

特集：多職種連携に基づく在宅高齢者の口腔機能の維持・向上への取り組み

<解説>

柏市における在宅医療・介護多職種連携推進事業

稲荷田修一

柏市保健福祉部地域医療推進室

Home healthcare and promotion of multi-disciplinary cooperation
in Kashiwa City

Shuichi INARIDA

Division of Community Healthcare Promotion, Department of Health and Welfare, Kashiwa City

抄録

千葉県柏市では、急激に高齢化が進む中、超高齢社会に対応するまちづくりに取り組むために、2009年に東京大学・UR都市再生機構との3者で、「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を設置した。翌年には協定を締結し、主に「生きがい就労」と「在宅医療」の取り組みを進めている。在宅医療の推進では「在宅医療に取り組む医師の負担軽減」「医療介護の多職種連携の推進」「情報共有システムの構築」「市民への啓発及び相談」「地域医療拠点の整備」という5つの取り組みを、医師会を始めとする医療・介護関係団体と協働で行っている。

その中で歯科については、柏歯科医師会を中心として、主に次にあげる二つの取り組みを行っている。ひとつは「口腔ケアチェックシート」の作成と普及啓発である。多職種が簡単に利用者・患者の口腔機能をアセスメントでき、ご本人・ご家族も同様にセルフチェックができるようなツールとして当該シートを作成。口腔の問題を簡易に抽出し、必要時歯科医師につなぐような仕組みを作った。この活用にあたっては、そもそも多職種間の顔の見える関係の構築が重要である。

もうひとつは、総合特区制度を活用して、「リハビリ職による訪問リハビリ事業所の開設」及び「歯科衛生士の居宅療養管理指導を、歯科医院から離れた場所から提供できる」規制緩和を申請したものである。この仕組みにより、同年11月に柏歯科医師会が「口腔ケアセンター」を設置。協力歯科医師とセンターの歯科衛生士が雇用契約を締結し、居宅療養管理指導を行い、実施件数が増加しているところである。

一方、単一職種の動きでは効率的な支援に限界があることから、特区制度の枠組みを活用して、口腔・運動・栄養のサービスがトータルに提供できる仕組み（トータルヘルスケアステーション）を市内で展開することを、歯科医師会・在宅リハビリテーション連絡会・栄養士会等と協議中である。予防から人生の最終段階まで切れ目なく支援が提供でき、安心して暮らせるまちづくりを、関係団体と連携して推進しているところである。

キーワード：地域包括ケアシステム、在宅医療、介護保険、多職種連携

連絡先：稲荷田修一

〒277-0845 千葉県柏市豊四季台1-1-118 柏地域医療連携センター内

1-1-118, Toyoshikidai, Kashiwa-shi, Chiba, 277-0845, Japan.

Tel: 04-7197-1510

Fax: 04-7197-1511

E-mail: info-chkry@city.kashiwa.lg.jp

[平成28年6月29日受理]

Abstract

The Aging Society Research Group-Toyoshikidai Community in Kashiwa City was established to promote community development under close association with the University of Tokyo and the Urban Renaissance Agency. At present, Kashiwa City is conducting mainly two projects, the Lifelong Work Project and the Home Care System. Kashiwa City has performed five programs to promote home care, in cooperation with the medical association and other stakeholders, including: decreasing the burden among health care professionals, promoting of multidisciplinary cooperation, building information-sharing for community residents, and providing the base for community health care.

In this system, the dental association has developed a checklist of oral health care. The checklist is useful to assess the status of oral function for elderly individuals and their family members. If oral troubles are found after assessment, there is a route to connect the dental clinic in Kashiwa. Such a system has been established under a close relationship among various stakeholders.

Furthermore, Kashiwa City applied "home visiting rehabilitation office conducted by rehabilitation professionals" and "guidance for management of in-home long-term care conducted by dental hygienists" to the Comprehensive Special Zone System. In the latter, the dental association established an Oral Care Center. Dental hygienists from the Oral Health Center can conduct guidance for management of in-home long-term care under the employment contract of each cooperating dentist.

Moreover, Kashiwa City, the dental association, the home-visit rehabilitation association, and the dietetic association are discussing a new project, Total Health Care Station, to provide comprehensive services that include oral health, physical exercise, and nutrition. It is very important for each community resident to be provided sufficient dental care and oral health services by multidisciplinary cooperation in Kashiwa City.

keywords: integrated community care, home healthcare, long-term insurance, multi-disciplinary cooperation

(accepted for publication, 29th June 2016)

I. はじめに

柏市では、2010年から在宅医療を推進するためのプロジェクトを立ち上げ、在宅医療・介護多職種連携の取り組みを行ってきた。この取り組みは全国のモデルとなり、2015年度の介護保険法の改正にも大きな影響を与えることとなった。今回は、このプロジェクトを開始するに至ったこれまでの経緯と、具体的な取り組み、その取り組みを行うに当たっての行政の役割、また、プロジェクトにおける歯科の取り組みについても記述していく。

II. 柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会発足の背景

1. 高齢化と将来推計

千葉県柏市は、東京都心から約30キロの距離にあり、東京のベッドタウンとして高度経済成長期に急激に人口が増加し、現在は40万人を超える中核市である（2016年4月1日現在常住人口415,300人）。手賀沼や利根川に代表される自然と市の中央部にあるJR柏駅周辺を中心とした商業施設による賑わいが折り重なっている都市であり、2006年には、つくばエクスプレスが開業し、柏の葉キャンパス駅エリアにおいては、東京大学や千葉大学を中心とした先進的な学術の街としての注目も集まっ

ている。

そうした柏市においても、高齢化の波が徐々に打ち寄せてきていた。我が国の高齢化は、従来、地方部において、若者の都市部への流出により緩やかに進んでいたが、これからは、いわゆる団塊世代が多く住む都市部において急激に進行し、深刻化するとされている。

プロジェクト発足時となる約5年前、柏市における2011年10月1日現在の65歳以上の高齢者人口は80,686人、柏市人口に占める高齢者人口の割合（高齢化率）は20.0%と、全国の割合である23.3%と比べると3.3ポイント下回っており、全国水準より高齢化は進んでいない状況であった。しかし、国立社会保障・人口問題研究所が2008年12月に公表した「日本の市区町村別将来推計人口」によれば、市の2030年の高齢者人口は約117,000人、高齢化率は32.4%に達すると見込まれていた。さらに、75歳以上の後期高齢者人口について見てみると、約75,000人と市人口に占める割合は20.7%となり、2010年の約30,000人から2.5倍に膨らむと推計されている状況であった。

2. 柏プロジェクト発足時における豊四季台地域の現状と課題

こうした状況の中、柏市内を地域別に見てみると、既に高齢化率40%を上回る地域があることがわかった。

1964年に当時の日本住宅公団（現在のUR都市機構）が約4,700戸規模で建設した豊四季台団地である。

団地が造成された当時は東京オリンピックが開催され、高度経済成長期の下、柏市のような大都市郊外では、大規模な団地開発と大量の住宅供給が行われ、活況を呈していた。それから約50年の月日が経ち、そうして移り住んだ方達（いわゆる団塊世代）が一斉に定年を迎え、高齢者となっている現状があった。

2010年10月1日時点において、豊四季台団地内には6,028人が住んでおり、その高齢化率は40.6%、後期高齢者の割合は18.0%に達していた。これらの数値はいずれも、柏市全体で見た数値の2倍以上の水準であった。一方、要介護・要支援認定率を見てみると、市全体の数値が12%であるのに対し、豊四季台団地の数値は10%となっており、市全体の数値よりも2ポイント下回っていることがわかった。これは、この団地が高齢期を過ぎるのに適していないことを証明する数字とも言える。例えば、エレベーターの設置されていない古い住宅棟は、上位階の居住者がいったん足腰など体の具合を悪くすると、外出ができなくなり、結果として、団地外への転出を余儀なくされているということが推察されるためである。長年住み慣れた地域を高齢期になって離れることは大変不幸であり、柏市として看過できない問題であった。

3. 柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会の発足と目指す方向性

このような背景の下、UR都市機構による豊四季台団地の建替え事業を契機とし、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構、UR都市機構の三者は、長寿社会に対応したまちづくりに産学官一体で取り組むべく、2009年6月に「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」（以下、研究会）を発足し、2010年5月には協定を締結した。

研究会で三者が目指すところは、柏市としては、「市内の高齢者が安心して元気に暮らすことができる街づくりのあり方を検証すること」とした。また、東京大学としては、「超高齢化に対応する社会やシステム、技術を提案することで、超高齢社会のトップランナーである日本における取り組みを検証し、国内外に向けて発信すること」とした。さらに、UR都市機構は、「今後の超高齢化を迎える団地のあり方とそのまちづくりを検証すること」とした。

平成24年度版『高齢社会白書』によると、2060年の我が国の高齢化率は39.9%と推測されており [1]、研究会発足当時の豊四季台地域が抱える課題は、将来の柏市、しいては将来の日本の縮図であった。そうした意味で、この3者の取り組みは、将来の高齢化日本の街づくりの試金石となる取り組みであると言っても過言ではないだろう。

その後、研究会での議論を重ね、「いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち」「いつまでも元気で活躍できるまち」をまちづくりの方針に掲げ、これらを実現す

るために在宅医療を中心とした、地域包括ケアシステムの具現化を図ることとした。

現在は、この豊四季台での取り組みを「柏プロジェクト」として市内全域に広げるため、地域医療や介護を推進する拠点となる柏地域医療連携センターを整備し、在宅医療を希望する方への主治医や必要となる多職種を紹介したり、在宅医療・介護等に関する相談を受け付けるなどし、市民がいつまでも安心して住み慣れた地域で過ごせるよう支援しているところである。

III. 在宅医療の推進

1. 在宅医療の必要性

上述のとおり、今後、急激に高齢化が進展していく中、柏市における高齢者医療をどのように構築していくべきかという問題がある。そこで、市の医療機関の現状を「平成21年地域保健医療基礎統計」を使って全国平均と対比してみると、人口10万人当たりの一般病院病床数は、全国1057.9に対して、市は814.4、一般病院病床利用率は、全国79.9%に対して、市は85.0%となっており、病床の需給は逼迫した状況が続いていることがわかった。このままの状況で高齢者が増加していくと、近い将来、病床が高齢者で埋め尽くされてしまうという状況が懸念された。

これに対して、病床数の増加により対応すべきという考えもあったが、これについては、以下の点に留意する必要があった。柏市の年齢階層別人口構成を平成24年10月1日時点の住民基本台帳で見ると、いわゆる団塊の世代人口が各年齢で7,000人程度であるのに対し、それより下の世代（現在の50歳台）の人口は各年齢で概ね4,500人程度で推移していた（図1）。すなわち、団塊の世代が後期高齢者になる10年後には大量の医療・介護ニーズが発生するものの、その後10数年立つと、今度は一気にその需要が縮まることを意味している。その後、人口が増えるのは、いわゆる団塊ジュニアの世代（各年齢ごとに6,000人程度）を待たなくてはならず、期間にすると20年くらいの間隔があくことになる。

こうした状況の中、既存の医療政策の延長として病床を増設することは難しく、地域の資源の中で患者を診ていく視点（＝在宅医療）がこれまで以上に必要になってくるものと予測されたのである。

また、高齢者医療のあり方を考える上で、もう一つ重要な視点がある。それは、患者（市民）の希望である。2008年に厚生労働省が調査した「終末期医療に関する調査」によると [2]、終末期の療養場所に関する希望について、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「基本的には自宅で療養したい」と回答していることがわかった（図2）。

また、介護について見てみると、2010年に厚生労働省が行った調査「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集」によると [3]、「自分の介護が必要になっ

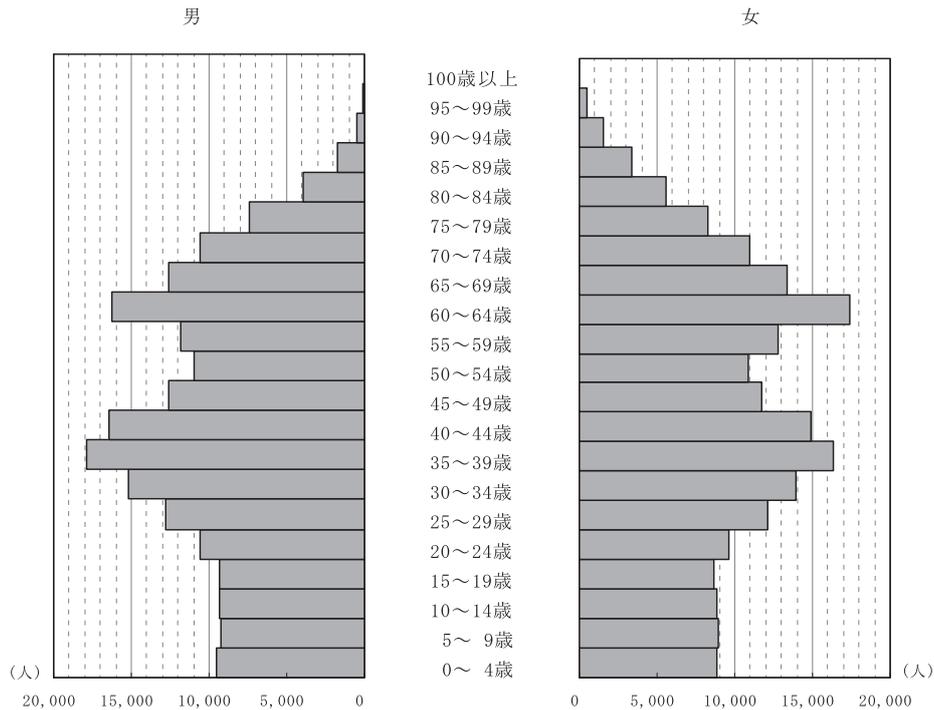


図1 2011年9月末日現在の柏市の人口グラフ (住民基本台帳によるデータ)

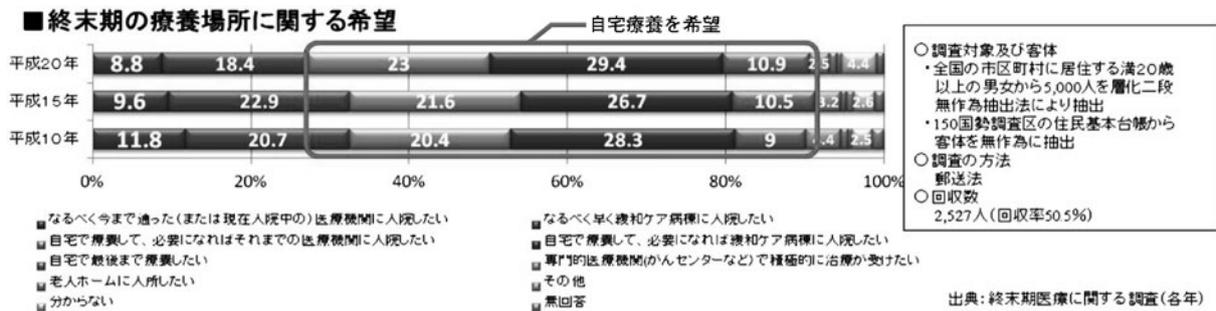


図2 在宅医療に関する患者の希望と現状 [2]

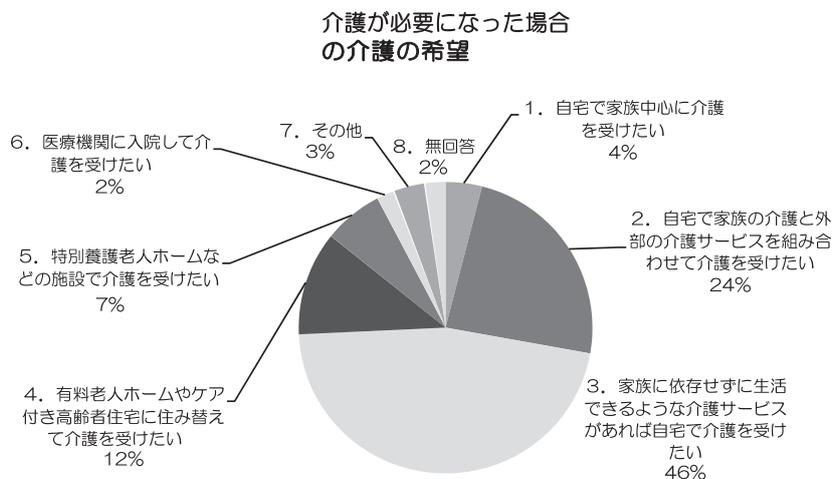


図3 在宅介護に関する利用者の希望 [3]

た場合」の希望として、74%が自宅で介護を受けたいと回答している（図3）。同じ内容の調査を「両親の介護が必要になった場合」について行ったのを見ると、約80%の人が自宅で介護したいと回答している。これについては、柏市民に対するアンケートでも同様の結果がでており、高齢者となり医療や介護が必要となっても、可能な限り住み慣れた地域で生活したいという思いは市民の切なる願いであると言える。しかし、現状の終末期医療はそうした希望に応えるものとはなっておらず、自宅で亡くなる人は全死者の中の1割程度という割合になっている。

柏市としては、高齢化の進展に伴う、そうした供給サイド（医療提供側）と需要サイド（患者側）双方の問題を解決するためには、在宅医療を推進する政策が急務であると考えたのである。

2. 行政としての役割

高齢化の進展に合わせ、在宅医療の推進が必要であったことについては以上に述べたとおりであるが、肝心な問題は、どこが主体となって進めていくかである。在宅医療の推進のためには、医師同士の連携による医師の負担軽減や多職種の連携の確保、病院のバックアップ体制の確保などの取り組みが必要となる。一方、当時においてそういった取り組みを行い、在宅医療の先進事例とされるものを見ると、そのほとんどが地域で開業する医療機関であり、まれに地区医師会等の団体が担っている場合もあるが、行政として積極的に関与している例はあまり聞かなかった。

地域の個人や特定の職種団体が地域住民のためにこういった役割を果たすことは賞賛されるべきことであるが、その主体の性質上、どうしても体制が十分でなかったり、地域の範囲が限定的にならざるを得ない部分がある。また、公平性の観点から疑問視されるという問題も生じうる。今後、高齢者が急増するわが国においては、こうした「点」のカバーだけでなく、広い地域を「面」でカバーする体制の構築が求められており、そうした意味で行政の果たす役割は大きくなっていくものと考えられた。

次に、行政の中でも都道府県と市町村との関係について整理が必要であった。当時、医療に関する政策は、医療計画の策定と合わせて都道府県が主体となっていたため、在宅医療の推進に当たっては、以下の点に留意する必要があった。1点目は、在宅医療を整備する地域の単位である。高齢者の生活を支える在宅医療は、2次医療圏域のように広域での整備を行う必要はなく、高齢者の住み慣れた地域、つまり、日常生活圏域において整備していく必要がある。高齢者に対する理想のケア体制として厚生労働省が示す「地域包括ケアシステム」では、介護、予防、住まい、生活支援サービスのほかに、在宅医療についても日常生活圏域において提供体制を構築することとされていた[4]。これら日常生活圏域におけるサービス整備は、都道府県よりも、基礎的自治体として

地域の実情を把握する市町村が担う方が効果的である。

2点目は、介護保険行政との連携・調整の必要性である。在宅医療は、在宅で療養を要する患者を長期にわたって支えるものであり、こうした患者に対しては訪問診療だけではなく、訪問看護、訪問薬剤指導、訪問リハビリテーション、訪問介護やショートステイなどの各種介護保険サービスが必要となり、また、これらのサービスを統括する介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」）や地域包括支援センターとの連携が重要となる。こうした介護保険サービスの整備調整や指導監督は保険者として市町村が重要な役割を果たしている。

以上の2点を踏まえ、在宅医療を行政として推進する主体は、都道府県よりも、市町村とすることが適当であり、市町村は、地域の実態に即した基礎的自治体として、また、介護保険の保険者としての立場も生かしながら、医師会等の関係者と密な関係を築きながら、在宅医療を進めることが適当であると考えたのである。

これらのことから、柏市においては、介護保険事業計画である「第5期柏市高齢者いきいきプラン21（平成24年～平成26年）」において、いち早く在宅医療に関する取り組みを盛り込み、介護保険行政との整合を図りながら、在宅医療の推進を図る姿勢を示したのである。当時は、在宅医療に関して、介護保険法による法的位置づけも無い中で、このような取り組みを行政が主体的に行おうとしたことは、全国的に見ても画期的な試みであった。

3. 在宅医療推進のための取り組み

柏市では、在宅医療を推進するに当たり、行政である市が主体性を持って、柏市医師会（以下「医師会」）等の地域のキーパーソンと連携をとりながら、様々な取り組みを行ってきた。以下にその具体的内容を紹介する。

1) 在宅医療に対する負担を軽減するバックアップシステムの構築

① かかりつけ医のグループ形成によるバックアップ（主治医・副主治医制）

在宅医療の推進に当たっては、24時間の在宅医療体制による医師の肉体的・精神的負担・外来診療への支障、在宅医療のやり方への疑問・不安の解消が必要となってくる。このような状況を解決するため、主治医の訪問診療を補完する副主治医機能を設け、主治医・副主治医が相互に協力して訪問診療を提供するシステムを構築した。

こうした仕組みの構築は、行政が事務局となり、医師会の役員等が構成員となる「医療ワーキンググループ」を設置・開催し、数次にわたる議論を経て行われたものである。現在、この医療ワーキンググループの機能は、医師会内に設置された在宅医によって構成される「在宅プライマリ・ケア委員会」に移行（2016年4月現在の委員数22名）し、主治医・副主治医制の更なる機能強化や訪問看護ステーションとの連携等について議論を行っているところである。

②急性増悪時等における病院のバックアップ体制の確保

在宅医療を推進するためには、患者の急変時等に対応するため、病院のバックアップ体制を確保することが必要になる。また、在宅医療に向けてスムーズに患者の退院を進めるためには、病院のスタッフに対して在宅医療チームとの意識の共有や在宅医療の役割や意義について理解していただくことが必要となる。

こうした点について病院との関係を作るため、柏市では、市内の救急告示9病院と国立がん研究センター東病院から構成する「10病院地域連携会議（以下「10病院会議」）」を構成し、定期的な意見交換を行ってきた。この10病院会議において、病院側に対しては、「在宅医療への移行時には、在宅側の要望を踏まえた様式を使用すること」、「在宅患者の急性増悪時には、原則として退院もとの病院が受け入れること」等が確認され、また、在宅側は、「急性増悪時には、原則、在宅側スタッフが訪問して対応すること」、「入院時には在宅主治医等から病院の救急担当に対して必要な診療情報や、患者・家族の意向について情報提供を行うこと」等について対応していくこととなり、病院側と在宅側が連携することについて合意形成がなされたのである。

2) 在宅医療を行う医師等の増加及び多職種連携の推進

①在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会の実施

柏市では、東京大学の協力を受け、医師会との共同主催により、開業医が在宅医療に取り組む動機付けを与えることを主たる目的として「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」（以下「研修会」）を開催している。初回は、2011年に実施し、2015年度には、通算7回目となる研修会を2日間に渡り開催した。これまでに医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャーなど365名の参加をいただいている。これまでの参加者のうち、医師は54名、歯科医師は32名、歯科衛生士は9名が研修を終了している。また、2014年開催の第6回研修会からは、医師会の発案・呼びかけで、近隣市である、我孫子市医師会（第6回2名、第7回1名）、流山市医師会（第6回1名）、野田市医師会（第7回1名）から推薦を受けた医師の受講もあった。

また、当該研修会は、柏市訪問看護ステーション連絡会や、柏市介護支援専門員協議会をはじめとした、市内の関係職能団体が共催する形で実施している。職能団体が受講者を推薦することの意味は大きく、これにより「個人」としての参加から、「団体代表」としての参加となり、研修を通じた学びを地域に還元する意識が高められている。行政としては、研修運営にかかる事務をサポートすることにより、医師、歯科医師はじめ多職種が「面」となって在宅医療を支える体制づくりを継続的に支援していきたいと考えている。

②訪問看護の機能強化

2010年度の柏市内の訪問看護ステーションは12ヶ所で、人口10万人対の事業所数は全国の6.8に比べて3.0であっ

た。また、常勤換算あたりの従業者数についても全国の4.6人に比べ、3.4人といずれも低い状況であり、柏市の訪問看護ステーションは、規模も小さく、また、ステーションの数自体も多くないという状況があった。小規模の訪問看護ステーションが多いということは、安易に24時間365日の対応が困難であることが予測されるため、柏市としては、在宅医療において主要な役割を担う訪問看護機能を強化すべく、様々な施策を実施している。

具体的には、訪問看護の業務や役割について市民や多職種に周知する「訪問看護フォーラム」や、結婚等により現場を離れた潜在看護師を対象として市内の訪問看護ステーション等への就職を紹介する「復職フェア」を訪問看護事業者と共同で開催している。

また、2013年度からは、国の交付金を活用し（2016年度からは県基金を活用予定）、訪問看護ステーションが新規に看護師を雇用した場合に係わる費用について補助金を交付する施策も実施し、訪問看護ステーションの体制強化を図っている。

③医療職と介護職との連携強化

在宅医療の推進のためには、医療と介護をまたぐ多職種の連携が必要となる。例えば、ケアマネジャーは、医師や看護師とよく相談した上でケアプランを組まなければ、不適切なサービス利用により患者の療養環境が損なわれることもありうるし、逆に、医師や看護師も、ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員から患者や家族の生活情報を得ることで、適切な医療の提供が可能になることもある。

こうした多職種の連携は、日ごろから顔を合わせ、意見交換などを通じて意識を共有することが大事となる。そのため、柏市では、2012年度から、市内の在宅医療・介護に関わる全関係者を一堂に会した「顔の見える関係会議」（以下「顔会議」）を開催している。2015年度までに通算16回の顔会議が開催されている。2014年からは、市内3カ所（北部・中央・南部）で地域別の顔会議も開催している。病院医師、診療所医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、訪問看護師、病院診療所看護師、病院地域連携室職員、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、介護スタッフ、栄養士、理学療法士などの在宅医療・介護関係者が毎回180名前後集まり、名刺交換会やグループワークを実施している。会議後にとったアンケートによると、翌日以降の多職種連携に役立ったという回答が、名刺交換では93%、グループワークでは97%という結果となり、一定の効果があったものと推察される。

また、歯科医師からは、顔会議に参加したことにより「職種の違いにより、アイデアや意見が、自分には思いもつかないものであったり、心の優しい方々の意見を多く聞くことができ、大変良かった。」、「歯科医師として地域のことをほとんどわかっていなかったことを恥ずかしく思う。今後も参加させていただいてもっと勉強していきたい。」、歯科衛生士からも「家族の話から、チーム医療の大切さや成功部分が見えた。患者様の生きる意

思に寄り添った家族がすばらしいと思う。医療資源に片よりがちな視点をもっと柔軟にしていきたいと思った」。「顔の見える関係会議に出席することで、これからの仕事に役に立つと思う。」等、顔会議の有効性を感じたという感想を多くもらうことができた。

引き続き、こうした会議を通じて、多職種が文字通り「顔の見える関係」を構築するとともに、在宅医療を受ける市民のために気持ちを一つとしていただけることを期待している。

3) 情報共有システムの構築

柏市では、医療と介護をまたぐ多職種の連携を実践するツールとして、情報共有システムを運用している。このシステムは、東京大学と(株)カナミックネットワークによって開発され、東京大学が運用主体となり、2012年度から2013年度までの間に64症例の試行運用を行ってきた。この施行期間を経て、2014年度から柏市が主体となり、本格運用を開始したものである。

情報共有システムでは、在宅療養する市民を担当する主治医、副主治医、訪問看護師、歯科医師、歯科衛生士、ケアマネジャーなどが、IDやパスワード等の付与による、レベルの高い情報セキュリティ環境のもとで、パソコンやタブレット端末等を使用してリアルタイムで情報共有できる様々な機能がある。共有する情報としては、氏名や年齢、健康保険番号などの基本属性情報、家族構成や住宅に関する情報、病状や服薬、バイタルサインなどの医療情報、日常生活機能や介護サービスの利用状況などを記録し、基本情報、アセスメント情報、計画情報、日々の記録情報など多岐に渡っている。

この情報共有システムの活用効果については、例えば歯科の視点からは、口腔内の状況アセスメントとリスクケアについて、ケアの仕方をチーム内で共有できることや、口腔内の様子を歯科医師や歯科衛生士から発信することによって、今後考えられるリスクや対応策、また、歯科医師や歯科衛生士の訪問時以外でも継続したケアが行えるように、介護職とのケア内容を共有できることなどが挙げられる。また、歯科は退院直後から患者に係る事例は少なく、在宅医療が始まってから係る事が多いので、それまでの患者の経過を把握するためにも有効なシステムであると言えるのではないだろうか。

2016年5月末現在のID・パスワード保有者数は、848人（登録事業所257ヵ所中）であり、このうち職種別に見ると、医師は35人、歯科医師は19人となっている。これは、柏市の在宅療養支援診療所及び在宅療養歯科支援診療所数と同程度の数であり、市内の在宅医師、在宅歯科医師は、ほぼこのシステムを使用していると言ってもいいだろう。

4) 市民への啓発、相談・支援

このように、在宅医療推進システムの構築を進める一方で、このシステムを実際に利用する市民に向けた啓発活動にも取り組んでいる。2011年には、「在宅ケア柏市民集会」を開催し、通算4回の実施で延570名の市民に

集まっていた。同集会では、医師や看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員をはじめ、患者家族など在宅ケア関係者が講演し、在宅ケアについての疑問や不安について市民と意見交換を実施した。

また、市内各地区の社会福祉協議会や自治会などの地縁団体に対して、より密度の濃い啓発を行うため、座談会等による地域啓発活動を行っている。近年では、2014年度に45回実施し、約1,700人、2015年度には43回実施、約1,800人が参加するなど、きめ細かい啓発活動を行っている。

また、2012年には、在宅医療情報紙「わがや」準備号を発行し、2016年3月に通算8回目となる第7号を発行した。

2014年度には、後述する柏地域医療連携センターの開設を記念して、柏市医師会の協力の元、公募市民が実行委員となり、健康や医療についての情報を医師から市民にわかりやすく伝えてもらうための講演会「かしわ元気塾」をスタートさせた。かしわ元気塾は、毎月1回の開催で、ほとんどの回で300名を超える申し込みをいただいている。最大では、400名を超える申し込みがあった回もある。

5) 上記を実現する中核拠点(柏地域医療連携センター)の設置

上述したような様々な取り組みを総合的に実施し、在宅医療を含めた柏市の地域医療を支える拠点として、柏地域医療連携センター（以下「連携センター」）を2014年4月に開設した（図4）。連携センターは、医師会を中心として、柏歯科医師会（以下「歯科医師会」）、柏市薬剤師会（以下「薬剤師会」）の協力の下で建築され、柏市が三師会から建物の寄附を受けたものであり、全国

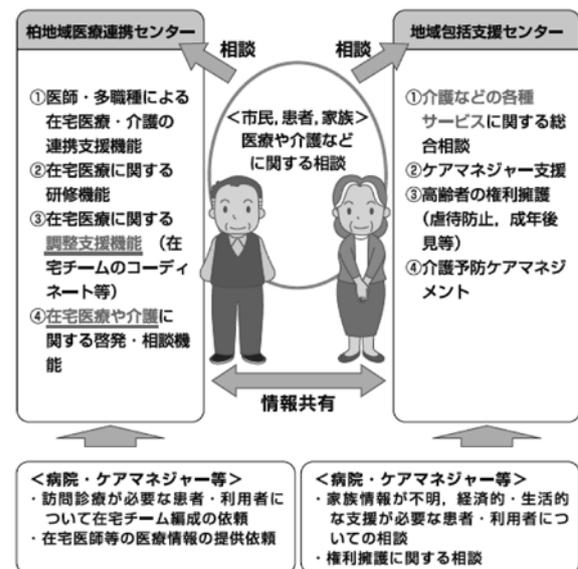


図4 柏地域医療連携センターと地域包括支援センターの機能と連携

的にもあまり例が無いと思われる「民設公営」で運営されている。この連携センターは、豊四季台団地内に建設され、建物内には、2階に医師会、歯科医師会、薬剤師会のそれぞれの事務所が入居し、1階には、柏市が運営する総合窓口が設置されている。主な機能は次のとおりである。

①患者が病院等から在宅医療に移行する際の在宅医療チームのコーディネート機能

主に病院から退院するに当たって、在宅医療が必要な患者に対して、医師会や歯科医師会、薬剤師会等の関係団体の協力も得ながら、患者に必要なサービスを提供する主治医・副主治医、歯科医、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー等の職種を選定し、在宅療養を支えるための多職種チームのコーディネートをを行っている。こうした機能があることにより、これまで以上に病院等から在宅医療へと円滑に移行することが可能となる。

②患者や市民からの相談や情報提供の機能

連携センターにおいては、医療だけでなく、看護、介護の情報も集積することにより、患者や市民に対して総合的な情報提供を行っている。

4. 歯科・口腔ケアに関連した取り組み

柏市では、上述した取り組みを中心として、在宅医

療・介護多職種連携を図ってきた。この中で、歯科医師会を中心とした取り組みについては、主に次の2点があげられる。

1) 口腔チェックシート

歯科が在宅医療に介入する目的は、口腔ケアにおける保湿・保清により、口腔機能（摂食・咀嚼・嚥下・構音・唾液分泌等）の維持・改善や誤嚥性肺炎等を予防する事である。一方で、歯科が在宅医療に介入するきっかけとして多いパターンは、歯が痛い、入れ歯が合わない・壊れた等、患者本人の症状の自覚や訴えやより、初めて必要性を認識する事が一般的であった。

このような事から、歯科以外の在宅医療に係る多職種でも、簡便に患者の口腔機能をアセスメントでき、同時に患者本人や家族でも同様なセルフチェックができるようなツール使う事により、歯科サポートの必要性を広く認識してもらうため、歯科医師会では、口腔チェックシート（お口のチェックシート）を作成した（図5）。

このシートを活用することにより、口腔の問題を簡易に抽出し、必要時に歯科医師につなぐ仕組みが構築された。主に多職種が歯科医師につなぐことになるのだが、そもそもこの仕組みを運用するためには、多職種間の顔の見える関係が構築されていることが重要なポイントとなる。柏市の場合は、前述した、顔会議等の取り組みより、

「お口のチェックシート」について

在宅療養中の方は、その原因となる疾患やケア環境により、摂食嚥下機能の低下や、誤嚥性肺炎のリスクが高くなります。表裏の「お口のチェックシート」は、次のような方の口腔の状況を確認していただくことにより、歯科サポートの必要性を検討して頂くために作成したものです。
監修：日本大学歯学部医食機能療法学講座 助教 柏市医療公社 中山利利先生

| 確認をしていただきたい方 | 提供できる歯科サポート |
|--------------------------------|--|
| ◇がん末期の方 | 口腔乾燥や、口腔粘膜のただれが起こるため、口腔ケアにより、不快感を軽減します。 |
| ◇脳卒中後遺症の方 (口腔や嚥下、嚥下に障害がある方) | 口腔や嚥下、嚥下に障害があると誤嚥しやすくなります。誤嚥性肺炎を予防するために、嚥下機能に合わせた食形態の見直し、摂食機能療法、口腔内を清潔に保つための口腔ケアを行います。 |
| ◇認知症で食事量が減少している方 | 認知症により摂食機能が低下すると、口からの栄養摂取が困難になります。「最期まで口から食べられるための食支援」を提供します。 |
| ◇重度障害や神経疾患の方 | 病気の進行によって、嚥下障害や誤嚥性肺炎のリスクが高くなります。口腔ケアによる口腔内の保湿や嚥下機能に合わせた食形態の見直しを行います。 |
| ◇誤嚥性肺炎の既往がある方 | 誤嚥性肺炎を繰り返すことで、身体機能や抵抗力が低下します。肺炎になった原因を調査し、嚥下機能に合わせた食形態の見直し、摂食機能療法、口腔内を清潔に保つための口腔ケアを行います。 |
| ◇経管栄養の方で口腔環境が悪い方 | 口から食べていない状態でも、口腔内は不潔になり、誤嚥性肺炎などの原因になります。口腔ケアによる保湿や保清を行います。 |

<経管栄養の方へ>
胃壁から栄養摂取されている方でも、検査やリハビリテーションによって、口から食べられるようになる可能性があります。「口から食べたい」という希望がある場合は医師・介護士と連携してご相談ください。

<費用の月額目安> 2,000円～4,000円前後（医療保険が1割負担の方の場合）
※ 訪問先や、訪問回数、嚥下リハビリ回数により金額が変わります。担当歯科医師にご相談ください。
※ 歯科治療が必要な方は別途治療費がかかります。
※ 特定疾患認定や身体障害者手帳(1,2級)をお持ちの方は負担金が減額される場合がありますのでご相談ください。

<歯科医師及び歯科衛生士ができること>
○医療保険による訪問診療や介護保険による居宅療養管理指導の範囲内で、一人ひとりの口腔機能の状態を評価し、機能訓練を含めた専門的なお口のケアを行います。

お口のチェックシート

7つのチェック項目

- ① 食べようとしない
- ② 食べこぼしや、うまく噛めないことがある
- ③ 飲み込んだ後に食べ物や口に残っている
- ④ 食事中によくむせる
- ⑤ 飲み込んだものが逆流することがある
- ⑥ 肺炎を繰り返す
- ⑦ 口腔ケア（歯磨き）が難しい

食べ物の形態や食事介助で不安がありませんか？

ケアの出口を開けない、進めるむせて心配なんてことはありませんか？

監修：日本大学歯学部医食機能療法学講座 助教 柏市医療公社 中山利利先生

該当する項目や質問がありましたら下記までお電話下さい。
柏市歯科医師会附属歯科介護支援センター所属の歯科衛生士が訪問し、
専門的な評価と口腔ケア指導をいたします（無料）
連絡先 柏市歯科医師会附属歯科介護支援センター
☎04-7147-6480 受付 月～金 9時から17時まで

図5 柏市「お口のチェックシート」

既にその素地が出来上がっていたという事もあり、比較的導入しやすい環境であったという事が言える。

2) 総合特区制度による特例措置

柏市では、2013年5月より、総合特区制度による特例措置が認められ、「リハビリ職による訪問リハビリテーション事業所の開設」と「歯科衛生士の居宅療養管理指導を歯科医院から離れた場所から提供できる」という規制緩和が適用される事となった(図6)。

この事により、リハビリ職は、病院、診療所、介護老人保健施設でなくても訪問リハビリテーションを行う事が可能となり、また、歯科衛生士は、歯科医療機関から離れた場所から居宅療養管理指導を行う事が可能となったのである(ただし、訪問リハビリテーションは訪問看護ステーションと同様、医師の指示書により、その

サービスを提供することができるが、歯科衛生士の居宅療養管理指導については、指示を受ける歯科医師の属する歯科医療機関と雇用契約を締結しなければならない)。

歯科医師会では、この仕組みを活用して、2013年11月に「口腔ケアセンター」を設置し、協力歯科医師と口腔ケアセンターの歯科衛生士が雇用契約を締結し、居宅療養管理指導を行っている。実施件数については、開設から1年半程度は増加傾向であったが、最近は横ばい傾向にある(図7)。これは、現時点における口腔ケアセンターの歯科衛生士が1名であると言う事、また、制度上「歯科医療機関との雇用契約」という制約が残されたことにより、請求から報酬までのキャッシュフローが複雑化しているため、雇用契約を結ぶ歯科医療機関も少数となり、ごく限られた状態での運用となっている事が要因

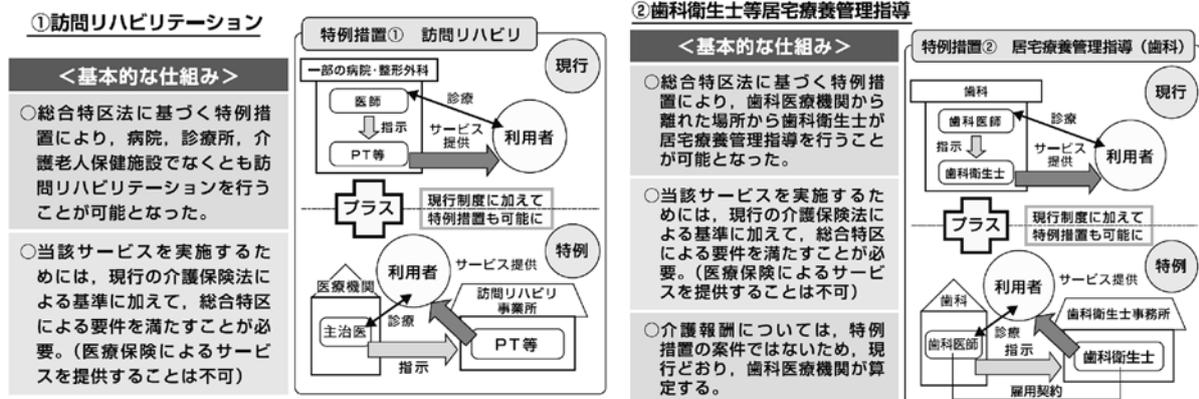


図6 柏市における総合特区法に基づく特例措置

歯科衛生士による居宅療養管理指導実施推移(2013年9月~2016年3月まで)

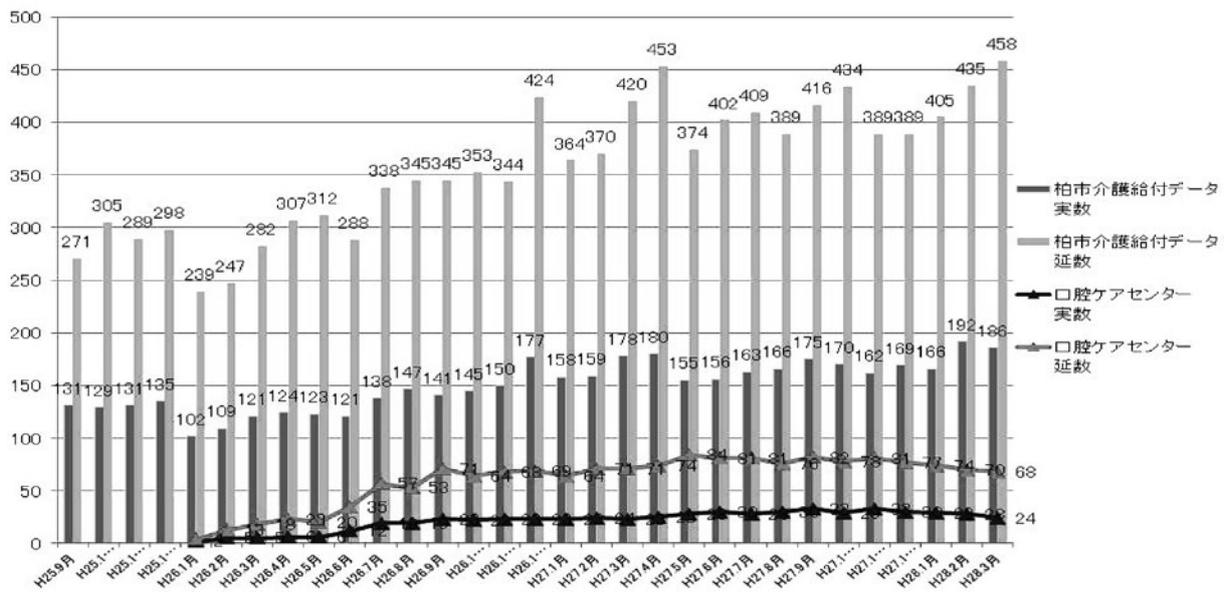


図7 口腔ケアセンターにおける歯科衛生士による居宅療養管理指導実施件数の推移

と考えられる。

これらの状況に加え、リハビリ職、歯科衛生士、それぞれが単一の職種で活動するだけでは、効率的な支援にも限界が生じるため、柏市では、この特区制度の枠組みを活用して、口腔・運動・栄養のサービスが一体的に提供できる仕組みを構築し、市内展開する事を目指している。

この仕組みを「トータルヘルスケアステーション構想」として、早期実現に向けて医師会、歯科医師会、柏市在宅リハビリテーション連絡会、東葛北部在宅栄養士会等関係団体と市役所関係部署を交えて協議を行っているところである。

IV. 高齢者の住まいと医療・介護サービスの組み合わせ

医療や介護の必要性が増しても住み慣れた地域での生活を継続するためには、在宅医療の推進とともに、医療・看護・介護サービスが連携して対応すること、さらには高齢者の住環境の整備が必要である。

この具体的な施策としては、サービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」）を豊四季台団地内に整備するとともに、様々な医療・介護サービスを同住宅建物の一階部分に併設した。

併設されるサービスの具体的内容としては、①グループホーム（認知症対応型共同生活介護）、②訪問看護ステーション、③小規模多機能型居宅介護、④在宅療養支援診療所、⑤主治医診療所、⑥地域包括支援センター、⑦子育て支援施設、⑧薬局、⑨居宅介護支援、⑩定期巡回・随時対応型訪問介護看護が挙げられ、UR都市機構の公募に応じた複数の民間事業者が連携してサービス提供を行っている。

これらのサービスは、サ高住の居住者だけでなく、地域に展開していくことを公募の条件としており、豊四季台地域全体を支える拠点としての機能を期待して設置したものである。

V. 第6期介護保険事業計画

在宅医療の推進や医療介護連携の促進は、地域包括ケアの構築という理念の下に介護保険政策と一体的に進めていくことが重要である。このため、柏市では、平成24年度から始まる第5期介護保険事業計画において、在宅医療の推進施策について記載している。さらに、平成27年度を開始年度とした第6期介護保険事業計画においては、在宅医療の需要が2025年に向けてどのように推移す

るかを示した将来推計を提示した。

この推計によると、2015年から2020年までの6年間で約600人強の在宅医療需要の増加が見込まれることになる。柏市としては、こうした推計結果を医師会などの関係者と共有するとともに、引き続き在宅医療にかかる施策を推進することにより、在宅を担う専門職の計画的確保に努めていく必要がある。

(※) 東京大学及び東京大学の委託に基づく株式会社メディアヴァの推計による。

VI. おわりに

以上に述べたとおり、柏市では、東京大学やUR都市機構などの関係者をはじめ、医師会、歯科医師会、薬剤師会等関係団体の多大なる協力もあり、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組みが進められてきた。介護保険者である柏市行政に求められることは、医師会をはじめとした関係団体と真摯に向きあい、これから起こりうる高齢社会の課題について認識を共有するとともに、その課題解決に向けて多職種が連携しやすくなるよう、陰に日向にとコーディネートしていくことなのである。平成27年度に改正された介護保険法に基づき、全国の市町村でこの取組が進んでいくものと思われるが、柏市同様の問題を抱える全国の各地域においてこの取組みが参考となるよう、引き続き、関係者とともに努力していきたい。

文献

- [1] 内閣府. 平成24年版高齢社会白書. 2012. <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/> (accessed 2016-06-29)
- [2] 厚生労働省. 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について. 2008. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf> (accessed 2016-06-29)
- [3] 厚生労働省老健局. 2010介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集（結果概要について）. 2010. <http://www.mhlw.go.jp/public/kekka/2010/dl/p0517-1a.pdf> (accessed 2016-06-29)
- [4] 三菱UFJリサーチコンサルティング. 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「持続可能な介護保健制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究」平成24年度事業報告書. 2013. http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf (accessed 2016-06-29)