

# 多職種協働・連携の第一歩

長野大学・信州大学ジョイントプログラム

令和4年10月8日(土)

信州大学松本キャンパス旭総合研究棟AB講義室

2022.10.08

信州大学旭総合研究棟AB講義室

# 臨床現場での多職種協働の 実際と問題

伊豆保健医療センター

公益財団法人伊豆保健医療センター  
地域ケア部部长 北澤 彰浩

**多職種協働**

チーム医療



# 多職種協働

- 多職種連携(IPW)とは、異なる専門職からなるチームのメンバー、あるいは異なる機関・施設が、サービス利用者(患者・家族)の利益を第一に、総合的・包括的な保健医療福祉ケアを提供するために、相互尊重、互惠関係による協働実践を行うこと、またその方法・過程」と定義されています

田村由美 (2010)「なぜ今 IPW が必要なのか」  
『看護実践の科学』35(10):41- 47

# チーム医療

- チーム医療とは、医療に従事する多種多様な医療従事者が、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供することです

チーム医療の推進について—チーム医療の推進に関する検討会報告書，厚生労働省，2010

# 医療の定義の見直し

- 現在

「医療とは医術で病気を治すこと」

- 今後

「医療とはその人にその人らしい人生を過ごしてもらうために医術で病気を治すこと、ただし治らない病気の場合は最期までその人らしく生きていただくために寄り添い支えること」

人は相手によって話せることと  
話せないことがある

# SCCNet

## (佐久コミュニティーケアネット)

- 平成21年8月に発足
- 佐久地域の多職種が集まれる場
- 勤務先ではなく業種で個人で参加可能
- まずは顔がお互いに分かる関係に
- 事例検討
- その時に気になっている事・問題
- この地域の皆で共有したいこと
- 偶数月第4火曜日19時～20時30分

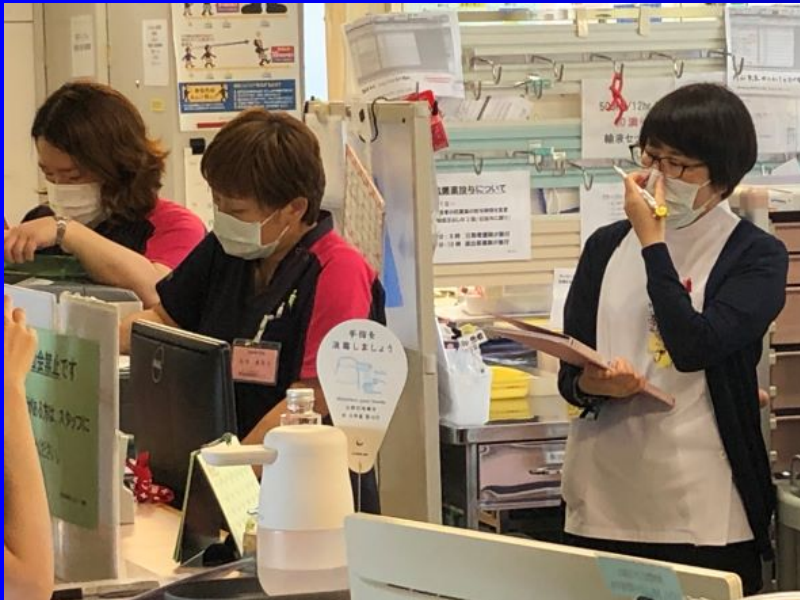


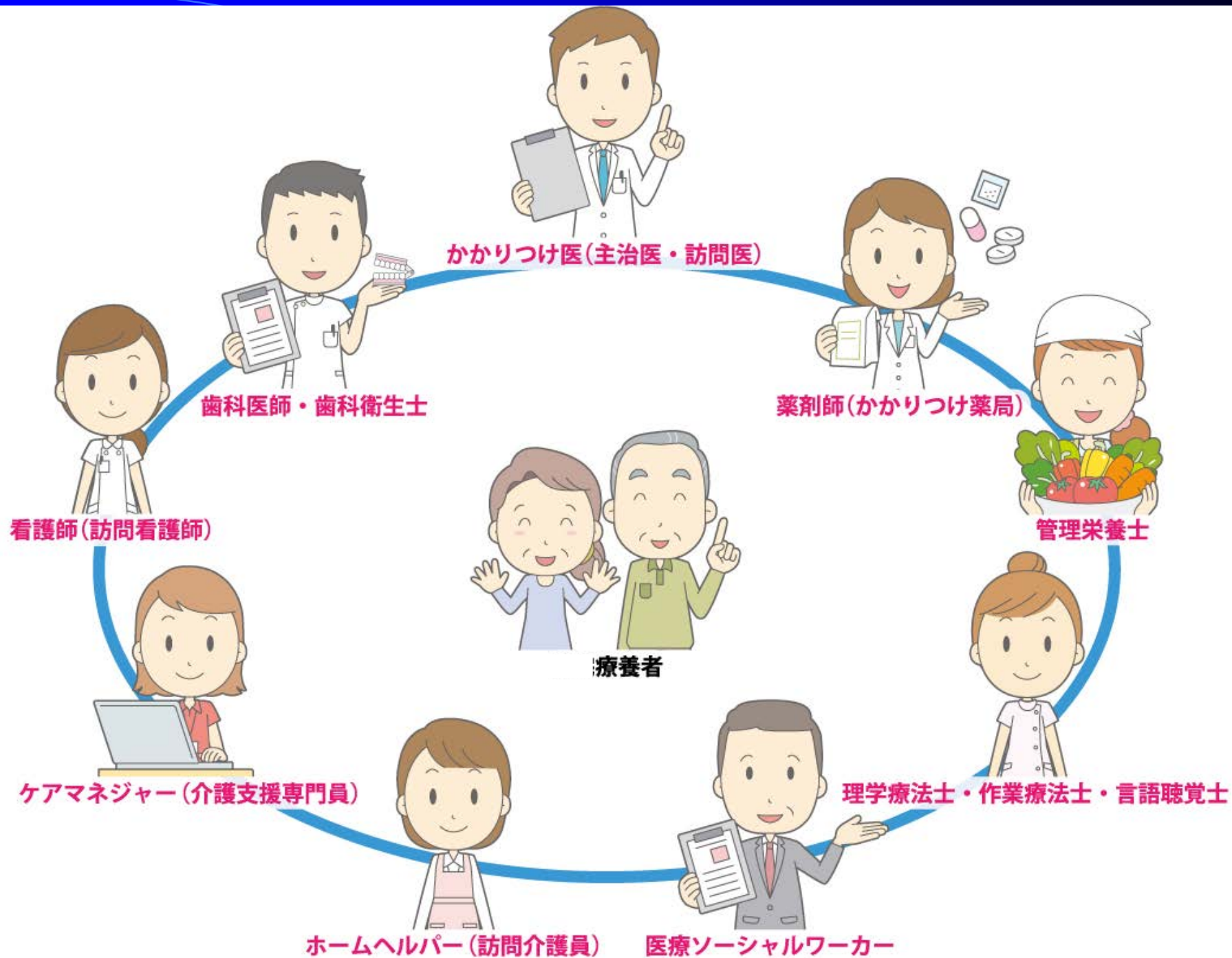




カンファレンス

# 多職種カンファレンス





# アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning)



# アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning)

- 意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指す
- 患者の価値を確認し、個々の治療の選択だけでなく、全体的な目標を明確にさせることを目標にしたケアの取り組み全体
- アドバンス・ケア・プランニングは、インフォームド・コンセントが同意書をとることだけでないように、アドバンスディレクティブ(事前指示)の文書を作成することのみではない

# アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning)

- 患者が治療を受けながら、将来もし自分に意思決定能力がなくなっても、自分が語ったことや、書き残したもののから自分の意思が尊重され、医療スタッフや家族が、自分にとって最善の医療を選択してくれるだろうと患者が思えるようなケアを提供すること



# 人生会議

- 厚生労働省がACPの愛称として決定
- 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
- 11月30日を人生会議の日
- 「いい看取り・看取られ」の日に決定

# こころづもり

心の中であらかじめ考えておく  
こと。心中の予定・計画。

医療・看護

介護  
・  
リハビリ  
テーション

保健・予防

生活支援・福祉サービス

すまいとすまい方

本人・家族の選択と心構え

介護  
・  
リハビリ  
テーション

医療・看護

保健・福祉

介護予防・生活支援

すまいとすまい方

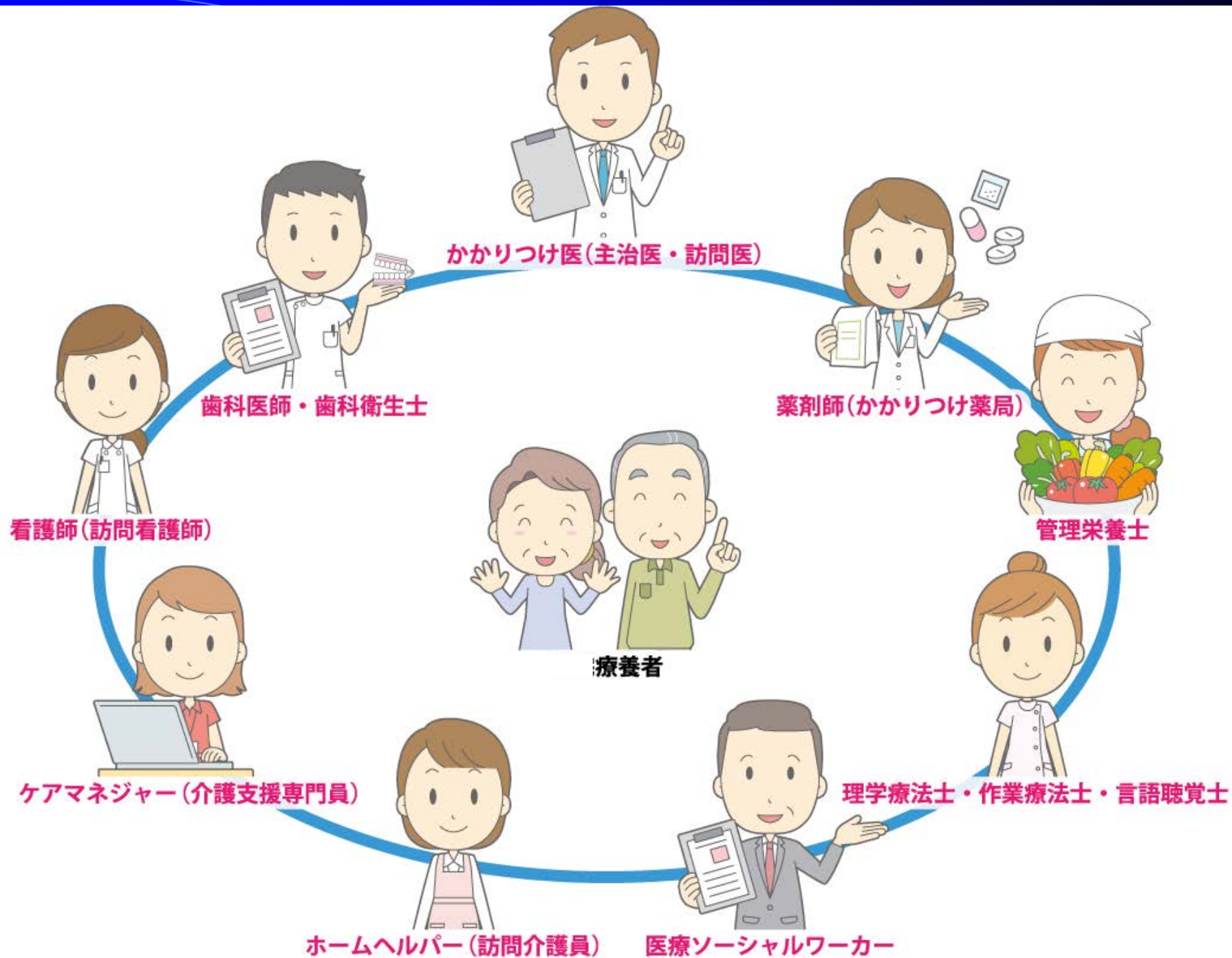
本人の選択と本人・家族の心構え

# 日本の方針

「本人・家族の選択」



「本人の選択」







かかりつけ医(主治医・訪問医)



薬剤師(かかりつけ薬局)



管理栄養士



理学療法士・作業療法士・言語聴覚士



ソーシャルワーカー



療養者



ホームヘルパー(訪



ケアマネジャー(介護支援専門員)



看護師(訪問看護師)



歯科医師・歯科衛生士

# 事例紹介

94歳 男性

本人:出来れば最期まで  
自宅で過ごしたい

家族:出来れば最期も自宅で看てあげたい

突然の状態変化入院に

入院しても自宅と同じように







お蚕さんのさなぎ



希望は最期まで家にいてお酒を  
飲みたい

# 事例紹介

60歳 女性 膵臓がん

- 2011年1月より嘔吐症状、診断。  
3月 胃空腸吻合術、化学療法施行。
- その後も転移や吻合部閉塞等により同年11月、  
2012年2月と再手術されるも、3月の段階で余命  
1ヶ月と判断される。
- 残された時間を在宅で過ごす方針となり、  
3月上旬に自宅退院。

退院後、当院より訪問診療・訪問看護  
その他薬剤師訪問、介護サービス等を利用し  
在宅生活を送っていた。



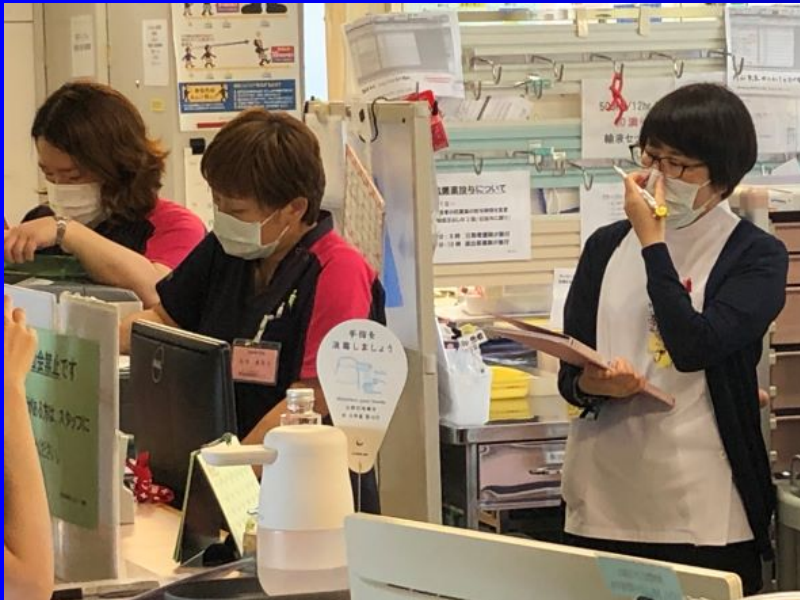
# コロナ禍での看取り

入院してしまうと家族に会えない  
家族も患者のそばに居ることが出来ない  
ホスピスの患者さんまで退院

看取り・看取られとは？

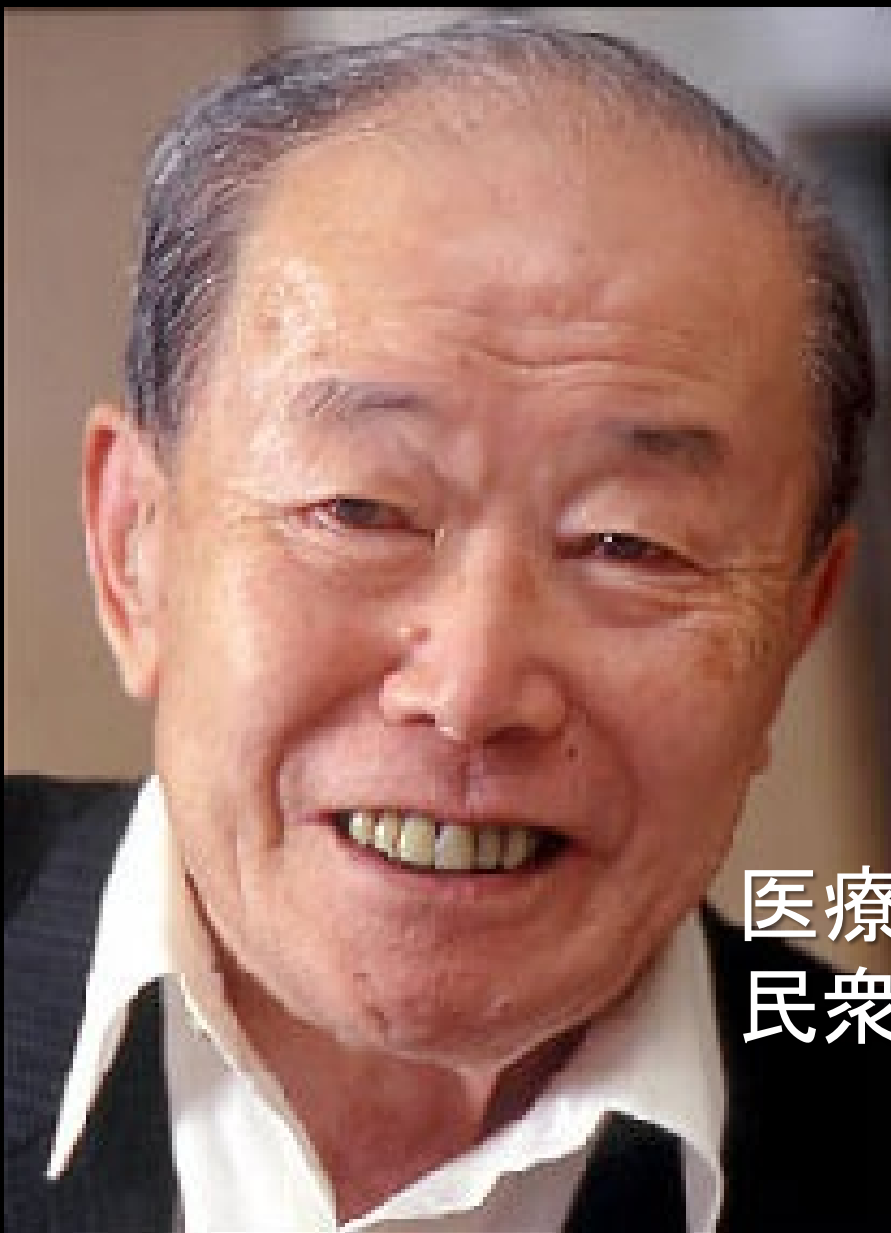
場所ではなく誰とどのように。

# 多職種カンファレンス



# 大事ななのは

如何に御本人御家族の希望を  
かなえてあげられるか  
そのために如何にその方・家族に  
かかわる多職種が全職種で  
**対等な関係・立場で**  
連携できるか協働できるか



医療は民衆のものであり、  
民衆がつくるものである。

若月俊一 1910-2006



# 医療ソーシャルワーカーの役割

## ～多職種連携において～

信州大学医学部附属病院 患者サポートセンター  
鮎沢 真悠





# 目次

---

- 自己紹介
- 社会福祉士/医療ソーシャルワーカー
- 多職種連携について
- まとめ



# 社会福祉士を目指したきっかけ

---

高校生の頃、祖父が入院。

家族の不安に寄り添ってくださった医療ソーシャルワーカーの姿に憧れる。

医師の話にその場では納得できなかった家族が、転院の説明を受けた後にとても不安な様子でとてもピリピリしていた。

ある日「今から医療ソーシャルワーカーという人に会ってくる」と言って病院へ。夜、話を聴いてみるととても穏やかに「医療ソーシャルワーカーの人に相談して解決しよう」と話していた。

家族が「相談できてよかった…」と安心していた様子から、自分もとても安心しました。その時は医療ソーシャルワーカーがどんな仕事なのかは知らなかった。



# 社会福祉士を目指したきっかけ

---

進路に迷った時、医療ソーシャルワーカーの存在を思い出し「自分も同じように困っている人の手助けができる仕事につきたい！」と医療ソーシャルワーカーとして病院で働くことを目指し、愛知県にある日本福祉大学へ進学。

3, 4年次に藤井先生のゼミに所属し、地域医療について学んだ。

4年次に信州大学医学部附属病院での医療ソーシャルワーカー実習を経て就職。

現在3年目。先輩方の指導を受けながらの日々。

# 病院紹介

---

## 【所属機関】

信州大学医学部附属病院

一般病床677床 精神病床40床

計717床

(ICU20床 救急病床20床 HCU20床

CVCU20床 NICU20床 GCU20床)



高度救命救急センターを有する急性期病院

令和3年度の延べ外来患者:344,901名(1日平均1425名)

# 患者サポートセンター

## 【スタッフ】

医師、社会福祉士9名、精神保健福祉士3名、  
看護師5名、公認心理師1名、事務職員等

## 【業務内容】

- ・転院、退院の相談
  - ・医療福祉相談（医療費、生活費などの経済的問題や社会福祉制度、療養生活についての相談）
  - ・関係機関との連携業務（紹介状（情報提供）のやりとり、県外病院の予約取得等）
- その他、様々な相談の窓口







# 業務内容

---

入職から2年間は脳神経内科、血液内科、リウマチ・膠原病内科等の病棟で退院支援を担当。

現在は外来の窓口相談担当。外来患者さんからの様々な相談に対応。

相談の内容は医療費の相談、生活上の相談、病状の受け止め、医師の診察時の話の内容の話の整理など様々。

患者さんによって抱えている不安や生活上の困りごととは異なる。



# 社会福祉士とは

---

社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整、その他の援助を行うことを業とする者をいう。

（社会福祉士及び介護福祉士法）

昭和62年5月26日交付令和4年4月1日一部改正



# 社会福祉士とは

---

例えば・・・

- 病院(医療機関)
- 社会福祉協議会
- 地域包括支援センター
- 老人保健施設
- 障害者支援施設
- 学校
- 行政

等



# 医療ソーシャルワーカー(MSW)とは

---

医療ソーシャルワーカー(Medical Social Worker)

病院等の保健医療の場において、社会福祉の立場から患者のかかえる経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る。

(医療ソーシャルワーカー業務指針)

平成14年11月29日制定



# 医療ソーシャルワーカー(MSW)とは

---

- 自己紹介の際には「患者さん(ご家族)の困りごと、課題と一緒に考えていく役割です」と伝えるようにしている。
- 患者さんや家族が今後の治療や生活をどう考え決めていくのか、患者さんや家族が納得して選択し、受け入れられるように支援を行う。(MSWが決めるのではない！)
- 患者さんは治療や検査のために病院へ来院するが病院の外では私たちと同じように日常生活を送っている。
- 病気や障害によってその他の生活に大きな影響が出てしまうことは少なくない。



# 医療ソーシャルワーカー(MSW)とは

---

医師からの説明のみでその後の生活をイメージすることは難しいことが多い。

看護師やリハセラピスト等と連携しながら、今後の生活で考えられる困難を解決できるように考えていく。

MSWが関わるのはそうした中的一部分であり、MSWがこれからの方針を決定していくわけではない。



どうしていったら良いのか一緒に考え、支援を行う



---

# 多職種連携について

## 3つのケースから

---



# 院内の連携＜看護師＞

## 事例 I（Aさん/30代後半）

---

膠原病の患者さん。

病状説明の際に医師から「治療のために高額な薬を1か月飲んでもらいます」と説明（提案）される。

Aさんは、到底払うことのできない金額に治療を受けることの不安を看護師へ相談。

看護師よりMSWへ連絡が入り、MSWが面談を行った。

Aさん「薬代が高く支払えない。また支払ったとすると生活ができなくなる。仕事を休職中のため収入がなく困っている。」



# 院内の連携＜看護師より＞

## 事例 I（Aさん）

---

### ＜MSWが行ったこと＞

医療費の負担が抑えられる制度（高額療養費や特定疾患（指定難病））や休職中に受けられる制度（傷病手当金）についての案内。

制度を利用すると具体的にひと月にどれぐらいの医療費がかかるのかを概算を算出。傷病手当金を受給した場合のおおよその金額を案内。

### ＜Aさんの反応＞

「その制度を利用すればなんとか生活できそう。なんとか治療を受けられそうです」→治療を受ける決心をされ治療を開始。

患者さんが不安なく治療を受けていく事ができるように情報提供を行うことはMSWの役割の一つ。こうした看護師さんからの連絡で面談を行うことは多い。  
様々な連絡から患者さんの生活を考えていく。



# 院内の連携＜医師・看護師・リハビリ＞ 事例Ⅱ（Bさん/60代後半）

---

パーキンソン病の検査で入院。医師より今後の方針のお話をする病状説明に同席の依頼。制度の案内と今後の方針決定の支援のために同席した。

医師「自宅退院でよいです。」 リハ「治療やリハビリで改善」

家族は、これまでの介護の苦労をBさんの目の前で涙を流しながら話した。

Bさん「そんなに迷惑をかけてしまっていたのか」「この先どうしよう」「どうしたらよいか、わからない。家に帰りたいけれどこのまま帰ると迷惑をかけてしまうのでは…。」

家族でのお話をしてもお互いの話が平行線になってしまい、その日は話がまとまらなかった。



# 院内の連携＜医師・看護師・リハビリ＞ 事例Ⅱ（Bさん）

---

後日、家族と改めて面談。

家族「リハビリを受けてどのくらい回復するのか、どれくらい動けるようになるのかわからない。」「入院前の状態で家に帰ってこられてもどう支えたらよいかわからないので困ってしまう。」

→Bさんの退院してきた場合の生活に抱えている不安をお話してくださる。

MSW) (Bさんの今の様子を知らないのでは…)

私は、現在リハビリを頑張っているBさんの様子を家族に直接見て知ってもらう必要があると考えました。リハセラピストや看護師に相談し、家族に病院に来て頂き、病棟でのリハビリの様子や入院中の生活の様子を見てもらうことにした。





# 院内の連携＜医師・看護師・リハビリ＞

## 事例Ⅱ（Bさん）

---

リハビリのセラピストより介助の支え方の工夫、看護師より入院中の生活の様子をお伝え。

家族「こんなに動けるようになったんだ！」「これなら帰ってきてもらっても大丈夫かもしれない」 家に帰ってくることを考えはじめる。

Bさんは、リハビリの成果を家族が喜んでいる様子にさらにリハビリへ意欲的に！

→入院時は車いすで移動していたが、歩行器があれば補助がなくとも独りで歩けるようになる。

その後、家族と相談し「もっと動けるようにリハビリをしてから自宅に帰りたい」と希望され、自宅の近くのリハビリができる病院へ転院。



# 院内の連携＜医師・看護師・リハビリ＞ 事例Ⅱ（Bさん）

---

医師からの病状についての説明だけでなく、看護師やリハセラピストからの評価や今後考えられることを家族へも伝える必要があると考えた。

感染症の流行で病院で直接見て頂くことは難しくなっている。しかし、本人の様子を家族に知ってもらう事は患者さんの今後を家族と考えていく上で大切。

Bさんの現在の様子を直接みて具体的な介助の方法を知ったことで、家族も退院後の生活のイメージが付き今後の生活を考えることができた。



## 院外との連携＜ケアマネジャー・訪問看護＞ 事例Ⅲ（Cさん/70代前半）

---

長期の化学療法治療で入院していたCさん。

退院2か月前に、自宅ではなく他県の息子宅へ退院することが決まる。

＜当時のADL（日常生活での動作）＞

起き上がり立ち上がりは看護師が介助、日中は車いすで過ごす

リハビリでは休みながら少しずつ歩けるようになっている

退院へ向けて準備をする中で、家の中での歩行や体調管理のために介護保険制度の利用が必要であると考えた。 介護保険制度とは…

# 介護保険制度とは

介護が必要になったときに認定を受け、費用の一部を支払い、  
介護サービスが利用できる制度

【利用できるサービス】

訪問サービス



訪問介護  
訪問看護 など

自宅から通うサービス



デイサービス  
デイケア など

生活環境を  
整えるサービス



ポータブルトイレ購入  
手すりのレンタル など

施設・居住系サービス



老人ホーム など



# 介護保険制度とは

---

## 【対象者(被保険者)】

①65歳以上で介護が必要となった方

②40歳～65歳の国で定められた特定疾病(16疾病)によって介護または支援が必要となった方。(下記参照)

- ・がん(医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)
- ・関節リウマチ ・筋萎縮性側索硬化症 ・後縦靱帯骨化症 ・骨粗鬆症を伴う骨粗鬆症
- ・初老期における認知症
- ・進行性核上麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病【パーキンソン病関連疾患】
- ・脊髄小脳変性症 ・脊椎管狭窄症 ・早老症 ・多系統萎縮症 ・脳血管疾患
- ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ・閉塞性動脈硬化症
- ・慢性閉塞性肺疾患 ・両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症



# 介護保険制度とは

---







# 院外との連携＜ケアマネジャー・訪問看護＞ 事例Ⅲ（Cさん/70代前半）

---


長期の化学療法治療で入院していたCさん。

退院2か月前に、自宅ではなく他県の息子宅へ退院することが決まる。

＜当時のADL（日常生活での動作）＞

起き上がり立ち上がりは看護師が介助、日中は車いすで過ごす  
リハビリでは休みながら少しずつ歩けるようになっている

MSWは退院へ向けて準備をする中で、家の中での歩行や体調管理のために介護保険制度の利用が必要であると考えた。



## 院外との連携＜ケアマネジャー・訪問看護＞ 事例Ⅲ（Cさん）

---

今までその県に行ったことのないCさん。退院したその日から安心して安全な生活を送ることが出来るように、サービスの調整をするために、退院先の地域のケアマネジャーと連絡を取った。

遠方ということもあり、電話と文書のやりとりで連携を行った。

ケアマネジャーが家族と事前に会い、家の中の様子を確認。家族が迎えるに当たって不安に思っていることを聞いた。MSWは看護師やリハセラピストからCさんが越えられる段差や立ち上がりが必要となる高さを確認。

ケアマネジャーとMSWで情報共有をし必要となるものを検討。不安な点として①家の中での歩行②体調管理とリハビリが挙がる。



# 院外との連携＜ケアマネジャー・訪問看護＞ 事例Ⅲ（Cさん）

---

## ①家の中での歩行

家の中の写真を撮影して送ってもらい、リハセラピストと必要になると考えられる福祉用具（歩行器やシャワーチェア）の選定を行った。

ケアマネジャーへ連絡し、退院日当日には用意できている状態となった。

## ②体調管理とリハビリ

自宅での生活で気を付けることや実際のリハビリの様子を確認し、訪問看護師と連絡を取りあい共有。現在の様子を細やかに伝え「こうなったら受診が必要」という状態を確認した。



# 院外との連携＜ケアマネジャー・訪問看護＞

## 事例Ⅲ（Cさん）

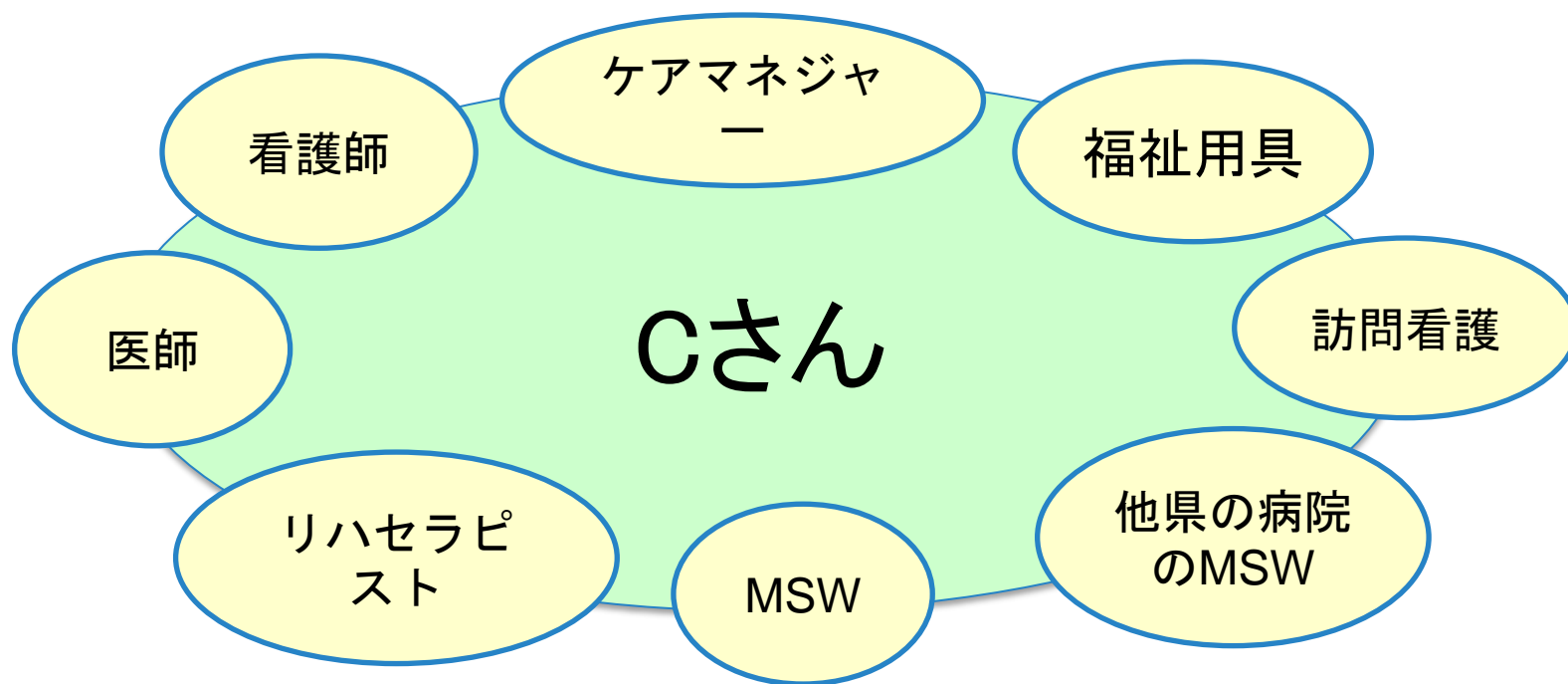
---

退院するまでCさんとケアマネジャーが直接会う機会はなかったが、Cさんは笑顔で家族の元へ退院した。

実際に顔を合わせずに言葉のみで伝えるということはとても難しい。しかし、院外の支援者の方々との連携の際には、電話や文書でのやり取りがとても多い。その中で、いかに「患者さんの安心安全な生活のために支援者が必要な情報を伝えることができるのか」がとても重要。

# 連携をしていく中で

---





# 連携をしていく中で

---

実際にサービス利用をするのは患者さん

利用にあたってプランの作成はケアマネジャー

自宅に訪問するのは訪問看護師やヘルパーの方々

→地域支援者との連携によって患者さんへの支援が成り立つ

## ○連携先

・介護保険・・・

地域包括支援センターやケアマネジャー、訪問看護、訪問リハビリなど

・その他・・・市町村の福祉課や保健師、他病院のMSW

・院内・・・医師、看護師、リハセラピスト、医事課など

多職種間で情報共有を行い、相談しながら調整、支援している。





# 連携をしていく中で

---

「どうしてこの連絡が必要なのか」「自分たちMSWが何を考え、先方に依頼をしたいのか（何をアセスメントしたのか）」を明確にして相談することが大切。

あやふやになってしまうと、相談された側も何を行えばよいのかが分からなくなってしまう。

患者さんや家族から聞いた内容、連携先から聞いた内容のどこが大切なポイントなのかを整理して伝えられる技術が必要。



# 連携をしていく中で

---

MSWは病院の中で福祉の立場から患者さんの生活を考える

話をしてもらえるような雰囲気づくりや患者さんがなかなか  
言い出せない言葉や気持ちを感じ取れるように心がける。  
コミュニケーション力が大切！！



# まとめ

---

- MSWとは医療機関において福祉の立場から患者さんや家族の方が抱える様々な問題の解決の援助や調整を行う役割。
- 患者さんや家族が今後治療や生活をどう考えていくのか、患者さんや家族が納得して選択し決定、受け入れられるように支援を行う。
- 支援には多職種の連携が必要不可欠であり、連携にするあたっては「どうしてそう考えたのか」という理由を明確にして自分が理解していることが必要。