

地域包括ケアにおける チーム医療

一般社団法人 日本介護支援専門員協会

会長 鷺見 よしみ

医療・介護サービス保障の強化

第2回社会保障制度改革国民会議
(平成24年12月7日)山崎委員提出資料

- 病床機能に応じた医療資源の投入による入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ



介護度とそのサービス・事業

2015 年度（2014 改正）	非該当（自立）		要介護認定者		
	一次予防対象者	二次予防対象者	要支援1	要支援2	要介護1～5
サービス +事業	介護予防・日常生活支援事業				介護サービス (給付)
	一般介護 予防事業	介護予防・生活支援サービス事業		訪問介護・通所介護を除く 介護予防サービス (給付)	

*（介護予防）居宅療養管理指導 医師・歯科医師【支給限度額外】

通院が困難なものに対して計画的かつ継続的な医学管理又は歯科医学管理に基づき介護支援専門員に対するケアプランの作成等に必要な情報提供並びに利用者もしくは家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点介護方法などについて指導又は助言した場合に算定

「情報提供」事項 (a) 基本情報 (b) 利用者の病状 (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等 (d) 利用者の日常生活上の留意点

地域包括ケア

- 地域包括ケアとは、サービスが**連携して**利用者の視点から**一体的に提供**される
- 連携**とは、サービス提供者間の**顔の見える関係**
(顔の見える関係ができれば地域包括ケアができたも同然)
- 顔の見える関係**とは、**多職種協働**による**地域における総合的なチーム医療チーム介護**
- 利用者**が**次のサービスステージの見通しがたつとこと**により**安心と信頼の基盤**ができる

※「歴史的な必然としてのケア文化の転換」 (猪飼周平 一橋大学教授)

地域包括ケアにおける連携

急性期医療は地域包括ケアの重要な一部である。在宅～在宅の循環的な仕組みをつくる。

- 医療と介護は見えない連携から
- 急性期以降は「治し生活を支える」
- 県、市町村それぞれの役割

community-based
Narrative-based
Integrated Care

在宅
⇔ 介護

地域に根ざし、
それぞれの人の
物語を尊重

急性期

- 機関は地域ネットワークの中に存在する
- 病院完結型から地域完結型（連携型）
- 機能分化・連携

回復期

慢性期

- 急性期病院とそれ以降の医療介護サービスの連携
- かかりつけ医と連携（基本）
- 急性期病院のスタッフの考え方が重要
- 早期からのかかりと退院への支援

重層的な連携（見えない関係 見える関係）

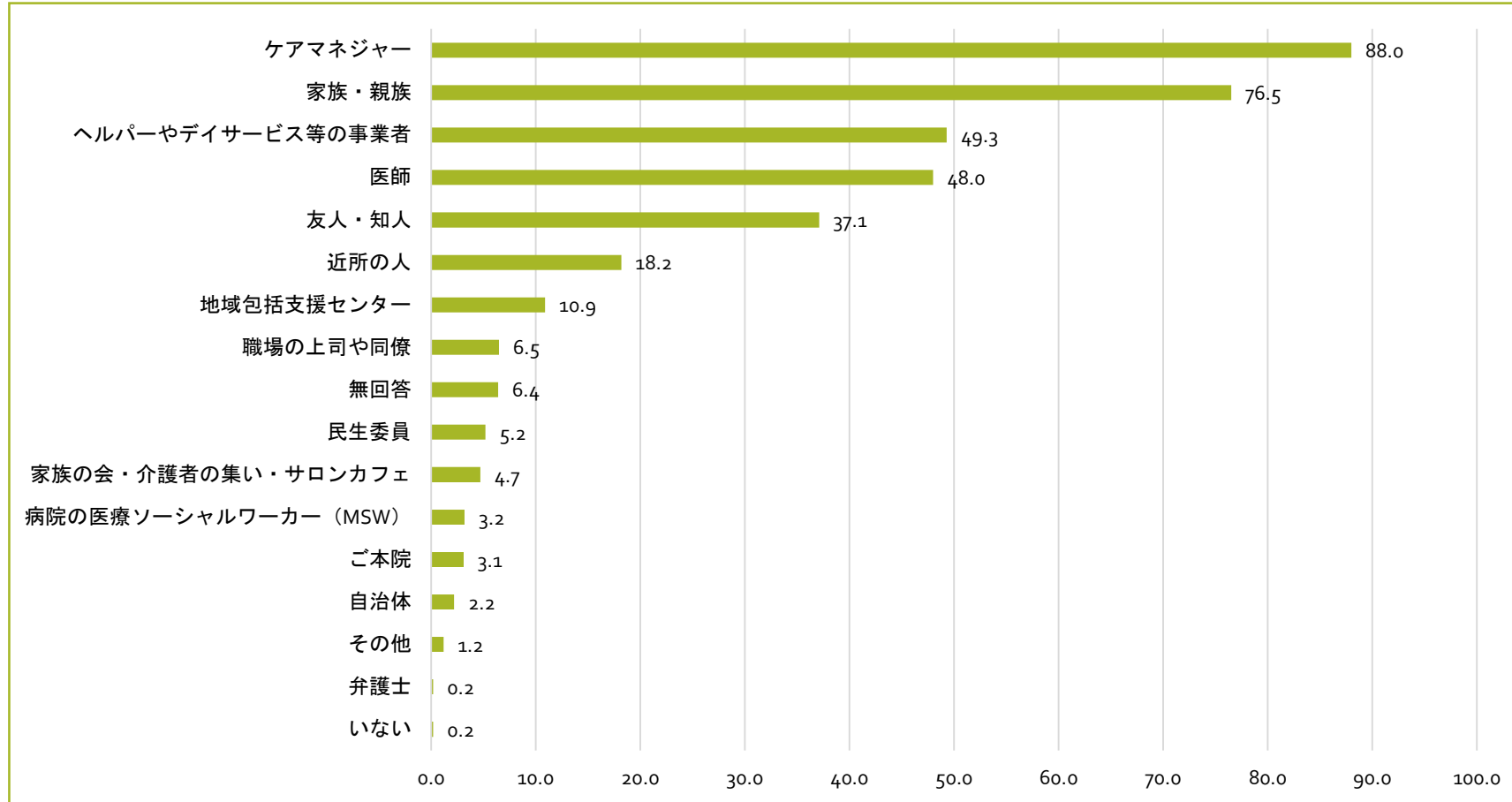
- 地域の総合的なチーム 医療介護には、顔の見える関係が重要。
- 継続的なケア会議が重要（事例の積み上げ）
- 会議の場では、相互の尊重と役割の明確化

会議の持ち方

- 医療に関するリーダーシップ
- 医師・行政・専門職
- 行政は、目標を共有し、ビジョンを示し、対等な関係を保障する。



介護に関する相談相手（複数回答）

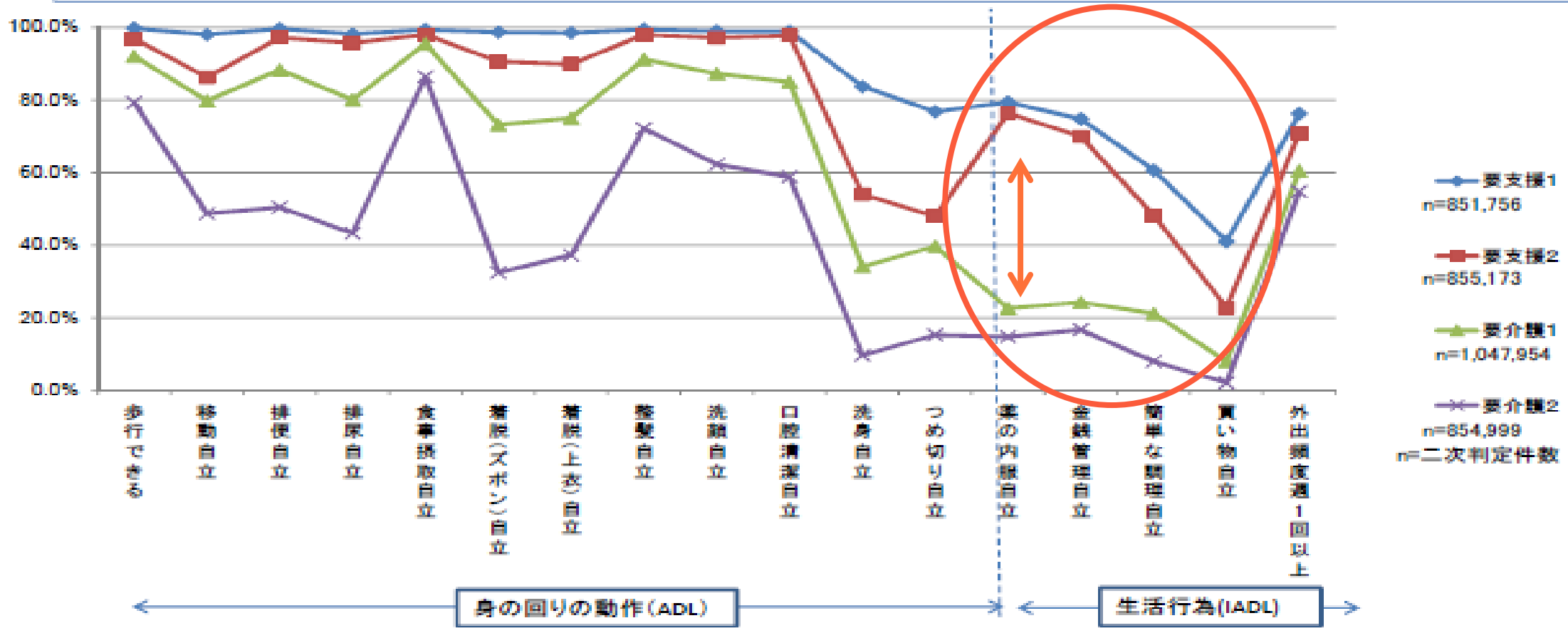


平成25年度老人保健事業推進費等補助金

「認知症の人を介護する家族等に対する効果的な支援のあり方に関する調査研究」株式会社野村総合研究所

(参考) 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

ケアマネジャーが考える（アセスメント）視点とその順番

1. ニーズについて

本人の訴えとニーズ（専門職など）・気づいていないニーズ

2. セルフケア能力

できる行動・得意な分野・残っている資源・夢や希望

（身体的な情報、心理的な情報、社会的な情報）

3・インフォーマルサポート

相互関係について質や量、交流内容、その方にとっての意味

4. 専門的ケア（5 A）

利用可能性（Availability） 適量性(Adequacy) 適質性(Appropriateness)

受容性(Acceptability) 利便性(Accessibility)

「自立支援」

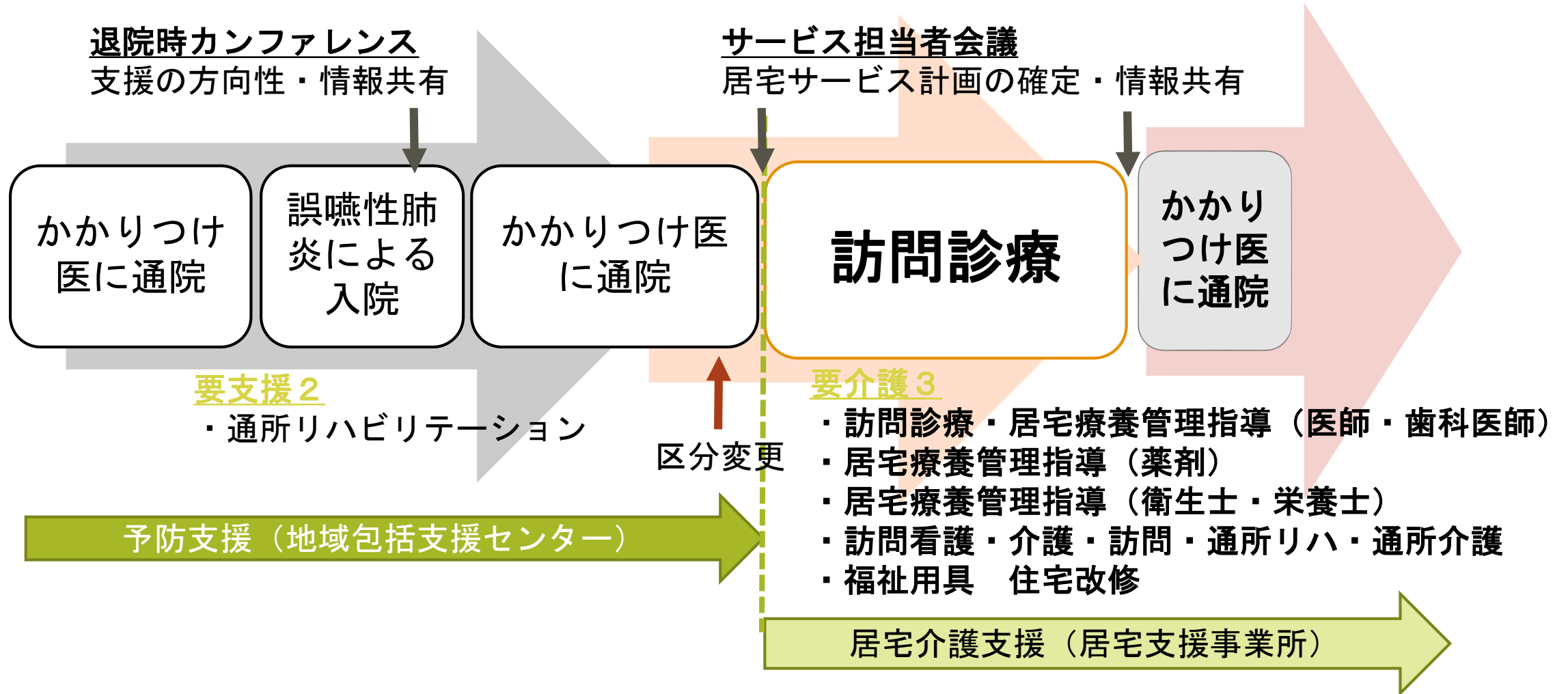
ケアマネジャーの考える「自立」の理解の広さ

(身体的・精神的・社会的自立)

- ① 生きがいを見つけること
- ② その人らしい暮らしをすること
- ③ 身体的自立
- ④ 決定の自立
- ⑤ 利用者の力の利用
- ⑥ その他

参考 : ケアマネジメント実践力 渡辺律子 P 65, 66 中央法規

支援例 1



連携が必要となる場面（１）

1. 急病時

- I. 居宅サービス計画変更の検討
- II. 緊急時カンファレンスの開催
- III. 主治医の医療機関を訪問
- IV. 緊急時の対応の共有

2. 急変時

- I. 緊急連絡先の確認
- II. 入院を回避できる状況の整え
- III. 利用者家族の意向を共有

CF. リロケーションダメージ

連携が必要となる場面（２）

３．入院・入所時

- Ⅰ. 利用者・家族の移行や希望を伝える
- Ⅰ. 退院・退所時情報収集を開始する
 - ・ 必要な情報の提供
(変化の状況・起きたこと)

４．退院・退所時

- Ⅰ. 退院後の居宅サービス計画の原案の作成
- Ⅰ. 利用者の状態や意向の把握
 - ・ 退院後の利用者家族とともに生活をイメージ

連携が必要となる場面（3）

5. 家族の休息

- I. レスパイトの役割
- II. 後方支援病院や有床診療所等の活用

・信頼関係・頼りになる人材

6. 看取りき

- I. 医療的ケアと介護の必要性の変化について把握
- I. 介護職に対する情報の周知

チームメンバー・家族へのケア

連携が必要となる場面（４）

7. 死亡時

- I. 主治医と連絡の取れる体制
- II. 救急搬送について

- ・ グリーフケア（悲嘆ケア）

コラム

- 医師との連携
 - I. 主治医から情報収集
 - II. ケアマネタイムや主治医意見書の活用
 - III. 居宅療養管理指導（医師）から得られる情報
 - IV. 医師への情報提供

カンファレンス参加時の課題・問題

- 退院時カンファレンスの連絡が直前来る 43.8%
- 退院時カンファレンスに呼ばれない 17.1%
- 退院後のサービスが決められている 12.1%
- 医師、医療スタッフの説明だけで終わり、発言の機会がない 11.3%
- 発言しにくい、または発言した際否定される雰囲気がある。6.6%
- コミュニケーションがうまくいかず必要な情報が正しく理解されない6.9%

平成27年介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（厚労省）

出てくる課題は様々

実践できること・取り組むことからそれぞれの機能を知る

現場では、わからないことや安易な理解による誤解が多い

（サービスの選択ではなく機能や行われていることを知る）

普段で来ていないことは病気・障害があるようになってからもできない

（習慣・価値・経済状況など生活の継続性から補てんする視点）

今までの経緯を大事にする（生活の成り立ち）

利用者の価値を理解する（医療者との違いを理解）

例えば、おいしいもの「ごちそう」は食べられる

利用者は医師、それぞれの専門職からの助言・指導に期待している

専門職だけではどうにもならない課題（制度の活用や地域づくり）

障害・難病等他制度活用を中心とする人々

ケアマネジャーの課題 (複雑なケースへ道しるべ)

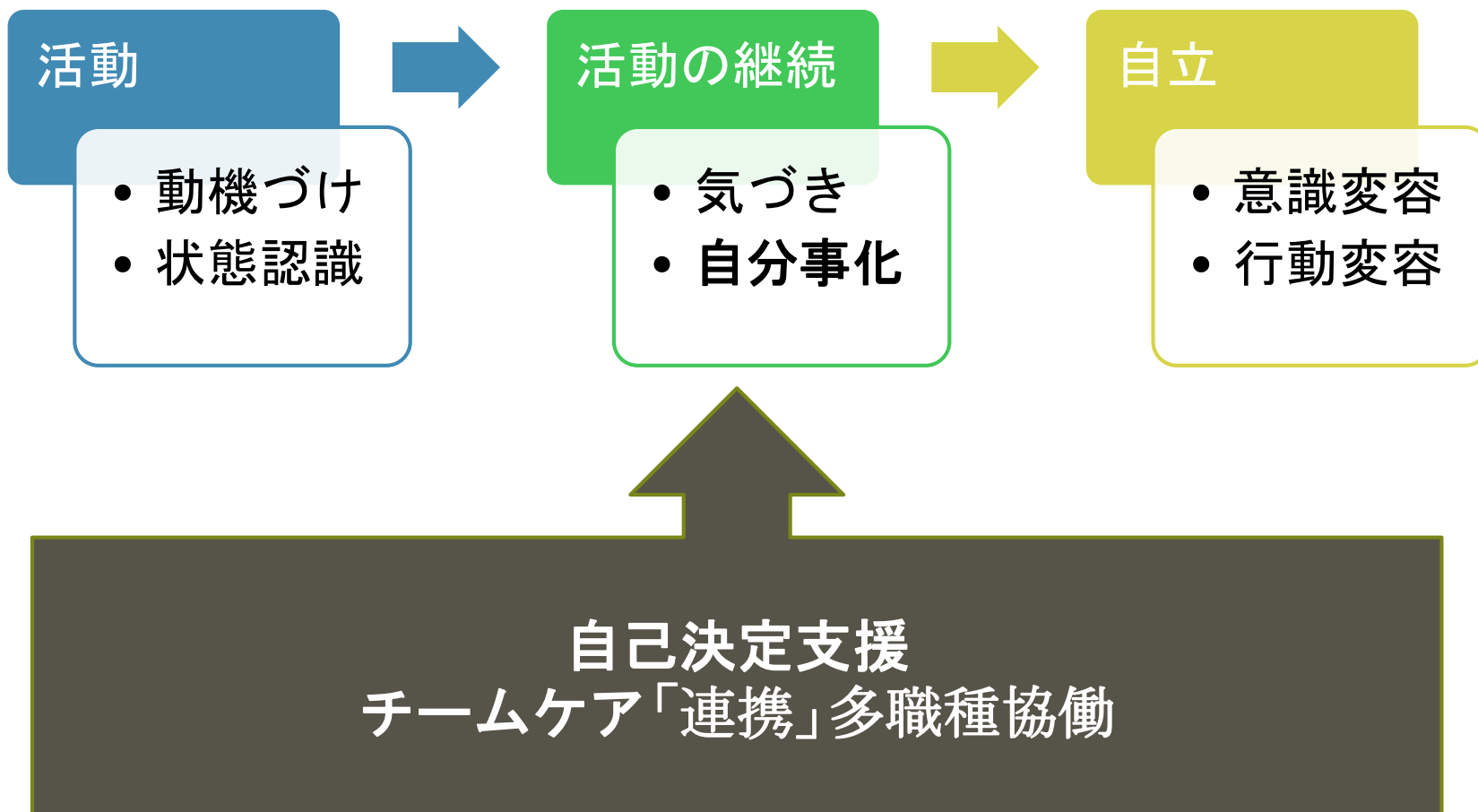
1. ケアマネジメントの確立

- ・ 医療知識の活用
- ・ 他制度（障害・難病・医療・保護などの理解）
- ・ 医療モデルと生活モデルと混合型
- ・ 構造改革への取り組み（できることとできないこと）

2. 職責の理解

- ・ フットワーク
- ・ 他の組織との連携（情報の共有方法）
- ・ 他の制度との関連

生活：利用者に決定権 セルフケアの向上と地域のコミュニティづくり



タイムリーな支援の工夫

各々が、手間をかけずにスピード感を持った対応

- ① 地域において、連絡体制の一本化
- ② 医療者、介護双方が介入しやすい環境づくり
ICTなどの活用により、医療情報、
介護情報の参照や地域への橋渡しをシンプルにできる仕組み
- ③ 専門職（医師、看護師、ケアマネジャー、介護士、セラピスト
など）行政、機関などの負担軽減
カンファレンスや会議の有効にする工夫

「豊かな生活」

意思決定がなされること
固有の文化を認めること
かかわりながら生活ができること
(生活の実感)

「できる」から「ともに暮らす」