

## ケア提供論—多職種連携に焦点を当てて—

川越 雅弘\*

## 抄 録

団塊の世代が90代に入る2040年にかけて、85歳以上人口が急増する。85歳以上の高齢者は、約7割が通院し、約半数が介護保険サービスを利用するなど、医療と介護に対する包括的なニーズが高い。そのため、多職種連携が非常に重要となるが、機能面からみた実態は明らかとは言えない。

そこで、本稿では、多職種連携が必要となる背景、多職種連携の推進に向けた国の施策動向を整理するとともに、退院時連携とケアマネジメントに焦点を当てた上で、多職種連携上の課題の整理と対応策の検討を行った。

その結果、課題に応じた多職種チームが構成できていない、各職種のアセスメントが統合できていない、生活機能と影響因子を含む利用者の全体像が俯瞰できていないなどの課題がわかった。

大分県では、地域ケア個別会議を全市町村で展開し、自立支援につながる方法論を多職種で検討し、要介護認定率の低減を果たしている。今後、実践ならびに教育レベルでの多職種連携強化策を展開し、専門職間の相互理解と課題解決能力の向上を図っていく必要がある。

キーワード：多職種連携、生活機能、ケアマネジメント、退院支援、地域ケア会議

社会保障研究 2016, vol.1, no.1, pp.114-128.

## I はじめに

国立社会保障・人口問題研究所（以下、社人研）の推計によると、団塊の世代が90代、団塊ジュニア世代が高齢期に入る2040年にかけて、85歳以上の高齢者が急増し、総人口の約1割に達すると見込まれている〔国立社会保障・人口問題研究所（2012）〕。

85歳以上は、他の年齢層に比べ、医療や介護、生活支援に対するニーズが高い〔川越（2014）〕。

また、入院や死亡に対するリスクも高い。さまざまな環境の変化の影響も受けやすく、状態変化も来しやすい。生活上の課題も多領域にわたるため、1つの職種だけでは課題が解決できないことも多い。こうした特性、特徴を有する超高齢者が、住み慣れた地域で、安全かつ安心な生活を送るためには、医療・介護・生活支援サービスの包括的提供体制の構築（包括ケアの推進）と多職種間の連携強化が必要となる。

本稿では、①多職種連携の推進に向けて、国はどのような施策を展開しているのか（構造面）、②

\* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長

多職種連携はどの程度機能し、どのような課題を有しているのか（機能面）に焦点を当てた上で、先進的な取り組みも参考に、連携強化に向けた対応策に関する私見を述べるが、①の制度改正の意図と流れを理解するためには、その背景要因を理解しておく必要がある。

そこで、まず、多職種連携が求められる背景について、人口構造の変化、高齢者特性の特徴、高齢者特性に応じたサービスモデルの変化（医学モデルから生活機能モデルへの転換）の視点から整理を行う。次に、さまざまな連携の中から、退院時連携、ケアマネジメントに着目した上で、これら連携の推進に向けた医療・介護施策の展開について解説する。次に、筆者らが行ってきた各種調査結果をもとに、多職種連携上の課題の整理を行う。最後に、先進的な取り組みも参考にしながら、多職種連携の推進に向けた対応策について私見を述べる。

ところで、「連携」という用語に関しては、さまざまな定義や範囲、類似概念が存在する<sup>1)</sup> [前田(1990), Leutz(1999), 野中(2007), 筒井(2013)]。『大辞林』によると、連携とは、「連絡を密に取り合って、一つの目的のために一緒に物事をする事」、協働とは、「同じ目的のために、協力して働くこと」となっている。本稿では、「連携」と「協働」が持つ意味を含めて、「医療職とケア職が共通の目的や目標を持った上で、連絡を密に取り合いながら、目的や目標の達成に向けて、一緒に協力しあう行為や活動のこと」と定義した上で、多職種連携という用語を用いることとする。

## II 多職種連携が求められる背景

本節では、多職種連携が求められる背景を、人口構造の変化、高齢者特性、サービスモデルの変化の視点から整理する。

### 1 人口構造の変化の視点から

日本の総人口は、戦後一貫して増加し続けてきたが、1970年代の後半以降、少子高齢化の影響によりその伸び率は鈍化し、2008年をピークに人口減少局面に入っている。社人研の推計（出生中位、死亡中位）によると、今後さらに人口減少は続き、2010年の1億2,806万人が2025年には1億2,066万人、2060年には8,674万人にまで減少すると見込まれている。

これを年齢階級別にみる（表1、図1）。

まず、0～14歳人口をみると、2010年現在の1,684万人（総人口の13.1%）が年々減少し、2025年には1,324万人（11.0%）、2060年には791万人（9.1%）にまで、また、15～64歳人口も、2010年現在の8,173万人（63.8%）が年々減少し、2025年には7,084万人（58.7%）、2060年には4,418万人（50.9%）にまで減少すると見込まれている。

次に、65～74歳人口をみると、2010年現在の1,529万人（11.9%）が表に記載していないが2015年に1,749万人（13.8%）まで増加した後減少局面に入り、2025年には1,479万人（12.3%）、2060年には1,128万人（13.0%）になると見込まれている。

次に、75～84歳人口をみると、2010年現在の1,037万人（8.1%）が2025年には1,442万人（12.0%）にまで達するがその後減少局面に入り、2060年には1,187万人（13.7%）になると見込まれている。

最後に、85歳以上人口をみると、2010年現在の383万人（3.0%）が2025年には736万人（6.1%）、2040年には1,037万人（9.7%）にまで達した後、やや減少するものの、2050年から再び増加に転じ、2060年には1,149万人（13.2%）に達すると見込まれている。

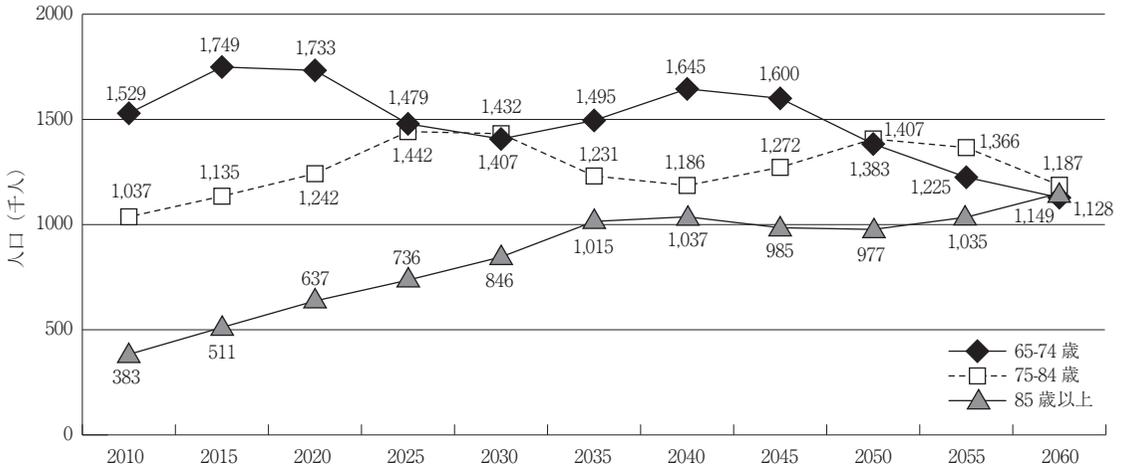
85歳以上人口は、2010年に比べ、2025年には1.9倍（354万人増）、2040年には2.7倍（654万人増）、2060年には3.0倍（767万人増）になる。2010～2025年間で、65歳以上人口は709万人、

<sup>1)</sup> 連携の定義に関し、前田は「連携とは、異なる分野が1つの目的に向かって一緒に仕事をする事」[前田(1990)]、筒井らは「連携とは、異なる専門職や機関が、よりよい課題解決のために、共通の目的をもち、情報の共有を図り、協力し合い活動すること」[筒井(2013)]と定義している。本稿では、筒井らの定義と同じ意味で、連携という用語を用いることとする。

表1 年齢階級別にみた人口構造の変化

	2010		2025		2040		2060	
	(万人)	(%)	(万人)	(%)	(万人)	(%)	(万人)	(%)
総数	12,806	100.0	12,066	100.0	10,728	100.0	8,674	100.0
0～14歳	1,684	13.1	1,324	11.0	1,073	10.0	791	9.1
15～64歳	8,173	63.8	7,084	58.7	5,787	53.9	4,418	50.9
65～74歳	1,529	11.9	1,479	12.3	1,645	15.3	1,128	13.0
75～84歳	1,037	8.1	1,442	12.0	1,186	11.1	1,187	13.7
85歳以上	383	3.0	736	6.1	1,037	9.7	1,149	13.2

出所) 国立社会保障・人口問題研究所 (2012)「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」より筆者作成



出所) 国立社会保障・人口問題研究所 (2012)「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」より筆者作成

図1 高齢者人口の推移

表2 高齢者の年齢階級による医療・介護ニーズの差異

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
通院者率 (%)	62.4	68.4	73.6	75.0	71.4
医科外来受療率 (%)	6.6	8.8	10.6	11.1	9.5
入院受療率 (%)	1.4	1.8	2.6	3.9	6.6
介護サービス受給率 (%)	2.2	4.7	10.5	23.3	51.4

出所) 厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」, 「平成26年患者調査」, 「介護給付費実態調査月報 (平成27年4月審査分)」, 総務省「推計人口 (平成27年4月確定値)」より筆者作成

2010～2040年間で919万人増加するが、85歳以上人口の増加量はそのうちの49.9%、71.1%を占める。この85歳以上人口の急増が、医療・介護サービス提供体制に大きく影響を及ぼすこととなる。

ここで、年齢階級別にみた高齢者の医療・介護ニーズの差異を整理する(表2)。

まず、通院者の割合(通院者率<sup>2)</sup>)をみると、

「80～84歳」が75.0%と最も高く、次いで「75～79歳」73.6%、「85歳以上」71.4%の順であった。「65～69歳」が62.4%と最も低かったものの、すべての年齢階級において通院者率は6割を超えていた[厚生労働省(2014a)]。

次に、医科外来受療率<sup>3)</sup>(1日調査)をみると、「80～84歳」が11.1%と最も高く、次いで「75～79

歳」10.6%、「85歳以上」9.5%の順で、「65～69歳」が6.6%と最も低かった〔厚生労働省（2015a）〕。

次に、入院受療率<sup>4)</sup>（1日調査）をみると、「85歳以上」が6.6%と最も高く、次いで「80～84歳」3.9%、「75～79歳」2.6%の順で、「65～69歳」が1.4%と最も低かった〔厚生労働省（2015a）〕。

最後に、介護サービス受給率<sup>5)</sup>をみると、「85歳以上」が51.4%と最も高く、次いで「80～84歳」23.3%、「75～79歳」10.5%の順で、「65～69歳」が2.2%と最も低かった〔厚生労働省（2015b）〕。

85歳以上は、他の年齢階級に比べて、入院受療率、介護サービス受給率が高い。通院者率も7割を超えている。約7割が通院し、約7%が調査日に入院し、約5割が介護サービスを受給している。医療と介護に対するサービスニーズが高い85歳以上が急増するため、医療と介護が包括的に提供できる仕組みの構築と多職種連携が必要となるのである。

## 2 高齢者特性の視点から

青壮年者にはみられないが、加齢とともに現れてくる身体的および精神的諸症状・疾患のことを老年症候群という。これは、加齢に伴う諸器官の生理的機能低下に、体動の減少に伴う廃用症候群<sup>6)</sup>が重なって生じるもので、多くの臓器が関与した症状・疾患である。

鳥羽は、数ある老年症候群を、①主に急性疾患に付随する症候で、若い人と同じくらの頻度で発生するが、若い人とは違った対処方法が必要な症候群（めまい、息切れなど）、②主に慢性疾患に付随する症候で、65歳の前期高齢者から徐々に増加する症候群（認知症、脱水など）、③75歳以上の後期高齢者に急増する症候で、日常生活活動（activities of daily living：ADL）の低下と密接な関連を持ち、介護が重要な一連の症候群（骨粗鬆症、尿失禁など）の3つに分類している（図2）。

老年症候群は、様々な原因が関係する上に、高齢者の生き方、精神機能、社会環境にも大きく影響される。そのため、高齢者の全体像の評価（総合的な機能評価）と、多領域、多項目にわたる老年症候群への対応として多職種連携が必要となる。

## 3 サービスモデルの変化の視点から

世界保健機関（WHO）は、WHO憲章の中で、「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない（昭和26年官報掲載の翻訳）」と定義している。したがって、高齢者の医療・介護においては、単に、病気や症状がないだけでなく、「生活機能」が高い水準にあることが重要となる〔大川（2009）〕。

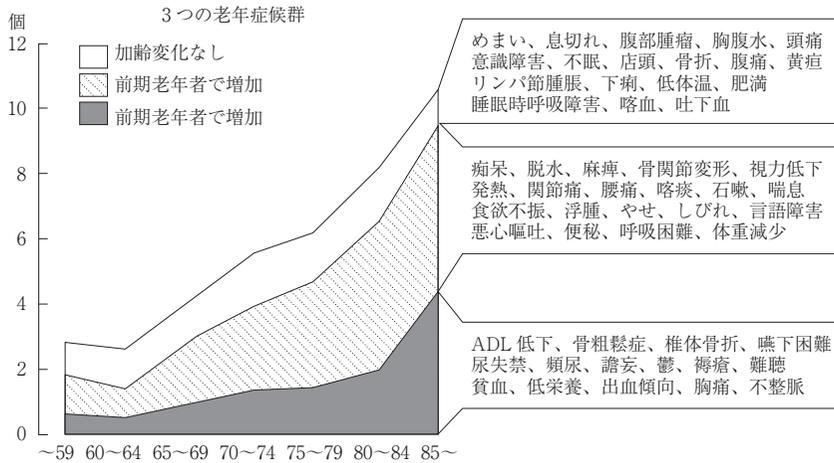
<sup>2)</sup>「通院者」とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者のこと。国民生活基礎調査では、人口千人当たりの通院者数を通院者率と定義しているが、本稿では、人口当たりの割合としてパーセント表示している。なお、分母となる世帯員数には入院者を含むが、分子となる通院者には、入院者は含んでいない。

<sup>3)</sup> 外来受療率（医科）とは、調査時点の年齢階級別人口に占める調査日の病院・診療所（歯科除く）への外来通院患者の割合のこと。患者調査では人口10万対の数字を出しているが、本稿では、人口当たりの割合としてパーセント表示している。患者調査は1日調査であるため、調査日に、各年齢階級の何%が外来通院していたかという数字となる。一方、国民生活基礎調査の通院者率は、調査票記入日に通院しているかどうかではなく、記入時点に外来に通院をしているかどうかを聞いているため、両者の数字の扱いには注意が必要である。

<sup>4)</sup> 入院受療率とは、調査時点の年齢階級別人口に占める調査日の病院・有床診療所への入院患者の割合のこと。患者調査では人口10万対の数字を出しているが、本稿では、人口当たりの割合としてパーセント表示している。患者調査は1日調査であるため、調査日に、各年齢階級の何%が入院していたかという数字となる。

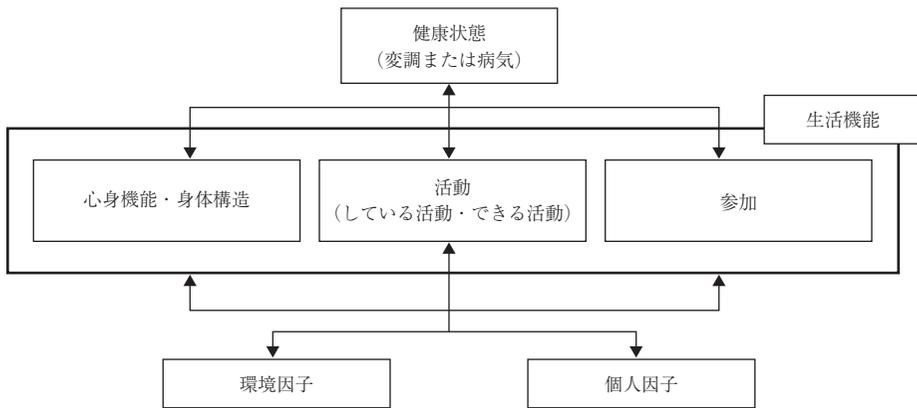
<sup>5)</sup> ここでの介護サービス受給率とは、2015年4月審査分の年齢階級別介護サービス受給者数を、2015年4月確定値の年齢階級別人口で割ったものこと。

<sup>6)</sup> 廃用症候群とは、生活不活発（不動、低運動、臥床など）によって生じる全身の機能低下のこと。その症候は、筋骨格系（筋力低下、筋萎縮、関節拘縮など）、循環・呼吸系（運動耐用力低下、起立性低血圧など）、内分泌・代謝系（分泌能低下など）、精神神経系（うつ、せん妄、睡眠覚醒リズム障害など）など、各臓器の症状として多岐に現れ、結果としてADLの低下などを引き起こす。



出所) 鳥羽研二 (2009) : 老年症候群と総合機能評価, 日本内科学会雑誌, 98巻3号, p.102より引用

図2 3つの老年症候群



(出所) WHO:国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-, 中央法規 (2003) p.17を一部改変

図3 ICFの生活機能モデル

ここで、高齢者の障害の分類法の変遷を整理する。

高齢者の障害に関する分類法に関しては、1970年代よりWHOにて検討が開始され、1980年、①機能障害 (impairment) ②能力障害 (disability) ③社会的不利 (handicap) の3レベルに分けて障害を総合的に捉えるという基本的視点に立ったWHO国際障害分類 (International Classification of Impairment, Disability, and Handicaps : ICIHD) が発表された。この分類法は、当時、障害分野の問題への正しい理解を普及する上で大きな役割を果

たしたが、①生活・人生の問題点を疾病 (病気) の結果としてしか捉えていない、②「障害」というマイナス面だけに注目した分類となっている、③機能障害→能力障害→社会的不利という一方向的關係で捉えている、④障害に影響を及ぼす背景因子が考慮されていないなどの批判が高まり、1993年から改訂作業が正式に開始され、これら改訂作業を経て、2001年5月のWHO総会にて採択された新しい分類法が、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : 以下、ICF) である。

この分類の中心概念が、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」の3つのレベルをすべて含んだ包括概念である「生活機能」である。ただし、「生活機能」には、「健康状態」、「環境因子」、「個人因子」が大きく関係することから、「生活機能」とこれら因子を含め、障害者を包括的に捉える視点の重要性を示したのが、ICFの生活機能モデルである(図3)。

大川は、ICFの生活機能モデルを、「医学モデル」と「社会モデル」のどちらにも偏らず、それらを高い次元で統合した「統合モデル」として述べている[大川(2007)]。介護保険においても、ICFの考えが導入され、生活機能の維持・向上が、介護保険サービスやマネジメントの目標となっている。

### Ⅲ 多職種連携の推進に向けた制度改正の動向

本節では、様々な連携の中から、退院時連携、ケアマネジメントに着目した上で、これら連携の推進に向けた医療・介護施策の展開について解説する。

#### 1 退院時連携の機能強化

現在、入院患者の約半数を75歳以上が、約1/4を85歳以上が占めている。

超高齢者の退院に関しては、病院側、利用者・家族側、地域の受け皿、病院と在宅ケア関係者をつなぐシステムなどの複数要因が絡むため、在宅への移行が円滑に進まない場合も多い。こうした状況の下、円滑な退院と退院後の必要サービスの継続性を確保するための支援、いわゆる「退院支援」の重要性が高まっている。

一方、入院医療費の適正化、医療提供体制の効率化の観点から、入院期間の短縮化が推進されて

いる。超高齢者の入院の増加、家族機能の低下が進むなか、入院期間を短縮しながら円滑な退院を実現しようというのが、制度見直しの基本的な方向性となっている。

これを実現するためには、医療機関間、病院と在宅ケア関係者間の密な連携が必須となる。厚生労働省はまず、急性期治療を担う病院とその後の回復期治療等を担う病院間の連携を強化するため、2006年に“地域連携診療計画管理料”や“地域連携診療計画退院時指導料”などの診療報酬を新設した。

2010年の診療報酬改定では、病院と在宅ケア関係者間の連携強化を図るため、入院中の病院のスタッフが介護支援専門員に対して退院後の必要サービスを指導する行為を評価する“介護支援連携指導料”、診療所や200床未満の病院が退院後の診療情報を計画管理病院に提供する行為を評価する“地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)”、急性期病棟における高齢者の自宅退院支援を評価する“急性期病棟等退院調整加算”を新設した。

2016年の診療報酬改定では、2012年に新設した“退院調整加算<sup>7)</sup>”を廃止し、入院早期からの取り組みや連携する医療機関や介護施設の職員との顔の見える関係づくりを評価するため、名称も“退院支援加算<sup>8)</sup>”として再整理した(表3)。

介護報酬改定においても、介護支援専門員の退院支援への関与を促すために、2009年に“退院・退所加算Ⅰ(400単位)”“退院・退所加算Ⅱ(600単位)”を新設、2012年には両点数を“退院・退所加算(300単位)”に一本化した上で、入院中3回(最大900単位)まで算定可能とした。

こうして、急性期入院から自宅退院までの退院時連携の機能強化を目的とした報酬設定がほぼ完成したのである。今後問われるのは“病院と在宅ケア関係者間の連携の質”となる。

<sup>7)</sup> 一般病床の場合、入院期間が14日以内は340点、15日以上30日以内の場合は150点、31日以上の場合は50点となっていたため、早期退院を促すインセンティブになっていた。

<sup>8)</sup> 退院支援加算には、これまでの退院調整加算の要件を厳格化し、高い点数(一般病棟入院基本料等の場合600点、療養病棟基本料等の場合1,200点)を設定した“退院支援加算1”、これまでの退院調整加算と原則同じ要件である“退院支援加算2(一般病棟入院基本料等の場合190点、療養病棟基本料等の場合635点)”, 新生児特定集中治療室に入院した患者に対する退院支援を評価する“退院支援加算3(1,200点)の3種類がある。

表3 退院支援加算1の算定要件・施設基準

項目	算定要件・施設基準
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等（20か所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回／年以上）
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績

出所) 厚生労働省 (2016) : 平成28年度診療報酬改定説明会 (平成28年3月4日) より筆者作成

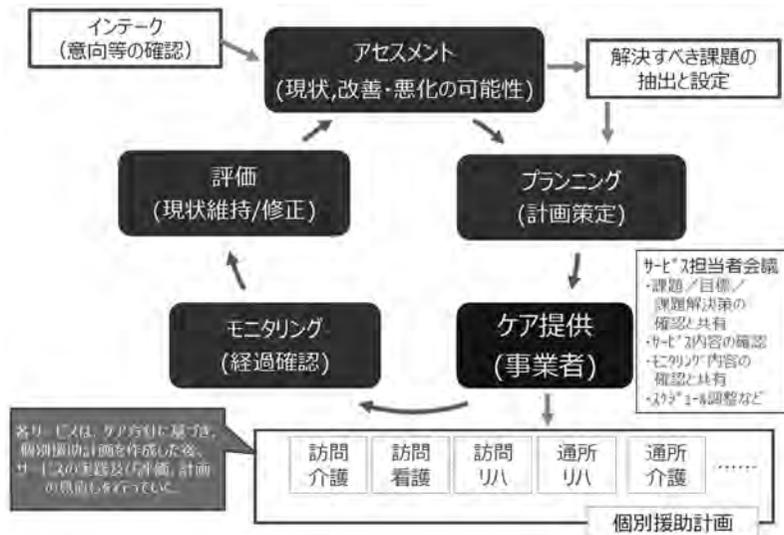


図4 ケアマネジメントプロセスの概念図

## 2 ケアマネジメントプロセス全体の機能強化

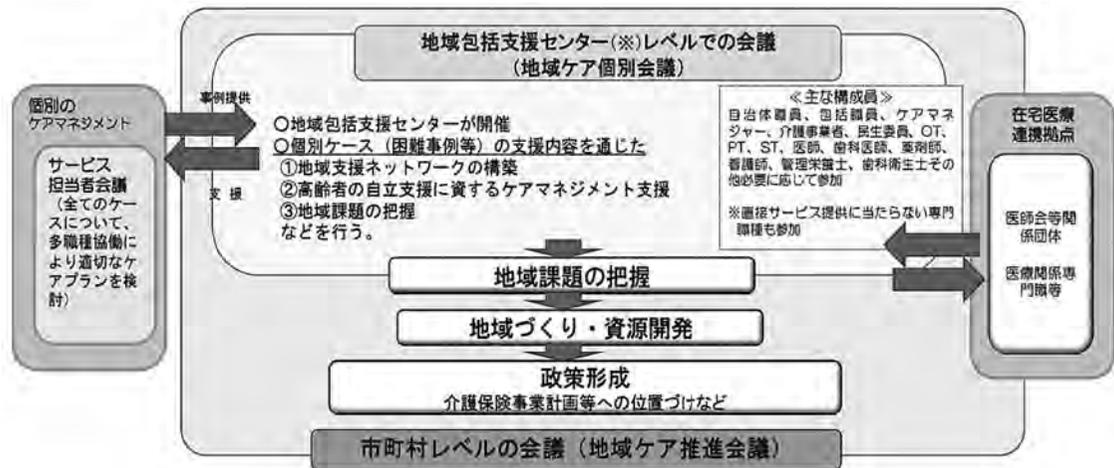
地域包括ケアシステムを実現するためには、「必要なサービスを量的・質的に確保すること」が重要であるが、それと併せて、利用者特性や置かれた状況に応じて、これらサービスや支援を適切に配分する「ケアマネジメント」が重要となる。

しかしながら、現行のケアマネジメントに対しては、①自立支援の考え方が十分共有されていない、②アセスメントに基づく課題認識が十分でない、③サービス担当者会議における多職種連携が十分には機能していないなど、さまざまな問題点が指摘されており、その機能強化を如何に図るかが課題となっている【介護支援専門員（ケアマネ

ジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会（2013）、川越（2015）】。

さて、ケアマネジメントは、おおむね、①本人・家族の意向の確認（インテーク）、②アセスメント（課題抽出）、③ケアプラン（全体計画）の作成、④個別援助計画に沿ったサービス事業者によるケアの提供、⑤モニタリング、⑥評価 といったプロセスから成り立つ（図4）。

同プロセスを通じて、チームとして「自立支援」を目指す訳であるが、その実効性を高めるためには、①全体計画を策定する介護支援専門員のマネジメント力の強化（サービス事業者との連携強化を含む）、②実際に介入を行うサービス事業者間の連携強化、③個別援助計画を策定するサービス



出所) 厚生労働省：「地域包括ケアシステムの構築に向けて」, 第46回介護保険部会（平成25年8月28日）資料3より引用

図5 地域ケア会議の概念図

事業者のマネジメント力の強化が必要となる。

(1) 介護支援専門員のマネジメント力の強化策の推進：地域ケア個別会議の導入

ケアマネジメントの資質向上策に関しては、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」の中で検討されたが、その主たる論点は「マネジメントプロセスの機能強化」である。これは、アセスメントに基づく日常生活上の課題の抽出～解決すべき課題の絞り込み～課題分析～課題解決に向けた対策の検討～サービス提供～モニタリング～評価～対策の再検討といった一連のマネジメントプロセスの徹底を図ろうというものである。

この一連のプロセスの中で、特に重要となるのが、「課題認識」と「課題分析」である。さまざまな領域に課題を抱える高齢者の場合、多面的なアセスメントとそれに基づく課題認識が必要とされるが、これは介護支援専門員単独で実施し得るものではない。関係職種によるアセスメント情報を集約した上で、解決すべき課題を設定することが介護支援専門員には求められる。また、解決すべき課題を改善・解決するためには、それら生活課題を引き起こした根本原因を同定し、対策を検討する必要があるが、これを実現するためには、各

専門職が有する知識や観察ポイント、観察結果の判断方法を学ぶ場が必要となる。

本来、事業所ベースで、多職種による事例検討会を開催し、課題認識や課題分析、課題解決策に対する専門職からの指導・助言を受ける機会があればマネジメントスキルは向上すると思われるが、小規模の事業所、医療職が不在の事業所も多く、現実にはこうした事例検討はほとんど実施されていない。そこで導入されたのが「地域ケア会議」である（図5）。

地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討とそれに基づく地域課題の抽出を目的とした「地域ケア個別会議」と、地域資源の開発や地域作り、ならびに政策を立案・提言していく「地域ケア推進会議」に大別される。前者が、介護支援専門員のマネジメント力強化に関係する。

(2) サービス事業所間の連携強化

① 訪問介護と訪問リハビリテーション（以下、リハ）の連携強化

自立支援型の訪問介護サービスを提供するためには、訪問介護員とリハ職の連携が重要となる。

そこで、訪問介護サービス提供責任者が、訪問リハ事業所のリハ職と利用者宅を同行訪問し、リハ職と共同で行ったアセスメント結果に基づき訪

問介護計画の作成を行う行為を評価する点数として、“生活機能向上連携加算<sup>9)</sup>”が2012年改定で新設された。

## ② 訪問介護と訪問看護の連携強化

2012年4月1日より、一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとされたが、介護職員によるこうした行為は、医師の指示のもと、看護師との情報共有や適切な役割分担の下で行われる必要がある。

そこで、たんの吸引等を行う訪問介護員に対して、業務が円滑に実施できるよう、たんの吸引等に係る計画書の作成、緊急時等の対応についての助言を行うとともに、訪問介護員に同行し、自宅における業務実施状況を確認する行為を評価するための点数として、“看護・介護職員連携強化加算”が2012年改定で新設された。

## (3) 居宅サービスのマネジメント力強化（リハマネジメントの強化）

生活機能の維持・向上を図るためには、アセスメントに基づく個別援助計画の立案～計画に基づくサービス提供～計画の評価および見直しといったマネジメントサイクルの徹底を図る必要がある[厚生労働省2014b]。

こうした考えに基づき、2015年の介護報酬改定において、訪問・通所リハにおけるリハマネジメントプロセス（ニーズ把握・アセスメント～計画策定と多職種間での目標の共有～リハの実施～モニタリング～計画の見直し）の運用見直しが行われた。具体的な変更点は、①利用者ニーズ把握票（興味・関心チェックシート）の導入、②目標や役割分担を関係者間で共有するためのリハ会議の導入などである。

また、より適切なりハマネジメントを評価する観点から、ADLや手段的ADL（Instrumental ADL：IADL）の向上を達成した後、社会参加が維持できる他のサービス等に移行する（通所リハ終了後、地域の通いの場に移行する）など、質の高い取り

組みを実践している事業所を評価する点数（社会参加支援加算）が新設された。

## IV 多職種連携の現状・課題と対策－退院時連携とケアマネジメントに焦点を当てて－

### 1 退院時連携の現状・課題と対策

A県にて実施した、自宅退院要介護者への退院支援プロセス調査結果の中から、①退院前訪問指導、②退院前合同ケアカンファレンス（退院前CC）の実施状況をみる[川越（2012）]。

#### (1) 退院時連携の現状

##### ① 退院前訪問指導の実施状況

退院前訪問指導の実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」13.1%、「回復期リハ病床」46.9%、「療養病床」34.5%であった。ここで、退院前訪問指導への専門職の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「看護師」75.0%、「介護支援専門員」56.3%、「理学療法士（PT）」32.0%の順、回復期リハ病床では「PT」87.0%、「介護支援専門員」73.4%、「作業療法士（OT）」60.9%の順であった。

##### ② 退院前CCの実施状況

介護支援専門員が参加した退院前CCの実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」58.8%、「回復期リハ病床」73.6%、「療養病床」75.9%であった。

ここで、退院前CCへの病院専門職の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「看護師」93.4%、「医療ソーシャルワーカー（MSW）」55.1%、「医師」39.6%の順、回復期リハ病床では「看護師」81.1%、「PT」78.5%、「MSW」62.3%の順、療養病床では「看護師」90.9%、「MSW」52.3%、「PT」45.5%の順であった。

次に、在宅ケア関係者の参加率をみると、急性期病床では「訪問看護師」29.1%、「介護職」22.2%の順、回復期リハ病床では「介護職」16.6%、療養病床では「訪問看護師」36.4%、「介

<sup>9)</sup> 1回300単位、3ヶ月に1回算定可能である。

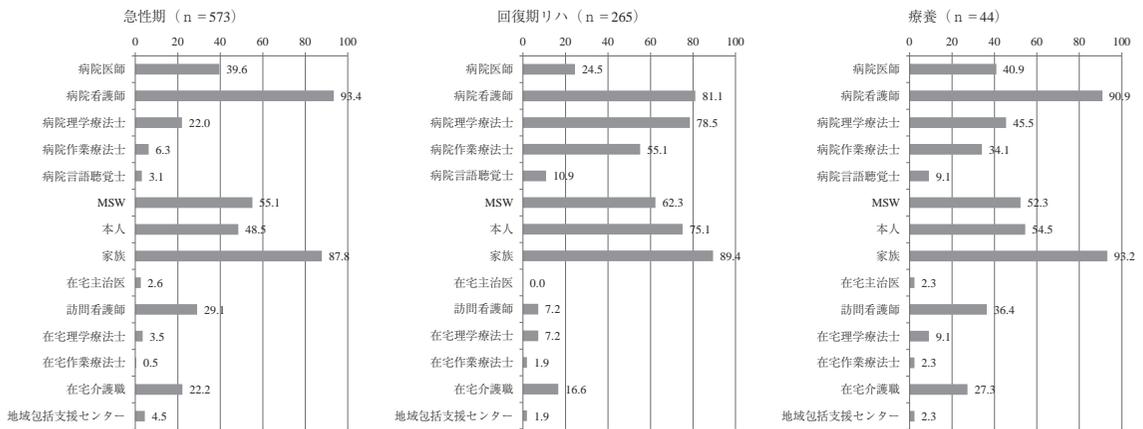


図6 病床種類別にみた退院前CCへの職種別参加率

「介護職」27.3%の順で、在宅サービスに従事するリハ職やかかりつけ医の参加率は低位であった（図6）。

(2) 退院時連携上の課題

急性期病床退院患者に対する連携の主な実態を整理すると、

- ① 急性期病床退院患者への退院前訪問指導は約1割しか実施されていない
- ② 急性期病床からの退院患者の約3割に、退院前CCが実施されていない
- ③ 退院前CCに、訪問看護師は約3割参加しているのに対し、在宅主治医やリハ職はほとんど参加できていない
- ④ 肺炎入院患者への退院前CCに、食べる機能の評価、食事に対する指導・助言ができる職種がほとんど参加できていないなどとなる。

これらの事実から、①病院スタッフによる自宅環境把握や自宅環境下での日常生活行為の確認はほとんどできていない、②退院後の生活上の課題に対する適切な検討メンバーが選定されていない、③会議招集者（主に看護師）の関心領域によって、会議のメンバーが選定されている可能性があるなどの課題が抽出された。

(3) 退院時連携の強化に向けた対策

① 退院前CCの意義を共通理解する

急性期病床との退院前CCを積極的に実施している尾道市医師会の片山らは、「退院前CCは、患者本位の医療を実現するために必要な転換手法であるとともに、患者さんや家族からの医療評価につながる重要プロセスでもある」と指摘するとともに、その効果の一つとして、連携病院である尾道市立市民病院の退院前CC数が増加するとともに、平均在院日数は短縮し、かつ、紹介率は著明に上昇していると報告している [片山 (2009)]。また、治療環境の異なる他の病院や在宅に移行することは、患者・家族にとって最も不安な場面といえるので、適切な情報提供と利用者側との合議は、説明責任の上からも重要であり、在宅主治医の参加は不可欠であると述べている [片山 (2005)]。

こうした退院前CCの意義を、まず、病院と在宅の関係者が共通理解する必要がある。その上で、患者・家族の不安軽減を図るため、退院前CCに在宅関係者が参加しやすい環境や体制づくりを病院側と在宅側で検討・構築することが重要となる<sup>10)</sup>。

② 退院前CCへの多職種参加を必須とする

ADLが低下している要介護高齢者の場合、複数の老年症候群を有している可能性が高い [鳥羽

<sup>10)</sup> 具体的には、地域支援事業に位置づけられた「在宅医療・介護連携推進事業」などを活用し、病院関係者と在宅関係者間で方法論を議論するなどの手段が考えられる。

(2009)]。また、調理、買い物といった、生活を送る上で重要となるIADLも障害を受けている。したがって、退院前CCに多職種が参加し、退院後の生活に対する適切な指導・助言を行う必要がある。

しかしながら、退院前CCに参加する職種は、会議を実質ハンドリングする担当者（看護師、MSW）の判断に委ねられているため、退院患者が有する様々な課題に適切に対応できるメンバー選定になっていない場合がある。

この問題は、担当者への教育・研修等を通じた意識改革を行うことと併せて、退院前CCには多職種が必ず参加するといった仕組みを、診療報酬改定や算定要件の見直し等で構築する必要がある（会議への参加を促す報酬の設定など）。

### ③ 在宅関係者が参加しやすい環境を作る

訪問看護ステーションの場合、管理者がいて、昼間の時間帯に開催される会議に出席可能な状況にあるが、訪問・通所リハ事業所のリハ職にはそのような自由度はない。そのため、昼間の時間帯の会議には参加しにくい環境にある。

介護予防の見直しの中で、地域リハビリテーション活動支援事業が新設されたが、こうした仕組みも活用しながら、在宅のリハ職が自由度を持って、その能力を様々な場面で展開できるような支援体制の構築も必要となる。

## 2 ケアマネジメントの現状・課題と対応策

筆者が助言者や司会者として参加した地域ケア個別会議等で取り扱った事例の中から、脳卒中退院事例を取り上げ、そこから見えてきたケアマネジメントの現状と課題を整理する。

### (1) 脳卒中退院事例に対するケアマネジメントの現状：解決すべき課題と対策の設定状況

脳卒中退院事例に対する「解決すべき課題」をみると、「課題1：自宅で入浴ができない」、「課題2：再発に対する不安が強い」など、また、対策としては、課題1に対しては「清潔保持を行うために通所サービスで入浴を行う」、課題2に対しては

「通院状況、服薬状況の確認を行う」などの記載が多く見られる。

また、ケアプランをみる限り、入浴ができない原因に関する記載がないものもあれば、同じような原因（例：下肢筋力の低下）が記載されているものも多い。

### (2) 課題と対応策

#### ① 「課題1：自宅で入浴ができない」に対して

入浴動作は、立位保持、移乗（乗り移り）、座位保持、浴槽をまたぐといった複数の動作で構成される。「入浴ができない」という課題を解決しようとすれば、これら各動作を直接アセスメントするか、あるいは、リハ職の評価を情報収集した上で、本来、対策を検討することとなる。

課題1に対する問題点は、ア)「入浴に関連する一連の動作のどこができないのか」という視点でのアセスメントができていない、イ)課題解決がマネジメントの目的であるという意識が弱い、ウ)何の種類のサービスを導入するか（対処療法的アプローチ）の意識が強いなどである。

このうち、ア)に関しては、リハ職が最も得意とする領域である。したがって、例えば、リハ職も参加したサービス担当者会議を利用者宅で行い、動作の観察や評価を共同で行うことで、リハ職の観察や評価のポイントを学ぶことができる。このような仕事の仕方を身につければ、多くの職種と仕事をする介護支援専門員のスキルは自ずと高まるのである。利用者宅でのサービス担当者会議の開催と、その場でのADL等の動作の共同での確認、課題を生じさせている原因に対するリハ職の見立ての確認などを業務として標準化することで、ケアマネジメントの質、多職種連携の質を高めることができる考える。

#### ② 「課題2：再発に対する不安が強い」に対して

九州大学医学部が行っている久山町研究によると、病型別にみた初発脳卒中後の再発率は、脳梗塞で「1年以内」10%、「5年以内」34%、「10年以内」50%、脳出血で「1年以内」26%、「5年以内」35%、「10年以内」56%、くも膜下出血で「1年以内」33%、「5年以内」55%、「10年以内」70%と報

告されている [Hata et al. (2015)]。

このように、脳卒中患者の再発リスクは高く、再発を予防するためには、ア) 再発の原因となる病気の管理、イ) 生活習慣の改善、ウ) 抗血栓薬の服用が重要とされている。

ところが、介護支援専門員が挙げる「脳卒中の再発予防」に対する対策をみると、通院状況および服薬状況の確認という記載が多い。脳梗塞の退院事例検討会の場で、脳梗塞の病型を質問したことがあるが、病型を答えられた介護支援専門員は少なかった。

「脳梗塞の再発予防のためには、脳梗塞を最初に引き起こした原因を把握した上で、服薬や生活習慣上の留意点をおさえておく必要がある」という意識が介護支援専門員にあれば脳梗塞の病型の把握は必須となるが、通院や服薬管理を行うだけでは、発症の原因に関わる脳梗塞の病型を知っておく必要性は低い。そのため、脳梗塞の病型まで把握している介護支援専門員は少ないのではないかと推察される。

課題2に対する問題点は、ア) 初発脳卒中の発症原因やリスク要因を把握していない、イ) 病気の管理、生活習慣の管理などは医療職の仕事と考えている（介護支援専門員としての役割が整理されていない）、ウ) 主治医の関心領域がどこにあるかわかっていないなどである。

これらの問題点を解決するためには、アセスメントすべき項目や医療職との役割分担の具体化などを図ることが必要と考える [ケアマネジメントの資質向上のためのテキスト作成班 (2013)]。

## V おわりに

本稿では、多職種連携が必要となる背景、多職種連携の推進に向けた国の施策動向を整理するとともに、退院時連携とケアマネジメントに焦点を当てた上で、多職種連携上の課題の整理と対応策の検討を行った。

その結果、①課題に応じた多職種チームが構成できていない、②各職種のアセスメントが統合できていない、③生活機能と影響因子を含む利用者

の全体像が俯瞰できていないなどの課題がわかった。

これらに共通した課題は、ICFの概念や方法論が現場レベルで実践できていないことにある。ICFの生活機能モデルは、本人の生活機能3要素（心身機能・身体構造、活動、参加）と関連3因子（健康状態、個人因子、環境因子）の6つのパートで成り立っているが、医師や看護師は主に健康状態や心身機能・身体構造に、リハ職は主に心身機能・身体構造や活動に、ケア職は主に個人因子や環境因子、参加に関心を払っている印象を強く受ける。

医療は標準化の世界であり、本人への直接的介入が中心となるため、個人因子や環境因子に対する意識は弱い。逆に、ケアは個性の世界であり、心身機能・身体構造や健康状態と生活機能の関連性を科学的に分析しながら介入する、ケアの方法論を標準化するというアプローチが弱い。こうした異なる関心領域や方法論を持つ専門職が、ICFの6つの要素を俯瞰しながら、本人の生活機能を高めるための介入方法（直接的アプローチ、間接的アプローチ）を検討し、課題解決に向けてそれぞれ得意とする力を発揮する（チームとして機能する）ことが今求められているのである。こうした多職種のアセスメント情報を集約し、高齢者の全体像をとらえるための手段として、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）なども開発されてきたと理解すべきである [岡本 (1998)]。こうしたツールを活用しながら、多面的な視点で高齢者を捉えることを実践レベルで繰り返し展開する（ルーチン化する）ことが非常に重要と考える。

こうした取り組みは、多職種が配置されている病院などの組織では展開しやすいが、多職種が地域に分散し、かつ、各専門職の所属法人も異なる「在宅」の世界で、介護支援専門員を中心に展開することは容易ではない。

ところで、ケアマネジメントの目的は、要介護高齢者が抱える日常生活上の「課題」を解決することである。ここでの課題とは、「今後のあるべき姿／本人が実現したいこと」と「現状」の

ギャップであり、介護支援専門員はこの両者を評価した上で課題を正しく認識する必要がある。

そのためには、本人や家族の意向・意欲を十分にヒアリングした上で、改善・悪化の可能性をイメージする必要があるが、福祉系を中心とした現在の介護支援専門員ではそのイメージ化は実質困難である。したがって、リハ職がADLの、看護師が症状・病状の予後予測を行い、介護支援専門員の課題認識を側面支援した上で、より自立につながるケアプラン策定への支援を行っていく必要がある。アセスメント、課題認識、課題分析、課題解決策に対する指導・助言を含め、他の職種（特に、医療職）がケアマネジメントプロセスに積極的に関与していく必要がある。

この具現化の一方法として提案されているのが、2015年から全市町村で実施している「地域ケア個別会議」である。これは、医療職を含めた第三者の専門職が参加し、介護支援専門員が提出した事例に対し、アセスメント内容を共有化した上で、多角的な課題分析とケア方針の策定方法への指導・助言を行うというものである。

介護支援専門員はこれまで、ケアマネジメントプロセスに関する同一職種からのピアレビューを受ける機会がほとんどなかったため、事例を積み重ねているにも関わらず、マネジメントスキルがなかなか向上しないといった構造的問題を抱えていた。ロールモデルとなる主任介護支援専門員を地域で養成し、地域ケア個別会議の場で、その者の考え方、多職種をハンドリングする手法を多くの介護支援専門員に提示すること、その方法論を学んだ介護支援専門員が、多職種が参集したサービス担当者会議の場で、学んだマネジメント技術を展開するといった良循環を作ることが、介護支援専門員のマネジメントスキルを高める効果的な方法であると考えられる。

大分県では、地域ケア個別会議を県内の全市町村で展開し、自立支援につながる方法論を多職種で検討し、要介護認定率の低減を果たしている[田井(2014)]。今後、こうした実践レベルでの取り組みの強化に加えて、多職種連携を促進するための教育レベルでの方法論の開発が行われること

によって、専門職間の相互理解と連携の推進、チームとしての課題解決能力の向上が図られていくものと期待する。

## 付記

本稿は厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」(H22－政策一般－026 研究代表者 川越雅弘)の成果の一部である。

## 参考文献

- 猪飼周平(2013)「地域包括ケアシステムの展望へ」、高橋紘士・武藤正樹編『地域連携論』, pp.205-215, オーム社。
- 大川弥生(2007)「生活機能とは何か：ICF：国際生活機能分類の理解と活用」, 東京大学出版会。
- 大川弥生(2009)「ICFから高齢者医療・介護を考える－生活機能学の立場から－」, 『老年看護学』, Vol.13, No.2, pp.18-27。
- 岡本祐三(1998)「MDS-RAPsと「高齢者総合評価」CGA：医療と副詞の共通言語を目指して」, 『高齢者医療福祉の新しい方法論：疾病診断から総合評価へ』, 医学書院, pp.1-33。
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会(2013)「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7-att/2r9852000002s7go.pdf> (2016年5月24日最終確認)
- 片山 壽(2005)「患者本位のシステムとしての地域医療連携と在宅医療」, 『治療』, Vol.87, pp.1693-1701。
- 片山 壽(2009)「父の背中の中の地域医療「尾道方式」の神髄－カンファレンスがつくる地域包括ケアシステム－」, 社会保険研究所。
- 川越雅弘(2012)「要介護高齢者に対する自宅退院支援の現状と課題」, 『静岡県医師会報』, pp.6-9。
- 川越雅弘(2014)「地域包括ケアにおけるリハビリテーション」, 『総合リハビリテーション』, Vol.42, No.7, pp.609-614。
- 川越雅弘(2015)「ケアマネジメントの課題と改善策」, 先見創意の会編『医療百論2015』, pp.25-35。
- ケアマネジメントの資質向上のためのテキスト作成班(2013)「疾患の観察ポイントと医療連携－脳卒中－」。
- 厚生労働省(2014a)「平成25年国民生活基礎調査の概況」。

- 厚生労働省 (2014b) 「平成27年度介護報酬改定について (通所系サービス, 訪問系サービス等)」, 第106回社会保障審議会介護給付費分科会資料1 (平成26年8月27日)。
- 厚生労働省 (2015a) 「平成26年 (2014) 患者調査の概況」。
- 厚生労働省 (2015b) 「介護給付費実態調査月報 (平成27年4月審査分)」。
- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2015/04.html> (2016年5月24日最終確認)
- 厚生労働省 (2015c) 「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」。
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2012) 「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」。
- 鷹野和美 (2008) 「チームケア論—医療と福祉の統合サービスを目指して—」, ぱる出版。
- 地域包括ケア研究会 (2009) 「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」。
- [http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu\\_01\\_pdf01.pdf](http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01_pdf01.pdf) (2016年5月24日最終確認)
- 筒井孝子 (2012) 「地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向」, 高橋紘士編 『地域包括ケアシステム』, pp.38-56, オーム社。
- 筒井孝子 (2013) 「地域連携方法論の開発と展望」, 高橋紘士・武藤正樹編 『地域連携論』, pp.26-38, オーム社。
- 田井祐二 (2014) 「大分県における地域ケア会議普及にかかる市町村支援」, 厚生労働省地域ケア会議推進に係る全国担当者会議 (平成26年10月8日開催), 資料3。
- <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/oita.pdf> (2016年5月24日最終確認)
- 鳥羽研二 (2009) 「老年症候群と総合的機能評価」, 『日本内科学会雑誌』, Vol.98, No.3, pp.101-106。
- 野中猛 (2007) 「図説ケアチーム」, 中央法規出版。
- 広井良典 (2000) 「ケア学—越境するケアへ」, 医学書院。
- 前田信雄 (1990) 「保健医療福祉の統合」, 勁草書房。
- 松岡千代 (2011) 「「健康転換」概念からみた高齢者ケアにおける多職種連携の必要性」, 『老年社会科学』, Vol.33, No.1, pp.93-99。
- 老人保健福祉法制研究会 (2003) 「高齢者の尊厳を支える介護」, 法研。
- Leutz WN (1999): Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, Vol.77, No.1, pp.77-110.
- WHO (2003) 「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」, 中央法規出版。
- Leichsenring K (2004): Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, Vol.4: e10, pp.1-15.
- Hata J, Tanizaki Y, Kiyohara Y. et al. (2015): Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, Vol.76, No.3, pp.368-72.

(かわごえ・まさひろ)

## **Methodology of care: focus on multi-disciplinary collaboration**

Masahiro KAWAGOE\*

### Abstract

Population aged 85 and over increases rapidly over 2040 when baby boomers will go into 90 years old. This age group-70% of them go to hospital regularly and a half uses long-term care services -has the great needs for comprehensive service.

Therefore, multi-disciplinary becomes very important, but the actual condition seen from the functional side is not clear.

In this article, we explain the trend of the national policy as well as the background which multi-disciplinary is needed, and furthermore, after focusing on discharge support and care management, we arranged of the subject on multi-disciplinary and examined their performance.

As a result, it turned out that the multi-disciplinary team according to a subject cannot be composed, each specialist's assessment cannot be unified, and it cannot be looking down at the global image of the user containing a function and an influence factor.

In Oita Prefecture, the community care conference was developed in all the cities, towns and villages, many occupational descriptions examined the methodology which leads to independence support, and it has achieved reduction of the rate of a care needs assessment. It is necessary to strengthen the measure in a practice level and an education level, and to aim at the mutual understanding between professionals, and improvement in problem solution capability.

Keywords : multi-disciplinary, function, care management, discharge support, community care conference

---

\* Director, Department of Theoretical Social Security Research, National Institute of Population and Social Security Research