

# 病院と地域を結ぶ 退院調整の機能構築を目指して ～ 介護の現状と連携の在り方を学ぶ～

平成29年11月7日(火)

午後 18:00～19:15

## 豊川市民病院 講堂

### 対象者

市内病院の職員（医師・看護師・社会福祉士 etc ）

### 内容

①講演会1：「介護制度について」

講師：平田 節雄 氏

講演会2：「ケアマネジャーの役割」～事例を通して連携の在り方を考える～

講師：牧野 こずえ 氏

②質疑応答

参加費：無料

### 【講師紹介】

○ 平田 節雄 氏

豊川市介護保険関係事業者連絡協議会 会長  
有限会社 ウェルネス 事務長

○ 牧野 こずえ 氏

主任介護支援専門員 看護師

医療法人 鴨和会 井上医院ケアプランセンター管理者

### 問い合わせ

豊川市医師会 在宅医療サポートセンター TEL0533-56-7011

FAX0533-56-7012（担当：岩間）

【共催】豊川市民病院看護局・豊川市医師会在宅医療サポートセンター

# 病院と地域を結ぶ退院調整の機能構築を目指して

～ 介護の現状と連携の在り方を学ぶ ～

平成29年11月7日

## 日程表

時刻	タイトル	主な講師	分類	時間
17:20	開 場			—
18:00	開会挨拶／趣旨説明	事務局職員	他	5分
18:05	講義「介護制度について」	介護保険関係事業者連絡協議会会長 平田 節雄 氏	講義	25分
18:30	講義「ケアマネジャーの役割」 ～事例を通して連携の在り方を考える～	主任介護支援専門員・看護師 牧野 こずえ 氏	講義	30分
19:00	質疑応答			10分
19:10	閉会挨拶	市民病院看護局長 柳生 逸子	他	

**離（さか）りゆく**

**日を待つのみ**

**ふたとせを**

**母の意識のなけれど**

**見舞い来**

# 医療保険と介護保険

平成29年11月4日

豊川市民病院研修会

# 医療保険と介護保険の違い

## 医療保険法

- ▶ 国民の疾病・負傷・分娩又は死亡等に対し保険給付を実施することにより国民保健を向上させ、社会保障の増進を図ることを目的とする

# 介護保険法

- ▶ 加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、
- ▶ 入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、
- ▶ これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、
- ▶ 国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

- ▶ 医療は、「病気の治癒や寛解」を目的として、**治療**という手段を使う
- ▶ 介護は、「生活を支える」ことを目的として、**制度やサービス**を手段として使う
- ▶ 医療は、今まさに病気に罹り患し、治療を必要としている人を対象にしている
- ▶ 介護は、治療を終えた人、問題はあるが治療を必要としない人も対象にしている

# 患者と生活者

- ▶ 介護では、在宅においては、医療を必要としている患者であっても対象者となるが、入院中のように、治療が最優先されることはない
- ▶ 経済的問題やADL、IADLなどによって、支援すべきニーズの優先順位が違ふことが多い
- ▶ 在宅に於いては、医療も在宅生活を支えるための手段の一部であって、入院中のように治療が最優先されることはない



# 治療のニーズと介護のニーズは違う

- ▶ 医療職にとって、「治療」は最優先のニーズである。対して、介護の最優先課題は「暮らしを支援すること」
- ▶ 「暮らし」という言葉は、生活よりも広い意味を持っている
- ▶ 「生き方」「個人的価値観」「嗜好」などを含むため、治療の価値観に当てはまらないことが多い
- ▶ 人生という物語を紡いでいる人としての認識がないと、医療職にとってその人は「理解できない者」となってしまふ
- ▶ ナラティブ（ものがたり）ケアという視点

# 退院後の暮らしを支える

- ▶ 介護は、入院前の暮らしから関わりをもち、入院中は治療を受け、その間は医療に委ね、治療が終われば、再び、暮らしを支えることになる
- ▶ それを繰り返して、最終的には、その人の看取りにまでかかわることになる
- ▶ 介護の転帰は、すべての場合で「死亡」
- ▶ どこで、どのように「死にたい」のかは、本人の意思が最優先される

# 退院後の見取りまで

- ▶ 病院を退院した利用者は、主治医を選択することになる
- ▶ 医療処置が必要であれば、訪問看護を利用する
- ▶ リハビリテーションが必要なら、デイケアやデイサービスを利用し
- ▶ 身体的介護や生活支援が必要ならば、訪問介護を利用することになる
- ▶ 病院が主治医の場合、在宅死が非常に難しい
- ▶ 最終的には、入院中の死亡になる
- ▶ 自宅で死亡されていた場合、救急搬送されて、警察も入り、死体検案になる

# 介護保険

- ▶ 安心の手引き参照
- ▶ サービスを利用するまでの流れ P9
- ▶ 居宅サービス支給限度額 P12
- ▶ 居宅サービス P14～
- ▶ サービスの選択は、利用者と家族に、ケアマネジャーが提案する。
- ▶ 選択の決定は、本人又は家族が行う（家族もクライアント）
- ▶ 毎月プランを作り、計画的に利用することが基本

## 最後に

- ▶ 医療と介護は、高齢者の暮らしを支えていく重要なツールであって、どちらが優先だということではない
- ▶ ただ、医療的価値観と介護的価値観の違いはある。
- ▶ そのことに対する相互理解が必要
- ▶ それは、利用者（患者）の生きてきた軌跡（人生）であるナラティブを大切にしていってゆくという共通理解を作っていくことが必要であると感じる

# ケアマネジャーの役割

～事例を通して連携のあり方を考える～

医療法人 鴨和会 井上医院ケアプランセンター

牧野こずえ（主任介護支援専門員、看護師）

# ケアマネジャーとは

要介護者が必要なサービス(保健医療、福祉、居宅サービス)を適切に利用できるように

- ① 心身の状況, 置かれている環境、本人家族の希望等を勘案し居宅サービス計画を作成するとともに
- ② 計画に基づくサービス提供が確保されるようサービス事業者等との連絡調整などを行ない
- ③ 介護保険施設等への入所が必要な場合は紹介などを行う

(法第8条第24項)

平成25年1月「介護支援専門員の資質向上と  
今後のあり方に関する検討会」において中間整理  
がとりまとめられ、「適切なアセスメント(課題把握)  
が必ずしも十分ではない」、「サービス担当者会議  
における他職種協働が十分に機能していない」、  
「ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必  
ずしも十分ではない」といった課題が指摘された



# ケアマネジャーの基礎資格 (厚生労働省のデータ)

	平成15年	⇒	平成27年
看護師 <small>(准看護師含む)</small>	40.0%	⇒	5.6%
社会福祉士	6.5%	⇒	11.0%
介護福祉士	32.6%	⇒	59.3%

平成28年度実務者研修受講者約8割が福祉系資格者

利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有に資することを目的とした

## 「課題整理総括表」

介護支援専門員がサービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有や調整等に際して積極的な活用を推進する

# 課題整理統括表

## 課題整理総括表

利用者名 殿

作成日 / /

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③		
		④	⑤	⑥		
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	屋外移動	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
食事	食事内容	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	食事摂取	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
	調理	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	排泄動作	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
服薬		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
入浴		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
更衣		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
掃除		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
洗濯		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
整理・物品の管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
金銭管理		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
買物		自立	見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
認知		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
社会との関わり		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
居住環境		支障なし 支障あり			改善 維持 悪化	
					改善 維持 悪化	

利用者及び家族の 生活に対する意向			
見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6	

※1 本書は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。  
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。  
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。  
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、**要因を解決するための援助内容**と、それが提供されることによって見込まれる**事後の状況(目標)**を記載する。  
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

# 課題整理統括表

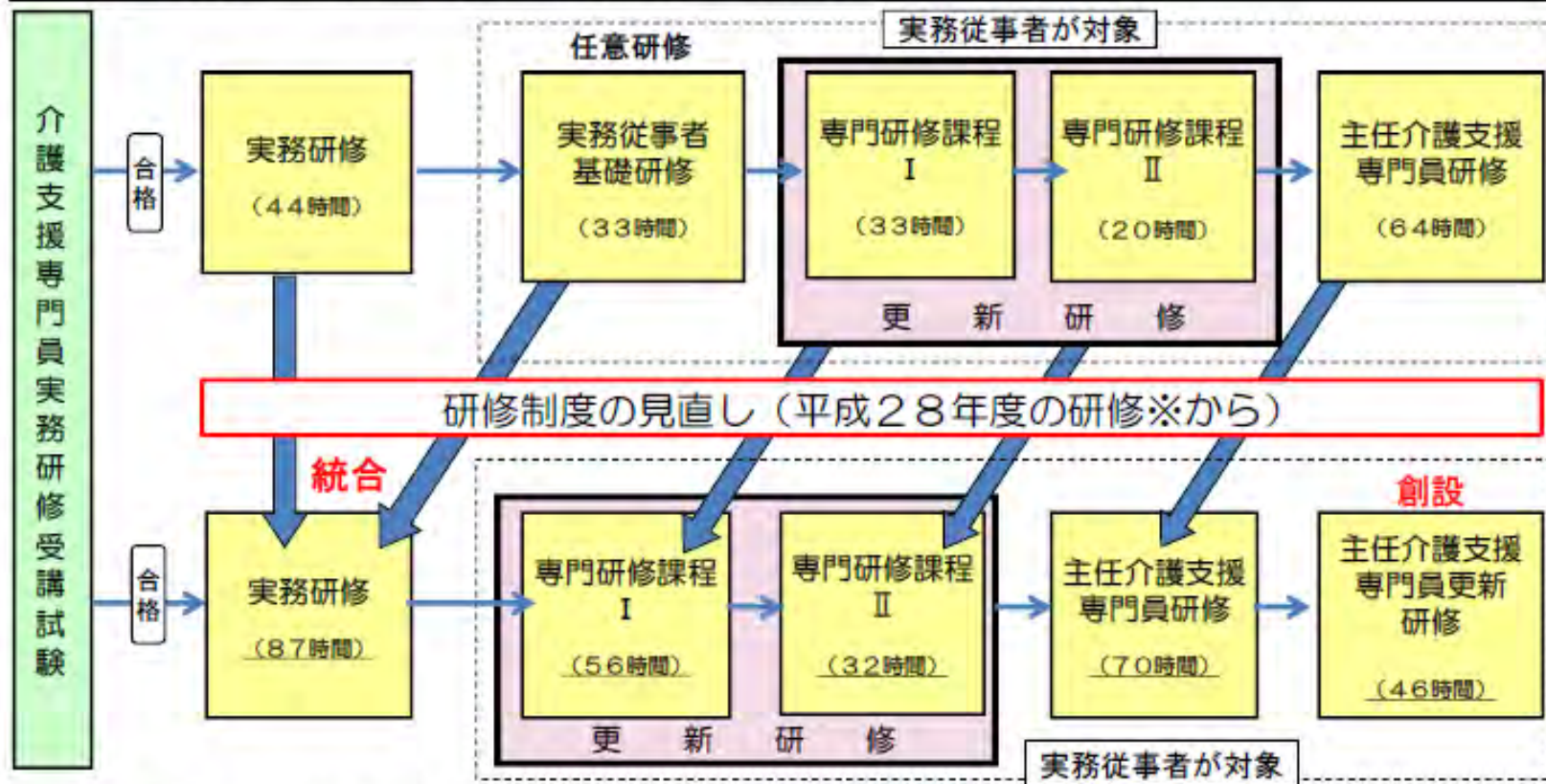
- 課題整理総括票はアセスメントの総括
- 介護支援専門員として課題を抽出するまでの間に、専門職としてどのような考えで課題分析を行ったかを明らかにする
- 改善／維持の可能性と見通しの仮説を立てる
- 退院前カンファレンスや担当者会議においてケアマネが分析した見通しに専門職のアセスメントを取り入れて確認
- 多職種協働でケアプランを練り上げる

# 介護支援専門員（ケアマネジャー）の研修制度について

別紙資料5-1

※平成26年6月2日告示公布(主任更新研修については平成27年2月12日公布)

- 地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成するため、介護支援専門員の研修制度を見直したところ。
- 入口の研修である介護支援専門員実務研修を充実するため、任意の研修となっている介護支援専門員実務従事者基礎研修を介護支援専門員実務研修に統合。
- 主任介護支援専門員に更新制を導入。（更新時の研修として更新研修を創設。）
- 専門職として修得すべき知識・技術を確認するため、各研修の修了時に修了評価を実施。



※ 実務研修は平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成28年4月1日から施行。

# 実務研修の見直しについて

研修科目 (介護支援専門員実務研修)		時間
講義	介護保険制度の理念と介護支援専門員	2
	介護支援サービス (ケアマネジメント) の基本	2
	要介護認定等の基礎	2
	介護支援サービス (ケアマネジメント) の基礎技術	
	受付及び相談と契約	1
	アセスメント、ニーズの把握の方法	2
	居宅サービス計画等の作成	2
	モニタリングの方法	2
	実習オリエンテーション	1
	介護支援サービス (ケアマネジメント) の展開技術	
相談面接技術の理解	3	
地域包括支援センターの概要	2	
演習	介護支援サービス (ケアマネジメント) の基礎技術	
	アセスメント、ニーズの把握の方法	4
	アセスメント、居宅サービス計画等作成演習	6
	居宅サービス計画等の作成	4
	介護予防支援 (ケアマネジメント)	4
	介護支援サービス (ケアマネジメント) の展開技術	
チームアプローチ演習	3	
意見交換、講評	1	
実習	介護支援サービス (ケアマネジメント) の基礎技術に関する実習	
合計		44

任意研修であった実務従事者基礎研修を統合 (＝実務研修の充実)

研修科目 (介護支援専門員実務従事者基礎研修)		時間
講義	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	7
	ケアマネジメント演習講評	6
演習	ケアマネジメント点検演習	14
	研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り	3
合計		33

研修科目 (新・介護支援専門員実務研修)		時間
講義	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	3
	ケアマネジメントに係る法令等の理解 (新)	2
	地域包括ケアシステム及び社会資源 (新)	3
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義 (新)	3
	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理 (新)	2
	ケアマネジメントのプロセス (新)	2
	実習オリエンテーション	1
	自立支援のためのケアマネジメントの基本	6
	相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	4
	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意 (新)	2
	介護支援専門員に求められるマネジメント (チームマネジメント) (新)	2
	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術	
	受付及び相談並びに契約	1
アセスメント及びニーズの把握の方法	6	
居宅サービス計画等の作成	4	
サービス担当者会議の意義及び進め方 (新)	4	
モニタリング及び評価	4	
実習振り返り	3	
ケアマネジメントの展開 (新)		
基礎理解	3	
脳血管疾患に関する事例	5	
認知症に関する事例	5	
筋骨格系疾患と廃用症候群に関する事例	5	
内臓の機能不全 (糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等) に関する事例	5	
嚥取に関する事例	5	
アセスメント、居宅サービス計画等作成の総合演習 (新)	5	
研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	2	
実習	ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	
合計		87

## 専門研修の見直しについて

研修科目（専門研修Ⅰ）		時間
講義	介護保険制度論	2
	対人個別援助	2
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	1
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	3
	保健医療福祉の基礎理解「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	4
	保健医療福祉の基礎理解「社会資源活用」	3
	保健医療福祉の基礎理解「人格の尊重及び権利擁護」 ※	2
	保健医療福祉の基礎理解「リハビリテーション」 ※	3
	保健医療福祉の基礎理解「認知症高齢者・精神疾患」 ※	3
	サービスの活用と連携「訪問介護・訪問入浴介護」 ※	3
	サービスの活用と連携「訪問看護・訪問リハビリテーション」 ※	3
	サービスの活用と連携「居宅療養管理指導」 ※	3
	サービスの活用と連携「通所介護・通所リハビリテーション」 ※	3
	サービスの活用と連携「短期入所・介護保険施設」 ※	3
	サービスの活用と連携「介護保険施設、認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護」 ※	3
サービスの活用と連携「福祉用具・住宅改修」 ※	3	
演習	対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）	9
	※3科目を選択して受講	合計 33

研修科目（専門研修Ⅱ）		時間
講義	介護支援専門員 特別講義	2
	介護支援専門員の課題	3
	「居宅介護支援」事例研究 ※1	6
	「施設介護支援」事例研究 ※2	6
演習	サービス担当者会議演習	3
	「居宅介護支援」演習 ※1	6
	「施設介護支援」演習 ※2	6
	※1か※2を選択して受講	合計 20

研修科目（専門研修Ⅰ）		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状	3
	対人個別援助技術及び地域援助技術	3
	ケアマネジメントの実践における倫理	2
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践（新）	4
	個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習（新）	2
	ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定	12
講義・演習	ケアマネジメントの演習（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	4
	嚥取り等における看護サービスの活用に関する事例	4
	認知症に関する事例	4
	入退院時等における医療との連携に関する事例	4
	家族への支援の視点が必要な事例	4
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	4
	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り（新）	2
	合計	56

研修科目（専門研修Ⅱ）		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開	4
講義・演習	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	4
	嚥取り等における看護サービスの活用に関する事例	4
	認知症に関する事例	4
	入退院時等における医療との連携に関する事例	4
	家族への支援の視点が必要な事例	4
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4
状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	4	
合計	32	

## 主任介護支援専門員研修の見直しについて

研修課目		時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ターミナルケア	3
	人事・経営管理	3
	サービス展開におけるリスクマネジメント	3
	地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）	3
	対人援助者監督指導（スーパービジョン）	6
	事例研究及び事例指導方法	5
演習	地域援助技術	3
	対人援助者監督指導	1 2
	事例研究及び事例指導方法	1 8
合計		6 4

研修課目		時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	2
	ターミナルケア	3
	人材育成及び業務管理	3
	運営管理におけるリスクマネジメント	3
	地域援助技術	6
講義・演習	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現（新）	6
	対人援助者監督指導	1 8
	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	2 4
合計		7 0

主任介護支援専門員  
更新研修として創設

研修課目		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向（新）	4
講義・演習	主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具活用に関する事例	6
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	6
	認知症に関する事例	6
	入退院時等における医療との連携に関する事例	6
	家族への支援の視点が必要な事例	6
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	6
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービスや施設サービス等）の活用に関する事例	6
合計		4 6



# ケアマネに必要なこと

利用者本位

インテーク力

根拠ある情報  
収集、記録

課題分析能力

費用対効果等の  
説明能力、責任

たまに入院ほぼ在宅⇒まれに入院  
⇒ほとんど在宅

## 地域包括ケア在宅医療連携強化

在宅療養生活を継続するにはどう支援するのか？  
病状を悪化させない、維持、改善させるには**医療  
連携**が不可欠。悪化してからの連携では改善の  
可能性が低くなる。医者との登場場面が多いようでは  
いけない

# 連携において重要なこと

- 専門職間のアセスメントの共有
- お互いの専門性の理解と具体的な役割
- タイムリーな連携が取れて必要時協働できる
- チームとして専門性の垣根を越えて、助け合い協力し合う
- 利用者に不利益の無いようにお互いにチームとしてサポートする

**利用者さんはほぼ全員が医療的問題を有している**  
(疾患を抱えながら生活している)

**安心して生活をするためには病状の変化を先読みしたケアプランが求められる**

※医療依存の高いケース、機能回復の見込まれるケース、慢性的に進行していくケース

**安全管理と生きる喜びのバランス感覚が求められる**

# 誰のための連携か？ 誰のための情報共有か？

- ① 誰に何を依頼するのか？
- ② 誰に何を報告するのか？
- ③ 誰から何の依頼を受けるのか？
- ④ 誰からの報告をうけるのか？
- ⑤ 誰と何を調整するのか？

# 支援チームを作るところから

- 情報収集**
- ・本人、家族が現状をどのようにとらえているか？
  - ・どのようなチームを結成するか？
  - ・環境面の確認、生活史の聞き取り
  - ・退院日にあわせたすべての調整を行う

- ・サービス事業所の**特色を踏まえ**どのサービスでどの事業所が適切なのかを考える
- ・病院側からの**情報と生活をどう結び付けていく**のかを同時に考えていく
- ・ご本人ご家族の思いを常に確認

# 入院時の連携

## 入院時情報連携加算

利用者が病院または診療所に入院するに当たって当該病院または診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者係る必要な情報を提供した場合は別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い利用者一人につき月に一回を限度として所定単位数を加算する

# 必要な情報とは？

- **心身の状況**

(疾患、病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無)

- **生活環境**

(家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など)



# 退院、退所時加算

入院または入所中、病院(施設)職員との面談を行い利用者に対する必要な情報を得たうえで居宅サービス計画を作成しサービスの利用に関する調整を行った場合に算定できる

入院(入所)中3回まで算定可能。ただし3回のうち1回は入院中の担当医等との会議(カンファレンス)に参加して退院後の在宅での療養上必要な説明を行ったうえで居宅サービス計画を作成し利用に関する調整を行った場合に限る (退院時共同指導料 2)

# 事例を通して連携を学ぶ

- 62歳女性 要介護5
- S状結腸癌末期（S状結腸癌手術後、肝転移再発、術後の右卵巣転移で出血を伴い腹部膨満あり左腎摘後、右片腎状態で右尿管圧迫による尿閉で尿管ステント留置中。腹部の腫瘍による圧迫で下肢に著明な浮腫あり

# 居宅介護支援契約

家族本人に会い病院からの情報を収集し  
自宅環境を確認し必要なサービスを検討  
すると同時にどのような生活がしたいか  
(生活目標)を考える

- 地域連携室に確認。担当になったことを連絡し  
退院時カンファレンス等の調整を依頼
- この時点でどのような患者さんがどのような  
思いがあり、どのような支援をして欲しいか、  
病院側に確認したいことを退院調整看護師  
やMSW通じて前もって伝える

# 自宅訪問

## <環境の確認>

段差確認等、車椅子で入れるか通れるか  
どこにベットをおくか

## <住み慣れた家の様子>

本人の思いがどこにあるのか見えてくる  
こともある

# 退院前カンファレンス

- 必要と思われる支援者に**出席依頼**

本人、妹夫婦、長女、次女、  
訪問看護師、訪問入浴、福祉用具、  
訪問リハビリ

# 退院前カンファレンス

- 医療側からの情報を収集し予後予測リスクを共有
- リクライニング車椅子が一時的にどのくらいの角度まで起こしていいか？
- ご本人や家族の病気への理解度  
ADL  
退院までに何を行うか(病院側も含む)

# サービス担当者会議

- アセスメントに基づいて作成したケアプランを練り上げる場となる。
- 本人 ⇒ 歩行器で台所に行き料理がしたい
- 医療側 ⇒ 今の状態で歩行器での歩行は難しい
- **ケアマネの提案** ⇒ まずは娘さんに料理を教える為のレシピを考えませんか？（ベット上でもできること、結婚前の娘にこれだけは教えたい、残してあげたい）



# ケアプラン提示

- **生活の目標**

家に帰り外の庭の花を眺めながら過ごしたい  
動けるようになったら家事ができるように  
たくさんのレシピを考えたい

# ニーズ

①体調に不安がある時に相談したり来てもらえる体制を整えてほしい

**訪問診療、訪問看護、訪問入浴**

②安楽に過ごせるように環境を整えたい

**福祉用具貸与、訪問リハビリ**

③料理のレシピを考えて娘に教えてあげたい

**福祉用具 訪問リハビリ**

④体が軽くなって動きやすくしたい

**訪問リハビリ 間接的支援:ケアマネ**

# 訪問診療

- 市民病院が主治医ではあるが訪問体制が取れない、指示をもらうまでに時間がかかることで患者さんへの対応が遅れる
- かかりつけ医に必要時訪問診療に来てもらえるようにする
- 指示書を出してもらう(訪問看護、訪問リハビリ)

## 訪問看護

- 癌末期では医療保険の対応になる。介護保険では1割もしくは2割の負担であるが医療保険適応では3割の方もいるため料金の説明も介入
- 事業所の特性を踏まえた事業所の選定

# 訪問リハビリ・訪問入浴

- リハビリ ⇒ ご本人にリハビリ意欲があったこと、その気持ちを大切にしたいという家族の思いがあった

※終末期リハビリを見据えて導入

- 入浴 ⇒ 清拭だけでは得られない効果を見据えて導入

# 福祉用具貸与

- 車いす：状態に合わせたリクライニング機能のあるもの
- スロープ：退院時自宅に入るための環境調整
- 特殊寝台・付属品：安楽に休むため、介護の負担軽減
- エアマット：褥瘡予防のため 病院で使用しているものと同じものを選定
- 移座えもんシート：移動時の負担軽減のため訪問看護より提案

# 退院前カンファレンス開催

## 担当者会議開催（病院関係者も一部出席）

5月29日 退院

### 支援開始

チームが動き始め共有できているか？新たなニーズがないか？常に関わるスタッフや家族・本人に確認

# 決定していないことの共有

- 最期をどう迎えるか、どこで迎えるか
- 本人の思い、家族(それぞれ)の思いをくみ取り希望を聞き共有する
- **決めたことは変更できることも伝える**



- 退院日(5/29)午後契約兼ねて訪問看護師訪問
- 5/30 定期訪問(当面は日曜のぞく毎日)
- 5/31 訪問(ケアマネ) 仙骨部に痛みがある⇒病院では二時間おきの体位交換をしていたが自宅では家族が就寝前に行って朝までしていない。夜間眠れなかったり違和感があることで気になって特に夜に痛みが出ていた
- 訪問看護師からはエアマットの変更が提案される

- **5/31** 福祉用具専門相談員に相談、ご自宅に行き現状確認、現在のエアマットが本人も最適であると発言あり
- 再度痛みに対してのアセスメントを行い主治医(かかりつけ医)に相談
  - 内服対応の提案あり本人も納得(ロキソニン)
- 訪問看護師とも共有(訪問入浴、訪問リハも)
- ご本人の発言「**スーツと立てるようになりたい、これが私の目標ね**」
- (腹囲98cm 800ml/24尿)弾性ストッキング着用
- 体幹沈下性浮腫、両下肢浮腫著明

- **5/31** ご本人の発言「おしっこが出ないから沢山水分を取ったほうがいいかしら？」

⇒ 訪問看護師と共有し訪問時の説明を依頼

- 常に本人や家族のつぶやきに耳を傾ける

- 「こんなに眠れると怖い」

⇒ 本人に寄り添う **ケアマネの支援のポイント**

- **6/5** 訪問看護師より「ケアが看護師一名では難しい為ヘルパー同行の計画を立ててほしい」
- 患者の状態の悪化なのか、看護師全員が必要と感じているのか確認願います。  
ケアマネも状況確認し看護師2名体制に変更、時間を一時間から一時間半に変更するか、ヘルパー訪問かを考えますと返事。
- 協議の結果、訪問時間を1時間半で対応に決定

- 6/6 昼に要請あり看護師訪問

果物摂取後に吐き気が強く吐きそうになった。

このままでよいか不安になり連絡をした

- 訪問時傾眠傾向、声掛けに覚醒し会話可能

T36.2°C BP112/80 SPO2 94% R26

腹囲99cm 状態は落ち着いており午後の訪問

入浴も予定通り行うように説明

## 訪問看護師より

- 本人と三女に「食べれないと体力も落ちてきます。今は家に居たいという希望が強いし、急いで病院に行く必要もないと思います。今後どんな状態になったら病院へ行きたいか皆さんで検討しておくことも必要ですね」
- ケアマネに報告あり全事業所で共有

- 6/6 19:45 依頼あり看護師訪問
- 「おなかは熱いのに手足がとても冷えている」
- T36.1°C P114 SPO2 92% R24 血圧測定不可 努力呼吸
- JCS = II - 20 尿量100ml
- 全身機能低下あり かかりつけ医に報告
- 20:20往診 家族に状況説明 救急搬送

- 6/7 11時 長女より逝去されたたと連絡を受ける
- 「母を家に連れて帰りたいのでベットを回収願えませんか？」
- 福祉用具事業者に連絡、長女了解の下、キーボックスより鍵を取り出しベット撤収する



# ケアマネの役割

- ▶ 病院での安心安全と在宅での安心安全は差異がある
- ▶ それを言語化して在宅に結び付ける
- ▶ 医療側が求めている情報を提供すること
- ▶ 在宅生活に必要な情報を集めること

# アセスメント能力向上のために



ケアマネジャーのためのアセスメント能力  
を高める実践シート  
—愛介連版アセスメントシートの使い方・活かし方—

増田 樹郎 (著),  
愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会 (著)

出版社: 黎明書房



題目: 環境と健康、持続可能な開発のための目標 (SDGs) に関する講演

- ・SDGsの目標13「気候変動に具体的な対策を」
- ・SDGsの目標3「健康と福祉」
- ・SDGsの目標11「持続可能な都市とコミュニティ」
- ・SDGsの目標15「陸の豊かさを保つこと」

利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に適切な情報共有に資することを目的とした

### 「課題整理総括表」

介護支援専門員がサービス担当者会議や地域ケア会議等の場における多職種との情報共有や調整等に際して積極的な活用を推進する



# 「介護の現状と連携の在り方を学ぶ」研修会アンケート結果

豊川市医師会在宅医療サポートセンター  
岩間 三枝子

実施日:平成29年11月7日  
参加者:142名  
回答者:124名  
回答率:87%

## 1. (1)参加者所属団体名

- ①豊川市民病院 83名    ②市内医療機関 41名    ③市外医療機関 1名
- ④介護保険関係事業者連絡協議会 17名

## (2)アンケート回答者団体名

- ①豊川市民病院 74名    ②市内医療機関 32名    ③市外医療機関 1名
- ④介護保険関係事業者連絡協議会 17名

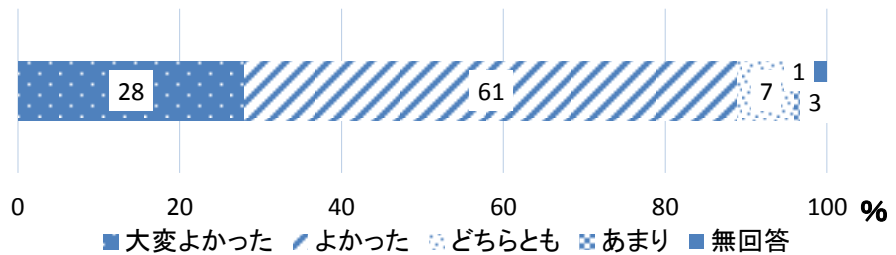
## (3)アンケート回答者職種

- ①医師 1名    ②薬剤師 1名    ③作業療法士 1名    ④看護師 86名
- ⑤社会福祉士・相談員 10名    ⑥介護支援専門員・介護福祉士・福祉用具 15名
- ⑦事務員 5名    ⑧不明 5名

## 2. (1)講義 介護制度について

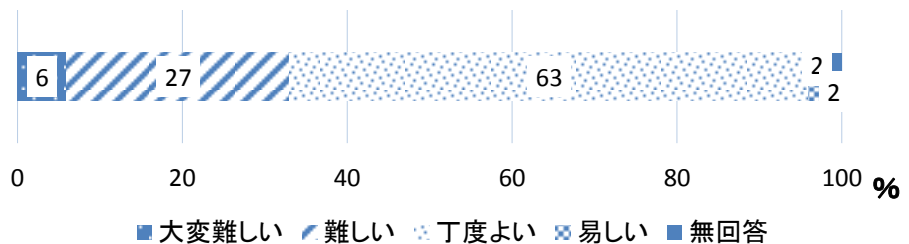
### ①全体として

大変よかった	35人
よかった	75人
どちらとも	9人
あまり	1人
無回答	4人



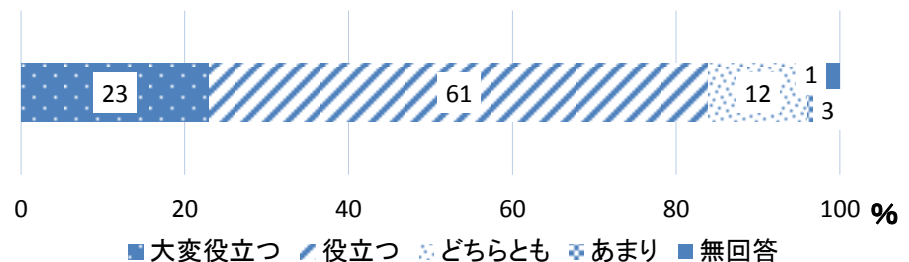
### ②内容は

大変難しい	7人
難しい	33人
丁度よい	78人
易しい	3人
無回答	3人



### ③役立つ

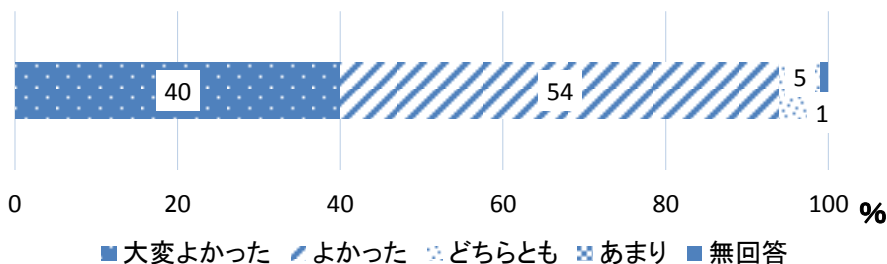
大変役立つ	29人
役立つ	75人
どちらとも	15人
あまり	1人
無回答	4人



(2) 講義 ケアマネの役割 連携の在り方

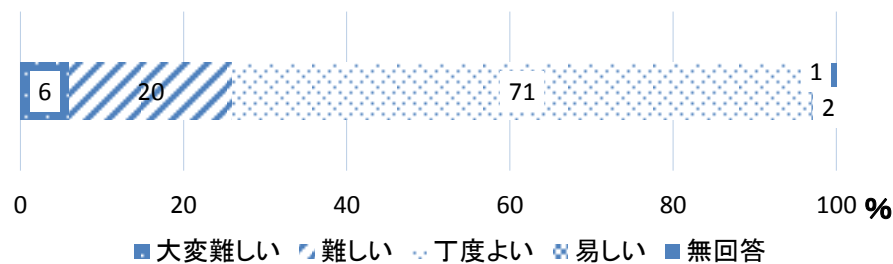
①全体として

大変よかった	49人
よかった	67人
どちらとも	6人
あまり	0人
無回答	2人



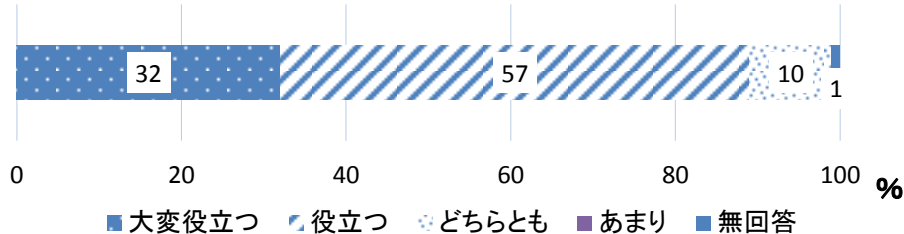
②内容は

大変難しい	7人
難しい	24人
丁度よい	88人
易しい	2人
無回答	3人



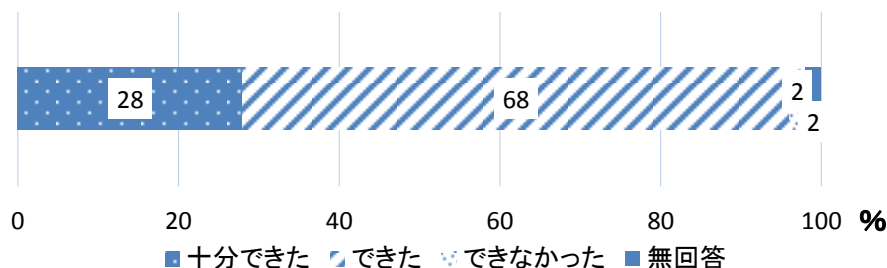
③役立つ

大変役立つ	40人
役立つ	70人
どちらとも	12人
あまり	0人
無回答	2人



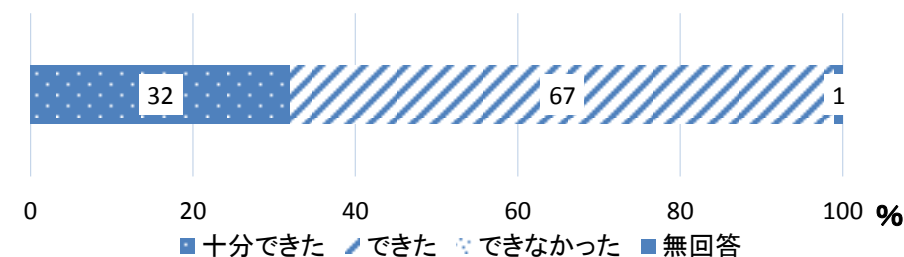
3. 介護制度は理解できましたか

十分できた	34人
できた	84人
できなかった	3人
無回答	3人



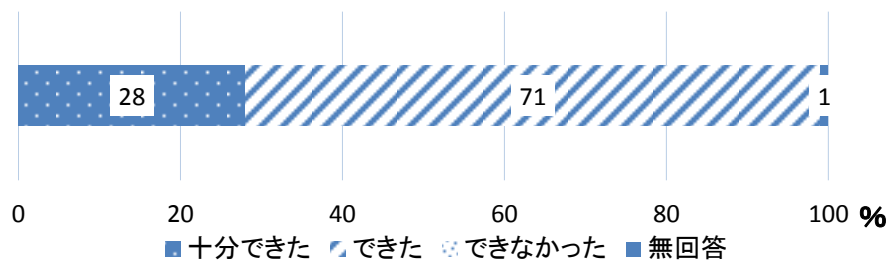
4. ケアマネの役割は理解できました

十分できた	40人
できた	83人
できなかった	0人
無回答	1人



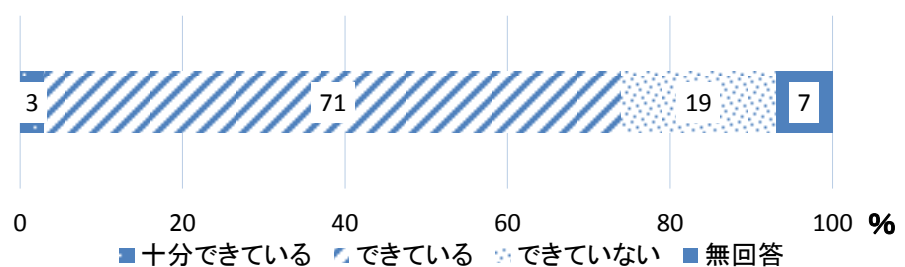
5. ケアマネと連携の在り方は理解できましたか。

十分できた	35人
できた	88人
できなかった	0人
無回答	1人



6. 日ごろ、退院調整に関して、病院職員と地域多職種間での連携をとることができますか。

十分できている	4人
できている	88人
できていない	23人
無回答	9人



7. 病院職員と地域多職種間で連携を取る際に、工夫していること、課題や問題点、困った事例などがありましたら、ご記入ください。

- 不明な点等あれば連絡を取り、解決に繋がられるようにしています。  
病院退院時にサマリーがなく困ることがあります。
- 用紙の見直し
- 入院直後からの情報共有
- 市民病院医師の参加がない。医師の考えが変わらないと病院にいる患者が早く在宅に戻るの難しい。
- 週一回退院調整カンファレンスで、他部署、多職種と連携をとっているため、情報提供して退院がスムーズに行えるよう工夫している。
- ADLアセスメントなど情報共有の場の活用をどうすべきか？
- 患者家族の意思決定の場を効果的に行うには？
- 双方が多忙で退院前カンファレンスの日程を設定するのに苦労している。
- 今年度から退院前カンファレンスのためのチェックリストを作成し、情報提供の漏れ防止を始めた。
- 専門用語をあまり使わないようにしている。
- 担当看護師が必ずしも参加できない退院前カンファレンスで、詳細な情報共有が難しく感じることもある。
- 患者の気持ち・思いを知っている看護師の情報共有に努めていきたいと思えます。
- 在宅やディサービス等、お金が問題になります。希望したいが、支援出来ない家族も多い。難しいと思えます。DNARの考え方の違いも難しい問題です。
- ケアマネジャーがいる患者が入院された時は、まず電話し、自分が勤務している日になるべく来院してもらうように調整している。来院されたら、現在のADLやいつ頃退院されるか情報提供している。
- 突然病棟に訪問されると、なかなかゆっくり話をする時間が持てないので、もっとケアマネジャーとは入院時から連携を取っていきたいです。
- 初めて在宅支援を受ける患者に対して、ケアマネジャー・訪問看護師の方々に1回だけでなく、数回顔を見て頂き、信頼関係を築いてから退院することができた。
- 50代で介護保険を使えない疾患の患者、お金がない、母は認知症、本人は動けない、息子も支援できない、という患者の退院先が決まるのに、かなり長くかかった。
- 治療に対しては分かりやすく経過説明をしている。

症状についても、今後こうなったら受診という事もわかりやすく伝える工夫をしています。

- なるべく直接話をするようにしている。
- 関わったことがないので特になし。
- もう少し急性期病院として、主治医のICの内容を患者や家族が理解できているのか確認して、意思決定支援をきちんと行っていきたいと思います。
- 本人・家族の希望に沿った支援が出来るように考えています。
- 情報提供をお互いに必要としているのか、検討できる機会があればと思います。
- 話す機会が少ない。忙しくて会議の準備も実施も十分には出来ない。
- 病院での患者の様子が詳しくわかったり、サポートしてほしいことを伝えるようにしているつもりです。
- 患者本人の思いを尊重する。
- DNARであれば、在宅での看取りは無理なのでしょうか。何故、往診したのであれば、静かに住み慣れた家で最期を迎えてあげたらと思います。
- 講演の中にもありましたが、今の状況で退院しては困るというケアマネジャーがいたこと。家族の代弁であるかもしれないですが、どこを改善、介入したらよいのかという視点で話し合いをしてほしいです。
- ケアマネジャーが来棟せず、情報が得られないことがあるので、困ったことがある。
- 入院したらケアマネジャーが関係なくなってしまう現状はどうかと思う。  
入院時しかケアマネジャーが来棟してくれないなど。
- 本人と家族の意見の相違があった。なかなか本音が出ず、探り探りの内に時間が過ぎてしまった。
- 退院前カンファレンスをどんどんやってほしい反面、一事例に時間がかかりすぎる。どうにかならないか。
- 抗結核薬を服用していると、受け入れがなかなか厳しいことがあります。どのような情報をお伝えすれば良いのでしょうか？
- 医療側と介護側の現状が良くわかり、今後地域に目を向けての話が分かりやすくとてもためになりました。
- 病院職員として、地域や家族に帰れる状況であっても、医療依存が強い患者さんや家族のフォローで、医師の説明が大切。
- 必要な情報は何とか考え、地域と連携をしていきたい。
- 出来るだけケアマネジャーに来院してもらうこと。TELで済ませようとしないように働きかける。
- 在宅生活を支援する立場のケアマネジャーが在宅への退院を阻止することのないよう働きかけしている。
- 栄養指導の内容を患者に同行してきたスタッフに伝えている。
- 市民病院の先生が主治医の場合、直ぐに先生に指示を頂きたいことがあった場合、連絡がつけにくいことが多いです。
- 病院から在宅サービスを利用したいと考えている患者の場合、病院として訪問看護を利用してもらいたい。情報提供の方法がわからない。情報提供のみなら可能なのか？
- がん末期の方が本人に告知されておらず、介入が難しかった方がいました。病院で告知していただけるとありがたいです。
- 自宅の介護の現状を早期に把握する。早期に医療相談やケアマネジャーが介入できるように手配する。患者と家族の思いが食い違っているときの調整を行う。
- 経済的に問題がある方、家族の協力が得られない方、一人暮らしで身寄りのない方など、退院調整に困ることがあります。なるべく多くの協力者を集められるように努力はしていますが…。
- 退院前カンファレンスが困難な時は、居宅ケアマネさんと主治医の面談取次を努力している。なるべく情報をより多く提供するよう努力している。在宅での看取りについては、希望あるご家族には主治医がきちんと対応している。
- ケアマネジャーごとに差があるように思います。お忙しいと思いますが、早く動いて頂くとありがたいです。
- まだまだ顔が見えない。自身の努力が足りない面があるので、連携時以外にも交流が出来る際には顔だしを行い、顔の見える関係を作っていきたいと思います。

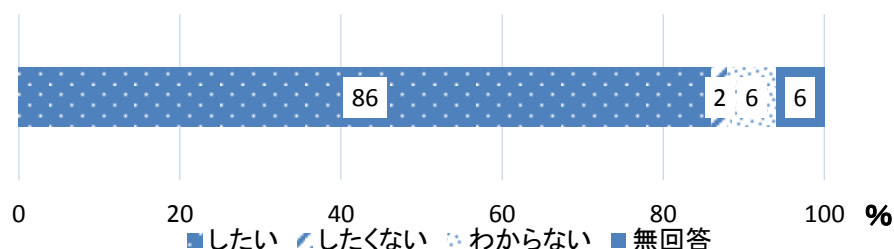


- ずっと通院している方の変化をカルテに残すように取り組んでいますが、電子カルテ内でどのように共有するかが課題となっています。
- 退院前に時に在宅への準備が必要な方は、連携室とよく調整を取るようにしています。情報共有も病院の看護師ととりやすくなってきていると感じています。お互いの役割を理解し、顔の見える関係が出来てきていると感じます。医師の中には介護保険制度について、一定の理解は頂いていると思いますが、そうでない医師もおられます。医師の診察には翻弄されてしまう方も少なくないので、先生方にも、在宅を支える大きな柱である介護保険制度を正しく知ってほしいです。
- それぞれの専門分野からの視点を頂くことを考えています。
- 福祉用具という立場で情報を頂くのが一番最後になることも多く、退院直前や直後に困った家族等からの相談も多くあります。退院までの道筋が決まっている場合であれば、早目から用意できるもの等ありますので、もう少し早く病院側も家族や本人と相談してもらえると助かります。
- FAX・電話・ほいっぶ等を状況に応じて使っている。

8. 今後も継続して研修会を予定しています。該当する数字に○を付してください。

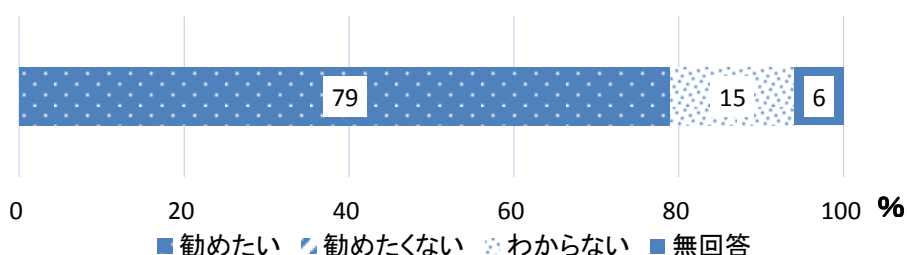
(1) 次回も参加したい。

したい	107人
したくない	2人
わからない	8人
無回答	7人



(2) この研修会を所属団体の勧めたい。

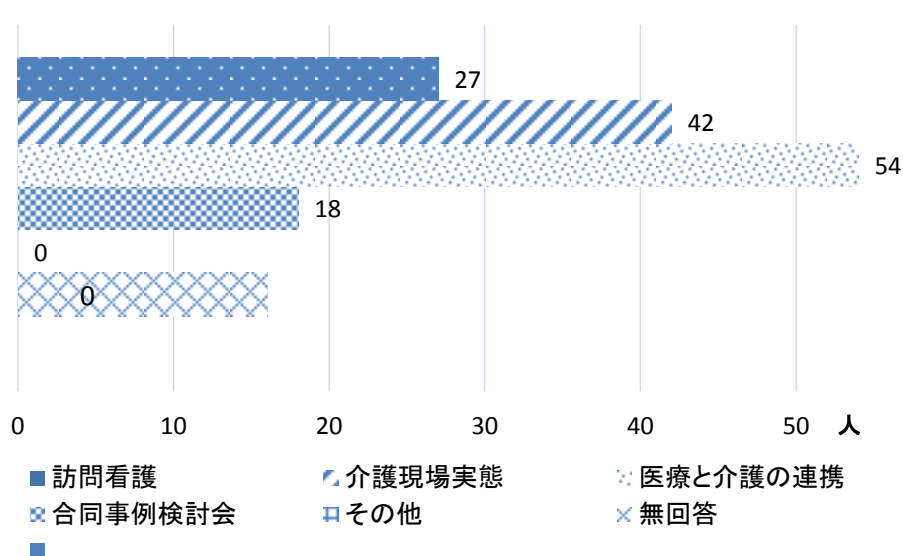
勧めたい	98人
勧めたくない	0人
わからない	18人
無回答	8人



9. 今後研修会を開催するに当たり、どのようなテーマが良いと思いますか。(複数回答可)

(人)

在宅医療	41
訪問看護	27
介護現場実態	42
医療と介護の連携	54
合同事例検討会	18
その他	0
無回答	16



\* 自由意見 一次回研修内容の希望・今回研修会の感想等—

- 訪問診療の体制が分かりにくい。入院から在宅での療養に繋げていくむずかしさがある。  
(ご家族などが受入がなかなか困難) 往診のみされている医師がいると聞くと、それが分かりにくい。
- スムーズな退院調整を行うための調整ができるようにしていきたいと思いました。
- DNARの考え方
- 病院という環境が当然のように働いている私達に、在宅の住み慣れた所で生きていくという事を教えてほしいです。
- 在宅での看取りをもっとして欲しい。最後の状態で搬送され、最小限とはいえ苦痛を伴う治療が行われる。  
また、家族と十分な信頼関係が築けないまま最期のみ病院というのは関わる立場として辛い思いがある。
- 質疑応答で生の現場の声を聞くことが出来て良かった。
- ケアマネジャーの話は総論的でよくわからなかった。きれいごとばかりの気がした。  
実際のケアマネはひどい。
- 訪問看護の実際はどうか、具体的な事例を用いて研修をしてほしい。
- 退院後の生活の実際について
- 在宅の看取り
- 多職種参加型の研修は有用だと思います。「患者」から「利用者」になることを病院側は忘れてはいけない。
- 地域医療の現場との意見交換や事例の紹介などがあるといいと思う。
- ありがとうございました。
- どんなことに困っているか、また、病院側への要望など生の声が聴きたい。
- この様な介護の現状、ケアマネジャーの率直なお話を聞かせて頂く機会がなかったので、本日は大変勉強になりました。本当にありがとうございました。
- 回復期を取り上げて頂きたいです。
- 本日は研修に参加させて頂き、ありがとうございました。今後もよろしくお願いします。
- 看取り(施設・在宅)に関しての連携や支援について
- 上記のテーマについて考えながらも、ご本人・ご家族が希望する生活を支援していきたいです。

以上