

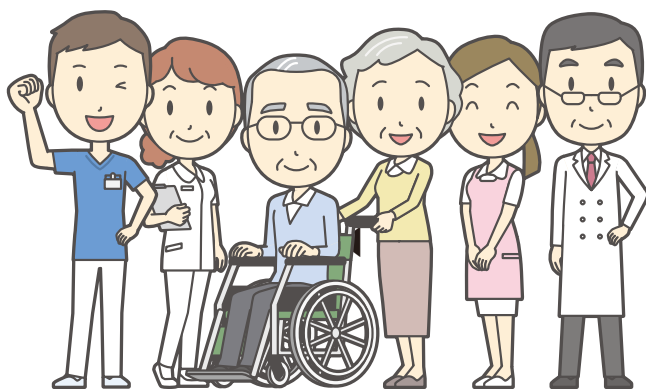
長浜米原地域医療支援センターだより

つながり

2020

10

創刊号



多職種連携

【特集】

連携事例を通じて「私たちにできること」

長浜米原地域医療支援センター

滋賀県長浜市宮司町 1181-2

TEL / FAX 0749-65-2755

E-mail : nm.iryoshien@iaa.itkeeper.ne.jp



ホームページ

創刊にあたって

長浜米原地域医療支援センター（地域医療支援センターと略）は平成 21 年度補正予算の地域医療再生基金を利用した事業で、その基金を使い湖北医療圏と湖東医療圏の二つの医療圏に地域医療支援センターを、また ICT を利用した病院・診療所の連携の為にネットワーク整備が行われました。湖北医療圏においてはその一部を休日急患診療所の整備にも使われております。

地域医療支援センターの大きな役割は「在宅医療の推進」と在宅患者さんを中心にした「多職種連携」です。開設当初より湖北医療圏の医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション連絡協議会などで構成されておりましたが、さらに協力団体として介護保険施設の方々にも参加いただき現在に至っております。

湖北医療圏は在宅医療が進んでいる地域であります。高齢化のピークもこれから迎える状況で地域医療支援センターの果たす役割は更に大きなものになると思われます。この広報誌を活用し、在宅医療に係る情報の発信や皆様のご意見を頂きながら専門職の方の身近な地域医療支援センターとして努めていきます。どうぞ、よろしくお願いします。

センター長 てぐり ただよし 手操 忠善

在宅医療・介護連携推進事業の8事業

- ア 地域の医療・介護資源の把握
- イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討→行政
- ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進（医師会と共催）
- エ 医療介護関係者の情報共有の支援
- オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- カ 医療・介護関係者の研修
- キ 地域住民への普及啓発
- ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携→行政



長浜米原地域医療支援センター事業について

- ・平成 24 年秋から準備期間として開設
- ・平成 25 年から当地域医療支援センターとして本稼働

平成 27 年度からは、介護保険法の地域支援事業（左記）のイ・ク以外を長浜市・米原市から受託し活動しています。（詳細についてはホームページをご覧ください）

出前講座では、ご本人の意向を中心に人生を締めくくっていただけるように、エンディングノートの啓発や「もしものとき」の判断に役立つように、人生の最終段階での医療や介護、大切にしたい事などを考えていただいています。ご本人やご家族の意向が実現されるには体制整備が必要です。しかしながら、在宅医療を担っていただいている診療所の 80% は単身医師で、今後の多死社会に伴いマンパワー不足が危惧されます。そこで、自宅看取りを希望される場合、複数医師による協力体制が整備できないかと湖北医師会老人保健部会と話し合いを進めています。

多職種連携研修会では当初、介護職は医療職に対して苦手意識が払拭できないという意見から、同職種研修会を行っていましたが、他機関でも多くの研修会を実施されている事から、多職種を対象としたテーマで研修会を企画しています。

また ICT による情報連携を推奨するため「びわ湖あさがおネット」の活用を呼び掛けていますが、中々現場に浸透できていないのが現状です。このコロナ禍を有効機会に、正確・迅速な情報共有のツールに ICT 化が進めば幸いです。ぜひ、皆様方のご理解ご協力をお願いします。

お知らせ

■当地域医療支援センター作成オリジナル資料をご活用ください！

昨年度末に、人生会議と相談場所のページを追記しエンディングノートを増版しました。コロナ禍において、出前講座やフォーラムなどの啓発活動が滞り、当センターで作成しました資料を広く市民の皆さんにお渡しできない現状です。そこで、この自粛期間限定で専門職の方にご活用いただきたいと考えました。下記の資料を個別ファイルにまとめて、2市と地域包括支援センターに設置していますので、ぜひご利用ください。



■在宅を支える訪問系事業所冊子を作成中

冊子一覧には事業所の紹介だけでなく、顔が見えるように写真やイメージ画像を取り入れて紹介していきます。218か所の事業所に情報提供をお願いしていますが、未提出の事業所については早めに返送をお願いします。

■当地域医療支援センターの図書(DVD)をご活用ください

貸出一覧はホームページに掲載していますのでご覧ください。

【特集】連携事例を通じて「私たちにできること」

事例①の紹介



相談者：夫（妻と2人暮らし）

妻（70代）の物忘れがひどくなり、調理がうまくできなくなった。以前にも増して怒りっぽくなり意欲低下のためか日中寝てしまう。かかりつけ医に相談し、認知症の疑いでA病院を紹介され受診するが認知症の診断はされなかった。しかし、妻の行動に不安を持ち地域包括支援センターに相談した。

●専門職との連携

地域包括支援センター

家族の同意を得て、夫の介護不安や介護保険サービスの利用についてかかりつけ医に面談



かかりつけ医

B病院認知症専門医に紹介



B病院認知症専門医受診（地域包括支援センター職員同伴）

詳細な検査結果では認知症の種類については特定できなかったが、経過観察が必要と説明
日中活動できるように眠気の副作用がある薬の処方中止とその他の薬についてもかかりつけ医と連携し調整

B病院臨床心理士

調理や入浴など段取りが難しくなっている事、他者との交流や役割を持つ事が大切と家族に説明

B病院ソーシャルワーカー

日常生活の支援が必要と思われたので、介護保険申請や介護サービスについて家族に説明
専門医の指示を受け、かかりつけ薬局に一部の処方中止を連絡



かかりつけ薬局

飲み忘れ防止や夫の服薬支援が行いやすいように一包化し、指示に従い一部の処方を中止



支援後

夫は、詳細な診断はつかなかったが、医師の説明に納得し、妻の病状を理解した。
介護保険が認定され、ディサービスを利用することになった。

好連携の ポイント

- ① 地域包括支援センター職員がかかりつけ医と連携した事で、認知症専門医受診につながり、同伴する事でご家族の思いを代弁できた。
- ② B病院では、臨床心理士やソーシャルワーカーなどの介入があり、それぞれから説明を受けることで夫の理解につながった。
- ③ 認知症専門医がかかりつけ医と連携し処方調整を行った。ソーシャルワーカーからかかりつけ薬局の連絡で一包化などの服薬支援につながった。

●高齢世帯が増加する中、専門職が代弁者となり医療連携へ！

●情報がリンクされワンチームとして機能

医療と介護の連携といっても一筋縄でいかないのが実情ではないでしょうか。
連携事例を参考に、好連携のために「私たち専門職に何ができるか」を考えてみましょう。

事例②の紹介



Aさん（90代 要介護3 認知症）／主介護者：夫（90代 要支援）

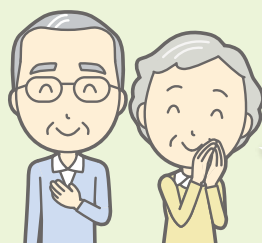
夫婦共に服薬がきちんとできていなかったり、家の中が散らかり、Aさんの排泄などの失敗から不衛生な生活環境だった。しかし、夫は「Aは人に会うのを嫌がるからそっとしておいて欲しい」と介護サービスの利用を拒否されていた。受診時も車から降りず、夫が薬をもらうだけだった。多くの残薬があり、訪問看護の際も部屋に引きこもり、面会ができずにいた。夫の思いに反して妄想や対応に困る場面が増え、食事や排せつの世話も大変になってきていた。

●チーム内連携

サービスを受け入れずに状況だけが悪化していくケースに対して、ケアマネジャー・地域包括支援センター・訪問看護師と主治医でAさんの症状や生活の様子、服薬状況、受診状況などを繰り返し情報共有し、支援の方向性や状態悪化時の対応、自分たちに何ができるかを話し合った。

支援内容

- ・遠方受診のため、訪問診療の必要性を考慮し、近場のかかりつけ医を紹介
- ・かかりつけ医は元主治医と診療連携し受診困難に対して往診に変更
- ・かかりつけ医からも介護保険サービス利用の必要性を丁寧に説明
- ・服薬支援が必要な為にかかりつけ薬局は、訪問服薬管理指導を実施
- ・支援者は「どんな状況でも工夫し対応するので会わせて欲しい」と夫に面会を要請し承諾を得た。



支援後

訪問看護師による心身の状態や服薬確認、生活援助を行えるようになり、夫の介護負担が軽減できた。また、「Aがかawaiiそうだから」と困ってしまい拒否するのではなく、医療受診や介護保険サービス利用の必要性が理解できた。

好連携の ポイント

- ① 訪問看護師・ケアマネジャー・地域包括支援センターとかかりつけ医は繰り返し情報共有と話し合いを行い、支援の突破口が見い出せた。
- ② かかりつけ医の丁寧な説明が、夫の理解を得てサービス導入につながった。

●生活全体を見ていただく、かかりつけ医のかかわりがサービス導入の糸口に！





ケアマネジャー

▶事例①は、A病院で認知症の診断がされなかった。このケースは相談に行けたからよかったが、そのままになってしまうと夫は疲れ果てていても誰も気づかず日常が進んでいく。誰かが気づいた時には大変な状況になってしまっているというケースは多い。相談に行けない人を見つけるには地域力が必要。民生委員さんや自治会の役員さん等と行政・地域包括支援センターが近い存在になると問題のある人の早期発見につながる。(地域課題)

▶事例②は、診察や処方だけでなく夫婦の生活全体を診ていただいた先生に感謝「できる人ができることをする」事がチーム支援の始まり。専門職が尊重し助け合うことができれば地域の方にとっても大きな利益になる。(連携のあり方)



医師

▶多職種連携チームと一言で言っても患者ごとにチームメンバーが変わってくる。今回、良好なチームが形成された好事例を紹介して頂いた。患者家族のニーズに合った医療・介護サービスを提供する為には、スキルの上がったそれぞれの職種をどう結びつけてチーム形成するかが大切。

▶高齢者、特に認知症を持つ人の診療は診療室での聞き取りだけでは十分でなく、必ず家人や日常の生活を知る人からの話が重要です。一方、処方も含めた医師の治療の意図が正確に患者さんに伝わっているかどうか不安に思う事もしばしばあります。個人情報の守秘義務を念頭に置きながら、円滑な情報連携が望まれます。



薬剤師

▶「残薬が発生する理由」の見極めで指導方法が変わる。自己判断で飲まないのか？飲めない環境なのか？その辺りの情報連携が大切。

▶認知症の進行で服薬状況が思わしくなければ、服薬支援ツールの紹介や一包化に日付を印字するなど柔軟な対応が求められます。また訪問服薬管理指導を用いた在宅への移行を検討してもいいかもしれません。認知症の患者さんはご家族を含めた支援が重要と考えられますので、薬剤師も担当者会議などの話し合いの場に参加することでより充実した支援を行うことができると思います。

▶一職種だけでは患者さん(利用者さん)に十分な対応ができないため、様々な職種が角度を変えてみる【診る・看る・観る】ことが重要です。また、日々の生活・服薬などの管理にしても、点で見るのではなく多職種が連携して線あるいは面でみることで、よりきめ細やかな対応ができます。多職種が連携することで、より良い患者さんの在宅医療に繋げることができた事例であると思います。



看護師

▶事例①では、認知症の診断がつかなくても、日常生活に支障がでてくることはよく経験します。疾患の早期発見により改善することもあります。様々な専門職が介入し連携することで夫の納得と支援につながった事例ですね。

▶事例②では、困ってしまう介護者が本当は一番困っている。かかりつけ医との連携で、まずは関係づくりが大切。チームでの繰り返しの話し合いが良かったです。



歯科医師
歯科衛生士

▶最初は見えてこない歯科ニーズですが、食事や栄養状態に問題があるケースなど、誰かが関心を持って口腔内の状態をのぞいてみると驚くことが多々あり「お口あるある事例」は尽きません。誤嚥性肺炎の予防や食べる楽しみ・コミュニケーションの維持や人としての尊厳など、お口の健康は重要なキーワードです。今は大きな困りごとがなくても、その生活を継続させるためにかかりつけ歯科医に相談して欲しいと思います。

【ポイント】～適切なサービス提供と円滑な情報連携のために～

- ・普段から専門職だけでなく、地域の人ともつながる地域基盤が大切
- ・それぞれの専門職のスキルをうまく結び付けてチーム形成する多職種協働



コロナ自粛にてオンライン上映会「ピア」を行いました。

(視聴日：R 2. 8. 7～12)

大学病院でエリートだった若手医師は、脳卒中で倒れた父親のクリニックを継ぐために大学病院を辞めざるを得なくなり、父の要望でしぶしぶ訪問診療も始める事になった。医師としてのプライドが邪魔し多職種との連携がままならない状況で地域医療の中で孤立していく。そんな中、乳がん末期患者と家族、他職種との出会いの中、医師としての考え方が変わっていくというストーリー。加えて、患者さんの希望に寄り添い、前向きに働くピア達（仲間＝多職種）の姿をリアルに描いた作品です。



視聴数 40人 アンケート回答数 17(回答率42%)

① 映画を見て勉強になったもの（複数回答）

- ▶ 看取り・在宅医療 (70.6%) ▶ 在宅医療・終末期医療 (64.7%) ▶ 各職種の役割 (58.8%)
- ▶ ポリファーマシー (52.9%) ▶ 口腔ケア (41.2%) ▶ 認知症ケア (35.3%) ▶ エンゼルケア (29.4%)

② ピアをどんな人に勧めたいですか（複数回答）

- ▶ 医師 (70.6%) ▶ 地域住民・家族 (47.1%) ▶ 行政・薬剤師 (41.2%)
- ▶ ケアマネジャー・看護師 (35.3%) ▶ 歯科医師・その他の専門職 (23.5%)

③ 視聴されたご感想を一部紹介します。

- 多職種連携での在宅医療がよくわかりました。
- 日常業務従事時に感じている事をそのまま演じてくださってありがとうございます。
特に（苦情ではありませんが）医師に対し「カルテを見ないで患者を見てくれ」「薬を出すだけが医者か」「病気を見ないで病人を診る」は日頃感じる所です。＜最期まで穏やかに在宅で本人らしく＞を今後も支援していきます。
- 在宅療養はライフ＜命だけでなく、生活、人生そのもの、その人の人生丸事＞を支え、自分らしく穏やかに幸せに生きてもらえる様お手伝いする。その人が何を望まれるのかを傾聴し受け止める。そして、何ができるのかを考え、一番好きな場所で暮らせるよう（人生が終われるよう）、一人の力でなくピア（チーム）で支えあっていくことが、暖かな世の中を作ることなのだと思います。
- 在宅医療の素晴らしさを改めて感じました。ピアのチーム、本当に素敵ですね。こんなチームが増えたら、本当に日本が変わると心から思いました。素晴らしかったです。鑑賞用の映画としてはまあよかった。
- 実際にはケアマネジャーと医師の関係がこれようにはいかない為、理想的で映画の世界という感じはしたが、全体的に在宅医療を大変わかり易くまとめられていて視聴しやすかった。学生や新人等これからの医療福祉を担う方々に是非勧めたいと感じた。現職の医師にも観て欲しいが…
- 「最期を生き切る」には多くの支えが必要だと思いました。そして在宅医療はその人の人生に寄り添うことで生きることのお手伝いができるのだと思います。今は現場で働いてはいないのですが昔を思いだし胸が熱くなるのを感じました。ありがとうございます。
- 地域のチームで患者さんを支えることの重要性を再認識しました。私達の地域でもこのような多職種連携が当たり前のように出来て、薬剤師もその一員として存在するのが当たり前になりたいと思いました。
- このような連携ができたのなら、最後まで自分らしく生きられ、本人、家族にとっても幸せなことだと思う。皆が連携できるように、一人一人がピアとしてできることを考え、忘れがちな原点をしっかり心においていたい。
- 医療連携は、資格を持つ役割も大切だが、資格間を超えた人と人との連携、医療・介護従事者と家族の連携も大切だと改めて感じた。

好評につき、
年度内にピアの
オンライン
再上映を企画中！

長浜米原地域医療支援センターの

ロゴ（シンボル）マーク募集！

在宅医療や多職種連携など、当地域医療支援センターを印象付けるロゴ（シンボル）マークを募集します。

下記の必要事項をご記入の上、当地域医療支援センターまでメールアドレスまたはFAXにて応募をお願いします。

- ①ロゴ（シンボル）マークのデザイン カラーと白黒 ※大きさはA4サイズまで
- ②マークに込めた想い・意味
- ③住所
- ④氏名
- ⑤電話番号
- ⑥所属事業所
- ⑦応募〆切 令和2年12月20日まで



【応募先】長浜米原地域医療支援センター

E-mail : nm.iryoshien@iaa.itkeeper.ne.jp

FAX : 0749-65-2755

◆編集後記◆

湖北地域の多職種／多施設がワンチームとなって、在宅医療を円滑に推進するには「人と情報の連携」が大切という思いから、広報誌のタイトルを「つながり」と名付けました。

今回の特集では、連携事例を紹介してもらい「どのように連携すると効を奏するのか」「私たちに何ができるか」等、好連携のための手掛かりとしてご活用頂ければ幸いです。

今後も在宅に関連した内容で定期的に広報誌を発行したいと考えていますのでよろしくお願いします。

