

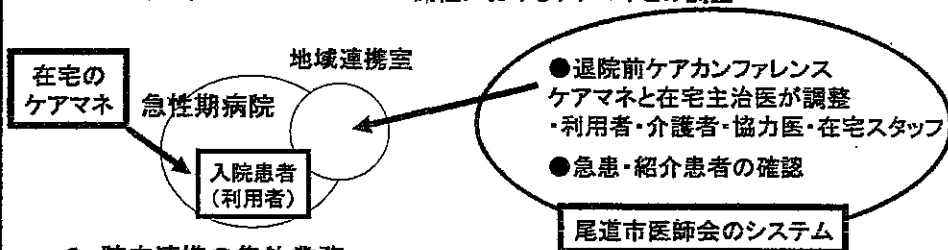
尾道地域の地域医療連携と尾道市立市民病院地域連携室の特徴

1. 地域連携室の対外機能 (Open care management system)

外部のシステム(尾道市医師会のシステム)に接続する端子の機能

○ 業務・機能について尾道市医師会と協議の上、設置

- ・院内専任ケアマネはゼロ → 在宅のケアマネを活用
- ・主治医間連携のベースがある ← 在宅主治医機能が発達している
- ・退院時ケアカンファレンスの開催におけるケアマネとの調整



2. 院内連携の集約業務

- ・入院患者(利用者)への退院支援業務全般(病棟担当者との調整)
- ・退院前ケアカンファレンスの院内調整(室長は病棟師長経験者)

特徴 → * 2000年4月より退院前ケアカンファレンスを開催
* 医師会との協議で業務内容を決定・開設(2002年10月)

H.Katayama Onomichi Medical Association2004

尾道市立市民病院・ケアカンファレンス実施状況
(病棟・外来)2003~2004年

月	内科	脳外科	整形	神内	循環器	婦人科	その他	合計
4月	9	5	2	2				18
5月	7	8	3	1	1		1	21
6月	3	6	2	2			1	14
7月	9	2	2	4	1			18
8月	7	0	2	1			1	11
9月	9	6	1	2				18
10月	8	13	1	1		2		25
11月	13	4	2	1	1			21
12月	8	3	5	3		1	3	23
1月	9	2	1	5	1		1	19
2月	8	1	5	1	1		2	18
3月	10	2	2	2	1		1	18
合計	100	52	28	25	6	3	10	224

尾道市立市民病院 地域連携室2004

高齢者総合評価(Comprehensive Geriatric Assessment)

1930年代の英国の老年科医マージョリー・ウォーレンの実践、40年代に定着
CGAの基本概念

伝統的な医学的問診や診察方法に、リハビリテーション医学の機能的評価や治療理論、ソーシャルワーカーの社会学的・心理的評価理論を結合させた学際的評価手法により、障害高齢者のニーズを抽出して「生活の質」を重視した「全人的ケアマネジメント」を体系化、標準化する

CGAの主な目標

- ①より正確な診断
- ②適正な医学的治療・ケア
- ③適切な生活の質の向上
- ④適切な生活の場の選定
- ⑤長期間の正確なフォローアップ評価
- ⑥長期間のケアマネジメント体制
- ⑦適切なサービス利用(不要なサービス利用を減らす)

尾道市医師会システム理論

H.Katayama Onomichi Medical Association1999

高齢者総合評価(CGA) Comprehensive Geriatric Assessment

CGAの特色

Medical assessmentの必要性

- ①評価の主眼を疾病治療だけでなく、機能的状況や「生活の質」に重点を置く
- ②標準的な医学診断に機能評価手法を多角的に組み合わせる
- ③標準化した(できるだけ定量的な)評価手法を多用する
- ④総合的な各分野の専門家を統合したチームアプローチを重視する
- ⑤長期的なフォローアップを重視する

米国で1980年代にナーシングホームのケアの質の低下が社会問題化
質的向上を狙って連邦政府が開発したMDS-RAPsはCGAの応用例

H.Katayama Onomichi Medical Association1999

Progressive geriatric care

もともと入院のきっかけとなった病気や怪我の治療を急性期病棟で終えた後も、最終的に適切な生活の場に落ち着くまで、体系的なサービス資源の流をシステムの的に整備してケアマネジメントすべきという老年医学の考え方

高齢者医療・ケアは、急性期病棟、評価病棟、ディ・ホスピタル
リハビリテーション病棟、長期療養病棟、在宅復帰、長期介護施設といった
流れに沿って、システムの的に展開すべき

低下した全身の「機能」評価を軸に社会福祉サービスと協働して安定した生活
の場に落ち着くまでケアマネジメントにかかわるべき。
疾患の「傷害の治療」から重点を「機能障害」へ

多職種が協働(multidisciplinary)してケアの流を進めていく(progressive)

イタリア: 高齢者評価とマネジメントプログラム(GEMs)病棟の設置法制化(1992)
英国: GPは年1回のCGAを自分の受け持ち患者に行なうことが義務付け(1990)
デンマーク: CGAを病棟、外来、在宅ケアプログラムに標準化

GEMs(Geriatric Evaluation and Management programs)
【高齢者評価とマネジメントプログラム】

H.Katayama Onomichi Medical Association 1999

高齢者医療・介護における利用者の「ケアの安全」とケアマネジメント

1. 急性期治療後のQOL重視・自立支援プログラムの必要性
疾病管理: 再発の防止(ワーファリンコントロールなど)、服薬管理の重要性
2. 複数の合併症・「高齢障害者」という不確実性 → 多様な状態変化

状態の変化についての「予測」を盛り込む必要性
「予測」に基づいた「回避」をする必要性 → 介護計画に明記

介護事故の判例:

2003.6.3 福島地裁白河支部・2003.8.27 福岡地裁・2004.4.15 神戸地裁
(アセスメントからケアプラン、サービス実施・記録の内容に言及、
状態の変化に沿ったケアマネジメントの事実をプロセスで検証)

3. 在宅医療ケア・手技の高度化 → リスク総体の把握と機能評価・共通認識
ケアの継続における利用者の安全の確保と異常の早期発見
4. ケアマネジメントのプロセスとリスクマネジメント

ケアカンファレンスは利用者側の参加で「認識のズレ」をなくす
同一の時間場所で関係者の共通認識を確認する
機能評価・予測・危機管理・リスクマネジメント・「説明」・記録の重要性

H.Katayama Onomichi Medical Association 2004

「ケアマネジメントと多職種協働」ケアカンファレンスから適正給付へ

利用者本位のサービス提供であるための理論とプロセス → ケアマネジメント

(1) 適切なアセスメントに基づくケアプランにより実現するもの

- ・利用者・介護者に説明可能な課題分析・ニーズの抽出
- ・ケアプランは多職種協働のためのシナリオ(脚本)

(2) 利用者の意向の尊重(個人の尊厳)と自立支援

- ・QOL向上・生活歴・利用者意向を重視した個別のケアプラン
- ・長期フォローアップ・長期支援へのチームアプローチを前提としたケアプラン

(3) ケアカンファレンスにて合議・危機管理、予測を含んだ共通認識の醸成

- ・ケアマネジメントの基本プロセスで利用者側との契約確認(説明責任)
- ・各職種(サービス担当者)は自分の「分担部分」と基本のシナリオを確認
- ・お互いの専門性を認めあうことで達成できる機能分担
- ・方法論として: 追加すべき領域の発生→あらゆる専門性を適切に追加できる

(4) 自分の担当分野ではベストを尽くす → 多職種間の相互信頼関係

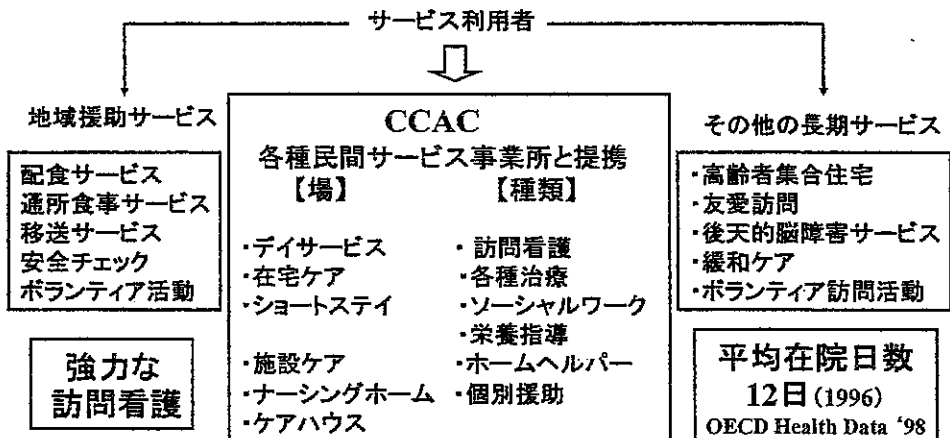
(5) 実践的研修機会と捉える → 周辺知識として他の専門職種より、学ぶ

現場から制度を適正化する機能

H.Katayama Onomichi Medical Association2000

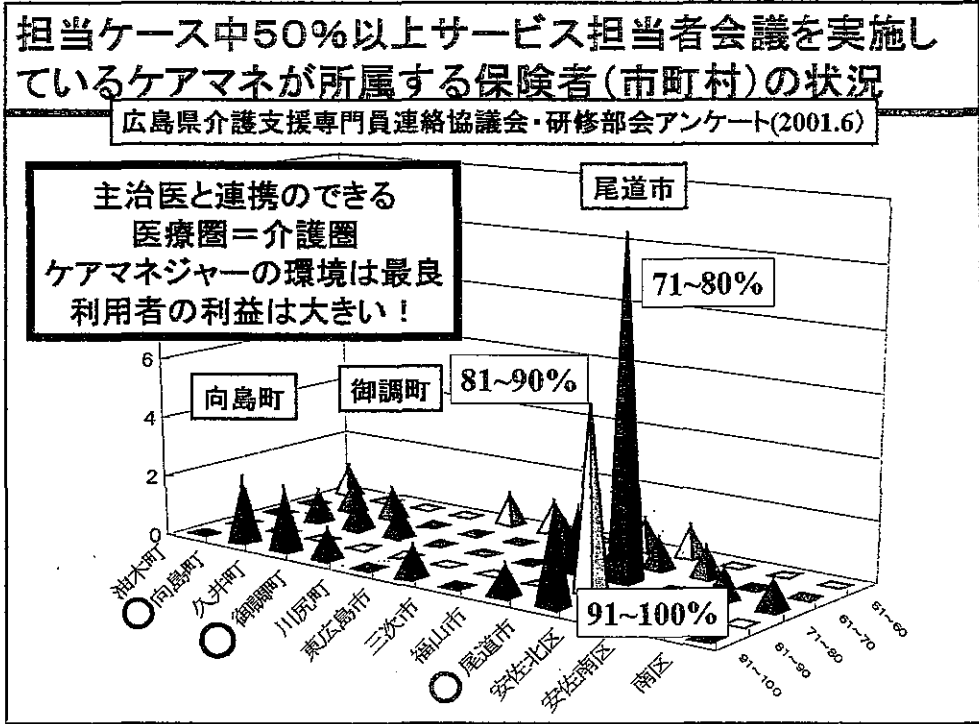
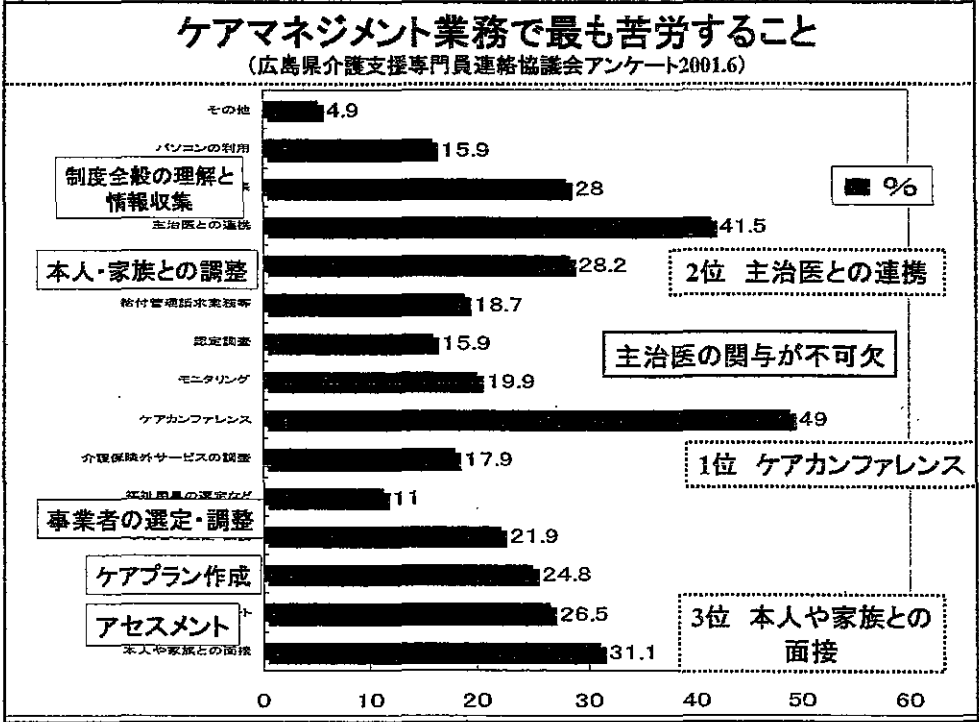
トロント(オンタリオ州)の CCAC (community care access center)

トロント市(人口230万人)に38ヵ所(97年)の非営利独立法人のCACが設置されて市民のサービス利用(地域ケア)の便宜をはかるケースマネジャーが配置されている。
1964年より全域に設置、市内40ヵ所のサービス事業体と契約、個別のケアマネジメントのセンターとして機能、公正・適正なサービス提供の監視者の役割(全年齢対象)



本人・家族の申請 → ケースマネジャーが審査・認定・プラン作成(大部分は病院の紹介)

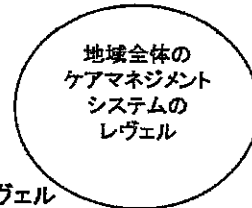
1998GPnetH.Katayama Onomichi Medical Association



ケアマネジャーの業務・ケアマネジメントの達成指標と質の評価

- ① 多職種協働のレベルが現場において利用者がうけるサービスの質
- ② 多職種協働を成立させている対人サービスの個々のレベル・質
- ③ 多職種協働の基本計画であるケアプランの質
- ④ ケアプラン作成にいたるプロセスの完成度
- ⑤ ケアマネジャーの力量とケアカンファレンスのレベル
- ⑥ ケアマネジャーへの協力体制における地域資源の意識レベル
- ⑦ 地域医療・地域福祉資源の意識改革のレベル
- ⑧ 主治医(医療機関)の連携のない医療圏は良好な介護圏とはなりにくい
(長期フォローアップには医療との協働は不可欠)

サービスの
地域水準



ケアマネジャーの環境

ケアマネジャーが効率的に活躍できねば新・地域ケアのシステムは困難

H.Katayama Onomichi Medical Association

ケアマネジャーの業務環境とケアマネジメントの成熟の阻害要因(医療)

- ケアマネジャーの業務から見た場合(主治医の協力が無い場合)
 - ① アセスメント段階で医学的背景情報が入手不十分
 - ② 課題分析 → ニーズの奥行きがケアプランに反映できない
 - ③ ケアカンファレンスに主治医が参加しないことで、医学的管理・危機管理部分のケアプランへの反映ができない
 - ④ 多職種協働が成立しない(主治医業務とケアマネジャーが乖離)
 - ⑤ フォローアップ業務が不完全となる(主治医側も情報不足となる)
→ モニタリングのレベルが不完全なものに
 - ⑥ 急性期病院の退院支援業務も困難となる →

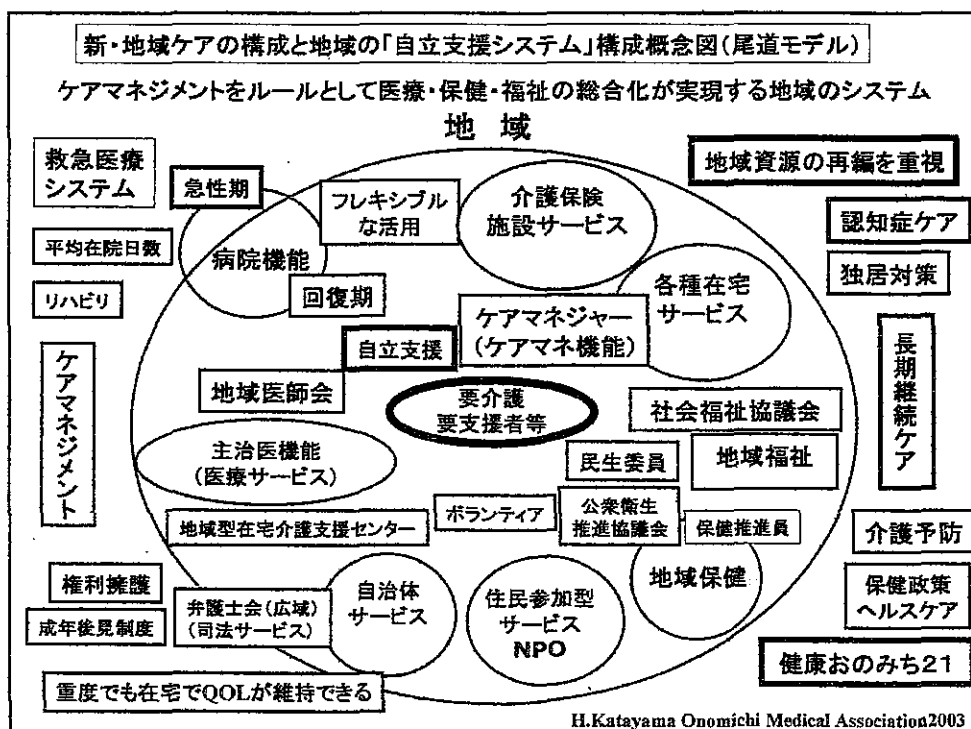
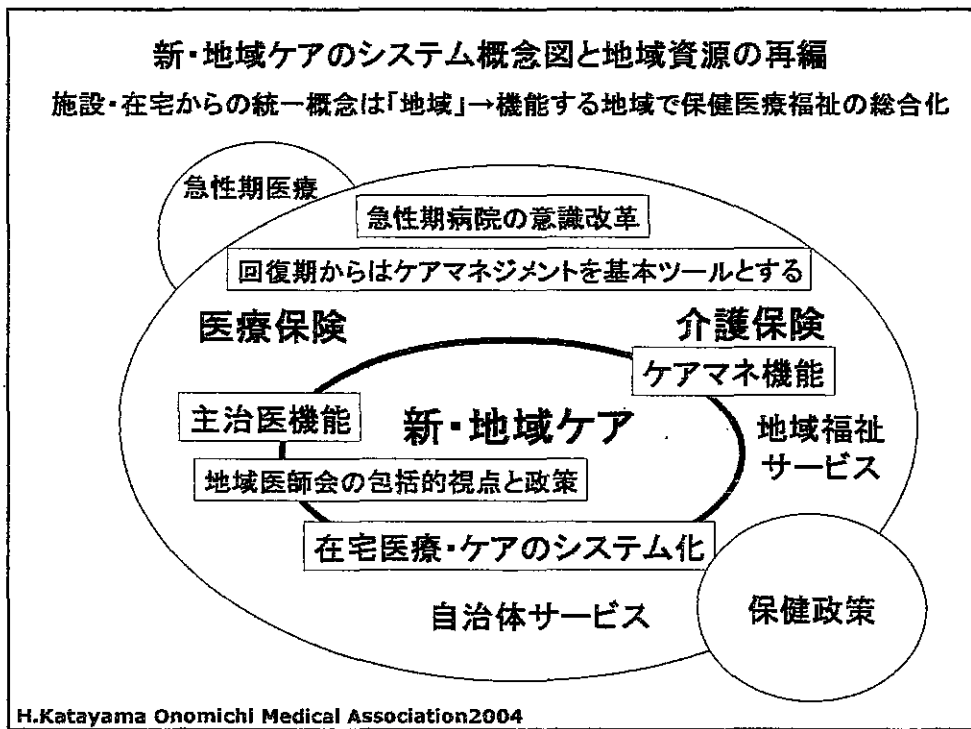
医療圏としての機能が
充分とはいえない

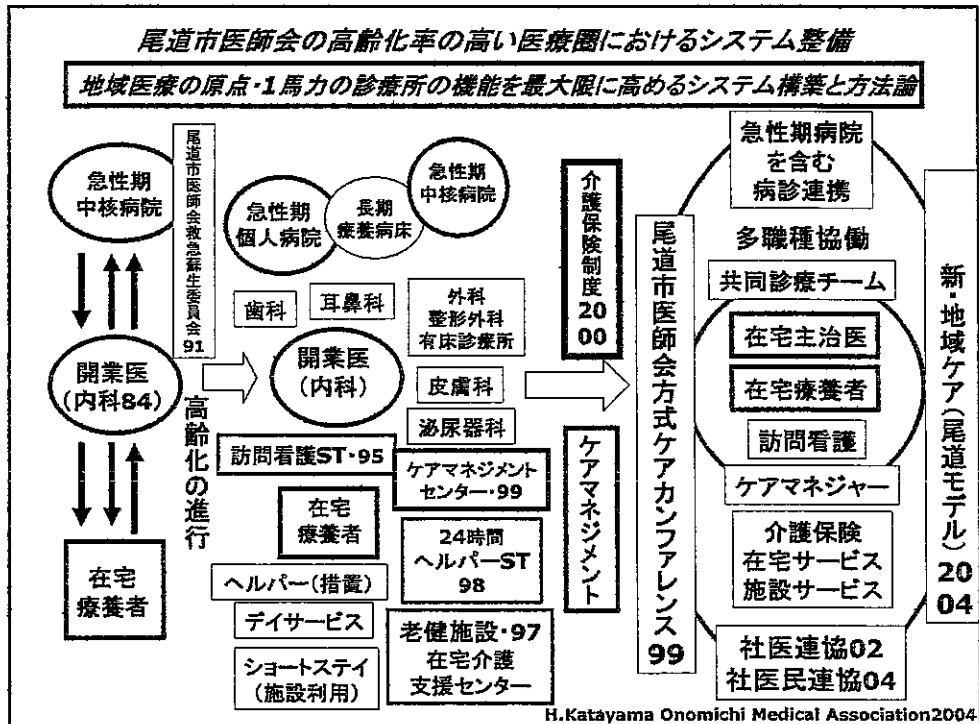
ケアマネジメントは成熟しない(進化なし → 制度の進化もなし)

最大の被害者は「利用者」

医療のシステム化が遅れている地域

H.Katayama Onomichi Medical Association





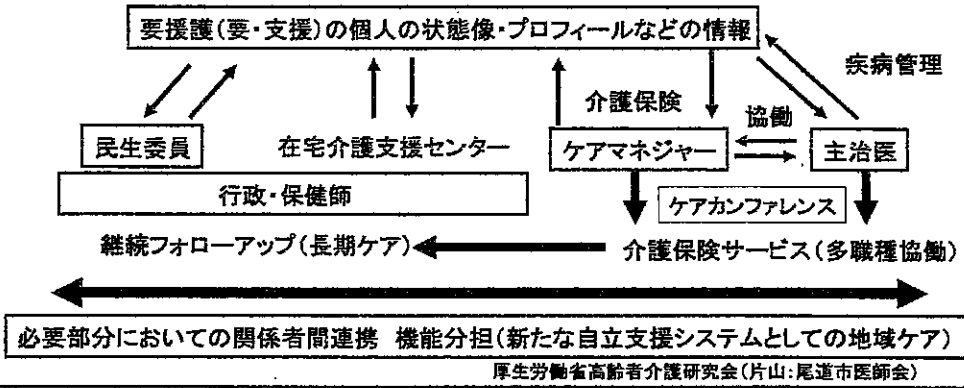
- 尾道市社医民連協の発足(2004.4)**
- 尾道市社会福祉協議会・尾道市医師会・尾道市連合民生委員児童委員協議会
 連絡協議会設置にいたる軌跡
- 1994～尾道市医師会高齢者事業部門整備とシステム設計
 - 1994～尾道市医師会高齢者医療福祉問題講演会による地域一体型研修
 - 1999～尾道市医師会ケアマネジメントセンターによる地域のケアマネジャー養成
 - 1999 尾道市医師会方式ケアカンファレンス実務研修(9月、11月)
 - 2000～尾道市医師会方式ケアカンファレンスによる現場の多職種協働の実践
 - 2002.4 社医連協(尾道市社会福祉協議会・尾道市医師会連絡協議会)発足
 - 2003.10 連民協+ケアマネジャー協議会合同研修講演会 → 新・地域ケア
 - 2004.4 社医連民協(尾道市社協・医師会・連民協・連絡協議会)発足
- H.Katayama Onomichi Medical Association 2004

介護保険以前と介護保険以後の要介護者をめぐる「支援」環境の変化

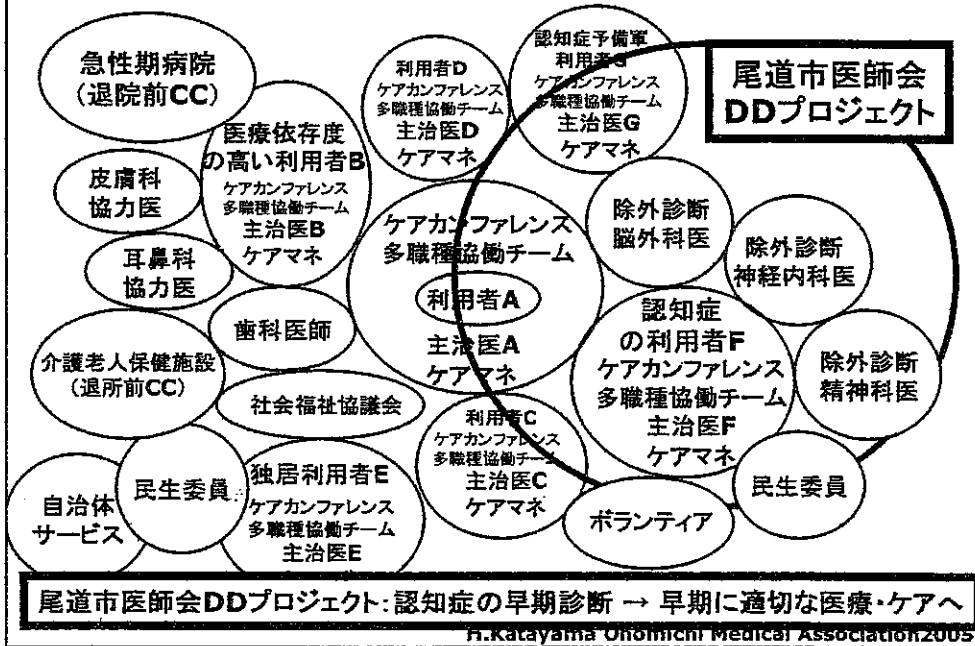
「在宅福祉」の視点で民生委員と社会福祉協議会との連携支援体制(70周年・1987)

介護保険
申請 → 要介護認定 → ケアマネジャーの関わり → ケアプラン → サービス提供

ケアプランの内容により介護保険給付(介護保険サービス提供)
【介護支援計画(ケアプラン)は、介護の社会化に基づくもの】
介護保険により現場に導入されたサービス提供はケアマネジメントに則っている



尾道市医師会方式のシステム組成は主治医機能単位のケアマネジメントの展開
多職種協働と地域医療連携 → 新・地域ケア



日本医師会
高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み指針
(2004年11月2日)

背景

2005年度の介護保険の見直しに続き、2006年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。世界一の高齢国家となった我が国の高齢者医療・介護において、地域医師会には重要な役割を果たすことが求められる。

1. 高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築

- ①医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築
- ②在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化
- ③ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化
- ④急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携の推進

2. 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域づくり

3. 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

高齢障害者の長期フォローアップにおける栄養管理の課題

1. ケアマネジメントと栄養評価・管理

- ① ケアプランに反映するべき栄養評価
- ② 栄養アセスメントの標準化(SGA: Subjective Global Assessmentなど)
- ③ 多職種協働(multidisciplinary)における機能分担と栄養管理関係職種

ケアマネジメントで現場は進化する

2. 摂食・嚥下機能とリハビリテーション

- ① 機能回復による栄養改善とQOL
- ② 嚥下機能評価の系統的標準化
- ③ 嚥下リハビリテーションの標準化・スタッフの増員・再教育・再編成・技術移転

介護の科学性の導入

摂食嚥下機能評価と食事介助
→誤嚥事故(介護事故)の判例

3. 長期フォローアップと栄養管理

- ① 多疾病管理と高齢障害者の合併症予防と栄養管理
- ② PEGの長期化などと高齢者の長期栄養管理の方法論の確立(微量元素など)
- ③ 病院から在宅への継続的な栄養管理・栄養療法移行とバックアップ

主治医教育・スタッフ教育
システム的な取り組みの必要性

4. 個人の尊厳の保持と栄養改善・管理

- 栄養療法と医学的管理・過不足なき医療の相関

自立支援の最重要部分

5. 疾病・障害予防と自己栄養管理

- 健康政策・ヘルスケア・疾病予防・高齢社会の栄養改善の健康文化
- デイジーズ・マネジメント(Disease management)

第50回日本栄養改善学会総会片山(尾道市医師会)2003

平成17年5月12日

第10回社会保障審議会医療部会 参考人資料

「訪問看護事業の現状と課題」

(社)南区医師協会 南区メディカルセンター
訪問看護ステーション 管理者 高砂裕子

1

内容

1. 訪問看護ステーションの活動状況
 - 全国/南区メディカルセンター
2. 訪問看護ステーションにおける看護の実際
 - 南区メディカルセンターの事例から
3. 現行制度における訪問看護ステーションの課題