

令和 3 年度第 2 回多職種多機関連携研修会

10 月 26 日に筑紫医師会在宅医療介護連携支援センターにて研修会を行いました。
当日は筑紫地区の訪問介護員の方々にご参加いただき「訪問介護から始まる医療介護連携」
をテーマにグループワークを行いました。

①筑紫地区の医療介護連携の取り組み紹介

②意見交換

- ・訪問介護員の専門性について
- ・専門性を活かした医療介護連携について
- ・業務の中での医療介護連携の振り返り
連携が上手くいったと思うこと
連携を躊躇してしまったこと
- ・訪問時のコロナ感染対策について
- ・多職種からの質問への回答

③アンケート

*詳細は【研修報告】へ掲載しています。

今回は初めて訪問介護員さんのみを対象として開催し、8 事業所 12 名の方々にご参加頂きました。ありがとうございました。

令和3年度第2回 筑紫地区多職種多機関連携研修会

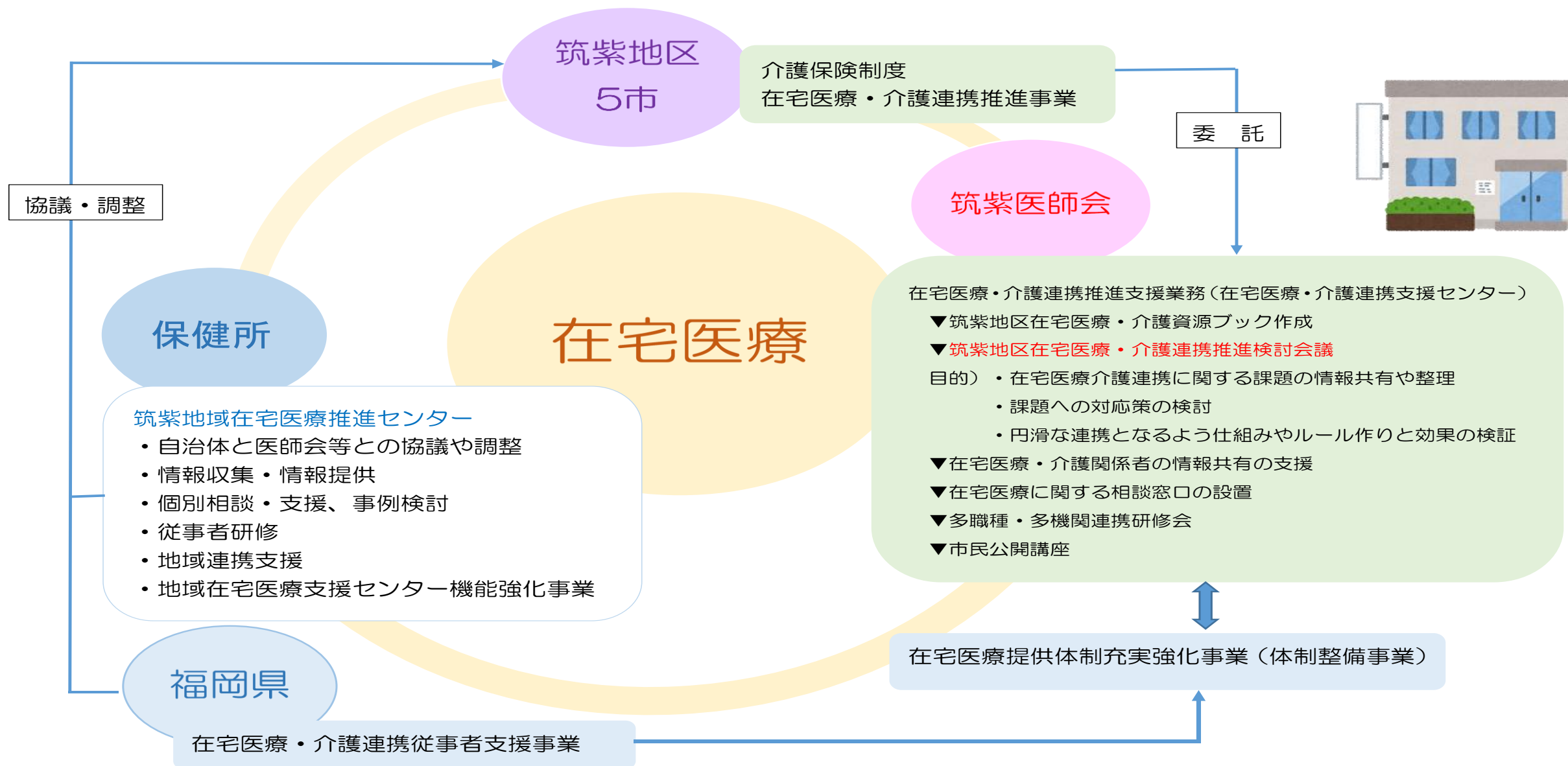
「訪問介護から始まる医療介護連携」

開催日：令和3年10月26日

場 所：筑紫医師会
在宅医療介護連携支援センター

筑紫地区 在宅医療を巡る取組み図

資料 Ⅰ



地域包括ケアシステムが目指すもの

👉 住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで
続けることができる

住み慣れた地域＝なじみの人間関係があるところ

自分らしい暮らし＝マイペースに生活できる気楽さ

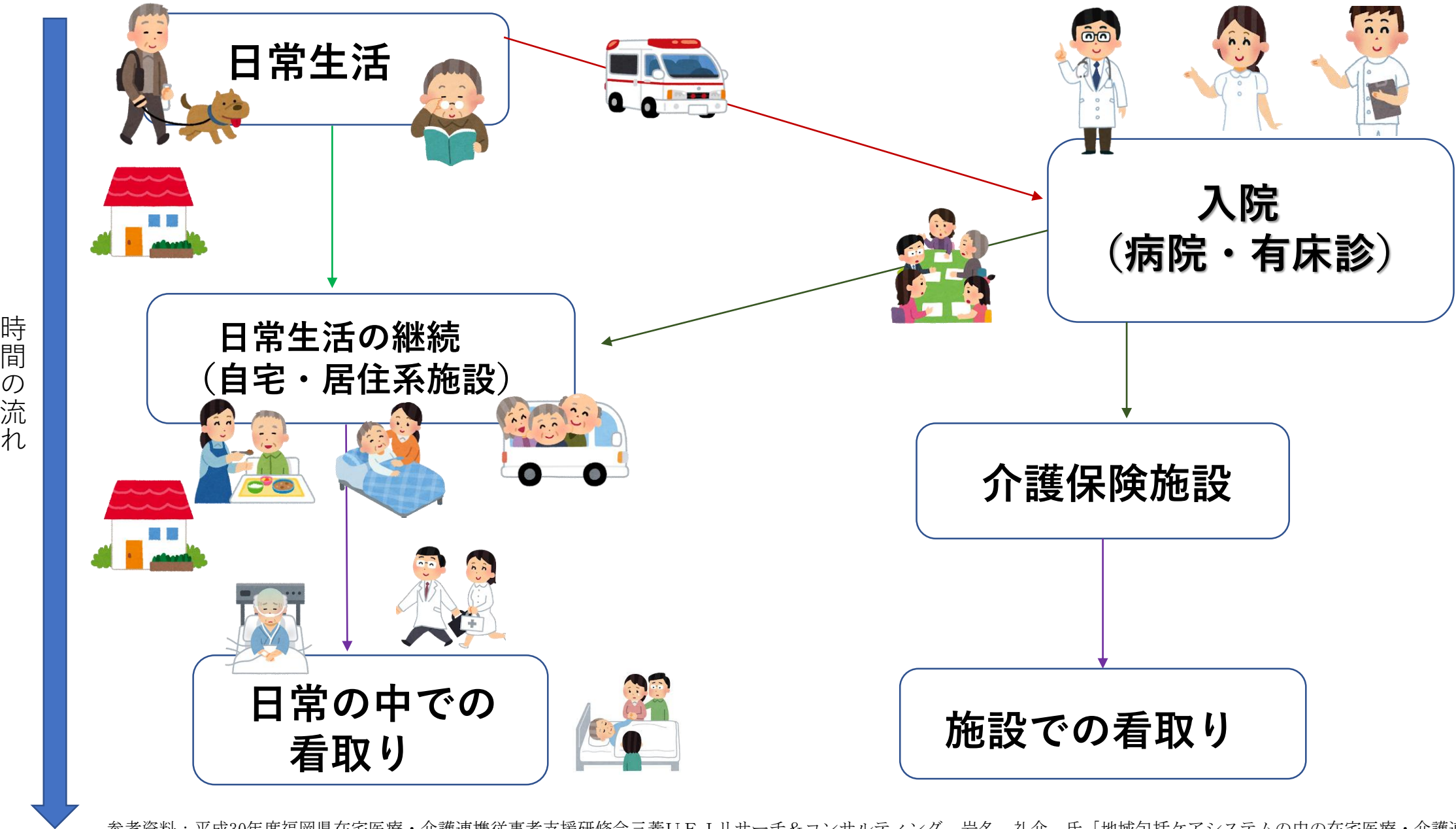


私たちに求められていること



そこに住まい続けることが出来るように支援すること

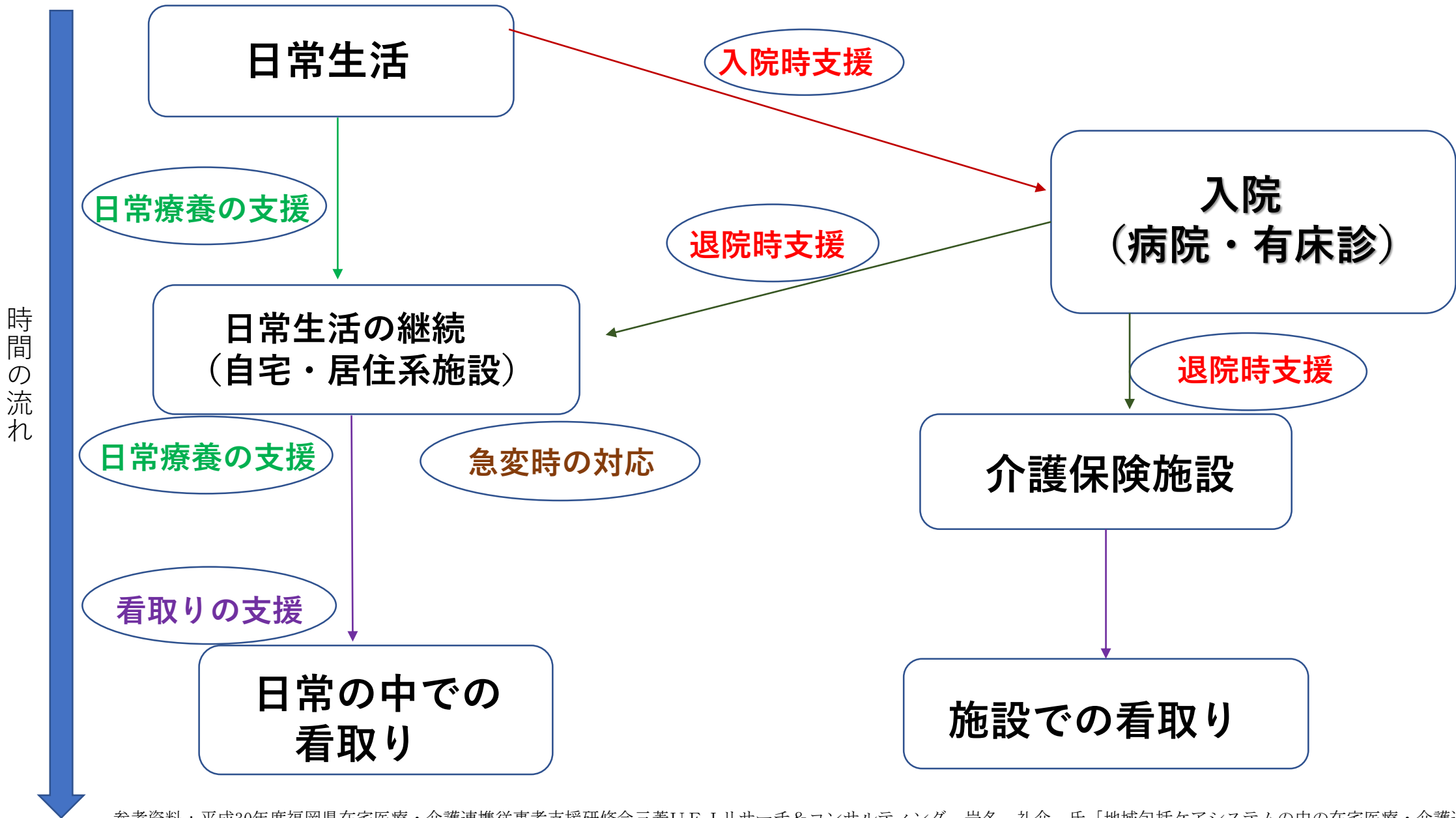
支援のイメージ



参考資料：平成30年度福岡県在宅医療・介護連携従事者支援研修会三菱UFJリサーチ&コンサルティング 岩名 礼介 氏「地域包括ケアシステムの中の在宅医療・介護連携」

4つの支援場面

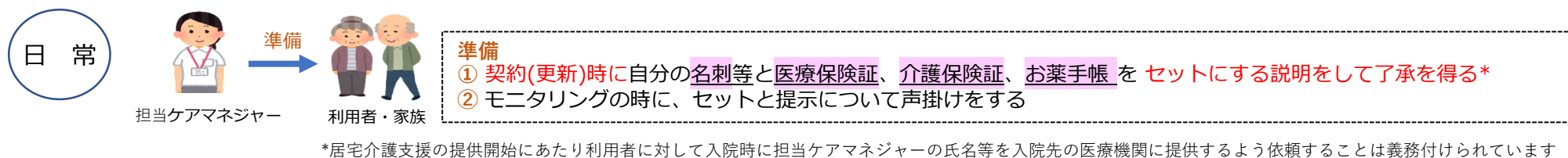
資料3



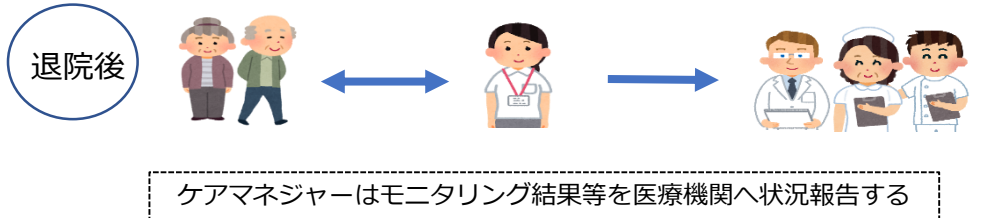
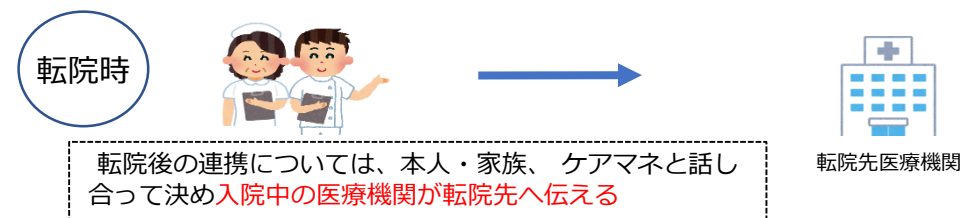
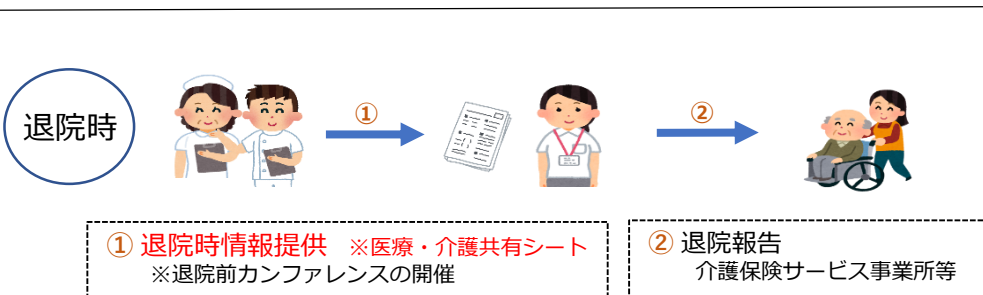
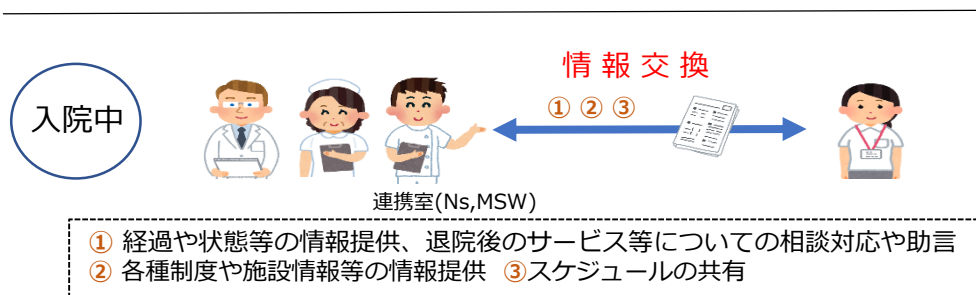
筑紫地区 入退院時の情報共有の仕組み 医療・介護関係者用

令和3年4月より連携場面に『退院後』を追加しています
それぞれの場面の具体的な進め方はP6以降に掲載しています

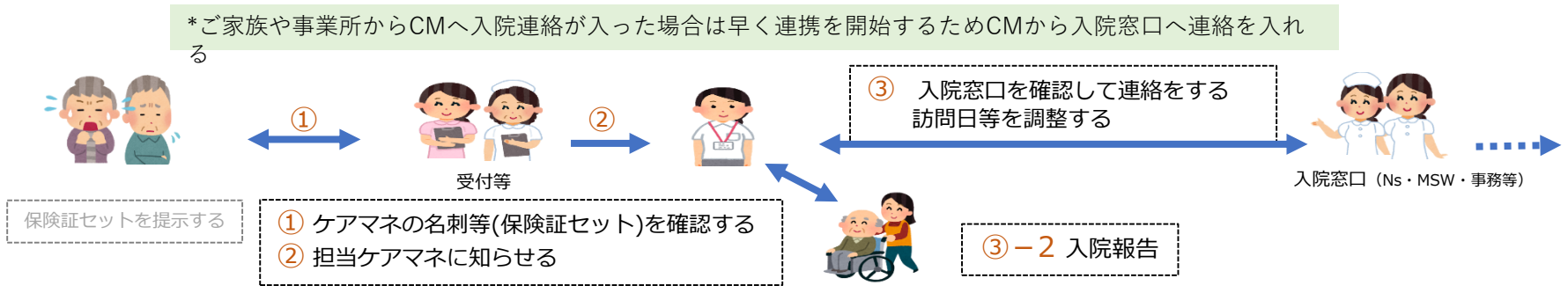
対象：筑紫地区の医療機関に入院する筑紫地区の要支援・要介護認定者（すべての入院）



*ご家族や事業所からCMへ入院連絡が入った場合は早く連携を開始するためケアマネから入院窓口へ連絡を入れる



入院時



資料5

★退院支援を速やかに開始し、本人・家族を支える協働体制を作りましょう

①②



受付等

は、担当ケアマネジャーを確認して、
入院したこと(すること)を知らせます

原則、入院の翌日(直近の診療日)までに連絡します
担当者を決めるなど**事前に体制作り**をしておきます

*FAX連絡の場合は入院連絡票(様式I)をご活用ください

筑前地区入院連絡票	
受け取り/事業所名:	担当CM: 様
いつもお世話になっております。 お手紙の時に、下記までご連絡下さい。	
送付日	年 月 日
送信元/医療機関名:	
電話番号:	FAX番号:
送信者:	
※備考	

③



ケアマネジャー

は、医療機関からの連絡よりも先に入院を把握した場合は、**自ら連絡を入れます**

○**入院先窓口一覧表**の情報を更新しています
入院先医療機関の体制や本人の入院時の状態や疾患により、その後の連携の在り方が異なります
どのようなタイミングで訪問すべきか等を窓口へ相談しましょう

③-2

○利用者が利用している介護保険サービス事業所等と入院を知らせ合えるよう普段から働きかけをしておきます
○介護保険サービス以外で関わっている医療機関や薬局、ボランティアの方々へはご家族から連絡を入れて頂くよう依頼します

目指す姿



✿ 自分以外の職種の役割りや動きを理解しており、相互に相談や働きかけができる。

✿ 情報を共有し、利用者（患者）のために活用できる。



②意見交換

※CM＝ケアマネジャー サ責＝サービス提供責任者

1) 訪問介護員の専門性について

（役割 期待されていること やりがい 醍醐味）

日常生活を支援する

生活に密着したサービス提供 ⇒信頼アップ 家族に近い存在 関係性が作れる

体裁ではなく、本音を聞ける 本音を引出す

気持ち、体調 本当の姿

いち早い変化の気づき ⇒異常の早期発見

変化の気づきをいち早く伝える 変化に気づける ⇒自己判断では動かない

虐待、訪問販売を未然に防ぐ 屋根の修理、宝石の買い取り etc

医療への繋ぎ

皮膚の状態、ふらつき

身体の方の状態変化を普段の状況や情報とつなげて、CM へ伝える

自立支援 意欲につなげる 自立支援で意欲アップを促したい

過度の介護を避け、”その人らしさ”を持ち続けられるように！

CM や訪看へ報告し、計画に盛り込む

自分の味付けにしてもらう

計画以外の依頼に対して、「できません」と答えない。答えられない。一旦持ち帰り、上司等から説明してもらう 自費サービスで対応 サービスと自費の間での苦心（よくある）

その他

接遇が重要

入浴介助時の観察ができるとよい

配食サービスの際に、薬をセットしてもらえる

②意見交換 ※CM＝ケアマネジャー サ責＝サービス提供責任者

2) 訪問介護員の専門性を活かした医療介護連携について

- 素早く伝える
- 体調変化、その原因を医療につなぐ
- 外観と本来の差を埋めるよう自立方向（一緒におこなう、声掛け、確認）への支援や専門職へ つなぐ、提案
- 状態や症状が変化することもあるため、ヘルパーから直接 CM へ連絡することはあまりない。サ責へ報告し、サ責が複数のヘルパーへも確認したり、実際に訪問したりする
- ヘルパーから報告を受けたサ責としては、CM へ報告すべきか判断が難しいことがある
- 医療機関が母体の施設では、サ責ではなく状況に応じて、看護師へ報告する
- 看取り場面では、ご本人へは身体介助になるが、家族の心理的ケアをおこない、お気持ちなど聞き取ったことを訪看へ報告する
- 情報共有 確認 ノート（医師、訪看、ヘルパー、家族）、TEL
- 緊急と捉えるかどうかの温度感

②意見交換 ※CM＝ケアマネジャー サ責＝サービス提供責任者

3) 業務の中での医療介護連携の振り返り

連携が上手くいったと思うこと（場面・誰に・何を・その結果）

- ・入浴介助中、皮膚の発赤が気になり、褥瘡を心配したので、CM へ伝えた結果、受診に繋がり 改善できた
- ・服薬介助の場面で、飲めていなかったことを CM へ伝えた結果、一包化してもらい、薬の飲 み忘れがなくなった
- ・ターミナルで 1 週間だけ病院から施設に戻られたが、寝たきりで食事が入らなかった
口腔 内が気になって CM へ伝えた結果、医師へ相談がいき、訪問歯科が導入された
予定より長く 1 ヶ月間在宅生活を継続できている。水分、食事量、排便も改善された
- ・訪問時、いつもより呂律が回っていないことをサ責から CM へ伝えたもらった結果、小さな脳梗塞が見つかった。
起床介助時、腰の痛みを訴えられたことを看護師（居住系施設）へ伝えた結果、骨折していることが分かった
- ・嘔吐した後、口腔ケアをサポートしたら、義歯を飲み込んでいたため、#7119 へ連絡した
結果、救急搬送となった。

②意見交換 ※CM＝ケアマネジャー サ責＝サービス提供責任者

3) 業務の中での医療介護連携の振り返り

連携を躊躇してしまったこと（場面・誰に・何を伝えようとしたか・ためらった理由・その結果）

- ・免許を返納された利用者が買い物をしてきた時、CM（遠方の家族）に、家に車のキーがあることを伝えようとしたが、ご本人が「バスを使っている」と言っていたため、ためらった。
その結果、無免許運転で逮捕されてしまった。

- ・利用者から「動けない」と発信があったが、いつも同じことを言われているから、伝えるのをためらった結果、転倒し、骨折しており、本当に動けない状態だった。
⇒毎回、状態確認は必要

- ・ヘルパーの記録に「腰の痛みの訴えがあった」と書かれていたが、「動けない」ではなかったため、CMへ伝えるのをためらった。
4日後、訪看からCMへ圧迫骨折していると連絡が入った。

- ・ご本人は認知症で自覚症状がないが、発赤がみられ痛みがあるのではないかと思い、CMへ伝えしたが、軽く流され、がっかりした…
⇒結果、その後伝えるのをためらう

- ・認知症の方の訴えをCMからは、「認知症があるからねえ」と返されることが多く、伝えるのをためらう。
⇒一応伝えておいて、次回訪問時も継続して観察してもらう

その他

- ・伝えたものの…その後、主治医が夜9時に往診してくれたが、大ごとではなかった
- ・精神疾患のある方への訪問看護の継続訪問がされないこと（土日？関わらない日がある）
- ・透析をしている方がターミナルで数日帰宅中、排泄介助の際に尿量が少ないことをCMから医療機関へ報告してもらったが、対応されないことがあった

訪問時のコロナ感染対策について

（訪問時）

- ・ 防護服、フェイスシールドの着用
- ・ 訪問時の検温
- ・ 可能な場合は、利用者と距離をとってサービス提供
- ・ 固定メンバーでのサービス提供（事業所内）
- ・ 職員の体調管理 ・ 所内のレイアウト変更 ・ 時差出勤 ・ お願いレベルの職員の行動制限
- ・ 食事を一緒に摂らない

②意見交換 他職種からの質問への回答

1.一人暮らしの方の介護のポイントを教えてください。

緊急時の対応

困りごとの確認

特定事業所加算を取っているため…

ヘルパーが来ない一人の時間が安全に過ごせるかを想像する

その方が大切にされていることは何か

お一人で過ごされる時間を困られないようにする（何が出来て何ができないのか明確に）

ニーズを考える

何が一番困っているか聞き取り対応する

性格を把握する

緊急時の対応をしておく 連絡先を聞く

始めに体調を確認する 見た目、表情 歩行の仕方 体に触れるまで など

見えない生活実態を少しでも早くはあくして困りごとをみつける

一人暮らしの方はさみしいのでお話をよく傾聴する

ひとりで怖いので、戸締りをしっかりしたことを伝える

どのような生活を希望されているか

できること、出来ない事の確認

一人暮らしの方はさびしさと体が動かなくなる不安があると思うので、言われることをよく聞いて支援を行うことが出来ればと思う

②意見交換 他職種からの質問への回答

2.複数で対応される利用者の方について、スタッフ間で技術的な事や共通理解しないといけない事は、いつ、どのような形で行われていますか？

グループラインで、身体の方は写真を見ながら

全員へ周知

ミーティング

一日複数回サービスに入る利用者へは次のヘルパーへ直接伝達する

ケース会議を開きヘルパー同士で意見を出し合い、どのヘルパーでもできる技術・方法を決める

サ責が実際に訪問して指導する

申し送りを回覧する ヘルパー会議（1 回/月）で報告する

前回のケア時の様子を伝える（毎回）

電話やメール 具体的なことを伝える時はヘルパーが事業所に来た時に。

時間を設けて会議する

月 1 回のミーティング時に担当別に班を作って話す

訪問する前には、サービス記録を読む（サ責が伝える）

その方専用の記録用紙を用意 必ず見てもらう or 知らせる

ヘルパーさんで連絡してもらう

同行をつける

特定事業所加算があるため、記録表（テレッサ）に必ず、その日の気づいた点の返しがあり、そのまとめを次の指示書に記入する

サービスに入る前、しっかりと事前にサ責から流れやポイント、注意点を共有し合う（常に情報を交換し合うラインの活用）

記入式でおこなう（ノートもサ責から重要なことの伝達と、ヘルパー同士の連絡）

支援導入時にヘルパー全員で！

適宜

個別に

訪問のたびに手順書 指示書等で！

直行直帰のかたちではなくステーションに帰るので、そこで技術的な事をつたえる

疑問に思っていることを人に聞く

急ぐことはその日にサ責に伝え、スタッフに言ってもらう

2～3 か月に一度、スタッフとカンファレンスという形で話し合っている

③<アンケート回答> 回答者 11 名（回答率 91.6%）

1. ー1) 本日の研修の前と後では「医療介護連携」について理解は深まりましたか？

□はい 11 □変わらない 0

1. ー2) 上記の理由をお書きください。

- 他の事業所の事例も伺い素早い連携で、ご利用者様の QOL 向上、悪化防止を感じた
- 意識をすることがより大きくなった
- 他事業所の意見を聞き、共感するところがあったり、新しい発見もあったので、参考になった
- 失敗例や成功例を聞いて連携することの大切さを改めて感じた
- 介護職と医療介護の連携により、一人の生命が救われる大切さが分かった
- 利用者の体調の変化をサ責に連絡することが大切であると感じた
- この研修を通して、前向きな動きがあればよいと楽しみです

2. ー1) 本日の研修は役に立ちましたか？

□大変役に立った 10 □まあまあ役に立った 1 □ふつう □あまり役に立たなかった

2. ー2) 上記の理由をお書きください。

- ひとりサ責のため、情報量が少ない 他の管理者さんサ責さんの意見、アドバイスが必要のため
- 皆さんの意見が聞けて勉強になった
- 医師会を中心に連携を図る計画がしっかりあることに先の希望が見えました
- 同職の方の話を聞いて参考になった ・ 今後の介護の支援をしていく上で参考になり勉強になった
- それぞれの事業所で意識を高く持ち工夫しておられることを知り、今後役に立てていきたい
- 同業の他事業所のご意見を聞けてうれしい

③＜アンケート回答＞ 回答者 11 名（回答率 91.6%）

3. 次回の参加についてはいかがですか？

☐参加したい 11 ☐どちらとも言えない ☐参加したくない

4. どのような研修があれば参加したいと思いますか？

- 昼、夜参加できれば、いつでも参加したい 特に最新情報
- 同職の方の意見、アドバイス、対応等をもっと掘り下げて話したい
- 病気の種類、特徴など、具体的なことを聞きたい
- 他職種の方や同職種の方と話をする機会は大切だと感じたので、交流できる研修はために なる
- 終末期に向かって、どのように行動したいのか知りたい
- 身体的に楽な介護の具体的な方法

5. 本日の研修の感想やご意見、ご質問等自由になんでもお書きください。

- 人数が少ないことにビックリ（！？）しましたが、参加されている方の個々のレベルが高く自分を振り返ることが出来ました とてもアットホームな感じで、逆によかったです
- 2～3 年前那珂川市で多職種連携の研修に参加して以降、実際に病院とケアマネの連携がスムーズになったように感じています 少しずつではありますが、医療が近くなったと嬉しく思っています
- 楽しい時間でした ・また参加させてください ・他の事業所の話を聞くことができ参考になりました
- 大変勉強になりました ありがとうございました
- いつもありがとうございます 多職種の研修、今後も参加させて頂き勉強させていただきま す

看取り支援について 回答者 11 名

① 看取り支援の経験はありますか

ある 10（うち 1 生活援助の部分のみ）

② 看取り支援に対して不安がありますか

ある 4 △ 2 ない 3

- 看取りの支援は自分がしているのは、これでよいのか…ご利用者様が満足しているのか不安 がある
- 不安がありますが、緊急時や急変時の対応を明確にして頂いているので安心につながる
- 看取りを予測する利用者に対してはしっかりと対応を決めることで、冷静に対応できるよう になる
- 最後に一人で対応するヘルパーの気持ちを思うと不安が若干ある

③ 普段の関わりのなかで、ACP を意識することはありますか（例えば、利用者さんの人生観 や価値観、大切なこと等について話したりするなど）

ある 7 △ 1

- 意識しているご本人ご家族の意向に沿っている
- 最後まで利用者が決められるように意識している
- 主人の母親の介護（入院・退院）を繰り返しているなかで意識している
- 意識していきたいと思う