

IV. レクチャー①

「三郷市における多職種連携 上の課題等」

17

三郷市の在宅医療・介護における 多職種連携上の課題等について

－ヒアリングの分析結果－

2017年10月21日
埼玉県立大学研究開発センター
プロジェクトチーム

18

ヒアリングの概要

《対象者》

地域包括支援センター長	7名	訪問看護師	3名
薬局薬剤師	5名	理学療法士・作業療法士	6名
ケアマネジャー	6名	ホームヘルパー	4名
医師	4名	歯科医師	6名

《ヒアリング項目》

1. 在宅医療・介護連携の現状についての意見、連携において重要と
考えている点
2. 他機関・他職種との連携で困っていること
3. 連携困難時に解決できた又は解決に向けて工夫した事例
4. 在宅医療・介護連携に関連する研修の経験及びその感想
5. 在宅医療・介護連携でよく機能している事例

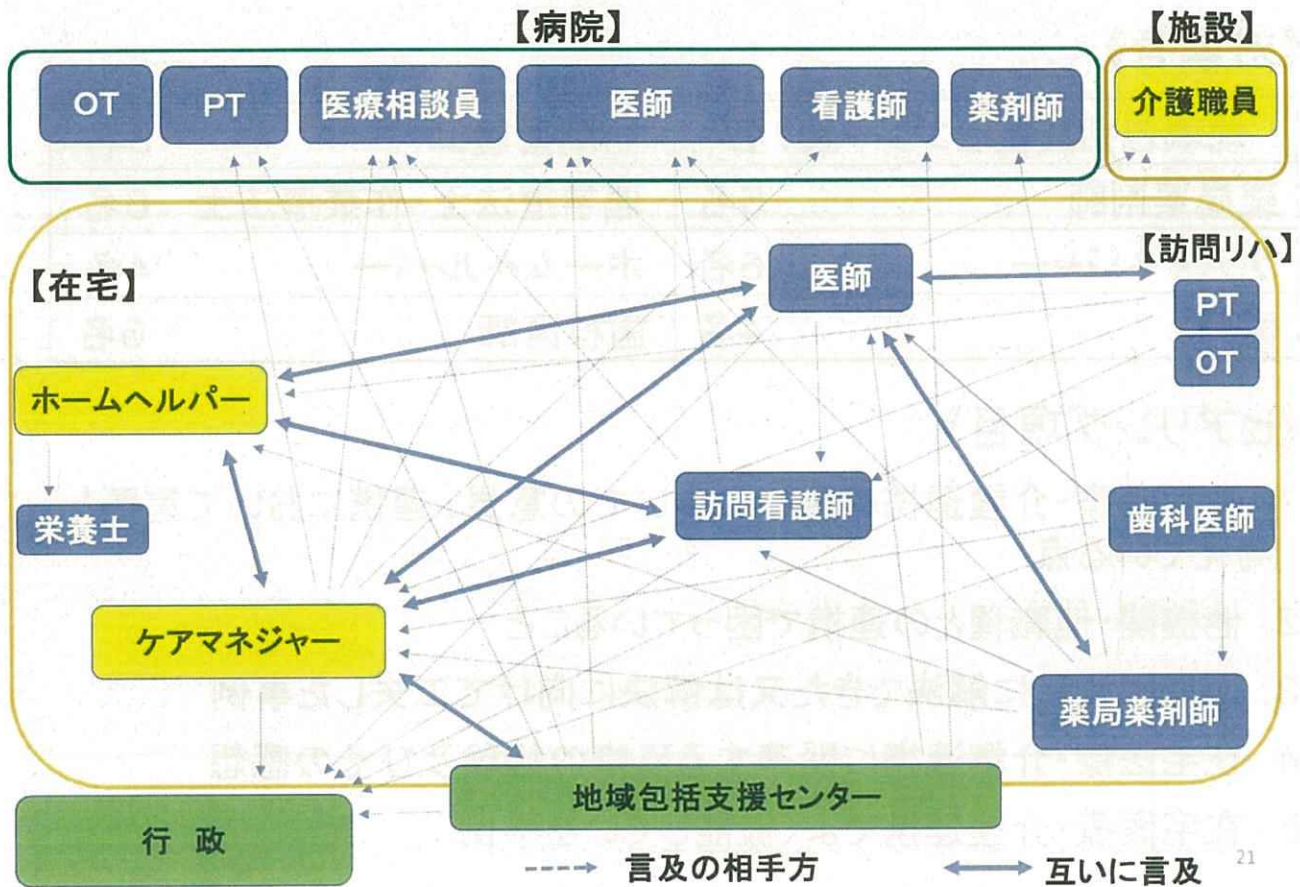
話の流れ

1. 各専門職の自職種・他職種
に対する見方

2. 多職種連携上の課題

3. 多職種連携を進める上で
の強み・成功事例

ヒアリングにおける他機関・他職種への言及



医師

多職種連携に対する見方	他の専門職からの指摘
<p>(自らに対する見方)</p> <p>○ 診察中は他の専門職への対応が難しく、「怖い」と思われている。</p> <hr/> <p>(他職種に対する見方)</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 医療情報の提供ルールを明確にする必要。 ② 同じ職種でも、スキルや対応に個人差が大きい。 ③ サービス調整はどの職種が行うのか明確化するとともに、調整能力を向上させて欲しい。 ④ 患者の家族や生活に関する情報を提供してほしい。 ⑤ 他の専門職と緊密な関係を作りたいが、なかなか機会がない。 	<ol style="list-style-type: none"> ① 在宅医療・介護に関心を持つ医師が少ない。 ② 介護サービスを提供する際に必要となる医師の指示や意見書をなかなか出してもらえない。 ③ 主治医と連絡がとりにくい。

歯科医師

多職種連携に対する見方	他の専門職からの指摘
<p>(自らに対する見方)</p> <p>① 三郷市の訪問歯科診療制度が整備されているため、他の専門職と連携をとる必要性が小さい。</p>	(なし)
<p>(他職種に対する見方)</p> <p>① 連携において、どの職種がリーダーシップをとるのかわからない。</p> <p>② ケアマネジャーが頻繁に変わるので、連携しにくい。</p> <p>③ 誰が主治医なのかわからない。</p>	

23

薬剤師

多職種連携に対する見方	他の専門職からの指摘
<p>(自らに対する見方)</p> <p>① 在宅での服薬管理は薬剤師が専門であるにもかかわらず、その役割や業務に対する認知度が低い。</p> <p>② 他職種からの情報提供がなく、指示や依頼も少ない。</p> <p>③ ケアマネジャーや介護職からは、敷居が高いと思われる。</p>	○ 在宅での服薬管理がどの職種の仕事なのかあいまいである。
<p>(他職種に対する見方)</p> <p>① 患者の主治医やケアマネジャーが誰かわからない。</p> <p>② 退院患者の服薬情報が必要だが、病院薬剤師との連携がない。</p> <p>③ 他の専門職と緊密な関係を作りたいが、開局時間中は、会議等に参加することが難しい。</p>	

24

理学療法士・作業療法士

多職種連携に対する見方	他の専門職からの指摘
<p>(自らに対する見方)</p> <p>① 訪問リハビリテーションの認知度が低い。</p> <p>② 利用者の生活状況を把握できておらず、連携に支障が生じている。</p>	<p>○ 病院の理学療法士・作業療法士は、退院患者の在宅生活への配慮が足りない。</p>
<p>(他職種に対する見方)</p> <p>① 主治医と連絡がとりにくい。</p> <p>② ケアマネジャーの対応に個人差が大きい。</p>	

25

訪問看護師

多職種連携に対する見方	他の専門職からの指摘
<p>(自らに対する見方)</p> <p>① 訪問看護師の役割は、処置だけでなく、生活全般を見ることであるということが理解されていない。</p> <p>② 訪問看護師が要望を言い過ぎると、ホームヘルパーやケアマネジャーから威圧的だと思われる。</p>	<p>① 訪問看護師は、医師にもっと「指示」してもよい。</p> <p>② 服薬管理は、薬剤師に任せれば、訪問看護師の負担も軽減されるはず。</p> <p>③ 介護職に対し、上から目線で接することがある。</p>
<p>(他職種に対する見方)</p> <p>① 病院の主治医やケアマネジャーと連絡がとれない。</p> <p>② ケアマネジャーの対応に個人差が大きい。</p> <p>③ 病院には、退院患者の在宅生活への配慮がない。</p>	

26

ホームヘルパー

多職種連携に対する見方	他の専門職からの指摘
<p>(自らに対する見方)</p> <p>① 薬や医療の知識に乏しいため、医療職の適切な指示が必要。特に服薬支援は難しく、不安。</p> <p>② 利用者に最も身近であるため、他の専門職が対応できなくても、何らかの対応をせざるを得ない(最後の砦)。</p> <p>③ 非常勤のヘルパーが多いため、サービス提供責任者の負担が大きい。</p>	<p>① 利用者の身体の状態について不安感を持つ。</p> <p>② 医療職に話ができない印象がある。</p> <p>③ 医師が患者を診る際、生活面の情報が必要だが、話をする機会が少ない。</p> <p>④ 服薬管理は、薬剤師に任せてもらえば、不安も軽減されるはず。</p>
<p>(他職種に対する見方)</p> <p>① 医療職・ケアマネジャーと夜間休日に連絡がとれない。</p> <p>② 外来で、医師から利用者の受診同伴を拒否されることがあり、情報共有に支障が生じている。</p> <p>③ 訪問看護師については、視点の違い、役割分担の不明確さ、連絡のとりにくさなどが課題。</p>	

27

ケアマネジャー

他職種連携に対する見方	他の専門職からの指摘
<p>(自らに対する見方)</p> <p>○ 介護職のケアマネジャーは、医療職が使用する専門用語を理解できない。</p>	<p>① 入れ替わりが激しく、対応や情報収集・調整能力の個人差が大きい。</p> <p>② 利用者を選んでいる。</p> <p>③ 連絡がとりにくい。</p> <p>④ 薬剤師の役割を理解していない。</p>
<p>(他職種に対する見方)</p> <p>① 医師には連絡しにくい。</p> <p>② 病院職員は、在宅医療・介護に理解がない。</p> <p>③ 地域包括支援センターの体制が不十分。</p> <p>④ 行政の姿勢が消極的。地域ケア会議の活用も不十分であり、地域課題が解決できない。</p>	

28

地域包括支援センター長

他職種連携に対する見方	他の専門職からの指摘
<p>(自らに対する見方)</p> <p>○ 地域包括支援センターの役割・位置づけが不明確。</p> <hr/> <p>(他職種に対する見方)</p> <p>① 要介護認定の仕組みや供給不足のため、ケアマネジャーとの円滑な関係が構築できない。</p> <p>② 在宅医療・介護に理解のある医師が少なく、コミュニケーションをとることが難しい。</p> <p>③ 病院職員は、退院患者の生活を見ておらず、在宅医療・介護における他機関の役割も理解していない。</p> <p>④ 行政がビジョンを示していない。</p>	<p>○ 人員や経験が不足しており、十分機能していない。</p>

29

話の流れ

1. 各専門職の自職種・他職種
に対する見方

2. 多職種連携上の課題

3. 多職種連携を進める上での
強み・成功事例

30

三郷市における多職種連携上の課題

1. 情報共有、連絡の仕組み
2. ケアの方針決定に当たり多職種・多機関と連携する機会
3. 専門職間の心理的な距離
4. 専門職の役割・機能に対する相互理解
5. 各専門職の在宅医療・介護と多職種連携に必要な知識・技術と能力
6. 多職種連携による在宅医療・介護への関心
7. 病院専門職との連携
8. 状態悪化時等の連携
9. 地域の課題を解決する場
10. 行政の対応のあり方

31

1. 情報共有、連絡の仕組み

他職種に連絡し、患者・利用者に関する情報を共有するための手段・仕組みやルールが整備されておらず、必要な情報が得られない。

(指摘例)

- ① 患者・利用者の情報を共有する手段が少なく、情報伝達に遅れ。
- ② 患者・利用者の個人情報共有するルールが未整備。
- ③ 患者の医療情報を医療職以外に提供することに対し、躊躇。
- ④ メディカルケアステーションは、在宅医療に取り組む医師が少ない中で、機能するかどうか心配。
- ⑤ 他の専門職との連絡方法がわからない。また、勤務時間以外は、連絡がとれない。

32

2. ケアの方針決定に当たり他職種・他機関と連携する機会

他職種・他機関と連携を図りつつ、ケアの方針を決定するための仕組みが整備されていない。

(指摘例)

- ① 在宅医療・介護のケアの方針決定に当たり、専門職間の連携がとれていない。
- ② ケアの方針を話し合う場が少ない。
- ③ ケアの方針を調整するための会議が設定されても、他の業務があるため参加できない。

33

3. 専門職間の心理的な距離

各専門職が緊密な関係を構築する必要があると感じているが、心理的な壁がある。

(指摘例)

- ① 特定の医療職(医師、薬剤師)は、近寄りやすいイメージを持つ。
- ② 連携しやすい職種と連携しにくい職種がある。
- ③ 同じ医療系の職種であれば、話がしやすい。
- ④ 専門職間で顔の見える関係、緊密な関係を構築したいが、そのための機会が少ない。

34

4. 専門職の役割・機能に対する相互理解

各専門職が相互の役割・機能を十分理解していない。

(指摘例)

- ① 専門職の役割や業務が他の職種に理解されていない。
- ② 専門職に期待されている役割・機能と実際の状況が乖離している。
- ③ 在宅患者の服薬支援が必要だが、どの専門職の業務なのかあいまい。
- ④ 医師と訪問看護師のどちらが訪問診療の必要性について判断をするのかあいまい。
- ⑤ 病院での診察時にホームヘルパーの同伴が拒否されるため、情報共有が困難。

35

5. 各専門職の在宅医療・介護及び多職種連携に必要な知識・技術と能力

専門職間で効果的に連携するためには、それぞれ知識・技術及び能力の向上が必要である。

(指摘例)

- ① 医療職は、患者の生活状況を理解していない。
- ② 福祉職は、医療知識が不足しており、医療職と話がしにくい。
- ③ 介護職は、医薬品に関する知識がないため、どのように対応してよいかわからない。
- ④ ケアマネジャーや訪問看護師では、知識・技術や調整能力の個人差が大きい。
- ⑤ 各専門職とも、スキルアップが必要である。

36

6. 多職種連携による在宅医療・介護に対する関心

専門職によっては、在宅医療・介護に対する関心が低く、また、多職種連携の必要性を感じていない場合もある。

(指摘例)

- ① 地域包括ケアシステムの趣旨を理解し、在宅医療や医療・介護連携に積極的に取り組む診療所が少ない。
- ② 在宅医療・介護に積極的に取り組む薬局が少ない。
- ③ 歯科医師は、三郷独自の訪問歯科診療制度があるため、他職種との連携の必要性を感じていない。

37

7. 病院専門職との連携

病院の専門職は早期退院を優先し、患者の在宅での生活や在宅医療・介護関係者との連携に十分配慮しない傾向がみられる。

(指摘例)

- ① 病院の専門職は、退院患者の在宅での生活に配慮しようとする姿勢に乏しい。
- ② 病院の専門職は、地域包括ケアシステムに対する理解に乏しく、在宅医療・介護関係者と連携を図ろうという姿勢があまりみられない。
- ③ 病院の連絡窓口がわからず、病院の専門職との情報共有が困難。

38

8. 状態悪化時等の連携

患者の状態悪化時等において連携がとれておらず、対応が困難になることがある。

(指摘例)

- ① 状態悪化時に各専門職がどのように連携して対応するのか不明確。
- ② 状態の変化についての連絡が来ず、対応が遅れる。
- ③ 状態急変時に医療職への連絡がとれず、医療職から適切な指示がない場合には、介護職は大きな不安を抱えることになる。
- ④ 医療職の明確な指示がないと、介護職による服薬支援は困難。

39

9. 地域の課題を解決する場

地域で様々な課題が生じているにもかかわらず、問題を提起、認識を共有し、解決に向けた検討を行う場がない。

(指摘例)

- ① 地域ケア会議が十分機能していない。
- ② 地域の実情や事業者に関する情報がない。

40

10. 行政の対応のあり方

行政による情報提供が十分でなく、地域包括ケアシステムの整備・運営方針も明確でない。

(指摘例)

- ① 在宅医療・介護システム構築における行政の役割や取組方針が不明確であり、取組姿勢にも積極性を感じられない。
- ② 人事異動が頻繁にあり、職員の知識経験が生かされていない。
- ③ 在宅医療・介護に関わる様々な課題が解決されていない。

41

多職種連携が機能せず、患者・利用者に影響が生じた事例 (1)

- ① 診療所医師は、一工夫すればもう少し在宅で生活することが可能と思っていたが、家族が無理と言うと、話し合う機会もなく、そのまま介護施設入所が決まった。
- ② 認知症患者の受診の際、ホームヘルパーが同伴することについて、ケアマネジャーや医師の考えが様々で、情報共有がうまくできない。
- ③ 訪問看護師から診療所医師に対し、患者の状態の悪化と改善の報告があったが、看護師の期待と異なり、医師は訪問診療が必要とは受け止めなかった。
- ④ 末期癌の場合、退院と同時に要介護認定の申請をするため、要介護度が出るまでケアマネジャーに受けてもらえず、サービスの組み立てがうまくいかない。

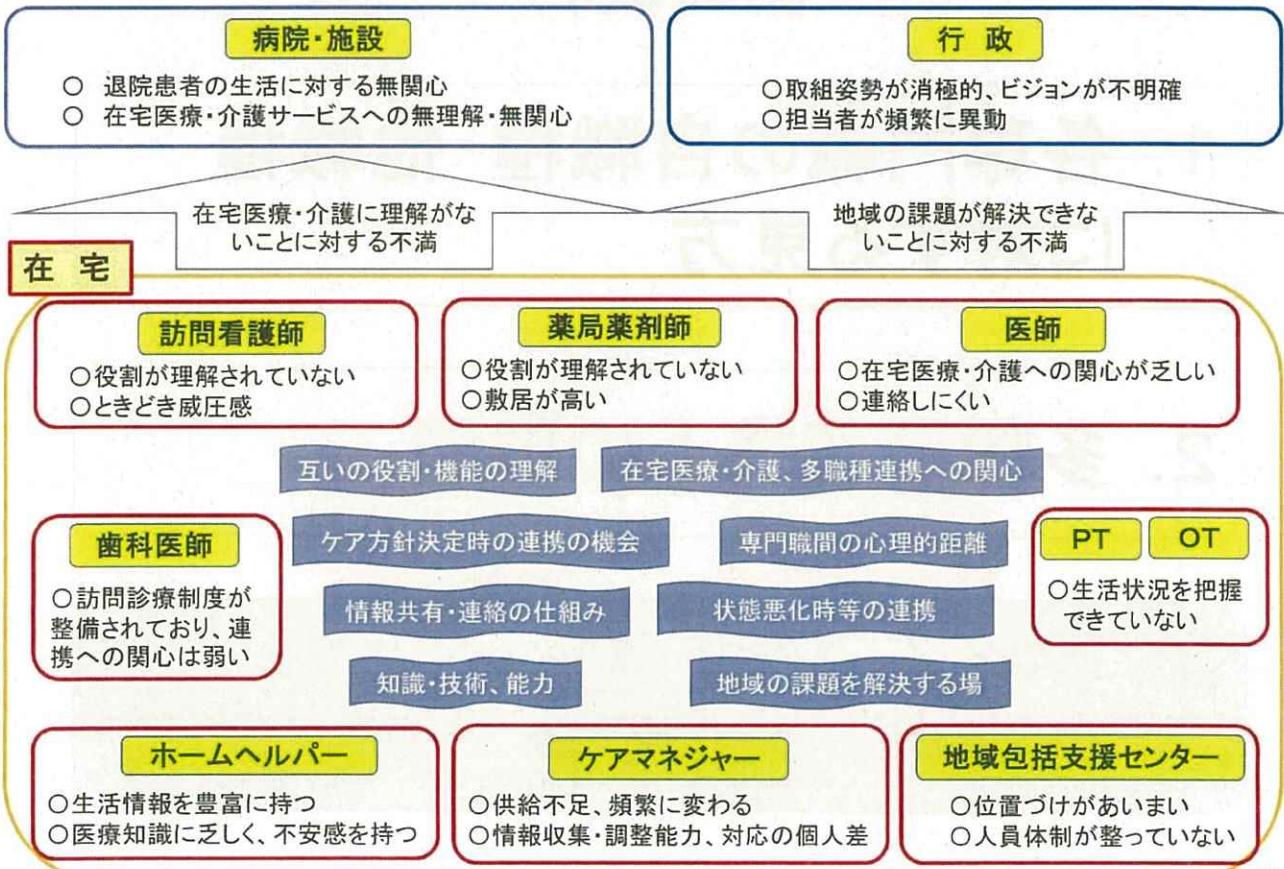
42

多職種連携が機能せず、患者・利用者に影響が生じた事例 (2)

- ⑤ 病院の医療相談員は、患者本人の希望を聞かず、ケアマネジャーとも調整せずに、介護や配食のサービスを調整し、早期に退院させた。
- ⑥ 病院の理学療法士や作業療法士は、退院患者が階段を昇れるので、2階でも生活できると判断したが、自宅では老々介護のため階段の昇降を介護できず、結局、介護施設に入所せざるを得なくなった。
- ⑦ 薬の用量が変更されていたが、医師、訪問看護師、ケアマネジャーのいずれかの段階で連絡が途切れ、ホームヘルパーまで情報が届かず、混乱した。

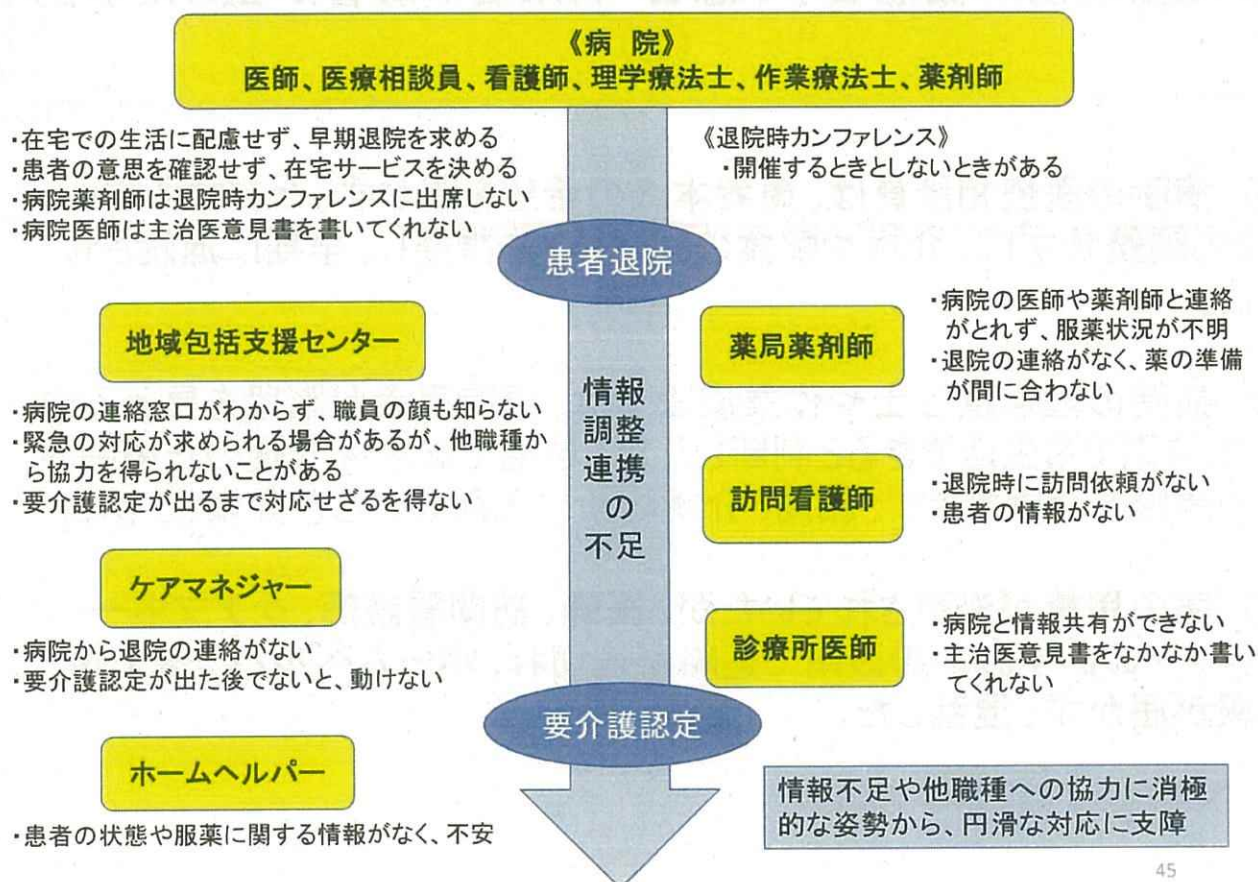
43

(参考1) 三郷市における多職種連携上の課題 —全体像—



44

(参考2) 退院患者に対応する際の課題



45

話の流れ

1. 各専門職の自職種・他職種
に対する見方

2. 多職種連携上の課題

3. 多職種連携を進める上での
強み・成功事例

46

三郷市で多職種連携を進める上での強みとなりうるもの(1)

1. 人口規模

- まとまるには適度な規模であり、市全体で研修会等の開催も容易。
- 地域全体で顔見知りになりやすく、緊密な関係を構築できる可能性。

2. 在宅医療・介護の理念や価値を理解し、多職種連携のマインドを有する専門職の存在

- 利用者ニーズを中心に据え、高い使命感を持って行動。
- 三郷市において、理想的な在宅医療・介護の姿を実現したい。
- 専門職の創意工夫により、地域の課題を解決し、地域包括ケア実現のための社会資源やシステムを定着させたい。
- 研修に積極的に参加し、自己研さんに努力。

47

三郷市で多職種連携を進める上での強みとなりうるもの(2)

3. 在宅医療・介護多職種連携協議会の存在

- 幅広い職種が参加。連携を進める上での一定の素地が存在。
- 在宅医療・介護の中心に位置する医師・ケアマネジャーが会長・副会長。

4. 3つの総合病院の存在

- 現時点では、在宅医療・介護への関心や理解に乏しく、在宅医療・介護関係者との連携はみられないが、今後、関係が改善されれば、在宅をバックアップする存在になりうる。

48

成功事例(1)

- ① 褥瘡の状態の変化に応じ処置方法が変更になった。
⇒ 医師の指示に基づき、ケアマネジャーが複数の訪問看護ステーション、ホームヘルパー、デイサービスと調整し、うまくいった。
- ② 虐待が疑われる事例。
⇒ 訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター、市役所が連携し、疑わしい傷をみつけたらすぐにファックスで情報共有できるよう、統一シート(体のイラスト、送信先・元等を記載)を作成し、連携を図ることができた。
- ③ 患者の自宅の状況を把握してない専門職。
⇒ 患者目線で撮った自宅の動画(動線など)を見せると、何が課題なのか理解してもらえた。
- ④ 医師が外来で忙しいと、他の専門職からの電話に対応できない。
⇒ 医師が、診療時間が終わった後、電話を入れると、「先生、ありがとうございます」ということになる。

49

成功事例(2)

- ⑤ 医師に主治医意見書を依頼する際、必要な理由がわからなければ怒られる場合も。
⇒ 依頼する前に説明しておけば、丁寧にやってもらえる。
- ⑥ 薬局薬剤師は、ケアマネジャー、訪問看護師、診療所の看護師など、全て知ってる人でチームが構成。
⇒ 余計なストレスがなく、直ちに対応できた。
- ⑦ 自宅で指示どおり服薬できない可能性。
⇒ 退院前に薬局薬剤師と病院の医師が相談し、服薬回数を1日3回から2回に減らした。
- ⑧ 神経難病の患者の自宅改修が必要。
⇒ ケアマネジャー、ホームヘルパー、訪問看護師に自宅と一緒に来てもらい、認識を共有することで、問題が解決。

50

成功事例(3)

- ⑨ 理学療法士が近隣の診療所医師を訪問し、訪問リハビリが末期患者に対して何が出来るか説明
⇒ 医師は、携帯電話番号を教えてくれた。
- ⑩ 退院前に患者に一回自宅に戻ってもらい、ホームヘルパー、リハビリ職、ケアマネジャーが集まって、風呂のまたぎ方などを実際に確認した
⇒ 退院時カンファレンスにホームヘルパーも出席できれば、患者の退院も円滑化。
- ⑪ ホームヘルパーが要介護者宅に連絡ノートを置かせてもらい、生活の様子、食事や水分量、訪問看護師からの指示などを記載
⇒ 訪問看護師との間で情報共有可能に。

51

(メモ)

52

V. レクチャー②

「連携に必要な知識」

53

連携に必要な知識

1. コミュニケーション技術

- ▼患者・利用者に対してよりよいサービスを提供する
 - ・環境変化に常に対応し、日々自己研鑽を図る。
- ▼患者・利用者・家族のニーズを最大限満たす。
 - ・専門職間で連携および協働する必要性
- ▼連携・協働を実現
 - ・専門職間のコミュニケーションが重要。

54

2. コミュニケーションにおける聴き方のポイント

ポイント1

相手の立場になる

ポイント2

相手を理解しようとする

ポイント3

相手の隠れた感情などを読み取る

ポイント4

相手の肯定的な意図をつかむ

55

▼ポイント1：相手の立場になる

相手と同じ視点に立ち、話の内容をもとに頷き、相手に理解を示しているという態度をとることが重要。

▼ポイント2：相手を理解しようとする

相手を理解しようとするしっかりとした目的意識を持って聴くことが大事。

▼ポイント3：相手の隠れた感情などを読み取る

その人の性格や普段の言動、さらに立場・年齢・役職・職種などのバックグラウンドの情報についてできるだけ把握し、相手の言葉の真意について探ることが大事。

▼ポイント4：相手の肯定的な意図をつかむ

経過や過程を聴くことにより、他職種がとったアプローチに対するもっともな理由が理解できることがある。

56

3. コミュニケーションにおける話し方のポイント

話し方のポイントとして、相手にわかりやすい話し方が出来るようにしなければなりません。ここでは、適切な話し方の4つのポイントをご紹介します。

ポイント 1 印象力

ポイント 2 説明力

ポイント 3 説得力

ポイント 4 傾聴力

57

ポイント 1 印象力

- ・ 態度と表情に気を配る
- ・ 言いよどみと口癖をなくす
- ・ 断片的な話し方をしない
- ・ 消極的な話し方をしない

ポイント 2 説明力

- ・ 主語と述語を明確にする
- ・ 適切な言葉を選ぶ
- ・ 接続詞を使用する
- ・ 話す順序や構成を工夫

ポイント 3 説得力

- ・ 事実やデータおよび体験を含む
- ・ 不安を解消
- ・ 全体像を伝える
- ・ イメージを持たせる

ポイント 4 傾聴力

- ・ 聴いている態度
- ・ 相槌のバリエーション
- ・ 質問や促し
- ・ 要点をまとめる

58

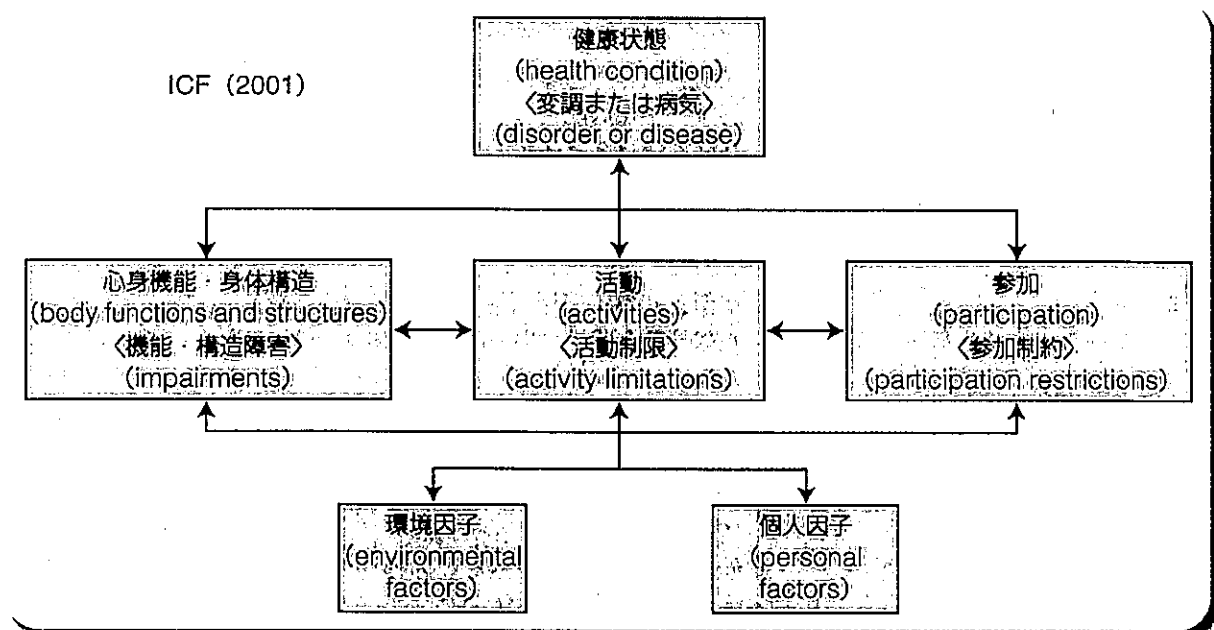
4. グループメンバーによる話し合いの技法

メンバー全員が意識すべき留意点として、下記のようなものが挙げられます。

- ① 与えられた時間はどのくらいなのか把握する
- ② 時間内で終了するために、各参加者が自分の話すおおよその持ち時間を把握する
- ③ 話し合いの目的や議題を全員が把握する
- ④ 質疑ではオープンクエスチョンとクローズドクエスチョンを使い分ける
- ⑤ 参加者の態度（腕組・脚組・視線など）からその人の心理状態を把握する
- ⑥ 適度なアイコンタクトをとる（相手の目を3秒見て1秒ははずす）
- ⑦ 状況に応じたうなずき方（速い・浅いうなずき、ゆっくり・深いうなずき）

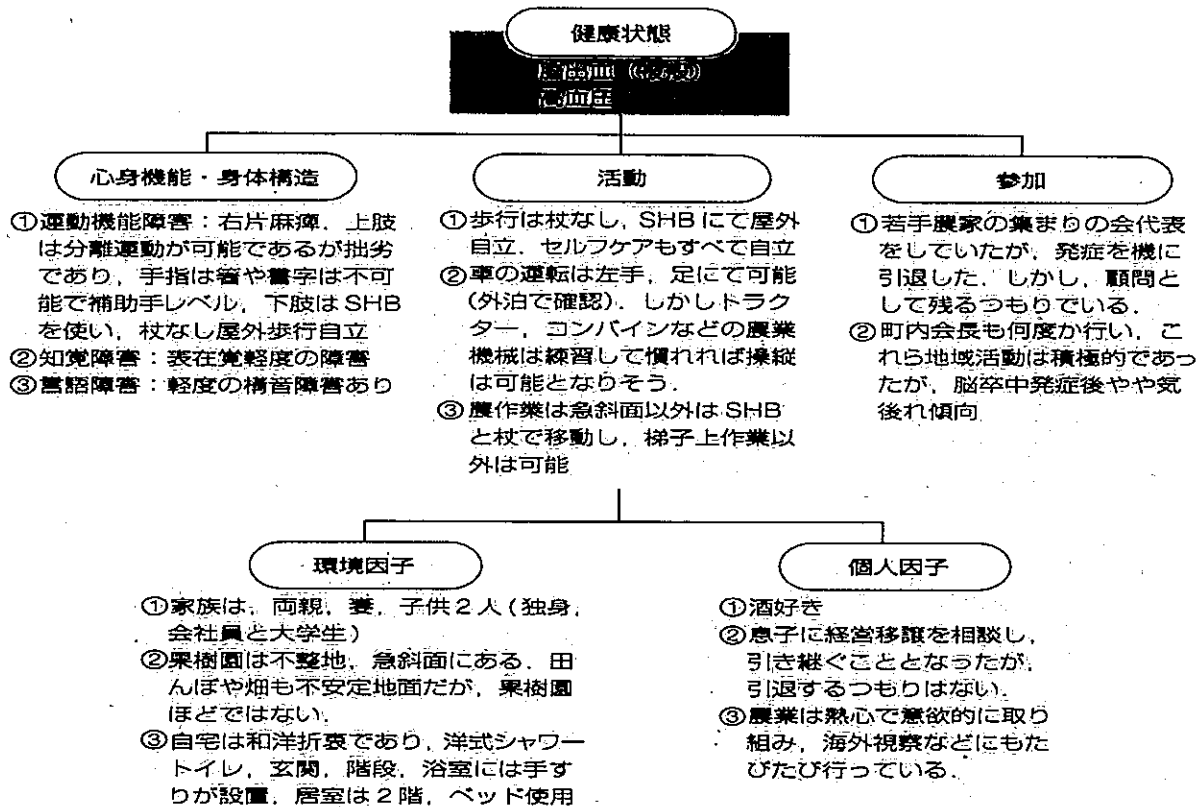
59

5. 多職種の相互理解を促進するツール(ICF)



国際生活機能分類 (ICF) の概念モデル

60



脳卒中のICF構造：成年男性（50代後半）・復職支援

(出典)標準理学療法学 専門分野 日常生活活動学・生活環境学第4版(医学書院)「II.ADLと障害」図4

61

(メモ)

62

VI. 演習 ①

「事例を用いたグループワーク」

63

演習①

自己紹介・事例を用いた議論

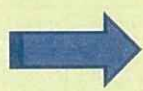
1. 個人ワーク
2. グループワーク
3. 発表

64

演習の目的

「課題解決のために多職種でどのように連携すればよいかを考える」

- 多職種連携による在宅医療・介護への関心を高める
- 専門職の役割・機能に対する相互理解を深め、専門職間の心理的な距離を縮める



多職種連携に関する意識改革
顔の見える関係づくり

※事例検討会ではありません。

65

流れと内容

1. グループワーク

- (1) 自己紹介①
- (2) 自己紹介②
- (3) 事例を用いた検討（多職種連携の実践）
 - ・事例の読み込み
 - ・個人ワーク
 - ・グループで議論

付箋

どこでもシート

2. 発表（グループ毎）

3. まとめ

66

1. グループワーク

(1) 自己紹介①

1人 1分 × 人 = 分

- ・ 氏名
- ・ 職種、所属
- ・ はまっていること

67

1. グループワーク

(2) 自己紹介②

付箋に3分で書きます

仕事で大事にしていること

多職種連携への関心

「多職種連携上の課題等」を
聞いて感じたこと

(他職種との心理的距離、
自職種の強み・弱み等)

68

自己紹介②

付箋を出しながら自己紹介

【時間】

1人2分以内 × 人 = 分

仕事で大事にしていること

多職種連携への関心

「多職種連携上の課題等」を聞いて感じたこと
(他職種との心理的距離、
自職種の強み・弱み等)

69

(3) 事例を用いた検討

• 事例 A : 脳梗塞 → 2, 6, 8, 9 グループ

B : 認知症 → 3, 5, 10, 11 グループ

C : がん終末期 → 1, 4, 7 グループ

• 個人ワーク

• グループワーク

• 発表

どこでもシート

70

個人ワーク

20分

- ・ 事例の読み込み → 付箋に書く

自分の職種ができること	他職種にやって欲しいこと
-------------	--------------

71

グループで議論

20分

役割：司会・書記・発表・タイムキーパー

- ・ 1人1分ずつ付箋を出しながら発表

「自分の職種ができること」
「他職種にやって欲しいこと」

共有 → 議論
(相互理解)

どこでもシート

The diagram shows a large rectangular sheet of paper with a folded bottom-right corner. On the left side, there are three rectangular sticky notes stacked vertically. On the right side, there is one rectangular sticky note. At the bottom right, there are three overlapping rectangular sticky notes, suggesting they are being shared or discussed together.

72

【議論・整理の視点】

各専門職の役割・強みと連携のあり方

➡ 連携がうまくいくためのポイント

事例__ (グループ)

73

～ 休憩 ～

次は、模造紙（どこでもシート）を

ホワイトボードや壁に貼って

発表していただきます。

74

発表

1グループ：2分

A：脳梗塞 → 2, 6, 8, 9 グループ

B：認知症 → 3, 5, 10, 11 グループ

C：がん終末期 → 1, 4, 7 グループ

事例__ (グループ)

75

まとめ

- 実践の場で連携協働を行う場合の各専門職の役割・機能
- 専門職連携がうまくいくためのポイント

76

在宅医療・介護関係の専門職①

	法令等による職務
医師	医療及び保健指導を掌る。
歯科医師	歯科医療及び保健指導を掌る。
薬剤師	調剤、医薬品の供給その他薬事衛生を掌る。
訪問看護師	居宅要介護者について、その者の居宅において療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。
理学療法士	身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えること(理学療法)を行う。
作業療法士	身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせること(作業療法)を行う。
言語聴覚士	音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行う。
柔道整復師	柔道整復を行う。

77

在宅医療・介護関係の専門職②

	法令等による職務
介護福祉士	身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う。
医療相談員 (医療ソーシャルワーカー)	医療機関において、社会福祉の立場から患者や家族の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る。
社会福祉士	身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行う。
介護支援専門員(ケアマネジャー)	要介護者又は要支援者からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス等を利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う。
地域包括支援センター	介護予防支援事業及び包括的支援事業その他厚生労働省令で定める事業を実施し、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行う。

78

I P W（専門職連携）に必要な機能

- リーダーシップ
（チームメンバーの力を最大限発揮させる）
- マネジメント
（チームで協働して実践できるような管理運営）
- コーディネーション（調整機能）
- ファシリテーション
（集団による知的相互作用を促進させる機能）

（出典）埼玉県立大学編「IPWを学ぶー利用者中心の保健医療福祉連携」2009年

79

（メモ）

80

三郷市 在宅医療・介護多職種連携研修会 事例シート (A)

事例	脳梗塞（右片麻痺・言語障害）・独居	
事例概要	<p>脳梗塞で入院後、リハビリテーション目的で介護老人保健施設に入所し、回復後在宅復帰した。脳梗塞後遺症のため、右片麻痺と言語障害があり、近所との交流もなく閉じこもりがちとなっている。自宅近隣にスーパー等がなく自宅での食事準備が困難となっている。既往歴として高血圧と糖尿病があり、薬の飲み忘れがあるため数値が不安定である。</p>	
対象者	Aさん（男性）	年齢 77歳
<主疾患・現病歴・既往歴>	<ADL、精神・心理面>	<サービス内容・介護情報等>
<p>主疾患：脳梗塞（右片麻痺） ＊麻痺の程度：上肢V、下肢V、手指IV（ブルストロームステージ） 現病歴：6ヶ月前に脳梗塞で入院。 4ヶ月前、介護老人保健施設に入所。入所中要介護4から要介護3になり、数週間前に退所し自宅復帰。 既往歴：40代より高血圧（BP 150～190/85～100mmHg）、12年前より糖尿病（HbA1c：7.0～7.2%） <服薬状況> ・ニフェジピンCR錠20mg（1日1回1錠、夕食後） ・トラゼンタ錠5mg（1日1回1錠、朝食後） ・ボグリボース錠0.2mg（1日3回1錠、毎食直前） 服薬状況は把握できていない</p>	<p>Barthel index：80点 食事：常食、軟菜 食事は利き手でスプーンとフォークを使っている。時折むせこみ、食べこぼしがある。 排泄：自立。昼間やトイレ、夜間はポータブルトイレ。 入浴：自宅浴槽の高さが55cmあり、またげないため普段はシャワー浴。 整容：髪がぼさぼさの事が多い。 口腔ケア：口臭がある 更衣：パジャマで過ごすことが多い。 階段昇降：玄関の段差は手すりを使って上り下りできる。 移動：室内は多点杖を使用して歩いている。 <精神・心理面> 閉じこもり気味、外出意欲なし</p>	<p>要介護3 障がい高齢者の日常生活自立度：J2 訪問介護 （3回/週：更衣介助、買い物、清掃、洗濯） 通所リハ （2回/週：個別機能訓練・入浴・食事） 福祉用具 （多点杖、プラスチック短下肢装具：本人脱着可能） 配食サービス （通所リハ利用日以外の5日間、昼・夕の1日2食）</p>
<生活歴・地域情報など>	<家族関係・構成>	
<ul style="list-style-type: none"> ・以前は週数回自宅近くの中央公園に散歩に出かけていた。入院前はショッピングモール近くの映画館に映画（月2回）を観に行くことや老人会にも積極的に参加していた。今は通所リハに行く以外、外出しなくなった。 ・自宅から400m離れた距離に大型ショッピングモールがある。自宅周辺にコンビニエンスストアはなし。 ・持家2階建、もともと2階で生活していたが、階段が利用できないため寝室を1階に変更した。 	<p>4年前妻と死別し、現在一人暮らし。 子ども（息子）二人いるが、それぞれ独立している（長男：愛知、次男：大阪）。どちらも年2回程度顔を出す。介護サービスに任せっきりである。金銭的な支援なし。</p>	
<ケースの課題>		
<p>▼食事・服薬管理における支援 ▼身体機能・コミュニケーション ▼閉じこもり</p>		

三郷市 在宅医療・介護多職種連携研修会 事例シート (B)

事例	独居の認知症・ケアへの拒否	
事例概要 約1年前に脱水で入院時、アルツハイマー型認知症と診断を受けた。脱水回復後に退院となり、要介護認定(1年前:要介護2)を受け、独居での在宅介護開始となる。ケアへの拒否が見られ、特に身体に触れられることへの拒否が強い。近隣に友人・知人はいない。		
対象者	Bさん(女性)	年齢 66歳
<主疾患・現病歴・既往歴>	<ADL、精神・心理面>	<サービス内容・介護情報等>
主疾患:アルツハイマー型認知症 現病歴:1年前、市内の病院に脱水で入院時にMRI検査とMMSE:15にて、アルツハイマー型認知症と診断される。脱水症状の改善により退院となる(要介護2)。 既往歴:高血圧(BP150~180/80~100mmHg)。40代より服薬治療中。自覚症状なし。 <服薬状況> ・アリセプト錠5mg(1日1回朝食後) ・カルブロック錠8mg(1日1回朝食後) ・プロプレス錠8mg(1日1回朝食後) 訪問看護師が薬のセッティングを行っているが、薬の飲み忘れがある。	食事:食べこぼしがあり、義歯を着けるようヘルパーが声掛けすると「合わないから」と拒否。普段は既に食事を終えているため摂取量は不明だが、最近、痩せてきている。 排泄:自立、失禁なし。 入浴:不明。できていない様子。 整容:整髪できていない。 口腔:上の義歯をティッシュに包んでテーブルや洗面所に置いている。「入れ歯がなくなった」と大騒ぎしていることがある。 <精神・心理面> 会話は通じるが、判断力や見当識障害・記憶障害は軽度~中度。ゴミを所定外に出すこともあり。ケアへの拒否と昼夜逆転あり。ホームヘルパー以上に看護師への拒否が強く怒鳴ることもある。医師には、敬意を払うが、診察時の返答は曖昧。ケアマネジャーによる通所介護への勧めは拒否し、興奮することもある。	要介護2 障がい高齢者の日常生活自立度:A2 認知症高齢者の日常生活自立度:IIIa かかりつけ医への通院(1回/月) 訪問看護(2回/月:血圧・服薬管理) 訪問介護(2回/週:買い物、洗濯、更衣介助、1回/月:通院介助) 配食サービス(訪問介護サービス以外の5日間:昼・夜の1日2食) 社会福祉協議会の福祉サービス利用援助事業(あんしんサポートネット)
<生活歴・地域情報など>	<家族関係・構成>	
・食品製造業等(夜勤有り)の職を転々としていたが詳細は不明。 ・関西より移住してきたため地域に知り合いはいない。 ・10年前より現、木造アパート1階(かかりつけ医診療所近く)に入居。大家は独居で認知症となった場合は、ガスを止めることを入居条件としているとして、現状のままでは契約を更新できないと主張。近隣やアパート住民からも協力は得られていない。	40代で兄の親友と結婚するが性格上の問題により直ぐに離婚。兄(75歳:脳梗塞後遺症あり)夫婦とは離婚時にもめたことから疎遠となる(北海道在住、兄嫁は認知症)。他に親族なし。	
<ケースの課題> ▼サービス担当者間での情報共有 ▼ケアへの拒否対応 ▼緊急時対応を含めた支援体制		

三郷市 在宅医療・介護多職種連携研修会 事例シート (C)

事例	がん終末期・在宅看取り	
事例概要		
<p>肝臓がんでステージ4、腹水の貯留があり、ドレナージ処置している。最近、食欲低下が目立ち、黄疸も強く倦怠感や痛みの訴えがあり、日中はベッドで臥床している時間が増えた。病院への通院が困難となってきたことから、在宅医療への移行と訪問看護の利用を薦められた。</p> <p>主介護者である妻は、持病の腰痛があるため、ADLの低下に伴い、介護への不安が増している。</p>		
対象者	Cさん(男性)	年齢 83歳
<主疾患・現病歴・既往歴>	<ADL、精神・心理面>	<サービス内容・介護情報等>
<p>主疾患：肝臓がん</p> <p>現病歴：半年前に肝臓がんの診断を受け、通院中。</p> <p>既往歴：胃潰瘍、便秘症</p> <p><服薬状況></p> <ul style="list-style-type: none"> ・オキシコドン錠 10mg (1日3回毎食後) ・酸化マグネシウム 2g (1日1回就寝前) <p>自己管理し、飲み忘れなし。</p>	<p>食事：常食、数口～1/3 摂取。 るい瘦あり。むせこみなし。時々「口の中が乾く」と訴えているが、臥床しており水分はあまり摂れていない。</p> <p>排泄：失禁なし。ふらつきがあるため、夜間はトイレまで妻が付き添う。便秘がひどくなり、緩下剤を服用中。</p> <p>入浴：お風呂好きで毎日入浴していたが、体調不良のため3日前から入浴していない。</p> <p>口腔：自分で歯磨きしていたが、倦怠感が強くなってから洗面所に立てなくなった。妻は、腰痛があり、口腔ケアの介護は行っていない。</p> <p>移動：自宅では伝い歩きしていたが、数日前からトイレ以外はベッドで臥床している。</p> <p><精神面・心理面></p> <p>痛みが強くなってから怒りっぽくなった。</p>	<p>要介護2</p> <p>障がい高齢者の日常生活自立度：A2</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度：J</p> <p>訪問介護(2回/週：入浴介助・更衣介助)</p> <p>福祉用具(T字杖)</p> <p>外来通院(1回/週)</p>
<生活歴・地域情報など>	<家族関係・構成>	
<ul style="list-style-type: none"> ・子どものころから住み慣れた地域で、友人・知人が多く、友人や家族と出かけるなど社交的であった。最近は、痛みや倦怠感のために「人と会う気がしない」と言っている。 ・持ち家、Cさんの居室は1階、トイレまで5m程だが、廊下やトイレ・浴室には手すりがない。 ・妻は腰痛のため重い荷物が持てない。身体面の介護への不安を訴えている。 	<p>妻(80歳、要支援1)、長男夫婦・孫との5人暮らし。</p> <p>孫に障がいがあり、長男妻はその介護で忙しいため、Cさんの介護協力はできていない。</p>	
<ケースの課題>		
<p>▼看取りへの支援における多職種の役割と連携</p> <p>▼家族介護力と必要なケアを支える支援体制</p> <p>▼緊急時体制、対応</p>		

Barthel index

項目	点数	記述	基準
1. 食事	10	自立	皿やテーブルから自力で食物を取って、食べることができる。自助具を用いてもよい。食事を妥当な時間内に終える。
	5	部分介助	なんらかの介助・監視が必要（食物を切り刻むなど）
2. いすとベッド間の移乗	15	自立	すべての動作が可能（車いすを安全にベッドに近づける。ブレーキをかける。フットサポートを持ち上げる。ベッドへ安全に移る。臥位になる。ベッドの縁に腰掛ける。車いすの位置を変える。以上の動作の逆）
	10	最小限の介助	上記動作（1つ以上）最小限の介助または安全のための支持や監視が必要
	5	移乗の介助	自力で臥位から起き上がって腰掛けられるが、移乗に介助が必要
3. 整容	5	自立	手と顔を洗う。整髪する。歯を磨く。髭を剃る（道具は何でもよいが、引出しからの出納も含めて道具の操作・管理が介助なしにできる）。女性は化粧を含む（ただし、髪を編んだり、髪型を整えることは除く）。
4. トイレ動作	10	自立	トイレへの出入り（腰掛け、離れを含む）、ボタンやファスナーの着脱と汚れないための準備。トイレット・ペーパーの使用。手すりの使用は可。トイレの代わりに差し込み便器を使う場合には、便器の洗浄管理ができる。
	5	部分介助	バランス不安定。衣服操作。トイレット・ペーパーの使用に介助が必要
5. 入浴*	5	自立	浴槽に入る。シャワーを使う。スポンジで洗う。このいずれの方法でもよいが、他人の援助なしに可能なこと
6. 移動	15	自立	介助や監視なしに 45m 以上歩ける。義肢・装具や杖・歩行者（車付きを除く）を使用してよい。装具使用の場合には立位や座位でロック操作が可能なこと。装藩と取りはずしが可能なこと
	10	部分介助	上記事項について、わずかな介助や監視があれば 45m 以上歩ける。
	5	車いす使用	歩くことはできないが、自力で車いす駆動ができる。角を曲がる。方向転換。テーブル、ベッド、トイレなどへの操作など。45m 以上移動できる。患者が歩行可能なときは採点しない。
7. 階段昇降	10	自立	介助や監視なしで安全に階段昇降ができる。手すり・杖・クラッチの使用可。杖を持ったままの昇降も可能
	5	部分介助	上記事項について介助や監視が必要
8. 更衣	10	自立	通常つけている衣類、靴、装具の脱着（細かい着方までは必要条件としない：実用性があればよい）が行える。
	5	部分介助	上記事項について、介助を要するが作業の半分以上は自分で行え、妥当な時間内に終了する。
9. 排便自制	10	自立	排便の自制が可能で失敗がない。脊髄損傷患者などの排便訓練後の坐薬や浣腸の使用を含む。
	5	部分介助	坐薬や浣腸の使用に介助を要したり、時々失敗する。
10. 排尿自制	10	自立	昼夜とも排便規制が可能。脊髄損傷患者の場合、集尿バッグなどの装着・清掃管理が自立している。
	5	部分介助	時々失敗がある。トイレに行くことや尿器の準備が間に合わなかったり、集尿バッグの操作に介助が必要

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 (1) 交通機関等を利用して外出する。 (2) 隣近所へなら外出する。
準寝たきり	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 (1) 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 (2) 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 (1) 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 (2) 介助により車椅子に移乗する。
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 (1) 自力で寝返りをうつ。 (2) 自力では寝返りもうたない。

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	度々道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、又は時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、はいかい、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ。
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ。
M	著しい精神症状や問題行為あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

本判定基準は、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について)(平成18年4月3日老健第135号厚生省老人保健福祉局長通知)の別添)による。

VII. 行動計画

「行動計画の作成」

81

行動計画の作成

これから、本日の研修（講義やグループワーク）での学びをもとに、「行動計画」の作成を行います。

（作成の意義）

明日から、本日学んだことを多職種連携の実践に意識的に結びつけていくためには、自らの課題を整理した上、行動計画を作成することが効果的。

（作成方法）

自らの多職種連携上の課題に関し、第2回の研修（12月9日）までに実践する、具体的な目標と計画を考え、記述する。

82

行動計画の作成

まず、本日の研修で気づいた自らの多職種連携上の課題を整理しましょう。

そして、それを解決するための目標と、目標を達成するための計画を具体的に記述しましょう。

計画については、下記項目が明確になるようにしましょう。**(5分)**

- 連携の対象となる機関や職種
- 連携の場面やタイミング
- 連携の方法や内容

83

行動計画の共有

- 次に、整理した自らの課題についても触れた上で、ワークシートに記載した目標と計画をグループ内で発表し、共有しましょう。**(各1分：計10分)**
- 他者の計画を聞きながら、自分の行動計画にも活用したいヒントや疑問等があれば、メモしておきましょう。
- 時間の許す限り、疑問があれば、質問するようにしましょう。

84

行動計画の実施

- 行動計画は、明日から実施し、上手くできたことは継続してみましよう。
- 実際に実行してみて、上手くいかない場合には、本日の研修内容を思い出し、その理由を考えましよう。
- 必要があれば、行動計画を修正してもかまいません。
- 行動計画を修正する場合は、どこを修正したか分かるようにしてください。
 - 修正をしにくい場合は、研修パンフレットの冊子にあるワークシートを使用してください。

85

行動計画の結果・評価

- 目標に基づき、行動計画を実施した結果・評価
あらかじめ、結果について評価する日を決め、シートに記載し、忘れないようにしましよう。
 - (月 日)
- 結果・評価をワークシートに記載し、第2回研修会(12月9日)に、コピーを10部とり、持ち寄ってください。

86

行動計画 ワークシート

所属 _____ 職種 _____ 氏名 _____ グループ番号 _____

<p>1. 目標 ※多職種連携上の課題に対して</p>	
<p>2. 行動計画</p> <p>※目標に基づく行動計画を具体的に記載</p> <p>・連携の対象となる機関や職種、場面やタイミング、方法や内容</p> <p>※実際に行動計画を実行してみて、上手く展開できない場合等は、研修内容をふまえ、計画を修正する</p>	
<p>3. 結果評価</p> <p>※評価日 (月 日)</p> <p>※行動計画の達成度とその背景を評価する</p>	

※次回(12月9日)の研修では、コピーを10部ご持参ください。

VIII. リフレクション

「多職種連携におけるリフレクション」

87

多職種連携におけるリフレクション

これから、本日の研修について「リフレクション」を行います。

(リフレクションの目的)

本日の研修における、自らの思考・行為・感情・価値観の変化を振り返り、学びを今後の実践に意図的に活かせるようにすること。

88

「リフレクション(reflection)」とは

➤ 内省、省察（せいさつ、しょうさつ）等と訳される。

※ 哲学・教育学において提唱。

➤ 単なる「反省」ではなく、「経験を踏まえた熟慮」

⇒ 経験によって引き起こされた、気にかかる問題
に対する吟味及び探究の過程

➤ 専門職が多職種連携に向けて意識改革を行う上で、
「リフレクション」を行うことは、有用。

89

リフレクションの進め方

1. 自己への気づき

研修を通じ、多職種連携上の疑問の存在、その疑問
を持っている自分自身に、新たに気がつく。

2. 「自己への気づき」を可視化する

自己への気づきを広げ、深めていくためには、それ
を他者に伝達することが不可欠。

具体的に話す、書くなどにより、自己への気づきを
自ら明確に認識することが必要。

このため、疑問や違和感を率直に話せるよう記述。

90

3. 研修の成果を評価する

研修を通じ、自分がどのように考え、それを他者にどのように伝えたのか、自ら評価。

4. その評価を吟味する

グループメンバーとの対話を通じ、自らの評価について批判的に吟味。

5. 疑問の解決に向けて、まとめる

研修全体を踏まえ、今後の実践にとって何が重要なのか確認。

91

個人のリフレクション

まず、個々人で、リフレクションを行います。

それぞれ本日の研修の成果を振り返り、記述しましょう。 **(10分)**

● ①～③について、それぞれ付箋に書く。

- ① 研修を通じ、感情や価値観がどのように変化したか
- ② なぜそのような変化が生じたと思うか
- ③ それを今後どのように活かすことができるか

92

グループでのリフレクション

「個人のリフレクション」の内容をグループ内で共有し、話し合しましょう。(12分)

- (1) まず、付箋に記載した内容をグループ内で発表してください。(各1分)
- (2) 時間の許す限り、質問したり、意見を言ったりして、内容を深めましょう。
- (3) 最後に、明日から自分の職場で多職種連携を実践していく上で、どのような姿勢で臨んでいきたいか、それぞれ決意表明をしてください。

93

(メモ)

94

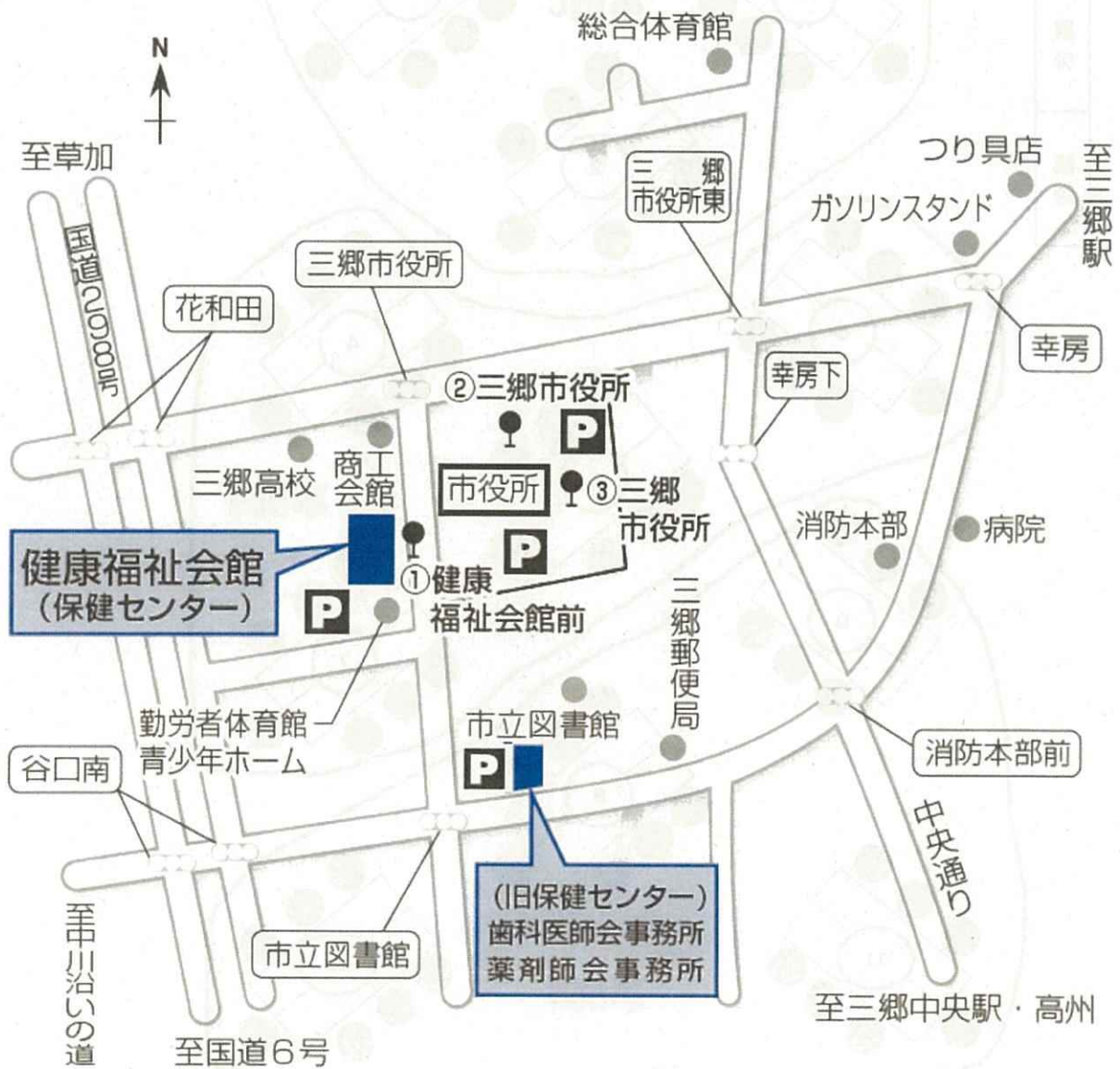
IX. 閉 会

- ご挨拶
- アンケート調査
- 事務連絡

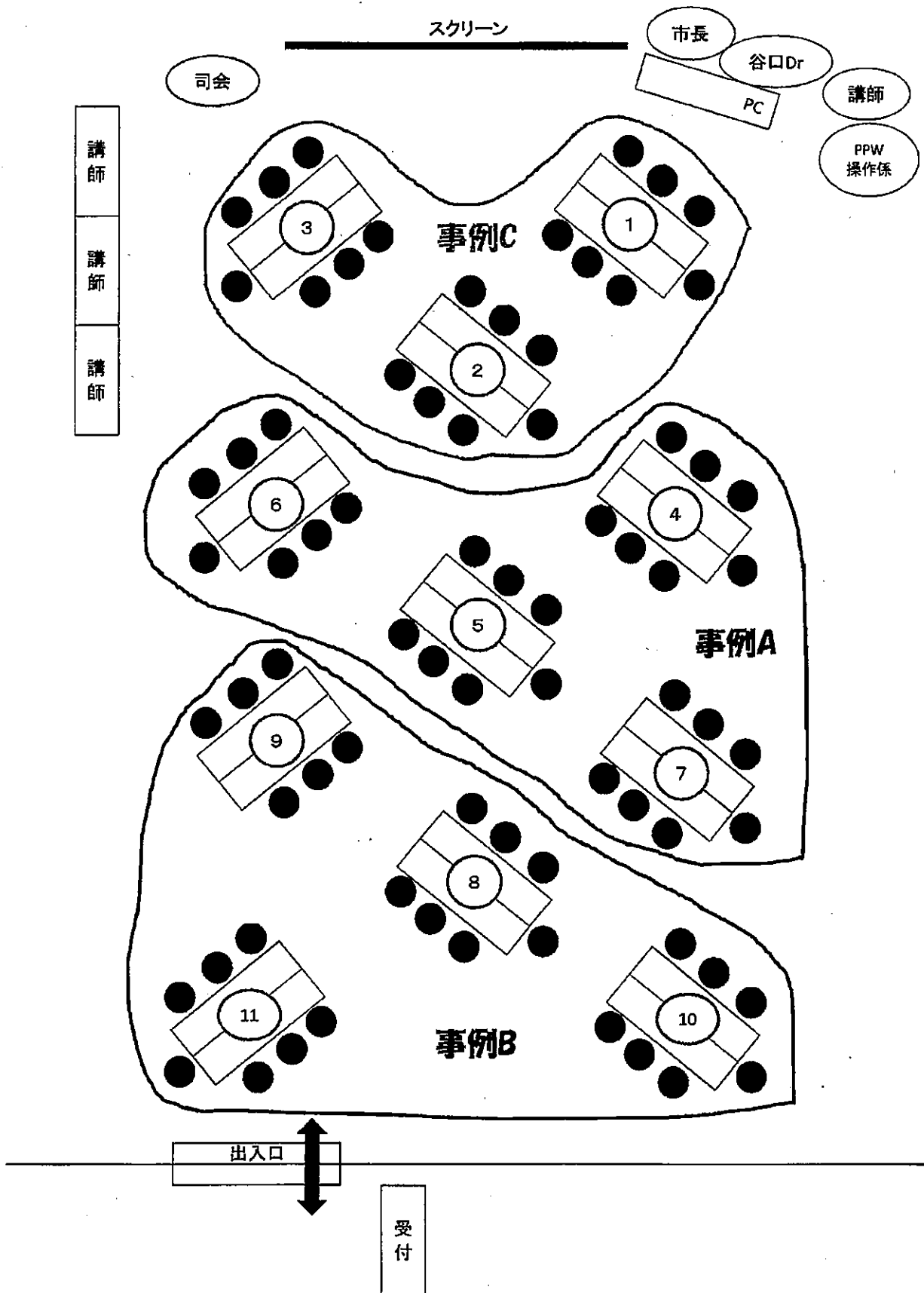
会場案内図

第1回 市役所 7階 大会議室 (懇親会：健康福社会館 地下1階 ばんどう食堂)

第2回 旧保健センター 2階

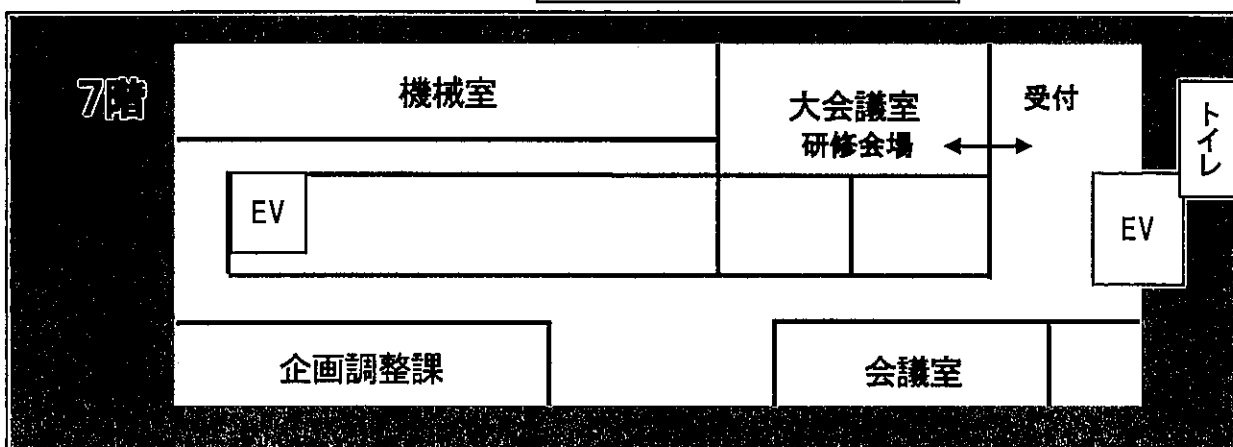
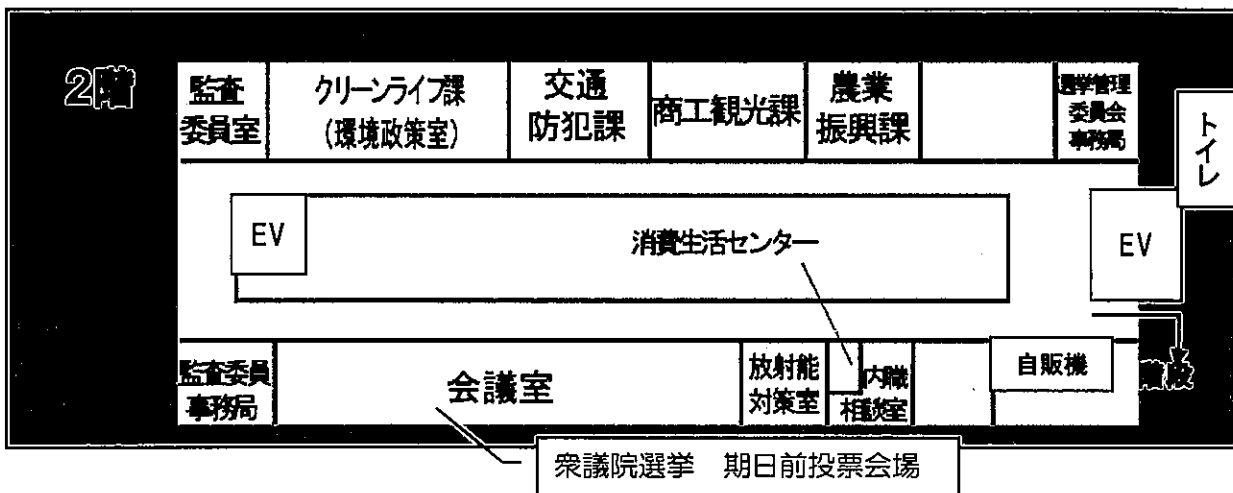
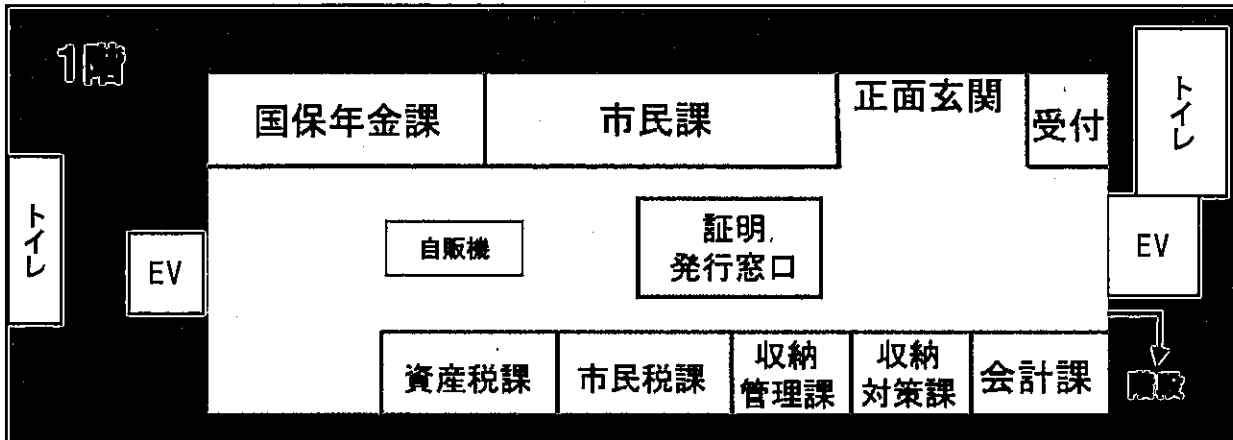


三郷市在宅医療・介護多職種連携研修会 会場レイアウト 1日目
 本庁7階 大会議室



トイレ・自動販売機・喫煙所のご案内

- ◎エレベーターは、1階、2階、7階以外は止まりません。(2階会議室にて、期日前投票を行っております。)
- ◎トイレの個室は、1階のトイレが最も多いです。ご不便をおかけいたしますが、混雑時は1階トイレをご利用ください。
- ◎自動販売機は、1階、2階にあります。
- ◎喫煙所は正面玄関を出て右手方向(東側駐車場)にあります。



懇親会場のご案内

◎時間：18：15～19：45

◎場所：ばんどう食堂

☆お願い：健康福祉会館エントランスは、翌日の投票会場が設置されております。
地下へは階段をご利用いただきますので、ご了承ください。

