

岡山プライマリ・ケア学会（平成 22 年度）

第 2 回 地域連携パス岡山 ワークショップ

報告書（通算 第 5 回）

日 時：平成 22 年 10 月 16 日（土）13:30～16:00
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
共催：岡山県医師会プライマリ・ケア部会

平成 22 年度

第 2 回 地域連携パス岡山 ワークショップ

テーマ：地域連携パスを作成してみよう

日時：平成 22 年 10 月 16 日（土）13:30～16:00

場所：岡山衛生会館 5 階 中ホール

13：30 開会

13：35～ 地域連携パス岡山の書き方

研修委員長 宮原伸二

14：00～ 動画による「ICF」について

14：15～ 医師からの情報取得方法について

岡山プライマリ・ケア学会 会長 福岡英明

14：45～ WS「地域連携パス」を作成してみよう

15：30～ グループ報告

16：00 閉会

あいさつ

岡山プライマリ・ケア学会

研修委員長 宮原伸二

本日のワークショップは、地域連携パス岡山のシートを実際に使用して「地域連携パス」を作成することが目的です。昨年5月以降、WSを4回重ね、その都度報告集を発行して、学びを共有してきました。

このWSでは、もう一度、地域連携パス岡山の活用方法、記入方法について宮原から説明させていただき、特に理解が難しい「活動と参加」についてはパペット人形を使用した動画で説明します。その上で、事例を作業部員の賀来の方からお示しして、それに基づき、作業を進めていただくことになります。ではさっそくですが私も方からパワーポイントを使用して説明に入らせていただきます。

地域連携パス岡山の活用方法と記入方法について

地域連携パス岡山の活用方法



岡山プライマリ・ケア学会研修委員長

宮原伸二

在宅医療

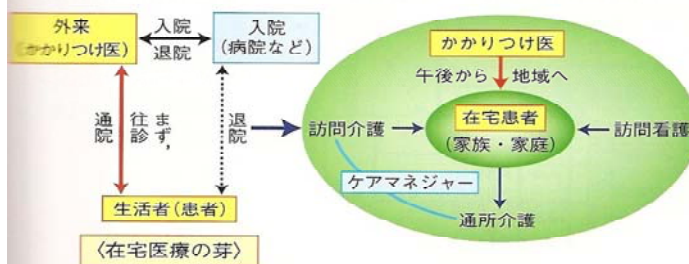
午後から地域へ

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

地域連携パス岡山

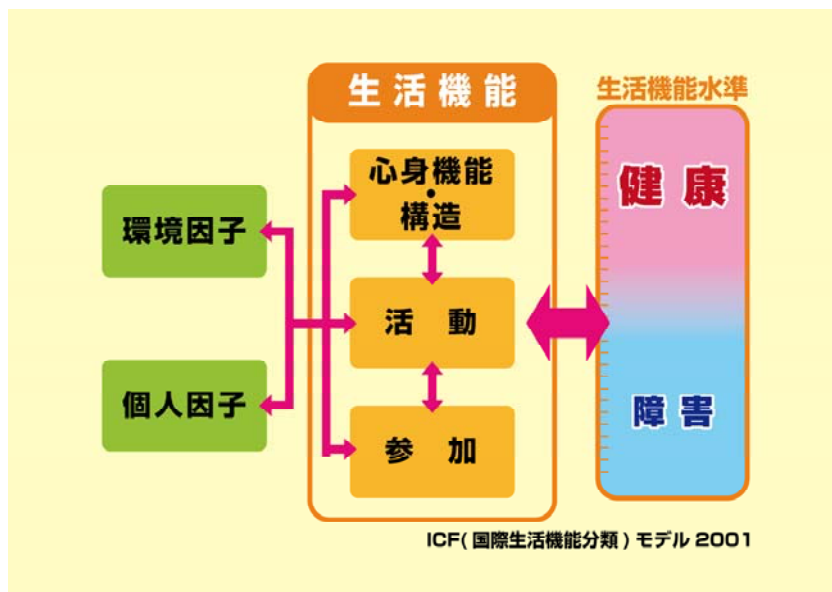
—パスシートの書き方—

地域連携パスの目的



地域連携パス岡山の特色

- 1 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
- 2 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。
- 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すべての人々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。
- 5 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。
- 6 ICF（国際生活機能分類）の理念を基本とする。



活動（生活レベル）

○ ADLとIADL

○ 「できる活動」と「している活動」

「できる行為」（能力）とは、リハビリテーションや特殊支援教育などの場で「できる」こと。
（できる能力があるがしていないことも含む）

「している行為」（実行状況）は現在の生活で
実際に行っている活動（生活行為）

7

参加（人生レベル）

人々のさまざまな状況に関与し、そこで役割を果たすこと。

社会参加のみならず、主婦としての役割、仕事の役割、趣味をする、スポーツをするなども含む。

8

環境因子と個人因子

1 環境因子

ICFでは、人的な環境、社会意識としての環境、制度的な環境と非常に幅広く環境をとらえている。

物的—建築・道路・交通機関、福祉用具（杖、義肢装具、車いすなど）

人的—家族・友人・仕事の仲間

社会な意識—社会が障害のある人や高齢者をどう見るか、どう扱うか）

制度的環境—サービス・制度・政策

9

「環境因子」と「生活機能」との相互作用

環境因子はマイナスに働く場合もあるが、プラスの働く場合も多い

- 福祉制度や福祉用具の活用で「活動制限」が避けられる。
- バリアフリーにより「活動制限」があっても「参加制限」にならないで済むこともある。
- コミュニティの活性化で「参加」の機会が増える。

10

2 個人因子＝個性(重要)→生き方

「個人因子」とは、その人固有の特徴をいう。多様で、例があげられているだけで、分類は将来に課題とされている。

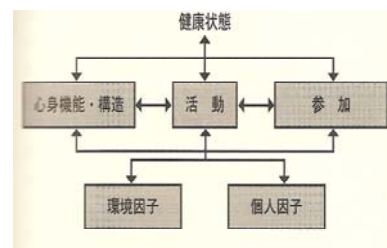
年齢、性別、民族、生活歴(職業歴、学歴、家族歴など)、価値観、ライフスタイル、コーピング・ストラテジー(困難に対処して解決する方法・方針→問題解決方法に違い)など。

個性(生活歴、ライフスタイルなど)→どのような生活・人生を築くかに影響が強い。

11

人が生きることの全体像:ICFは「統合モデル」

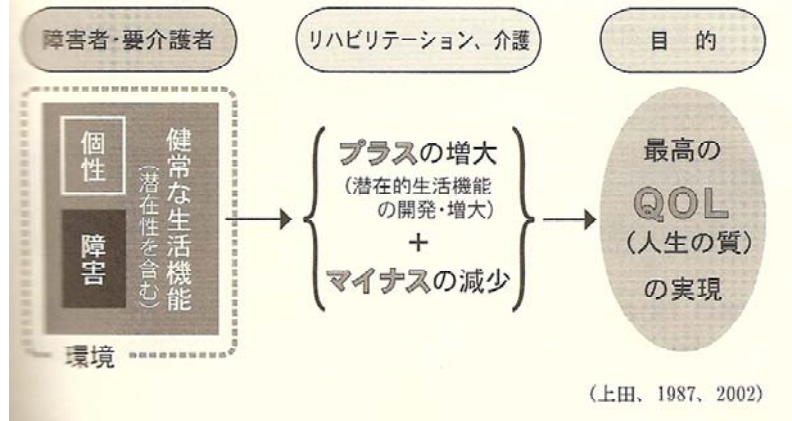
- ① 医学モデル
病気を過大視、それにより「活動」も「参加」も決まるという狭い見方。
- ② 社会モデル
「参加」と「環境因子」を重要視し、それを過大視する見方。「障害を作るのは社会環境である」がその基本主張。
- ③ 統合モデル
3レベルを全体的にとらえる。
(人が生きることの全体像)
3レベルが相互に影響を与える。
(環境因子、個人因子、健康状態も3レベルに影響を与える)
プラス面を重視し、マイナス面をプラス面の中に位置づける。



12

ICFの実践的意義

図3 プラスの側面を捉え伸ばすことの重要性



13

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:

氏名 () 性別 (男) (女)	生年月日	M・T・S 44 年 3 月 23 日 満 98 才
要介護度 5 有効期間 21.4.1 ~ 23.3.31 (在宅療養開始日 平成 年 月 日)		
基 本 情 報	医療機関と主治医 ① 岡山S病院 I Dr. ② AP内科病院 MDr. 担当ケアマネ 所属 ケアマネ決定事業所 S 氏名 S 担当コーディネーター 所属 なし 氏名 介護師長対応	病歴 ① タモ模下出血 ② アルツハイマー型認知症 ③ 大腿骨頭部骨折(両足) ④ 慢性腎臓病 ⑤ 糖尿病 ⑥ 7Aβ/γ-OD 2.5mg ⑦ マリトリン 330mg ⑧ タケボロOD 15 ⑨ エソメチン 200mg/g ⑩ エソメチン 250ml X 4
個 人 情 報	生活史・趣味・好きな事・得意な事・信条・最近嬉しかった事・困った事 幼少時ハワイで生活。20代神戸で日本語・英語のバイリンガルをする。子供3人。神戸震災で家を失い、「うつ」から認知症へ。骨折によりADL低下。タモ模下出血で現在全介助。	家族構成 本人の願い・希望: 自宅で次女と一緒に過ごしたい。 終末期や緩和ケアへの思い (年 月 日現在): 今出来得ることを精一杯したい。自宅で安楽に最期を迎えたい。(胃ろう増設は検査結果による)
環 境 情 報	家族の願い・希望: 自宅で穏やかに過ごさせたい。(経口摂取可能を期待) 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・薬・食・着) □福祉用具(特殊寝台・排泄用器具) □住宅改修 □その他()	家族構成図 本人 女 本人は二重。死亡者は横線。ふし 主介護者は□○内に○ ケアマネは□○内に× 同居者 ()に年齢
参 加 情 報	状況 (社会参加・家庭の役割を含む) 他者(訪問・訪問看護等)が関わり助産を。	目標 通所介護・ショートステイ利用 経口摂取 自然排便 訪問入浴の利用 反応・発語の増、開眼時間の延長

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
医師 岡山5病院 入院科部外 IDr tel	記載日:112222 片側下出血の再破裂のリスクは、薄らぎているが、再発の可能性はある。 状態観察	意識の回復は、難しいと思われるが、刺激を 与える。自宅への退院により変化の可能性あり	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
医師 A内科医 主治医 MDDr tel	記載日: 家族の在宅での、気持ちを大切に支えていく。いつ、 何が起きてもおかしくない状態である事を認識してい ただ。	再発の可能性を念頭に、補助予防、経管食 養・排便管理し、往診を実施。異常の早期早 見	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
看護師 訪問看護 tel	記載日: ご家族を精神面の方も含め指導、介護に自信を 持って頂けるよう支援していく。	退院までに、在宅での負担軽減のため、夜間 の吸引回数を少なくして頂くよう...習慣付けを 実施は、朝・夕2回の定着を。	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
薬剤師 薬剤師・ 薬剤師 tel	記載日: 退院までに、家庭へ吸引・経管栄養の注入・排泄・口 腔ケアの指導を行う。	排便のコントロール、褥創・経管栄養と関係・四肢内 容予防、家族全員のケア	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
PT PT tel	記載日: 両肩予防・ROM訓練の実施	両肩進行中、毎日のROM訓練、マージンを確 保（訪問時と家庭）	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
氏名 tel	記載日:		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
福祉 福祉 tel	記載日: 訪問介護 家族の負担軽減の為、排泄介助・清拭実施	本人の安全な生活への援助と共に、家族負担 の軽減の為情報交換を継続。両肩予防（皮膚 のケア）	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
福祉 福祉 tel	記載日: 福祉 本人・家族の負担軽減。両肩予防の為福祉用具の 活用	スムーズに在宅生活に移行出来る環境を整 備する。使用法確認	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
介護 介護 tel	記載日: 退院時（リハビリ使用） 自宅確認（周辺・自宅の物理的状況:2階が住居）		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
家族 家族 tel	記載日: 住み慣れた自宅で生活、少しでも状態の回復を目指 す。 多くの人に声掛け・メッセージをして欲しい。	退院前3ヶ月の関係者に引き続き、介護・看護 を依頼する。 介護への助言・ノウハウを教えても らいたい。	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
介護 介護 tel	記載日:		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
ケアマネ ケアマネ tel	記載日: 急変も想定されるが無い介護を...の家族の 思いを大切に。 関係者の要協力	情報交換を密に適宜な対応をする。家族の精 神的・肉体的負担の軽減も念頭に支援を...	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更

参加と活動

パペット人形で紹介

地域連携パス岡山のホームページ

- 1 「岡山プライマリ・ケア学会」からリンクで
地域連携パス岡山を開く

- 2 アドレスで開く

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

※ 掲示板利用はID・パスワードが必要です

本事業は独立行政法人福祉医療機構から助成金を
受けている

◎事例紹介

作業部員 賀来貴子

事例 1

Fさん (75歳) 女性 独居

要介護2 障害高齢者自立度 A2 認知症高齢者自立度 I

糖尿病で、朝のみインシュリン（8単位）自己注射。

6年前に狭心症を発症し、バイパス手術を施行している。

高血圧があり、内服でコントロールできているが、時々飲み忘れがある。

移動は、杖歩行。しかし、息切れやふらつきがあり転倒の危険性は高い。以前は、グランドゴルフに通っていたこともあるが、ここ数年はやめている。元気になったら、やってみたいと言われている。

若いころは飲食店を経営しており、もともとは社交的な性格。現在は、通院以外は外出することがなく、テレビやビデオ観賞（演歌が好き）をしながら過ごしている。手のしびれ感が強く、思うように家事ができないため、食事や掃除、買い物など、生活全般をヘルパーに手伝ってもらっている。自分では物忘れを気にしており、不安が強くなると、気分の落ち込みもみられる。近くに妹が住んでおり、時々食事などの差し入れをしてくれる。

●主治医	Hクリニック	M医師	*月に1回通院（介護タクシー）
●内服薬	バイアスピリン錠 100mg		朝食後1錠
	ノルバスク錠 5mg		朝食後1錠
	キネダック錠 50mg		毎食直前1錠
	アーチスト錠 10mg		朝・夕食後1錠
	ニトロペン錠		発作時

●利用している介護保険サービス；訪問介護 週7日（生活援助、入浴介助）

●経済状況；生活保護受給

◎グループワークまとめ

第1グループ

参加者：医師3名、看護師1名、ケアマネ2名

- ・事例1からパスシートを作成してみて、情報に限界があるため、記入していくのが難しかった。



実際は、本人・家族と直接会ってアセスメントをし、本人・家族の意向を十分に把握してから、ケアプランを作成するので、パスシートを作成する上でも情報量が増える。その時点でのパスシート作成ならば、もつと充実した内容が書けると思う。

- ・目標とは??: 本人の目標である。情報がないと利用者独自の目標が立てられない。
- ・医師として・・・個人因子と環境因子は医師が得にくい情報なので、ケアマネからの情報はありがたい。医師が欲しい情報である。
- ・はじめから完璧なシートは作成出来ないなので、利用者との信頼関係を築く上で、内容の深いシートになる。
- ・ケアマネが医師から利用者についての情報をいただく上で、診療時間に伺うと Dr によっては迷惑がられることもあるので、シートを利用して Dr の空いた時間に記入してもらい情報交換出来ればありがたい。
- ・“利用者のために “ 在宅でいかにその人らしく生きがいを持って生きていけるか。医療・介護サービスの連携を深めることは大切。

また、地域との関わりを大切にしたい。例えば認知症で徘徊のある利用者に対し、地域の民生委員や福祉活動委員、保健師、ケアマネが近所の住民とともに地域ケア会議を開催し、皆で見守りをしていくなど。

経済的な面では、すぐに介護サービスに結びつけるよりも、インフォーマルサービスも含めて検討する。自分の価値感を押しつけない。

第2グループ

参加者：医師4名、薬剤師1名、看護師1名、ケアマネ2名

＊事例をもとに医療連携シートに記載した感想について

- ・「本人の願い・希望」；なかなか聞きとり難いところである。できれば宗教観や哲学なども必要だ。

- ・「終末期や緩和ケアへの思い」；終末期の状態でなくても、急に状態が悪化することもあるので、思いは確認しておく必要があるのでは。
- ・「目標」；見出すのが難しい。その人に関わる関係職種から意見を求め目標を設定できると良い。ケアマネジャーと対象者だけでは難しいし、広く意見を求める



ことで、連携をとることにも繋がる。

- ・「医療内容」；食事制限などの情報も必要ではないか。
医療内容や例えば感染のリスクとしての嚥下状態などの情報については、パスシートだけでは記載しきれない。特に医療内容（この事例では、心臓の状態、血糖値、食事制限、薬の副作用など）については、医師との「居宅連絡書」なども活用していけると良い。
- ・家族・友人などその人を取り巻く環境なども情報としてどこかに記載できるようにする。

***情報の共有についての感想について**

ケアマネジャーや支援をする人たちは、いかに主治医からの情報（医療情報）が少ない中で、プランを立てたり、支援をしているのかということがわかり、その中で支援をするのは大変だと思った。

今回の研修で、改めて情報共有するシートの必要性を感じた。介護に必要な医療情報をパスシート1枚目以外に関連者の意見シート、医師との「居宅連絡書」なども活用して、全ての情報が網羅されるように記載する必要性を感じた。

また、連携シートを本人・家族も含め関係者全員で仕上げていくことで連携が必然的にとれることになるのではないだろうか。

第3グループ

参加者：医師3名、看護師1名、保健師1名、ケアマネ1名

＊具体的な追加項目（あったらよいのではと思われる項目）

身体障害者手帳の有無、住環境などについて記載項目がほしい。



＊全体的には、記入しやすかったように思ったが、生活史や本人の願いなどを記入するためには、普段からの信頼関係と、アセスメント力が必要になると思う。

現状と目標のところでは、本人の願いをきちんとふまえたうえで、本人が「どうしたいのか」という目標に結びつけることが大切だと感じた。

「参加」の目標を達成するためには、どのように活動を **UP** させていくかを考えて行かなければならない。

- ・何を目標とするのか。本人にもわかっていない、本人の秘められた力をいかに引き出すか、自分がどうなりたいかを一緒に考えて、具体的な目標に結び付けて行くことが大切。

まずは、とにかくパスを作成して（書いてみる）みることが重要。

パスをどう活用していくか、どのように共有していくか、誰が管理するのか、など実際に使ってみながら検討していきたい。

プライマリ・ケア地域連携パスシート（岡山方式）

記載日 H22年 10月 16日

記入者 所属

氏名 (F 様) 性別 (☐ 男・ ☒ 女) 要介護度 要介護2 有効期間 H20.12 ~ H22.11 (在宅療養開始日 平成 19 年 6 月 1 日)		生年月日 ☐ M・ ☐ T・ ☒ S・ ☐ H 10 年 7 月 23 日 満 75 才		
基本データ	医療機関と主治医 ① クリニック M医師 ② 担当ケアマネ 所属:S事業所 氏名;K 担当コーディネーター 所属 氏名	病名・ ① 狭心症 発症 H16年6月1日 既往歴 ② 糖尿病 H16年6月1日 ③ 高血圧 不明 ④ ⑤ ⑥ 内服薬 ① バイアスピリン 朝食後 ② ノルバスク 朝食後 ③ キネダック 毎食直前 ④ アーチスト錠 朝・夕食後 ⑤ ニトロペン錠 発作時 アレルギー ☒ 無・ ☐ 有 () 感染症 ☒ 無・ ☐ 有 ()	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 (8 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 (無し) 歩行状況 (杖歩行) 寝たきり度 : ランク ☐ J・ ☒ A・ ☐ B1・ ☐ B2・ ☐ C 認知度 : ランク ☒ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	
	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 若いころは飲食店勤務。もともと社交的な性格。以前は、グランドゴルフに熱中した時期もあった。H16 年には、心臓バイパス手術を受けており、その頃より外出する機会が減り、自宅で過ごすことが多くなった。最近、物忘れが増えてきたことを心配し、生活に不安をもっている。		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 : 認知症にはなりたくない。グランドゴルフをまたやってみよう。		経済状況 年金 ☐ 厚生年金 ☐ 国民年金 ☐ 障害年金 ☐ その他 () ☒ 無	
	終末期や緩和ケアへの思い (年 月 日現在) :		その他 生活保護	
環境因子	家族の願い・希望 : (妹さん) 認知症になったら困る。自分のことは自分でできるだけ健康でいてほしい。		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 : 近くに妹が住んでおり、時々食事の差し入れなど行っている。			
	社会的環境 : 隣人とは関係良好。いただきものをしたり、差し入れをしたりして交流あり。 市営住宅の4階に居住。移動はエレベーター使用。			
装具・補助具等について ても記入すること		現 状 頑張れば自分でできる 生活の中でしている	目 標	
屋外活動		☒ シルバーカー・杖使用。	☐ 受診以外は外出していない	近くの店まで歩いて買い物に行きたい。

	屋内移動	☐	☒	転倒しないで移動できる。
	食事	☐	☒ ヘルパーに調理援助依頼	ヘルパーと一緒に好きな食事をつくりたい。
	排泄	☐	☒	
	トイレへの移動	☐ 手すりがあれば安全	☒ 時々立ち上がりが困難	安全に移動したい。(転倒しない)
	入浴	☐	☒ ヘルパー介助にて入浴。	定期的に入浴し、清潔を保つ。
	更衣・整容	☐	☒	
	コミュニケーション	☐	☒ 気分の落ち込みがある	友達と一緒に出かけたい。
参加	状況 (社会参加:家庭の役割を含む)	町内の行事にはほとんど参加できていない。隣人とは、日頃から交流できている。		近所のグランドゴルフに参加したい。

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 M医師 Hクリニック tel	記載日:平成 22 年 10 月 16 日 状態は安定していますが、胸苦、息切れなどの症状が続いたり、本人の訴えが強い時は、病院のほうに連絡ください。月に 1 回定期受診。訪問看護に日々の健康管理・服薬管理をお願いします。	顔色、呼吸の様子などがいつもと違えば連絡ください。低血糖症状(からだのだるさ、冷汗など)にも充分注意をお願いします。	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	訪問看護師 Y氏 tel	記載日:平成 22 年 10 月 16 日 健康チェックと服薬の管理、インシュリン摂取の確認、生活指導・相談など行います。	訪問時健康観察してもらって、おかしいと思うことがあれば連絡。顔色、呼吸、訴えなど。	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	訪問介護 A氏 Tステーション tel	記載日:平成 22 年 10 月 16 日 主に、掃除、買い物、調理の援助と入浴介助を行っています。できることは一緒に行うようにしています。 動くとしんどいとの訴えが多いので注意します。	受診した後の医療情報を今後も教えてもらえたら安心。訪問時に変化があったら主治医に連絡。	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	福祉用具 B氏 事業所 tel	記載日:平成 22 年 10 月 16 日 自分持ちのベッドを使用しているが、持つところがなく、起き上がりが困難な時があるので、手すりをレンタル。	使ってみて不具合があれば見直す。痛みや皮膚の発赤あればマット検討。	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	職種 氏名 事業所 tel	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	職種 氏名 事業所 tel	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	職種 氏名 事業所 tel	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
	職種 氏名 事業所 tel	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更

	職種 氏名 事業所 tel	記載日:平成 年 月 日		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
地域等関係者 民生委員 K氏 tel		記載日:平成 22 年 10 月 16 日 機会をつくって訪問して様子をお聞きするようにします。町内会や老人会の集まりなどには、お誘いします。グランドゴルフにもお誘いしてみます。		月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
家族・介護者 氏名 M氏(妹) tel		記載日:平成 22 年 10 月 16 日 私も体調が悪い時があるので、今までのようには世話ができないと思う。皆さんで助けて下さい。	体調が悪いと、気分が落ち込んだり言葉がきつくなることがありますが、よろしく願い致します。	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更
ケアマネージャー ソーシャルワーカー 氏名 K 所属 S事業所 tel ○○○ 携帯		訪問看護、福祉用具のレンタルを新しく利用して、支援を行います。体調の変化に気をつけながら、ご本人の不安がそのつど解決できるように、みんなで支援したいと思いますので、情報をお願いします。連携ができるように努めます。	生活の中で変化や訴えに気づかれたら、些細なことでもいいので教えて下さい。体調の悪化がみられたら、主治医か訪看に連絡願います。	月 日 ☐ 継続 ☐ 変更

「地域連携パス岡山」研修会（ワークショツプ）アンケート集計

（2010 年 10 月 16 日 実施）

研修会テーマ：「地域連携パスを作成してみよう」ー

日時・場所：2010 年 10 月 16 日（土）13：30～16：00 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

研修方法：講演とワークショツプ

参加者数：20 人 回収数 18、回収率 90%

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 10（55.5%）、やや満足 7（38.8%）、やや不満足 0、不満足 1（5.5%）

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 10（55.5%）

日頃の活動に役立った 1（5.5%）

スキルアップにつながった 2（11.1%）

他の参加者との交流・情報交換が図られた 11（61.1%）

抱えていた問題・不安の解消につながった 0

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 12 (66.6%)

どちらかといえば参加したい 5 (27.7%)

あまり参加したくない 0

参加したくない 1 (5.5%)

2の具体的な内容

- パスの使用には、何度か WS のような練習が必要と思った。紙（様式）だけ先行しても普及は難しそうです。
- 患者さんの思いに重点をおいているところ。
- 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-ケアマネー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

- 中立公正であるはずのケアマネが、特定の事業所をアピールする）画像を見せた事は問題ではないでしょうか。
- 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

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