

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名: 医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

松戸市は、千葉県北西部に位置する。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。人口は 480,579 人(平成 25 年 1 月 1 日時点)、前年度比 99.3%と減少傾向にあるが、高齢化率並びに要介護認定者数は増加傾向にある。特に、今後の高齢化スピードは全国 2 位との試算もあり、それに対応できる医療・介護制度の整備が急がれる。

1.1 松戸市の人口動態(平成 25 年 1 月 1 日現在)

高齢者	103,888 人(前年度比 103.9%)
高齢化率	21.3%
要介護認定者	15,853 人(前年度比 106.7%)

1.2 課題

当院では平成 23 年度より在宅医療連携拠点事業を受託し、在宅医療における課題抽出をした結果明らかになったものは以下のとおりである。

- ・専門職種間の連携
- ・医療と介護の連携
- ・方針決定や相互理解
- ・病院と在宅の連携
- ・顔の見える関係
- ・本人・家族に関する課題
- ・在宅医療を支える医療体制
- ・在宅医療を支える医療資源
- ・在宅医療の非効率性
- ・在宅医療に関わる諸制度
- ・市民への啓蒙不足

また、松戸地域の介護資源の状況を見ると、近年の人口動態と並行して、在宅療養支援診療所や訪問看護事業所、特別養護老人ホーム等の在宅関連資源は近年増加傾向にある。しかし、各事業所の枠を超えて地域の医療職と介護職が協働で在宅療養患者の生活を支える関係の構築は十分ではなく、課題である。平成 24 年度は前年度の活動を基盤とし、医療と介護の連携のさらなる強化にも注力しながら、活動を進めてきた。

2 拠点事業の立ち上げについて

ケアマネジャー、看護師、ソーシャルワーカーといった地域の医療と介護に精通した人員を配置することに加え、在宅を専門フィールドとする歯科衛生士が加わり、在宅医療において重要性が十分に認知されていない口腔ケア介入にも取り組める体制を整えた。また、社会科学を専門とする研究員を配置し、医療職や介護職と協働しながら、データ収集から分析までを同じフィールドで行い、より現実に即した取り組み方針を提案できるようにした。

拠点事業を進めるにあたり、松戸市並びに松戸市医師会や松戸市歯科医師会に包括的な協力を求めた。自治体との関係という点では、拠点事業を進めるにあたって多職種合同カンファレンスを開催する際には松戸市から後援という形で協力をいただき、その他の企画についても、適宜後援協力をいただく形になった。

また、自治体や医師会との協働において象徴的な事例として、平成 24 年 12 月に行った「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」(通称柏プロジェクト)がある。この研修会は、松戸市医師会が主催し、松戸市が共催、当拠点も協力する形で開催された。

歯科医師会との連携の例としては、平成 23 年度に当院が訪問診療を行っている患者全員に対して口腔状態のスクリーニングを行い、歯科治療が必要な患者を数多くの歯科医師の訪問治療へつないだことが挙げられる。訪問歯科診療をしてくれる歯科医師を歯科医師会へ問い合わせ、当院が直接紹介している。

3 拠点事業での取り組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用(平成 25 年 3 月時点)

(1)-1. 病院

市内	二次救急までの受け入れ病院	6
	三次	1

後方支援病院	1
療養型病床群併設施設	1
大学病院	1
市外近隣の関連病院	
緩和ケア病棟を有する病院	1
大学病院	1
がん専門病院	1

(1)-2. 診療所

医師会正会員数	413
訪問診療を行う診療所	37
在宅療養支援診療所	19

(1)-3. 訪問看護事業所

(うち、24時間対応体制の事業所は19)

(1)-4. 保険調剤薬局

157

(うち、訪問薬剤管理指導として届け出がある薬局は81)

(1)-5. 地域の福祉資源

	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)*	18
4	地域密着型介護老人福祉施設**	2
5	介護老人保健施設*	10
6	介護療養型医療施設	1
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)	29
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

(1)-6. ショートステイにおける医療ニーズの高い要介護者の受け入れ実態

■調査対象

松戸市内のショートステイ(30ヶ所の内、アンケート調査へ回答のあった27ヶ所)

病院	2ヶ所
老人保健施設	8ヶ所
特別養護老人ホーム	10ヶ所
有料老人ホーム	2ヶ所
ショートステイ専用施設	3ヶ所
自費の有料老人ホーム	2ヶ所
計	27カ所

■調査結果

27施設のうち老健3ヶ所と有料老人ホーム1ヶ所を除く24か所が、調査項目に挙げた何らかの「医療行為の受け入れ経験あり」と回答した。

受け入れ経験が多い医療処置(7項目)

- ・単純な創処置
- ・インスリン注射
- ・酸素吸入
- ・尿道カテーテル管理
- ・血糖測定
- ・胃瘻
- ・吸引

*「吸引」に関しては、備考欄に5施設が「日勤帯のみ必要な程度」など受け入れ条件を記載していた。

受け入れ経験が少ない医療処置(6項目)

- ・点滴全般(「末梢」、「皮下」、「中心静脈」)
- ・経鼻栄養
- ・複雑な創処置
- ・神経難病終末期
- ・医療用麻薬
- ・MRSA

*「中心静脈栄養」は受け入れ経験ありの回答はゼロで、全く受け入れられていなかった。

■課題

普段担当している以外のスタッフが利用者に医療行為を行う必要がある場合や、利用者の状態が変化した場合の対応に困難が生じる。

また、「終末期」にある利用者や「精神疾患」を伴う利用者の受け入れ経験が多い特養施設であっても、併設のショートステイでそうした利用者を受け入れている施設は多くない。

(1)-7. 特別養護老人ホームにおける医療ニーズの高い要介護者の受け入れ実態

■調査対象

松戸市内の特別養護老人ホーム(16ヶ所の内、アンケート調査への回答があった13ヶ所)

■調査結果

全 13 施設のうち 1 か所を除く 12 か所で、調査項目に挙げた何らかの「医療行為の受け入れ経験あり」と回答した。

受け入れ経験が多い医療処置(10 項目)

- ・胃瘻
- ・尿道カテーテル管理
- ・血糖測定
- ・吸引
- ・精神疾患
- ・単純な創処置
- ・人工肛門
- ・インスリン注射
- ・肝炎
- ・終末期

*「吸引」に関しては、3 施設が「日勤帯のみ必要な場合のみ受け入れる」と回答。

受け入れ経験が少ない医療処置(6 項目)

- ・経鼻栄養
- ・複雑な創処置
- ・神経難病
- ・医療用麻薬
- ・MRSA
- ・中心静脈栄養

*「中心静脈栄養」は「受け入れ経験あり」の回答はゼロで、全く受け入れられていなかった。

■課題

看護師 1 人当たりの受け持ち人数が多いことや夜勤帯に看護師が不在であることなどから、介護職員がある程度利用者への医療行為や対応をする現状が伺える。

(2) 会議の開催

地域の多職種が一堂に会する会合として、平成 23 年度(計 4 回実施)に引き続き、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 5 回 (5 月 23 日)

「がん終末期患者に対する在宅緩和ケア」の事例検討

第 6 回 (7 月 31 日)

地域包括ケアの時代における訪問看護の役割をテーマに据えた講演会(訪問看護師 秋山 正子氏)とグループディスカッション

第 7 回 (12 月 20 日)

松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会看護職員研修

第 8 回 (2 月 14 日)

IPW (Inter-professional Working 多職種協働)をテーマに据え、多職種 PR

マに据え、多職種 PR

(2)-1. カンファレンスの参加者

職種	第5回	第6回	第7回	第8回
医師	14	12	-	11
歯科医師・歯科衛生士	9	5	-	14
看護師(病院・診療所/ST)	31	43	-	18
薬剤師	15	8	-	15
PT・OT	6	9	-	11
ソーシャルワーカー	11	5	-	3
ケアマネジャー	15	18	-	17
在介・包括職員/市役所職員	5	10	-	4
民生委員	0	0	-	1
居住系施設職員	6	1	17	12
合計	112	111	17	106
申込み済み/キャンセル	22	17	0	22
オブザーバー	4	1	0	2
総申込者	138	129	17	130

(2)-2. カンファレンスの特徴

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) 平成 23 年度に計 4 回実施した多職種合同カンファレンスで明らかになった課題を下敷きとし、より強化すべき点を明確にした上で、各回のテーマを設定した点。
- 2) 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。
- 3) 民生委員や居住系施設の職員の参加を促すことで、医療職のみならず介護職も含め、前年度以上に多職種が参加した点。
- 4) カンファレンス当日は、会場を早めに開け、スクリーンに指示を出すなど、カンファレンス開始前から、よりくつろいだ雰囲気の中で参加者どうしが意見交換・交流をもつ時間を設けた点(名刺交換タイム)。
- 5) 第 7 回をのぞく全ての会で参加者を 6~7 職種からなるスモールグループ(7~8 名)に配置したことにより、多職種との意見交換・討論を可能にした点。
- 6) 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。
- 7) 松戸市の後援を得ることで、より公益性の高いものとした点。

(2)-3. カンファレンスの評価と開催成果

カンファレンス終了時に、毎回出席者にカンファレンスについてのアンケート調査を実施した。その結果、カンファレンス出席者の満足度は概ね高かった。また、回数を重ねることで、他職種との関係も構築され、日

常業務にも効果がもたらされることが明らかになった。

(3) 研修の実施

(3)-1. 歯科衛生士を対象とした研修

■目的

平成 23 年度から在宅療養患者に対する口腔ケア実践を進める中で、在宅療養患者のセルフケア不足による口腔衛生状態不良、摂食嚥下障害、終末期における口腔内の苦痛など、口腔ケアのニーズが高いことがわかった。

しかし口腔ケアを行う歯科衛生士はほとんどの者が歯科医院勤務の経験のみで在宅訪問の経験を持たない。歯科衛生士が在宅療養患者に適切な口腔ケアを実践する上では、主疾患や様々な合併症、家族の意向など多様な背景を理解し対応することが求められ、歯科医院勤務経験のみでは十分に対応が取れないことが考えられた。そこで在宅療養患者への口腔ケアに関心をもつ歯科衛生士 9 名を対象に、施設(1ヶ所)の利用者および後方支援病院(1ヶ所)の患者への口腔ケア実践を行い、在宅療養患者のケアを行うための体験を積み場とした。

■方法並びに内容

平成 24 年 7 月～9 月の間、グループホーム入居者に対して 1 週間に 2 回、その後、10～11 月の間、後方支援病院の病棟患者に対して、1 週間に 1 回の口腔ケアを行った。

グループホームでは 3 カ月で合計 20 回、各日歯科衛生士 2～3 名で対応をした。毎回、入居者 18 名中 4～5 名を対象に、各 1 人 15～20 分程度の口腔ケアを行った。

病院病棟では 3 カ月で合計 11 回、各日歯科衛生士が 4 名で対応をした。口腔ケアを行った患者は病棟より依頼のあった 19 名(寝たきり状態、車椅子の方など)であり、1 人 20 分程度の口腔ケアを行った。口腔ケアの内容は口腔清掃を基本に口腔内・口腔周囲のマッサージを行い、施設で可能な者について口腔周囲の運動も行った。歯科衛生士は 2 名がペアとなりお互いの手順(準備、ケアの導入など)、ケア方法(使用物品、清掃方法など)を確認しながら口腔ケアを行った。ケアを行った患者について毎回のケア終了後、口腔内状態を報告書に記入し、日常ケアのポイントをグ

ループホームでは介護スタッフ、病棟では看護師に伝えた。

■結果

これまで施設入居者や病院の入院患者に対して口腔ケアを実践したことのない歯科衛生士にとって、これらの口腔ケアは家族や多職種に対する指導、様々な疾患や合併症を有する在宅療養患者に対して適切な口腔ケアを提供するために必要となる技術や対応を学ぶことを可能とし、実際に在宅療養患者に対して訪問口腔ケアを実践する前段階として重要な経験となった。

(3)-2. ケアマネジャーを対象とした研修

■目的

地域において主任介護支援専門員からなる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)に近い形態での研修プログラムを行った。

■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 4 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。

■指導者および受講者からの反響

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。

(3)-3. 病院看護師の研修受け入れ

病院スタッフが在宅医療に対して具体的なイメージをもつことで、患者を病院から在宅へ円滑に移行できるようにするために、地域の病院スタッフの要望に応える形で、当院では、2011年から病院看護師の研修をより拡大して受け入れてきた。

在宅部門を併設していない地域の中核病院と専門病院の看護師を中心に研修を受入れてきた。平成24年度の受け入れ実績は下記のとおりである。

- ・国立がん研究センター東病院 中堅看護師 12名
- ・松戸市立病院 中堅看護師を中心に 14名

■内容

全受講者が2日間の日程で、訪問診療同行、訪問看護同行をベースに、「訪問看護概論」や「在宅における医療処置の工夫」等に関するミニレクチャー、がん患者さんの新患導入面接の同席等を組み合わせた内容を受講した。

■受講者からの感想

「療養生活の実際を知ることができた」、「必要な退院支援が分かった」、「退院調整に対する意識が変化した」、「病院と在宅医療と福祉の連携が重要であると強く感じた」等の感想が挙げられた。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

(4)-1. 診診連携

当地域でも、訪問診療を行っている多く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、現在はそれを拡大し当院を含む5診療所と機能強化型体制をとり、月1回の診診連携カンファレンスをもっている。

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形をとっている。

(4)-2. 病診連携

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、定期的に病診連携カンファレンスを開催し、病院から在宅への移行がスムーズにすすめられるよう、情報共有をしている。

また、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」の作成を開始した。平成24年度は、計17名分の移行報告書をまとめ、在宅療養開始後の患者の生活状況を病院に伝えた。

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を同封した。

(4)-3. ステーション連携

当院では平成 13 年より、患者さんの在宅療養生活をより充実したものにするため、5 名以上の患者さんの支援を依頼している地域の訪問看護ステーションと、定期的にステーションとの合同カンファレンスを開催している。

平成 24 年度は訪問看護ステーション 8 ヶ所と訪問リハビリ事業所 1 ヶ所の計 9 ヶ所と通算 34 回実施した。カンファレンスでは、訪問看護ステーションからは訪問回数や支援内容だけでなく、支援中の家族の様子や介護保険サービスに関する事等患者さんの療養生活に関する幅広い内容の報告が行われ、主治医からは最近の病状や直近の検査結果を伝え、診療所の医師とステーションの看護師との間で、病状だけでなく本人を取り巻く環境等についても共通認識を持てるようなカンファレンスを行った。

(4)-4. 薬局連携

平成 23 年度に立ち上げた在宅医療連携薬局連絡会世話人会を、引き続き平成 24 年度も 2～3 カ月に 1 回の割合で計 4 回開催した。活動を進める上で、世話人会が松戸市薬剤師会会長を含むメンバーで構成されたことは大きな意味を持った。この活動をより公益性の高いものとして位置づけていこうという方向性について世話人の中で合意がなされ、その方針が具現化する形で、世話人会の活動開始から 1 年後の平成 24 年 5 月には、地区薬剤師会に「在宅医療連携委員会」という委員会が新設されるに至った。

その後、世話人会の継続的開催、拠点事業における薬局連絡会と地区薬剤師会との合同総会の開催を通して、拠点事業における薬局連絡会の活動が、地区薬剤師会・在宅医療連携委員会を補完するかたちで、地区薬剤師会が主体となって活動する体制ができた。

平成 24 年 11 月に、麻薬も含めた 365 日の安心を提供する輪番制をスタートさせるに至った。

具体的には、既存の休日当番薬局の規定開局時間は 9 時から 17 時となっているが、連絡会会員薬局(2013 年 3 月時点で 34 薬局)が新たに休日の輪番体制を構築した(図 1)。既存休日当番薬局(図 1、上

段:①)に加え、連絡会会員薬局による新たな休日当番体制(図 1、下段:②)を組むことで、麻薬も含めて 9 時から 20 時まで対応できる体制を構築した。例えば、①の休日当番薬局が連絡会会員以外の場合は、10 時から 17 時までは、①、②両方の輪番薬局が対応可能となり、17 時以降は②が輪番で対応する。また、連絡会会員薬局が休日当番の場合は、9 時～17 時までには店舗を開け、17 時～20 時までには自宅待機可とすることで、薬局の負担を多少なりとも軽減する。

図 1 休日当番体制を補強する新たな輪番制



こうした取り組みは多方面から注目を集めており、将来的には「麻薬も含めた 365 日 24 時間対応」を運用できるよう、準備を進めている。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

(5)-1. デイサービス情報の収集・集約、冊子の発行

ケアマネジャーは、同一地域内に多数の介護サービスがある中で、利用者の希望をふまえ、かつ公平・平等な視点からケアプランを作成するために詳細な情報を必要としている。デイサービスを例に挙げると、おやつ代等自己負担額や宿泊サービスの有無、対応可能な医療といった“ロコミ情報”の収集はケアプラン立案にあたり有益な情報にも関わらず、これまでのところ個人個人の努力に依拠していた。

ケアマネジャー連絡会の担当世話人が中心となり、松戸市内にある 103 の通所介護事業所(2012 年 6 月時点)に対してメールと FAX でアンケート調査を行い、そのうち 94 箇所(91.3%)から回答を得、『ケアプラン作成最強支援ツール』(2012)という名称の冊子を平成 25 年 1 月に発行した。これを、市内の居宅介護支援事業所 105 箇所と通所介護事業所 103 箇所に配布した。

(5)-2. ケアマネジャーを対象とした相談業務

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)。

FAX、メール、電話のいずれかで相談を受け、電話で返答した。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する体制を構築した。

これまでに寄せられた相談内容は、「個別ケースの病態や病状について」、「医療資源の紹介」、「医療資源の紹介と転院について」が主な相談内容であった。相談を受ける際には、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。

(5)-3. ケアマネジャーの活動を正當に評価するためのデータベース作成

ケアマネジャーの活動性を正當に評価するため、『東京都介護支援専門員研究協議会』が行った調査研究の報告書を参考にし、平成23年第1回連絡会総会(10月)でアンケート調査を実施した。その結果、約半数のケアマネジャーがこれまでに病院受診同行や救急車同乗をした経験があることが分かった。また、昨年は、約6割のケアマネジャーが暫定プランの作成・調整のために病院や施設等に何度も足を運んだにも関わらず、サービスに繋がらなかったケースがあることも明らかになった。

これまでに担当した困難ケースについても自由記載形式で調査を実施したところ、独居、老々介護、精神疾患、家族関係等の問題等が多く挙げられ、ケアマネジャーは日々不安と葛藤しながら対応している実態が浮き彫りになった。

そこで、困難な事例に対応した際の成功例を集約し、その中から4事例を、2012年9月18日(火)に松戸市の第5回 地域包括支援センター・在宅介護支援センター合同連絡会で報告した。

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など)

松戸市医師会の協力のもと、「開業医とケアマネジャーの連携を推進するための対策」の1つとして、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したケアマネタイムを作成した。

ケアマネタイムでは、医療機関ごとに在宅医療への取組(主治医意見書の記載や訪問診療の対応等)

や相談窓口、医師との相談方法の希望(FAX、電話、直接面談等)、医師が面談等対応可能な時間帯についての情報が網羅されている。

このケアマネタイムを、市内の全居宅介護支援事業所に配布し、平成25年3月にその使用後アンケートを実施し、更新準備を進めている。地区医師会ホームページ上に公開することで、ケアマネ事業所以外の専門職種や事業所も閲覧可能となる見込みである。

また、ケアマネジャーの業務を支援することを目的として『ケアプラン作成最強支援ツール<デイサービス編>』と題した冊子を作った。この冊子は各事業所のサービスを閲覧できるため、ケアマネジャーと利用者が一緒に各事業所が提供するサービスの詳細を比較しながら事業所を選ぶことを可能にした。その点において、利用者にとっても有益な情報ツールである。

デイサービス事業所にとっては、他の事業所のサービス内容について相互比較ができることから、大局的視点に立つと、全体的にサービスの質の向上が図られることも期待できる。

ケアマネジャーや利用者が必要とする情報という視点に立って作ったこの冊子は、結果的に、現行の情報公開制度における、情報公開の内容やあり方に対して、一定の知見を示すものになった。

(7) 地域住民への普及・啓発

(7)-1. 患者・家族・遺族の方々を対象とした活動

地域のボランティアの協力を得ながら、患者・家族・遺族の方々を対象に、あおぞらの会、かき氷大会、バーベキュー、クリスマスカードの発送を以下の日程で行った。各行事の準備から開催まで、地域のボランティア、患者、家族、遺族の方々と当院スタッフが定期的に連絡をとり、また複数の行事が同時期にかさならないように日程を組むことで、参加・協力を頂く方々の負担をできるだけおさえながら、当院の取組を地域へ還元してきた。

4 特に独創的だと思ふ取組

4-1. 連携拠点事業に関するホームページ開設・オープンソース化

地元地域への拠点事業活動の報告と還元に加え、在宅医療連携に取り組むすべての従事者が有効に

活用できることを意図し、当院の拠点活動の詳細を紹介するホームページ(HP)を開設した。平成 23 年度受託事業者としての 1 年間の活動実績を整理し、2012 年 8 月下旬に HP を開設した。

活動の実際や流れを“見える化”するために、各種企画で実際に使用したプログラムや配布資料、アンケート用紙、その集計結果報告などを掲載した。

その結果、数多くのファイルが閲覧、ダウンロードされ、その関心は薬剤師活動、連携拠点事業の概要、歯科連携活動、介護職向け教育企画、地域資源関連、診診連携の活動など多彩な領域に広がっていた。拠点が展開すべき活動は当然地域ごとに異なるものの、数多くの拠点の活動内容を具体的に把握することによって、課題抽出の方法やその解決策の検討など普遍的な手法や活動指針を見出すことが可能になると考えられる。

4-2. 歯科連携

当院では、平成 23 年度の在宅連携拠点事業で行った医科と歯科の連携の活動について、平成 24 年度に関しても継続的に在宅療養患者の口腔内状態把握と歯科診療・口腔ケアの必要性を検討した。

診療所で関わる在宅療養患者 220 名について、平成 23 年度より、診療所に勤務する歯科衛生士 1 名が医師との往診同行を継続して口腔内状態を把握した。平成 23 年度は在宅 161 名、施設 68 名、平成 24 年度は在宅 82 名、施設 15 名について新規にアセスメントを行った。歯科衛生士が口腔内、摂食、嚥下、栄養に問題があると判断した患者については、医師、看護師と共に、歯科診療・継続した口腔ケアの必要性を検討した。

主治医が歯科診療・口腔ケアが必要であると認めた者に関して、患者・家族の了解が得られた場合、地域の歯科医師に歯科診療・継続した口腔ケアを依頼した。ただし患者が終末期にあり、全身状態の低下により口腔内セルフケアが困難、経口摂取が困難となった場合等、早急な対応、連日の口腔ケアの必要がある場合は診療所に勤務する歯科衛生士が対応した。

医科歯科連携に関しては前年度、当院から歯科診療を依頼した地域の歯科医師 6 名に継続した対応を求めた。また、松戸市の歯科医師会が作成した訪問

可能な歯科医師リストを基に、今年度に関しては前年度には連携をとっていなかった歯科医師 4 名に対して新たに訪問歯科診療の依頼を行った。平成 24 年度に新たに歯科医院へ依頼した患者は 30 名であった。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

既存の休日当番薬局の体制に加えて、在宅医療連携薬局連絡会会員薬局が新たに休日当番体制を組み、麻薬も含めて輪番で、365 日 9 時から 20 時まで対応できる体制を構築したことが、最も効果があった取り組みの一つである。

平成 24 年に作成したケアマネタイムを更新し、松戸市医師会のホームページ上で公開予定である。この公開により、紙の資料を配布したケアマネジャーのみならず、地域のあらゆる専門職種が活用できるようになることから、医師にこれまで以上に連絡相談しやすい状況になることが期待される。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

国立がん研究センター東病院の倫理委員会の審議を経た上で、カナミックの電子カルテシステムの導入を進めており、2013 年 4 月から運用が開始される。倫理審査のスケジュール調整は一拠点としてはできないため、この点で苦労が生じた。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

地域での診療実践を通じて、他事業所や他職種との関係を構築していくことが、拠点としての活動基盤になるものと考えている。そうした信頼関係のもとに連携拠点としての活動に取り組んでいくことによって、在宅医療を推進し、引いては地域作りにつながる大きな動きになるだろう。

8 最後に

本事業が単年度のものではなく、恒久財源化されることを望む。そうすることで、長期的視点から計画を立て、各所に協力を仰ぎやすくなる。また、実際の運営においても、人員の確保がしやすくなるため、在宅医療普及のための拠点活動をより安定的に継続できるようになるだろう。