

# 月刊 ケアマネジメント

## 5月号

特集



# つかもろう! 多職種連携のコツ

### 特別企画

介護支援専門員が行う  
ケアマネジメントの原点と今後の方向性

### 好評連載

QOL向上を目指す食支援レポート  
2024年度介護報酬改定を機に  
口腔・栄養面で必要なアプローチを考える



5  
May  
2024

sun	mon	tue	wed	thu	fri	sat
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

©Tomomi Nakatani

「アンナはひとり(おす・めす)」 イラスト Tomomi Nakatani

「ともにアート」とは

福祉施設発、知的に障害のあるメンバーが描く作品をデザインした、個性豊かなアートグッズブランドです。布のもの、紙のものを中心にたくさんのワクワクするアートグッズがあります。グッズを通して、つくる人と使う人がともにハッピーになることを目指しています。

tomoni art

ともにアート ♥ 今月のカレンダーから



表紙 Yuji Abe「題名無し」/ 表紙題字 Atsushi

社会福祉法人ともに福祉会

<http://www.fb.com/tomoniart>

# つかもう! 多職種連携のコツ

- 座談会「ケアマネジャーと多職種連携」  
ケアマネと多職種がともに舵とる船 利用者の思い流れる航路を進む ..... 7  
取材協力 ▶ FKB88 (府中絆バンド) の皆さん
- 仕組みから紐解く多職種連携  
多職種連携コンピテンシーから考える 円滑な連携のコツ ..... 11  
執筆 ▶ 吉本尚 ● 筑波大学健康ライフスタイル開発研究センター センター長
- 在宅医 長尾和宏氏からのアドバイス  
医師とケアマネジャーの「違い」を乗り越えるキーワード ..... 13  
執筆 ▶ 長尾和宏 ● 公益財団法人 日本尊厳死協会副理事長
- 訪問看護との連携  
分かち合い、補い、学び合う 専門職のやりがいをも生む連携 ..... 16  
取材協力 ▶ 村山みよ子さん ● 株式会社前原ハート 所長
- リハビリ専門職との連携  
変化を見通し、いまを支える リハ職と叶える、実態に即した自立 ..... 18  
執筆 ▶ 小野健悦 ● 医療法人博仁会 志村大宮病院 法人サポート部 部長
- 薬剤師との連携  
多職種の連携で「点」から「面」の視点へ 薬剤管理を個別にカスタマイズ ..... 20  
取材協力 ▶ 日高良昌さん ● 株式会社フォーリーブ のぞみ薬局 本店 管理薬剤師

特集

特別企画

連載

介護支援専門員が行うケアマネジメントの原点と今後の方向性 ..... 25  
執筆 ▶ 岡田進一 ● 大阪公立大学大学院 生活科学研究科 教授

読みの充実 情報ページ

視点

死を見つめるからこそ見えてくる  
人生を全うするための「生き方」 ..... 44  
執筆 ▶ 内村英徳 ● 居宅介護支援事業所なゆた 主任介護支援専門員

4つの視点から考える 幸せのためのヒント ..... 22  
小笠原綾子 ● ライター/編集者

「CADL」がケアマネジメントを変える! ..... 30  
高室しげゆき ● ケアタウン総合研究所 代表

F-SOAIPでケアの実践変容を ..... 33  
大森生澄 ● 特別養護老人ホーム まろにえ四季の里 介護支援専門員  
矢沢一真 ● ゲオム株式会社 代表取締役  
高末憲子 ● 埼玉県立大学 准教授/小嶋章吾 ● 国際医療福祉大学大学院 特任教授

QOL向上を目指す食支援レポート ..... 39  
白取芳樹 ● ライター/編集者

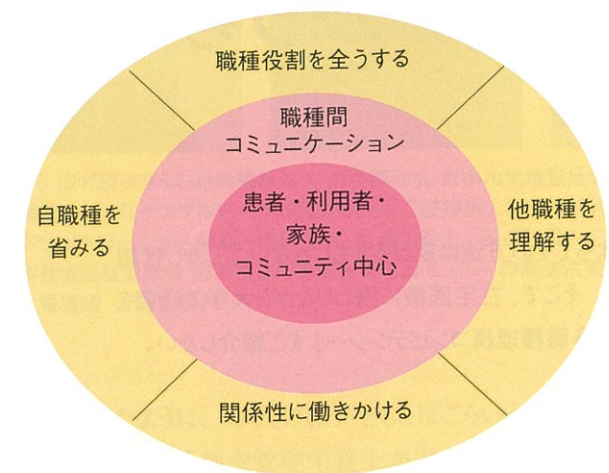
カナダの福祉 最新レポート ..... 48  
二木泉 ● 介護福祉士

- うらわか介護 ..... 52  
岡崎杏里 ● ライター/エッセイスト
- 医師との上手なつき合い方 ..... 56  
嵯峨崎勝運 ● 日本医療コーディネーター協会 相談役
- 性的マイノリティの老いを考える ..... 58  
永易至文 ● NPO法人 パープル・ハンズ 事務局長
- ソーシャルワーカー道まっしぐら ..... 60  
宗利勝之 ● 合同会社 地域生活支援ムネマル ムネマル相談支援センター 所長

- 花のある風景 ..... 2
- ともにアート ..... 4
- うちの子じまん ..... 32
- ボードゲームのススメ ..... 38
- 今月のよみもの ..... 54
- ニュースのツボ ..... 61
- インフォメーション ..... 62
- 読者アンケート ..... 63

表紙イラスト/今井修司 本文イラスト/小関俊一

図 医療保健福祉分野の多職種コンピテンシー



連携に役立つ能力として、日本保健医療福祉連携教育学会 (JAIBE) や日本医学教育学会などが開発した「医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー」を紹介します。多職種連携コンピテンシー (図) とは、多職種連携を実践するために必要な能力を指します。図で示したように、多職種連携コンピテンシーは2つのコアドメインと、コアドメインを支える4つのドメインで成り立ちます。

表1 コアドメインの内容と定義

コアドメイン	定義
患者・利用者・家族・コミュニティ中心	患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために、協働する職種で患者や利用者、家族、地域にとっての重要な関心事/課題に焦点を当て、共通の目標を設定することができる。
職種間コミュニケーション	患者・サービス利用者・家族・コミュニティのために、職種背景が異なることに配慮し、互いに、互いについて、互いから職種としての役割、知識、意見、価値観を伝え合うことができる。

表1にコアドメインについてまとめました。

「患者・利用者・家族・コミュニティ中心」は多職種連携の中核となる考え方です。利用者や家族などを中心にしたケアができるよう、各職種が理想とするケアのイメージを共有し、理想を実現するために必要な目標を他職種と協働して設定できる能力を意味します。

「職種間コミュニケーション」とは、ケアマネジャーとしての役割、知識、意見、価値観が他職種に理解してもらえるよう、コミュニケーションを取ることができる能力を意味します。「互いに、互いについて、互いから」とあるように、一方的に意見を述べるだけではなく、双方向に伝え合うことがポイントになります。円滑な多職種連携を行うにあたり外せない

表2 コアドメインを支える4つのドメインの内容と定義

ドメイン	定義
職種としての役割を全うする	互いの役割を理解し、互いの知識・技術を活かし合い、職種としての役割を全うする。
関係性に働きかける	複数の職種との関係性の構築・維持・成長を支援・調整することができる。時に生じる職種間の葛藤に、適切に対応することができる。
自職種を省みる	自職種の思考、行為、感情、価値観を振り返り、複数の職種との連携協働の経験をより深く理解し、連携協働に活かすことができる。
他職種を理解する	他の職種の思考、行為、感情、価値観を理解し、連携協働に活かすことができる。

能力であり、外側の4つのドメイン全てに関わるものです。

「患者・利用者・家族・コミュニティ中心のケア」や「職種間コミュニケーション」を行うには、表2のような4つの能力を磨く必要があります。

「職種としての役割を全うする」は、ケアマネジャーとして行うべき業務をきちんと行える能力を意味します。ケアマネジャーとしての役割を果たすとき、互いの専門職の役割を理解することはもちろん、互いの知識・技術を活かすことも大切になります。

「関係性に働きかける」は、異なる専門職同士が対等な立場で協力してケアできるよう、互いの役割を認め合い、比較的フラットな関係でやり取りができるよう働きかける力を意味します。冒頭の医師とのやり取りなど、その状況を読み取った上で対話する場を積極的に持つたりすることで、場の緊張感を改善させる関わりなどが該当するでしょう。

「自職種を省みる」は、多職種と共に利用者のケアを行った場面を想像しながら、自職種の考えや行動、感情などを振り返る力を意味します。振り返りを通してご自身の強み・弱みを客観的に把握することで、他職種とコミュニケーションを取る上で必要な自己コントロール能力を向上させ、より良い連携・協働につなげます。

「他職種を理解する」は、他の専門職が大切にしている思いや価値観などを理解する力を意味します。他職種理解を通して、連携・協働時のケアマネジャーとして取るべき行動を実行できるかがポイントになります。

多職種連携コンピテンシーを意識することで、多職種連携の力が高まり、円滑な連携を図ることが可能になります。筑波大学では『医療者のための「つくばノンテック道場」』と題して、医療機関・福祉施設等に勤務している方(事務職含む)のチーム力を向上する研修を提供しています。興味があればぜひ内容を確認してみてください。

# 医師とケアマネジャーの「違い」を乗り越えるキーワード

医師とのコミュニケーションを最も苦手とするケアマネジャーは少なくない。長年、在宅医として第一線で活躍するなかで介護職と連携し、著書が映画化(「けったいな町医者」「痛くない死に方」など)される等、メディアでの発信も続けてきた長尾和宏医師に、ケアマネジャーへの力強いメッセージをいただいた。

## 医療・介護専門職連携を隔てるもの 医療保険と介護保険の仕組み

超高齢社会において地域包括ケアの推進が謳われてきました。地域におけるケアマネジャーと医師の連携の重要性は、年々高まっています。しかし、両者の法律的な立ち位置や歴史の違いを知らないと、思わぬトラブルに至ってしまうこともあります。まずはそのことについて知ってほしいです。

そもそも医療保険事業は1961年に創設された国民皆保険制度に基づいて提供されます。意外かもしれませんが、非営利が大原則で株式会社の参入は許されていません。一方、介護保険事業は2000年に始まりました。こちらは当然株式会社の参入が許されています。両制度の年の差はなんと約40歳。結構な「年の差婚」であるのが、地域包括ケアシステムの成り立ちなのです。

また、医療の世界では、保険診療と自費診療の併用は混合診療と呼ばれ、原則的に禁じられています。たとえばワクチン接種などは、混合診療のあくまで「例外」として許容されているだけであり、混合診療の禁止が大前提です。一方、介護保険サービスは上限を超えたサービスは、自費で提供しても構いません。この混合診療禁止(医療)と混合介護容認(介護)の温度差もハレーションを起こす要因なのですが、意外と知られていないところです。

在宅ケアの主役は、訪問看護でしょう。2000年以前はすべて医療保険事業でした。しかし、介護保険ができてか

ら訪問看護は、医療保険と介護保険に分断されました。医療保険で訪問看護を提供できる病態は、末期がんや神経難病などに限定されています。現場では、「訪問看護は医療保険で勝手にやって下さい」とか「介護サービスだけで限度額は満杯です」と主張するケアマネジャーが多くいます。そこで仕方なく、主治医は特別訪問介護指示書を発行して逃げる場合も多々ありますが、出しすぎると保険の審査で怒られます。なんともやっかいです。私は、「すべての訪問看護を医療保険で!」という活動を10年くらいやりましたが、賛同者があまりいないので諦めました。

このように、訪問看護制度をめぐる行き違いは、医療側も介護側も悪くはなく、制度の狭間をつくり、分断した行政の責任だと言えます。だからケアマネジャーと医師がいがみ合い、責め合うのは間違いです。お互いの立場を理解して、ケア会議の場で妥協案を模索するしか手がありません。そして両者が行政と交渉していくことが、解決への糸口になると考えます。

## 医師と介護職、考え方の違い

医師と介護職の考え方の隔たりがもっとも顕著になるのが、認知症の人の在宅ケア現場です。たとえば、中等度のアルツハイマー型認知症の80代の男性の例で考えてみましょう。

その人は元中小企業の経営者でした。日常会話は普通にできるけども短期記憶が障害されて時々、混乱します。同居していた妻と娘さんは、自宅介護を明確に拒否しました。「一日でも早く施設に入ってほしい」と、高級老人ホームにその人を半ば騙すように連れて行き、逃げるようにして帰ったままです。たいへん裕福な家庭のようで、お金は払うので面会さえもしたくない、とのこと。その人の在宅医を依頼されました。しかし入所までの一連の様子を見てまるで捨て犬だな、と正直感しました。家族が暮らすその立派な家を



執筆▶  
**長尾和宏**  
医学博士。公益財団法人 日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授。ベストセラー「痛くない死に方」「ひとりも、死なせへん」(共にブックマン社)など著書多数。ニコニコ生配信「長尾チャンネル」も好評。

建てたのは、このお父さんのはずなのに…とせつなくなりました。

その人は、根は優しい方です。組織のトップに長く君臨していた風格を感じます。普通に話しかければ柔らかな笑顔もあり、父性も維持されていました。週2〜3回、デイサービスを利用すれば在宅介護も充分可能な状態です。独居でもそんな人はいくらでもあります。

しかし、「家族」が在宅介護を頑なに拒否しています。家族は、「お金さえ出せば預けられる。それで関わらないで済む」と割り切っているよう。愛も情も、感じられませんでした。主治医になるにあたり、その人の「物語」についてもっと知りたいのですが、聞き出す機会もありません。通常、家族は主治医との面談を求めるものですが、その反対で、僕とも、施設のケアマネジャーとも関わりたくないようでした。「早く死んでほしい」と願っているのかな、とも思いました。

その人は入所した当日から、館内をウロウロしはじめ帰宅願望と脱出行動が強烈でした。彼にとって高級老人ホームの豪華な部屋は「牢屋」でしかなく、自分の居場所は、あくまで住み慣れた我が家です。一日中、常に外出の機会をうかがいウロウロするので、施設のスタッフも疲弊したのでしょう。ある日、管理者から「薬でなんとかしてくれないか」と懇願されました。

いわゆる周辺症状を抑える薬の要求です。施設の受付嬢の労働環境の改善のためです。処方するのは簡単ですが、抗精神病薬を処方することが果たして医の倫理に合致しているか迷いました。その人にはなんの問題もない、もしも自分がその人だったらおそらく同じように帰宅行動を繰り返すだろう……。

僕が習った医の倫理は、「その人が求めないことをやってはいけない、その人を単に傷つけることはやってはいけません」でした。医療はその人のためにある。とすれば、僕がやろうとしていることは、医の倫理に反していることは明白です。

しかし、そこは自宅ではなく、高級老人ホーム。介護の倫理では、その人の行動は「問題行動」なので、薬で抑えないといけないし、その場においては「善行」のようです。悩んだ僕は、思い切ってケアマネジャーに相談しました。すると「薬剤の使用は仕方がない」と言われました。そこで僕は、少しだけ薬の処方しました。少量だったため、管理者さんは不満げでした。

## 利用者の想いを叶えるための 医師とケアマネジャーの連携方法

医師とケアマネジャーの連携は極めて重要です。情報共

有だけでなく、難渋例では相談しあうことでお互いの精神的負担が減ります。

相談方法は文書以外に電話や面会があります。お互いが多忙ならば、都合のいい時間を提案しあえばいいでしょう。ケア会議（サービス担当者会議）の場は極めて重要な情報交換のチャンスです。またACP（人生会議）の場も活用してください。行政が主導する「地域ケア会議」の場も大切です。さらに年に1〜2度は開催されるケアマネジャー協会と医師会の合同勉強会や懇親会には必ず参加しましょう。拙書『訪問看護師とケアマネジャーのためのアドバンス・ケア・プランニング入門—ACP 人生会議とは何か—』（健康と良い友だち）も是非参考にしてください。

家族や施設にとっては、「閉じ込める」ことは管理上当たり前で、絶対的な善にしないといけない場合があります。そして通常、脱出行動は、2ヶ月ほど経過すると、徐々に鎮静化します。それは薬の効果というよりも、抵抗の「諦め」のように映ります。「抗う元気」が失せてきて、悪い意味で「順応」してしまうものです。しかし、先に紹介したその男性は、3ヶ月たっても4ヶ月たっても脱出への意思を持続させていました。自分の考えを保ち続けていたのです。そして施設の管理者さんも困り続けます。

たまにしか会えない家族からは、もしも介護施設で無理ならば精神病院に入れるつもり、と聞かされていました。施設入所は家族の「温情」とのこと。しかしその高級老人ホームの費用は、そもそもその人が稼いだものはず。精神病院に入ったなら、もっと大量の薬剤が投与され、ウトウトと終日眠らせたままになることは目に見えています。しかし、家族はそれを望んでいる。だとすれば、僕がここでなんとか普通に暮らせるように薬の量を調節することに本当に意味はあるのだろうか……。

施設の経営者からすれば、在宅医なんていう者は、お客さんを「生かさず、殺さず」におとなしく留め置いてくれればいいだけの存在です。本人重視などと考える、余計な介入はハッキリ言って迷惑なのです。長年在宅医をやっていると、その場その場の空気に対応する術も知っています。しかし、「その介護は誰のもの？」と叫んでみたい衝動によくかられます。ケアマネジャーも、同じような葛藤を抱えながら頑張っているのではないのでしょうか。

## ケアマネジャーも医療的知識を 医師とケアマネジャーそれぞれの役割

このように、介護施設に入所している人の主治医を担当すると、自分に自信が無くなる時がままあります。介護スタッ

フの負担軽減には少しは役立っているのかもしれませんが、患者さんには悪事しかしていない場合があるからです。抗精神病薬の大量投与は余命（生命寿命）を短縮することがもはや医学的常識です。度重なる転倒と活動性の低下で、さらに命を短縮させます。毎週訪問するたびに、表情が消えていく患者さん、ボーっとテレビがついているだけで、大好きだった新聞もあまり読まなくなった患者さん。だけど介護スタッフは、「最近落ち着いてくれました」と嬉しそう。正直、辛い場面です。

抑制系の薬剤の匙加減の基準を、どこに置くのか？それが僕に問われています。理想は、「その人にほとんど悪影響を及ぼさず、施設ライフを楽しめるような薬剤の種類と量」を定めること。しかし介護スタッフは、良い認知症ケアを見たことも習ったこともないので、医者が理想論を語っても通じません。

だからこそケアマネジャーには、最低限の医学的知識を持って頂きたい。たとえば抗精神病薬の知識です。介護のカリスマである三好春樹さんと僕との共著『完全図解 介護に必要な 医療と薬の全知識』（講談社）が参考になると思っています。

## 勇気を出して「本音」を伝え ともに介護の未来をつくろう

最後に、この雑誌はケアマネジャーが読むものなので、ケアマネジャーの役割について私見を述べます。ここまで書いてきた、高級老人ホームに入った認知症の男性の物語を、あなたはどう思われたのでしょうか。「そんなもんでしょ

仕方が無いですね」なのか。それとも「それはいけませんね。なんとかしなければ」なのか。それはつまり、施設の方を向いて仕事をしているのか、ご本人の方を向いて仕事をしているのか、ということです。

では、認知症ケアの研修には、どれくらい行かれたでしょうか？認知症ケアの本を、今まで何冊読まれたでしょうか？まさか、この雑誌の読者に（長尾の名前は知らなくても）三好春樹という名前を知らない人はいないと思いますが。内心は「おかしい」と思いながらも私情を殺して仕事をしているのです！という人がほとんどかもしれません。

今、僕が一番知りたいのは、そんなケアマネジャーたちの「本音」です。抗認知症薬や抗精神病薬の処方でも悩む僕のような医者や、ケアプランと経済性の狭間で悩むケアマネジャーが、愚痴を言い合える関係性であって欲しい。そうでなければ、ダメなんです。だから、ケアマネジャーは是非、勇気を出して心に留めている想いを、言葉にしてほしいです。医者への不満、待遇への不満、雑務の多さ、なんでもいいから、声をあげて。そこから会話が始まり、なんらかの解決策が見えてくるはずですよ。それがご本人のためとなります。

コロナ禍以降、さらに煩雑となった介護現場から逃げ出すケアマネジャーが増えていることを知っています。自分を殺して仕事をすると、いつか自分が崩壊します。だから僕も散々発信してきましたが、介護保険の改悪に対して、ケアマネジャーも一緒になって本気で声を出さないと、介護の未来はさらに厳しいものになるでしょう。手をつなぎましょう、分断の時代だからこそ。

### 長尾和宏医師が作詞した、認知症の親を想う歌

### 「あなたが名前を忘れても」 YouTubeで公開中！



1) ドラムを掻き鳴らすような音で 風が窓を激しく叩くよ  
テレビポーターはびしょ濡れで 今年初の台風警報  
あなたは朝から落ち着かないね 抽斗（ひきだし）をひっくり返しなから  
「何処に行ったの？ あの子は」と  
… 夢中で誰か 探していた

昔飼っていた三毛猫のこと？ それとも幼い日の僕のこと？  
「どちらさまですか」 そう言われる日が 怖かった 永遠の別れの前に  
記憶の糸が断ち切れるほうが どれほど残酷だとしても  
だけどもしもいま、 そのときが来ても 小さな背中につぶやくよ  
あなたが名前を忘れても 僕の名前を忘れても 何も変わりはないと

2) 昨夜（ゆうべ）ひらいた金木犀が 風に吹かれ悲しく 落ちるよ  
ようやく蕾がひらいたのに 命さう嵐が憎い

あなたは時間の迷子かもね 探し物の手を止めるたびに  
あの子を迎えに行かなくちゃ 遠い過去の僕を探しに

古いアルバムを ひらいて話そう 秋の空もセピアに変わるけど  
「何処にも行かないで」夜が来るたびに 怖かった 母ひとり子がひとり  
いつまでもずっと あなたの愛に守られて生きていたいけど

だけど神様はマザコンの僕に 介護という季節をくれたよ  
あなたが名前を忘れても 僕の名前を忘れても 楽しかった日は忘れない