平成30年度　第2回
指定居宅介護支援事業所等介護支援専門員研修会
「医療と介護の連携について」
～ケアマネにもとめる役割と情報共有のありかた～

平成30年7月13（金）14:00～17:00
仙台市役所8階ホール
宮城県ケアマネジャー協会仙台支部長
草刈内科医院　理事長　草刈　拓

1

介護保険における ケアマネの使命

- ケアマネ：要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識および技術を有するもの。
- 利用者の自立支援のために、正確で正しい、医療・介護情報に基づきアセスメントされた、根拠のあるケアプランを作成する。
- 自立支援の目的：健康年齢の延長、フレイルの改善、廃用の予防、死の回避、尊厳ある死・・・、個別ケア、意向
- 正確で正しい、医療・介護情報の必要性
- アセスメントとは、評価、評定、査定、鑑定、審査、診断
- ケアプランは、意向、情報、評価の3要素に基づき作成される。

2

在宅療養に関わる
医療機関と介護施設の連携

- 医療と介護の連携、なぜ必要か？
  - 利用者、ケアマネ自身、医師、行政、金
- 連携においてケアマネにもとめる役割
  - 自立支援、生活再建、QOLの向上である。
  - 多職種連携のﾌﾟﾛﾃﾞｭｰｻｰ、ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ、ﾈｺﾞｼｴｰﾀｰ、ﾄﾗﾝｽﾚｰﾀｰ、ﾊﾌﾞである。
- 連携に必要なケアマネジメント（資料1）
- 連携における情報共有のありかた
  - 基本情報、生活状況、身体状態、診療情報、介護情報など
  - 情報の収集、整理、選別、更新
  - 共有の方法、共有の選択

3

Ⅰ．医師との連携

1. 医師とは
2. 医師と介護保険
3. 医師との連携の現状
4. 医師との連携の必要性
5. 医師との連携のためのプロセス

4

1.医師とは、

- 医学部卒業、国家試験合格者（24歳～）、合格後、専門を決める。
- 初めは研修医、大学院生、勤務医（～30歳）、医学博士、専門医、認定医取得（30歳頃～）
- 大学病院、総合病院等に勤務（定年まで）
- 開業医（40、50歳～）
- 嘱託医、フリーター、隠居（70歳～）

医師に限らず、現在の医学部、歯学部、
薬学部、看護学部において、
介護保険に関する教育は行っていない。

5

2.医師と介護保険

介護保険における医師の役割

- 主治医（訪問診療・往診、応診×、外来、入院）
- アドバイザー（医療、専門性、併診、ｾｶﾝﾄﾞｵﾋﾟﾆｵﾝ）
- 行政、医師会等（介護認定審査委員会、各種委員等）
- 介護支援業者、介護サービス業者

介護保険における医師のアドバイス

- 介護導入、主治医の意見書（必須）、
- サービス担当者会議（必須なのだが・・・）
- 居宅療養管理指導、訪問看護指示（必須）、
- 各指示書・診断書等の情報提供

医師の業務は、介護保険と密接な関わりがあるにも関わらず、実際には充分な役割を果たしていない。また、医療的アドバイスのない介護サービスはあり得ない（はずなのだが・・・）

6

3.医師との連携の現状

主治医

- 介護制度の理解が不十分。誰がケアマネか、どんなサービスを受けているか知らない。ケアカンファレンスに来ない。病気は診るが、患者は診ない。治療には興味有るが、社会的背景は係わりたくない。

ケアマネ

- 医療情報を正確に把握せずにアセスメントし、医療面での問題点がケアプランに反映されない。主治医との面識なく、意見書等はもらうが、ケアプランは渡さない。

利用者

- 適切な介護認定、安全で適切なサービスを受けていない（サービスの不足と過剰）。医療を含めた包括的なアセスメントとリスク管理がなされず危険。結局、サービス利用による成果を、正確に評価されないために、課題は解決されず、何時まで経っても良くならない。

7

4.医師との連携の必要性

- 介護サービスを実施するにあたり、医学的管理に基づいて要介護者の危険を回避して、要介護者が適切な支援を受け自立に向かえる環境を作る必要がある。
- そのためには、ケアマネは主治医との連携を密にとり、全ての業務において適切なアドバイスを得ねば成らない。
- ケアマネは、多職種連携のﾌﾟﾛﾃﾞｭｰｻｰ、ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ、ﾈｺﾞｼｴｰﾀｰ、ﾄﾗﾝｽﾚｰﾀｰ、ﾌﾟﾛﾓｰﾀｰ、ﾊﾌﾞである。

8

介護現場での連携のあり方

- 介護は、専門的多業種から成る、チームケアである。さらに異分野の事業者（建築、運送、食品etc）や、友人、近隣、地域団体（町内会、社会福祉協議会、日本赤十字etc）もメンバーとなる。インフォーマル、フォーマル、社会資源、経営資源の有効な組み合わせが必要である。ケアマネがハブとなり、有機的で包括的な連携を作る。（地域包括ケアシステム）
- それでは、連携のコンセプト何か（何のために仕事をするのか、）

  その人の人生、生き方を支援し、その人らしい生活を実現させる。宮城花子が宮城花子で有り続ける支援を行う。言い換えれば「QOLの実現」である。利用者が安心して健全な生活する為に、当たり前の衣食住、安全な生活、つまらない事で死なない生活。人としての生きる権利が守られている生活を実現する。この事は一業種のみでは達成できない事であり、医療、介護、福祉のチームアプローチが必要となる。そのための連携である。

9

んじゃー、連携には何が必要？

- 目的や問題認識の共有。
- 利用者に関する情報やアセスメントの共有。
- 各業種が提供できる業務の理解と社会資源の把握。
- 信頼関係を築き、法令を遵守する。
- 連携の具体的なツールを持つ。

これがチームアプローチ

ニーズ、意向、課題

- 要望（デマンド）・ご用聞きではなく、その奥にある真のニーズは何かを見いだす。
- なぜ「歩けるようになりたい」のか、歩く目的は、生活の自立？外出？
- なぜ「お風呂に入りたい」のか、保清？リラクゼーション？
- そのためには充分なアセスメントが必要となる。～ここもだいじー

10

5.医師との連携のためのプロセス

① 充分な情報収集とアセスメントを行う。
② 利用者から、主治医との連携の承諾を得る。
③ お互いの連絡方法や窓口を確保する。（Tel、FAX）
④ 主治医とのコンタクト、挨拶、自己紹介。（医師との出会いを実現する。一度は顔を見て、声を聞く）各書類の活用。
⑤ 守秘義務を遵守し、結果の報告、連絡、相談を行い信頼関係を構築する。
⑥ 主治医意見書や、診療情報提供書等を入手し活用する。
⑦ ケアカンファレンス等の記録は、医師を含めサービス提供の関係者にフィードバックする。
⑧ 医師に十分な情報を提供する事により、その能力を最大限に引き出す。（利用者情報、地域資源情報）

11

Ⅱ．医療情報

- ケアマネが通常知り得る医療情報
- 利用者を理解するために必要な情報
- 介護に必要な情報
- ケアマネが努力して得る医療情報
- ケアマネが知らない医療情報
- ケアマネが知るべき医療情報

12

ケアマネが通常知り得る医療情報

- 利用者・家族からの情報だけ？
- 1.基本情報
- 2.フェイスシート
- 3詳細情報
- 4.情報収集シート128（居宅）
- これらをきちんとまとめる！

13

基本情報（資料2）

- 利用者名、性別、生年月日
- 〒・住所（現住所、現在の住所）、電話番号
- 主訴：相談内容、本人・家族の意向
- 生活状況：性格・職業など、家族の状況
- 日常生活自立度
- 居住環境など
- サービスを決定する人：あくまでも本人

14

フェイスシート（資料3）

- 基本情報
- 介護保険情報
- 主治医情報、病名
- ADL、記憶、行動
  - 移動、食事、排泄、入浴、更衣、整容
  - Barthel Index(食事,車ｲｽ,寝台移動,整容,ｲｽﾄﾞｳｻ,入浴,歩行,階段昇降,着替え,排便/排尿ｺﾝﾄﾛｰﾙ）
- 介護上の医学的留意事項
  - 入浴・清拭、移動・食事・排泄・その他
- 特記事項
- 緊急連絡先

15

詳細情報（資料4）

- アセスメントのための情報収集シート128（居宅）
- アセスメントのための情報収集シート151（施設）
- 詳細情報
- 標準課題分析項目14

16

課題分析からニーズの導く手順

- 検討が必要な具体的状況（症状）
- 原因（疾患）
- 利用者（家族）の意向
- 自立に向けた可能性、必要性の検討
- 解決すべき課題（ニーズ）
- ケアの方向性
- 援助目標（長期目標、中・短期目標）
- 援助内容（サービス内容、サービス種別、頻度、期間）

17

課題分析における標準14項目
アセスメントシート配布用.xlsx

１　健康状態、　２　ADL、　３　IADL、
４　認知、　５　コミュニケーション能力、
６　社会との関わり、
７　排尿・排便、　８　褥瘡・皮膚の問題、
９　口腔衛生、　１０　食事摂取、
１１　問題行動（行動障害）、
１２　介護力、　１３　居住環境、
１４　特別な状況

18

1　健康状態

① 既往歴：感染症、手術歴、外傷、過敏症
- 現在の症状に影響している病態はあるか
- 肝炎、ガン、腹膜の癒着、人工肛門

② 主傷病：特定疾患、生活習慣病
③ 症状：急性期、慢性期、コントロール
④ 痛み：程度、頻度、日格差
- 他の症状に関しても同様の検討が必要

⑤ その他

19

具体的状況、主たる疾患、その原因

項目	具体的状況	障害の主たる疾患	原因（となる疾患）
健康状態	記憶障害、行動心理症状	認知症	脳血管障害、アルツハイマー他
	麻痺、失語、感覚障害	脳梗塞、脳出血	高血圧症、高脂血症、糖尿病
	麻痺、失語、感覚障害	くも膜下出血	脳動脈瘤（先天性）＋α
	狭心痛、心不全	心筋梗塞、狭心症	高血圧症、高脂血症、糖尿病
	呼吸苦、動悸、浮腫	心不全	慢性・急性心疾患
	尿毒症（吐き気、掻痒）	腎不全	慢性腎臓病
	肝不全	肝硬変	慢性肝炎
	呼吸苦、息切れ	呼吸不全	COPD
	疼痛、運動障害	骨折、変形性関節症	骨粗鬆症
	発熱、脱水、衰弱	感染症	栄養障害、慢性疾患
	疼痛、全身倦怠、呼吸苦	悪液質	がん

但し、これらの状況には、
老化や廃用症候群が加味されている事も忘れてはならない

20

2　ADL

① 寝返り:　麻痺、廃用症候群、関節炎、骨折
② 起き上がり:　低血圧、眩暈
③ 移乗:　肥満、るい痩、拘縮
④ 歩行:　失調、下肢切断
⑤ 着衣:　認知障害、拘縮等
⑥ 入浴:　心不全、感染症、外傷等
⑦ 排泄:　馬尾障害、認知障害等、ストーマ、留置カテーテル、透析
⑧ 他:　心肺疾患、ASO等内部障害、脱水、薬剤、視覚障害

21

3　IADL

① 調理:視覚・味覚嗅覚障害、(食への固執)
② 掃除:視覚障害
③ 買い物:内部障害、社会環境変化、食欲
④ 金銭管理:浪費(詐欺)
⑤ 服薬状況:不規則な食習慣、服薬指導(薬剤師の重要性)
⑥ その他:認知障害、生活歴

なぜお年寄りの鍋は
焦げるか？

22

4　認知

①日常の意志決定を行うための認知能力の程度
- 肝性脳症、高・低血糖
- アルコール依存症、薬物中毒、副作用
- 心因反応（癌の告知、身内の不幸等）
- 本来の性格、社会性、教育程度、病識
  - 中核症状、認知機能障害
  - 記憶障害、見当識障害、
  - 理解力判断力低下、
  - 問題行動、周辺症状、
  - 行動・心理症状

23

5　コミュニケーション能力

①意思の伝達：失語、聾唖、難聴、発声器官の障害（癌、気管切開、麻痺等）
②視力：視力低下（糖尿病、膠原病、動脈硬化等基礎疾患の有無）、中途失明か否か
③聴力：耳垢、騒音環境等の職歴
④その他：眼鏡・補聴器不良、癌

24

６　社会との関わり

①社会的活動への参加意欲：うつ、薬剤性
②社会との関わりの変化：容貌変化、顔部腫瘍
　心身機能・構造、活動、参加
③喪失感や孤独感：うつ状態
④その他：（「不」健康食品販売）

25

７　排尿・排便

①失禁の状況：腹圧性、切迫性、溢流性、機能性、反射性
②排尿排泄後の後始末：臭覚障害、皮膚感覚障害
③コントロール方法：薬剤性（無効、副作用）
④頻度：血糖、ｱﾙﾄﾞｽﾃﾛﾝ症（甘草）、脱水
⑤その他：心腎疾患、前立腺・婦人科疾患、大腸・痔疾患、（住宅環境、屋外WC）

なぜ、汚れ物をタンスにしまうか？

26

８　褥瘡・皮膚の問題

①褥瘡の程度：（原因のアセスメント）
②皮膚の清潔状況：皮膚掻痒、本当に水虫？、痛い発疹、ダニ、（入浴可能か、洗身しているか）
③その他：高血糖、ASO、病的突出部、（ﾈｸﾞﾚｸﾄ）

27

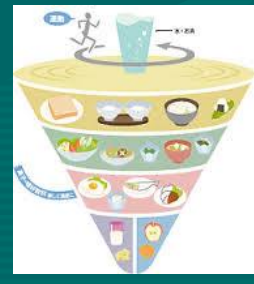
９　口腔衛生

① 歯の状態：高血糖、薬剤性
② 口腔内の状態：乾燥、薬剤性
③ 口腔衛生：咀嚼嚥下障害、感覚麻痺・味覚臭覚障害、生活習慣

28

10　食事摂取

①栄養：消化器・咀嚼嚥下障害、悪液質
　必要な栄養を適切な方法で摂っているか
②食事回数：うつ、認知障害、脱水、一日何食？
③水分量：頻尿、むせ
④その他：胃切除後、PEG、IVH
　（NSTの必要性）



29

11　問題行動（行動障害）

①暴言暴行：肝性脳症、脳腫瘍、血糖
②徘徊：不眠、昼夜逆転（睡眠のコントロール）
③介護への抵抗：失禁、自尊心
④収集癖：もったいない、認知障害
⑤火の不始末：記憶・視覚・嗅覚障害、一人前
⑥不潔行為：尿路直腸感覚麻痺
⑦異食行動：味覚臭覚障害
⑧その他：薬剤性

30

12　介護力

①介護者の有無：家族性疾患
②介護者の介護意志：病識と認知、ネグレクト
③介護負担：（経済状況）
④主な介護者に関する情報：（生活歴）
⑤その他：（居住する地域の状況）

31

13　居住環境

①住宅改修の必要性：病態に合わせた改修
②危険個所等：病態に合わせた検証、周辺環境の検証
③その他：衛生環境不備、（改修業者に関する注意）

32

14　特別な状況

①虐待
②ターミナルケア
③その他：神経難病、在宅酸素療法、特別食の必要性

33

利用者を理解するために必要な情報

- 既往歴、家族歴　←ここが弱い
- 現病歴　←障害に至る過程が把握されてない（資料）
- 生育歴、学歴、職歴、社会との関わり
- 性格、趣味、信仰
- 家族構成、家族関係、介護力
- 経済状況
- 居住環境

34

介護に必要な情報

日常の介護に必要な情報
- 通院先、疾患名（診断名）
- 現在の主病の状況、検査結果、服薬内容、服薬状況
- ADL、IADL、生活のリズム
- 認知障害や行動・心理症状の有無、ｺﾐﾆｹｰｼｮﾝ能力
- 身体状況（栄養、排泄、口腔等）

介護に影響する情報
- 住宅環境、交通の利便性、電気上下水道ガス供給
- 居住地域の社会資源
- 情報伝達方法
- 特別な状況（虐待、ターミナルケア）

35

ケアマネが努力して得る医療情報

- 医療側が提供する連携の具体的なツール
- 主治医との面会

36

医療側が提供する連携の具体的なツール

- **医師意見書**
- **診療情報提供書**
- **居宅療養管理指導書**
- **訪問看護指示書**
- 訪問入浴指示書
- 訪問リハビリ情報
- 退院時共同指導料
- 吸引器等交付意見書等
- おむつ使用証明
- 生活保護
- 健康診断書労災診断書
- 国民年金診断書
- 傷病手当金診断書
- 障害基礎年金診断書障害
- 厚生年金診断書
- 生命保険診断書
- 症状照会
- 回答書
- 死亡診断書

名刺、病院紹介、HP

37

介護側が提供する連携の具体的なツール

（情報共有化の手段）

- 名刺（写真入り）、挨拶状、HP、自己紹介、**あいさつ**
- 委任状、承諾書
- 居宅**サービス**計画書、**利用票**、アセスメントシート、情報シート等
- サービス担当者会議の結果
- モニタリングの結果、簡単な近況、問題点
- 書式、方法の確立（地域で、簡便で簡素）、
- 主治医との連携連絡票、医療・介護連携シート
- **入院時情報提供書（HP参照）**
- **退院・退所情報提供・確認書**

- **互いのネットワーク構築が重要**

38

ケアマネが知るべき医療情報

- 通院先、頻度、受診方法
- 診断名、保険病名
- 受診時の様子、主訴
- 診療内容、結果、ムンテラ（医師からの説明）
- 服薬状況、効能
- 医療保険制度
- ｼﾞｪﾈﾘｯｸ医薬品

39

利用者さまの、あんべーが、わるいとき、なじょすっぺ！！

- 病院さ行っで、
- 医者さ診でもらっで一、
- どこがあんべー悪いかーおしぇてもらっで、
- 治療してもらう。
- でも、どんなとき
- 誰に
- どうやって見てもらうべさ？

40

病院に行って何をするか

- とりあえず、わからないから連れて行ってみる
- 心配だから連れて行ってみる
- いつもと違うから連れて行ってみる
- 点滴でもしてもらうと、良くなるかと思って
- とりあえずCT撮ってもらおうと思って
- 休みが続くから
- 認知症かもしれないので紹介してもらおう
- 手に負えないから

・・・・では困ります

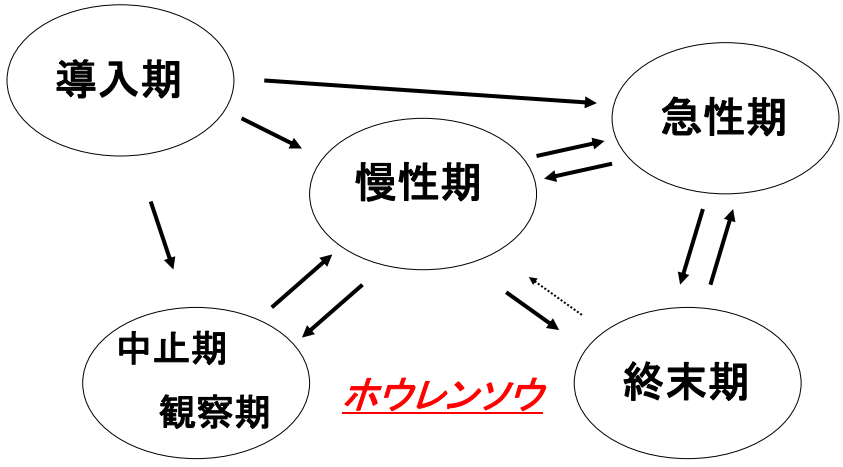
41

そのためには

- 利用者に関する、情報収集とアセスメントを充分に行っておく必要がある。
- 現病歴、既往歴、家族歴
- 通院先、診断名、治療内容
- 現在の病状（改善しているのか、否か、危ないか）
- その他の諸症状（主病以外も）
- もし、その利用者が普通に病院を受診したときに、話す内容を把握しておく。（後見人、親）
- ケアチーム内の情報共有

42

状態に応じ対応を検討し決めておく



- 報告先・連絡先・相談先・受診先を、あらかじめケアチームで統一しておく。

43

Ⅲ．医療・介護の情報連携

- 宮城県ケアマネジャー協会ホームページ
- 宮城県「医療・介護の情報連携の手引き」
  - 宮城県保健福祉部医療整備課　平成27年3月
- 「ケアマネジャーにための
  医療職との連携ハンドブック」
  - 一般社団法人　日本介護支援専門員協会

44

入退院時の医療連携の場面と対象

- 利用者・家族
- ケアマネ
- 在宅主治医
- 看護師
- 歯科医師・衛生士
- 薬剤師
- 理学・作業療法士
- 栄養士
- 介護士

入院先
- ソーシャルワーカー
- 入院主治医
- 退院調整看護師など
- 歯科医師
- 薬剤師
- 理学・作業療法士
- 栄養士

45

医療・介護を取り巻く状況

- 人口減少と後期高齢者の増加
- 団塊の世代、2025年問題
  - 1947～49年生まれ、約800万人
  - 前期高齢者2015年、後期高齢者2025年
- 医療機能の分化・連携、「住まい」、在宅医療の強化
- 医療介護の連携強化の重要性、必要性
- 地域包括ケアシステム、顔の見える関係
- 医療介護情報連携における課題

46

医療・介護情報連携
①導入に向けての検討の流れ

- 情報共有：地域の設定、課題の把握・共有、目標・目的の設定、内容の検討
- 情報の伝達方法・ルートの検討
- 情報共有ツールの具体化
- 運用ルールの検討
- 試行実施・見直し

47

医療・介護情報連携
②運用・管理方法

- 情報連携全体像：場面、職種、カテゴリー
  - 入院時、入院中、退院時、在宅療養中、急変時
  - 基本情報、情報発信者、診断・治療情報、生活状況・状態等の情報、課題・対応方針等の情報
- 運用管理に関する検討事項
  - 個人情報の取り扱いと共有の範囲
  - 緊急時・即時対応が必要な時
  - 地域ケア会議やサービス担当者会議の活用
  - 書式・用語、ICT（情報通信技術）の活用

48

医療・介護情報連携
③「場面」ごとの情報連携の手順

- 入院時の情報連携
  - 情報連携のねらい、情報連携項目と発信者、既存帳票の活用、診療報酬・介護報酬
- 入院中の情報連携
- 退院時の情報連携
- 在宅療養時の情報連携
- 急変時の情報連携

場面に応じたチームケアが必要です

49

入院時の情報連携

- 情報連携のねらい
  - 入院先の基本情報の把握、家族・関係機関との体制作り
- 情報連携項目と発信者
  - ケアマネ、医師（在宅、入院）、診断・治療、生活状況・状態
- 既存帳票の活用
  - 主治医意見書、診療情報提供書、入院時情報連携加算書類、居宅サービス計画書、アセスメントシート
- 診療報酬・介護報酬
  - 在宅者緊急入院診療加算、入院時情報連携加算、入所前後訪問指導

50

入院中の情報連携

- 情報連携のねらい
  - 退院日が決定する前から、退院後の、医療機関、介護ｻｰﾋﾞｽとの情報交換・関係性の構築
- 情報連携項目と発信者
  - MSW・退院調整Nrs.、基本情報・退院後の医療介護
- 既存帳票の活用
  - アセスメントシート等
- 診療報酬・介護報酬
  - 総合評価加算、介護支援連携指導料、介護RH移行支援料、地域連携診療計画退院時指導料・管理料

51

退院時の情報連携

- 情報連携のねらい
  - 本人家族・医療介護関係者が、退院後情報関連項目を共有
- 情報連携項目と発信者
  - MSW・医師・Nrs.・RH・薬剤師・CM、診断・治療・退院後の課題・治療・留意点・準備・ケアの方針等
- 既存帳票の活用
  - 診療情報提供書、看護記録診断ｻﾏﾘｰ、退院調整加算書、主治医意見書、居宅ｻｰﾋﾞｽ計画書、ｻｰﾋﾞｽ担当者会議要点
- 診療報酬
  - 退院調整加算、地域連携計画加算、地域連携認知症支援加算・集中治療加算、退院時共同指導料

52

- 介護報酬
  - 退院・退所加算、
  - 退院時等相談援助加算、
  - 退院時指導等加算、
  - 在宅復帰支援機能加算、
  - 地域連携診療計画情報提供加算、
  - 退院時共同指導加算、
  - 退居時相談援助加算

53

在宅療養時・急変時の情報連携

- 在宅時・緊急時チーム

54

在宅時・緊急時チーム

- 包括支援センター、ケアマネージャー
  司令塔、機動性
- ヘルパー、デイサービス、ショートステイ
  最前線、多様性、汎用性
- 訪問看護ステーション
  高性能、高出力
- 訪問リハビリ、訪問入浴、福祉用具貸与
  特殊任務、専門性
- 医療機関
  総合監視、安全管理、責任

55

在宅療養時・急変時の情報連携

- 情報連携のねらい
  - 関係者による利用者の生活目標・課題・対応等の共有
- 情報連携項目と発信者
  - CM・医師・Nsr・RH・薬剤師、診断・治療・経過、生活目標・課題・対応、生活状況・状態
- 既存帳票の活用
  - 診療情報提供書、在宅患者共同診療料書類、主治医意見書、居宅ｻｰﾋﾞｽ計画書、ｻｰﾋﾞｽ利用票、ｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄ、ｻｰﾋﾞｽ担当者会議要点、個別機能訓練加算書類、通所RH書類
- 診療報酬・介護報酬
  - 在宅患者共同診療料、診療情報提供料、緊急時等居宅ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ加算

56

5.医師との連携のためのプロセス

① 充分な情報収集とアセスメントを行う。
② 利用者から、主治医との連携の承諾を得る。
③ お互いの連絡方法や窓口を確保する。（Tel、FAX）
④ 主治医とのコンタクト、挨拶、自己紹介。（医師との出会いを実現する。一度は顔を見て、声を聞く）各書類の活用。
⑤ 守秘義務を遵守し、結果の報告、連絡、相談を行い信頼関係を構築する。
⑥ 主治医意見書や、診療情報提供書等を入手し活用する。
⑦ ケアカンファレンス等の記録は、医師を含めサービス提供の関係者にフィードバックする。
⑧ 医師に十分な情報を提供する事により、その能力を最大限に引き出す。（利用者情報、地域資源情報）

57

医療との連携を取りやすくする方法

- **あらゆる縁を利用して、近づき親しくなる。**
- **ほめる、おだてる。驚いて見せる。**
- **おねだりする。頼りにする。**
- **わかり易く、書きやすい方法を使う。**
- **頃合いをみて催促する。締め切りを決める。**
- **喜んでみせる。感謝する。また頼む。**

58

医師との遭遇

- 協力的な医師をリサーチする。
- 研修会、連絡会等に参加する。
- 思い切って、病気になり、受診する。
- うろうろして、あとをつける。
- 強引に飲みに行く。

59

社会人としての常識（マナー）

- 身だしなみ、おしゃれ
- あいさつ、お辞儀、姿勢（第一印象、重要）
- 言葉づかい、敬語、最小限の専門用語
- 電話、訪問、名刺、面談、会議
- 報告、連絡、相談
- 法律や規則を守る、コンプライアンス
- IT、情報管理
- 職業理念、向上心、健康管理
- 礼儀作法、公私の別

60

まとめ

- 以上の視点を持って、ケアマネージメントを行うことが望まれるが、現実には医療との連携不足から、医学的管理の欠落したケアプランが横行している。
- 地域包括ケアシステムが構築されると、更に安全で適切なケアプランが要求されている。
- ケアマネジャーと医師は、全人格的医療・介護の実現の為、支援の目的と課題を共有できる連携を構築する必要がある。

61