

I 対 談

医療と介護の連携を 促進するための課題を探る

地域包括システムの構築において、医療と介護の連携が重要な課題となっています。この課題は、関係者であるならば、その重要性を理解していない人はいないと言ってもよいほど、すでに言い尽くされた課題でもあります。一方で、また人生90年、100年時代を迎え、地域共生社会の実現に向けた新しい課題でもあります。

制度としては、すでに介護保険法により医療と介護が一体となって提供される大きな枠組みはできています。そして、この介護保険制度を支え、そして実際に高齢者一人一人を支えているのは、地域で活躍する専門職や地域住民です。介護保険制度をさらに成熟したものにするために、医療職と介護・福祉職が手を取りながら、高齢者を支援していくことが待ったなしで求められています。

しかし、一体どのようにすることが連携なのかといった課題に対する答えは十分に解かれているとは思えません。そこで、医療と介護の連携を進めるにあたって、重要な役割を担う医師を代表して一般社団法人山口県医師会の河村康明会長、介護支援専門員を代表して一般社団法人山口県介護支援員協会の二井隆一会長と、医療と介護の連携を促進する課題等について、本著の編集責任者で、高齢者福祉を専門とする山口県立大学副学長の横山正博とで対談をしましたので、その内容を掲載します。

なお、掲載内容は対談の内容を反訳し、編集責任者がその内容がなるべく伝わるように編集し直したものです。

医療と介護の連携を 促進するための課題を探る

—医師の立場から—

一般社団法人山口県医師会
会長 河村 康明 氏
聞き手 編集責任者
山口県立大学 副学長 横山 正博

1 病診連携システムの課題

■編集責任者

地域包括ケアシステムの構築において、「医療と介護の連携」が課題となっています。しかし、何をどうしたらいいかその具体的な支援の中身が見えにくいのではないかと思います。医師のお立場から、現在課題となっていることなどを、まずはお聞かせいただければと思います。

■河村会長

国が最も重要視してるのはIT (Information Technology) です。2019年4月から全県でIT化され、多職種でその情報を見ることができるようになると思います。いろいろな意味で情報が得られると思うのですが、最も心配なところは情報の漏えいです。個人情報をごとまで、関係者が保護できるか、これが守られない限り、このIT化は機能しないこととなります。多分、最初は病院も、大きなアウトライン的な情報は出すと思いますが、本当の患者さんの個人情報ですぐわかるようなものは多分出してくれないと思いますので、信頼関係を結んで、IT化を進めていくということが一番大切だと思います。

山口県は、かつて「やまぐち情報スーパーネットワーク」というのがあり、何億かかけたのですが、なかなか上手くいかなくて、県も諦めてしまった経緯がありますので、上手に使っていかないと、この計画も無駄になるのではないかと思います。基本的には最初の5年間の立ち上げは国が支援してくれます。ですが、5年後からの維持管理は、

それぞれの医師会で行うことになっています。各医師会で、どうするかは自由なのですが、多分最も問題なのは、全県で同じシステムではないところだと思います。ですから、相互乗り入れができるかどうか、最も心配なところだと思います。できれば全県で対応できればよいと思います。

これは山口県に限ったことではないので、できれば日本医師会なり国が同じ方向性でやるような指示を出してくれればいいし、まとめてくれるような組織があるといよいと思います。

2 終末期医療や急変時の課題

■編集責任者

他に、「医療と介護の連携」の課題について、概括的で結構ですので、お聞かせいただければと思います。

■河村会長

在宅医療や終末期医療に関して、我々から見て困るのは、なかなかご家族に連絡が取れないという実態があります。山口県は1人暮らしや老夫婦の世帯がかなり多くなりました。しかも家族は、東京や大阪など遠方に暮らしている。特に、1人暮らしの場合は、なかなか連絡もとれない事情を理解してもらうことが必要となります。これは、施設に入居されておられる場合も同じことです。

施設に入居する時には、ある程度終末期の対応について、任せてもらえるような体制になってないと、いざという時になかなかうまくいかないのです。患者さんが急変されたときに、入所施設の場合も、家族とも連絡がつかない時があります。半日、1日ぐらいたった連絡がとれないということがよくあります。

■編集責任者

私もよく聞きます。

■河村会長

看取りの場合は、ご家族の同意書が必要となります。同意書もないのに、看取っていいのとなると、なかなか難しい問題があります。介護医療院でも、療養病床でも、看取りの同意書が必要となります。入所や入院の時に、同意書にサインをもらうことができればまったく問題はないのですが、普通はサインできないですね。

■編集責任者

家族からしたら、自然なことかもしれませんね。

■河村会長

ですから、ある意味、こちらに任せてもらえるところがないと、特に県外にご家族がいらっしゃる場合、上手くいかないかもしれないです。山口県の風土環境とはもう違うところにいらっしゃるの、都会の考え方や価値観だと、何か厳しいものがあるように思います。

■編集責任者

今増えているサービス付き高齢者向け住宅なども同じですね。

■河村会長

有料老人ホームもそうですし、老健でも特養でもみなそうだと思います。

■編集責任者

そういった時に、施設の相談員さんが、重要になってきますでしょうか。

■河村会長

そうです。もう、入所の時からある程度のことは、うちでお任せくださいということを書いてないと、患者さんが急変された時に、ご家族が聞いてませんといった具合になると困ってしまいます。急変で一番困るのは、このあたりです。

■編集責任者

次に、連携の観点からのお考えとか、他の専門職に期待したいことなどあれば、お聞かせください。

■河村会長

ある程度、お亡くなりになるまでの時間がある場合は、看護師さんと一緒にできるのですが、何も予兆がなくて、ある日起きたら、巡回で見て回ってたら、もう呼吸をしませんということが結構あるのです。これは、どうしようもないです。ですから、かかりつけ医が診るしかないの、組織、

施設と委託契約、嘱託契約を結んでいる人がやるしかないと思います。

もう一つは、特に山口県は死体検案が多いです。死体検案は、どうしてなるかという、主治医がいなかったり、1人暮らしの人が多くて、行ってみたら亡くなってたとかいうことがあります。検案になってしまったらもうどうしようもないので、検案の医師が診るしかないのですが、1人暮らしの人は、地域が助けてあげないといけません。いろんな死体検案のところにいくと、ごみ屋敷に近い状態の人が多くいます。

1人暮らしの男性の部屋はひどいですね。ですから、ある程度は市町が助けてあげないといけません。

■編集責任者

少し話が変わるかもしれないのですが、終末期に入って、みんなで終末期ケアだよねっていう判断は、これは医師の先生がされるのですか。

■河村会長

そうですね。看護師さんもある程度できると思います。

■編集責任者

ケアマネジャーさんの話によると、いつが終末期だったのかよくわからなかったということも聞きます。みんなで終末期ケアと思ったら、回復して、その間のケアをどうするかはなかなか難しいと聞きました。

■河村会長

難しいこともあります。そろそろ危ないと思っても、結構持ち直されることもあります。患者さんの家族に、もうそろそろですから覚悟しておいてくださいとか伝えたあと、半年も1年も存命されることもあります。難しいのですが、それほど間違いもないと思いますので、早目に伝えておいたほうがよいと思います。もし長生きすれば、喜ばれるということもあります。

基本的には、食事が摂れなくなってきたら、ある程度は少し危ないと思います。人間も動物ですから、口から物が入らなると、いいことにはならないかと思ってしまいます。いくら点滴しても、限界はあります。そうすると、点滴だけでも1か月くらいしかもたないと思います。やはり食事ですね。

■編集責任者

食事を摂れるかどうか、そのあたりが一つの判断ということですね。

■河村会長

はい。あと一番気になるのは、いろんな施設には、現在かなり若い看護師さんがいます。看取りの臨床の経験が少ないので、なかなか難しいこともあると思います。若い看護師さんの教育も必要ですね。

3 医師の高齢化

■河村会長

現在、在宅医療や終末期医療を担う医師が、60歳以上になっている現状があります。若い医師は大きい病院にいるか、在宅医療をやりたがらない傾向があります。まだ、そういう場面に接していないのですね。

さらに、若い医師が山口県は減少しています。それも急激な減り方で、今から5年先、10年先には、在宅医療を担う医師の数が問題になると思います。今は大丈夫ですが、今何を頼りにしてるかというと、「医者魂」でやってるような感じです。

昔から、そういう環境におられた先生方は抵抗がないのですが、若い医者はもうどのようなことでも我々の世代とは考え方が違うので、それを変えなさいと言われても無理だと思います。

ですから、私も医学部の4年生に対して、医師会の講座を一ついただいている、医師会の説明をしています。日本医師会があって、県医師会があって、市町村の医師会があるという3層構造になっているが、本来の3層構造の現状は、逆ピラミッドということを行っています。一番重要なのは市町村の医師会で、一番下のところが日本医師会なんだよと説明しています。また、朝何時に起きて、何をするとという医者の生活の様子も含めて説明しています。

もう3回講義をしましたので、来年ぐらいに卒業すると思いますが、そういうことも知らない学生たちが多かったのが、在宅医療、緩和ケア、終末期医療というものが、どういうものなのかを、少しでも知ってほしいと思っています。理解してもらおうと、取っつきやすいと思って、頑張ってい

ます。

■編集責任者

医師の高齢化は、山陰方面が特に厳しいみたいですね。

■河村会長

人口減少にともない、患者も減りますから、病院経営も困難になると思います。「地方消滅」という話がありますが、このような状況を頭に入れながら医療もやっていかななくてはならない時代です。

4 施設での薬の処方

■河村会長

施設の中で、もう一つ気になっていることがあります。患者さんの状態が急変した時など、お薬を施設が処方するのですね。処方するというか、富山の常備薬のような感じですが、薬は本当は残ってはおかしいのですが、残っていると熱があるから、「この薬は、出してる」といったことがあるようです。看護師さんが出すのならまだわかるけれども、看護師さんもないようなところでも、施設長が出してるというのは結構あるのです。

医療の大原則は、対面診療です。ですから、医者が診て、出すというのが本来のやり方です。今、オンライン診療というのが問題になっていますが、離島とかであれば有効だと思いますが、近くに医者があるところで、それをされると、変な状況になってきます。そういうお薬の管理とかいうのは、しっかりしておいてほしいという気がしております。あくまでも、薬を出すということは医療行為になります。

5 ケアマネジャーとの顔の見える関係が連携の第一歩

■河村会長

病院を退院する時のカンファレンスですが、病院でカンファレンスとかいろいろ言われるのですが、なかなかこれは難しいですね。その実態が把握しにくいです。

■編集責任者

いずれにしてもケアマネジャーさんが大変ご苦労されていると思います。

■河村会長

ケアマネジャーさんには敷居が高いかもしれませんが、頑張ってもらわないといけませんね。

在宅診療の場合は、お昼休みとか、医者が行けるような時間に、30分位みんなで集まって話し合いをしましょうと思ったらできると思います。

■編集責任者

さらに、ケアマネジャーに期待するようなことがあれば、お聞かせください。

■河村会長

私のところは結構、電話かけてきてくださるので、いざという時は、あまり心配はありません。普段はケアマネさんもお忙しくしていらっしゃるので、「ちょっと来てほしい」と言っても、逆に「こちらから行きますよ」と言われても、なかなか難しいのではないかと思います。電話のやりとりでもいいのですが、「顔が思い浮かばない」こともあります。よく来られてるケアマネジャーさんは顔が浮かびますが、普段顔を見ないとなかなか浮かばないということは結構あります。

■編集責任者

そうですね。やはり顔をお互いに理解し合うことが、連携には基本なのでしょうね。

■河村会長

顔を知らないとはやはり何もできないですね。

■編集責任者

そうですね。こんな言い方したら失礼なのかもしれませんが、ケアマネジャーさんのほうからしたら、なかなかお医者さんは訪問しづらいということも聞きます。

■河村会長

そうみたいですね。

■編集責任者

県内のお医者さんは、ご理解があるのでしょうか。

■河村会長

私どもから見たらあるようには見えるのですが、ケアマネジャーさんから見たら違うかもわかりません。

■編集責任者

率直に申し上げますと、「たまに怒られてしまった」「何で、このようなことで、わざわざ来るのかとか」ということをケアマネジャーさんからお伺いすることもあります。

■河村会長

なるほどね。私もそれは感じることもありますけど、電話1本で済むのではないかと思うようなこともあります。ケアマネジャーさんのルールの中でルーチン化されてるのだったら、それは致し方ないです。

■編集責任者

いずれにしても、顔の見える関係を基本的に作っておくということですね。

■河村会長

そうですね。やはりそれが大切です。大原則とまではいかないけれども、第一歩だと思います。

6 医療職との連携

■編集責任者

では次に、特に看取りとか、医療ケアが必要な方については、訪問看護師さんの役割が大きいと思いますが、訪問看護師さんとの連携について、お聞かせください。

■河村会長

以前と比べたら、随分連携がとれてきたと思います。看護師さんは、比較的よく連絡いただきます。やはり、普段から接する機会が多かったし、病院などでも接する機会が多かったからでしょうね。重症患者ともなると、朝一番に連絡をもらったりすることもあります。訪問看護師さんについては、今とてもよい関係にあると思います。

■編集責任者

リハビリ職との関係はいかがですか。

■河村会長

今、自分のところでは訪問リハビリの利用者が90人ぐらいいます。ですから、一番大変なのは、これは私なのです。なぜかという、訪問リハビリの理学療法士、作業療法士、あわせて多分10人近くいます。利用者も遠方の方もおられます。私は、介護保険の訪問リハビリは、3か月に1回看にいかなくてはなりません。

別に、外に出ることは嫌いではないのですが、一番勘違いされるのは、かかりつけ医と、私が行くのを同じように考えている患者さんがおられます。かかりつけ医はかかりつけ医で、その地域に根差した方がおられて、訪問リハは訪問リハで別のことをやっているの、私は訪問リハビリの管理の立場で、全体の把握をするだけです。でも、患者さんから見たら、医者とは医者で、「この薬を変えてください」ということもあります。そう言われても、それはかかりつけ医にお願いするしかないの、致し方ないですね。

■編集責任者

でも先生は、90件の方の指示書をお書きになるということですね。

■河村会長

事務職が手伝ってくれますので、あとは自分で書ける場所をすればいいだけなのですが。

■編集責任者

それにしても大変だと思います。先生方のご尽力、改めて理解することができました。

■河村会長

もう一つ、日本医師会が提案してきたのは、在宅保健師さんに活躍してもらうことです。在宅保健師も、働き場がないようです。フルタイムでなくてもよいので、活躍してほしいと思っています。

7 オレンジドクター

■編集責任者

医療と介護の連携を進めていくにあたって、山口県医師会としての何か具体的な取り組みなどがあれば教えてください。

■河村会長

実は、私たちが4月からオレンジドクター制度を始めようと思っています。財政的なこともあるので、すぐに全部始まるかどうかはわかりません。多分、認知症サポート医＝オレンジドクターに近いものがあるのかもしれないのですが、認知症のかかりつけ医も含めて、認知症の早期発見・早期診断体制の充実を図りたいと思っています。

■編集責任者

オレンジドクターというのは、山口県独自の取

り組みなのですか。

■河村会長

他県にもありますが、同じような形になると思います。まだ、仮称で、本来の名前は決めてないのですが、プレミアムドクターにすれば、みんな飛びつくかもしれないかと言っています。

■編集責任者

オレンジドクターは認定制度になるのでしょうか。

■河村会長

厳しい認定ではなくて、広島県が診療所の前にオレンジドクターのワッペンを張っているの、あれぐらいのイメージです。皆さんにわかってもらわないといけないです。認知症のことで、全部が全部、神経科に回ると大変なことになりますので。認知症の初期とか、まだ認知症とまでは行かないケースも含めて対応できればよいと思っています。

■編集責任者

全国に先駆けての取り組みですね、期待しております。

8 医療と介護の連携の課題

■編集責任者

最後に、先生の診療所でも構わないのですが、連携が上手くいくポイントがあれば、お聞かせください。

■河村会長

簡単に言いますと、医者の理解があれば上手くいきます。

■編集責任者

その時の理解というのは、具体的にどのようなことでしょうか。

■河村会長

一番の理解は、その職種のことを考えてあげられるかどうかです。皆さんそれぞれ一生懸命やっておられます。何て言えばよいのでしょうか、医者と医者が話すのとは少々違うと思います。一つ、言葉を緩やかな言葉にしてあげるとか、それだけでも違うと思います。

■編集責任者

そうですね。

■河村会長

でも、なかなかこれが難しいですね。

■編集責任者

やはり、相互理解ですね。

9 おわりに —理想の訪問診療—

■編集責任者

最後に先生の夢というか希望というか、何かメッセージを一言いただければと思います。

■河村会長

私の理想の訪問診療は、昔、私のことを俳句に詠んでくれた人がいて、「縁側からひよいと往診花の春」だったかな、春先だったと思います。ひよこっつと縁側をあがってきて、これです。

■編集責任者

よく光景が浮かびます。

■河村会長

患者さんを診に行くというのが一番理想です。今はもう、時間に追われて、あちらこちらに行っていますが、そういう昔の往診ですね。ですから、医療も、どっちかっていうと、在宅系は、昔の形を思い出してやろうというのが、一つの考え方ではあります。日本医師会もそう言ってます。

今みたいにいろいろな器具とかを持っていくのではなく、昔は何もなかったですから。でも、何もなくても、信頼関係はあって、それと往診をしてれば、それで、その家族とはうまくいっているというのは結構ありました。状況は違いますけど、一つの昔の、先祖返りではないですが、昔のそういうのんびりした関係を持ちたいというのが一つの理想です。

■編集責任者

それはよくわかります。患者からしたら、そのほうが多分、うれしいと思います。機械もいいですが、本当にひよっこり、「あ、先生だ」という感じですね。それで、患者さんも元気になったりということもあると思います。最後に、とてもよいお話を聞かせていただきありがとうございます。

医療と介護の連携を 促進するための課題を探る

—介護支援専門員の立場から—

一般社団法人山口県介護支援専門員協会
会長 二井 隆一 氏
聞き手 編集責任者
山口県立大学 副学長 横山 正博

1 医療職に対する苦手意識の克服が課題

■編集責任者

地域包括ケアシステムの構築において、「医療と介護の連携」が課題となっています。しかし、何をどうしたらいいかその具体的な支援の中身が見えにくいのではないかと思います。介護支援専門員のお立場から、「医療と介護の連携」の課題について、概括的で結構ですので、まずはお聞かせいただければと思います。

■二井会長

今のケアマネジャーの基礎資格を考えた時に、圧倒的に介護分野の有資格者がケアマネジャーとして働いている人が多く、医療職ほどの情報や知識は必要ないと言いますが、そこは連携していけばいいところですが、医師や看護師に対して何か苦手意識があり、壁を作っていて、連携が上手くできていないといった現状があると思います。

顔の見える関係の中で、ケアマネジャーは医師や看護師にも、情報を伝達していかないといけませんし、逆に収集にいかないといけないと思います。長年言われていることですが、少ししづつはその環境は整備されつつあります。

■編集責任者

何かその苦手意識を克服する方法や手立てというか、それがいつも何かないかと思っているのですが、何か決め手はありますでしょうか。

■二井会長

例えば、連携についての研修会のアンケートでは、「医師と話ができた」「ケアマネさんからいろ

いろ意見を聞きたいといった思いを、医師や看護師の方から聞いて、何か勇気づけられた」「苦手は、自分自身の思い込みだった」といった内容が多く記載されています。我々の業界としては、まずはそういうお互いに理解し合える場を作ることがまず一番だと思います。

しかし、こういう研修に来る医師や看護師は、ケアマネジャーのことに理解のある方です。その温度で、どの方もそうなのかというと、まだなかなか理解が得られていないこともあるように思います。研修の時には、「ケアマネさん、ぜひ訪ねて来てほしい」「情報をもってきてほしい」と言われるのに、実際は少し違うといったようなこともあるようです。そういったギャップはもちろんあるのですが、医療職の方はどういう思いでおられるのかということをお聞きする場が絶対必要だと思います。

■編集責任者

これまで、全県で医療職の方と一緒に学習するような機会はあったのでしょうか。

■二井会長

県単位ではあまりないのですが、市町の単位では多職種での会議や研修会は、結構開催されています。連携をする専門職はある意味では地域限定ですので、市の何々町とか、校区単位で開催するくらいのほうが本当はよいのかもしれませんが、やはり普段のかかわりが多い方との研修機会や事例検討会が開催されているようです。

それと、地域ケア会議にも医師が参加されて、そこでいろいろなケースをもとに意見交換したりする機会もあります。しかし、参加される医師は、何となく徐々に固定化されて、「もっと来てほしい」という先生は、なかなか来られないこともあります。

■編集責任者

実態は想像できます。

■二井会長

開業医の先生や勤務医の先生は、なかなかそこまで余裕がないというのが実情なのではないかと思っています。ケアマネジャーと言っても、あまり理解がないこともあります。

■編集責任者

一方で、顔の見える関係が必要、積極的に関わりを持ちたいという医師も増えつつあるような感触もっています。

■二井会長

研修で、「生活のことは、そこまで見えない。外来で1か月に例えば30分面談しただけでは、患者さんの生活の様子とか、薬は飲んでいるのかとか、食事はどうしているのかとか、認知症はどうかとかというのは、やはりわからない。だから、ケアマネさんが日々かかわって、関係があるヘルパーさんの最近の情報とかを提供してくれるのは、とてもありがたい。」と言われた医師もいらっしゃいました。

一方で、ケアマネジャーにも、「お医者さんに情報をもっていても、先生に喜んでもらえないのではないか」「情報を提供しても関心がないのではないか、先生がもう知っておられるのではないか」といった思い込みもあるように思われます。「利用者の生活の情報は、ケアマネジャーがしっかりもっているのだ」というくらいの意識で、医師とかかわっていく方がよいのではないかと思います。

2 入退院支援の時こそが連携

■二井会長

これはケアマネジャーにも責任があるのかもしれませんが、「入院したのも知らなかった、知らないうちに退院していた」といったように、入院関連の情報が伝わっていないことがあるようです。入院となれば、在宅で利用しているサービスや生活の状況などの情報を提供できるし、退院後にどういうサービスや支援が必要なのかということも事前に協議できるわけです。

現在、退院前カンファレンスに、少ししづつ声はかかるようにはなっています。しかし、急性期病院や総合病院からは連絡がないことがありま

すので、「気がついたら知らないうちに退院していた」といったケースがあるようです。結局、病院も治療が必要かどうかだけの判断で、もう治療は必要なしとなれば即退院となり、本人さんも帰りたければ、退院が許可されることもあります。実際には、退院したもののやはり生活できないということもあり、再入院になったというケースはよく聞きます。

■編集責任者

その時に、病院は退院支援をどう考えているのかということが課題ですね。

■二井会長

そこですね、最近は総合病院には医療ソーシャルワーカーがいます。ワーカーからもう少しケアマネジャーに情報提供してくれたり、一番いいのは退院前カンファレンスがあれば、声をかけてもらったりすると助かります。回復期のリハビリ病院であれば、ほぼ声がかかりますが、急性期とか総合病院は患者さんが多いので、そこまでなかなか手が回らないといった事情もあると思います。

退院前カンファレンスを「この日の何時にやりますから来てください」といったこともあるようです。声がかからないよりはよいのですが、なかなか急な話で対応できないこともあります。ケアマネジャーがもともとかわっていない患者さんで、退院後はケアマネジャーが必要だろうという時も、「来週退院ですよ」とか、極端な例としては、「明日退院しますから、ケアマネさんよろしくお願ひします」といったようなこともあるようです。もう少し早く連絡をもらえば、いろいろ手の打ちようもあったということも聞いています。ケアマネジャーからすれば、病院の事情もあるのでしょうか、なかなか強く言えないところはあります。

■編集責任者

まだまだ課題はありますね。

■二井会長

とは言うても、これも以前に比べたら改善しつつあります。制度の改正で、入院の時に担当のケアマネジャーの名前や連絡先を、保険証やお薬手帳などと同じように提示する規定ができましたので、当然入院すれば、病院もお薬手帳や保険証を見ることになりますから、「ケアマネさんはこの人なんだね」ということで、「この患者さん退院

するよ、入院したよ」といった連携はできつつあります。

■編集責任者

それは加算とかあるのですか。

■二井会長

入院時に情報を提供することに関しては義務ではないのですが、入院時にケアマネジャーが患者の情報を医療機関に提供したら3日以内は2,000円、1週間以内で1,000円という加算があります。

■編集責任者

そういったことがもう少しインセンティブとして作用するとよいのかもしれないですね。ケアマネジメントは、退院時から始まるのではなく、入院時から始まるという意識については、ケアマネジャーさんはどうなのでしょう。

■二井会長

もともと担当していた利用者さんが入院した場合は、入院時から当然かわり、在宅生活の情報を提供します。そして、これからの治療方針やリハビリ方針を聞いて、退院に向けてかかわっていきます。

しかし、お元気な方が、突然転倒による骨折や脳梗塞で入院し、退院後の在宅生活には何らかのサービスが必要という時には、我々としては病院からの連絡がないと動きようがないわけです。退院前カンファレンスや家屋調査も終わって、あとは退院するだけですといったところで、「あとはケアマネさん、ケアプランだけ作っておいてくださいませんか」といったようなことがあると、ケアマネジャーからすれば、「入院時から早目にかかわっておいたほうが、退院支援もスムーズにできるので、入院の時からかかわっておきたい」という思いがあります。

退院については、まだ退院が見込めない時期やこれからの治療やリハビリの経過を見てからという時期では、もともとの担当のケアマネジャーがいても「ケアマネさん忙しいから、そんなに再々呼んでも大変でしょう」と病院からよく言われます。でも、他のケアマネジャーに聞けば、大体呼ばれば、よほどの都合が悪くない限りは行きますとっています。

早くからかわりたいたいという思いがあるのですが、病院も「どのタイミング声をかければよいの

か」、「退院前の1回のカンファレンスで声をかけたらいいのではないか」といった雰囲気はあるようです。

必要であれば、退院中、入院中のカンファレンスでも退院前でも、自宅訪問や家屋調査の時でも、「いつでも同席しますよ」というケアマネジャー側の思いは、病院には伝えてはいます。

■編集責任者

病院側に、何か遠慮みたいところがあるのですね。

■二井会長

そうですね。「あまり呼んでもね」といった感じがあるようです。

■編集責任者

多分そのあたりで、顔の見える関係が本当にできていけば、そんなに躊躇や遠慮はないのかもしれないですね。

■二井会長

「もう遠慮なくやりますよ」といった感じでよいのでしょうか、相手がどんなことを考えているのかなど考えれば、躊躇や遠慮があるのかもしれないですね。後日、「退院前カンファレンスあったんですね」と言われても、ケアマネジャーからしたら、その時点からかわりたかったなという思いがあります、絶対に。

3 顔の見える関係

■編集責任者

顔の見える関係などと普段言われますが、その関係には「愛情」という概念をもってくる必要があるのではないかと思います。研究に取り組んでいるところですが、連携しなければならぬという知識や認識があっても、なかなか行動に移せないという現状があるわけです。知識や認識と行動の間に、「愛情」、英語でいうとアフェクション (affection) という言葉なのですが、つまり好意であるとか、何か気軽に声をかけられるという、そういうものがなければ、なかなか行動に結びつかないのではないかと思います。知識や認識と行動の間に、「愛情」をどう作っていけばよいのかというのが、実は私の研究課題なのです。

■二井会長

それがまさに顔の見えるというか、役割をただ知っているだけではなくて、やはり阿吽の呼吸ではないですが、チームで支援をしていくわけですから、ケアマネジャーも今度は逆に、ヘルパーさんをお願いする、デイサービスをお願いするという立場の時も、何か難しいことを言うてくる人という印象を与えるよりも、「いいですよ」「やりましょう」といった雰囲気作り、まさに愛情というか、本当にそういうものがあれば、声をかけやすくなると思います。

それがあれば、別に何の問題もなかったのだけれども、トラブルが生じる場合は、大抵お互いが全然意思疎通ができていなかったということがあると思います。病院とも当然そこができればいいですね。

■編集責任者

極端な話、全県では無理だと思うのですが、地域単位で、課題の解決会議ではなくて、お互いの愛情を育み合うレクリエーション会議が必要かもしれませんね。

■二井会長

いいと思うのですが、本当に、それこそ本当にお互いに人となりわかってきて、形だけの会議とかじゃなくて、和やかな雰囲気ですね。

■編集責任者

そうですね。

■二井会長

ケアマネジャーは特に、医師に何か少々怖いというイメージをもっている人もいますよね。

■編集責任者

そうですね。よく聞きます。

■二井会長

実際、傾向としては少し上から言う人が多いような気はするのですが、ケアマネジャーがよく一般的に言うように、そこは関係性ができればありがたいし、「教えてもらえるのだから」というくらいの感じでいけばいいのかもしれないですね。

4 医療と介護の連携を進める取り組み

■編集責任者

医療と介護の連携を進めていくにあたって、山

口県介護支援専門員協会としての何か具体的な取り組みなどがあれば教えてください。

■二井会長

取り組みとしては、先ほど言ったような研修会で顔の見える関係の中で、多職種で一つの事例をもとに、勉強会の開催をしています。

2018年4月の改正で制度化されたことですが、ケアマネジャーは自分が担当している利用者さんの情報、服薬状況、口腔の状況、栄養状況の異変などをタイムリーに主治医に報告しなさいと義務づけられました。これは医師だけではなく、薬剤師なども含まれます。

その方法として、もちろんいいのは、訪問して医師の方との面談でしようが、その報告の記録フォームが独自の〇〇バージョン、△△式で、情報提供するのではなくて、例えば市の医師会などのレベルで協議して、〇〇市医師会監修とか介護支援専門員協会監修などの何かお墨付きがあれば、少しフォーマル感があり、ケアマネジャーも使いやすいということがあると思います。

入院時と退院時の情報連携シートは国がこれを使いなさいよというフォームを作成しているのですが、平時の連携といいますが、入退院ではない時のものはないので、下関市では今協議して作成しているところです。いきなり、独自の△△式のフォームが医療機関に届けられても、何だろうと思われてもいけないので、決まった様式があれば、医師も少しなるほどということもあると思います。

5 医療職に期待すること

■編集責任者

医師に期待することがあれば、お聞かせください。

■二井会長

お医者さんは、患者さんの治療が最優先であり、大変ご多忙だとは思いますが、医療系のサービスを利用するとすると、先生から指示書を書いてもらったりということもあります。ケアマネジャーは在宅支援のキーパーソンですので、「この人の生活はどうなっているのだろう」という点にも関心を持っていただき、「ちょっとケアマネ

さん呼んで「ケアマネさんから情報をもらおう」という関係を構築できれば、連携も取りやすくなるのではと思います。

■編集責任者

訪問看護師に期待することがあれば、お聞かせください。

■二井会長

訪問看護に対しては、ケアマネジャーは少々苦手意識をもっています。訪問看護師の方は、すぐく医師との連携が上手なので、だからといって訪問看護に丸投げするわけではないのですが、医師とのパイプ役になって、医師との間をとりもってもらう役であるとか、医療的な面での予後予測などを見立ててもらおうとよいと思っています。

ケアマネジャーもモニタリングで訪問しますが、どうしても介護とか福祉の目線になってしまいがちですので、医療のことなどについて、アドバイスをいただければと思います。特に、医療の知識をもった専門職が自宅を訪問されると、ケアマネジャーやヘルパーさんが行くのとは違う安心感を家族や利用者がもたれるので、そういうところは、訪問看護師の方に期待したいです。

■編集責任者

予後予測という話が出たのですが、不勉強で申し訳ないのですが、ケアマネジャーは、病気の予後予測をして、ケアプランを立てないといけないということになっているのですか。

■二井会長

そもそも医療知識をもっていないケアマネジャーが多いので、なかなかこの病気だから、ここはどうなっているのかということやケアマネジャー1人で何か想像してというのは、やはり限界があると思います。

そこは連携で、医師に、「こういうケアプランを作って、こうこう考えているのですけれども」と言えば、先生からの病状の予後予測も踏まえてケアプランを見直すことも必要になると思います。だからこそ、かかりつけのお医者さんとは連携していかないといけないと思います。医療の専門家から、予後予測のアドバイスをもらって、それをもとにケアプランをつくれればいいのではないかと考えています。

■編集責任者

そうですね。だから、そこに連携の意味が出てくると思います。

■二井会長

身近に医療の専門職がいるわけですから、教えてもらいながら、アドバイスを受けながら考えていくということです。

■編集責任者

その辺がうまくかみ合えば、本当にいいケアプランができるのではないかと思います。次にリハビリ職に期待することがあれば、お聞かせください。その前に、少し関係のない話です。介護予防体操を3つのグループで実施し、その効果を測定したところ、効果に差が出てきたとのことでしたので、その要因は何だろうと尋ねました。

あるグループはとても真面目なグループで、一生懸命体操をされて、でも終わったらすぐ帰ってしまうらしい。もう2つのグループは、体操終了後、必ず雑談会があり、そちらのグループの方が、効果があったと伺いました。

体操の後でいろいろ雑談をしたり、人とのつながりを作ってというところが、多分要因になっているのではないかなということになり、これは厚生労働省が言っているまさに「もう一つの予防」という話ではないかなと思いました。

■二井会長

体操で筋力をつけるとかだけではなくて、そういったコミュニケーションとかにつながりますね。確かに、理学療法士さんなんかは、病院の中で可動域とか筋力をつけるとか、そういうところに目が行きがちです。

よくあるのが退院する時に、純粋に病院ではこうだからとか、可動域がどうだとかという視点で、例えばここに手すりがあったほうがいいとか専門的な意見をいただきます。しかし、家に帰ればいろいろな要素があり、例えばもちろん手すりつけるのに、経済的なものもあるでしょうし、家族構成で手すりがあると邪魔だとか、中には立派なおうちだと外観を損なうからとか、いろいろな要素がその方の生活環境にはあります。

病院の方は、安全最優先というか、転倒しないように、筋力が低下しないようにということに目が行きがちです。家に帰ると、そうではなく、

いろいろなことが絡んでくるので、やはり、生活を見てほしいし、単純に歩けるようになればよいだけではなくて、歩けるようになって、その方が生活がどう充実したものになっていくかということを見ながらやっていただくことが必要だと思います。歩けるようにすることだけではなくて、その方の生活イメージもつくっていただければということもあります。

■編集責任者

そのあたり理学療法士さんもだいぶ変わってきておられると思います。

■二井会長

最近、ICFの考え方も取り入れたりして勉強されているようですので、在宅支援にかかわるリハビリ職の方は、すごくそういう意識が高まっている気がします。

6 地域包括支援センターに期待すること

■編集責任者

地域包括支援センターに期待することがあれば、お聞かせください

■二井会長

先ほども申しましたように、多職種での会議や研修会というのは、結構開催されています。地域性がありますので、市の〇〇町とか、校区単位で開催するくらいのほうが本当はいいと思います。地域包括支援センターは、だいたい中学校区に1か所あるわけですから、その圏域で多職種が参加できるような研修会や事例検討会の開催の音頭をとってもらえればよいと思います。それこそまさに、顔の見える関係づくりが可能となると思います。

■編集責任者

そうですね。県内も地域包括支援センターが増えてきましたので、期待したいですね。一方でまだまだ介護予防業務でお忙しい面があると思います。

■二井会長

介護予防プランの委託が困難なところから、積極的に受託される所もあり、地域格差があるようですが、地域ケア会議やネットワーク作りなど地域包括支援センターでしかできないことの音頭を

とって、専念してもらいたいという思いもあります。

■編集責任者

そうですね。中には、3人体制とかでやっていらっしゃる場所もあるので、それは大変だろうなと思いつつも、研修講師を務める時には、地域包括支援センターで音頭をとってできることはたくさんあるでしょなんて簡単に言ってしまう。

7 看取りの課題

■編集責任者

看取り支援について何かお考えとかご意見とかあれな、お聞かせください。

■二井会長

看取りをしてくださる医師が、まだまだ少ないように思います。また、家族自体が最期は自宅と思いつつも、なかなかその覚悟ができていなくて、状態が悪くなったら、すぐに救急車を呼んでしまうとか、苦しそうにしているとか、何か反応がないと不安になってしまうという現状があると思います。ケアマネジャー自身も、家族とか市民レベルでもそうでしょうし、何かあったらすぐ救急車で病院に搬送しないといけないという認識があるので、なかなか在宅で看取ることが定着されない面もあると思います。

■編集責任者

そうですね。

■二井会長

ケアマネジャーもある程度、看取りの支援に対応できる医療知識も必要でしょうし、訪問看護も24時間の受け入れ体制が十分でないということもあると思います。退院した時は、まだ自分でトイレにも行けていたけれど、今では全然歩けなくなって、トイレも行けなくなってしまったということもあります。そうすると、支援内容がめまぐるしく、変化していきますので、その辺で追いつかないところもあって、苦手意識をもったり、受け入れに消極的になったりすることもあるようです。

特に末期がんの方は、退院時には要支援だったのが、今見直したら要介護3や4ということもあります。その時点で、介護認定の区分変更をかけ

てとなると、なかなか認定まで1か月、2か月かかるので、間に合わないということもあります。可能かどうかわかりませんが、認定手続きも少し簡素化して、1か月、2か月の通常のステップではなくて、すぐに結果が出るような仕組みも必要だと思います。そこは、制度が追いついていない面があるのではないかと思います。

■編集責任者

そうですね、実践レベルのミクロの課題から制度的なマクロの課題もありますね。ところで、在宅での看取りが今後ますます可能となるための第一歩というのは、やはり意識の問題なのでしょう。医師の方もそれは大変だ、覚悟がいとよくおっしゃっています。

■二井会長

専門職にも家族にも、もちろん本人さんにも相当な覚悟がいます。ですから、ご本人の思いとは別にどうしても最期は入院という現状があると思います。

無理だから入院したほうがいいよという医師もいらっしゃいます。看取りの支援を在宅で進めていくために、何が重要で何をどうしたらいいかというところが、まだ少し不明確というか実践の蓄積が少ないのかもしれない。

■編集責任者

終末期の判断も難しい面もあるようです。終末期と言われながら、状態が回復されることもあるようです。そろそろ最期の時と思って、例えば入院し、手厚いケアをされると、状態がよくなって自宅に戻って来られるケースもあるようです。なかなか終末期の判断っていうのは難しい面がありますね。

8 医療と介護の連携の課題

■編集責任者

最後に、医療と介護の連携で、上手くいったというような事例があれば、お聞きかせください。

■二井会長

入院中から在宅支援チームとしてのメンバーを決めて、在宅支援チームと院内チームとで情報共有すれば、自宅に戻ってからも、入院中のリハとか栄養面での注意事項とか、伝達されます。入

院時からの早目の在宅支援チームと院内チームがしっかりかかわれば、上手くいくという実感があります。

■編集責任者

やはり早期から、チームを組んで体制を整えていくということが重要ですね。

■二井会長

退院前だけではなくて、入院前、入院中、退院という連携をしっかりやっていくことだと思います。あるケアマネジャーが患者さんの退院後に、病院から「入院中はしっかり連携して、患者さんが退院となった時に、病院チームとしたら、退院後にどうなったかというのがまったくわからない」と言われたそうです。

退院して、在宅生活が継続されていくケースもあれば、また再入院となることもあります。自宅訪問して、リハビリ職とで手すりをつけただけ、実際には使わなかったとかいうケースもあります。ケアマネジャーとして、プランを変更せざるを得ないのですが、そのことをわざわざ病院には報告もしないのが現状です。ケアマネジャーとしたら、「在宅支援チームに任せただけだから、上手くいこうがどうかは、あなたたちのことでしょう」と思われているのではないかと感じてしまうこともあります。

「その後、あの患者さんはどうなったのだろうか、我々としては送り出して、あそこの手すりによかったのかとか、リハ内容はこれでよかったのかとか」という答え合わせができていない状況です。退院後も病院に少し退院後の生活の状況についての情報提供やディスカッションや意見交換をしたほうがよいのではないかと考えています。そのことは、また別のケースにも活かせると思います。

■編集責任者

それはもっともな話ですね。

■二井会長

我々としては、どっちかという情報をもらう側で退院支援しているわけですが、今度は逆に退院後に、情報をまた提供するという側に回らないといけない、それがまさに連携と言えると思います。

■編集責任者

お互いの支援を振り返り、その振り返りを共有し、次の支援に活かすことも連携ということですね。少しでもできることからできるといいですね。

■二井会長

ケアマネジャーも先ほども言いましたように、多くのケアマネジャーは、そんな情報、別に要らないだろうという思い込みというか先入観があるように思います。今の入院患者さんのことや、これから入院してくる患者さんのことで病院側は忙しいのだから、退院した患者さんが、どうなったかというのは、二の次、三の次ではないかという思いをもっていたら、実はそうではなかったということです。

■編集責任者

大きな発見でしたね。

■二井会長

やはり顔の見える関係づくりの中で、そういうことも話してみる必要がありますね。新しい風景が見えてくるはずですよ。

■編集責任者

あと、何か特にございますか。

■二井会長

ケアマネジャーからよく言われるのは、連携はむしろ大切なのですが、日々の業務で追われていて、特にペーパーワークが多すぎるということです。何かもう少し簡素化したり、これだけ電子媒体が発展している中で、いまだにファクスでのやりとりがあるので、ICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）がさらに進めば、お互いが手間をかけずに情報共有ができるのではないかと思います。

■編集責任者

そうですね。AIも上手く活用する可能性があるようにも思います。

■二井会長

人工知能がケアプランをつくるといった話もありますが、これだけケアマネジャーも、もっと利用者さんのところへ行行って話を聞いたり、いろいろなところを調整したり、フットワーク軽く行きたいところが、ペーパーワークに追われているので、生産性が落ちている面が間違いなくあります。

不必要な同じような書類を作成するといったあたり、何となく医療と介護の連携の壁の一つとなっているのではないかと思います。ケアマネジャーの足を重たくしている理由でもあるようにも思います。

■編集責任者

最近、大学もそうです。書類づくりでほとんど1年終わってしまいます。

■二井会長

そうですね。ここまで必要なのか、しかも同じような書類を何か一体化できないかと思えます。入院の時は入院、退院の時はこれをつくって、入院中はこれで、それとはまた別にプランをつくるための情報、何か同じようなところも重なっている、何かまとめてここだけ入力すればすべて対応できるような工夫も必要だと思います。

情報共有のシステムも個人情報保護の課題はあるのですが、LINEなどのSNSを上手く活用して、看護師とケアマネジャー、家族と医師とで常にリアルタイムで共有できるようなシステムを作っているケースもあるようです。

支援チームで、グループラインのようなものを作れば、例えば訪問看護師さんが「褥瘡はこのような状態ですよ」と写真を撮って送れば完璧です。それでこと足りることもあります。写真を印刷して、書式に落としてといったことは、何か二度手間ですね。そのあたりをもう少し簡素化すれば、連携ももっと重要なところに時間が費やせると思います。

■編集責任者

そうですね。過度な書類作成は、生産性を落としますし、重要な支援ができなくなりますね。

■二井会長

そうですね。

■編集責任者

今日はお忙しいところ、ありがとうございました。