

7-1					
主題		医療連携室が創る新たな在宅支援へのアプローチ			
副題		ケアマネージャーと医療職との協働アセスメントの仕組み化			
キーワード 1	医療連携	キーワード 2	協働アセスメント	研究(実践)期間	24 ヶ月

法人名	(株) グッドライフケア東京	事業所名	グッドライフケア東京
発表者(職種)	鈴木直美(医療連携室 室長)		
共同研究(実践)者	宮本尚登(営業企画)、内田陽(IT)、松野佑亮(介護支援専門員)		

電 話	03-3537-0790	FAX	03-3537-0791
-----	--------------	-----	--------------

事業所紹介	2005 年より介護保険事業を開始。東京大阪の都心部で、訪問介護、訪問看護(リハビリ)、居宅介護支援、福祉用具、通所介護等の総合的な在宅ケアサービス事業を展開。「自宅で最期まで」をテーマに、医療と介護の多職種連携で、地域の皆様へ質の高いサービスの提供に努めています。
-------	---

《1. 研究(実践)前の状況と課題》

当社の所在地である東京都心部では、2060 年の高齢者率は 3 割を超えると予測されている。今後は「病気と共存しながら QOL の維持、向上を目指す医療」となり、医療のみならず医療と介護、自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わることがもとめられている¹⁾。医療と介護の連携は、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等様々な局面で求められる。在宅復帰の際に円滑に適切な在宅サービスにつなげることや再入院を防ぎ在宅生活を継続するための連携強化が求められている。その中で介護支援専門員(以下、CM とする)が果たす役割は大きい。一方、CM の基礎資格は 7 割以上が福祉系であり²⁾、医療との連携に困難感を示していると言われている。当社 CM への調査でも、利用者の身体機能、生活状況のアセスメントはできても、疾患の理解、予後予測が困難であると感じている事がわかった。病態や予後予測を含めて対象を理解することが、適切なケアマネジメントに必要と考える。当社は、訪問看護事業を展開していることから医療依存度の高いケースの新規依頼が多く、医療機関との連携の機会も多い。医療機関と連絡調整やカンファレンスの参加においても医療的な知識が求められた。

《2. 研究(実践)の目的ならびに仮説》

1、居宅介護支援のサービス開始時、看護師との協働でのアセスメントを仕組み化する。
医療ニーズの高い利用者を適切にアセスメントし、的確なケアプランが作成できることが目的である。これにより、悪化や再入院を防止し、自立支援につながることを期待した。

2、医療機関との連絡調整や連携の窓口を集約し組織化する。
看護師等の医療職を窓口とすることで、医療情報の収集と整理、退院時の調整を効率化し、関係性の構築と連携強化を目指した。

《3. 具体的な取り組みの内容》

法人内に医療連携室を設置。

医療連携室の構成は、①訪問看護経験のある看護師、理学療法士等、医療系資格保有の CM、②訪問看護の経験のある看護師もしくは CM の資格を有する窓口担当で構成した。役割は以下である。

① 居宅介護支援の新規インテーク目的の訪問やカンファレンスの参加は、担当 CM に同行する。協働してアセスメントやケアプラン案を作成し医療的なニーズと予後をふまえたプランであるかを確認する。利用者へのプラン案の説明を行い、利用者及び家族からの質問に応え、プランの確定までを行う。

② 電話による新規依頼の受付や相談業務を行う。必要な医療情報の収集だけではなく、在宅ケアや介護相談等にも応じ、新規サービス開始がスムーズに行えるよう準備をする。

《4. 取り組みの結果》

電話窓口を集約し、医療機関からの相談は看護師の窓口担当者が受付することで医療情報の収集や理解がしやすくなった。医療機関の退院調整看護師等からは、電話窓口やカンファレンスに医療職が対応することで調整が進めやすいとの声があった。また、在宅移行後のイメージが具体化され必要な準備が迅速に整う点が医療機関から評価された。訪問看護の導入が未決定のケースも看護師等が担当 CM と共に調整に関わることで、高度な医療ニーズを持つ利用者の退院調整から在宅への移行が切れ目なく実施できた。この結果から医療ニーズの高い新規依頼数が増加し、法人の訪問看護事業の拡大にもつながった。

《5. 考察、まとめ》

1、介護支援専門員との協働

看護師のアセスメントは、医療的視点で身体状況を把握し、高齢者の問題とその原因や背景等を掘り出すことで、疾患の重症化を防ぐとされている³⁾。医療系の資格を有する医療連携室の担当者と協働することで、福祉系の基礎資格を有する CM でも医療的なアセスメントのサポートを受け、利用者の悪化防止や自立支援に向けたケアマネジメントの一助になると考えられる。

2、医療機関との連携

窓口担当者が訪問看護経験者、CM の経験者であることから、在宅での療養生活がイメージでき利用者にとって必要な情報を医療機関の退院調整担当者へ提供できることが連携を促進した要因の一つと言える。

《6. 倫理的配慮に関する事項》

本実践発表を行うにあたり、医療連携室職員及び関係者へ口頭にて確認をし、本発表以外では使用しないこと、それにより不利益を被ることはないことを説明し、回答をもって同意を得たこととした。

《7. 参考文献》

- 1) 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書）
- 2) 介護支援専門員の養成に関する調査研究事業報告書.2024
- 3) 辻村真由子,樋口キエ子,川上節子,他：介護支援専門員のケアプラン作成における訪問看護導入に関する実態 A 県の福祉系と看護系の介護支援専門員の比較から.医療看護研究 10(2)：18-26,2014
- 4) 和田洋子：軽度者の自立を支える看護職のアプローチ 実践報告③居宅介護支援事業所の看護職として看護職のケアマネージャーが軽度者のケアマネジメントでできること,コミュニティケア,8(8),28-30,2006

《8. 提案と発信》

福祉系の基礎資格を有する CM が圧倒的に多数な中、今後、在宅を最期の場として選択される利用者が増加することが見込まれる。居宅介護支援事業所には、利用者の予後予測、悪化防止の予防的視点でケアマネジメントできる看護師等医療系の資格を有した CM の配置が必要ではないかと考える。居宅介護支援事業所の構成として、看護師等の医療職の配置により、事業所へ加算が算定される仕組みができれば、介護保険法の目的でもある自立支援のケアマネジメントをより多くの事業所で実現できる可能性があると考えられる。