

# 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

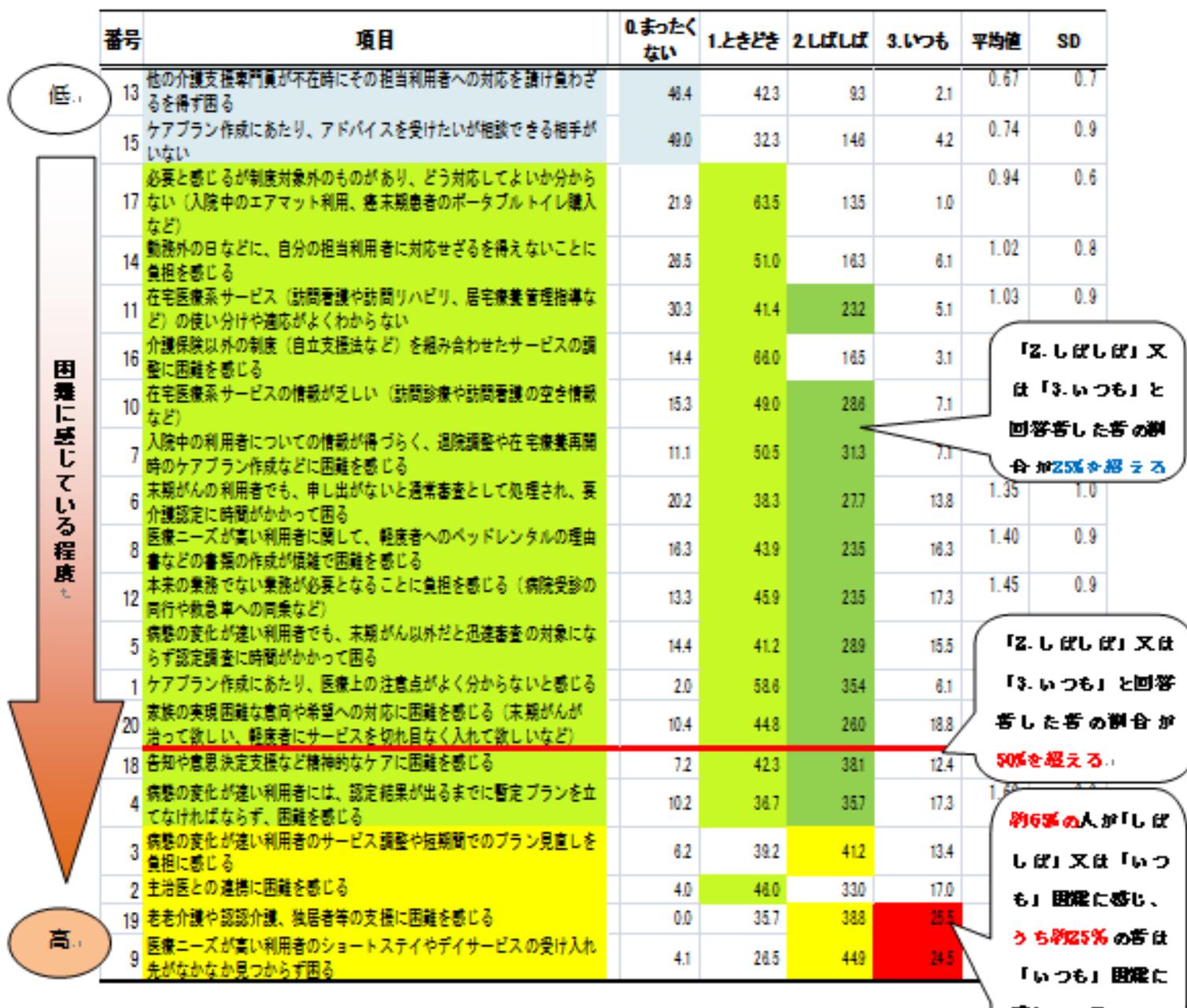
- 医療と介護の連携
- 病診連携
- 診診連携
- 医科歯科連携
- 薬局連携
- 多職種合同カンファレンス
- 来年度に向けて

# 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		

	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				×		×
19:00						

（外来診療時間や往診時間をご記入ください）

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"><li>➤ がん終末期</li><li>➤ 神経難病</li><li>➤ 医学管理・医療処置</li><li>➤ 認知症BPSD</li></ul>

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"><li>▶ 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)</li><li>▶ 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)</li><li>▶ 在宅医療に関連するオプション<ul style="list-style-type: none"><li>・訪問診療同行</li><li>・訪問看護同行</li><li>・訪問看護ステーション合同カンファレンス傍聴</li><li>・ケアマネジャー集中カンファレンス傍聴</li></ul></li></ul>

# 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



## 【病状経過】主治医より

腫瘍の増大が少しずつ進んでおり、痛みも強くなってきています。オピオイドを使用し疼痛コントロールを図ることや、処方箋、薬の紛失を防ぐ目的で訪問薬剤管理指導の導入をお勧めしていますが、本人が納得しておらず、現在のところ導入に至っておりません。全身状態は比較的安定しており、アルコールの離脱症状もなく経過しています。急病や臨時往診もこれまでのところありません。

## 【介護保険サービス】

- ・訪問介護 2回／週(火・金)
- ・通所介護 2回／週(水・土)

## 【高齢者福祉サービス】

- ・配食サービス 2回／週

## 【医療保険サービス】

- ・訪問診療 1回／週
- ・訪問看護 1回／週



緊急時には鈴をならす！

## 【緊急時の連絡方法】あおぞらより

退院直後、緊急時の連絡方法について検討しました。緊急通報システムの導入を考えましたが、固定電話が繋がっていなかった為、携帯電話を利用することにしました。しかし、ご本人が初めて購入したばかりの携帯電話の操作に慣れておらず、ケアマネジャー、ヘルパー、医師、看護師等関係者全員で、訪問時に操作方法を伝え、練習し、ようやく使用可能となりました。さらに、喉頭部の病変により声が出せない事態も想定し、その時は当院があつらえた鈴を鳴らしてもらうことで〇〇様と判断し、緊急訪問することにいたしました。

## 【薬の管理】訪問看護より

医師や看護師等の説明があっても自己判断で止めてしまうことが多くあり、服薬管理(残薬の確認、薬のありかをさがす)をしています。本人からは「やりすぎなくらい薬の管理をきちんとしてくれる」と言われています。痛みについての相談や、主治医が伝えたことのフォローをしています。本人なりの自己管理ですが、退院直後に比べ改善しています。

## 【食事について】ケアマネジャーより

配食サービスを2回／日・週6日で開始しましたが、ご本人の好みのメニュー以外は断ってしまい、結果的にご自身で買物に行かれたり、ヘルパー対応となりました。1日何も食べずに飲酒だけの日も出てきたため、栄養摂取、入浴目的で2回／週デイサービスの利用を勧めました。初めに行かれたところは「人が多いから自分には合わない」とのことで、開設したばかりの少人数制のデイサービスを勧めたところ、本人も気に入り、今は「回数を増やしたい」と仰っています。

【あおぞらMSWより】 ご自宅に戻って良かったことはとの問いかけに「お酒が飲めること」と即答して下さいました。1日に飲む量も決めていて現在のところ守っているとのことでした。訪問診療時には暖房器具のない部屋のことを「冷蔵庫へようこそ」とユーモアに表現して下さいました。先日〇〇病院のMSWより〇〇さんの件で連絡があったと伝えたところ、「気にかけてくれてありがたい」と〇〇病院の電話番号を聞かれたのでお伝えしています。生保CWの方も隔週で訪問してくださり、多くの方に支えられ在宅生活を維持されています。

# 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タ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

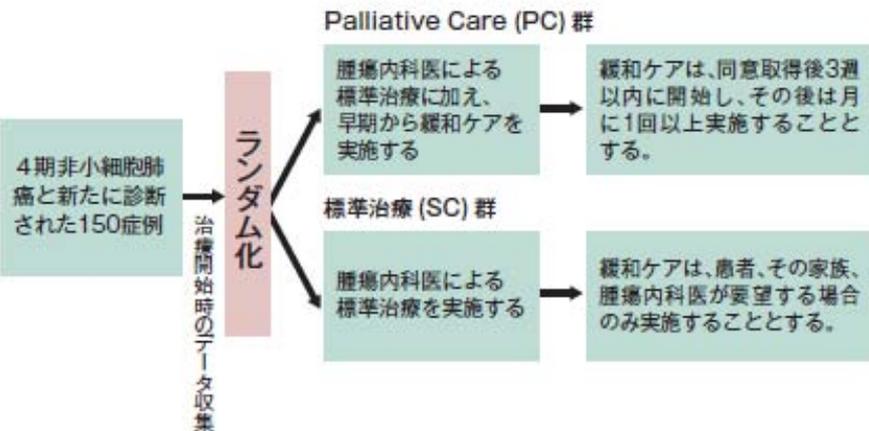
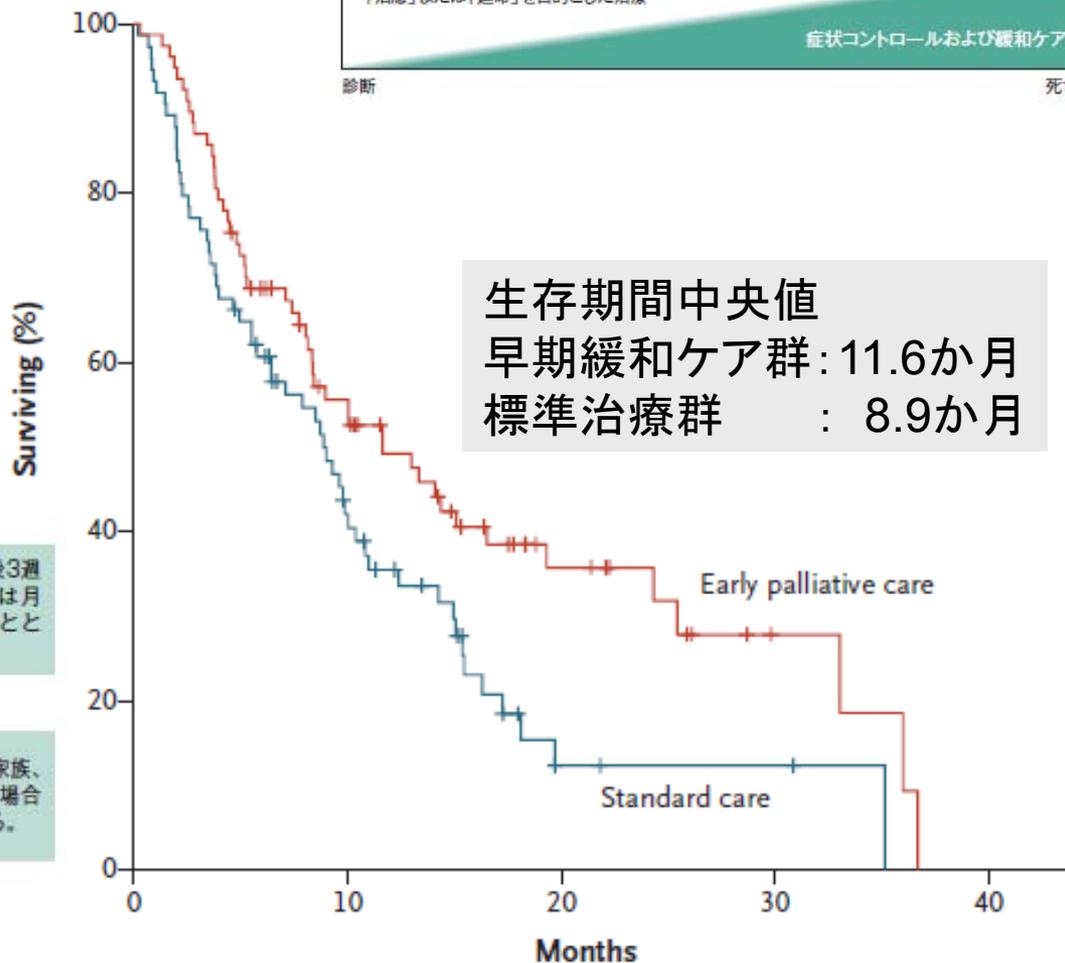
Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alon Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B. Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Ly

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

現状のケア・モデル



提案するケア・モデル



# 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

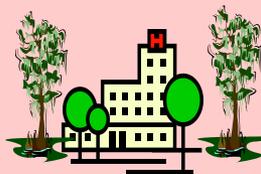
## あおぞら診療所

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くまっど



### “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。

# 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)

# 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	判別理由													治療を要する歯科的口顔有	歯科の介入有	派極的条件			
	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	認知障害	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	○	○	○	○	○	○	○	○	
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	A1							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	○	○	○	○	○	○	○	○	○
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

既に歯科が介入している患者 20%

\* 既に歯科介入のある患者は  
必要度1~5のすべてに分布

---

歯科・口腔疾患を有する患者 45%

介入必要度3以上の在宅患者 66%

スクリーニングを経た歯科介入患者 26%(58名)

# 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

## ➤ 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

## ➤ 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

## ➤ 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

# 薬剤に関する365日の安心を提供する

## ➤ 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

## ➤ 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

# 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



「生活」と「医療」を多職種で支える

- 「医」の壁を打破し、医療従事者が中心
- 「病」の壁を打破し、身体機能の維持、向上を  
目指すための「医」の役割
- 「ケア」の壁を打破し、介護を支援する

— 関係者全員が「連携」を促す「鍵」は？ —

# 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)



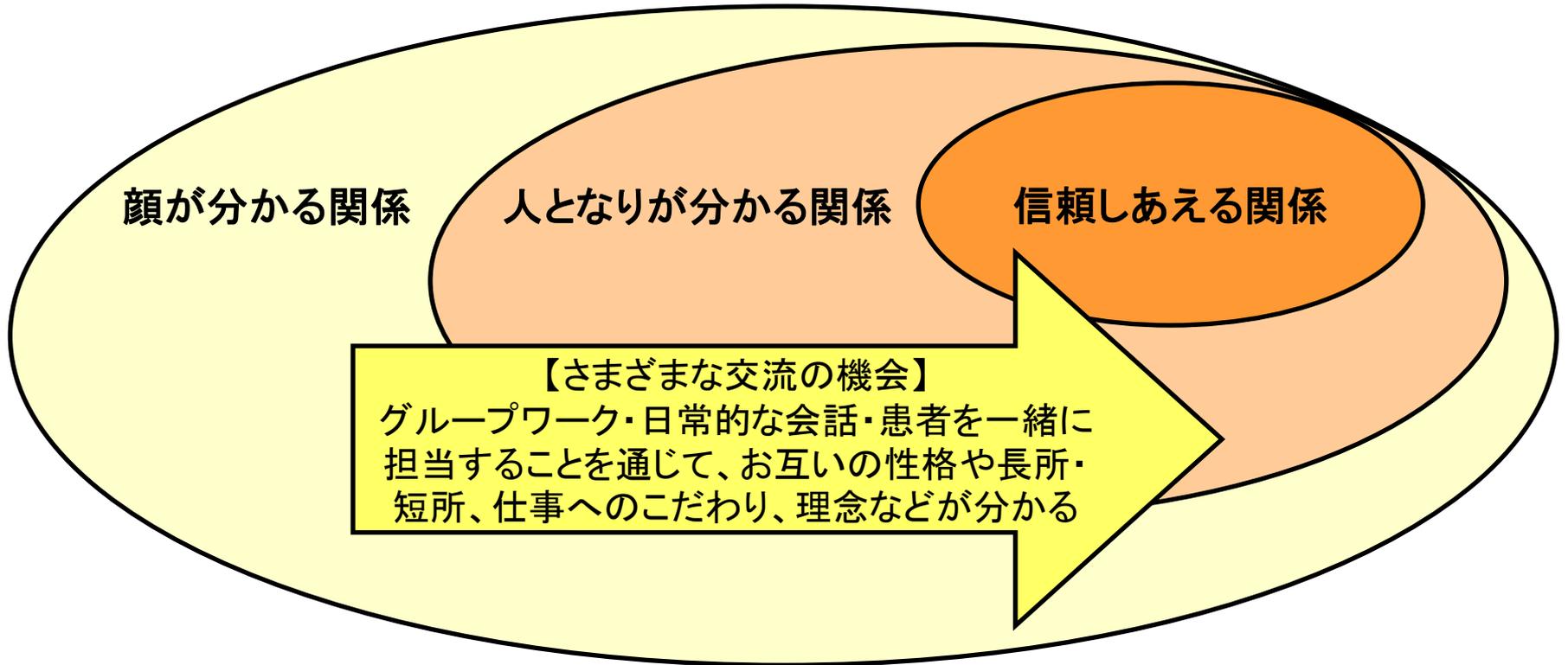
### 本日のキーワード

- ・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"人"を持つ
- ・"生活"と"医療"を多くの専門職種が

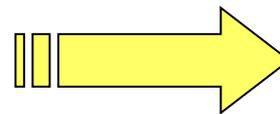
# 第3回多職種合同カンファレンス

- |                       |       |
|-----------------------|-------|
| 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るべきか   | (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

# 結 語：当拠点が担う役割

## ➤ 連携拠点としてのハブ機能

ケアマネ連絡会や薬局連絡会の組織化・ケアマネ向け相談支援

## ➤ 在宅医療にまつわる課題抽出と解決策の検討

「在宅医療の課題」抽出・ケアマネジャーの困難感の把握・ケアマネタイム作成  
薬局の365日輪番制や麻薬小売り業者間譲渡の体制構築

## ➤ 在宅医療にまつわる教育研修機能

ケアマネ・介護職・病院看護師・診療所医師向け研修会や実習受け入れ  
訪問薬剤管理指導マニュアル作成

## ➤ 同職種、二職種、多職種が顔を合わせる機会の設定

連絡会総会・MSWとケアマネの交流会・多職種合同カンファ

## ➤ 臨床ベースの多職種連携協働促進

ホスピタライアングル・介入必要度スクリーニングに基づく医科歯科連携  
診診連携グループの推進・在宅療養移行報告書

# 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

あおぞら診療所(参考資料)

# ケアマネジャーからの相談窓口対応例

	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	相談受付
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

# 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

# 受講対象者

- 医師6名 + 多職種24名 = 30名を対象に開催
- 受講医師は地区医師会が推薦
- 開設者の立場で診療責任を有する開業医中心
- 開業医のみならず、勤務医も参加可能
- 多職種は歯科医師、薬剤師、看護師、セラピスト、介護支援専門員、MSW、歯科衛生士、管理栄養士等から構成

# 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

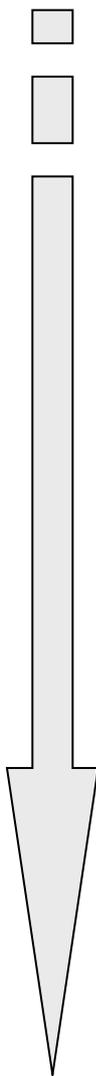
### ➤ 事例検討(がん)

### ➤ 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

# 在宅実地研修(半日)



## 出発前ミーティング

(同行患者のこれまでの臨床経過の  
ブリーフィングや注意点の確認)

## 訪問診療同行

(約6件の診療に同行)

帰院後に振り返りシートを記入  
シートをもとに経験内容を  
指導者とともに振り返る

# 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

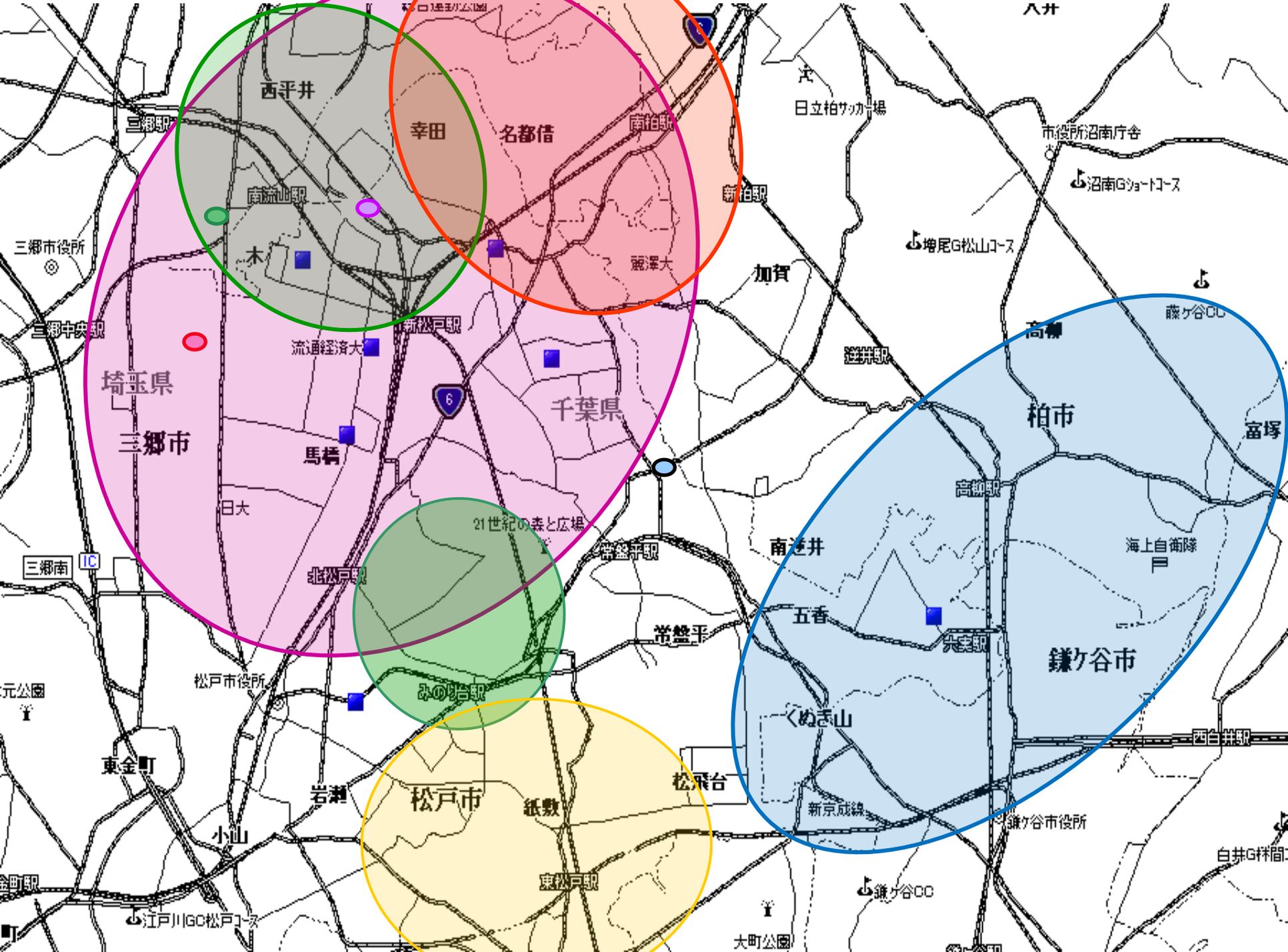
➤ 目標発表と全体総括

# 歯科介入必要度 3

3																		
多発性脳梗塞、高血圧、胃潰瘍			5								○	○	○歯親り、熱植					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
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、腎臓腎不全、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症候群	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					家族が歯科の入り地帯はない
パーキンソン病、多発性脳梗塞、糖尿病、多発性骨髄腫、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					○				○		口腔麻痺和感					●歯科治療中
認知症		2									○	○	○					
肺炎疑い、肺炎歴、胃腸術後		3	A2						II B		○	○	○熱植					家族が歯科の入り地帯はない
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		○	○	清掃不良による炎症 (歯歯材料脱落)					
高血圧、腰部腎臓腎不全、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 ●以前歯科介入有
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	○	精神不良歯による炎症(暫時発着)



八井

西平井

幸田

名都借

南柏駅

日立柏カッパ場

市役所沼南庁舎

沼南Gのイトコース

増尾G松山コース

藤ヶ谷CC

三郷市役所

木

麗澤大

加賀

逆井駅

高柳

柏市

富塚

埼玉県

三郷市

千葉県

流通経済大

新松戸駅

馬橋

日大

21世紀の森と広場

常盤平駅

南港井

海上自衛隊

三郷南 IC

北松戸駅

常盤平

五香

六家駅

鎌ヶ谷市

松戸市役所

みのり駅

常盤平

南港井

くぬぎ山

新京成線

鎌ヶ谷市役所

元公園

東金町

岩瀬

松戸市

紙敷

松飛台

西白井駅

小山

東松戸駅

鎌ヶ谷CC

白井G林間

江戸川G松戸

大町公園

# 症例：HAM 51才女性

1985年(25歳)頃発症し上記診断

---

2008年1月当院の訪問診療導入となる

胃ろう管理 仙骨部に大きな褥瘡あり

日中独居 毎日複数回の訪問介護を利用

誤嚥性肺炎を何度となく繰り返す

2008年11月気管切開施行

その後も肺炎を繰り返すため、P-Jカテーテルや

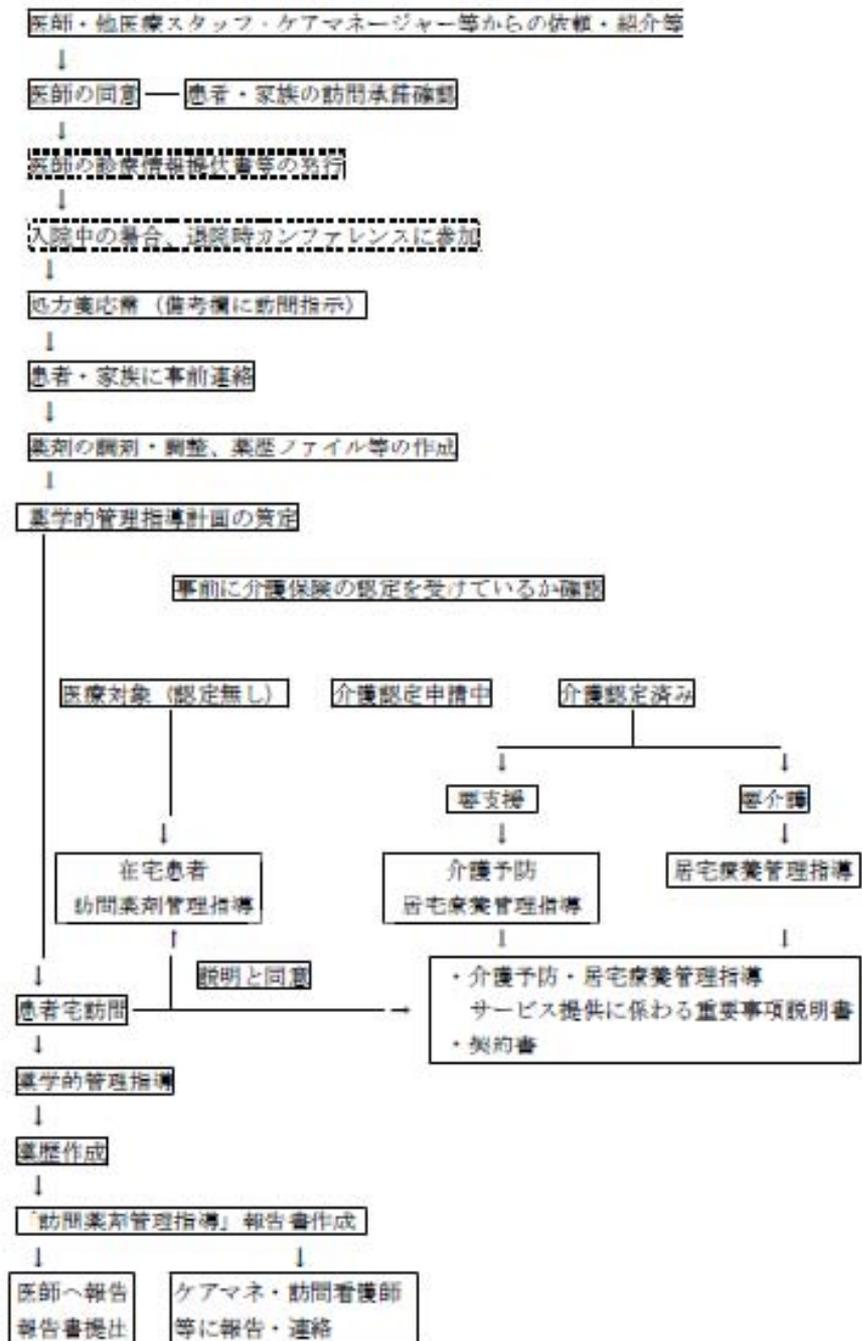
持続注入ポンプの使用など試行錯誤を繰り返す

---

2011年5月訪問歯科診療、訪問歯科衛生指導開始

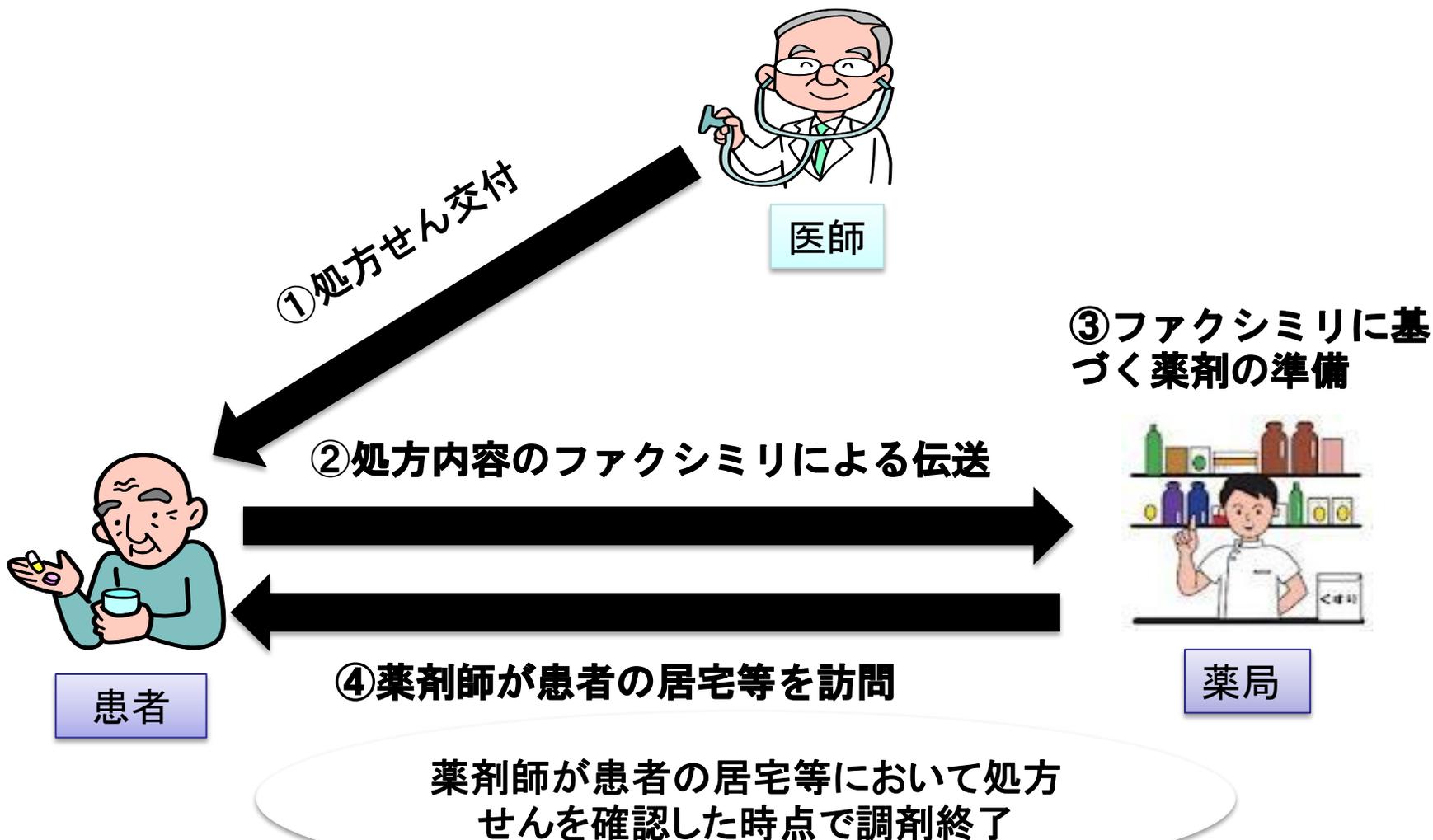
その後9か月間、発熱エピソードが激減

# 「訪問薬剤管理指導」の流れ(案)



# 現行制度による処方～調剤の流れ

(医薬企第90号)



# スムーズ対応阻害要因

処方せんの流れをスムーズにする必要がある。



FAX送付不可...etc

患者

薬局

人員的問題、在庫問題...etc

薬が患者の手に渡るのをスムーズにする必要がある。

# 他の職種の専門性を理解する

