

~平成21年12月5日実施~

いけ！ネット 勉強会報告書



平成22年2月

藤井寺市 いけ！ネット

はじめに

平成12年4月、介護保険制度が導入されました。施設では措置入所から契約入所へと変化し、利用者がサービスの提供を受けるためには、自ら介護認定申請を行い、調査員の調査書と主治医意見書を基に介護認定審査会での結果（要支援または要介護1～5）が決定される必要が出てきました。その結果を踏まえ、ケアマネジャーがケアプランを作成し、利用者にサービスを提供することになってきました。



急性期疾患を対象とした病院と在宅ケアにたずさわる在宅療養支援診療所との、いわゆる病診連携と同様に、医療・福祉とケアマネジャーの連携は、これから先、大変重要になってくると考えられます。医療・福祉とケアマネジャーが異なった目的に向かっていけば、幾らケアマネジャーが頑張っても素晴らしいケアプランを作成しても、利用者にとって不利益が発生しかねない、全く意味がないことだと考えられます。

大阪府医師会では、地域包括支援センター運営協議会の設置状況や活動内容を、アンケート調査を実施して把握しました。地域包括支援センターの設置はあるものの、実際は稼動していない市町村が多く、様々な問題点を残す結果となりました。大阪府医師会としても、地域包括支援センターに協力・参入が必要であることを改めて認識しました。特に、医師とケアマネジャーの連携を中心として、お互いに協力していくことが必要であることが、再認識されています。

藤井寺市では、平成13年10月「ケアマネジャーとの懇談会」が藤井寺市役所で行われ、その後、医師とケアマネジャーの連携用紙が作成されました。その後、平成16年大阪市阿倍野区医師会の作成した連携用紙、更には我々いけ！ネットが作製した連携用紙が大阪府医師会と大阪介護支援専門員協会が共同作成した連携用紙の見本となり活用されるようになりました。

いけ！ネットは、医療・福祉とケアマネジャーの連携のために、医師会・歯科医師会・薬剤師会・居宅介護支援事業所・保健所・病院（医師・MSWなど）・訪問看護ステーション・藤井寺市地域包括支援センターなどを構成団体としています。「医師とケアマネジャーの連携がスムーズでない現状の解決策」や「医療や福祉の様々な職種の関係者が協働できるネットワークやシステム」の構築等を目的に活動して来ました。今後は、「事例検討」・「システム確立」・「啓発」の各チームがそれぞれの役割を果たし、一層の連携を強化することが大切と考えています。

今回のいけ！ネット勉強会には、医療・福祉とケアマネジャーの連携のために、お集まり下さいました皆様だと確信しております。お忙しい中、ご参集頂きまして、本当に有難う御座いました。今後共、皆様方のご指導ご鞭撻、何卒宜しくお願い致します。

(いけ！ネット)

医療・ケアマネネットワーク連絡会
会長 数尾 展

目 次

1. 開催までのあゆみ	P 0 1
2. 勉強会の特徴	P 0 3
3. 次第	P 0 4
4. 勉強会 報告	P 0 5
5. 事例検討会関連資料	P 0 7
事例フェイスシート／P8	
グループワークシート録／P9	
参照：いけ！ネットメンバー作成 ワークシート記入例／P19	
6. システム確立チーム報告資料 (一部)	P 2 1
関係者間の連携体制図／P22	
私の支援マップ／P23	
医療・介護連携シート（改訂版）／P24	
7. アンケート集計	P 2 6
8. 実行委員一言メッセージ	P 3 6
9. いけ！ネットメンバー 一覧	P 3 8

1. 開催までのあゆみ

平成19年度から開催している『医療・ケアマネネットワーク連絡会（以下：いけ！ネット）』は、当初、主治医とケアマネジャーとの連携を密にし、利用者（患者）に対して、質の高いサービスの円滑な提供を目指したことが始まりです。その後、在宅支援を行う上では、多くの職種の連携も必要と、現在では、介護保険事業者連絡協議会・医師会・歯科医師会・薬剤師会・MSW・保健所・市・地域包括支援センター（事務局）で会が構成されるようになりました。

【案内チラシ】

平成19年度には、医療従事者（医師・歯科医師・薬剤師）とケアマネジャーの連携における実態把握調査を実施し、藤井寺市の現場の声を集約すると同時に、交流会〔テーマ：まずは顔なじみの関係に！〕を設け、その際に実態把握調査の報告を現場従事者にフィードバックしました。

平成20年度には、先駆市から学ぶ基調講演、そして多職種連携が円滑なケースについての報告兼シンポジウムを開催し、先駆市の事例と藤井寺市の事例について、考える機会となりました。

このように、平成19年度には実態把握、平成20年度には先駆市から学ぶこと等を企画してきました。しかしながら、このような取り組みから、以前に比べ連携が推進されてきてはいるが、まだまだ実務に大きく反映できているとは言えないというのが、いけ！ネットメンバー全員の想いでした。

藤井寺市

医療・ケアマネネットワーク（いけ！ネット）勉強会

～開催のお知らせ～

日時：平成21年 12月 5日（土）午後2時～午後5時

場所：藤井寺市立福祉会館2階 講座室

<内 容>

- いけ！ネット活動報告
昨年度の研修会以降、いけ！ネットではアンケートをもとに「システム確立チーム」「啓発チーム」「事例検討チーム」に分かれそれぞれが協議してきました。ここではその内容と今後の展開についてご報告いたします。
- 事例検討会 ★事例検討チーム★
ご本人またはその家族のために私達専門職は、どのような連携が必要なのか、または他の職種に何を期待するのか、自分の職種は何を期待されているのかなどを、ここではターミナルの事例を通して検討していきます。 ※事例については、当日配布いたします。

<定 員> **70名**
※参加申込み多数の場合は、調整の後、ご連絡いたします。予めご了承ください。

<対 象 者> 1) 介護支援専門員 2) 医師 3) 歯科医師 4) 薬剤師
5) 医療ソーシャルワーカー 6) 訪問看護師 7) 訪問介護サービス事業所
8) 行政機関 9) その他1)～8)に準ずる方

<主 催> 医療・ケアマネネットワーク連絡会（いけ！ネット）

<後 援> 藤井寺市 藤井寺市医師会 藤井寺市歯科医師会 藤井寺市薬剤師会 大阪府藤井寺保健所
藤井寺市介護保険事業者連絡協議会 (社福) 藤井寺市社会福祉協議会

<申込方法> 別紙申込用紙を記載の上、**11月10日（火）**までにFAXにて申し込んでください。

<申込・問合せ先> いけ！ネット事務局【藤井寺市地域包括支援センター】
TEL 072-937-2641
FAX 072-937-2643

※いけ！ネットPRビデオ作製のため、大阪芸術大学放送研究サークルによるビデオ撮影を予定しております。
何卒ご了承くださいませようお願い申し上げます。

より実践的に連携したケアシステムを目指し、平成21年度は勉強会の企画をいたしました。

企画から準備、後片付け、すべて多職種がまさに協働し作り上げてきたこの『いけ！ネット勉強会』。参加申込みも、定員を超えるほどにまでなり、いけ！ネットにおける熱い期待を感じることができました。

《対 象》

藤井寺市介護保険事業者連絡協議会会員の居宅介護支援事業所
藤井寺市介護保険事業者連絡協議会会員の訪問系サービス事業所
藤井寺市医師会会員
藤井寺市歯科医師会会員
藤井寺市薬剤師会員
藤井寺市・羽曳野市の医療ソーシャルワーカー
藤井寺市・羽曳野市の訪問看護に従事している者
その他、いけ！ネット会長が認める者

《定 員》 70名

《開催日時及び開催場所》

開催日時 : 平成21年12月5日(土) 午後2時～午後5時
開催場所 : 市立福祉会館 講座室

《申込者及び参加者数》 82名(73)名

※カッコ内は参加者数

【内訳】 医師 14(12)名
歯科医師 3(3)名
薬剤師 7(7)名
介護支援専門員 19(16)名
訪問介護事業所 7(3)名
医療ソーシャルワーカー 7(7)名
看護師 11(11)名
行政職員 3(3)名
地域包括支援センター職員 10(10)名
その他 1(1)名

《後援団体》

藤井寺市介護保険事業者連絡協議会 藤井寺市医師会
藤井寺市歯科医師会 藤井寺市薬剤師会 大阪府藤井寺保健所
藤井寺市 藤井寺市社会福祉協議会

《勉強会のねらい》

- 1 他職種の役割を知る。
- 2 自身の職種の役割期待を知る。
- 3 自身の職種の役割を示す。
- 4 連携を促進するシステムを報告する

2. 勉強会の特徴

多職種連携を日常業務に活用できる「システムづくり」

多職種連携の重要性をより多くのひとに感じてもらうための「啓発」

多職種が参加できる「事例検討会（勉強会）」の実施

今回の勉強会の一つ目の特徴は、昨年度から取り組んできたいけ！ネットを3つのチームに分け、チームごとの協議内容についての報告の場としたことです。前述したように、藤井寺市で、より実践的に、より実行力のあるネットワークを作っていくためにはどうすればいいのか、私たちいけ！ネットメンバーは、過去のアンケートや、メンバー自身の想いを見つめ直した結果、今後の展開に「システムづくり」「啓発」「事例検討会の実施」の3つの視点が必要であるとの結論にいたりしました。

この結果をもとに、「システム確立チーム」「啓発チーム」「事例検討チーム」を発足し、いけ！ネットメンバーの多職種が意見を出し合い検討してきました。これらのチームの報告の場を兼ねることで、勉強会の参加者からそれぞれについて意見を聴く場といたしました。

もう一つは、いけ！ネットの最大の特徴であり最大の良さ、藤井寺市らしさであるプロセス重視型の運営です。



このことは、当日ご参加いただいた方でお気づきの方もいらっしゃるかと思いますが、会場設定や駐車場の整理、受付、資料の作成などすべてにおいて、医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネ、介護職、看護師、MSWなど職種や立場を超え、いけ！ネットメンバーがひとつの目的のもと、それぞれ役割を担い分かちあってきたことに表れています。

その機動力を奮い立たせるのは、**ネットワークはみんなで作り上げていく、その多職種連携推進への想いが個人個人ある。**それに尽きると言っても過言ではないでしょう。

そのような思いから、次項のカリキュラムを企画し、円滑な推進に努めて参りました。

3. 勉強会 次第

司会 藤井寺市地域包括支援センター 前原 由幸

1. 開会の辞

司会者

2. 挨拶

<主催者挨拶>

医療・ケアマネネットワーク連絡会（いけ！ネット） 会長 数尾 展

<来賓者挨拶>

藤井寺市健康福祉部 部長 多田 文博 様

藤井寺市医師会（医療職代表） 会長 白江 淳郎 様

藤井寺市介護保険事業者連絡協議会 会長 阪口 利明 様

<来賓者紹介>

藤井寺市歯科医師会 会長 兵埜 芳夫 様

藤井寺市薬剤師会 会長 加藤 雅弘 様

<アドバイザー紹介>

大阪府立大学はびきのキャンパス 教授 白井 みどり 様

3. 活動報告

システム確立チーム リーダー 木島 真也

啓発チーム サブリーダー 中村 浩美

4. 事例検討会

事例検討チーム 黒崎 喜之

森 弘子

東瀬戸 久子

<アドバイザー>

大阪府立大学はびきのキャンパス 教授 白井 みどり 様

5. アンケート 及び 事務連絡

6. 閉会の辞

いけ！ネット副会長 北島 信彦

4. 勉強会 報告



【報告①】～開会～

3回目ということなのでしょう
うか？開会前より、会場はガヤ
ガヤ。このガヤガヤは、当初の
いけ！ネット目標、“顔見知りの
関係”、**UP（アッブ）**の

証・・・！？ 来賓者のみなさまも場をほぐす貴重な挨拶をいただき、最高の雰囲気ですスタートすることができました。

【報告②】～活動報告（システム確立チーム）～

連携強化を促進していくためのシステムづくり。“ゆるやかなルールづくり”ならできる。そんな思いから作成した連携体制図（フロー）、やケアマネの役割を①サービス開始時②状態悪化時（要入院時）③入院・施設入所時④退院に向けての報告がありました。

また、ご本人を地域のどんな職種やどんな人が支えているか、その人にも専門職にも一目でわかる「私の支援マップ」の紹介やその他、新しくなった「医療・介護連携シート」などを報告し、どの関係者が関わっても本人や家族にとっても良い支援がスムーズに行えるよう、連携体制を明確にして行きたいというものでした。



※メンバー：木島真也、河相淳、川村恵子（以上、介護支援専門員）・園部鳴海（医師）・兵埜芳夫（歯科医師）・山本宏一（薬剤師）・吉田久美（訪問看護師）・清水哲夫、増井香名子（以上行政職員）【当日資料を添付（21ページ）】

【報告③】～活動報告（啓発チーム）～



多職種連携についてより多くの関心者・理解者を増やすために、どうすれば効果的なのか協議を続けてきた内容の報告。

在宅という、専門職一人にかかる責任が大きい現場では、利用者を共に理解できる現場の多職種の存在は、在宅チームで協働できるという安心感から大変心強い存在であり、また、互いの専門性を認めあえる関係が築けることで、在宅チームとしての力が一層強化され、最終目標の利用者本位のサービスに繋がる。



このような思いから、啓発チームは理解者をより増やすため、また、気軽に連携できる関係づくりにしていくため、大阪芸術大学放送研究サークル部の協力を得て視覚的に訴える啓発媒体としてPRビデオを制作中であることを報告。報告者と学生の熱意がよく感じることができた内容となりました。

※メンバー：中村浩美（訪問看護師）・北島信彦（歯科医師）・福永敬三（薬剤師）・脇裕子、濱田有加里（以上行政職員）・山木壽江（MSW）・田中光子（介護支援専門員）・前原由幸（社会福祉士）

【報告④】 ～事例検討（事例検討チーム）～

膝を突き合わせ、多職種がひとつの事例について、**自分の職種にできること、他の専門職に期待することを各職種が出し合うことを目的**としました。事例検討チームは、事例・グループワークシート・グループワークシートの記入例など、協議・作成してきたことを説明。



司会を担当した黒崎さん（ケアマネ）。慣れない中でその役割を一生懸命果たそうとするその



姿に、参加者全員が耳を傾けて、グループワークに入るその様子は、いけ！ネットの特徴そのものでした。

今回の事例は、ターミナルに関するものでした。入退院を頻繁に繰り返すことが予測されるケースです。このケースについて「急変時に各専門職はどのような動きができるのか」、「介護支援専門員がケアマネジメント業務を十二分に発揮するためには医療職はどのような動きが必要になってくるのか」また、「介護支援専門員の負担が大き過ぎるのではないか」、「どの職種がとか関係なく、気づいた者が情報発信してほしい。」など、各専門職がチームとなってその方を支援することの大切さの共有と、それを日常業務で実践できる可能性を十分に示唆できるものとなりました。

※メンバー：数尾展（医師）・尾古貴智実（病院看護師）・森弘美、黒崎喜之、東瀬戸久子（以上、介護支援専門員）・武村稔（薬剤師）・市川幸世（MSW）【当日事例及びグループワーク録を添付（7ページ）】



5. 事例検討会 関連資料

- フェイスシート
- グループワークシート録

- 参照：いけ！ネットメンバー作成 グループワークシート記入例

～事例検討会の主旨～

「事例検討会」というと、多機関・多職種が、とあるケースについて本人支援のためにそれぞれの機関・職種の役割分担や今後の支援方法の共有を図ることが一般的になされているかと思います。今回の「いけ！ネット勉強会」では、上記のようなケース展開をディスカッションするのではなく、提示しているケースについて、

「自分の職種にできること / 自分の職種に期待されていること」
「他の職種に期待すること / 他の職種ができること」

を協議していただきました。

医療・ケアマネネットワーク勉強会 事例検討 フェイスシート

事例タイトル	ターミナル期の方の退院から在宅へむけての支援		
氏名:	① A さん (男②女)		相談者: 同居の家族 (続柄 長女)
年齢:	60 歳		
住所:	藤井寺 市		
介護認定申請	なし・認定あり		
	あり《非該当・要支()・要介(2)》		
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1 ③A2・B1・B2・C1・C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	④自立・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M		
	主介護者	あり(同居の長女)・なし	
障害等認定	なし⑤・あり《身障()療養()精神()難病()手帳等級 障害程度区分 》		
家族関係や介護負担の状態についての特記事項:		家族構成(独居・高齢世帯・昼間独居 ⑥同居・その他)	
<p>主介護者である長女の介護負担を心配して長男や長女の夫は自宅療養に消極的。歩行は可能な状態であったが徐々にADLが低下している。胸部の皮膚腫瘍部分に軟膏処置必要で有るが、出血しやすく、出血が止まらなくなる心配が強い。急変時の対応や麻薬の副作用や管理の不安を抱えている。</p>			
家族・親類	本人との関係	年齢・健康状態・職業等	
	長女	藤井寺市(同居/主婦)	
	長男	和歌山県在住(会社員)	
経済的問題	なし⑦・あり 年金⑧・所得・生活保護・仕送り・その他()]		住宅環境 持ち家⑨・借家・一戸建⑩・集合住宅 専用居室: なし・あり(1階) 外出に問題: なし・あり 住宅改修: なし⑪・あり
<p>診療状況</p> <p>H15年 : 右乳がん手術</p> <p>H17年 : 皮膚や骨への多発転移があり、以後抗癌剤治療や発熱等で入退院を繰り返していた。</p> <p>H21年現在 : 胸部の皮膚腫瘍の処置を自宅で長女が行っていたが、腫瘍からの出血が止まらず入院。末期の状況で、予後はおおそ半年と予測されている。</p>			
<p>身体状況</p> <p>皮膚腫瘍が胸部に広範囲にあり、浸出液が多く1日1回は軟膏処置が必要。転移した骨の痛みが強くあり、麻薬を使用している。 痛み止めの薬: デュロテップMT 2.1mg を1枚貼付(3日に1回貼り替え) 頓用のオプソは5mg (疼痛時内服)</p> <p>トイレまでは手引き歩行で、夜間はポータブルトイレを使用している。 食事は自分で食べられるが、口内炎があり痛みの為あまり食べられない。義歯装着なし。 入浴は胸部に皮膚腫瘍があり出血しやすい為、入院中は看護師が2人で介助している。</p>			
<p>病名告知について</p> <p>平成15年の手術時に病名を告知し、現在の病状や予後・治療についてもすべて伝えている。気丈に受け止め精神的には安定している。</p>			

この事例は、架空の設定で実在の症例ではありません。

A Aさんの望む在宅生活を支えるために、私達はどんことなができるのでしょうか？ケアチームの役割はどんな事でしょう？

<p>本人及び家族の思い</p> <p>《本人》 居宅での療養を希望</p> <p>《家族》 在宅での生活が可能かどうか、不安。</p> <p>どこか相談できる場所が欲しい</p> <p>娘に負担がかかるのではないかと、その負担を軽減するために何が出来るのか</p>	<p>其々の専門職に期待する役割</p>	<p>市役所(介護保険課)</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>ケアマネの紹介等 (例えば、医療が必要であれば訪問看護ステーション等の紹も・・・)</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>ケアマネ</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>地域の介護資源の情報提供 在宅医師の紹介</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>医師</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>患者との信頼関係</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>退院時の在宅医を決めるシステムが必要 →病診連携が取れていない場合</p> <p>ターミナルを引き受けられる診療所</p>	<p>地域包括</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>次への関連機関へつなげる 家族への支援 情報提供</p> <p>協働性の高い内容</p>
<p>其々の専門職に期待する役割</p>		<p>歯科医師</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>口内炎の治療 口腔衛生 食の問題</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>訪問診療し口腔衛生指導 →食べることができない事への指導も出来たらいい *ケアマネや医師からの診療情報が欲しい</p>	<p>MSW</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>本人や家族の希望を聞きながら、地域も確認したうえで、往診医師を探す 先ずは、本人や家族の話をよく聞く</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>ケアマネからの情報が欲しい (基本情報・以前の生活や以前の本人や家族の情報等)</p>	<p>訪問看護ステーション</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>グループで上がった意見や感想</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>協働性の高い内容</p>

B Aさんの望む在宅生活を支えるために、私達はどんことなができるのでしょうか？ケアチームの役割はどんな事でしょう？

本人及び家族の思い		医師	MSW	薬剤師	ケアマネ
其々の専門職に期待する役割		<p>専門性の高い内容</p> <p>本人はもとより家族へのケアが必要 麻薬の管理が曖昧にならないようにする</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>入院中の状況把握しないまま在宅復帰してしまうケースあるため、常に情報共有が必要。</p> <p>退院時は中心となって動く</p>	<p>専門性の高い内容</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>いざ在宅に戻っても理想と現実のギャップが大きい。結果、医師に頼らざるを得なくなる</p>
		<p>協働性の高い内容</p> <p>急変時の対応ができるか否かで在宅生活が変わってくる 在宅復帰後の状態の変化やリスクの説明が必要」</p>	<p>協働性の高い内容</p> <p>在宅医を見つける場合は非常に困難 情報共有が必要</p>	<p>協働性の高い内容</p> <p>・家族は麻薬の取り扱い管理に不慣れなため、混乱を生じストレスも高まるので、麻薬の取り扱いや管理の指導を分かりやすく行う。</p>	<p>協働性の高い内容</p> <p>退院時、MSWと一緒に動く</p>
其々の専門職に期待する役割	歯科医師	ヘルパー	訪問看護	家族	
	<p>専門性の高い内容</p> <p>口腔ケア</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>看護師と一緒に処置</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>ガーゼ交換 家族のメンタルケア</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>家族全員の協力体制が必要</p>	

C Aさんの望む在宅生活を支えるために、私達はどんことなができるのでしょうか？ケアチームの役割はどんな事でしょう？

本人及び家族の思い	医師	ケアマネ	薬剤師	訪問看護
	<p>専門性の高い内容</p> <p>疼痛コントロール 低栄養氏の栄養補給 皮膚の管理 メンタル支援</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>長女の思い・精神的支援（キーパーソンのみの負担とならないように）</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>退院時の連携（面会・本人・家族・病院） サービスの紹介</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>・麻薬を安全、適切に使用するための方法の説明を患者・家族に行う。（特に貼付剤の場合のスキンケア等）</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>医師との連携</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>処置の管理・病状進行アセスメント メンタルフォロー 安全管理・事故防止 家族支援の見極め 急変時の体制（支援） 24時間体制かどうか</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>他職種との連携 医師との連携（一番よく訪問する） 他職種への注意点を伝える</p>
<p>其々の専門職に期待する役割</p>	<p>グループの意見交換</p>			
	<p>在宅で亡くなられた場合、不審死の扱いとなる可能性がある。 本人・家族と話しをきちんと決めておく →救急車を呼ばずに時刻を確認しておく (何処に搬送されるかわからない)</p> <p>家族にゆっくり見守られて亡くなる事が本人の思い</p> <p>診療時間や動けない時間が有る事を理解してもらい選択してもらう →初回面接時にきちんと話し合う</p>	<p>(病院医師) 在宅での終末期 家族に核となる人が必要 病院で亡くなる事が多い</p> <p>(在宅医) 最後まで看たいと希望が出てくる長い付き合いとなると、人間関係もでき支えられるが、大学病院から出てきたところだと関係もできておらず・・・。 若い人は治る事を望む傾向がある</p> <p>(ケアマネ) 近年ケースとして増加している 緊急時の体制、急変時もあり病院で亡くなる患者↑</p>	<p>(病院医師) 在宅看護師がいるので常時連絡 訪問診療していない人はシートの活用「ファックスのやり取りは苦痛ではない」 外来診療時の同行が望ましい 面談は時間も無く難しい</p> <p>(病院医師) FAXかTEL（緊急時） 「FAXは書面として残るので良い 電話は後の記録が大変」</p> <p>(薬剤師) 異常時、医師よりFAX 医師に内緒で違う薬を飲んでいる人もいる 医師・ケアマネ間で服用についてもめる事もある→間をとりもつ、薬への認識度の違いを埋める 健康食品と薬の服用</p>	<p>(情報交換の工夫) それぞれの特徴を知る 訪問看護から医師に連絡してもらう FAX・TELその医師に合わせて</p> <p>(患者への統一した支援が必要) 医師だけが言ってもだめ、チームで取り組み本人と関わる 薬を本人が勝手に増減する→医師に知らせてもらえれば、本人の状態に結びつけられる。</p> <p>在宅医・訪問看護どちらを先に探す？ 退院後を考えて、急変時に入院受け入れがあるのか 在宅に戻る事がなかなかできない（ガン難民） 往診を望むと、金銭的負担が大きい (入院時とは違う)</p>

D Aさんの望む在宅生活を支えるために、私達はどんなことなができるのでしょうか？ケアチームの役割はどんな事でしょう？

本人及び家族の思い		医師	ケアマネ	薬剤師	訪問看護
<p>(本人) 家族と一緒に過ごしたい 告知を受けている</p> <p>(娘) 自宅療養（母親の願い） 大きな不安 末期がんに対すること 往診のこと 出血や急変した時にどうしよう</p>		<p>専門性の高い内容</p> <p>骨転移に伴う疼痛のコントロール 皮膚に対する処置 栄養管理</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>全身状態の把握⇨訪問看護 病院との連携 点滴の処置・管理⇨訪問看護 麻薬を含めた服薬管理⇨薬剤師 介護負担の軽減⇨ケアマネ</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>帰るための体制作り⇨病院との連携 メンバー・・・医師・訪問看護・ヘルパー</p> <p>情報をメンバー間で共有することが大切</p> <p>今後、予測される事に対して、対応策を検討しておく</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>疼痛コントロール（適切かつ、きめ細やかな援助・麻薬以外にも鎮痛補助剤の処方出することも念頭に入れる） 出血の対策（症状に合わせて、外用の止血剤を使う事も提案） 口内炎に対して（薬物療法も情報として提供する）</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>病状把握 疼痛コントロール（医師との連携ながらうまくいくように） 家族の介護力を把握しておく 急変時の対応（24時間対応） 受け入れ病院の確保 家人へのフォロー 入浴支援 生活助言</p> <p>協働性の高い内容</p>
		グループの意見交換			
<p>其々の専門職に期待する役割</p>	MSW				
	<p>専門性の高い内容</p> <p>家族調整（意思確認） 院内で担当者会議をしてサービスに調整をする 在宅医師の連携</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>レスパートケア 看とりの問題（初めに意向の確認を） 中途半端な気持ちでは支援は難しい （家族や本人の気持ちに『揺らぎ』は出てくるもの）</p>			<p>QOLが一番大切</p> <p>試験外泊する（在宅の実感をつかむ・自信が持てる？）→いきなり退院する人もいる</p> <p>初めて紹介される患者を受け入れる事は、医師も精神的に負担を感じる（本人や家族のキャラクターがつかめない所以对応に神経を使う、信頼関係が築けていないなかでいきなりターミナルはきつい）</p>	<p>帰ることができるのかをもう一度、もどして思いを再確認（家族それぞれの思いを知る・家族間の意志統一）</p> <p>その次に家に帰るにはどうすればよいかを考えて、1つ1つ問題をクリアしながら次に進む</p> <p>急変時の受け入れ病院は決めておく</p>

E Aさんの望む在宅生活を支えるために、私達はどんことなができるのでしょうか？ケアチームの役割はどんな事でしょう？

本人及び家族の思い		ケアマネ		訪問看護		MSW		歯科医師	
		其々の専門職に期待する役割 専門性の高い内容 往診できる医師を探す 他職種と利用者を結び付けていく（レンタル・訪問看護など→担当者会議） 家族の介護力の確認 協働性の高い内容 退院にむけて ・情報を正確に集める（医師・看護師・家族・サービス事業など）		専門性の高い内容 退院前の情報を集め、実際の本人の情報を確認 ケアマネとの連携 必要物品の予測（退院時） 退院の日の状況確認 入院中にどんな治療をしたのかの説明 インフォームドコンセントの確認（本人家族と医師） 協働性の高い内容 退院時 ・往診医を決める ・退院時に各事業所に集まっていた だけ ・訪問看護は医療保険で入れる		専門性の高い内容 ターミナルケアで在宅で看れない方の緩和ケア 受け入れる事によって家族の不安を取り除く 在宅でなら各事業所の連携をとっていく。 協働性の高い内容		専門性の高い内容 口内炎については、再発予防として軟膏の処方 投薬は内科医や薬剤師にお願いする 協働性の高い内容	
		在宅医		病院看護師		保健所		グループの意見のまとめ	
其々の専門職に期待する役割 協働性の高い内容		専門性の高い内容 診療所が24時間診られるところか等を確認24時間対応の訪問看護チーム等が必要 末期になっているなら、緩和医療が必要で、麻薬の管理が要る 入院中と在宅での医療コストは必ずしも在宅が安いとはいえず、診療費が高くなることもある 告知しているか、どのくらいのところまでなされているか、入院先の主治医に確認する必要がある 協働性の高い内容		専門性の高い内容 最近カンファレンスはよく開催されている いつでも病院に帰れると伝えて、安心感を与える 在宅に戻れるように、希望をかなえられる様に対応していく 協働性の高い内容		専門性の高い内容 家族は、何に一番困っている把握し情報を提供していく 協働性の高い内容		退院時の対応が必要 ・ターミナルであっても緩和ケアの受け入れを行い、家族の負担や不安を取り除いていく ・往診医を決めたり、病院に集ってもらい情報を共有する 主治医の告知がどこまでされているのか確認する	

F Aさんの望む在宅生活を支えるために、私達はどんなことができるのでしょうか？ケアチームの役割はどんな事でしょう？

本人及び家族の思い		介護支援専門員	主治医(かかりつけ医)	訪問看護師	病院MSW
<p>・乳がん・再発・皮膚のガン ⇒ 滲出液</p> <p>・骨への転移 ⇒ 痛み</p> <p>・入院① ⇒ 治療の限界⇒ 退院へ</p> <p>・入院② ⇒ 意識プラス口から食べれる ⇒ 退院希望</p> <p>・介護者の負担の軽減</p>		<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ E N T 後の主治医 ・ 訪看の体制整備 	<p>専門性の高い内容</p> <p>在宅処置、治療方針の決定 訪看と密に連携をとる</p>	<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医と相談しながら処置を行う ・ 医療保険を使ってサービス導入 ・ 入浴介助 	<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一番最初の関わりになる。 ・ C M の有無の確認 ・ 在宅生活の調整を C M に依頼 ・ 生活の注意や病状情報の収集 ・ かかりつけ医：往診できるか含めて探す ・ かかりつけ医：元々のかかりつけ医がいる場合は、その D R に相談 ・ 急変時の対応、入退院の調整 ・ 在宅医の紹介→医師会でシステムづくりをしているところ ・ C M の持っているところから、訪看も情報を持っている ・ かかりつけ医を新しい探す際は困難ある。 <p>協働性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ E N T 時のカンファレンスの開催
		協働性の高い内容	協働性の高い内容	協働性の高い内容	
其々の専門職に期待する役割	病棟 看護師	福祉用具 事業所	ヘルパー	食事の宅配サービス	その他必要だと思われること
	<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 退院カンファレンス時に在宅支援チームへの情報収集 ・ 家庭での処置の指導 家庭で行える工夫、在宅向けにアレンジをする。 ⇒患者、訪看 N S への指導 <p>協働性の高い内容</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>退院後の生活では必要な福祉用具の選定</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>現段階では必要性は低い、A D L の低下がすすめば必要になる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の身体介護 2 <p>協働性の高い内容</p>	<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族での食事作りが負担になった場合に活用出来る。 <p>協働性の高い内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 状態悪化時の対応を決めておく ・ 在宅ケアチームでのキーパーソン <p>それぞれの専門職の役割を確認していく</p>

F の続き

短時間のショートステイ	歯科衛生士			
<p>専門性の高い内容</p> <p>・介護2の負担減 老健は医療度の高い人への対応できるが、麻薬の管理が出来る所でないとダメ。 麻薬:金庫の保管 張り薬、頓服</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>・居宅療養管理 ・口腔衛生のケア</p> <p>協働性の高い内容</p>			

G Aさんの望む在宅生活を支えるために、私達はどんことなができるのでしょうか？ケアチームの役割はどんな事でしょう？

本人及び家族の思い		訪問看護ステーション		ディスカッション内容		
本人：自宅療養したい 長女：自宅療養をしてもらいたい 長男・娘ムコ：長女の負担を心配。不安を感じている。※自宅療養には消極的		其々の専門職に期待する役割		専門性の高い内容 ・皮膚腫瘍の処置（家族ができないもの） ・痛み止めの管理 ・DRへの報告 ・出血 e t c の不測時の対応方法を事前にしっかり伝えておく ・入眠（家族）のコントロール	専門性の高い内容 ・家族がどの程度、受け入れてくれるのか？ 家族間で意思統一されていないことも多い ・他者は、・・・？ ・在宅はコストが高く負担が大きい	助けてほしいけど、見られてくない 金銭的なアドバイス必要 ⇒病院の医事課 ⇒高額医療制度（市町村によって違う） ◎ケアマネが本人、家族の意見を統一して欲しい ⇒退院前カンファレンスをしっかりとしておく ◎医療・福祉の振分けはケアマネが担えるか！？ ⇒本人の全ての面倒をみれる人がほしい ⇒ケアマネだけで全分野を把握は難しい ⇒各専門に振り分ける程度がケアマネの限界 ⇒誰に聞けば良いかが、わかっていればよい。
				協働性の高い内容 ・往診⇒主治医との連携密接に！ ・N s 2人⇒ヘルパー支援があればありがたい ・ケアマネとの連携	協働性の高い内容 ・処置だけでなく精神的なフォローが必要。 ⇒ケアマネに期待	
其々の専門職に期待する役割	医師	MSW	ディスカッション内容			
	専門性の高い内容 ・在宅だけにこだわらなくても良い ⇒一時期は病院等を利用することも	専門性の高い内容 本当に家に帰りたい Drの思い（帰せるか？） 家族間の意志統一 →在宅ならケアマネ探す 緊急時の対応方法 退院時カンファレンス →訪看・Drも来てくれる ターミナルケアならすみやかに対応しなければ、家で過ごす時間が少なくなる	専門性の高い内容 ・いきなりターミナルの方を受け入れるのは病院側も難しい。（家族との関係づくりができていないと支援が難しい） 例：突然の呼吸停止→救急者を呼ぶ→そうなる前に、打てる手段を考えておくべき ⇒こわくてできない（在宅は難しい※ホスピスがよい？）	ディスカッション内容 ・往診医は誰が決める ↓ 担当していた医師決めるべき（ケアマネでは無理） ↓ 退院する前に調整 ネットで調べる利用者もいる Drから指示が出れば、・・・ ・訪看で探す ・ケアマネが探す のが現状		

H Aさんの望む在宅生活を支えるために、私達はどんことなができるのでしょうか？ケアチームの役割はどんな事でしょう？

<p>本人及び家族の思い</p> <p>本人：家に帰りたい・家族とゆっくり過ごしたい。</p> <p>長女：母の希望をかなえてあげたいが何をどうすれば良いか不安。</p> <p>長女の夫：妻の負担が大き過ぎると思う。（仕事人間なのか！？・介護に協力する気があるのか！？）</p> <p>長男：長女の夫と同じ。または、想像がつかないのでは！？</p>	<p>其々の専門職に期待する役割</p>	<p>ケアマネ</p> <p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ○プラン作成 ○本人・家族の意向 尊重する ○調整役→情報共有 ○往診の先生探す HPのMSWに相談し、往診の先生を相談 ○家族への心理的サポート ☆精神的負担の軽減 <p>協働性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ○入院時の連携 	<p>MSW</p> <p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ○本人・家族の意向を聞く（相談） ○介護保険サービスの情報提供 ○退院時カンファの開催日時の設定 ○ケアマネとの調整 ○入院時の情報を提供する（CMへ） <p>協働性の高い内容</p> <p>薬剤師との調整 ↓ 麻薬の処方できない薬局もある</p>	<p>薬剤師</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>麻薬免許がない薬局もある 薬の説明と取り扱いの仕方 →副作用の説明 →頓服のタイミング e t c</p> <p>麻薬の取り扱い</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>Drとの調整</p>	<p>訪看</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>バイタルサインのチェック 痛みスケールチェック ターミナルの意向の把握・共有</p> <p>最終はどのように迎えるのか ・・・！？ 心がまえ e t c</p> <p>服薬管理</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>Drとの調整 緊急連絡先の把握</p>
<p>其々の専門職に期待する役割</p>		<p>包括</p> <p>専門性の高い内容</p> <p>CM ⇄ 予防支援の情報共有 CMの負担軽減</p> <p>社会貢献事業（必要時）</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>Dr</p> <p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ○疼痛の治療→ほぼ100%疼痛管理できる。 ○適切な麻薬調整 ○急変時の入院体制を整える →病院との連携 ○往診 ○緊急時以外はFAX・メールが効率的 <p>協働性の高い内容</p> <p>本人家族の精神的支援</p>	<p>歯科Dr</p> <p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ○口内炎の処置、義歯の調整 ○往診の必要性 ○DHへの指示 <p>協働性の高い内容</p> <p>DHの口腔清掃</p>	<p>余白のメモ</p> <p>☆ケアマネが支えの中心 家族の応援者！</p> <p>ケアマネがびびらない、引かない チームみんなで 支えあう！！</p>

！ Aさんの望む在宅生活を支えるために、私達はどんことなができるのでしょうか？ケアチームの役割はどんな事でしょう？

本人及び家族の思い		ディスカッション内容	かかりつけ医	ケアマネ	薬剤師
其々の専門職に期待する役割		<p>現状の問題から</p> <ul style="list-style-type: none"> ①ケアマネの存在がしられていない ・患者がケアマネの役割をしらない事もある ・ケアマネや医師を通さず、高齢者の依頼もあり、誰が関わっているのかわからない (主治医以外の医師) ②Aさんの在宅生活に向けて ・ヘルパーより緊急時の判断が困難と問題提起 	<p>①の意見に対し</p> <p>現状においては、家族などが往診を依頼しているが、かかりつけ医も情報の把握が必要</p> <p>かかりつけ医からの往診の依頼が妥当</p> <p>②の意見に対し</p> <p>ヘルパーによる緊急の判断はしないほうがよい。緊急の連絡方法を決めておき、それに従い行動する。</p>	<p>①の意見に対し</p> <p>担当になった事は一応本人に知らせている。</p> <p>ケアマネが医師と医師との連携で困難を感じる場面も多い。</p> <p>本人の状態の変化を察知した時は、主治医に報告し、主治医の方から、受診依頼をかけてもらいたい</p> <p>協働性の高い内容</p>	<p>①の意見に対し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅療養管理指導の算定要件に問題もある。 ・該当疾患の担当ケアマネを知らない場合が多い。 <p>協働性の高い内容</p>
	看護師	<p>まとめ</p> <p>①の意見に対し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今後私の支援マップを利用する事で問題解決ができるのでは ・診診連携の強化 			
其々の専門職に期待する役割	<p>②の意見に対し</p> <p>緊急時は訪問看護師に連絡をいれる。ヘルパーには家族の気持ちの動揺をおさえるよう働きかけてもらう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連絡ノートを活用しながら出血の状態 ・本人の細かな変化を伝えていく <p>協働性の高い内容</p>				

※ 参照 いけ！ネットメンバー作成 ワークシート記入例

本人及び家族の思い	其々の専門職に期待する役割	病院の主治医(入院先)	病院MSW	在宅の主治医
<p>《本人》 家に戻って娘や孫とゆっくり過ごしたい。でも、娘にはあまり大きな負担をかけたくない</p> <p>《娘》 母の願いをかなえて家で過ごさせたいが、癌の末期の不安や何か起こった時の対応の不安がある</p> <p>《娘の夫・長男》 母の願いもわかるが、介護する娘の負担が大きすぎる。何か起きた時にどうしたらよいのかわからない。</p>		<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 診療方針決定(本人や家族の望む療養生活がどんなものか意向確認) : 緩和ケア : 在宅医を決めるための相談や援助 <p>協働性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 在宅医との連携(病状や治療の経緯・方針や現在行なわれている処置や投薬など) : 在宅で急変したときの受け入れ体制の調整 : 医療者間・退院時カンファレンスの参加 	<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 本人・家族に対する情報提供(活用できる医療・介護・福祉の制度等) : 本人・家族の意向確認 : ケアマネジャーを選定する際の援助 : 介護力の確認 : 在宅におけるサービスの希望の確認 : 訪問看護の必要性(必要なら内容・頻度等)を主治医に確認 : ケアマネジャーへの情報提供(Dr.の見解・本人・家族の意向) : 退院後の留意点の確認 : 退院前カンファレンスの調整 <p>協働性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 医療と介護の連携がスムーズに図れるよう連絡調整・情報の共有 : 在宅医を探す際の情報提供 : 医療の必要性・継続性等を主治医に確認 : 緊急時の受け入れが可能かどうかを主治医に確認 : 訪問看護指示書の依頼(⇒訪問看護師) 	<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 診療方針の決定 ・ 本人・家族の意向確認 ・ 訪問看護への指示 ・ 緩和ケア(麻薬を含む薬剤の処方) ・ 精神的支援 <p>: 急変時の対応に対する指示と診療</p> <p>: 在宅療養支援診療所としての役割</p> <p>協働性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : カンファ等の参加を通して介護メンバーとの連携 : 急変時の対応 ・ 受け入れ体制について病院との調整 ・ 在宅での対応方法についてケアチームとの調整 <p>: 経済的負担軽減できる制度等の情報提供</p>
其々の専門職に期待する役割	退院調整看護師	病棟看護師もしくは緩和医療チーム	訪問看護	ケアマネ
	<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 本人、家族の在宅療養に対する思いの傾聴と情報提供 : 医療者間カンファレンスの調整(主治医、病棟Ns、緩和Dr、退院調整Ns) : 在宅療養に必要な体制の整備状況の確認 : 在宅生活に合わせた医療的ケアの調整 : 在宅医、訪問看護師との連絡、連携、調整 : 病棟看護師と訪問看護師との連携と調整 <p>協働性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 在宅医を決めるための相談や援助 : 退院時カンファレンスの参加(本人、家族、在宅医、訪問看護、ケアマネ、主治医、病棟Ns、緩和Dr、退院調整Ns、MSW) : 急変時受け入れ体制の確認 : 病院MSWとの連携(医療と介護の連携がスムーズに出るように連絡調整・情報の共有) 	<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 在宅生活に合った医療的ケアの退院指導⇒(麻薬管理について・入浴介助の方法や出血時の応急処置など・家族の不安軽減) : 緩和ケア(痛み・精神的不安の軽減) <p>協働性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 在宅チームへの入院中のケア情報の提供(退院時サマリー) : 在宅療養に必要な体制の整備状況の確認 (在宅医療チーム・ケアマネ・介護サービス) : 本人、家族の在宅療養に対する思いの傾聴と情報提供 : 医療者間カンファレンスの参加(主治医、病棟Ns、緩和Dr、退院Ns) 	<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : バイタルチェック・症状観察 : メンタルケア(本人・家族) : 医師への病状報告 : 入浴介助・ガーゼ交換 : 服薬・麻薬管理 : 苦痛の緩和(手浴・足浴・マッサージなど) : 家族指導(止血方法・食事の工夫・麻薬管理) <p>協働性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 医療と介護の連携がスムーズにできるように連絡調整・情報の共有 : 急変時の体制や対応方法の確認 	<p>専門性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 本人家族の意向確認 : 住環境、介護者の状況把握 : 在宅療養を支援する体制の調整 ・ 介護サービスの調整 ・ 医療との連携を図る <p>: 介護サービスの給付管理と評価</p> <p>: 経済的負担軽減の為に活用できる制度の提示</p> <p>: 状態変化に合わせたカンファ開催</p> <p>: 介護認定の支援(申請・更新・変更)</p> <p>協働性の高い内容</p> <ul style="list-style-type: none"> : 医療と介護の連携がスムーズにできるように連絡調整・情報の共有 : 急変時の体制や対応方法の確認(誰がどの役割を果たすのかを明確にする)

薬剤師	歯科医師	訪問リハビリ	訪問入浴
<p>専門性の高い内容</p> <p>:麻薬の管理(効果や副作用と残量など) :麻薬について・・・本人・家族やケアスタッフへの説明・指導(不安の軽減と事故防止・安全確認) :その他に投与されている薬剤の作用・副作用の管理</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>:服薬状況や効果・副作用の状況について医師と情報交換</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>:在宅診療 ・口内炎の治療 ・義歯の調整 ・口腔内の衛生管理 ・口腔保清の指導(本人・家族・ケアスタッフ) ・骨転移治療薬の副作用によるあご骨壊死・骨髄炎のリスク管理</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>:ケアスタッフとの情報交換・指導 ・口腔衛生の必要性・予防効果の啓発・指導 ・予測される合併症の早期発見</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>:リラクゼーション(痛みや苦痛の軽減) :筋力低下を防ぐ :拘縮予防 :安楽な体位の工夫や助言 :状態に合わせた介助方法指導 :食事時の負担軽減の姿勢・時間設定・必要な自助具作成、セッティング :余暇活動の提案 :本人の精神的支援・死への準備・本人の遺り残したことを一緒に考える :移動などで転倒したときの対応方法の指導 :浮腫あれば主治医の指示の元、浮腫療法の実施</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>:サービス提供時の様子【精神的・身体的】や変化の情報共有 :急変時の体制や対応方法の確認(誰がどの役割を果たすのか意識する) :福祉用具・ベッドの選定の助言 :他職種への介助方法・安楽な体位・姿勢の伝達 :栄養状態に合わせた食事や形態の提案 :家族の自分の時間作りのアドバイス</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>【自宅浴室利用が困難になれば】 :入浴介助・・・身体負担軽減しながら身体保清 :ガーゼ交換・感染予防</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>:サービス提供時の様子【皮膚の状態・ガーゼの汚染・精神状態など】の情報共有 :急変時の体制や対応方法の確認(誰がどの役割を果たすのか意識する)</p>
訪問介護(ヘルパー)	福祉用具レンタル	家族	
<p>専門性の高い内容</p> <p>:入浴介助 :居室の環境整備(ベッドメイク・掃除等・・・気持ちよい環境) :主介護者である娘の介護負担の軽減 :手浴・足浴を行う事で気分転換やリラクゼーション 口内炎がある時に食べやすい食事の調理などのアドバイス</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>:サービス提供時の様子【精神的・身体的】や変化の情報共有 :急変時の体制や対応方法の確認(誰がどの役割を果たすのか意識する)</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>安全に安楽に療養できる環境作り・・・ベッド・褥瘡予防マット・車椅子・入浴補助用具など :身体状況にあった用具の選定や効果・安全性の検証</p> <p>協働性の高い内容</p> <p>:福祉用具の選定にあたり、医師・訪問看護等と検討する</p>	<p>専門性の高い内容</p> <p>:できるだけ時間をつくり共通の時間を過ごす :本人の気持ちを代弁し関係者に伝える :主介護者である娘への協力や理解 :娘の介護負担の軽減と精神的な支えとなる :不安を抱え込まず、医師・ケアマネ・介護スタッフに相談する。</p>	

6. システム確立チーム報告資料（一部）

- 関係者間の連携体制図
- 私の支援マップ
- 医療・介護連携シート（改訂版）

※医療・介護連携シートのデータは無料配布しております。
ご希望の方は、事務局〔藤井寺市地域包括支援センター〕ま
でご連絡ください。（FDなど必要）

関係者間の連携体制図

ステージ:

在宅時

入院時

退院時

サービス事業者

民生委員・福祉委員

ケアマネ

医療・介護連携シートは、
全員FAX
(担当になった事のお知らせ)

・医療系のサービス利用者
・病状不安定な方
・対応困難な方
については相談

・サービス調整
・退院時、かかりつけ医、
サービス事業者への連絡
・カンファレンス日程調整

医療・介護連携シートをFAX
(担当ケアマネであることのお知らせ・
退院時カンファレンスが必要な人は記入)

情報提供(基本情報)

急変時の対応について
確認(入院先の病院)

退院に向けての調整
・カンファレンスの
開催主催
・退院日の連絡

本人・家族

病院
MSW
病棟看護師
退院調整看護師
医師

ケアプランの提供

かかりつけ医

退院時サマリー
(退院情報提供書)

入院時診療情報

退院時診療情報

処方箋・麻薬使用
時の情報提供

薬剤師

診療情報の提供

歯科医師

歯科衛生士

私の支援マップ

ご家族 ()

(市)

TEL

ケアマネジャー

担当

TEL

かかりつけ医

医師

TEL

かかりつけ医・歯科医

医師

TEL

かかりつけ薬局

TEL

近所の人・友人

名前

TEL

民生委員・福祉委員

名前

TEL

様支援マップ

住所

電話

緊急連絡先

作成日 年 月 日

～私の支援マップ～

藤井寺市 いけ！ネット作成
問合せ先：藤井寺市地域包括支援センター
電話 072-937-2641

医療・介護連携シート

発信日：平成 年 月 日

返信日：平成 年 月 日

ケアマネジャー ⇒ 医師

医院・クリニック

診療所・病院

先生へ

様担当のケアマネジャーです。

1 担当になった事のお知らせです。(返信は結構です。)

2 ご相談したい事があります。

身体状況について 介護サービス利用について ()

担当者会議開催について その他 ()

3 連絡及び報告

※2・3については、()月()日に利用者様の同意を得ている。

居宅介護支援事業所名 _____ 担当者名 _____

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

意見書記入医 _____

医師 ⇒ ケアマネジャー

【連絡方法】 TEL FAX 面談 E-mail

【曜日・時間帯】 ① 診療時間中いつでも可

② 希望曜日と時間帯

月 火 水 木 金 土 の()時頃

【連絡事項】 (ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。)

医院・病院名 _____ 主治医 _____

※お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします。

医療・介護連携シート

発信日：平成 年 月 日
返信日：平成 年 月 日

ケアマネジャー ⇒

歯科・薬局・MSW

様へ

様担当のケアマネジャーです。

1 担当になった事のお知らせです。(返信は結構です。)

2 ご相談したい事があります。

3 連絡及び報告

※2・3については、()月()日に利用者様の同意を得ている。

居宅介護支援事業所名 _____ 担当者名 _____

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

意見書記入医 _____

⇒ ケアマネジャー

【連絡方法】 TEL FAX 面談 E-mail

【曜日・時間帯】 ① いつでも可(営業または診療時間中)

② 希望曜日と時間帯

月 火 水 木 金 土 の()時頃

【連絡事項】 ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。

歯科・薬局・MSW

氏名

※お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします。

7. アンケート集計

●当日参加者数・・・・・・・・・・73名

●回答者数・・・・・・・・・・61名 (N)

●回収率・・・・・・・・・・84%

問1：あなたの主な所属をお聞かせ下さい。

①居宅介護支援事業所	12名	20%
②サービス提供事業所	5名	8%
③診療所	13名	21%
④病院	12名	20%
⑤行政	2名	3%
⑥薬局	5名	8%
⑦地域包括支援センター	7名	11%
⑧その他	4名	7%
無回答	1名	2%
計	61名	100%

問2：あなたの主たる職種をお聞かせ下さい。

①介護支援専門員	18名	29%
②医師	11名	18%
③歯科医師	3名	5%
④薬剤師	5名	8%
⑤介護福祉士（訪問介護員）	2名	3%
⑥看護師	12名	20%
⑦保健師	3名	5%
⑧MSW	5名	8%
⑨社会福祉士	1名	2%
⑩その他	0名	0%
無回答	1名	2%
計	61名	100%

問3：地域医療・福祉・保健に関わる仕事をした経験年数をお聞かせください。

①0年～5年	18名	30%
②6年～10年	10名	16%
③11年～15年	11名	18%
④16年～20年	2名	3%
⑤20年以上	6名	10%
無回答	14名	23%
計	61名	100%

問4：「システム確立チーム」が提案したシステム関係について

①活用できる	49名	80%
②活用できない	8名	13%
③分からない	0名	0%
無回答	4名	7%
計	61名	100%

◆自由記入

○医療・介護連携シートについての意見

- ・直接ご意見を聞いたりなかなかできないので連携シートは利用価値があると思います。(先生もお忙しいのと、敷居が高いと感じるため)【CM】
- ・医療・介護連携シートを積極的に利用して情報交換をしっかりできれば良いと思う。【CM】
- ・医療・介護連携シートはすでに使用しています。連絡内容、記入欄が小さくて、書きづらかったので、大きくなって良かったです。【CM】
- ・FAXの様式が統一されているので分かりやすい。【医師】
- ・サービス事業者(CM、Dr、以外)から、発信できる書式もあればいいと思う。【看護師】

○退院時連携についての意見

- ・退院時のケアマネの働きとして、ケアマネが病態を充分理解し、必要なケアプランを作る為には、過度のストレスがかかるのでは。【医師】
- ・退院時、ケアマネ、家族だけでなく、往診Dr、訪看等取り巻くケアスタッフが出来るだけ集まってカンファレンスしたい。【MSW】
- ・退院に向けて、退院時カンファカンファレンスの適用は誰が決定するのか、考えるのか？ 病院関係者の理解、判断が重要と考える。【看護師】

○関係者間の連携体制図 [もっと、こうしたら・・・]

- ・昨年身内が、ガン末期で在宅となる時、退院前に訪看からもカンファレンスに参加して頂き、家族の支えとなりました。緩和ケアの継続する為にも連携図に入れてはどうでしょうか？【看護師】

○関係者間の連携体制図 [これはよい・・・]

- ・各職種がどのような場面でどのように動かれているかを表をひとめ見て分かるので確認でき良いと思いました。【CM】
- ・連携の状態を表や文字にして現して頂くことでより明確になっており、連携にもれがなく、スムーズに入退院ができると思う。【CM】
- ・意見があったようにケアマネの負担は多いとは思いますが、やはり中心的に活動をお願いしたいも過重にならないようにサポート必要【歯科医師】
- ・各種医療従事者による連携により、要介護者の支援の重要性がよく理解できました。【薬剤師】
- ・尾道方式を検討して藤井寺独自のシステムができているのは、高齢者に対する準備としては、頼もしい感じがした。【薬剤師】
- ・病院の立場からもシステムが確立されると、流れがスムーズになりカンファレンスを実施しやすくなる。受け持ちNS、主治医との連携がよく、病院でも次のステップに移しやすくな

- り、早い段階で方向性が決められるので、積極的に活用していきたい。【看護師】
- ・チームで検討されて、システムを作り上げようとするプロセスそのものが、連携を強めることにつながるだと思いました。【MSW】

問5：「システム確立チーム」が提案した『私の支援マップ』について

①活用できる	52名	85%
②活用できない	1名	2%
③分からない	3名	5%
無回答	5名	8%
計	61名	100%

◆自由記入

○『私の支援マップ』[もっと、こうしたら・・・]

- ・サービス担当者会議で、ある程度記入できるのではないかと思います。一人暮らし、老夫婦2人暮らしの方に、使用したいと思います。【CM】
- ・マップの中心に生年月日を入れてはどうですか？【看護師】

○『私の支援マップ』[緊急時に役にたつ・・・]

- ・マップを利用することで、一目で関係しているチームがわかり、何かあった時にすぐにどこへ連絡していいのかわかるので、スムーズに連携がとれとても良いと思う。【CM】
- ・誰もが見てもわかるので緊急時に役立つと思う【医師】
- ・対応に迷う場合、緊急時等 速やかに連絡がとれる【薬剤師】
- ・誰に連絡すれば良いのかがすぐに解り問題の解決に役立つと思います。【薬剤師】

○『私の支援マップ』[連携・ネットワークに、よい・・・]

- ・対象者にとって分かりやすいだけでなく、支援者が対象者の情報として持つことで、連携を強めることができます【CM】
- ・各支援者が連絡先を共有することでスムーズな情報提供が可能だと思いました。【CM】
- ・訪問歯科診療を実際に行った私の支援マップの必要性を感じました。【歯科医師】
- ・患者の情報が非常に分かりやすいシートだと思います。医療と介護の連携に役立つと思います。【薬剤師】
- ・民生委員、福祉委員を近所の人などのインフォーマル資源が入っているのがよい。歯科医も、薬剤師も入っていて連携の意味が高い【社会福祉士】

○『私の支援マップ』[独居の方により・・・]

- ・独居のご利用者に地域の方々がどの程度関わっているかわかる。【CM】
- ・独居の方に有益と思います。【医師】
- ・独居の方達にも安心できるものだと思います。【MSW】

○『私の支援マップ』 ご本人が安心・・・

- ・多職種の方々のマップは、視覚的にも安心感が得られわかりやすいと思った。【薬剤師】
- ・具体的に明示しておくことで本人の安心につながると思われる。また、関係機関同志がどこに連絡をすればよいかわかりやすい。【保健師】
- ・私の支援マップなどは、独居高齢者の見守り支援として、とても有効であり、使いやすそうに

感じました。【保健師】

- ・支援マップは当事者の方にとっても、支援者にとっても安心活用できる素晴らしいものだと思います。【MSW】

○『私の支援マップ』[その他・・・]

- ・訪問介護事業所で参考にしたい。【訪問介護員（介護福祉士）】
- ・利用者様を中心に支援に関わる職種がひとめで分かりやすく感じました。【訪問介護員（介護福祉士）】
- ・一人暮らしの方に活用できる。数人活用しているが、良い評価を受けている。【看護師】
- ・ひとめでわかる、支援者と連絡先 本心に安心です。ぜひ活用してほしいと思います。【看護師】
- ・ご本人も安心が得られると思いますが、多職種がみんな関わっているという安心感も持てると思いました。【MSW】

問6：「啓発チーム」の報告について

①とても参考になった	33名	54%
②参考になった	21名	34%
③あまり参考にならなかった	1名	2%
無回答	6名	10%
計	61名	100%

◆自由記入

○PRビデオ [楽しみです・・・]

- ・市民へも、知って頂くようなPRビデオの作成も良いことだと感じました。【CM】
- ・市民向けのPRビデオ、絵にする事でわかりやすくなり良いと思う。【CM】
- ・PRビデオ楽しみにしています。【医師】
- ・PRビデオをみたい。【看護師】
- ・PRビデオが楽しみです。【MSW】
- ・大学の学生さんの協力を得ておられるところが、素晴らしいアイデアだと思います。【MSW】
- ・とても内容の濃い発表でした。PRビデオを楽しみにしています。【MSW】

○啓発や情報発信について

- ・この啓発が本人や家族にも伝われば良いと思いました。【CM】
- ・他の職種の方がどんな事をされているのか、取り組み等わからないことが多く、又話し合う機会も少ないので、このような「啓発チーム」で情報を発信して頂ければありがたいです。【CM】
- ・PRビデオをどのような場で利用して市民に伝えるかは色々考える必要があると思う。【CM】
- ・各々の専門職がどこまで通じるか実質は違うかもと思って現場に直接携わる人との温度差があるかもしれない。伝えたいことアピールしたいことはよく分かった。【薬剤師】
- ・社会で要介護者を見守る重要性がよく解りました。【薬剤師】
- ・介護が必要となった、介護が新規申請の方への支援を迅速に考慮していきたい。【MSW】
- ・啓発により、様々な方の協力を得ることができると思います。【保健師】

～事例検討会について～

問7：自身の職種の役割について、認識が異なっていると思うところがありましたか

①認識が異なっていた	4名	7%
②ほぼ同じ認識だと思った	51名	83%
③わからない	3名	5%
無回答	3名	5%
計	61名	100%

◆自由記入

- ・専門分野、特に麻薬に関しては非常に情報も乏しいため、薬剤師との情報共有も必要と感じた。

【CM】

- ・自分自身の考え方が浅かったことに気づかされた。【CM】
- ・職種が違い考えも違い、違いがあって当たりまえ。それを話し合い出来る事が良い事だと思います。【医師】
- ・この事例に対する医師の意見は非常に説得力があり納得出来た。薬剤師の在宅医療に対する認識は、皮相的であると感じた。もっと数多く深く、関わり認識を深めたい。【薬剤師】
- ・事例については、ヘルパーとしての対応がむづかしいと感じている。【訪問介護員（介護福祉士）】
- ・グループワークの初めには、職種の名前がでず、期待が薄い感じがしましたがグループワークの最後の方にはすごく期待されている感じがしました。【MSW】
- ・病院のことはすべてMSWにと思われていることがびっくりしました【MSW】
- ・問7、問8については、事例検討の時間が短かったので“分からない”としましたが、他職種の方と検討できたこと、特に開業医の先生と意見交換できたことが、とても良かったです。【MSW】

問8：他の職種の役割について、自身の認識が異なっていると思うところがありましたか

①認識が異なっていた	9名	15%
②ほぼ同じ認識だと思った	37名	60%
③わからない	6名	10%
④その他	5名	8%
無回答	4名	7%
計	61名	100%

◆自由記入

- ・麻薬について、飲めば悪くなるというイメージが強い為、ほとんどの方で管理が不十分になるとの事であり、認識が異なっていた。【CM】
- ・知らない職種の役割や問題事も聞けて、普段耳に入っていないようなことが聞けて良かったです。【CM】
- ・医療（薬の管理や使用など）面で、知らなかった情報があり、とても分かりやすく、説明が聞けて良かった。【CM】

- ・MSWが、退院前に家族の意見の統一や、在宅療養の継続の可能性を見極め、役割を担われているところが、知らなかった部分である。【CM】
- ・ケアマネはもっと自分の役割を十二分にチャレンジしてほしい。【医師】
- ・職種が違い考えも違い、違いがあつて当たりまえ。それを話し合い出来る事が良い事だと思います。【医師】
- ・MSWとケアマネの職種の役割を認識不足を実感しました。また、重要性を認識しました。【歯科医師】
- ・今までMSWの方の具体的な内容を知らなかったが、とても大切な役割をになって居られる事を知りました。【薬剤師】
- ・MSWの重要性（重症例ほど）【薬剤師】
- ・CMについて：ターミナルという事で、本人家人の思いの聴取を主にとということだったが、思いの聴取やそのアンケートは、Dr、訪問看護を含めたチームで行い、特殊にCMががんばる事はない。それよりも、福祉用具やヘルパー導入、通院方法のプランニング、食事の調達など、展開の早さ、調整すべき種類の多さについていけるよう適切な時期に提供できるような事前の他機関への根回しなどが頑張ってほしい。【看護師】
- ・どんな事が出来るのか、役割について新しい発見があつた。【保健師】
- ・具体的な事例をもとにディスカッションできて、他職種がどのような思いで関わっているのかが分かった。※まだ現職での経験が少なく、自身の認識としては、「3」としました【保健師】
- ・歯科医師・歯科衛生士の役割期待ができる【MSW】
- ・異なっていることはなかったが、もっと役割について知って深めれる所は、深めていくべきと思いました。【MSW】

問9：次回、このような勉強会を実施した場合、出席したいと思いませんか

①はい	40名	66%
②いいえ	2名	3%
無回答	19名	31%
計	61名	100%

～多くの職種の方にご参加いただきました～

●自由記入欄

(本日の勉強会に対してのご意見、『いけ！ネット』に対するご意見等自由にご記入ください。)

○ケアマネジャー

- ・いけ！ネットメンバーの皆様、大変お疲れ様でした。本日はとても有意義で又貴重な時間が持てました。ありがとうございます。顔の見える関係って良いですね！
- ・医療ニーズの高い利用者さんの退院時、ケアマネの荷が重くなりすぎではないか？との意見を聞いて少し気持ちが楽になりました。
- ・色々な職種の方と意見交換ができてためになることがたくさんあった。
- ・今日の研修会は地域の医師や病院の看護師の参加が多く、それぞれの立場の知識などを知ることができ、とても勉強になった。
- ・地域の連携が利用者が在宅での生活を支えて行くうえで、大切なので、今後も続けてもらいたい。
- ・とても勉強になりましたが、グループワークは苦手です。グループワークをしなくてよいような研修なら出席したいです。
- ・多くの職種の方の参加により深みのある話し合いが出来ました。この様な会をする事は、とてもたいへんだったと思います。参加させていただきありがとうございます。
- ・他職種の方と1つの事例を通してじっくり討議できた機会が与えられことを感謝しています。もう少し他職種の方の意見を伺う時間があればと思いました。本日の事例で医療の専門知識の少ないケアマネのサポート的な研修があれば良いと思いました。知識面の不足を痛感しました。
- ・職種別の役割を、再認識できてよかったですと思います。
- ・グループが良かったので、話し易かったです。Dr との交流はこれからもあるといいかなと思います。
- ・多くの人が参加できてよかったですと思います。

○医師

- ・ますますのご発展を期待しています。
- ・勉強になりました。それぞれの役割について理解が深まりました。
- ・今後の在宅訪問に活かせる会でありました。
- ・3回目となり、打ちとけた雰囲気はできてきたように思います。
- ・ケアマネの役割は重要であるが、病院にとってはMSWの役割が極めて重要
- ・地域医療に従事したばかりで、介護医療等勉強中ですが、他職種の方と一つの事例に対し問題点等を議論することができ、有意義な時間を持てました。ありがとうございます。
- ・すばらしい集いに大変参考になりました。

○歯科医師

- ・少子高齢化時代になり、独居老人の孤独死が問題になってくるかと思われます。介護サービス等を受けていない方で、ネットワークにのって来ない方の問題解決を図って行きたいと思います。
- ・本来の目的からは？かもしれませんが、多くの意見を聞くことができ良かったと思いました。

○薬剤師

- ・在宅介護において、各医療従事者と介護スタッフとの密な連携（できればチーム）がいかに重要であるかということがよく理解できました。
- ・事例検討会は、ワークショップの様に役割があつて、制限時間内に多職種の方が意見を出し合せて、本当に有意義だった。種々のグループ発表では、的確な意見や考えさせられる意見もあつてなかなかおもしろかった。また参加してみたいと思った。
- ・医療・介護連携シートを活用し、うまく歯車が廻る事で、より質の高い、介護、在宅生活が送れる事だと思います。介護者の方のケアも非常に大切だとも思います。みんなの意識を高めることにより充実した介護生活を送れる事と思います。
- ・ケアマネ、MSW さんの話と医師、看護師側の意見が強調し、特に違和感がなかった。司会の方のフォローがものすごく良くて、まんべんなく意見を引き出しておられ、感銘を受けた。

○介護福祉士（訪問介護員）

- ・先生の意見を、現在、このような事例に対してのお話が聞くことが出来良かったと感じている
- ・本日は参加させて頂きありがとうございました。いろんな事例に当たってもチームとして連携をとっていけるよう、今後も勉強していきたいと考えます。連携はとても重要ですが実際に取っていく難しさも感じました。利用者様に対し自分のなすべき事を再確認していきたいです。

○看護師

- ・白井教授の話が良かったです。開催日時も良かったです。
- ・他職種との方と話をする機会がもらえて良かった。
- ・今後もこのような機会を与えてほしいと思います
- ・他の職種の方の意見がよく分かってうれしかったです。ケアマネさんの大変さもよくわかり、ぜひ、支えさせていただきたいと思います。ガンバリ過ぎず、他の職種になげかけて下さい。一緒に利用者さんを支え援助していきたいです。◎勉強会、次回も楽しみにしています。
- ・事例検討時、記入の仕方が分かりにくかった
- ・他の専門職の方の話や意見を聞けてとても有意義な時間を過ごせました。
- ・Dr と話が出来たのがとてもよかった。このような壁をとっばらって話せる機会がほしい！！！！ どの職種の人も、個人の価値観は異なり、思いもさまざまとする。それを知る場は、とても大切で個人のひきだしをふやす作業を今後もイケ！ネットですすめていってほしい！！！！
- ・今回の事例検討のように、医療ニーズの高い人のケアマネジメントは、医療優先になることや、今後の見通しを建てなければいけないことなど、ケアマネの負担が大きく今回にもいわれているように、このような連携をとることの大切さを日々痛感しています。このような会で同じ気持ちをいろいろな職種の人々がもてるようになることこそ、大切だと思います。本日はありがとうございます。
- ・ケアマネジャーさんに対する負担は確かに大きいと思いました。病院から在宅への移行の際は、病院の MSW だけでなく退院を調整する N s も関わっていくことも大切だと考えました。歯車・連携・大切だと思います。色んな人々が支えると、もっと良い環境が整えられるのではないかと考えました。
- ・大変良い会でした。ケアマネジャーの支援は結果、利用者のためになる事なので、他職種、他団

体とこのような連携の会を通じて、ケアマネジャー支援をしてもらえるような機会をつくって欲しい（機会をつくりつづけて欲しい）

○保健師

- ・医療・福祉・保健に関わる多職種が多く集まるため、顔の見える関係が出来る機会だと思った。
- ・事例を通して各種の役割を知ることができ良かったです。班分けが本当に多職種であるため、それぞれの役割を知ることができ勉強になりました。

○MSW

- ・各チームがとても実のある活動をされているのに驚きました。とても充実している内容に、他市のMSWとして学ぶことが多かったです。普段、特に連携がとりにくいと感じている開業医の先生が多数出席されていたこともとても良かったです。事例検討の時間がもっと長ければ良いのではないかと思います。
- ・市民に理解していただくためにもっと宣伝してください。
- ・多職種の方が出席されており、色々な意見が聞けてすごく勉強になりました。
- ・グループワークの職種の配置がとてもよかったと思います。それぞれ、専門の役割がありますが、役割は役割として区別しておきながら、知識はかぎりなく持つておくことが支援者として必要と思いました。
- ・歯科や薬剤師など、主だった専門職が全て集まり、ネットワークを作っていこうという気持ちが分かり、すごく良かったです。

8. いけ！ネット勉強会実行委員

～ 一言メッセージ ～

介護保険が始まって10年、医療と介護の連携が必要と以前から言われてきましたが、なんとなく医療職との係わりに敷居が高く感じていました。皆さんの意見を聞き、ケアマネとして同じ不安を抱えながら業務に係わっているという安心と、多職種とのネットワークの必要性を再確認出来ました。全てのケースの医療と介護の連携が必要ではあるが、まず、医療ニーズの高い・認知症で対応が困難等の利用者に対し、実践での取り組みをしていきたいと思います。連携の強化が高齢者を支える社会資源として、取り組まれ、藤井寺市の医療と介護の連携はすごいと思われるよう皆さんとがんばっていききたいと思います。

黒崎 喜之（介護支援専門員）

多忙な医療従事者や介護従事者が月に一度集う。会長や事務局の牽引力なしにはありえないことです。その中に歯科医師という職種で参加させていただき参加者のモチベーションの高さ、多職種連携を本気で考え利用者のための連携を実現しようと言う気持ちや行動を母集団たる歯科医師の会員に伝える方法論に困惑しているのが現状です。まず自分の所属する集団をいけ！ネットに参加しているメンバーの意識に近づけることが第一目標です。

北島 信彦（歯科医師）

医療とケアマネジャーの連携については、その必要性が感じられていても、なかなか取り組めていないのが現状です。そんな中、いけ！ネット活動を通じて、医師とケアマネジャーが合同で会議をしたり研修会を行なうことで、少しずつ距離が近くに感じられるようになってきているように思います。また、連携の為のシステム作りを行なうことで、より一層、連携の強化を促していきたいと思っています。

木島 真也（介護支援専門員）

最初は、いけ！ネットの話し合いに参加するだけでドキドキして何も言えませんでした。今は、メンバーの皆さんとの話し合いを重ねた事で参加するのが楽しくなっています。連携していく為には各自が一步踏み出すことが大事だと感じています。

ここでの輪を広げていけるように今後も頑張ります！！

森 弘美（介護支援専門員）

介護保険法とともにケアマネジャーという職種が誕生して10年。この間ケアマネジャーの皆様はこれまでに経験の無い「保険給付の必要性・妥当性を明確にしつつ、介護サービスを円滑に導入し、利用者の自立を支援する」という困難な業務に当たってこられました。

今後、より重要性が増す多職種連携では、「自分の職種の役割は何か」が問われますが、行政もその役割を再認識し連携の中で役割を果たしたいと思います。

清水 哲夫（高齢介護課）

職種も違うし、職場も違う。違うことだらけなのに、違って当たり前なのに、気がつけばひとつになっている。団結できている。これはスゴイこと。このスゴイことを多くの人に実感してもらい日常業務で反映すること、このスゴイことが普通になることが私の目指すところです。

前原 由幸（社会福祉士）

『医療との連携』ということで相談した一人の医師の声掛けから始まり、いけ！ネットが設立。それぞれの専門職が同じ目標に向かって話し合い、一つの目的を達成する事ができ嬉しい気持ちで一杯でした。また、事例検討会では、多職種の方々が、利用者様の事を考え、真剣に意見を交わされている光景に本当に感動でした。今後も、現実的に業務に活かせる藤井寺方式様の連携体制ができる事を願い、関係者と一緒に頑張っていきたいと思っています。

川村 恵子（主任介護支援専門員）

交流会や勉強会など大きな催し物をするたびに、皆さんが自分ができることは何でもするよと言って下さり、机を並べたり資料を配布したりとメンバー全員で協力しています。ごく自然に冗談を言いながら作業ができるそんな関係性が、毎月の会議やこうした手作りの催し物を協働することで培われていくのだという事が実感できた嬉しい勉強会になりました。感謝いたします。連携も少しずつの積み重ねのなかで育てたいと思います。

東瀬戸 久子（主任介護支援専門員）

連携とは、利用者・家族が安全・快適に過ごすために、自分は利用者・他職種に対して何が出来るのかを考えることから始まると思います。そのためには、他職種の役割を知り、協働する姿勢が大切だと思います。そのきっかけ作りとして、今回の勉強会を通して他職種同士で意見交換が出来たことは、協働への大きな一歩であると実感しました。サービスを利用する側も提供する側も後押しできる会として、さらに進化し、在宅生活の快適を皆さんと一緒に追求していきたいと思っています。

中村 浩美（訪問看護師）

9.いけ！ネット メンバー

	役職	氏名	職種	備考
1	会長	● 数尾 展	医師	事例検討チーム
2		園部 鳴海	医師	システム確立チーム
3		兵埜 芳夫	歯科医師	システム確立チーム
4	副会長	● 北島 信彦	歯科医師	啓発チーム
5		福永 敬三	薬剤師	啓発チーム
6		武村 稔	薬剤師	事例検討チーム
7		山本 宏一	薬剤師	システム確立チーム
8		山木 壽江	MSW	啓発チーム
9		市川 幸世	MSW	事例検討チーム
10		尾古貴 智実	看護師	事例検討チーム
11		吉田 久美	看護師	システム確立チーム
12		● 中村 浩美	看護師	啓発チーム
13	副会長	● 木島 真也	介護支援専門員	システム確立チーム
14		● 黒崎 喜之	介護支援専門員	事例検討チーム
15		河相 淳	介護支援専門員	システム確立チーム
16		● 森 弘美	介護支援専門員	事例検討チーム
17		● 清水 哲夫	高齢介護課	システム確立チーム
18		脇 裕子	コミュニティーソーシャルワーカー(福祉課)	啓発チーム
19		増井 香名子	社会福祉士(保健所)	システム確立チーム
20		濱田 有加里	保健師(保健所)	啓発チーム
21		乾 倫子	保健師(健康課)	
22		辻 温子	歯科衛生士(健康課)	
23	事務局	● 前原 由幸	社会福祉士	啓発チーム
24		● 川村 恵子	主任介護支援専門員	システム確立チーム
25		● 東瀬戸 久子	主任介護支援専門員	事例検討チーム
26		田中 光子	介護支援専門員	啓発チーム

●は、いけ！ネット勉強会実行委員

【 発行元 】

医療・ケアマネネットワーク連絡会（いけ！ネット）

事務局：藤井寺市地域包括支援センター

〒583-0035 藤井寺市北岡1-2-8

電話 072-937-2641

FAX 072-937-2643