

あおぞら診療所：これまでの進捗状況

- 在宅医療における病診連携・診診連携
- 在宅医療における医科歯科連携
- 訪問看護師との連携
- 調剤薬局薬剤師との連携
- 医療と介護の連携：ケアマネジャー
- 医療と介護の連携：介護職

在宅医療における病診連携

- 2007年4月から2年間にわたり松戸市立病院の緩和ケアチーム回診に週に一度継続参加
- みさと健和病院緩和ケア病棟と2008年5月の開棟時より月に2回合同カンファレンスを開催
- 2010年度より市内の病院MSWに呼びかけて4か月に一度程度学習会を開催(計4回)
- 2011年5月より東松戸病院と月に一度病診連携カンファレンスを開始

医療ソーシャルワーカー学習会

- 地域の病院のソーシャルワーカーに呼びかけて、診療所主催の勉強会を3か月に一度開催
- 各地での工夫や研究成果、論文など有益な情報の共有
- ソーシャルワーク困難事例を持ち寄って討論
- 定期的に顔を合わせることで口コミ情報の共有にもつながりつつある

地域の開業専門医との協働

専門医を非常勤医として雇用すれば院内で
専門科コンサルテーションが可能になる

- 精神科リエゾンコンサルテーションの
専門医に週一度勤務してもらい、
困難事例へのアドバイスを得ている
- 月に一度勤務する神経内科専門医が
神経難病患者を3か月に一度回診する

診診連携まつど方式

- 3人の開業医仲間と2007年から開始した
- カルテ共有や事前のサマリー作成など、心理的抵抗や負担をできるだけ回避する
- 共有するのは氏名、住所、TEL番号のみ
- あおぞら診療所の待機を依頼することはない

診診連携まつど方式

- 患者からの連絡は主治医が受ける
- 臨時往診が必要と判断した場合、連携医師に連絡し病歴や留意すべき点を直接伝える
- 連携医師は主治医の指示を仰ぎながらその手足となって患者に対応する
- 方針決定はあくまでも主治医が行う
- 主治医の治療方針には口出しをしない

東大柏プロジェクト

開業医向け在宅医療導入研修(4か月間)

導入時集中レクチャー (1日半)

研修拠点診療所での研修 (月2回)

多職種全体研修 (月1回土曜PM)

開業医師との連携：在宅医療研修

在宅実地研修

月2回×4＝計8回

研修者の休診日を利用し当院の訪問診療に同行(半日)

地域連携研修

4項目を選択

訪問看護・ケアマネジャー・訪問歯科・後方支援病棟等

地域連携重要項目

3項目を選択

サービス担当者会議・退院時共同指導・在宅導入面接等

在宅医療における医科歯科連携

- 口腔ケアの重要性は以前より強調されている
- 実際にどの在宅患者に必要なのだろうか？
- 2011年4月から**歯科衛生士**が当院の訪問診療に同行する形でのスクリーニングを開始
- **歯科介入必要度の高い患者の例**

経管栄養管理下の患者

神経難病患者

口腔ケアが不足している患者

歯科衛生士による医科歯科連携促進

- 連携拠点が**歯科衛生士**を確保して医師の**訪問診療**に**同行**してもらう
- 歯科衛生士は患者の**口腔アセスメント**を的確に行い、**歯科介入が必要な患者**を抽出する
- 患者からの**歯科診療の依頼**を受けて、医師から**歯科医師へ診療情報提供**を行い、**訪問歯科診療**が**開始**となる

松戸歯科医師会の新たな活動

○特殊歯科特別委員会

2011年5月から、歯科医師が狭義の歯科治療に加え、継続的な口腔ケア等の在宅患者ニーズに対応する

荒木誠先生（あらかき歯科）

黒川昭彦先生（くろかわ歯科）

中村均先生（中村歯科六高台診療所）

2011年6月から、歯科医師が当院の訪問診療に同行する試みを開始





歯科介入必要度の高い患者の例

➤ 嚥下機能に障害を有する患者

誤嚥性肺炎の既往を有する患者

経管栄養管理下の患者

神経難病を有する患者

➤ 口腔ケアが十分に行われていない患者

セルフケアの不足

介護者によるケアの不足

➤ 歯科・口腔内の疾患を有する患者

歯科介入必要度 5~4

介入必要度	判別理由													治療を要する歯科的口顔有	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	精神状態	認知症自立度	認知症	本人ケア不安	介護ケア不安					
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	○	○	○	○	○	○	●月1回訪問歯科診療中
筋萎縮性側索硬化症	障害1	5		○		○	○	○				○	○				
多発性脳梗塞	障害2	5		○			○					○	○				●月2回の訪問口腔ケア
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	○	○	○	○	○	○	●訪問歯科治療現在中断?
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肝腎転移、甲状腺機能低下症		2	A1							自立	○	○	○	○	○	○	入院中
甲状腺癌	障害1	5										○	○	○	○	○	
脳梗塞後遺症、高血圧	障害1	2										○	○	○	○	○	●月2回の訪問口腔ケア
アルツハイマー病		4	J2							Ⅳ	○	○	○	○	○	○	●週1回訪問口腔ケア
筋萎縮性側索硬化症、陈旧性心筋梗塞		5		○			○	○				○	○				●月1回訪問口腔ケア
パーキンソン病	障害1	5	B2	○			○			ⅡA		○	○				●3ヶ月1回訪問歯科
脳性麻痺、重症心身障害、てんかん	障害1											○	○				●6ヶ月毎、日大
悪性リンパ腫												○	○				死亡
原発不明癌、頸部鎖骨下腫瘍			A2							自立		○	○		○	○	日中独居
脳血管性パーキンソン症候群、高血圧		5	C2	○			○			ⅡB		○	○		○	○	
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		○	○		○	○	●多量の歯石、口内炎、逆流性食道炎

歯科介入必要度 3

3																			
多発性脳梗塞、高血圧、胃潰瘍			5								○	○	○歯無し、総植						日大に誘導
痛末期											○	○							死亡
低酸素血症、四肢麻痺、喘息、てんかん、慢性気管支炎、	障害1	/	C2	○					○	I	○	○						●6ヵ月毎、歯科検診	高血圧治療のため入院中
慢性間質性肺炎、慢性気管支炎、狭心症、左大腿骨骨折後	障害1	3	A2							I	○	○							
COPD、腎臓管狭窄症、坐骨神経痛	生保	1	B I							III A	○	○	○歯歯不適合					●以前歯科介入有	
パーキンソン病		3	A2							自立	○	○	○歯歯不適合					●以前歯科介入有	
脳梗塞後、卵巣癌脳転移		5	C2							I V	○								
脳梗塞後、左大腿骨骨折、軟知性皮膚潰瘍、糖尿病	生保	2									○	○	○歯						
多発性硬化症、急性散在性脳脊髄炎		5	C2							I	○	○							
気管支喘息		申請中									○	○							
脳性麻痺、気管支喘息、West症様群	障害1	/	C I	○					○	I V	○	○						●訪問歯科治療中	
脳梗塞後、糖尿病		2									○	○						●毎週1回訪問口腔ケア	
脳血管性認知症、脳梗塞、高血圧		5	B I							III a	○	○	○オーラルリスキネ ジア						
糖尿病、網膜症、神経症、心室中隔欠損、高血圧、骨粗しょう 症、認知症		4									○	○	○						息子が歯科医師
痛痺分裂症、統合失調症、癲癇、		/									○	○	○歯						高血圧治療のため入院中
パーキンソン病、多発性脳梗塞、糖尿病、多発性骨髄腫症、 狭心症疑	障害2	4							○		○		○オーラルリスキネ ジア、歯歯不適合						
高血圧、糖尿病		支2							○		○		○顎関節症					●歯科治療中	
認知症		2									○	○	○						
肺炎疑い、肺炎歴、胃腸術後		3	A2							II B	○	○	○総植						高血圧治療のため入院中
脳梗塞、認知症、くも膜下出血手術後		3	B I							III B	○	○	○歯						
腰椎圧迫骨折後、甲状腺機能低下、心不全、高血圧		4	C I							II A	○	○	○歯 清掃不良による炎症 (歯歯清掃装置)						
高血圧、腰部腎臓管狭窄症、うつ		3	A2							自立	○	○?							
くも膜下出血、糖尿病、胆石	障害1	5	C2	○					○	M	○								
老衰		申請中									○	○							

歯科介入必要度 2~1

2										
脳梗塞後、心房細動	障害1	支援2	○							○歯医不適合 ●以前歯科介入者
パーキンソン病		5						○		
左胸痛、甲状腺腫、骨転移		申請中								死亡
右大腿骨頸部骨折術後		3						○		
腫瘍過、尿石の強度症		支2							○歯医不適合 ●大学病院に通院	
脳梗塞後、心房細動		4						○		
多発性硬化症、神経因性膀胱	障害2	/	A1				自立			
骨髄異形成症様群、急性骨髄性白血病		3	A1				I V	○		
大動脈弁閉鎖不全症、高血圧、冠れん縮性狭心症疑		支2	B1				II A	○		
1										
認知症、糖尿病、高血圧、喘息、腰椎椎間板ヘルニア、右変形性股関節症		1						○		●週1回訪問口腔ケア
高血圧、うつ病、脳梗塞後、認知症		2						○	○	
肺結核、胃痛手術後、ほうせん病		支援2								●訪問歯科治療
悪性貧血、骨粗鬆症		2	A2				II B	○		
高血圧、両側性変形性股関節症		支援1	A I				自立			
慢性心不全、狭心症、心臓弁膜症、脳梗塞後遺症		2	J2				自立			
多発性脳梗塞、		4						○	○歯医不適合	本人拒否
大腿骨頸部骨折後遺症		5	B2				I V	○	○落根	
肝炎、肝性脳症		3	G2				I			●マンション下の歯科医院
肺肝症様群、肝硬変、甲状腺機能低下症		1	J2				自立			●毎週1回訪問口腔ケア
高血圧、認知症、腎機能低下、脳梗塞		3						○	○	ロオーラルティスキネシア
くも膜下出血後遺症、高血圧、多発性脳梗塞、大腸癌、パーキンソン症様群		4	A2				II B			
変形性腰椎症、逆流性食道炎		支援2	A1				I	○		精神不良歯医による炎症(暫時発着)

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%

既に歯科が介入している患者 25%

(うち現在歯科疾患を有する患者 50%)

介入必要度3以上の患者 68%

* 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

訪問看護師との連携

- 医療とケアの双方を熟知している訪問看護師こそ在宅ケアの根幹を支えるスタッフである
- 開設当初から5名以上の患者を連携している訪問看護ステーションと月に一度の合同カンファレンスを開催している（現在7カ所）

訪問看護との連携

- 当院常勤看護師を各ST担当看護師として配置し、必要に応じて連携患者の情報を共有する
- 急性増悪や合併症に際しては連日連絡をとる
- 各STの事情を踏まえ24時間365日対応を分担
- 6年前からは密に連携している訪問看護ステーション8カ所に呼びかけ、年1~2回の合同学習会ならびに懇親会を開催している

在宅医療における薬剤師との連携

- 5月12日 在宅医療連携薬局連絡会説明会
- 6月02日 第1回連絡会世話人会を開催

優先的に取り組むテーマ

訪問薬剤管理指導の「はじめの一歩」を整備する
在宅患者の処方箋にスムーズに対応する
麻薬も含め薬剤に関する365日の安心を提供する

薬剤師への期待

- ① 在宅患者の処方箋に遅滞なく対応する
- ② 麻薬についての地域の課題を克服する
- ③ 365日の安心を患者に提供する
- ④ 訪問薬剤管理指導で専門性を発揮する
- ⑤ 在宅患者のコンプライアンス向上に寄与する

薬剤師への期待

- ⑥ 緊急訪問薬剤管理指導を実践する
- ⑦ 後発医薬品使用上の工夫を講じる
- ⑧ 医療衛生材料の供給体制を担う
- ⑨ 医師との合同カンファレンスを開催する
- ⑩ 病院薬剤師との連携をすすめる

医療と介護の連携：ケアマネジャー

- ▶ サービス担当者会議に積極的に参加する
- ▶ 担当患者のケアプランを入手し把握する

サービス担当者会議 医師参加率 79%

ケアプラン回収率 86%

(2011年3月現在)

	川越	ケアマネ	Ns.	松本	ケアマネ	Ns.	北田	ケアマネ	Ns.	竹田	ケアマネ	Ns.	
14:00	71歳 男性 前立腺がん 多発骨転移	中					グループ ホームS (合計18名)	山	60歳 男性 心原性脳梗塞 (左片麻痺)	片岡		14:00	
14:15													60歳 女性 多系統委縮症
14:30	97歳 男性 食道潰瘍 完全房室ブロック	松崎				73歳 男性 慢性腎不全			↓		14:30		
14:45												76歳 男性 頸髄損傷	中
15:00	81歳 男性 脳梗塞後遺症	↓	93歳 女性 右胸壁悪性 繊維性組織球腫	↓					58歳 女性 くも膜下出血 後遺症	↓			
15:15												72歳 男性 陳旧性脳梗塞	
15:30	76歳 男性 悪性リンパ腫 関節リウマチ												
15:45												79歳 男性 変形性脊椎症	
16:00													
16:15													
16:30										17:00			
16:45													
17:00													

ケアマネA

ケアマネB

ケアマネC

ケアマネD

ケアマネE

ケアマネF

ケアマネG

ケアマネジャーとの連携：拠点が担う役割

- ① 病態や病状を理解するための相談窓口
- ② 医療系サービスの適切なマネジメント支援
- ③ 支援から介護へのマネジメント継続性の支援
- ④ 開業医との連携を推進するための対策
- ⑤ 病院との情報共有を促進するための対策

連絡会で検討したいテーマ

- ⑥ 口コミ情報を集約し問い合わせに応える体制
- ⑦ 活動を評価するためのデータベース作成
- ⑧ ケアマネジメントの質向上や切れ目のない対応
- ⑨ 介護保険以外のサービス活用支援
- ⑩ 制度対象外だがサービスを要する場合の対応

医療と介護の連携：ケアマネジャー

- 6月8日 在宅医療連携ケアマネジャー連絡会説明会

優先的に取り組むテーマ例

開業医との連携 “ケアマネタイム”

介護サービスの“ロコミ情報”の集約

ケアマネの活動を評価するためのデータベース

ケアマネジメントの質向上と切れ目のない対応

介護保険以外の制度活用の支援

- 7月6日に第1回連絡会世話人会を開催予定

医療と介護の連携：介護職

「医療と介護の連携のための基礎知識講習会」を
6月10日に開催（5つのGHと1つの宅老所を対象）

生活と医療の関係

体調の変化に際しての報告・相談のしかた

認知症のステージアプローチ

介護職が関わる医行為

介護職間・医療介護職間の情報共有

認知症者・要介護者の意思決定支援

看取りのプロセスとケア

第1回多職種合同カンファレンス

- 地域を“一つの単位”にとらえて在宅医療に取り組むためには、仲間として、“同僚”としてチームで臨床に携わる必要があります
- 同じ“病棟”で働いている“同僚”なのに「めったに会わない」のでは有効に機能できない
- 他の専門職種の意見によく耳を傾けて下さい
- 困った時に相談できる仲間を増やしましょう
- 本日のタスクは「課題の抽出」です

本日のキーワード

- ▶ 地域を“一つの単位”にとらえる
- ▶ 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支えている
- ▶ 各専門職のエネルギーを結集する同職種連携
- ▶ “顔の見える関係づくり”に基づく多職種協働



“生活”と“医療”を多職種で支える

- “医”の壁を打破し、多職種連携が求められる
- 生活の質を向上させるための多職種連携の推進、向上を支援する役割を担うことが求められる
- “ケア”の質を向上させるための多職種連携を支える

— 医療従事者としての役割を再考 —

多職種合同カンファレンス：年間予定

第1回 在宅医療にまつわる課題を抽出

第2回 (9月3日土曜午後)

抽出された課題から特に重要なテーマを選ぶ

講演会や参加する多職種が交流する場を設定

第3回 (12月初旬)

多職種が関わる患者についての症例検討会

第4回 (3月初旬)

重要テーマについて解決策を討論する