

## 第2回 東京都北区在宅介護医療連携推進会議委員会要点記録

開催日時 平成26年10月29日（水）午後2時00分～4時01分

開催場所 北とぴあ 14階 スカイホール

### 【会議内容】

#### 1 報告・議事

##### (1) 各部会報告

#### ①医療社会資源調査検討部会

- ・ 目的は、北区で活動する医療機関・歯科医療機関・薬局・訪問看護ステーション・訪問リハビリテーション事業所を対象に、在宅療養に関する情報を把握して整理するという目的で検討を進めている。そこで集めた情報を医療社会資源についてのデータベース化を行い、在宅療養マップを作成する。
- ・ 第1回6月5日 部会長、河村雅明委員、副部会長 青木真委員。  
対象は、区民向け、事業所向け、高齢者あんしんセンター向けで作成する。
- ・ 調査項目の検討を実施
- ・ 在宅療養マップのネーミング次回検討
- ・ 3月に成果物を報告する。

#### ②認知症疾患医療介護推進部会

- ・ 7月と8月に2回開催。
- ・ 目的は北区における認知症高齢者のための介護と医療の連携を推進するために何が必要なかを整理することと、北区版の認知症ケアパスの作成をする。
- ・ 国の考えるケアパスは、住みなれた地域で生活し続けるために、認知症が疑われてから診断、対策の初期対応からその後の病状に応じて、その時々を受けられる機関名、またサービス内容をその地域の実情に合わせて具体的に作成し、それを家族に提示するというもの。

部会で議論になったことは、対応としては初期対応が重要であるということ。いかに早期から質の高いケアを受けられるようにすることが長く地域で過ごせることにつながることになる。そのためにも初期の気づき、それをどう拾い上げるか、またその後どこに相談すればいいのかがわかりやすくする必要のあること。

- ・ケアパスはわかりやすく、簡潔に作成することが必要であり、それでは不十分な面もあって、ガイドブック的なもの、説明を加えた資料編というものを作成することになるだろうということになっている。
- ・区民にわかりやすくするためには、用語、特に専門用語の使用には注意することが考えられる。
- ・北区内であっても各圏域によって使える資源、また特にこの場合にはインフォーマルなものが多くなる可能性があるが、その違いがあるために、圏域や包括単位で作成する資料がよい。
- ・認知症予防あるいは意識づけが重要であり、どの時点を起点とし、例えば発症前なのか、あるいはMCIレベルなのかということをはかにケアパスに入れ込むのかということ必要である。
- ・初期対応として国は認知症初期集中支援チームについて北区でも初期対応チームの作成が必要であればどのようなスタッフ構成にして、対応する状況はどのような方にするのか、必要な医療機関につながるべく、振り分けを行うことも必要ではないか。
- ・初期対応に関して、患者さんやご家族の経済的基盤を考慮すべき点があり、いかに意識づけを行うか、経済的基盤いかんにかかわらず広く築くこと、拾い出しができるようなものが必要であるということである。
- ・初期対応の方の対応として、認知症カフェの取り組み等も検討が必要である。

### ③摂食・えん下機能支援検討部会

- ・9月より東京都摂食・えん下機能評価医養成研修、リハビリテーションチームの研修会が進んだところで新しく立ち上げる部会である。
- ・東京都の研修会へは、北区医師会から3名、北歯科医師会から2名、滝野川歯科医師会から1名の合計6人が受講中である。
- ・リハビリテーションチームは、理学療法士、言語聴覚士を含め、看護を含めたチーム5人が受講中である。
- ・第1回目は、11月26日に検討部会を開催予定。

### ④介護医療連携共通シートの施行について

- ・介護医療連携共通シート導入検討部会は、昨年度3回実施。  
介護医療連携共通シート導入のマニュアル等も作成し、今年度の前半で協力

機関を増やし、再度試行した。

- ・介護医療連携共通シートアンケート集計。7月22日から10月10日までのおおむね3カ月間、63機関、65人の方が協力。65人中32人のアンケートの回収し「効果があった」という人数としては15名、「なかった」としては18名で、なかなかこの効果というのが見えないような結果。  
「効果あり」の中の意見は、「相手の都合を気にせずに報告や相談ができる」「今までの連携できていない機関とも連絡しやすくなる」「シートの内容が簡潔なため、わかりやすく要点を絞って伝えることができる」があがっていた。
- ・「効果なし」は、「既に連携のとれている機関のため、シートを使用しなくても最初から電話や面談等で連絡できる」「事業所独自の書式があるためそちらを使用している」「シートの着確認や詳しい事情説明が改めて必要であり手間がふえた」「ファクスを嫌がる医療機関があるため、郵送や訪問等でのやりとりが必要である」「協力機関が少なく、その間でのやりとりがなかった」「電子カルテを使用しているため、紙ベースの情報提供を断られた」
- ・シート運用に関する意見として、手書きではなく、パソコンで入力できるとよい。ケア倶楽部などへのシートを添付してほしい。協力機関をもっとふやしてほしい。
- ・「電子カルテを使用しているため」というのは、病院関係はほとんど電子カルテで、ソフトでもつくり、介護保険と同じような印刷できるようにすれば、利用が多くなる。
- ・北区ケアマネジャーの会員の多くから共通の連携ツールが欲しいと要望あり、今回、試行したのが主任介護支援専門員という、いわゆるケアマネの中では連携なども比較的できている方々、少し偏りがある結果ではある。ケアマネジャーにも広げ意見を伺うなど、実際の使用状況というのを調べたほうが良いのではないかな。
- ・年明けに、介護医療連携共通シート導入検討部会を開催予定。

#### ⑤在宅療養協力支援病床確保事業進捗状況

- ・8月に北区医師会の病院委員会と8月、10月と検討会を設け、協力病床の意向調査を実施に向けて準備中。

- ・北区医師会病院委員会からどんな事例を協力病床として活用したかというような事例検討、症例研究の提案があり、3月、4月までに整えて実施する。

## (2) 多職種連携研修会・顔の見える連携会議進捗状況

### ①多職種連携研修会報告

- ・在宅医療におけるリーダーを育成する、あるいは連携を促進していくために、都道府県リーダー研修、地域リーダー研修を国策として実施することになった。北区においては、昨年度在宅ケアネットが主催となって、多職種連携研修を東大の柏モデルを用いて行っていた。その実績より、今年度区から委託を受けて、在宅ケアネットで実施している。
- ・昨年度行った多職種連携研修の事前アンケート、事後アンケート、そして動向研修についてのアンケートについての評価
- ・多職種連携研修の全体の評価については、「期待を大きく上回る・期待以上」というのをあわせると八十数%ですかね。「ほかの研修会よりも優れている・やや優れている」と答えた人もほとんどでしたので、非常に評価が高かった。
- ・在宅医療に対する意識の変化、これは研修前と研修後で在宅医療に対して意識がどう変わったかを比較しているが、「いずれ行いたい」が増え、「在宅医療を自分でもやっていける」と思うという人も増えている。「具体的なイメージが持てる」と回答した人が増えている、短い7カ月の前後でのアンケートであるが、実際の実践にはないが、「在宅医療ができそうである」と答えている人がふえている。
- ・同行研修では、医師はその研修期間中に2単位、多職種は1単位の研修を行い、同行研修の評価は非常に高く、94%の方が「ためになった」と答えていた。「今後も続けたほうが良いと」答えていた。
- ・去年、参加した。多職種の方と、ワールドカフェで、違う意見が聞けるといいうとても良い経験をした。
- ・今年度は第2回目、薬剤師関係の法改正があり、「薬剤師ももう外へ出なさい、それについて点数をつけます」になってきたので、会の薬剤師、薬局の意識も変わってきた。「参加する、参加したい」という意向の方が多くなってきたように感じている。

- ・来年度は管理栄養士や歯科衛生士が在宅へ出てくると役割が幅広く見えるという立場であり、もう少し職種という範囲で人数を絞るなど、職域を広げてもいいのではないかと。

## ②顔の見える連携会議報告

- ・今年度から区の事業として北区在宅ケアネットの協力のもとに、医療職、介護職が一堂に会する顔の見える連携構築をはじめた。8月から9月にかけて3圏域に分かれて、1回目を開催した。参加者は医科、歯科、薬局及び各訪問看護系とか、介護事業者である。
- ・議題は、各圏域に医療と介護における現状及び問題点を抽出することとし、北区及び圏域の概況についての説明を行った後に、そこでの医療、介護、連携上の強み、問題点について、グループに分かれて議論した。
- ・王子圏域は9月16日開催。31名の参加。  
高齢者あんしんセンターサポート医制度の周知や在宅医療を支える医療機関や介護施設がある程度整っており、評価すると、やはり先進的なことだという意見が出ていた。
- ・一方で高齢化が高く、独居の方も多ということと、まだ社会資源の認識不足、お互いの連携不足もあるのではないかとということがあった。また、入院医療機関が北区以外の医療機関になることも多く、その連携の困難さを感じているということもあり、まだまだ困難事例も多い。
- ・赤羽圏域は、9月25日開催。42名の参加。
- ・赤羽圏域は、圏域を平場、高台、川に囲まれた地域でグループ分けした。
- ・平場である地域では、戸建ての古い住宅での独居老人の問題、高台の地域では当然だが、坂が多くて低地域へ出るのが困難。
- ・高台は、銭湯の廃業が多くて銭湯が少ない。日中、電車やバスの本数が少なく、都心である赤羽に出るのもアクセスが非常に悪い、地域中だけで完結するような多様なサービスが必要であるという話になった。
- ・滝野川圏域では8月27日開催。28名の参加。
- ・各圏域と同様の内容で実施した。全体の中で滝野川圏域の強みは何だろうか、今後の課題としてはどういったものがあるのだろうかというのを共有化した。
- ・医療面では、訪問診療、訪問看護、歯科診療などの医療的な社会支援は非常

に多いが、それぞれの機関との連携も今後の課題になってくるだろう。

- ・入院できる病院が少ない。滝野川圏域の弱みであるが、老健や特養、それからグループホームなどの介護保険の社会資源は多いのではないだろうか。ただ、精神科領域での相談できる医療機関、リハビリ資源が少ない。
- ・地域の特性は、滝野川も東西長いので、交通面での違いはあるが、道が狭く、坂が多いことから、外出や通院が困難であること。
- ・買い物できるスーパーや商店街が少ないという地域の特性から、買い物難民が発生しているのではないだろうか。実際、買い物ができなくて、ヘルパーに代行し、配食でお願いしているところも多い。
- ・戸建てが多くて、独居高齢者の数も多いのが滝野川圏域の特色であり、一部分では孤立している高齢者も多いのではないかという課題も出ていた。
- ・各圏域でも同様かと思うが、急激に介護の人口が増加する中で、高齢者の生活を地域で支えていくためには、社会資源やインフォーマルのサポートも含めて、行政の中でも地域支援事業も含めた検討が必要であるのではないだろうかということと、地域のボランティアの育成や医療・介護ともに人材不足が考えられていくであろうと。そういった意味では人材育成が必要だよねというところから、今後、多職種研修の延長線上で、地域でもそういった研修を重ねていきながら、人材育成をしていく必要があるのではないだろうかという意見もあった。

### (3) 議事

#### ①次年度に向けての課題、今までの感想等

- ・ケアマネジャーといっても、歯科医師の場合は接する機会がかなり少ないが、対応の状況がよくわかった。
- ・ケアマネジャーは、とても親切に地域の中でいろんなケアを考えていただける、本当にその人のために、一人一人に違うプランでいろいろ考えていただける。皆さん在宅で暮らしたがつているので、本当に個人のプランが全部でき上がり、医療につながり、それを医療も訪問したら、どなたも施設に入らず、病院に入らず、本当に住みなれたところで最後を迎えられるのかなと。きょうのこの会議のいろんな施策が実行に移されれば、ちょうど団塊の世代が多くて、困っている方、高齢者の中で認知症初期の方が見つけられずに多

- くあるので、とても助かるのではないか。大変希望が持てる会議となった。
- ・今回盛りだくさんで、ケアマネジャーのカリキュラムの改定の中で、疾患別のいろいろな知識が組み込まれるということは、実は日ごろ医療者が医療を知っているのは当たり前で、もっと住民の方やヘルパーさんやケアマネさんがもっと体のこととか、病気のことは知っていて当然というか、知識が幅広く理解できるほうがいいなというところで、ケアマネジャーの中にも入り、もっと区民の方にも基本的に自分の体のことを知るというのは大事ななと思っていいことだなと。もっと幅広く区民の方にいろんなことが伝わるというなと感じた。
  - ・様々な取り組みの中で今、報告があった地域包括の中で、何点かご報告と、感じたことですが、医療連携はもう前から課題で、地域の北区の中に何カ所かの病院があるかと思う。今、都から教育ステーションという指定を受けて、都内で5カ所の指定を受け、病院と今年度、連携をとって、病院に2回、訪問看護師として講義し、その後17名の病棟の看護師が訪問看護ステーションで実習し、同行訪問した。17名の病院推薦の看護師で、各病棟のリーダーと外来看護師に、在宅を知っていただいたということは大変すごく大きな変化で、ケアマネジャーよりあの病院は変わったと思わないというくらい、体験をしたリーダーの看護師がいたら、病棟が変わることにつながる。
  - ・外来看護師の同行訪問は、意味は大きく、この地域の北区が今、捉えている急性期病院と地域をつなぐ支援窓口も前から検討されていたが、もっと具体的な、北区の中の大事な急性期病院で、何かあったときは10日くらい入院して、必要な医療を受けて、そして施設に行くのではなく、在宅に帰るには地域の受け皿として大事であり、病院とのつながり、顔の見える連携というのが、病棟の一人一人のスタッフと地域のケアマネジャーや訪問看護師や、往診の先生とか、医療スタッフとの連携がとれると良いと感じている。
  - ・ケアマネジャーも楽になるのではないかと思う。病院が必ず退院前カンファレンスに丁寧情報提供してもらおう、さっきの連携のシートもより活用しやすくなり、地域連携のケアの推進イメージを具体的に、それぞれができるところでご協力したいと感じている。
  - ・医療社会資源調査で、緩和ケアや褥瘡について、全部その医師が抱えるので

はなく、病院の専門のナースに投げてください、病院のナースと地域のナースが連携しながら、責任持って痛みを取ったり、あるいは床ずれが治ったりという、病院の中の社会資源もぜひ調査をしていただくと、案外、看護職で言うと、専門の人や認定看護師も大勢いる区である。そういった資源をもっと地域に生かしていただけるとありがたい。

#### 4 その他

- ①今後の予定 次回3月に予定する
- ②介護保険公聴会のお知らせ
- ③北区介護あんしんフェア2014のお知らせ

#### 5 閉 会



## 第2回 東京都北区在宅介護医療連携推進会議委員会 会議録

開催日時 平成26年10月29日（水）午後2時00分～4時01分

開催場所 北とぴあ 14階 スカイホール

### ○ 講 座

「介護医療連携におけるケアマネジャーの役割」

北区在宅介護医療連携推進会議委員 石山麗子委員

【石山委員】 皆様、こんにちは。ただいまご紹介いただきました石山でございます。

本日は、在宅介護医療におけるケアマネジャーの役割ということでお話をさせていただきます。

使用しますテキストですけれども、皆様に配付されております資料1を使用してみますので、ご準備くださいませ。よろしいでしょうか。

今からお示ししますこのスライドの資料ですけれども、皆様のお手元の資料と全て一致しているわけではございません。最後のほうにお写真など出てまいります。個人のお顔が載っているものになりますので、そういったものは配付をしておりません。どうぞご了承くださいませ。

### ●スライド資料1

では、早速ですけれども、お話をさせていただきます。

北区在宅介護医療連携推進会議というこの会議の名称について、つい先日、小宮山課長とお話をいたしまして、多くのほかの地域では、医療連携推進会議とか、医療介護連携推進会議といったようなネーミングになっていますが、北区では「在宅介護医療連携推進会議」、「介護」が先に来ていますよということをお話しになりました。「ここには意味がありましてね」ということで小宮山課長がおっしゃったのですが、やっぱり家で暮らしていく生活を中心としながら、それをサポートするために介護と医療が連携していくというような考え方でこのネーミングにしたんですということをお話いただきました。

まさに人として暮らしていくということを支えるときに、特に高齢者にあっては

9割以上の方が何らかの疾患やけががあられますので、連携しなければ家での生活はサポートできないということは本当に納得です。そのような中でのケアマネジャーの役割というのはどういったものなのかということで、今回、私自身も改めて自分の立ち位置というものを振り返らせていただくことができました。

ケアマネジャーの役割については、実は業務範囲が余り明確ではないということで、多くのケアマネジャーが悩んでいるところでもあります。実際にケアプランを立てたりとかという、ケアマネジメントプロセスと言われるアセスメントに始まり、課題を分析し、ケアプランを作成し、担当者会議を招集してケアプランを確定し、サービスを提供してモニタリングを行う。これは運営基準に規定されております。明確です。そして、給付管理を行うことも明確です。しかし、このプロセスの間に起きていること、生活では本当にさまざまなことが起きてまいりますので、そこを埋めていく。この埋めていくことが利用者さん一人一人で起きていることが本当に異なります。

私自身もケアマネジャーをしていて、どこまでがケアマネジャーの業務範囲なのか、あるいはケアマネジャーをしていて、ほかのケアマネジャーから本当にそれはケアマネの仕事なのかと批判を受けたことも数多くありました。

しかし、それをしないと、きょうの夜も越せないというような状況の方々が多くおられる中で、ここまでが業務範囲ということがなかなか規定できないなと悩みながら、毎日やっているところです。

実際に、ケアマネジャーの業務範囲、役割はどこまでかということ进行调查した研究もあります。これは東京都介護支援専門員研究協議会のほうで3年のほど前に実施したんですけれども、かなりのばらつきが出たということで、ここが業務範囲だと確定できなかったというのが調査結果となっています。

その中において、介護・医療連携、生活をサポートするという観点でケアマネジャーの役割を少し見ていきたいと思えます。

## ●スライド資料2

まず、こちらは基本的なことになります。資格や業務の特性についてというところですが、介護支援専門員、ケアマネジャーの資格は国家資格ではありませんで、介護保険法に位置づけられた制度内の資格になっています。そして、その資格を取得するに当たって、基礎資格は多岐にわたります。23種の資格がベースとなって

おりまして、うち法定資格は21種です。ここについては、27年の法改正で改正をされていく予定になっております。

私たちケアマネジャーの対象は、介護保険法に位置づけられている要支援、要介護の高齢者となっています。ですので、児童とか、40歳以下の方々については、対象ではないというところ です。

また、私たちはケアマネジメントの手法を軸に相談業務を展開しています。介護保険法のサービスというのは、ケアマネジメントを軸に展開されておりまして、ケアマネジャーだけではなくて、全てのサービス種別がケアマネジメントによって軸が通っているというふうなものになっています。

ケアマネジャーは相談業務、連絡調整、ケアプランの作成、給付管理などを行いますが、利用者さんにその利用の負担は発生していません。原則的には利用者の体に触れる直接的な介護ではなくて、相談業務となっています。この相談業務を行うことによって、またケアプランを作成することによって報酬が発生するという点においては、介護保険の中のほかのサービス種別とは全く異なるところになっています。

### ●スライド資料3

まさに、相談というのは、在宅介護の意思の決定の場に関与をしています。意思決定の場というところに関しましては、多くの方々と連絡、調整をしながら利用者さん、家族をサポートしていくこととなります。

地域包括ケアシステムの図を真ん中に置きまして、緑色の葉っぱの部分です。医療、看護、介護、リハビリ、保険、予防といったような、この公的なサービスの方々です。周りの丸にございますけれども、このような方々と連携をしていくということが主になっております。

ただ、それは職種の話であって、その方々がいろいろなところにおられます。訪問系の事業所、通所系の事業所、施設系、そして病院などにもいらっしゃいますので、一つの職種であっても、所属していらっしゃる場所によって、ケアマネジャーに対しての要望、こういう機能を果たしてほしいということは異なってまいります。そして、福祉系の方々とも連携をします。

また、この真ん中の植木鉢の図でいきますと、土壌の部分です。近隣の方とか、インフォーマルサポートの方々、このような方々とも私たちは連携をとって行って

います。

まさに、真ん中の絵の下のところですね。本人、家族の選択と心構えというところですね。ここを支えるのが中心になっていて、周りの皆様方と一緒に相談をしながら、どうすれば意思決定がうまくいくのか。そして、意思決定した生活の状況というのがどうすればうまくいくのか、これが高齢者、本当に日々体の調子が変わってきます。排せつの便の性状一つとっても、そのことで医療と連携をとらなければならないか、しなくていいかというようなことを相談しながらやっていっているというような形です。一つ一つの体の変化が生活の変化にあらわれてまいりますので、この方々がつながっていけるような形で、ケアマネジャーは基本的に人と人をつなぐということをしていっています。

このところで、先日、在宅ケアネットで栄養マネジメントのカリキュラムがありまして、そこの中のワークショップが行われました。ワークショップの中で発表の時間があるんですけども、どういう支援をしたらいいかということで、各グループから発表された中で、例えばデイサービスでこういうことをするとか、病院の医師に連絡をして、お薬のことを考えてもらうとか、いろいろな対策が出てきたんですけども、じゃあ、誰がここをやりますかということで、先生が誰がやるのかというのを必ず出していかれたんですが、そこで出てくるのはケアマネさん、ケアマネさんというので、どこのポイントにおいてもケアマネジャーが連携をしていく、つなぎ役を務めていくというところが出てまいりました。

実は、ここの「連携」と一言で申しまして、どのタイミングで、この利用者さんの場合に、どこに目をつけて、そしていつのタイミングで、どの医療者に、どの情報をお渡ししていくか。ここが医療連携の質になってきまして、今や介護支援専門員の7割以上が福祉系の資格を持っているわけですので、その判断というのがなかなか難しい。ここが課題になっていると言われていています。

#### ●スライド資料4

統合ケアというのは、うまくいくと、とても素晴らしい相乗効果を発揮するのですけれども、つなぎ役であるケアマネジャーが、いつどのポイントで、誰に対して、どのような情報を渡すのか、ここがこれからの課題だと言われていています。

今、統合ケアという言葉を申しましたけれども、この統合ケアは病気をもちながらも、人として生活がしていけるように、予防、医療、介護、福祉が一体的に提供

されていく。ここのつなぎ役として、介護保険ではケアマネジャーがしっかりと法律の中に位置づけられているとなっています。

日本の介護保険はとてもすばらしいと思っていて、この相談役であるケアマネジャーを制度の中に位置づけて、ケアマネジメントの統合ケアの機能がしっかりいくように仕込まれているものになっています。他国で介護保険はありますけれども、ケアマネジャーがつくられていない国というのもあります。

去年、韓国に参りまして講演をしましたときに、私は自分の自己紹介に大変苦勞をいたしました。なぜならばケアマネジャーがいないからなのです。相談だけに何でそういう資格の人がいるのというので、そこのご説明をするところからしばらく時間をかけたという経験があります。

ですので、多職種連携、日本の介護保険の多職種連携というものは、ケアマネジャーがもっともっと機能を発揮していくということが期待されているのだなということを感じています。

#### ●スライド資料 5

統合ケアについてももう少し見てまいります。こちらは健康長寿医療センターの粟田先生の資料を参考につくらせていただいております。統合ケアには垂直的統合と水平的統合がありますと、先生、お話をされておりました、水平的統合というのは、こういった縦のラインでの連携ということになってきます。この矢印は、例えばこの順番どおりではなくて、回復期から在宅に来ることもあれば、急性期から在宅に行くこともあります。いろんなパターンがありますけれども、このように縦のラインで連携をしていくものを垂直的統合と言います。

#### ●スライド資料 6

もう一つ水平的統合というのが、同じ地平（ステージ）で提供されるサービスの統合と言われております。在宅ならば在宅のサービス同士が連携をしていくというものになりますが、ケアマネジャーはこの垂直的統合でも、水平的統合でも、どの多職種とも連絡をとり合わなければならないというような役割を持っています。かなり複雑になっておりました、ケアマネジャー自身もどのポイントで、何を整理したらいいのかというのは混乱している中にあるのではないかなと思います。

特に最近、在院日数の短縮化によって、もうさっきタクシーで出ましたのでよろしくお願ひしますといったような新規の依頼もあつたりしまして、そういった方々

と連携をするのに、もう出られた方たちについて病院の誰に連絡をとったらいいかとか、しっかりとした疾患に関する情報もない中で、何を情報としてもらったらいいかということ、短い時間の中でどこから情報をもらおうかとか、誰と連携したらいいだろうかということを考えながらやっているところです。

#### ●スライド資料 7

次に、プロフェッションというお話をいたしますけれども、多職種連携が進むにつれて、その専門職、一つ一つの専門職のプロフェッション、プロフェSSIONナリズムというものがとても際立ってくるのではないかなと思っています。真ん中の資格になりますけれども、ほかの職種にはできない機能を果たすことというのが、ますます多職種連携の中で求められてくると思うからです。

今回、テーマをいただきました介護、医療連携の中でのケアマネジャーの役割とは、では何なんだろうかということについて、まだ標準化をされていないではないか、漠然とこういうことだということは皆さん実践を通して感じていると思うのですが、では、ここまでが業務範囲で、このポイントで何をしなければならぬというのは、標準化はまだされてきていません。いわば、医療介護連携におきまして、ケアマネジャーの専門性というのは、これからつくり上げていかなければならぬ途上にあるのかなと感じています。

#### ●スライド資料 8

ケアマネジメントのモデルについて見ていきます。最小限モデル、コーディネーションモデル、包括的モデルというものがあります。介護保険が始まりました平成12年は、最小限モデルとコーディネーションモデルの半分ぐらいかなと思います。利用者さんのお宅に行って必要だなというサービスにお渡しをしていればよかったという介護保険のまだ始まりの時代。しかし、そうはいきませんで、しっかりとモニタリング、検証をしてPDCAサイクルを回すということが平成15年ぐらいから義務づけられてきています。その後、地域包括ケアシステムをつくっていくのだということで、包括的モデルのこの内容が求められるようになってきています。特に資源開発のためのアドボカシーとか、市民教育とか、危機介入、こういったところが特に求められてくるようになっていきます。また、ここには書いてありませんが、まさにきょうのテーマである介護医療連携、このあたりについても強化することが求められている機能ではないかと考えています。

## ●スライド資料 9

社会の変化にあわせてケアマネジャーは生活のサポートをするわけですから、その生活のありよう、社会の変化にあわせてプロフェッショナリズム、専門性というものを変容し、高めていかなければなりません。そこは先ほども申しましたように発展の途上だと思います。私たち自身がしっかりと確立をし、それを一人一人が実行していくことで社会が認め、期待をしていって、信頼につながっていくというような、こんな形をつくっていかなければならないと考えています。

## ●スライド資料 10

また、地域包括ケアシステムの構築という中にあるには、意識しなければならないのが、日本の地域包括ケアシステムが *community-based care*、地域ケアと統合ケアをあわせたものと言われています。2006年に地域包括支援センターが設置されたときに、実はこれがはっきりと始まってきていたと。

振り返れば、ケアマネジャーはこのときに地域包括ケアシステムができていく、地域に根差して医療と介護が提供されていくことも見越し、私たちは何が求められるのかということにもっと早く気づいたらよかったのかなと考えていますが、まさに制度的にはこれから作り込まれていきますので、ここで地域の医療、地域の介護が連携していくために何ができるのかを改めて構築していくのかと思っています。

## ●スライド資料 11

それをやっていくために、私たちケアマネジャーがこれから取り組まなければならないことは何か、一つの専門職の質の向上をしていくことと、そして多職種から教えていただくということだと思います。

多職種から学ぶというのは、まさに私自身が在宅ケアネットに去年参加をさせていただいて、私が思っていた多職種連携と実際の実践の場とああいいうふうの一つ一つ一緒に学びながら机を囲んで、演習をしていく中では違う多職種連携の考え方の部分があるなと考えました。

なぜならば、一つの事例を通して、しかもA4の半ページぐらいの単純な事例なのですけれども、こんなにもほかの職種が違うところに課題意識を持つんだなということを目の当たりにしました。ケアマネジャーとして当然ここが課題だと思い込んでいたところは、ほかの職種にとってはそこが課題ではなかったし、むしろ課題とは感じていないところに課題と感じておられたというところがあります。

多職種連携の要として機能するためには、それぞれの職種あるいは所属しておられるところの立場から見て、ケアマネジャーがどんなことをしてほしい、どのように動いてもらいたいと思っているのかというその期待を理解できなければ機能することができないのだなということを感じました。

医療に関する知識もさることながら、その職種の倫理とはどのような価値を持っているのかとか、その法人というのとはどのような立場にあるのか、こういったことも含めて理解をしていく、また報酬のあり方も理解しなければコーディネーションの役割を果たせないのだなということを目の当たりしたのが在宅ケアネットの学びでした。

#### ●スライド資料 16

では、皆様、ケアマネジャーの一つの職種の質の向上というところで、一つご紹介させていただきたいと思ひまして、介護支援専門員研修の見直しという資料をつけさせていただきました。パワーポイントの資料の終わりのところにございます。ごらんくださいませ。

この統合ケアがしっかりと多職種連携の相乗効果を上げていくためには、連携の要となるケアマネジャーの機能が期待されています。そこで国はケアマネジャーの研修制度の見直しを行いました。私はこの研修制度の見直しですね、去年の8月から委員会が発足しましたがけれども、その委員会の一員として入れていただきまして、一緒に検討をしてみました。

#### ●スライド資料 17～19

6月にこのカリキュラムは発表されたのですが、まず、上のスライドをごらんいただきたいと思ひます。四角い箱が並んでおりますが、上の矢印、現行の介護支援専門員のカリキュラムになっています。下が28年以降の新しいカリキュラムです。

実務研修を比較していただきますと、現行44時間のところ、平成28年からは87時間、約倍にふえていきます。ほかの研修も若干ふえてっておりますし、主任介護支援専門員は更新制度が導入されていきます。

特に変化が激しい実務研修について見ますと、下のスライドになりますけれども、左側が現行、右側が平成28年以降のカリキュラムになっています。グレーになっているところが新しく導入されたカリキュラムになっています。科目数は全25科



目。新しく入ったのがうち15科目というふうになっています。

この15科目の内訳を見ますと、例えば下半分のところ、ケアマネジメントの展開では、疾患別のケアマネジメントの学びになっています。まさに連携の要として、要介護の原因疾患の上位から並べたこの疾患が、どの段階で、どのような情報を、誰にお渡ししたらいいのかということのを学んでいきます。まさに共通言語とか、共通の仕事の内容というのがなかったのですけれども、ここで一つ標準的な医療連携の形が見えてくるのではないかなと思います。

また、この知識だけではなくて、マネジメントしていくという観点、多職種が連携していくための技術も必要ですので、それは上の半分あたりでケアマネジメントに必要な医療との連携、及び多職種協働の意義とか、真ん中あたり、利用者、多くの職種の専門職等への説明及び合意というもの。そして、介護支援専門員に求められるマネジメント、こういったものが新しい科目として入ってきています。

自分たち自身の医療連携に関する自分たちの機能を発揮するための学びの科目がふえてきているということ、これらをベースにしながら、実際に多職種の方々はどういったことが求められるのかということのを多職種連携研修や実践の中から学んでいって、確立していかなければならないのかなと考えています。

#### ●スライド資料12

では、次にスライドに戻りまして、北区ケアマネジャーの会の活動から二つご報告をさせていただきたいと思います。

#### ●スライド資料13～14

一つ目が第6期介護保険事業計画策定に関する提言のための調査実施。二つ目が、認知症多職種協働研修の開催についてのご報告になります。

まず、最初、第6期介護保険事業計画策定に関する提言のための調査実施です。

まさに、私たちは病気をもちながら生活をされている利用者さんたちがどのようにすれば今後生活しやすくなるのかという観点でこの調査を実施することになりました。ですので、医療介護連携という観点だけではなくて、生活をサポートするための環境やサービスや私たちのあり方について調査をしていったというような内容になっています。

調査に当たっては、ことしの4月から準備をいたしまして、7月にケアマネジャーの会の会員にアンケート調査を実施しまして、8月に集計、9月に提言として提

出をさせていただいております。この提言書と報告書の資料集なんですけれども、北区ケアクラブにアップしております、多職種の方も閲覧できる状態になっております。

この提言の柱としては、スライドに示しました八つの柱を立てております。この中では、私たち幸い本当に医師会の皆様、そして北区行政の皆様ののおかげで、医療介護連携についてはとても恵まれた環境にあると思っております。ですので、会員から上がってきた声というのは、医療介護連携の整備というところよりも、もっと別な部分が多く出ておりました。

実際に2号被保険者の方のサービスの充実とか、自転車で回っていてこういうところが危険だと。もう少し整備されると外に出やすくなるのではないかとということで、おおよそこの何丁目のどのあたりに、どういうものがあるので整備してほしいといったような、そういったものを全部書き出してお渡しをしているというようなものになっています。

また、軽度者の方については、ご病気に配慮し、環境を整えることによって、サービスの受け手であるだけでなく、何か活動する側に回れるのではないかとすることに着眼しまして、どのような整備をすれば、配慮をすればそういった活動ができるかというようなこんな調査も行いました。

#### ●スライド資料15

では、次に認知症多職種協働研修の開催についてご報告させていただきます。

ちょうどこの10月14日に開催をいたしまして、北区ケアマネジャーの会の定例会なんですけれども、多職種の皆様にお声をおかけいたしましたところ、本当に多くの方にお越しをいただきました。大変ご協力いただきましてありがとうございました。看護師さんやMSWさん、そしてサ責さん、デイネットの方、福祉用具の方にお越しいただきまして、148名で東京都認知症多職種協働研修のテキストを使用しまして、この連携の研修をいたしました。

このテキストにつきましては、私もこのテキストの作成委員会に入らせていただいております、まだ未定稿のものなのですが、この事務局に確認をいたしまして、使用可能ということなので使用させていただきました。このテキストは、講師が要らないというようなものになっておりまして、自分たちで開催できるものになっています。

ここで狙ったのは、これが正解であるというよりも、課題を出し合っていくそのプロセスの中で、お互いの職種の違いを認識するとか、協力していくという、そのプロセスを感じていただくことに重きをおいています。

この日はレビー小体の事例を使いました。少しこの様子を前方のスライドでごらんいただきたいと思います。最初、多職種が各テーブルに着いたときには、緊張感がちょっとあるなという感じで、なかなかお話が誰からするみたいな感じだったんですけれども、実際に課題を出して行って、これKJ法と行って附箋に課題を書き出して行っていただいた。この段階になりますと、ちょっとずつ笑顔が出て、皆さん課題を出し合っていました。恐らくここで着眼点が違うなということにそれぞれ気づいていかれたのではないかと思います。

そして、課題が出ていくと、それぞれ観点が違うので、みんなで悩み始めました。どうやってまとめようという感じです。だんだん具体化をして、また考えてとなっていますが、だんだん皆さん身を乗り出し始めている。ついには立ち上がってみんなで考えるというような感じになっていっています。立ち上がって、身を乗り出して、そして張りかえて考えていく。そして、発表の段階になりましたら、実はこんなに手を挙げていただけとは思いませんで、発表してくださる方というのと、とても手が挙がりまして、本当に皆さん自主的に発表していただいたという形がありました。グループ全員で出てきていただいて発表をしていただきました。

北区ケアマネジャーの会の活動としては、この二つを挙げさせていただきましたが、医療介護連携におけるケアマネジャーの役割というものは、まず標準知識がケアマネジャーに疾患別に付与されてなかったり、どの相手に、どのタイミングで、何を渡すということは決まりがありません。今、みんな経験値で、現場で悩みながらやっているところかと思います。ただ、ここを確立していかなければなりませんし、実際に今、利用者さんがいらっしゃいますので、ここは本当に皆さんと教えていただきながら、話し合いながらやっていかなければならないところなのかなと思っています。

そういった意味でも、この在宅介護医療連携推進会議の場で多くの意見が出されて、多職種連携というものが進められていくことを私自身もご協力していきたいと。少しでも小さな力ですけどもなっていくことができればよいなと思っております。

拙いお話でしたけれども、御清聴ありがとうございました。

# 平成26年度 第2回北区在宅介護医療連携推進会議

## ケアマネジャーの役割

東京海上日動ベターライフサービス（株）  
シニアケアマネジャー 石山 麗子

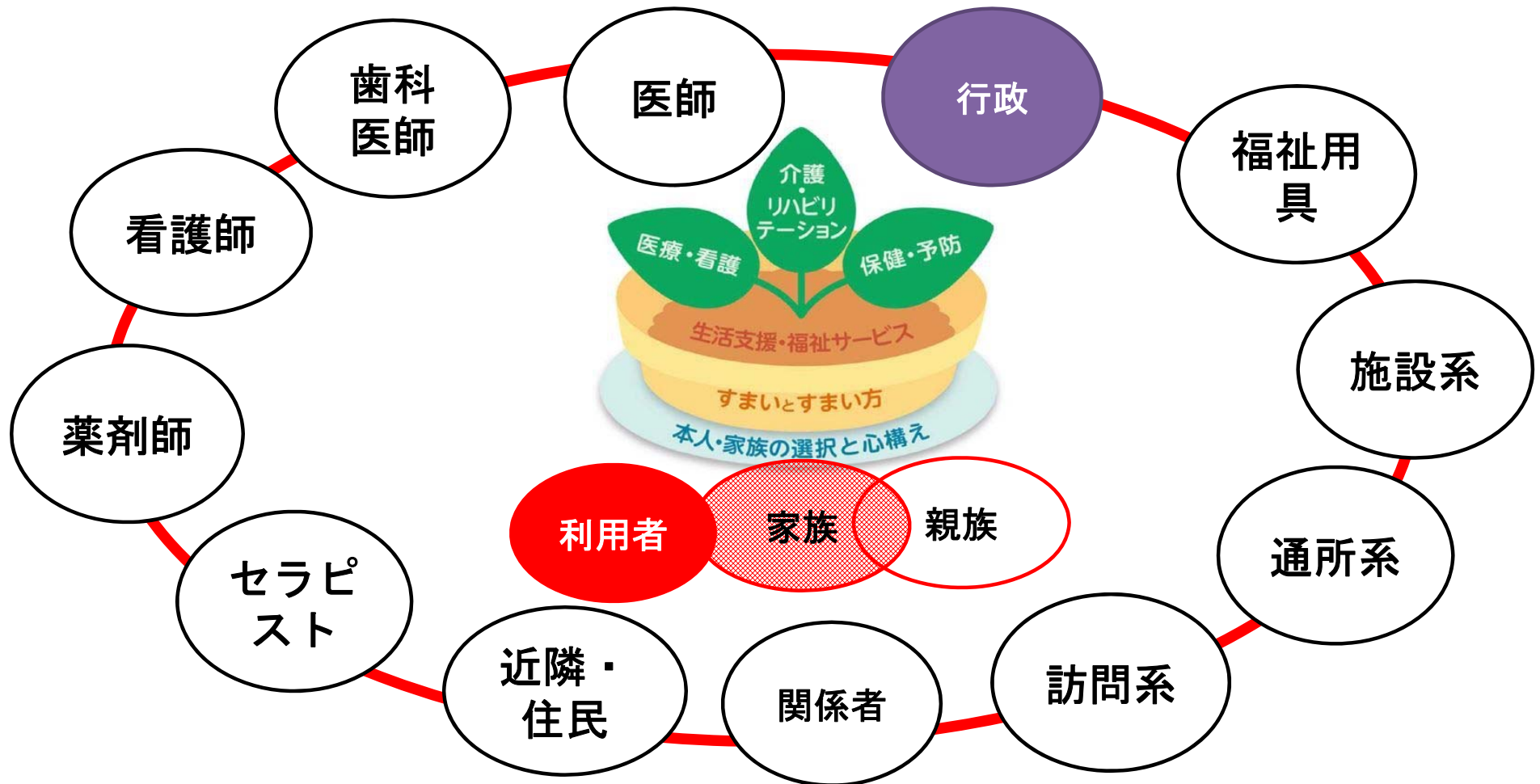
## 1. 資格や業務の特性について

- 介護保険法に位置づけられた制度内資格である
- 基礎資格は多岐にわたる（23種、うち法定資格は21種）
- 対象は要支援・要介護高齢者である
- ケアマネジメントの手法を軸に相談業務を展開する
- 相談、連絡調整、ケアプラン作成、給付管理等について利用者負担は発生しない
- 原則的には利用者の身体に触れる直接的な介護ではなく相談業務である



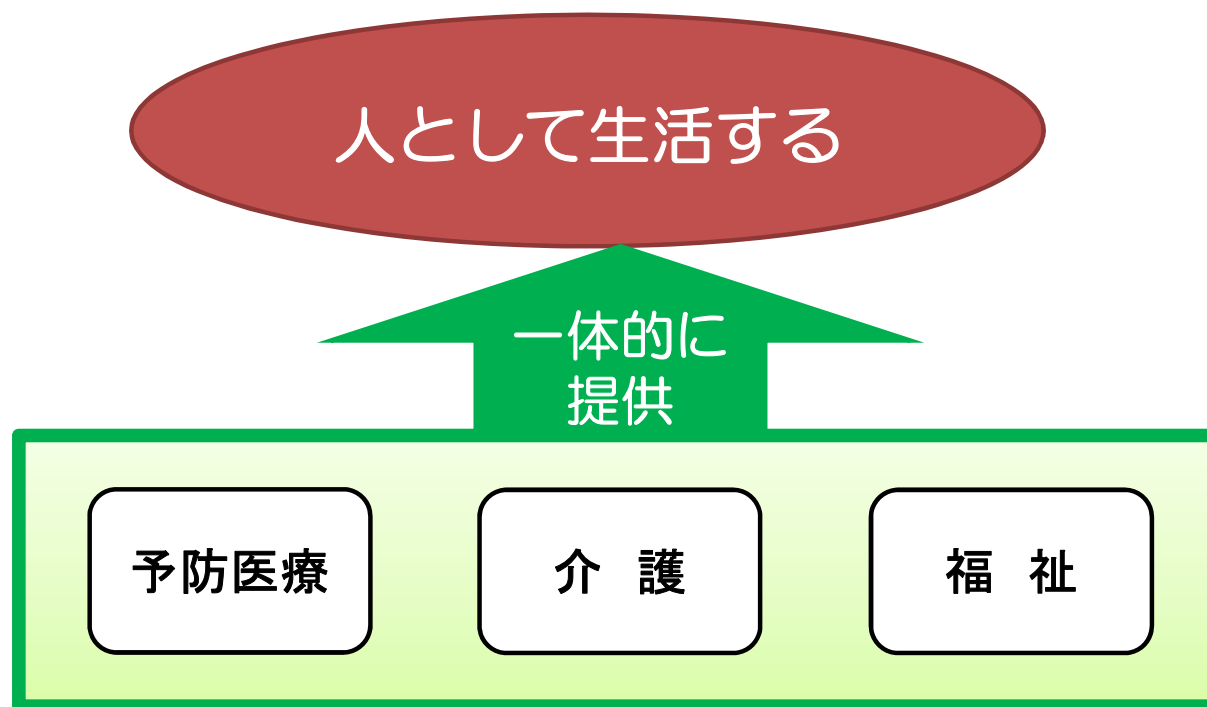
在宅介護の意思決定の場に関与

## 2. 全関係者と連絡、連携



## Integrated Care (統合ケア)

目的 : 病気を持ちながらも生活できること



引用：地域福祉ケアマネジメント推進研究会 平成26年度資料集

## 形式（方向性）による分類

### 垂直的統合（vertical integration）

### 異なる地平（ステージ）で提供されるサービスの統合

（例1）大腿骨頸部骨折のために救急病院に搬送され、急性期病棟に入院して外科的治療を受け、次に回復期病棟でリハを受け、次に介護老人保健施設で短期入所リハを受け、その後自宅に退院して訪問診療を受ける。異なるレベルでのケアを切れ目なく提供する。



急性期：医師、看護師、セラピスト、MSW

回復期：医師、看護師、セラピスト、MSW

老健：医師、看護師、セラピスト、介護職、相談員

在宅：医師、看護師、セラピスト、介護職、CM

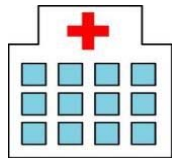
参考：栗田主一 東京都「多職種協働研修講師養成研修会」資料



## 形式（方向性）による分類

### 水平的統合（horizontal integration）

#### 同一の地平（ステージ）で提供されるサービスの統合



<病院> 各専門領域の医師、看護師、セラピスト、査技師、MSW等による協働

（例1）活動過剰型せん妄（精神疾患）と大腿骨頸部骨折（身体疾患）を併存する認知症の人に対して精神科医と整形外科医が協働して治療を行う



<在宅> 訪問看護、訪問リハ、訪問介護、通所介護、通所リハ、訪問入浴、短期入所生活介護、福祉用具、介護支援専門員等

（例2）在宅において必要となるサービス（訪問看護、訪問介護、通所介護等）を一体的に提供する

参考：栗田主一 東京都「多職種協働研修講師養成研修会」資料

## 専門職（Profession）であること

社会が必要とする職務を遂行するために、高度な知識に裏付けられた専門的技術を習得している

他の職種にはできない機能を果たせること

### 専門職と認められる職業の特性

- ①高度の専門的知識と理論にもとづく技術を教育または訓練によって習得している
- ②職務において自立性を有している
- ③専門職能団体がある
- ④社会の利益に貢献する
- ⑤専門職として独自の倫理綱領をもっている

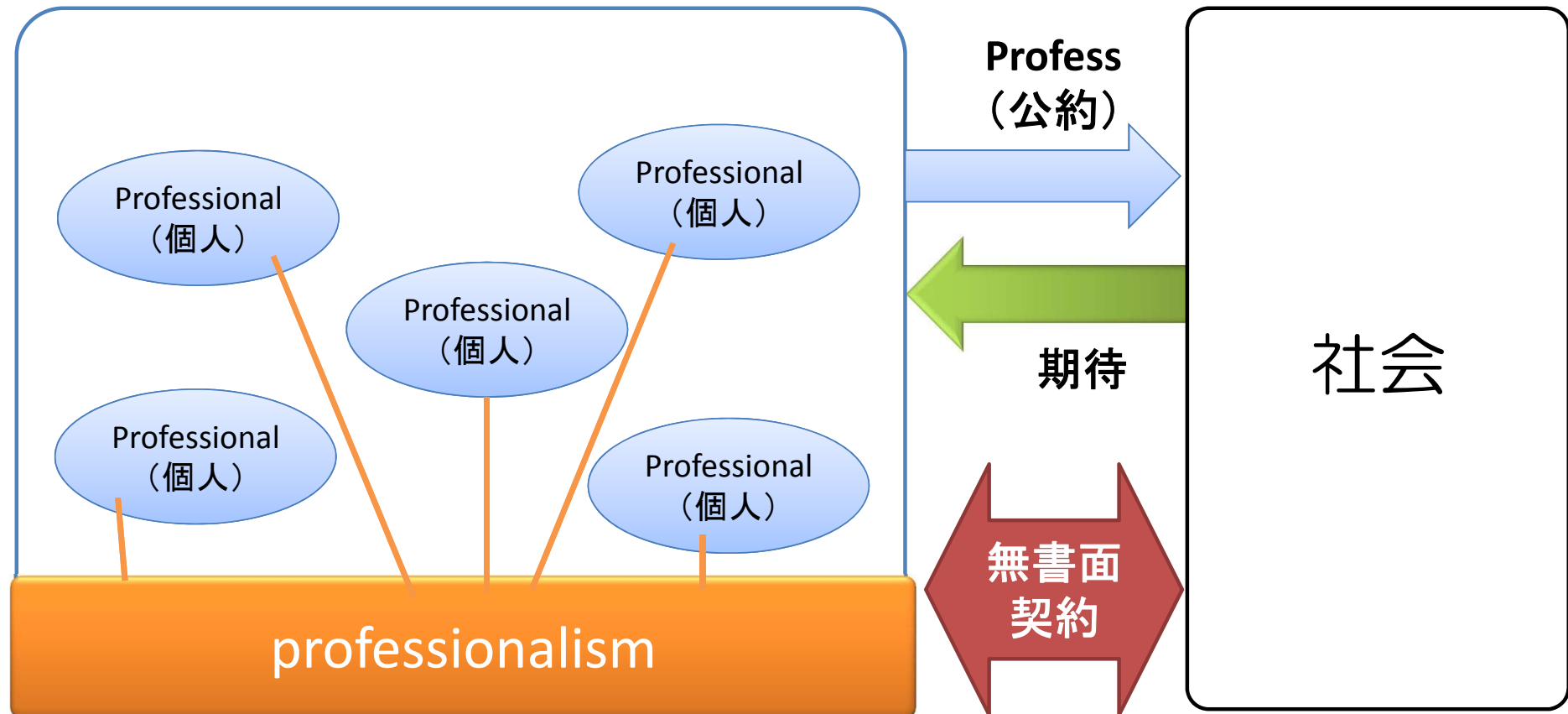
引用：宮脇美保子「看護実践のための倫理と責任」

# ケアマネジメントのモデル

最小限モデル	コーディネーションモデル	包括的モデル
アウトリーチ	アウトリーチ	アウトリーチ
クライアント・アセスメント	クライアント・アセスメント	クライアント・アセスメント
ケアプラン	ケアプラン	ケアプラン
サービス提供者への送致	サービス提供者への送致	サービス提供者への送致
	クライアントの為のアドボカシー	クライアントの為のアドボカシー
	直接ケースワーク	直接ケースワーク
	自立支援システム開発	自立支援システム開発
	再アセスメント	再アセスメント
		資源開発のためのアドボカシー
		サービス品質の監視
		市民教育
		危機介入

出典：Ross,H.Proceeding of the Conference on the Evaluation of Case Management Orogams,1980

# Profession(専門職集団) と社会の関係



引用：地域福祉ケアマネジメント推進研究会 H26年度資料集

# Community-Based Integrated Care

community-based care	地域ケア	(日本の) 地域包括ケアシステム
integrated care	統合(包括)ケア	

2006年  
地域包括支援センター設置

参考：栗田主一 東京都「多職種協働研修講師養成研修会」資料を改変

## ケアマネジャーがprofessionとなるために

### ー専門職の質の向上(ケアマネジャーとして)

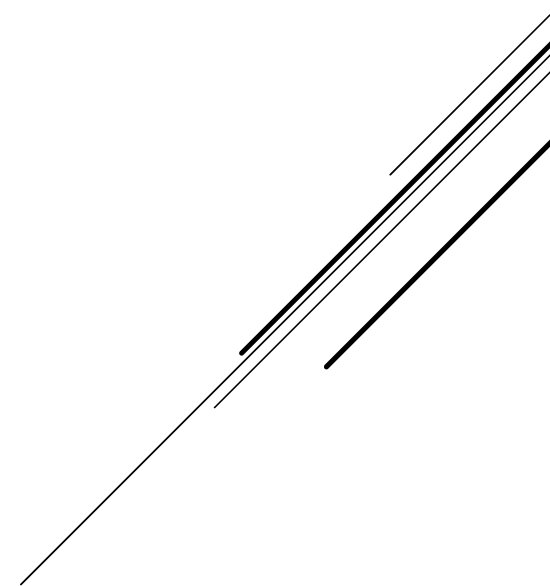
- ①同職種間連携による高め合い  
※各種研修、OJT、職能団体による同職種間連携
- ②介護支援専門員研修新カリキュラムの施行（H28年～）

### 多職種から学ぶ

専門職連携教育 IPE : **InterProfessional Education**  
他職種同行訪問

# 北区ケアマネジャーの会の活動から

- 1) 第6期介護保険事業計画作成に関する  
提言のための調査実施
- 2) 認知症多職種協働研修の開催



# 第6期介護保険事業計画策定に向けた調査の実施

## 1. 調査実施の目的と方法

### (1) 目的

本調査は、第6期介護保険事業計画が、地域包括ケアシステムの理念を実現するために、北区の高齢者のみならず広く北区民が生活しやすい北区づくりを目指す視点からニーズを探り、介護支援専門員として北区行政に情報を提供することで、区民の福祉に役立つことを目指しています。

### (2) 調査の方法

- ①4月:介護支援専門員が日常業務で感じる課題のブレインストーミングと介護支援専門員へのヒアリング
- ②5～6月①を項目ごとに表記し関連する課題ごとに集積し、コード化、カテゴリー化
- ③7月:②から課題となりうる項目について、地域包括ケアシステム、生活支援総合事業等に結びつくニーズを意識し、アンケート調査表を作成、プレ調査実施。
- ④7月:北区ケアマネジャーの会7月度定例会において会員向けアンケート調査実施  
7月度定例会出席者数(130名)、回収数及び有効回答数(118件)
- ⑤8月:集計、グラフ化、提言書作成
- ⑥9月1日:北区役所へ提言書及び資料集を提出(1部4課)



## 第6期介護保険事業計画策定に向けた調査の実施

### ■提言の柱

1. 北区内高齢者のニーズに対する介護保険外のサポート体制の推進について
2. 北区高齢者の孤立感の軽減、孤独死の防止の推進
3. 2号被保険者の介護保険サービスの充実について
4. 買い物ニーズについて
5. 高齢者の雇用の創出について
6. すべての区民にとって手続きしやすい公共機関づくりの推進
7. 地域包括ケアシステムの構築に向けた区役所内の部署間の連携について
8. 介護支援専門員からの北区行政に対する要望

■資料集 ※北区ケア倶楽部に掲載。多職種も閲覧可能

## 認知症 多職種連携研修の開催

1) 開催日 平成26年10月度北区ケアマネジャーの会定例会  
10月14日（火）18：45～20：30

2) 参加者

職種	人数
ケアマネジャー	85
看護師	11
MSW	3
サービス提供責任者	14
福祉用具専門相談員	24
デイサービス	11
計	148

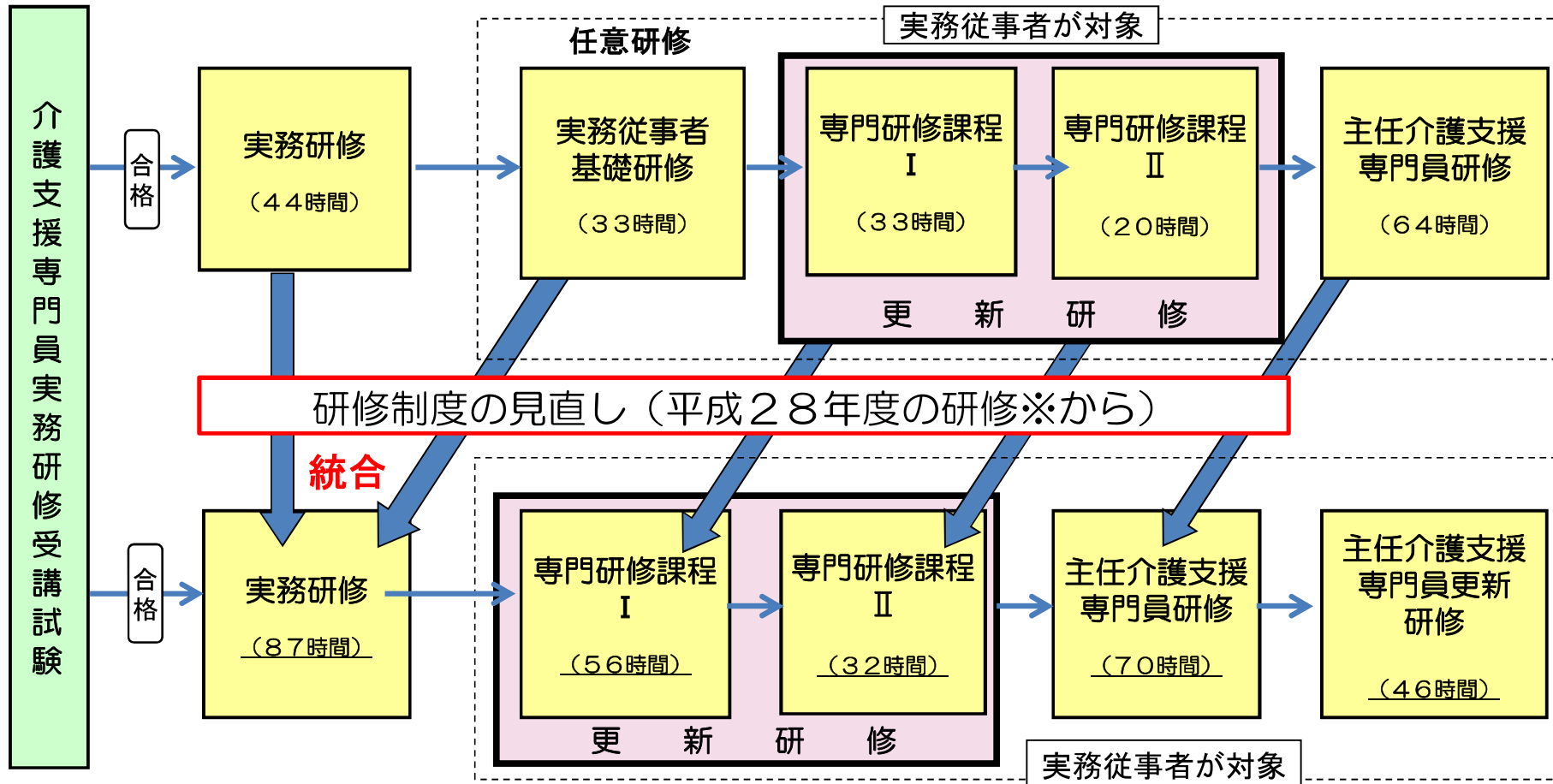
3) テキスト

東京都認知症多職種協働研修テキスト（案）H26.9.14版

# 介護支援専門員（ケアマネジャー）の研修制度の見直し

※平成26年6月2日告示公布

- 地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成するため、介護支援専門員に係る研修制度を見直す。
- 入口の研修である介護支援専門員実務研修を充実するため、任意の研修となっている介護支援専門員実務従事者基礎研修を介護支援専門員実務研修に統合。
- 主任介護支援専門員に更新制を導入し、更新時の研修として更新研修を創設予定。
- 専門職として修得すべき知識、技術を確認するため、各研修修了時に修了評価を実施。



※ 実務研修等は平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成28年4月1日から施行。

# 介護支援専門員実務研修の見直しについて

研修課目（介護支援専門員実務研修）		時間
講義	介護保険制度の理念と介護支援専門員	2
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基本	2
	要介護認定等の基礎	2
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術	
	受付及び相談と契約	1
	アセスメント、ニーズの把握の方法	2
	居宅サービス計画等の作成	2
	モニタリングの方法	2
	実習オリエンテーション	1
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術	
	相談面接技術の理解	3
地域包括支援センターの概要		2
演習	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術	
	アセスメント、ニーズの把握の方法	4
	アセスメント、居宅サービス計画等作成演習	6
	居宅サービス計画等の作成	4
	介護予防支援（ケアマネジメント）	4
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術	
	チームアプローチ演習	3
	意見交換、講評	1
実習	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術に関する実習	
合計		44

研修課目（介護支援専門員実務従事者基礎研修）		時間
講義	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	7
	ケアマネジメント演習講評	6
演習	ケアマネジメント点検演習	14
	研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り	3
合計		33

任意研修であった実務従事者基礎研修を統合（＝実務研修の充実）

研修課目（新・介護支援専門員実務研修）		時間	
講義	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	3	
	ケアマネジメントに係る法令等の理解（新）	2	
	地域包括ケアシステム及び社会資源（新）	3	
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義（新）	3	
	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理（新）	2	
	ケアマネジメントのプロセス（新）	2	
	実習オリエンテーション	1	
	自立支援のためのケアマネジメントの基本		6
	相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎		4
	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意（新）	2	
	介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）（新）	2	
ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術			
受付及び相談並びに契約	1		
アセスメント及びニーズの把握の方法	6		
居宅サービス計画等の作成	4		
サービス担当者会議の意義及び進め方（新）	4		
モニタリング及び評価	4		
実習振り返り		3	
ケアマネジメントの展開（新）			
基礎理解	3		
脳血管疾患に関する事例	5		
認知症に関する事例	5		
筋骨格系疾患と廃用症候群に関する事例	5		
内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例	5		
看取りに関する事例	5		
アセスメント、居宅サービス計画等作成の総合演習（新）		5	
研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り		2	
実習	ケアマネジメントの基礎技術に関する実習		
合計		87	

# 介護支援専門員専門研修の見直しについて

研修課目（専門研修Ⅰ）		時間
講義	介護保険制度論	2
	対人個別援助	2
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	1
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	3
	保健医療福祉の基礎理解「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	4
	保健医療福祉の基礎理解「社会資源活用」	3
	保健医療福祉の基礎理解「人格の尊重及び権利擁護」 ※	2
	保健医療福祉の基礎理解「リハビリテーション」 ※	3
	保健医療福祉の基礎理解「認知症高齢者・精神疾患」 ※	3
	サービスの活用と連携「訪問介護・訪問入浴介護」 ※	3
	サービスの活用と連携「訪問看護・訪問リハビリテーション」 ※	3
	サービスの活用と連携「居宅療養管理指導」 ※	3
	サービスの活用と連携「通所介護・通所リハビリテーション」 ※	3
	サービスの活用と連携「短期入所・介護保険施設」 ※	3
サービスの活用と連携「介護保険施設・認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護」 ※	3	
サービスの活用と連携「福祉用具・住宅改修」 ※	3	
演習	対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）	9
	※3課目を選択して受講	合計 33

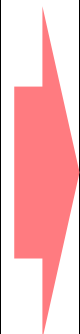
研修課目（専門研修Ⅱ）		時間
講義	介護支援専門員特別講義	2
	介護支援専門員の課題	3
	「居宅介護支援」事例研究 ※1	6
	「施設介護支援」事例研究 ※2	6
演習	サービス担当者会議演習	3
	「居宅介護支援」演習 ※1	6
	「施設介護支援」演習 ※2	6
※1か※2を選択して受講		合計 20

研修課目（専門研修Ⅰ）		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状	3
	対人個別援助技術及び地域援助技術	3
	ケアマネジメントの実践における倫理	2
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践（新）	4
	個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習（新）	2
	ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定	1 2
講義・演習	ケアマネジメントの演習（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	4
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	4
	認知症に関する事例	4
	入退院時等における医療との連携に関する事例	4
	家族への支援の視点が必要な事例	4
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	4
	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り（新）	2
	合計	56

研修課目（専門研修Ⅱ）		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開	4
講義・演習	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	4
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	4
	認知症に関する事例	4
	入退院時等における医療との連携に関する事例	4
	家族への支援の視点が必要な事例	4
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4
状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	4	
合計	32	

## 主任介護支援専門員研修の見直しについて

研修課目		時間
講義	対人援助者監督指導（スーパービジョン）	6
	地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）	3
	人事・経営管理に関する講義	3
	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ターミナルケア	3
	人事・経営管理	3
	サービス展開におけるリスクマネジメント	3
演習	対人援助者監督指導	1 2
	地域援助技術	3
	事例研究及び事例指導方法	1 8
合計		6 4



研修課目		時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	2
	ターミナルケア	3
	人材育成及び業務管理	3
	運営管理におけるリスクマネジメント	3
	地域援助技術	6
講義・演習	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現（新）	6
	対人援助者監督指導	1 8
	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	2 4
合計		7 0



# 在宅介護医療連携推進会議

## かわら版

### Vol.10

平成26年12月発行

北区健康福祉部介護医療  
連携推進・介護予防担当課

☎ 03-3908-9083(高齢福祉課内)

刊行物登録番号：26-2-012

## 第2回在宅介護医療連携推進会議が開催されました。

去る10月29日、北とぴあスカイホールにて、平成26年度第2回在宅介護医療連携推進会議（委員長 藤原佳典 健康長寿医療センター研究所研究部長）が開催されました。

### 【主な内容】

#### 1. 各部会からの報告

- ①医療社会資源調査検討部会
- ②認知症疾患医療介護推進部会
- ③摂食えん下機能支援検討部会
- ④介護医療連携共通シート導入の試行結果について
- ⑤在宅療養協力支援病床確保事業の進捗状況

#### 2. 多職種連携研修会・顔の見える連携会議

- ①多職種連携研修会
- ②顔の見える連携会議（裏面に写真があります）

#### 3. 次年度に向けての課題の整理・これまでの所感

活発な議論の結果を報告いただきました。

今年度からモデル事業として開始する在宅療養協力支援病床確保事業の進捗状況などの報告もありました。

第3回の推進会議に向けて、検討部会を進めてまいります。



※要点記録がHPで検索できます。そちらも、ぜひご覧ください。

## 今後の在宅介護医療連携推進会議の日程

### ●平成27年3月

・講座「未定」

在宅介護医療連携推進会議 委員より

・各検討部会からの報告





# 講座「介護医療連携におけるケアマネジャーの役割」

在宅介護医療連携推進会議委員 石山 麗子委員

## 1. 資格や業務の特性について

- ・介護保険法に位置づけられた制度内資格である
- ・基礎資格は多岐にわたる（23種、うち法定資格は21種）
- ・対象は要支援・要介護高齢者である
- ・ケアマネジメントの手法を軸に相談業務を展開する
- ・相談、連絡調整、ケアプラン作成、給付管理等について利用者負担は発生しない
- ・原則的には利用者の身体に触れる直接的な介護ではなく相談業務である

在宅介護の意思決定の場に関与



(上段1スライド)ケアマネジャーの役割として基本的な資格や業務の特性についてというところですが、介護支援専門員・ケアマネジャーの資格は国家資格ではなく、介護保険法に位置付けられた制度内の資格になっています。

23種の資格がベースとなっており、法定資格は21種です。27年度に法改正をされていく予定です。ケアマネジャーの対象者は、介護保険法に位置付けられている要支援、要介護の高齢者となっております。ケアマネジャーは、相談業務、連絡調整、ケアプラン作成、給付管理を行っております。

## 2. 全関係者と連絡、連携



(2スライド) 相談というのは、在宅介護の意思の決定の場に関与しています。意思決定の場に関しては、多くの方々と連携、調整し、利用者、家族をサポートしていくことになります。

詳しくは、北区HPに、議事録・講座資料をアップしております。

北区ホームページアドレス：<http://www.city.kita.tokyo.jp/>

**顔の見える連携会議開催 テーマ：地域の強み・弱みをグループワークしました。**

**地域の介護と医療の顔の見える連携づくりのために、開催いたしました。合計101名参加！**

王子圏域



9月16日  
明理会中央  
総合病院

赤羽圏域



9月25日  
赤羽北区民  
センター

滝野川圏域



8月27日  
飛鳥晴山苑