

表紙

熊本市南区多職種連携有志の会
南来あるサー
エチケット集

平成 30 年 10 月吉日作成

目次

1. 医師のみなさんへ
2. 歯科医師のみなさんへ
3. 医療機関のみなさんへ
4. 薬剤師のみなさんへ
5. 訪問看護のみなさんへ
6. ケアマネジャーのみなさんへ
7. MSW のみなさんへ
8. セラピスト(PT／OT／ST)のみなさんへ
9. 管理栄養士のみなさんへ
10. 訪問介護のみなさんへ
11. 福祉用具事業所のみなさんへ
12. 各サービス窓口のみなさんへ
13. ささえりあのみなさんへ
14. 行政のみなさんへ

主治医と良いコミュニケーションをとるためにには。

(医療機関を含む全職種へ)

はじめに

熊本市南区は急性期病院・回復期病院に訪問診療を実施している診療所も多く、医療と介護の連携が最重要的地域になります。連携を図る上で顔の見える関係を構築し、その上で、互いの事を指摘し合える地域を作る事ができればと考え、南区に多職種連携を考える有志の会が立ち上りました。（構成メンバーは以下表参照）職種や職場が違えば仕事の内容も立場も違います。異なる職種が連携する際の明確なルールが決まっていない事もあります。大切なことはお互いの立場を理解し、思いやりを持って行動する事が、相互の信頼関係を深め、気持ちよく仕事をすることに繋がるのではないかでしょうか。

その為に、平成29年6月22日と10月18日に100名以上の多職種の方々に集まって頂き、「多職種連携に必要なエチケットやルール」のテーマで多職種連携会議を開催致しました。参加された皆さま方の多くの意見をコアメンバーで抽出しエチケット集を作成しました。多職種で連携する際に活用してもらえば幸いと思います。

※改編や複写転載は自由です。

南来るあるサー設置目的 (平成29年4月1日設立)

熊本市南区市民が地域で安心した医療・介護を受けることができるよう、医療関係者、福祉関係者等の連携強化並びに、ささえりあ圏域を跨いだ関係機関のネットワークを構築し、在宅での生活にかかる課題、解決策を話し合う事を通じ専門性の質を高めるために設置します。



医師のみなさんへ

○退院前カンファレンス、サービス担当者会議にはなるべく出るようにしましょう。参加が困難な際には、担当医として、病状や日常生活上の注意点について意見を書面で送りましょう。

(解説)

日常診療の時間内に行なうことは難しいので事前に時間の調整をお願いします。

なるべく短時間で（30分程度）で終了できるよう連携室担当者、ケアマネジャーさんは配慮ください。退院前カンファレンスには診療報酬がありますが、サービス担当者会議はボランティアです。できれば診察の時に合わせていただけると助かります。

○介護保険主治医意見書は、必ず期限内に書きましょう。末期がん患者さまの場合には、できる限り早く書きましょう。読みやすい字で書きましょう。（できれば活字で）

(解説)

末期がん患者さまの認定審査は、認定調査の終了と主治医意見書の提出をもって直に行われます。意見書が出ないと審査が遅れてサービス導入に困ることがあります。

○ケアマネジャーからのアポイントには、できる限り応えましょう。そして、患者さま・ご家族が何に困っているのかに关心を持ちましょう。ケアマネジャーは良い相談相手になるでしょう。

(解説)

いろいろなケアマネジャーがいます。時にはその態度にカチンとくることもあるでしょう。それでも心あるケアマネジャーは患者さま・ご家族にとってどうしたら最も良いのかを考えてくれているはずです。こちらが相談に乗ったり、相談してみようという気持ちになれば、いろいろ有用な情報を提供してくれますよ。自分が直接話すのが難しければ、看護職員を窓口としてはどうですか？ケアマネジャーが先生のファンになったら、在宅の患者さまを紹介してくれます。

○認知症、一人暮らし、高齢者世帯の方々への処方はできる限りシンプルな処方を心がけましょう。

(解説)

内服回数がなるべく少なく、処方薬の種類が少なくなるよう必要最小限の処方にすることで何とか内服が可能になります。多すぎると勝手に自分で減らしたりして必要な薬剤が内服されていないことがしばしば見られます。

○多職種連携の会に参加しましょう。

(解説)

いろいろな場所で多職種連携の会が開催されています。それぞれの職種の様々な考え方や意見を知ることが在宅医療の展開には大切です。積極的に参加してみてください。新しい発見がありますよ。

○訪問看護師さんと連携しましょう。

(解説)

24時間対応のファーストコールとして活躍してくれますし、病状だけでなく生活情報やご家族の情報などの大切な情報を提供してくれます。また先生方との連携が訪問看護師さん達を育てます。

訪問看護師の役割を知り、患者さま・ご家族に説明しましょう。

(解説)

訪問看護の導入にあたり、医師からの説明はとても大切です。訪問看護の役割を知り、説明して導入を促しましょう。

歯科医師のみなさんへ

○形態修復などの治療だけでなく、療養管理の観点からも、ほかの職種の方と連携を密にしましょう。

(解説)

歯科は在宅と病院を通して同じ主治医が関わります。（16km 範囲外を除く）入院などによっても、途切れることなく診療、生活指導ができるので、治療のみならず、療養管理の観点からも、ほかの職種の方との連携を密にしましょう。

○退院前カンファレンス、サービス担当者会議にはなるべく出るようにしましょう。

参加が困難な際には、担当歯科医師として病状や療養上の注意点について意見を書面で送りましょう。

(解説)

退院前カンファレンス、サービス担当者会議でほかの職種の方と情報を共有することと顔の見える関係を作ることで、連携がより密になるでしょう

○歯科治療は、むし歯、歯周病の治療や形態を回復するのみならず、機能の維持・回復にはリハビリテーションの視点が必要です。他職種と連携して食支援をしましょう

(解説)

食支援は、嚥下状態を考慮して、姿勢調整、食形態、栄養の視点が必要です。他職種と連携して食支援をしましょう。

○日常の口腔ケアが定着するように、専門的視点で介護者へ指導しましょう。

(解説)

口腔ケアは嚥下機能の低下した方の肺炎予防に欠かせないものです。
介護者の方への技術指導とともに定期的な専門的介入により肺炎リスクを下げる
よう連携、サポートしましょう

○歯科訪問診療が必要な場合、ご家族の同意の下、まずはかかりつけ歯科医に
訪問診療可能か連絡をし、もし不可能な場合は、訪問歯科診療をしている歯科
(半径 16km以内) または県歯科医師会医科歯科連携室 (096-324-8020) に連
絡をしてください。

(解説)

歯科訪問診療が必要な場合は、かかりつけ歯科医が望ましいですが、対応できな
い場合は、ほかの歯科への対応をお願いしましょう。

医療機関のみなさんへ

○専門用語略語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう。

(解説)

医療職も介護職も、自分の業種以外の専門用語には慣れていません。専門用語や略語は使わず、わかりやすく、ゆっくり、はっきり説明しましょう。

○退院日の目処は早めにケアマネジャーに知らせましょう。

(解説)

退院前カンファレンスには準備に時間を要します。退院に目処がつき次第早めに連絡しましょう。

○退院前に患者さまやご家族へ介護指導をしましょう。

(解説)

退院前に患者さまやご家族へ介護指導をしましょう。十分な指導ができていなくてもどの程度まで介護指導ができるのか介護サービス事業所へ情報提供しましょう。

パンフレット等を用いて介護指導している場合は、同様の資料も介護サービス事業所にも情報提供ができる限り渡しましょう。

○退院される患者さまに訪問診療が必要と判断された場合は、まずかかりつけ医に訪問診療が可能か確認しましょう。

(解説)

通常は訪問診療をしなくても、かかりつけの患者さまの場合には訪問する場合もあります。

○介護度が高い患者さまであっても自宅療養を希望される場合は医療提供でき

(解説)

介護介入が高い、看取り等で自宅療養の方向性も可能であるとの説明を加えましょう。

ます。

○在宅での看護、介護を医療の現場の情報を早くキャッチし現場に活かしましょう。

(解説)

医療機関と在宅での生活環境は大きく違います。在宅の環境をいち早く知り得ることで自宅で起こりえるリスクを回避することが増えます。また医療の現場も在宅の看護が実践できます。

○院外から情報収集や状態確認に来院される場合は丁寧に対応しましょう。

(解説)

退院後の方向性でケアマネジャー、訪問看護師等が退院前カンファレンス以外のみ訪問する場合があります。積極的な関わりを持ち、顔の見える連携を推奨することに繋がります。

○訪問看護が介入した場合はかかりつけ医としての役割を果しましょう。

(解説)

それぞれの医療機関で対応する窓口が異なります。医療機関によっては連携室が設置してあるとは限りません。窓口を提示しておくと在宅からの問い合わせの時にすみやかに対応することができます。

○訪問看護導入の際には、訪問看護の内容や簡単な料金の説明を行いましょう。

(解説)

事前の説明で退院後スムーズに訪問看護の導入ができます。

薬剤師のみなさんへ

○患者さまやそのご家族、また訪問している介護関係者から、下記のような薬剤に関する問題を聞いた場合は訪問薬剤の対象になることがあります。必要であれば医師やケアマネジャーに訪問薬剤の導入を相談しましょう。

- お薬をよく飲み忘れてしまうことが多い。しかしどうしたらいいか分からない。
- お薬がどこにあるか分からなくなる。
- 家に薬はあるが、何に効く薬か分からない。
- お薬が飲みにくくなってきた。飲ませようとしても飲んでくれない。
- お薬を調剤薬局に取りに行っているけど、介護などもあり、取りに行くのが大変。
- 足が不自由でなかなか薬局に薬を取りに行けなくて、ご家族が代わりに薬を取りに行ってもらっている。
- お薬のことがなかなか医師に直接言えない。

(解説) 訪問薬剤の導入方法を知らない他職種の方々がまだ多数います。薬の問題は薬剤師が仲介し、医師やケアマネジャーと相談して、適切な薬剤管理ができるよう導いてください。

○どうすれば訪問薬剤を導入できるか段取りできるようにしておきましょう。

(解説)

訪問薬剤を開始するためには、次の条件が必要です。

- ① 医師の指示
- ② 患者さまの同意
- ③ 通院困難であること

まずはそれを確認しましょう。医療機関によっては、医師の指示方法を知らないスタッフも多いため、予め伝えておくとスムーズに進みます。また保険薬局の薬剤師が訪問する場合、原則院外処方箋の発行が必要であることも伝えてください。

○薬剤師の訪問薬剤指導管理とは何ですかと言われたときはしっかりと説明できるようにしておきましょう。

(解説)

訪問薬剤のサービスは在宅に精通している他職種の方は周知していますが、実際はあまり周知していません。そのため薬を届けるだけだからヘルパーさんでいいし、薬の管理は訪問看護師で可能と考えている他職種の方々が多数おられます。患者さまからもよく質問されますので、説明できるようにしましょう。説明用のパンフレットを予め作成しておくことも有効です。

(説明文) 訪問薬剤指導とは、保険薬局へ薬を取りに来られない方に対し、かかりつけ医師からの処方箋に基づき、お薬を自宅へお届けするサービスです。いつも薬局の中にいる薬剤師がご自宅を訪問し、薬の専門家として、自宅での生活に必要な薬剤に関する様々な指導を行います。

具体的な指導内容（参考例）

- ・お薬の正しい飲み方や飲み合わせ、効果や副作用の説明と確認
- ・お薬を確実に飲めているか確認し、飲めていない場合は、飲めない理由を確認し、飲み方や飲ませ方の御紹介や、必要に応じて医師にお薬の内容をもう一度検討してもらう
- ・飲み忘れたお薬が余っていれば、数量を確認し、お薬のもうう量を調整

○退院時共同指導・サービス担当者会議に呼ばれた場合、可能な限り参加するよう
にしましょう。

(解説)

訪問薬剤において、患者さまの情報や他職種の関わりを把握することは非常に重要です。特に他職種とは、まず顔の見える関係を構築しましょう。その上でSNS等の情報共有ツールを活用すると情報共有がスムーズに行えます。

○薬剤情報に変更があれば、必要に応じ訪問看護師やケアマネジャーに情報提供しましょう。

(解説)

薬剤変更した場合、体調変化が起こる可能性があるため、医師以外で患者さまとの関りが多い職種（訪問看護師・ケアマネジャー等）に報告しておくと、副作用の早期発見にもつながります。

○各種施設（特別養護老人ホーム・有料老人ホーム等）へ訪問した際は、お薬を届けるだけでなく、薬剤管理者に必要な情報提供を行うとともに、薬剤管理の確認をしましょう。

(解説)

施設（サービス付き高齢者住宅等）の入居者さまにおいては、薬剤を自己管理しているケースはほとんどありません。そのため薬剤を主に管理している施設職員に服薬状況などや薬で困っていることを聴取することは、副作用の発見にもつながります。日頃からコミュニケーションをとっておきましょう。

(参考) 訪問薬剤対応薬局一覧（五十音順）

- ・ アイン薬局 熊本中央店 (連絡先：096-370-8566)
- ・ 共生薬局 (連絡先：096-288-9710)
- ・ そうごう薬局 会富店 (連絡先：096-228-1081)
- ・ ファーマダイワ 南熊本調剤薬局 (連絡先：096-372-2221)

訪問看護のみなさんへ

○生活上の注意点、工夫点など訪問看護師で積極的に指導し発信していきましょう。

(解説) 訪問看護師は在宅看護のプロです。看護師でできることは数多くあります。

○医師への報告、連絡、相談は的確な時期に行いましょう。

(解説) • 判断に迷う時は、その現場から連絡し、要件は簡略に短時間で伝えましょう。
• メール等で写真付きは、わかりやすく患者さまの状態がより明確に伝えられる手段になります。
• 病気の経過や介入内容に関して、チームとして一緒に考え提案することもあります。

○24時間対応できることを発信していきましょう。

(解説) • ファーストコールを医師にするのか看護師にするのか、事前に決めておくことでスムーズな対応に繋がります。
• 24時間、患者さまは対応を必要としている方もいます。
• 緊急のコールには速やかに対応しましょう。

○入院時には自宅での生活状態を医療機関に伝えましょう。

(解説) • 所属、氏名、連絡先を伝え、在宅の状況をサマリーとして提供しましょう。
• 在宅での経過や生活の様子を伝えたり、積極的に退院前訪問同行、退院前カンファレンスへの参加や医療機関への訪問をすることで在宅看護への理解と顔の見える連携に繋がり、退院時の調整がスムーズに進みます。

○ヘルパーさんとの連携を密に取っていきましょう。

(解説) • 1番、患者さまやご家族の小さな日常生活の変化に気づく事ができる存在です。ヘルパーさんの話や意見に耳を傾けましょう。
• いつでも困った時は連絡をしていい事を伝え、ヘルパーさんが安心して仕事ができるようにしましょう

MSWのみなさんへ

○MSW(メディカルソーシャルワーカー)の存在を知らせましょう。

(解説)

地域連携室の存在や場所を知らない患者さまやご家族がいらっしゃいます。入院や通院している病院に相談できる場所があることを広報することが必要です。また MSW の役割を伝えることも重要です。

○質問に対して分かりやすく答えましょう。

(解説)

入院の受け入れに関して、病棟の種類や入院期間など分かりにくいことが多いものです。診療報酬の改定など制度の変化は知られていないことがあります。相談を受けた際は分かりやすく丁寧に答えるようにしましょう。

○カンファレンスの調整は参加者の都合に配慮しましょう。

(解説)

入院中のカンファレンスを調整する際、病院の都合ばかりで調整していませんか？退院後の支援をしていく、在宅のスタッフの都合にも配慮して調整を行いましょう。

○専門職としてのアセスメントを行いましょう。

(解説)

患者さまに対して、きちんとアセスメントできていますか？入院中の情報はできるだけ、分かりやすく正確に伝えられるように日頃から気をつけて、レベルアップを心がけましょう。

○情報提供は早めにすることを心がけましょう。

(解説)

退院の目途がついた場合は、できるだけ早く、次の支援者に情報提供しましょう。担当のケアマネジャーが知らないうちに退院するケースもあったようです。また、本人の希望などで、急遽退院がきまる場合があります。支援が必要な場合は速やかに、ケアマネジャー等へ連絡し相談しましょう。

○カンファレンスの内容を整理しましょう。

(解説)

退院時に在宅のスタッフが必要な情報が入っていますか？病院という整った環境でできることと、自宅へ帰ってからの変化を予想して、アドバイスをする必要があります。病院でしていることを、ただ伝えるだけのカンファレンスになってしまいか？内容の整理を行いましょう。

○地域の社会資源を把握しましょう。

(解説)

個別支援のミクロ的視点と、マクロの視点をもって支援する必要があります。地域に目を向け、退院支援を行いましょう。

○適切なタイミングで情報提供を行いましょう。

(解説)

状態の変化がなくても、入院期間が長くなつていれば、担当のケアマネジャー等に情報提供を行いましょう。

○入院相談の仕組みを外部へ発信しましょう。

(解説)

「入院受け入れをなかなかしてもらえない」といった声があります。入院の相談があった際は、どういった手順で入院が可能なのか情報提供をすると共に、自院が満床や病状などに対応できない場合は、他院を紹介するなど相談にのるようにしましょう。

ケアマネジャーのみなさんへ

○ご利用者の自己実現を獲得する為にご利用者のエンパワメントを支援してきましょう。

(解説)

関わるサービス事業所が持っている力を最大限発揮してもらえるようなチーム形成が肝要です。ご利用者の喜ばれている声や課題を解決された事、日常生活で出来られたようになったことを含めて情報を共有しましょう。

○ご利用者の代弁者である自覚を持ち、ご利用者の権利擁護に努めましょう。

(解説)

サービスを利用される初期の段階・継続されている時を含めて、直接サービス事業者に素直な意見が言い難いこともあります。ご利用者の潜在的な気持ちをくみ取って代弁できるよう心がけましょう。

○ケアマネジメントを開始する際は、ケアマネジャーの役割をしっかりと説明し、困った時に頼れる存在であることを理解してもらいましょう。

(解説)

初めて介護保険を利用する方は特に、煩雑な制度のことを全て理解する事は困難と思われます。このような時には相談したほうが良いと、ご利用者やご家族に理解してもらえるよう具体的に説明しましょう。

○住まいの環境を整備しましょう。

(解説)

住環境を整備する事は在宅で安全に療養する為に重要となります。専門職のアドバイスを受け、日々の生活に着目をおいたケアマネジメントを心がけましょう。

○ケアマネジャーは現場監督的役割です。率先して現場の意見を集約し医療関係者や多職種へ伝え、皆で支援できるチーム作りをしましょう。

(解説)

ケアマネジャーは多職種と連携する要の職種です。生活情報をタイムリーに報告・連絡・相談し、課題を共有して（その手段のひとつがサービス担当者会議）それぞれの専門職の役割のケアができるように尽力しましょう。サービス担当者会議前には、ケアプラン案や情報を各事業者へ提示しましょう。

○入退院時は、積極的に情報を提供（共有）し医療連携を図りましょう。

(解説)

安心した生活を継続して頂く為に、入院されて3日以内に入院先（MSW・師長等）にアポイントの上、名刺と情報連携シートを持参し、医療連携が適切に行えるよう心がけましょう。情報を待つ姿勢ではなく、自ら情報を取りに行く姿勢が重要です。

退院時においては、カンファレンス開催（参加）が理想ですが、事情（ターミナルなど）により急な退院も否めません。その場合でも迅速に課題を共有し、早く対応できるよう、スキルアップしておきましょう。

○ターミナル期のご利用者のケアプランの進み方は異なることがあります。サービスの導入は迅速に行いましょう。

(解説)

① 末期癌のご利用者の病状は日々変化（低下）します。新規申請し認定がおりてなくとも介護サービス（例：介護用ベッドや車いす等）の先だしは可能です。居宅サービス届けを出して、ベッド等を入れる前に、主治医と区役所高齢介護福祉課に事前相談すれば、要介護2以上の認定がおりなくても、軽度者の例外給付で貸与できます（主治医へは、意見書に福祉用具の必要性の記入依頼、もしくは医学的な所見の書類作成依頼を）

② 身体的に褥瘡が出来やすい状況のご利用者は、タイムリーに介護ベッドやエアーマット or 耐圧分散マットを入れなかった事で褥瘡ができる、もしくは悪化する場合があります。介護保険制度を熟知し（末期がんのご利用者で新規申請及び変更申請時の認定調査の対応など区役所へ説明すれば優先的に実施ができる）ご利用者本位の支援をしましょう。

○薬のことで悩んだら薬剤師にチームに入ってもらいましょう。

(解説)

薬剤師は薬の専門家、気軽に服薬の相談をしましょう。服薬できない理由をアセスメントして、服薬可能なように処方医へ相談し支援いただけます。(例えば、3回/日の服薬を1回/日(全事例可能と限りませんが)へ、または、顆粒を水薬など剤型変更の提案など)また、薬剤師がチームに加わることで、服薬管理ができ治療効果が上がり、訪問看護師が本来のケアに専念できるというメリットがあります。

○食事のことで悩んだら管理栄養士に頼ってチームに入ってもらいましょう。

(解説)

管理栄養士は食事の専門家、気軽に食事の相談をしましょう。自施設の管理栄養士が訪問に出てなくとも、訪問に出るきっかけになるかもしれません。訪問に出ることができなくても、きっと良い案を出してくれるはずです。

熊本県栄養士会は管理栄養士・栄養士が多職種と連携し、在宅で栄養ケアを提供できる体制を構築することを目指しています。

実際には、訪問栄養食事指導に出ている管理栄養士も存在します。熊本県栄養士会にも尋ねてみましょう。

○緊急の対応に備え、訪問診療や訪問看護との連絡や対応などあらかじめ確認しておきましょう。

(解説)

安心して在宅生活ができるように、病状の悪化や進行、急激な変化、突発的な転倒事故など想定されることについては、訪問診療や訪問看護等の緊急連絡の取り方(特に、夜間や休日等も含め)、入院する場合の医療機関など、サービス担当者会議等で事前に確認しておきましょう。

セラピスト（PT/OT/ST）のみなさんへ

○多職種と共に、ご利用者の生活に役立つリハビリテーションを実践しましょう。

(解説)

- ① ご利用者やご家族が望む生活を多職種と話し合い、実現するためのリハビリを提案しましょう。
- ② 生活のどの場面で活かせるリハビリなのか、わかりやすく説明し合意を得て実践しましょう。
- ③ リハビリを実践したことによる生活の変化に応じて、多職種とサービスの調整を検討しましょう。

○多職種と共に、ケアプランと連動した短期及び長期目標を設定し、共有しましょう。

(解説)

- ① サービス担当者会議前に、ケアプランの内容について把握しておきましょう。
- ② 報告書に目標達成の進捗状況を明記しましょう。
- ③ 目標が変化した場合は、その都度ケアプランへ反映してもらえるよう提案しましょう。

○多職種と共に、ご利用者の住環境を調整できるスキルを磨き、実践しましょう。

(解説)

- ① ご利用者やケアマネジャーの皆さんへ必要な環境調整の提案を行いましょう。
- ② 福祉用具専門相談員の皆さんと話し合って、具体的な福祉用具の提案を行いましょう。
- ③ 住環境を調整後、活用されているか多職種の皆さんと検討を行いましょう。

○他職種にも、ご利用者ご家族にもわかる動作や介助の助言を行いましょう。

(解説)

- ①動作や介助方法を、ご利用者やご家族及び他職種に対して写真等の資料を使って「見える化」し、わかりやすくお伝えしましょう。
- ②必要に応じて、介助方法のデモを実施しましょう。
- ③入退院時、病棟と介護事業所間での動作や介助の情報を共有しましょう。

管理栄養士・栄養士のみなさんへ

○医師や訪問されている医療介護関係者から、下記のような食事に関する問題を聞いた場合は訪問栄養食事指導の対象になることがあります。必要であれば医師やケアマネジャーに訪問栄養食事指導の導入を相談しましょう。

- 退院後の食事が分からない。
- ヘルパーさんに治療食を作つて貰いたい。
- 栄養の偏りがないか心配。
- 床ずれができてしまった。
- 肺炎等で入退院を繰り返している。
- むくみが酷い。
- 排便コントロールが上手くいかない。
- 痍せてきた。

(解説) 訪問栄養食事指導の導入方法を知らない方が多数います。在宅療養が上手くいく鍵は「食事」と行つても過言ではありません。医師やケアマネジャーと相談して、適切な栄養管理が導入できるよう導いてください。

○どうすれば訪問栄養食事指導が導入できるか説明できるようにしましょう。

(解説)

訪問栄養食事指導を開始するためには、次の条件が必要です。

- ・医師の指示
- ・患者さま、ご家族の同意
- ・通院困難であること

まずはそれを確認。通院できる方は外来栄養食事指導を紹介しましょう。

○管理栄養士の訪問栄養食事指導とは何ですかと言われたときは、しっかり説明できるようにしておきましょう。

(解説)

訪問栄養食事指導は通院出来ない厚生労働省が定める特別食が必要な方に入ることができます。対象であれば医療保険・介護保険どちらも入ることが可能です。

○退院時共同指導・サービス担当者会議に呼ばれた場合、可能な限り参加するよう
にしましょう。

(解説)

訪問栄養食事指導において、患者さまの情報や訪問診療、他職種の関わりを把握することは非常に重要です。まず顔の見える関係を構築し、その上でSNS等の情報共有ツールを活用すると情報共有がスムーズに行えます。

○訪問栄養食事指導が開始となったら、主治医やケアマネジャーに情報提供し
ましょう。

(解説)

在宅栄養は施設と異なり、情報は主治医やケアマネジャー等に提供しないと、伝わりません。特に自施設関係外からの相談であれば、尚の事伝わりにくいでしよう。旬な情報をタイムリーに主治医や関係事業所に伝えましょう。

○多職種が集まる連携の会や、研修会に積極的に参加しましょう。

(解説)

多職種が集まる連携の会や研修会で、多職種とコミュニケーションを取るようにしましょう。患者さま支援には、多職種との連携は必須です。定期的にコミュニケーションを取る機会を増やし、地域に出るようにしましょう。

○患者さま、ご家族を全人的にみる感性を磨きましょう。

(解説)

管理栄養士・栄養士は栄養の専門家です。専門家ならではの視点は重要ですが、栄養という視点のみからみると、患者さんからは受け入れて貰えないことがあります。相談支援者として全人的な目線で見て、その上で栄養の話ができる専門職になりましょう。

熊本県栄養士会 熊本市東区東町 4-11-1-3F TEL:096-368-3526

E-mail: info@kuma-eiyoushikai.com

訪問栄養対応事業所 ひまわり在宅クリニック (連絡先 096-285-3251)

訪問介護のみなさんへ

●ケアマネジャーとの連携

○制度の変更（総合事業）については、お互いご利用者に丁寧に説明し、理解を得るようにしましょう。

（解説）

制度の変更は複雑で理解がむずかしいところです。変更点については丁寧に説明しましょう。

○サービス時間の変更（短縮）の際は、支援内容の優先順位の整理をしましょう。

（解説）

サービス時間の短縮によりこれまで同様の支援ができない場合があります。ケアマネジャー・ご利用者と話し合い、何を優先すべきか支援内容の整理をしましょう。

○家事援助で必要ないと思われるものなど気になることはケアマネジャーに日ごろの状況を情報提供しましょう。

（解説）

はじめに必要だったサービスがずっと必要とは限りません。

ご利用者の日ごろの状況について、気気になることはケアマネジャーへ情報提供しましょう。

○サービス提供時間等（時間が足りないなど）計画変更が必要なときは、実際のサービス内容が記載されている計画書で内容を確認してもらいましょう。

●医療機関との連携

○主治医からの指示（入浴可の状態）など、具体的な指示が必要なときは連携室に相談しましょう。

(解説)

足浴だけ、清拭だけになってしまんか？入浴可能な状態等、判断が難しい時は、わかりやすい具体的な指示をしてもらえるよう相談しましょう。

●セラピストとの連携

○在宅でのリハ（散歩や入浴介助）について、視覚的にわかりやすいように写真や図で指示してもらい取り組みましょう。

(解説)

いつも同じヘルパーが訪問するわけではありません。誰でも取り組めるように工夫しましょう。

●訪問看護師との連携

(解説)

何かおかしい、いつもとなにか違うと思ったら報告しましょう。

福祉用具のみなさんへ

○家屋調査の際は、積極的に呼んでもらいましょう。

(解説)

福祉用具専門相談員は介護保険における福祉用具に関する事（レンタルや購入の可否・例外給付など）に知識を有している専門職になります。ご利用者やご家族が安心して在宅での生活を過ごせるように、MSW やケアマネジャーにご提案をしていく事が重要になります。また、手すり取付の際は、壁の下地の有無や様々な金具での取付方法があります。家屋の構造や取付不可能の場合の代替方法に精通しているのが福祉用具専門相談員です。

また、どのような経緯で導入された福祉用具なのか、在宅スタッフがわからない事があります。目的や選定の理由等を丁寧に説明しましょう。

○エアマットの依頼の際は、発生部位を正確に聞き取りましょう。

(解説)

床ずれ発生部位により、ベッド上で発生したのか車いす上で発生したのかがある程度判断できます。もし、分からなければ担当セラピストや訪問看護に確認して頂くか、こちらから確認しましょう。

各サービス事業所の窓口のみなさんへ

○日ごろから情報共有をしましょう。

(解説)

日ごろから信頼関係を築き、必要な情報を共有しましょう。

ご利用者に体調変化がある場合やお休みの場合に情報提供することで、ご利用者の状態を多職種が把握できるようになります。

ご利用者の入退院時は、積極的に病院等と連携をとり、情報共有に努めましょう。

ささえりあのみなさんへ

○居宅介護支援事業所のケアマネジャーとは、相談があった時だけでなく日頃から交流を持ち、お互いに相談できるようにしましょう。

○住宅改造や高齢者安心支援事業などの申請相談を受けた場合は、時間や気持ちに余裕を持って対応しましょう。

○介護認定区分が変わり、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに引継ぎしたあとも、ケース対応について、必要時は一緒に対応しましょう。

○困難事例なども気軽に相談できる雰囲気づくりに努め、解決に向けて一緒に取り組みましょう。

○個別ケア会議を開催し、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが個人で対応せずにチームで対応できる体制をとりましょう。

行政のみなさんへ

○多職種の会議や研修会等に、できるだけ出席しましょう。

(解説) 行政職が医療・介護等の現場のことを知る機会が限られています。積極的に出席し、現場の声に耳を傾け、できるだけバックアップしていきましょう。

テーマ) 主治医と良いコミュニケーションをとるためにには。
(ケアマネジャーを中心とした全職種へ)

- ・面談や担当者会議に臨む時は、ご利用者の生活の情報を事前に提供、または提供できるように準備しておきましょう。
- ・連絡の方法やタイミングも考慮し、日頃より、その医療機関の MSW さんや看護師長など、ワンクッショングにおいて伝達できる人を活用させていただきましょう。
- ・緊急性の低い連絡等は電話以外の FAX、メールなど手段を確認しておきましょう。
- ・主治医から、アドバイスを受けた場合は、まずは素直に受け入れましょう。医師もご利用者（患者）のためを思って助言していますので、自己を振り返る機会にしましょう。一度や二度、厳しく助言をいただいても過度に落胆せず、失敗を恐れないように立ち向かいましょう。ご利用者（患者）のためです。
- ・主治医のキャラクター情報を得て、アプローチ方法を工夫するのもよいでしょう。あまり負の情報には惑わされず、アプローチしましょう。
- ・退院前カンファレンスには、必ず、退院後に訪問する担当医師が参加できるよう配慮しましょう。医師も入院中の様子など情報を確認して退院後の訪問に備えています。

あとがき

私達は、熊本市南区の皆様が、この地域で（ご希望あれば最期まで）安心して暮らせるよう支援したいという共通認識のもと、約 1 年間に 2 回の多職種連携会議の他、12 回のミーティングを重ね本集を作成・改訂しております。多職種の連携とは、課題を共有する前に、まず各職業の内容、立場、職域、また歴史や文化の違いを理解することから始まるところでした。更に、多職種の皆様と交流する機会を重ねる度に、信頼関係構築と課題の共有が円滑にできていることも実感しております。先日（10/5）は、総勢 90 名程が集結して（楽しい飲み会）親睦を深めることができました。連携はより多くの職種を巻き込み南区を越えて他地域へ繋がっていることも確信できました。本集はまだ完成途上であり今後も更に気づきを加えながら多職種連携の拡充を図って参りたいと考えております。

平成 30 年 10 月吉日

熊本市南区多職種連携有志の会 南来るサー
平成 30 年 3 月 1 日 Ver. 1
平成 30 年 10 月 1 日 Ver. 2

所属	氏名（敬称略・順不同）
医療法人 ソレイユ ひまわり在宅クリニック	後藤 慶次（医師） 浦田 あづさ（管理栄養士）
熊本市南2地域包括支援センター 熊本市高齢者支援センターささえりあ 幸田(平成)	有水 誠紀(PT)→篠田 香(CM)
熊本市南4地域包括支援センター 熊本市高齢者支援センターささえりあ 鮑田	西堀 拓也(CM)
医療法人社団 大宮会 デイケア おおみや	高橋 聰子(ST) 水田 とし子(PT)
社会福祉法人 恵春会 特別養護老人ホーム 祥麟館	梅田 孝子(CM)
熊本市 医療政策課	清水 奈味(薬剤師) →松永泰子（薬剤師）
熊本市南区役所 福祉課	赤星 亮子(保健師) →坂田聰子（保健師）
医療法人 相生会 にしくまもと病院 熊本地域リハビリテーション広域支援センター	田中 智寛(OT)
医療法人 東陽会 介護老人保健施設 田迎ケアセンター	太田 秀聰(OT)
株式会社 ニチイ学館 ニチイケアセンター平成	原口 佑介→久本 雄子 (介護福祉士)
有限会社 トータルライフケア 居宅介護支援事業所 みらい	西川 裕美(CM)
アイティーアイ株式会社 訪問看護ステーションいきいきらいふ	濱崎 ももよ(看護師)
医療法人 清和会 平成とうや病院	田中 弘恵(看護師)
株式会社 ファーマダイワ ファーマダイワ介護サービスセンター 地域連携部	益永 佳予子(CM) 長峰 慎之介(薬剤師)
株式会社フロンティア 熊本営業所	大圃 健慈→福永 直人 (専門相談員)
医療法人 桜十字 桜十字病院 地域連携室 桜十字病院 在宅事業部	園山 和明(MSW) 田中 詠志(CM)