

3) 第3回ワークショップ報告集

日本プライマリ・ケア学会 岡山支部会 第3回 ワークショップ報告書

日 時：平成22年3月6日（土） 午後1時～4時

場 所：衛生会館 5F 中ホール



主催：日本プライマリ・ケア学会岡山支部会

共催：岡山県医師会プライマリ・ケア部会

第3回ワークショップ

テーマ：プライマリ・ケア地域連携パスを検証する

総合司会 岡山訪問看護ステーション看護協会 菅崎仁美

- 1：00～1：10 挨拶 日本プライマリ・ケア学会岡山支部会
会長 福岡英明
- 1：10～1：30 ICF(国際生活機能分類)、特に参加について
岡山県保健福祉部健康対策課 則安俊昭
- 1：30～2：00 第1回・第2回ワークショップの概要
作業部会報告（地域連携パス岡山方式案）
支部会研修委員長 宮原伸二
- 2：00～2：10 地域連携パス試行事例
NPO 法人総合ケアシーザル介護支援事業所 賀来貴子
- 2：10～3：10 グループワーク 地域連携パス岡山方式を検証する
ファシリテーター
第1グループ 岡山県医師会理事 木村 丹
第2グループ 岡山県社会福祉協議会 山本茂樹
第3グループ 訪問看護ステーションシーザル 山下幸恵
第4グループ 岡山市地域包括支援センター福田サブセンター
黒住紀子
- 3：10～3：30 各グループからの報告
- 3：30～3：45 ワークショップのまとめ 岡山県医師会理事 木村 丹
- 3：45～3：55 これからの進め方について 支部会研修委員長 宮原伸二
- 3：55～4：00 挨拶 支部会研修副委員長 菅崎仁美

(ワークショップの各担当者は全員、支部会研修委員にお願いしました)

○ あいさつ

日本プライマリケア・ケア学会岡山支部長 福岡英明

地域連携パスのWSも今回で3回目の開催になります。

本日は2回のWSを参考にして作業部会で検討したパスシートを皆さんで検証していただくことになります。

縦の地域連携パスは退院時カンファランスで主としてケアマネジャーが作成する様式が作成されつつあると聞いています。

私どものパスは退院時地域で開かれるカンファランスや介護保険導入時のカンファランスそして継続していく中で節目に、そして、入院時に利用できるものと位置づけしております。

福祉系のケアマネジャーさんやヘルパーさんが参加しやすいモチベーションのあるもの、そして、患者さん又は利用者さんの自立や想いを大事にするパスにしたいと思っております。

このWSで検討した事項を参考に、22日の支部学術大会で宮原先生に指定報告という形で会員に披露して、早速使っていただこうと思っております。これからのWSよろしくお願いいたします。簡単ですがご挨拶とさせていただきます。

○ ミニレクチャ「地域連携クリティカルパス ～ ICF, 特に参加について ～

岡山県 保健福祉部 健康対策課 則安俊昭



このたびの ICF（国際生活機能分類）モデルに基づく地域連携パスは、医療・介護サービス受給者の高い QOL の実現を目指して、関係者が、十分に連携して、最大限の役割を果たすためのものである。

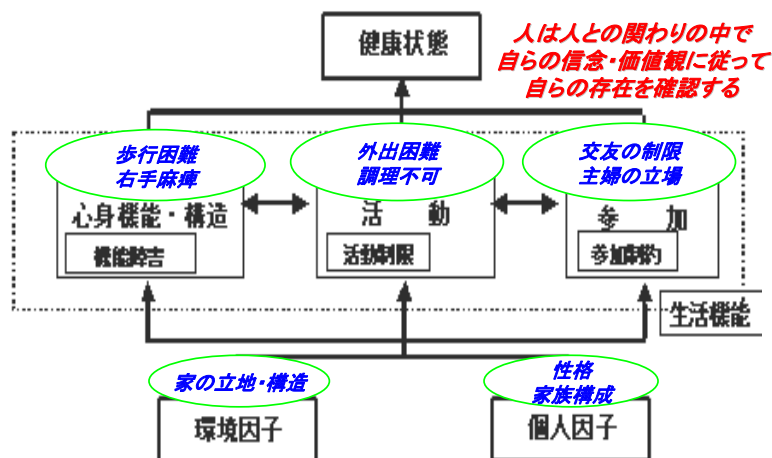
人は、他者との関わりの中で、自己の存在を確認し、自分の信念・価値観と照らして幸・不幸を感じ、さらにこれらを転換させる可能性もある。乙武洋匡氏は、機能・構造レベル

では重度の障害、活動レベルでも相当の障害がありながらも、社会で大活躍されており、著書『五体不満足』の中で「障害は不便ではあるが不幸ではない。」と、言い切っている。このように、『参加』レベルの充実が特に重要で、これに必要な『活動』の向上を図り、『心身機能』の向上を図る必要がある。また、『心身機能・構造』、『活動』、『参加』は、相互に強く影響しながらも、それぞれについて直接的に介入して、改善が可能な場合も多い。『参加』には、家族内での役割、立場なども含まれる。

『参加』の向上と『活動』の向上の良循環を作ることによって、寝たきり化（廃用症候群）の予防・改善が図られる。

国際生活機能分類 ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health



○ 信念・価値観

迷惑をかけてはいけない ➡ 迷惑をかけても良いんだ

こんな姿は見せられない ➡ 人前に出ても良いんだ

○ 自己認識

私は家族のお荷物だ ➡ 私にも、役割がある

もう、存在する価値がない ➡ ここに居ても良いんだ

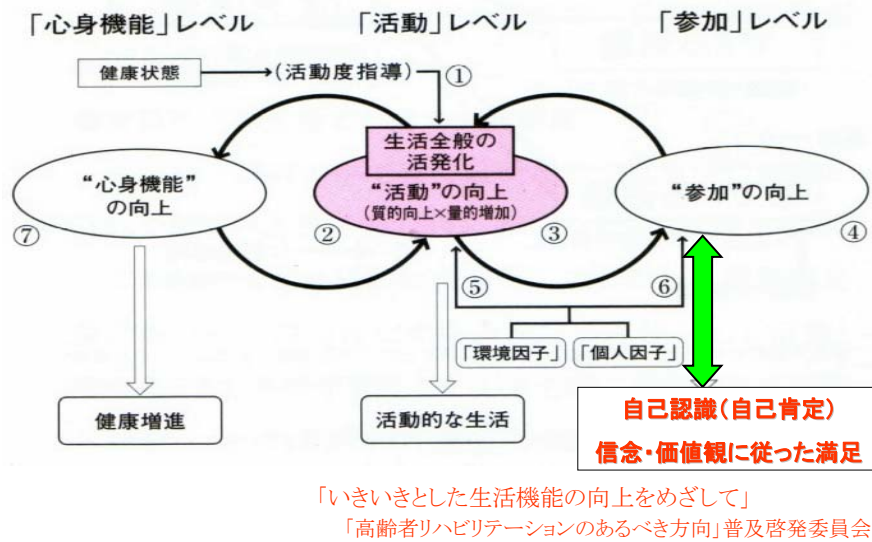
○ スピリチュアル

家族のつながり ➡ 生きていてくれるだけで



**障害は不便ではあるが、
不幸ではない。**

寝たきり化予防・改善 活動的な生活を作る良循環へ



○ 作業部会報告「第1・2回 WS 報告と地域連携パス岡山案の概要について」

研修委員長 宮原伸二



第2回ワークショップの結論

2009・11・22

- 1 利用者(患者)のQOLの向上をはかることを目的とする。
- 2 利用者(患者)を主体として、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護婦、理学療法士などの医療関係者、ケアマネジャ、介護関係者、福祉関係者が支える心を1つにして連携を図ることができるシートとする。
- 3 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にする。
- 4 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)なものとする。
- 5 管理は原則、ケアマネジャがする。介護保険外は状況に応じて訪問看護師などがする。
- 6 ICF(国際生活機能分類)の理念を基本として、パスを作成する。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、向上をはかり、心身機能・構造の水準を上げることに配慮する。→作業部会の設置

3回の作業部会

- 1 先行例の紹介、パス試案(2009年12月22日)
 ミーリングリストで意見交換
- 2 構成、内容の検討、記入マニュアルの検討
 (2010年1月27日)
 ミーリングリストで意見交換
- 3 内容の検討・変更・試行報告・検証、記入マニュアルの検討・変更(2010年2月24日)
 ミーリングリストで意見交換
- 4 3月6日のワークショップに「地域連携パス岡山(案)・記入マニュアル(案)」として提示。

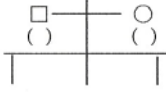
岡山方式の特色

- 1 医療系の人たちには生活状態や本人や家族の思いや願いなどを示すことができる。
- 2 福祉系の人たちには医療の状況、異変の危険性、異変時対応(連絡)など示すことができる。
- 3 ケアマネジャーのみならず、家族、本人を含めてかかわる人々すべてにとって役立つものとする。
- 4 利用者(患者)の、目標(社会参加)を明らかにして、関係者の共通理解に役立ち、具体的な取り組みがわかるもの。
- 4 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)なものとする。
- 5 ICF(国際生活機能分類)の理念を基本とする。

以下示したパス(案)は第3回WSで修正されたものを掲載しました。

プライマリ・ケア地域連携パスシート(岡山方式)

記載日 : 年 月 日
記入者 所属

氏名 (様) 性別 (男・女)		生年月日		
要介護度 有効期間 ~ (在宅療養開始日 平成 年 月 日)		M・T・S・H 年 月 日 満 才		
基本データ	医療機関と主治医 ①	病名・① 既往歴② ③ ④ ⑤ ⑥	発症 年 月 日	
	担当ケアマネ 所属	内服薬 ① ② ③ ④ ⑤	医療内容 □点滴 (IVH・) □浣腸・摘便 □経管栄養 (胃ろう・経鼻) □透析 (人工・腹膜) □酸素療法 □インスリン (単位) □気管切開 □人工呼吸 □褥瘡等の処置 □留置カテーテル □吸引・吸入 □人工肛門 □緩和ケア □その他 () 身体状況: 麻痺有無 () 歩行状況 ()	
	氏名			
	担当コーディネーター 所属			
	氏名			
個人因子	生活史・趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事		認知症周辺状況 (含: 原因が認知症以外の疾患) □幻覚・幻聴 □妄想 □昼夜逆転 □暴言 □暴行 □介護への抵抗 □徘徊 □火の始末 □不潔行為 □異食行為 □性的問題行動 □その他 □意識 (明瞭・不明瞭・その他)	
	本人の願い・希望 :		経済状況 年金 □厚生年金 □国民年金 □障害年金 □その他 () □無 その他	
	終末期や緩和ケアへの思い (年 月 日現在) :			
環境因子	家族の願い・希望 :		家族構成図  男 □ 女 ○ 本人は二重、死亡者は塗りつぶし 主介護者は□○内に○ キーパーソンは□○内に× 同居者 () に年齢	
	利用しているサービス : □訪問介護 □訪問入浴 □訪問看護 □通所介護 □通所リハ □ショートステイ □訪問歯科 □在宅療養管理指導 (医・歯・薬・栄・看) □福祉用具 () □住宅改修 □その他 ()			
	家族の介護力 :			
参加	社会的環境 :			
	装具・補助具等についても記入すること		現 状	
			頑張れば自分のできる	
			生活の中でしている	
	活動	屋外活動	□	□
		屋内移動	□	□
		食事	□	□
		排泄	□	□
トイレへの移動		□	□	
入浴		□	□	
参加	更衣・整容	□	□	
	コミュニケーション	□	□	
状況 (社会参加: 家庭の役割を含む)				

関連者の意見 ()

		在宅療養開始前 退院直後 その他()	状況変化 他職種に留意・依頼したい事	概ね 3ヶ月 評価
医療福祉従事者 (各科医師・薬剤師・歯科医・栄養士・OT・PT・介護師・通所等相談員など)	主治医氏名	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	事業所 tel			月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	訪問看護師氏名	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	事業所 tel			月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	職種氏名	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	事業所 tel			月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	職種氏名	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	事業所 tel			月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	職種氏名	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	事業所 tel			月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	職種氏名	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	事業所 tel			月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	職種氏名	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	事業所 tel			月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	地域等関係者氏名	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
関係 tel			月 日 ☐ 継続 ☐ 変更	
家族・介護者氏名	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更	
tel			月 日 ☐ 継続 ☐ 変更	
ケアマネジャー ソーシャルワーカー 氏名 所属 tel 携			月 日 ☐ 継続 ☐ 変更	

個人因子

個人因子	生活史・趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事	認知症周辺状況(含:原因が認知症以外の疾患) ☐ 幻覚・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行為 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ☐ 意識(明瞭・不明瞭・その他)
	本人の願い・希望： 終末期や緩和ケアへの思い(年 月 日現在)：	経済状況 年金 ☐ 厚生年金 ☐ 国民年金 ☐ 障害年金 ☐ その他() ☐ 無
環境因子	家族の願い・希望： 利用しているサービス： ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハ ☐ ショートステイ ☐ 訪問歯科 ☐ 在宅療養管理指導(医・歯・薬・療・看) ☐ 福祉用具() ☐ 住宅改修 ☐ その他()	家族構成図
	家族の介護力： 社会的環境：	男 ☐ 女 ☐ 本人は二重、死亡者は塗りつぶし 主介護者は ☐ ☐ 内 ☐ サポートは ☐ ☐ 内に ☐ 同居者は ()に年齢

- **生活史**：仕事、趣味、好きなこと、嬉しかったことなど(人間史、生活歴を知る)。
- **願い・希望**：外出、買い物など本人がしたいことや生活上での願望(家で住みたいなど)、生き方などの希望を記入。
- **終末期や緩和ケア**：胃ろう、気管切開、徐苦痛、延命などのケアのあり方など思いについて記入する。本人のほんとうの意向をつかむのは難しいので、その場合は介護者が、今、考えていること、気持ちなど記入してもよい。話し合った期日を記入。

環境因子

個人因子	生活史・趣味・好きな事・嫌いな事・信条・最近嬉しかった事・困った事	認知症周辺状況(含:原因が認知症以外の疾患) ☐ 幻覚・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 火の始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行為 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ☐ 意識(明瞭・不明瞭・その他)
	本人の願い・希望： 終末期や緩和ケアへの思い(年 月 日現在)：	経済状況 年金 ☐ 厚生年金 ☐ 国民年金 ☐ 障害年金 ☐ その他() ☐ 無
環境因子	家族の願い・希望： 利用しているサービス： ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハ ☐ ショートステイ ☐ 訪問歯科 ☐ 在宅療養管理指導(医・歯・薬・療・看) ☐ 福祉用具() ☐ 住宅改修 ☐ その他()	家族構成図
	家族の介護力： 社会的環境：	男 ☐ 女 ☐ 本人は二重、死亡者は塗りつぶし 主介護者は ☐ ☐ 内 ☐ サポートは ☐ ☐ 内に ☐ 同居者は ()に年齢

家族の想いや願い：家で看たい、口からたべさせたい。除苦痛、延命しないなど(本人のほんとうの意向をつかむのは難しいので介護者が思っていることでもよい。その旨を記入)。

利用サービス：利用しているサービスにチェックを入れる。

家族の介護力：介護者の有無、介護者の健康、知識、親戚など。

社会的環境：住宅の状況(2階に住む)、周囲の環境、地域の偏見や誤解、近隣の支える力、ボランティアなど。

経済状態：年金(厚生年金・国民など、その他の有無)

家族構成：本人、主介護者、子供、死亡者、同居者などジュエノグラムを作成する。

活動の記入方法

装具・補助具等についても記入すること		現 状		目 標
		頑張れば自分でできる	生活の中でしている	
活 動	屋外活動	☐	☐	
	屋内移動	☐	☐	
	食事	☐	☐	
	排泄	☐	☐	
	トイレへの移動	☐	☐	
	入浴	☐	☐	
	更衣・整容	☐	☐	
	コミュニケーション	☐	☐	
参 加	状況 (社会参加:家庭の役割を含む)			

活動（ICFの活動）

○ 現状：頑張ればできている（できる）

リハビリルームなどで専門職の下であれば出来る、あるいは、見守り、励まし、全力を發揮すればできる場合、また、「できる」能力を持っているにもかかわらず、実際は「していない」場合など。意欲に働きかけてできることがあればチェックする。必要な補助具や介助を具体的に書く。（介護でゼリーのおやつ）

○ 現状：生活の中でしている（している）

生活の中でしている場合にチェックする。補助具、介助必要なら具体的に書く。全介助でおこなっていることにはチェックは入れない（介助状態を書く：摘便、清拭など）

○ 目標（する）

主に、家庭や家周囲でこれからしたいこと（数か月）、目標を具体的に書く（～できるように）。（離床、おやつを食べる。ポータブルトイレで排泄ができるなど）

参加の記入方法

装具・補助具等についても記入すること		現 状		目 標
		頑張れば自分でできる	生活の中でしている	
活 動	屋外活動	☐	☐	
	屋内移動	☐	☐	
	食事	☐	☐	
	排泄	☐	☐	
	トイレへの移動	☐	☐	
	入浴	☐	☐	
	更衣・整容	☐	☐	
	コミュニケーション	☐	☐	
参 加	状況 (社会参加:家庭の役割を含む)			

○ 現状

通所介護の利用、散歩、交友、家族内や親族間での役割等を書く。また、介助者の同行の状況等も書く。

○ 目標（する）

外出や他者との交流だけでなく、家族内や親族間での役割、立場などについても十分に配慮しながら、できるだけ具体的に記述する。（街へ家族といける。映画をみる。花見に行くことができる。通所でゲームに参加できるなど）

※ 本人の願いや希望に沿って『社会参加』（参加状況）の目標をしっかりとイメージして、その実現に必要な『活動』の目標を設定する、

関連者の意見（ ）

	在宅療養開始前 退院直後 その他（ ）	状況変化 他職種に留意・依頼したい事	概ね 3ヶ月 評価
医療福祉 関係者	主治医 氏名	記載日：平成 年 月 日	月 日
	事業所 tel		☐ 継続 ☐ 変更
	訪問看護師 氏名	記載日：平成 年 月 日	月 日

○ 在宅療養開始時・退院直後・その他

各関係者の氏名、事業所、電話（携帯電話）

各関係者は記載日を記入し、その時に行われたケンファレンス等の中で専門職として必要な事項（ケア内容や方法等）を書き出す。特にその方への目標が一致できていることを確認することが必要。

○ 状況変化（多職種にお願いしたいこと）

異変時の状態や連絡事項や異常の可能性（脳貧血、血圧低下など）、や異常の発見につなげるにはどのようなことに注意（動きが鈍くなる、体が傾くなど）すべきか、また、異常があった時の対処法、連絡先などを記入する。

地域関係者 など	職種 氏名	記載日：平成 年 月 日	月 日
	事業所 tel		☐ 継続 ☐ 変更
地域等関係者 氏名	関係 tel	記載日：平成 年 月 日	月 日
	家族・介護者 氏名	記載日：平成 年 月 日	月 日
ケアマネジャー 氏名 所属 tel 携帯			月 日
			☐ 継続 ☐ 変更

○ 地域関係者（民生委員、愛育委員、ボランティアなど）

支援していること、気になることなど

○ 本人・介護者

本人の意見（現在の状態やサービスをどう感じているかなど）や家族でキーパーソンとなる方の依頼や承諾事項を記入、及び家族の協力を確認す。本人の意見か介護者の意見かを明らかにして記入する。

○ ケアマネジャー

総括的に意見を述べる

プライマリ・ケア地域連携パス(岡山方式)のまとめ

- 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)。

○ 地域連携パス 試行事例報告

NP0 法人総合ケアシーザル介護支援事業所 賀来貴子

今回、私は、昨年12月にクモ膜下出血で入院され、2月に在宅へ帰られた方の例を報告させていただきます。退院時にカンファレンスをおこないましたので、その時の内容をもとに、パスを作成させていただきました。

1 まず、基本データのところですが、ここは、フェースシートや主治医の意見書、診療情報提供書などを参考にしながら転記しています。
この方の場合、以前から自力での歩行は困難で転倒をよくされていましたが、クモ膜下出血で入院されてからは、意識が不明瞭で、寝たきりの状態になられています。
また、経管栄養や、吸引などの医療処置があり、医療的な需要の高い方ということがわかります。

2 次の個人因子のところからは、ICFの理念が反映されている部分で、とても重要な個所であると思われます。皆様すでにご存じの通り、ご本人の生活史(生活歴)を知ることは、その方を理解するうえでとても大切なヒントになります。この方の場合も、デイサービスを利用している時から簡単な英語で挨拶をされたり、ハワイの話題では生き生きとした表情で興味を持たれたりしていました。英語になじみがあることから、英語の歌をかけてみたり、簡単な英語のあいさつをしてみるなどすることで、よい刺激になるのでは、と期待

できます。また、思いや希望も、なるべくふだんの何気ない会話の中からつかんでおく必要があると思います。思いを理解してケアをすることで、本人の意欲付けにも結びつきやすいと思いますので、つつい障害ばかりに目が行って、肝心のご本人の思いがないがしろにされることがないように、しっかり理解しておきたいところだと思います。（「どうしたいんだろう」の視点）

この事例の場合では、発症されてからは、意識が不明瞭で、なかなか思いの確認が難しかったのですが、以前から、「ずっと(次女と)家で暮らしたい。入院はしたくない。」と言われているのを聞いていましたので、そこにあげさせていただきました。

3 次に、環境因子のところでは、ご家族の思いや、在宅へ帰られてからの介護力、また、社会的環境などがあげられています。このケースでは、次女さんが主な介護者で、上の階に住む長男夫婦も、見守りなどの協力はしてくださるとのことですが、実際の介護はできないため、介護サービスを使ってサポートする必要があることがわかります。

社会的環境につきましても、神戸から引っ越してこられたことや、認知症の周辺症状があり他の人とのコミュニケーションが難しかったことなどから、近所でのお付き合いはほとんどありませんでした。けれども、デイサービスを利用していたので、馴染みの職員や利用者がおり、社会的な交流をする機会をもっておられました。

4 次に、このパスのなかで、最も特徴的な箇所ですが、「頑張れば自分でできること」「生活の中でしていること」をふまえて「目標」を設定しています。

この方の場合、現在は寝たきりの状態ですので、頑張れば自分でできることがほとんどなく、生活の中でしていることも、ほとんどが全介助での状態です。

そのような、活動性の低い中でも、どれだけできる能力や可能性を見いだせるか、そこから、どう生活の中に定着させることができるか、どのように支援したら生活の中でできるようになるかをみんなで考えて援助していくことが重要だと思います。

たとえば、この方の場合では、介助で体を起こしてもらえば短時間の座位保持が可能という意見が担当医やPTから聞かれ、車いすで過ごすことが可能となれば少しずつでも離床してテレビを見たり、散歩に行ったり、デイサービスに行ける可能性がでてきます。

そこでシートにありますように、頑張ればできることとして、介助は必要ですが車椅子に移動できる、そこから、介助を受けて外出しデイサービスが利用できる、という目標をたててみました。以前から、デイサービスへ行くことは楽しみにされていたので、ベッド上の生活から、生活に活動性を持たせるための目標につなげていけたらと思います。他にも、食べることが大好きだったので、できれば口から食べさせてあげたい、との家族の思いもあって、目標にあげています。できる力はあるのに、現実には生活の中でしていないことがあれば、なぜできないのか、できない理由、障害となっているものを見つけ出し、どうすればできるようになるかが見つけられれば、目標が定まり、よい援助に結ぶ付くと

思いました。考えてみれば、当たり前のことですが、この作業がきちんとおこなえるかどうかで、その人にあったケアが行われるかどうかが決まってくると思います。

5 2枚目の関連者の意見ですが、今回は、退院時のカンファレンスの内容を書かせていただいております。このシートをみると、その方の関わっている専門職が一目でわかりますし、連絡先も書いていますので、直接連絡を取り合うこともできるので、連携が取りやすいと思います。また、こういう点に注意してほしいとか、お願いしたいことなどを、それぞれの立場から記入できますので、ケア方針も統一しやすくなるのでは、と思います。実際にかかわってくれているヘルパーや福祉用具の人に聞いてみても、このパスでその人の状態や思いがよくわかる、どんなことに注意してケアすればいいのかがわかりやすい、との意見がきかれています。また、どんなときに医師に連絡したらいいのかなどの目安がわかれば、異常の早期発見にもつながると思います。

このシートを記入してから、病院から在宅への移行もスムーズに行えましたし、現在2週間近くたちますが、ヘルパーや訪問看護師との連携もとれ、「いつもより顔がむくんでいるような気がする」とか「今日は清拭している時に言葉がよくでました。」など連絡を取り合いながらケアが行われています。

ヘルパーからいつもと違う様子に気がいたら、訪問看護師に連絡があり、そこから主治医に相談がいき、往診してもらったりと、早い対応ができて、ご家族も安心しておられます。ケアマネ一人が計画を立てて、事業所にケアをお願いするだけでは、なかなかいいケアをすることは難しいと思います。パスを活用することで、自然とみんなが思いや目標に目をむけて、一緒に検討し、互いに情報を交換しながら援助を行うことができるのではないかと思います。

また、思いや状態は変化していくものなので、そのつど見直しが必要になると思います。このシートには評価欄がありますので、書きっぱなしにならないように、モニタリングを行いながら、思いや目標を見直しながら継続していきたいと思います。

このシートを使ってみて、その方の情報をあらためて整理でき、目標を導き出す作業ができたことは、とても有意義でした。ケアマネ業務としても、担当者会議の会議録としても使えますし、サービス計画を立てる上でも、目標が導きやすいです。また、ケアマネの報酬でも、昨年からは医療機関のほうにもケアマネと在宅に向けての相談を行ったとれるような連携加算が設置されるようですので、今後活発に連携がとれたら、と思います。医師や各専門職の方々にも意見をお聞きする上で、シートがあれば働きかけがしやすいと思いました。

プライマリ・ケア地域連携パスシートは、福祉職のひとにも、医療内容がわかりやすく、また、医療職・福祉職の垣根を越えて、同じ視点で、同じ目標をもって支援が行っていただけるためのパスであることが、最大の魅力だと思います。ただの「伝達」のためのシートではなく、ICF の理念をもとに、「意欲」や「参加」を意識しながら、本人や家族の思いをとらえ、持っている能力をひきだせること、そして、その人らしく意欲を持って生活できるように、かかわるみんなで支えるためのツールであること、思いや状態の変化に応じて目標を見直し、継続してチームケアが行えること、そのような本当の意味での連携ができる、生きたパスにしたいと思います。私たちケアマネが目指している、在宅ケアを行う上で欠かせない連携というものが、よりやりやすくなりますように、まずは、活用してみて、これからも試行錯誤をかさねながら、よいものができあがっていくことを心から期待しています。

○ グループワーク「プライマリ・ケア地域連携パスを検証する」

第1グループ（メンバー6人；医師2、看護師2、ケアマネジャー2）



ICF の講義、パスの説明、試行事例報告を受けて、地域連携パス岡山版について検討し、今後の課題などについて意見交換を行った。

このパスは、福祉職にもわかりやすく、ケアをする上での目標や、その方の全体像がつかみやすい、との意見が聞かれた。また、パスを活用するにあたっては、現実的に、医師がパスに意見を記載することが可能かどうか？ケアマネジャーの負担が増えるのではないかとという率直な意見が出た。そのような状況の中で、パスを活用してもらうためには、この連携パスが広く普及することが必須であるとの意見で一致した。まずは、試行してみて、より多くの意見を取り入れながら、よりよいパスに仕上げていきたいと考える。

以下に、パスシートの内容について、みんなで検討した改良点を挙げてみる。

(基本データ)

- 1、透析については、人工透析か腹膜透析を選択できるようにしてはどうか。
- 2、経管栄養では、胃ろうと経鼻を選択できるようにしてはどうか。
- 3、自己注射の後にインスリンをあげ、単位数を記入できるようにしてはどうか。
- 4、緩和ケアのところの「麻薬」は要らないのではないか。
- 5、寝たきり度の B については、B1 と B2 では大きく異なるので、分けたほうがいいのか。
- 6、経済状況では、共済年金は少ないので、国民年金にしたほうがいいのか。
- 7、終末期や緩和ケアの思いでは、思いを聞いた日付をいれたほうがいいのか。
- 8、利用しているサービス欄では、「住宅改修」「訪問入浴」を追加、訪問歯科のかわりに
「居宅療養管理指導」(医師、看護、歯科、薬剤、栄養)ではどうか。
- 9、在宅療養を開始した日時がわかるように記載欄をもうけてはどうか。
- 10、「生活の中でしている」と「頑張れば(自分で)できる」の項目の順番について。
(ICF の理念に深く関与するので、則安先生にお聞きする)
- 11、「社会参加」を「参加」とし、参加状況(社会参加・家庭の役割を含む)はどうか。

(関係者の意見)

- 1、周辺症状は、基本データのなかに入れ込んだほうがいいのか。
- 2、ケアマネジャーの意見欄は一番下のほうがいいのか。(総評)

パスの回し方について

現実的に、どうやって関係者に回すか。紛失や個人情報保護に注意が必要。

ケアマネが、毎月事業所にプランを配る際に持参してはどうか、という意見が聞かれた。情報をみんなで共有する際に、必ず利用者や家族から同意書をとらなければならないのは周知されているところであるが、今後パスを活用するにあたっては、個人情報保護の立場から、尚一層配慮と関係者全員の意識の徹底が必要となると考えられる。(賀来貴子)

第2グループ報告(メンバー6名：医師1、看護師2、ケアマネ2、福祉団体職員1)

地域連携パス岡山方式について、講義と事例発表の内容(ICFの理念等)を受けて協議を行った。

第2グループでは、この連携パスを使用する前提で、その場合における課題整理に向けての意見を交換した。その中で、この連携パスを使用することで関係者のみでなく事務所内における情報共有にも役立つツールになるなどの意見出された。そして、使用する上で問題・課題として下記のような意見が出された。



〔連携パスの様式についての意見〕

☆1 ページ目に関する主な意見

- ①記入者名の前に所属を加える
- ②内服薬のところへアレルギーに関する記入欄を加える
- ③感染症のところは関係する病名を明記し○を付けるようにする
- ④経済状況欄の年金には国民・障害年金を加える
- ⑤記入欄のスペースを広げる

☆2 ページ目に関する主な意見

- ①関係者の意見の右端に年月が記入できる欄を設ける
- ②医療従事者、福祉従事者の区分をやめて医療・福祉・地域関係者にまとめる
- ③主治医等職種の後に事業所名を加える
- ④主治医の欄に緊急時の携帯電話の番号欄を加える
- ⑤家族介護者欄は枠を増やし、主な介護者の連絡先明記できるようにする
- ⑥評価欄の3ヶ月は確定させないで（ ）ヶ月に変更する
- ⑦評価欄はここでは必要ないので、カットする

〔連携パスを使用する上での問題点・課題〕

- ①記述をできるだけ少なくし、事務量を減らす方向で整理が必要ではないか
- ②地域の関係者にどのように広報・啓発を行っていくか
- ③関係者以外への啓発と学習場面をどのように作っていくか
- ④記入後の管理をどのように行っていくのか
- ⑤管理するためにもシステム開発が必要ではないか（財源をどうするか）

終わりに、この連携パスが今後地域で活用される条件として、関係者の努力は基より、行政による活動財源や関係者および地域住民への啓発など活動をバックアップする支援体制が望まれる。それは、住民の安心・安全に関する生命・生活の質の基本となるところが不安定な状況であっては、継続的で質の高い支援体制を維持することが難しいからである。

〔山本 茂樹〕

第3グループ（6人：医師1、保健師1、訪問看護師1、薬剤師1、ケアマネジャー1、介護福祉士1）



地域連携パス岡山方式の検証を検討するにあたり、初めての参加者もおられたのでまず、則安課長が話されたICFの「参加」→人は人との関わりの中で自らの存在を感じること、また、その利用者（患者）がどのように生きて行きたいのかを確認することが重要であることをグループで確認した。さらにそれが、QOLの向上につながることを支える人はそれを認識し、支える者の力の統一を図ることが必要であることを話し合い検討に入った。シートの中に関連者の記入があるが、家族も記入するのか？パスを使用することへの本人や家族の承諾が必要でないか？の質問があった。それに対し、介護保険や医療保険でもサービス事業者は必ず、個人情報使用同意書を頂いている。その中に担当者会議などで使用する旨が書かれているので問題はない。今回の事例発表は、家族関係が良くスムーズに記入できているが、家族関係が悪い場合もある。例えば本人の希望や願いと、家族の希望や願いが違うときはシートを本人や家族に見せるのだから、食い違いが生じ、益々関係が悪化するのではないか。それに対し、違う場合もあるがそれは事実として捉え、関わる者がそれらを把握し修復するようにしなければならない1つの支援ではないかと話し合った。次にシートの管理について検討。個人情報が多く管理が重要である。保管方法によっては危険なこともある。課題として残った。また、医師から病名を聴きだすのに苦労すると事例を用いて話し合った。医師に病名を教えて欲しいと言っても、個人情報だからと教えてくれない。そこで宮原先生は在宅療養では軽い方であっても訪問看護は必要という考え方を再度振り返った。訪問看護では主治医からの指示書が出る。その中に病名や内服薬など医療に関することが記入されている。それを資料にすることはできるということで解決。シートは記入式になっているが、書くとき聞くでは後になって問題が発生しないかなどの意見も出た。また、利点として、関連者が共通認識ができ、うまく利用すれば方向性が統一できる。しかし、特に病院の医師は往診もなく、生活が見えていないと思われる。シートをこの時こそ利用すればいいのではないかと話し合う。シート記入によって加算されるの

かも検討に上がったが、現在は加算も意識はしているが、使用することで変わってくるのではないかと。またこのシートを使用する人が増えることが重要な鍵である。世の中の流れに添ったシートではないかと締めくくった。(山下幸恵)

第4 グループ報告 (メンバー5人：歯科医師1、薬剤師1、介護福祉士1、ケアマネ1、包括サブ1)



I C F の理念に基づき Q O L の向上を実現する為にはどうしたらよいか、また業種間の垣根をはずして地域連携パスシートを利用しやすくするためにはどうすればよいかについて、意見交換をおこなう。

1. 地域連携パスシートを利用するメリットについて

- ① 医療機関の情報提供書等には専門用語が多く、本人、家族にとっても病状把握が難しい面がある。またケアマネジャーが立てるケアプランもわかりやすい言葉にする必要がある。家族からすれば「評価って何？」の世界である。
支援する皆が共通認識に立って連携するために、地域連携パスシートを利用していく。

- ② 医療行為を介護職はしてはいけないという垣根がある。しかし情報のキャッチボールはできるようにしておかないといけない。そのためにも地域連携パスでお互いの情報を交換し確認していく必要がある。

(例) 患者間で、家族間や近所同士の薬の連携パスがある。ある患者は「よく効く便秘の薬だよ」と友人に言われて飲んでいたが、薬剤師が確認すると降圧剤だった事例がある。主治医には怒られるのでやり取りを言われていなかった。

- ③ 地域連携パスシートは退院時カンファに利用するとわかりやすくてよい。ケアマネがすべて記載するのは事務量が多いのでそれぞれが記入する方法がよいのでは。

2. 地域連携パスシートの利用の仕方について（結論）

地域連携パスシートは退院時カンファ等で作成。自宅で保管して訪問サービスや通所サービス時、または受診や往診時にそれぞれが記入し、3ヶ月または介護保険更新時のカンファ時に支援者が自宅へ集合して確認しあうことが望ましい。（連絡ノートのような利用の仕方があってもよい）

しかし自宅での保管は認知症の独居高齢者や高齢者世帯では管理が難しいので、今後検討が必要である。（黒住紀子）

○ 総括

岡山県医師会理事 木村丹

本日（3月6日）は午後1時から3時間にわたってプライマリ・ケア地域連携パスについてご協議いただきありがとうございました。

思い起こせば2年前（2008年）6月、岡山市で開催された日本プライマリ・ケア学会総会に全国から2,600人集まり大成功に終了し、昨年5月の岡山支部学術大会も例年になく多くの参加者がありました。その頃「プライマリ・ケア地域連携パス」が話題に出されたものと思います。過去2回のワークショップと3回の作業部会を経てパスの試作品ができあがりました。かなり完成度の高い試作品だと思います。先ほど4つのグループに分かれてパスの内容について協議し、各グループの代表に批評していただきました。私は「プライマリ・ケア地域連携パス岡山方式」が進むべき方針について3つの提言を致します。

その一、今日ご参集の方々は地域の医療・保健・福祉の代表であり、まずはそれぞれの地域でこの地域連携パスを普及させていただくことが必要です。1年後に完成した際には広く使用されることが実用化の第一歩になると確信します。県内にはいくつかの地域連携パスがすでに使用されています。類似のパスと共存させ、そしてプライマリ・ケアのパスを改良しながらできるだけ多くのひとに使用してもらわなければなりません。PRも必要です。

その二は情報管理をしっかりと行い、安全な運営を確立することです。主治医意見書やケアカンファレンス資料には利用者の心身に関することは従来から記載されていますが、今回のパスには家族構成・年金などの個人情報もあり、文書の管理は今まで以上に重要です。利用者や家族に杜撰だとの印象を持たれないように徹底した管理がなされなければなりません。

第三は、実績を積んで地域連携パスが地域の人たちに評価され、その価値が厚労省に届きかつ価値を認めてもらい、介護報酬や診療報酬で反映されて最終的な評価がなされたいと言えます。全くのボランティアでは途切れてしまいます。

目標達成はまだまだ先になりますが、着実に前進させて行きたいと考えています。皆様方のますますのご協力をお願い申し上げます。

○ これから WS の持ち方

研修委員長 宮原伸二

今回の第3回 WS における GW からのご報告を踏まえながら、新年度1年間、継続してパスづくりをしていきたいと思います。連携パスが広く普及することが必須であり、現実的にどう関係者にパスをまわすのか、個人情報の扱いをどうするのか、記入後に管理(シートの管理)をどうするのか、システム開発の財源確保、シート記入による加算など課題は多数ありますが、皆様や岡山県医師会プライマリ部会のご協力を得ながら、一步一步進めて行きたいと思っています。

22年度は引き続き WS を3回予定、随時作業部会を開催します。その中で皆様のご協力の元、試行事例を多くして、改良を加えて23年の本学会で完成した連携パスを報告するという流れになります。その間にホームページを開き、それから連携パスがダウンロードできるようにソフト開発してインターネットでも利用を可能にしたいと思っています。新年度の正式な方針は4月に行います役員会、研修部会でもって決定いたします。新年度もどうぞよろしくよろしくお願いいたします。

なお、第3回 WS の連携パス(案)を基に、第17回日本プライマリ・ケア学会岡山支部会(2010年3月22日・衛生会館三木記念ホール)において研修委員長(宮原伸二)が指定報告を行いました。