



特集 ■ 在宅医療における医師の役割 ⑤

多職種連携： ケアマネジャーの視点から



厚生労働省老健局振興課／介護支援専門官
石山麗子

はじめに～ケアマネジャーが考える“多職種”とは

厚生労働省での私の所属は老健局という介護保険法を管轄する局で、また、官職は介護支援専門官というものですが、これからプレゼンテーションをさせていただく内容は、私（石山）の私見を含むものであることをはじめに申し添えさせていただきます。本日の研修会にご参加の皆さんはほとんど医師の先生方で、恐らく私だけが医師ではないのではないかと思います。ですから、少し用語のニュアンス等が異なることなどがあるかもしれませんが、多職種連携について、とくにケアマネジャー（介護支援専門員）の視点からお話をさせていただきたいと思っております。ここまでのセミナーは、医師としての実践事例も豊富に踏まえられた、素晴らしい、興味深い内容でしたが、私の話は「生活者の視点」という観点から少し深掘りさせていただきたいと考えております。少し行政の資料からのもので多くなりますので、皆さん退屈されなければいいなと思っております。

在宅医療で“多職種”と言った場合、皆さんはどのような職種をまずイメージされるでしょうか。院内であれば、まず医師がいて、看護師や検査技師といった職種が想起されますが、在宅医療では訪問看護師がいて、また訪問リハビリや訪問介護員といった、より多様な職種の方が関与します。さまざまな職種が登場いたしますが、今日とはとくに「ケアマネジャーの視点からみた多職種」ということでお話をさせていただきます。

実は私はケアマネジャーの実践を平成 28 年 3 月までしておりました。同年 4 月から厚生労働省に入省し、現在の仕事をさせていただいておりますが、職歴は

介護保険が始まった当初から在宅で利用者さん——介護保険制度では「患者さん」ではなく「利用者さん」と呼びます——の担当をさせていただきました。その経験の中で、在宅医療においては、医師の力なしには、利用者さんを支えることはできないということを実感しています。本人の意思やご家族の意思があったとしても、たとえば「最期まで在宅で」という気持ちがあったとしても、医師のバックアップなしにはそれは実現不可能なのです。医師以外のスタッフがどんなに応えたいと思っても、医師がいない限り患者さんの望みをかなえることはできません。

患者さんは在宅医療を受けられる中でも気持ちが揺れます。退院時に固く決心された方であっても、「やっぱり不安だ、病院に帰ろうか」と思われることもあります。そうした場合に多職種でカンファレンスをするときにも、そこでの医師の一言は大変力強いものですし、患者さん、利用者さんに対しても、医師が一言を掛けてくださるだけで、安心して在宅生活を継続できるという場面を何度も見てきました。ケアマネジャーとしては、在宅医療の医師なくしては、多職種連携も患者さんの望みをかなえることも難しいと考えています。まず、このことを申し上げておきたいと思います。

1 ケアマネジャーとしての経験から

まず、一つの事例を紹介させていただきます。これは私がケアマネジャーとして経験した複数の患者さんをアレンジしたもので、特定の患者さんではないことをお断りしておきます。

84歳男性、心筋梗塞の既往がありますが、介護保険のサービスは使わずに通院で加療を受けていた方です。心臓関連ではない症状でクリニックを受診したところ狭心症が疑われ、循環器科を受診、そのまま即日入院になったという経緯です。その治療を受けた後、退院する時点から私がかかわらせていただいています。入院時には、腹水が10リットルもたまっている状態でした。通院で、「塩分を控えよ」という指導はあったのですが、何にでもおしょうゆをかけて召し上がる、濃い味のものが大好きな方でした。加えて少し耳が遠く、指導の内容を「しっかり塩分を摂らなくてはいけない」と思い込んでおり、それでたちまち腹水がたまってしまったということです。腹水がたまる前はADLは自立していましたが、入院日時点ではご自身の細かなケアをすることができなくなっていて、入院当日もひげが伸びており、口腔のケアにも問題があって、加えて褥瘡までで

きていたという状態だったそうです。術後は心臓の状態は落ち着きました。

息子さんのご家族と同居されており、奥さまもいらっしゃるのですが、奥さまは若干認知症になりつつあるのかな、という雰囲気の方でした。ご家族の仲は円満で、退院時の面談では、ご家族としてもお家に連れて帰りたいという気持ちは強く感じました。だけれども「不安です、自信がありません」とおっしゃいます。特にチューブが付いているわけでもなく、特殊な医療処置が必要なわけでもありませんが、心臓の治療過程で寝たきり安静の状態が続いたので、退院の時点では排せつも起き上がりも介助が必要な状態になっていました。ご家族はそうした介護を毎日やっていく自信がないのだろうという想像がつかしました。加えて、入院前では正常であった認知機能も、退院時、私がかかわり始めた時点では、奥さまを奥さまと認識できない、娘さまを娘さまと認識できないところまで低下していました。仲の良いご家族なだけに、むしろそのことがショックで、この現実を突き付けられることがつらく、それを考えると介護することができない、連れて帰ることが怖い、という不安もあるのだろうなと想像しました。退院前というのは、帰宅後の具体的な介護や医療処置に自信がないということももちろんあるのですが、こうした精神的な面も退院を難しくする要因ではないか。そのようなことを考えさせるケースでした。

そうした不安をかかえておりましたが、訪問診療をしてくださる先生もしっかり見付き、退院されました。また、訪問看護、訪問リハビリが入り、訪問介護も入ってケアをしていきました。そうしたことで入院時に比べても、皮膚もぴかぴかで、お口も歯と歯茎はかなりきれいな状態です。とにかく寝たきりの状態にさせないということで、聞き取りをしながら、「家族の中で過ごす時間をいかにつくるか」ということでケアプランを立てていきました。患者さんはかなり寒がられて毛布にくるまれて生活されていましたが、幼稚園児のお孫さんがその脇にぬいぐるみを置いていたりして、ご家族のなかで患者さんが孤立しない雰囲気づくりを意識しました。

訪問リハビリについては、患者さんは強く嫌がられていました。「呼吸が辛い、溺れそうだ、もうこれ以上やめてくれ」とおっしゃっていました。そこで動機づけに、「おじいちゃん、孫の数を数える練習を手伝って」ということで、座位を保って10数えることを一緒にやっていただきました。そうしたことで、ご自分で座位をとって歯磨きをするというところまで回復されました。食事も、「栄養が取ればいい」というものではなく、ご家族一緒に食事をするようお願いしました。また、この方は一家の大黒柱で、「おじいちゃんが言うことは絶対だ」というご家庭でした。ですから、お孫さんへお年玉を渡すのはこの方の役割だったのですが、今年もこのことはぜひ続けていただくようお願いしました。家

庭の中での役割はできるだけ担っていただくというプランニングです。

そのような生活を送る中で、患者さんをご家族をしっかりと認識できるようになり、朝起きて着替えをし、食事を取って、日中は光を浴びて生活されるようなペースを保てるまでに回復されています。治療については、先生のご指示をいただきながら、訪問看護でもご家族、ご本人に指導して、介護でも水分量を計測する。また、週2回、デイサービスを利用されていたのですが、そこで決まった時間に体重測定をしていただくこともケアプランに入れ、これを医師に報告することで、心不全悪化の徴候を早期に見つけるよう努めました。このようなチームのアプローチをしながら、こうした生活を半年以上続けられた後、患者さんはお亡くなりになりました。ご自宅での看取りでした。

当初、在宅医療についてご家族は不安を訴えられており、実際、「夜中に15分置きに目を覚ます」といったご家族からの悲鳴が上がったこともありました。でも、着実に状態が良くなり、目の中に光が出てきて、家族を認識して会話をされるようになっていく。そうするとご家族は、「連れて帰ってきてよかった」、そして、「できれば最期までみたい」という気持ちがしっかりと定まっていきました。ご本人も「このまま家でいいよ」という意思表示が可能となっていました。こうしたご家族の気持ち、患者さんの状態の変化を在宅医療の先生と受け止めて、カンファレンスを通して、「では最期まで家でいきましょう」とチームの意思決定をしていきました。在宅医療を行っている間には、気持ちの揺れがあります。ご本人の揺れ、ご家族の揺れ、そしてそれに対応するスタッフの気持ちにも揺れが生じます。その時に、在宅医療の医師が「ここまでできるよ、大丈夫だよ」とおっしゃっていただくことで、ご本人を含めチーム全体の気持ちが定まっていくということがあります。

幼稚園児のお孫さんについてお話ししておきたいと思います。このお孫さんは、おじいちゃんのおなかがものすごく膨れた様子も、入院して手術を受けたときも見ています。退院して家に帰ってからも、「苦しいからリハビリは嫌だ」と言っている姿も、そこから頑張っただけ回復した姿も見ています。でも、おじいちゃんは死んじゃった。動かなくなった。呼んでも何も言ってくれない。あんなに遊んでくれたおじいちゃんなのに。最期に訪問看護師さんは、このお孫さんにおじいちゃんのからだを拭いてあげて、と促しました。「おじいちゃんが使っていたタオルで、強く拭くと皮がむけちゃうから、押さえるようにしてあげるんだよ」と教えてあげます。お孫さんは「ありがとう」と言いながら体を拭いて、最期のお別れを手伝ってくれました。幼稚園児です。在宅医療では、おじいちゃんが力を振り絞って生ききった姿の一部始終をお孫さんが目の当たりにするということができるのです。自分の人生を生ききるということも、その姿をもってお孫さ

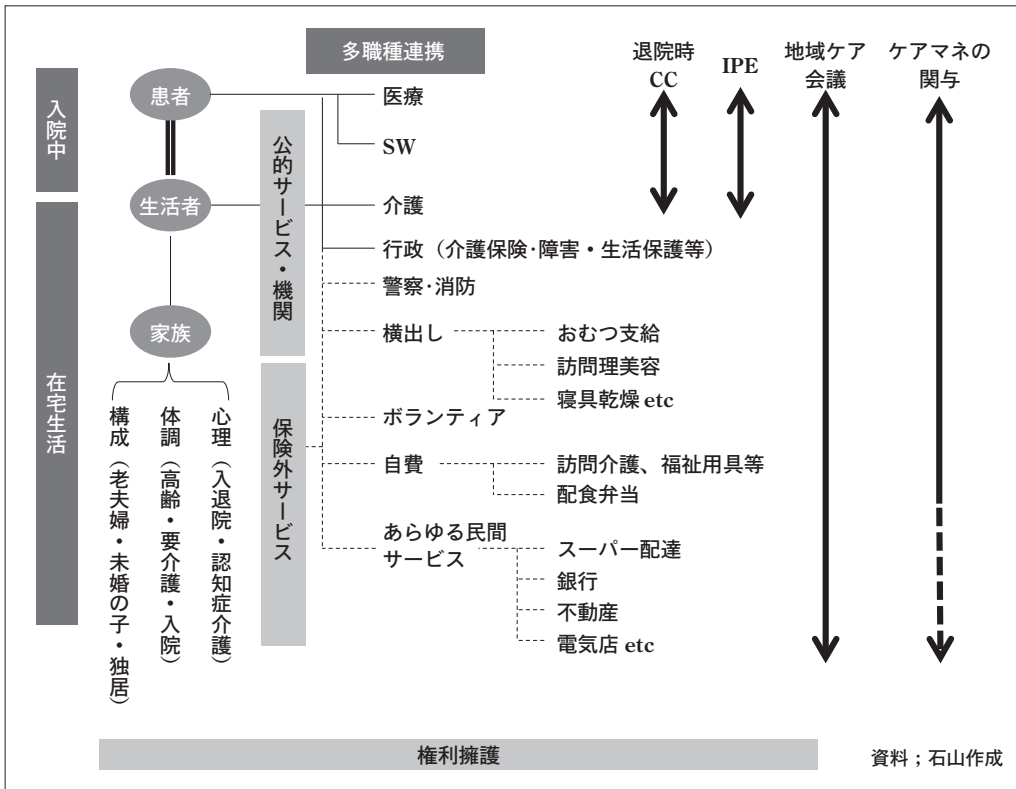


図1 人の生活を支える多職種の連携

んに「生きるってこういうことだよ、命ってこういうことだよ」と教えることも、在宅医療という場では可能なのだと私は思いました。在宅医療というのは、その方の生をまっとうするだけではなく、それを後世につないでいく力もあるのだと感じているところです。

2 ケアマネジャーの守備範囲

ここから先は少し概念的な話になってくるのですが、**図1**に多職種の連携についてまとめました。実はこれはケアマネジャーの目線でまとめたものです。

多職種連携として、医師の皆さんには医療、医療ソーシャルワーカー、介護サービスとの連携は想像がつくかと思いますが、これは「患者さん」に対する連携です。ケアマネジャーの目線では、それに加えて「利用者さん」、すなわち生活者として支えるための連携があります。行政、消防、おむつ支給とか訪問理美容、さらにはボランティア、自費による介護サービスも連携の対象です。認知症であれば、徘徊時のキャッチの必要がありますから、警察への届け出も必要になります。また、老老世帯であれば買い物も難しいですから、スーパーの配達を

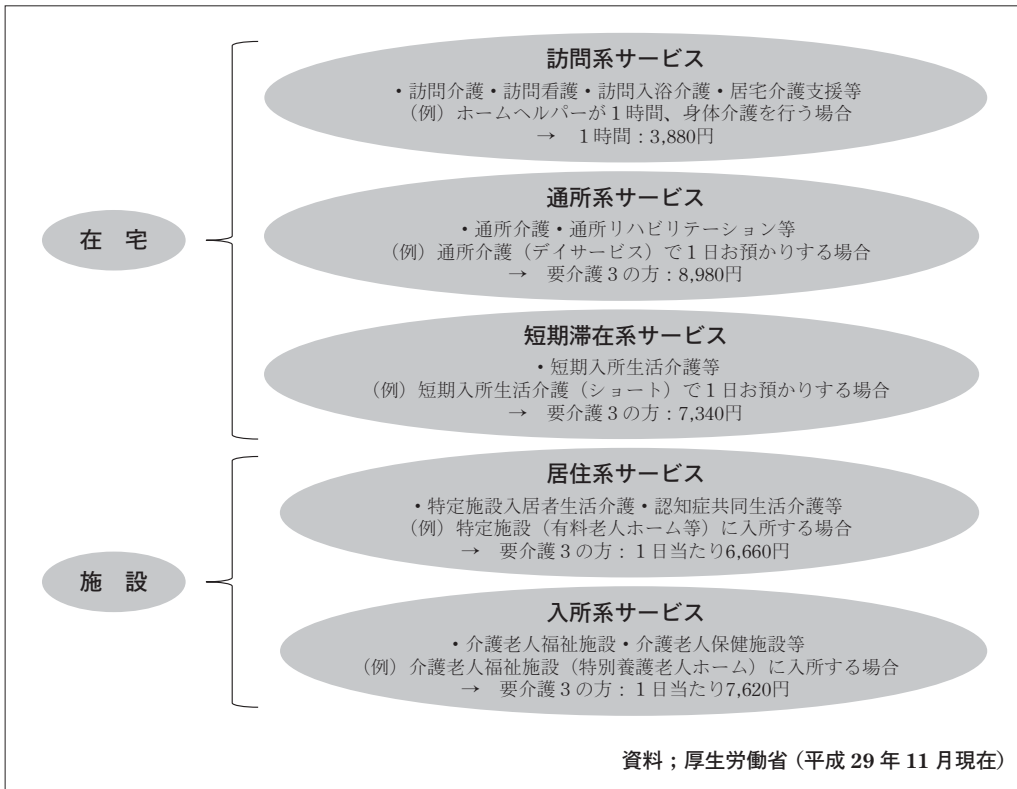


図2 介護保険サービスの体系

セットするとか、銀行での引き落としをお手伝いするとか、不動産屋さんにも連絡を取ったり、公団の申し込みを頼んだり、引っ越しをお手伝いしたり…。こうしたあらゆる民間サービスもケアマネジャーの連携の対象です。白モノ家電が壊れてしまったら、電気店と一緒にいったりもします。新しい電化製品だと使い方がわからなくなりますので、同じ型番のものを探しに行くといったことまでします。基準省令に記されたケアマネジャー（介護支援専門員）の事業の定義をみると（第1条）、「日常生活のすべてにかかわる事業・職種との連絡調整等を行う」、という主旨の記載になっているのです。

忘れてはならないのが、「患者」あるいは「生活者」本人だけではなく、「家族」も支援の対象となることです。現代では家族の規模が縮小され、機能が脆弱化しています。ここをサポートしないと在宅での生活は成立しませんから、家族支援をしつつ、本人に連なるもろもろのことがらをセットしていくということをケアマネジャーは行っています。

3 介護保険サービスの体系

図2に介護保険サービスの体系の概略を示します。いわゆる在宅サービスは、このうちの「訪問系」「通所系」「短期滞在系」の3つのサービスの組み合わせになります。介護サービスの種類は、実際の請求コードとしては3万コードに及びます。それらを組み合わせてケアプランを作っています。

現在、「地域包括ケアシステム」の構築が言われています。団塊の世代すべてが75歳以上となる2025年を目途に、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・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現する、というものです。利用者さんの住まいを中心に置き、そこをしっかりと押さえつつ、それに加え医療、介護等を含めたシステムです。このシステムには生活者としての視点も含まれていて、老人クラブ・自治会・ボランティア・NPOといったものも包摂するシステムが構想されています。

地域包括ケア（Community-Based Integrated Care）は2つの手法から構成されます。“integrated care（統合ケア）”と“community-based care（地域ケア）”の2つです。これまでの講師の先生方が語られた「多職種協働」というのは前者の協働を主眼にされたものと思いますが、これは主に（医療・福祉）専門職の協働によるケアを意味します。しかし一方で、どの先生も「地域・地域づくり」という目標の中に在宅医療を位置づけておられました。これは後者の「地域ケア」の一環と考えることができます。つまり、在宅医療には統合ケアと地域ケアの2つの側面があって、「地域包括ケアシステム」というのは、この両輪があって初めて成立するものなのです。実際に一人の人を支えようとしたときには、専門職による多職種協働だけでは足りなくて、さまざまな地域サービスや住民の方々とつながる視点が必要になってまいります。

4 多職種連携が必要な今日的理由

多職種連携が必要とされることの今日的理由について、統計からご説明します。

まず、要介護（要支援）認定者数の増加があります。平成12年（2000年）には218万人であった認定者は、その後右肩上がりに増加し、平成28年（2016

年)には622万人の方が介護保険サービス、要介護認定をお受けになっています。「要介護」「要支援」をトータルにみた場合、その認定の主な原因としては、介護保険が始まった当初から前回(平成27年、2015年)までは脳血管疾患(脳卒中)が1位でした。ところが、平成28年度調査では、認知症が1位になっています(国民生活基礎調査)。介護保険制度が始まった当初は5位であった認知症は平成19年(2007年)に2位に上がり、脳血管疾患との比率がだんだん狭まって、今回1位となりました。認知症は今後もさらに増え続けると言われていますが、とくに認知症の方は、多職種協働と地域の方々の見守り・協力なしには支えていくことができません。

一方、わが国における世帯構成を昭和61年(1986年)と平成28年(2016年)と比較してみると、この30年間で「三世帯世帯」が1/4に減り、「単独世帯」、「夫婦のみの世帯」、「親と未婚の子のみの世帯」がそれぞれ約2倍に増加しています。今日の先生方が話された事例でも「独居」「老老」のケースが多かったのですが、こうした背景を反映してのことだと思います。こうした家庭環境において、いかに要介護の方を支えていくかということになります。

平成28年度の国民生活基礎調査では、介護者の悩みやストレスの有無について調べていますが、悩み・ストレスが「ある」という方が7割程度を占めます。たとえ要介護者の方、利用者ご本人が「家にずっといたい」と希望されても、ご家族が“ノー”と言われた場合には、在宅生活の継続は難しくなります。地域包括ケアシステムの中核に“家族”をおくのであれば、介護者であるご家族の悩みやストレスをいかに軽減していくかが、利用者支援と同じぐらいに重要な位置を占めるという知識は、在宅のサポートを行う上で欠くことはできません。

今日では、こうした背景から多職種連携によるケアが求められているのです。

5 多職種連携の困難さ

今日の伊藤先生のお話で、「多職種(inter-professional)」という言葉は1970年代にすでに登場していて、その時点ですでにこの連携を難しくする制度的な障壁について指摘されていたことを学ばせていただきました。とくに在宅医療の連携の場面でよく言われることに、職種としてケアマネジャーをはじめ、「福祉系資格保有者」が多い(約7割を占める)という指摘があります。その多寡が問題であるとは考えませんが、職種が異なると、それぞれの職種がよって立つ法律・倫理・教育・役割・視点なども異なります。医療と介護では報酬の体系(診療報

酬 or 介護報酬)も、目的も(治療 or 生活改善)、指示系統も(医師の指示 or 多職種での協議)異なってきます。また、病院であれば多くの場合同じ法人内での多職種協働になりますが、在宅医療の場合は異なる法人に属する方々とチームを組むことになります。そうすると、法人ごとの方針の違いなども影響してくると思います。相談窓口も、介護保険ではケアマネジャーに一本化されていますが、医療保険については医療機関・患者により窓口が異なり、病院ごとに確認していく必要があるかと思えます。

ですから、単純に「患者さん・利用者さんのために力を合わせる」といったイメージだけでは、現実の多職種の連携は困難であることが多いと思います。職種ごとにお互いの違い、特性を認識したうえで、その認識を共有することが、むしろ連携を円滑にするのではないかと考えます。「目的は何なのか」、「どのような方法でそれを実現するのか」、「その方法は誰の専門領域なのか」、「専門家がない場合には誰が担うのか」。総じて言えば、成員おのおのが「他の職種は、自らの職種に何を期待しているのか」ということを考え、それをすり合わせていくことが重要だと思います。

東京都保健福祉局の「認知症多職種協働研修」での資料からの引用ですが、ここでは「連携の良否を左右するのはコミュニケーションの質である」と述べられています。ここで言う“質”を高める方法として、まず、それぞれの専門職が自らのアプローチ自体を変えなくとも、他職種によるアプローチを意識するだけで、複数の職種が提供するサービスの重複や切れ目が減るような、そうしたコミュニケーションを図ることができると示されています。このことは、利用者の混乱や苦勞を減らすためにも重要な点です。連携は、まずチームが一つの目標に向かって、そこで割り振られた役割を果たすようおのおのが行動するところから始まりますが、この時点ではチーム全体としては、個々の職種の力量の単純総和以上の力は発揮されません。ところが連携の成熟度が増していくと、メンバーのそれぞれが、固定された従来の慣習的な役割を超える活動を行うようになっていきます。ここに至るとチームは単なる相加ではない、相乗的な力を発揮することになります。一度こうした連携が構築されれば(組織改編やメンバー交代などにより、たえず検証・修正を加える必要はありますが)、縦割りの役割分担ではない、有機的な連携による取り組みが早期から可能になっていきます。

表1 ケアマネジャーから医師にお願いしたいこと

- 65歳以上の患者については、介護保険の認定を受けているかの確認を。
- 患者に、早期に要介護認定申請を行うよう情報提供を。
- 「主治医意見書」の、患者の介護保険利用（介護給付開始）とケアプラン作成への影響力についての理解を。
- 入院前の介護サービス利用の有無を確認・連絡を。
- 退院する可能性のある患者は、入院早期からケアマネジャーに連絡を。
- 退院先を検討する際には、ケアマネジャーや訪問看護に相談を。
→在宅復帰の可能性をはかり、患者に選択肢を提示し、患者・利用者にとっての最善の選択に資する。
- ケアマネジャー（介護支援専門員）との連携を円滑に。
→主治の医師とケアマネジャーの連携については、退院時だけでないことが法律上明記されている。
→ケアマネジャーからの依頼があれば、適宜助言を。
- 退院時ケースカンファレンスに出席を。
→患者とってもスタッフにとっても、医師の言葉は大きな力になる。

資料；石山作成

6 ケアマネジャーが医師に期待すること

ということで、多職種連携では、他の職種が自らの職種に何を期待しているのかを理解することが重要となります。今日は会場にたくさんの医師がおられますので、僭越ではございますがせっかくの機会ですので、「ケアマネジャーが医師に期待すること」をまとめさせていただきました（表1）。精神論のようなものではなく、極めて実務的な内容のもので、「在宅医療」に限らず、ケアマネジャーがかかわる場面で医師に期待する役割をいくつか挙げさせていただいております。

まず、65歳以上の患者さんについては、介護保険の認定を受けられているかどうかをご確認ください。そして介護が必要と思われる方については、要介護認定申請を行うよう、情報提供をしていただきたいと思います。というのも、申請してから結果が出るまで30日程度を要するのです。病態によっては、この30日のロスが大きなネックになりますので、ご配慮いただきたいと思います。

「主治医意見書」は、介護保険利用（介護給付開始）とケアプランの作成に非常に大きく影響します。認定には、まず患者さんがどれだけの介護の単位数を使えるのかが出発点なのですが、この介護の量の判定は意見書がなければ始まりません。また、今日のお話でも、多くの先生方が患者さんの将来を予測することが

医師の大きな役割であるとおっしゃられました。実はケアマネジャーがケアプランを作成するときには、主治医が予後の見通しをチェックする欄があります。「将来このようなリスクがある」「改善可能性である」といった予測をみながらケアマネジャーはプランを作成しますので、その点でも医師の「予測する」という役割をご認識いただければと思います。

また、入院された患者さんについて、退院の可能性があり、その後介護サービスを継続することが想定されるケースでは、病院の医師には、その旨をなるべく早めに、できれば入院早期からケアマネジャーにご連絡いただきたいと思えます。

退院の可能性、あるいは退院先を検討される場合は、ケアマネジャーや訪問看護師の意見を参考にさせていただきたいと思えます。スタッフが患者さんのご自宅の状況を把握していれば、退院の可能性について多くの情報を持つこととなります。患者さんが最善の選択をできるよう選択肢を広げる意味で、ぜひお声掛けいただければと思います。

ケアマネジャーの役割上、退院時だけではなく、平時からの主治医との連携については法律にも明記されています。ケアマネジャーから依頼があった場合には、適宜ご助言をいただければと思います。

患者さんに対してはもちろん、在宅医療・介護の成員にとっても、医師の判断・発言は大きなものがあることをお話しさせていただきました。介護職では予後や、病態に応じたケアの方法についての判断は難しいのです。退院時のケースカンファレンスにはぜひご出席いただき、ご助言いただけると、安心してケアを組むことができます。

最後は、医師へのお願いというかたちになりましたが、ケアマネジャーの視点からの多職種連携についてお話させていただきました。

謝辞

本講演録は2017年11月26日に開催された、「臨床研修医のための在宅医療研修会」(国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 主催、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 共催；東京医科歯科大学・湯島キャンパス)でのセミナーの内容を原稿化したものです。講演の機会を与えて頂いた関係者の皆様に謝意を申し上げます。