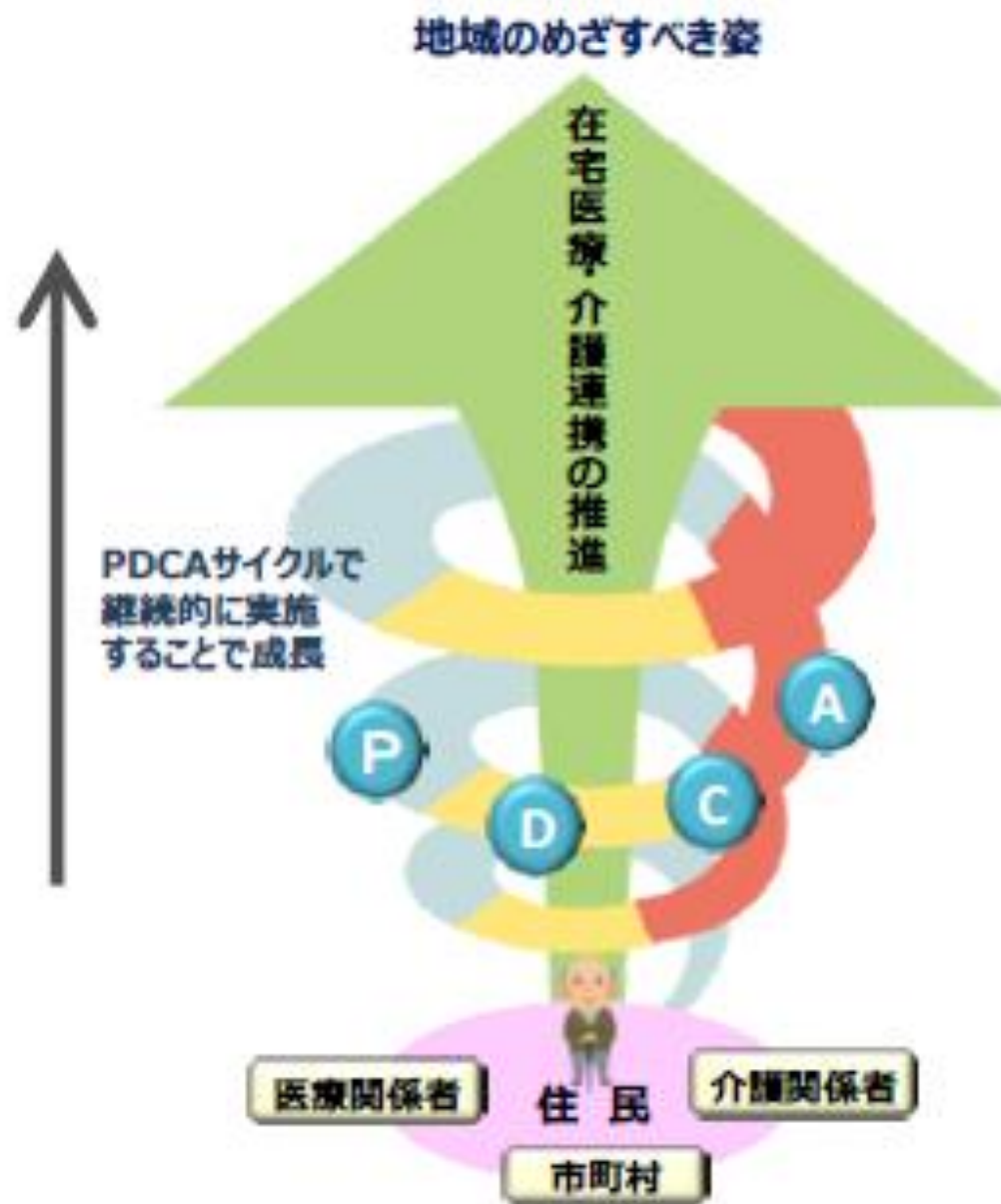


令和2年度 多職種連携のための 意見交換会

— 多職種連携に必要なエチケット —

令和3年（2021年）1月29日（金）

在宅医療・介護 連携推進事業



つくば市の医療と介護のありたい姿

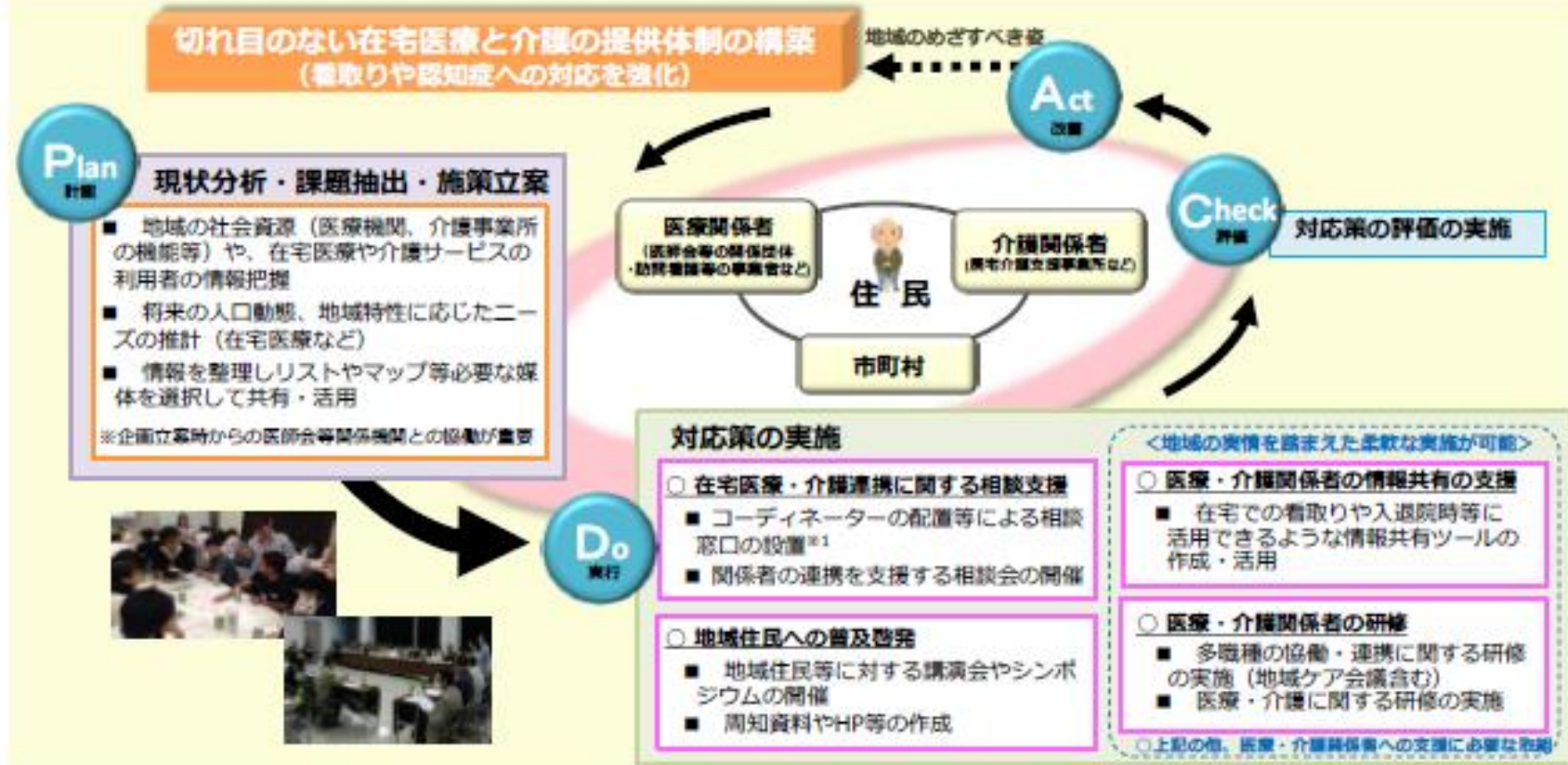
- ありたい姿1 希望の最期を共に考える
- ありたい姿2 本人を第一に考えた多職種連携
- ありたい姿3 専門職のスキルアップとやりがい
- ありたい姿4 認知症になっても安心して暮らせる地域
- ありたい姿5 多様な生活の場の提供
- ありたい姿6 相互に支えあう生活支援・介護予防
- ありたい姿7 誰一人取り残さない

PDCAサイクルとは＝課題改善に向けた継続的取組



参考：（令和2年9月8日）在宅医療介護連携推進事業に向けた研修会資料
「事業マネジメントの基本的考え方と進め方」

地域包括ケアシステムの実現に向けた第8期介護保険事業計画期間からの在宅医療・介護連携推進事業の在り方

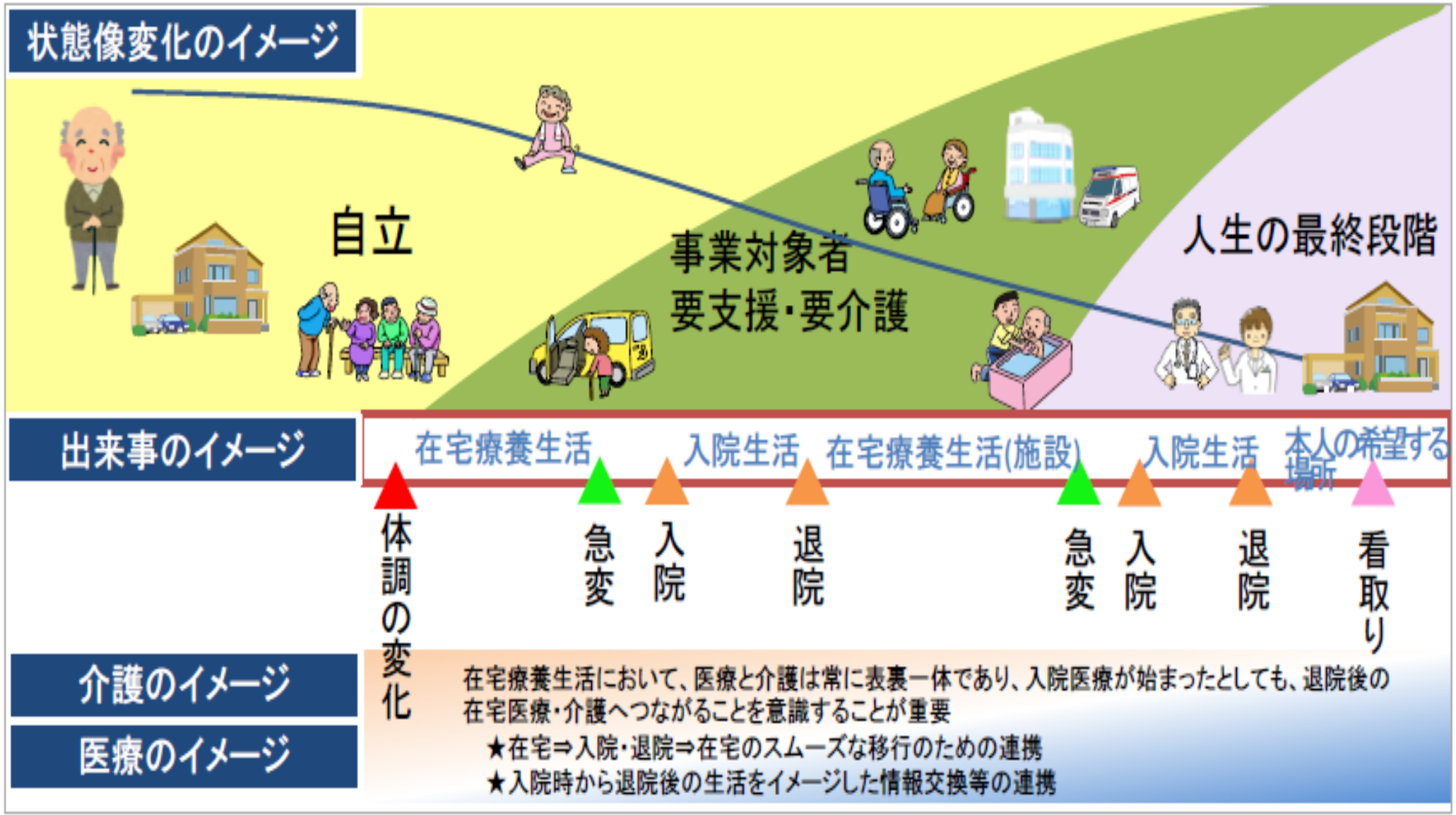


<市町村における庁内連携> 総合事業など他の地域支援事業との連携や、災害・救急時対応の検討

都道府県(保健所等)による支援

- **在宅医療・介護連携推進のための技術的支援**
 - 分析に必要なデータの分析・活用の支援
 - 他市町村の取組事例の横展開
 - 市町村の実情に応じた資源や活動をコーディネートできる人材の育成
- **在宅医療・介護連携に関する関係市町村等の連携**
 - 二次医療圏内にある市町村等及び二次医療圏をまたぐ広域連携が必要な事項について検討・支援
 - 都道府県の医療及び福祉の両部局の連携
 - 関係団体（都道府県医師会などの県単位の機関）との調整や、市町村が地域の関係団体と連携体制を構築する際の支援
- **地域医療構想・医療計画との整合**

※1:市町村単独での相談窓口設置が困難な場合は、柔軟な対応も検討



在宅医療・介護連携推進事業の手引き 図8 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ

在宅医療と介護連携イメージ（在宅医療の4場面別に見た連携の推進）



過去の意見交換会で出た意見を抽出、整理してみました

平成30年度に行われた第1回・第2回多職種連携のための意見交換会、
退院調整看護師・MSW・在宅ケアチームのための意見交換会のグループワークの記録から抽出

【資料2】

平成30年度つくば市在宅医療・介護連携推進事業の意見交換会から抽出したつくば市の連携の課題等について

※H30年度において多職種が多く参加する意見交換会(多職種連携のための意見交換会、退院調整看護師・MSW・在宅ケアチームのため意見交換会)から出た他職種や関係機関へのお願いや意見を課題としてまとめました。つくば市の現状の課題を全て抽出したものではありません。

時間軸	NO	他職種へのお願い、意見等(つくば市の連携の課題)	要望者	対応者
② 入院・ 退院時	連絡			
	1	医師がケアマネに方針を伝えるといい。・入院のケア会議に医師も参加できるといい。医師とケアマネ間の患者についての連絡ツールを作成。	医師	医師会、CM
	2	・入院した時から早めの情報提供を実施。	病院	病院、CM
	3	連携シート ケアマネによって差がある	病院	CM
	窓口			
	4	病棟看護師が地域に出て生活や多職種を知る。・病院の連携窓口を統一する。	CM	病院
	5	MSW、退院調整看護師の窓口確認をしても、明確な返答がない。	CM	病院
	6	折り返しの対応をとってもらえない場合の病院の場合、こちらから何度も電話を入れなければならない、仕事に支障をきたすことがある。	CM	病院
	7	病院として退院調整看護師を置いていない時もあり、まずは最初の連絡はMSWにしていますが、なんとなくなのですが、手順があれば良いと思います。 病院によって対応が違う。必ずMSWがつくこともあればCMからお願いしないとついでに出来ないこともある。 窓口がわからない(病院によって窓口が違う)	CM	病院
	8	相談内容を伝えると手続きの窓口には繋いでくれるが、困っている事に対しての相談にならない。	CM	病院
9	ケアマネジャー連携窓口があると助かる	病院	CM	
10	入院時の情報提供書の送り先がわからずいろんな所にTELしてしまった。 相談内容を伝えると手続きの窓口には繋いでくれるが、困っている事に対しての相談にならない。	CM	病院	

本人の時間軸

主な多職種連携の課題

入院時・退院時



病院の連携窓口（退院調整Ns、MSW）がわからない。
入院時の情報提供書の送付先がわからない。
在宅スタッフに退院前カンファレンスに参加してほしい、呼んでほしい。
知らされないうちに本人が退院していることがある。（在宅スタッフ→病院）
退院前カンファレンスで在宅生活を見据えた話し合いがされない。
（在宅スタッフ→病院）

在宅時 平時



主治医にサービス担当者会議に参加してほしい。
折り返しの連絡をとってもらえないことがある。（在宅スタッフ→病院）
連絡なしに来院されてしまうことがあって困る。（病院→在宅スタッフ）
多職種間でお互いの職種のことを知る必要がある。
病院スタッフにもっと地域のことを知ってほしい。

在宅時 急変時



急変時の対応を支援者・家族で決めておく必要がある。
急変時に主治医に連絡がとれない。
緊急連絡先が書かれた表がいくつもあって困る。
本人の意思を多職種で共有しておく必要がある。

令和元年度在宅医療介護連携推進協議会 多職種連携における事業所等連携ルールの作成検討部会

課題の要因としてみえてきたもの

ちょっとした連絡の不足

専門職同士、相手のことがわからない不安感

本人の希望や価値観の把握・共有不足

コロナ禍によりさらにこれら要因が悪化する環境にある

解決策

他市の多職種連携エチケット集を参考にしながら、つくば市の医療介護専門職に必要なマナー・エチケット・ルールを設定。

「在宅医療・介護における本人家族のための多職種連携で気を付けたい10ポイント」を作成しました。併せて、入退院時の連携を円滑にするために、在宅生活への復帰に必要な情報を確認できるよう、「退院前情報共有チェックリスト」を作成しました。

在宅医療・介護における 本人・家族のための多職種連携で

気をつけたい10ポイント

1 お互いを尊重し思いやりをもち、ていねいな対応を心がけましょう

（解説）

・職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、ていねいな対応を心がけましょう。相手に失礼のない身だしなみも大切なエチケットです。

・利用者、患者さんに接する時めていねいな対応を心がけましょう。

2 お互いに日常的な情報交換を忘れずに、利用者の情報を共有しましょう

（解説）

ひとりの利用者に複数の事業所が関わっている場合、他の事業所がどのようにサービス提供しているかお薬手帳やノートなどで情報共有しましょう。『い』『ろ』『は』『に』『す』『めし』に書目して書くとうわかりやすくなります。

『い』：移動 『は』：排泄 『す』：経視

『ろ』：ふろ 『に』：認知症 『めし』：食事

また、利用者の価値観や生き方・治療方針についても共有しましょう。

3 番取りの時は家族の揺れる気持ちを多職種で支えましょう

（解説）

在宅番取りが近づくと家族の気持ちは入念く揺れます。揺れる気持ちを多職種で理解し、情報共有しながら、利用者や家族を支えましょう。番取りの時期には特に気を付けて、密に情報共有を行いましょう。

4 専門用語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう

（解説）

医療職も介護職も、自分の職種以外の専門用語には慣れていません。専門用語を使わず、わかりやすく、ゆっくり、はっきり説明しましょう。

5 利用者の名前はフルネームで、自分の名前と所属をはっきり伝えましょう

6 どの程度急ぐ用件か考えて連絡しましょう

（解説）

それぞれ時間が限られた中で仕事をしています。急ぐ用件でなければ、ゆっくり対応出来るとうとりが出来ます。どの程度急ぐ用件か判断して、医師には「連携タイム」を活用するなどして連絡しましょう。電話の際は、「今お話しできますか？」等確認すると良いでしょう。緊急時も含め担当者不在時の連絡体制は事業所ごとに整理しておきましょう。代理の職員が決定したり、連絡がつく体制を整えておきましょう。

7 医療機関への訪問の前にはアポイントメントをとりましょう

＜ケアマネ等＞

（解説）

・病院には「つくば市内病院のケアマネ等専門連絡ローカル」・クリニック等の医療機関には「つくば連携タイム」を見て連絡を取りましょう。

・病院などの医療機関ではアポイントメントのない訪問には、対応しにくい場合があります。

8 介護サービス事業所やかかりつけ医師にサービス担当者会議、退院前カンファレンスへの参加の声掛けをしましょう

＜ケアマネ、退院調整看護師、ソーシャルワーカー＞

（解説）

緊急でない場合の担当者会議はあらかじめ十分な日程調整を行い、出席ができない方に対しては事前に照会をするとともに、「退院前情報共有チェックリスト」を参考に準備しておきましょう。なお出席できなかった方への情報提供も行いましょう。退院日のメドを早めにケアマネジャーに知らせましょう。

9 書類は提出日を意識して、ていねいにわかりやすく書きましょう

（解説）

書類として、主治医意見書、訪問看護指示書、訪問薬剤指導指示書などがあります。病歴や服薬の状況があると参考になります。

10 緊急を要する症状や状態などをケアマネジャーや訪問看護師へ知らせておきましょう。急変時の連絡先や対応方法なども示しましょう。

＜医師＞

退院前情報共有チェックリスト

名前	所属	職種	名前	所属	職種
	病院 ID 本人病室番号	本人			
		家族			

年 月 日

<今日話し合うこと (30分目標)>

1 本人・家族の希望と心配

・退院に向けて、病院に聞いておきたいこと、ケアマネ等をお願いしたいこと（事前に考えておいてください）

2 在宅支援者（ケアマネ・ヘルパー等）

からの質問意見

- 家の見取り図
- トイレ等の状況
- お風呂の状況
- 主たる介護者など

3 緊急時の対応

患者や家族は体調が変わった時の緊急連絡先を知っているか

<知っておきたいこと>

・状態像のポイント（入院前・現在の状況の変化等）

・ADL改善の余地（有・困難・維持等）

・移動と移乗、入院中のリハビリテーション

・食事の内容と食事介助の方法

・排泄

・寝具と体位交換、皮膚トラブルの有無

・入院中の入浴・保清の方法と頻度

・睡眠・更衣・口腔ケア・その他

・認知機能・精神面

・かかりつけ医師、歯科医師、薬局の有無

・必要な医療処置の有無

・行なっている医療処置

必要な医療器具（インスリン等）・福祉機器はあるか。また、使い方は習得できているか
 自宅に帰ってから使用する消耗品の有無、具体的購入方法について

・介護指導の内容と計画

介護方法・介助方法は習得できているか

認定

ケアプラン

・定時薬と頓用薬

必要な定時薬・頓用薬は処方されたか

薬管理

・退院日・退院後の日程

今回の意見交換会にあたり集約した課題

コロナという環境要因→情報連携の不足、関係性の希薄化
接触を減らすために直接人と話す機会が減ってしまった。
患者・利用者・家族⇔専門職、専門職⇔専門職

入退院支援の場

- ・ 入退院、施設からの在宅復帰など移行の場面で、必要な支援が途切れてしまう。
- ・ 必要な情報がもらえない。
→具体的にどんな情報が必要なのかが相手に伝わっているか？

日常療養支援の場

- ・ 多職種、他事業所間との情報共有・連携不足。
- ・ 必要な支援につながらないまま生活しているひとがいる。
- ・ 在宅支援スタッフ間での対応の統一化が必要な場面がある。

新型コロナウイルス感染症後での新しい生活様式と介護

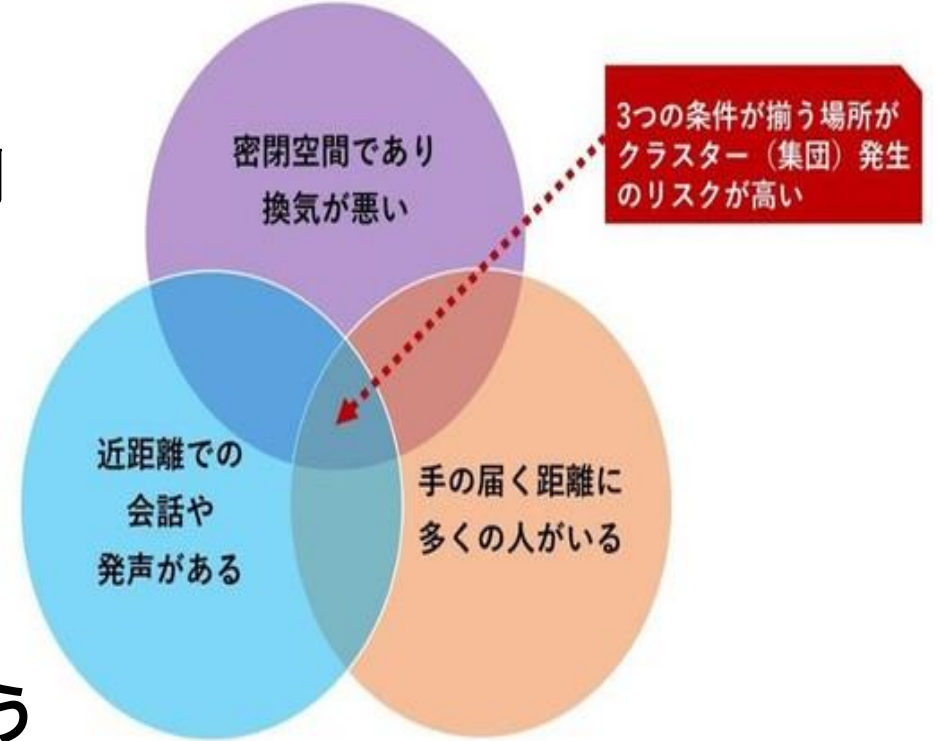
過剰な感染予防意識による利用者心身機能低下



3密を避けるため過度な外出自粛、介護サービス利用の制限

低下予防には
可能な範囲でこれまでの生活を継続
まずサービス利用が安全である環境を構築
1) 運動の励行 3密を避けた環境で運動
2) 知的活動 好きなこと・楽しいことを毎日行う

多職種連携維持には
ソーシャルディスタンスを保ちつつ連携
ネット、電話・F a xの活用
W e b形式の検討会・講演会に積極的に参加する
場を設け、周知する



R2年度 多職種連携のた めの意見交換会

グループワーク テーマ

①入退院支援の場における多職種連携について

②日常療養生活の支援の場における多職種連携について

→以上2点について、どうしたら多職種間で必要な情報の共有が行えるでしょうか？

どうしたら本人・家族に必要な支援ができるでしょうか。

*気を付けたいこと10、退院前情報共有チェックリストを参考資料として考えてみましょう！

スケジュール

19:20	事務局より グループワークの進め方の確認 (5分)
19:25 ~ 20:00 (35分)	自己紹介 (氏名・職種・自宅での時間の過ごし方 1人1分以内×5~6人) ①入退院支援における多職種連携について (15分) ②日常療養生活の支援における多職種連携について (15分)
20:00~ 20:15 (15分)	全グループ発表 (2分×6グループ)
20:15~ 20:30	講評 (講師より) 閉会のあいさつ アンケート記入

みなさんへの お願い

- 今日話し合ったことを
職種の団体のみなさんにシェアしてください。
- つくば市医療と介護のありたい姿、気を付けたいこと10ポイント、退院前情報共有チェックリストについて皆さんにお知らせください。
- アンケートのお願い