

各職能団体の役割およびかかりつけ医との連携のあり方

v) ケアマネジメント

鷺見 よしみ

要旨

地域包括ケアを実現するための「連携」は、一定程度の成果を上げている一方、課題も残る。客観的な分析から人為的に絡み合っている生活をできる限り解きほぐす実用的なさじ加減が重要となり、チームの意識形成（コンセンサス）をどう形成していくかにかかってくる。ケアマネジメントの目的は、事例に対する具体的な支援を通して、利用者のセルフケア能力を向上させることと地域のコミュニティづくりである。生活は多様な構成要素で成り立っており、慢性疾患を持つ人たちの支援においては、在宅生活を支える最大のソーシャルサポートである家族への支援も欠かせない。チーム医療から、チームケアと呼ばれるようになり、その成果は、ケアの質や費用に焦点が当たる。その支援は治療や指示ではなく、エンパワメントで情緒的な支持、最新の知識、適切な対応技能、セルフヘルプ活動を意味する。ケアマネジメントにおけるインテークは重要な場面で、初動時の専門職の関わりはその後の生活の鍵を握るので患者・家族が「何に困っている」「なぜ実行できない」などの要因を明らかにし、「どうしたいのか」「どう実現するのか」をしっかりと聞くことが重要である。ここでは、介護保険法上の医療連携の位置付け、ケアマネジメントとチームアプローチ、多職種連上の課題とその対応について理解を深め、今後の在宅医療推進に役立てる。

内容

1. 指定居宅介護事業所の基準など
2. ケアマネジメントの現状
3. ケアマネジメントの目的、ケアマネジャーの役割
4. チームアプローチについて
5. 今後の課題

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。

⑯主治の医師等の意見等（第一九号・二十号）

訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護については、主治の医師または歯科医師等がその必要性を認めた者に限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合には、介護支援専門員は、あらかじめ利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

なお、医療サービス以外の指定居宅サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあって、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項を尊重して居宅介護を行うものとする。

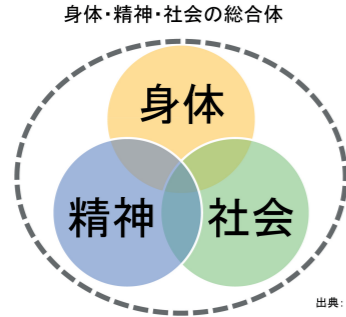
指定居宅支援事業所の具体的取り扱い方針の中では、多職種との連携場面のサービス担当者会議で実施すべき内容が位置付けられている。その他については、下記のとおり記載がある。

- ①利用者の状況等に関する情報を担当者と共有。
- ②当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めることされている。さらに介護保険通知の中に連携に関する規定がある。
- ③平成27年度改正において、居宅サービス計画書と個別サービス計画書がさらに共通理解を深めるため、サービス事業所に提出を求めた。
- ④医療系サービスを導入する際の主治の医師との連携に関する記載。医療系サービスの導入には、主治の指示（高騰指示でも可）と本人の同意が必要である。

## 2 介護保険法における自立

### 第一条の二

指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。



出典：自立支援ハンドブックレット①簡井書研

介護保険法では、第1条の中に「尊厳を保持しその人の有する能力に応じた自立・・・」と個別の「自立」に関して記載されている。身体、精神、社会の総合体を人として考えるとそれぞれの領域における課題を明確にしつつ、自立支援が求められている。

## 3 ケアマネジャーの考える困難性

### ケアマネジャーとして対応が困難だと考えられる要介護ケース

要介護者と介護者の両方が高齢	97.2%
要介護者と介護者の人間関係が悪い	82.6%
要介護者と介護者の双方が経済的に困窮している	72.4%
介護者と他の家族・親族の人間関係が悪い	71.1%
要介護者と介護の双方に認知症に症状がみられる	62.7%
一人の介護者が、複数の介護者を介護している	60.3%

### 仕事と介護の両立のために拡大すべき介護サービス(N=1947)

ショートステイ	68.7%
デイサービス	63.9%
ホームヘルプ	63.5%

厚生労働省雇用均等・児童家庭局「今後の仕事と家庭の両立支援に関する研究会」(佐藤博樹座長)第9回(2015.15)参考資料2

多くの介護支援専門員が現場で抱えている多問題ケースである。当事者が、認知症や障害などで意思確認が難しい人や病状が不安定な人などの状態像はもとより、日中独居ケース、多問題、例えば家族に障がい者がいたり、生活に困窮したり、などその周囲環境に大きく影響される。また、介護力が脆弱、地域の社会資源やサポート体制が希薄な場合には、支給限度額との関係もあり生活していくことを優先しなければならないケースもあり、多様なサービス機能を持つサービスを選択することもある。

## 4 医療連携状況

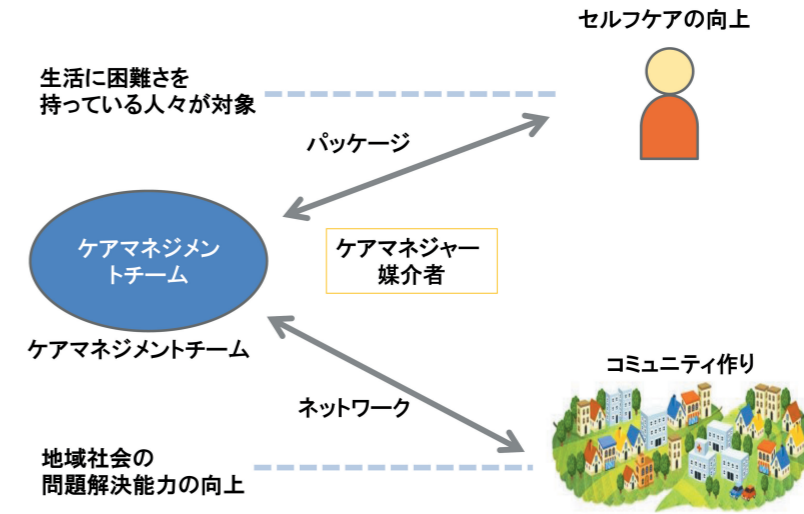
連携内容	連携課題
主治医(診療所)※	通院時の同行
主治医(病院)※	地域連携室・病棟看護師
医療機関・在宅側のリハ職	「直接会って話を聞く」が最も多い
入院中・退所時の病院側	看護師、MSWが多い
入所中・退所時の老健施設側	看護師、相談員が多い
退院・退所加算	4割以上が算定しているが、算定回数は不十分
地域でのリハ職との交流機会	通院時の同行や情報収集のための面会等が最も多い

※介護支援専門員は、連携を望んでいるが、主治医・リハ職と話し合う機会が少ないと感じている。

平成26年度老健事業 日本介護支援専門員協会  
ケアマネジメントにおける医療系サービスの活用実態とリハビリテーション専門職種との協働のあり方に関する調査研究事業  
平成25年度 老健事業 (株)三菱総合研究所  
居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査

主治医との連携場面は、受診時の同行が多く、また、連携は地域連携室、看護師等を通じ、行われている。連携場面は少なく、十分な時間がとりにくいことが課題と考えられ、書類での連携は双方に負担がかかる。機会が少ない中で、効率的、効果的に共有できるしかけ、取り組みの検討がなされなければならない。

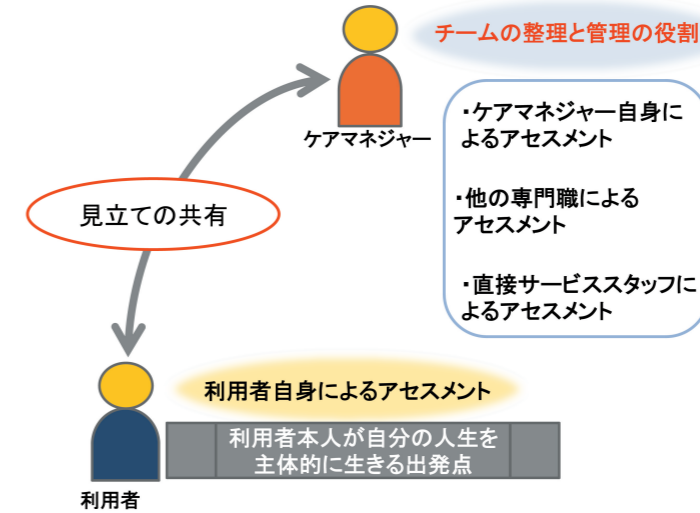
## 5 ケアマネジメントの目的



図説ケアマネジメント P14 参照中央法規 野中 猛

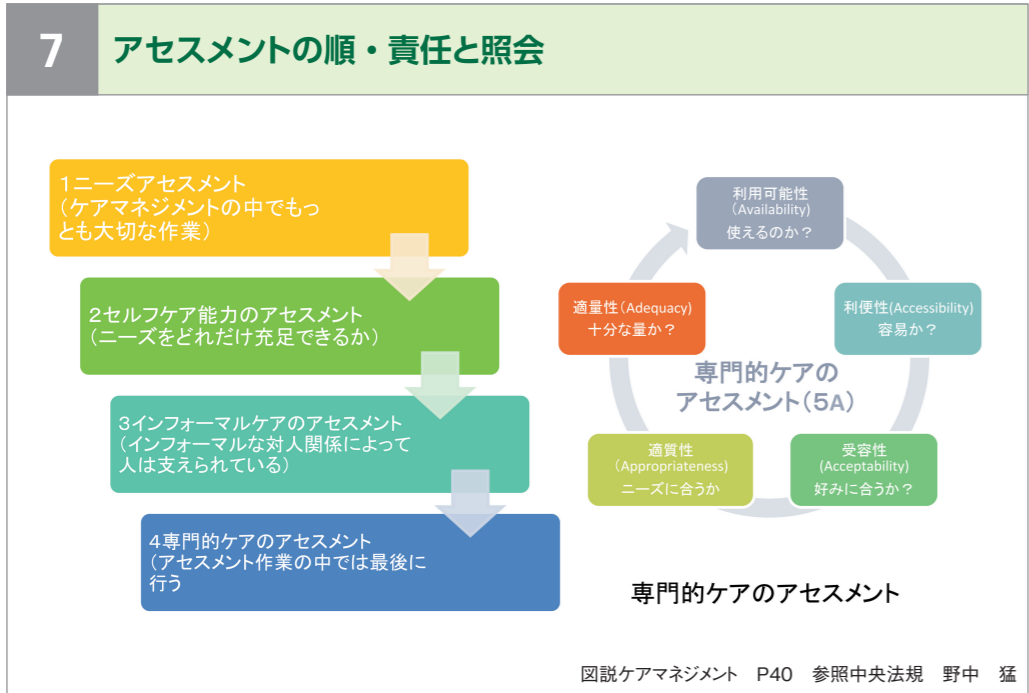
ケアマネジメントは、生活に困難さを持っている人々にさまざまな種類の支援を組み合わせるとして提供することで、利用者の能力が高まり、自立的な生活ができることを目指す。また、1事例の支援を通してネットワークを形成する。そのことで別の事例に対応しやすくなり、地域の問題解決能力を向上する。これらは、利用者本人、および地域ケアシステムに対するエンパワメントであり、ケアの概念を超えている。

## 6 アセスメントレベル



図説ケアマネジメントp33 中央法規・野中 猛

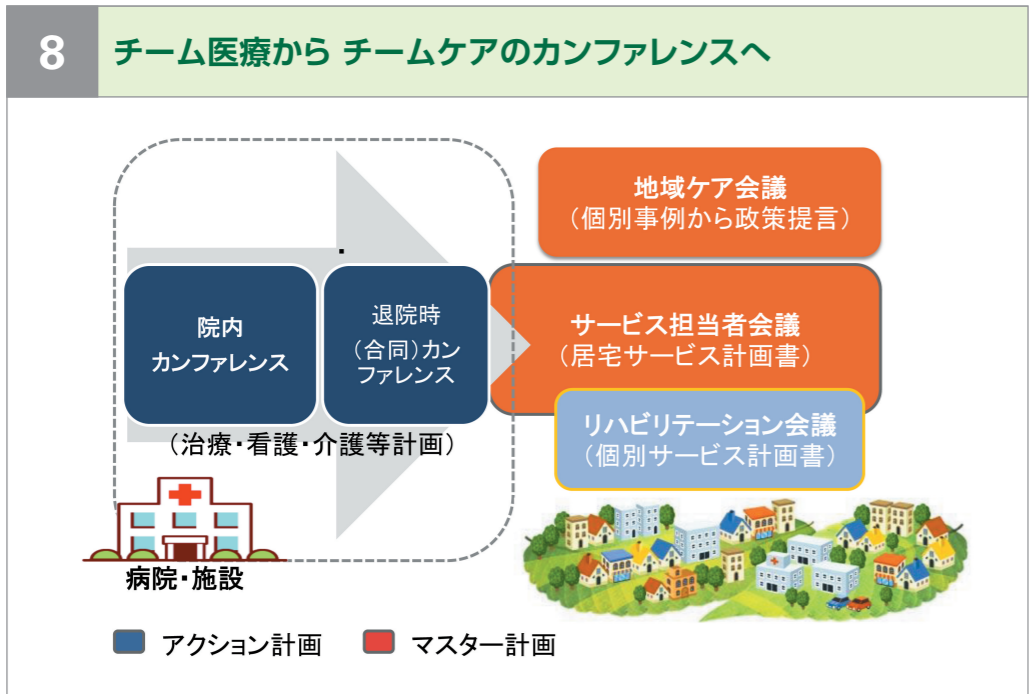
ケアマネジャーの役割は、それらを整理して、管理することである。病気の診断や治療計画、疾患の将来の見直しなどは医師、療養上の工夫や家族教育は看護職、社会資源の利用についてはソーシャルワーカー、知能や人格などは心理職、生活活動分析・家屋診断などは作業療法士、職業能力評価は職業カウンセラーなど、本音やセルフケア能力の発見につながる本人に直接サービスを提供するヘルパーやボランティアからの情報感想も重要である。また、利用者本人が自分の状況をどう把握しているかと支援側のチームのアセスメント可能な限り付け合わせることで互いの誤解の訂正や本人が自分の人生を主体的に生きるための出発点となる。



ニーズアセスメントを誤ると、必要な支援に結びつけることが難しくなる。また、利用者がサービスに依存的にならないようにするためには、専門職でなければできないことを最後にアセスメントする。専門的サービスも地域の充足、サービス事業所の実施内容を検討し利用者の意向に合わせ決定する。

●専門職のアセスメント (5A)

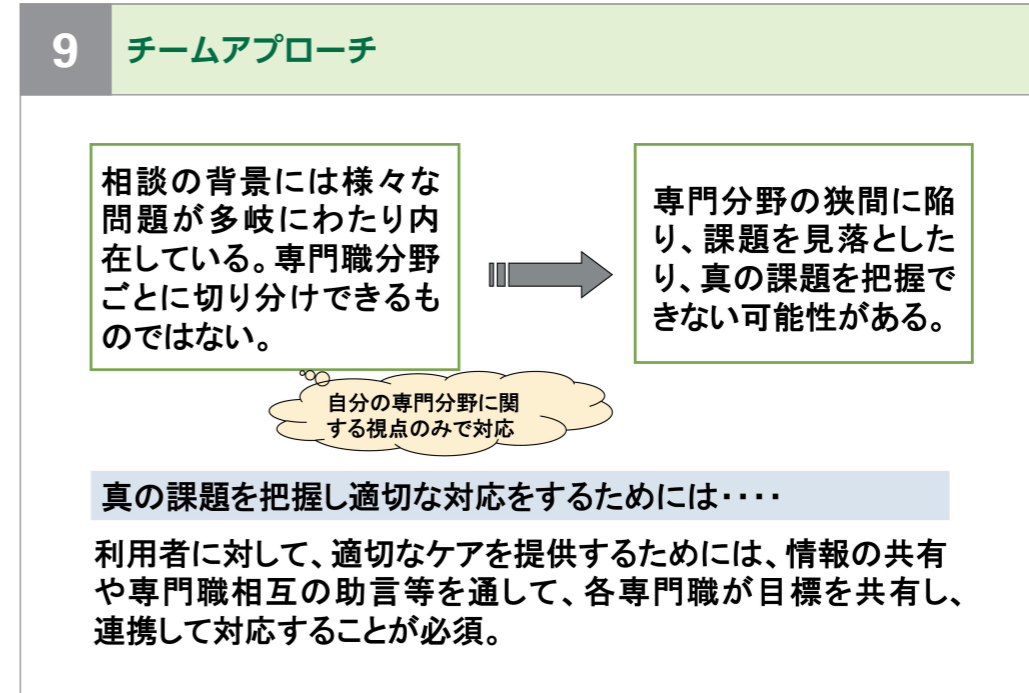
地域によっては、社会資源の整備、内容の異なったり、他のニーズとの関係や費用、本人の好みなどにより、一番適しているところへつなぐことになる。



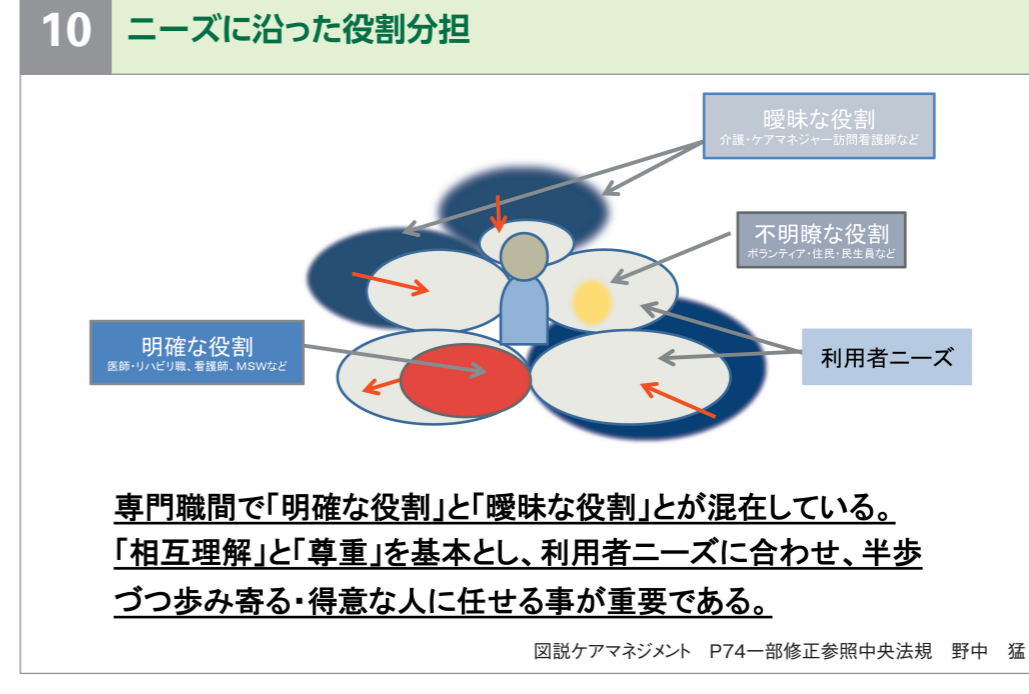
一例だが、カンファレンスはさまざまなタイミングで、多様な形態で行う。カンファレンスの主催者は、地域ケア会議は地域包括支援センター、サービス担当者会議は居宅支援事業所（ケアマネジャー）、リハビリテーション会議は訪問・通所リハビリテーション事業所となり、それぞれ異なった機能を持つ。

●ケアマネジメント会議

利用者に関するアセスメントを共有し、今後の計画を立て、協働していくための会議である。そのねらいは、一方的に立てた支援計画に協力を要請する場ではなく、チーム構成員が自分の意見や発想を述べて計画策定に関与することにより、実際の介入作業が、確実に行われる点にある。



チームアプローチにおける現場の課題は、それぞれの専門領域での価値、指標をそのままチームに持ち込むことである。チームを組んだ時から、利用者主体のケア実現のために仕事の仕方、今までのアプローチの方法、価値、指標など変える覚悟が必要である。要介護者等とサービスを提供する人々がチームとしてまとまるためには、要介護者やサービス提供者、それぞれの責任をサービスを提供するチームで共有し、個々の人たちの仕事の内容や役割を明確化する必要がある。



今後、地域包括ケアを目指すには、チームケアのメンバーは、それぞれタイプの異なる仕事の仕方をする人達が混在する。他の職種の仕事の仕方を知り、チームを組む大変さを互いに共有することが第一歩である。地域に組織やネットワークがあっても目標を共有し、必要な支援に合わせてそれぞれ役割果たすことで、ニーズが充足される。アウトリーチが確実に実行できるような体制を整えることが重要である。

## 11 特性に応じたチーム運営

「何が問題で、  
誰とどのような連携をしたいのか」明確にする

- ①自主的な参加
- ②各自が判断できるよう情報の共有
- ③結論を合意するまでの過程に時間
- ④役割分担の明確
- ⑤利用者の声を頻繁にフィードバック
- ⑥情緒的な一体感を意識的に刺激

チームが十分に機能を発揮するためには、互いに関わり合い、また、よく話し合う土壌が必要である。治療や支援のプロセスからの情報をもとに、利用者を中心に「何がその人らしい生き方」なのかを共有し、相互に治療方針・支援の在り方を考えること、互いの専門領域を生かし、有機的に関わるための努力を惜しまないこと、求める情報は何かを相手に伝え、的確に必要な情報を得ること、そして相手にとって有用な情報と伝えるべき情報を理解し、相手に的確に提供することが重要である。

## 12 生活を伝える

### 視点

- ①家族や周囲との関係を観る
- ②疾病による喪失や増減を理解する
- ③役割の変化に伴う葛藤を知る
- ④人間関係の変化を観る。
- ⑤新たな人間関係の発生と生活の広がり
- ⑥介護負担感と本人

〈生活を支援する留意点〉

患者や家族は、療養の場が変わることで「活動」や「参加」に支障が生じることがあるので、

- ・ 疾病によって生活課題を抱えた患者や家族を理解する。
- ・ 疾病が、患者や家族の生活に与えている影響を考える。

〈支援内容〉

- ・ 治療と生活課題が混在するので、治療と予防、生活課題との関係性を整理する。
- ・ 利用者の疾病に対する向き合い方を共有し、より良い方向へ検討する。
- ・ 地域での暮らしは、生活環境や周囲との人間関係に大きく影響を受けることを理解する。

## 13 情報共有

### 多職種へ提供する情報

- ①一般的
  - ・ 疾病に関する留意点
  - ・ 必要な体制
  - ・ 緊急時の連絡方法（介護支援専門員の連絡先など）
- ②個別
  - ・ 注目する症状・状態（具体的な指標や状態を明示）
  - ・ 連絡するタイミング
  - ・ 裁量に合わせた連絡

### 医師へ提供する情報

- ①病状の変化
  - ・ 病状が悪くなった（よくなった）等の情報
  - ・ どのような場合に連絡するかを事前に相談・協議
- ②日頃の生活状況
  - ・ 体調の良いとき悪いときの差
  - ・ 生活状況の変化（違いがみられる内容、利用者の反応）
  - ・ 利用者や家族の健康上の悩みや心配事
- ③治療に対するコンプライアンス
  - ・ 患者が医師の指示に従っているかどうか
  - ・ 服薬状況、食事制限、運動量など

的確な支援を実現するためには、医師、他の職種からの情報提供が有効に活用されることが望まれる。例えば、「入浴」の可否の判断について 体温、体調、入浴時間、お湯の温度、浴室の環境、心理的側面など職種によってみていることがさまざまである。同職種間では当たり前である内容であっても、他の職種と同じ理解を促すにはできる限り、必要なことを相手を確認できるよう具体的に焦点を絞り、表現する必要がある。また、随時の連絡が取れるよう体制を整えることで、現場はよいケアが実現できる。

## 14 生活支援に応えるチームワーク —多様なニーズに応える多様な力—



図説ケアマチーム 参照p16一部引用 中央法規 野中 猛

チーム医療からチームケアへと移行する。慢性疾患を持つ人々への支援は、多面的な要素を含む生活の場で、患者と家族の好みがあり、多様な専門職が、関わらないと成立しない。医師だけなど一つの専門職の判断だけでは、チームの方向性が定まらなくなる。生活は、多様な構成要素で成り立っており、医療や健康をめぐる要素はその一部に過ぎない。労働、譲許、教育、交遊など他の領域を支援する専門家がチームに加わる必要がある。

## 15 今後に向けて

### コミュニケーションの充実

- ・ 交流を図る（日常的な仕事の仕方の相互理解）
- ・ 多職種による医療情報の共有、  
ケア会議（サービス担当者会議・ICTの活用）
- ・ ケアの効果について啓発

### システム化

#### 連携業務の明確化

- ・ ケアマネジメントの有効性に向けた理解の啓発
- ・ 入院の短期化が進む中での早期退院に向けての支援あり方
- ・ 期間的な管理のイメージを共有する

### ケアの質向上するための環境づくり

- ・ 専門職による動機付け、初動支援、
- ・ 「利用者が求めるもの」「目指すもの」に対する支援

今後の課題を下記に示す。

- ①地域において、連絡体制の一本化
- ②医療者、介護双方が介入しやすい環境づくり  
ICTなどの活用により、医療情報、介護情報の共有や地域への橋渡しをシンプルにできる仕組みをつくる。
- ③専門職（医師、看護師、ケアマネジャー、介護士、セラピストなど）、行政機関などの負担軽減  
カンファレンスや会議はできる限り必要最低限にする工夫など、身近なところから実行する。