

平成 23 年度在宅医療連携拠点事業報告書

1. 当該事業を展開した地域に関する情報

ア. 人口・高齢化率等地域特性に関する情報

松戸市は、千葉県北西部に位置する。南北に流れる江戸川を西端として、東京都に接している。東京都のベッドタウンとして発展し、千葉県では千葉市、船橋市に次いで居住人口 3 位である。



松戸市の位置

◆ <u>人口</u>	477,779 人（平成 24 年 1 月 1 日現在）	前年度比	100.5%
◆ <u>高齢者</u>	100,027 人（平成 24 年 1 月 1 日現在）	〃	104.5%
◆ <u>高齢化率</u>	20.9%（平成 24 年 1 月 1 日現在）		
◆ <u>要介護認定者</u>	14,855 人（平成 24 年 1 月 1 日現在）	〃	104.6%

イ. 地域の医療資源に関する情報（種類・規模・数等）

◆ 病院

市内	二次救急までの受け入れ病院	6	市外近隣の関連病院	
	三次	〃	緩和ケア病棟を有する病院	1
	後方支援病院	1	大学病院	1
	療養型病床群併設施設	1	がん専門病院	1
	大学病院	1		

◆ 診療所

医師会正会員数	211
訪問診療を行う診療所	48
在宅療養支援診療所	19

◆ 訪問看護事業所 24

（うち、24 時間対応体制の事業所は 18、連絡体制の事業所は 1）

◆ 保険調剤薬局 188

（うち、訪問薬剤管理指導として届け出がある薬局は 97）

ウ. 地域の福祉資源に関する情報（種類・規模・数等）

◆ 地域の福祉資源（平成 23 年 3 月現在）

	区分	設置数
1	地域包括支援センター	3
2	在宅介護支援センター	11
3	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）※	12
4	地域密着型介護老人福祉施設※	2
5	介護老人保健施設※	9
6	介護療養型医療施設	3
7	ショートステイサービス対応施設 （上記※印の併設分を含む）	28
8	介護付有料老人ホーム	18
9	住宅型有料老人ホーム	18
10	ケアハウス	5
11	認知症対応型共同生活介護	29
12	小規模多機能型居宅介護	6

注)

*1・2の規模に関しては図1参照

*3・4・5・6の規模に関しては図2参照

*7の規模に関しては図3参照

*11の規模に関しては図4参照

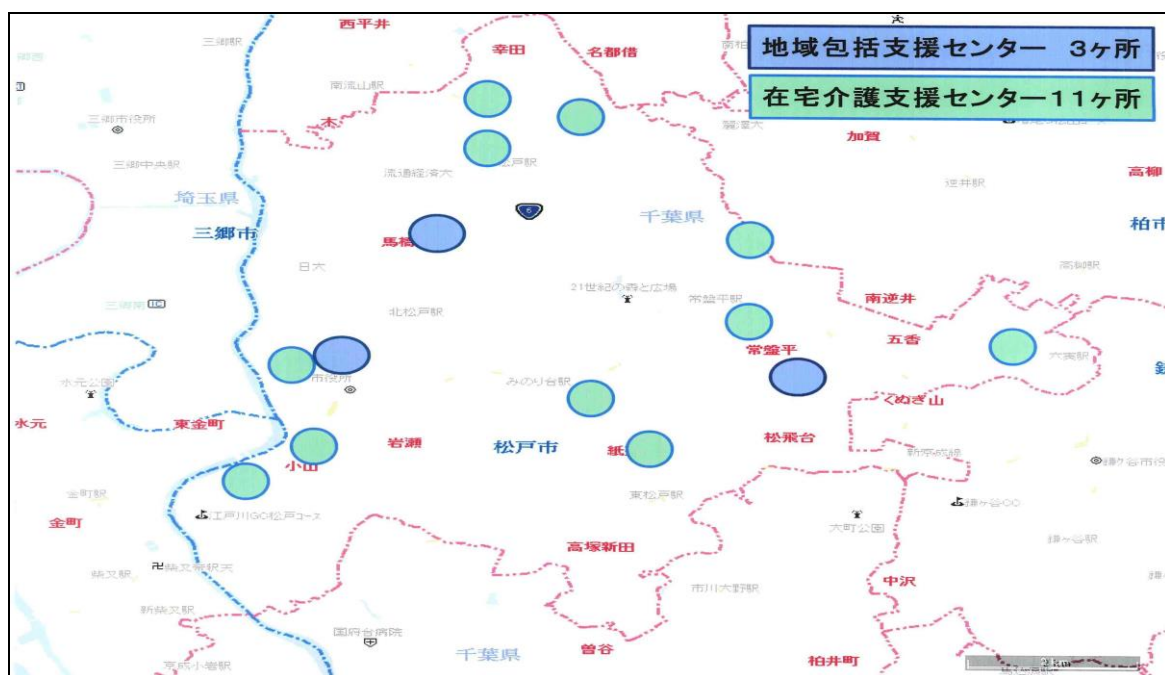


図1. 地域包括支援センター及び在宅介護支援センター

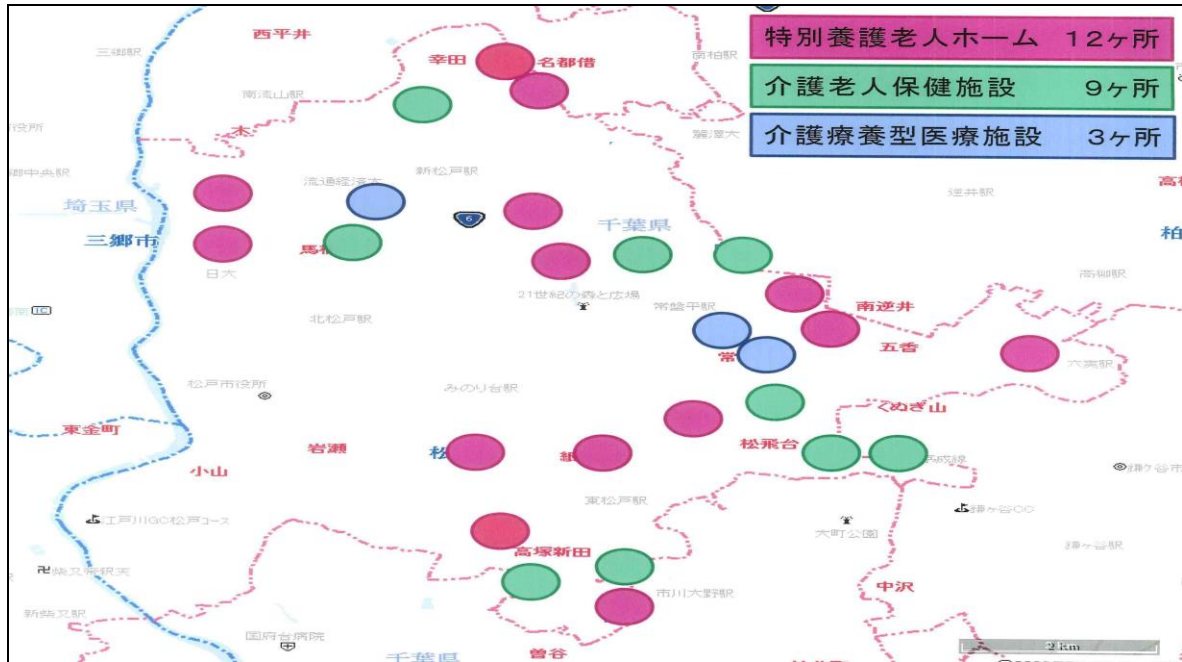


図 2. 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設

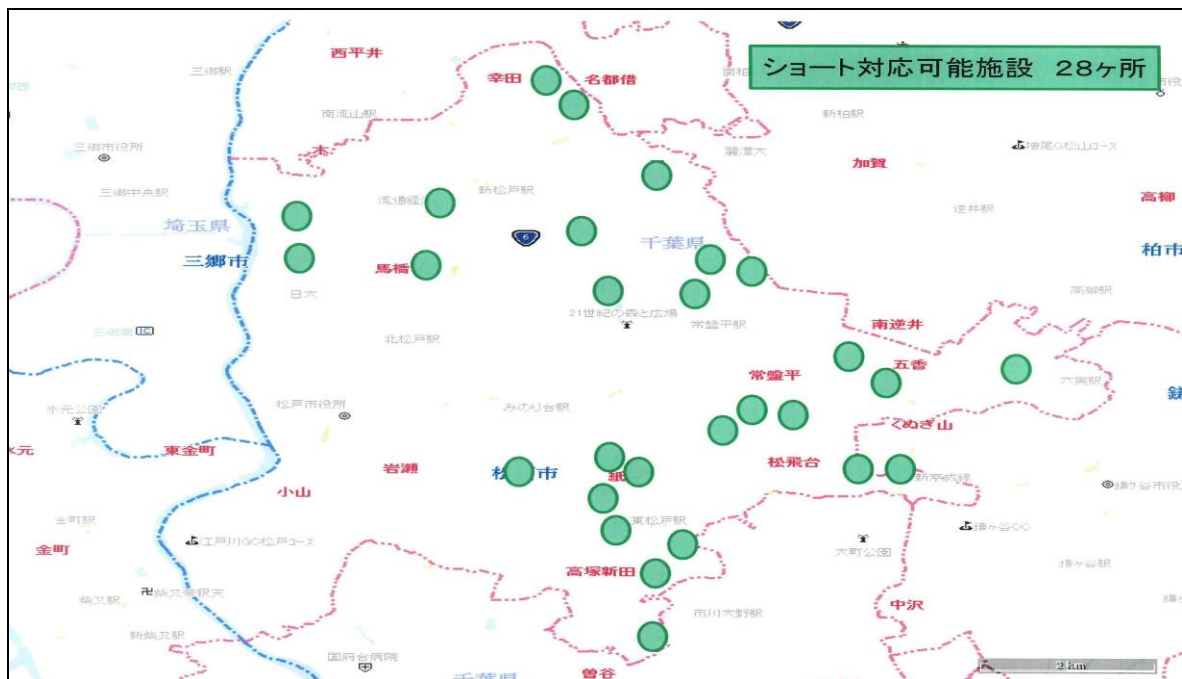


図 3. ショートステイサービス対応施設

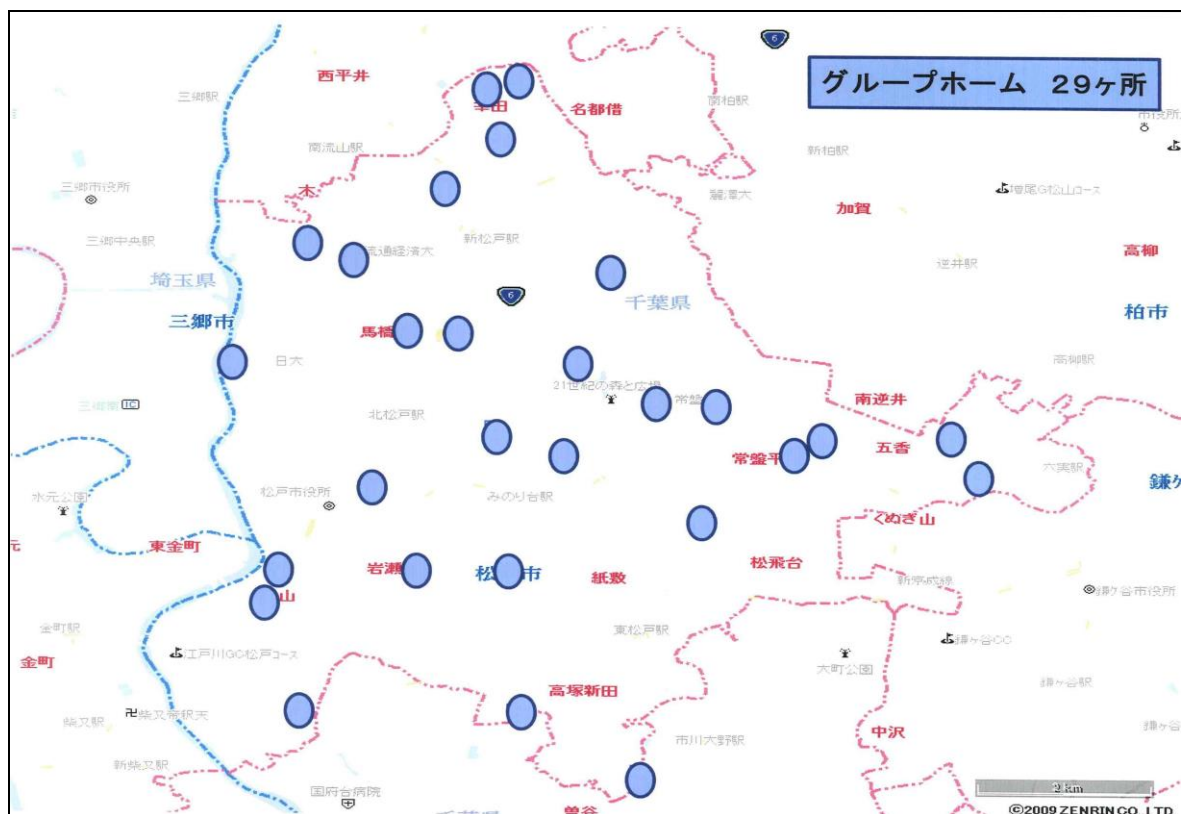


図 4. 地域密着型認知症対応型生活介護

2. 拠点を担った事業者に関する情報（活動内容・規模・歴史等）

平成 11 年 4 月に開設した、複数名の医師で在宅医療を中心に行う診療所である。開設以来、365 日 24 時間安定的に診療の求めに応じる体制を堅持し、適応がある限りどんな依頼も断らない姿勢で臨んでいる。訪問範囲は、松戸市東部（車で 30 分程度）としている。

◆ スタッフ

29 名（常勤医師 2 名、非常勤医師 9 名、常勤看護師 5 名、非常勤看護師 3 名、ソーシャルワーカー 2 名、歯科衛生士 1 名、鍼灸師 1 名、常勤事務 4 名、非常勤事務 2 名）

◆ 患者

患者数 230 名前後

平成 23 年度の実績は、新規在宅導入数 111 名、自宅看取り 50 名（内、がんは 36 名）、施設看取り 15 名（内、がんは 2 名）、病院での死亡 30 名（内、がんは 19 名）

◆ 診療以外の活動

介護認定審査会などの公的役割を担い、地域需要に応じている。また、教育活動にも重点を置き、学生実習や臨床研修医の実習、病院看護師の研修などを受け入れている。更に、地域医療発展のための活動も重視し、医療関係書物の執筆、講演活動、見学受け入れなどを行っている。

◆ 多職種連携

当院は訪問看護ステーションや門前薬局を持たず、開設以来、地域の様々な事業所と連携している。事業所内では毎朝、事務を含めた多職種で患者情報を共有し意見交換を行うカンファレンスを行い、他事業所とは、訪問看護ステーションやケアマネと患者ごとに定期的にカンファレンスを行っている。

平成 23 年 5 月に在宅医療連携拠点事業を受託し、それまでの活動に加え、地域全体の連携強化に関わっている。

3. 活動実績

ア. 多職種連携の課題に対する解決策の抽出

① 会合ごとの参加者の属性（職種・所属機関）

1. 会合の内容【資料 1～4 参照】

多職種が一堂に会する会合として、以下の日程で多職種合同カンファレンスを計 4 回実施した。

第 1 回 （6 月 29 日）

KJ法を用いた「松戸市の在宅医療にまつわる課題の抽出」

第 2 回 （9 月 3 日）

抽出課題から選ぶ最重要課題の検討（落語家 樋口強 氏 の講演・独演会を合わせた企画）

第 3 回 （11 月 29 日）

多職種が関わる患者（認知症患者）の事例検討

第 4 回 （2 月 29 日）

重要テーマに関する解決策の検討

2. 会合の参加者

各カンファレンスに関しては、以下の職種からなる医療福祉従事者を対象に 100 人から 150 人規模で実施した（平均参加者 129 人，平均参加申し込み者 156 人）。

職種	第1回	第2回	第3回	第4回
医師	24	7	17	14
歯科医師・歯科衛生士	10	10	14	11
看護師（病院・診療所／ST）	41	15	31	23
薬剤師	23	19	18	16
PT・OT	5	6	6	8
ソーシャルワーカー	21	14	10	13
ケアマネジャー	38	23	23	16
在介・包括職員／市役所職員	4	12	13	1
居宅系施設職員	—	8	3	1
合計	166	114	135	103
申し込み済み／キャンセル	5	14	37	42
人数の関係からお断りした方	—	—	11	—
総申込者	171	128	183	145

3. 会合の特徴

当院のカンファレンスの主な特徴として、以下のような点が挙げられる。

- 1) 各回のテーマを明確に設定し、課題抽出から解決策への方向性を示すことにより、カンファレンスの目的・意義を意識化した点
- 2) 第1回で参加者自身が挙げた課題を研究スタッフで改めて整理・概念化し、当地域における在宅医療の課題を簡潔な文章やキーワードを用いて視覚化した点
- 3) カンファレンス中、より多くの参加者と意見交換・交流を促す時間を設けた点（名刺交換タイム、作戦タイム等）
- 4) 全ての回で参加者を6～7職種からなるスモールグループ（7～8名）に配置することにより、多職種との意見交換・討論が可能となった点
- 5) 全体討論で各職種から発言を促すことにより、他機関や他施設の特性、他職種の専門性、多職種連携の意義について理解を図った点

②抽出された連携上の課題と解決策のまとめ

第1回多職種合同カンファレンスにおいて、参加者166名に対して松戸市の在宅医療の課題をポストイットに記入してもらった。参加者が挙げた611枚のポストイットの内容をスタッフでKJ法を用いて改めて整理・概念化した結果、11カテゴリー26内容からなる松戸市の在宅医療の課題が抽出された（表1, 図5）。抽出された課題は、「A 専門職間の連携」～「E 顔の見える関係」の“連携に関する課題”が最も多く、「F 本人・家族に関する課題」、「K 市民への啓蒙」の“本人・家族に関する課題”、「H 在宅医療を支える地域資源」、「J 在宅医療に関わる諸制度」の“地域資源・制度に関する課題”、「I 在宅医療の非効率性」、「G 在宅医療を支える医療体制」の“医療体制に関する課題”の4つに大別された。

抽出された“連携に関する課題”の「顔の見える関係づくり」に関しては、多職種合同カンファレンスを継続的に継続することが有効に働いていた（③の会合の成果参照）。また、当院では多職種だけではなく、症例検討を通じたケアマネジャーとMSWの2職種間交流を企画したり、“医療と介護の連携”を促進するために、ケアマネジャー連絡会の組織化、拠点としてのケアマネジャーの研修受け入れ、ケアマネジャーの相談窓口を開設した。また、医療と介護の連携を深めるための基礎知識に関する講義用スライドを作成し、居宅系施設職員を対象とした医療と介護の連携に関する講習会を開催した。“医師との連携”に関しても、医師とケアマネジャーとの連携促進を図るツールとして松戸市の医療機関を対象にケアタイムの作成を行った。第4回多職種合同カンファレンスでは、抽出された11個の課題から「A. 専門職間の連携」「H. 在宅医療を支える地域資源」「F. 在宅医療を支える医療資源」の3つの課題に焦点を絞り、各課題の解決策について、“明日からできること”、“1年以内に達成できること”、“大きな枠組みの変更が要すること”の3つの階層を設定して議論を行った。今後も抽出された課題について効果的な解決策を検討・実施する方針である。

表1. 松戸市の「在宅医療に関する課題」一覧

番号	項目	課題文
A. 専門職種間の連携		
1.	地域の中の連携(多職種連携)	多職種間で患者についての情報交換や話し合う機会が不足している
2.	地域の中の連携(同職種連携)	病棟医師と在宅医、看護師同士など、地域の同職種間での情報共有や交流が不十分である
3.	医師との連携	多忙な医師とは連絡がとりづらく、気後れすることもあるため連携が難しい
B. 医療と介護の連携		
4.	医療と介護の連携	医療側の生活への理解不足、介護側の医療に関する知識不足のため、お互いの理解や連携が不十分である
C. 方針決定や相互理解		
5.	方針決定プロセス	在宅療養は異なる機関に所属する多職種が関わるため、治療ケアの方針決定プロセスが不明確である
6.	臨床倫理	終末期における抗がん剤や胃瘻造設の適応等についての考え方が医療者間で統一されていない
7.	相互理解	多職種間での役割分担が不明確で、自分以外の職種の専門性やその限界を理解していない
D. 病院と在宅の連携		
8.	病院から在宅への移行	病院の医療者が在宅医療でどんなことができるかを把握していないため、スムーズに在宅へ移行できない
9.	退院調整	入院早期からの退院調整や退院前カンファレンスの開催等が不十分である
E. 顔の見える関係		
10.	顔の見える関係	連携の基盤となる顔の見える関係ができていない
F. 本人・家族に関する課題		
11.	サービス利用への障壁	医療や介護のサービス内容や意義などが理解されず、その導入や継続が難しい
12.	世帯の抱える問題	独居高齢者や認知症が増え、疾病や介護だけでなくその対応に苦慮する
13.	介護力不足	患者を支える介護力が不足していたり、家族の協力が得られにくい
14.	経済的問題	在宅療養の対象者には経済的問題がしばしば伴っているため、その対応に苦慮する
G. 在宅医療を支える医療体制		
15.	マンパワー不足	在宅医療に従事する専門職が不足しており、その需要の増加に対応しきれない
16.	緊急入院先の不足	急病に際しての緊急入院の受け入れ先の確保がままならず、その対応に苦慮する
17.	24時間365日対応	24時間365日切れ目なく在宅医療を提供する体制や工夫が不十分である
18.	医療依存度の高い患者の増加	看取りやがん・難病など医療ニーズの高い患者が増えているが、その受け入れ体制が不十分である
H. 在宅医療を支える地域資源		
19.	在宅を補完する病院や施設	入院、入所、レスパイト先といった在宅を補完する病院や施設が不足している
20.	地域資源の把握	医療機関や事業所の特徴や空き状況、地域資源全般についての把握が困難である
21.	相談機能	疾病や生活障害、制度活用等について従事者が相談できるところが不足している
I. 在宅医療の非効率性		
22.	情報にまつわる障壁	情報が分散している、共通のアプローチ方法がない等の理由で、多職種間での情報共有が不十分である
23.	在宅医療に要する労力	他職種・他機関との連携が必要であるため、書類作成や連絡、日程調整等に多大な労力を要する
J. 在宅医療にかかわる諸制度		
24.	介護保険にまつわる課題	医療保険との兼ね合いや限度額等の存在等から、在宅療養を支えるには現状の介護保険では不十分である
25.	制度の複雑さ	在宅療養は医療面と介護面の両面への介入が必要となるが、それらの諸制度が煩雑で分かりにくい
K. 市民への啓蒙不足		
26.	市民への啓蒙	在宅医療でできることやその意義について、市民への啓蒙が不足している

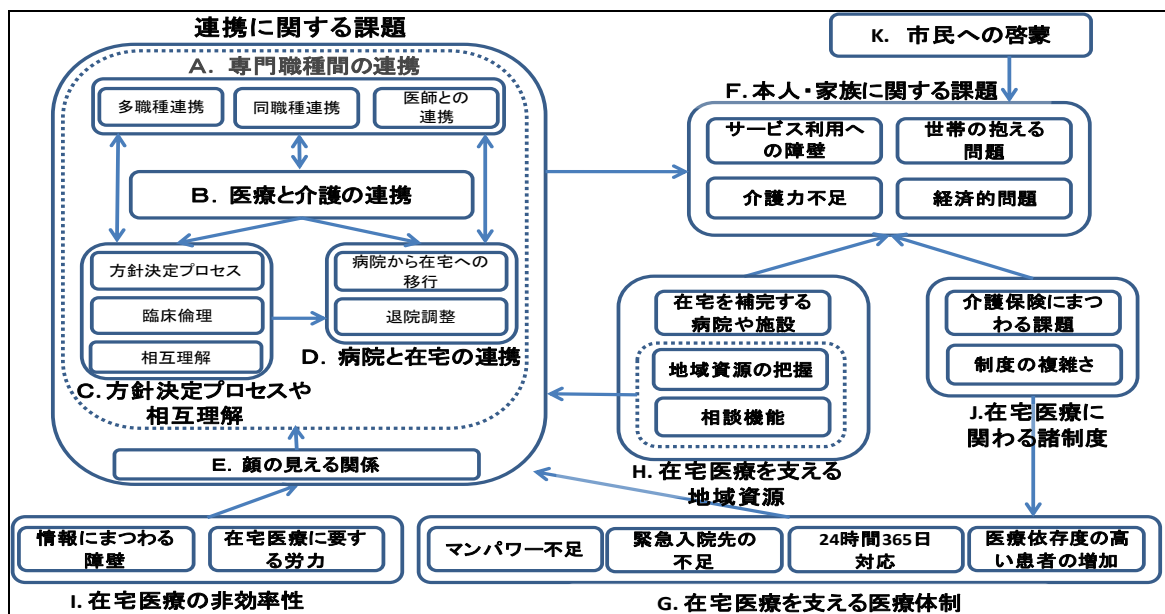


図 5. 松戸市の在宅医療に関する課題

③会合による成果や評価に関する記述

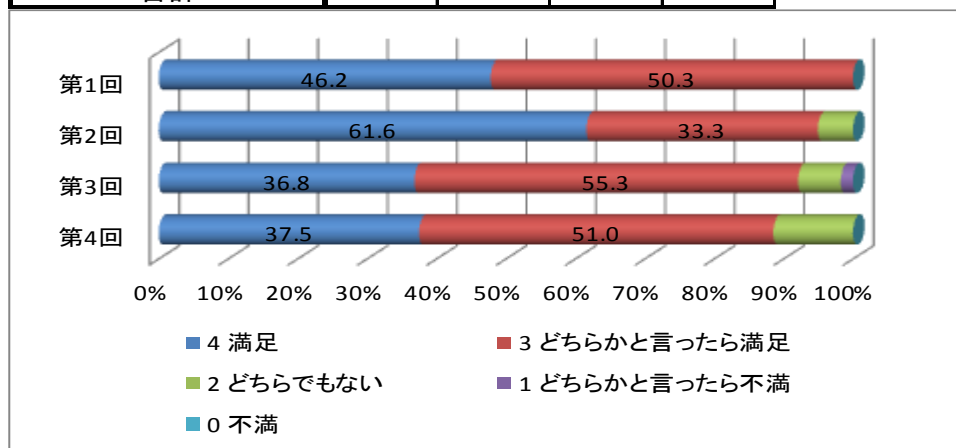
(例：会合後のアンケート結果、参加者の声、抽出された解決策を実施した成果等)

第 1 回～第 4 回の全多職種合同カンファレンスでアンケートを実施した【資料 5～8 参照】。以下では、カンファレンス全体の評価を報告する。

1. 各カンファレンスの参加者の満足度

満足群（「満足」又は「どちらかと言ったら満足」と回答）の割合は以下の通りであり、全ての回で高い評価が得られた（第 1 回：96.5%、第 2 回：94.9%、第 3 回 92.1%、第 4 回 88.5%）。

	第1回	第2回	第3回	第4回
4 満足	46.2	61.6	36.8	37.5
3 どちらかと言ったら満足	50.3	33.3	55.3	51.0
2 どちらでもない	.0	5.1	6.1	11.5
1 どちらかと言ったら不満	.0	.0	1.8	.0
0 不満	.0	.0	.0	.0
合計	100.0	100.0	100.0	100.0



2. 各カンファレンスごとの感想

各カンファレンスごとに参加者の感想（自由記述）を分類したところ、16 カテゴリーに分類された。

カテゴリー	記述数			
	第1回	第2回	第3回	第4回
1 多職種との意見交換・グループディスカッションに対する肯定的評価 (多職種の意見が聞けて良かった、グループディスカッションが良かった)	25	28	30	20
2 カンファレンス全体に対する肯定的評価 (楽しかった、勉強になった、楽しかった)	24	13	3	5
3 時間に関する要望 (もう少し時間がほしかった、もっと議論したかった)	19	6	3	6
4 多職種との交流・情報共有	15	0	0	6
5 大人数の参加者に対する驚きと希望	11	0	0	1
6 顔の見える関係づくり	9	3	4	3
6 今後の企画について	9	0	0	1
8 多職種連携の重要性の認識	8	11	2	1
9 運営についての肯定的評価	7	0	11	3
9 自己の気づき (自己の気づきや今後に向けて自分ができること、できないこと)	7	4	12	9
11 参加者のグループ分けに対する肯定的評価 (多職種のグループ分けが良かった)	6	1	0	0
12 他職種の考え方の認識 (職種での意見など、今まで気づけなかったことを再発見できた)	4	4	23	4
13 継続開催の希望	—	7	2	0
14 症例について	—	—	6	0
15 解決策を話し合えたことの肯定的評価(話し合えてよかった)	—	—	—	5
16 課題の解決策の提案	—	—	—	5
その他	4	0	4	4
合計	148	77	100	73

3. 参加したカンファレンス全体の評価【資料9参照】

第4回多職種カンファレンス参加者110名中、アンケートの回答が得られた98名(回収率:89.1%)を対象に、これまでに参加したカンファレンス全体の評価について回答を求めた。

回答者の基本属性

性別・・・男性:38名(39.2%)、女性59名(60.2%)【無記名1名】

年齢・・・45.3歳(SD=10.8歳)R=26歳~66歳

経験年数・・・平均値14.4年(SD=10.5年)、中央値12.0年、R=1年~40年

3-1. カンファレンスの有効性

参加したカンファレンスが「1. 多(他)職種と交流を深める場」~「10. 知識や学習の場」として、“有効でなかった(0点)”~“非常に有効であった(3点)”について回答を求めた。結果、項目10「知識や学習の場」以外で平均値が2点を越えており、平均して全項目内容でカンファレンスが有効であったと評価された。

内容	平均点	有効でなかった(0点)	多少は有効であった(1点)	有効であった(2点)	非常に有効であった(3点)
① 多(他)職種と交流を深める場	2.32	0	12.4	43.3	44.3
② 多(他)職種と意見交換を行う場	2.35	2.1	4.1	50.5	43.3
③ 他職種の視点や専門性、他職種の役割を知る場	2.22	1.0	14.6	45.8	38.5
④ 職種が違って共通した視点や考え方を知る場	2.27	1.0	7.2	55.7	36.1
⑤ 自分の仕事や自分の職種に求められている役割を再認識する場	2.03	1.0	21.6	51.5	25.8
⑥ 情報共有の場	2.02	1.0	21.6	51.5	25.8
⑦ 顔の見える関係づくりの場	2.24	2.1	13.4	43.3	41.2
⑧ 多職種連携の重要性を認識する場	2.35	0	9.3	46.4	44.3
⑨ 地域の現状や問題を知る場	2.03	2.1	20.6	49.5	27.8
⑩ 知識や学習の場	1.98	3.1	20.6	51.5	24.7

3-2. 有効性の評価と参加回数との関連

3-1のカンファレンスの有効性に関する全10項目の合計得点と参加回数との関係を検討したところ、有意な相関が認められた〔 $r=.218(p=.034)$: spearman 相関分析〕。参加回数が多い人ほど得点が高く、カンファレンスが有効であったと評価をしていた。

参加回数	1回	2回	3回	4回	全参加者
平均得点(30点満点)	20.63	20.41	21.43	23.11	21.69
SD	5.818	5.861	4.697	4.898	5.298
n	16	22	21	36	95

無記入3名を除く

3-3. 日常の連携への変化

カンファレンスに参加したことで「日常の連携に繋がったり、他職種との繋がりが広がったか」に関しては、約76%の人が“そう思う”あるいは“非常にそう思う”と回答していた。主観的な評価であるものの、多職種合同カンファレンスが日常の連携促進に繋がる可能性が考えられた。

内容	平均点	そう思わない(0点)	あまりそう思わない(1点)	そう思う(2点)	非常にそう思う(3点)
日常の仕事上での連携につながったり、他職種との繋がりの幅が広がった	1.96	2.5	21.5	53.2	22.8

(%)

3-4. カンファレンスの運営側要因・参加者感情要因の評価

運営側の要因（例：カンファレンスのグループが多職種で構成されていて良かった）や参加者感情の要因（例：カンファレンスに参加できて楽しかった）について回答を求めたところ、全項目で平均値が2.3以上であり、高い評価を得た。

内容	平均点	そう思わない(0点)	あまりそう思わない(1点)	そう思う(2点)	非常にそう思う(3点)
⑪ 各グループが多職種のメンバーで構成されていて良かった	2.47	.0	2.1	48.5	49.5
⑫ カンファレンスは主催者側から参加者側への一方的なものではなく、参加者主体型の内容であった	2.36	1.0	2.1	56.7	40.2
⑬ 主催者側は、各回の内容や進め方を工夫していた	2.39	.0	4.2	53.1	42.7
⑭ カンファレンスに参加できて楽しかった	2.31	1.0	6.2	53.6	39.2
⑮ カンファレンスに飽きずに参加することができた	2.37	1.0	2.1	55.7	41.2
⑯ 多職種連携に興味のある参加者が多くいることに、勇気づけられた(前向きな気持ちになれた)	2.36	.0	5.2	53.6	41.2

3-5. 多職種合同カンファレンスの満足度

参加したカンファレンスについて、1) カンファレンスの内容、2) 総体的な満足度について回答を求めた。両方とも10点満点中8点と回答した人が最も多く、平均値でも1)、2)ともに7.9点と高い評価が得られた。

1) 合同カンファレンスは、どの程度あなたにとって役に立ちましたか？（カンファレンスの内容の評価）

参加者平均点	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
7.85±1.78	0	0	1.1	3.4	2.3	2.3	4.5	18.2	37.5	9.1	21.6

(%)

2) 合同カンファレンスの満足度（カンファレンスの内容に加え、運営の仕方や会場等を含めた総合的な評価）

参加者平均点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
7.94±1.65	0	1.1	1.1	2.3	4.5	4.5	13.6	39.8	13.6	19.3

(%)

3-6. 多職種合同カンファレンスの満足度と関連要因の検討

カンファレンスの総体的満足度に何が関連するのかについて階層的重回帰分析を行ったところ、有効性に関する全10項目の得点が高かった人（カンファレンスが有効であったと評価した人）ほど、運営側が工夫をしていると評価した人ほど、参加に伴うポジティブ感情が高い人ほど、満足度が高かった。

3-7. まとめ

多職種合同カンファレンスの有効性について、アンケート結果から以下のことが考えられた。

- 1) カンファレンスは「他（多）職種と交流・意見交換を行う」ことで、「他職種の専門性や役割あるいは職種を越えた共通性を知り、多職種連携の重要性を知る」のに有効なツールである
- 2) カンファレンスは「「他（多）職種と交流・意見交換を行う場」だけではなく、「顔の見える関係づくりの場」や「地域の現状や問題を知る場」としても有効であり、有効性は多面的である。
- 3) カンファレンスに参加することで、「日常の仕事上での連携につながったり、他職種との繋がりの幅を広げる」効果が期待される。
- 4) カンファレンスに継続的に参加することで、参加者にとってカンファレンスが有効に働く（カンファレンスが有効であったと認識する）。
- 5) カンファレンスの満足度を高めるには、第1にカンファレンスが多面的な機能を要する内容であること、そしてこれらの“カンファレンスの要素”だけでなく、「グループが多職種で構成されている」等の“運営側の工夫”、参加者自身が「参加して楽しい、飽きずに参加できる、勇気づけられる」といったポジティブな感情を得られる“参加者の感情要因”も重要といえる（図6）。

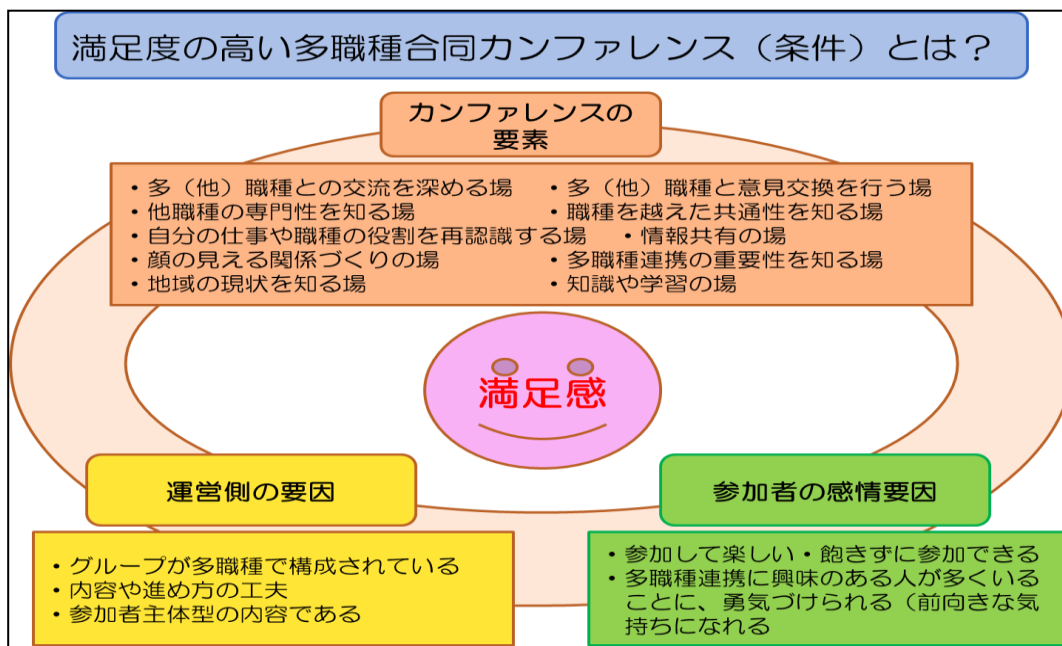


図 6. 満足度の高い多職種合同カンファレンスの条件

イ. 在宅医療従事者の負担軽減の支援

① 24 時間体制を構築するためのネットワーク化

- ・どのような課題があり、どのような支援体制をどのように構築していったかにまつわる記述
- ・支援体制構築による成果や評価にまつわる記述

1. 薬局連携

平成 23 年 5 月、市内 188 薬局に参加を呼びかけ、37 薬局 46 名からなる在宅医療連携薬局連絡会（以下連絡会）を組織した。説明会に参加した薬局を対象にアンケート調査を実施したところ、「365 日の安心を提供する」というテーマにまつわる関心が高いことが明らかになった【資料 10, 11 参照】。

連絡会発足後、2 か月ごとに世話人会（連絡会加入者の内、6 名からなる会）を開催し、アンケート調査から明らかになった検討すべき重要テーマの内 3 つ（1. 訪問薬剤管理指導ははじめの一步、2. 在宅患者の処方箋を遅滞なく対応する、3. 麻薬を含め薬剤にまつわる 365 日の安心を提供する）について検討を行った。平成 24 年 1 月 19 日には連絡会総会を開催した【資料 12 参照】。連絡会総会では、各テーマにおける進捗報告と、「麻薬を含めた薬剤に関する 365 日の安心を提供する」ための課題解決に向けたグループディスカッションを行った。

総会では、輪番制の構築、必須麻薬在庫や情報共有の仕方など様々な意見交換が行われ、患者に安心を提供するための仕組みづくりにまつわる様々なアイデアが出された【資料 13 参照】。また、診療所が緊急時に備えて常備薬を備えたり、予見できる急性症状に対応するために頓用薬処方を行うなどの対応を講じることにより、必ずしも薬局が 24 時間体制を整えなくても（例：20 時までの対応）、患者・家族に対して薬剤に関する 365

日の安心を提供できるシステム作りに関しても議論された。次年度はこれらの議論内容をもとに「麻薬を含めた 365 日の安心を提供する」ための仕組みを運用できるよう活動を進めていく予定である。

拠点では、連絡会をスムーズに運営するための事務局機能を担い、薬剤師が主体的に関与できるよう支援を担当した。

2. 診診連携：診診連携まつど方式

松戸では、訪問診療を行っているほとんどの診療所が常勤医師 1 人体制をとっている。そのため、各々で 24 時間体制を整えるには、心理的にも肉体的にも負担が小さくない。よって、当院のようにグループ診療体制をとる一部の診療所以外では、24 時間体制をとるのは困難であり、24 時間の対応が地域全体に広がらないという課題がある。

医師の負担を軽減しながら 24 時間体制を構築するため、当院では 2007 年より 3 人の近隣の開業医との連携を開始した。事前の共有は、患者の氏名、住所、電話番号のみで、カルテ共有や事前のサマリー作成などの心理的抵抗や負担をできるだけ回避している。主治医が患者からの連絡を受け臨時往診が必要と判断した場合に、連携医師に連絡して病歴や留意すべき点を直接伝える。主治医が方針決定を行い、連携医師は主治医の指示を仰ぎながら患者に対応するという形をとっている。

また、当院は今年度「東大柏プロジェクト」に携わり、近隣の市での開業医向け在宅医療導入研修の施行に協力した。今後は松戸市でも同様の研修を実施し、その研修を診診連携まつど方式参加の条件にしたいと考えている。

②チーム医療の提供のためのインフラの整備

- ・どのような課題があり、どのような方策でチーム医療を実現していったかに関する記述
- ・上記体制整備による成果や評価に関する記述

1. ホスピストライアングル

平成 23 年 4 月より、在宅医療の後方支援を担う市立病院（医療福祉センター）と、月 1 回ペースで「病診連携カンファレンス」を開催した。医療処置等の多い要介護状態の患者に対してスムーズな退院支援を行えるように話し合い、退院時に患者・家族にとって必要な社会資源に繋がることを目的に情報提供等を行った。

さらに 8 月から、国立がん研究センター東病院の緩和医療科の医師と医療ソーシャルワーカーがカンファレンスに参加することで、がん患者の退院支援に関しても話し合いを深めることができた。

その結果として「がん治療を行う病院」「地域の病院」「地域の診療所」の 3 か所が連携体制を整え、患者の状態に合わせて最適な医療機関で切れ目のない医療やケアを提供できるようホスピストライアングルを志向している。現在運用に向けて準備を進めており、図 7 のようなパンフレットを作成した。



緩和ケア科の医師や地域の医師が病気や治療、症状への疑問や相談に応じます

自宅での療養生活上の不安や悩みについて看護師にお気軽にご相談ください



医療費のことや様々な制度に関することは医療ソーシャルワーカーにご相談ください



緩和医療科長
木下寛也医師

独立行政法人

国立がん研究センター東病院

千葉県柏市柏の葉6-5-1

電話:04-7134-6932

患者・家族支援相談室



病院長
岩井直路医師

松戸市立福祉医療センター

東松戸病院

千葉県松戸市高塚新田123-13

電話:047-391-5500

保健福祉医療室



院長
川越正平医師

医療法人財団千葉健愛会

あおぞら診療所

千葉県松戸市緑ヶ丘2-357

電話:047-369-1248

医療ソーシャルワーカー

地域連携トライアングル<まっど>



“地域連携トライアングル”とは

「がん治療を行う病院」だけでなく、「緩和ケア科」「地域の病院」「地域の診療所」の3か所が連携体制を整えました。各医療機関には責任者としての医師に加えて看護師、医療ソーシャルワーカーを担当者として配置しています。

3か所の医療機関のどこに相談していただいても結構です。必要に応じて他の2か所の医療機関と緊密に連携し最適な医療機関で切れ目のない医療やケアを提供できるよう対応いたします。

図7. 「ホスピストライアングル」パンフレット

2. 在宅療養移行報告書

病院側は患者が在宅医療に移行した後、どのような療養生活を送っているのか等の情報を知るすべがなく、その結果、在宅での療養生活をイメージすることができないまま退院支援を行っている。

そこで平成24年1月から、在宅での療養生活を支えている多職種（医師・訪問看護師・ケアマネジャー等）に情報収集を行い、本人・家族に聞いた療養生活上のエピソードを交えた「在宅療養移行報告書」（図8）の作成を開始した。

対象患者としては、病院から訪問診療の依頼を受けた患者の中でも、病院の退院支援に関わったスタッフが病状以外の面に不安要素を抱いていた患者（独居、家族の介護力等）を選び作成している。作成した報告書は、入院していた病院の病棟・地域連携室宛てに郵送しフィードバック評価を頂くために返信用の葉書（図9）を同封した。



【現在の病状や治療方針】

痛みが強くなり、レスキュー使用回数が増えています。モルヒネ静注のペースを48mg/dayに漸増し、ボルタレン坐薬25mgを1日2回定期で使用開始しました。現在はレスキューを1日6回前後使用しています。痛みが強い時にはPCAボタンを自身で押せず、周囲の方に頼んで押してもらっているそうです。日中も義姉さん、息子さんなど誰かが近くにおり、対応されています。入院中はほとんど関わられなかった息子さんも、少しずつ役割を見つけて関わるようになっていきます。退院一週間目、急に痛みが強くなった際にレスキューの回数が予想以上に多く、結果モルヒネ残量が夜中3時に無くなるという事態が恥ずかしながらおきてしまいました。あらかじめお願いしていた24時間対応可能な調剤薬局(習志野市のフラワー薬局)に迅速に対応していただき、事なきを得ることができました。最期まで家で看ることはできないだろうと本人、ご家族とも考えていますが、現在のところ、本人やご家族からは、対応できそうにない症状や様子がみられるという相談はありません。

【訪問看護支援時の様子】

ステーションより

室内に介護用ベッド・低反発マット・点滴棒をレンタルし、和室にて療養生活を送られています。持続点滴のバッグ交換は、1日1回、妻が行うことができます。同居家族の他に親戚の方々が介護に携わっており、退院直後から1週間ぐらいは少量ずつ飲食できていましたが、現在はできない状態です。トイレまでの歩行は何とか行っておりますが、疼痛増強し麻薬を増量中です。訪問時には、口腔ケア・清潔ケア・イレウス予防・疼痛コントロール・精神的な面に関してのフォローを行っています。

【介護保険サービス】

担当: [redacted] さんのお母様を担当されているケアマネジャーさんが担当されています。介護保険サービスでは、福祉用具レンタルのみ利用中で、点滴棒は自費レンタルされています。ポータブルトイレは、ケアマネジャーさんの事業所にあったものをお貸ししています。奥様のお姉様や息子さんが日中は自宅で見守ってくださっているので、ヘルパー支援等は利用せずに過ごされています。

【春休み中の息子さん】

自宅にいる時には、自室ではなくご本人が休まれている和室の隣のリビングで過ごすようにしています。退院直後は、何をすれば良いのか?ということがわからずに、少し距離を置いている様子もありましたが、PCAポンプのスクロールボタンを押し、バッグ残量やドーズ有効回数を電話を教えてくださいました。

【同居中の母】

91歳ですが、認知症もありません。「息子の体調も悪そうなので、できることは自分で」というお気持ちが強く、自力で室内を歩行したり、身の回りのことなどもできる限りのことをご自分でなさっています。ご本人の病名はご存じなので、退院された時には、「自宅に戻って来れて良かった」と話されていました。

【義父の協力】

奥様の父(91歳)が、船橋市から電車を使って、週2~3回、ご本人のお宅を訪問しているそうです。義父の訪問の目的は、本人のお母様の付添ですが、ご本人のことも気にかけてくださっているそうです。



訪問診療中の林先生と話すご本人

図 8. 在宅療養移行報告書

今後の退院支援等に反映させていただくため、今回、送付させていただきました在宅療養移行報告書に関してのご意見・ご感想や、在宅療養に関しての病院の皆さまからのアドバイス等がございましたら、こちらにご記入の上、ご返送いただければ幸いです。

【通信欄】


御報告ありがとうございました。スタッフ一同
喜んでおりました。[]さんのお顔を見て
涙が出ました。御家族みんな協力あって
家に帰ることで絆が強くなっていることと
感じました
私と一緒にご訪問に伺えるよう次年度の
調整。システム作りしていきたいと思っております
今後とも御指導をよろしくお願いいたします
 あおぞら診療所
MSW 丹野・久保木

図 9. 在宅療養移行報告返信はがき

3. 医科歯科連携

問題点

1. 口腔内に問題があるのに見つけられない

- 1) 医師、看護師では口腔を診ることが少なく口腔内の問題に気づきにくい。
- 2) 歯科医師、歯科衛生士が在宅療養患者の口腔内を診る機会が少ない。

2. 口腔の問題が発見されても歯科に繋げにくい

- 1) 訪問歯科診療が十分知られていない。
- 2) 訪問歯科診療を依頼する方法が確立していない。
- 3) 訪問歯科診療を行う歯科医師が少ない（歯科医師が訪問歯科医診療の必要性を十分理解していない、訪問歯科診療用器材等の問題等）。
- 4) 訪問歯科診療が十分対応できていないことから、口腔の問題があるすべての患者に対して歯科が介入することは困難であるため、より必要度の高い患者を抽出できる仕組みがない。

3. 摂食嚥下機能面への対応が必要である

- 1) 対応できる歯科医師、歯科衛生士が少ない。
- 2) 摂食嚥下障害について、またその対応について十分に知られていない。

目的

1. 医科診療所の医師の往診に歯科関係者（歯科医師、歯科衛生士）が同行することにより、在宅療養患者で歯科介入の必要性が特に高い患者を把握・抽出する。
2. 歯科介入が必要な患者を歯科へ繋げ、歯科治療・口腔ケア・摂食嚥下リハビリ等の介入を行い、必要に応じて継続する。

方法

1. **歯科介入が必要な患者のアセスメントによる把握と抽出**
 - 1) 医科の往診に歯科医師または歯科衛生士が同行し口腔内をチェックする。
 - 2) 各患者の口腔内の状態を記録する【資料 14 参照】。
 - 3) 歯科介入の必要性が高いものを見つける。
2. **主治医への報告と相談**
 - 1) 歯科介入の必要性が高いものについて主治医へ報告する。
 - 2) 身体状況・家庭環境などを考え合わせ、歯科介入が適当であるかを相談、主治医が決定する。
3. **介入の必要な患者および家族へ状況説明**
 - 1) 決定した患者および家族に対して、主治医から歯科介入が必要であることを説明する。
4. **訪問歯科の受診希望・依頼**
 - 1) 主治医からの説明を受け、訪問歯科診療の受診希望をした患者に対して、エリア・診療内容・緊急性により担当歯科医師を決定する。
 - 2) 医科から歯科への訪問歯科診療申込書【資料 14 参照】を担当歯科医師に送付または FAX する。
 - 3) 医科から歯科へ情報提供書【資料 14 参照】を送付または FAX する。
5. **訪問歯科診療・訪問口腔ケアの開始**
 - 1) 担当歯科医師が患者との連絡により訪問日を決定する。
 - 2) 歯科から医科へ初回の訪問歯科診療報告書【資料 14 参照】を送付または FAX する。
6. **必要に応じて訪問歯科診療・口腔ケアの継続**
 - 1) 必要に応じて訪問歯科診療および継続した口腔ケアを行い、看護職・介護職・家族への指導を行なう。
 - 2) 必要に応じて歯科から医科へ訪問歯科診療報告書を送付または FAX する。

結果

1. 平成 23 年 4 月から平成 24 年 2 月末まで、計 226 名（在宅療養患者 158 名、施設入居者 68 名）についてアセスメントを行った。在宅療養患者では 158 名中、口腔内評価後 47 名に対し訪問歯科診療が開始され、以前から歯科が介入していた 33 名と合わせて合計 80 名（50.7%）に歯科が関わった。施設患者では 68 名中、口腔内評価後 13 名に対し訪問歯科診療が開始され、以前から歯科が介入していた 13 名と合わせて合計 26 名（38.3%）に歯科が関わった。全体では以前より歯科が介入していた 46 名と合わせて、口腔内評価後 60 名、合計 106 名（46.9%）に歯科が関わっていることに

なった。

2. 医科診療所の訪問診療に歯科医師や歯科衛生士が関わることで、医師、看護師の口腔に対しての意識が高まり、医師、看護師が口腔内をある程度診ることが出来るようになった。このことにより口腔内に問題を有する患者が医師、看護師から歯科衛生士に繋がるという具体的な連携の方法が確立されてきている。
3. 歯科介入後、歯肉炎症の軽減、口臭減少、咬合の安定など口腔状態の改善がみられた患者（症例1～4）、摂食・嚥下機能面への影響がみられた患者（症例3）、認知面の改善傾向など全身状態へも影響があったと思われる患者がいた（症例1）。
4. 地域の歯科医師と連携をとるために、地域歯科医師会から紹介された歯科医師の訪問地域エリアマップを作成し患者紹介を行った（図10）。

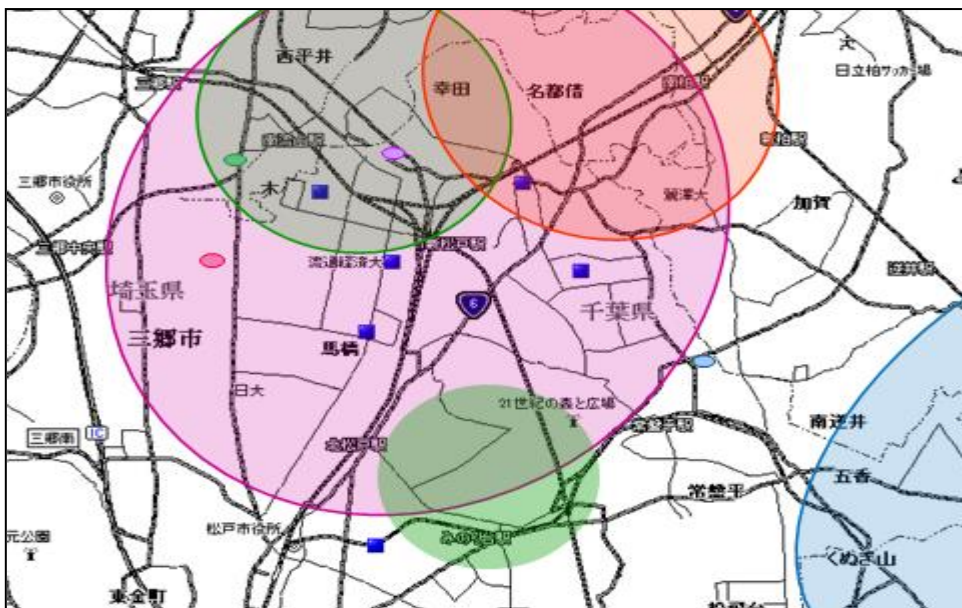


図10. 連携歯科医院のエリアマップ

今後の課題

1. 医科と歯科の連携が必要

- 1) 口腔内に歯牙・粘膜・咬合・摂食嚥下などの問題がある患者が多いことをふまえ、医科診療所に口腔や栄養の専門職（歯科医師、歯科衛生士、栄養士、耳鼻科医等）が関わることを望ましい。
- 2) 口腔や栄養の専門職が関われない場合に、医師、看護師が患者の口腔内の問題を発見するための評価項目（評価者によるぶれが生じにくい、短時間でできる簡便なもの）からなる尺度開発が必要である。
- 3) 口腔内の問題が発見されたときの対応方法、訪問歯科診療の依頼方法を確立し、地域に展開していく必要がある。モデル事業で行った連携の方法を拡大するためには現行の制度では柔軟な対応が難しく法の改正等も視野に入れる必要があると思われる。
- 4) 歯科介入の必要性の理解を深めるために、歯科専門職から医師、看護師、介護職への啓蒙活動が必要である。

2. 訪問歯科診療等の推進

- 1) 対応できる歯科医師、歯科衛生士を増やす必要があり、そのための研修事業・機関が必要である。
- 2) 歯科医師、歯科衛生士が医科診療所と連携をとり活動できるようなしくみが必要と思われる。

3. 摂食嚥下機能面への対応

- 1) 摂食嚥下機能の評価が行える歯科医師、摂食嚥下リハビリテーションのできる歯科衛生士を増やす（学生教育、研修、同行など）。
- 2) 摂食嚥下機能の問題を発見するための評価項目など尺度開発が必要である。
- 3) 摂食嚥下機能の問題が発見された時の対応方法、訪問歯科診療の依頼方法を確立する。

症例

【症例1】

- ・年齢：89歳
- ・性別：女性
- ・介護度：要介護5
- ・住居：在宅で息子夫婦と同居
- ・疾患名：認知症
- ・主な介護者：嫁（息子の妻）
- ・歯科介入時期：平成23年9月
- ・アセスメント時の口腔内状態と身体状態：

義歯不適合，残存歯16本，う蝕2本，
口腔清掃不良のためプラークおよび歯石が付着、
歯肉の炎症による発赤・腫脹・出血、強い口臭
発語あり，会話は成り立たず，昔の話などしている
家族の対応には大声で外に叫んだりする
失禁あり

- ・訪問歯科診療の頻度と内容：

歯科医師1名，歯科衛生士1名で月2回程度訪問。
義歯の調整を行い内面を適合させた。並行して口腔内の清掃，歯牙の処置（う蝕歯の処置，歯石除去など）口腔過敏の除去を目的として口腔内外のマッサージ，義歯の清掃および義歯の取り扱いについての指導を行った。以降，月1回の口腔清掃と義歯の適合状態チェックを継続している。

・ 歯科介入後の口腔内および身体状態の変化：

上顎総義歯が適合し、食事（普通食）・会話が問題がなくなりました。
口腔内の清掃状態が良好となり、歯肉の炎症・口臭が軽減（ほぼ感じられない程度）した。
その場での会話が可能となる、相手を気遣うような言葉が出るようになる。
家族より「穏やかになった」とのこと。
失禁がなくなった。

【症例2】

・ 年齢：71歳

・ 性別：男性

・ 介護度：要介護5

・ 住居：在宅（団地）で妻と二人暮らし

・ 疾患名：多発性脳梗塞、高血圧、胃潰瘍

・ 主な介護者：妻

・ 歯科介入時期：平成23年7月

・ アセスメント時の口腔内状態と身体状態：

残存歯24本、う蝕17本（内残根16本）
口腔清掃不良のためプラーク多量付着、
歯肉の炎症による発赤・腫脹・出血、
強度口臭、流涎、歯軋り。

・ 訪問歯科診療の頻度と内容：

（16本の残根は大学病院で抜歯を行った。局所麻酔下で上下顎2回に分けて抜歯が行われた）。大学病院での抜歯後、歯科医師1名と歯科衛生士1名または歯科衛生士単独により月2～3回程度訪問。
歯石除去、歯面研磨、ブラシによる清掃、口腔内の清拭、う蝕の処置（充填）
マウスピースの作成（歯軋りに対応）、口腔過敏の除去を目的として口腔内外のマッサージ、
頸部・肩・腕など嚥下関与筋のマッサージと介助による運動、
介護者（妻）への介助磨き法の指導（頬粘膜の排除法、ブラシの挿入法、口腔内の清拭法など）を行った。

・ 歯科介入後の口腔内および身体状態の変化：

口腔清掃状態が改善され歯肉の炎症・口臭が軽減（ほぼ感じられない程度）した。
う蝕の処置により痛みは無くなったと思われ、口腔内に触れても強い緊張が見られなくなった。流涎なし。夜間のマウスピース装着により歯ぎしりが治まった。
現在は「夫婦でお花見」に行くことを直近の目標にリハビリを行っている。

【症例3】

- ・年齢：79歳
- ・性別：男性
- ・介護度：要介護5
- ・住居：在宅で妻と二人暮らし
- ・疾患名：筋萎縮性側索硬化症
- ・主な介護者：妻
- ・歯科介入時期：平成23年5月

・アセスメント時の口腔内状態と身体状態：
残存歯16本，口腔清掃不良によりプラーク付着，
軽度歯肉炎症，軽度口臭，舌背2/3以上舌苔付着，重度の口腔乾燥
食事によるむせの増加.

・訪問歯科診療の頻度と内容：
月1回歯科医師が口腔内および嚥下状態のチェックを行い，歯科衛生士1名が1週間1回の口腔ケアを継続。
口腔清掃，口腔内外，頸部，嚥下関与筋マッサージと介助による運動，
介護者（妻）への介助磨き方法および食事形態・姿勢等の指導.

・歯科介入後の口腔内および身体状態の変化：
口腔清掃状態の改善による歯肉炎症の軽減，口臭の軽減，むせの減少
乾燥には保湿剤にて対応
身体状態は介入時，1日座位4～5時間保っていたが，現在はほぼ寝たきりに近い状態となった。嚥下機能はほぼ保たれており，ほとんどむせが無い状態で昼夜の経口摂取を継続している.

【症例4】

- ・年齢：81歳
- ・性別：女性
- ・介護度：支援2
- ・住居：自宅（マンション）独居
- ・疾患名：気管支喘息，胃潰瘍，骨粗鬆症，逆流性食道炎
- ・主な介護者：-
- ・歯科介入時期：平成23年9月

・アセスメント時の口腔内状態と身体状態：
残存歯28本（内残根6本，根先病巣あり2本）
口腔清掃が不十分で歯頸部にプラークが停滞しているため全ての歯牙において歯頸部齶蝕有（破折の可能性が高い），歯肉の炎症あり，軽度の口臭
上顎局部床義歯はあるが使用していない。
水分摂取時のむせの増加.

・訪問歯科診療の頻度と内容：

月1回歯科医師1名と歯科衛生士1名歯科治療，月1回歯科衛生士単独で口腔ケアを継続中。

義歯の調整，う蝕処置（充填），抜歯（継続中），

歯石除去，歯面研磨，ブラシによる清掃と本人へ清掃法指導，口腔周囲・嚙下関与筋のマッサージと運動（毎日継続しての運動を本人に指導）

訪問看護師への口腔清掃方法指導により，本人磨きではプラークの残る歯頸部の部分磨きを訪問看護時に行っている。

・歯科介入後の口腔内および身体状態の変化：

口腔清掃状態の改善による歯肉炎症・口臭が軽減（ほとんど感じない程度）した。

むせの減少（ほとんど無し）。

体調は良好であり，毎日意識して身体を動かすようになった。

ウ. 効率的な医療提供のための多職種連携

①アウトリーチ（訪問支援）

・どのような課題があり、どのような機関にアウトリーチをし、どのような活動をしたのかに関する記述

・アウトリーチの成果や評価に関する記述

1. 連携病院内の緩和ケア病棟との合同カンファレンス

松戸市に隣接する埼玉県三郷市のみさと健和病院緩和ケア病棟の病棟カンファレンスに、平成21年5月から月2回（第1・3木曜日）に参加している。

当院の参加をきっかけに、地域の訪問看護ステーション・クリニックの看護師が参加する形に発展している。「自宅で過ごしたい」という患者の希望を実現するために「どのような調整をすると良いか」等のアドバイスをこなっている。一方当院からは、在宅療養中のがん患者の症状緩和目的の入院やレスパイト入院等の依頼を行っている。

2. 連携病院との病院連携カンファレンス

平成23年4月より、在宅医療の後方支援を担う市立病院（医療福祉センター）と、月1回ペースで「病診連携カンファレンス」を開催した。医療処置等の多い要介護状態の患者に対してスムーズな退院支援を行えるように話し合い、退院時に患者・家族にとって必要な社会資源に繋がることを目的に情報提供等を行った。

②地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動

・不足する資源に対して、どのように代替資源の開拓等を行ったかや、提供される医療やケアの質の担保にあたって、どのようなことを行ったかに関する記述

・地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動の成果や評価に関する記述

1. 病院看護師の在宅医療研修

病院看護師が在宅の視点をもつことができるよう、訪問診療と訪問看護の同行訪問を中心とした研修を行った。対象は、在宅部門（訪問看護など）を併設していない地域の中核病院と専門病院の看護師である〔国立がん研究センター東病院 病棟の中堅看護師（平均臨床経験年数 9.2 年）15 名，2 日間ずつ／松戸市立病院 看護師長 10 名，1 人 1 日間ずつ〕

中堅看護師の学びや感想では、「訪問看護や訪問診療の実際を知ることができた」「療養生活の実際を知ることができた」という記述が多く、それらを知ることによって「必要な退院支援が分かった」「連携の必要性を感じた」という学びや感想につながっていると読み取れた。また、患者家族の意志を尊重するなどの看護の基本姿勢について学ぶことができたという記述も多く見られた。

看護師長からのフィードバックでは「情報共有の重要性」「多職種との連携が基本」「早期の退院支援への責務」など「退院調整に対する意識の変化がみられた」という感想が得られた。同時に、中堅看護師と同様、看護の原点について考えることができたとの記述もあった。

以上より、それまで想像しなかった在宅医療や療養生活を目にすることで、研修を受けた病院看護師が、今後は退院後の生活を見据えた退院支援を行えるようになることが予測される。

以下、ポストアンケート用紙とフィードバックのまとめから、学びや感想の例を紹介する。

- 1) 自宅で処置が必要な場合に、患者、家族に指導をしているが、やはり話をうかがって病院で説明する指導内容は手順が複雑でコストがかかっているのだと感じた。
（一部省略）この経験や知識をもちかえって活かせるようにしていきたいと思います。
- 2) 病院と在宅医療と福祉の連携が重要であると強く感じました。
- 3) 診療所には自分たちが忘れていた看護の原点がある。少ない医療材料を工夫して短い時間で的確にケアを実施し、細かい観察と指導を行っている。在宅看護は高い技術と知識を持ち合わせなければ出来ないと思った。同じ看護師として何か忘れていたものを教えて頂いた。

2. 薬局との連携

平成 24 年 1 月に開催した、第 1 回在宅医療連携薬局連絡会総会にて「今後、在宅医療に関する研修会等を開催するとしたら、どのような企画が良いと思いますか」とアンケート調査を行ったところ、医師の訪問診療同行見学の希望者が多いことが明らかになった【資料 15 参照】。そこで当院では 3 月に薬剤師向けの訪問診療同行を企画し計 3 回実施し、薬剤師からも高評価を得られた（下記、薬剤師の感想参照）。今後も希望者を募り、継続して開催することで在宅医療への研修の機会を提供していく必要がある。また同行研修は医師—薬剤師の他職種連携を深めていく手法としても有意義であると考えられる。

〈訪問診療往診同行研修感想〉

薬剤師A

薬も一般的な使い方では問題ないのですが、適応外の使用や、まれな使い方は、医師の情報がないと、薬の説明に、医師と薬剤師とで差異を生じる可能性があります。その事から患者さんや家族の方が、薬に対して不安感や混乱を生じ、コンプライアンス不良へとつながる場合があります。

往診同行させていただくと、患者さんに対して医師から直接、病状の説明、療養上の指導や、薬の説明を直に聞けることによって、その後の薬剤師の服薬指導の際、医師の説明に沿った服薬指導ができます。そのことはアドヒアランスの向上につながると思います。

また、薬剤師が疑問に思っている薬物療法について直接医師に確認することが可能となります。処方提案や薬の副作用に対する意見交換もよりやりやすくなると思えました。

今回、導尿の為の処置を初めて見させていただいて、薬局内には決して見ることのできない、現場の医療行為を見学できてとても為になりました。

薬剤師B

まず、全体的に感じた事はとてもきめ細やかな在宅での医療やケアをされているというのが一番強く感じたことです。私は、医師の外来診察自体あまり見させてもらう機会がないので比較はできないのですが、家にいながら外来と同じように医療が受けられているのかなと感じました。この事は、生まれた頃からずっと松戸在住の私にとって今後松戸に住み続ける事に安心を感じる事でもありました。特に印象深かったのは筋ジストロフィーの患者様でした。あれほどの状態を在宅で管理できるというのが驚きでした。

また、18時すぎに体調不調を訴えた患者様がおられ緊急往診の見学では夜間の緊急に麻薬が必要になったら…など考えると薬剤師としてできる事を考えさせられました。

今回の往診同行は、全員私の関わりがない患者様でした。つまり、患者さんの情報があまりなく、患者様や家族とも面識が無いという状態でした。もし、普段調剤している患者様であったり訪問している患者様であったら往診同行でもっと薬剤師として役に立てたのではないかと思います。往診に同行するだけでも薬剤師として感じる事はいっぱいあると思います。貴重な体験ありがとうございました。今後の薬剤師について考えていきたい。

3. 介護職との連携

平成23年6月、当院と連携を取っている松戸市の認知症対応型共同生活介護（以下グループホームと略）6か所と有料老人ホーム1か所、宅老所1か所の介護職員（合計39名）を対象に医療と介護の連携を深めるための基礎知識講習会（以下講習会）を実施した。講習会は2つのテーマ（1. 生活と医療の関係と体調の変化に際しての報告相談の仕方、2. 認知症のステージアプローチ）について講義と交流を交互に繰り返す形で実施した【資料16参照】。講習会当日アンケート調査を実施したところ講習会について高い評価を得た【資料17参照】。

また平成24年2月には講習会の対象者を松戸市内の介護老人福祉施設と居宅介護支援事業所の介護支援専門員、グループホーム、有料老人ホームの介護職員（合計88名）を対象に、平成23年6月の講習会と同様のテーマで講義のみの形式で実施した【資料18

参照】。当日アンケート調査を実施したところ2つの講義テーマとも高い評価を得た【資料19参照】。

今後は参加者の参加動機として他施設との交流を求めていること、医療との連携、認知症、看取りへの関心が高いことから、これらを統合した講習会を企画し次年度実施していく予定である。

4. 介護支援専門員を対象とした短期実習プログラムの開発とその実習受け入れ

目的

地域において介護支援専門員の指導者チームを組織し、事業所を超えた形での研修を実施する、OJT (on-the-job training) に近い形態でのモデル研修プログラム（平成23年度老人保健事業推進費等補助金「介護支援専門員のスーパービジョン実践としてのOJTの在り方に関する研究」）の協力要請を受け、医療と介護の連携を強化するための研修プログラム開発とその実習受け入れを行った。

特徴

現在の介護支援専門員実務研修・現任研修では抜け落ちてしまっている①実習形式 (Interning) ②事業所を超えた (Inter-organizational) ③個別化された (Individualized) ④相互研鑽 (Inter-educational) に重点をおいたプログラム構成で、受講テーマを①がん終末期 ②神経難病 ③医学管理・医療処置 ④認知症・BPSDの中から選択する「在宅医療特化型」プログラムを開発・実施した。

内容

プログラム指導者 (スーパーバイザー) は、本事業実施に伴い新たに組織化した「在宅医療連携ケアマネジャー連絡会」の会員で組織した世話人11名の中で、主任ケアマネジャー取得者4名 (基礎資格はすべて看護師) が担当した。受講者 (スーパーバイジー) は、在宅医療連携ケアマネジャー連絡会会員で、介護支援専門員としての経験年数が半年～6年の方を対象に受講者を募集したところ、計7名が受講した。(基礎資格は介護福祉士・社会福祉士・ヘルパー2級)

実地指導者と受講者が1対1のペアとなり互いの事業所等に足を運ぶ形で研修を行った。そして、「受講者のサービス担当者会議とモニタリングに指導者が同行訪問 (各1回)」「指導者のサービス担当者会議とモニタリングに受講者が同行訪問 (各1回)」を必須プログラムとした。医療と介護の連携に関する知識を強化するための経験として、「訪問診療同行」「訪問看護同行」「居宅介護支援事業所ケースカンファレンス傍聴」「他のケアマネジャーと当院が行うサービス担当者会議の傍聴」を選択できるプログラムとした。

実施期間

1クールを6週間とし、下記の期間で実施した。

1クール目 (4名受講) 期間: 10/14 ~ 12/14

2クール目 (3名受講) 期間: 1/11 ~ 2/22

指導者および受講者からの反響

各日程ともに、最終日に全指導者と全受講者が参加する成果報告会を行った。受講者からは、「アセスメントやモニタリング」「医療に関する知識や医療職との連携」「面接等のケアマネジメント技術」に関して、学ぶことができたとの感想が得られた。指導者からも「実地研修形式の実習ということもあり、自分たちも指導しながら新たな学びにつながった」との意見を多く挙げられた。

研修プログラム受講者からの感想

アセスメント・モニタリング業務に関して

- ・顕在化したニーズに目がいきがちで、潜在化しているニーズを把握することに時間を要している。関連事業所と情報交換や意見交換をしているうちに気づくこともあるが、どうしても時間がかかる。より速くそのニーズも把握できるようにアセスメントスキルを向上させなければいけないと感じた。
- ・病気に関してはある程度の特徴や症状等を学習していたつもりですが、病気に対しての管理は「医療スタッフにおまかせしていれば・・・」と自分の中で苦手意識がありました。利用者のニーズを明確にするためには、基礎疾患の理解を深め、利用者の状況にもっともふさわしいサービス提供をするためのアセスメント・モニタリングの大切さを再認識できた。
- ・指導者が「本人のできることを」「残された能力を活かした生活」ができるようにサービスを調整していた。
- ・モニタリング方法やサービス担当者会議を自己流で行っていたため、今回の研修で同行してもらいアドバイスを頂けたことで、自分のケアマネジャー業務に自信を持つことができた。
- ・疾病（がん）を受け入れることができずに葛藤がある方に対して支援を行う場合に、訪問リハビリスタッフに「骨転移の痛みを少しでも和らげながら日常生活を送る方法を指導してもらおう」支援を依頼するという発想は全くなかったため、モニタリング訪問での体験は貴重だった。
- ・利用者の訴えをうやむやにせず、正しく受け止めることができているのかを1つ1つ確認していくことが必要で、そうしたことを重ねていく中で隠れたニーズが見えてくるのだと思った。

面接技術に関して

- ・（介護する家族全ての人に言えることではあるが）より医療ニーズが高い利用者を介護する家族の負担や疲労を考え、家族にも配慮をした関わりが求められる。
- ・利用者の声にならない声をきくことの大切さを学んだ。
- ・利用者自身が気づいていない生活上の課題にケアマネジャーが気づくことの大切さを教わることができた。
- ・利用者本人や家族の思いをまとめることや、不安なく納得できる生活が送れるようにするには、本人と家族の本音をくみ取ることが大切だと思った。
- ・生活の場である自宅に訪問するということは、本人だけでなく環境面等に関しても、いつもと違う様子や変化に対してすぐに気が付くことができるような観察力が必要だ

と改めて考えた。

サービス担当者会議に関して

- ・指導者のサービス担当者会議では、短時間の会議でも、家族の希望・各担当者の報告・問題点の確認・解決するための対応策までしっかりと話し合えていた。会議を開催する前の段階での連絡調整によって、こういった会議にできるのだと学ぶことができた。
- ・サービス担当者会議の場では、各サービス担当者間でご本人の気分を害さないよう表現での話し方と説明方法が統一されていた。

同職種連携

- ・医療ニーズの高い利用者のケアマネジメントについての悩みや疑問を相談できる相手を見つけることができ、顔の見える関係性の第一歩を踏むことができた。
- ・ケアマネとして支援に迷った時や疑問を感じた時に相談できるネットワークを作っていく必要がある。

多職種連携

- ・連携の大切さ、人のつながりの強さを学べ、それぞれの専門職の力を活かせるように環境づくりをすることが大事。
- ・今回の研修で、ケアマネを中心に各サービス担当者が連携しチームとして機能していることがわかった。
- ・指導者のケースでは、ケアマネを中心に各サービスがチームとして動いており、ケアマネが頻回な訪問をしなくとも情報が集約できるような体制作りがなされていた。
- ・医師から患者さんに対して介護保険サービスに関してのアドバイスをしていただけるように、ケアマネからも医師への情報提供をしていかないといけないと思った。
- ・訪問看護師とヘルパーが同じ時間帯に支援に入っている様子を見ることができて、連携方法を学ぶことができた。
- ・往診・訪問看護の同行を体験できたことで、医師や看護師に、医療面でわからないことは質問や相談をしても良いことがわかった。

医療に関して

- ・一般的に基礎資格が福祉系であると、医療ニーズが高い利用者への支援が苦手と言われており、実際に自分もそのように感じる部分は多少あった。
- ・在宅でできる医療処置の多さに驚いた。
- ・医療面に苦手意識が強く、わからないことがあると後回しにしてしまっていたが、知識についてはもっと勉強していかないといけないと感じた。
- ・基礎資格が福祉系でも、訪問看護と連携を取ることで、医療に関してのアドバイスを頂くことができ、ケアマネジメントを行う上での相談できるネットワークを作ることの重要性を感じた。
- ・この研修で医療と連携していくための初回のアプローチ方法がわかった。
- ・医療と介護を切り離して考えるのではなく、良い信頼関係を作るようにすることで、利用者に負担のかからない支援に繋がると感じた。

退院支援

- ・指導者は退院前カンファレンスで、在宅復帰後少しでも不安なく生活が送れるよう、

入院中に在宅生活を想定して(福祉用具やケア内容に関して)試してもらえるように、ケアマネ側から提案を行っていた。病院側にも在宅での生活を想定した準備をしていただけのように提案するということができるということに気づくことができた。

- ・千葉県版地域生活連携シートの活用によって、病院の医療連携室にケアマネを知ってもらうことで、退院時の情報なども受け取ることができるメリットがある。

介護保険制度以外の制度に関して

- ・利用者の障害や病態によっては、介護保険以外にも利用・活用できる資源や制度に関しての知識不足であると実感させられた。
- ・今までは存在を認識していた程度の理解であったさまざまな制度をより深く理解す
- ・介護保険以外の多種の社会資源の利用・医療装置や環境に驚いた(特に移動用リフト・コミュニケーション器具)。
- ・介護保険サービス以外の多様なサービスを活用することで、重篤な状態でも住み慣れた住まいで「生活したい」という思いを実現できることがわかった。

インフォーマルサービスに関して

- ・認知症でも独居生活を継続できる環境づくりには、介護保険サービスだけでなく、地域住民の協力等のインフォーマルサービスも重要であると感じた。
- ・認知症の方でも本人の意思が尊重されており、本人らしい生活が継続できるように地域との連携も図られていた。

その他

- ・事例検討会ではひとつの事例から話が膨らんでいくことにビックリした。事例発表者の学びにつながるだけでなく、自分も同じような事例を担当することになった場合などにも参考になると感じた。
- ・担当ケアマネが変わることにより、利用者の生活に影響があるという話を訪問看護師に聞くことができた。
- ・日々の業務で精一杯で忘れていたことを思い出させてくれる研修だった。
- ・忙しさの中でも、利用者にとって身近な存在であるように心がけ、本音が汲み取れるような支援を行うことが大事であると感じた。

4. 拠点の介護支援専門員の資格を持つ看護師等及び医療ソーシャルワーカーの役割に関する記述

1. 介護支援専門員の資格を持つ看護師の役割

介護支援専門員を対象とした相談業務、症例検討会において討議する模擬症例の開発、介護職向けの講習会の資料づくりなど、訪問看護師としての経験を生かした仕事を中心に行った。拠点地域での在宅経験があれば、より地域の実情を踏まえた対応が可能であると考えられた。

2. 医療ソーシャルワーカーの役割

医療ソーシャルワーカーはスムーズな退院支援に向けての医療機関への情報提供、地域の社会資源の把握、介護支援専門員を対象とした相談業務、在宅療養移行報告書の作成、在宅医療連携ケアマネジャー連絡会総会および多職種合同カンファレンスの企画・運営等を行った。

5. 拠点が行う在宅医療の連携等の有用性に関する記述

1. 在宅医療連携薬局連絡会の組織化

平成 23 年 5 月、市内の全 188 薬局に参加を呼びかけ、在宅医療連携薬局連絡会説明会（以下説明会）を開催した。説明会に参加した薬局を対象に在宅医療に関連した 38 薬局 46 名からなる在宅医療連携薬局連絡会（以下連絡会）を組織した。その後連絡会に加入している薬剤師 6 名からなる在宅医療連携薬局連絡会世話人会（以下、世話人会）を組織して連絡会の代表という位置づけにした。図 10 のスケジュールで、世話人会は 2～3 か月ごとに開催、平成 24 年 1 月には第 1 回在宅医療連携薬局連絡会総会（以下、連絡会総会）を開催した（図 10）。

	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
説明会											
世話人会											
連絡会総会											

図 10. 在宅医療連携薬局連絡会に関するスケジュール

世話人会では、説明会で実施したアンケート調査をもとに重要な 3 つのテーマを選定し課題解決のための議論を継続的に行っている（表 8）。

連絡会総会では重要テーマについての進捗報告を行うとともに、「麻薬を含めた薬剤に関する 365 日の安心を提供するために」をテーマにグループディスカッションを行った。アンケートからは、世話人による報告内容、グループディスカッション、総会全体に対する満足度について、いずれも高評価を得た。中には「薬剤師間でのディスカッションで実際に対応できるような意見交換ができてよかった」という意見もあり、より現実的な議論の場になったことがうかがえる。今後、薬剤師が地域医療に貢献していくための組織として有効であると考えられる。

表 8. 在宅医療連携薬局連絡世話人会が優先的に取り組んでいる重要テーマ

1	訪問薬剤管理指導 はじめの一步
2	在宅患者の処方箋を遅滞なく対応する
3	麻薬を含め薬剤にまつわる 365 日の安心を提供する

2. 在宅医療連携ケアマネジャー連絡会の組織化

松戸市内には既存の包括的なケアマネジャーの団体が無かったため、多職種連携に関するケアマネジャーの意見を吸い上げて改善と充実を図る目的で、在宅医療連携ケアマネジャー連絡会（以下、連絡会）を組織した。具体的には、平成23年6月、市内のケアマネジャーに参加を呼びかけ、在宅医療連携ケアマネジャー連絡会説明会（以下、説明会）を開催した【資料20参照】。その後、加入希望者を募って連絡会を組織し、更に11名からなる在宅医療連携ケアマネジャー連絡会世話人会（以下、世話人会）を組織して、世話人を連絡会の代表という位置づけにした。図11のスケジュールで、世話人会は2か月ごとに開催、平成23年10月には第1回在宅医療連携ケアマネジャー連絡会総会（以下、連絡会総会）を開催した【資料21参照】。連絡会の会員は、平成24年3月末時点で103名である。

	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
説明会										
世話人会										
連絡会総会										

図11. 在宅医療連携ケアマネジャー連絡会に関するスケジュール

6月の説明会では、より多くのケアマネジャーのニーズを知る目的で、説明会参加希望者を対象に「ケアマネジャーが感じている医療と介護の連携に関する困難感」についてアンケート調査を実施した（表9参照：第14回日本在宅医学会大会ポスター発表）。困難感の高い順に「医療ニーズが高い利用者のショートステイやデイサービスの受け入れ先がなかなか見つからず困る」「老老介護や認知介護、独居者等の支援に困難を感じる」「主治医との連携に困難を感じる」「病態の変化が速い利用者のサービス調整や短期間でのプラン見直しを負担に感じる」という項目が挙げられた【資料22参照】。アンケート結果を参考に、当拠点では「ケアマネジャーを対象とした相談業務」と「ケアマネタイムの作成」を実施した（後述）。世話人会ではアンケートの結果を踏まえて、重要な3つのテーマについて優先的に課題解決の議論を行っている（表10）。

10月の連絡会総会では、重要テーマについての進捗報告と、2つのテーマ（「口コミ情報」「データベース作成」）に関してアンケートを実施した。アンケートに関しては世話人が調査用紙の作成や結果の集計を行った。また、説明会でのアンケート結果より「入院中の利用者についての情報が得づらく、退院調整や在宅療養再開時のケアプランの作成などに困難を感じる」という声を踏まえ、各医療機関の窓口となるMSWと合同企画を行った。合同企画では「肺がん患者の退院調整に関する事例」に関して、ケアマネジャーとMSWを中心とした5～6名で構成されるグループで話し合った。話し合いの中では、事例に関することだけでなく、お互いの業務に関する質疑応答や、各々の施設の事情を共有し合うという姿が見られ、議論に盛り上がりを見せた。連絡会総会に関するアンケート結果では、「口コミ情報」「ケアマネタイム」への期待に関する記述やMSWとの合同企画に関する前向きな意見が多く、連絡会にまつわる活動は、ケアマネジャーに関する

松戸市内の問題解決をしていく場として有用であると考えられた。

表 10. 在宅医療連携ケアマネジャー連絡会で優先的に取り組む重要テーマ3つ

1	介護支援専門員にとって有益な口コミ情報の集約
2	介護支援専門員の活動性を正当に評価するためのデータベース作成
3	ケアマネジメントの質向上のための研修プログラム開発とその実践

表9 「医療と介護の連携-ケアマネジャーの感じている困難感とは-」



表1 各項目ごとの回答割合

	項目	0 また ない	1 とき どき	2 しば しば	3 いつも	平均値
困難に感じている程度 ↓	他の介護支援専門員が不在時にその担当利用者への対応を肩代わりする	46.4	42.3	9.3	2.1	0.67
	2 ケアプラン作成にあたり、アドバイスを受けたが相談できる相手がない	49.0	32.3	14.6	4.2	0.74
	3 必要と感じるが制度対象外のものがあり、どう対応してよいか分からない(入院中のエアマット利用、週末調患者のホータブルトイレ購入など)	21.9	63.5	13.5	1.0	0.94
	4 勤務外の日などに、自分の担当利用者に対応せざるを得ないことに負担を感じる	26.5	51.0	16.3	6.1	1.02
	5 在宅医療サービス(訪問看護や訪問リハビリ、居宅療養管理指導など)の使い分けや適応がよくわからない	30.3	41.4	23.2	5.1	1.03
	6 介護保険以外の制度(自立支援法など)を組み合わせたサービスの調整に困難を感じる	14.4	66.0	16.5	3.1	1.08
	7 在宅医療サービスの情報が乏しい(訪問診療や訪問看護の空き情報など)	15.3	49.0	28.6	7.1	1.28
	8 入院中の利用者についての情報が得づらく、退院調整や在宅復帰調整のケアプラン作成などに困難を感じる	11.1	50.5	31.3	7.1	1.24
	9 未病がんの利用者でも、申し出がないと通常審査として処理され、要介護認定に時間がかかって困る	20.2	38.3	27.7	13.8	1.35
	10 医療ニーズが高い利用者に関して、軽度者へのベッドレンタルの理由書などの書類の作成が煩雑で困難を感じる	16.3	43.9	23.5	16.3	1.40
	11 本来の業務でない業務が必要となることに負担を感じる(病院受診の同行や救急車への同乗など)	13.3	45.9	23.5	17.3	1.45
	12 病態の変化が速い利用者でも、未病がん以外だと迅速審査の対象にならず認定審査に時間がかかって困る	14.4	41.2	28.9	15.5	1.45
	13 ケアプラン作成にあたり、医療上の注意点がよく分からないと感じる	2.0	58.6	35.4	6.1	1.45
	14 家族の実現困難な意向や希望への対応に困難を感じる(未病がんが持つ欲しい、軽度者サービスは切れ目を入れて欲しいなど)	10.4	44.8	26.0	18.8	1.53
	15 告知や意思決定支援など精神的ケアに困難を感じる	7.2	42.3	38.1	12.4	1.56
	16 病態の変化が速い利用者には、認定結果が出るまでに暫定プランを立てなければならず、困難を感じる	10.2	36.7	35.7	17.3	1.60
	17 病態の変化が速い利用者のサービス調整や短期間のプラン見直しに負担を感じる	6.2	39.2	41.2	13.4	1.62
	18 主治医との連携に困難を感じる	4.0	46.0	33.0	17.0	1.63
	19 老老介護や認知介護、独居者等の支援に困難を感じる	0.0	35.7	38.8	25.5	1.90
	20 医療ニーズが高い利用者のショートステイやデイサービスの受け入れ先がなかなか見つからず困る	4.1	26.5	44.9	24.5	1.90

3. ケアマネジャーに対する拠点の取り組み<相談業務>

目的

ケアマネジャーを対象とした事前アンケートでも明らかになった“医療上の注意点が分からない”“医療ニーズの高い利用者の受け入れ先が見つからない”など、ケアマネジャーの医療に関して困難を感じている内容に応えることを目的とし、相談窓口を連携拠点に開設した（平成23年6月）。

実施体制

FAX、メール、電話のいずれかで相談を受け、電話で返答した。開始時は、相談受付はFAXかメールのみとし、2か月間施行後に電話での受付を追加した（電話受付は月～金の10～13時）。看護師1名とソーシャルワーカー1名が担当し、必要に応じて医師が追加で返答した【資料23参照】。対象は、連絡会に登録しているケアマネジャー103名（平成24年3月末時点）である。

相談結果

1)相談件数

平成23年6月～平成24年3月までで、計9件の相談があった。

2)相談方法

FAXが8件、電話が1件であった。

3)相談者基礎資格

介護福祉士が8名、社会福祉士が2名であった。

4)介護支援専門員としての経験年数

5年以内が5名、10年以上が2名、不明が2名であった。

5)相談内容

「個別ケースの病態や病状について」の相談が5件と最も多い相談内容であった。他、「医療資源の紹介」が2件、「制度が関連する医療資源の適応」が2件であったが、いずれも個別ケースとして病状など詳細を伺い、医療資源の適応を考慮しての紹介や適応の判断を行った。どの相談も個別ケースに関することであった（表7）。

6)相談にかかった時間

1回15分程度を目安として相談者にも伝え、相談を進めた。その結果、15分以内が7件、30分以内が2件であった。

7)相談受付と返答希望の曜日、時間

相談受付は月・火・水・日が1件ずつで木が3件、時間帯は10～13時が7件であった。返答希望は1件と電話受付を除いて、曜日や時間の指定はなく「なるべく早く」「数日以内」「1週間以内」などであった。

8)相談の新規・再相談

新規が8件、再相談が1件であった。

表 7. 相談内容

受付番号	基礎資格	経験年数	相談内容	返答希望期間	返答までの期間	相談方法
1	介護福祉士	不明	個別ケースの病態や病状 (方向性の確認)	数日以内	1日	FAX
2	社会福祉士	10年以上	個別ケースの病態や病状 (方向性の確認)	1週間以内	3日 (土日はさむ)	FAX
3	介護福祉士	不明	個別ケースの病態や病状 (物品の件)	—	その場で	電話
4	介護福祉士	1年	個別ケースの病態や病状 (医療サービスの導入、 倫理葛藤)	1週間以内	半日	FAX
5	介護福祉士	1年	個別ケースの病態や病状 (医療サービスの導入)	なるべく早く	4日 (土日祝はさむ)	FAX
6	介護福祉士・ 社会福祉士	5年	医療資源 (整形外科の往診)			FAX
7	介護福祉士	3年	医療資源 (訪問言語聴覚士)	1週間以内	5日	FAX
8	介護福祉士・ ヘルパー	3年	医療資源の適応 (訪問リハと通所リハ)	1週間以内	FAX 受信直後	FAX
9	介護福祉士	10年以上	医療資源の適応 (訪問リハと訪問マッサージ)	1週間以内	FAX 受信直後	FAX

相談と対応の事例

1) 医療衛生材料についての相談

相談内容

「バルーンカテーテルの袋を安く買えると聞いた」と利用者が言っている。

何かいい方法はあるのか知りたい。

回答 (ソーシャルワーカー、医師)

- ・治療に関連するものは管理料の中に含まれることと、管理料の意味を説明。(ソーシャルワーカー)

追加

- ・診療報酬について周知が徹底されていない可能性があることを説明。
- ・例えばフォーリートレイというカテーテルとバッグがセットになった商品の場合、特定保険医療材料として認められていることについて情報提供した。(医師)

2) 病態と訪問看護の適応についての相談

相談内容

- ・ 結節性動脈周囲炎という病気の注意事項、観察ポイントを知りたい。
- ・ 処置等なくても訪問看護を導入可能か、導入する場合どのように依頼したら良いかを知りたい。

回答（看護師、医師）

- ・ 結節性動脈周囲炎はステロイドの使用により感染しやすいため感染予防を行う、などが重要。
- ・ 訪問看護は特別な処置がなくても導入可能。主治医と看護師との連携で適切な指導につながりうる。医師との連携、療養指導目的で依頼すると良い。（看護師）

追加

- ・ この病気は重篤な難病で、ステロイドの用量が多い可能性もあるため重篤な副作用（感染、胃十二指腸潰瘍、ステロイド糖尿病など）も起こりうる。それを踏まえて主治医と連絡を取り合うことが重要である。（医師）

考察

どの相談に対しても、ケアマネジャーが抱いた医療に関する質問に情報提供やアドバイスを行うことができた。

全相談者の基礎資格が介護系・福祉系であったこと、また大多数が経験年数5年以内であったことより、介護系・福祉系のケアマネジャーで経験年数が少ない方が医療に関して相談できる場をより求めていると考えられる。

FAXでの相談受付が大多数であったため、事前の情報共有により回答者も回答の準備ができ、相談時間は15分以内でまとまるが多かった。

全ての相談内容が個別のケースであったことは、講習会など大多数を対象とするのではなく個々の相談への対応が求められていることを示している。大多数のケアマネジャーは、まず自分で考えたり調べたり、事業所内で相談してから拠点に相談を行っていた。「多分こうの方が良いだろうけれど、それで良いのだろうか」という確認は4件、純粹な知識や情報の提供は5件、確認の相談に対しても回答者から知識や情報の提供を行った。

対応に関しては、ソーシャルワーカー、看護師、医師で対応すれば、相談内容に適した職種が対応可能である。手段としては、書面での返答ではなく電話での会話の中で、相談のポイントがより明確になり、より適切なアドバイスに結びつけることができたと考えている。また、会話の中でケアマネジャーの意見を確認するなど、医療に関して教育的な関わりもできると言える。なお相談件数自体が少ないので、分析には限界がある。

まとめ

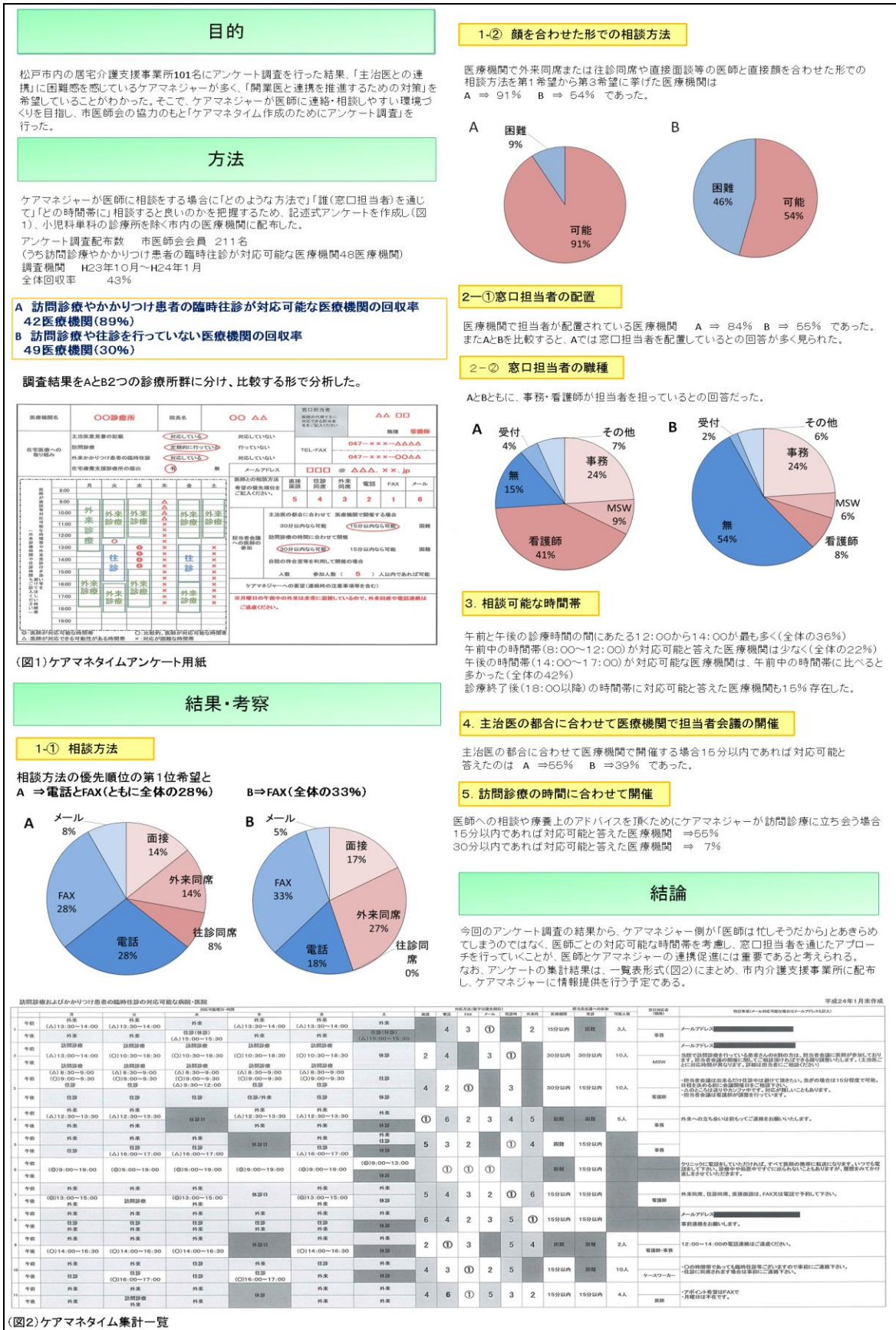
ケアマネジャーの医療に関して困難を感じている個別のケースについて、相談業務が活用された。医療に関する教育的な関わりも相談業務を通して行えると言える。

より活用してもらうためには、1) 特に介護系・福祉系の経験年数が少ないケアマネジャーに呼びかけをする方法を考える、2) 受付についてFAXは随時可能であることの周知と電話受付の時間を対応可能な範囲で拡大する、3) 匿名化した相談事例を連絡会などで他のケアマネジャーに紹介して、どんな相談をすれば良いかをイメージしてもらう、4) 相談者からの評価を受けられるようアンケートを実施する、などの具体策が考えられる。

4. 松戸市版ケアマネタイムの作成

「開業医とケアマネジャーの連携を推進するための対策」として、ケアマネジャーが医師に連絡相談しやすい環境づくりを目的に、松戸市医師会の協力のもとケアマネタイムを作成した（表9参照：第14回日本在宅医学会大会 ポスター発表）。完成したケアマネタイムは、平成24年3月に市内の全居宅介護支援事業所に配布した【資料24参照】。

表 10. 「ケアマネタイム作成による医師とケアマネジャーの連携促進」



6. 拠点が行う在宅医療の連携等の課題や改善点に関する記述

1. 各専門職の連携に資する組織づくり

本事業受託にあたり、薬剤師ならびに介護支援専門員については、それぞれ在宅医療連携薬局連絡会と在宅医療連携ケアマネジャー連絡会を組織することができたため、当該領域に関する地域の課題については具体的に検討を進めることができた。一方、医師や看護師、歯科医師、医療ソーシャルワーカー等の専門職種については、今のところ既存の連携や組織をベースに連携を進めているのが現状である。これまで以上に実効性のある関係性を構築するために、今後さらなる工夫を検討する必要がある。

2. 実臨床における患者情報共有システムの活用

実臨床における多職種連携を促進するにあたっては、できるかぎり正確に、遅延することなく、従事者の負担を大きく増大させることがない形で、患者情報を共有することが肝要である。顔の見える関係構築を基盤として、情報技術（IT）に基づく患者情報システムを今後活用していく必要がある。次年度以降、当地域でも具体的に取り組む予定である。

3. 連携拠点が担うハブ機能とサポート機能

本院がこれまで実施している範囲とスタイルで本事業を継続する場合、連携拠点にかかる実務負担が相当程度大きいことも指摘しておく必要がある。モデル事業の予算内の人員配置でできる範囲は明らかに越えている。

このように強力に地域における連携を推進している経過において、地域の従事者から「あおぞら診療所に〇〇のようなしくみを作って欲しい」という依存的な要望が出されたことも少なくなかった。しかし、地域連携にまつわるあらゆる領域について中心的役割を拠点が担うという形ではなく、地域の従事者とよりよい連携を目指して、成熟した形のネットワークをともに構築していくことが望ましいと考える。

幸い、すでに成功事例も経験しつつある。当地域の薬剤師の連携を例に挙げると、新年度に松戸市薬剤師会が在宅医療連携薬局連絡会世話人会をメンバーとした新たな委員会を設置することが決定している。このように、連携拠点が呼びかける形で立ち上がった連絡会世話人会が組織の中に公に位置づけられ、今後は主体性を持つ形で活動が推進されていくことの意義は大きい。

4. 在宅医療連携拠点に期待される役割とその将来展望

これまで述べてきたごとく、「1. 各専門職ごとの連携に資する組織づくり」を地域の実情を踏まえながら推進するとともに、その発展過程に応じて連携拠点が柔軟に「3. ハブ機能とサポート機能」の軽重を見極めつつ、活動を展開していくことが望ましいと考える。最終的には、地域の専門領域については専門職からなる職能団体がその課題解決を図る当事者として活動し、連携拠点はそのサポート役を担うという形を志向しつつ、継続して在宅医療連携拠点としての責務を果たすことで地域に貢献していきたい。