

連携等 編

ねらい：院内・院外が多職種連携の意義を理解する

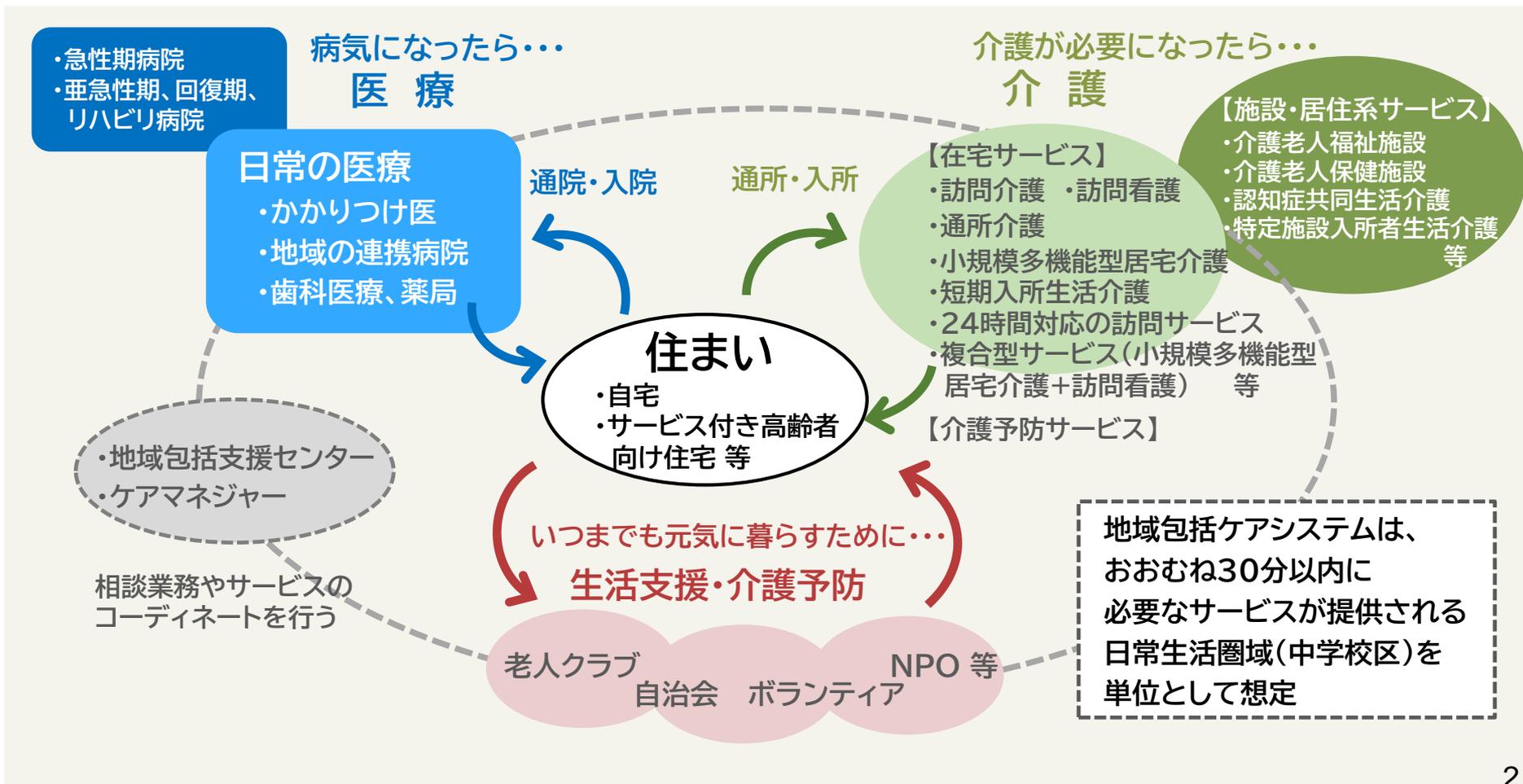
到達目標：

- 多職種連携の意義とメリットを理解する
- 院内・院外で多職種連携する必要性について理解する
- 多職種で行うカンファレンスの要点を理解する

地域包括ケアシステム

〔連携1〕

住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、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



連携とは

〔連携2〕

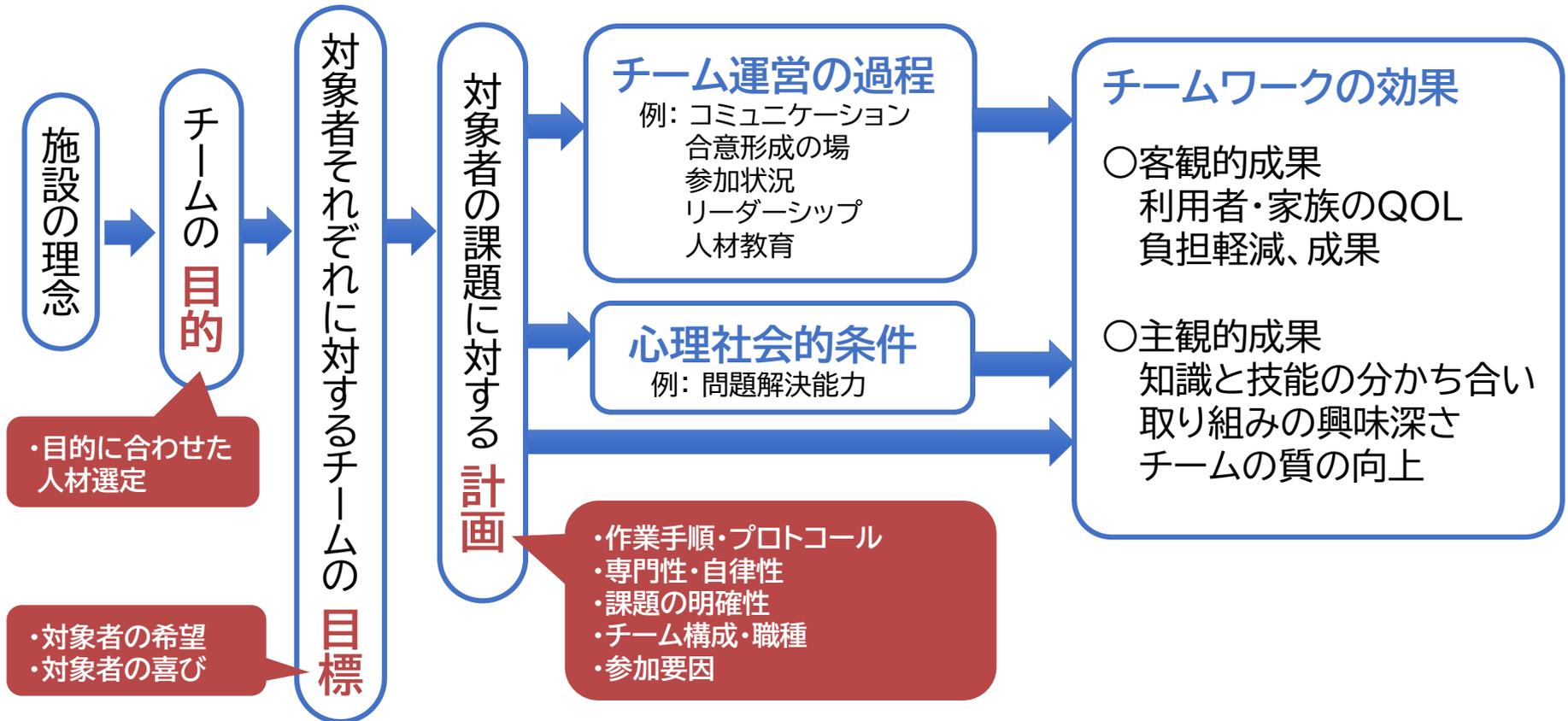
- ◆ 「共有化された目的を持つ複数の人及び機関(非専門職も含む)が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程」
- ◆ 「連携」の展開過程には、連携する相手に対する評価や失望など「認識」レベルのものと、打ち合わせや助言などの「行為」レベルのものが含まれ、以下の7段階の過程を経る

- ① 単独解決できない課題の確認
- ② 課題を共有しうる他者の確認
- ③ 協力の打診
- ④ 目的の確認と目的の一致
- ⑤ 役割と責任の確認
- ⑥ 情報の共有
- ⑦ 連続的な協力関係の展開

多職種連携の効果をもたらす要因

〔連携3〕

チームワークの効果をもたらす要因の関係

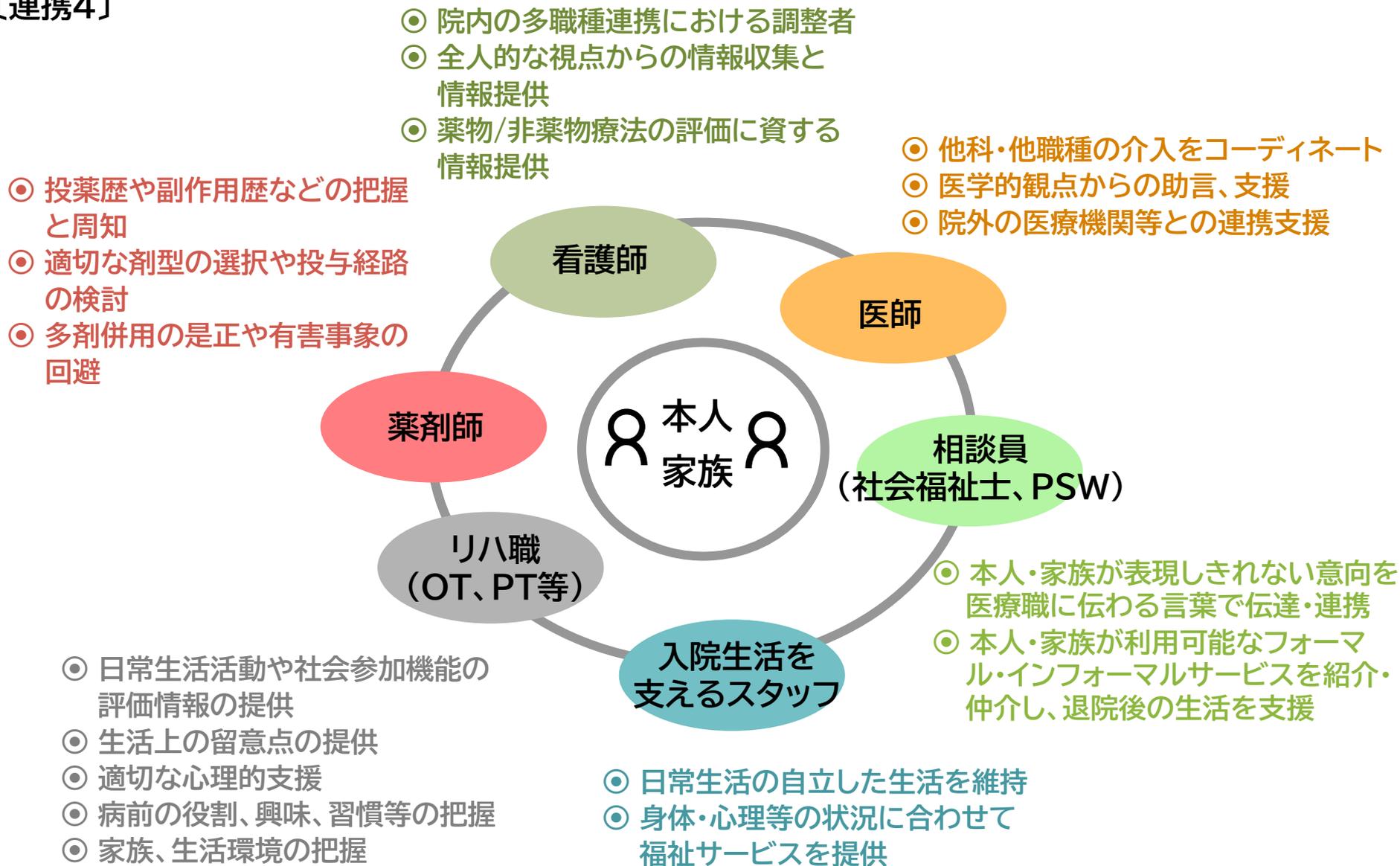


目的を共有し共通認識を持つことが、多角的な視点を収束しやすくする

平成29年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業) 要介護高齢者の経口摂取支援のための歯科と栄養の連携を推進するための研究 研究班編 「多職種経口摂取支援チームマニュアル」, p65 を一部改変

院内連携における各職種役割

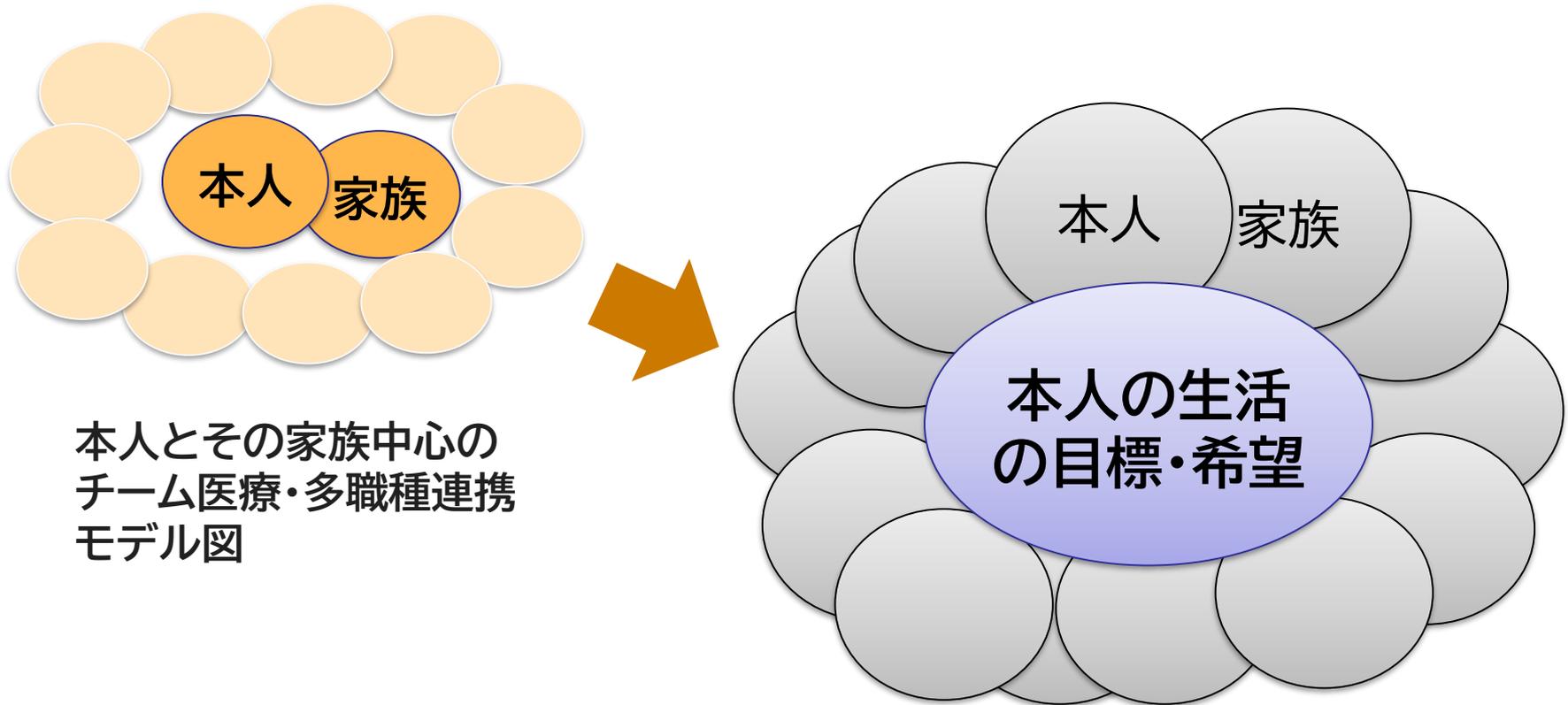
〔連携4〕



多職種でカンファレンスを行う

〔連携5〕

目標志向で、本人－家族－多職種が連携する



本人とその家族中心の
チーム医療・多職種連携
モデル図

本人とその家族も多職種連携の輪に入り、
目標や希望を据えてケアプランを立て、共有

カンファレンス開催時の要点

〔連携6〕

- **正確な情報の収集と共有**

入院前の情報は、本人や家族、医療従事者、入院元の関係者、ケアマネジャーから、入院後の情報は本人に関わる院内の多職種から随時収集する

- **多職種によるチーム医療の実践**

入院中の院内資源の活用や多職種でのチーム医療の提供、適切な情報共有、認知症の症状への対応を継続する

- **退院後の生活を見据えた支援**

退院後の医療や介護サービス、療養環境、家族や介護者の状況、医療依存度などを考慮した支援を検討する



本人の視点を重視したアプローチ

入院時の院内多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容や課題

〔連携7〕

- 本人の希望や意向、価値観、身体機能、生活機能
- 身体疾患の治療計画や想定される経過
- 認知症の重症度や症状の特徴、治療経過
- 入院前の生活状況・環境や介護状況、支援体制
- 院内で活用可能な資源の確認と調整



- ◇ 本人の視点を重視したアプローチの継続
- ◇ 専門性を生かした多職種チーム医療の実践

多職種連携は入院の前にも、後にも

〔連携8〕

入院前

入院中

退院後

カンファレンス

カンファレンス

- 入院前の生活状況を踏まえた入院

入院前の連携先(社会資源)

【相談、バックアップ】

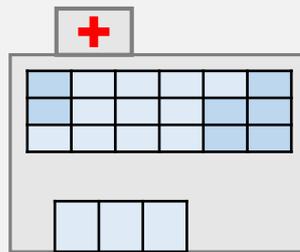
- ・認知症疾患医療センター
- ・認知症サポート医
- ・地域包括支援センター
- ・福祉事務所
(障害者手帳、生活保護等)
- ・権利擁護・後見センター

【医療サービス】

- ・医療機関
- ・歯科医療機関
- ・薬局 等

- 安心・安定した加療・入院生活
- 入院中の心身機能低下の防止・軽減

院内連携



- スムーズな退院
- 退院後の安定した生活維持

退院後の連携先(社会資源)

【介護保険サービス】

○居宅サービス

- ・居宅介護支援事業所
- ・訪問看護/訪問リハ
- ・訪問介護
- ・デイサービス
- ・通所リハ(デイケア)
- ・短期入所(ショートステイ)
- ・居宅療養管理指導
- ・小規模多機能 等

○居住・施設サービス

- ・グループホーム
- ・介護老人保健施設
- ・特別養護老人ホーム
- ・療養型医療施設・介護医療院
- ・有料老人ホーム
- ・サービス付住宅 等

【多様な資源】

- 認知症の人と家族の会
- 認知症カフェ
- 本人ミーティング
- 当事者会

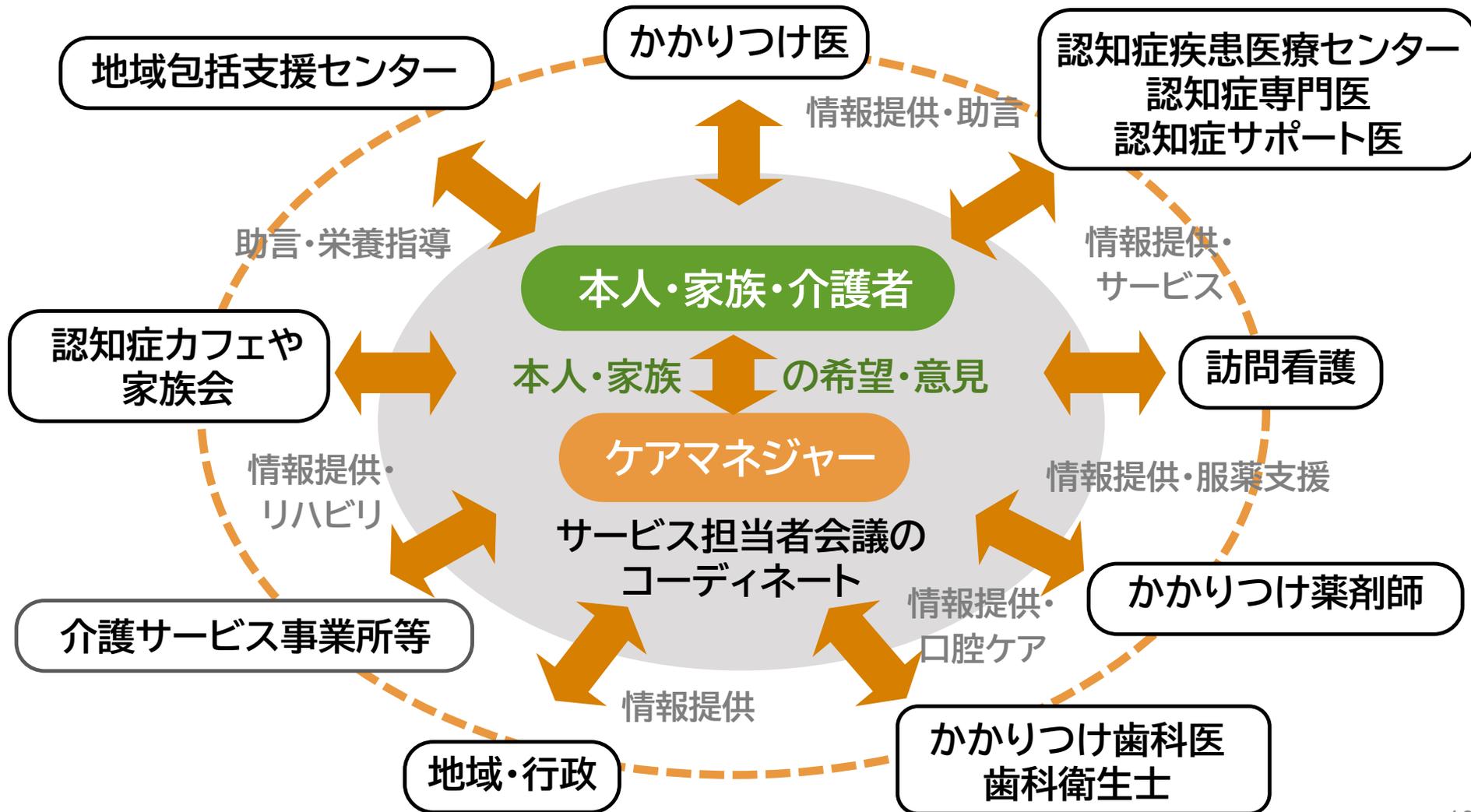
【医療サービス】

- ・医療機関
- ・歯科医療機関
- ・薬局 等

ケアマネジャーと多職種による地域連携

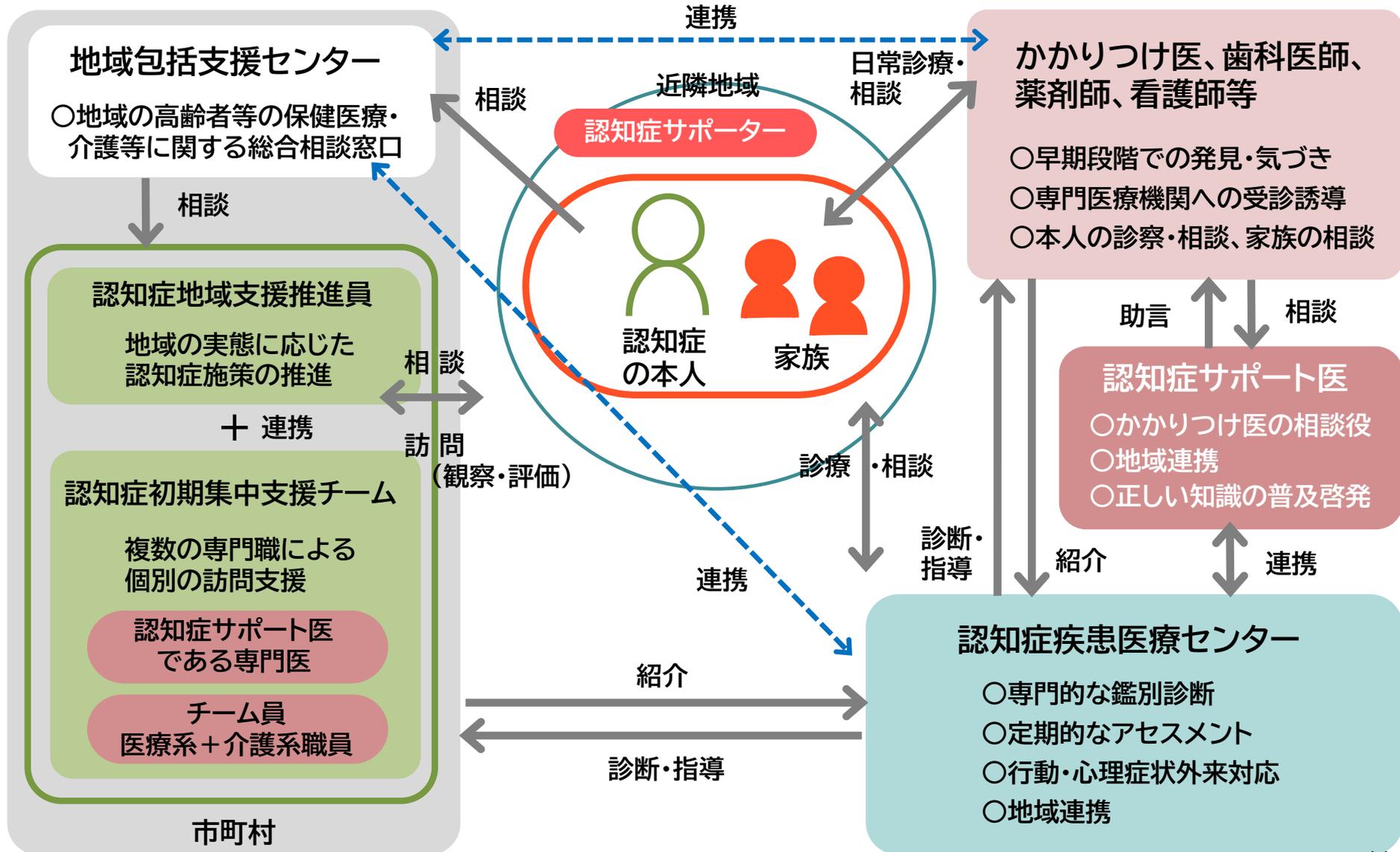
〔連携9〕

退院後はケアマネジャーや多職種による情報共有と協働が重要



認知症の人を支える様々な仕組み

[連携10]



退院時の多職種によるカンファレンスで 確認・検討すべき内容や課題

〔連携11〕

- 本人や家族の希望や意向の再確認
- 認知症の症状の評価や今後の見通しと対応
- 退院後の医療体制や身体疾患の治療の継続
- 療養環境や利用可能な社会資源の確認
- 本人の生活を支援する介護サービスへのつなぎ



- ◇ 本人の視点を重視した退院後の生活支援
- ◇ 地域の多職種との連携と情報共有

修了者に期待される役割（再掲）

〔連携12〕

- 認知症に関する正しい理解と適切な対応
- 本人の視点を重視したアプローチと人生や生活の継続性を目標とした対応
- 生活機能の維持や行動・心理症状の軽減や緩和
- 専門性を生かしたチーム医療の実践
- 適時・適切な情報共有と院内連携の構築
- 院外の社会資源の把握と多職種連携の実践

私たちは、認知症とともに暮らしています。
日々いろんなことが起き、不安や心配はつきませんが、
いろいろな可能性があることも見えてきました。
一度きりしかない自分の人生をあきらめないで、
希望を持って自分らしく暮らし続けたい。
次に続く人たちが、暗いトンネルに迷い込まずにもっと楽に、
いい人生を送ってほしい。

私たちは、自分たちの体験と意志をもとに

「認知症とともに生きる希望宣言」をします。

この宣言をスタートに、自分も希望を持って暮らしていこうという人、
そしてよりよい社会を一緒につくっていこうという
人の輪が広がることを願っています。

『認知症とともに生きる希望宣言』より

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成



演習の目的・意義

- 認知症の困難事例やせん妄の事例を通して、チームで解決する方法を考える場とする
- さまざまなBPSDに対して、薬物療法だけでなく、ケアや対応、非薬物療法を検討する場とする
- 演習を通じ、病院での認知症の課題をチームで解決することを学ぶ場とする