

平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

**ケアマネジメントの質の評価及び
ケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する
調査研究事業報告書**

平成27年3月

株式会社日本能率協会総合研究所

はじめに

2000年の介護保険制度の導入に際し、高齢者に対する介護サービスは措置から契約に変更されるとともに、地方自治体のケースワーカーや保健師等が主に担ってきた在宅要介護高齢者に対する介護サービスのマネジメントやケアマネジメントは、新たな職種として生まれた介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割として位置付けられた。

我が国では、介護保険制度下で介護支援専門員が利用者に適切な介護サービスの組み合わせを提供する給付管理を「ケアマネジメント」と呼んでいるが、「介護支援専門員の資質向上と今後の在り方検討会」の「議論の中間的な整理」（平成25年1月7日）によると、「ケアマネジメントの質の向上を図っていく基盤として、ケアマネジメントの質を評価する客観的な指標を整えていくことが重要であり、ケアマネジメントプロセスの評価、アウトカムの指標について、より具体的な調査・研究を進めるとともに、その基盤となるデータ収集・集積を継続的に進める必要がある。」と指摘されており、また平成25年度老人保健健康増進等事業（介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業）の調査結果によると、介護サービスを適切に配分する場であり、「臨床的統合」の場であるサービス担当者会議が形骸化しており、ケアマネジメントの質に影響していることが示された。

また、平成26年度の診療報酬改定では医療と介護の連携が重点とされており、介護支援専門員の役割の再考を含めて、医療と介護を横断するケアマネジメント機能を再考し、この機能に基づいて整備すべき体制や各種専門職の係わりについて整理することが喫緊の課題であることが示唆された。

本事業は、昨年度事業の成果を踏まえ、社会保障制度改革において進められる地域包括ケアシステム下におけるケアマネジメント機能について再考を行い、とりわけ医療と介護の連携におけるケアマネジメントの在り方について調査研究を行うとともに、限られた保健・医療・福祉に係わる資源を有効に使用するために高齢者本人の積極的な関わり方をケアマネジメント上でどのように位置づけられるかについても検討を行った。

本事業においては、委員および作業部会のメンバーには多大なるご協力をいただき、心より感謝申し上げますとともに、本報告書が地域包括ケアシステムに関わる多くの皆様方にとって、ケアマネジメントを推進するうえでの一助となれば幸いである。

平成27年3月

株式会社日本能率協会総合研究所

目次

序章	1
1. 目的	1
2. 実施概要	1
(1) ツールの開発	1
(2) 過去調査の詳細分析	1
(3) 調査	2
3. 実施体制	3
(1) 委員	3
(2) 作業部会	4
4. 実施経過	5
5. 委員会及び作業部会における討議内容	6
(1) 委員会	6
(2) 作業部会	6
(3) 作業部会分科会	7
第1章 脳卒中の再発予防を手掛かりとした地域ケアマネジメント	8
(1) はじめに	8
(2) 脳卒中地域連携パスの課題	8
(3) 再発率が高く重症化しやすい脳卒中	9
(4) セルフマネジメントとそのため教育の必要性	10
(5) 脳卒中地域連携パスのあるべき姿／循環型連携パス	11
(6) 取り組み事例	12
(7) まとめ	12
第2章 慢性期医療からみたケアマネジメントの現状と課題	13
(1) 地域の概要と当院紹介	13
(2) 慢性期医療におけるケアマネジメント	14
(3) 当院の外来・入院の状況からみた課題	14
(4) 地域における慢性期病院の役割の変化と課題	17
(5) 退院時カンファレンス参加時のケアマネジャー心得 10ヶ条	17
(6) 慢性期医療の立場から見た退院支援	19
(7) 最後に ～『主事ケアマネジャー』を目指せ～	19
第3章 地域医療側からみたケアマネジメントの現状と課題	20
(1) はじめに	20
(2) 高齢者に必要なマネジメント	20
(3) まとめ	22
(4) おわりに	23

第4章 医療介護総合提供施設からみたケアマネジメントの現状と課題	24
(1) 恵寿総合病院の概要	24
(2) けいじゅヘルスケアシステム	24
(3) 1患者1IDの電子カルテシステムの概要	25
(4) 早期退院の仕組み	26
(5) 当院の運用からみた医療・介護連携の課題	28
第5章 地方自治体におけるセルフマネジメント推進の方法	29
1. 地方自治体におけるセルフマネジメントの現状と課題	29
(1) 要介護（支援）高齢者のセルフマネジメント	29
(2) 介護予防対象者のセルフマネジメント	29
2. セルフマネジメントを推進する必要性	30
(1) 後期高齢者の急増	30
(2) 地域包括支援センターの現状	30
(3) マネジメント業務についての役割分担	30
(4) いわゆる団塊の世代の意識	30
3. セルフマネジメントを推進するための方策	31
(1) 本研究会における「セルフマネジメント支援」	31
(2) 「セルフマネジメント支援」の留意点	31
(3) セルフマネジメントを推進するためのモデル事業の実施	31
4. セルフマネジメントを推進するための具体的な提案（モデル事業）	31
第6章 要介護者に対する切れ目のないケアマネジメントを実現するための ケアマネジャーが使用するツールの開発	35
1. 提案の背景	35
2. ワーキングの経過および開発された様式の概要と意義	38
(1) 医療・介護連携を巡る課題解決のための様式の検討	38
(2) 入院中も切れ目のない継続的な支援方法を実現するためのセルフマネジメント 支援のための様式開発	40
3. 「病状状態セルフチェック表」、「居宅サービス計画書（2表）」、「セルフマネジメン ト確認表」、「脳卒中健康管理表」を中心とした開発した様式の意義と解説	42
(1) 開発された様式の概要	42
(2) 開発された様式とその活用方法について	43
(3) 今後の課題	50
4. 「入院時情報提供表（在宅→医療機関）」、「入院中・退院時情報聞き取り表」の意義 と解説	51
(1) 入院時情報提供表について	51
(2) 入院中・退院時情報聞き取り表について	54
(3) まとめに代えて	56
5. 入院時における患者のセルフケアへアプローチする看護についての検討	57

第7章 介護支援専門員を対象とした全国調査の再分析から見る今後のケアマネジメントあり方の検討.....	60
1. 分析の目的.....	60
2. 分析の方法.....	60
3. 分析の結果.....	61
(1) アセスメント理由別.....	61
(2) 利用者の利用サービス種類数別.....	65
(3) 利用者の要介護度区分別.....	69
(4) 利用者の日常生活自立度（障害高齢者）別.....	72
(5) 利用者の日常生活自立度（認知症高齢者）別.....	76
(6) まとめ.....	79
4. 考察.....	82
5. 今後の課題.....	83
補章1 ケアマネジメント業務構造に関するアンケート調査.....	86
(1) 調査概要.....	86
(2) 回答者属性.....	86
(3) ケアマネジメント連携推進上の課題.....	88
(4) ケアマネジメント連携活動状況.....	95
補章2 文献調査.....	102
1. 国内文献.....	102
(1) 文献一覧.....	102
(2) 取り上げられている疾患・疾病名及び疾患数の抽出.....	102
(3) ケアマネが留意すべき点等の抽出.....	103
2. 海外文献（翻訳）.....	109

序章

1. 目的

本事業においては、介護支援専門員によるケアマネジメントの質を評価するにあたり、ケアマネジメント過程における具体的な業務内容、実施状況を明らかにすることを目的とし、特に「臨床的統合」の実現を図ると考えられるサービス担当者会議に焦点をあて、今後の介護支援専門員におけるケアマネジメント機能の向上に資する基礎的資料を提供することを目的とする。

2. 実施概要

(1) ツールの開発（第6章参照）

ケアマネジメントを推進するために必要なツールについて検討を行い、開発した。開発したツールは以下の通り。

様式名	記入者	情報共有
入院時情報提供表	ケアマネジャー	ケアマネジャー 医療機関
入院時情報聞き取り表	ケアマネジャー	ケアマネジャー 医療機関
病状・状態セルフチェック表	本人または家族など	本人・家族 ケアマネジャー
健康管理表（入院中）	ケアマネジャー	本人・家族 ケアマネジャー 医療機関
セルフマネジメント確認表	ケアマネジャー	本人・家族 ケアマネジャー 在宅医を含む支援提供者
健康管理表（在宅用）	ケアマネジャー	本人・家族 ケアマネジャー 在宅医を含む支援提供者

(2) 過去調査の詳細分析（第7章参照）

【目的】

平成25年度老人保健健康増進等事業における調査の詳細分析を通して、急性期から生活維持期にかけての継続的なケアマネジメントおよび多職種連携によるケアマネジメント実施に向けた課題を明らかにするために実施した。

【調査名】 介護支援専門員（ケアマネジャー）業務調査

【調査方法】 郵送発送・FAX（フリーダイヤル）回収

【調査対象者・施設数】 計 23,926 件

【回収数及び有効回収数】 回収数 4,071 票（回収率 17.0%）

有効回収数 2,878 票（有効回収率 12.0%）

【調査期間】 平成25年11月13日～12月19日

※詳細は、「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業」報告書参照のこと（<http://jmar-im.com/healthcare/news/1-10Rep.pdf>）

(3) 調査

①アンケート調査の実施概要（補章1参照）

【目的】

ケアマネジメント業務の構造（医学的知識の必要性や連携活動状況等）を把握するために実施した。

【調査名】 ケアマネジメント業務構造に関するアンケート調査

【調査方法】 会場調査

【調査対象者数】 計 1,530 名

A：「地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント（DASC）とその活用方法」

参加者 1,204 名

B：「平成 26 年度 認知症初期集中支援チーム員研修（第 2 日目 DASC 研修）」

参加者 326 名

【回収数】 1,514 票（回収率 99.0%）

【実査日】 平成 26 年 7 月 14 日

【実査場所】 AB とともに 7 か所

（サッポロファクトリー、仙台国際センター、ベルサール西新宿、ダイテックサカエ、大阪アカデミア、岡山商工会議所、南近代ビル）

【実査担当】 ヴェクソンインターナショナル株式会社

②文献調査概要（補章2参照）

【目的】

ケアマネジャーに必要とされる医学知識を把握するため文献調査を行った。

■国内文献（補章 2-1 参照）

「脳卒中」および「認知症」について、記載箇所の文書構成を整理するとともに、介護支援専門員が留意すべきポイント等が記載された箇所を文献ごとに整理した。

■海外文献（補章 2-2 参照）

セルフマネジメントの有効性のエビデンスとなる文献を選定し、翻訳を行った。

「Effect of Peer Education on Stroke Prevention:The Prevent Recurrence of All Inner-City Strokes Through Education Randomized Controlled Trail」

-Ian M.Kronish,Judith Z.Goldfinger,Rennie Negron,Kezhen Fei,Stanley Tuhim,Guedy Arniella and Carol R.Horowitz (Stroke.2014;45:3330-3336)

③ヒアリングの実施概要

【目的】

要介護者に対する切れ目のないケアマネジメントを実現するための、急性期・回復期・慢性期における介護との連携の必要性とそのための方策を検討するために実施した。

【ヒアリング対象】

4 件

急性期	国立循環器病研究センター 北海道地域連携クリティカルパス運営協議会
ケアミックス (急性期～慢性期)	社会医療法人財団董仙会
慢性期	医療法人池慶会

3. 実施体制

本調査研究の実施に際して、調査研究の課題設定や推進方法、調査研究結果をまとめる場として、委員会を設置し、また、具体的な検討を行うため作業部会を設置した。

(1) 委員

委員は以下の 11 名で構成し、委員会を 2 回開催した。

図表 1 委員一覧

氏名	所属・役職	
筒井 孝子	公立大学法人兵庫県立大学 教授	委員長 (WGL)
栗田 圭一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 研究部長	委員
いけはな 池端 幸彦	日本慢性期医療協会 副会長 医療法人池慶会 池端病院 理事長	委員
おおたが 大冨賀 政昭	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員	委員 (WG)
川越 正平	医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 院長	委員
神野 正博	公益社団法人全日本病院協会 副会長 社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 理事長	委員
笹井 肇	武蔵野市 健康福祉部 部長	委員 (WG)
篠田 浩	大垣市 福祉部 介護保険専門官	委員 (WG)
中川原 譲二	国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター 部長	委員
中澤 伸	社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長	委員 (WG)
東野 定律	静岡県立大学大学院 経営情報イノベーション研究科 附属医療経営研究センター 副センター長・講師	委員 (WG)

(敬称略・委員長を除き五十音順、()は作業部会兼務)

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課

<事務局> 株式会社日本能率協会総合研究所

(2) 作業部会

作業部会メンバーは以下の10名で構成し、作業部会を6回及び作業部会分科会を計4回開催した。

図表 2

氏名	所属・役職	委員併任	分科会
筒井 孝子	公立大学法人兵庫県立大学 教授	リーダー (委員長)	
おおたが 大冨賀 政昭	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 研究員	(委員)	介護チーム 医療チーム
榊原 次郎	医療法人真正会 霞ヶ関南病院 医療福祉相談部 部長		医療チーム
篠田 浩	大垣市 福祉部 介護保険専門官	(委員)	行政チーム
柴山 志穂美	杏林大学 保健学部看護学科看護養護教育学専攻 講師		介護チーム
茅野 泰介	武蔵野市 健康福祉部高齢者支援課 相談支援係・ 武蔵野市地域包括支援センター 主任		行政チーム
中澤 伸	社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長	(委員)	介護チーム
東野 定律	静岡県立大学大学院 経営情報イノベーション研究科 付属医療経営研究センター 副センター長・講師	(委員)	
松崎 麻都香	医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 看護師長		医療チーム
柳原 美奈子	医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 医療社会福祉士		医療チーム

(敬称略・作業部会リーダーを除き五十音順、()は委員兼務)

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課

<事務局> 株式会社日本能率協会総合研究所

4. 実施経過

本調査事業の大まかなスケジュールは以下のとおり。

日程	実施内容
平成 26 年 6 月 2 日	採択通知受領
6 月 2 日～	文献調査、調査票作成、平成 25 年度調査研究事業「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業」の詳細分析着手
7 月 14 日	ケアマネジメント業務構造に関するアンケート調査実施
7 月 18 日	第 1 回委員会開催 (16:30～18:30 於:東京)
8 月 3 日	第 1 回ワーキング (13:00～17:00 於:品川)
8 月 18 日	第 2 回ワーキング (18:00～21:00 於:東京)
9 月 9 日	「国立循環器病研究センター」ヒアリング
9 月 18 日	第 3 回ワーキング (18:00～21:00 於:東京)
10 月 7 日	分科会① (介護チーム) (18:30～20:30 於:渋谷)
10 月 15 日	第 4 回ワーキング (18:00～21:00 於:東京)
11 月 5 日	分科会② (医療チーム) (14:00～17:00 於:霞ヶ関南病院)
11 月 12 日	分科会③ (介護チーム) (19:00～21:00 於:府中)
11 月 11 日	「北海道地域連携クリティカルパス運営協議会」ヒアリング (於:札幌医科大学)
11 月 26 日	第 5 回ワーキング (18:30～21:00 於:東京)
12 月 3 日	「社会医療法人財団董仙会」ヒアリング
12 月 4 日	「医療法人池慶会」ヒアリング
平成 27 年 1 月 9 日	分科会④ (介護チーム) (19:00～21:30 於:府中)
1 月 30 日	第 5 回ワーキング (18:30～21:00 於:東京)
2 月 25 日	第 2 回委員会開催 (16:00～20:00 於:東京)
3 月 25 日	事業報告書完成

5. 委員会及び作業部会における討議内容

(1) 委員会

委員会の主な議題は以下の通り。

回	主な議題
第1回	1. 医療から見たケアマネジメントの現状と課題 ▶急性期医療から見た現状と課題（中川原委員） 2. 地方自治体におけるセルフマネジメント推進の方法 ▶自治体から見たケアマネジメントの現状と課題（笹井委員）
第2回	1. 医療から見たケアマネジメントの現状と課題 ▶医療介護総合提供施設からみた現状と課題（神野委員） ▶慢性期医療から見た現状と課題（池端委員） ▶地域医療から見た現状と課題（川越委員） 2. 医療・介護の情報提供によるセルフマネジメントに着目した継続的ケアマネジメント 3. 地方自治体におけるセルフマネジメント推進の方法

(2) 作業部会

作業部会の主な議題は以下の通り。なお、作業部会の検討の経過については「第6章(2)ワーキングの経過」を参照のこと。

回	主な議題
第1回	■ ケアマネジメントサイクルの可視化と構造化①
第2回	■ ケアマネジメントサイクルの可視化と構造化②
第3回	■ ケアマネジメントサイクルの可視化と構造化③ ・入退院時情報提供票素案作成 ・ケアマネジャーによる入退院時情報提供票素案への記入と評価
第4回	■ 要介護者に対する切れ目のないケアマネジメントを実現するための介護支援専門員が使用するツールの開発 ・医療機関に対する情報提供書の検討 ■ 要介護者に対する切れ目のないケアマネジメントを実現するためのシステムの検討
第5回	■ 要介護者に対する切れ目のないケアマネジメントを実現するための介護支援専門員が使用するツールの開発 ・セルフケアマネジメント計画様式の検討 ・医療機関に対する情報提供書の検討 ■ 要介護者に対する切れ目のないケアマネジメントを実現するためのシステムの検討
第6回	■ 要介護者に対する切れ目のないケアマネジメントを実現するための介護支援専門員が使用するツールの開発 ・セルフケアマネジメント計画様式の検討 ■ 地方自治体におけるセルフマネジメント推進の方法

(3) 作業部会分科会

作業部会については、さらに「介護系」「医療系」「行政系」の分科会を設置し、分科会ごとに討議を行っている。以下は、集会した分科会についてのみ記載をしており、このほか電話や電子メールなどにより随時、議論を行った。

回	分科会	主な議題
第1回	介護系チーム	・ ケアマネジャーによる入退院時情報提供票素案への記入と評価
第2回	医療系チーム	・ 入退院時情報提供票素案作成
第3回	介護系チーム	・ セルフケアマネジメント計画様式の検討
第4回	介護系チーム	・ セルフケアマネジメント計画様式の検討

第1章 脳卒中の再発予防を手掛かりとした地域ケアマネジメント

国立循環器病研究センター 脳卒中統合イメージングセンター 部長
中川原 譲二 委員

(1) はじめに

我が国における脳卒中医療の喫急の課題は、第一に高度急性期医療を迅速に提供するために、地域を単位として中核となる包括的脳卒中センターと複数の一次脳卒中センターのネットワークを整備することであるが、同時に慢性疾病管理の観点から脳卒中の再発予防を徹底する地域ケアシステムを構築することも重要な課題である。しかしながら、脳卒中の再発予防については、患者自身、介護者、医療提供者の責任の所在と分担が明確ではなく、どのような介入が有効であるかさえも検証されていないのが現実である。最近では各地域において、脳卒中地域連携パスが導入されつつあるが、現状の連携パスは、患者の機能回復に関しては有効に機能しているが、脳卒中の再発予防については、有効に機能しているとは言えない。本稿では、脳卒中の再発予防を手掛かりとした今後の地域マネジメントのあり方について概括する。

(2) 脳卒中地域連携パスの課題

脳卒中の医療提供体制は、高度急性期医療を提供する医療機関、回復期のリハビリテーションを提供する医療機関を経て、生活の場へと移行していく。平成19年の厚生労働省の脳卒中の医療体制をみると(図表3)、急性期から維持期まで、求められる事項に、身体機能の回復のためのリハビリテーションに加えて再発予防も含まれているが、地域連携パスの典型は急性期から回復期までの機能回復を目的とした連携が中心であり、期間も6か月程度と短い。これは、地域医療計画において、その地域の脳卒中医療体制の整備状況を表す指標として、t-PAの施行率やSCUが整備されている医療機関や急性期リハビリテーションを行う医療機関数やベッド数、さらには連携パスの導入率を設定し、これらの数値を改善することを成果として重要視したことが原因である。

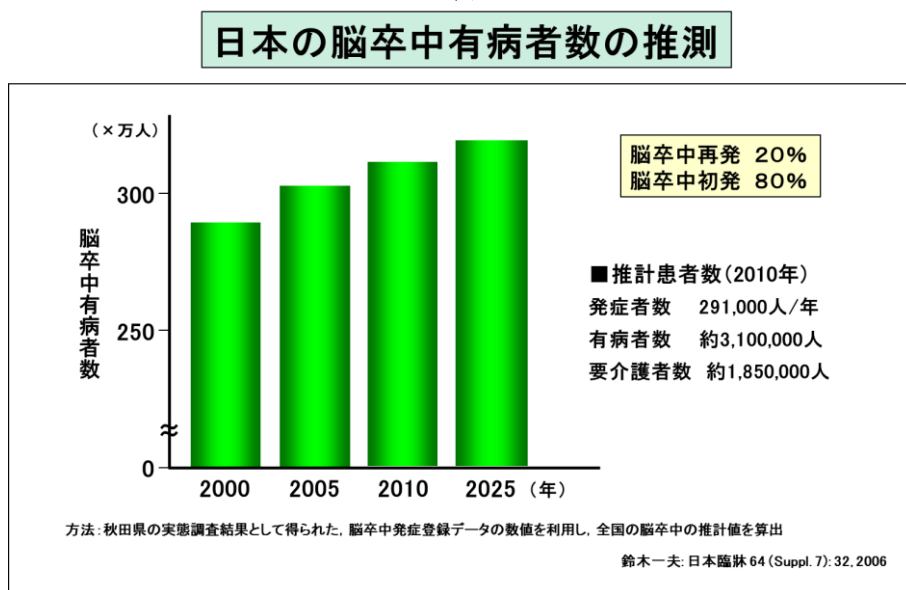
図表 3

脳卒中の医療体制 (H19)						
	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	《在宅療養》 生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後2時間以内の急性期病院到着	●来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援	●在宅療養支援 ●希望する患者に対する働き取り
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●脳卒中の専用病室を有する病院	●リハビリテーションを専門とする病院 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●介護老人保健施設 ●介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所	●診療所 等
求められる事項(秒)	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	●CT・MRI検査の24時間実施 ●専門的診療の24時間実施 ●来院後1時間以内にt-PAによる脳血栓溶解療法を実施 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●薬用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを整備	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●訪問看護ステーション、調剤薬局と連携した在宅医療 ●希望する患者に対する居宅での働き取り ●居宅介護サービスとの連携
連携	●発症から治療開始までの時間短縮		●医療施設間における診療情報・治療計画の共有			
指標による現状把握	●基本健診受診率 ●発症から救急通報までの時間 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●SCU等を有する医療機関数・病床数 ●t-PAによる脳血栓溶解療法実施医療機関数、実施率 ●急性期リハビリテーション実施医療機関数	●回復期のリハビリテーション実施医療機関数 ●入院中のケアプラン作成率	●介護保険によるリハビリテーション実施施設数	●在宅療養支援診療所数	
●在宅等生活の場に復帰した患者の割合 ●発症1年後のADLの状況 ●脳卒中を主要原因とする要介護認定者数 ●年齢調整死亡率						

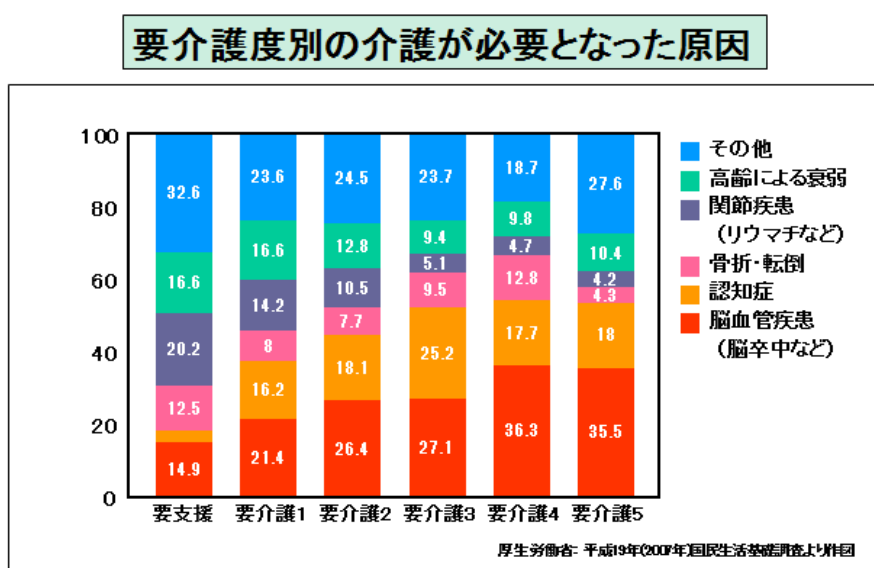
(3) 再発率が高く重症化しやすい脳卒中

脳卒中の死亡を病型からみると、2008年は「脳梗塞」60%（1960年13%）、「脳出血」27%（1960年77%）、「くも膜下出血」11%（1960年2.4%）で、重症「脳出血」の減少と、比較的軽症の「脳梗塞」の増大へと病型の構造が大きく変化し、更に高齢化に伴い、脳卒中有病者数は増加しており、2025年まで増加し続けるとみられている（図表4）。2010年における脳卒中有病者数は300万人で、その6割にあたる185万人が要介護者である。また、脳卒中有病者の20%が再発患者であり、再発により要介護度が重症化する。一方、要介護度別の介護が必要となった原因をみると、脳血管障害は要介護4・5のそれぞれ36%を占め、要介護4・5の3人に一人が脳卒中などの脳血管疾患によるものである（図表5）。

図表 4

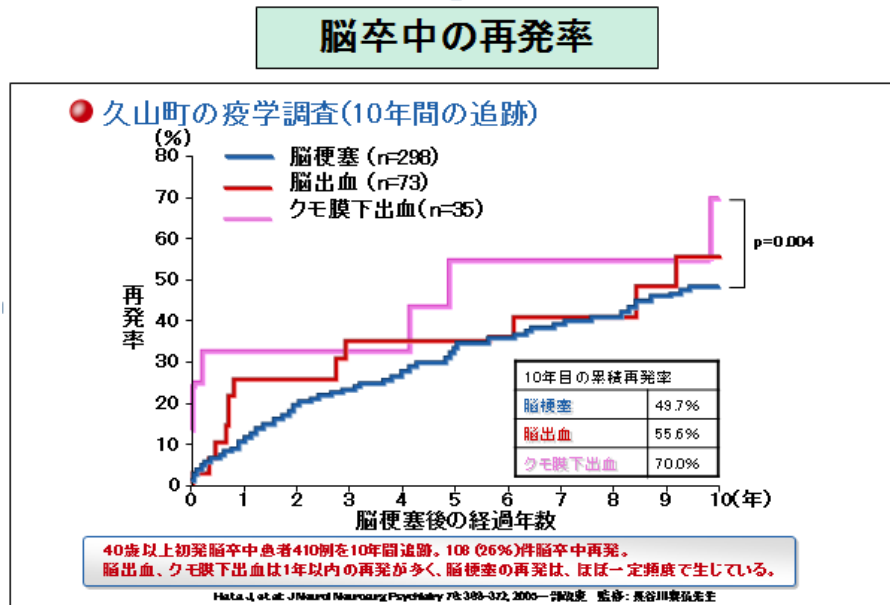


図表 5



脳卒中は、脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血のいずれも再発率が極めて高く、久山町の疫学調査によると(図表 6)、初年度 1 年間で 10%、10 年間という長期で見ると 50%以上が再発しており、再発した場合には重症化は免れない。再発率は、先進国よりも 2 倍程度高いと推定される。脳卒中を発症した際に急性期病院において適切な治療を行ったとしても、再発率が低下しなければ、脳卒中による重度要介護者数は今後も増加することとなる。

図表 6



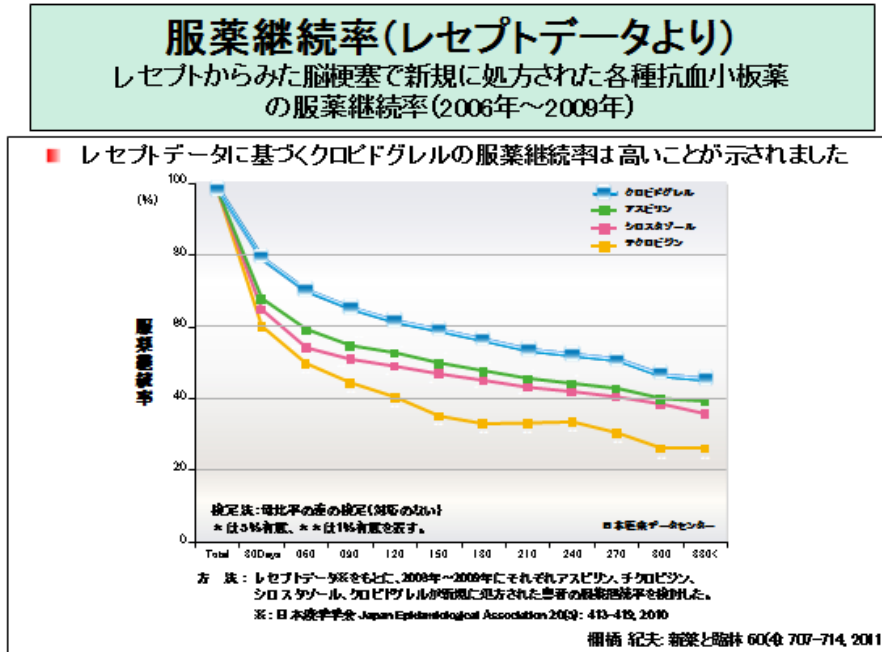
(4) セルフマネジメントとそのための教育の必要性

これまでも医療機関では、高血圧、糖尿病、高脂血症、喫煙、肥満など様々なリスク因子に関する指導管理を行ってきた。しかし、脳卒中や心筋梗塞を引き起こした患者の危険因子の未治療率を見ると、「高コレステロール血症」28%、「糖尿病」35%と未治療率が高く、「高血圧症」の未治療率は10%とやや低いものの、60%以上が降圧未達成で、危険因子に対する指導管理は十分ではない。また、脳梗塞を発症した患者には抗血小板剤が処方されるが、レセプトデータによると(図表 7)、1年間で患者のおよそ半分が服用を中断しており、再発予防治療の取り組みが十分とは言えない状況である。

近年、高齢化により心原性脳塞栓症の原因となる心房細動患者が増加しているが、脳卒中データバンクによると、心房細動患者に対し心房細動と診断されたにも関わらず抗凝固剤を服薬していた患者は10%、心原性脳塞栓症患者では8%と服用率が極めて低い。これは、診断されているにも関わらず適切な治療が行われていないということであり、再発予防以前に初回発作も十分コントロールされていないことを示している。

これらの原因は、患者自身が治療の重要性を理解せず、また脳卒中や心筋梗塞が再発性疾患であることを理解せずに治療を中断する場合や、急性期から回復期あるいは維持期に至るまで、服薬の継続等の治療計画が伝達されなかった場合などが考えられ、患者教育や連携情報の共有の在り方について対策が求められる。特に患者教育は重要で、EVEREST 研究によると、まじめに病院に通っていたグループと通院を中断したグループでは再発率に4倍の差がみられ、患者に再発予防には継続的な治療が重要であると認識させ、患者自身が再発しないために何をしなければいけないかを理解し、また患者自身が再発予防のために継続して取り組むことができるよう支援が必要である。

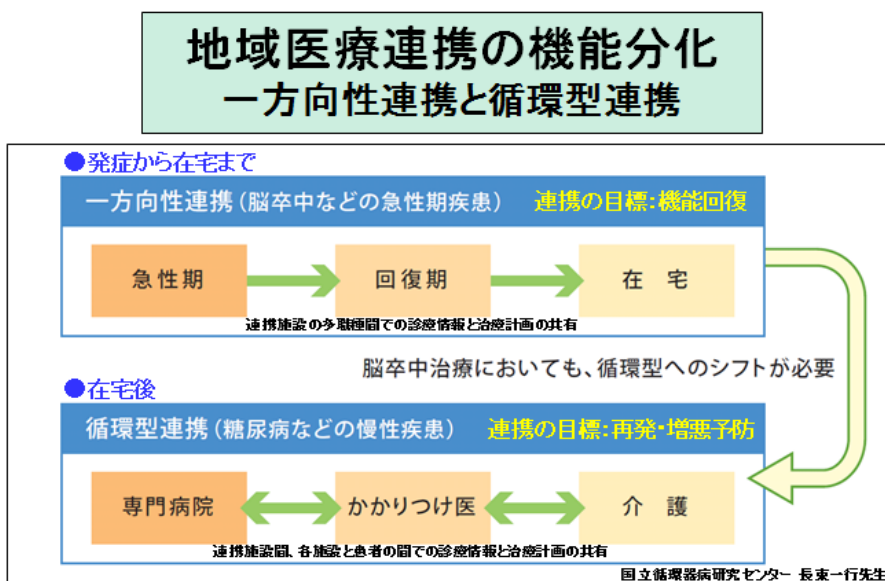
図表 7



(5) 脳卒中地域連携パスのあるべき姿／循環型連携パス

現在の地域連携パスは、病病連携や病診連携等医療機関同士の連携であり、診療情報と治療計画は病院間の職種毎に共有されるものの、患者と医療機関の間での情報共有は行われてこなかった。これに対し、今後求められるのは循環型連携パスである(図表 8)。例えば糖尿病を例に挙げると、目標は予防になるため、専門病院や専門医とかかりつけ医の間、あるいは介護も含めて、施設間や施設と患者の間で情報が共有されなければならない。患者が情報を共有して、自身が治療計画を理解し、その上でかかりつけ医や専門医、介護サービス提供者がサポーターになるということであり、在宅では患者を中心とした連携を考えなければいけないということである。

図表 8



(6) 取り組み事例

国立循環器病研究センターでは、脳卒中連携ノートを使い患者と医療機関の間で情報を共有することに取り組んでいる。また、先行事例として、北海道や熊本での新たな脳卒中地域連携システムでは、地域全体で循環型連携パスとしての脳卒中連携ノートを使い、再発・再入院を防ぐ取り組みが行われている。



北海道地域連携クリティカルパス運営協議会の「脳卒中あんしん連携ノート」のコンセプトは患者教育であり、セルフマネジメントである。なぜ脳卒中の再発を防がなければならないのか、そのために脳卒中の症状を知り、自分たちは何をしなければいけないのかといった生活のヒントまでが記載されている。その上で、ノートにパズ的な要素が盛り込まれており、医療機関同士で情報連携ができる仕組みでもある。更に、ノートの情報をデータベース化し、地域の再発率等について議論しようとしており3つの機能を持つノートである。

使い方は、退院時に看護師等が患者に説明し、脳卒中が起こった時の簡易的な発見法、危険因子、病型など本人や家族に理解していただくページや、地域連携パスの医療機関が記載されているページがある。1冊のノートを5年程度継続して使えるようにしており、専門家たちは年に1度、半年に1度来られた患者の所見を入れる。それにより最終的にはアウトカム調査を行う。かかりつけ医や専門医に半年または1年に1回、評価を頂いて、評価の部分に登録し、それによって再発率の推移を見ていこうという試みである。

(7) まとめ

現在、我が国における脳卒中は極めて再発率が高い疾病となっているが、原因は危険因子の管理その他が十分うまく行えていないことが一因である。今後は、慢性疾患管理の観点から長期的に再発予防をターゲットとして、脳卒中登録や循環パスとしての地域連携ノートなどを使い、患者との情報共有を進め、その上で専門医あるいは担当医が定期的に評価を行い、地域での脳卒中の再発率が低下しているかを検証することが必要である。

患者側の課題としては、再発予防の意義と通院・服薬継続の必要性をしっかりと理解すること、地域ごとに組織化された生活支援、地域包括ケアマネジメントによって、再発予防に取り組んでいくことが求められる。

第2章 慢性期医療からみたケアマネジメントの現状と課題

医療法人池慶会 池端病院 理事長 池端 幸彦 委員

(1) 地域の概要と当院紹介

当院は、昭和34年、福井県越前市南部の王子保地区（旧南条郡王子保村）に池端病院として開業し、昭和40年に30床の病院を移転新築した。地理的には、越前市南部と南越前町を中心に人口1万1千人ほどをカバーするエリアに位置している。また、病院所在地は中心市街地からは5キロほど離れており、病院機能としてはこの辺では唯一である。そのために、医療・介護の対象範囲は以外に広く、越前海岸沿いから山間部のスキー場近くまで直線距離にして約15kmにも及び、それが地域貢献と言えるかも知れないが、経営的には弱点でもある。

以前より、医療圏としては病床過剰地域で1床たりとも増床を認められない地域であったため、現在も入院施設としては、医療療養型19床、介護療養型11床、計30床の極小規模の入院機能しか持ち合わせていない。しかし、現在はその小規模病床の効率的運営を目指して、地域包括ケア病棟取得に向けて院内に地域包括ケア推進室を新設し、既にDPCデータ加算は取得し、目下順次その準備を進めているところである。また、在宅サービスにも力を入れ、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションを行っているほか、通所サービスとしては、通所リハビリテーション、デイサービス、認知症対応型小規模デイサービス3施設がある。また、居宅介護支援事業所には現在常勤専従職員を8名配置し、月250件ほどのケアプランを立てている。更に、介護保険発足当時よりキャリアアップの一環として、法人全体で積極的に介護支援専門員資格取得を推奨してきたこともあり、居宅支援事業所以外の常勤職員の中に18名、実に全職員の2割強が介護支援専門員資格者となっており、これが院内で介護保険事業に対する理解を得るためには非常に役に立っている。また、越前市地域包括支援センターのサブセンターを受託しており、行政との関係は比較的良好と言えよう。職員数は、非常勤を含めて法人全体では約120人超で、うち15人のPT・OT・STがおり、1割以上の職員がリハという特徴を持ち、これが法人内のリハビリテーション・マインドの醸成に貢献しているのではないかと自負している。当法人は、このような特徴を活かしながら、保健・医療・介護の複合体として、地域で一体的に質の高いサービスを提供することを目標とし運営している。

図表 9



(2) 慢性期医療におけるケアマネジメント

まず、前提である慢性期医療とは何かを整理すると、慢性期に期待されるのは“高度急性期を除く”すべての機能であると考えている。つまり、患者が比較的広範囲な地域から集中する『高度急性期』以後の「急性期後（ポストアキュート）」、在宅や介護施設等での急性増悪へ対応する「亜急性期（サブアキュート）」、更にそれらの患者の「在宅復帰」を目指す『地域急性期』あるいは『地域包括ケア期』から、神経難病末期のような『重度慢性期機能』そしてその先の『在宅・介護期』までが範疇となろう。そのためにも、今後は慢性期と言えども、質・量ともより高い医療機能が求められていく事は間違いない。では、急性期医療と慢性期医療との違いは何かを突き詰めて考えてみると、急性期医療は退院がゴールだが、特に高齢者の慢性期医療の最終的な目的は看取りであると言えるのではないだろうか。その死が数ヶ月後なのか、1年後なのか、或いは5年後か10年後かによって医療介護とも対応するプランが変わってくるだけであり、基本的には常に最終的な「死」をゴールに据えながら、マネジメントしなければならない。

当然ながら未来永劫続く命はなく、必ず看取りの場面が来る。その方に合ったテーラーメイドの看取りにするために、まずは本人や家族に寄り添い、患者本人が最終的にどういう看取られ方をしたいのかを上手に引き出し、出来るだけその希望に添う形をプランに落とし込んでいくというのが、慢性期におけるプロのケアマネジメントのあり方だと考える。そして死をゴールと捉えるならば、たとえどんな状況であろうと、最終的には死亡診断書を書く医師の存在が重要であり、そのマネジメントにあたっては、常に医療との関わりを考えていかなければならないのである。

(3) 当院の外来・入院の状況からみた課題

ア. 専門医志向へのシフト

現在の当院の外来は高齢者の慢性疾患を中心としているが、40年来、同族法人で2箇所の保育園を運営してきたこともあり、小児も含め幅広い患者層を診てきたという特徴がある。しかし、近年は専門医志向の影響等もあり外来患者は減少傾向にあり、訪問診療・往診、訪問看護、訪問リハビリ等、通院できなくなった方への支援を中心とした慢性期医療・介護の提供へとシフトしている。

また、最近の高齢者は、以前と異なりインターネット等により医療に対する様々な専門的知識を持ち合わせている方が多く、以前のような1次医療はかかりつけ医という風潮は殆ど無くなりつつあり、小児は小児の専門医へというような専門医志向が非常に強くなってきている。現に当地域のような地方でも、何時間待ちの3分診療にもかかわらず、安定した高血圧症や糖尿病ですら、大学病院等の高度急性期病院に定期的に通院している人も少なくない。時間的、費用的、更に医療資源的にも非常に非効率にも関わらず、国民全体がそういうことに慣れてしまっている状況にある。一方で、慢性期医療の立場からマネジメントを考える場合、当然ながら総合的包括的に生活的な視点も持ちながら医療提供を考える事が重要となり、むしろ専門医よりはかかりつけ医機能を合わせ持つ総合医的な医師が求められる事は言うまでもない。我が国の危機的な経済状況の中で、財政再建が僅々の大命題と叫ばれている時、やはり医療介護の分野でも、社会全体が医療機能の再編と共に、国民全体を巻き込んだ形で病病連携・病診連携の効率的な流れを積極的に創っていかなければいけない時期にきているのではないだろうか。

イ. 急性期病院の在宅医療に対する理解不足

当院のような療養病床を中心とした慢性期入院ルートとしては、大きく分けて①自院の外来、②訪問系や通所系を利用し在宅療養している方、③急性期からの転院、④サ高住（サービス付き高齢者住宅）や特養（特別養護老人ホーム）等の居住系の4つがあげられよう。当院では、常勤2人体制の連携室がフル回転して地域連携を進めており、最近ではようやく連携室同士で顔の見える連携が出来てきている。

前述の通り 30 床の小規模病院が故に、当院では基本的には在宅に帰る可能性のある方を中心に受けていくという方針をとっている。かつてはミスマッチも多かったが、従来までの「療養病床」あるいは「慢性期病床」のイメージとは異なり、最近ようやく比較的重装備を要する医療ニーズにも対応している慢性期病院として地位が確立されつつあり、「積極的なリハを実施して在宅復帰へ」「頻回の喀痰吸引や中心静脈栄養が常時必要」「ある程度までの身体合併症を持つ認知症患者」と言った、当院の機能や特徴を活かせる患者像が集まるようになってきている。

このような流れを作るための仕掛けとして、急性期病院から新規の患者を紹介頂く場合などは、可能な限り院長自ら、連携室や病棟看護師を従えて退院前カンファレンスに出向き、患者の状況を直接確認している。紙ベースの情報提供だけではどうしても患者の様子がイメージとかなりかけ離れていることも多く、直接伺ってまず患者の顔や状態を見て、更に先方の病院スタッフと情報交換することで初めて互いを理解出来ることも多い。

そういう意味では、最近でも急性期病院側の在宅医療に対する若干の理解（認識）不足を感じることもまだまだ多い。高度急性期の担当医や退院調整看護師の方などは、まだまだ在宅療養の現場のイメージが出来ず、なかなかご理解頂けない方も多く、病室内での印象だけで「もう帰れるだろう」、あるいは逆に「とても帰れないだろう」と判断されてしまっていることも決して少なくない。これを少しでも改善する方法としては、急性期医療に従事している医師・看護師に一定期間在宅の現場を経験して頂くことが最も有効であると思われるが、現実的には困難であろう。実は当院の様な慢性期医療のみの病棟スタッフであっても、やはり在宅のイメージが出来ず訪問看護師やケアマネジャーとの連携がスムーズに進まないこと多々ある。

そこで、その解決方法のひとつとして、当院では原則として病棟師長は1年以上の訪問看護経験者を当てており、約2年前から病棟看護師を順次3ヶ月交替で訪問看護を経験するシステムを試験的に導入した。これにより、単に訪問看護の体験だけでなく、ケアマネジメントの苦労も理解出来るようになり、院内のケアマネジャーからも高い評価を得ており、一つの取り組みとしてお勧めできるかも知れない。

もう一つの手法は、やはり急性期入院直後からの地域連携である。急性期疾患での入院が決まった直後から、在宅時を想定した地域のかかりつけ医やケアマネジャーとの連携を開始し、退院支援カンファレンスの時点で十分顔合わせをして患者の理解と信頼を得ておくことは非常に重要である。そのためにも、ケアマネジャーももっともっと積極的に医療機関に足を向ける必要がある。当院のケアマネジャーでも、やはりなかなか急性期病院へは足が重いようだが、私が口を酸っぱくして言い続けていることもあり、少しずつ進んでいるようである。更に多忙な急性期病院の医師に変わって、連携室や退院支援室のスタッフが、ケアマネジャーとの連携に入院早期から積極的に関わることで、十分 Win-Win の関係が構築できることも知っておきたい。

ウ. ケアマネジャーの資質向上と越前市の取り組み

当院の入院患者のうち7割ほどは、入院前からケアマネジャーがついており、残り3割ほどは、ご本人ご家族の同意のもと、当院のケアマネジャーが新たに在宅復帰を目指し支援する形となっている。ケアマネジャーの質について言及すれば、実は所属や元職の資格にはそれ程関係がなく、やはり個人の資質そのものがケアマネジャーとしての質に最も大きく影響していると考えられる。元職が介護職だから駄目ということは全くないし、また介護職は医療知識がないということでもない。自分や自分の身内と同様に利用者のことを真剣に考えているかどうか、要はやる気や積極性があるかどうか、ケアマネジャーの質の差に繋がると言える。

しかしながら、熱心で積極的なだけではやはりケアマネジメントのプロとしては通用しないことも多く、特に医療の知識（例えば予後予測など）やリハビリ、栄養マネジメントといった視点が抜けているケアマネジャーも少なくない。生活支援についてはよくマネジメントできているものの、生活の中での栄養や活動・参加の視点が抜けていることが多いのである。つまり「動くこと」と「食べること」をしっかり押さえ、そこに対してどう課題分析を行い、本人の希望に添う

形で如何に必要なサービスをマネジメントしていくかが重要となる。この為にこそ、医師、看護師、セラピスト、管理栄養士等の医療関連専門職との多職種連携が重要となる。そして究極的に目指すところは、多職種統合によるケアマネジメントと言えよう。

当院が位置する越前市では、2年前からモデル的に地域ケア会議を始めており、医療の部分のマネジメントを医師がケアマネに指摘・助言する仕組みが少しずつ入ってきている。また、ケアマネジャーの「リハ視点の欠落」も課題として捉えており、市では昨年からは事業所・本人の負担なしでリハ職を派遣する事業を始めている。特に、退院直後にリハが入っていないケースや、福祉用具や予後予測が分からないというケース等に派遣し、どういうプランがよいかをケアマネジャーにアドバイスしている。

こうした取り組みの背景としては、越前市には公立病院がなく、医師会と行政が連携せざるを得なかったという事情もあろう。そのため介護保険制度創設当初より、市医師会の介護保険担当理事と市担当者とは連携し、比較的良好な関係を続けてきたという経緯がある。そうした中、前述の通り地域ケア会議は2年前から機能し始めている。最近では課題解決の手段として地域ケア会議をうまく使おうという考え方が定着してきているので、行政の中でも保健・福祉・医療に関する連携が取れ、またその方向性も比較的統合されているのではないかと感じる。いわゆる地域包括ケアが目指す、規範的統合である。そういった意味でも、地域包括ケア推進における自治体の果たす役割は非常に大きいと言えよう。

一方で勿論ケアマネジャーも万能ではないので、一人で全て完璧にこなすことなど出来るはずもない。ポイントは、如何に正確な情報を収集して、その上でやるべきことを取捨選択し誰に振るかというマネジメントが、しっかり出来るかどうかである。そのためには、ケアマネジャーが患者に寄り添い、患者の良き代弁者やアドバイザーの役割を担っていけるようになることが望ましい。ケアマネジャーが「家ではここまでやっていた。この方はこういう生活を望んでいるので、ここまで治療してほしい。ここからは先は、家でも出来るかもしれない。」と言えるようになれば、関係者もやるべき事が見えてくる。

エ. それでも、主治医の一言は大きい

前述の取り組み等に加えて、「本人も望んでいるから、何とか自宅に帰らせよう。」との主治医の一言は、退院を大きく後押しすることになる。一般的には入院が長引けば長引くほど生活機能は低下するため、本来は退院を躊躇している時間はないはずである。「家」は生活の場であると同時に非常に有効なリハビリの現場でもあり、また患者も「生活の場」に帰れば意欲が上がり、活動も一気に向上することも多い。

当然ながら安全面を考えれば、どうしても在宅移行を躊躇しがちになるが、在宅とはすなわち、安全を最小限確保しながら、どこかで「完璧な安全性」を一部削っていくということでもあり、そのためには一定の「覚悟」が必要になる。誰かがその覚悟と責任を持つということが、在宅移行の鍵であり、誰かが旗を振らなければ、往々にして皆が「家に帰ってもできないのではないか」「立ち上がれなくなったらどうしようか」と、負のスパイラルに陥ってしまう。その覚悟と責任をもった在宅移行への本人・家族の決断を尊重し、関係者に伝え理解していただく。しかし退院支援カンファレンスでは、そういう場面で最も冷静に判断し責任を持つべき主治医や担当看護師の方が、「リスク」を考え過ぎてしまうために、在宅療養移行にストップをかけてしまうことも多い。しかし、老いさき限られた人生の終末期の在宅志向の思いを、「リスク」の名のもとにプロである医療側が先に諦めてはいけけないのではないだろうか。在宅原理主義的に最後の最後まで何が何でも「在宅」ということではなく、施設や病院のベッドも上手に使いながら、一定の覚悟を持ちつつ、いかに在宅限界を高めるための支援が出来るかが、いま専門職に求められているのである。そうすれば、たとえ独居の人でも、がんの末期の人でも、穏やかに家で看取ることは決して不可能ではないと感じている。実は「家」には、それだけの「おうちパワー」が秘められているのである。

(4) 地域における慢性期病院の役割の変化と課題

厚労省の「死に場所の将来推計」では、このままでは2030年頃には約50万人の死に場所が無くなるとしているが、その「死に場所」として期待されている居住系サービスでの「看取り」は、少なくとも大都市圏以外ではそう増えてこないと思われる。一方で、仮に病院の平均在院日数が半数になれば、「死に場所」としての病床は倍に増えることになる。さすがに急性期病院の平均在院日数が半分になる事は想定できないが、療養病床の平均在院日数にはその余地が大いに残されており、平成26年度診療報酬改定では、療養病床に「病床回転率」なるものが導入されたことも、その流れを加速するものと思われる。

勿論、今後の在宅志向を否定するつもりはないが、これからの「在宅」とは、何も死亡する瞬間が在宅であることが必須条件ではなく、不治の病や慢性疾患等を持ちながら、病床も有効活用してもらい、出来るだけ長く在宅生活を支えていくことが重要である。在宅支援の立場からの一時的な入院の選択は、決して医療提供体制の「過ち」や「敗北」ではない。一方、仮にサービス付き高齢者住宅等での看取りを追求すればする程、居住系を施設化、病院化させることにもなり、医療経済上も非効率になる。だからこそ、私はむしろ地域中小の在宅療養支援病院や有床診療所が積極的に在宅を支え、必要に応じて医療的ショートステイ（当然、造語ではあるが）も含めて短期入院加療を提供し、その結果として看取っていくことも大事な役割だと感じている。

近年では、あたかも入院医療と在宅医療がいかにも対局に位置し、どちらが○か×かというような論調も少なくない。しかし、決して入院医療と在宅医療は対立的あるいは対局的にある医療サービスではなく、それぞれの医療の特性や提供体制の違いを理解しながら、利用者の尊厳・意志を尊重し、互いに補完し合いながら出来るだけ住み慣れた地域・在宅（居宅）に住み続けられるよう在宅限界を高める事にこそ意義があるのではないかと。実は看取りの瞬間が在宅なのか病院（施設）なのかと言うことに、それ程の意義はないのではないかと。いわゆる、「ときどき入院、ほとんど在宅」の勧めである。新設された地域包括ケア病床や、在宅復帰型療養病床を中心とした慢性期病床は、正にこれからは在宅支援病床としても非常に重要な位置付けとなるであろう。そのためにもケアマネジメントの中で、緊急避難的要素も含めて常に補完的な慢性期病床利用を念頭に置くことは、在宅限界を高める意味でも重要な視点ではないだろうか。

(5) 退院時カンファレンス参加時のケアマネジャー心得 10ヶ条

ここで退院時カンファレンスに臨むケアマネジャーとしての具体的な心得10ヶ条の項目をあげてみたので、参考にして頂ければ幸いである。（下図参照）

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">①入院時から門を叩け②会議出席は、義務ではなく権利③出来るだけ、平易な言葉で④押さえておきたい「食べること」と「動くこと」⑤退院直後の訪問看護・訪問リハは有効⑥走りながら考える⑦「ホウ・レン・ソウ」の時間と手段を確認⑧在宅医療は、入院医療の出前ではない！？⑨在宅は「希望」の光（「おうちパワー」を信じよう！）⑩「いつでも入院ベッド」を担保に、共同診療 |
|--|

①出来れば退院直前ではなく、入院早期から退院支援カンファレンス等を通じて情報交換し、ご本人やご家族はもとより、スタッフ間も含めて信頼関係をおくことが理想的である。

②入院から退院につなぐ重要なカンファレンスであり、顔の見える連携の最大のチャンスであるから、ケアマネジャーはできる限りその場に参加したい。ましてや癌末期を始めとしたいわゆる「看取り」まで覚悟した退院時カンファレンスとなれば、ご本人・ご家族とも一旦それを決断したとはいえ、まだまだ多くの不安を抱えていることが多い。そのような状態で退院する際に、病院側スタッフとこれから在宅ケアを担当する多職種が一堂に会して、ご家族やご本人も交えて今後について話し合いの場を持つことは、大きな安心感に繋がるし、ケアマネジャーへの信頼関係を構築する上でも意義は大きい。時間の関係もあり参加が困難な場合もあるかと思われるが、この会議の出席は義務ではなく、ケアマネジャーとしての権利だと考え、自分から積極的に参加の意思を示していきたいところである。

③必ずしも医療関係者だけでなく、本人・ご家族や介護関係者も含めた多職種で参加する事が多い会議であるから、出来るだけ平易な言葉で話すよう心がける事は言うまでもない。

医療側と同様に、ケアマネジャーが普段使用している何気ない言葉ですら、実はかなり専門的な言語である場合も多い。それは利用者やその家族だけでなく、場合によっては医師を始めとする医療専門職にとっても、多少理解不足を招く恐れもあるので留意したい。

④「食べること」と「動くこと」がどれだけ出来ているかどうかの視点は非常に重要で、それに関連した栄養評価項目や、日常生活動作（ADL）評価、特に座位がとれるかと言う視点等から、在宅での栄養摂取方法や必要なリハビリテーションの内容、廃用予防のための在宅サービスメニューが浮かび上がることも多い。これらの点は、急性期医療に関わる先生からの情報が意外に少ない事も多く、出来ればケアマネジャーから確認すると良い。

⑤入院医療を受けている間は、24時間365日いつでもナースコールさえ押せば看護師が直ちにベッドサイドに急行し、必要なら医師が診察できる体制に置かれている。また、急性期・慢性期に関わらず、最近では退院直前までベッドサイドも含めてリハビリテーションを提供されていることも多い。しかし、在宅に戻ればその瞬間からこのような医療・看護サービス体制は受けられなくなる。この点からも、少なくとも退院直後1ヶ月程度は、訪問看護や在宅移行期の訪問リハビリテーション等のサービス導入の必要性は高い。ただ、患者本人やご家族はその必要性を充分認識できない事も多いから、そのあたりはケアマネジャーとしてしっかり伝える事も重要である。筆者は、少なくとも新規の急性期疾患で入院加療し始めて在宅に戻ろうとする患者であれば、退院当初の1ヶ月程度は、全例に訪問看護、訪問リハビリテーションを提供しても良いのではないかとさえ考えている。

⑥会議に参加する際の秘訣としては、やはり在宅ケアは実際にスタートさせてみて初めて気づく問題点も多い。始めからあらゆる場面を想定して考えられるサービスを全て揃えようとせず、実際に在宅ケアをスタートさせながら少しずつ課題を見つけ多職種で情報交換しながら解決していく姿勢で臨みたい。

⑦退院時カンファレンスが各担当者の初回の顔合わせの事も多く、今後の報告・連絡・相談の時期や手段は、是非多職種で確認しておきたい。

⑧在宅医療とは、決して病院で行っている医療をそのまま全て持ち込むことではなく、ハイテク在宅機器が進歩したとはいえ実際はコスト面も含めて無理なことも多く、在宅に併せて処置の仕方や機材等も多少簡便かつ取捨選択する工夫も必要である。それには、病院側スタッフと在宅側スタッフが、お互いの話し合いの中でその落としどころ（妥協点）を見つける努力が肝要であり、その際の鍵を握るのが在宅主治医である。是非ケアマネジャーは、この視点で会議をリードしていきたい。

⑨癌末期や予後が厳しい神経難病等の場合、多くの課題が浮かび上がる内容にならざるを得ないが、在宅生活に戻れることの意義や一種の「希望」の気持ちも尊重しつつ、「みんなで協力し合えば、何とかありますよ！」と、ケアマネジャーが多少「明るく」振る舞う方が良い場合もある。実際に、予想に反して思いの外お元気で在宅生活を送る方も多く、「おうち」には目に見えないパ

ワーが宿っているとしか思えない体験を、多くの在宅関係者が経験しているところである。(勿論、その逆もあるのだが・・・)

⑩最後に、良く指摘されることとして、どうしても入院から在宅へ移ると、病院から見放されてしまうのではないかといった不安感を覚えるご家族やご本人も多い。この点からも、在宅に移行しても病院の先生としっかり連携をとりながら、必要に応じた緊急入院も含めて共同で診ていくという姿勢を示すことが求められる。

(6) 慢性期医療の立場から見た退院支援

ここまでは、主として急性期病院から直接在宅ケアへ移行する場合の導入を中心に解説してきたが、最後に急性期医療と在宅医療の間を繋ぐ「慢性期医療」の可能性について触れておきたい。

冒頭にも触れたとおり、今後は好むと好まざるに関わらず、居住系を含めた「在宅」移行への圧力は益々高まると思われる。しかし、一方では急性期医療の現場と、介護や在宅の現場のギャップもまだまだ大きいものがあり、拙い筆者の経験でも、「今週退院したいので、退院時カンファレンスを！」と急性期病院の退院調整担当者から急遽声がかかり、カンファレンスに参加したものの数日での調整は困難と思われるケースもまだまだ多いと思われる。中には、重介護状態でありながら介護保険認定の申請すら出来ていない状態で、突然主治医から退院を伝えられ、介護サービスの先出しでの綱渡りの在宅移行にならざるを得ない場合も散見される。しかし、急性期病院として、新規の急性期患者を少しでも早く適切に受け取っていくためには、やむを得ないところである。そこで、急性期病院には手術など純粋な急性期医療だけを担って頂き、ある程度安定期になったら、その後を担うべき亜急性期や回復期を担える病棟(病院)に出来るだけ早く転院し、そこで改めて介護・医療を一体的に提供しながら、在宅移行に向けての支援・調整を行う、正に「在宅支援病床機能」が必要ではないかと感じている。そして、その機能を担うものとして、広義の急性期以後の慢性期機能として「亜急性期病棟」「回復期病棟」や一部の一般病床や療養病床が上げられるであろうし、「在宅療養支援病院」は正にこの機能のための病院と言える。この点については、私も委員として参加している「入院医療等の調査・評価分科会」(武藤正樹分科会会長)でも議論されているところであり、今後の病院機能のあり方の方向性を注視したい。いずれにしても、これらの病床機能をツールとして持つことが、これからのケアマネジメントに大きなセーフティネットになるのではないかと感じている。

(7) 最後に ～『主事ケアマネジャー』を目指せ～

急性期・慢性期の別なく在宅復帰を目指す全ての病院の立場からも、ケアマネジャーの果たすべき役割は今後益々大きくなっていくであろう。少なくとも医療面では病棟に比して人員体制も環境も劣る在宅で療養を続けるためには、医療・介護を含めた多職種協働が欠かせない。そして、在宅での医療・介護サービスを調整する際に、患者や家族の一番近くで接しているケアマネジャーには、彼らの代弁者としてその要望や悩みを上手く“翻訳”し、医師を始めとする専門職に“通訳”して頂くことを期待したい。それこそが、セルフケア・セルフマネジメント支援となるであろう。そのためにも、ケアマネジャーには医療的マインドを持ってもらい、一方で医療者側にも生活の視点を持って頂く事が肝要である。

最新の地域包括ケア研究会報告では、医療と介護の「連携」から「統合」といった視点が強調されている。慢性期医療の立場からも、これからのケアマネジャーには、地域包括ケア推進のための医療と介護の連携・統合の要の職種として、出来れば医療における主治医と同じく、『主事ケアマネジャー』として最後まで利用者に寄り添いながら、生涯にわたりより専門性の高いケアマネジメントを追求して頂く事を大いに期待したい。

第3章 地域医療側からみたケアマネジメントの現状と課題 ーセルフマネジメント、ケアマネジメント、かかりつけ医機能のあり方ー

医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 院長 川越 正平 委員

(1) はじめに

要介護者の長期にわたる経過の中で、ケアマネジメントはその生活の根幹を支える役割を果たす。そして今日、医療と介護の連携の重要性が指摘されるとともに、介護支援専門員の医療連携への貢献が期待されている。一方、要介護者が有するさまざまな疾病や障害のために必要となる医療とそのマネジメントを別途に切り離して考えることはできないことから、かかりつけ医の役割やこの両者が連携する意義が大きくなることもまた自明である。さらに、当事者や家族が長期にわたる経過において自らの健康への関心を高めることや、予防や慢性疾患の安定的な管理のために、セルフマネジメントの視点を持つことの重要性が指摘されている。

本稿では、高齢者が長期にわたる経過の中で、予防はもちろんのこと、その後にケアや医療を必要とするようになり、入院や要介護状態を経て、最終的に死に至る一連の経過を想定しつつ論考をすすめる。前述のように、セルフマネジメント、ケアマネジメント、かかりつけ医機能の3つのマネジメントが効果的に組み合わせられ、継続的に遂行されることによって、高齢者の生活の質を高めることにつながり、また結果として要するコストの低減をももたらさうものと思われる。本稿では、この三者をどのように組み合わせるべきかについての基礎的な考察を試みたい。

(2) 高齢者に必要なマネジメント

高齢者の長期にわたる経過の中で必要となるマネジメントを「総合評価」、「疾患等の統一的管理」、「緊急事態への備えと対応」、「セルフマネジメント」の4つのカテゴリーに分類し、検討を試みた(図表10)。これらのマネジメントを高齢者自身をはじめ、介護支援専門員、そしてかかりつけ医がどのように分担することが望ましいのかについて、カテゴリーごとに必要となるマネジメントとその役割について論じる。なお、論考にあたっては、現行制度下では関与が困難な点も少なくないことから、現行制度にとらわれることなく、高齢者に必要なマネジメントがどうあるべきかに焦点を当てて考察する。

ア. 総合評価

高齢者が有する疾病の評価は、医師の専権事項と言える。内科や総合診療など全身の疾患を扱う診療科の医師が、その役割を担当するにあたりふさわしいだろう。身体機能については、狭義の身体活動性のみならず、ADLやIADLを含め包括的に把握したい。要介護者にリハビリ専門職や訪問看護師、介護職員等サービスを提供している関係者から、当該高齢者の行動範囲の広がりや家屋内での生活状況、それらの場面で必要となる援助等について、情報を得ることができる。

認知機能や、うつなどの精神心理機能も重要な情報である。この点については、診察室での限られた時間で行う問診等では十分に把握することは難しいことから、介護支援専門員が訪問介護員や家族から得られる情報等を含め、包括的にとりまとめることが当該高齢者の生活を理解する際に役立つ。

さらに、高齢者における有病率の高さを鑑みて、歯科疾患や低栄養を看過してはならないことから、歯科医療機関における歯科疾患および口腔ケアの実施状況、さらには摂食嚥下機能について把握することが重要である。栄養摂取状況の評価については、管理栄養士との連携が望ましい。

一方、職業歴や趣味、嗜好などの生活背景や、世帯構成、家族関係、家屋構造、経済事情などの家庭背景、そして近所づきあいや地域における役割などの地域背景もまた、当該高齢者の理解

を深めるために貴重な情報と言える。要介護高齢者に関するこれらの情報収集については、かかりつけ医以上に介護支援専門員が力を発揮するものと思われる。

イ. 疾患等の統一的管理

糖尿病・高血圧症・高脂血症などの生活習慣病の管理は、かかりつけ医が担っている。これら3疾病と認知症については、地域包括診療料を算定している医療機関の場合、包括的な管理に対する診療報酬上の高い評価が、平成26年度の診療報酬改定において制度化された。また、5大疾病に含まれるがん・脳卒中・急性心筋梗塞・精神疾患については、がん治療医や各専門医、精神科医と必要に応じて連携しつつ、かかりつけ医が地域連携パスの維持期管理を司るべきであろう。さらに、歯科・口腔疾患の有病率は著しく高いことから、高齢者に歯科疾患の管理や口腔ケア継続の必要性を指導することもまた、かかりつけ医や介護支援専門員の重要な役割だと認識する必要がある。

一方、先述の地域包括診療料の算定要件として、通院医療機関や処方薬をすべて管理することがかかりつけ医機能に位置づけられた。「総合評価」や「疾病等の統一的管理」によって包括的に把握された健康課題や疾病等に関して、患者ごとに個別化した健康指標を設定することは、かかりつけ医が担うべき極めて重要な機能だと考えられる。

ウ. 緊急事態への備えと対応

診療報酬上の時間外対応加算を算定しているかかりつけ医は、診療時間外であっても患者からの問い合わせに応じる体制を整えている。また、介護報酬の特定事業所加算を算定している居宅介護支援事業所は、24時間にわたり連絡体制・相談対応体制を確保している。担当している患者や要介護高齢者の病状や介護の必要性に変化があった場合、必要に応じてかかりつけ医や介護支援専門員が相談に応じることによって、緊急時であっても急病対応や救急搬送などの医療連携や、緊急でのショートステイ利用などの介護連携を提供することが望ましい。さらに、診療にまつわる情報や介護に関する情報を、あらかじめ文書の形で一元的にとりまとめておくことにより、緊急事態に際して速やかに重要な情報を連携先機関に提供することができるだろう。

エ. セルフマネジメント

「疾病等の統一的管理」の項において提起した「患者ごとに個別化した健康指標の設定」について、その測定と記録を行うのは患者自身や家族に他ならない。かかりつけ医と介護支援専門員は、意識して患者にその実行を推奨する責務がある。必要に応じて訪問介護員や家族、そして訪問看護師と連携するのは優れた方法であろう。

医療機関への受診継続の確保が極めて重要なことは、脳卒中のみならず、糖尿病についても厚生労働科学研究「糖尿病予防のための戦略研究」の課題2「J-DOIT2」の研究成果によって明らかにされている（コラム参照）。この点に関して、J-DOIT2では糖尿病療養指導士等による介入が行われたが、かかりつけ医療機関のスタッフはもちろんのこと、要介護者については介護支援専門員が受診勧奨を行うことも対策として一考の価値があるだろう。

服薬状況の把握については、生活の場である居宅を訪問すること、すなわち在宅医療や在宅ケアが優れた方法であることは自明である。実際の在宅医療の場面において、居宅を訪問して薬袋等を直に確認することにより、服薬状況が不良であることを把握することを少なからず経験するからである。つまり、薬剤師や訪問看護師等と連携しつつ、介護支援専門員も服薬アドヒアランスの改善に貢献できる可能性があると言える。

そもそも、健康に関する関心を高め、健康を維持し、疾病を予防し、疾患管理のために必要な行動変容に高齢者が自ら取り組む意義は大きい。しかしながら、このような健康啓発は容易に遂行・継続できるわけではないことから、かかりつけ医と介護支援専門員、そして患者自身が良好な関係性を構築することを前提条件としつつ、前向きに取り組めるような工夫や戦略が必要となる。

さらに、本項で述べたセルフマネジメントに取り組んでいくためには、高齢者自身が今後どのような生活や生き方を希望するのか、治療上の選択や介護の提供体制等を決定するに当たり、どのような選択肢を好むのかについて明らかにしておく必要がある。特に、高齢者の場合、複数の病態や障害を有していることが多く、さらに何らかの認知機能障害を合併しそれが徐々に進行していくことも少なくない。現実の治療や介護提供にあたり、意思決定を要する急病等の場面では、論点が複雑で容易に結論を出せないこともしばしばである。だからこそ、かかりつけ医や介護支援専門員により、急病時のみならず、平時から継続的に意思決定にかかる支援が提供されていることが肝要であろう。

図表 10 セルフマネジメントとケアマネジメント、かかりつけ医機能のあり方

	かかりつけ医	介護支援専門員	高齢者
【総合評価】			
疾病評価	◎		
身体機能	◎	○ リハビリ専門職・訪問看護師	
精神心理機能	○	○ 訪問介護員・家族	
口腔・栄養機能	○	○ 歯科医師・管理栄養士等	
生活背景	○	◎	
家庭背景	○	◎	
地域背景	○	◎	
【疾病等の統一的管理】			
生活習慣病管理	◎		
糖尿病・高血圧症・高脂血症	* 地域包括診療料		
重大疾病に関する医療連携			
がん	○ がん治療医		
脳卒中・急性心筋梗塞	○ 各専門医		
認知症	○ * 地域包括診療料		
精神疾患	○ 精神科医		
歯科・口腔疾患	○ 歯科医師		
医療機関受診状況の把握	◎ * 地域包括診療料		
処方薬剤の統一の把握	◎ * 地域包括診療料		
個別化した健康指標の設定	◎		
【緊急事態への備えと対応】			
24時間切れ目のない相談応需	◎ * 時間外対応加算	◎ * 特定事業所加算	
緊急時医療介護連携	◎ * 時間外対応加算	◎ ショートステイ施設等	
診療情報の一元化とその更新	◎	○	
【セルフマネジメント】			
健康指標の測定と記録	○	○ 訪問看護師・訪問介護員・家族等	◎
受診継続の確保	○	◎	○
服薬状況の把握と介入	○	○ 薬剤師・訪問看護師	◎
健康啓発	◎	○	○
継続的な意思決定支援	◎	◎	○

(3) まとめ

ここまで、地域医療側からみたケアマネジメントの現状と課題について、セルフマネジメント、ケアマネジメント、かかりつけ医機能のあり方を中心に論考をすすめてきた。総括すると、「疾病等の統一的管理」はかかりつけ医が中心となり、必要に応じて連携医療機関と情報を共有しつつ、疾病管理を継続する必要がある。「総合評価」と「緊急事態への備えと対応」については、かかりつけ医と介護支援専門員の双方が医療介護領域の多職種と連携しつつ、その役割を果たしていくことが望ましい。現状では、その方法や役割分担は明瞭でないことから、今後の検討が待たれる。

一方、「セルフマネジメント」については、かかりつけ医と介護支援専門員、そして高齢者自身の三者が連動しつつ、取り組んでいく必要がある。「健康啓発」については、特にかかりつけ医が主導することにより、患者の納得・理解を得られやすいものと思われる。「受診継続の確保」については、当事者であるかかりつけ医だけでなく、介護支援専門員が関与することにより、効果が期待される。「意思決定支援」については、かかりつけ医と介護支援専門員が力を合わせて、医療

と生活や背景の双方の側面から支援することが望まれる。そして、「健康指標の測定と記録」や「服薬状況の把握」は、本来その意義を納得・理解した高齢者自身が能動的に取り組む形ですすめられるべきであろう。

図表 10【セルフマネジメント】にあるかかりつけ医、介護支援専門員、高齢者の欄について、ほぼすべての項目に○がついていることは示唆的である。つまり、セルフマネジメントを構成する要素には、三者のすべてが関与しうると言える。この三者の共同作業自体が重要な意味を持ち、その役割分担は高齢者を取り巻くさまざまな状況に応じて多様な組み合わせがあり得ると考えられる。いずれにせよ、この三者がチームを形成して効果的に機能することが重要であると言える。

(4) おわりに

これまで、介護支援専門員は主治医意見書を通じてかかりつけ医と連携してきた。さらに、「連携」とは、介護報酬上に設定されている入院に際しての入院時情報連携加算や退院・退所加算、居宅における緊急時等を行う緊急時等居宅カンファレンス加算を算定する際に行うものとする考えの向きもこれまではあったかもしれない。しかし、本稿で論じたように、介護認定更新時や入院時、緊急時にとどまらず、平時から看取りまでのすべての時期において、高齢者のセルフマネジメントを中心に据えて、その推進のためにかかりつけ医と介護支援専門員、高齢者自身が効果的に連携し、一貫して対応するための戦略を練る必要がある。たとえば、介護報酬において、セルフマネジメントを強化するために介護支援専門員が取り組む活動を評価する仕組みは一考に値する。また、すでに診療報酬に位置づけられた地域包括診療料の要件に一定の内容を追加することによるかかりつけ医機能のさらなる強化が、セルフマネジメントの普及、ひいては高齢者のトータルマネジメントの推進につながることを大いに期待したい。

コラム：糖尿病予防のための戦略研究 (J-DOIT2)

2 型糖尿病を対象とした本研究では、患者の多くには自覚症状がないことから、一度医療機関を受診して糖尿病と診断されても、その後治療への意欲を失ったり、通院継続の必要性を十分に理解せず、通院を中断する場合が存在する。そこで、かかりつけ医とその外来糖尿病患者を対象に、患者に対する受診勧奨と、電話や手紙による生活指導と、医師への診療内容のフィードバックによって、どれだけ受診中断を抑制できるかを検証した研究である。

本研究では、2236 人の 2 型糖尿病患者を「診療支援群」と「通常診療群」に割り付け、「診療支援群」に対しては予定日に受診しなかった場合に電話や手紙で積極的に受診を呼びかける、検査値の目標達成度をフィードバックする、食事と運動のアドバイスを行い患者を励ますなどの指導を行った。その結果、12 か月間の観察期間中に受診を 2 か月以上中断した患者は「診療支援群」で 30 人 (3.04%)、「通常診療群」で 105 人 (8.25%) であり、診療支援を行うことで治療中断率は 62%減少したことが明らかになった。支援を受けた患者は血糖コントロールもより改善しており、HbA1c は 0.17%、随時血糖は 8.15mg/dl 低下していた。

第4章 医療介護総合提供施設からみたケアマネジメントの現状と課題

社会医療法人財団董仙会 理事長 神野 正博 委員

(1) 恵寿総合病院の概要

恵寿総合病院は、292床の7対1入院基本料病棟の他に、亜急性期として回復期リハビリ病棟47床、地域包括ケア病棟47床、障害者病棟40床を持つ、急性期を主体としたケアミックス型病院である。

病床数：一般426床	施設基準：
診療科：24科	(財)日本医療機能評価機構認定病院
職員数：729名	基幹型臨床研修指定病院
(常勤医師70名、看護師334名)	石川県地域がん診療連携協力病院
平均在院日数：16.1日	開放型病院
病床稼働率：87.1%	救急告示病院
1日平均外来患者数：約750名	在宅療養後方支援病院(4/1~)
年間手術件数：3,500件	DPC対象 292床、7：1看護
内視鏡件数：10,000件	総合入院体制加算・事務補助加算算定
	回復期リハビリ病棟(Ⅰ) 47床
	地域包括ケア病棟 47床
	障害者病棟40床

(2) けいじゅヘルスケアシステム

社会医療法人財団董仙会と、社会福祉法人徳充会を「けいじゅヘルスケアシステム」と総称する。主に急性期から回復期医療を担う恵寿総合病院を基幹とする社会医療法人財団董仙会と、身体・知的障害や高齢者の福祉サービスを提供する社会福祉法人徳充会からなる、いわゆる医療福祉複合体である。病院以外には4つの診療所、入所施設5施設、通所施設18施設、その他在宅サービス21施設を有し、総入院入所ベッドは1300床となる。

「いつでも、誰でも、たやすく安心して診療を受けられる病院にする」という創業精神のもと、「面倒見の良い医療」をスローガンに、急性期医療から入退院後のケア、リハビリ、介護までライフサイクルすべてに最適な医療サービスを提供することを目指している。

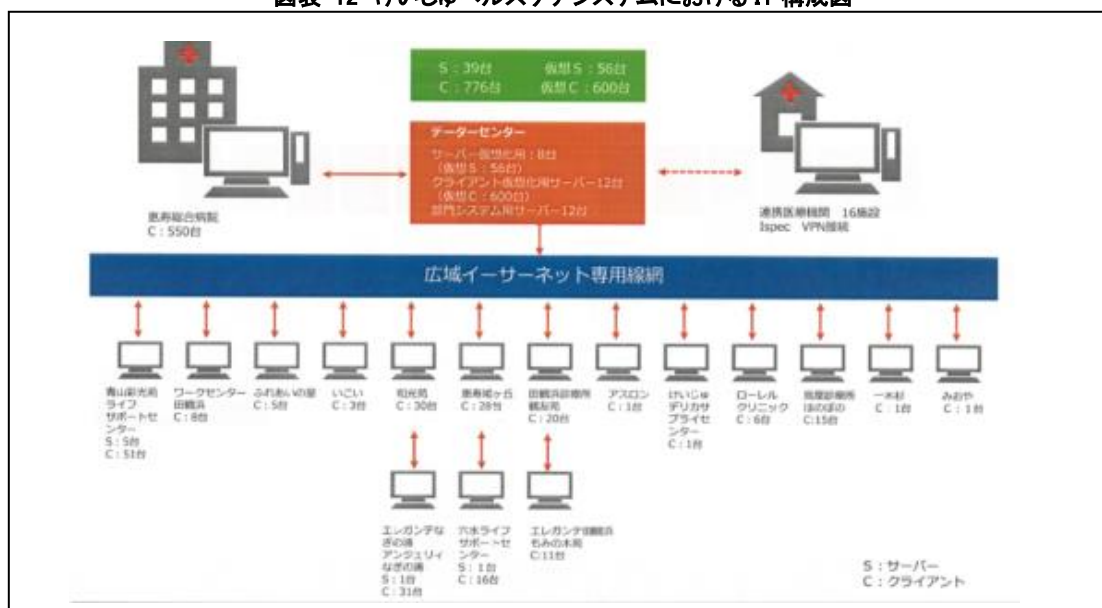
図表 11 けいじゅヘルスケアシステム ～医療福祉複合体～



(3) 1患者1IDの電子カルテシステムの概要

けいじゅヘルスケアシステムでは、構成する全施設が、1997年よりネットワークでオンライン化され、また2014年からは仮想化技術が導入されており、1患者/利用者で1IDとして、医療・介護・福祉情報の一元管理が行われている。当法人では、全施設と全サービスで急性期病院と同じ電子カルテシステムを利用しており、介護施設やサービス内容によって電子カルテの入力ボタン等は簡略されているものの、同じ構造と同じデータベースであり、1か所のサーバーに情報は格納されている。

図表 12 けいじゅヘルスケアシステムにおけるIT構成図

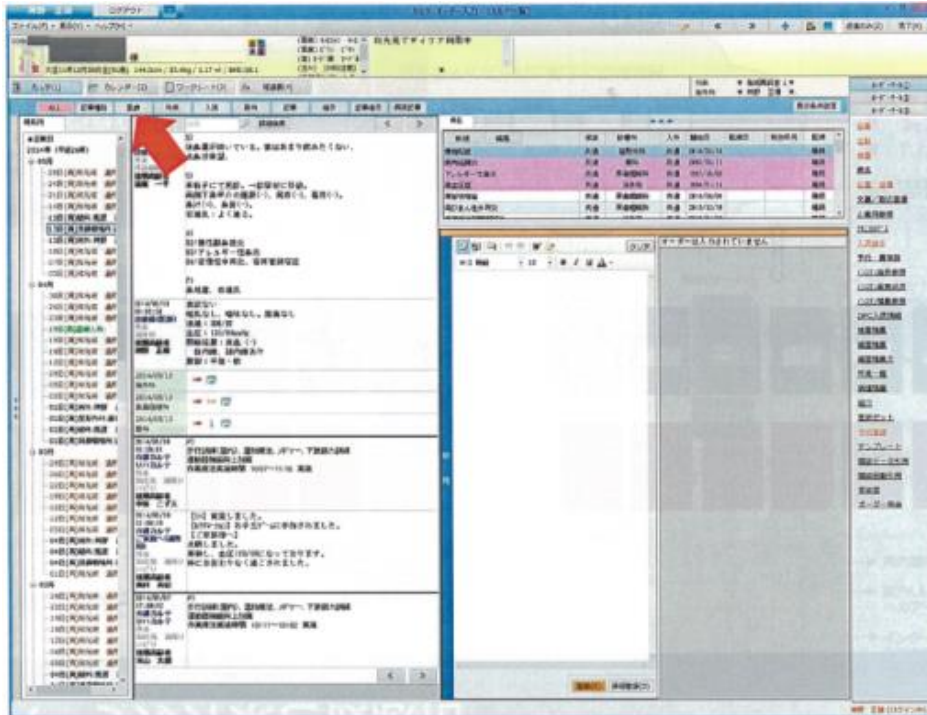


このITシステムにより、看護師やケアマネジャー等、医療・介護それぞれの専門職が、それぞれの専門的視点で情報を入力し、患者・利用者の最新情報を閲覧できる。

現在、約20万人程度の患者・利用者情報がデータベース化されており、10年間当法人の利用がないという人もいるが、アクティブな人の情報は、病院と介護に相互に引き継がれる。全体のなかで新規IDが付与される患者の割合は少なく、入院患者の5.4%、外来は1.9%程度である。

下図(図表13)は、当院の電子カルテ画面の例である。記録した内容は全て蓄積するようになっており、これは、病院の診療記録などだけでなく、デイサービスなどを使っても、その記録が蓄積されていく。データは膨大になるが、表示条件を変更することにより、例えば入院記録のみや、医師の記録のみなど、条件を変えて閲覧することが可能である。

図表 13 電子カルテ画面



(4) 早期退院の仕組み

ア. MSWの早期介入

当院では、スムーズな退院支援につなげるため、入院早期から MSW が介入する仕組みを構築している。

患者入院時、看護師が入院時アナムネ（問診）の際に、本人や家族と面接をする。そこで『退院困難な要因』をもとにスクリーニングを行う。入院1～2 日以内に看護師はスクリーニングした結果を電子カルテ上にチェック入力を行う。

図表 14 退院困難になる要因チェック画面

今回の入院において、退院が困難な要因はありますか？下記より選択下さい。

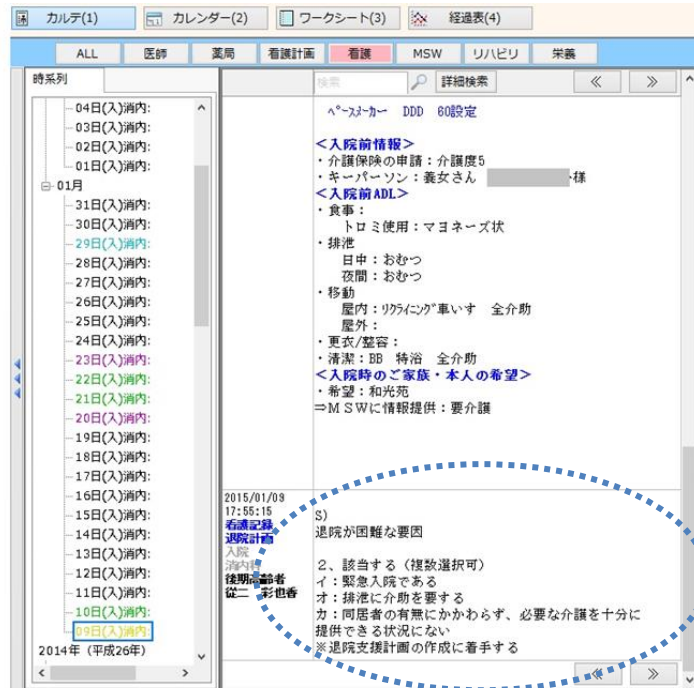
1、該当しない

2、該当する（以下複数選択可）

- ア：悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかがある
- イ：緊急入院である …予約入院を除く
- ウ：介護保険が未申請である …85歳以上で予約入院を除く
- エ：入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要である（必要と推測される） …脳卒中、骨折など後遺症が推測される疾患の方
- オ：排泄に介助を要する …入院前よりオムツ使用の状態
- カ：同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない …一人暮らし、施設からの入院
- キ：退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要
- ク：入退院を繰り返している …3ヶ月以内に再入院している、予約入院は含まない

※退院支援計画の作成に着手する（該当する項目がある場合は、チェックして下さい）

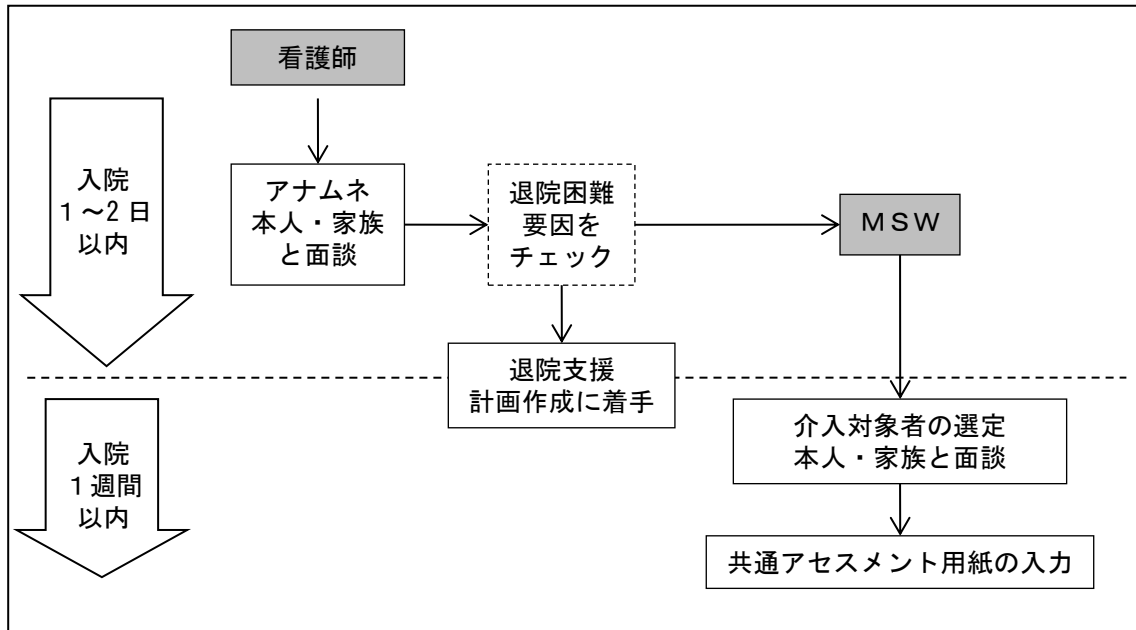
図表 15 退院困難になる要因の電子カルテへの反映



MSW は、電子カルテ上で何にチェックがされているか確認し、支援の必要性を判断して介入することとなる。その他、MSW は病棟看護師間の送りや病棟回診にも同行し、多職種と情報共有も行っている。介入が必要な場合は、概ね入院後 1 週間以内には、MSW はご家族との面談を実施し、「共通アセスメント用紙」の作成に取り掛かる。なお、救急の場合など、すぐ介入が必要と判断された患者については、看護師から MSW に口頭で連絡が入り、MSW が出向いている。課題を抱えている方の中には受診歴のある方も多く、電子カルテ上の過去の記録も MSW 介入の必要性の判断材料とし、看護師が確認し、MSW への連絡に利用している。

MSW は、退院調整にあたり多職種と協働し、退院支援計画書を作成している。退院調整加算を算定していることから、入院して 7 日以内に退院支援計画作成に着手する。その後、計画書を作成する際には本人・家族の意向に添い、関係職種とカンファレンスを実施している。ご家族の同意を得たり情報収集を行い、それをもとにカンファレンスをし退院支援計画を立てる、という流れが出来ている。カンファレンスは MSW が調整するが、病棟ごとの既存のカンファレンスや関係職種が参加する回診を、退院支援計画カンファレンスの場としても活用している。早急に退院支援計画を立てる必要がある場合は、その都度情報を共有し、退院支援部門看護師である病棟師長等と、必要に応じカンファレンスを実施している。

図表 16 MSW早期介入の仕組み



イ. ケアマネジャーとの連携

入院中に、退院後の生活を想定し相談するということで、ケアマネジャーに積極的に介入を依頼している。サービス担当者会議と退院前カンファレンスを兼ねることも多いが、グループ以外のケアマネジャーとも連携し、積極的に参加して頂いている。文書のみやりとりというよりは、直接来て下さる方が比較的多い。また、電話でも密に連絡を取り合っているため、グループ以外のケアマネジャーとは顔の見える連携が出来ていると思われる。ケアマネジャーの動きや特徴も把握した上での退院支援が可能となっている。

(5) 当院の運用からみた医療・介護連携の課題

当院のケアマネジャーがケアプランを作る際、特にゼロからプランを作る際は、全て一から作る運用となっている。つまりシステム上、MSW や看護師、リハビリ等が作成する各種計画等と連動してケアプランを作る仕組みになっていない状況にある。

特に、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同して作成する「リハビリテーション総合計画」と連動していない点は、患者のケアマネジメントにおいて課題であると考えられる。

ケアプランにおける、「どうやったら出来るようになるか」という自立の視点の欠如は、広く問題視されており、自立の視点を欠くと、例えばお風呂に入れないのであれば「お風呂に必要な介助をする」となり、デイサービスを活用するケアプランが立てられることになる。リハビリ計画と連動したプランニングができれば、自立の視点が欠如するという課題を、未然に防ぐことも可能である。

ケアプランが各種計画等と連動されていない要因の1つは、プランニングにおける「思想の違い」が挙げられる。すなわち、ケアプランにおいては、上限支給限度額との調整を併せて考えていかなければならない。たとえ病院側が「退院後はこのサービスをしてください」と言ったとしても、費用的な問題の為に、「ちょっとそこまでは難しい」となる場合も出てくる。こうした状況では、ケアプランの質を担保するためにシステムを一本化するだけでは不十分である。

第5章 地方自治体におけるセルフマネジメント推進の方法

武蔵野市 健康福祉部 部長 笹井 肇 委員

大垣市 福祉部 介護保険専門官 篠田 浩 委員

武蔵野市 健康福祉部高齢者支援課相談支援係・地域包括支援センター
主任 茅野 泰介 作業部会メンバー

1. 地方自治体におけるセルフマネジメントの現状と課題

(1) 要介護（支援）高齢者のセルフマネジメント

介護保険制度では、介護保険法第41条第6項及び介護保険法施行規則第64条（介護保険法第53条及び介護保険法規則第83条）の規定に基づき、要介護（支援）者が自ら介護サービス計画（ケアプラン）を作成することが認められており、この自己作成が、介護サービスの現物給付の要件のひとつになっている。

しかし、介護サービス計画を自己作成している利用者は極めて少ない。その要因としては、①専門職である介護支援専門員が行う仕事と、一部似た作業を求められること。②セルフマネジメントを支援する仕組みが、ほとんどの自治体にはないこと。③介護支援専門員に居宅サービス計画（ケアプラン）の作成依頼をしても、利用者負担が無料であること、などが考えられる。

【参考】武蔵野市、大垣市のケアプランの自己作成数（実人員）

年度区分	武蔵野市	大垣市
平成24年度	2件	1件
平成25年度	2件	1件
平成26年度	1件	1件

(2) 介護予防対象者のセルフマネジメント

平成18年度の地域支援事業の導入により、介護予防対象者の把握は市町村が行い、介護予防対象者の予防プランは地域包括支援センターが行うことになった。

しかし、多くの自治体が二次予防対象者の把握までは進むが、対象者数が多いため、予防プランの作成には至っていない。また、介護予防対象者自身がセルフマネジメントを行うことについては、高齢者自身にセルフマネジメントスキルがあれば可能であるが、困難である場合には、これを技術的に支援する仕組みが多くの自治体にはないのが現状である。

【参考】武蔵野市、大垣市の二次予防対象者数および地域包括支援センター職員数等の基礎数値（概数）

区分	武蔵野市	大垣市
65歳以上の高齢者数	30,000人	40,000人
二次予防対象者数	4,400人	9,000人
地域包括支援センターの設置数	直営（基幹型）1箇所 支所 6箇所	直営 1箇所 委託 4チーム
地域包括支援センターの保健師・看護師数	9人	5人

2. セルフマネジメントを推進する必要性

(1) 後期高齢者の急増

国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、65歳以上高齢者数は、2015年に3,395万人で、全人口に占める割合は26.8%であったのが、2025年には3,657万人(30.3%)、2055年には3,626万人(39.4%)になると推計される。

また、75歳以上高齢者数は、2015年に1,646万人で、全人口に占める割合は13.0%であったのが、2025年には2,179万人(18.1%)、2055年には2,401万人(26.1%)になると推計される。

(2) 地域包括支援センターの現状

地域包括支援センターは、平成25年度の実態調査によれば、全国で1,580の保険者全てに設置され、センター設置数は、4,484箇所、センター職員数は、27,854人となっている。

センターは、包括的支援事業として、①総合相談支援業務、②権利擁護業務、③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、④介護予防ケアマネジメント業務を必須実施しており、各自治体では地域包括支援センターを増設しているものの、センター職員は多忙な現状にある。

【参考】「地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業」三菱総合研究所より

○地域包括支援センターが抱える課題

・ 困難の対応に要するための時間が増えている
・ 専門的な知識、技術が必要な相談が増えてきている。
・ 専門職の確保が難しい。
・ 3名で土日を含む対応をしているため、勤務の調整が難しい。

(3) マネジメント業務についての役割分担

各地方自治体では、急増する後期高齢者の実態や、全ての高齢者の相談に対して保健師等の専門職が個別マネジメントを行う困難性を鑑み、また、少ない専門職の効果的活用の視点からも、①中重度の要介護高齢者に対する個別ケアマネジメント、②要支援者（介護予防・日常生活支援総合事業対象者のケアプランA対象者）に対する個別マネジメント、③セルフマネジメント対象者支援など、今後の医療・介護・予防マネジメントについて役割分担をしていくことが必要ではないか。

(4) いわゆる団塊の世代の意識

いわゆる団塊の世代は、今までの後期高齢者の年代に比べ、医療・介護サービスへの意識、疾病予防・介護予防の意識が高いと思われる。この意識の高さはセルフマネジメントの実施に向けて重要な要素であると考えられる。

3. セルフマネジメントを推進するための方策

(1) 本研究会における「セルフマネジメント支援」

「セルフマネジメント支援」とは、

- ①本人の希望または同意を前提として
- ②本人の状態像に応じて
- ③本人自らが主体的に日常生活上の目標設定とその達成を継続して行うこと（セルフマネジメント）ができる技術を身につける
- ④そのための支援（サービス）を提供する。

(2) 「セルフマネジメント支援」の留意点

「セルフマネジメント支援」の留意点として次のことが考えられる。

- ①本人が希望している、やる気があることが大前提である。
- ②要介護状態、要支援状態、元気な高齢者など様々な状態像に応じたセルフマネジメント支援の方法（人・財源）が考えられること。
- ③セルフマネジメント支援のための様々なツールを活用すること。
- ④地域の高齢化の進展状況、社会資源の状況や関係機関の連携度合によって、効果的な支援のあり方は異なるため、市町村が各地域の実情に応じて支援体制を構築できること。

(3) セルフマネジメントを推進するためのモデル事業の実施

前述した、①中重度の要介護高齢者に対する個別ケアマネジメントについては、毎年実施されている都道府県の介護支援専門員（ケアマネジャー）の養成、②要支援者（介護予防・日常生活支援総合事業対象者のケアプラン A 対象者）に対する個別マネジメントについては、市町村の地域包括支援センターの増設が行われている。

しかし、③のセルフマネジメント対象者支援は、多くの自治体では行われていないため、本研究会では、セルフマネジメント推進のため、モデル事業の実施を提案する。

4. セルフマネジメントを推進するための具体的な提案（モデル事業）

セルフマネジメントを推進するため、(別添)のモデル事業を提案する。

本モデル事業を実施後、その結果をふまえ、セルフマネジメントあり方について精査していく必要がある。

(仮) 医療・介護連携によるセルフマネジメント支援モデル事業実施要綱 (案)

1. 目的

高齢者が自立して生活することができるよう、本人等の希望又は同意を前提として、本人の状態像に応じて、自らが主体的に日常生活上の目標設定とその達成を継続して行うこと（以下、「セルフマネジメント」という。）ができる技術を身に付けるための支援（以下、「セルフマネジメント支援」という。）について、医療及び介護が連携しながら継続的に実施していくことができる体制の構築を目的とする。

2. 実施主体

市町村（特別区並びに地方自治法第 284 条第 1 項の一部事務組合及び広域連合を含む。以下同じ。）

3. 事業内容

市町村は、セルフマネジメント支援を受ける者（以下、「セルフマネジメント支援対象者」という。）の状態像や地域の社会資源の状況等の実情に応じて、次の（1）又は（2）の中からいずれかを選択して実施する。

本事業の実施にあたっては、地域の医療機関、郡市医師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（介護支援専門員）等の関係機関と十分な連携を図ること。

(1) 疾病特定型セルフマネジメント支援事業

ア 本事業において想定する対象者像

「脳血管障害」又は「心不全」で急性期病院に入院した後に、既存の地域連携パスの対象とはならないような状態に改善する見込みのある者

イ 事業内容

(ア) 事業実施内容の協議

- 市町村は、地域の医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（介護支援専門員）等の関係機関を招集し、どのように本事業を実施するか、どのようにセルフマネジメント支援に取り組むかについて協議する。

(イ) 協力医療機関との協定締結等

- 市町村は、(ア) の協議内容を踏まえ、医療機関から本事業の実施について合意を得て、協定を締結する。（以下、協定を締結した医療機関を「協力医療機関」という。）
- また、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（介護支援専門員）等の関係機関についても、本事業の実施について、合意を得ておくこと。（以下、合意を得た関係機関を「協力支援者」という。）

(ウ) セルフマネジメント支援対象者の選定

- 協力医療機関は、「脳血管障害」又は「心不全」で急性期病院に入院した後に、既存の地域連携パスの対象とはならないような状態に改善する見込みのある者で、本人等が希望又は同意した者の中から、セルフマネジメント支援対象者を選定する。対象者の選定にあたっては、市町村、協力支援者と十分な連携を図ること。

- ・ 協力医療機関は、選定したセルフマネジメント支援対象者の情報を市町村又は協力支援者に提供する。

(エ) 入院中におけるセルフマネジメント支援

- ・ 医療機関は、協力支援者への情報聞き取りを行う。
- ・ 医療機関は、セルフマネジメントの視点を加味した看護計画を作成する。
- ・ 協力支援者は、看護計画を踏まえ、セルフマネジメントの視点を加味した「入院中のケアプラン原案」を作成する。
- ・ セルフマネジメント支援対象者は、自身の状態を把握するための「病状・状態セルフチェック表」を作成する。協力支援者は、作成支援を行う。
- ・ 協力支援者は、「健康管理表（入院中）」を作成し配布する。
- ・ 医療機関は、退院直前に、セルフマネジメントの視点を加味した退院時要約を作成し、支援協力者に提供する。
- ・ 協力支援者は、退院時要約を踏まえ、セルフマネジメントの視点を加味した「退院前のケアプラン原案」を作成する。
- ・ セルフマネジメント支援対象者は、「セルフマネジメント確認表」を作成する。協力支援者は、作成支援を行う。
- ・ 協力支援者は、「健康管理表（在宅用）」を作成し配布する。

(オ) セルフマネジメント支援のモニタリング及び名簿管理

- ・ 市町村又は協力支援者は、セルフマネジメント支援対象者の名簿を管理する。
- ・ 協力支援者は、定期的なモニタリングを実施する。再発の防止に努めること。

(カ) 地域ケア会議によるセルフマネジメント支援

- ・ セルフマネジメント支援を効果的・継続的に実施するために、市町村又は地域包括支援センターは、協力病院、協力支援者等の関係者による会議を開催する。

ウ 留意事項

本事業は、協力医療機関によるセルフマネジメント支援対象者の選定から事業を開始することとしているが、本来であれば、入院前からの「セルフマネジメント確認表」の作成支援、「健康管理表」の作成、セルフマネジメントの視点を加味した「入院前のケアプラン原案」の作成、協力支援者から医療機関への情報提供を実施することで、入院や在宅を問わない継続的なセルフマネジメント支援体制を構築していくことが望ましい。

(2) 慢性疾患一般型セルフマネジメント支援事業

ア 本事業において想定する対象者像

介護予防・日常生活支援総合事業（介護予防事業）の対象者や慢性疾患で通院している者等について、本人への希望を募り、同意を得られた者

イ 事業内容

(ア) 事業実施内容の協議

- ・ 市町村は、郡市医師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（介護支援専門員）等の関係機関を招集し、どのように本事業を実施するか、どのようにセルフマネジメント支援に取り組むかについて協議し、合意を得る。

(イ) セルフマネジメント支援対象者の選定

- ・ 市町村、郡市医師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（介護支援専門員）等は、本人等が希望又は同意した者の中から、セルフマネジメント支援対象者を選定する。対象者の選定にあたっては、関係機関と十分な連携を図ること。
- ・ 選定したセルフマネジメント支援対象者の情報を市町村又はセルフマネジメント支援を実施する者（以下、「協力支援者」という。）に提供する。

(ウ) セルフマネジメント支援

- ・ セルフマネジメント支援対象者は、自身の状態を把握するための「セルフマネジメント確認表」を作成する。協力支援者は、作成支援を行う。
- ・ 協力支援者は、「健康管理表」を作成し配布する。
- ・ 協力支援者は、セルフマネジメントの視点を加味した「ケアプラン原案」を作成する。

(エ) 入院した場合のセルフマネジメント支援（任意）

- ・ 本事業の対象者が入院した場合、入院中のセルフマネジメント支援を医療機関と連携しながら実施するかどうかについては、市町村の任意とする。
- ・ 実施する場合には、「(1) 疾病特定型セルフマネジメント支援事業」における「(イ) 協力医療機関との協定締結等」、「(エ) 入院中におけるセルフマネジメント支援」を参考にすること。

(オ) セルフマネジメント支援のモニタリング及び名簿管理

- ・ 市町村又は協力支援者は、セルフマネジメント支援対象者の名簿を管理する。
- ・ 協力支援者は、定期的なモニタリングを実施する。再発の防止に努めること。

(カ) 地域ケア会議によるセルフマネジメント支援

- ・ セルフマネジメント支援を効果的・継続的に実施するために、市町村又は地域包括支援センターは、郡市医師会、協力支援者等の関係者による会議を開催する。

第6章 要介護者に対する切れ目のないケアマネジメントを実現するためのケアマネジャーが使用するツールの開発

－医療機関に対する情報提供書およびセルフケアマネジメント計画様式の提案－

1. 提案の背景

国立保健医療科学院 研究員 大冢賀 政昭 委員

入院医療体制の機能分化が進み、退院支援に係る入院医療と在宅医療のそれぞれを担う医療機関連携のイメージとして、より早期の係わりが求められている。

入院中あるいは退院後（再入院を繰り返す場合は再入院前）に患者・家族に実施した退院準備・在宅ケア移行支援の効果を担当部署や担当者に尋ねたアンケート調査によると、平均在院日数の減少や自宅退院の促進等といった効果がみられたとの報告¹もある。

近年、診療報酬および介護報酬において、地域連携パスおよび退院調整にむけた情報共有に対する評価が充実している。

診療報酬においては、平成20年度から、介護報酬においては、平成21年度から加算が創設され、平成26年度診療報酬改定後は、地域連携パスおよび退院調整にむけた情報共有に係わる加算が設定されているところである。

地域連携パスのメリットとしては、以下の4つが挙げられている。

- ・医師、地域の医療機関の医師、患者で情報共有ができる。
- ・患者がいつ、どこで、どんな検査、診察を受ければよいか分かり、家族も治療に参加できる。
- ・リハビリが必要な疾患において、リハビリを重点に行う医療機関への早期転院を目指すことができる。
- ・病状に変化があれば、地域の医療機関より連絡があることで、迅速な対応が可能。

しかしながら、地域連携パスについては、2011年の急性期・亜急性期1,833医療機関を対象にしたアンケート結果からは、地域連携パスに対する受け入れ医療機関および患者の理解不足や異なる様式が各医療機関間で使用されるなどの課題も報告されてきた²。

一方、昨年度研究事業においては、これらの医療・介護連携やケアマネジメントの機能を巡る課題について、とりわけケアマネジャーの業務に着目し、サービス担当者会議の実施方法の検討やその他多職種連携によるケアマネジメントの実現に向けた課題解決の方策を検討してきた。

この実現に向けては、スムーズな医療機関（医療職）とケアマネジャーの連携が重要であり、近年充実している地域連携パスや退院調整にむけた情報共有に対して、ケアマネジャーがいかに関わるかが重要という意見が出されたところである。

しかしながら、一方で、医療機関主導で実施される地域連携パスが、医療機関を超えて介護施設や在宅療養を支援する医療機関まで到達することのむずかしさ、さらに退院調整にむけた情報共有にケアマネジャーが実施的に参画できていない状況がある問題も、研究会の議論の中で指摘されたところである。

またワーキングにおいては、以下のような課題も指摘された。

高齢化により、独居者や高齢者世帯が益々増加する現状で、脳卒中で入院した患者の家族に連絡を取ろうと思ったときに、高齢者世帯により対応が困難、子どもが共働きで連絡が取れないといった事情から、医療機関側が家族と連絡がとれずに困ることがある。介護保険サービスを利用している場合には、ケアマネジャーは家族の状況も含めて把握しているが、急性期医療機関への

¹ 退院準備から在宅ケアを結ぶ支援（リエゾンシステム）のあり方に関する研究平成18年度報告書医療経済研究機構、平成19年3月

² 医療保障総合政策調査・研究基金事業「急性期医療の機能分化と急性期医療機関のあり方に関する調査研究報告書」平成23年6月、健康保険組合連合会

入院中は介護報酬の対象とならず、ケアマネジャーは一旦離れる。そして、退院の話が出ると、退院後の在宅生活の準備としてケアマネジャーは再びケアプラン原案を作成するためにかかわることになる。退院の連絡は数日前に急に決まることもあれば、既に退院してからケアマネジャーに連絡が入ることもある。在院日数の短縮化が進む現在、退院の話が出たときにはカンファレンスを開催する日程的余裕がなく退院日が数日後であったり、退院前のカンファレンスにケアマネジャーが呼ばれないことや、その存在が医療機関側に知られないこともあり、在宅の準備が十分整わない状況で退院している場合もある。在宅サービスがない状態では家族に介護の負担がかかり、利用者にも負担を強いることになる。

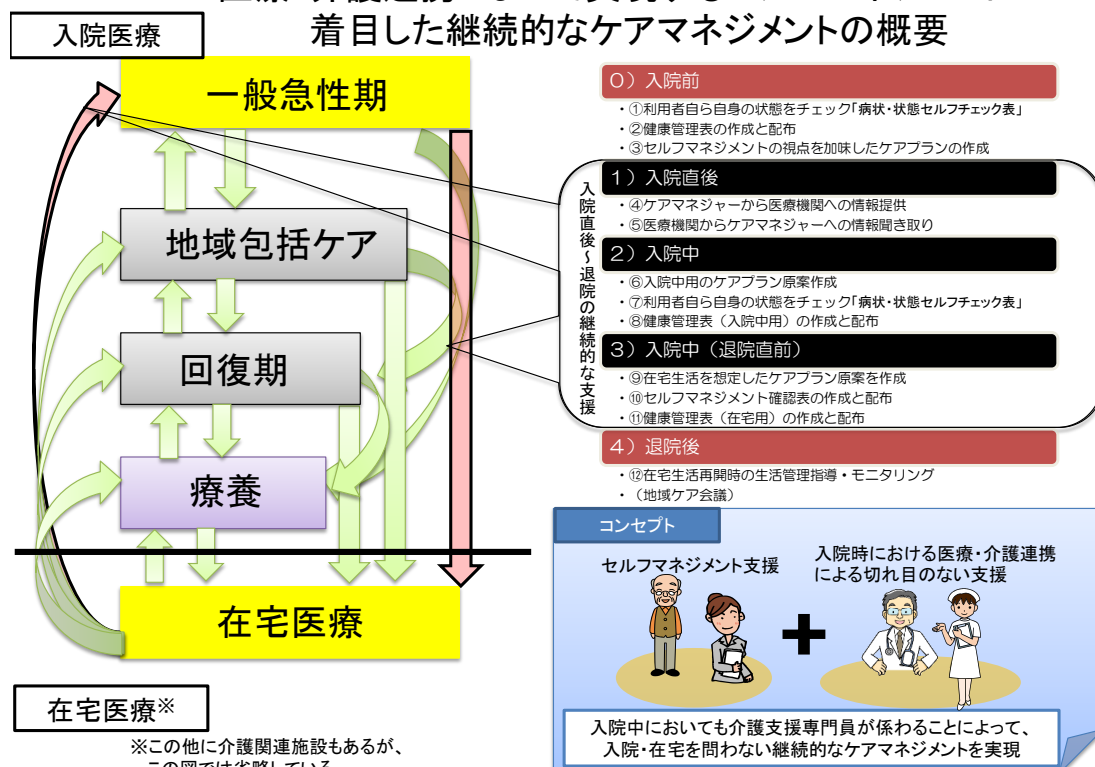
入院中の計画は、ケアマネジャーのケアプランから看護師が立てる看護計画に切り替わり、本人の生活課題から患者の看護問題といったように、同じ対象者の計画でありながら連動していない。

看護師は、看護計画を立案するために、主に家族から聞き取りをするが、入院直後に家族に連絡がつかない場合には、必要な情報を得ることができない。さらに独居者や高齢者世帯、同居家族の就労等により家族と連絡を取ることが容易でない場合には、家族構成や生活背景を把握することが困難である。中には入院中にも医療機関を訪ね、家族と一緒に病状説明を聞き、退院前にはカンファレンスを開催して欲しいことなどを医療機関側に伝えている積極的なケアマネジャーもいるが、ケアマネジャーが情報提供したことに対して、医療機関側からのフィードバックはほとんどなく、医療との連携に対するケアマネジャーのモチベーションにも影響を与えていることが考えられる。

今後、入院医療体制の機能分化がより一層進むことを考えると、要介護者に対する切れ目のないケアマネジメントを実現するためには、患者の入退院の経過を踏まえたケアマネジメントプロセスを明らかにし、このマネジメント機能を強化するための医療機関の状況、そしてケアマネジャーの状況の両面を踏まえた情報共有を支援する方策の検討および具体的なツール（地域循環型、双方向のパス）の開発が必要であることが指摘された。

図表 17

医療・介護連携によって実現するセルフマネジメントに着目した継続的なケアマネジメントの概要



上記の問題意識を踏まえ、今年度研究事業においては、これらの課題解決のために二つのことを検討した。一つ目は、在宅生活を支える医療・福祉・介護専門職と入院医療機関の双方向型の地域連携を支援する入院時、入院中、退院時の情報提供である。

二つ目は、入院前、入院中を問わないケアマネジャーへの新たな役割を創出することで継続的・包括的ケアマネジメントを可能にすると共に、本人の自立支援を可能にするセルフマネジメント支援である。

これら二つの内容を合わせて活用することで、医療機関のケアマネジャーの協働による地域連携が促進されるものと考えたところである。

2. ワーキングの経過および開発された様式の概要と意義

社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進 部長 中澤 伸 委員
国立保健医療科学院 研究員 大冢賀 政昭 委員

(1) 医療・介護連携を巡る課題解決のための様式の検討

ア. 急性期入院時、医療機関が求める利用者情報の特定

医療・介護連携を巡る課題解決のためにまず懸念されたのが、ケアマネジャーの医療知識の乏しさが入院時のスムーズな情報提供を阻害するのではないかということであった。

そこで、まず入院時に医療機関がケアマネジャーから収集したい情報、あるいはすでに医療機関への情報提供書として活用される様式を活用して、「医療機関へのケアマネジャーによる情報提供書」の案を作成した。

そして、この情報提供書の内容を急性期入院時、医療機関が求める利用者情報をケアマネジャーは記入できるかについて、複数のケアマネジャーへ聞き取り調査を実施した。

その結果、ある程度マネジメントを心得ているケアマネジャーであれば、医療機関が求める情報については提供可能であることがわかった。

イ. 医療機関がケアマネジャーに求める情報の特定

上記の試行調査を経てワーキングにおいては、医療機関が早期の退院支援を行う上で、ケアマネジャーから収集したい最低限の情報について検討を行った。その結果、ADL情報は不要であり、家族構成やキーパーソンの続柄や連絡先、または入院前の「利用者の今後の生活に関する見立て」情報などを必要としていることが明らかとなった。これらの成果を基に「入院時情報提供表」の様式を開発し、提案した。

ウ. 医療機関への情報提供書や地域連携パスが実質的な機能を果たさない要因の検討

これまで、入院中における早期からの医療・介護連携を実現するための情報提供書について検討を行ってきたが、一方でこれまですでにこうした情報提供についての診療介護報酬上のインセンティブがあることを踏まえ、医療機関への情報提供書や地域連携パスが実質的な機能を果たさない要因についても同時に検討を行った。

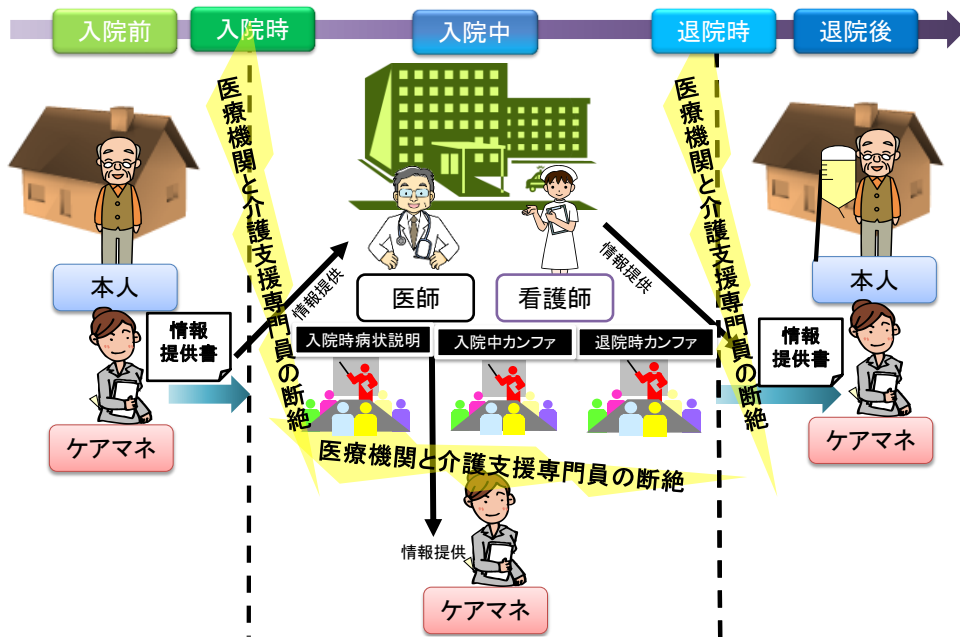
その結果、入院の際、ケアマネジャーから医療機関へ情報提供を行ってもその結果がフィードバックされないこと、そして医療機関がこの情報を活用しきれていないことが情報提供の形骸化を生んでいることが指摘された。

また、入院中の患者の退院に向けた計画策定は、どうしても医療機関主導になり、ケアマネジャーが早期から利用者の状態や病状を把握し、在宅へ向けた準備を行う場合には、自ら進んで医療機関とコンタクトをとる必要があり、相当の医学知識と医療機関との関係性が必要になってくる状況が指摘された。

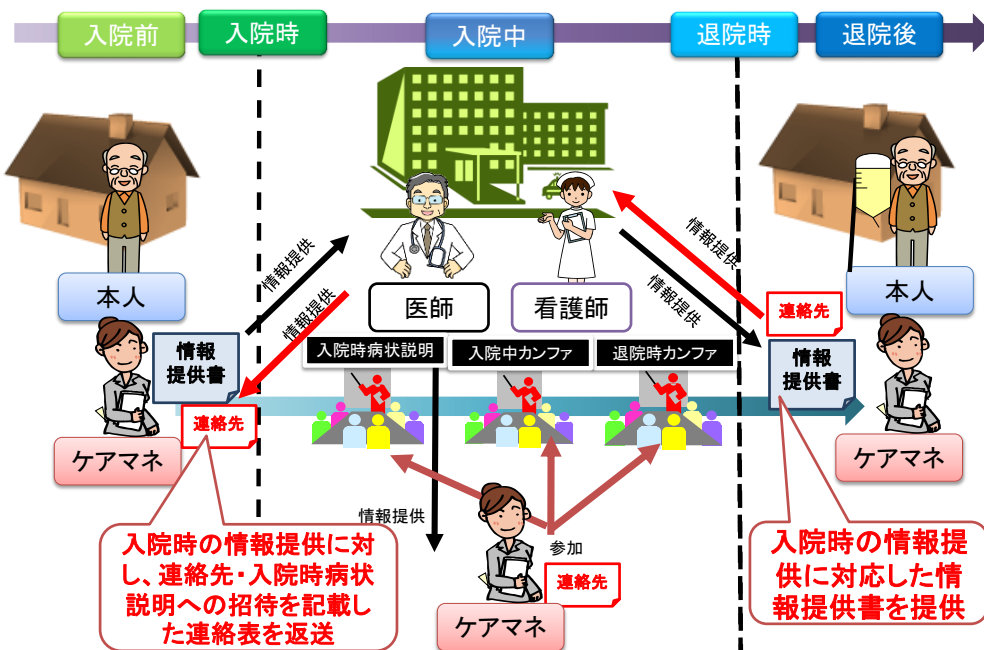
実際は、ケアマネジャーは退院の直前「退院時カンファレンス」において、医療機関へ呼ばれることが多く、その場で初めて患者の情報を聞くことになる。そのような状況の中で、退院までわずかな間に、在宅支援体制を作ることは困難であることが指摘された。

よって、「入院時情報提供表」に対する「医療機関からケアマネジャーへのフィードバック様式」や、「退院時のケアマネジャーに対する情報提供書（退院時看護サマリーの内容以外でケアマネジャーに伝えるべき内容）様式」等についても検討を行った。

図表 18
 —これまでの状況(一方向クリティカルパス)—



図表 19
 —今後の状況(双方向クリティカルパス)—



(2) 入院中も切れ目のない継続的な支援方法を実現するためのセルフマネジメント支援のための様式開発

ア. 情報共有を超えた入院中の医療機関・ケアマネジャーの共同・協働方策の検討

これまで医療・介護連携を巡る課題解決のための様式の検討を行ってきたが、「在宅～入院～在宅」のプロセスにおいて、継続的かつスムーズに支援を実現するためには、入院直後から医療機関とケアマネジャーの間での相互スムーズな情報共有を超えた情報を活用した共同・協働が必要なことが指摘された。

このためには、ケアマネジャーが退院後の在宅生活を可能にするケアプランを立案することのみならず、退院を早めるための本人への働きかけ、本人が行うという入院中におけるケアマネジャーの新たな役割を創出することを検討する必要性が指摘された。その際、セルフマネジメントに着目することが重要であることから、セルフマネジメント支援を行うためのツールの検討を行った。

イ. 入院中のセルフケアを促進するための看護計画の検討

急性期入院医療機関が退院時の看護サマリーとしてケアマネジャーに情報提供することが多いことから、入院中からのケアマネジャーと医療機関が協働してのセルフマネジメントを実施するためには、看護領域における知見を応用した看護計画を立てる必要があるとの考えに至った。このため、セルフケアを看護問題としてあげた場合の看護計画の案を4つの疾病（脳卒中、心不全、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折後）に着目し、作成した。

ウ. セルフケアを促進するための看護計画を援用したケアマネジャーによるセルフマネジメント支援の検討

入院中のケアマネジャーによるセルフマネジメント支援の基本的考え方は、本人および家族等に入院中からどのように働きかけるかについて計画を立てることにあり、そのためには、入院時に医療機関に提供すべき内容でもあるケアマネジャーによる「入院前の本人の状態と今後の生活の見立て」を基にして、入院中に新たな病状や在宅生活に向けた必要事項を医療機関から聞き取ったうえで本人や家族ができることを、本人を巻き込みながら計画として立案することにある。

こうした基本的な考え方を基にし、セルフケアのための看護計画の要素を参考に、セルフマネジメント計画（入院中用）の案を作成した。

その際、ケアマネジャーが作成しやすいようにケアプランの様式を活用すると共に、既存のパスから自己チェック項目を抽出し様式化することで、本人が自らの状態をアセスメントするための「セルフマネジメント確認表（セルフマネジメント実施項目一覧）」も同時に検討した。これは、すでに介護予防についての先進的な取り組みを行う和光市のケアマネジャーにセルフマネジメント計画（入院中用）の案の記入可否についてヒアリングを行ったところ、本人への働きかけを行うには本人が持参する用紙を活用するとよいのではという示唆を得たためである。この様式を活用することで、利用者本人が、自分の自覚症状、医療機関からの説明、などから今の自分の状態をセルフチェックし、今後自分で取り組むべき項目を認識、合意することができると考えた。

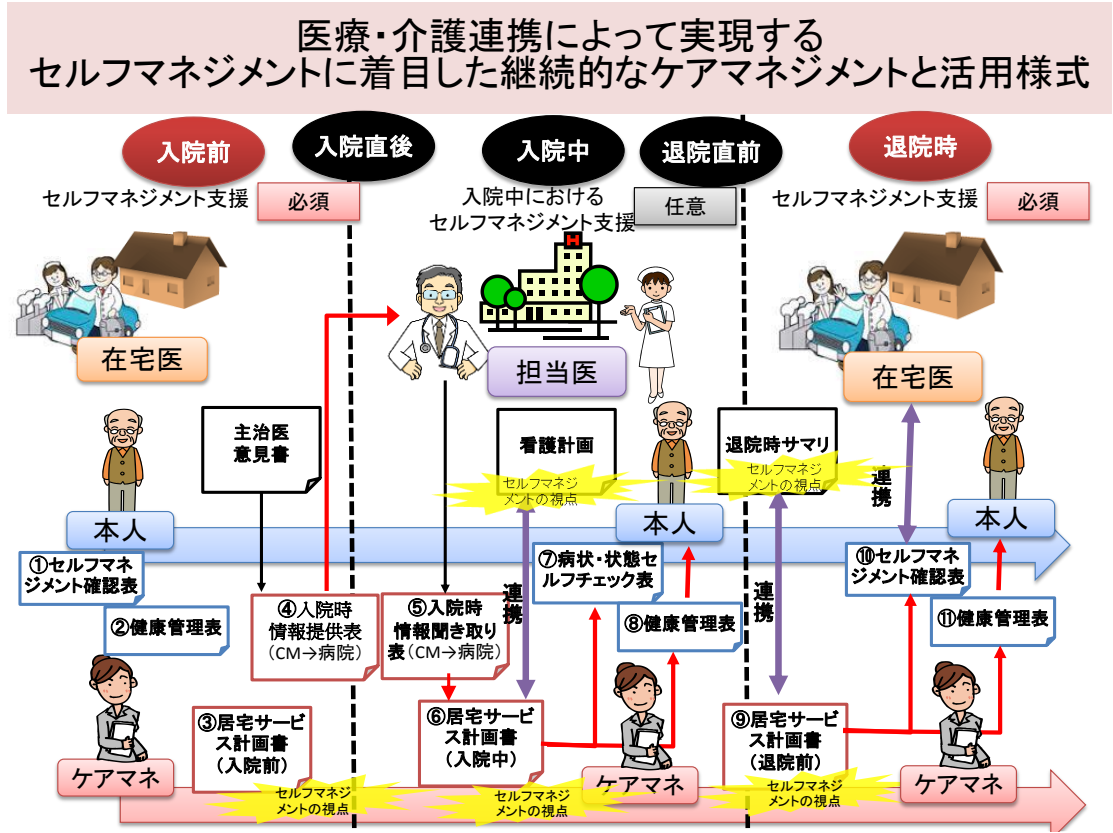
さらに、医療機関、ケアマネジャー、本人が合意したこと（本人の取組内容）を「健康管理表（自己チェック）」に記載し、（自身で記録できるように）本人に渡すことで入院中のセルフマネジメントを実行することを想定した。

当初、セルフマネジメント支援の計画は、ケアプランの一部として検討していたが、ケアマネジャーは、通常作るべき在宅生活のためのケアプランを入院中から作成することとした。（その際、退院時カンファレンス、サービス担当者会議での合意を得ることになる）。

これは、通常に行っている業務に加えて、セルフマネジメント支援という新たな業務に改めて取り組んでもらうという意図がある。

これらのプロセスを経てワーキングチームにおいて、セルフマネジメント支援のための様式開発を行った。これまでに検討を行った内容と各種様式を模式化すると以下の図のようになる。

図表 20



3. 「病状状態セルフチェック表」、「居宅サービス計画書（2表）」、「セルフマネジメント確認表」、「脳卒中健康管理表」を中心とした開発した様式の意義と解説

社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長 中澤 伸 委員

杏林大学 保健学部看護学科看護養護教育学専攻
講師 柴山 志穂美 作業部会メンバー

（1）開発された様式の概要

高齢者が脳卒中等で急性期病棟に入院すると、医療機関側は家族の連絡先や既往、本人の生活への意志などの情報を持ってないまま治療を開始することがある。

急性期を過ぎ、地域包括ケア病棟、慢性期病棟へと移行するのではなく、急性期から即在宅へと移行するような場合には、在宅での生活準備もままならないままに、退院前カンファレンス→退院という流れになってしまう。在宅生活の準備というのは介護サービスの手配だけではない。

本来であれば、脳卒中発症後に変化した心身の状態やADL、IADLなどについて本人と支援者が共通に理解し、共有された支援計画にもとづいて在宅生活が再開されなければならない。特に、脳卒中の場合には在宅生活の中で再発を予防するケアが必要であり、服薬など日々高齢者が自ら取り組む必要があることがある（セルフマネジメントの必要性）。

そのためには、入院後からその人の状態に則した方法や、理解を促す準備を開始する必要がある。本ワーキングでは、在宅生活→発症→入院→状態変化→再発予防と在宅生活の継続をスムーズにするための介護と医療の双方向の連携と、各場面で使用するツール（様式類）を開発した。

今回ワーキングで検討し、開発した様式と既存様式の活用方策について、脳卒中の既往があり、すでにケアマネジャーが付いていた場合を想定し、入院直後（脳卒中発症直後）から退院後のa～iまでの9つのプロセスを想定した。

a、bについては、本章において、榊原・柳原氏が解説している医療・介護における情報連携の必要性から開発された様式を活用する。これら様式の開発の際に留意したのは、様式の種類や記入すべき事項としないことである。どんなに有効な様式であっても現場では使われず、いつの間にか淘汰されてしまう例が過去にも多くあった。

そのため、今回のワーキングにおいて、事前に医療機関関係者とケアマネジャーのそれぞれに、相互に欲しい情報と提供可能な情報について調査を行うことで、記入項目を最低限必要な項目に精選した。

cからhについては、ケアマネジャーのこれまでの役割を超えた全く新しい試みとなる。

ケアマネジャーが様式を使用してもらいやすくするために、使い慣れた既存の様式を活用することとした。

その際、必要と考えられるのが、医者や看護師などから提供される医療情報を取り入れたセルフマネジメント（サービス種別：「本人」）の要素であり、これについては、本ワーキングでおおぞら診療所の松崎氏が検討を行ったものをベースとした。

つまり、病棟看護師が作成した「看護計画」からセルフマネジメントの要素を抜き出し、ケアマネジャーが作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に取り入れるとともに、「病状・状態セルフチェック表」（新）を活用し、利用者本人のアセスメントと自覚を促すことで、高齢者自ら取り組む事項（セルフマネジメント）を意識的に位置づけ、具体的な行動計画を立案し、「セルフマネジメント確認表」（新）と「健康管理表」というツールを活用していくことでセルフマネジメントを実際に行っていき、これをモニタリングしていくというプロセスをとることになる。

各プロセスで活用することが想定される様式と、ケアマネジャーが行うべき行動について以下に詳述する。

- ア. 入院直後
 - a. ケアマネジャーから医療機関への情報提供
 - b. 医療機関からケアマネジャーへの情報聞き取り
- イ. 入院中
 - c. 入院中用のケアプラン原案作成
 - d. 利用者自ら自身の状態をチェック
 - e. 脳卒中健康管理表（入院中用）の作成と配布
- ウ. 入院中（退院直前）
 - f. 在宅生活を想定したケアプラン原案を作成
 - g. セルフマネジメント確認表の作成と配布
 - h. 脳卒中健康管理表（在宅用）の作成と配布
- エ. 退院後
 - i. 在宅生活の再開時の生活管理指導・モニタリング



（２）開発された様式とその活用方法について

ア. 入院直後（脳卒中発症直後）

a. ケアマネジャーから医療機関への情報提供 様式名「入院時情報提供表」(新)

担当する高齢者が脳卒中を発症させ急性期病棟に入院した時、ケアマネジャーは、本人の親族（主にキーパーソン）に関する情報や今後の生活の見立て（予後予測）などの情報を速やかに入院した医療機関へ渡す（図表 26）。これは、受け取った医療機関が、患者（当該高齢者）の発症前の状態と病状を知ったうえで、今後の状態予測を行ったうえで治療方針を定め、本人自ら取り組むセルフマネジメントの要素を取り入れた看護計画の作成につなげる。

発症前のADLについては、発症後変化することからこの時点での医療機関への情報提供は不要とした。入院直後に必要な最小限の情報に絞ったところに、このプロセスと様式の意義があると考えている。

【臨床上の活用の視点】

利用者の入院に伴い、ケアマネジャーが医療機関へ情報提供している場合もあるが、その内容は医療機関側が必要とする情報とズレがあるため、様式に沿って互いに必要とする情報を円滑に有効に活用することができれば、業務効率化と共に計画作成にも活かすことができる。前述したように、ケアマネジャーから発症前の情報が得られることで、本人・家族の意向や今後の見通しを把握することができ、入院時から退院に向けた明確な方針を示しながら退院支援を円滑に進めることが可能となる。

b. 医療機関からケアマネジャーへの情報聞き取り 様式名「入院時情報聞き取り表」(新)

ケアマネジャーは、入院直後に診断された利用者の病状（入院中の情報）について医療機関（医師、看護師等）から聞き取りを行い、「入院時情報聞き取り表」に記載する。ワーキングでは当初医師に用紙への記載、ケアマネジャーへの交付を位置付けようと考えた。

しかし、医療機関によって、医療機関機能を医師、病棟看護師、医療相談員などで分担しており、医師に記入を義務付けることが困難ではないかという意見が出された。

医師に記載を義務付け、結果として医師からの情報が得られない結果になるよりも、入院時の利用者の病状等が速やかにケアマネジャーに伝わる（情報共有の双方向性）ことを重視し、“聞き取り表”とした。

【臨床上の活用の視点】

在宅への退院に向けた支援においては、主治医の意見が欠かせない。医療機関で把握すべき情報の内容について項目を提示してあることで、ケアマネジャーの知識や経験値にかかわらず、必要な情報収集のガイドとして活用することができる。

イ. 入院中

c. 入院中用のケアプラン原案作成 様式名「居宅サービス計画書」(既存)

ケアマネジャーは、発症前の生活・生活目標、発症後の病状・看護計画等の情報を勘案して、退院後の在宅生活の準備ができるケアプランを入院中用として作成する。

通常であれば入院中ケアマネジャーはケアプランを作らないが、退院後の日常生活の中で再発防止を徹底するために入院中にできるセルフマネジメントの準備（練習）をするためにはセルフマネジメントに特化したケアプラン案が必要となると考えた。

この時使用する様式は、ケアマネジャーにとって使い慣れた「居宅サービス計画書」を使用することとした。様式はあまり増やさず、既存のものをしっかり活用することが必要と考えた。

【臨床上の活用の視点】

入院してもケアマネジャーが離れることなく、入院前の本人の意向や意欲を入院中のプランに反映させることができれば、居場所や状態が変化しても切れ目のないケアマネジメントの実現につながる。

入院中の病状や医療面の視点は看護師が、そして、ケアマネジャーが把握している生活背景や本人の意欲は、具体的な目標設定や、本人が取り組む内容としてセルフマネジメントにつなげることができる。

初対面の医療ソーシャルワーカーや退院支援看護師が新たな関係作りをしながら、本人や家族の意向をつかむよりも、既に信頼関係を築いているケアマネジャーがかかわることにより、入院したその日から退院に向けた調整・支援を早急に開始できる。また、ケアマネジャーは既に在宅生活や介護に関する意向を把握しているため、入院による意向の変化の有無を把握することで済む。本人や家族は、なじみのケアマネジャーであれば、遠慮なく不安や希望を伝えることができ、退院に必要な指導内容を的確に把握することが可能となる。そのことにより、本人や家族のもともとの理解力・実行能力に合わせた計画を作成することができる。病棟看護師には十分にイメージできない、自宅での環境（段差や動線）や家族関係・能力に合わせたアプローチが可能となる。

医療機関での退院指導では、どこまで理解して、的確に実行できるのか、継続していけるのか、を十分にモニタリングする時間的余裕はない。治療が終われば医療機関からは退院するため、退院直後は頑張っていたが、薬の飲み忘れ、医療機関に通わなくなるなど、継続がされず再発といった状況も見られる。

本人と家族だけに任せるのではなく、本人がどの程度実行できているか、項目ごとにサービス提供者がモニタリングし、必要に応じてセルフケアを助ける。そして、全体の実施状況はケアマネジャーがモニタリングする。セルフマネジメントは様々な職種や人によって、本人の取り組みをチェック・サポートするために有効であると考えられる。

図表 21

居宅サービス計画書(2)
(入院中)

第2表

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標			援助内容						
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
脳卒中の再発の可能性がある。(セルフケア不足)					1. 今後の生活展望 2. リスクの理解と予防の方策 3. 服薬管理 4. 急変時の対処法					
	1. 脳卒中の成り立ち、リスクについて理解が出来る。また、ご本人及びご家族が、今回の入院の原因について考えることが出来る。				1. 指導 * 患者さんの理解力に応じてご家族にも行う。 1) 脳卒中とは？ (脳卒中の発生のしくみ) ・ 脳梗塞: 脳血管の閉塞 ・ 脳出血: 脳血管の破損 ・ くも膜下出血: 動脈瘤の破裂 2) 脳卒中の危険因子について ・ 喫煙 ・ 高血圧 ・ 心房細動 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常 ・ その他(過度な飲酒、メタボリック症候群、睡眠時無呼吸症候群など) 2. 今回の入院に関する振り返りを行う 1) 医師より今回入院の原因に関する意見をもらう。 2) 上記の指導やDrの意見を踏まえ、今回入院のきっかけを患者・家族(及びCM)と考える。					
	2. ご本人及びご家族が、危険因子の管理・生活習慣の改善について理解が出来、その継続について現実的な検討が行える。				1. 指導(内容は医師と相談の上、決める) * 目標値の設定とその習慣化について検討する。 1) 禁煙 2) 血圧測定(目標値: ○/○ ^{mmHg}) 3) 不整脈の治療(服薬の継続方法) 4) 糖尿病の治療(目標値: HbA1c [%]) 5) 肥満の予防、改善(1日の必要カロリー量: ○○kcal/day、目標体重○○kg) 6) 高コレステロール血症の治療(LDLコレステロールとHDLコレステロールについて: その目標値○○/mg/dl) 7) 食事: 塩分や動物性脂肪、アルコールを控える * 4)~7)は、必要時、食品サンプルの提示、栄養士による食事指導を行う。 ★1日の病院食より1日摂取量を覚えてもらい退院後の食生活に生かしてもらう。 ★介護が必要な場合は、主介護者、調理者にも指導を行う。 2. 規則正しい生活についての検討を行う。 1) 睡眠時間について 2) 食事の時間について 3) 体力に見合った運動について * リハビリ中の場合は、PT・OTとも相談の上、入院中から生活の中にリハビリを取り入れ、習慣化をめざす。 * 家の構造、在宅での日常生活行動範囲を確認の上、退院後に適切で継続可能な運動量についての検討が出来る。					
	3. 内薬の必要性が理解出来、確実な服薬方法が検討される。				1. 内服薬の必要性の理解を深める。 1) 内服中の薬の作用、副作用の説明を行う ・ 不整脈治療薬(抗凝固薬など) ・ 糖尿病治療薬(血糖降下剤など) ・ 高脂血症治療薬など 2) 在宅での確実な服薬方法をご本人、ご家族(又はCM)と検討する。					
	4. 脳卒中再発の早期に受診が出来る。				1. 観察項目を指導 ・ 顔や口がゆがむ ・ 口がもつれ、言葉が通じない ・ 両手を90度前に上げると、片側が落下する ・ 椅子に座ると片側に倒れる ・ 片側の手足に力が入らない * 上記のような症状が認められた時の対応について、(どのタイミングで入院するのかなど)ご本人・ご家族と話し合っておく。					

図表 22

第2表

居宅サービス計画書(2)
(□ 入院前 ・ □ 退院後)

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容						
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間			
脳卒中を再発せずに在宅生活が継続できる	1.脳卒中の病気を理解することができる	脳卒中の症状再発予防について説明を受ける	①.リスクの説明		主治医の診療		月〇回				
			・脳卒中の発生の症状								
			・脳卒中の原因								
			②.予防策の説明		主治医の診療		月〇回				
			・服薬管理								
			・健康管理(血圧・脈拍)								
			・食事、運動、睡眠								
			・生活リズム								
			③.脳卒中の病気に関する本人の理解状況を確認する		訪問看護	家族		週〇回			
			④.脳卒中について理解する		本人						
			⑤.脳卒中について、わからないことを主治医や看護師に質問する		本人						
			2.再発予防に取り組むことができる	・定期的な診察を続ける ・内服薬を処方通りに続ける	・再発予防の取り組みと一緒に確認する	通院(または訪問診療)		本人 (必要時、家族) 主治医の診療		月〇回	
						・内服薬の処方					
						・薬を処方通り毎日服用する		本人		毎日	
						・薬の飲み忘れがないか確認する		本人 家族		毎日	
		訪問看護					週〇回				
①.自分で記録して確認する		本人					毎日				
血液検査結果を把握する		本人					診察時				
②.モニタリング:セルフケアの記録や取組みの話を聞く		家族、 訪問看護					週〇回				
・健康管理(血圧・脈拍)											
・食事管理、体重管理、											
・運動量管理、生活リズム、											
睡眠											
・血液検査結果の把握											
3.脳卒中の再発時には早期に対応できる	・脳卒中の再発時には早期に受診行動ができる					・緊急時の対応を話しあう		本人、家族			
						・症状に気づいたらすぐに主治医に連絡する		本人、家族			
			・体調が気がかりな時に受診する		本人、家族						
			今後の生活に関する方針や希望を家族と話しあっておく		本人						

d. 利用者自ら自身の状態をチェック 様式名「病状・状態セルフチェック表」(新)

セルフマネジメントを進めるためには、高齢者自身がその必要性を理解し、合意することが前提になる。これを実現するためには、自分自身の心身の状態(麻痺など)を高齢者が自らチェックし認識できる様式が必要と考えられた。なぜなら、高齢者本人が自身の状態を正しく認識することで、取組みの動機となり、再発予防につながる継続的なセルフマネジメントが初めて実現すると考えたからである。この様式を活用しつつ、本人の認識にあわせて段階的に取り組める方法などを提案することも重要となる。

【臨床上の活用の視点】

居宅サービス計画書の中の、セルフマネジメント部分を取り出し、本人による自己チェックと他者による支援、自立のレベルに応じて活用することができる。脳卒中の再発予防を意識したときには、本人が一番初めに異常に気づき、対処できることが大切である。そのためには、脳卒中の症状を正しく理解し、悪化の要因を作らないよう、日々の生活での留意点を自分で確認し、継続することが大切である。再発が疑われる症状や悪化の因子を具体的にアセスメント項目としてあげていることで、疾患の理解・悪化因子の理解・予防の方策・血圧測定や血液検査の結果など、自分の健康状態を把握しやすい表とした。入院中に受けた医師の病状説明や再発予防につながる内容をチェック項目として示すことにより、再発予防に関する知識の定着を助ける効果もあると考える。

図表 23

セルフチェック表 <脳卒中用>

作成年月日: 年 月 日

確認者: _____

チェック項目	チェック
疾患の理解	
・脳卒中がなぜ起きるか知っている	1.はい 2.いいえ
・脳卒中を発症する際のサイン(前兆の症状)を知っている	1.はい 2.いいえ
悪化因子の理解	
・喫煙本数を決めている	1.はい(本/日) 2.いいえ
・飲酒量を決めている	1.はい(●●換算で: 杯/日まで) 2.いいえ
予防の方策	
・食事の時間を決めている	1.はい() 2.いいえ
・睡眠時間(何時から何時、何時間)を決めている	1.はい() 2.いいえ
・運動方法を決めている	1.はい() 2.いいえ
・自分の適正な血圧値を知っている	1.はい(上: /下: mmhg) 2.いいえ
・自分の適正な体重を知っている	1.はい(kg) 2.いいえ
・自分の適正な血糖値を知っている	1.はい(~ mg/dl) 2.いいえ
・自分の適正なコレステロール値を知っている	1.はい(LDL ~ mg/dL) 2.いいえ
・自分の飲んでる薬の効用を理解している	1.はい 2.いいえ
・自分の飲んでる薬の副作用を理解している	1.はい 2.いいえ
・自分が、なぜ診療を定期的に行う必要があるか理解している	1.はい 2.いいえ

e. 脳卒中健康管理表(入院中用)の作成と配布 様式名「健康管理表」(新)

ケアマネジャーは、医療機関、本人が合意した入院中ケアプラン (イ. 入院中 c) に基づき、「(脳卒中) 健康管理表」を作成し、本人と医療機関に配布する。

これは日々高齢者が自分で記録できる様式となっており、セルフマネジメントを習慣化させること、記録としての機能のほかに、心身の状態(食事や血圧、水分量など)の変化などを視覚化することができる。

自宅でも継続的に記録に取り組めるよう、その練習の意味も含めて入院中から自己管理を進めていくことを目的としている。

【臨床上の活用の視点】

基本的には本人または家族が記入し、独居の場合には、多職種で連携して分担するなど工夫して活用する。入院中は看護師が健康管理を行い、看護記録に記載しているが、退院後に向けたセルフケアを考えたとき、自己管理能力に合わせた確認と継続して取り組むことが大切である。誰がどのように援助するのか、生活のどの部分に不具合があるのか、ケアマネジャーが入院中のケアプランに位置付けたセルフマネジメントについて、より具体的に日々の健康状態をチェックするための表となっている。まず本人が自分で健康管理表を自分で記入する。できない場合には、家族やサービス事業者が記録や確認を支援する。個別の状態に応じて記録する内容や頻度は異なる。入院中の「やってもらう患者」ではなく「できることは自分で行う＝自立」の意識付けと、健康管理に必要な項目を数値化して経過を把握しやすい。定期的にセルフケアと健康管理状況を把握し、その内容をケアマネジャーや主治医に報告し、ケアチーム全体で把握し支援することになる。介護保険サービスを利用しなくても、医療機関への定期受診時に持参して主治医に確認してもらう、家族が確認するなどして、継続したモニタリングが可能である。

図表 24
健康管理表 <脳卒中用>

月日								
曜日	月	火	水	木	金	土	日	頻度
朝食								
昼食								
夕食								
水分								
体重								週1回
血圧	／回	／回	／回	／回	／回	／回	／回	
薬	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前	朝・昼・夕・就寝前
体の不具合	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり	
(具体的に)								

ウ. 入院中（退院直前）

f. 在宅生活を想定したケアプラン原案を作成 様式名「居宅サービス計画書」(既存)

ケアマネジャーは退院に向けて在宅生活のケアプラン原案を作成する。

その際、既存の「居宅サービス計画表」2表には入院中から進めているセルフマネジメント（サービス種別：「本人」）の要素を必ず入れておくことが必要となる。

また、セルフマネジメントの目標には行為そのものが「できるようになる」ことと、「継続的に取り組む」という2つの目標が必要になる。したがって、2表には短期目標として「できるようになる」ことを、長期目標として「再発させないセルフマネジメントを継続する」こと、を位置づけることが必要になっている。

当然、退院に向けたサービス担当者会議では、在宅サービス関係者全員がこのセルフマネジメントの取組みを理解する必要がある。入院前、入院中（介護保険サービスを利用していない期間はセルフマネジメント項目のみのケアプランを作成する）、退院後のそれぞれのプランとなる。

※様式は、入院中用のケアプラン原案作成における「居宅サービス計画書」（既存）と同じ。

g. セルフマネジメント確認表の作成と配布 様式名「セルフマネジメント確認表」(新)

高齢者自身が取り組むセルフマネジメントを確実に実施できるようにするために、その高齢者に必要な事項を記載した表をケアマネジャーが作成し本人、家族の他在宅医を含む支援提供者全員へ配布する。

この確認表の作成には、医療機関から聞き取った病状等の情報、医療機関の看護計画、本人の自覚（セルフチェック表）、ケアマネの原案をふまえたものになる。なお、本研究事業ワーキングでは、脳卒中、心不全バージョンを作成したが、以下に脳卒中バージョンのみ添付する。

【臨床上の活用の視点】

本人が自分でできる部分は自己管理し、できない部分は、本人が行ったことを支援者がチェックする様式は、セルフケア能力の変化に応じて使い分けが可能である。さらに、セルフマネジメントの内容の中で、記録が必要な項目については、「健康管理表」に取り上げ、詳細を記録できるようにした。例えば、入院中には、リスクの理解、予防策について、医師や看護師による繰り返し説明が必要で、セルフマネジメントは難しい状況であったが、退院後の回復するに従って、徐々に定着し自分で症状チェックできるようになった場合は、サービス種別を看護師から本人に書き換えて活用できる。

図表 25

セルフマネジメント確認票 <脳卒中用>

作成年月日: 年 月 日
 確認者:

アセスメント項目	アセスメント	種別	確認者 (支援者)	チェック 頻度
疾患の理解				
食べこぼしや、顔のしびれ等の違和感を感じることがあった	1.はい 2.いいえ			
頭痛や吐き気がするがあった	1.はい 2.いいえ			
つまずいたり、転んだりしやすくなった気がする	1.はい 2.いいえ			
手に力が入りにくかったり物を落としたり、しびれがあるような気がする	1.はい 2.いいえ			
座っている時に、ひとりでに身体が傾くようになった気がする	1.はい 2.いいえ			
悪化因子の理解				
「たばこに関する目標」を守れた (目標: 禁煙/一日●本まで)	1.だいたい守れた 2.半分くらい守れた 3.あまり守れなかった	本人		
「お酒に関する目標」を守れた (目標: 禁酒/●●を一日●本程度まで)	1.だいたい守れた 2.半分くらい守れた 3.あまり守れなかった	本人		
予防の方策				
・「体重に関する目標」を守れた (目標: ●kg以下)	1.はい 2.いいえ	本人		
・「食事に関する目標」を守れた (目標: 食事時間/一日あたりの摂取カロリー/塩分量/水分量など)	1.だいたい守れた 2.半分くらい守れた 3.あまり守れなかった	本人		
・「睡眠に関する目標」を守れた (目標: ●時間/日、●時～●時)	1.だいたい守れた 2.半分くらい守れた 3.あまり守れなかった	本人		
・「運動に関する目標」を守れた (目標: 種類●●、回数●●回/日・週)	1.だいたい守れた 2.半分くらい守れた 3.あまり守れなかった	本人		
血圧測定や血液検査を行った場合				
・自分の血圧値を確認した	1.はい(上: /下: mmhg) 2.いいえ	本人		
・自分の血糖値を確認した	1.はい(~ mg/dl) 2.いいえ	本人		
・自分のコレステロール値を確認した	1.はい(LDL ~ mg/dL) 2.いいえ	本人		
・医師の診察は約束通りに受けた	1.はい 2.いいえ	本人		
・医師の指示通りに薬を飲んだ	1.だいたいできた 2.半分くらいできた 3.あまりできなかった	本人		
・薬で不具合があって、医師や薬剤師に相談した	1.はい 2.いいえ	本人		

h. 脳卒中健康管理表(在宅用)の作成と配布 様式名「健康管理表」(再掲)

入院中に使用した「健康管理表」の実績を勘案して、在宅で使用できる「健康管理表」を作成し、本人や家族のみならず、在宅医を含む支援提供者全員へ配布する。高齢者が日々手元において記入しやすいよう欄を大きく、必要な事項だけを記録できるようなものとした。

【臨床上の活用の視点】

退院後に患者自身が自分で行うことを考え、同じ様式を使用し、入院中からできる部分は少しずつ自分でチェックし、退院後の継続使用につなげる。自分でできない場合には、ケアマネジャーの「入院中のケアプラン原案」に、いつ・誰が・どの部分を・どのように支援するか、サービス内容・サービス種別・頻度に計画する。

①病棟看護師の活用

- ・看護ケアに患者の背景を踏まえたアプローチ
すべて看護師が行うのではなく、本人が実施するセルフケアについて、より詳細に把握した計画となる。入院中から可能な範囲で自分で行ってもらうことで、在宅生活をイメージした退院指導が可能となるとともに家族との連絡・調整が円滑になる。

②リハビリでの活用

- ・もともとのADLや意欲、在宅での環境を勘案した、在宅の環境に即したリハビリを早期に実施できる
- ・本人の生活をイメージしたリハビリのゴール設定が可能になる

③主治医の活用

- ・独居や高齢者世帯など、説明の理解や対応の困難性がある場合にケアマネジャーのサポート、退院に向けた説明・準備がより早くできる

エ. 退院後

i. 在宅生活の再開時の生活管理指導・モニタリング

医療機関スタッフ、在宅の支援者だけではなく、高齢者本人も入院直後から退院に向けた準備をしてきたので、その一連の流れで退院することになる。

在宅生活のための通常のケアプラン、セルフマネジメント確認表、脳卒中健康管理表で、セルフマネジメントをしっかりと位置づけた再発防止につながる生活を継続的に過ごしていただくことになる。

(3) 今後の課題

今回開発した様式を活用することで、入院前から係わりのあったケアマネジャーとサービス利用者の関係性を入院中も途切れることはなく、かつ退院に向けてスムーズに、医療と介護の両面から協働して支援することで2025年に必要とされる真の意味での「自立支援」が実現されると考えた。

しかし、今回の成果だけで十分とは言えない。退院準備に在宅医がどう参画できるか、ケアマネジャーは入院中の利用者のセルフマネジメントプランを作成できるか、病棟の看護師は在宅生活を見据えたセルフマネジメント要素を看護計画に位置づけることはできるか、経費も含めて制度上位置づけることができるかなどがあげられる。

また、ケアマネジャーが積極的に医療機関にアプローチすることと、所属も職種も異なる医療機関看護師とケアマネジャーが、一人の患者（利用者）のケアプランを一緒に作る、といった共同作業を効果的かつ円滑に行うためには、相互理解と積極性が求められる。

例えば、医療との連携がケアマネジャーの苦手な業務や課題となっている現状においては、利用者が入院したときに医療機関に積極的に介入できるか否かが鍵を握る。つまり、入口で躊躇していたのでは、継続的ケアマネジメントの実現には至らない。また、入院中の利用者（患者）のプラン（セルフマネジメントプラン）を作成するためには、病棟看護師、ケアマネジャーの双方が互いに持っている情報を共有し連携するための基本であるコミュニケーションが大切である。

さらに、退院は医療機関主導で進められる状況から、多くの在宅医は退院後に診療情報提供書を受け取るといったかわりに留まっており、退院の準備段階から早期の在宅医のかわりについても今後の検討課題である。

これらについては、次年度の研究事業への宿題としたい。

4. 「入院時情報提供表（在宅→医療機関）」、「入院中・退院時情報聞き取り表」の意義と解説

医療法人真正会 霞ヶ関南病院 医療福祉相談部 部長
榊原 次郎 作業部会メンバー

医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 医療社会福祉士
柳原 美奈子 作業部会メンバー

(1) 入院時情報提供表について

高齢者が介護を必要とする状況に陥る主なきっかけは、怪我や疾病です。怪我や疾病が生じた際、一般的には医療と関わることとなります。医療は、人がより良い生活を送っていきけるよう寄与すべきものです。入院を例にとると、退院した際に再びその人がその人らしく尊厳を持った生活が送れるように送り出してあげられるか？ということとなります。医療がその人の人生に寄与するためには、その人の生活背景（人生観・価値観・希望・生活スタイル等々）を踏まえて、治療方針を立てる必要があります。しかしながら、現状としてはそのような医療を展開していくための環境が十分に整っているとは言い難いものがあります。この要因としては、高齢者の独り暮らしや老々世帯が増加している中で、高齢者が怪我や疾病で日常生活の場から非日常の治療の場である医療機関に運ばれた際に、ご本人にとって有益な治療計画・看護計画を立てるために必要とされる、その人についての情報を的確に治療の場に伝えるシステムが確立していないことも考えられます。適切な診断・治療を行うためには、それまでのその人の日常生活の中での医療に関わる情報もとても大切です。

そこで我々は“適切な治療計画のために、その人の日常の中での貴重な情報を的確に治療の場に伝える”メッセージングとしての役割をケアマネジャーの皆さんに期待しました。“適切な治療計画のために、その人の日常の中での貴重な情報”をケアマネジャーが的確に治療の場に伝えるためのツールとして「情報提供表」の様式をまとめました。治療の場への情報提供は、「迅速さ」と「簡潔さ」が肝要です。ケアマネジャーの作業量も配慮したつもりです。

では、具体的に在宅から医療機関に入院された患者さんにとって、ケアマネジャーの皆さんから医療機関側に伝えていただきたい項目を、理由を添えて解説していきたいと思います。「入院時情報提供書（在宅→医療機関）」(図表 26)では、高齢者に多い代表的な疾患（心不全・誤嚥性肺炎等）ごとに、モニタリングや内服薬管理等の項目を設けています。これらに関しては、先に記載されている「看護計画から見たケアマネジャーの役割」を読み、理解を進めてください。本稿では、どの疾患にも共通項目となっている、ジェノグラム（関係図）および今後の生活展望の項目について、述べていくこととします。

図表 26 入院時情報提供書(在宅→医療機関)

入院時情報提供(在宅→病院)

※フェースシートを添付してください

在宅高齢者用
(脳卒中)

担当			
居宅介護支援事業所		電話番号	
担当ケアマネジャー	(フリガナ)	FAX番号	
かかりつけ医療機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察頻度・方法	受診・訪問診療、()回/月・週
ジェノグラム(関係図)			
主介護者		キーパーソン	
モニタリング			
喫煙量	本 / 日	飲酒量	合 / 日
食事回数	朝: 時頃 昼: 時頃 夜: 時頃		
塩分摂取	1. 塩辛い味を好む 2. 好まない	睡眠時間	時間 / 日
顔や口のゆがみ	1. なし 2. あり(どんな状況か等:)		
言葉のもつれ	1. なし 2. あり(どんな状況か等:)		
体のバランス	1. 問題なし 2. 問題あり(どんな状況か等:)		
内服薬管理			
内服薬	1. なし 2. あり()		
服薬管理	1. 自己管理 2. 他者による管理(管理者: 、管理方法:)		
服薬順守	1. 処方通り服用 2. 時々飲み忘れ 3. 飲み忘れが多い、処方が守られていない		
今後の生活展望			
在宅生活継続の見立て (アセスメント)			
特記事項			

(年 月 日)

まず、「ジェノグラム」に関してですが、ジェノグラムは皆さんもご承知のとおり、その人を中心とした3世代以上の家族（同居、関係が深い人を含む）の人間関係を図式化したものです。その人を取り巻く人間関係を可視的に理解しておくことは、医療の場面においても大事なことです。退院後のその人の生活の再構築をイメージする際にはなくてはならない情報ですし、終末期や緊急時の治療方針を決定する際にも、その人の人生観や生活スタイル等の背景を理解する上で貴重な情報の1つとなることもあります。また、医療機関に高齢者が入院され、緊急手術や人工呼吸器、胃瘻等治療行為、終末期医療の判断を、既に意識レベルが低くなっているご本人に代わって、ご家族にさせていただくことは日常的にあります。その際、その方の子供さんだけでなく、その方の両親・兄弟等の意向も配慮すべき課題です。ケアマネジャーからの情報提供に、その方の両親・兄弟情報を含めた3世代の世代関係図が盛り込まれていると、医療機関にとって貴重で有益な情報となります。

次に「モニタリング」「内服薬管理」の項ですが、これらの情報は病態を理解する上で貴重な情報です。病態理解が適正であればあるほど、的確な診断に繋がります。また、その後の治療計画を立てる上でも、とても参考になります。現状を踏まえた上で、現実的な治療計画を立てなければ意味がありません。

このように、日常生活に埋もれている貴重な医療情報をそのままにしておく手はありません。ご本人の治療に最大限反映させるに越したことはないのです。

最後に、「今後の生活展望」の項ですが、その人がその人らしく納得した人生を歩むことに貢献する医療である為には、押さえておかなければならないとても大事な観点です。

入院治療の期間は、一般的にその人の人生の中でのほんの一部分であり、特殊な状況下です。圧倒的に多くの時間を過ごしているその人の生活の場で、その人をサポートしているケアマネジャーさんのその人についての貴重なアセスメントを、是非とも医療の場に教えていただきたいのです。その際、どのような生活ニーズがあるか、入院を受け持つ医療機関へお願いしたいこと、在宅復帰するにはどのようなことが必要かなどをお教えてください。また、生活課題や退院に向けて必要なことを考えると、どうしても出来ていないこと、足りていないもの、不安な点などが生じるかもしれません。その部分はもちろん記載していただきながら、併せてその方が今までの生活の中で、頑張ってきたこと、ご本人の性格を含めたその方の人としての強みや強さ（**strength**）もお伝えください。出来る限り、治療方針や在宅復帰への取り組みについて、その方の主体性を取り入れるためにも、このような **strength** にも配慮したいと考えます。

(2) 入院中・退院時情報聞き取り表について

入院中および退院時の情報聞き取り表や情報記録書は、既に厚生労働省から標準様式例が示されています（図表 27）。それに準拠した用紙を皆さんもお持ちのことと思いますので、様式の提示は行いません。その代わりに本稿では、皆さんの居宅介護支援されている利用者さんが、医療機関に入院された場合、医療機関側へケアマネジャーさんが行うと良い、上手に医療と連携できる方法をお伝えしようと思います。

図表 27 診療情報提供書(様式例)

(別紙様式 12)

情報提供先市町村 市町村長 殿 平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

患者氏名	
性別 (男 ・ 女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳) 職業	
住所	
電話番号	

診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (平成 年 月 日)	情報提供回数	回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (7. 脳血栓 4. 脳塞栓 9. 不明) 2. 脳出血 3. クモ膜下出血		
	4. その他の脳血管障害		
	発症年月日	平成 年 月 日	
	受診年月日	平成 年 月 日	
	初発 / 再発	1. 初発 2. 再発 (年 月 日 初発)	

その他の傷病名

寝たきり度 (該当するものに○)

J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
A 寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)

移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有 ・ 無 訪問看護 有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

出所：厚生労働省ホームページ 平成 26 年 3 月 5 日付け保医発 0305 第 3 号「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」における別紙様式 (医科・歯科・調剤) より
http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/iryo_shido/bessi-yousiki.html

ア. 利用者さんが入院されたら…

まずは、上述した「入院時情報提供表」を医療機関にお渡しください。状況によって、持参される場合、郵送や FAX で届ける場合などがあると思います。どの場合でも、現在は多くの医療機関に、地域医療連携室や医療福祉相談室がありますので、そのソーシャルワーカーなどに、電話連絡いただき、このような状況の利用者が入院になった旨をお伝えください。医療機関なのだから、在宅の患者さんが入院したら、すぐに地域連携室などに医療機関のシステムとして、連絡が入るとお考えになっている方もいらっしゃるかもしれませんが、しかし、医療機関によっては一日で 50 名や 100 名の入退院があるところもあります。すべての患者さんが入院しても、「自動的に」地域連携室へ連絡が入るという体制は整っていませんので、自分の利用者さんが医療機関に入院してお困りにならないように、ケアマネジャーさんが「利用者さん支援の一環」として、連携室や相談室にご連絡いただくと幸いです。

また、入院時情報提供表を持参されることや、患者さんの面会にいらっしゃる時は、入院されている病棟に直接来院されたりすると思います。その際は、病棟看護師等へその利用者さん（入院中は患者さん）の担当医や担当看護師、ソーシャルワーカーが誰になっているかを確認されると良いと思います。入院当初は、まだ担当者が決まっていない場合もありますので、この場合は、病棟看護師長（最近はナースマネジャー等ということもあります）にお話しされるとよろしいです。ポイントは、自分がその患者さんの担当ケアマネジャーであることを認知してもらい、何か在宅生活での様子が知りたい時や、病状が落ち着き退院の目途がたってきた時、今後の相談をしたい時に、ご家族だけでなくケアマネジャーにも声をかけて欲しいことを伝えておくということです。入院初期に病棟関係者と会っておき、顔の見える連携をこちらから作ってしまうことが、ケアマネジャー側の心理的負担の軽減となり、今後の退院に向けて、医療機関との協働作業が有意義なものとなっていくことでしょう。

イ. 入院中の病状が落ち着いてきたら…

治療の効果や成果があがり、病状が落ち着いてくると医療機関側は、今後の退院についてご家族と話し合う機会を設けます。この際は、病棟看護師や退院調整看護師、ソーシャルワーカーが、ご本人・ご家族の予定を確認し、話し合う日程を調整していきます。医療機関では、IC（インフォームド・コンセント）や MT（ムンテラ）と呼ぶことが多く、担当医師が病状説明をし、看護師・ソーシャルワーカーなども加わり、今後の生活に向けての課題を話し合います。ここにケアマネジャーさんが来てくださっていると、医療機関側は心強いものです。安心して退院への支援や調整を、協働で行うことができます。

一般的に IC や MT を開催する時は、ご家族へ連絡することが多いです。ご家族がケアマネジャーさんに話し合いの日程を伝えて、ケアマネジャーさんが同席される場合もあります。しかし、ご家族頼みだけではなく、入院当初からの顔の見える連携力を発揮して、連携室や相談室と連絡を取り合いながら、IC・MT 時には医療機関側からケアマネジャーさんに連絡がいくよう、ルートを確認しておくことも必要です。

ウ. 退院前に行っていると良いこと…

実際に退院が近づいてくると、医療機関によっては IC・MT だけではなく、退院前カンファレンスなどを行う場合があります。ケアマネジャーさんだけではなく、在宅側である介護サービス事業者や行政担当者、地域のインフォーマルサービスなどと、合同でカンファレンスを開きます。医療機関側は、ケアマネジャーさんだけが入った IC・MT を行えば良いのか、合同の退院前カンファレンスを開催した方が良いのかなど、細かい今後の在宅生活のことは、十分に理解できていません。そこで、ケアマネジャーさん側から理由を添えて、退院前カンファレンスを開いて欲しいとお伝えいただくと幸いです。

また、この際に標準様式に基づく退院情報を聞き取られると思いますが、ADL の現状確認だけでなく、退院された後の、かかりつけ医や訪問看護等の医療介護連携のために、ケアマネジャー

として留意しておく、医療的な観察点や注意点を聞いておくが良いと思います。このことにより、退院後の医療を含めた地域包括ケアシステムに、ケアマネジャーが加わることができ、統一された医療介護の支援方針のもとに、医療的視点を組み入れたケアプランを作成することが可能となります。

(3) まとめに代えて

入院時情報提供表および入院中・退院時情報聞き取り表の記載方法や、重要な点について述べてきました。一番大切なことは、利用者さん・患者さんが在宅にいても、入院されても、その人の支援が途切れることなく続けられることであり、これは医療介護連携の使命ともいえます。しかし、利用者さんは支援やケアを、一方的に受けるだけの存在ではなく、自分自身で考え、選択し、想いを伝えてくださる存在でもあります。今後はセルフケアやセルフマネジメントの考え方が一層重要となり、それが当たり前の社会になっていくことでしょう。

私たちケアマネジャーも医療関係者も、共に利用者さんと協働して、利用者さんの在宅生活の問題点や課題解決に向け、一緒に取り組む視点をはぐくむことが必要と考えます。

5. 入院時における患者のセルフケアへアプローチする看護についての検討

医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所
看護師 松崎 麻都香 作業部会メンバー

セルフケアの看護論で有名なドロセア・E・オレムは、“セルフケアとは、個人が生命、健康および安寧を維持する上で、自分自身のために積極的に行う実践である”と述べており¹⁾、何らかの疾病を持ちつつ生活していく人が多くなる高齢社会においては、自らの疾病管理が出来るようになること(=セルフケア)が健康管理上大切になると思われる。

しかし、現在の急性期医療機関の臨床現場での看護師の働き方を振り返ってみると、多くは治療上必要な業務や処置に日々追われており、ケアやリハビリの中で患者に出来る部分を自身で担ってもらするなど、狭義の意味でのセルフケアへの働きかけが中心となっている。そこで今回、急性期医療機関へ患者が入院した際、病棟看護師は患者のセルフケアを高めるための援助をどのように行っていけばよいのかを、患者が在宅でもセルフケアを継続出来るという点にも重きを置いて、訪問看護師の立場から検討を行ってみた。

まず最初に、先行文献²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾より患者の疾病管理におけるセルフケアに必要な指導項目の分析を行った。その結果、①リスクの管理、②予防の方策、③モニタリング、④内服管理、⑤今後の生活の展望、⑥急変時の対応という6つの要素が患者指導において大事であることが分かった。

次に、それらを踏まえ脳卒中後の患者を例に、看護上の問題点を“脳卒中の再発の可能性がある。(セルフケア不足)”として看護計画の立案を行った。

具体的には、要素①の「リスクの管理」に対する目標は、“脳卒中の成り立ち、リスクについて理解が出来る。また、本人・家族が今回の入院の原因について考えることが出来る”とし、具体策としては、脳卒中の発生の仕組みや危険因子についての説明を行うことと、患者のセルフケアに対する動機づけを行い指導が効果的になるよう、自身の入院について振り返る機会を設けることの2点を挙げた。

要素②の「予防の方策」と要素③の「モニタリング」、要素⑤の「今後の生活の展望」に対する目標としては、“本人・家族が危険因子の管理、生活習慣の改善について理解が出来、その継続について現実的な検討が行える”とした。具体策は、血圧や糖尿病(HbA1c)、肥満(体重)などの危険因子に対する目標値の設定と、それらを順守するための睡眠や食事、運動といった生活習慣のありかたの検討の2点を柱とした。この項目に関しては、指導の範囲が生活全般にわたり、その患者個人の退院後の生活に則した具体的な指導が重要であるため、栄養士やPT、OTなどの多職種との協働も欠かせないと考える。

要素④の「内服管理」に対する目標は、“内服の必要性が理解出来、確実な内服方法が検討される”として、具体策には、内服中の薬の作用・副作用、服薬の必要性に関する説明と、在宅での確実な服薬方法の検討の2点を挙げている。

要素⑥の「急変時の対応」の目標は、“脳卒中の再発の早期に受診が出来る”として、再発兆候の観察項目の指導と、そのような症状が出現したときにどのようなタイミングで医療機関を受診するのか、患者・家族と話し合うことの2点を挙げた。

以上、いずれの項目も実際に指導を行う際には、医師、看護師やPT、OT、栄養士など、医療機関スタッフが連携を取ることが勿論であるが、医療者からの画一的な指導にならないよう、本人・家族の他、対象となる患者個人の日頃の生活状況を把握している担当ケアマネジャーや訪問看護師、ヘルパーからの情報も広く得た上で継続的に実行可能な現実的な具体策を検討することが最も重要であり、そのようにすることで指導の効果も上がると考え、それらに該当する部分を看護計画(図表28)斜め文字で示している。

患者が自立しており、理解力も良好でセルフケアの遂行能力が高い場合には、患者本人との話し合いのみで指導効果が上がることも予想される。しかし、疾病を抱えながら生活する高齢世帯

や独り暮らしの患者においては、上記のように多職種から情報を得ながら指導に当たることが効果的であり、退院後、在宅でのセルフケアを継続させるための支援も受けられやすいと思われる。

今回は、脳卒中後の看護計画を例に“入院時における患者のセルフケアへアプローチする看護について”具体的な内容の紹介をしたが、その他にも高齢者に多い疾病として、心不全、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折後の3疾患に関しても看護計画の立案を行った。具体策の内容に差こそあるものの脳卒中後の場合と同様、それらの指導内容としても、上記①～⑥の項目で看護計画が構成出来ることを確認している。

セルフケアに関するケアマネジャーの役割について

以上のような看護の視点で考えたセルフケアへのアプローチを踏まえ、在宅におけるケアマネジャーの、患者のセルフケアを支える役割について改めて考えてみると、その患者の医療としての方向性を確認・把握すること（上記①～⑥の具体的な内容など）と、患者・家族のセルフケアが不足している部分へのアセスメントとアプローチ（ケアマネジャー自身が補う方法と往診や訪問看護、ヘルパーの導入などサービス利用で代用する方法）の2点が期待されるだろう。

具体的な役割としては、前者は急性期医療機関に患者が入院した際、医療機関で退院前に開かれるカンファレンス等にケアマネジャーが同席して、その患者の在宅での様子を（患者・家族が伝えきれない部分を代弁する形で）医療機関スタッフへ情報提供し、医療方針を確認して在宅で継続すべきセルフケアの具体的な内容を把握するなど、急性期医療機関の医療スタッフとの連携をとり、患者のケアに継続性を持たせることが挙げられる。

後者に関しては、前述の医療機関でのカンファレンスの内容を踏まえた上で、在宅に戻ってからのケアプランの検討を行うことだと言えるだろう。

引用・参考文献

- 1)ドロセア・E・オレム：オレム看護論 看護実践における基本概念,第4版,医学書,2005
- 2)松岡真由：再入院した心不全患者の家庭におけるセルフケア不足の実態,高知看護研究学会論文集,2007
- 3)服部容子：心不全患者のセルフモニタリングの概念分析,日本看護科学会誌 30 卷 2 号,2010
- 4)福岡泰子：軽症脳梗塞患者の再発予防における自己管理の実態と臨床指標との関連,広島大学保健学ジャーナル Vol11(1),2012
- 5)北海道地域連携クリティカルパス運営協議会：『脳卒中あんしん連携ノート』 ver.1,2011

図表 28 脳卒中後のセルフケア・看護計画

* 具体策の斜め文字は、カンファレンス時に、ケアマネとも情報を共有する項目

看護上の問題	看護目標	具体策
<p># 脳卒中の再燃の可能性がある。 (セルフケア不足)</p>	<p>1・脳卒中の成り立ち、リスクについて理解が出来る。また、ご本人及びご家族が、今回の入院の原因について考えることが出来る。</p>	<p>1. 指導 *患者さんの理解力に応じてご家族にも行う。</p> <p>1)脳卒中とは？ ◎脳卒中の発生のしくみ ・脳梗塞：脳血管の閉塞 ・脳出血：脳血管の破損 ・くも膜下出血：動脈瘤の破裂</p> <p>2)脳卒中の危険因子について ・喫煙 ・高血圧 ・心房細動 ・糖尿病 ・脂質異常 ・その他（過度な飲酒、メタボリック症候群、睡眠時無呼吸症候群など）</p> <p>2. 今回の入院に関する振り返りを行う 1) 医師より今回入院の原因に関する意見をもらう。 2) 上記の指導やDrの意見を踏まえ、今回入院のきっかけを患者・家族（及びCM）と考える。</p>
	<p>2・ご本人及びご家族が、危険因子の管理・生活習慣の改善について理解が出来、その継続について現実的な検討が行える。</p>	<p>1. 指導（内容は医師と相談の上、決める） *目標値の設定とその習慣化について検討</p> <p>1)禁煙 2)血圧測定(目標値:〇/〇~〇/〇mmHg) 3)不整脈の治療(服薬の継続方法) 4)糖尿病の治療(目標値:HbA1c~〇%) 5)肥満の予防、改善(1日の必要カロリー量:〇〇kcal/day、目標体重〇〇kg) 6)高コレステロール血症の治療 (LDLコレステロールとHDLコレステロールについて:その目標値〇〇/mg/dl) 7)食事:塩分や動物性脂肪、アルコールを控える 4)~7)は、必要時:食品サンプルの提示、栄養士による食事指導 ★1日の病院食より1日摂取量を覚えてもらい退院後の食生活に生かしてもらおう ★介護が必要な場合は、主介護者、調理者にも指導を行う。</p> <p>2・規則正しい生活についての検討を行う。 1)睡眠時間について 2)食事の時間について 3)体力に見合った運動について ・リハビリ中の場合は、PT・OTとも相談の上、入院中から生活の中にリハビリを取り入れ、習慣化をめざす。 ・家の構造、在宅での日常生活行動範囲を確認の上、退院後に適切で継続可能な運動量についての検討が出来る。</p>
	<p>3・内服の必要性が理解出来、確実な服薬方法が検討される。</p>	<p>1. 内服薬の必要性の理解を深める。 ・内服中の薬の作用、副作用の説明を行う。 不整脈治療薬（抗凝固薬など） 糖尿病治療薬（血糖降下剤など） 高脂血症治療薬など ・在宅での確実な服薬方法をご本人、ご家族（又はCM）と検討する。</p>
	<p>4・脳卒中再発の早期に受診が出来る。</p>	<p>1. 観察項目を指導 ・顔や口がゆがむ ・口がもつれ、言葉が通じない ・両手を90度前に上げると、片側が落下する ・椅子に座ると片側に倒れる ・片側の手足に力が入らない *上記のような症状が認められた時の対応について、 (どのタイミングで病院するのかなど)ご本人・ご家族と話し合っておく。</p>

第7章 介護支援専門員を対象とした全国調査の再分析から見る今後のケアマネジメントあり方の検討

兵庫県立大学経営研究科 教授 筒井 孝子 委員長

静岡県立大学経営情報学部 静岡県立大学大学院 経営情報イノベーション研究科
附属医療経営研究センター 副センター長・講師 東野 定律 委員

1. 分析の目的

昨年度（平成25年度）の研究事業において「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に係る実態調査」を全国の居宅介護支援事業所および地域包括支援センター23,926件に調査票を配布し、2,878票（回収率12.0%）を回収した。

昨年度は、この調査で収集した「サービス担当者会議の実施状況」に係わるデータを集計し、さらに介護支援専門員の属性（年齢、性別、所属機関、職位、経験年数、連携活動能力得点など）により、担当者会議の開催にかかる状況が異なるかを分析した。

その結果「サービス担当者会議の実施状況」の違いに影響を及ぼす要因として、介護支援専門員の連携活動能力得点が示された。この結果からは、多職種によるサービス調整を実施するサービス担当者会議に必要とされるプロセスを実施できるか、他機関、多職種との連携活動を円滑に実施できるスキルを持っているかに密接に関連することが明らかにされたといえる。

さて、昨年度の研究事業のサービス担当者会議の実施状況を調査する際の項目の開発時に、「サービス担当者会議のプロセスをすべて実施する必要があるのか」、「新規認定ではなく更新時のサービス担当者会議の場合には実施しなくてよいプロセスもあるのではないか」、あるいは「アセスメントの結果、単一のサービスしか必要ないと考えられた利用者に対して、多職種によるサービス担当者会議のプロセスを適用する必要があるのか」という問題があることが示されていた。しかし、これらの問題については、昨年度の時点では、十分な分析ができずに終わっていた。

そこで、今年度に、昨年度、収集したデータを再分析し、「サービス担当者会議の実施状況」について、対象となる利用者の状況により、実施のプロセスが異なるかを詳細に分析することとした。

2. 分析の方法

「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に係る実態調査」の昨年度分析に使用した分析データベース（n=2,878）を用いて、利用者の状態と「サービス担当者会議の実施状況」の関連性について検討を行った。

具体的には、以下の5つの変数を取り上げ、各項目のカテゴリを①実施=ある程度実施した or 実施した、②未実施=あまりしなかった or 全くしなかった の2つのカテゴリに分け、各工程別の①の割合を実施率とし、各項目の実施率を算出した。また、5つの各変数との独立性の検定を実施し、有意差のあった各工程の項目を抽出した。

- (1) 「アセスメント理由別」
- (2) 「利用者の利用サービス種類数別」
- (3) 「利用者の要介護度区分別」
- (4) 「利用者の日常生活自立度（障害高齢者）別」
- (5) 「利用者の日常生活自立度（認知症高齢者）別」

3. 分析の結果

(1) アセスメント理由別 (n=2,871)

ア. 「サービス担当者会議の実施状況」

初回、更新、変化、退院、退所、その他に分類されたアセスメント理由別に、「サービス担当者会議の実施状況」の工程に関する実施率を算出した。

アセスメント理由別に、サービス担当者会議の実施状況として示された10の工程別の実施率を分析した結果、「①開催前の情報収集」では、退院時が91.6%と最も実施割合が高く、変化（悪化・改善）、初回についても9割実施されていたが、更新および退所については、やや実施率が下がり、8割の実施であった。

「②開催前の情報提供」は、初回で96.6%と最も実施割合が高く、退院、変化（悪化・改善）、更新では、やや下がり8割、退所では、7割の実施率となっていた。

「③ケアプラン原案作成時の分析」では、退所時の実施割合が高く78.6%、退院時も7割に実施されていたが、変化（悪化・改善）時は6割、初回、更新時では、実施率はさらに下がり、5割の実施率が示された。

「④各事業者への個別援助計画の作成依頼」の実施率は、最も高かった退院時で48.6%、初回、変化（悪化・改善）、更新時はいずれも4割、退所時は更に低下し、3割の実施率となった。

「⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取」は、最も高い実施割合を示した退院が僅か32.5%、退所も3割の低い実施率となっており、変化（悪化・改善）時、初回、更新時も2割程度とかなり低い実施率が示された。

「⑥個別援助計画のケアプランへの反映」は、最も高い実施割合を示した変化（悪化・改善）でも61.5%、退院時が6割、初回、更新時で5割、退所時の実施率は4割と示されていた。

「⑦招集」は、初回、変化（悪化・改善）、退院ともに65.0%の実施率が示され、更新時6割、退所時の実施率は5割の実施率が示された。

「⑧開催」は、変化（悪化・改善）が88.9%と最も高い実施率を示していた。初回、更新、退院、退所、いずれも8割と示された。

「⑨議事録の配布」は、最も高い退所時が69.6%、退院、変化（悪化・改善）、更新、初回は6割の実施率であった。

「⑩モニタリング・全体管理の実施」は、退所時が91.3%と最も実施割合が高く、退院、変化（悪化・改善）、更新、初回については、8割の実施率が示された。

以上の結果から、アセスメントの理由如何に関わらず「開催前の情報収集」は89.6%の実施率が示され、最も高く、続いて「開催」が87.8%、「開催前の情報提供」87.5%、「モニタリング・全体管理の実施」86.3%、と85%を超えていたが、「議事録の配布」65.7%、「招集」64.2%が6割を超えている工程であり、「ケアプラン原案作成時の分析」59.4%、「個別援助計画のケアプランへの反映」56.2%、「各事業者への個別援助計画の作成依頼」45.0%と示され、これらの工程の実施率は低かった。最も実施率が低かったのは、「開催前のケアプラン原案への意見聴取」で25.4%の実施率であった。

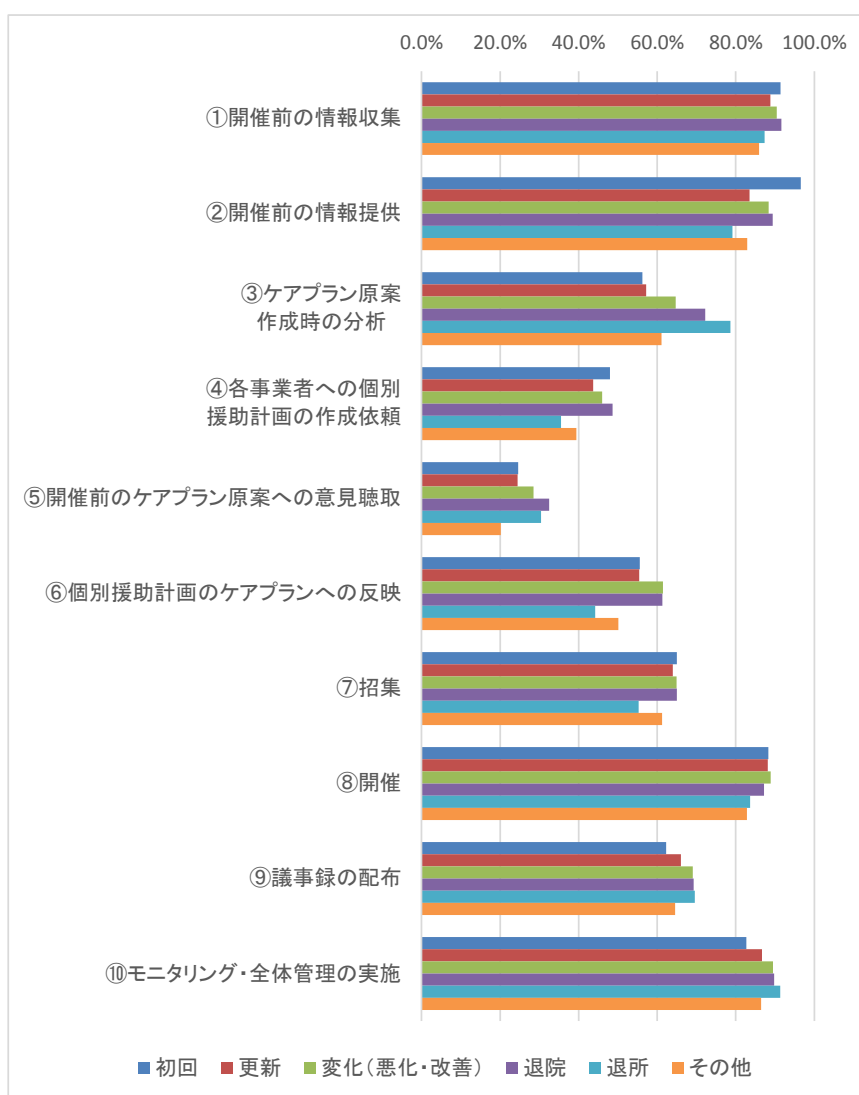
アセスメント理由別に、この工程別の実施率の高さの順位を分析した結果、初回は、「開催前の情報提供」が最も高いが、更新時、変化、退院時は「開催前の情報収集」が最も高く、退所時は「モニタリング・全体管理の実施」の実施率が高かった。

また、アセスメント理由別の各工程の実施率の平均値から分析した結果、変化（悪化・改善）と退院時は概ね同じ実施率（48.7%、48.6%）を示していた。その次は、初回、退所や更新の実施率についてはさらに低いことが示された。

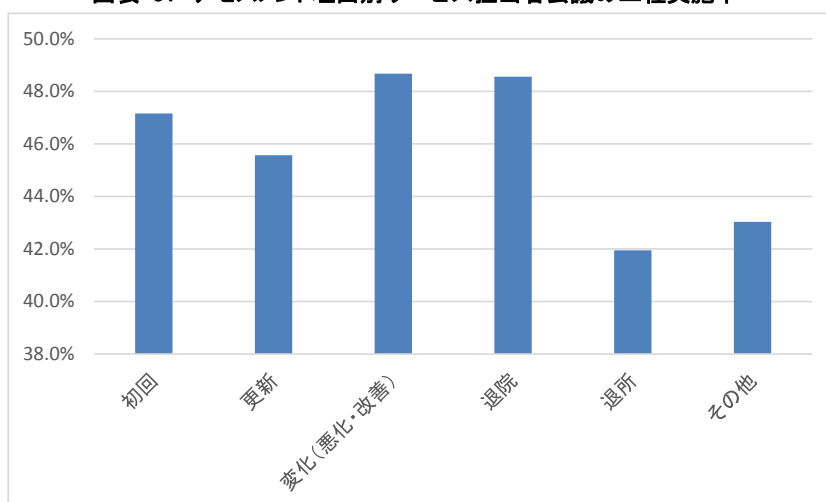
図表 29 アセスメント理由別サービス担当者会議の工程実施率

	①開催前の情報収集	②開催前の情報提供	③ケアプラン原案作成時の分析	④各事業者への個別援助計画の作成依頼	⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取	⑥個別援助計画のケアプランへの反映	⑦招集	⑧開催	⑨議事録の配布	⑩モニタリング・全体管理の実施	全項目
初回	91.4%	96.6%	56.2%	48.0%	24.6%	55.6%	65.0%	88.3%	62.3%	82.7%	47.2%
更新	88.8%	83.6%	57.2%	43.7%	24.5%	55.4%	64.0%	88.2%	66.1%	86.7%	45.6%
変化（悪化・改善）	90.4%	88.3%	64.7%	46.0%	28.5%	61.5%	65.0%	88.9%	69.1%	89.5%	48.7%
退院	91.6%	89.4%	72.2%	48.6%	32.5%	61.3%	65.0%	87.2%	69.3%	89.8%	48.6%
退所	87.3%	79.1%	78.6%	35.5%	30.4%	44.2%	55.3%	83.7%	69.6%	91.3%	41.9%
その他	86.0%	82.9%	61.1%	39.4%	20.2%	50.1%	61.2%	82.8%	64.5%	86.4%	43.0%
合計	89.6%	87.5%	59.4%	45.0%	25.4%	56.2%	64.2%	87.8%	65.7%	86.3%	46.4%

図表 30 アセスメント理由別サービス担当者会議の工程実施率



図表 31 アセスメント理由別サービス担当者会議の工程実施率



イ. 「サービス担当者会議開催」の下位項目との関連

「アセスメント理由別」に、「サービス担当者会議開催」の各工程における下位項目との関係について分析した。統計的に有意な差が示された項目は、82 項目中 32 項目となった。

工程別にみると、「①開催前の情報収集」は、「1 地域におけるサービス提供事業者の特徴の最新情報を把握」、「2 地域における社会資源の特徴の最新情報を把握」、「3 地域における病院や診療所等の特徴の最新情報を把握」、「4 事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有」、「5 利用者の受付情報や基本情報を把握」、「6 被保険者情報を把握」、「7 認定情報を把握」、「8 日常生活の自立度を把握」、「10 利用者の住環境・地域環境を把握」、「11 家族等の情報を把握」、「12 家族等の介護力や利用者との関係などを把握」、「17 利用者の生活状況を把握」、「18 利用している介護保険サービスの内容を把握」、「19 利用しているインフォーマルサービスの内容を把握」、「20 利用している介護保険外サービスの内容を把握」の 15 項目においてアセスメント理由別に実施率が異なっていた。

「②開催前の情報提供」は、「1 専門員の役割やケアマネジメントの目的を説明し理解を得た」、「2 重要事項説明を行った」、「3 プランに利用者・家族の意向が反映されると説明・参加を求めた」、「4 秘密保持・人権尊重等の説明をし個人情報収集等の同意を得た」、「5 対応できないサービスがあることを説明」という 5 項目に、アセスメント理由の違いによる実施率が有意に異なっていた。

「③ケアプラン原案作成時の分析」は、「21 第 3 表では週単位以外のサービスも記載」という 1 項目で有意差が示された。

「④各事業者への個別援助計画の作成依頼」の工程においては、「4 本人面談に基づく個別援助計画案策定をサービス事業者に依頼」の 1 項目で有意差があった。

「⑥個別援助計画のケアプランへの反映」では、「1 個別援助計画案とケアプラン原案が連動しているか確認」、「3 サービス事業者を選定し根拠をサービス事業者に伝えた」、「5 個別援助計画案を受けケアプランの見直しを行った」、「6 選定したサービス事業者に個別援助計画案の見直しを依頼」の 4 項目で有意差が示された。

「⑦招集」の工程では、「3 サービス担当者会議の参加者を選定し会議の案内を行った」、「4 ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼」、「5 欠席者はケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取」、「6 保険者に対し主治医意見書の提出を依頼」の 4 項目に有意差があった。

「⑧開催」の工程では、「1 介護保険サービスはケアプラン等に沿い提供と利用者等に説明」の 1 項目に有意差があった。

「⑩モニタリング・全体管理の実施」では、「4 モニタリングの内容は利用者家族やサービス事業者と合意」の 1 項目に有意差があった。

「⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取」、「⑨議事録の配布」は、いずれも有意差が見られなかった。

図表 32 「アセスメント理由別」の「サービス担当者会議開催」工程における
下位項目別の実施率の差異

	初回	更新	変化	退院	退所	その他	P
①開催前の情報収集							
1地域におけるサービス提供事業者の特徴の最新情報を把握	82.2	69.4	78.7	83.3	69.6	67.4	0.00 **
2地域における社会資源の特徴の最新情報を把握	58.6	51.6	53.2	44.7	34.8	40.7	0.00 **
3地域における病院や診療所等の特徴の最新情報を把握	75.1	66.8	75.4	75.0	60.9	55.2	0.00 **
4事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有	82.5	76.3	81.4	86.4	69.6	73.8	0.00 **
5利用者の受付情報や基本情報を把握	99.1	95.5	94.6	96.9	91.3	94.2	0.00 **
6被保険者情報を把握	97.1	93.0	94.0	97.4	91.3	90.1	0.00 **
7認定情報を把握	97.3	98.6	96.1	97.8	95.7	94.8	0.02 *
8日常生活の自立度を把握	98.0	98.0	97.0	97.8	95.7	95.3	0.01 *
10利用者の住環境・地域環境を把握	93.4	89.8	93.7	96.5	91.3	84.3	0.00 **
11家族等の情報を把握	99.1	94.8	96.1	99.1	100.0	94.8	0.00 **
12家族等の介護力や利用者との関係などを把握	98.2	95.5	97.0	98.7	100.0	94.2	0.00 **
17利用者の生活状況を把握	97.4	98.1	97.9	98.2	95.7	97.7	0.02 *
18利用している介護保険サービスの内容を把握	94.6	97.9	98.2	96.1	100.0	95.9	0.00 **
19利用しているインフォーマルサービスの内容を把握	85.8	80.7	83.8	81.6	65.2	77.3	0.01 **
20利用している介護保険外サービスの内容を把握	86.6	82.0	85.0	80.3	82.6	77.9	0.01 **
②開催前の情報提供							
1専門員の役割やケアマネジメントの目的を説明し理解を得た	97.4	86.9	90.4	91.7	82.6	85.5	0.00 **
2重要事項説明を行った	96.2	72.2	79.3	82.0	69.6	71.5	0.00 **
3プランに利用者・家族の意向が反映されると説明・参加を求めた	97.3	90.9	93.1	93.4	87.0	90.7	0.01 **
4秘密保持・人権尊重等の説明をし個人情報収集等の同意を得た	99.1	83.7	89.8	90.8	78.3	84.3	0.00 **
5対応できないサービスがあることを説明	92.9	84.0	89.2	89.0	78.3	82.6	0.00 **
③ケアプラン原案作成時の分析							
21第3表では週単位以外のサービスも記載	78.8	82.8	84.0	86.6	81.8	75.4	0.01 *
④各事業者への個別援助計画の作成依頼							
4本人面談に基づく個別援助計画策定をサービス事業者に依頼	50.9	41.1	46.8	50.0	43.5	41.9	0.02 *
⑤個別援助計画のケアプランへの反映							
1個別援助計画案とケアプラン原案が連動しているか確認	74.3	77.8	79.9	82.0	78.3	69.8	0.02 *
3サービス事業者を選定し根拠をサービス事業者に伝えた	73.1	61.3	72.7	76.3	47.8	66.9	0.00 **
5個別援助計画案を受けケアプランの見直しを行った	46.8	50.7	56.5	54.4	34.8	35.5	0.00 **
6選定したサービス事業者に個別援助計画案の見直しを依頼	28.4	33.4	39.9	37.3	13.0	23.3	0.03 *
⑥招集							
3サービス担当者会議の参加者を選定し会議の案内を行った	93.2	93.7	90.7	90.4	87.0	94.2	0.01 *
4ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼	53.5	42.3	51.4	57.0	26.1	54.7	0.02 *
5欠席者はケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取	63.7	69.9	74.2	71.1	65.2	66.3	0.01 **
6保険者に対し主治医意見書の提出を依頼	86.4	85.9	80.8	82.0	69.6	68.0	0.00 **
⑦開催							
1介護保険サービスはケアプラン等に沿い提供と利用者等に説明	92.3	90.2	91.3	89.0	82.6	86.0	0.01 **
⑧モニタリング・全体管理の実施							
4モニタリングの内容は利用者家族やサービス事業者と合意	83.5	83.0	82.9	80.7	69.6	73.8	0.01 **

*P<.05 **P<.01

(2) 利用者の利用サービス種類数別 (n= 2,878)

ア. 「サービス担当者会議の実施状況」

利用者の利用サービス種類数別に、「サービス担当者会議の実施状況」の工程に関する実施率を算出した。

利用者の利用サービス種類数別」の実施率は、「①開催前の情報収集」の工程は、2種類が91.0%と最も高い実施率を示した。3種類も90.6%と高く、4種類以上や1種類は8割実施と示された。

「②開催前の情報提供」工程の実施率は、2種類が87.9%で最も高く、1種類、3種類、4種類の場合は8割の実施率が示されていた。

「③ケアプラン原案作成時の分析」工程は、4種類以上が81.4%と最も高く、3種類で6割、2種類で5割、1種類では4割実施と示され、種類数が減るほど実施率が低下していた。

「④各事業者への個別援助計画の作成依頼」工程では、最も実施割合が高かったのが2種類で45.5%、1種類、3種類、4種類以上は4割の実施率と示された。

「⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取」は、4種類以上が最も高く、31.3%で、1～3種類は2割程度の実施率であった。

「⑥個別援助計画のケアプランへの反映」工程では、最も実施割合が高い3種類が59.7%、1種類、2種類、4種類以上の場合5割程度の実施率であった。

「⑦招集」工程は、3種類が67.7%の実施率、1種類、2種類、4種類以上で6割程度の実施率が示された。

「⑧開催」工程は、1種類が88.6%と最も高く、2種類、3種類、4種類以上で8割の実施率と示された。

「⑨議事録の配布」工程は、4種類以上が79.0%、3種類が7割、2種類が6割、1種類で5割程度の実施率と示され、種類数が多いほど実施率は高かった。

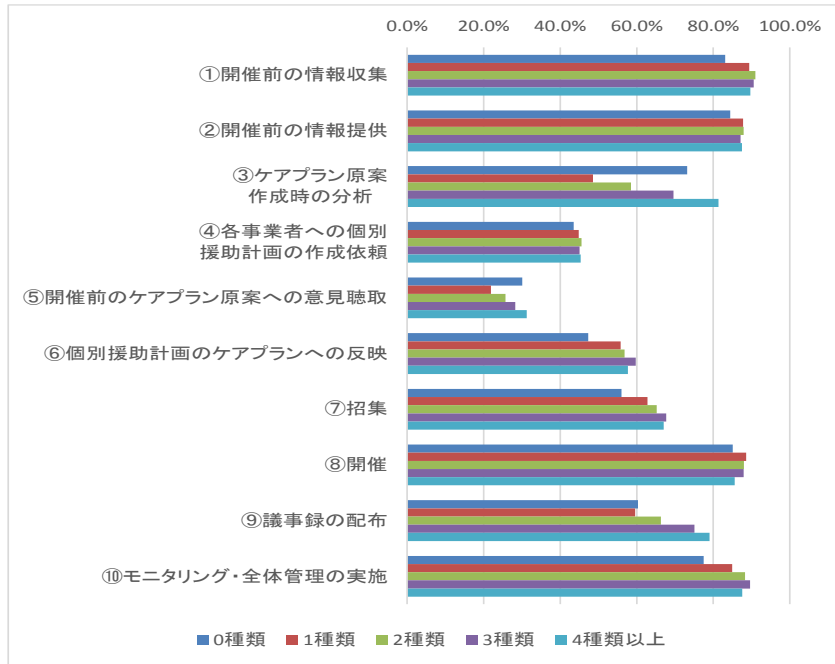
「⑩モニタリング・全体管理の実施」工程では、3種類が89.6%と最も高く、1種類、2種類、4種類以上も8割程度の実施率を示していた。

以上のように、サービス種類別にみると、全体的に工程の実施率が高かったのは、サービス種類が4種類以上であり52.9%と示され、次いで3種類が49.0%とサービスの種類が多くなるほど、各工程の実施率は高くなっていった。

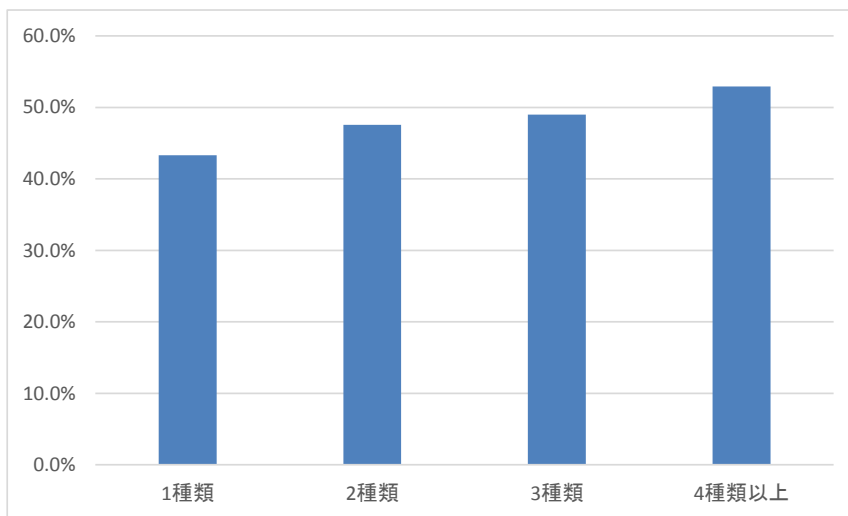
図表 33 利用者の利用サービス種類数別サービス担当者会議の工程実施率

サービス種類別	①開催前の情報収集	②開催前の情報提供	③ケアプラン原案作成時の分析	④各事業者への個別援助計画の作成依頼	⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取	⑥個別援助計画のケアプランへの反映	⑦招集	⑧開催	⑨議事録の配布	⑩モニタリング・全体管理の実施	全項目
1種類	89.4%	87.8%	48.6%	44.8%	21.9%	55.8%	62.8%	88.6%	59.6%	84.9%	43.3%
2種類	91.0%	87.9%	58.5%	45.5%	25.7%	56.8%	65.2%	88.0%	66.3%	88.3%	47.6%
3種類	90.6%	87.1%	69.6%	45.0%	28.2%	59.7%	67.7%	88.0%	75.1%	89.6%	49.0%
4種類以上	89.7%	87.5%	81.4%	45.3%	31.3%	57.7%	67.0%	85.6%	79.0%	87.6%	52.9%
合計	89.6%	87.5%	59.4%	45.0%	25.4%	56.3%	64.2%	87.8%	65.8%	86.3%	46.3%

図表 34 利用者の利用サービス種類数別サービス担当者会議の工程実施率



図表 35 利用者の利用サービス種類数別サービス担当者会議の工程実施率



イ.「サービス担当者会議の実施状況」の下位項目との関連

利用者の利用しているサービス種類別に、「サービス担当者会議の実施状況」の各工程の下位項目とどのような関係があるかを分析した。統計的に有意差があったのは、82項目中43項目であった。

工程別にみると、「①開催前の情報収集」は「1 地域におけるサービス提供事業者の特徴の最新情報を把握」、「4 事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有」、「7 認定情報を把握」、「10 利用者の住環境・地域環境を把握」、「11 家族等の情報を把握」、「12 家族等の介護力や利用者との関係などを把握」、「13 利用者・家族の主訴や要望を把握」、「15 サービスに対する要望とその理由を把握」、「18 利用している介護保険サービスの内容を把握」、「19 利用しているインフォーマルサービスの内容を把握」、「20 利用している介護保険外サービスの内容を把握」の11項目で有意差が示された。

「②開催前の情報提供」は、「1 専門員の役割やケアマネジメントの目的を説明し理解を得た」、「3 プランに利用者・家族の意向が反映されると説明・参加を求めた」の2項目で有意差が示された。

「③ケアプラン原案作成時の分析」は、「4 生活に対する意向で利用者等の言葉・価値観等に基づき記載」、「6 生活全般の課題は1・緊急度 2・重要度 3・即応度の通り順序を設定」、「7 生活全般の解決すべき課題の順序の理由や根拠を明確にした」、「8 長期目標は健康・安全・安心の確保を考慮し課題に対し設定」、「9 第2表の長期目標設定の理由や根拠を明確にした」、「10 第2表の長期目標期間設定の理由や根拠を明確にした」、「15 利用料等を含めた文書を作成・説明しサービス選択を求めた」、「16 サービス種別は1・サービス主体 2・サービス内容を明確にした」、「17 地域のサービス資源の状況に合わせサービス資源を選択」、「18 課題に対するサービス提供事業者の選定理由を具体的に記載」、「20 介護保険外のサービスも含めた1週間単位のスケジュール作成」、「21 第3表では週単位以外のサービスも記載」、「22 主な日常生活上の活動として利用者の一日の生活の流れを記入」の13項目で有意差が示された。

「④各事業者への個別援助計画の作成依頼」は、「5 個別援助計画案の提出の際アセスメントの結果記載を依頼」、「6 ケアプラン原案に基づく個別援助計画案の提出を依頼」の2項目で有意差が示された。

「⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取」は、「1 ケアプラン原案を主治医に提供」、「3 各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼」の2項目で有意差が示された。

「⑥個別援助計画のケアプランへの反映」は、「3 サービス事業者を選定し根拠をサービス事業者に伝えた」、「4 個別援助計画案に基きサービス提供すると提供事業者と合意」の2項目で有意差が示された。

「⑦招集」は、「3 サービス担当者会議の参加者を選定し会議の案内を行った」、「4 ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼」、「5 欠席者はケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取」、「6 保険者に対し主治医意見書の提出を依頼」、「7 主治医意見書について不明点等事前に確認を行っている」の5項目で有意差が示された。

「⑧開催」は、「4 モニタリングの内容は利用者家族やサービス事業者と合意」の1項目で有意差が示された。

「⑨議事録の配布」は「1 サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付」、「2 担当者会議の議事録を会議出席者欠席者に配付・合意内容を共有」の2項目で有意差が示された。

「⑩モニタリング・全体管理の実施」は、「1 モニタリング全体管理は目標達成までの進捗状況を把握」、「2 モニタリング全体管理は事業者のアプローチ見直し状況を把握」、「3 モニタリング全体管理は事業者のアプローチの適切性を評価」の3項目で有意差が示された。

図表 36 利用者の利用サービス種類数別サービス担当者会議の項目別工程実施率の比較
(統計的有意差のあった項目のみ)

	0種類	1種類	2種類	3種類	4種類以上	P
①開催前の情報収集						
1地域におけるサービス提供事業者の特徴の最新情報を把握	50.2	72.3	78.9	81.1	77.0	0.00 **
4事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有	75.4	77.5	79.5	81.5	81.4	0.00 **
7認定情報を把握	95.6	97.9	98.0	97.7	97.1	0.01 *
10利用者の住環境・地域環境を把握	64.5	92.3	93.7	94.7	93.8	0.00 **
11家族等の情報を把握	94.6	95.6	97.1	96.6	97.1	0.00 **
12家族等の介護力や利用者との関係などを把握	95.1	95.7	97.1	96.6	98.2	0.00 **
13利用者・家族の主訴や要望を把握	99.0	99.0	99.4	99.5	99.3	0.03 *
15サービスに対する要望とその理由を把握	90.1	97.8	99.3	98.9	99.3	0.00 **
18利用している介護保険サービスの内容を把握	84.7	97.2	98.5	98.6	96.7	0.00 **
19利用しているインフォーマルサービスの内容を把握	65.0	82.6	84.8	84.7	79.2	0.00 **
20利用している介護保険外サービスの内容を把握	64.5	82.4	86.9	85.8	82.8	0.00 **
②開催前の情報提供						
1専門員の役割やケアマネジメントの目的を説明し理解を得た	89.2	89.6	90.4	89.7	91.2	0.02 *
3プランに利用者・家族の意向が反映されると説明・参加を求めた	86.7	92.2	94.3	93.6	93.8	0.00 **
③ケアプラン原案作成時の分析						
4生活に対する意向で利用者等の言葉・価値観に基づき記載	94.3	97.2	97.6	96.2	97.6	0.01 **
6生活全般の課題は1・緊急度2・重要度3・即応度の通り順序を設定	94.9	92.2	93.1	95.0	96.0	0.01 *
7生活全般の解決すべき課題の順序の理由や根拠を明確にした	91.5	86.5	87.5	88.2	90.4	0.00 **
8長期目標は健康・安全・安心の確保を考慮し課題に対し設定	96.6	95.5	96.1	97.6	95.6	0.02 *
9第2表の長期目標設定の理由や根拠を明確にした	89.8	88.4	89.2	90.0	90.0	0.02 *
10第2表の長期目標期間設定の理由や根拠を明確にした	84.1	82.2	82.7	82.4	84.9	0.03 *
15利用料等を含めた文書を作成・説明しサービス選択を求めた	60.8	73.7	76.3	78.2	78.5	0.01 *
16サービス種別は1・サービス主体2・サービス内容を明確にした	84.7	91.9	94.9	95.9	96.0	0.00 **
17地域のサービス資源の状況に合わせサービス資源を選択	51.1	77.2	84.5	86.5	88.0	0.00 **
18課題に対するサービス提供事業者の選定理由を具体的に記載	51.1	65.5	65.1	62.9	65.3	0.02 *
20介護保険外のサービスも含めた1週間単位のスケジュール作成	63.6	73.4	79.6	81.2	82.1	0.00 **
21第3表では週単位以外のサービスも記載	76.1	74.3	85.1	87.1	90.8	0.00 **
22主な日常生活上の活動として利用者の一日の生活の流れを記入	84.1	69.8	72.0	72.6	75.3	0.00 **
④各事業者への個別援助計画の作成依頼						
5個別援助計画案の提出の際アセスメントの結果記載を依頼	38.9	31.3	31.1	29.2	28.1	0.04 *
6ケアプラン原案に基づく個別援助計画案の提出を依頼	39.4	28.4	28.5	23.7	23.4	0.00 **
⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取						
1ケアプラン原案を主治医に提供	29.1	15.2	18.9	22.1	25.9	0.01 **
3各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼	40.9	33.2	38.1	43.6	44.2	0.02 *
⑥個別援助計画のケアプランへの反映						
3サービス事業者を選定し根拠をサービス事業者に伝えた	45.8	66.5	69.2	72.1	67.9	0.00 **
4個別援助計画案に基づきサービス提供すると提供事業者と合意	59.1	80.1	81.7	85.2	78.8	0.00 **
⑦招集						
3サービス担当者会議の参加者を選定し会議の案内を行った	88.2	92.4	92.8	95.7	94.2	0.00 **
4ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼	56.2	45.7	45.8	50.5	50.7	0.02 *
5欠席者はケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取	61.1	63.2	70.5	76.3	81.0	0.00 **
6保険者に対し主治医意見書の提出を依頼	46.3	85.1	88.0	88.1	86.9	0.00 **
7主治医意見書について不明点等事前に確認を行っている	36.0	48.7	54.2	57.3	51.5	0.02 *
⑧開催						
4モニタリングの内容は利用者家族やサービス事業者と合意	73.4	83.6	82.9	82.2	81.0	0.00 **
⑨議事録の配布						
1サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付	55.2	56.0	64.5	75.1	78.8	0.00 **
2担当者会議の議事録を会議出席者欠席者に配付・合意内容を共有	65.5	63.2	68.2	75.1	79.2	0.00 **
⑩モニタリング・全体管理の実施						
1モニタリング全体管理は目標達成までの進捗状況を把握	81.8	88.3	91.3	92.7	91.6	0.02 *
2モニタリング全体管理は事業者のアプローチ見直し状況を把握	73.9	82.1	86.0	87.2	85.0	0.05 *
3モニタリング全体管理は事業者のアプローチの適切性を評価	76.8	84.5	87.6	89.0	86.1	0.02 *

*P<.05 **P<.01

(3) 利用者の要介護度区分別 (n=2,684)

ア. 「サービス担当者会議の実施状況」

「利用者の要介護度区分別」に「サービス担当者会議の実施状況」の工程実施率を算出した。各工程について、「利用者の要介護度区分別」の実施率を見ていくと、「①開催前の情報収集」については、要支援1,2でも9割が実施されており、要介護1～5についてはやや実施割合が下がり8割の実施にとどまっていた。

「②開催前の情報提供」については、要支援1,2、要介護1～5については、やや実施割合が下がり、8割の実施にとどまっていた。

「③ケアプラン原案作成時の分析」については、要介護5が86.5%と最も高い実施率となり、要介護1～4では8割が実施されていたが、要支援では僅か2割の実施となった。

「④各事業者への個別援助計画の作成依頼」については、要支援1,2、要介護1～5では更に実施率は下がり4割の実施率となった。

「⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取」は、最も高い実施割合を示した要介護5で僅か34.2%の実施率であり、要介護1～4が2割、要支援1,2では1割しか実施されていなかった。

「⑥個別援助計画のケアプランへの反映」は、要支援1,2、要介護1～5でも5割の実施となった。

「⑦招集」は、要支援1,2、要介護1～5でも6割の実施となった。

「⑧開催」は、要支援1,2、要介護1～5は、やや実施率が下がり、8割の実施にとどまっていた。

「⑨議事録の配布」は、要介護3～5は、73.3%の実施率であり、要介護1,2は6割、要支援1,2は、更に実施率は下がり5割の実施となった。

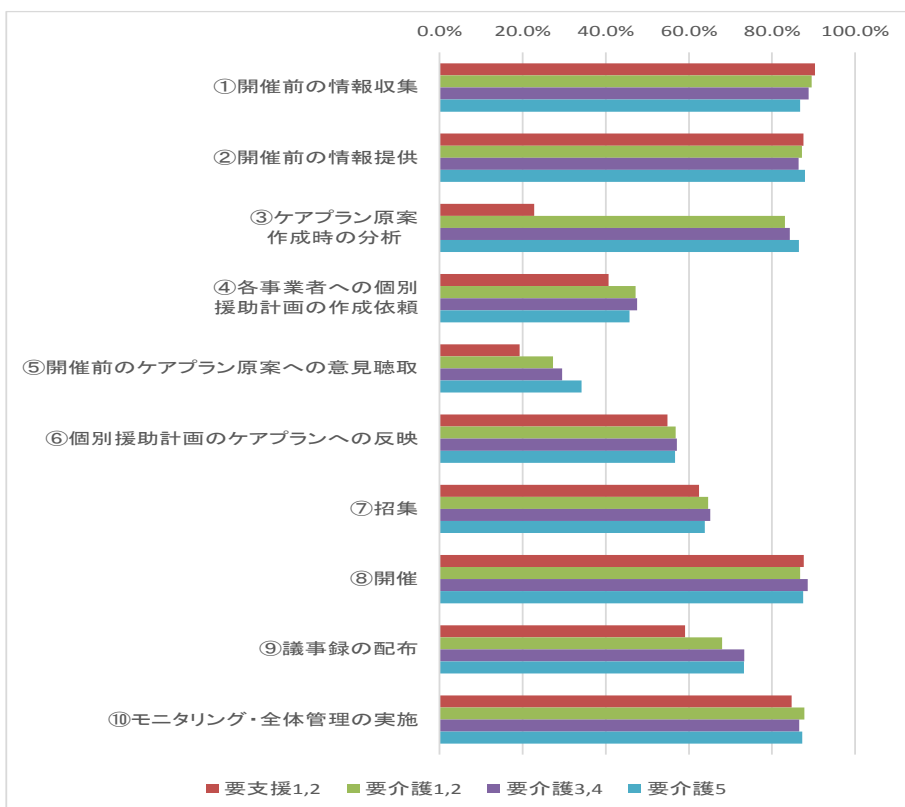
「⑩モニタリング・全体管理の実施」は、要支援1,2、要介護1～5についても8割の実施となった。

以上のように、要介護度区分別にみると、全体的に工程の実施率が高かったのは、要介護5で53.4%と示され、次いで要介護3,4が50.2%と要介護度区分が高くなるほど、各工程の実施率は高くなっていった。

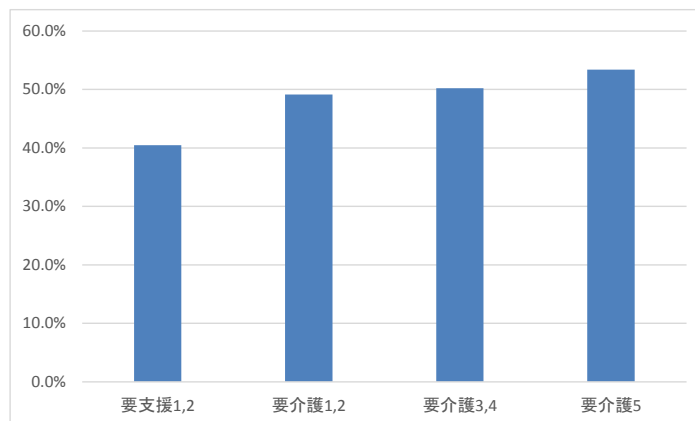
図表 37 要介護度区分別サービス担当者会議の工程別活動実施率

	①開催前の情報収集	②開催前の情報提供	③ケアプラン原案作成時の分析	④各事業者への個別援助計画の作成依頼	⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取	⑥個別援助計画のケアプランへの反映	⑦招集	⑧開催	⑨議事録の配布	⑩モニタリング・全体管理の実施	全項目
要支援1,2	90.3%	87.6%	22.8%	40.6%	19.2%	54.9%	62.4%	87.6%	59.1%	84.7%	40.5%
要介護1,2	89.5%	87.2%	83.1%	47.2%	27.3%	56.8%	64.6%	86.8%	68.0%	87.8%	49.2%
要介護3,4	88.8%	86.4%	84.3%	47.6%	29.5%	57.1%	65.2%	88.6%	73.3%	86.5%	50.2%
要介護5	86.8%	87.9%	86.5%	45.7%	34.2%	56.7%	63.9%	87.5%	73.3%	87.3%	53.4%
合計	89.6%	87.5%	59.4%	45.0%	25.4%	56.3%	64.2%	87.8%	65.8%	86.3%	46.3%

図表 38 要介護度区別サービス担当者会議の工程実施率



図表 39 要介護度区別サービス担当者会議の工程実施率



イ.「サービス担当者会議の実施状況」の下位項目との関連

「利用者の要介護度区分別」に、「サービス担当者会議の実施状況」の各工程の下位項目とどのような関係があるかを分析した。統計的に有意差があった項目は82項目中21項目であった。

工程別にみると、「①開催前の情報収集」では、「2 地域における社会資源の特徴の最新情報を把握」、「4 事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有」、「7 認定情報を把握」、「12 家族等の介護力や利用者との関係などを把握」、「14 援助目標設定にあたっての本人の希望を把握」、「15 サービスに対する要望とその理由を把握」、「16 利用者の生活歴・職業歴・興味・価値観・経済状況・意欲を把握」、「23 できるとしている活動を区分し活動を制限している要因を把握」の8項目で有意差が示された。

「③ケアプラン原案作成時の分析」は、「11 短期目標は段階的具体的な達成可能な内容を考慮し設定」の1項目で有意差が示された。

「④各事業者への個別援助計画の作成依頼」は、「1 サービス担当者会議前ケアプラン原案をサービス事業者へ提供」、「2 利用者の基本情報や利用者の状態がわかる書類を作成し提供」、「3 サービス選定の根拠資料を作成しサービス事業者へ提供」の3項目で有意差が示された。

「⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取」は、「1 ケアプラン原案を主治医に提供」、「2 ケアプラン原案を介護保険外サービス提供者等に提供」、「3 各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼」の3項目で有意差が示された。

「⑥個別援助計画のケアプランへの反映」は、「5 個別援助計画案を受けケアプランの見直しを行った」1項目であった。

「⑦招集」は、「4 ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼」の1項目、「⑨議事録の配布」は、「5 欠席者はケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取」、「6 保険者に対し主治医意見書の提出を依頼」の2項目で有意差が示された。

「②開催前の情報提供」、「⑧開催」、「⑩モニタリング・全体管理の実施」は、いずれの項目も有意差が示されなかった。

図表 40 利用者の要介護度区分別サービス担当者会議の項目別工程別実施率の比較
(統計的に有意差があった項目のみ)

	要支援 1,2	要介護 1,2	要介護 3,4	要介護 5	P
①開催前の情報収集					
2地域における社会資源の特徴の最新情報を把握	63.2	47.7	42.3	32.2	0.00 **
4事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有	75.0	79.8	82.4	79.7	0.02 *
7認定情報を把握	98.6	97.6	97.7	96.5	0.05 *
12家族等の介護力や利用者との関係などを把握	95.1	97.5	96.6	97.0	0.00 **
14援助目標設定にあたっての本人の希望を把握	99.2	99.0	97.5	98.0	0.00 **
15サービスに対する要望とその理由を把握	98.9	98.8	96.5	94.1	0.03 *
16利用者の生活歴・職業歴・興味・価値観・経済状況・意欲を把握	96.3	96.8	94.0	92.1	0.01 **
23できるとしている活動を区分し活動を制限している要因を把握	84.2	82.8	85.6	86.6	0.04 *
③ケアプラン原案作成時の分析					
11短期目標は段階的具体的な達成可能な内容を考慮し設定	93.9	92.8	92.0	94.1	0.03 *
④各事業者への個別援助計画の作成依頼					
1サービス担当者会議前ケアプラン原案をサービス事業者へ提供	49.9	59.0	59.1	52.0	0.02 *
2利用者の基本情報や利用者の状態がわかる書類を作成し提供	49.9	59.0	59.1	52.0	0.02 *
3サービス選定の根拠資料を作成しサービス事業者へ提供	49.9	59.0	59.1	52.0	0.02 *
⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取					
1ケアプラン原案を主治医に提供	12.5	22.1	23.2	31.2	0.00 **
2ケアプラン原案を介護保険外サービス提供者等に提供	14.3	20.9	21.5	24.8	0.00 **
3各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼	30.8	38.9	43.8	46.5	0.00 **
⑥個別援助計画のケアプランへの反映					
5個別援助計画案を受けケアプランの見直しを行った	44.9	49.6	55.9	56.9	0.03 *
⑦招集					
4ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼	41.7	48.9	51.2	50.0	0.01 **
5欠席者はケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取	63.8	70.9	71.3	75.7	0.02 *
6保険者に対し主治医意見書の提出を依頼	88.2	84.0	80.5	70.3	0.00 **
⑨議事録の配布					
1サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付	58.3	64.9	70.1	67.3	0.01 **
2担当者会議の議事録を会議出席者欠席者に配付・合意内容を共有	60.0	71.0	76.5	79.2	0.00 **

(4) 利用者の日常生活自立度（障害高齢者）別（n= 2,850）

ア. 「サービス担当者会議の実施状況」

「利用者の日常生活自立度（障害高齢者）別」に「サービス担当者会議の実施状況」の工程別実施率を算出した。

「①開催前の情報収集」では、J1,J2 が 90.2%と最も高い実施率となり、A1,A2、B1,B2、C1,C2 ではやや実施率が下がり 8 割の実施にとどまっていた。

「②開催前の情報提供」では、J1,J2 が 88.5%と最も高い実施率となり、A1,A2、B1,B2、C1,C2 でも 8 割の実施となった。

「③ケアプラン原案作成時の分析」では、C1,C2 が 84.1%で最も高い実施率となり、B1,B2 でも 8 割実施されていたが、A1,A2 では 6 割まで実施率が下がり、J1,J2 では更に実施率は下がり僅か 3 割実施となった。

「④各事業者への個別援助計画の作成依頼」では、最も高い実施割合を示した B1,B2 でも僅か 49.2%の実施率であり、J1,J2、A1,A2、C1,C2 でも僅か 4 割の実施となった。

「⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取」では、最も高い実施割合を示した C1,C2 でも僅か 33.5%の実施率であり、B1,B2 が 3 割実施、A1,A2 が 2 割実施、J1,J2 では更に実施率は下がり僅か 1 割しか実施されていなかった。

「⑥個別援助計画のケアプランへの反映」では、最も高い実施割合を示した B1,B2 でも 57.8%の実施率であり、J1,J2、A1,A2、C1,C2 も 5 割の実施となった。

「⑦招集」では、B1,B2 が 66.0%の実施率であり、J1,J2、A1,A2、C1,C2 が 6 割の実施となった。

「⑧開催」では、B1,B2、C1,C2 が 88.5%と最も高い実施率となり、J1,J2、A1,A2 が 8 割の実施となった。

「⑨議事録の配布」では、B1,B2 が 73.0%の実施率であり、C1,C2 についても 7 割実施されていたが、A1,A2 では 6 割、J1,J2 では 5 割まで実施率が下がった。

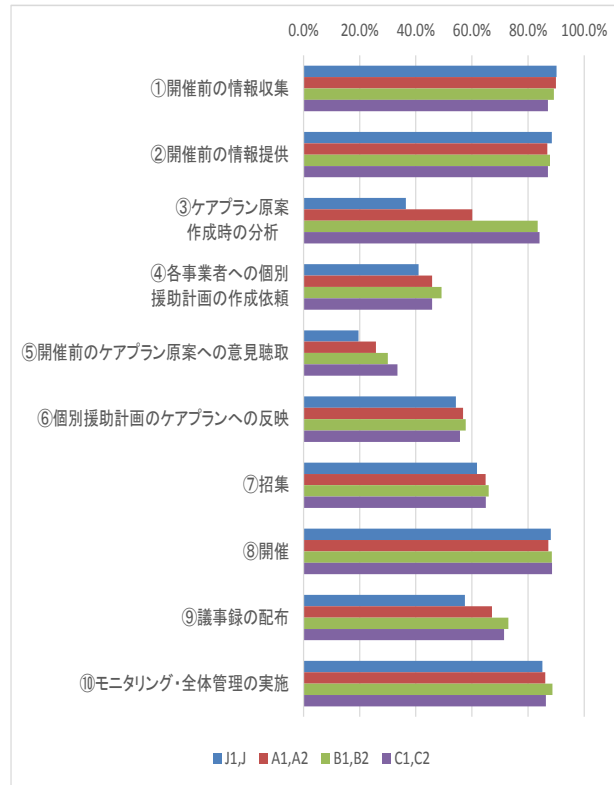
「⑩モニタリング・全体管理の実施」では、B1,B2 では 88.7%と最も高い実施率となり、J1,J2、A1,A2、C1,C2 でも 8 割の実施となった。

以上のように、日常生活自立度（障害高齢者）別の分析から、全体的に工程の実施率が高かったのは、C1,C2 であり 51.4%と示され、次いで B1,B2 が 51.1%と日常生活自立度（障害高齢者）が高くなるほど、各工程の実施率は高くなっていった。

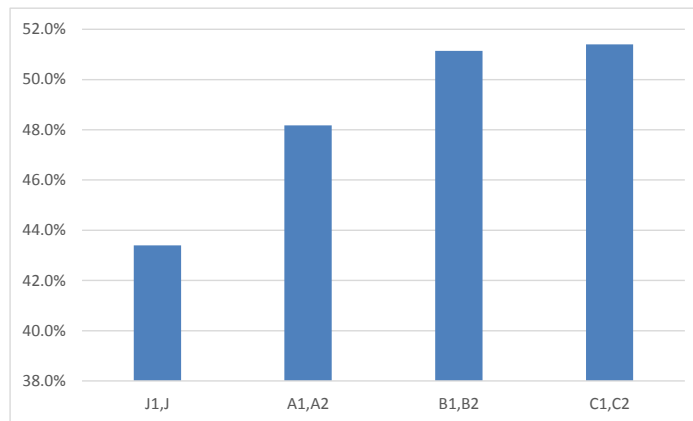
図表 41 利用者の日常生活自立度（障害高齢者）別サービス担当者会議の工程実施率

寝たきり度別	①開催前の情報収集	②開催前の情報提供	③ケアプラン原案作成時の分析	④各事業者への個別援助計画の作成依頼	⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取	⑥個別援助計画のケアプランへの反映	⑦招集	⑧開催	⑨議事録の配布	⑩モニタリング・全体管理の実施	全項目
J1, J2	90.2%	88.5%	36.4%	41.0%	19.6%	54.3%	61.8%	88.1%	57.5%	85.1%	43.4%
A1, A2	89.9%	86.9%	60.1%	45.8%	25.8%	56.9%	64.9%	87.2%	67.2%	86.1%	48.2%
B1, B2	89.2%	87.9%	83.4%	49.2%	30.0%	57.8%	66.0%	88.5%	73.0%	88.7%	51.1%
C1, C2	87.1%	87.1%	84.1%	45.8%	33.5%	55.7%	65.0%	88.5%	71.4%	86.4%	51.4%
合計	89.6%	87.5%	59.4%	45.0%	25.4%	56.3%	64.2%	87.8%	65.8%	86.3%	46.3%

図表 42 利用者の日常生活自立度(障害高齢者)別サービス担当者会議の工程実施率



図表 43 利用者の日常生活自立度(障害高齢者)別サービス担当者会議の工程実施率



イ. 「サービス担当者会議の実施状況」の下位項目との関連

「利用者の日常生活自立度（障害高齢者）別」に、「サービス担当者会議の実施状況」の各工程の下位項目とどのような関係があるかを分析した。統計的に有意差があった項目は、82項目中25項目であった。

工程別には、「①開催前の情報収集」では、「2 地域における社会資源の特徴の最新情報を把握」「3 地域における病院や診療所等の特徴の最新情報を把握」、「4 事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有」、「12 家族等の介護力や利用者との関係などを把握」、「15 サービスに対する要望とその理由を把握」、「18 利用している介護保険サービスの内容を把握」、「21 診療情報などを主治医の意見書・看護サマリー等から把握」「22 精神・認知症の診療情報などを主治医の意見書等から把握」、「23 できるとしている活動を区分し活動を制限している要因を把握」の9項目で有意差が示された。

「③ケアプラン原案作成時の分析」は、「5 援助の方針は全体の生活課題・サービス担当者の対応等を記載」「6 生活全般の課題は1・緊急度 2・重要度 3・即応度の通り順序を設定」「21 第3表では週単位以外のサービスも記載」、「22 主な日常生活上の活動として利用者の一日の生活の流れを記入」の4項目で有意差が示された。

「④各事業者への個別援助計画の作成依頼」は、「1 サービス担当者会議前ケアプラン原案をサービス事業者に提供」、「2 利用者の基本情報や利用者の状態がわかる書類を作成し提供」、「3 サービス選定の根拠資料を作成しサービス事業者に提供」の3項目であった。

「⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取」は、「1 ケアプラン原案を主治医に提供」「2 ケアプラン原案を介護保険外サービス提供者等に提供」、「3 各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼」の3項目で有意差が示された。

「⑥個別援助計画のケアプランへの反映」は、「2 課題に対するサービス提供事業者見直し理由を別紙に記載」の1項目で有意差が示された。

「⑦招集」は、「4 ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼」、「5 個別援助計画案を受けケアプランの見直しを行った」、「6 選定したサービス事業者に個別援助計画案の見直しを依頼」の3項目で有意差が示された。

「⑨議事録の配布」は、「1 サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付」「2 担当者会議の議事録を会議出席者欠席者に配付・合意内容を共有」の2項目であった。

「②開催前の情報提供」、「⑧開催」、「⑩モニタリング・全体管理の実施」はいずれの項目も有意差が示されなかった。

図表 44 利用者の日常生活自立度(障害高齢者)別サービス担当者会議の項目別活動実施率の比較
(統計的有意差のあった項目のみ)

	J1,J	A1,A2	B1,B2	C1, C2	P
①開催前の情報収集					
2地域における社会資源の特徴の最新情報を把握	60.3	55.0	40.6	33.0	0.00 **
3地域における病院や診療所等の特徴の最新情報を把握	66.3	70.2	73.9	69.5	0.00 **
4事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有	74.9	79.5	82.9	81.3	0.00 **
12家族等の介護力や利用者との関係などを把握	95.7	96.7	96.6	97.5	0.02 *
15サービスに対する要望とその理由を把握	99.0	98.4	97.0	94.1	0.03 *
18利用している介護保険サービスの内容を把握	98.2	97.1	95.7	93.1	0.02 *
21診療情報などを主治医の意見書・看護サマリー等から把握	93.3	93.6	95.9	95.6	0.00 **
22精神・認知症の診療情報などを主治医の意見書等から把握	92.1	92.2	94.0	94.6	0.02 *
23できるとしている活動を区分し活動を制限している要因を把握	84.4	83.2	86.8	87.2	0.01 **
③ケアプラン原案作成時の分析					
5援助の方針は全体の生活課題・サービス担当者の対応等を記載	88.2	88.6	88.8	91.5	0.02 *
6生活全般の課題は1・緊急度2・重要度3・即応度の通り順序を設定	92.6	92.9	94.8	97.0	0.02 *
21第3表では週単位以外のサービスも記載	75.6	82.1	83.8	86.5	0.00 **
22主な日常生活上の活動として利用者の一日の生活の流れを記入	69.0	74.5	72.3	74.5	0.03 *
④各事業者への個別援助計画の作成依頼					
1サービス担当者会議前ケアプラン原案をサービス事業者へ提供	50.3	56.4	61.1	55.2	0.01 **
2利用者の基本情報や利用者の状態がわかる書類を作成し提供	50.3	56.4	61.1	55.2	0.01 **
3サービス選定の根拠資料を作成しサービス事業者へ提供	50.3	56.4	61.1	55.2	0.01 **
⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取					
1ケアプラン原案を主治医へ提供	13.3	19.8	25.1	25.6	0.00 **
2ケアプラン原案を介護保険外サービス提供者等に提供	15.6	19.2	21.8	25.1	0.04 *
3各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼	30.0	38.6	43.2	49.8	0.00 **
⑥個別援助計画のケアプランへの反映					
2課題に対するサービス提供事業者見直し理由を別紙に記載	28.4	31.7	35.6	32.5	0.02 *
⑦招集					
4ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼	43.6	47.4	52.5	51.7	0.03 *
5欠席者はケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取	63.0	69.8	71.7	78.8	0.00 **
6保険者に対し主治医意見書の提出を依頼	87.5	85.2	80.6	70.9	0.00 **
⑨議事録の配布					
1サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付	55.9	65.3	69.6	66.5	0.00 **
2担当者会議の議事録を会議出席者欠席者に配付・合意内容を共有	59.1	69.0	76.4	76.4	0.00 **

*P<.05 **P<.01

(5) 利用者の日常生活自立度（認知症高齢者）別（n= 2,863）

ア.「サービス担当者会議の実施状況」

「利用者の日常生活自立度（認知症高齢者）別」に「サービス担当者会議の実施状況」の工程別実施率を算出した。「①開催前の情報収集」では、自立, I が 90.4%と最も高い実施率となり、II a, II b、III a, III b、IV, M では、やや実施割合が下がり、8割の実施にとどまっていた。

「②開催前の情報提供」では、IV, M が 88.6%と最も高い実施率となり、自立, I、II a, II b、III a, III b でも 8割実施となった。

「③ケアプラン原案作成時の分析」では、IV, M が 84.7%と最も高い実施率となり、III a, III b においても 8割実施されていたが、II a, II b では 7割まで実施率が下がり、自立, I では僅か 4割実施となった。

「④各事業者への個別援助計画の作成依頼」では、最も高い実施割合を示した III a, III b でも僅か 48.5%の実施率であり、自立, I、II a, II b、IV, M についても僅か 4割の実施となった。

「⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取」では、最も高い実施割合を示した IV, M でも僅か 34.3%の実施率であり、III a, III b についても 3割実施、自立, I、II a, II b については 2割しか実施されていなかった。

「⑥個別援助計画のケアプランへの反映」では、III a, III b が 58.5%の実施率であり、自立, I、II a, II b、IV, M についても 5割実施となった。

「⑦招集」では、II a, II b が 66.0%の実施率であり、自立, I、III a, III b、IV, M についても 6割実施となった。

「⑧開催」では、IV, M が 88.5%と最も高い実施率となり、自立, I、II a, II b、III a, III b についても 8割実施となった。

「⑨議事録の配布」では、III a, III b が 71.0%の実施率であり、自立, I、II a, II b、IV, M ではやや実施率が下がり 6割実施となった。

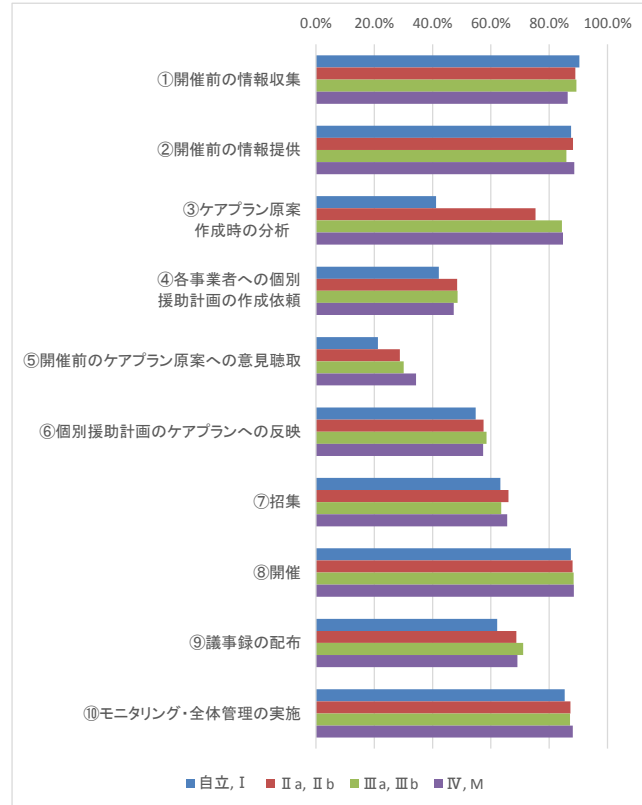
「⑩モニタリング・全体管理の実施」では、IV, M が 88.1%と最も高い実施率となり、自立, I、II a, II b、III a, III b についても 8割実施となった。

以上のように、日常生活自立度（認知症高齢者）別にみると、全体的に工程の実施率が高かったのは、IV、M であり 51.4%と示され、次いで、III a, III b が 51.1%と日常生活自立度（認知症高齢者）が高くなるほど、各工程の実施率は高くなっていった。

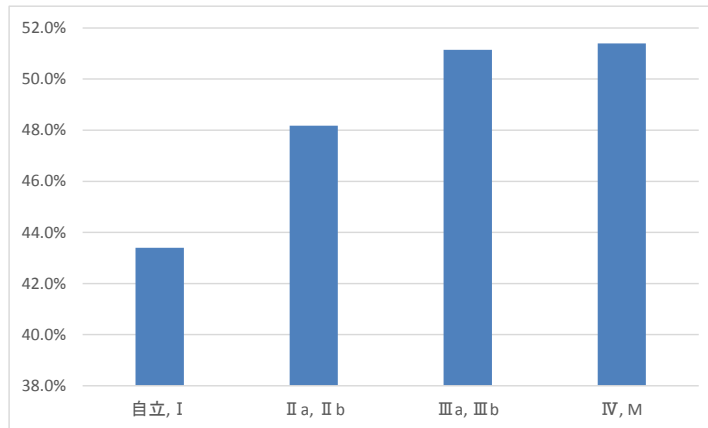
図表 45 利用者の日常生活自立度（認知症高齢者）別サービス担当者会議の工程実施率

	①開催前の情報収集	②開催前の情報提供	③ケアプラン原案作成時の分析	④各事業者への個別援助計画の作成依頼	⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取	⑥個別援助計画のケアプランへの反映	⑦招集	⑧開催	⑨議事録の配布	⑩モニタリング・全体管理の実施	全項目
自立, I	90.4%	87.5%	41.2%	42.1%	21.2%	54.8%	63.3%	87.4%	62.2%	85.4%	43.4%
II a, II b	89.0%	88.2%	75.3%	48.4%	28.8%	57.5%	66.0%	88.0%	68.8%	87.3%	48.2%
III a, III b	89.3%	85.9%	84.4%	48.5%	30.1%	58.5%	63.6%	88.4%	71.0%	87.2%	51.1%
IV, M	86.4%	88.6%	84.7%	47.3%	34.3%	57.4%	65.6%	88.5%	69.1%	88.1%	51.4%
合計	89.6%	87.5%	59.4%	45.0%	25.4%	56.3%	64.2%	87.8%	65.8%	86.3%	46.3%

図表 46 利用者の日常生活自立度(認知症高齢者)別サービス担当者会議の工程実施率



図表 47 利用者の日常生活自立度(認知症高齢者)別サービス担当者会議の工程実施率



イ. 「サービス担当者会議の実施状況」の下位項目との関連

「利用者の日常生活自立度（認知症高齢者）別」に、「サービス担当者会議の実施状況」の各工程の下位項目とどのような関係があるかを分析した。統計的に有意差があったのは、82項目中27項目であった。

工程別にみると、「①開催前の情報収集」では、「2 地域における社会資源の特徴の最新情報を把握」、「7 認定情報を把握」、「10 利用者の住環境・地域環境を把握」、「14 援助目標設定にあたっての本人の希望を把握」、「15 サービスに対する要望とその理由を把握」、「16 利用者の生活歴・職業歴・興味・価値観・経済状況・意欲を把握」、「18 利用している介護保険サービスの内容を把握」、「19 利用しているインフォーマルサービスの内容を把握」、「20 利用している介護保険外サービスの内容を把握」、「21 診療情報などを主治医の意見書・看護サマリー等から把握」、「22 精神・認知症の診療情報などを主治医の意見書等から把握」の11項目に有意差が示された。

「③ケアプラン原案作成時の分析」では、「1 介護支援専門員が捉えるニーズと利用者や家族の要望を整理」、「3 見通し課題の判断理由や根拠を明確にした」、「6 生活全般の課題は1・緊急度2・重要度3・即応度の通り順序を設定」、「11 短期目標は段階的具体的な達成可能な内容を考慮し設定」、「20 介護保険外のサービスも含めた1週間単位のスケジュール作成」の5項目に有意差が示された。

「④各事業者への個別援助計画の作成依頼」では、「5 個別援助計画案の提出の際アセスメントの結果記載を依頼」、「6 ケアプラン原案に基づく個別援助計画案の提出を依頼」の2項目に有意差が示された。

「⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取」では、「1 ケアプラン原案を主治医に提供」、「2 ケアプラン原案を介護保険外サービス提供者等に提供」、「3 各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼」の3項目に有意差が示された。

「⑥個別援助計画のケアプランへの反映」では、「5 個別援助計画案を受けケアプランの見直しを行った」、「6 選定したサービス事業者に個別援助計画案の見直しを依頼」の2項目に有意差が示された。

「⑦招集」では、「6 保険者に対し主治医意見書の提出を依頼」の1項目に有意差が示された。

「⑨議事録の配布」では、「1 サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付」、「2 担当者会議の議事録を会議出席者欠席者に配付・合意内容を共有」の2項目に有意差が示された。

「⑩モニタリング・全体管理の実施」では、「3 モニタリング全体管理は事業者のアプローチの適切性を評価」に有意差が示された。

「②開催前の情報提供」、「⑧開催」では、いずれの項目にも有意差が示されなかった。

図表 48 利用者の日常生活自立度(認知症高齢者)別サービス担当者会議の工程実施率の比較
(統計的有意差のあった項目のみ)

	自立, I	II a, II	III a, III b	IV, M	P
①開催前の情報収集					
2地域における社会資源の特徴の最新情報を把握	58.5	48.6	44.4	30.3	0.00 **
7認定情報を把握	98.1	96.9	98.5	95.2	0.04 *
10利用者の住環境・地域環境を把握	94.0	89.7	88.0	81.8	0.00 **
14援助目標設定にあたっての本人の希望を把握	99.3	98.5	98.1	96.4	0.00 **
15サービスに対する要望とその理由を把握	98.7	98.2	96.4	95.2	0.00 **
16利用者の生活歴・職業歴・興味・価値観・経済状況・意欲を把握	96.8	94.2	95.1	90.9	0.02 *
18利用している介護保険サービスの内容を把握	97.5	96.5	96.2	94.5	0.04 *
19利用しているインフォーマルサービスの内容を把握	85.6	79.6	77.6	71.5	0.02 *
20利用している介護保険外サービスの内容を把握	85.3	80.8	80.6	77.6	0.04 *
21診療情報などを主治医の意見書・看護サマリー等から把握	93.7	94.0	95.3	93.9	0.00 **
22精神・認知症の診療情報などを主治医の意見書等から把握	91.2	92.8	96.2	94.5	0.00 **
③ケアプラン原案作成時の分析					
1介護支援専門員が捉えるニーズと利用者や家族の要望を整理	98.5	98.6	99.4	97.6	0.03 *
3見通し課題の判断理由や根拠を明確にした	94.7	94.9	95.3	95.8	0.01 *
6生活全般の課題は1・緊急度2・重要度3・即応度の通り順序を設定	94.4	92.3	94.2	96.3	0.02 *
11短期目標は段階的具体的な達成可能な内容を考慮し設定	93.4	91.6	92.9	94.5	0.03 *
20介護保険外のサービスも含めた1週間単位のスケジュール作成	79.6	77.7	73.3	73.6	0.01 *
④各事業者への個別援助計画の作成依頼					
5個別援助計画案の提出の際アセスメントの結果記載を依頼	28.1	33.9	36.5	33.3	0.02 *
6ケアプラン原案に基づく個別援助計画案の提出を依頼	24.6	31.3	31.2	35.8	0.02 *
⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取					
1ケアプラン原案を主治医に提供	14.8	23.3	23.7	28.5	0.00 **
2ケアプラン原案を介護保険外サービス提供者等に提供	15.8	22.6	21.4	26.1	0.00 **
3各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼	33.0	40.4	45.1	48.5	0.00 **
⑥個別援助計画のケアプランへの反映					
5個別援助計画案を受けケアプランの見直しを行った	45.4	51.8	57.5	58.2	0.00 **
6選定したサービス事業者に個別援助計画案の見直しを依頼	28.9	35.6	37.4	38.8	0.00 **
⑦招集					
6保険者に対し主治医意見書の提出を依頼	87.4	81.1	79.7	75.2	0.00 **
⑨議事録の配布					
1サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付	60.7	65.8	67.5	65.5	0.04 *
2担当者会議の議事録を会議出席者欠席者に配付・合意内容を共有	63.6	71.7	74.6	72.7	0.00 **
⑩モニタリング・全体管理の実施					
3モニタリング全体管理は事業者のアプローチの適切性を評価	84.7	86.7	86.5	87.3	0.04 *

*P<.05 **P<.01

(6) まとめ

(1)「アセスメント理由別」、(2)「利用者の利用サービス種類数別」、(3)「利用者の要介護度区分別」、(4)「利用者の日常生活自立度(障害高齢者)別」、(5)「利用者の日常生活自立度(認知症高齢者)別」という利用者の特徴を示す変数と実施率において、何らかの有意な差が示された項目は、72項目であった。また、利用者の特徴を示す、すべての変数と有意差が示されたのは、「⑦6 保険者に対し主治医意見書の提出を依頼」だけであった。

以下の「①開催前の情報収集」工程における「①9 主治医意見書・看護サマリー等で利用者の状態を確認」、「③ケアプラン原案作成時の分析」工程における「③2 現状把握に基づき見通し課題を設定」、「③12 第2表の短期目標設定の理由や根拠を明確にした」、「③13 第2表の短期目標期間設定の理由や根拠を明確にした」、「③14 サービスの内容は既存のサービス資源にとらわれないうで記載」、「③19 頻度・期間はアセスメント結果に基づき目標達成できるよう設定」、「③23 介護者の生活や多忙な時間帯・趣味の時間帯も把握し作成」と、「⑦招集」工程における「⑦1 個別援助計画案ケアプラン案を踏まえ工程管理表案を作成」、「⑦2 個別援助計画案ケアプラン案踏まえモニタリングメモを作成」、「⑧開催」工程における「⑧2 ケアプランについて利用者家族と合意」、「⑧3 個別援助計画について利用者家族に説明し相互の理解を確認」の11項目には、有意差はなかった。

図表 49 利用者の特徴別各工程の有意差の有無(1/2)

	アセスメント理由別	サービス種類別	要介護区分別	日常生活自立度別(障害)	日常生活自立度別(認知症)
①開催前の情報収集					
1地域におけるサービス提供事業者の特徴の最新情報を把握	**	**			
2地域における社会資源の特徴の最新情報を把握	**		**	**	**
3地域における病院や診療所等の特徴の最新情報を把握	**			**	
4事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有	**	**	*	**	
5利用者の受付情報や基本情報を把握	**				
6被保険者情報を把握	**				
7認定情報を把握	*	*	*		*
8日常生活の自立度を把握	*				
9主治医意見書・看護サマリー等で利用者の状態を確認					
10利用者の住環境・地域環境を把握	**	**			**
11家族等の情報を把握	**	**			
12家族等の介護力や利用者との関係などを把握	**	**	**	*	
13利用者・家族の主訴や要望を把握		*			
14援助目標設定にあたっての本人の希望を把握			**		**
15サービスに対する要望とその理由を把握		**	*	*	**
16利用者の生活歴・職業歴・興味・価値観・経済状況・意欲を把握			**		*
17利用者の生活状況を把握	*				
18利用している介護保険サービスの内容を把握	**	**		*	*
19利用しているインフォーマルサービスの内容を把握	**	**			*
20利用している介護保険外サービスの内容を把握	**	**			*
21診療情報などを主治医の意見書・看護サマリー等から把握				**	**
22精神・認知症の診療情報などを主治医の意見書等から把握				*	**
23できるとしている活動を区分し活動を制限している要因を把握			*	**	
②開催前の情報提供					
1専門員の役割やケアマネジメントの目的を説明し理解を得た	**	*			
2重要事項説明を行った	**				
3プランに利用者・家族の意向が反映されると説明・参加を求めた	**	**			
4秘密保持・人権尊重等の説明をし個人情報収集等の同意を得た	**				
5対応できないサービスがあることを説明	**				
③ケアプラン原案作成時の分析					
1介護支援専門員が捉えるニーズと利用者や家族の要望を整理					*
2現状把握に基づき見直し課題を設定					
3見直し課題の判断理由や根拠を明確にした					*
4生活に対する意向で利用者等の言葉・価値観等に基づき記載		**			
5援助の方針は全体の生活課題・サービス担当者の対応等を記載				*	
6生活全般の課題は1・緊急度2・重要度3・即応度の通り順序を設定		*		*	*
7生活全般の解決すべき課題の順序の理由や根拠を明確にした		**			
8長期目標は健康・安全・安心の確保を考慮し課題に対し設定		*			
9第2表の長期目標設定の理由や根拠を明確にした		*			
10第2表の長期目標期間設定の理由や根拠を明確にした		*			
11短期目標は段階的具体的な達成可能な内容を考慮し設定			*		*
12第2表の短期目標設定の理由や根拠を明確にした					
13第2表の短期目標期間設定の理由や根拠を明確にした					
14サービスの内容は既存のサービス資源にとらわれずに記載					
15利用料等を含めた文書を作成・説明しサービス選択を求めた		*			
16サービス種別は1・サービス主体2・サービス内容を明確にした		**			
17地域のサービス資源の状況に合わせサービス資源を選択		**			
18課題に対するサービス提供事業者の選定理由を具体的に記載		*			
19頻度・期間はアセスメント結果に基づき目標達成できるよう設定					
20介護保険外のサービスも含めた1週間単位のスケジュール作成		**			*
21第3表では週単位以外のサービスも記載	*	**		**	
22主な日常生活上の活動として利用者の一日の生活の流れを記入		**		*	
23介護者の生活や多忙な時間帯・趣味の時間帯も把握し作成					

※網掛けは、いずれの特徴においても有意差がなかった項目。

図表 50 利用者の特徴各工程の統計的有意差の有無2/2

	アセスメント理由別	サービス種類別	要介護区分別	日常生活自立度別(障害)	日常生活自立度別(認知症)
④各事業者への個別援助計画の作成依頼					
1サービス担当者会議前ケアプラン原案をサービス事業者へ提供			*	**	
2利用者の基本情報や利用者の状態がわかる書類を作成し提供			*	**	
3サービス選定の根拠資料を作成しサービス事業者へ提供			*	**	
4本人面談に基づく個別援助計画案策定をサービス事業者へ依頼	*				
5個別援助計画案の提出の際アセスメントの結果記載を依頼		*			*
6ケアプラン原案に基づく個別援助計画案の提出を依頼		**			*
⑤開催前のケアプラン原案への意見聴取					
1ケアプラン原案を主治医へ提供		**	**	**	**
2ケアプラン原案を介護保険外サービス提供者等に提供			**	*	**
3各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼		*	**	**	**
⑥個別援助計画のケアプランへの反映					
1個別援助計画案とケアプラン原案が連動しているか確認	*				
2課題に対するサービス提供事業者見直し理由を別紙に記載				*	
3サービス事業者を選定し根拠をサービス事業者へ伝えた	**	**			
4個別援助計画案に基きサービス提供すると提供事業者と合意		**			
5個別援助計画案を受けケアプランの見直しを行った	**		*		**
6選定したサービス事業者へ個別援助計画案の見直しを依頼	*				**
⑦招集					
1個別援助計画案ケアプラン案を踏まえ工程管理表案を作成					
2個別援助計画案ケアプラン案踏まえモニタリングメモを作成					
3サービス担当者会議の参加者を選定し会議の案内を行った	*	**			
4ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼	*	*	**	*	
5欠席者はケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取	**	**	*	**	
6保険者に対し主治医意見書の提出を依頼	**	**	**	**	**
7主治医意見書について不明点等事前に確認を行っている		*			
⑧開催					
1介護保険サービスはケアプラン等に沿い提供と利用者等に説明	**				
2ケアプランについて利用者家族と合意					
3個別援助計画について利用者家族に説明し相互の理解を確認					
4モニタリングの内容は利用者家族やサービス事業者と合意	**	**			
⑨議事録の配布					
1サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付		**	**	**	*
2担当者会議の議事録を会議出席者欠席者に配付・合意内容を共有		**	**	**	**
⑩モニタリング・全体管理の実施					
1モニタリング全体管理は目標達成までの進捗状況を把握		*			
2モニタリング全体管理は事業者のアプローチ見直し状況を把握		*			
3モニタリング全体管理は事業者のアプローチの適切性を評価		*			*

※網掛けは、いずれの属性別分析でも有意差がなかった項目。

4. 考察

本章では、昨年度、収集したデータを再分析し、「サービス担当者会議の実施状況」が対象となる利用者の特徴や状況によって行う内容が異なるかを詳細に分析した。

この結果、サービス担当者会議が実施される工程が最も多かったのは、アセスメントの理由が悪化あるいは改善という変化をした利用者が退院する利用者であった。さらに、この利用者の要介護度区分や寝たきり度、認知症のレベルが高く、サービスが3種類以上の場合に、より多くの工程と示された。

逆に、利用者が退所する場合の工程の実施率は41.9%で低く、また、要支援1.2の場合も40.5%とさらに低い値であった。サービス種類は少ないほど低く、サービス種類が1種類の場合43.3%と示された。

以上の結果からは、どのような利用者であっても、サービス担当者会議が一定の準備を経て開催されるのではなく、利用者の状態像や、アセスメントされる理由によって、会議の開催だけでなく、その準備においても大きな違いがあることが明らかにされた。これが実態であることを鑑み、本来、必要とされるケアマネジメントとは、どのような業務をいうのかを、さらに検討する必要があるものと考ええる。

今回は、サービス担当者会議で利用者にとって必要とされるマネジメントができることを目的とした場合に必要とされる工程をすべて洗い出し、これらの工程を実際に行っていたかを直近の事例について調査したものであった。

この結果からは、実態に合わせて、こういった利用者像であれば、この工程はやっていないという工程があるということ、すなわち、一定の工程は、そもそも必要ないのではないかとといった検討が今後はなされねばならないことを示している。

そして、この検討の際に、削除する候補となる項目としては、「アセスメント理由」や、「要介護区分」、「サービス種類」といった利用者の特徴を示すカテゴリーによって、各工程の実施率に有意差があるかどうかということから抽出されると考えられた。この結果として、本研究においては膨大な項目から、現段階で72項目が示されているが、この項目を用いたさらなる検討が必要と考える。

また、本研究で用いた「アセスメント理由」の各カテゴリーは、順序性はないものであるが、実態として、利用者の変化や入院に際しては、サービス担当者会議に多くの工程を経ていた。一方、退所の場合は、工程をほとんど経ていなかった。この理由は明確でないが、データ数が少ないことから、さらに実態を把握する必要がある。

また、このアセスメント理由別の要介護区分別、サービス種類別の分析を行う必要もあり、これを行うことで、サービス担当者会議において、より実態に合致した工程を示せる可能性がある。これらの分析は今後の課題であるが、参考として、これらの分析の一部を試行的に行った図表を本稿のあとに掲載した。

本研究度の事業においては、今後の介護保険サービスを利用する利用者の意識や、いわゆる認定にはいたらないが、要支援状態の利用者で、改善が期待されるといった像だけでなく、現在は、なんとか健康を維持しているが、**FRAIL**な状態をもった、いわゆるメザニンシニア³が増加することを予想し、居宅介護支援計画の作成や給付管理に加え、介護保険サービスの利用の有無に関

³ メザニンとは中2階の意味を指す。白木によると、高齢者の大多数を占めるのがアクティブシニアと呼ばれる元気な高齢者で、アクティブシニアの割合は高齢者全体のうちの83%とされています。このアクティブシニアでもなく、要介護認定を受ける虚弱高齢者でもない、中二階にある、ハイリスクで今後介護認定を受ける可能性の高いグループをメザニンシニアとしている。アクティブシニアのうち、30~40%がこのメザニンシニアに該当するといわれている。(株式会社 みずほ銀行 産業調査部 ライフケアチーム 白木 康司財務省 財務総合政策研究所「高齢社会における選択と集中に関する研究会」第3回会合「高齢者市場への取組みの考察：社会的課題解決に向けて」)

わらないセルフケアおよびセルフマネジメントに、介護支援専門員がどのようにかかわるかといった新たな役割について検討を行っている。

これから、メザニンシニアが自らの健康を維持するために、本研究で示された網羅的な項目を利用することで、セルフマネジメントの工程を明示化できたことは、利用者自らが、マネジメントをする際の有用なメルクマールとなる可能性がある。

これまで、介護支援専門員の実施するケアマネジメントプロセスが、利用者の利用するサービスの種類や利用者自身の状態像によって、どのように変わるかといったことについては、臨床的な知見が示されていたが、エビデンスに基づいた報告はほとんどなされてこなかったが、今回の分析から、少なくとも多職種でサービス調整を行うとされてきたサービス担当者会議の工程には、利用者の状態像や、サービス種類数によって差異があることが明らかになった。

つまり、ケアマネジメントプロセスは、利用者の状態像や利用するサービスによって、実態として、すべてに異なった工程が採られている。このため、今後は実態を吟味し、画一的にサービス担当者会議の在り方を規定するのではなく、利用者の実態に即した会議開催の在り方を検討すべきと考えられる。

その際に、先に述べた、メザニンシニアから、要支援状態の利用者には、慢性疾患の管理を含めたセルフマネジメント支援に注力できるようなケアマネジメントプロセスを新たに検討すべきであろう。

5. 今後の課題

今回の研究対象となった「サービス担当者会議の実施状況」の各工程は、介護支援専門員の実施するケアマネジメントプロセスを「サービス担当者会議」を中心に、その準備から、会議の結果の報告までの工程を網羅的に示したものであった。

今後は、これらの工程と利用者のアセスメント理由別の利用者の状態像や、利用サービスごとの分析を精緻に実施することで、利用者の特徴別のケアマネジメントの工程を明らかにし、これを標準化することで、ケアマネジメントモデルが示すことや、このモデルに利用者のセルフマネジメントを可能とするような、利用者支援に係わるケアマネジメントプロセスや医療・介護連携が密に必要となる入院前・入院中・退院前後におけるケアマネジメントプロセスが明らかにされなければならないと考える。

また、すでに退院直後の一時的な状態への介入する際のサービス調整については、英国で実施されているようなリエイブルメントサービスなど集中投入型のリハビリ投下を含めたケアマネジメントの在り方が国際的には実践されている。日本でも、連携パスが整備されつつある脳卒中等の退院時に英国の例を参考に、セルフマネジメント支援について、試行していくことなどが行われるべきであると考えられた。

図表 51 参考:変化(改善・悪化のみ)の場合における要介護度別区分別サービス担当者会議の工程の実施率

		要介護度					合計(N=333)
		申請中(N=41)	要支援1・2(N=70)	要介護1・2(N=97)	要介護3・4(N=85)	要介護5(N=40)	
① 開催前の情報収集	1地域におけるサービス提供事業者の特徴の最新情報を把握	51.2%	34.3%	28.9%	28.2%	40.0%	33.9%
	2地域における社会資源の特徴の最新情報を把握	29.3%	27.1%	17.5%	11.8%	15.0%	19.2%
	3地域における病院や診療所等の特徴の最新情報を把握	51.2%	18.6%	27.8%	25.9%	45.0%	30.3%
	4事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有	56.1%	41.4%	37.1%	49.4%	50.0%	45.0%
	5利用者の受付情報や基本情報を把握	82.9%	87.1%	85.6%	84.7%	75.0%	84.1%
	6被保険者情報を把握	80.5%	85.7%	82.5%	83.5%	80.0%	82.9%
	7認定情報を把握	87.8%	90.0%	91.8%	91.8%	82.5%	89.8%
	8日常生活の自立度を把握	90.2%	91.4%	90.7%	90.6%	77.5%	89.2%
	9主治医意見書・看護サマリー等で利用者の状態を確認	78.0%	85.7%	81.4%	83.5%	77.5%	82.0%
	10利用者の住環境・地域環境を把握	82.9%	74.3%	77.3%	81.2%	72.5%	77.8%
	11家族等の情報を把握	82.9%	70.0%	77.3%	81.2%	75.0%	77.2%
	12家族等の介護力や利用者との関係などを把握	82.9%	70.0%	83.5%	81.2%	80.0%	79.6%
	13利用者・家族の主訴や要望を把握	82.9%	84.3%	91.8%	84.7%	85.0%	86.5%
	14援助目標設定にあたっての本人の希望を把握	90.2%	91.4%	84.3%	77.6%	80.0%	84.4%
	15サービスに対する要望とその理由を把握	85.4%	92.9%	87.6%	85.9%	80.0%	87.1%
	16利用者の生活歴・職業歴・興味・価値観・経済状況・意欲を把握	80.5%	68.6%	60.8%	61.2%	60.0%	64.9%
	17利用者の生活状況を把握	68.3%	70.0%	63.9%	68.2%	77.5%	68.5%
	18利用している介護保険サービスの内容を把握	95.1%	87.1%	88.7%	90.6%	77.5%	88.3%
	19利用しているインフォーマルサービスの内容を把握	58.5%	57.1%	56.7%	67.1%	47.5%	58.6%
	20利用している介護保険外サービスの内容を把握	75.6%	60.0%	66.0%	68.2%	65.0%	66.4%
	21診療情報などを主治医の意見書・看護サマリー等から把握	63.4%	70.0%	66.0%	74.1%	75.0%	69.7%
	22精神・認知症の診療情報などを主治医の意見書等から把握	70.7%	70.0%	67.0%	67.1%	75.0%	69.1%
	23できるとしての活動を区分し活動を制限している要因を把握	48.8%	52.9%	41.2%	49.4%	57.5%	48.6%
② 開催前の情報提供	1専門員の役割やケアマネジメントの目的を説明し理解を得た	63.4%	62.9%	70.1%	65.9%	70.0%	66.7%
	2重要事項説明を行った	68.3%	62.9%	66.0%	65.9%	75.0%	66.7%
	3プランに利用者・家族の意向が反映されると説明・参加を求めた	68.3%	65.7%	63.9%	64.7%	80.0%	67.0%
	4秘密保持・人権尊重等の説明をし個人情報収集等の同意を得た	75.6%	78.6%	72.2%	70.6%	77.5%	74.2%
	5対応できないサービスがあることを説明	56.1%	72.9%	69.1%	67.1%	75.0%	68.5%
③ ケアプラン原案作成時の分析	1介護支援専門員が捉えるニーズと利用者や家族の要望を整理	75.6%	71.4%	64.9%	68.2%	67.5%	68.8%
	2現状把握に基づき見直し課題を設定	63.4%	72.9%	62.9%	65.9%	67.5%	66.4%
	3見直し課題の判断理由や根拠を明確にした	56.1%	57.1%	53.6%	60.0%	62.5%	57.4%
	4生活に対する意向で利用者等の言葉・価値観等に基づき記載	75.6%	62.5%	67.4%	64.3%	62.5%	64.3%
	5援助の方向性は全体の生活課題・サービス担当者との対応等を記載	45.0%	25.0%	41.9%	46.4%	42.5%	43.3%
	6生活全般の課題は1・緊急度2・重要度3・即応度の通り順序を設定	50.0%	62.5%	50.0%	61.9%	70.0%	58.0%
	7生活全般の解決すべき課題の順序の理由や根拠を明確にした	45.0%	25.0%	44.2%	51.2%	50.0%	47.1%
	8長期目標は健康・安全・安心の確保を考慮し課題に対し設定	45.0%	62.5%	53.5%	52.4%	60.0%	53.8%
	9第2表の長期目標設定の理由や根拠を明確にした	40.0%	37.5%	40.7%	45.2%	52.5%	44.1%
	10第2表の長期目標期間設定の理由や根拠を明確にした	25.0%	12.5%	34.9%	41.7%	42.5%	37.0%
	11短期目標は段階的具体的な達成可能な内容を考慮し設定	35.0%	37.5%	45.3%	51.2%	55.0%	47.9%
	12第2表の短期目標設定の理由や根拠を明確にした	35.0%	37.5%	38.4%	50.0%	45.0%	43.3%
	13第2表の短期目標期間設定の理由や根拠を明確にした	25.0%	12.5%	34.9%	39.3%	37.5%	35.3%
	14サービスの内容は既存のサービス資源にとらわれずに記載	30.0%	25.0%	30.2%	33.3%	42.5%	33.2%
	15利用料等を含めた文書を作成・説明しサービス選択を求めた	45.0%	37.5%	39.5%	45.2%	55.0%	44.5%
	16サービス種別は1・サービス主体2・サービス内容を明確にした	50.0%	50.0%	57.0%	60.7%	67.5%	59.2%
	17地域のサービス資源の状況に合わせてサービス資源を選択	45.0%	50.0%	41.9%	41.7%	62.5%	45.8%
	18課題に対するサービス提供事業者の選定理由を具体的に記載	50.0%	50.0%	23.3%	33.3%	30.0%	31.1%
	19頻度・期間はアセスメント結果に基づき目標達成できるように設定	40.0%	62.5%	43.0%	44.0%	45.0%	44.1%
	20介護保険外のサービスも含めた1週間単位のスケジュール作成	55.0%	50.0%	52.3%	58.3%	42.5%	52.9%
	21第3表では週間単位以外のサービスも記載	50.0%	25.0%	59.3%	64.3%	65.0%	60.1%
	22主な日常生活上の活動として利用者の一日の生活の流れを記入	30.0%	75.0%	41.9%	46.4%	35.0%	42.4%
	23介護者の生活や多忙な時間帯・趣味の時間帯も把握し作成	25.0%	0.0%	22.1%	32.1%	12.5%	23.5%
※④ 個別援助計画	1サービス担当者会議前ケアプラン原案をサービス事業者へ提供	46.3%	34.3%	39.2%	43.5%	27.5%	38.7%
	2利用者の基本情報や利用者の状態がわかる書類を作成し提供	46.3%	34.3%	39.2%	43.5%	27.5%	38.7%
	3サービス選定の根拠資料を作成しサービス事業者へ提供	46.3%	34.3%	39.2%	43.5%	27.5%	38.7%
	4本人面談に基づき個別援助計画案策定をサービス事業者へ依頼	39.0%	24.3%	29.9%	28.2%	30.0%	29.4%
	5個別援助計画案の提出の際アセスメントの結果記載を依頼	24.4%	10.0%	13.4%	12.9%	7.5%	13.2%
	6ケアプラン原案に基づく個別援助計画案の提出を依頼	17.1%	10.0%	6.2%	12.9%	5.0%	9.9%
※⑤ 原案	1ケアプラン原案を主治医へ提供	4.9%	10.0%	13.4%	12.9%	22.5%	12.6%
	2ケアプラン原案を介護保険外サービス提供者等に提供	9.8%	2.9%	9.3%	8.2%	17.5%	8.7%
	3各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼	12.2%	8.6%	16.6%	25.9%	25.0%	17.7%
⑥ ケアプランへの反映	1個別援助計画案とケアプラン原案が連動しているか確認	39.0%	45.7%	36.1%	49.4%	47.5%	43.2%
	2課題に対するサービス提供事業者見直し理由を別紙に記載	9.8%	12.9%	9.3%	17.6%	10.0%	12.3%
	3サービス事業者を選定し根拠をサービス事業者に伝えた	58.5%	47.1%	38.1%	36.5%	42.5%	42.6%
	4個別援助計画案に基づきサービス提供すると提供事業者と合意	63.4%	57.1%	47.4%	50.6%	45.0%	52.0%
	5個別援助計画案を受けケアプランの見直しを行った	22.0%	18.6%	21.6%	27.1%	30.0%	23.4%
⑦ 招集	6選定したサービス事業者に個別援助計画案の見直しを依頼	19.5%	12.9%	13.4%	18.8%	17.5%	15.9%
⑧ 開催	1個別援助計画案ケアプラン案を踏まえ工程管理表案を作成	31.7%	30.0%	29.9%	32.9%	40.0%	32.1%
	2個別援助計画案ケアプラン案踏まえモニタリングメモを作成	31.7%	21.4%	24.7%	36.5%	27.5%	28.2%
	3サービス担当者会議の参加者を選定し会議の案内を行った	75.6%	74.3%	74.2%	65.9%	82.5%	73.3%
	4ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼	22.0%	22.9%	19.6%	28.2%	25.0%	23.4%
	5欠席者はケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取	63.4%	47.1%	48.5%	48.2%	67.5%	52.3%
	6保険者に対し主治医意見書の提出を依頼	70.7%	72.9%	72.2%	75.3%	75.0%	73.3%
	7主治医意見書について不明点等事前に確認を行っている	19.5%	34.3%	26.8%	32.9%	37.5%	30.3%
録⑨ 配布	1介護保険サービスはケアプラン等に沿い提供と利用者等に説明	63.4%	68.6%	59.8%	57.6%	70.0%	62.8%
	2ケアプランについて利用者家族と合意	87.8%	90.0%	91.8%	88.2%	92.5%	90.1%
	3個別援助計画について利用者家族に説明し相互の理解を確認	65.9%	64.3%	59.8%	62.4%	55.0%	61.6%
※⑩ 管理	4モニタリングの内容は利用者家族やサービス事業者と合意	56.1%	68.6%	54.6%	62.4%	55.0%	59.8%
	1サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付	51.2%	51.4%	49.5%	49.4%	55.0%	50.8%
	2担当者会議の議事録を会議出席者欠席者に配付・合意内容を共有	48.8%	50.0%	49.5%	60.0%	65.0%	54.1%
⑪ 管理	1モニタリング全体管理は目標達成までの進捗状況を把握	48.8%	54.3%	43.3%	47.1%	50.0%	48.0%
	2モニタリング全体管理は事業者のアプローチ見直し状況を把握	36.6%	50.0%	33.0%	38.8%	47.5%	40.2%
	3モニタリング全体管理は事業者のアプローチの適切性を評価	36.6%	57.1%	38.1%	40.0%	52.5%	44.1%

※④=各事業者への個別援助計画の作成依頼、⑤=開催前のケアプラン原案への意見聴取、⑥=個別援助計画のケアプランへの反映、⑩=モニタリング・全体管理の実施

図表 52 参考:変化(改善・悪化のみ)の場合におけるサービスの種類別サービス担当者会議の工程の実施率

	利用数のカテゴリ					
	1種類	2種類	3種類	4種類以上	合計	
① 開催前の情報収集	1地域におけるサービス提供事業者の特徴の最新情報を把握	32.9%	38.4%	39.1%	24.6%	33.9%
	2地域における社会資源の特徴の最新情報を把握	17.6%	23.2%	20.3%	12.3%	19.2%
	3地域における病院や診療所等の特徴の最新情報を把握	34.1%	29.3%	23.2%	30.8%	30.3%
	4事業所・関係者で地域サービス医療機関等の現状を情報共有	40.0%	48.5%	46.4%	41.5%	45.0%
	5利用者の受付情報や基本情報を把握	91.8%	78.8%	84.1%	81.5%	84.1%
	6被保険者情報を把握	84.7%	79.8%	81.2%	86.2%	82.9%
	7認定情報を把握	92.9%	86.9%	89.9%	89.2%	89.8%
	8日常生活の自立度を把握	90.6%	89.9%	91.3%	84.6%	89.2%
	9主治医意見書・看護サマリー等で利用者の状態を確認	84.7%	84.8%	76.8%	80.0%	82.0%
	10利用者の住環境・地域環境を把握	78.8%	77.8%	84.1%	73.8%	77.8%
	11家族等の情報を把握	76.5%	76.8%	85.5%	72.3%	77.2%
	12家族等の介護力や利用者との関係などを把握	78.8%	80.8%	85.5%	75.4%	79.6%
	13利用者・家族の主訴や要望を把握	85.9%	87.9%	89.9%	83.1%	86.5%
	14援助目標設定にあたっての本人の希望を把握	90.6%	82.8%	84.1%	81.5%	84.4%
	15サービスに対する要望とその理由を把握	89.4%	92.9%	87.0%	80.0%	87.1%
	16利用者の生活歴・職業歴・興味・価値観・経済状況・意欲を把握	68.2%	61.6%	68.1%	63.1%	64.9%
	17利用者の生活状況を把握	69.4%	67.7%	68.1%	66.2%	68.5%
	18利用している介護保険サービスの内容を把握	92.9%	93.9%	85.5%	83.1%	88.3%
	19利用しているインフォーマルサービスの内容を把握	54.1%	60.6%	58.0%	64.6%	58.6%
	20利用している介護保険外サービスの内容を把握	61.2%	69.7%	73.9%	66.2%	66.4%
	21診療情報などを主治医の意見書・看護サマリー等から把握	77.6%	68.7%	65.2%	69.2%	69.7%
	22精神・認知症の診療情報などを主治医の意見書等から把握	77.6%	68.7%	68.1%	61.5%	69.1%
	23できるとして活動を区分し活動を制限している要因を把握	44.7%	50.5%	49.3%	49.2%	48.6%
② 開催前の情報提供	1専門員の役割やケアマネジメントの目的を説明し理解を得た	60.0%	73.7%	69.6%	66.2%	66.7%
	2重要事項説明を行った	64.7%	72.7%	58.0%	73.8%	66.7%
	3プランに利用者・家族の意向が反映されると説明・参加を求めた	64.7%	73.7%	62.3%	67.7%	67.0%
	4秘密保持・人権尊重等の説明し個人情報収集等の同意を得た	72.9%	80.8%	72.5%	70.8%	74.2%
	5対応できないサービスがあることを説明	70.6%	70.7%	60.9%	75.4%	68.5%
③ ケアプラン原案作成時の分析	1介護支援専門員が捉えるニーズと利用者や家族の要望を整理	74.1%	63.6%	68.1%	72.3%	68.8%
	2現状把握に基づき見直し課題を設定	69.4%	65.7%	66.7%	66.2%	66.4%
	3見直し課題の判断理由や根拠を明確にした	61.2%	58.6%	55.1%	52.3%	57.4%
	4生活に対する意向で利用者等の言葉・価値観等に基づき記載	69.4%	66.2%	56.9%	63.6%	64.3%
	5援助の方針は全体の生活課題・サービス担当者の対応等を記載	55.1%	35.3%	37.3%	47.3%	43.3%
	6生活全般の課題は1・緊急度2・重要度3・即応度の通り順序を設定	55.1%	57.4%	54.9%	65.5%	58.0%
	7生活全般の解決すべき課題の順序の理由や根拠を明確にした	49.0%	41.2%	51.0%	50.9%	47.1%
	8長期目標は健康・安全・安心の確保を考慮し課題に対し設定	53.1%	52.9%	56.9%	52.7%	53.8%
	9第2表の長期目標設定の理由や根拠を明確にした	46.9%	36.8%	47.1%	47.3%	44.1%
	10第2表の長期目標期間設定の理由や根拠を明確にした	38.8%	38.2%	35.3%	34.5%	37.0%
	11短期目標は段階的具体的な達成可能な内容を考慮し設定	46.9%	48.5%	51.0%	45.5%	47.9%
	12第2表の短期目標設定の理由や根拠を明確にした	44.9%	42.6%	47.1%	38.2%	43.3%
	13第2表の短期目標期間設定の理由や根拠を明確にした	38.8%	33.8%	33.3%	34.5%	35.3%
	14サービスの内容は既存のサービス資源にとらわれずに記載	36.7%	32.4%	37.3%	29.1%	33.2%
	15利用料等を含めた文書を作成し説明しサービス選択を求めた	42.9%	42.6%	51.0%	43.6%	44.5%
	16サービス種別は1・サービス主体2・サービス内容を明確にした	55.1%	61.8%	58.8%	61.8%	59.2%
	17地域のサービス資源の状況に合わせサービス資源を選択	42.9%	44.1%	45.1%	52.7%	45.8%
	18課題に対するサービス提供事業者の選定理由を具体的に記載	32.7%	35.3%	23.5%	27.3%	31.1%
	19頻度・期間はアセスメント結果に基づき目標達成できるよう設定	49.0%	44.1%	39.2%	41.8%	44.1%
	20介護保険外のサービスも含めた1週間単位のスケジュール作成	38.8%	54.4%	54.9%	67.3%	52.9%
	21第3表では週単位以外のサービスも記載	44.9%	61.8%	60.8%	78.2%	60.1%
	22主な日常生活上の活動として利用者の一日の生活の流れを記入	34.7%	42.6%	45.1%	43.6%	42.4%
	23介護者の生活や多忙な時間帯・趣味の時間帯も把握し作成	16.3%	26.5%	21.6%	25.5%	23.5%
④ 個別援助計画	1サービス担当者会議前ケアプラン原案をサービス事業者へ提供	38.8%	42.4%	42.0%	32.3%	38.7%
	2利用者の基本情報や利用者の状態がわかる書類を作成し提供	38.8%	42.4%	42.0%	32.3%	38.7%
	3サービス選定の根拠資料を作成しサービス事業者へ提供	38.8%	42.4%	42.0%	32.3%	38.7%
	4本人面談に基づく個別援助計画案策定をサービス事業者へ依頼	25.9%	35.4%	31.9%	27.7%	29.4%
	5個別援助計画案の提出の際アセスメントの結果記載を依頼	10.6%	18.2%	11.6%	10.8%	13.2%
	6ケアプラン原案に基づく個別援助計画案の提出を依頼	9.4%	15.2%	8.7%	4.6%	9.9%
⑤ 原案	1ケアプラン原案を主治医へ提供	4.7%	13.1%	20.3%	13.8%	12.6%
	2ケアプラン原案を介護保険外サービス提供者等に提供	5.9%	11.1%	10.1%	6.2%	8.7%
	3各関係者・事業所の専門的立場からその他意見等提出を依頼	14.1%	20.2%	17.4%	16.9%	17.7%
⑥ ケアプランへの反映	1個別援助計画案とケアプラン原案が連動しているか確認	45.9%	42.4%	37.7%	47.7%	43.2%
	2課題に対するサービス提供事業者見直し理由を別紙に記載	11.8%	13.1%	10.1%	13.8%	12.3%
	3サービス事業者を選定し根拠をサービス事業者へ伝えた	40.0%	51.5%	40.6%	41.5%	42.6%
	4個別援助計画案に基づきサービス提供すると提供事業者と合意	58.8%	54.5%	46.4%	50.8%	52.0%
	5個別援助計画案を受けケアプランの見直しを行った	21.2%	27.3%	21.7%	21.5%	23.4%
	6選定したサービス事業者に個別援助計画案の見直しを依頼	14.1%	18.2%	17.4%	12.3%	15.9%
	7個別援助計画案ケアプラン案を踏まえ工程管理表案を作成	30.6%	30.3%	30.4%	40.0%	32.1%
⑦ 招集	2個別援助計画案ケアプラン案踏まえモニタリングメモを作成	24.7%	33.3%	17.4%	33.8%	28.2%
	3サービス担当者会議の参加者を選定し会議の案内を行った	77.6%	60.6%	82.6%	80.0%	73.3%
	4ケアプラン及び根拠資料を事前に送付し事前検討を依頼	24.7%	19.2%	26.1%	23.1%	23.4%
	5欠席者はケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取	50.6%	50.5%	60.9%	52.3%	52.3%
	6保険者に対し主治医意見書の提出を依頼	74.1%	74.7%	79.7%	76.9%	73.3%
	7主治医意見書について不明点等事前に確認を行っている	30.6%	31.3%	26.1%	33.8%	30.3%
	⑧ 開催	1介護保険サービスはケアプラン等に沿い提供と利用者等に説明	62.4%	67.7%	66.7%	53.8%
2ケアプランについて利用者家族と合意		91.8%	92.9%	88.4%	90.8%	90.1%
3個別援助計画について利用者家族に説明し相互の理解を確認		63.5%	70.7%	58.0%	52.3%	61.6%
録⑨ 配布	4モニタリングの内容は利用者家族やサービス事業者と合意	65.9%	55.6%	58.0%	63.1%	59.8%
	1サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付	41.2%	48.5%	63.8%	58.5%	50.8%
⑩ 管理	2担当者会議の議事録を会議出席者欠席者に配付・合意内容を共有	51.8%	45.5%	65.2%	61.5%	54.1%
	1モニタリング全体管理は目標達成までの進捗状況を把握	41.2%	51.5%	50.7%	50.8%	48.0%
	2モニタリング全体管理は事業者のアプローチ見直し状況を把握	34.1%	46.5%	43.5%	35.4%	40.2%
3モニタリング全体管理は事業者のアプローチの適切性を評価	37.6%	47.5%	47.8%	41.5%	44.1%	

※ ④=各事業者への個別援助計画の作成依頼、⑤=開催前のケアプラン原案への意見聴取、⑥=個別援助計画のケアプランへの反映、⑩=モニタリング・全体管理の実施

補章 1 ケアマネジメント業務構造に関するアンケート調査

(1) 調査概要

調査概要は以下の通りである。

【実査日】 2014年7月14日
 【調査対象者数】 計 1,530名
 A：「地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント（DASC）とその活用方法」参加者 1,204名
 B：「H26年度 認知症初期集中支援チーム員研修（第2日目 DASC研修）」参加者 326名
 【回収数】 1,514票（回収率 99.0%）
 【実査場所】 ABともに7か所
 サッポロファクトリー、仙台国際センター、ベルサール西新宿、ダイテックサカエ、大阪アカデミア、岡山商工会議所、南近代ビル
 【実査担当】 ヴェクソンインターナショナル株式会社

(2) 回答者属性

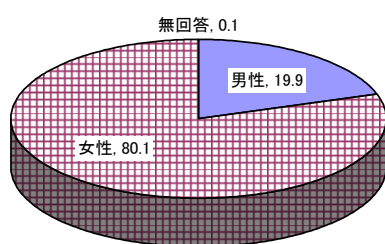
回答者 1514名の属性は以下のとおりである。

性別は「女性」80.1%、「男性」19.9%で、年代構成は「40代」の比率が32.7%と最も高く、次いで、「30代」28.6%、「50代」23.1%の順である。

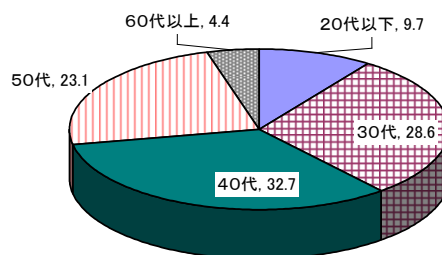
最終学歴は「短期大学・専門学校」が49.8%と比率が最も高く、次いで「大学」39.1%で、両者で9割を占める。

実務経験年数（端数繰上げ）は「5年未満」「10年未満」「10年以上」がそれぞれ1/3を占め、平均9.7年である。

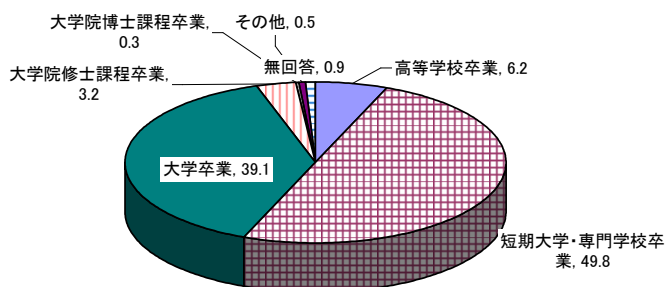
図表 53
性別
(n=1514)



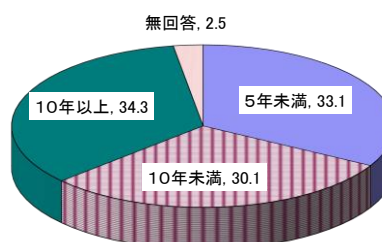
図表 54
年齢
(n=1514)



図表 55
最終学歴
(n=1514)

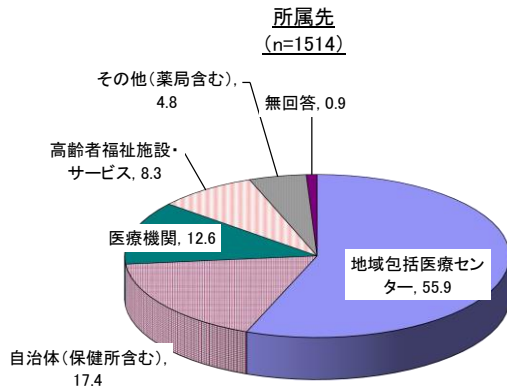


図表 56
実務経験年数
(n=1514)
平均9.7年

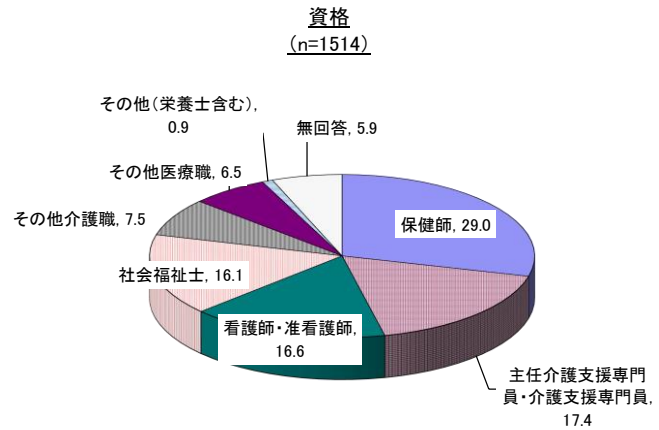


所属先は、「地域包括医療センター」が 55.9%と半数以上を占め、「自治体(保健所含む)」17.4%、「医療機関」12.6%、「高齢者福祉施設・サービス」8.3%の順で、保有資格は「保健師」の比率が最も高く 29.0%、次いで「主任介護支援専門員・介護支援専門員」17.4%、「看護師・准看護師」16.6%、「社会福祉士」16.1%の順である。

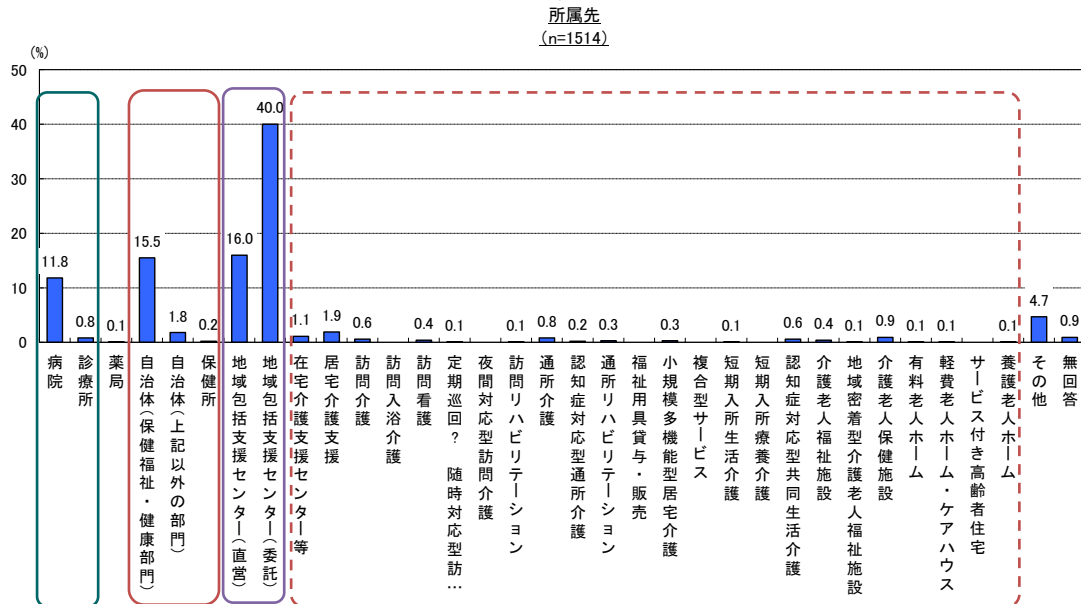
図表 57



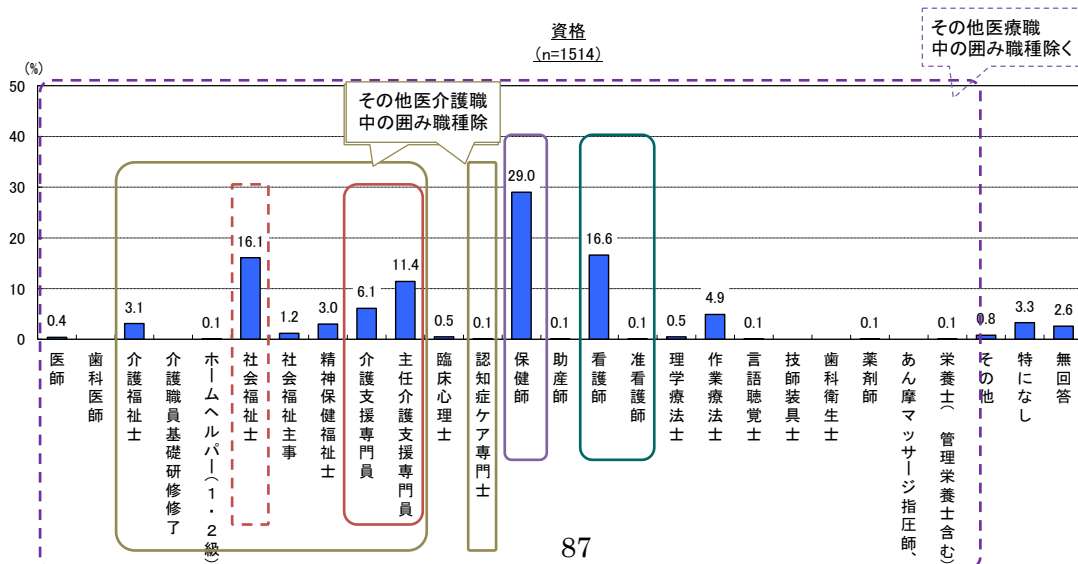
図表 58



図表 59

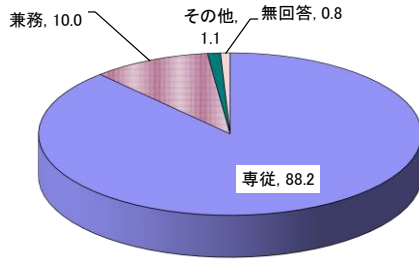


図表 60

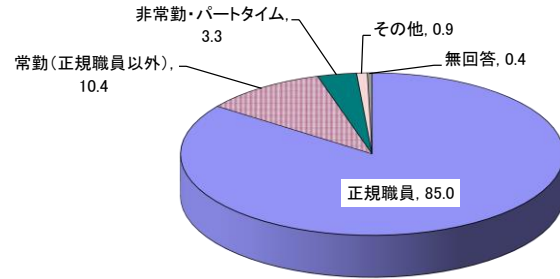


勤務形態は、「専従」が 88.2%、雇用形態は「正規職員」 85.0%の比率が高い。

図表 61
勤務形態
(n=1514)



図表 54
雇用形態
(n=1514)



(3) ケアマネジメント連携推進上の課題

ア. サービス調整における困難事象

対象者にケアマネジメント業務について、「確定診断で認知症と診断されている方への相談支援や居宅介護支援計画を立案したことがある、あるいは、これらの相談支援や計画を扱う会議に出席したことがある」かについて尋ねたところ、72.2%があると回答している（図表 11）。

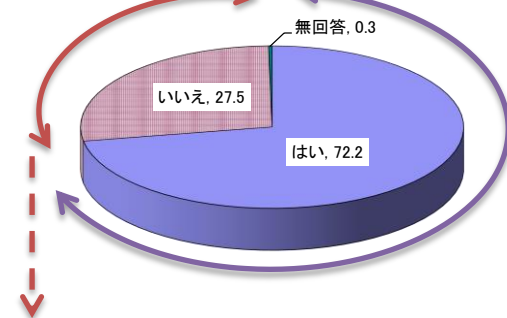
認知症と診断された方の相談支援や居宅介護支援計画を立案したり、相談支援や計画を扱う会議に出席したことはないと回答した人の属性をみると（図表 13）、「女性」に比べ「男性」の比率が高く、年代別では「20 代以下」の比率が高い。所属別では「医療機関」「自治体（保健所を含む）」「その他（薬局を含む）」のないと回答した比率が高く、「地域包括医療センター」の比率は低い。主な資格別では、「看護師・准看護師」「その他医療職」「その他介護職」のないと回答した比率が高く、「主任介護支援専門員・介護支援専門員」「社会福祉士」の比率が低い。雇用形態別では「常勤（正規職員以外）」の、実務経験年数別では「5 年以上 10 年未満」のないと回答した比率が低い。なお、学歴や勤務形態では差は見られなかった（図表 13）。

認知症と診断された方の相談支援や居宅介護支援計画を立案したり、相談支援や計画を扱う会議に出席したことがあると回答した人に（n=1093）、必要なサービスを調整する際に支援者にかかわることで困ったことがあるか尋ねたところ、78.3%が困ったことがあると回答している（図表 12）。なお、「支援者に係わることで困ったことはある」と回答した人の属性をみても、大きな差は見られない（図表 14）。

図表 63

確定診断で認知症と診断されている方への
相談支援や居宅介護支援計画を立案したことがある、あるいは、
これらの相談支援や計画を扱う会議に出席したことがある。

(n=1514)

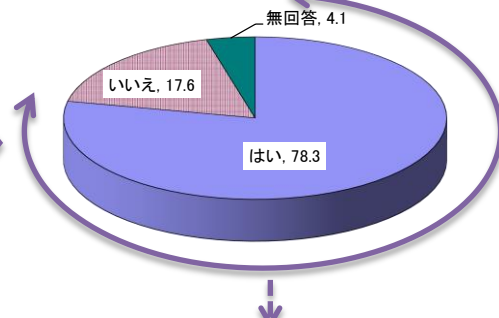


図表 65 へ

図表 64

必要なサービスを調整する際に、
支援者に係わることで困ったことはありますか。

(n=1093)



図表 66 へ

図表 65

認知症と診断された方の相談支援や居宅介護支援計画を立案したり、相談支援や計画を扱う会議に出席したことはないと回答した人の属性

		調査数	いいえ (%)
全体		1514	27.5
性別	男性	301	34.9
	女性	1212	25.7
年齢別	20代以下	147	37.4
	30代	433	27.9
	40代	495	25.5
	50代	350	24.6
	60代以上	66	30.3
学歴別	高等学校卒業	94	33.0
	短期大学・専門学校卒業	754	26.3
	大学卒業	592	27.4
	大学院卒	54	35.2
所属先別	医療機関	191	56.5
	自治体(保健所含む)	264	46.6
	地域包括医療センター	847	11.7
	高齢者福祉施設・サービス	126	34.1
	その他(薬局含む)	72	55.6
主な資格	保健師	439	24.8
	看護師・准看護師	252	35.7
	その他医療職	98	54.1
	主任介護支援専門員・介護支援専門員	264	8.3
	社会福祉士	244	16.4
	その他介護職	114	45.6
勤務形態	専従	1335	26.5
	兼務	151	31.1
雇用形態	正規職員	1287	27.7
	常勤(正規職員以外)	158	20.3
	非常勤・パートタイム	50	42.0
実務経験年数別	5年未満	501	31.1
	10年未満	456	19.1
	10年以上	519	31.8

図表 66

必要なサービスを調整する際に支援者にかかわることで困ったことがあると回答した人の属性

		調査数	はい (%)
全体		1093	78.3
性別	男性	196	74.0
	女性	896	79.2
年齢別	20代以下	92	76.1
	30代	311	80.7
	40代	365	79.5
	50代	264	75.4
	60代以上	46	71.7
学歴別	高等学校卒業	63	73.0
	短期大学・専門学校卒業	553	77.0
	大学卒業	428	81.3
	大学院卒	35	62.9
所属先別	医療機関	83	68.7
	自治体(保健所含む)	140	78.6
	地域包括医療センター	745	80.4
	高齢者福祉施設・サービス	82	72.0
	その他(薬局含む)	32	68.8
主な資格	保健師	329	82.4
	看護師・准看護師	161	80.7
	その他医療職	45	73.3
	主任介護支援専門員・介護支援専門員	242	80.6
	社会福祉士	204	74.0
その他介護職	61	72.1	
勤務形態	専従	976	78.4
	兼務	104	75.0
雇用形態	正規職員	928	77.3
	常勤(正規職員以外)	124	83.9
	非常勤・パートタイム	29	79.3
実務経験年数別	5年未満	343	77.0
	10年未満	369	80.5
	10年以上	351	76.9

「支援者に係わることで困ったことはある」と回答した人にその内容を尋ねたところ、1211の回答（述べ回答数）が得られた。「医療と介護の連携の問題」「本人・家族の問題」「その他」の分野別に分類したところ、「本人・家族の問題」が65.5%を占め、「医療と介護の連携の問題」は28.9%であった。

「本人・家族の問題」については、「本人・家族の認知症の理解・受容の問題」「家族の協力・連携の問題」「認知症の症状等疾患による問題」「独居・身寄りがいない」「経済上の問題」などが挙げられており、「医療と介護の連携の問題」については、「サービス検討上の問題（情報収集と共有化、相互理解も含む）」「連携の問題」「資源の問題」「診断の問題」が挙げられている。

図表 67 必要なサービスを調整する際に支援者にかかわることで困ったこと(自由回答)

分野	分類	件数	割合	NO	小分類	内容	件数	1211
医療と介護の連携の問題	(情報収集と共有化、相互理解も含む)	147	12.1%	1	ケアプランの立案、支援方法、サービス内容の問題	・受診の提案、介護サービスの提案 ・共通理解を図らずに各々の対応になる ・支援方針の共有、共通理解をもつこと ・本人や家族より介護側の方針が優先される ・若年性認知症のサービスについての対応	78	6.4%
				2	支援者の認知症に対する知識・理解の格差について	・認知症の理解度、知識に差があり、支援者や介護スタッフ間の統制がとれない、共通認識が得られない ・介護者の知識が低い ・認知症の対応の共通認識が難しい ・支援者間の価値観の相違がある	36	3.0%
				3	対象者の情報不足、状況把握困難	・症状の共通解釈、対応 ・独居であったりキーパーソン不在で生活が見えない ・支援者間で情報が共有化できていない	19	1.6%
				4	提供するサービスと意向が合わない	・必要なサービスと本人や家族が必要と思うサービスが異なる ・医療としての必要性と本人にとって必要なサービスにズレがあると感じる	14	1.2%
	連携の問題	106	8.8%	5	各種会議について	・サービス担当者会議、地域ケア会議、介護支援会議、自立支援会議、支援チーム会議、認知症疾患医療センター協力会議、包括協働の連絡会、初期集中支援チーム会議、高齢者虐待の権利擁護会議等の開催、参加 ・出席者の知識に差があり会議がスムーズに進行しない	46	3.8%
				6	医療との連携について	・主治医と情報共有すること ・専門医と主治医の連携 ・かかりつけ医から専門医に繋げてもらえない、連携がない ・主治医の参加、協力が得られない	39	3.2%
				7	他機関との連携について	・他機関との連絡、調整、連携 ・他機関の理解が得られない、時間を要する ・多様で変化が激しい利用者の症状の伝達・連携など ・行政、関係機関との連絡や日程調整	21	1.7%
	資源の問題	73	6.0%	8	受入施設・必要サービスの不足	・若年性アルツハイマー、若年性認知症の対応施設がない ・施設が満床、断られる ・本人や家族に応えられるサービスがない ・社会資源の不足 ・要支援へのサービスが不足 ・在宅継続が困難な場合の行き先がない ・既存のサービスでは合わない	58	4.8%
				9	入院先、入居先、退院後のケア	・病院受診、退院後のフォロー、生活の支援、相談 ・退院前の家族への今後の対応指導 ・施設の紹介、入院先	15	1.2%
	診断の問題	24	2.0%	10	医師の診断・治療方針について	・適切な診断、治療が成されていないと感じる ・適切な診断、治療ではないため進行する、支障がでる ・医学的な説明がないと感じる	15	1.2%
				11	専門医の不足について	・認知症を診断する医師がいない。近くにいない。 ・専門医でないことが多く、ケアプラン、支援計画が立てにくい ・専門医でないため適切な指導、アドバイスが受けられない ・専門医ではないかかりつけ医のまま、治療を継続し悪化する	9	0.7%
							350	28.9%

(続き)

分野	分類	件数	割合	NO	小分類	内容	件数	1211	
本人・家族の問題	本人・家族の認知症の理解・	363	30.0%	12	本人または家族の介護保険導入、サービス導入や受診の拒否	<ul style="list-style-type: none"> 本人の拒否で介護サービスにつながらない 介護サービス、認定のための受診をしたがらない 家族が介護保険サービス、関わりを拒否する サービスを導入したがらない 	207	17.1%	
				13	本人または家族の病識・認識がない、受け入れられない	<ul style="list-style-type: none"> 本人に病識がなく、受診できない 家族が認知症に気付かない、また受け止められない 家族の認知症の理解が不足している 	103	8.5%	
				14	本人または家族の介護サービスの理解、説明の仕方	<ul style="list-style-type: none"> 家族の理解がなく治療が進まない 家族やキーパーソンに本人の状況を理解してもらえない 説明しても、なかなか理解してもらえない 本人に自覚がなく理解してもらえない 認知症に人への伝え方 	53	4.4%	
	家族の協力・連携の問題	136	11.2%	15	本人と家族の意向が異なる	<ul style="list-style-type: none"> 本人が望むサービスと家族が望むことが違う 家族が強く望むと本人の希望が疎かになりがち 本人と家族の意向の調整が難しい 	40	3.3%	
				16	家族が非協力的である	<ul style="list-style-type: none"> 家族などの支援者が関わりを拒否する、非協力的 連絡がとれない 家族の協力の理解 	36	3.0%	
				17	家族間の意見不一致	<ul style="list-style-type: none"> 家族内のトラブルがある 家族間の方向性が一致しない 	27	2.2%	
				18	家族も疾病を抱えている	<ul style="list-style-type: none"> 介護する家族も認知症である場合 同居家族が精神疾患や知的障害、統合失調症などでサービス導入の妨げとなる場合 	19	1.6%	
				19	家族の介護負担が大きい	<ul style="list-style-type: none"> 家族の介護疲れがある場合 家族が介護疲れに気付いていない、または頑張ってしまう場合 	14	1.2%	
	認知症の症状等疾患による問題	126	10.4%	21	本人の病気による症状や行動への対応	<ul style="list-style-type: none"> 認知症による様々な症状でサービスが出来ない、また対応が難しい 介護者や医師に対する不信感、猜疑心を持つようになるなど 症状によって、毎回初めから関係性をつくらなくてはならないなど 	64	5.3%	
				22	服薬の管理が困難	<ul style="list-style-type: none"> 本人が服薬を拒否 認定や支援サービスを拒否し服薬がされない 認知症で服薬管理ができない 家族の協力がなく服薬が上手くいかない 独居の場合の服薬管理 	25	2.1%	
				26	本人の性格や生活上の問題	<ul style="list-style-type: none"> プライドが高いなど本人の性格上の問題 ゴミ、清掃などの問題や自動車運転をしているなど生活上の問題 万引きなどの性癖があるなど 	13	1.1%	
				23	金銭管理ができない	<ul style="list-style-type: none"> 金銭管理ができない 金銭管理が出来ないが管理を拒否する 借金や消費者被害がある 本人の収入、資産状況が見えない 	12	1.0%	
				24	他の疾病がある	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病など服薬管理が必要な場合 認知症と内科疾患がある場合の受け入れ先 精神障害がある場合 独居で他の疾患がある場合 	12	1.0%	
	独居・身寄りがない	124	10.2%	20	独居、身寄りがいない、キーパーソンがいない、支援者がいない	<ul style="list-style-type: none"> 独居で認知症の自覚が無いため支援につながらない キーパーソンになって進めてもらう人がいない キーパーソンとなる家族、親類が遠方、または疎遠で理解、協力が得られない、サービス導入が困難 遠方であるためにサービスの調整が難しい 遠方であるために、家族が状況判断ができない 	124	10.2%	
	経済上の問題	44	3.6%	17	経済的問題、医療費の問題	<ul style="list-style-type: none"> 1割負担が厳しい 経済的問題でサービスが受けられない 経済的困窮 金銭的に適切なサービスが受けられない 他の支払が滞っている 	44	3.6%	
	その他	相談・苦情対応	43	3.6%	21	近隣住民からの苦情、協力、相談	<ul style="list-style-type: none"> 近隣住民の病気に対する理解を得ること 近隣からの苦情がある 本人が支援を拒否した場合の地域の迷惑行為 	25	2.1%
					24	本人・家族の相談、支援	<ul style="list-style-type: none"> 介護の家族の相談 本人や家族の相談相手 	18	1.5%
		他	25	2.1%	29	その他		25	2.1%

イ. 医師と連携を行う際の必要な知識

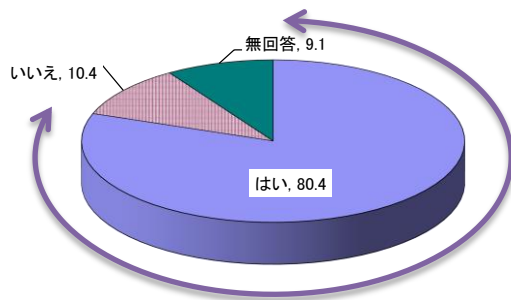
医師（医師の場合、支援に係わる医師以外の専門職）との連携を行う際に必要と思う知識や技術があるか尋ねたところ、80.4%があると回答している。

属性別にみて差が見られたのは、年代別では「60代以上」、学歴別では「高等学校卒業」、所属先別では「高齢者福祉施設・サービス」、雇用形態別では「常勤（正職員以外）」、実務経験年数別では「5年未満」で、必要な知識・技術があると回答した比率が相対的に低くなっている。逆に比率が高いのは「保健師」である。

図表 68

医師（医師の場合、支援に係わる医師以外の専門職）との連携を行う際に必要と思う知識や技術がありますか。

(n=1514)



図表 69

医師との連携を行う際に必要と思う知識や技術があると回答した人の属性

		調査数	はい (%)
全体		1514	80.4
性別	男性	301	80.7
	女性	1212	80.4
年齢別	20代以下	147	81.0
	30代	433	84.1
	40代	495	83.0
	50代	350	76.6
	60代以上	66	65.2
学歴別	高等学校卒業	94	68.1
	短期大学・専門学校卒業	754	81.8
	大学卒業	592	80.4
	大学院卒	54	88.9
所属先別	医療機関	191	83.2
	自治体（保健所含む）	264	79.2
	地域包括医療センター	847	83.0
	高齢者福祉施設・サービス	126	69.8
	その他（薬局含む）	72	65.3
主な資格	保健師	439	85.9
	看護師・准看護師	252	75.8
	その他医療職	98	83.7
	主任介護支援専門員・介護支援専門員	264	81.1
	社会福祉士	244	82.0
	その他介護職	114	76.3
勤務形態	専従	1335	80.7
	兼務	151	79.5
雇用形態	正規職員	1287	82.1
	常勤（正規職員以外）	158	70.9
	非常勤・パートタイム	50	70.0
実務経験年数別	5年未満	501	75.0
	10年未満	456	83.3
	10年以上	519	83.6

医師（医師の場合、支援に係わる医師以外の専門職）との連携を行う際に必要と思う知識や技術の内容について尋ねたところ、「社会的状況」「行動・心理症状」「認知症疾患」については7割以上が、「身体合併症」「認知機能障害」「生活機能障害」については6割以上が必要と回答している。

(社会的状況) 認知症によって、社会的状況という介護者の健康問題・介護負担や医療機関・介護施設での対応困難など本人への支援を困難にする家族や支援者をめぐる状況が起こりやすいこと。

(行動・心理症状) 認知症によって行動・心理症状といわれる妄想、幻覚、誤認、抑うつ状態、不安、徘徊等の行動・心理に関わる症状が起こること。

(認知症疾患) 認知症疾患の種類に名称にアルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症といった様々な診断名があること。

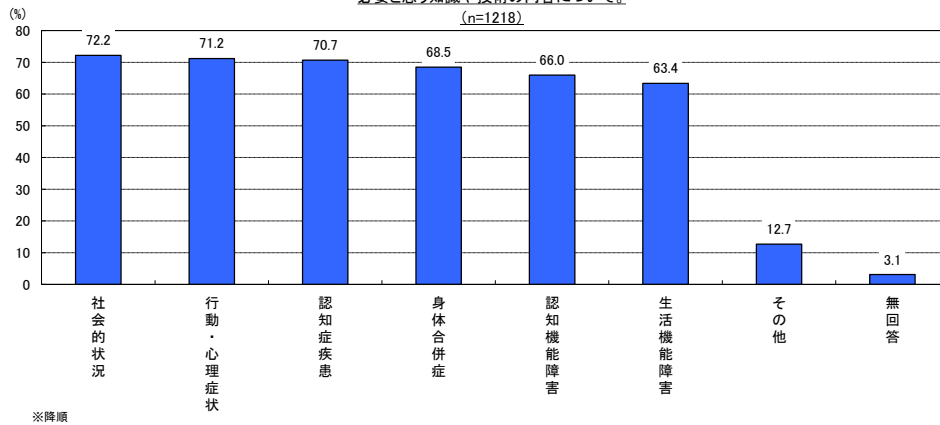
(身体合併症) 認知症によって身体合併症である高血圧症、慢性心不全、虚血性心疾患、糖尿病等が引き起こされるということ。

(認知機能障害) 認知症を罹患することで起こる機能障害、例えば記憶障害や時間失見当識、視空間認知障害などといった障害があること。

(生活機能障害) 認知症に随伴する障害に生活機能障害という ADL(排泄、食事、入浴、移動等)、IADL(電話の使用、買い物、家事洗濯など)の障害があること。

図表 70

医師（医師の場合、支援に係わる医師以外の専門職）との連携を行う際に必要と思う知識や技術の内容について。



属性別にみると（図表 19）、属性による大きな差は見られなかったが、項目で差が見られたのは「社会的状況」で、「男性」「大学院卒」の比率が低く、「自治体（保健所含む）」の比率が高い。また、属性では「高齢者福祉施設・サービス」で、「行動・心理状況」「生活機能障害」の比率が低くなっている。

図表 71 医師との連携を行う際に必要と思う知識や技術があると回答した人の内容別属性

		調査数	社会的状況	行動・心理症状	認知疾患	身体合併症	認知機能障害	生活機能障害
全体		1218	72.2	71.2	70.7	68.5	66.0	63.4
性別	男性	243	65.4	67.1	70.0	62.1	63.0	58.4
	女性	974	73.9	72.3	70.9	70.1	66.8	64.7
年齢別	20代以下	119	71.4	68.9	64.7	69.7	68.9	63.0
	30代	364	72.0	70.1	70.3	64.6	63.2	62.1
	40代	411	73.7	73.5	73.5	71.3	68.6	66.4
	50代	268	72.4	71.6	70.1	69.0	66.4	63.8
	60代以上	43	62.8	62.8	69.8	72.1	60.5	51.2
	学歴別	高等学校卒業	64	76.6	71.9	70.3	75.0	62.5
	短期大学・専門学校卒業	617	72.3	71.0	70.3	66.6	66.0	64.3
	大学卒業	476	72.9	70.6	69.7	69.3	66.0	62.6
	大学院卒	48	58.3	79.2	63.3	72.9	72.9	62.5
所属先別	医療機関	159	68.6	68.6	69.8	67.3	66.7	61.6
	自治体（保健所含む）	209	84.7	78.9	77.5	77.5	75.6	75.1
	地域包括医療センター	703	69.8	71.4	69.8	66.6	63.4	61.3
	高齢者福祉施設・サービス	88	67.0	58.0	61.4	59.1	56.8	52.3
	その他（薬局含む）	47	74.5	66.0	76.6	60.9	78.7	70.2
主な資格	保健師	377	80.4	76.9	74.8	71.9	71.9	71.1
	看護師・准看護師	191	70.2	64.4	69.1	65.4	60.7	58.6
	その他医療職	82	63.4	75.6	75.6	61.0	75.6	72.0
	主任介護支援専門員・介護支援専門員	214	69.6	71.0	68.7	67.3	59.8	59.8
	社会福祉士	200	67.5	65.5	64.5	68.0	60.0	53.0
	その他介護職	87	63.2	67.8	69.0	70.1	69.0	58.6
勤務形態	専従	1078	73.2	71.7	70.4	68.2	65.8	63.3
	兼務	120	65.8	68.3	72.5	72.5	70.0	66.7
雇用形態	正規職員	1056	72.9	71.9	71.2	69.0	66.8	64.3
	常勤（正規職員以外）	112	69.6	68.8	63.4	64.3	58.9	55.4
	非常勤・パートタイム	35	71.4	68.6	82.9	71.4	77.1	74.3
実務経験年数別	5年未満	376	71.8	71.0	69.4	67.6	67.0	63.8
	10年未満	380	69.7	70.0	66.6	63.9	60.0	59.7
	10年以上	434	74.4	73.0	74.9	73.7	70.0	65.9

なお、「その他」と回答した人に（n=155）、具体的な知識・技術の内容について尋ねたところ、119の回答（述べ回答数）が得られたが、回答内容を見ると「医療、薬剤の知識」「認知症の理解」「対象者の状況把握」のほか、「制度・施策・事業の理解」「医師への説明・コミュニケーション能力」なども挙げられている。

図表 72 医師との連携を行う際に必要と思う知識や技術があると回答し、「その他」と回答した人の具体的な知識・技術の内容

分類項目名	内容	件数	119
1 医療、薬剤の知識	・薬学の知識 ・画像の数値などの医療専門用語 ・支援者としての最低限の知識	22	18%
2 制度・施策・事業の理解	・医療制度、介護制度の理解 ・事業の理解	20	17%
3 医師への説明、コミュニケーション能力・技術	・医師との連絡方法、効率的な伝達方法 ・医師の性格や地位によるアプローチ方法 ・医師との円滑な関係を築く技術、工夫	16	13%
4 認知症の理解	・医師側の認知症の理解度、または理解度をしておく ・認知症の新しい情報 ・心理的サポートの方法 ・認知症への対応、共通の認識	14	12%
5 社会資源	・地域資源、社会資源を把握、活用	11	9%
6 対象者の状況把握(症状、特性、生活状況)、共有	・対象者の其々異なる症状 ・生活歴の把握 ・対象者の特性 ・介護を困難にしている事情など	11	9%
7 連携・支援方法の共有化	・医療側は介護の現状を、介護側は医療の知識を学ぶ必要姓 ・連携そのものの方法、技術 ・個別支援のビジョン ・チームで複合的に行う意義と方法	9	8%
8 医師の特徴、立場の理解	・医師の性格、特徴、立場、キャラクター、個性の把握 ・お互いの立場、視点の理解	7	6%
9 家族の支援、対応など	・対象者の家族への説明、対応 ・家族会など理解	4	3%
10 その他		5	4%

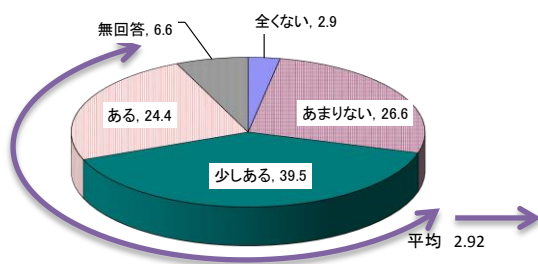
ウ. サービス提供に際して、必要な医学的知識がなく困ったこと（平成 26 年 1/1~6/30）

平成 26 年 1/1~6/30 の 6 か月間にサービス提供に際して、必要な医学的知識がなく困ったことがあるかを尋ねたところ、「ある」24.4%、「少しある」39.5%と約 2/3 が困ったことがあると肯定的な回答をしている。

肯定的な回答者に対し（n=968）、具体的な内容を尋ねたところ（複数回答）、「薬の名前や種類」の比率が 58.6%と高く、次いで「体の変化への対応」42.4%、「処置の内容」36.1%の順であった。

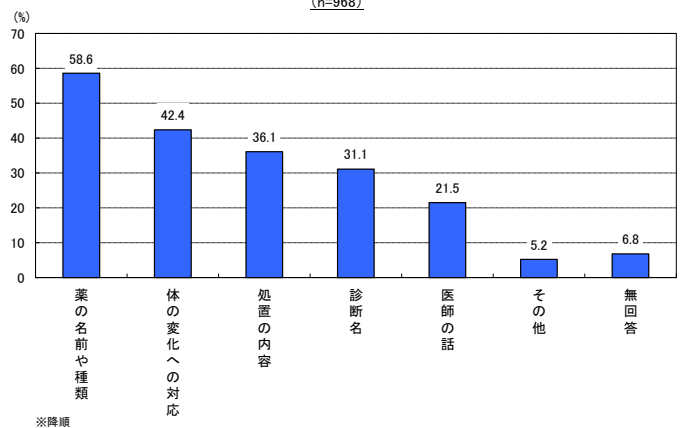
図表 73

サービス提供に際して、必要な医学的知識がなく困ったことがありますか。
(n=1514)



図表 74

内容(必要な医学的知識がなく困ったこと)
(n=968)



(4) ケアマネジメント連携活動状況（平成 26 年 1/1~6/30）

ア. 訪問活動回数と会議や勉強会への参加回数

平成 26 年 1/1~6/30 の半年間に医療・福祉・介護等の関係機関の特色や現状などを把握するため訪問活動（訪問）を行った回数と医療・福祉・介護機関や行政機関との連携会議や勉強会に参加した回数（連携会議・勉強会）を尋ねたところ、訪問回数は平均 4.8 回、連携会議・勉強会への参加回数は平均 5.5 回で、回数別にみると訪問、連携会議・勉強会ともに「1~9 回」が最も比率が高く、訪問は 32.4%、連携会議・勉強会は 54.4% を占める。

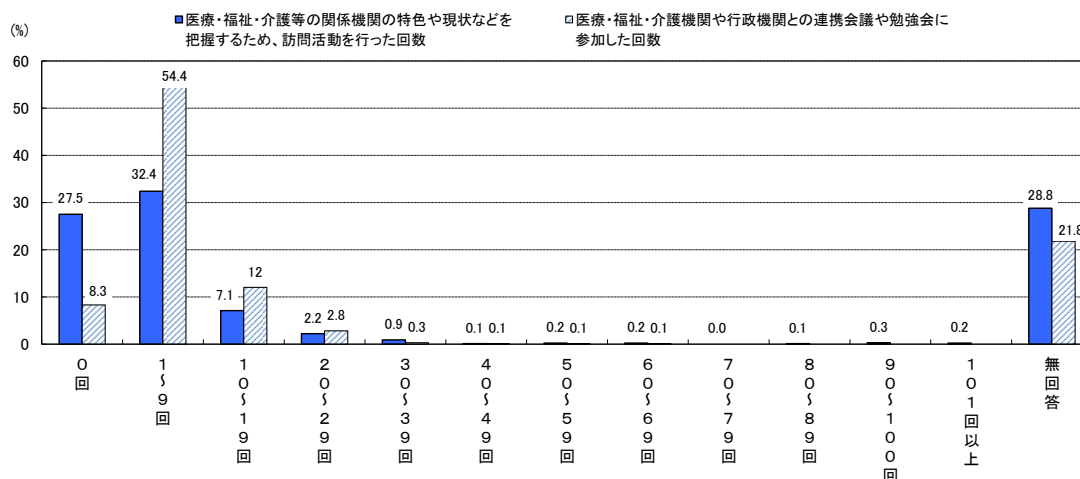
なお、訪問を半年間に一度も行っていない比率は 27.5%、連絡会議・勉強会に一度も参加していない比率は 8.3% 見られた。

図表 75
訪問活動回数と会議や勉強会への参加回数

		訪問活動を行った回数		連携会議や勉強会に参加した回数	
		調査数	平均	調査数	平均
全体		1078	4.8	1184	5.5
性別	男性	232	5.3	248	5.8
	女性	846	4.7	936	5.4
年齢別	20代以下	106	2.9	112	3.8
	30代	331	4.6	352	5.4
	40代	359	5.0	395	5.9
	50代	233	5.5	273	5.5
	60代以上	41	5.0	41	5.5
学歴別	高等学校卒業	54	6.4	74	5.6
	短期大学・専門学校卒業	540	5.0	594	5.4
	大学卒業	434	4.5	462	5.5
	大学院卒	41	4.4	43	5.1
所属先別	医療機関	155	1.8	159	3.5
	自治体(保健所含む)	196	3.3	211	5.3
	地域包括医療センター	585	6.3	652	6.1
	高齢者福祉施設・サービス	88	4.9	99	4.6
	その他(薬局含む)	48	3.3	54	5.6
主な資格	保健師	329	5.1	355	5.7
	看護師・准看護師	175	5.1	194	4.6
	その他医療職	83	2.7	86	3.7
	主任介護支援専門員・介護支援専門員	168	5.4	198	6.5
	社会福祉士	162	5.1	182	5.9
	その他介護職	88	3.9	94	5.0
勤務形態	専従	943	4.9	1036	5.5
	兼務	115	5.0	127	5.4
雇用形態	正規職員	925	4.8	1013	5.6
	常勤(正規職員以外)	100	5.0	117	5.1
	非常勤・パートタイム	40	6.0	39	4.6
実務経験年数別	5年未満	365	4.1	395	4.7
	10年未満	309	5.5	356	6.0
	10年以上	382	4.6	409	5.5

図表 76

訪問や連携会議・勉強会に参加した回数(n=1514)



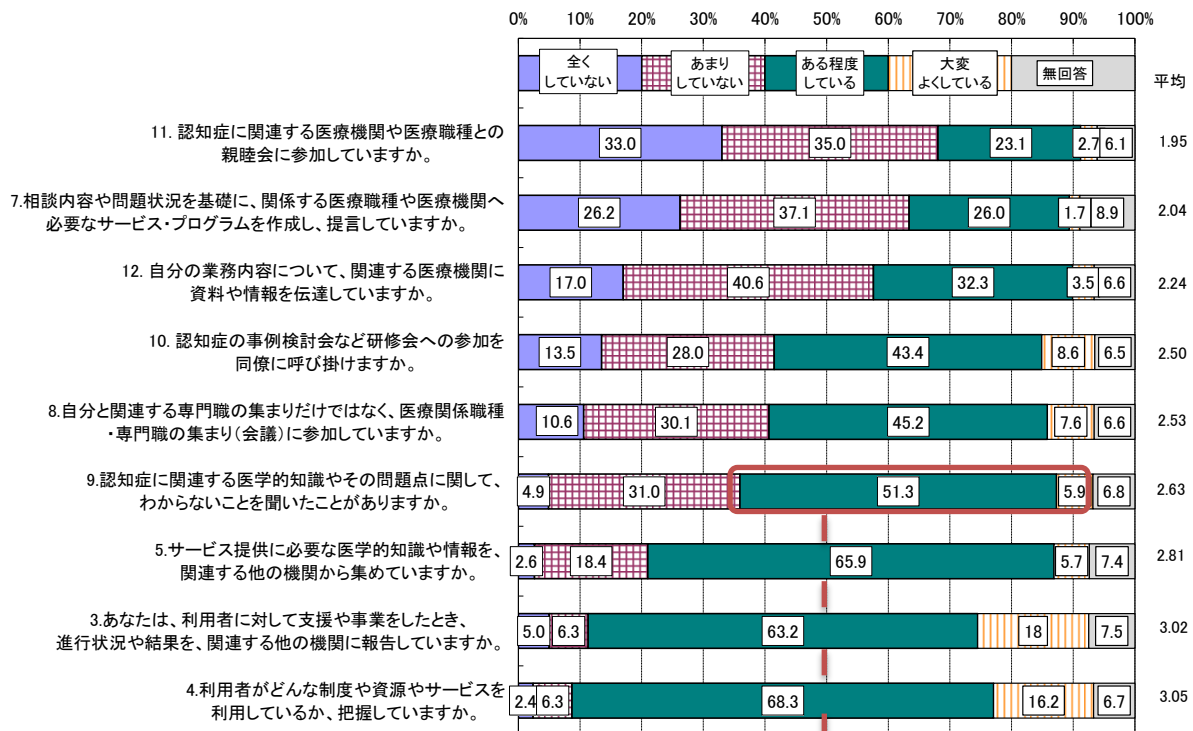
イ. 連携活動状況

9つの連携活動について、「全くしていない」「あまりしていない」「ある程度している」「大変よくしている」の4段階で尋ねたところ、「認知症に関する医療機関や医療職種との親睦会に参加」「相談内容や問題状況を基礎に、関係する医療職種や医療機関へ必要なサービス・プログラムを作成し、提言している」「自分の業務内容について、関連する医療機関に資料や情報を伝達」において否定的回答が半数を上回っている。

それ以外の項目については、肯定が半数を上回っているが、特に「利用者がどんな制度や資源やサービスを利用しているか、把握している」「利用者に対して支援や事業をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関に報告している」は8割以上が肯定している。

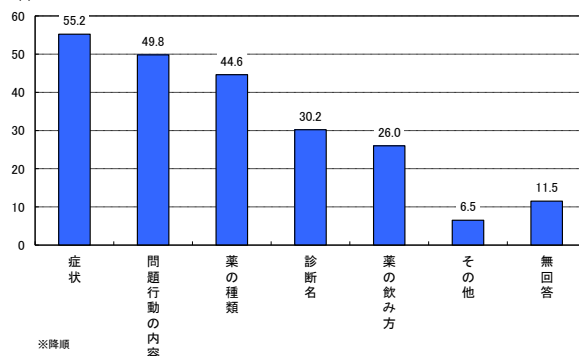
図表 77

あなたが今、行っている他機関、多業種との連携状況
(n=1514)



図表 78

9-2. 内容(認知症に関する医学的知識やその問題点に関して、わからないこと)
(n=867)



「認知症に関する医学的知識やその問題点に関して、わからないことを聞いたことがある」という質問に肯定的(ある程度している+大変よくしている)に回答した人に対し(n=867)、その内容を尋ねたところ(複数回答)、「症状」の比率が最も高く、次いで「問題行動の内容」「薬の種類」の比率が高くなっている。

なお、「自分の業務内容について、関連する医療機関に対し資料や情報を伝達している」に肯定的（大変よくしている＋ある程度している）に回答した人に対し（n=542）、具体的に伝達している内容を尋ねたところ、302の伝達内容に対する回答（述べ回答数）が得られた。回答内容を分類したところ「行政の動向や施策、支援体制の情報提供」「介護サービスの内容や検討に関する情報提供」「介護サービス受給者に関する情報提供」に大別され、「行政の動向や施策、支援体制の情報提供」が半数近くを占め、「介護サービスの内容や検討に関する情報提供」「介護サービス受給者に関する情報提供」はそれぞれ2割程度にとどまっている。

図表 79 自分の業務内容について、関連する医療機関に対し資料や情報を伝達しているに対し肯定的に回答した人の具体的な伝達している内容

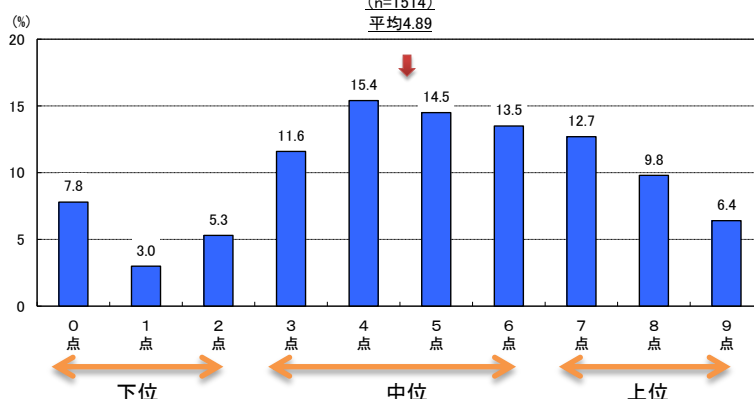
分類		内容	件数	302
1.行政の動向や施策、支援体制の情報提供			139	46.0%
①	行政(国や自治体)の政策やデータ等の提供	・国、自治体の動向や制度、施策 ・地域の介護認定情報 ・実施事業やモデル事業への取り組み	48	15.9%
②	地域包括支援センター業務内容	・包括支援センターの機能、役割 ・包括支援センターの周知	44	14.6%
③	介護支援事業の取り組みや事業所の案内など	・事業所の業務内容 ・社会、地域資源情報	23	7.6%
④	認知症について	・認知症の制度、施策 ・認知症の機能評価 ・認知症の薬の情報 ・認知症アウトリーチ	24	7.9%
2.介護サービスの内容や検討に関する情報提供			64	21.2%
⑤	支援計画の内容や進捗	・ケアプランの内容(目標や希望等)や進捗報告 ・リハビリテーション実施計画書の内容や進捗報告	35	11.6%
⑥	サービスの地域ケア会議やサービス担当者会議等の情報提供(案内、報告等)	・地域ケア会議の案内、内容報告 ・会議への出席依頼 ・地域連絡会議、サービス担当者会議、事業所主催会議の開催、案内、出席依頼	29	9.6%
3.介護サービス受給者に関する情報提供提供			62	20.5%
⑦	対象者の生活状況、受診状況、認知症の症状等	・対象者の生活状況、在宅状況 ・アセスメントシートの提出 ・対象者のケア会議の内容 ・提供サービス、受診・服薬状況	49	16.2%
⑧	家族支援について	・家族の関わり方 ・家族支援や家族会の情報	8	2.6%
⑨	退院後のケア、病院・施設紹介	・施設、病院紹介 ・退院後のサービス、フォロー ・退院後の支援の報告	5	1.7%
4.その他			37	12.3%
⑩	勉強会等に関する情報提供	・研修会、講習会、勉強会、交流会の開催、活動内容、実施報告などの情報提供	28	9.3%
⑪	認知症窓口窓口に関する情報提供	・相談窓口の周知(パンフ配布、会議等)	7	2.3%
⑫	その他		2	0.7%

連携活動に関する質問のうち「3.利用者に対して支援や事業をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関への報告」「4.利用者がどんな制度や資源やサービスの利用の把握」「5.サービス提供に必要な医学的知識や情報について関連する他の機関からの収集」「7.相談内容や問題状況を基礎に、関係する医療職種や医療機関へ必要なサービス・プログラムを作成し、提言」「8.自分と関連する専門職の集まりだけではなく、医療関係職種・専門職の集まり（会議）への参加」「9.認知症に関連する医学的知識やその問題点に関する不明点の聴取」「10.認知症の事例検討会など研修会への参加を同僚に呼び掛け」「11.認知症に関連する医療機関や医療職種との親睦会に参加」「12.自分の業務内容について、関連する医療機関に資料や情報を伝達」の9つの質問について、肯定的回答をした場合に1点と換算し、点数の分布をみると、「4点」の比率が15.4%、次いで「5点」が14.5%と高く、平均で4.89ポイントであった。

すべてを肯定的に回答した人は6.4%見られる一方、すべて否定的に回答した人も7.8%見られる。

図表 80

問3.得点別分布
(n=1514)
平均4.89



図表 81 属性別得点比率

得点を「下位 (0-2点)」「中位 (3-6点)」「上位 (7-9点)」に分類し (図表 29) 比率をみると、「上位」28.9%、「中位」55.0%、「下位」16.1%で、「中位」が全体の半数以上を占める。

属性別に得点比率をみると、年代別では「20代以下」は「上位」の比率が低く、所属先機関別では「医療機関」「自治体 (保健所含む)」で「下位」の比率が高い。また、主な資格別では、「主任介護支援専門員・介護支援専門員」は「上位」が40.2%と他の資格保有者に比べ高く、「下位」は6.1%と低い。なお、その他の属性では、大きな差は見られなかった。

		調査数	下位 (0-2点)	中位 (3-6点)	上位 (7-9点)
		1514	16.1	55.0	28.9
性別	男性	301	18.3	52.5	29.2
	女性	1212	15.5	55.7	28.8
年齢別	20代以下	147	25.9	61.2	12.9
	30代	433	15.2	59.4	25.4
	40代	495	14.5	53.7	31.7
	50代	350	13.4	51.4	35.1
	60代以上	66	22.7	48.5	28.8
学歴別	高等学校卒業	94	17.0	51.1	31.9
	短期大学・専門学校卒業	754	15.9	55.3	28.8
	大学卒業	592	16.4	55.4	28.2
	大学院卒	54	16.7	55.6	27.8
所属先別	医療機関	191	26.7	53.4	19.9
	自治体 (保健所含む)	264	26.1	48.5	25.4
	地域包括医療センター	847	10.2	56.8	33.1
	高齢者福祉施設・サービス	126	15.1	60.3	24.6
	その他 (薬局含む)	72	25.0	52.8	22.2
主な資格	保健師	439	13.4	58.5	28.0
	看護師・准看護師	252	22.6	52.0	25.4
	その他医療職	98	20.4	56.1	23.5
	主任介護支援専門員・介護支援専門員	264	6.1	53.8	40.2
	社会福祉士	244	11.5	59.8	28.7
	その他介護職	114	22.8	54.4	22.8
勤務形態	専従	1335	16.5	54.2	29.4
	兼務	151	11.3	60.9	27.8
雇用形態	正規職員	1287	16.6	54.0	29.4
	常勤 (正規職員以外)	158	10.8	62.0	27.2
	非常勤・パートタイム	50	16.0	60.0	24.0
実務経験年数別	5年未満	501	19.6	57.5	23.0
	10年未満	456	11.8	59.6	28.5
	10年以上	519	16.2	49.3	34.5

得点対象の質問と、医療・福祉・介護等の関係機関の特色や現状などを把握するため訪問活動を行った回数及び医療・福祉・介護機関や、行政機関との連携会議や勉強会に参加した回数における得点別肯定比率をみると（図表 30）、「上位」は 9 項目、すべての項目で 6 割以上が肯定しており、9 項目中 6 項目については 9 割以上が肯定している。


「中位」については「3.利用者に対して支援や事業をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関への報告」「4.利用者がどんな制度や資源やサービスの利用の把握」「5.サービス提供に必要な医学的知識や情報について関連する他の機関からの収集」の 3 項目については 7 割以上が肯定しており、「3.利用者に対して支援や事業をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関への報告」「4.利用者がどんな制度や資源やサービスの利用の把握」については「上位」と比較しても差は見られない。肯定比率が低い質問は「7.相談内容や問題状況を基礎に、関係する医療職種や医療機関へ必要なサービス・プログラムを作成し、提言」「11.認知症に関連する医療機関や医療職種との親睦会に参加」「12.自分の業務内容について、関連する医療機関に資料や情報を伝達」で、「上位」と比べ 50 ポイント前後下回っている。

「下位」で肯定比率が高かった質問は、「3.利用者に対して支援や事業をしたとき、進行状況や結果を、関連する他の機関への報告」「4.利用者がどんな制度や資源やサービスの利用の把握」であるが、2~3 割の肯定に留まっている。そのほかの質問については肯定 1 割以下と連携ができていない。

図表 82 得点別連携活動肯定比率

	全 体	下位 (0-2点)	中位 (3-6点)	上位 (7-9点)
調査数	1078	131	624	323
1.医療・福祉・介護等の関係機関の特色や現状などを把握するため、訪問活動を行った回数	4.83	1.82	3.4	8.81
調査数	1184	136	688	360
問3-2.医療・福祉・介護機関や行政機関との連携会議や勉強会に参加した回数	5.45	2.38	4.72	8.02
調査数	1514	243	833	438
3.利用者に対して支援や事業をしたとき、進行状況や結果を関連する他の機関に報告していますか。	81.2	26.3	88.5	97.7
4.利用者がどんな制度や資源やサービスを利用しているか把握していますか。	84.5	29.2	93.2	98.6
5.サービス提供に必要な医学的知識や情報を、関連する他の機関から集めていますか。	71.7	4.5	77.2	98.4
7.相談内容や問題状況を基礎に、関係する医療職種や医療機関へ必要なサービス・プログラムを作成し、提言していますか。	27.7	0.0	16.9	63.7
8.自分と関連する専門職の集まりだけではなく、医療関係職種・専門職の集まり(会議)に参加していますか。	52.8	7.0	45.5	92.0
9.認知症に関連する医学的知識やその問題点に関して、わからないことを聞いたことがありますか。	57.3	9.1	53.4	91.3
10. 認知症の事例検討会など研修会への参加を同僚に呼び掛けますか。	52.0	5.8	44.1	92.7
11. 認知症に関連する医療機関や医療職種との親睦会に参加していますか。	25.8	1.6	11.9	65.8
12. 自分の業務内容について、関連する医療機関に資料や情報を伝達していますか。	35.8	0.8	23.8	78.1

(参考：調査票)



印刷会社により
PDF を合体
a 票

印刷会社で
PDF を合体
b 票

補章2 文献調査

1. 国内文献

(1) 文献一覧

ケアマネジャーに必要とされる医学知識に係る文献を収集した。収集した文献は以下のとおり。

	書名	著者	著者プロフィール	出版	初版年	定価	頁数
1	家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする在宅医療バイブル	川越正平(編著)	あおぞら診療所院長。	日本医事新報社	2014/2/15	7,344	626
2	平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 介護支援専門員による医療と介護の連携促進に関する調査研究事業 ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック	-	-	一般社団法人 日本介護支援 専門員協会	2014/3/25	非売品	201
3	ケアマネ必携！医療知識ハンドブック	苛原実	いらはら診療所院長、医学博士。 NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク会長。	中央法規出版 株式会社	2013/9/10	1,800	203
4	早引き ケアマネジャーのための医療知識ハンドブック	あさくらよしこ	介護支援専門員、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士。	株式会社 ナツメ社	2012/7/30	1,900	351
5	ケアマネジャー@ワーク 症状から学ぶ医療知識	葛谷雅文 鈴木裕介	葛谷雅文：名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学教授。医学博士。 鈴木裕介：名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学講師。医学博士。	中央法規出版 株式会社	2012/3/11	2,600	284
6	生活支援がわかるケアマネジャーの医療知識	ケアマネット ふじのくに	ケアマネットふじのくに：静岡県内の医師で組織された任意団体。	中央法規出版 株式会社	2011/4/5	2,800	231
7	介護支援専門員の医療的ケアの知識向上のためのテキスト ～リハビリテーション・口腔機能向上・栄養改善～	浜村 明德 水間 正澄 半田 一登 中村 春基 佐藤 保 深浦 順一 迫 和子	浜村 明德(一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会 会長) 水間 正澄(社団法人日本リハビリテーション医学会 理事) 半田 一登(社団法人日本理学療法士協会 会長) 中村 春基(社団法人日本作業療法士協会 会長) 佐藤 保(社団法人日本歯科医師会 地域保健委員会 幹事) 深浦 順一(一般社団法人日本言語聴覚士協会 会長) 迫 和子(社団法人日本栄養士会 常務理事)	一般社団法人 日本介護支援 専門員協会	2010/12/1	1,000	141
8	ケアマネのための知っておきたい医療の知識Q&A	太田秀樹(監著) 高砂裕子(編著)	太田秀樹：医学博士。介護支援専門員。医療法人アスムス理事長。NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク事務局長ほか。 高砂裕子：看護師。介護支援専門員。神奈川県介護支援専門員協会理事長。	学陽書房	2008/12/22	3,024	182

※文献2「平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック」については、「動く」「眠る・休息」「清潔」「コミュニケーション・認知」「排泄」「食べる」という区分ごとに、医療職と連携をするためのポイント等を解説する内容となっており、「ケアマネジャーに必要な医学知識」を中心とした内容ではない。

※各文献の概要及び目次構成については、それぞれ別紙1、別紙2を参照。

(2) 取り上げられている疾患・疾病名及び疾患数の抽出

どのような疾患・疾病が、要素としてどれだけ出現しているかを把握するため、目次レベルで取り上げられている疾患・疾病名及び疾患数について調査を行った。

各文献の目次を整理し、目次レベルで取り上げられている疾患・疾病名を確認した(別紙2の網掛箇所)。抽出した疾患・疾病名の数をカウントした結果は、以下のとおりである。

	書名	疾患数
1	家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする在宅医療バイブル	18
2	平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック	-
3	ケアマネ必携！医療知識ハンドブック	27
4	早引き ケアマネジャーのための医療知識ハンドブック	66
5	ケアマネジャー@ワーク 症状から学ぶ医療知識	39
6	生活支援がわかるケアマネジャーの医療知識	49
7	介護支援専門員の医療的ケアの知識向上のためのテキスト ～リハビリテーション・口腔機能向上・栄養改善～	3
8	ケアマネのための知っておきたい医療の知識Q&A	21

なお、出現する疾患・疾病名の傾向を把握するため、3つ以上の文献で頻出したものについて、下表のように整理した。

結果としては、約30の疾患・疾患名が、3つ以上の文献の中において目次レベルで出現していた。特定疾病が頻出する傾向にあり、また特定疾病の他にもうつやせん妄等の「精神疾患」や「摂食・嚥下障害」、「腎不全」や「褥瘡」などが頻出していた。

No.	疾患・疾患名	文献数	備考
1	筋萎縮性側索硬化症(ALS)	6	特定疾病
2	認知症		特定疾病
3	パーキンソン病		特定疾病
4	脳血管疾患(脳卒中、脳梗塞、脳内出血、硬膜下血腫)		特定疾病
5	精神疾患(うつ、せん妄、統合失調症)		
6	関節リウマチ	5	特定疾病
7	骨粗鬆症		特定疾病
8	脊柱管狭窄症		特定疾病
9	変形性関節症		特定疾病
10	摂食・嚥下障害		
11	腎不全		
12	ガン末期(終末期)	4	特定疾病
13	脊髄小脳変性症		特定疾病
14	糖尿病(糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害)		特定疾病
15	褥瘡		
16	インフルエンザ		
17	疥癬		
18	心臓疾患(心不全、不整脈)		
19	肺炎		
20	結核		
21	後縦靭帯骨化症	3	特定疾病
22	多系統萎縮症		特定疾病
23	閉塞性動脈硬化症		特定疾病
24	慢性閉塞性肺疾患		特定疾病
25	痛風		
26	便秘症		
27	緑内障、白内障、加齢黄斑変性		
28	ノロウイルス		
29	がん		

(3) ケアマネが留意すべき点等の抽出

(2)で整理した疾患・疾患について、その症状や原因、治療法、予後等の基本情報を踏まえ、介護支援専門員が何を実践すべきか、何を考えなければいけないか等、介護支援専門員に対する示唆についての記述を、文献より抽出した。(著者≒医師が、介護支援専門員にどんな知識を知ってほしいのか、について抽出する。)

対象は「脳卒中」および「認知症」で、記載箇所の文書構成を整理するとともに、介護支援専門員が留意すべきポイント等が記載された箇所を文献ごとに整理している。

別紙 1

文獻名 著者	1	2	3	4
執筆・編纂の経緯・背景	<p>家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする「在宅医療バイブル」</p> <p>川越正平（編著）</p> <p>今日の日本には高齢社会の急速な進行という厳しい現実が押し寄せています。（中略）高齢社会においては、高度な医療を提供するというアプローチだけでは解決することのできない命題に数多く遭遇することになります。そのような背景のもと、医療へのアクセスに制限が生じたとしても自宅で療養したいという患者に対して提供される在宅医療の必要性が、今後ますます大きくなっていきます。しかしながら、（中略）在宅医療ではわが国のこれまでの初期臨床研修制度や専門医養成過程だけでは十分に修得できない臨床能力が求められます。そこで、在宅医療の基盤をなす重要領域として「家庭医療学」「老年医学」「緩和医療学」の3領域を取り上げ、これらの領域の知見を統合する形で在宅医療のエッセンスの編集を企画しました。</p>	<p>平成25年度厚生労働省老人保健健康増進事業 ケアマネジャーのための医療職との連携ハンドブック</p> <p>少子高齢化が進み、2025年に向け、独居高齢者や高齢者のみ世帯、認知症高齢者が増加することが予想されています。そのような中、多くの高齢者は住み慣れた地域で、自分らしい生活を継続することを望んでいます。そのためには、（中略）地域包括ケアシステムの構築が重要となっています。</p> <p>一方、介護支援専門員は、介護保険制度施行以来、制度の要として利用者、その家族の生活を支える支援者として活躍してきました。しかし、介護支援専門員については、地域包括ケアを推進するために不可欠である、医療職との連携が必ずしも十分でない、多職種協働が機能していないなどの課題が指摘されています。確かに、介護支援専門員の中には、医療分野と情報共有や連携について困難を感じている人も少なくありません。</p> <p>そこでこのたび、「介護支援専門員による医療と介護の連携に関する調査研究事業」（平成25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）として、（中略）連携を促すためのハンドブックを作成しました。</p>	<p>ケアマネ必携！医療職ハンドブック</p> <p>奇原英</p> <p>世界一の高齢社会となったわが国では、亡くなる方だけでなく、認知症や慢性疾患により、障害をかかえながら地域で生活する高齢者の数も増加しています。この状況を乗り切るため、国は2012年要に医療・介護の同時報酬改定を行い、地域包括ケアを推進しました。（中略）</p> <p>特に、医療と介護はその中核的なサービスで、多職種の連携により提供されます。そのチームケアをスムーズに行うため、連携の要となるケアマネジャーの役割がますます重要になってきました。（中略）</p> <p>そもそも、要介護状態の多くは、さまざまな疾患がその始まりです。これらの現状から、ケアマネジャーも基本的な医療知識をもつことは必須となっています。</p>	<p>早引き ケアマネジャーのための医療知識ハンドブック</p> <p>あさくらよしこ</p> <p>ケアマネジャーは、その人の暮らし方、生き方だけでなく、医学上の規制をも知っておくことが必要です。一方、ケアマネジャーを取得できる職業は、医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、ヘルパー、介護福祉士、福祉福祉士、栄養士、薬剤師……など、多岐にわたります。医療職面にふれていない職種も多く、病気の原因や治療、手術などの知識に疎い人もたくさんいます。本書は、そんな「医学的なことは少し苦手……」というケアマネジャーのための虎の巻です。</p>
文献の内容、活用方法等	<p>これらの広範囲にわたる知見について学ぶことによって、病棟であれ、外来であれ、在宅であれ、患者中心の医療ケアを遂行する医師として地域で活躍するための道しるべになるものと確信いたします。あわせて、地域で在宅医療に従事する訪問看護師や歯科医師、薬剤師、そしてケアマネジャーなどの多職種にとっても、医療が有する可能性やその適応を知り、医師の考え方を良きガイドになることとしよう。</p>	<p>当ハンドブックは、高齢者が住み慣れた場所で生活を続けるために、生活障害に視点を置き、誰に、いつ、どのようにならばアプローチし、情報発信し共有していくかについてまとめています。なお、疾病から生じる生活障害のすべてを取り上げることは困難なため、代表的なものとして、この本は、介護サービス計画書の課題分析標準項目1)を基に、6章に分かれています。また、ケアプランを立てるときや、訪問した際に本人の変化を感じたとき、ご本人やご家族から相談を受けたときなどに、索引を使って素早く必要な情報を参照いただけるように構成しています。手軽に医療職との連携のポイントを確認できるため、訪問前や前に着目し、ぜひ活用ください。</p>	<p>本書では、約20年にわたり日々在宅医療を行っている医師の立場から、ケアマネジャーに知っておいてほしい医療知識を解説しました。疾患の説明だけでなく、生活上の留意点やチームケア・連携のポイントなどに触れ、現場ですぐに役に立つように心がけました。</p> <p>実際に医療や介護の疑問が生じたときなどに本書を開き、そこにある基礎知識を、場面に合わせて応用していただければと思います。</p>	<p>本書はケアマネジャーに必要な医学的知識に特化した解説書です。その人らしい生活を支援するためのケアプランを作成するためのポイントを中心にまとめています。</p>

文献名	5	6	7	8
著者	ケアママネジャー@ワーク 症状から学ぶ医療知識 葛谷雅文 鈴木裕介	生活支援がわかるケアママネジャーの医療知識 ケアマネットふじのくに	介護支援専門員の医療的ケアの知識向上のためのテキスト～リハビリテーション・口腔機能向上・栄養改善～ 浜村明徳／水間正澄／半田一登／中村春基／佐藤保／梁浦真一／迫和子	ケアママネのための知っておきたい医療の知識Q&A 太田秀樹(監者) 高砂祐子(編者)
執筆・編集の経緯・背景	ますます高齢化する社会のなかで、(中略)従来「治す医療」が医療であるいは医師の役割として期待されていたものが、「支える医療」という視点から医療のあり方が語れない時代へと変化しています。(中略)高齢者医療に目を向けますと、(中略)看護や介護との連携なしには成立し得ないことは周知の事実です。(中略)当然ながらケアプランの設計者としてのケアママネジャーさんの役割の重要性も、あえて論じるには及ばないでしょう。(中略)ケアママネジャーさんの重要性が認知されるにつれて、ケアママネジャーさん自身が利用者の抱える医療上の問題への興味や関心を高めているのはごく自然な流れであるといえます。そこでわれわれはケアママネジャーさんのご要望に応えるべく、今回ケアママネジメントに必要な医療知識の提供を目的にテキストを出版する運びとなりました。	介護保険制度の施行から10年が経過し、(中略)この10年の経過のなかで、医療依存度が高い高齢者の方々が脆弱な介護サービスのなかで生活していかねばならない状況になってきています。(中略)ケアママネジャーが医療依存度の高い方のケアプランをつくるうとしたとき、利用者の要望を聞いただけではよいものではできません。利用者をよく観察し、身体状況、疾病の状態、治療状況を把握する必要があります。また、在宅における支援であればなおのこと、生活環境や家族状況、経済状況の把握も重要となります。(中略)医療依存度が高い高齢者に良質な介護を提供するために、多くの専門職が連携し、協働することが何より重要です。この連携の要となるケアママネジャーにとって、「医療の知識」は不可欠です。	介護支援専門員は高齢者の生活に密着に関わり、その生活機能を高め、自立を支援していくことを社会的役割として活動しており、そこに關わる医療と介護のサービスの提供関係者との協働が必要不可欠です。また、高齢者を支援するにあたり、その方の生活を支える医療的ケアも視野に入れたプランニングをする必要があります。特にリハビリテーションによる身体機能維持・向上、口腔機能の維持・向上による安定した食事摂取量とその効果による良好な栄養状態を保つことが非常に重要であり、その視点を持ったケアプランの作成と運用が必要で、介護支援専門員がその役割を全うするためには、医療・介護のサービス提供関係者との連携を図ることが不可欠ですが、その分野の正しい知識を持つことと、各専門職に情報をつなぐ方法を身につけることで更に効果的に利用者を支援することができま。	介護保険制度が動き始めて、早いもので、9年が経過しようとしています。(中略)高齢者ケアを取り巻くしくみも大きく変わっています。(中略)介護保険制度の要といえるケアママネジャーの役割はより重くなり、これからは、医療依存度が高く、より重度化した利用者さんのケアプランの作成を避けて通ることができなくなってきたといえます。ところが、現場では、医療について勉強する機会が少なかつたケアママネジャーが大勢います。(中略)そこで、医療系の基礎資格を持たないケアママネジャーに立つ医療の知識を伝え、1人でも多くのケアママネジャーに医療の知識を深めていただくことを願って、本書を編纂しました。
文献の内容、活用方法等	内容は症候(症状)別に分かれていますので、必ずしも始めから読んでいただくだけでなく、ご自分の担当する利用者さんの抱える症候(症状)に応じて、辞書のように知りたい項目のページを開いていただければよいかと思えます。また各項目の扉ページには「POINT」として重要事項が箇条書きとしてあり、本文中で特に各著者が理解していた点と考えると考えたい内容がわかるようになっていきます。	本編には、全節で31の疾患(群)が大項目として並びます。それぞれの節では、「基礎知識」と「生活障害のマネジメント」の2部で構成されています。基礎知識では、ケアママネジャーが押さえておくべき範囲の知識を解説します。続いて、生活障害のマネジメントでは、その疾患が現時点にもたらしている、あるいは潜在している生活障害に焦点をあて、ケアママネジメントの視点や対応策を示します。(中略)医療に関する利用者や家族の主体は、各種の疾患・障害から引き起こされるさまざまな生活障害(摂食困難、歩行困難、徘徊、痛み等)を出発点としています。そして、ケアママネジャーは、(中略)その疾患にどのような生活障害が潜在しているのか、を理解していれば、援助の方向性を見出し、その質を高めることも可能となります。本書の活用法としては、利用者が罹患している疾患の「生活障害のマネジメント」を模索し、現状を改善するための方策や予防、将来予測に役立てていただくのが実用的でしょう。	この本は、検討された教材を使用した執筆者による講義を収めたDVDとセットにしたものです。	本書では、介護保険制度を利用して在宅療養している高齢者や第2号被保険者に特有の医学的知識に焦点を絞っていますが、難解な医学用語をわかりやすく説明しているだけでなく、終末期医療(ターミナルケア)への関わり方、認知症に関する知識、薬に関する基本的な知識や副作用の知識などを詳しく解説しています。

別紙2

1	2	3	4	5	6	7	8
家庭医・内科・小児科・産科・婦人科・皮膚科・泌尿器科・消化器科 3種から2種以上を履修する 在宅医(パート)は 川原正平(編著)	平成20年度厚生労働省が実施した在宅医療に関する調査報告書 在宅医療の現状と課題 在宅医療の推進 在宅医療の課題 在宅医療の展望 在宅医療の未来 在宅医療の発展 在宅医療の革新 在宅医療の創造 在宅医療の発展 在宅医療の革新 在宅医療の創造	在宅医療の推進 在宅医療の課題 在宅医療の展望 在宅医療の未来 在宅医療の発展 在宅医療の革新 在宅医療の創造	在宅医療の推進 在宅医療の課題 在宅医療の展望 在宅医療の未来 在宅医療の発展 在宅医療の革新 在宅医療の創造	在宅医療の推進 在宅医療の課題 在宅医療の展望 在宅医療の未来 在宅医療の発展 在宅医療の革新 在宅医療の創造	在宅医療の推進 在宅医療の課題 在宅医療の展望 在宅医療の未来 在宅医療の発展 在宅医療の革新 在宅医療の創造	在宅医療の推進 在宅医療の課題 在宅医療の展望 在宅医療の未来 在宅医療の発展 在宅医療の革新 在宅医療の創造	在宅医療の推進 在宅医療の課題 在宅医療の展望 在宅医療の未来 在宅医療の発展 在宅医療の革新 在宅医療の創造
1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造
1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造	1. 在宅医療の推進 2. 在宅医療の課題 3. 在宅医療の展望 4. 在宅医療の未来 5. 在宅医療の発展 6. 在宅医療の革新 7. 在宅医療の創造

支那については、内容が「PRISマシ」または「編訳」の記載になっている。目録が当たらない場合は、通常、本文中の製出日から目次と一致している。

2. 海外文献（翻訳）

ピア教育の脳卒中における予防効果 都心地域での教育を通じた脳卒中の再発予防 ランダム化比較試験

Ian M. Kronish, MD, MPH; Judith Z. Goldfinger, MD; Rennie Negron, MPH; Kezhen Fei, MS; Stanley Tuhim, MD; Guedy Arniella, LCSW; Carol R. Horowitz, MD, MPH

背景と目的

一般の脳卒中の再発率と比べると、アフリカ系・ラテン系の脳卒中生存者の再発率には差があり、この格差を縮める試みにも限界が見られている。そこで、ほとんどが(人種・民族的な)少数派が占めている脳卒中の生存者に対して行う、脳卒中の二次的予防に関するピア教育の効果を検証したい。

方法

2009年から2012年の間、2群ランダム化臨床試験の参加者を募るため、ニューヨーク市にある様々な低所得地域から約600人の脳卒中生存者または一過性脳虚血発作(TIA)に募集をかけた。そして、6週間(週1セッション)におよんで、ピア主導地域ベース脳卒中予防セルフマネジメントグループワークショップ(N=301)と待機リスト対照群(Wait-list control group)(N=299)を比較した。主な結果は、試験開始から6ヶ月時点での血圧制御(<140/90mm Hg)低密度リポタンパク(LDL)コレステロール値<100mg/dL、③抗血栓薬の使用状況投薬の3セットに関するものである。2次的な結果としては、個人の脳卒中危険因子の減少が挙げられる。全ての分析はITT解析によるものである。

結果

治療群と対照群の参加者間で、上記の3つのアウトカムの達成度に大きな差は見られなかった。(34%対34%; P=0.98)6ヶ月時点で血圧制御に成功した参加者の割合は、対照群より治療群のほうが高かった。(76%対67%; P=0.02)これは、治療群と対照群の参加者の収縮期の激しい血圧変化と呼応していた。(-3.63 SD, 19.81 mm Hg 対+0.34 SD, 23.76 mm Hg; P=0.04) コレステロールの制御と抗血栓薬の使用状況には、グループ間での変化はなかった。

結論

都心地域に在住する大半を占める人種的・民族的少数派の脳卒中・TIA生存者に提供した低費用のピア教育セルフマネジメントワークショップは、血圧制御にはある程度の効果があるが、LDLコレステロールと抗血栓薬の使用状況には効果が見られなかった。

臨床的試験の登録

URL: <http://www.clinicaltrials.gov/show/NCT0102727>. Unique identifier: NCT01027273.

(Stroke. 2014;45:3330-3336.)

本文

脳卒中は、アメリカにて4番目に大きな死亡原因とされ、主要な障害の原因ともなっている。[1] これから20年後には脳卒中を経験者の割合が、4%近くにまでなる見通しである。そして、脳卒中関連の医療費は129%も増加するとされている。[2] また、アメリカではこれまでに人種的・民族的少数派の人口における脳卒中・TIAの発生率に(他の患者と比べ)長い間、格差があることも認識されている。[3-7] 1950年より、アメリカでの脳卒中関連の死亡率は一定して低下傾向にあるものの、黒人(アフリカ系)の脳卒中による死亡率は白人と比較し未だに高いままである。[1] さらに、人種的・民族的少数派は脳卒中の再発生においても大きなリスクを抱えている。2つの研究(うち一つは、北マンハッタン市)で判明したことは、白人の人口集団と比べアフリカ系アメリカ人とラテン系の人口集団には、2から3倍以上脳卒中の再発生のリスクがあるということであった。[8, 9]

脳卒中または TIA の病歴があるということは、将来的な脳卒中の可能性が非常に高いことを示す。[8, 10-12] 再発のリスクを軽減するために、脳卒中や TIA の生存者が行うべき 3 つの重要なことは、①血圧を <140/90mm Hg [13] に制御する、②低密度リポタンパク (LDL) コレステロールを <100mg/dL に制御する [14, 15]、③脳卒中に出血事象が発症しない限り、高血栓症を投薬することである。[16, 17] しかし、脳卒中や TIA の生存者のこうした脳卒中を予防対策は、特に人種的・民族的少数派の集団において未だに十分に最適化されているとはいえない。[18-22] 従って、脳卒中の危険因子の制御に生じるこうした差は、少なくとも部分的には脳卒中や TIA の生存者の予後診断でみられる格差に関係しているといえる。

年々深刻になるアメリカの脳卒中という課題と、人種的・民族的少数派集団内での脳卒中・TIA 生存者の脳卒中のリスクの高さを考慮すると、脳卒中の危険因子を改善するための治療をただちに実施する必要があるといえる。特に歴史的に不利な環境にあるとされる集団、ラテン系・アフリカ系のアメリカ人にこのニーズがあるといえる。エビデンスによれば、こうした集団に最も効果が期待できるのはセルフマネジメント教育というアプローチであるという。[23-25] 文化・言語的にも対象集団に適し、地域で信頼のあるピア教育者や医療従事者を採用しているいくつかのプログラムは、社会的サポート、教育、アクセス、コンプライアンス、セルフケアのプロモーションの促進に非常に適しているといえる。[26-28] 地域の集団ベースで、脳卒中・TIA 生存者にピア教育を提供することは、ピア教育の有効性を高めるプラスの要因と言える。

従って、地域ベースの一般参加型の研究アプローチ[29]を採用し、Chronic Disease Self Management Program(慢性疾患セルフマネジメントプログラム)は、文化的な考慮がなされたピア主導の脳卒中予防集団ベースワークショップを設立した。[30] 目的としては、このワークショップへの参加により、脳卒中や TIA の生存者の血圧 (<140/90mm Hg) ・コレステロール (LDL : <100mg/dL) の制御と、高血栓症の定期的投薬が成功的結果の要因となるかを確認することにある。また、二次的な目的としては、個人の脳卒中の予防対策の管理、連続型変数とされた血圧と LDL コレステロールの変化、医療へのコンプライアンス、鬱病の症状などが挙げられる。

方法

研究集団

2009年6月から2012年1月にかけて、私たちの地域研究チームは、脳卒中または TIA の病歴のある人々を募集した。方法としては、①高齢者センター、教会、健康フェアでのスクリーニング、②大学医療センター、連邦政府資金コミュニティヘルスセンター、ホームケア看護プログラムの病院登録から脳卒中の病歴のある患者に連絡、③ニューヨーク市のアップパー・マンハッタンとサウス・ブロンクス周辺の診療所やコミュニティ組織にて、また新聞を通して、本研究の広告活動を行った。患者のうち、40歳以上で過去5年間以内に脳卒中または軽度の脳卒中(例、TIA)が見られたものを適格者とした。また、インフォームドコンセントを提供する能力がない、身体的・精神的状態によりセルフマネジメントワークショップへの参加に有意性が見いだせない(例、重度の失語症、認知障害)、英語・スペイン語いずれも話せない、施設に居住している参加者は対象外とした。本研究は現地の施設内委員会により承諾され、参加者全員からも書面のインフォームドコンセントを得ることができた。都心地域住民に提供する脳卒中再発予防教育(Prevent Recurrence of All Inner-City Strokes Through Education: PRAISE)の試験方法に関する詳細は、他機関からも出版されている。[30]

研究設計

2群ランダム化臨床試験の本研究では、6週間のフォローアップも実施した。参加者が登録とベースラインアセスメント(現状把握)を済ませた後、私たちは6ヶ月後に直接面談を行い、研究のアウトカムを検証した。

ベースラインアセスメント

ベースラインとして、研究者は各参加者の適格性を検証、人口動態を調査、投薬リストを見直し、Charlson Comorbidity Index を得るための医療上の問題を評価、また、Modified Rankin Scale を用いた脳卒中関連の障害の検査を行った。[32] また、研究員をトレーニングを実施し、鬱病の症状や医療へのコンプライアンスに関する妥当性のある自己報告型評価を実施、血圧・LDL コレ

ステロールを測定するため参加者の血液を採取させた。また、参加者に薬の容器を持参してもらい、処方に関する情報も収集した。

ランダム化

ベースラインアセスメントの完了後、リサーチアシスタントは参加者を無作為に複数のグループに割り当てた。このランダム化にはコンピュータを使用した乱数列が用いられ、参加者は2、4、6人のグループに分けられた。この際、参加者と接点の無い第三機関が参加者の割り振りに関する連絡を、封筒を介して行った。また、地域ベースの大学医療センター、地域医療センター、ホームケア看護施設から招集された人たちは、別々にランダム化することで、ランダム化の募集方法ごとの階層化を行った。

治療群

ピア教育治療群

ピア教育治療群にランダムに割り当てられた参加者は、ピア主導の90分のワークショップに6ヶ月間、定期的に参加した。Chronic Disease Self-Management Programをモデルとしたこのワークショップでは、参加者が集団的環境にてセルフマネジメントスキルを学習し実践する。[25, 33]

ワークショップは三つの講義で成り立っている。1つ目は、脳卒中を生物学的に説明し専門知識のない参加者でも理解できる形で脳卒中の治療についての講義。2つ目は、脳卒中の再発率を軽減するため予防的な投薬へのコンプライアンスの大切さの強調。そして、3つ目は、医療コンプライアンスを最適化し、ヘルスケアチームと共同するための提言である。セッションの参加者は8人から10人で、英語かスペイン語の話者であり、セッション自体は同じような社会的背景と健康状態を有する二人のピアリーダーが先導した。参加者は、任意で家族、友人、ホームヘルパーとともに参加することができた。各セッションの最後に、参加者は脳卒中の再発を予防するための具体的なステップを詳述した「活動計画」を建てるように求められた。参加者はその週のセッションで学んだものから関連のある知識を使うよう促された。そして次回のセッションは、グループ内で参加者が上記の「活動計画」の実施結果を報告することから始まる。よって、ピア教育治療ワークショップでは、主にセルフマネジメントおよび問題解決技術のモデリング、セルフマネジメントのガイダンス、特定の行動を実施するための毎週の活動計画、進行状況に関するフィードバック、グループサポートを通じた社会的教育といったことを行った。その後のランダム訪問の際は、参加者に文化的に適した脳卒中の教育教材および地域の医療従事者のリストが入った小さな小包を渡した。このリストには、健康保険が無くても患者を受け入れている医療従事者も含まれていた。また、参加者は血圧・LDL コレステロール値に関するベースラインとの結果が渡され、医療従事者とこの結果について話し合いを行うように促される。

待機対照群

待機リスト対照群の参加者には、1年間の待機した後無料でピア教育を受けられると伝えた。ランダム訪問では、上記と同様の脳卒中の教育教材および地域の医療従事者のリストが入った小さな小包を渡し、治療群の参加者のように、地域の医療従事者と血圧値およびコレステロール値の結果について話すよう助言した。

フォローアップアセスメント

ランダム化から6ヶ月経った後、直接フォローアップアセスメントを行うため、両グループの参加者は戻ってきた。ランダム化してから6ヶ月時点でのデータ収集もベースライン時と同様に行われた。フォローアップアセスメントを実施したリサーチアシスタントには、グループの割り当てについて何も知らせなかった。

アウトカムと測定

主な結果は、6ヶ月の後の血圧(<140/90mm Hg)、LDL コレステロール(<100mg/dL)、高血圧症の投薬状況の三つの脳卒中予防策において、参加者がどれだけ目標を達成しているかで示される。二次的な目的としては主に、個人的な脳卒中予防策としての血圧、LDL コレステロールの制御と高血圧症の投薬状況の確認、ベースラインから6ヶ月時点での各参加者の収縮期・拡張期

の血圧の変化、LDL コレステロール値の変化、優秀な自己報告型の服薬コンプライアンスの割合の変化、そしてうつ症状の割合の増加率などが挙げられる。

アメリカ心臓協会のガイドラインに準じて、BP Tru 自動血圧計を使用して、訓練を受けたリサーチアシスタントが血圧測定を行った。[34] 平均して 3 つの測定値のうち最後の 2 つが、分析のために使用された。LDL コレステロールの測定では、直接測定を実施し、断食の必要性をなくした。[35] 抗血栓薬の使用状況の評価では、定期訪問時に服薬していた薬の容器を確認、または、電話にて患者に直接確認した。アメリカ心臓協会/アメリカ脳卒中協会のガイドラインの最近の勧告に準じていた 16 名の参加者は、アスピリン(一週間あたりの摂取量: >50 ミリグラム、一週間あたり \geq 3 日)、クロピドグレル、抗血小板療法としてアスピリンとジピリダモールを組み合わせたもの、またはワルファリンか心房細動治療薬に相当するものを用いた抗凝固薬を使用しても、抗血小板療法及び抗凝固薬に禁忌がみられなかったため、適切な抗血栓薬を使用していたとみなされた。私たちは Morisky Medication Adherence Scale[36]を用いて服薬コンプライアンスの測定を行った。Morisky Medication Adherence Scale には、服薬時の行動を評価するための 8 つの項目がある。尺度上の要約スコアにより、個人を非服薬コンプライアンス(<6 点)または服薬コンプライアンス(6 から 8 点)のグループに分類する。この分類は、服薬コンプライアンスを計測するための薬局に置いてある薬物補給計器(a pharmacy refill measure of medication adherence)にも対応している。[37] また本チームは、8 項目版の患者健康質問票 (Patient Health Questionnaire) [38] を使用して、抑うつ症状を測定した。この質問票は、脳卒中生存者にも有効で、人種・民族的に多様化する患者[39]の抑うつ症状を測定するものである。[40] 10 以上のスコアは脳卒中生存者のうつ診断において感度 91%、特異性 89%を示している。8 項目版のこの質問票は、9 項目版と内容は同じであるが、自殺念慮に関する質問項目のみ省略されている。[41]

統計的分析

私たちは、連続型変数を求めるために t 検定、カテゴリ変数を求めるために χ^2 分析を使用し、治療群と対照群に無作為に振り分けられた参加者の違いを評価した。また、ITT 解析を使用し、全主要アウトカムごとに参加者を比較。また、基準時(ベースライン)の状態を考慮した後、感度分析として一般化推定方程式を用いて、対照群と治療群の 6 ヶ月間の複合アウトカムの達成率と個人の脳卒中の予防策を比較した。混合モデルを使用した際は、ベースライン時と 6 ヶ月後の血圧と脂質の変化を、治療群と対照群ごとに比較した。欠損値は、値がランダムに欠損するであろうという仮定の下、多重代入法を使用して帰属された。また、欠損値の帰属あるなしに関わらず、分析結果は類似していたため、帰属データに関するもののみを示すこととする。さらに、探索的(すなわち、事前に計画しない)サブグループ分析も行い、性別、人種、民族ごとの血圧治療の効果を分析し、治療×サブグループ相互作用試験を用いて有意性についての検証も行った。

血圧、LDL コレステロールの制御と抗血栓薬の使用状況に関する複合アウトカムを求めるため、サンプルサイズを計算した。先行文献[20]に基づき、サンプルサイズを推測するため、脳卒中予防対策(40%)のベースライン時の利用を控えめに見積もった。80%のパワーレベル、5%の有意水準、両側検定を用いた私たちの推測によれば、複合アウトカムを達成した治療群の参加者の割合を対照群と比較した際に 20%の相対的差異を検出するには、各グループごとに 270 名の参加者を必要とする(すなわち、治療群 70%対対照群 56%)ことがわかった。また、フォローアップ時の損失を考慮し、サンプルサイズを 600 名増やした。これら全ての分析は、ITT 原理に基づいて実施された。サンプルサイズの計算には、PASS(バージョン 08.0.13、NCSS、LLC、Keyville、UT)、その他の分析には SAS 9.2 ソフトウェア(SAS Institute Inc.、Cary、NC)を用いた。

結果

応募者全 2665 人のうち、研究参加前のスクリーニングで 52%を不適格と判断、24%を拒否した結果、600 人の参加者を集めランダム化が行われた(301 名が治療群、299 名が対照群、図参照)。6 ヶ月後に行われたフォローアップの時点では、そこからさらに 85%が残った。フォローアップをした参加者とそうでない参加者の間には主な社会人口学的・臨床的特性における違いは見られなかった。

治療群と対照群にランダムに振り分けられた参加者は、基準時(ベースライン時)には社会人口学的・臨床的変数(表 1)が類似していた。参加者の平均(標準偏差)年齢は 63(11)歳であり、女性は 59%、

非白人は 86%、世帯所得が \$ 15000 以上の参加者は 57%であった。また、高校卒業以下という学歴の参加者は、約 3 分の 1 であった。血圧値の目標を達成した参加者は、全体の約 3 分の 1、LDL コレステロール値は 42%、抗血栓薬を服用していなかった参加者は 18%であり、この脳卒中予防策における目標を全て達成した参加者はたったの 35%であった。また、非服薬コンプライアンス者の割合は 40%であった。治療群に割り当てられた参加者のうち、参加者のワークショップセッションへの平均参加回数は、4 セッションであった。予定されていたセッションの半数以上に出席した参加者は 71%、セッションに全く出席しなかった参加者は 16%であった。

6 ヶ月の時点で、3 つの脳卒中予防対策の達成者の割合に関しては、治療群と対照群間に差がなかった。(34%対 34%; P=0.98) さらに、LDL コレステロールの制御 (54%対 58%; P=0.46) や、抗血栓薬の使用状況 (84%対 82%; P=0.61) においても差は見られなかった。血圧の制御においては、対照群の参加者と比較した際、6 ヶ月の時点で治療群の参加者のほうが血圧を制御できた人数が多かった。(267%対 76%; P=0.02; 表 2) これは、1.13× (95%CI, 1.02 から 1.25) 相当の値で、ベースラインから 6 ヶ月後の結果は、対照群と比較すると、治療群に割り当てたほうが血圧値を抑えることができる可能性が高いことを示した。ベースラインの血圧の状態に関する分析では、6 ヶ月間の治療のおかげで血圧が抑えられた割合が(P=0.07)ほぼ統計的に有意であることが示された。また、治療群の参加者は、6 ヶ月時点で対照群と比較して収縮期の血圧に大きな変化(-3.63 SD, 19.81 mm Hg 対+0.34 SD, 23.76 mm Hg; P=0.04)が見られたが、拡張期においてはあまり見られなかった(-1.95 SD, 10.26 mm Hg 対-0.63 SD, 11.88 mm Hg; P=0.18)。服薬コンプライアンスの高い参加者の割合は、対照群(P=0.16)が 1.0%なのに対し、治療群では 7.4%の増加がみられた。うつ症状に関しては、対照群(P=0.16)が 5.7%減少したのに対し、治療群では 10.5%の減少が見られた。また、性別、人種、民族と治療の効果が相互に作用するというような結果は得られなかった。

議論

本研究の結果、待機リスト対照群と比較し、ピア主導の地域ベースの教育ワークショップにランダムに振り分けられた参加者には、3 つの脳卒中予防基準の達成率に大きな差は見られなかった。また、脳卒中予防対策を個人的に検査した際も、ピア主導の地域ベースの教育ワークショップにランダムに振り分けられた参加者には LDL コレステロールおよび抗血栓薬の使用における改善もなかった。しかし、治療群にランダムに振り分けられた脳卒中および TIA 生存者の大半は、血圧の制御に成功した。これを対照群と比較した際、収縮期の血圧に ≈ 4 mm Hg の差が見られた。また、この治療は服薬コンプライアンスとうつ症状の改善に向けた傾向とも関連性が見られた。

脳卒中の再発防止の基本は、血圧を制御することにある。[17, 42] 降圧薬の効果をメタ分析した結果、収縮期の血圧の 5 mmHg の低下は、脳卒中発生率の 20%低下につながるということが示された。[43] 脳卒中の生存者のための最適な血圧値は、いまだに模索中だが、血圧値の低下は血圧の制御をしている脳卒中の生存者に対して、脳卒中の発生率を低下させる効果があることが分かった。[43, 44] また、私たちの治療を俯瞰でみると、最近行われた脳卒中生存者の修正可能な危険因子を改善するための治療に関するコクランメタ分析は、組織的、教育的、行動的治療には危険因子の制御に効果が無いことを示した。[45] 結果的に、脳卒中のアウトカムを改善するためのこのピア主導型のアプローチは、特に低所得の人種・民族的少数派の割合が高いコミュニティにおいて、脳卒中のアウトカムを改善するという目的においては受け入れられ易いといえる。

血圧の制御とは対照的に、LDL コレステロールの目標値 <100 mg/dL の達成は、研究開始時点では、アメリカ脳卒中協会のガイドラインの基準でクラス B の提言であった。[17] コレステロールを管理するための最新のガイドラインは、今後の研究の LDL 数値 (にフォーカスする) よりも脳卒中予防のためのスタチンの使用のほうが大切であると示唆している。[46] LDL コレステロールは大概、臨床医の処方業務に依拠しているため、LDL コレステロールの数値的目標の重要性に関して臨床的な不確実性が生じる。これにより、目標を達成するための患者の治療の効果には限りがあるとも考えられる。抗血栓薬の使用に関しては、両グループの参加者の 80%以上がベースライン時に服用していた。一部の参加者は非医学的環境から参加したこともあり、私たちは医療記録に関する情報は得ることができず、脳卒中の種類(虚血性または出血性)、そして、脳卒中予防抗血栓薬の有効性を把握することもできなかった。人口ベースのサンプルでは、脳卒中生存

者の≈10%が抗血栓剤に禁忌を示している。したがって、天井効果により、この脳卒中予防対策に対する私たちの治療の効果を実証することができなかったという可能性もある。

この研究にはいくつかの注目すべき成果もあった。地域の実行委員会と提携し、私たちは臨床試験からしばしば対象外とされる脳卒中およびTIAの生存者の集団の募集に成功したことである。[47] 参加者の多くは、非白人、貧困以下の低収入層、健康保険を不所持であった。また、修正版のRankin ScoreとPHQによる測定の結果、重度の身体障害や苦痛を伴う個人も見られた。これらの脆弱性にもかかわらず、参加者の大半はワークショップのセッションの半分以上に出席した。これにより、こうしたアプローチは低所得、人種的・民族的少数派の脳卒中生存者にも実現可能であることが確認された。この地域ベースのピア主導の治療は、医療従事者が多忙な時間と労力を要する資源重視の戦略、すなわち個人的なケースマネジメントや医学的教育といったものとは違い、低所得の非白人のコミュニティに所属する脳卒中のリスクが高い人々に対してより容易に実施できる可能性を秘めているといえる。[45]

同様にこの研究には限界も見られた。他の脳卒中・TIAの生存者集団に対する私たちの調査結果の一般化可能性は不明であることである。今回、参加者の募集活動にはかなりの労力を要し、結果的にすでに脳卒中予防における学習目標を達成した参加者を多く含むことになってしまった。こうした治療に適した参加者を識別するのに最適なアプローチは、慎重な検討がより必要とされるといえる。例えば、脳卒中センターやTIAクリニックの募集に制限することで、焦点を絞ったアプローチを取ることが容易になるが、こうしたセンターに属さない脳卒中およびTIAの生存者の多数を除外する可能性もある。さらに、Attention control group(治療群と同様に注意を向けられる対照群)を用いなかったため、血圧の制御において治療のどの要素がもっとも重要であるかということを確認することは困難だといえる。今後の研究では、特にこうしたマイノリティ集団において、慢性疾患の自己管理におけるピア教育者の採用がどれだけ重要かを評価することが可能となる。また、待機リスト対照群の参加者への教育パッケージの提供は、私たちの研究結果を無効にするような汚染バイアスに寄与している可能性がある。また、私たちはアウトカム評価を行った研究助手の盲検化の程度を評価していない。服薬コンプライアンスの測定に関しては、自己報告に基づいており、脳卒中治療薬に特定したものではなかった。今後の研究では、脳卒中予防薬のコンプライアンスに対しての治療の効果を検査することで、薬の増量、生活習慣のコンプライアンス、または臨床医への訪問時に患者の積極性を高めるようなエンパワーメント患者を通して、より優れた危険因子の制御にどれだけつながるかを見ることができる。

まとめると、脆弱なコミュニティに属する脳卒中およびTIAの生存者に対してピア教育ワークショップを提供することは可能かつ効果があり、血圧の制御において適度な改善が見込める。血圧と脳卒中リスクとの間の強い関連性を考慮すると、このピア主導型のアプローチは、脳卒中アウトカムに生じる格差を軽減することができるといえる。将来的な研究では、脳卒中予防における目標を達成していない脳卒中およびTIAの生存者に対するこの種の治療の効果を評価したほうがよい。

平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

**ケアマネジメントの質の評価及び
ケアマネジメントへの高齢者の積極的な参画に関する調査研究事業**

報告書

平成 27 年 3 月 31 日

株式会社日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目 1 番地 22 号 TEL03 (3578) 7947 FAX03(3578)7614
