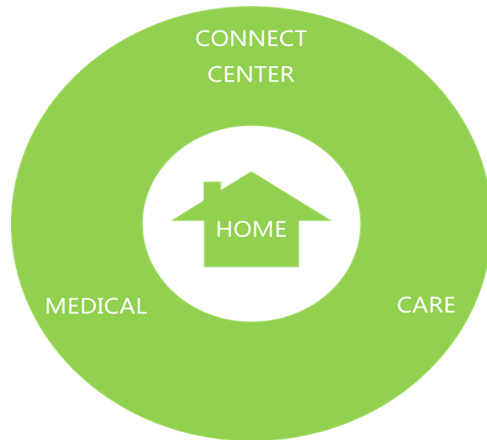


令和4年9月27日つくば市「医療職とケアマネジャーとの意見交換会」

職種間連携とコミュニケーション ～多職種協働の実現に向けて～



西東京市在宅療養連携支援センター「にしのわ」

センター長 看護師 古澤香織

在宅療養連携支援センター 「にしのわ」について

在宅療養連携支援センター「にしのわ」

センター長：古澤香織（看護師）

- ・ 一般企業就職後に看護師免許取得
- ・ 田無病院（ミックスケア病院）にて病棟・外来・訪問看護を経験
- ・ 2017年10月西東京市在宅療養連携支援センター「にしのわ」に就任
- ・ 2020年8月よりセンター長となる



主任ケアマネジャーの相棒と、医療介護連携を
しながら日々奮闘中🌸

在宅医療・介護連携推進事業とは？

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等との関係者との協働・連携を推進することを目的とする。

医療だけ、介護だけでは在宅療養者を支えることはできない
切れ目のない協働・連携体制の構築が課題

→新事業：**在宅医療・介護連携推進事業**

<現行>

介護保険制度

<見直し後>

【財源構成】

- 国 25%
- 都道府県 12.5%
- 市町村 12.5%
- 1号保険料 21%
- 2号保険料 29%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は介護予防・日常生活支援総合事業

- 二次予防事業
 - 一次予防事業
- 介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

地域支援事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
- ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

充実

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1~2、それ以外の者)

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス(配食等)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)
- **在宅医療・介護連携の推進**
- **認知症施策の推進**
(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
- **生活支援サービスの体制整備**
(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

地域支援事業

在宅医療・介護連携推進事業(地域支援事業)

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業(平成23・24年度)、在宅医療推進事業(平成25年度～)により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として(ア)～(ク)の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等(地域の中核的医療機関や他の団体を含む)に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(キ) 地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(カ) 医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

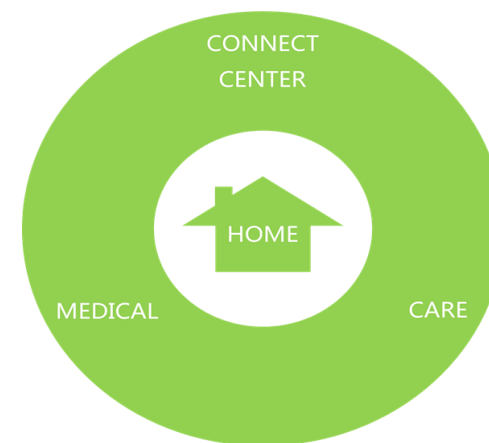
「在宅療養支援窓口」とは

「在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口」

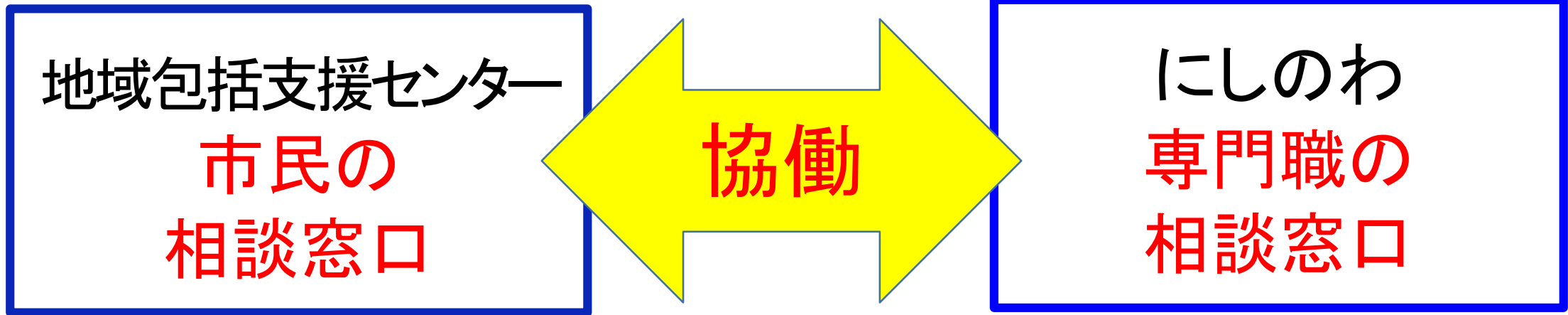
相談窓口を設置することにより、地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援する。



西東京市在宅療養連携支援センター
愛称:「にしのわ」



相談窓口 役割のすみわけ



	市民	ケアマネジャー	医療・介護関係者
地域包括支援センター	◎	○	△
にしのわ	△	◎	○

市民を支える ケアチーム



かかりつけ
医師・歯科医師



ケアマネジャー



薬局・薬剤師



利用者
(市民)



介護関係者



訪問看護・リハビリ



地域包括支援センター



病院

お互いに
連携



施設



在宅療養を支える各分野間の連携を支援して、スムーズにサービスを提供できるように調整

在宅療養連携支援センター にしのわ

西東京市の窓口「にしのわ」の機能

①専門職からの相談を解決する機能

個別の相談事例に対しては、一緒に考え、ときに一緒に動きながら解決策を検討する

②相談から見える医療・介護連携の課題を抽出する機能

課題を抽出しながら、どこに課題を発信していくかを検討する

**抽出した課題は
行政や各職能団体と一緒に検討する**

西東京市地域包括ケアシステム推進協議会

総勢
66名

◎方針・各部会の検討事項についての意見・同意・決定
◎各関係機関との調整と周知

市民との協働啓発部会	連携のしくみづくり部会	病院・在宅連携部会	看取り支援部会	認知症支援部会
<p>◎住民への意識啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養・終末期・看取りの理解の促進 ・介護予防・寝たきり予防の重要性と意識改革 ・市民が参画する普及啓発のしかた 	<p>◎お互いを尊重し合い専門性を発揮しあえる関係づくりの検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習・研修のしくみづくり ・研修会・事例検討会・交流会の開催など <p>◎情報の共有・連絡方法のツールの検討</p>	<p>◎病院と在宅医療・介護に係る機関の連携に関する検討</p> <p>◎入退院連携の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養後方支援病床確保事業の検証 	<p>◎施設・在宅における看取り体制の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設看取り体制構築支援 ・医療ニーズに対応できる介護事業者への教育支援体制など 	<p>◎認知症施策の総合的な検討</p>
<p>市民 歯科医師 ケアマネジャー 柔道整復師 社会福祉協議会 地域包括 看護職 訪問看護師 行政職員</p>	<p>病院医師 在宅医師 歯科医師 薬剤師 訪問看護師 理学療法士 病院MSW 大学教授 ケアマネジャー 訪問介護 地域包括 行政職員</p>	<p>在宅医師 地域包括 看護職 ケアマネジャー 訪問看護師 病院MSW 病院看護師 行政職員</p>	<p>地域包括 看護職 病院医師 在宅医師 老健医師 ケアマネジャー 訪問看護師 グループホーム施設長 特養職員 薬剤師 行政職員</p>	<p>ケアマネジャー 病院医師 病院PSW 認知症実践リーダー 在宅医師 訪問看護師 歯科医師 薬剤師 地域包括 認知症支援推進員 グループホーム職員 行政職員</p>

取り組みの成果

- 人生ノートの作成→市民や専門職からの普及体制の構築
- 多職種研修・リーダー研修・病院在宅研修の実施
- 介護施設における看取り支援の研修
- 入退院ガイドラインの作成

にしのわの相談ケースの課題から部会検討を経て様々な成果が！

「にしのわ」にはこんな相談が...

- 往診してくれる婦人科を探したい →なぜ？
- ガン末期で緊急入院可能な病院はあるか →なぜ？
- 嚥下機能の評価をしてくれる病院を知りたい？ →なぜ？
- 認知症対応が上手な歯科を探したい →なぜ？
- 退院後ADLの低下した利用者の療養先はないか →なぜ？
- コロナ陽性の利用者に対応可能な訪問看護STは →なぜ？

相談の奥に連携を困難にさせている要因が!?

相談対応：失敗例

【往診してくれる婦人科を探したい】

にしのわの回答

「〇〇医院と〇〇クリニックが対応可能かもしれませんが。
まずはかかりつけ医に相談してください。」



情報を渡しているだけ

なぜかかりつけ医に相談していないのか。なぜ婦人科の往診
が必要なのか。**一緒に考え、整理する事が必要**

相談対応：成功例

【コロナ陽性利用者に対応可能な訪問看護ステーションは？】

- 病状・身体状況・生活状況・家族支援の有無等、支援チームとの関わりを聴取。
- かかりつけ医に相談できる関係性を確認。コロナ禍で必要最低限のケアを一緒に考え、家族等に依頼する事と訪問看護に依頼するケア内容を整理。
- にしのわから訪問看護ステーションに依頼。対応可能な回答をケアマネジャーに返答し、かかりつけ医に特別指示書の記載を依頼するよう助言。→**コロナ陽性期間を乗り切った！**

相談を解決するために

①情報の整理(特に医療情報)

➡これだけで解決することもある

②客観的・多角的な視野

➡連携の課題を多方面から客観的にとらえる

③相手の立場を理解した対応

➡対応方法を一緒に考え、効果的な伝え方を考える



コーディネーターとして大切にしていること

- なぜ？を意識にしながら丁寧に話を聞くこと
- 相談しやすい雰囲気をつくること
- わからないことはすぐ調べること
- 協力者をたくさんつくること(自分だけで解決しようと思わない)
- コーディネーターとしての立ち居振る舞い(笑顔、笑声も)
- 相手の立場を理解した伝え方・訴え方

多職種協働のためのヒントが！

多職種連携・協働とは

連携・協働とは？

・連携とは？

「互いに連絡を取り、協力して物事を行うこと」

・多職種連携とは？

「多職種で互いに連絡を取り、協力して物事を行う事」

・多職種協働とは？

「異なる専門性を持った職種が集まり、共有した目標に向けてともに働くこと」

IPW

IPW (Interprofessional work)とは

「**保険(行政)・医療・福祉の複数領域の専門職が活躍する臨床現場や地域において、それぞれの技術と役割を基に、共通の目標を目指す連携協働**」→**医療中心から複数領域の協働へ変化**

IPE (Interprofessional education)とは

「**複数領域の専門職が連携・協働し、ケアの質を改善するため同じ場所で共に学び、またお互いから学びあうこと**」

それぞれの専門性

- ・ケアマネジャーとは(日本介護支援専門員協会より)

「要介護者等の相談に応じ、その心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるように、市区町村、サービス事業者等との連絡調整を行う者であって、要介護者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門知識および技術を有するもの」



わかりやすく言えば

「介護認定を受け、介護保険サービス等を利用する方などからの相談に応じ、利用者の希望や心身の状態を考慮して、在宅や施設での適切なサービスが受けられるように、ケアプランを立案したり、関係機関との連絡調整を行うことが主な行務」

・看護師とは(保険師助産師看護師法より)
「傷病者や妊産婦の療養上の世話をしたり、
診察の補助を行うことを業とするもの」



・訪問看護とは(日本訪問看護財団より)

「主治医と密に連携し、心身の状態に応じた看護を行う。身体的・精神的な看護はもとより、入退院(入所・退所)についての相談、必要に応じた在宅ケアサービスの紹介、関連機関との連携などにより、利用者様のご希望に沿った療養生活を叶えるための様々な支援や調整を行う」

- ・ 薬剤師とは(薬剤師法より)

「薬剤師は、調剤・医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」



- ・ かかりつけ薬剤師の機能(日本薬剤師会)

「①ひとりの薬剤師が1人の患者さんの服薬状況を一カ所の薬局でまとめて管理し、かつ、それを継続して行う機能 ②24時間対応を行ったり、患者さんの自宅にお伺いし、在宅医療を行う機能 ③処方医や医療機関と連携する機能」

多職種協働: その1

【在宅患者内服変更の例】

内服薬(種類・回数)が変更になった軽度認知症の患者さん

1日2回から3回に変更になったけど、ちゃんと飲めるかな？ 副作用は出ないかな？



→最大限の治療効果を発揮するために、皆さんができることは？
多職種でできることは何でしょうか？

娘が薬局に付き添ってくれる→家族にしっかり指導
老老夫婦→？ 1人暮らし→？？

本人のバックグラウンドを知り薬剤師として適切な指導
→**専門性の発揮**

協力者は？

担当ケアマネジャーは？ 利用している介護サービスは？

薬剤変更の情報を共有・内服可能な方法を多職種で検討
→**多職種協働**

どんな相談・依頼をしますか？



「薬が変更になったので、ちゃんと飲めてるか確認
お願いします。」

誰がやるの？ケアマネジャー？
勝手に決められても困るな...



①目標

「内服薬の用法・容量を守ることで認知症悪化を防ぎ、日常生活を維持する」

②専門性から目標を達成するための支援を考える

- ・薬剤師→薬剤の情報・来所時の様子を共有
- ・訪問看護師→内服状況・身体的変化の有無・副作用出現の有無
- ・ケアマネジャー→モニタリングで状況確認・担当者会議等で目標を揃える・必要時は他サービスの検討

③相談し合える関係性作り:コミュニケーション!

- ・顔・声のわかる関係を作っておく

「薬剤師の〇〇です。〇〇様のかかりつけ薬局(薬剤師)となっています。時々心配な言動があるので、もし何かあれば共有させていただきたいと思っています。今後ともよろしく願いいたします。」



次のアクションがちがってくる!

しやすくなる!

【相棒（主任ケアマネジャー）に聞いた！】

ケアマネジャーとしてどんな相談をされたい？

「内服に変更がありました。本人に説明しましたが、理解力が今一つのように感じました。回数が増えているので不安があります。」

「3回の内服が安定するまで、見守り等の支援が必要になるかもしれないと感じましたが、いかがでしょうか？」

専門職としてのアセスメント、情報共有をしてほしい。

本人の生活状況を把握している人に確認し、支援の方法を相談してほしい。

コミュニケーション

・コミュニケーションとは？

感情や意思、情報を受け取りあう事、伝えあう事

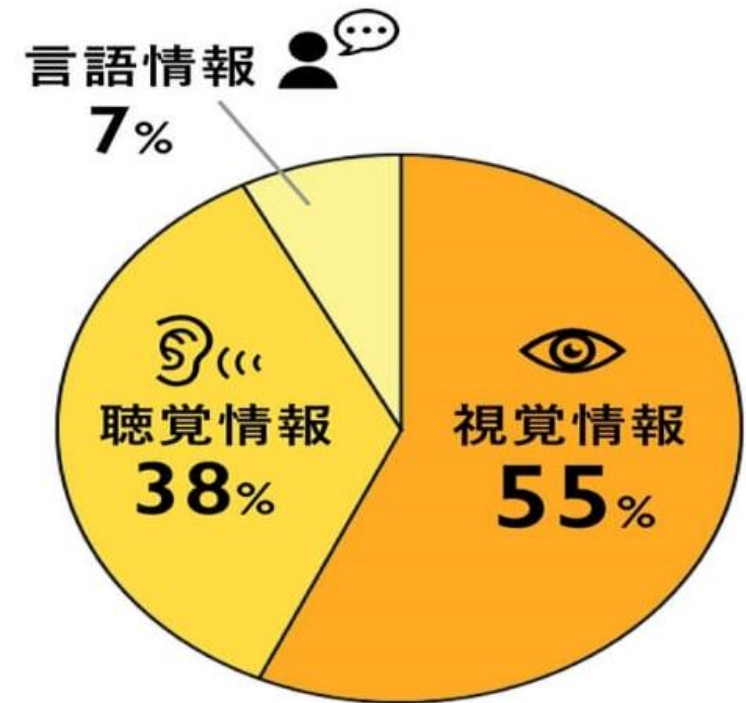
①言語的コミュニケーション

②非言語的コミュニケーション

(態度・姿勢・表情・声のトーン・

話す速度・ジェスチャー・視線など)

※言葉以上に大きな役割



- コミュニケーションは受け取る側の反応で決まる！

「〇〇って伝えたのに・・・」

「この前言っておいたのに、まだやってくれてない・・・」

自分が伝えたことが、正しく伝わっているとは限らない

何を伝えたかではなく、どのように伝わったか ← **ここが大事**

伝わるための工夫していますか？

多職種協働: その2

【新型コロナウイルス陽性になった高齢独居者の例】

第7で波入院できない！
訪問診療はコロナ患者の訪問はしない！
訪問看護は週1回しか入れない！
結局訪問介護が週6回入って支援していた！



訪問看護から毎日「大丈夫？」と電話が...
毎日聞かれても、何が大丈夫なのかわからない。
「数値しか答えられないです！」と答えてしまった。

「関係性が悪くなってしまった...どうすればよかったのだろう...」

相手の立場を考えてみよう！

・ 訪問介護・ケアマネジャー→個の支援を考える
「目の前のこの人が困ってしまうから支援を続けよう！」

・ 訪問診療・訪問看護→大勢の利益を考える
「自分たちが感染したら、多くの患者が困ってしまう。軽症なら
介護職で支援をお願いしたい」



**見ている景色が違う。大切にしているものが違う。
→お互いの違い・立場を理解する**

①目標

「コロナ軽症患者の生活を支える。重症化を早期に発見し医療につなげる」

②専門性から目標を達成するための支援を考える

医療職が週に1回という状況

コロナの状態悪化時に訪問介護だけでは対応できない

- ・ 訪問看護師→状態悪化時の徴候を具体的に示す
兆候が出た際の対応方法を伝える
- ・ ケアマネジャー→緊急時の相談・連絡体制を予め整備しておく



③伝え方:コミュニケーション!

・看護師→訪問介護・ケアマネジャーへ

「感染対策でわからないところはないですか？」

「軽症者と判断したので、より重症度の高い利用者のケアに重点を置かせてもらいますが、何かあればすぐに訪問できるようにします。呼吸が苦しい。サチュレーションが95%より下がった。水分がいつもの半分より飲めなくなったら、すぐに電話してください」

介護士が感染対応しなければならない大変さを理解する

医療職として判断できるような具体的な兆候をわかりやすく伝える

困った時は一緒に動く!という姿勢を見せる

・ケアマネジャー→訪問看護へ

「病状悪化時の具体的な症状を教えてください。どんなことに注意すればいいですか？」

「どのように対応すればいいか不安があります。何かあれば相談にのってくださいますか？至急の場合は、訪問介護から直接相談してもいいですか？」

・ケアマネジャー→訪問介護へ

「訪問看護さんから、〇〇の時はすぐに連絡するようにと言われています。急ぎの場合は、直接看護師さんに相談して大丈夫です。」

「大変な依頼で申し訳ないです。困った時はいつでも言ってください。」

相手をねぎらう。チームとして一緒に動くという姿勢！

**多職種協働で求められるもの
とは：まとめ**

求められるていること

①専門性の発揮

最大限の専門性を発揮できる専門職になろう！

②相手の立場を理解する姿勢

教育課程・働く環境・大切にしているもの・見ている景など
様々な違いを持った相手の立場を理解しよう！

③コミュニケーション能力

相手のわかる言葉で！わかるように伝える！：①②を理解し、
同じ仲間としてリスペクトしていれば伝え方は変わる！

多問題ケース増加中

- ①72歳女性 重度認知症・介護保険料滞納
- ②50歳男性 65歳未満 ドクターショッピング
- ③84歳男性 市外在住 生保受給者
- ④43歳女性 知的障害・精神障害、人工透析
- ⑤16歳男性 意思疎通困難、家族ケア
- ⑥74歳男性 医療機関に未払い多数、人工透析開始

制度や担当部署・支援者の枠組みが違う複雑な多問題ケース
→IPWが必要な時代！

まとめ

- ・ 専門職として、専門性を確立しよう！
- ・ 相手の専門性・立場を理解しよう！
- ・ 大変な時代だからこそ、みんなの力を借りよう！
- ・ 上手にコミュニケーションをとり、相談・依頼のできる人になろう！

それぞれの専門性を発揮しながら、チームとして支え合って助け合える多職種連携・協働のできる人材に！