

岡山プライマリ・ケア学会（平成 22 年度）
地域連携パス研修会 パネルディスカッション
報告書

日時：平成 22 年 8 月 28 日（土） 14:00～16:00

場所：岡山衛生会館 5 階 中ホール



主催：岡山プライマリ・ケア学会

地域連携パス研修会（パネルディスカッション）

チームケアによる在宅療養―「地域連携パス岡山」を活用して―

日時：平成 22 年 8 月 28 日（土） 14:00～16:00

場所：岡山衛生会館 5 階 中ホール

I. 基調報告

「地域連携パス岡山」について

岡山プライマリ・ケア学会研修委員長 宮原伸二

II. パネルディスカッション

チームケアによる在宅療養―「地域連携パス岡山」を活用して―

座長 山本茂樹（地域連携パス作業部会委員・県社会福祉協議会）

パネリスト

訪問介護（サルピス訪問介護事業所 出口美代子）

ケアマネジャー（高島介護支援事業所 池永和江）

地域包括支援センター

（地域包括支援センター福田サブセンター 黒住紀子）

通所介護（シーザル デイホーム「麦のほっ！」 嘉崎直子）

医師（いぬい医院 福岡英明）

I. 基調報告

「地域連携パス岡山」について

岡山プライマリ・ケア学会研修委員長 宮原伸二

「地域連携パス岡山」の目的は、利用者(患者)の QOL 向上をはかることを目的として、利用者や家族、医療関係者、介護・福祉関係者、ケアマネジャが支える心を 1 つにして連携を図ることができるパスを作成することです。いままでの経過に少々ふれます。「地域連携パス岡山」は、日本プライマリ・ケア学会岡山支部会第 16 回学術大会（平成 21 年 5 月）のテーマ「プライマリ・ケアの連携パス作り～くらしをみつめ、いのちに寄り添う～」を踏まえて、地域連携パス研修会、ワークショップ（3 回）、作業部会（3 回）などを経て、地域連携パス岡山（案）を作成しました。そして、第 17 回学術大会（平成 22 年 3 月）で中間報告を会長指定報告として行いました。

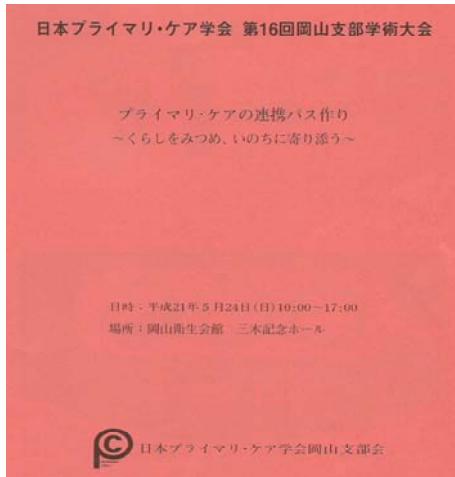
「地域連携パス岡山」の作成にあたり、ICF（国際生活機能分類）の理念を基本として、利用者の「思い」「願い」を参加としてとらえ、その実現のために活動レベルを維持、向上するために何が必要か（環境因子や個人因子含む）、どんな支援をすれば心身機能・構造の水準を上げることができるかというように流れに配慮しました。また、必要な情報を整理し、出来るだけ簡素なものとして、日常的に気軽に使用できる（本人、家族も記入可能）ものとし、管理は原則、ケアマネジャが行い、介護保険外は状況に応じて訪問看護師など記載することとしました。退院時のカンファレンス、介護保険のカンファレンス、入院時の情報提供として使用可能なものとした。このパスの特色としては、現在、全国各地で作成されている地域連携パスは、そのほとんどは医療連携パス、つまり脳卒中、大腿骨骨折、糖尿病といったものであり、地域の中で医療と福祉の連携を深く意識したものではありません。

「地域連携パス岡山」は、医療系の人たちには利用者の生活状態や「思いや願い」などを示すことができ、福祉系の人たちには医療の状況や異変時対応（連絡）などを示すことができるものです。また、利用者が、頑張ればできていること、生活の中でしていること、目標とすることなどを明らかにして関係者の共通理解に役立ち、利用者の QOL の向上につながるパスとしました。今後半年間試行し、検証を重ねながら、プライマリ・ケア地域連携パスとして公開する予定です。この後はパペット人形を使用した動画で報告させていただきます。約 8 分間です。

ホームページが 2010 年 8 月 25 日に公開されています。

<http://www.co-pass.jp/> 掲示板の ID、パスワードは会員には公開します。事務局までご一報ください。ホームページからも地域連携パスと ICF に関する動画が見れます。

プライマリ・ケア地域連携パス・岡山



日本プライマリ・ケア学会岡山支部 地域連携パス作業部会

○宮原伸二

賀来貴子、菅崎仁美、木村丹、
則安俊昭、福岡英明、藤澤伸彦、
丸田康代、山下幸恵、山本茂樹

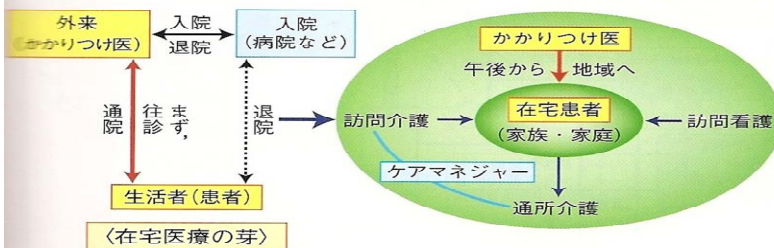
在宅医療 午後から地域へ

日本医師会雑誌 第139巻・特別号(1)、13ページ(林泰史)

1. まず、午後から往診、様々な職種に出会い、情報共有を

健康であっても病気に罹っていても、私達は日常性を大きく変えることなく過ごしたいものである。病気の際に一定の時間帯だけ医療機関にかかる、ある月日だけ医療機関に入院して治療を受ける、といった非日常性を少なくしたいとの願いが在宅医療に求められている。

在宅医療(家族・家庭との出会い)の芽 ⇒ 他職種との出会い ⇒ 情報共有



- 1) 午後から往診して、患者の家族・生活環境がわかると、より適した医療提供が可能に、これが在宅医療の芽となる。
- 2) 在宅医療を通して在宅患者にかかわっているコ・メディカルを知り、協働によって在宅医療はより容易に、より豊富な内容に。
- 3) 多職種と情報を共有できれば、患者の生活環境を変えずに最適な療養継続を全うできるのが在宅医療。

図 1 まず、午後から往診—そして地域へ、生活環境を変えずに療養



プライマリ・ケア地域連携パス岡山 2010・8・25 公開

<http://www.co-pass.jp/>

ここからは、パペット人形による動画で説明します。

プライマリ・ケア地域連携パス(岡山方式)の特色

- 縦割りパス(疾患別、医師(病院・診療所・ケアマネ)ではなく、横割りパス(医療・生活、生活の不自由・障害→QOL向上)をはかる。
- 在宅療養の中心メンバーである介護者、通所職員に対して
 - 1 目標(本人・家族の思いや願いを踏まえて)を明確にすることにより、ケア内容の充実をはかる。
 - 2 必要な医療情報を提供する(麻痺やケイレンの有無、心臓の状態、薬の副作用など)。
 - 3 “異変”に気づく情報を提供する(病気の増悪症状など)。
- 医療者(医師)に対して
 - 1 利用者の在宅(通所)での生活状況を知らせる。
 - 2 通所サービスでの利用時の“姿”を知らせる
 - 3 本人・家族の思いや願いを知らせる(本音)。

Ⅱ. パネルディスカッション

チームケアによる在宅療養―「地域連携パス岡山」を活用して―

訪問介護の立場から

サルピス訪問介護事業所 出口美代子

利用者 Y さんの事例を通して訪問介護の立場からパスシートを活用してみての感想を发表したいと思います。

まず利用者 Y さんの事例の概要をご覧ください。

Y さんは女性、現在 61 歳、要介護 5、病名は筋萎縮性側索硬化症（ALS）、平成 13 年頃発症され、家族構成は夫との二人暮らしで現在は気管切開をして人工呼吸器を 24 時間されています。

当事業所が初めて訪問依頼をいただいたのは発症から 5 年目を迎えた頃、気管切開造設の手術を終えて、再び在宅での生活に戻りたいという希望で退院が決まったときでした。

入院される前はすでに別の訪問介護事業所が訪問をされていたそうで、退院後は 2 つの訪問介護事業所と訪問看護ステーションの利用で開始することになりました。

退院後の生活は介護者である夫が仕事の為日中は不在。在宅で介護をしながら定年まで続けたいとの希望がありました。日中は Y さんがひとりベッド上で過ごされるわけですから、毎日 1 日数回、訪問と訪問の間を 1 時間以上あけないような間隔で訪問看護とヘルパーが一日をつないで対応をしていました。その頃の Y さんはまだ人工呼吸器を使用したくない、という強い思いがありましたので日中ははずしておられました。

当然、気管切開部分からの痰の吸引と口腔内からのだ液の吸引が訪問中に必要となってきます。

厚生労働省分科会の「報告書」には「痰の吸引は、その危険性を考慮すれば、医師又は看護職員が行なうことが原則」としつつ、痰の吸引は頻繁に行なう必要があり、やむを得ないものと考え、「痰の吸引を『ホームヘルパーの業務として位置づけたものではなく』家族以外の者が実施できるやむを得ない措置とする」と記されています。

痰の吸引については医療行為に当たりますが、ALS の方に関しては主治医の先生や訪問看護師さんの指導を受けて、利用者家族の同意を得た場合に行なうことができます。

そこで、担当のヘルパーは、訪問開始に備えて気管切開部分から痰を吸引する手技を教わりに主治医の先生の病院に行き、看護師さんから指導をしていただきました。また訪問看護師さんからも現場において、吸痰について知識のないヘルパーが在宅でも安心して安全に実施できるように吸痰の手技を主治医の先生と相談し、工夫をして指導していただいて訪問を開始することができました。



ところが、いざ訪問すると自宅の Y さんのベッドの周りには見慣れない人工呼吸器、医療器具や衛生用品、意思伝達装置「伝の心」などの機器がたくさん並んでいて、Y さんとヘルパーの 2 人きりで過ごす室内は終始緊張感と不安感でいっぱいでした。

コミュニケーションの手段として 50 音の文字盤と意思伝達装置「伝の心」が使用され、Y さんのまばたきの合図で一つ一つの作業の確認をし合っていました。

枕の微妙な位置や高さ、手足の位置や体幹の左右のバランス、だ液の吸引、痰の吸引など本当にたくさんの要求があります。

特に痰がむせて、全身を硬直させながら苦しそうな表情をされた時や Y さんの思いがヘルパーに伝わらない時は Y さんもヘルパーもパニックを起こすことが頻繁にありました。Y さんが伝の心の画面に「胸がしんどい」「主人に電話して」「訪看さん呼んで」と文字をうって訴えられることも多く、すぐに訪問看護師さんに連絡をとって指示をいただくということも何度もありました。

次にケアマネジャーから送られたパスシートをご覧ください。

今までケアマネジャーとの情報交換には日頃から心がけてまいりましたが、パスシートを活用してみて参考になって良かった点は「個人因子」の項目です。

「本人の願い」「家族の願い」の欄に記されていますように、『24 時間人工呼吸器装置に迷いがあったが今は後悔していない、今のままで良い』という本人の思いは、今まで長く関わっていても改めて聞き取ることはなかなかできにくい内容でもありますので、今回本人の思いや家族の思いをパスシートをとおしてあらためて知ることができました。

現在は夫が無事定年退職されたことと 24 時間人工呼吸器を装着されたことで、最近はずいぶん病状が安定されて Y さんの表情も穏やかになってこられています。訪問当初はメール交換をして楽しまれていることもありましたが、最近は伝の心のふたは閉じられたままになっています。文字盤とまばたきの合図でヘルパーも落ち着いてコミュニケーションが図れるようになったところです。

しかし、反対に、病状が進行してきたために新たな問題も生じてきているのは事実です。重介護を 10 年続けてこられた結果、強い負担を感じておられる介護者へのケアのあり方とか、また、ベッド上だけの毎日を送る Y さんに対しては、どのようにしたら精神的な充足感を感じながら妻として女性として、穏やかに生活を送ることができるのか、チームとしてどのように関わることが必要なかが今後の課題でもあります。

次に検討していただきたい点としましては「活動」の項目です。生活面に関する項目を加えてみてはどうでしょうか。

ADL が中心の内容になっておりますが買い物・掃除・洗濯・調理・金銭管理・服薬状況等の IADL つまり手段的日常生活動作の項目も必要であると考えられます。

例えばコミュニケーションの下欄に IADL の項目を設けるのはどうでしょうか。『頑張れば自分でできる』IADL は何か、『生活の中でできている』IADL は何があるかの情報を知することは、アセスメントをして訪問介護計画を立てる上で必要でありますし、利用者が希望するサービスで一番多い内容だと考えるからです。

また、この欄をとおして新たな気づきもありました。それは、伝の心のふたが最近閉まったままになっているのは文字を打つことがもうできなくなったからと思い込んでいたのですが、現状の「頑張ればできる」欄に、パソコンを使用することができていることが記されています。長く関わってくると業務の慣れのため疑問を持って確認し合うということが、ついおろそかになっていたと反省しました。

次に、「関連者の意見」のシートについてですが、主治医の先生や関係機関の各専門分

野の立場から一枚の書面で一同が情報交換できること、他職種に対して留意してほしいことや、依頼したいことをそれぞれの立場から記入して残すということは、今までにないことでしたので、わかりやすくてよいと思いました。

先日の Y さんの担当者会議の中で、夫から「ヘルパーの訪問時間に合わせて朝起きるのが苦痛になってきてなあ。」との訴えがあり、早速に訪問時間を遅い時間にプラン変更して対応をすることにしました。介護の疲れからか最近夫の言動が乱暴になることが増えたからです。他職種にも今後の様子を観察していただきたく記入をしました。

ここで疑問に感じたことが2点ありました。1つは、家族と本人に回覧をする場合には、記入の仕方に気をつける必要があると思います。たとえば虐待のような言動をキャッチしても、具体的に状況を意見として書きあげるのは、本人・家族と書面で共有することが大丈夫かどうか。2つめは、すべての関係者から情報を収集するケアマネジャーの立場を考えると時間もかかり負担が重いのではないかと、効率よくまとめる方法は？という点です。

今回の Y さんの事例のような医療的な支援も必要とする利用者や在宅でターミナルを迎える利用者に訪問するケースが年々増えてきています。特に退院時の最初の会議においては医療の専門的な立場の方からも連携パスシートで情報を共有できることは、訪問介護のサービスをすすめる上で有意義に活用されると確信しています。

ケアマネジャーの立場から

高島指定居宅介護支援事業所 池永和江

①事例の概要

Fさん 61歳男性は糖尿病性神経障害による2号被保険者です。奥さんと81歳になる母の3人暮らし、妻、母共に健康です。息子2人は市内に住んでいますが、毎日の介護は妻が行っています。奥さんは午後からの勤務で午前中に通院介助や外出介助を行うようにされています。本人は教職に就いていたことがあり、積極的に人との関わりを持つことが得意なため、ドクターからは止められていますが、一人で運転しての外出も行われています。住居は2階建てで、寝室は離れの2階にあり、本人の希望でリハビリも兼ねて、2階で過ごされています。室内は杖を使って移動し、2階は這って移動、外出は車椅子を利用されています。一人での車椅子の運転の難しいところは妻が介助しています。



趣味は元気な頃は、スポーツ全般でしたが、発症してからは妻と喫茶店めぐりをされたり、各種セミナーや障害者活動をされて健常者と変わらないような活動を積極的にされています。最近は歩行も不安定で、右手の筋力低下もあり、左手で杖を持って体幹を支えるため左肩の痛みもでてきています。

本人に、これ以上悪くならないようにと、週1回の病院と週2回のデイでのリハビリを行いながら、一日一日を悔いのないようにと、過ごされています。

本人の希望である「自由に生き生きと毎日を後悔のないように暮らしたい」と言う目標に向かって、家族と医師及び関係事業者が本人の支援をバックアップしています。

②機能訓練の内容

主治医の指示に従って、腸閉塞予防のため、うつ伏せや腹圧のかかる運動は行わず、体幹の筋力強化を図られています。デイサービスにおいては、両下肢の感覚、随意性、筋力低下防止にマシーントレーニングや個別訓練でのストレッチや筋の柔軟性の保持に努め、オーバーワークをしないよう、ゆっくりとリハビリが行われています。

③主治医とケアマネの連携

主治医連絡票（シートの記入欄を拡大させたもの）を本人が受診時に持参して、記入して頂いたり、医療ソーシャルワーカーを通じて、主治医と連絡を取ったり、ケアマネ自ら直接本人と一緒に受診に同行して伺うようにして、関連事業所に連絡しています。

④シートを使ってみての感想

個人因子の所に、生活歴や本人、家族の主訴を記入していくスペースを拡大し、充分記入出来るようにして欲しい。

関連者の意見のところは、このまま流して使うのは、個人情報に関係上難しいため、個別用のシートを作成し、最終的に、ケアマネが整理し必要に応じて、要所で伝達していく方法が望ましいと思います。

地域包括支援センターの立場から

岡山市南区西地域包括支援センター

福田サブセンター 黒住紀子



岡山市地域包括支援センターについては皆様よくご存知でおられると思いますが、簡単にご説明させていただきます。岡山市は現在人口約70万4千人、高齢化率21%です。岡山市はサブセンター方式として、岡山市ふれあい公社に業務委託して6センターを本センターとして配置し、各中学校区に39のサブセンターを在宅介護支援センター等に設置しています。

主な業務内容については画面のとおりです。地域の介護予防推進の拠点となるよう、相談窓口、地域ネットワーク

イフティネットとしての虐待対応、そして介護予防プラ作成に取り組んでいます。

その介護予防の活動をしていくうえで、もっとも大切にしているのが、「このまちで、いつまでも元気で暮らしたい」という当たり前の思いを応援する為に、出歩きにくなっても会う機会をつくっていこう

という活動です。

写真の左側は公民館まで来れない方も参加できるように小さな集会所をまわって介護予防健康いきいき教室をしているところです。右上は町内会長や民生委員に集まっていただき見守り支援について地域ケア会議をしています。下は認知症サポーター養成講座を小

学4年生の授業で行い、関心をもって声かけしてもらおうとしているところです。

やはり介護予防の基本は、昔から社協さんが取り組んでこられていますが、サロンのような寄り合う場、人と人とが会う機会をつくることです。

しかし、男性の方はあまりそのような場には出て来られない方が多いです。また病気になるとますます対応が難しい場合もあります。

例えば A さんは入院中ですが、主治医の先生言うことは聞くけれども、看護や介護やリハビリのスタッフの方の意見はまったく聞いてくれませんでした。

そこで困った看護師さんが「そんなことしていると先生に言いつけますよ」なんて奥の手を使ったりしたら余計に関係が悪化したりします。

主治医の先生も患者さんのお話だけ聞いてしまうと、疑心暗鬼になってしまうことも。

今回私が担当させていただいた A さんは意思がはっきりして周囲の意見はあまり聞かない職人気質の70代の男性の方です。資料にありますように、要支援1の介護認定を受けておられ、悪性関節リウマチ、肺気腫、そして今年1月に肺がんが見つかり、今までのかかりつけの A 病院から紹介されて専門の B 病院へ転院していました。抗癌治療をされ、ご本人の希望によりその後の退院に向けての外泊の相談が7月末にありました。すぐに外泊に併せて訪問し、本人と家族の希望が違う為、入院している病院の SW と相談して主治医の先生と関係者との情報交換の会議を開きました。

本人はパスシートに記入してありますように、妻と娘、孫の5人家族です。70才の小柄な妻が家事も介護も幼児の孫の世話もされ、内職もしている状態でした。娘は仕事が忙しくて殆ど家事もされません。本人の退院については、妻は帰ってきてもらっては困るといわれ、介護されていない娘は子どもも喜ぶから帰らせてあげたいとのことでした。

在宅での利用サービスは本人負担がない訪問看護のみでした。

農村地帯の一軒やであり、買い物や通院は車が必要ですが、妻は免許がなくて自転車で遠くのスーパーまで買い物に行かれます。本人の状態は平成11年から在宅酸素が必要で、以前から入退院を繰り返し、外出は難しく、目標も見つけにくい状況でした。

主治医の先生が、はじめは会議に出席されないとのことでしたが、どうしてもおねがいしますと SW へ依頼して、先生の都合に合わせて開催することができました。

パスシートにありますように先生からは「本人の希望もあり退院を考えている。長くは帰れないので発熱したらすぐに入院して、週に2回は輸血のために通院してもらいたい。」といわれました。訪問看護師からは「本人は少し発熱をするとすぐに救急車を呼んで入院していたので、またすぐに入院になると思われる。すぐに入院するのであれば外泊のほうがよいのでは」と意見を言われました。

入院先の SW からは「退院後の通院に多くのタクシー代がかかり、経済的な負担が大きい」と発言があり、病院の主任看護師からは「入院中の本人がまったくリハビリを受けず、先日の外泊でもトイレに行こうとして転倒されたにもかかわらず、その後も退院に向けての準備ができていない」といわれました。

包括のケアマネとしては「妻の介護負担と経済的な負担により現実的には難しいので、外泊を重ねることで本人の希望に寄り添うほうがよいのでは」と伝えました。

話し合いの結果、主治医の先生が「そのようなことはぜんぜん聞いていなかった。外泊にし

たほうがいいですね」といわれ、また状況がかわったら話し合うようにしました。

病気になったとき、入院したほうが安心か、自宅のほうが安心か、病状だけでなく様々な環境因子でかわります。また、本人と介護している家族の方では意見が違うことが多く、間に入る医療関係者の方は難しい調整をしなくてははいけません。

そんなときに、本人、家族、その周囲の人たちのそれぞれの思いや戸惑いをどのように調整して支えていけばよいか。家族関係や近所付き合いが希薄になり個別化しているこれからは、ますます重要になってくると思います。

そこで、やはり関係者全員で考え、情報や意見を出し合う中で、一番よいであろう方法を見つけていく作業が必要ではないかとあらためて思います。関係者がつながることが大事です。

プライマリ・ケア地域連携のイメージです。患者本人と家族が望む生活をかなえるために、密な連携体制を当たり前のように構築していく。そのためには、縦ではなく横のつながりが必要です。

プライマリ・ケア地域連携パスを利用して、本人の思いのみでなく医療従事者と介護している家族やそれを支える介護福祉関係者の思いを共有していくためにも、このようなパスは必要であると思いました。ご清聴ありがとうございました。

通所介護の立場から

シーザル デイホーム「麦のほ！」 嘉崎直子



●経過

Sさん（72歳）女性。要介護3。
高血圧・糖尿病・白内障・鉄欠乏性貧血がある。認知度は自立。寝たきり度はB1。
感情失禁、左方麻痺が残っている。脳幹部出血で平成18年に倒れ入院、リハビリ後、退院後は住宅型有料老人ホームで暮らし。維持期を過ごされているが、転倒により骨折をしたことで、立位時には本人の不安がある。

●本人の思い

「歩けるようになって、自宅に帰りたい」ということがあり、現在も「リハビリせないかん」との思いで毎日を送っておられる。

●現在の状況

居室があるフロアーは車イスで、ベット・トイレ・ホール

ル（食事と交流）を移動。

通所では、スタッフの見守りで交互型歩行器にて移動。訪問看護（週1）訪問介護（週2）
デイサービス（週3回）福祉用具貸与

○通所での援助内容

- ①高血圧による体調変化・服薬確認（糖尿）
- ②上下肢の機能訓練（歩行・硬縮予防）

③入浴

④趣味活動・食事提供など

上記の援助を行うに当たって、連携パスを利用してみる

- ①主治医から血圧は安定とあるので、平常時血圧があると比べ安いと思う。こちらでの5日間の測定結果から130/70くらいであろうと想定する。以前血圧が高いことがあった。訪問看護の情報から、排尿・排便に関する薬の

故意な飲み忘れがわかった。本人いわく「通所に行く時には、飲まないようにしている」とのことだった。それ以来、血圧が高い時には、通所で服用される薬以外のものについても、本人に確認するようになった。また、部屋に貼ってある服薬表のチェックを訪問介護もし、声かけを行うようになった。通所は昼食を提供することがほとんどの方のプランにあるので、服薬の有無は重要である。

- ②訪問看護のリハビリに関し、歩行時の重心移動がうまく行われていないとあり、歩行器歩行では足の運びに注意して見るようになった。すると、左の足の裏がしっかりと接地していない。そこで、歩く速さ・足の出し方に関し声かけ調整すると、足の裏の接地ができるようになった。また以前、転倒骨折したことから不安も大きいことをどう解消しようかとの話し合いで、座位からの訓練が必要ではないかとの通所の看護師からの意見が出た。転倒の不安が少ない座位にて左右に大きく振れる動作などで体重移動を行ってもらうことにした。現在楽しんでできればと思い、レクの体操等に取り入れて集団でも行えればと考えている。パスでは、初回受け入れた入院中のリハビリ、在宅で以前受け入れていた通所リハビリの情報も加えられたらと思う。現在利用中の訪問看護の援助内容（実施項目による本人の感想を含め）も詳しくもらうことにより、勧め方の目安になるし双方向での意識もそろい、本人の戸惑いや不安感も少なくなるのではないかと思う。また、あたらしく実施を考えないようにについても意見がもらえると、計画も立てやすいのではないか。

- ③入浴ではキャリーと階段歩行で行っている。わが通所の浴槽は4段ある。15センチほどの階段だが、麻痺がある方には安全性が問われる。様子をみながら、手すりと介助にて移動しているが、近頃階段ののぼりで足が上がりにくくなっているとの入浴介助者からの報告があり、対応できる今の状態維持も課題である。ここでもやはり足の接地を見ながら、階段の昇降の介助を行っている。体重移動での不安が少なくなるよう介助者が左わきをしっかりと支え行っている。足が上がりにくくなったこと事に関しては、関節の拘縮等も関連してくるので、パスの中に可動域の評価も何らかの項目であるといいのではないか。しかし段差を越えることは、かなり不安定な状態になるので、もっと基礎的な訓練が必要ではないかと思うようになったことを、訪問看護に返したい。また、訪問看護ではマッサージを行っていることから、通所でも入浴後などに下肢マッサージができたらと考えている。

- ④現在行われているリハビリの内容を知ること、さらに有効な援助ができるのではにか。趣味活動では、左手を使うことを声かけするなどして意識していただいている。集団レクでの運動は、体重移動ができるものを検討中である。風船バレーなど、とっさに動くようなレクは「両手を使ってくださいね」の声かけを重ねることで、だいぶん左手も使ってもらえるようになった。また、食事では唾液でも咳き込みが見られるため見守りが必要である。これを、訪問介護・訪問看護にも共有してもらい訪問時の水分補給のときにも、留意してもらえればと思う。食事においては、嚥下の状態などを把握するときに、がんばればできるなどのチェック項目により、日常の食事の様子が理解しやすい。できなくなったときなどにも、何が原因で低下しているか、本人からの聞きとりや関連機関の情報で推察できるかもしれない。

●今後の援助内容として

本人の希望である「家に帰りたい」を実現するにはまず4点杖歩行を自信を持ってできることを目指す。他職種からの情報を整理すると、歩行時の不安を取り除くため、重心移動に焦点を当てしばらく経過をみて、次のステップに進めたらと思う。自分の居室を安全に、杖歩行で移動できるよう援助していく。まずは少し自信が持てたら、外食に出かけることを勧めたい。

●連携パスを使うにあたって

知りたい情報が、手に入りやすくなり援助方法を考える際にも、便利だと思うが必要なのは、更新であると思う。存在していても、情報が古くては何の役にも立たない。結局は、電話等で連絡を取り現在の情報収集をしなければならなくなる。各機関とも、事業所の記録とともに連携パスの更新をしていくことが、今後の課題であるのではないかと思う。

医師の立場で連携パスを考える

いぬい医院 院長 福岡英明



くつもりです。

- ・できるだけ使用したパスが無駄にならないよう使う工夫をする。

例えば、ケアマネジャーのモニタリング用紙として使えないか？

この後、述べるケアマネジャーが介護保険報酬で位置づけられた医療連携加算や退院・退所加算として使うことができるパスにしたいと思っております。

④ 介護支援専門員の連携加算(本シートを利用していただきました)

- ・退院退所加算

ケアマネジャーが病院・施設の赴き、病院スタッフと介護サービス指導を行った場合

- ・医療連携加算

利用者が入院するに当たって、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供

- ① 現在進行中の「プライマリ・ケア地域連携パスシート岡山方式」について医師の立場で検討しました。
- ② その結果、先ず、医療的に重症患者について提案中のパスに医療情報が少なすぎる。指示書を受け取る訪問看護師や意見書を読めるケアマネジャー以外の職種にやはりきちんとした医療情報の提供がいるのではないかと、その情報提供について具体的なシート「地域医療連携岡山居宅療養連絡書」を提案したいと思います。
- ③ 基本戦略
 - ・基本理念に添った、よりよいパスをこの1年間で作り上げる。
 - ・使用するハードについて使いやすいものを考えていくつもりです。

した場合

⑤ 今後の地域連携パスの論議(中医協)

- ・診療所や介護施設への施設拡大
- ・地域連携パスの対象拡大

⑥ 「地域医療連携岡山居宅療養連絡書」

- ・全職種に対応する具体的な医療情報

医師から医療情報を得られる職種はかなり限られている。特に福祉関係者は利用者の医療的状况を分からず不安をもって介護している状態にある。訪問看護指示書は訪問看護師への情報提供です。その他地域に医療連携として薬剤師・栄養士への在宅での情報提供があります。

- ・医療・介護の重症度の高い患者・利用者の医療情報提供書
- ・主治医の居宅療養管理指導書になる。

討 論

座長：山本：それでは討論に入らせていただきます。

質問のあるかたは、挙手をしていただくようお願いいたします。

則安：QOL の向上について、パネリストはどんな想いで何を大切にして、パスを作成したのか。

出口：訪問介護事業所はケアマネから届いたパスシートを活用して、サービスをすすめていくことになります。「本欄の願い」「家族の願い」「目標」を知り、多職種がチームケアを目指してかかわることは QOL の向上にもつなげていけると思われる。1 枚のシートで滋養法交換が出来て、それぞれの立場での留意点や依頼等が共有できることは良いことだと思う。検討して頂きたいこととしては、①「活動」の項目に IADL（買い物、掃除、洗濯、調理、金銭管理、服薬状況）を付け加えてみてはどうか。②「関連者意見」のシートを本人や家族に回覧する場合は書きにくいのではないか。たとえば、虐待の兆候があるときなど・・・という点です。

池永：コミュニケーションがはかられないと個人因子は聞きにくい。パスでネットワークづくりが可能になり、関係機関（サービス事業所や医師）との連携が図られると共に情報の共有化が図られます。難点としては、各の連絡調整に時間がかかるため関連者の意見をまとめるのに時間がかかる。

黒住：この度のケースは退院になるかどうか分からない段階でのパスシートの作成だったので活動の目標が書きにくく、会議の前にもこのたびの活動の目標が書きにくく、会議の前には記入できませんでした。会議で家族の滋養法や近所のつきあいなどの住民とのかかわりも伝え、参加者全員で話しあったことで、本人にとっても家族にとってもどうしたら生活環境を向上させる事が出来るかが見えてきました。パス利用して話し合え事が活動目標をつくり、QOL の向上につながるとおもいます。

嘉崎：小さな望みを達成する積み重ねで大きな目標を達成へ・・・・・・。

福岡：医師の前では患者さんはいい子ぶりがちで中々本音が出てこない。訪問診療を行っていても多職種の方々のカンファランスで初めて患者さんの想いを共有できる事が多い。その時医師として意見を述べたい。終末期をどう生きるかについては、相談に乗るのは医師の大事な役目だと認識している。ICFをあまり難しく考えないで、一つ例を挙げると、多くの100歳以上のお年寄りの所在が確認できない現在の視野会で、孤独な高齢者を担当する場合、基本は彼らに寄り添い、何とか孤立市内で社会的な場、又は役割を考えていく事だろうと思います。

田中歯科医師：活動に口腔ケアを位置づけてほしい。

木村県医師会理事：パスを介護報酬に反映させることが最終目標になりますが、その他のパスの更新をどうするのか、家族・本人にどこまでパスを公開するのか、さまざまな問題が残されています。

福岡先生は新たに医師記載シートを示されましたが、情報量が多くなって良いことではあるものの主治医意見書と重なる部分がいくつかあり、整理が必要とおもいます。

福岡：連絡書は主治医意見書を補うため工夫をしました。もう少し、検討部分もあの、完成させたい。

まとめ：山本：利用者の生活の連続性を理解し、一人一人の暮らしを支えるサービスの構



築に向けて、関係者はもとより地域住民などの連携による効率的・効果的なシステムを創りあげることが望まれていると思います。その一つとして「地域連携パス」による協議を行いながら、関係者の共通理解をはかる環境作りが行われればと考えます。このことは、利用者個人を捉えるのではなく、地域生活の質を向上させるために何をすべきかを考えてい

くことが重要ではないでしょうか。これらを推進していく上で、連携パスをひとつの協議する材料として、これを契機に各地域や事業所で検証していただき、実用性の高いシートになることをお願いして本日のセミナーを終了します。

「地域連携パス岡山」研修会（パネルディスカッション）アンケート集計 (2010年8月28日 実施)

研修会テーマ：「チームケアによる在宅療養－「地域連携パス岡山」を活用して－

日 時・場所：2010年8月28日（土）14：00～16：00 於 岡山衛生会館
講 師：岡山プライマリ・ケア学会研修委員長 宮原伸二 その他パネリスト5名
修方法：講演とパネルディスカッション
参加者数：41人 回収数27、回収率65.8%

- 1 本日の研修会の内容全般について、ご満足いただけましたか（4択）
満足 16（59.2%）、やや満足 10（37.0%）、やや不満足 1（3.7%）、不満足 0

- 2 この研修会に参加して、どのような点が良かったですか（複数回答可）
役立つ情報が得られた 17（62.9%）
日頃の活動に役立った 14（51.8%）
スキルアップにつながった 7（25.9%）
他の参加者との交流・情報交換が図られた 6（22.2%）
抱えていた問題・不安の解消につながった 2（7.4%）
その他、良かった点を具体的に教えてください。→ 3の下にまとめた。（書かれた通り）

- 3 今後、このような研修会を実施する際には、参加したいと思いますか（4択）
ぜひ参加したい 16（59.2%）
どちらかといえば参加したい 11（40.7%）
あまり参加したくない 0
参加したくない 0

2の具体的な内容

- 連携パスシートの活用方法の意見が具体的でよかった。
- 連携パスが実際使用できる様になれば、現在よりその方を理解してのケアにつながっていくと思います。
- ケアマネジャーですが、色々な連携パスシートがあり、医療介護の連携の大切さを日々感じています。Dr-ケアマネ-介護事業者まで顔の見える連携パス（地域での生活に役立つシート）と感じました。有り難うございました（ぜひ地域でも研修してほしい）。
- 他の事業所がどのような取り組みをしているのか知ることが出来た。利用者の方の問題点を具体的に挙げている内容を知ることができて良かった。
- 具体的なパスをもとに、様々な使い方が考えられ、利用者様を支える上で役立つと思った。
- ネットワークの難しさと大切さがわかった。特に横のつながりは非常に重要である。
- シートの具体的な改正点について発表があり、今後に生かしたい。

- シートの活用性が良く解かりました。
- パスの具体的な意見が出たので改善できると思う。
- 当事者中心のサービス提供に参加者の意識が向けられたと思う。
- 薬剤師がかかわったらよいところがわかった。

◆その他の意見

- 特定の事業所をアピールする画像は気になった。
- すみません 法の改正ですが・・・予防プランも加算がほしいと思います。
- 研修会開催は、出来れば日曜日が参加しやすいので検討を

地域連携パスの紹介は前ページ入っているので今回は入れ
ません

本事業は独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業による