

完了報告書

申請者名 戸田正雄

所属機関 株式会社日本高齢支援センター

職名 代表取締役

所在地 神奈川県藤沢市片瀬1-2-34

提出日 平成22年11月1日

開催内容 別紙参照

配布資料 別紙資料参照

開催報告

各会場とも20名前後の参加をみた。この種の研修に対しケアマネジャーの関心の深さが伺い知れた。

- 1、「主治医の意見書」の読み解き、訪問看護には関心が深く理解された様子であった。
- 2、診療報酬やDPCに関しては内容が難しいらしく質問もなく理解が難しかったかもしれない。
- 3、講師は以前の知り合いに依頼したため適当な人選とは言えなかった。

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 助成事業による
ケアマネジャー研修会

ケアマネジャー研修会

いまの医療の事情を理解するために

テーマ：ケアマネジャーが医療の現状を知ってケアマネジメントに活用する研修会

第1回開催日時

21年9月18日（金）午後6時30分から8時30分まで（開場 午後6時15分）
会場 藤沢市・労働会館第3会議室

第2回開催日時

21年10月25日（日）午後6時から8時まで（開場 午後5時30分から）
会場 横浜・かながわ県民活動サポートセンター会議室406

第3回開催日時

21年12月20日（日）午後2時から4時まで（開場 午後1時30分）
会場 板橋区 グリーンホール404会議室

第4回開催日時

21年12月27日（日）午後2時より午後4時まで（開場 午後1時30分）
会場 江東区 商工情報センター会議室

講師 医療機関関係者

訪問看護ステーション所属看護師

ケアマネジャー など

内容 第1部 講師講演

- 1 各医療機関の役割と連携
- 2 在宅医療について
- 3 医療と介護の関係について

第2部 シンポジウム・医療と介護支援専門員との関係性について

（全回とも同じ内容）

参加料 無料

申込方法 氏名、住所、連絡先の電話番号、参加日、メールアドレスを明記しメールまたは葉書にて申込

メールアドレス h-nikkourei@zc.wakwak.com

宛先 〒251-0032 藤沢市片瀬1-2-34(株)日本高齢支援センター内
ケアマネ経営研究会まで

問合せ 担当 戸田・電話 090-4455-8171・平日9時から5時まで

主催：ケアマネ経営研究会 <http://park11.wakwak.com/~fujisawa/>

共催：株式会社日本高齢支援センター <http://www.nikkourei.com>

「主治医の意見書」読み解き

財団法人日本公衆衛生協会発行
「介護支援専門員のための主治医意見書の上手な活用法」より
『尾道市医師会会長 片山壽：第3章意見書内容の見方のポイント』参照

鈴木クリニック

鈴木京子

(別添2)

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) _____	男 女	〒 _____
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 () _____

記入日を確認・経過期間に注意

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。
 医師氏名 _____
 医療機関名 _____ 電話 () _____
 医療機関所在地 _____ FAX () _____

重複疾病の確認

1) 最終診察日	平成 年 月 日
2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 () _____

機能低下の主原因が1欄
疾病の重症順でないことに注意

発症年月日は状態の安定・不安定の目安

傷病に関する意見
 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日
 1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) _____
 2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) _____
 3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃) _____

不明の内容をDr.へ照会

(2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

記載されていない既往歴にも注意
次項「特別な医療」との関連に注意
訪問看護の判断

不安定とは変化が予測される
Dr.への照会が必須

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療経過 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記す

本人が交換を行っている場合記載がないこともある

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)
 処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素吸入
レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養
 特別な対応 モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置
 失禁への対応 カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

褥瘡の再発に注意

3. 心身の状態に関する意見
 (1) 日常生活の自立度等について
 ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
 ・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
 (2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
 ・短期記憶 問題なし 問題あり
 ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
 ・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない
 (3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てでチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
無 | 有 { 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 () _____
 (4) その他の精神・神経症状
無 | 有 (症状名: _____ 専門医受診の有無 有 () 無)

継続的受診か

利き手が患側かどうか

身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)

□四肢欠損 (部位: _____)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)
 □その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

血清アルブミンの数值に留意

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・器具の使用(履き慣らし可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □看護職員の訪問による相談・支援 □訪問歯科診療

□訪問薬剤管理指導 □訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導

□訪問栄養食事指導 □通所リハビリテーション □その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり (_____) ・移動 □特になし □あり (_____)

・摂食 □特になし □あり (_____) ・運動 □特になし □あり (_____)

・嚥下 □特になし □あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 (_____) □不明

なぜ発生の可能性が高いか不明のときはDr.へ照会

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

意見書を鵜呑みにせずDr.への照会、本人を観察など現認する
意見書をDr.との関係構築のきっかけとして活用する

ケアマネジメントにおける 多職種連携の実際

ケアマネジメントの目的

- 1) 住み慣れた地域社会の中で生活を続けるよう支援する方法
- 2) 医学的・心理的・社会環境的アプローチを、統合したアプローチで支援する手法
- 3) QOLを向上
- 4) コストコントロール

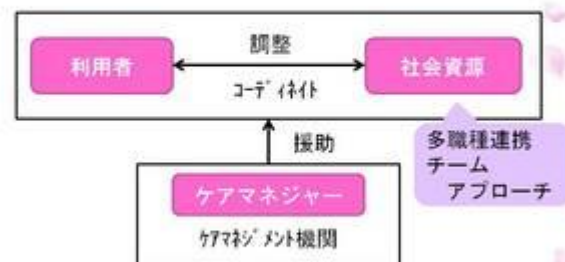
3

自己紹介

元々は、看護師
子育て後、訪問看護師として再就職
→在宅ケアと出会う
小児への訪問看護も実施
～保健所、児童相談所、学校、病院と連携
介護保険制度とともに介護支援専門員へ
～同居の家族として、不登校児や障がい児に
接する機会がある
→制度・組織を横断してつながりあう

2

ケアマネジメントの構造



四訂介護支援専門員実務研修テキストP33より

4

ケアマネジメントプロセス

アセスメント

↳ ケース目標の設定とケアプランの作成

↳ ケアプランの実施

↳ モニタリング

↳ 再アセスメント

ケース目標の設定とケアプランの作成

...

多職種連携
チーム
アプローチ

6

サービス担当者会議

チーム形成の場

ニーズや目標の共有

利用者中心の支援を形成

役割の確認

情報の収集と伝達の方法の確認

6

連携することの意味

利用者を支援の
真ん中においた
支援の実現をめざす

7

「連携」「協働」のイメージ

良好な関係

相談しあえる関係

信頼しあえる関係

目標をもったつながり

目標や情報の共有

役割を果たす

報告、連絡、相談ができる

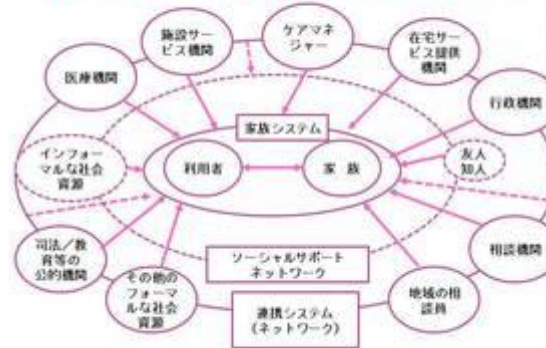
8

ケアマネジャーとして学んだこと

- ★一人ではできない
- ★相手を知る・自分を知る
- ★違いを知る
- ★時間軸の中で支援する
- ★共通の課題認識と目標
- ★評価とフィードバック
- ★リーダーシップを発揮できる人の存在

9

ネットワークを書いてみよう (1)



10

ネットワークを書いてみよう (2)



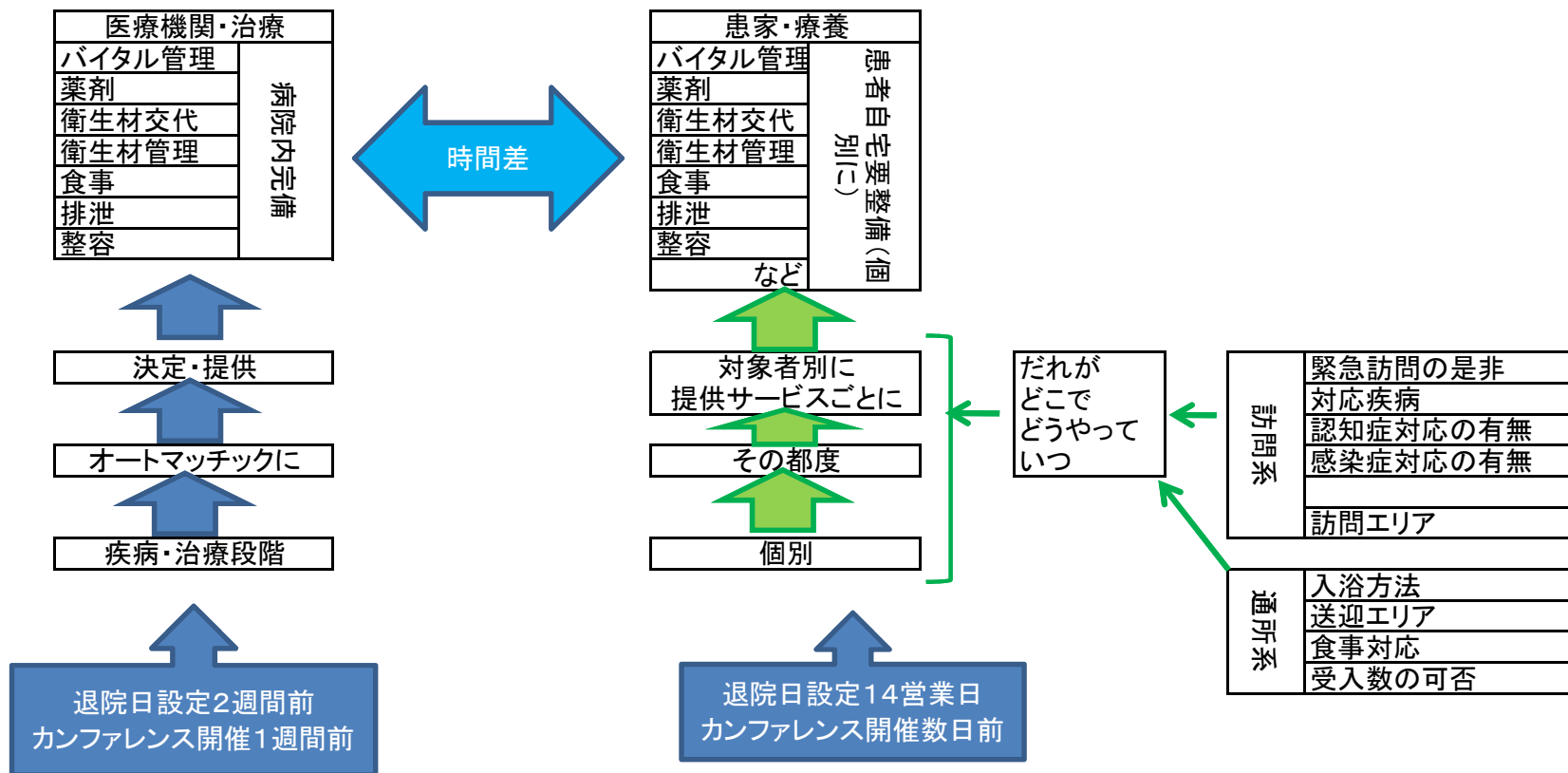
11

ネットワークを書いてみよう (3)



12

退院時カンファレンスの開催時期



退院に至るまでの介護体制準備

院内カンファレンスの準備

退院	おおよその退院時の状態
	退院後の変化の予想

必要と思われる支援内容

退院後の療養準備

考慮項目	入院前・入院後の変化
	入院前状態の復帰期待

細 目 ご 整 備 (<u>図別三</u>)	バイタル管理
	薬剤
	衛生材交代
	衛生材管理
	食事
	排泄
	整容
	バイタル管理 など

課題別
に整備

だれが
どこで
どうやって
いつ

訪問系	緊急訪問の対応可否
	対応疾病
	認知症対応の有無
	感染症対応の有無
	訪問エリア

通所系	入浴方法
	送迎エリア
	食事対応
	受入数の可否

同居人・家
族・関係者
の関与程
度・見極め

提供可能な該当事業者の
情報の収集と利用調整

退院時カンファレンス

退院後の生活

イメージ

