

本人と家族の意向に沿った 多職種連携の推進について

～テーマ実現に向けた令和 6 年度の実行計画～

令和 6 年 7 月 1 1 日
柏市地域医療推進課

検討の流れの再確認

2025年に向けた柏市全体の
取組みの方向性を共有

R3年度第3回

多職種連携のテーマ設定

「本人と家族の意向に
沿った多職種連携の
推進」

p.29

R4年度第1回

ポイント設定に向けた検
討(1)

- ・ 質的側面
(エピソード)

p.31-36

R4年度第2回

ポイント設定に向けた検
討(2)

- ・ 量的側面
(評価指標)

p.31-36

R4年度第3回

ポイント設定に向けた検
討(3)

- ・ アウトカム
(満足度調査)

p.37

R5年度第1回

4場面ごとのポイント設定

※

- ・ テーマに対する共通認
識

p.39-42

R5年度第2回

ヒアリング

- ・ ポイントを踏まえた
中長期目標
- ・ 今後の取り組み

R5年度(R6年)1月

ヒアリング結果の共有

- ・ 各職能団体における
今後の取り組み

p.7-25

R5年度第3回

※ 4 場面とは、医療職と介護職の連携が特に必要な場面を指す

1. 入退院支援 2. 日常の療養支援 3. 急変時の対応 4. 看取り

テーマ実現に向けては
委員が入れ替わっても継続されていく
実行性の確保が必要と考えた

今後の予定（案）

| R6年度第1回協議会（7月）

- 5年後の目標に向けた取り組みについて共有してください
 - 既に開始した具体的な取り組み（事業）の実践例
 - R6年度の事業実施計画 など

具体的な取り組み（事業）

テーマの実現に向けた目標に近づくための

- 職能団体ごとの取り組み
- 多職種間・関係機関との取り組み

計画作成の依頼にあたっては
書きやすさを重視し
質問形式とした

質問形式（3問）

Q1

ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか

Q2

5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

Q3

今年度実行する取り組みは何ですか？

具体的に教えてください（いつ頃・どんなことを行うか等）

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

*ヒアリングシートの番号を記載してください。

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

テーマ実現に向けた令和 6 年度の実行計画

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

在宅プライマリケア委員会での共有

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

*ヒアリングシートの番号を記載してください。

- ③、⑦、⑫、⑮：カシワニネットの普及
- ⑭、⑮：病院との信頼関係を築く連携
- ⑰、⑱、⑳、㉑：市民への看取りについての研修会の実施
- ⑯主治医副主治医制度
- ㉒、㉓：在宅療養支援終了後の家族や支援者のケア
- ⑪、⑬：災害対策

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

- ・啓発・広報部会にて「わがや」の周知方法を引き続き検討する。（①）
- ・出張版顔の見える関係会議を引き続き行う。（②）
- ・退院前カンファレンスの実施を増やすことについて在宅プライマリケア委員会にて対策を検討する。（③）
- ・第3回顔の見える関係会議アドバンス会議には、積極的に病院スタッフへ声をかけていく。（④）
- ・第1回顔の見える関係会議にてサービス担当者会議で「ACP」を行う事について、ケアマネを始めとした多職種と共有する。（⑥）
- ・訪問看護およびリハビリも含めた在宅医療連合学会への参加と柏市の取り組みの発表。（⑦）
- ・10月20日参集研修（⑨）
- ・柏市地域BCPワーキンググループによる在宅人工呼吸器装着者の個別避難計画作成（⑪）
- ・第1回顔の見える関係会議にて「もしものとき」を参加者ひとりひとりが、話し合う機会を持つ。（㉒，㉓）

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		・ 柏市民が疾病・障害を抱えていても安心して、希望する場所で療養することができる。 ・ 支援者自身も安心できる環境で、疾病や障害を抱えた市民の人生の最終段階を支援することができる。 ・ 支援された市民が亡くなった後も、家族および支援者の心のケアができる環境がある。
5年後の職能団体としての具体的な目標（4場面共通）		・ 在宅医療を導入した市民はすべて、自身の意向を表明する希望が確認され、希望する場合は医師を含めた多職種の支援のもとACPを作成することができる。 ・ 退院前カンファレンスの実施回数の増加 ・ サービス担当者会議で本人の人生の最終段階についての意向確認の機会を必ずもつことと、その実施回数の増加
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	①「わがや」を通じて市民に在宅医療という選択肢を知ってもらうこと ② 病院側に在宅医療の情報提供を進める。「出張版顔の見える関係会議（地域包括ケアシステム研修会）」の開催 ③ICT「カシワニネット」を用いた病院・診療所間の連携（病院へのカシワニネットの普及） ④退院前カンファレンスの実施を在宅側から積極的に提案する。 ⑤顔の見える関係会議への病院スタッフの参加を促進する。
	日常の療養支援	⑥本人の意向を多職種で確認する機会を持つ（サービス担当者会議を人生会議にする。）。またこれをくり返し行う。 ⑦それぞれが確認した本人・家族の意向をカシワニネットで共有する。 ⑧医師会（在宅プライマリケア委員会）と他職種との連携体制を積極的に行う（柏市訪問看護ステーション連絡会との研修会・柏市在宅リハビリテーション連絡会・認定栄養ケアステーション柏市連絡協議会との連携など） ⑨在宅医療に参入する医師を増やすために「在宅医療推進のための多職種連携研修会」の継続開催 ⑩在宅医療について相談する窓口（地域医療推進課）の周知 ⑪災害時の対応について検討しておく。
	急変時の対応	⑫あらかじめ、症状が変化したときの本人の意向を確認し、関係する多職種と「カシワニネット」を用いて共有しておく。 ⑬救急医療情報キットの準備と普及 ⑭在宅医が直接病院と連絡をとり病室を確保した上での救急搬送 ⑮診療情報を早急に送ることができる体制づくり ⑯24時間365日を必ず対応できる体制づくり（診療所間の連携、強化型および主治医副主治医制の確立）
	看取り	⑰死ぬことをタブー化せず、本人・家族と率直に死を迎える場所と死を迎えるときそばにいてほしい人について話し合う。必要時は話し合うが「死」を話題にすることは侵襲性が高いので、必要最小限の回数にする。 ⑱死ぬまでにどのように生きていきたいかに焦点を当てた話し合いを行う。 ⑲「カシワニネット」での状況共有を行う。 ⑳「家で死ぬということ」を市民に向けて、情報提供・啓発の場を作る。 ㉑「ACPや看取り」について多職種向けの研修を行う。 ㉒支援終了後に関係職種が振り返り、労いの機会（デスカンファレンス）を行う。 ㉓遺族の悲しみへの支援の機会を作る。現在ある遺族ケアのNPOなどと連携する。

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

理事会にて理事者に説明周知
理事者より各担当委員会にて会員へ説明

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

*ヒアリングシートの番号を記載してください。

①、③

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

- ・ 7月10日(水)摂食嚥下講習会 会員向けベーシック編（③）
- ・ 10月 3日(木)ケアマネ講習会 オーラルフレイルについて・歯科との連携について（③、④、⑤）
- ・ 11月10日(日)かむかむ健康フェスタ オーラルフレイルの市民周知
- ・ 令和7年2月26日(水)オーラルフレイル講演会訪問診療で出会うオーラルフレイルについて。他職種向けにも案内予定（③、④、⑤）

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		• かかりつけ歯科医が依頼に応じて訪問診療を行い、必要に応じ専門医を紹介できるシステムの構築（ピラミッド型システムの構築） • 摂食嚥下指導等専門医の育成
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		• 口腔の健康維持の必要性や在宅医療について、外来時から市民への周知を図る • 高齢者に対し、患者の将来を見据えた治療と地域包括支援センター等の多職種と連携したオーラルフレイルの更なる啓発
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	①周術期口腔ケアの徹底 a.入院治療がスムーズに受けられるよう、日頃から口腔の健康維持を目指す取り組み b.かかりつけ医を持ち、継続的な専門的口腔ケア施術の必要性を周知 ②病診連携の更なる浸透 a.退院時共同指導への歯科の更なる参加
	日常の療養支援	③かかりつけ医機能の強化 a.かかりつけ医が依頼に応じて訪問診療を行い、必要に応じ専門医を紹介できるシステムの構築 b.かかりつけ患者の情報を必要に応じ多職種と共有し、連携を図る
	急変時の対応	④必要に応じ多職種と連携し、対応できる体制の構築（迅速な情報提供等） a.対応可能な歯科医の育成 b.対応可能な歯科医を紹介できる体制の構築
	看取り	⑤必要に応じ多職種と連携し、最後まで食事を楽しみたい等、本人・家族の意向に沿うことができる体制の構築（胃ろう設置時等） a.対応可能な歯科医の育成 b.対応可能な歯科医を紹介できる体制の構築

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

在宅委員会の中で議題として取り上げ協議しました。

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

*ヒアリングシートの番号を記載してください。

③、⑤

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

- ・昨年度も実施しましたが、県庁薬務課麻薬指導班の方に依頼をして、麻薬のしおりの内容を講義してもらう。時期は秋ごろを予定。（③a.b）
- ・在宅委員会が企画する年3回の研修会の1つとして、2025年2月ごろ実施。緩和薬物療法認定薬剤師等に依頼をして、講義形式の研修会実施。（⑤）

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		多職種間・同職種間・薬局間の連携強化を図り、本人と家族が安心して在宅医療が受けられるよう、適正な薬物治療を通じて支援する。
5年後の職能団体としての具体的な目標（4場面共通）		- 在宅医療に取り組む薬剤師数の増加とスキルの向上及び患者家族に寄り添う心の教育 - 必要時、患者に迅速に提供できるよう、麻薬処方せんに対応できる薬局（麻薬小売業者間譲渡契約薬局）の増加 - 退院後の在宅療養へのスムーズな移行
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	①在宅療養へのスムーズな移行のため、入退院時カンファレンスへ参画し、病院薬剤師と薬局薬剤師とが連携し、情報共有を図る。 a.薬物治療計画の共有や自宅で実現可能な薬剤選択及び服用法の提案
	日常の療養支援	②適正な薬物治療になるよう、専門知識を活用したモニタリング（副作用・効果の確認）の結果を、多職種間の情報を基に検討及び提案できる薬剤師の育成 ③麻薬治療に関する正しい知識の提供と患者をサポートする体制を拡充する。 a.麻薬治療についての知識や有用性の啓発 b.麻薬の使い方を正しく理解した薬剤師の育成
	急変時の対応	④急変に迅速に対応するため、サポート薬局制度を積極的に活用する。 （相互支援による夜間・休日の対応、担い手不足の解消等）
	看取り	⑤適切な疼痛ケアのため、麻薬持続点滴など様々な場面に対応できる薬剤師の育成 ⑥多職種とともに家族へのグリーフケアに臨むための薬剤師への教育

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

役員内での共有をしていたが、団体内への周知については、大まかな報告に留まっている。

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

*ヒアリングシートの番号を記載してください。

②、④、⑤、⑥、⑦、⑧

在宅医療を持続するための訪問看護師の役割を明確にして、それぞれの職種の強みを活かした連携を図る。

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

- ・研修部会で作成された意思決定支援eラーニングの視聴を勧め、意思決定支援において果たすべき役割を個々の看護師がイメージできるようにする。（②、⑤、⑥、⑦、⑧）
- ・コミュニケーションスキルの向上に努め、本人家族、支援者らの気持ちを聴くことができる看護師を増やす。（④、⑤）
- ・支援をしていく上で、多職種からの情報を得られるよう能動的な態度で臨むとともに、得られた情報が本人家族の意向に添った支援をする上でどのように役立ったのかをポジティブフィードバックする。（②、⑤、⑧）
- ・多職種連携ではないが、東葛北部地域におけるネットワーク強化のため、会議への積極的な参加を継続的に働きかけていく。

柏市訪問看護ステーション連絡会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		- 在宅医療のあらゆる場面において、訪問看護師の専門性を発揮し本人・家族の意向に沿うよう、医師、多職種、病院と、切れ目のない多職種連携を構築する。 - 訪問看護ステーション間の連携を強め、必要な場面で協力して在宅療養を支える。
5年後の職能団体としての具体的な目標（4場面共通）		- 訪問看護ステーション間の連携を強め、必要な場面で協力して在宅医療を支える。 - 在宅医療を持続する為の訪問看護師の役割を明確にして、それぞれの職種の強みを活かした連携を図る。 - 東葛北部地域におけるネットワーク強化
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	①病院看護師、病院相談員とも関係構築する。 ②本人・家族・支援者で日頃話し合われている意向を共有していく事で入退院支援をシームレスに行う。
	日常の療養支援	③多疾患を抱える高齢者が増加し、複数の医療機関、診療科を受診している事から外来看護師・病院相談員とも関係構築する。 ④日頃からどんな生活を送りたいかなど、本人の意向が確認できるような支援を行う。 ⑤本人、家族、支援者と日頃からコミュニケーションを図り、率先して支援チーム内に発信する。
	急変時の対応	⑥日頃から確認が得られている内容に沿って速やかに対応をする。
	看取り	⑦本人への理解と尊厳を持った上で、本人・家族にくり返しの意向確認を行う。 ⑧本人・家族の意向について、多職種との情報共有及び連携を図る。 ⑨グリーフケアの充実

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

- ・ カシワニネットの総務会の部屋
- ・ 個別にヒアリング
- ・ 総務会（会議）で共有

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

* ヒアリングシートの番号を記載してください。

①、⑥、⑦、⑩

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

- ・ 地域ケア個別会議の出席（5月）：行政や多職種が一堂に会し、個別ケースを通じて地域の課題抽出や解決手段を検討する。（⑥）
- ・ 柏市介護支援専門員協議会主催の研修開催（4回／年）：他職能団体との合同研修会等（①、⑥、⑦、⑩）
- ・ 地域BCP策定に向けたコアメンバー会議への参加（4回／年）：効果的な安否確認や関係者間で情報共有出来る体制整備（①、⑥、⑦、⑩）
- ・ 在宅医療、介護多職種連携協議会への参加：顔の見える関係会議等の研修、啓発・広報、ICT等（①、⑥、⑦、⑩）
- ・ 地域支え合い推進協議会、地域支え合い会議への参加（地域の実情に合わせ開催）：（①、⑥、⑦、⑩）
- ・ 高齢者権利擁護ネットワーク運営会議への参加（2回／年）：高齢者虐待防止の啓発や高齢者虐待を早期に発見し、高齢者とその家族への支援を行う事を目的。（⑥）
- ・ 認知症にやさしいまちづくり会議への参加（1回／年）：認知症及び認知症予防の普及・啓発、各関係機関との連携及び資質の向上等（①、⑥、⑦、⑩）

柏市介護支援専門員協議会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		- 同職種間の連携、情報交換、研修により、専門的な知識・技術の向上に努め、利用者の立場に立った公平・公正な介護保険の運用に寄与する。 - ケアマネジメントを通して地域の課題をとらえ、本人・家族の望む生活の実現に向けて必要なサービス・資源の構築等に関する提案を行う。
5年後の職能団体としての具体的な目標（4場面共通）		- ICTを活用し、同職種・多職種との連携体制強化、及び行政や各関係機関との連携・協働を推進する。 - 災害や感染症等の状況下でも、安心して療養生活が送れるよう、切れ目のないネットワークを構築する。 - 行政や各関係機関に対し、介護支援専門員としての意見・提案等をできる機会の構築を図る。
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	①同職種間・多職種間及び関係機関との連携体制を構築し、退院後の生活に向けて、早期からの情報共有・連携・調整を図る。 ②本人の意向は、本人・家族・支援者で話し合い、入院前の状況や想いも含めて都度共有しながら、本人の意向に沿った意思決定ができるよう支援する。 ③本人の意向に差異が生じた時は、支援者間で確実かつスムーズに共有するとともに、本人・家族の納得や理解が得られるように心掛ける。
	日常の療養支援	④すべての支援者が本人・家族との信頼関係が築けるように、コミュニケーションが取れる環境作りを図るとともに、本人が日頃から意向を表出できるようなアプローチを心掛け、望む生活の実現を目指す。 ⑤本人・家族が主体的に考え選択できるよう、インフォーマルも含めたサービスの情報提供をする。 ⑥本人・家族・支援者間で認識の差異が生じないよう、本人の意向や支援の目的等を共有するとともに、関係機関との連携体制の構築・強化を図る。
	急変時の対応	⑦事前に家族等の緊急連絡先や支援者間の連絡体制等を整理し、お互いに確認しておく。 ⑧本人の状態変化に合わせた速やかな対応ができるよう、支援者側のスキルアップや支援体制の構築を図る。
	看取り	⑨意思決定支援において、その必要性を本人・家族が理解できるように心掛けながら、本人への尊厳の心を持って、くり返し行う。 ⑩カシワニネット等のICTを活用し、支援者間での情報共有を図り、連携体制を強化する。 ⑪看取り後を含め、本人だけでなく、家族にも配慮した支援を行う。 ⑫意向に沿った看取り体制の構築・強化に向けて、看取り後の支援者側の振り返りの充実を図る。

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

千葉県医療ソーシャルワーカー協会では、理事会にて相談。市町村単位により地域実態に即した回答が望ましく。昨年度に柏市地域医療推進課へ確認させていただいた通り、柏市勤務の医療ソーシャルワーカーとしての回答としての共有で良いと確認。

なお、柏市に医療ソーシャルワーカーの協議会等があれば、そちらの協議会へ参加団体を移行する事も可能と併せて確認した。

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

*ヒアリングシートの番号を記載してください。

①、②、③

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

- ・既存のMSW会議等を通じた関係機関の意思決定支援に関する取り組みを共有し、現場での実践と組織体制に反映する。(①、③)
- ・6月から面会制限がさらに緩和されたことに伴い、対面でのコミュニケーション機会増進をはかる。並行して、事案によってはICTツールを活用する事が望ましい場合は個別性を考慮して適切な活用を進める。(②、③)
- ・当院での面会状況や取り組みを他機関とも共有することで、当院のみならず他機関でのコミュニケーション機会の増進の契機となるよう発信する。(①、②、③)

医療ソーシャルワーカー

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		各所属機関の地域性や機能等により業務範囲に差はありつつも、地域資源の実態等に合わせた所属機関の役割を発揮できるよう、地域資源との交流機会の増進を行い、そこで得られた情報の院内外への周知・発信に努める。
5年後の職能団体としての具体的な目標（4場面共通）		- 地域資源、病院間の連携機会を促進し、得た情報を意思決定支援へ還元できる。 ➢ 対面での情報共有機会の重要性も踏まえた上でのICTツールの適切な活用 ➢ MSW会議等、既存会議での課題抽出と解決方法の構築
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	①本人、家族等意思決定者が十分に意思決定できるよう、院内チームでの働きかけを促進する。 a.状況に応じた情報共有機会の提案 b.本人、家族の意向を中心に在宅チームと院内チームの双方向でのやり取りができる体制の促進
	日常の療養支援	②コロナ禍で下降傾向にあった、面会やカンファレンス等によるコミュニケーション機会を増進する。 ③対面機会が限定される事を前提とした、本人、家族、多職種へのタイムリーな情報共有機会の整備と実践を図る。 a.可能な範囲でのICTツールの活用 b.他機関での取り組みの確認と反映
	急変時の対応	④本人、家族の意向、あるいは早期に確認が見込めない場合の推定同意について、速やかかつ確実に情報共有ができるよう、多職種との連携体制を維持・強化する。 a.入院前の状況や思いを意思決定に反映できるような、早期からの連携ができる体制の整備
	看取り	⑤希望する適切な看取りの環境に、可能な限り近づける事ができる体制を構築する。 a.迅速な情報共有に向けたICTツールの活用、看取り方針に至るまでの継続した支援者間の情報共有

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

理事会のSNSおよび、オンライン会議で共有をした。

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

*ヒアリングシートの番号を記載してください。

③、④、⑤、⑥、⑦

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

- ・オンラインの意見交換・情報交換のリハカフェを奇数月（月1回）実施する。（④、⑤、⑥、⑦）
- ・福祉用具を知るための研修会の企画・運営（9月頃）（③）

柏市在宅リハビリテーション連絡会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		・ 同職種間での各領域（病院、在宅、疾患、発症時期など）を越えた情報共有・連携の強化 ・ 多職種との相互理解促進、連携の強化 ・ 介護予防事業の担い手として、市民のフレイル予防への貢献
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		・ 入退院・入退所時の情報共有ツール（リハサマリー）の様式を作成し、柏市内の同職種がシームレスに情報共有を行う。 ・ その人らしく生活する選択肢を増やせるよう、リハ専門職として研修等でスキルアップを行う。
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	①連絡会で意見を出し合い、柏市で共通化したリハサマリーの作成を進め、同職種連携を強化するとともに、多職種連携の推進を図る。 a.疾患別・急性期・回復期・維持期・生活期など、それぞれの経過を共有
	日常の療養支援	③生活期の環境調整（家屋・福祉用具・装具など）について、多職種に対し専門的な視点で積極的に発信する。 a.同職種・多職種向けの研修の企画・開催
	急変時の対応	④急変時の対応や緊急性の判断が出来るよう、研修によるスキルアップを図る。 ⑤本人・家族・多職種と普段からコミュニケーションを積極的にとり、必要時に柔軟な対応を可能とする。
	看取り	⑥ACPや意思決定支援への理解を深める。 ⑦ICTを活用し、本人・家族の意向を支援チームで共有する。 ⑧ターミナル期におけるリハビリの必要性への理解促進のため、多職種へ働きかける。 ⑨看取り後のカンファレンスへ積極的に参加し、多職種の考え方や捉え方の違いへの理解を深める。

連絡会での研修やカジュアルな情報共有の場の設定

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

各栄養ケア・ステーションはメール添付で文書を供覧後、認定栄養ケア・ステーション柏市連絡協議会役員会で話し合った。

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

*ヒアリングシートの番号を記載してください。

① ④ ③ ② ⑤

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

- ・カシワニネットを活用し、他職種と情報共有を行う。（② ⑤ ⑥）
- ・多職種と合同の勉強会の開催（ヘルパーさん、CMさんなどへの簡単に出来るメニューの調理実習）（④）
- ・病院・福祉施設・在宅で行った昨年度の顔合わせから進み、同職種連携を勧め、協力して栄養情報提供書を作成する。（①）
- ・保健相談例、在宅療養栄養相談の実際例や各栄養ケア・ステーションの取り組んでいる仕事や行事等の紹介の載ったパンフレットを作成し、多職種に配り、多職種や地域住民への理解と連携のしやすさを図る。（④）
- ・急変時の対応についての必要なBCPについての勉強会を持つ（⑤）

認定栄養ケア・ステーション柏市連絡協議会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		・ 地域住民の栄養ケアにシームレスにかかわれるように努める。 ・ 管理栄養士の支援スキルの向上と標準化。 ・ 在宅療養者の食支援だけでなく、地域住民の健康増進、疾病の重症化予防に寄与する。
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		・ 居宅療養管理指導を推進するために、柏地域の病院・介護施設の栄養士・管理栄養士との同職種連携を図り、協力体制を構築する。 ・ 同職種による情報共有及び研修会を実施し、スキルアップを図る。 ・ 在宅療養中であっても、栄養士に繋がれる体制の構築。 ・ 認定栄養ケア・ステーションの存在や役割に関する情報を、他職種や地域住民へ周知。
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	①居宅と病院、介護施設との連携を図るため、栄養情報提供書を活用する。 ②本人、または家族から入院中の情報や退院後の療養生活における食に関する困り事・要望等を聴取し、多職種と共有・連携して食支援を行う。
	日常の療養支援	③主治医の指示のもと、CM、ヘルパー等と連携して、病態に沿った食支援に対応する。 ④多職種と連携できる関係を、常日頃から作っておく。
	急変時の対応	⑤急変時の対応を家族・本人、多職種と共有しておく。
	看取り	⑥多職種と相談しながら、家族ができそうなことや、本人の負担にならないような食の提案を行う。

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

理事会、総会で周知を行う

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

*ヒアリングシートの番号を記載してください。

② ① ③ ⑨

協議会で会員に向けて研修を行う

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

- ・ 8～9月頃、協議会で研修会、講演会を企画しているため、多職種連携に関わる医療従事者をお招きして多職種連携について話していただき、協議会内でも共通理解として勉強していきたい。

（② ③ ⑨）

柏市介護サービス事業者協議会

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		・ 多職種・同職種間の連携を強化し、総合的かつ効果的な支援の提供 ・ 介護人材の定着と確保 ・ 介護職員の専門職としてのスキルアップと、サービス・ケアの質の向上 ・ 支援者間のネットワーク構築・強化
5年後の職能団体としての具体的目標（4場面共通）		・ 多職種と連携し、個々のニーズに合わせたケアやサービスを提供する。 ・ スキルアップのための、研修機会を提供する。 ・ 協議会の会員を増やし、ネットワークを構築・強化する。
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	①本人・家族・支援者間で情報共有を図り、退院後、適切なケアやサービスにつなげる。 a. ICTを含めた情報共有ツールの活用 b. MSWとの連携強化
	日常の療養支援	②本人の希望を聞き取り、支援チームで共有する。 ③家族の負担軽減のために、外部サポートや住環境改善策を必要に応じて提案する。 ④ICTを活用した情報共有を推進する。
	急変時の対応	⑤支援チーム内で本人の意向・連絡先を確認しておく。 ⑥急変時に対応できるスキルを習得する。
	看取り	⑦支援チーム内で情報共有し、本人・家族が望む看取りを実現させる。 ⑧本人・家族に対し、心理的なサポートを行う。 ⑨ACPや意思決定支援の必要性を支援者が理解する。 a. 意思決定をサポートするためのスキルアップ

地域包括支援センター

Q1 ヒアリングシートをどのように団体内で共有しましたか。

協議会開催後の柏市地域包括支援課主催のセンター長会議にて、市内12カ所の地域包括支援センター長に資料を提示し説明、共有した。

Q2 5年後の目標に向けて優先的に取り組みたいこと（いくつでも）

*ヒアリングシートの番号を記載してください。

① ③ ⑤ ⑦

Q3 今年度実行する取り組みは何ですか？具体的に教えてください。

（いつ頃・どんなことを行うか等）

各取り組みに対応するヒアリングシートの番号も記載してください。

- ・各地域包括支援センターごとに、ケース対応における協働の充実、ケアマネジャー支援を目的とした事例検討会を開催する。事例検討会の中で、わたしの望みノートを紹介し、ご本人の「らしさ」を支援していくためのツールとして活用できることを周知する。
※実施時期については、各地域包括支援センターの年度事業計画に基づいて対応（①，⑤，③）
- ・顔の見える関係会議へセンター職員が積極的に参加し、平常時から多職種との関係づくりを行うことで、スムーズな連携のできる関係を構築する。
特に、圏域別顔の見える関係会議では、各包括圏域内のケアマネジャーや介護サービス事業者へ参加を推奨する。
（R6.11月）（①）

地域包括支援センター

2040年に向けた職能団体としての方向性（4場面共通）		「全市民※が地域包括ケアの主役になるまち柏」の実現を目指す。 ※ 在宅医療を受けている本人とその家族だけでなく、今後、在宅医療を受ける可能性がある者全て
5年後の職能団体としての具体的な目標（4場面共通）		- 上記の達成のため、各包括圏域（中圏域）単位で、かかりつけ医等との協働・協力の上、全世代に向けた包括ケアシステム普及活動の実施 - 医療・介護のより円滑な情報共有や連携に向けたICTのさらなる実装活用
目標の実現に向けた4場面ごとの具体的な取り組み	入退院支援	①日頃から、ケース対応における協働の充実を図る。 a.多職種による事例検討の実施を通じた医介連携、病院・施設・在宅の連携の強化 ②多職種連携や支援者の支援につながるように、全職種・各職能団体が共通理解できる情報共有ツール（カシワニネットを含むICT等）の活用を促進する。
	日常の療養支援	③ご本人様の「らしさ」を支えるための、地域特性に応じた社会資源の情報集約や開発を促進し、またその発信力を強化する。 ④総合相談支援や家族会への協力ならびに参加を通じた介護者支援の充実。
	急変時の対応	⑤ケース対応における協働の充実を図る。 a.多職種による事例検討の実施を通じたケアマネジャー支援の強化 ⑥総合相談支援や家族会への協力ならびに参加を通じた介護者支援の充実を図る
	看取り	⑦ACPの実践に向けた支援体制の強化、介護者及び支援者によるケアチームの熟達を促進する。 a.グリーフケア、デスカンファの充実

今後の予定

3 月協議会で共有をお願いします。

成果 次年度の予定

詳細は後日お知らせします。

【参考】 これからの在宅医療・
介護多職種連携のテーマ

いただいたご意見

“変化する意向をタイムリーに多職種で情報共有することが、非常に大事な部分”

“受容の段階で認識のずれが生じたケースが続いた。こうした課題を考えていくことが質の向上に繋がるのでは”

“本人の意向に対する医療と介護での受け止め方の相違に踏み込むことで、多職種連携の水準が上がっていく”



これからの在宅医療・介護多職種連携のテーマ

本人と家族の意向に沿った多職種連携の推進

【参考】 検討結果のまとめ

テーマ「**本人と家族の意向に沿った多職種連携の推進**」の実現に向けて

1. **質的側面**からの検討（令和4年度第2回協議会）

- (1) 本人の意向に沿った支援をする上で**大切にしていること**
- (2) 本人の意向に沿った支援を**多職種で実現していく上での難しさ**
- (3) 自分や自分の家族が医療・介護を受けるとしたら、**支援者に大切にしてほしいこと**

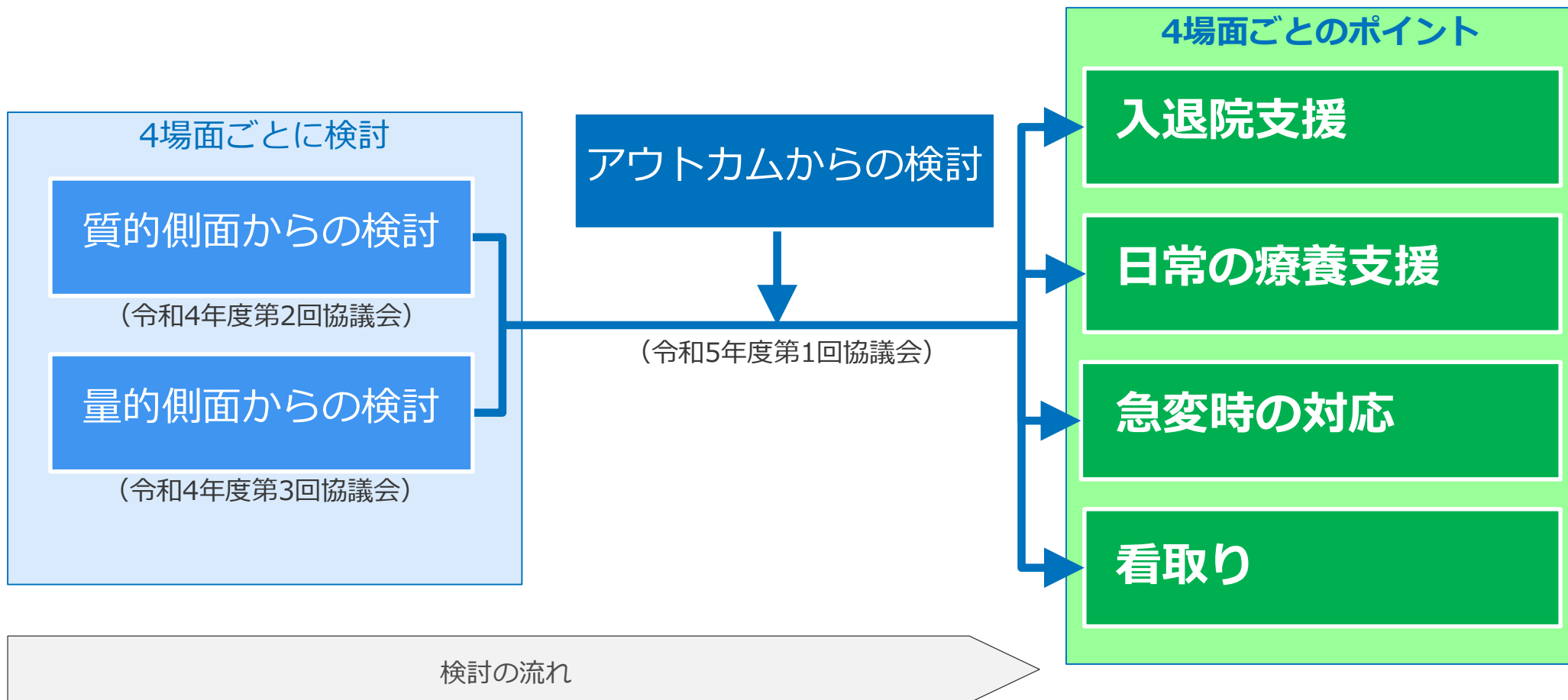
2. **量的側面**からの検討（令和4年度第3回協議会）

- (1) 2040年頃に自分や自分の家族が在宅医療・介護サービスを利用するとしたら、**心配・不安なこと**
- (2) 今後、より多くのサービス提供が求められる中で、本人と家族の意向に沿った支援を行うために
同職種間・多職種間の連携でできること

3. **アウトカム**（本人・家族・従事者満足度調査）からの検討（令和5年度第1回協議会）

- (1) 本人や家族の**サービス満足度**
- (2) 家族による**本人の意向の確認**の有無と、**本人と家族の意向の一致状況**
- (3) 本人の**意向の伝達状況**、従事者による**意向の確認状況**

ポイント設定のための検討 ―3方向からの検討―



質的側面・量的側面からの検討結果まとめ(1)

入退院支援

【目指す姿】 入退院の際に、医療機関、介護事業所等が協働・情報共有を行うことで、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供され、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活が過ごせるようにする。

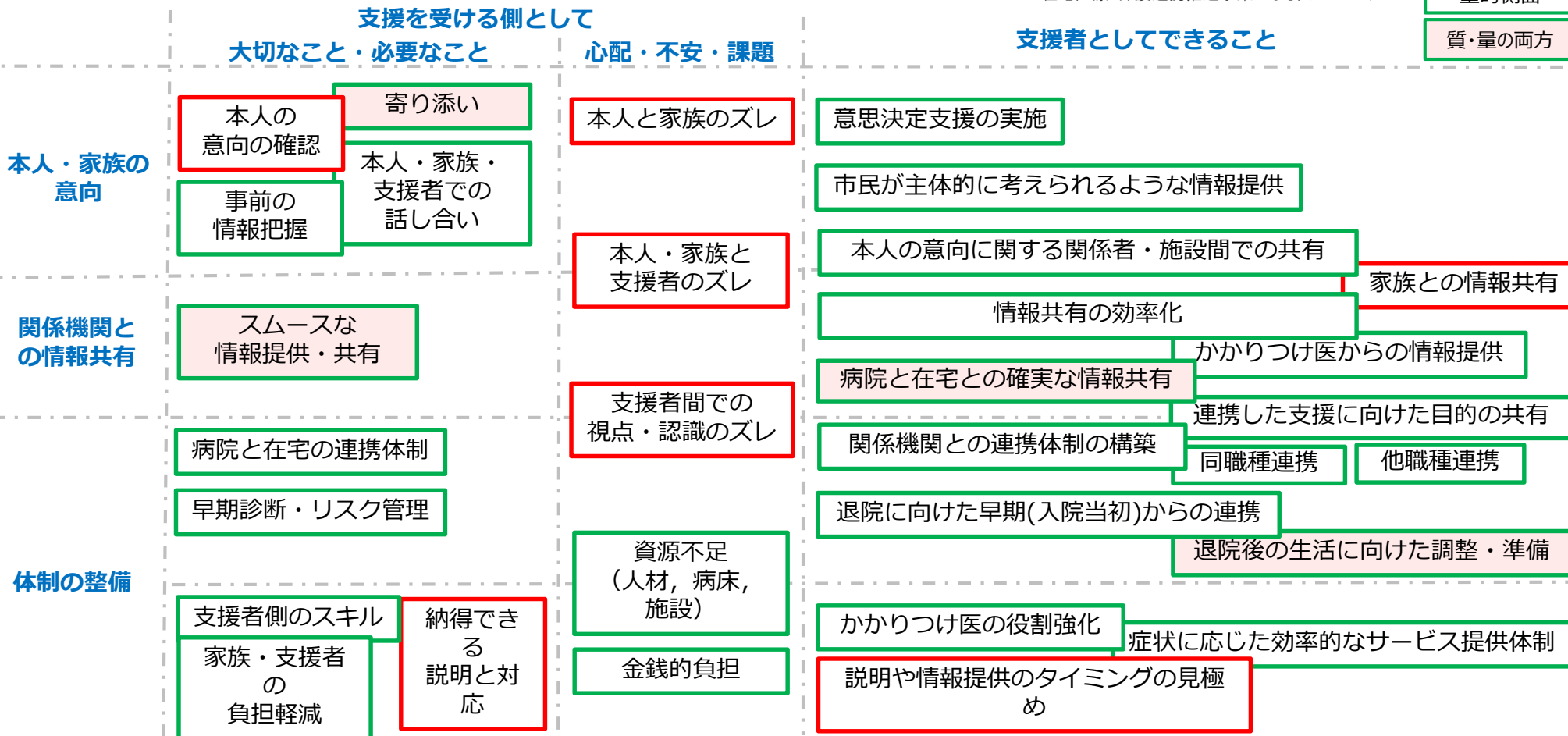
※在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer3より

※意見の区分

質的側面

量的側面

質・量の両方



質的側面・量的側面からの検討結果まとめ(2)

日常の療養支援

【目指す姿】医療・介護関係者の多職種協働によって患者・利用者・家族の日常の療養生活を支援することで、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた場所で生活ができるようにする。

※在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer3より

※意見の区分

質的側面

量的側面

質・量の両方

支援を受ける側として

大切なこと・必要なこと

心配・不安・課題

支援者としてできること

本人の意向

意向の確認
と共有

本人への
理解，尊厳
寄り添い

できるだけ
自立した生活

知識
情報提供

本人が意向を表出できるようなアプローチ

何度でも話題にする（特に看取り）

本人の望む生活に向けた支援

日頃からの意向確認（機会の設定）

本人のできることを最大限生かした支援，アドバイス

市民に対する啓発活動

関係機関との 情報共有

関係機関
の
連携体制

スムーズな
支援

本人・家族と
支援者のズレ

本人・家族とのコミュニケーションや支援

本人・家族との意向の共有

支援者間での
視点・認識のズレ

情報共有(カシワニネット)

連携した支援に向けた目的の共有

関係機関との連携体制の構築

病院と在宅の連携

体制の整備

相談窓口

安心感

介護者への
理解・配慮

資源不足
(人材，病床)

多職種への支援

資源の拡充

家族の負担

インフォーマルサービスの活用，連携

金銭的負担

十分なコミュニケーション，信頼関係

質的側面・量的側面からの検討結果まとめ(3)

急変時の対応

【目指す姿】医療・介護・消防（救急）が円滑に連携することによって、在宅で療養生活を送る医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者の急変時にも、本人の意思も尊重された対応を踏まえた適切な対応が行われるようにする。

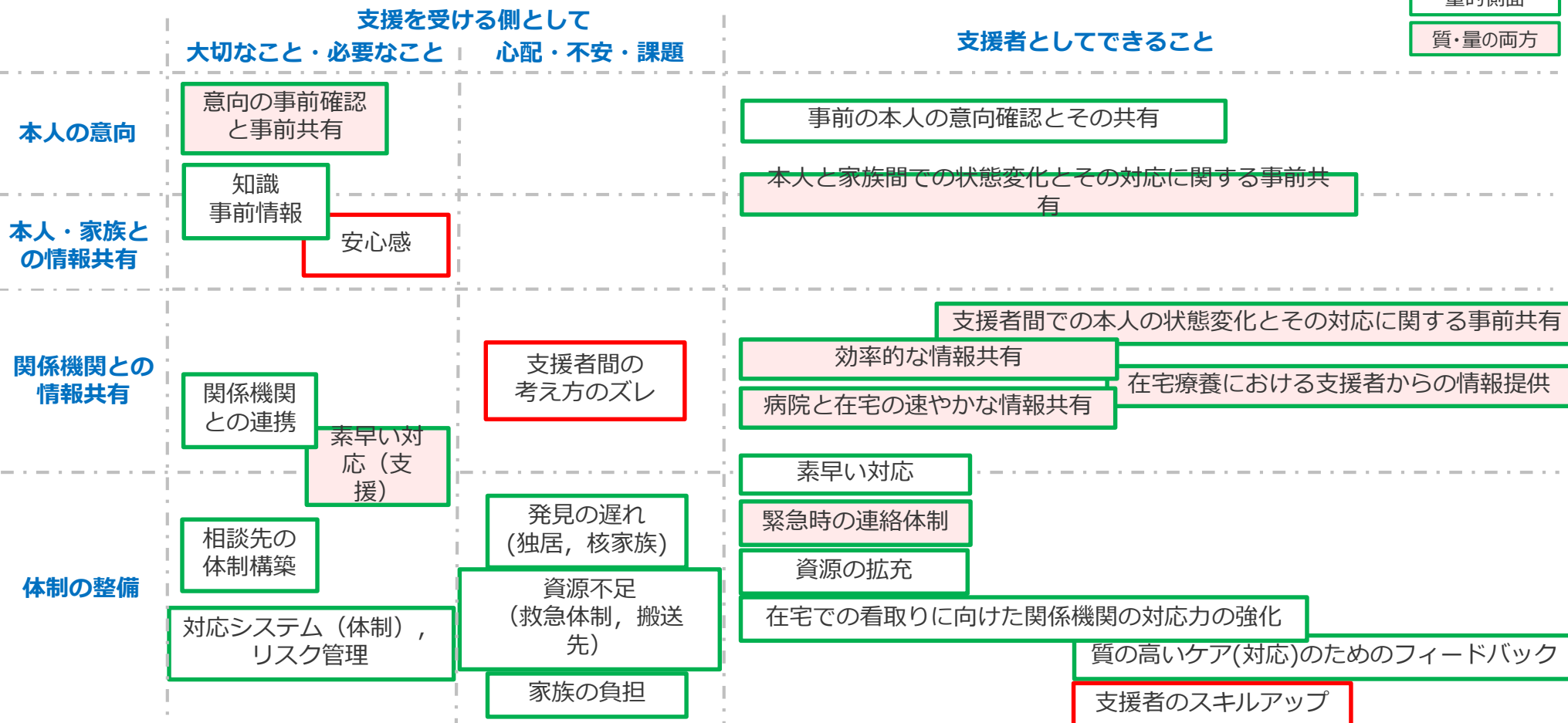
※在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer3より

※意見の区分

質的側面

量的側面

質・量の両方



質的側面・量的側面からの検討結果まとめ(4)

看取り

【目指す姿】地域の住民が、在宅での看取り等について十分に認識・理解をした上で、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、人生の最終段階における望む場所での看取りを行えるように、医療・看護関係者が、対象者本人（意思が示せない場合は、家族）と人生の最終段階における意思を共有し、それを実現できるように支援する。

※在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer3より

※意見の区分

質的側面

量的側面

質・量の両方

支援を受ける側として
大切なこと・必要なこと 心配・不安・課題

支援者としてできること

本人の意向

意向の確認
意思の尊重

本人への
理解，尊厳
事前の
話し合い

市民がACPについて理解できるような声かけ，関わり

本人・家族へのくり返しでの意向確認

関係機関との
情報共有

本人の望む最期の実現のための支援

支援方法の共有

体制の整備

看取り体制
の構築

チーム内での
こまめな
情報共有

資源不足
(在宅医，サービス)

情報共有(カシワニネット)

在宅での看取りに向けた体制・連携強化

関係者間での本人の意向の共有

スムーズな
支援

他職種（葬儀，宗教関係含む）との連携

支援者による振り返り(デスクンファレンス等)

家族への
対応・支援

知識

納得感

家族の思い

本人と家族
の思い・対
応のズレ

家族の負担

金銭的負担
(貯蓄必要)

家族への支援（グリーフケア含む）

十分な説明

介護者への配慮

アウトカム（満足度調査）からの検討結果まとめ

	サービスを受ける側		関係性等 ↔	支援者側	
	現状	課題・負担		取り組んでいること	課題・必要な取り組み
本人の意向	意向確認に関する意識の高まり	近しい人と日頃から話し合う	意向が支援者に伝わっていない	支援の場や会話を通した様々な形での意向確認 常に意向確認に意識した関わり方	日頃からの確認 本人本位での関わり、支援 困難な意向も一旦受け止める
家族の意向	サービスへの満足感	確認しても伝えられない本人・家族 意向確認の必要性に関する認識不足 家族の孤立感	本人・家族と支援者の関係⇒聞いてもらえないと言えない 本人・家族の伝えたい意向と支援者の確認したい意向のズレ	チーム全員が本人・家族の変化をキャッチできる姿勢	介護職も積極的に関与 コミュニケーションスキル
本人・家族との情報共有		支援の必要性に関する理解不足 精神的負担 経済的負担			本人・家族への十分な説明 不安・負担軽減のための情報提供
関係機関との情報共有	支援者への信頼感			チームでの情報共有 カシワニネットの活用	チームでの情報共有
体制の整備				職域を超えたチーム力の形成	

※意見の区分

できていること

課題・必要なこと

【参考】 4つの場面ごとのポイント

「入退院支援」におけるポイント

- 本人・家族・支援者で話し合い、本人の意向に沿った意思決定ができるように支援する。
- 本人の意向は、入退院時点のみならず、状況に応じて入院中や退院後にも共有する。
- 本人の意向は、本人・家族・支援者間でズレが生じないように、特に病院と在宅チームとの間で確実に、かつスムーズに共有する。
- 支援者間で、入院前の状況や本人・家族の思い等についても共有する。
- 同職種・多職種間及び関係機関との連携体制を構築し、退院後の生活に向けて、早期からの連携・調整を図る。
- 本人・家族への説明や情報提供及び状態に応じたサービス提供については、本人・家族の納得や理解が十分に得られるように心がける。

「日常の療養支援」におけるポイント

- 関わる全ての支援者が、本人にとって意向を表出できるようなアプローチを心がけ、日頃から意向の確認を行うことで、本人のできることを生かした、望む生活の実現に向けて支援する。
- 日頃からインフォーマルも含めたサービス等の情報提供をすることで、本人・家族が主体的に考え、選択できるよう支援する。
- 本人・家族・支援者間で認識のズレが生じないように、本人の意向や連携した支援に向けた目的等を共有する。
- 十分なコミュニケーションにより本人・家族との信頼関係を築く。
- 本人・家族が安心して療養生活を送れるように、関係機関との連携体制を構築するとともに、それを本人・家族とも共有する。

「急変時の対応」におけるポイント

- （本人の）状態変化における対応について、日頃から本人の意向を確認するとともに、それを家族や支援者間で事前に共有する。
- 本人の意向や在宅療養における支援者からの情報等について、速やか、かつ効率的に関係者間で共有する。
- 急変時における支援・対応について、支援者側のスキルアップを図り、緊急時の支援体制を構築することで、本人の状態変化に合わせた速やかな対応を行う。

「看取り」におけるポイント

- 意向の確認は、本人への理解や尊厳の心を持ち、本人・家族にくり返し行う。
- 本人・家族の意向は、カシワニネット等のツールを活用しながら支援者間でこまめに共有し、本人の望む最期の実現に向けて支援する。
- 本人の意向に沿った看取りに向けて、多職種連携の体制を強化する。
- 看取り後を含め、本人だけでなく、家族の想いや納得感にも配慮した支援を心がける。
- 看取り後の支援者側による振り返り等の充実を図り、意思決定支援や本人・家族の意向に沿った看取り体制の構築・強化につなげる。