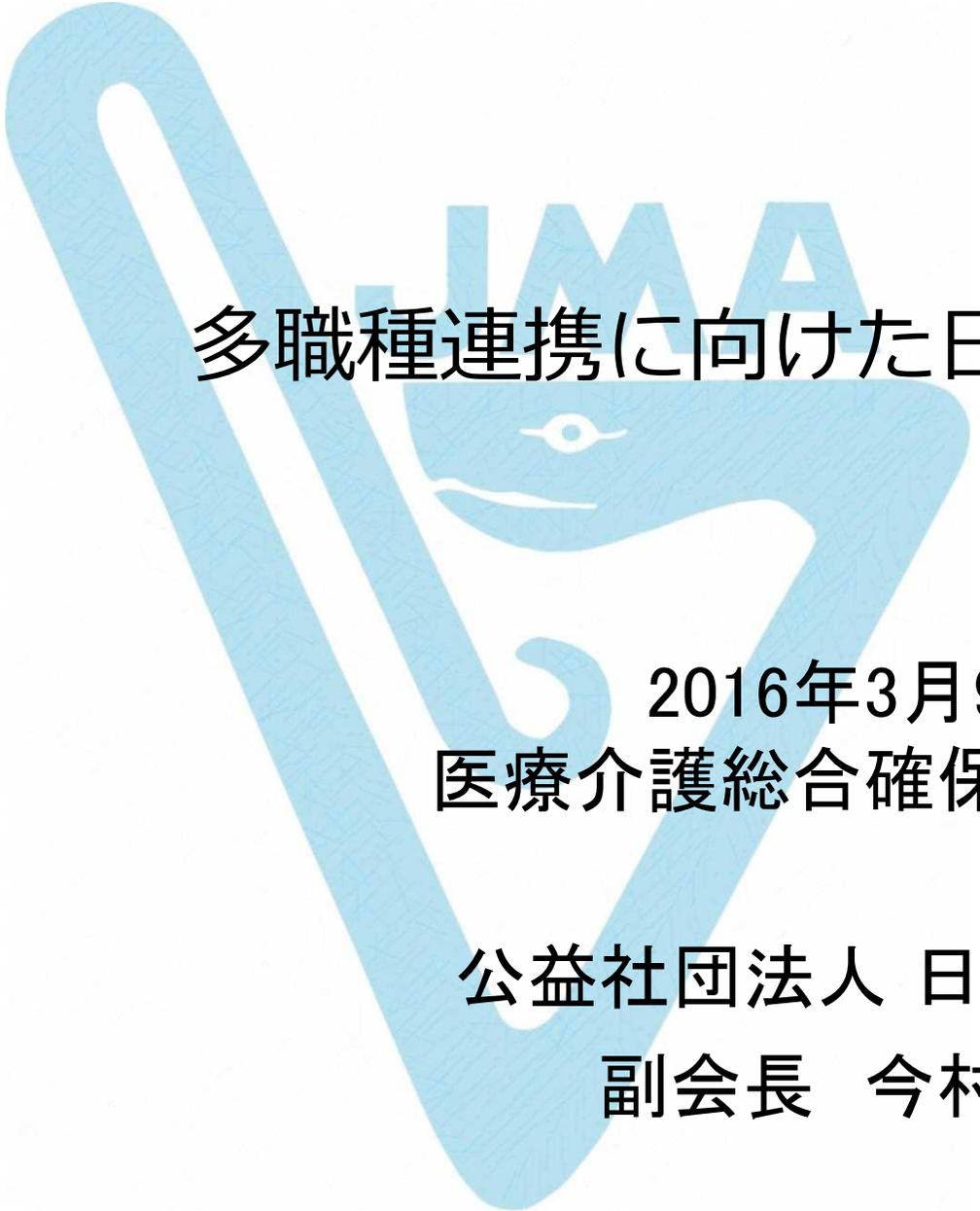


今村構成員提出資料



多職種連携に向けた日本医師会の取組

2016年3月9日

医療介護総合確保促進会議

公益社団法人 日本医師会

副会長 今村 聡

地域包括ケアを担う医療・介護分野の 中核的専門人材養成のための教育プログラム開発

受託団体：日本医師会

課題

- 診療所・中小病院は、急性期医療と在宅医療を繋ぐ機能を担い、高い連携機能を求められているが、そこで働く医療者の多職種連携に対する意識はあまり高くない。
- 診療所・中小病院で働く医療者の教育機会の不足がある。
- 地域医師会・医師会病院・医師会看護職養成所などで、多職種連携教育を行う体制が整っていない。

解決手段

- 診療所・中小病院の連携機能を高めるために、地域医師会を中心に、多職種連携に関する現職教育体制を整える。
- 医師会看護職養成所でも学生および現職に対する多職種連携教育を実施する体制を整える。
- 診療所・中小病院で働く医療従事者及び、介護従事者への教材を作り、普及を図る。



看護職・介護職を対象に、**地域の様々な医療・介護資源を把握し、適切にコーディネートでき、ワンストップで患者・要介護者や家族に対応できる人材養成の教材、研修プログラムづくりを目指す取組**

地域包括ケアを担う医療・介護分野の 中核的専門人材養成のための教育プログラム開発

受託団体：日本医師会

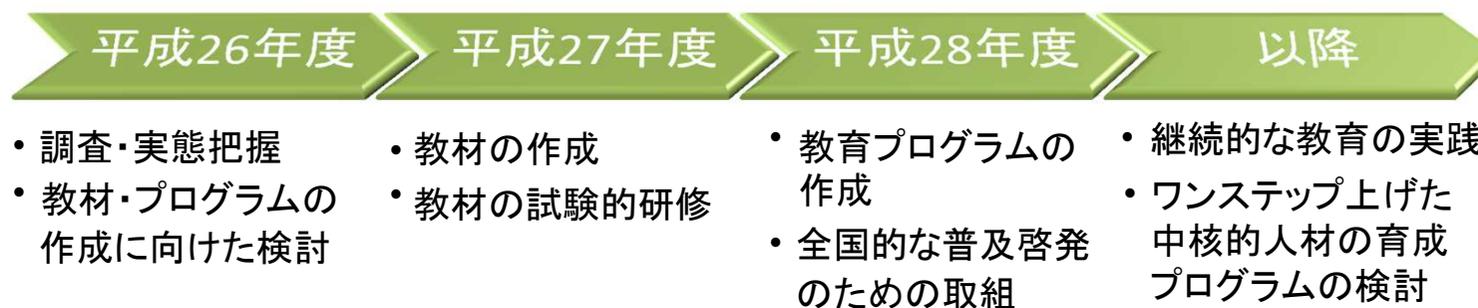
取組内容 (平成26年度)

- 【アンケート調査の実施：計1334箇所】
 - ・地域医師会（研修・連携体制整備等の実施状況）：891
 - ・医師会立訪問看護ステーション（連携教育の実施状況）：443
 - 【実地調査・ヒアリング調査の実施：計17箇所】
 - ・医師会病院・看護学校等における連携教育への取り組み状況
 - ・多職種連携を推進するための阻害要因の把握
 - ・地域医師会による連携促進の先進事例紹介
- ▶上記アンケートと実地調査に基づいた、多職種連携の先進事例の紹介と現状分析のパンフレットを作成。
▶地域医師会等に配布

取組内容 (平成27年度)

- 【教材の開発】
 - ・目的：将来の多職種連携の中心となるべき人材の裾野を広げる
 - ・検討：教材作成の検討委員会は、医師、看護職、ケアマネジャー、学識経験者から構成し、幅広い意見を元に作成
 - ・内容：職種は問わず医療従事者・介護従事者共に視聴できる内容
 - ・教材：DVD及びワークブック（映像約60分、ワークブック32ページ）
 - 【地域医師会・医師会病院での試験的研修】
 - ・医師会立看護職養成所における看護学生への試験的研修
 - ・地域医師会主催の多職種連携研修会において、現職看護師、介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャーを対象とした研修を実施
- ▶上記試験的研修の結果を踏まえ、教材を開発
▶地域医師会等に配布

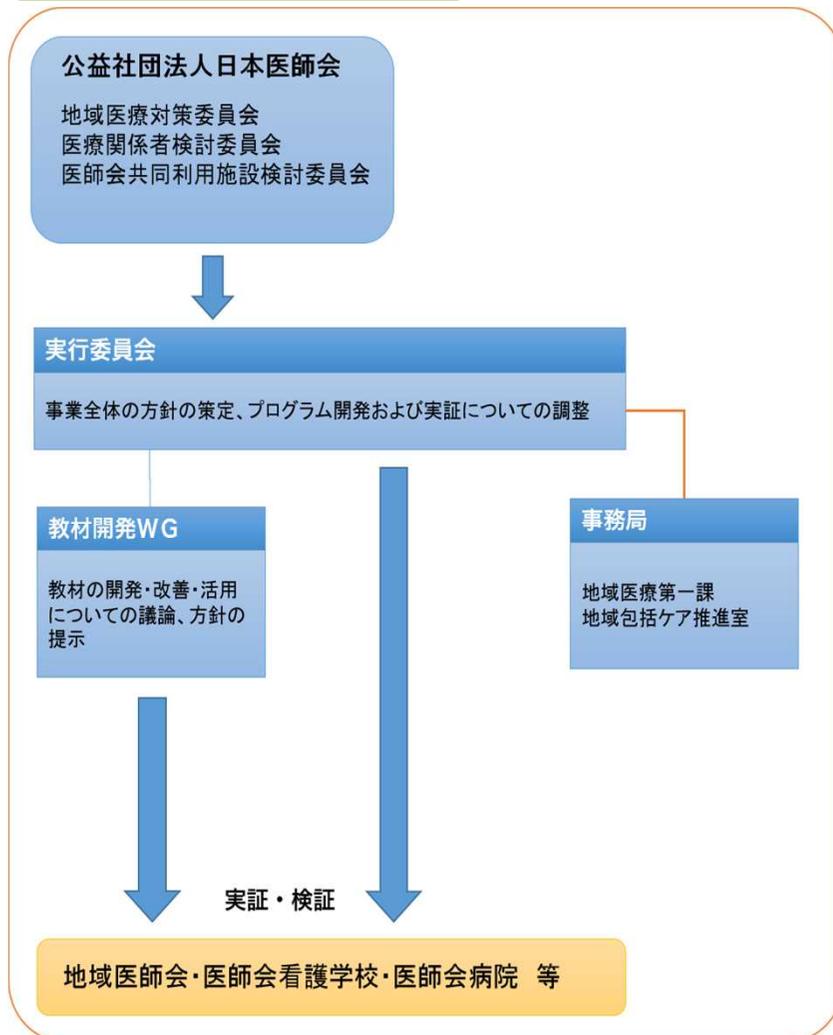
成果の活用・ロードマップ



地域包括ケアを担う医療・介護分野の 中核的専門人材養成のための教育プログラム開発

受託団体：日本医師会

事業の実施体制



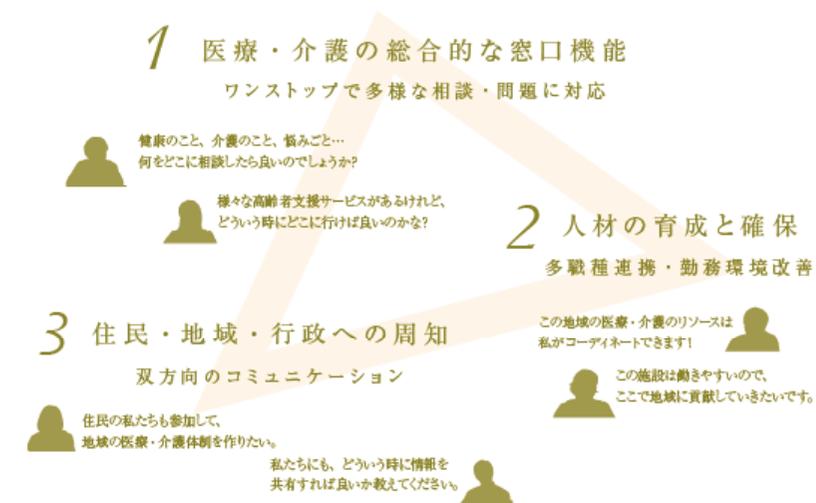
実行委員会

氏名	所属・職名
鈴木 邦彦	日本医師会 常任理事(地域医療)
今村 聡	日本医師会 副会長(財務)
羽鳥 裕	日本医師会 常任理事(共同利用施設)
釜范 敏	日本医師会 常任理事(医療関係職種)
天木 聡	東京都医師会理事
真壁 文敏	取手市医師会会長
井上 多鶴子	板橋区医師会在宅医療センター在宅看護部長
大迫 可奈子	横浜市緑区医師会訪問看護ステーション管理者
吉本 尚	筑波大学医療医学系 地域医療教育学 講師
高野 恵美	板橋区医師会立看護高等専修学校 教務主任
富永 信子	ひたちなか市北部地域包括支援センター長

文部科学省委託 成長分野等における中核的専門人材養成の戦略的推進事業 平成26年度成果物 パンフレット①

医療・介護をシームレスに提供 する体制の構築に向けて

実現のための3つの施策の柱



地域包括ケアシステムをうまく活かすために

後期高齢者が急増する 2025 年に向けて、地域包括ケアシステムの構築、その中での医療・介護のシームレスな連携が必要とされている。また、地域の様々な医療・介護資源を把握し、ワンストップで患者・要介護者やその家族に対応できる人材の養成と確保も急務となっている。

地域包括ケアシステムの実態は、地域の医療と介護のネットワークである。その中心となるのは市町村や地域包括支援センターだけでなく、地域医師会や介護老人保健施設、訪問看護ステーション等と、地域の実状によって様々であることが考えられる。

そのため、地域包括ケアシステムの整備は全国一律で行うものではなく、その具体的な方策や、リーダーシップをとる組織は地域の特性に委ねられている。

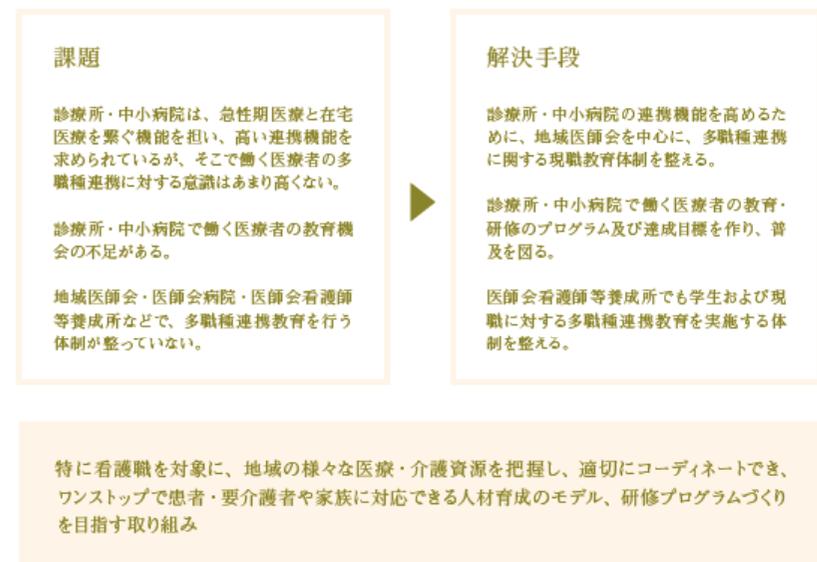
地域包括ケアシステムにおける医療の中心的な担い手として、地域の診療所・中小病院など、かかりつけ機能を持った医療機関の果たす役割は大きい。そこでは、施設内での連携のみならず、施設の垣根を越えた多職種連携が必要とされる。しかし、診療所・中小病院の医療職や医師会関係者が多職種連携の教育・研修を受ける機会が十分とは言えず、多職種連携力およびコーディネ

ート力を高める機会には恵まれない。

本事業においては、地域医療体制の整備・充実の中心的な役割を担う地域医師会を中心に、全国各地に存在する医師会看護師等養成所、医師会共同利用施設等が、診療所や中小病院の医療人材の「多職種連携、他施設・事業者との連携」の力を高める教育・研修を行うことが必要と考えた。

今年度は全国の 8 地域の実地調査、地域医師会・医師会立訪問看護ステーションのアンケート調査によって、医療・介護の連携の現状や教育ニーズを把握し、次年度以降の教育プログラム開発のベースとする。

多職種連携力を持った人材を育成するために



事業のロードマップ



文部科学省委託 成長分野等における中核的専門人材養成の戦略的推進事業 平成26年度成果物 パンフレット②

実地調査結果報告

山形県 鶴岡地区

地域の資源を繋ぐハブ型ワンストップ窓口

鶴岡地区医師会

地域医療連携室「はたる」

「はたる」は、鶴岡地区医師会内に設置されている地域医療連携室である。鶴岡地区医師会会長の三原一郎氏、地域医療連携室の遠藤寛忠氏、渡邊田鶴子氏、小野寺唯衣氏に話を聞いた。

「はたる」設立の経緯

鶴岡地区は平成19年度に、厚生労働科学研究費補助金、第三次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の対象地域に選ばれた。

そして平成20年4月から、通称「庄内プロジェクト（OPTIM）」として、在宅緩和ケア普及のために、病院・診療所・訪問看護ステーション・調剤薬局・行政職員など多くの医療・福祉関係者が、職種の垣根を越えて、連携のための取り組みを行うようになった。

この流れから、平成23年度より、鶴岡地区医師会が厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を受託した。事業は2年で終わったが、その後も連携を進めたいため、平成25年に鶴岡地区医師会内に地域医療連携室「はたる」を設置した。

「はたる」は看護師・ソーシャルワーカー・事務員を配置して活動を開始し、平成27年1月現在、相談員と事務員2名が専任職員として働いており、医療・介護連携についての総合的な相談窓口として機能している。

鶴岡地区医師会館1階には、医師会の運営する地域包括支援センター・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・訪問入浴サービスが集約されているので、「はたる」を総合窓口とする医療・介護のワンストップサービスを提供できるようになっている。

「はたる」で提供している

サービス

WEB上に医療資源情報を集約

「はたる」は、WEBサイト上で医療機関や介護・福祉施設など、地域の在宅医療資源を条件別に検索し、地図上に表示することができる「在宅医療地域資源マップ」を公開している。この地域医療資源マップは、WEBサイトにアクセスすると誰でも見ることができる。同WEBサイトでは利用申請をすることで、IDとパスワードが付与され、地域のショートステイの空き状況も閲覧できるようにしている。毎週水曜日各施設からFAX等でベッドの空き状況などを知らせてもらい、情報を更新しているという。この情報は、主に地域のケアマネジャーによって活用されている。

データベースの作成による情報提供

また、平成23年度に「庄内地域医療連携の会」と協力し、施設における医療依存度の高い利用者の受け入れ情報の調査を行っている。これらの情報はAccessでデータベース化され、相談業務に役立てられている。また、情報を必要とする医療機関や施設、ケアマネジャーには利用契約を結んだ上で電子とCDを配布している。「近年では医療依存度の高い利用者も増えているので、看護師の配置があるかないか、どのような疾患を持った人ならば受け入れができるか、看取りはできるか…といった情報は非常に重要になってきています。」平成25年度には、介護事業所にそれぞれの機能や利用者の受け入れ状況について、訪問あるいはアンケート用紙での調査を実施。それにより、計102か所の情報を集約した。訪問調査は、地域の医療・介護・福祉関係者の顔の見える関係にも繋がる。



ソーシャルネットワーク「Net4U」

「Net4U」は、地域内の病院・診療所・訪問看護ステーション・調剤薬局・介護サービス事業所等が患者・利用者の情報を共有することができるソーシャルネットワークである。もともとは平成13年に病診連携に特化した形の電子カルテとして立ち上げられたシステムであるが、平成24年に、施設や職種を問わず、患者・利用者に関わる全ての職種がフラットに情報を共有できるツールとして全面改定された。それまで紙やFAXで行われていた情報共有が、システムを通じて手軽に行える。顔の見える関係を築いた上で、こうしたツールが導入されたため、利用率も高い。

「電子カルテとして運用されていたころは、医師と看護師しか情報を入力していませんでしたが、ケアマネジャーを巻き込んだことで、介護側が積極的に書き込むようになってきています。書き方にこだわらず、日記のような形でお互いの気持ちや伝え合うようなツールにしたことで、気軽に書き入れやすくなったと思います。Net4U上で何かを解決しようというのではなく、思いを共有しておいて、何かあったら電話するような形で運用しています。Net4Uを活用することで、ケアマネジャーは主治医と連携が取りやすくなりましたし、医師も、それまで介護側しか持っていなかった患者さんの生活の情報を知ることができるようになりました。」



鶴岡地区医師会

山形県鶴岡市は、山形県の日本海沿岸南部に位置する、人口約13万人（県内第2位）の市。面積は約1311km²と東北地方で最も広く、全国でも7番目に大きな市である。鶴岡地区は、中核病院である鶴岡市立在宅医療が、鶴岡市と隣接する三川町の急性期医療は

は一手に担っており、医療の提供体制が比較的シンプルであるといえる。高齢化率は約30%。鶴岡地区医師会は、超高齢社会を見据え、多職種連携を基盤とした地域医療・介護の向上を目指した多くの活動を行っている。

訪問歯科医師・訪問薬剤師との連携

「はたる」は鶴岡地区医師会内の拠点ではあるが、相談業務の範囲は医師だけにとどまらない。利用者本人や介護サービス事業所から訪問歯科診療や訪問薬剤師の要望があれば、それらを担当する地域の歯科診療所・調剤薬局と繋ぐという役割も果たす。特に歯科については、それまでは歯科診療や口腔ケアについて何か困ったことがあっても、どこに相談していいかわからないという声が多く聞かれていた。そこで、鶴岡地区医師会は、歯科医師会と話し合いを重ねた上で「はたる」に歯科診療の相談窓口を作った。これによって、「はたる」が仲介して訪問歯科診療を行う件数が大幅に増加したという。それまで訪問診療に積極的ではなかった歯科医も、今では終末期の歯科診療に携わるほどになってきたそうである。また地域の高齢者向けサロンなどで、口腔ケアの講習会などを行いたいという要望があった際には、「はたる」が仲介して、歯科医師に講師をお願いしたりもしている。薬剤師についても、近年「認知症が飲めない」、「いろいろな診療所から薬が出て、多くなっているから整理して欲しい」という要望が多く聞かれていたが、相談窓口が明確ではなかった。そこで、「はたる」

が窓口として相談に乗り、直接薬局に訪問薬剤師をお願したり、あるいは薬局に相談窓口を設置してもらうなどして、連携を支援している。

医療・介護従事者の顔の見える関係

「はたる」では、地域の学習会や研修会等を統括し、「顔の見える関係」の構築を総合的に支援している。「医療と介護のコミュニケーションが不足しているということは、様々な地域で課題として挙げられていました。そこで私たちが、まずは顔の見える関係を作りましょうということで、様々な研修会を多職種向けに企画しています。最近では認知症や終末期医療などがテーマになることが多いです。また、地域では他の既存の会も様々な会議や研修会を開催しています。はたるでは、その情報を集約したカレンダーを作っており、これを見ることでいつどんな会議や研修会が行われているのかが一覧できます。同じようなテーマが同時期に重ならないようにするための工夫も行っています。」また、施設から「認知症について学びたいが、どこに講師をお願いしていいかわからない」という要望があれば、適切な人に講師をお願いするといった仲介業務もやっている。施設の中で小さい勉強会を開

くことで、大きい研修会よりも質問しやすい場が繋がる。また、講師の先生と施設との関係作りにもなっている。

地域の組織として 地域の多職種を繋ぐ

「はたる」は、医療・福祉・介護に関する情報を集約した窓口ではあるが、繋ぐべきところを適切に繋いでいざという時は、後はそれぞれの機関の道徳に任せるというスタイルを取っている。「はたる」は、医療の組織ではなく地域の組織として、地域の中の多職種を繋ぐという役割を明確に打ち出しています。相談窓口は、誰からの相談でも受けると銘打っていますが、一般の方よりも圧倒的に医療・介護従事者からの相談が多いんです。私たちが、寄せられた相談にはすぐお答えできるように、日々地域の医療・福祉・介護に関する情報をできる限り集めています。そして私たちの助けによって繋がりができたら、その先は基本的に現場にお任せするんです。最終的には、はたるがなくなってもそれぞれが連携できるようになるのが理想なのではないかと思っています。」

Column 医療と介護の連携研修会

他職種や他施設との「顔の見える関係」作りや相互理解、連携による効率的・効果的な業務の推進を目的とする、平成20年度から続く研修会。鶴岡市の長寿介護課が主催して始めた研修会で、「はたる」は共催として関わり、参加者の受付や、全体の進行役、書記などの運営面を担当する。11回目の開催となる平成26年11月20日

の研修会では、「認知症高齢者の入退院支えについて理解を深める～住み慣れた地域で安心して暮らしていくために～」をテーマに、176名の参加者が27のグループに分かれて、グループワークを行った。「何を話しても否定されない」ことが、全員をグループワークに参加させるポイント。研修会を始めるにあたり、中心となる

メンバーがグループワークのやり方や方法、PDCAアクションプランを作成することなどを学び、それを周囲に伝えることで、地域を動かせるようになったという。そうやって地域を動かしていくことを「当たり前」だと思っていることが、突出したリーダーをグループワークに参加させるポイントなのではないだろうか。

文部科学省委託 成長分野等における中核的専門人材養成の戦略的推進事業 平成26年度成果物 パンフレット③

地域医師会・医師会立訪問看護ステーション 多職種連携・地域連携に関する調査

多職種連携の促進策

調査概要

地域医師会（郡市区・大学医師会）調査		医師会立訪問看護ステーション調査	
回収数 / 配布数	529 / 891	回収数 / 配布数	232 / 443
回収率	59.4%	回収率	52.4%

※それぞれ全数調査である。

Q1

様々な機関の専門職が定期的に集まる機会の有無

	地域医師会		訪問看護ステーション	
把握していない	34	6.4%	15	6.0%
定期的なものは設けられていない	92	17.4%	6	2.4%
年に1～2回程度	111	21.0%	27	10.8%
年に3～6回程度	176	33.3%	105	42.2%
ほぼ月に1回程度	82	15.5%	58	23.3%
月に2回以上	15	2.8%	17	6.8%

Q2

多職種が集まる機会が設けられている場合、その場・機会・イベント等を主催している団体等



調査の概要

本調査は、地域医療の体制整備や地域包括ケアシステムの構築に大きな役割を担う地域医師会において、多職種連携や地域連携を推進する取り組みがどの程度行われているか、またそれに関わる教育・研修等がどのように行われているかの現状を明らかにすることを目的としている。また本調査の結果により、地域医師会ないし共同利用施設は、看護師等養成所等への支援ニーズを把握し、適切な支援策を講じていくことも

企図している。全国の郡市区・大学医師会891か所、医師会立訪問看護ステーション443か所に質問紙を配布し、それぞれの回収率は59.4%、52.4%である。

医師会と訪看STの認識の差

Q1、Q2では、様々な機関の専門職が定期的に集まる機会の有無と、その主催団体を尋ねた。その結果、地域医師会と訪問看護ステーションでは、定期的に来る機会の認識率と、地域の病院や、自主的な組織が主催するイベントの認識率に大きく差が

あることが分かった。これらの回答から、多職種が集まる機会に地域医師会が積極的に関わっていない傾向と、地域の病院や自主的な組織がイベントを開催する際に、医師会に声をかけていない可能性が示唆される。今後それぞれの地域で地域医師会が多職種連携や在宅の仕組み作りに関与していくためには、地域医師会からの歩み寄りが必要なのではないだろうか。

多職種連携の担い手の認識

Q3では、多職種連携をコーディネートする

Q3

「多職種連携をコーディネートするときに中核的な役割を果たす職種」を重要な順に3つ挙げた結果

医師会調査（n=502）

※得点は、1位=3点、2位=2点、3位=1点として計算したものです。

	1位	2位	3位	得点	度数
かかりつけ医	252	83	76	998	82%
包括ケアマネジャー	101	136	85	660	64%
訪問看護師	33	89	89	366	42%
自治体職員	48	42	48	276	27%
介護事業所ケアマネジャー	28	56	77	273	32%
医療ソーシャルワーカー	17	29	42	151	18%
連携室職員	9	34	28	123	14%

訪問看護ステーション調査（n=213）

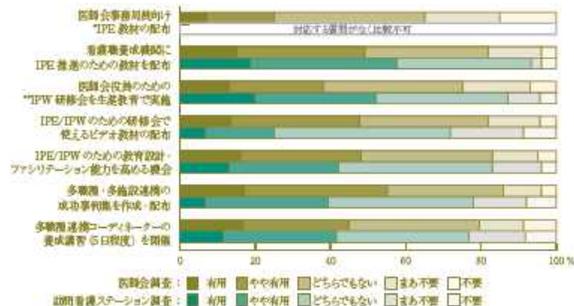
※得点は、1位=3点、2位=2点、3位=1点として計算したものです。

	1位	2位	3位	得点	度数
訪問看護師	52	59	51	325	76%
介護事業所ケアマネジャー	35	35	41	216	52%
包括ケアマネジャー	39	36	26	215	47%
かかりつけ医	40	30	27	207	46%
連携室職員	16	20	24	112	28%
医療ソーシャルワーカー	13	18	25	100	26%
自治体職員	5	6	6	33	8%

※その他に医師会事務職員、助産師、保健師、介護福祉士、薬剤師、病院長、診療所看護師、ヘルパー、自治会/住民組織、歯科医師、歯科技士、歯科衛生士といった職種も挙げられました。

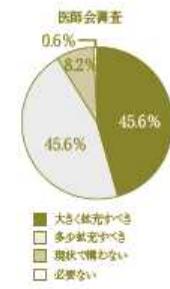
Q4

医療・介護関連多職種の連携促進のための施策の有用性に対する意識



Q5

多職種連携教育を拡充すべきか



る際に中核的な役割を果たす職種を上から3つ回答してもらった。その結果、地域医師会の回答ではかかりつけ医の出現度数（3位までに挙げられた割合）が最も高く、そのうち半数以上が、かかりつけ医を1位と回答している。また、自治体職員と介護事業所ケアマネジャーを比較すると、出現度数は介護事業所ケアマネジャーの方が多いが、順位は自治体職員が上であることから、一定の場合で、自治体職員が中核になってほしいという地域医師会があることが読み取れる。

一方、訪問看護ステーションの回答を見ると、訪問看護師が中核を担うべきと強く認識されていることがわかる。介護事業所・包括ケアマネジャーがその次、4番目がかかりつけ医という結果である。また、自治体職員の重要性の認識が低いことも特徴的だ。医師会がかかりつけ医が中心だと考え、訪問看護ステーションは訪問看護師・ケアマネジャーが中心になるべきだという認識のずれがある。多職種連携の仕組みを作る側と現場の間で共通認識を作ること今後必要になるだろう。Q4では、多職

種連携を促進するために有用な施策を尋ねた。地域医師会は事例集・ビデオ教材などの啓発素材のニーズが比較的高く、訪問看護ステーションの方は、より実務に近い、看護職業成履時への教材配布など、人材育成に関するニーズが高いことが読み取れる。Q5の回答からは、90%以上の医師会が、多職種連携教育は現在よりも拡充すべきだと考えていることが分かる。それぞれの組織が期待しているものについても、コンセンサスを作ることによって施策の優先順位が決まってくるのではないだろうか。

第1部 住み慣れた自宅や地域で暮らす
～高齢者の実際の暮らしから読み解く～

平成27年度成果物 DVD教材②





第2部 お年寄りが病気やケガをしたとき

～普段の暮らしを見据えた多角的なアセスメントと情報共有～



文部科学省委託 成長分野等における中核的専門人材養成の戦略的推進事業
平成27年度成果物 DVD教材⑥



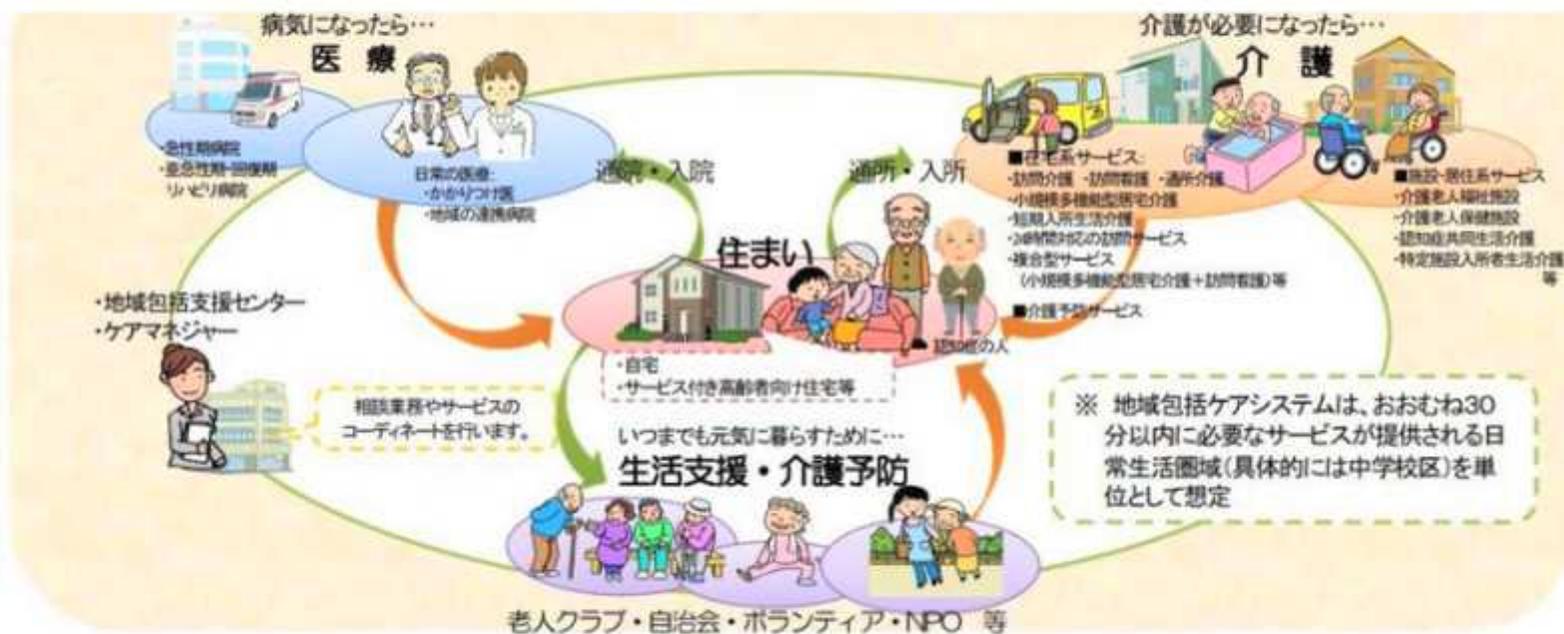
第3部

自宅や地域での暮らしを支える多職種連携

文部科学省委託 成長分野等における中核的専門人材養成の戦略的推進事業
平成27年度成果物 DVD教材⑧



地域包括ケアシステム



出典:厚生労働省HPより

文部科学省委託 成長分野等における中核的専門人材養成の戦略的推進事業
平成27年度成果物 DVD教材⑩

The screenshot shows a DVD menu interface. At the top, there is a header with the text '多岐性講座 情報教育ブーナス' and 'DVD教材⑩'. Below this, there is a large orange circle containing the number '10'. To the left of the circle, there is a box with the text '開演時間'. To the right, there is a box with the text '巻頭言・解説'. Below the circle, there is a box with the text '目次'. Below this, there is a table with three columns: '基礎的知識・技能', '応用的知識・技能', and '専門的知識・技能'. The table contains handwritten notes in Japanese, detailing various topics and their corresponding skills. The background is a light blue gradient.

基礎的知識・技能	応用的知識・技能	専門的知識・技能
基礎的知識・技能 1.1 基礎的知識・技能 1.2 基礎的知識・技能 1.3 基礎的知識・技能 1.4 基礎的知識・技能 1.5 基礎的知識・技能 1.6 基礎的知識・技能 1.7 基礎的知識・技能 1.8 基礎的知識・技能 1.9 基礎的知識・技能 1.10 基礎的知識・技能	応用的知識・技能 2.1 応用的知識・技能 2.2 応用的知識・技能 2.3 応用的知識・技能 2.4 応用的知識・技能 2.5 応用的知識・技能 2.6 応用的知識・技能 2.7 応用的知識・技能 2.8 応用的知識・技能 2.9 応用的知識・技能 2.10 応用的知識・技能	専門的知識・技能 3.1 専門的知識・技能 3.2 専門的知識・技能 3.3 専門的知識・技能 3.4 専門的知識・技能 3.5 専門的知識・技能 3.6 専門的知識・技能 3.7 専門的知識・技能 3.8 専門的知識・技能 3.9 専門的知識・技能 3.10 専門的知識・技能

平成27年度成果物 ワークブック①

高齢者が病気やケガをしたとき

このページは、映像教材を観ながら、高齢者が普段どんな暮らしをしているかを理解することを目的としています。空欄を埋めながら考えてみてください。〈映像：第1部〉

▽高齢者が、それまでの暮らしができなくなるきっかけ

高齢者が、それまで営んできた暮らしができなくなるきっかけには、様々なものがあります。どのようなきっかけで入院したり、それまでの暮らしができなくなるか、考えてみましょう。

よくあるきっかけ (病気)	
よくあるきっかけ (ケガ)	

▽高齢者の「普段の暮らし」を維持するためにできること

上にあげたような、普段の暮らしができなくなるきっかけを防ぐために、医療・介護の従事者には何ができるでしょうか？リスク管理の面から考えてみましょう。

きっかけとなる 病気のリスクを 減らすために	
きっかけとなる ケガのリスクを 減らすために	

▽退院後2週間の、訪問看護のかかわりが重要

退院後の療養生活を安定させるためには、退院後の2週間の関わりが重要です。

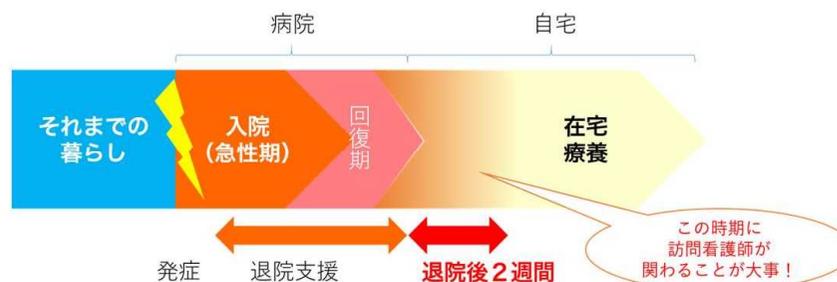
映像教材の○さんの事例で見たように、転倒による骨折で自宅での暮らしが難しくなるケースは、臨床でもよく出会います。内科的な疾患で入院し、その間に運動能力が低下して、退院後にケガをさしてしまうというケースも少なくありません。また、昨今では、在院日数が短くなっていることから、医療的なニーズを抱えたまま自宅に帰るケースも珍しくありません。

そこで、在宅療養のキーパーソンになるのが、訪問看護師です。訪問看護師は、病棟での医療管理のことを理解しながら、その方のそれまでの暮らしや、これからの暮らしのあり方についても考え、繋いでいく役割を担うことができます。

入院中とは生活リズムも変わりますし、退院後すぐはご本人も家族もこれからの生活に不安を感じている場合が少なくありません。その2週間に訪問看護師が介入して自宅でご本人の力を発揮できるように、意識的に看護を行うことで、退院後の生活に自信が持てるようになります。

また、実際に自宅で生活する様子を見て在宅生活での問題点を具体的に把握することで、退院直後の緊急再入院の予防につながります。家族が入院中に指導されたケアを自宅で実践できるかどうかを確認する機会にもなります。家族の安心や負担減も、その後の在宅療養の質の向上につながってきます。

現在は、主治医（かかりつけ医）の特別な指示書（訪問看護の特別指示書）があれば、退院後2週間は医療保険の枠組みの中で訪問看護に入ることができます。訪問看護の特別指示書のことを、退院時にぜひ思い出してください。



文部科学省委託 成長分野等における中核的専門人材養成の戦略的推進事業 平成27年度成果物 ワークブック②

多職種連携 情報共有ワークシート

担当者、利用者さん 年齢 性別		身元 体系 体系
社会環境 これまで(制度利用・経済状況等) これから	本人の希望・価値観(個人因子) 目指すもの、望む暮らし、 大事にしていること、人生活い、など	物的環境(住まい) これまで(住まいの現状、介護用品等の使用状況など) これから
人的環境 これから	介護者、家族、地域のサポート などの状況	

▼生活機能の評価 このシートは、アセスメントおよび情報共有を目的としたものであり、解決策やケア・サービスのプランニングを目的としたものではありません。

活動 ※必要に応じて現状と目標・予測を書いてください		参加 (現状と目標)
ADL (日常生活動作)	IADL (手段的日常生活動作)	
歩行(屋内・屋外) 更衣、身だしなみ 入浴	食事(準備・摂取、片付け) 洗濯 排泄・排便に関わる動作	家での役割/地域や職場での役割 社会参加/人との交流 コミュニケーション、意思表示
調理・火気管理 買物、金銭管理 掃除・洗濯・ゴミ出し 移動(車・公共)/電話・連絡		

▼心身機能・身体状況の評価 このシートは、アセスメントおよび情報共有を目的としたものであり、解決策やケア・サービスのプランニングを目的としたものではありません。

筋骨格・神経系	内臓系・循環系・呼吸系・皮膚系	頭頸部・口腔・認知・精神系
上肢、下肢、肘、関節、可動域 等 筋力、関節、可動域 等	循環、呼吸、消化、腎、肝、泌尿、内分泌代謝、皮膚症状 等 循環、呼吸、消化、腎、肝、泌尿、内分泌代謝、皮膚症状 等	視覚、聴覚、口腔、嚥下、高次認知機能、印字・算術 等 意識、嚥下訓練、リハビリ、認知、精神障害
症状・困りごと	原因・問題	介入・対応
リスク・留意点		

▽機能評価・状態からの経過日記等も、わかる範囲で書いてください

▼チームメンバー、連絡先の職種・所属・氏名一覧

職種	所属	氏名	職種	所属	氏名

現在の状況

文部科学省委託 成長分野等における中核的専門人材養成の戦略的推進事業

平成27年度成果物 ワークブック③

地域包括ケアシステムの概要

このページでは、ここまで見てきた高齢者の生活を支える仕組みである「地域包括ケアシステム」を解説します。<映像：第3部>



▽地域包括ケアシステムが目指すもの

「地域包括ケアシステム」が目指しているのは、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活の支援が一体的に提供される仕組み」です。

映像教材の第1部で見たように、高齢者は「患者」である前に、自立して生活を営むひとりの「生活者」であり、一時的に「患者」として医療機関を利用しているにすぎません。医療機関にやってくる人の疾患を治療することが重要なとは言ってもありませんが、目の前の人を「患者」としてだけでなく「生活者」として捉えて、より良い暮らしができるよう働きかけることが求められます。

そして、残念ながら医療や介護が必要になった時には、一人ひとりの希望に合った支援を受け、できるだけ自宅や地域で皆が支え合って暮らせるようにする仕組みが必要です。限られた医療・介護資源で多くの高齢者を支えていくにも、やはり様々な施設とそこで働く専門職が、協力し合わなければなりません。医療・介護に関わるどの施設も、どの職種も、独力で高齢者の生活を支えることはできませんから、医療関係者をはじめ、介護従事者や行政職員、地域の住民など、様々な関係者が互いに連携し、ネットワークを構築していくことが重要になります。これが地域包括ケアシステムの基本的な考え方です。

その際には、本人や家族がどのような選択をし、「実際の生活」「老い」「死」についてどのような心構えを持っているか、という所を全体のベースとしてとらえる必要があります。

▽「自助・互助・共助・公助」から見た地域包括ケアシステム

左頁に示した「医療・介護・予防・住まい・生活」の支援という5つを、誰がどのように提供していくのかを整理するために、「自助・互助・共助・公助」の4つの観点で分類して考えてみましょう。

「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれます。互助と共助は似ていますが、互助は制度的に裏付けられているものではなく、自発的な支えあいの仕組みを指しています。

介護保険で利用できるサービスには限界がありますし、行政・福祉の枠組の中でできることも限られています。ですから、「共助・公助」で行えるサービス・支援を最大限に活用しつつ、その人自身の持つ力や、家族・地域の持つ支えあいの力をいかに活かしていくか、という視点も重要です。看護職やケアマネジャーは、通常医療保険や介護保険の枠組で仕事をすることが多く、地域の自主的な支えあいや、ご本人・家族の力に働きかける機会は少なくなりがちですが、保健師や地域包括支援センター、社会福祉協議会、自治会等とも連携しながら、自助・互助の力を活かしていく意識を持つことも求められるでしょう。

※参考文献：平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「＜地域包括ケア研究会＞ 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）

※本頁の図は、上記報告を参考にし、解釈を加えて一部改変したものである。