないかと考えている。「医療・介護・福祉における課題とニーズ（領域の絞込み）」（資料 2、p.1）にもあるように、地域医療および健康長寿は既に具体的な取り組みを進めているため、まだ手付かずの分野にフォーカスするという意味でもある。

◇ （日高座長）

本来は第 1 回専門者会議において議論したほうが、整理がしやすかったかもしれない。国際医療福祉大学の調査においても、高齢化が進むにつれて地域密着型の医療に転換を図らなければならない、という報告がされている。地域医療全体として考えるとかなり広い話になってしまうため、病院外医療・介護にフォーカスし、疾患を抱えている高齢者が対象、という理解をしている。

● 日高座長

- せっかくこのような会議を設けることができたため、3 回限りにしてしまうのではなく、市民を交えるなどの形態を持ちながら協議を続けていくべきではないだろうか。

◇ （佐藤委員）

この会議に参加するまでは、それぞれの分野の先生方がどのような活動をしているのかを知らなかったため、この場でお聞きした内容は目からウロコであった。医療には横の連携が一番重要。日高座長の言うように、これで終わってしまうのではなく、予防医学などの分野も含めるなどの幅を持たせて今後も続けていくべき。

● 楠元委員

- 「訪問看護ステーションが少ない」（資料 2、p.2）とあるが、訪問看護ステーションだけが訪問看護をしているわけではない。在宅訪問看護を実施している病院・診療所は 12 箇所、という調査結果もあるため、病院・診療所が実施している訪問看護のことも合わせて議論する必要はないだろうか。

◇ （日高座長）

病院・診療所の看護師が訪問看護をしているということももちろんあると思うが、24 時間体制で訪問看護を行うことは難しい。その面からも専門の訪問看護ステーションが充実することは良いことではないだろうか。

◇ （事務局）

訪問看護サービスを必要とする人に対して施設が足りているかどうかについて、診療所による訪問看護提供の状況など把握できていない点のご指摘の通りであるが、訪問看護ステーションとして設立、運営するために必要な要件をクリアしている施設（事業者）が対高齢者人口比で比較すると平均値を下回っている。必要な要件の最たるものが 24 時間 365 日の対応であるが、在宅療養支援医療機関と同様、要件を満たして運営している施設が少ないという意味で課題として抽出した。

● 吉田委員

- 今後、病院から在宅医療にシフトしていくのは間違いないが、地域の医師が訪問診療を行うことはなかなか難しく、訪問看護ステーションが重要な位置づけになってくる。訪問看護ステーションから情報をもらいながら、訪問診療を進めていくことが必要だと思われる。また、在宅医療を進める上で夜間の緊急対応でベッドを持たない施設は、後方支援の病院を確保しておくことも重要である。
- 一方で、訪問看護ステーションの訪問看護は、ほとんどが介護保険適用となっており、介護保険の範疇では、医師に情報が来ない。また介護保険には限度額があるため、有料老人ホーム等で介護サービスに費用の多くを使ってしまうと、保険額の余裕が無いため訪問看護が使えない、というケースもある。介護保険の使い方を指導していかないと、訪問看護が利用されにくいものになってしまう。介護保険の利用率、医療保険との関係など、訪問看護が円滑に実施される仕組みを考えていかなければならない。

◇ （日高座長）

その他にも、医療としての訪問看護をするためには医師の指示書が必要だが、医師側の理解が乏しいということもある。「医療、介護、福祉の間で、お互いの理解が必要」（資料 2、p.2）ということと言える。やはり、情報の連携がいちばん重要な課題だと思われる。

● 日高座長

- 専門者会議の役割は、調査内容および結果の説明に対する妥当性を確認し、課題解決の方向性を示すというものだが、調査結果としてはこれまでに提示されたもので問題ないか。

（全委員承認）

6. 在宅医療、地域医療に関する先進事例

- 配布資料（資料 3）に基づき、事務局土公から在宅医療、地域医療に関する先進事例調査結果について説明

<意見交換>

- 日高座長
 - それぞれ 10 年～20 年かけて出来上がってきたものであるため、学ぶものが多いと感じる。これらの先進事例の説明を受けて、ご質問やご意見をいただきたい。
- 佐藤委員
 - 在宅医療を進めるには後方支援が大事だと考えているが、これらの事例における後方支援の仕組みはどのようになっているのか？
 - ◇ （事務局）
それぞれ中核病院と連携しており、バックアップ体制が敷かれている。
 - ◇ （吉田委員）
長崎の場合は医師会が臨床検査センターを持っており、当日中に検査結果を出すなど Dr ネットと緊密に連携している。
- 戸井田委員
 - 無理がないと思えるのは長崎方式。患者さんにとっての安心感にもつながりやすい。3 つの事例ともに、薬剤師が表立って出てきてはいないが、別の事例では、薬局も含めたネットワークを試験的に構築しているケースもあると聞いている。
- 吉田委員
 - 長崎方式が参考になる。尾道方式は施設が前提となっていること、また Nte4U は色々な取り組みをしているが維持費に課題が残り難しいのではないだろうか。九州地区は電子カルテ先進地区だが、維持費に困っているのが実態。いかに低コストで効率よく電子媒体を使うことができるか、ということが課題。導入には、国の予算を適用することも可能。
- 金丸委員
 - まさにどのようにネットワークを作っていくのか、システムを構築していくのか、が重要と感じた。これらの事例も、かなりの年月をかけてネットワークを構築してきており、その過程においてはさまざまな問題があったと思うが、問題を見つめながら連携を進め、線を面にしていくことが大事だと思う。
- 甲斐委員
 - 在宅医療では、栄養士は、裏方のイメージが強い。薬剤管理など病気に関する処置や支援は重要視され栄養面の重要性に目が向きにくいのが現実。入院となると病院の栄養士が管理しているため問題ないが、在宅で継続的に、ということは非常に難しい。フリーで動ける栄養士も少ない。
- 佐藤委員

- 病態と栄養は、重要な関係性を持っている。
- 今までは積極的にコミュニケーションが取れていなかったのでできなかったが、今後は、IT を活用するという方法もある。人材など資源の不足をITで補うのは有効なアプローチではないか。お互いの持つ情報の交換、共有化などから始め、それぞれの職種に必要な情報を表示するようにコントロールできると良い。また、蓄積した情報を教育に活用することもできる。染矢委員から紹介のあったDVDを配布するような方法も面白い。
- 楠元委員
 - 連携、ネットワークづくりがテーマとなることは共通の認識だと思う。事例は非常に参考になるが、どれが良いか、という問題ではない。形ありきで進めるのではなく、やろう、という人たちが集まることが重要。
 - ◇ （日高座長）

目指すところを示す、という方法もありえると思う。ゴールを設定することにより、人が集まりやすくなるとも考えられる。
- 日高座長
 - 取り組みを支援するものとしてのIT活用も必要である。山口の保健所で、経産省の予算を使って、約2年でシステムを構築したという例も聞いている。そういった方法も、関係者の目指すものが一つになればできることもあると思う。ただし、維持費は課題。
 - ◇ （佐藤委員）

費用については、患者さんにも負担してもらうという考え方も必要。また、情報連携の仕方、例えばカルテのように、共有化した場合医師にはメリットがあるが、他の方にはメリットが少ないというのではなく、多職種の方が見る情報共有システムであるべきだと思う。医療だけではなく、介護も含めた総合的なシステムがあり、関わるスタッフのそれぞれが欲しい情報を入手でき、かつ発信できるようなものであると良い。
- 斉藤委員
 - 先に申し上げた中間報告によると、医師意見書を参考にしてケアプランを作ること、という方針になっているがケアマネの医療知識が乏しいことを考慮すると、読めるのかどうか疑問。一方で、医師もケアプランを参照するように、となっているが、介護保険負担を減らすためのケアプランを医師が理解できない可能性もあり、お互いが理解できる内容にしなければならない。栄養士の話も同じと言える。そのためにもケアマネの教育を進めていく必要がある、各団体の方々には、引き続きケアマネの研修会の講師派遣等にご協力をお願いしたい。
 - ◇ （日高座長）

今年度から保健所で、病院と施設との間で栄養に関する情報を共有化するにはどういった情報があれば良いか、という検討を始めているが、なかなか動いていない。誰にどのような情報が必要かという理解が十分ではないということだと思う。また、研修会の面で言えば、ケアマネがドクターの研修会の講師になり、介護保険の仕組みなどを話すことも十分にありえる。

- 日高座長

- 次回（第3回）は、調査報告書の確認となるが、報告の方向性について事務局から提案いただきたい。

- ◇ （事務局）

「延岡市の在宅医療における課題とニーズ（案）」（資料2、p.2）に記載の内容を想定している。優先順位としては3→2→1、つまり「3.運用、制度面での課題、ニーズ」が最も重要と考えている。ただし今回の報告では、専門者会議をどのように継続するのか、勉強会やネットワークづくりをどのように行うのか、という具体的な施策までは踏み込まず、方向づけのみに留める予定でいる。

- ◇ （日高座長）

情報の共有化が最重要課題。それは、事業所情報の共有も、患者情報の共有も含まれる。そのためには連携が必要、ということだと思う。

- ◇ （事務局）

今後は各論のテーマについて、実務者レベル、市民も交えて討議を重ねていくという形態にしておくことが良いと考えている。

- 吉田委員

- 連携の強化や細かい情報の共有化が在宅医療には重要。（例えば「このような状態の時には、これを飲ませなさい」など）。そのためには、共通的に使える連携シートのようなものが役に立つのではないだろうか。また、勉強をしないと書いてある内容がわからないということもあると思う。医療職にしてみると常識と思っていることが他の職種では分かっていなかったというケースもある。特にITに限定する必要はなく、中身が重要。伝えたいこと、知りたいことを分かりやすく共有できるシステムができると良い。

- ◇ （佐藤委員）

仕組みができてしまえばIT化することは簡単。それぞれの立場の言葉がわかるようなもの、何を伝えたいか、何が欲しいか、という共有ファイルを作ることが必要だと思う。

- ◇ （日高座長）

具体的な検討の際に、ITがいいのか、紙がいいのかは考えれば良い。重

要なことは、何が欲しいのか、何を伝えたいのか、ということがお互い分かった上で情報を共有するためのツールが必要ということだと思う。

- 日高座長

- この問題に行政はどのように取り組んでいくのか、今後の市役所内部の組織体制について説明いただきたい。

- ◇ （事務局）

昨年 6 月から、健康福祉部内の全 7 課・室全員が集まる会議を立ち上げた。今回の取組みは同様の目的と言えるため、高齢福祉課で独自に進めようとしていた調査事業を本事業に全面的にシフトしている。市としての今後の取り組みについては、日高座長からもご提案いただいたように、この専門者会議でいただいた意見をベースにしながら、今後につなげていくための構想を描いているところであり、検討が進んだところで報告させていただく。方向性としては、健康福祉部内を中心にして、メディカルタウン推進室、国民健康保険課などを巻き込むことによって、組織を強化したいと考えている。

- 日高座長

- 今回は報告書をご審議いただくということになるが、今後の目指す方向性のご理解、共有いただけたと感じている。

7. その他（事務局からの連絡事項）

- 長崎在宅 Dr. ネットの事務局に対して、事務局運営費用を確保する方法、現在の課題、課題の解決策として想定しているもの、の 3 点について問合せたところ、回答をいただけるとのこと。先方からの回答が次回の専門者会議に間に合うようであれば、報告させていただきたい。
- 次回以降の専門者会議開催日程
- 謝金のご説明

6.3.3.第3回専門者会議

日時： 平成 25 年 1 月 22 日（火） 19:00～21:00

場所： 延岡市中小企業振興センター4 階研修室 1

出席者（順不同）：

専門者会議委員

延岡市医師会 会長 牧野剛緒

延岡市歯科医師会 理事 染矢哲郎

延岡市西臼杵郡薬剤師会 会長 戸井田 富夫

宮崎県看護協会延岡・西臼杵地区 理事 金丸千鶴

宮崎県栄養士会 延岡事業部長 阿南京

九州保健福祉大学 薬学部助教 新屋智寛

宮崎県介護支援専門員協会 延岡・西臼杵 理事 斉藤伸一

延岡市社会福祉協議会 事務局長 渡部恭久

宮崎県立延岡病院 病院長 楠元志都生

宮崎県延岡保健所 所長 日高良雄

オブザーバ：

延岡市 副市長 原田幸二

健康福祉部 副参事 兼 高齢福祉課 課長 佐藤和郎

健康福祉部 高齢福祉課 係長 吉田光成

健康福祉部 高齢福祉課 主任主事 有川文美

健康福祉部 副参事 兼 健康増進課 課長

兼 健康長寿推進室 室長 山部美津弘

健康福祉部 こども家庭課 課長 山本雅浩

健康福祉部 障がい福祉課 課長 中須恒孝

健康福祉部 障がい福祉部 副主幹 兼 係長 一湊美智子

事務局：

延岡市役所 工業振興課 メディカルタウン推進室

旭化成株式会社

（以下、敬称略）

配布資料：

- 会議次第、出席者
- 資料 1 第2回専門者会議の振り返り、先進事例の追加情報報告
- 資料 2 報告書の構成
- 平成 24 年度医産学官連携による健康長寿施策調査事業 調査報告書（DRAFT）

- 同 参考資料 C 医療資源台帳
- 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理
- 在宅医療・介護あんしん 2012
- 第 2 回専門者会議議事録

議事：

1. 開会
2. 挨拶
 - 日高座長からの挨拶、および専門者会議の目的について再確認
3. 専門者会議委員の紹介
 - 事務局佐藤から新屋委員（佐藤委員の代理として出席）を紹介し、新屋委員から挨拶
 - 配布資料の確認
4. 第 2 回専門者会議の振り返り及び先進事例の追加情報報告、報告書（案）の説明
 - 配布資料（資料 1）に基づき、事務局土公から第 2 回専門者会議の振り返り、先進事例（長崎在宅 Dr. ネット）の追加情報について説明
 - 配布資料（資料 2、報告書）に基づき、事務局土公から報告書の構成について説明
5. 医産学官連携による課題解決策検討の方向性（案）、課題解決策検討のための体制構築における留意点（案）
 - 配布資料（報告書）に基づき、事務局土公から「7.2 医産学官連携による課題解決策検討の方向性（案）」および「7.3 課題解決策検討のための体制構築における留意点（案）」について説明

<意見交換>

- 日高座長
 - ただいまの事務局からの説明、および報告書 DRAFT 版についてご質問やご意見あればお願いしたい。
- 牧野委員
 - 「延岡市の在宅医療における課題とニーズ」について、非常によくまとまっていると感じている。「7.1.2-①施設等ハード面」でも挙げられているが、医

師だけでは在宅医療は成り立っていないため、訪問看護ステーションが在宅医療のキーではないかと思っている。しかし、延岡では事業所数も利用者も少ないという現状について、医師会としても対応を考えていかなければならない。

- また、「7.1.2-②人材等ソフト面」に記載されているようなケアマネの医療知識が十分ではないというのと同様に、医療関係者も介護の知識が足りないと言える。相互の知識が不足している事が訪問看護ステーションの重要性が薄れる原因となっているかもしれない。
- アンケート調査からも、在宅医療を実施している医療機関は多いとなっているが、実質としては病院に来ることのできない患者さんに対する往診であり、本当の在宅医療とは言い難い。自分が行ける範囲のみで終わってしまっていると感じる。ケアマネや訪問看護ステーション等と連携できるものを構築し、単純な往診よりももっと一歩進めたものを考えていかなければ、在宅医療は相互に発展していかないのではないかと考えている。

- 染矢委員

- 情報共有のためには、情報を提供する側にとっては入力の手簡素化がポイント。使っている電子カルテの内容をそのまま伝えられることが望ましい。一方で閲覧する側は、複数種類の（延岡では5～6種類）のフォーマットの電子カルテをすべて閲覧できるビューワーのようなものがあると良い。ただし、他の業種の方が見て理解できるか、守秘義務の観点からどこまで開示・共有が可能なのか、という問題は残っている。今使われている電子カルテは、入力作業が便利。情報を公開するために入力方法が変わったり、再度入力したり、といった二度手間が面倒。
- 平成23年6月から、在宅歯科医療連携室を立ち上げ、常勤の歯科衛生士を設置し、在宅が必要な患者またはケアマネから電話を受ける窓口を設置している。また、勤務するスタッフは、歯科衛生士とケアマネの両方の資格を持っており、非常に重宝している。この例のように、医療と介護の両方に精通した人材づくりのバックアップシステムができると、橋渡しの役割が生まれるのではないだろうか。

- 戸井田委員

- 「7.2.5 国の助成制度の活用」にもあるように、実施拠点となる基盤の整備として、現状2人である支援センターのパートの薬剤師を4人に増やし、必要に応じて各薬局に派遣し、在宅医療に対応できるような仕組みを薬剤師会が進めたいと考えている。また、1600～1700品目の薬剤を取り扱っているため、その活用もしていきたい。
- 多職種の連携という面では、今まで栄養士の話は聞いたことはあるが、今後

は医師、歯科医師、看護師あたりにも話を聞いていき、支援体制の強化を図りたい。

- 1 点事務局に質問がある。昨年、無菌調剤室設置に対する補助金を申請したが、時間的に間に合わなかったことがあった。今年も機会はあるのだろうか？

☆ （事務局）

お配りした「在宅医療・介護あんしん 2012」をご覧いただきたい。「実施拠点となる基盤の整備」として、無菌調剤室の設置についての記述がある。また、政権が交代し、大きな補正予算が組まれているとも聞いているため、その動きを確認することが良いのではないだろうか。

- 金丸委員

- ケアマネの医療知識が不足している、ということは以前から聞いていた話ではあったが、今回の調査では、医療機関側も介護のことを知らないということが報告され、そのとおりと感じた。
- 訪問看護ステーションが少ないが看護師数は不足していないという現状については、訪問看護ステーションは24時間体制かつ毎日のように当番をしているという話しや、医療処置の多い事業所ではドクターに代わって判断をしなければならないという曖昧な話を聞いて、実力と自信が無いと勤められない、と思ってしまうケースがあると思っている。正確な情報と温度差をなくしていくためにも、連携を組んでいくことが重要だと感じている。

- 阿南委員

- 専門者会議が3回では足りないという実感がひしひしと伝わり、何ができるのだろうか、を考えさせられた。これまでは、医師のオーダーがあつてからでないと動けない、受身な立場だと考えてきたが、本当にそうなのか、在宅医療や介護の現場で、栄養面のニーズを自分たちが見つけられないだけなのではないかと感じ、今回報告のあった「お互いを知る」というキーワードを重く受け止めている。
- 現在、宮崎県の特産物をどのように全国展開するか、ということにも取り組んでいるが、栄養士という切り口でしか物事を見ていなければ視野が狭くなる。そういった場においても、医師や歯科医師、薬剤師の立場、看護師の立場、ケアマネの立場の目線から見られることが重要。そのためにも知識が必要だと思っている。
- 栄養士会と医師会・歯科医師会でコラボする研修会など、何かを始めることが重要。
- 団体どうしの連携があれば何か見えなかったものが見えてきて、色々と勉強できる。介護の現場は福祉施設にいる管理栄養士にしかわからない、医療の現場は医療機関にいる管理栄養士にしかわからないということでは良い情報

を市民レベルに落として伝えていくことはできない。コラボ企画などでお互いを知る、というきっかけになれば良いと思う。

- 新屋委員

- 報告書の中で、「7.3.2 教育機関について」が大学と関わりが深い。大学としては、ひとりでも多くの学生に卒業後も延岡に残っていただき、市内に勤めてもらうことが大事だと考えているが、実状としては、毎年卒業する薬剤師約100名のうち、市内で働いているのが2〜3人、県内でも15〜20人程度に留まっている。薬学部が6年制になり、学生の上昇志向が強くなっており、福岡や都会などレベルの高いエリアへの就職が増えた。市内に勤める人数はさらに減ったようにも感じられる。
- 学生からは、延岡市の中での勉強会はどこであるのか、とよく聞かれる。先ほど各団体のコラボという話があったが、研修会のコラボというものが実施されれば、延岡は人材育成に力を入れている、ということが伝わることになる。参加できるものは学生にもオープンにさせていただいて、延岡市内では卒業後も学ぶことができるという印象を持ってもらうことが必要。宮崎で働いても色々と勉強できるという情報を発信すべきである。
- リクルートに関して市外県外からどの位の問い合わせがきているのか気になっている。宮崎は陸の孤島とのイメージが強い。市外県外へ情報を発信し県外からも薬剤師を集めたい。
- また、市外で学んだ薬剤師等が市内で働くことは少ないのではないかと。そういう方が増えることが、市外との情報交換にもなり、また延岡の状況を理解してもらうという情報発信の場にもなることによって、新たなことを取り込むきっかけにもなる。

- 斉藤委員

- 連携で重要になってくるのは、連携を繋ぎとめておくだけのキーマン。そのキーマンになるためには、多職種の知識を持ち得ていることが望ましく、「図34 課題解決策検討のための組織イメージ」の中にも、キーマンの育成組織を付け加えると、さらに良くなるのではないだろうか。キーマンの育成の仕方も課題になってくると思う。

- 渡部委員

- 在宅医療・在宅看護を真剣に考えるきっかけができたということ、また、この専門者会議は、約半数がドクター、ほかにも看護師、栄養士などの多職種が意見交換でき、2025年問題への対応に向けた検討においても非常に有意義な場であった。
- 在宅医療については医師がリードしながら、行政とともにシステムを作っていくことがいいのではないかと考えている。多職種が如何に連携していくか

が重要。

- 「7.1.1 領域の絞込み」にも記載されているが、地域包括ケアシステムが重要になり、「図 33 地域包括ケアシステムの構造」に描かれている 5 つ（医療、介護、住まい、予防、生活支援サービス）がいかに連携をとっていけるか、延岡にあった、延岡方式の地域包括ケアシステムを構築し、全国に発信していかなければならない、ということだと考えている。

- 市内の福祉施設では、介護職員が減ってきている。ケアマネの役割が大きいですが、ケアマネ資格の合格率は 1 割強しかなく、必然的に不足している。

◇ （日高座長）

なかなかケアマネがいないのは給与が安いからか？

◇ （渡部委員）

施設が増えたこと、またケアマネは試験合格率が低いことが理由として挙げられる。更に、ケアマネの専門知識に加えて医療知識も、となるとより難しくなるため、考慮する必要がある。

- 楠元委員

- 牧野委員からも話があったように、訪問診療所は、他の地区に比べて多いという報告が上がっていることもあり、訪問診療所の医師達が連携していけば、近い将来 24 時間 365 日も可能だと思う。
- 一方で、訪問看護ステーションの数も利用者も少ない。延岡は高齢者が多い地区であるにも関わらず、なぜこうなっているのだろうか？ 1 事業所あたりの従事者数などの数字を見ると、まだまだできることがあるのではないかと思う。
- 在宅医療を如何にまとめていくかが重要。そもそものテーマである「健康長寿」に対してはもっとパワーが必要だと思う。

- 牧野委員

- 多職種との話し合いを持つ場として、誰でも在宅に興味があれば参加できる研修会を今年度の予算を使って行いたい。歯科医師、薬剤師にも参加してほしい。会を開くことで横の繋がりができる。他職種による勉強会、経験や提言を話してもらいたい。

- 日高座長

- 「7.2 医産学官連携による課題解決策検討の方向性」において、「運用・制度面」、「人材等ソフト面」から着手し、その成果として「施設等ハード面」の解決、という順で提案されている。一方で、先進事例では施設面が揃っているから実施できた、というケースもあった。もちろん予算もあるので、すぐにハードに対する投資、という訳にもいかないが、今後の進め方としては問題ないか？

(全委員賛同)

- 「7.2.3 連携（ネットワーク）」に病診連携・診診連携とあるが、医療のことしか言及していないように思える。介護も含めたもう少し広い範囲を対象にした記述が望ましい。
- また、「24 時間 365 日オープン受付センター」という例が挙げられているが、これは延岡の話か？それとも先進事例の話か？

◇ （事務局）

先進事例（Net4U）の例を挙げている。延岡の話と混同してしまう表現になっているため修正させていただく。

● 染矢委員

- 新屋委員に質問がある。学生に卒業後も延岡に残って欲しい、との話があったが、今回のような事業を活用してデータが集まってくると、論文ができるのではないかと考えているが、延岡に残れば働きながら研究活動に携わることができる、というようなことを将来的には目指すと良いのではないだろうか。

◇ （新屋委員）

九保大は今年度から大学院を新設した。1 期生 5 人のうち、2 人は延岡市内の薬局で働きながら大学院に通っており、延岡に残ることで、働きながら勉強ができる、という体制ができつつある。

◇ （日高座長）

いま新屋委員から話のあった九保大大学院新設の情報も報告書に記載したほうが良い。

● 楠元委員

- 延岡に来てもらえる街づくりということが大切だと思う。少しずつでもいろいろな「変わってきた」ということが若い人に見えてくると、魅力が出てくるのではないだろうか。ここに行きたい、という地域づくりが健康長寿にも繋がってくる。

● 渡部委員

- 「図 33 地域包括ケアシステムの構造」の「生活支援サービス」を福祉とみた場合、延岡らしい地域包括ケアシステムのためには、行政はどのような方向性を持っているのか？

◇ （事務局）

国が地域包括ケアシステムという言葉を出すよりも前から、延岡では地域ごとに在宅介護支援センターに地域住民の情報を集めて、介護との連携、医療との連携を進めている。また、地域福祉推進チーム（平成 2 年頃から、計 200 以上）を自治会ごとにつくり、医療・介護システムが

ら漏れる人たちを見守るシステムも作ってきた。そのため、福祉と介護については地盤があるが、最も弱かったのが医療との連携であり、今回の活動もそのためである。今後は、医師会と地域ネットワーク会議を進めているように、範囲を歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士に広げた連携をしていきたい。

- 配布資料（報告書）に基づき、事務局土公から「8 おわりに」について説明
- 日高座長
 - 報告書については、本日いただいたご意見を反映する必要がある。今後の承認方法を事務局から説明いただきたい。
 - （事務局）
今日の議事録等までを含めて報告書を更新することになるが、報告書の最終版は、日高座長に確認・承認していただくことで完成とさせていただきたい。
（全委員了承）
 - （日高座長）
責任をもって確認させていただく。

6. その他（事務局からの連絡事項）

- 日高座長に承認いただいた報告書の最終版は、出来上がり次第各委員にお届けする。
- 延岡市副市長原田から、専門者会議の閉会に際しての挨拶
- 謝金のご説明

7.まとめ

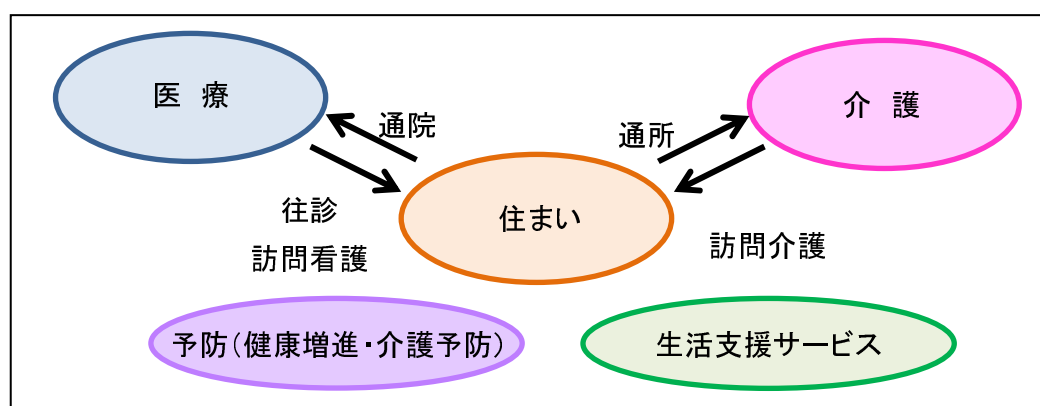
7.1. 延岡市の医療・介護・福祉における課題とニーズ

7.1.1. 領域の絞り込み

アンケート調査や各専門者の意見交換会、並びに専門者会議において、本市の医療、介護、福祉の全分野に関する課題やニーズ、あるべき姿など多岐にわたる貴重な御意見を頂いた。

国が「施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す」として提唱する地域包括ケアシステムは、「医療」、「介護」、「予防」、「住まい」、「生活支援サービス」が切れ目なく提供される地域のシステムであり、本市が目指す「健康長寿のまち」のひとつの形と言える。その地域包括ケアシステムの構造を下図に示す。

図 33 地域包括ケアシステムの構造



本市における医療と予防における活動状況を見ると、平成 20 年 2 月に中核病院である県立延岡病院の医師不足により「地域医療の崩壊」と全国に報道されたのをきっかけに地域医療を守る住民運動がおり、平成 21 年 9 月に「延岡市地域医療を守る条例」を制定、「地域医療の充実」と「健康長寿の推進」に取り組んでいる。

地域包括ケアシステムの医療の部分にあたる「地域医療の充実」では、以下の 6 テーマを中心に活動を進めている。

- ① 夜間急病センターの機能充実
- ② 在宅当番医体制の充実
- ③ 消化管出血・脳梗塞救急患者の輪番制
- ④ 医療機関の新規開業促進
- ⑤ ドクターヘリの運航開始

⑥ 適正受診・かかりつけ医の推進

なかでも、①「夜間急病センターの機能充実」では、金曜日しか行えていなかった深夜（23：00～7：00）の診療を平成 21 年度に土曜日、平成 23 年度に木曜日、平成 24 年度に水曜日と拡大している。これと並行して⑥「適正受診・かかりつけ医の推進」では、平成 19 年度に年間 9,237 人であった県立延岡病院の時間外受診患者数を、平成 21 年度には 5,118 人と大幅に減少させることに成功するなど着実に成果が上がっている。

同じく地域包括ケアシステムの「予防（健康増進／介護予防）」の部分にあたる「健康長寿の推進」では、以下の 3 テーマを中心に活動を進めている。

- ① 市民主体の健康づくり
- ② 予防接種の充実
- ③ 健診受診等の推進

なかでも①「市民主体の健康づくり」は、「健康長寿のまちづくり市民運動」として活発な活動を行っている。本活動では、平成 22 年 4 月に産・学・民・官の市民団体の集合体である延岡市健康長寿推進市民会議を組織化し、同年 12 月に「健康長寿のまちづくり市民運動行動計画」を策定した。

現在、市民会議の代表者会による月 1 回の会議の他、市民会議、ワーキング参加組織からそれぞれ推進委員を選任し行動計画に基づき市民運動の展開を図っており、「1 に運動、2 に食事、3 にみんなで健診受診、めざせ天下一！健康長寿のべおか」をスローガンとした市民を挙げての健康増進運動となっている。

このように地域医療の充実と健康長寿の推進においては、課題は未だ多くあるものの地域を挙げた取り組みが定着しつつあり、成果も着実に上がっている。

一方介護分野においては、本調査「4. 医療資源の調査 4. 1 介護保険事業所」の結果（再掲「表 24 介護関連事業所数（宮崎県・全国との比較）」）の通り、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターのいずれの施設でも、その数は全国平均を上回っており、本市における介護関連施設は一定の基盤整備がなされていると言える。

このように本市の目指す「健康長寿のまちづくり」（地域包括ケアシステム）において、「医療」、「介護」、「予防（健康増進・介護予防）」、「生活支援サービス」ともそれぞれに取り組まれ、成果が出てきているものの、「医療」と「すまい」をつなぐ分野、すなわち「在宅医療（医療施設外医療）」に対する取り組みは、地域における組織的な対応がこれからという状態であると言える。

そこで本調査では、「在宅医療（医療施設外医療）」を検討対象分野として絞りこみ、その課題とニーズを抽出することとする。

表 24 介護関連事業所数（宮崎県・全国との比較）

	延岡市	宮崎県	全国
訪問介護	37 (10.2)	262 (8.9)	21,315 (7.2)
訪問入浴介護	2 (0.6)	25 (0.9)	2,002 (0.7)
訪問看護ステーション	5 (1.4)	51 (1.7)	5,212 (1.8)
通所介護	53 (14.7)	331 (11.3)	24,381 (8.2)
通所リハビリテーション	10 (2.8)	68 (2.3)	5,948 (2.0)
短期入所生活介護	9 (2.5)	92 (3.1)	7,515 (2.5)
短期入所療養介護	6 (1.7)	47 (1.6)	4,726 (1.6)
居宅介護支援事業所	46 (12.8)	315 (10.8)	27,705 (9.3)
地域包括支援センター	11 (3.1)	66 (2.3)	4,056 (2.3)

7.1.2.延岡市の在宅医療における課題とニーズ

在宅医療における課題とニーズを、「施設等ハード面」、「人材等ソフト面」と「運用、制度面」に分けて整理する。

- 7.1.2-① 施設等ハード面

在宅医療において主役となる「訪問看護ステーション」、「在宅療養支援診療所」が少ない事があげられる。

1) 訪問看護ステーションについて

「訪問看護ステーション」の施設数については、前述の「表 24 介護関連事業所数（宮崎県・全国との比較）」の通り、高齢者 1 万人当たりの事業所数が、全国平均 1.8、宮崎県平均 1.7 であるのに対し、延岡市は 1.4 となっている。

一方、訪問看護ステーションの利用状況を見ると高齢者 1 万人あたりの利用者数は、全国平均が 107.4 人、宮崎県平均が 71.4 人であるのに対し、延岡市は 48.6 人であり、1 事業所当たりの利用人数は、全国平均が 60.7 人、宮崎県平均が 41.0 人に対し、延岡市は 34.6 人であった。

延岡市の訪問看護ステーションは、全国平均、宮崎県平均に比べて施設数が少ないが、利用者も少ない事がわかる。

訪問看護サービスは医療機関も提供しているが今回の調査では、その実態ま

で調査していない。また、訪問看護を必要としている患者の数についても調査していないため、数字の上から施設数が十分であるかどうかの判断は難しいが、調査の過程でインタビュー等によって得られた関係者の意見の中に、訪問看護ステーションの数が少ないとの指摘があったことから、在宅医療における課題として取り上げたい。

2) 在宅療養支援診療所について

延岡市の「在宅療養支援診療所」の数は、現在 10 診療所である。この数字は、高齢者 1 万人あたりでは全国平均 4.2、宮崎県平均 3.96 に対し、延岡市は 2.78 と少ない。人口 1 万人あたりで見ても全国平均 0.98、宮崎県平均 1.02 に対し、延岡市は 0.78 と少ない。

一方、延岡市医師会が独自に実施した「在宅医療の実施に関するアンケート調査」によれば、往診、訪問診療、在宅緩和ケアを実施している診療所は 31 機関であり、直接実施はしないものの代診や専門領域の質問の対応など後方支援を行っている診療所は 14 機関であり、その両方の合計は全 81 機関の実に 60% にあたる 45 機関であった。

これは、在宅医療に取り組んでいる診療所は十分な数があるものの、「在宅療養支援診療所」として、その要件を満たし登録している診療所が少ないという事を表している。

考えられる理由としては、在宅療養支援診療所の要件を全て満たすことが困難であるということが考えられる。特に 24 時間 365 日の対応は、1 人医師体制が多い診療所では対応が困難な要件と言える。

- 7.1.2-② 人材等ソフト面

1) 訪問看護師が集まらない

関係者のインタビューから、「訪問看護師を募集しても集まりにくい」、「採用してもやめる事が多い」という意見が多くあった。

延岡市で就業中の看護師の数は、人口 1 万人あたりの人数で見ると全国平均 74.5 人、宮崎県平均 100.6 人に対し、延岡市は 89.0 人であり、宮崎県の平均には及ばないものの全国平均よりは高い値となっている。同様に准看護師を見ると全国平均 28.8 人、宮崎県平均 59.9 人に対し、延岡市は 64.8 人であり、全国平均の 2 倍、宮崎県平均よりも高い値となっている。

このことから、延岡市で就業している看護師、准看護師の数は十分であるものの、訪問看護師として就業する方が不足しているという事がわかる。

2) 医師・歯科医師・薬剤師の数が充足していない

それぞれ人口 1 万人あたりの数で比較すると以下のとおりである。

医師の数は、全国平均 23.1 人、宮崎県平均 23.1 人に対し、延岡市は 19.8 人、
歯科医師の数は、全国平均 7.9 人、宮崎県平均 6.3 人に対し、延岡市は 5.7 人、
薬剤師の数は、全国平均 21.6 人、宮崎県平均 16.7 人に対し、延岡市は 16.5 人
である。

かろうじて薬剤師の数は宮崎県平均とほぼ同じであるが全国平均に比べると
その数は少なく、医師、歯科医師では全国、宮崎県に對しいずれも下回っている。

この問題は、在宅医療に限らず地域医療の大きな課題として地域全体でとら
えており、課題解決の動きも出ている。在宅医療に特化した課題としてでは無
く、在宅医療も含む医療全体の共通課題として捉え取り組んでいく必要がある。

3) ケアマネジャーの医療知識が十分ではない

在宅医療を必要とする患者の多くは高齢者であり、2025 年の高齢化率ピーク
に向けて、その比率はますます高くなっていく。

その高齢者の訪問看護などの在宅医療サービスは、ケアプランに組み込んで
利用することが多いが、ケアマネジャーの医療知識が十分ではないことで、ケ
アプランに在宅医療サービスが組み込まれないケースがある。

これはケアマネジャーの多くが福祉系職種の出身者であることに起因してい
るが、この傾向並びに課題は、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上
と今後のあり方に関する検討会」より、平成 25 年 1 月 7 日に発表された「介護
支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後の在り方に関する検討会にお
ける議論の中間的な整理」にも同様の課題が指摘されている。同文書には、課
題の解決に向けた施策についても述べられているので、本市における課題解決
のための企画立案においても、十分参考にして取り組むと良いと思われる。

4) 医療関係者の介護知識が十分ではない

在宅医療は、患者の自宅での日常生活の中で行われるものであり、医療、治
療を目的として最適化されている医療施設内での医療処置とは大きく異なる点
が多々ある。治療計画の立案、訪問看護師等への指示書を作成する場合、在宅
患者の家庭や生活の情報を踏まえて作成することが望ましいが、多くの場合、
これらの情報はケアマネジャーが把握している。

ケアマネジャーと同じく医療関係者、特に医師が介護の知識・情報を持つこ
とは重要な課題であると言える。

- 7.1.2-③ 運用、制度面

1) 医療、介護、福祉の間で、お互いを理解する事が必要

今回の調査において、ほぼすべての関係者より、他の職種、団体の事を知らないという回答と、在宅医療の体制を整備するためには、早急にお互いを理解することが必要であるという回答を得た。

本調査において開催した専門者会議には、医師会、歯科医師会、薬剤師会など医療、介護、福祉関係 10 団体の長が出席した。関係団体の長が一堂に会し、在宅医療に関して話し合う初めての機会であったが、今後も継続してこうした場を設けることが必要である。

2) 在宅医療で治療・ケアがどこまで出来るかを知る（確認する）必要がある

本調査の結果、本市においては、高齢者 1 万人あたりの訪問看護サービスの利用者数が、全国平均、宮崎県平均と比べて低い事がわかった。

その要因として、在宅医療において訪問看護サービスや介護支援サービスによって、治療やケア、生活支援がどのレベルまで可能であるのか、また、どのような負担があるのかについて、患者並びに関係者に情報が広く行き渡っていない事が挙げられる。

このような質的な面での理解不足と合わせて、本市または居住地区における在宅医療体制の許容量という量的な面での正確な最新の情報が不足している事で、介護認定審査会における「主治医の意見書／生活機能とサービスに関する意見」で訪問看護など在宅医療サービスを選択できないという現状もある。

3) 在宅患者の情報を、簡便に共有し、連携する仕組みが必要

在宅医療では、医師をはじめとした複数の職種が連携してサービスを提供するため、関係者間で在宅患者の最新情報を共有することは、非常に重要である。

従来の方法では、医師が出す指示書とそれに対する報告書というように情報は 2 者間に限定される上、紙媒体に記録されている事が多いため、複写や履歴化、共有化が難しい。さらにそれぞれの専門用語による記述が多いため、専門分野の異なる職種間での情報共有が難しいという側面もある。

このような問題を解決し、在宅患者の情報を簡便に共有し、連携できる仕組みが必要である。

4) 24 時間 365 日対応するためのネットワーク（相互補完）が必要

「在宅療養支援診療所」、「訪問看護ステーション」は、患者の急変に備え 24 時間 365 日で対応する必要があるが、医師 1 名体制の診療所も、少ないスタッフ数で運営している訪問看護ステーションも、その体制を維持する事は困難を

極めている。

医師会においては有志の医師による連携の動きも出てきているが、組織的な動きには至っていない。

訪問看護ステーションにおいては、各事業所とも単独で 24 時間 365 日対応体制を取っている。訪問看護の利用者数が少ないため 1 事業所の規模は比較的小さく、管理者をはじめ職員への負担は非常に大きい。

このほか、歯科診療所、調剤薬局とも歯科医師、薬剤師が 1 名体制であるところが多く、昼休みや休日を利用して在宅診療や施設への訪問診療を行っている状況である。

在宅医療体制を整備するためには、各医療機関、事業所が連携し、協働で 24 時間 365 日対応体制を整備することが喫緊の課題と言える。

7.2. 医産学官連携による課題解決策検討の方向性

前節で、在宅医療（医療機関外医療）における課題を、ハード面、ソフト面、運用・制度面から抽出したが、これらの多くは独立した課題では無く、それぞれが関係性を持っている。課題解決策の検討にあたっては、課題間の関係を理解した上で、緊急性や解決に必要な資源（体制、人材、資金等）の充足状況などを踏まえて検討する必要があるが、分野としては、「運用・制度面」と「人材等ソフト面」から着手して、その成果として「施設等ハード面」の課題が解決するという順番で検討を進めたい。

また、各分野の検討を行う上では、多くの課題を通じて共通項ともいえる「情報の共有」と「連携（ネットワーク）」があるが、その前提となる「お互いを知る」ということを手掛ける事を提案したい。

7.2.1. お互いを知る

本事業において「専門者会議」という位置づけで、本市の医療、介護、福祉に関わる 10 団体の代表者が初めて一堂に会した。会議での各委員より説明があったそれぞれの団体の取り組み状況や課題を聞いて、ほとんどの委員より“おのおのが他の団体の実状を良く知らないことが分かった”との意見があったことから、課題解決策の検討に先立ち、おのおのがお互いを知ることは重要である。

職種間でお互いを知る上で、他職種の講師を招いた研修会の開催や、複数職種による合同勉強会などを行う事は有効である。既に医師会主催の「延岡地域医療ネットワーク会議」や、在宅医療に熱心な医師、医療機関が中心となり開催している多事業所多職種による研修会など、お互いを知る為の活動は既に部分的に行われている。これらの活動を活かしながらその輪を広げていくことで、お互いを知り、理解を深める事が出来ると思われる。

7.2.2.情報の共有

多職種が連携して行う在宅医療では、情報の共有は重要である。共有すべき情報の中でも重要なものは、「事業者情報」と「患者情報」の2つがある。

1) 事業者情報の共有

事業者の情報には、提供可能なサービス、対応可能な地域、職種別のスタッフ数などの施設情報と、現時点で受け入れが可能な患者数などの情報がある。

ひとつ目の、「施設に関する情報」は、本調査における医療資源調査により、現時点での情報は網羅できた。今後は、患者やその家族も含め誰もが、容易に利用できるようにする「アクセス」の部分の改善と、新しい事業者の設立やサービス内容の追加・変更などといった「情報の更新」がタイムリーに行える仕組みが必要である。

ふたつ目の、「現時点で受け入れ可能な患者数などの情報」は、経営状況を表す情報でもあり、その扱いには注意を要する。病院の地域連携室、医療ソーシャルワーカー、かかりつけ医師、ケアマネジャーといった職種の範囲内で情報を共有する仕組みを考える必要がある。

2) 患者情報の共有

患者の情報は、在宅に限らず医療、介護では最も重要な情報であると共に、その取扱いが非常に難しいものである。電子カルテに代表される患者の医療情報は、最もセキュリティレベルの高い機微情報と位置付けられ、個人情報保護法や医療情報システムの安全管理に関するガイドラインなど多くの法令、規定があり、共有にあたっては十分な検討が必要である。

また、医療情報、介護情報は、その性格上専門性の高い内容であり、全ての情報の共有が必ずしも必要ではないと思われる。加えて、記録に使われる用語、表現も専門外の人にとっては、難解なものになりがちであることから、多職種連携に必要な情報の範囲を取り決め、誰もが理解できる用語、表現を使った記録が必要である。

そのためには、共有する情報の範囲、用語の統一、並びに記録フォームの統一などの検討を行う必要がある。

職種間の情報共有では、色々な事のいわゆる規格統一が必要となるが、規格統一に拘るあまり本来の目的である情報共有がなかなか進まないという事態に陥らないよう、検討に際しては注意を払うことも重要である。

7.2.3.連携（ネットワーク）

連携（ネットワーク）には、病診連携・診診連携といった同じ職種間の連携と、

診療所と訪問看護ステーション、かかりつけ医師とケアマネジャー、訪問看護ステーションとの連携といった職種をまたがる連携がある。在宅医療においては、いずれの連携も重要である。

1) 同じ職種間の連携

診療所の多くは、ひとり医師体制の為、24時間365日での対応が困難な状況である。ひとり体制の問題は、歯科診療所、調剤薬局でも同様の状況であり、訪問診療や訪問指導の時間を捻出する為に昼の休憩時間を削るなど、正に身を削って対応しているのが実情である。

この問題に対応するためには、医師同士、歯科医師同士、薬剤師同士の連携による相互補完体制の整備が必要であると思われる。

既に、医師会において、一部医師同士による連携が始まるなど、連携作りの動きは出始めている。

このような事業者同士による連携とは別に、共同で組織や施設を設立する方法もある。例えば、本市において既に運用されている夜間急病センターや、先進事例の山形県鶴岡地区の在宅連携拠点事業室「ほたる」が進める医師間のネットワーク整備による24時間365日対応体制構築の動きなどである。

同じ職種間の連携は、いわゆる同業者の連携であり、相互補完の必要性和経営の独自性という、相反する命題が存在する。

調査した先進事例でも、医師会が中心になって進める方法もあれば、一部有志による連携からスタートする方法もあったが、いずれの方法であろうと、出来る所から始めるという実を取る事を念頭に、連携を進める事が重要であると思われる。

2) 職種をまたぐ連携

職種をまたぐ連携は、普段の相互交流と実務における情報連携が重要である。普段の相互交流は、前節の「お互いを知る」と「情報共有」で述べた通りであるが、実務における情報連携においては、既に開催されている「ケア会議」や「サービス担当者会議」、多職種による研修会が有効である。

このような職種をまたがる連携、特に介護と医療の連携については、前述の「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」の「議論の中間的な整理」でも、「医療との連携の促進について」として多く触れられている。

今回調査した先進事例や現在モデル事業として取り組みが進められている在宅医療連携拠点事業を見ると、医療と介護の連携を担うコーディネート機能を担う人もしくは組織が整備されている。

本市においても地域連携室や医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど連携を担う職種の方が個々に活躍されているが、これを強化し地域としての機能に育てるのも、ひとつの方法である。

7.2.4. ICT の利活用

※ICT: Information Communication Technology（情報通信技術）

在宅医療の体制整備には多くの資源と労力を要するが、本市の限りある資源の中でこれを進めるためには、ICTの活用は非常に有効な手段である。

特に情報の共有や連携は、ICTがもっとも得意とする分野である。検討に際しては、以下のような点も留意しながら進めると良いと思われる。

- ① ICTありきではなく、本来あるべき姿、目指す方向を確認したうえで、最も効果的な部分にICTを適用する。
- ② 多くの関係者が所持する携帯電話や携帯端末、事業所に設置されているパーソナルコンピュータやネットワークなど既存の資源を有効に活用する。
- ③ 初期構築費だけでなく運用費も考慮した資金計画を行う。同時に、運用費の捻出方法もはじめに計画しておく。

7.2.5. 国の助成制度の活用

在宅医療体制の整備は、高齢社会が急速に進む我が国の最重要課題として、厚生労働省内に部門横断組織として「在宅医療・介護推進プロジェクト」を設置し積極的に取り組んでいる。その考えは、厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室が発表している「在宅医療・介護あんしん2012」で公表されているが、地方における取組に対し多くの助成事業を行っている。

主な事業は以下の通りであるが、これらの助成事業の活用も有効な手段と言える。

- ① 在宅チーム医療を担う人材の育成
- ② 実施拠点となる基盤の整備
 - (ア) 在宅医療連携拠点事業
 - (イ) 在宅医療提供拠点薬局整備事業
 - (ウ) 栄養ケア活動支援整備事業
 - (エ) 在宅サービス拠点の充実
 - (オ) 低所得高齢者の住まいの対策
- ③ 個別疾患等に対応したサービスの充実・支援
 - (ア) 在宅介護者への歯科口腔保健推進整備事業
 - (イ) 在宅緩和ケア地域連携事業
 - (ウ) 難病患者の在宅医療・介護の環境整備事業
 - (エ) HIV感染症・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業

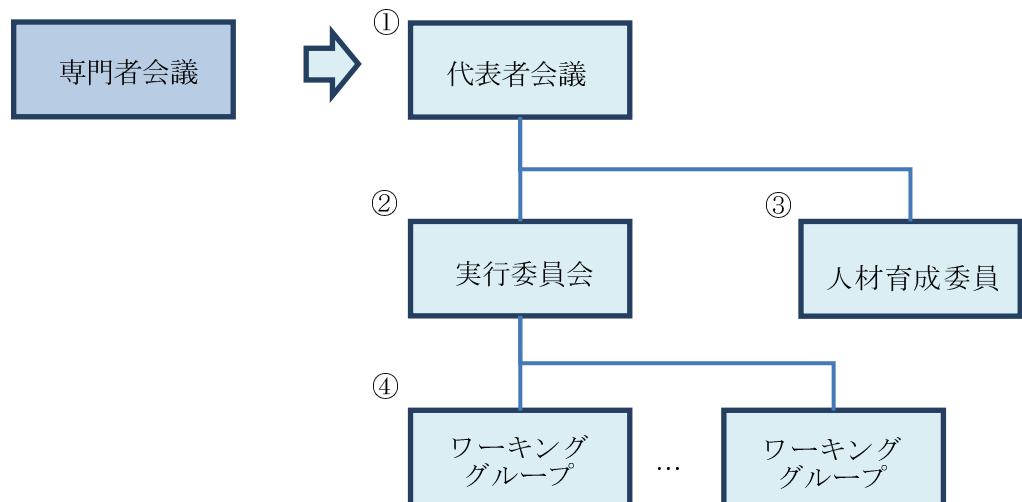
7.3. 課題解決策検討のための体制構築における留意点

7.3.1. 課題解決策検討のための体制

課題解決検討のための体制でも、これまで述べてきたとおり多職種が連携した組織が望ましい。本事業で設置した関係10団体による専門者会議を、事業終了後も何らかの形で継続し、課題解決検討の為の組織の母体とする事が事業継続の観点からも望ましい。

ただし、解決すべき課題は10団体すべてに関連するものは少なく、課題ごとに関係する団体が異なると思われる。また、同じ職種の中でも、課題ごとに得手とする方や経験者がいることから、課題解決には実務者クラスによる組織を編成する事で、効率が良くなると思われる。これらの考えをまとめた組織のイメージを以下に示す。

図 34 課題解決策検討のための組織イメージ



① 代表者会議

本事業で設置した「専門者会議」を継続し、「(仮) 代表者会議」とする。各団体の代表者を委員とする会議体。

主な役割は、以下の通り。

- 組織横断的な取り組みに関して、意思決定を行う。
- 市、県、国といった行政や関係機関への協力要請などを行う。
- 実行委員会、ワーキンググループの活動の支援を行う。
- 実行委員会からの報告を受ける。

② 実行委員会

各団体の実務者クラスを委員とする会議体。

主な役割は、以下の通り。

- 地域における課題の抽出とその解決策の立案を行う。
- 課題解決のための組織（ワーキンググループ）を編成する。
- 課題解決に必要な資源の調達を行う。
- ワーキンググループの活動を支援する。
- ワーキンググループからの報告を受ける。

③ ワーキンググループ

課題解決を実践する組織。

課題ごとに関係する職種より実務者クラスが参加する。

主な役割は、以下の通り。

- 課題解決のための計画を立案し、必要な資源を洗い出す。
- 課題解決を実際の現場において実施する。
- 実施結果を実行委員会へ報告する。

④ 人材育成委員会

在宅医療・介護体制の整備に必要な人材の育成を企画、実践する組織。

育成に必要な知識、技能ごとに関係する職種より実務者クラスが参加する。

主な役割は、以下の通り。

- 人材育成のための研修等の企画を立案し、必要な資源を洗い出す。
- 研修等を実施し、人材の育成する。
- 実施結果を実行委員会へ報告する。

7.3.2. 教育機関について

本市には、薬学部、社会福祉学部、保健科学部を擁する九州保健福祉大学がある。同大学では、薬剤師をはじめ、臨床工学技士、作業療法士、社会福祉士といった医療・介護系の専門職を養成している。在学中から学生に地域の保健予防活動や在宅医療への取り組みに参加してもらう事で、1人でも多くの学生に卒業後も地元に残り、地域医療、在宅医療に携わってもらえるようにすることは重要である。

さらに、卒業後、就業してからも、公開講座や大学院などにおいて学ぶ機会を提供する事も、専門職のレベル向上と合わせて、向上意欲を満たし地元へ人材をつなぎとめる意味でも重要なことである。同大学では今年度、薬学部修士課程が開設されたが、学生の中には市内で就業中の方もおり、専門職の生涯学習の場としても今後期待したい。

また、大学は、研究機関と言う側面も持っている。本調査で得られた結果は、ある断面を切り取ったに過ぎない。長期的に地域の医療・介護情報を収集・分析した結果は、地域医療、在宅医療の体制整備において、有用で貴重なものになると思われる。

本市には、九州保健福祉大学以外にも、聖心ウルスラ学園高等学校看護科、延岡看護専門学校といった医療・介護系の養成校がある。

これらの教育機関とも連携し、在宅医療・在宅介護現場での実習、ボランティア参加といった人材育成と協働の実現を図り、ひいては地元への定着を目指すことは、重要なことである。

7.3.3.行政（市）について

在宅医療体制は地域システムであり、社会システムであることから、その中で行政、特に市の果たす役割は大きい。

本市においては、平成24年6月より健康福祉部内の全7課・室の係長級職員が参加する横断会議を組織化し、現状把握と今後の施策方針の検討を開始したところで、本事業もその一環である。

今後、民間レベルでの在宅医療の推進に向けた環境整備の動きが進む中、その動きに呼応して、行政も活動を加速していく必要がある。

7.3.4.企業について

在宅医療は、単に医療や介護のサービスが充実するだけでは事が足りず、生活全般に渡るサービスが必要となる。例えば、通院で利用する交通機関や前述のICTシステムの構築・運営、さらには在宅用の医療・介護機器の開発などである。また医療機関外の地域におけるチーム医療においては、複数事業者の協働によるサービス提供となるが、ジョイントベンチャーなど民間事業の組織運営ノウハウが、課題解決に有効である可能性も高い。

これまで医療、介護、福祉に限定して組織論を述べてきたが、広く門戸を開いて民間企業の力を活用する事も必要である。

そのためには、本市における取り組み状況や各団体の活動状況、さらには解決したい課題を公開、情報発信することで、目的、志を同じくする企業を募集することも有効である。

8.おわりに

超高齢社会への対応としても、国が進める医療・介護制度改革の方向性としても、地域包括ケア・在宅医療の充実が問われており、平成 24 年度の診療・介護報酬同時改定などにおいても、その傾向が顕著に表れている。

本調査では、この全国的なテーマに対して、延岡市の実情に即した方策を検討するため、各方面に対する調査を実施し、延岡市としての課題を明確化することができた。今後は、これまで以上に地域が一体となり、本調査によって抽出された課題解決に向けて、より具体的な検討を推し進める必要がある。