

地域医療再生調査研究事業報告書

公益社団法人 愛知県医師会 理事 樋口 俊寛
公益社団法人 愛知県医師会 理事 野田 正治
公益社団法人 愛知県医師会
地域医療再生に関する多職種連携協議会
委員長 宮治 眞

プロローグ

多職種連携における連携の定義は不詳とされるが、多職種の専門家が並列的に連携する面とコミュニケーションに力点を置く面があるといわれる。当連携協議会の実績に鑑みると、両者を臨機応変に癒合させることも含めて、連携を図ることが要点である。

愛知県医師会地域医療再生に関する多職種連携協議会（以下、多職種連携協議会あるいは当協議会と記す）は愛知県歯科医師会・愛知県薬剤師会・愛知県看護協会・愛知県歯科衛生士会・愛知県栄養士会・愛知県理学療法士会・愛知県作業療法士会・愛知県言語聴覚士会・愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会の各職種の幹部で構成され、愛知県医師会が主導する立場で他・多職種連携を見据えて月 1 回 2 年間に亘り、毎回全員発言の風通しの良い活発な討議を行ってきた。

本協議会では、具体的に主として以下の 4 つ視点から、多職種連携推進へ向けた取り組みを実施した。

- (1) 愛知県における在宅医療・介護の質の均てん化
- (2) 地域特性と施設特性（含・在宅医療介護＝療養）の普遍化
- (3) 職能特性と連携の具体化
- (4) 人材の開発と教育・研修・学習の活用化

そしてこれらを具体的に達成するために、オヤッ？と Card・システム（I）と事例検討やミニレクチャー（II）、ならびに調査を実施（III）したが、その過程で得られた課題（IV）ならびにそれらの解決方法に関する提言（V）を中心に報告するものである。

I. 他・多職種連携における「オヤッ？と Card」（旧称 イエローカード）・システムの活用

(1) 「オヤッ？と Card」（旧称 イエローカード）・システム

(1) 愛知県における在宅医療・介護の質の均てん化、(2) 地域特性と施設特性（含・在宅医療介護＝療養）の普遍化、(3) 職能特性と連携の具体化、(4) 人材の開発と教育・研修・学習の活用化という 4 つの課題を、統合的に解決する手法としてイエローカード・システムを考案した（平成 25 年度）。平成 28 年 2 月 29 日付けで、イエローカードの商標登録が却下されたので、今後は「オヤッ？と Card」・システムと呼称する。「オヤッ？と Card」・システムは療養者に関する多職種（家族などを含む）の誰であっても、生活者である療養者に対し「普段と比べてオヤッ？・あっ！」と感じたところから早期対応へ繋げる、チェックリスト形式のツールとして開発した。基本的な考え方は①問診レベル、観察レベルにおける均てん化のためであり、②他・多職種の連携の端緒となりうる、の 2 点である。つまり、誰でも見るべきことが分かり、それにより必要な他・多職種へ連絡を取るきっかけとなることを意図した。「オヤッ？と Card」・システムは、次の 4 つから構成されている。

- オヤッ？と Card（旧称 イエローカード）
- 手引書簡略版
- 手引書詳細版
- 連携リスト
- 連絡票

1) 「オヤッ？と Card」（図表 1）

より簡便で、分かりやすく、活用しやすいよう、当初のイエローカード 29 項目から「オヤッ？と Card」24 項目へ簡略化した。内容は A～I の 9 大項目と、その中にチェックリスト形式の 24 項目から構成されている。また、J 項目として自由記載欄を設けている。

- A（5 項目）：療養中新たに出現した、あるいは進行した・悪化したことについて
- B（1 項目）：ADL（日常生活動作能力）の低下について
- C（2 項目）：運動機能の低下について
- D（1 項目）：閉じこもりについて
- E（3 項目）：認知症について
- F（2 項目）：うつ症状について
- G（3 項目）：低栄養について
- H（3 項目）：口腔機能の低下について
- I（4 項目）：介護している人（家族・同居人など）について
- J（その他「おや」「あっ」と感じたこと、伝えておきたいことなど

療養者を全人的な生活する人と捉える視点、網羅的に関る多職種の視点、かつ、国、自治体などの行政が目指してきた施策を重点的に取り入れたチェックリストである。各項目は「Yes（はい）・No（いいえ）・？（分からない）」とした。観察者が感じたままの率直なチェ

ックが大切であり、そのチェックが「正しい」か「否」かは問わないことを強調した。

図表1 オヤッ?と Card 本体

No. (年 月 日)				
ID	名前	性別	年齢	介護度
 オヤッ?と Card ●普段とくらべてオヤッ?と感ずることがありますか。				
■普段と比べて良くなっているように感じたこと。				
■普段と比べて悪くなっているように感じたこと。				
●下記の項目について、「はい (Yes)」「いいえ (No)」「わからない (?)」 いずれかにチェック (✓) を入れてください。				
A. 療養中新たに出現した、あるいは進行・悪化したことについて Yes・No・?				
1. 顔色が悪くなってきた。			☐	☐
2. 不眠を訴えるようになってきた。			☐	☐
3. 痰の量が増えたり、痰がむずかしくなったりしてきた。			☐	☐
4. 新しい薬を飲むようになって、発熱、かゆみ、腫など、今までにない症状がでてきた。			☐	☐
5. 食欲がなくなり、体調が悪くなったり、徐々に元気がなくなったりしてきた。			☐	☐
B. ADL (日常生活動作能力) の低下について Yes・No・?				
6. 日常の身近なことができなくなってきた。			☐	☐
●記入の際は 訪問看護ステーション、主治医様へ連絡：①呼びかけに応じない。②会話ができない。③強い苦痛がある。 1/2				

あり、各職種が自律的に作成している。連携リストを作成することにより、各職能団体が医療資源の増加にどのようにして取り組むかに向け、地域ごとの医療資源を可視化する目的もある。

4) 連絡票（参考資料 4）

他・多職種とオヤッ？と Card を利用した連携を行う場合に、必要な情報を記載でき、そのまま FAX 送信できるよう作成したひな形である。

(2) 「オヤッ？と Card」の特徴

他・多職種連携の立場からみた特徴は、以下の通りである。

- 1) 誰が記載してもよく、誰でもが活用可能であること。
- 2) チェックリストの判断は記載者（含・観察者）によって異なることを是認していること。
- 3) 手引書簡略版・詳細版は、チェックされた項目からどの他・多職種に連絡すれば良いかを示したこと。
- 4) 連携リストは、地区・地域・場合によっては施設ごとに各職種としてのコーディネータを配する具体例を示した。また、「報告・連絡・相談」の対応可能な時間帯、手段、参考のため保険点数（平成 28 年度改訂は未収載）の記載も試みたこと、など地域特性と施設特性にも配慮したこと。

(3) 「オヤッ？と Card」・システムにおける人材活用

活用人材の開発と教育・研修・学習の立場からは、事例検討における活用、つまり「オヤッ？と Card」・システムを家族をも含めて訪問介護員（ホームヘルパー）を始めとして気付いた人がチェックした項目を、介護支援専門員（ケアマネジャー）や各職種のコーディネータなどに伝達されて、事例の整理整頓やいわゆる教材としての活用できるよう工夫した。さらには地域包括支援センターによる会議やサービス担当者会議などでカードそのものが活用できれば、経時的変化、より全人的な対応への有効なツールとなりうる。他・多職種連携を推進するために、自分の職能を説明する際にも、その職能内容を知悉してもらうツールとしての役目もある。

(4) 「オヤッ？と Card」の広報

愛知県医師会の WEB ページ上に、「オヤッ？と Card」・システムを公開しており、同時に各職能団体の WEB ページからのリンクや掲載を要請した。次の手段としては CD 化、ネットワーク化などを実施し、活用・実施状況の確認が必要であろう。活用は自由であり、その広がりを確認したいために、利用の連絡と改善のための意見などを、愛知県医師会地域包括ケア推進室へいただきたい旨の説明を行っている。

Ⅱ．他・多職種連携における事例検討・ミニレクチャーの活用

(1) 事例検討・ミニレクチャー

「オヤッ？と Card」・システムを実際に使用するにあたり、その広報また「オヤッ？と Card」・システムを実際に使用する練習のため、事例検討と組み合わせる事が検討された。また、「オヤッ？と Card」のチェック項目と職能の関係は手引書に記載されているが、より丁寧に説明する講演をミニレクチャーと称し、その活用も併せて検討された。

(2) 事例検討における Q&A (参考資料 5、6)

「オヤッ？と Card」を活用した事例検討において、全職種から 71 の質疑応答の一問一答、自問自答の Q&A を創生していただいた。その個々の内容は検討に値する意義深い結果であった。ただし各職能団体の委員である指導者が創生した一問一答・自問自答が主体となったために、連携の実態や対応可能の可否の観点は不十分であった。一つの方法とは考えられたが、さらなる検討が必要とされた。

(3) モデル事例・規範事例の創生・集積・公開

当協議会などが中心となって、多職種が関与すべく討議され、洗練された事例をモデル事例・規範事例として集積し、個人情報に十分配慮しつつ公開することが大切である。それにより、在宅医療・介護の質の均てん化を目指すことが可能だからである。

III. 連携先に関する意識調査

「オヤッ？と Card」の大項目ごとにみた連携先に関わる意識調査を理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のリハビリテーション 3 職種が尾張地区、三河地区、知多地区の 3 地域で開催した研修会において、職能特性や地域特性をみるための意識調査を実施した。

2016 年 2 月 6 日（尾張地区：犬山市国際観光センターフロディア 2F 多目的研修室・参加者 80 名）、2016 年 2 月 7 日（三河地区：豊橋市商工会議所 3F ホール・参加者 94 名）、2016 年 2 月 13 日（知多地区：常滑市中部国際空港第 2 セントレアビル・参加者 56 名）の 3 回開催された、地域リハビリテーション専門職介護予防指導者育成事業地区研修会において実施した。研修後に各職種が「オヤッ？と Card」の A～I の 9 大項目に関して【「オヤッ？」と感じた時、誰に相談しますか？】として【あなたが相談する 3 つの職種に○を付けてください】（図表 2）として前記の意識調査を実施した。意識調査結果は参考資料 6 に提示した。

図表 2 連絡先に関する意識調査

在宅療養を中心とする多職種連携に関する意識調査		No.
実施者:	実施日: 年 月 日	
●あなたについて記入してください。		
職種	勤務地	勤務先
 オヤッ？ と感じた時、誰に相談しますか？		
療養者が下記 A～I の各項目に該当する場合、 あなたが相談する 3 つの職種に○を付けてください。		
記入例： 歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業所・医師		
A. 療養中新たに出現した、あるいは進行・悪化したことについて		
1. 顔色が悪くなってきた。 2. 不眠を訴えるようになってきた。 3. 尿の回数が増えたり、尿漏れがひどくなったりしてきた。 4. 朝しい風を飲むようになって、発熱、かゆみ、蕁麻疹など、今までにない症状がでた。 5. 食欲がなくなり、体調が悪くなったり、徐々に元気がなくなったりしてきた。		
歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業所・医師		
B. ADL (日常生活動作能力) の低下について		
6. 日常の身辺なことができなくなってきた。		
歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業所・医師		
C. 運動機能の低下について		
7. はたから見ている、転倒の危険を感じるようになってきた。 8. 力が弱くなったり、移動するのを困難を感じるようになってきた。		
歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業所・医師		

D. 閉じこもりについて

9. 外出を嫌がったり、閉じこもりがちになってきた。

歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業者・医師

E. 認知症について

10. 以前と比べて性格、態度、振る舞いなどが少し変わってきた。
11. 薬の飲み忘れが目立ってきた。
12. 今の日時や自分のいる場所が分からなくなってきた。

歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業者・医師

F. うつ症状について

13. 日々の生活に精気がなく、表情が乏しくなってきた。
14. 物事を悲観的に考えるようになってきた。

歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業者・医師

G. 低栄養について

15. 食事のとり方が悪くなったり、体重が増えたり減ったりしてきた。
16. 寝だこ（圧迫されたところ）が赤くなってきた。
17. むくみが出たり、腹部が大きくなったりしてきた。

歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業者・医師

H. 口腔機能の低下について

18. ロの中が痛い、飲み込みが悪い、むせる、口臭があるなどの症状がでてきた。
19. 本人の言葉が聞き取りにくかったり、会話が減ったりしてきた。
20. 入れ歯の具合が悪くなってきた。

歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業者・医師

I. 介護をしている人（家族・同居人など）について

21. 介護をしている人の負担が多くなってきた。
22. 介護をしている人が、緊急時への不安を言うようになってきた。
23. 介護をしている人に、なぜやらない態度がみられるようになってきた。
24. 介護をしている人が、虐待をしているかもしれないと、感じられてきた。

歯科医師・薬剤師・看護師・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業者・医師

調査結果の公表は関係者の同意を得た上で実施される。 © 2018 Nihon University

2/2

調査対象はリハビリテーション3職種が主であり、バイアスの存在も否定できないが、格段の地域差は認められなかった。ただし、微妙な差は否定できず、たとえばD項目「閉じこもりについて」は尾張地区が居宅介護支援事業者、理学療法士、作業療法士の順、三河地区は居宅介護支援事業者、看護師、理学療法士の順、知多地区は居宅介護支援事業者、理学療法士、看護師の順など、理学療法士、作業療法士、看護師の地域差、人材の差、職能の差などが微妙に影響しているかもしれない。各職能団体の大中小の各研修などにおいて実施することが求められる。それにより、各職種の動向把握に役立つであろう。同時に、住民をも含む様々な会合において、経年的に継続的にあらゆる場で、共通的に実施されると世相の流れが推察できるなど、より地域の実像に密着できる可能性もあろう。共通の意識調査を随時、誰もが実施できるようにすることは、県レベルにおける在宅医療・介護の質の均てん化を基

盤とする、地域の医療資源増加への実態を考察する上で有用性があり、現状を示唆するものといえるだろう。

IV. 現状の課題

「オヤッ？と Card」・システムや事例検討・ミニレクチャーの活用により、(1) 愛知県における在宅医療・介護の質の均てん化、(2) 地域特性と施設特性（含・在宅医療介護＝療養）の普遍化、(3) 職能特性と連携の具体化、(4) 人材の開発と教育・研修・学習の活用化を試みた。この試みは一部成功したとも言えるが、これらを完全に達成できなかった理由として、現状の課題を記す。

(1) 「オヤッ？と Card」システムの運用における課題

「オヤッ？と Card」・システムの普及に向けた広報活動が十分であるとはいえず、広く活用されるに至っていない。当連携協議会は愛知県内の各職能団体の指導者が構成委員である。その視点から考察すると、1) 各職能団体組織自体の「自立と自律」が脆弱であり、各下部組織への「報告・連絡・相談」が適切に行われにくい、2) 各職能団体の各下部組織のステークホルダーとしての地域・地区・支部などが職能団体毎に異なっており、不統一バラバラで、現場任せの落とし穴に陥り、他・多職種連携のあるべき全体像が見通せていない、3) 少なくとも愛知県においては、各職能団体の指導者が集う当連携協議会のような会議は前例がなく、会議の運用そのものが紆余曲折、試行錯誤の連続であった。背後にはいずれの職種も理論的な鍵となる異職種連携の経験不足があり、日々の日常業務に没頭せざるをえないなどの時間的、経済的制約、専従的人材不足等の現況が実態であろう。

(2) 事例検討・ミニレクチャーにおける課題

療養者の生活を見据えた事例検討を様々に経験すると、結果論としていわゆる正解はなく、あらゆる場面において、他・多職種連携の臨機応変な柔軟性が大きな課題であることを認識できた。現状の事例検討においては、各職種が各々の職能にこだわり、他の職種の職務内容のことを知らない、医療系と介護系の視座が噛みあわずに乖離が大きい、職種間の創設時の歴史的背景を担ったヒエラルキーが透見されたらという課題が散見された。さらに事例検討、各職能を解説するミニレクチャー後の検証で、会場から発せられた言語聴覚士（ST）という職種を初めて聞いた、嚥下障害に関しては各職種が各々にガイドラインをもつ、などなど多岐に亘る課題が存在していた。他・多職種連携は「事例検討に始まって事例検討に終わる」という格言的な指摘もなされたが、疾病特性、地域特性、療養者を取り巻く生活環境特性などと軌を一にした正解のなさを明示していた。事例検討とミニレクチャーの関係は、別々に実施、両者を癒合しての実施などが課題となった。事後検証によれば、臨機応変さが大切であり、統一的にこの臨機応変さをコーディネートする必要がある。ともあれ、そこでの発表者、参加者には他の職種の内容を知る点においては概ね好評であった。他方、事例検討に関しては、以下に示す点において、総花的で、散漫傾向が拭えず、未解決の課題で、問題点を整理しつつ、ようやく灯明が見えてきた段階である。

- 1) 事例検討の立場を明確にする。事例検討に関しては、該当する、発表する、提示する事例が療養者への次の対応をどうするかという現在進行形の事例検討、振り返ってみてこの点

は良かったが、この点を改善すべきだった、という過去形の事例検討、あるいは臨機応変に両者を融合させた事例検討、他・多職種連携であればあるほどに、この事例検討の位置づけの事前確認が鍵であった。

- 2) 事例検討に参加する対象を誰に絞るのか。①W レベル：各職種内外の専門家間など②X レベル：他・多職種の指導者間など（より医療系へ近接）③Y レベル：他・多職種の実務者間など（より福祉系へ近接）④Z レベル：一般市民、地域住民など、公開講座など、の 4 点の事前確認が大切であった。
- 3) 事例検討の基軸、順序などを明確にする。①周囲の状況、②QOL、③患者の意向、④医学的適応、この 4 点を基軸にさらに⑤法の遵守、⑥説明義務、⑦接遇態度、⑧注意義務、の 4 点を事例に応じて、基軸、順序を尊重しつつ柔軟に配慮する各職種の共通認識が不可欠であった。
- 4) 事例検討における生活者の立場を明示する。人間と言う 1 人に対して、医療から福祉まで対応する以上、医療系と福祉系が重複する部分、逆に乖離する部分があることは当然であり、同時にこれは他・多職種間の職能における重複の課題と同一の延長線であった。国際生活機能分類（ICF）はこの観点からの提示である。もっとも共通認識として理解し易いモデルとして QOL と ADL の例示（文献 1）をあげた。この例示は①生物レベルとしての生命の質（主として狭義の医療）、②個人レベルとしての生活の質（主として医療系・福祉系の重複が多い）、③社会レベルとしての人生の質（主として福祉系）という階層化モデルである。どのレベルも各職能の法的範囲と重複、乖離するが、この重複や乖離、そして境界部分こそが、各職種が共通認識すべき、共有すべき連携、協働の主要な点であった。この共通認識、共有認識が、他・多職種連携の要であり通底といえた。
- 5) 事例検討の主題を絞る。各事例が多岐に亘ることは当然ながら、事例を提示する人が、主題を明示するなどの工夫、たとえばXレベル「フレイルにおける下痢を主とする急性変化」、これを踏まえて、発表職種を絞った試みの検討が実施されるべきと思われた。たとえば「患者の意向」を優先して、「個人レベルとしての生活の質」・「歩きたい」を達成するための他・多職種連携として、看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の 4 職種を事例検討における主たる発言者とし、他の職種は当日の討議に積極的に参加をしてモチベーションの向上を図る。このような具体的実感を通じて「他・多職種連携をどのようにして推進するか」・「各職能団体が医療資源の増加にどのようにして取り組むか」の梃子にする。

(3) 他・多職種連携からみた各職種・職能団体の現場的・組織的・人材活用の組織的課題
当連携協議会の立場から通覧すると①組織体制や活用できる人材の把握が不十分であること、②関連深い各職能団体の 2～4 職種が連携し、独自の組織体制創りを目指していること、など創意工夫が散見されること、③研修や啓発なども勘案されていること、④いわゆる独立

開業と医療福祉施設などとの関係連携が希薄であること、などが列挙される。各職種の指導者が2年間運用した当連携協議会の討議内容に鑑みると、各職種が固有の「事例検討」を提示し、当連携協議会のような会において討議し、創生する。その視点は、質の高いブラッシュアップした「モデル事例検討を各職能の立場からの連携」を視野に入れた事例の開発である。討議、創生する過程こそが他・多職種連携の「良い契機」となる。多くの職種で研修、啓発事業などが実施されているが、半歩漸進のための徹底した反省、検証が不十分といえよう。「事例検討」は案外「急がば回れ」の近道である戦術を秘めている。さらには、共通の意識調査を軸に、対象レベル、相談・対応の可能性の職種、地域特性などを把握して、各職能団体の記載者、観察者をも包含して医療資源増加に取り組む必要がある。

(4) 各職種・職能団体が抱える課題

各職能団体から今後の地域医療介護連携の視点から、現状認識、展望の自由記載による調査「在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について」（2015年12月18日依頼）を実施した。この報告書の以下の記載は当連携協議会の委員長の立場から2年間の討議内容を踏まえつつ、図表4は委員長としてのキフレーズをピックアップして提示したものである。これらの調査は各職能の現場の生の声が反映されており、参考資料8としてその回答票を了解の下に提示する。

(5) 地域における課題

医療は独り医師のみで行われるものではなく、多職種の協働によってなされていることは今更論を待たない。実際に医療の現場では多職種協働が実践され成果を上げている。病院あるいは診療所など個別の医療機関において多職種協働（チーム医療）が行われて成果を挙げている。疾病治療のみに限れば個別の医療機関で解決することも可能であるが、在宅医療や介護となると個別医療機関では処理できない課題が多く、単独で解決することはもはや不可能である。医療機関、介護サービス事業者のみの努力では解決不能な事例も多く発生し行政や民生委員あるいはボランティア組織が少なからず関与する必要がある。そうした事例を多数経験する中でから住民の医療・福祉さらには住居の問題を一体として考える必要があることから「地域包括ケア」の概念が生まれていたものである。

その中核となるのが多職種連携である。本項では瀬戸市・尾張旭市における多職種連携の構築事例を紹介して今後の多職種連携の課題について考察する。

瀬戸旭医師会は行政区が瀬戸市と尾張旭市両市にわたる。瀬戸旭医師会では愛知県在宅医療連携推進拠点事業申請にあたり、まず両市の健康福祉部との協議を行い、県議員、市議員とも個別に面談し事業説明を行い、当面考えられる問題点などについて意見交換を行った。その後、平成25年11月に愛知県在宅医療連携推進拠点事業選定の内示を受けた。この内示を受けて第一に取り組んだことは、行政との打ち合わせである。両市の健康福祉部長との協議を何度も行い、在宅医療介護連携推進協議会設立の準備会を開催した。さらに保健所に対し同様の説明を行い、協議会への参加を要請した。それに引き続き歯科医師会、薬剤師会の会長に面会して事業説明と協議会への参加の同意を取り付け、今後の協力体制確立につ

いて意見交換し理解を得た。さらに瀬戸市・尾張旭市両市の市会議員各会派へ説明に赴き、理解と協力を求めた。

平成 25 年 12 月には三師会でこれについての講演を行い、歯科医師会・薬剤師会の理事に理解を求めた。その後、両市の社会福祉協議会、介護関係者と個別に面談し、連携推進協議会設立準備会への出席を求めた。このように当初は議会・行政との協議、続いて医療関係三師会への協力依頼、その後福祉、介護関係の諸団体への説明を行った。

また、地域内の基幹病院（陶生病院、旭労災病院）、法人病院（病院会）と地域外であるが密接な関係を持つ愛知医科大学、在宅医療を行うにあたり重要と考えられた愛知県がんセンター、愛知県心身障害者コロニー中央病院に訪問した。いずれの病院でも院長以下、関係医師と連携室の看護師および事務に参加いただき、ネットワークの概要の説明、協議会への参加を要請したところ、快諾を得た。このような準備を行い、平成 26 年 1 月 27 日に瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会設立準備会を開催した。

さらに、この準備会での議論を経て平成 26 年 2 月 14 日に瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会設立総会が開催された。出席者は以下の如く設立準備会の 27 名から 37 名に増えた。その中でも特筆すべきことは、地域内では自治会や介護事業者の協議会（瀬戸市では瀬戸市介護事業協議会、尾張旭市では尾張旭介護サービス事業者連絡会）から組織内部の部会長が参加したことである。

こうして連携推進協議会が発足したわけであるが、実際にネットワーク構築のみならず、市民への啓発活動や研修会開催などの活動を行っていく中で、これまでの組織では十分でないことに気づくようになってきた。さらに、協議会内に実行委員会（ネットワーク部会、連携推進部会、研修部会、広報部会）を設置し、事業を実際に行う直接実務に参加する委員として、医師会等の長ではなく担当理事や基幹病院の関係職種、理学療法士、市役所内部の各部署が実行委員として参加することで実効的な運営を可能にすることができるようになった。しかし、その過程で医療・介護には地方では未だ組織化されていない職種があり、その職種が協議会に参加してもらうためには職種ごとの地域組織が必要であることを痛感させられた。

そこで、県医師会の多職種連携協議会において各職種の地方組織の充実をお願いした。その結果、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の三士会において県内の地方組織が出来上がり、また栄養士会、歯科衛生士会も同様に地方組織の拡充に努力された。瀬戸旭在宅医療介護連携推進協議会では平成 27 年度から栄養士会、歯科衛生士会にも協議会に参加していただけることになった。地域包括ケアを充実させる観点からは勿論これで充分とは考えておらず、医療介護福祉に携わる全ての職種が参加することが必要である。今後さらに、障害支援相談員、民生児童委員、障害者支援組織、特別支援学校などの参加を促すことが今後必要になってくると考える。

このように多職種連携の協議会を設立するには当初は政治家、行政の理解の上に、各関係団体の長が理解し参加メンバーを送ることが必要であるが、実際に地域包括ケアシステムを実現し活動するためには考えられるすべての職種の参加が必要となる。しかし、一挙に多数の参加でスタートしようとするとな人数により混乱が生ずるので、徐々に職種を広げ実際に活動する人数を増やしていくことが成功の鍵となることを実感した次第である。

以上、瀬戸旭医師会の取り組みの中でどのように多数の職種、部署が参加していったかの過程を述べ地域包括ケアにおける多職種連携の実際を示した。

平成 26 年 1 月 設立準備委員会委員

瀬戸旭医師会	会長
	理事
	理事
	事務次長
瀬戸歯科医師会	会長
尾張旭市歯科医師会	会長
瀬戸旭長久手薬剤師会	会長
瀬戸旭病院会	事務長
愛知県がんセンター中央病院	緩和ケア科医長
愛知県瀬戸保健所	主査
瀬戸市健康福祉部健康福祉部高齢者福祉課	地域支援係長
瀬戸市健康福祉部健康福祉部高齢者福祉課	介護認定給付係長
尾張旭市健康福祉部	次長
尾張旭市健康福祉部長寿課	課長
瀬戸市社会福祉協議会	主事
尾張旭市社会福祉協議会	係長
瀬戸市介護事業協議会	会長
	副会長
尾張旭市介護サービス事業者連絡会	介護支援専門員部会
	訪問介護部会
	通所介護部会
	施設部会
	福祉用具部会
瀬戸市地域包括支援センター	
尾張旭市地域包括支援センター	所長
尾張旭市地域包括支援センター	

第 1 回（平成 26 年 2 月）協議会委員

瀬戸旭医師会	会長
	副会長
	副会長
	副会長
瀬戸歯科医師会	会長
尾張旭市歯科医師会	会長

瀬戸旭長久手薬剤師会	会長
瀬戸旭病院会	次期会長
愛知県瀬戸保健所	所長
瀬戸市健康福祉部健康福祉部	部長
尾張旭市健康福祉部	部長
瀬戸市社会福祉協議会	事務局長
尾張旭市社会福祉協議会	事務局長
瀬戸市介護事業協議会	会長
	居宅介護支援部会長
	訪問看護部会長
	訪問介護部会長
	通所介護部会長
	施設事業所部会長
	福祉用具部会長
尾張旭市介護サービス事業者連絡会	介護支援専門員部会長
	訪問介護部会長
	通所介護部会長
	福祉用具部会長
瀬戸市基幹型地域包括支援センター	
尾張旭市地域包括支援センター	所長
公立陶生病院	循環器内科部長
	血液内科部長
旭労災病院	事務局長
愛知医科大学病院	継続看護相談室看護師長
	医療福祉相談室課長
愛知県がんセンター中央病院	緩和ケア科医長
愛知県心身障害者コロニー中央病院	外来看護師長
瀬戸市自治連合会	副会長
尾張旭市自治連合協議会	会長
国立長寿医療研究センター	在宅医療連携部部長
名古屋大学附属病院先端医療・臨床研究支援センター	教授

平成 28 年度 協議会委員

瀬戸旭医療介護連携推進協議会	会長
瀬戸旭医師会	会長
	副会長
	副会長
瀬戸歯科医師会	会長

尾張旭市歯科医師会	会長
瀬戸旭長久手薬剤師会	会長
瀬戸旭病院会	会長
瀬戸旭病院会	
愛知県瀬戸保健所	所長
瀬戸市健康福祉部健康福祉部	部長
尾張旭市健康福祉部	部長
瀬戸市社会福祉協議会	事務局長
尾張旭市社会福祉協議会	事務局長
瀬戸市介護事業協議会	会長
	企画委員
	企画委員
尾張旭市介護サービス事業者連絡会	介護支援専門員部会長
	訪問介護部会長
	通所介護部会長
	福祉用具部会長
	施設部会長
瀬戸市基幹型地域包括支援センター	
尾張旭市地域包括支援センター	所長
瀬戸保健所管内栄養士会	理事
愛知県歯科衛生士会	尾張東部支部長
公立陶生病院	新生児部長
	緩和ケア主任部長
旭労災病院	事務局長
愛知医科大学病院	継続看護相談室看護師長
	医療福祉相談部技師長
愛知県がんセンター中央病院	緩和ケア科医長
愛知県心身障害者コロニー中央病院	外来看護師長
瀬戸市自治連合会	
尾張旭市自治連合協議会	理事
国立長寿医療研究センター	在宅医療連携部部長
名古屋大学附属病院先端医療・臨床研究支援センター	教授

平成 28 年度 実行委員会委員

瀬戸旭医師会	理事
	理事
	事務次長
瀬戸歯科医師会	理事

尾張旭市歯科医師会	専務理事
瀬戸旭長久手薬剤師会	副会長
瀬戸旭病院会	事務長会
公立陶生病院	がん相談支援センター長
	地域連携室長
	地域連携室主査
	地域連携室主査
	医療ソーシャルネットワーク室主査
旭労災病院	地域医療連携看護師
	医事課医事係長
愛知医科大学病院	継続看護相談室看護師長
	医療福祉相談部技師長
愛知県がんセンター中央病院	緩和ケア科医長
中央病院	理学療法士
愛知県瀬戸保健所	主査
瀬戸市健康福祉部健康福祉部高齢者福祉課	課長
瀬戸市健康福祉部健康福祉部高齢者福祉課	地域支援係長
瀬戸市健康福祉部健康福祉部高齢者福祉課	介護認定給付係長
尾張旭市健康福祉部	次長
尾張旭市健康福祉部長寿課	課長
	主査
瀬戸市社会福祉協議会	主事
尾張旭市社会福祉協議会	主事
瀬戸市介護事業協議会	企画委員
	居宅介護支援部会長
	訪問看護部会長
	訪問介護部会長
	通所介護部会長
	施設事業所部会長
	地域密着型部会長
	福祉用具部会長
尾張旭市介護サービス事業者連絡会	介護支援専門員部会
	介護支援専門員部会
	訪問看護・リハビリ部会長
	訪問看護・リハビリ部会
	訪問介護部会長
	通所介護部会長
	施設部会長

	福祉用具部会長
瀬戸市基幹型地域包括支援センター	
瀬戸市基幹型地域包括支援センター	所長
瀬戸保健所管内栄養士会	理事
愛知県歯科衛生士会	尾張東部支部長
名古屋大学附属病院先端医療・臨床研究支援センター	助教

(6) 日本医師会の「かかりつけ医機能研修制度」の課題

医師会の課題を「かかりつけ医」の立場からみると、参考資料のごとくである。応用研修すべてに症例検討が組み込まれている点と3年先までの計画が具体的に提示されており刮目に値する（文献2）。この研修制度は基本研修、応用研修、実地研修の3つの研修から成るが、今後の他・多職種連携に等閑視できない意義を有する。（参考資料9）

Ⅳ. 提言

(1) 他・多職種連携における現況から

- 1) 現況からみた他・多職種連携における活用人材の数値的把握は、一部の職能を除いて、残念ながら力量不足で、全く不十分であった。ただし、愛知県医師会総合政策研究機構の既報告書は、その可視化支援ツール（文献 3）を提示してある。このツールと問診レベル・観察レベルの「オヤッ？と Card」・システムとを結合させることは、克服すべき課題も多いが、実運用に耐える基盤となろう。行政が指導性を発揮し、多職種の職能団体と連携してデータを収集すれば、医療資源増加のための時代の方向感覚を踏まえたリアルタイムな政策立案に資する可能性を秘めているといえよう。

- 2) 「オヤッ？と Card」、ミニレクチャー、事例検討、さらには地域住民への広報活動の集積は医療資源の適正化と表裏一体といえる。他・多職種間においてすら、各職種の対応可能な特性が不周知である以上に、地域住民は不祥であることが十分推察された。現存する医療資源を有効活用するためにも、各職種の内容を知ってもらう広報は等閑視できない。他方で現場の実態をみると、地域に密着し、根付く意味において、生活と各種医療機関や施設と在宅とが連携するための要として社会福祉士など（いわゆる医療ソーシャルワーカー）、行政として保健所、特に保健師などの役割は不可避と思われる。「他・多職種連携をどのようにして推進するか」、「各職能団体が医療資源の増加にどのようにして取り組むか」の面からも、このような多種多様多岐に亘る多職種が連携協議会に関することは分科会をも含めて必須であろう。これらの職能団体を含めた参集を提言したい。

(2) 他・多職種連携における課題から

- 1) 少子高齢化の超高齢社会を迎えて、医療が医師独りで行われるものではないことは当然である。他方、多くの現場場面で中核的には看取りを始め、死亡診断書の記載に象徴されるように、医師が有形無形に関ることが多いことも現実である。一方、その過程において他・多職種連携の必然性は当然である。

この観点を通して、他・多職種連携を考察すると、参考資料 9 に示すように、医師会の 3 年間の機能研修項目は当連携協議会が収集した現場的課題、組織的活用人材の組織的課題とを繋ぐ良い指標となりうる。とりわけ応用研修すべてに症例検討が組み込まれている点と 3 年先までの計画が具体的に提示されており、連携の共通課題として十分に参考に値する。今後の他・多職種連携に等閑視できない意義を有する。

- 2) 各職能団体が、組織としての「自立と自律」に欠如がある。組織の「自立と自律」の上に「他・多職種連携」が構築されるべき点が順序といえる。具体的な問題点は、組織の厚生員の勤務先（含・独立開業）が多岐にわたると同様に、各職種により勤務状況が異なる点は見逃せない。指導者の集まる会であるがゆえに、組織の「自立と自律」を意識することが求められ、それなくしては組織の脆弱さに直結することを忘れてはならない。これは、当連携協議会において透見された課題である。連携の通低がここにある点も無視できない。

各職能団体は教育・研修・生涯学習の基点であり、大局観に立った連携としての各職種の創意工夫が必須であり、当連携協議会のような会を共通・共有のまな板とすべきである。

- 3) 地域の現場、中核医療機関のみならず種々の施設、サービス担当者会議、地域包括支援センター、地域ケア会議、行政、保健所などと各職能団体の指導者が集う当連携協議会が、愛知県における在宅医療・介護の質の均てん化への指導性を発揮することは一つの要といえる。これらの諸施設、会議などへの参画は、「異」職種連携であるがゆえに、一面において「報告・連絡・相談」の最終段階としてのとりあえずの「相談」（含・各種会議）に該当し、その吟味の上に「実施・実行」という手続き論が大切である。「オヤッ？と Card」・システム、ミニレクチャー、事例検討、地域住民への広報活動は、ネットワークという連携の環であると言わざるをえず、地域特性、施設特性などに十分配慮しながら、この環を効率よく回転させることを提言したい。

この具体的な方法論として、「オヤッ？と Card」の各項目に関して、各職種の体験に基づく事例検討を基盤にモデル事業、規範事例を作り上げていく、最も身近で具体的な連携を示すことができよう。これを各研修において公開、討議することが有益であることを併せて提言しておく。

(3) 他・多職種連携における今後へ向けて

- 1) 今後に向けまざるべきことは、連携の意味の再確認である。「システム」は仕組みであり、「ネットワーク」はコンピューター・ネットワークという以上に網目組織である。語感の違いは実態の違いを示唆し、地域包括ケアシステム、他・多職種連携の現状はとかくコンピューター・ネットワークが強調されるが、その一方で、「顔の見える対話・会議・関係」という表現がインパクトを与えている。「顔の見える対話・会議・関係」という細網組織もまた確実なヒューマン「ネットワーク」である。他・多職種連携は各職種の地域の職能実況を加味した両者の有機的連携を支援・整理する「オヤッ？と Card」は網目機能であり、整頓という「システム」は形式である。2 つの連携アプローチを癒合させた「ネットワーク」の位置づけの眼目であろう。
- 2) 「ネットワーク」を網目組織とすれば、網目の濃淡は愛知県下一律とはいかず、これまた都市部、非都市部の特性が顕著である。身近な地域というと中学校区に一つといわれる地域包括支援センターを彷彿させるが、地域特性は国、自治体などの行政がその境界線を規定することは、必ずしも地域の実態、他・多職種連携の実施可能性を反映しない。それゆえに、問診レベル、観察レベルにおける均てん化の重要性と重大性が多職種の共通認識である。多職種連携における「地域とはどこか」は、まさに地域特性に配慮した自在な定義を要する。とりわけ他・多職種連携は行政の方向性と複雑多岐のケア現場との乖離が起こりやすく、不整合が生じやすいといえた。当連携協議会はその乖離を埋める任務を原点とした。いわゆる ICT はこれらの実態を十分に吟味、検証しつつ構築されるべきであろう。このような観点に立脚した、在宅療養を中心とする質の均てん化を基盤に据えた、他・多

職種の連携をネットワークする仕組みを提言したい。

- 3) 組織論からみて今後を考察すると、当連携協議会を構成しているメンバーは歯科医師・薬剤師・看護師・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・居宅介護支援事業者・医師の 10 職種である。地域に密着する現場から地域包括ケアシステムなどをみると、現場的には医療を核とした病院はもとより、在宅療養、施設療養などの生活の視点も欠かせない。当連携協議会は医療に重点を置かざるをえず、多職種から構成される介護支援専門員をも含めて、多くの関係諸団体の組織体制の把握はできていなかった。ただ前記 10 職種に関しては、各団体固有の自助努力は十分感知できたが、組織論からみる限り組織がまだ未成熟であり、その水脈には他・多職種連携を軸としつつ、各職能団体内においてすら「報告・連絡・相談」の欠落が存在していた。組織論の要である意思の疎通を欠く組織は、在宅医療・介護の質の均てん化を目指す上で、我田引水に陥る危険を有する。当連携協議会が紆余曲折、試行錯誤した各種の討議内容は、いずれも有力な検証ツールになりうること、その上で 10～50 年後に通用する命題を肯定的に主張することを提言したい。

エピローグ

提言の補考として、以下の 3 点を強調しておきたい。骨子・骨格は当連携協議会の愛知医報に掲載した 2 年間の議事纏め（参考資料 10「平成 26 年 12 月 1 日（第 1987 号）～平成 28 年 3 月 15 日（第 2018 号）」）および法的経緯に関する背景である。

(1) 第 1 点目はプロローグで指摘した意図が一義的である。数年前より地域包括ケアシステムが一つの鍵であったが、医療介護連携が台頭し、地域の実態は「地域包括ケアネットワーク」で、主たる対象は都市部といわれている。当連携協議会はその魁を担ってきたといえよう。愛知県という立場に鑑みると、この指摘は等閑視できない。「地域とはどこをさすのか」、都市部と非都市部の定義はさておくとして、医療介護から生活に踏み込んだ対応観点は見逃せない。この点からの他・多職種連携は、1) 常に改善に向けた取り組みをし、半歩漸進を目指している地域、2) 現状維持でマンネリ化傾向から脱却できない地域、3) とりあえずの形式的な対処に終始している傾向が強い地域、の 3 局面地域格差が生じる可能性を否定できない。翻って月 1 回の定例の多職種連携協議会の活発な討議は意義深い内容が多々示された。提示した他・多職種連携における「オヤツ? と Card」の活用・事例検討のあり方を鍵として、「他・多職種連携における現況・課題・今後に向けて」を適宜、実施、解析、検証、考察することは有用性が高いことを推奨しておきたい点である。

(2) 第 2 点目は重大性と重要性に鑑みた歴史的、法的経緯の再確認で、参考資料 11 に示すごとく、いくつかの節目があるが、重要な変換点は以下の 2 つの内容である（文献 4）。

- ①「2013 年 8 月発表された『社会保障制度改革国民会議報告書』も、地域包括ケアシステムと医療との関係を強調しました。同報告書は『地域包括ケアシステム（の構築）』に 15 回

も言及したのですが、ほとんどの場合、それを『医療機能の分化・推進』と併記し、しかも『医療の見直しと介護の見直しは、文字通り一体となっていなければならない』、『地域ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない』と強調しました。さらに、同報告書は『地域包括ケアシステムというネットワーク』とのストレートな表現に象徴されるように、『地域包括ケア』をシステムではなく、『ネットワーク』と位置づけました」

- ②「2013年5月に3年ぶりに発表された『地域包括研究会（2012年度・第3回）報告書』は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素の表現を緻密化する（介護・リハビリテーション、医療・看護、保健・予防、福祉・生活支援、住まいと住まい方）と同時に、これら5つの構成要素の基礎に新たに『本人・家族の選択と心構え』を加えました。」

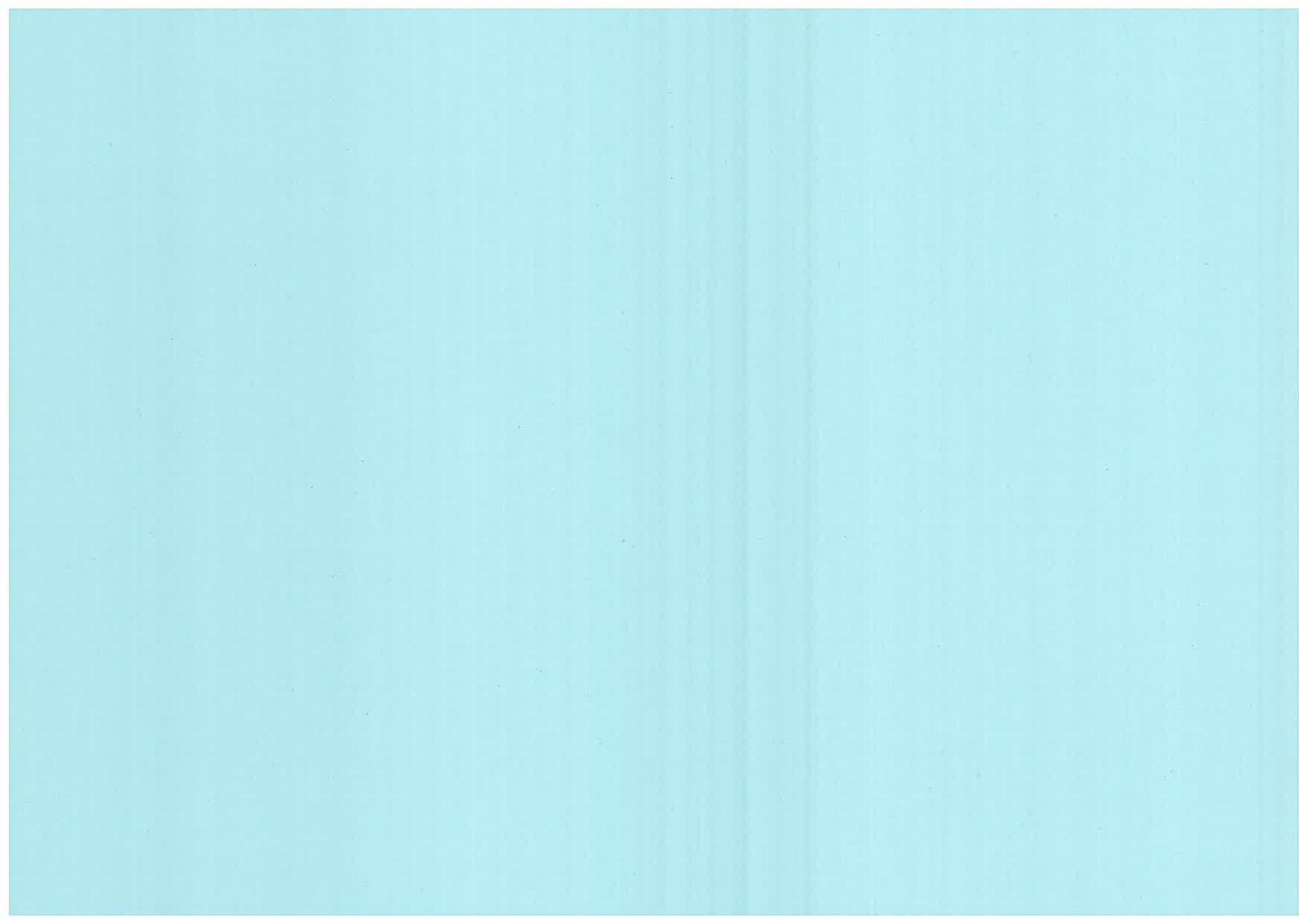
これらの歴史的経緯を知悉しておくことは、今後の他・多職種連携の基本を考える上の通奏低音である。

（3）第3点目は当連携協議会が中心となって、試行錯誤を重ねた他・多職種が関与すべく討議された、洗練された事例をモデル事例・規範事例として集積し、個人情報に十分配慮しつつ公開・活用することは、いわゆる出前授業を含めて大切な方法論である。いずれにしても「オヤッ？と Card」、ミニレクチャー、事例検討などを多面的、有機的に統合することにより、他・多職種連携における各職能の立場から医療資源増加に寄与する現場的視野が大切である。繰り返すが、この前提には各組織の「報告・連絡・相談」と「自立と自律」が不可欠で、地域の現場、種々の施設、地域包括支援センター、保健所などを含む各職能団体の指導者が集う当連携協議会のような会議が、愛知県全体を俯瞰した現場的な在宅医療・介護の質の均てん化への指導性を発揮することは一つの要といえる。「オヤッ？と Card」、ミニレクチャー、事例検討、地域住民への広報活動など、その集積は医療資源の適正化と表裏一体といえる点であることを再度強調しておきたい。

以上

引用文献

- 1 上田敏：「QOL と ADL」 メディカル・ヒューマニティ；vol.5 No.4 18-23 1991.4 蒼穹社
- 2 日医ニュース No.1307 2016.2.20
- 3 佐野芳彦・宮治眞・加藤憲他：「Radar NEWS：GIS とレーダチャートを組み合わせた地域特性可視化支援ツールの開発」（第 33 回医療情報学連合大会論文集）
- 4 二木立：地域包括ケアと地域医療連携 27～32 頁 2015.10.10 勁草書房



オヤッ？と Card 手引書 簡略版

「オヤッ？と Card」をつける際の注意点

1) 「オヤッ？と Card」は、必要な医療サービスをもれなく療養者に提供することが最大の目的です。

2) 「おやっ」「あっ」と感じたこと、伝えておきたいことなど、どの項目も「いつもと同じか、いつもと違うか」を考えてください。そして、いつもと違うのであれば、良くなったか、悪くなったかを考えることも大切です。そのためには、「おやっ」「あっ」と感じたときだけではなく、定期的に観察し、変化を捉えることが大切です。チェックする人の主観的な判断で構いません。

3) 在宅にて療養されている方を主な対象として、「オヤッ？と Card」を利用します。しかし、施設など在宅以外において利用することもおすすめします。どなたがチェックしても構いません。チェックした状態を、多職種で共有することが大切です。

● こんな時は訪問看護ステーション、医療機関へ連絡：

1 呼びかけに反応しない。2 会話ができない。3 強い苦痛がある。

療養者の状態が良好なときから、療養者や家族の終末期ケア（延命治療など）に対する希望を確認しておくことは大切です。療養者や家族の考え方を事前に話し合い、可能ならば文書で意志を確認しておくことが有用です。その内容を、療養者に関わる人が共有しておくことが大切です。

A. 療養中に新たに出現した、あるいは進行・悪化したことについて

（参考になる疾患：心不全・腎不全・呼吸不全・貧血・栄養不良など）

1. 顔色が悪くなってきた。
2. 不眠を訴えるようになってきた。
5. 食欲がなくなり、体調が悪くなったり、徐々に元気がなくなったりしてきた。

【観察するときの注意】

療養者は常に急変すると想定しておくことが、大切です。体温、血圧、呼吸の様子などの変化はもちろん、日々の生活の中で、食欲、排泄、睡眠、運動等の変化にも気をつけましょう。

高齢者では全身状態に注意をしながら、各項目をチェックすることが療養上の見逃しを防ぎます

【相談できる職種】

看護師・管理栄養士・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科医師・歯科衛生士／
「医師」

3. 薬の数が増えたり、服薬がむずかしくなったりしてきた。
 4. 新しい薬を飲むようになって、発赤、かゆみ、熱など今までにない症状で
- てきた。

【観察するときの注意】

療養者の病気に対する薬の多さはやむを得ない面もありますが、「くすりはリスク」と考えて症状を見逃さないことです。とくに新たに出現した症状は、薬の副作用を念頭におくことが大切です。おかしいと思ったら、すみやかに薬を処方した医師や薬剤師に相談し、服薬の中止等の指示をもらいましょう。

また、服薬がむずかしくなった場合には、その状況を確認することが大切です。たとえば、うまく薬の管理ができない、うまく飲めない、あるいは残薬が

多いなどの状況を伝えましょう。

【相談できる職種】

薬剤師・看護師・作業療法士・理学療法士・管理栄養士・歯科衛生士・言語聴覚士・歯科医師・
／「医師」

B. ADL（日常生活動作能力）の低下について

（参考になる疾患：脳血管障害、パーキンソン病、認知症、四肢麻痺など）

6. 日常の身近なことができなくなってきた。

【観察するときの注意】

いままでできていた日常生活（食事の用意、買い物など）が円滑にできなくなっているかを、観察しましょう。

【相談できる職種】

理学療法士・作業療法士・看護師・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・言語聴覚士／
「医師」

C. 運動機能の低下について

（参考になる疾患：脳血管障害、薬の副作用、神経の病気、老年症候群、廃用性萎縮など）

7. はたから見ている、転倒の危険を感じようになってきた

8. 力が弱くなったり、移動するのを面倒がるようになってきたりした。

【観察するときの注意】

体の動きが悪く、ささいな段差や置いてある物につまずいたり、すぐに何かにつかまったりします。また、自分の体を支えられなくなるなど、体力の衰えが目立ちなどの反応が鈍くなる場合は注意が必要です。何よりも体を動かすことを億劫がらないかどうか、見逃さないことが大切です。また、精神安定剤等薬剤を服用している場合には、その影響であることも考えられます。

【相談できる職種】

理学療法士・作業療法士・薬剤師・看護師・管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士／
「医師」

D. 閉じこもりについて

(参考になる疾患：うつ病・認知症・脳血管障害など)

9. 外出を嫌がったり、閉じこもりがちになったりしてきた。

【観察するときの注意】

外部との接触を嫌がったり、理由も無く避けるようになってきたら留意が必要です。一人で居ることに何も感じなくなっている様子が見られたり、身の回りが乱雑になってくる、いままでと違って、何となく会話が減ってきたりしている点も留意が必要です。閉じこもり、壁を叩いたり、独り言をぶつぶつ言うようなこともあります。精神安定剤等の薬による可能性もあります。

【相談できる職種】

作業療法士・看護師・言語聴覚士・理学療法士・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士／
「医師」

E. 認知症について

(参考になる疾患：各種の認知症・脳血管障害、薬の副作用など)

10. 以前と比べて性格、態度、振る舞いなどが少し変わってきた。

11. 薬の飲み忘れが目立ってきた。

12. 今の日時や自分のいる場所が分からなくなってきた。

【観察するときの注意】

日常生活における振る舞いや会話、あるいは笑いや笑顔が少なくなってきたり、ときにトンチンカンなことを言うようになります。生活全般への関心が薄れ、テレビ、新聞など世間の状況に無関心となり、一人での傾向が見られます。いままでの人柄と異なった感じを受け、性格の変化を感じることもあります。また、記憶障害とともに見当識障害（現在と過去が混乱する）も見られます。そのため、発症当初は約束を破ったこと自体を忘れることもあり、進行とともに次第に迷子になる、徘徊が見られる場合もあり、症状の出方は多様です。医療的に対応できる認知症もありますので、医師をはじめ多職種との連携を常に考慮することが大切です。

認知症の始めは分かりにくいことが多く、加齢による「もの忘れ」と病的な「もの忘れ」の区別が難しいことがあります。また「認知症」と「うつ状態・うつ病」との区別は大切です。その人にとって大変重要なことを忘れることが目立ってきた場合は、より一層の留意が必要です。薬の飲み残しは早期の認知症の手がかりとなります。また、不潔行為を隠すなどの行動も見逃さないよう、注意深く観察することを心がけることです。

→参考資料1「認知症高齢者ケアについて」

参考資料2「成年後見制度について」参照

【相談できる職種】

看護師・作業療法士・薬剤師・理学療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士・歯科医師／
「医師」

F. うつ状態について

(参考になる疾患：うつ病・各種の認知症・脳血管障害、薬の副作用など)

13. 日々の生活に活気がなく、表情が乏しくなってきた。

14. 物事を悲観的に考えるようになってきた。

【観察するときの注意】

前向きな言動が少なくなり、何事に対してもかなり頻繁に、ときには言葉を発しなくなり、否定的な言動が見られるようなときは注意が必要です。うつ状態の始めは、閉じこもりや認知症などと症状が類似しており、区別が難しいことがあります。日常現場における症状は、常にうつ状態、閉じこもり、認知症の三者を一括りに考えながら判断することも良いと思います。高齢者は普段と比べて落ち込みが著しくなってきた場合、注意が必要です。

うつ状態の始めは、その人がこれまで送ってきた人生の足跡に左右されることも多く、この点に十分配慮して観察することが重要です。身近な人の死を始めとする環境の変化や、介護者との人間関係などが影響することも考えられます。うつ状態においては、高齢者が自分の過去を話したがない場合もあり、対応には慎重さが求められます。また、特定の人への依存状態が強くなってきた場合も要注意です。

新たな処方や処方変更によるいわゆる精神安定剤、多剤処方など薬が関与している可能性もあります。

【相談できる職種】

看護師・作業療法士・薬剤師・理学療法士・歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士・管理栄養士／
「医師」

G. 低栄養について

(参考になる疾患：貧血・種々の浮腫・心不全・腎不全・末梢神経障害など)

15. 食事のとり方が悪くなったり、体重が増えたり減ったりしてきた。

16. 寝だこ(圧迫されたところ)が赤くなってきた。

17. むくみが出たり、腹部が大きくなったりしてきた。

【観察するときの注意】

食事を適切に摂取したかどうかだけでなく、食事中的動作や口の中の汚れや悪臭などにも十分注意することが鍵となります。同じものばかり摂取するなど、食事内容の偏りとともに、水分の摂取量も留意が必要です。

栄養の取り方が悪いと、血圧、心臓、腎臓などの臓器に影響を与えます。症状は手足、顔などのむくみ、お腹が膨れる、顔色が悪くなるなどは、ときどき見られる症状です。皮膚がカサカサになっていないか、水ぶくれができていないかも確認しましょう。体重の減少は見逃されやすいこともありますので、注意しましょう。

食物と薬の飲み合わせや、最近ではサプリメントによる影響にも目配りが必要です。サプリメントや薬と食物の食べ合わせは、薬剤師との連携が重要です。

低栄養においては、歯科領域の状態（歯のぐらつき、舌苔、入れ歯の不具合など）とともに、唾液の分泌不足など口腔環境はもっとも基本になります。

【相談できる職種】

管理栄養士・看護師・歯科衛生士・歯科医師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士／「医師」

H. 口腔機能の低下について

（参考になる疾患：口腔内の種々の疾患・歯周病・入れ歯の不具合・口咬不全・咀嚼機能低下・脳血管障害など）

18. 口の中が痛い、飲み込みが悪い、むせる、口臭があるなどの症状がでてきた。

19. 本人の言葉が聞き取りにくかったり、会話が減ったりしてきた。

20. 入れ歯の具合が悪くなってきた。

【観察するときの注意】

口腔内は外から見えにくく、思わぬ病気と関連のあることを見逃しがちになります。繰り返しの肺炎が口腔に起因することもあります。

入れ歯を外して汚れの程度の確認、ときには口を開けて口臭の有無など、日常的なチェックが欠かせません。歯牙欠損や咽頭の障害などが口腔機能の低下に繋がる場合もあります。また見逃されやすいのは、唾液が少なく、口の中の乾燥も要注意です。

療養者の虫歯は見過ごされやすく、それが原因で食事摂取がうまくできない原因になっている場合もあります。療養者は細かな動作ができず、歯ブラシの使用が不適切で、口腔内が汚れている場合などは、全身状態を勘案しながら、

口の中や周囲を観察することが大切です。歯周病の原因となる歯垢は細菌の棲家であり、いろいろな病気の感染の元になることを理解しましょう。

【相談できる職種】

歯科医師・歯科衛生士・看護師・言語聴覚士・管理栄養士・作業療法士・理学療法士・薬剤師／「医師」

1. 介護している人（家族、同居人など）について

（参考になる状況：介護する人の疲れ・家の中の乱雑、療養者への無関心など）

21. 介護している人の愚痴が多くなってきた。
22. 介護している人が、緊急時への不安を言うようになってきた。
23. 介護している人に、なげやりな態度がみられるようになってきた。
24. 介護している人が、虐待をしているかもしれないと、感じられてきた。

【観察するときの注意】

介護する人の疲れ、ストレス、苦労などは想像を絶する場合がありますが、当事者が口に出して言いにくい状況を推し量ることが大切です。これらのことが、虐待につながることもあります。ときには不意に訪れる、あるいは療養者にも介護する人にも、息抜きの会話も有用です。介護する人の不安の要因を探ることも大事です。それには療養者と介護する人の関係を、冷静に見抜くことが大切です。同時に、

虐待が疑われる場合は、一人で抱え込まず、まず、ケアマネジャーを中心に医療機関やサービス事業者がチームとなり、療養者や介護者に十分に配慮を払いながら多角的に観察を続けることが重要です。サービス事業者等には高齢者虐待防止法による通報義務がありますので、行政や地域包括支援センター等に通報し悲劇を未然に防ぎましょう。虐待を疑うポイントは以下です。

- ① 療養者の身体の見えにくいところに、痣や傷がある。
- ② 介護する人の態度がよそよそしい。
- ③ 家の中が雑然としている。
- ④ 食事を十分に与えられていない感じがする。
- ⑤ 療養者が極端にやせた状態にある。
- ⑥ 療養者に怯えている様子が見られる。

→参考資料3「高齢者虐待対応への基本姿勢」参照

【相談できる職種】

行政（地域包括支援センター）・看護師・作業療法士・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・言語聴覚士・歯科医師・歯科衛生士／「医師」

参考 1

認知症高齢者ケアについて

日本神経学会『認知症疾患治療ガイドライン 2010』第3章「認知症への対応・治療の原則と選択肢」には、認知症高齢者ケアの原則として次のように示されています。

1. なじみの人間関係（仲間）をつくって安心・安住させる。
2. 高齢者の心や言動を受容し、信頼・依存関係をつくる。
3. 高齢者の心身の動きやペースやレベルに合わせ、よい交流を！
4. ふさわしい状況を与え、隠れた能力（手続き記憶）の発揮を！
5. 理屈による説得よりも共感的納得を図り自覚言動を促す。
6. よい刺激を絶えず与え、情意の活性化と生きがいを得させる。
7. 孤独の放置や安易に寝たきりにしない。廃用低下を防ぐ。
8. 高齢者は変化に弱いので急激な変化を避ける。また変化するものほど忘れやすいので、変化させず、パターン化して教える。
9. 高齢者のよい点を認めよい付き合いをして、いき方の援助を！
10. 高齢者は過去と未来がないので、“今”の安住を常にはかり、時間の観念がないので日課を与え順序・時間づけを得させる。

日本神経学会『認知症疾患治療ガイドライン 2010』

第3章「認知症への対応・治療の原則と選択肢」

（室伏君士『痴呆老人への対応と介護』東京：金剛出版 1998 より一部改変）

認知症は、「脳血管性認知症」・「アルツハイマー型認知症」・「レビー小体型認知症」・「前頭側頭型認知症」・「歩行障害・パーキンソン症候群」・「うつ病」・「統合失調症」・「正常圧水頭症」・「VB12 欠乏症」・「甲状腺機能低下症」などに分類することができます。この中には、治療不能な認知症（Untreatable dementia）だけではなく、治療可能な認知症（Treatable dementia）もあります。必要な医療を受けているか注意して下さい。

参考2

成年後見制度について

どのようなときに、成年後見制度の利用が考えられるのでしょうか。下記は、最高裁判所事務総局家庭局が医師向けに後見制度における診断書作成の手引きとして示したものです。このような状況においては、成年後見制度の利用を検討しても良いかもしれません。日頃よりオヤッ?と Card に状況を情報源とあわせて記載しておく、後見人制度の利用を検討する際に参考になるでしょう。

a 「自己の財産を管理・処分することができない。」

日常的に必要な買い物も自分でできず、誰かに代わってやってもらう必要がある程度（後見に相当する）。

b 「自己の財産を管理・処分するには、常に援助が必要である。」

日常的に必要な買い物程度は単独でできるが、重要な財産行為（不動産、自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等）は自分ではできない程度（保佐に相当する。）。

c 「自己の財産を管理・処分するには、援助が必要な場合がある。」

重要な財産行為（不動産・自動車の売買や自宅の増改築、金銭の貸し借り等）について、自分でできるかもしれないが、できるかどうか危惧がある（本人の利益のためには、誰かに代わりにやってもらった方がよい）という程度（補助に相当する。）。

d 「自己の財産を単独で管理・処分することができる。」

後見、保佐又は補助のいずれにも当たらない程度。

最高裁判所事務総局家庭局「後見制度における診断書作成の手引き」

また、判断能力が後見人制度を利用するほど低下していない場合は、「日常生活自立支援事業」の利用も考えられます。社会福祉協議会にお問い合わせ下さい。

参考 3

高齢者虐待対応への基本姿勢

「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」において、下記の行為を高齢者虐待としています。

- 身体的虐待
高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴力を加えること
- 介護・世話の放棄・放任
高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること
- 心理的虐待
高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと
- 性的虐待
高齢者にわいせつな行動をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること
- 経済的虐待
養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分すること、その他当該 高齢者から不当に財産上の利益を得ること

高齢者の虐待が疑われた場合には、以下の点に注意して対応しましょう。個人ではなく、組織・チームで対応することが重要です。市町村（高齢福祉課や地域包括支援センター）へ相談するなど、組織・チーム内の役割や手順を決めておくといいでしょう。

- 高齢者本人の権利擁護を最優先する
- 高齢者本人の意思を尊重する
- 高齢者本人と共に養護者を支援する(家族支援の考え方を踏まえる)
- 組織で対応する(チームアプローチ)ことで課題の解決を図る
- 長期的な視点に立った支援策を検討していく

また、日本高齢者虐待防止学会研究調査委員会と朝日新聞大阪本社による調査報告には、高齢者虐待を防ぐために以下が提言（一部抜粋）されています。

- 若い養護者への支援

若い養護者ほど早期に虐待が発生していることから、被虐待高齢者の介護申請の当初から専門職による介入が必要である。

- 精神障害(疑い含む)のある養護者への支援

養護者の3割以上に精神障害(疑い含む)が認められ、虐待の一要因であった。精神障害は、精神障害による就労困難のため、生活が困窮し、被虐待者の年金に依存する悪循環を断つために、生活保護申請による生活の安定を図る必要がある。被虐待高齢者の年金・収入管理は成年後見制度を利用する。

- 息子の自立支援・就労支援

多くの働き世代の息子が主介護者となっている。介護による離職を予防し、就労支援をすることが息子の自立を促すことに繋がる。精神障害の4割以上は、息子であったことから、虐待予防のためには、早期に精神科受診につなげること、生活保護による経済的自立、被虐待高齢者の収入資産は成年後見制度を活用する。

日本高齢者虐待防止学会・朝日新聞大阪本社
『養護者の高齢者虐待に至る背景要因と専門職支援の実態・課題』 2013より一部抜粋



着眼点：オヤッ？と Card 手引書・詳細版

A. 療養中に新たに出現した、あるいは進行、悪化したことについて留意すべきこと

【普段と比べて、身体的に体力が衰え、精神的にも活気がなくなってきたり、体重の変化が感じられるなど、「おやっ」「あっ」と思うことがある。】

(1) とくに最近になって、普段と比べて、新たに出現した、進行・悪化してきたこと

1. 食欲がなくなり、体調が悪くなって、徐々に元気がなくなったりしてきた。

相談できる職種	観察するときの注意	具体的な項目
歯科医師（会）	*口腔と末期治療	1) 口腔ケア不良、口腔乾燥、口内炎、舌炎、口臭、咬傷、歯肉からの出血に注意する。 2) 本人の希望がある限り、経口による食事摂取の努力を継続する。 3) 免疫機能の低下により口腔カンジダ症や多発性の口内炎などの口腔粘膜の炎症が起こりやすいので注意が必要。 4) 誤嚥や窒息を防止するために、口の中に食物の残留がないか確認する。 5) 義歯が不適合であったり、歯が無い場合、頬が落ちくぼんで酸素マスクが合わないことがある。 6) 頭頸部や口腔内への放射線治療後は、口腔粘膜の炎症や歯肉出血を起こしやすい。また、抜歯の創部や咬傷などは治癒しないことがあるため、口腔内の環境を整えることが必要。 7) 抗がん剤治療では食欲低下を来しやすい。頻回の嘔吐がある場合には、口腔粘膜や歯が胃液の酸の影響を受けるので注意が必要。
薬剤師（会）	医薬品の影響（コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等）	1) 処方せん医薬品の副作用や、コンプライアンスが悪いことによる弊害を確認する。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。
看護師（看護協会）	*痛みと苦しみへの対応	1) 痛みや不安等症状の軽減に努める。 2) 全身状態の管理とケア、家族・介護者への支援、医療機器の管理と医療処置を行う。 3) 痛みの訴えが増強してきている場合の緩和ケア。 4) 肉体的だけでなく精神的な苦しさや不安が増強してきている場合の支援。 5) 家族・介護者への看取りへの準備教育。
栄養士（会）	食事状況の観察・評価をし、食事内	1) 栄養状態の改善による自立度アップと口から食べる楽しみを支援する。 2) 摂食機能変化(食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)を把握改善につなげる。

	容等の提供が必要	3) 嗜好調査・栄養補給方法(経口・経管等) ・個別食形態の提供を把握改善につなげる。 4) 咀嚼・嚥下障害の程度把握・嚥下機能低下(むせ、嘔声) を把握改善につなげる。 5) いやいや無理に食べているような場合。 6) 食べられる物と食べられない物が前と変ってきた場合。
歯科衛生士(会)	口腔内の汚れ 口臭 発音に不明瞭	1) 発語が少なくなる。 2) 口腔粘膜に痛みなどがあり、歯磨きなどの行為をしなくなる。 3) 口臭が強くなる。 4) 口の中が乾いてきている。 5) 精神的に不活発化してきて、歯磨きをおっくうがうようになってきた。
理学療法士(会)	*体力の不穩に留意	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等(嚥下機能・座位姿勢含む) 移動、移乗方法の指導。 3) 息切れや筋力の低下などにより運動機能が低下した場合。 4) 痛みにより動きが悪くなった場合。 5) 病気の進行など不安が多くなった場合。 6) 家屋構造などが運動機能と合わなくなった場合。 7) 息苦しさの訴えが強くなってきた場合。 8) 行動範囲が徐々に狭くなってきた場合。
作業療法士(会)	*精神面の安定	1) 身体機能・精神機能の評価(高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む)。 2) 生活バランス、作業内容・作業方法の評価。 3) 環境調整(段差解消・手すりの設置・動線の短縮・福祉用具の検討)。 4) 介護者への介護方法指導。 5) 精神的な不安定さが目立つようになってきた場合。 6) 体の動かし方がぎこちなくなってきた場合。
言語聴覚士(会)	飲み込みが悪い	1) 口をもぐもぐさせている。 2) 痰がからんだような咳をするようになった。 3) 口をもぐもぐさせるようになった場合 4) 咳や痰、飲みみにくさの訴えがある場合
居宅介護支援事業者	各サービス提供者	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議(カンファレンス)とサービス調整を行う。

	連絡協議会〈ケアマネジャー〉(会)	との確認・連絡調整	1) 介護者の体調や精神的負担などの確認
2. 顔色が悪くなってきた。			
	歯科医師(会)		
	薬剤師(会)	医薬品の影響(コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等)	1) 処方せん医薬品の副作用や、コンプライアンスが悪いことによる弊害を確認する。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品(市販薬)、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。
	看護師(看護協会)		
	栄養士(会)		
	歯科衛生士(会)		
	理学療法士(会)	立ち上がり時のふらつき	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等(嚥下機能・座位姿勢含む)移動、移乗方法の指導。 3) 筋力の低下などにより運動機能が低下した場合。 4) バランスが悪くなり転びそうになった場合。 5) 息苦しさの訴えが強くなってきた場合。
	作業療法士(会)		
	言語聴覚士(会)	発話の減少	1) 発話が減少し、声も小さくなってきた場合
	居宅介護支援事業者連絡協議会〈ケアマネジャー〉(会)		
3. 不眠を訴えるようになってきた。			
	歯科医師(会)		
	薬剤師(会)	医薬品の影響(コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等)	1) 咳を緩和する薬(キサンチン系気管支拡張薬)、認知症治療薬(アセチルコリンエステラーゼ阻害薬)、パーキンソン病治療薬(ドパミン作動薬)等による興奮作用、昇圧剤(交感神経興奮作用薬)による前立腺平滑筋緊張による尿道の閉塞等の可能性がある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品(市販薬)、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。

			3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 睡眠剤を服用している場合、不眠の型と睡眠剤の型が一致していない可能性がある。 6) 寝る前にコーヒーなどを飲んだり、テレビを見て目が覚めてしまう場合には、生活指導を行う。
	看護師（看護協会）		
	栄養士（会）		
	歯科衛生士（会）		
	理学療法士（会）	昼間「ウトウト」しているか。	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）移動、移乗方法の指導。 3) 昼間の運動量が減っていた場合。 4) 夜間にねぼけが認められる場合。
	作業療法士（会）		
	言語聴覚士（会）	疲労感が強い	1) 会話が続きにくい
	居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉（会）		
（３）薬に関する全身状態（服薬・管理など）で留意すべきこと			
4. 薬の数が増えたり、服薬がむずかしくなったりしてきた。【A-3】			
	相談できる職種	観察するときの注意	具体的な項目
	歯科医師（会）	*口腔へ薬の影響が出やすい	1) 薬の副作用による口腔乾燥、舌のよごれ、口内炎、口臭、歯肉炎等がないか確認する。 2) 降圧剤などにより歯肉肥大・増殖を認めることがある。 3) 摂食・嚥下機能低下による服薬困難や誤嚥に注意する。 4) 抗凝固剤による歯肉出血がないか注意する。 5) 睡眠導入剤では口の渇きに注意する。 6) 歯肉と頬の間や舌下、義歯の粘膜面に薬剤が残っていないか確認する。

薬剤師（会）	薬の飲み残し・飲み間違いの有無	1) 他科受診の場合、効果が類似の薬や飲み合わせのよくない薬がないか確認する。 2) 必要に応じ、中止や処方変更を医師に提案をする。 3) 飲み忘れが多い場合、その原因を確認し、飲み方の変更や一包化、お薬カレンダー等についてアドバイスする。 4) 錠剤が飲みにくい場合、粉砕や散剤への変更を医師に提案する。。
看護師（看護協会）	*なぜ服薬しないのか	1) 全身状態及び局所把握とアセスメント。 2) 服薬方法等の確認とアドバイス。 3) 薬が飲めない理由がはっきりしない場合。 4) いままで飲んでいた薬をいやがるようになった場合。 5) 寝ていることが多くなってきた場合。
栄養士（会）	薬物と食品の相互作用の可能性	1) 薬の内容を確認し、食品との相互作用などがいないか確認する(例 ワーファリンと納豆)。 2) 内服薬確認と禁忌食品指導・服薬種類と食品の関係を把握し改善につなげる。 3) ある種の食事との食べ合わせが悪いような場合。 4) 血の止まりにくくなる薬を飲んでいる場合(例 ワーファリンと納豆)。
歯科衛生士（会）	むせの有無 口の中の汚れ	1) 嚥下機能の低下があり、錠剤や粉剤が飲みにくいと感じる。 2) 口腔内の感覚が鈍くなり、口腔内にいつまでも錠剤や粉剤が残っているのに気づかない。 3) 舌の動きが悪くなり、口の中に薬がいつまでも残っているような場合。 4) 口が乾燥していて唾の出が悪いような場合。
理学療法士（会）	*精神安定剤によるバランスの不良	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）移動、移乗方法の指導。 3) 座位がうまく取れなかったり首の筋力が低下し呑み込みが悪くなった場合。 4) 血圧の変動で、ときに理学療法を中断するような場合。 5) 息苦しさで、ときに理学療法を中断するような場合。
作業療法士（会）	*精神安定剤による心のアンバランス	1) 病状や服薬状況の確認。 2) 薬の数が増えてから、生活態度が変化してきた場合。 3) 生活上、鎮静剤、安定剤の影響があるかもしれないと考えられるような場合。
言語聴覚士（会）	歯切れが悪い 薬が飲みにくい	1) 薬の増量により、言葉が不明瞭になったり涎（ヨダレ）が出やすくなったと思われる場合 2) 嚥下機能低下のため、薬が喉に残ったように感じたり、ムセやすくなった場合。
居宅介護支援事業者	各サービス提供者	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。

連絡協議会〈ケアマネジャー〉(会)	との確認・連絡調整	1) 介護者の体調や精神的負担などの確認
5. 新しい薬を飲むようになって、発赤、かゆみ、熱など、今までにない症状がでてきた。【A-4】		
歯科医師(会)	口腔内に発赤	1) 口腔粘膜をよく観察する。
薬剤師(会)	* 急性の副作用の疑い	1) 全身症状をよく観察する(発赤、かゆみ、熱など)。 2) 皮膚の剥奪による重症化(やけど様)に注意する。 3) 状況に応じ、服用を中止し、医師に連絡する。
看護師(看護協会)	* 急性の副作用	1) 症状の観察と服薬状況の確認。 2) 医師、薬剤師への情報提供。 3) 対症看護。
栄養士(会)	薬物と食品の相互作用の可能性	1) グレープフルーツ・ぶんたん(フラノクマリン類)とカルシウム拮抗薬効果増強の場合血圧低下。 2) お酒と薬と一緒に飲んだ場合(睡眠薬・精神安定剤・抗うつ剤・鎮痛剤等)。 3) 牛乳と組み合わせが悪い薬の場合(抗生物質、制酸剤の一部)吐き気や食欲不振。 4) ワーファリンと納豆の場合(ビタミンKの拮抗剤) 血液凝固しにくい。
歯科衛生士(会)	口腔内に現れる薬の副作用の可能性	1) 口の中に口内炎などができていないか。 2) 唾液の量が減少していないか。 3) 舌の表面が異様に赤くなっていないか、あるいは舌苔がついていないか。 4) 歯ぐきが腫れていないか。
理学療法士(会)	* 発熱と理学療法	1) 持続か一過性か
作業療法士(会)	* 不機嫌と作業療法	1) 薬の変更の有無
言語聴覚士(会)	話し方の悪化	1) 話し方の悪化が急である。 2) 熱っぽくedarそうである。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈介護支援専門員〉(会)	各サービス提供者との確認・連絡調整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議(カンファレンス)とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認

B. ADL(日常生活動作能力)の低下について留意すべきこと

【普段と比べて、いままで自分で出来ていた動作ができなくなったり、会話が少なくなってきたなど、「おやっ」「あっ」と思うことがある。】

(1) とくに最近になり、日常生活の円滑の度合いが低下してきていること

6. 日常生活の身近なことができなくなってきた。【B-6】

	相談できる職種	観察するときの注意	具体的な項目
	歯科医師（会）	* 食事量の減少	1) 口腔ケア不良や義歯の不適合による違和感や痛みなどのため、注意力が低下している可能性がある。 2) むし歯や歯周炎による違和感や痛みや等のため、集中力が低下している可能性がある。 3) よだれや食べこぼし、むせがある場合。 4) 急に歯みがきを嫌がったり、口の中を痛がる場合 5) 常に口の中を気にしている場合や、逆に口の中の状況に無頓着になってきた場合。 6) 食事の量が減ったり、食事時間が長くなった場合。 7) 咬もうとしなかったり、いつまでも飲み込まない場合。
	薬剤師（会）	医薬品の影響（コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等）	1) 抗不安薬や抗精神薬の長期連用により、認知症や同様の症状が出る可能性がある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 副作用や効き過ぎにより、物忘れがひどくなる場合がある。 6) 副作用や効き過ぎによりふるえなどで日常生活が不安定になってきた場合がある。
	看護師（看護協会）	* 日常できなくなってきたことへの留意	1) 一般状態や ADL の把握とリハビリ評価（生活支援としてのリハビリテーション）をする。 2) 早期に適切な療養生活環境を整えることで ADL の改善につながる。 3) いままで自分でできていたことができなくなってきた場合。
	栄養士（会）	食生活環境悪化の可能性	1) 体力低下や認知症等原因を確認して、低栄養状態につながらないよう食欲を高める。 2) 本人の楽しみや外出できる環境を作る。体力アップを図る。 3) 栄養評価（低栄養状態の把握）、生活リズムの変化、食事状況を把握し改善につなげる。 4) 摂食機能変化（食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況）を把握し改善につなげる。 5) 食べ方が下手になってきた場合。 6) 食べたものをこぼすようになってきた場合。
	歯科衛生士（会）	口腔内の汚れ 口臭の有無	1) 心身の機能低下で歯磨きもしなくなる。 2) 義歯をはずすことを面倒に思う、あるいは義歯をはめていることを忘れてはずさなくなる。

		3) 食べ物の嗜好が変わってきた＝同じものばかり食べる、飲み込みやすい物ばかり食べる。 4) 口唇の力がなく、口に入れた食物を口の外に食べこぼすことが多い。
理学療法士（会）	*手足の運動で何かできなくなってきたか	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境・介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）移動、移乗方法の指導。 3) 筋力の低下や関節拘縮などの運動機能が低下した場合。 4) 家屋構造や道具が生活しにくくなった場合。 5) 意欲や目的意識が低下してきた場合。 6) 手足の動きが悪くなってきた場合。 7) 動くことを嫌がるようになってきた場合。
作業療法士（会）	*精神面で何が不満になってきたか	1) 身体機能・精神機能の評価（高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む）。 2) 生活バランス、作業内容・作業方法の評価。環境調整（家具の配置・目印を付けるなどの工夫の提案・福祉用具の検討）。 3) 介護者への支援方法の指導。 4) こまかい仕事や作業を嫌がるようになってきた場合。 5) 精神的にいきいきとしたところが感じられなくなった場合。
言語聴覚士（会）	生活が劣化	1) 何をして良いかわからない状態。 2) 発話が減少してきた。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉（会）	各サービス提供者との確認・連絡調整	1) 状況の確認から状況の確認から、サービス担当者会議（カンファレンス）の開催の調整 2) アセスメントの上、必要に応じての介護保険を中心とするサービスの再調整

C. 運動機能の低下について留意すべきこと

【普段と比べて、転びやすい、立ち上がりがスムーズにできない、つかまりが多くなってきた、歩行が不安定になったなど、「おやっ」「あっ」と思うことがある。】

(1) 急に体力不足や運動能力低下が目立ってきたこと			
7. 転倒の危険を感じるようになってきた。【C-7】			
相談できる職種	観察するときの	具体的な項目	

	注意	
歯科医師（会）	*入れ歯をうまく入れられない	1) 奥歯が欠損したままで、うまくかみ合わせが出来ない人は、平衡感覚を保つことが難しく、転倒しやすくなる危険性が高くなる。 2) 噛み合わせが悪い、もしくは噛み合わせが無い場合。 3) うまく食いつけない場合。 4) 入れ歯の不具合があるような場合。 5) 上手く食べられないような場合。 6) 硬い食べ物を敬遠するようになった場合。
薬剤師（会）	医薬品の影響（コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等）	1) 薬剤の副作用により振戦、パーキンソニズム等が起きることがある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 例えば鎮静剤、安定剤、睡眠剤が投与されている場合がある。 6) 副作用や効き過ぎにより、食欲が徐々に減ってきている場合がある。
看護師（看護協会）	*急に立ち上がることができないことへの留意	1) 全身状態のアセスメントと、リハビリ職との連携。 2) 服薬状況の確認。 3) 手を握る力や立ち上がることが急にできなくなった場合。 4) ときに精神症状を伴うことがある場合。
栄養士（会）	低栄養状態の可能性	1) 体力低下や薬によるふらつき等を少しでも防ぐように楽しく食べられる食事環境を作り、本人にあった食形態も検討して提供する。 2) 栄養評価・服薬と食事の関係、疾病の発症把握、咀嚼・嚥下障害の把握をし、改善につなげる。 3) 食事と電解質バランスのとり方が不十分と思われる場合。 4) カロリー不足が考えられる場合。
歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 食事に要する時間が長くなった場合。 2) 嚥下機能の低下で水分などがむせるようになった場合。 3) 義歯を使用しなくなった場合。 4) 言葉が不明瞭になった場合。 5) 食事の嗜好が変わってきた場合。
理学療法士（会）	*支援すれば動け	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。

		るか	2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）移動、移乗方法の指導。 3) 寝ていることが多く筋力などの低下がある場合。 4) 介護者の負担が多く寝かされていることが多い場合。 5) 体の痛みがあり動かない場合。 6) 食事量や水分が減り動けなくなっている場合。 7) 家屋構造や使用している道具が合わない場合。 8) 別の病気が起こった可能性が考えられる場合。 9) 理学療法不足が考えられる場合。
	作業療法士（会）	*手を貸しても嫌がる傾向がある	1) 身体機能・精神機能の評価。 2) 生活バランス(活動量確認)、作業内容・作業方法の評価。 3) 環境調整(段差解消の検討・動線の確認・手すりや福祉用具の検討)。 4) 精神的な要因が考えられる場合。 5) 大きな声が出なくなってきた場合。
	言語聴覚士（会）	外出の減少	1) コミュニケーションがとりにくい。
	居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマ ネジャー〉（会）	各サービス提供者 との確認・連絡調 整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認
8. 力が弱くなったり、移動するのを面倒がるようになってきた。			
	歯科医師（会）	*食べ物の種類によ って噛めない	1) 摂食・嚥下機能が低下して、摂食不良により低栄養や脱水状態になると、日常の活動性が低下する。 2) むし歯や歯周病、奥歯の欠損や義歯不適合などにより咬合状態が悪化すると、全身に力を入れづらくなる。 3) しゃべらなくなってきた場合。 4) 口から食べた物がこぼれるようになってきた場合。 5) 入れ歯が合わない場合。 6) 口の中の痛みを訴える、もしくは痛そうにしている場合。 7) 口の中を常に気にしている場合。 8) 硬い物を食べなくなった場合。
	薬剤師（会）	医薬品の影響（コ ンプライアンスが	1) 薬剤の副作用により振戦、パーキンソニズム等が起きることがある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。

	悪い・副作用や効き過ぎ等)	3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 例えば鎮静剤、安定剤、睡眠剤が投与されている場合がある。 6) 副作用や効き過ぎにより、食欲が徐々に減ってきている場合がある。
看護師（看護協会）	*力が弱くなってきたのは急に 徐々にか	1) 状態把握とともに多職種と情報共有。 2) 物をもたなくなってきた場合。 3) 歩き方がゆっくりとなってきた場合。
栄養士（会）	低栄養状態の可能性	1) 体力低下を防ぐため、食欲アップ・食事環境の見直し。 2) 家族との協力を仰ぎ支援する。 3) 栄養評価とADL評価、食事環境とストレスの把握をし、改善につなげる。 4) 摂食機能変化(食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)を把握し改善につなげる。 5) 食事の残しが多くなってきた場合。 6) 家族などとの団欒が少なくなってきた場合。
歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 一人で食事をするようになってきた場合。 2) 食べ物の嗜好が変わってきた場合（柔らかい物を好むなど）。 3) 歯磨きや義歯を洗うこともなくなった場合。 4) 義歯を口の中に入れっぱなしにする、あるいははずしたままはめようとしめない場合。
理学療法士（会）	*力が弱ってきたことへの対応の留意点	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）移動、移乗方法の指導。 3) 寝ていることが多く筋力などの低下がある場合。 4) 介護者の負担が多く寝かされていることが多い場合。 5) 体の痛みがあり動かない場合。 6) 食事量や水分が減り動けなくなっている場合。 7) 家屋構造や使用している道具が合わない場合。 8) 歩くことを嫌うようになってきた場合。 9) 寝返りもしにくくなり、握手する力が弱くなってきた場合。
作業療法士（会）	*前向きに生きることへの対応の留意点	1) 身体機能・精神機能の評価。 2) 生活バランス(活動量確認)、作業内容・作業方法の評価。

	意点	3) 環境調整(段差解消の検討・動線の確認・手すりや福祉用具の検討)。 4) 病状や服薬内容の確認、他職種への相談・連絡(通所サービスの提案も含む)。 5) 手先の仕事をやらなくなってきた場合。 6) 家にいることを好むようになってきた場合。
言語聴覚士(会)	咳や痰が多い	1) ちょっと動くだけで咳き込む。 2) 痰が絡んだような声の時がある。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマ ネジャー〉(会)	各サービス提供者 との確認・連絡調 整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議(カンファレンス)とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認

D. 閉じこもりについて留意すべきこと

【普段と比べて、外出が少なくなったり、何事にもおっくうがるようになってきたなど、「おやっ」「あっ」と思うことがある。】

9. 外出を嫌がったり、閉じこもりがちになってきた。

相談できる職種	観察するときの 注意	具体的な項目
歯科医師(会)	*口腔を中心とする動作の確認	1) むし歯や歯周炎による痛みや違和感等のために気分がふさぎ気味になる。 2) 義歯がはずれやすかったり、義歯不適合により会話がしにくいなどのため、他人と話すのを敬遠しがちになる。 3) 歯並びなど外観が悪いのを気にしている場合がある。 4) 口臭が気になっている場合がある(むし歯や歯周炎を放置、口腔乾燥などが原因として挙げられる)。 5) 常に口を気にしている場合。 6) 入れ歯が合わない場合。 7) いつも口元を手で覆っている場合。
薬剤師(会)	医薬品の影響(コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等)	1) 抗不安薬や抗精神薬等の長期連用により、認知症や同様の症状が出る可能性がある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品(市販薬)、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 例えば鎮静剤、安定剤、睡眠剤などの薬が処方されたり、変わった場合がある。 6) 副作用や効き過ぎにより、昼間寝ていることが多くなってきた場合がある。

看護師（看護協会）	*対面したときの 対応	1) 状態把握とともに他職種と情報の共有。 2) 声かけへの反応がにぶくなってきている場合。 3) おしゃべりが少なくなってきている場合。
栄養士（会）	おいしく食べるた めの食環境のアド バイス	1) 食欲・食事摂取量の低下に伴い、体重減少・低栄養状態の悪化につながる。 2) 本人・家族との対話を広げ、多職種との連携を強化して外へ目を向くようにする。 3) 食事への意欲を高める。 4) 調理力・食欲・栄養評価、他職種との連携を把握し改善につなげる。 5) 摂食機能変化(食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)を把握し改善につなげる。 6) 同じものをたべるようになってきた場合。 7) 食事に興味を示さなくなってきた場合。
歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 歯をみせるような笑いがなくなってきた場合。 2) 歯磨きや義歯を洗うこともしなくなった場合。 3) 会話が少なくなってきた場合。 4) 食事の嗜好が変化してきた場合。 5) むせることを避けて水分を摂らなくなってきた場合。
理学療法士（会）	*リハビリに応じ ない態度	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）移動、移乗方法の指導。 3) 筋力の低下など運動機能が低下している場合。 4) 家屋構造や使用している道具が合わない場合。 5) 介護者の負担が多く寝かされていることが多い場合。 6) 体の痛みがあり動かない場合。 7) 食事量や水分が減り動けなくなっている場合。 8) 外の空気を吸いたがらなくなってきた場合。 9) 体を動かすことが下手になってきた場合。
作業療法士（会）	*何事にも嫌がる 傾向	1) 身体機能・精神機能の評価(高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む)。 2) 生活バランス(特に日中の活動量確認)、作業内容・作業方法の評価。 3) 介護者への支援方法の指導。 4) いままで尋ねてきていた人が来なくなった場合。

		5) 何事にも興味を示さなくなってきた場合。
言語聴覚士（会）	人を避ける	1) 言語機能や認知機能が低下し、他者との交流に自信がなくなる場合。 2) 発動性が低下している場合。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマ ネジャー〉（会）	各サービス提供者 との確認・連絡調 整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認

E. 認知症について留意すべきこと

【普段と比べて、同じ事ばかり聞く、すぐ前のことを忘れる、ときにとんちんかんなことをいうなど、「おやっ」「あっ」と思うことがある】

(1) 認知障害がちらほら疑われるようなこと

10. 性格、態度、振る舞いなどが少し変わってきた。

相談できる職種	観察するときの 注意	具体的な項目
歯科医師（会）	*口腔ケアを理解 できない	1) 頻繁に指で口を触ることがある。 2) 急に食事をしなくなり、食習慣の喪失がある。 3) 自分で歯磨きを行う回数が減少することがある。 4) 入れ歯の管理ができなくなり、入れることを嫌がるようになる。 5) 歯を診てもらっていることを忘れてきた場合。 6) 入れ歯の管理ができなくなった場合。 7) 入れ歯をしているのか、していなのがわからなくなった場合。 8) 口の中が不潔になってきた場合。 9) 食事をしたことを忘れる場合。
薬剤師（会）	医薬品の影響（コ ンプライアンスが 悪い・副作用や効 き過ぎ等）による 認知症症状発現の 疑い	1) 抗不安薬や抗精神薬等の長期連用により、認知症や同様の症状が出る場合がある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 薬の勘定ができなくなってきた場合に認知症の発症を疑う。 6) 昔の薬やサプリメントなどにこだわってきた場合に認知症の発症を疑う。

看護師（看護協会）	*見慣れた人をも忘れる	1) 認知力・精神状態の観察とアセスメント、家族支援。 2) いつも来ている人の顔や名前が分からなくなってきた場合。 3) 日時や目の前にあるものが分からなくなってきた場合。 4) 繰り返しての質問や話をするようになった場合。
栄養士（会）	おいしく食べるための食環境のアドバイス	1) 声かけや手を添えて、摂食を促す。 2) 利用者本人のペースで安心して食べられるように見守る。 3) 調理能力・食欲・栄養評価・ADL を把握し、栄養改善につなげる。 4) 摂食機能変化(食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)を把握し、栄養改善につなげる。 5) 好きなものだけを欲しがるようになってきた場合。 6) 食事をしたことを忘れてきた場合。
歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 義歯をはめっぱなしにする、あるいははずしっぱなしにする。 2) 義歯を口に入れる時にどのように入れたらよいかわからなくなる。義歯の上下を間違える、など。 3) 歯磨きや義歯を洗うということをしなくなった場合。 4) 義歯の紛失（ティッシュに包んで忘れる、ゴミ箱に入れる、ポケットに入れて忘れる、など）が起きた場合。
理学療法士（会）	*リハビリの意味が理解できない	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）移動、移乗方法の指導。 3) 運動量が低下し閉じこもることが多くなった場合。 4) ご機嫌が良いにもかかわらず、笑ってごまかすことがある場合。 5) 体を動かすことにほとんど反応しなくなってきた場合。
作業療法士（会）	*いうことがチグハグ	1) 身体機能・精神機能の評価(高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む)。 2) 生活バランス・作業歴・作業内容・作業方法の評価。 3) 環境調整(家具の配置・目印を付けるなどの工夫の提案・福祉用具の検討)。 4) 介護者への支援方法の指導。 5) 子供のころに還ったことやとんちんかんなことをいうようになってきた場合。 6) ときに悲しそうな表情をみせる場合。
言語聴覚士（会）	脳の病気かそれ以外か	1) 脳血管障害とアルツハイマー型の違い。 2) 急な変化か、徐々に変化しているのか、多職種の情報が必要と思われる場合。
居宅介護支援事業者	各サービス提供者	1) 状況の確認から、サービス担当者会議（カンファレンス）の開催の調整

	連絡協議会〈ケアマネジャー〉(会)	との確認・連絡調整	2) アセスメントの上、必要に応じての介護保険を中心とするサービスの再調整 3) 介護者の体調や精神的な不安などの確認
11. 薬の飲み忘れが目立ってきた。			
	相談できる職種	観察するときの注意	具体的な項目
	歯科医師 (会)	*口腔ケアを理解できない	1) 頻繁に指で口を触ることがある。 2) 急に食事をしなくなり、食習慣の喪失がある。 3) 自分で歯磨きを行う回数が減少することがある。 4) 入れ歯の管理ができなくなり、入れることを嫌がるようになる。 5) 歯を診てもらっていることを忘れてきた場合。 6) 入れ歯の管理ができなくなった場合。 7) 入れ歯をしているのか、していないのかがわからなくなった場合。 8) 口の中が不潔になってきた場合。 9) 食事をしたことを忘れる場合。
	薬剤師 (会)	医薬品の影響 (コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等) による認知症症状発現の疑い	1) 抗不安薬や抗精神薬等の長期連用により、認知症や同様の症状が出る場合がある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品 (市販薬)、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 薬の勘定ができなくなってきた場合に認知症の発症を疑う。 6) 昔の薬やサプリメントなどにこだわってきた場合に認知症の発症を疑う。
	看護師 (看護協会)	*見慣れた人をも忘れる	1) 認知力・精神状態の観察とアセスメント、家族支援。 2) いつも来ている人の顔や名前が分からなくなってきた場合。 3) 日時や目の前にあるものが分からなくなってきた場合。 4) 繰り返しての質問や話をするようになった場合。
	栄養士 (会)	おいしく食べるための食環境のアドバイス	1) 声かけや手を添えて、摂食を促す。 2) 利用者本人のペースで安心して食べられるように見守る。 3) 調理能力・食欲・栄養評価・ADL を把握し、栄養改善につなげる。 4) 摂食機能変化 (食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況) を把握し、栄養改善につなげる。 5) 好きなものだけを欲しがるようになってきた場合。

		6) 食事をしたことを忘れてきた場合。
歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 義歯をはめっぱなしにする、あるいははずしっぱなしにする。 2) 義歯を口に入れる時にどのように入れたらよいかわからなくなる。義歯の上下を間違える、など。 3) 歯磨きや義歯を洗うということをしなくなった場合。 4) 義歯の紛失（ティッシュに包んで忘れる、ゴミ箱に入れる、ポケットに入れて忘れる、など）が起きた場合。
理学療法士（会）	*リハビリの意味 が理解できない	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）移動、移乗方法の指導。 3) 運動量が低下し閉じこもることが多くなった場合。 4) ご機嫌が良いにもかかわらず、笑ってごまかすことがある場合。 5) 体を動かすことにほとんど反応しなくなってきた場合。
作業療法士（会）	*ということがチグハグ	1) 身体機能・精神機能の評価（高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む）。 2) 生活バランス・作業歴・作業内容・作業方法の評価。 3) 環境調整（家具の配置・目印を付けるなどの工夫の提案・福祉用具の検討）。 4) 介護者への支援方法の指導。 5) 子供のころに還ったことやとんちんかんなことをいうようになってきた場合。 6) ときに悲しそうな表情をみせる場合。
言語聴覚士（会）	同じ話を繰り返す	1) 認知機能の評価や家族指導が必要な場合。 2) 多弁なわりに会話内容が空虚になっている場合。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉（会）	各サービス提供者 との確認・連絡調整	1) 状況の確認から、サービス担当者会議（カンファレンス）の開催の調整 2) アセスメントの上、必要に応じての介護保険を中心とするサービスの再調整 3) 介護者の体調や精神的な不安などの確認
12. 今の日時や自分のいる場所が分からなくなってきた。		
歯科医師（会）	*何でも口に入れてしまう	1) 食習慣の喪失や歯磨き習慣の喪失などの日常生活の習慣の減少・喪失が考えられる。 2) 食事をしたことを忘れる場合。 3) 自宅なのか診療所なのか判別できない場合。 4) 食事の時間がわからない。
薬剤師（会）	医薬品の影響（コンプライアンスが	1) 抗不安薬や抗精神薬等の長期連用により、認知症や同様の症状が出る場合がある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。

	悪い・副作用や効き過ぎ等)による認知症症状発現の疑い	3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 薬の先生であることが分からない場合。 6) 薬そのものを理解できない場合。
看護師（看護協会）	*多幸性の認知と幻覚などへの留意	1) 生活状況等の把握とともに他職種との連携 家族支援。 2) 看護師であることが分からない場合。 3) 昔の経歴を忘れたり、こだわったりする場合。
栄養士（会）	必要に応じて調理指導や食環境のアドバイス	1) 食事は一人ではなく皆と一緒に楽しく食べ、適度な刺激をするなど、残存機能を生かすために自分で食べられるよう自助具の工夫をする。 2) 声かけや対話を持って、確認をおこなう。 3) 調理力・食欲・栄養評価、他職種との連携をし、改善につなげる。 4) 摂食機能変化(食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況) を把握し改善につなげる。 5) どんな仕事で相談にのってもらっているか分からない場合。 6) 食べ物に興味を示さなくなった場合。
歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 歯磨きや義歯を洗うなど口の中の清潔が保てない。 2) 義歯のはめ方がわからない、あるいは義歯であることを忘れる。 3) 歯ブラシを渡しても使い方がわからない。 4) 義歯が義歯であるとわからなくて、口の中にいれてもすぐにはずしてしまう。 5) 食具（箸やスプーン）の使い方がわからない。 6) 食事時にがつがつと詰め込むような食べ方をする。 7) 食事時に食物が食物と認識できず、なかなか食べ始めない。 8) 食事時に周りの音に気をとられる、周りに人の動きに気を取られるなど、食事を食べるということに集中できない。 9) やたらとむせる。
理学療法士（会）	*突然動き出す	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）移動、移乗方法の指導。 3) 筋力の低下など運動機能が低下している場合。 4) 介護者の負担が多く寝かされていることが多い場合。

		5) 体の痛みがあり動かない場合。 6) 食事量や水分が減り動けなくなっている場合。 7) 家屋構造や使用している道具が合わない場合。 8) どんな仕事で相談にのってもらっているか分からない場合。 9) リハビリの意味が理解できなくなった場合。
作業療法士（会）	*大きな音は聞こえても意味が理解不能	1) 身体機能・精神機能の評価(高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む)。 2) 生活バランス・作業歴・作業内容・作業方法の評価。 3) 環境調整(家具の配置・目印を付けるなどの工夫の提案・福祉用具の検討)。 4) 介護者への支援方法の指導。 5) どんな仕事で相談にのってもらっているか分からない場合。 6) 言われたこと以外のことはしない場合。
言語聴覚士（会）	音が聞こえることと反応のちがはぐ	1) 音は聞こえているようだが、発語ができない。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉（会）	各サービス提供者との確認・連絡調整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認

F. うつ症状について留意すべきこと

【普段と比べて、何かきっかけでもあったのか、生活の実感が乏しいようで、わけもなく疲れたようで、不眠を訴えるようになってきて、ときに「おやっ」「あっ」と思うことがある】

(1) 最近になって日常生活や対人関係が変わってきていること			
13. 日々の生活に活気がなく、表情が乏しくなってきた。			
相談できる職種	観察するときの注意	具体的な項目	
歯科医師（会）	*食事の拒否がある	1) 「咀嚼運動」により脳血流量を上げ、「食べる楽しみ」を理解して貰うようにする。 2) 食事の時、食べさせ方や食べる順番が本人の意思や好みと違っていると、自分の意思通りにして貰えないことへの不満から、自分の意思を諦めて現実逃避の傾向が見られることがある。 3) 歯の治療をしても無関心なことが多い場合。	

		4) 入れ歯がほうりっぱなしになっている場合。 5) よく噛んでいない、または良く噛めない場合。 6) 食事を拒否する場合。
薬剤師（会）	医薬品の影響（コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等）によるうつ症状等発現の疑い	1) インターフェロン製剤、副腎皮質ホルモン製剤等による副作用の可能性がある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 例えば服薬を無視するようになってきた場合、うつ発症の場合がある。
看護師（看護協会）	*外出を嫌がる	1) 経過観察。 2) 寝ていることが多くなってきた場合。 3) 外出をいやがるようになってきた場合。
栄養士（会）	食事の様子観察と評価をし、食事アドバイス	1) 食欲低下、食事摂取量の減少あり、何に対しても意欲がなくなっている状態がある。 2) 観察、見守りをして体重減少・体調管理のチェック等を支援する。 3) 栄養評価・ADL 評価、食事状況の把握と食事提供。 4) 摂食機能変化(食欲、食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)を把握し、改善につなげる。 5) 食事をとらなくなってきた場合。 6) 食事に関しておいしい、おいしくないの感想をいわなくなってきた場合。
歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 歯磨きや義歯の清掃をしなくなった場合。 2) 義歯を使用しなくなった場合。 3) 食事の嗜好が変化した場合。 4) 味覚が変化し、食事がおいしくない、という場合。
理学療法士（会）	*リハビリ中になげやりな言葉	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）。 3) 歩行能力の低下などにより外出の機会が減っている。 4) 筋力低下などが起こってきている場合。 5) リハビリ中になげやりな言動を示す場合。 6) 車椅子に乗ることを拒むようになってきた場合。
作業療法士（会）	*死にたいなど口	1) 身体機能・精神機能の評価(高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む)。

	走る	2) 生活バランス・作業歴・作業内容・作業方法の評価。 3) 介護者への支援方法の指導。 4) 病状や服薬内容の確認、他職種への連携(通所サービスの提案も含む)。 5) 人と話をすることがいやになってきた場合。 6) 生きることを否定するような言動がみられる場合。
言語聴覚士(会)	うつの悪循環か	1) 人との接触を拒んで、ますますコミュニケーションがとれなくなる。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマ ネジャー〉(会)	各サービス提供者 との確認・連絡調 整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議(カンファレンス)とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認
14. 物事を悲観的に考えるようになってきた。		
歯科医師(会)	*嫌いな食べ物を 無視する	1) 口腔機能の向上が、活力ある生活を取り戻せる可能性がある。 2) 食事の時、食べさせ方や食べる順番が本人の意思や好みと違うと、自分の意思通りにして貰えないことへの不満から、悲観的になることがある。 3) 歯を治そうとしない傾向がみられる場合。 4) 口の重要性を理解しなくなってきた場合。 5) 食事の介助を拒否したり嫌がるようになった場合。 6) 歯磨きを嫌がるようになった場合。
薬剤師(会)	医薬品の影響(コ ンプライアンスが 悪い・副作用や効 き過ぎ等)による うつ症状等発現の 疑い	1) インターフェロン製剤、副腎皮質ホルモン製剤等による副作用の可能性はある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品(市販薬)、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 例えば服薬を拒否する傾向がみられると、うつの場合がある。
看護師(看護協会)	*「私なんかどう でもいい」という ような言動	1) 経過観察と情報の共有と連携。 2) 私なんか、どうでもいいというような言動がみられる場合。 3) 死にたいことを口にする場合。
栄養士(会)	おいしく食べるた めの食事の工夫を 提供	1) 体の健康と心の健康は関係しているので、食生活状況・体調管理を把握して他職種と連携情報を共有し協力する。 2) 栄養評価・ADL 評価、他職種連携、食事状況の把握と食事提供。

		3) 摂食機能変化(食欲、食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)を把握し、改善につなげる。 4) 食事を拒否する場合。 5) やせることに無関心である場合。
歯科衛生士(会)	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 口や歯のほんのわずかなことでも気にし続けるような場合。 2) エチケットとしての歯磨きなどをしなくなった場合。 3) 食べることに無関心になってきた場合。 4) 義歯を使用しなくなる場合。 5) 口を触られることを嫌がる場合。
理学療法士(会)	*何をしたいのかわからない	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等(嚥下機能・座位姿勢含む)。 3) 生活に目標が定まっていない場合。 4) リハビリを拒否する場合。 5) 治らないことをさかんに口にする場合。
作業療法士(会)	*生活へのハリを欠く	1) 身体機能・精神機能の評価(高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む)。 2) 生活バランス・作業歴・作業内容・作業方法の評価。 3) 介護者への支援方法の指導。 4) 過去のことにこだわるような言動がある場合。 5) 何もしないで暗いところでじっとしていることが多い場合。
言語聴覚士(会)	話し合いを避ける	うまく話せないことへのもどかしさが強い。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマ ネジャー〉(会)	各サービス提供者 との確認・連絡調 整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議(カンファレンス)とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認

G. 低栄養について留意すべきこと

【普段と比べて、やせてきた、体がむくんでいる、圧迫部に赤みがみられるようになってきたなど、「おやっ」「あっ」と思うことがある】

(1) 体重が増えたり、減ったりすること			
15. 食事のとり方が悪くなったり、体重が増えたり減ったりしてきた。			
相談できる職種	観察するときの	具体的な項目	

		注意	
	歯科医師（会）	*食べ方が異様	1) むし歯や歯周病で歯が動揺して噛めないとか、入れ歯の不適合・破損、歯の喪失、摂食嚥下機能の低下、誤嚥性肺炎、唾液分泌低下による口腔乾燥、口腔粘膜疾患、口角炎等の可能性がある。 2) 食べ方が下手になってきた場合。 3) 食べたものをこぼすようになってきた場合。 4) 食事が不規則な場合。 5) 食べ方が異様な場合。 6) 入れ歯の具合が悪そう、歯や歯茎が痛そうな場合
	薬剤師（会）	医薬品の影響（コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等）による体重増減の可能性	1) 抗不安薬や抗精神薬等の長期連用により、認知症や同様の症状が出る可能性があり、食事のとり方に影響する。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 利尿剤が使われている場合、体重が減少する場合がある。 6) 下剤が使われている場合、体重が減少する場合がある。 7) 一部の抗精神薬により、食欲が増進する可能性がある。
	看護師（看護協会）	*排泄・排尿の量がおかしい	1) 嚥下状態や、消化器症状等の状態把握とアセスメント。 2) 痛みや微熱を伴っていることがある場合。 3) 治療による食欲の低下がある場合。
	栄養士（会）	低栄養状態の改善	1) 食事摂取量の変化、疾病はないか、利尿剤等の変化、食欲の低下・脱水・下痢はないか、ストレスはないか、運動量は増えていないか等の確認をし、改善につなげる。 2) 栄養評価、ADL 評価、食事状況の把握、服薬と食事の関係を把握し改善につなげる。 3) 摂食機能変化(食欲、食事形態・食事回数・味覚異常・摂取量変化、食事介助状況)を把握し改善につなげる。 4) 体重減少率、血清 Alb 値を把握し改善につなげる。 5) 食事の摂取、カロリーが不足している場合。 6) 食事の用意が十分にできていない場合。
	歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 嚥下機能が低下し、十分な栄養が摂取できていない。 2) 口の機能に合った食形態が提供されていない。 3) 食べこぼしが多い。 4) 歯または義歯にトラブルがあり、痛みや不具合がある場合。

		5) 嚥下食でカロリーが不十分な場合。 6) 食事をする環境（姿勢、食具、騒音など）が本人に適していない場合。
理学療法士（会）	*やせが目立つ	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）。 3) 座位がうまく取れず飲みこみが悪くなっている場合。 4) 手足特に手の動きが悪くなってきた場合。 5) 介護者の負担が大きく生活に変化がなくなった場合。 6) 運動量が落ちてきている場合。 7) 利き手がうまく使えない場合。
作業療法士（会）	*食事の取り方がでたらめ	1) 身体機能(呼吸器・循環器・口腔嚥下機能評価含む)。 2) 精神機能の評価(高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む)。 3) 生活バランス(特に日中の活動量確認)、作業内容・作業方法の評価。 4) 介護者への支援方法の指導。 5) 病状や服薬内容の確認、食事内容の確認、食事時の姿勢や環境(机やいすの高さ) 評価。 6) 精神的な落ち込みがみられる場合。 7) スプーンなど食事のとり方がうまくない場合。
言語聴覚士（会）	食事をこぼしてむせる	1) 食事の時に、詰まらせたり、ムセたり、食べこぼすことが増えた。 2) 食事量の減少や、体重の減少がある。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマ ネジャー〉（会）	各サービス提供者 との確認・連絡調 整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認
16. 寝だこ（圧迫されたところ）が赤くなってきた。		
歯科医師（会）	*口の中が赤い	1) 義歯による圧迫で、義歯性の潰瘍が口腔内にできることがある。 2) 入れ歯の当たりそうところが赤くなっている場合。
薬剤師（会）	*思わぬところが赤い*薬剤の適正使用	1) 圧迫されていないところでも赤い部位があるので、よく観察する。 2) 熱を伴っている場合には、特に注意は必要である。 3) 適切な薬剤使用により、治療期間が短縮できる。
看護師（看護協会）	*陰部のかぶれ	1) 栄養状態、物理的環境、介護力などの状態把握とアセスメント。環境調整。 2) おむつかぶれや皮膚がただれている場合。

		3) いつも同じところが赤くなる場合。
栄養士（会）	低栄養状態の改善	1) 褥瘡の始まりといわれ、骨の突出部分の皮膚が発赤になりやすい。 2) 低栄養状態をよくするため食事摂取量のアップと食欲増進を図り、体力をつける。 3) 栄養状態評価、低栄養状態(褥瘡等)への対応をする。 4) 摂食機能変化(食欲、食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)を把握し、栄養改善につなげる。 5) 排便量が少ない場合。 6) 食べる量が急に少なくなっている場合。
歯科衛生士（会）	□の中の汚れ □臭の有無 義歯装着の有無	1) 嚥下機能が低下し、十分な栄養が摂取できていない。 2) □の機能に合った食形態が提供されていない。 3) 食べこぼしが多い。 4) 歯または義歯にトラブルがあり、痛みや不具合がある場合。 5) 嚥下食でカロリーが不十分な場合。 6) 食事をする環境(姿勢、食具、騒音など)が本人に適していない場合。
理学療法士（会）	*皮膚が弱い	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等(嚥下機能・座位姿勢含む)移動、移乗方法の指導。 3) 寝返りがうまくできなくなったり筋力が低下してきている場合 4) 関節拘縮が起きてきている場合。 5) マット・クッションなどの道具が合わない場合。 6) 一寸体を動かすと皮膚がむける場合。 7) 立たせると足が象のような感じがみられる場合。
作業療法士（会）	*指輪がスカスカ	1) 身体機能(呼吸器・循環器・口腔嚥下機能評価含む)精神機能の評価。 2) 指の太さが細くなったり、太くなったりしてきている場合。 3) 指輪のところがスカスカか、食い込んでいる場合。
言語聴覚士（会）	顔面にもむくみ	1) 顔がぼうっとしてはれている感じ。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈介護支 援専門員〉（会）	各サービス提供者 との確認・連絡調 整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認
17. むくみが出たり、腹部が大きくなったりしてきた。		

歯科医師（会）		1) 咀嚼回数の減少による満腹感の低下と過食等が考えられる。
薬剤師（会）	医薬品の影響（コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等）による浮腫発現の疑い	1) 糖尿病治療薬や副腎皮質ホルモン剤等の副作用により、むくみの症状が出る可能性がある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。
看護師（看護協会）	*体がブヨブヨで重そう	1) 状態把握とアセスメント。 2) 食事摂取状態や生活の変化など、状態把握とアセスメント。
栄養士（会）	特別食が必要な可能性	1) 食事摂取量の変化を確認・浮腫の確認・体重が増える疾患・薬があるか。 2) 糖尿病の改善・便秘があるか等把握し、改善につなげる。 3) 栄養評価・食事形態の変化と塩分摂取量、疾病の把握把握をし、改善につなげる。 4) 摂食機能変化(食欲、食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)。
歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 心疾患などの病状の悪化。 2) 心身機能の低下が並行して起こり、口腔内の清潔保持ができない。
理学療法士（会）	*体動が急に重くなっている	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）。 3) 動く量が減ったり呼吸が荒くなった場合。
作業療法士（会）	*精神的にもどんよりしている	1) 身体機能(呼吸器・循環器・口腔嚥下機能評価含む) 精神機能の評価。 2) 病状や服薬内容の確認、他職種への連携。
言語聴覚士（会）	顔面にもむくみ	1) 食事を取りたがらない。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉（会）	各サービス提供者との確認・連絡調整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認

H. 口腔機能の低下について留意すべきこと

【普段と比べて、固いものが食べにくい、むせることがある。口のなかが汚くなってきたなど、「おやっ」「あっ」と思うことがある】

(1) 口腔内外に異常があるようなこと

18. 口の中が痛い、飲み込みが悪い、むせる、口臭があるなどの症状がでてきた。

相談できる職種	観察するときの注意	具体的な項目
歯科医師（会）	*口腔への無関心	1) むし歯で歯が痛んだり、歯周病で歯がグラグラしたり、噛み合わせが悪くなって入れ歯がガタガタすると、入れ歯が安定しなくて飲み込みが悪くなっている場合がある。 2) 食事がとれなくて体力低下している可能性がある。 3) 口内炎や口角炎を起こしている可能性がある。 4) 口腔機能や摂食・嚥下機能が低下している可能性がある。 5) 口の中が汚い場合。 6) 噛む力が弱い場合。 7) いつまで口の中に留めて飲み込もうとしない場合。 8) むせや、食べこぼしが見られる場合 9) 口の中が乾いている場合。
薬剤師（会）	医薬品の影響（コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等）による口渇等発現の疑い	1) 抗コリン作用のある感冒薬、抗不安薬や頻尿の薬等により口渇を引き起こすことがある。 2) 薬剤の副作用によりパーキンソニズムが起き嚥下機能が低下することもある。 3) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 4) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 5) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 6) 薬の剤型や飲み方がばらばらな場合には、処方変更を医師に行う。
看護師（看護協会）	*よだれに留意	1) 口腔内・嚥下状態の観察とアセスメント、口腔ケア。 2) 呼吸器症状がみられる場合。 3) 排便量が少ない場合。 4) 口の中に物を溜め込むことがある場合。 5) 流涎がある場合。
栄養士（会）	摂食・嚥下が困難な可能性	1) 口腔内の障害程度にあわせて、他職種への情報・連絡・協力を仰ぐ。 2) 食事に関しては、本人にあった食事形態の提供をする。 3) 家族や本人へ、理解しやすい情報発信をする。 4) 栄養評価・舌苔・嚥下テスト、他職種連携、嚥下障害程度により食形態の提供。 5) 摂食機能変化(食欲、食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)を把握し、改善につなげる。

		6) 食事にむらがある場合。 7) 食後に熱を出すことがみられる場合。
歯科衛生士（会）	□の中の汚れ □臭の有無 義歯装着の有無	1) 歯周病で歯ぐきが腫れて痛い、歯がぐらぐらしている場合。 2) むし歯があり、痛みがある場合。 3) むし歯で歯が折れて、残った歯の根っこが舌や粘膜にあたって痛い場合。 4) □内炎など粘膜トラブルがある場合。 5) 上記のような理由で痛みのために歯ブラシを使うことを嫌がる場合。 6) 上記のような理由で義歯を使わなくなった場合。 6) 部分義歯の歯に止める金具が歯茎に食い込んでいて痛い場合。 7) 食後にいつまでも食べ物が□の中に残っている場合。 8) 水分でむせる場合。 9) 食べ物の嗜好が変化した場合。
理学療法士（会）	* 寝てばかりいる傾向が目立つ	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）。 3) 座位がうまく取れず飲みこみがうまくできない。 4) 首の力が低下してきている場合。 5) 寝ていることが多くなった場合。 6) 体力不足が感じられる場合。 7) うまく痰が出せない場合。
作業療法士（会）	* 声が小さくなってきたことへの留意	1) 身体機能(呼吸器・循環器・口腔嚥下機能評価含む)。 2) 精神機能の評価(高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む)。 3) 生活バランス(特に日中の活動量確認)、作業内容・作業方法の評価。 4) 介護者への支援方法の指導。 5) 病状や服薬内容の確認、食事内容の確認、食事時の姿勢や環境(机やいすの高さ) 評価。 6) 声が小さい場合。 7) □や顔の表情が乏しい場合。
言語聴覚士（会）	むせることを怖がる	1) スプーンを舌でどけてしまう。 2) 嚥下機能の評価や家族指導、環境調整が必要な場合。
居宅介護支援事業者	各サービス提供者	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。

	連絡協議会〈ケアマネジャー〉（会）	との確認・連絡調整	2) 介護者の体調や精神的負担などの確認
19. 本人の言葉が聞き取りにくかったり、会話が減ったりしてきた。			
	歯科医師（会）	*発音が不明瞭になってきたことへの留意	1) むし歯で歯が痛んだり、歯周病で歯がグラグラしたり、噛み合わせが悪くなって入れ歯がガタガタすると、入れ歯が安定しなくて発音が悪くなっている場合がある。 2) 口腔機能の低下により、発音が不明瞭になっている場合がある。 3) 脳梗塞により口腔機能に軽度の麻痺が出ている可能性がある。 4) むせや食べこぼしがある場合。 5) 飲み込みが上手くできない場合。 6) 入れ歯が合わない場合。 7) 脳梗塞により麻痺がある場合。
	薬剤師（会）	医薬品の影響（コンプライアンスが悪い・副作用や効き過ぎ等）による発語異常発現の疑い	1) 抗コリン作用のある感冒薬、抗不安薬や頻尿の薬等により口渇を引き起こすことがある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 5) 例えば口の筋肉がふるえたり、どもったりする場合、副作用が考えられる。
	看護師（看護協会）	*しゃべり方に留意	1) 経過観察とともに多職種との連携。表情筋の訓練や舌運動などの支援。 2) 口の中に物を溜め込むことがある場合。 3) しゃべり方がいつもと違ってきている場合。
	栄養士（会）	摂食・嚥下が困難な可能性	1) 食生活の場で、摂食・嚥下機能の低下による症状を理解できるよう情報発信し、食事環境との関連を改善できるような対策を支援する。 2) 栄養評価、他職種連携、水分補給、食事提供による脱水予防。 3) 摂食機能変化（食欲、食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況）を把握し、改善につなげる。 4) 口が渇き、唾液がすくない場合。 5) むせることが多く、しゃべりにくそうな場合。
	歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 表情が乏しい。 2) 舌苔がついている。 3) よだれが多くなる。

		4) 食べ物の嗜好が変化してきた。 5) 錠剤や粉剤が飲み込めない。 6) 食事に要する時間が長くなってきた場合。 7) 水分でむせる場合。 8) 食べこぼしが目立つ場合。
理学療法士（会）	*指示に従おうとしない	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）。 3) 声がかれたり、かすれている場合。 4) 呼吸の仕方が悪い場合。
作業療法士（会）	*声が聞き取りにくい	1) 身体機能(呼吸器・循環器・口腔嚥下機能評価含む)。 2) 精神機能の評価(高次脳機能障害・認知症・精神疾患障害の評価も含む)。 3) 生活バランス(特に日中の活動量確認)、作業内容・作業方法の評価。 4) 病状や服薬内容の確認、食事内容の確認、食事時の姿勢や環境(机やいすの高さ) 評価。 5) 人見知りがあるような場合 6) もぐもぐして言葉を濁す場合。
言語聴覚士（会）	明らかな言語障害	1) 言語機能面・認知機能面の評価 2) 嚥下機能面の評価
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉（会）	各サービス提供者との確認・連絡調整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認
20. 入れ歯の具合が悪くなってきた。		
歯科医師（会）	*入れ歯が合っていないような様子	1) 体重減少で歯ぐきが痩せている可能性がある。 2) むし歯があったり、入れ歯が割れていたり、または入れ歯の上下の組み合わせが違う（新旧など）事がある。 3) 入れ歯を支える歯が抜けたり、ぐらぐらして、入れ歯の安定が悪い可能性がある。 4) 歯がグラグラしていたり、口腔乾燥症、口内炎や舌炎がある可能性がある。 5) 入れ歯のことにに関して訴えが多い場合。 6) 入れ歯のことにに関して無関心になってきた場合。
薬剤師（会）	医薬品の影響（コンプライアンスが	1) 降圧剤のCa拮抗薬による歯肉肥厚（歯肉が腫れる）等の副作用の可能性がある。 2) 処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。

	悪い・副作用や効き過ぎ等)による 歯肉肥厚発現の疑い	3) 処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 4) 一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。
看護師(看護協会)	*入れ歯に関する訴えが多い	1) 歯科医に情報提供するとともに栄養状態の評価。 2) 入れ歯のことにに関して訴えが多い場合。 3) 口の中のことにに関して訴えが多い場合。
栄養士(会)	介護食の相談の可能性	1) 歯科医の紹介と連携をとり、本人の程度を把握して、食事形態を確認して提供する。 2) 栄養評価、他職種連携、咀嚼状況把握と食事提供。 3) 摂食機能変化(食欲、食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)を把握し、改善につなげる。 4) 入れ歯の不具合のために食事摂取が不十分な場合。 5) 入れ歯のために食事内容が偏っている場合。
歯科衛生士(会)	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 話をしていると口の中でカタカタと音がする。また話す時、いつも口に手を当てる。 2) 食事の時間が長い。 3) 食べ物の嗜好が変化してきた、食事量が減少した。 4) 義歯をはずしていることが多い。 5) 病後、体重が減少した。
理学療法士(会)	*口をもぐもぐさせるばかり	1) リハビリ中、口をもぐもぐさせている場合。 2) リハビリ中、口の中のことに気をとられている場合。
作業療法士(会)	*入れ歯に関心がない	1) 口腔内状態の確認(傷の有無)、他職種への連携。 2) 入れ歯がいつも汚れた状態である場合。 3) 入れ歯のことにに関して無関心になってきた場合。
言語聴覚士(会)	食事が取れない	1) 嚥下が下手になった場合 2) 言語症状の悪化の有無や内容などの評価が必要な場合。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉(会)	各サービス提供者との確認・連絡調整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議(カンファレンス)とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認

I. 介護をしている人（家族・同居人など）について留意すべきこと

【普段と比べて、家の中が雑然としてきて、患者の世話に手抜き（ネグレクト）や虐待が疑われるようで、あざがあったり、ときには介護をする人が、なげやりな態度を見せるなど、「おやっ」「あっ」と思うことがある】

(1) 介護をする人の疲労や活力の低下、不安がみられること			
21. 介護をしている人の愚痴が多くなってきた。			
相談できる職種	観察するときの注意	具体的な項目	
歯科医師（会）	* 食事支援が乱暴である	1) 介護者の食事（食事時間の異常な延長等）や口腔ケアの介助、義歯の脱着・洗浄が介護者の大きな負担になっている可能性がある。 2) 口腔機能の低下や咀嚼機能の低下はないか。 3) 食事の時、食べさせ方や食べる順番が本人の意思や好みと違うと、自分の意思通りにして貰えないことへの不満を募らせて、介護者につらく当たることが多くなる。 4) 利用者の入れ歯の手入れが面倒になったなどという場合。 5) 利用者の口の中をきれいすることがいやになったなどという場合。 6) 食事の介助を拒否されるようになった場合。	
薬剤師（会）	介護者の服用薬等の影響の可能性	1) 介護者の処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 2) 介護者の処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 3) 介護者の一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 4) 利用者の薬の管理が煩わしくなったなどという場合に疑う。 5) 薬を丁寧に仕分けして飲ませることが面倒になってきたなどという場合に疑う。	
看護師（看護協会）	* 支援とぐちが混在している	1) 介護相談、レスパイトサービスの利用などケアマネジャーへの情報提供。 2) 介護する人が利用者の病気、介護に関するいろいろなことをいう場合。 3) 介護する人が自分自身のことを含めて、毎回とりとめのないことを漠然という場合。 4) 介護する人が肉体的疲労（疲れ）を口にする場合。 5) 介護についての不安を話す場合。 6) 急に無口になってきた場合。	
栄養士（会）	食事介助の方法、調理指導の支援	1) 訪問した時に本人の役割を、説明して理解してもらう。 2) 本人のできる力を生かしてもらうことが家族と本人が元気になるコツ(例 全介助でなく食事の一部介助、ADL	

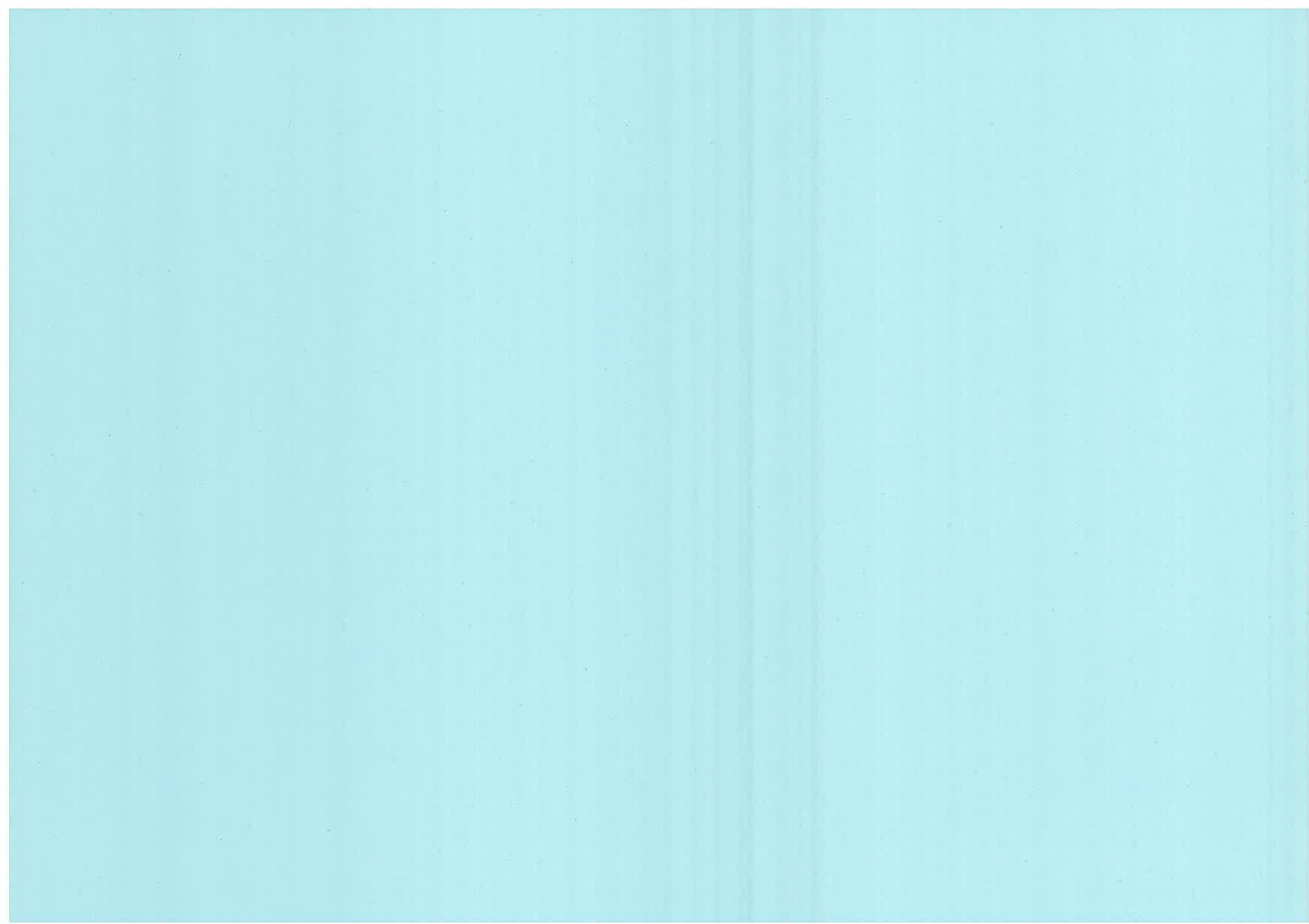
		の一部介助)。 3) 栄養評価、調理・介助状況(食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)、排泄状況。 4) 利用者の食事が3度も毎回手間隙がかかるなどという場合。 5) 利用者の排泄物の処理が汚くていやなどという場合。
歯科衛生士(会)	介護者・要介護者ともに 口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 要介護者に対して口腔ケアをしなくなった場合。 2) 食事介助時に要介護者の食べ方などを見ずに機械的に介助している場合。 3) 訪問者を疎ましく思うような気配がある場合。 4) 介護者から口臭を感じる場合。
理学療法士(会)	*リハビリを任せきりにする	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等(嚥下機能・座位姿勢含む)。 3) 介護者の筋力低下など運動機能が低下してきた場合。 4) 利用者のリハビリ付添、見守り、相談などが少なくなってきた場合。 5) 利用者のリハビリに関して、効果がないなどの否定的なことをいう場合。
作業療法士(会)	*他人との交わりを拒む傾向	1) 身体機能・精神機能の評価(口頭でのアセスメント)。 2) 生活バランス・作業歴・作業内容・作業方法の評価(口頭でのアセスメント)。 3) 利用者和其他の人と会わせないような対応がある場合。 4) 家の中が雑然としてきている場合。
言語聴覚士(会)	リハビリに無関心	1) 介護者の愚痴が増えた場合。 2) リハビリへの要望を言われなくなった場合。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉(会)	各サービス提供者との確認・連絡調整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議(カンファレンス)とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的な不安などの確認と、休息をとるためのサービスの調整
22. 介護をしている人が、緊急時への不安を言うようになってきた。		
歯科医師(会)	*口腔に関する緊急時のことをいう	1) 口腔内の不安はかかりつけ歯科医師に相談し、食べられない時は義歯を作るばかりではなく、口腔機能の現状を診断して、食形態の変更を指示する事もある。 2) 誤嚥への不安はかかりつけ歯科医師に相談。 3) 口および周囲から血がでている場合。 4) 自然に歯が抜けてしまいそうな場合。

		5) 食べ物が喉に詰まったり、窒息の可能性がある場合。 6) 夜間などに歯痛を訴える可能性がある場合。
薬剤師（会）	介護者の服用薬等の影響の可能性	1) 介護者の処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 2) 介護者の処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 3) 介護者の一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 4) 救急のときに服用する薬にこだわってきている場合に疑う。 5) 薬を丁寧に仕分けして飲ませることが面倒になってきたなどという場合に疑う。
看護師（看護協会）	*肉体的な苦しさの緊急時への対応	1) 介護相談、24 時間緊急時対応。 2) 肉体的な苦しさなどいろいろなことをいう場合。 3) 医師は必ずきてくれるかなどを執拗に聞く場合。
栄養士（会）	おいしく食べるための食環境での支援	1) 精神的ストレスがある場合等不安感が出ることもあり、訪問して対話を持つ。 2) できることから情報提供をしていく。 3) 栄養評価、嘔吐、誤嚥の恐れ判定、他職種との連携を把握し、改善につなげる。 4) 介護する人が、利用者が食事を食べないとどうなるかなどを聞いてくる場合。 5) 介護する人が利用者の排泄が少ないことをさかんに聞いてくる場合。
歯科衛生士（会）	口の中からの出血 口の中の痛み 義歯装着の有無	1) 夜間や就寝時に無意識にはずすことが多いので、シーツ、枕カバー、パジャマなどベッドや身体周辺を探す。 2) 昼間は衣服のポケット、椅子の座面やクッションの間、居室内、トイレの中などを探す。 3) 部分床義歯あるいは下顎総義歯も飲み込むことも多いので、まずは本人の咽頭を確実に覗き込む。 4) 周辺には見つからず、咽頭も目視で見えなければ、念のため受診してレントゲン撮影で体内にあるか確認する。 5) むし歯、歯周病と思われたら歯科受診。 6) 義歯の金具が歯肉に食い込んでいる、義歯がはずせない、などは歯科受診。 7) むし歯で折れた歯が舌や粘膜を傷つけている場合は歯科受診。 8) 顎の関節が外れた、口が閉まらない、などは歯科受診。 9) 義歯を紛失して、食べにくくなった場合。 10) 口の中で痛いところがある場合。
理学療法士（会）	*心肺への緊急時への対応	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等（嚥下機能・座位姿勢含む）。 3) 介護の負担が大きくなっている場合。 4) 相談相手が減ってきている場合。

			5) 介護する人が利用者のリハビリを無視する場合。 6) ときにリハビリの邪魔をしたり、効果がないなどの否定的なことをいう場合。
作業療法士（会）	*精神的な緊急時への対応		1) 身体機能・精神機能の評価(口頭でのアセスメント)。 2) 生活バランス・作業歴・作業内容・作業方法の評価(口頭でのアセスメント)。 3) 介護する人が利用者和其他の人と会わせないような対応がある場合。 4) 精神的な苦しさをいろいろという場合。
言語聴覚士（会）	緊急を理解しない		1) 悪い状況になっても無口となる。 2) 介護の負担感や利用者の状況についての訴えがほとんどない場合。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉（会）	各サービス提供者との確認・連絡調整		1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的な不安などの確認と、休息をとるためのサービスの調整
(2) 介護する人や身近な人を無視する傾向がみられること			
23. 介護をしている人に、なげやりな態度がみられるようになってきた。			
相談できる職種	観察するときの注意	具体的な項目	
歯科医師（会）	*口腔に無頓着な傾向	1) 口臭が悪化したり、口腔内を見せない行動をとる場合は、かかりつけ歯科医師に相談。 2) 食事の時、食べさせ方や食べる順番が本人の意思や好みと違くと、自分の意思通りにして貰えないことへの不満を募らせて、介護者につらく当たることが多くなる。 3) 介護する人が入れ歯を放置する場合。 4) 口の中の清潔を放置する場合。 5) 食事介助の時、介助者の食べさせる順番、量、タイミングなどが本人の希望と違う場合。	
薬剤師（会）	介護者の服用薬の影響の可能性	1) 介護者の処方せん医薬品や一般用医薬品（市販薬）、健康食品による副作用や効き過ぎの確認を行う。 2) 介護者の処方せん医薬品の場合は、処方の変更を医師に照会する。 3) 介護者の一般用医薬品や健康食品の場合は、適宜アドバイスを行う。 4) 薬の与え方がいい加減になってきている場合に疑う。	
看護師（看護協会）	*「我関せず」の態度	1) 経過観察をし、必要時には多職種と情報共有し連携を図る。 2) 家の中にゴミが一杯溜まってきているような場合。 3) 介護する人が詳細を話すことをいやがるようになってきている場合。	
栄養士（会）	必要に応じたの調	1) 他職種連携して情報を共有し、介護者の疲れを取る時間を作る公的機関の情報提供をする。	

		理指導の支援	2) 栄養評価、他職種連携を把握し、改善につなげる。 3) 調理・介助状況(食事形態・食事回数・摂取量変化、食事介助状況)、排泄状況を把握し、改善につなげる。 4) 食事の提供が、犬や猫に与えるような振る舞いがある場合。 5) 食事内容を考えずに、あるものだけで済ます傾向がみられる場合。
	歯科衛生士(会)	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 口腔ケアを拒否する、介護抵抗する、などがある場合。 2) 心身の不活発病による口腔内の不潔、口臭などがある場合。 3) 義歯を使わなくなった場合、あるいは義歯をはずすことを拒否する場合。 4) 介護する人が口腔ケアをしなくなった場合。
	理学療法士(会)	*理学療法士に怒りをぶつける	1) 原因は、病状の悪化・廃用症候群の進行・住環境、介護環境の不適。 2) 対処は、心身機能の再評価・住環境・介護環境の指導・運動指導等(嚥下機能・座位姿勢含む)。 3) 介護の負担が大きくなっている場合。 4) 介護する人のリハビリへの関心が徐々に薄れてきている場合。 5) リハビリ中に介護する人が理学療法士や利用者を怒ったり、怒鳴ったりする場合。
	作業療法士(会)	*全てを世の中のせいにする	1) 身体機能・精神機能の評価(口頭でのアセスメント)。 2) 生活バランス・作業歴・作業内容・作業方法の評価(口頭でのアセスメント)。 3) 介護する人が利用者和其他の人と会わせないような対応がある場合。 4) 日常生活のみならず、世間的なことなどあらゆることに否定的な言動がみられる場合。
	言語聴覚士(会)	無口に注意	1) 全くと言っていいほど話をしない場合。 2) 介護者の負担が増えている場合。 3) 利用者の要望が介護者へ伝わらず、ストレスがたまっている場合。 4) 言語機能、認知機能、嚥下機能の評価。
	居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉(会)	各サービス提供者との確認・連絡調整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議(カンファレンス)とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的負担などの確認
24. 介護をしている人が、虐待をしているかもしれないと、感じられてきた。			
	歯科医師(会)	*口腔周囲を丁寧にみる	1) 口腔衛生状態の悪化・放置はネグレクトの可能性はある。 2) 口腔ケア不良・歯科疾患増悪は一つのサインとなる。 3) 介護する人が利用者の入れ歯を放置する場合。 4) 利用者の口の中の清潔を放置する場合。

薬剤師（会）	*明らかに不適切な投薬	1) 介護する人が薬の管理を放置する場合に疑う。 2) 利用者へ薬を飲ませていなく感じられる場合に疑う。
看護師（看護協会）	*利用者と介護する人の態度がチグハグ	1) ケアを通して情報収集をし、適切な対応をする。 2) 要介護者及び介護者への支援。 3) 利用者の意外なところに傷や発赤がみられる場合。 4) 利用者の身の回りの世話をしないように感じられる場合。
栄養士（会）	食事の様子を観察し食事内容について支援	1) 他職種連携して情報を共有し、介護者の疲れを取る時間を作る公的機関の情報提供をする。 2) 栄養評価、他職種連携を把握し、改善につなげる。 3) 介護する人が食事や水分を十分に提供していないと感じられる場合。 4) 排泄物の始末を放置していると感じられる場合。
歯科衛生士（会）	口の中の汚れ 口臭の有無 義歯装着の有無	1) 食事量が減っている、明らかに残食が多い＝口の機能に適した調理がされていない。 2) 唇や舌が渇いた感じがある＝水分補給が十分になされていない。 3) 口から血が出ている＝顔をたたいた時に口の中が傷つくことがある。 4) 口の中が不潔になっている場合。 5) 義歯がはずされたままになっている、あるいははめたままになっている場合。
理学療法士（会）	*思わぬところにあざがある	1) 介護する人が利用者のリハビリを無視する場合。 2) ときにリハビリの邪魔をしたり、効果がないなどの否定的なことをいう場合。
作業療法士（会）	*なんとなくオドオドしている	1) 身体機能・精神機能の評価(口頭でのアセスメント)。 2) 生活バランス・作業歴・作業内容・作業方法の評価(口頭でのアセスメント)。 3) 介護する人が利用者と他の人と会わせないような対応がある場合。 4) 利用者が打ち解けてこない場合。
言語聴覚士（会）	無言に注意	1) 無言の抵抗のように感じられる。 2) 介護者から訪問者への挨拶や声かけがほとんどみられない場合、または介護者が不在。
居宅介護支援事業者 連絡協議会〈ケアマネジャー〉（会）	各サービス提供者との確認・連絡調整	1) 状況の確認から再アセスメントの上必要に応じサービス担当者会議（カンファレンス）とサービス調整を行う。 2) 介護者の体調や精神的な不安などの確認と、休息をとるためのサービスの調整



連携リスト：医師

[illegible]

施設 番号	機能（サービス対応）一覧	
1	コメント：	
2	コメント：	
3	コメント：	
4	コメント：	
5	コメント：	
6	コメント：	
7	コメント：	
8	コメント：	
9	コメント：	
10	コメント：	

連携リスト：歯科医師

* かかりつけ医がある場合は、連携先に注意する

●コーディネーター／連絡先：

TEL:

-

FAX:

—

—

担当者:

[illegible]

診療 所番 号	機能（サービス対応）一覧	
1	コメント：	
2	コメント：	
3	コメント：	
4	コメント：	
5	コメント：	
6	コメント：	
7	コメント：	
8	コメント：	
9	コメント：	
10	コメント：	

連携リスト：薬剤師

※まず、かかりつけ薬局（薬袋に記載のある薬局）にご相談ください。

●コーディネーター／連絡先：

TEL:

—

FAX:

1

担当者:

[illegible]

施設 番号	機能（サービス対応）一覧	
1	コメント：	
2	コメント：	
3	コメント：	
4	コメント：	
5	コメント：	
6	コメント：	
7	コメント：	
8	コメント：	
9	コメント：	
10	コメント：	

連携リスト：管理栄養士

* かかりつけ医がある場合は、連携先に注意する

[illegible]

施設 番号	機能（サービス対応）一覧	
1	所属先： 担当者名：	
2	所属先： 担当者名：	
3	所属先： 担当者名：	
4	所属先： 担当者名：	
5	所属先： 担当者名：	
6	所属先： 担当者名：	
7	所属先： 担当者名：	
8	所属先： 担当者名：	
9	所属先： 担当者名：	
10	所属先： 担当者名：	

連携リスト：歯科衛生士

* かかりつけ医がある場合は、連携先に注意する

●コーディネーター／連絡先：													
		TEL： - -		FAX： - -		担当者：							
施設番号	施設名・氏名	TEL/FAX	対応可能時間	連絡方法		機能 [○ : 可 (有) × : 不可 (無) △ : 不明]							
				直接電話またはFAXする	コーディネーターを通す	居宅療養管理指導	口腔清掃	機能訓練	嚥下訓練	診療補助（歯科医師同行）	連携事業所		
1	住所：	TEL： - - FAX： - -	～ (不可曜日：										
2	住所：	TEL： - - FAX： - -	～ (不可曜日：										
3	住所：	TEL： - - FAX： - -	～ (不可曜日：										
4	住所：	TEL： - - FAX： - -	～ (不可曜日：										
5	住所：	TEL： - - FAX： - -	～ (不可曜日：										
6	住所：	TEL： - - FAX： - -	～ (不可曜日：										
7	住所：	TEL： - - FAX： - -	～ (不可曜日：										
8	住所：	TEL： - - FAX： - -	～ (不可曜日：										
9	住所：	TEL： - - FAX： - -	～ (不可曜日：										
10	住所：	TEL： - - FAX： - -	～ (不可曜日：										

* がかりつづける場合は、連絡先に注意する

施設 番号	機能（サービス対応）一覧	
1	訪問可能地域： 関係する診療所（所属先）：	
2	訪問可能地域： 関係する診療所（所属先）：	
3	訪問可能地域： 関係する診療所（所属先）：	
4	訪問可能地域： 関係する診療所（所属先）：	
5	訪問可能地域： 関係する診療所（所属先）：	
6	訪問可能地域： 関係する診療所（所属先）：	
7	訪問可能地域： 関係する診療所（所属先）：	
8	訪問可能地域： 関係する診療所（所属先）：	
9	訪問可能地域： 関係する診療所（所属先）：	
10	訪問可能地域： 関係する診療所（所属先）：	

連携リスト：看護師

* かかりつけ医がある場合は、連携先に注意する

[illegible]

施設 番号	機能（サービス対応）一覧	
1	コメント：	
2	コメント：	
3	コメント：	
4	コメント：	
5	コメント：	
6	コメント：	
7	コメント：	
8	コメント：	
9	コメント：	
10	コメント：	

連携リスト：理学療法士

* かかりつけ医がある場合は、連携先に注意する

●コーディネーター／連絡先：

TEL: - -

FAX: - -

担当者:

[illegible]

施設 番号	機能（サービス対応）一覧	
1	所属機関機能種別：	
2	所属機関機能種別：	
3	所属機関機能種別：	
4	所属機関機能種別：	
5	所属機関機能種別：	
6	所属機関機能種別：	
7	所属機関機能種別：	
8	所属機関機能種別：	
9	所属機関機能種別：	
10	所属機関機能種別：	

連携リスト：作業療法士

* かかりつけ医がある場合は、連携先に注意する

●コーディネーター／連絡先：

TEL:

-

FAX:

1

1

担当者:

[illegible]

施設 番号	機能（サービス対応）一覧	
1	所属機関機能種別：	
2	所属機関機能種別：	
3	所属機関機能種別：	
4	所属機関機能種別：	
5	所属機関機能種別：	
6	所属機関機能種別：	
7	所属機関機能種別：	
8	所属機関機能種別：	
9	所属機関機能種別：	
10	所属機関機能種別：	

連携リスト：居宅介護支援事業者

* かかりつけ医がある場合は、連携先に注意する

●コーディネーター／連絡先：

TEL: - -

FAX: - -

担当者:

[illegible]

施設 番号	機能（サービス対応）一覧	
1	サービス提供地域：	
2	サービス提供地域：	
3	サービス提供地域：	
4	サービス提供地域：	
5	サービス提供地域：	
6	サービス提供地域：	
7	サービス提供地域：	
8	サービス提供地域：	
9	サービス提供地域：	
10	サービス提供地域：	

連携リスト：言語聴覚士

* かかりつけ医がある場合は、連携先に注意する

●コーディネーター／連絡先：

TEL: - -

FAX: - -

担当者:

[illegible]

施設 番号	機能（サービス対応）一覧	
1	サービス提供地域：	
2	サービス提供地域：	
3	サービス提供地域：	
4	サービス提供地域：	
5	サービス提供地域：	
6	サービス提供地域：	
7	サービス提供地域：	
8	サービス提供地域：	
9	サービス提供地域：	
10	サービス提供地域：	

連絡票

利用者名_____様

No. _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日) 利用者ID _____ 男・女 年齢 _____ 歳

事業所名 _____ 担当者 _____ 電話 _____ FAX _____	送信 (/) 返信	事業所名 _____ 担当者 _____ 電話 _____ FAX _____
--	-------------------------------	--

担当者職種名 _____ (/) 担当者職種名 _____

【送信】 	【返信】
--	--

ケアマネジャー記載欄

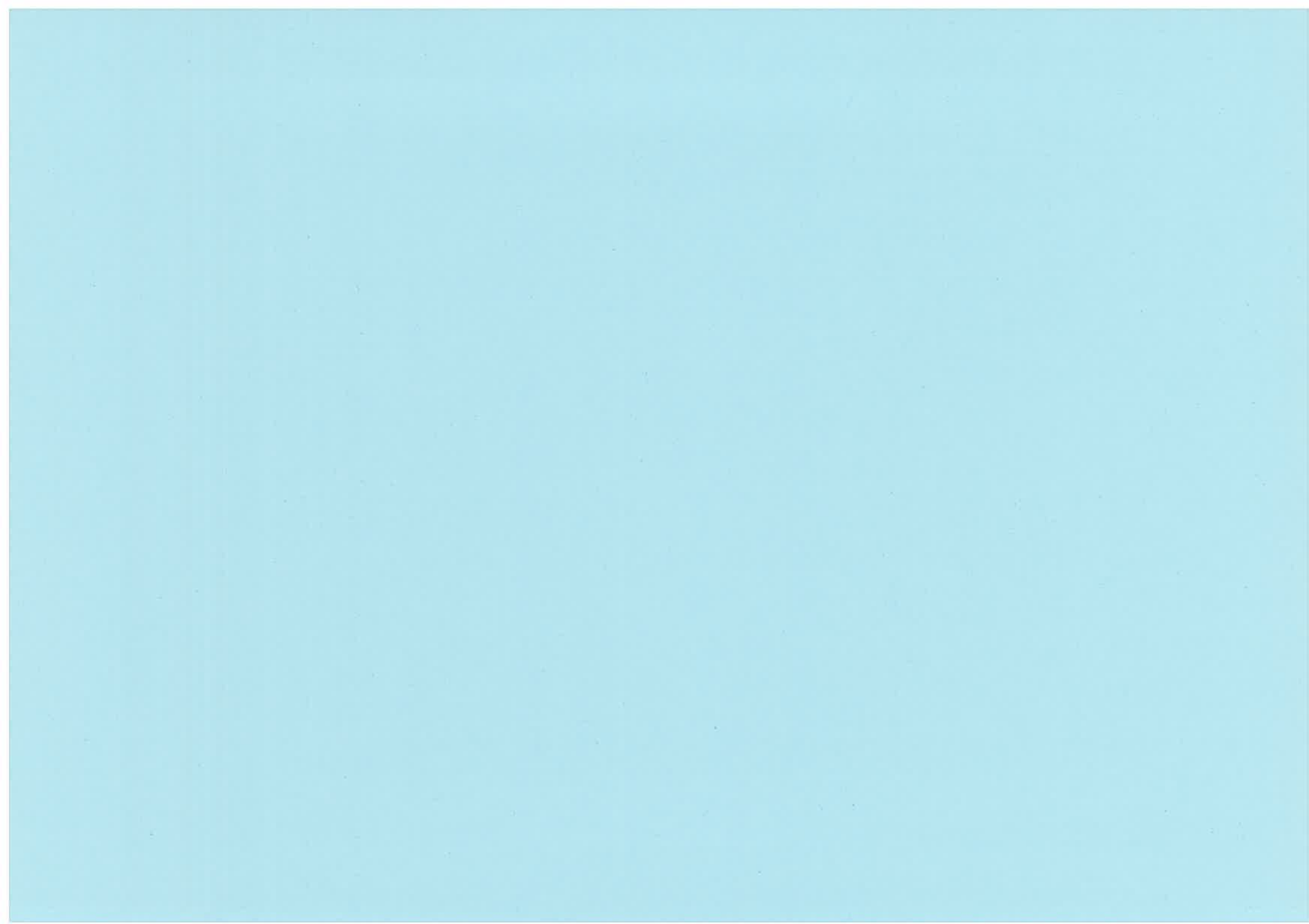
_____ 年 _____ 月 _____ 日

○ オヤッ?とCard情報・所見(各項目の状態の箇所に○)

項目	状態			項目	状態		
A（全身）	→	↓	↑	G（口腔機能）	→	↓	↑
B（ADL）	→	↓	↑	H（うつ症状）	→	↓	↑
C（運動機能）	→	↓	↑	I（介護者）	→	↓	↑
D（閉じこもり）	→	↓	↑	→ 変わらない ↓ 悪くなっている ↑ 良くなっている			
E（認知症）	→	↓	↑				
F（低栄養）	→	↓	↑				

○モニタリング結果(①から④の該当部分に○)

① 目標の達成度	達成・継続中・未達成	② 実施状況	好調・概ね順調・不調
③ 満足度	満足・普通・不満足	④ 計画の変更	あり・なし



模擬事例検討・シナリオモデル 前編

「X 県 A 市→息子夫婦のいる Y 県 B 市へ」

事例：83 歳 独居女性 要支援 2

既往歴

以前から全身の痒みがあり、とくに左下肢が強い（近医皮膚科受診中）。

10 年程前から軽度の腰痛あり、4 年前に狭心症（近医内科受診中）。

i) 周囲の状況：要支援 2

日常の食材などの買い物は近くの娘夫婦が支援し、食事は基本的に本人が調理するが、一部は娘が差し入れている。認知症はないと思われるが、難聴あり。

ii) QOL：腰痛強く、全身の皮膚湿疹によるかゆみがあり、不眠もある。活気がなくなってしゃべることが減り、少し抑うつ傾向を認める。訪問介護による入浴支援を週 2 回と家の掃除や買い物を週 1～2 回受けていたが、2 週間ほど前から歩けなくなってきた。この時点で X 県 A 市から Y 県 B 市へ移動させ、息子夫婦の家で面倒をみる。

iii) 患者の意向：本人は息子夫婦宅への移動を了解し、杖を使って歩行できるようになることを希望する。

iv) 医学的適応：A 市内科かかりつけ医は、腰椎の圧迫骨折と診断し、入院などの積極的治療はかえって本人に苦痛を与える懸念を示す。また全身のかゆみは、同じく A 市の皮膚科かかりつけ医をときどき受診中である。外用薬は、起床時にフランドルテープ 1 枚（約 4 年前に狭心症を発症し治療続行中）とモーラステープ 30mg1 枚（腰痛症）を、全身の痒い部位はオイラックス軟膏（保湿剤）と痒み強いときにはステロイド軟膏を処方されている。内服薬は朝食後、ジルチアゼム 1 錠（心臓の薬）、ユベラ 1 包、イルソグラジンマイレン 1 錠（弱い胃薬）、偶数日はフルイトラン 1/2 錠（利尿剤）、昼食後ユベラ 1 包、夕食後ハイベン 1 錠（鎮痛剤）、ランソプラゾール 1 錠（強い胃薬）、また必要に応じて酸化マグネシム 0.5 g（便秘）を服薬し、殆ど自己管理可能である。体重 27kg。上顎は総入れ歯、下顎は部分入れ歯で、1 週間に 1～2 度程度外れる。

模擬事例検討・シナリオモデル 後編

「Y県B市→娘夫婦のいるX県A市へ」

既往歴

以前から全身の痒みがあり、とくに左下肢が強い（近医皮膚科受診中）。

10年程前から軽度の腰痛あり、4年前に狭心症（近医内科受診中）。

A市へ戻り約10日後激しい下痢を訴える。

前編に続いて「既往歴～現病歴へ」

i) 周囲の状況：要支援2

ショートステイを利用しながら、Y県B市における回復はよく、約1ヵ月半の滞在で、再びX県A市に戻る。約3週間後突然強い下痢が2～3日続き、ベッド上に寝たきりとなる。失禁状態、おむつ使用のため、区分変更を申請した。

ii) QOL：食欲不振が強く、食事摂取量（喫食量）も低下した。全身状態は悪化の一途で、さかんに症状に対する不安を訴える。A市かかりつけ医の往診を受けて相談の上、看護小規模多機能型居宅介護を利用する。家族は死もやむをえないと了承する。

iii) 患者の意向：何とか排便排尿だけは自分で行いたい、食欲はないが好きだったお寿司が食べたい、ベッドに掴まって起き上がりたい希望。

iv) 医学的適応：発熱（37.5度）、脱水が顕著となり、点滴、抗生物質の投与、内服薬は辛うじて服用する。かかりつけ医の往診頻繁に行われる。かなり積極的な治療が開始され、徐々に回復の兆しが見られる。B市滞在中の検査結果、総蛋白7.0g、アルブミン4.4g、赤血球数383万、ヘモグロビン10.2g、ヘマトクリット31.2%、軽度貧血で他の値ほぼ問題なし。約1ヵ月後のA市における検査値は、総蛋白5.2g、アルブミン2.9g、赤血球数402万、白血球数5600、ヘモグロビン10.7g、ヘマトクリット33.3%、CRP2.8mg、クレアチニン値0.47mg/dL、カリウム2.9mEq/l、カルシウム8.1mg/dlで、炎症反応、脱水、貧血、電解質バランス異常、低蛋白の状態であった。なお、B市滞在中の全身痒みのうち、左下肢は皮膚癌の疑診となるも結果的に可能性は薄いということで経過観察中である。ステロイド軟膏と保湿剤の混合で対応している。



《前編》 周囲の状況

通し番号	Q職能団体	Q	A職能団体（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載）	A	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
1	栄養士会	日常の食材などの買い物は近くの夫婦が支援し、食事は基本的に本人が調、一部娘の差し入れあり→調理や差し入れの内容について、また、それらの摂取状況はどの程度ですか？		A 食事摂取内容から摂取栄養素等を算出します。さらに、必要な栄養量と過不足を算出します。	F-1	X	○
2	看護協会	難聴があります。受診時などコミュニケーションに支障はありますか？		診察のとき、先生の言葉がはっきり聞こえなくても聞こえている振りをしています。			
3	看護協会	独居で、毎日どのように過ごし、外出はできますか（できていましたか）？	事例提示者	週に1～2回程度、娘が付き添って杖歩行30分程度です（でした）。			
4	看護協会	通院はどのようにされていますか？		一人で行っていましたが、歩けなくなったので娘の私と一緒に受診しています。			
5	看護協会	息子さん夫婦は介護の経験がありますか？		介護は初めてです。			
6	看護協会	難聴のため、何度も聞き返します。聞こえていなくても聞こえた振りをしています。受診は一人で行っていますが、先生の話が聞こえているのか心配になります。		ご家庭での日頃の体調や生活の状況を把握しているので情報提供するなど、医師と連携をとることができます。		Y	○
7	看護協会	近医には自己受診をしていました。歩行困難になってからは、娘が通院介助をしています。		状態が変わった場合は、ケアプランの修正を介護支援専門員（ケアマネジャー）に相談しましょう。ケアマネジャーに情報提供します。介護支援専門員との連携		Y	○
8	看護協会	娘は、週に1～2回訪問します。通院介助も必要になっていますが、これ以上の訪問は困難です。負担感が強いです。		ADLの低下、今までできていたことが徐々にできなくなると、家族にとっても介護が負担になってきます。介護支援専門員との連携をします。		X	
9	看護協会	息子夫婦は介護が初めての経験。その土地の介護サービスの情報もないので不安です。		介護支援専門員が転出先の地域包括支援センターなどに連絡して、調整します。		X	
10	理学療法士会	一人での外出はできないか		一人で外出できないことを「寝たきり」と言います。言い換えれば閉じこもりのことです。環境因子として隣人や配偶者の死、心身機能として、握力の低下や歩行能力の低下が。握力の検査や歩行速度の検査が重要。外出が可能な歩行速度は10mを20秒以内です。	C10、11	X	○
11	理学療法士会	重いものが持てないか		握力の検査	C10、11	X	○
12	理学療法士会	自宅内で転倒しやすいか		バランスの検査（片足立ち等）、住環境の整備の評価	C10、11	X	○
13	理学療法士会	外出を嫌がったり、閉じこもりがちになってきたか		フレイルノ兆候の有無と通所サービスの導入（運動器機能向）	D12	W	○
14	愛介連	X県A市からY県B市（息子夫婦の家）へ移動について（Q） Y県B市の地域の情報が不足しています このままでいいでしょうか		（A）そこでの滞在期間にもよりますが、Y県B市の居宅介護支援事業所に担当の変更を検討することを提案します	J-29	Y, Z	○

《前編》 周囲の状況

通し番号	Q職能団体	Q	A職能団体（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載）	A	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
15	作業療法士	活気がなくなっています。どんなことが考えられますか？	作業療法士会	家具の配置や、テレビなどの家電、トイレなどの設備が新しくなるだけでも、できないことが増えたり、近しい人が亡くなったり、入院する等、死を意識される出来事があったり、今までになっていた役割が無くなってしまうと、大きなストレスになります。 抑うつに要因は多様で、目に見えて分かりにくいですが、いつもしていたことをしなくなったり、楽しめないときがサインになります。そんな時にはお声掛けください。	F13, 14	Y, Z	○
16	作業療法士	どこにも行きたくないと言います。 外出する（したい）場所の創出をどうすればよいか？	作業療法士会 ケアマネ 地域包括支援センター	ご本人の強みを把握し、環境と結びつけることが重要です。 自分が生産的になる・自分が行けて楽しめる場所の提供、紹介などといったコーディネートに関係スタッフと行います。	D9、F13, 14	Y, Z	○

《前編》 Q0L

通し番号	Q機能団体	Q	A職能団体（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載）	A	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
1	栄養士会	2週間前から歩けなくなった→調理するための体力があるのか？		A 調理が困難になった場合には、食材の内容は、調理をしなくても食べられるような食材の提案を行ないます。		X	○
2	栄養士会	活気がなくなって、しゃべることが減り、抑うつ傾向に伴い、食欲はあるのか？		A ヘルパーや本人や家族に食材の残りなどを確認します。	F-1	X	○
3	看護協会	腰が痛く、動きに制限があり、足腰が弱っていますが、具体的な対応を理学療法士に相談しましょう。理学療法士に観ていただき、リハビリ評価をしていただきます。	理学療法士会	理学療法士として、どのような姿勢もしくは動作で腰痛が出現するかを確認し、痛みが軽減するような姿勢や動作を助言します。また、足腰が弱っている場合は、自宅のできる簡単な運動を提案します。		Y	△
4	看護協会	不眠。昼間は活動することもなく、寝て過ごしている。					
5	看護協会	全身の掻痒感があっても、入浴も面倒がり拒否する。		なぜ、面倒と感じるのか？その気持ちを探ります。安全に生活できるように環境を整えたり方策を考えます。必要時には、理学療法士に身体評価を依頼します。介護支援専門員（ケアマネジャー）へ情報提供し、サービス内容や福祉機器の相談をします。		Y	○
6	看護協会	皮膚が痒いです。		清潔ケアや塗薬、入浴方法について介護支援専門員（ケアマネジャー）を通じ、訪問介護員（ヘルパー）に、入浴介助の方法を助言したり、皮膚科医、薬剤師への情報提供。		Y	○
7	理学療法士会	転倒の有無		運動機能検査とバランス検査	C10、11	X	○
8	看護協会	いつから外出ができなくなりましたか？	理学療法士会	訪問リハビリテーションにより、外出困難、閉じこもり傾向の改善をお願いします（できました）。	D12	X	○
9	看護協会	歩行困難な状態が変化していますが、要支援2のままでよいでしょうか？	愛介護	状態に合わせて、また医師、理学療法士に確認して、ケアプランの計画変更、今後の介護保険サービスの区分変更を提案します（しました）。	B-9	Y, Z	○
			看護協会	看護師は、腰の痛みの程度、運動制限などを観察し、楽になる方法（体位や電法など）で、苦痛の軽減を図ります。また、医師や、介護支援専門員にも相談し、理学療法士等リハビリ職とも連携します。			
			理学療法士会	外出時は、車いすの利用を勧めます。		Y, Z	○
			医師会				
10	言語聴覚士会	喋ることが少なくなり、少し抑うつ傾向を認める。		難聴の進行の可能性がある場合は、補聴器の検も考慮。	D	Y	○
11	作業療法士	母は高齢です。 無理にでもリハビリをして歩かせる必要はあるのでしょうか？	作業療法士会	歩くことは生活の基盤になり非常に大切です。また、栄養状態がしっかりしていてこそ歩く力が戻る（身体機能の改善）と思います。たんぱくやカロリー摂取を確認し、ご本人の体力に併せて活動量を戻していきましょう。まずは身近なところでご本人が興味を示される活動を安全・安心して実施できるプログラムを考えましょう。	B, C, G, I-22	Y, Z	○

《前編》 QOL

通し番号	Q職能団体	Q	A職能団体（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載）	A	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
12	作業療法士	歩行困難の改善を図りたいと思いますが、何から始めたら良いでしょうか？	作業療法士会 ヘルパー ケアマネ	現在は歩行が不安定な状態で、お一人での活動だと転倒の可能性がありますね。 そのため、家の掃除や外出支援といったサービスの中にご本人も参加していただきましょう。 例えば、スーパーまでは車いすでヘルパーと行き、店内はカートを押して歩いて買い物を楽しみましょう。	B, C, D	Y	○
13	言語聴覚士会	以前よりも会話が通じなくなりましたか？		難聴が進んでいる場合は、補聴器の装用も考慮します。	D-9	X, Y	○
14	歯科衛生士会	しゃべることが少なくなったのは薬剤の副作用で唾液分泌が低下したのではないのでしょうか？ また義歯の不具合で言葉が出にくくなっていないのでしょうか？	薬剤師会 歯科医師会 歯科衛生士会				

《前編》 患者の意向

通し番号	Q職能団体	Q	A職能団体（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載）	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
1	栄養士会	「杖をつかって歩きたい」希望をかなえるためには、ADLを維持する必要がある。ADLを維持するためにも栄養状態はどうか。		A 栄養状態の評価（栄養診断）を行います。 低栄養または低栄養のリスクがあると判断した場合には、ADLを維持するために、適切なエネルギーやたんぱく質の摂取ができるよう食事の具体的な提案や、時には適切な栄養補助食品を紹介するなどして、必要な栄養素等が摂取できるように提案します。	F-1	W	○
2	看護協会	杖を使って歩きたい希望をどのように支援しますか（しましたか）？	看護協会	理学療法士と連携し、安全を確保した練習、生活上の注意点を、歩行能力の評価と訪問リハビリテーションの導入を説明します（しました）。		Y	○
			理学療法士会	歩行の能力の評価と訪問リハビリ導入	C10、11	X	○
3	看護協会	転出先の息子の家は介護環境が整っているだろうか？		A市での生活状況や身体状況を、B市のサービス事業所へ情報提供することで、スムーズな在宅療養・介護に移行できるように支援します。連携⇒介護支援専門員（ケアマネジャー）		Y	○
4	愛介連	息子宅へ移動し、杖歩行できるような希望をどのように支援しますか（しましたか）？	看護協会	Y県B市の居宅介護支援事業所へ情報提供し、担当の継続を確認の上、サービスが継続できるよう連携します。			
			愛介連	担当が変更したときはY県B市の居宅介護支援事業所へ情報を伝達します。担当が継続していれば、Y県B市の地域包括支援センターに連絡し、サービスの情報を入手し、ケアプランを変更します。変更に辺り、医師、PTに確認します。	B-9	Y, Z	○
5	言語聴覚士会	歩くために必要な栄養は、十分補われていますか？体重減少や、食事量の減少、食事中のムセはありませんか？		現在の栄養評価が必要です。摂食嚥下機能を評価し、現在の食形態や量、食事姿勢などを分析し、歩くために十分な栄養が確保できるように努めます。 *連携：栄養士会、看護協会、歯科医師会、歯科衛生士会			
6	作業療法士	歩きたいと口では言うが、歩こうとしません。どうしたらいいのでしょうか？	作業療法士会	歩くことに挑戦して出来なかった時のことを考えられたり、今までできていたから簡単にできるとっておられる等様々なです。まずは、両足揃えて立つ、片足立ちになるなど段階を付けて失敗し難い挑戦を提案していきます。また、周りの期待に応えようと、真意ではないことを話されているかもしれませんし、お寿司屋さんに行くなど、自分のしたいことをする際に“歩くようにする”という解決策しか知らないから、歩きたいと言われているかもしれません。なぜ歩きたいのかお話を聞きながら、車椅子を使用するなど、歩かなくてもしたいことが出来る工夫を提案をさせていただくことがあります。	C, F	Y, Z	○
7	作業療法士	訪問リハのスタッフが来るときは頑張るけど、他の日は何もしようとはしません。座ったり寝て過ごしてばかりで心配です。	作業療法士会 理学療法士会	頑張って活動（運動など）を行う中で、その目標や先の未来が見えにくい状態であったのかもしれないね。 今の活動が何に活きるのか、何のために活動を行うのか、何を目指していくのか、何がしたいのか、をご本人とも再確認をする必要がありそうです。しっかり同意をいただいたら、サービススタッフと協働で進めて参ります。	C, F, I-21	Y, Z	○

<<前編>> 患者の意向

通し番号	Q職能団体	Q	A職能団体（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載）	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
8	言語聴覚士会	歩くために必要な栄養は、十分補われていますか？ 少や、食事量の減少、食事中のムセはありませんか？	体重減	現在の栄養評価が必要です。 摂食嚥下機能を評価し、現在の食形態や量、望ましい食事姿勢などを分析し、歩くために十分な栄養が確保できるように努めます。 * 連携：栄養士会、看護協会、歯科医師会、歯科衛生士会			
9	歯科衛生士会	杖を使って歩くためには体力が必要で、きちんとした食事ができる口腔内の状況かどうか、確認できるでしょうか？	歯科医師会 歯科衛生士会	必要であれば口腔内診査をして、咀嚼機能の回復を図ることも食支援になります			

《前編》 医学的適応

通し番号	Q機能団体	Q	A職能団体（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載）	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
1	看護協会	現在の処方で、歩行を不安定にさせる薬剤はありますか（ありましたか）？	薬剤師会	ジルチアゼムとフルイトランは血圧を下げ、過剰になりますと、ふらつきの原因になる可能性があります（ありました）。受診して医師に伝え、確認をしてください。薬剤師からもその旨を伝えます（ました）。	11	Y, Z	○
2		現体重は27kg。下痢が続く。 体重の減少はあるのでしょうか？ （体重減少率・20代の体重・過去の体重歴について）		①体重減少率の有無（いつから、何kg増減しているのか）を確認し、体重減少率から逆算し、必要な栄養素などを提案します。 ②体格指数の算出や、身体計測（上腕周囲長、下腿周囲長、上腕三頭筋皮下脂肪厚）を行い、体脂肪量と体タンパクならびに身体機能の能力を示す筋肉量を概算し、栄養状態をより具体的に評価するとともに、食事の具体的な食べ方や摂り方などの提案を行います。	Y-1	W	○
3		長い間心臓の薬を使っている。「自分で管理できる」と言っているが、残薬があるように見えるが「自分でできる」と言って、家族に触らせない。		自尊心を傷つけないように、上手に看護師が介入します。また専門家である薬剤師さんと連携します。（居宅療養管理指導）		X・Y	○
4		便秘がある。薬で調整しているが時々便秘や下痢するという。		薬だけでなく、食事内容の支援ができます。 連携⇒管理栄養士（居宅療養管理指導） 連携⇒薬剤師（居宅療養管理指導）		Y	○
5		体重が27kgです。部分義歯が時々外れます。		食べているものや量、食べ方などを観察し、栄養評価をします。部分義歯が週2回ほどの頻度で外れるということも一因？ 連携⇒管理栄養士（居宅療養管理指導）、歯科医師。		Y	○
			歯科医師会	総義歯、部分義歯の安定が悪くなっている場合は、裏打ちを合わせる治療。義歯のバネが掛かっている歯が歯周病で動揺ありの場合は、歯の固定、抜歯。	H-20		○
6		腰椎圧迫骨折の診断で、痛みの程度はどうでしょうか？	看護協会	圧迫骨折による運動制限を医師に確認します。現在、温電法で疼痛の緩和をしていますが、理学療法士と連携し、そのほかの対処方法など相談します。		Y	○
			理学療法士会	予防としてコルセットを勧めます。また、動作などで痛みが増さなければできるだけ離床を勧めます。		Y	○
7		腰椎圧迫骨折による痛みの有無		入浴などで患部を温める。		Y	○
8	言語聴覚士会	体重減少や食欲低下、ムセの出現、食事時間の延長などは生じていないか		摂食嚥下機能の低下による栄養不足を考慮して対応する。 * 連携：歯科医師会、歯科衛生士会、栄養士会、看護協会	G15	Y	○
9	言語聴覚士会	内服薬は飲んでいるか。飲みにくさの訴えや、口腔内に残留していないか		摂食嚥下機能の評価と飲みやすくする工夫。 * 連携：医師、薬剤師会	H18	Y	○
10	作業療法士	2週間前から歩けなくなった理由は何でしょうか。どうしたらよかったのでしょうか？	作業療法士会	今までの生活の中で動く量が少なくなると、筋肉や骨が衰えます。また、動かなくなると、衰えにも気づけにくくなり、どれだけやったら疲れるか/痛めるかなど、自分の体との付き合い方が分からなくなります。普段していたことをしなくなった時が要注意ですので、今後そのようなことがありましたら連絡下さい。	C	Y	○
11	作業療法士	腰椎圧迫骨折で痛みの訴えが強いがどの程度の活動が可能なのか？	医師会 作業療法士会	状態変化ですので、まずは主治医の先生から病状とリスク、注意点を確認させていただきます。 指示をいただき、負担のない範囲で活動を考えていきます。 痛みを忘れるような、熱中できる作業活動も取り入れてみましょう。 また、特に起居動作では痛みが強いいため、福祉用具の検討も視野に入れ、動作練習を行っていきましょう。	B, C, F	X, Y	○

《前編》 医学的適応

通し番号	Q職能団体	Q	A職能団体（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載）	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
12	作業療法士	今回の腰椎圧迫骨折はなぜ起きたのか原因がわからない。予防できるのか？	作業療法士会	骨密度の低下から自然に発生することもありますね。 また、ひょっとしたらトイレにドスン！と座ってしまっていることが原因かもしれません。トイレの便座や椅子に腰掛ける動作を確認し、負担の少ない方法を助言します。	B, I-22	Y, Z	○
13	歯科医師会	歩行が不安例で転倒のリスクがあります。体のバランスと歯の咬み合わせは関係がありますか？	歯科医師会	高齢者の追跡調査から、歯数が少なく義歯を使用していない人は、歯数が多い人と比べて転倒のリスクが高くなること、奥歯の咬み合わせの喪失が脚力やバランス機能の低下につながることが分かっています。	C-7		○
14	言語聴覚士会	体重減少や食欲低下、ムセの出現、食事時間の延長などは生じていませんか？		摂食嚥下機能の低下による栄養不足を考慮して対応します。 *連携：歯科医師会、歯科衛生士会、栄養士会、看護協会	G15	Y	○
15	言語聴覚士会	内服薬は飲めていますか？ 飲み込みにくさの訴えや、口腔内に残留していませんか？	飲み込	摂食嚥下機能の評価を行い、飲みやすくなるように工夫します。 *連携：看護師、薬剤師会、医師	H18	W, X	○
16	歯科衛生士会	義歯が時々外れるのは合っていないということですか？		顎堤（歯ぐきの土手）の形は変化します。定期的に適合の状態を確認する必要があります。 連携＝歯科医師	H-20		○
17	歯科衛生士会	残存歯の状態が悪くなることで義歯が外れやすくなりますか？		下顎の部分義歯を支えている歯に動揺があると外れやすくなります。歯周病の疑いもあるので歯科医師の診査を促し、口腔内の清潔を保つための清掃方法を提案します。	H-20		○

《前編》 法の遵守

通し番号	Q	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード 該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△ ×)	職能団体
1	個人情報の収集についてはどのようにしていますか。	「個人情報」を収集する場合は、原則としてあらかじめその目的・利用内容をお伝えし、ご了承を頂いた上で収集いたします。		X	○	栄養士会
2	個人情報の利用についてはどのようになっていますか。	個人の情報を利用する場合は、原則としてあらかじめご了承を得た目的の範囲内で行います。目的範囲外で利用する場合は、ご本人に事前に同意の上行います。		X	○	栄養士会
3	個人情報の管理はどのようになっていますか。	収集した個人情報については、漏洩、流用、改ざん等を防止に適切な対策を講じていきます。		X	○	栄養士会
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

《前編》 説明義務

通し番号	Q	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード 該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△ ×)	職能団体
1	栄養診断の内容や、摂取状況からみた過不足、その他の栄養ケア計画の内容は、多職種で共有しますか。	栄養ケア計画を作成し、本人や家族に同意を得た上で、栄養ケア計画に基づいた栄養ケアを実施します。		X	○	栄養士会
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

《前編》 注意義務

通し番号	Q	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード 該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△ ×)	職能団体
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

《前編》 接遇態度

通し番号	Q	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード 該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)	職能団体
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

《後編》 周囲の状況

通し番号	Q職能団体	Q	A職能団体（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載）	A	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
1	栄養士会	歩行障害と下痢による食事の摂取量との関係はどうか（でしたか）？	医師会	急性期であり、具体的な関係ははっきりしません（でした）。	F-1	W	○
2	栄養士会	下痢の原因はなんですか？	栄養士会	A ウィルス性、細菌性などの要因によって対応は少し異なりますが、「下痢食（下痢時に対応した食事）」について説明し、具体的な調理法や食べ方などの提案をします。 ①下痢の主な食事対応 脱水症状に気を付け、水分を摂るときも胃腸への負担を考え、ぬるめの白湯や麦茶、ほうじ茶、常温のスポーツドリンクなどを少量ずつ取るように指導したり、冷たいものや炭酸飲料、カフェイン入りの飲料、アルコールなど刺激が強い飲み物は控えるように指導します。 また、腸への刺激が少なく、消化に良い栄養価の高い食べ物で身体の抵抗力を上げていく食事を心がけます。やわらかいご飯やうどん、じゃがいもや里芋などの煮物、バナナ、リンゴ、ヨーグルト、たんぱく質の多い食品として白身魚、豆腐などは胃腸への負担が少ないため、取り入れていきます。 反対に避けた方がいいのは、肉類や揚げ物など脂肪を多く含んでいるもの、ケーキやお菓子など糖分を多く含んでいるもの、繊維質が多い貝類や根菜、生野菜などは胃腸への負担になるため控えます。 回復状況に応じて、徐々に食事内容も変えていく指導を行います。 また、腸管の吸収能力を回復させるためにグルタミン・食物繊維・オリゴ糖を適切に使用していくことも場合によっては提案します。 ②食事の衛生管理について 衛生管理について訪問している全員のヘルパーへ指導を行います。	F-1	X	○
3	看護協会	急な腹痛を伴う、下痢が2～3日続いていますか（続いていたか）？これが歩行困難の誘因と思われますか（ましたか）？	看護協会	歩行困難の誘因と思われます。下痢に対しては、食事内容、水分補給の助言をします。また、手洗いなどの方法や、食物の管理、清潔ケアなど生活面での指導のほか、介護支援専門員（ケアマネジャー）、訪問介護員（ヘルパー）と連携を密にし生活環境を整えるよう支援します。		Y	○
4	看護協会	失禁状態で紙おむつをしています、外し方の注意はどうしますか（しましたか）？	看護協会	おむつの使い方、外し方（離脱）への具体的な助言をし、訪問介護員（ヘルパー）との連携を行います。また、紙おむつ使用中のケアもしっかり行い褥瘡など、スキントラブルを起こさないよう予防についてのアドバイスも行っていきます。		Y	○
5	看護協会	独居で、近くに居住する娘の介護負担が大きい。	看護協会	介護支援専門員（ケアマネジャー）に介護保険の区分変更などの検討、サービスの調整をしてもらえるよう情報提供していきます。 連携⇒介護支援専門員（ケアマネジャー）		Y	○
6	看護協会	家族も漠然とした不安があります。このようになったのは、自分の介護方法が悪かったのか？と思う。	看護協会	今後起こりうることを予測しながら、福祉用具（褥瘡予防マット）などを、介護支援専門員に情報提供していきます。家族の思いにも寄り添い、家族にしかできないような触れ合いを大事にできるようにその都度アドバイスしていきます。介護を抱え込まないよう助言します。連携⇒介護支援専門員		Y	○
7	看護協会	病院へ連れて行くのも大変。どうすれば良いのかわからない。	看護協会	主治医に訪問診療の打診をしましょう。連携⇒主治医		Y	○
宮治		ベッドから歩行訓練へはどのようにもっていけばよい（よかった）ですか？	看護協会	1. まず、起居動作訓練を行い、端座位（背面解放端座位）で様子を見ます。 2. 端座位で問題なければ起立訓練をします。この時、膝折れを起こさないような対応、安全を確保して行います。これがクリアできれば、足踏み運動などして徐々に介助歩行などに移行していきます。			
			理学療法士会	まずは、端座位の保持が重要です。端座位ができれば背もたれがある椅子でも良いので30分は維持できるようにすることです。生活の基本は座位です。		Y	○

《後編》 周囲の状況

通し番号	Q職能団体	Q	A職能団体（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載）	A	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
			作業療法士会	倦怠感があったりご本人の気が進まないときには、食事や間食を食堂でとったり、入浴時浴槽につかるなど、ベッドから離れて過ごす時間を増やし、日常生活の中で体力をつけるとを優先して行ないます。また、車椅子を使用して外出し、外の様子を見るなどして“歩きたい”と思っていただける工夫も大切です。	B, C, G-15	Y, Z	○
			言語聴覚士会	誤嚥性肺炎を併発せず、栄養補給ができるようにリスク管理を行います。嚥下機能に見合った食形態、食事姿勢、環境調整を行い、確実な内服ができるように情報を提供します。 *連携：栄養士会、看護協会、薬剤師会、医師	G-15, H-18	X, Y	○
8	愛介連	娘の介護負担が大で、家族が居起移動の不安を気にしていますが、どのように対応すればよい（よかった）ですか？	看護協会	訪問看護を行う中で、ご家族が不安に思っていることなどをお聞きし、対応方法のアドバイス、必要時にはケアマネジャーに連絡して対応を考えます。具体的に何を不安に感じているのか？など、サービスを提供する中で介入していきます。			
			愛介連	看護小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーに、担当が変更になります。これまでの経過を報告し、情報の共有から連携をはかります	I-26	X, Y, Z	○
9	作業療法士会	急激な体調悪化で在宅生活をどう乗りきれるか？	医師会 看護協会 他職種	まずは主治医から特別訪問看護指示書を出してもらいましょう。点滴で全身状態の改善を図りましょう。 月14日が限度ですが、真皮を超える褥瘡がある場合は、月2回（28日）まで交付できます。	A, G-15	X	○

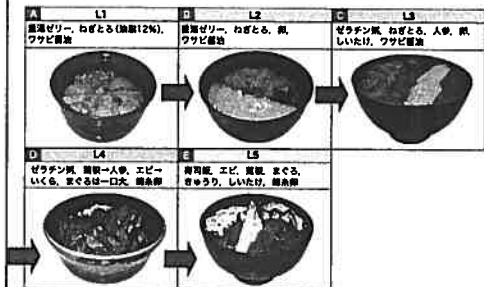
《後編》 QOL

通し番号		Q		A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
1	栄養士会	下痢の頻度と下痢の原因は？	栄養士会	A ウィルス性、細菌性などの要因によって対応は少し異なりますが、「下痢食（下痢時に対応した食事）」について説明し、具体的な調理法や食べ方などの提案をします。 下痢の主な食事対応は、脱水症状に気を付け、水分を摂るときも胃腸への負担を考え、ぬるめの白湯や麦茶、ほうじ茶、常温のスポーツドリンクなどを少量ずつ取るように指導したり、冷たいものや炭酸飲料、カフェイン入りの飲料、アルコールなど刺激が強い飲み物は控えるように指導します。 また、腸への刺激が少なく、消化に良い栄養価の高い食べ物で身体の抵抗力を上げていく食事を心がけます。やわらかいご飯やうどん、じゃがいもや里芋などの煮物、バナナ、リンゴ、ヨーグルト、たんぱく質の多い食品として白身魚、豆腐などは胃腸への負担が少ないため、取り入れていきます。 反対に避けた方がいいのは、肉類や揚げ物など脂肪を多く含んでいるもの、ケーキやお菓子など糖分を多く含んでいるもの、繊維質が多い貝類や根菜、生野菜などは胃腸への負担になるため控えます。回復状況に応じて、徐々に食事内容も変えていく指導を行います。 また、腸管の吸収能力を回復させるためにグルタミン・食物繊維・オリゴ糖を適切に使用していくことも場合によっては提案します。	F-1	X	○
2	看護協会	食欲がなく摂食量が減っています。体重も少なく、87歳という年齢から予備能も少ないので不安を訴えています。	看護協会	身体面、精神面での支援、苦痛の緩和支援をします。医師に情報提供し指示があれば必要な医療処置を行います。連携⇒医師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、訪問介護（ヘルパー）管理栄養士（居宅療養管理指導）薬剤師（居宅療養管理指導）		X	○
3	看護協会	家族も不安です。	看護協会	家族の思いをお聞きし、今後起こりうることを予測し、医師と連携を取りながら、家族の不安の軽減をしていきます。		Y	○
4	看護協会	本人が今の状態をどのように受け止めているかわかりません。	看護協会	ケアを通して話を伺っていきます。		Y	○
5	理学療法士会	排尿排便だけは自分で行いたく、ベッドから起き上がるための訓練はできればよい（よかったか）？	理学療法士会	できるだけ端座位を保持します（しました）。できなければ、車いすに移譲し、生活空間の拡大が鍵だと思います（ました）。	B 9	Y	○
	愛介護		愛介護	看護小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員（ケアマネジャー）が十分な現況把握を行い、「歩きたい」を中心に、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士による総合的な計画が大切です（でした）。	B-9	Y, Z	○
6	言語聴覚士会	体重減少や食欲の低下、ムセや痰の増加はありますか？	言語聴覚士会	摂食嚥下機能の低下を防ぐことにより、食事量の減少や体重減少などの栄養不足を回避し、誤嚥性肺炎や各種の症状悪化を防ぎます。 * 連携：栄養士会、看護協会、医師、歯科医師会、歯科衛生士会、薬剤師会など	G15. H18. H19	Y	○

《後編》 QOL

通し番号		Q		A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
7	作業療法士会	いまの状況（貧血、低栄養、脱水）において、ご本人・環境の強みは何か？	全職種	食欲不振・食事摂取量が低下→特別訪問看護指示書の発行により、訪問看護サービスを受けられる。 点滴にて栄養補助を図り、全身状態の改善を図る。 不安を訴える→人に助けを求めることができる。傾聴により不安軽減の可能性が有る。 排泄の自立希望→自尊心を失っていない。排泄は起居、移乗や座位・立位保持を含む活動であるため、体力アップを見込める。 寿司が食べたい→具体的な希望があり、スタッフ協業のもと段階付でのトレーニングが可能になる 環境：看護小規模多機能の利用から、在宅・施設での連携・対応がスムーズになる。 多職種によるチーム医療は、フレイルな高齢者の身体機能や精神状態の改善、入院の減少、医療費抑制をもたらす(レベル1)。 摂食嚥下機能の低下を防ぐことにより、食事量の減少や体重減少などの栄養不足を回避し、誤嚥性肺炎や各種の症状悪化を防ぎます。＊連携：栄養士会、看護協会、医師、歯科医師会、歯科衛生士会、薬剤師会など	A, B, C, F, G-15	Y, Z	○
8	言語聴覚士会	体重減少や食欲の低下、ムセや痰の増加はありますか？	言語聴覚士会		G15, H18, H19	X, Y	○

《後編》 患者の意向

通し番号		Q		A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
1	栄養士会	お寿司がたべれるのか？	栄養士会	A 摂食嚥下機能の評価（フードテスト、水飲みテスト）を行い、食べられるお寿司の形態を提案し、家族やヘルパーへも調理方法を指導します。 米1：水5、塩0.2%の割合でお粥を作成する。嚥下寿司は水の2%のゼラチンを加え、加熱終了後、寿司酢を加え冷ませば簡単に作るができる。これに半熟スクランブル卵、ネギトロ、椎茸のビュレ、辛子明太子ビュレをのせればちらし寿司や握り寿司が食べられるよう具体的な調理方法について提案をします。 嚥下段階にあわせた嚥下寿司のバリエーション（嚥下ピラミッド分類の基準で作成した寿司 L1からL5） 	F-1	X	○
2	看護協会	食欲はないが、「お寿司を食べたい」と言っている。	看護協会	下痢や腹痛が治まれば、体調に合わせて本人の希望に沿えるようにしましょう。嚥下機能の評価や義歯の調整、食品の選択や調理方法、食べる時の姿勢など、食べられるような環境を調整します。連携⇒言語聴覚士（S T） 歯科医師、管理栄養士、作業療法士		X・Y	○
3	看護協会	おむつを外し、トイレで排泄したいが、どのように進めていくのか（いったか）？	看護協会	始めはベッド上の起居、起立訓練、ベッドサイドに腰掛ける端座位の訓練が、次いでポータブルトイレへの移乗訓練、ズボンやパンツの着脱訓練を行います（ました）。ポータブルトイレへの移乗やトイレまでの歩行が安全にできれば、おむつを外せます（ました）。この課題を円滑に実行に移すには、理学療法士・作業療法士・訪問介護員の連携が重要です（でした）。		Y	○
			理学療法士会	座位の安定とポータブルトイレへの安全な移乗動作の確保かつ立位の安定が重要です。		X	○
			作業療法士会	①動作：体調や痛みに配慮した起居動作・移乗動作・トイレ動作 ②体操：尿失禁体操で起立時の尿漏れや切迫を予防する ③介助（連携）：ご本人の力を引き出す介助とその方法の周知と統一 ④QOL：座って活動する意欲増進、作業活動の提供	B, C, F	X, Y, Z	○
			愛介護	看護師、理学療法士、作業療法士等のサービス提供者の意見を聞きながら、ポータブルトイレや歩行支援用具に必要なものを手配します。また、ケアプランの変更も進めます。		Y, Z	○

《後編》 患者の意向

通し番号		Q		A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
4	看護協会	今後について、娘や息子は、看取りの覚悟もできたが、本人の意向は確認していない。	看護協会	ケアを行いながら、本人の思いを傾聴し、療養生活や治療についてどのように思っているのか確認していきます。家族や医師をはじめとした、ケアチーム内で共通の目標に沿って療養生活を支援します。連携⇒医師、介護支援専門員（ケアマネジャー）			
5	理学療法士会	腰痛は軽減し、筋力の低下はしていませんか（いましたか）？	理学療法士会	ベッドサイドで座位、立ち上がりなどの起居動作確認をします（しました）。	B 9	Y	○
6	愛介護	3週間後にベッド上寝たきり、失禁状態に陥りましたが、歩行可能に向けて、状態変化にどう対応したよい（よかった）でしょうか？	愛介護	状態に合わせたケアプランの変更を行い、介護保険サービスを考慮した区分変更の提案が優先します（しました）。Y県B市の自宅介護誌縁事業所から情報をえて、計画変更のために、医師、看護師、理学療法士などに確認します（しました）。	B-9	Y, Z	○
7	言語聴覚士会	摂取可能な食形態は？	言語聴覚士会	摂食嚥下機能に合う食形態の検討。嚥下機能維持・向上為のリハビリ	H18. H19	Y	○
8	作業療法士	今の母の体の状態で、お寿司を食べたいと言っていますが、無理そうなので諦めさせた方がいいでしょうか？	作業療法士	お寿司を楽しむ方法はお寿司を食べるだけに限りません。大将と話をしたり、店の活気を味わったり、相手にお寿司をご馳走する等の楽しみ方もあります。ご本人がやりたいと思うことをまず全力でお手伝いすると、次はもっといい洋服で来たい、次は食べたい、次は…とそこから先に繋がることも多くあります。また、他のリハ職種や看護師も良いアイデアを持っています。他の職種と連携しながら、諦めず、車椅子を使用する等今できる方法でお寿司屋さんに行ける方法を一緒に検討しましょう。	A, B, I-2 2	Y, Z	○
9	言語聴覚士会	摂取可能な食形態は？	言語聴覚士会	摂食嚥下機能に合う食形態の検討。嚥下機能維持・向上為のリハビリを行います。食べるための持久力や上肢の残存機能を確認します。 連携：歯科医師、歯科衛生師、栄養士、看護師、理学療法士、作業療法士、	H18. H19. H20	X, Y	○

《後編》 医学的適応

通し番号		Q		A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
1	薬剤師会	食思不振ですが、錠剤は飲み込めますか（ましたか）？	薬剤師会	現在辛うじて飲めますが、今後、嚥下の悪化が懸念されます。錠剤から散剤・顆粒への剤形変更、粉碎などの工夫を提案します。オブラートゼリーの使用などで経口投与したいと思います。	22	Y, Z	○
2	宮治	投薬（含・内容）、剤形変更、嚥下障害と「歩行障害」との関係はある（あった）のでしょうか？	薬剤師会	ジルチアゼムとフルイトランとを併用されており、血圧が下がり過ぎることにより歩行の際、ふらつく可能性があります。薬剤により歩行障害を起こさないために、定期的に血圧を測定していくことを提案します。	7	Y, Z	○
3	栄養士会	アルブミンの値が低いのですが、歩くことや薬の服用とどのような関係がある（あった）のでしょうか？	栄養士会	A 低カリウム血症と低アルブミン血症における食事の対応について カリウム低下の要因がいくつかあげられるが、低アルブミン血症もあるといった検査値より食事摂取量不足と低下がみられると栄養診断します。 まずは食事摂取量（たんぱく質、エネルギー摂取量）の改善をめざします。 さらに、カリウムについてはカリウムを多く含む食品、例えば果物（とくにアボカド、バナナ、メロンなど）、野菜（とくにたけのこ、えだまめ、ほうれん草、小松菜など）、いも（とくにさといも）など主に野菜類、果物に多く含まれることから、それらの具体的な食事のとり方について提案します。	F-1	X	○
			薬剤師会	今回のケースは、感染症により、通常以上にアルブミンを消費していること、食欲がないことにより、アルブミン値が低下していると考えられます。 蛋白結合率の高い薬物の場合、アルブミン値が低下することにより非結合型の薬物の血中濃度が高くなり、効きすぎる可能性があります。今回のケースは、蛋白結合率の高い薬物を服用しておりませんので、アルブミン値と薬の服用との影響は低いと考えられます。 またアルブミンを産生する肝臓の機能低下も考えられ、その場合には、肝排泄型の薬物の血中濃度が高くなる可能性があります。肝機能検査も受けられるとよいでしょう。	13	X	○
4	看護協会	全般的に全身の機能が低下しています。看取りの覚悟もしています。	看護協会	健康管理と緊急時の対応をしていきます。看取りを覚悟しているということですので、ケアの都度、折を見ながら家族にも死の準備教育をしていきます。本人・家族が安寧とした、安心して療養生活を送れるよう支援します。医師とは、情報を共有し、より強い連携を行います。連携⇒介護支援専門員（ケアマネジャー）医師、薬剤師、管理栄養士、訪問介護（ヘルパー）		X・Y	○

《後編》 医学的適応

通し番号		Q		A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)
5	看護協会	貧血、低栄養、脱水、感染などで、歩行障害を中心とする治療はどのように対応すべき（だった）でしょうか？	看護協会	必要に応じて医師から指示があれば輸液療法等の医療処置を行います。また、24時間緊急対応、介護支援専門員（ケアマネジャー）、医師、薬剤師、栄養士、訪問介護員（ヘルパー）と情報を共有し、安全で早期、タイムリーな対応で、歩行障害の悪化を防ぐことが必要で、看護師はそれを行います。（でした）。		X・Y	○
6	理学療法士会	腰痛は軽減し、筋力の低下の経過は何を目安に、どの程度の間隔で観察しています（いました）か？	理学療法士会	大きな目安は起居動作の向上、日中のできるだけの離床がよい指標です（でした）。	B9	Y	○
7	作業療法士会	いまの状況（貧血、低栄養、脱水）において、ご本人・環境の強みは何か？	全職種	食欲不振・食事摂取量が低下→特別訪問看護指示書の発行により、訪問看護サービスを受けられる。 点滴にて栄養補助を図り、全身状態の改善を図る。 不安を訴える→人に助けを求めることができる。傾聴により不安軽減の可能性もある。 排泄の自立希望→自尊心を失っていない。排泄は起居、移乗や座位・立位保持を含む活動であるため、体力アップを見込める。 寿司が食べたい→具体的な希望があり、スタッフ協業のもと段階付でのトレーニングが可能になる。 環境：看護小規模多機能の利用から、在宅・施設での連携・対応がスムーズになる。 多職種によるチーム医療は、フレイルな高齢者の身体機能や精神状態の改善、入院の減少、医療費抑制をもたらす（レベル11）。	A, B, C, F, G-15	Y, Z	○
8	歯科医師会	食欲不振が強く食事の摂取量がかなり減っています。歯や義歯等の口の問題はありませんか？	歯科医師会	歯や義歯等の診査、摂食嚥下機能の評価が必要です。上下の義歯が全く使えない状況であると、丸飲みが原因で窒息のリスクが高くなるので食事の形態を軟らかくするなど考慮する必要があります。	H-18, 20		○
9							
9							
10							

《後編》 法の遵守

通し番号	Q	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード 該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△ ×)	職能団体
1	個人情報の収集についてはどのようにしていますか。	「個人情報」を収集する場合は、原則としてあらかじめその目的・利用内容をお伝えし、ご了承を頂いた上で収集いたします。		X	○	栄養士会
2	個人情報の利用についてはどのようなになっていますか。	個人の情報」を利用する場合は、原則としてあらかじめご了承を得た目的の範囲内で行います。目的範囲外で利用する場合は、ご本人に事前に同意の上行います。		X	○	栄養士会
3	個人情報の管理はどのようにになっていますか。	収集した個人情報については、漏洩、流用、改ざん等を防止に適切な対策を講じていきます。		X	○	栄養士会
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

《後編》 説明義務

通し番号	Q	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード 該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△ ×)	職能団体
1	栄養診断の内容や、摂取状況からみた過不足、その他の栄養ケア計画の内容は、多職種で共有しますか。	栄養ケア計画を作成し、本人や家族に同意を得た上で、栄養ケア計画に基づいた栄養ケアを実施します。		X	○	栄養士会
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

《後編》 注意義務

通し番号	Q	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード 該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△ ×)	職能団体
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

《後編》 待遇態度

通し番号	Q	A（他職種に回答してもらいたい場合には、その職種名を記載してください。）	イエローカード 該当項目	レベル (W, X, Y, Z)	対応可能 (○△×)	職能団体
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						



集計結果（各項目ごとの職種によるランキングの結果）

地区	参加者数	回収枚数	回収率
尾張	80名	56	70.0%
三河	94名	74	78.7%
知多	56名	30	53.6%

地区	種別	A			B			C			D			E			F			G			H			I		
尾張(56名)	歯科医師	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	39	0	0	0	0	0
	薬剤師	34	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	12	0	0	8	0	0	7	1	0	0	1	0	1	0	0
	看護師	17	28	0	21	0	0	16	0	0	16	0	0	27	5	0	30	2	0	31	6	0	9	4	1	35	0	0
	栄養士	1	4	5	1	0	0	3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	12	26	4	3	3	1	0	0	0
	歯科衛生士	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	28	3	1	0	0	0
	理学療法士	2	3	1	33	15	0	33	18	1	25	7	1	7	4	2	4	6	0	1	4	3	1	1	0	6	8	0
	作業療法士	0	0	1	1	32	11	2	25	10	7	18	2	7	13	2	8	12	3	0	2	1	0	1	1	3	5	5
	言語聴覚士	0	0	1	0	0	3	0	0	2	0	2	1	2	3	5	1	3	3	1	6	2	1	12	27	1	1	1
	居宅介護支援事業者	0	16	2	0	7	19	0	9	16	7	19	22	0	23	5	3	22	6	0	7	3	0	4	5	9	32	7
三河(74名)	医師	0	1	40	0	0	17	0	0	18	0	3	16	1	6	33	2	7	29	0	2	35	0	1	12	0	2	27
	歯科医師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	0	0
	薬剤師	39	0	0	1	0	0	3	0	0	2	0	0	15	0	0	10	0	0	4	0	0	0	0	0	2	0	0
	看護師	27	28	0	32	0	0	23	1	0	37	1	0	32	10	0	35	7	1	49	2	0	14	11	0	46	0	0
	栄養士	0	6	2	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	13	39	2	1	5	0	0	1	0
	歯科衛生士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8	23	9	0	0	0	0
	理学療法士	0	5	2	28	24	0	39	21	2	17	14	0	3	4	1	6	4	1	1	6	2	2	1	0	4	5	0
	作業療法士	2	0	0	4	27	13	2	27	5	5	20	3	17	17	3	11	16	2	1	0	2	3	2	0	5	7	0
	言語聴覚士	0	0	2	0	1	1	1	0	2	0	0	0	1	4	1	1	1	1	0	5	5	0	19	24	1	0	0
知多(30名)	居宅介護支援事業者	0	20	2	3	13	23	1	14	17	8	25	27	2	29	15	4	31	10	2	11	6	0	5	11	9	44	11
	医師	4	6	49	1	3	27	2	5	35	1	3	25	1	5	41	2	9	43	1	6	46	2	1	22	2	4	41
	歯科医師	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	20	0	0	0	0	0
	薬剤師	19	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9	0	0	4	0	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0
	看護師	11	16	0	16	0	0	9	0	0	14	0	0	13	4	2	18	1	0	19	0	0	3	6	0	22	0	0
	栄養士	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	5	18	0	0	3	0	0	0	0
	歯科衛生士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	11	4	0	0	0
	理学療法士	0	0	1	10	10	0	19	9	0	11	4	0	2	2	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
	作業療法士	0	1	0	4	12	7	0	13	3	0	11	0	2	7	1	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
合算(160名)	言語聴覚士	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	5	4	2	6	14	0	1	0
	居宅介護支援事業者	0	7	1	0	7	11	1	6	10	3	12	12	3	12	5	1	10	5	0	1	3	0	1	4	2	19	5
	医師	0	2	26	0	1	10	0	2	13	0	2	11	1	3	17	2	4	15	0	3	17	0	2	4	1	1	17
	歯科医師	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	99	0	0	0	0	0
	薬剤師	92	1	0	1	0	0	6	0	0	3	0	0	36	0	0	22	0	0	14	1	0	1	1	0	4	0	0
	看護師	55	72	0	69	0	0	48	1	0	67	1	0	72	19	2	83	10	1	99	8	0	26	21	1	103	0	0
	栄養士	1	14	7	4	0	0	4	2	0	1	1	0	0	1	0	2	3	0	30	83	6	4	11	1	0	1	0
	歯科衛生士	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	14	62	16	1	0	0
	理学療法士	2	8	4	71	49	0	91	48	3	53	25	1	12	10	3	11	12	1	2	12	5	3	2	0	12	15	0
	作業療法士	2	1	1	9	71	31	4	65	18	12	49	5	26	37	6	22	36	5	1	2	3	3	3	1	8	15	5
	言語聴覚士	0	0	3	0	1	4	1	0	4	0	2	1	3	7	7	2	4	5	2	16	11	3	37	65	2	2	1
	居宅介護支援事業者	0	43	5	3	27	53	2	29	43	18	56	61	5	64	25	8	63	21	2	19	12	0	10	20	20	95	23
	医師	4	9	115	1	4	54	2	7	66	1	8	52	3	14	91	6	20	87	1	11	98	2	4	38	3	7	85

ランキング

		地区						
項目	尾張		三河		知多		合算	
A	看護師	45	医師	59	医師	28	医師	128
	医師	41	看護師	55	看護師	27	看護師	127
	薬剤師	35	薬剤師	39	薬剤師	19	薬剤師	93
	居宅介護支援事業者	18	居宅介護支援事業者	22	居宅介護支援事業者	8	居宅介護支援事業者	48
	栄養士	10	栄養士	8	栄養士	4	栄養士	22
	理学療法士	6	理学療法士	7	理学療法士	1	理学療法士	14
	歯科医師	2	作業療法士	2	作業療法士	1	作業療法士	4
	歯科衛生士	1	言語聴覚士	2	歯科医師	0	言語聴覚士	3
	作業療法士	1	歯科医師	0	歯科衛生士	0	歯科医師	2
	言語聴覚士	1	歯科衛生士	0	言語聴覚士	0	歯科衛生士	1

		地区						
項目	尾張		三河		知多		合算	
B	理学療法士	48	理学療法士	52	作業療法士	23	理学療法士	120
	作業療法士	44	作業療法士	44	理学療法士	20	作業療法士	111
	居宅介護支援事業者	26	居宅介護支援事業者	39	居宅介護支援事業者	18	居宅介護支援事業者	83
	看護師	21	看護師	32	看護師	16	看護師	69
	医師	17	医師	31	医師	11	医師	59
	言語聴覚士	3	栄養士	3	歯科医師	0	言語聴覚士	5
	栄養士	1	言語聴覚士	2	薬剤師	0	栄養士	4
	歯科医師	0	薬剤師	1	栄養士	0	薬剤師	1
	薬剤師	0	歯科医師	0	歯科衛生士	0	歯科医師	0
	歯科衛生士	0	歯科衛生士	0	言語聴覚士	0	歯科衛生士	0

		地区						
項目	尾張		三河		知多		合算	
C	理学療法士	52	理学療法士	62	理学療法士	28	理学療法士	142
	作業療法士	37	医師	42	居宅介護支援事業者	17	作業療法士	87
	居宅介護支援事業者	25	作業療法士	34	作業療法士	16	医師	75
	医師	18	居宅介護支援事業者	32	医師	15	居宅介護支援事業者	74
	看護師	16	看護師	24	看護師	9	看護師	49
	栄養士	4	薬剤師	3	薬剤師	1	薬剤師	6
	薬剤師	2	言語聴覚士	3	歯科医師	0	栄養士	6
	言語聴覚士	2	栄養士	2	栄養士	0	言語聴覚士	5
	歯科医師	0	歯科医師	0	歯科衛生士	0	歯科医師	0
	歯科衛生士	0	歯科衛生士	0	言語聴覚士	0	歯科衛生士	0

ランキング

		地区							
項目	尾張		三河		知多		合算		
D	居宅介護支援事業者	48	居宅介護支援事業者	60	居宅介護支援事業者	27	居宅介護支援事業者	135	
	理学療法士	33	看護師	38	理学療法士	15	理学療法士	79	
	作業療法士	27	理学療法士	31	看護師	14	看護師	68	
	医師	19	医師	29	医師	13	作業療法士	66	
	看護師	16	作業療法士	28	作業療法士	11	医師	61	
	言語聴覚士	3	薬剤師	2	栄養士	1	薬剤師	3	
	薬剤師	1	歯科医師	0	歯科衛生士	1	言語聴覚士	3	
	栄養士	1	栄養士	0	歯科医師	0	栄養士	2	
	歯科医師	0	歯科衛生士	0	薬剤師	0	歯科衛生士	1	
	歯科衛生士	0	言語聴覚士	0	言語聴覚士	0	歯科医師	0	

		地区							
項目	尾張		三河		知多		合算		
E	医師	40	医師	47	医師	21	医師	108	
	看護師	32	居宅介護支援事業者	46	居宅介護支援事業者	20	居宅介護支援事業者	94	
	居宅介護支援事業者	28	看護師	42	看護師	19	看護師	93	
	作業療法士	22	作業療法士	37	作業療法士	10	作業療法士	69	
	理学療法士	13	薬剤師	15	薬剤師	9	薬剤師	36	
	薬剤師	12	理学療法士	8	理学療法士	4	理学療法士	25	
	言語聴覚士	10	言語聴覚士	6	言語聴覚士	1	言語聴覚士	17	
	栄養士	1	歯科医師	0	歯科医師	0	栄養士	1	
	歯科衛生士	1	栄養士	0	栄養士	0	歯科衛生士	1	
	歯科医師	0	歯科衛生士	0	歯科衛生士	0	歯科医師	0	

		地区						
項目	尾張		三河		知多		合算	
F	医師	38	医師	54	医師	21	医師	113
	看護師	32	居宅介護支援事業者	45	看護師	19	看護師	94
	居宅介護支援事業者	31	看護師	43	居宅介護支援事業者	16	居宅介護支援事業者	92
	作業療法士	23	作業療法士	29	作業療法士	11	作業療法士	63
	理学療法士	10	理学療法士	11	薬剤師	4	理学療法士	24
	薬剤師	8	薬剤師	10	理学療法士	3	薬剤師	22
	言語聴覚士	7	栄養士	3	栄養士	1	言語聴覚士	11
	栄養士	1	言語聴覚士	3	言語聴覚士	1	栄養士	5
	歯科医師	0	歯科医師	0	歯科医師	0	歯科医師	0
	歯科衛生士	0	歯科衛生士	0	歯科衛生士	0	歯科衛生士	0

ランキング

		地区						
項目	尾張		三河		知多		合算	
G	栄養士	42	栄養士	54	栄養士	23	栄養士	119
	看護師	37	医師	53	医師	20	医師	110
	医師	37	看護師	51	看護師	19	看護師	107
	居宅介護支援事業者	10	居宅介護支援事業者	19	言語聴覚士	10	居宅介護支援事業者	33
	言語聴覚士	9	言語聴覚士	10	居宅介護支援事業者	4	言語聴覚士	29
	薬剤師	8	理学療法士	9	薬剤師	3	理学療法士	19
	理学療法士	8	薬剤師	4	理学療法士	2	薬剤師	15
	歯科医師	4	作業療法士	3	歯科医師	1	作業療法士	6
	作業療法士	3	歯科衛生士	2	歯科衛生士	0	歯科医師	5
	歯科衛生士	2	歯科医師	0	作業療法士	0	歯科衛生士	4

		地区						
項目	尾張		三河		知多		合算	
H	言語聴覚士	40	言語聴覚士	43	言語聴覚士	22	言語聴覚士	105
	歯科医師	39	歯科医師	40	歯科医師	20	歯科医師	99
	歯科衛生士	34	歯科衛生士	40	歯科衛生士	18	歯科衛生士	92
	看護師	14	看護師	25	看護師	9	看護師	48
	医師	13	医師	25	医師	6	医師	44
	居宅介護支援事業者	9	居宅介護支援事業者	16	居宅介護支援事業者	5	居宅介護支援事業者	30
	栄養士	7	栄養士	6	栄養士	3	栄養士	16
	理学療法士	2	作業療法士	5	薬剤師	1	作業療法士	7
	作業療法士	2	理学療法士	3	理学療法士	0	理学療法士	5
	薬剤師	1	薬剤師	0	作業療法士	0	薬剤師	2

		地区						
項目	尾張		三河		知多		合算	
I	居宅介護支援事業者	48	居宅介護支援事業者	64	居宅介護支援事業者	26	居宅介護支援事業者	138
	看護師	35	医師	47	看護師	22	看護師	103
	医師	29	看護師	46	医師	19	医師	95
	理学療法士	14	作業療法士	12	理学療法士	4	作業療法士	28
	作業療法士	13	理学療法士	9	作業療法士	3	理学療法士	27
	言語聴覚士	3	薬剤師	2	薬剤師	1	言語聴覚士	5
	薬剤師	1	栄養士	1	言語聴覚士	1	薬剤師	4
	歯科衛生士	1	言語聴覚士	1	歯科医師	0	栄養士	1
	歯科医師	0	歯科医師	0	栄養士	0	歯科衛生士	1
	栄養士	0	歯科衛生士	0	歯科衛生士	0	歯科医師	0



在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について

公益社団法人 愛知県医師会

1. 現場的課題

(1) 課題抽出

- ・研修制度の充実、症例検討

(2) 対応策・取り組みなど

- ・在宅医療の実践、継続性を重視した医療の実践

2. 組織的課題

(1) 課題抽出

- ・チーム医療、他・多職種連携の実践

(2) 対応策・取り組みなど

- ・地域の特性に応じた医療の実践、退院カンファレンスへの参加

3. 活用人材の組織的把握の課題

(1) 課題抽出

- ・社会的な保健・医療・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等を地域で実践

(2) 対応策・取り組みなど

- ・訪問診療の実施、市民を対象とした講座等の開催

在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について

一般社団法人 愛知県歯科医師会

1. 現場的課題

(1) 課題抽出

- ・ 歯科訪問診療を行うための歯科衛生士、または医療スタッフを確保することが困難。
- ・ 装置・器具の購入にコストがかかる。
- ・ 在宅医療施行前後の準備片付等に時間がかかる。
- ・ 医療保険・介護保険請求の確認等、事務処理が困難で複雑である。
- ・ 一般外来歯科診療を行っており、歯科訪問診療を行うための時間を確保することが難しい。
- ・ 全体的に効率が悪い。
- ・ 歯科訪問診療を行うための体力的な余力が少ない。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・ かかりつけ歯科医及び若い世代の歯科医師による歯科訪問診療の普及・推進。
- ・ 在宅療養支援歯科診療所の増加。
(高齢者対策歯科保健事業、在宅療養支援歯科診療所の施設基準申請講習会の開催)
- ・ 歯科衛生士の派遣による口腔ケアの指導、講習及び問い合わせに対する情報提供。
(在宅歯科医療連携室整備事業)
- ・ 在宅歯科診療や口腔ケアの器材・設備の助成。
(在宅歯科診療設備整備事業、在宅介護者への歯科口腔保健推進設備整備事業)
- ・ 医療保険・介護保険請求に関する講習。
(介護保険指導事業、医療保険講習会)

2. 組織的課題

(1) 課題抽出

- ・ 他機関・他職種との連携を構築することが難しい。
- ・ 地域包括ケアシステムにおける多職種連携の中での歯科（歯科医師会）の位置付け。
- ・ 積極的な歯科医療人の増加がやや難しい。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・ 介護保険施設協力歯科医等への食事指導を含む口腔機能向上研修の研鑽会開催。

- ・介護保険施設でのカンファレンスへの参加を促すような研修会開催。
- ・在宅療養歯科診療所間の有機的な連携構築のための研修会開催。
- ・既存の各地区連携室機能の充実を多職種連携で図れるようにする研修会開催。
- ・一般開業医対象に口腔機能向上研修会開催し対応可能な歯科診療所の拡大を図る。
- ・認知症への対応を多職種連携で行えるような研修会開催。

3. 活用人材の組織的把握の課題

(1) 課題抽出

- ・介護保険施設協力歯科医の把握。
- ・訪問歯科衛生士が少ない。
- ・ケアマネジャーとの連携が難しい。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・介護保険施設協力歯科医の名簿作成。
- ・介護保険施設協力歯科医療機関における介護給付サービス協力体制の実態調査。
- ・施設算定項目の「経口維持加算」に対する食事観察、専門職会議に関する講習。
- ・ケアマネジャーとの連携推進。
- ・（訪問）歯科衛生士の再就職支援・養成等。

在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について

一般社団法人 愛知県薬剤師会

1. 現場的課題

(1) 課題抽出

平成 27 年会員外を含む保険薬局対象（3,196 名）を対象に「地域医療への係りに関するアンケート」を実施した。その中の「（訪問薬剤管理指導を）実施したいが次のことで困難である。」という設問の結果（選択肢より複数回答可）、上位は以下であった（回収率 71%、別添資料Ⅰ「地域医療への係りに関するアンケート」（A 会員対象）を実施して考えたこと）。ちなみにこの傾向は、他県・他地区の薬剤師会が実施してもほぼ同様である。

- ①依頼がない（36.2%）
- ②薬剤師が足りない（20%）
- ③時間がない（7.5%）
- ④方法がわからない（3.2%）

なお、平成 23 年度実施「各地区における多職種連携に関するアンケート調査報告」（別添資料Ⅱ）の「多職種との連携を進める上での課題」では、「⑤会員の意識改革」が複数地区から挙がった。

(2) 対応策・取り組みなど

「②薬剤師が足りない」と「③時間がない」は密接に関連している。在宅訪問の仕事量が増えたとしても、薬剤師数が充足していれば「③時間がない」は解決できる。慢性的な薬局の薬剤師不足については構造的な要因もあり、一薬剤師会レベルでは解決できないと考える。

「⑤会員の意識改革」については、従来型愛知県薬剤師会主催の名古屋市開催研修会では意欲の高い会員が主に集まり、少数の先駆者のスキルアップには有効であったが、新規に参入してほしい対象には届いていないと反省した。そこで地域薬剤師会の例会に「在宅医療を始めよう研修会」の講師派遣を行った。その資料には、「④方法がわからない」を解決する内容を盛り込んだ。（別添資料Ⅲ「地区出前研修「在宅医療を始めよう研修会」を実施して考えたこと」）。

「①依頼がない」対策としては、地域包括ケアでは、医療・介護連携が基軸にあり、ケアマネジメントを通じて患者の在宅生活の状況をよく見ているケアマネジャーとの連携がポイントである。そのために、ケアマネジャー・介護スタッフ向けパンフレット「くすり・薬剤師とうまくつき合う～薬で困らない」（別添資料Ⅳ）を作成し、地域薬剤師会および会員

と、地域包括支援センターやケアマネジャーとの連携を支援している。

2. 組織的課題

(1) 課題抽出

在宅医療は地域包括ケアシステムの根幹であり、その対応は、個々の薬局の努力もさることながら、「システム」という性格上、地域薬剤師会という組織での参画が求められている。そのために、地域薬剤師会の強化が重要であり、地域ごとに温度差があることが課題である。(別添資料Ⅱ「各地区における多職種連携に関するアンケート調査報告」参照)。

(2) 対応策・取り組みなど

前頁の「現場的課題」の「対応策・取り組みなど」にも挙げた、地域薬剤師会の例会に「在宅医療を始めよう研修会」の講師派遣を行い、地域で取り組む重要性を説明している。

さらに、地域での医療・介護連携が進む中、地域薬剤師会からの要望に応じて、多職種向け研修会、あるいは市民向け研修会の講師用資料の作成やパンフレットの作成等を行い、地域薬剤師会を支援している。

3. 活用人材の組織的把握の課題

(1) 課題抽出

愛知県薬剤師会の約 5,800 名の会員の中で、訪問薬剤管理指導に関わる薬剤師の人数を把握していないし、それは困難である。薬剤師が同一法人内での異動や転職等で流動するからである。そこで、訪問薬剤管理指導を実施している薬局の数を把握し、薬局名等公開するため「在宅医療受入薬局リスト」を作成している(詳細は愛知県薬剤師会ホームページ参照)。これは、訪問依頼があった場合、必ず応じることができると自己申告した薬局のリストであり、地域や医療用麻薬対応・無菌調製の機能別等に検索が可能である。現在、約 2,800 の A 会員薬局中、639 薬局が掲載されているが、さらに多くの薬局の参加を期待するとともに、質のばらつきが課題となっている。

(2) 対応策・取り組みなど

○リスト掲載の薬局数を増やす

地域薬剤師会の求めに応じ、地域例会で開催する「在宅医療を始めよう研修会」の講師派遣を行っている。さらに、個別の質問にファックス、電話等で回答し、在宅活動が初めてでも戸惑わないようにしている。

○リストの信頼性を高める

訪問依頼を拒否することは、リストの信頼を損なうことに直結するので、毎年更新時にその趣旨確認の手続きをとっている。

○リスト掲載の薬局の質を担保する。

来年度から毎年更新時に、事例提出か研修会参加等の報告を求める。

資料 I

平成27年度東海薬剤師学術大会ポスター

平成22・25・27年

「地域医療への係りに関するアンケート」 (A会員対象)を実施して考えたこと

○加藤 仁, 飯田耕太郎, 岩田 慎, 上地小与里, 大木 剛,
木股広美, 小林伸一, 鈴木紀幸, 花木令子, 古田勝経, 松浦伸之
水野正子, 大島秀康, 山田成樹, 鈴木弘子, 西川弘嗣.
(一般社団法人 愛知県薬剤師会 地域医療部会)

1

【目的】

- 「地域包括ケアシステム」の中では地域医療・在宅医療は大きな要素であり、推進のために国は地域医療介護総合確保推進法を策定し診療報酬・調剤報酬を改定した。愛知県薬剤師会では「地域医療再生事業」や「地域医療介護総合確保基金」等県の委託事業でさまざまな研修や協議会を実施してきた。
- このような状況の中、愛知県薬剤師会は、平成22年・25年・27年にA会員対象に地域医療・在宅医療に関するアンケートを繰り返し実施した。会員の取組状況の変化から、課題と今後の会員や地区支援の方法を考察する。

2

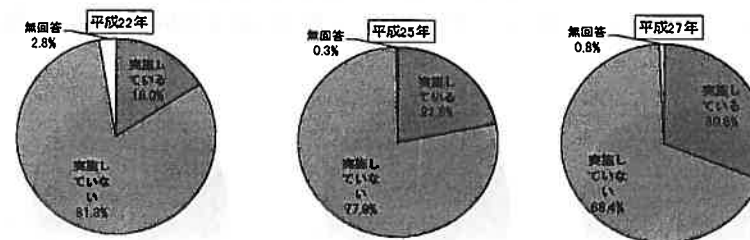
【方法】

- 平成22年・25年・27年に郵送法にて、愛知県薬剤師会A会員(約2,800名)対象に在宅医療に関するアンケートを繰り返し実施した。

回収率:平成22年75%
25年61%
27年71%

3

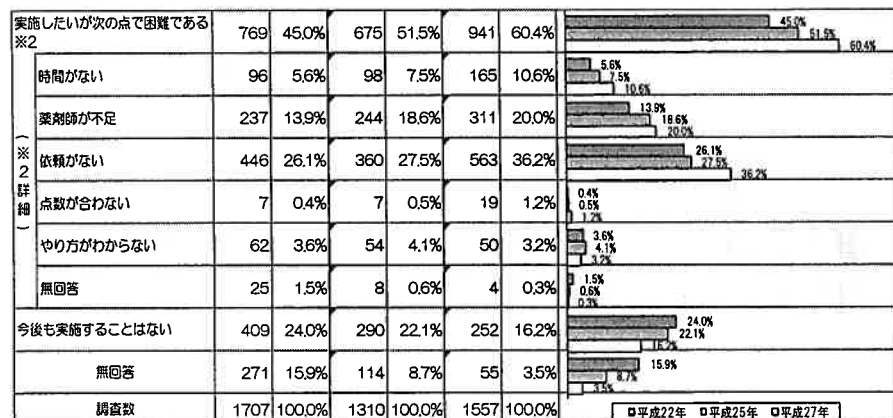
Q. 訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導・在宅患者訪問薬剤管理指導)を実施していますか



【結果】平成22年度16%、25年度21.8%、27年度30.8%と 着実に増加している。

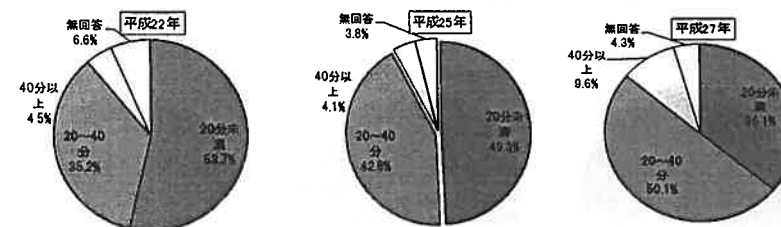
4

Q. 訪問薬剤管理指導を実施していない理由 ※「実施していない」回答者のみ(複数回答)



5

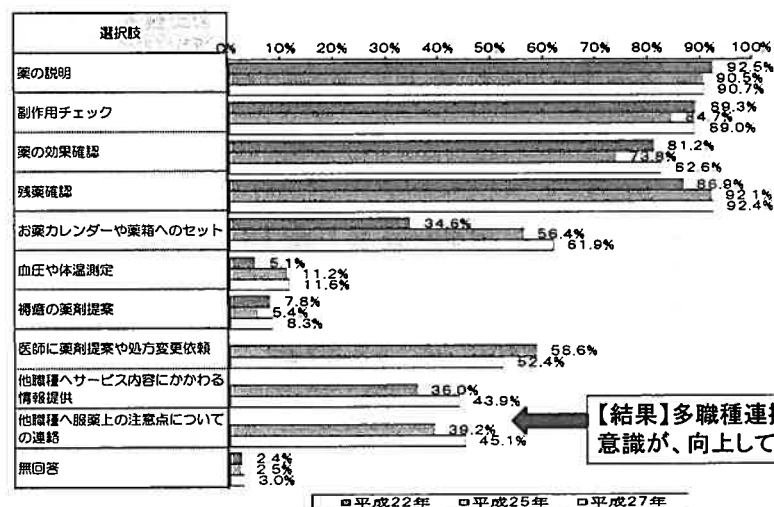
Q. 一人の訪問薬剤管理指導にかかる時間は 平均どのくらいですか※実施している薬局のみ



【結果・小察】「20分未満」が減り「20分～40分」が増えている。次のスライドからも、副作用の確認や薬の効果の確認、お薬カレンダー等へのセット、残薬整理等を実施し、丁寧な指導を行っていると考えられる。実施した内容を医師、ケアマネジャーのみならず他の職種への報告が増え、在宅チームでの薬剤師の存在をアピールすることの重要性が定着しつつある。

6

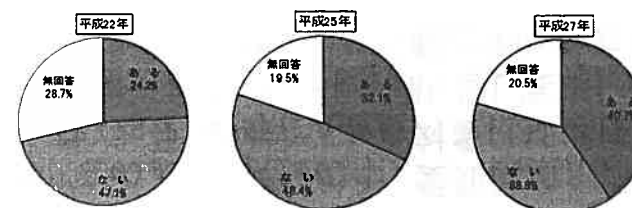
Q. 実施している内容(複数回答) ※実施している薬局のみ



【結果】多職種連携の意識が、向上している。

7

Q. 在宅患者の残薬を確認した(見つけた)ことは ありますか



Q. 残薬のため医師に処方日数等の変更を お願いしたことがありますか



【結果・小察】両設問とも、着実に増えている。更なる努力により、数値で薬剤師の活動の評価を示していきたい。

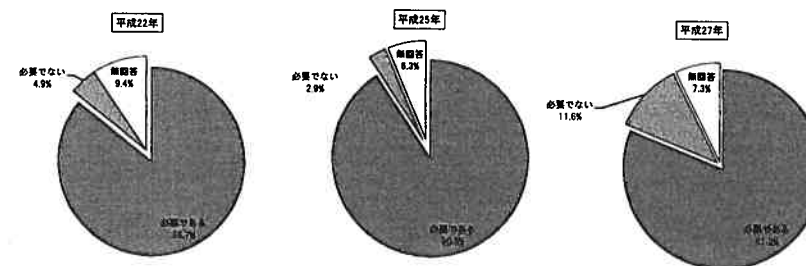
8

Q. 残薬のため医師に処方日数等の変更をお願いしたことがありますか？（「ある」の詳細は複数回答）

選択肢	平成22年		平成25年		平成27年	
	件数	構成比	件数	構成比	件数	構成比
ある ※5	541	25.8%	603	35.9%	1059	46.5%
（※5詳細）						
患者の申し出により	274	13.0%	252	15.0%	392	17.2%
服薬指導時薬剤師の気づきにより	300	14.3%	423	25.1%	761	33.4%
その他	41	2.0%	43	2.6%	45	2.0%
無回答	49	2.3%	22	1.3%	69	3.0%
ない	945	45.0%	758	45.1%	748	32.9%
無回答	614	29.2%	321	19.1%	469	20.6%
調査数	2100	100.0%	1682	100.0%	2276	100.0%

9

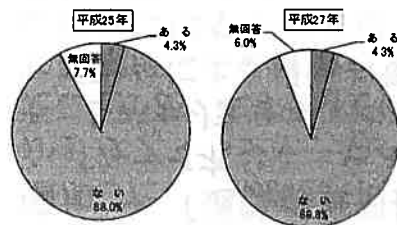
Q在宅医療において、薬剤師による褥瘡対策は必要と思いますか



【結果】在宅医療において薬剤師による褥瘡対策は必要と思いますか」では平成27年にはやや割合は下がったが、全体の81.2%の薬局が必要と回答している。

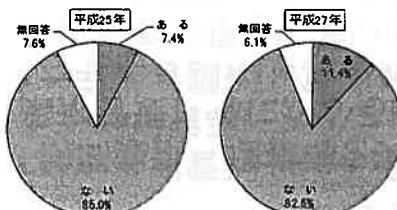
10

Q. 退院時共同指導に参加したことがありますか



【結果・小察】退院時共同指導に保険薬剤師が呼ばれることはまだまだ少ない。入退院を経て薬剤が大きく変更されていることがあるので、従前から患者の状況を知っているかかりつけ薬剤師は退院時共同指導に参加して退院食後からのコンプライアンス等に関わっていきたい。

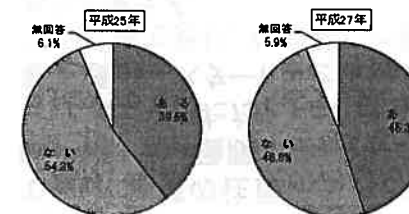
Q. 多職種による事例検討会に参加したことがありますか



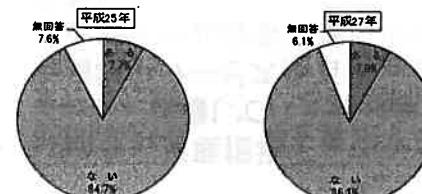
【結果・小察】地域包括ケアシステム構築が進み、多職種連携が課題となっている。薬剤師も積極的に事例検討会に出席し、どのような事例であっても薬学的管理指導の重要性について意見を述べるのが重要である。

11

Q. ケアマネジャーやヘルパー等から薬について相談を受けたことがありますか



Q. ケアマネジャーやヘルパー等に薬の研修講師をしたことがありますか



【結果・小察】ケアマネジャーやヘルパーからの相談は、予想以上に多く、増加している。福祉系のスタッフの良き相談窓口となり、地域包括ケアシステムでの薬局の役割を確実なものにしていきたい。研修講師は、顔の見える関係作りの最大の近道である。依頼されるのを待つのではなく、地域包括支援センター等へ売り込みにいく等努力も必要となる。

12

【結果】

- 「訪問薬剤管理指導を実施していますか」「一人の訪問薬剤管理指導にかかる時間は平均どのくらいですか」「在宅患者調剤加算の算定」「残薬のために医師に処方日数等の変更をお願いしたことはありますか」「多職種による事例検討会に参加したことがありますか」「ケアマネジャーやヘルパー等から薬について相談を受けたことがありますか」の設問では、順当に関わる薬局の割合が増加した。「退院時共同指導に参加したことがありますか」「ケアマネジャーやヘルパー等に薬の研修講師をしたことがありますか」ではほぼ横ばい、「在宅医療において薬剤師による褥瘡対策は必要と思いますか」では平成27年にはやや割合は下がったが、81.2%の薬局が必要と回答している。

13

【考察】

- 訪問薬剤管理指導を算定する薬局は確実に増えているが、まだまだ躊躇している薬剤師・薬局は多い。さらに、退院時共同指導やサービス担当者会議への参加も少なく、現場の地域医療チームの多職種からは良い評価ばかりではなく、課題は多い。
- 在宅医療は、患者が寝たきりになって始まるのではない。通院時からの店頭での服薬指導における信頼関係構築が基礎であり、地域の住民のみならず多職種に「薬で困ったら薬剤師に聞こう」「通院できなくなったら、あの薬剤師に来てもらおう」と思ってもらえよう、日々の業務を見直すことが、在宅活動を順調にスタートさせ多職種連携を実践し地域医療に参画する近道であり、かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の姿であると考えられる。

14



ケアマネジャーは定期的に居宅を訪問しているので変化を発見しやすい。ケアマネジャー研修では「生活機能に変化が合ったらお薬手帳に記載してください」「薬で困ったら薬袋の薬局に電話してください」と説明している。

←2015改訂版

15

資料 II

各地区における多職種連携に関するアンケート調査報告

地域医療部会

【はじめに】

平成 23 年 8 月に発表されました厚生労働白書「平成 24 年度診療報酬改定に向けて」の中には、「医療や介護サービス、生活支援のサービス、高齢者用住まいの確保を含めた多様なサービスを包括して提供する制度の構築を進める必要がある」と、地域包括ケアシステムを進める必要が明確に記載されている。在宅サービスを支える多職種間の連携強化や受け皿機能の充実が重要となると思われる。

愛知県薬剤師会では、薬剤師が地域のチーム医療への参画することを目的に事業に取り組んでいる。地区薬剤師会の協力のもと、「在宅医療受入薬局リスト」をホームページ上で公開を行った。これに続き、地区における多職種連携を促進し、チーム医療の充実させる目的で、地区の状況と課題をアンケート調査を実施したので、結果を報告する。

【方法】

9 月 17 日の地区会長会にて、各地区における多職種連携に関するアンケートを配布し、FAX にて収集。回収率 95.7% (46 地区中 44 地区 (地区薬剤師会単位の回答を基本とするが、一部薬剤師会においては、自治体単位等で回答)。名古屋市内は 16 地区、尾張地域は 17 地区、三河地域は 13 地区を対象とした。

【結果及び考察】

地区薬剤会と多職種との連携は、10 地区が「できている」、7 地区が「準備中である」、27 地区が「できていない」という回答であった。(表 1) 名古屋市内・尾張地域においては、三河地域より、連携がとれている傾向であった。連携エリアは、自治体単位であった。

連携の発起人は、連携できている・準備中である地区に注目すると、名古屋市内においては、薬剤師会、地区医師会、病院が、尾張地域においては、薬剤師会、地域包括支援センター、行政が発起人になっていた。連携の発起人には、薬剤師会のみは 2 地区で、医師会または行政が発起人となっているのは 8 地区であった。地区薬剤師会のみでは連携は進みにくく、地区医師会・行政(自治体)と共に連携体制を構築する必要があると思われる。

(表 2) 連携のための事務局は、輪番制は稀で、ほとんどが固定制であるとの回答であった。連携できている 10 地区の連携に参加する職種は、薬局薬剤師以外では、開業医、ケアマネージャー、ヘルパーが多かった。さらに、名古屋市内では、開業医、病院の医師・薬剤師が参加していることが多いが、尾張・三河地域では、ケアマネージャー、ヘルパー、開業医、訪問看護師が参加しているケースが多かった。参加職種についても、地域による傾向の違いがあると思われる。

(表 3)

具体的な連携の活動としては、研修会が 12 地区、情報共有化の取り組みが 7 地区、事例検討会が 2 地区あった。連携として、研修会が多く、事例検討会をあげた地区は尾張地域のみであった。研修会は下地作りとして大変重要であるが、そこからどう一歩具体的に踏み出すかが課題である。その他として、地区認知症見守りネットワークの立ち上げ実施、ものわすれ相談事業による早期ケア治療支援、吸入指導箋の受入や医師会に居宅療養薬剤管理指導実施に関する要望書の提出を挙げる地域もあった。(表 4)

未連携地区の今後の意向については、7地区が「薬剤師会がどこかに連携を呼びかけたい」、20地区が「どこから連携に誘われたら参加したい」、7地区が「考えていない」と回答。連携に対し、能動的な地区があるが、大部分が受動的であった。(表5)

連携を進める上での課題や当薬剤師会への要望は多岐に渡り、当部会で今後、対応していけるものもあった。(表6、表7)

以上の結果から、多職種との連携を進めるためには、愛知県という一つの単位で画一に対応するのではなく、地域・地区毎の課題を整理し、対応することが重要。連携促進に対し、当部会として何ができるのか検討中である。薬剤師が在宅医療において取り残されないためにも、当部会は、きっかけづくりとして、現在、先進的に取り組んでいる地区の状況を、地区・会員から情報収集し、連携のモデルを示すなどの情報提供に努めていくことが必要である。

【資料】

表1. 多職種との連携の有無における地区数

	できている	準備中	できていない
愛知県	10	7	27
名古屋	4	3	8
尾張	5	3	9
三河	1	1	10

表2. 多職種との連携の発起人

	地区 薬剤師会	地区 医師会	地区の 病院	地域包括 センター	ケアマネ 連絡会	行政	その他
愛知県	8	6	4	5	1	3	3
名古屋	4	3	3	1	0	0	1
尾張	3	2	1	3	1	3	1
三河	1	1	0	1	0	0	1

※地域包括センター：地域包括支援センターのこと。その他：社会福祉協議会等

表3. 多職種との連携に参加する職種

	開業医	病院の 医師	病院の 薬剤師	訪問 看護師	病院の 看護師	ケア マネ	ヘル パー	その他
愛知県	8	4	4	4	2	6	6	2
名古屋	3	2	2	0	0	0	0	1
尾張	3	2	2	3	2	4	4	1
三河	2	0	0	1	0	2	2	0

※ケアマネ：ケアマネージャーのこと。その他：歯科医居宅連、地域包括支援センター

表4. 具体的な連携の内容

	研修会	事例検討会	情報共有化 の取り組み	その他
愛知県	12	2	7	6
名古屋	4	0	3	2
尾張	7	2	3	3
三河	1	0	1	1

※ その他：地区認知症見守りネットワークの立ち上げ実施、ものわすれ相談事業による早期ケア治療支援、吸入指導箋の受入や医師会に居宅療養薬剤管理指導実施に関する要望書の提出等

表 5. 今後の地区の連携に対する意向（未連携地区のみ）

	連携を 呼びかけたい	誘われたら 参加したい	考えていない
愛知県	7	20	7
名古屋	4	5	2
尾張	2	7	3
三河	1	8	2

表 6. 多職種との連携を進める（始める）上での課題

地区	課題
名古屋	地区での人材不足（チェーンは独自に活動）・地区医師会の連携は不可でやる気のある Dr. と薬剤師で連携してから包括などと連携か。（包括などから講師依頼、ポスター配布依頼などはしている）
	薬局側の受入体制の強化。
	マンパワーの不足。
	時間、日程等、相手の時間に合う事が可能か？
	★会員の意識向上。 現在まだ充分ではないので今後の課題であると思っている。（少し連携が始まったばかりである） ★きっかけを作りたい。（誰にどの団体に言うのか。どの会議に参画するのか。できるのか。） 会合を持つ時の各・・・との時間的な問題、平日時間がとれる薬剤師はほとんどいない。
尾張	★連絡窓口の設置。会員の意欲の向上。 何のために連携が必要なのかアンケートから汲み取れない。この1枚からは何もわからないです。 当地区薬剤師会は会員約20名ですが、実働会員は4～5名です。多職種との連携進めたいのですが会としては無理です。（個々の薬局ではあると思いますが、実体は不明） 開業医の先生それぞれの考え方が違う為、会としての働きかけが難しい。
	★三師会、病院、包括支援それぞれと個々に連携は進めているが、全体となると非常に難しい。戦略が必要。
	★薬剤師が消極的。
	医師等の全面的な協力が得にくい。
	★薬剤師の意識改革。
	★資金繰り、初年度は医師会が全額負担。会議に行政担当者（副市長出席）に入ってもらい、次年度からは予算がつくかも？
	★基幹病院又は地区医師会が先頭に立って、他業種「包括支援センターを中心に」を巻き込んで連携を作っていく。
	★まず、何から手をつけるのか？現時点で連携を進めている具体的な例があるとよいかな、と思います。
	★多職種と会う機会がない。
	★在宅業務を実施する為には市の包括支援センターと訪問看護師さん、ケアマネさんとの関係強化？が必要です。特にケアマネさんと顔見知りになることが患者さんを紹介していただけることになると思います。医師会との関係も良好でないと指導書作成まで到達しません。大変ですね。
三河	わからない。

★最初のとっかかりがむずかしい。
★個別での連携はできているところもありますが多職種連携は現在ではできていません。行政においても拠点づくりの必要性を現在話し合い中です。
★当地区では患者さんに薬局の選択をお尋ねするケースは稀で、医療機関からの指定薬局による訪問薬剤管理指導となってしまう。
時間的制限（平日昼間）にて出席がむずかしい
複数薬剤師がいないところは薬局を留守にできない。接触する時間が合わない。交流する場がない。
★全体としての連携の構築となると難しく、チーム医療的に必要と思われる患者を中心とした、個々の連携はできている場合もあるので、その集収とそこからの行政等への働きかけになると思います。
現在、在宅をしているのは、マンツーマン薬局で門前のDrが在宅を実施しているところが多いと思う。その他の薬局が在宅に関わっていくのは人間的に難しいと考える。
★どこに呼びかけたらよいかわからない。在宅を受け入れる薬局が限られている。体制が整っていない薬局に無理はいえない。薬剤師会としてサポートできるのは何かがよくわからない。
地区においてはman パワー不足、特にオーナーA 会員が少ないので、新規事業 etc などできない。

★：愛知県薬剤師会が、今後、支援・協力することが望ましいと思われるもの

表 7. 多職種連携に関して愛知県薬剤師会への要望

地区	要望
名古屋	在宅応需の為の研修（計画書等の作成）・往診専門Dr.との情報交換（共有）・他地区での具体的な研修会内容、組織（？）の紹介
	多職種連携の働きかけなどのきっかけ作り等
	きっかけを作るための団体を教えてもらいたい（他地区のやり方）。甘えるのであれば各上部団体に地区薬剤師（会）に声掛けしてもらえるように働きかけをして頂けると助かる。
	勤務薬剤師（調剤薬局）の未入会者が多い。又、薬剤師会活動？への無関心をなんとかしてほしい。
尾張	多職種連携の必要性についての説明会があると有難い。
	何を目標にしてどう行動すれば良いのか県薬から案を出してもらわないと進みません。地域医療部会として平成24年3月までの目標とプロセスを示してほしい。でないと毎回アンケートで終わってしまいます。
	医師会への働きかけ
	地元でやるしかないと思いますが。
	在宅での仕事をわかりやすく説明するDVDを作成「文字でなく漫画的な表現を入れてください」
三河	先進地区の具体例を示していただきたい。
	県薬の予算を地区にあとしてください。予算があれば地区として連携の必要性を感じており検討できる。
	わからないので書けない
	具体的なテーマを全県的に取り組んでいただきたい。
	県薬が多職種からの要望、意見交換をしていただき、薬剤師会に対してどのような要望があるのか教えてほしい。
	県として各団体（医師会、自治体）等へ必要と思われる連携のあり方、要望を先ず調査していただきたいです。
	リストに登録した薬局を中心に連携を促進していく様取り組んでいくのが良いと思う。
	県薬剤師として、どのような連携を求めているのか伝わってこない。具体的なアピールを望む。

資料Ⅲ

平成26年度東海薬剤師学術大会ポスター

地区出前研修「在宅医療を始めよう研修会」を実施して考えたこと

○加藤 仁, 飯田耕太郎, 岩田 慎, 上地小与里,
木股広美, 曾田高弘, 花木令子, 古田勝経, 松
浦伸之, 水野正子, 奥 健, 川邊祐子, 鈴木弘子
西川弘嗣

(一般社団法人 愛知県薬剤師会 地域医療部会)

【目的】

今まで愛知県薬剤師会が実施する在宅医療関連の研修は、会場は名古屋市内で、意欲の高い会員が主に集まった。これは少数の先駆者集団のスキルアップには有効であったが、地域包括ケアの中で薬剤師の存在を広く地域で主張するには不向きでありであった。そこで地域薬剤師会の例会へ直接講師を派遣し研修を実施した。その効果を検証するとともに、課題を探し対応策を考える

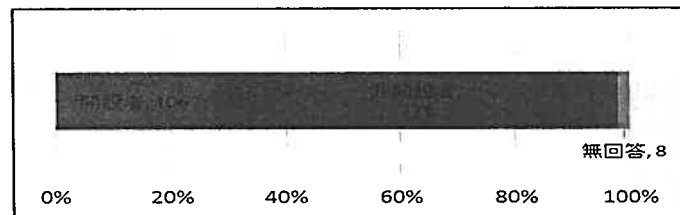
【方法】

地域薬剤師会の定期例会へ愛知県薬剤師会地域医療部会の講師が直接赴き「在宅医療を始めよう研修会」と題して、薬局が在宅医療に関わる社会的重要性、始め方、そして多職種連携のポイント等を60分程度にまとめ講義を行った。研修終了後、会場にて参加者に意識の変化を知る目的でアンケートを実施した。地域薬剤師会の要請により15地区をまわり566人に研修を行った。アンケートの回収率68%であった。

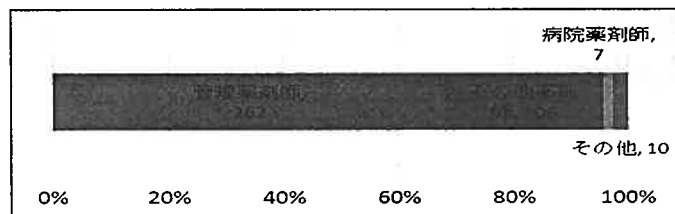
「在宅医療を始めよう研修会」アンケート 主な質問内容

- ◆あなたについてうかがいます。
 - ⇒ 開設者ですか？ ☐はい ☐いいえ
 - ⇒ ☐管理薬剤師 ☐管理薬剤師以外の薬剤師 ☐病院薬剤師
- ◆訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導・在宅患者訪問薬剤管理指導)を行っていますか。
 - ☐はい⇒☐月平均1～2件 ☐月平均約3～9件程度
 - ☐月平均約10件以上
 - ☐いいえ⇒その理由をお答え下さい。
- ◆今回の研修を受講して在宅医療への参加の意欲は変化しましたか？
 - ☐向上
 - ☐変わらない
 - ☐低下した
- ◆在宅医療に関して今までに何か疑問に思うことがありましたか？
 - ☐ある⇒今回の研修で解決しましたか？ ☐はい ☐いいえ
 - ☐ない

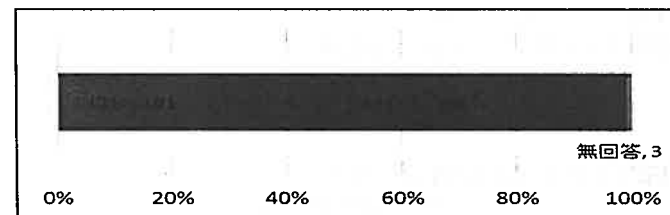
【開設者かどうか】



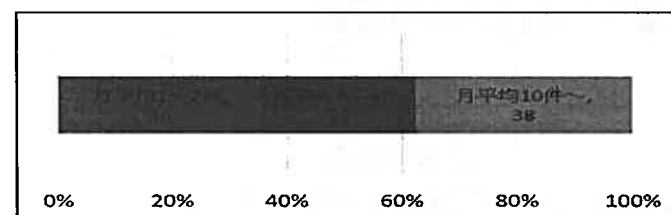
【薬剤師種別】



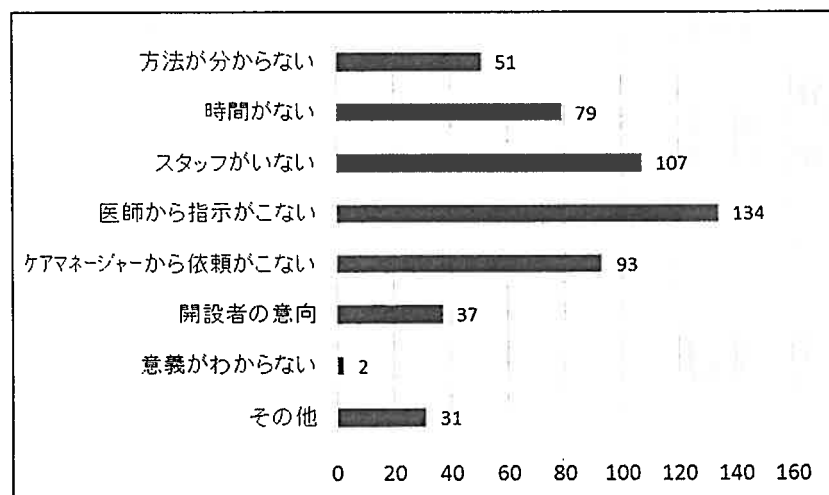
【訪問薬剤管理指導を行っているか】



【はいの場合の件数】



【いいえの場合の理由(複数回答可)】



【研修に参加して在宅医療への参加意欲は向上したか】
※対象者別

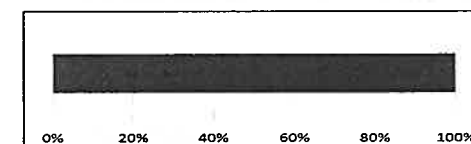
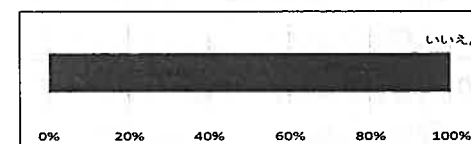
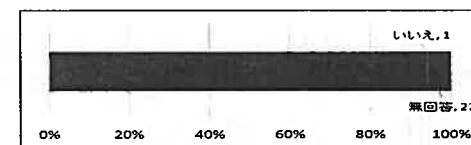
○全員566名対象
⇒「はい」54%



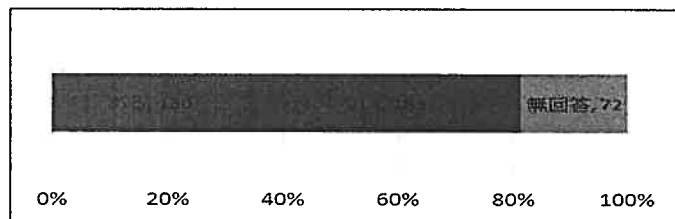
○「訪問薬剤管理指導を行っている」が「いいえ」の264名対象⇒「はい」55.3%



○「訪問薬剤管理指導を行っている」が「いいえ」の開設者81名対象⇒「はい」49.4%

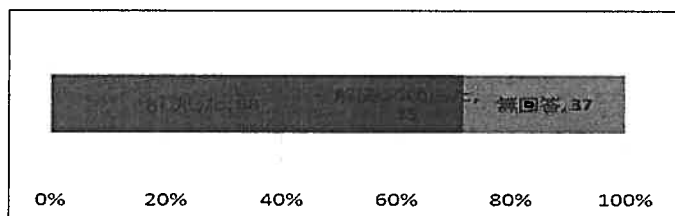


【在宅医療に関して今までに何か疑問に思うことがあったか】



【今回の研修で解決したか】

⇒上の設問で「ある」の130名対象】



【展開】

今回のアンケートで、訪問薬剤管理指導を行っていない理由のトップが「医師から指示が来ない」であった。そこで在宅で薬についてコンプライアンスの悪さ等で困っているケアマネジャーに働きかけることが有効であると考え、愛知県薬剤師会地域医療部会ではケアマネジャーや介護スタッフ向け小冊子「くすり・薬剤師と上手につきあう！～薬で困らない～」を作成し、在宅医療連携拠点事業や地域包括支援センター等で地域薬剤師会の研修実施の支援を行っている。

【考察】

(
薬局の経営方針は、開設者が決定する。81名の訪問活動未着手の薬局開設者の約半分の意識を少し向上させることができた。追跡調査を実施していないので、その後の展開は不明である。しかし、平成22年度と25年度に同じ内容で全A会員に郵送法で実施したアンケートでは、「居宅療養管理指導（訪問薬剤管理指導）を実施していますか？」の回答が、22年度16.8%が25年度には21.8%に着実に増加した。今回の研修の成果とは言い切れないが、社会情勢の変化に各薬局が対応したことが大きな原因と思われる。



ケアマネジャーは定期的に居宅を訪問しているので変化を発見しやすい。ケアマネジャー研修では「生活機能に変化が合ったらお薬手帳に記載してください」「薬で困ったら薬袋の薬局に電話してください」と説明している。

在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について

公益社団法人 愛知県栄養士会

1. 現場的課題

(1) 課題抽出

①本会は在宅医療・介護事業の拠点となる栄養ケアステーションを、愛知県二次医療圏に基づいて、県内各地域にどのように構築していくかが急務の課題となっています。②愛知県二次医療圏 12 地区の一つ、名古屋医療圏においては、現在、名古屋市内 8 区に「在宅医療・介護連携支援センター」が設置され、平成 28 年度には、16 区すべてに設置される予定とのことです。名古屋市在住の本会会員が市内で在宅訪問栄養食事指導を希望する場合、会員の住居に近い支援センターに名前を登録することにより、事業への参加の道筋が出来ます。

一方、名古屋医療圏を除く県内 11 地区については、名古屋医療圏における在宅医療・介護連携支援センターのような窓口が、今後、設置される可能性があるのか、地元医師会、あるいは市町村が窓口になるのか、関係諸機関の情報提供が待たれるところです。

〈表 1〉愛知県二次医療圏と本会担当者（希望数は研修会後のアンケート調査による数値）

二次医療圏	区分（市町村名）	実施主体	希望数	本会担当者
名古屋	名古屋	名古屋市（委託）	33	
海部	津島、愛西、弥富、あま、大治、蟹江、飛島	津島保健所	8	
尾張中部	清須、北名古屋、豊山	清須保健所	5	
尾張東部	瀬戸、尾張旭、豊明、日進、長久手、東郷	瀬戸保健所	9	
尾張西部	一宮、稲沢	一宮保健所	7	
尾張北部	春日井、犬山、江南、小牧、岩倉、大口、扶桑	春日井保健所	8	
知多半島	半田、常滑、東海、大府、知多、美浜、阿久比、南知多、武豊、東浦	半田保健所	12	
西三河北部	豊田、みよし	衣浦東部保健所	9	
西三河南部東	岡崎、幸田	西尾保健所	4	
西三河南部西	碧南、刈谷、安城、西尾、知立、高浜	衣浦東部保健所	9	
東三河北部	新城、設楽、東栄、豊根	新城保健所	6	

東三河南部	豊橋、豊川、蒲郡、田原	豊川保健所	10	
-------	-------------	-------	----	--

(2) 対応策・取り組みなど

①全国 47 都道府県を束ねている公益社団法人日本栄養士会では、各県の事業所（病院・介護センター・薬局等）からの申請に基づいて、「認定栄養ケアステーション（モデル事業）」制度を平成 27 年度より立ち上げています。昨年 12 月 25 日には、全国の認定栄養ケアステーションの代表者による情報交換会が開催（東京）され、事業所に属する本会会員も参加しています。その際の配布資料をもとに作成した事業所数一覧を下記に示します。

〈表 2〉日本栄養士会認定栄養ケアステーションの県別事業所数一覧

認定栄養 ケアステーション	事業所 の数	認定栄養 ケアステーション	事業所 の数	認定栄養 ケアステーション	事業所 の数
東京都	7	京都府	2	富山県	1
愛知県	7	埼玉県	2	千葉県	1
神奈川県	4	山形県	2	奈良県	1
滋賀県	4	岡山県	2	岐阜県	1
大阪府	3	秋田県	2	北海道	1
兵庫県	3	山口県	1	合計	44

②本県の「認定栄養ケアステーション」は現在 7 か所で、「在宅訪問栄養食事指導」を実施している所は 4 か所に留まっています。4 か所の昨年の訪問実績は以下のとおりです。

〈表 3〉本県の認定栄養ケアステーションと平成 27 年の実績

事業者	住所	平成 27 年の訪問実績	担当者数
医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院	名古屋市南区松池町 1-11	402 件	4 名 (パート 1、常勤 3)
国立長寿医療研究センター 在宅栄養支援の和	大府市森岡町 7-430 国立長寿医療研究 センター栄養管理室内	0	0
NPO 法人 LET'S 食の絆	名古屋市中区千代田 5-22-11	53 件	3 名
岡崎東病院 栄養ケアステーション虹	岡崎市洞町向山 16-2	96 件	1 名

③日本栄養士会は、認定栄養ケアステーションを将来的に、全国 15,000 か所設置に向けてモデル事業制度を導入し、今年度 3 月末までに第 2 次募集実施を予定しており、今後、本会としては認定栄養ケアステーションの県内の絶対数を増やすこと、及び各認定栄養ケアステーションに対し事業推進のバックアップをすることにより、「在宅訪問栄養食事指導」

に携わる会員の増加を順次図っていきたいと考えています。

2. 組織的課題

(1) 課題抽出

本会は、平成 27 年 6～8 月の 3 回にわたり「訪問栄養研修会」を実施し、毎回 140 名を超える参加者からのアンケートによる回答を得ました。その中で、「愛知県の二次医療圏(12 地区)のうち、どの医療圏で仕事をしたいか」について希望を取り、その結果は表 1-希望数の欄一のとおりです。その際、記名・無記名を選択にしたため、地区ごとの人数は把握できましたが、名簿作成まで至ってはいません。今後は早急に名簿づくりに取り掛かる必要があります。ついては平成 28 年 2 月 6 日(土)開催の研修会「在宅医療・介護と多職種連携」や、本会会報(平成 28 年 2 月 20 日号)及びホームページ等で呼びかけを行ったうえで名簿を作成し、地域ごとの会員による活動体制や協力体制を整えることが、本会の緊急課題と考えます。

(2) 対応策・取り組みなど

①現在、大多数の病院や施設で働く管理栄養士は、院内、施設内の業務で手いっぱいの状況と推測され、今後、地域密着型の在宅医療・介護推進事業の中で、訪問栄養食事指導を確立するためには、在宅医療・介護事業に携わる管理栄養士の適材適所配置が必須と考えます。多職種連携による研修会のグループディスカッション等で、多く聞かれる意見として「訪問栄養食事指導を必要とする療養者が、現場に多く見られるのに栄養士の動きがみえてこない」があります。

②本会では現在、県健康福祉部保健医療局健康対策課からの打診に対し了解のあった市町村へ、本会役員が「衛生部門への管理栄養士の設置もしくは増員」の要望活動(平成 27 年 12 月～平成 28 年 2 月)に出向いているところです。要望のポイントは「本県では平成 29 年度より在宅医療・介護事業が市町村主体になります。そこで市町村の衛生部門に是非、管理栄養士の設置をお願いしたい。設置済みの市町村には、管理栄養士の増員を是非お願いしたい。」です。訪問してみた印象は「市町村の在宅医療・介護事業への取り組みの遅れ、また現場の危機感が伝わってこない。」が実感としてあります。

3. 活用人材の組織的把握の課題

(1) 課題抽出

行政に携わる栄養士数が現在、47 都道府県のうち全国最低と言われる本県に、本会は、「在宅医療・介護事業が市町村に移行する平成 29 年度までに、市町村の衛生部門に管理栄養士の設置、もしくは増員を切にお願いしたい。」と要望する次第です。

(2) 対応策・取り組みなど

①平成 28 年 2 月 6 日開催を予定している本会主催の研修会「在宅医療・介護と多職種連携」では、記名式アンケートを実施し、愛知県医療圏 12 地区のうち、どの地区で「訪問栄養食事指導」従事を希望したいのかを把握し、名簿の作成作業を進展させたいと考えています。そして地域の要請に即対応できる地域密着型の体制づくりを進めたいと考えています。

②今後、本会が行政機関に希望する対応策として、11 地区の保健所〈表 1 参照〉がイニシアティブをとって、地域の医師会と市町村へ働きかけて、「県の在宅医療・介護連携支援センター」の設置を各地域で押し進め、多職種がそれぞれの地域の包括ケアシステムの中で、適材適所の働きが可能になるよう、体制づくりを早急に進めていただくよう切にお願いする次第です。

在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について

公益社団法人 愛知県歯科衛生士会

1. 現場的課題

(1) 課題抽出

- ・在宅療養（医療）に従事するための知識と技術を備えた歯科衛生士が少ない
- ・歯科医師の指示に基づき従事するが、在宅療養に従事する歯科医師もまだまだ少ないため在宅療養（医療）に従事する機会が少ない。
- ・在宅療養者の口腔機能を維持管理することの重要性がまだまだ県民に広く周知されていない。

(2) 上記に対応する対策および取り組みなど

- ・今年度在宅療養者への訪問口腔保健指導従事者の実態を把握するために本会会員に対してアンケート調査を実施した。それらを分析し、具体的な対策を講じる予定。
- ・在宅療養（医療）訪問指導に従事する歯科衛生士を養成するため、講義および実習を併せた研修会を企画している
- ・（公社）日本歯科衛生士会において「在宅療養指導（口腔機能管理）」における認定制度を設けており、高度な知識と技術を有すると認められた認定歯科衛生士を育成している。
- ・歯科医師にも訪問指導の重要性を理解してもらうため、歯科医師、歯科衛生士が共に共通認識を得られる内容の研修会を企画している。
- ・広く県民に口腔機能の維持管理の重要性を周知することを目的として、本会の公益事業として毎年「口から食べる」をテーマにした県民公開シンポジウムを開催している。

2. 組織的課題

(1) 課題抽出

- ・在宅療養（医療）の現場において多職種間の連携が図りにくい。

本来在宅療養者への訪問口腔保健指導は歯科医療機関が行うものであり、まずは歯科医師の診療から始まる。そのため医科歯科の連携が十分に図られることが前提となる。また医科歯科の連携が行われても、実際には歯科衛生士の職能で単独で多職種との連携を図る機会が少ないのが現状である。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・多職種連携の前にまずは歯科医師との連携を図り、歯科医師が歯科衛生士の職能を理解

し、歯科医療機関として歯科衛生士の単独訪問が実践できる環境づくりが必要。

- ・歯科衛生士に対しても歯科衛生士業務と指示系統の理解を深め、職能を明確にできる人材育成が必要である。

3. 活用人材の組織的把握の課題

(1) 課題抽出

- ・会員の就業状況はある程度把握は可能であるが、現状は本会の組織率は約 30%にとどまっており、すべての歯科衛生士の状況ではないと考える

(2) 対応策・取り組みなど

- ・可能であれば、歯科医師会などを通じて歯科医療機関に勤務する歯科衛生士の実態を調査し、さらに詳細な状況把握に努める。
- ・患者から訪問歯科診療とそれに伴う歯科衛生士の訪問口腔機能管理を活用してもらうためにも、啓発事業を展開する。

在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について

公益社団法人 愛知県看護協会

1. 現場的課題

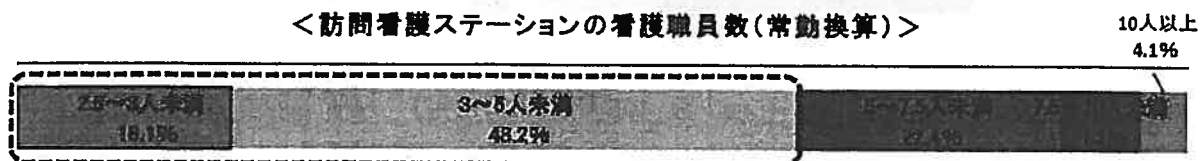
(1) 課題抽出

- ・他の医療職との連携以上に看護職と最も近い介護福祉士や訪問介護員（ヘルパー）との連携や交流等を企画し「県民の暮らしを支える」ことに力を入れる必要がある。
- ・訪問看護に携わる看護師の絶対数の不足に対して、多方面から検討していく必要がある。
- ・訪問看護師の質向上を推進する。
- ・訪問看護ステーションの労働環境の整備が必要である。（多くの訪問看護ステーションは小規模で、24 時間対応や 365 日対応ができない状況にある）

(2) 対応策・取り組みなど

- ・委員会活動を通して、多職種の連携を目指した交流会等を企画し、実施する。
- ・新卒の看護師が訪問看護で戸惑うことなく働けるように、教育プログラムを作成する。
また、当協会立訪問看護ステーションがそのモデル事業を展開する。
- ・在宅医療に関連する研修を企画、訪問看護師の抱えるニーズに合った研修の企画を行う。
- ・多様な勤務体系を実施する基盤を作り、他のステーションのモデルとなる。そのためには、今までにとらわれず「やれない」から「やってみる」への大きな意識改革が役員にもステーションの看護師にも必要であり、担当者が積極的に行う。
- ・訪問看護師に関する研修等により力を入れ、カリキュラムの充実を図る（訪問看護認定看護師教育課程・訪問看護師養成講習会）

＜訪問看護ステーションの看護職員数（常勤換算）＞



【出典】平成25年度厚生労働省老人保健事業推進費補助金「訪問看護の質確保と安全なサービス提供に関する調査研究事業」全国訪問看護事業協会

2. 組織的課題

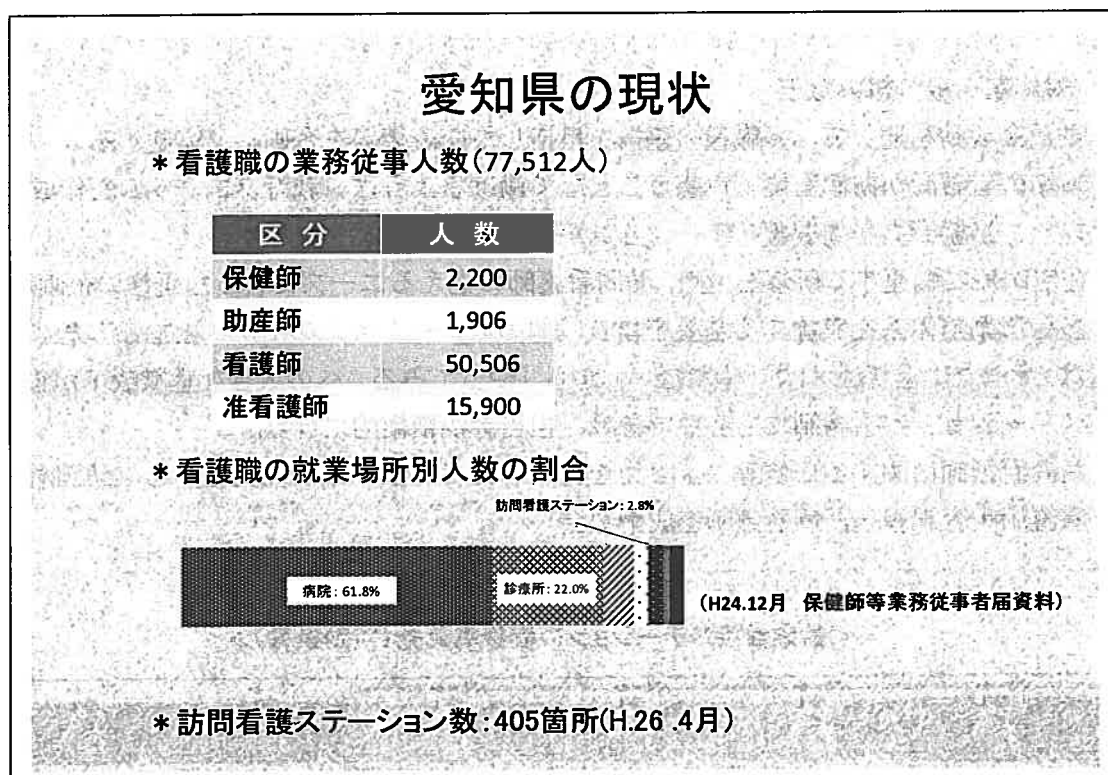
(1) 課題抽出

- ・地域包括ケアシステムの中心を担うべき訪問看護ステーションが、各々の地域で開催されている会議等の主要メンバーに入り、情報をタイムリーに入手する。

- ・在宅領域で働いている看護職の看護協会への入会を促し、問題を明確化する。
- ・訪問看護ステーション間の連携を強化する必要がある。
- ・中心となるべき訪問看護ステーション協議会の基盤を強化する。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・看護協会の地区支部を活用し、地域で行われている地域包括ケアシステム関連会議の開催情報を得て、訪問看護ステーションの看護師が参加できるように働きかけていく。
- ・在宅領域の看護職の現状を明らかにし、課題解決につなげるために新年度より看護師職能委員会を領域Ⅰ（病院）と領域Ⅱ（在宅）に独立させる。
- ・訪問看護ステーション間の連携のため、まず昭和区・瑞穂区内の連携交流会を行う。
- ・協会長と協議会長が兼任であることを活かし、事務局の強化をはかり、愛知県への担当課への広報活動を推進していく。
- ・訪問看護ステーションの管理者対象に経営を中心としたマネジメント能力向上につながるセミナーを開催する。



愛知県ホームページより

3. 活用人材の組織的把握の課題

(1) 課題抽出

- ・がん看護・老人看護・在宅看護等の専門看護師との連携の必要がある。また、訪問看護認定看護師を活用する必要がある。

- ・訪問看護ステーションの管理者の抱える課題を整理する。
- ・在宅領域に携わる看護管理者のマネジメント能力を高める必要がある。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・研修会・交流会に講師やファシリテーター等の場を通して、人脈を確固たるものとする。
訪問看護認定看護師の連携の基盤づくりを行う。
- ・看護師職能委員会領域Ⅱによる実態調査を施行し、課題達成に向けて一歩でも具体的に策を展開する。
- ・在宅領域に携わる看護管理者対象の研修会を企画し、看護管理者同士の交流を深める。
- ・日本看護協会の全国会議に出席し、モデル的な他府県の取り組みを可能な限り取り入れる。
- ・訪問看護認定看護師教育課程は25年度より開始し、20名ずつ修了者を送り出している。

表1 愛知県の訪問看護認定看護師数

	訪問看護認定看護師数
全国	503名
東京都	93名
愛知県	46名
兵庫県	46名

* 東京都に続き、兵庫県とともに第2位の訪問看護師を有している。

在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について

公益社団法人 愛知県理学療法士会

1. 現場的課題

(1) 課題抽出

- ・通所型（主にデイサービス）サービスにおける理学療法士の配置が少ない。
- ・訪問リハビリテーションのみなし認定施設が多い。
- ・在宅療養に関わる慢性的マンパワー不足。
- ・在宅リハビリテーションの必要性の理解が進まない。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・介護予防指導者育成事業の実施による研修・啓蒙活動の開始。
- ・リハビリテーション情報センター事業開始による未就業者の活用調査の開始。
- ・多職種連携による啓蒙活動の実践。

2. 組織的課題

(1) 課題抽出

- ・専従職員（理学療法士）がおらず組織的活動の制限がある。
- ・在宅療養に関わる理学療法士の当会への未加入者が多くいることが予測される（特に非正規雇用者）。
- ・在宅療養の充実に向けた研修等の活動が少ない。
- ・地域における組織的活動が未熟である。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・雇用に向けた検討を開始。
- ・リハビリテーション情報センター事業・白書の作成を通じ実態把握を開始。
- ・医療介護総合確保基金を利用した研修の開始。
- ・ブロック再編を含めた組織改編を検討開始。

3. 活用人材の組織的把握の課題

(1) 課題抽出

- ・会員情報が任意での情報提供であり実態が把握しづらい。

- ・所属施設からの就業状況の協力が得られにくい。
- ・未加入者の情報が把握できない。
- ・非正規雇用者の組織率が低いと予測される。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・リハビリテーション情報センター事業・白書作成を通じ実態把握を実施中（平成 27 年度版愛知県理学療法白書作成中）。

在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について

一般社団法人 愛知県作業療法士会

1. 現場的課題

(1) 課題抽出

- ・若経験者だけの職場多く、質の担保が困難。
- ・学校教育と臨床現場での教育/指導内容に乖離がある。また、科学的根拠のある実践が少ない。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・教育研修会等の開催。
- ・生活行為向上マネジメント研修会の実施、事例発表の推奨
(作業療法の共通概念を学生/臨床家に向けて伝える取り組み、理論的な思考に基づいた事例検討の場の提供)

2. 組織的課題

(1) 課題抽出

- ・パラダイムシフト（心身機能重視の実践→作業/生活重視の実践へ）が起こっている。
- ・リハ職種において役割分担・連携が不十分。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・生活行為向上マネジメント研修会の実施。
(心身機能・作業/生活をバランスよく評価し介入するプロセスを伝える取り組み)
- ・作業療法士/理学療法士/言語聴覚士の3職種連携の強化
(愛知県理学療法士会・愛知県作業療法士会・愛知県言語聴覚士会合同での研修会の開催等)

3. 活用人材の組織的把握の課題

(1) 課題抽出

- ・地域のブロック化が出来ていない
- ・人材の把握ができていない

(2) 対応策・取り組みなど

- ・多職種との連携などを考慮したブロック化を検討中。
- ・研修会やブロック別での活動（地域での活動）などを利用することで、人材の把握（確保）を検討中。

在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について

愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会

1. 現場的課題

(1) 課題抽出

- ・介護支援専門員（ケアマネジャー）の課題として、アセスメント能力の不足が言われている。
- ・基礎資格が福祉系の割合が高く、医療連携が不十分であるということも言われている。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・当団体では、アセスメントシートを愛知県の協力を得て作成し、啓発のための研修会を継続的に開催している。
- ・医療連携についても以前から言われていることであり、研修会等で啓発活動を継続している。
- ・次年度より法定研修の形態も変更され、研修会の内容についても発言できるようにしている。

2. 組織的課題

(1) 課題抽出

- ・事業者の団体で会員数も 400 あまりの状況となっている。
- ・各市町には連絡協議会などが存在しており、県単位での情報の収集も難しい状況にある。
- ・県単位での団体の必要性の啓発も不足している

(2) 対応策・取り組みなど

- ・県単位での研修会等を開催し、啓発を継続的に行っている。
- ・各市町の代表者との意見交換をする機会を設けていく。

3. 活用人材の組織的把握の課題

(1) 課題抽出

- ・各市町にある地域包括支援センターは介護支援専門員（ケアマネジャー）のいる居宅介護支援事業所と介護支援専門員の人数等の状況は把握されているが、当団体の活動ではないため、把握がされている事実を認識している。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・介護支援専門員の情報に関することは地域包括支援センターに確認する事となっている。

この先に、調査をする必要にあわせて方法を検討する

在宅医療（療養）における各職能団体の諸課題と対応策について

愛知県言語聴覚士会

1. 現場的課題

(1) 課題抽出

- ・在宅医療に関わる言語聴覚士が少なく、利用者の方やご家族へ十分なサービスを提供できていない。
- ・コミュニケーション障害（失語症、構音障害、高次脳機能障害、認知症、聴覚障害など）や摂食嚥下機能障害に関わる関連職種の方との連携が不十分である。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・関連職種向け勉強会を開催する。

2. 組織的課題

(1) 課題抽出

- ・言語聴覚士の存在を知らない関連職種の方が多く、活用される機会が少ない。
- ・地域ごとの活動ができていない。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・活用していただくために言語聴覚士の存在についての啓発活動を行う。
- ・ブロック制の検討を進める。

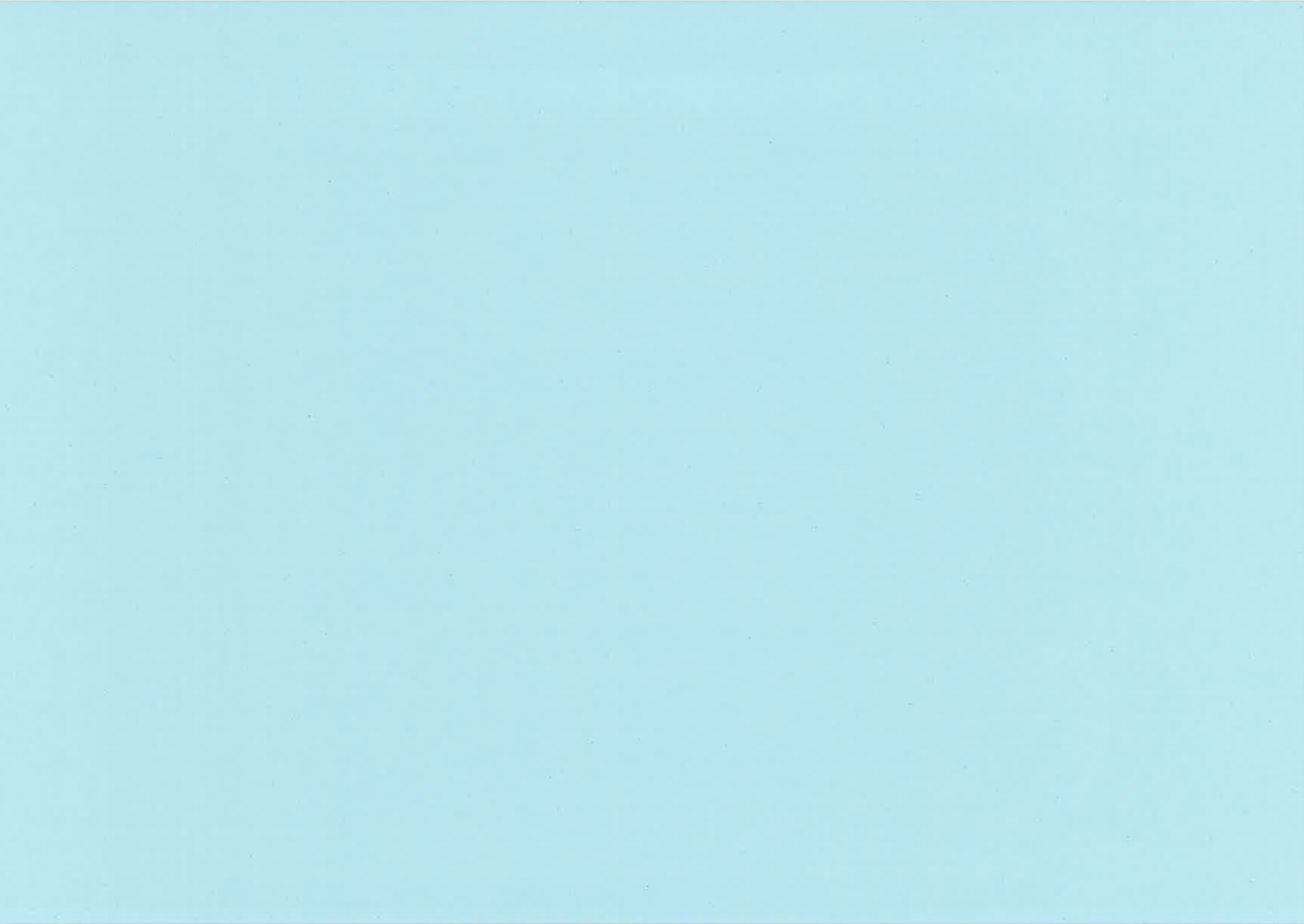
3. 活用人材の組織的把握の課題

(1) 課題抽出

- ・在宅医療・介護に関わる言語聴覚士の情報が不足している。

(2) 対応策・取り組みなど

- ・在宅医療・介護に関わる言語聴覚士に対しても積極的に当会への入会を勧める。
- ・在宅医療・介護に関わる言語聴覚士について、ケアマネジャー等からの情報収集および地域リハビリテーションの関連研修会からの情報収集をする。



参考資料 9 日医かかりつけ医機能研修制度

本研修制度では、「かかりつけ医機能」として、(1) 患者中心の医療の実践、(2) 継続性を重視した医療の実践、(3) チーム医療、多職種連携の実践、(4) 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、(5) 地域の特性に応じた医療の実践、(6) 在宅医療の実践—の 6 つを挙げ、これらの機能に沿った形で研修内容が組まれており、「基本研修」「応用研修」「実地研修」の 3 段階に分類されている。

「基本研修」

- ・日医生涯教育認定証の取得、つまり日医生涯教育講座の 3 年間の単位数とカリキュラムコード数の合計で 60 以上を取得することを第一条件としている。

「応用研修」

- ・「講義要綱【シラバス】」を作成、項目として、1.かかりつけ医の倫理、質・医療安全、感染対策、2.健康増進・予防医学、生活習慣病、認知症、3.フレイル予防、高齢者総合機能評価（CGA）・老年症候群、4.かかりつけ医の栄養管理、リハビリテーション、摂食嚥下障害、5.かかりつけ医の在宅医療・緩和医療、6.症例検討—が挙げられている。
- ・日医では来年度より、本シラバスに基づくテキストを用いた座学の研修会を開催する予定で、こうした座学研修を本研修制度の応用研修と位置づけている。

「実地研修」

- ・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等を地域で実践することとされ、具体的な活動内容として、1.学校医・園医、警察業務への協力医、2.健康スポーツ医活動、3.感染症定点観測への協力、4.健康相談、保健指導、行政（保健所）と契約して行っている検診・定期予防接種の実施、5.早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力、6.産業医・地域産業保健センター活動の実施、7.訪問診療の実施、8.家族等のレスパイトケアの実施、9.主治医意見書の記載、10.介護認定審査会への参加、11.退院カンファレンスへの参加、12.地域ケア会議（会議の名称は地域により異なる）等への参加、13.医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員、14.看護学校等での講義・講演、15.市民を対象とした講座等での講演、16.地域行事（健康展、祭りなど）への医師としての出務—が挙げられており、いずれも地域のかかりつけ医に求められる活動と位置付けている。



新たな決意と覚悟と半歩の漸進と

第1回 地域医療再生に関する多職種連携協議会

日時：2014年8月12日 14:00～15:35

於：愛知県医師会館 5階医師連盟会議室

出席者：愛知県歯科医師会（本多、竹内）、愛知県薬剤師会（鈴木）、愛知県栄養士会（水野、小木曾）、愛知県歯科衛生士会（金森）、愛知県看護協会（兵藤、加藤）、愛知県理学療法士会（鳥山）、愛知県作業療法士会（稲垣）、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（鈴木）、愛知県言語聴覚士会（鈴木）、愛知県（寺田）、愛知県医師会（樋口、宮治、加藤、佐野、天野）

樋口俊寛理事より、愛知県医師会が7月1日より公益社団法人となり、担当理事に、野田正治理事が副担当理事に就任した報告を受けた。続いてこの協議会の委員長、副委員長の選出がなされ委員長愛知県医師会宮治眞委員、副委員長同歯科医師会本多豊彦委員、同薬剤師会鈴木弘子委員が選出され承認を受けた。樋口理事より過去の多職種連携協議会の延長線上としてイエローカードの改善と拡大と広報活動に取り組みたいという挨拶、引き続き各職能団体の自己紹介が行われて定刻開会した。

1. イエローカード・システムに係る活動としての問い合わせ及び広報

2014年4・5・6・7月の間に、以下のような立場より問い合わせを受けた。①半田保健所、②新城市静巖堂医院、③歯科衛生士会、④愛知県キックオフ会議（配布資料1；平成26年8月1日№1979愛知医報）、⑤言語聴覚士副会長との話し合い、⑥第190回東海病院管理学研究会パネルディスカッション、⑦岡崎市役所のホームページへの掲載要請（同時に、薬剤師会からホームページへのリンクの希望）、⑧栄養士会より8月30日開催の研修会への支援要請（本日の連携協議会終了後の要請）である。これらはいずれも事務局で確認していただき、同時に、イエローカード・システム改善の指摘があれば記録に残すこととした。最大の理由は広報の実態である以上に、愛知県地域医療再生基金の支援を受けている多職種連携協議会の成果物のあり方、検証であり、税金の適正活用の立場である。今後財政状況が一層厳しくなることから、この視点は常に通奏低音でなければならない。

2. アクションプランの実施

すでに2014年5月28日・同6月16日の2回に亘る予備の当連携協議会において確認したように、各職

能団体が可能な範囲で、可能なことの取り組みを要請していた。内容は多職種間のミニレクチュアの開催・支援、均霑化を目指すための事例検討のあり方・参加であり、各職種の機関紙への掲載などである。同時に県民向けの理解をえるための広報活動などであるが、当連携協議会が支援できることであれば、多様性、多岐性をもって対応することを確認し、可能なかぎり早急に凡その日程を事務局へいただけるよう要請した。ここでも最大の理由は来年3月末をもって当連携協議会が予算の一区切りとなる関係上、残された時間は約半年と僅かであり、新たな決意と覚悟と半歩の漸進が求められているからである。この過程で、リハビリテーションに関する三士会（理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会）があることを知り、しかも来年は10周年で、愛知県・岐阜県・三重県が合同で行う会があるとのことで、支援を確認した。同時に全国大会もあるようで、当連携協議会が可能なかぎり協力をしたいと論議した。言語聴覚士の当連携協議会への参加は了承されたが、他の職能と重複する部分について、異職種という視野の相違を具体的にどう包摂していくかという点において、重要であるという認識は十分に首肯すべき指摘であった。何よりも近い将来に向けた職能の本質に関する課題だからである。愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（通称：愛介連）、訪問リハビリテーション、訪問看護ステーション、歯科衛生士会など多くの職能団体が多彩な企画を計画しており、当連携協議会が積極的に活動に参加できるよう論議が交わされた。ただこの過程で次の議論のごとく、予算のあり方に各職能団体固有の事情を抱える財政的な課題が浮き彫りとなった。

3. 予算に係る多職種連携協議会のあり方

現行医師会を中核とする範囲内で可能なことは実施するが、現実的に困難な課題も抱える。基本的原

理はこの一連の事業は国の方向性に則って実施されているわけで、県民の納得のいく実践であれば、公的資金の導入の要請、あるいは医師会でいえば補正予算への計上、さらには各職能団体が自らの組織の自立と自律をもって対応する。それも無理ならボランティア（ジェニインボランティア・セミ／ハーフボランティア・プロフェッショナルボランティア）としてでも実行する価値があるか否かが問われなければならないだろう。これらすべてが無理であるなら、問題提起としては凡そ1年を目処に、独立組織への移行が検討されるべきであろう。なぜなら、少子高齢化は待ったなしにそこまで来ており、各職能団体が性根を据えて取り組まないかぎり、地域医療・介護は再生しないからである。公的資金の支援を受けるなら、当連携協議会が常に過程の検証を怠らず、地域住民が納得する、その有意義性を明らかにしなければならない。このようなことは新たな地平を切り拓くときに起こる必然の課題であり、乗り切れるかどうかが焦眉の急である。「新たな決意と覚悟と半歩の漸進と」は茨の道である認識が求められる。

当面は各職能団体の固有性に応じて柔軟な対応を図るのが現実的で、是非・可否を含めて事務局へ相談を願いたい。蛇足ながら、日本医師会は綱領を作成し周知徹底を図っているが、その中で横倉義武会長は3つの点（日医ニュース№1270：2014.8.5）①「組織を強くする」②「地域医療を支える」③「将来の医療を考える」を指摘しており、当連携協議会もその延長線上にあることはいうまでもない。しかも綱領4つの1番目に、「日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます」とある。私的には「国民目線」という言葉を好まないが、要するに年度末になって、予算消化のための

講演、研修、会議倒れなどにならずに、地域、現場に這い蹲って、徹底して己の職能団体を強くすることといえよう。

天野寛委員はイエローカード詳細版の見直しの重要性を、加藤憲委員は各職能団体がイエローカード普及のボトムアップのための固有の組織の立ち上げを、佐野芳彦委員はイエローカード作成や愛知県への提言の印刷代に関する費用の問題を念頭に、イエローカードそのものの電子化の必須などをコメントした。電子化の件は、過去の連携協議会において視野に置く確認とともに、愛知県へも提言している。2014年4月1日付けで、柵木充明愛知県医師会長と郡健二郎名古屋市立大学長との間で、愛知県医師会・愛知県医師会総合政策研究機構のこの成果物に関する協定が結ばれており、経費のことを考慮すると、その援用の中で対応することが好ましいかもしれない。いずれも現場に根ざしたコメントであり、今回はアクションプランとともに、この視点の討議を議題としたい。同時に、全委員発言はいつものことながら、事務局より腹を括った新たな事務局能力を実感したとの感想が述べられ、ともに本腰を入れて取り組まざるをえない方向性が示唆された。

最後に樋口理事からは論議への謝辞とともに、今後の進展を期待するとの総括コメントをいただいた。文字通り事務局をも包含して「新たな決意と覚悟と半歩の漸進と」にふさわしいコメントといえた。今回は9月22日午後2時開催予定である。

（文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞）

日本医師会会費・愛知県医師会会費の納入方ご依頼について

平成26年度第3期分会費の納入時期となりましたので、ご繁忙のところ誠にお手数ではありますが、下記により納入方お願い申し上げます。

記

○ 日本医師会会費

1. 平成26年度第3期分賦課徴収額

A①会 員	:	金42,000円
A②会員(B)	:	金27,000円
A②会員(C)	:	金13,000円
B 会 員	:	金9,000円
C 会 員	:	金2,000円

○ 愛知県医師会会費

1. 平成26年度第3期分賦課徴収額

A 会 員	:	金32,100円
B 会 員	:	金4,300円
C 会 員	:	金600円

イエローカード詳細版の改定；医療と介護・生活のはざまで揺れる 第2回 地域医療再生に関する多職種連携協議会

日時：2014年9月22日 14:00～15:40

於：愛知県医師会館 8階801会議室

出席者：愛知県歯科医師会（本多、竹内）、愛知県薬剤師会（鈴木、奥）、愛知県栄養士会（水野、小木曾）、愛知県歯科衛生士会（金森）、愛知県看護協会（兵藤、加藤）、愛知県理学療法士会（星野）、愛知県作業療法士会（稲垣）、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（鈴木）、愛知県言語聴覚士会（鈴木）、愛知県（山村、後藤）、愛知県医師会（樋口、野田、宮治、加藤、佐野、天野）

樋口俊寛理事より飛び石の休みにも関わらず、全職種から出席をいただいた御礼が述べられ、続いて本日最初の参加となる野田正治理事、薬剤師会奥健委員、山村浩二愛知県健康対策課、後藤恵子同高齢福祉課より自己紹介をいただき定刻に開始した。

1. アクションプランの報告と今後について

①2014年8月30日栄養士の研修会に加藤憲委員がイエローカードを主体に連携に関するパネリストとして参加した。この発表は好評で、パワーポイント資料を次回配布することとなった。また歯科医師会本多豊彦副委員長も参加された。

②本多副委員長の参加を契機に愛知県歯科医師会館2階 歯〜とぴあホールで、歯科医師会主催の多職種連携協議会シンポジウムが、2014年12月14日午前の部10:30～12:00（仮）脳卒中モデル患者における模擬事例検討が、午後の部13:00～16:00基調講演として葛谷雅文名古屋大学教授による「高齢者の栄養と摂食嚥下障害、特に人工的な水分・栄養補給について」、在宅療養支援歯科診療所連絡会講演として東海学園大学中出美代准教授による「栄養士からみた食べることの支援」が開催される。当協議会も参加要請を受け、とくに事例検討会は画期的と討議された。詳細はさらに検討するが、事例検討における本多副委員長提示の(1)【「時系列設定」0. 通常生活 1. 疾病発症 脳卒中（脳梗塞） 2. ICU入院 3. 一般病室 4. 退院時カンファレンス 5. 在宅開始 6. 長期化 7. 症状悪化時 8. その他】は新しい試みとして本協議会の真価を問うことになる議論が交わされた。他方で、以前より検討中の倫理4原則の逆転（薬剤師会鈴木弘子副委員長）に基づく(2)【1. QOL（善行と無危害と自律性尊重の原則） 2. 周囲の状況（忠実義務と公正の原則） 3. 患者の意向（自律性尊重の原則） 4. 医学的適応（善行と無危害の原則）】、さらには私たち

提示の(3)【①医学的適応、②患者の意向、③QOL、④周囲の状況、⑤法の遵守、⑥説明義務、⑦接遇態度、⑧注意義務】の相互比較のなかで、よりレベルの高い、当協議会による新しい方式の事例検討会【チーム名・司会者・記録者・発表者・必要に応じてコメンテーター・記録の保存】が期待される。

③2014年10月19日歯科衛生士会より事務局の参加要請を受けて、イエローカード・システムの広報を行うこととなった。いずれも各職能団体の「自立と自律」により、少し長い道のりであったが、ようやく半歩の漸進が実施に至った。

2. イエローカード詳細版の改善案について

事務局案を提示したが、原点、濫觴に戻る意味において熱い議論が沸騰した。骨子は医療と介護・生活の視点の取り入れ方であったが、これはとりもなおさず、国の方向性が右往左往した軌跡と一致しており、「医療と介護・生活のはざまで」という難題であること、各職種、各立場による整合性の難しさが浮き彫りになったといっても過言ではない。当協議会は各職能の責任者で構成されており、議論は何でもあり、大胆で可だが、組織決定としての首尾一貫性は、一連の経緯の討議を深める延長線上としての視野は重視すべきである。経緯の議論を変更する場合、検証の上に行うべきである。

本日の討議を踏まえた委員長としての見解を以下に纏めておくが、各職能団体はすべての項目について事務職員の方も生活者の視点も含めた案を事務局に送付（締切り2014年10月20日）していただき、次回整理することで原則的な了解をえた。委員長の議事纏めは以下の5点である。

(1) 介護・生活の視点をどこまで具体的に取り入れるかは別として、詳細版は最終的には各職能団体の意見を最大限尊重したいこと、認知症が国の重

要な方針の一つで、同時に認知症の病態は多彩であり、他の疾病への応用性が高く、元来このイエローカードは厚労省の項目を下敷きにしていることで、認知症に比重をかけていること。

- (2) 鈴木副委員長からの提案：「原則5；着眼点①現状把握、②誘因・要因・原因、③今後の視点に配慮した書き方に留意する」「着眼点2の各設問の法的定義は、職種紹介で纏める、LawではなくRuleとする」こと。
- (3) 観察する時の注意（簡略版）、共通事項など挿入箇所など、記載表現を含めたレイアウトはデザインの力を借りること、イエローカード「I. 介護をしている人（家族・同居人など）について」の項目は虐待問題があり、運用を含めて今後別途検討が必要であること。
- (4) 委員長が事務局案として介護・生活の視点や言葉に配慮した案はルポ（認知症とわたしたち：朝日新聞出版2014年6月30日）に基づいているが、参考にしていただきたいこと、同時に認知症の比重を鑑みると、看取りを含む医師としての重要度からは、今後、後見制度（後見・保佐・補助）が無視できないこと、である。
- (5) 今後の討議を深化させるため、イエローカード・システムの原点、濫觴を再確認しておく。
- ①かかりつけ医、医療機関受診中はレッドカード、予防はグリーンカード、「おやっ」「あっ」と思ったときがイエローカードである。
- ②詳細版の概念は原点であり i) 記載内容は職能の責任において誰でもよく、主観的であっても可である。 ii) 専門職として自分の職能からみて見逃しがなく、療養者のQOLを高めることである。 iii) 見逃しがなく、専門職のとくに責任者の立場に鑑みれば、稀少な視点も鑑別診断の「頭の体操」として若干強引であっても取り入れることである。 iv) 自分の職能において、何ができることか、何ができないことか、を他の職種の方に知悉してもらうことである。 v) 各職種は24項目中自分の職能に関しては最低限1つ以上記載することである。 vi) 医療と福祉の知的格差は職能上やむをえない面があるが、可能な限りの共通認識として、この格差の垣根を限りなく低くするための手引き、解説書の位置づけである。 vii) 地域包括ケアシステムを射程距離に入れた対応である。具体的な運用に関してはまだ流動的な面があると思われるが、国や自治体の動向に即応しつつ対応することである。 viii) 多職種連携としての地域住民への広報は当然包含している。 ix) 地域住民をも対象として

の連携（イエローカード本体）は5W1Hに集約された連携と捉えるべきである。

- ③イエローカードそのものは、一言事務へ連絡をいただければ本体の活用は自由である。ただし、利活用の手続きが不十分であり、次回検討する。

全体総括として佐野芳彦委員は樹形図を応用したデザインの力を活用することで、広報を含めデファクトスタンダードとして広める可能性、加藤憲委員はイエローカードからシステム指向性への重要性、天野寛委員からは事前了解と共通認識の重要性が指摘された。樋口理事からは地域包括ケアシステムにおける医療機能の名称 i 高度急性期機能、ii 急性期機能、iii 回復期機能、iv 慢性期機能の4分類が提示され、今後これらと地域の連携の必要性が無視できないとコメントされた。蛇足を加えれば全くその通りで、すでに愛知県医師会総合政策研究機構が愛知県への提言に盛り込んだ病院版イエローカードの概念であるが、医師会としての取り組みの力量が期待される。

3. 「イエローカード」の商標登録申請・その他について

- ①「イエローカード」の商標登録申請は若干事務手続き上の不備があり、遅れてしまい大変申し訳ないが、現在順調に進んでいる。
- ②次回までの準備は各職種からの案を10月20日までに、最低限1項目でも可であるから、事務局へ送信していただきたいこと。
- ③次回開催の10月27日にはいただいた原案そのものと、事務局整理が可能であれば、両者を出して検討を加える予定である。同時に、事例検討の均霑化、構造化などを念頭に、事前に模擬事例検討会を行う予定である。

（文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞）

地域医療再生に関する多職種連携

イエローカード・システムに係る成果報告会

日時：2014年5月28日 14:00～15:45

於：愛知県医師会館6F研修室

出席者：愛知県歯科医師会（中西、本多）、愛知県薬剤師会（西川、鈴木、中村）、愛知県栄養士会（水野）、愛知県歯科衛生士会（池山）、愛知県看護協会（加藤）、愛知県理学療法士会（鳥山）、愛知県作業療法士会（稲垣、堀部）、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（鈴木、熊谷）、新城市（栗田、菅谷）、東郷町（松浦、土井）、春日井市（長縄、伊藤）、名古屋市（舩橋）、愛知県（西郷、後藤）、愛知県医師会（伊藤、樋口、宮治、加藤、佐野）

伊藤健一理事より地域包括ケア会議を視野に入れた多職種連携への関心の高さとイエローカード活用を含めた展望の挨拶をいただき定刻開始とした。なお、今回はイエローカード・システムに係る成果報告が主であり、モデル事業の自治体関係者（新城市・東郷町・春日井市）とともに愛知県、名古屋市の行政の方々の参加もえて開催した。冒頭参加者の自己紹介を行った。まずもって深謝を申し上げたい。

(1) 各市町の報告

すでにモデル事業を行った現地において具体的な報告検証は実施済みであり、ここではそれらの資料をもとに、単刀直入にイエローカード・システムのメリット・デメリットを総合的に討議した。全員の方から多義に亘る意見を受けたが、今後のあり方を含めて司会（宮治）として重要性を認識して極大雑把に纏めると、以下のごとくであった。①イエローカードの位置づけが曖昧、②多職種に関する共通言語理解が困難、③既存システムやICTとの整合性の取り方、④文書料金のあり方、⑤FAXを中心とする伝達方法の不便さ、⑥この方法の今後の活用の仕方、などなどである。いずれも配布資料『平成25(2013)年度愛知県医師会総合政策研究機構（愛医総研）ROCⅡプロジェクト・愛知県・地域医療再生調査研究事業の委託研究報告書』（150～171頁）・『イエローカード・システム』および配布資料の愛知医報に掲載済みの連携協議会の議事録で論議された事項

であり、再読を願いたい、あらためてまだ未消化な部分が多いことが指摘された。もちろん、均霑化のツールとしてのメリットも指摘され、デメリットを改善しつつ、かつ、地域特性、職種特性も包摂して、拡大、流布の重要性も指摘された。

(2) 今後のあり方および次回開催

配布資料において、2年間を目処としたスケジュール試案を司会として提示したが、もっと具体的という要望が出された。次回までに事務局案をさらに具体化するべく討議を重ねることが指摘された。ただ、大きくはイエローカードの改善、拡大、流布のためには各職能団体が、参加者の大中小を問わず、自立と自律をもって研修・シンポジウム・ミニレクチャー・出前講義・事例検討などをきめ細かく浸透させることが最大の課題と考えられた。手始めに次回6月の会はモデル的な事例検討のあり方、原則を提示して、この会において学習することとし、参加を要請した。同時に、拡大、流布のために資料として「イエローカード・システムご利用に際してのお願い」を示して、連絡先を明記した。

総括的な理論武装としてはデザインも含めて「連携」とは何か、その「見える化」、「信頼」とは何かなど根源的な概念を踏まえる原則性を改めて痛感した。
(文責：宮治 眞)

イエローカード・システムご利用に際してのお願い

イエローカードとは、主として在宅療養（医療）を受けている利用者が重症になってから医療機関を受診するのではなく、その一步手前で、より早めに医療にかかるようにするためのチェックシートです。該当項目からきっかけを見出して、医療としての専門各職種に橋渡しをすることを目的としており、このカードを定期的につけることで症状の見落としを防ぎます。（「イエローカード」は現在、商標登録申請中です。）

これらの試みは、愛知県からの委託事業（地域医療再生調査研究事業）として取り組んでまいりましたが、当システムはご自由にお使いいただくことが可能です。なお、個人・団体いずれの場合でも使用可能としておりますが、普及状況の把握のため、ご利用の際は下記連絡先までご一報いただくと幸いです。

また、当システムについてお気付きの点、改善点、ご不明な点などがございましたら遠慮なくご意見をお寄せ下さい。よろしくお願いいたします。

平成26年4月1日現在

<連絡先>

〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄4-14-28
公益社団法人 愛知県医師会
医療業務部地域医療第二課
TEL 052-241-4139/FAX 052-241-4130

—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*—*

事例検討 事前打合せ会

イエローカード・システムを活用した均霑化のための「事例検討」のあり方・考え方・概念

日時：2014年6月16日 14:00~15:30

於：愛知県医師会館5 F501会議室

出席者：愛知県歯科医師会（本多）、愛知県薬剤師会（鈴木）、愛知県歯科衛生士会（金森）、愛知県看護協会（加藤）、愛知県理学療法士会（鳥山）、愛知県作業療法士会（堀部）、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（熊谷）、東郷町（土井）、新城市（後藤）、愛知県医師会（伊藤、樋口、宮治、加藤、佐野）

冒頭に樋口俊寛理事より、7月より人事をも含めて組織が変更となるが、イエローカードの活用を含めて協力、支援したいとの挨拶で定刻開始した。なお、途中より伊藤健一理事が参加され、同様、協力、支援の挨拶を受けた。

(1) 事例検討のあり方・考え方・概念

司会の宮治より、過去の論文、研究などを含めて資料による説明を行った。理由は事例検討が種々の場で、種々の形で実施されているが、概念・考え方・あり方に関して、最低限の視点の統一が不揃いであり、県レベルとしての均霑化が必要である背景を説明した。イエローカード・システムの利活用と進展、拡大はこの過程で検証する側面も有している。

概念原則は大雑把に、医療倫理・生命倫理4原則を踏まえた、無危害・善行・自己決定/自律・正義（配分的正義）（愛知医報；平成26年2月1日1967号）を原則とする。その医療応用としての臨床倫理4分割、医学的適応、患者の意向、Quality Of Life (QOL)、周囲の状況（川口篤也 週刊医学界新聞2014.3.10 3067号）、さらに附随事項として私たちの研究に基づく、法の遵守、説明義務、接遇態

度、注意義務（藤原奈佳子他 日本医療・病院管理学会誌46(1)39-49頁）4つの視点から事例検討を行う提案をした。全員の意見をいただき大方の賛意はえられたが、問題点も指摘された。

一番大きな課題は、医学に偏りすぎる点、医学用語が前面に出る点、在宅に則した事例検討になりうるかという疑義であった。討議内容において、臨床倫理4分割の順序の変更、周囲の状況、QOL、患者の意向、医学的適応で実施すればどうかとの討議が交わされた。さらにADL (Activities of Daily Living) における視野が不十分との指摘も俎上に上がったが、配布資料に掲載した上田敏先生の有名なモデル、生命の質（生物レベル）、生活の質（個人レベル）、人生の質（社会レベル）の個人レベルとしての生活の質が該当すると判断してはどうか、グリーフケアの視点なども含め、最近の国際障害分類も視野に入れた活発な討議がなされた。有意義な討議であったことは間違いなからう。

(2) 今後のスケジュール

過去の議事の纏めや討議を踏まえて、各職能団体、自治体、大学などが、できる場で、できる範囲で自立的に取り組み、この連携協議会はそれを後押しする案を提示し検討を依頼した。偶々歯科医師会が虐待に関する講演会を開催予定（2014.7.27日(日)）との報告があり、それを補佐する形で、イエローカードの虐待の項目が手付かずになっているので、運用のあり方などを討議してはどうかということになり、本多豊彦委員と事務局で擦り合わせをすることとした。同時に、各職能団体において、研修、ミニレクチャー、学生への講義、住民への啓蒙など、イエローカード・システムの広報に有用な行事を今から準備し、早めに申し出をいただくことを要請した。

(3) その他

歯科医師会への支援を最優先するが、日程都合によっては、次回は本日の配布資料事例を用いて、各職能団体の幹部が連携協議会のイエローカードへの応用として自主的、自律的勉強会を行うことも提示した。最後に各職種の法律の職務範囲の収集が不可避であり、事務局へ送っていただけるよう要請した。ただ伊藤理事より医療・介護総合確保推進法、現在19の法改正（医療法・介護保険法・保健師助産師看護師法・歯科衛生士法など）が行われている最中であり、その行方を見定めた上とのコメントが出され、経過を注視し今後の課題とした。次回開催は改めて連絡することとした。（文責：宮治 眞）

地域医療再生に関する多職種連携協議会

(第3回) イエローカードにおける【錯綜】詳細版改訂と【変幻自在】事例検討のあり方・考え方
(第4回) 「他の職能の職務内容を知らないことを知らない」現実から

第3回 地域医療再生に関する多職種連携協議会

日時：平成26年10月27日

13：30～事務局事前打ち合わせ

14：00～15：40

於：愛知県医師会 8F801・802会議室

出席者：愛知県歯科医師会（本多、竹内）、愛知県薬剤師会（鈴木、奥）、愛知県栄養士会（水野、小木曾）、愛知県歯科衛生士会（金森）、愛知県看護協会（加藤）、愛知県理学療法士会（鳥山）、愛知県作業療法士会（堀部）、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（熊谷、鈴木）、愛知県言語聴覚士会（鈴木）、愛知県（樋川、後藤）、愛知県医師会（樋口、宮治、加藤、佐野）、事務局（小牧、大場）

冒頭、樋口俊寛理事より、12月開催の愛知県歯科医師会の取り組みへの敬意と関心を示された挨拶をされた。同時に司会（宮治）より、事務局内の連絡が不十分で委員の方々に迷惑をかけているとの認識から、時間的余裕があれば、13：30より事務局の事前打ち合わせとして、本多豊彦愛知県歯科医師会・鈴木弘子愛知県薬剤師会のお二人の副委員長にもご出席いただいた。各委員は早めに来られれば、事前打ち合わせに順次ご参加いただくことを可とした経緯の了解を得て、定刻開始とした。

1. イエローカードに関する活動報告

- ①2014.10.19(日)愛知県歯科衛生士会において「イエローカードの使用法」の説明を宮治が講演させていただいた。大変有意義であり、現場の意見を拾い、他・多職種の学習の面からも、今後とも各職能団体が開催するこのような会の広報、参加要請の必要性を痛感した。
- ②2014.12.14(日)10：30～12：00愛知県歯科医師会が「多職種連携協議会シンポジウム モデルケースで考える多職種連携一生きる喜びを実現するために」が同歯科医師会館 歯～とびあホールで開催される。各職能団体への協力要請が行われた。

③2015.1.31～2.1(土・日)理学療法士会・作業療法士会・言語聴覚士会が行う、3県合同訪問リハビリテーション研修会が開催されるので、当協議会が参加できるよう協力を要請した。

④イエローカードを広報するに当たり、いわゆる利活用の説明資料が各職能団体の手元に置く資料として不十分であり、各職能団体のホームページに載せていただくよう要請した。原文は事務局よりデータで送るが、現在、詳細版が改訂中であることから、イエローカード・システム第1版の表紙頁から20頁までをもって説明資料とすることとした。各職能団体のホームページへの掲載を確認した。

⑤追加的に第191回東海病院管理学研究会が2014年11月1日に「チーム医療と専門職性」の題で開催され、鳥山喜之理学療法士会代表理事が講演することが報告された。

2. イエローカード・システムの改訂

各職能団体の原案締切りが10月20日であったが、宮治の不手際により趣旨が十分伝わらず、一部誤認を招いているので謝罪の上、本日送信した案の中の原理・原則をもってそれに追加・削除（全削除も可）・自由意見を願った。

本日の討議においては、言葉の難解さ、職能間の概念の未分化、対象の不明確さに象徴される利活用方法の不徹底、知識・技量格差、幹部としての生涯学習などとの錯綜など鋭い指摘を受けた。とくに専門用語の難解さ、全ての人が利活用する基本的レベルをどうするか、など核心的な話題となった。利活用に関しては5W1H（だれでも・どこでも・いつでも・なんでも・なぜ・どのように）を原則として、各職能特性（含・組織特性）・地域特性・施設特性などを是認した対応を可とした。錯綜の通奏低音は各職能の個人、組織を問わず「自立・自律」であることの理解を求めた。とりあえずの原案締切りは11月末日として、次回、次々回までには一定の方向性を出したい旨の論議を行った。本日配布された歯科医師会『歯科訪問診療のスズメ患者さん・ご家族のためのハンドブックス』、薬剤師会『くすり・薬剤師と上手につきあう！～薬で困らない～ケアマネ

ジャー・介護スタッフの皆様へ』の小冊子は良くできており、イエローカードへ掲載される表現も散見されるとともに、偶然にも同時に配布されたが、将来を見据えて統一（たとえばデザインをすべてイエローで統一）なども討議の俎上に上がった。私が栄養士会より贈呈を受け書評したブックレビュー（愛知医報2014.10.15第1984号『幸せの介護食レシピ100』）もその延長線上である。

3. 事例検討のあり方・考え方

本多副委員長より2014.12.14開催のシンポジウムの事例が提示された。方法はパワーポイントの利用は不可で、自分の職能からみた事例へのコメント、さらには職能理解のためのプロパガンダ、何でも結構というユニークな取り組みで開催したいと、協力要請を受けた。唯一は時間厳守（約3分以内）である。まさに個人・職能の「自立と自律」の濫觴であり、種々の疑問も提示されたが、宮治は本多副委員長の天衣無縫を大歓迎し、これこそが多職種連携の濫觴である見解を披瀝した。同時に、当協議会当初からの課題の一つである「変幻自在」な事例検討のあり方・考え方をイエローカードに因んで均霑化のために、配布資料により(1)QOL、(2)周囲の状況、(3)患者の意向、(4)医学的適応、(5)法の遵守、(6)説明義務、(7)接遇態度、(8)注意義務、の8つをあげて日常現場での考察と検証を要請した。まずは行政、事務の方も含めて全員から意見が出されてようやくこの連携協議会が活発になってきた感を受けた。全体総括は佐野芳彦委員からはイエローカードを商品化する視点、そのための表現デザインの重要性を、加藤憲委員からは虐待の項目を家族介護者の健康という視点から捉え直すことについてコメントされた。樋口理事からは医療介護総合確保推進法の影響が大であり、十分な留意を指摘された総括コメントであった。

4. その他

加藤憲委員より2014.11.4 宇都宮共和大学宇都宮シティキャンパスにおいて開催の、「在宅ケアを担う家族介護者の健康を守ろうー日本公衆衛生学会自由集会ー」が紹介された。次回連携協議会は11月17日14:00～開催予定。

第4回 地域医療再生に関する多職種連携協議会

日時：平成26年11月17日

13:30～事務局打ち合わせ

14:00～15:45

於：5F 医師連盟会議室

出席者：愛知県歯科医師会（本多）、愛知県薬剤師会（鈴木、奥）、愛知県栄養士会（小木曾）、愛知県看護協会（兵藤、加藤）、愛知県理学療法士会（鳥山）、愛知県作業療法士会（堀部）、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（熊谷、鈴木）、愛知県言語聴覚士会（鈴木）、愛知県医師会（樋口、野田、宮治、加藤、佐野）、事務局（片岡、小牧、大場）

樋口俊寛理事から総括コメントを最後にするととの挨拶により定刻に開始した。

1. イエローカードに関する活動報告

- ①平成26年11月1日に開催された第191回東海病院管理学会（相山女学園大学）において「チーム医療と専門職性」として亀井有子（市立岸和田市民病院 急性・重症患者看護専門看護師）、石川和宏（名古屋大学医学部附属病院薬剤部）、鳥山喜之（愛知県理学療法士会：本連携協議会委員）の3氏によるシンポジウムが行われ、専門職性の意義が問われた。
- ②本多豊彦副委員長より、平成26年12月14日に愛知県歯科医師会が開催する「モデルケースで考える多職種連携～生きる喜びを実現するために～」に関する当日のスケジュールが提示された。後述のごとく、熱く活発な論議が交わされ、今後の事例検討のあり方・考え方が期待された。
- ③堀部恭代委員より、平成27年1月31日開催の「第5回3県合同訪問リハビリテーション研修会」の概要が示され、本連携協議会への参加要請がなされ、積極的に協力することを確認した。

2. イエローカード・システム（詳細版）の改訂

事務的な立場からいうと、既に本協議会で討議してきた経緯に従って、各職能団体からの改訂案提出の締切りを11月末日までをお願いをし、次回あるいは次回までに事務局案を出して詳細版を改訂することの了承をえた。ただし、この過程でいわゆるイエローカード普及の広報活動と事例検討の関係が不

明瞭であるとともに、理解し難いとの基本的な問題提起があった。重要な指摘で、本配布の資料に委員長としての関連を記したつもりだが、さらに検討を要する。イエローカードと事例検討を別次元の課題と考えての対応でも、両者を関連付けての対応であっても、いずれでも良いといえよう。委員長としての見解は、両者が表裏一体であり多職種連携の通奏低音であることへの理解を求めた。この論議の背景にはICTを視野に入れた対応が必須であり、1) 各職能団体のホームページに、県医師会のイエローカードシステムのページへのリンクを設置することは確認済みである。2) 同時にイエローカードと手引書を各職能団体がリンクとともにデータとしてダウンロードできるようにすることを確認した。それを関係者が自由に利活用できるようにすることとした。3) このような広報はまだ不十分であり、スマートフォンなどへ自由にダウンロードできるシステムがICTの視野である。問題は予算措置で、本協議会の各職能団体が商標登録申請と同様、分担するか、個人や医師会が単独で予算化するかなどの課題があり、早急に予算措置を詰める必要性が痛感された。さらには書籍出版による原稿料からの予算捻出などが話題となった。

3. 事例検討のあり方・考え方

12月14日開催の事例検討に関する本多副委員長の冒頭の【在宅療養において、歯科医師は他の職務内容を知らない】・【ということを全く知らない】という言葉は衝撃的であった。この現実、実態は本協議会の中で繰り返し指摘された事項だが、正面切って、かつ銜いもなく、正々堂々と本音の現況を喝破したことにより、熱い討議となった。脱帽のほかない。記録の重要性、レジメの作成、肩書きは1～2行で、パワーポイントは使用不可、時間厳守、シナリオ作成などの内容的実態とともに手続き論的事前準備の重要性が語られた。多職種の方々（含・地域住民など）の参加希望の強さ、訪問看護ステーションと他の職の内容との関係、退院時ケアにおける病院と診療所の関係、在宅と訪問管理栄養士の介入するタイミング、連携とリスク管理、地域ケア会議と多職種との関わり方など多くの課題が提起された。歯科医師会提起の時系列設定による事例検討であり、薬剤師会提起の現状把握・誘因、要因、原因・今後の見通しの背景という事例検討といえる。同時に「事例検討会後のアンケート調査」「反省会」などの重要性があげられた。

イエローカードとの関連からは、1) イエローカ

ードと事例検討の乖離、2) 主治医は誰か・複数の場合は、3) 医療職とMSWとケアマネジャーなどとの関連性、4) 情報の確認と共有は、など現場に即した課題が指摘された。これらを踏まえて、事例検討におけるイエローカードの項目一つひとつに関する多職種連携の試みも提案され、たとえば薬剤師会などが主導すると、有害事象の立場からイエローカードの利活用の有効性が高いことなどが示唆された討議となった。これらの背後にイエローカードのシステムとして「ツールの使い方・広め方」「パッケージ化」が論議を呼んだ。いずれにしても多くの指摘、論議の中で改めて【在宅療養において、歯科医師は他の職務内容を知らない】・【ということを全く知らない】という率直かつ真摯で清廉な態度表明なくして、新たな展望が開けないということになろう。会議後の3～4人の委員の方々から本協議会の本音の議論と、参加することによる有意義性のお褒めの感想を記しておきたい。

佐野芳彦委員のコメントは事例検討を基盤に置くと同時に、組織としての態度表明や発言、その延長線上としての多職種連携の継続性を問う指摘がなされた。加藤憲委員のコメントはイエローカードシステムを使用してもらうためには根拠の積み重ねが不可欠であり、そのうえで広報のためにそれらを文章化することが必要であるとの指摘を受けた。

最後に樋口理事からの総括コメントとして、平成26年12月6日名古屋市中心企業振興会館7階メインホールで、シンポジウム「今後の地域包括ケアシステム-高齢者の救急と看取り-」が開催されるので、チラシの案内とともに参加を呼びかけられた。これは医療介護総合確保推進法に基づく活動の一環としての保健・医療・福祉の連携強化に関するシンポジウムである。定員350名の申し込み順だが無料であり、本協議会と同一基盤上、同一戦線上の課題であり、積極的に参加していただけるよう要請を受けた。また地域医療再生基金による在宅医療サポートセンター事業、在宅医療連携システム整備事業により、地区医師会を中心に地域包括ケアシステムの支援事業の位置づけとして開催される旨が紹介された。次回開催は12月8日とした。

(文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

地域医療再生に関する多職種連携協議会

(第5回) 多職種連携の事例検討は紆余曲折・暗中模索のなかにある

日時：平成26年12月8日 13:30～事務局打ち合わせ
14:00～15:50

於：5F 医師連盟会議室

出席者：愛知県歯科医師会（本多）、愛知県薬剤師会（奥）、愛知県栄養士会（水野、小木曾）、愛知県看護協会（兵藤、加藤）、愛知県理学療法士会（鳥山）、愛知県作業療法士会（稲垣）、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（熊谷、鈴木）、愛知県言語聴覚士会（鈴木）、愛知県（樋川）、愛知県医師会（野田、宮治、加藤、佐野）、事務局（兼松、小牧、大場）

野田正治理事より、多忙、寒波のなかでの出席に感謝の意が表され、12月14日の歯科医師会のシンポジウムへの期待を寄せられた挨拶をもって定刻に開始した。

1. 多職種連携の活動報告

①多職種連携協議会シンポジウム（2014.12.14）に関し、本多豊彦副委員長より改めて概略が説明されたが、多角的な質疑応答がかわされた。要点を纏めると、時間厳守を保てるか、参加者に理解可能か、当日の具体的な運営方法、当日配布の資料、パワーポイントとシナリオとの整合性、演者を「先生」ではなく全て「さん」づけで呼称するなど、である。いずれも初めての試みであること、相当の事前準備をしてなお、紆余曲折・暗中模索にあることが痛感された。結論的にはシンポジウムの主旨、本多副委員長の名言「歯科医は他の職種の内容を知らないということを知らない」という大前提の共通認識、理解不足と各協議会委員と当日のシンポジストとの連携不足であり、畢竟、事前準備不足が最大の理由のように思われた。形式の課題ではなく、実質討議の課題といえる。解消策として前日夜に各シンポジスト、座長、歯科医師会事務局の方による打ち合わせを行うことが提示された。生まれ出づる悩みといえる。

②3県合同訪問リハビリテーション研修会（2015.1.31～2.1）の事前打ち合わせを12月3日に、宮治、堀部恭代（作業療法士会）、梅田典宏（理学療法士会）の三者で行った。本日試案が出されたが、本日の討議を踏まえると、歯科医師会と類似した懸念が払拭できない状況である。とくにグループワ

ークのやり方は十分な留意が必要である。岐阜県、三重県、愛知県の3県合同の意義を十分斟酌して、一層の事前準備が重要であり、歯科医師会を止揚しなければならない。

③愛知県医師会のイエローカードに関するウェブページへのリンクと、各職能団体のホームページへイエローカードと手引書のデータ掲載を再度お願いした。広報活動の根幹と考えられるためである。この課題は本日討議のICT化に向けてと同一基盤上である。

2. イエローカード・システム（詳細版）の改訂

既に素案が提示されてから2度目の締め切り延長であり残念である。最終締め切りを12月20日とし、改訂案提出を要請した。不幸にして締め切りまでに素案の提出がない場合は、宮治が独断と偏見で作成する無粋の了解を得た。組織の「自立と自律」が頼みである。

3. 事例検討のあり方・考え方

歯科医師会のシンポジウムの延長線上の課題が討議されたが、①連携のための情報共有と開示、②診療録内容の把握、③かかりつけ医の診断書、多職種連携としての医師の指示書、④地域住民への広報活動などが主要な課題となった。根源的な課題であるが、これらは各職能団体の組織の力量が問われる課題といえる。病態としては当面、低蛋白、貧血、骨折、サルコペニア、認知症などについて地域連携パスを含め検討することとしたが、現場においては言葉の難しさがあり共通言語化が課題となろう。また、入院率の高さの要因の解明などの必要性が指摘された。加藤憲委員は、事例検討を「見せる」として「行う」とのの違いを指摘し、「行う」ためには参加者が予習できるようにイエローカード・システムの手引書などの教材を準備すること、つまり反転学習（授業）の考え方が必要であるとコメントした。事務局からは、同様に現況の事例検討を知っている者とそうでない者の2極化への対応が述べられた。会終了後ではあるが、加藤容子委員より有用性の高い事例検証経緯の報告を示唆され、前向きに検討することとした。

4. ICT化へ向けて

愛知県下でも3種類程度の電算化された連携システムが稼働を開始しており、イエローカード・システムに基づく当連携協議会の立ち位置が討議された。本県では電子連絡帳システムが、名古屋市では別のシステムが稼働するなど、国の方向性で電算システム化に予算が投じられているが、群雄割拠の現状である。各職能団体が組織としてどのようにコミットしていくか、最大の議題であり課題である。これらを踏まえて佐野芳彦委員はイエローカードに関して1) いわゆるGISとの連結への課題、2) 既存システムへイエローカードをアドオンする方途(OCRの活用など)、3) イエローカードに関するビッグデータの有益性を指摘した。最後に野田理事からは県下

の地域包括ケアシステムにおけるICT化の実際と「もう待ったなし」の状況が報告され、いずれかの段階で現況を報告したいとの総括コメントをもって終了とした。

5. その他

名古屋市の多職種連携協議会への参加要請を確認した。ただし、2014.5.28開催の多職種連携：イエローカード・システムに係る成果報告会には名古屋市は参加しているが、一定の手続きを経て参加していただくことが大切であろう。私は立場上2014年4月の段階で名古屋市医師会長、名古屋市健康福祉局の担当者へ協力要請を行っている経緯を報告した。今回は2015年1月16日(金)開催予定である。

(文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

平成26年度 学校保健シンポジウム

日時	平成27年3月1日(日) 13:30~16:40		
場所	愛知県医師会館9階大講堂(名古屋市中区栄4-14-28)		
主催	公益社団法人愛知県医師会		
後援	愛知県教育委員会 名古屋市教育委員会		
対象	愛知県下の学校医、学校長等学校管理職、保健主事及び養護教諭 その他学校保健関係者		
取得単位	日本医師会生涯教育講座対象3単位 (2 継続的な学習と臨床能力の保持 11 予防活動 12 保健活動 44 心肺停止 70 気分の障害(うつ) 72 成長・発達の障害)		
開会	愛知県医師会学校保健部会副部長	吉田 貴	
挨拶	愛知県医師会長	柵木 充明	
	愛知県教育委員会健康学習課長	鈴木 裕	
特別講演			
座長	愛知県医師会学校保健部会副部長	瀬 瀬 雅 明	
演題	「いじめ対策としての医療と教育の連携」		
講師	日本赤十字社松山赤十字病院副院長	小谷 信行	
シンポジウム			
テーマ	「心臓病を持った児童生徒について」		
座長	愛知県医師会学校保健部会幹事	長嶋 正 實	
	愛知県医師会学校保健部会幹事	佐藤 祐 造	
1.	「全国および愛知県における学校心臓検診の現状」 愛知県済生会リハビリテーション病院院長	長嶋 正 實	
2.	「心臓病を持った児童生徒の管理をどうするか」 名古屋大学医学部附属病院小児科講師	加藤 太 一	
3.	「心臓突然死の実態とその予防・救急処置について」 JCHO中京病院小児循環器科医長	福見 大地	
4.	「学校における心臓病疾患をもつ児童生徒への対応について」 西三河教育事務所指導主事	杉本 春 美	
総括	愛知県医師会学校保健部会部長	伊藤 宣 夫	
閉会	愛知県医師会学校保健部会部長	伊藤 宣 夫	

地域医療再生に関する多職種連携協議会

(第6回) 地域ケア会議に多職種連携協議会はどのように参画するのか？

右往左往の現況？

日時：平成27年1月16日(金) 13：30～事務局打ち合わせ

14：00～15：30

於：5F 医師連盟会議室

出席者：愛知県歯科医師会（本多）、愛知県薬剤師会（鈴木）、愛知県栄養士会（水野）、愛知県歯科衛生士会（金森）、愛知県看護協会（兵藤、加藤）、愛知県理学療法士会（鳥山）、愛知県作業療法士会（稲垣、堀部）、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（熊谷）、愛知県言語聴覚士会（鈴木）、愛知県（寺田、後藤）、愛知県医師会（宮治、加藤、佐野、天野）、事務局（小牧、大場）

お、演者は当日午前11時の事前打ち合わせに出席することを確認した。

(3) 加藤容子委員の主催する事例検討会(2015.1.10)へ委員長として参加させていただいたが、生活に切り口をおき、文献の引用、司会の巧みさ、会場からの活発な発言を含めて、賞賛に値する会であった。今後当協議会の委員が一人ずつでも参加できれば極めて有意義といえよう。

1. 多職種連携の活動報告

- (1) 歯科医師会主催の多職種連携協議会シンポジウム(2014.12.14)は本多豊彦副委員長のご尽力により有意義な会となった。反省点は配布資料の通りであるが、良かった点は事前打ち合わせが有用であったことなど、悪かった点は話が長すぎたことなどが示された。本多副委員長よりさらに進化させた会を開催したい旨の挨拶と関係者への謝意が表された。加藤憲委員からは参加者が予習できる資料を整備したらどうかと総括が述べられた。
- (2) 理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会主催の3県合同訪問リハビリテーション研修会(2015.1.31)は「ホウ・レン・ソウ」報告・連絡・相談の事前準備不足に懸念が示され、当日の不安感が示された。これは平成24年度第5回当協議会の議事纏め【ホウ（報告）・レン（連絡）・ソウ（相談）から決断・実行へ：愛知医報2012.12.1 №1939】と同一基盤上の課題である。委員長として事前準備に関っていながら、力が及ばず謝罪したが、もっとも重要な点は【他・多職種の人材育成と組織の「自立と自律」を育成する】当連携協議会の立場を改めて明示した。さらに理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会が演者から抜けた経緯に関し指摘がなされたが、当事者をどこに、どのように位置づける、後半の地域ケア会議への参画を含め同一の隘路で今後の検討課題といえよう。最後に堀部恭代委員から準備不足の謝罪とともに、可能な範囲で事務も含めて当連携協議会委員、演者の全員参加要請の申し出がなされた。な

2. イエローカード・システム（詳細版）の改訂

前回の会議から全く進展しておらず、委員長の責任をあらためて謝罪した。天野寛委員から提示され約1年近くになるが、この2回にわたる締め切り延長の確認と対応は深刻である。各職能団体の「自立と自律」の矜持が問われる課題を内包する認識が不可欠である。後半には佐野芳彦委員からイエローカードの電子化に関する話題提供を受けたが、これも委員長として前回しかるべき人材と相談すると言いながら、実施できていない点は責任者として申し訳なく謝罪したが、矜持の課題である点は同一である。

3. 事例検討会のあり方・考え方と地域ケア会議

- (1) 全体の方向性：今回の熱い討議では「地域ケア会議」に収斂された内容であった。結論的な言い方をすると国の方向性と現場の乖離が著しく、当連携協議会が「地域ケア会議」へ具体的にどのように参画するかに絞られた討議内容であった。
- (2) 現況把握：鳥山喜之委員から①言葉の定義の曖昧さが述べられ、i) 有識者など広範囲の地域ケア会議、ii) 以前からの地域包括ケア推進会議、iii) 纏めとしてケアマネジャーを中心とする窓口的な会議など3段階の会議の存在について、鈴木弘子副委員長からは名古屋市昭和区の実情より、②ほぼ類似した組織構造が提示されたが、在宅医療ネットワークが実務を担うと同時に、地域の課題へ焦点を絞った組織目的、構造（包括一覧、経済的課題、紛争対応など）が示された。県行政の立場からは③行政的な区分はあるが、保健師を例示にあげて立場の微妙さを示唆しながら、錯綜が

ありそうだと述べられた。いずれにせよ、国の方向性はあるが、法的対応を含め具体像が提示されていないのが実情である。それゆえ当連携協議会の各職能の幹部がどこへ、どのようにコミットするか不詳であり、苛立ち感が払拭できない討議となった。

- (3) 行政の境界：名古屋市およびそれに伴う区単位、県下の市町村単位、愛知県単位と行政のあり方に敷衍すると、大阪府で提起されている道州制や大阪都構想の根幹に関する課題である。そこまで理論武装することは難題で、事例検討会のあり方・考え方／イエローカード・システムを通奏低音とすると「地域ケア会議」への参画といえるだろう。次回は昭和区と行政の組織構造を出していただいで討議することを確認した。
- (4) 当協議会の原点：名古屋市と愛知県の関係と整合性（前回、名古屋市行政に対して当連携協議会へ担当者の出席要請をした背景の再確認）や地域の病院との関係、モデル事業との関係、新しいシステムのあり方など難題山積の実態と方向性に関する議論となった。この過程で地域における認知症への対応の重要性も指摘されたが、イエローカードは認知症にも対応している旨、さらにはメンタルヘルスケアが標的になっていることも含めて解説し、理解と広報を求めた。
- (5) 現場の率直な感想：地域医療再生に関する課題として「やらなければならないから、やっている現状」という実情の吐露は右往左往の象徴といわざ

るをえない。当協議会が担う多職種連携を砂上の楼閣にしないためのイエローカード・システムであり事例検討であり、「地域ケア会議」への主体的な参画である。核心は10年後、30年後、100年後へ向けて、イエローカード・システムが脱落するのか、孤立無援の道を歩むのか、あるいは第3の道を歩むのか、歴史の審判を受ける覚悟が問われている現況である。

- (6) 総括的発言：天野寛委員は再度改訂版における分かり易さを力説し、認知症への取り組みを、加藤憲委員は地域包括ケアにおける会議の関係（組織図）の提示要望と、恐縮ながら私（宮治）の言葉を引用して本邦の少子高齢化に向けた取り組みが世界から注目されていることから、「Think Locally, Act Globally」から「Think Globally, Act Locally」への転換を指摘した。佐野芳彦委員はイエローカード・システムのページを各職能団体のホームページへリンクを張ってもらうことから、各自のデスクトップに落とすこと、またiPadにおける自由活用の電子化を提示するとともに、デファクトスタンダードとして無料配布のビジネスになりうる視点を強調した。技術は大学院生レベルで可能と推断した。あたかもトヨタ自動車が各種特許を公開し、水素ガス燃料を普及させる手段を講ずる方向性を参考にすべき点を示した。なお、次回開催は2月16日(月)を確認した。

(文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

愛知県医師会は医療関係従事者のための

無料職業紹介所を運営しております!!!

愛知県医師会では、労働大臣の許可を受けて昭和40年12月10日から公益社団法人愛知県医師会医療従事者関係無料職業紹介所を開設し、取扱職業を医療関係従事者（枠内参照）のみ扱い、求人・求職の紹介等を主業務としております。

求人・求職等手続きその他詳細については、当紹介所へお気軽にお電話ください!!!

【取扱職業】：看護師、准看護師、保健師、助産師、医療事務員、医療秘書、
医師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、
作業療法士、視能訓練士等
以上13職種

※ご利用いただいた登録情報は厳重に管理し、登録者(求職者)のプライバシーは固く守られております。

【お問合せ先】

公益社団法人愛知県医師会医療関係者無料職業紹介所（許可番号：23-ム-020001）

〒460-0008 名古屋市中区栄4-14-28 TEL：052-241-4143 FAX：052-241-4130

【業務取扱時間】

月曜日～金曜日の9：00～12：00及び13：00～17：00（但し、土・日・祝、特別休暇は除く）

地域医療再生に関する多職種連携協議会

(第7回) 他・多職種連携；アウトプットからアウトカムへのパラダイムシフト

日時：平成27年2月16日(月) 13：30～事務局打ち合わせ
14：00～15：35

於：5F 医師連盟会議室

出席者：愛知県歯科医師会（本多）、愛知県薬剤師会（奥）、愛知県栄養士会（水野、小木曾）、愛知県看護協会（兵藤、加藤）、愛知県理学療法士会（鳥山）、愛知県作業療法士会（稲垣、堀部）、愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会（熊谷、鈴木）、愛知県（樋川）、愛知県医師会（樋口、野田、宮治、加藤）、事務局（片岡、小牧、大場）

冒頭、樋口俊寛・野田正治両理事より参加いただいたことへの謝辞とともに、地域ケア会議を嚆矢とする「待ったなし」のパラダイムシフトの転換期にあるとの認識を示され、本日、当連携協議会の議題に鑑みて、適宜発言、助言をいただくことで定刻開始した。なお冒頭にNHKの報道関係者の個人的な勉強と取材を兼ねた参加の了解をえて開始した。

1. 多職種連携の活動報告

3県合同訪問リハビリテーション研修会(2015.1.31～2.1)の検証として、資料に示すごとく良かった点・悪かった点などが種々の観点から意見が出された。アンケート調査の結果では何よりも多職種が一同に介した討議がインパクトを与えたとの感想が多かった。総括的にみると、参加者の若い層に多くの感銘と学ぶべき影響を与えたとされた。不備な点はやはり事前の準備不足で関係者から謝罪が示されたが、委員長の立場からいうと、あまりに生真面目すぎてユーモア不足を感じた。在宅療養の現場は多くの問題を抱えて深刻に陥りやすく、それゆえユーモアの必要性「にもかかわらず笑うこと」を2日目の私の総括コメントとした。その過程で野田理事は出席予定が欠席となった点をお詫びされた。それでもなお、本多豊彦副委員長が行った歯科医師会の事例検討会を基盤として、格段の進化が指摘され、今後もより創意工夫をもって有意義な会を目指したいなどの意見が出された。

重要な問題点の一つに在宅療養を中心とする現場において、救急の場合が焦点となったので、宮治がその対応についての素案を本日会終了後に各委員へ送信するので、各職能団体にその検討をお願いした。

実はこの件は名古屋市の3月15日開催の会議に向けて同様の問題点が指摘されているようであり、参考資料として市行政の方へ送る予定とした。

2. 地域ケア会議について

前回の予定で行政ならびに鈴木弘子副委員長より名古屋市昭和区の取り組みを報告いただく予定であったが、都合により欠席されたので、資料に基づいて、樋口・野田の両理事を中心に総括、論議を行った。ザクッとと言うと国の方向性である医療介護総合確保推進法についてであり、それが県・医療圏単位から市町村と医師会で実施される計画概要が示された。資料に要約された概要から、名古屋市が例示されたが、在宅医療・介護連携支援業務、在宅医療サポートセンター業務、急性期病院を骨格として、かかりつけ医（主治医）、アセスメント対応医療機関（病院・老健など）の図示とともにICTツールによるネットワークが提示された。野田理事より概要を分かりやすく説明していただく一方で、相当活発な論議が続いた。ただし当連携協議会の委員長の立場からすると、個々の質疑応答は有用であったが、他・多職種がどこへ、どのように主体的に参画し、この連携協議会が何をなすべきかという、その多くの課題が各職種の組織の脆弱性に基因していることがあまりに大きいといわざるをえなかった。各地域における名称の不統一による内容の分かりにくさやICTの今後、多職種が一堂に会して参加する時間的な制約、さらには個人情報の取り扱い範囲、診療所医師と病院勤務医に象徴される、開局薬剤師と病院薬剤師など私的自営と勤務職種など多方面の課題が俎上に上がった。

当連携協議会の立場からは、たとえばリハビリテーションに関して言えば、訪問リハとの関係、他・多職種の職能の理解不十分、地域特性と称する均霑化への対応などが活発に議論された。現時点で明確な絵が描けている訳ではないが、走りながら創っていくというのが現状であろうし、現実だろう。現段階で正解があるわけでもない。これは是非を別にして介護保険制度の創設の歴史と同じであろう。ただ曲りなりにも介護保険制度が定着しつつある現況は

直視が必須であり、この連携協議会の任務に対して参加職能団体のほぼ全員の賛意が得られている背景でもある。地域医療の再生という果実を他・多職種がどう結実させるか、その一点が問われているといわざるをえない。これは単なるアウトプットではなく、社会貢献としてのアウトカムへのパラダイムシフトでなければならない。当面はイエローカード、事例検討会を充実させ、基盤にすることにより各職能団体が「自立・自律」し、存在意義を現場に問うことであろう。今回の討議の中核課題といえる。

要するに1)「国の方向性」・2)「自治体と医師会の方向性」・3)「現場で何が課題か」という3層構造が模索される。だとすると、多職種のトップが集う当連携協議会の位置づけは自ずと、愛知県における「自治体と医師会の方向性」と「現場で何が課題か」の二つの「間隙的乖離」を埋めて「連携」することが主務である。現況は地域特性の独善という陥穽に陥らぬよう錯綜のなかにあると集約されよう。本日は短時間で多くの問題点を包含しながらも意義深い討議内容であったと総括すべきである。

3. 「イエローカード」商標登録および詳細版の改訂について

①「イエローカード」商標登録に関しては特許庁よ

り厳しい問い合わせがきており、事務局が対応するが、2月末日までに各職能団体よりご意見をいただければ幸甚である。

②詳細版の改訂については前記のごとく、緊急時の対応への官治素案を本日送付するので、やはり2月末日までにご意見をいただきたいと、各職能団体に意見を募集した。なお虐待も重要事項と考えられるので、とりあえず加藤憲委員に概略の素案をお願いした。

同委員よりコメントとして小・中・高に関する地域住民への教育、またイエローカードの運用率などで計測することにより、在宅介護の質評価の一面であるプロセス評価が可能となるのではないかと指摘があった。総括コメントとして、樋口理事は当連携協議会の検討事項が有効活用されること、医師を始めとする他・多職種が繋がりにくい現状を吐露し、重ねて地域ケア会議で示された繋がることを強調した。野田理事はICTに関しては機会をみてこの会で内容を示したいこと、他・多職種の参画の具体例を挙げて方向性を示したこと、医療介護の関係者が自ら変わるべきとの重大な認識を示した。次回開催は3月23日とした。

(文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

愛知県医師会は医療関係従事者のための

無料職業紹介所を運営しております!!!

愛知県医師会では、労働大臣の許可を受けて昭和40年12月10日から公益社団法人愛知県医師会医療従事者関係無料職業紹介所を開設し、取扱職業を医療関係従事者(枠内参照)のみ扱い、求人・求職の紹介等を主業務としております。

求人・求職等手続きその他詳細については、当紹介所へお気軽にお電話ください!!!

【取扱職業】：看護師、准看護師、保健師、助産師、医療事務員、医療秘書、
医師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、
作業療法士、視能訓練士等 以上13職種

※ご利用いただいた登録情報は厳重に管理し、登録者(求職者)のプライバシーは固く守られております。

【お問合せ先】

公益社団法人愛知県医師会医療関係者無料職業紹介所(許可番号：23-ム-020001)

〒460-0008 名古屋市中区栄4-14-28 TEL：052-241-4143 FAX：052-241-4130

【業務取扱時間】

月曜日～金曜日の9：00～12：00及び13：00～17：00(但し、土・日・祝、特別休暇は除く)

平成27年度 第1回 地域医療再生に関する多職種連携協議会 —イエローカード・システムから「オヤッ?とCard」システムへの変更—

日 時：平成27年4月20日(月) 14:00~15:45
場 所：愛知県医師会館8階801・802会議室

野田正治理事・樋口俊寛理事より第1回のお・多職種連携委員会であること、台風もどきの天候のなかを参加いただいた謝辞とともに、NHK記者の参加を了承して定刻に開始した。

1. 今年度の実施計画

すでにイエローカードの改訂に取り掛かり1年余が経過しているが、事務局としては遅延への憂慮が強く、一層の協力を要請し、同時により良い意見の討議を期待することが今年度の方針であることを説明した。また県行政からはイエローカードの流布が今年度の主要な実施計画であることに理解を求めた。具体的には以下の通りで、イエローカード・システムの改訂は(1)イエローカード本体(2)手引書(簡略版・詳細版)である。イエローカードの商標登録が万一の不採用を想定して「オヤッ?とCard」への名称変更を提案し了承をえた。(1)は項目数の削減を提案し大方の賛意をえたがなお、削減すべきでないという少数意見もあり、事務局で検討することとした。(2)の簡略版は「職種⇒相談できる職種」・「ここが出番です(着眼点)」は⇒「観察する時の注意」「具体的内容⇒具体的項目」変更、職種順に言語聴覚士を追加する。さらに追加内容としての(3)は在宅死に際し、救急病態における救急車の利用と連絡先が問題提起され、野田理事より有用な発言をいただき再検討とした。(4)鳥山喜之委員より「出血」に関する疑義や認知症の項目がより早期発見の手がかりとしては当たり前すぎるとの鋭い現場的な指摘を受けた。これらの課題は先の京都の医学会総会でも重要な課題とされ、4年後の参加の有無は別にして名古屋における斉藤英彦会頭による医学会総会を見定めた論議が必要と思われた。全体討議では10年を見据えたアクションプラン、国民の理解、アピール、医療介護センター、施設・在宅の棲み分け、本格的な在宅ケアシステムはこれからがスタートなどが組上に上った。(4)虐待・認知症・後見人制度の概要は簡略版に挿入を検討する。(5)イエローカードから「オヤッ?とCard」への変更を前提に、項目や語尾の整合性を図る。以上細かな点も含めて、活発な論議が行われたが、事前に資料が配布された点に鑑みると、もう少し効率の良い効果的な議論のあり方が痛感された。

この会終了後にも幾つかの指摘を受けており、本来各職能団体のトップが集まる協議会としては、もっとブラッシュアップして会員への「自立と自律」が求められるだろう。ただ野田理事・鳥山委員の指摘は他・多職種連携に関する根源的な課題を包含していることは間違いない、有益な指摘である。今後の当協議会そのものの質的向上に関する指摘と考えられる。

2. イエローカードと事例検討

昨年度来の課題であるが、本多豊彦副委員長が牽引した歯科医師会の研修、リハビリテーション三士会(熊谷泰臣・稲垣毅・鈴木美代子委員)が主導した研修は一定程度イエローカードに関ったが、さらに止揚を意識しないと、研修・広報が単に実施しただけに墮する危険があり、イエローカードの各項目の関わりが必要である。県行政ならびに県民が望み、当連携協議会が全国に先駆けて実施する立場の「自立と自律」でなければならない。

3. ミニレクチャー・研修会などの開催

- (1) 栄養士会：訪問栄養研修会(平成27年6月27日・同7月25日・同8月22日)が提案され、意欲的な取り組みであるが、残念ながら二人の委員が欠席で詳細を詰めきれず、事務局が積極的に対応することとした。具体的な事前打ち合わせがより大切で、基本的には各職能団体の「自立と自律」が最大限尊重され、当連携協議会は後押し・支援の立場である。トップが集まる会である以上、理念の共有、十分な事前打ち合わせ、時間的余裕などは必須である。それが昨年の検証に学ぶことといえる。
- (2) 言語聴覚士会：市民公開講座(平成27年6月7日)が提示されたが、可能であればどのような形で、リハビリテーション三士会などの開催を鑑みる時、当連携協議会の支援が望ましいと指摘し、検討を依頼した。
- (3) 理学療法士会：第18回国際福祉健康産業展ウェルフェア2015(平成27年年5月21・22・23日)への参加の可否が提示されたが、可能であればどのような形で、当連携協議会が参加することが

望ましいと指摘し、検討を依頼した。

- (4) 薬剤師会：名古屋地区における在宅療養は、名古屋市介護サービス事業者連絡研究会（名介研）の活動がかなり地域に実績を積み、浸透している現況から、鈴木弘子副委員長が参加の可能性、調整を打診するとの意見が提示されたので、一任して協力をお願いした。事務局として私も協力要請をお願いに訪れているが、意を尽くしきれなかった経緯があるので期待をした背景である。
- (5) 事務局より県民集会の可能性が示唆されたので、次回の検討課題とした。事務局としては各委員の協力をえて理念、事前打ち合わせ、具体的方法、検証などの重要なモデルとした開催を試みたい。

これらはいずれも愛知県医師会が後援するなどして関っており、当連携協議会ができる範囲で行うことは嬉しい悲鳴であり、意義が深いという認識である。

全体総括として加藤憲委員はイエローカードの流布に関し県医師会Webページ (<http://www.aichi.med.or.jp/>) へのリンクを依頼するとともにケアラズネットあいち設立記念フォーラム「つくろう！つながろう！介護者の会」（平成27年4月18日）の意義深い資料を配布し、介護者団体との連携の可能性を指摘した。野田理事は「こういうことをやりたい」というプロジェクトの希望、立ち上げを、樋口理事は他・多職種連携における5疾患への取り組みの重要性を述べて総括コメントとされた。次回開催の日程は2、3変更がありご迷惑をかけたが、5月25日(月)14：00～となった。

(文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

～日本医師会医師資格証をご希望の皆様へ～



愛知県医師会及び一部郡市医師会で発行手続きをいたします。

まずはお電話でご予約をお願いいたします。

愛知県医師会総務部庶務課
(TEL：052-241-4151)

2. 申し込みから利用開始までのスケジュール

- ①利用申し込み、②申請書類の提出、③書類受付・事前審査、④本審査、⑤医師資格証の作成、⑥医師資格証の発送、⑦医師資格証の受取

※受付・事前審査が可能な医師会は下記の通りです。

愛知県医師会

名古屋市医師会、瀬戸旭医師会、春日井市医師会、小牧市医師会、東海市医師会、東名古屋医師会、西名古屋医師会、海部医師会、知多郡医師会、豊橋市医師会、碧南市医師会、刈谷医師会、豊田加茂医師会、蒲郡市医師会、新城市医師会、名古屋市立大学医師会、藤田保健衛生大学医師会

※詳細な手続きにつきましては、愛知県医師会総務部庶務課 (TEL：052-241-4151) までお問合せください。

また、愛知医報平成27年1月15日号及び愛知県医師会ホームページ (<https://www.aichi.med.or.jp/oyakudachi/isisikakusyou.html>) でもご覧いただけます。

第2回 地域医療再生に関する多職種連携協議会 ー地域包括ケアシステム：あえて火中の栗を拾えるかー

日 時：平成27年5月25日(月) 14:00~15:45
場 所：愛知県医師会館5階医師連盟会議室

樋口俊寛理事より、「オヤッ?とCard」と地域医療構想策定ガイドライン・地域包括ケアシステムにおける多職種連携への期待が述べられて定刻に開始した。

1. イエローカード (オヤッ?とCard) ・システムの改訂

オヤッ?とCardおよび手引書における簡略版・詳細版の改訂が、著しく遅れていることに関して、当連携協議会は各団体のトップの立場が集まる会であることに鑑み、責任者(宮治)の憂慮を表明して討議を始めた。今回はオヤッ?とCard本体に的を絞った検討を行った。その結果2点について合意、了解をえた。結論は以下の通りだが、少数意見への配慮や現場の意見を拾い上げる重要性を踏まえた結論となった。(1)【●こんな時は、訪問看護ステーション、医療機関へ連絡 ①呼びかけに反応しない。②会話ができない。③強い苦痛がある。】は本体冒頭に挿入すること、(2)【●在宅療養開始にあたり、在宅死(生前の意思表示・救急蘇生を行わないなど)が契約において、事前確認をされている場合は、これら本人・家族の意志を尊重】は手引書簡略版に挿入すること、を確認した。

簡略版に関しては、重点項目として①感染症・②認知症・③薬の副作用・④虐待・⑤終末期の5点を提示したが、感染症に関してはインフルエンザ、ノロウイルス、疥癬などを括弧として説明するなどの論議が行われた。同時に(Ⅰ)「あり方上の留意点」・(Ⅱ)「早期対応上の留意点」・(Ⅲ)「運用上の留意点」を示し、参考資料として「認知症高齢者ケアについて」・「成年後見制度について」・「高齢者虐待対応への基本姿勢」の3点を掲載することを示した。これらに関し2週間を目処に、意見を事務局へ送っていただけるよう要請した。次回は本体の確定を確認して、手引書簡略版・詳細版の検討を行う予定とした。

2. ミニレクチャー・研修会などの開催および報告

(1)愛知県栄養士会：訪問栄養研修会(平成27年6月27日)は前回疑問が出された点を踏まえた案が提示され相当に改善されたが、なお疑問が残され、引

き続きの検討をお願いした。種々の点が論議されたが、一言で言えばマンネリの打破と運用趣旨の再確認と事前打ち合わせの不十分が背後にある論点と思われた。一層の改善を要請した。とくに嚥下障害に関わる法的根拠において、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士の三士会の職能に関する混乱が見られたが、法に基づく任務(かつての討議のLaw or Rule)への理解が不可欠である。

一連の論議で痛感された点は事例検討の重要性である。提示された事例のレビー小体型認知症(DLB)についていえば、経過や時間により反応が明瞭な時と不明瞭な時がある「認知の変動」、他人に見えないものが見える「幻視」や「妄想」、睡眠中に大声を出す、手足をバタつかせる「レム睡眠行動障害」、気分が沈む「抑うつ」、動作が鈍くなる、小股で歩く、バランスを欠き転びやすい、手が震える「パーキンソン症状」、頑固な便秘・頻尿・過度な発汗・立ちくらみなどの「特発性自律神経障害」さらにある種の「薬物過敏」などの症状に各職能・職種がどのように対応するかなどの事例特性を活かした研修が痛感されるとともに、有意義であろうとの感想をえた。当初の懸念どおり難題であることも確かといえよう。今後の検討と検証の糧である。

(2)言語聴覚士会(鈴木美代子委員)：市民公開講座(平成27年6月7日)(3)理学療法士会(鳥山喜弘委員)：国際福祉健康産業展ウエルフェア2015(平成27年5月21・22・23日)(4)薬剤士会(鈴木弘子副委員長)：名古屋地区における在宅療養は、名古屋市介護サービス事業者連絡研究会；名介研が中心であるなど、多くの提案を受け、各委員に当連携協議会の後押しの折衝を試みていただいたが、いずれも不首尾に終わった。機会があれば大小に関係なくどのような会であれ、当連携協議会が後押しすることにより「オヤッ?とCard」の流布を図るべきだ。各職能団体のホームページ上への公開がまだ果たされていない団体の状況や機会がありながらイエローカード流布を失念していたなどの反省は、トップの集まりであるがゆえに今後に生かされなければならない。やはり各組織とともにトップの「自立と自律」が求められよう。なお、ウエルフェア2015において、事務局の佐野芳彦委員は「ウークとサウンドセルメ

ソッドの試作機」を発表し、一部の委員も参加し、好評をえたことから、本日の会終了後にプレゼンテーションをしていただいた。

3. 今後の多職種連携のあり方

オヤッ?とCard・システムを基盤に置きながらも、多岐にわたる意見が提示された。居宅介護支援事業者連絡協議会のブロックでの活用やアピール、職種内の広報活動のあり方、成功事例の広報と検証、徹底的に現場に密着する、各研修会で活用した事例の集積、事例集の作成、地域包括ケアシステムにおける本当のニーズの抽出、事例検討のモデル化、再度地域住民への広報活動、相談コーナーの設置などであり、いずれも検討に値しよう。当連携協議会による各地区、地域からの相談コーナーは有意義かもしれない。

纏めとして佐野委員は改めて情報デザインの視点

の導入を、加藤憲委員はオヤッ?とCardの在住外国人向けの外国語訳の検討を、同時にカナダ人のこの問題に関する研究者と交流があり、カナダでも同様の課題に直面していることが示され、機会が合えば当連携協議会における意見交換も可能とした。

野田理事からは愛知県医師会としての年1回の報告とシンポジウム(平成27年12月13日・同19日)、県内42箇所のサポートセンターが活動を開始、過去多職種との連携に関する会話が不足していた、多職種の地域、地区におけるトップとの連携協議などが総括された。当連携協議会が地域包括ケアシステムにおいて、あえて火中の栗を拾えるか否かであろう。次回開催は今回開催日が二転三転した点を詫びて、平成27年6月22日(月)14時開始を確認した。

(文責:多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

平成27年度 愛知県救急医療推進大会

日 時 平成27年9月9日(水) 14:00~16:30
場 所 愛知県医師会館9階・8階・7階

〔9階大講堂〕

1. 開 会 2. 式 典

①主催者挨拶 愛 知 県 知 事
愛 知 県 医 師 会 長
愛 知 県 外 科 医 会 長

(14:00~14:05)
(14:05~14:40)
大 村 秀 章
柵 木 充 明
山 田 洋

②表彰 ③来賓祝辞

3. 講 演 会

I. 「愛知県広域災害・救急医療情報システムについて(仮称)」
愛知県救急医療情報センター顧問
愛知医科大学名誉教授
II. 「ネパール地震救援について(仮称)」
名古屋第二赤十字病院
第二麻酔・集中治療部部長兼国際医療救援部部長

(14:45~15:15)
(15:15~16:10)
野 口 宏
杉 本 憲 治

4. 事例紹介

「AED設置に関する取組について」
尾張旭市消防本部

(16:10~16:25)
(16:25~16:30)

5. 閉 会

〔8階会議室〕(※事前申込みが必要です。)

救急蘇生法講習(入替制 各回定員48名)

(14:00~16:30)

この機会に、救急蘇生法を学んでみませんか!?

参加資格:医師・医療従事者・学校関係者・行政関係者・会社員・主婦・学生等 受講料:無料

受講希望者は、愛知県医師会医療業務部地域医療第一課(TEL052-241-4138)まで申込書をご請求下さい。なお、定員を超えた場合につきましては、抽選とさせていただきます。(申込み締切7月31日(金))

【講習時間 第1回 14:00~14:40 第2回 14:55~15:35 第3回 15:50~16:30】

講 師 愛知県医師会救急委員会委員

増 田 和 彦

担 当 日本救急蘇生普及協会指導員

名古屋市応急手当研修センター指導員

〔7階愛知県救急医療情報センター〕

愛知県救急医療情報センター見学

(13:00~16:30)

主催 愛知県 公益社団法人愛知県医師会 愛知県外科医会

第3回 地域医療再生に関する多職種連携協議会 ー「待ったなし」：他・多職種事例検討のモデル的なあり方ー

日 時：平成27年6月22日(月) 14:00～15:45
場 所：愛知県医師会館6階研修室

冒頭、樋口俊寛理事よりイエローカード改訂への謝辞と野田正治理事からの事例検討のあり方に関わる議題への期待を表明されて定刻開始とした。

1. イエローカード（オヤッ？とCard）・システムの改訂

(1) イエローカード（オヤッ？とCard）本体

相当綿密な討議を経て最終確定案を提出したが、なお不備の指摘があり訂正の了解をえた。主たる点は「5. 食欲がなくなり、体調が悪くなったり、徐々に元気がなくなってきたりした」を総論として冒頭に置くことを了解した。また、2～3の言葉使いの指摘を受けたので、事務局で検討の一任を了解した。一連の経過でもっとも大切な点はイエローカードとオヤッ？とCardの名称は登録商標の結論がでるまで並存的施行であることの再確認である。もう一つは言葉使いの指摘は歓迎だが、一連の時間経過を鑑みると、訂正の期限を2～3回延長しており、トップの集う連携協議会としては反省が必要であろう。今回をもって「カード」本体の確定とする。

(2) 手引書（簡略版・詳細版）

簡略版に関しては本日提示の事務局案に関し、2週間を目処に意見を事務局へ寄せていただくことを確認した。メー切期限の厳守とトップの会にふさわしい訂正をお願いした。事前案を大幅にカットしてあるので、その点をトップとしての概念と実務現場（現場に役立つ）に即した整合性の留意を要望した。

2. 事例検討のあり方

(1) 宮治が作成したモデル的試案を軸に、事例検討のあり方を討議したが、有意義な意見が活発に出され、次回の当連携協議会における模擬事例検討を実施することで合意をえた。野田理事からは普遍性のある事例との賛辞を得て、鈴木弘子副委員長とで当日の牽引シナリオの作成をしていただくことを確認した。基本的考え方は、連携協議会の討議を通奏低音として、①倫理4原則、②臨床倫理4分割、1) 周囲の状況、2) QOL、3) 本人（含・家族）の意向、4) 医学的適応、③ICF国際生活機能分類、④QOLとADLの具体例、⑤上

記への具体的留意事項となる、i) QOL、ii) 周囲の状況、iii) 患者（含・家族）の意向、iv) 医学的適応、v) 法の遵守、vi) 説明義務、vii) 接遇態度、viii) 注意義務、の8つが基軸である。

(2) 経時的推移に関しては段階「高度急性期・（一般）急性期・回復期・維持期（生活期）」に配慮する。事例検討の目的は、①本人（含・家族）の希望、②到達目標の達成、③「オヤッ？とCard」を活用したチェック項目の検討、④これを踏まえた各職能が実施できることを明示化する方向性が示された。なお、佐野芳彦委員より「オヤッ？とCard・福笑い_Digital」の資料が出され、チェック項目を用いた利用者の状況の数値化・客観化・視覚化などに関わる可能性が論議され大いに盛り上がったが、概念論としては創造可能だが、具体化はアカデミックサイエンスに属し、知識・経費・有能な人材などが確保できないと困難であり、本気で実施するにはコーディネートを中核とするワーキンググループなどの立ち上げが必要と思われる。正直現況の当連携協議会の実力で可能か否かはさらなる検討が必須である。提示議論としては有用であった。

(3) 県行政・野田理事より前記に基づく、1) 地域包括ケアシステムにおける（言葉としての医療系と福祉系の源流を止揚するべく）同一事例検討に基づく各地域の均霑化の意義、2) さらに医療介護資源の過不足の現況把握と、その解決に向けた対応事例の提示の意義という鋭い指摘と要請がなされた。とくに事例検討を基盤とする均霑化と医療介護資源の過不足の現況把握と対応事例の提示は、成果物としての来年3月末に終了する当連携協議会「待ったなし」への危機感が言及された。税金を投入する以上、行政からゴールに向けた高いハードルが提示された。3) この現況下で、各職能団体に対し各々有用な事例検討モデル作成の準備を要請した。すでに前年開始時より、この課題を提起し続けた責任者としての責任の痛感を表明した。初めて事の重要性和重大性が認識できたとの発言もあったが、全国初の試みとしてのトップの根源的認識と実施能力に基づく常識や良識ではなく、高い見識が問われている。「待ったなし」

はまだ間に合うということだろう。次年度が展望できるか否かが本質であり、各職能団体トップの「自立と自律」が改めて問われる事態である。

3. 愛知県栄養士会：訪問栄養研修会（平成27年6月27日）・その他

具体的実施に関しては当事者間の連絡に委ね、参加者へのアンケートを了承した。ただ一連の経緯は次回以降十二分に活かされる取り組みを要請した。看護協会から8月29日開催の「地域包括ケアの実現に向けて一在宅とつなぐ退院支援と多職種連携」の案内が広報されたが、当連携協議会が後押しできない点は前記状況に鑑み残念の一言である。9月7日(土)私(宮治)が関った部分として「名古屋市太白区在宅医療介護連携協議会」に参加することが、正式に了解された。詳細は近日中に担当者と詰める予定を報告した。また商工会議所との折衝も試みているが詳細不詳の現況である。これらに関連して、栄養士会から後2回の開催、鳥山喜之委員からは7月における長久手市(吉田一平市長)における会への参加の可能性、稲垣毅委員からは近隣における可能性、鈴木副委員長からは周囲への再折衝などが語られた。いずれも身を挺した本気の取り組みなしには

実行できない。要するに総論賛成、各論バラバラではトップの矜持が問われる。また配布の日本医師会雑誌(平成27年6月144巻3号)の表紙「日常診療に必要な口腔ケアの知識」の目次のみを紹介し、医科歯科連携の実情の資料とした。

総括として佐野委員は「オヤッ?とCard」の延長線上に愛医総研がかつて作成したRadar NEWS(可変的なレーダーチャート)への反映を考慮すべきとした。加藤憲委員は、椋山女学園大学の講義で「オヤッ?とCard」を活用することへの了解を求め、認められた。野田理事は今後の成果物がもっとも重要との指摘をされ、鈴木副委員長と前記事例検討に取り組んでいただけることの再確認をした。樋口理事は時間が差し迫っていること、および当連携協議会の今後の重要性についての総括コメントをされた。次回開催は7月13日(月)14時からを予定している。

(文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

平成28年「愛知医報」1月1日号「新春特集頁」作品投稿のお願い

【募集要領】

内 容

- ・随筆、詩、俳句、短歌、写真、絵画、書等。
- ・内容は自由ですが、投稿は一人一点とさせていただきます。

字 数

- ・900字程度(タイトルは別)
- ・写真、絵画、書のサイズは特に問いませんが、絵画等は保管・管理の関係上写真でご投稿ください。

締 切

- ・10月9日(金) 必着(作品全て)

注意事項

- ・原則として、掲載は受付順に行います。
- ・写真の印画紙は「光沢紙」をご使用ください。
- ・ペンネーム、雅号の使用は自由ですが、本名も併せて掲載させていただきます。
- ・投稿作品には、必ず「所属地区医師会名」「氏名」「タイトル」を明記ください。絵画の場合は「作品のサイズ」も明記ください。
- ・写真等の作品は、天地が分かるようにお願いします。
- ・投稿作品は返却致しませんので、必要な場合はコピー等をお取りください。

投 稿 先

〒460-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号
愛知県医師会 愛知医報社「平成28年 新春特集頁投稿」係
☎ (052) 241-4139 Fax (052) 241-4130
e-mail/koho@aichi.med.or.jp (データでのご投稿も可能です)

第4回 地域医療再生に関する多職種連携協議会 —愛知県発・日本初その他・多職種連携事例検討を目指して—

日 時：平成27年7月13日(月) 14:00~15:55

場 所：愛知県医師会館 5階医師連盟会議室

樋口俊寛理事より極暑の中を参集いただいた謝辞に引き続き事例検討に関する活発な討議への期待の挨拶をいただいた。同時に当連携協議会の委員長(宮治)の立場として、今年度の愛知医報の第1回の議事纏めから諸般の事情により、出席者名簿を掲載しないことになり責任の痛感とお詫びを申し上げて理解を求めて議事を定刻に開始した。歯科医師会は瀬川伸広委員への変更、栄養士会は馬場正美代理を紹介し、薬剤師会も委員が変更予定であることが報告された。

1. イエローカード(オヤッ?とCard)・システムの改訂

イエローカード(オヤッ?とCard)の本体は前回確定したので、手引書の内、簡略版は本日提示の事例検討討議を通じて事務局を中心に、詳細版も固有の立場から各職能団体による改訂を要請し了解をえた。全体の統一は事務局で行うこととした。

2. 愛知県栄養士会訪問栄養研修会(6/27)の検証

参加者のアンケート調査によると研修内容は概ね良好であり、今後の「訪問栄養指導」の希望があり66名、希望なしが51名で、今後の活動が期待された。他方、発表者による終了直後の反省会は、厳しい意見が多かった。とくに事例検討のあり方、時間配分、発表者への要請内容の不統一、事例であるレビー小体型認知症の難しさなど相当厳しい意見が寄せられた。まさに本日討議の事例検討の討議そのもので、今後の半歩の漸進が望まれた。加藤憲委員は参加者のニーズに合わせ、発表や事例を選択することの重要性などを指摘し、樋口理事は興味をもっている地域の方が参加している状況に言及された。

委員長としては①入れ歯の装着は異物であり、年老いてからは馴染みにくい、入れ歯を誤嚥した場合の措置?②摂食拒否に対して好物手羽先を聴取し、手羽先のように成形ならびに味付けしてトロミとしたら摂食を開始し、その過程で栄養士が関与した専門性、③口腔ケア拒否に関しては、口腔内へ歯ブラシを入れるだけでもケアの一端になりうることなど、学ぶことが少なかったし、これは、他・多職種連携の事例検討の本質を突いていると思われた。

3. 模擬事例検討・シナリオモデル

シナリオに関して、事前配布、前回の討議に基づ

いて8つの基軸1)周囲の状況・2)QOL・3)患者の意向・4)医学適応・さらには5)法の遵守・6)説明義務・7)接遇態度・8)注意義務、および4つの視座①本人(含・家族)の希望の尊重・②到達目標の達成の確認・③課題抽出の明示・④各職能の職範囲、実行の可否、実現への方向性(地域特性など)の明確化を論点に検討を開始した。これらをイエローカード(オヤッ?とCard)の番号、地域における職種の可否などの記号で示す案を提示した。

活発かつ個々には有意義な討議であったが、議論は百花繚乱の呈をなし、他・多職種の事例検討が総論と各論の両立、専門職性と開示する対象の事例の総合性・統合性が肯綮と思われた。委員長としては「愛知県発・日本初その他・多職種連携事例検討モデル」を目指すべきことを痛感した。野田正治理事や私宮治が随所でフレイルな事例であることの強調、専門職性と一般理解可能な普遍性を強調した背景である。いずれにせよ、時間切れの討議に終わり、司会の不手際もあり、上記原則および本日の討議を踏まえて、次回再度、事務局案を提示、検討することとした。専門職性を保持しつつ、他・多職種連携の理解可能性は、当然のこととして医療と介護とさらには生活に直結する課題であり、難題であることは確かである。だからこそ、各職能のトップが集まる当連携協議会が指導性を発揮する課題・難題といえる。あらためて愛知県医師会が指導力を発揮して、愛知県発・日本初その他・多職種連携事例検討を目指す矜持が必須である。司会の不手際により総括できない点を詫びて終了とした。

4. その他

(1)9月5日(土) (14:00~16:00):天白保健所で「名古屋市天白区在宅医療介護連携会議」において、各職種の事例に基づく発表(ミニレクチャー相当)、質疑応答に参加することの確認。(2)鈴木弘子副委員長より名古屋市北区における夜の事例検討、同じく7月28日・29日における半田市社会福祉協議会の相談員を対象の事例検討への参加と見学の可否を打診した。次回は8月17日(月)14時開催予定。

(文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

第5回 地域医療再生に関する多職種連携協議会

—医療・看護・介護・生活という森羅万象における多岐性のなかの総合性と統一性—

日時：平成27年8月17日(月) 14:00～15:35

場所：愛知県医師会館 6階研修室

樋口俊寛理事より「多職種連携における模擬事例検討」への一層の協力要請と野田正治理事からは事例検討に関わるドキドキ感が迫ってくるというユーモラスな挨拶をいただいた。さらに初参加である愛知県薬剤師会大島秀康理事と同言語聴覚士会村瀬文康地域リハビリテーション委員会理事の紹介を受けて定刻開始した。

1. イエローカード(オヤッ?とCard)・システムの改訂

手引書(詳細版)に関して事務局案を提示し、原則的な了解をえたが一部未提出、確認不足の職種があるので、早急に対応していただくように要請した。

2. 模擬事例・シナリオモデル

司会(宮治)が立場上の点から、天白保健所との協議、他の職種との質疑応答などの経緯、概略を説明し、「多職種連携を図るための模擬事例検討について」のプログラム案の最終確認を行った。要点は①フレイルから急性変化した事例、②全体を90分の時間厳守(1職種7分・スライド8枚迄)、③発表は医学的内容に偏りすぎないように、一般人でも分かりやすいように、④的を絞った説明、などをお願いした。これを踏まえて、私が天白保健所ならびに安江直二天白区医師会長に説明と了解を得ることとした。質疑応答は参加者より紙で受ける方式とし、フレイルを中心とする総論からの開会と個別事例の纏めを樋口、野田理事にお願いした。

一連の経緯の中で、ホットな議論が交わされたが、まずは事務局内の連携不徹底のため、混乱を招いた点をお詫びした。最初の論点はこの延長線上に、事例の個々に関する文章表現と要支援と要介護の状態区分に関する点であったが、現場で携わっていると実態と認定区分の乖離を感じることがあるとの指摘がなされた。引き続いて看護協会、薬剤師会のパワーポイント、歯科医師会の紙のスライド原稿が配布され、スライドの統一などが話されたが、1)周囲の状況、2)QOL、3)患者の意向、4)医学的適応を基軸とすれば可とした。ただ表示としては可能な範囲で統一が好ましいが、職能の立場、事例内容、発表の対象などにより、不必要に拘泥する必要はないとし

た。大枠は事務局で調整することとした。

いずれにしても、統合的、統一的な意味で、初の試みであり、期待と不安(野田理事指摘のドキドキ感?)を背景に、多面的な有意義な討論となった。この観点から終了後の検証の重要性が改めて示唆された。医療・看護・介護・生活という森羅万象からみると、多岐性のなかの総合性と統一性といえよう。

有用かつ有意義な模擬事例検討にするために、以下の資料を配布閲覧に廻し、熟読吟味の上の参考資料とした。①上田敏「QOLとADL」(メディカル・ヒューマニティ vol.5-No4:18-23 1991.4)②宮治眞、塚田勝比古、星野信、他「外来診療における教育方法としての問診の行い方」(日本医事新報No3499:43-46 平成3年5月1日)③愛知医報 第2回・第3回の議事録の纏めが配布された。そして、天白保健所から提供を受けた④名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン(平成27年3月)が回覧された。このガイドラインに関しては冒頭に3箇条が記されており、【(1)利用者(患者)のための連携であることを心がけましょう】・【(2)主体的かつ積極的に連携をはかりましょう】・【(3)利用者(患者)の個人情報の取り扱いには気をつけましょう】当連携協議会の主題そのものといえる。とくに自分の家族を外装する視点が重要であろう。

3. 事例検討会の報告・情報提供他

(1) 半田市7月28日/同29日(半田市社会福祉協議会10:00～12:00)・天白区(天白区役所第3・4会議室 9月5日;14:00～16:00)・北区(名古屋市総合社会福祉会館9月8日;18:30～20:30)が示された。連携協議会が後押しする会と単なる情報提供を区別して報告すること、連携協議会が関る会は少なくとも1ヶ月前に日時・場所・主催の公表を頂きたいことを確認した。半田市の事例検討の概略が報告されたが、少し難題であるとともに、「野中式 事例検討」の理解が困難であり、文献、原著などさらなる資料が必要とされた。

(2) 情報提供として、①2015年7月16日朝日新聞記事(当連携協議会で試作デモが行われた佐野芳彦委員の作成による「ウ〜ク(リハビリ用音楽キー

ボードとパッド)」の紹介)、②家族介護者支援団体「ハッピーネット」の会員募集・設立記念講演会(9月5日)の案内が配布された。

- (3) 次回開催は、9月14日(月)14:00～とした。9月5日開催の「多職種連携を図るための模擬事例検討について」の検証を中心に行う。

実施して良かった」として当連携協議会が知られ、多職種連携の声がかかるようになるとうい、などの総括がなされた。

(文責:多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

全体として佐野芳彦・加藤憲・天野寛委員を通じて、スライド発表における作成方法、あり方の方法・全体の流れなどが指摘された。樋口理事からは地域包括ケアシステムが一部流動的な面を有していること、野田理事からはそれを踏まえて「事例検討を

愛知県委託事業

平成27年度 薬剤師再就業支援講座 開催のお知らせ

愛知県・(一社)愛知県薬剤師会

毎年秋に開催してきました未就業薬剤師講習会が県委託事業となって、10年目を迎えました。内容をより充実させて、保険調剤業務を志す薬剤師の社会復帰を支援したいと考えています。男女を問わず、会員外の方でも受講して頂けます。また、お知り合いに未就業薬剤師の方が見えたら、ぜひお声をかけて下さい。多くの方々の受講をお待ちしております。

I 講習会(定員100名、託児有) 10:00~13:00

	開催日・場所	演 題	講 師(敬称略)
1	10月28日(水) 愛知県薬剤師会館 5階講堂	開会挨拶 1. 薬剤師のおかれている現状 2. OTCセルフメディケーション	愛知県薬剤師会 会長 村松 章伊 愛知県薬剤師会 理事 大島 秀康
2	11月4日(水) 愛知県薬剤師会館 5階講堂	1. 患者満足度につながるコミュニケーションの考え方 2. 添付文書の読み方	株式会社 スズケン 医薬経営コンサルタント 根岸 裕二 愛知県薬剤師会 薬事情報センター 竹林まゆみ
3	11月14日(土) 名城大学薬学部1号館 マルチメディア教室	1. 「情報力」をみがこう! ~薬剤師とインターネット~ 講義 と 実習	名城大学薬学部 医薬品情報学研究室 教授 大津 史子
4	11月18日(水) 愛知県薬剤師会館 5階講堂	1. 保険薬局の業務 2. 在宅医療と薬剤師	愛知県薬剤師会 常務理事 近藤 靖子 愛知県薬剤師会 常務理事 鈴木 弘子

II 初心者を対象とする調剤の基礎(定員20名、託児なし)

12月7日(月) 13:00~16:00 名古屋市立大学薬学部 実習棟 模擬薬局
[講義と実習] 名古屋市立大学大学院薬学研究科 教授 松永 民秀
鈴木 匡

III 病院薬剤部見学(県内3病院より選択)

- ・11月25日(水) 13:00~16:00 安城更生病院(安城市)
- ・11月26日(木) 13:00~16:00 藤田保健衛生大学病院(豊明市)
- ・11月27日(金) 13:00~16:00 名古屋市立大学病院(名古屋市瑞穂区)

IV 薬局における実務実習

- ・12月10日(水) 10:00~13:00 愛知県薬剤師会 調剤センター

受講料:無料

講座受講資格:薬剤師免許を有すること

申込方法:「氏名・住所・電話番号・ファックス番号・薬剤師免許番号・年齢(何歳代)」を明記の上、はがき又はファックスにて下記担当者へお送り下さい。定員になり次第、締め切ります。

※申し込みを受付け後、詳細をご連絡させていただきます。(10月上旬頃より順次発送予定)

※I講習会の受講は必須です。

愛知県薬剤師会事務局 松田
〒460-0002 名古屋市中区丸の内2-3-1
TEL 052 (231) 2261/FAX 052 (231) 2268

第6回 地域医療再生に関する多職種連携協議会

—天白保健所：多職種連携の理解を図るための模擬事例検討における検証
(天白保健所：平成27年度 第2回 天白区在宅医療・介護連携推進会議)—

日 時：平成27年9月14日(月) 14:00～15:40

場 所：愛知県医師会館 5階医師連盟会議室

野田正治理事より、天白区の事例検討では「ありがとう」と、そして「あっそうだな、という別の視点に気付いた参加者、発表者も多かったのではないかと」と、謝意を表して定刻に開始した。

1. 天白区在宅医療・介護連携推進会議(9月5日(土)) における模擬事例検討会の検証

安江直二天白区医師会長、神谷美歩天白保健所長のご尽力により、この検討会が少なからぬ紆余曲折をへて開催されたが、一定程度評価されたと考えられた。ただ税金を使用している立場からすると、厳格な検証は必須である。かつアウトプットからアウトカムへの変換、可視化への検証である。

検証は以下の4点の資料、1) 天白区側からの意見、2) 多職種連携協議会側からの意見①会場からの質問、②終了直後の反省会における当協議会委員の発言コメント(宮治纏め)③当協議会委員の記載コメント(原則匿名・一部記名)である。委員長としてこれほどに拘泥したのは、発言、記載などにおける本音と建前の違和感を一連の経緯の中で痛感した点にある。これらの資料や背景が本日の検証に影響したか否かは定かではないが、討議の活発さは目を見張るほどであった。

1) から(本日以後も意見が寄せられた)を要約すると、時間的余裕のなさ、事前配布の模擬事例内容を当日も概略を示してほしい、馴染みのない職種(言語聴覚士・作業療法士)などを知った、これだけの多職種にビックリした、休日への対応、対象と意図が未分化、不消化、いかに対処するか、連携の現実的な意味は、自分自身の立ち位置の再検討などであった。さらに焦点は各職能の現場の窓口はどこにあるのか、地域住民への広報が不可避であることが鋭く指摘されていた。当協議会におけるいままでの論議と同一線上である。

2) -①からは、認知症における対応、ケアマネジャーが提案するケアプランのバラツキが大、医療依存の高い療養者における訪問看護はどこまで可能か、在宅医療における地域の中核は地域包括支援センターか在宅医療サポートセンター(在宅医療・介護連携支援センター)かなどであった。野田理事は地域特性に応じて、どちらでも可とした。近報によれば、9月17日に厚労省は「介護や障害、子育てと

いった福祉にかかわるサービスの相談を一括して受け付ける窓口を自治体に広める方針」を発表したが、検証の点からみると現場現況との乖離において、医師会、当協議会は関わりうるか否かであろう。

2) -②からは、事前の連絡、スライドの統一不足、当協議会内部の「連携」が不詳、現況打破に洗練されたプレゼンテーションが必要、事例をいかにして絞るかなどである。現状を理解して実際の現場に活用できる発表に限定すべきである。これらに関して委員長の立場としてスライド作成の手順の指示不足、今回の事例で象徴された「寿司を食べたい」などの焦点を絞る論議不足、参加対象者の職種やレベルへの配慮不足の責任を痛感する。背後に模擬事例提示が狭義の医療専門職間、広義の他・多職種医療職間、これにプラスした福祉系介護職、住民などの対象をどこに設定するか、連携深化のための本質的な課題があるが、さらにその深層には他・多職種間ヒエラルキー、各組織の「自立と自律」の欠如が垣間見られるのが現実である。

2) -③からは、このような事例検討が各地区で実施されることへの期待、「地域ケア会議」(連携会議のメンバーはこの言葉を理解しているはず?)、ICFに則った情報の提供、各地区は多職種連携に困っている現況、臨場感をうため居宅サービス計画書などの提示、多職種(含・住民)が繋がるための連絡先、窓口自体が知らされていない点が最大の課題などである。これらは現場感覚とトップに立つ人の感覚の乖離、それを基底に置く地区格差、職種間格差といわざるをえないだろう。

2. 今後に向けて

纏めと大雑把な討議内容を記したが、より生々しく、活発な以下のような点が論じられた。まず野田理事より休日に関わるリスク管理(予期しない死亡)は、救急医療情報センター内に「医療事故調査制度相談窓口」を開設準備中であること、24時間365日対応を「切れ目のない対応」とすることなどの見解が表明された。同時に訪問看護ステーションにより、即座に連絡可能な事業所と不可能な事業所との格差も浮き彫りにされた。模擬事例は事前練習の必要性も指摘され委員長も前回の会議で言及したが、現場的には時間の確保が課題、スライドは全て残し、ア

ウトプットとする、「フレイル」の説明をもっと詳細に、イエローカードと模擬事例の合体、何度も繰り返す、このような事例検討に関わる謝金、財政上の課題、リハビリ三士会や居宅介護支援事業者連絡協議会における検討などが俎上に上がった。

佐野芳彦委員は事例とイエローカードを合体させる重要性を、加藤憲委員は模擬事例とともに、連携に必要な要素が含まれているイエローカード・システムの徹底的な活用を、天野寛委員からは再度東郷町、春日井市で事例検討の実施をとの総括を示した。今回は県の医療福祉計画課、健康対策課、医薬安全課、高齢福祉課の4課から担当者の出席があり、各々意見やコメントを受けたが、今後とも出席をいただくことが現場との乖離を埋める上での相互連携が不可欠であろう。いずれにせよ、今後に向けては事例検討とイエローカードを統合し、ブラッシュアップした事例検討が必須であるとの認識をえた。さらに窓口の選定はすでにイエローカード・システムで提言したとおり、各職種がコーディネーターを配して対応すべき組織の「自立と自律」を促すものといえよう。

本日の検証における総括的な纏めを行うと、(1)税金を活用する自覚、(2)事例検討において切り口を絞るとともに、参加は必須だが、発表職種は限定的に

する、(3)行政との協力において、地域の人材活用を念頭においた事例検討が必要で、イエローカードとの統合における、具体的にはイエローカードの符号に即して、その地域(含・各訪問看護ステーションなど)に職能の範囲内で活用可能な人材が存在すれば○、職能の範囲内だが、その地域に活用可能な人材が存在しなければ△、職能の法的な範囲外であれば×、○・△・×のいずれも判断できなければ?と記載し、現場に役立たせる。(4)このような現場に即したコーディネート、主務は地域包括支援センターか、在宅医療サポートセンター(在宅医療・介護連携支援センター)か、あるいは介護や障害、子育てといった福祉に関わるサービスの相談を一括して受け付ける窓口か、行政と当協議会との相互連携が、今後避けて通ることのできない現場の課題といえよう。

3. イエローカード(オヤツ? Card)・システム(簡略版・詳細版)の改訂ほか

実は検証論議があまりに活発化して、この議題の討議を失念して時間切れとなった。はたまたお詫びしたい。ただ前回より簡略版・詳細版の訂正、追加なく、本当にこれで良いか不安を残すが、4度目の警告であり、次回は承をえて公表とする。次回は10月19日(月)14時より開催予定。

(文責:多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

愛知県医師会ネットのID・パスワードについて

平成20年4月1日より、愛知県医師会ネットにログインする際のID・パスワードは日本医師会の会員情報を利用したID・パスワードに変更して、運営しております。現在のID・パスワードは下記参照の上、ご利用くださいますようお願い申し上げます。

なお、変更にあたり、変更後のID・パスワードのご連絡はいたしておりませんので、日本医師会から届きます配布物をご確認願います。

〒460-0008
愛知県名古屋市中区栄4-14-28
愛知県医師会館
〇〇〇〇 様
2008/3/31 23-xx-xx 〇〇〇〇〇〇〇〇

ID:日医からの送付物にある10桁の数字です。
(左図参照)

パスワード:生年月日(西暦)の下6桁です。

新しく入会された先生へ…定期的に日本医師会から会員情報を提供いただいております。所属地区医師会に手続きされましても、愛知県医師会、日本医師会と手続きが進む都合上、時間(最長で2ヶ月程度)要しますことをご理解、ご了承願います。手続き完了の連絡はありませんが、目安として、日本医師会からの定期刊行物等が届いた頃となります。

異動される先生へ…数ヶ月間は情報が保持されることから、新しく所属する地区医師会への手続きが遅れても、既に発行されているものをご利用になれます。ただし、退会後約2ヶ月を経過いたしますと、退会として処理され、ログインが出来なくなりますので、ご注意願います。

この件につきまして、ご質問等ございましたら、医療業務部地域医療第二課までお問い合わせください。よろしくお願いいたします。

医療業務部地域医療第二課

TEL:052-241-4139 E-Mail:chiiki_2@aichi.med.or.jp

第7回 地域医療再生に関する多職種連携協議会

―他・多職種連携における事例検討のあり方―

日 時：平成27年10月19日(月) 14:00～15:30

場 所：愛知県医師会館 5階医師連盟会議室

野田正治理事から当連携協議会の整理と纏めが急がれる、樋口俊寛理事からは地域医療再生の整理と背景への配慮、との挨拶をいただいて定刻に開始した。

1. 模擬事例検討とイエローカード(オヤッ? Card)・システムの組み合わせ

前回のかかなり突っ込んだ模擬事例検討の検証を再検討した。委員長の立場として前回の模擬事例を例示して、具体的な「模擬事例検討のあり方に関わる基本的視点」を提案した。直接的な契機は安江直二天白区医師会長の2つの感想を参考にした。一つは多職種連携、地域医療は「事例に始まって事例に終わる」、もう一つは「天白区における事例検討をもっと他地域に広報しておくべきだった」の二つが韜晦している。要点を列挙した上で、当日の討議を纏めたい。

(1) 焦点の絞り方の視点：

- ・職能の視点(3～4職種?)
- ・イエローカードの符号への視点
- ・対象地域(含・各事業所単位)の窓口(コーディネーター)機能の視点

(2) 地区における各職種の人材資源の把握の視点：

- 1) 地域包括支援センター、2) 在宅医療・介護連携推進会議、3) 厚労省「介護や障害、子育てといった福祉に関わるサービスの相談を一括して受け付ける窓口を自治体に広める方針」、4) リスク管理(予期しない死亡)は、救急医療情報センター内に「医療事故調査制度相談窓口」など。

(3) 参加の対象者の視点：

- 1) Wレベル＝指導者：狭義の専門家間の事例検討(高度専門性など)、2) Xレベル＝指導者・コーディネーター：他・多職種間を交えた事例検討(他・多領域専門性など)＝「当連携協議会レベル」・「Yレベルと重なる」；主に医療職系に重点、3) Yレベル＝実務者：広義の他・多職種を交えた実務者間の事例検討(他・多領域一般性など)；主に福祉職系に重点、4) Zレベル＝一般市民・地域住民：広報的な意味で広く知ってもらう事例検討(市民・住民向けの公開講座など)。

(4) 対象(含・事例検討発表)地区における人材活用の現況の視点：

- 1) 法的職務範囲として当該地区内に活用可能な人材が存在すれば○、2) 法的職務範囲内だが、その地区に活用可能な人材が存在しなければ△、3) 法的職務の範囲外であれば×、4) ○・△・×の判断ができなければ?と記して、現況把握とする。

(5) 模擬事例の検討に当たっての概略の再確認の視点：

- 1) 目的：多職種連携理解を図るための模擬事例検討【個人情報に配慮し脚色してあることの明記】、2) 対象：X～Yレベル、3) 医療・介護連携において他・多職種連携を推進するための事例検討。事例は「フレイル」から医学的対応を要する「下痢」を主として急性の症状を経過した事例。考え方に際し、各職種は以下の8点を基軸。
①周囲の状況、②QOL、③患者の意向、④医学的適応、⑤法の遵守、⑥説明義務、⑦注意義務、⑧接遇態度。

(6) 今回の具体的例示の視点：

焦点の絞り方(職種・職能)；「歩きたい」・(個人レベル・生活の質/QOL)；主として医療と福祉が重複する点が重点；「寿司が食べたい」・(社会レベル・人生の質)；主として福祉が重点；「下痢をとめて、おむつを外したい」(生物レベル・生命の質)；主として医療が重点。

討議で問題となった点はi) 複雑、ii) 地域とは、iii) 誰が○・△・×・?を付すか、iv) 「Q」・「A」に関してイエローカードの番号との符合などである。これらのいずれの課題も当連携協議会が当初より論じていた点であり、過去の愛知医報の議事纏めを熟読吟味していただきたいこと、もっとも危惧した点は、討議内容が堂々巡りし、トップが指導力を発揮するための思考回路に不安を感じたこと、地域医療再生のための事例検討による人材活用を包摂する均霑化、県行政の強い要請、税金の投入であり、当連携協議会の見識が問われている課題である認識が必須である。ただしiii) に関しては出席者全員との意見は傾聴に値する。「他・多職種連携における事例

検討のあり方」の視点は、少し気障っぽい言い方で恐縮だが、整理整頓の観点に立つと、整理は機能の美（運用・運営）であり、整頓は形式の美（法律・経済）である。当連携協議会の事例検討は両者の認識の上に立たねばならない。

2. 広報活動としてのICTツールの活用・その他

- (1) 各職能団体は愛知県医師会のイエローカード・システムへのリンクを張ること、独自のホームページにも掲載すること、さらにCD化を考慮していることを確認した。
- (2) 総括コメントは佐野芳彦委員より出前事業を、加藤憲委員からはイエローカード・システムの連

携リスト（コーディネーター連絡先）を人材資源把握へ活用することが提言された。野田理事は本日の討議を参考にして、次回の模擬事例検討において本日の討議を参考にして各職種が有用性ある「Q」・「A」を作成して討議すべきとし、了承を受けた。樋口理事は医療と福祉の連携の観点から5事業および在宅医療を視野に入れる点をコメントされた。

- (3) 会終了後、来年度におけるリハビリテーション専門職介護予防支援指導者育成事業、またリハビリテーション三士会より当連携協議会の協力要請が求められた。次回は11月10日(火)14時から。

（文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞）

年末年始休業のお知らせ

愛知県医師会事務局は、下記の期間休業させていただきます。

平成27年12月26日(土)～

平成28年1月3日(日)

愛知県医師会

愛知県医師会は医療関係従事者のための

無料職業紹介所を運営しております!!!

愛知県医師会では、労働大臣の許可を受けて昭和40年12月10日から公益社団法人愛知県医師会医療従事者関係無料職業紹介所を開設し、取扱職業を医療関係従事者（枠内参照）のみ扱い、求人・求職の紹介等を主業務としております。

求人・求職等手続きその他詳細については、当紹介所へお気軽にお電話ください!!!

【取扱職業】：看護師、准看護師、保健師、助産師、医療事務員、医療秘書、
医師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、
作業療法士、視能訓練士等
以上13職種

※ご利用いただいた登録情報は厳重に管理し、登録者(求職者)のプライバシーは固く守られております。

【お問合せ先】

公益社団法人愛知県医師会医療関係者無料職業紹介所（許可番号：23-ム-020001）

〒460-0008 名古屋市中区栄4-14-28 TEL：052-241-4143 FAX：052-241-4130

【業務取扱時間】

月曜日～金曜日の9：00～12：00及び13：00～17：00（但し、土・日・祝、特別休暇は除く）

第8回 地域医療再生に関する多職種連携協議会 ―措定を明示して克服せよ―

日時：平成27年11月10日(火) 14:00～15:45
場所：愛知県医師会館 5階医師連盟会議室

冒頭、県行政の方から2016年3月をもって当連携協議会を一区切りとして終了するに際して、高いハードルであることを承知して、多職種の各地域における現況の医療資源を明らかにし、連携をもって増加に繋がる方向性を示していただきたい旨の要請を受けた。樋口俊寛、野田正治両理事からは、纏めとして職種としての組織現状および現状の課題を取り上げたいとの挨拶をもって、定刻開始とした。

1. 当連携協議会における模擬事例検討

前回のシナリオに基づいて整理したが、要点は①焦点・職種の絞り方、②各職種の人材資源の把握、③対象としての参加者、④対象地区における現況として1) 職能範囲として活用可能な人材が存在すれば○、2) 職能範囲であるが、その対象地域内に活用可能な人材が存在しなければ△、3) 職能の法的な範囲外であれば×、4) ○・△・×のいずれも判断できなければ?、とすることで理解を求めた。この要点に基づいて、事前に事務局へいただいている模擬事例のQ&Aの司会(宮治)が重要と判断した一問一問について検討を行った。

この委員は各職種のトップであるためか、人材活用は多くが○とされた。しかし、最大の課題は各地域で事例検討に参加された方々が、○・△・×・?が正しく判定できるかどうか、各職種の自律と自立が求められるよう。各委員の指導力が問われる課題である。同時に地域包括ケアシステムへの繋ぎ方の課題である。他方、県行政の要請に鑑みると、もう少し定量的な現況把握の必要性が痛感されたが、この課題が当連携協議会の主目的なのか否かについて疑問を禁じえなかった。各委員の発言の裏側に戸惑いを垣間見たからである。

「○・△・×・?」による判定は来年の名古屋医事法研究会、訪問リハビリテーション実務者研修において試行する確認を得たが、各職能団体が保有しているだろう在宅療養を中心とする活用可能な各地域特性としての、各施設特性としての、マンパワーなどの集計的な数字が必須なのかもしれない。試みる価値は十分あろう。他方模擬事例討議の内容に関しては討議を通じて不十分ながらも洗練されてきていることも確かである。さらなる検証が必要である。

2. イエローカード(オヤッ?とCard)・システムの課題

前回の再確認として、愛知県医師会ホームページへのリンク・各職能団体のホームページへの掲載、URLの一覧が必要であると感じられた。また、CD化に関してはさらなる予算の議論が求められた。もっとも重大な点はいわゆる「イエローカード」と「オヤッ?とCard」の関連である。商標登録は現在進行中で、商標登録が滞った場合の代替案が「オヤッ?とCard」であり、この明示はホームページ上、CD化上は必須である。活用は全く自由であるが、組織であれ個人であれ「使用する」との一言を医師会事務局へ申し出ることを要望した。

3. 今後の他・多職種における研究会、研修会など開催予定・その他

- (1) 本日の討議を踏まえて、名古屋医事法研究会(来年1月;日程未調整・名城大学薬学部)においてリハビリテーション三士会、看護師による模擬事例検討を実施予定。発表者は当連携協議会委員であれ、各職能の推薦者であれ可とする。ただし、発表方法、「○・△・×・?」に関しては主旨を理解していただいて厳密に実施したい。
- (2) 訪問リハビリテーション研修会(来年1、2月)も主旨は前記同様、本日の討議を踏まえて実施予定。

以上の議事纏めを通覧していただければ理解いただけるように、最大の難問課題は行政からの要請と当連携協議会の次年度以降のあり方、存続の可否である。全委員が存続に関しては必要性の認識を示したが、内容は情報交換の立場と連携の後押しという現場支援、その延長線上により精緻な「多職種の各地域における現況の医療資源を明らかにし、連携をもって増加に繋がる方向性」が見受けられた。ただし責任者の立場の見解を表明しておく、行政、事務局内をも含めて一連の経緯において、「報告・連絡・相談」が曖昧で「ことづくり」としての運営・運用のルール化を把握しえない現状、それを承知してなお、痛恨極まりのない自己批判をすれば、「措定の明示不足、克服不足」の一語である。ただ、ま

だ残り時間はある。責任者の連携協議会の方向性の次年度以降の提案は、1) 廃止、2) 新たな組織の確立(含・ボランティア)、3) 他組織と合併、4) 存続の模案であり、根底は各職能団体が財政基盤・事務局能力を担保できるか否かである。加藤憲委員は事務局能力に鑑み3)に否定的であり、樋口・野田理事は4)を示された。

日医ニュースNo.1300(2015.11.5)によれば【第12回国民医療推進協議会(会長:横倉義武日医会長10月7日開催)「国民医療を守るための国民運動」において、地域包括ケアシステムの構築に向けては、『かかりつけ医』を中心とする多職種連携が重要』だとして、『モノ』ではなく、『ヒト』に重点的な評価を、すなわち財源の手当を強く求めていると記している。

当日の配布資料・上田敏著「リハビリテーション

の歩み—その源流とこれから」(医学書院2013.6.1)の文中に【…私などもその一環として、砂原茂一先生のお供をして、「目白御殿」に田中角栄氏(当時自民党幹事長、のちの総理大臣を訪れて「陳情」したりしたものである。…私は思わず「でも先生、医者が足りないからといって保健婦に医者業務を全部認めるようなものですよ。それでいいんですか?」と反論…「田中氏は「う〜ん、医者と保健婦はたしかに違うねえ。…君はなかなかいいことを言うなあ」と…笑いにまぎらわしてその場は終わった。(221〜222頁)」…この問題の結末は…どれだけ成果があったのかは分からないが、…】と断りつつも、現場の声を傾聴するトップというものの決断の象徴だろう。あらためて指定を明示して克服せよ。次回は12月7日(月)14:00から開催予定。

(文責:多職種連携協議会委員長 宮治 眞)

～日本医師会医師資格証をご希望の皆様へ～



愛知県医師会及び郡市医師会(一部を除く)で発行手続きをいたします。
まずはお電話でご予約をお願いいたします。
愛知県医師会総務部庶務課
(TEL: 052-241-4151)

1. 医師資格証とは

日本医師会電子認証センターが発行している、ネットワーク上で医師資格を証明するための電子証明書です。医師であれば、日医会員でなくても発行されます。

電子証明書は、ICカードのICチップ内に格納され、電子的な医師の印鑑の機能やログイン時の医師資格確認に利用いただけます。なりすまし医師等への対策として、ネットワーク上だけではなく患者に対しても医師の資格保有を証明できるように、医師資格保有者であることをICカードの券面に記載し、顔写真を貼付しています。年会費は5,000円(税別)、非会員は10,000円(税別)で、医師会員は初年度(医師資格証券面に記載の発行日から1年間)は無料です。2年ごとにICチップ内の電子証明書の更新手続きが必要となります。また、6年ごとに医師資格証の更新を行い、新しいICカードに切り替わります。

2. 申し込みから利用開始までのスケジュール

- ①利用申し込み、②申請書類の提出、③書類受付・事前審査、④本審査、⑤医師資格証の作成、⑥医師資格証の発送、⑦医師資格証の受取

※受付・事前審査が可能な医師会は下記の通りです。

愛知県医師会、名古屋市医師会、一宮市医師会、瀬戸旭医師会、半田市医師会、春日井市医師会、津島市医師会、小牧市医師会、東海市医師会、東名古屋医師会、西名古屋医師会、尾北医師会、稲沢市医師会、海部医師会、知多郡医師会、豊橋市医師会、岡崎市医師会、豊川市医師会、碧南市医師会、刈谷医師会、豊田加茂医師会、蒲郡市医師会、西尾幡豆医師会、北設楽郡医師会、新城市医師会、田原市医師会、名古屋市立大学医師会、藤田保健衛生大学医師会、愛知医科大学医師会

※詳細な手続きにつきましては、愛知県医師会総務部庶務課(TEL: 052-241-4151)までお問合せください。
また、愛知医報平成27年1月15日号及び愛知県医師会ホームページ(<https://www.aichi.med.or.jp/oyakudachi/isisikakusyou.html>)でもご覧いただけます。

第9回 地域医療再生に関する多職種連携協議会 —まさに一步下がって半歩漸進を—

日 時：平成27年12月7日(火) 14:00～16:00
場 所：愛知県医師会館 5階医師連盟会議室

樋口俊寛、野田正治両理事から、暮れの多忙などに、纏めとしての各職種からの組織現状や課題要請に関するご協力、名古屋医事法研究会におけるQ&Aの例示を戴いたことへの謝辞が述べられ、また委員長の立場から、協議事項の順序を変更して定刻開始とした。なお、NHK記者の傍聴を了解した。

1. 名古屋医事法研究会における規範的模擬事例検討について

委員長として事前に対応の内容、方法など論点整理を通知しておいたが、説明不十分、不徹底のために、あらためて出席者全員から議論百出となり、95分以上も要した背景を記して司会の不手際をお詫びした。

規範的模擬事例検討の議論百出は、医療介護一体における事例検討のあり方の根幹に関わる課題であるがゆえの錯綜と思われた。過去の討議を踏まえつつと言いながら、現場でいま起こっている事態に関して、1) 次の一手をどう対応するかという現在進行形の立場、2) すでに起こった事象への検証の立場、の曖昧さが基因しているように思えた。つまり発表の場と内容のTPOの認識の違いが表面化したものと思われた。TPOに応じて柔軟な対応で可であろう。

さらに焦点の絞り方の説明不備であり、これは「焦点とする内容」はリーダーシップの課題であり、「参加する職種」は参加職種を限定し、他の職種は討議、質疑応答参加による会の多岐性への課題提起であろう。現実的には時間的制約を無視しえないからである。この2つの中心的議論百出は原点に戻れば、1) 自らの職能を他・多職種に知ってもらいたいこと、2) 自らの職能のあり方をアピールすること、3) 医療系と福祉系の格差縮小、均霑化のための規範事例検討であること、が背景要因である。前者の立場の課題、後者の参加職種の限定の課題は、過去の討議で明確にされていなかった陥穽でもあり、いずれにせよ、各職種が自らの職能に立脚した事例を提示し、当連携協議会で各職種の立場を勘案したQ&Aに基づくブラッシュアップをして集積、発表することが急がば回れであろう。同時に委員長自らがケアマネジャー(介護支援専門員)、ホームヘルパー(訪問介護員)のカタカナ訳と和訳の不一致の曖昧さが一層拍車をかけた点も否定できず、反省を記したい。

ともかくQ&Aの例示は近日中に委員長試案を送付する。

2. 在宅医療(療養)を中心とする今後の課題について

(1)現場的課題、(2)組織的課題、(3)活用人材の組織的把握の課題について各職能団体の意見を求めており、(3)に関してはほぼ全職能団体から回答をいただいていたが、(1)(2)は不十分であった。実は前回行政からの要請を受けて実施したが、前記「規範的模擬事例検討」の錯綜と全く同様に、事前の論点整理が不十分、説明不足が大きな要因であろうと思われた。県行政より再度説明が行われたが、十分な理解が得られたとは思われず、具体的な文面をもって対応しないと理解困難と思われ、理事、県行政、事務局とも話し合いながら、文面での要請を示す予定とした。県行政からは良い例示として、当日配布された【一般社団法人 愛知県理学療法士会発行「愛知県理学療法白書 あいち2012—多様化した姿の標準化をめざして—」】が推奨された。

この過程で(3)のデータの可視化も討議され、愛知県医師会総合政策研究機構が作成したレーダーニュースと同一範疇であるが、現況の財政負担、天野寛・加藤憲・佐野芳彦委員の負担能力では対応できず、医師会の事務局への依頼、話し合いが必要であろう。より根源的には2016年4月以降の当連携協議会のあり方に関わる問題であることは当然である。まさに一步下がって半歩漸進が必須である。

佐野委員は錯綜の原因の科学的視点の欠如を、加藤委員は規範事例検討に伴うイエローカードのあり方の再確認を指摘した。野田理事は在宅医療(療養)の職種ごとの把握と錯綜認識の、樋口理事は各職種の今後の方向性と錯綜認識の重要性を総括された。

3. イエローカード(オヤツ?とCard)・システムのICT化への確認、今後の他・多職種における開催予定 他

1) イエローカード(オヤツ?とCard)・システムのICT化への確認、訪問リハビリテーション実務者研修等(理学療法士会)は司会の不手際、時間の関係で省略した点は別の検討としたい。

2) 次回開催は2016年1月26日14:00～を予定。

(文責：多職種連携協議会委員長 宮治 眞)



参考資料 11 地域包括ケアの歴史的・法的経緯の再確認（文献 4 からの引用）

- ①「2011 年 6 月に成立した『介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律』（2012 年 4 施行、介護保険法第三次改正）の第 5 条第 3 項に、以下のような、地域包括ケアシステムについての概念的規定が導入されました。『国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となる予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するように努めなければならない』」
- ②「2013 年 5 月に 3 年ぶりに発表された『地域包括研究会（2012 年度、第 3 回）報告書』は、地域包括ケアシステムの 5 つの構成要素の表現を緻密化する（介護・リハビリテーション、医療・看護、保健・予防、福祉・生活支援、住まいと住まい方）と同時に、これら 5 つの構成要素の基礎に新たに『本人・家族の選択と心構え』を加えました。」
- ③「2013 年 8 月発表された『社会保障制度改革国民会議報告書』も、地域包括ケアシステムと医療との関係を強調しました。同報告書は地域包括ケアシステム（の構築）」に 15 回も言及したのですが、ほとんどの場合、それを『医療機能の分化・推進』と併記し、しかも『医療の見直しと介護の見直しは、文字通り一体となって行わなければならない』、『地域ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない』と強調しました。さらに、同報告書は『地域包括ケアシステムというネットワーク』とのストレートな表現に象徴されるように、『地域包括ケア』をシステムではなく、『ネットワーク』と位置づけました」
- ④「2013 年 12 月 5 日に成立した『持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律』（以下、社会保障改革プログラム法）では、地域包括システムの法的定義が初めて、しかも『医療制度』について規定した第四条 4 に以下のように導入されました。『地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう、次条において同じ。）住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制』、『介護保険制度』について規定した第五条 2ーも、地域包括システムに触れました。同法成立直後の 2013 年 12 月 27 日に発表された社会保険審議会医療部会『医療法等の改正に関する意見』は、医療部会の公式文書として初めて『地域包括ケアシステム』に言及しました。しかも『医療機能の分化・連携』と『地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進』をワンセット・同格で規定しました。」
- ⑤「2014 年 6 月に成立した『地域における医療及び介護の総合的な確保に関する法律』（医療介護総合推進法）は、第一条（目的）で、『地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築する』ことを明記し、第二条で、社会保障プログラ

ム法中の地域包括ケアシステムの定義を再掲しました。」