

令和3年度

名古屋市医師会

療養者の意思決定を支援する多職種連携

～事例から学ぶ連携のポイント～

令和4年3月19日（土） 14時～15時

- (一社)愛知県医療ソーシャルワーカー協会 会長
- 国家公務員共済組合連合会 名城病院
- 医療福祉相談室室長 小林哲朗

なごや 在宅医療・介護連携 ハンドブック

「名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン」



令和元年6月発行

発行 | 名古屋市・名古屋市医師会

作成 | 「名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン」
ワーキンググループ

ワーキンググループ構成団体

名古屋市医師会 名古屋市歯科医師会 名古屋市薬剤師会 名古屋市立大学病院

愛知県医療ソーシャルワーカー協会 名古屋市介護サービス事業者連絡研究会

千種区訪問看護ステーション部会

在宅医療を考える東区訪問看護ステーションの会

在宅医療を考える東区ケアマネジャーの会

中村区訪問看護ステーション委員会

中村区ケアマネジャー委員会

昭和区訪問看護委員会

昭和区ケアマネジャー委員会

中川区訪問看護ステーション委員会

中川区ケアマネジャー委員会

名古屋市健康福祉局(高齢福祉部・健康部)

このハンドブックは
はち丸在宅支援センターの
ウェブサイトでも
ご覧いただけます。



はち丸在宅支援センター 🔍 検索

<https://zaitakukaigo.nagoya>

目次

多職種連携マップ	3
在宅療養時の連携ポイント	5
かかりつけ医	5
ケアマネジャー	6
サービス事業者	8
在宅医療の導入について	9
入院時の連携ポイント ～入院直後から入院中～	12
入院先医療機関	12
かかりつけ医	13
ケアマネジャー	13
訪問看護事業者	17

退院時の連携ポイント ～退院の決定から退院～	19
多職種共通	19
入院先医療機関	20
看取りにおける連携	21
ACP:アドバンス・ケア・プランニング	22
タイムライン(慢性疾患)	27
タイムライン(がん)	29
人生の最終段階における 医療・ケアの決定プロセスに 関するガイドライン	32

このハンドブックの 目的

名古屋市の在宅療養者が、
いつまでも安心・安全な在宅生活を送れるよう、
医療・介護の多職種が、
在宅療養者本人の意思決定を尊重し、
連携して支援するための指針とする。

多職種連携マップ

	入院先 医療機関	かかりつけ医	歯科医師	薬剤師	ケアマネジャー	訪問看護事業者 サービス事業者
在宅		窓口の明確化 P.5 入院時の対応 P.5 在宅医療の導入 P.9~			かかりつけ医との連携 P.6 薬局との連携 P.7 在宅医療の導入 P.9~	《サービス事業者》 情報の収集 P.8 かかりつけ医・ サービス事業者間の連携
緊急時の 対応	緊急時の対応 P.8					
サービス 担当者 会議		ケアマネジメントへの協力 P.5			サービス担当者会議の開催 P.7	《サービス事業者》 サービス担当者会議への参加 P.8
入院時	窓口の明確化 多職種との 情報連携 P.12	入院先医療機関への情報提供 P.13			療養者の状況把握 P.13~ 窓口の確認 入院先医療機関への情報提供 入院先医療機関からの情報収集	《訪問看護事業者》 P.17 療養者の状況把握 療養者の情報提供 療養者の情報収集
退院時	退院前 カンファレンスの 開催 P.20	退院前 カンファレンスへの参加 P.19~				

看取りにおける連携

人生最終段階の医療と介護のケアについては、医師から適切な情報提供と説明がなされたうえで、本人と医療・介護の多職種チームとの十分な話し合いを踏まえた、本人による意思決定を基本とし、多職種のチームとして方針の決定を行うことが重要です。

平成30年3月「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が改訂されました。(P32参照)

このガイドラインでは、本人の意思は変わるものであり、支援する多職種が本人と事前に話し合いを繰り返すプロセスが重要である、とされています。これは、本人が、人生最終段階の医療とケアについて、家族・知人などと、また医療・介護の多職種チームと、事前に繰り返し話し合い、本人が望んでいることについて共有をするプロセス：アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)の考え方に基づいたものです。

在宅での療養生活から、
看取りに至る人生の最終段階までの連携には、
各専門職のACPへの取り組みが必要です。



ACP:アドバンス・ケア・プランニング

ACP:アドバンス・ケア・プランニングとは、本人が将来に向け自分が望む医療や介護のケアについて最善の選択ができるよう、本人主体で医療・介護の多職種や家族等が繰り返し話し合いを行い、本人の意思決定を支援するプロセス、です。

話し合いの内容は、病状や予後の理解、本人の意向や気がかり、価値観や目標、そして治療や療養生活に関する希望等を含みます。

※ACPには〈人生会議〉という愛称もあり、普及啓発に使用されています。

話し合いの進めかた 例



※AD:アドバンス・ディレクティブは、事前指示書と言われ、人生の最終段階に受ける医療について、意思を表明する書類です。本人の意思表示が難しい状態になっても、本人の意向を尊重した医療・ケアを行うことを目的とする点ではACPと同じですが、気持ち(決定)が変わることがある点、病状の理解/将来の状況について予想自体が難しい点、そして想定した状況と異なる状況が起きる点等が考えられ、継続的に検討する必要があります。

ADはACPのプロセスの一部となることはありますが、書くこと、残すことは目的ではありません。本人、家族等と多職種による話し合いのプロセスが重要です。

意思決定支援

ACPは
本人の意思決定を支援するというプロセスなしでは
成り立ちません

医療・介護の多職種は、在宅療養者本人の価値観や意向について、サービス提供時または面談時の対話等から情報を得て、それを本人と共有します。

そして、今後の治療やケアについて複数の選択を示し、その内容を等しく伝えます。

多職種は、本人が自身の状態、病気と治療・ケアの内容を理解しているかを十分に配慮した上で、共有した選択肢から最善を選ぶことができるよう支援します。

このように一つひとつの選択について、**コミュニケーションを重ね、望ましい決定に向けて本人と多職種が対話を続け、本人の意思決定を支援していきましょう。**

※本人の意思が確認できない場合:家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとります。

(詳しいプロセスについてはP32の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を参照してください。)



ACPのはじまり

ACPを始めるきっかけは、人それぞれ様々ですが、以下のような機会をはじまりとすることが望ましいです。

病院・診療所で

- 本人が話し始めたとき
- 今後機能が低下してくる状況を診断したとき
- 状態が悪化していることを他職種や他の医師から報告されたとき
- 病院への定期通院時
- 入院時面談
- 入院後の医師による病状説明のあと
- 入院後症状が落ち着いたとき
- 手術の前後
- 退院のメドが立ってきたとき
- 転院前
- 退院時カンファレンス
- 退院時カンファレンスの前後

在宅で

- 本人が話し始めたとき
- なにげない話題から...
- 「もしバナゲーム」
- 病院や診療所への定期通院後
- 病院や診療所での病名告知のあと
- 持病が悪化したとき
- 食事が摂れなくなってきたとき
- 入院が決まったとき
- 施設への入所が決まったとき
- 要介護認定の申請時
- 要介護認定の調査時
- 各職種の初回訪問時
- 訪問診療時
- ケアマネジャーの面談時
- 訪問看護師の訪問時
- サービス担当者会議 等

本人にとっては、ACPは自分のことを伝える機会です。「不安なことはありませんか」「どこで生活したいですか」等の問いかけだけでなく、なにげないやり取りからACPが始まることもあります。

厚労省HPより 平成30年11月30日（金）

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の 愛称を「人生会議」に決定しました

人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み、「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)」について、愛称を「人生会議」に決定しましたので、お知らせします。

ACPの愛称募集は8月13日から9月14日に実施したもので、応募総数1,073件の中から、愛称選定委員会により選定され、本日、愛称発表会にて公表しました。

「人生会議」は、今後、ACPの普及啓発に活用し、認知度の向上を図っていきたいと考えています。また、11月30日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日とします。

◎選定理由：

- 意味が明確な単語の組み合わせにより、日常会話に浸透していくことが期待できる。
- 家族等、信頼できる人たちと輪を囲んで話し合う、というイメージが湧く。

◎ 選定：須藤 麻友さん 看護師（聖隷浜松病院）

◎ ACP愛称選定委員会構成員（敬称略、五十音順）○は座長

○内多 勝康（国立成育医療研究センターもみじの家ハウス
マネージャー、元NHKアナウンサー）

小藪 千豊（タレント）

小山 薫堂（放送作家、脚本家、京都造形芸術大学副学長）

鈴木 美穂（認定NPO法人マギーズ東京共同代表理事）

新浪 剛史（サントリーホールディングス代表取締役社長）

樋口 範雄（武蔵野大学法学部特任教授）

紅谷 浩之（オレンジホームケアクリニック代表）

松原 謙二（公益社団法人 日本医師会副会長）



「人生会議」しとこ

まてまてまて
 俺の人生ここで終わり？
 大事なことも何にも伝えてなかったわ
 それとおとん、俺が意識ないと思って
 隣のベッドの人にずっと喋りかけてたけど
 全然笑ってないやん
 声は聞こえてるねん。
 は？す！
 病院で
 おとんの
 すべった話
 聞くなら
 家で嫁と
 子ととも
 ゆっくりしときたかったわ
 ほんまええ加減にしいや
 あーあ、もっと早く
 言うといたら良かった！
 こうなる前に、みんな

命の危機が
 迫った時、
 想いは正しく
 伝わらない。

「もしものとき」のための話し合い

人生会議

「人生会議」とは、もしものときのために、
 あなたが望む医療やケアについて前もって考え、
 家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組の事です。
※個人が意思決定を行うことによって発生する法的責任は、本人に帰します。



人生会議

検索



厚労省の 今のポスター

人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？



もしものときのために

「人生会議」

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

11月30日 (いい暮らし・暮らね) は人生会議の日

誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、
**約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。**

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
**自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。**



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を
「人生会議 (ACP:アドバンス・ケア・プランニング)」
と呼びます。

あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

話し合いの進めかた (例)



このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです。
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html



スライドについて

- スライドの下に「Aichi ACP Project」と記載があるものが、実際にあいちACPプロジェクトで使用した資料です。
- あいちACPプロジェクトでは、ACPの啓発と人材育成教育は継続的に行うこと、時間がかかること、丁寧にすすめること、正確な情報を取り扱うことが重要と学びました。
- 今日の研修ではあいちACPプロジェクトで使用した資料の一部を活用させていただき、多職種連携による意思決定支援の参考にします。

- ACP「エーシーピー」と読みます。
- Advance Care Planning
「アドバンス・ケア・プランニング」
の略です。
- 人生の最終段階の医療・ケア等について、
本人が家族等や医療・ケアチームと事前に
「くりかえし」話し合うプロセスのことです。
- ACPは「まえもって」、「本人」の「今」
から「未来」を考えること。

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス ガイドライン

(2017年度改訂)



患者の意思が確認できる

・患者と家族とが十分に話し合い、患者が意思決定を行う
・話し合った内容は、その都度、文書にまとめておく

人生の最終段階における医療とケアの方針決定

十分な
情報の
提供

家族等の信頼できる者が
患者の意思を推定できる



患者の意思決定を尊重し、
患者にとっての最善の治療
方針をとる

患者の意思が確認できない

・家族等が患者の意思を推定できない
・家族がない

・患者にとって最善の治療方針を医療・ケアチームで慎重に判断
・家族等と話し合った内容は、その都度、文書にまとめておく
(*家族等がいる場合は十分に話し合う)



・病態などにより医療内容の決定が困難
・家族等の中で意見がまとまらないなどの場合
→複数の専門家で構成する委員会を設置し、治療方針等の検討や助言



* 本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

* 本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である

(2007年の図をもとに一部改変)



ACP (advance care planning) の定義

「ACPは将来の医療・ケアについて、**本人を人として尊重した意思決定の実現を支援**するプロセスである」

※ACPの実践のために、本人と家族等と医療・ケアチームは対話を通し、本人の価値観・意向・人生の目標などを共有し、理解した上で、意思決定のために協働することが求められる。ACPの実践によって、本人が人生の最終段階に至り意思決定が困難となった場合も、本人の意思をくみ取り、本人が望む医療・ケアを受けることができるようにする。

(2019年6月6日 日本老年医学会「ACP推進に関する提言」 倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」編集)

関連用語の整理

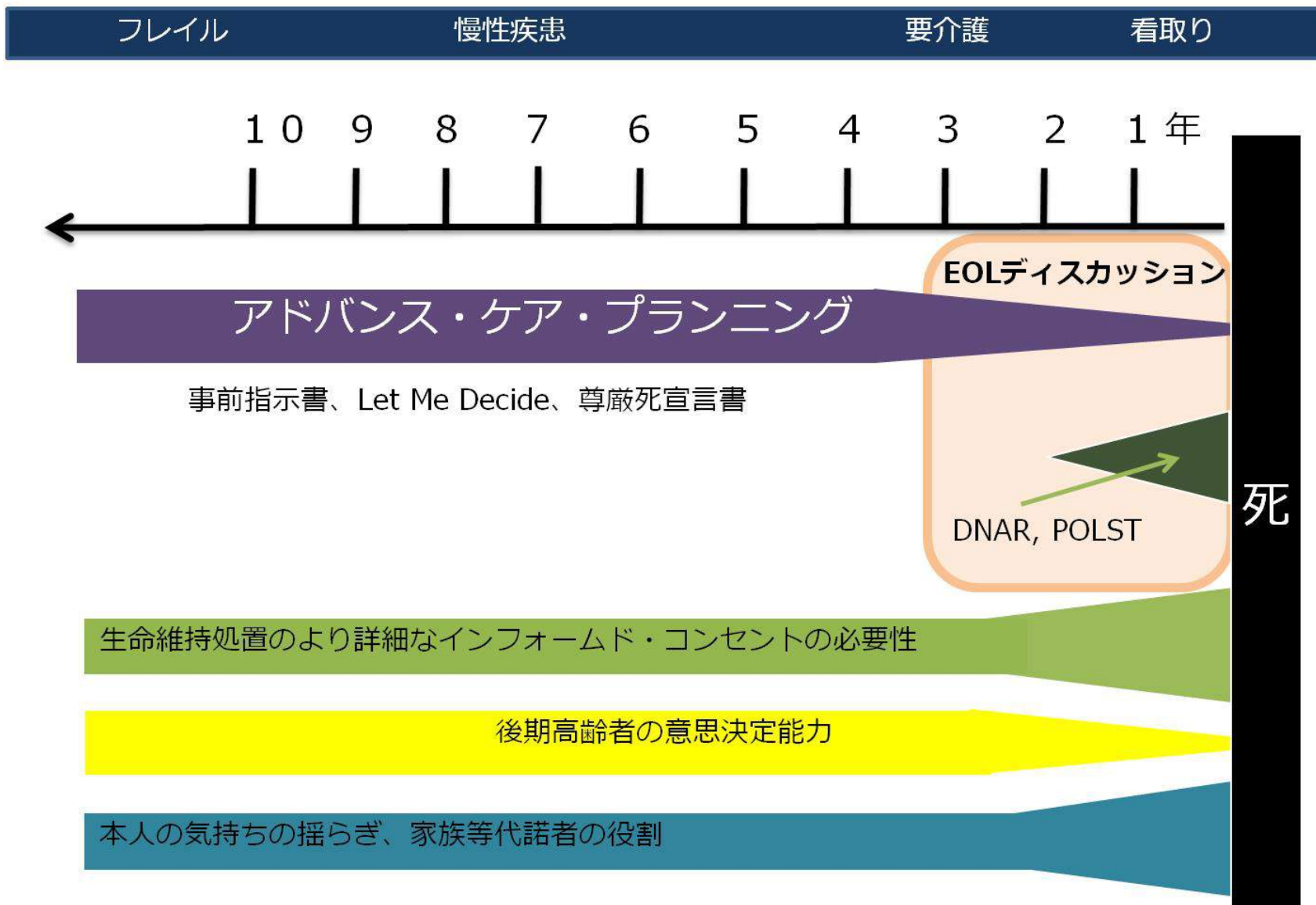
○自己決定：self determination

- 自分自身や生活のあり方について自ら決めていくこと

○意思決定：decision making

- 特定の目標を達成するために複数の代替案から、最善の解を求めようとする行為

ACP実施時期



医療に携わる際の倫理原則 (従事者に対する社会的要請)

(1) 医療・ケアの進め方

[人それぞれ]

→ 本人の意思を尊重

[皆一緒]

→ 共感・納得・合意

(2) 何を目指すか

[皆一緒]

→ 相手の最善を目指す

[人それぞれ]

→ 本人の価値観を尊重

(3) 社会が行うケア

[皆一緒]

→ 公平に必要な応える / 皆で負担

/ 合意ベースの線引き

[人それぞれ]

→ 個人の自由を尊重 (ただし反社会的でない限り)



厚生労働省 意思決定支援ガイドライン

医政局総務課

老健局総務課

社会・援護局
障害保健福祉局

人生の最終段階の医療の決定のプロセスガイドライン

認知症の人の日常生活や社会生活における意思決定支援のガイドライン

障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドライン



関連する新しいガイドライン

身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への
支援に関するガイドライン 令和元年6月3日 厚生労働省医政局総務課

○身寄りがない人の定義

- ①身寄りがない ②家族や親類に連絡がつかない
- ③家族の支援が得られない

○医療機関での課題

- ①緊急の連絡先について ②入院計画書に関すること
- ③入院中に必要な物品の準備に関すること
- ④入院費等に関すること ⑤退院支援に関すること
- ⑥（死亡時の）遺体・遺品の引き取り、葬儀等に関すること

関連するガイドライン

意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン 令和2年

意思決定支援ワーキング・グループ

（最高裁判所、厚生労働省、専門職団体（日本弁護士連合会、成年後見センター、リーガルサポート、日本社会福祉士会）

○後見人等が「意思決定支援を踏まえた後見事務、保佐事務、補助事務を適切に行うことができるように、また、中核機関や自治体の職員等の執務の参考となるよう、後見人に求められている役割の具体的なイメージ（通常行うことが期待されること、行うことが望ましいこと）を示す」もの。

○基本的なスタンスは「**チームによる意思決定支援が前提**」

○本人の判断能力が不十分であっても、「**本人自ら意思決定できるよう、実行可能なあらゆる支援を尽くさなければ、代行決定に移ってはならない**」と明記。

事例の紹介

- ・ 80代 女性 お一人暮らし
- ・ アパートの1階にお住まい
- ・ 近所にスーパーやコンビニがあり、買い物に行っていました。
- ・ 介護保険制度は利用せずになんとかお一人で生活をしていました。

事例の紹介

【主な病気と症状、受診状況など】

- C型肝硬変、頰椎症
- 食欲不振、吐気、上肢の痛み、不眠、めまい
- Aクリニックに月に1回の通院
- 内服管理の問題、ジェネリックは拒否

事例の紹介

【「病気」から展開する「生活」に対する障害】

- 肝臓が悪いので、疲れやすいです。
- めまいがあるので、転ぶことを心配しています。
- 首の病気による左手の痛みと握力低下があり、日常生活に支障があります。
- 手の痛みもあるため眠れないこと、すぐに目が覚めることを気にしています。
- 鶏肉が苦手です。

事例の紹介

【発症から入院まで】

- ・ 熱が続き、食事が十分にとれないことから B 医療センターに入院しました。
- ・ B 医療センターMSWから C 病院MSWにリハビリと自宅退院支援を目的とした転院の相談がありました。
- ・ 約 2 週間後に C 病院の地域包括ケア病棟に入院しました。

事例の紹介

【入院後の様子】

- ・ 転院後に、自宅での普段の生活をうかがったり、介護保険制度の利用、入院中やリハビリの様子等を週1回、本人との面接を重ねました。
- ・ もともとはなんとか一人で歩けました。
- ・ めまいのため20mは手を支える等の介助や手すりがあれば歩けるまで回復しましたが、院内は車いす、入浴には介助が必要です。

ACPを開始するタイミング 1)

－主に診療所で－

- 患者自身が話し始めたとき
- 進行性の生命予後の悪い疾患を診断したとき
- 定期受診の際に臨床フレイルスケールを用いて話す機会を持つ
- 認知症や神経難病のように今後機能が低下してくる状況にあることを診断したとき
- 状態が悪化していることがコメディカルや他の医師から報告されたとき。
例えば、訪問看護師から褥瘡の発生の連絡を受けたり、病院の主治医にコンサルトした結果

Davison et al. BMJ (2006)から



ACPを開始するタイミング 1)

臨床フレイルスケールを利用

1.
壮健



頑強で活動的であり、精力的で意欲的。
一般に定期的に運動し、同世代の中で最も健康状態がよい

2.
健常



疾患の活動的な症状を有していないが、上記のカテゴリ1に比べれば頑強ではない。運動の習慣を有している場合もあり、機会があればかなり活発に運動する場合も少なくない

3.
健康管理しつつ元気な状態を維持



医学的な問題はよく管理されているが、運動は習慣的なウォーキング程度で、それ以上の運動はあまりしない

4.
脆弱



日常生活においては支障を要しないが、症状によって活動が制限されることがある。「動作が遅くなった」とか「日中に疲れやすい」などと訴える事が多い

5.
軽度のフレイル



より明らかに動作が緩慢になり、IADLのうち難易度の高い動作（金銭管理、交通機関の利用、負担の重い家事、服薬管理）に支援を要する。典型的には、次第に買い物、単独での外出、食事の準備や家事にも支援を要するようになる。

6.
中等度のフレイル



屋外での活動全般および家事において支援を要する。階段の昇降が困難になり、入浴に介助を要する。更衣に関して見守り程度の支援を要する場合もある

7.
重度のフレイル



身体面であれ認知面であれ、生活全般において介助を要する。しかし、身体状態は安定していて、（半年以内の）死亡リスクは高くない。

8.
非常に重度のフレイル



全介助であり、死期が近づいている。典型的には、軽度の疾患でも回復しない

9.
疾患の終末期



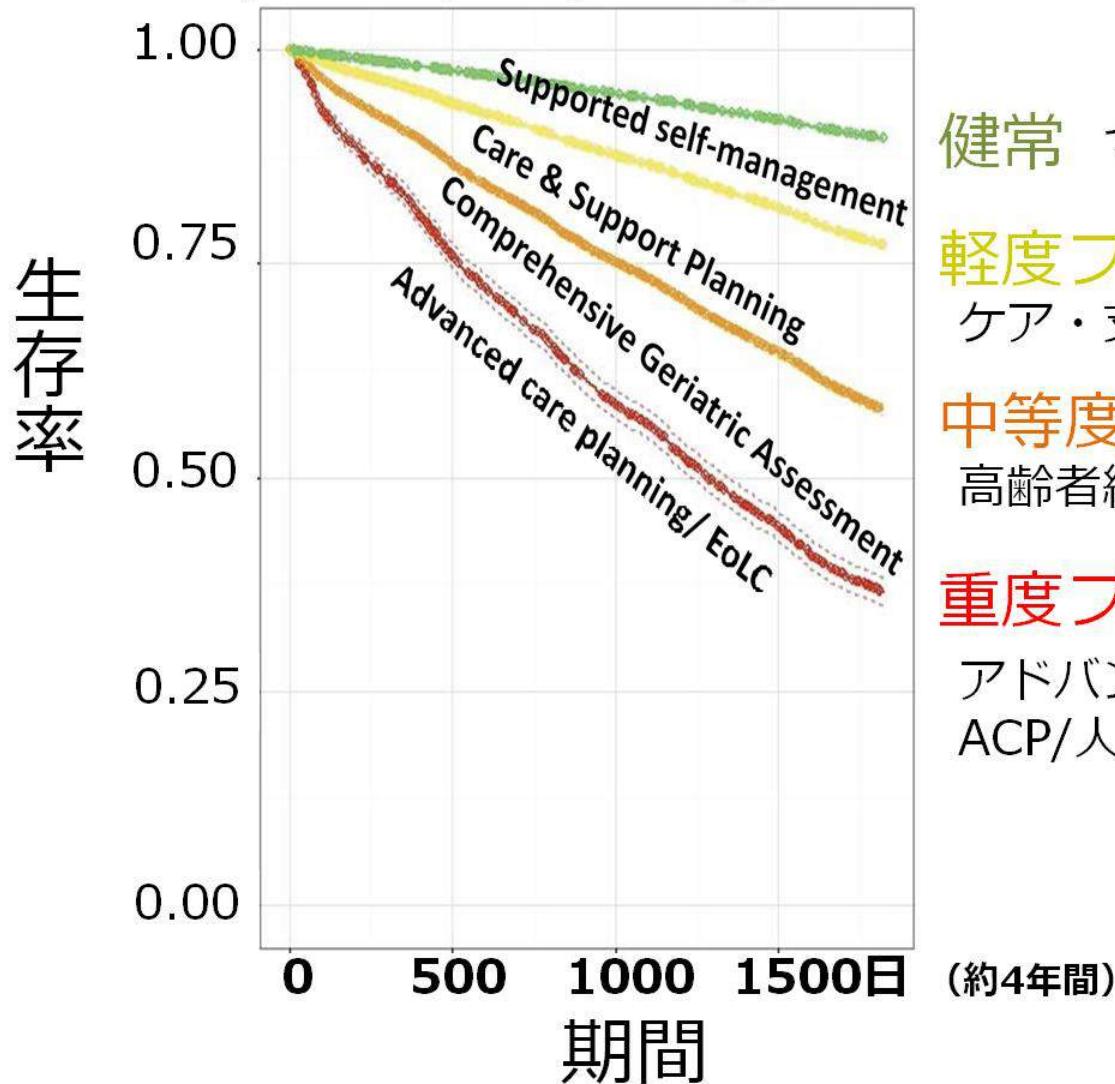
死期が近づいている。生命予後は半年未満だが、それ以外では明らかにフレイルとはいえない。

出典：Morley J.E., et al.: Frailty consensus: A call to action. J Am Med Dir Assor. 2013;14(6)392-397. 会田薫子訳。
このスケールは、Rockwood Kらの研究報告を改編したもの



ACPを開始するタイミング 1)

英国プライマリ・ケアでの、eFI (e-Frailty index: e-フレイル指数) :
生存曲線 (n=227,648; >65y)



健常 セルフ・マネジメント支援

軽度フレイル
ケア・支援計画立案

中等度フレイル
高齢者総合的機能評価

重度フレイル
アドバンス・ケア・プランニング
ACP/人生最終段階のケア



事例の紹介

【院内連携】

- ・ 入院16日目 MSW面接4回実施
- ・ タイミング：昼食後
- ・ 場所：医療福祉相談室 時間：60分
- ・ 働きかけ：当日の本人の予定を病棟へ確認（10時からリハビリ、15:30から入浴）し、午前中のリハビリ時にリハ室を訪問し、本人の参加によるPTとの情報共有と面接の提案と了解をえる。
- ・ 病棟スタッフへ面接することと介助の依頼。

ACPにおける話し合いの開始

- ・多くの臨床家がACPの会話を始めるのが難しいと感じています
- ・なんといいって始めたら良いか考えましょう

例えば

「将来もっと病状が進んだ時、どんな医療やケアを受けたいか考えたことがありますか」

「今、話し合っておいた方がよいことは何かありますか」



本人との話し合い①

MSW「これからのことについて、良かったら、一緒に考えませんか。そういえば、これまでのことで大切にされていることなど伺ってよいでしょうか」

本人「聞いてくれるの？」

MSW「もちろんです、良かったら、教えてください」

本人との話し合い①



小林
心のつぶやき

- 中程度のフレイルとなっている。
- 目の前にいる本人の予後2～3年もしくは肝硬変の悪化で1年以内に亡くなる可能性があるかもしれない。
- ACPを始めたい。
- 会話の出だしは良好。

本人との話し合い①

本人「35歳まで関東の方でロックバンドのギターをしていたの。35歳からこちらで弾き語りのジャズシンガー、ナイトクラブとかにね、いたのよ。今の趣味はドラマやクイズ番組を見たり、好きなDVDを見ているわ。本当は料理も好きですけど。インターネットやメールもしています。

本人との話し合い①



小林
心のつぶやき

- ロックバンドのギターをしていたことに驚く。
- 多彩な趣味があることがわかる。もともと活動的な性格。
- 人は見かけで判断してはならない（教訓）。

本人との話し合い①

本人「左手は1カ月半前から動かなくなりましたので、大好きなギターが弾けないんです。デイサービスは若い人はいないんでしょう？

高齢者が多いところはイヤだけど、リハビリがあるならデイケアや訪問リハビリは良いかもね。施設は全く考えていないし。」

本人との話し合い①



小林
心のつぶやき

- ギターが弾けないことは残念だ。
- 喪失体験を淡々と語っている？
- 本人のはっきりとした意思を聞くことができた。
- しかし、人の気持ちは変わるかもしれない。

本人との話し合い①

MSW「これからのことについて、何か気がかりなことはありますか」

小林
心のつぶやき

- ・意思形成支援！
- ・何かあるだろうか。
- ・教えてくれるといいな。

本人との話し合い①

本人「気がかりなことなんてあるわけないでしょ。
(ちょっと考えて・・・)」

小林
心のつぶやき

- やっぱらないか・・・
- でも、これまでの面接ではいつもちょっと上目遣いに考えてから話す方だったな・・・

本人との話し合い①

本人「そうね、病院では一日中、退屈なことかな（笑い）。早く帰りたいたけどめまいがあるのと、踵をつけて歩くのを忘れて倒れるのが心配。」

小林
心のつぶやき

やはり気がかりなことはあった。
本人の言葉に寄り添ってみよう。

本人との話し合い①

MSW「めまいはお辛いですね。ご自宅に帰っても転ぶことは、心配ですね。ご自宅に帰って生活ができるように一緒に考えていきましょう。希望がかなうと良いと思っていますが、ご自宅でいたいことはありますか？」

本人との話し合い①



小林
心のつぶやき

「病院」か「施設」か「家」かの行先の選択ではなく、本人が行った先で何を見ているのか、何をしたいのかをうかがうこと、それを理解することは大切だ。

本人との話し合い①

本人「そうね・・・
(しばらく考えて)。」

小林
心のつぶやき

- 大丈夫、何か考えている。
- 何を言葉にしてくれるだろうか、楽しみ。

本人との話し合い①

本人「ビーフストロガノフを作って食べたいかな。あとは好きな音楽を聞いてのんびり過ごすこと、メールもしないよね。」

本人との話し合い①

小林
心のつぶやき

- ビーフシチューでもなくハッシュドビーフでもなく、手がかかるビーフストロガノフとは意外。本人の子ども頃の環境や親の影響かもしれない。
- 本人の人生を知るきっかけになるかもしれない。
- MSW自身が食べ物の話題をすることが多いことに気付く。

本人との話し合い①

MSW「ビーフストロガノフですか！お好きなんですか、ハイカラですね」

本人「ええシチューとかもそういうものも好きです。ハイカラって最近の若い人でも使わないよ（笑い）。」

退院前カンファレンスの様子



- ・退院前カンファレンス中に訪問診療を提案。
- ・その場でD診療所へ連絡と訪問診療の依頼。



小林
心のつぶやき

- 困難ケース、権利擁護を得意とするケアマネジャーを紹介したい。
- やはり、このケアマネジャーにお願いしてよかった。
- D診療所にはMSWがいるので連携が取りやすい。

退院時の連携ポイント

～退院の決定から退院～

退院が決まったら、円滑に在宅に移行できるよう、退院後の療養生活について、本人の意向を踏まえた上で、退院後の課題等を入院先医療機関と多職種で情報共有しましょう。必要に応じて、退院前カンファレンスを行いましょう。在宅へ移行する前に、関係者が情報共有をする場面を直接見てもらうことで、療養者に安心感を持ってもらうことができます。

多職種共通

退院前カンファレンスについて

- 退院前カンファレンスは、入院先医療機関が主導で進めていくものです。サービス担当者会議とは目的・内容・参加者が異なるので、注意しましょう。
- 参加の依頼があった多職種は、出来るだけ参加しましょう。
- 開催の可否を判断するにあたり、入院時からの医療機関と多職種の連携、情報の共有が重要になります。
- 事前に退院支援担当者と連携し、本人の意向を踏まえた上で円滑に在宅生活に移行できるように、サービス調整のポイントを確認しましょう。
- カンファレンスの際に確認したい質問事項など要点を整理し、できれば事前に入院先医療機関に伝えておくのが望ましいです。
- 退院後の医療・介護のケアの内容について、中止基準や禁忌事項を確認しておきましょう。
- 入院先医療機関のスタッフは通常の診療等を中断して参加するため、短時間で効率的なカンファレンスが開催できるように準備をしましょう。＊目安は30分以内です
- 多職種が開催を希望する場合、退院支援担当者とはよく相談しましょう。

退院前カンファレンスの開催基準

- 新規で在宅ケアチームを編成する場合。
- 在宅ケアチームは既に編成されているが、入院治療により医療依存度が高くなったり、ADLが変化したりした場合。
- 独居・高齢夫婦・認知症世帯など、本人から適切な情報収集が困難な場合。
- 退院カンファレンスを行わずに退院した場合、医療・看護・介護の継続に不安や問題がある場合。

入院先医療機関

退院前カンファレンスの開催

- ◎ 事前に多職種から問い合わせ事項がある場合、院内スタッフ等と相談し、回答を準備しておきましょう。
- ◎ 参加者の人数に応じ、病棟のカンファレンスルームや面談室等の場所を用意しましょう。
※開催場所では、個人情報の保護に配慮する必要があります。
- ◎ 参加者については、事前に本人または家族に伝え、気兼ねなく発言できるよう配慮しましょう。
- ◎ 参加を依頼する多職種については、かかりつけ医やケアマネジャー等に相談して決めましょう。
※退院前カンファレンスへの参加が想定される職種：医師・訪問看護師・ケアマネジャー・歯科医師・薬剤師 等

- ・ハンドブックでは、退院前カンファレンスの1回あたりの時間を「目安は30分以内です」としています。
- ・結果として、退院前カンファレンスは、1回目も2回目も1時間以上かかりました。
- ・介護力が低かったり、医学的管理が多い場合には、時間がかかる傾向があります。
- ・退院前カンファレンスは、入院医療から在宅生活へシステムが入れ替わること、本人の意思を実現するための多職種連携が発揮できる機会です！

- 退院前カンファレンス2回目では、ケアマネジャーと福祉用具業者等が自宅訪問しアセスメントすることが課題となった。具体的にはベッドの置く場所の確認が主であった。本人が外出するかケアマネジャーが本人から鍵を預かり訪問することの提案があった。
- このことを本人に伝えたが、「他人に勝手に入られることは困る、自分が行ってベッドの場所などを決めたい」との意思を確認した。
- 本人には、現金やカード等の持ち合わせがないことがわかり、公用車を手配し、MSWが外出に同行する支援を行った。



小林
心のつぶやき

- ・自宅はいわゆるごみ屋敷状態であったことがわかり、ベッドを置くスペース確保は課題。
- ・ごみ屋敷化するプロセスは(都市型)の独居ケースの地域の課題の一つと考える。
- ・本人からは事前に「少し散らかっているだけ」と聞いていたが、早期に確認することが必要であり、意志実現支援のために必須として認識。
- ・自宅退院時の清掃に参加すべきであった(院内業務のため断念)。





戦争法廃止を最大の課題とする
日本共産党

戦争法廃止を最大の課題とする
日本共産党

憲法の先進国に
平和の先進国に
日本共産党

消費税10%
キツパリ中止
日本共産党

戦争法
廃止の
政府を
追放せよ

戦争法
廃止の
政府を
追放せよ

探偵興信

浮気
家出
身元
企業





判断できなくなったときに備えて

-今後の療養の場所や治療選好-

- このような時どこで療養をしたいですか
- 今後どのような治療を受けていきたいか具体的な希望はありますか？
- 逆に今後これだけはしたくないということはありませんか？



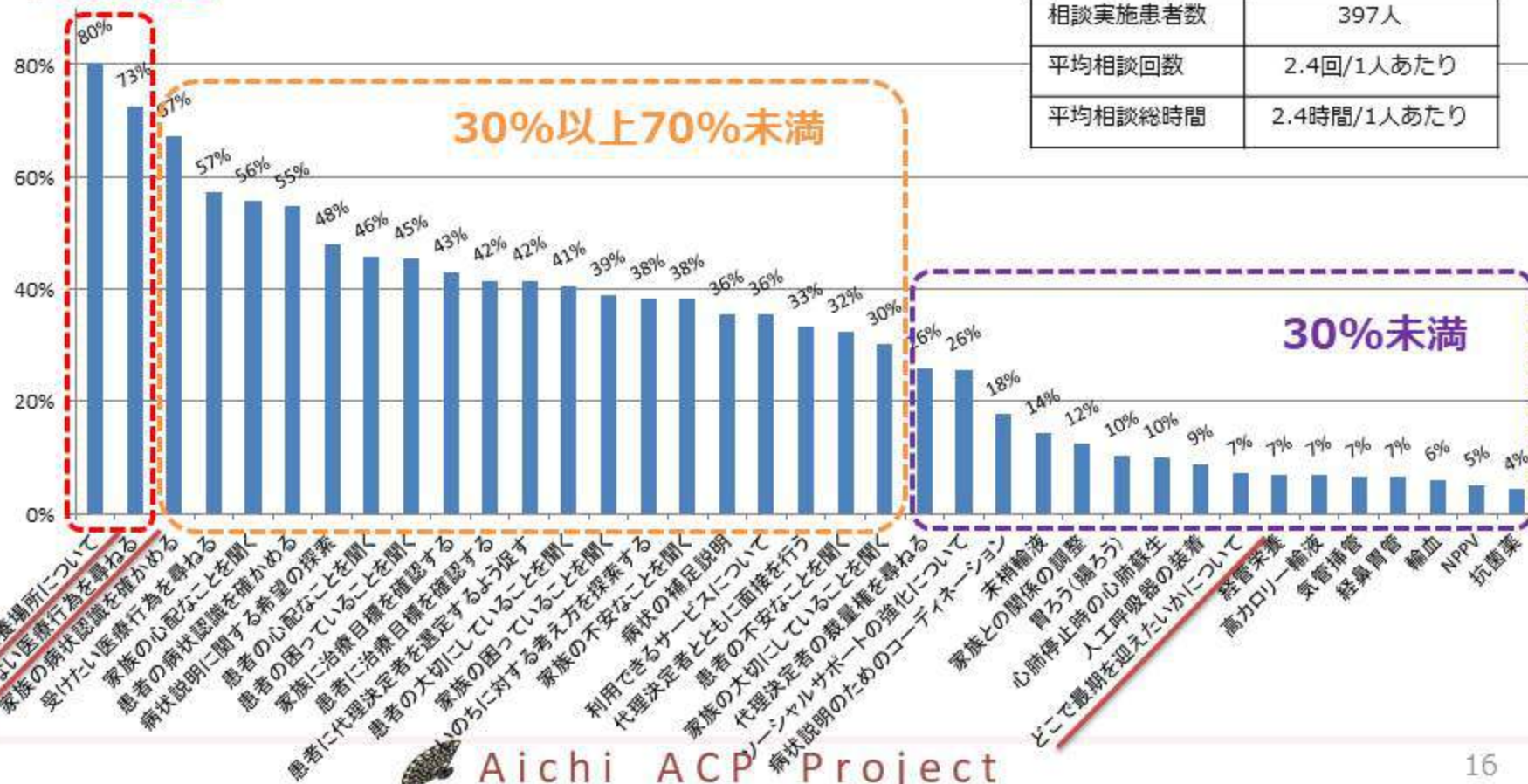
人生の最終段階における医療にかかる相談の相談内容の内訳

- 相談内容の内訳について、「望んでいる療養場所」(80%)「受けたくない医療を尋ねる」(73%)が多く、差し迫った問題や大まかな医療行為の希望について相談されていることが明らかとなった。
- 一方、個別の医療行為(15%以下)や最後を迎えたい場所(7%)までの内容に至ったケースは少なく、わかりにくい内容や亡くなることに関する内容については、話し合いが難しい傾向にある。

【相談内容】

70%以上

相談の実施状況	
相談実施患者数	397人
平均相談回数	2.4回/1人あたり
平均相談総時間	2.4時間/1人あたり



本人との話し合い②

- 退院前カンファレンスはしましたが、自宅のベッドを置く場所等の確認のため、ご本人の外出が必要となりました。
- 外出にご一緒させていただきました。
- 外出からC病院に戻ってから面接しました。



小林
心のつぶやき

いわゆる「ごみ屋敷」とは言えないな。
表現を工夫しよう。

本人との話し合い②

MSW「今日はお疲れ様でした。
思ったよりお部屋の物がたくさん
ありましたね」

本人との話し合い②

本人「今日はありがとうございました。服とかだんだんそういう風になってしまったの。大事なものもあるし」

MSW「仏壇の上に写真がありましたね。ご主人のとの2ショット？」

本人との話し合い②

小林
心のつぶやき

訪問先ではごみ屋敷状態ではあったが、仏壇の上に小さな写真立ての中にある男性の写真を見逃さなかったぞ。

本人との話し合い②

- ・自宅では本人が大事にしている様々なものを拝見することができます。
- ・本人が、これまでどう生きてきたのか、何を大事にしてきたのか、大事にしているのか、本人が「生きててよかった」「自分らしい人生だ」と満足できること、つまり、本人の人生に注目して、最善を考えるヒントがたくさんあります。
- ・入院中の場合、病院職員がご自宅を見させてもらうことは実際は難しいので、在宅で支援される方々の冥利に尽きますし、うらやましいところでもあります。

本人との話し合い②

本人「最近は何もできなくなっていてしまっ。あの人は関東の方にお墓があるの。私の方は関西、関東の方は狭いので関西がいいかな。あの人はドラマーだったの。昔は結構かっこよかつたし。」

本人との話し合い②



小林
心のつぶやき

音楽家の夫婦であった。
楽しい思い出がたくさんあるんだろうな。

いきなり墓の話題になってしまった。
もう少し具体的にもしもの時のことを
うかがっておきたいところだが、
本人の言葉に寄り添ってみよう。

本人との話し合い②

MSW「そうですか、お墓は関西なんですね。まだ先のことですが、もしもの時のことお考えになったことがありますか。」

小林
心のつぶやき

さあ、ACPで大事なところ
小林がんばれ
もしもの時、何を思うだろうか

本人との話し合い②

本人「あるわけないじゃない」
(少し上を向いて考えている)

小林
心のつぶやき

大丈夫、何か考えている。
何を言葉にしてもらえるだろうか楽しみ。

本人との話し合い②

MSW「そうですね。そんな
先のことなんて、なかなか考え
ないですものね。」

本人との話し合い②

本人（少し考えてから）「B医療センターで首の検査と手術を勧められたけど、あの先生からたくさん説明を聞いたけど、言い方が実験台になるような気がしていやだったので断った。

それにぜんぜん私の話は聞いてくれないんだもの。」

本人との話し合い②

MSW「手術の話まであったんですね」

小林
心のつぶやき

ここはひたすら傾聴するよ。

本人との話し合い②

本人「肝臓の治療については、知り合いが造影検査をしたらそれがもとで亡くなったので怖いな。ここの先生の話は分かりやすかったし、考えて答えるのを待っててくれたよ。

片手が不自由だけど、家でなんとか工夫しながらやっていきたいわ。入院しないで自宅で気ままに過ごしたい。時々息がつまりそうだから。入院するよりも家だと気分的に良いからね。」

本人との話し合い②

MSW「住み慣れたところですね。病院では気を使いますか。」

本人「それなりにね（笑い）。」

本人との話し合い②



小林
心のつぶやき

- ようやく、本人の大事にしていることや療養場所の希望について伺うことができた。
- 本人の意識がはっきりしている時に、信頼関係が保たれている中でACPを意識した面接ができ、支援に役立つことができると感じる。

大まかなMSW経過（1回目 転院から退院まで）

△-2月12日 B医療センターMSWから入院相談

△-2月17日 入院判定会議

△-2月24日 C病院入院 本人との面接開始

住環境：和床 介護保険は本日申請

△-1月21日 退院前カンファレンス1回目

△-1月30日 退院前カンファレンス2回目

△月 4日 自宅への外出に同行・自宅訪問①

△月 5日 自宅退院（地域の方々による清掃）

△月 28日 担当者会議への参加・自宅訪問②

△-1月21日 退院前カンファレンス 1回目 1時間20分

(本人、ケアマネジャー、病棟看護師、MSW 4名)

退院後はベッド、主に掃除のためのヘルパー、訪問リハビリ、処方の一包化と配達等のため薬局からの訪問の希望（ジェネリック以外）

看護師からは入浴時の転倒を心配

ケアマネジャーから入浴等のため訪問看護を提案したが、一人でできると希望なし

本人からシャワーのみでよいと

買い物はなんとか一人で行きたい

ポータブルトイレは片付けが大変

△-1月30日 退院前カンファレンス2回目 2時間

(本人、ケアマネジャー、訪問看護ステーション所長、ヘルパー事業所、福祉用具業者、薬局、病棟看護師、介護福祉士、PT、MSW 10名)

要介護3 本人から不眠 病棟看護師から訪問看護の提案

訪問看護 毎週水曜日15時

訪問リハビリ 毎週金曜日9時

訪問介護 火曜日・金曜日

ベッド、車いす

薬局からの処方配達

D診療所へ訪問診療の依頼

△月5日 ヘルパーの介助により退院

ケアマネジャーからファックス

(介護支援・サービス提供 情報連絡票)

△月26日

△月28日 16時から**担当者会議**を予定させていただきます！

D診療所の訪問診療の予定にあわせていただきました！

退院されて、20日すぎ、**本人から「99%家に帰れて良かった！」**とのこと。

しかしながら、様々な課題が浮き上がってきており、本人の希望・生活状況から**サービスが変更**してきています。

昨日、熱発のため、D診療所にも連絡させていただいています。

急な連絡で申し訳ありません！

今後の支援について一緒に考えさせていただければ嬉しく思います。

週間サービス計画表

作成年月日

△月28日

(サービス担当者会議)

		月	火	水	木	金	土	日
早朝	6:00							
	8:00							
午前	9:00	身体介護 1			身体介護 1			
	10:00		身体1生活 1	身体介護 1		身体介護 1	身体介護 1	身体介護 1
	11:00							
午後	12:00						地域通所介護 3	
	13:00			訪看 1 2				
	14:00							
	15:00							
	16:00	身体介護 1	身体介護 1	身体介護 1	身体介護 1	身体1生活 1	身体介護 1	
夜間	17:00							身体介護 1
	18:00							
	19:00							
	20:00							
	22:00							

週単位以外のサービス	ベッド・手すり・車いすのレンタル 訪問診療（D診療所） 訪問歯科診療 薬局による居宅指導
------------	---

ハンドブック 【在宅療養時の連携のポイント】

◇かかりつけ医：

ケアマネジメントへの協力

サービス担当者会議への積極的参加

入院時の対応（速やかに診療情報提供書を医療機関へ送付）

◇ケアマネジャー：

サービス担当者会議の開催

かかりつけ医への相談・情報の確認

◇サービス事業者

サービス担当者会議への参加・情報共有

※緊急時や急変時の対応方針や連絡体制をあらかじめ整備

△月28日 16時から担当者会議にて自宅訪問

**本人「よくいらっしやいました。どうぞおあがりください。
痛み止めが効かない。**

肝臓の治療を受けたいので検査をC病院で受けたい。」

**D診療所医師「C病院で診ていただいた先生への紹介書を
書きます」**



本人
 「人生、望んでも思い通りにならないことの方が多いのだから望まないほうがストレスがなくていい」
 「歳をとったら、誰でも死ぬもの。」
 「自分もその歳を超えている」

本人
 「入院せずに家で過ごしたい」
 「家族に負担をかけたくない」

家族
 「なるべく家で過ごせるようにしてあげたい」
 「急性増悪時は入院加療を」

通院

病状/
 治療の説明
 サービスに関する
 情報共有

在宅

入院/退院

- 在宅の医療・ケアの多職種と、在宅時の本人の意向や価値観、家族の思い等を病院と情報共有
- 病状の変化に伴い、今後についての話し合いを始める
- 入院～退院にいたる間、今後受ける治療・ケアについて、本人に説明し選択を支援する
- 病院そして在宅の多職種、また家族と、入院中の本人の意向について共有し、退院後の医療・ケアについて、本人の意思決定をサポートする

- 病気や本人の生活、家族に対する思い、そしてこれからについて等の継続した話し合い

入院/退院

入退院の繰り返し

在宅

在宅 訪問診療

- 在宅多職種での情報共有
- 本人の意向の変化、家族の思いの変化を把握
- 本人そして家族の意向の変化に伴い、具体的な医療・ケアについて選択肢の提示と意思決定のサポート
- 人生の最終段階の生活における変化に、柔軟に対応する在宅多職種による支援体制をつくる

看取り

- 状態の変化、いつもと異なる事への気づきを多職種で共有し、対応していく
- 24時間の連絡先提供と、緊急連絡時の訪問体制を整えておく
- 多職種誰もが、最後まで不安なくサービスに入ることができるよう、こまめに情報を共有

心不全等の慢性疾患はプロセスが長くなることが多く、様々な職種・機関が関わるため、各職種が本人の意向について共有し、つないでいくことが、ポイントになります。

本人
 「猫は気ままでしょう？家は気ままだもんね、私もこのまま家で暮らしたい」

家族
 「家族に負担をかけたくないので家でも施設でもよい」

家族
 「在宅看取りをしてあげたいが、自分たちにできるだろうか」

家族
 このまま家で看取りをしてあげたい

最終とりまとめ
平成29年9月12日

地域力強化検討会 最終とりまとめ(案)

～地域共生社会の実現にむけた新しいステージへ～

平成29年 月 日

地域における住民主体の課題解決力強化・
相談支援体制の在り方に関する検討会
(地域力強化検討会)

「複合課題丸ごと」「世帯丸ごと」「とりあえず丸ごと」受け止める場

(第106条の3第1項第2号関係)

中間とりまとめの要点

- 「住民に身近な圏域」の中で、住民が直面している、あるいは住民が気付いている課題に対して、「複合課題丸ごと」、「世帯丸ごと」、相談する先が分からない課題でも「とりあえず丸ごと」受け止める機能をつくる必要がある。このことにより、「安心して見つけて解決すること」ができる地域を目指す。
- ソーシャルワークの5つの機能
 - ・制度横断的な知識
 - ・アセスメント力
 - ・支援計画の策定・評価
 - ・関係者の連携・調整
 - ・資源開発

中間とりまとめ

2(1)住民に身近な圏域での「我が事・丸ごと」(「丸ごと」の地域づくり)(P.10)関係

<担う主体>

- 「丸ごと」受け止める場は、地域住民や地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等が考えられるが、地域の実情に応じて、地域で協議し、適切に設置する。
- 市町村は、住民に身近な圏域で「丸ごと」受け止める場をどこが担うのか、どこにあるのか、果たす役割が何かを明確に定め、分かりやすい名称をつけるなどして地域住民等に広く明確に周知する。
- 「丸ごと」受け止める場の運営に当たっては、以下のことに留意する必要がある。
 - ・ 誰もが気軽に相談に来られるよう敷居を低くする。
 - ・ 地域住民や地域の関係機関と連携・協働していく姿勢が必要である。
 - ・ 身近な地域であるからこそ相談できない人や排除されている人がいることにも配慮する。
- 地域住民等の専門機関でない主体が担う場合には、ソーシャルワーカーによるサポートが受けられる体制を構築する必要がある。
- 地域包括支援センターなどの専門機関が対象者を限定せず、「丸ごと」受け止める場を担う場合には、以下のことに留意する必要がある。
 - ・ 相談の受け止めは、自らの専門領域に偏ることなく、分野横断的に行う。
 - ・ 相談者だけでなく、その属する世帯全体の抱える課題をとらえるとともに、近隣住民などとの関係や暮らしている地域の状況など、相談者とその世帯を取り巻く環境も含めてとらえる。
 - ・ 住民に身近な圏域で「丸ごと」受け止める場には、ソーシャルワークの機能が発揮できる体制を整備する。
 - ・ 相談者等の状況をアセスメントし、可能な範囲で必要な情報の提供及び助言を行う。なお、本人の状態像に応じて、適切に市町村圏域の専門機関等につなぐ。

中間とりまとめの要点

- 「住民に身近な圏域」の中で、住民が直面している、あるいは住民が気付いている課題に対して、「複合課題丸ごと」、「世帯丸ごと」、相談する先が分からない課題でも「とりあえず丸ごと」受け止める機能をつくる必要がある。このことにより、「安心して見つけて解決すること」ができる地域を目指す。
- ソーシャルワークの5つの機能
 - ・ 制度横断的な知識
 - ・ アセスメント力
 - ・ 支援計画の策定・評価
 - ・ 関係者の連携・調整
 - ・ 資源開発

中間とりまとめ

2(1)住民に身近な圏域での「手

<担う主体>

- 「丸ごと」受け止める場合は、地域支援センター、相談支援事業人、NPO法人等が考えられる。
- 市町村は、住民に身近な圏域か、果たす役割が何かを明確に、広く明確に周知する。
- 「丸ごと」受け止める場の運営
 - ・ 誰もが気軽に相談に来られる
 - ・ 地域住民や地域の関係機関
 - ・ 身近な地域であるからこそ相
- 地域住民等の専門機関でなく、が受けられる体制を構築する
- 地域包括支援センターなどの担う場合には、以下のことに留意
 - ・ 相談の受け止めは、自らの
 - ・ 相談者だけでなく、その属すこととの関係や暮らしている地とらえる。
 - ・ 住民に身近な圏域で「丸ごと」受け止める体制を整備する。
 - ・ 相談者等の状況をアセスメントし、お、本人の状態像に応じて、

<展開のパターン例>

- 地域住民が中心となって担う場合の例としては、小学校区ごとに地域住民による「なんでも相談窓口」を設置するとともに、社会福祉協議会のCSW(コミュニティ・ソーシャル・ワーカー)が専門的観点からサポートする方法
- 地域包括支援センター等が担う場合の例としては、住民のより身近な圏域に地域包括支援センターのブランチを拠点とした相談窓口を設置するとともに、地域の各地区を担当する民生委員・児童委員や地域活動の担い手などと協働していく方法
- 自治体等において、各種の相談窓口を一つに集約した上で、各専門職がそれぞれ地域担当として、チームで活動していくという方法
- 在宅医療を行っている診療所や地域医療を担っている病院に配置されているソーシャルワーカーなどが、患者の療養中の悩み事の相談支援や退院調整のみならず、地域の様々な相談を受け止めていくという方法

など

<連携>

- 民生委員・児童委員、保護司などの地域の関係者、関係機関等と連携し、相談に来れない人やSOSを発することができない人の情報が入る体制を構築する。
- 市町村における体制整備を進めるに当たっては、分野を超えた課題に対応するため、地域づくりに資する事業を一体的に実施するなど各分野の財源を柔軟に活用していく必要がある。その際、厚生労働省通知(平成29年3月31日付け厚生労働省関係5課長通知「地域づくりに資する事業の一体的な実施について」)を活用していくべきである。

<バックアップ>

- 安心して相談が受け止められるように、市町村は住民に身近な圏域で「丸ごと」受け止める場を支えるためのバックアップ体制(改正社会福祉法第106条の3第1項第3号)をつくる。その際、夜間や休日のバックアップ体制についても配慮することが必要である。また、高度な専門性が必要となる課題等については、都道府県や市町村が連携した広域的な対応の仕組みを構築する必要がある。



小林
心のつぶやき

- ケアマネジャーからの要請とはからいで自宅での担当者会議に参加することができた。
- 退院後の生活の様子を見させていただくことは、支援の評価に繋がるのでとてもMSWの教育には必要と感じた。

大まかなMSW経過（2回目 在宅からの入退院）

- △月 29日 D診療所医師から入院相談
- △+1月 3日 ケアマネジャーからの相談と検討
- △+1月 9日 一般病棟入院 本人との面接
- △+1月 10日 ケアマネジャー来院・検討継続
- △+1月 19日 退院前カンファレンス
- △+1月 26日 自宅退院
- △+2月 16日 ケアマネジャーからの連絡・情報共有
- △+3月 10日 Eクリニック訪問診療時に訪問③
ケアマネジャーへ経過連絡

入院時の連携ポイント

～入院直後から入院中～

療養者が入院した場合、在宅での生活状況や家族構成、本人の意向、介護サービスの利用状況等の情報が、退院時のスムーズな連携につながります。入院時から始まる、多職種と医療機関の情報共有が重要です。

入院先医療機関

入院前、通院中から、多職種との連携を想定し、療養者のかかりつけ医、担当ケアマネジャー、訪問看護事業者、かかりつけ薬局等を把握するようにしましょう。必要に応じて、多職種へ情報提供することを、療養者に説明するようにしましょう。

窓口の明確化

◎多職種からの情報提供窓口・問い合わせ窓口・連絡可能な時間帯・手段などを明確にしましょう。

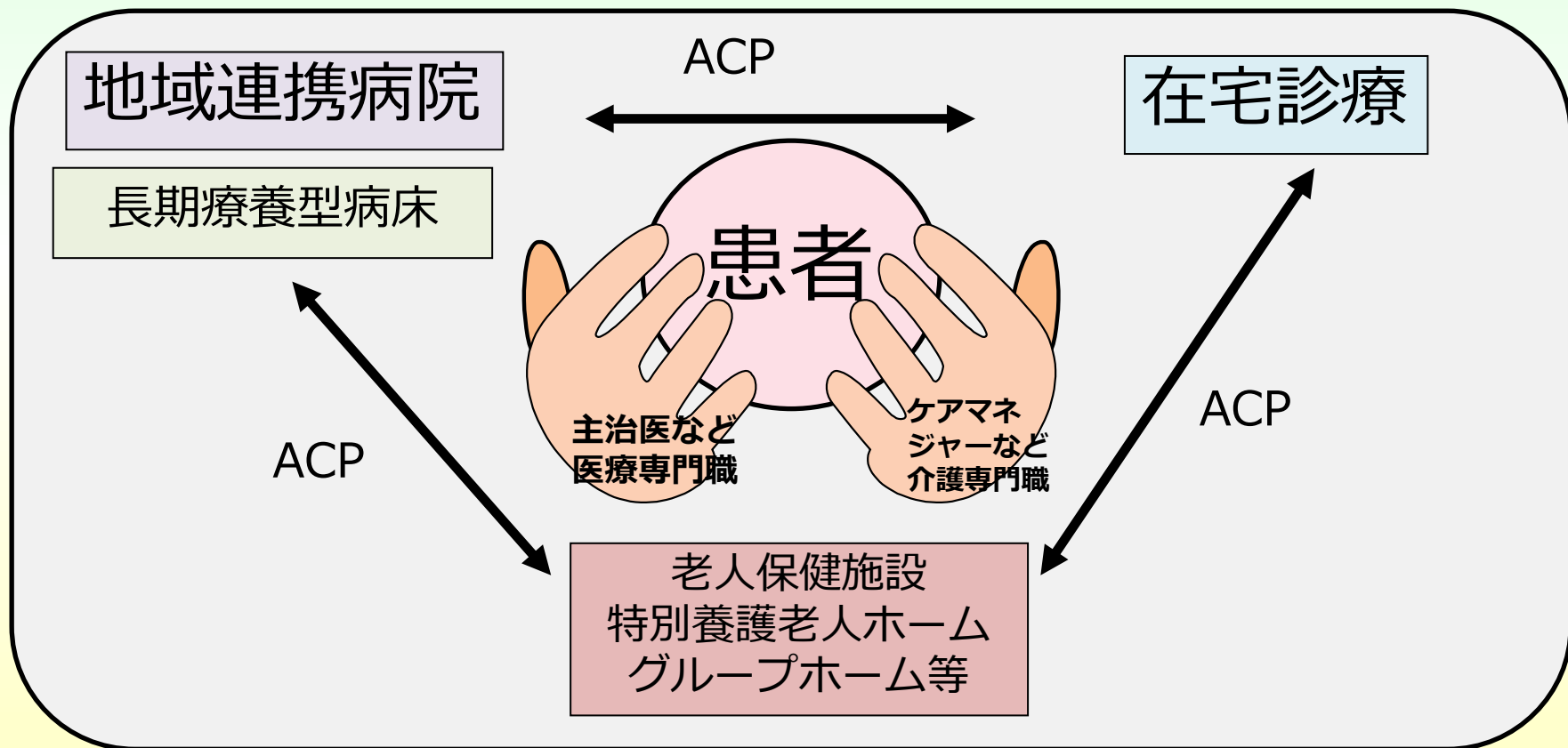
多職種との情報連携

- ◎多職種から得られた情報は、カルテへ一元管理できるように院内で調整し、担当医・病棟スタッフ等、院内で共有できるようにしましょう。
- ◎多職種からの情報がない場合でも、在宅での介護サービスの利用状況の把握に努めましょう。療養者・家族には、担当ケアマネジャーの確認を行い、情報提供を求めましょう。
- ◎かかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護事業者等から、情報提供された内容について不足している情報がある場合は、多職種と連携し、情報収集に努めましょう。

- 訪問(担当者会議)の翌日からの入院相談となった。
- 病院と地域との連携の役割を強く感じた。
- EクリニックMSWから医師、看護師の訪問診療への同席の案内にて訪問することができた。
- Eクリニック医師と本人との穏やかな会話のやりとりを拝見する貴重な機会をいただいた。
- ヘルパーから毎日の訪問とククレカレー(鶏肉無)や豆腐や刺身も食べていることを聞くことができた。
- 本人の意向に沿った支援を地域で続けている。
- ケアマネジャーは本人の意思を大切にしている。
- 地域で良い連携がとれていると感じる。

本人の思いを叶える地域づくりに向けて

～地域全体での本人意思の共有～



療養者のための連携であること

医療・介護のサービスを受ける主体は、だれであるかを常に考えましょう。「療養者が何を望んでいるか」、それに向けて「何が課題であるか」、「どう解決し支援するか」を多職種で検討・共有し、協働していきましょう。

主体的かつ積極的に連携をしていくこと

「忙しい」「分からない」「大変」などを理由に、他職種にお任せとなったり、情報共有がおろそかにならないよう、多職種チームの一員として支援をしましょう。

療養者本人の意思決定を支援すること

関わる多職種が、本人と対話を続け、本人にとって望ましい決定ができるよう、支援を続けていきましょう。