
平成26年度在宅療養現況調査報告について

2015年4月22日

株式会社メディヴァ

本年度に取り組んだ事業および実施スケジュール

▶ 本年度の取り組んだ主な事業(※)は以下のとおりであり、大きく、「会議体の運営」、「多職種への研修」、「区民啓発」、「各種調査」にわかれる。※認知症専門部会における取組事業は除く。

大項目	中項目	H26年										H27年			
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
I. 会議運営	1. 在宅療養推進協議会(計2回)														
	2. 在宅療養専門部会(計5回)														
II. 研修	1. 事例検討会・多職種交流会(計4回)														
	2. コーディネート能力向上研修(計3回)														
	3. 訪問看護出前講座(計4回)、訪問看護同行研修(計12回)														
III. 区民啓発	1. シンポジウム(計1回)														
	2. 情報紙の発行(計9回)														
	3. 啓発ガイドブック ※2015年度配布														
IV. 調査	1. 医療・介護・福祉資源調査(ヒアリング調査含む)														
	2. 死亡小票分析調査														

本年度の取組み(Ⅰ.会議運営について)

▶ 本年度に開催した会議は以下のとおりである。

1. 在宅療養推進協議会

- 各種事業の報告および方向性の検討
- 計2回実施

2. 在宅療養専門部会

- 各種事業における企画および運営に関する検討(結果報告含む)
- 計5回実施

本年度の取組み(Ⅱ.研修について)

▶ 本年度の取り組んだ多職種への研修事業は以下のとおりである。

1. 事例検討会・多職種交流会

- 在宅療養に関わる医療・介護従事者が一同に会し、事例の検討を通して多職種の相互理解を深めるとともに、検討会後の交流会を通して顔の見える関係作りを行うことを目的に実施。
- 地区別(練馬地区、大泉地区、光が丘地区、石神井地区)に計4回開催し、のべ356名が参加。

2. コーディネート能力向上研修

- ケアマネジャーの「医師や多職種とのコミュニケーション力(伝える力、必要な情報を聞き出す力)」および「ケアマネジメント力」の向上を図ることを目的に実施。
- シーン別(退院時、日常療養時、終末期)のテーマを設定し、講義およびグループディスカッションを行う。
- 計3回開催し、のべ146名が参加。

3. 訪問看護出前講座、訪問看護同行研修

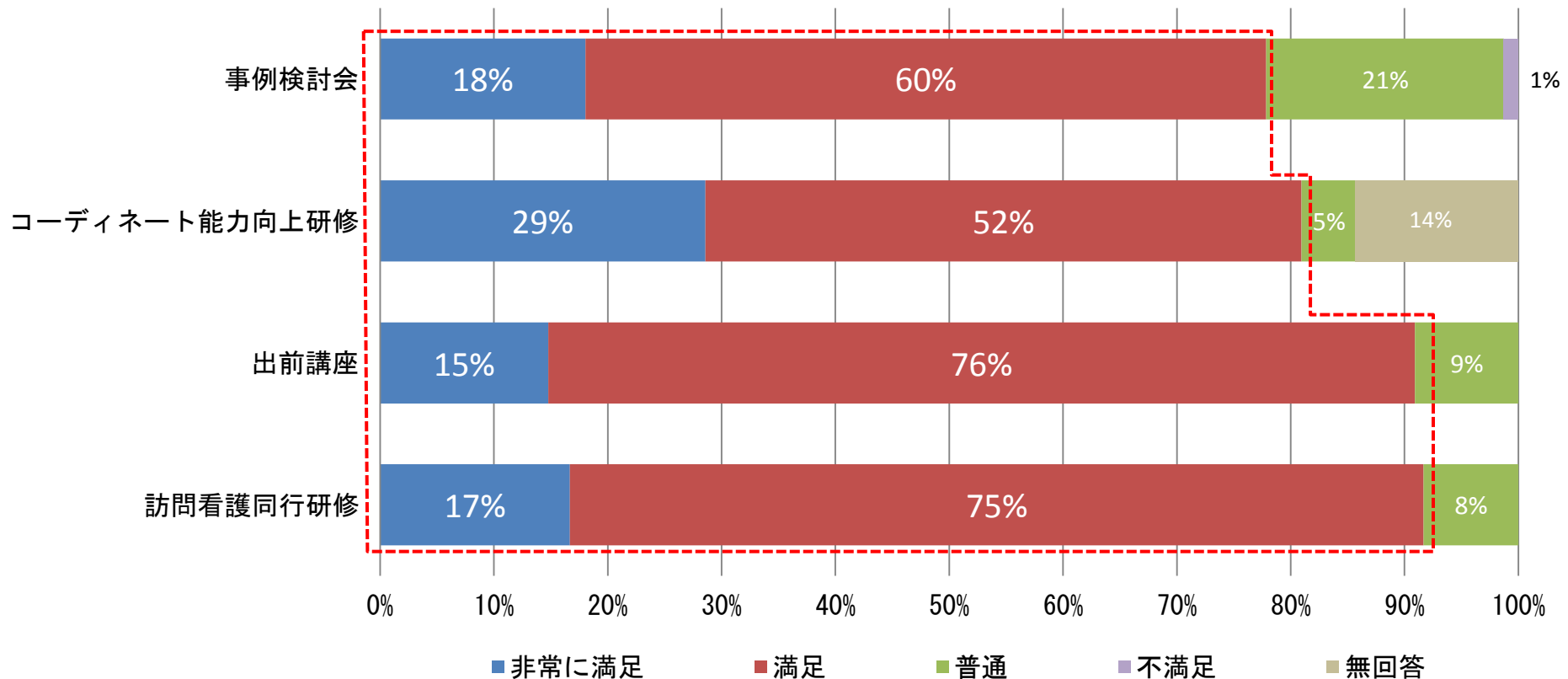
- 病院スタッフが訪問看護をはじめとした在宅療養についての理解を深め、在宅療養に関わる多職種との連携をより円滑にすることを目的に、「訪問看護師による出前講座」と「訪問看護への同行研修」を実施。
- 訪問看護出前講座を4病院で実施し、のべ108名が参加
- 訪問看護同行研修を2訪問看護ステーションで実施し、のべ12日間、12名が参加。

本年度の取組み(Ⅱ.研修について_満足度)

➤ 研修後のアンケートでは、参加者の約80-90%以上が満足したと回答し、次年度以降の継続開催を望む声も多く見受けられた。

満足度

Q:研修の満足度についてお聞かせ下さい。

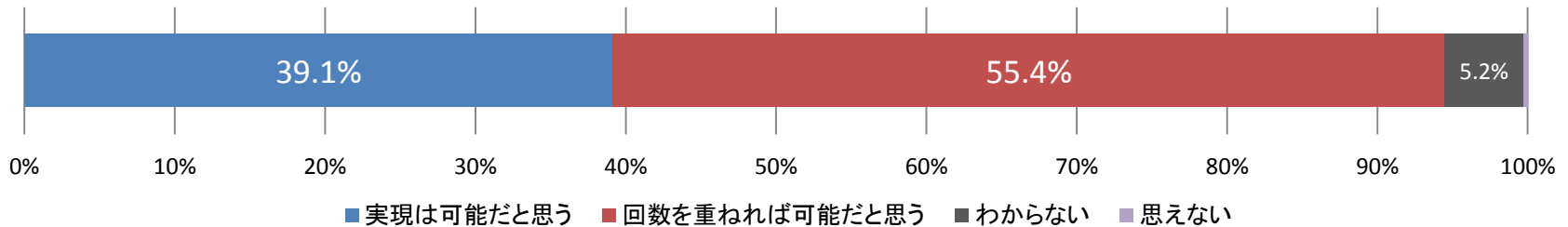


本年度の取組み(Ⅱ.研修について_多職種連携へ向けた手応え等)

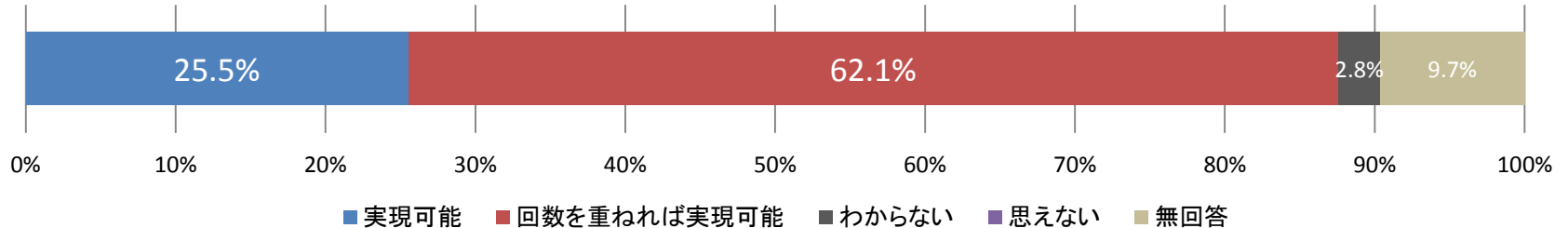
▶ 研修後のアンケートでは、参加者の約90%以上が各研修を通して、多職種連携や能力向上が実現できると回答しており、本年度に開催した各研修が多職種連携や能力向上に資するものであることがわかった。

多職種連携へ向けた手応え等

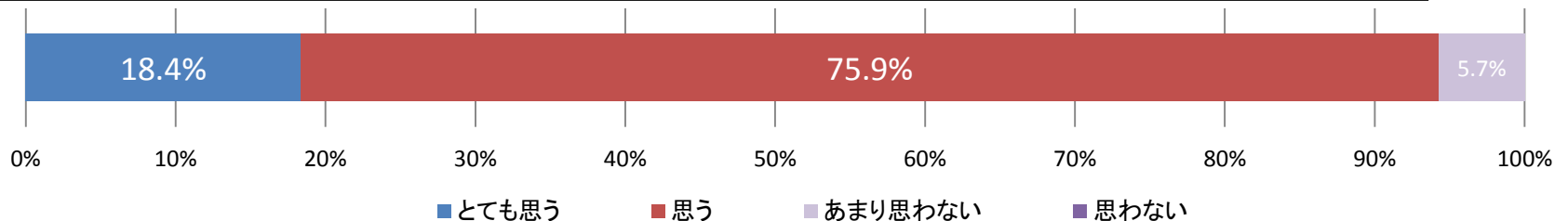
Q:事例検討会を通して、在宅医療・介護の連携が実現できると思いますか?



Q:コーディネート能力向上研修を通して、コーディネート能力の向上は実現できると思いますか。



Q:出前講座、訪問看護同行研修を通して、病院スタッフと訪問看護の連携の円滑化につながると思いますか。



本年度の取組み(Ⅲ.区民啓発について)

▶ 本年度の取り組んだ区民啓発に係る事業は以下のとおりである。

1. シンポジウム

- 区民の在宅療養に対する理解の促進を目的として、在宅療養シンポジウム「在宅で看取るということ」を開催。
- 講師に「桜新町アーバンクリニック院長 遠矢氏」、「患者家族対話推進協会代表理事 宮崎氏」の2名を招聘。
- 81名の区民が参加。

2. 情報紙の発行

- 区民および医療・介護従事者を対象として、在宅療養に対する一層の理解促進を目的として、協議会の検討状況や具体的な取組みの実施状況等、在宅療養に関する情報を定期的に発信する情報紙「在宅で生きる」を発行。

3. 啓発ガイドブック

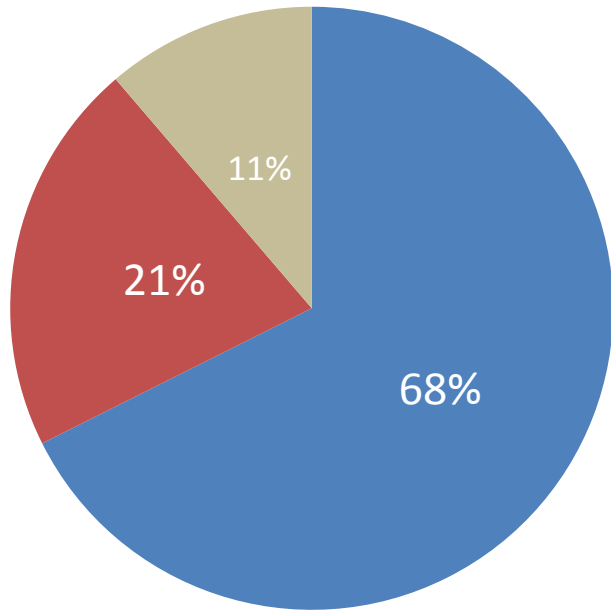
- 在宅療養に対する理解の促進を目的としてガイドブックを発行する。
- 現在療養中の方に役立つ情報のほか、予防的な情報を盛り込むことで、今後療養生活を送ることとなったときに、在宅療養を選択肢のひとつとして認識することができるガイドブックとする。

本年度の取組み(Ⅲ.区民啓発について_①シンポジウム)

▶ 研修後のアンケート結果では、参加者の約90%が満足したと回答しており、在宅療養を今後選択肢の一つとして考える良いきっかけになったといえる。(参加者の約80%が今後在宅療養を選択肢の一つとして考えると回答。)

満足度

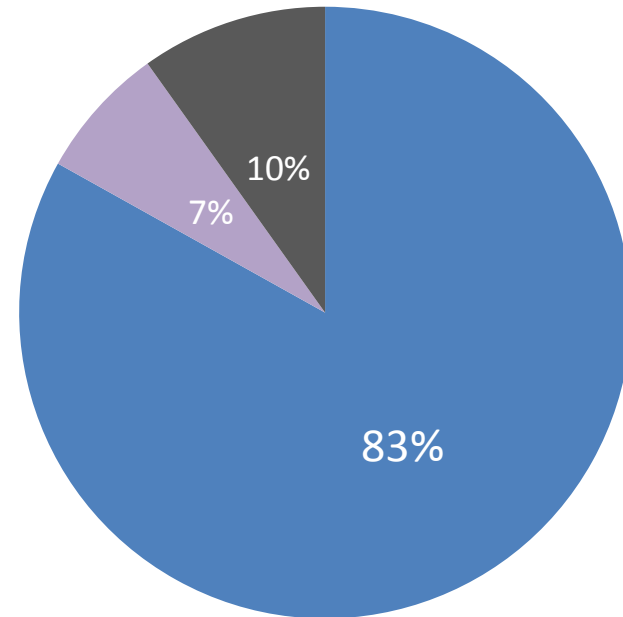
Q:シンポジウムの内容はいかがでしたか？



- 大変参考になった
- ある程度参考になった
- あまり参考にならなかった
- まったく参考にならなかった
- 未回答

在宅医療への期待

Q:今回のシンポジウムに参加して、医療や介護が必要になった時、一つの選択肢として在宅療養を考えることができましたか？



- 思った
- 思えなかった
- わからない

本年度の取組み(Ⅲ.区民啓発について_③啓発ガイドブック)

▶ 現在、専門部会において掲載項目やページ割り等について検討中。2015年10月の発行に向けて、以下のスケジュールで作成を進めていく。

この街でいつまでも自分らしく

高齢期の暮らしを支える 練馬区在宅療養ガイドブック



練馬区役所
～練馬区在宅療養推進事業～

ガイドブック概要(案)

1.規格

A4判・40ページ、オールカラー

2.発行部数

30,000部

3.配布先

- ①区立施設(特に高齢者向け施設)等
- ②医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪看St、病院等
- ③町会、自治会(回覧)

4.掲載内容

- ①在宅医療について
- ②介護保険サービスについて
- ③その他

今後のスケジュール

月	内容
3月	レイアウト・テキスト内容の調整
4月	専門部会に進捗状況報告
5月	印刷業者との調整
6月	各関係機関へ校正依頼
7月	
8月	専門部会へ最終版の提示
9月	印刷
10月	発行

本年度の取組み(Ⅳ.調査について)

▶ 本年度に取り組んだ調査に係る事業は以下のとおりである。

1. 医療・介護・福祉資源調査(ヒアリング調査含む)

- 練馬区内の人口動態および将来推計、それに伴う医療介護の需要推計を実施。
- 抽出した需要推計と現状の供給体制とのギャップをヒアリング調査等により分析する。

2. 死亡小票分析

- 死亡診断書データの全件解析による看取りの実態把握調査を実施。
- 患者調査票(病院票)の分析により、区民の入院状況の詳細把握を行う。

本年度の取組み(Ⅳ. 調査について_①ヒアリング調査_目的)

▶ ヒアリング調査は、「練馬区の在宅医療・介護資源(リソース)に対する課題」および「地域包括ケアシステムの構築に必要な連携に対する課題」を確認することを目的に行った。なお、ヒアリングは計12名(病院医師1名、在宅医3名、メディカルソーシャルワーカー1名、訪問看護師4名、ケアマネジャー1名、地域包括支援センター職員2名)に対して行った。

テーマ① 医療介護資源について

・リソースは下記の主要な9項目に関して確認する。

医療・介護リソースの充足感・不足感	
1	在宅療養支援診療所
2	訪問看護ステーション
3	居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)
4	訪問系サービス
5	介護保険サービス事業所 通所系サービス
6	居住系サービス
7	介護施設(特養・老健・老人ホーム等)
8	その他介護サービス
9	病院

テーマ② 地域包括ケアシステムの構築に必要な連携について

・地域包括ケアシステムの構築に必要な以下の項目について確認する。

地域包括ケアにおける連携について	
A: 診診連携	グループ診療体制
B: 病診連携	患者情報共有体制
	急変時連携体制
C: 多職種連携	顔の見える連携体制
	ICT連携体制

本年度の取組み(Ⅳ.調査について_①ヒアリング調査_調査結果まとめ1)

テーマ	種別	項目	ヒアリング結果
【テーマ①】 医療介護 リソース	在宅療養支援 診療所	リソース量	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 在宅療養支援診療所の絶対数は、どのエリアでも充足している。 ✓ 板橋区・杉並区・武蔵野市など区外に所在する在宅療養支援診療所が練馬区内にサービス提供を行っているため、不足感はない。
		24時間 対応	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 外来中心型の在宅療養支援診療所では、患者を選別しているところや、24時間対応が出来ていないところもあり、在宅専門クリニックや単独型機能強化型在宅療養支援診療所に負担が集中している。
		認知症 対応	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 認知症初期診断対応が可能な在宅療養支援診療所が区内に少なく、一部の医療機関に患者が集中している。
		緩和ケア 対応	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 緩和ケアを苦手とする在宅療養支援診療所が多い。そのため、一部の緩和ケアに強い医師に負担が集中している。 ✓ 緩和ケア対応は難しい(疼痛コントロール等)という理由で、ターミナル患者の受入れを断るケースもある。
	訪問看護 ステーション	リソース量	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ここ最近で、急速に事業所が増え充足している。(特に光が丘地域)。 ✓ 但し、局地的には不足しているエリアがあり、年末年始など、ニーズが増すシーズンに一時的に困窮することもある。
		24時間 対応	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 24時間対応は不足している。24時間対応型ステーションおよび定期巡回型については、人員不足を原因として機能していないケースもある。関町や大泉学園など区境で特に不足している。
		認知症 対応	<ul style="list-style-type: none"> ✓ リハ対応型(PT所属)は増えてきたが、認知症対応(OT所属)は不足感がある。
		緩和ケア 対応	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 緩和ケアに十分に対応できる訪看は少ない。

本年度の取組み(Ⅳ.調査について_①ヒアリング調査_調査結果まとめ2)

テーマ	種別	項目	ヒアリング結果
【テーマ①】 医療介護 リソース	居宅介護支援 事業所	リソース量	✓ 居宅介護支援事業所は全ての地域で 充足している状況 にある。
		サービスレベル	✓ 充足している状態にあるものの、スキルに関して差が大きく、周囲の満足度は低い。特に医療ニーズ(医療知識)に応えられるケアマネジャーが少なく、 医療知識を持つ一部のケアマネに業務が偏在化 している。
	介護保険 サービス事業所	リソース量	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医療的な対応が可能なショートステイやデイケアが不足している。送迎サービスにより、遠方の施設を利用する事で解決しているケースもある。 ✓ 訪問リハ・夜間対応型訪問介護が不足している。特に、年末年始・お盆などニーズが高い時期に、困ることが多い。
	介護保険施設	リソース量	✓ 特養は不足している。老健は数が増えたが、医療依存度の高い患者に対応できていない。 (そのため、遠方の療養型病床で対応せざるをえないケースもある。)
	その他 介護サービス	リソース量	✓ 有料老人ホームやサ高住等は近年増えたが、家賃高く、中低所得者のニーズには対応できていない。
	病院	後方支援体制	✓ 全体的に不足感は否めず、 区外の病院に依存している。 (基本的に各主治医の個人的パイプが機能している状況である。)
		緩和ケア 回復期リハ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 区内に緩和ケア病床がないため、区外に依存している。 ✓ 急性期から在宅復帰をつなぐベッド(回リハor地域包括ケア)の不足感が強い。 ※回復期リハ病床は練馬リハビリテーション病院のみ ✓ 療養病床も不足感が強い。

本年度の取組み(Ⅳ.調査について_①ヒアリング調査_調査結果まとめ3)

テーマ	種別	項目	ヒアリング結果
【テーマ②】 地域包括ケアにおける連携 について	診診連携	グループ 診療体制	<ul style="list-style-type: none"> ✓ グループ診療(主治医・副主治医制)は患者情報や診療報酬のやりとり等のルール作りが難しく、システム化して実践するには至っていない。 ✓ 機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)においても、実際には連携出来ていないケースが多い。したがって、単独型の在宅専門クリニックに依存する傾向がある。
	病診連携	患者情報 共有体制	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 退院前カンファレンスに在宅医はほとんど参加できていない。 ✓ 病院医師からの積極的な情報提供や、看護知識のある病院窓口の設置など、情報連携が進んでいる動きも一部ではみられる。 ✓ 病院が主催するパーティー等を利用して、患者情報をやりとりすることがある。
	急変時 連携体制	急変時 連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 急変時の緊急搬送先については、選択肢が限られている。 ✓ 受け入れ可否の回答に30分以上要する病院が多い。したがって、受け入れ判断が早い医療機関から優先的にお願いしている状況である。 ✓ 介護保険サービスしか受けていない患者は、在宅医を通した搬送依頼が出来ないため困ることがある。
	多職種連携	顔の見える 連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医師同士の交流の場は製薬会社や医療機器メーカーが主催するセミナー研究会が最も多い。 ✓ 医療従事者と介護従事者との交流機会はあまりない。 (顔の見える連携は構築できていない。)
	ICT 連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ITに強い先生や事業所は既に独自に始めており、弱い方々は紙・FAXベース ✓ 大きな区、医師会、組織なので、区全体で何かひとつのシステムに舵を切ろうとすることは非常に難しいという認識である。 	

本年度の取組み(Ⅳ.調査について_②死亡小票分析_調査概要)

▶ 目的

練馬区民の全死亡者における「どこで(死亡場所)」「誰に(看取った医療機関)」「何が原因で(死因分類)」を明らかにし、地域(練馬区および周辺地域)の在宅看取り力や隣接自治体の医療リソースとの関係性等を把握する。同時に将来の在宅医療の需要を推計し、その需要に合った(整備していく)練馬区の在宅医療体制を検討する。

▶ 対象

人口動態調査の死亡小票データ(練馬区保健所保有データ)※死亡時の住所が練馬区内だった人を対象

▶ 方法

異常死を除外することで治療や療養の結果としての死亡者を抽出し、「死亡場所の種別」、「死因の種別」、「施設名」などとクロス分析を行う。

▶ 期間

2011年1月1日～2013年12月31年の3カ年

▶ 調査事項

- ・異常死の状況
- ・死亡場所別での死亡の状況
- ・医療機関での死亡の状況
- ・自宅での死亡の状況
- ・将来の在宅医療の需要推計

▶ 対象数

17,621件

▶ 調査結果の施策への活用

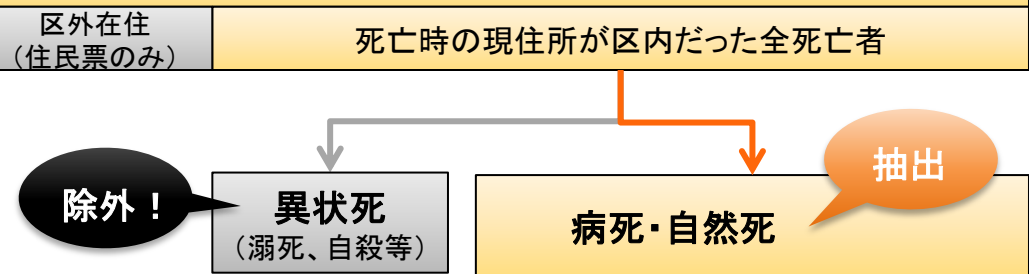
練馬区における在宅医療の需要推計(病院からの溢れだし)の算出が可能となり、今後整備していくべき看取り体制の考案につながる。

本年度の取組み(Ⅳ.調査について_②死亡小票分析_調査事項)

知りたいこと		死亡小票の項目	わかること
死亡者の属性は？		死亡時の年齢	<ul style="list-style-type: none"> 患者の年代(若年者？高齢者？)がわかります 死亡時に練馬区に実質的に住んでいたかがわかります
		死亡者の住所	
どこで亡くなったのか？		死亡した場所の種別	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関(病院+診療所)での看取りか、 施設(介護老人保健施設+老人ホーム)での看取りか、 自宅での看取りか、がわかります
誰が看取ったのか？	病院や施設での死亡の場合	施設の名称	<ul style="list-style-type: none"> 看取っている施設の立地や地理的分布がわかります
		施設の住所	
	自宅看取りの場合	医師の氏名	<ul style="list-style-type: none"> 在宅看取りを実際に行っているクリニックがわかります
		自宅看取りクリニックの名称、住所	
何が原因で亡くなったのか？		死因の種類	<ul style="list-style-type: none"> 治療・療養といった医療的管理のもとでの看取りか(病死・自然死)、事故や自殺等の異状死による死亡かを判別できます
		死因詳細(直接、間接)	<ul style="list-style-type: none"> 「がん」や「くも膜化出血」といった死因の分類が出来ます

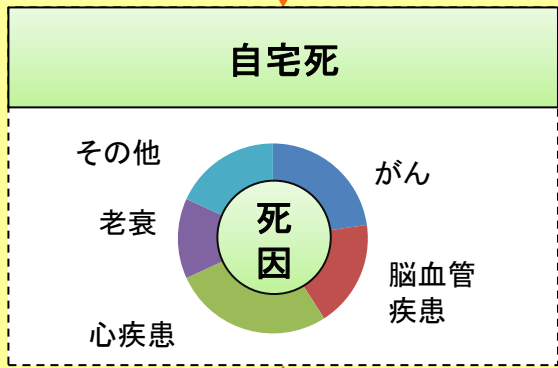
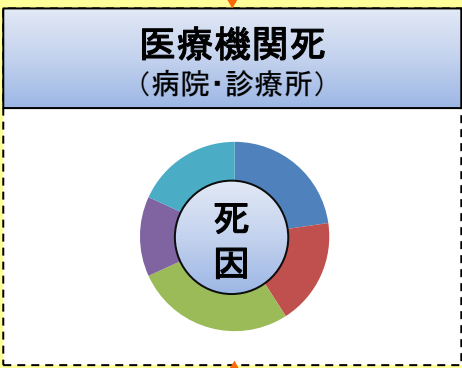
本年度の取組み(Ⅳ.調査について_②死亡小票分析_調査プロセス)

◆全死亡診断書データ(練馬区保健所保有データ)◆



★Step1 「病死・自然死の抽出」

- 死因の種別や医師の氏名から、監察医等による死体検案書発行による「**異状死**」を除外し、治療や療養の結果としての死亡者を抽出する。
- 精度の高い看取りの実態把握の前提となる。



★Step2 「クロス分析」

死亡場所の種別

- 死亡場所の種別から、病院のベッドでの死亡か、施設内での死亡か、自宅での死亡かがわかる

どこで?

直接死因の分類

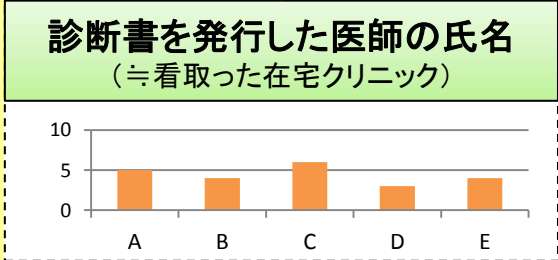
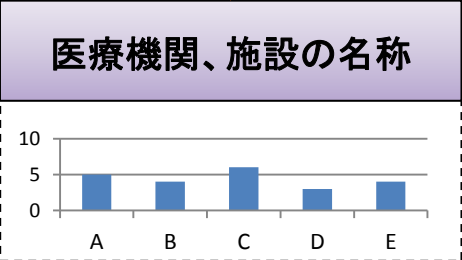
- 死亡小票の直接死因をICD10に従って再分類し、クロス集計に使用する

何が原因で?

施設名 & 医師の氏名

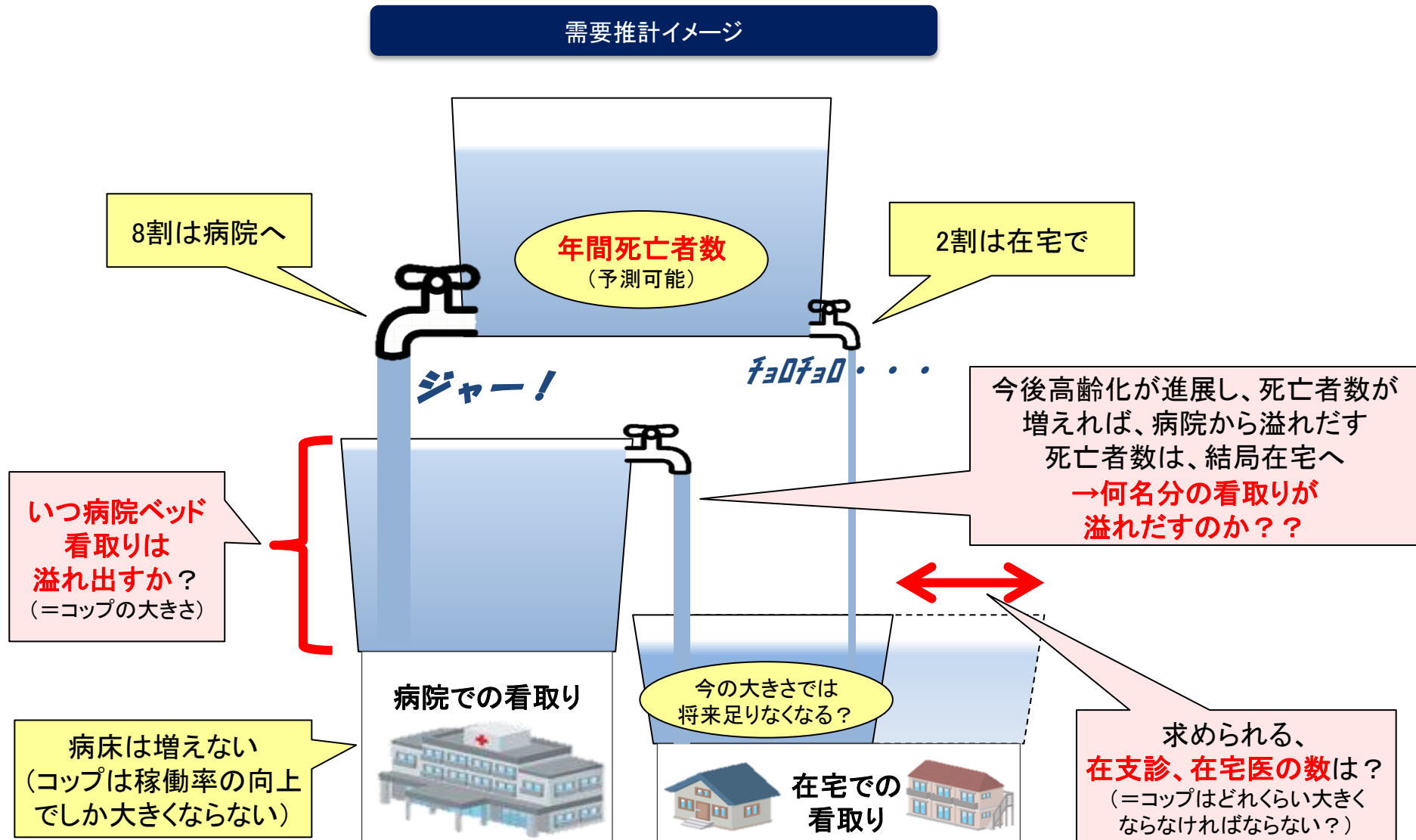
- これらの死亡(看取り)を行った医療機関がわかり、特に在宅医による自宅看取りの実態把握に役立つ

誰によって?



本年度の取組み(Ⅳ.調査について_②死亡小票分析_アウトプットイメージ)

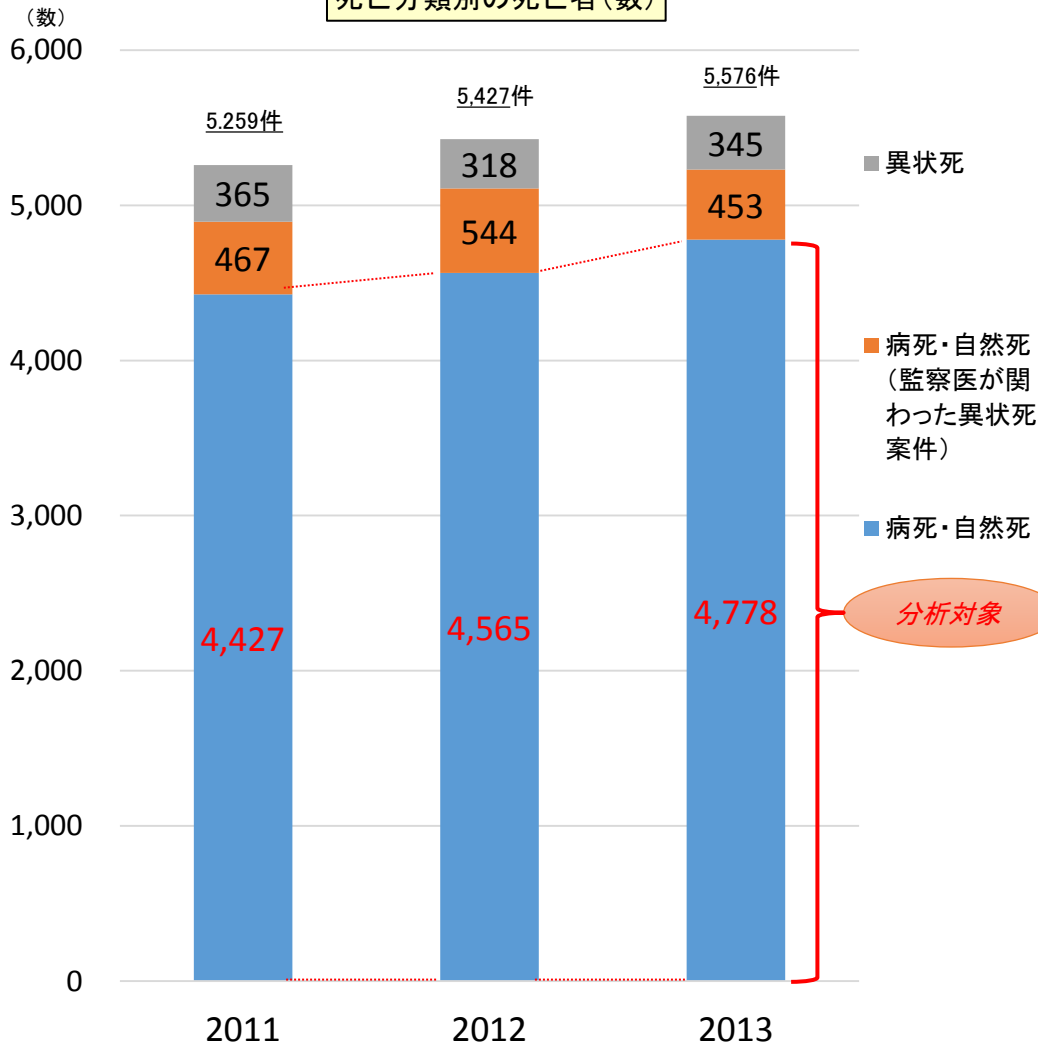
- 死亡小票および患者調査病院入院奇数票を分析することにより、練馬区での在宅医療の需要推計(病院から溢れだし)を算出する。



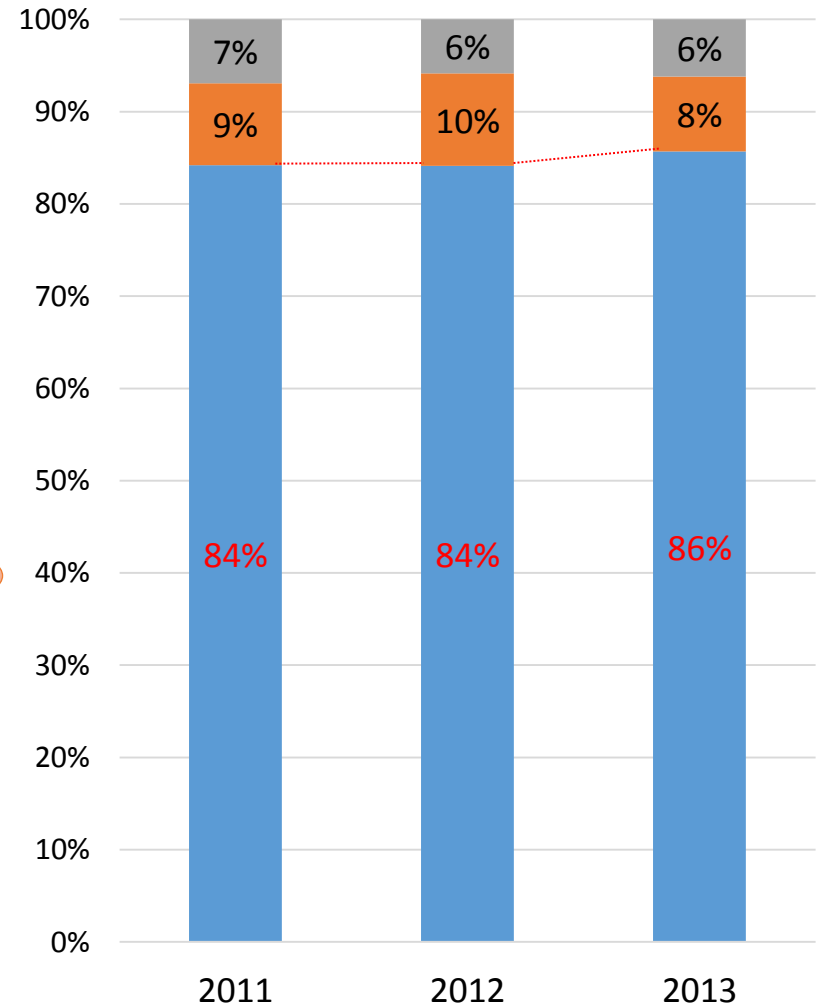
異常死の状況(2011年-2013年)

- 2011年からの3年間では、**全死亡に占める異常死の割合は約6%**で、**検案となった案件は約10%**である。
- 分析では、**異常死および監察医が関わった案件を除外して分析を行う。**

死亡分類別の死亡者(数)



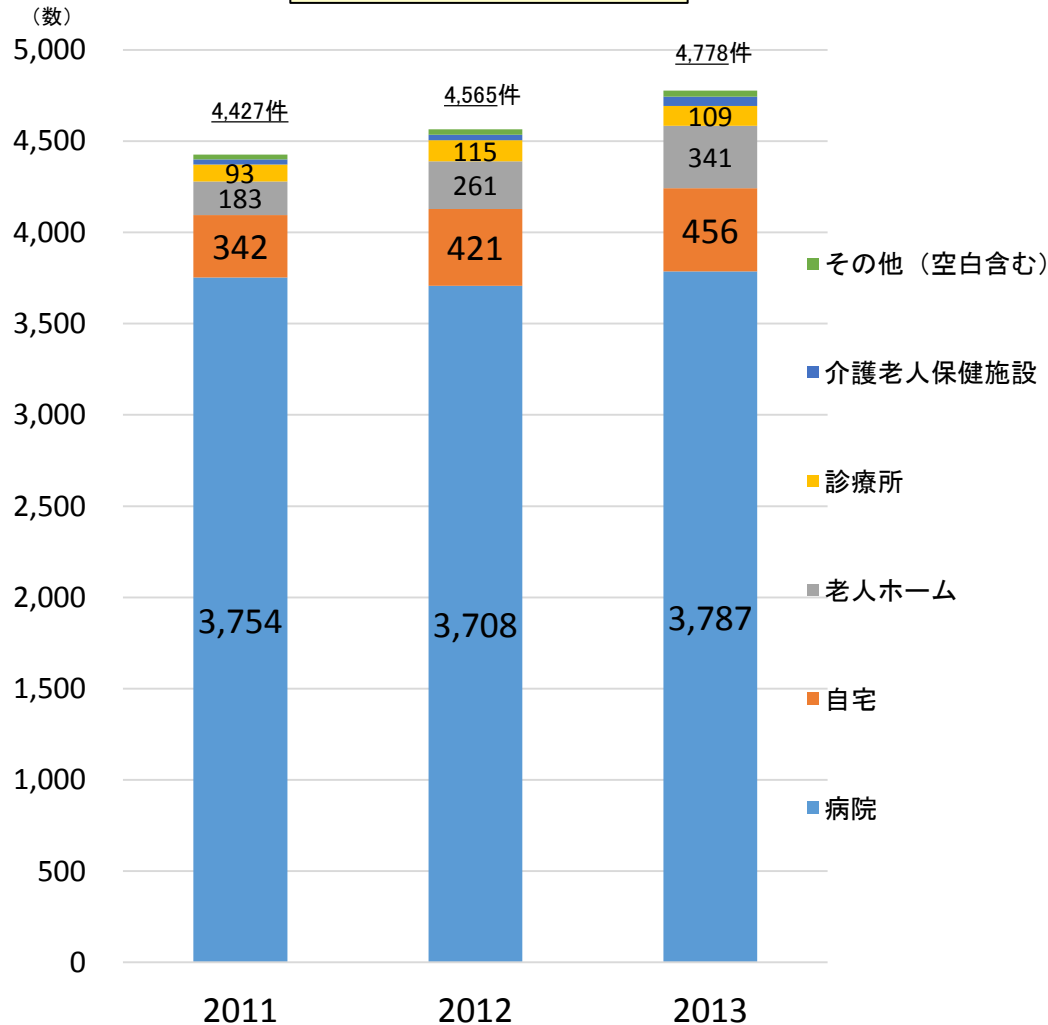
死亡分類別の死亡者(%)



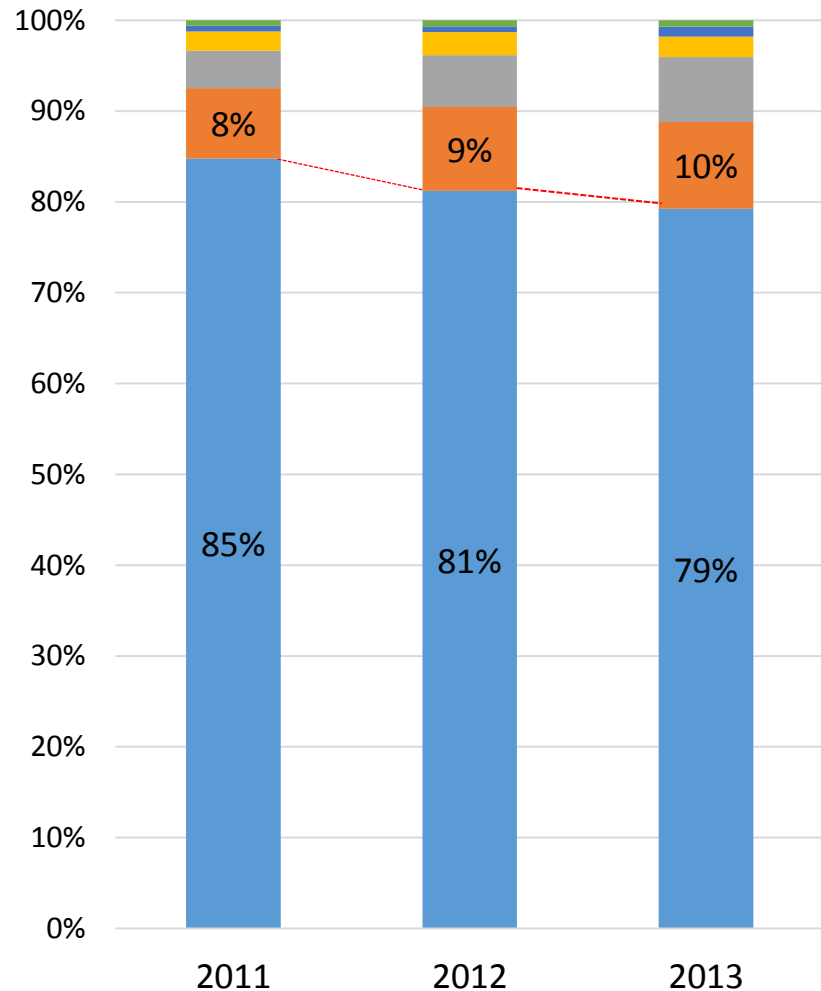
死亡場所種別別の死亡者の状況(2011年-2013年)

- 病院での死亡が最多で約80%であり、次いで自宅での死亡であり、約10%である。
- 病院での死亡割合は減少しており、自宅での死亡割合は増加している。

死亡場所種別別の死亡者(数)



死亡場所種別別の死亡者(%)

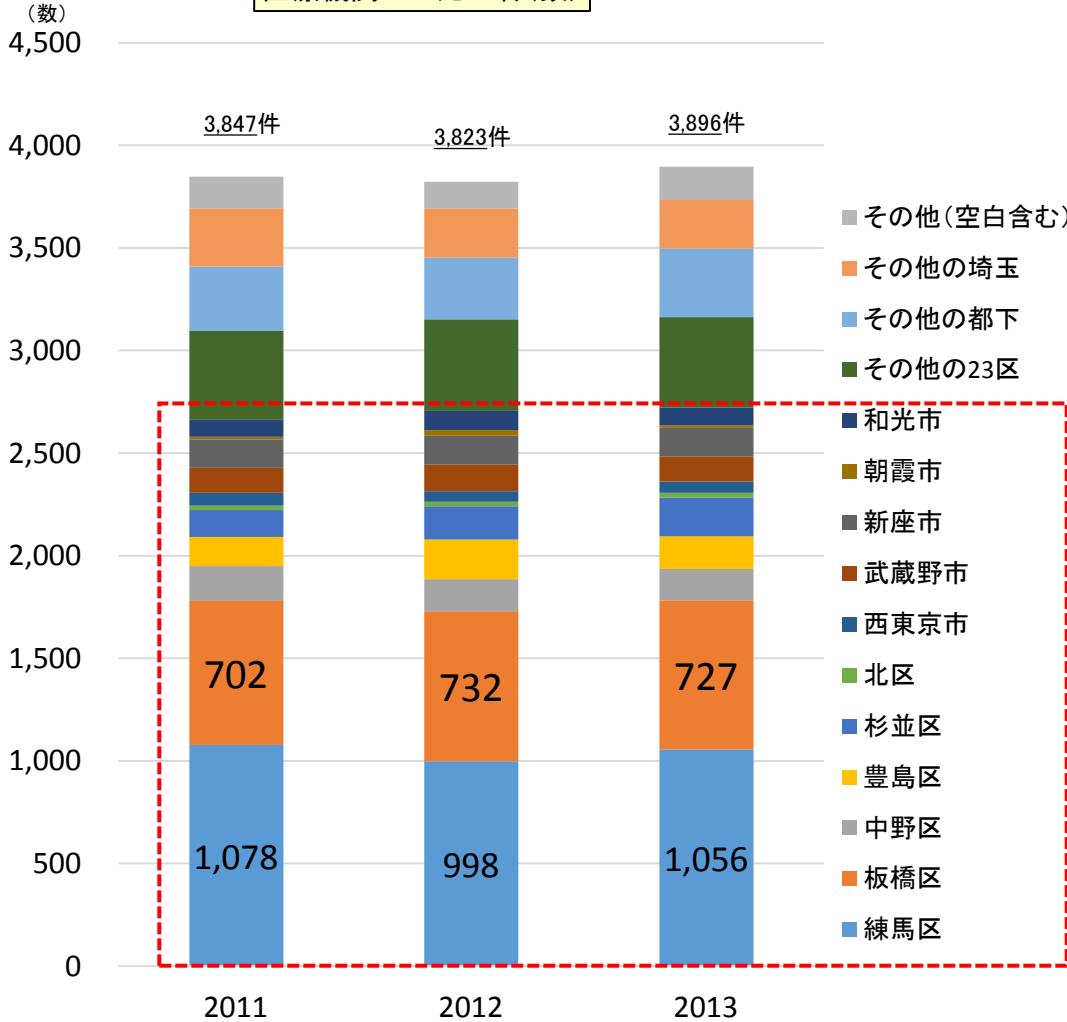


練馬区・周辺地域での医療機関*看取りの状況(2011年-2013年)

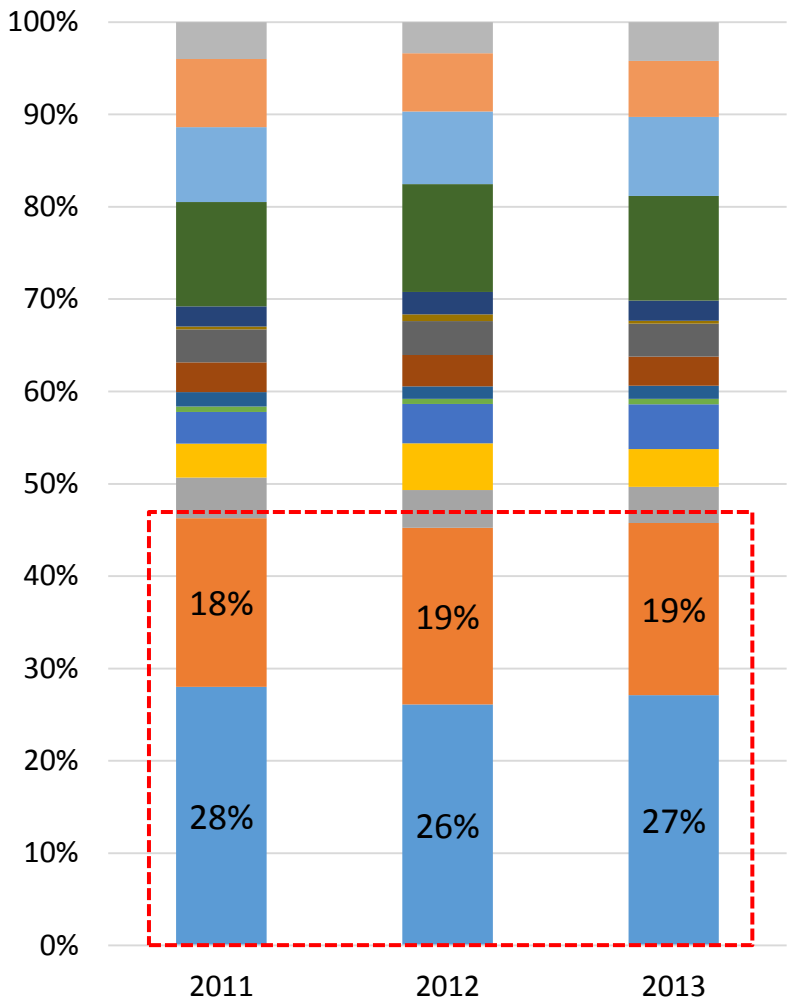
※医療機関(病院+有床診療所)

- 練馬区と隣接市区町村での医療機関看取りは年間約2,600件を推移している。
- 練馬区内の医療機関による看取りは3割に満たない。板橋区内の医療機関での看取り割合も高く、2区合計で約45%。

医療機関での死亡者(数)



医療機関での死亡者(%)

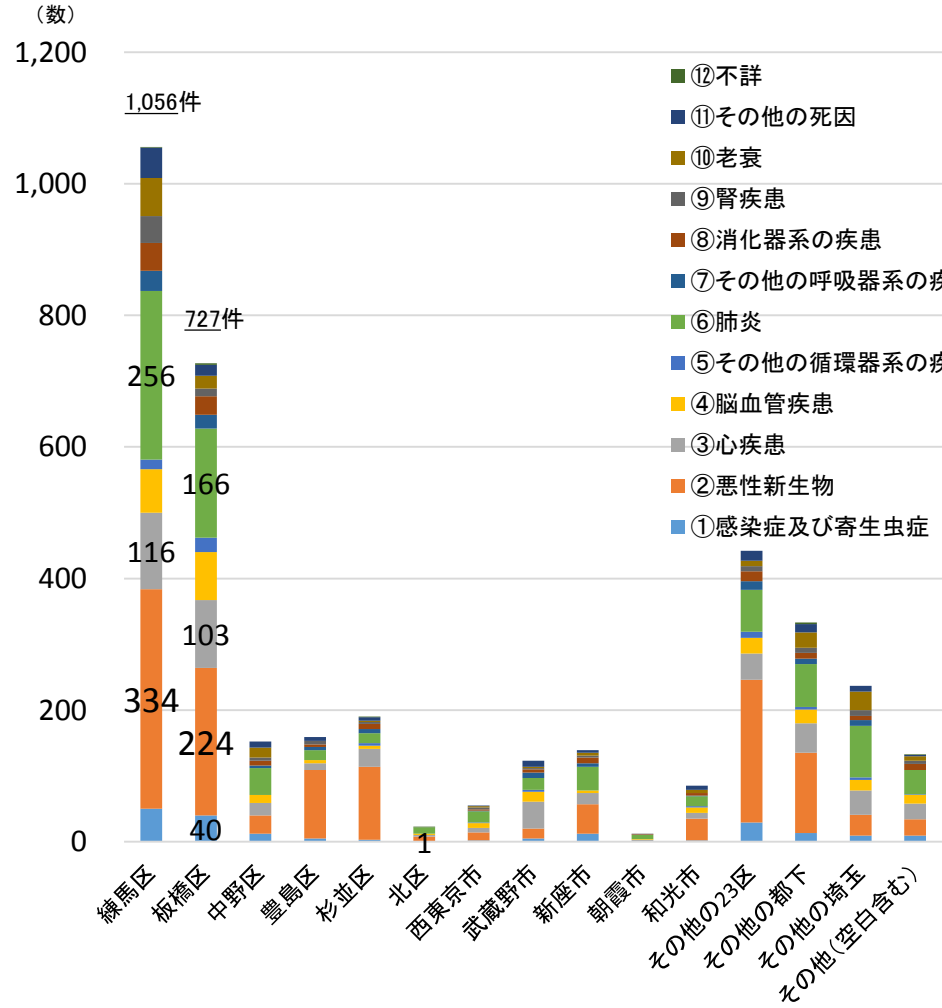




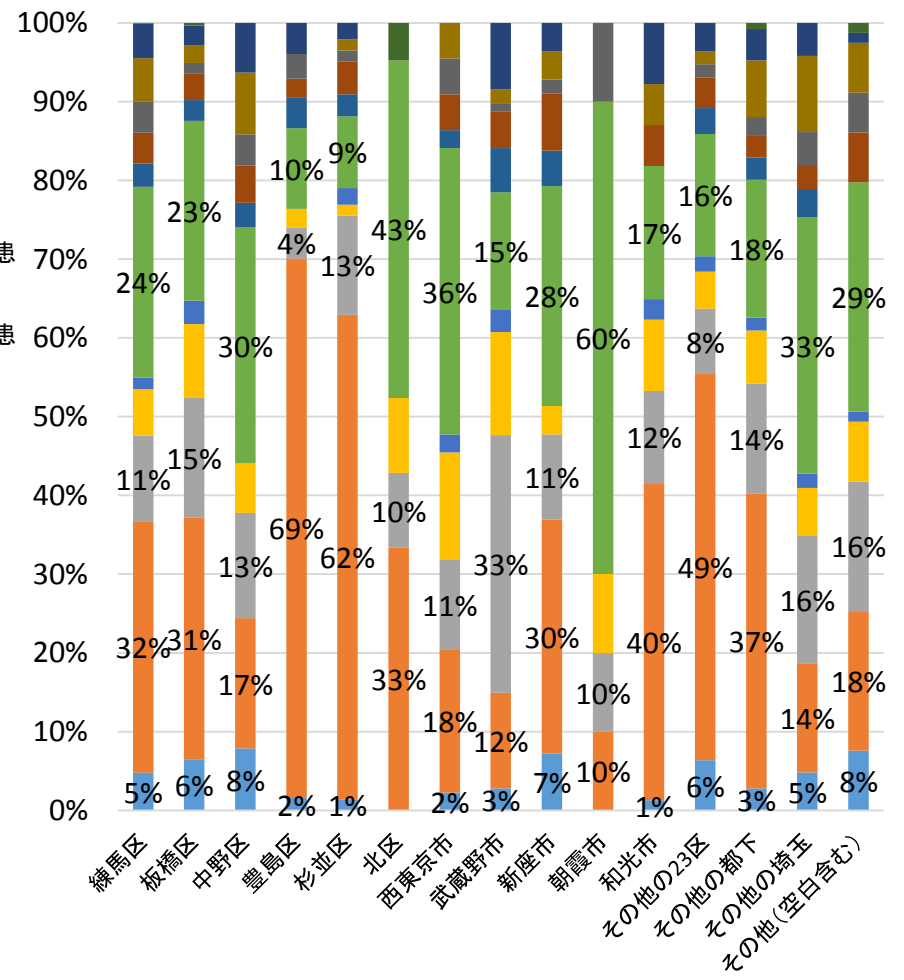
練馬区・周辺地域での死因別医療機関看取りの状況(2013年_死因別)

- 練馬区内の医療機関での死亡者(1,056人)では、がんの件数が最も多く(334件)、全体の約32%を占める。
- 練馬区以外の地域の医療機関での死亡者ではがん、肺炎の割合が高い。

死因別医療機関での死亡者(数)



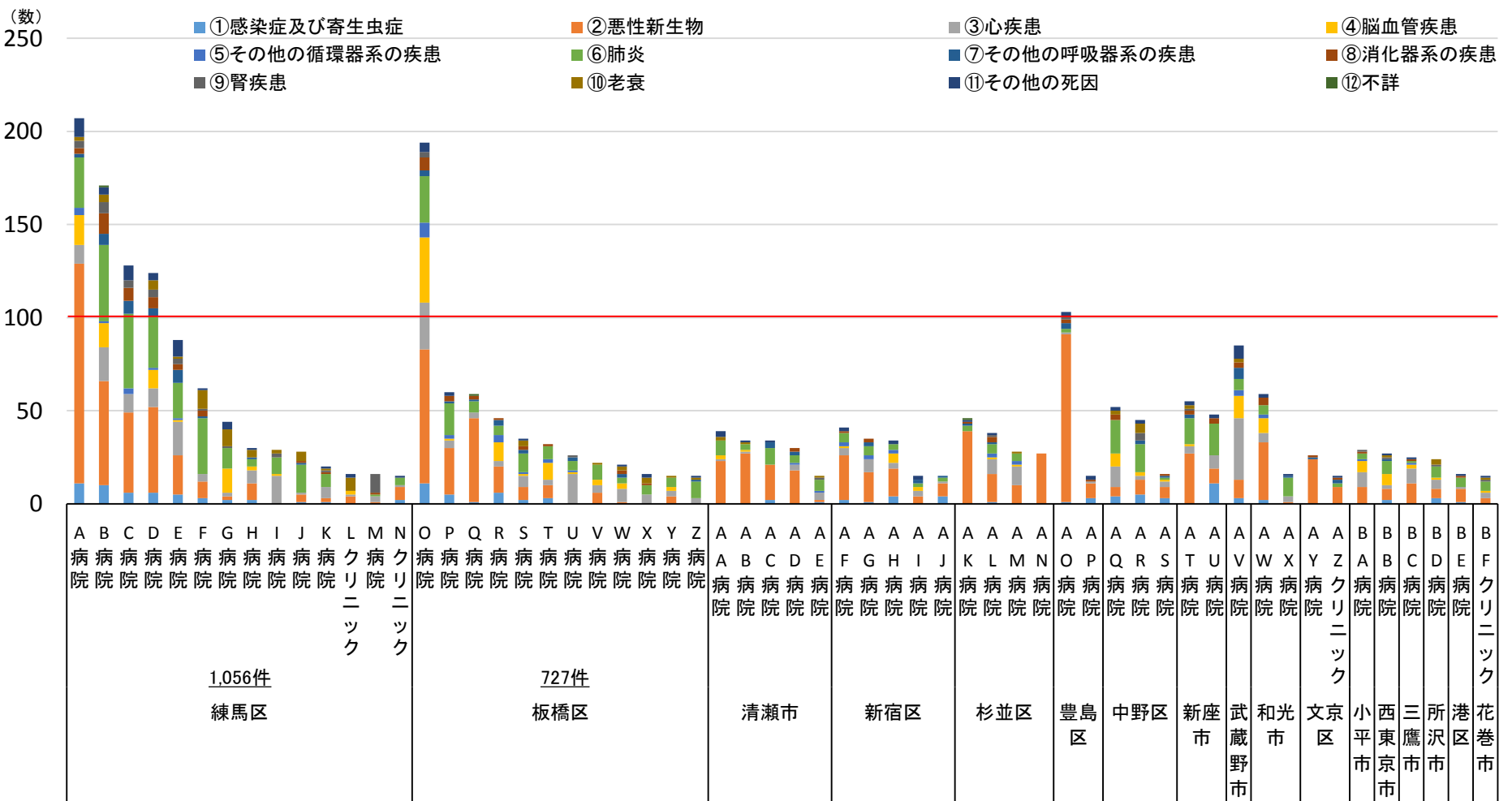
死因別医療機関での死亡者(%)



医療機関での看取りの状況(2013年)

■ 医療機関での死亡者が100人を超えている医療機関は練馬区に4箇所、板橋区に1箇所、豊島区に1箇所となっている。件数の多い医療機関ではがんの割合が高くなっている。

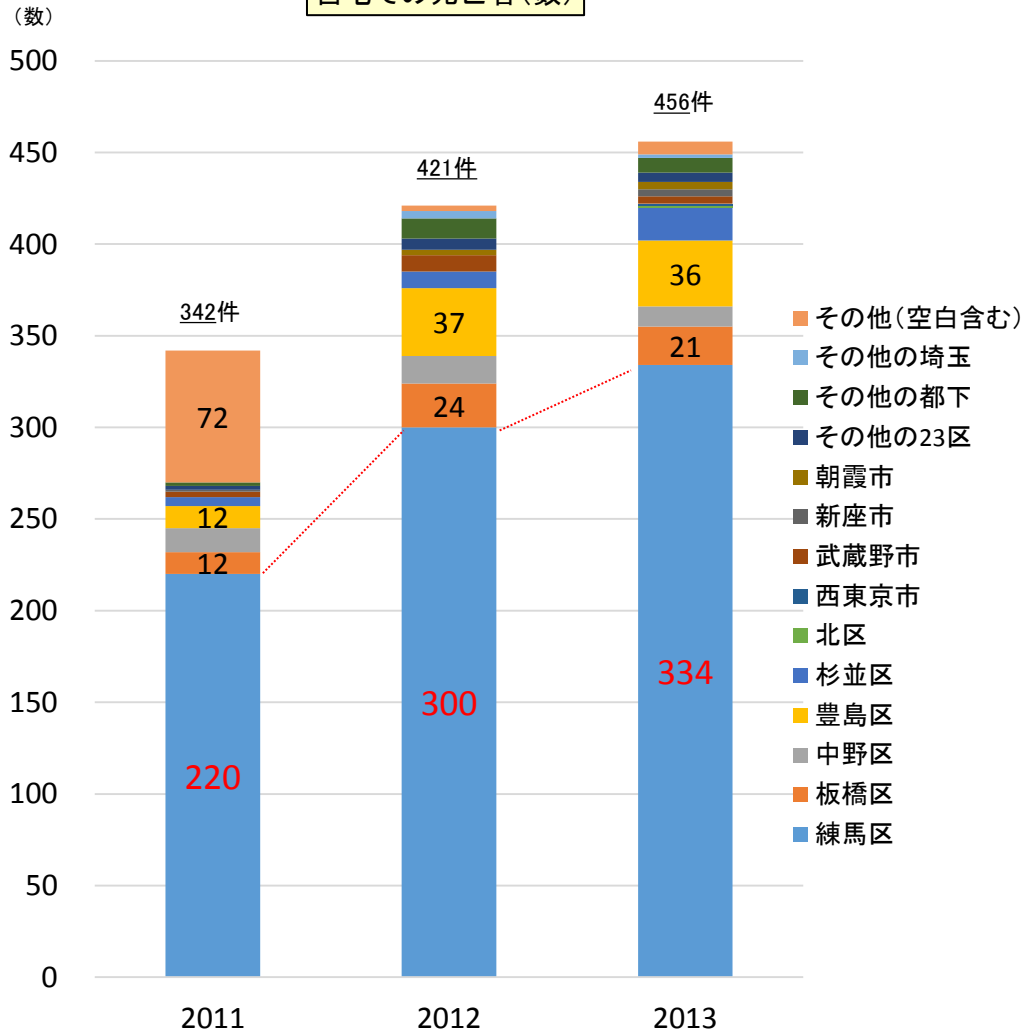
15件以上看取りを行った医療機関の死亡者(数)



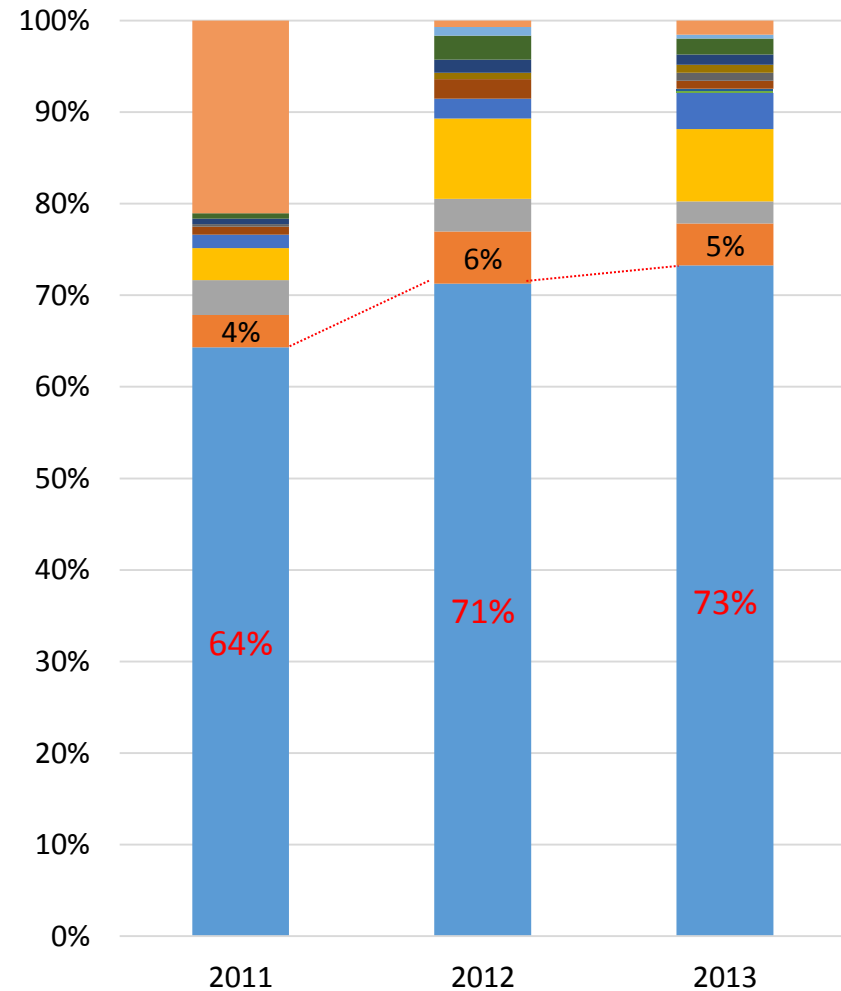
練馬区・周辺地域での自宅看取りの状況(2011年-2013年)

- 自宅看取りの件数は増加傾向にある(対前年増加率約11%)。
- 練馬区内の医療機関による看取件数が多く、全体の約70%以上を占めている。

自宅での死亡者(数)



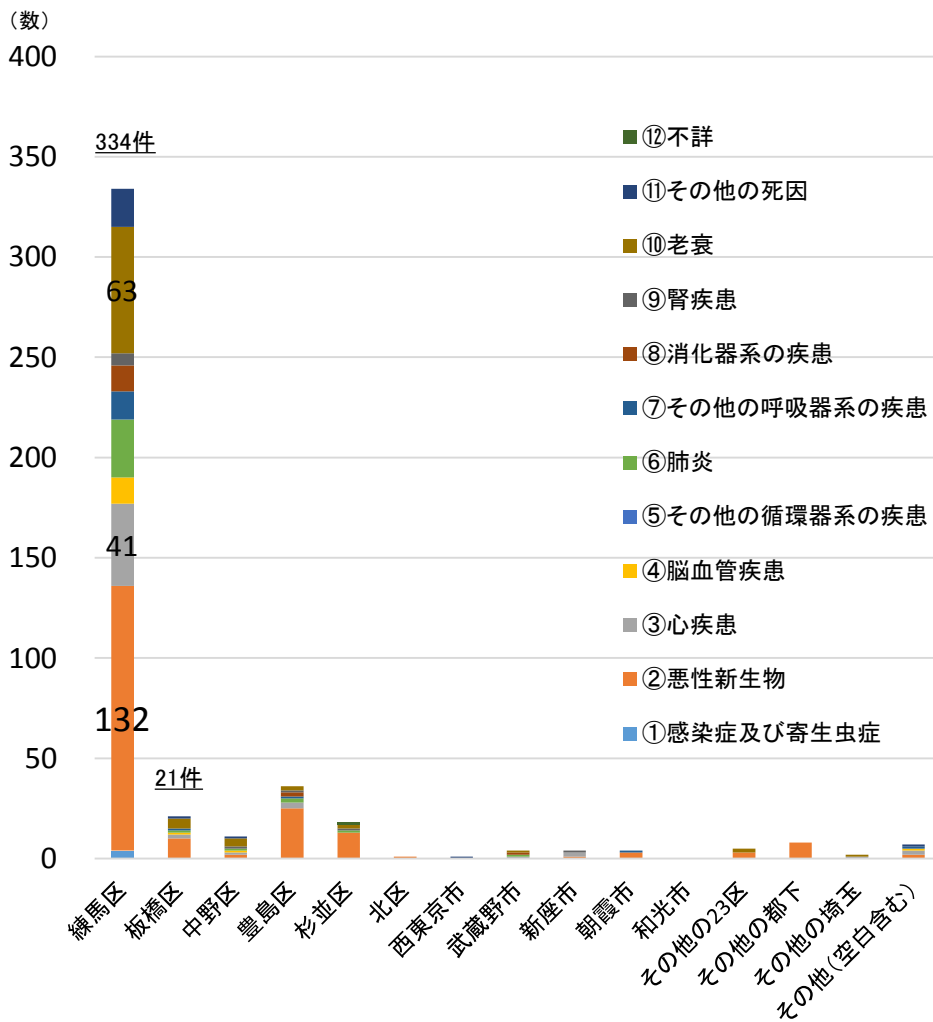
自宅での死亡者(%)



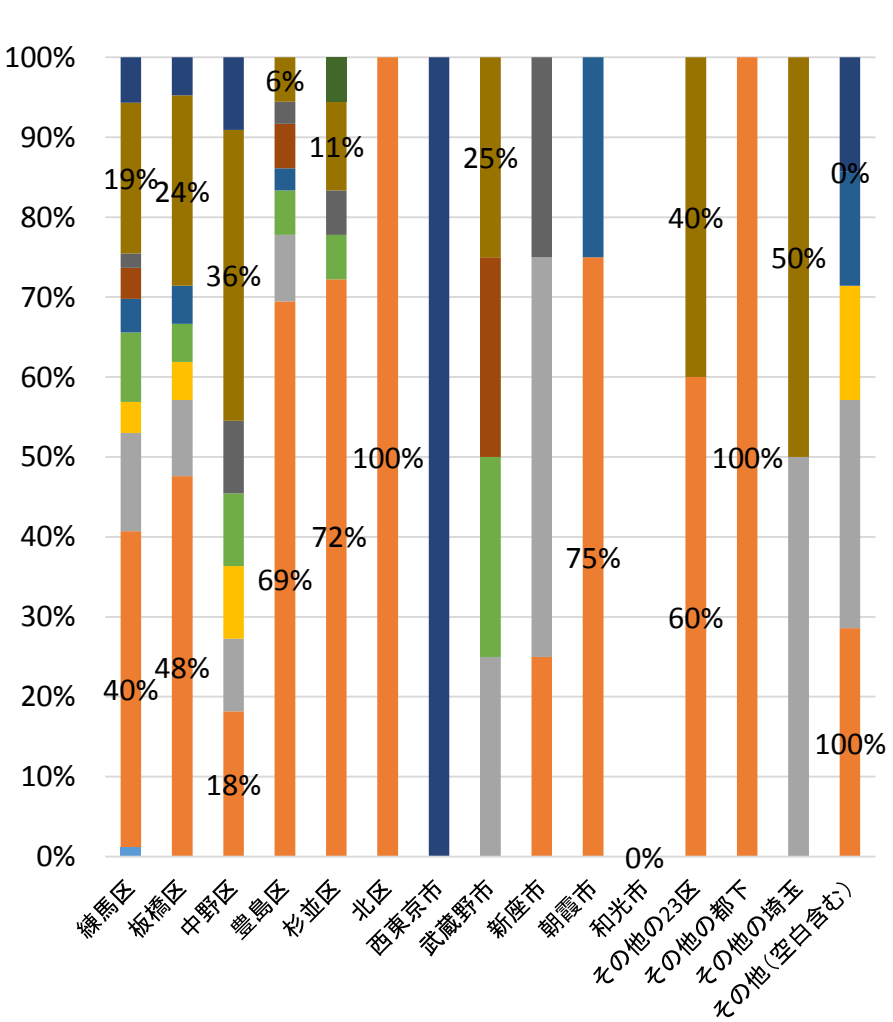
練馬区・周辺地域での死因別自宅看取りの状況(2013年)

■ 練馬区内での自宅死亡者334人(全体の73%)を死因別にみると、がんの件数が最も多く132件(練馬区内の40%)で次いで老衰63件(練馬区内の19%)と続く。

死因別自宅での死亡者(数)

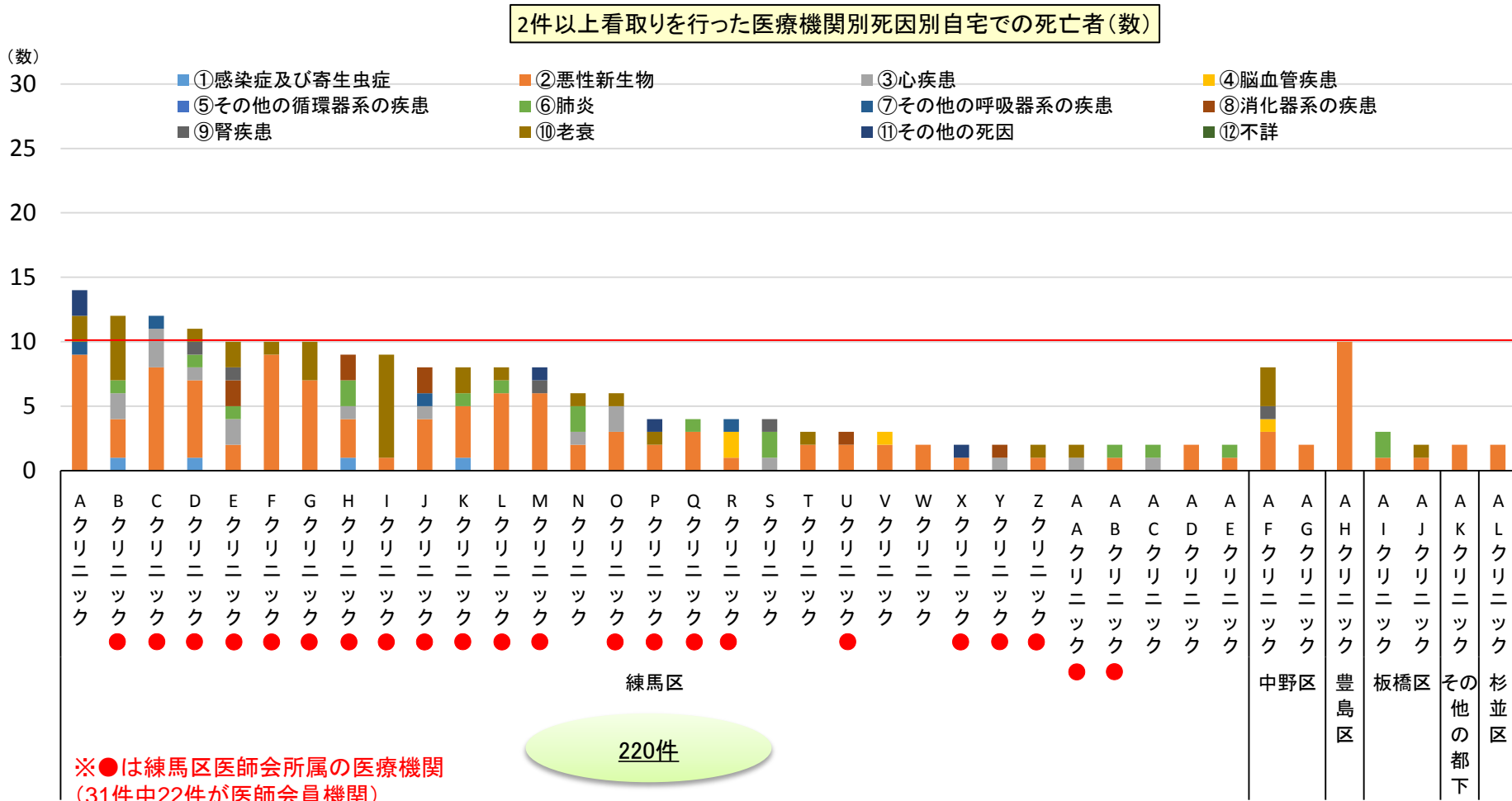


死因別自宅での死亡者(%)



練馬区・周辺地域での自宅看取りの数(2011年_医療機関別)

■ 10件以上自宅看取りを行っている施設は8箇所、そのうち7箇所は練馬区内の機関である。

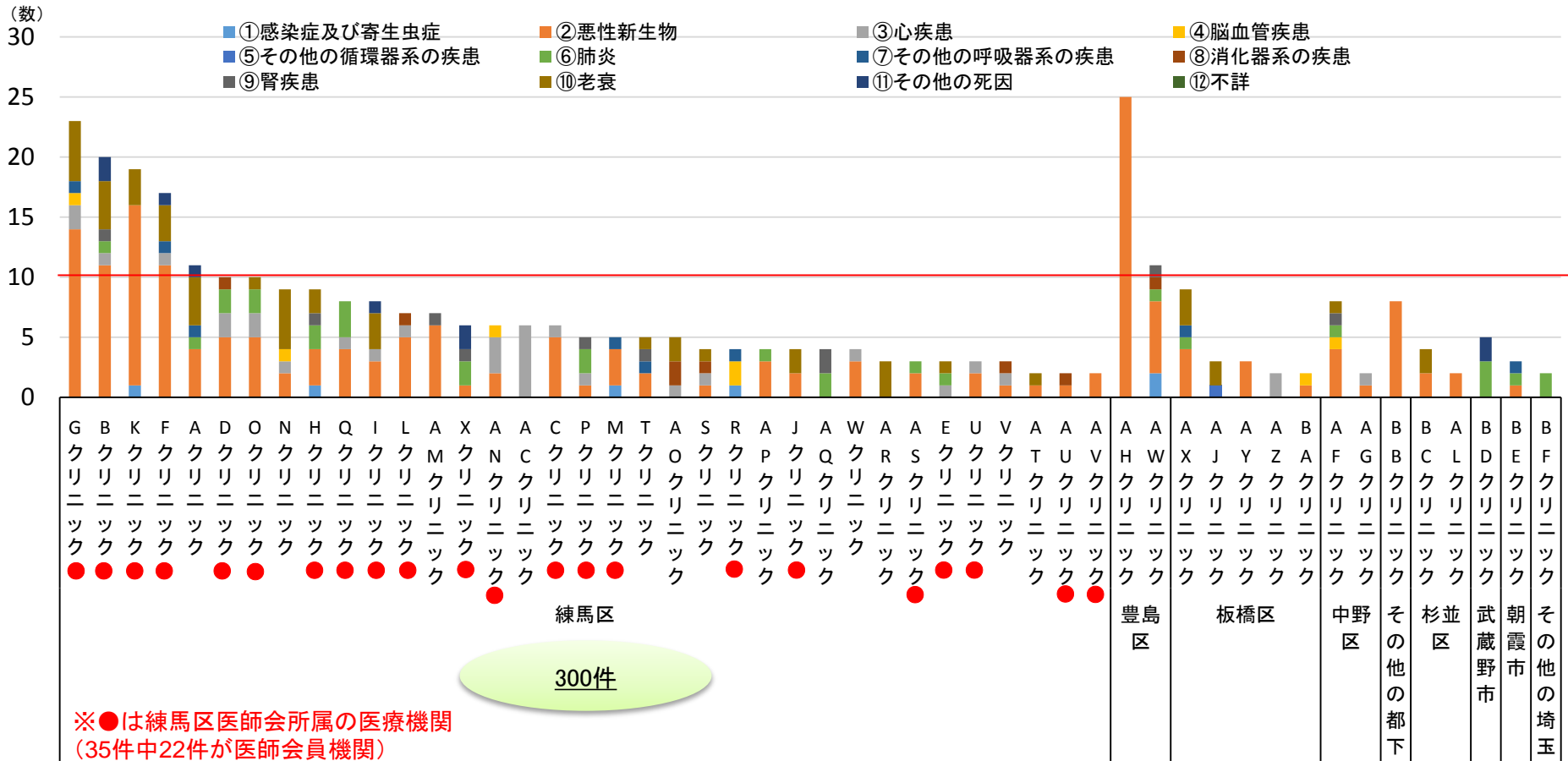




練馬区・周辺地域での自宅看取りの数(2012年_医療機関別)

■ 10件以上自宅看取りを行っている医療機関は9箇所、そのうち7箇所は練馬区内の機関である。

2件以上看取りを行った医療機関別死因別自宅での死亡者(数)

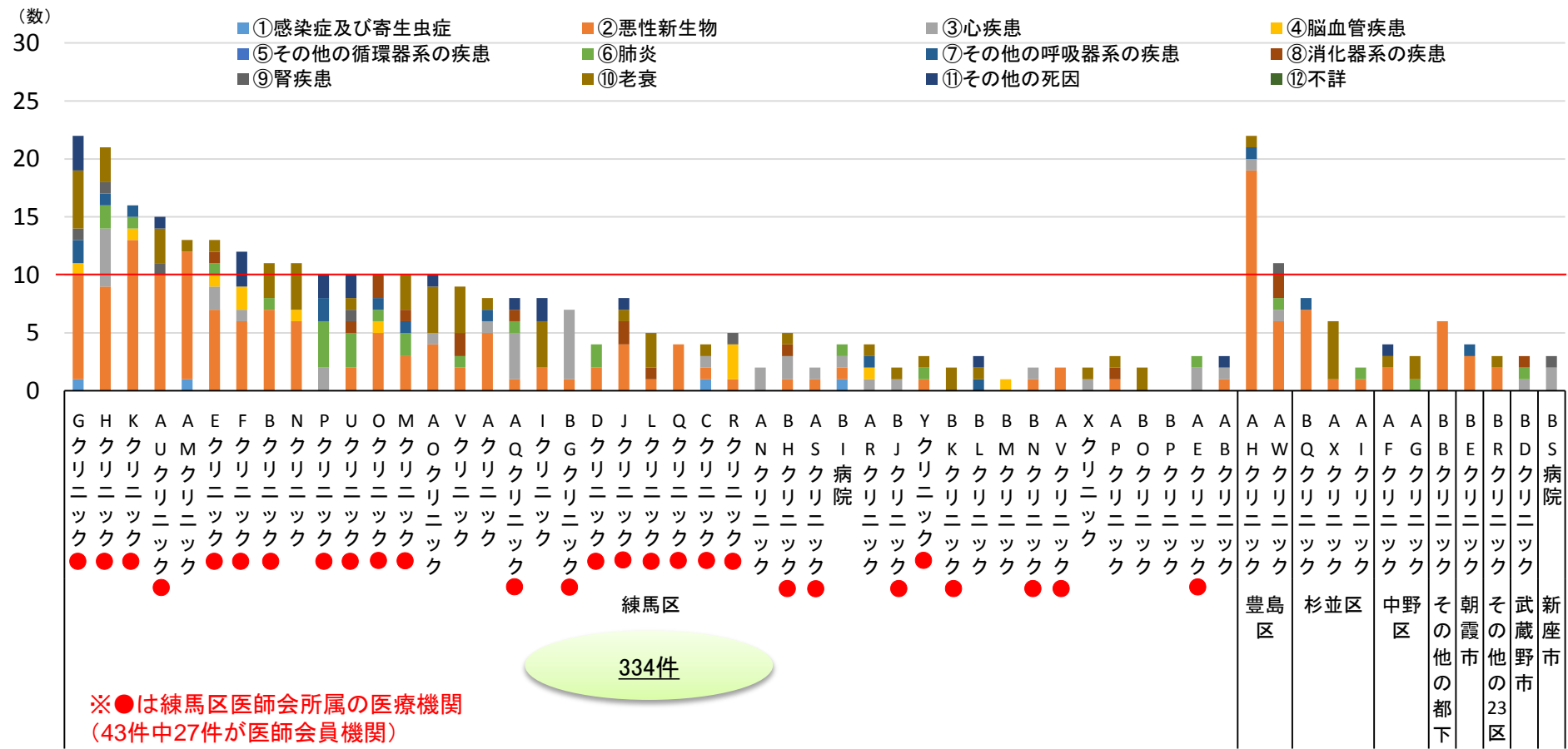




練馬区・周辺地域での自宅看取りの数(2013年_医療機関別)

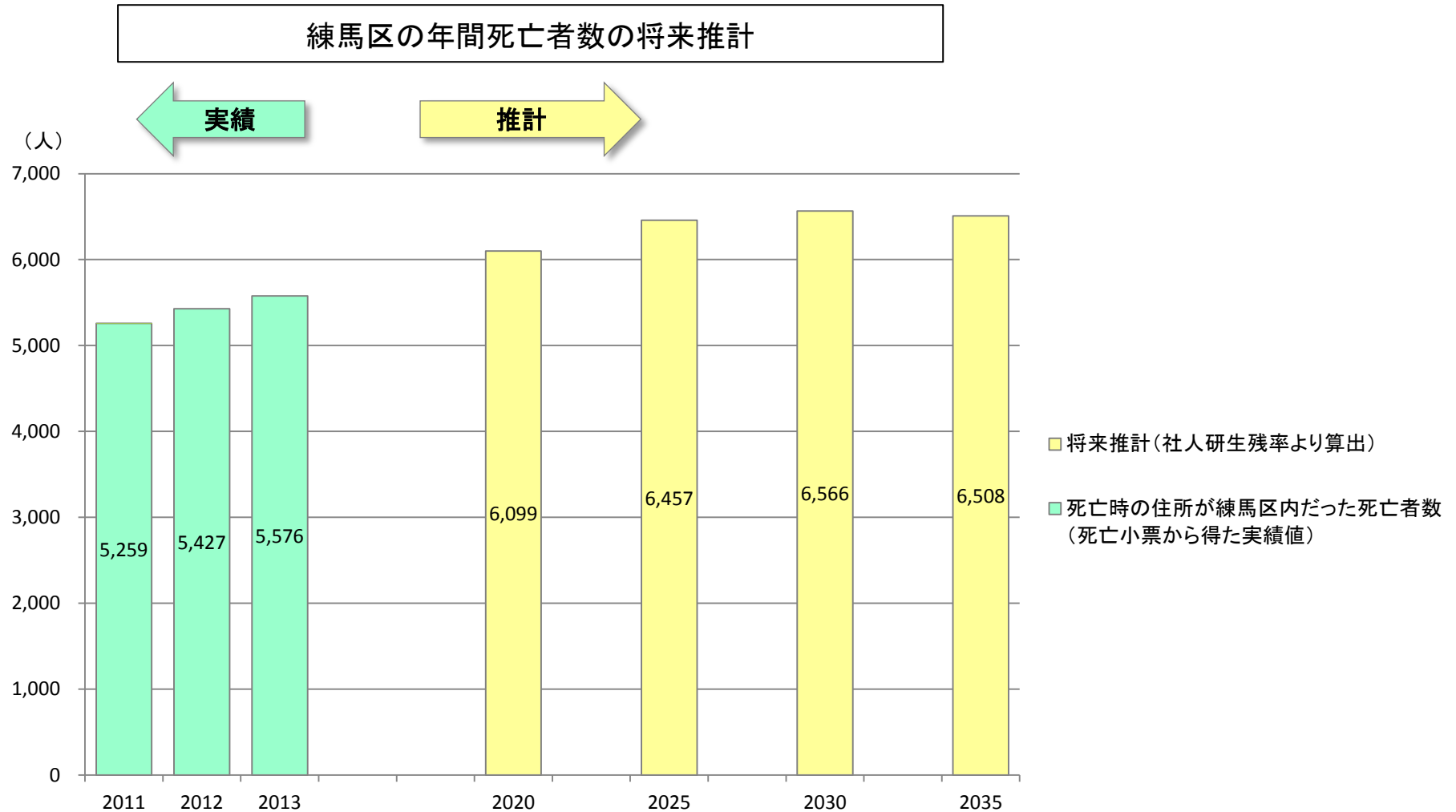
■ 10件以上自宅看取りを行っている医療機関は15箇所、そのうち13箇所は練馬区内の機関である。

2件以上看取りを行った医療機関別死因別自宅での死亡者(数)



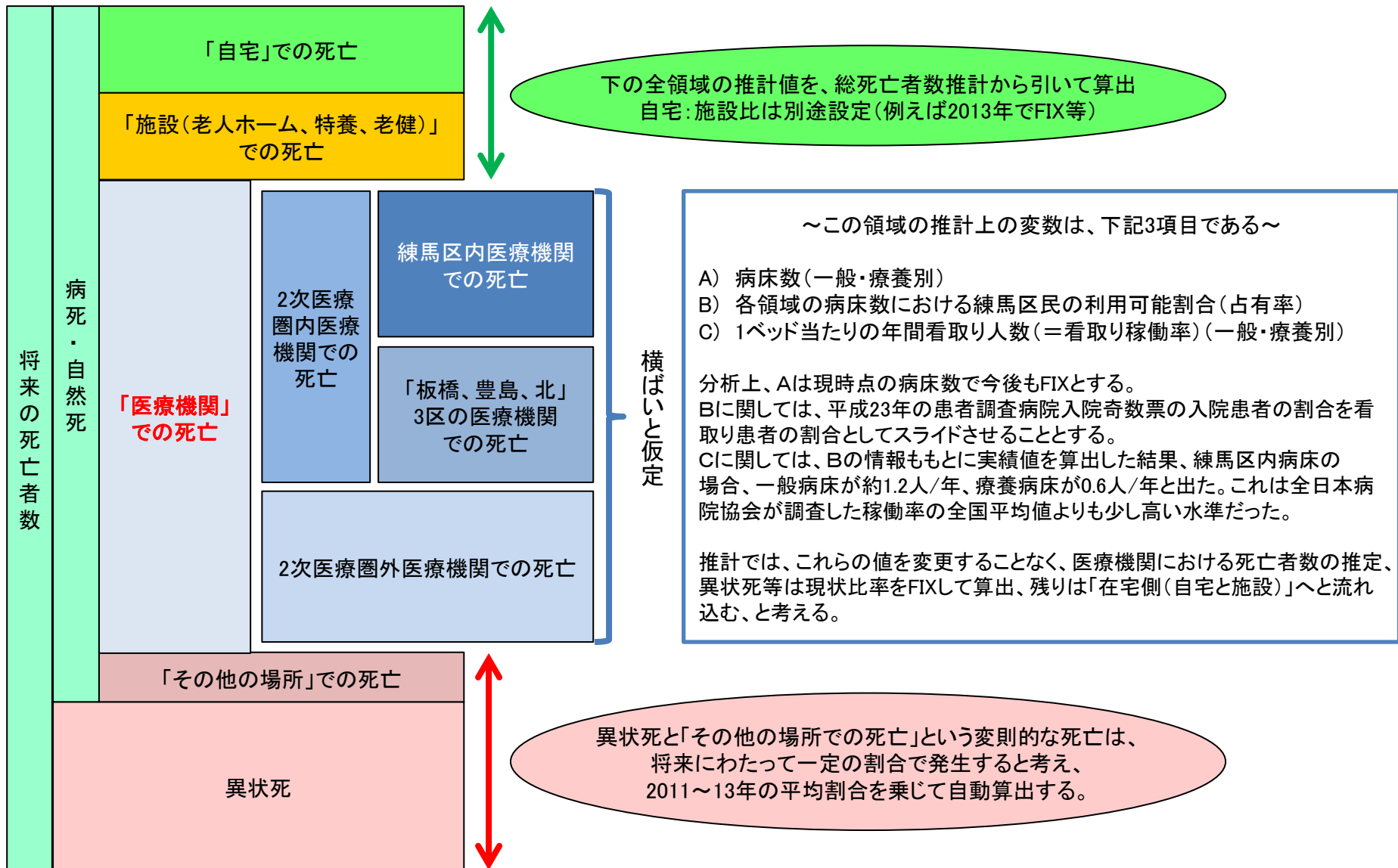
練馬区の年間死亡者数の予測(2030年には現在の約1.2倍に)

- 練馬区の年間死亡者数は今後も増加し、2025年には2013年の1.16倍、2030年には1.18倍でピークを迎えることが予測される。



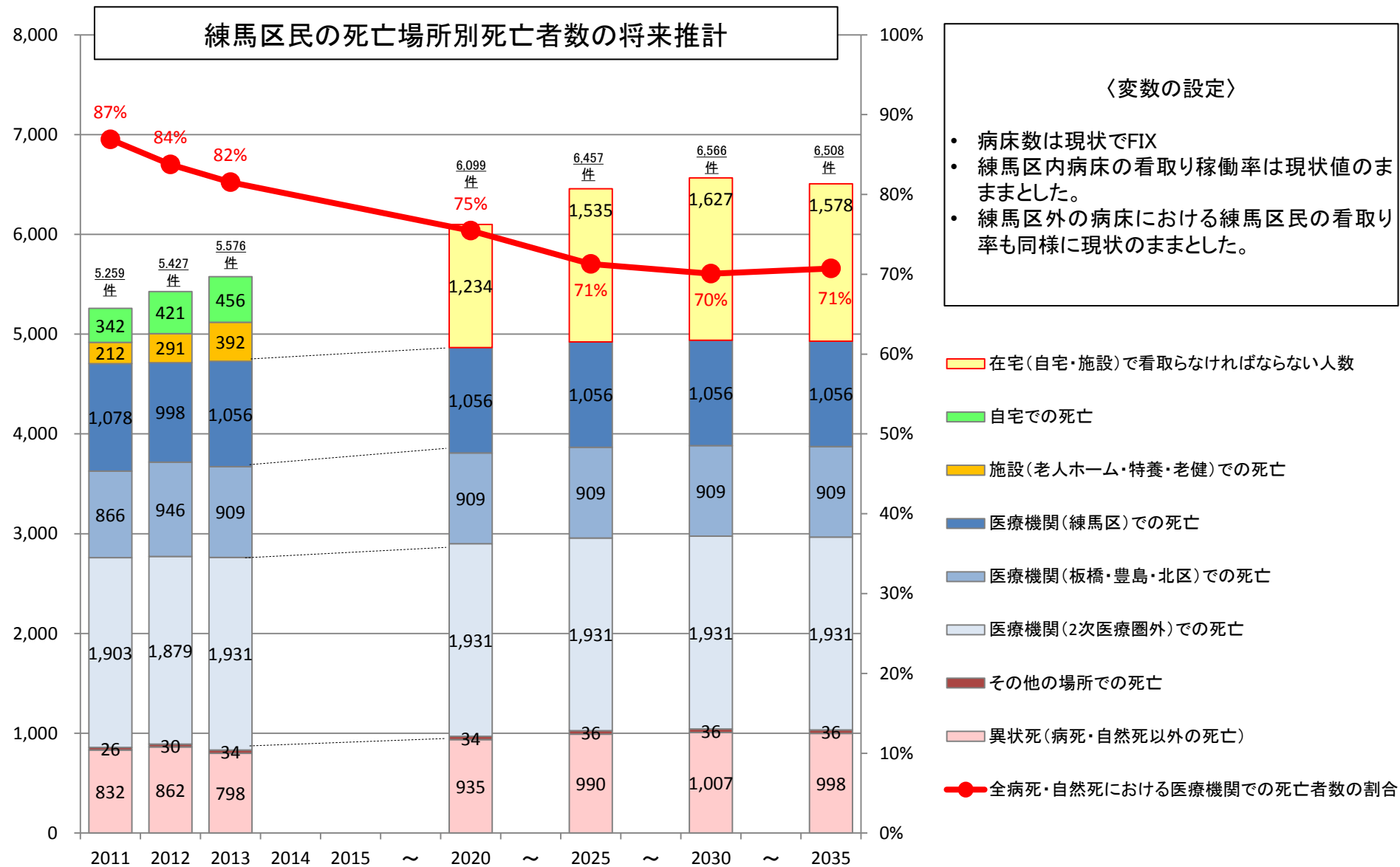
(データ) 練馬区提供人口推計データと社人研練馬区生残率より推計

将来における死亡者の死亡場所の推計ロジックについて



推計の結果、現在8割の医療機関死亡率は、7割に低下する

練馬区民の死亡場所別死亡者数の将来推計



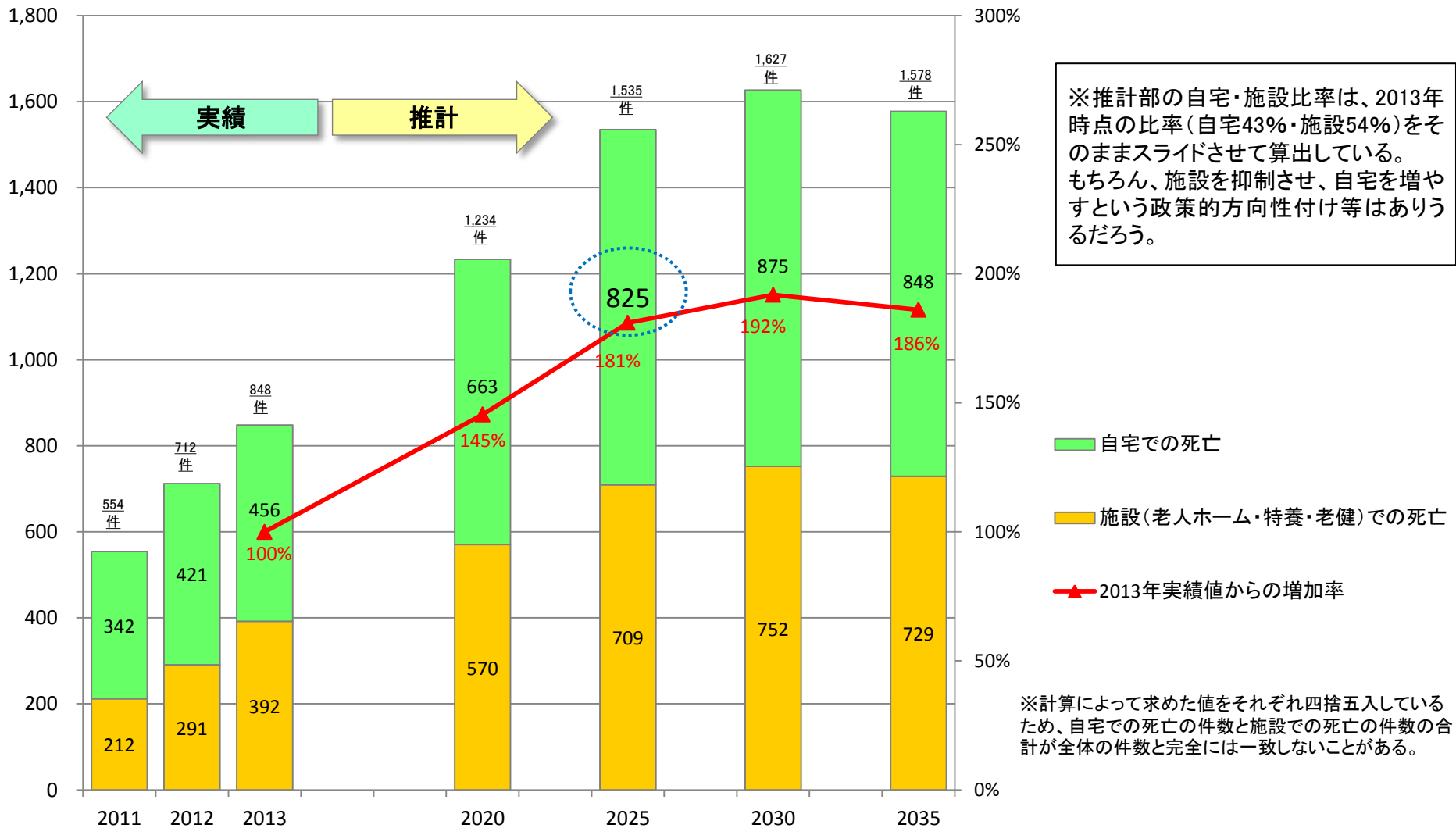
〈変数の設定〉

- 病床数は現状でFIX
- 練馬区内病床の看取り稼働率は現状値のままとした。
- 練馬区外の病床における練馬区民の看取り率も同様に現状のままとした。

- 在宅(自宅・施設)で看取らなければならない人数
- 自宅での死亡
- 施設(老人ホーム・特養・老健)での死亡
- 医療機関(練馬区)での死亡
- 医療機関(板橋・豊島・北区)での死亡
- 医療機関(2次医療圏外)での死亡
- その他の場所での死亡
- 異状死(病死・自然死以外の死亡)
- 全病死・自然死における医療機関での死亡者数の割合

2025年～2030年に、自宅看取り件数は2013年の2倍に増加する

練馬区民の在宅(自宅・施設)での看取り件数



2025年の自宅看取りに対応するため練馬区内医療機関の体制

2013年時点 実績値

456人の
自宅看取りに対応

※

練馬区内医療機関
79クリニックで334名を
自宅で看取っている

特化型在支診

～在宅メイン～

在宅医療に集中・
特化したクリニック
(年間**20名以上**看取り)

2クリニック



UP

4クリニック

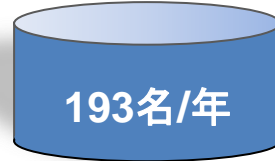


併用型在支診

～外来&在宅～

午前外来→午後在宅等
バランス型クリニック
(年間平均**10名**看取り)

19クリニック



UP

30クリニック



外来型在支診

～外来メイン～

ほぼ外来のクリニックだが
自院の患者数名は在宅で
診ているというクリニック
(年間平均**2名**看取り)

58クリニック



UP

162クリニック



区外の
在支診

練馬区外
在支診による
看取り人数は
現状維持と仮定



横ばい



2025年 目標値

825人の
自宅看取りに対応

※

練馬区内医療機関
196クリニックを動員し、
約700名を自宅で看取とる

事業を通して抽出された主な課題について①(事業系)

項目			課題
大項目	中項目	小項目	
事業系	研修	事例検討会	<ul style="list-style-type: none"> ✓ プログラムの都合上、多職種が討議する機会が少なかった。 ✓ 医師の参加人数が少なかった。(22名356名中) ✓ 講師および事例内容のレベルに差があり、一部の参加者からは不満の声が聞かれた。
		コーディネート能力向上研修	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>参加者が明確な課題を持って研修に臨んでおらず、受け身な姿勢が見受けられた。</u> ※原則、参加者限定の3回シリーズ形式の研修にもかかわらず、無断欠席者が複数見受けられた。 ✓ <u>グループワークが十分に機能していない点があった。</u> ※積極的にディスカッションしていないグループや、発表時において講演内容とは関係のない個別のネガティブな質問をするグループが見受けられた。
		訪問看護出前講座 訪問看護同行研修	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>同行研修に参加する医療機関が少なかった。</u> ※出前講座を実施した4医療機関のうち、同行研修に看護師を派遣したのは半分の2医療機関であった。
	区民啓発 (シンポジウム)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>参加者数(約81名)が少かった。</u> ※当社が支援している茨城県筑西市(人口約10万人)においては、市民フォーラムを今年度4回開催しているが、各回とも150名前後の参加がある。一概に比較することはできないが、(筑西市と比較して)人口数が多く、かつ開催数が少ないことからみても、もっと多くの方に参加して頂ける余地は多いにあると考える。(練馬区民の在宅医療への意識が低いことも推察される。) ✓ <u>参加された高齢者(65歳以上)を居住エリア別にみると、「練馬地域」および「光が丘地域」においては参加比率が高かったが、「石神井地域」および「大泉地域」では低かった。</u> ※会場(練馬区役所)からの距離が遠くなる程、高齢者が参加しづらい可能性がある。 ✓ <u>参加者の満足度は年齢が高くなるにつれ、低下した。</u> ※自由記載の内容から推察すると、高齢になればなるほど、より具体的で現実感のある講義内容を求めている可能性がある。 	

事業を通して抽出された主な課題について②(調査系)

項目		課題
大項目	中項目	
調査系	ヒアリング調査	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 在宅療養支援診療所にもかかわらず、24時間対応を行っていない医療機関(外来兼業型が多い)が存在する。また機能強化型在宅療養支援診療所(連携型)を届け出ている他の医療機関と連携できていない。 ✓ がん患者、認知症患者の在宅受け入れについては、特定の医療機関に集中してしまっている。 ✓ 特別養護老人ホームが不足しており、千葉・神奈川・埼玉等の遠方にある特別養護老人ホームへ移住せざるを得ないケースが発生している。 ✓ 緩和ケア病床・回復期リハ病床は足りておらず、区外に依存している。 ✓ 在宅患者の後方支援ベッドも不足しており、新規の在宅医療参入時の弊害となる可能性がある。
	死亡小票調査	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医療機関での死亡者のうち、練馬区内の病床で看取られているのは約3割に過ぎず、約半数は2次医療圏外の病床で看取られている(特にがん看取りが外部依存傾向強い)。 ✓ 2013年に年間20件以上看取りのクリニックは2つしかなく、メインは年間5~10人程を看取っている外来型~併用型の在宅療養支援診療所である。 ✓ 練馬区の死亡者数は現状の1.2倍程度まで増加し頂点に達する。この時には、練馬区内医療機関が吸収しなければならない在宅看取り件数は最大で現時点の2倍程度になることが推測され、それに見合った在宅医療体制の整備が必要となる。 ✓ この2倍の在宅看取りに対応するためには、現状2か所しかない特化型在宅療養支援診療所を4か所に強化し、20カ所ある併用型在宅療養支援診療所を30カ所に、外来型在宅療養支援診療所を50から160カ所に増やす必要がある。 ✓ これには、医師会を挙げた取り組み(特化型の新規誘致や、併用型の機能強化、完全外来クリニックの外来型在宅支診への転換)が必要になることは言うまでもなく、区全体での研修や連携の強化が求められる。

課題を解決するための来年度以降の方向性について①

【多職種研修および連携について】

- 本年度開催した各研修については満足度が高かったが、医療介護従事者の知識・スキルおよび多職種連携度の向上を図るためには、単発の開催で終わるのではなく、**継続的に開催していくことが必要である。**
- 研修への医師参加率を高めるためには、**医師会の協力(医師会とのコラボによる研修の企画運営等)を得る必要がある。(医師会とのコラボ企画であれば、講師についても医師の協力を得やすい)**
- チームケアの質向上には、**ICT連携の導入**が求められる。普及のためにも、まずは1つの地域包括エリアからの推進(地域ケア会議において適切な症例を選定する)といった戦略が必要かもしれない。

【区民啓発について】

- 在宅医療・在宅看取りの区民意識の向上のためには積極的な啓発活動が必要である。年に1回だけの開催だけではなく、高齢者の参加率を高めるためにも地域別に複数回開催することも必要である。(例えば、東西エリアに分けて2回開催する等)
- 区民が在宅医療をより利用しやすくするため、**訪問診療を行う医療機関や訪問看護ステーション等、どこにどのような医療・看護・介護の機関(施設)があるのかを把握できるツール(例えば在宅医療・介護資源マップ等)を作成・提供する必要がある。**

【医療・介護リソースについて】

- 区全体として(医師会が牽引する形で)、**24時間対応や緩和ケア対応医療機関の普及など、体制の強化**に取り組む必要がある。
- 慢性期の在宅患者増への対応としては、**現在外来のみの開業医で在宅も行える医師を増やす必要がある。各種研修やバックベッド確保のセーフティネット構築**といった取り組みが求められる。

課題を解決するための来年度以降の方向性について②

【医療・介護リソースについて(つづき)】

- 医療だけではなく、**24時間対応の訪問看護・介護、メディカルデイやショートといった強化された介護リソースの増加が必要**になるため、医師会だけでなく、各職能団体との連携を図っていく必要がある。
- 高齢者の住まいに関しては、区として、中低所得者への住宅供給を展望し、それに沿った地域包括ケアの各種リソースを整備する必要がある

【在宅医の負担軽減について(在宅医療への新規参入促進について)】

- かかりつけ医の在宅医療への参入を促すためにも、弊害となっている**24時間対応(コール・往診対応)の負担軽減策を講じていく必要がある**。例えば、東京都の補助金を活用して夜間休日対応可能なコールセンターや当直センターを運営すること等が考えられる。
- 同様に補助金を活用して**主治医・副主治医のコーディネート機能**を担うことも在宅医の負担軽減につながる。