



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役割

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

I. 目的

- 介護保険制度の要となる居宅ケアマネジャー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支援を探り、地域包括支援センターが果たすケアマネジャー支援の在り方を考察した。

II. 方法

- 1) 調査対象
- 退院してきた要介護3～要介護5の事例
- 情報収集から評価までを終えている事例
- 25事例

2) 方法

- 提出された1事例に対して、担当居宅ケアマネと包括主任ケアマネジャーが独自の測定指標に基づき自記式質問で「できたか」「できなかったか」の採点をして誤差を検証

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

測定指標

- 一つの質問に対して
- 「できたか」「できなかったか」を2段階で採点。
- 介護支援専門員実務研修テキスト参照

質問用紙 例1

- ③情報収集では医療的な側面を主観的事実（本人の思い考え）から聞きましたか？
→ 「1. できていない」 [2. できた]

判断基準

- ・ 本人がどのように病気を聞いているかの聞き取り
- ・ 家族がどのように病気を聞いているかの聞き取り
- ・ 本人は病気をどのように思っているかの聞き取り
- ・ 家族は病気をどのように思っているかの聞き取り
- ・ 精神面、身体面に関する訴えの聞き取り

質問用紙 例2

- ②情報収集では医療的な側面を客観的事実（病状、予後、注意点など）から聞きましたか。

→ 「1. できていない」 「2. できた」

- 判断基準

- ・ 現疾患、既往歴
- ・ 内服、何の薬か・病状・症状・予後
- ・ 緊急時の対応・受診状況・ADL

等の聞き取りができるか

Ⅲ. 実施結果

- すべての項目で、居宅ケアマネと主任ケアマネを感じる「1.できていない」「2.できた」の項目の有意差はないが

②医療的な側面から客観的事実を聞いたか

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の項目については、包括主任ケアマネの意見の誤差があった。

包括主任ケアマネが
「できていない」と答えた事例のケアマネジャー
の元職種はすべて**福祉職**
である。

包括主任ケアマネジャーが ケアマネジャーからの聞き取り

- ・ 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」

IV. 考察1

1) 調査から見える傾向

- ・ 基本的な医療面での知識不足
- ・ 「訪問看護」の導入について根拠が言えにくい。「とりあえず入れる」が多い
- ・ 「危機予測」は“訪問看護”に頼っている
- ・ ケアマネタイムや医療連携室を活用している
- ・ ケアマネジャーの客観的資料情報が少ないと、ケアプランの合意形成が（包括主任ケアマネが感じる）「できていない」が多い

考察2.

居宅ケアマネジャーは医療情報を得るために、退院前カンファレンスの参加以外に受診解除、ケアマネタイム等の活用を努めている。が

- ①医療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関係機関との連携スキル への支援は必要

また、地域の偏見がまだまだある。

V. 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、医療情報の知識、相談援助のスキルアップのための研修会、包括主任ケアマネとの同行訪問でアセスメントを振り返る機会を作る。

V. 今後の課題と役割

2) 「顔の見える場」づくり

- ・ 生活圏域で行っている小地域ケア会議の場でのケアマネジメントの振り返り
- ・ 既存の事例検討会や研修会の場で
“医療”に対するアセスメントの強みを持つケアマネ
“生活”に対するアセスメントの強みを持つケアマネ
の多職種間交流を図る

V. 今後の課題と役割

3) 在宅療養を支える介護サービス整備の推進

「訪問看護」「レスパイト入院」

「往診できる医師・かかりつけ医」体制は不可欠

- ・ 居宅ケアマネの意見集約
- ・ 行政、医師会、医療機関への働き掛け
- 介護サービスの整備推進

V. 今後の課題と役割

4) 市民への啓発

市民が「病気を持ちながらも在宅生活
できる」「支え合う地域をみんなで作
る」という意識啓発を

研修会やワークショップで図っていく

ご清聴ありがとうございました。

