

2) 第2回ワークショップ報告集

日本プライマリ・ケア学会 岡山支部会

第2回 ワークショップ報告(案)

日 時:平成21年11月22日(日) 10:30時～15時

場 所:岡山県医師会館中ホール



主催:日本プライマリ・ケア学会岡山支部会

共催:岡山県医師会プライマリ・ケア部会

ワークショップ内容

		進行	研修委員会副委員長	菅崎仁美
10:30	あいさつ		プライマリ・ケア学会岡山支部会	
			支部長	福岡英明
10:40	第1回ワークショップ報告		研修委員長	宮原伸二
11:00	講話「ICFについて」		研修委員長	宮原伸二
11:30 (各 10 分)	事例1 真庭連携パス	さくもとクリニック	作本修一	
	事例2 連携パス在宅版	旭東病院ケアマネジャー	丸田康代	
	事例3 香川地域連携パス		福岡英明	
12:00～13:00	一昼休み			
13:00～14:20	グループワーク（プライマリ・ケア「地域連携パス」の在り方 —生活情報をどう入れ込むか—）			
	1 G（担当委員・山本茂樹）			
	2 G（担当委員・丸田康代）			
	3 G（担当委員・山下幸恵）			
	4 G（担当委員・藤澤伸彦）			
14:20～14:50	各グループからの報告	進行		菅崎仁美
14:50	作業委員会の設置について			宮原伸二
15:00	あいさつ		岡山県医師会理事	木村 丹

参加者 26人（医師9人、歯科医師4人、薬剤師2人、ケアマネジャー4人、看護師3人、栄養士1人、福祉関係2人、その他1人）

あいさつ

支部長 福岡英明

連休の大事な日にもかかわらずプライマリ・ケア連携パスWSにご参加いただきありがとうございます。これまで8月2日のプライマリ・ケアの連携パスづくり研修会 9月27日の第1回WSプライマリ・ケア地域連携～医療・福祉の垣根を取り払う～。11月3日県民講座～かかりつけ医の選び方・かかり方と宮原先生を中心に研修委員のご努力で順調に研修が進んでまいりました。

我々のパスは具体的なイメージが浮かばず苦勞しておりますが、少し私なりに整理しました。

まず、縦の連携は病院から在宅へ（院内カンファランス）、在宅から入院へのパス、これは急変時やターミナルケアになるかもしれません。そして、在宅における横の連携パスと3つが最小限必要なのかなと思っております。又、このパスをツールとして地域の連携をより深めて行きたいと思っております。前回のWSで問題になった誰が記載して保管するのか、個別性があり、利用者が中心となる情報などハード・ソフトそれぞれで課題を残しております。

今日もあまり欲張らないで、和気あいあい作業をやっていきたいと思います。よろしくお願いします。

第1回ワークショップ報告（平成21年9月27日）

研修委員長 宮原伸二

第1回のワークショップの内容及びGWの要約は配布しました資料の通りです。GWのまとめは以下のとおりです。

- 1 在宅療養に関わる全ての職種が共通の情報（共通言語）を得ながら専門性を発揮しながらも密な連携が必要である。そのためには各地域でキーとなるような人材を発掘し、集える場を意識的に作り、医療・福祉関係者が一体となる仕組み作りが大事。
- 2 連携先の情報（どんな医療ができる施設なのか）や得意分野が何であるかといったスキルがわかる介護情報サービス公表などのシステム作りが望まれる。
- 3 「地域連携パス」とは誰のためのものなのか、どのような使われ方がいいのか、そのためには誰が記入することが望ましいのか、記載内容も含めてしっかり議論を重ねなければならない。
- 4 現在運用されている疾患別の連携パスは急性期や回復期リハビリ病院の医療従事者が記入し、医療情報とADLに関する情報が多い様式になっている。社会生活面での情報は少なく、本人や家族が希望する将来像に関する記載欄はないのが現状。さらに、自立を妨げている症状は複数の疾患による場合も多く、その点から考えて「地域連携パス」は疾患別でなく一人一人の患者ごとに作成されることが望ましい。

まとめを踏まえて、以下の方針を支部役員会に報告した。

- 1 日本プライマリ・ケア岡山支部会員がキーとなって医療・福祉関係者が一体となるような組織を地域に築く。小地域ケア会議などの既存組織を発展させることも考える。
- 2 日本プライマリ・ケア岡山支部会員が勤務する職場の情報を開示していく。(独自の施設紹介本など作成する)
- 3 「地域連携パス」の意義、パスの内容、使用方法、管理方法などは今後のワークショップで煮詰めていく。作業部会を設置して原案をにつめる。
- 4 ICFなどを学び、生活情報の記載方法を検討していく。
- 5 ケアマネジャーや訪問看護師が管理して、多職種が協働しケアカンファレンスなどで活用できる「地域医療福祉連携パス」を考案していく。

6 今後の日程

WS	WS	WS	WS	WS	WS
↓	↓	↓	↓	↓	↓
21 年	22 年	22 年	22 年	22 年	23 年
11 月	3 月	5 月	8 月	11 月	3 月
パス理論	試行パス	改定パス 1	改定パス 2	改定パス 3	パス
完成					
	作業部会	<u>モデル試行</u>	作業部会	<u>モデル試行</u>	作業部会

※ 独立行政法人福祉医療機構の助成金の申請をしました。

講和「ICFについて」要約

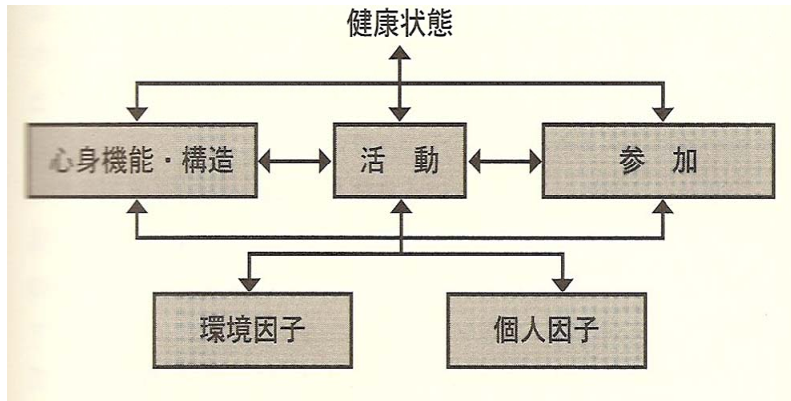
研修委員長 宮原伸二

ICHDH（世界障害分類・1980 年）は機能・形態障害（脳卒中、手足切断など）→能力障害（歩けない、字がかけないなど）→社会的不利（職を失う、社会参加できないなど）のように流れは一方向的です。例えば脳卒中で麻痺があれば職を失うのは当然（すべて心身機能・構造レベルに還元）、顔のあざなどの形態障害は社会的不利になるとして、障害をマイナスととらえ、障害というマイナスを改善するという考え方で対応してきたわけです。

2001 年から使用が始まった ICF（国際生活機能分類）では生活機能という考え方を提言しています。生活機能とは「人が生きること」全体であり、健康とは「生活機能」全体が高い水準にあること示しています。図一 1・2 に示すように、生活機能を心身機能・構造⇔活動⇔参加を双方性（⇔）で示し 3 つの用語（状態）の包括用語としてとらえています。

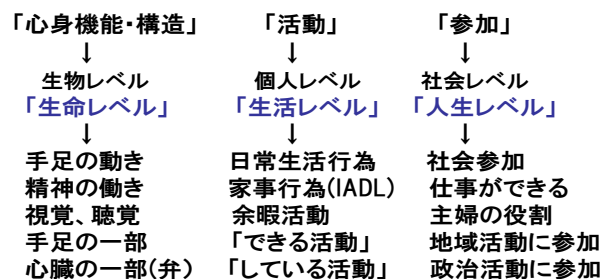
図一1 ICF(国際生活機能分類)モデル2001

3者をつかむ包括概念(用語)・相互作用モデル



図一2 ICFモデル

○ 生活機能とは「人が生きること」全体を示す。



生活機能には、必ずこの3つ内容を含んでいる。

活動とは家の中の活動を示し、参加は社会参加を意味します。環境因子はバリアフリー、人的環境、社会の意識（偏見・差別）、制度環境など幅広くとらえ、個人因子は価値観や個性などを示します。

双方向性ということが大事で、心身機能低下は活動を制限することもあります。活動が活発になれば、機能低下も回復することもあり、社会参加が進めれば、活動や機能低下も軽快することがあるという考えです。さらに、「右がだめなら左を使う」という積極的な取り組みにより、できる仕事が見つかり、その結果、麻痺が軽快するというようなプラスの取り組みを進めることです。たとえば脳卒中、統合失調症、ダウン症の人の社会参加などは、社会参加することにより活動や心身機能が向上してきます。双方向性を心身機能・形態⇔参加⇔活動⇔心身機能・形態と読み取ることが大事です。

つまり、障害に対してどのような支援をするかより、障害を持ちながらその人の願いや思いを達成するにはどのような支援が必要か、そのために活動レベルの向上には何が必要か（例えば福祉機器の活用など）、活動が上げれば心身機能・構造の向上がはかれることもあるという考えです。さらに、背景にある環境因子や個人因子をできるだけプラスに変えることにより生活機能は一層向上します。当然その流れは、これまでの障害への対応の流れと逆です。図一3にその流れの良循環と悪循環を示しました。

図一3 相互作用モデル

双方向(⇔)は、強い関係性を示す。

- 1 心身機能・構造と活動との相互作用
良循環 リハビリ→活動↑
悪循環 麻痺→活動↓
過剰安静、閉じ籠り、安易の車イス)は活動↓→生活不活発病して、その結果、心身機能低下する
- 2 活動と参加の間の相互作用
良循環 「参加」が向上すれば「活動」の向上に直結。
悪循環 バスの利用困難(活動)→買い物ができない(参加↓)
独居老人が同居→家事活動↓
- 3 心身機能・構造と参加の間の相互作用
良循環 社会参加する→心身機能・構造改善
悪循環 麻痺→参加↓
社会に出ない→うつ状態悪化

さらに、障害者・要介護者は生活環境を含めて大きな環境の中で生きおり、障害の重さもそれぞれ人により異なるし、個人の個性も違います。しかし、それぞれに健常な生活機能は残されており、その秘められた能力の開発と増大、つまりプラスの増大（思いや願いの達成）が図られればマイナス面は減少してQOLの高い生活が実現できるということです。

ICFは生活機能水準を上げて、QOLの高い生活を保証するものであり、専門職の役割の分業（なわばりや共通の「目標がない」「情報交換がない」・「バラバラ」のケア）はかえってマイナスを誇張する結果になります。ICFの心身機能・構造⇔活動⇔参加はすべてに相対的独立性がある活動であるので、なによりもチームケアが大事になります。

また、「健康状態」「心身機能」は医療機関の専門範囲、「環境因子」や制度的、サービス面は福祉、行政の専門範囲ですが、「個人因子」「環境因子」や当事者の生活・人生は当事者・家族が専門家です。ゆえにケアの現場での発言は医療・福祉の専門家と当事者・家族は同等です。そのために共通言語・共通理念（共通のものの考え方・とらえ方）が必要です。ICFを共通言語として、支える目標を明らかにして、心を1つにしてケアがよりよいケアには欠かせません。そのツールとして「地域連携パス」が必要です。

（上田敏著「ICFの理解と活用」から図表や考え方など引用しました。）

事例報告

事例１ 真庭地域の共通シート

さくもとクリニック 作本修一

真庭市医師会では、地域の中での活動として認知症に取り組んで行こうと考え、２年前に「認知症かかりつけ医師会」を立ち上げました。それから、地域包括支援センター、ケアマネ真庭支部のメンバーとの会合が始まりました。そこで、必ず医療と介護の連携という言葉が出てくるわけですが、誰も現状を把握できていませんでした。そこで、問題点を話し合いするためにはお互いにアンケート調査を事前に行い、その資料をもとに懇親会を開けば、現状を認識でき、顔の見える関係を作って行けるのではないかと考えました。

そのため、昨年春にアンケート調査を行ったところ、医師 25 名（勤務医 2 名）、ケアマネ 40 名の方々の協力をいただいて、7 月に第 1 回の医師、介護支援専門員懇談会を行いました。その結果、かかりつけ医の意見書を書いた医師がケアプランをほとんど知らないケースが半数以上も存在し、ケアマネの方の報告の状況も十分とは言えないものであることが分かりました。（表 1）

表―１ ケアプランの熟知

医師（熟知）	
全く知らない	2 名
少し知っている	12 名
大体知っている	10 名
よく知っている	1 名
ケアマネ（報告）	
全員について報告している	1 名
必要がある利用者についてのみ	26 名
全く報告していない	6 名

表―２ 医療と介護の連携

医師	
今のままでよい	16 名
連携をもっと進めて	9 名
ケアマネ	
今のままでよい	5 名
連携をもっと進めて	30 名

表―3 異常を認めた時の通報

	医師	ケアマネ
適切に行われている	13 名	21 名
申し少し早い方がよかったと考える	5 名	14 名
家族により気づかれた	2 名	6 名
医療機関において気づかれた	1 名	7 名
特にそのような事例の経験ない	8 名	4 名

また、医療と介護の連携の考えについては、医師の側では 25 名中 16 名が今のままでよいと考えており、介護支援専門員のかたの連携はもっと進めての 30 名、今のままでよい 5 名という考え方と大きく解離のあることも判明しました。（表 2）

さらに、異常発生時の対応についてのアンケート調査の結果においては、医師の 5 名、介護支援専門員の 14 名の方にもうすこし早く通報ができていれば良かったのにと考えられる事例を過去に経験しているとの返答がありました。（表―3）

おそらく、他の地域においてもアンケート調査を行ったならば真庭での調査結果を変えないものになるのではないかと推察されます。

そこで、真庭の懇談会で話し合った結果、連携の構築のためには尾道市などでおこなわれている共通シートに注目し、自分たちのシートを作ってみようという意見がだされました。まず、ケアマネの方々はそれだけでなくも色々な書類が必要であり、そのことでエネルギーを消耗していると言われていました。そのため、利用していただくためには、簡単で使いやすいものを作ることを優先としました。さらに、厚生労働省が提示している情報提供の内容が入るように留意しました。また、他の書類の内容で重複するものはできるだけ省略するようにし、無駄な労力を排除することを心がけました。そして何回かの検討会を重ねた後、本年 4 月（2009 年）より実際の利用を始めました。このシートはケアプラン、シートの趣意書、そして同意書も併せて添付して 1 つのまとめたファイルとして医師、ケアマネ、施設、病院、家族、本人など関係しているメンバーの間で情報を共有する連絡帳として動くことを目的としています。

半年経って 9 月に第 1 回の検討会を開催し、色々な意見交換がされました。医師の側からは意見書を記すのに役立ったとか、外来で把握できなかった日常の場での情報が得られたなどの意見がありました。また、ケアマネからが病院、医師と接する機会が増えたとか、簡単であり情報を迅速に伝えることができたとか、県外の病院とのコミュニケーションが図られた等の意見もありました。

しかし、管理の方法が分からなくて困惑したという意見もありました。けれども、改善しながら続けてやってみようということになり、その時に出された意見を参考にして改定 1 版を作成し、さらに検討会で要望のあった記入参考例などを加えて、それを各施設に再度

配布して、真庭の共通シートの試みを続行しています。来年 5 月頃に再び検討会を開いて、さらに意見交換を行う予定にしています。

このシートが動くことにより、この地域では病棟の看護師（介護保険事業とあまり接触無い）の方にもケアマネと合同の勉強会などを始めるところもでてきています。医療と介護の新しい連携の芽が育っていることを少しずつ実感しているところです。さらに、お互いのアイデアを持ち寄ってより良いものを作っていきたいと考えています。

事例 2 連携パス在宅版

ケアプランサービス旭東 丸田康代

岡山県では平成 18 年に大腿骨頸部骨折の地域連携パスの運用が始まり、平成 20 年からは脳卒中の地域連携パスも徐々に運用が開始され、今年に入って新たに糖尿病・心筋梗塞の連携パスも作成が始まっています。県南東部圏域では急性期病院・回復期リハビリテーション病院を中心として、もも脳ネット運用会議が定期的開催されています。

その医療連携の中で急性期病院から回復期リハビリテーション病院へ転院した後に在宅へ戻った時には、かかりつけ医とともに在宅部門の一端を担うということで、平成 21 年 2 月に県南東部圏域のケアマネジャーへ保健所から呼びかけがあり、地域医療連携パスについての勉強会が開催されました。その時に初めて地域連携パスの存在を知ったケアマネジャーも多かったと思います。その後も県からの呼びかけで、もも脳ネット運用会議へ参加し、地域連携パスの運用の中でどのように在宅と連携するかについて議論がなされ、在宅部門では疾患にとらわれず、一人に一つのパスを作成してはどうかという話になりました。その後、ワーキング会議では他職種協働の面から、急性期病院・回リハ病院と各医師会から医師 9 名をはじめとして薬剤師・歯科衛生士・訪問看護師・地域包括支援センター・介護支援専門員の総勢 21 名が集まり、その中で在宅版の作成のためのワーキンググループメンバーとして医療センターの大森信彦先生、御津医師会の大橋基先生と介護支援専門員協会から堀部徹氏を含め 4 名が担当することになりました。

その後は、脳卒中や大腿骨頸部骨折の地域連携パスでも作成の基本となった香川県シームレスケア研究会の連携パスを基本に考えることになったのですが、連携パスの在宅版では、ケアマネジャーが関わることがほとんどのため記入もケアマネジャーが中心になるだろうとのことで実際のケースを数例記入して意見をまとめました。そこで出た問題点として、香川版では介護サービス関連の職種の参加が難しい・記載されているスケールが福祉関係者には難解なものが多い・医療面の情報が多く、本人や家族の意向を記入する欄がない・疾患名がたくさんある場合に何が既往歴で何が現疾患かがケアマネジャーにはわかりにくい等が挙げられました。またケアマネジャーが抱える問題として医師との連携がうまくできていない・利用者の情報収集はできてもその情報をうまくニーズの抽出に結び付けられず、本人や家族のデマンドに合わせたプランが多い、と指摘がありました。実際に主

治医には出来上がった介護プランを持参するケースも多く、情報から導き出される問題点やニーズについての相談や話し合いをする事は稀です。この問題を解決するために、情報収集した項目からアセスメントしてニーズを導き出すことができるような連携パスシートの作成を目指すこととなりました。使いやすく、見てわかりやすくするために、情報としては最低限に押さえ、そこから導き出されるニーズと本人や家族が希望するデマンドを記載することになりました。このシートを基にして医師・おおよびかかわりのある他職種の方たちと情報交換を行い、連携が円滑に図れるようになることが目標です。

アセスメント項目は、香川シームレスケア研究会の作成した連携パス在宅版を元にして介護保険の課題分析標準項目・厚生労働省が介護保険導入時に考案したケアコード表等から、その人を理解するためにどのような情報が必要か、という視点で抽出しました。

(別紙 連携パス在宅版の内容について)

A 4 サイズの用紙 1 枚で作成することを考えています。左半分には最低限の情報を記載します。

- ・ シートの上部にはアセスメント日と記入者名を入力します。
- ・ その下は基本情報です。氏名や生年月日・連絡先以外に本人の社会面として生きがいや趣味・興味のある事を記入できるようにしました。初回のみ記入して、2 回目の記入からクリックで引用できるようにしたいと考えています。
- ・ かかりつけ医以外にも関わっている医師がいる場合が多いため、別に枠を設けています。
- ・ 医療連携として、介護保険下で居宅療養管理指導料が取れる職種については記載欄を設けました。
- ・ 四肢の麻痺・運動障害は人の絵を入れて四肢それぞれに運動機能がわかるように 5 段階で数字を記入します。脳卒中の後遺症記入欄も言語障害・嚥下障害・高次脳機能障害が記入できるようにし、他に口腔の状態がわかるよう義歯と口腔機能の欄を設けました。
- ・ 医療処置については、介護保険の主治医意見書と同じものです。
- ・ 栄養状態がわかるように皮膚の状態として褥瘡の有無の記載欄も設けています。
- ・ ADL と I ADL については、それぞれの項目について、必要な方法や手段・物品の有無と内容がわかるよう記入してもらいます。介助量についてよく使われている一部介助について、自立に近いのか、全介助に近いのかによって大きな差が生まれます。この差は家族負担や介護サービスの必要量にも大きな影響を与えるため、どの程度の介助が必要であるのかを客観的に評価する必要があると考えました。今回参考にしたのは F I M (機能障害評価スケール) です。F I M では介助の程度によって各項目の自立度を 7 段階に分けていますが、その中で部分介助については基準を動作の半分を介助されているかどうかで決定している場合が多いことを参考に、動作の半分以下の介助が軽度介助、動作の半分以上の介助を重度介助と 2 段階に分けてアセスメントの参考にしたいと考えています。そのため、自立・軽度介助・重度介助・全介助の 4 段階で表示することに

アセスメント施行		年	月	日	担当者
氏名		フリガナ			性別
生年月日		年齢	連絡先		
住所		身長		体重	
生活に望むこと					
生きがい		趣味・興味のある			
主病名					
既往歴					
かかりつけ医		他の医師			
医療連携		医師 ☐ 歯科医師 ☐ 歯科衛生士 ☐ 薬剤師 ☐ 管理栄養士 ☐ 看護職員 ☐			
脳・運動障害		認知症自立		BPSD	
言語障害		嚥下障害			
高次脳機能障害		感染症			
口腔機能		義歯			
医療処置の 有無		点滴 ☐ IVH ☐ リザーバー ☐ 透析 ☐ ストーマ ☐ 肺置換法 ☐ 気管切開 ☐ レスピレーター ☐ 経管栄養 ☐ 吸引 ☐ 洗腸 ☐ 換便 ☐ インスリン ☐ 創処置 ☐ バルカンカテーテル ☐ 導尿 ☐ その他カテーテル ☐			
皮膚の状況		褥瘡の有無		栄養状態	
援助機能					
食事		内容		方法	
入浴		方法		物品	
排泄		手段		物品	
移動		ベッド上		起居動作	
移動		リハビリ		方法	
着脱		手段等		整髪介助量	
更衣		上着介助量		洗面介助量	
家事（調理、掃除、洗濯、買い物出し、裁縫、等）		手段と方法		爪切り	
外出・買い物		手段と方法		ボタン介助	
服薬の管理		服薬の有無		靴下介助量	
服薬の管理		方法			
家族状況		介護者の状況		家族関係	
介護者の状況		家族の思い		時間帯ごとの介護力	
虐待やDVの有無		経済状況			
地域のサービス供給		インフォーマルサービス			
居室		寝室		トイレ	
浴室		出入り			
改修箇所					
介護保険番号		要介護			

デマンド（利用者・家族からの要望）

☐ ヘルパーを週3回使いたい

☐ 家でできるだけ過ごしたい

☐ ショートステイが利用したい

☐

☐

☐

☐

☐

☐

ここに最近の様子の変化

ニーズ（情報から必要と思われる項目）

☐ コミュニケーション・聴覚障害の検討

☐ 視覚障害の検討

☐ 認知症の検討

☐ ADL・IADLの低下・リハビリテーションの検討

☐ 転倒の危険性の検討

☐ 心理社会的孤立・生活意欲低下の検討

☐ 特異（問題）行動の検討

☐ 栄養状態・脱水状態の検討

☐ 歯・口腔ケアの検討

☐ 排泄ケア・自立の検討

☐ 健康管理・セルフケアの検討

☐ 褥瘡・皮膚・清潔のケアの検討

☐ 睡眠障害の検討

☐ 痛みのコントロールの検討

☐ 薬の管理・服薬の検討

☐ 呼吸状態・呼吸機能の変調の検討

☐ 医療的処置の検討

☐ 家族介護力・家族機能の検討

☐ 家事援助の検討

☐ ケア対象者への虐待の検討

☐ 経済・精度利用選択変更・拡大の検討

☐ ターミナル期の検討

☐

☐

☐

- ・ （上図の下一部が欠落しています）
- ・ なります。
- ・ 家族環境については、最近問題化している虐待やDVの有無がわかるようになっていること。キーパーソンを含めた家族の思いも小さい枠ですが記入できるようにします。介護力や経済状況もこの欄へ記入してもらいます。
- ・ 地域のサービス供給については、都市部以外では、必要なサービスが供給されない場合もあると考え、そのコメントも記載する欄を設けました。
- ・ 家屋環境は、本人が普段過ごす寝室やトイレ、浴室と玄関以外の部分も考えられる出入り口については記入欄を作りました。それ以外の場所も含めて改修が必要な場所、工事内容を記入するようにします。
- ・ 一番下の欄は介護保険情報を記載する欄としました。

もも脳ネットの地域連携パスの在宅版としてケアマネジャーが記載し、主治医をはじめとしてサービス関係者で共有し、管理はケアマネジャーが行うことを念頭に置いて作成しています。在宅での利用を考えていますが、入院時には医療情報として利用できるように作成予定です。まだ作成途上の段階ですが、今年度中にもう少し記入欄や記入事項についても熟成させて、来年度から試行版としてケアマネジャーが使ってみて更によりよいものにしていきたいと考えています。

事例3 地域連携クリティカルパス

支部長 福岡英明

香川労災病院脳神経外科部長 藤本俊一郎先生が編集された地域連携クリティカルパスを紹介します。

序文に井上労災病院長は、患者の視点に立った切れ目のない医療の提供体制の構築加えて『顔が見える連携』となる進歩発展が望まれる各地域レベルとの連携でしっかりとした情報の共有や理解、作業の連続性や協力関係が熟成されてこないと、地域医療の完結は難しい。と述べている。

2005年香川シームレスケア研究会（顔が見える、情報発信者の名前が良い意味でのストレス、当初指摘された要望に応えた）を発足した。当初在宅復帰までで、在宅地域連携パスの必要性が指摘された。紙ベースでの運用は大変な業務のためCDを利用することになる。

第1章で、施設～在宅について、分担執筆者の尾道医師会会長片山先生が尾道方式の発表をされている。

第2章で地域連携クリティカルパスの基本と期待される効果について下記事項が記載されている。

平成18年地域連携診療計画管理料 地域連携退院時指導料の新設

平成19年大腿頸部骨折のクリティカルパス導入効果が評価

平成20年脳卒中が対象疾患

必要条件

- ① 連携施設のスタッフ参加のもとに作成されていること
- ② 施設間を越えた一貫した診療計画であること
- ③ 評価可能な達成目標が設定されていること
- ④ バリエーション分析による改定がおこなわれること
- ⑤ 医療者用と患者用がセットで作成されていること

Step1:地域連携パス作成対象疾患の地域ネットワークづくり

Step2:診療方針の統一

Step3:達成目標の設定

Step4:オーバービュー地域連携パス作成

Step5:患者用地域連携パス作成

Step6:バリエーション収集システムの構築

Step7:定期的会合の設定

→地域医療連携の浸透
業務量を出来るだけ少なくする

グループワーク（報告）

第 1 グループ

メンバー7名：医師3、歯科医師1、看護師1、県職医務系1、福祉団体職員1等

午前中の内容を基本に連携パスの考え方について整理し、現状や課題及び今後の展開について意見交換を行った。

その中で、出された問題・課題の意見としては、①誰に対してのパスかが見えていない、②提供側か受け手側の立場どちらで内容を考えるのか、③利用者主体の考え方が必要ではないか、④誰が情報の管理をするのか、⑤使用する場面の想定が必要ではないか、⑥共有すべき情報の中身を考えていく必要がある、⑦複雑なものではなく本当に使用できる内容の検討が望ましい、⑧他職種に十分情報が伝わっていない、⑨利用者の秘められた能力をどのように把握するのか、⑩生活歴を誰がどのように把握するのか等が話し合われた。

また、今後の対応策としては、①本人・家族の意見・意思や個人の嗜好・望みを共有できる内容の検討、②情報を収集・管理するキーパーソンの確認、③使用する場面（ケアカンファレンス・サービス担当者会議等）の検討、④記録の残し方を明確にする、⑤他職種に知ってもらいたい情報は記入方式がよい、⑥個々の専門職におけるアセスメントを付け合せる、⑦選択と記入方式の情報の整理が必要、⑧利用者にとってプラスの材料を引き出すものにしていく、⑨情報の管理は地域包括支援センターかケアマネジャーが望ましい、⑩基本的情報は選択方式で、他職種への情報は記入方式がよい、⑪共通言語が必要、⑫生活情報は福祉関係者の整理が望ましいなどの意見が出された。これら話し合われた内容を踏まえ、今後作業部会において生活関連情報をどのように連携パスに具体的に取り入れるかを考えていく必要がある。

利用者のエンパワメントを基礎に、利用者の生命・生活の質を高めることのできる連携パスの内容を検討し、その連携パスが専門職の連携強化につながるものになることが望ましい。

（山本茂樹）



第2グループ

メンバー6名：医師2、薬剤師1、ケアマネ1、看護師2

プライマリ・ケアの連携パス作成に向けての考え方と問題点

- ・プライマリ・ケアの観点から「在宅」から「入院」、「退院から在宅」へとそれぞれの状況で必要な情報が重複しない部分がある。
- ・入院先の医師もプライマリ・ケアの連携パスには参加してもらうべきである。
- ・介護保険との違いをはっきりさせることが必要。
- ・訪問看護の連携活用書類なども利用して多職種が利用できるものが望ましい。
- ・対象者が一人の「人」として理解できるようなパスが望ましい。
- ・民生委員やボランティアも連携の中に入れてほしい。
- ・多忙な業務中に連携のための時間をどのように作っていくのか問題。
- ・個人情報の保護法により必要な情報を取ることが難しくなっている。
- ・虐待やDVなどの場合、本人や家族に開示する可能性の大きいパスには記載できない。
- ・かかりつけ医と専門医の連携もまだ少なく、歯科以外は往診できる専門医の情報がない。
- ・病院職員は、在宅のサービス事業者と接する機会が少なく、在宅への関心が薄い。
- ・ケアマネジャーが介在しないケースも多く地域包括職員が介入するケースもありえる。

プライマリ・ケアの連携パスに望むこと

- ・介護保険サービスの実績報告など利用できるものをまとめて医師にも報告することで書類作成時間を短縮させる。
- ・主治医としては本人や家族から得られにくい生活状況や金銭面、家族環境や内服管理などを記載してもらいたい。
- ・かかりつけ医以外の眼科や皮膚科・耳鼻科などの情報が得られにくいので情報としてほしい。

アセスメントシートに必要と考えられる情報

本人・家族の生活情報

想い（終末期への希望等も含めた希望）

社会参加の程度

家族図（エコマップ）

住環境（居室が家族と離れているかどうかで家族関係がわかる？）

医療面で指導管理料が発生している事業所や医師・緊急時に依頼する病院名

（緊急の入院で連絡必要な場合の窓口はどこにするかも重要）

近所付き合い、宗教、ペット

（丸田康代）



第3グループ

メンバー6人：医師2、歯科医師1、ケアマネ1 薬剤師1、看護師1

出席者は、医師2名、ケアマネジャー1名、薬剤師1名、歯科医師1名、訪問看護師1名。出席者の中には1回目のGWにも出席していた方が多く、前回のGWでの検討会や課題も含め検討に入った。午前中に3つの連携パスの紹介があったが、まず、プライマリ・ケアとしての地域連携パスとはどういうことを意味するのかの検討に入った。また患者（利用者）にも話しやすい人と話しにくい人もいる。情報をいつどのように収集したらよいか。また誰がキーパーソンになるのが妥当であるかなど疑問点もあがった。薬剤師から、内服薬を自宅に届けているが、ケアマネジャーとの連携がなくきちんと内服しているのかなどの情報がなく困っている時に介護保険サービスを導入され、情報の共有が図れるようになったが、担当者会議への出席の問い合わせはなかった。また、福祉職の方は特に薬について知識が乏しいのではないかと意見もでた。医師からも医師抜きの担当者会議も開催され誰が中心になってサービスを進めているのか分からない事例もあるし、時間が調整できない問題点もあるなどの意見があがった。1つの方策として医師の往診に合わせるということもある。在宅療養ではかかりつけ医の方針が1つの指標になっているが、今回検討している地域連携パスは「誰のためのもの」と再度地域連携パスに話題が戻った。メンバーの意見は主体は、患者（利用者）またその家族のものであることは一致した。そのためには

患者（利用者）の生活状況を把握する必要がある。また何を期待しているのか、願いはなにかを一番に知ることが必要。それに加え、どのような職種が支援し、实际的、具体的な内容はなにか、多職種が同じ目標に向かって患者（利用者）の思いを支援しているのか評価する必要もある。そのためには統一した用紙が必要である。しかし、時間をかけすぎたり、ボリュームが多いと、活用性が低下するのではないか。事務量やダブリは省こうという具体的な意見も出た。

誰が管理するのかというテーマも検討された。多くはケアマネジャーとの意見もあったが、医師が保管するのはどうかという意見もあった。メンバーの医師からはそのコピーをカルテなどに保管することはできるとの返答あり。記入者は特定せず、誰もがわかる共通用語を用いる。また、シートの項目は午前中に講演があったICFを意識するものが良いだろう。問題点の整理ではなく、患者（利用者）や家族がプラス思考をもった生活を送れるように配慮することの重要性について検討した。具体的な項目までは検討できてはいないが、今後のシート作成へのポイントがメンバーで共有できた。

さらに、今後地域ぐるみ、地域の支えあいが必要であり、そのためには行政のかかわりも重要視される。本来のチームケアのあり方も大きな検討課題である。その地域にどのような方が住んでいるのかもわからない地域もあり、町内会長や民生委員などとの連携も必要であることなどが検討された。（山下幸恵）



第4グループ

メンバー7名：医師2、歯科医師2、栄養士1、介護福祉士1、事務1

課題>>どこで保管するか→**地域包括センター**など公共施設や市町村役場が理想ではあるが個人情報の取り扱いで懸念、また常時閲覧可能かどうかも懸念
ケアマネの仕事が増加するのみではいけないし費用はどこから出すのかも検討
そこで、在宅療養者（家族）の手元で保管なら個人情報の問題なし

上記を前提にした流れ

4 疾患 5 事業等の急性期病院

↓ 診療情報提供書か退院時カンファレンスによる医療保険でパスの表紙部分（療養者氏

↓ 名や主訴、かかりつけ医氏名、かかりつけ医療職種氏名連絡先などを）作成記載

回復期病院・リハ施設

↓ 退院時カンファレンスを行い医療保険で表紙からより細かな生活情報記載していく

↓ 地域ケア会議等にて民生委員さんまでふくめた職種の情報も記載していく

在宅

日々の訪問診療や訪問介護などで多職種に知らせたい事項や聞き合わせ事項など随時それぞれの職種で各自記載していく（ファイル形式で増やしていく）

療養者個人の保管や家族保管で訪問時に常時閲覧可能にし、より連携のできた療養にやくだてていただく《療養者さんにも安心感・信頼感》増加

より効果的な医療保険・介護保険の利用を多職種間で検討も可能

共通言語＞＞

在宅保管の場合は、共通言語も民生委員さんにもわかる言語での記載がより使いやすい

民生委員さんにもわかる言葉で記載には、4 疾患 5 事業以外の心身障害者や現在お元気だが高齢の独居者など急変に対応するための常時見守りの必要のある健常者もふくめた地域連携パスとするため、また家族にもわかる単語であることが望ましい、つまり本人家族に地域で支えている安心感・医療職種介護職種で密な連携をとっている安心感をこのパスから感じ取っていただくことができよう

今後の検討課題＞＞

ケアマネが中心となってこのパスを運用となろうが、ケアマネの仕事増加のみで費用も考慮しなければいけない、理想は公共機関からの費用投資であるが、これは市町村で差があろう、医療保険で使える部分介護保険で使える部分は使用していく

パス整備後の運用には、療養者・家族には安心感信頼感増加、医療職種介護職種には仕事が増えるがボランティアのみでは永続も広まりもないであろう、やはり仕事が増えたらその分の費用も考慮 これはやる気の増加にもつながるしやりがいがあれば広まりもなかろう、この点での運用への今後の検討課題となった。（藤澤伸彦）



作業部会の設置

宮原研修委員長から部員の提案があり、参加者の同意を得た。

福岡英明（医師・支部長）、木村丹（医師）、藤澤伸彦（歯科医師）、山本茂樹（県社協）、丸田康代（ケアマネ）、山下幸恵（訪問看護師）、則安俊昭（県職）、菅崎仁美（看護師・研修副委員長）、賀来貴子（相談員/WS 後宮原が依頼）、宮原伸二（医師・研修委員長）

閉会のあいさつ 木村丹

本日は朝 10:30 から長時間に渡り熱心なご討議をしていただきありがとうございました。このワークショップの目的は「プライマリ・ケア地域連携パス」を作製することです。

4つのグループに別れて議論しましたが、共通している点は「利用者をサポートするすべての職種の人たちが、書いて・読んで・役に立つ内容で共有できるパス」というものでした。利用者の障害の程度は千差万別、ニーズも千差万別で、パスの内容は基本的なことのみにするのか、

かなり踏み込んだものにするか？ 趣味や人生観、秘めた能力まで書き込むのか？ だれが管理するのか、どのくらいの頻度で更新するのか？

決定までにはまだまだ審議しなければならないことが多くあります。最初は短期間で出来上がるだろうと思っていましたが、簡単ではなさそうです。

23 年 3 月の完成を目指して、皆さま方にはさらなるお知恵を出していただくようお願い致します。

本日はお疲れさまでした。

今後の方針

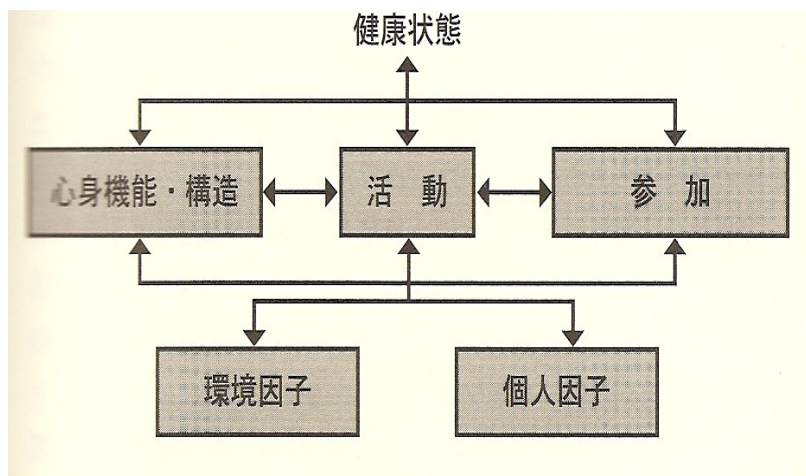
プライマリ・ケア地域連携パスについて

1 基本的な考えとパスの位置づけ

- ① 利用者(患者)の QOL の向上をはかることを目的とする。
- ② 利用者(患者)を主体として、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護婦、理学療法士などの医療関係者、ケアマネジャ、介護関係者、福祉関係者が支える心を1つにて連携を図ることができるシートとする。
- ③ 退院時のカンファレンス、介護保険のカンファレンス、入院時の情報提供として使用可能なものにする。
- ④ 必要な情報を整理し、出来るだけ簡素なものとして、日常的に気軽に使用できる（本人、家族も記入可能）なものとする。
- ⑤ 管理は原則、ケアマネジャがする。介護保険外は状況に応じて訪問看護師などがする。

2 パスシートの基本的な考え方

- ① ICF（国際生活機能分類）の理念を基本として、下図の心身機能・構造、活動、参加を包括用語としてとらえ、パスを作成する。



つまり、利用者の「思い」「願い」を参加としてとらえ、その実現のために活動レベルを維持、向上するために何が必要か（環境因子や個人因子含む）、どんな支援をすれば心身機能・構造の水準を上げることができるかというように流れも配慮する。