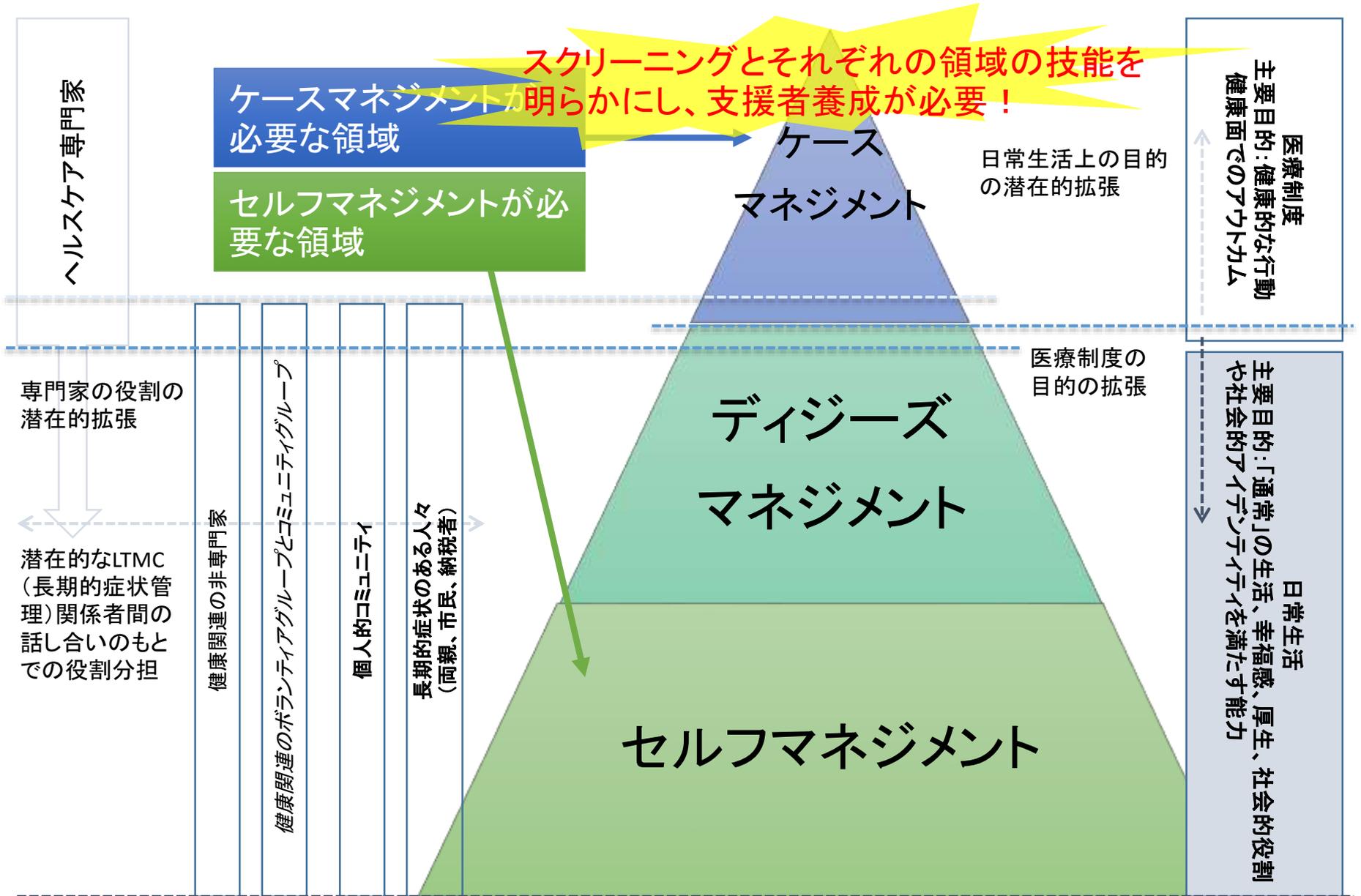


今後、必要な視点

兵庫県立大学 経営研究科

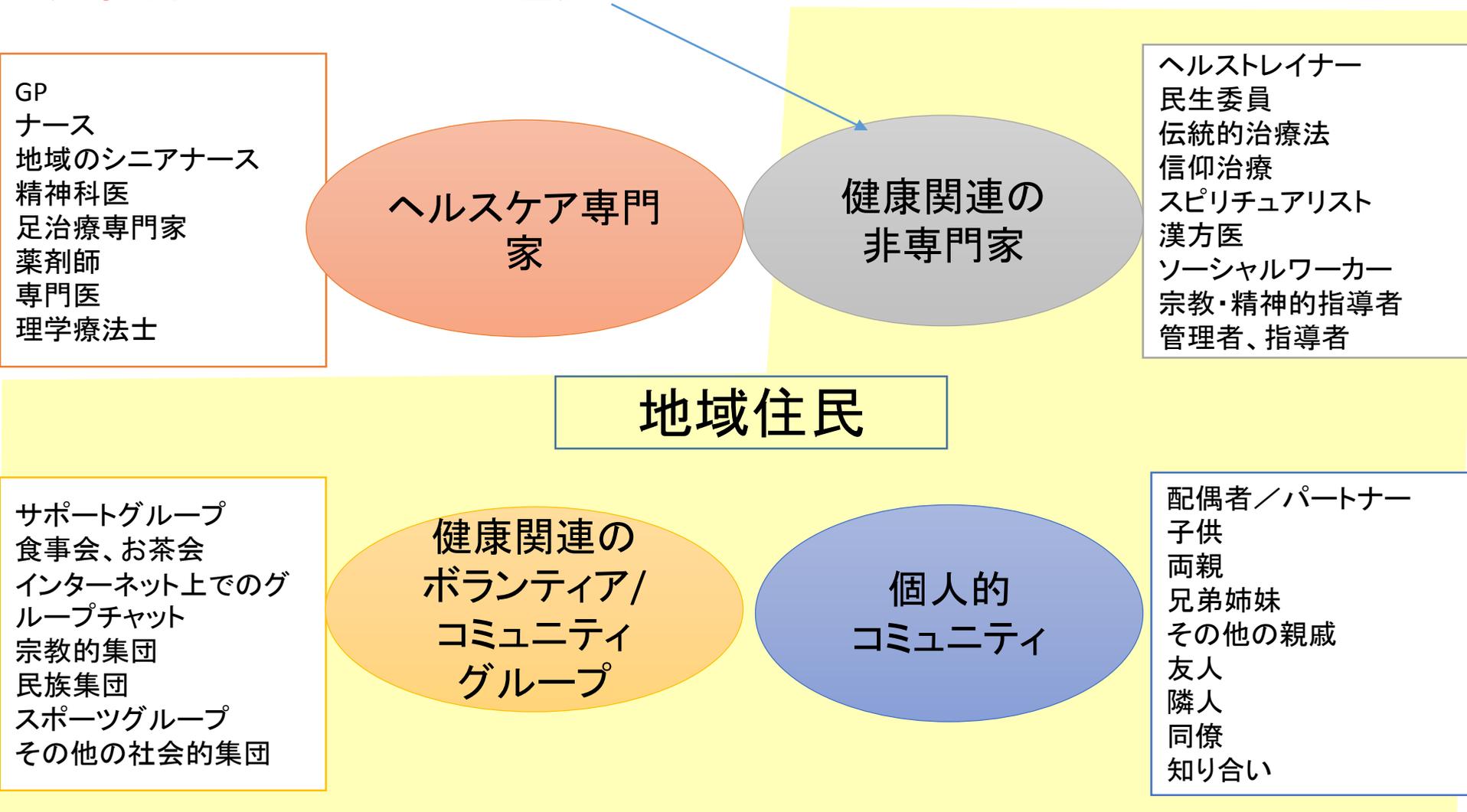
筒井孝子

セルフマネジメントと慢性疾患と社会ネットワークの関係図



慢性疾患症状に対するサポートシステム

非専門家のネットワーク作りが重要



Integrated careは、新しい概念か？

医療、介護、福祉のサービス提供体制は独立しているため、入院患者は、適切な時期に、適切な量のサービスを受けることができない。

(例：一次医療／二次医療、医療／福祉、身体介護／情緒的支援)

→ケアの断片化に対するアプローチは、多くの先進国共通の課題。

→人口の高齢化により、複雑な合併症を伴う患者の増大。

地域包括ケアシステムとは

日本で用いられている地域包括ケアシステムには、二つの独立したコンセプト：Community based care (地域を基盤としたケア)とintegrated care (統合型のケア)がある。近年、この二つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化している。しかしながら、この両者を同時に試みている国は少なく、その一つであるオランダにおいては、Community-based integrated careは神話か必須のもの¹⁾か、あるいはバベルの塔をたてる試み²⁾かという議論がなされている。

Community-based care

- Community-based careには、地域の健康上のニーズに応えるという点から運営されるという性質がある。さらに、これは地域における信仰や好みや価値観などに合わせて構築することができ、それは一定レベルの「地域参加」によって保障されている。

Integrated care

- Integrated care careには、医療ケアにおける分断を減らし、異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるといった目的を持つ体制であると定義づけることができる。

1) T. Plochg, NS. Klanzinga : Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14:91-101:2002

2) T. Plochg: Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care. 6, e21 : 2006

「integrated care」 「ディジーズマネジメント」との混同

Ellrodt et al. (1997)はディジーズマネジメントを「提供システム全体に股がる患者のために、医療リソースを統合する患者ケアへのアプローチ」と定義し、「ディジーズマネジメント」と「integrated care」の間の境界が、次第に曖昧になってきたことを示している。

たとえば・・・

- 慢性疾患を伴った患者のためのintegrated careプログラムの有効性、定義、構成要素を評価することを目的に行われた最近の体系的レビューによって、さらに詳しく説明されている。(Ouwens et al. 2005)これらのレビューを見ていくと、13の体系的レビューのうち、実際に8個のレビューがディジーズマネジメントに関するレビューであることが分かる。
- また、それぞれのレビューでディジーズマネジメントの明確な定義が採用されており、それと共に、ケア・ケースマネジメント(2)、学際的チーム／構造(2)、慢性疾患を伴った患者のより一般的な管理(1)に関する例を概説している。

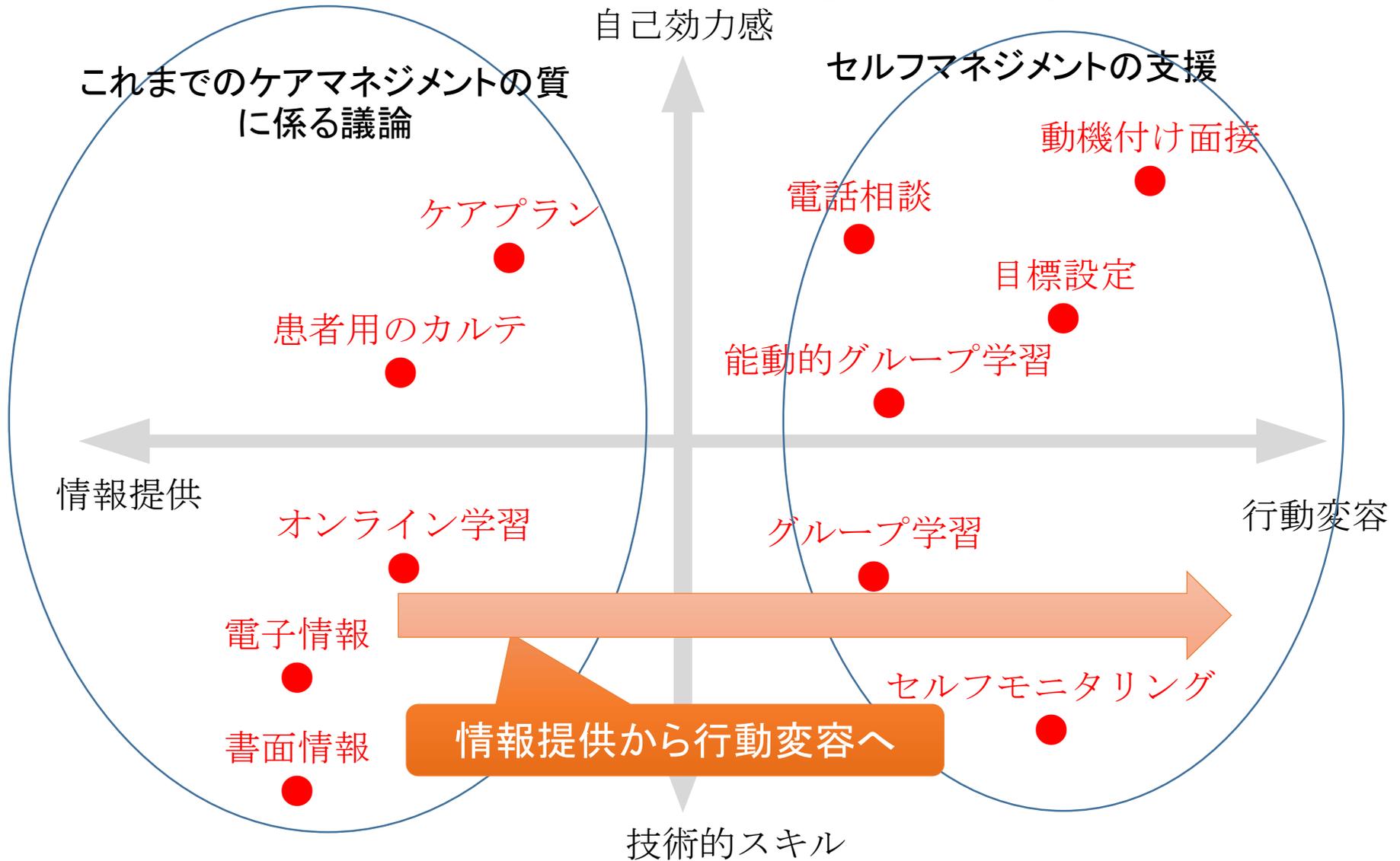


ケアの断片化をなくし、持続性と協調性を改善するという共通目標を共有するという点において、両者は、近年オーバーラップしている。

セルフマネジメント支援の定義

- セルフマネジメントを支援する(セルフマネジメントサ
支援)ということは、人々に情報提供および支援を行
い、当事者が自らの症状について理解し、適切な行
動に移すことによってより優れた自己管理を行うこと
ができるようにすることである。
- セルフマネジメントを支援する介入は、医療の一連
の流れの様々なポイントで実施することが可能で、そ
の対象は長期的症状を持っていないひとから、重度
の長期症状や複数の長期症状を持つ人まで含まれ
る。

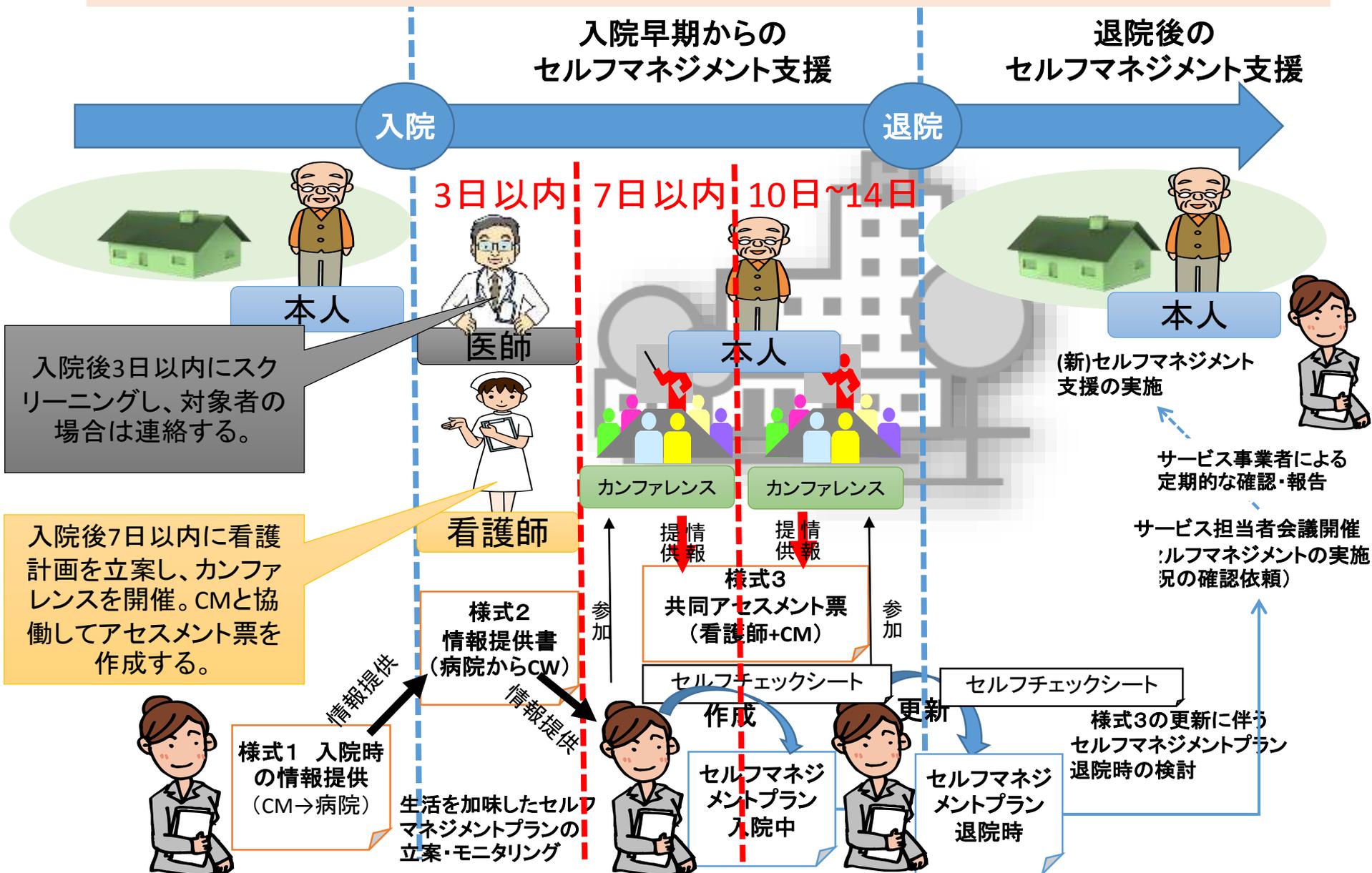
セルフマネジメント支援の位置づけ



セルフマネジメント(支援)を実現するために

本人	臨床医・支援者	サービスの開発
<p>患者はケアプランの作成に臨床医と協働する</p>	<p>臨床医は患者が納得するケアプランを作るのに患者と協働し、ケアプランを定期的レビューする。</p>	<p>「expert patient」を支えるためのケアプランの作成とサービスの開発。</p>
<p>食生活、服用の管理、ケアプランの順守に関して患者は自分自信の責任を取る。</p>	<p>臨床医は患者の目標および生活における変化が患者に相応しいことを担保する。</p>	<p>タイムリーで幅広い範囲のサポートサービスと、それへのアクセス。</p>
<p>患者は自分の行動の習慣を変えるのに、または目標を達成するのに困難に遭う時にサポートを受けることができる。</p>	<p>レビュープロセスの一環として、臨床医は行為計画、問題解決能力を活かし、患者を支える。</p>	<p>患者の経験をフィードバックとしたサービスの開発。</p>

医療・介護の情報提供による セルフマネジメントに着目した継続的ケアマネジメント



事業の特徴

- 医療機関の主体的取り組みを促すため、院内パスに位置づける。
(セルフマネジメント支援のパスとも言える)
- 退院支援加算1の算定要件に準じて、入院後3日以内、入院後7日以内でやることを決める。
- 入院中2回のカンファレンスを通じて、医療機関の専門職とケアマネジャーによる協働アセスメントを実施。
- それによって、入院早期からのセルフマネジメント＋(介護予防)サービス提供計画の作成を目指す。
- 退院後のモニタリングは、一カ月後とする。状況に応じて、その後設定していく。

本事業の意義

- 今後、慢性疾患の再発予防は、医療給付・介護給付の抑制のみならず、医療機関が高度急性期医療に集中するためにも必要である。
- また、地域のケアマネジャーとの連携体制の構築は急務であり、退院調整ルールに加えて、さらなるレベルアップの契機となりえる。
- 退院後のかかりつけ医とケアマネの連携体制の構築も本事業においては求められる。このため、地域を挙げての関係づくりが求められる。
- このかかりつけ医とケアマネの協働は、在宅医療介護連携推進事業として、自治体を取り組まなければならない課題となっており、これに取り組むことで、今後の政策動向にいち早く対応できる体制を構築できる可能性がある。

【医療機関のメリット】

自治体との協働体制
ケアマネとの協働体制
看護が地域の視点を持つようになる
高度先進治療患者の増

【自治体のメリット】

介護費用の抑制
ケアマネのレベルアップ
在宅医療介護連携体制の構築
淡路で成功すれば他にも応用可