

多職種連携研修ガイドライン

平成25年12月

金 沢 市

目 次

第Ⅰ章 はじめに	1
第Ⅱ章 高齢者の生活を地域で支える（地域包括ケア）	3
1. 基本的な考え方	3
2. 高齢者の生活支援のあり方	5
3. 介護の将来像（地域包括ケアシステム）	6
4. 介護保険サービスの概要	7
5. 地域包括支援センター	8
第Ⅲ章 高齢者を支える多様な専門職による連携	9
1. 高齢者の介護に関わる様々な専門職	9
2. 多職種連携の重要性	9
第Ⅳ章 多職種連携を進めるために必要なこと	10
ステップ1 自分の専門性や役割を理解しましょう	11
ステップ2 お互いを知り、顔の見える関係を作りましょう	12
ステップ3 利用者本人を理解し、事業所内で情報を共有しましょう	15
ステップ4 多職種で連携し、地域ぐるみで支えましょう	17
第Ⅴ章 多職種連携の事例	19
1. 日常生活の支援における事例	19
2. 入院時・退院時（施設入所時・施設退所時）における事例	23
3. 困難な事例への対応	27
参考	29

第Ⅰ章

はじめに

国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口によれば、金沢市では、2025年に75歳以上人口が2010年から約3万人増加して7.8万人となり、全人口の2割弱となるなど、高齢化が確実に進行していくことが見込まれています。高齢化が進むと、日常生活の中で医療や介護を必要とする方の数が確実に増えています。医療や介護が必要な状態になっても、できる限り自宅等の住み慣れた所で生活し続けたいと希望する市民は多く、その生活を地域で支える仕組みを、社会全体でつくっていく必要があります。

高齢者が地域で安心して生活していくためには、医療と介護、あるいはその他の福祉サービスも含めた暮らしを支える様々なサービスの連携が重要です。では、サービスの連携とは何でしょうか。それは、各サービスに関わる多様な専門職が、利用者に関する情報を円滑に共有しながら、ケアの全体像を把握し、各自の役割に基づいて、適切にサービスを提供することにほかなりません。つまり、多職種による連携そのものなのです。

介護保険サービスにおける多職種連携はそれぞれの専門職の気付きから始まります。介護従事者が他の介護保険サービスを知ることも連携への一歩です。また、介護保険サービス以外の高齢者を支援する機関やその役割を知ることも連携への一歩です。

介護サービス事業所は、介護従事者の資質向上のために、研修の機会を確保しなければならないと条例で定められています。金沢市では平成25年4月から、この研修に多職種連携に関する研修を含めることとし、介護サービス事業所が事業所内で研修を実施したり、金沢市あるいは職能団体等が開催する多職種連携研修に介護従事者を参加させることを求めています。このガイドラインは、そうした研修を行う際の参考として示すものです。事業所内で多職種連携に向けた研修を実施するにあたって、ぜひ活用してください。

ガイドラインの使い方

このガイドラインは、多職種連携について理解してもらうとともに、どうしたら多職種が連携を深めていけるかを考えてもらうために作成したものです。

介護保険サービスに従事する一人ひとりが取り組めること、日常的に意識してほしいことを中心にまとめています。個々の取組を行うに当たっては、事業所の理解が不可欠であり、研修等を通して理解を共有し、事業所全体で取り組んでください。

ガイドラインの構成

第Ⅰ章から第Ⅲ章までは基本的な考え方の説明が中心です。

多職種連携が必要とされる背景や、これからの中高齢者の生活支援のあり方を説明しています。また、多職種連携に関わる職種についても簡単に紹介しています。

第Ⅳ章は多職種連携を進めていくために、日頃からどのような行動をとったらいいのかを段階ごとに示しています。個々の介護従事者が取り組める行動を中心にまとめています。

第Ⅴ章は事例を掲載しています。多職種が連携した事例について、いくつかの場面を取り上げています。

ガイドラインの活用のしかた（例）

第Ⅰ章から第Ⅲ章は基本的知識として理解していただく部分です。

第Ⅳ章は、各段階で求められる行動のあり方を示しており、具体的な行動の例を挙げています。様々な行動の例を参考に、自分たちの事業所ではどのようなことができるか考えてください。

第Ⅴ章では、事例について課題や支援のポイントを事業所内で考えてみてください。考えられる課題と支援のポイントは参考として掲載してありますが、あくまでも一例です。事例をもとに別の状況を追加（家族の状況、経済的な状況、本人の身体機能、住まいの状況等）することで別の課題が現れてくるかもしれません。連携の仕方についても違う方法が考えられないか、自分の事業所ならこのようなことができる、など様々なバリエーションを考えてみてください。

第Ⅱ章

高齢者の生活を地域で支える（地域包括ケア）

1. 基本的な考え方

いわゆる団塊の世代が65歳以上となることに伴い、高齢者数は今後急激に増加します。この世代が75歳以上になる2025年には、75歳以上人口の割合は、65歳から74歳の人口の割合を超えることが予測されています。単独・夫婦のみ世帯の増加、認知症を有する高齢者の増加、医療と介護の両方を必要とする者の増加など、様々な高齢者像に対応したケアを行っていく必要があります。

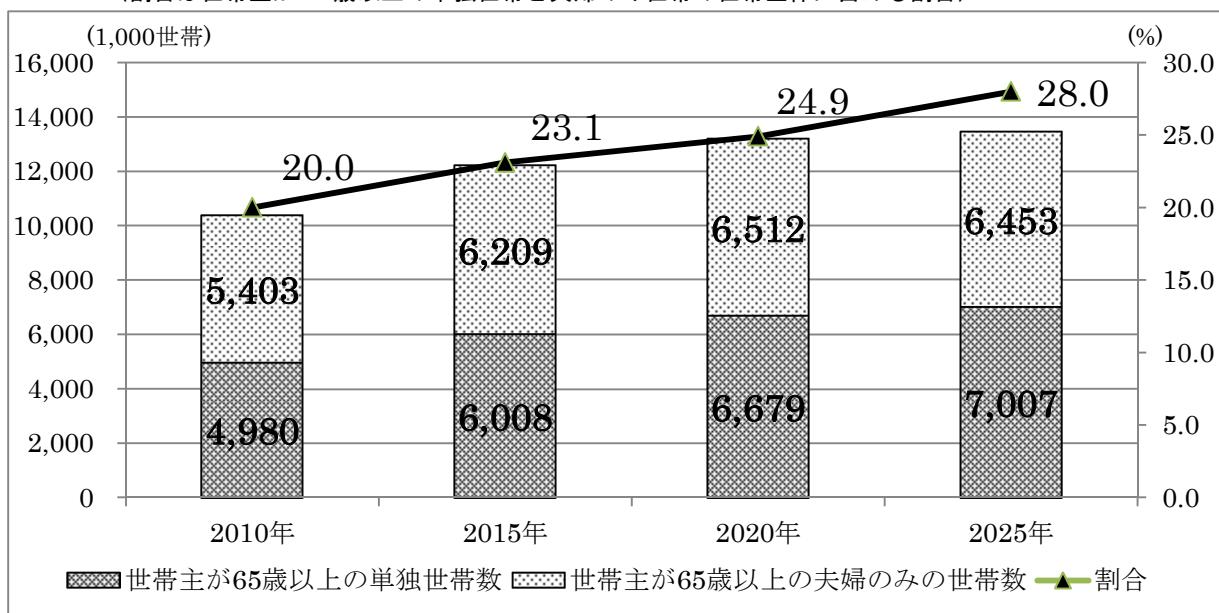
将来推計人口

	2010年	2015年	2025年
総人口	12,806万人 46.2万人	12,660万人 46.4万人	12,066万人 45.3万人
65歳以上人口（割合）	2,948万人(23.0%) 9.8万人(21.2%)	3,395万人(26.8%) 11.7万人(25.3%)	3,657万人(30.3%) 12.9万人(28.6%)
65～74歳人口（割合）	1,529万人(11.9%) 4.9万人(10.7%)	1,749万人(13.8%) 6.2万人(13.5%)	1,479万人(12.3%) 5.1万人(11.4%)
75歳以上人口（割合）	1,419万人(11.1%) 4.8万人(10.5%)	1,646万人(13.0%) 5.5万人(11.9%)	2,179万人(18.1%) 7.8万人(17.3%)

資料：2010年は総務省「国勢調査」、15年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果。上段は全国の人口、下段は金沢市の人口
(注) 2010年の総数は年齢不詳を含む。

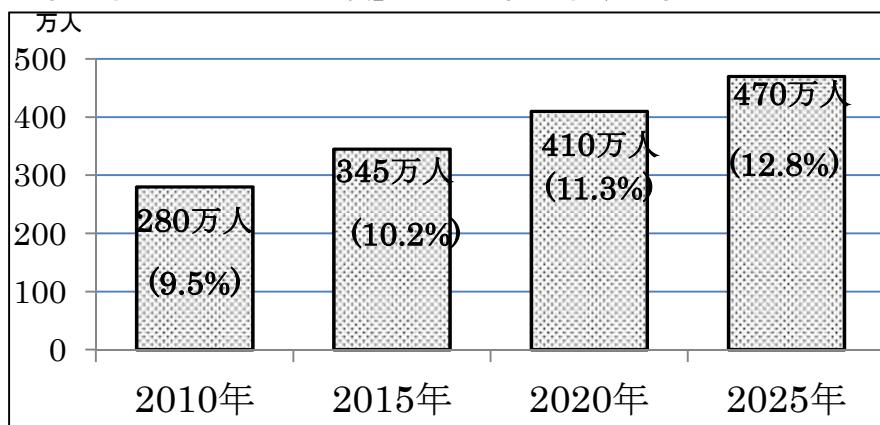
世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計

(割合は世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯全体に占める割合)



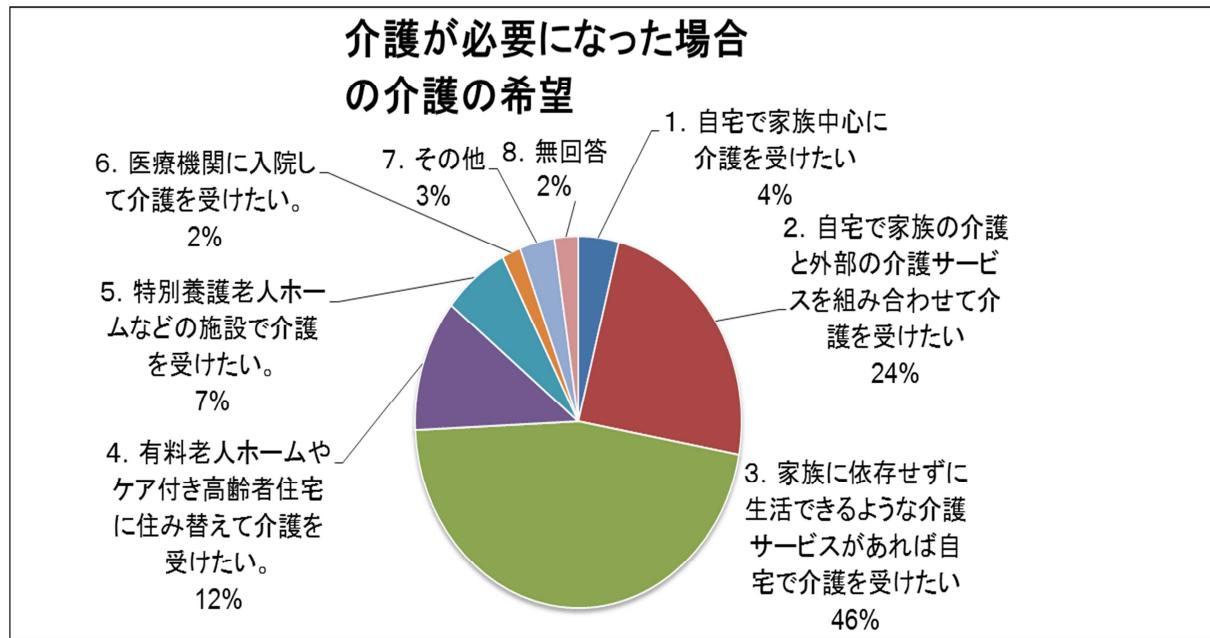
※世帯主が65歳以上の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していく。

「認知症高齢者の日常生活自立度」II 以上の高齢者数の推計(括弧内は対 65 歳以上人口比)



※65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」II 以上の高齢者が増加していく。

また、厚生労働省が行ったアンケートでは、「自分が介護が必要になった場合、家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば、自宅で介護を受けたい」と答えた方と「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」と答えた方を合わせると、70%の方が条件さえ満たされれば自宅での介護を希望しています。



資料「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集（結果概要について）」厚生労働省老健局

このような希望に対応するためには、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できる住まいが確保された上で、医療・介護・予防・生活支援が、利用者のニーズに応じて適切に提供される体制（地域包括ケアシステム）をつくっていくことが必要です。

2. 高齢者の生活支援のあり方

様々な支援が利用者のニーズに応じて、適切に提供されることにより、高齢者の生活をどのように支えることができるのでしょうか。具体例で考えてみましょう。

例1 病気になった、けがをした場合

急な病気やけがの治療のために入院した場合、ある程度回復したらリハビリテーションを行い、介護保険サービスの利用を検討しながら、退院に備えます。その際、本人や家族の希望を聞きながら、医療職では主治医や看護師、リハビリテーション専門職、医療ソーシャルワーカー、介護職ではケアマネジャー（介護支援専門員）、通所介護事業所の管理者、ホームヘルパー（訪問介護員）などが連携することで、一貫性のある方針に基づき医療から介護へ切れ目なく移行でき、在宅医療や介護保険サービスを利用しながら自宅等の希望する場所で生活することができます。

例2 残存能力を活かしたい場合

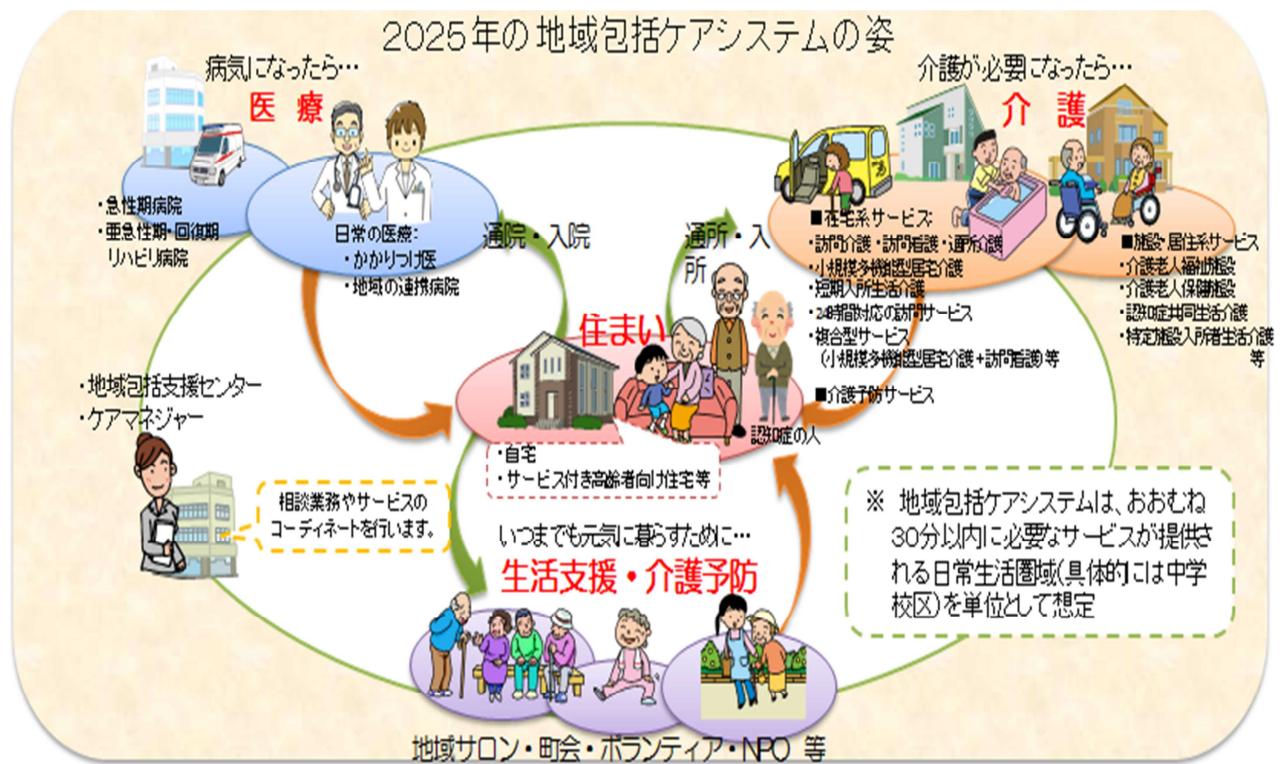
利用者が現在の状態を維持しながら、意欲をもって生活を続けられるようにするために、自立支援の観点から、ケアマネジャーに対して、看護職やリハビリテーション専門職による助言が早い時期になされることが重要です。また、介護職が日常の様子を医療職に伝えることで、医療職が利用者の心身の状況の変化を早期に把握して、適切な医療や、利用者及び家族への丁寧な助言を行うことなどが期待されます。

例3 地域とのつながりを活かしたい場合

引きこもり防止や、地域社会との関わりを維持することを目的とした地域サロンや介護予防事業、通所介護の利用などが考えられます。また、民生委員やボランティアによる見守り活動や、郵便局や商店、新聞配達などによる見守りも兼ねた訪問など、地域の社会資源も取り入れて包括的に高齢者の生活を支援することが重要な視点となります。

3. 介護の将来像（地域包括ケアシステム）

- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 高齢化の進行状況には大きな地域差があるため、地域包括ケアシステムは、保険者である市町村が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。



これからの介護は、それぞれの地域にある社会資源を活用し、地域の特性にあつた仕組みをもとに作られていくことになります。その仕組みを構成するものは、本人（高齢者）、介護者（家族等）、地域包括支援センター、介護事業者、医療機関、民間企業、NPO、市町村、地域の各種団体、地域の住民などが考えられます。

4. 介護保険サービスの概要

まず、現在の介護保険サービスにはどのようなものがあるのかを整理します。介護保険サービスは、自宅への訪問・介護サービス事業所への通い・短期間の泊りを主とする在宅サービス、施設に入所して利用する施設サービス、住み慣れた地域でサービスを受ける地域密着型サービスに分けられます。金沢市内の地域密着型サービス事業所を利用できるのは、原則として金沢市にお住まいの方に限られています。

在宅サービス	施設サービス
訪問サービス	<ul style="list-style-type: none"> ◆訪問介護 ◆訪問入浴介護 ◆訪問看護 ◆訪問リハビリテーション ◆居宅療養管理指導
通所サービス	<ul style="list-style-type: none"> ◆夜間対応型訪問介護 ◆定期巡回・随時対応型訪問介護看護
短期入所サービス	<ul style="list-style-type: none"> ◆認知症対応型通所介護
その他	<ul style="list-style-type: none"> ◆認知症対応型共同生活介護 ◆地域密着型介護老人福祉施設
	<ul style="list-style-type: none"> 訪問・通所・泊まりサービス ◆小規模多機能型居宅介護 ◆複合型サービス

介護サービス事業所の種類や個々のサービス内容の説明については、参考として29ページ以降に掲載しています。市内にある最新の介護サービス事業所の所在地や連絡先は、金沢市公式ホームページ「いいねっと金沢」に掲載されています。また、介護サービス情報の公表制度により、各介護サービス事業所のサービ

ス提供体制や具体的なサービス内容などが、インターネット上に掲載されています。

金沢市内の介護保険指定事業者一覧（「いいねっと金沢」内）

<http://www4.city.kanazawa.lg.jp/23025/list/index.html>

介護サービス情報公表システム

<http://www.kaigokensaku.jp/>

また、金沢市では介護保険制度に関するパンフレット「みんないきいき介護保険」を作成しています。介護保険サービスの利用手順や介護保険サービスの種類、介護保険サービス利用の費用などを簡潔にまとめたもので、市役所の窓口や地域包括支援センター等に設置しています。

5. 地域包括支援センター

地域包括ケアを推進する拠点として、金沢市内の19の日常生活圏域（概ね中学校区）に1つずつ設置されている地域包括支援センターには、保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士の専門職が配置されています。地域包括支援センターは市民からの相談を幅広く受けつけ、様々な制度による支援を実施します。また、要支援1・2の方の介護予防プランの作成などを行っています。高齢者虐待への対応、成年後見制度の活用など、高齢者の権利擁護に関する対応や、ケアマネジャーへの日常的個別的指導や相談、支援が困難な事例への指導・助言を行います。

さらに、地域包括支援センターは包括的・継続的ケアマネジメント支援の充実のため、地域ケア会議等を通じて、保健医療等の多職種連携によるケアマネジメント支援を行います。地域包括支援センターの連絡先等については、34ページに掲載しています。

第三章

高齢者を支える多様な専門職による連携

1. 高齢者の介護に関わる様々な専門職

既に見たように、地域には様々な社会資源が存在し、介護保険サービスだけでも様々な種類の事業所があります。それぞれの事業所では多くの専門職が働いています。高齢者の介護にはこれらの多くの専門職が関わっており、また事業所内での立場も様々です。

介護保険サービスにおける専門職としては、介護福祉士、ケアマネジャー、ホームヘルパーなどがあります。また、医療サービスの専門職としては、医師、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などがあります。

また、こうした多様な専門職だけではなく、地域では民生委員をはじめとした福祉関係者が存在し、これらの地域の関係者も含めて、多くの職種が高齢者の生活を支えています。29ページ以降に、これらの専門職についての説明などを掲載していますので、参考にしてください。

2. 多職種連携の重要性

地域包括ケアを進めていくためには、多職種の連携が不可欠です。多職種の連携を進めていくに当たっては、自らと異なる専門職の専門性を理解し、お互いに尊重し合うことが重要です。一定以上の要介護度の高齢者は、複数の医療・介護保険サービスを利用していることが多く、異なる職種や異なる施設に属するサービス提供者が、お互いの専門性を尊重しながら、チームとなって利用者をサポートしていく連携体制を構築することが必要になります。

介護保険サービスを利用する場合、ケアマネジャーは利用者や家族の思いを聞きながら、その人に必要なサービスを組み合わせ、サービスを提供する事業所を調整しケアプランを作ります。その際、介護サービス事業所の担当者が集まり、利用者の状況等に関する情報を共有しながら、ケアプランの内容を検討する「サービス担当者会議」は多職種連携の一例です。また、例えばホームヘルパーがサービス提供時の状況等を訪問介護事業所の責任者に報告し、その内容が事業所内で共有され、事業所からケアマネジャーに情報を伝えることで連携を深めることもできます。多職種間の連携体制を実現するためには、ケアマネジャーも介護サービス事業所の管理者だけではなく、実際に現場で働く介護従事者も、日常的に他の職種や事業所との連携を意識しながらサービスを提供していくことが求められます。

第IV章**多職種連携を進めるために必要なこと**

「多職種連携」というと難しいことのように聞こえますが、その中身をつぶさに見ると、個々の医療・介護従事者の日常的な取組がうまく繋がり合うことで出来上がっています。例えば、ケアマネジャーの知らない利用者の情報を担当のホームヘルパーが把握している場合、ホームヘルパーの把握している情報が共有されることで、今とは異なるケアのあり方の提案に結びついていくことがあります。一人ひとりの介護従事者にそれぞれの役割があり、それを普段から意識することが重要です。

ここでは、介護従事者としてどのようなことができ、どのようなことをすべきかを、多職種の連携につながっていくプロセスに沿って、4つのステップにまとめました。

【ステップ1】自分の専門性や役割を理解しましょう。



【ステップ2】お互いを知り、顔の見える関係を作りましょう。



【ステップ3】利用者本人を理解し、事業所内で情報を共有しましょう。



【ステップ4】多職種で連携し、地域ぐるみで支えましょう。

皆さんのが既に取り組んでいることや、介護従事者として知っていて当然と思うことも含まれているかもしれません、それが連携につながる行動なのだと気付くことができると思います。

また、ここで示している取組はあくまで一例です。この取組を全て実行しなければ多職種連携ができないということではありません。個々の場合に応じて、これらを参考にして取り組んでみてください。

なお、以下の取組は個々の介護従事者が独自に取り組むだけでなく、事業所ぐるみで意識して取り組むことにより、一層の効果が期待できます。多職種連携には、事業所の管理者等の理解が不可欠であることを、改めて認識する必要があります。

ステップ1 自分の専門性や役割を理解しましょう。

(1) 自分の専門性や事業所内での役割を理解しましょう。

自分の専門性や、介護従事者として事業所内で自分は何をどこまですべきかという役割について、改めて理解しておきましょう。それを理解することが、自分と他の専門職との違いを理解することにつながります。

例① 専門職として自分が行うべきケアの内容を理解する。

- ・介護福祉士として、利用者の日常生活上のケアを行いながら、アセスメントに基づく個別援助計画の立案を行う。
- ・看護師として、医師の指示に基き、利用者に日常的に必要となる医療的ケアを行う。

例② 自分が果たすべき役割を理解し、実行する。

- ・訪問介護の担当ホームヘルパー（あるいは施設サービスの担当職員）として、利用者の日常的な世話をを行いながら、生活環境や家族との関係等について把握できた内容を正確に記録し、その内容をサービス提供責任者（あるいは計画作成担当者）等に伝える。
- ・介護老人保健施設の支援相談員として、入所者及び家族の処遇上の相談や、レクリエーション等の計画・指導、市町村との連携等に取り組む。

(2) 自分の事業所を知りましょう。

自分が所属する事業所はどのようなサービスを提供しているかを知りましょう。自分の事業所のことがわかると、他の事業所との違いも見えてくるはずです。

例① 自分の事業所のサービス内容を把握する。

- ・所属する通所介護事業所の営業時間やサービス内容の特徴について、利用者に説明できるようになる。
- ・所属する訪問介護事業所の対応できる地域やサービス内容について説明できるよう、重要事項説明書の内容等について説明できるようになる。

例② 自分の事業所を運営している法人や、関連の法人が、他にも介護サービス事業所を運営していれば、それはどのようなサービスなのかを把握する。

- ・所属する法人の作成しているパンフレット等から、どのようなサービスをどの地域で提供しているのか把握する。

例③ 自分の事業所にどのような専門職がいるのかを把握する。

- ・サービス提供責任者や生活相談員等の職種について把握する。
- ・自分の事業所の介護支援専門員の基礎資格について把握する。

ステップ2 お互いを知り、顔の見える関係を作りましょう。

(1) 自分が所属する事業所の情報を提供しましょう。

自分の事業所がどのようなサービスを提供できるのかを知ってもらうことで、利用者本位のサービスにつながります。医療機関や地域包括支援センターなどに事業所の情報を提供しましょう。

例① 関係機関や地域に、自分が所属する事業所の情報を提供する。

- ・地域密着型サービスの場合、運営推進会議等を活用し、町会や民生委員等の地域関係者に事業所のサービス提供の状況について紹介する。
- ・所属する事業所のサービス内容や特徴を紹介するリーフレットを作成し、地域包括支援センター、地域の診療所、病院の地域連携室等の関係機関に配布する。

例② 自分が所属する職能団体の会合や研修会で、参加者に自分の事業所の業務内容の情報を提供する。

- ・自己や同僚の所属する職能団体（例：介護福祉士会、介護支援専門員協会等）が主催する研修会に参加し、所属する事業所のリーフレットを配布する。

(2) 他の職種や他の介護保険サービスを知りましょう。

多職種と連携するといっても、相手がどのような専門性を持つ人なのか知らなければうまく連携できません。どのような職種や専門職があり、またどのような介護保険サービスを提供するのかを知りましょう。

例① 専門職の特性や、事業所内の役職の特性について把握する。

- ・理学療法士や作業療法士は何をする人なのか把握する。（参考：32 ページ）
- ・機能訓練指導員や生活相談員は何をする人で、どのような資格を持っている必要があるのか把握する。（参考：32 ページ）

例② 介護保険サービスにはどのようなものがあるのか把握する。

- ・介護保険サービスの種類と機能について把握する。（参考：29 ページ）

例③ 他の職種や専門職との会合や研修に参加する。

- ・地域包括支援センターが主催する地域ケア会議や研修会に参加する。
- ・地域の在宅医療連携グループ（※）が主催する研修に参加する。

※地域の在宅医療を支える医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーなどが集まり、研修会の開催などにより在宅医療の充実を目指すグループ

例④ 研修の内容を事業所でも共有する。

- ・例③に掲げたような研修に出席した内容について簡単なメモを作成し、研修資料とともに自分の所属する事業所内で伝達研修を行う。

（3） 地域を知りましょう。

所属する事業所が所在する地域で高齢者支援を行っている事業所や専門職、また地域のキーパーソンが誰なのかを知りましょう。お互いを知ることを通して顔なじみになり「顔の見える関係」が作られます。

例① 地域にはどのような介護サービス事業所があり、どのような専門職がいるのかを知る。

- ・金沢市がホームページに掲載している介護保険指定事業所一覧等を参考にしながら、事業所の周辺にどのような介護サービス事業所があるのか把握する。
- ・近隣の介護サービス事業所について、連絡を取りたい時に誰が窓口になっているのか把握する（「特養Aに最初に連絡を取りたい時は、生活相談員のBさんあてに連絡すればよい」等）。
- ・近隣の介護サービス事業所について、勤続年数が長い人は誰であるか、管理者やサービス提供責任者等の資格は何かを把握する（「通所介護Cで長く働いているのは管理者Dさんで、介護福祉士である」等）。

例② 事業所が所在する地域のキーパーソン（民生委員や町会長など）について把握する。

- ・事業所が所在する地域はどこの校下なのか把握する。
- ・事業所が所在する地域の町会長や民生委員は誰なのか把握する。

例③ 民生委員などの地域のキーパーソンや近隣住民と顔なじみになる。

- ・例②で把握した地域のキーパーソンへ、機会を捉えて訪問し、顔つなぎをする。
- ・地域密着型サービスの場合は、地域のキーパーソンに運営推進会議へ出席をお願いし、事業所と地域との関係を深める。

例④ 介護保険サービス以外の地域の関係機関にはどのようなものがあるか把握する。

- ・地域で訪問診療を行っている医療機関について把握する。
- ・地域で配食サービスを行っている弁当屋や、見守りを行っている新聞の集配所などのインフォーマルサービス（※）について把握する。

※公的機関や専門職による制度に基づくサービスや支援（フォーマルサービス）以外の支援のこと。具体的には、家族、近隣、友人、民生委員、ボランティア、NPOなどによる公的制度に基づかない援助などが挙げられる。

ステップ3 利用者本人を理解し、事業所内で情報を共有しましょう。

(1) 利用者の状況を理解しましょう。

利用者の生活スタイルや、どのような人・機関と関わりながら生活しているか及び本人の医療・介護についてのニーズや生活についての意向を知りましょう。

また、一人の利用者が、ホームヘルパー・デイサービス、福祉用具のレンタルなど複数の介護保険サービスを利用していることもあります。利用者の利用している介護保険サービスを知っておくことが大切です。

例① サービス提供を行いながら、利用者の意向や生活状況等を把握する。

- ・担当する利用者の、自らの日常生活に対する意向を把握する。
- ・担当する利用者のバイタルサイン（呼吸、脈拍、体温等）の状況を記録する。
- ・担当する利用者の「できること」と「していること」についてそれぞれ把握する。
- ・利用者の人生や生活の特別の背景（ライフスタイル、習慣、生育歴、教育歴、職業歴、行動様式、価値観等）について把握する。

例② 利用者はどのような医療サービスを受けているか把握する。

- ・担当する利用者の持病やかかりつけの診療所、担当医について把握する。
- ・担当する利用者が定期的に服用する薬について把握する。

例③ 利用者が使っている介護保険サービスについて把握する。

- ・担当する利用者が、訪問介護や通所介護を週何回、一日何時間利用しているか等について把握する。
- ・担当する利用者が福祉用具貸与や住宅改修等をどのような形で利用しているか把握する。

例④ 利用者の家族の意向や家族による介護の状況はどのようなものか把握する。

- ・利用者の家族の生活に対する意向を把握する。
- ・利用者の主たる介護者は誰で、主に行われている介護の内容はどのようなものか把握する。
- ・家族による介護について、注意すべき点について記録に残しておく。
- ・必要があれば、サービス提供時に介護サービス事業所の管理者等も同行し、利用者の普段の状況を確認する。

例⑤ 利用者と関わっている人など（理美容店、趣味の仲間、友人、町会、民生委員など）について把握する。

- ・利用者と日常的に交流のある人は誰なのか把握する。
- ・利用者について日常的に見守りを行っている民生委員や町会関係者は誰なのか把握する。
- ・利用者と日常的に関わりのある地域の関係者を訪問し、繋がりを作る。場合によって利用者と一緒に訪問するなど、自分と利用者との関係性を明らかにする。

（2）事業所みんなで利用者を支援しましょう。

サービス提供時の様子や、利用者からの相談などについて個人情報に配慮しながら情報を共有し、事業所のみんなで利用者を支えられるようにしましょう。この場合の個人情報とはサービス提供に関する範囲内で知り得た個人情報であり、事前に本人や家族に個人情報の利用について同意を取っておくことが必要です。

例① 利用者の状況を事業所に報告する。

- ・ステップ3（1）で把握できた内容について、文書によって整理した上で、事業所内の管理者やサービス提供責任者、生活相談員又は介護支援専門員等に報告する。

例② 利用者からの相談事や困り事は事業所に報告し、共有する。

- ・相談・苦情の内容及び関連情報を正確に収集し、わかり易く整理する。
- ・苦情等に関しては要因を特定した上で、解決策や再発防止策を検討し、その結果を文書で事業所内に共有する。

例③ 事業所として支援するために、どのようにサービスを提供していくか考え方を整理する。

- ・事業所内で利用者についてのケアカンファレンスを定期的に行い、ケアの方針と役割分担を明確にする。
- ・ケアカンファレンスに当たっては、ステップ3（1）で把握した利用者の状況や例②の相談・苦情の状況について整理して報告し、出席者の間で共有した上で、その対応策を事業所内で検討する。

ステップ4 多職種で連携し、地域ぐるみで支えましょう。

(1) 利用者が望む場所での生活をチームで支援しましょう。

自宅等の利用者が望む場所での生活を継続していくためには、必要なサービスを適切に組み合わせて提供すること、即ち多職種が連携したチームで支えていくことが大切です。高齢者支援に関わる専門職や地域のみんなで支えましょう。

例① 病院からの退院や、施設からの退所等の環境の変化に対応して、在宅での生活を支えるために、複数の職種による支援チームを構成する。

- ・ケアマネジャーや地域包括支援センターからの要請があれば、介護サービス事業所の担当職員として、積極的に支援チームに参加する。
- ・在宅生活で必要と思われるケアの内容を明らかにし、ケアマネジャー等に対して文書で提案する。

例② 専門職の支援チームに、必要に応じて利用者の知人や民生委員、町会等の住民組織の参加を求める。

- ・利用者の徘徊等に備えて、個人情報に配慮した上で、利用者が立ち寄ると思われる地域の町会長や民生委員に、あらかじめ利用者に関する情報を提供しておく。
- ・定期的な安否確認を民生委員や地域のボランティアに依頼するとともに、非常時の緊急連絡の手段等について共有する。

(2) 多職種で情報を共有しましょう。

利用者に対する支援の全体像はケアマネジャーが把握していますが、日々の暮らしを理解しているのは、ホームヘルパーや施設の介護職員かもしれません。日々の状況に関することは、介護保険サービスだけではなく医療サービスを受ける時にも大切な情報です。多職種で支えていく場合は、利用者に関する情報について、個人情報に配慮しながら、支援チーム内で適切に共有されることが必要です。

例① 支援チーム内で必要な情報を共有する

- ・各事業所がステップ3(1)で把握した情報を文書でケアマネジャーに報告する。
- ・サービス利用時に新たに把握した状況について、ケアマネジャーに文書で報告する。
- ・ケアマネジャーから関係する職種へ情報を提供する。

例② 複数の機関の専門職が集めた利用者情報を文書にし、チームとして適正に管理する。

- ・把握された情報を管理する役割を誰が担当するか決めるとともに、どのような情報をチームとして共有するかについて、あらかじめルールを決めておく。

例③ 切れ目なくサービスが提供されるように、退院・退所前から、医療職、介護職が連絡を取り合い、利用者についての情報を共有する。

(3) 共有された情報を基に役割を決め、連携してケアを行いましょう。

チームの中で役割分担を明確にし、情報共有を円滑に行うことにより、利用者の状況に応じた必要なケアを専門職の連携により無駄なく行います。この時、支援を行うチーム員の間での「自己満足の連携」に陥らないよう、利用者や家族を支援するためにチームが存在することを意識することが大切です。

例① 共有された情報に基づいて支援の方針を立案する。

- ・ステップ3（1）で把握した利用者や家族の意向や現状について、関係する専門職又は事業所間で共有し、齟齬（そご）のないようにする。
- ・共有された情報に基づいて、ケアマネジャーはそれらを踏まえた居宅サービス計画（又は施設サービス計画）を作成し、各専門職はケアプランに沿って個別援助計画を作成する。

例② 専門職間での役割分担をあらかじめ決め、共有する。

- ・ケアマネジャー、訪問介護のホームヘルパー、訪問看護の看護師、かかりつけ医、日常的に介護を行う家族の間で、利用者への対応について、どのような場合に誰が何をするかという役割分担を明確にする。
- ・急な対応が求められる場合の対処方法や連絡先について明確にし、共有する。

例③ 本人の意思や、サービス利用中の状況及び家族の意向を踏まえ、専門職の見地から利用者に必要なサービスをケアマネジャーに提案する。

- ・提案する内容について文書で整理し、事業所の意見としてサービス担当者会議で提案する。
- ・特定のケアのあり方のみではなく、各専門職の知見を相互に尊重しながら、支援の方針を立てていく。

例④ 医療的ケアや介護保険サービスのみならず、地域で活用できる資源をできるだけ活用し、それぞれの利用者に合ったケアの形を作り上げる。

- ・金沢市が実施している配食サービス事業など、介護保険以外のサービスも組み合わせて居宅サービス計画を作成する。
- ・地域のスーパーの買物代行、近所の日常的な声かけ・見守り等の社会資源を活用する。

第V章

多職種連携の事例

多職種が連携してどのような支援をしていけるのか、事例をもとに検討してみましょう。できれば何人かでグループを作り、以下の事例について話し合ってみましょう。

1. 日常生活の支援における事例

事例1

70代の女性Aさんは早くに夫を亡くし、古い一軒家で一人暮らしをしている。子供はいないが、姪がキーパーソンとして何かと相談にのっている。最近は物忘れが多くなり要介護認定を受け、要介護1と判定された。訪問介護を利用して生活の支援をしてもらっているが、ホームヘルパーを何でもしてくれる人と勘違いして、時間に関係なく「すぐに来てほしい」と要求したり、庭の手入れやペットの散歩など、ホームヘルパーの職務を超える希望を言うようになってきた。訪問介護事業所とケアマネジャーが相談し、ケアマネジャーがAさんに繰り返し介護保険制度について説明し、ある程度は理解したが、物事を理解することがむずかしい状態であり、なんとなく不満に思っている。

現住所での暮らしのが長いAさんは、近所に友人も多く、よく行き来しており、近所の人に普段から気軽にものを頼んでいる。また、一人暮らしなので、地域包括支援センターや民生委員など地域での見守りも多い。必要なものがあれば、自分で近所のスーパーに電話して届けてもらっている。

Aさんの希望としては、できる限り住み慣れた地域で暮らしていきたい、と思っている。

- ① Aさんの支援に当たって必要なサービスや機関等にはどのようなものがあると考えられますか。
- ② この事例における課題にはどのようなものがありますか。ポイントをまとめてみましょう。
- ③ 整理した課題を踏まえ、どのような支援が考えられますか。

①から③について、検討してみたら、次のページを開いてください

支援するにあたっての課題や対応方法は様々なものが考えられますが、ここでは対応の一例を紹介します。

実際の支援にあたっては、第Ⅳ章で示した多職種連携に向けた取組を順番に実行していくとは限らず、いろいろな行動が平行して行われ、それらが繋がりあっていることがわかります。

① Aさんの支援のために連携した介護保険サービスなど

ケアマネジャー、姪、訪問介護事業所、地域包括支援センター、民生委員、近所のスーパー

② 考えられる課題

- ・一人暮らしで軽度の認知症があるため、制度を正しく理解することが困難。
- ・自分で買物など出来ているが、金銭的な管理がどの程度できるか確認が必要。
- ・周囲にたくさん支援者がおり、必要な情報を集約できない可能性がある。

③ 支援のポイント

- ・ホームヘルパーは、職務としてどのようなケアを提供でき、どのようなケアを提供できないのか理解しておく。**(ステップ1(1))**
- ・ホームヘルパーは、Aさんの希望や日常の状況について、訪問介護事業所に報告し、事業所からケアマネジャーに情報が提供されるようにした。訪問介護事業所はケアマネジャーと相談し、ケアマネジャーからAさんに制度の説明をした。**(ステップ1(2)、ステップ3(2))**
- ・ケアマネジャーはAさんの生活状況や、地域で関わりのある人は誰なのかについて、Aさんやホームヘルパーから聞き取り、近所や民生委員の見守りも含め、Aさんを支援している人を把握した。**(ステップ3(1))**
- ・ケアマネジャーは日常の見守りや安否確認のため、近所のスーパーに商品を届けた時に声かけしてくれるよう依頼した。**(ステップ2(3))**
- ・ケアマネジャーはサービス担当者会議を開催し、多様な職種が連携して支援できるように、地域包括支援センター、訪問介護事業所、姪などの出席を求め、それぞれの役割を確認し必要なことを連絡し合う体制を整えた。**(ステップ4(1))**

事例2

70代の女性Bさんは要介護4で、40代の長男と郊外の家で二人暮らしをしている。長男は日中は仕事で不在なので、Bさんはその間の見守りと閉じこもり防止、心身の機能維持のため、認知症対応型通所介護を週5日利用している。また、認知症対応型通所介護から帰った後、長男が帰宅するまでの間の徘徊予防と家事機能の維持のため、ホームヘルパーが1日1時間の訪問を週5日行うとともに、糖尿病についての内科受診や認知症についての精神科受診に月2回同行している。その他、長男の出張の時など、必要に応じて短期入所なども利用している。

Bさんは糖尿病のため、インスリン注射が朝夕必要である。認知症のため理解力が低下し、また糖尿病であるとの意識がないため、誰かがそばにいないと家にあるものを全て食べてしまう。散歩が好きで、一人で出掛けるが、家に帰れなくなることもある。近隣の住民や民生委員等は、Bさんが一人で歩いているのを見かけると、声かけをしている。長男は日々の対応に強いストレスを感じ、Bさんに対して何かと強い口調になってしまい、手をあげそうになることもある。

- ① Bさんの支援に当たって必要なサービスや機関等にはどのようなものがあると考えられますか。
- ② この事例における課題にはどのようなものがありますか。ポイントをまとめてみましょう。
- ③ 整理した課題を踏まえて、どのような支援が考えられますか。

①から③について、検討してみたら、次のページを開いてください。

事例2への対応としては、以下のような例が考えられます。

① Bさんの支援のために連携した介護保険サービスなど

ケアマネジャー、認知症対応型通所介護、訪問介護事業所（サービス提供責任者、なじみのホームヘルパー）、短期入所事業所、地域包括支援センター、内科の診療所、精神科病院、民生委員、近隣の住民

② 考えられる課題

- ・糖尿病のためインスリン注射が必要だが、本人は認知症のため病識が全くない。
- ・誰かが見ていないと、家にあるものを大量に食べてしまう。
- ・一人で外出すると、家に帰れなくなる。
- ・長男はBさんへの対応に強いストレスを感じている。
- ・病院受診の時に、一人では状態を説明出来ない。
- ・医師の説明を十分に理解できない。

③ 支援のポイント

- ・Bさんが外出して家に帰れなくなった場合の対策のため、ケアマネジャーは地域でBさんの見守りをしている人を把握する。**(ステップ2(3))**
- ・ケアマネジャーは、長男の了解を得て、近所の人や民生委員に事情を説明し、外で見かけたら自宅に連れて行くか、地域包括支援センターに連絡するように依頼をした。**(ステップ3(1)、ステップ4(1))**
- ・虐待につながりかねない長男の言動について、ケアマネジャーから地域包括支援センターに相談した。地域包括支援センターは長男に対し、暴言等による認知症の悪化の危険性などを伝え、認知症への理解を促した。**(ステップ4(3))**
- ・地域包括支援センターは認知症対応型通所介護事業所や訪問介護事業所に虐待の可能性を伝え、それぞれの事業所の従事者はBさんに虐待された様子があれば、事業所を通じて地域包括支援センターに報告し、連携して対応出来る体制を整えた。**(ステップ4(2))**
- ・各介護サービス事業所は、課題の根本原因である認知症について適切に治療がなされるよう介護保険サービスの提供中の様子を書面でまとめ、ケアマネジャーに提供する。**(ステップ3(1)、(2))**
- ・受診時に同行するホームヘルパーは、サービス提供中のBさんの状況を医師に伝達する。内科へは家の食事の状況や活動量、精神科へは自宅での様子や認

知症の状態、認知症対応型通所介護での様子などを伝える。 (ステップ3(2))

- ケアマネジャーはサービス担当者会議に関係者全員を集め、全員で支援方針を決め、役割分担を確認した。地域包括支援センターは長男に対して認知症への理解と虐待の防止、介護サービス事業所はBさんの心身の状況や生活状況の確認、民生委員や近所の人は徘徊時に自宅へ送る等の役割を、各自が確認した。

(ステップ4(3))

※地域包括支援センターは高齢者が徘徊等で居場所がわからなくなつた場合のため、市内の地域包括支援センター同士が連携した「みつけてネット」を構築し、家族等の了解を得てあらかじめ住所、氏名、顔写真、特徴などを書面にしたものを作成し、民生委員や警察に配布し、早期発見に取り組んでいます。

2. 入院時・退院時（施設入所時・施設退所時）における事例

事例3

70代の男性Cさんは、70代の妻とまちなかの家で二人暮らしであるが、脳梗塞を発症して入院し、現在寝たきりで要介護4である。胃ろうを造設しているが、退院したら妻が介護することになる。妻も高齢で腰痛があるが、Cさんの「家で暮らししたい」という思いを尊重し、家で介護することを強く希望した。二人の希望に沿うよう、入院中から看護師はCさんの妻に具体的な介護方法を指導し練習を重ねた。ケアマネジャーは何度も病院を訪問し、妻の思いも確認しながら、病院と在宅医療について話し合いをし、退院に向けたケアカンファレンスにも出席した。

退院したらホームヘルパーのほか、胃ろうの処置のための訪問看護、福祉用具のベッドの利用を予定している。妻の介護負担をできるだけ減らし、入院していた病院との繋がりを保ちながら在宅生活を支援していくことを考えている。

- Cさんの支援に当たって必要なサービスや機関等にはどのようなものがあると考えられますか。
- この事例における課題にはどのようなものがありますか。ポイントをまとめてみましょう。
- 整理した課題を踏まえてどのような支援が考えられますか。

①から③について、検討してみたら、次のページを開いてください。

事例3への対応については、以下のような例が考えられます。

① Cさんの支援のために連携した介護保険サービスなど

Cさんが入院していた医療機関（主治医、看護師、医療ソーシャルワーカー）、ケアマネジャー、訪問診療を行う医師、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、福祉用具貸与事業所、訪問入浴介護事業所、短期入所事業所

② 考えられる課題

- ・高齢の妻以外に、家族の介護が見込めない。
- ・妻は、持病の腰痛があり、介護負担が持病を悪化させる危険がある。
- ・Cさんは胃ろうの管理など、医療的管理が必要である。
- ・Cさんが在宅で生活するには複数のサービスが必要である。

③ 支援のポイント

- ・病院の看護師は、胃ろうの処置やその他必要な介護の方法を、時間をかけCさんの妻に指導する。
- ・ケアマネジャーはCさんや妻の思いをしっかり聞く。 (ステップ3(1))
- ・ケアマネジャーは主介護者である妻の健康状態を確認する。 (ステップ3(1))
- ・医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーは地域で訪問診療を行っている医療機関を把握する。 (ステップ2(3))
- ・医療と在宅療養が途切ることのない継続的な医療サービスを提供できるように、医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーが、病院と訪問診療の医師や、在宅での医療系の介護保険サービスなどの連携を図る。 (ステップ4(1))
- ・在宅生活を支援するため、ケアマネジャーが中心となって多職種に積極的に働きかけ、Cさんを支援するチームを作り上げる。 (ステップ4(1))
- ・訪問看護、訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与の事業者が、専門職としてサービス担当者会議でCさんの状況について情報を共有する。 (ステップ4(2))
- ・胃ろうのチューブ交換時に、入院していた病院に短期入院し、病院と訪問診療を行う医師や訪問看護ステーションのつながりを保つとともに、医療面での連携の方法を相談する。 (ステップ4(3))
- ・支援の方針に沿って、介護者の介護負担を軽減するために、支援チームで検討し、短期入所の利用を提案する。その結果、Cさんの妻も休息が取れるようになる。 (ステップ4(3))

事例4

80代の男性Dさんは要介護2で、まちなかのマンションで70代の妻と二人暮らしをしている。子供達は市外で暮らしていて、通院時は同行してくれることもあるが、普段は忙しくてなかなか介護できない。Dさんは持病のため入退院を繰り返している。妻は要支援の認定を受けており、物忘れもあることからDさんの様子の変化に気付かないことがある。ある日、通所介護の職員が迎えに行ったら、Dさんが朦朧（もうろう）としているのを発見し入院となった。状態が回復したので、Dさんはリハビリテーションを受けながら退院に備えていた。Dさんと妻は自宅に帰りたいと強く希望したが、入院している間に筋力がかなり低下したので、主治医とリハビリテーション専門職が相談し、すぐに自宅に戻るよりも、いったん、介護老人保健施設に入所したほうが良いと提案し、Dさんは介護老人保健施設に入所することとなった。入所にあたって、病院の医療ソーシャルワーカーと、Dさんのケアマネジャー、介護老人保健施設の相談員が連絡を取り合い、Dさんの身体状況や、生活歴、病歴、今までの介護保険サービスの利用状況などの情報を共有した。

Dさんは介護老人保健施設で自宅に戻るために機能訓練に励んでいる。入院前に比べ身体機能が落ちているDさんの自宅に戻ってからの生活を支援するため、ケアマネジャーは施設を訪問して施設の相談員やケアマネジャーと連携しながら、訪問看護や通所介護などを利用し、子供達にも協力してもらい、自宅で暮らせるよう見守りを強化した支援体制を作り上げようとしている。

- ① Dさんの支援に当たって必要なサービスや機関等にはどのようなものがあると考えられますか。
- ② この事例における課題にはどのようなものがありますか。ポイントをまとめてみましょう。
- ③ 整理した課題を踏まえてどのような支援が考えられますか。

①から③について、検討してみたら、次のページを開いてください。

事例4への対応については、以下のような例が考えられます。

① Dさんの支援のために連携した介護保険サービスなど

Dさんが入院した病院の医師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、地域包括支援センター、介護老人保健施設（相談員）、訪問看護ステーション、訪問介護事業所

② 考えられる課題

- ・Dさんは持病により入院を繰り返している。
- ・高齢者のみ世帯で、主介護者である妻も物忘れがある。
- ・Dさんの状態の変化に、妻が気付かないことがある。
- ・Dさんの子供達は、普段は忙しくて、なかなか介護できない。
- ・Dさんは在宅生活を希望しているが、持病もあり見守りの強化が必要である。

③ 支援のポイント

- ・Dさんの施設入所に際して、ケアマネジャーは施設の相談員に、Dさんの心身の状況、生活歴、病状などの情報を文書で提供した。**(ステップ4(2))**
- ・Dさんが在宅生活に戻れるかどうか、定期的に介護老人保健施設内で検討する。
(ステップ3(2))
- ・妻の支援を担当している地域包括支援センターと医療ソーシャルワーカーは、妻の物忘れの状況を把握し、Dさんへの介護がどこまで可能か確認する。
(ステップ3(1)、ステップ4(2))
- ・Dさんの子供達は両親の思いを確認し、家族として、通院の介助などのほかどこまで支援できるかを、ケアマネジャーと話し合う。**(ステップ3(1))**
- ・ケアマネジャーは、Dさんの施設退所後の支援に向け、Dさんの入院した病院の医療ソーシャルワーカー、通所介護や訪問看護、子供達などで在宅生活を支援するチームを作り、役割分担を確認しあう。**(ステップ4(1))**
- ・Dさんの持病についての見守り体制を強化するため、入院先の医療機関と連携できる訪問看護ステーションを選択し、医療との連携を密にする。**(ステップ4(3))**
- ・Dさんの状態の変化を早期に把握できるよう、通所介護や訪問看護の従事者は、それぞれサービス提供中の様子を、各事業所の管理者に報告するとともに、情報を文書にしてケアマネジャーに伝える体制を整え、見守りを強化する。**(ステップ3(2)、ステップ4(2))**

3 困難な事例への対応

事例5

70代の女性Eさんは要介護2で認知症がある。50代の長女と郊外の住宅地で2人暮らしだが、長女は仕事があり、日中は独居である。Eさんは通所介護や訪問介護を利用しながら生活している。認知症のため、外出して家に帰れないことがあり、地域包括支援センターやデイサービスの職員が見つけて、自宅に送ることもあった。最近では認知症が悪化し、閉じこもりがちになっている。また、食事の支度など身の周りのことができなくなってきており、在宅での生活が困難になっている。ホームヘルパーに来てもらって、昼食の用意をしてもらっているが、Dさんは金銭管理ができないため、買物代がない日が増えてきて食事の準備が十分にできないこともある。ホームヘルパーは事業所に状況を報告したところ、サービス利用料の支払いも遅れていることがわかった。Eさんの年金などの管理は長女が行っているということである。ホームヘルパーを利用しない日などは、乾物を料理しないまま食べたり、食べ物ではないものをかじったような形跡もあった。服の着替えもしておらず、Eさんは自宅では十分な介護がされていないようである。

- ① Eさんの支援に当たって必要なサービスや機関等にはどのようなものがあると考えますか。
- ② この事例における課題にはどのようなものがありますか。ポイントをまとめてみましょう。
- ③ 整理した課題に基づいてどのような支援が考えられますか。

①から③について、検討してみたら、次のページを開いてください。

事例5への対応については、以下のような例が考えられます。

① Eさんの支援のために連携した介護保険サービスなど

ケアマネジャー、地域包括支援センター、訪問介護事業所、通所介護事業所、介護保険施設、短期入所事業所、行政

② 考えられる課題

- ・介護保険の利用料や買物代などがなく、経済的な虐待が疑われる。
- ・介護放棄が疑われる。
- ・認知症が悪化している。
- ・在宅での生活が困難になっている。

③ 支援のポイント

- ・ホームヘルパーは、Eさんの昼食の買物代がない日があることを訪問介護事業所の管理者に相談し、きちんとした食事が取れていない様子であることや、着替えをしていないことなどを報告する。**(ステップ1(1)、ステップ3(1)、3(2))**
- ・訪問介護事業所は、利用料の支払いの遅れも含め、ケアマネジャーにEさんの状況を報告する。**(ステップ4(2))**
- ・介護放棄や経済的虐待が疑われ、ケアマネジャーが地域包括支援センターに相談し、支援策を検討する。**(ステップ4(2))**
- ・地域包括支援センターは、介護保険サービス利用時のEさんの様子と、虐待の形跡について介護従事者から介護サービス事業所の責任者に報告する体制を整える。**(ステップ3(2))**
- ・介護サービス事業所からの情報を、ケアマネジャーは集約する。**(ステップ4(2))**
- ・市と地域包括支援センターは長女と面談を重ね、今後の生活について確認するとともに、経済的虐待、介護放棄についての支援を検討する。
- ・Eさんの認知症が悪化した場合について、ケアマネジャーと地域包括支援センターでどのように対応するか役割分担を決める。**(ステップ4(3))**
- ・ケアマネジャーは本人、長女と相談し、介護保険施設等への入所の可能性も含め、通所介護や短期入所の利用を提案するなど、支援の強化を検討する。**(ステップ4(3))**

参考

1. 介護サービス事業所の種類と内容

① 在宅サービス

【通い】

・通所介護

食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や生活機能訓練などを日帰りで提供するサービスで、利用者の心身機能の維持向上と、利用者の家族の負担軽減を図ります。

・通所リハビリテーション

介護老人保健施設や診療所、病院等の医療機関において、日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図るサービスです。

・認知症対応型通所介護

認知症のある利用者が、入浴、排せつ、食事等の介護や、健康状態の確認、機能訓練等を日帰りで提供するサービスです。

【訪問】

・訪問介護

介護福祉士や訪問介護員（ホームヘルパー）が利用者の自宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の身体介護や調理、洗濯、掃除等の生活援助を行うサービスです。身体介護とは利用者の身体に直接接觸して行う介護保険サービスで、日常生活で行う動作や意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援のためのサービスです。生活援助とは、掃除、洗濯、調理など日常生活上の援助であり、利用者が単身またはその家族が障害や病気のために本人もしくは家族が家事を行うことが困難な場合に行われるサービスです。

・訪問入浴介護

自宅の浴槽での入浴が困難な方に対して、浴槽を積んだ入浴車が利用者の自宅を訪問し、看護職員や介護職員が入浴の介護を行うサービスです。

・訪問看護

医師の指示に基づき、看護師等が利用者の自宅を訪問し、健康チェック、療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービスです。利用者又はその家族に対し療養上必要な事項について理解しやすいよう指導又は説明を行います。

・訪問リハビリテーション

医師の指示に基づき、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が利用者の自宅を訪問し、リハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。

・定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が一体的にまたは密接に連携しながら、定期的な巡回と、利用者等からの連絡によって随時の対応を行います。

・夜間対応型訪問介護

夜間において、定期的な巡回と利用者等からの連絡による随時の訪問介護サービスを行います。

【短期の泊まり】

・短期入所生活介護

特別養護老人ホームなどの福祉施設に短期間入所して、食事、入浴、その他の必要な日常生活上の支援や機能訓練などを行うサービスです。

・短期入所療養介護

介護老人保健施設や医療施設に短期間入所してもらい、医学的管理のもと介護や機能訓練、その他の日常生活上の支援などを行うサービスです。

【通い・訪問・短期の泊まりを組み合わせたサービス】

・小規模多機能型居宅介護

通所によるサービスを中心に、利用者の希望などに応じて、訪問介護や短期の泊まりを組み合わせたサービスで、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練を行います。

【福祉用具・住宅改修】

・福祉用具貸与、特定福祉用具販売

利用者の日常生活における自立支援や介護者の負担軽減を図るため、車いすや特殊寝台などの貸与や、排せつや入浴に使う福祉用具で貸与になじまないものの販売を行います。

・住宅改修

在宅の利用者が、住みなれた自宅で生活が続けられるよう、手すりの取り付け、段差の解消など、心身の状況や住宅の状況から市が必要と認めた改修工事を行います。

② 施設・居住系サービス

・介護老人福祉施設

寝たきりや認知症などにより、常に介護が必要で自宅での生活が難しい方のための施設です。入所により、入浴・排せつ・食事などの介護、機能訓練、健康管理、療養上の世話などが受けられます。定員が29人以下の地域密着型介護老人福祉施設もあります。

・介護老人保健施設

入所者に対してリハビリテーションなどの医療サービスを提供し、家庭への復帰を目指す施設です。医学的管理のもとで、看護、リハビリテーション、食事・入浴・排せつといった日常生活上の介護などを受けます。

・特定施設入所者生活介護

特定施設として指定を受けた有料老人ホーム等に入居している利用者に対して、入浴・排せつ・食事等の介護、その他必要な日常生活上の支援を行います。

・認知症対応型共同生活介護

認知症の高齢者が共同で生活する住居において、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練を行います。少人数（5人～9人）の家庭的な雰囲気の中で、できる限り自立した生活を送ることを目指します。

③ ケアマネジメント

・居宅介護支援・介護予防支援

介護を必要とする方が、適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャー（介護支援専門員）が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等にそってケアプランを作成し、様々な介護保険サービスの連絡・調整などを行います。

要介護と認定された方は居宅介護支援事業所がケアプランを作成します。また、要支援と認定された方は、地域包括支援センターが介護予防プランを作成します。

2. 介護保険サービスや医療サービスにおける専門職

① 介護保険サービスにおける専門職や職責

【介護保険サービスにおける専門職】

・介護福祉士

社会福祉士及び介護福祉士法で定められた国家資格で、専門的知識と技術をもって、身体上または精神上の障害により日常生活に支障がある人に対して、その心身の状況に応じた介護を行います。また、本人や家族等に対して介護に関する指導を行います。

・ケアマネジャー（介護支援専門員）

介護保険制度で、要介護者または要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるように、市、サービス事業者、施設などとの連絡や調整等を行い、ケアプランを作成します。

・訪問介護員（ホームヘルパー）

介護保険制度において、介護を必要とする高齢者の居宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の身体介護や調理、洗濯、掃除等の生活援助を行います。都道府県知事または都道府県知事の指定する者の行う研修を修了する必要があります。

【介護保険サービスにおける職責】

・管理者

介護サービス事業所に常勤で勤務し、事業所の従事者・業務の管理とともに、従事者への指導監督を行います。

・サービス提供責任者

訪問介護事業所で、利用者の数に応じて必要な人数が配置されています。利用者宅に出向き、サービス利用についての契約のほか、利用者が何を求めているかを知り、訪問介護の提供によって解決すべき課題などを明らかにし、訪問介護計画の内容に

についての話し合いなどを行います、また、実際のサービス内容に関してホームヘルパーへの指導・助言なども行います。

・**生活相談員**

介護老人福祉施設、通所介護事業所、養護老人ホームなどに配置され、利用者の相談、援助等を行います。適切な相談、援助を行う能力を有すると認められる者が担当することとなっています。

・**機能訓練指導員**

日常生活を営むのに必要な機能が衰えることを防止するための訓練を行います。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者が担当します。

②医療サービスにおける専門職

・**主治医**

ある患者や家族の診療を長期的に担当する、かかりつけの医師のことです。また、病院等では、ある患者に関し診察から治療までの過程で中心的に担当する医師のことを行います。

・**保健師**

保健師助産師看護師法で定められた国家資格で、保健指導を行います。多くは保健所や地域包括支援センターに勤務し、家庭訪問・健康相談など様々な地域保健活動に携わっています。この他にも、産業保健師として企業に勤める人たちの健康管理等に従事したり、学校で学生や教職員の健康管理に携わっています。

・**看護師**

保健師助産師看護師法で定められた国家資格で、療養上の世話、または診察の補助を行います。病院、診療所だけでなく、介護老人福祉施設や介護老人保健施設、グループホーム、訪問看護ステーションなど、高齢者福祉の分野でも活動しています。

・**薬剤師**

薬剤師法で定められた国家資格で、調剤や医薬品の供給など薬に関わる専門職です。病院等の医療機関や薬局における調剤・服薬指導の業務に携わっています。今後の高齢社会において、薬剤師もチーム医療や地域連携の中での在宅における医療や服薬管理に積極的に取り組んでいくことが期待されます。

・**理学療法士（PT）**

理学療法士及び作業療法士法で定められた国家資格で、けがや病気などで運動機能に障害のある人や障害の発生が予測される人に対して、座る、立つ、歩くなどの動作の回復や維持、および身体機能の悪化予防を目的に、運動療法や温熱・電気等の物理療法を行い、自立した日常生活が送れるよう支援するリハビリテーションの専門職です。

・作業療法士(OT)

理学療法士及び作業療法士法で定められた国家資格で、身体又は精神に障害のある方、またはそれが予測される方に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて、治療、指導及び援助を行う専門職です。

・言語聴覚士 (ST)

言語聴覚士法で定められた国家資格で、脳卒中後の失語症、聴覚障害、ことばの発達の遅れ、声や発声の障害などによるコミュニケーションや飲み込み（接食・嚥下機能）に問題のある人に対して、訓練や指導、助言その他の援助を行い、自分らしい生活ができるよう支援するリハビリテーションの専門職です。

③他の専門職や職責

【ソーシャルワークの専門職】

・社会福祉士（ソーシャルワーカー）

社会福祉士及び介護福祉士法に基づく国家資格で、様々な機関や人と連携しながら、日常生活を営むのに支障がある人の福祉に関する相談援助を行います。行政機関や社会福祉協議会、高齢者福祉施設、障害者福祉施設、児童福祉施設や医療機関等で活動しています。

・精神保健福祉士（PSW）

精神保健福祉及び精神障害者福祉に関する法律に基づく国家資格で、精神に障害がある人の相談援助や社会参加に向けての支援活動などを行います。精神科病院、精神科クリニック、保健所、障害者福祉施設等で活動しています。

【ソーシャルワーカーの職責】

・医療ソーシャルワーカー（MSW）

病院等の医療機関で働いているソーシャルワーカーのことです。病気や心身障害等によって、患者や家族が直面する、様々な生活上の問題の解決を援助します。具体的には、医療費や生活費などの経済的な問題の解決、入院や退院に伴う問題の解決、在宅療養環境整備、様々な保健・医療・福祉の情報提供、福祉サービスの紹介、人間関係の問題調整などを行います。

【栄養指導の専門職】

・栄養士

栄養士法に基づき、栄養の指導に従事する者です。厚生労働大臣の指定した栄養士養成施設において2年以上栄養士として必要な知識および技能を習得し、都道府県知事の免許を受けることとされています。

・管理栄養士

栄養士法で定められた国家資格で、療養のために必要な栄養指導、身体状況や栄養状態等に応じた健康の保持増進のための栄養指導、施設における利用者の身体状況、栄養状態、利用状況等に応じた給食管理と栄養改善上必要な指導等を行います。栄養士免許を取得後、国家試験に合格することが必要です。

2. 金沢市地域包括支援センター

センター名	担当地区	電話番号	FAX 番号	住 所
きしかわ	森本	257-7878	257-7200	岸川町ほ5 金沢朱鷺の苑内
ふくひさ	小坂、千坂	257-1323	257-7727	福久町ワ 1-1 福久ケアセンター内
かすが	浅野、森山、 夕日寺	253-4165	253-4170	鳴和町 1-1-10 城北ショッピングセンター内
おおてまち	松ヶ枝、此花、 瓢箪、馬場	263-5517	263-5721	大手町 9-1 小池病院デイケアセンター内
さくらまち	材木、味噌蔵	222-5722	224-0189	桜町 24-30 宗広病院内
たがみ	犀川、湯涌、 浅川 ^{*1}	231-8025	231-8026	田上本町カ 45-1 ピカソ内
もろえ	諸江、浅野川、 川北	293-5084	293-5078	沖町ハ 15 金沢社会保険病院内
くらつき	鞍月、粟崎、 大野、金石	237-8063	237-8186	鞍月東 1-8-2 武蔵商事ビル 3階
えきにしほんまち	戸板、大徳	233-1873	233-1874	駅西本町 6-15-41 金沢西病院内
ひろおか	長町、長土塙、 芳斎、長田、西	234-2129	234-7722	広岡 2-1-7 中央金沢朱鷺の苑内
かみあらや	押野、西南部、 三和	269-0850	269-0524	上荒屋 1-39 やすらぎホーム内
きたづか	米丸、二塚、 安原	240-4604	249-2252	北塚町西 440 あいびす内
とびうめ	新豊、小立野	231-3377	231-3112	飛梅町 2-1
みづくちしんまち	十一屋、菊川、 崎浦、内川 ^{*2}	263-7163	260-0635	三口新町 1-8-1 陽風園内
ながさか	泉野、長坂台	280-5111	280-5123	泉野出町 1-22-26 Belle2ビル1階
いづみの	野町、中村、 弥生、新神田	259-0522	242-1129	泉野町 6-15-5 泉野福祉健康センター内
ありまつ	三馬、米泉	242-5510	242-9070	有松 5-2-24
やましな	富樫、伏見台	241-8165	241-1178	山科町午 40-1 シニアマインド 21 内
まがえ	額、扇台、 四十万	298-6964	298-6984	馬替 2-124-1 シェーネアルト内

* 1、2には別途窓口センターを設置しています。

* 1 上辰巳町 10-211-1 第二金沢朱鷺の苑内 TEL:229-3737 FAX:229-8080

* 2 三小牛町 24-3-1 第三万陽苑内 TEL:280-6785 FAX:280-0061