在宅医療を始めるにあたって
ケアマネジャーの役割り
（介護支援専門員）

ケアマネジャーは
介護保険制度を担う専門職の要

ケアマネジャーは、要介護者等（要介護者、要支援者）が自立した日常生活を営むのに、必要な援助に関する知識、技術を有する専門家として、要介護者等が適切な介護サービスを利用できるよう市町村やサービス提供事業者等との連絡調整を行う事をその主たる職務とする（介護保険法第7条第5項）

ケアマネジャーの役割

介護保険の目的（介護保険法第1条）に沿って、自立した生活を継続する事、また要介護状態の軽減または悪化の予防に資することを目指して、適切な保険医療サービス、及び福祉サービスが総合的かつ効率多岐に提供されるよう利用者を支援すること。

ケアマネジャーの業務

相談依頼

↓

介護保険の「要介護認定」の申請

↓

居宅介護支援事業者にケアプランの作成依頼

↓

「居宅サービス計画作成依頼届出書」をつくば市介護保険課に提出

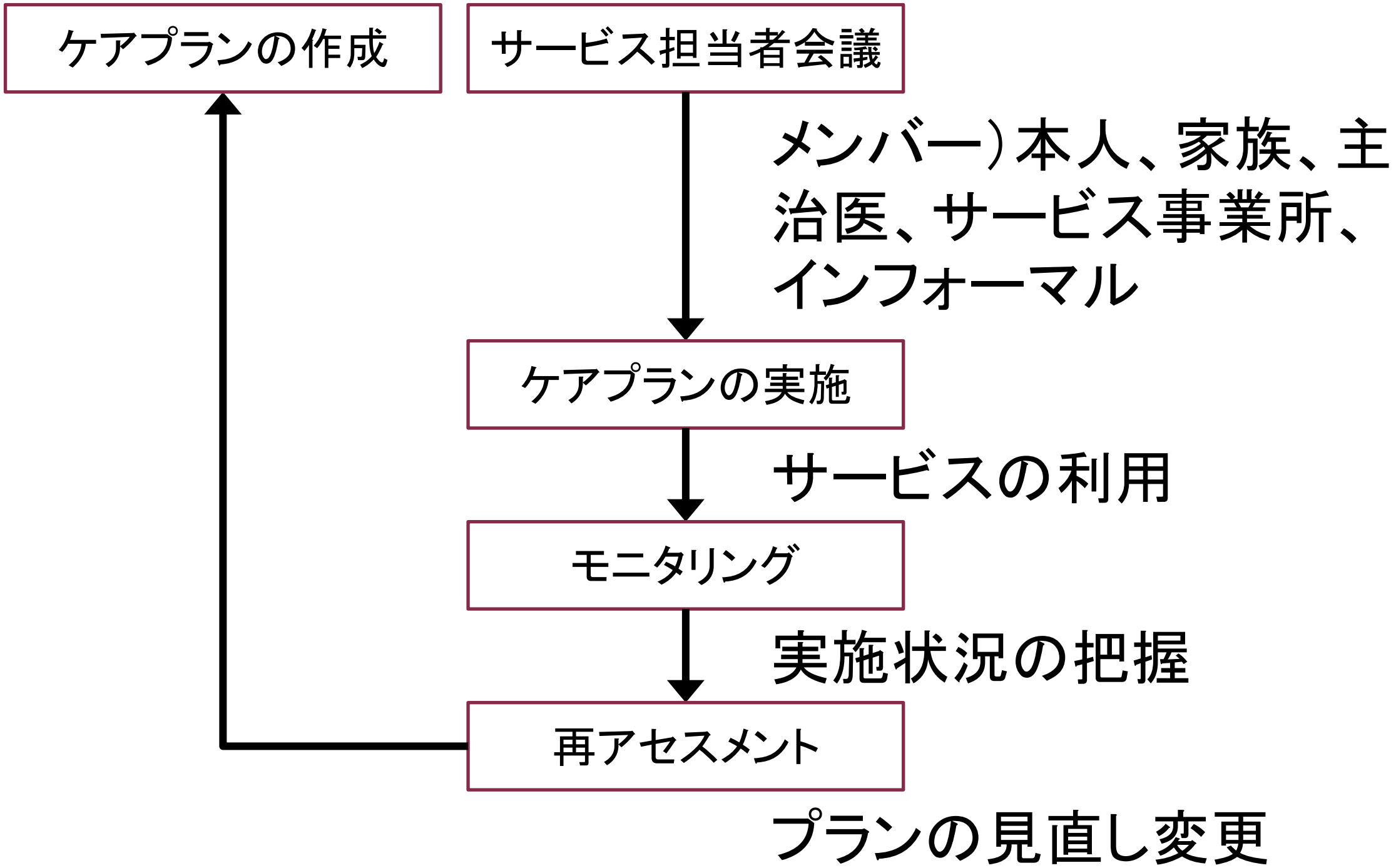
↓

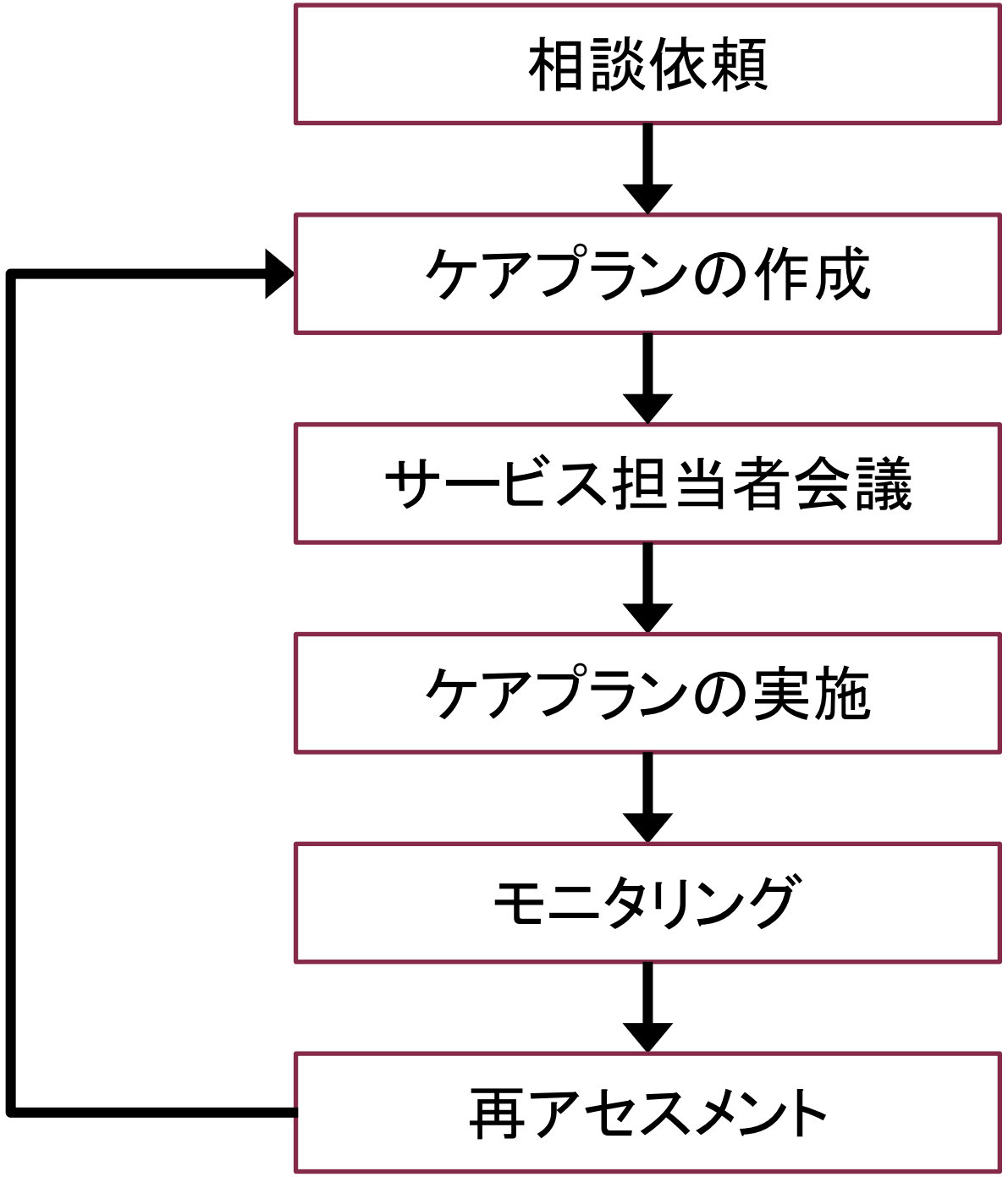
ケアプランの作成

①アセスメント
基本情報、身体機能、
精神状況、社会環境

②ニーズ（生活課題）に対して、それぞれ望ましい目標を決める

③医療依存度の高いケースに関しては、
原案を作成する段階で、
かかりつけ医との連携が望ましい


ケアプランの作成
サービス担当者会議
メンバー）本人、家族、主治医、サービス事業所、インフォーマル
ケアプランの実施
サービスの利用
モニタリング
実施状況の把握
再アセスメント
プランの見直し変更


相談依頼
ケアプランの作成
サービス担当者会議
ケアプランの実施
モニタリング
再アセスメント

医療と介護の連携の必要性の根拠

・医療依存度の高い在宅利用者が増加

・急性期で退院し、在宅生活を行う患者が増える。

・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者が増加。

・世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加。

医療と介護の連携における課題
（つくば市、つくばみらい市のCMへのアンケート結果より）

(a) どんな時に訪問看護を（導入）しますか？

(b) 家族が訪問看護を導入する必要性を感じない時、
どんなアプローチをしますか？

(c) 主治医が訪問看護を導入する必要性を感じない時、
どんなアプローチをしますか？

(d) 総合病院の勤務医との連携はどう図りますか？

(e) 訪問看護にどんなケースで断られましたか？
⇒その際、どうしましたか？

(f) 訪問看護と他のサービスの調整・連携で不都合が
生じたことがありますか？