

平成27年度文部科学省委託事業
「成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進」事業

地域包括ケアを担う医療・介護分野の中核的専門
人材養成のための教育プログラム開発

事業成果報告書

2016年2月

代表機関 公益社団法人

日本医師会

目次

はじめに	1
1. 事業の概要	2
1. 1 概要と目的	2
1. 2 取組の内容	2
1. 2. 1 教材の策定・評価	2
1. 2. 2 教材案の実証研修	3
2. 事業推進体制	4
2. 1 推進体制	4
2. 1. 1 実行委員会	4
2. 1. 2 ワーキンググループ	5
3. 教材の策定・評価	6
3. 1 第1回実行委員会	6
3. 1. 1 ワーキンググループ 第1回会合	7
3. 1. 2 ワーキンググループ 第2回会合	8
3. 1. 3 ワーキンググループ 第3回会合	9
3. 1. 4 ワーキンググループ 第4回会合	12
3. 1. 5 ワーキンググループ 第5回会合	13
3. 2 第2回実行委員会	15
4. 教材案の実証研修	16
4. 1 板橋区医師会立看護高等専修学校	16
4. 1. 1 講習概要	16
4. 1. 2 アンケート	33
4. 1. 3 結果分析	35
4. 2 横浜市緑区医師会多職種連携講習会	42
4. 2. 1 講習概要	42
4. 2. 2 アンケート	47
4. 2. 3 結果分析	49
5. 事業総括	52
5. 1 今年度事業の成果物について	52
5. 2 教材の策定過程及び実証研修における反省点	52
5. 3 今後の事業について	52

はじめに

団塊世代が全て75歳以上となる2025年に向け、制度改革等によって、地域医療体制の機能分化・連携、地域包括ケアシステムの構築が進められつつある現在、地域医療の最前線の診療所・中小病院（地域住民・患者がかかりつけとする医療機関）およびそれを支える地域医師会の重要性は高まっている。そこでは、自院内での連携だけでなく、急性期をはじめとする様々な医療資源はもちろん、地域の介護資源との連携も求められている。

その流れの中で、診療所・中小病院の医師、看護職をはじめとする人材需要は高まるとともに、医療技術・知識のみならず「多職種、他施設・事業者との連携」のコーディネート力も求められている。

しかし、診療所・中小病院の医療職や医師会関係者が教育・研修を受ける機会は十分とは言えず、連携のコーディネート力を高める機会に恵まれない。

他方、日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会は別個の法人ではあるが、同じ会員で構成され、日常的に密接な連携を取っている。また、地域によっては、都道府県医師会や郡市区医師会等が、地域の看護人材確保のために看護職養成所を運営する他、医師会共同利用施設（会員の医療機関から入院や専門的治療等を要する患者を受け入れ、必要な処置を行う医師会病院の他、介護関係施設や健診・検査施設）を運営している。さらに日本医師会は、在宅医リーダー研修の実施や認定医療秘書事業を実施している。

そこで、地域医療体制の整備・充実の中心的な役割を担う地域医師会を中心に、全国各地に存在する医師会看護職養成所、医師会共同利用施設等が、診療所や中小病院の医療人材の「多職種連携、他施設・事業者との連携」の力を高める教育・研修を行うことが必要と考え、本事業を企画した。

1. 事業の概要

1. 1 概要と目的

本事業では、いわゆる「2025年問題」に向けて、医療・介護・行政・地域が連携して、高齢者の生活を支えていく地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題である。その中で、地域・在宅での医療・ケアを支える地域の診療所や中小病院看護職の果たす役割は大きい。また、医療と介護との連携の鍵としての訪問看護師とケアマネジャーの重要性も昨年度事業の調査によって指摘されている。これらの人材の養成・スキルアップの環境を整えるために、特に、現職教育が手薄な診療所・中小病院の看護師を対象とする教育プログラムを全国に郡市区レベルで組織をもつ医師会が開発・普及をはかる。

1. 2 取組の内容

本事業では、看護職の学生及び、医療と介護との連携の中心となる看護職とケアマネジャーの多職種連携のスキルアップのため、以下の取組を実施した。

1. 2. 1 教材の策定・評価

教材の策定にあたっては、実行委員会で、方向性を決定した後、会下に教材開発ワーキンググループを設置し、具体的な教材内容について検討した。昨年度事業成果より多職種連携については地域差が大きいことを踏まえ、今年度は、地域の中核となる多職種連携のコーディネーターとなるべき人材の裾野を広げることを目的とした教材作成を行った。

ワーキンググループは、現職の訪問看護師、看護職養成所の教務主任、ケアマネジャー、学識経験者で構成している。

ワーキンググループで教材の作成を行った後、第2回の実行委員会で内容の最終確認が行われ、いくつかの改善点を反映することとした。詳細は第3章 1. 2. を参照されたい。

1. 2. 2 教材案の実証研修

教材の策定について、ワーキンググループ内での検討結果を検証するため、以下の2箇所で教材案の研修を行った。詳細は4. 実証研修を参照。

日時	場所	目的
2015/12/21	板橋区医師会立看護高等専修学校	教材案
2016/2/3	横浜市緑区医師会多職種連携研修会	連携ワークシート

2. 事業推進体制

2. 1 推進体制

2. 1. 1 実行委員会

本事業では、代表機関である公益社団法人日本医師会において、実行委員会を設置しここで事業推進の方向を検討した。また、実行委員会の下にワーキンググループを設置し、教材の作成について検討を行った。

実行委員会は、多職種から幅広く意見を募るため、日本医師会の役員、地域医師会の医師、学識経験者、看護職、看護職養成所の教務主任、ケアマネジャーで構成することとした。

実行委員会の構成員は以下の通りである

表1：実行委員会の構成員

氏名	所属・職名	役割等	都道府県名
鈴木 邦彦	日本医師会 常任理事(地域医療)	事業統括	茨城県
今村 聡	日本医師会 副会長(財務)	事業統括	東京都
羽鳥 裕	日本医師会 常任理事(共同利用施設)	事業統括	神奈川県
釜萯 敏	日本医師会 常任理事(医療関係職種)	事業統括	群馬県
天木 聡	東京都医師会理事	調査・実践 教育プログラム検討	東京都
真壁 文敏	取手市医師会会長	教育プログラム検討	茨城県
井上 多鶴子	板橋区医師会在宅医療センター在宅看護部長	教育プログラム検討	東京都
大迫 可奈子	横浜市緑区医師会訪問看護ステーション管理者	教育プログラム検討	神奈川県
吉本 尚	筑波大学医療医学系 地域医療教育学 講師	教育プログラム検討 コンソーシアムとの連携	茨城県
高野 恵美	板橋区医師会立看護高等専修学校 教務主任	教育プログラム検討	東京都
富永 信子	ひたちなか市北部地域包括支援センター 主任ケアマネジャー	教育プログラム検討	茨城県

実行委員会は、事業開始前の2015年7月23日に第1回委員会を開催し、2016年2月8日に第2回委員会を開催している。ここでは、評価事業の目的の確認、取組の方向性について検討、及び成果物の活用方法について、検討を行った。

2. 1. 2 ワーキンググループ

実行委員会の下に、ワーキンググループを設置し、実施期間内に計5回開催した。
構成員については以下の通りである。

表2：ワーキンググループの構成員

氏名	所属・職名	役割等	都道府県名
井上 多鶴子	板橋区医師会在宅医療センター在宅看護部長	教育プログラム検討	東京都
大迫 可奈子	横浜市緑区医師会訪問看護ステーション管理者	教育プログラム検討	神奈川県
吉本 尚	筑波大学医療医学系 地域医療教育学 講師	教育プログラム検討	茨城県
高野 恵美	板橋区医師会立看護高等専修学校 教務主任	教育プログラム検討	東京都
富永 信子	ひたちなか市北部地域包括支援センター 主任ケアマネジャー	教育プログラム検討	茨城県

各会の開催は以下の通りである。

表3：ワーキンググループ開催

開催回	日時	場所	議題	出席(敬称略)
1	平成27年8月26日(水) 14:00~16:00	日医会館 501会議室	【看護職向け教材の内容について】 ①映像構成案の検討 【ケアマネジャー向け教材の内容について】 ①教材構成についての議論	【委員】井上、大迫、吉本、高野、富永 【日医役員】釜蒔
2	平成27年9月24日(木) 17:00~19:00	日医会館 501会議室	【看護職向け教材の内容について】 ①台割案の検討 【ケアマネジャー向け教材の内容について】 ①台割案についての議論 ①紙教材についての議論	【委員】井上、大迫、高野、富永 【日医役員】鈴木
3	平成27年11月25日(水) 16:00~18:00	日医会館 501会議室	【看護職向け教材の内容について】 ①台割案の検討 ②取材先の検討 ③発注先について 【ケアマネジャー向け教材の内容について】 ①台割案についての議論	【委員】井上、大迫、吉本、高野、富永 【日医役員】鈴木
4	平成27年12月25日(金) 14:00~16:00	日医会館 507会議室	①看護学校での実証報告 ②映像の作成に向けて ③紙教材についての議論	【委員】井上、大迫、吉本、高野、富永 【日医役員】釜蒔
5	平成28年1月29日(月) 14:30~16:30	日医会館 501会議室	①収録を踏まえた構成の検討 ②紙教材の最終確認	【委員】井上、大迫、吉本、高野、富永 【日医役員】羽鳥

3. 教材の策定・評価

教材作成は、実行委員会及び会下のワーキンググループで実施された。

3. 1 第1回実行委員会

2015年7月23日に開催した第1回実行委員会では、26年度の事業での調査結果を受けて、訪問看護師、ケアマネジャーが地域包括ケアシステムの中で中核となる人材だと判断した。看護職養成所においても、看護師の養成機関では多職種連携を学ぶ機会が少ないこと、特に准看護学校では在宅看護論そのものがないことが指摘された。これまでの病院等に勤務する病棟看護職中心の学習から、地域の訪問看護職の役割を学び、医療従事者以外の者との連携を円滑に行うことが重要であることが指摘された。

また、介護系のケアマネジャーは、医療従事者と連携を取ることに気おくれを感じるとの指摘があった。そこで、ケアマネジャー向けの教材を合わせて作成し、医療従事者の話している内容が理解できるようにすべきこととした。

ただし、昨年アンケート調査の結果を受けて、医療・介護の多職種連携については、地域により差が大きいため、中核となる人材のすそ野を広げることを目的とするべきこととされた。

これら意見を踏まえ、実行委員会の下部に、教育プログラム策定ワーキンググループを設置し、日本医師会役員その他、看護職、ケアマネジャーの委員及び多職種連携の研究者で構成することとした。

3. 1. 1 ワーキンググループ 第1回会合

2015年8月26日の会合では映像教材の検討について、地域包括ケアシステムとは、患者本人の自助と、周りの互助により成り立つものであることを伝えるべきであるとの意見があった。その上で、高齢者がどのような暮らし方をしたいのか、今の医療従事者はあまり把握していないので症例ありきではなく、高齢者がどういう人間でその人間が病気になったときにどう支えるかを考えるような内容にしてほしいとの意見があった。

また、看護職は、往々にして患者として高齢者をとらえがちである。そうではなく、元気な高齢者が、たまたま外傷や病気により医療機関に来る。この元気な高齢者が大前提にあることを示してほしい。

映像について、看護職養成所の学生は、概念から入ると学生が興味を持ちにくい。具体的な高齢者の事例を示した方がよいこと、ドキュメンタリー調の映像の方が、興味を引きやすいとの指摘があった。

これを受け、映像の台割について、以下の案がまとめられた。

①冒頭、高齢者地域で暮らしたい（当事者の話）→怪我 or 病気→入院→徐々に回復→老健→在宅というロールプレイ。この各場面で出てくる人たちについての紹介と VIVID に感じるような映像を挟む。

②最後に俯瞰して地域包括ケアシステムについての全体像の説明。

ケアマネジャー向けの教材については、映像教材のみとする案に対し、ワーキンググループの後、介護事業者と医療従事者との連携を補助する、何らかの資料が必要ではないかとの意見が出された。

3. 1. 2 ワーキンググループ第2回会合

2015年9月24日の会合では、映像台割案について検討を行った。看護職向けの教材については、教材に盛り込む案としての「食べることの重要性」は、医師と歯科医師で対応可能な範囲が違う（咀嚼は歯科医師も可、嚥下は医師のみが対応可）ため、盛り込まない方がよいのではないかとの指摘がされた。

また、今は、重度の要介護者でも退院させるので、在宅医療を必要とする「日常生活」に戻る必要があることを知ってほしい旨要望が上がった。

介護職向け教材の内容については、ケアマネジャーは、発生した事態への対応が中心で、この容態に至った原因や、今後のリスクについてはあまり考える傾向にない。そのため、看護職との意思疎通が進まなくなることがあるので、ケアマネジャーに対し、医療従事者が見るポイントや考え方を伝えられるような内容にしてほしいとの指摘があった。

また、既存の介護職向けの多職種連携の教材は、医学的知識の断片的紹介が多く、思い込み「診断」をしてしまう恐れがあるので、その点に注意が必要であるとの指摘がなされた。

撮影形式は、ドキュメンタリー調を中心に、座学部分も対話形式とすることとした。

また、在宅の看取りについても、意見が交わされた。

3. 1. 3 ワーキンググループ第3回会合

2015年11月25日の会合では、シナリオ案（図1-1～1-7）に基づきディスカッションを行った。

シナリオ案に具体的なイメージを持たせるため、過去の日医の事業等で作成した映像を使用して示した。構成は、地域包括ケアシステムの説明、元気な高齢者の様子（普段の生活、レクリエーション等）、退院前カンファレンス、患者の立場の順とした。

シナリオ案について、（図1-2__12）地域包括ケアシステムの説明は抽象的になるので、難しくならないよう指摘があったほか、（図1-3__25）生活の全体を見て高齢者が何を出来なくなったかを押さえるべきとの指摘が挙げられた。次に、（図1-4__30）に対し患者にとって、完治しない間に退院させられる場合がある、在宅療養相談室を活用すること、外来診療所の看護師が小さな違を発見することを伝えるよう指摘した。そして、ケアマネジャーの役割は所属する組織により異なること、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターのケアマネジャーとは別立てで考えるべき事を指摘した。

また、病棟看護師志望の学生に対して、高齢者が自宅（施設を含む）で生活していたときの情報を積極的に取得するようにさせる動機づけが必要であること、退院後の、情報も合わせて考えることへの動機づけが必要であることが指摘された。最後に、看護職用、ケアマネジャー用の映像教材は1つにして、研修等の場面で使い分ければ良いのではないかとの意見が出され、了承された。

これらのシナリオ案を元に、受託業者を選定することとした。

図 1-7

<p>ここまで読んできたように、高齢者が向かって暮らしていくためには、高齢・介護などの様々な課題が適切に連携していく必要が必ずあります。</p> <p>この書籍のために、どんな取り組み・取り組みが行われているのでしょうか？</p> <p>55</p>	<p>199</p> <p>【サービス連携会議】</p> <p>11月13日 11月14日</p> <p>56</p>	<p>199</p> <p>【地域ケア会議】</p> <p>地域での「顔の見える関係」づくり</p> <p>57</p>
<p>これらの会議には、様々な組織が参加しています。医療・福祉・行政の様々な立場の専門家が、お互いに「何ができて、何が得意なのか」、どういった声をあげないのか、どうすると連携しやすいのか・・・などを、書籍から共有しておくことが重要ですね。</p> <p>58</p>	<p>ここで、様々な組織の方々の簡単な自己紹介を見てみましょう。</p> <p>59</p>	<p>199</p> <p>各組織の自己紹介</p> <p>⇒旅行協会で、地域性の教材を使用</p> <p>60</p>
<p>みなさんが看護職として、地域の様々な医療機関・施設で、地域ケアシステムの一環を担う上で、どこどこに専門性があって、どんなときに、誰に相談したら良いのか、常にアンテナを張ることが大事になります。</p> <p>61</p>	<p>一人ひとりの看護職が、「ちょっとおかしいな」と気づいた時に、適切に対応できる専門性につなげることが、貴職さんのよりよい暮らしにつながります。</p> <p>「連携」は、大事な看護力になるのです。</p> <p>62</p>	<p>最後に、自分が働いている（担っている）地域の医療・介護に関わる看護職、誰へも語りかけてみましょう。もし医療や介護現場が変わっても、次の場所でも意識して取り組んでみてください。</p> <p>63</p>

図 1-8

<p>ワークの終りに、いろいろな地域の先生方から「なごみ隊」の活動、に関する相談窓口の紹介を見ていただきます。これを参考に、自分の地域についても、調べてみてください。</p> <p>64</p>	<p>199</p> <p>なごみ隊</p> <p>なごみ隊連絡先などの紹介</p> <p>⇒それぞれの地域で、どんなことができるか</p> <p>65</p>	<p>※WPCの活用</p> <p>自分が働く地域のなごみ隊・介護に関わる連絡や相談窓口を整理してワークシートを埋めてみましょう</p> <p>66</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

3. 1. 4 ワーキンググループ第4回会合

2015年12月25日の会合では、最初に仕様書を作成し、見積を取った結果、有限会社ノトコードに映像・教材制作を発注した旨の報告が行われた。

最初に、12月21日に実施された板橋区医師会立看護高等専修学校での教材案の実証研修について報告がなされた。

地域包括ケアの概念については、抽象的な話だったため学生の興味を引けなかった。ワーキンググループでの検討の通り、概念の説明は終盤に回すこととした。また、事例検討については、教官の中でも「より詳しい事例にした方がよい」という意見と「イメージする力を養成するためにもこのくらいがいい」という意見に分かれた。ワーキンググループで検討の結果、事例は今のままで良いこととされた。

表3：板橋区医師会立看護高等専修学校実証研修の概要

事業名	平成27年度文部科学省委託 「成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進」事業
テーマ	地域包括ケアを担う医療・介護分野の中核的専門人材養成のための教育プログラム開発 (代表機関：公益社団法人日本医師会)
事業責任者	鈴木 邦彦 (公益社団法人日本医師会 常任理事)
日時	2015年12月21日 (月) 13:30～16:45
場所	板橋区医師会立看護高等専修学校
対象	看護高等専修学校 准看護師課程1年生 (27名) 准看護師課程2年生 (22名) 内：女性50名
講師	筑波大学医学医療系 地域医療教育学講師 吉本 尚 (有) ノトコード 平林 慶史

教材の台割については、地方と都市の事例2件を録取できたことが報告された。最後に、連携ワークシートについての案が提示され、ワーキンググループでの了承を得た。

3. 1. 5 ワーキンググループ第5回会合

2016年1月29日の会合は、同日日医会館で行われたスタジオ撮影についての報告がなされた。映像は3部構成とし、第1部「高齢者の実際の暮らし」第2部「高齢者の疾患、入院、その後在宅医療に移行する流れ」第3部「自宅や地域の暮らしを支える多職種連携」とした。

第3部「自宅や地域の暮らしを支える多職種連携」で紹介すべき多職種連携に役立つ組織として、「地域包括支援センター」と「在宅医療連携拠点」を挙げるのが提案された。ワークシートについては、シート1枚に患者の情報を集約し、全体像がわかるものとして位置づけることで了承された。

図2：多職種連携 情報共有ワークシート

多職種連携 情報共有ワークシート		患者・利用者さん	年齢 性別	身長 体重 体型																		
<p style="text-align: center;">社会環境</p> <p>これまで(制度利用・経済状況等)</p> <p>これから</p>	<p style="text-align: center;">本人の希望・価値観（個人因子）</p> <p>目指すもの・望む暮らし、大事にできたこと、人々観 など</p> <p style="text-align: center;">人的環境</p> <p>介護者、親族、地域のサポート などの状況</p>	<p style="text-align: center;">物的環境（住まい）</p> <p>これまで(住まいの現状、介護用品等の使用状況など)</p> <p>これから</p>																				
<p>▼生活機能の評価 このシートは、アセスメントおよび情報共有を目的としたものであり、解決策やケア・サービスのプランニングを目的としたものではありません。</p>																						
<p>活動 ※必要に応じて現状と目標・予測を書いてください</p>				<p>参加 (現状と目標)</p>																		
<p>ADL（日常生活動作）</p>		<p>IADL（手段的日常生活動作）</p>																				
<p>寝返り→起き上がり→座位→立ち上がり</p> <p>歩行(屋内・屋外)</p> <p>更衣・身だしなみ</p> <p>入浴</p>	<p>食事(準備・摂取・片付け)</p> <p>飲水</p> <p>排尿・排便に関わる動作</p>	<p>調理・火気管理</p> <p>買物・金銭管理</p> <p>掃除・洗濯・ゴミ出し</p> <p>移動(車・公共)／電話・連絡</p>	<p>家での役割／地域や職場での役割</p> <p>社会参加／人との交流</p> <p>コミュニケーション・意思表示</p>																			
<p>▼心身機能・身体状況の評価 このシートは、アセスメントおよび情報共有を目的としたものであり、解決策やケア・サービスのプランニングを目的としたものではありません。</p>																						
	<p>筋骨格・神経系</p>	<p>内臓系・循環系・呼吸系・皮膚系</p>	<p>頭頸部・口腔・認知・精神系</p>																			
<p>症状・困りごと</p>	<p>上肢・下肢・筋力・関節・可動域 等</p>	<p>循環・呼吸・消化・腎・肝・泌尿・内分泌代謝・皮膚症状 等</p>	<p>視聴覚・口腔・嚥下・食話・認知機能・抑うつ傾向 等</p>																			
<p>原因・問題</p>																						
<p>介入・対応</p>	<p>リハビリ、補助具等</p>	<p>服薬、食事・栄養管理、通院、医療器具 等</p>	<p>服薬、嚥下訓練・リハビリ、通院、補助具等</p>																			
<p>リスク・留意点</p>																						
<p>▼発症時期:発症からの経過日数等も、わかる範囲で書いてください▼</p>																						
<p style="text-align: center;">現在の疾患</p>	<p style="text-align: center;">既往歴</p>	<p>▼チームメンバー、連携先の職種・所属・氏名一覧</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>職種</th> <th>所属</th> <th>氏名</th> <th>職種</th> <th>所属</th> <th>氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			職種	所属	氏名	職種	所属	氏名												
職種	所属	氏名	職種	所属	氏名																	

3. 2 第2回実行委員会

2016年2月8日に第2回実行委員会を開催し、成果物の確認、及び今後の事業展開について意見が交わされた。

DVDについては、概ね好評であった。

小改善として、映像の最後は、お年寄りの今後の暮らしがイメージできるような終わり方にしてほしいこと、また、地域包括ケアシステムの概念を説明する場面では、演者の説明のみでは把握しづらいので、画面資料を追記するべきとの意見が寄せられた。後者については、教材の紙資料に地域包括ケアシステムの概念図があることを示して、了解を得た。

情報共有ワークシートについては、2016年2月3日の横浜市緑区医師会の多職種連携研修会でのワークシートの在宅介護・看護の経験の有無により、シートに記載できる範囲に差がでてくることの指摘があった。

これに対して、連携シートは一人ですべて埋めるものではなく、自分の分からないところ、理解が不十分であるところを他の職種に聞いて埋めて行くことに意義がある。連携シートの使い方の説明においても、そのことを説明するよう要請があった。また、情報共有ワークシートは、記入自体も慣れが必要であるので、記入を補助するため、記入例を用意すべきこととされた。

4. 教材案の実証研修

4. 1 板橋区医師会立看護高等専修学校

4. 1. 1 講習概要

2015年12月21日、板橋区医師会立看護高等専修学校において、標記の研修が行われた。対象は、板橋区医師会立看護高等専修学校の准看護師課程の1、2年生である。

研修の目的は2つとした。1つは、准看護師を養成する課程には、在宅医療や地域包括ケアシステムについて学習する機会がないため、本課程の学生に対し地域包括ケアシステムの概要を学習する機会を設け多職種連携の重要性を認識させること。もう1つは、本事業のワーキンググループで検討してきた教材案の有効性に対する検証である。

学生は、1、2年生合計59名で、内50名が女性だった。学生の年齢構成は18歳～40歳まで幅広いものであった。

グループワークは、4人1グループで、計15グループで構成し、1年2年混在のランダム抽出とした。

表3：板橋区医師会立看護高等専修学校実証研修の概要（再掲）

事業名	平成27年度文部科学省委託 「成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進」事業
テーマ	地域包括ケアを担う医療・介護分野の中核的専門人材養成のための教育プログラム開発 (代表機関：公益社団法人日本医師会)
事業責任者	鈴木 邦彦 (公益社団法人日本医師会 常任理事)
日時	2015年12月21日 (月) 13:30～16:45
場所	板橋区医師会立看護高等専修学校
対象	看護高等専修学校 准看護師課程1年生 (27名) 准看護師課程2年生 (22名) 内：女性50名
講師	筑波大学医学医療系 地域医療教育学講師 吉本 尚 (有) ノトコード 平林 慶史

研修のタイムスケジュールは、以下の通りである。

表4：実証研修のタイムスケジュール

13:30～	資料配布・授業前アンケート記入
13:40～	講義「地域包括ケアとは」
14:10～	グループワーク（高齢者の暮らしを考えてみよう）
15:40～	休憩
16:00～	講義「多職種連携とは」
16:45～	授業後アンケート記入・回収

以下の講義の項目に掲載する図は、当日の実証研修で使用した教材案（主に映像資料）である。

4. 1. 1. 1 講義「地域包括ケアとは」

講義「地域包括ケアとは」は、第1部「住み慣れた自宅で暮らせるように」と、第2部「お年寄りが病気や怪我をしたとき」で構成する。

第1部は、冒頭、地域包括ケアシステムの概念について（図3-7）の説明を行ったが、概念的な説明でありやや学生の反応に戸惑いが見られた。

続いて、上手く元気な高齢者が住み慣れた自宅で暮らせている姿を映し、またちょっとした怪我や病気で、今までのくらしが続けられなくなることを伝えた。（図3-1～図3-6）

図3-1

第1部 住み慣れた自宅で暮らせるように ～高齢者の暮らしの実際から読み解く～

図 3-2

住み慣れた自宅や地域で暮らす ～「地域包括ケア」の時代～



2

図 3-3

病室のベッドから見える風景



◇要介護になったら、どこで生活したい？



3

図3-4

瀬戸内の島で暮らすYさん夫妻



4

図3-5

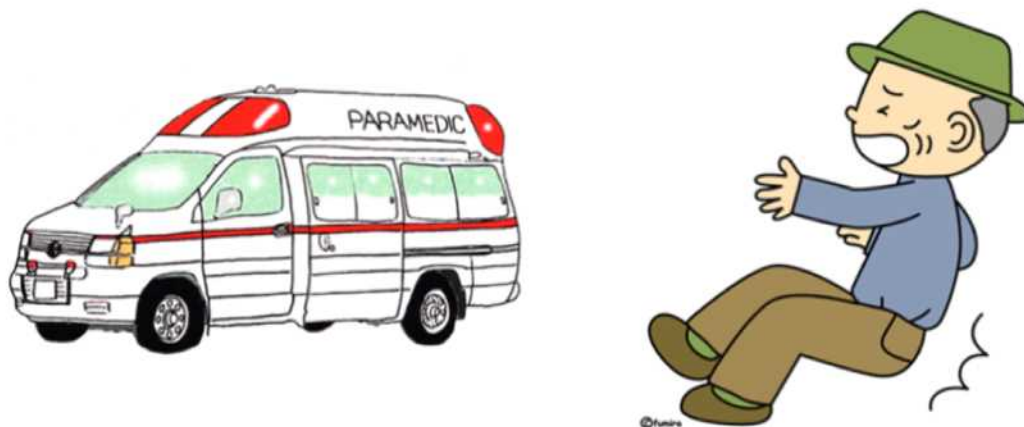
Y夫妻のふだんの暮らし



5

図 3-6

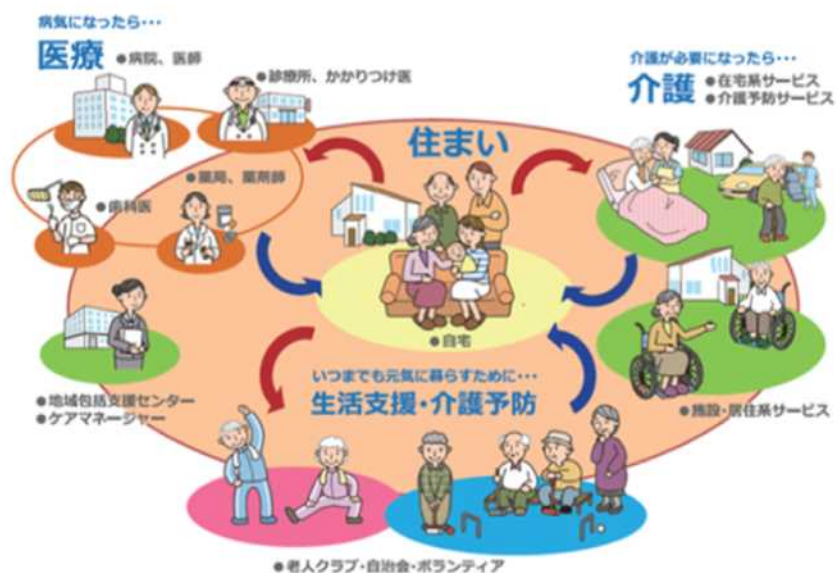
この生活を続けられなくなる可能性が...



6

図 3-7

地域包括ケアシステム



7

次に、高齢者が怪我で今までの暮らしが続けられなくなり介護を必要とした事例を挙げ、このようなことは、どの高齢者にも起きうることを伝えた。(図3-8～図3-9)

図3-8

福岡市内に暮らすOさん



8

図3-9

Oさんのこれまでの暮らしをなぞる



9


○さんの事例の説明を行い、○さんをはじめとする高齢者の暮らしを考えるべく、グループ単位で検討を行った。(図3-10～図3-12)

図3-10

○さん 89歳女性・独居

【すまい:入院前】
 住宅地、一戸建て(2階建て)
 主に1階で生活
 非バリアフリー化
【すまい:退院後】
 自宅至近の有料老人ホーム

自宅で、自分の思うように暮らしたい
 街中へ買い物に出るのが趣味



息子:東京在住(2週に1度来訪)
 孫:福岡在住(車で20分で来られる距離)

【生活:入院前】
 炊事・掃除・洗濯などは自立
 買い物は宅配を利用
 自力で街中へ買い物の出かける
【生活:退院後】
 生活はホームにある程度依存
 外出の機会は維持
 生活の自由度を高める

【経済・社会:入院前】
 要支援1:ヘルパー+介護ベッド
 経済的困窮なし
【経済・社会:入院後】
 要介護認定
 経済的困窮なし

【医療:現状】
 糖尿病、糖尿病性腎症→透析、骨粗しょう症、
 大腿骨頸部骨折
【医療:リスク・課題】
 糖尿病の他の合併症のリスク
 透析に伴う食事管理・水分管理の問題
 運動機能低下による転倒・転落+骨粗しょう症
 による高い骨折リスク

【機能:入院前】
 機能面の大きな問題なし
【機能:退院後】
 下肢の運動機能が低下

10

図3-11

事例を総括した解説

- ・ 高齢者は普段は元気に暮らしている
- ・ しかし一つ歯車が狂うと、その生活は一気に崩れる
- ・ Yさんの生活がうまくいなくなるリスク
- ・ ○さんが自宅で暮らしていけなくなった理由
- ・ できるだけ事前にリスクを評価して、バランスが崩れることのないよう関わっていく必要がある
- ・ 退院時にきっちり状況を評価し、在宅生活が始まる時に訪問看護師がしっかりとリスクを管理して、チーム内で意思統一して支援していけば、生活が崩れるリスクを減らすことはできるのではないか
- ・ 病院から診療所への連携、医療と介護の連携など、様々な連携がうまくいくことが大事になる

11

「本人・家族の選択と心構え」を大切に



- 地域包括ケアの最も土台にあるのは「本人・家族の選択と心構え」
- その人が何を大事にし、どう生きていきたいのか...そこを見ることなく、医療や介護のサービスだけを押し付けても「その人らしい生活」を実現できない
- 医療・看護・介護・リハビリ・予防...それぞれに関わる関係者がみんな、「本人の望む暮らし」を実現するために連携するという意識が重要

第2部「お年寄りが病気や怪我をしたとき」では、1部に続き、高齢者に病気や怪我は突然訪れるものであり、一度怪我や病気をすると、高齢者は、今までと同様の生活に戻れなくなることもあることを伝えた。また、平均在院日数が短くなっている昨今、患者である高齢者は、完治する前に在宅医療へ戻るケースが増えている。そのため、入院直後から、退院後の高齢者の生活を見据えたケアが必要であることを説明した。(図3-13～図3-15)

図3-13

第2部
お年寄りが病気やケガをしたとき
～普段の暮らしを見据えた
多角的なアセスメントと情報共有～

13

病気やケガは突然訪れる



- お年寄りの「普段の生活」が危機に直面するような病気やケガの多くは、突然訪れるもの
- 在院日数も短くなっている現在、入院の時点から「退院後を見据えたケア」を行う必要がある
- **退院支援・退院調整は、入院直後から始まる！**
ということ覚えておこう

14

「普段の生活」をどのように把握するか

- 起きてから寝るまでの生活は人それぞれ。
 - 暮らし方・家での役割・地域の役割など、
 - 様々なことを見る必要がある。
 - その方の生活全体を見て、
 - 何ができなくなったのか、ちゃんと評価する必要がある
-
- 本人と家族からの情報収集
 - 訪問看護師やケアマネからの情報収集
 - できれば、かかりつけ医(NS)からの情報収集も

15

次に、「多職種連携 情報共有ワークシート」の使い方について説明をした。本シートは、医療モデルと生活モデルを融合した ICF（国際生活機能分類：International Classification of Functioning, Disability and Health）を元に作成していること。ただし、地域包括ケアシステムにおいては、高齢者の生活が一番上位に来るべきであるので、高齢者の生活を最上位に来るよう構成したことを伝えた。

そして、課題として O さんの事例を、シートに記入することを伝えた。（図 3-16、17）

図 3-16

「多職種連携 情報共有ワークシート」の説明

The image shows a screenshot of a worksheet titled "多職種連携 情報共有ワークシート". The worksheet is divided into several sections with colored headers: a top section with a blue header, a middle section with a green header, and a bottom section with a yellow header. Each section contains a grid of boxes for entering text. The top section has a large box for "患者情報" (Patient Information) and a smaller box for "ケア計画" (Care Plan). The middle section has a grid for "ケア内容" (Care Content) with columns for "ケア内容" and "担当職種" (Responsible Profession). The bottom section has a grid for "ケア評価" (Care Evaluation) with columns for "ケア内容" and "評価" (Evaluation).

- 医療モデルと生活モデルを融合したICFの考え方を応用した情報共有シート
- 他職種がそれぞれの観点を活かして情報共有をするためのツール
- 「普段の生活」と「これからの生活」のイメージを共有し、多職種が意図・足並みを揃えて連携する
- 様々な視点を聞き取って書き込むことにも意味がある

〇さんの事例をアセスメントしてみよう

The image shows a screenshot of a career assessment tool. At the top, there is a header with the text '多職種連携 情報共有シート' and a small '印刷' button. Below the header is a large text input area with a blue border, containing the text '〇さん'. Below the text input area is a grid with multiple columns and rows, used for recording information. The grid has a yellow header row and a yellow footer row. The main body of the grid is white with black borders. The text '〇さん' is written in the top-left cell of the grid. Below the grid is a small table with columns for '性別', '年齢', '職業', and '職種', and rows for '本人', '家族', and '多職種'.

- テキストブックの記入例を見ながら解説
- 〇さんの話、家族の話、これまでに紹介された内容などから、情報共有シートを埋めてみる
- 埋まらない部分は、多職種や家族、本人に追加でヒアリングをすると見えてくる場合もある

退院前カンファレンス(退院調整会議)の様子を映し、在宅療養室のナースの意見および、病院側の病棟ナースの意見を伝えた。そして、退院後2週間は、医療保健で在宅看護職の看護を受けることができる今の制度を説明し、将来、在宅看護、病棟での看護を志望する全ての学生に、このような制度があることを知って欲しい旨伝えた。(図3-18、図3-21)

図3-18

実際の退院カンファレンスを見てみよう①



- 事例(Kさん)
- 70歳 男性…

ここは実際の事例に即して…

実際の退院カンファレンスを見てみよう②

- 退院カンファレンスの振り返り(退院支援Ns)
 - どういう観点で情報共有をしたのか
 - この事例をどうとらえているのか?
 - できれば本事業用のアセスメントシートで解説していただく

19

実際の退院カンファレンスを見てみよう③

- 退院カンファレンスの振り返り(病棟Ns)
 - どういう観点で情報共有をしたのか
 - この事例をどうとらえているのか?
 - できれば本事業用のアセスメントシートで解説していただく
 - 訪問看護・外来医療機関に、どのような点に留意して関わってほしいか

20

退院後の2週間が勝負

- 退院後の2週間の過ごし方によって、その後の在宅生活の質が大きく変わってくる
- 医療的なリスクマネジメント・管理の視点で、在宅の最初の2週間に関わることの重要性
 - どんな点に留意して訪問看護師が関わるか？
 - 訪問看護師が関わらないと、どういことが生じる可能性があるのか
- 退院後の外来看護師への引き継ぎ／期待すること

4. 1. 1. 2 グループワーク

これまでの講義を踏まえて、グループ単位で「多職種連携 情報共有ワークシート」に高齢者の事例を埋めるべく、以下の事例を提示した。(図4)

図4

事例：Tさん（70歳女性）

2015年11月、脳梗塞で倒れ、救急車で搬送→入院。

現在、入院10日目であり、あと1週間程度での退院を目指している。

左片麻痺、左半身をうまく動かすのは難しい。リハビリを始めている。

【生活】

夫(Aさん)と2人で、築40年の一戸建てに住んでいる。2階建てで、バリアフリーではない。

徒歩10分の場所に、息子(Bさん)夫婦と孫2人(小学生)が住んでいる。

息子のBさん夫婦は共働き。B夫人の仕事が遅い日は、学校帰りの孫が家に来て晩御飯を食べていくような生活を送っていた。また、夫Aさんの食事は専らTさんが作ってきた。

【Tさんの話】

早く家に帰りたい。夫の食事や家事が心配。今は、お嫁さんに負担をかけていて申し訳ない。

体はうまく動かないけれど、できるだけ自分でやれることはやりたい。

もともと、下の世話をひとにさせるくらいなら死んだ方がましだと思ってきた。

友達どうしで週に1回カラオケに行くのが楽しかった。

年に1度は国内旅行でご主人とハイキングをするのが楽しかったが、もう行けないのかな…。

【家族の様子】

小学生の孫が隔日くらいでお見舞いに来ている。

息子のBさんからは、夫Aさんと一緒に入居できる介護施設を探した方が良いですかね？という話があった。今後の自宅での生活に不安を感じている様に見える。

【医師の話】

脳梗塞というのは、もう脳細胞が完全に死滅しているところと、ダメージを受けているがまだ完全に細胞が死んでいないところがある。これはリハビリによって3か月程度かけて、少しずつ回復させられる場合もある。今回の場合は、多少は左半身も動くので、リハビリで機能がある程度回復する見込みはあるだろう。その他の疾患としては、高血圧、高脂血症、逆流性食道炎がある。気分の落ち込みも時折見られ、注意が必要。退院後は、かかりつけ医に通院する予定だが、訪問診療の方がよいかもかもしれない。

【理学療法士】

今は右手右足がうまく動かないけれど、リハビリによって杖や手押し車があれば、自力で歩くことも不可能ではない。ただ段差を超えるのは難しい。家の様子を見てみると、自宅で生活できるかどうかは何とも…

【作業療法士】

今は、左手を添えて包丁を使うこともなんとかできるが、まだ細かいことは難しい。リハビリが進めば、もう少し細かい作業も可能になるかも。料理はなんとかできるようになるのではないかな。

【ケアマネ】

今の状態だと、要介護1と認定される可能性が高い。

介護保険のサービスを使って、自宅の改修や、入浴サービスは入れた方がいい。

自分で身の回りのことをしたいという思いが強いので、できるだけ日常生活を自分で出来るようにサービスを組み立てた方がいいと思う。

医療的なことは、私は看護師ではないのでよくわからない。

4. 1. 1. 3 講義「多職種連携とは」

講義「多職種連携とは」では、多職種連携のための6つのコンピテンシーの解説など、理論的な部分の講義を行ったが、長時間のグループワークの後で学生の疲れが見えたので、「食べる」という動作に、どれだけたくさんの職種が関わり得るか、など、学生の関心を引きそうなテーマに急遽切り替えて講義を行った。(図3-22、図3-23)

図3-22

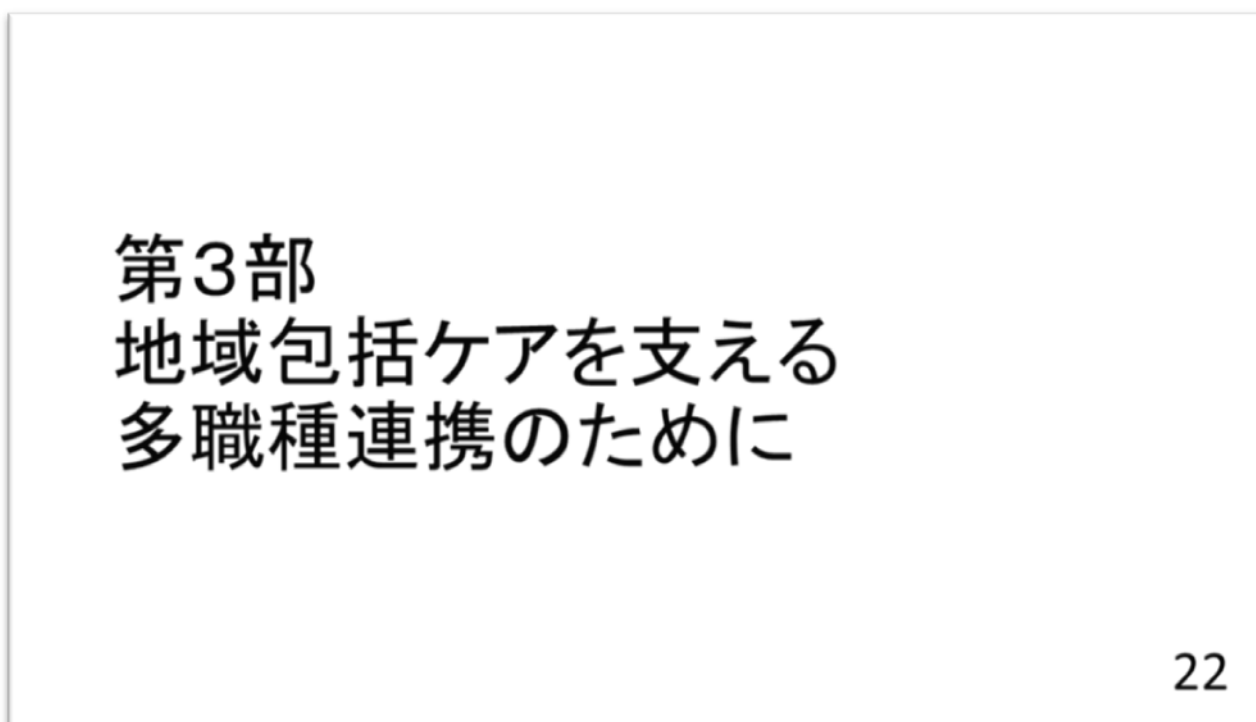
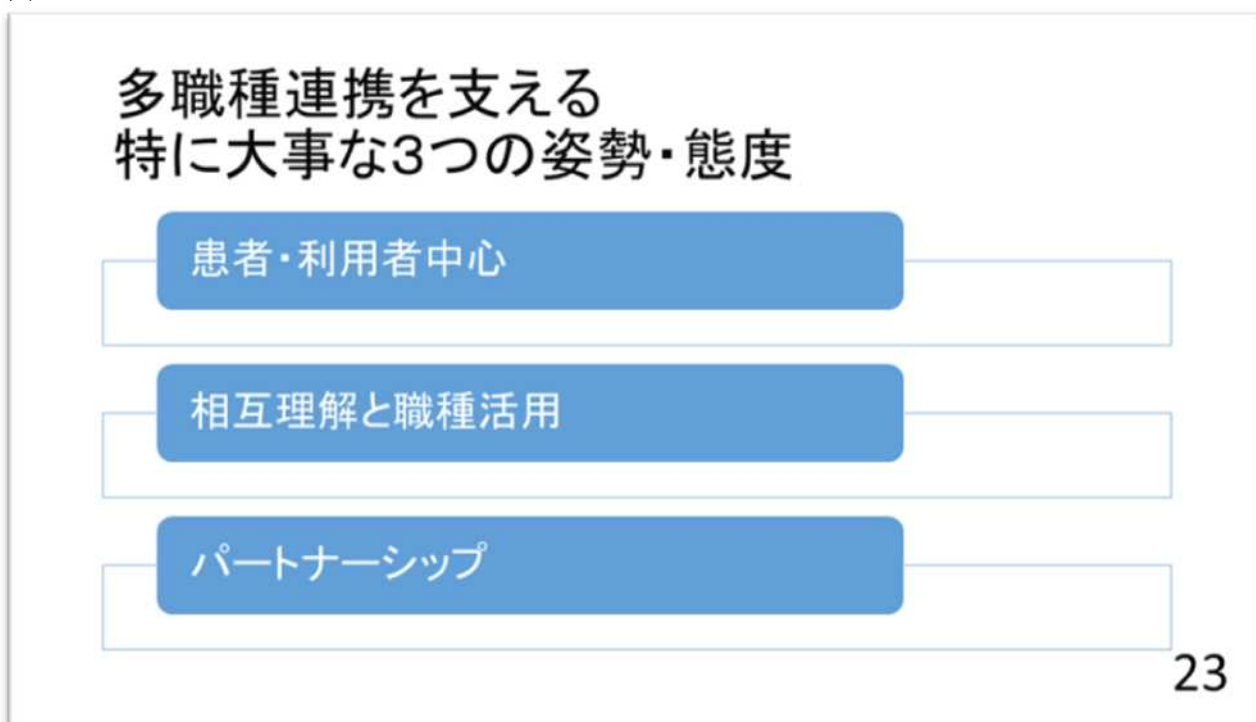


図3-23



4. 1. 2 アンケート

4. 1. 1の目的で記載したとおり、受講前受講後で、地域包括ケアシステムと多職種連携についての知識と重要性の理解の進み具合を実証するため、授業前と授業後に学生に対し、アンケートを取った。

4. 1. 2. 1 授業前アンケート

受講前のアンケートは、以下の項目で実施した。(図5)

日本医師会：文部科学省委託事業「地域包括ケア」		2015-12-21			
事前アンケート					
以下の各質問に関して、あてはまるものを選んでチェックをつけてください。 (どちらとも言えない・わからない場合は、真ん中の□にチェックをつけてください)					
		←あてはまる		あてはまらない→	
①	「地域包括ケア」という言葉を聞いたことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	「地域包括ケア」の意味がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	祖父母など、高齢者(65歳以上)の方と同居している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	「在宅医療」をイメージできる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	薬剤師の仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	理学療法士の仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	作業療法士の仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	言語聴覚士の仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	社会福祉士の仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩	ケアマネジャーの仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

あなたにとっての「高齢者」のイメージを教えてください。

あなたにとっての「認知症の人」のイメージを教えてください。

4. 1. 2. 2 授業後アンケート

受講後のアンケートは、以下の項目で実施した。(図6)

図6

日本医師会：文部科学省委託事業「地域包括ケア」		2015-12-21	
授業後アンケート			
		←あてはまる	あてはまらない→
①	「地域包括ケア」の意味がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	「在宅医療」をイメージできる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	薬剤師の仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	理学療法士の仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	作業療法士の仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	言語聴覚士の仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦	社会福祉士の仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧	ケアマネジャーの仕事内容・役割がわかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨	他の職種との連携に興味を持った	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩	今日の授業は、今後の看護職としての仕事に役立つと思う	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
あなたは、どんな職種の、どんな部分に興味を持ちましたか？			
今回の授業で、初めて知った職種や言葉があれば書いてください			
今日の授業で学んだこと・気づいたことを簡単にまとめてみてください			

4. 1. 3 結果分析

アンケートの分析結果及び、意見は、以下の通りである。(図7-1 ~ 7-11)

各職種の理解(事前:問1~問6、事後:問3~問8)については、すべての職種に対して理解が進んだことがうかがわれた。

次に、地域包括ケアシステムについては、授業前アンケートでは、准看護師課程では該当する講義がないにもかかわらず、語そのものは聞いたことがある生徒が多く、これからの医療・介護に深く関わる概念であることは理解しているようであった。(問10)しかし、その意味に関しては、正規の授業を受けたことがないことも相まって、自信を持って回答できる学生は少ないといえる。これは、本研修に限らず准看護師課程の学生全般に言えると推測される。

受講後は、地域包括ケアの意味を理解する学生が9割を越えるに至った。本研修の狙いである地域包括ケアシステムの理解は進められたといえる。

また、在宅医療については、受講前から約半数の学生がイメージできていると回答していた。(問7)准看護師を目指す学生にとって、在宅医療は過去に比べより身近な職務形態であることがうかがわれた。

最後に、受講後アンケートの「どの職種に興味を持ったか」について、3割の学生がケアマネジャーと回答した。一定程度の学生が、高齢者の日常をプランニング(ケアプラン)する、当該職種に興味を持ったということより、当該授業にて多職種連携に対する一定の理解が進んだといえる。(図7-5)ただ、多職種連携を進めていくためには、一層より多くの学生に、ケアマネジャーに興味をもってもらい必要があり、今後の講義に改善の余地があると言える。

図 7-1 : 授業前アンケート

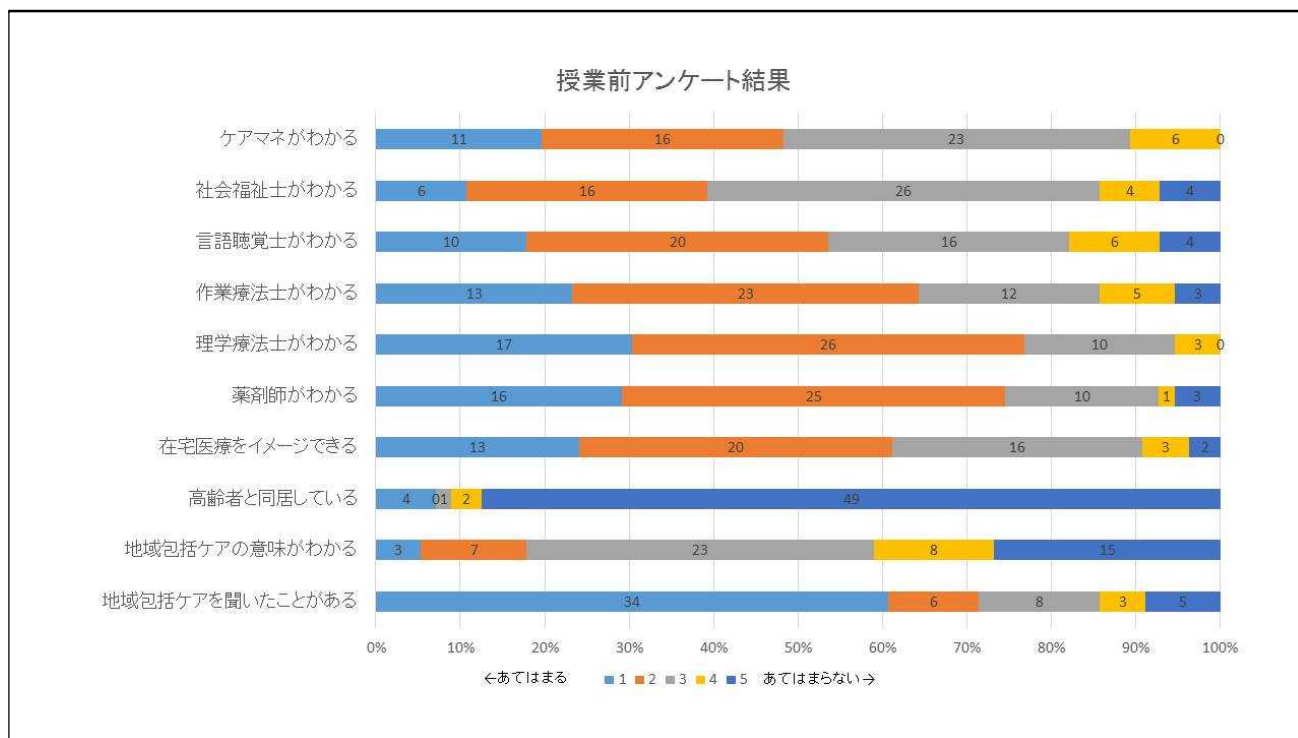


図 7-2 : 授業前アンケート「高齢者のイメージ」

「高齢者」のイメージ(抜粋)

- 筋力低下、柔軟性認知能力等の低下に伴い、自立して生活していくのが徐々に困難になっていく
- 最近の高齢者は年齢に比べて若い。65歳以上になっても仕事や趣味の活動をしている。
昔は厳しかったせいなのか、今の若者をよく怒る。生命力が高い。
- 筋力が低下し、自由に動いたり歩いたりできない。元気な人とそうでない人にわかれる。
自己中心的になりやすい。寝たきりの人が多い。
自分のことができなくなってしまう。
- デイサービス等の施設、病院にいる。
高齢になるほど、身体 の健康面の差が出やすい

図7-3：授業前アンケート『「認知症の人」のイメージ』

「認知症の人」のイメージ(抜粋)

- 自分の世界を生きている。話をしていると楽しい。
- 物忘れ、暴力的、徘徊など、1人にしておくと危険なイメージ
- 同じことを何度も繰り返してしまう。何度も同じことを言う。しかし、それには本人の遺留があるため、認知症であっても寄り添っていけば、穏やかに過ごせる人
- 中核症状・周辺症状があり、誰かの世話や支援がなければ生活できない
- 周囲の協力がないと生活していけない。仕事をしているイメージがない。徘徊してしまう

図7-4：授業後アンケート

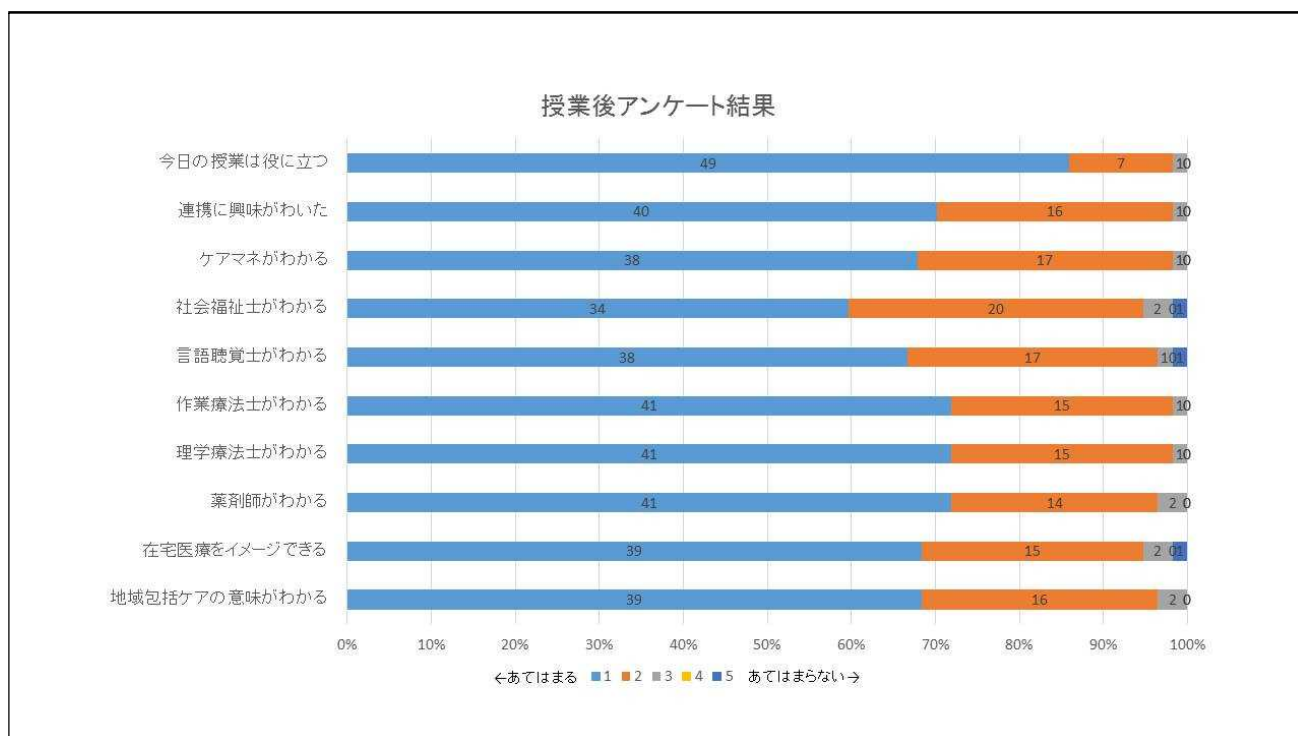


図7-5：授業後アンケート「どの職種に興味を持ったか」①

どの職種に興味を持ったか

・ケアマネジャー(18名)

- ・ケアマネジャーの、患者様の今後の生活のサービスについて患者様の生活からどんなサービスが必要か考え組み立てていくところです。
- ・ケアマネジャーのケアプランを作成する部分。限られた資源をケアする人に合わせてプランニングするところ。
- ・ケアマネは触れ合う機会が少ないため、遠い存在であったが、患者の退院後の生活を考える重要な役割ということに興味をもち、看護師を志すものとして、患者の退院後を考えるためにはケアマネとの相互理解と職種の利用が重要であることが分かった。
- ・ケアマネジャーに興味があります。患者様が入院中は看護師がその患者様にあった看護計画を立案していくが、退院になるとケアマネジャーさんが引き継ぎをしていくので、どのようなプランをたてるのか。

図7-6：授業後アンケート「どの職種に興味を持ったか」②

どの職種に興味を持ったか

・PT、OT、ST

- ・理学療法士、作業療法士。できなくなりつつあること、できたものができなくなったりしたものを医療として取り組むことによって改善できる素晴らしさを改めて知りました。
- ・理学療法士や作業療法士との連携をはかり患者様をどうADLUPをしていくかに興味を持った。
- ・言語聴覚士の嚥下の専門職に興味を持ちました。食べるという動作は大体の人であり、また、看護職や介護職では食事介助にあたってどうしても難しい人や、どう行っていくべきか分からない患者さんに出会う。その時、言語聴覚士がいれば本当に心強いし、勉強になる。
- ・作業療法士と理学療法士の違い。作業療法士が手先のリハビリをしていると知り、実際どのようなことをしているのか見てみたいと思いました。

図7-7：授業後アンケート「どの職種に興味を持ったか」③

どの職種に興味を持ったか

- 社会福祉士の高齢者の経済に合わせて話し合いを行うこと、連携室にいるということ。薬剤師の他院であっても調整を行い患者様の薬の管理をすること。
- 保健師さんや社会福祉の方とあまり関わりがなかったため、同じ医療スタッフとして仕事内容に興味を持ちました。

図7-8：授業後アンケート「今日の授業で始めて知った職種」①

今回の授業で初めて知った職種

- 理学療法士と作業療法士の違いをはっきり学ぶことができた。
- 言語聴覚士の嚥下のプロ。今まで話すことを訓練する人だと思っていました。
- 初めて知った職種はなかったが、ソーシャルワーカーについて知らない事が多くあった。
- 精神保健福祉士。社福とは違い、精神としての専門職であること。

図7-9：授業後アンケート「今日の授業で始めて知った職種」②

今回の授業で初めて知った言葉

- お年寄りセンターが、地域包括支援センターだったこと。
- 地域包括ケアという言葉を知った。
- 在宅医療連携拠点。全く知りませんでした。
- ファシリテーション、リフレクション

図7-10：授業後アンケート「今日の授業で学んだこと、気付いたこと」①

今日の授業で学んだこと、気付いたこと

- 患者様は退院したら終わりではなく、患者様の退院後の生活を他の職種と連携をとりながら考えることが大切であると今日の授業を通じまなぶことができました。
- 他職種連携により、より多くのことができるようになり、単独でやろうとするだけよりも他の職種をかりた方が患者にとって良いのだと学びました。
- 私たちは患者様の今の状態を評価考察し、どうつなげていくか考えているが、患者様がどうしたいのかは考えられずいがちなので、まずは患者様中心に考えそのために何ができるかを考察できるようにしたい。

今日の授業で学んだこと、気付いたこと

- 私たちは地域のこのような包括ケアを知ることで、入院患者の先の生活を考えた看護計画をたて、一緒に頑張る目標を持てるのではないかと感じました。訪問看護も増える中で、もっと教材としてくわしく知りたいと思いました。
- グループワークで発言したり、他の方の意見を聞いてこういう考えが他にあるんだとか、この考え方ありだなと、色々考えさせられました。意見交換ができるこういう場を大切にしたいなと思いました。
- グループワークで事例にそって話し合いをしていったのですが想像する力を使い、ひとりひとりが意見を出し合って進めていき、意見が違っていたことがありましたが一つの題にたいしてみんなで考える力がつきました。

4. 2 横浜市緑区医師会多職種連携講習会

4. 2. 1 講習概要

2016年2月3日、横浜市緑区医師会の多職種連携講習会において、本事業で開発中のワークシート案についての実証研修が行われた。参加職種は、看護師、介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャーである。

実証研修の目的は、現職看護職、介護職による、退院前カンファレンスのケーススタディ講演と「多職種連携情報共有ワークシート」案の評価である。

表5：実証研修の概要

事業名	平成27年度文部科学省委託 「成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進」事業
テーマ	地域包括ケアを担う医療・介護分野の中核的専門人材養成のための教育プログラム開発 (代表機関：公益社団法人日本医師会)
事業責任者	鈴木 邦彦 (公益社団法人日本医師会 常任理事)
日時	2016年2月3日 (水) 14:00～16:00
場所	横浜市緑区医師会館内会議室
対象	看護師、介護福祉士、社会福祉士、ケアマネジャー (22名) 内：女性16名
講師	横浜市緑区医師会訪問看護ステーション統括責任者 大迫 可奈子 (有) ノトコード 平林 慶史

当日のタイムスケジュールは、以下の通りである。

表6：実証研修のタイムスケジュール

14:00～	資料配付
14:10～	事例の実演・課題の説明
14:40～	ワークシートの記入、評価
15:30～	アンケート記入・回収

4. 2. 1. 1 事例の実演

ワークシートの記入に先立ち、事例の実演が行われた。(図8-1～8-3:事例の台本、図9:研修の様子) 実演の後、課題の説明が行われた。の様子(図10)

図8-1

【MSW】

今日は、中山さんの退院調整にお集まりいただき、ありがとうございます。
改めて自己紹介を致します。横浜緑病院、地域連携室の成瀬です。
よろしく申し上げます。

早速、情報共有させていただきます。

中山道子さん、70歳の女性です。

西八朔町(にしはっさくちょう)に74歳のご主人と二人で暮らされています。

十日市場駅近く、自宅から1キロくらいのマンションに息子さん家族が住んでおり、普段から行き来があるとのこと。ご自宅は、昭和50年に買った2階建ての一戸建て住宅。バリアフリー化などはされていないとのことでした。

1月17日、日曜日の夜、頭痛と吐き気がしたため早めにされたそうです。

夜中にトイレに起きた際に、フラフラしてうまく歩けなかったのですが、体調が悪いせいだと思いなんとか布団に戻って就寝。朝、右半身がうまく動かなくなり、ご主人が救急車を呼ばれ、当院に搬送、脳梗塞で緊急入院となりました。

現在は、右半身に麻痺があるほか、嚥下困難、若干の言葉の出にくさも見られるようです。

主治医である神経内科の橋本先生に病状経過などをご説明いただきます。

【神経内科医】

横浜緑病院、神経内科の橋本です。

中山さんは、月曜日の早朝6時過ぎに当院に救急搬送されました。

当直医より呼び出しがあり、7時過ぎに病院に着きましたが、症状から脳梗塞を考え、ご主人も昨夜から頭痛・吐き気を訴えていたと仰っていたことから、発症後8時間程度ではないかと考えました。CT画像でも、若干の脳溝の消失が見られ、t-PA治療の適応ではないと判断しました。その後、MRIで梗塞を確認、左中大脳動脈閉塞による脳梗塞と診断しました。

抗凝固薬、抗血小板薬、脳保護薬等を投与しながら経過を観察し、麻痺はあるものの全身状態が落ち着いていることから、1月25日より本格的にリハビリを開始しています。今週から脳保護薬も止め、抗血小板薬の内服のみで管理しています。

脳梗塞後の急性期のためか、血圧変動があり、時に収縮期血圧が200を超えることもあるようですが、現在は投薬はしていません。また、胸やけ・胸部不快感の訴えがあったことから、逆流性食道炎の可能性を考え、PPIを定期処方しています。

全体として経過は順調であり、退院準備を進めていただいて1～2週間で退院まで持っていければと思います。みなさんよろしく申し上げます。

【SW】

次に、病棟での状況について、内科病棟主任の矢部看護師にご報告をお願いします。

【病棟看護師】

中山さんですが、右半身に麻痺があり、現在はほとんど動かない状態です。ベッドからなら左の手足を使って起き上がることができていますし、少し不安定ですが座位にも問題ありません。利き手側の麻痺なのでご苦労されているようですが、杖や歩行器を使って病棟内をゆっくりと移動することはできるようです。

病棟では、長距離の移動は車イスで介助し、お手洗いへは杖を使い、転倒しないよう見守りながらご自分で行っていただいています。入浴は、血圧変動もあるのでシャワー浴にしていますが、今週からは浴槽にも浸かっていただいています。

食事は、利き手の障害なのでサポートが必要かと思っていましたが、ご自分で頑張ってお手洗いを取られています。むしろ、飲み込みがうまくできず、時々むせることがある方が心配です。

お手洗いについては、やはりご自分でされたいという思いがあるようです。ただ、着衣や下着をおろす所はお手伝いが必要なので、おろしてから扉を閉めて用を足すのをお待ちしている状態です。着替えなどの大きな動作はちょっと難しいかもしれませんね。

私たちはあまり違和感を持っていなかったのですが、ご本人はちょっと言葉が出にくいことがあると、実習の学生に話されていたそうです。思い言語障害や認知症の方もいらっしゃる病棟なので、私たちの感覚が鈍くなっているのかもしれない。

よく、ご主人のこと、ご家庭のことを心配されていらっしゃる、「まだ 70 なのに人様のお世話にならなきゃいけないなんて」という言葉が何度も出ているようです。時々、夜も寝付けないことがあるようなので、準夜帯のスタッフが様子を見るように申し送っています。

【SW】

ありがとうございます。今、お仕事帰りに、中山さんの息子さんにお越しいただきました。ちょっと、お母様のことについてお聞かせいただけますでしょうか。

【息子】

母がお世話になっております。中山健治と申します。

【SW】

お母様の、入院前の普段の生活について教えていただけますでしょうか。

【息子】

はい。母は 40 年ほど前、私がまだ小さかった頃に引っ越してきて、以来ずっとここに住んでいます。「人様に迷惑をかけないように」が口癖で、私が結婚した時も「お嫁さんに世話になるような年寄りにはなりたくない」と言っていました。この病気になるまでは、ちょっと血圧が高いとは言っていましたが、本当にしっかりしていて、家事全般をしっかりやっていました。

うちは家内も働いているもので、小学生の息子二人は、学校帰りに母の所に行くことが多かったです。家内も、ちょっと仕事が遅くなりそうな時は母にメールして、息子たちに晩御飯を食べさせてもらっていました。母もそれが楽しみだったようで、まあとにかく料理には自信もこだわりも持っていました。父の定年後は、毎年 1 度は旅行に行くという約束だったようで、今年も春に金沢に行こうかなんて話をしていました。もしできるならば、旅行には行かせてあげたいと私は思っています。

あとは、そうですね。私の子供時代の、いわゆる「ママ友」ですか？（笑）。そういうご近所の付き合いがあって、週に1回カラオケに行っていたみたいです。そういうお友達の方には、お見舞いにも来ていただきました。母も嬉しそうで、ありがたい限りです。

まあそんな感じで、家を守ってきた主婦なので、もちろん自宅に帰りたいでしょうし、家事や料理をしたいと思っているんですが、この状態だと難しい部分もあるのかなとは思いますが。父は、一人では何もできないタイプですし、今は私や家内が足を運んで、食事や身の回りのことをしていますが、今回のことでちょっと気落ちしていて、家もちょっと荒れ気味だなと感じています。あの家もだいぶ古いですし、半身麻痺の母が暮らせるように改造するよりは、いっそ売りに出して二人で老人ホームに入るというのも選択肢なのかもしれないと、家内とは話しました。でも、両親には言っていません。

母も、ちょっと元気がなくて、見舞いに来てあまり口数が多くないんです。だから、本当のところどう思っているのか、今後どうしていきたいのか、僕らもわからない所があります。

今日は、みなさんに、母があの家で暮らしていけるのか——、もしそうするなら、どんなサポートが得られるのか、そのあたりも教えて頂けたらと思っています。よろしくお願いします。

【SW】

お忙しい所、お越しいただきありがとうございました。

みなさん、他にお話したいこと、聞きたいことなどありますか？

【看護師】

先生、すみません。嚥下でむせることがあるんですが、脳梗塞でむせることは多いんでしょうか？

【神経内科医】

そうですね。脳梗塞によって、軟口蓋の反射低下が起きて、水分が気道に入りやすくなっているのではないかと思います。私も専門ではないので、STさんに評価していただいた方がいいかもしれませんね。NSTは関わっていないんですか？

【看護師】

ありがとうございます。どうしても、むせるのが苦しくてお食事を残されたりすることもあるので…。

NSTは、今週から関わることになっています。担当の看護師がいるので、聞いてみますね。

【息子】

私の方では、母に元気がないのが心配なんですけど、リハビリとかには前向きに取り組んでいるのでしょうか？

【看護師】

確かに、時々寝付きが悪いことはあるようですが、リハビリには熱心に取り組まれているように私たちは感じています。責任感が強い方なので、自分のことは自分でできるようにという思いを持たれているように感じています。OTさんは、利き手を変えるようなアプローチも考えているみたいですね。

図9



図10

課題

1. 中山道子さんの事例について、情報共有シートを使ってアセスメントしてください。
 - ケースカンファレンスは1度しか演じません。
 - チームメンバーで互いに情報を補い合いながら、中山さんの事例の全体像を把握して下さい。
 - アセスメントの際は、介護・福祉的な側面と、医療的な側面の両方に触れるように配慮して下さい。
2. アセスメントに基づき、息子さんの「母があの家で暮らしていけるのか——、もしそうするなら、どんなサポートが得られるのか、そのあたりも教えて頂けたら」という質問に対し、各チームとしての答えを考えてください。
 - その際に、根拠や、どのような支援を行い、どのようなサービス・資源を活用していくのかにも併せて触れてください。
3. 在宅チームとして、「退院～在宅移行～在宅生活の維持」の流れを考え、グループとして発表できるように準備してください。
 - 医療的な側面からの、将来予測やリスク管理を必ず踏まえてください。
 - 介護・福祉的な側面からの、ご本人の思いや希望に沿ったプランにしてください。
 - ご主人や、息子さん家族へのアプローチを含んでも構いません。
4. 「多職種・多施設でグループを作り、情報共有シートを使って整理した上で議論する」という今回の取り組みについて、それぞれのグループ内での気づきや工夫を振り返るとともに、今日の研修での気づきや、この情報共有シートを、今後の仕事にどのように活かせるかどうか、コメントして下さい。

4. 2. 1. 2 ワークシートの記入・発表

ワークシートの記入は、看護職、介護職をランダムに分けた、5グループ単位で行われた。現職の看護職、介護職による記入であったので、12月の看護職養成所の学生よりも円滑な記入ができていた。ただ、その後の発表において、情報シートを元に、現実のケアプランに反映できそうな記述は、1グループに止まり、現職の看護職介護職が使用する場合にも、記入そのものへの経験が、必要なことが分かった。

本件は、2月8日の実行委員会でも報告され、映像教材に「多職種連携 情報共有ワークシートの記入の仕方」を追加することとした。

4. 2. 2 アンケート

多職種連携研修終了後、事例のロールプレイと、多職種連携 情報共有ワークシートについてアンケートを実施した。図11にアンケート票を掲載する。

2016-02-03 横浜市緑区医師会 多職種連携研修会（文科省委託事業）

研修会参加者アンケート

本日は、多職種連携研修会にご参加いただきありがとうございました。
以下のアンケートにご協力ください。

所属機関	a.病院 b.訪問看護ステーション c.診療所 d.老健 e.特養 f.居宅介護支援事業所 g.有料老人ホーム h.通所型介護施設 i.地域包括支援センター j.他【 】
資格・立場	a.看護師 b.保健師 c.介護福祉士 d.社会福祉士 e.ケアマネ f.主任ケアマネ
経験年数	資格取得後【 】年 / 現在の職場での勤続【 】年

※所属機関/資格・立場は、該当するものを全て選んでください。経験年数の「資格」は、現在主に業務に携わっている資格についてお答えください。

Q1. これまで、多職種連携に関する研修会に参加したことはありますか？

- a. ない（今回初めて参加した） b. 一度だけある c. 何度も参加したことがある

Q2. 読み上げ（ロールプレイ）による事例提示について、どう感じましたか？（あてはまるもの全て）

- a. 実際のカンファレンスに近いと感じた b. 緊張感があった c. よく聞き取れなかった
d. ついていくのに精一杯だった e. グループワークがやりにくい f. チームメンバーに助けられた
g. 把握できる情報に差があった h. 面白かった j. 普段の研修と変わらない i. 意味がない

Q3. 「多職種連携 情報共有ワークシート」について、どう感じましたか？

- (1) 情報の整理のしやすさ 【 よい ・ まあよい ・ あまりよくない ・ よくない 】
(2) グループワークのしやすさ 【 よい ・ まあよい ・ あまりよくない ・ よくない 】
(3) 今後、自分も使いたいと 【 思う ・ まあ思う ・ あまり思わない ・ 思わない 】
(4) 改善を望む点・良い点などを自由にお書きください。

Q4. 今日の研修会の満足度をお答えください。

- a. 満足した b. まあ満足した c. あまり満足していない d. 満足していない

その他ご意見があれば、以下の空欄にお書きください。ありがとうございました。

4. 2. 3 結果分析

アンケートの結果は以下の通りである。(図12-1~12-5)

その他の不満点(図12-5)のとおり、ファシリテーターの必要性や、個人的な話に流れることへの不満等、現職の多職種でも限られた時間内に話をまとめることが困難なことがうかがわれた。

また、ワークシートについて(図12-2)では、何処に何を記載すれば良いのかが分からないことが、複数の参加者から挙げられた。これは、改善点(図12-3)で記入例を用意した方がよいという提案されていることと、対となっている。4. 2. 1. 2で述べたとおり、これを受けて、映像の最終版には、映像教材に記入の仕方を追加することとした。

図12-1

ワークシートについて: 良かった点

- チームで一つ一つ話のできたので脱線することがなかった。実際に使ったら聞き漏れなくできそうだと思う。
- 多職種での情報共有はしやすい。
- 課題を整理しやすかった。
- 書くところが少なくシンプルである。
- 同業同士でも話が通じないことがあるが、このシートは少しでもそういった差を埋められると思う。自分のステーションでも使ってみたい。

ワークシートについて: 不満点

- リスク・予測の記入欄がたくさんあり、重複して記入するのが大変だった。
- 心身機能の評価で、困り事がどこに属すのかわからず、難しかった。
- どこに書き込めばいいのかがわかりにくかった。

ワークシートについて: 改善点

- ワークシートへの書き方について見本など、参考になるものがほしい。
- ワークシートの記入方法等、ポイントを先に説明した方がよりわかりやすくなると思う。
- 服薬状況の記入欄もあると良い。ケアマネの立場からの情報として少し記入したい項目もある。
- 手書きでなくソフトウェア化して更新できるようにしたい。いずれはICT化できると良い。

その他：良かった点

- 看護師さんの話が良く、予後などがわかりやすかった。
- 看護師の方がいることで解決ができた。
- 医療の方の情報のとらえ方が勉強になった。
- 今後意識して積極的に連携を図っていきたい。
- 色々な側面から考える機会があるのがとても良かった。

その他：不満がある点・改善点

- ファシリテーターがいるとさらに良い。
- メンバーによる部分もあるだろうが、自分の話などにそれていき、話が進まなかった。
- グループ内であまり質問が出ず残念だった。

5. 事業総括

5. 1 今年度事業の成果物について

本事業は、「成長分野等における中核的専門人材養成等の戦略的推進」である。今年度の事業計画立案時の課程で、中核的人材を養成するためには、教材は初級者用（将来的に中核的人材となる人材の裾野を広げる）、上級者用（中核的人材を養成する）等、ランクごとに教材を作成することが検討された。

しかし、昨年度の実績結果より、地域により多職種連携に濃淡があること、及び、既に多職種連携が進展している地域は兎も角、全国的にはこれから地域包括ケアシステムの中で多職種連携が進められていくことに鑑み、まず人材の裾野を広げることが第一であると判断した。そのため今年度事業は、初級者用の教材を作成することとした。

本事業の成果物たる教材は、DVD及び学習用ワークブックで構成される。これを都道府県医師会、郡市区医師会、及び、医師会立看護職養成所に送付し、地域の医師会が開催する多職種の研修会や医師会立看護師等養成所の授業における活用を依頼した。

また、ホームページ上にも同教材をアップすることとした。

5. 2 教材の策定過程及び実証研修における反省点

教材の作成をワーキンググループに委ね、医療・介護・教育の専門家による検討を重ねたことは、教材に多様な視点を盛り込むことができた点、非常に有益であった。

反省点として、多様な視点を反映させるため、仕様確定までに約4ヶ月を要し、その後の取材やスタジオ撮影の時期が極めて短期間になったことが挙げられる。

方向性を決めるための実行委員会の活用が、より重要となると考えられる。

上記のような理由で、短時間での教材作成を要することになったため、実証研修は、教材案で実施することとなったのは、反省すべき点である。ただ、教材案の時点で実証研修できたことは、現場の意見を反映した教材作成という観点から、有効であったと思う。

計2回の実証研修では、教材案に対し、多くの提案を集めることができ、教材の質の向上に資することになったと考えられる。

5. 3 今後の事業について

今後の事業展開として、本教材に基づく地域の医師会及び医師会立看護職養成所での研修のサポートが挙げられる。

また、このサポートを通じて収集した意見を元に、ワンランク上の教育プログラムの作成が挙げられる。

以上