

# 在宅医療推進に必要なケアマネジメントと地域包括支援センターが果たす支援

ケアマネジャーへの自記式質問調査から

甲賀市甲賀地域包括支援センター○竜王 真紀  
橋本章子、西田薫、平尾勝代

I. 目的: 病気があっても市民が希望する場所で療養できる地域を作るために、甲賀市では在宅医療ネットワークの整備を推進している。介護保険制度の要となる居宅ケアマネが在宅医療連携を進めるために必要なマネジメント力と必要な支援を探り、地域包括支援センターが果たす居宅ケアマネ支援の在り方を考察したので報告する。

## II. 実施方法:

1) 調査対象: 退院してきた事例で、要介護3～要介護5の事例で、情報収集から評価までが終了している 25 事例と居宅ケアマネジャー

2) 方法: ①市内居宅介護支援事業所の居宅ケアマネ 25 人に同意を得て、担当している1事例を提出してもらい、事例に対して、担当居宅ケアマネと包括主任ケアマネが独自の測定指標に基づき、それぞれ自記式質問で「できたか」「できなかった」かの採点をして、誤差を検証した。

②包括主任ケアマネより、事例を通じた根拠の聞き取りと居宅ケアマネの医療連携における工夫している点、困りごとについて聞き取り、内容を包括主任ケアマネ 7 人が持ち寄った。

3) 調査内容: 詳細別紙

4) 倫理的配慮により、個人が特定されないよう配慮している。

## IV. 実施結果

結果: 1) 居宅ケアマネと包括主任ケアマネの事例に対するケアマネジメント検証では、すべての項目において、包括主任ケアマネが「できていない」としても居宅ケアマネは「できた」と感じている人が多い。特に包括主任ケアマネと居宅ケアマネの差があった②の「医療的な側面から客観的事実を聞けたか」⑩のニーズに対しての医療機関との合意形成⑪の目標に対しての医療機関との合意形成⑫の「退院後の支援計画に対する関係者間の合意形成」に項目について着目してX<sup>2</sup>検定を行ったが、項目すべて有意な差は認められなかった。

また、包括主任ケアマネが項目ごとに「できていない」と答えた事例のケアマネの元職をみるとすべて福祉職であった。

2) 包括主任ケアマネが事例検証の際に、担当ケアマネより聞き取った内容: ケアマネタイム、医療連携室を活用したり、同行受診で、医療の情報を得ようとしている。しかし「どうして訪問看護が必要なのか」の包括主任ケアマネの質問に答えられない居宅ケアマネが数名いた。

詳細は別紙

V. 考察: 包括ケアマネが「できていない」と感じた事例が多かった項目について考察する。

1) 調査からみえる傾向

②客観的な情報(病名・病態・症状・病気の予後)が十分に情報収集できていないことから、居宅ケアマネ自身の医療面の基本的な知識不足が考えられた。

⑦居宅ケアマネは、退院後の在宅生活に医療的な情報が多いと、ニーズ・支援計画が充実したものになるが、情報が不足していると、当然ながら記載が少なくなる。「訪

問看護」の導入について「とりあえず入れておこう」と言った根拠に基づくものでない場合も見受けられた。⑬「モニタリングでの危機予測」の項目は、医療機関への連絡や家族への連絡、対応までしっかりできているものの、「訪問看護」に頼っている傾向があった。⑦ニーズに対する合意形成・退院後の支援計画に対する関係機関との合意形成⑫支援計画に対する医療機関への合意形成はケアマネタイムや医療連携加算の導入で入院前の生活の状況やケアプランの内容について、病棟や医師への情報提供できている。一方、居宅ケアマネは疾病に対する知識や身体機能の状況等の知識(客観的情報)が不足していると、ケアプラン合意形成が(包括ケアマネを感じる)「できていない」傾向が見られた。

2) 包括ケアマネジャーからの聞き取りより

居宅ケアマネが病院や医師のところに出向き、同行受診で医療情報を得ようと工夫されている。が訪問看護の必要性や根拠等が明確に答えられない居宅ケアマネは、医療に関する知識不足とその情報を統合してアセスメントして、医療系サービスにつなげることを困っている現実が明らかになった。以上から①医療系サービスを入れるケアマネジメント(アセスメント)力②在宅療養の体制③居宅ケアマネの関係機関との連携スキルに対する支援の必要性を感じた。また、「家にいたら家族がするべき」という地域の偏見が、在宅医療導入を阻止しており、在宅医療の体制整備と市民への啓発が急務であることがわかった。

## VI. 今後の課題と役割

1) 居宅ケアマネジャーへの支援

「どうして訪問看護が必要か」のアセスメント力を高めるためにも、日々進化する医療情報の知識とともにケアマネジメントのスキルアップを図る相談援助、研修会、同行訪問でアセスメントを振り返る機会を作ること。

2) 「顔の見える場」づくり

甲賀市では、生活圏域での小地域ケア会議を開催して圏域ごとの課題抽出をしているが、包括主任ケアマネが居宅ケアマネに、医療的な情報について問いかける事でケアマネジメントの振り返りを促すこと。

また、甲賀圏域ですで行われている検討会や研修会の場で「医療」アセスメントに強みを持つ医療系居宅ケアマネと「生活」へのアセスメントに強い福祉系居宅ケアマネの多職種間交流を図ることで高め合うこと。

3) 在宅療養を支える介護サービスの整備の推進

「訪問看護」や「レスパイト入院」「往診ができるか、かりつけ医」等の体制は、医療依存が高い在宅療養者には欠かせないものである。「生活」や「療養」を支える居宅ケアマネの意見集約、課題を定期的に整理して、行政、医師会、医療機関への働き掛けを行い、介護サービスの整備推進を検討する。

4) 市民への啓発

市民が「病気がありながらも在宅生活できる」という意識を持てるように、事例を通じたワークショップや研修会を開催する。

参考

【調査項目】

- ①医療機関からの情報収集
- ②医療的な側面から客観的事実を聞いたか
- ③医療的な側面から主観的事実を聞いたか
- ④退院時点で本人からの要望
- ⑤退院時点で本人からのニーズ
- ⑥要望に対する本人・家族の合意形成
- ⑦ニーズに対する合意形成
- ⑧目標に対する本人・家族との合意形成
- ⑨要望に対しての医療関係者との合意形成
- ⑩ニーズに対しての医療機関との合意形成
- ⑪目標に対しての医療機関との合意形成
- ⑫支援計画に対する関係者間の合意形成
- ⑬モニタリングでの危機予測

【包括主任ケアマネが事例検証の際に、担当ケアマネジャーへ聞き取った内容】

- ・ケアマネタイムを使っている
- ・医療連携室がうまく動いていると助かる
- ・医療面でのアセスメントの記載が少ない
- ・訪問看護の根拠が明確に言えないケアマネがいる。
- ・退院カンファレンスには参加するが、病院医師には直接聞けないこともある。
- ・ケアマネジャーが医療職であると訪問看護につながりやすい。訪問看護は在宅医療には欠かせない。
- ・家族支援の際に、「なにかあれば病院に」の病院のバックアップがあれば、在宅での生活が可能
- ・福祉職のケアマネジャーは訪問看護が入ることで、医療部分でのアセスメントが弱くなる
- ・医師への理解に苦慮している・処置が煩雑になってきているので、訪問看護と訪問介護の役割分担に苦慮
- ・「訪問系」導入に対する 地域の偏見がある
- ・訪問看護や「病院のレスパイト入院先が少ない」

調査結果

単位:人

項目		居宅 ケアマネ	包括 ケアマネ	有意差
①	できていない	0	0	なし
	できた	25	25	
②	できていない	0	4	なし
	できた	25	20	
③	できていない	12	10	なし
	できた	13	12	
④	できていない	10	5	なし
	できた	10	19	
⑤	できていない	12	6	なし
	できた	11	18	
⑥	できていない	2	3	なし
	できた	23	16	
⑦	できていない	2	4	なし
	できた	23	18	
⑧	できていない	3	4	なし
	できた	22	17	
⑨	できていない	1	5	なし
	できた	24	19	
⑩	できていない	2	7	なし
	できた	20	14	
⑪	できていない	5	7	なし
	できた	18	17	
⑫	できていない	0	5	なし
	できた	23	19	
⑬	できていない	3	5	なし
	できた	19	19	

【測定指標】

測定指標:介護支援専門員実務研修テキストのケアマネジメント過程ごとの自己評価表を基本に評価指標を作成。「できた・できなかった」の 2 段階の評価基準で、居宅ケアマと包括ケアマネが採点し、差異の大きい項目について分析する。

【語彙】

ケアマネタイムとは:医師がケアマネジャーと相談することが可能な時間帯を設定して、その時間を通じて、サービス担当者会議や、カンファレンス、情報交換をおこなうことを言います。甲賀圏域では平成 25 年 11 月に改訂版が出されています。