



多職種協働かかりつけ医療マニュアル

2024/05/12

本マニュアルは法人業務に携わる方すべてに
理解していただきたいことを簡潔にまとめてあります。

法人の組織目標や組織全体の役割をまず最初に理解していただき、
自分が行っている業務の役割を見直すようにしてください。



クレド

～私たちの信条、志～

credo

最初に、法人のcredo
つまり信条についてお伝えします。

これは法人がこの時代に対して、
何のためにあるのか？
なにをするためにあるのか？
当院の根本的指針を示したものです。

Our VISION

私たちは、世界一の高齢化社会に向かおうとする日本において、
「いかなる病気や障害があっても、その人が望む場所で、
尊厳を持って人生を全うできるよう」に貢献し続けます。

私たちは、世界一の高齢化社会に向かおうとする日本を生きています。

その日本で、いま私たちとしては医療者として、
「いかなる病気や障害があっても、その人が望む場所で、
尊厳を持って人生を全うできるように」に
貢献し続けたいと思っています。

Our PROMISE

多職種協働によるかかりつけ医療を発展すると同時に、
種々の社会サービスと協働し、一致団結してビジョンの実現を目指します。

そのためには、

「多職種協働によるかかりつけ医療を発展すると同時に、
種々の社会サービスと協働し、
一致団結しビジョンの実現を目指」
さなければなりません。

Our MISSION

患者さんやその支援者へのミッション

連携先へのミッション

職場へのミッション

時代へのミッション

そして以下の使命を果たしていきます。

- ・患者さんやその支援者への使命として、

「24時間365日、多職種協働で統合化されたかかりつけ医療を行いながら、患者さんが主体的人生を全うできるよう、また患者さん支援者にとっても意義深い支援ができるように、最大限励みます。」

- ・連携先への使命として、

「様々な医療、介護サービスと積極的に連携・協働するとともに、すべての連携先に喜ばれるような組織づくりに励みます。」

- ・時代に対する使命として、

「刻々と変化し続ける社会状況に即応し、常に時代の要請にこたえられるべく変容し、さらにより良い社会貢献が常にできるよう励みます。」

- ・職場事態への使命として、

「後育、組織の充実を図りながら、日々業務改善、研鑽に努め、職種の垣根を越えて、一致団結し、地域医療を通じて感動できる職場づくりに励みます。」

それぞれのスタッフの思い、
それはクレドを志に、
一日でも長く、
一人でも多くの方の社会生活の延長のために、
それぞれの役割で何ができるかを・・・

そのための組織として・・・

一貫対応

包括対応

地域密着

それぞれのスタッフの思いが何より重要ですが、
それを支える組織・仲間がいて初めて思いが実現し継続できます。

一貫対応

当院では、検診から軽症～中等症までの急性期治療や生活習慣病など慢性疾患対応、さらには虚弱者対応として、送迎や随時の往診対応、よりそいや訪問診療、訪問看護、訪問リハビリなどを提供しつつ、最後まで地域社会生活を一貫対応してます。

包括対応

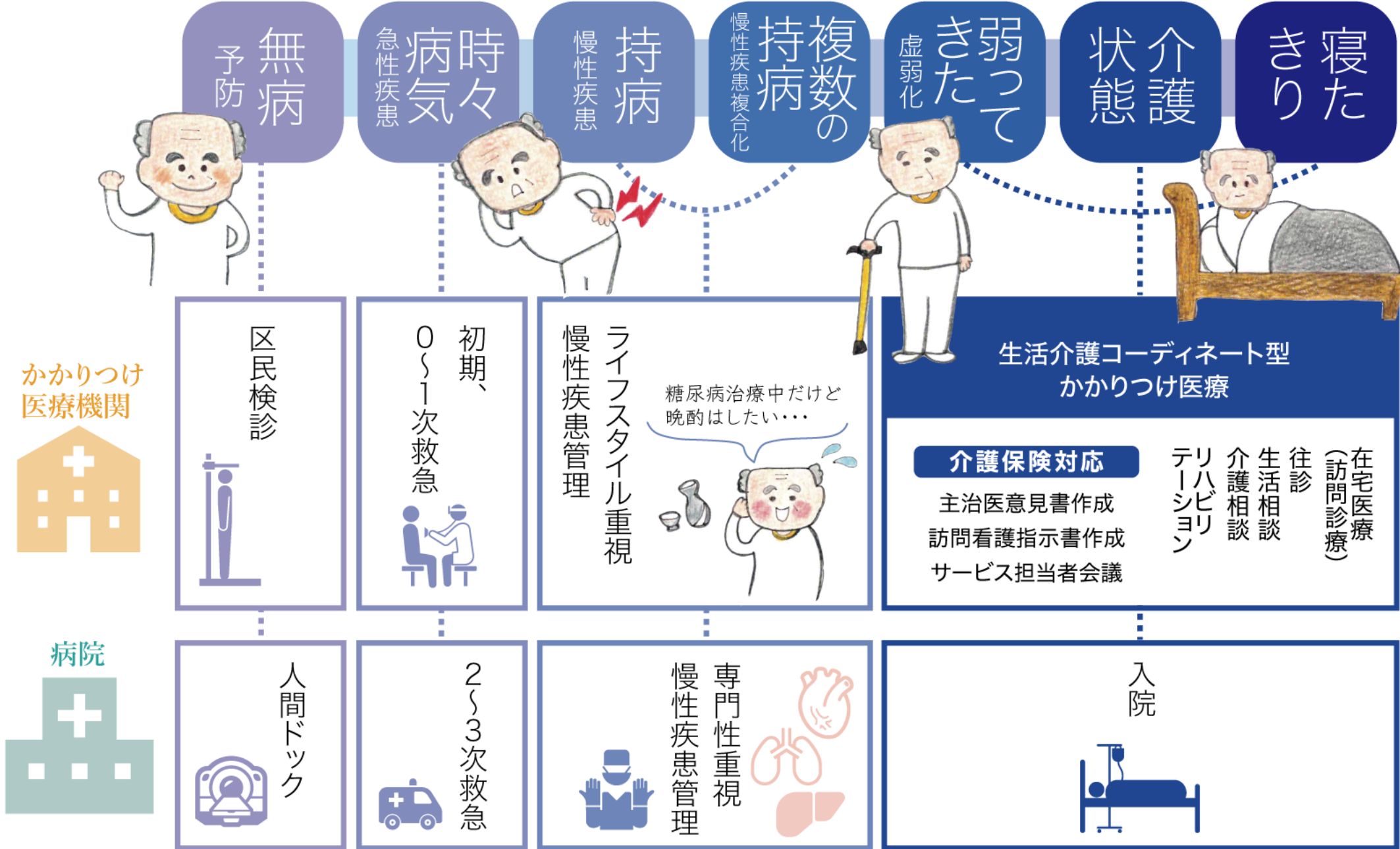
さらに医師だけではなく、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、臨床検査技師、相談員など非常に多くの多職種による包括的な支えを有しています。

地域密着

また地域活動にも力を入れており、地域の病院やケアマネ、訪問看護ステーションなど、医療・福祉・介護サービス機関と地域密着な連携・協働を行っています。

人生の中で **今**

どんな医療を受けたい？



こちらはかかりつけ医療全体像をお示ししたスライドです。

検診から始まりターミナルケアまでを、生活支援重視型の姿勢で、一貫対応していくことが当院の役割だと思っています。一方で生活支援を重視した時、どうしても病気の検索や治療など医療的厳密性が低くなることも危惧されます。病院との連携で適切な医療を提供することを心がける必要があります。

それぞれのスタッフの方々は、これらすべてに対応しているわけではありませんが、今自分が対応しているかかりつけ医療のパートを理解しつつ、さらに周囲とどのような連携を作り、協働していくのかを見直ししていただければと思います。

事例①

不安から、頻回な救急要請する・・・

- 胸が苦しくてどうしようもない。
 - 救急車を呼んで、病院受診しても、何も検査に異常がない。
 - でも夜などに、どうしようもなくなる。時には隣人などにもSOSを
-
- サービス担当者会議による、関係者による問題共有化と役割分担
 - 連携タブレットにより定時見守り、声掛けによる不安解消
 - 近隣住民に対する事情聴取や、方針説明

少し事例をお示しします。

お一人暮らしなどで、自立性が低下してくることで、不安が高じることがあります。特に夜など、ご自分の世界が強くなり、修正ができなくなる方がいます。自宅療養ではある程度の自律性が必要となりますが、虚弱が進むと自分だけでは制御できなくなってしまう方もいるのです。

そういう場合、往診や個別の電話対応など点で支えるだけでなく、積極的に一歩進んで面で支える工夫をするといいでしょう。

時間を決めてのオンラインの見守りや声掛けを分担し合ったり、緊急時にまずは救急受診しないような窓口の創設、地域住民の理解や協力を仰いだり、さらに継続的支援を行うことで、自律性を取り戻すことができる場合があります。

事例②

しばしば誤嚥性肺炎を患った方に・・・

- 採血→抗生剤治療→改善すれば、自宅療養継続、悪化なら入院加療という
その場対応だけではなく
- 吸引器の配置、特別指示書発行、さらに頻回往診・・・
- 咳嗽リハビリ・様々なケア体制の見直し、サービス担当者会議
- 多職種と包括ケアを行うことで、在宅療養の質の向上
- さらに皮下点滴など併用しながら、無理ない食事に・・・

障害が進行すると新しいステージ、新しい対応が必要になります。

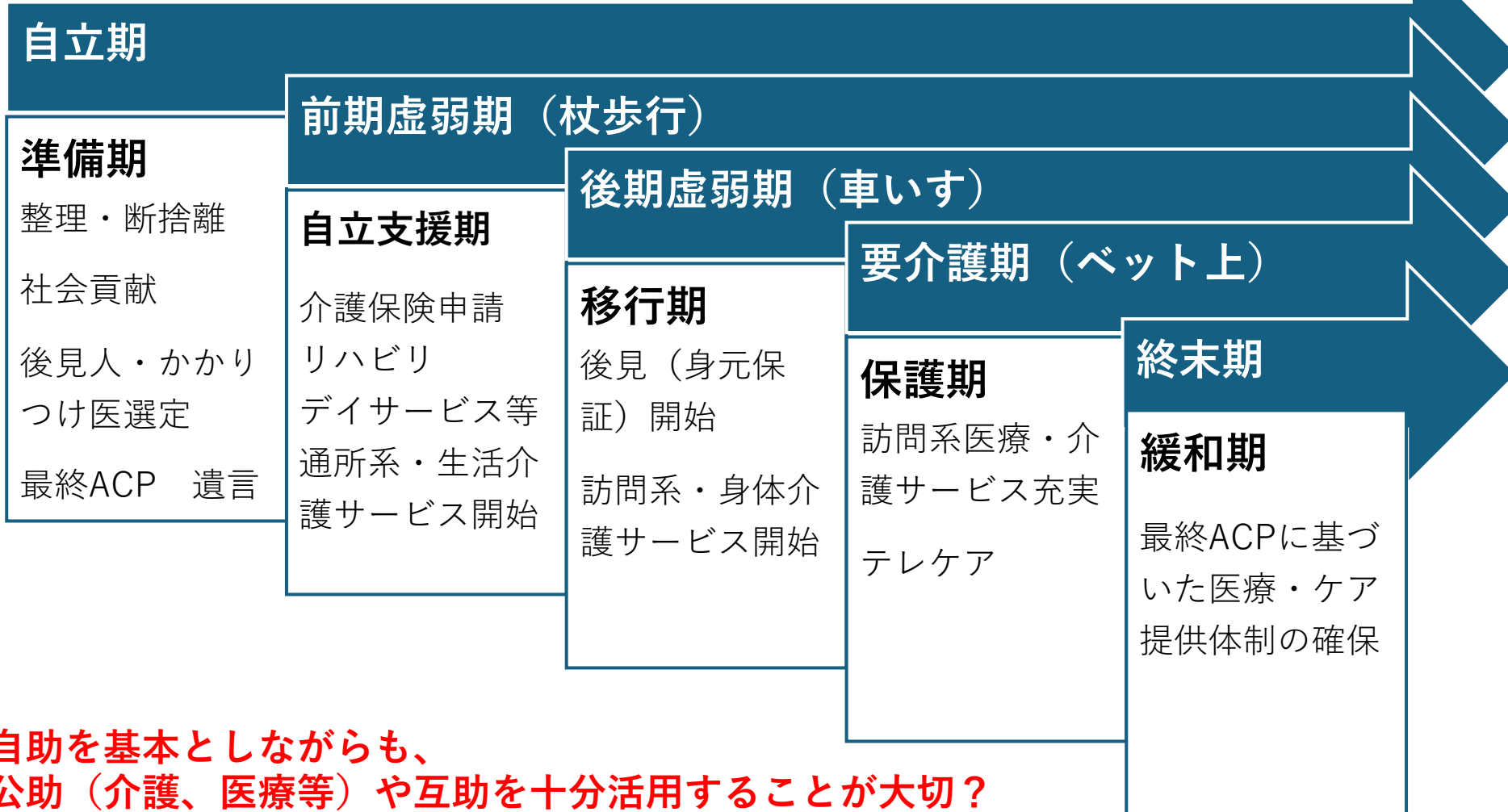
たとえば、しばしば誤嚥を生じる方に対して、その都度単回の肺炎治療に終始するだけでなく、吸引器の配置や特別指示書による頻回訪問看護介護体制の整備を行ったり、嚥下リハビリ、咳嗽訓練、さらに食事摂取方法の工夫など様々なケアが行えるようにサービス担当者会議の開催で、多職種による包括的ケア体制の整備を通じて、在宅療養の新しいステージ向上とともに、あまり無理な食事をしなくても済むように、皮下点滴などを併用しながら、緩和的対応も導入するなど支援することはとても重要です。

緊急対応ルート、定期ルート、時には調整ルートや連携推進課によるサービス担当者会議などを包括的に対応する必要があります。

それぞれの期を支えるとともに、次の期を見越して

遺言は死後希望、ACPは生前希望

自助低下期



自助を基本としながらも、
公助（介護、医療等）や互助を十分活用することが大切？

こちらは、虚弱期の進行に合わせた対応の仕方を表したスライドですが、
外来や通所リハビリは主に自立期から前期虚弱期、訪問診療、訪問看護などは要介護期から終末期、さらに送迎
やよりそいなどは後期虚弱期対応などが主になりますが、お互いに連携、協働をしていくことで、患者さんの虚
弱が進行しても円滑に支援をしていくことが何より重要になります。

先ほどの事例①は前期虚弱期の例であり、
事例②は要介護期から終末期への移行時期の例になります。

それぞれの期を支えるための工夫とと同時に、次なる期に備えることが大事になることをご理解ください。

当院の虚弱者対応かかりつけ医療の在り方

	通院困難 あり	通院困難 なし
療養の不安 あり	在宅	よりそい
療養の不安 なし	送迎	外来

当院では、外来・訪問のみならず、たくさんの対応で地域生活を支えています。

送迎やよりそい。

さらにはテレケアなどで、特に先述した移行期の虚弱者を点ではなく面で支えるために

周囲の方々とどう協働するかを常に考えていく必要があります。

最後に

日々患者さんや地域の関係諸機関などから、緊急対応依頼など様々な事象に振り回され気味になります。

しかし個別の対応に終始するのではなく、それぞれの患者さんの人生の文脈において、

本当は何を望まれているのか？

どういうつなぎを誰として、どういう面で支える工夫をすべきなのか、考えることが大事です。

当院にはたくさんの仲間がいます。虚弱を面で支える体制があります。

本来、高齢社会は、多くの方が長い寿命を生きられるという、明るく、人に優しい社会であるべきです。

社会寿命を延長するという価値を皆さんと作ることを楽しみにしています。