

# 地域の包摂力アップに向けた ケアマネジャーの役割

---

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会 副理事長

NPO法人 ケアマネット21 代表理事

株式会社 フジケア

白木 裕子

# 介護保険制度の創設から20年余りを振り返って

2000年  
平成12年

2005年  
平成17年

2010年  
平成22年

2015年  
平成27年

2020年  
令和 2年



時期	制度等の変遷	介護を取り巻く 社会状況の変化
2000年	○ <b>介護保険制度施行</b>	<p>介護の社会化の進展 認知症ケアの進化 多職種連携等による ケアの質の向上</p> <p>↑</p> <p>ケアマネジャーの 功績 大</p>
2005年 平成17年改正	○ <b>介護予防の重視</b> (要支援者への給付を介護予防給費に 介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施) ○地域密着型サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第一号保険料の設定など	
2011年 平成23年改正	○ <b>地域包括ケアの推進</b> 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設等。	
2021年 令和3年改正	○感染症や災害への対応力強化 ○ <b>地域包括ケアの推進</b> ○制度の安定性・持続可能性の確保	

## ケアマネジャー・介護保険を取り巻く現状

介護保険制度は、その創設から20年余りが経ち、サービス利用者は制度創設時の3倍を超え、500万人に達しており、介護サービスの提供事業所数も着実に増加し、介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展。

2025年にはいわゆる団塊世代すべてが75歳以上となるほか、2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上になるなど、人口の高齢化は、今後さらに進展することが見込まれている。一方、75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加するなど、各地域の状況は異なってくる。

こうした中、**介護保険制度の持続可能性を維持しながら**、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことを可能としていくためには、限りある社会資源を効率的かつ効果的に活用しながら十分な介護サービスの確保のみに留まらず、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「**地域包括ケアシステム**」を各地域の実情に応じて**深化・推進していくことが重要**と位置付けられている。

# 地域包括ケアシステムとは

---

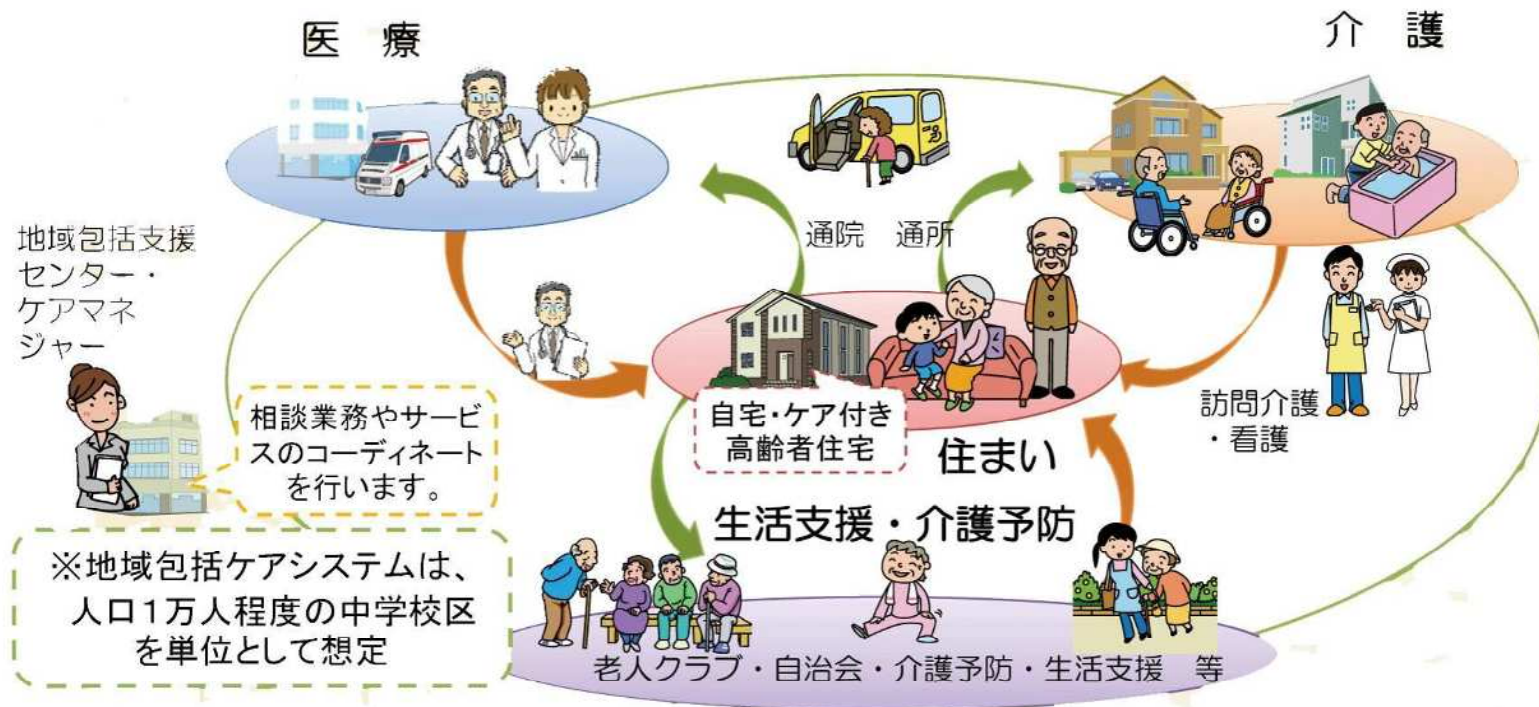
厚生労働省においては、2025年(平成37年)を目途に、**高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進している。**

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、**住まい・医療・介護・予防・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を実現する。**

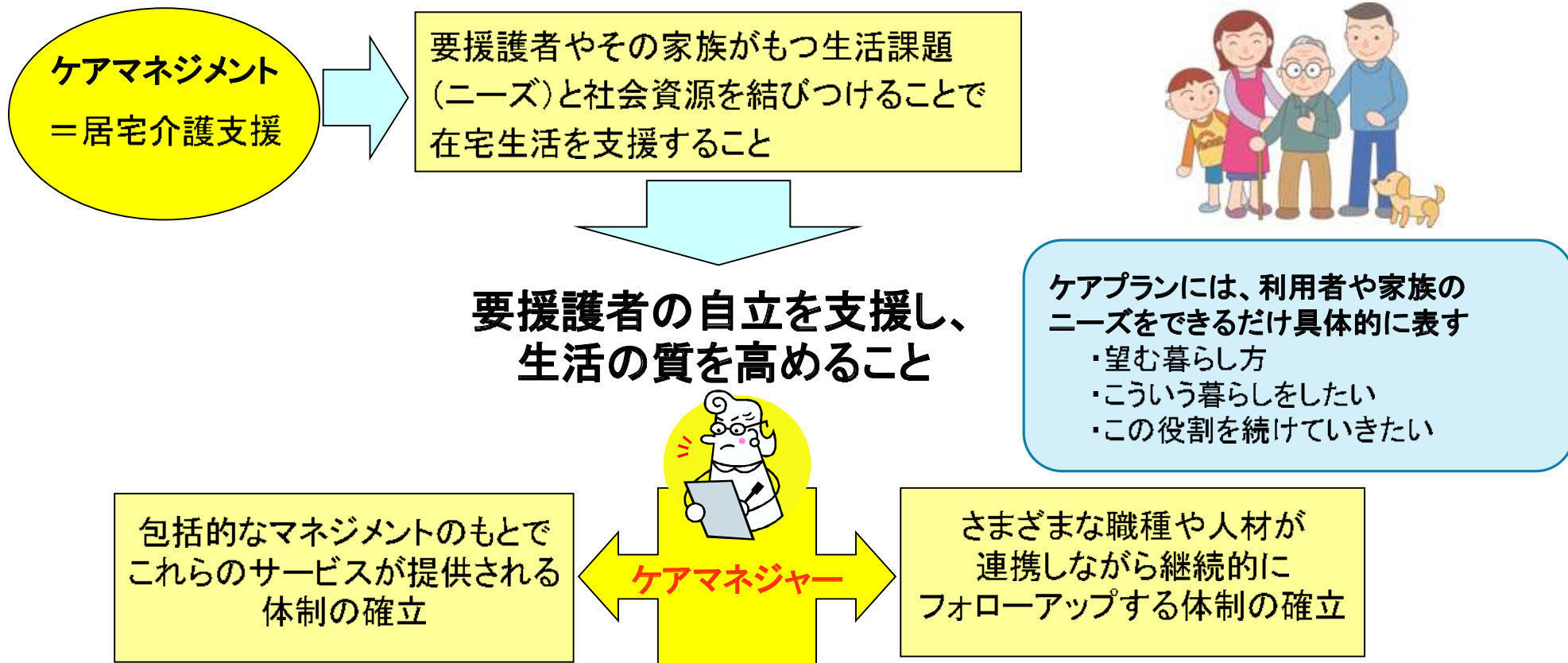
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、**地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

地域包括ケアの構築は、**それぞれの地域性に立脚しながら、医療福祉介護および住宅政策を包含し、さらに自助と互助をふくめたインフォーマル部門に目配りをしながら、なによりも介護保険法でいう要介護高齢者の尊厳の保持という理念を実現するために、地域生活の継続のために切れ目のない支援が行われるような体制の構築を目指すことである。**

# 2025年の地域包括ケアシステムの姿



# ケアマネジメントの目的とケアマネジャーの役割



# ケアマネジメントの本質

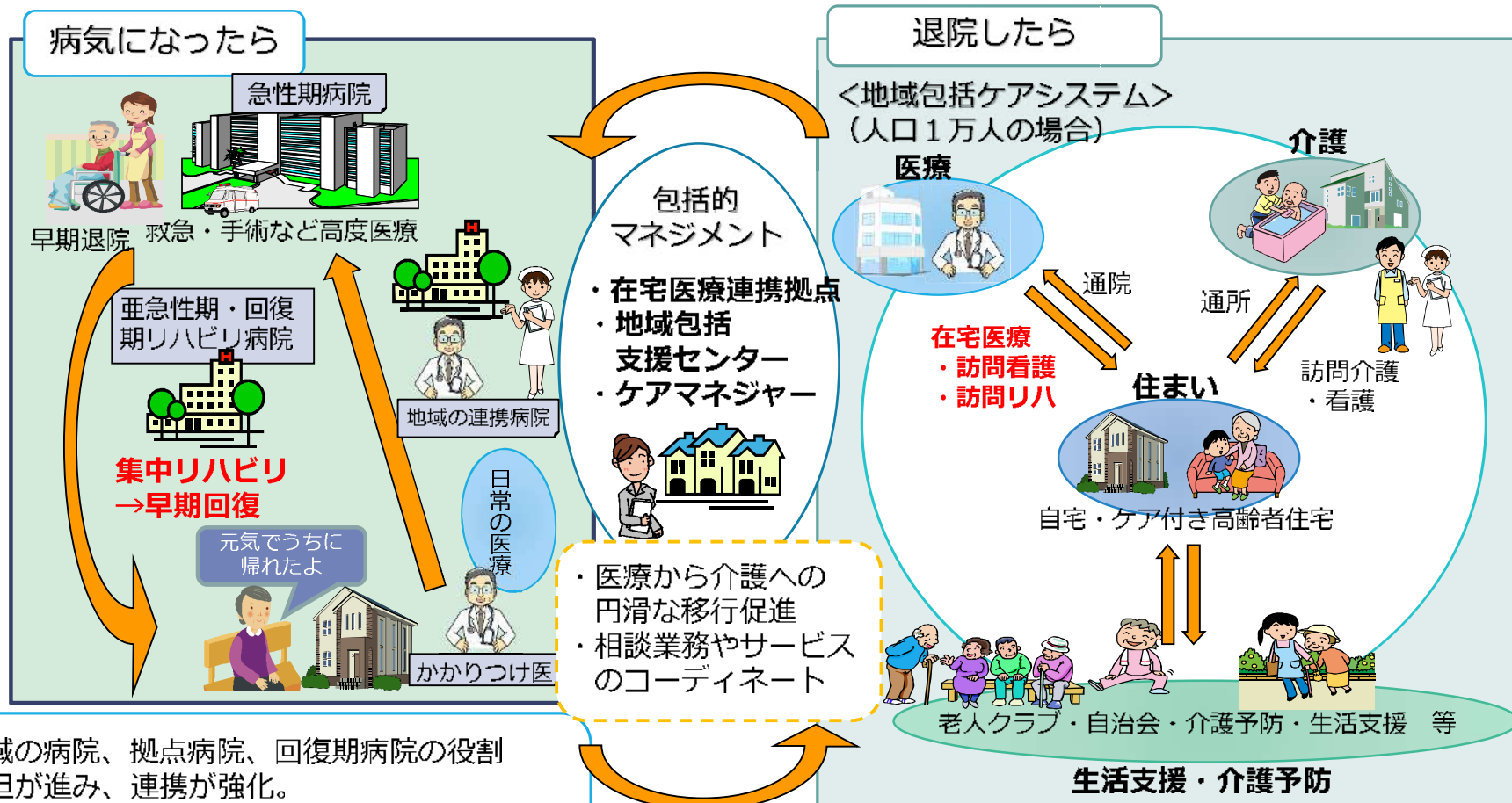
## 自分の能力を最大限に発揮

- 利用者の不安の背景になっている部分について丁寧に面接を行い、利用者が「本当に困っていること」や「本当はしたいけれどあきらめていること」などを明らかにすることが大切。
- その上で、こうした課題に対してどのようにすれば、利用者が生きがいや希望を持って生活していくことができるか、**利用者と一緒に考え、生きる意欲を引き出すプランを立てることが重要。**
- 高齢者さまざまな**思いを受け止めて、励ましながら生きる力を支えていくことこそが真に高齢者の尊厳を守ることである。**



医療ニーズが高い中重度者であっても、認知症であっても、ケアマネジメントの本質は変わらない！

# 医療から介護への円滑な移行促進



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に



# 「とびうめ@きたきゅう」の取り組み

医療・介護・健診の情報の一部をネットワークを通じて、医療機関等で共有（福岡県医師会が運用する「とびうめネット」を活用）することにより、適切で迅速な医療の提供とスムーズな入退院支援を情報面から支える仕組み。

## 【登録される方のメリット】

登録することで、その人の医療・介護・健診の情報が「とびうめ@きたきゅう」に参加する医療機関等で24時間いつでも確認可能となる。

- ①緊急時に登録者の医療・介護・健診の情報が医療機関にきちんと伝わることにより適切で迅速な治療につながる。
- ②病院、かかりつけ医、ケアマネジャー等が連携して、退院に向けての丁寧なサポートが受けられる。

患者の基本的な医療・介護情報を医療機関で共有  
★医療機関は、患者のケアマネ事業所もわかる!!

- ・救急搬送の患者さんのこれまでの医療・介護情報を知りたいけど、誰に聞けばいいの？
- ・入退院の情報を伝えたいけど、ケアマネさんがわからない！



解決



# 「とびうめ@きたきゅう」は 「医療・介護連携プロジェクト」の 中心となる事業です！

## 〈登録申出書〉

北九州府、自治体連携人北九州府医師会、自治体連携人福岡県医師会

### とびうめ@きたきゅう

あなたにだけ?

持病は?  
かかりつけ医は?  
連絡先は?  
飲んでる薬は?

持病などをはじめ細かい診療情報をネットワーク  
あなたと医療・介護がつながる「安心」

北九州府医師会 福岡県医師会  
☎ 093-582-2678  
〒814-0001 北九州府中區北區内1番1号

## 〈活用イメージ〉

登録申出をすると...

とびうめネット事務局が  
とびうめ@きたきゅうに  
登録します

とびうめ  
ネット

例えば、病院に緊急搬送されたとき、  
これまでの  
病気や薬を見ると、  
この治療をしよう!

診療所で診察するとき、  
〇〇病院で〇〇の薬が...  
飲み合わせの影響が  
考えられるので  
薬を検討しましょう

病院から在宅関係者と連携開始  
Cさんの  
ケアマネジャー  
ですか?



**自動的に入る情報は、登録者が  
国保・後期高齢者医療・介護保険を利用した際の情報  
(高齢者の情報は、ほぼカバー)**

## 共通情報

**基本四情報（氏名（カナ氏名含む）、住所、生年月日、性別）**  
**緊急連絡先** ※登録申出書に記載いただく情報。

## 医療情報

（国保・後期）

**医療機関名、傷病名、投薬、  
歯科医療機関名、薬局名、調剤（医薬品名）**

## 介護情報

**要介護度、認定期間  
サービス事業者名（ケアマネ事業所）**

## 健診情報

**特定健診情報（国保分）、後期高齢者健康診査情報**

※登録した方が国民健康保険、後期高齢者医療制度、介護保険を利用した際の情報が医療機関等で閲覧できる  
（最大過去5年間分の情報）。

※医療・介護情報は北九州市内に所在する医療機関・歯科医療機関・薬局・居宅介護支援事業所のもの。

※情報の更新は毎月行う（ただし、直近から数か月前の情報となる）。

ポイント②  
一斉に  
市民に声かけ

高齢者には、市内どこからでも声をかける  
(その場で登録し、たらい回さない)



登録申出をすると...



登録申出書



病院	ケアマネ事業所
診療所	特養・老健
歯科診療所	在宅医療・介護 連携支援センター
薬局	市民センター
訪問看護ステーション	区役所 <small>地域包括支援センター 介護保険担当 社会福祉協議会</small>

記入済の登録申出書

郵送

(とびうめネット事務局や市地域医療課)



※民生委員・児童委員、自治会・町内会にも協力を依頼

- ★ いつ、誰が、誰に声かけしてもよい
- ★ 本人の署名だけ (印鑑・添付書類不要)
- ★ 提出は、送付用封筒で送る、もしくは区役所介護保険担当へ持ち込む

# 北九州市における 地域リハビリテーションネットワーク

## 地域リハビリテーション支援センター

- リハに関する相談支援
- 情報の集約・発信
- 地域での介護予防の充実
- ネットワークづくり
- 人材の育成・活用
- 協力機関への支援

連携・協力

## 地域リハビリテーション協力機関

医療機関

高齢者  
障害者施設

介護サービス・  
障害者福祉サービス事業所等

- リハ専門職の派遣協力
- 支援センター主催会議への出席

## 地域ケア個別会議への協力・地域活動への支援

地域ケア個別会議  
への参画

通いの場への  
支援

ケアマネジャー等へ  
の支援等

研修等への  
運営協力

ネットワークづくり  
への参画

# 訪問リハビリの内容

---

## (利点)

- ・個別対応が可能。
- ・在宅生活に適した援助が取りやすい。

## (特徴)

- ・機能障がいに対する治療が中心になることは少ない。
- ・基本動作訓練やADL訓練などの活動性の向上に関する 訓練、指導が主体となる。
- ・参加としての生活空間の拡大を目的とした(公共交通機関等の訓練)訓練を行う。
- ・家屋や屋外の環境、家族の介護力等を評価し必要に応じた、住改、福祉用具の導入、介助方法の指導が重要。

# 訪問リハビリ、通所リハビリの要点と効果

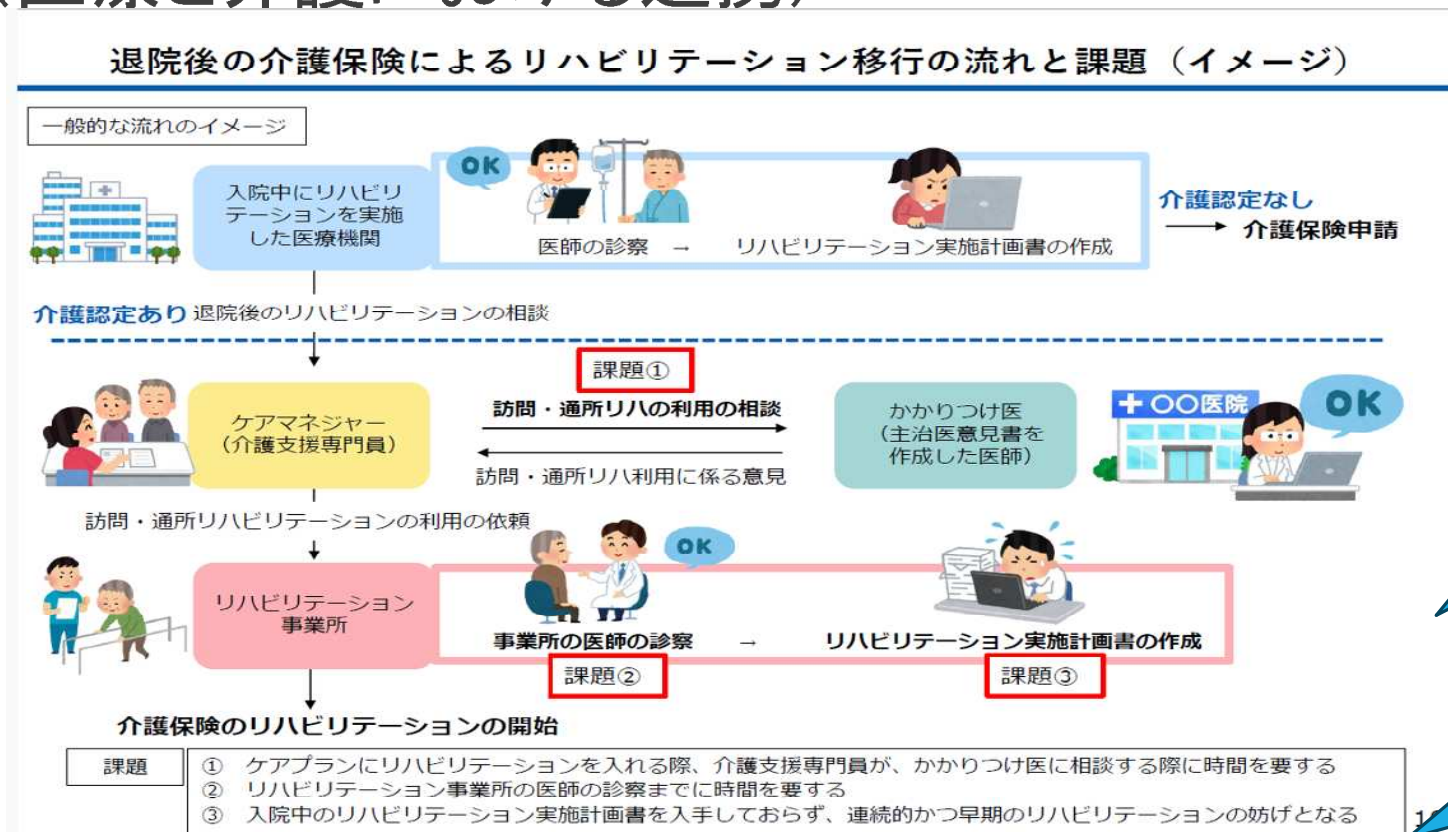
## 退院支援のリハビリテーション 在宅復帰について

「在宅復帰」「歩行動作獲得」が目的となっていることが多いと感じます。家・地域の戻りどのような生活をするのか、「自分の能力を最大限に発揮」することを利用者と一緒に考えるセラピストに期待をしたい

ケアマネジャーの理解  
不足・連携不足も課題

	訪問リハビリ	通所リハビリ
生活不活発病の予防と改善	○	◎
基本動作の維持と改善	◎	◎
ADLの維持と改善	◎	◎
IADLの維持と改善	◎	◎
対人社会交流の維持、拡大	○	◎
介護負担の改善	○	◎
生活環境の整備	◎	○
利用者、家族の精神的支援	◎	○

# 訪問リハビリにおける課題 退院後のリハビリ開始が2~4週間以上かかっている方が 56% (医療と介護における連携)



かかりつけ医の理解が必要

ケアマネジャーの理解不足



# 訪問リハビリにおける課題 介護予防訪問リハの質の向上

---

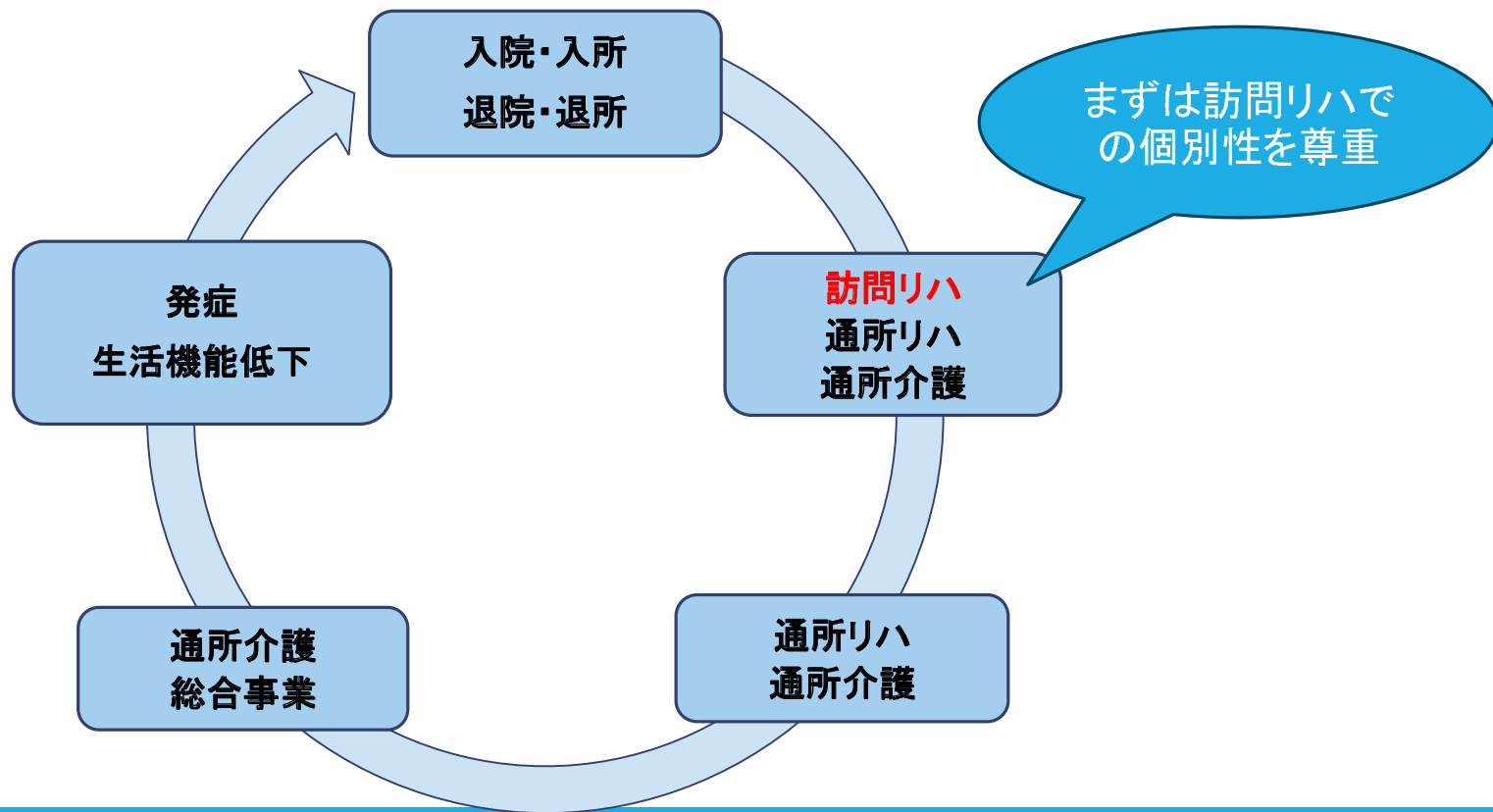
○介護予防訪問リハビリにおける12カ月減算が適応される長期間の利用者の算定回数割合は48.8%と高い。

本人、家族の希望が多い。継続の検証が必要。

○事業所評価加算の算定率は4.6%と低い。

○介護予防訪問リハビリを提供している事業所のうち、リハビリテーション会議を実施している割合は32.5%と低い。

# 訪問リハビリにおける課題 退院・退所後に効果的な訪問リハと通所リハビリの併用



### 事例の概要

90歳代 男性 会社経営  
自宅でしりりをつき腰椎圧迫骨折で入院。  
入院中に心筋梗塞を発症  
嚥下困難となり、胃婁造設

退院時支援の相談あり。  
要介護4の認定が出ていた。  
退院時  
リクライニング車いす使用  
立位保持は困難  
移乗の協力動作あり。  
物忘れはあるが、認知力の低下はない

ストレンクス・  
ソーシャルサポート力

ケアマネジメント  
チームアプローチ

在宅にて

家に帰りたい  
会社に行きたい  
経済的な不安がない  
家族の存在と協力がある  
地域の社会資源が豊か  
口から食べたい  
すき焼きが食べたい

訪問リハビリ  
PT・ST

訪問看護

訪問歯科

かかりつけ医

家族

立位保持可能  
一般の車いす  
車いすから車に移乗可能  
会社に出社可能  
経口摂取可能  
胃婁は1日1回のみ  
すき焼きが食べれる  
100歳の誕生日をお祝い

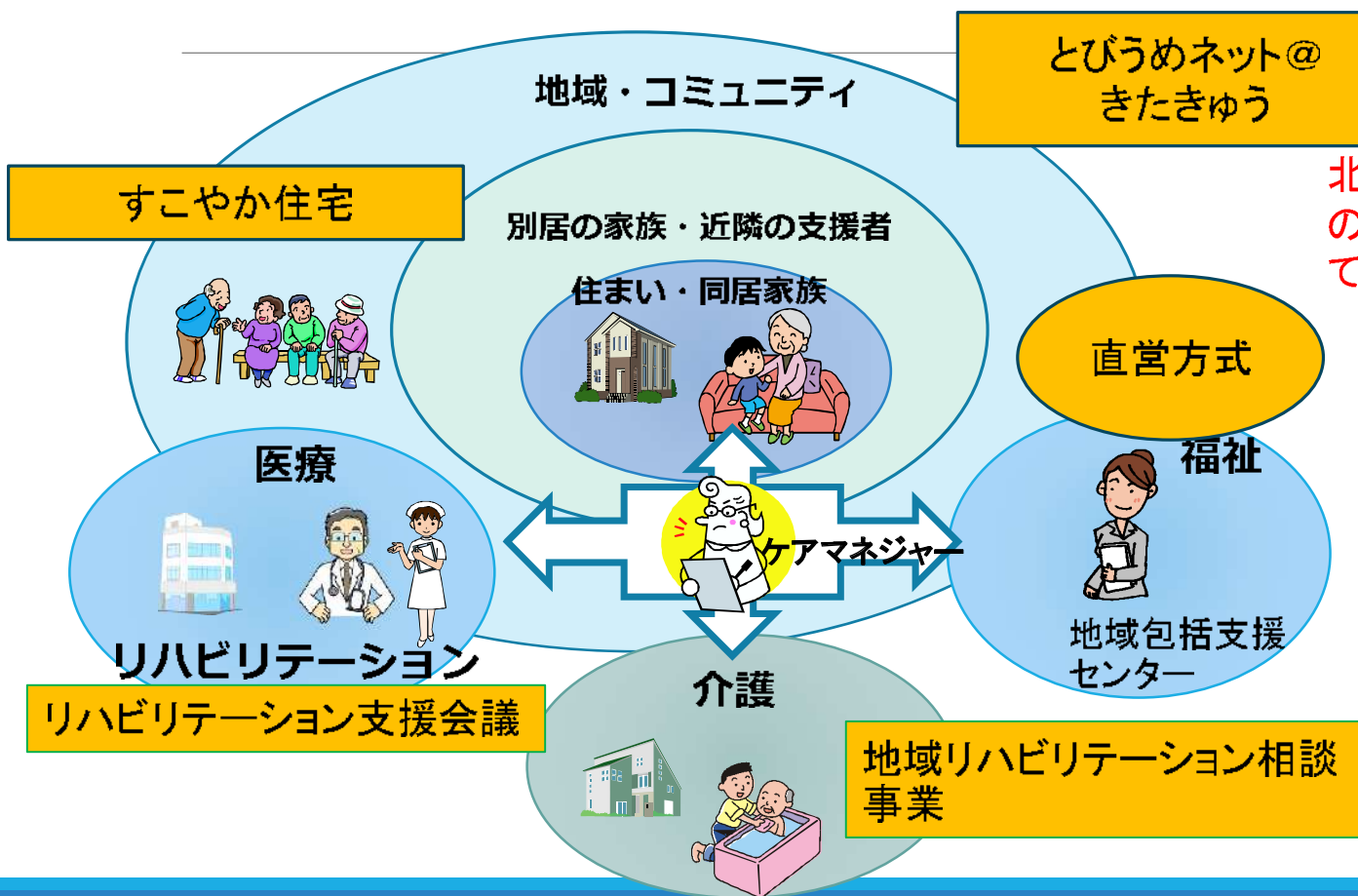
退院支援CFにて  
経口摂取は無理・立位保持も困難とのリハの  
ゴール設定される

退院

本人・家・家族・地域  
(在宅には力がある)

# 北九州の強みの周知と活用

本市はリハビリテーション発祥の地  
地域を包含したしたリハビリが地域包括ケアシステム構  
築前の以前より、リハが体系的に提供されている。  
この強みをさらに活用



北九州市は医療、特に在宅を含むリハの資源と提供のネットワークに恵まれている。その強身の活用が十分か？

退院後に医療・介護関係者が思いもよらない状態回復が見られることも多い

リハ関係者へのお願い  
退院支援の際に  
回復の限界を決めつけしないで、  
「家・地域」の力を信じていただきたい