

在宅医療連携拠点事業成果報告会

在宅療養支援診療所が
都市部で拠点機能を担う

2012年3月8日

あおぞら診療所

成果報告会

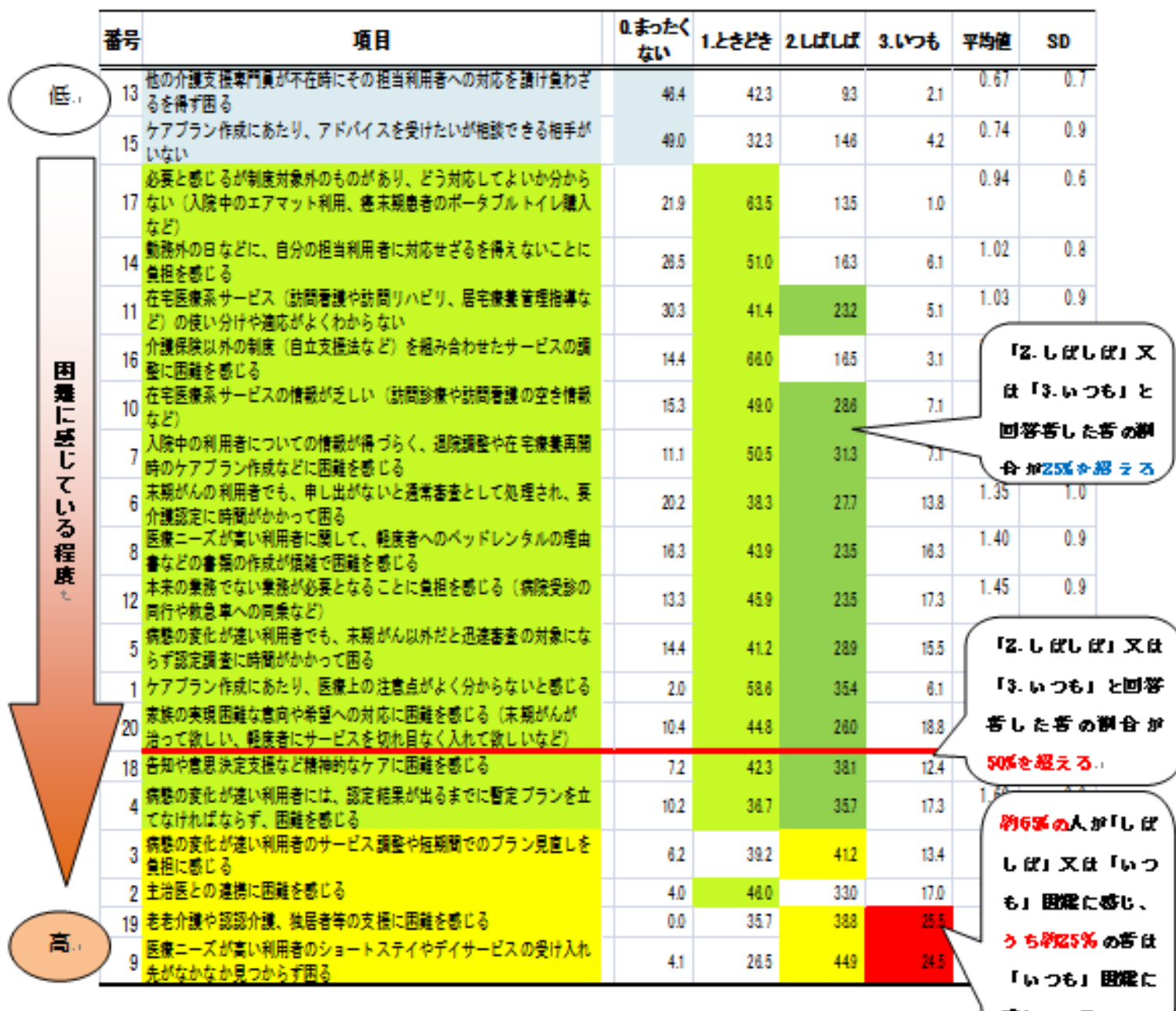
- └ 医療と介護の連携
- └ 病診連携
- └ 診診連携
- └ 医科歯科連携
- └ 薬局連携
- └ 多職種合同カンファレンス
- └ 来年度に向けて

医療と介護の連携

ケアマネジャーとの連携

- 市内に包括的なケアマネ団体が組織されていない
- 146か所(318名)の居宅介護支援事業所に呼びかけ、102名の介護支援専門員(CM)が加わるケアマネジャー連絡会を組織(世話人11名)
- 会員に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行い、よりニーズの高いテーマに関して活動を行う方針とした
- 5回の世話人会と第1回連絡会総会(10月)を開催

「医療と介護の連携」についての困難感



拠点が行った活動

- └ ケアマネジャー向け相談支援機能
- └ 大規模・網羅的なケアマネタイムの作成
- └ 病院MSWとの二職種間交流(症例検討会)
- └ ケアマネジャーの在宅医療研修受け入れ

ケアマネタイムアンケート用紙

医療機関名	〇〇診療所	院長名	〇〇 △△	窓口担当者 医師の代理で主に 対応できる担当者 名をご記入ください	△△ □□ 職種 看護師
在宅医療への 取り組み	主治医意見書の記載	対応している	対応していない	TEL・FAX	047-xxx-△△△△
	訪問診療	定期的に行っている	行っていない		047-xxx-〇〇△△
	外来かかりつけ患者の臨時往診	対応している	対応していない	メールアドレス	□□□ @ △△△. xx. jp
	在宅療養支援診療所の届出	有	無		

医師が面談等対応可能な時間帯や外来受診可能な時間帯を （外来診療時間や往診時間もご記入ください）	月	火	水	木	金	土
	8:00					
9:00	外来診療	外来診療	外来診療	△△	外来診療	外来診療
10:00	外来診療	外来診療	外来診療	△△	外来診療	外来診療
11:00	外来診療	外来診療	外来診療	△△	外来診療	外来診療
12:00	外来診療	○	外来診療	△△	外来診療	外来診療
13:00		往診	○	△△	往診	×
14:00		往診	○	△△	往診	×
15:00	外来診療		外来診療	△△	往診	×
16:00	外来診療	外来診療	外来診療	△△	外来診療	×
17:00	外来診療	外来診療	外来診療	△△	外来診療	×
18:00	外来診療	外来診療	外来診療	△△	外来診療	×
19:00						

医師との相談方法 希望の優先順位をご 記入ください。	直接 面談	往診 同席	外来 同席	電話	FAX	メール
	5	4	3	2	1	6

主治医の都合に合わせて 医療機関で開催する場合
30分以内なら可能 15分以内なら可能 困難

担当者会議への医師の参加
訪問診療の時間に合わせて開催
30分以内なら可能 15分以内なら可能 困難

自院の待合室等を利用して開催の場合
人数 参加人数 (5) 人以内であれば可能

ケアマネジャーへの要望(連絡時の注意事項等を含む)

※月曜日の午前中の外来は非常に混雑しているため、外来同席や電話連絡は
ご遠慮ください。

ケアマネジャー連絡会世話人会の活動

- CMにとって有益な口コミ情報の集約
デイサービスに関する口コミ情報の集約
- CMの活動性を評価するためのデータベース作成
東京都介護支援専門員研究協議会
「介護支援専門員の役割に関する研究」
→ 困難事例に対する有効なアプローチ事例を収集
- 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

医療連携のためのケアマネ実地研修

	研修症例
テーマ	<ul style="list-style-type: none">ー がん終末期ー 神経難病ー 医学管理・医療処置ー 認知症BPSD

実地指導者（経験豊富な主任ケアマネジャー）と受講者が1対1のペアとなって研修を行う（定員4名）

研修スケジュール

日程	内容
個別実習 (1回3時間 ×4回＋ オプション)	<ul style="list-style-type: none">┉ 実地指導者の担当利用者のモニタリングとサービス担当者会議に同行(計2回)┉ 受講者の担当利用者のモニタリング場面とサービス担当者会議に同行(計2回)┉ 在宅医療に関連するオプション<ul style="list-style-type: none">・訪問診療同行・訪問看護同行・訪問看護ステーション合同カンファレンス傍聴・ケアマネジャー集中カンファレンス傍聴

研修プログラムの特徴

4つのI(アイ)

- 実習形式 (Interning)
- 事業所を越えた (Inter-organizational)
- 個別化された (Individualized)
- 相互研鑽 (Inter-educational)

現行の法定研修等では抜け
落ちてしまっている重要な部分

介護職との連携

- 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中
- 居住系施設介護職40名を対象に、講義＋グループワーク形式の講習会（6月）を開催
- 対象をさらに拡大し、100名規模の講習会（講義形式）を開催（2月）

来年度の基礎知識講習会（全6時間）

講義1：医療にまつわること（50分）

生活と医療の関係

体調変化の報告相談のしかた

講義2：認知症の基本的理解（50分）

認知症のステージアプローチ

認知症のBPSD

講義3：老衰と看取り（70分）

老い、衰えのプロセス

看取りのプロセスとケア

全体討論と質問への回答

* 各講義後にグループワークを繰り返し行う

病診連携

病院看護師の在宅医療研修

- 病院と地域の連携を促進するために
病院看護師の在宅研修を受け入れ

国立がんセンター東病院 (2日間 × 15名)

中堅看護師スキルアップ研修

松戸市立病院 (1日間 × 10名)

看護師長研修

病院看護師の在宅医療研修

- └ 訪問診療同行
- └ 訪問看護同行
- └ カンファレンス参加
- └ ミニレクチャー
 - 訪問看護
 - 薬剤にまつわる困難
 - 在宅における医療処置
 - 医療衛生材料

病診連携カンファレンス

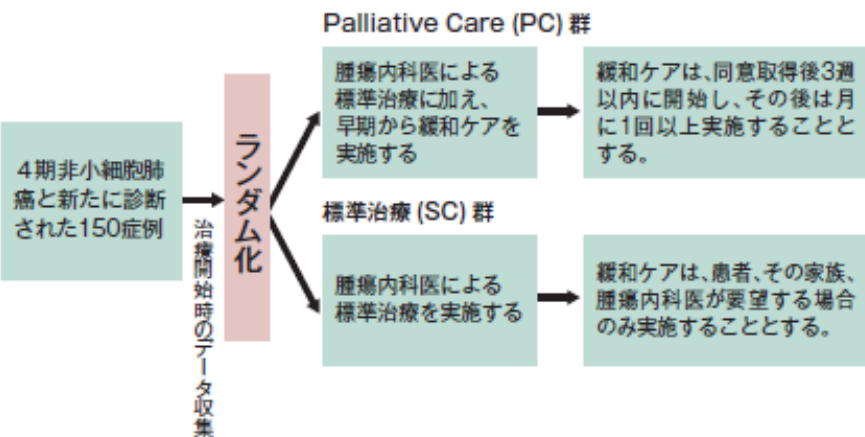
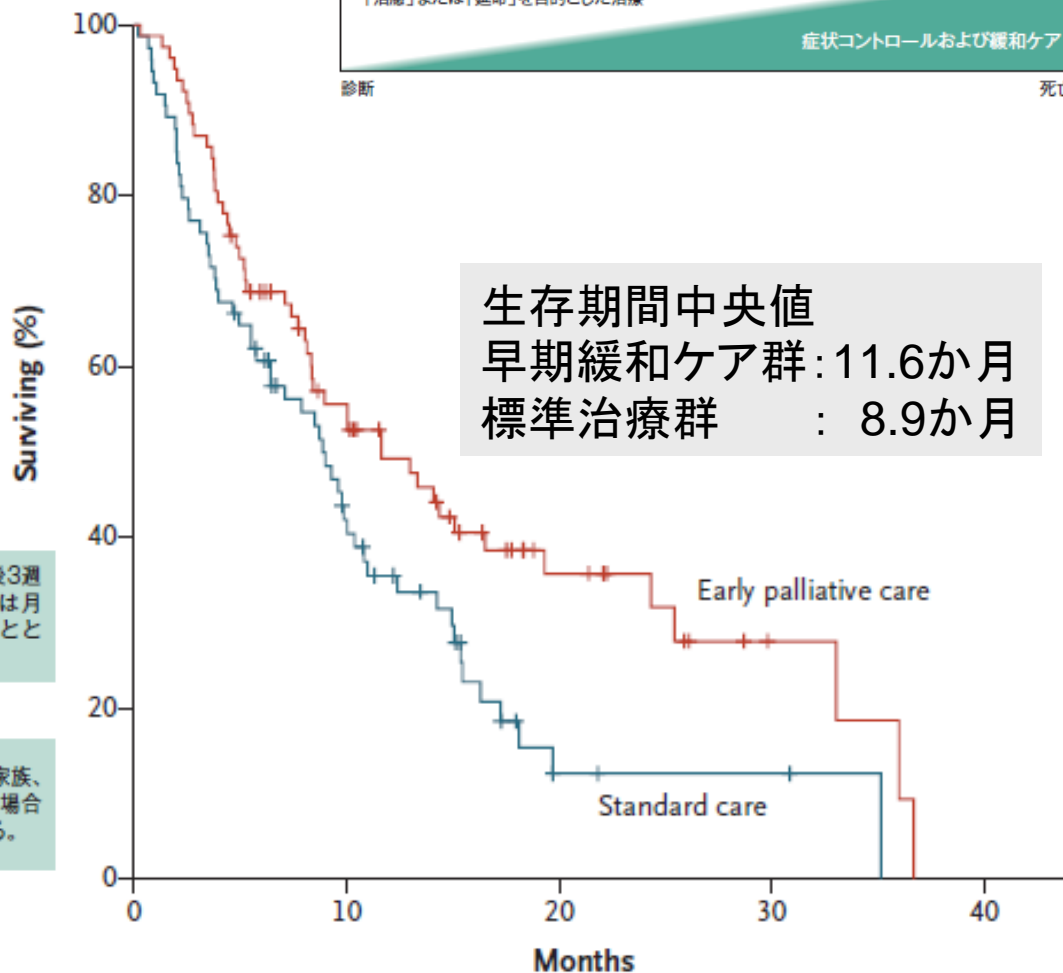
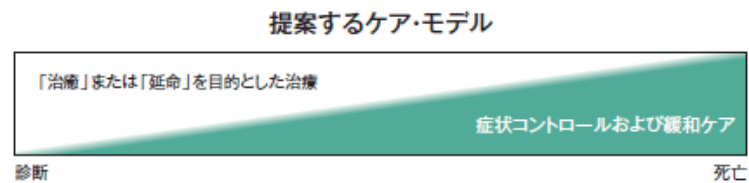
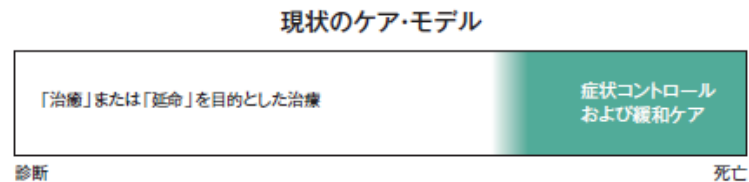
- 在宅医療の後方支援機能を担う市立病院（医療福祉センター）と病診連携カンファレンスを月に一度開始した
- その後、国立がん研究センター東病院緩和医療科が加わった
- 三者によるカンファレンスの発展型としてホスピス・ライアングルを構築する方向で準備を進めている

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alon Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B. Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Ly

N ENGL J MED 363;8 NEJM.ORG AUGUST 19, 2010



早期緩和ケア群の特徴

- カルテに蘇生時の希望が明記されていることが多かった
- 入院や救急受診の頻度が少なかった
- 亡くなる前の60日間で静注化学療法を受けた割合が有意に低かった
- 最後の静注化学療法から亡くなるまでの期間が有意に長かった

→ 必要な治療はきちんとなされ、
適切でない治療はなされなかった



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

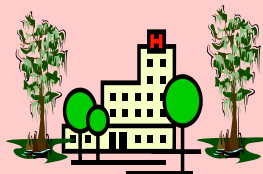
あおぞら診療所

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<まつど>



“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。

診診連携

東大柏プロジェクトの実施を
通して診診連携を推進する

東大柏プロジェクト：初級コース

- 冒頭に**終日の研修会**を開催
(がんと認知症を取り上げ、講義だけでなく多職種とともにグループ討議を繰り返す)
- 1か月の間に受講医師は**在宅実地研修**と**他職種同行研修**を経験する(各半日1回)
- 1か月後に**半日の研修会**を開催
(地域における在宅医療への期待を感じてもらい、在宅医療に参入する動機付けや目標設定を行う)

研修会 1日目(終日)

└ 在宅医療が果たすべき役割

└ 在宅医療の導入

└ がん疼痛緩和に必要な知識

└ 事例検討(がん)

└ 認知症の基本的理解とマネジメント

└ 事例検討(認知症)

└ 専門職連携協働(IPW)の今日的意義

研修会 2日目(半日)

- └ 在宅療養を支える地域の医療介護資源
- └ 在宅医療への期待
(訪問看護師・介護支援専門員・病院管理者等)
- └ 在宅医が知っておくべき報酬や制度
- └ グループ討論:地域で求められる在宅医療とは
- └ 目標設定:在宅医療実践に向けて
- └ 目標発表と全体総括

教育拠点診療所の役割

- ┉ 研修会の講義や多職種連携研修を司る
- ┉ 受講医師の在宅実地研修受け入れ(半日1回)
- ┉ 他職種同行研修のアレンジ(半日1回)
- ┉ 「地域の医療介護資源」の調査とりまとめ
 - 診診連携グループに加わる医師は本研修を受講する

医科齒科連携

課題認識

- └ 医科歯科連携の重要性が叫ばれる中、実際に歯科との連携実績は少数に止まっている
- └ 在宅医や訪問看護師は歯科が専門ではなく担当する在宅患者の口腔ケアニーズに気づいていないのではないか
- └ 40か所の歯科医院が登録されている地区歯科医師会口腔ケアセンターではこれまで“顔の見える関係”が深まっていなかった

歯科介入必要度スクリーニング

- └ 歯科衛生士が医師の訪問診療に同行し
歯科介入が必要な患者を抽出する
歯科介入必要度スクリーニングを開始
- └ 狭義の歯科治療に加え口腔ケア、摂食嚥下
リハビリを含む継続的介入に取り組む歯科
医院を募り、集中的に患者を紹介する流れを
構築した(現在市内5か所＋隣市1か所)
- └ 着手から1年未満の期間でも臨床上驚く
べき状態改善例を少なからず経験している

歯科介入必要度 5~4

介入必要度	判断理由													治療を要する歯科的口腫有	歯科の介入有	その他の条件					
	障害認定	要介護度	日常生活自立	嚥下の人	歩行の人	排泄の人	認知症の程度	精神障害	認知症自立度	認知障害	本人ケア不足	介護ケア不足									
5	認知症、多発性脳梗塞、大動脈弁狭窄症、糖尿病	障害1	5		○	○	○	○					○	○							
	多発性脳梗塞、脳血管性認知症、慢性ウイルス性肝炎、前立腺肥大	障害1	5	A2	○			○	○	○	○	IIIa	○	○	○	○	○	○			
	進行性核上性麻痺	障害2	5		○			○	○	○				○	○			家族が希望せず			
	認知症、甲状腺腫瘍、		5	C2	○			○		○	?	○		○	○			家族が希望せず			
	アルツハイマー病、肺炎	障害1	5	C2	○			○	○		IV	○		○	○	○	○	○	○		
	筋萎縮性側索硬化症	障害1	5		○			○	○	○				○	○						
多発性脳梗塞	障害2	5		○			○						○	○			○	○			
4	脊髄小脳変性症、喘息		2		○					○											
	廃用症候群、関節リウマチ、悪性リンパ腫治療後		5	C2					○		IIIb	○	○	○	○	○	○	○	○		
	進行性核上性麻痺、脳出血後、腰椎圧迫骨折、肺炎?		5		○			○	○	○				○	○				死亡		
	右腎平滑筋肉腫術後再発肺腎転移、甲状腺機能低下症		2	AI							自立	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	甲状腺癌	障害1	5										○	○	○	○	○	○	○		
	脳梗塞後遺症、高血圧	障害1	2										○	○	○	○	○	○	○	○	
	アルツハイマー病		4	J2							IV	○		○	○	○	○	○	○		
	筋萎縮性側索硬化症、陈旧性心筋梗塞		5		○			○	○					○	○						
	パーキンソン病	障害1	5	B2	○			○			IIA			○	○			○	○		
	脳性麻痺、重症心身障害、てんかん	障害1												○	○						
	悪性リンパ腫													○	○					死亡	
	原発不明癌、頸部鎖骨下腫瘍			A2							自立			○	○			○	○	○	○
	脳血管性パーキンソン症候群、高血圧		5	C2	○			○			IIb			○	○			○	○	○	
	微慢性レビイ小体病、右大腸骨転子部骨折後		5	C2							IV	○		○	○						死亡
	両側変形性膝関節症、高血圧、逆流性食道炎		3	A2							I			○	○			○	○	○	○

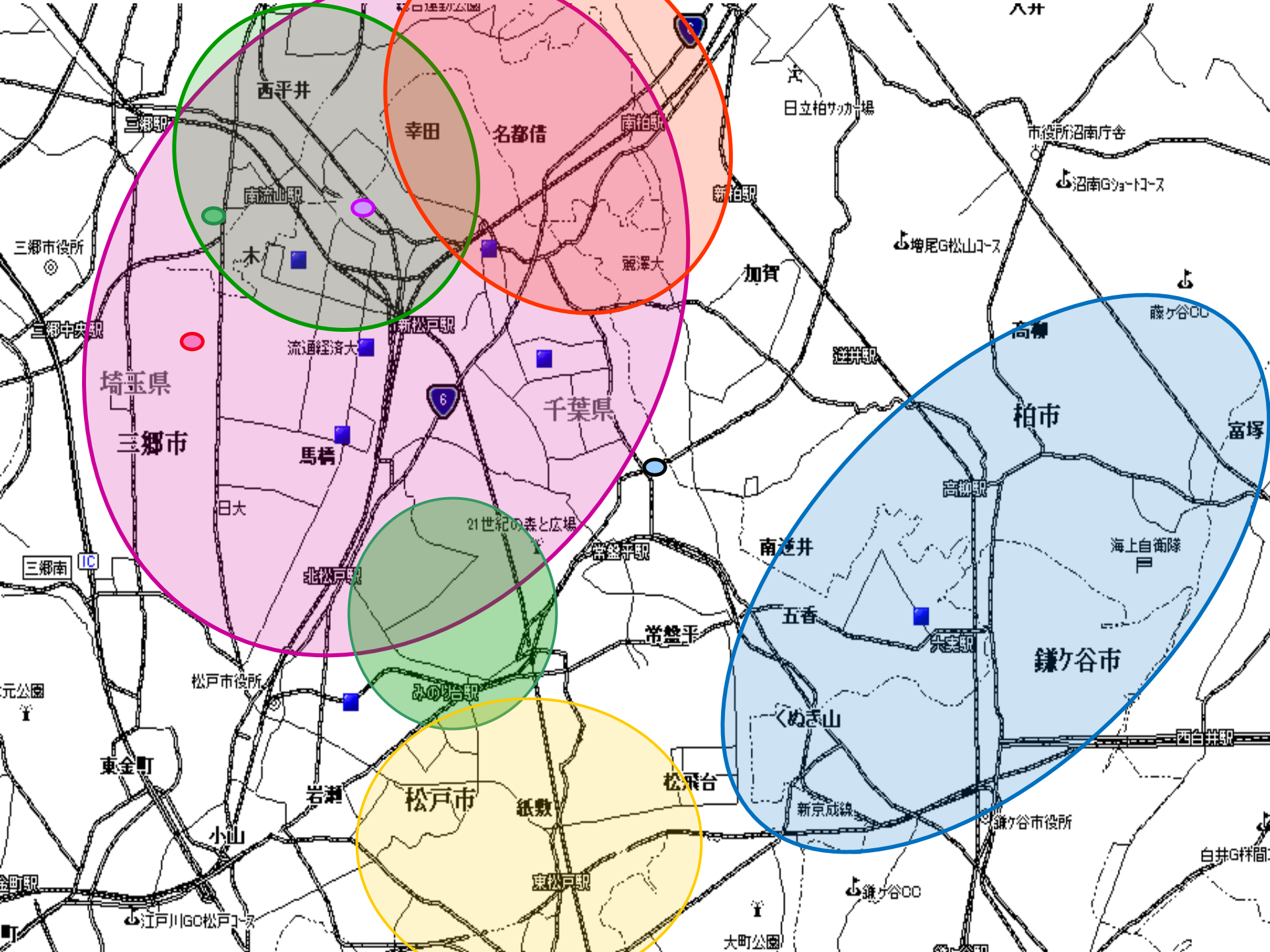
これまでのスクリーニング結果の概要

歯科・口腔疾患を有する患者 45%

介入必要度3以上の患者 68%

既に歯科が介入している患者 25%

* 既に歯科介入ありの患者は必要度1~5
すべてに分布している



医科歯科連携からの学び

- ニューモバックスの推奨以上に、口腔ケアを導入することの方が肺炎予防に効果的
- ビスフォスフォネート製剤を投与中の在宅患者に継続的な口腔ケアを導入していないとしたら、それはもはや“無策の罪”と言える
- 静脈ポートを用いて在宅IVH管理を行っている患者の口腔ケアを怠っていることはポート感染の重大な原因となりうる

藥局連携

薬局との連携

- └ 市内188の保険薬局に呼びかけ、37薬局からなる在宅医療連携薬局連絡会を組織した（世話人6名を選出）
- └ これまでに5回の世話人会と第1回連絡会総会を開催（1月）

薬局連絡会世話人会の活動

ー 訪問薬剤管理指導 はじめの一步

訪問薬剤に初めて取り組む薬剤師向けマニュアル

ー 在宅患者の処方せんに遅滞なく対応する

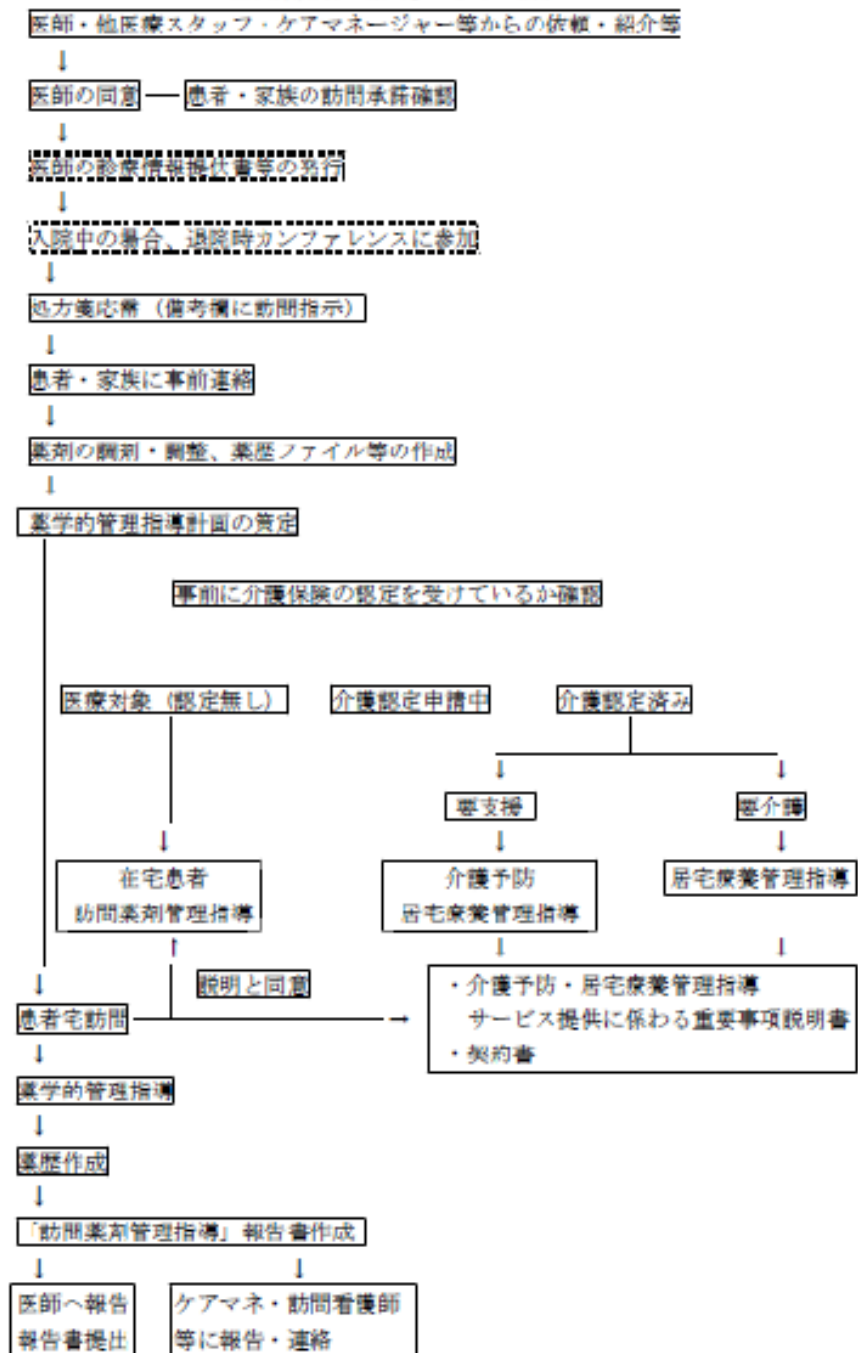
在宅独居患者に薬が届くまでの手順リーフレットの作成

ー 麻薬も含め薬剤に関する365日の安心

休日当番薬局の機能を拡充する輪番制

地域における麻薬小売業者間譲渡の体制構築

「訪問薬剤管理指導」の流れ(案)



薬剤に関する365日の安心を提供する

ー 現行の休日当番薬局の機能を拡充する輪番制

対応する日時

処方せん応需方法や調剤配薬の方法

地域割りやグループ化、薬局の規模

現行の休日当番薬局との整合性

365日安心置き薬の整備

医療衛生材料への対応

ー 地域における麻薬小売業者間譲渡の体制構築

必須麻薬在庫の設定

不公平感のない小売業者間譲渡の運用

医療用麻薬在庫情報オンラインシステム(来年度)

多職種合同カンファレンス

多職種合同カンファレンス

第1回(6月)

在宅医療にまつわる課題を抽出

第2回(9月)

抽出された課題から特に重要なテーマの選定

* 動機付けにつながる講演会を併せて企画

第3回(12月)

多職種が関わる患者についての症例検討会

第4回(2月)

重要テーマについて解決策を討論



“生活”と“医療”を多職種で支える

- “食”の質を歯科医師、歯科衛生士が高める
- 口腔ケアによる身体機能の維持、向上を支援する口腔ケアの重要性
- “ケアマネジャー”が介護保険を支える

— 病院等にはない“食”の楽しみ —

当院の多職種合同カンファレンスの特徴

- 参加者が挙げた課題を改めて整理・概念化し簡潔な文章やキーワードを用いて視覚化
- 参加者を6~7職種からなる小グループに配置することで多職種との意見交換・討論を実施
- 多くの参加者と意見交換・交流を促す時間を設定（名刺交換タイム、作戦タイム）

「在宅医療の課題」に関する概念図

(n=166, Pn= 611)

連携に関する課題

A. 専門職種間の連携

多職種連携

同職種連携

医師との
連携

B. 医療と介護の連携

方針決定プロセス

臨床倫理

相互理解

病院から在宅への
移行

退院調整

D. 病院と在宅の連携

C. 方針決定プロセスや 相互理解

E. 顔の見える関係

K. 市民への啓蒙

F. 本人・家族に関する課題

サービス利用への
障壁

世帯の抱える
問題

介護力不足

経済的問題

在宅を補完する
病院や施設

地域資源の把握

相談機能

H. 在宅医療を支える 地域資源

介護保険にまつ
わる課題

制度の複雑さ

J. 在宅医療に 関わる諸制度

情報にまつわる
障壁

在宅医療に要す
る労力

I. 在宅医療の非効率性

マンパワー不足

緊急入院先の
不足

24時間365日
対応

医療依存度の高い
患者の増加

G. 在宅医療を支える医療体制

第1回多職種合同カンファレンス

連携拠点事業の概要とこれまでの進捗 (20分)

アイスブレイク「当地松戸の耳寄り情報」(15分)

名刺交換タイム (15分)

多職種ディスカッション (45分)

各グループ進行役よりひと言 (25分)



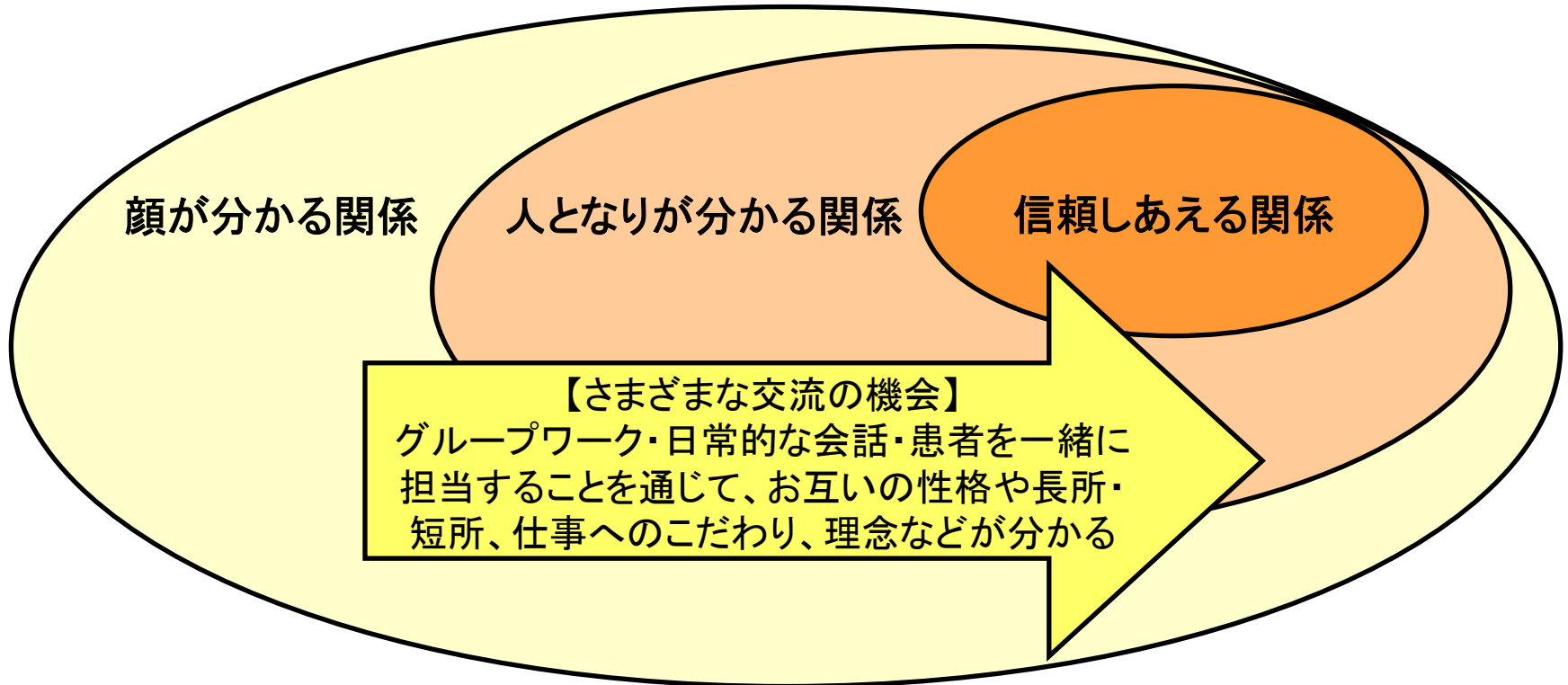
本日のキーワード

- ・地域を“一つの単位”ととらえる
- ・在宅患者は“生活”と“医療”双方のニーズを持つ
- ・“生活”と“医療”を多くの専門職種が担う
- ・専門職間の連携を促す
- ・連携を促す

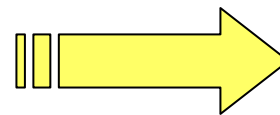
第3回多職種合同カンファレンス

- | | |
|-----------------------|-------|
| 名刺交換会 | (15分) |
| 症例呈示 | (10分) |
| 症例検討1:どんな情報を収集すべきか | (15分) |
| 症例呈示追加 | (5分) |
| 作戦タイム:専門職種ごとに集合! | (25分) |
| 症例検討2:多職種協働に基づく治療ケア方針 | (25分) |
| 全体討論等 | (20分) |
| 事務連絡・アンケート記入 | (10分) |

“顔の見える関係”: 3つの階層



顔が分かるから連絡に際して気後れしない
関わりを重ねることで親近感がわく
他職種の専門性がだんだんつかめてきた
役割を果たせるキーパーソンが誰かが分かる
相互理解が深まり効率がよくなる
相手や場面に応じて自分の対応を変えられる
信頼に基づき責任ある対応をお互いに果たす



異なる母体に属する
様々な専門職種が
地域の中で一つの
チームとして協働できる

来年度に向けての提案

- ― 地域固有の課題と多地域共通の課題を明らかにするために共通の調査を実施
- ― 共通して取り組むテーマを設定しその効果を検証
- ― さまざまな形態の拠点が有する特性やメリットを明らかにする

全国の拠点が取り組むテーマ例

└ 共通の調査例

KJ法を用いた「在宅医療に関する課題」抽出
多職種カンファの有効性の評価(アンケート調査)
ケアマネジャーの困難感アンケート調査

└ 共通して取り組むテーマ例

ケアマネタイムの作成
介護職向け基礎知識講習会の開催
二職種間交流企画の開催