

○第4分科会 「施設ケアマネジメント（施設系、居住系）分野」

施設ケアマネジメントの目的は、①その人らしい暮らしの実現、②利用者本位で過不足のないケアサービスの提供、③利用者の尊厳を支えるアドボカシーの役割、④チームアプローチによる切れ目のないケア、⑤安全なサービス提供とリスク予防、⑥地域や居宅介護等との連携、と言われています。

この分科会では、上記の目的を踏まえながら、利用者の状態に応じた住まいや地域包括ケアシステムにおける施設、施設介護支援専門員の役割について考え、その人らしい暮らしの実現に向けたケアマネジメントについて検討したいと思います。

キーワード：介護保険施設、施設介護支援専門員、在宅復帰、施設での看取り、在宅医療介護連携、サービス付き高齢者住宅、状態に応じた多様なサービス、地域包括ケアシステム、チームアプローチ、利用者本位

演題

- (1) 「楽しみ（生きがい）を持つ事での高齢者の心身状況の変化」
- (2) 「施設ケアマネ同士の事例検討会」
～事例ケースからみえてきた事～
- (3) 「多職種と地域住民との顔の見える関係づくりから見えてきたこと」
～10年間のかつそうを振り返って～
- (4) 「A市B区における地域包括ケアの確立に向け、介護支援専門員の実態把握」
～主任介護支援専門員と介護支援専門員の相違を中心に～
- (5) 「構想から構築へ！『私のまち』の地域包括ケアシステムの実現に向けて」
～2025年に起こる？！『私のまち』の課題を分析する～
- (6) 「大阪市浪速区における医療介護連携システム『Aケアカードについて』」
～円滑な医療介護支援ができるICTツールの構築～

楽しみ（生きがい）を持つ事での高齢者の心身状況の変化

奈良県 谷掛整形外科在宅介護支援センター 介護支援専門員

○川田 敏行 谷掛 駿介

「目 的」

高齢化社会を迎え、介護問題や障害者支援など様々な社会問題を抱えている中で、誰もが日常生活を健康に楽しみ（生きがい）を持つ事が出来る社会作りが大切である。特に高齢者は行動も制限される為、楽しみを持つ事が本当に数少ないと言われている。まして老人ホームへ入居すると集団生活のため規制も多く、毎日同じような生活を送っている人が多い。老人ホームへの入居をセカンドライフの出発点と捉える人もいる中、現在の入居生活における楽しみの有無を確認し、楽しみを持つ事で心身状況にどのような変化（影響）があるかについて検証する。

「方 法」

当施設の住宅型有料老人ホーム入居者約 20 名へ現在の入居生活における楽しみ（生きがい）の有無に関するアンケートを実施（回収率：20 名全員）。その結果をふまえ、個々の生活（心身）状況を確認していく。その過程において緊急性を要した一入居者へのアプローチを実施。

「結 果」

アンケートの結果、現在の楽しみ（生きがい）として①番多かったのは家族や孫との団欒。特に、自身で動く事が困難で普段はベッドや車椅子で生活している方の意見が多く、家族との面会や外出（外食）を心待ちにしている。②番目は友人・知人との交流。ホーム内で他の入居者と談笑したり、面会に来てくれる友人や知人と過ごす時間が楽しい。③番目は近隣に住んでいる友人・知人との外出。一緒に歩いて買い物に行ったり、時にはバスに乗ってカラオケに行く事が気分転換になる。②～③番は女性の意見が多かった。また、男性からは友人・知人との交流に関する意見は少なかった。その他、好きな物を食べる。テレビでのスポーツ観戦。音楽を聴く。DVD 鑑賞。ホーム周辺の散歩。居室の窓から景色を眺める（生駒山や花火が見える）

など 20 名全員が何らかの楽しみを持っていた。また、犬や猫を飼いたいという希望もあった。

「事 例」

H29.7 月入居：これまで家族との団欒（外出・外食等）を楽しみに生活を送っていたが、一時期、心身ともに憔悴し生きる気力を失った男性（86 歳）へのアプローチ

入居後は歩行器を使用して一人で近隣へ外出するなど活動的な生活をしていたが、令和元年 8 月に熱中症を患い、その後回復するも状況が一変。少しでも身体を動かすと、めまい等の訴えが続く。当初は寝返りも出来ないほど全く動けず寝たきり状態となり、ベッド上での点滴、オムツ交換、清拭が続いた。本人いわく「少し動くだけでめまいがひどいので、ベッドから動きたくない。もう何もしたくない。」等の発言が頻繁に見られ、心身ともに憔悴。しかし、検査では特に身体に異常はなく、医師からも気持ちの問題ではないかとの事。大幅な心身状況の変化に伴い、家族の意向も踏まえてケースカンファを開催。現状の課題・問題点に対する今後の支援を検討し、主治医を中心としたチームアプローチを開始。まずは、褥瘡予防を含めたベッドからの離床を第一の目標とし、主治医の往診、職員のリハビリ・介助、ケアマネの日々のモニタリング（サービス調整）、家族の面会等状況に応じた多様なサービスを実施。約一ヶ月が経過し、徐々に表情に変化が見られる。明るさが戻り口数も増えてきた。食事も頑張ろうと努力する姿が見られ、次第に摂取量も増加。これまではベッド上での摂取であったが、歩行器を使用して食堂までの移動が可能となった。排泄はオムツを外しポータブルに変更。その後、一人で居室トイレでの排泄が可能となった。現在は浴室での入浴とデイサービスの利用再開を目標としてリハビリを継続中である。

「考 察」

一時は楽しみ（生きがい）もなくなり生きる気力を完全に失くしていたが、信頼していた主治医を中心として家族、ケアマネ、職員等が連携し精神的な支えとなる事で、次第に気持ちに変化が見られた。自分の事以上に大切な家族の為に、もう一度頑張らねばという気持ちが芽生え再び生きる気力を取り戻した。その事がリハビリへの意欲や食事量の増加に繋がり、次第に体力も回復してきた。先日の通院では、介護タクシーを使わず娘様の車を使用。助手席への乗降も介助なく一人で行う事が出来た。通院後は娘様との外食で満足された様子であった。生きがいでもあった家族への思いを取り戻す事で回復へと繋がった事例である。今後、他の入居者に関しても生活（心身）状況の確認を継続していく。

以上

施設ケアマネ同士の事例検討会～事例ケースからみえてきた事～

○西岡 修平 介護老人保健施設ケーアイ、田岡 勝洋 介護老人保健施設しんあい

【はじめに】

当法人は高槻市内に2か所の介護老人保健施設を有している。1か所は従来型、もう1か所はユニット型老健であり、どちらも超強化型老健として機能している。今回、老健しんあいに入所された利用者の退所支援ケースを用いて施設ケアマネジャーの関わり方、役割の違いについて検討した。

【事例紹介】

70歳 女性 要介護4。2018年3月、小脳出血にて急性期病院に入院。嚥下機能の低下あり経口摂取困難となり、胃瘻造設。他の疾患として、硬膜外血腫、パーキンソン症候群あり。自宅では80代の夫と2人暮らしであり、近くに独居の長男が在住している。主介護者である夫は在宅介護の希望があり、その準備期間として老健しんあいの利用となる。

10/10 施設ケアマネの関わりとして入所前に医療機関に出向き入所前訪問を実施した。面接時、声掛けに対し発語みられないが、頷きみられた。夫は老健入所にあたり「家に帰らせたいので、注入やオムツ交換等を教えて欲しい」との希望がみられた。10/24 老健しんあいに入所。入所時の食事はメイフローにて注入実施。1日1200kcal(400kcal×3回)。入浴はストレッチャー使用のもと週2回入浴。移動はリクライニング車椅子使用。コミュニケーションは発語ないも簡単な内容であれば頷きで可能。寝たきり状態でありADL全般的に介助が必要な状態であった。

入所後、家族を含めて11/21にカンファレンスを開催。カンファレンスには夫・施設ケアマネ・看護師・介護士・理学療法士・栄養士が出席。再度、家族の意向の確認と在宅復帰に必要な支援内容について協議した。ケアプランの内容としては、胃瘻注入・移乗介助・オムツ交換の指導がサービス内容として上げられ、ケアプランをもとにサービス調整を行う事となった。

カンファレンス後、夫は定期的に週2回の面会あり、施設ケアマネはできる限り夫と面会を行い、在宅復帰の意向やサービス内容の希望に変化がないか確認。胃瘻手技の指導は看護師、オムツ交換の指導は介護士、移乗介助の指導については理学療法士が夫の面会時に指導を行った。面会の都度、介護指導を行った事で、胃瘻の手技や、オムツ交換、移乗介助もスムーズに行えるようになり、夫からは「年明けには自宅に帰らせてあげたい」との発言がみられた。

その結果を踏まえ12/11に本人・夫・居宅ケアマネ・訪問看護師・老健看護師・施設ケアマネ参加のもと退所前カンファレンスを開催。退所後のサービスとしては居宅ケアマネに調整を依頼し、週3回の訪問看護の利用(胃瘻管理・排便コントロール)、デイサービス週2回の利用を調整してもらう事となり、2019年1/23に自宅退所となった。

【結果】

事例からみえた事として、老健しんあいのケアマネは、入所前の面接対応から入所中の在宅調整を見据えたケアプランの作成、他職種へのサービス調整の依頼。サービスの実施状況の評価、退所調整といった、入所から退所に至るまでの過程の総合的なサービスをコーディネートする役割を担っていた。一方で老健ケーアイのケアマネは入所前の面接対応、入所中のケアプラン作成は行うが、退所に必要な在宅サービスの調整などについては関わらず主に施設相談員が調整している事がわかった。

【考察】

今回、施設ごとの入所定員数や、月の入退所数の違いから、それぞれのケアマネとしての関わり方や役割の違いがみえた。施設を利用される方のニーズや在宅調整が複雑化する今、それぞれ置かれた立場で、施設ケアマネとして在宅を見据えた関わり方が行えるようにしていきたい。

多職種と地域住民との顔の見える関係づくりから見えたこと

～10年間の活動を振り返って～

所属支部：大阪府

○西口 あや子（南天ケアプランセンター）

藤原 弥也（介護老人保健施設いずみの郷）

渡邊 幸（ケアプランセンター年輪）

〔目的〕

A市B区の職能団体理事が事務を運営している【「Cニュータウン地域における医療・保健・福祉の連携について」意見交流会】（以下、意見交流会とする）の10年間の活動について振り返り考察する。

なお、本発表について意見交流会の関係者に目的を説明し発表の承諾を得た。

〔方法〕

平成20年7月に「Cニュータウン地域の医療・保健・福祉の連携を密にすること」「顔の見える関係づくりと地域ネットワーク構築」を目的に在宅医療に関わる開業医及び病院と関係機関（介護支援専門員含む）とが意見交流を行う場として発足した。

意見交流会は、年4回木曜日の19時半～21時半に定例会を開催しており、参加費として1回500円を徴収している。（講師は参加費無料、講師料無償。）

内容は意見交流会メンバー相互の職種の理解を深めるための勉強会やミニ事例検討会、地域の社会資源を理解するために専門職を招いての勉強会などである。

年1回幹事会を開催して大きな流れを決め、定例会の開催前には事務局を中心に、具体的な企画を行っている。

特色として専門職種のほか、民生委員、地域住民が参加している。

〔結果〕

意見交流会の開催数は、平成20年7月の第1回から平成31年2月まで45回を数えた。平成24年4月からは意見交流会メンバーだけでなく、より多くの参加者を募って事例検討会を年1回開催している。

当初の意見交流会メンバーの参加職種は医師・NPO法人代表・地域住民・介護支援専門員でスタートしたが、現在は医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師・行政・地域包括支援センター職員・PSW・老健看護師・民生委員・保

健師・介護支援専門員の15職種に増えている。事例検討会においては、この15職種に加え、デイサービス相談員・デイケア相談員・福祉用具相談員・訪問介護員・MSW・PT・ST・歯科衛生士・管理栄養士・GH介護支援専門員・若年性認知症支援サポーターなど26職種が参加している。

平成28年11月からは市民公開講座を開催している。1回目は、A市における医療と介護の連携を進める関係者会議において、各区単位で多職種連携のネットワーク構築と地域包括ケア推進の啓発をすることになり、B区では意見交流会が引き受けることとなった。2回目は、Cニュータウンが50年を迎えるにあたり、地域の良いところ探しを通して、地域住民をシンポジストに迎えた公開講座を企画した。3回目は、地域活動を行っている地域住民をシンポジストに迎え、シンポジスト同士だけでなく来場者もつなげる場を企画した。

〔考察〕

- ① 意見交流会メンバーの顔の見える関係づくりができたのは、年間開催数と規模に過不足がなかったからと考えられる。
上原は、連携と概念の関係性の中で「顔がわかる関係だけではなく、考え方や価値観、人となりがわかるような多職種小グループでの話し合う機会を継続的に地域のなかに構築することが有用である」と述べている。このことにより、顔が見える関係が促進されたといえる。
- ② 参加メンバーについて職種の広がりが見られたのは、常に時代に即したテーマを取りあげたことが関心を集めたためと考えられる。
- ③ 市民公開講座の企画開催を通して、高齢者中心の地域課題から、あらゆる世代の地域住民も同じ地域課題を抱えているということが見えてきた。地域のストレングスとして、地域で点在している社会資源を結びつけるコーディネートができた。

〔結論〕

意見交流会は、地域住民とともに顔の見える関係づくりを行ってきた。

その結果、様々な世代や分野の支援者と地域住民とが地域課題を共有するネットワークづくりができた。

今後、このつながりがより深化し継続できる活動にしていきたい。

(参考引用文献)

「地域共生社会」の実現に向けて
一厚生労働省ホームページ
「多職種連携の技術」野中猛・野中ケアマネ
ジメント研究会（中央法規）

A市B区における地域包括ケアの確立に向け、介護支援専門員の 実態把握

～主任介護支援専門員と介護支援専門員の相違を中心に～

大阪府 堺市堺区支部 介護支援専門員

○白神真奈美（まみケアプランセンター）・小倉千明（パラメディアカル愛の手）
・淡路和孝（堺第3地域包括支援センター）・北口貞子（ケアプランセンター堺北）
・竹谷厚作（ベルタウン介護相談センター）・その他堺区支部理事

目的

A市においては、地域包括ケアシステムの推進に関する条例が、2018（平成30年）施行された。

他方、A市B区では、高齢者人口の約36.9%が一人暮らし高齢者である¹⁾こと。また、介護支援専門員を対象とした調査では、89%の介護支援専門員が、「苦手」「困った」と感じており²⁾、高齢者をめぐる様々な課題に対し、関係機関との協働に基づくケアマネジメントの確立が求められる。

本研究では、A市B区の居宅介護支援事業所に属する介護支援専門員を対象に、①困難に感じている事例の特徴、②関係機関との連携の現状、③ケアマネジメントを推進していく上での機能、以上を明らかにすることで、地域包括ケアの確立に向け、A市B区における主任介護支援専門員の現状を分析する。

方法

本研究は、「地域包括ケアの構築に向け、介護支援専門員（ケアマネジャー）が困難に感じている要因に関する質問紙調査」と題し、A市B区の介護支援専門員を対象に質問紙調査を実施した。（調査期間：2019（令和元）年6月～8月）

あらかじめ、B区内の全事業所に調査依頼文を郵送し、居宅介護支援事業所に所属している介護支援専門員（および主任介護支援専門員）の員数を把握したうえで、協力いただける事業所にあらためて人数分の調査票を郵送し、回答いただいた。

なお、調査票の返送でもって同意とした。

倫理的配慮

回答については、回答者の任意であること。個人が特定される情報は収集しないこと。各種

学会（研究大会）で公表をおこなうことを調査依頼文に記載した。

なお、2019年6月4日（火）大阪介護支援専門員協会A市B区支部定例理事会にて、倫理的に正しい方法で実施する旨承認を得た。

結果

1) 調査結果の概要

B区内全92事業所のうち、61事業所（64.8%）に協力依頼を得た。

さらに調査協力いただいた事業所に属する介護支援専門員（計194名）へ調査票を発送した。最終的に、152名（回収率：152/194 78.3%）からの回答を得た。

2) 分析の方法

データの分析については、EZR（R）を使用した³⁾。また、主任介護支援専門員と介護支援専門員に分けて比較した（差をみた）。

3) 支援困難と感じる事例の特徴

世帯構成としては、「ひとり暮らし」が最も多い。困難な内容としては、「家族と本人とのかわりが薄い」のみ有意($p<.1$)に差があった。

なお、主任介護支援専門員の有無にかかわらず、本人が必要な介護サービスを拒否、本人が精神的に不安定、本人に必要な介護がなされないについて、特に支援困難と感じている傾向にあった。

4) 関係機関との連携の現状

「通所リハビリテーション」、がそれぞれ有意($p<.05$)である以外は、主任介護支援専門員の有無について、有意な差は認められなかった。

主任介護支援専門員の有無にかかわらず、介護サービスや主治医や医療系サービスは比較的

連携できているが、「地域包括支援センター（担当圏域）」・「生活保護ケースワーカー」を除く、他の関係機関との連携は、どちらも低調であった。

5) ケアマネジメントを推進していく上で必要な機能

「介護サービス事業所との連携強化」は、その必要性について、主任介護支援専門員の有無による有意($p<.05$)な差が認められた。

また、「地域包括ケアに関する政策提言に向けた取り組み」・「介護保険事業計画策定に向けた取り組み」・「地域福祉計画策定に向けた取り組み」について、検定を実施し結果、いずれも共通の差が認められた ($p<.1$)。

考察

1) 困難と感ずる事例の特徴

困難と感ずる事例については、主任介護支援専門員の有無に統計的に有意な差がなかった。

これは、介護支援専門員の力量だけに帰するものではなく、本人に十分なサービスが提供できにくい状況が想定される。加えて、家族や本人を取り巻く環境の整備が重要となる。

2) 連携の実際

主任介護支援専門員の有無にかかわらず、堺区において、医療機関との連携の意識は高い。

しかしながら、分野の異なる相談機関（障がいなど）との連携の意識がまだ発達していないため、地域包括ケアの確立に向け、顔が見える関係づくりを目指す必要がある。

3) 政策提言に向けた意識

地域包括ケアや介護保険、ならびに地域福祉計画など、政策提言や策定の取り組みについて、主任介護支援専門員のほうが「必要性がある」と回答している割合について、差が特徴的 ($p<.1$) であった。統計上有意な差があるとは断定はできないが、主任介護支援専門員は何らかの政策提言に関する意識を持っていると推測され、それらを活かすための取り組みづくりが求められる。

結論

今後、A市B区における地域包括ケア推進に向け、困難と感ずる事例の課題解決に向け、障がい分野や権利擁護など、多様な分野と介護支援専門員との連携に向けた取り組みを実施していく必要がある。

加えて、各種行政計画策定において（主任）介護支援専門員の意見が反映されるような仕組みづくりも求められる。

文献

1)堺市(2018)『堺市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（平成 30(2018)~平成 32(2020)年度）』p.52

2)堺市社会福祉協議会(2013)『「困難ケース対応に関するアンケート」報告』p.52

3)Kanda, Y.(2013) Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics, Bone Marrow Transplantation 48 pp.453-458

構想から構築へ！ 「私のまち」の地域包括ケアシステムの実現に向けて ～2025年に起こる？！ 「私のまち」の課題を分析する～

滋賀県 社会福祉法人 慈恵会 ゆいの里 主任介護支援専門員
○岩本千佳子（守山市北部地区地域包括支援センター）
○辻久昌樹（特別養護老人ホーム相談員）

【目的】

「地域包括支援センターが、なぜ施設をすすめるのか」と感じたことが2025年にむけて私の街の地域包括ケアシステムを考えるきっかけとなった。

河合は「政府は地域包括ケアシステムを充実させ住み慣れた地域で最期の時を迎えられるよう、地域の協力を得て暮らし続けられる社会作りを目指している。だが、『病院や介護施設』から、『在宅医療・在宅介護』へとシフトしようにも、現実問題として家族の支えなしに移行できない」と述べている。

私たちの居宅ケアマネジャー実務時点においては、家族の支えを期待しての支援が多かったが、2025年には、世帯主が65歳以上という高齢世帯が約2015万世帯、このうち75歳以上が1187万世帯を占める。その70%近くは一人暮らしや夫婦とも高齢者という世帯が占めると予測されている。

わが市においても平成17年と平成27年を比較すると「ひとり暮らし」が2.4倍、「高齢者夫婦世帯」は1.9倍になっており、現在も増加傾向にある。

2025年はケアマネジャーとしてどのようなケースが増えるのであろうか？地域における課題とは何であるのだろうか？どのような支援の視点が必要なのであろうか？を「私のまち」の地域包括ケアシステム2025年実現に向けて考察する。

【倫理的配慮】

参加者や個人が特定されないように配慮した。施設長に研究内容を説明し、データ使用の了承を得た。

【方法】

①自法人特別養護老人ホーム待機者データより入所ニーズの実態把握

②地域包括ケア「見える化」システムより2025年在宅介護者数を推計

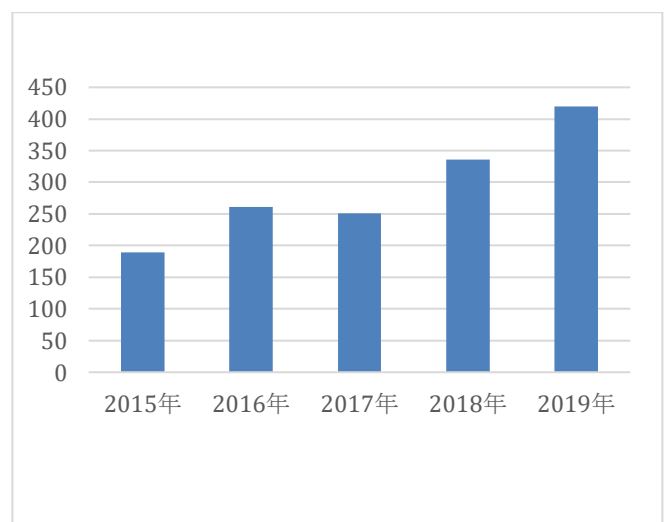
③市内地域包括支援センターへの相談事例よりケアマネジャーの考える困難事例の分類と把握

【結果】

①より

・過去5年間の施設待機者数

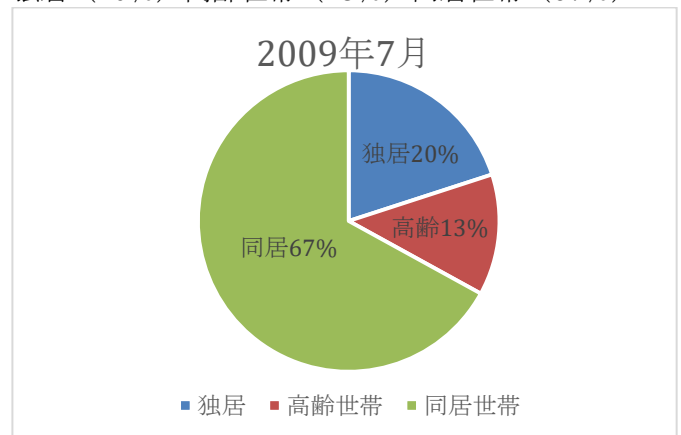
189人（2015年7月）→261人→251人→336人→420人（2019年7月）と、年々増加傾向にある。



・待機者世帯状況の変化について

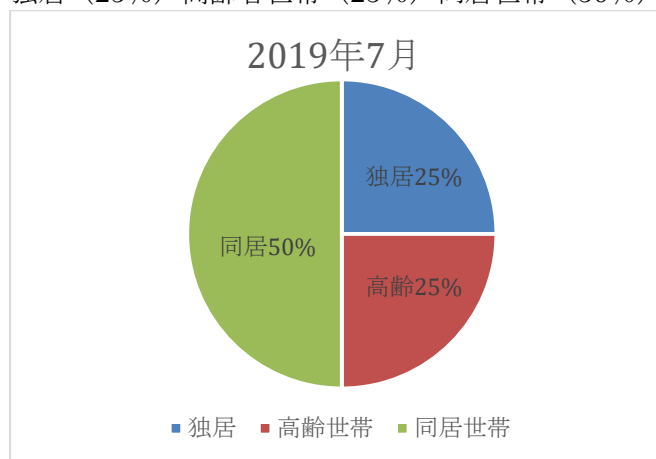
2009年7月

独居（20%） 高齢世帯（13%） 同居世帯（67%）



2019 年 7 月

独居（25%） 高齢者世帯（25%） 同居世帯（50%）



10 年間で独居、高齢者世帯が 17%増加している。

・過去 5 年間の平均年間入所者数＝23 人（定員 100 人）である。

②より

・在宅サービス対象者数の見込み

（2017 年度実績と 2025 年度の将来推計を比較）

対象者総数 2,373 人（81,7%）→3,207 人（82,7%）
以上より、割合には変化がみられなかったが 834 人増加している。（2025 年度の施設利用者は 670 人と推測される。）

③より

ケアマネジャーから地域包括支援センターへの相談事例をケアマネジャーが認識する困難事例と想定し事例が有する特性（本人の状況、家族・世帯の状況、サービスの状況）による分類を行った。

（n=76）

『困難事例』に関して事例が有する特性による分類

レベル	類 型
本人の状況	認知症、独居、サービス受け入れ拒否、医療依存度の高い、ターミナル期、複数の疾病を合併、精神障害、状態の変動がある、苦情が多い、暴言や暴力、不衛生な居住環境
家族・世帯の状況	キーパーソンがいない、介護力不足、介護協力が得られない、サービス受け入れ拒否、高齢者世帯、虐待（疑い）がある、精神障害、家庭内の意見の不一致、家族関係の悪化、経済的問題
サービスの状況	本人・家族と事業者との関係性が悪い

分類の結果、家族世帯の状況に関する事例、すなわち家族力が期待できない事例が 46%と最も多かった。

また、家族・世帯の状況の問題の内訳で多いものとして虐待（疑い）、高齢者世帯、家族のサービス受け入れ拒否、家族に精神疾患があるであった。

【考察】

結果①②より、わが市の現在の社会背景として独居、高齢者世帯が増加傾向にあり、その多くが在宅生活の継続が困難と感じている傾向にある。

また施設入所のニーズが高まっているが待機者に対しての入所者数は限られている。

加えて施設は増えているが、介護人材不足等で入所待機者がなくなることは考えにくい状況である。

結果③より、「ケアマネジャーの考える困難事例を地域課題」と捉えたと、私のまちの現状の課題とは、「家族世帯の状況」に関するものであり、その多くは家族の支援が得られ難い（介護力に問題のある）事例であると考えられる。

2025 年に向けて「私のまち」の地域課題の傾向とは、家族の介護支援が得られないために、在宅生活を継続することが困難だと感じる世帯が増えると予測される。

【結論】

今回の取り組みを通して、2025 年に向けて私のまちの地域包括ケアシステム構築を考えるにあたり、家族支援を頼りとしての構築は現実的ではないと考える。

各市町においては介護保険事業計画が作成され、地域関係者においても地区毎に課題を分析し活動を展開している。そこに地域包括ケアシステムの要であるケアマネジャーが関わることが今まさに求められているのではないだろうか。

ケアマネジャーが考える課題と地域の人を感じる課題を抽出し、『私のまちでは何があれば在宅での生活を継続できるのか』を考え、共有することが地域包括ケアシステム実現に向けての第一歩であると考ええる。

【文献】

- ・守山いきいきプラン 2018（守山市介護保険事業計画、地域包括ケア「見える化」システム）
- ・地域包括ケアシステムの歩みと自治体の果たすこれからの役割（富士通サイト 2017.8.29）
- ・世田谷区 H27.9 ケアマネジメント困難事例集
- ・「2025 年に向けた新しい地域づくり～地域包括ケアシステムの構築を目指して～」
地域包括ケア研究会シンポジウム夏 2013 版權
慶応義塾大学 田中滋

- ・ 国立社会保障人口問題研究所
人口問題研究資料第 339 号
日本の世帯数の将来推計（全国推計）

【引用文献】

- ・ P.58L.14～P.59L.1
「未来の年表」
人口減少日本でこれから起きること（河合雅司）

発表テーマ 大阪市浪速区における医療介護連携システム

『Aケアカードについて』

～円滑な医療介護支援ができる I C T ツールの構築～

主任介護支援専門員 ○五十川 昌弘^{1,2)}、藤吉 理夫³⁾、澤井 貞子³⁾、久保田 泰弘³⁾、
有田 繁広^{2,3)}、徳田 好勇³⁾、入野 宏昭³⁾、竹中 秀裕³⁾、橋村 直隆³⁾、佐久間 靖博³⁾
福永 真也³⁾、有田 貴美²⁾、中田 真^{1,2)}

¹⁾なにわケアプランセンター S T E P 1、²⁾浪速区医師会在宅医療介護連携相談室

³⁾大阪府浪速区医師会

【はじめに】

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築実現を目指す指針が厚生労働省より挙げられているが、現状では医療と介護連携にはまだまだ高いハードルがある。

特に病院と在宅医療介護チームとの連携については、在宅復帰における医療介護連携がうまくいかず、長年改善に至らない点も多くみられる。

大阪市浪速区では、平成27年6月からI C T ツールとしての医療介護連携システム構築のためのプロジェクトを開始。

浪速区役所、浪速区医師会、浪速区歯科医師会、浪速区薬剤師会、浪速区内訪問看護ステーション、浪速区社会福祉協議会、浪速区地域包括支援センター、浪速区居宅介護支援事業所連絡会)が一丸となって医療介護連携の円滑な仕組みができる方向性を統一するために、在宅連携協議会を立ち

上げた。現在も3か月に1回関係機関が集まり協議会を開催、運用している。

【目的】

大阪市浪速区では平成28年11月よりクラウド型医療介護連携システム：Aケアカードの運用を開始した。

『医療と介護が手をつなげば、きっと ええことできるよね』を

合言葉に、医療機関、介護機関が共同で推進している『Aケアカード』の愛称としている。

I C Tによる多職種連携の現状把握と問題点を検討し今後の方向性を検証したい。

【方法】

浪速区在住の介護保険利用者、区内の医療・介護機関(病院・診療所・歯科・薬局・訪問看護S T ・介護事業者)のうち2か所以上にかかっている患者を対象。

クラウド上のデータ：各機関の患者(利用者)情

報、血液検査結果、処方薬剤内容が確認できる。
連絡方法；LINEと同じように配信（スマホ等
を利用して24時間いつでもどこでも利用可能）
各機関の利用状況を解析することで、ログイン数、
登録件数、連携状況などを把握し、今後の課題を
検討する。

【結果】

参加数（令和1年10月31日現在）

医療機関35件、薬局22件、歯科医院7件、訪問
看護ST7件、介護事業所38件（居宅介護支援事
業所、訪問介護事業所、通所介護、グループホーム、
サービス付高齢者住宅等）

各機関の担当者は登録患者の医療情報、薬剤情報、
血液結果データ、介護情報を共有しリアルタイム
にチャットで連絡が行えた。令和1年10月末の
登録患者数805名（医師による登録684件、介護
事業者登録数92件、歯科9件、薬局9件、訪問
看護11件）

のべ登録数は2,018件で患者（利用者）一人に付
き平均3機関が連携していた。医療連携率（複数の
医療機関でのかかりつけ機関登録）は26.7%、
多職種連携率（複数の職種のかかりつけ機関登
録）は48.7%、連携未登録率は20.2%であった。
Aケアカード使用后、医師と介護支援専門員、訪
問看護師、薬剤師、歯科医との連携が著明に改善
され、患者（利用者）にとっても有益であった。
浪速区で始まったAケアカードシステムだが、周
辺の西成区、住之江区、生野区の介護事業所も参
画されてきており、点から面への動きも少しずつ
ではあるが成果も出てきている。

介護機関のなかで、介護支援専門員は様々な情報
を収集しなければならず、ケアプラン作成以外で
もサービス担当者会議の開催やリアルタイムの
医療・介護情報等を集める点などマンパワーでも
大きな負担増加にもなっている。

さらに、紙媒体や電話を活用した情報提供・共有
が多くの割合を占める。結果、業務量は膨大にな
ってきている点も大きな課題である。

ICTツールであるAケアカードシステムで、チ

ャットの活用や薬剤情報等今ある情報を有益に
活用することで、本来の介護支援専門員業務がで
きるツールとして役立っている。

【考察】

医師（医療機関）と介護支援専門員（介護事業所）
の垣根が低くなり医療介護連携が容易になった
ことや各関係機関への情報が一斉配信でき情報
共有がリアルタイムに提供できるようになった
こと、入院中の患者（利用者）の状態を地域連携
室から連絡することが容易になったことなどから、
結果として患者（利用者）の状況、容態変化に
医療・介護ともより早く対応できるようになった。

一方、未だログイン回数も少ない機関も多数ある
ことがわかり、ICTツール浸透の困難さも見えた。
今後さらに登録患者（利用者）数、連携機関
数を伸ばすとともに、病院入退院情報などを含め、
多職種連携を一元的に活用し、区単位から府単位
レベルに広げて、連携すべき課題に取り組んでい
かなければならないと思われる。

【結論】

キーワードの中で、『医療介護連携、地域包括ケ
アシステム、チームアプローチ』と捉えている。
Aケアカードシステムは医療介護連携のICT
システムとしてスタートしたが、一番の有益とな
る患者（利用者）を最優先とするためのツールと
して捉えている。

患者（利用者）は、医療と介護が手をつなぐこと
で、より適切な診療やアドバイス、介護サービス
を受けることができる。また、処方された薬も重
複することがなくなり、無駄な検査もなくなるた
め、医療費を節約できる。

今後は、点から面へ展開をすることで、連携強化
に向けて取り組んでいく。