

鷺見よしみ

さん ● 一般社団法人日本介護支援専門員協会会長



利用者の「いまの支援」のためにも 医療職と福祉職が共有できる 「尺度」とケアの標準化によって 支援の効率化と質の充実を図れ

医療・介護連携の重要性は論をまたないが、その進展にあたっては医療職と福祉職の「文化」やケアにおける目的設定の違いなど課題は多い。また、今後ますます増える介護需要への対応にはケアの「標準化」が重要になるが、ここでも医療・介護の協力が不可欠だ。そこで今回は介護の要役であるケアマネジャーで構成する一般社団法人日本介護支援専門員協会の鷺見よしみ会長に、医療・介護連携における課題や可能性などについて、高橋泰教授が聞いた。

撮影＝関口宏紀

ケアマネは介護保険サービス外の支援の調整にも従事する

高橋 介護保険制度が2000年に施行し、さすがにケアマネジャーのことを知らない病院経営者はいないでしょうが、具体的な仕事内容については、まだまだ知られていないことも多いと思います。そこでまず、ケアマネがどういう仕事をしており、どんな課題に直面しているかを聞かせていただきたいと思っています。

鷺見 基本的には介護保険制度のなかで利用者の相談に乗り、利用者の状況に応じた的確なプランを作成し、プランに応じたサービスが提供されるように提供者との調整を行い、サービス提供の進捗を見守り、当人の生活を支援することが主な役割になります。ただ、生活支援といっても特に認知症などコミュニケーションに問題があるような場合、本人自身が何に困っているかを明確に認識していなかったり、ケアマネジャーが利用者の解決すべき課題の特定に迷ったりすることもよくあります。また介護保険制度内だけでなく、制度外の悩み事に対応する必要に迫

られることもあります。良くも悪くもケアマネは多くの利用者にとって「最後の砦」でもあるのです。ケアマネが今抱えている事例で大変なのは、たとえば同居者も認知症患者、本人が生活困窮者、家族が無職——など、介護保険外の問題を抱えているケースが多いです。制度外になると他の社会資源

ず、そのまま課題がケアマネのもとに戻ってきてしまうことも少なくありません。**高橋** 地域包括ケアが盛んになってきて、「公助」「共助」といった制度的支援だけでなく「互助」による支援も重視されるようになってい

鷺見 まず、医師をはじめ医療職と接する時間が短く、医療に関する情報収集が難しいことが挙げられます。たとえば医師に話をうかがう場面は、サービス担当者会議やカンファレンスのなかで話すよりも、同行受診をしているときが多いです。あとは、リハビリをやっているときにOT・STと話をし

んでくれますし、在宅医も同席する形ができています。医療機関によってかなり温度差がありますね。**高橋** 介護保険制度ができた当初は「医療職に対する苦手意識」が多く指摘されましたが、現在はつぎ合いのパイプが増えているのですね。

てもケアマネも一人の民間人ですから、できることにも限りがあります。**高橋** 民間業者で、もともとは介護保険のコーディネーター的な役割だったのが、15年の時を経て、ソーシャルワーカー的な、かなり公的な色彩の業務をやらざるをえなくなっているのですね。

鷺見 今の段階では力のあるケアマネが取り組んでいるのが実情です。ただ、難病やがん患者さんは、「公助」「共助」的な支援が不可欠です。認知症もそうですが、当事者団体が、利用者の非常に大事なサポート役になっている場合があります。

高橋 サービス担当者会議の開催状況はいかがですか。医師がなかなか顔を見せないという話もよく聞きますが。**鷺見** サービス担当者会議自体は介護報酬の減算事項ですので、ほぼ必ずやっていると言ってもいいでしょう。ただ、サービス担当者会議に医師が参加されるかと言われると、必ずしもそうとは限りません。退院時カンファレンスを必ず開くような病院だとサービス担当者会議にも担当医が積極的に臨

鷺見 それは随分変わってきています。苦手意識というレベルではまだ払拭されていないようですが、それでも何とか連携を取ろうとしています。**「将来」を見据える医療職と「現在(いま)」を重視する福祉職**
鷺見 サービス提供の立場から見ると、医療にも福祉にも「将来に向けて利用者(患者)を良くしようとする」「側面と、「現在(いま)、利用者(患者)を支援したい」という側面が強いと言えるでしょう。

鷺見 おっしゃるとおり、本来の業務ではなかったソーシャルワーカー的な介護保険外の問題を行政につないだり、そのための手続き業務を代行したりといったことあります。しかし、せっかく行政

**医療・介護連携は進展
ただし「温度差」もある**
高橋 ケアマネにとって医療機関とのかわり方も特に大きな課題といえるでしょう。主治医や病院とは普段、どのようにかわり、またその時にどのような困り事がありますか。

鷺見 サービス担当者会議自体は介護報酬の減算事項ですので、ほぼ必ずやっていると言ってもいいでしょう。ただ、サービス担当者会議に医師が参加されるかと言われると、必ずしもそうとは限りません。退院時カンファレンスを必ず開くような病院だとサービス担当者会議にも担当医が積極的に臨

高橋 医療連携という言葉が使わ



たかはし・たい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2009年から現職。主な著作に『TAI高齢者ビジュアル・ケアプラン作成』(日経BP出版局、共著)、『DPC実践テキスト』(じほう、共著)ほか。



すみ・よしみ ● 岐阜歯科大学歯学部卒業。1988年、山梨県富士河口湖町すみ歯科医院開業。99年、医療法人聖仁会理事。同年、デイサービスたんぽぽ施設長。2002年、デイサービスうらら、グループホームうらら施設長。09年、オーク介護支援センター施設長、介護支援専門員。04年、一般社団法人山梨県介護支援専門員協会(前身は山梨県介護支援専門員連絡協議会)会長。09年、主任介護支援専門員。富士河口湖町地域包括支援センター主任介護支援専門員兼務(嘱託)。2013年より現職。

といいます。福祉には、医療における医学に相当する「ケア学」に相当する世界共通の理論体系もありません。

「将来に向けた改善」よりも「現在(いま)の支援」であることも認識しています。「現在(いま)の支援」を達成させるスキルは、圧倒的に医療者より福祉の方々のほうが優れています。在宅の利用者に寄り添う立場にあるケアマネは、やはり利用者の「現在(いま)の支援」という視点を最も大切にすべきだと思います。

医療福祉が共有できるケアの理論体系を持つ

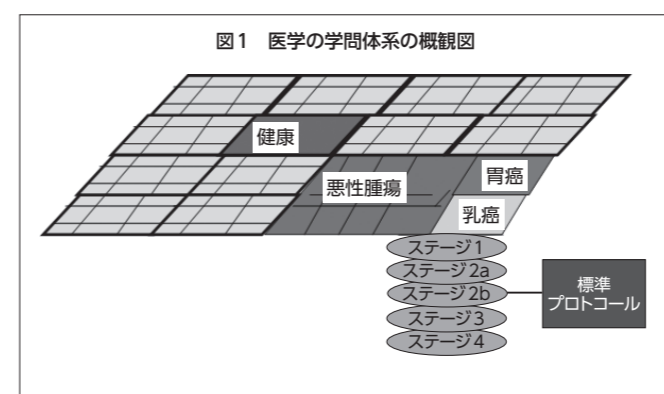
高橋 ただ、高齢者の機能低下と

れるようになって、医療と福祉のコミュニケーションギャップが大ききという話もよく聞きます。確かに鷺見先生の言われるように、「将来」に向けての治療を強く意識する医療者の思考パターンと、「現在(いま)」の利用者(患者)の支援を強く意識する福祉の方々の思考パターンの違いが、コミュニケーションギャップの一因だと思います。

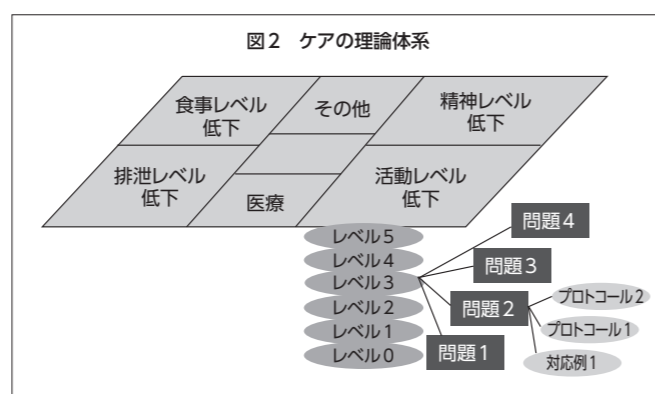
医学の学問体系では、まず患者の身体の変調が、病名(例:悪性腫瘍という大区分の中の胃がん、乳がんなど)と重症度(ステージ1, 2aなど)という区分を用いて体系的に整理されています。さらに、重症度に応じた標準プロトコルが用意されていると考えることができ、世界の中の医療者が、医学という共通の理論体系を使って、医療を行っていることです。世界中の医療者のすべてが同じ病名を使っているため、医療の情報交換は、比較的

理路整然と行われているわけです。鷺見 患者の身体の変調を、病名や重症度という区分に結びつける行為を「診療」と言い、病名や重症度に応じた標準プロトコルに準拠した方法で介入することを「治療」と言えるわけですね。高橋 おっしゃるとおりです。また医療者の患者への介入の拠り所となる標準プロトコルは、現在の病名という「良くない状態」を、将来「良い状態」に導くものであるため、医療者は将来に向けて考え「時系列的」に物事をとらえることが多

実際に提供されている介護サービスを見ると、この部分は、図1に示す医学の学問体系のように整理できるように思います。鷺見 私もかねてから、医療のよくなる利用者との状態像と提供サービスの関係を整理した部分と、整理が難しい利用者の「現在(いま)の支援」の部分を切り分けてケアを表現できないかと考えていました。高橋 鷺見先生が言われるのは、図2に示すように、利用者の機能低下を共通の「尺度」を用いて評価し、そのレベルで発生する問題を



くなります。また「病名」プロトコル」という確立された関係に患者を当てはめ、将来の治療をめざして治療を行うので、医療者の行為は理路整然と見えるわけです。鷺見 この医療者の見方を借りて福祉の考え方を表現すると、「現在(いま)、利用者(患者)を支援することを主目的とする福祉では、利用者の満足の形態は利用者数だけあり、利用者の満足を医学の「病名」というような形でカテゴリー化するなどできないということと、「個別性」が強調されてきた



整理し、さらにそれぞれの問題に対する標準的な対応例やプロトコルを示すという「ケアの理論体系」を構築するということですね。このような高齢者ケアの理論体系をつくることにより、医療のような利用者の状態像と提供サービスの関係を整理した部分と、整理が難しい利用者の「現在(いま)の支援」の部分を切り分けることが可能になると思います。鷺見 医療の病名のように、機能レベルの低下やそこから派生する問題の区分を整理した共通の理論



体系をすべての職種が使用するようになれば、問題(例…活動レベル3の転倒予防)に対する対応の知見が集積できるようになり、医療のように対処法の改善も、エビデンスに基づいて行うことが可能になりますね。

また区分になじまない「現在(いま)の支援」の要素に関しても、まず整理可能な「機能低下のカテゴリ

リーとプロトコル」の部分を切り出し、そこに区分になじまない要素を別建てで処理するということが考えられます。

高橋 私も鷺見会長の言われるとおり、在宅ケアは利用者の「現在(いま)の支援」を中心に考えるべき世界だと思っています。医療者、特に病院勤務の医療者は、患者の「現在(いま)の支援」による満足に興味を持っている人は少なく、またそのスキルを持っておられる方も少ないと思います。

ただこれまでのケアマネジメントは、「現在(いま)の支援」に対する想いが強すぎて、実は「機能低下のカテゴリ」と「プロトコル」という区分可能な領域と「現在(いま)の支援」という区分困難な領域に切り分け可能であったにもかかわらず、両者を一緒に扱ってすべてを区分困難な領域として扱ってきたことに問題があったと思います。

鷺見 高橋教授の言われるように、「機能低下のカテゴリ」と「プロトコル」の部分を切り出すことができれば、ケアの教育のあり様が劇的に変わりますね。また、ケアマネの事務的業務も、ICTの活用がやりやすくなり、大きく効率化され

ると思います。医療者との連携も、医療者から見てケアの業務内容が理解可能になるので、非常にやりやすくなるでしょうね。医療職と福祉職の間で、少なくとも「機能低下のカテゴリ」と「プロトコル」に関する用語や物差しは一緒にする、

また、「現在(いま)の支援」の追求にあたっては、多職種がバラバラに対応するのではなく、ある程度の共通認識をもってケアしているのだ、ということが本人や家族にも伝わるのが重要ですし、それが認識できればプロトコルの浸透も一気に進むのではないのでしょうか。

クールな数値を熱い行動に変える ケアマネの手腕が問われる

高橋 もう一つの課題として、福祉職のなかには「尺度や数値をもとにケアのあり方を考えると、『現在(いま)の支援』やそれを提供するうえで大事な『気持ち』の部分が消し飛んでしまい、冷たいものになってしまうのではないか」という懸念もあるように思いますが、いかがですか。

鷺見 確かに高橋先生のご指摘のとおり、一見「冷たい」ように感じ

るものを福祉職は敬遠しがちですが、利用者のために活用できるのだという認識を持てれば変わってくると思います。自分の仕事がちんとできるようになること自体は福祉職にとっても歓迎できることなので、そこが伝われば積極的にとり入れるでしょう。ケアマネに対しては、食わず嫌いではなく、まずやれることをやっていこうというのを協会としては呼びかけていきたいです。「冷たい数字を熱い行動に変えていく」と言いましうか、この熱い行動に変えていくのは協会の仕事でもあるのですけれど。

プロトコルを入れて医療とのコミュニケーションを良くして、生産性向上の必要性はケアマネも意識しています。現在はそれがそれぞれのケアマネが経験的にまとめているけれど、それを整理して共有していく取り組みは必要ですし、協会としても手がけていきたいです。

高橋 介護保険制度発足当初からケアの標準化について研究してきた身としては、そうしたお話を聞かされると心強いです。本日はありがとうございました。