

令和6年度在宅医療・介護連携推進事業

在宅医療・介護他職種連携研修会プログラム

日時；令和6年7月10日(水) 18:00～19:30

会場；ふれあいセンター2階コミュニティホール

総合司会；小坂 重樹(鴨川市福祉総合相談センター・長狭)

事例検討会進行；杉田 登子(複合型サービス事業所フローラ)

タイムスケジュール

18:00～はじめに

鴨川市健康推進課 課長 角田 守

18:05～成功事例発表(5分/6題+アドバイザーより報告5分)

1. 鴨川市国保訪問看護ステーション	訪問看護師	永井 勇人
2. 小田病院訪問リハビリ	訪問理学療法士	斎藤 絵美
3. ヤックドラッグ鴨川薬局	訪問薬剤師	森 菜摘
4. ふれあい介護支援サービス	介護支援専門員	和田 淳子
5. 亀田ホームケアサービス鴨川	ホームヘルパー	高梨 海渡
6. 鴨川市福祉総合相談センター・長狭	地域包括支援センター看護師	一島 栄美子

★在宅医療・介護連携推進事業アドバイザー 薬剤師 秋葉 久典

18:40～事例検討会(45分)

10グループに分かれて各事例を元に他職種連携について話し合う

19:10～発表:各グループ(1分/10G)

19:25～総評

総評；鴨川市立国保病院 副院長 関 洋史

亀田総合病院 地域医療支援部 部長 大川 薫



19:30 閉会

アンケートにご協力お願い致します 7/11ㄨ

アンケート QR コード

主催/鴨川市在宅医療・介護連携推進会議 協力/鴨川市介護サービス事業所協議会
鴨川市福祉総合相談センター・長狭 TEL/04-7096-5711

I . 在宅医療・介護他職種連携支援事例集

1. 東条訪問看護ステーション	訪問看護師	小粒 佳子
2. 鴨川市国保訪問看護ステーション	訪問看護師	永井 勇人
3. 小田病院訪問リハビリ	訪問理学療法士	斎藤 絵美
4. ヤックスドラッグ鴨川薬局	訪問薬剤師	森 菜摘
5. ふれあい介護支援サービス	介護支援専門員	和田 淳子
6. 亀田総合病院居宅介護支援事業所	介護支援専門員	橋本 理恵
7. さくらホームケアサービス	ホームヘルパー	浦邊 さち子
8. 亀田ホームケアサービス鴨川	ホームヘルパー	高梨 海渡
9. 鴨川市国保ヘルパーステーション	ホームヘルパー	尾崎 美佳
10. 鴨川市福祉総合相談センター・長狭	地域包括支援センター看護師	一島 栄美子

☆在宅医療・介護他職種連携事例課題解決一覧

在宅医療・介護他職種連携事例課題解決一覧

令和6年7月10日研修資料

	【課題として感じていたこと】	【課題解決したこと】	【他職種が連携したことによる効果及び課題】	【事例を振り返り感じたこと】
1	訪問看護師 ○訪問看護で服薬カレンダーで内服管理したが、服薬できておらず精神状態が悪化した。 ○義母の世話があり入院は出来ないという。急業が続くと在宅生活が難しくなる。	○ケアマネに状況を報告しヘルパーによる内服支援したことにより、精神状態が安定した。 ○主治医にも相談し、内服1日3回から2回に変更することができた。	○ケアマネやヘルパーとの情報共有により服薬治療が継続でき、入院せずに在宅生活が送れた。	○多職種の連携により治療継続が可能となり、在宅生活が継続できた。
2	訪問看護師 ○嚥下機能が徐々に低下し、誤嚥や窒息のリスクが高まっている。 ○食事のケアを担うヘルパーが介助に対し不安を持っていた。 ○仙骨部褥瘡に対し、エアマット導入できず治療に難渋している。 ○主治医が他院脊椎外科医であり、在宅での課題の共有や相談が難しい。	○内科医、訪問ヘルパー、ケアマネージャー、理学療法士、訪問看護師で事例検討を実施。 ○訪問診療の利用を提案し呼吸状態悪化時に医師と連携し、入院治療へ移行することができた。 ○誤嚥性肺炎の治療と、言語聴覚療法士による嚥下機能訓練や、顎関節脱臼の発見と治療の検討へつながった。 ○生活に対する意向を確認し、訪問看護師と言語聴覚療法士で同行し外出。 ○本人、弟、医師、訪問看護師、病棟看護師、言語聴覚療法士、退院支援看護師、ケアマネージャーが生活の場について相談し、在宅の可能性も残しながら、希望に沿った施設を検討した。	○一つの職種では気が付かないA可能性、視点、アイデア、倫理的な正当性を多職種で相談し共有できた。 ○多職種でカンファレンスを実施し、関わる方向性の足並みをそろえることができた。 ○職種が専門性を発揮し、連携することで在宅から入院治療、施設入所への方向性の検討がスムーズに行えた。	○看護師である私がプレッシャーを感じていた。事例検討を他職種で実施することで、問題を他職種で共有することができ、チームとして問題解決に向けて関わっていくという結束が固まり、担当看護師として心強く感じ、本人を支えていく決意に繋がった。 ○担当者と直接顔を合わせて相談する機会は無く、紙面や電話でのやり取りが主であったが、直接会って相談することで信頼関係が築けた。 ○訪問診療開始前は、他院が主治医であったが、連携することが非常に困難であった。しかし、他院の医師であっても、適時連携をとれるようにすることが課題と考える。 ○多職種で連携・相談し本人は現状を理解し、意思決定に関わった関係者も本人の意思、意向を理解し支持することができと考える。 ○多職種の連携のためカンファレンスが重要で、結束力、関わりの方角性の見直し、統一した関わりが重要であると学んだ事例となった。
2	理学療法士 ○リハビリとヘルパー間での情報共有が少ない。 ○寝返りや起き上がり動作の介助方法が、リハビリ時とヘルパーの支援方法に差があった。(介助方法の違い) ○リハビリ時の動作が生活場面で活かされていなかった。	○ヘルパー利用時にスタッフが訪問し、動作方法の指導やお互いで困っていることの情報共有を図った。 ○リハビリ時の様子を家族が動画で撮影し、ヘルパーに情報共有をした	○他職種の連携を図れたことで利用者の負担が少なく、安全な介助方法を統一できた。 ○他サービス時の利用者の状況を把握することができた。 ○情報共有ツール(グループラインやMCSなど)があると時間を問わずに相談できる。	○他職種や家族と情報共有をすることで、利用者が安心な介助方法を確認し、残存機能を最大限引き出せるかを検討することができた。 ○連携を図れたことで連絡・相談しやすくなり、他職種と連携することに敷居が低く感じられるようになった。
4	薬剤師 ○看護師や医師、ケアマネとは連携できているが、ヘルパーとの連携が出来ていないと感じていた。	○ヘルパーとの情報共有により処方薬が変更ができた。	○おむつ替えなどの体動時でも痛みが強く、浮腫の症状があった。 ○1週間後臨時往診が入り、疼痛、浮腫の再評価をし利尿剤追加、カロナール→オピオイド開始となった。	○ヘルパーが介助時に感じたことを訪問の薬剤師に相談することによって薬剤変更につながった。 ○疼痛コントロール、浮腫の症状が改善できた。
5	介護支援専門員 ○古くからの日本家屋で階段も多く、自分の事がある程度できないと、家族の介護負担が増加する。 ○家族の負担が軽減できれば在宅生活が継続できる。	○病院や訪問リハ、福祉用具専門員と連携し、退院後の生活状況が把握できサービスの調整が迅速に行えた。	○家屋調査に福祉用具専門員とケアマネが同行し、退院後の生活で注意する点を把握でき、福祉用具の準備が迅速にできた。 ○訪問リハビリの調整を病院の担当者が行ってくれたため、スムーズに退院日が調整できた。	○本人が若年でありリハビリに取り組み、本人の頑張りが一番であったと思われる。 ○家屋調査に福祉用具専門員のアドバイスを受けることができ、退院日の調整が迅速に行えた。

在宅医療・介護他職種連携事例課題解決一覧

令和6年7月10日研修資料

		【課題として感じていたこと】	【課題解決したこと】	【他職種が連携したことによる効果及び課題】	【事例を振り返り感じたこと】
6	介護支援 専門員	○限られた時間の中で、本人・家族に充実した時間を過ごして頂くためのチームの協働。	○本人・家族の状況、希望などを職種間で情報共有し、タイムリーに対応できた。 (例)“裏山のミカン畑に行きたい”という希望を聞き、訪問リハビリと共有。翌日リハスタッフと福祉用具業者が車いす、スロープを持ち一緒に訪問し、裏山まで外出ができた。 (例)看護師が訪問した際に褥瘡を確認、すぐに特殊寝台、エアマットが必要と判断。看護師、ケアマネで相談し、翌日特殊寝台、エアマットが導入になった。	○各職種が頻回に訪問しており、情報共有すること状況や希望に応じた対応でき、最後まで自宅で穏やかに過ごすことができた。	○当事業所が担当する終末期のケースは、同系列の訪問診療・訪問看護・訪問リハビリが入ることが多く、情報共有やケース検討ができています。 ○顔の見える関係が作られていることが、支援者が連携する上で重要となると思う。
7	ホーム ヘルパー	○痰吸引が必要になってきていること。 ○食事形態の変更(ミキサー食)	○痰の処理 ○食事の形状	○様々な職種の方に助言を受けることができた。 ○言語聴覚士と相談し、嚥下機能の検査に繋げることができた。 ○普通食を希望されたが、言語聴覚士の勧めでミキサー食に納得し今では喜ばれています。 ○訪問看護師と練習を重ね、自己痰吸引が出来るようになった。	○色々な職種の方と相談が出来たことで、利用者様に納得してもらい、スムーズな支援が行えた。
8	ホーム ヘルパー	○頸椎損傷に伴う安全な移乗方法 ○嚥下機能にあった安全な食形態への移行 ○痰の量の増加による吸引の不安	○安全に移乗できるようになった。 ○適時、状態に合わせた食形態へ変更できた。 ○吸引機による自吸引に変更。	○訪問リハから指導受け、スライディングボードを入れたことで、頸椎に触れない移乗が行えるようになった。 ○デイサービス、訪問看護師、医師の嚥下評価により、キザミ、ご飯→極キザミ、おかゆ→ペースト、おかゆと状態にあった食形態に変更できた。 ○訪問看護師の自吸引の指導により自吸引できるようになった。	○退院当初から在宅は難しいと言われていたが、様々な職種が関わりがもて、ヘルパーも、その都度の状態に合わせた対応ができた ○3年間も在宅生活が送れることができた。
9	ホーム ヘルパー	○排便時はポータブルトイレの利用を希望され、ADLの低下により移乗できなくなることに不安を感じられていた。 ○ヘルパー利用時にリハビリを兼ねたポータブル介助を日に2回行うことになったが、立ち上がりや移動時のふらつきが見られ転倒リスクが高い。	○訪問リハビリに同行し、ADLに適した立ち上がり方や移動方法などを相談し、提案を受けた。 ○ご家族の同意のもと動画に残し、事業所内で情報共有を行いサービス提供時に活用した。	○OPTより介助方法や、移動方法などの提案を受け、も安心してポータブルトイレへの移動を行うことができた。	○OPTに相談し、実際にスムーズなポータブルトイレへの移動方法を見たことで、安定した介助が行なえた。
10	地域包括 支援センター 看護師	○定期受診時の処方薬を郵送にしていたため、新処方があっても薬剤師からの説明の機会がなく、お薬手帳が利用できていなかった。 ○薬包の表記が日本語のみで、内服時間等がわかりにくく、自己管理ができていなかった。	○残薬利用:経済的負担の軽減(¥30,425/42日) ○薬包表記にMORNING/NIGHT、日付の印字が可能となり自己管理しやすくなった ○薬剤師から本人への説明が可能となった	○薬剤師であるアドバイザーと医師、保険薬局との連携により残薬利用がスムーズに行えた。 ○薬剤師と共に主治医へ服薬状況を共有でき、内服薬減量に向けた評価につながった → 連携の継続方法の構築が課題である	○残薬利用は、①その把握による内服治療の適正評価、②利用者の経済的負担軽減、③薬剤資源の保護、と利用者だけでなく、公共の利益にもつながることを実感した。 ○ケアマネジャーや家族等と連携を図り、残薬利用の実践例を積み重ねたいと思う。

在宅医療・介護他職種連携研修会 ワークシートまとめ

日時；R6/7/10（水）18:00～19:30

会場；ふれあいセンター2階コミュニティホール

ワーク①他職種の役割を理解しよう！

- ▶医療からのアドバイスだと利用者が納得し易い
- ▶医療という側面から見ると、病院関連のサービスから関わる事が多い
- ▶薬剤師は、残薬の確認
- ▶リハビリは、できる事、出来なくなったことを看護師、ケアマネへ情報を伝える
- ▷身体に合わせ福祉用具を検討。状態変化に応じて、福祉用具の手配、情報共有のやり方、SNSの活用
- ▷ケアマネが動く、中を取り持つ（各事業所）
- ▷ケアマネが、医療連携、利用者の状態、情報を各職種へ、在宅のコーディネート
- ▷訪問介護は生活支援時の変化、気づきを報告
- 総合相談センターは、中心で見ると“生活を支える”という視点で地域全般のサービスと関わる事が多い

ワーク②どのような連携ができるかを考えてみよう！

【現状】

- 担当者会議に医療関係者の連携が難しい

【これからできること】

- ▶薬剤師も担当者会議に呼んでほしい
- ▷ケアマネが薬局薬剤師と連携し、服薬確認（残薬が多い等）をする。訪問薬剤師が自宅で確認する
- ▷ケアマネが中心に実際に本人と接しているヘルパーや訪問看護などからの情報を収集し、様々な専門職に繋げることがより良い支援になる
- ▷介護サービスと障害サービスの併用
- 問題を解決するために顔を合わせて話し合う
- 中心になる人物を作る
- 利用者を知るためケア会議や退院カンファレンスの実施を増やす
- 動画や写真で各職種と共有していけば、情報共有がスムーズになる
- 他職種のことを知ること、顔の見える関係づくりが重要
- 地域（近所・友人）との関係性（生活歴）兄弟姉妹との関係性により退院に向けて巡回型の訪問サービスの利用を考える
- 便利機能の活用（緊通は電話でなく）ネット回線で利用できるものがあればいい
- 専門分野の意見を聴く機会（リハビリに同行したり）を作ることで、安全に援助につなげることが出来る
- 同職種でもレベルにも違いがあり、専門分野からのアドバイスを受ける事で安定した介助を行う事が可能となる
- 家族も含めた連携も重要

地域包括ケアシステムイメージ図

