

1 医療との連携を担うケアマネジャーの役割

医療連携の責務

① 保健・医療・福祉、総合的サービス提供

利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。

② 主治医の意見

介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求める。

③ 主治医の指示

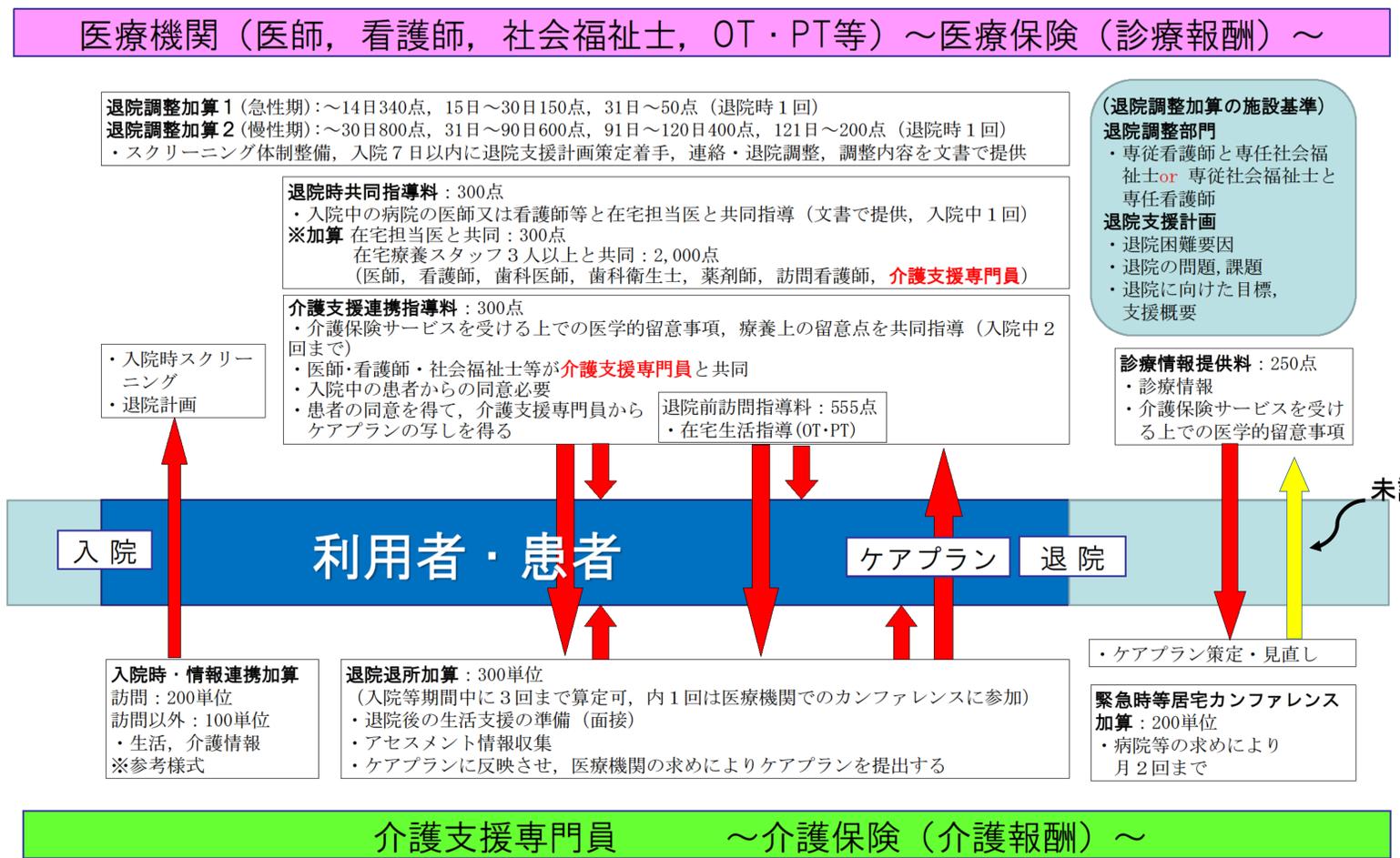
介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、

④ 主治医の医学的留意事項尊重

医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行う。

2 連携のための医療保険・介護保険での報酬評価

利用者・患者に対する 介護・医療連携



2012.05.16.宮城県ケアマネジャー協会

3 連携のための課題

(1) 医療も介護も要介護者の生活の一部

要介護者のすべてを支えているわけでない。

(2) 医療と介護，医療保険と介護保険，互いの役割が理解されていない

医療関係者は，ケアマネジャーの役割，介護事業所の役割を詳しく知らない。介護関係者は，病気の治療のこと病院の仕組みを詳しく知らない。

それは，それぞれの専門性と制度が違うことによる。専門職の自分中心ではなく，利用者・患者に対し。医療，介護はそれぞれ何ができるのかを，お互いに伝え合って協働する。

(3) 中心は，医療関係者でも介護関係者でもない。

主体は利用者・患者本人と，その人の周りの人と地域の人たち。

地域で個別ケアができるよう，互いの専門性を発揮し合うことで協働できる。

ケアマネジャーが行う，アセスメントの範囲と役割

1 健康状態

- 痛みのある利用者への対応
 - 痛みが原因でADLなど生活に支障のある利用者を把握します。
 - 痛みの直接的な影響，痛みを怖がる，痛みによる関係の減少，鎮痛薬の副作用などの影響を検討します。
- 脱水症状
 - 脱水症になる危険性を少なくします。
 - 家族やケアスタッフが，脱水になる原因や脱水による症状に気がつけることができ，対応できるようにします。
- 高齢者の心臓と肺の機能
 - 心臓や肺（呼吸）の症状を，ただの老化現象として扱い，適切な医療やケアを受けていない利用者を把握して対応します。
 - 心不全や結核など，医療的対応を必要とする高齢者に多い問題に気をつけて対応できるようにします。
- 服薬管理と効果
 - 服用している薬を把握し，その薬が効果的・効率的に作用するようにします。
- 向精神薬を服用している利用者への対応
 - 向精神薬を服用している利用者のなかで，その作用・副作用の様子観察が必要な人を把握して対応します。
- アルコール問題への対応
 - アルコール乱用，アルコール依存症を把握します。
 - 代謝の低下，持病，薬等との関連によって，大量の飲酒でなくても危険となる場合があるので検討します。
- 喫煙問題への対応

2 ADL

- ADLの改善と支援
 - 日常生活活動（ADL）が改善する可能性のある利用者，ADLの低下を遅らせることのできる可能性のある利用者を把握します。
 - ADL障害の原因を理解したうえで，自立への意欲のある利用者や，障害になってからの期間が短い利用者などを把握し，目的のある運動等の機能訓練を検討します。
 - ADLの改善が難しい場合は，必ず行わなければならないケアを検討します。必ず行わなければならないケアは，改善のためのケアと同時に行う場合もあります。
- 転倒防止
 - 最近転倒した利用者や特定します。
 - 転倒の危険性のある利用者や特定します。
 - 転倒の危険性を予測します。
 - 転倒と，転倒による障害をできるだけ少なくします。
- 健康増進
体力の向上と健康増進により，幸福感和自立性を高めます。

3 IADL

- IADLの回復と支援
 - IADL回復の可能性のある利用者を把握して対応します。
 - IADLの代行の必要性を明らかにして支援します。

4 認知障害

- 認知障害があるかどうかを把握します。
- 認知障害を補うために，どのような方法をとることができるのかを判断します。

5 コミュニケーション

- コミュニケーション
コミュニケーションの障害・問題を明らかにして，専門的な検査や対処をおこないます。
- 視覚・聴覚
最近視力・聴力が低下した利用者，視力・聴力を失った利用者，眼鏡・補聴器などを適切に使用していなかった利用者を把握して対応します。

6 社会との関わり

- 社会との関わり
 - 利用者が満足いく役割や対人関係，楽しめる活動を続けたり，新たに見つけ出すように支援します。
 - 社会的機能の低下を最小限に抑え，社会的活動制限の原因となる問題を見つけ，可能であれば改善し，出来ない場合は代償する方法を検討して対応します。
- うつと不安
不安やうつ状態にある利用者を把握し，治療やケアの可能性を検討して対応します。
生活に重大な影響のあるうつや不安があれば，専門医に相談して対応します。

7 排尿・排便

- 尿失禁・留置カテーテル
回復可能な尿失禁の原因を把握し，可能な対処方法を検討して対応します。
- 排便の管理
腸の機能および消化器系の疾患の問題を評価し，関心を高めます。

8 褥瘡と皮膚の問題

- 褥瘡
皮膚損傷の危険のある利用者を把握し，その予防と治療のためのケアを検討して対応します。
- 皮膚と足
皮膚や足に問題があったり，問題が発生する危険性のある利用者を把握し，予防と治療のためのケアを検討して対応します。

9 口腔衛生

痛みがあったり，食事摂取や発声の障害，栄養不良，自尊心や食事の楽しみを阻害する口腔問題を把握して対応します。

10 食事摂取

栄養不良や，栄養問題の悪化する危険性がある高齢者を把握して対応します。

11 問題行動

問題行動（行動障害）のある利用者を把握し，原因とその解決策を検討します。
また，行動障害は改善されたとしても，行動を制限してしまっている可能性のあるケアを受けている利用者を把握して対応します。

12 介護力

- 介護が必要な高齢者への対応が困難な家庭を把握します。
- 家庭で，新しい介護負担に対応できるかどうかを把握します。
- 在宅での生活が続けられるような支援を提案します。

13 居住環境

利用者の健康状態，障害の状況から見ての危険な環境状態，自立生活を阻害する環境状態を把握して対応します。

14 特別な状況

- 虐待
虐待や放置を受けている高齢者，または虐待の危険性を把握し，即時の対応が必要かどうかの状況を判断する。虐待を発見した場合には市町村・地域包括支援センターに報告する。
- ターミナルケア・緩和ケア
在宅でのターミナルケア，緩和ケアを希望する，もしくは受ける利用者に対して包括的ケアの必要性を把握して対応します。
介護保険と医療保険，その他公的・私的医療福祉制度なども活用します。
また，医療との連携が重要になるので，利用者本人と家族，主治医，病院，薬剤師，訪問看護ステーション，介護サービス事業所などの綿密な打ち合わせ，話し合いによる合意と役割分担による対応をします。

1 ケアマネジャーの専門性

要介護高齢者 介護支援の専門職

- ① 要介護者等からの相談に応じて、要介護者等がその心身の状況等に応じた適切な在宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービスまたは地域密着型介護予防サービスを利用できるよう、保険者である市町村、サービス提供事業者等との連絡調整を行う者
- ② 要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的な知識・技術を有する者
- ③ 介護支援専門員証の交付を受けた者

ケアマネジメントの過程



ケアマネジャーは自立支援

1 自己決定の尊重

利用者の選択可能な、個人を尊重した個別的サービスを事前に提案して知らせ、利用者自らの決定を尊重してサービスを提供します（継続や変更、中止等も含む）。自己決定能力を評価し、必要に応じて後見人（家族等）によって決定する場合もあります。

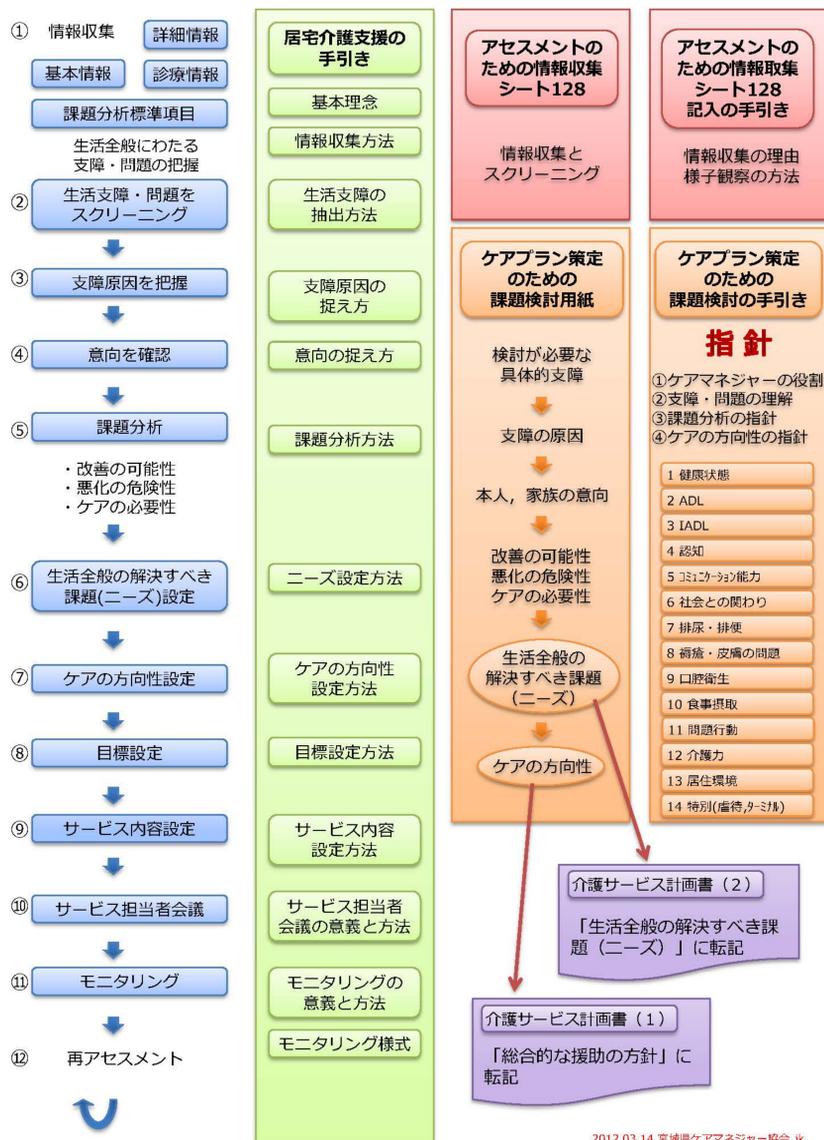
2 残存能力の活用（能力の発揮）

利用者の残存能力に着目して個々のニーズの客観的な把握・分析を行い、自立を援助及び促進する目的でサービスを提供します。利用者は、一度失われた能力を回復するためのリハビリテーションに努めるとともに、残存能力を維持・開発し、日常生活に活用することが求められます。

3 生活(サービス)の継続性（継続性の尊重）

居宅サービスと施設サービスの継続性や、広く福祉保健・医療全般にわたる連携に基づく対応を積極的に進めます。利用者の心身の機能に障害があってケアを受ける状況でも、その人の生活を維持・継続していけるよう、利用者の生活の継続性を尊重したサービスを提供します。

ケアマネジメントの過程（考え方の指針と様式）



2012.03.14.高槻県ケアマネジャー協会 JK

介護保険の目的

加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う

2 ケアマネジャーの役割

（自立支援）

① 要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮

（総合的・効率的サービス提供）

② 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。

（利用者本位・公正中立）

③ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。

（医療連携）

④ 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行う。

（理解しやすい説明）

⑤ 懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

（継続的計画的サービス利用）

⑥ 利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにする。

（地域の住民による自発的なサービス利用）

⑦ 利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努める。

（自己決定支援）

⑧ 利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供する。

（生活全般の解決すべき課題の把握）

⑨ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握する。

（居宅訪問面接）

⑩ 解決すべき課題の把握(アセスメント)に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得る。

（アセスメントの結果に基づく

ケアプラン原案作成）

⑪ 利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した居宅サービス計画の原案を作成する。

（サービス担当者会議開催）

⑫ サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求める。

（ケアプランの同意）

⑬ 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得る。

（ケアプランの交付）

⑭ 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付する。

（ケアプランに基づく介護計画徴収）

⑮ 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求める。

（モニタリング・継続的アセスメント）

⑯ 居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。

（モニタリング実施）

⑰ 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握(モニタリング)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。
イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

（再アセスメント）

⑱ 次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができる。
イ 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
ロ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

（居宅生活困難時の介護保険施設への紹介）

⑲ 適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効率的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行う。

（施設退所時のケアプラン作成）

⑳ 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行う。

（医療系サービス希望時に主治医の意見）

㉑ 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師の意見を求める。

（医療系サービス利用は主治医の指示）

㉒ 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合においては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、

（主治医の医学的留意事項尊重）

医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合においては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行う。

（福祉用具の必要性記載と担当者会議）

㉓ 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合においては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載する。

㉔ 居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合においては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。