

居宅介護支援事業所ケアマネジャーから 医療機関との連携構築に関する報告

日本高齢支援センターの取り組み



株式会社 日本高齢支援センター
代表取締役 戸田正雄

目次

- 当社概要
- 視点
- 実績
- 実例
- これからの展望

日本高齢支援センターって

ケアプランを作る会社です

日本高齢支援センターって 介護保険の居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業だけ

平成18年に会社設立
事業所開設は平成19年11月

主任介護支援専門員1名
介護支援専門員2名



特徴

当社の事業基盤



待遇	退職金制度	待遇	専門職としての給与体系	福利	役割分担と業務の明確化
	労災 雇用保険		例：介護度継続手当・介護度改善手当		主任ケアマネの配備
	健康保険 年金		業務に即した勤務体制		相談体制整備
	就業規則 給与規定		変性労働時間制		

日本高齢支援センター藤沢事業所の現況

月別新規依頼件

	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
総件数	1	6	7	14	23	31	35	48	60
新規依頼	1	5	1	7	9	8	4	13	12
増加件数	0	0	1	3	6	5	5	6	7
減少件数	0	0	0	0	0	3	1	0	0

日本高齢支援センター藤沢事業所の現況

介護度別分類

介護度別(全体数)

要支援1	2	8.3%	-
要支援2	3		
要介護1	21	66.7%	48.33%
要介護2	8		
要介護3	7		
要介護4	3		
要介護5	1		
認定中 (死亡・入院中 含む)	15		26.9%

介護度別 (給付請求)

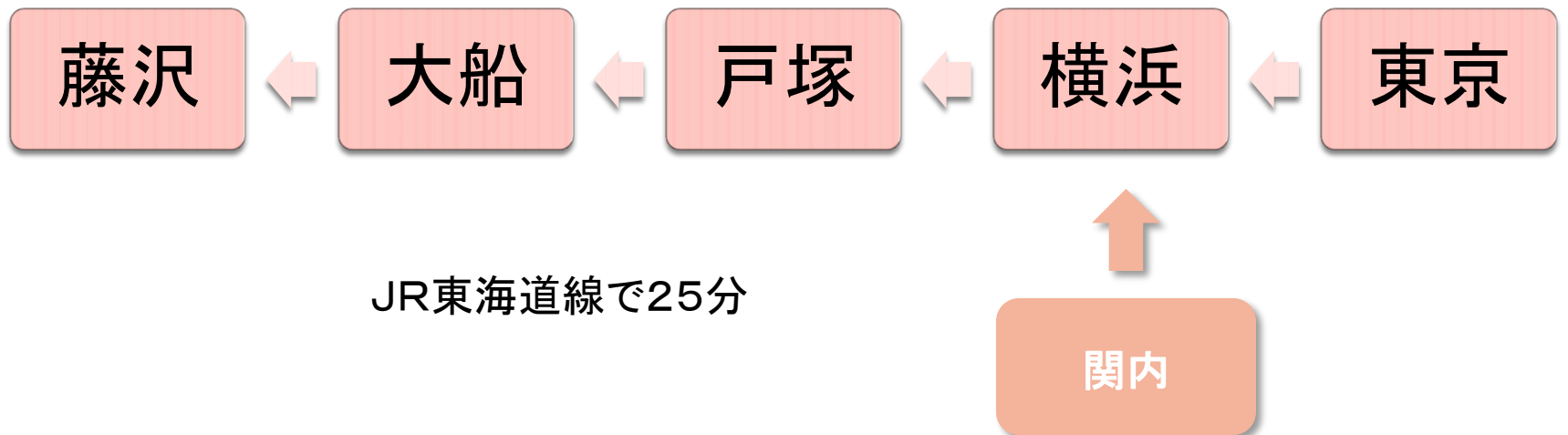
要支援1	2	10.7%	-
要支援2	1		
要介護1	11	89.2%	72.00%
要介護2	6		
要介護3	4		
要介護4	1		
要介護5	2		
合計	27		100.0%

日本高齢支援センター藤沢事業所の現況

状態別

	件数	全件数/割合
認知症	10	16.67
ターミナル・要医学管理	4	6.66
困難ケース	1	1.66
合計	15	25

藤沢市の紹介





著作権・藤沢市観光課



著作権・藤沢市観光課



藤沢市の紹介



人口 40万人

高齢者数74,643人

(住民基本台帳2008年6月1日現在)

高齢化率18.6%

藤沢市の紹介(病院 診療所 歯科)

年度	総数 施設数	総数 病床数	病院 施設数	病院 病床数	診療所 施設数	診療所 病床数	歯科診 療所	薬局
平成16 年度	615	2709	14	2470	342	239	259	188
平成17 年度	625	2791	14	2550	349	241	262	184
平成18 年	635	2812	14	2579	358	233	263	189

資料:藤沢保健所

藤沢市の紹介

(主要死因別死亡数及び死亡率)

年次	総数	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患	肺炎	不慮の事故
総数 平成16年	2406 (1326)	787 (463)	311 (164)	331 (164)	237 (134)	73 (49)
平成17年	2562 (1423)	831 (505)	300 (154)	369 (174)	238 (145)	92 (51)
平成18年	2620 (1442)	816 (511)	293 (154)	432 (207)	269 (140)	80 (47)
死亡率 平成16年	607.6	198.7	78.5	83.6	59.8	18.4
平成17年	646.9	209.8	75.8	93.2	60.1	23.2
平成18年	657.5	204.8	73.5	108.4	67.5	20.1

(注)総数のうち()内は男性(再掲)
死亡率は人口10万人に対するもの
資料:藤沢保健所

藤沢市の紹介

(主要死因別死亡数:平成18年度中)

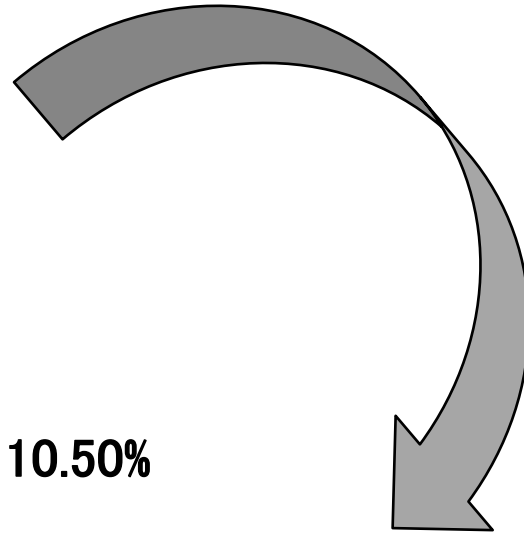
	総数	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	不慮の事故	自殺	老衰	腎不全	肝疾患	高血圧	糖尿病	先天異常	その他
総数	2620	816	432	293	269	80	74	78	48	34	9	27	6	454
男	1442	511	207	154	140	47	52	19	21	23	3	16	2	247
女	1178	305	225	139	129	33	22	59	27	11	6	11	4	207

資料:藤沢保健所

ケアマネジャーの現状

基礎資格の割合

医師・歯科医師	6.30%
薬剤師	5.80%
保健師・助産師	7.50%
看護師	38.00%
理学療法士・作業療法士	3.40%
社会福祉士	2.80%
介護福祉士	19.20%
3療術士	1.30%
柔道整復師	0.70%
栄養士	2.20%
相談援助業務従事者 介護等業務従事者	10.50%



本来の相談業務従事者

ケアマネジャーの現状

介護支援専門員は

介護保険法で初めて創設された職種

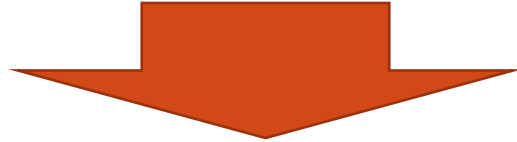
未成熟な職種

事例の蓄積が少ない
関係職種からの理解が乏しい

困惑するケアマネジャー

視点

- 在宅の高齢者の支えは介護で完結するか
- 高齢者自身が管理する医療で十分か



- 医学モデル・社会モデル
- 服薬管理・予約受診日



**やはり
高齢者を在宅で支えるには医療と
介護の連携が欲しい**

医療機関との連携 実践報告

12月の訪問

日付	訪問先	内容と結果
12月19日	療養型病院	担当者挨拶・退院状況の確認
12月25日	急性期病院	担当者挨拶・転院先の確認
12月28日	整形外科・接骨医院	客層の確認・申請など相談確認

医療機関との連携 実践報告

1月の訪問

日付	訪問先	内容と結果
1月8日	S台病院	開設挨拶
1月9日	T台病院	
1月15日	K整形外科 W整形外科 KA整形外科	開設挨拶
1月21日	T整形外科 H整形外科 WA整形外科 Y治療院	開設挨拶
1月30日	聖〇〇国際病院	インテーク・退院保留

医療機関との連携 実践報告

リサーチの報告

- 療養型病床群

市内3か所

入院は長期化・退院はほとんどなく病床廃止のため有料老人ホームへと流れている傾向

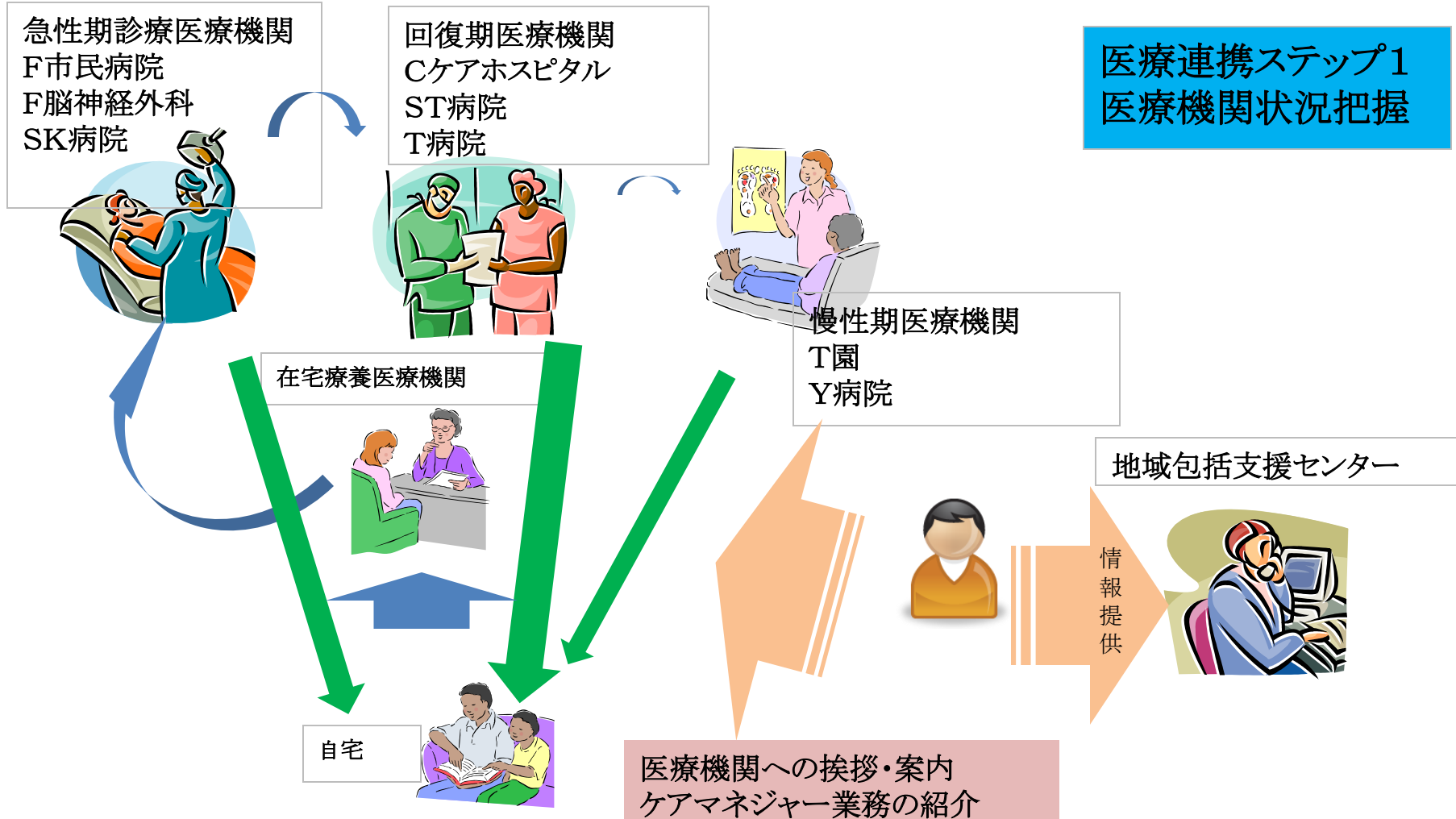
- 鍼灸院・接骨医院

鍼灸院は多いが高齢者は全体の1割程度・整形外科、接骨医院は受付でパンフを渡した程度・訪問時間に配慮が必要

- 急性期病院

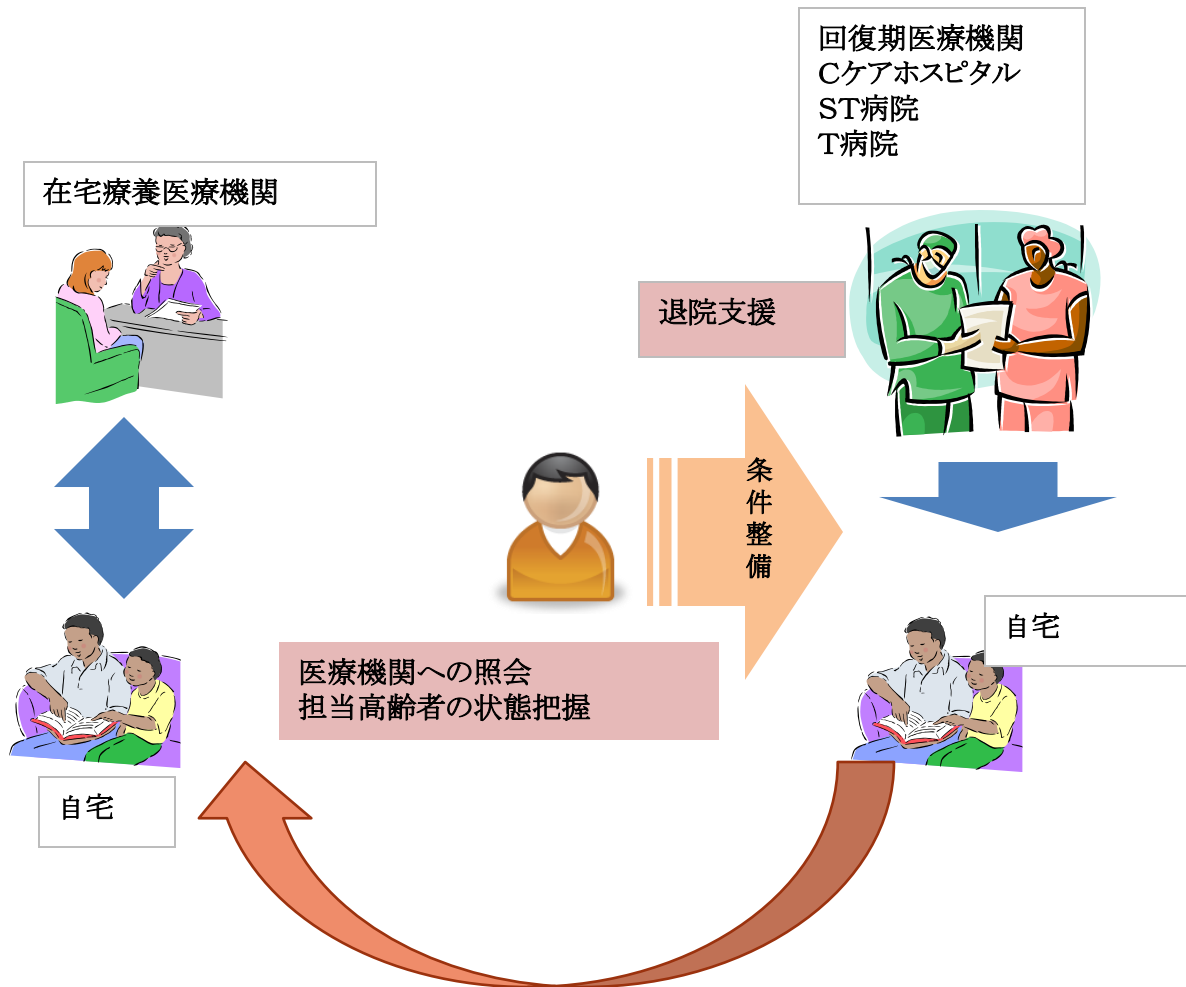
転院先はCケアホスピタル・S台病院・S中央病院・老健などが多い

医療連携ステップ1 医療機関状況把握



医療機関の把握と情報提供

医療連携ステップ2 退院支援



医療機関との共同作業（退院支援）

医療連携ステップ3 クリティカルパス・ケアプランの連続性

今後の作業

入院時における退院に向けた
クリティカル・パスへの参画

急性期診療医療機関
F市民病院
F脳神経外科
SK病院



回復期医療機関
Cケアホスピタル
ST病院
T病院



在宅療養医療機関



生活を支える視点からの診
療計画策定への参画

自宅



医療機関との共同作業（クリティカル ルパスとケアプランとの連続性）

医療連携のためのケアマネジャーのスキル

ケアマネジャーの 基本スキル	基本	
	ケアマネジメント業務	
	基本情報	
	介護サービス事業	
	診療所情報	標榜診療科 Dr.
病院情報	標榜診療科 Dr. MSW ベッド管理者 地域連携室	

医療連携のためのケアマネジャーのスキル

病理学・薬学

病名と診療内容理解

薬剤名と後発品関連把握

診療科算定医療機関把握

退院時共同指導料算定医療機関把握

回復期リハビリ1算定医療機関把握

**ケアマネ
ジャーの医
学的知識**

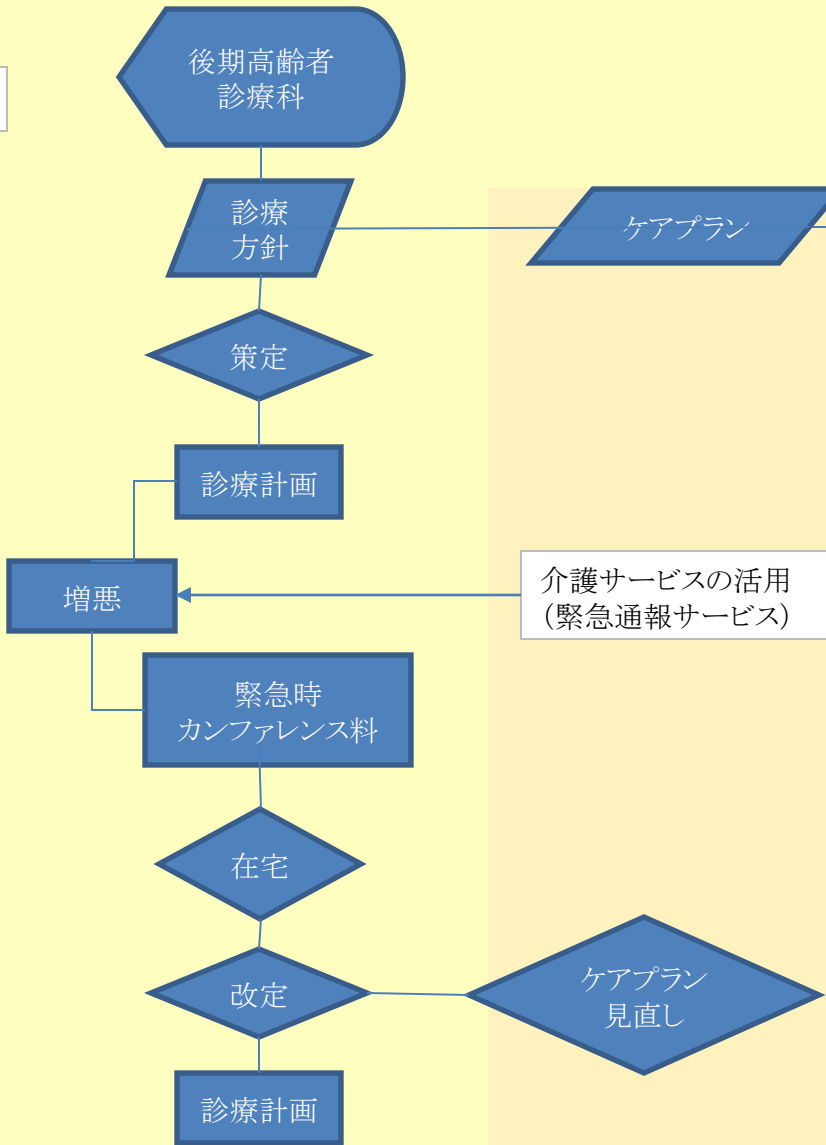
高齢者医療

医療連携のためのケアマネジャーのスキル

ケアマネ ジャーの 医学的ス キル	お薬手帳	
	該当患者の手帳確認	
	居宅介護支援事業所情報記 載・添付	
	診療計画書	該当主治医に連携福祉 サービスとして記載要望
	認定前	
	認定済、他社ケアマネ担當時 対応	担当ケアマネ支援
	クリティカル・パス	
	退院時在宅ケアプラン内容	

診療所・連続性

診療所



ケアプラン

介護サービスの活用
(緊急通報サービス)

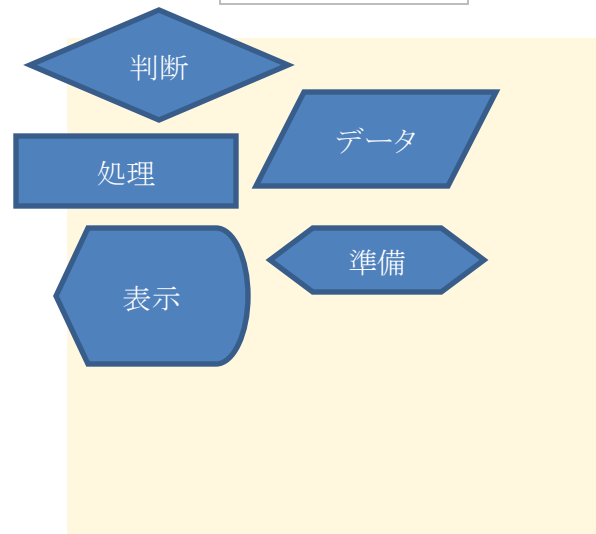
日本高齢支援センター

在宅療養の管理	服薬	介護予防	
	塩分摂取		
	水分摂取		
	栄養管理		
	運動管理		
	温度差		住改
	照明差		住改
転倒防止	住改・運動		
緊急通報の活用			

CMの素養

ケアマネジメントに加え、病理学・薬学の知識

備考: 表示例



医療機関

クリティカル・パス

退院予定日
予定退院先

転院

MSWなど

自宅

担当ケアマネ

自宅以外の在宅

施設ケアマネなど

院内アセスメント

確認

日本高齢支援センター

医療機関

退院時共同指導料

病名

ケアプラン

準備

ケアの
決定

退院

備考:表示例

データ

処理

準備

表示

判断

住環境

CMの素養
ケアマネジメントに加え病理学・薬学
の知識

中 通 域 の 要 求	外部とのインターフェ	中 通 域 の 要 求	服薬	介護予防
	イス		塩分摂取	
	調理		水分摂取	
	起伏床		栄養管理	
	トイレ		運動管理	
浴室	転倒防止	介護予防		
階層	緊急通報 の活用	住改・運動		
照明差				
温度差				

地域診療所

後期高齢者診療科算定診療所

受け入れ可能診療所

悪性脳腫瘍の入院患者の退院支援

67歳

男性

麻痺状態

全介助レベル

会話も低下している

経口摂取が困難な状態へ

腫瘍は前頭葉・側頭葉・頭頂部まで広範囲に拡大

余命1から2か月

第6表

居宅介護支援経過

作成年月日

平成20年1月25日

利用者

名 S.O

殿

居宅サービス計画作成者氏名

当社藤沢事業所 ケアマネU. T

年月日	内 容	年月日	内 容
平成20年1月25日	<p><新規ケース依頼> 亀吉受入不可のため紹介あり、聖路加病院N.MSWより連絡入る。 悪性脳腫瘍の為、12月にオペ後容態が急変し1/8より入院中。 状態が落ち着いているうちに退院の希望が家族よりあった。</p>	平成20年2月4日	<p><鶴沼ケアサービスより連絡入る> 「2/1（金）、奥様が直接相談に来られた。状態は変わらないが 退院させたいとのことで一度、担当者会議を開催したい。」 今一度、MSWと連絡を取り、調整する旨伝える。</p>
平成20年1月26日	<p><家族へ電話> 本人への告知はしていないが、退院を考えている。 「初めての経験で、何をしたら良いのか・・・。 宜しく願います。」 一度病院にて、様子を伺いたい旨を伝え1/30（水） 14：30病院にて 初回訪問予定。</p>	10:30	<p><聖路加N.MSWへ電話> 「経管栄養は未だ観察中だが2/12（火）の退院の方向で話を 進めてほしい。」MSWより往診医へは情報提供書は送付済み。 2/7（木）11：00 病棟にて本人の状態確認し、その後自宅にて 担当者会議を開催予定。訪問看護、訪問介護、訪問入浴、レンタル。</p>
平成20年1月28日	<p><訪問看護STに訪問相談> 鶴沼ケアサービスS氏に受入れ状況を確認。 確認を要する点があることから、30日の面談時に伺い、 改めて相談 することとする。</p>	17:30	<p><状態急変の連絡> MSWより、状態低下しドクターより退院は難しいとの判断。 退院中止となり、各事業所に連絡入れ終結となる。</p>
平成20年1月30日	<p><病院にて初回カンファレンス>（S.Dr、N.MSW、妻、 CM） 27日より状態の低下がみられ、食事が入らないため経 管栄養を 検討している。退院は、一時的なもので1～2週間が限 度である。 このまま様子を見ながら、退院の為の環境整備を進め ていく。 訪問看護、訪問入浴、訪問介護（24H）事業所へ受入 れ状況の相談。</p>		

悪性脳腫瘍の入院患者の退院支援

ある事業者からの紹介
聖路加国際病院mswから連絡

悪性脳腫瘍の手術終了
急変し入院中
容体安定している状態で家族より退院希望

家族の意向確認し在宅支援の準備
訪問看護・訪問介護(24H)・訪問入浴・受け入れ状況確認

並行して院内カンファレンス開催
参加者(Dr.・MSW・妻・CM)

MSWから往診医へ情報提供所送付

病室で本人容体確認後、自宅にてカンファレンス
(訪問看護・訪問入浴・訪問介護・福祉用具)

退院に向けた準備を整備

ケアプラン

第3表

利用者
名

S.O殿

週間サービス計画表

作成年月日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00	訪問介護 8:00~9:30	訪問介護 8:00~9:30	訪問介護 8:00~9:30	訪問介護 8:00~9:30	訪問介護 8:00~9:30	訪問介護 8:00~9:30	訪問介護 8:00~9:30	
	10:00				訪問入浴10:00 ~11:00				
午前	12:00	訪問介護12:00 ~13:00	訪問介護12:00 ~13:00	訪問介護12:00 ~13:00	訪問介護12:00 ~13:00	訪問介護12:00 ~13:00	訪問介護12:00 ~13:00	訪問介護12:00 ~13:00	
	14:00	訪問看護12:00 ~13:00	訪問看護12:00 ~13:00	訪問看護12:00 ~13:00	訪問看護12:00 ~13:00	訪問看護12:00 ~13:00	訪問看護12:00 ~13:00	訪問看護12:00 ~13:00	
午後	16:00								
	18:00	訪問介護 18:00~19:30	訪問介護 18:00~19:30	訪問介護 18:00~19:30	訪問介護 18:00~19:30	訪問介護 18:00~19:30	訪問介護 18:00~19:30	訪問介護 18:00~19:30	
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								

週単位以外のサービス 3モーターベッド、エアマット（自動体位交換）、クッション、車いす（フルクライニング）

身体管理が難しい第2号被保険者のささえ

58歳

男性

就労経験乏しい

5人姉弟の5番目

自立心薄い

母親入院のため独居

アルコール中毒による肝硬変

インスリン

腎機能低下

家族構成図	生活歴	通院状況										
<p>■ = □ ST病院入院中</p> <p>綾瀬 市内 横浜 相模原</p>	<p>5人姉弟の末子として出生。婚歴なく40歳まではST病院(内)…1/2W</p> <p>電気関係の職に就くもその後は無職。母親と2人暮らしで</p> <p>あったが現在入院中。肝硬変によりH20. 4腹部に</p> <p>シャントを埋める。糖尿病によるインスリン指導もまま</p> <p>ならない状態で自ら退院してきてしまう。姉たちに</p> <p>対しての依存心強く社会性、自立心が薄い。</p>	<p>ST病院(内)…1/2W</p>										
<p>同居家族(有・無):</p> <p>キーパーソン: 姉(長女)</p>	<p>病歴等</p>	<p>服薬状況</p>										
<p>その他連絡先</p> <table border="1" data-bbox="59 1128 672 1315"> <tr> <td>続柄</td> <td>氏名</td> <td>電話</td> </tr> <tr> <td>続柄</td> <td>氏名</td> <td>電話</td> </tr> <tr> <td>続柄</td> <td>氏名</td> <td>電話</td> </tr> </table>	続柄	氏名	電話	続柄	氏名	電話	続柄	氏名	電話	<ul style="list-style-type: none"> ・てんかん(先天性) ・糖尿病(インスリン朝・夕8単位づつ) ・肝硬変(アルコール性) ・高血圧 ・腎不全 	<ul style="list-style-type: none"> ノルバスク ラシックス ノイファン アルダクトン デパケン ヒダントール フェノバル テグレート リーバクト モニラック 	
続柄	氏名	電話										
続柄	氏名	電話										
続柄	氏名	電話										

日常生活の自立度	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2 B1 B2・C1・C2
居住環境	認知症高齢者の日常生活自立度 自立・ I ・II a・II b・III a・III b・IV・M 自宅 借家・ 戸建て ・集合住宅(エレベーター有・無)、自室の有()階・無
本人・家族の主訴	<本人> 姉たちに頼めばやってくれるので自宅での生活を送りたい。 <家族> 甘えて育ったため何でも人がやってくれると思っている。自分達も高齢で持病があるため週1回の援助が限度で出来れば入院させたい。金銭面でもゆとりは無く母親の年金収入しかないため都度相談してほしい。

支援経過 I

支援経過

日付	相手先	用件	内容
2008/6/5	第5包括より電話	新規ケース依頼	不全などあるが病識が殆ど無く姉兄に頼ろうとしている。介護認定が濃厚であることからケアマネを依頼したい。訪問看護・立ち上がりバー・ヘルパーは調整依頼済みのため明日担当者会議に同席してほしいと依頼は入る。
2008/6/6	自宅訪問	インテーク アセスメント	1番目の姉夫婦、2番目の姉夫婦、4番目の姉あわせて5名、包括O氏、ヘルプ協会S氏で今後について話し合う。状態としては入院加療の必要性十分あるが 本人の退院の意思が強く半ば強引に退院 してきた。
2008/6/8	自宅訪問	様子伺い	顔色良くベッドに座り笑顔見られる。「大丈夫です」と。
2008/6/9	自宅訪問	サービス担当者会議	「インスリンは自力で打ち、朝食を食べ薬を飲んだ。」とのことだが薬が箱に残っている。夜間尿器使用した が漏れてベッド上が汚れている。
2008/6/13	家族より電話	現在の様子について	「自宅で転倒し、調子が悪い様子。今からでも入院させてもらおうかと思うがどうか？」 と連絡入る。 訪問看護に連絡し支持を仰ぐこととする。状態に関しては急を要する状態ではないので後から訪問してみることとなる。
	自宅訪問	様子伺い	ぐったりしており活気無く食事もとれていない様子。 16日の受診に変更しドクターと相談することとなる。 本人も入院しても良いとの意思を示したので家族としても入院させたいとの意向。
2008/6/16	訪問看護より電話	受診の結果報告	検査したが数値は悪くなく入院の必要性は無いとDrの判断。 家族からは不満の声上がるも自宅へ戻ることとなった。 低血糖見られ為、インスリンは中止とし服薬コントロールに切り替わる。 6/18にナースで薬をセッティング。暫く自宅療養で様子を見ることとなる。
	ホームヘルプ協会より電話	受診後の確認	「6/14に転倒して背中を打ち痛みがあり起き上がれないほどだった。午後になると状態が倦怠感からか歩けなかったり、食事が出来なかったりで介助量が増す傾向にある。」 との報告を受ける。明日から通常通りの援助依頼する。
2008/6/18	訪問介護より電話	昨日の様子報告	「午後から背中の痛みが聞かれ、ギャッジアップも出来なく全介助で援助した。入浴は困難なのは？」 と連絡入る。 状態不安定 のため今月いっぱい現プランで様子を見ることとする。6/23入浴方法確認で同行予定。

支援経過 II

2008/6/20	自宅訪問	結HS同行訪問	昨日転倒し夜中の3時から動けず ^{にいた} 。腰部痛あり、起き上がるのも辛い様子。昼食も殆ど食べれず、尿でシーツが汚染されている。右臀部に床ずれ形成され除圧マットをイノベーションに発注。状態低下ある為、食事介助、排泄介助で本日臨時で20:30~21:30で臨時ヘルパー依頼する。
2008/6/24	自宅訪問	モニタリング・サービス担当者会議	家族6人・本人とで今後について話し合う。問題点として①夜間の転倒、②床ずれの形成、③利用限度額、④状態の不安定などがあがる→担当者会議事録参照。場合によっては区分変更申請を検討。6/30の通院時の介護タクシー、散髪希望あり調整予定。
2008/7/8	自宅訪問	今後についての話し合い	1姉夫婦、2姉夫婦、姉、ヘルパーF氏、CM.T、CM.Sにてカンファレンス実施。極力、椅子に腰かけてもらい自発運動を促すようにプランを組んでいく。
2008/7/22	市役所へ電話	認定結果確認	要介護5で認定。
2008/7/23	訪問看護より電話	19日臨時利用の件	熱があり様子を見て欲しいとヘルパーから連絡入り、急遽訪問した。クーリングにてすぐに下がったため様子観察していると連絡入る。
2008/7/24	キーパーソンへ連絡	区分変更申請に伴いサービス担当者会議開催の報告	状態低下著名なためあり、緊急時の確認を兼ねて担当者会議を7/28に開催予定。
2008/8/13	自宅訪問	事前面談	つじさんちF氏、CM.T、CM.Sにて訪問。薬の変更が当て以来、本人調子よくヘルパーより「朝の失禁もなくなり、時間も短縮できそう」と報告ある。
2008/9/12	家族より電話	受診の件	腹水貯留の為9/25の受診を早めて9/19でタクシーをお願いしたいと依頼ある。
2008/9/17	訪問看護へ電話	状態確認	腹水貯留で9/10にドクター往診してもらった。腹水を溶かす薬を注入し様子を見ている。長くて1年(5月より)の余命とドクターより家族へ説明してあるが現状としては悪化している状況。9/19は予定通り受診。腹部ポンピングに関して再度ドクターからの指示待ちとする。
2008/9/22	自宅訪問	モニタリング	腹水貯留、両下肢の浮腫み(+)。 自覚症状なくポンピング、ベルト着用で様子観察中。次回10/6受診予定。デイ「もう少し行ってみるか」とのことで前向きな発言あり継続。

週間ケアプラン

<p>7 9時00分から10時29分ヘルパー</p>	<p>8 16時00分から17時29分ヘルパー</p>	<p>9 8時30分から9時59分ヘルパー</p>	<p>10 8時30分から9時29分ヘルパー・9時30分から14時00分ディ・14時30分から14時59分看護師・16時30分から17時59分ヘルパー</p>	<p>11 9時00分から10時29分ヘルパー・16時10分から17時39分ヘルパー</p>	<p>12 9時00分から10時29分ヘルパー・16時00分から17時29分ヘルパー</p>	<p>13 9時00分から10時29分ヘルパー・16時00分から17時29分ヘルパー</p>
<p>14 9時00分から10時29分ヘルパー</p>	<p>15 敬老の日 16時00分から17時29分ヘルパー</p>	<p>16 8時30分から9時59分ヘルパー</p>	<p>17 8時30分から9時29分ヘルパー・9時30分から14時00分ディ・14時30分から14時59分看護師・16時30分から17時59分ヘルパー</p>	<p>18 9時00分から10時29分ヘルパー・16時10分から17時39分ヘルパー</p>	<p>19 9時00分から10時29分ヘルパー・16時00分から17時29分ヘルパー</p>	<p>20 9時00分から10時29分ヘルパー・16時00分から17時29分ヘルパー</p>

支援経過 要約 6月の状況

本人・強制退院強行

6月のケア内容

訪問看護

訪問介護

用具の使用(歩行器・車いす・介護用ベッド・床ずれ防止マット)

食事の準備をするが食事がとれない
たまに便失禁
転倒することがある
時間帯によって状態が不安定

とにかく生活の確保

6月30日受診

低血糖が見られインスリンから
投薬にかわる

支援経過 要約 7月の状況

7月のケア内容
6月とほぼ同様
主眼として椅子に腰替え自発運動を促す
ポータブルトイレの利用・手すりの設置

6月のモニタリングを受け
夜間の転倒
床ずれの形成
利用限度額
状態の安定
を考慮したケアを協議

介護度5に変更
発熱・状態低下顕著など
一時的変動あり

投薬種類の減少

7月28日受診

支援経過 要約 8・9月の状況

8月

投薬種類の減少後状態が安定

通所介護(月後半でディサービス利用開始)

9月

本人の前向きな発言など改善がみられる

腹水の増加が著しい

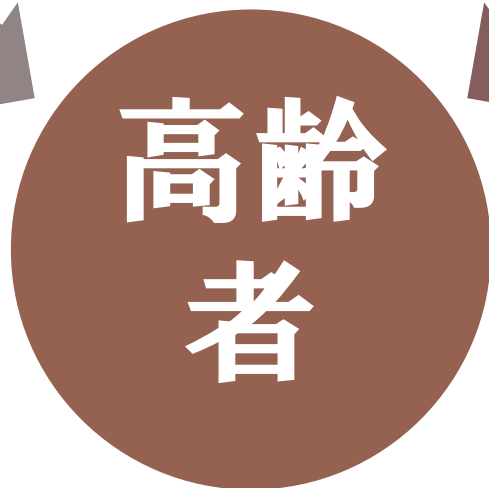
10月

腹水チューブ交換
で入院決定

行いたい医療・介護の連携の姿

Dr. はじめ医療従事者

ケアマネジャー



お願い

保険者

スピード感のある対応

在院日数と介護認定
住宅環境整備

常識ある行動
と要領を得た
会話

ケアマネ
ジャー

新しい職種への
理解を

医療従
事者

専門用語
への配慮

相手に配慮した訪問



平成20年10月18日
第48回全国国保地域医療学会
発表資料

著作権・藤沢市観光課