◎ 面談前に、内容に関する準備をしましょう。

◎「目的」「症例提示」「問題提起」で構成しましょう。

◎ 利用者や家族の意向を確認しましょう。

◎ 医師・ケアマネと『顔の見える関係』を築きましょう。

～　医師・ケアマネジャーの本音　～

※お互いの意見が交錯

医師

- ○ 的を射ない質問が多く、目的が良くわからない
- ○ 主治医連絡票を定期的にFAXで送ってくるが、どのように返答して良いか分からない回答を求めないで欲しい
- ○ 往診したら事前連絡も無くショートステイで不在
- ○ 退院後、診察も行っていないのに訪問看護指示書が送られてきた
- ○ 担当ケアマネがよく代わる
- ○ ケアマネの対応を統一して欲しい

ケアマネジャー

- ○ 医師の思いや考えが先行する事がある
- ○ 本人や家族の思いが通らず受け入れてもらえない
- ○ 指定される面談時間が勤務時間外となり困る事がある
- ○ ケアマネの業務範囲を超えて求められる事がある
- ○ 業務が多忙となり医師のスケジュールに合わせる事が難しい
- ○ 医師側でも対応を統一してもらえると有難い

※本人・家族の意向確認を行ったうえ
お互いの意見交換・ディスカッションが大切

発　行　2019 年 4 月 1 日
編　著　在宅医療委員会　多職種連携ネットワーク「きづがわねっと」事務局
発　行　一般社団法人相楽医師会　在宅医療委員会

〒619-0233　京都府相楽郡精華町乾谷金堀 3-2JA 京都やましろ山田荘事業所 2F
TEL:0774-73-8222　FAX:0774-73-3919　http://www.souraku.kyoto.med.or.jp/
山城南つながるネット　http://yamashirominami.net/

医師・ケアマネジャーにおける 多職種連携のための発信力向上マニュアル

～医師・ケアマネジャーの連携～

いま、日本では年々高齢化率が上昇しており、2025 年には高齢化率は 30%に達する見込みです。私たちの暮らすこの地域でも、年々高齢化率が上昇し、それに伴い、要介護認定者数も増加しています。ケアマネジャーや介護士は、今後さらにニーズが高まるとともに、利用者ひとりひとりに寄り添った、より質の高い介護サービスを提供していかなければなりません。

私たち「きづがわねっと」では、以前から医療と介護の連携の必要性を強く訴えています。医療単独、介護単独では、患者さん、利用者さん一人一人に合った、質の良いサービスが提供できないからです。顔の見える関係を大切に、様々な講演会・勉強会を通じて、医療職と介護職の交流を推進してきました。

今回、ケアマネジャーを対象として、医者とディスカッションする際のポイントを学んでもらおうと思い、このプロジェクトを立ち上げました。医者とケアマネジャーの間の距離を縮め、顔の見える関係を築き、患者さん・利用者さんを医療と介護が連携して包括的にケアするためです。ポイントさえ念頭におけば、医師とのディスカッションは必ずスムーズに進みます。私たちの暮らすこの地域のために、一緒に学んでいきましょう。

一般社団法人相楽医師会　在宅医療委員会　委員長　竹澤　健

医師とケアマネジャーの面談風景　～良くない編～

：こんにちは。本日はＡさんについてお伺いしたいのですが・・・。
：Ａさん？駅前の？
：そうです。最近の様子はいかがでしょうか？
：最近の様子って・・・。診療している分にはあまり変わらないけど、認知症が進行した印象はあるかな？
：Ａさんは息子さんと二人暮らしなのですが、先日、介護認定の申請をされて要介護２になり、私が担当することになりました。
：先日、介護認定の相談で息子さん来院されました。母親との関りが少ない様子だね。
：（息子さんは）仕事が多忙の為かＡさんは殆ど独居状態です。ケアプラン立てるに当たって気をつけることは御座いますか？
：う～ん、何か案はあるの？ それが分からないと助言もできないよ。
：そうですね。息子さんは住宅改修の希望があります。私はデイサービス利用が必要と考えますが、Ａさんは拒否されており、息子さんとは十分話できておらず・・・。
：住宅改修は必要なのかな？ デイサービスに行くほうが先だと思うけど・・・。
：なるほど、そうですね。では、まずはデイサービスを勧めてみます。しかし、Ａさんは拒否が強く・・・。息子さんの協力も難しいかと・・・。
：まあ、なんとか進めてみてよ。何か始めないと何も動かないでしょ・・・。
：わかりました、なんとか説得してみます。しかし、息子さんと連絡取れなくて。（デイサービスに）行ってくれればいいのですが・・・。
：その後はどうする予定なの？
：施設入所の検討も必要かと考えております。そういえば、認知症の薬は飲まれていますでしょうか？
：いや、血圧の薬しか飲んでないよ。そうだね・・・。まず、診断をつけないといけないかな。その手配も進めてくれる？
：予約は先生が取ってくれますか？ 病院へお連れすることは可能ですが・・・。
：予約は取るよ。では、CT を撮る予定で進めようか、ね。
：わかりました。そうそう、血圧は安定していますか？ デイサービスで入浴時の血圧は大丈夫か聞かれると思うので？
：可否は、その時の判断かな？僕に聞かれても・・・。まあ、極端な血圧でなければ・・・
：あと腰痛も・・・様子を見ながらで良いでしょうか？
：ま、そうだね・・・。
：わかりました。ありがとうございました。

良くないポイントのまとめ・改善策

ポイント① 事前の準備なく面談に臨んでいる

→ （改善策） 何を聞き伝えたいのかを整理し面談に臨もう

【本人の現状】　：病名は？（＃１高血圧　＃２腰椎圧迫骨折　＃３認知機能の低下）
【サービス内容】：住宅改修の希望あり。デイサービス利用を勧めたい。
※ 今後の予定　その他、聞きたいことなど
≪参考：ケアプランを作成する際の課題分析 23 項目（標準項目）≫

ポイント② 面談の構成を考えず会話を進めている

→ （改善策） 面談の目的・症例提示・問題提起で構成しよう

【目 的】　本日は、駅前に息子さんと二人暮らしをしている 85 歳女性のＡさんについて、現在の病状と、介護方針についてご意見を頂きたく伺いました。
【症例提示】駅前に息子さんと二人暮らしをしている 85 歳女性のＡさん
【問題提起】病名単位で提示すると、理解を得られやすい。
（例）現在、高血圧・腰椎圧迫骨折・認知症で診療していただいておりますが…

ポイント③ 利用者・家族の意向を聞かずに面談

→（改善策） 医師・ケアマネジャー共にサービスありきで話を進めてはダメ！！

★　我々は、経験則から、勝手に、特定のサービスに誘導しがちとなる。
★　決めつけの『フィルター』を取り除いて傾聴する姿勢が大切。
(×)「デイサービスにいってくれればいい（行くほうが先）」「施設入所の検討が必要」

ポイント④ 医者にはまず医療の話を行い関係の構築を

→ （改善策） 医療単独、あるいは介護単独では利用者・家族に不利益。
医療介護連携のマネジメントは、ケアマネジャーの大切な業務。

★『 デイサービス 』 デイサービスに行くことで服薬管理もできるようにしたい
★『 腰痛』　転倒による再骨折は今後の在宅生活に大きな影響を及ぼす
骨折が閉じこもりの契機　→　転倒防止を考慮すべき
★『 ＣＴ 』 長男の協力で病院まで連れて行ってもらうよう相談調整。
診療所まで長男に来てもらい３者にて面談し方針をたてる