

# 地域包括ケアと多職種連携

## ～学習用ワークブック～



日本医師会

平成27年度 文部科学省 「成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進」事業  
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

# はじめに

## 本事業の目的

本事業は、主に診療所・中小病院に勤める現役看護師や、地域で活動するケアマネジャー等が、地域包括ケアシステムの考え方および、そこにおける多職種連携のあり方について学び、地域包括ケアの担い手としての知識・理解を高めることを目的としています。

「地域包括ケアシステム」と言うと難しく聞こえますが、急性期を担う医療機関、回復期や慢性期を担う医療機関、在宅医療や通院治療を担う医療機関、高齢者の生活を支える様々な介護事業者などが、互いの顔が見える信頼関係を構築し、患者さん・利用者さんを中心に連携していくことがその中心にあります。

様々な機関や職種が連携していくために、医師はもちろん、看護職やケアマネジャーの方々が「地域包括ケア」の考え方を理解し、職種や組織を越えて連携していくことがとても重要です。超高齢社会が到来した今、医療や介護の最前線に立つ仲間として、共に学び、よりよい「地域包括ケア」を一緒に作っていきましょう。

## このワークブックの使い方

このワークブックは、医療・保健・福祉領域に関わる学生、あるいは現場で働く皆さんに、地域包括ケアシステムの趣旨や考え方、そしてそこにおける医療・介護等の多職種連携について学んでいただくための教材です。DVD教材と組み合わせて使っていただくことを想定しています。

ご利用の際は、必要なページを人数分コピーしてお使いください。また、日本医師会のホームページでも、この教材のPDF版を公開しています。ダウンロードの上、プリントアウトして使っていただくことも可能です。

## 本事業の実行委員

日本医師会副会長	今村 聡	板橋区医師会在宅医療センター
日本医師会常任理事	鈴木 邦彦 (委員長)	在宅看護部長 井上 多鶴子
日本医師会常任理事	釜菴 敏	横浜市緑区医師会訪問看護ステーション
日本医師会常任理事	羽鳥 裕	統括責任者 大迫 可奈子
東京都医師会理事	天木 聡	ひたちなか市北部地域包括支援センター
取手市医師会会長	真壁 文敏	主任ケアマネジャー 富永 信子
筑波大学講師	吉本 尚	板橋区医師会立看護高等専修学校 教務主任 高野 恵美

## INDEX

---

はじめに	2
高齢者の生活をイメージする	4
高齢者が病気やケガをしたとき	6
よりよい退院支援に向けて	8
多職種が関わる意味 ～「食」を例に～	10
多職種連携のポイント	12
連携ワークシートを使ってみよう	14
連携ワークシート（コピー用）	16
連携ワークシートを使った事例検討	18
多職種の専門性を理解する	20
地域包括ケアシステムの概要	22
地域包括ケアを実践する場	24
様々な住まい方	26
地域の状況と資源を知る	28
確認してみましよう	30

# 高齢者の生活をイメージする

## ▽元気な高齢者がどんな暮らしをしているか、映像をヒントに想像してみましょう

映像教材に出てくるYさん夫妻を想像しても良いですし、身近にいる元気な高齢者を想像して下さっても構いません。グループで話し合いながら、自由に書いてみましょう。

どんな家に 住んでいるか	
どんな食事を 摂っているか	
誰がどのように 食事を作っているか	
何を楽しみに 暮らしているか	
その人にとって、 生活の中で 大切にしたいことは なんだろうか	
どんな医療を 必要としているか	



このページは、映像教材の第1部を観ながら、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。〈映像：第1部〉

### ▽どんな患者さんにも「もとの暮らし」が存在する

左ページでは、ある元気な高齢者の「生活者としてのあり方」を想像して書いてみました。

しかし、ひとたび病気やケガをして病院に来ると、どんな人も「患者さん」になります。そして、療養上の様々な「問題」が抽出され、その問題を解決するための支援が行われます。そのなかで、専門職はよく「もとの暮らし」を忘れてしまいます。その人は、何を大切に、どんな生活を送ってきたのか…そのことを忘れてしまうと、良かれと思って行ったケアも的外れなものになりかねません。

映像教材のBさんの事例において、Bさんが「大切にしていたこと」は何か、そして病気やケガによって「できなくなったこと」は何か、「これからもできること」は何かを整理してみましょう。

何を大切に どんな生活を 送ってきたか	
何ができなくなったか 何を諦めたか	
何が、これからもできる ことか それによって、Oさんの これからの生活は、どう なるか	

# 高齢者が病気やケガをしたとき

## ▽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

上に挙げたような、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	

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〉

## ▽退院後2週間の、訪問看護の関わりが重要

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O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、退院後にケガをされ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。

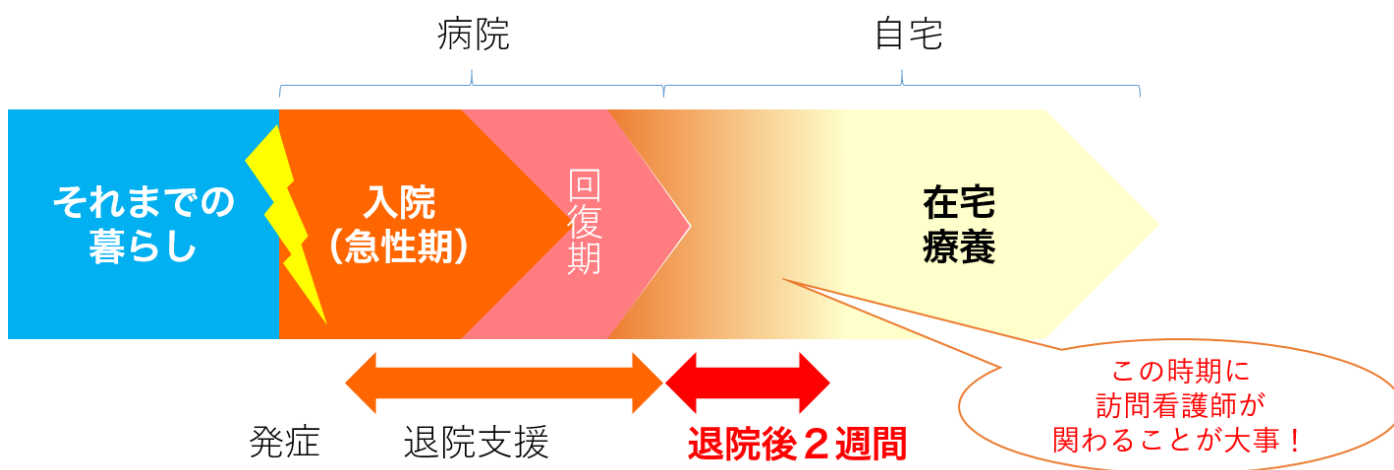
そこで、在宅療養のキーパーソンになるのが、訪問看護師です。訪問看護師は、病棟での医療管理のことを理解しながら、その方のそれまでの暮らしや、これからの暮らしのあり方についても考え、つないでいく役割を担うことができます。

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）の特別の指示書（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、覚えておいてください。



# よりよい退院支援に向けて

## ▽退院支援の意義

在院日数が短縮化されているということもあり、入院した高齢者は、ある程度病状が落ち着いたところで、医療的な支援を必要としたまま在宅療養に移行することが多いです。また、突然入院した高齢者の場合、自宅での療養に必要な環境が整っていないこともあります。

患者さんやその家族は、「退院」とは「入院前と同じ状態になったらするもの」という認識を持っていることがあります。しかし、実際には医療的な支援を必要とした状態であったり、入院前よりも機能が低下した状態で退院することになることが多いため、いざ退院となったとき、患者さんや家族が退院後の生活に不安を抱いているのです。

退院前カンファレンスを行うことで、在宅療養を支えるメンバーと患者本人・家族が顔を合わせて、今後の療養の体制を決定し、不安を軽減することができるのです。

## ▽事前打ち合わせ

例えば東京都の板橋区医師会では、療養相談室の看護師が必要に応じて病院に出向き、退院支援をコーディネートしています。療養相談室の看護師は、退院支援室のソーシャルワーカーや病棟の看護師、理学療法士などと患者さんに関する情報を交換し、退院前に今後必要な支援を事前に洗い出します。打ち合わせで、退院前にどんな支援が必要かを整理しておき、ご本人やご家族が参加する退院前カンファレンスの時まで、課題に対する解決策をある程度準備した状態で臨むことで、退院前カンファレンスをより効果的に行うことができるのです。

## ▽退院前カンファレンス

退院前カンファレンスには、病院の医師、病棟の看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカーなどの院内スタッフと、地域のかかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャーなど地域の関係機関が参加します。ご本人やご家族も同席し、当事者同士の顔合わせの場にもなっています。

カンファレンスでは、入院までの経過や、現在受けている医療の内容、在宅でも必要な処置や、退院後のサービス内容について情報共有します。これからの生活に関する不安があれば話してもらい、解決策を考えます。



このページでは、スムーズな退院支援のための退院前カンファレンスの取り組みについて考えてみましょう。〈映像：第2部〉

▼退院前カンファレンスの映像を見て、以下を記入し、グループで話し合ってみてください。

○退院前カンファレンスの準備として、コーディネーターは何をしていたでしょうか？

○退院前カンファレンスでは、どんな課題について話し合われていたでしょうか？

○退院前カンファレンスを通じて、患者さんの娘さんはどう感じたと思いますか？

○退院前カンファレンスの映像を通じて、自分が感じた・学んだことを書いてみましょう。

# 多職種が関わる意味 ～「食」を例に～

## ▽何気ない日常の行為も、様々な機能や動作に支えられている

私たちが生きていくのに欠かせない「衣食住」。着替える、食べる、住まう…何気なく当たり前のように行っていることも、実は様々な機能や動作に支えられています。病気・ケガ・加齢などによって、機能低下や障害が発生すると、これらの当たり前と思っている行為も簡単にはできなくなってしまいます。

例えば「食べる」という行為1つをとってみても、実に多くの機能や動作が関わっています。まずは、食べるという行為が、どんな動作や機能で構成されているかを見てみましょう。

食べるためには、食事を用意しなければなりません。すぐに食べられるお惣菜などをお店で買ってくることもあれば、材料を買ってきて自分で調理をすることもあります。

食事の用意ができたなら、次は食べ物を食器から口まで運ぶ必要があります。こぼさずに箸やスプーンで食べ物を口に運ぶために、手や指の動きを細かく調整し、腕を上げて口まで持っていく動作です。

食べ物が口に入ったら、次はよく噛んで飲み込みます。自分の歯や入れ歯で噛むことができ、むせないようにちゃんと飲み込む。当たり前のようなのですが、高齢者にはこの機能が低下している人も少なくありません。

飲み込んだ食べ物も、ちゃんと消化されて栄養として身体に取り込まれなければ、私たちの生命は維持されません。体重や活動レベルに応じて必要なエネルギーを摂取しなければ、体重が減り、体力も落ちてしまいます。そして、消化された後に、ちゃんと排泄されることも重要です。

## ▽それぞれの機能の評価や回復には、様々な職種が関わる

上に挙げた機能や動作の評価、そして回復のためのリハビリには、多くの専門職が関わる必要があります。

食事が取れていない、栄養状態が低下しているといったことに気づくのは、医師や看護師、介護職などのケアに継続的に関わる職種であることが多いですが、それぞれの機能の評価や回復にはより深い専門性が要求されるからです。

特に、ケアの全体をコーディネートする立場となることが多い、医師・看護師・ケアマネジャー等の職種は、様々な機能の評価や回復に関わる専門職の専門性やアプローチを把握しておかなければ、適切な時に、適切な専門職につなぐことができません。

▶ 右ページの表の空欄を埋め、「食べる」を構成する様々な機能の評価や回復に関わる職種を調べて、それぞれの職種が行う関わりや支援の内容について理解を深めてください。

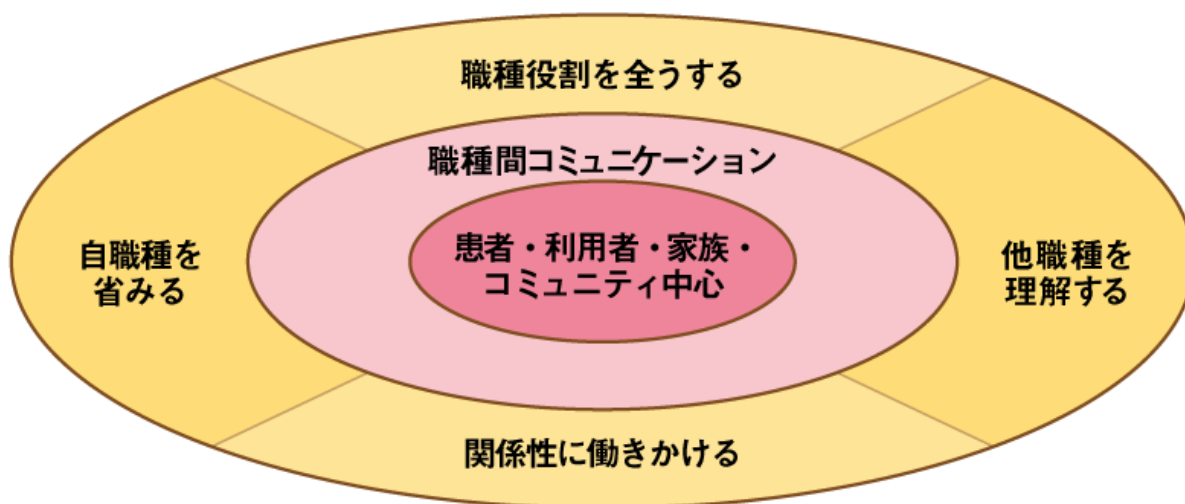
ここでは、私たちの生命を支える「食べる」という行為に、どれだけ多くの職種が関わっているか考えてみましょう。〈映像：第3部〉

状況	主に関わる職種	どんな関わり・支援を行うか
食事や食材を買うお金がない		
買い物に行くことができない		
調理をすることができない		
箸やスプーンをうまく使えない		
腕や手が思うように動かず、口元まで食事を運べない		
食べ物をうまく噛めない		
食事の後に、口の中を清潔に保てない		
うまく飲み込めず、むせてしまう		
どんな食事を、どのように工夫して食べたら良いかわからない		
入院中、どの程度の食事を、どのように食べて良いかわからない	医師	医学的な評価に基づき、カロリー摂取量や、食事を開始する時期などを指示する。
退院後「食べる」という営みを、生活の中でどう支えていくのか	ケアマネジャー	介護サービスのプランを、上に挙げた専門職の支援を組み合わせ立て、サービスを調整する。

# 多職種連携のポイント

## ▽多職種連携コンピテンシー

コンピテンシーとは、高業績者に共通してみられる行動特性のことです。「ある職務や役割において優秀な成果を発揮する行動特性」などと定義されています。何がその人を「仕事のできる人」にしているのかを明らかにするものです。つまり、「多職種連携コンピテンシー」とは、「多職種連携が得意な人」の行動の特徴で、これらを心がけることで、誰でもよりよい多職種連携ができるようになると考えられています。このコンピテンシーは、2015年に文部科学省の事業チーム及びJAYPE（日本保健医療福祉連携教育学会, Japan Association for Interprofessional Education）によって検討されたものです。



▲多職種連携コンピテンシーの全体像▲

## ▽コア・ドメイン（特に重要な2つ）

### 患者・利用者・家族・コミュニティ中心

患者さん・利用者さんにとっての【 】あるいは【 】をしっかりと把握し、関わるチームのメンバーが一つの目的を持ち、【 】ということが、多職種連携においては重要です。

### 職種間コミュニケーション

専門職が連携するときに、互いが【 】で言葉を使っていないか、【 】を使いすぎて他の職種がわからないようなことはないか、ということを確認するのも大事です。

※参考：「『多職種連携力』を持つ人材育成プログラム開発事業」（<http://ipeipw.org/files/IPEpam-up.pdf>）

※本頁の図は、上記報告を参考にし、一部改変したものである。



このページでは、様々な職種が連携して高齢者の暮らしを支えるための6つのポイントを解説します。〈映像：第3部〉

## ▽コア・ドメインを支え合う4つのドメイン

### 職種の役割を全うする

周りにどんな専門職がいるか、また地域の状況や課題などを踏まえながら、自分の職種が何をすればいいのか、何の能力を発揮すればいいのかということを意識して動くことが重要。

### 自職種を省みる

自分自身が、その職種としての専門性を活かして、チームにどう貢献することができたのかを振り返る。

### 他職種を理解する

他の職種の【             】、【             】、【             】、【             】を理解し、連携協働に活かすことができる。

### 関係性に働きかける

チーム内の関係性にアンテナを張り、チーム内の関係性をよりよく作っていかこうとする姿勢が大事である。

▲左ページからここまでの空欄を、映像教材の第3部の解説を見ながら埋めてみましょう。

## ▽多職種連携は、どんな場においてもKEYになる

あなたが働いている職場が、病院であっても、診療所であっても、地域の事業所であっても、訪問看護ステーションであっても、多職種連携が必要なことに変わりはありません。医療・介護の分野は、様々な職種がそれぞれの専門性を高めて技術やサービスを高度化しており、もはやどの職種も、独力では全ての問題を解決することはできないのです。

その時に、いかに他の専門職の力を借りながら、活かしながら患者さん・利用者さんに関わっていけるかが、医療・介護のサービスの質に直結します。どんなにその人自身のケアの質が高くても、他の職種とうまく連携できなければ、提供できるサービスには限界があるのです。

「私が思う良いケア・サービス」に固執することなく、患者さん・利用者さんを中心に据えて、他の職種と目標・目的を共有しながら、話し合い、助け合って良いケア・サービスを提供していくことが、これからの「当たり前」になっていくのです。そしてそれは、必ずやあなたの仕事の喜びにもつながっていくでしょう。



# 連携ワークシートを使ってみよう

## ▽多職種連携 情報共有ワークシートの使い方

- ① 最初に書くべきは、「本人の希望・価値観」です。多職種が連携する際の最も重要なポイントである、「患者さん、利用者さんを中心に据えて考える」ことを実現するためにも、まずはその方の希望や価値観を書くようにしましょう。
- ② 次に、社会環境と人的環境を書き込みます。社会環境は、経済的な側面や、どんな支援・サービスを受けているか…といった観点になります。人的環境は、ご家族や地域の方など、その人を取り巻く人間関係や、支えてくださっている人を記述します。この欄は、ソーシャルワーカーやケアマネジャーが情報を収集しやすい立場にあるので、積極的に書くようにしましょう。
- ③ 次は「物的環境」、「住まい」の観点です。ご本人やご家族から聴きとるのはもちろん、ソーシャルワーカーやリハビリ専門職は自宅を訪問して調査することもあります。また、普段から関わっているケアマネジャーも詳しく知っていることが多いでしょう。
- ④ 次に、「現在の疾患」および「既往歴」を書き込みます。正確に全てを書くことにこだわらず、わかる範囲で書きましょう。
- ⑤ ここで、心身機能・身体状況の評価を記入します。このワークシートでは3つに大きく欄を分けていますが、あくまでも目安ですので、あまりこだわらずに記入してください。様々なアセスメント項目が小さな文字で書かれているので、ヒントにしてみると良いでしょう。この部分は、医療的なアセスメントが多く含まれるので、看護職がリードする必要があります。必要に応じて、医師・リハビリ専門職・薬剤師・管理栄養士・歯科医師等に助言や情報をもらいながら埋めていってください。
- ⑥ 心身機能・身体状況に関して、非医療職が最も知りたいのは「どんなリスクがあり、何に気をつけたらよいか」という点です。アセスメントした結果として、どんなリスクがあり、どんなことに気をつけるかを明確に書くと、様々な職種が大いに参考にできるでしょう。
- ⑦ 最後に、真ん中部分にある「生活機能の評価」を書いていきます。ここは、上の方に書かれている、その方の普段の生活状況と、下の方に書かれている医療的なアセスメントの両方を見ながら、多職種で話し合っって記入していきましょう。小さい文字で、主な生活機能が挙げられていますので、参考にしながら、それぞれの現状と、今後の課題や目標などを書いていきましょう。書く欄が小さくて、それぞれの職種の専門的な観点を書き込む場所がないと感じる場面もあるかもしれませんが、このシートは多職種で全体像を共有することを目的としていますので、おおまかな記述を心がけてください。

※上記説明について、映像教材では看護職・ケアマネジャー向けに少しずつ異なる解説をしています。

## ▽ワークシートを使うコツ

グループワークの際は、ふせん等を使いながら、チームメンバーが得意なところを埋めていくようにしましょう。逆に、埋まらない項目があれば、その項目について知識やアセスメントができそうな職種に聞きに行くことも重要です。このワークシートを使いながら、そのひとの全体像を共有することが、スムーズな多職種連携につながるはずです。皆さん、いろんな使い方を試しながらマスターしてください。

※P18~19に、このワークシートを使ってグループワークを行うための事例を掲載しています。

このページでは、多職種が適切に情報を共有し、それぞれの観点を活かした議論をするためのワークシートの使い方をご紹介します。＜動画：ワークシート解説＞

多職種連携 情報共有ワークシート

患者・利用者さん

年齢  
性別

身長  
体重  
体型

社会環境

これまで(制度利用・経済状況等)

2

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、大事にしていたこと、人生観 など

1

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)

3

これから

▼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)		
寝返り・起き上がり→座位→立ち上がり	食事(準備・摂取・片付け)	調理・火気管理	家での役割/地域や職場での役割
歩行(屋内・屋外)	飲水	買物・金銭管理 掃除・洗濯・ゴミ出し	社会参加/人との交流
更衣・身だしなみ	排尿・排便に関わる動作	移動(車・公共)/電話・連絡	コミュニケーション・意思表示
入浴			

7

▼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
症状・困りごと	上肢・下肢・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	視聴覚・口腔・嚥下・会話・認知機能・持上り傾向 等
原因・問題			
介入・対応	リハビリ、補助具等	服薬、食事・栄養管理、通院、医療器具 等	服薬、嚥下訓練・リハビリ、通院、補助具等
リスク・留意点			

5

6

▽発症時期・発症の経過日時 わかる範囲で書いてください▽

4

現在の疾患

既往歴

▼チームメンバー、連携先の職種・所属・氏名一覧

職種	所属	氏名	職種	所属	氏名

次のページに白紙のワークシートがあります。コピーして自由にお使いください。

平成27年度文部科学省「成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進」事業

15

# 多職種連携 情報共有ワークシート

患者・利用者さん

年齢  
性別

身長  
体重  
体型

## 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、  
大事にしてきたこと、人生観 など

## 人的環境

介護者、親族、地域のサポート などの状況

これから

## 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)

## ▶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

#### ADL (日常生活動作)

寝返り→起き上がり→座位→立ち上がり

歩行(屋内・屋外)

更衣・身だしなみ

食事(準備・摂取・片付け)

飲水

排尿・排便に関わる動作

#### IADL (手段的日常生活動作)

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

#### 参加 (現状と目標)

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

**▼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。

症状・困りごと	筋骨格・神経系 上肢・下肢・筋力・関節・可動域 等	内臓系・循環系・呼吸系・皮膚系 循環・呼吸・消化・腎・肝・尿路・内分泌代謝・皮膚症状 等	頭頸部・口腔・認知・精神系 視聴覚・口腔・嚥下・会話・認知機能・抑うつ傾向 等
原因・問題			
介入・対応	リハビリ、補助具等	服薬、食事、栄養管理、通院、医療器具 等	服薬、嚥下訓練・リハビリ、通院、補助具等
リスク・留意点			

▽ 発症時期・発症からの経過日数等も、わかる範囲で書いてください

▼ チームメンバー、連携先の職種・所属・氏名一覧

職種	所属	氏名	職種	所属	氏名

**既往歴**

**現在の疾患**

# 連携ワークシートを使った事例検討

## ▽連携ワークシートを使ったグループワークをやってみましょう

映像の第3部でも紹介したグループワークで使用した事例を、以下に掲載します。退院調整カンファレンスの形を取っていますので、ロールプレイ等で事例を共有してから、中山さんの退院後の生活の支援について、その方向性を考えてみてください。その際に、P14~15で紹介したワークシートを活用してください。

## ▽グループワークの事例

### 【ソーシャルワーカー】

今日は、中山さんの退院調整にお集まりいただき、ありがとうございます。改めて自己紹介を致します。北町病院、地域連携室の成瀬です。よろしくお願ひします。早速、情報共有させていただきます。

中山道子さん、70歳の女性です。南町に74歳のご主人と二人で暮らされています。中町駅近く、自宅から1キロくらいのマンションに息子さん家族が住んでおり、普段から行き来があるとのこと。ご自宅は、昭和50年に買った2階建ての一戸建て住宅。バリアフリー化などはされていないとのことでした。

1月17日、日曜日の夜、頭痛と吐き気がしたため早めに就寝されたそうです。夜中にトイレに起きた際に、フラフラしてうまく歩けなかったのですが、体調が悪いせいだと思ひなんとか布団に戻って就寝。朝、右半身がうまく動かなくなり、ご主人が救急車を呼ばれ、当院に搬送、脳梗塞で緊急入院となりました。現在は、右半身に麻痺があるほか、嚥下困難、若干の言葉の出にくさも見られるようです。主治医である神経内科の橋本先生に病状経過などをご説明いただきます。

### 【神経内科医】

北町病院、神経内科の橋本です。中山さんは、月曜日の早朝6時過ぎに当院に救急搬送されました。

当直医より呼び出しがあり、7時過ぎに病院に着きましたが、症状から脳梗塞を考え、ご主人も昨夜から頭痛・吐き気を訴えていたことから、発症後8時間程度ではないかと考えました。CT画像でも、若干の脳溝の消失が見られ、t-PA治療の適応ではないと判断しました。その後、MRIで梗塞を確認、左中大脳動脈閉塞による脳梗塞と診断しました。

抗凝固薬、抗血小板薬、脳保護薬等を投与しながら経過を観察し、麻痺はあるものの全身状態が落ち着いていることから、1月25日より本格的にリハビリを開始。今週から脳保護薬も止め、抗血小板薬の内服のみで管理しています。脳梗塞後の急性期のためか、血圧変動があり、時に収縮期血圧が200を超えることもあるようですが、現在は投薬はしていません。また、胸やけ・胸部不快感の訴えがあったことから、逆流性食道炎の可能性を考え、PPIを定期処方しています。全体として経過は順調であり、退院準備を進めていただいて1~2週間で退院まで持っていければと思います。皆さんよろしくお願ひします。

### 【ソーシャルワーカー】

次に、病棟での状況について、内科病棟主任の矢部看護師にご報告をお願いします。

### 【病棟看護師】

中山さんですが、右半身に麻痺があり、現在はほとんど動かない状態です。ベッドからなら左の手足を使って起き上がることができていますし、少し不安定ですが座位にも問題ありません。利き手側の麻痺なのでご苦労されているようですが、杖や歩行器を使って病棟内をゆっくりと移動することはできるよう。病棟では、長距離の移動は車イスで介助し、お手洗いへは杖を使い、転倒しないよう見守りながらご自分で行っていただいています。入浴は、血圧変動もあるのでシャワー浴にしていますが、今週からは浴槽にも浸かっていただいています。

食事は、利き手の障害なのでサポートが必要かと思ひましたが、ご自分で頑張っで左手で取られています。むしろ、飲み込みがうまくできず、時々むせることがある方が心配です。

お手洗いについては、ご自分でされたいという思ひがあるようです。ただ、着衣や下着をおろす所はお手伝いが必要なので、おろしてから扉を閉めて用を足すのをお待ちしている状態です。着替えなどの大きな動作はちょっと難しいかもしれませんね。

私たちはあまり違和感を持っていなかったのですが、ご本人はちょっと言葉が出にくいことがあると、実習の学生に話されていたそうです。重い言語障害や認知症の方もいらっしゃる病棟なので、私たちの感覚が鈍くなっているのかもしれない。

よく、ご主人のこと、ご家庭のことを心配されていらっしゃる、「まだ70なのに人様のお世話にならなきゃいけないなんて」という言葉が何度も出ているようです。夜も寝付けなことがあるようで、準夜帯のスタッフが様子を見るように申し送っています。

### 【ソーシャルワーカー】

ありがとうございます。今、中山さんの息子さんにお越しいただきました。お母様のことについてお聞かせいただけますか。



ワークシートを使って、この事例を整理してみましょう。退院前カンファレンスのロールプレイを行いながら、今後の計画を話し合う形がおすすめです。

**【息子】**

母がお世話になっております。中山健治と申します。

**【ソーシャルワーカー】**

お母様の、入院前の普通の生活について教えていただけますでしょうか。

**【息子】**

はい。母は40年ほど前、私がまだ小さかった頃に引っ越してきて、以来ずっとここに住んでいます。

「人様に迷惑をかけないように」が口癖で、私が結婚した時も「お嫁さんに世話になるような年寄りにはなりたくない」と言っていました。ちょっと血圧が高いとは言っていましたが、本当にしっかりしていて、家事全般をしっかりやっていました。

うちは家内も働いているもので、小学生の息子二人は、学校帰りに母の所に行くことが多かったです。家内も、ちょっと仕事が遅くなりそうな時は母にメールして、息子たちに晩御飯を食べさせてもらっていました。母もそれが楽しみだったようで、まあとにかく料理には自信もこだわりも持ってました。

父の定年後は、毎年1度は旅行に行くという約束だったようで、今年も春に金沢に行こうかなんて話をしていました。もしできるならば、旅行には行かせてあげたいと私は思っています。

あとは、そうですね。私の子供時代の「ママ友」ですか？(笑)。そういうご近所の付き合いがあって、週に1回カラオケに行っていたみたいです。そういうお友達の方には、お見舞いにも来ていただきました。母も嬉しそうで、ありがたい限りです。

そんな感じで、家を守ってきた主婦なので、もちろん自宅に帰りたいでしょうし、家事や料理をしたいと思っていますんですが、この状態だと難しい部分もあるのかなとは思います。父は、一人では何もできないタイプですし、今は私や家内が足を運んで、食事や身の回りのことをしていますが、今回のことでちょっと気落ちしていて、家の中もちょっと荒れ気味だなと感じています。あの家もだいぶ古いですし、半身麻痺の母が暮らせるように改造するよりは、いっそ売りに出して二人で老人ホームに入るというのも選択肢なのかもしれないと、家内とは話しました。でも、両親には言っていないです。

母も、ちょっと元気がなくて、見舞いに来ててもあまり口数が多くないんです。だから、本当のところどう思ってるのか、今後どうしていきたいのか、僕らもわからない所があります。今日は、皆さんに、母があの家で暮らしていけるのか——、もしそうするなら、どんなサポートが得られるのか、そのあたりも教えて頂けたらと思っています。よろしくお願いします。

**【ソーシャルワーカー】**

お忙しい所、お越しいただきありがとうございました。皆さん、他にお話したいこと、聞きたいことなどありますでしょうか？

**【病棟看護師】**

先生、すみません。嚥下でむせることがあるんですが、脳梗塞でむせることは多いんでしょうか？

**【神経内科医】**

そうですね。脳梗塞によって、軟口蓋の反射低下が起きて、水分が気道に入りやすくなっているのではないかと思います。私も専門ではないので、言語聴覚士さんに評価していただいた方がいいかもしれませんですね。栄養サポートチームは関わっていないんですか？

**【病棟看護師】**

ありがとうございます。どうしても、むせるのが苦しくてお食事を残されたりすることもあるので…。

栄養サポートチームは、今週から関わることになっています。担当の看護師がいるので、聞いてみますね。

**【息子】**

私の方では、母に元気がないのが心配なんですけど、リハビリとかには前向きに取り組んでいるのでしょうか？

**【病棟看護師】**

確かに、時々寝付きが悪いことはあるようですが、リハビリには熱心に取り組まれているように私たちは感じています。責任感が強い方なので、自分のことは自分でできるようにという思いを持たれているように感じています。作業療法士さんは、利き手を変えるようなアプローチも考えているみたいですね。

\*\*\*\*\*

この後、残ったメンバーで退院後の生活支援の方向性について話し合ってください。

※この事例は、グループワークのための架空のもので、実在の人物・場所とは一切関係ありません。

# 多職種の専門性を理解する

▽様々な職種について、以下の項目（空欄部分）を調べて書いてみましょう。

職種	主に働いている 場所・機関	地域包括ケアシステムで 主に果たす役割	強み／弱み
医師	病院 診療所	急性期医療・外来診療を通じた医学的な方針の決定 訪問診療 介護認定の意見書を書く	投薬の指示・処方ができる。リーダーシップを取ることに慣れている。 忙しく、なかなかつかまらないことが多い。
看護師	病院の病棟 外来(病院・診療所)	退院後を見据えた急性期のケア 在宅療養におけるリスクや課題の発見と整理	医療の視点と生活の視点の両方を持ち、コーディネートができる立場にある。 訪問看護や在宅療養のイメージを持たない病棟看護師も多い。
訪問看護師			
薬剤師			
管理栄養士			
医療ソーシャル ワーカー			
歯科医師			



高齢者が住み慣れた地域で暮らすために、様々な専門職の力が必要になります。どの職種がどんな専門性を持ち、どんな活動ができるのかを調べ、理解しましょう。

職種	主に働いている 場所・機関	地域包括ケアシステムで 主に果たす役割	強み／弱み
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
保健師			
ケアマネジャー			
介護職			
民生委員 自治会役員	地域	地域の中で、支援が必要／見守りが必要な高齢者などを支える時に、中心的な役割を果たす。	その地域で生活している方々なので、地域住民と顔の見える関係ができており、誰よりも地域のことを理解している可能性が高い。

# 地域包括ケアシステムの概要

本人・家族の選択や心構えに沿って、医療・介護・予防・住まい・生活が統合的に支えられる  
～地域包括ケアシステムの概念～

医療



予防



介護



医療・看護・予防・保健・リハビリテーション・介護などのサービスが含まれる

住まい



生活



住まい、住まい方、生活支援、様々な福祉サービスが含まれる

本人・家族の選択と心構え

## ▽地域包括ケアシステムが目指すもの

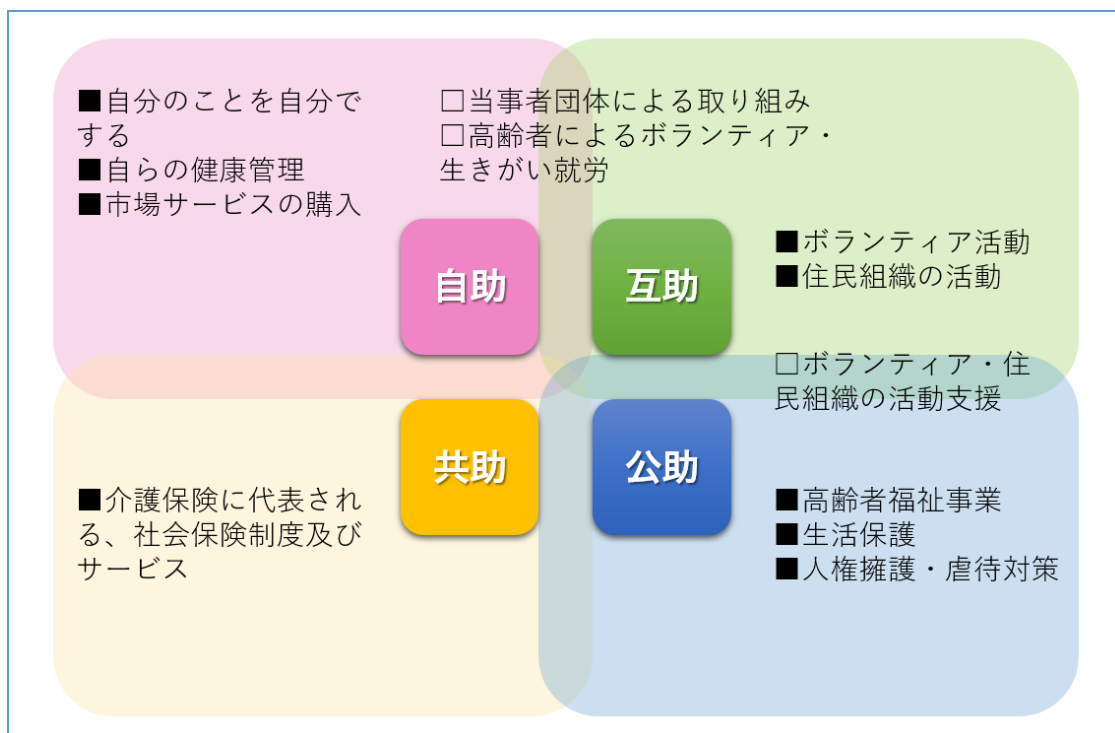
「地域包括ケアシステム」が目指しているのは、「重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活の支援が一体的に提供される仕組み」です。

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のは言うまでもありませんが、目の前の人を「患者」としてだけではなく「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、というところを全体のベースとしてとらえる必要があります。

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〉



## ▽ 「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。

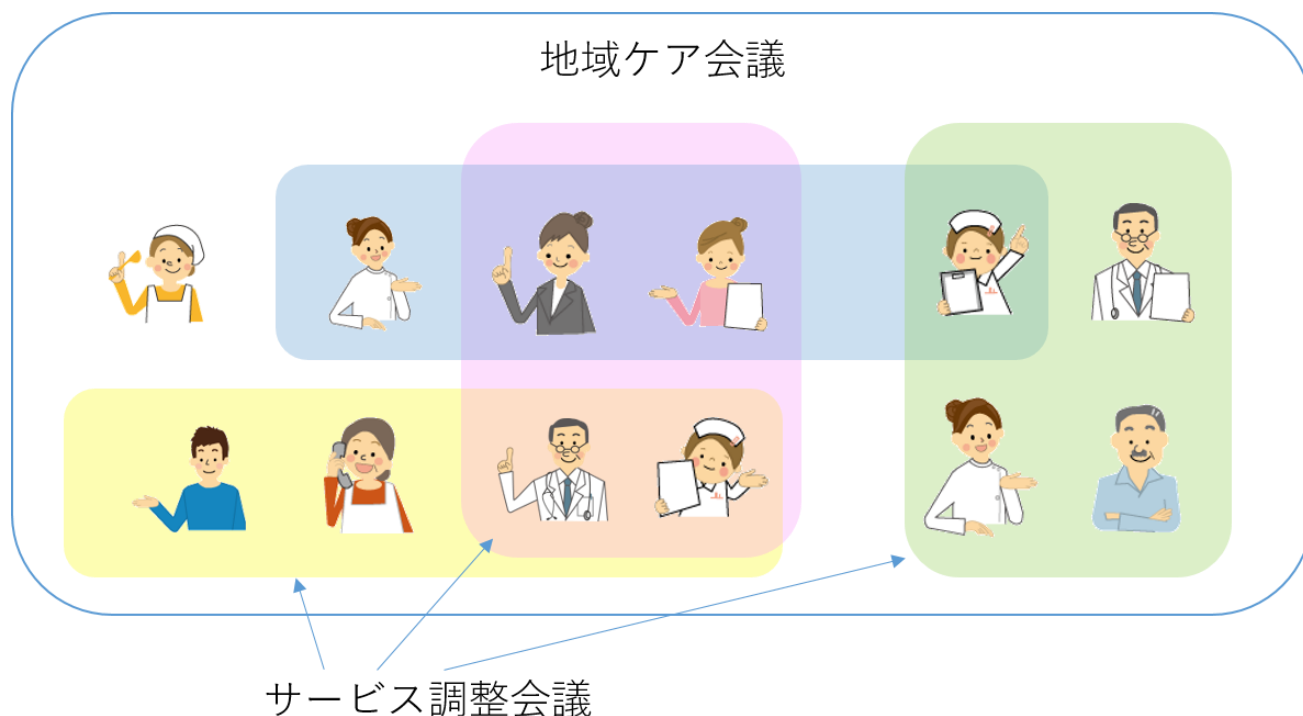
「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれます。互助と共助は似ていますが、互助は制度的に裏付けられているものではなく、自発的な支えあいの仕組みを指しています。

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事が多く、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。

# 地域包括ケアを実践する場



地域包括ケアの仕組みを作るときに、その地域で医療・介護・予防等に関わる様々な職種が、互いに顔の見える関係を築き、連携していく必要があります。その実践の場として設定されるのが、地域ケア会議やサービス調整会議です。上の図に示したように、その地域全体で医療・介護等の関係者が集まって行われるのが「地域ケア会議」であり、個別の事例ごとに関係者が集まって行われるのが「サービス調整会議」です。それぞれ、詳しく見ていきましょう。

## ▽地域ケア会議

地域ケア会議は、地域包括支援センターまたは市町村の主催により、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備（地域づくり）を同時に図っていくことを目的に開催されます。

地域の規模にもよりますが、まずは個別のサービス内容について検討・課題解決を行い、そこから得られた高齢者の実態や地域全体に見られる特徴を参考に、社会基盤の整備へつなげていく、といった流れになっています。個別ケースの検討を積み重ねていくことで、高齢者が地域全体としてどのような課題を抱えているのか、共通する部分が見えてきます。

サービス調整会議と異なる点は、間接的にサービス提供に関わる職種や、医療・介護関係者以外の専門職の人など、幅広い地域の多職種が参加する点です。地域課題を解決するための地域づくりのためには、行政の協力も必須だからです。地域ケア会議には弁護士や司法書士、そして地域住民（民生委員、老人会など）なども参加しているため、会議を通じて行政方面にも課題やニーズなどの情報を提供し、働きかけることができます。

地域課題の把握は、困難な個別ケースの早期解決や、ケースの困難化自体を予防する事にもつながります。

このページでは、サービス調整会議・地域ケア会議について紹介します。

## ▽サービス調整会議

サービス調整会議では、個人のサービス利用者がどんなニーズや課題をもっているかについて話し合います。そこで出た問題を参考に、利用者がより良いサービスを受けられるようにするため、提供者側がそれぞれ今後の支援の目標や計画等を決定・調整していきます。また、地域の医療・介護従事者が自分たちのサービス調整会議で浮かんできた様々なニーズや困難な事例などを持ち寄り、情報交換をすることもあります。

サービス調整会議は利用者がより良いサービスを受けるために必要な場です。それだけではなく、様々なサービス提供者が実際に集まって話し合うことを通じて、他職種や自身の役割に関する理解をさらに深めていくことができる良い機会でもあるといえるでしょう。



地域ケア会議の様子



サービス調整会議の様子

▼あなたの住んでいる（仕事をしている／学んでいる）地域で行われている地域ケア会議について、地域包括支援センターや行政の情報を調べ、どのような取り組みが行われているかを調べてみましょう。



# 様々な住まい方

## ▽様々な住まい方の説明

住まいの種類	説明	イメージ写真
自宅 (住んでいた家)	<p>自宅での暮らしには、訪問介護、通所介護、短期間の宿泊の3つが欠かせません。設備や人手が足りない部分を補い、介護者が疲弊しないようにすることが重要になります。また、機能低下の度合いに応じて、車いすが使えるようバリアフリー化の工事をするといった必要も生じます。</p> <p>自宅での生活を支援する訪問・通所・短期入所型の事業所は多岐に渡ります。特に「小規模多機能型居宅介護」は、事業所・施設への通いを中心に、要介護者の様態や希望に応じて、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組み合わせ、中重度となっても可能な限り在宅での自立した生活が継続できるよう支援するサービスです。家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、日常生活上の支援や機能訓練を行います。</p>	▼ 小規模多機能型居宅介護 
サービス付き 高齢者住宅 (サ高住)	<p>介護・医療との連携のもと、高齢者単身や夫婦のみの世帯が安心して居住できる賃貸等の住まいです。バリアフリー構造、一定の面積・設備といったハード面が充実しており、ケア専門家による安否確認・生活相談サービスも備わっています。</p>	
認知症 グループホーム	<p>認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービスです。利用者が可能な限り自立した日常生活を送れるよう、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、食事や入浴などの支援や、機能訓練を受けます。1つの共同生活住居に5～9人の少人数の利用者が介護スタッフとともに共同生活を送ります。</p>	
有料老人ホーム	<p>高齢者が入居し、「食事の提供」「介護(入浴・排泄・食事)の提供」「洗濯・掃除等の家事の供与」「健康管理」のうち少なくとも1つのサービスを供与している施設です。「介護付有料老人ホーム」「住宅型有料老人ホーム」「健康型有料老人ホーム」に分類されます。</p>	
ケアハウス 軽費老人ホーム	<p>軽費老人ホームとは、無料又は低額な料金で老人を入所させ、食事の提供など、日常生活に必要な便宜を供与することを目的とする施設です。生活相談、入浴サービス、食事サービスの提供を行うとともに、車いすでの生活にも配慮した構造を有する「ケアハウス」を主として、他に都市部における低所得高齢者に配慮した小規模なホームである「都市型」、食事の提供や日常生活に必要な便宜を供与する「A型」、自炊が原則の「B型」があります。</p>	
特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)	<p>入所者が可能な限り在宅復帰できることを念頭に、常に介護が必要な方の入所を受け入れ、入浴や食事などの日常生活上の支援や、機能訓練、療養上の世話などを提供します。入所者の意思や人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスを提供することとされています。原則として要介護度3以上の方のみが入所可能です。</p>	

このページでは、高齢者の、自宅以外の様々な暮らしの場を紹介します。  
また、そこで高齢者の暮らしをサポートする職種について調べてみましょう。

### ▽様々な住まいの特徴・入居条件などを比較してみましょう

住まいの種類	入居条件	料金	要介護度	長所／短所
自宅	一般に条件はない。バリアフリー化が行われていないなど、機能面の問題がある場合も。	持ち家であれば、特に費用は必要ない。リフォームが必要な場合もある。	要介護度が非常に高い場合、家族への負担もかかるため、自宅での療養が難しい可能性がある。	住み慣れた家であり、本人も自宅での暮らしを望むことが多い。高齢者向けに作られていない部分が多い。
サービス付き高齢者住宅				
グループホーム				
有料老人ホーム				
ケアハウス 軽費老人ホーム				
特別養護老人ホーム				

### ▽自分が住む（働く）地域には、どんな高齢者向けの住まいがあるか、調べてみましょう。





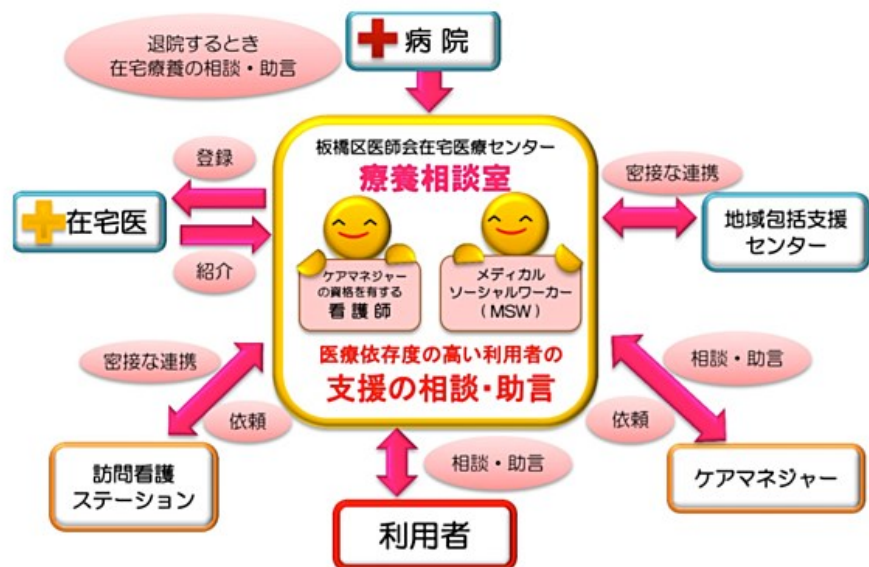
自分が関わっている地域の状況や資源について調べてみましょう。

## ▽在宅医療・介護連携推進事業

現在、各市町村は郡市区医師会等と連携しながら「在宅医療・介護連携推進事業」を進めています（平成30年までに全市町村で実施予定）。事業内容は、地域の医療・介護の資源の把握や、医療・介護関係者の情報共有の支援、在宅医療・介護連携に関する相談支援、地域住民への普及啓発など多岐に渡ります。そのうちの相談支援事業では、ケアマネジャーの資格を持つ看護師とMSW等が配置され、地域の医療・介護を横断的にサポートすることで、地域の要介護高齢者等が、病気をもちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごすように総合的支援活動を行うものとし

ています。

この事業で設置される相談窓口は、在宅医療・介護に関わる様々なことを「ワンストップ」で相談できる窓口です。どこで働いていても、在宅医療・介護に関する困りごと・相談ごとがあれば、在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口のことを思い出してください。



在宅医療連携拠点の業務（板橋区医師会療養相談室ホームページより引用）

▼自分が住んでいる（働いている）場所を管轄する地域包括支援センターを調べてみましょう。

- 名称
- 所在地
- 連絡先

▼自分が住んでいる（働いている）場所の在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口を調べてみましょう。

- 名称
- 所在地
- 連絡先



一連の学習を振り返り、このページの確認テストに教えてください。

解答は、指導者用資料に記載されています。

**第4問 多職種連携の際のポイントについて、誤っている文を以下の中から2つ選んでください。**

- (ア) 多職種が連携する際は、リーダーである医師の考えを最も重視する必要がある
- (イ) 他の職種の役割を理解し、互いの知識・技術を活かし合うことが重要である
- (ウ) 多職種が連携するためには、知識や背景・価値観を職種を超えて統一することが重要である
- (エ) 他の職種の思考、行為、感情、価値観を理解し、連携協働に活かすことが重要である
- (オ) 患者・利用者・家族・コミュニティを中心に据え、共通の目標を設定することが重要である

**第5問 高齢者の住まいについて、正しい文を1つ選んでください。**

- (ア) 特別養護老人ホームは、あまり介護が必要ない高齢者のための住まいである
- (イ) 小規模多機能型居宅介護は、認知症のある人に特化した住まいである
- (ウ) サービス付き高齢者向け住宅は、要介護などの認定を受けていなくても入居できる
- (エ) 介護が必要になった場合、自宅のバリアフリー化は全額自己負担で行わなければならない

**第6問 地域包括支援センターの機能として、あてはまらないものを1つ選んでください。**

- (ア) 要支援の高齢者のケアプランを立てる
- (イ) 地域に住む高齢者の様々な相談窓口を務める
- (ウ) 要介護の高齢者のケアプランを立てる
- (エ) 地域の医療・介護従事者とネットワークを作り、地域ケア会議を開催する

**第7問 高齢者の病院からの退院支援について、正しい文を1つ選んでください。**

- (ア) 退院前カンファレンスには、患者さんやご家族は参加しない
- (イ) 退院前カンファレンスには、病棟の看護師も参加した方がよい
- (ウ) 退院前カンファレンスは、入院中の医療やケアを振り返ることが主な目的である
- (エ) 退院前カンファレンスでは、主に医療的な問題や治療方針が話し合われる

**第8問 以下の文のうち、誤っているものを1つ選んでください。**

- (ア) 在宅医療を希望する患者さんの相談窓口として、在宅医療連携拠点が整備されつつある
- (イ) およそ中学校の学区ごとに1箇所、地域包括支援センターが設置されている
- (ウ) 在宅医療はリスクが大きいので、末期医療においてはできるだけ入院を奨めるべきである
- (エ) 地域包括支援センターには、高齢者に関する様々な問題について相談することができる

※第1問～第2問、第5問～第8問は各1点。第3問は計7点、第4問は計2点。合計15点満点です。

11点以上（7割以上）の正答で合格とみなします。



---

発行者 公益社団法人日本医師会

発行日 2016年2月25日

連絡先 日本医師会 地域医療第一課 地域包括ケア推進室

〒 113-8621 文京区本駒込2-28-16

※本冊子は、平成27年度文部科学省委託事業「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」事業の一環として制作されています。