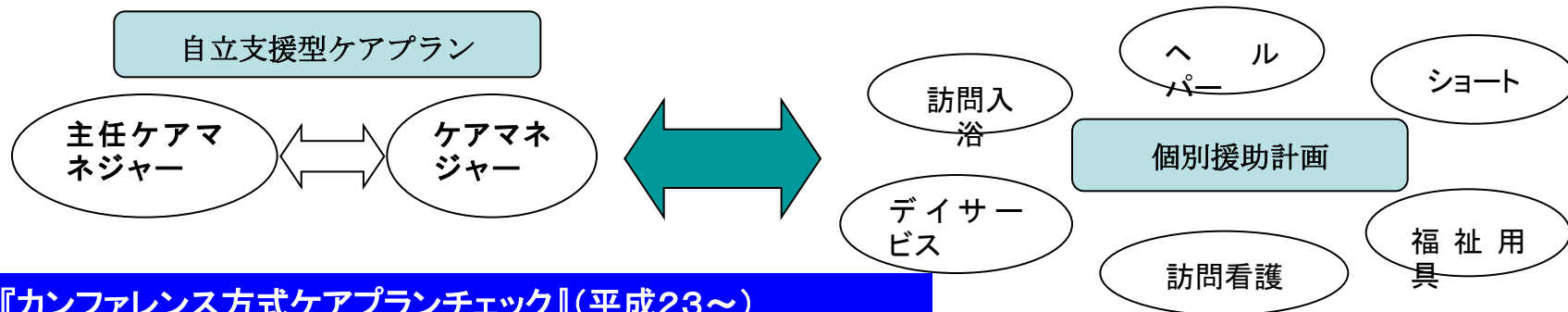




# 『カンファレンス方式ケアプランチェック』 ～自立支援型ケアマネジメントを目指して～（兵庫県朝来市）

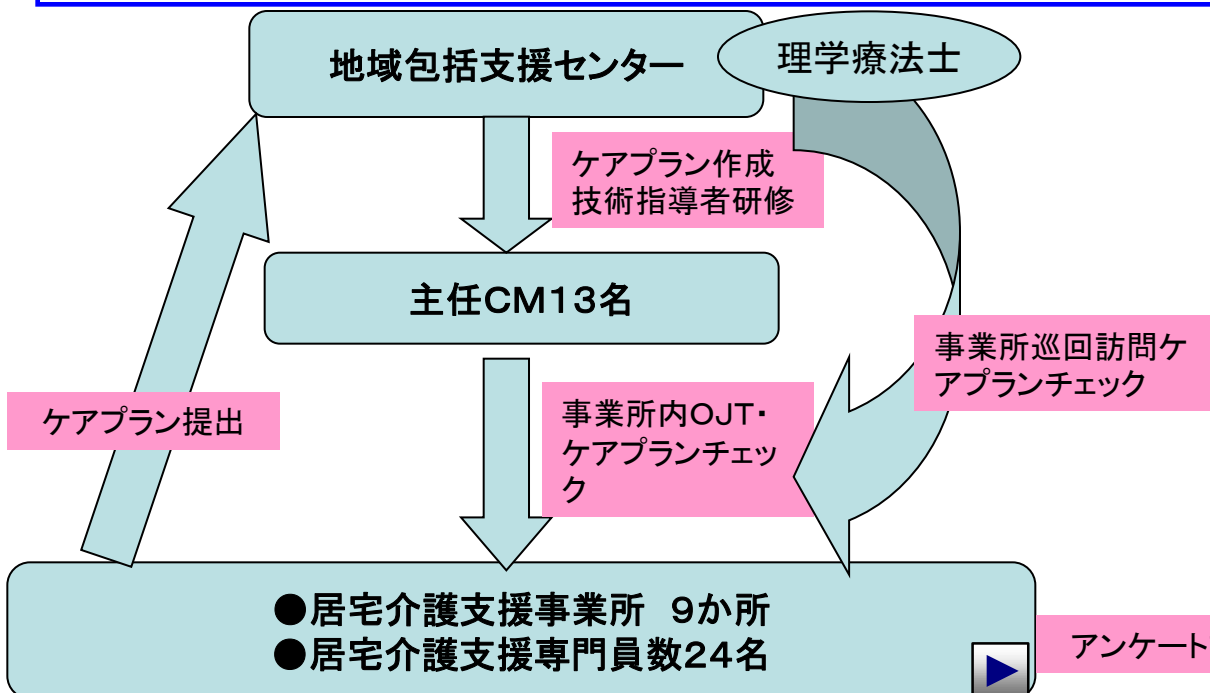
自立支援型ケアマネジメント(平成26～)

ケアマネジャーの「自立支援型ケアプラン」と、サービス事業者の「個別援助計画」が効果的に連動する



『カンファレンス方式ケアプランチェック』(平成23～)

主任ケアマネジャーが、事業所内OJTとして「カンファレンス方式」でケアプランチェックを実施



主任ケアマネジャーによる「カンファレンス方式」のケアプランチェック



理解度の変化  
23年度：ニーズ抽出 21.9%アップ  
24年度：目標設定 18.1%アップ

アンケート評価



**地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例（様式）**

①市区町村名	朝来市
②人口（※1）	33,295人（平成25年1月1日現在）
③高齢化率（※1） <small>（65歳以上、75歳以上それぞれについて記載）</small>	65歳以上・・・9,914人（29.8%） 75歳以上・・・5,924人（17.8%） <div style="text-align: right;">（平成25年1月1日現在）</div>
④取組の概要	<p><b>【カンファレンス方式ケアプランチェック】</b> ケアマネジャー一人ひとりが、『自立支援に資する質の高いケアマネジメント』ができるよう、主任ケアマネジャーが中心となり、カンファレンス方式のケアプランチェックを実施している。</p>
⑤取組の特徴	<p><b>●本事業のねらい（ビジョン）</b> ケアマネジャーの「自立支援型ケアプラン」と、サービス事業者の「個別援助計画」が効果的に連動し、利用者の自立を支援できる。</p> <p><b>●本事業のねらい（目標）</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①ケアマネジャー全員が、自立支援に資するケアプランを作成できる。</li> <li>②ケアマネジャーは、自身のケアマネジメントにエビデンスを持ち、家族・本人・サービス提供者等に分かりやすく説明できる。</li> <li>③ケアマネジャーのケアプランと、サービス提供者の個別援助計画が有機的に連動し、利用者を支える。</li> <li>④フォーマルとインフォーマルが相互に役割を分担しながら利用者を支える「ソーシャルサポートネットワーク」を、ケアマネジャーがコーディネートする。</li> </ol> <p><b>●取組みの特徴</b></p> <p>※単なる「チェック」ではなく、ケアマネジャーの応用可能な実践力を養うことを目的とする。</p> <p>※また、指導する側の主任ケアマネジャーにとっても、指導者としての役割を担うことで、その成長を目指すものである。</p> <p>これらのことを踏まえ、以下の項目を重要視する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①再アセスメントに重点を置いたケアプランチェックとする。</li> <li>②カンファレンス方式で実施し、ケアマネジャー自らが、考え気づくプロセスを重視する（スーパービジョンの要素を含むカンファレンスとする）</li> <li>③時期尚早の助言・アドバイス・意見は控え、主任ケアマネジャーが、ケアマネジャーへ質問でかかわることにより、①ケアマネジャーの実践力向上 ②ケアマネジャーの意識・意欲の変化を目指す。</li> <li>④上記の取組みを通じて、主任ケアマネジャーとケアマネジャーの間に、スーパービジョン関係が育まれることを意図する。</li> </ol> <p><b>●取組みの方法</b></p> <p>（1）ケアマネジャー1名につき5ケース（処遇に困ったケース）のケアプラン</p>



	<p>を提出。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 処遇困難となっているケースや、市内ケアプランの傾向把握</li> </ul> <p>(2) 主任ケアマネジャーを対象とした「ケアプラン作成技術指導者研修」を実施（月1回）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 事例をアセスメントするための学習</li> <li>② カンファレンス運営のための学習</li> <li>③ カンファレンス方式ケアプランチェック（演習）の実施</li> </ol> <p>(3) 主任ケアマネジャーは、(2)の学びを活かし、各事業所内でカンファレンス方式のケアプランチェックを実施する。（月1～4回）</p> <p>(4) 各事業所を地域包括支援センター職員が巡回訪問し、事業所主任ケアマネジャーと一緒にカンファレンスを実施。ケアプランチェックを全ケアマネジャーに対して、1人1回実施する。（年1回巡回）</p> <p>(5) ケアマネジャーへ自立支援型ケアプランに関する理解度のアンケートを実施（年1回）し、その理解度を評価する。</p> <p>※平成23年度「ニーズ抽出」、平成24年度「目標設定」と、年度ごとに焦点を絞ってケアプランチェックを実施してきた。3年目にあたる25年度は「介護保険サービスを中心とした多職種連携・社会資源活用」がテーマと考えている。</p>
⑥開始年度	平成23年度～
⑦取組のこれまでの経緯	<p>●ケアプランチェックの評価（資料参照）</p> <p>ケアプランチェックを受けたケアマネジャーの理解度アンケートの結果は以下のとおりである。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①平成23年度：『ニーズ設定』に焦点を絞りケアプランチェックを実施。ケアマネジャーの理解度は、21.9%上昇した</li> <li>②平成24年度『目標設定』に焦点を絞りケアプランチェックを実施。ケアマネジャーの理解度は、18.1%上昇した。</li> </ol> <p>●地域包括支援センターの役割として工夫した点</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 主任ケアマネジャーの実践力と指導力のアップを図る</li> <li>(2) 主任ケアマネジャーが、部下や後輩たちから信頼・尊敬される場面を作る。</li> <li>(3) 個々の主任ケアマネジャーを、しっかりサポートする。</li> <li>(4) 一人ひとりのケアマネジャーへ、多面的な学びの場を提供する</li> </ol>
⑧主な利用者と人数	<p>●朝来市内ケアマネジャー 37名</p> <p>うち、主任ケアマネジャー13名</p>
⑨取組の実施主体及び関連する団体・組織	<p>実施主体：朝来市地域包括支援センター（行政直営）</p> <p>関連する組織：生野地域包括支援センター（委託）との協働実施</p>
⑩市区町村の関与（支援等）（※2）	<p>行政直営</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 包括的継続的ケアマネジメント事業から、事務費等拠出</li> </ul>





⑪国・都道府県の関与（支援等）（※3）	兵庫県高齢社会課からの会議運営等に関する人的支援（平成24年度） 平成24年度広域支援員派遣事業（講演会講師報償費、旅費）
⑫取組の課題	<p><b>（1）自立支援型ケアプランとはなにか？その視点が曖昧である。</b> ケースによって、自立支援の視点は全く違う。ADLやIADLの改善のみで自立支援は図れない。これら、個別のケースに応じた自立支援の視点を整理し、体系づけていくことが必要。</p> <p><b>（2）ケアプランチェックの「型」や「ルール」の開発が必要</b> OJTとして実施する以上、時間的な制約もある。スーパービジョンの要素を含みつつも、ポイントの指導ができるよう、朝来市独自の型やルールの開発が求められる。</p> <p><b>（3）ケアプランチェックを評価する指標の導入</b> ケアマネジャー自身が、ケアプランチェックを受けたことで、対象ケースへの支援が変化することはもちろん、それらが次に出会う利用者へも、応用可能な実践力として蓄積されることを狙っている。これらの狙いを実現するため、指導する側・される側相互に評価しあえる独自の『評価ツール』を開発することが求められる。</p> <p><b>（4）多職種参加型ケアプランチェックへの進化</b> 現在、ケアマネジャー以外の職種として、保健師と理学療法士の参画を得ている。今後は、デイサービス・ヘルパー等のサービス提供事業者や、かかりつけ医や管理栄養士等、より多職種の参画を得たいと考えている。 ただし、参画メンバーについては、ケアマネジメントやケアプランについて一定の知識を有することが条件となるほか、スーパービジョンの要素を含む質問技法等の習得が必要となる。</p>
⑬今後の取組予定	<p><b>（1）自立支援型ケアプランとはなにか？その視点が曖昧である。</b> カンファレンス方式のケアプランチェックで明らかにされた、自立支援の視点を蓄積し、整理・分析する。（日本ケアマネジメント学会抄録参照）</p> <p><b>（2）ケアプランチェックの「型」や「ルール」の開発が必要</b> 毎月の主任ケアマネジャーを対象とした「ケアプラン作成技術指導者研修」の中で、より効果的な型やルールの考案と試行・修正を繰り返している。</p> <p><b>（3）ケアプランチェックを評価する指標の導入</b> 主任ケアマネジャーを対象とした上記研修の中で協議し、評価項目を設定する予定。</p> <p><b>（4）多職種参加型ケアプランチェックへの進化</b> 平成25年度は、サービス提供事業者の個別援助計画作成担当者を対象に、ケアプラン研修会を実施予定（3回） 今後、ケアマネジャーの介護支援計画とサービス事業者の個別援助計画が、一</p>





	体的に連動しながら利用者の自立が支援できるよう、事業を組み立てていく予定。
⑭その他	
⑮担当部署及び連絡先	朝来市地域包括支援センター 電話079-672-6125

- ※1 一部地域に限定した実施の場合は、当該地域の人口・高齢化率を( )内に記載してください。
- ※2 市町村から財政的支援が行われている場合には予算額等を含めて記載ください。
- ※3 国や都道府県から財政的支援を受けている場合は、補助金や交付金等の名称、額等を含めて記載ください。





## ○朝来市地域ケア会議設置要綱

平成24年4月1日

### (設置)

第1条 市の地域包括支援センター運営事業実施要綱第5条に基づき、被保険者がどのような状態になった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう、包括的支援の効果的な実施のため、関係者との連携を図る朝来市地域ケア会議を設置する。

### (事業内容)

第2条 地域包括ケアを有効に機能させるため、地域での各種サービス、保健・医療・福祉の専門職、専門機関相互の連携、ボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域における様々な社会資源の有効活用を図り、ネットワークを構築する。

### (会議内容)

第4条 連携を促進する会議を地域ケア会議と位置づける。

- (1) 介護と医療の連携づくりにかかる会議
- (2) 困難事例等個別ケースの検討
- (3) 自立支援に向けたケアプラン検討会
- (4) 地域づくり連携会議 等

### (構成員)

第5条 会議の内容により選定する。

- (1) 地域住民
- (2) 保健・医療・福祉・介護の専門職
- (3) ボランティア等の住民組織
- (4) 行政関係機関の職員

### (庶務)

第6条 地域包括支援センターにおいて行なう。

### (委任)

第7条 この公示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

### 附 則

- 1 この公示は平成24年4月1日から施行する。





ワムネット掲載予定・福祉ジャーナリスト 田中元

## 『介護給付費適正化事業と包括的継続的マネジメントを一体化』

### ～ケアプラン作成技術指導でケアマネジャーの資質向上～

#### 徐々に深まるアセスメント情報

平成 24 年 12 月 11 日、兵庫県朝来市において地域包括支援センター（包括）を含めた市内 10 名の主任ケアマネジャーが「ケアプラン作成技術指導」に集いました。この技術指導は、介護給付費適正化事業の一環として実施されているもので、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが提出した事例を主任ケアマネジャーが検討します。この日は 新人ケアマネジャー・山根一郎さんが「状態が不安定な認知症の人」の事例を提出しました。



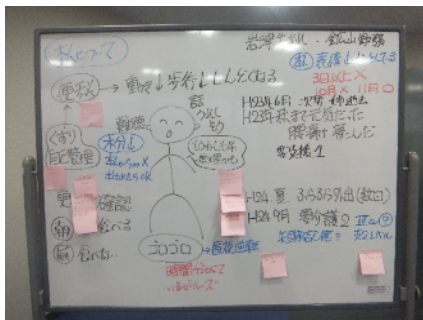
主任ケアマネジャーの司会進行（司会は持ち回りで行なう）に沿って、事例提供者からの事例紹介、それに対する主任ケアマネジャーからの質問 提供者の回答という流れで議事が進んでいきます。徐々に深まっていくアセスメント情報を、包括の主任ケアマネジャー・足立里江さんが手際よくホワイトボードに記します。時間にして1時間 20 分、最後に指導顧問（オブザーバー）として参加している養父市・はちぶせの里の施設長・中野穰さんからコメントが出され、メンバーによる意見交換がなされました。

この作成技術指導は月 1 回行われていて、毎回市内の異なる居宅介護支援事業所から事例提出がなされ、利用者の自立支援に資するケアマネジメントの底上げが図られています。

#### ケアマネジャー支援を体系的に進める

介護保険制度がスタートして 10 年以上が経過する中、保険料の高騰を抑えて制度を持続可能なものにするべく、全国の保険者が「介護給付費適正化事業」に取り組んでいます。これは、ケアプランのチェックなどを通じ、不適切な給付を削減しながら利用者の自立支援を進めるうえで最適なサービスを提供することを目指したものです。

ただし、社会状況が複雑になる中で要介護高齢者とその世帯は様々な困難を抱えやすく、ケアプランを手がけるケアマネジャーが利用者支援に行き詰る場面も見られます。ケアマネ



マネジャーが自信をもって利用者の自立支援を進める環境が築かれないと、介護給付費適正化も掛け声だけに終わりかねません。そこで、兵庫県朝来市では、「介護給付費適正化事業」に「包括的継続的ケアマネジメント事業」を一体化させた取組みを進めたのです。

「包括的継続的ケアマネジメント事業」とは、平成 18 年度に誕生した包括が手掛け、地域のケアマネジャーへのサポートを通じ、利用者にとってのよりよい支援を築くものです。朝来市包括では、このケアマネジャー支援を体系的に進めていく中でケ





アマネジメントの実践的な向上を図り、先の介護給付負適正化へと効果的につなげようとしています。

### 地域のスーパービジョンを高める3ステップ

平成 18 年、朝来市に地域包括が誕生した際、市内のケアマネジャーから包括に年間 153 件の相談が寄せられました。包括に寄せられるケアマネジャー相談の多さは、各事業所内におけるスーパービジョン（部下のケアマネジャーを教育、指導する中で専門家としての熟成を図ること）のニーズが多いことを示しています。

しかしながら、朝来市内の居宅介護支援事業所は小規模な所も多く、事業所内で新人等を指導する主任ケアマネジャーも十分に確保されているとは言えませんでした。平成 24 年 4 月現在でも、朝来市内における 1 事業所あたりのケアマネジャー数は平均 4.2 人、対して主任ケアマネジャー数は平均 1 人です。そこで、朝来市では、「包括だけがケアマネジャー支援を行なうのではなく、『各組織の中でケアマネジャー支援ができる人』を育て、スーパービジョンのノウハウを広げていく」ことを目指しました。



その第一段階として、平成 19 年度から（包括の主任ケアマネジャーなどを中心とした）各事業所の指導的立場にある援助職が集まり、「気づきの事例検討会」をスタートさせました。これは朝来市から市の介護支援専門員協会への委託事業として行なわれ、3 年を 1 クールとして地域における事例検討の基礎を作るためのものです。1 年目に「事例検討会に必要な基礎研修」を、2 年目に「DVD等を参考に事例検討会の“型”」を学び、培われた基礎知識をもとに 3 年目に実際の事例検討を行なうというステップを踏んでいます。

次に重要なのは、各事業所の主任ケアマネジャーに「スーパーバイザーとしての自覚」を持ってもらうことです。そこで、平成 20 年度から、包括主催の市内ケアマネジャー研修において、各グループワークの場で主任ケアマネジャーにファシリテーター（議事進行や議論の合意形成などを務める人）を担ってもらうことになりました。「立場が人を育てる」という言葉がありますが、主任ケアマネジャーが「頼られたり、質問されたり」する中で、各事業所に帰ってからの指導的立場を確立することを狙ったものです。

そのうえで、平成 21 年から「スーパーバイザーの養成事業」がスタート。市内 9 名（当時）の主任ケアマネジャーを対象に、3 年間メンバーを固定しての研修が行われました。

### 技術指導に向けた目標を月ごとに設定



こうした下積みを経て、平成 23 年度から介護給付費適正化事業として、冒頭の「自立支援型ケアプランの作成技術指導」が行われています。「指導する側」である主任ケアマネジャーは、あらかじめ設定された目標を意識しつつ、スーパーバイザーの養成事業で培ったスーパービジョンの要素を取り入れて指導を行ないます。平成 24





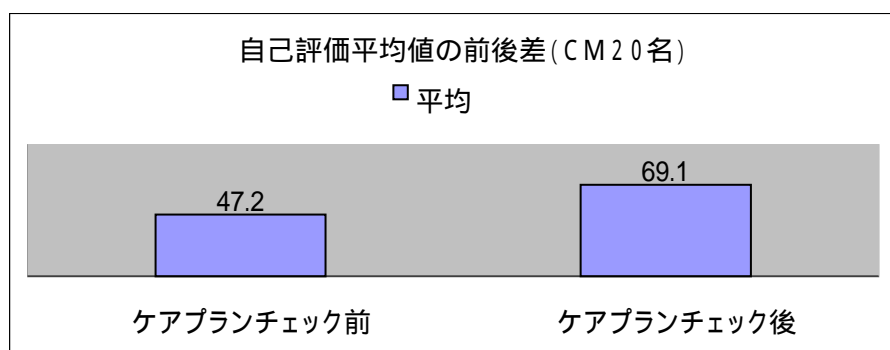


年度の目標は、「自立支援に向けた利用者のニーズ抽出と目標設定について指導ができる」こと。この年度目標を達成するべく、さらに詳細な目標が月ごとに設定されています。12月11日の開催で掲げられた目標は、ニーズを明らかにするためにはどのような情報が必要になるのかが分かる、その情報はどんなアセスメント領域にあるのかが整理できる、ニーズ・目標設定の「5つの視点」(「ニーズ抽出は本人の思いや意向を尊重する」、「利用者・家族の意向や希望が利用者・家族の利益に反する場合は、本人・家族の不利益にならぬようにアドボカシー(弁護・代弁・擁護という意)する」など)に沿った指導ができるというものです。

### 指導前後の自己評価を比較するべくアンケート実施

このケアプラン作成技術指導で特徴的なのは、事例紹介 質問・回答 事例の「見立て」ケアプラン修正案という具合に、具体的に技術指導をどのように進めるかが細かいタイムスケジュールとともに設定されていることです。事例提供者・指導者ともに貴重な時間の中で効率的に議事を進めるという目的のほか、指導スタイルを各主任ケアマネジャーが体感し、各事業所に帰ってからの日常的なケアプラン指導に活かす狙いもあります。

もう一つ注目すべき点は、事例提供者であるケアマネジャーに対し、この技術指導にあたっての「自己評価アンケート」を記入してもらうことです。平成23年度は、先にあげた「5つの視点」についての理解度を技術指導の前後で自己採点をしてもらいました。結果は、技術指導前の平均点が(100点満点中)47.2点であったのに対し、指導後は69.1点へと上昇しました。このようなアンケートによってケアマネジャーの技能向上を可視化し、次年度の目標設定に活かしていこうというものです。国は現在、ケアマネジャーの資質向上に向けた検討を行なっていますが、現場の保険者レベルでも、「ケアマネジャーの力をいかにアップさせるか」についてのノウハウが深まろうとしています。



拠点名 朝来市地域包括支援センター  
 運営者名 兵庫県朝来市  
 所在地 兵庫県朝来市和田山町東谷213-1  
 電話番号 079-672-6125  
 FAX 079-672-4109  
 拠点種類 地域包括支援センター(行政直営型)  
 開所時期 平成18年4月1日





# 平成24年度 朝来市介護給付費適正化事業評価報告書 (ケアマネジャー自己評価アンケートより)

平成25年2月4日作成

## 1 調査概要

1	朝来市の概要	<p>(1) 総人口 33,295人  (2) 高齢者人口 9,914人  (3) 高齢化率 29.8%  (4) 居宅介護支援事業所数 9箇所  (5) 居宅ケアマネジャー数 21人  (6) 居宅主任ケアマネジャー数 9人</p> <p style="text-align: right;">} <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">合計30人</span></p>
2	事業概要	<p>市内介護支援専門員が「自立支援型ケアプラン」を作成し、そのケアプランに基いたサービスが利用者に届けられるよう、包括的継続的ケアマネジメント事業・事業所内における「ケアプラン作成技術指導」と、一体的に実施する。</p>
3	ビジョンと目標	<p>ビジョン：介護支援専門員が、「自立支援」に資する適切なケアプランを作成できる。  24年度目標：「自立支援」に向けた利用者の「ニーズ抽出」と、「目標設定」ができる。</p>
4	具 体 策	<p>①主任ケアマネジャーが、ニーズ抽出と目標設定の視点、カンファレンス運営方法を学ぶ。(月1回)  ②事業所内でも、カンファレンス方式のケアプランチェックを実施する。  ②地域包括が年1回、事業所に出向き介護支援専門員の技術指導にあたる。  ③技術指導を受けた介護支援専門員は、チェックシートで自己評価を行う。</p>
5	評価項目 (中野講師作成)	<p>(1) あくまでも利用者の「目標」であること。  (2) 利用者、家族、ケアマネジャーのニーズのバランスを考えていること。  (3) 活動と参加(役割)で具体的に表現されていること(サービス内容の設定が具体的に可能、モニタリングが可能であること)  (4) 解決すべき課題(ニーズ)と「長期目標」、「短期目標」の整合性があること。  (5) 設定期間内に、達成可能であると見込まれていること。</p>
6	方 法	<p>(1) 市内居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、1人3ケースのケアプラン1～3表」及びアセスメント表を、地域包括へ提出する。  (2) ケアプラン作成技術指導者(地域包括担当職員・市内主任介護支援専門員)の研修を行い、「自立支援型ケアプラン」の注意点と評価の指標を統一する。  (3) 地域包括担当職員が、各事業所主任ケアマネジャーと協働で、カンファレンス方式のケアプランチェックを実施する。  (4) ケアプランチェックを通じた課題や疑問点を抽出し、ケアプラン作成技術指導者に対して研修を行う(平成25年2月5日)  (5) ケアプランチェックの評価結果をとりまとめ、市内介護支援専門員へ報告する。</p>





## 2 自己評価アンケート集計結果（全体）

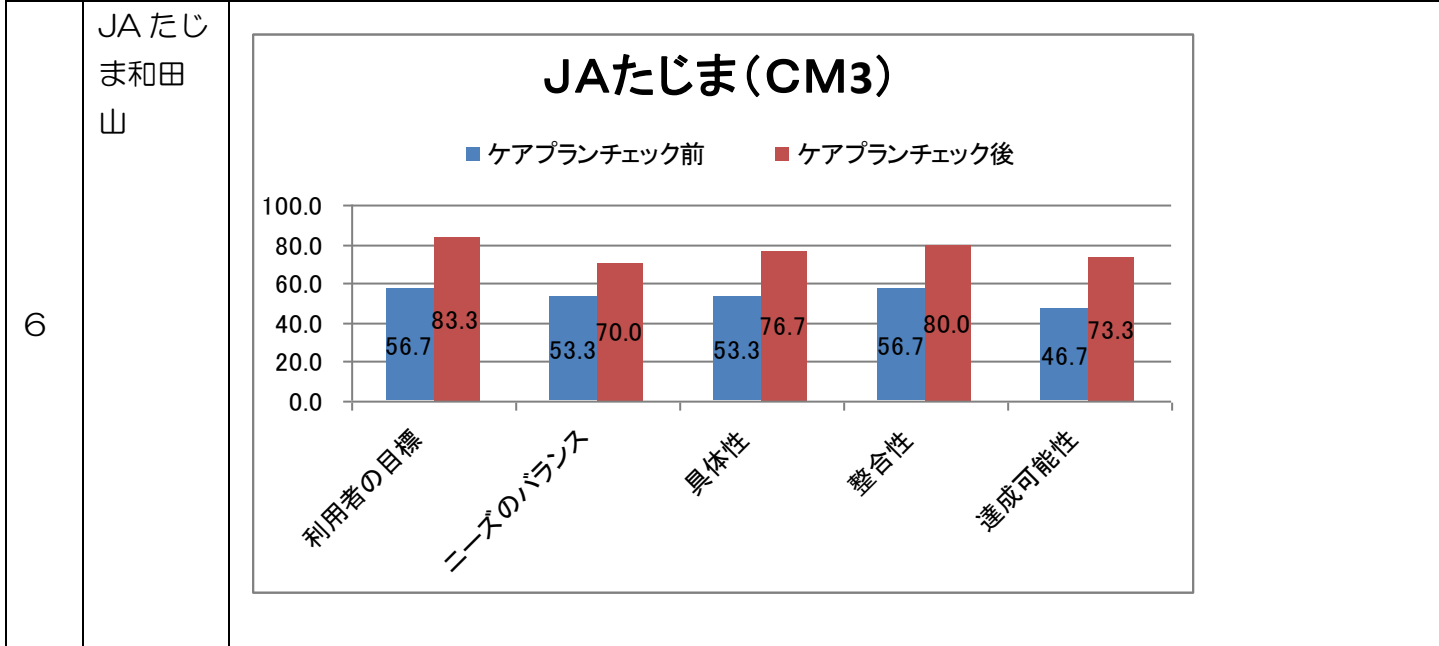
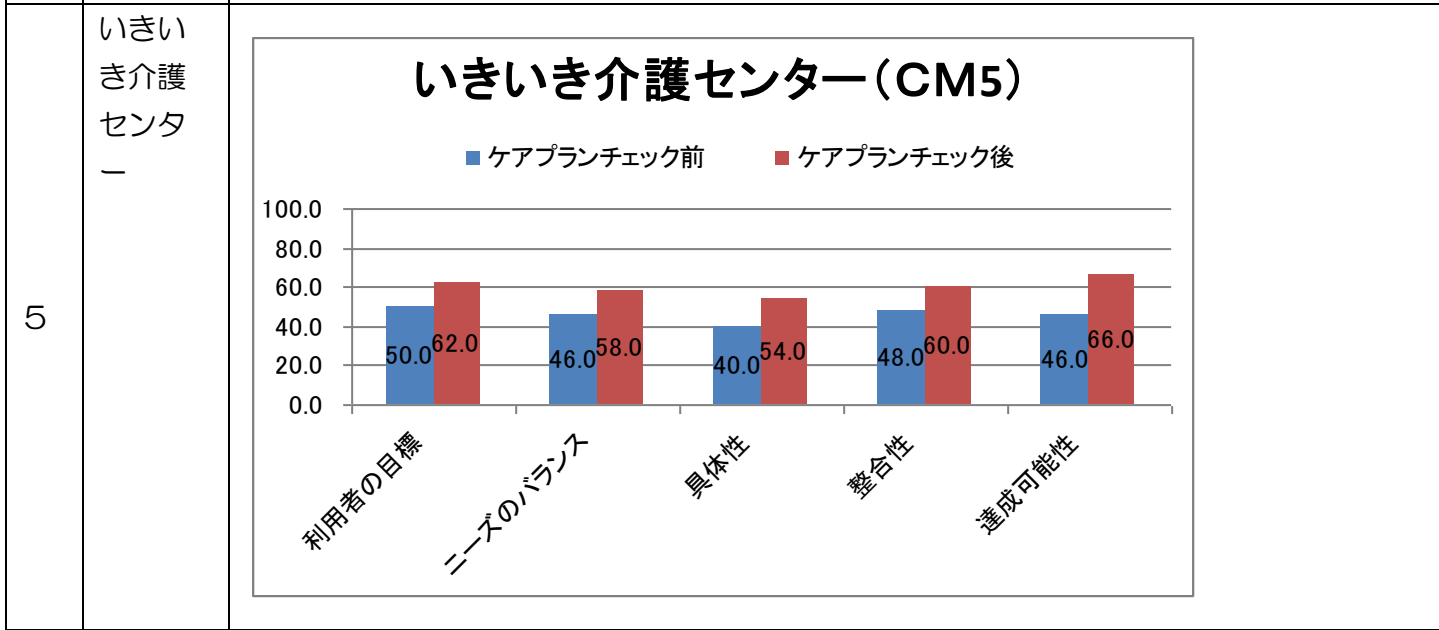
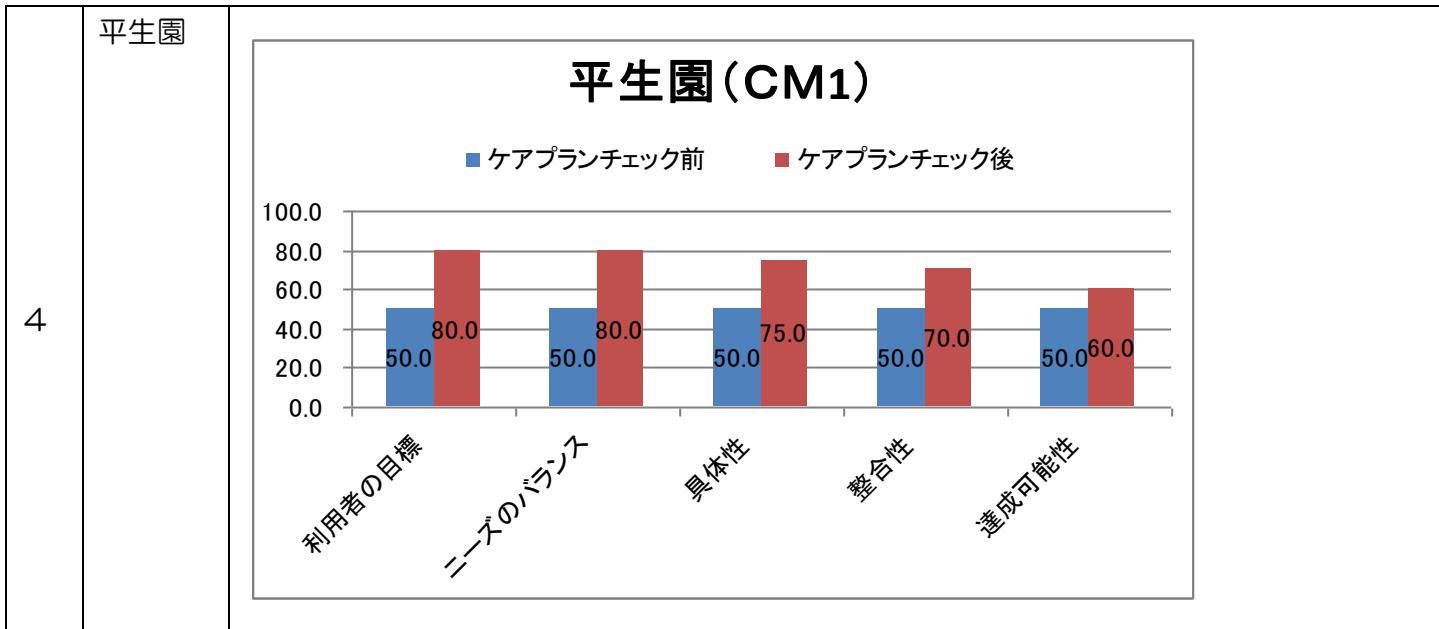
NO	項目	グラフ	現 状																		
1	経験年数	<p style="text-align: center;">経験年数</p> <table border="1"> <caption>経験年数分布</caption> <thead> <tr> <th>経験年数</th> <th>割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5年以上</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>3年未満</td> <td>38%</td> </tr> <tr> <td>3年以上5年未満</td> <td>33%</td> </tr> </tbody> </table>	経験年数	割合	5年以上	29%	3年未満	38%	3年以上5年未満	33%	<ul style="list-style-type: none"> <li>●CM21名の平均経験年数は、3.8年である。</li> </ul>										
経験年数	割合																				
5年以上	29%																				
3年未満	38%																				
3年以上5年未満	33%																				
2	ケアプランチェック前後の自己評価平均点（全体）	<p style="text-align: center;">自己評価平均値（CM21）</p> <table border="1"> <caption>自己評価平均値（CM21）</caption> <thead> <tr> <th>時期</th> <th>平均点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ケアプランチェック前</td> <td>51.7</td> </tr> <tr> <td>ケアプランチェック後</td> <td>69.8</td> </tr> </tbody> </table>	時期	平均点	ケアプランチェック前	51.7	ケアプランチェック後	69.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ケアプランチェック前は理解度 51.7点、指導後は69.8点であった。（昨年 47.2⇒69.1点）</li> <li>●前後差は、18.10点である。（昨年 21.9点）</li> </ul>												
時期	平均点																				
ケアプランチェック前	51.7																				
ケアプランチェック後	69.8																				
3	ケアプランチェック前後の自己評価平均点（全体）	<p style="text-align: center;">自己評価平均値（項目別：CM21）</p> <table border="1"> <caption>自己評価平均値（項目別：CM21）</caption> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>ケアプランチェック前</th> <th>ケアプランチェック後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>利用者の目標</td> <td>55.7</td> <td>75.2</td> </tr> <tr> <td>ニーズのバランス</td> <td>51.9</td> <td>68.6</td> </tr> <tr> <td>具体性</td> <td>49.5</td> <td>67.4</td> </tr> <tr> <td>整合性</td> <td>52.9</td> <td>70.5</td> </tr> <tr> <td>達成可能性</td> <td>48.6</td> <td>67.1</td> </tr> </tbody> </table>	項目	ケアプランチェック前	ケアプランチェック後	利用者の目標	55.7	75.2	ニーズのバランス	51.9	68.6	具体性	49.5	67.4	整合性	52.9	70.5	達成可能性	48.6	67.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>●指導後に理解度が低いのは、「達成可能性」・「具体性」・「ニーズのバランス」等の項目である。</li> <li>●理解しやすかったのは「利用者の目標」であった。</li> </ul>
項目	ケアプランチェック前	ケアプランチェック後																			
利用者の目標	55.7	75.2																			
ニーズのバランス	51.9	68.6																			
具体性	49.5	67.4																			
整合性	52.9	70.5																			
達成可能性	48.6	67.1																			

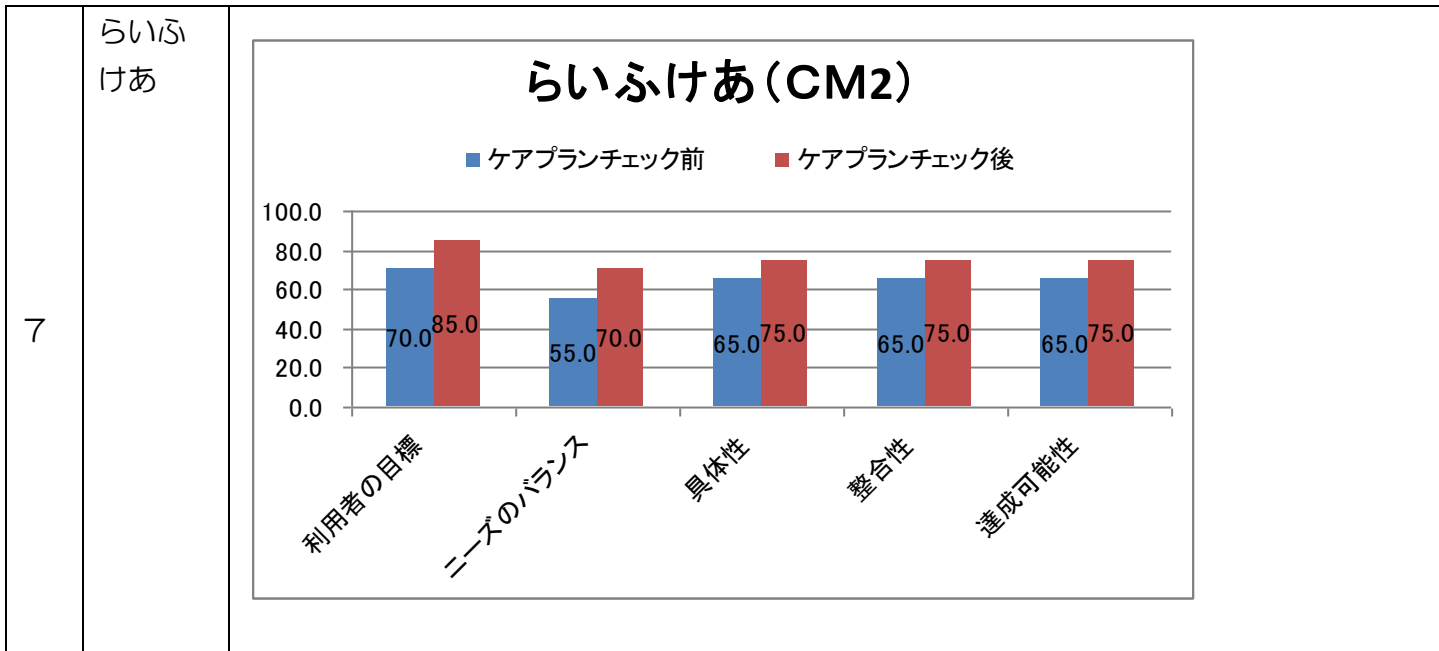


### 3 ケアプランチェック前後の点数（事業所別）

NO	事業所名																			
1	あさがおホール	<p><b>あさがおホール(CM2)</b></p> <p>■ ケアプランチェック前 ■ ケアプランチェック後</p> <table border="1"><thead><tr><th>項目</th><th>ケアプランチェック前</th><th>ケアプランチェック後</th></tr></thead><tbody><tr><td>利用者の目標</td><td>60.0</td><td>85.0</td></tr><tr><td>ニーズのバランス</td><td>55.0</td><td>80.0</td></tr><tr><td>具体性</td><td>65.0</td><td>80.0</td></tr><tr><td>整合性</td><td>55.0</td><td>85.0</td></tr><tr><td>達成可能性</td><td>65.0</td><td>80.0</td></tr></tbody></table>	項目	ケアプランチェック前	ケアプランチェック後	利用者の目標	60.0	85.0	ニーズのバランス	55.0	80.0	具体性	65.0	80.0	整合性	55.0	85.0	達成可能性	65.0	80.0
項目	ケアプランチェック前	ケアプランチェック後																		
利用者の目標	60.0	85.0																		
ニーズのバランス	55.0	80.0																		
具体性	65.0	80.0																		
整合性	55.0	85.0																		
達成可能性	65.0	80.0																		
2	いくの喜楽苑	<p><b>いくの喜楽苑(CM5)</b></p> <p>■ ケアプランチェック前 ■ ケアプランチェック後</p> <table border="1"><thead><tr><th>項目</th><th>ケアプランチェック前</th><th>ケアプランチェック後</th></tr></thead><tbody><tr><td>利用者の目標</td><td>50.0</td><td>76.0</td></tr><tr><td>ニーズのバランス</td><td>52.0</td><td>72.0</td></tr><tr><td>具体性</td><td>42.0</td><td>66.0</td></tr><tr><td>整合性</td><td>48.0</td><td>70.0</td></tr><tr><td>達成可能性</td><td>38.0</td><td>58.0</td></tr></tbody></table>	項目	ケアプランチェック前	ケアプランチェック後	利用者の目標	50.0	76.0	ニーズのバランス	52.0	72.0	具体性	42.0	66.0	整合性	48.0	70.0	達成可能性	38.0	58.0
項目	ケアプランチェック前	ケアプランチェック後																		
利用者の目標	50.0	76.0																		
ニーズのバランス	52.0	72.0																		
具体性	42.0	66.0																		
整合性	48.0	70.0																		
達成可能性	38.0	58.0																		
3	緑風の郷	<p><b>緑風の郷(CM3)</b></p> <p>■ ケアプランチェック前 ■ ケアプランチェック後</p> <table border="1"><thead><tr><th>項目</th><th>ケアプランチェック前</th><th>ケアプランチェック後</th></tr></thead><tbody><tr><td>利用者の目標</td><td>63.3</td><td>73.3</td></tr><tr><td>ニーズのバランス</td><td>56.7</td><td>66.7</td></tr><tr><td>具体性</td><td>53.3</td><td>66.7</td></tr><tr><td>整合性</td><td>56.7</td><td>66.7</td></tr><tr><td>達成可能性</td><td>50.0</td><td>66.7</td></tr></tbody></table>	項目	ケアプランチェック前	ケアプランチェック後	利用者の目標	63.3	73.3	ニーズのバランス	56.7	66.7	具体性	53.3	66.7	整合性	56.7	66.7	達成可能性	50.0	66.7
項目	ケアプランチェック前	ケアプランチェック後																		
利用者の目標	63.3	73.3																		
ニーズのバランス	56.7	66.7																		
具体性	53.3	66.7																		
整合性	56.7	66.7																		
達成可能性	50.0	66.7																		







※今回のアンケート調査は、あくまでもケアプランチェックを受けたケアマネジャー本人の主観的評価であり、実際の理解度や実践力とは比例しない場合も多いと考えられる。

## 5 まとめ

今後の課題 (まとめ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●目標設定に対する理解度は、指導前 51.7 点、指導後 69.8 点であった。(成長点数 18.1)</li> <li>●昨年度のニーズ抽出に対する理解度は、指導前 47.2 指導後 69.1 であった。(成長点数 21.9)</li> <li>●ニーズ抽出よりも目標設定の方が、その理解が得やすかったと思われる。また逆にいうと、目標設定はニーズ理解がしっかりできていなければ、ケアプランに標記できないものである。</li> <li>●今後の課題として、ニーズ抽出、目標設定を踏まえ、社会資源活用に進むことが求められている。</li> <li>●その際には、本事業で実施するカンファレンス方式のケアプランチェックと、事業所内での日常的な指導・教育を重層的に実施することで、その効果が得られると思われる</li> <li>●よって、主任 CM は、ケアプラン作成技術指導を行う上で、アセスメントやニーズ抽出の視点、目標設定や社会資源の活用等を、事例に合わせて、部下や後輩に説明できる技量を身につけることが必要である。</li> </ul>
----------------	--



# 自立支援型ケアプラン作成・実施 展開構想

## 1 「自立支援型ケアプラン」実施に向けた事業所間ネットワークの構築

### (1) 自立支援型ケアプランの作成（ケアマネジャー）

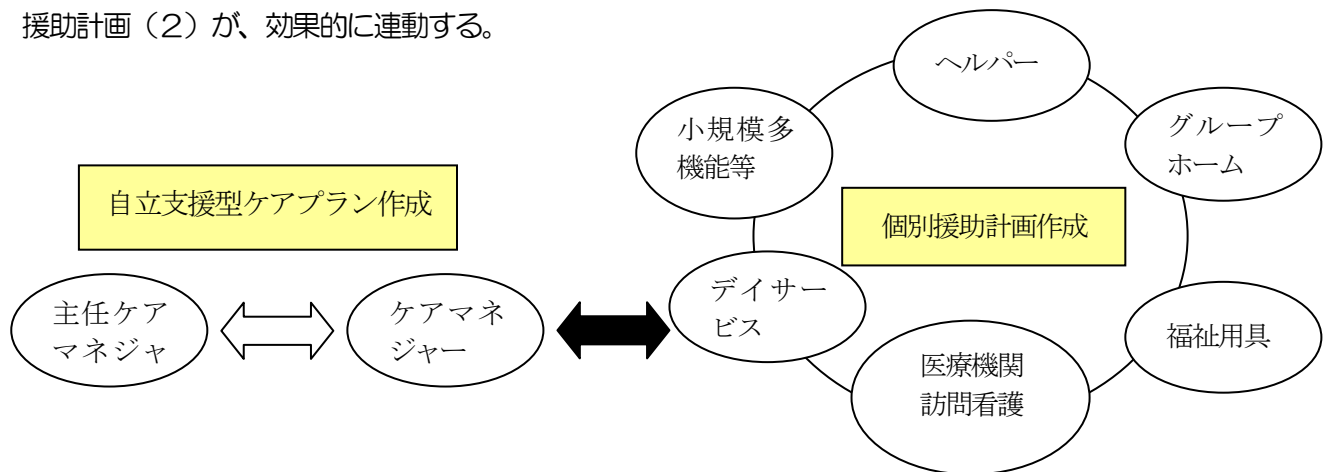
- 平成24年度の目標 : 主任ケアマネジャーが部下や後輩へ、「自立支援型ケアプラン」の指導教育ができる。(事業所の枠を超えて)
- 平成25年度の目標 : ケアマネジャーが自立支援型ケアプランを作成し、根拠を持ってサービス事業者に説明できる。

### (2) 自立支援型ケアプランの実施（サービス提供事業所）

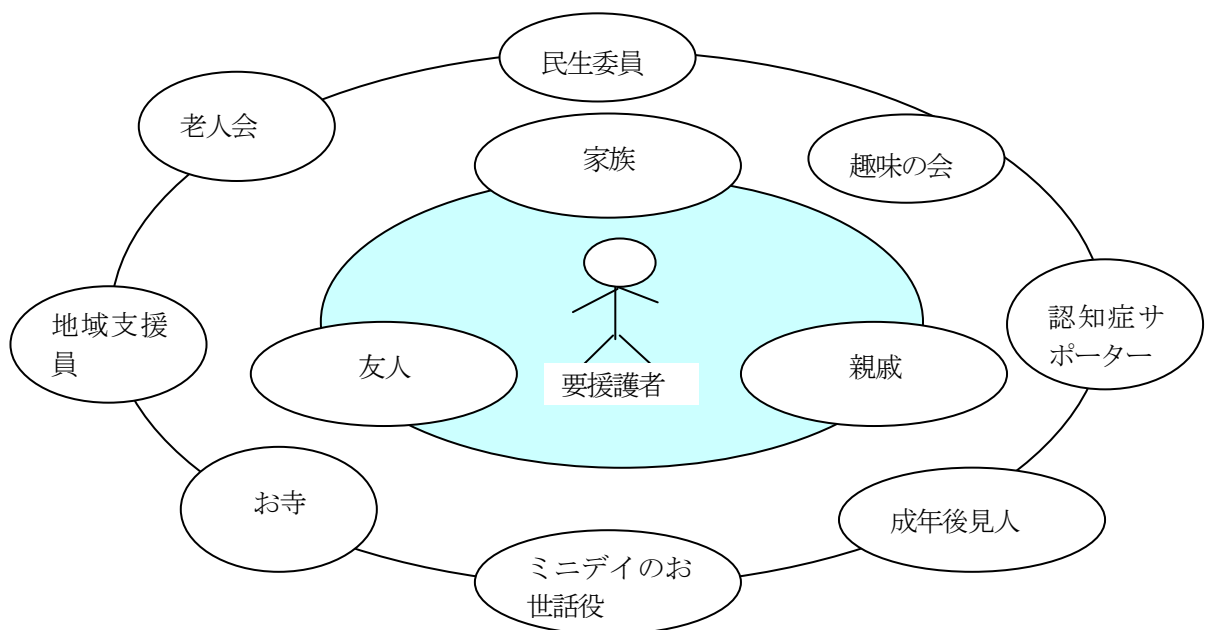
- 平成26年度の目標 : 各サービスごとに、事業所間ネットワークが確立され、課題の共有と解決策の模索ができる。
- 平成28年度の目標 : 個別援助計画に基づいた「自立支援型ケア」が利用者へ提供される。

### (3) ケアマネジャーのケアプランと、個別援助計画が連動する。

- 平成29年度の目標: ケアマネジャーの自立支援型ケアプラン(1)と、サービス提供事業所の個別援助計画(2)が、効果的に連動する。



## 2 「自立支援型ケアプラン」実施に向けた住民間ネットワークの構築



※平成32年：事業所間ネットワーク（フォーマル）と住民間ネットワーク（インフォーマル）が効果的に連動する。利用者一人ひとりのニーズに応じた「ソーシャルサポートネットワーク」をケアマネジャーがコーディネートする。





# 医療と介護の連携づくり

## ～課題の発見から「連携の仕組み」への転換～（兵庫県朝来市）

### 『朝来市在宅医療連携会議』の取組み

- 医療・介護の連携にかかる課題を抽出し、対応策(仕組み・ルール)の検討・実行・評価を行なう。
- 参加者23名(開業医・MSW・NS・ケアマネジャー等)・年間5回開催

### 成果

- (1) 医師への意見照会様式の統一(稼働率78%)
- (2) 開業医との連携一覧表作成(訪問・電話での連携14%)
- (3) 入退院時連携マニュアルの作成(退院時連携87%)
- (4) 合同研修会と懇親会

これらの取組みの結果、  
『医師との連携が困難と感じているケアマネジャーの割合』は減少  
(平成19年67%⇒平成21年40%⇒平成23年18%)

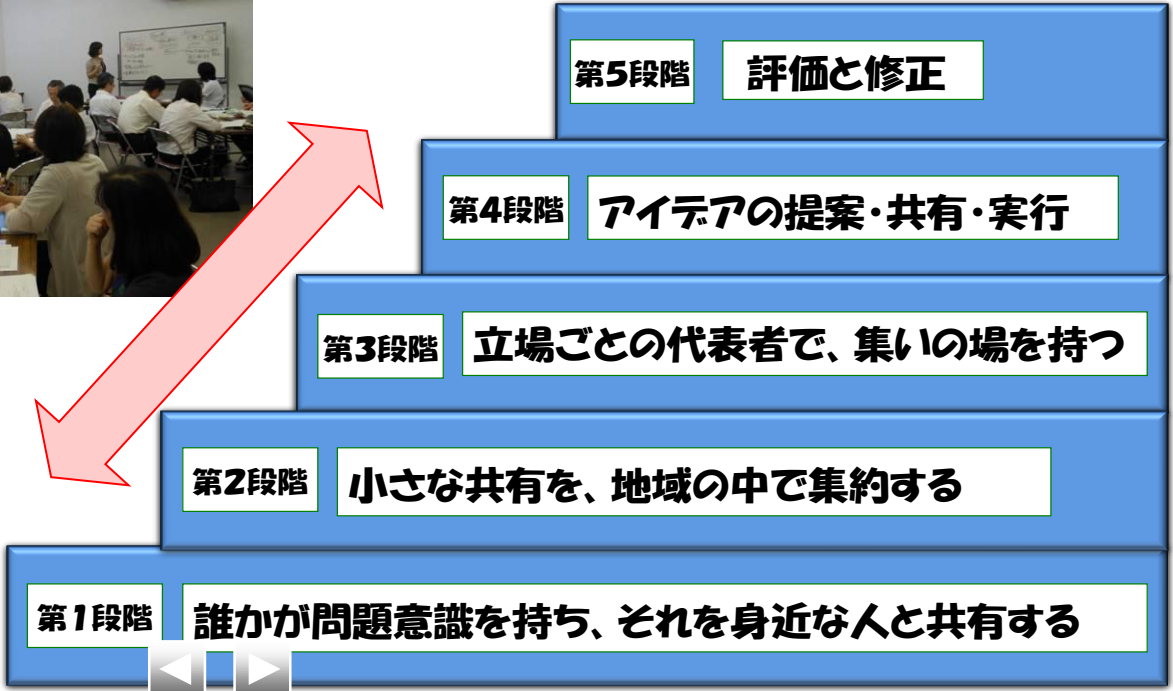
懇親会で話しやすい関係づくり



多少時間がかかっても、  
多職種で合意を得る  
プロセスを大切に



利用者のニーズを持ち寄り、検討し、作り上げていく。第1～5段階を繰り返すことが大切。







## 地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例（様式）

①市区町村名	朝来市
②人口（※1）	33,295人（平成25年1月1日現在）
③高齢化率（※1） （65歳以上、75歳以上それぞれについて記載）	65歳以上・・・9,914人（29.8%） 75歳以上・・・5,924人（17.8%）  （平成25年1月1日現在）
④取組の概要	【介護・医療連携の仕組みづくり】 地域住民の身体状況や生活方法・場所の変化に合わせた適切なケアが、継続的に提供されるよう、医療・介護・保健・福祉に携わる多職種の相互連携を推進する。
⑤取組の特徴	<p>●朝来市在宅医療連携会議について</p> <p>1 概要</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2ヶ月に1回、13：30～15：00の時間帯で開催し、入院・退院・在宅療養の課題を抽出し、課題解決のための対応策の検討、実行の決定、評価を行っている。</li> <li>・連携会議の委員は23名。開業医5名、医療ソーシャルワーカー4名、病棟看護師3名、ケアマネジャー8名、県職員3名（県高齢社会課・但馬長寿の郷・保健所）で構成され、事務局は6名（行政職2名、包括支援センター職員4名）である。《平成24年度》</li> </ul> <p>2 機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個別に解決していた問題を、地域の問題としてとらえ、医療・介護等、多職種で囲むテーブルにのせる。</li> <li>・それらの問題に対応・解決していく方法を、市内全域の“仕組み”“ルール”として取り決め、実行する。</li> <li>・研修会を開催し、“仕組み”や“ルール”の普及啓発に取り組む。</li> <li>・実行後は、現場の意見を取り入れ、評価と修正を行う。</li> </ul> <p>3 成果</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（1）医師への意見照会様式の統一・・・平成23年度：稼働率78%</li> <li>（2）開業医との連携一覧表作成・・・平成23年度：訪問・電話での連携14%</li> <li>（3）入退院時連携マニュアルの作成・・・平成23年度：退院時連携87%</li> <li>（4）合同研修会と懇親会・・・ケアマネジャーの声「医師と話しやすくなった」</li> </ul> <p><u>これらを通じた連携の成果</u></p> <p>⇒<u>医師との連携が困難と感じているケアマネジャーの割合</u> 平成19年67%・平成21年40%・平成23年18%</p> <p>4 工夫している点</p> <p><u>（1）目標を共有すること</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・立場や価値観・専門性の違う職種同士の連携は、利害関係が対立する場面も多い。例えば、退院前の時期。ケアマネジャーは、本人・家族の不安の訴えにじ</li> </ul>



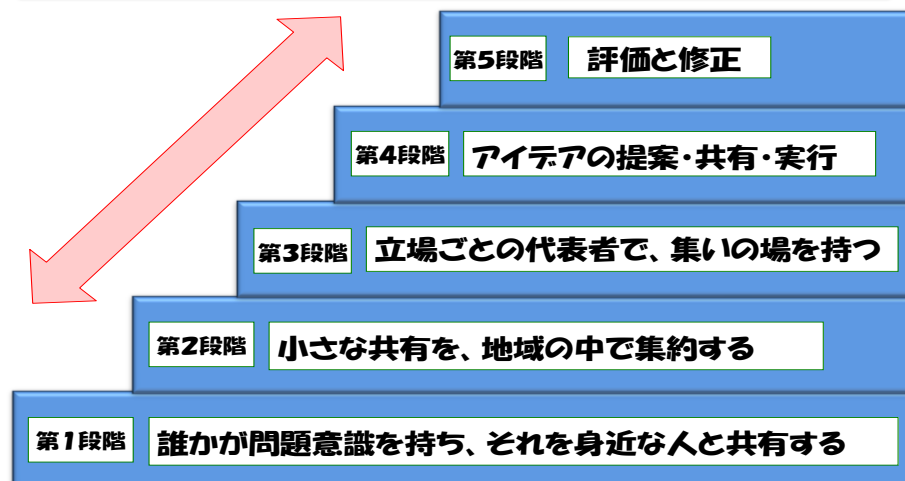


つくりと耳を傾けたいと思うことが多いが、医療側は、早期退院のためのサービス調整を求めることが多い。介護と医療、在宅と病院の垣根から、相手の果たそうとする役割が互いに見えず、「連携の困難さ」がお互いの「不平・不満」を生む場面もよくある。しかし、自分たちの「不平・不満」ばかりを、会議のテーブルにのせていたのでは、「自分達の仕事をしやすくするための連携や仕組みづくり」となり、「対立」や「不満」を増幅させてしまうことも多々ある。そこで、会議の中では、常に基本に立ち返り、「誰のための」「何のための」連携なのかを繰り返し共有するよう心がけた。

### (2) 仕組みづくりのプロセスを大切にすること

- ・平成19年度の「退院時連携マニュアル」は、関係機関へのヒアリングをほとんど行わず、地域包括支援センターが独自で作成したために、仕組みそのものが風化し、2年後には、41%のケアマネジャーが「マニュアルの存在を知らない」と回答するに至った。
- ・このことから、地域包括支援センターだけで作る「連携の仕組み」は、効果的に稼働しないことを学んだ。
- ・やはり、時間はかかるが、多職種で意見を出し合い、議論しながら“つくりあげていくプロセス”を大切にしなければ、せっかくの「仕組み」も、利用者の生活を支えるものにならないのである。
- ・そこで、朝来市では、これら“仕組みづくりのプロセス”を第1～5段階に分け、ひとつ一つの段階を意識しながら、多職種で足並みをそろえ、丁寧にあゆむことを心がけた。
- ・特に、第5段階の評価と修正では、一度作った“仕組み”を、専門職の意見を集めて点検し、使いやすいよう修正する作業を重要視している。
- ・また、この作業をケアスタッフ全体で実施することにより、“仕組み”そのものの普及啓発につなげ、ひいては、現場で働く一人ひとりが、第1段階の“問題意識を持つ”きっかけとなるよう工夫している。
- ・このように、この第1～5段階を、何回も繰り返し歩むことで、介護・医療の連携の仕組みが成熟していくと考えている。

## 朝来市 介護・医療連携システムの成熟過程





	<p>(3) 親睦を深めること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>朝来市ケアマネジャー協会との協賛で、年1回、医師会、ケアマネジャー協会、医療ソーシャルワーカー、訪問看護等の合同研修会と親睦会を開催している。これらの会を実施することで、医師からは「連携の密度が増した」「直接話をする機会が増えた」という声があり、また、ケアマネジャーからは「話がしやすくなった」「協力してくれる医師が増えた」という感想が聞かれた。</li> </ul>
⑥開始年度	平成19年度
⑦取組のこれまでの経緯	<p>平成17年度に旧4町が合併し、旧町時代の医療・介護の連携体制が、機能しにくくなり、「在宅療養」「入院時」「退院時」「カンファレンス」等、様々な場面で連携に関する問題が発生した。</p> <p>平成18年度、地域包括支援センターが設置されると同時に、医療・介護に携わる現場スタッフから、その連携方法に関する苦情や不満が寄せられた。それに対して、地域包括支援センターは、一つ一つの問題の調整や解決にあたっていた。</p> <p>しかし、翌年の平成19年度には、「同じ問題が地域の中で何度も起きている」「その都度解決しても、また同じことが起こる」という問題意識を持つに至った。</p> <p>これらの経験から、一つ一つの問題に対して、個別に対応するのではなく、地域の中で「仕組み」や「ルール」を作ることが必要であり、そのためには、関係機関のスタッフが一同に会し、議論する「場」の設定が必要不可欠であると考えた。</p> <p>そこで、『朝来市在宅医療連携会議』を立ち上げることにした。</p> <p>本会議の立ち上げにあたり、平成19年度に朝来市医師会の総会に出席し、調整を図った。その結果、会長・副会長・在宅医療連携担当医の3名が朝来市在宅医療連携会議に出席することとなった。市医師会との調整が、最も困難と感じていたこともあり、これをクリアすることで、仕組みづくりに向けた動きや意思疎通がスムーズとなった。</p> <p>医療ソーシャルワーカーとの調整については、普段から問題意識を共有していたので、参加はスムーズだった。調整の結果、八鹿病院、和田山病院、梁瀬医療センター、神崎病院からの出席が決定した。</p> <p>ケアマネジャーは、各法人から代表者一人ずつの出席を求めた。出席者は各法人内の意向を代表し、且つ当該法人内での周知等を円滑に行える者とした。</p> <p>平成19年度末には、介護と医療の連携システムの中核機関として、『朝来市在宅医療連携会議』が組織され、22年度からは、2ヶ月に1回の定例開催となった。</p>
⑧主な利用者と人数	連携会議の委員は23名・事務局6名
⑨取組の実施主体及び関連する団体・組織	<p>実施主体：朝来市地域包括支援センター（行政直営）</p> <p>関連する組織：生野地域包括支援センター（委託）との協働実施</p>
⑩市区町村の関与（支援等）（※2）	<p>行政直営</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>包括的継続的ケアマネジメント事業から、事務費等拠出</li> </ul>





⑪国・都道府県の関与（支援等）（※3）	兵庫県高齢社会課からの会議運営等に関する人的支援（平成24年度） 平成24年度地域ケア広域会議モデル事業（講演会講師報償費、旅費）
⑫取組の課題	<p><b>1 評価と修正の手法</b></p> <p>介護・医療連携にかかる“仕組み”の稼動状況の把握と、評価・修正の手法が課題である。現行では、2年に1度のアンケートや、関係機関から寄せられる体験談や意見により、現状把握に努めている。また、年に1度は、全地域ケアスタッフを対象とした研修会・グループワークを開催し、意見集約に努めている。</p> <p>しかしながら、立場や視点が変われば“問題”が異なることも多く、医師からの苦情と、ケアマネジャーの意見が対立することも多い。</p> <p>そんな中で、一つ一つの“仕組み”について、評価するための指標が定めにくく、またそれに伴う“修正”にも困難を伴っている。</p> <p><b>2 テーブルにのせる議題の選定</b></p> <p>その専門領域や立場の違いによって、「連携の課題」に対する優先度や緊急性の判断には、ズレが伴うことが多い。例えば、保健所からは「うつ・自殺に係る連携」、ケアマネジャーからは「様式の統一」、医師からは「難病・ターミナルの在宅療養」というように、様々な課題が挙げられている。それぞれの課題に対して、重要性・緊急性の度合いを測り、優先順位をつけていく作業に課題を感じている。</p> <p><b>3 お互いの立場や専門性の理解</b></p> <p>今後は、お互いの立場や専門性、それに伴う“価値の違い”を、「いかに知り合えるか？」が、連携を促進するための課題と考えている。</p> <p>例えば、ケアマネジャーの病棟実習、病棟看護師の居宅ケアマネジメント実習や、困難事例の事例検討会等を模索中である。</p> <p><b>4 文書のやり取り</b></p> <p>文書のやりとりに時間がかかっていることが課題のひとつである。サービス担当者会議・意見書などを含めて文書が多い。将来的には、リアルタイムでネットワーク通信できるシステムが必要と感じている。</p> <p><b>5 広域化連携</b></p> <p>県内各エリアで、連携方法やシステムが異なっていることが課題である。</p> <p>現行では各市町村で、医療・介護の連携にかかる仕組みづくりを行なっているが、但馬エリアの連携パスとの兼ね合いが不明瞭であったり、市単位で違うマニュアルや照会文書を使用していることで、医療機関の業務に混乱を招いている。</p> <p>現在、兵庫県介護支援専門員協会但馬支部では、各エリアの代表担当者が集い、介護と医療の広域化連携に向けた委員会を開催している。今後は、それぞれの市町村で作った“連携の仕組み”を広域化する必要があると考えている。</p>
⑬今後の取組予定	●平成25年度 在宅医療連携会議 6月・8月・10月・12月・2月の5回開催予定。（2月は地域ケアスタッフを対象とした拡大検討会）





	●朝来市ケアマネジャー協会との協働開催 10月に研修会と懇親会 ●25年度の検討内容については、アンケートにより参加委員の意見を聴取し、合意を得ながら決定していく予定。
⑭その他	
⑮担当部署及び連絡先	朝来市地域包括支援センター 電話079-672-6125

- ※1 一部地域に限定した実施の場合は、当該地域の人口・高齢化率を( )内に記載してください。
- ※2 市町村から財政的支援が行われている場合には予算額等を含めて記載ください。
- ※3 国や都道府県から財政的支援を受けている場合は、補助金や交付金等の名称、額等を含めて記載ください。





平成23年12月10日 但馬長寿の郷地域ケア研究会

# 暮らしを支える仕組みづくり ～介護と医療の連携システム～



(2009/09 月刊ケアマネジャー掲載写真)

朝来市地域包括支援センター主任介護支援専門員 足立里江





# 朝来市の医療連携・それぞれの立場

聞きたいことがあっても、忙しいので、遠慮してしまいます。



連絡なしに、急に退院になるケースがあるんです。

**ケアマネジャー 37人**

サービス担当者会議ってなんなの？



**開業医20か所**



**在宅要援護高齢者  
約1,000人**

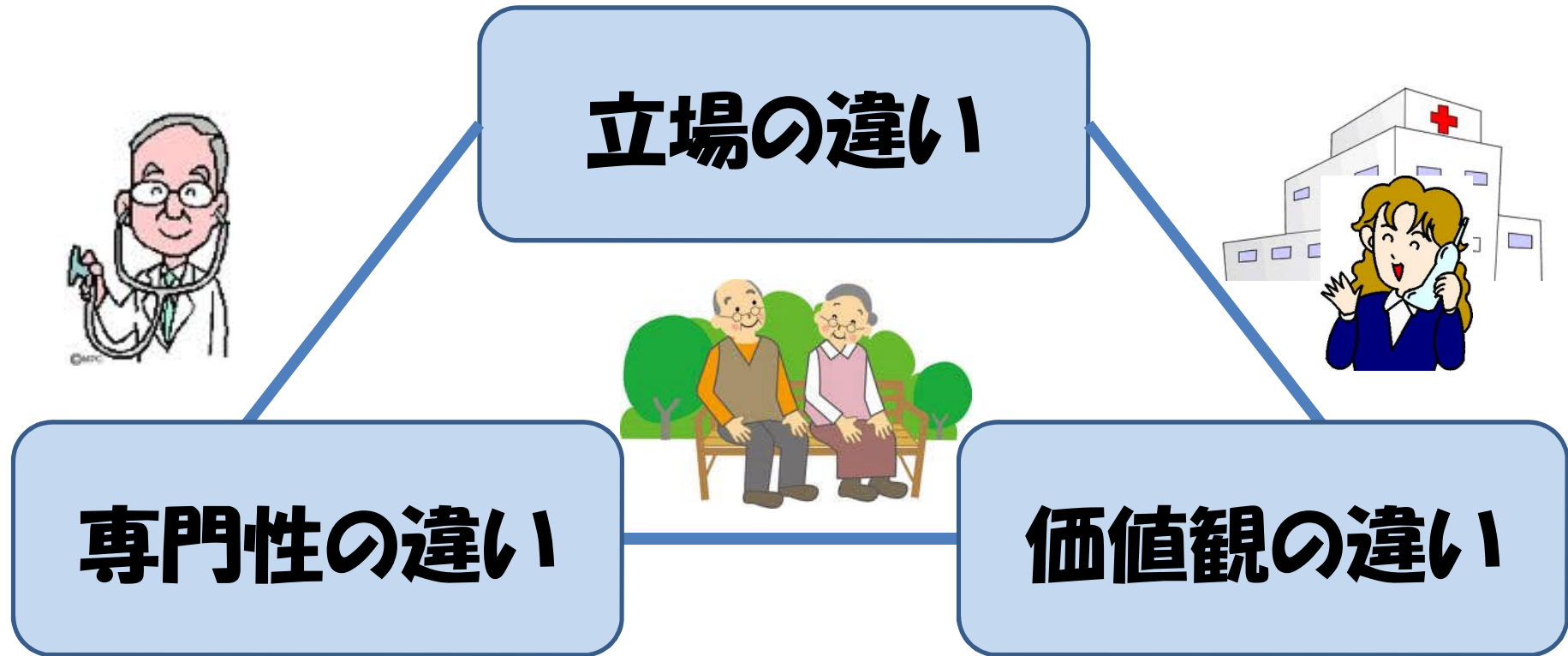
入院患者さんのケアマネジャーが誰だか分からないのよ。



**入院医療機関  
7か所**



**違うからこそ連携のしにくさがあり、  
違うからこそ生活を支える大きな力がある。**

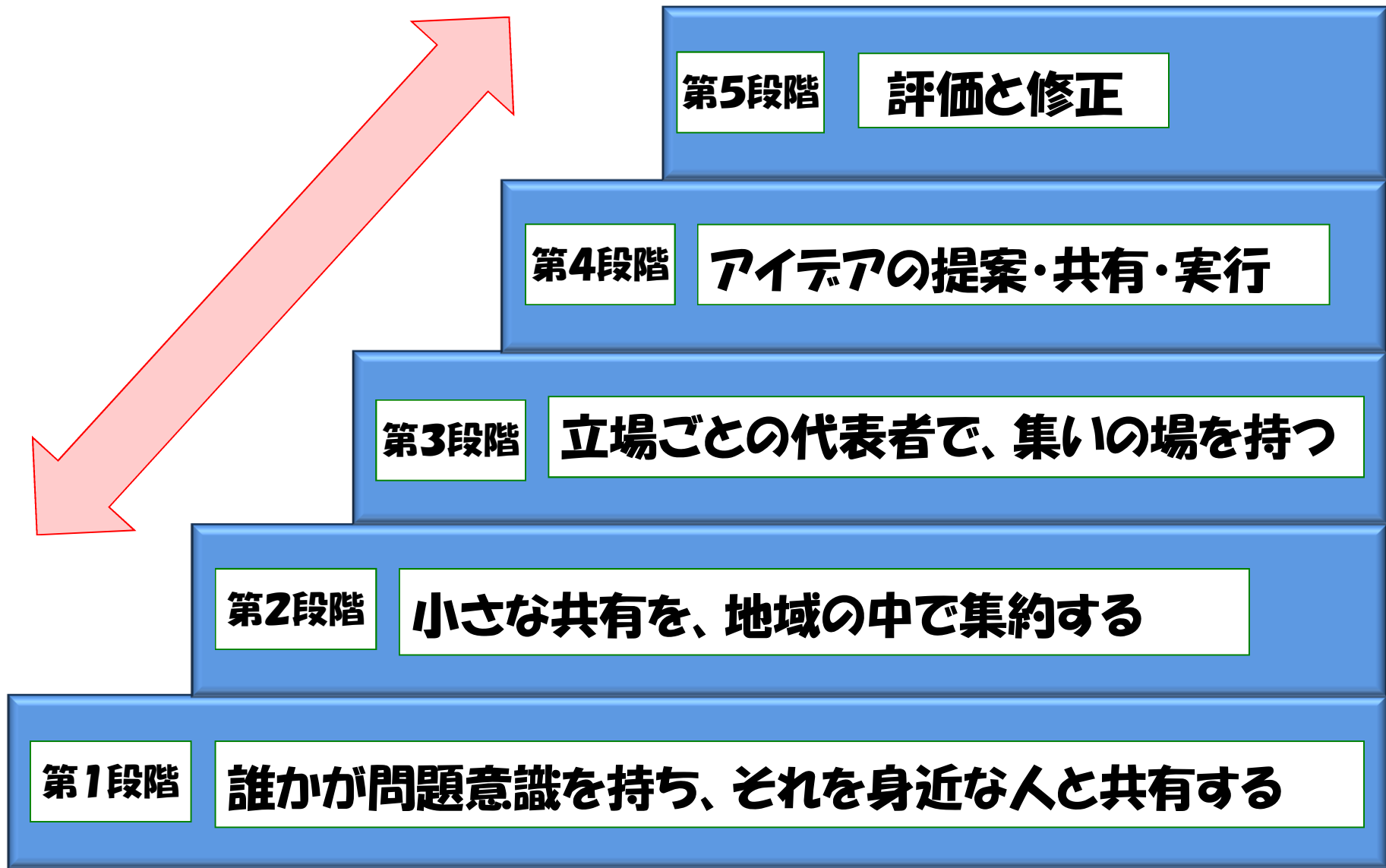


**1人1人の取り組みには限界がある。  
⇒地域ぐるみのシステムが必要**





# 朝来市 介護・医療連携システムの成熟過程



**第1段階**

**誰かが問題意識を持ち、それを身近な人と共有する**

「ケアマネジャーの動きが見えない」



**医師**

「こんなこと相談してもいいの？」



**ケアマネ**

「退院後の生活が見えない」



**MSW**

**第2段階**

**小さな共有を、地域の中で集約する**

担当ケースを通じた連携

ケアマネジャー支援

介護支援専門員協会の活動

**地域包括支援センターに情報を集約**

**第3段階**

**立場ごとの代表者で、集いの場を持つ**

**◆それぞれの立場で課題を出し合う…**



- 医師会代表者3名
- 入院機関代表者4名
- 保健所・長寿の郷2名

- CM代表者8名
- 市行政・包括6名
- 合計23名



**第4段階**

**アイデアの提案・共有・実行**

**第5段階**

**評価と修正**

- **主治医の意見をケアプランに反映させる**
- **入退院時の連携方法と役割を明確化する**

- ① **医師への意見照会様式の統一**
- ② **開業医との連携一覧表の作成**
- ③ **入退院マニュアルの作成**
- ④ **合同研修会と親睦会の開催**





# ① 医師への意見照会様式の統一

ケアマネジャーが医師へ  
意見を聞くための様式

サービス担当者会議における  
ケアマネジャーの意見照会  
シート利用率

平成19年度 13%

平成21年度 65%

平成23年度 78%

## ケアプラン作成にかかる意見照会シート

〇〇〇〇病院 \_\_\_\_\_ 〇〇〇〇 先生 \_\_\_\_\_  
 いつもお世話になりありがとうございます。  
 ケアプラン作成にあたり、ご意見いただきたくお願い申し上げます。

〇〇〇〇居宅介護支援事業所 介護支援専門員 〇〇〇〇 TEL 079-672-6125・4004 FAX 079-672-4109	<input type="checkbox"/> 新規ケース <input type="checkbox"/> ケアマネ交代ケース <input type="checkbox"/> 更新ケース <input type="checkbox"/> その他 ( )
--	--

**対象者**  
 住所：朝来市〇〇〇〇 氏名：〇〇〇〇 様  
 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ( H22年 〇月 〇日申請 )  
 (有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

**【現在利用中のサービス】**

<input type="checkbox"/> ヘルパー	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
<input type="checkbox"/> デイケア	<input type="checkbox"/> デイサービス	
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

ケアマネジャー⇒主治医 (照会日 22年 1月 8日)  
 いままで介護されていた介護者の入院により自宅での入浴がむずかしくなっています。  
 また、最近胸が苦しかったり、動作で息切れがみられる状態が続いています。1月1日介護保険新規申請されました。認定は出ていませんが入浴の希望があり週1回のデイサービス利用を開始する予定です。サービス利用するにあたり、注意すること、今後予測されることなどありましたらご意見いただければ嬉しいです。

主治医⇒ケアマネジャー (記入日 年 月 日)

- 介護保険の意見書参照
- その他意見





# ②開業医との連携一覧表作成



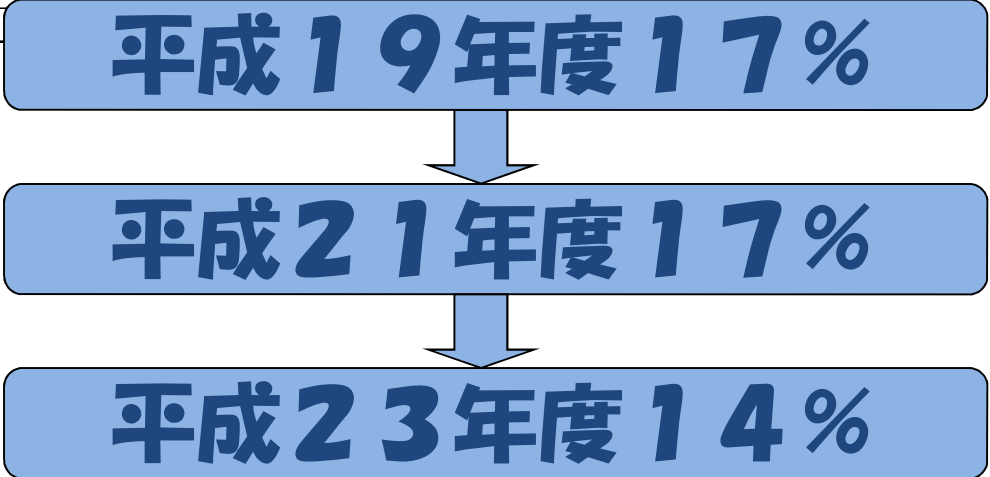
医師の都合のよい曜日や時間帯・サービス担当者会議参加の意向などを一覧にしたもの

医療機関との連携一覧表

平成18年 9月作成

医療機関名	電 話	F A X	情報交換			サービス担当者会議			備 考
			予約	都合のよい曜日	時間帯	出席	都合のよい曜日	時間帯	
〇〇医院	079-676-0000	079-676-0000	○			予定がつけば可			
〇〇医院	079-676-0001	079-676-0001	○			ケースによって可			
〇〇医院	079-676-0002	079-676-0002	○	各曜日	15:00~17:00	×			
〇〇医院	079-676-0003	079-676-0003	○			ケースによって可	火・水・木・金	18:30以降	
〇〇医院	079-676-0004	079-676-0004	○			×			電話にて相談の上日時決める
〇〇医院	079-676-0005	079-676-0005	不要			ケースによって可			初回と途中変更があった時に、ケアプランを提出
〇〇医院	079-676-0006	079-676-0006	○			ケースによって可			
〇〇医院	079-676-0007	079-676-0007	○		相談の上	可能	水・金	13:00~15:00	
〇〇医院	079-676-0008	079-676-0008	○	第3木	13:00~16:00	ケースによって可	木	13:00~15:00	
〇〇医院	079-676-0009	079-676-0009	不要	月	正午過ぎ	×			
〇〇医院	079-676-0010	079-676-0010	○						要点をFAXしてください
〇〇医院	079-676-0011	079-676-0011	○						

サービス担当者会議が必要であったケースのうち、訪問・電話等で医師と連携したケース





# ③ 入退院時連携マニュアルの作成

退院ケースのうち、ケアマネジャーが医療機関と連携したケース

平成19年度 100%

平成21年度 85%

平成23年度 87%

資料3 入院医療機関からの退院を支える  
～医療機関とケアマネジャーの連携マニュアル～

●いつどんな時に連携が必要か？

① 入院したとき  
本人家族の了解を得て、次の連携を行う  
※ケアマネジャーが、入院情報をキャッチした時に入院医療機関の医療ソーシャルワーカー等へ連絡をする。  
※医療機関の医療ソーシャルワーカー等は、ケアマネジャーへ入院情報を連絡する。

② 入院中  
ケアマネジャーが行うベッドサイドでの面接は、その目的を明確にし、必ず医療機関の医療ソーシャルワーカー等と連絡をとってから行う。

③ 退院するとき  
1. 入院医療機関の医療ソーシャルワーカー等は、ケアマネジャーへ連絡をする。  
※担当ケアマネジャーが決定していない場合、又は不明な場合は地域包括支援センターへ連絡をとる。

●医療機関とケアマネジャーの連携図

① アセスメントの共有  
② カンファレンスの開催準備  
③ ケアプランの作成

地域包括支援センター  
ケアマネジャー  
入院医療機関  
在宅での主治医  
在宅キーパーソン  
医療情報の共有  
医療キーパーソン  
私が担当の医療ソーシャルワーカーです  
私が担当のケアマネです。

新規ケース…介護予防・介護保険のどちらか予測がつきにくいケース  
→ケアマネが決定するまで、地域包括支援センターが担当する

マニュアルがあることを知っていますか？

21年度：知っている59% 知らない41%





## ④ 合同研修会と親睦会の開催

医師から「連携の密度が増した」  
「直接話しをする機会が増えた」



ケアマネから「話がしやすくなった」  
「協力してくれる医師が増えた」





# 連携システムづくりの効果

医師との連携を困難と感じるケアマネジャーの割合

平成19年度 67%

平成21年度 40%

平成23年度 18%

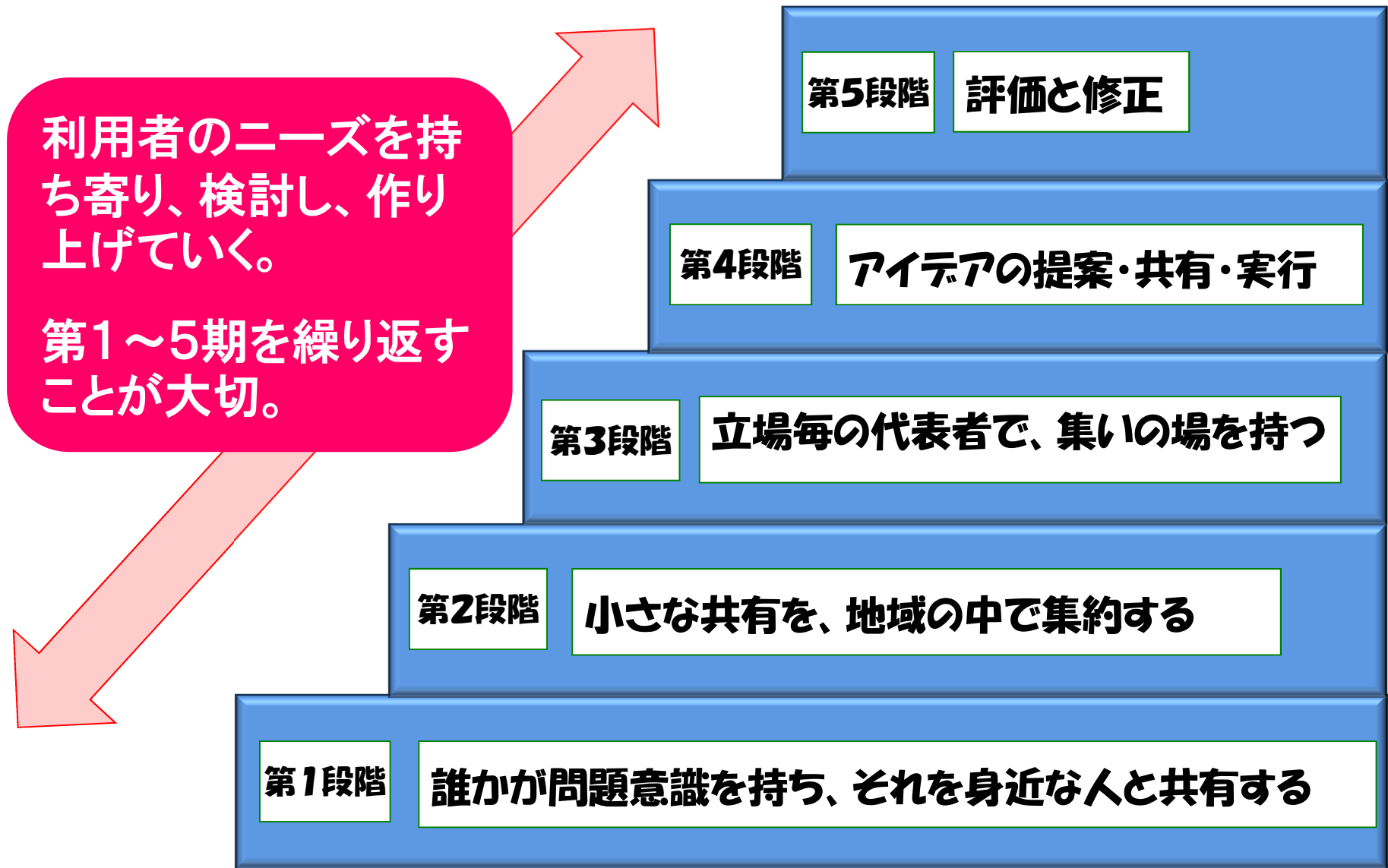


少しずつではあるが、効果が見えてきている...





# 朝来市 介護・医療連携システムの成熟過程





ありがとうございました・・・



**朝来市ケアマネジャー・医師会  
入院機関・行政・地域包括支援センター**





## 朝来市入退院時連携マニュアル ～介護と医療の連携～

この「朝来市入退院時連携マニュアル」は、朝来市の介護と医療の連携がスムーズに行えるよう、1年半の歳月をかけて朝来市在宅医療連携会議で検討してきたものです。

できるだけシンプルに、新人からベテランまで、介護医療に携わるすべてのスタッフに役立つよう考案しました。

まだ、不十分な点もあると思いますので、今後、現場のみなさまのご意見をお聞きしながら修正を重ねていきたいと思ひます。

尚、現場での実践は個別対応であることを踏まえ、本マニュアル以外の連携が必要と判断される場合は、積極的に対応していただきますようお願いいたします。

### ●本マニュアルの使用方法

- (1) 最低限の行動目標を、1ページ目(入院初期・入院中・退院後)に、まとめて記載しています。
- (2) 現状と留意点(2～4ページ)は、在宅医療連携会議の中で話し合われた項目です。行動目標を実行する場合の、参考にしてください。
- (3) ケアマネジャーは、利用者が入院された際に、入院医療機関・かかりつけ医へ本マニュアルの1ページ目をコピーして渡し、担当者間で役割を確認してください。





# 朝来市入退院時連携マニュアル～介護と医療の連携・行動目標～

本人氏名 \_\_\_\_\_ 入院医療機関 \_\_\_\_\_ かかりつけ医 \_\_\_\_\_

CM事業所 \_\_\_\_\_ CM氏名 \_\_\_\_\_ CM電話 \_\_\_\_\_

## 1 入院初期

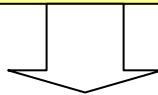
- ①ケアマネジャー
  - 家人等から、入院の連絡を受ける。
  - 家人に個人情報使用の同意を得て、入院医療機関へ在宅生活時の情報提供をする旨、了解を得る。
  - かかりつけ医に入院の連絡をする。(マニュアルを提出する。)
  - 迅速に入院機関へ情報提供する。(マニュアル添付する)
  - 入院医療機関担当者に入院期間・治療計画の確認を行う。
- ②入院医療機関
  - 本人・家人から個人情報使用について同意を得る。
  - 必要に応じて、家人へ、かかりつけ医・ケアマネジャーに連絡するように伝える。
  - 必要に応じて、ケアマネジャー・かかりつけ医に連絡する。
- ③かかりつけ医
  - 入院した事を、ケアマネジャーに伝える。
  - 入院時、必要に応じて入院医療機関へ診療状況を提供する。

## 2 入院中(初期～退院前)



- ①ケアマネジャー
  - 本人に面接する場合は、入院医療機関担当者へ事前に連絡をし、目的を伝える。
  - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。
  - 入院医療機関に退院後の相談窓口を確認する。
- ②入院医療機関
  - 医療に関する事はかかりつけ医に連絡する。
  - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。
  - 退院後の相談窓口を明確にし、関係機関に伝える。
- ③かかりつけ医
  - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。

## 3 退院後の連携



- ①ケアマネジャー
  - かかりつけ医に退院した旨を連絡する。
  - 状態確認のため在宅訪問し、必要に応じて担当者会議を開催する。
  - かかりつけ医へ、必要に応じてサービス提供にかかる意見を聴取する。(意見照会シート活用)
  - かかりつけ医と入院医療機関へ、必要に応じてケアプランを提出する。
- ②入院医療機関
  - ケアプランにより、サービス内容を把握する。
  - サマリー・紹介状を、必要に応じてかかりつけ医・ケアマネジャーに送付する。
- ③かかりつけ医
  - 退院後の診察で状態を確認する。
  - サマリー・ケアプランによりサービス内容を把握する。
  - 必要に応じて、ケアマネジャーの立てるケアプランへ意見する。(意見照会シート活用)

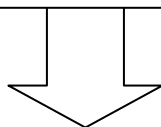




# 1 入院初期の連携

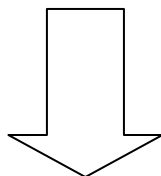
## 現状

- 入院直後、ケアマネジャーからかかりつけ医への連絡が出来ていない。
- 入院医療機関により、連絡窓口が違い、連絡・調整がスムーズにいかないケースがある。
- 家族から、かかりつけ医やケアマネジャーに連絡されていない。
- 入院医療機関では、担当ケアマネジャーが誰か分からない。
- 在院日数が短く、入院直後からの連携が必要となっている。



## 留意点

- ケアマネジャーは、平素から本人・家族に対し、入院時の対応について次の事を依頼しておく。
  - ・入院時には、ケアマネジャーに連絡をすること。
  - ・入院医療機関に、ケアマネジャーの名前を伝えること。
- 本人・家族に、入退院時連携にかかる個人情報使用についての同意を得ておく。
- ケアマネジャーがキャッチした入院情報を、かかりつけ医や入院医療機関へ連絡する。
- 連携の目的を明らかにし、連携方法を選択する。(訪問・電話・書類等)
- ケアマネジャー・退院調整担当者で、医療介護の優先順位・関わり度合いの協議をする。



## 行動目標

- ①ケアマネジャー
  - 家人等から、入院の連絡を受ける。
  - 家人に個人情報使用の同意を得て、入院医療機関へ在宅生活時の情報提供をする旨、了解を得る。
  - かかりつけ医に入院の連絡をする。(マニュアルを提出する。)
  - 迅速に入院機関へ情報提供する。(※マニュアル添付する)
  - 入院医療機関担当者に入院期間・治療計画の確認を行う。
- ②入院医療機関
  - 本人・家人から個人情報使用について同意を得る。
  - 必要に応じて、家人へ、かかりつけ医・ケアマネジャーに連絡するように伝える。
  - 必要に応じて、ケアマネジャー・かかりつけ医に連絡する。
- ③かかりつけ医
  - 入院した事を、ケアマネジャーに伝える。
  - 入院時、必要に応じて入院医療機関へ診療状況を提供する。





## 2 入院中(初期～退院前)の連携

### 現状

- 家族が、ケアマネジャーや包括支援センター・高齢者相談センターへ相談に行くことが多いが、その際の情報共有が出来ていない場合がある。
- 本人の情報把握のため、ケアマネジャーが病棟訪問する場合に、病棟・退院調整担当者への連絡がない場合がある。
- 退院時カンファレンスの必要性を、誰がいつ判断するのかあいまいである。
- かかりつけ医への情報提供が遅い為、退院支援が困難となっている。

### 留意点

- 家人・ケアマネジャー・退院調整担当者・かかりつけ医は、入院前から相互に連絡を取り合う。(小さい連携を重ねていく。こまめに情報共有し合う。)
- ケアマネジャーとして、ケアプラン作成をする際、医療的な根拠が言えるだけの知識をもつ。
- 新たなサービス導入について、かかりつけ医の指示を仰ぐ。
- 家族を通した情報共有だけでは、時間がかかる・混乱する等のケースもあるため、専門職間の連携をとる。
- 援助方針が定まっていない時点で、本人・家族へ時期尚早なアドバイスを行わない。
- 在宅チームのコーディネートは、ケアマネジャーが責任を持って行う。
- 新規ケースは、地域包括支援センター・高齢者相談センターが、ケアマネジャー選定までのコーディネートを行う。
- 退院後のかかりつけ医の確認をする。

### 行動目標

- ①ケアマネジャー
  - 本人に面接する場合は、入院医療機関担当者へ事前に連絡をし、目的を伝える。
  - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。
  - 入院医療機関に退院後の窓口の確認をする。
- ②入院医療機関
  - 医療に関する事はかかりつけ医に連絡する。
  - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。
  - 退院後の相談窓口を明確にし、関係機関に伝える。
- ③かかりつけ医
  - 退院前カンファレンスの必要性について、関係機関・職種と協議し、必要に応じて実施する。

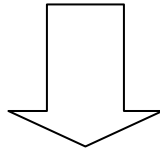




### 3 退院後の連携

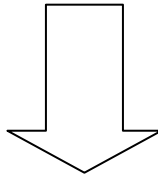
#### 現状

- 本人・家族は、退院後かかりつけ医に、(入院医療機関からの紹介状を持ち) 受診する。
- 退院後、入院医療機関の相談窓口が分かりにくい。
- 在宅生活開始にあたり、入院前と退院後のかかりつけ医が変更になることがある。
- 入院医療機関に、「入院中の支援」についてのフィードバックがない。



#### 留意点

- 本人・家族は、ケアマネジャー・かかりつけ医に退院した旨を連絡する。
- 退院後の介護医療の支援については、ケアマネジャー・かかりつけ医が相談する。
- 必要に応じて、ケアマネジャーと入院医療機関の相談窓口が連携する。
- ケアマネジャーから、かかりつけ医へ、在宅サービス開始の連絡をする。
- ケアマネジャーから、入院医療機関へ必要に応じて、退院後の状況を伝える。



#### 行動目標

- ①ケアマネジャー
  - かかりつけ医に退院した旨を連絡する。
  - 状態確認のため在宅訪問し、必要に応じて担当者会議を開催する。
  - かかりつけ医へ、必要に応じてサービス提供にかかる意見を聴取する。  
(意見照会シート活用)
  - かかりつけ医と入院医療機関へ、必要に応じてケアプランを提出する。
- ②入院医療機関
  - ケアプランにより、サービス内容を把握する。
  - サマリー・紹介状を、必要に応じてかかりつけ医・ケアマネジャーに送付する。
- ③かかりつけ医
  - 退院後の診察で状態を確認する。
  - サマリー・ケアプランによりサービス内容を把握する。
  - 必要に応じて、ケアマネジャーの立てるケアプランへ意見する。  
(意見照会シート活用)







平成23年度 朝来市在宅医療連携会議 出席者名簿

敬称略

NO	所属	氏名	職種	種別
1	小山医院	小山克志	医師	朝来市医師会 代表
2	足立医院	足立 秀	医師	
3	馬庭内科医院	馬庭幸二	医師	
4	公立朝来和田山医療センター	濱 祐子	MSW	入院医療機 関
5	公立朝来梁瀬医療センター	小中恵津子	総看護師長	
6	公立神崎総合病院	谷 義幸	MSW	
7	公立八鹿病院	内田美穂	MSW	
8	朝来市社会福祉協議会	民部宏美	主任CM	法人代表
9	社会福祉法人 あそう	西村恵子	主任CM	
10	社会福祉法人 きらくえん	中治八重子	主任CM	
11	社会福祉法人 神戸聖隷福祉事業団	越中敦子	主任CM	
12	社会福祉法人 ひまわり	日下部圭子	主任CM	
13	さかもと医院	三多久実子	主任CM	居宅代表
14	JAたじま和田山介護センター	山根こゆみ	CM	
15	らいふけあ	大西ともこ	CM	
16	兵庫県但馬県民局 但馬長寿の郷 地域ケア課	中西智也	理学療法士	兵庫県
17	朝来健康福祉事務所	白石 都	保健師	

事務局

NO	所属	氏名	職種	種別
1	健康福祉部	岡 和彦	部長 兼福祉事務所長	朝来市
2	健康福祉部	政次 悟	部付部長 (地域医療担当)	
3	高年福祉課	中井雅治	課長	
4	朝来市地域包括支援センター	足立里江	主任CM	地域包括 支援センター
5	朝来市地域包括支援センター	藤本貞子	主任CM	
6	生野地域包括支援センター	岡本雅子	主任CM	

