

地域緩和ケア推進特別委員会

目 次

平成22年度地域緩和ケア推進特別委員会報告書

- I. は じ め に
- II. 協議日程および概略
- III. 協 議 結 果
- IV. 今後取り組むべき事業
- V. 介護施設におけるがん患者の
看取りの状況について
- VI. お わ り に

地域緩和ケア推進特別委員会

(平成 22 年度)

平成22年度地域緩和ケア推進特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 地域緩和ケア推進特別委員会

委員長 本家 好文

I. はじめに

平成 19 年 4 月よりがん対策基本法が施行され、同年 6 月にはがん対策基本計画が策定された。その基本方針には「すべてのがん患者およびその家族の苦痛軽減ならびに療養生活の質の維持向上」が提唱され、治療の初期段階から緩和ケアを実施することが求められている。

広島県では国の動きに先駆けて、平成 16 年 9 月に広島県緩和ケア支援センターを開設し、緩和ケアの推進を図ってきた。これまでにさまざまな取り組みを行ってきたが、依然として緩和ケアの提供体制には地域格差がある。地域における在宅緩和ケア提供体制の構築に向けて、平成 21 年度地域緩和ケア推進 WG において地域緩和ケア資源の現状把握の基礎資料を作成するために実態調査を行った。

平成 22 年度地域緩和ケア推進特別委員会では、アンケート調査結果を分析し、今後の県内における地域緩和ケア推進の方向性について検討した。

II. 協議日程および概略

第 1 回地域緩和ケア推進特別委員会

(平成 22 年 6 月 28 日)

- ・平成 21 年度緩和ケア推進 WG が実施したアンケート調査結果の報告
- ・アンケート調査結果分析のための検討チームの編成と役割の確認

第 2 回地域緩和ケア推進特別委員会

(平成 22 年 9 月 6 日)

- ・担当委員からのアンケート調査分析結果の報告
- ・分析結果に基づく地域緩和ケア推進に向けた施策立案への提言

第 3 回地域緩和ケア推進特別委員会

(平成 23 年 2 月 24 日)

- ・地域緩和ケア提供体制構築の阻害要因の分析と改善の方向性
- ・介護施設における看取りの実態と今後の方向性

III. 協議結果

1. アンケート調査実施状況

平成 21 年度地域緩和ケア推進 WG において、広島県内の各地域の特性に応じた在宅緩和ケアを推進する必要があることから、地域の在宅緩和ケアに関する資源の実態調査を行うこととなり、調査項目について検討を行った。

平成 21 年 10 月 6 日～10 月 30 日に県内の診療所 (2,706 カ所)、訪問看護ステーション (157 カ所)、保険薬局 (1,496 カ所)、居宅介護支援事業所 (754 カ所)、訪問介護事業所 (636 カ所)、地域包括支援センター (121 カ所)、介護老人保険施設 (104 カ所)、特別養護老人ホーム (161 カ所)、グループホーム (254 カ所)、ケアハウス (60 カ所) の計 6,449 施設に対してアンケート調査を実施した (表 1)。

回収率は診療所 (39.0%)、訪問看護ステーション (46.5%)、保険薬局 (33.4%)、居宅介護支援事業所 (38.5%)、訪問介護事業所 (39.3%)、地域包括支援センター (33.1%)、介護老人保険施設 (58.7%)、特別養護老人ホーム (38.5%)、グループホーム (28.3%)、ケアハウス (28.3%) であった (表 2)。

2. 地域資源実態調査の分析結果

調査結果は、調査対象施設ごとに「地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など」「通常業務を通じての課題認識・改善点など」「今後取り組むべき事業の内容」「事業の実施により期待される効果」に分けて分析した。調査対象施設数が最も多い

表1 調査対象施設数

	診療所	保険薬局	訪問看護 ステーション	訪問介護 事業所	地域包括 支援センター	居宅介護 支援事業所	介護老人 保健施設	特別養護 老人ホーム	ケアハウス	グループ ホーム
総数	2,706	1,496	157	636	121	754	104	161	60	254
広島	1,394	699	79	291	49	299	36	60	14	112
広島市	1,227	615	70	263	42	256	29	45	8	97
中区	332	150	13	43	5	38	4	2	0	7
東区	87	51	10	20	4	27	4	8	2	11
南区	210	100	6	36	5	35	3	6	0	11
西区	176	80	10	50	6	40	3	5	0	15
安佐南区	159	83	10	43	6	37	4	6	1	16
安佐北区	113	65	8	28	6	36	4	10	2	15
安芸区	49	28	5	15	4	13	3	2	1	8
佐伯区	101	58	8	28	6	30	4	6	2	14
安芸高田市	35	15	1	6	1	8	1	5	1	2
府中町	44	33	2	7	1	8	1	1	1	4
海田町	35	13	1	3	1	4	1	1	1	2
熊野町	16	8	1	4	1	8	1	1	0	1
坂町	12	3	1	4	1	2	1	1	1	0
安芸太田町	8	5	1	1	1	5	1	2	0	2
北広島町	17	7	2	3	1	8	1	4	2	4
広島西	132	78	9	23	4	38	5	6	4	10
大竹市	33	25	4	6	1	8	1	1	0	3
廿日市市	99	53	5	17	3	30	4	5	4	7
呉	286	143	11	70	9	79	15	18	9	19
呉市	262	133	9	62	8	71	14	15	7	17
江田島市	24	10	2	8	1	8	1	3	2	2
広島中央	172	108	11	41	8	59	10	14	8	9
竹原市	25	20	3	8	1	12	3	3	1	2
東広島市	137	85	8	30	6	43	6	9	7	6
大崎上島町	10	3		3	1	4	1	2	0	1
尾三	235	170	18	72	12	87	13	18	8	20
三原市	80	59	10	27	5	32	5	6	2	5
尾道市	144	102	7	40	6	49	7	10	5	14
世羅町	11	9	1	5	1	6	1	2	1	1
福山・府中	388	252	22	111	24	148	18	29	11	74
福山市	342	219	19	96	22	122	15	22	10	68
府中市	39	31	2	11	1	22	2	5	0	4
神石高原町	7	2	1	4	1	4	1	2	1	2
備北	99	46	7	28	15	44	7	16	6	10
三次市	59	31	3	14	8	24	4	8	3	4
庄原市	40	15	4	14	7	20	3	8	3	6

※診療所については平成21年7月末現在

※保険薬局については平成21年6月9日現在

診療所については、3名の委員に圏域を分担して分析した。その他の施設については、それぞれ1名の担当委員が分析を行った。

自由記載も含め、施設ごとの担当委員による分析結果について、「地域資源実態調査に基づく施策提案シート」を別表(1)から(18)に示す。

表2 回収率

対象施設	対象施設数	回収施設数	回収率
診療所	2,706	1,056	39.0%
訪問看護ステーション	157	73	46.5%
保険薬局	1,496	500	33.4%
居宅介護支援事業所	754	290	38.5%
訪問介護事業所	636	250	39.3%
地域包括支援センター	121	40	33.1%
介護老人保健施設	104	61	58.7%
特別養護老人ホーム	161	62	38.5%
グループホーム	254	72	28.3%
ケアハウス	60	17	28.3%
総計	6,449	2,421	37.5%

診療所については、二次保健医療圏ごとに分析を行った。その結果、都市部である広島医療圏では訪問診療を実践している多くの施設が病院との連携は行っていた。しかし、病院勤務医の在宅医療に対する理解や知識不足を改善して、適切な時期に適切な状態で在宅医療に移行する必要性が指摘された。また、病診連携だけでなく診診連携を図ることが、今後在宅医療の質向上のために必要であることが示された(1)。

備北医療圏では、医療資源が限られているなかで、医療と福祉サービスだけでなく、行政も含めた広域での地域緩和ケアサービス提供体制構築が必要であることが指摘された。また、対象疾患をがんと限定せず一般疾患と同列に考えたネットワーク作りを図るなかで、徐々にがんについても対応できる体制を構築していくことが求められた(2)。

広島中央医療圏は地域特性として、各職種の関心が高く連携の必要性の認識も高いことが示され、今後の連携構築には医療者や地域住民への教育、情報提供などを推進することが必要と考えられた(3)。

広島西医療圏では、後方支援病院の緊急時対応体制の整備や、診診連携強化が課題としてあげられた(4)。

呉医療圏では、他の地域に比べて急性期病院が多いことから、在宅医と病院との連携が比較的密に実施されていることが判った。今後の課題として、地域住民の高齢化に伴う介護力低下に対する生活支援などがあげられた(5)。

尾三医療圏では、すでに訪問診療や訪問看護が活発に行われており、他の医療圏に比べて地域緩和ケア体制は充実している。今後の課題は、さらに底辺を拡大する取組みとして、研修会の開催や医師以外

の医療者の参加による高いレベルの在宅医療体制の構築が期待される(6)。

福山医療圏では、緊急時対応体制の不備が顕著であるという課題が示され、患者家族への啓発や医師・看護師などに対する知識技術の向上に向けた取り組みの必要性が強調された(7)。

訪問看護ステーションについては、訪問看護ステーションのマンパワー不足や訪問看護ステーション間の質の格差の解消が課題としてあげられた。今後は看看連携による実践力向上や、専門性の高い認定看護師の育成などが求められる(9)(10)。

保険薬局では、今後の取り組みとして、病院薬剤師と保険薬局薬剤師の連携(薬薬連携)や、病院地域連携室と保険薬局との連携推進の必要性が示された。また地域ケアを担う保険薬局薬剤師が積極的に退院前カンファレンスに参加する必要性も指摘された。保険薬局の課題として、医療用麻薬などの不良在庫解消のための取り組みの必要性が指摘された(11)(12)。

居宅介護支援事業所では、24時間対応している事業所も回答施設の57%と高率に認められ、ある程度がん患者にも対応していると考えられた。全ケアプランにがん患者が占める率は1.9%であった。課題としては、医療ニーズが高い患者との連携が取りにくいという点や、在宅緩和ケアの知識や技術が不足しているヘルパー・ケアマネが多いことが指摘された。これらのスタッフに対する研修機会を設けることが必要である。病院地域連携室への要望として、患者家族に対して退院を見据えた丁寧な情報提供や指導が必要なことも示された(13)。

訪問介護事業所については、基本的な問題として医療職の介護職への理解不足があげられた。在宅移行時には、医療の問題だけでなく生活を支えるための支援について、十分な情報交換などの協力体制を組むことが必要と考えられた。そのためにも研修教育やカンファレンスなどを通じて、緩和ケアに理解のある介護職の育成が必要であることが示された(14)。

地域包括支援センターに関しては、がん患者に対する相談件数そのものが少ないのが現状である。多くの場合、相談を受けた事例に対して個別に対応している。がん患者が在宅に移行するために試験外泊をする場合に、介護保険や医療保険が柔軟に適用できるような運用体制を構築する必要性が強調された

(15)。

老人保健施設については、入所中の方ががんに罹患した場合、疼痛治療を目的とした医療用麻薬については、医療保険が適応できるようになった。しかし管理上の問題や使用経験が少ないことが課題としてあげられた。全般に老健入所者においても医療依存度が高い患者が増加する傾向にある。そのため専門的対応が可能な病院との連携や、施設で対応困難時の協力体制の整備が求められた(16)。

特別養護老人ホームについては、老人保健施設と比較すると看取りの実績がある。しかし、特養の看取りは施設内で完結することが多く、訪問看護サービスなどとの連携はほとんど実績がなかった。今後の課題として、緩和ケアの実践に向けて担当者のスキルアップと、事例を通じた経験の共有化が必要である(17)。

グループホームは、24時間の対応体制、特に夜間は看護師などの専門職がない施設もあり、医療機関との連携が大きな課題であることが示された。施設での看取りについては、夜間の診療体制という施設側の問題だけでなく、家族が医療機関への転院を希望することが多い点も示された(18)。

IV. 今後取り組むべき事業

各委員からの報告を参考として、在宅緩和ケア推進に向けて取り組むべき事業について、「1. 人材育成」「2. 普及啓発・情報提供」「3. 在宅療養環境・制度の改善」「4. 連携体制の構築」「5. 採算性の確保」に分けて検討した。各分野から提示された意見を、「実施主体」「事業の必要性と期待される効果」などに分けて表3に一覧として示した。

さらに表4には、在宅緩和ケアの推進に向けて、前記5項目について取り組むべき事業とともに施策案を一覧とした。

1. 人材育成については、専門職のための勉強会・研修会の開催だけでなく、ボランティアの育成のための研修会開催も必要とする意見があった。
2. 普及啓発・情報提供については、医療従事者だけでなく地域住民に対して緩和ケアの理解を深めるための取り組みも必要と考えられた。
3. 療養環境・制度の改善については、24時間訪問看護やショートステイを含めた在宅支援体

制の整備や、介護認定期間の短縮化を早期に実施する取り組みの必要性が示された

4. 連携体制の構築では、多職種の連携・情報交換のための交流会等の開催や、地域在宅緩和ケアチームの整備、地域在宅緩和ケア専門のコーディネーターの設置の必要性が示された。
5. 採算性の確保についても、各団体を通じて外部サービスの活用を促進するための介護報酬や、診療報酬の改訂などに向けた意見を提案する必要性が示された。

V. 介護施設におけるがん患者の看取りの状況について

がん患者の介護施設での看取りは多くないのが現状である。今後、高齢者が増加することが予測されるわが国の人口構成から考えると、地域における緩和ケア推進のための課題のひとつに、生活の場として介護施設で過ごしている利用者ががんが発生した場合、できれば生活の場を移動することなく施設で看取ることが必要と考えられる。

医療機関におけるがん患者の看取りについては、疼痛治療の技術やケアのあり方について検討されてきたが、施設でのがん患者の看取りについては実態も明確でなかった。そこで広島県内の介護施設におけるがん患者の看取りの実状と課題を把握するために、介護施設の看取り事例を報告していただいた。介護施設では、がん患者の看取り経験は少ないのが現状であり、介護施設に勤務する医療者やヘルパーに対する教育研修の機会を増やす必要性が示された。また、介護施設における看取りマニュアルの整備も急がれる。

VI. おわりに

地域における緩和ケア推進のためには、施設緩和ケアの充実だけでなく、在宅や介護施設での緩和ケアを推進する必要がある。今回の調査分析結果を踏まえて、全県的な地域緩和ケア提供体制を強化していくためには、医療従事者の教育だけでなく、利用者である県民への啓発も必要である。また地域がん診療連携拠点病院を中心とした医療機関と、地域で緩和ケアを担うチームとの連携を充実させるためにも、事例を通じながら顔の見える連携を構築することが重要と考えられる。

表3 在宅緩和ケアの推進に向けて今後取り組むべき事業（分野別）

1. 【人材育成】					
No	取り組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
1	開業医の再教育・スキルアップ	医師会 行政	・基幹病院の疲弊防止 ・診療所、開業医の連携強化	緩和ケア医師研修の実施（H20～）	診療所
2	在宅緩和ケアの専門コース研修	看護協会 行政	・地域連携を円滑に進める技術の習得 ・訪問看護師のバージョンアップ対策による在宅での看取りへの関与		訪問看護
3	認定看護師コース受講料の補助 研修を受け入れる認定看護師がいるステーションへの補助	看護協会 行政	・訪問看護ステーションの質の向上 ・地域緩和ケアの推進		訪問看護
4	専門職のための勉強会、研修会	関係団体 行政	関係者による情報共有、現状把握		診療所 訪問看護など
5	本人や家族に対する心理的ケアなどについて適正にあった人材育成の場の提供	関係団体 行政	・緩和ケアへの取組みのきっかけ作り ・各事業者の考え方や期待度の認識の改善	専門職を対象とした緩和ケア専門研修の実施（H16～、緩和ケア支援センター）	訪問介護
6	地域の元気な高齢者ボランティアの育成 （市町の積極的介入でのシステム化、自治会・老人会参画。子ども会、PTA地域住民へ呼びかけ、地域ぐるみでの活動）	地域包括支援センター 行政	地域単位で、地域の生活文化に添った諸事業（住民、医療・福祉のサービス提供者向け）の実施により意識改革、認識を深める		居宅介護
7	コメディカル（施設職員を含む）の現場での研修・演習	医療機関 介護施設	各職種の資質向上		居宅介護
8	地域緩和ケアについて理解し、施設での受け入れについて安心して検討できる知識を得るための研修の実施 （地域での説明会や事業所・施設での研修など）	介護施設 行政	地域の中で施設が対応可能な状況把握および地域緩和ケアへの参画		老健
9	緩和ケアの実施施設に対する専門知識や経験のある看護師などの派遣や、現地研修の実施など	介護施設 看護協会 行政		介護保険施設への指導者派遣の実施（H22～、県内3施設）	老健
10	研修や事例検討を研修会などで丁寧に行う （研修修了者に修了証を交付し、公表するなどの方法）	関係団体 行政		専門職を対象とした緩和ケア専門研修の実施（H16～、緩和ケア支援センター）	特養
11	特養という環境で働く看護師の研修 ※施設関連組織や専門職団体との連携のもと研修を実施	介護施設 関係団体 行政	医療関係者は福祉・介護施設のケア内容を学び、特養の関係者は医療やその連携について学ぶべき		特養
12	介護支援専門員の更新研修などに「緩和ケア」の教科組み入れ ※事例を元にした支援体制やケアプランを示すことのできるような研修	介護支援専門員 協会		研修実施団体や講師への調整・依頼	特養

No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
13	特養、老健、グループホームなどの介護系施設の緩和ケアの取組みに関する取材および事例集の作成 ※「緩和ケア」というと事例が集まりにくい可能性もあるので、「多職種でかかわった看取りの事例」といったタイトルで事例を募集して事例内容で選別	介護施設 行政	事例集を作成した後にこの事例集を元に研修を行うことにより ・理解を深める ・情報を共有する ・実践力を高める	特養を良く知ったメンバーが取り組みを進める	特養
14	死というものに対する考え方を宗教的、倫理的に見つめていくことへの取り組み (職員への意識付け)	介護施設 行政	人生最後の場面を、延命という形ではなく、幸せであったと感じて終わってもらえることができる	最後は医療施設で看取って欲しいという家族の要望	グループホーム
2. 【普及啓発・情報提供】					
No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
1	地域住民への緩和ケアの啓発	行政 関係団体	・在宅でケアを受ける希望を伝えられる環境の整備 ・住民の関心を緩和ケア、地域での生活継続に向ける		診療所 居宅介護
2	急変時に医療機関(病院)に搬送しないことが選択肢の一つに挙がるような意識の啓発	行政 関係団体	病院(病床)の医療資源を地域で認識し、より有効に活用する		診療所
3	統一的な客観的基準による薬局機能評価と地域社会への広報(ホームページなど)	薬剤師会 行政	患者のニーズに合った薬局の選定によるQOLの向上	緩和医療に必要な薬局機能を細分化した基準の作成(例:24時間対応の中身を具体的に表示など)	保険薬局
4	小規模での地域住民向けの「在宅緩和ケア」や「死生観」についての研修・勉強会	行政 地域包括支援センター	地域単位で、地域の生活文化に添った諸事業(住民、医療・福祉のサービス提供者向け)の実施により意識改革、認識を深める		居宅介護
5	学校単位でのPTAや生徒に向けての緩和ケアなどに関する研修・勉強会	行政 地域包括支援センター	同上		居宅介護
6	特養そのものの機能だけでなく、特養を取り巻き支え体制を明示したマップの作成	特養	情報の共有	特養を良く知ったメンバーが取り組みをすすめた方が良い	特養
7	「介護サービス情報の公表」の調査項目に「緩和ケア」に関わる項目を追加	行政(県)	情報の共有		

3. 【在宅療養環境・制度の改善】					
No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
1	24時間訪問看護やショートステイを含めた在宅支援体制の整備	訪問看護ステーション 福祉施設	在宅支援体制の構築		診療所
2	同一日に2カ所目の訪問看護がサービスを提供した場合、2カ所目のショートステイの費用の補助	行政(国)	<ul style="list-style-type: none"> 複数の訪問看護が関わりを持つことによる質の向上および「在宅での看取り」の推進 →症状コントロールのための再入院の減少・入院期間の短縮 →訪問看護師のバーンアウト防止による看取りの増加 		訪問看護
3	6～10時間のデイホスピス ・療養通所介護の介護保険外サービスのモデル事業 ・宿泊機能を持たせた施設へのモデル事業	看護協会 行政	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養期間におけるサービス選択肢の増加 ・家族が介護のために退職するなど生活リズムを崩すことなく、長期間の介護が可能 ・入院期間の短縮 		訪問看護
4	在宅緩和医療に必要な医薬品や医療材料・消毒薬・衛生材料などの供給拠点としての地域拠点薬局の設置	薬剤師会 行政	<ul style="list-style-type: none"> 薬局のみならず診療所や訪問看護ステーションの緩和医療への取り組みの容易さ ・個々の不良在庫を削減による社会資源の有効活用 	<ul style="list-style-type: none"> ・不良在庫の在庫処分に伴う経済的負担 ・メーカーの小包装化 ・一括仕入れによる事業運営の採算化 	保険薬局
5	患者が一時外泊する場合例外的に介護保険の一部利用を認める	行政(国)	利用者の権利の確保、在宅生活の充実		地域包括
6	要介護状態が低い場合でも医師または本人・家族の希望によりベッドの貸与を認める (or 要介護認定の緩和)	行政(国)	利用者の権利の確保、在宅生活の充実		地域包括
7	地域での社会資源の開発と質の向上 (在宅医療の充実を含む)	関係団体	質・量・連携がとれるシステムの構築		居宅介護
8	居住系施設でのターミナル・緩和ケアの受入の推進(入所、ショートステイ)	介護施設	家族が勤めながらも、在宅療養介護が可能となり、在宅緩和ケアや終末期ケアが拡がる		居宅介護
4. 【連携体制の構築】					
No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
1	広域をカバーできる在宅医の在宅癌患者受け入れのためのネットワークの構築	医師会 行政	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療を希望する患者の円滑な受入体制の整備(質の向上) ・在宅医の負担軽減 	広島市東区医師会在宅支援ネットワーク	診療所
2	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種の連携、情報交換のための交流会などの開催 ・病院と在宅医との連携の強化(事例検討会などを通して) ・日常生活圏域での地域緩和ケアにかかわる各機関が集まっているネットワークの構築 	医師会 行政 関係施設	<ul style="list-style-type: none"> ・地域全体で取組む体制の整備 ・現時点で可能なこと、不可能なことの共有化 ・顔が見える関係の構築によるスムーズな在宅移行 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療者と福祉施設との協議会の開催(呉圏域) ・地域ごとの勉強会などの開催状況の把握 	診療所 保険薬局 居宅介護

No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
3	在宅専門診療所の開設	医師会 行政	・24時間対応が可能となる ・基幹病院の症察防止 ・診・診連携の強化		診療所
4	地域で療養することの広義の「地域緩和ケア」体制の整備	後方支援病院 診療所 老人保健施設 行政	在宅に固執することによる住民の悲壮感の防止		診療所
5	二次医療圏で完結できない状況の把握, 他医療圏の医療機関との連携	医師会 行政	関係機関による負担の均等化		診療所
6	精神的サポート体制の充実	医療機関 地区医師会			診療所
7	おくすり手帳の活用による退院時情報の提供「退院時薬剤情報管理指導料」の標準化(薬・薬連携)	薬剤師会	薬・薬連携の推進		保険薬局
8	地域在宅緩和ケアチームの整備, 地域在宅緩和ケア専門コーディネーターの配置・育成(講演会, 勉強会, カンファレンス, 相談窓口など事業の実施)	地区医師会 行政	・地域の関係機関の取りまとめ役として課題が円滑に解決できる ・共通認識がしやすくチームアプローチが可能	研修システムの充実, 参加しやすい研修企画の必要性	訪問介護
9	地域連携バスの活用による情報共有(二次医療圏ごとに委員会, 作業部会などの設置)	拠点病院 地区医師会 行政	・日頃の業務の標準化, 職種の偏りや経験による支援のバラつきを軽減 ・医療機関から在宅へのスムーズな移行	患者・家族が病院から在宅に移行する際の課題の検証	地域包括 居宅介護
10	かかりつけ医が緩和ケアに関して気軽に相談できる仕組みづくり(症状コントロールについての相談など, 緩和ケア病棟に相談できるシステム)	医師会 医療機関 行政			
11	複数の診療所の協力的体制で, 医師の負担を軽減するシステム(地域の医師会の協力)	地区医師会	在宅緩和ケアモデルの提示による地域のニーズにあった緩和ケアの提供・連携システムの構築		居宅介護
12	専門的対応が可能な病院との連携の強化や対応困難時の協力的体制などの整備	医療機関 地区医師会			老健
5. 【採算性の確保】					
No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
1	おくすり手帳の活用による退院時情報の提供「退院時薬剤情報管理指導料90点」の標準化(薬・薬連携)	薬剤師会	緩和ケアに参加する保険薬局の増加		保険薬局
2	外部サービスの活用を促進する介護報酬, 診療報酬の設定(介護報酬にある居宅にあるような医療連携加算や診療報酬にある連携指導料など)	行政(国)	施設における緩和ケアの推進		特養

表4 在宅緩和ケアの推進に向けて取り組むべき事業と施策

視点/施設区分	診療所	訪問看護ステーション	保険薬局	訪問介護事業所	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	介護保険関連施設	行政(国・県・市町)
1. 人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ○開業医の再教育・スキルアップによる症例の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅緩和ケアの専門コース研修 ○認定看護師の養成 ○認定看護師による研修の受け入れ 	<p>専門職のための勉強会、研修会の開催</p>	<p>患者・家族に対する心理的ケアなどに関する適切な人材育成の場の提供</p>	<p>地域の元気な高齢者ボランティアの育成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○地域における説明会や事業所・施設での研修の実施 ○介護施設の緩和ケア取組事例集の作成 	<ul style="list-style-type: none"> ○本人・家族に対する心理的ケアなど人材育成の場の提供 ○地域の元気な高齢者ボランティアの育成 	
2. 普及啓発・情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ○地域在宅緩和ケア 	<p>統一的な客観的基準による薬局機能評価と地域社会への広報</p>	<p>24時間訪問看護やショートステイを含めた在宅支援体制の整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○地域住民向けの「在宅緩和ケア」や「死生観」についての研修・勉強会 ○学校単位でのPTAや生徒向けの緩和ケアなどに関する研修・勉強会 	<ul style="list-style-type: none"> ○特養を取り巻く支援体制を明示したたマップ作成 ○介護サービス情報の公表内容に「緩和ケア」を追加 	<p>地域住民への緩和ケアの啓発</p>		
3. 療養環境・制度の改善	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅緩和ケアの構築 ○在宅専門診療所の開設 ○病院と在宅医との連携強化(事例検討会など) ○地域連携パスの活用 	<ul style="list-style-type: none"> ○複数の訪問看護ステーションによるサービス提供 ○6～10時間のデイホスピス(モデル事業) 	<p>医薬品・医療材料・消毒薬・衛生材料などの供給拠点としての地域拠点薬局の設置</p>	<p>多職種連携・情報交換のための交流会などの開催</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○居住系施設でのターミナル・緩和ケアの受入の推進(入所、ショートステイ) ○緩和ケアの実施設に対する専門知識や経験のある看護師などの派遣 	<ul style="list-style-type: none"> ○患者が一時外泊する場合例外的に介護保険の一部利用を認める ○要介護状態が低い場合でも医師または本人・家族の希望によりベッドの貸与を認める ○介護認定期間の短縮 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域連携パスの活用による情報共有 ○かかりつけ医が緩和ケアに関して気軽に相談できる仕組みづくり ○精神的サポート体制の構築 	
4. 連携体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅ネットワークの構築 ○在宅専門診療所の開設 ○病院と在宅医との連携強化(事例検討会など) ○地域連携パスの活用 	<p>地域在宅緩和ケアチームの整備</p>	<p>地域在宅緩和ケア専門コーディネーターの配置・育成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○おくすり手帳の活用 ○おくすり手帳の活用による退院時情報の提供「退院時薬和情報管理指導料」の標準化 	<ul style="list-style-type: none"> ○二次医療圏域ごとに地域連携パスの検討 	<ul style="list-style-type: none"> ○専門的対応が可能な病院との連携強化・対応困難時の協力体制の整備 ○日常生活圏での関係機関によるネットワークの構築 	<ul style="list-style-type: none"> ○外部サービスの活用を促進する介護報酬、診療報酬の設定 	
5. 採算性の確保		<ul style="list-style-type: none"> ○おくすり手帳の活用 ○おくすり手帳の活用による退院時情報の提供「退院時薬和情報管理指導料」の標準化 						

【別表】

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（1）

委員名：津谷 隆史

対象施設：診療所（広島）

<p>地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など</p> <p>（※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）</p>	<p>調査対象は広島市内の診療所 1,394 施設 回答施設：485 施設（回収率 34.8%） 現状では 188 施設が訪問診療を行っており、がん患者数は総計 341 名になる。これは 1 施設、平均 1.8 名のがん患者を訪問していることになる。しかし、他施設から紹介されたがん患者への対応が可能である施設は、49 施設と訪問診療を行っている施設の 26% にすぎない。 しかし、なんらかの 24 時間対応を維持するための努力を行っている施設は、半数以上の 111 施設あった。がん患者の看取りは 1 年間 137 名で、訪問診療をしている施設での平均は 0.72 名/年の看取りになる。 麻薬施用者免許は、今回回答をいただいたうちの 218 施設（44.9%）で所持していた。これは訪問診療をしている 188 施設ほぼ全施設に、麻薬処方可能なことを示している。 連携施設に関しては、回答のあった 485 施設のうち病院との連携が 210 施設あるが、診療所との連携は 67 施設しかなかった。連携を構築していく上で、緊急時対応、中心施設の必要性、拠点病院の支援が必要との意見が多くあげられた。 地域での連携取り組みを阻害する要因として、患者家族や医師の理解、知識不足が指摘された。また、診療報酬の問題、24 時間対応などもあげられていた。 今後の対策として、在宅医の支援ネットワークなどの診診連携、病診連携を具体的に構築する必要性があるという意見が多かった。</p>
<p>通常業務を通じての課題認識・改善点など</p>	<p>① 在宅緩和医療に関して医師の理解不足 ◆特に病院医師の在宅医療に関する認識と、現場の在宅医療とのギャップをうめる必要がある。</p> <p>② 診診連携の確立 ◆在宅医のネットワーク、サポート体制の確立が必要。</p> <p>③ 他施設からの紹介（在宅医のいない患者の受け入れ） ◆在宅医のいない患者が、入院から在宅にはやく戻れるように病院からの患者の受け入れを積極的に行う。</p> <p>④ 癌患者の看取りが平均年間 0.72 名。</p>
<p>今後取組むべき事業の内容</p>	<p>東区医師会が今年度より立ち上げた在宅医の支援ネットを参考にして、広域市内をカバーできる在宅医の在宅癌患者受け入れのネットワークを構築する。</p>
<p>事業の実施により期待される効果</p>	<p>主治医のいない在宅医療を希望する患者の円滑な受け入れを図り、在宅医療を行っている医療関係者との連携（病診連携、診診連携）により、在宅医療の質の向上が期待できる。</p>
<p>その他 （※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）</p>	<p>参考：広島市東区医師会在宅支援ネットワーク運用規程</p>

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（2）

委員名：東條 環樹

対象施設：診療所（備北）

<p>地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など</p> <p>（※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）</p>	<p>訪問対象地区は中学校区が多い。（行政区が大きく、僻地を一部含む地域であるため） 連携機関としては病院が他地区と同様に挙がったが、訪問介護事業所、地域包括支援センター、特別養護老人ホーム、市町（行政）が他地区と比べ明らかに多かった。 連携の条件として、中心となる施設、職種（人材）が必要であり、また同時に拠点病院の充実、疲弊の改善も重要との指摘があった。 阻害要因として患者、家人の理解不足、医師、看護師の知識、技術不足が挙げられた。</p>
<p>通常業務を通じての課題認識・改善点など</p>	<p>僻地の多い地域であり、医療機関自体も少なく、医療、福祉サービスの提供（供給）も限られる。行政（市町）を含め、看護サービス、福祉サービス、当該施設と連携、協力体制を作っておくことが必要。 地域における医療、保健、福祉資源の確認、把握。</p>
<p>今後取組むべき事業の内容</p>	<p>連携を取る後方病院も疲弊をきたしていることも踏まえ、急変時に必ずしも医療機関（病院）に搬送しないことが選択肢の一つとして挙がるような意識の啓発。 地域で療養することの、広義の「地域緩和ケア」 二次医療圏で完結できない状況の把握、他医療圏の医療機関との連携。</p>
<p>事業の実施により期待される効果</p>	<p>病院（病床）の医療資源を地域で認識し、より有効に利用する。 有床診療所、老人保健施設、特別養護老人ホームなどを有効に用いることで広義の「地域における緩和ケア」が提供できる可能性。在宅に固執することで悲壮感を持つことを防ぐ。 負担を均等に担う（後方支援病院、診療所、老人保健施設、行政などが）。</p>

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（3）

委員名：東條 環樹

対象施設：診療所（広島中央）

<p>地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など</p> <p>（※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）</p>	<p>訪問区域は中学校区が多い。</p> <p>麻薬免許所持者が61%（全体では49%）と多い。</p> <p>連携基幹としては病院が多いが、他地区と比べて訪問看護ステーション、診療所、薬局が多い傾向にあった。</p> <p>阻害要因として医師の理解不足、知識技術不足が強く指摘されていた。</p> <p>ネットワーク構築の重要性の指摘があった。診療所（開業医）、病院、訪問看護、介護（福祉）サービス、行政が連携していくことが必要である。</p> <p>その一方、医療サービス提供体制を整えても在宅療養自体が家人の介護力不足により実現できない問題も指摘された。</p>
<p>通常業務を通じての課題認識・改善点など</p>	<p>診療所、開業医が日常的に在宅診療（往診）、関連施設などと連携をとることにより、一般患者に関して適切に対応していれば、その一部としてがん患者の緩和ケアを行うことは無理なく行えるであろう。</p> <p>診療所同士の協力関係、連携も日常的に行い、情報交換、スキルアップにつなげる。</p>
<p>今後取組むべき事業の内容</p>	<p>地域住民への啓発。自宅で過ごせることの可能性を提示すれば、住民の関心を緩和ケア、地域での生活継続に向けられる。</p> <p>ネットワークの構築。医療のみならず、訪問看護ステーションや行政、福祉などの他業種、他職種、他施設との連携、情報交換を進めるための取り組み。</p> <p>より多くの専門職が緩和ケアに関心を持つための勉強会、研修会の開催。</p>
<p>事業の実施により期待される効果</p>	<p>地域の特性として、緩和ケアに関心が高い印象（自由記載、麻薬免許者所持者割合）。他の業種、機関を巻き込んでうまく動機付け、地区住民への教育、情報提供などがかみ合えば急速に地域緩和ケアが伸びうる印象。病院のみに頼らず、「地域」での対応の概念。</p> <p>地域で支える意志がある様子。</p>

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（4）

委員名：東條 環樹

対象施設：診療所（広島西）

<p>地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など</p> <p>（※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）</p>	<p>訪問診療の対象区域は市町村～二次保健であり、広域を対象としている。</p> <p>24時間対応を実施している医療機関が多い。</p> <p>連携機関としては病院が多く、連携のための条件に緊急時対応体制をあげている</p> <p>阻害因子としては患者、家族の理解不足、医師の知識、技術不足、24時間対応のための採算性をあげている。</p> <p>後方病院（連携病院）として広島総合病院があり、日常的に病診連携を図っていることが地域特性としてある。</p>
<p>通常業務を通じての課題認識・改善点など</p>	<p>連携病院の勤務医との連携が良好に行われている。情報の共有化としての事業などをこれまでどおり発展させていく。癌の緩和ケアを特別な疾患、症例として扱うのではなく、一般疾患と同列で。</p> <p>その状況下で診療所、開業医が担える疾病、患者数、重症度を徐々に拡大していく。</p>
<p>今後取組むべき事業の内容</p>	<p>悪化したら病院に入院という対応のほかに、一般診療所を取りまとめる「在宅専門診療所」の様な立場の医療機関を設置。一診療施設では負担の大きい24時間対応も実施できうる。</p> <p>地域住民に緩和ケアの概念を紹介し、啓発することにより在宅でケアを受ける希望を伝えられる状況を作る。</p> <p>開業医の再教育、スキルアップを図り、緩和ケアに興味を持ち参加する、一人でも症例を引き受ける医療機関を増やす。</p>
<p>事業の実施により期待される効果</p>	<p>連携医療機関である基幹病院の疲弊防止（かかりつけ医と支援病院の役割分担）</p> <p>診療所、開業医の連携強化（診診連携）</p> <p>地区住民に対する教育、啓発により、緩和ケア自体に関心を持ち、かかりつけ医に働きかけるきっかけとしてもらう。</p>

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（５）

委員名：渡辺 弘司

対象施設：診療所（呉）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	呉医療圏における連携の特徴は、病院との連携の多さである。これは、急性期病院が他地域に比べ多い事によると考えられる。また在宅でのがん患者の看取りは比較的多いし、緊急時対応体制もある程度整備されている。連携の阻害要因は、患者家族の理解不足、医師の知識・技術不足があげられる。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	急性期病院から亜急性期・慢性期病床、介護福祉施設との連携強化の必要性については、関係者は十分認識されている。急性期からの治療管理の標準化に対し、胃がん・大腸がん・肺がんに関しては、地域連携パスの運用が始まっており、医療者、介護福祉関係者との連携も推進している。疼痛緩和ケアに関しては、地域におけるマニュアルを作成した。
今後取組むべき事業の内容	現在、社会福祉協議会と医師会が連携し、自治体や民生委員を活用し、生活を支援しつつ在宅医療を勧める体制を構築しつつある。医療者と福祉施設との協議会を開催しており、両者の情報の共有化と認識の標準化を進めていく必要がある。
事業の実施により期待される効果	急性期医療施設から在宅までをシームレスに連携するには、生活を支援する体制が必要となる。特に呉医療圏は高齢化が進んでおり、孤老、認知介護、老老介護という問題がある。居宅施設の整備も必要になるが、医療介護の標準化だけでなく、生活支援体制が必要であり、社協や自治体との連携強化は、その一助となりうると考えられる。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（６）

委員名：渡辺 弘司

対象施設：診療所（尾三）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	当地区は、回答率も高く訪問診療も盛んに行われている地区で、在宅における看取りの数も多い。訪問看護も充実しており、他地区に比べ地域緩和ケア体制は充実していると考えられる。しかし、以外にも阻害要因は、医師・看護師の理解不足・知識・技術不足と回答されている。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	阻害要因に医療関係者の占める割合が高い理由として、尾三地区の地域における緩和ケア体制が他地区に比べ充実していることが考えられる。より充実した地域連携を実施するには、標準化のレベルを高める必要がある。施設職員の理解不足・知識・認識不足を挙げているのも、尾三地区の特徴である。資料からは、熱心に在宅を行う医療機関とそうでない医療機関の温度差に対する改善を求める意見がみられる。
今後取組むべき事業の内容	一部の熱心な医療・介護スタッフだけでなく、地域全体で取り組む体制として、医療者への研修会の開催やコメディカルを加えた全体的な体制作り、さらに精神的サポート体制の充実が望まれる。
事業の実施により期待される効果	すでに高いレベルで地域における在宅医療体制を運営されているが、今後は底辺の拡大と周辺（医療者並びに地区の）への浸透が必要であり、研修会の開催や他業種（医師以外）の参画により、より高いレベルの在宅医療体制が構築できる。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（7）

委員名：渡辺 弘司

対象施設：診療所（福山）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	当地区は、対象施設・対象例に比して緊急時対応体制の不備が目立つ。特に、施設・人に関する連携不足が挙げられる。阻害要因は、近在の尾三地区とは異なり、呉医療圏と同様に患者家族の理解不足と医師・看護師の知識・技術不足が挙げられている。福山地区は、呉医療圏と同様の傾向にあり、尾三地区が両地区と異なった傾向を示している。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	十分な在宅支援体制が構築されていないため、個々の対応に委ねられていることによる消極的な対応が特徴と言える。24時間訪問看護を含めたコメディカルと連携した在宅医療支援体制の整備が必要と言える。また、医療者にも積極的に在宅医療における緩和ケアに参加するようなモチベーションの向上を図る活動が必要と考えられる。
今後取組むべき事業の内容	現時点で可能なこと、不可能なことを共通認識として医療者を含む関係者が情報を共有する。そのためには、研修会や行政を含めた連携体制の構築が必要である。医療圏として連携バスなどの試みがなされていると考えるが、個々の医療関係者に十分に情報が浸透できていないようであり、情報の共有による医療の標準化が必要である。24時間訪問看護やショートステイを含めた在宅支援体制の整備が必要である。
事業の実施により期待される効果	県や市の行政にリーダーシップを期待する意見が散見されるが、研修会や行政との協議会により、現状を正確に認識されることにより、積極的に在宅医療、緩和ケアに参加できるようになると考えられる。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（8）

委員名：沖田 清美

対象施設：訪問看護ステーション（1）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	地域連携体制構築のためには、地域緩和ケアのチームとしてチーム全体の質の向上が必要。また、チーム内の職種間は当然バリアフリーの関係であり、それぞれ専門性を発揮する役割を果たすことが重要である。したがって、その中で訪問看護師は相互理解を得るための情報が発信できるような技術・知識が身につける必要である。しかし、現状では訪問看護ステーションのマンパワーが不足し、十分な研修を受けることができていない。また、調査結果の「バーンアウト対策の有無」でも1/3が「無」と答えており、一段とマンパワー不足にもつながっている。一つのステーション内で解決できないと考える。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	訪問看護師として各職種と連携する機会は多いが、コミュニケーション不足に関連した相互の理解不足が起こっている。 訪問看護師が理論に基づいた知識技術を活用できるような教育システムが必要と考える。
今後取組むべき事業の内容	「在宅緩和ケア」の専門コース研修 各ステーションから研修に出席しやすい日程であること。
事業の実施により期待される効果	地域連携が円滑に進める技術が習得できる。 地域緩和ケアの推進 地域緩和ケアの一員として訪問看護師がバーンアウトすることなく、在宅での看取りにも関わることができる。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（9）

委員名：沖田 清美

対象施設：訪問看護ステーション（2）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	地域連携体制構築のためには、地域緩和ケアのチームとしてチーム全体の質の向上が必要。また、チーム内の職種間は当然バリアフリーの関係であり、それぞれ専門性を発揮する役割を果たすことが重要である。そのためには訪問看護の質の向上が求められる。多死の時代を控え、「在宅の看取り」を進める必要があるが、調査結果でも「在宅での看取り」は575件中351件である。「在宅での看取り」ができない現状は、訪問看護ステーションのマンパワーが不足、24時間体制の困難さなどもみられるが、ステーション間の質の差が阻害要因となっているのではないかと考える。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	「在宅での看取り」をするためには、訪問看護師として各職種と連携しながら在宅を支えることになる。しかし、末期がん患者に同一日2カ所のステーションが利用できないことが、24時間体制とともに、問題となっている。2カ所のステーションが同一日に関わることであれば組織間の交流により質の向上につながるかと考える。
今後取組むべき事業の内容	同一日に2カ所目の訪問看護がサービス提供した場合、2カ所目のステーションの費用の補助。
事業の実施により期待される効果	2カ所の訪問看護ステーションが関わることで、質の向上が図れ、地域緩和ケアの結果として「在宅での看取り」が推進される。 →症状コントロールのための再入院の減少・入院期間の短縮＝医療資源の有効活用 →地域緩和ケアの一員として訪問看護師がバーンアウトすることなく、在宅での看取りにも関わるができる。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（10）

委員名：沖田 清美

対象施設：訪問看護ステーション（3）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	地域連携体制構築のためには、73施設中48施設が連携推進の中心となる施設・人材が必要としているが、人材として認定看護師は訪問看護ステーションの質の向上に大きく貢献すると思われる。現在全国で7,363人の認定看護師がおり、緩和ケア919人・訪問看護198人であるが、訪問看護ステーションに勤務している数は少なく、ステーション間の質の差につながっているのではないかと考える。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	末期がん患者の訪問看護を実施するとき、より専門性を求められる。認定看護師は、緩和ケア・訪問看護とともに専門教育を終了しており、指導する立場である。認定看護師コースを受講しやすくする条件を整えるとともに、通常業務中・緊急時も含めて指導を受けることができるよう、認定看護師がいるステーションへの研修が可能になれば、質の向上につながるかと考える。
今後取組むべき事業の内容	認定看護師コースを受けやすくするための受講料の補助 研修を受け入れる認定看護師がいるステーションへの補助。
事業の実施により期待される効果	認定看護師の誕生は明らかに訪問看護ステーションの質の向上につながる。地域緩和ケア事業が推進される。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート (11)

委員名：山崎 迪子

対象施設：保険薬局 (1)

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など (※事業の必要性・裏づけとなるデータなど)	<p>病診連携とともに薬・薬連携（病院薬剤師と保険薬局薬剤師）を推進する。</p> <p>地域連携室と保険薬局の連携促進（特に退院時）</p> <p>個の連携から面の連携（地域連携）への意識改革</p> <p>退院時カンファレンスに参加したい希望をもつ薬剤師も多い。</p> <p>（現状では呼ばれていないケースが多いのでは？ 一方薬剤師が待ちの姿勢で連携の輪に入る努力が足りないのでは？）</p>
通常業務を通じての課題認識・改善点など	<p>地域拠点病院からの退院時共同指導などへの保険薬局薬剤師の参加呼びかけと診療情報の提供。</p> <p>保険薬局薬剤師の積極的なカンファレンスへの参加意識を高める。</p> <p>保険薬局薬剤師のレベルアップと職能を地域社会に理解していただく努力が必要。</p>
今後取組むべき事業の内容	<p>① 地域ごとの多職種勉強会（交流会）で、在宅に関わる職種がお互いに顔が見える関係を構築する。 （例 中区地域ネットワーク他）</p> <p>② おくすり手帳を活用した退院時情報の提供「退院時薬剤情報管理指導料 90 点」を標準化する（薬・薬連携）</p> <p>③ 統一された客観的基準による薬局機能評価の見直しと、地域社会への広報（県ホームページなど）</p>
事業の実施により期待される効果	<p>在宅多職種連携の強化と情報の共有化で、スムーズな在宅移行が可能となる。</p> <p>患者のニーズに合った薬局の選定で QOL の向上につながる。</p>
その他 (※事業の実施に当たり考慮すべき事項など)	<p>各地域の勉強会実施状況の把握</p> <p>緩和医療に必要な薬局機能を細分化した基準の作成 （例 24 時間対応の中身を具体的に表示など）</p>

地域資源実態調査に基づく施策提案シート (12)

委員名：山崎 迪子

対象施設：保険薬局 (2)

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など (※事業の必要性・裏づけとなるデータなど)	<p>緩和医療に必要な麻薬（医薬品・医療材料）などの不良在庫の解消。</p> <p>取り組み阻害要因として多くの薬局が不良在庫を抱え、廃棄処分になる経済的負担を問題点としている。 （個別の薬局で多くの種類の麻薬などを、常時備蓄することは困難である。）</p>
通常業務を通じての課題認識・改善点など	<p>患者ニーズに合った緩和医療を可能にするためには、麻薬の薬局間小分けや保険薬局で使用できる注射薬の規制緩和と、地域ごとに在宅緩和医療に対応する拠点薬局を育成することが必要と思われる。</p> <p>① 麻薬の薬局間小分けの規制緩和を働きかける。</p> <p>② 地域拠点薬局を中心とした協力体制の構築。</p> <p>③ 終末期の在宅移行時などに限り病院からの特殊薬剤の小分けの超法規的措置。</p>
今後取組むべき事業の内容	<p>在宅緩和医療に必要な医薬品や医療材料・消毒薬・衛生材料などの供給拠点としての地域拠点薬局の育成。</p>
事業の実施により期待される効果	<p>薬局のみならず診療所や訪問看護ステーションの緩和医療への取り組みが容易になる。</p> <p>個々の不良在庫を削減し、社会資源の有効活用が可能となる。</p>
その他 (※事業の実施に当たり考慮すべき事項など)	<p>薬剤師会・行政の支援（環境整備・経済的？）</p> <p>メーカーへの小包装化を依頼</p> <p>一括仕入れ交渉により事業運営の採算化をめざす。</p>

地域資源実態調査に基づく施策提案シート (13)

委員名：名越 静香

対象施設：居宅介護支援事業所

<p>地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など</p> <p>(※事業の必要性・裏づけとなるデータなど)</p>	<p>回答事業所の対象区域は、市区町（介護保険の保険者）単位での関わりが一番多い。次に多いのは二次保健圏域であるが、事業所が市町の境界に近いことが考えられる。</p> <p>24時間対応している事業所は、回答の57%。24時間対応事業所数から、がん患者対応もしていると推察する。</p> <p>ケアプラン作成件数の1.9%が、がん患者のケアプランである。</p> <p>在宅での看取りのケアプランは全体の0.9%。そのうちがん患者は40.3%（北広島、尾三、広島西、福山・府中は40%を超える）。</p> <p>連携機関は訪問看護、病院、診療所、訪問介護、地域包括、薬局、老健、特養の順となっている。中心機関は診療所、訪問看護、病院、地域包括である。</p> <p>患者家族の在宅緩和ケアに対する理解不足が多く、医師、介護支援専門員（以下ケアマネジャー）、訪問介護（以下ヘルパー）の順となっている。</p> <p>課題・阻害要因</p> <p>① 医療ニーズの高い在宅がん患者に医療チームとの連携が取りにくい現状がある（利用者のニーズに対応できる社会資源の量と質の問題、介護支援専門員の質、力量の問題などが考えられる）。</p> <p>② 在宅緩和ケアの知識・技術不足している職種（ヘルパー、ケアマネジャー、医師、看護師）となっている。</p>
<p>通常業務を通じての課題認識・改善点など</p>	<p>患者・家族ががん患者の在宅療養（在宅緩和ケア）の存在を知らない。一般市民に「在宅緩和ケア体制」の取り組みを知ってもらう、認識してもらうことが大事。日ごろから終末期を在宅でも過せることや、住民の死生観を考える啓発が必要（地域、学校、家庭での緩和ケアの学びあい、教育が必要）。</p> <p>対応できる医療の基盤がなければ、在宅緩和ケアは困難。</p> <p>複数の診療所でチームを組まなければ困難。</p> <p>往診できる開業医とその病院の訪問看護ステーションの連携が中心になり、医療がしっかりしていたので看取りができた。一部の在宅医と訪問看護ステーションでチームを組み、拡げる意識がない。</p> <p>在宅医療関係者の連携のまずさが、家族の不満を呼ぶ。緩和ケア（症状コントロール）ができる往診可能な医師が少ない。地域に訪問看護がない。地域のグループホームや老健施設での積極的な対応が欲しい。がん患者の泊まりのサービス（ショートステイ）デイケアがあればよい。家族が勤務していても地域で療養できる体制が必要。</p> <p>かかりつけ医や訪問看護師との会話についていけないケアマネジャーやヘルパーが多い。地域で介護支援専門員（ケアマネジャー）が相談できる機関が欲しい。緩和ケアチームのモデルがあるとイメージできる。</p> <p>病院の地域連携担当者が緩和ケアに関する丁寧な情報提供が欲しい。（がん拠点病院の医師との連携も含めて）地域連携室の役割である退院する患者の在宅療養を見据えた情報提供、患者家族の指導不足がある。</p> <p>元気な高齢者が地域でボランティアできる仕組み。見守り、話し合い手ができる長時間のボランティアが必要</p> <p>民生委員が在宅緩和ケアの認識を深めるための教育。</p> <p>がん患者の介護保険の認定結果が出るのが遅い。</p> <p>病院から声がかかり、退院に向けてのカンファレンスに参加し、試験的外泊時にサービス提供者の調整など、かなりのエネルギーを使って退院の準備を整えていても、体調が悪くなったと退院に至らず保険請求ができないことも多い。このような場合でも、いくらかの保険請求ができるようにして欲しい。</p> <p>現行での介護保険申請から認定結果までに時間がかかり過ぎる。がん患者には間に合わないことが多い。</p>
<p>今後取組むべき事業の内容</p>	<p>地域住民への啓発により在宅緩和ケアを知ってもらう。小規模での地域住民向けの「在宅緩和ケア」や「死生観」についての研修・勉強会（地域包括支援センターが中心・窓口になって）。地域の学校で、緩和ケアなどをテーマに、PTAや生徒に向けての研修・勉強会（地域包括支援センターが中心・窓口になって）。</p> <p>地域の元気な高齢者のボランティア育成（市町の積極的介入でのシステム化、自治会・老人会参画。子ども会、PTA地域住民へ呼びかけ、地域ぐるみでの活動）。</p> <p>かかりつけ医が緩和ケアに関して気軽に相談できる仕組みづくり（症状コントロールについての相談など、緩和ケア病棟に相談できるシステム化されるとよい）。複数の診療所の協力体制で、医師の負担を軽減するシステム（地域の医師会の協力）。病院と在宅医との連携の強化（事例検討会などを通して）</p> <p>コメディカル（施設職員を含む）の現場での研修・演習で各職種の質向上を図る。地域（地域病院・居住系施設の参加）での多職種合同での事例検討会の実施（顔が見えるチーム作り）。地域での社会資源の開発と質の向上（在宅医療の充実を含む）</p> <p>居宅系施設でのターミナル・緩和ケアの受け入れの推進（入所、ショートステイ）。</p>
<p>事業の実施により期待される効果</p>	<p>高齢社会の現状を全市民の認識が必要と考える。</p> <p>地域単位で、地域の生活文化に添った諸事業（住民、医療・福祉のサービス提供者向け）の実施で意識改革、認識を深める。</p> <p>在宅緩和ケアのモデル（自宅、介護保険施設、グループホームでの）を示すことで、地域（病院、在宅ケアチーム、居住系施設）のニーズにあった緩和ケアの提供・連携システムが構築されると考える。</p> <p>がん患者（在宅緩和ケア、終末期ケア）を受け入れるショートステイやデイケア・デイサービスがあれば、家族が勤めながらも、在宅療養介護は可能で、在宅緩和ケアや終末期ケアは拡がる。</p> <p>上記事業を住民と支援者（医療・福祉関係者）に並行しながら実施することで、（双方の意識改革が必要）質・量・連携がとれるシステムが構築できるのではないかと考える。</p>
<p>その他 (※事業の実施に当たり考慮すべき事項など)</p>	<p>アンケートから</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院からの退院患者の受け入れ要請があると、ケアマネジャーは、受け入れ準備にかなりの時間を要して調整する。「退院できなくなった」との連絡は結構多い。これが重なると関わったケアマネジャーの徒労感と疲弊感を招きやすい。また退院が成立しないと保険請求はできない。このような状況は決して少なくない。居宅支援事業所の経営は採算が取れているところは少ない（殆ど無いといっても過言ではない）現状であることも知って欲しい。 ・がん患者の認定判定結果が遅いこと。また介護保険認定基準がADLの状況で反映されるので、進行がん患者には軽度の認定結果が多い。（わが国の死因、3人に1人が、がんで死ぬ現状から、介護保険の進行がん患者の申請から認定まで行程短縮と認定基準のあり方を再検討して欲しい）。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート (14)

委員名：岡崎ジョージ

対象施設：訪問介護事業所

<p>地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など</p> <p>(※事業の必要性・裏づけとなるデータなど)</p>	<p>専門施設を中心とした医療、介護の一体したネットワークの一員として認知されるために、それらの経験とその場を提供することが必要。</p> <p>医療職からみて介護職に対する信頼度が未だ低く、連携が思うように進んでいない。介護職員による医療の知識を習得し相互理解ができる環境設定が必要。</p> <p>退院時の総合的なカンファレンスの必要性や連絡網の徹底、退院後の総合的なケアの必要性や連絡網の徹底が問われるが具体的な改善策がなく事業所間のコミュニケーション不足になる。</p>
<p>通常業務を通じての課題認識・改善点など</p>	<p>緩和ケアは個々により対応が異なる難易度の高いケースが多い。利用者本人や家族への対応も、経験が問われる事例を多く経験する必要がある。したがって、適切なチームアプローチができるよう事例に基づく勉強会を積み重ねることが必要。</p> <p>医療、介護に精通しあらゆるケースに対応できる知識と技術をもち、利用者を取りまく従事者をコーディネートできる人材が必要。</p> <p>訪問介護サービスにおいてターミナルケアを実施するためには、制度の緩和が必要ではないか。実施できるサービスやそれに見合う報酬単位などについて。</p>
<p>今後取組むべき事業の内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・人材育成：本人や家族に対する心理的ケアなどについて適正にあった人材育成できる場を提供する。 ・環境整備：地域在宅緩和ケアチームの中核を地域ごとに整備する。また地域在宅緩和ケアの専門コーディネーターを配置し育成する。 <p>事業内容は講演会、勉強会、カンファレンス、相談窓口などの事業を一体的に事業展開する。</p>
<p>事業の実施により期待される効果</p>	<p>事業所により、緩和ケアについての取組みはしたいがきっかけがない場合が多い。そのきっかけづくりにもなりますし各事業者の考え方や期待度の認識もプラスに変化する。</p> <p>地域在宅緩和ケアチームの中核があり、専門のコーディネーターが配置されれば、地域の関係機関の取りまとめ役として課題が円滑に解決できる。また、共通認識がしやすく本来のチームアプローチが可能となる。</p>
<p>その他</p> <p>(※事業の実施に当たり考慮すべき事項など)</p>	<p>チームケアとして事業所がどのように関わっていくかは事業者の姿勢と管理者の考え方によるものが大きい。しかしながら、地域でのケアチームが明確にできるのであれば、蚊帳の外の事業所をつくらないことも考慮して研修システムの充実を整え、参加しやすい研修企画にする必要がある。</p>

地域資源実態調査に基づく施策提案シート (15)

委員名：宮田 真弓

対象施設：地域包括支援センター

<p>地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など</p> <p>(※事業の必要性・裏づけとなるデータなど)</p>	<p>アンケート回答数より、連携のための体制作り条件では、①中心となる施設・人、②緊急時の体制作り、③拠点病院の支援のどの項目にも圏域ごとのバラつきもなく、どの項目においても平均して体制作りができていないとの回答である。</p> <p>・阻害要因では医療関係者、ケアマネなどの理解、知識不足が挙がっているが回答数には偏りはみられず、相談件数のうち、がん患者への対応は0.4%と少ない。がん患者の地域との連携のみならず、難病を含めた医療機関と地域の連携体制作りが求められている。</p>
<p>通常業務を通じての課題認識・改善点など</p>	<p>地域での連携体制が構築されていないために個別に相談を受けた機関が医療機関などに連携を図り対応しているのが現状。分かりやすい情報の検索方法、患者・家族へ緩和ケアについての地域社会資源の情報提供、広報活動の推進が必要。</p> <p>介護保険と医療保険の柔軟な制度運用が必要。(入院患者が外泊時は介護保険が適応されないなど生活する上では不便さ、経済的負担が大きい)</p>
<p>今後取組むべき事業の内容</p>	<p>①二次保健医療圏域ごとに地域連携バスの検討。(委員会、作業部会などを作る)</p> <p>②患者が入院中、退院に向け一時外泊する場合例外として介護保険の一部利用を認める。また、がん患者が要介護状態の低い場合においても医師または本人・家族の希望がある場合など、ベッドの貸与が認められる。もしくは要介護2の認定が考慮されるよう施策提案を行う。このことは全体目標の療養生活の維持向上にもつながるものと考えられる。</p>
<p>事業の実施により期待される効果</p>	<p>①については日頃の業務が標準化され、職種の偏りや経験による支援のバラつきが軽減される。医療機関から在宅へスムーズな移行ができる。</p> <p>②については最低限必要なサービスが提供され、利用者の権利が確保でき、在宅生活の充実が図れる。</p>
<p>その他</p> <p>(※事業の実施に当たり考慮すべき事項など)</p>	<p>がん患者支援部会とも連携を図り、患者・家族が病院から在宅に移行するときに課題となっていることを知り、療養支援体制の参考にしたいかがだろうか。</p>

地域資源実態調査に基づく施策提案シート (16)

委員名：小山 峰志

対象施設：老人保健施設

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など (※事業の必要性・裏づけとなるデータなど)	<p>① 老健では、各施設の夜間の看護師の勤務体制や併設医療機関の医師の勤務体制により 24 時間対応には違いがある。</p> <p>② 病院に比べると看護師の配置は薄く、専門知識や経験の有無により、施設での対応に不安を抱える場合も多いと思われる。また、現状では直接利用者とかかわる時間が多いケアワーカーの理解が十分ではないと考える。</p> <p>③ 老健において、疼痛コントロールのための医療用麻薬の使用については医療保険で算定可能となったものの、麻薬を管理・保管する場合には麻薬管理者の免許を必要とする状況である。</p> <p>④ 老健入所者にかかる医療費は、介護保険の療養費に包括されており、最近の医療依存度の高い利用者の増加への十分な対応はなされていないため、医療的リスクの高い利用者の入所対応には不安があるのではないだろうか</p> <p>⑤ 看取り療養者数に対するターミナルケア加算の対象者の割合が低く、内がん患者数についてはほとんどいないところからは、現状では状態悪化時の転院が一般的であると考えられる。</p>
通常業務を通じての課題認識・改善点など	<p>① 緩和ケアの実施にあたって必要となる看護力・介護力の実態把握が十分でなく、受け入れに対するの検討が難しいのではないかと</p> <p>② 緩和ケアに対する看護・介護量が要介護度に反映されるのか、検討する必要があるのではないかと</p>
今後取組むべき事業の内容	<p>① 地域緩和ケアについて理解し、施設での受け入れについて安心して検討できる知識を得るための研修の実施。地域での説明会や事業所・施設での研修など</p> <p>② 緩和ケアの実施施設に対する専門知識や経験のある看護師などの派遣や、現地研修の実施など</p> <p>③ 専門的対応が可能な病院との連携の強化や対応困難時の協力体制などの整備</p> <p>④ 日常生活圏域での地域緩和ケアにかかわる各機関が集まったネットワークの構築</p>
事業の実施により期待される効果	地域の中で施設が対応できる状況を明らかにして地域緩和ケアへ参加することができる
その他 (※事業の実施に当たり考慮すべき事項など)	緩和ケアに対する正しい理解が必要であるのではないかと考える

地域資源実態調査に基づく施策提案シート (17)

委員名：荒木 和美

対象施設：特別養護老人ホーム

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など (※事業の必要性・裏づけとなるデータなど)	<p>(1) 特養の「看取り」は老人保健施設などと比較して多くの実績が認められ、特養は、「看取り」の機能を有している。 しかし、老人保健施設と比較して、アンケートの回収率も低く、設問の「理解不足 (の職種)」をみると、回答も限られる。緩和ケアへの実践や理解が進んでいないことも考えられる。</p> <p>(2) 関係機関との積極的な連携は病院が主なもので他の機関との連携は実績として少ない。特養の「看取り」は施設内で完結する形態が多く、機関連携が低調な様子が見える。 特に外部訪問看護サービスの利用はほとんど実績がなく、連携機関として訪問看護ステーションを挙げる回答も少ない。特養において、訪問看護の制度の周知が進んでおらず、訪問看護ステーションを活用した (入居者) 支援が施設内のケアの仕組みとして整備されていないことが想定される。 (1) (2) のデータの根拠：別紙 2</p> <p>(3) 「②地域での連携取組の阻害要因—その他の例」の回答に「医療機関と施設医師の方向性の相違」という回答があるが、特養の大部分に常勤の医師は配置されておらず、嘱託の医師が訪問する体制 (緊急時は除き、週 3 回程度?)。緩和ケアの中心メンバーである施設の嘱託医師が常に施設にいないことは、医療機関だけでなく他職種、本人、家族とのコミュニケーションにも十分な配慮が必要である。</p> <p>(4) 介護報酬、診療報酬などにおいて、連携を評価する内容が不十分。特養など、居住系施設の医療を充実させるべき。</p>
通常業務を通じての課題認識・改善点など	別紙 1 のとおり
今後取組むべき事業の内容	同 上
事業の実施により期待される効果	同 上
その他 (※事業の実施に当たり考慮すべき事項など)	同 上

別紙 1

通常業務を通じての課題認識・改善点など	今後取り組むべき事業の内容
<p>■課題認識（1）</p> <p>上記（1）にも記載したが、特養ケアは基本的に施設内完結型の傾向が強い。</p> <p>外部サービスによる訪問看護サービス利用などは嘱託医師、看護職員、介護支援専門員の理解を深めていないと資源としての活用が図れない。</p> <p>「緩和ケア」実践に向けた、担当者のスキルアップと事例を通じた「経験」の共有化が求められる。</p> <p>視点①：緩和ケアへの基本的理解が不足している可能性が高い。特養という場で何をどう取り組むことが求められるのか、具体的に示し基本的な部分から積み上げる必要がある。</p> <p>特養という施設の機能や役割を理解した医療関係者も多くない。入退院時に「ズレ」が生じることもある。</p>	<p>【研修会・スキルアップ】</p> <p>①研修や事例検討を研修会などにていねいに行う。（研修修了者に修了証を交付し、公表するなどの方法も良い）</p> <p>②医療関係者は福祉・介護施設のケア内容を学び、特養の関係者は医療やその連携について学ぶべき。特養という環境で働く看護師の研修があっても良いのではないか。 （このような研修の機会はほとんどない） ※施設関連組織や専門職団体との連携のもと研修を実施する。</p> <p>③介護支援専門員の更新研修などに「緩和ケア」の教科を組み入れてみると良い。 ※総論も大切であるが、事例を元にした支援体制やケアプランを示すことのできるような研修が求められる。 ※研修実施団体や講師への調整・依頼</p> <hr/> <p>【事例集の作成】</p> <p>④特養、老健、グループホームなどの介護系施設の「緩和ケア」について事例を取材してまとめてはどうか？ ・文書の事例提供では、意図した部分が表に出にくく、事例そのものの提供も難しい。 ・「緩和ケア」というと事例が集まりにくい可能性もあるので、「多職種でかかわった看取りの事例」といったタイトルで事例を募集して事例内容で選別すると良い。 ※特養という場で何をどう取り組むことが求められるのか、具体的に示し基本的な部分から積み上げる ※事例集を作成した後にこの事例集を元に研修を行う。</p> <hr/> <p>【報酬の設定】</p> <p>⑤外部サービスの活用を促進する介護報酬、診療報酬の設定 （介護報酬にある居宅にあるような医療連携加算や診療報酬にある連携指導料など）</p>
<p>■課題認識（2）</p> <p>特養だけでなく、他の介護系施設でも同じことが言えるが同一法人がどのようなサービスを実施しているかによって、その施設の機能に差が生じる。</p> <p>例）医療機関を併設している特養やグループホームは自施設での緩和ケア実施より医療機関への紹介を優先するなど</p>	<p>【情報公表】</p> <p>①特養そのものの機能だけでなく、特養を取り巻く支援体制を明示したマップを作成して広く公表するのが良い。</p> <p>②「介護サービス情報の公表」の調査項目などに「緩和ケア」にかかわる項目を追加する。</p>
<p>事業の実施により期待される効果</p>	<p>①理解を深める。 ②情報を共有する。 ③実践力を高める。</p>
<p>その他</p> <p>（※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）</p>	<p>特養を良く知ったメンバーが取り組みをすすめた方が良い。</p>

※ 1 事業について 1 シートに記入してください。

別紙 2

	特養		比率の根拠	老健		GH		ケアハウス	
	数	比率		数	比率	数	比率	数	比率
n 回答施設数	62			61		72		17	
A 外部訪問看護サービス(有)	5	8.06%	n÷A	11	18.03%	22	30.56%	8	47.06%
B 担当となる療養患者数	1,634			2,182		624		93	
C (内)がん患者	46	2.8%	C÷B	33	1.5%	22	3.5%	5	5.4%
D 施設での看取り療養者数	227	13.9%	D÷B	70	3.2%	26	4.2%	4	4.3%
E ターミナルケア加算	44	2.7%	E÷B	11	0.5%	12	1.9%	0	0.0%
F (内)がん患者数	17	38.6%	F÷E	1	9.1%	9	75.0%	1	0.0%
※県内のアンケート回収率		40.8%			58.7%		28.3		28.80%

GH, ケアハウスで外部訪問の比率が高いのは GH 医療連携加算, ケアハウスの外部サービス利用型等のためと予想

地域資源実態調査に基づく施策提案シート (18)

委員名: 若宮 信二

対象施設: グループホーム

地域連携体制構築のための条件および課題, 阻害要因など (※事業の必要性・裏づけとなるデータなど)	<p>連携という面では, 24 時間連携, 特に夜間の医療機関との連携が課題となる。昼間であれば, ともかく, 夜間になると教えられた連絡先, 携帯電話に連絡しても連絡がつかない場合があり, 入居者の急変時は右往左往する場合がある。</p> <p>夜間には, 看護師などの専門職がいない施設も多くあり, 夜勤を行う職員にとっては, 非常に不安であり, 離職の一因ともなっている。</p>
通常業務を通じての課題認識・改善点など	<p>グループホームで看取りを行う場合, 2 点の課題が挙げられる。まずひとつは死亡診断書の問題。上記に記入したとおり, 夜間でも医師による死亡診断書の記載が法律上必要となること。そのために, どうしても医師に来てもらわなくてはならない。</p> <p>もう 1 点は, 家族の問題, やはり最後は, 医療施設で看取って欲しい。医師に看取って欲しいという要望もあることである。</p>
今後取り組むべき事業の内容	<p>上記課題を別とすれば, グループホームにおいては, 死というものに対する考え方を宗教的, 倫理的に見つめていくという, ことに取り組んで行くことが大切であると考え。医療的処置はもう終了しているのであり, 人生の最後の場を意義あるものにするためには, 医学的見地ではなく, 宗教的, 哲学的見地に立って取り組んでいくことが必要ではないかと考える。働く職員への意識付けが必要である。</p>
事業の実施により期待される効果	<p>人生最後の場を, 延命という形ではなく, 幸せであったと感じて終えてもらえることができる。</p>
その他 (※事業の実施に当たり考慮すべき事項など)	<p>緩和ケアの定義を, 末期がん患者に対するものとした場合, グループホームではほとんどないが, ターミナルケアとして広義に解釈した場合には対応した施設も少しある一方, 医療施設に併設されたグループホームにおいては, ターミナルケアも行っていないものがある。</p>

広島県地域保健対策協議会 地域緩和ケア推進特別委員会

委員長	本家好文	広島県緩和ケア支援センター
委員	荒木和美	広島県介護支援専門員協会
	有田健一	広島県医師会
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	岡崎ジョージ	広島市域訪問介護事業所連絡協議会
	沖田清美	広島赤十字・原爆病院
	吉川正哉	広島県医師会
	小山峰志	広島県社会福祉士会
	津谷隆史	広島市医師会
	東條環樹	北広島町雄鹿原診療所
	名越静香	NPO 法人広島県介護支援専門員協会
	檜谷義美	広島県医師会
	藤原 薫	広島県緩和ケア支援センター
	宮迫英樹	広島市南区保健センター
	宮田真弓	幟町地域包括支援センター
	山崎迪子	すずらん薬局
若宮信二	医療法人ピーアイエー	
渡辺弘司	呉市医師会	