

＜多職種連携＞ 研修会開催の手引

～みかんさんの事例を使った検討～



平成31年2月

浜松市医療及び介護連携連絡会 研修部会

<目 次>

	ページ
1 多職種連携研修を計画する前に	1
2 ステップ1～4の解説	2
3 多職種連携の研修の実行	3
4 多職種連携の研修終了後	4

～ 資 料 ～

資料1 多職種研修計画書	6
資料2 多職種研修 タイムスケジュール	7
参考1 研修会タイムスケジュール	8
参考2 持ち物リスト	9
資料3 研修会の進め方【ファシリテーター用】	10
資料4 グループ座席表	11
資料5 グループワーク①	12
資料6 できていた連携・連携につながる気付き、 今後行うとよい連携 まとめ	13
資料7 グループワーク②	15
資料8 研修会 アンケート	16
資料9 多職種研修報告書	17
参考3 開催通知	18
参考4 出欠確認票	19

～ みかんさんの事例 ～

◇ みかんさんの基本情報	22
◇ みかんさんの状況経過	24

◇ はじめに

1 多職種連携研修を計画する前に

①多職種連携の重要性を理解する

地域包括ケアシステムを推進していくためには、様々な職種「多職種」の連携が不可欠です。多職種の連携については、自分の職種の専門性を理解した上で、異なる職種の専門性を理解することが重要です。

互いの職種の専門性を知り、尊重し合いながら、異なる職種、異なる領域の専門職がチームとなって利用者をサポートしていくことが大きな目標となります。

直接的且つ頻回に関わる専門職だけでなく、その人の支援を行うすべての専門職がチームとなり、利用者及び家族の意思を尊重した支援を提供していくことが多職種連携と言えます。

②多職種連携を進めるために必要なことを理解する

多職種連携というと漠然とした言葉ですが、利用者を中心として、医療、介護、福祉の専門職が日常的にうまくつながり合うことをまずはイメージしてください。

そのために必要なことは情報共有であり、情報共有をすることでさらに連携が深まります。

それぞれ異なる職種、領域の役割を理解し、普段から意識することが重要と言えます。

利用者支援における多職種の連携につながるには4つのステップがあります。(金沢市 多職種連携研修ガイドライン参照)

★ステップ1

自分の職種の専門性や役割を理解する

↓

★ステップ2

お互いの役割を知り、顔の見える関係を作る

↓

★ステップ3

利用者本人及び家族を理解するために必要な情報を共有する

↓

★ステップ4

多職種で連携し、よりよい支援を行う ⇒ 地域ぐるみでの支援につなげる

利用者支援につながる多職種連携が出来れば、地域の課題解決のための連携にも発展します。多職種の連携には、地域包括ケアシステムの推進のために不可欠であることをしっかりと押さえて、多職種連携研修を計画しましょう。

2 ステップ1～4の解説

【ステップ1】自分の職種の専門性や役割を理解する

- ・ 職種としての専門性や役割、出来ることの限界を理解しておきます
- ・ 同じ職種の他領域での活動や役割も押さえておきましょう

【ステップ2】お互いの役割を知り、顔の見える関係を作る

- ・ 自分の活動する領域に関係する職種について専門性や役割を理解します
- ・ 介護保険サービスや障害福祉サービスなど、制度や種類、機能について理解しておきましょう
- ・ 専門職が所属する団体についても調べておきましょう
- ・ 他の職種や専門職が参加する会議や研修に積極的に参加しましょう
→自分の業務に関係する専門職だけでなく、自分の活動エリア内、今後つながりたい職種などと積極的に名刺交換を行いましょう

【ステップ3】利用者本人及び家族を理解するために必要な情報を共有する

- ・ 利用者本人及び家族を総合的に理解するための情報を共有します
- ・ 自分の活動や、専門職の視点で得た情報を関係者で共有します
→支援の中心となる人物が情報を集約し関係者に伝える方法や、メールによる一斉送信で共有する方法など、関係者の共有しやすい方法を選択し、効率よく情報を共有します
- ・ 情報は共有するだけでなく、専門職による情報収集の方法や分析の視点の違いに着目してみましょう
→職種の持つ情報の違いを知ることで、その職種の強みを知ることができます

【ステップ4】多職種で連携し、よりよい支援を行う

- ・ 利用者本人及び家族の意思を尊重できるようチームアプローチを行います
- ・ 共有された情報を元に、職種の専門性を活かした役割を決めて支援を行います
- ・ 専門職だけの支援に固執せず、地域の資源を生かしたアプローチを行います



地域ぐるみでの支援＝地域包括ケアシステムの実現

研修を計画するには、「1 多職種連携研修を計画する前に」の記載内容を読み、自分たちの行う研修の目的を事前にしっかりと決めます。

目的を決めた後で、開催の日程、時間、対象とする職種など具体的なことを決めていきます。

多職種研修計画書を作成すると、企画を立てやすくなり、実施者間で共通理解を図ることもできます。(資料1_多職種研修計画書)

研修の計画を立てた後は、おおまかなタイムスケジュールを決め、担当者や従事者を事前に決めておくといでしょう。(資料2_多職種研修 タイムスケジュール)

あとは、タイムスケジュールに沿って準備を進めることとなります。

開催通知については、職種や所属により通知方法が異なるため、事前に調べておくことをお勧めします。

3 多職種連携の研修の実行

浜松市では、「浜松市の医療及び介護連携連絡会 研修部会」の活動で、多職種連携を推進するための研修用の事例を作成しました。通称「みかんさんの事例」と呼び、研修で活用しております。この事例を活用し、多職種連携を推進するための研修例をご紹介します。

①事例を理解する

みかんさんの事例は、地域で活躍するさまざまな職種が登場するため、事例に関する資料が多くなっています。

研修の冒頭に説明者が事例を紹介することが必要となりますが、研修時間を確保するためにも、資料は事前に配付し、事例を理解した上で参加していただくことが望ましいです。

★グループワークの時間が長く取れるため、相互理解も深まります。

②グループワークを行う

ファシリテーターは主催者側で決めておき、事前または当日にファシリテーターへの研修に関する事前説明を行っておきます。(資料3_研修の進め方【ファシリテーター用】)

ファシリテーターを中心に、グループワークを進行します。

ファシリテーターになった方は、なるべく多くの人が発言できるよう、始める前にグループワークでのルールを説明しておきましょう。

・自己紹介の実施と役割分担

自己紹介を行い、書記や発表者を決めます。発表者についてはファシリテーターが兼ねることもあります。

★グループワークを行う際に机の中央にグループ座席表を置いておくとう座っている人がわかりやすくなります。(資料4_グループ座席表)

・事例を通じて連携や支援について考える

「みかんさんの事例」では、関係機関がどのような連携や支援を行っていたかを考え、出来ていた連携と今後行うとよい連携を多職種で話し合います。

★研修の目的に応じて、内容をアレンジすることは可能ですが、ケアプランの作成にな

らないように注意しましょう。(資料5_グループワーク①)

★グループワーク後にできていた連携と今後行うとよい連携の確認をする時間を持つことも有効です。(資料6_できていた連携・気づき、今後行うとよい連携 まとめ)

★時間が取れる場合は、同職種で話し合う時間を持つと、更なる気づきにつながることもあります。

・その他の内容

事例を通じて連携や支援を行うグループワークだけをしっかりと行うだけでも十分に研修が成立しますが、目的に応じて、その他の内容をグループワーク2として行うこともできます。

★例えば、今後の研修の参考のために、研修会のよかった点や悪かった点、今後に生かせることなどを話しあうこともできます。(資料7_グループワーク②)

③発表を行う

それぞれのグループで話し合われた内容を、共有します。

共有方法については、すべてのグループが発表する方法、一部のグループが発表する方法など様々です。目的、研修時間や参加者の状況で臨機応変に対応しましょう。

④アンケートの実施

アンケートの実施については任意です。

研修会の内容の振り返りには有効なツールとなります。また、研修開催側が聞いてみたい内容を追加することもできますので、事前にアンケートの実施の有無や内容について検討しておきましょう。(資料8_研修会 アンケート)

⑤その他

同じテーブルの人との名刺交換はスムーズにできる場合が多いですが、その他のテーブルの人の名刺交換が難しいという人も多くいます。

終了後に名刺交換のための時間を設けておくことや、懇親会やカフェタイムといった緩やかな雰囲気的时间を設けることも顔の見える関係づくりが進みます。

4 多職種連携の研修終了後

研修は実施したら終了ではありません。

グループワークで出された意見は、貴重な財産となります。

グループワークの記録を報告書(資料9_多職種研修報告書)などにまとめることで新たな多職種連携の課題の抽出や整理を行うことができます。その報告書をもとに、次に行う研修を発展させ、よりよい研修実施につなげ、地域全体で地域包括ケアシステムを推進していきましょう。

資料

- (資料1) 多職種研修計画書
- (資料2) 多職種研修 タイムスケジュール
 - (参考1) 研修会タイムスケジュール
 - (参考2) 持ち物リスト
- (資料3) 研修会の進め方【ファシリテーター用】
- (資料4) グループ座席表
- (資料5) グループワーク①
- (資料6) できていた連携・連携につながる気付き、今後行う
とよい連携 まとめ
- (資料7) グループワーク②
- (資料8) 研修会 アンケート
- (資料9) 多職種研修報告書
 - (参考3) 開催通知
 - (参考4) 出欠確認票

資料1

多職種研修計画書

会議名		記入者	
実施予定日	年 月 日()	時間	: ~ : (分)
会場			
目的 ※具体的に記載			
参加予定職種			
研修参加人数 募集方法			
内容	具体的な研修内容	研修の効果	
時間配分	・開会	時	分～
	・	時	分～
	・終了	時	分

資料2

多職種研修 タイムスケジュール

月日	行うこと	担当者	目安
	多職種研修の企画を行う		半年～3か月前
	多職種研修計画書を作成する		半年～3か月前
	会場を予約する ※会場の下見をしておくとい		半年～1か月前
	研修周知 ※参加予定職種への開催通知等		2か月前
	申込締切		1か月前
	研修の最終打ち合わせ ※研修当日の流れの最終確認と役割分担、グループ分けの検討等		1か月前
	必要物品(文房具等)準備		1か月前～
	配付印刷物の準備 ※講演等を同時開催する場合は、もう少し早めに動く		1か月前～
	当日のタイムスケジュールや持ち物リスト(参考1、2)、受付名簿や会場内掲示物の準備		1ヶ月前～
	事前配付物の送付(事例)		2週間前
	必要物品、配付印刷物、受付名簿等の最終チェック		3日前

研修会タイムスケジュール

開催日時 ○○年○月○日（金） ** : ** ~ ** : **

場 所 ○○○○センター 2階 会議室

時 間	会 場
18:00	現地集合、荷物搬入
18:00	会場設営（責任者：○○、従事者：○○、○○、○○） グループワーク必要物品セッティング お菓子準備 受付設営（責任者：○○、従事者：○○、○○） 掲示物、名簿準備 （カメラ担当：○○）
18:30	ファシリテーター集合 グループワーク説明（担当：○○）
19:00	受付開始 会場内誘導→会場設営者が担当
19:30	事例検討会開始（司会：○○） 19:30 挨拶（○○） 19:35 グループワーク （ファシリテーターはグループワークでのルール説明を行う） 19:35～20:00 グループワーク① 20:00～20:25 グループワーク② 20:30 発表 ファシリテーター（もしくは書記等）が発表 20:40 その他 20:45 閉会 ※終了後は、名刺交換タイムとする 目標→グループ以外の多職種と1人とは名刺交換をして帰宅
20:45	片付け（スタッフ及びファシリテーター） →受付や会場の片付け →担当グループの名札とアンケート回収 解散
終了後	アンケートの集計：○○ グループワークのまとめ：○○、○○※集計、まとめの締切：○月○日（○） 振り返り：○月○日（○）19:00～ 会場：○○

持ち物リスト

準備担当者：〇〇

①受付用

配付資料・アンケート	
ボールペン	
蛍光ペン	
マジック	
はさみ	
セロテープ	
養生テープ	
「受付」案内貼り紙	
メモ用紙、付せん	

②会場用

グループワーク①模造紙 〇枚	
グループワーク②A3 〇枚	
ペン〇セット	
付せん (75mm×75mm)	
ネームケース〇〇個	
ネームケース用用紙〇枚(名刺シート)	
お菓子 (必要に応じて準備)	

研修会の進め方【ファシリテーター用】

19 : 35～20 : 25 グループワークについて

- ・ おおよそ 50 分でグループワーク①～②を行ってください。
- ・ 意見の出し方や発言時のルールについて説明してください。
- ・ 書記は、適宜お決めください。座席表は開始前に記載をしておいてください。
- ・ 「みかんさんをどうしていくか」やケア手法が焦点ではなく、多職種連携を考えることがテーマです。

グループワーク①で多職種連携の必要性を整理したうえで、グループワーク②に進んでください。

- ・ グループワーク① 25分
それぞれの対応で、「できていた連携」を確認し合い、「今後行うとよい連携」について意見を出し合ってください。（批判・否定中心のGWにならないように、進行をお願いします。）
手法は、付箋紙を貼り付ける方法、話し合いながら書き入れる方法、どちらでも構いません。やりやすいと思われるやり方で行ってください。
※ 1 2分経過した時点で、アナウンスを入れますので、今後行うとよい連携に話し合いを進めてください。
- ・ グループワーク② 25分
 - ◆この事例検討会のよかった点、今後期待する点等、研修のあり方についての振り返りを行ってください。
 - ◆まとめとして、今日の事例検討会での学びについて、多職種連携の視点で日頃の業務に生かせることや所属する団体の活動に生かせること等、話し合ってください。

20 : 30～20 : 40 発表

- ・ 本日の検討会を踏まえ、日頃の業務に生かせることや所属する団体の活動に生かせることを1分で発表していただきます。

☆時間厳守

その他

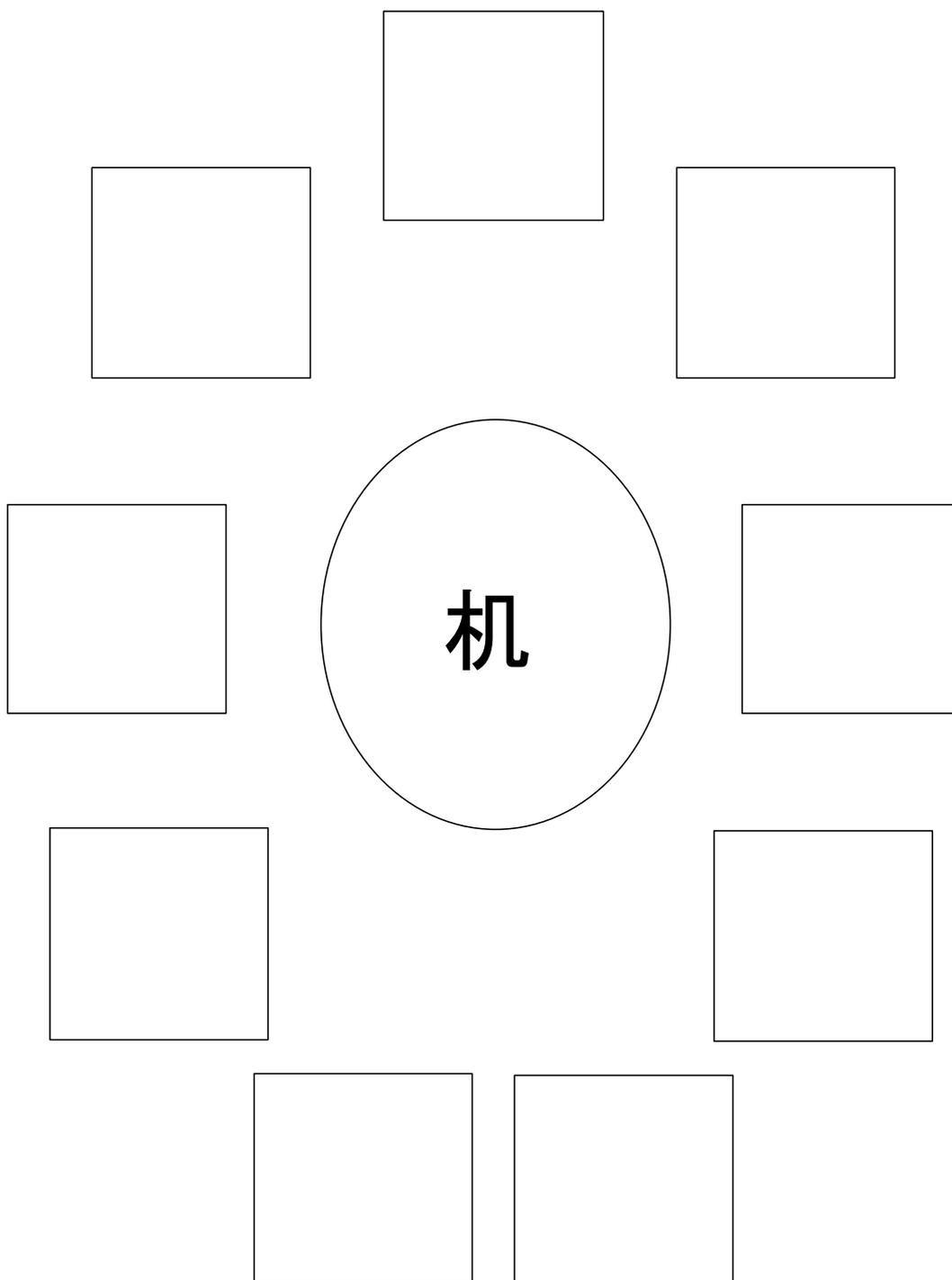
- ・ 名札に名前を書いてもらい、首からかけてもらってください。
- ・ 終了後にアンケート（アンケートをとる場合）と名札を必ず回収し、テーブルの片づけをお願いします。

グループ座席表

___G

ファシリテーターには☆印
書記には○印

前



後

グループワーク①

_____G

1、これまでに、関係機関がどのような連携や支援ができていたでしょうか。支援の中で、各機関はどのようなことができるでしょうか。また、今後、関係機関はどのように連携・支援を行えばよいでしょうか。
 ※ご自分の職域だけでなく、様々な視点で、関係機関が連携した本人の支援について考えてみましょう。

区別	医療機関		訪問看護 ステーション	歯科医院	薬局	リハビリ	地域包括	ケアマネ	介護サービス 事業者	家族	地域	その他
	クリニック	病院										
できていた連携												
気付き												
今後行うとよい連携												

できていた連携・連携につながる気付き、今後行うとよい連携 まとめ

区分	医療機関		訪問看護 ステーション	歯科医院	薬局	リハビリ	地域包括支援 センター	ケアマネージャー	介護サービス 事業者	家族	地域	その他
	クリニック	病院										
できていた 連携	<ul style="list-style-type: none"> ・病院(専門医)への紹介 ・医院から包括支援センターに連絡し、介護保険の申請等今後の支援を依頼 ・訪問診療の準備 ・医院から家族(弟)へ、病院との連携及び訪問診療について説明 	<ul style="list-style-type: none"> ・I総合病院から家族に、確定診断及び治療方針について説明 ・家族の付き添いのもと体調管理のため、定期受診 ・治療方針を決めて緩和医療に移行 ・I 総合病院はH医院と連携し、訪問診療を計画 	<ul style="list-style-type: none"> ・降圧剤の残薬が半分以上あることを確認したことから、服薬管理の必要性を認識 ・食材を余らせていることから、食材が調理されおらず、栄養管理の必要性を認識 	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科受診で、本人から「ねちが痛む」と言われた歯肉炎の記録を共有できている ・包括支援センターが、自宅訪問で観察した口腔内の歯肉炎の状況から、歯科医院につなげた 	<ul style="list-style-type: none"> ・内服薬と残薬の確認及び管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事状況の情報共有嚥下機能に問題はないが、食欲低下や口腔衛生管理が不十分な状況が把握できていた ・L病院相談員の気付きをきっかけに、弟Fと認知機能低下の問題について共有できた ・買い物や散歩が楽しみという本人の希望と外出回数減少というギャップについて、情報が得られていた 	<ul style="list-style-type: none"> ・包括は、家族(孫)からの相談に対応するとともに、本人の状況を家族と共有 ・介護保険を申請し、ケアマネにつないだ ・包括はケアマネをバックアップし地域への働きかけを実施 ・民生委員に状況確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・包括と連携し情報収集 ・今後の援助方針決定のため、家族(本人、長男C、弟F、孫E)の立会いのもと、アセスメントを実施し、本人及び家族の意向確認が出来た ・家族の病識を確認 ・薬局に薬剤師の訪問が可能か確認 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅での栄養指導、実際の現状に合わせた食事づくりを提案 ・認知症のため、趣味を楽しむデイサービス、またはデイケアの活用気付く 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が揃って話を聞くことで家族同士の情報共有ができています ・家族が本人の意向も含め、相談し意思決定している ・弟Fさんは受診の送迎付き添い等可能 ・家族は包括へ相談し、連絡が出来ている 	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員は本人と地域との関係性を気にして、近隣トラブルや本人からの困りごとがないか確認している。 ・民生委員さんが月1回定期的に訪問し声かけをしている ・ラジオ体操に通って人との関わりができています ・近隣住民とは挨拶をする程度の関わり有 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師等に病状をきちんと伝える手段を考える ・本人がどうしていきたいか、本人がどの位病状を理解できているか把握する ・本人は痛みの訴えが出来ている、歩行可、残薬も持参できた ・集合住宅で急性増悪が想定されるので住宅改修は必要ない
気づき 連携が なる		<ul style="list-style-type: none"> ・夫の病室がわからなくなる(認知機能低下) 		<ul style="list-style-type: none"> ・歯科受診の予約忘れ(認知機能低下) 	<ul style="list-style-type: none"> ・処方箋受け渡し時、薬の内容理解に時間を要する(認知機能低下) 		<ul style="list-style-type: none"> ・食材の余り(認知機能低下) 					
今後 行うと よい 連携	<ul style="list-style-type: none"> ・定期受診を可能にする(ヘルパー・家族・ボランティア受診介助) ・イレウス時に病院と連携 ・24時間対応の訪問看護ステーションと連携 ・在宅医と訪看との連携 ・状態観察・緩和ケア・精神面ケア(本人、家族の想いに寄り添う) ・終末期の本人や家族の意向をケアマネ・訪看と共有 ・病院、主治医から家族へ予後について情報伝達(特に終末期になる前に状況を発信していく) 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬局への在宅訪問指導 ・ホスピスの活用 ・今後さらに医療機関だけではなくQOL、ADL等についての連携が必要 ・各病院と在宅医、歯科医との連携 ・緩和医療 ・本人・家族・多職種と自宅で最後までどのようにしたいか具体的に整理する ・外来看護師が診察に同行し、病状の説明内容を関係機関と情報共有する ・ACPを考える中で退院時の意思確認が重要である ・他職種との情報共有がスムーズに行く方法を検討する必要がある。病状だけでなく生活の予後を予測した支援の視点が必要。 ・家族支援と本人支援の両面を見ていく。 ・相談員の強みや他職種に意見を伝えていくことができること。特に医師との情報共有は相談員が窓口になることで円滑に行くことが多い。 ・相談員は家族や本人のよろず相談として関わることができる。 ・地域医療、入院医療機関の役割分担は重要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護が病状の観察・健康状態のチェック ・訪看とケアマネと家族で意見交換、共有化 ・ノートを1冊用意して、多職種で情報共有する ・緊急時の対応について本人、家族の意思を確認 ・訪問診療医の提案 ・家族へのフォローアップ ・訪問看護にいつでも相談してもらえるような関係性の構築 ・早期に介入できるための報告書・指示書の作成 ・病院相談員と連携し確定診断を確認する。 ・本人の認知機能状態や生活状況を主治医に伝えていく。 ・ケアマネージャーと連携しながら今後予測される状況について確認していく。 ・訪問看護師が医師との窓口となっていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネに受診調整をしてもらい、定期受診を可能にする ・歯科受診の通院が難しくければ歯科訪問診療に繋げる。 ・市の歯科訪問診査、歯科医師会の訪問(歯科衛生士)の活用 ・状況把握 ・口腔内の管理 ・歯や義歯の管理 ・歯科記録 ・誤嚥リスク・口腔内不衛生・義歯があていない→低栄養につながる ・食事の管理 ・口腔内の変化(乾燥)などのトラブル ・家族・ケアマネージャー等周囲のアプローチ必要 ・歯科受診を依頼するキーパーソンを選定 ・がん末期の医療申請支援(医療保険・介護保険が手厚くなる) ・介護職、ヘルパーの口腔ケアへの意識向上 ・金銭面で訪問看護支援が入りにくい状況があればヘルパー利用を検討する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅訪問による服薬確認及び本人の状況把握 ・薬カレンダーの活用 ・残薬の整理、配薬し飲みやすく工夫する ・薬を飲みやすく、わかりやすく、見やすく一包装をする ・痛みの管理(ベース・レスキューの調節) ・疼痛管理(麻薬)Dr・訪看・ケアマネ・薬剤師連携 ・服薬状況を把握して家族・医院・包括等に知らせる ・麻薬導入時の不安解消、導入後の服薬管理 ・居宅療養管理指導 ・服薬状況の把握 	<ul style="list-style-type: none"> ・どこまで自分でやりたいか、何を助けしてほしいか本人の希望を把握(できなくなってからではなく、その前にリハビリに相談してもらえよう関係づくり) ・在宅サービス(訪問リハ)での生活動作、評価、指導、訓練 ・ADL能力及びQOL維持・改善の為の提案 ・現疾患の進行や家族へのフォローを行う視点をもちながらリハビリとして関わる。 ・廃用予防を目的としたリハビリの実施 ・認知面の維持、散歩などで体力維持の関わりを行う。 ・訪問リハビリ(通所だけではいけないことを情報発信する) ・体力維持、脳トレ評価、屋外歩行 ・訪問リハから、訪問栄養士の介入依頼で食事を作る(高血圧等の管理) ・食事量や栄養評価を行いながら体重管理を実施。その上でNSやDrに状況を伝え運動量を設定していく。 ・外出可能であれば、リハビリ・食事・入浴等の通所系のサービスを利用(週1回しか入浴できていないのはなぜか。入浴環境の評価が必要。) ・転倒予防のための補助具利用の検討 ・訪看とヘルパーとの連携によるリハビリ ・歯科へ口腔衛生状態治療経過などの情報共有(自分で歯磨き動作ができていたかを確認。入れ歯ケアの練習の実施。) 	<ul style="list-style-type: none"> ・残薬を確認し包括に連絡 ・ケアマネの早期関わり ・ケアマネの後方支援 ・介護保険の申請を行う ・民生委員にもう少し積極的にアプローチ(地域に支援をつないでいく必要性) ・食事づくりも大変になると思われるため、見守りも兼ね配食サービスの手配 ・一人暮らしなので緊急通報システムを手配し設置 ・家族の精神ケア(がんのステージにあわせた支援が必要) ・地域ケア会議開催(在宅での見守りを行うため) ・急性増悪時の見極め ・緊急通報システムの導入 ・オレンジシールの活用 ・地区社会福祉協議会の家事支援サービスの活用 ・自立支援事業の導入 ・口腔管理につなげるために歯科医と連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・歯科医師との連携による往診または通院 ・訪看に状態観察・緊急時対応を依頼 ・医師薬剤師に必要な医療の確認・病状観察・相談 ・薬局に居宅療養管理(宅配)内服管理の依頼 ・ヘルパーに清掃、調理、入浴依頼 ・環境整備としてヘルパー、福祉用具の活用 ・訪問リハビリ・通所リハ等通所系サービス利用 ・包括や病院からの情報収集・情報共有 ・訪問時の報告は関わっている職種全てに行う ・体調の変化を早期発見 ・民生委員との情報共有 ・キーパーソンを選定 ・家族内の役割分担の検討 ・地域ケア会議の開催 ・拡大カンファレンスで連絡体制を構築 ・ゴミ出し等の生活支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパーが調理でケアに入った場合、ケアマネや歯科医と連携し食事状況や食欲を報告 ・居宅サービスの提案 ・ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ(レスパイト)の活用 ・残存機能維持、転倒予防のため福祉用具活用 ・杖・歩行器・シルバーカー・ベッド・手すりの設置 ・浴室(シャワー椅子、浴槽内台、すべり止めマット、手すり)の活用 ・外出回数減についての本人の思いを確認 ・住民意識の向上をはかる ・外出回数減についての本人の思いを確認(外出支援の再検討) ・自宅での生活が困難となった場合の入所先の検討 ・家族に対する認知症知識を高める支援。 ・家族の想いを確認。 ・内服、血圧管理(ADLの低下を防ぐ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族間の役割分担を決める ・近隣の理解を得る ・家族の見守り回数を増やす ・緊急連絡先の確認 ・病院への同行 ・病状に合わせた動きを決めておく ・事前に最期について話し合ってもらう ・急変等、予後予測で想定されることを説明を受ける 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議に地域の住民が参加 ・認知症への理解 ・地域のボランティア、地区社協、家事支援サービスを利用 ・民生委員の訪問 ・ラジオ体操仲間本人の欠席が続くような時に連絡をくれるよう依頼 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報を得たときに窓口を決めて関係者同士に伝えるようにする ・訪問マッサージ ・配食 ・包括との連携が必要。 ・障害者相談支援事業所も地域性をもって連携していく。

本日の事例検討会を行ってみて、1 よかったこと、2 今後期待すること、3 日頃の業務や所属する団体の活動に生かせること等、意見をお聞かせください。

1 よかった点

2 今後期待すること

3 日頃の業務や所属する団体の活動に生かせること等

多職種研修報告書

研修名		記入者	
実施日	年 月 日()	時間	: ~ : (分)
会場			
目的			
参加者 ※()に職種を記載	合計 _____ 人		
内容			
研修の効果			
今後に向けた 課題や展望			
その他			

参考3

通知書 No.

〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇〇〇〇 様

所属
部署名
依頼者名

〇〇〇〇〇〇の開催について

日頃は、〇〇〇〇〇〇に格段の御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、在宅医療と介護の連携を推進するなかで、〇〇〇〇〇〇〇〇を目的として下記のとおり研修を開催いたします。

つきましては、ご多忙のところ恐縮ですが、〇〇〇〇へのご参加をお願い申し上げます。

記

- 1 日 時 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇) 〇〇時～〇〇時
- 2 会 場 〇〇〇〇〇〇〇 〇階 〇〇〇〇 (浜松市〇区〇〇町××-××)
※駐車場の有無
- 3 内 容 別紙「〇〇〇〇」のとおり
- 4 申 込 〇〇月〇〇日(〇)までに、出欠確認票を〇〇〇〇〇〇〇
(担当：〇〇)までご提出ください。

<担 当>

所属名 〇〇〇〇〇〇

担当者 〇〇

TEL **-***-**** FAX **-***-****

Email *****@***, **, **

参考4

送付先:〇〇〇〇〇〇

担当 〇〇 行

FAX 053-xxxx-xxxx

Email ***** @ *****.***.***

(送付票は不要です)

〇〇〇〇〇〇出欠確認票 (〇〇月〇〇日まで)

出席 ・ 欠席

(いずれかを○で囲んでください)

所属機関名_____

連絡先_____

出席者

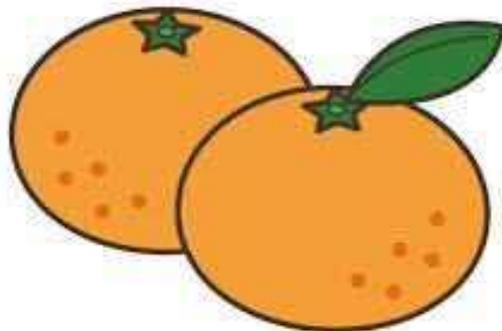
職種	出席者名

ご質問・ご意見等ございましたらお願いいたします。

みかんさんの事例

◇基本情報

◇状況経過



テーマ：最期まで在宅で安心して過ごすための支援と関係機関の連携を考える

みかさんの基本情報

(2015年5月再作成)

相談日	〇〇年〇〇月〇〇日 (〇)	来所・電話 [その他] (訪問)	[初回] 再来(前 /)
本人の現況	[在宅]・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	浜松 みかん	男・[女]	80代
住所	★市〇町	Tel () Fax ()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・[J2]・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・[II a]・II b・III a・III b・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・[要介2]・要介3・要介4・要介5 有効期限：2015年5月20日～2016年5月31日 【新規】(前回の介護度)		
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・[集合住宅]・自室の[有]無 (3) 階、住宅改修の[有]無		
経済状況	[国民年金5万円/月]・厚生年金・共済年金・障害年金・遺族年金・生活保護		
関係家族等	氏名	続柄	備考
	B (80代)	夫	要介護4 L病院(療養型病院) 入院中
	C (50代)	長男	海外赴任中
	D (50代)	長男の妻	海外に在住 (夫とともに)
	E (20代)	孫	市内在住 別居 既婚
	F (70代)	実弟	近所在住 既婚
家族状況		家族構成及び家族関係等の状況	

※日常生活自立度の定義

障害高齢者の日常生活自立度 J2

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。

- ・杖を使用し、近隣地域であれば自力で外出することができる。

認知症高齢者の日常生活自立度 II a

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。

- ・家庭外で上記の状態が見られる。

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活	○市生まれ。就労歴なく結婚し、▲市で夫の親族と同居していたが、長男夫婦と同居するため、2000年に夫婦で現住所に転入した。夫が元気な頃は夫婦で旅行を楽しんでいた。2013年に夫が脳梗塞で入院後は、長男夫婦と孫の4人で暮らしていたが、2014年1月に長男夫婦が海外赴任、2015年3月に孫が結婚で自立したため独居となる。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方		趣味・楽しみ・特技
	起床後ラジオ体操をした後散歩に出かけるが、近ごろは出かける回数が少なくなってきている。日中は、家事を行い、空いた時間はPCのパズルゲームをしたりTVを見ている。 2014年頃までは週2回夫のお見舞に外出していた。		散歩 PCでパズルゲーム
	時間	本人	介護者・家族
	6:00	起床 ラジオ体操・散歩	
	7:00	朝食 家事や趣味	
12:00	昼食 家事や趣味		
16:00	夕食 入浴		友人・地域との関係
18:00	家事や趣味		近隣の住民とは、会えば挨拶をする程度の関わり。 実弟 F が近所に住んでおり、時々様子を見に来る。
21:30	就寝		

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)			経過	治療中の場合は内容
2005年頃～	高血圧	H医院		Tel	治療中 経観中 その他	投薬有
2015年5月～	大腸がん	I総合病院		Tel	治療中 経観中 その他	確定診断済
2015年5月～	軽度認知障害	I総合病院		Tel	治療中 経観中 その他	
1997年頃～	歯周炎等	K歯科医院			治療中 経観中 その他	義歯不適時等に 不定期受診

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス
	地域包括支援センターの訪問

みかんさんの状況経過

- 2005 年～ 近医（H医院）不定期受診。診断名は高血圧。降圧剤の処方はされていたが、飲み忘れも多く、受診のタイミングも不定期となっていた。
- 2013 年 夫Bが、脳梗塞を発症。総合病院入院後、L病院（療養型病院）に転院。
- 2014 年1月 長男夫婦（C、D）が仕事で海外転居し、孫Eと2人暮らしとなる。
- 2015 年3月 孫Eが結婚し家を離れ、みかんさんは独居となる。

2015 年3 月時点でのみかんさんの様子

一人暮らしになることで刺激の少ない生活になってしまうことを心配した長男C から、地域包括支援センター(以下、包括)に相談あり、予防的な手段の情報提供のために、訪問した際の状況

- ・ 医療機関への受診は、H医院への不定期受診のみ。 ※本人からの情報
- ・ 家事全般は自分で行えているが、孫Eがいなくなり寂しい。
- ・ 弟Fが時々様子を見に来てくれているが近隣との関係は希薄。
- ・ ADL

食事	: 普通食。買ってきたお惣菜を食べる。食欲低下はあるが嚥下に問題なし。		
歩行	: 杖を使用し安定歩行。 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">排泄</td> <td>: トイレにて自立。失禁なし。便秘気味。</td> </tr> </table>	排泄	: トイレにて自立。失禁なし。便秘気味。
排泄	: トイレにて自立。失禁なし。便秘気味。		
清潔	: 自宅お風呂で入浴可。頻度は1 回/週程度（3/3 以降）。衣類の汚れなし。		
睡眠	: 夜間は良眠できている。睡眠時間7 時間（22 時～5 時）。		
口腔	: 口臭有。歯科受診を中断中。義歯洗浄1 回/週程度。		
住環境	: アパートの三階（エレベーターなし、階段に手摺有）。室内は手摺なし。布団で寝起きしている。		

2015 年4 月【認知機能低下の症状が見られ、周囲が心配しはじめた時期】

月日	誰が	実施した状況など
2015. 4. 3	H医院	不定期に一人で受診しているみかんさんに、降圧剤処方。受け答えもでき、普段と変わらない様子。
	J薬局	処方薬受け渡し時に、薬の説明をしたが、理解に時間を要するなど、みかんさんの様子に気になる点あり。また本人が持参した残薬を確認したところ、前回処方された分も半分以上残っていた。
2015. 4. 10	K歯科	「ねちが痛む」と、K歯科を受診。歯肉炎をおこし継続治療が必要なため、1 週間後の予約を勧める。本人了承。
2015. 4. 16	L病院	夫Bのお見舞い時に、夫の病室がわからず、廊下をうろうろしていた姿をみかけた相談員が、みかんさんの認知機能低下を心配。入院保証人となっていた弟Fに連絡をとり、介護認定申請と専門医受診を建言。
2015. 4. 17	K歯科	予約していたが来院せず。
2015. 4. 18	弟F	包括に「L病院の相談員に、みかんさんの認知症専門医受診を勧められたので、近いうちに受診させたい」と電話で相談。
2015. 4. 25	包括	みかんさん宅訪問。 心配事はないが年金5 万円で生活するのは厳しいとみかんさんから訴えあり。台所には、大量のスーパーの袋があり、食材を余らせている様子。

2015. 4. 26	孫E	包括に「祖母から、『今日は帰ってくるか』と毎日電話がある。自分は月1程度しか実家には帰れない。祖母の様子が心配。」と電話で相談。
2015. 4. 27	民生委員	(※会合時に包括が聴取)「月1 訪問する他、見かければ声かけしている。近隣トラブルも聞かないし、本人からも困りごとの訴えはないので、問題ないと判断している」

2015 年 5 月【専門医受診（I 総合病院受診～大腸がん診断）～介護申請の時期】

2015. 5. 7	H 医院	本人が腹部の痛みを訴えるため弟Fが受診に同行。腹部に腫瘍があり、家族が認知機能低下を心配しているため、I 総合病院宛の紹介状発行。
2015. 5. 10	I 総合病院	弟Fが同行。消化器内科と神経内科を受診。消化器内科は精密検査の予約をとり、神経内科では軽度認知障害（MMSE：23点、CT：軽度脳萎縮）の診断。
2015. 5. 15	I 総合病院	孫Eが同行。消化器内科の精密検査を行った結果、大腸がん末期（抗がん剤も効かない状況）の診断。孫Eに病状説明を行う。※本人には告知せず、可能な限り今のままの暮らしを継続させてほしいという家族の意思を確認した。→事前に孫Eが長男夫婦に今後の方針を確認していた。 治療方針：緩和医療（予後半年程度） 処方せん：NSAIDS（ロキソニン）、マグミット（酸化マグネシウム）ディオバン
	孫E	医師から病状説明後、「自分にできることは、通院付添の支援と月1程度実家に帰り様子をみる程度であり、それ以上はできない」と。
2015. 5. 17	H 医院	I 総合病院から連絡が入る。検査結果を聞き、包括へ連絡。訪問診療は可能である（麻薬管理可能）ことを伝え、今後の支援を依頼。また、弟Fに「I 総合病院と連携しながら、必要な時期には訪問診療を実施できる」と電話で伝える。
2015. 5. 20	弟F	包括に「孫EとH医院からの連絡で、みかんさんの病状を知った。受診の際は、送迎・付添可能。近所に住んでいるので、毎日様子を見に行くことも可能。今後も支援してほしい。」と相談あり。
2015. 5. 20	長男C	孫Eからの連絡で帰国。H医院と包括を訪問し「母の大腸がんについては、積極的な治療を望まない。できる限り在宅で過ごさせたい。経済的援助は可能。」と意思を伝える。
2015. 5. 23	包括	介護保険申請を行う→（後日、要介護2 の認定）ケアマネにつなぐ。
2015. 5. 25	ケアマネ	みかんさん宅訪問。アセスメント実施。長男C、弟F、孫E 立ち合い。

みかんさん本人と家族の意向や状況

意向

- （本人）：自宅のたたみの上で死にたい。入院は拒否。できる限り自分のことは自分でやりたい。買い物や散歩することを楽しみにしているが、外出する回数が少なくなっている。
- （長男C）：大腸がんについては、積極的な治療を望まない。できる限り在宅で過ごさせたい。経済的援助は可能。
- （弟F）：受診の際は、送迎・付添可能。近所に住んでいるので、毎日様子を見に行くことも可能。
- （孫E）：通院付添と月1程度実家に帰り様子をみる程度はできる。それ以上は難しい。

状況

病名：大腸がん（肝転移あり）、軽度認知障害、高血圧 ※大腸がんについては未告知
身体症状：体調に変わりはないが足腰が弱ってきていて、家庭内や外出も大変と訴える。
（現状） 体重が少しずつ減少してきている。食事の際に口の中の痛みを訴えている。
物忘れがだんだんとひどくなってきている。

考えられる課題

- ・本人はもともと健康管理が不得意であり、病院へ行くことも好きではない。軽度認知障害でもあり内服管理、定期通院、受診時に医師に症状や状況を正確に伝える支援が必要。
- ・長男夫婦（C、D）が一時的であれば、独居になってしまい、同居したとしても日中は独居状態が予測される。見守り体制と日常生活の支援体制の確認、役割の検討が必要。
- ・身体状況が悪化した場合（急変含む）の役割分担の調整がされていない。
- ・本人・家族とも自宅での療養継続を希望しているため、病状の把握、健康管理、ADLの維持が必要。

グループワーク

みかんさんが最後まで在宅で安心して暮らせるため、専門職としてそれぞれの立場からできることや、利用できる社会資源、連携、協力体制の在り方について考えてみよう。（ただし、ケアプランの作成ではありません）