

医療と福祉を結びつける ケアマネジメントの実践と課題

千葉・千葉市あんしんケアセンターまくはりの郷 社会福祉士 加藤 久美



はじめに

当法人は病院、診療所、健診センター、訪問看護ステーションのほかに通所介護、通所リハビリテーション、老人保健施設、居宅介護支援（特定事業所加算Ⅱ5カ所を含む）業所があり、千葉市の委託で地域包括支援センター1カ所、船橋市の委託で在宅介護支援センター4カ所を運営しています。私は病院で約15年間ソーシャルワーカーとして勤務した後、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなどで相談業務、ケアマネジャー（以下ケアマネ）の業務をしています。はじめにケアマネがどのような業務をしているのか、そして、その介護報酬はどうなっているのかを説明したいと思います。

ケアマネジャーとは

ケアマネの業務は介護保険法の中で運営基準が規定されています。この運営基準を順守することにより、介護報酬が支払われることとなります。居宅介護支援事業の基本的な介護報酬は要介護別に設定されています。

2000年に介護保険法が施行された当時は、基本の報酬のみでしたが、現在は病院に訪問して情報提供する、カンファレンスに参加する、一人暮らしや認知症の方々を支援することについて加算が算定できるようになりました。そして、ケアマネの事業所、つまり居宅介護支援事業所は単独では赤字のため、最近では事業所を統合してケアマネを集団化し、特定事業所加算の算定を届け出る事業所が増えていきます。これによって居宅介護支援事業所も黒字になってきていますが、一方では人

員体制や会議などの条件をつけられ、前述した運営基準を1件でも違反してはならないという要件があり、このことがケアマネにとって苦悩のシバリの1つにもなっています。利用者の自宅に訪問しなければならない、アセスメント、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画書などの作成、書類の説明、交付と同意など基準を守りながら利用者の急変や家族の病気などに対応するなど、余裕のない業務となっています。

そのようななかでも、ケアマネは利用者や家族の話に耳を傾け、望んだ場所で生活をしていくことや、望んだ場所で人生の最期を迎えることを支えていきたいと思っています。一度最期の場所を「在宅」と決めても土壇場で気持ちは変化し、病院に入院されることもあります。常に揺れ動く気持ちに寄り添い、その都度、関係者に連絡や相談、方針変更、サービスを調整したりしています。つまり、法令順守をしながら利用者や家族の立場に立った支援をし、利用者や家族に寄り添う実践をしているのです。

利用者の実態

では、実態はどうなっているのか。利用者の病状が急性増悪で緊急に入院になることもあります。なかなか確定診断や方針が決まらないときは介護量が増えて、在宅でサービスを追加して対応しているうちに、結果的に入院になるというケースも少なくありません。そういうときは利用者も家族もケアマネもサービス事業所も不安で、毎日何度も連絡を取り合い、訪問看護ステーションや医療機関と相談するなどの対応をしています。診断がついて入院すると、正直ケアマネもほっと一

安心で、「病院でしっかり治療もし、看てもらえる」と一瞬思います。しかし、病院からは「早く退院させたい」「今しか帰れない」「明日退院」と急な連絡を受けることがしばしばあります。そうすると、ケアマネは病院へ出向き、利用者・家族とお会いし、カンファレンスに参加します。在宅調整を始め、アセスメントをし、居宅介護サービス計画いわゆるケアプランを作成し、退院の準備を急いで行います。

実際は、そのような準備をしているなかで、結局は医療保険の訪問看護のみの利用となり、在宅での介護保険サービスの利用がないため、ケアマネの報酬を請求できなかったケースもあります。また、急いで介護認定の申請をして、主治医が意見書を記載しても、認定調査前にお亡くなりになった場合は調査ができず審査会が開けないため、要介護認定そのものが下されません。そのため在宅で暫定プランにもとづいて介護保険サービスを利用した場合は全額自費となり、ケアマネの報酬が請求できないばかりでなく、ご家族に大きな負担をしてもらうこととなります。私が担当した60代後半で一人暮らしのがん末期の女性は、仕事をしている娘と孫が、限られた時間を一緒に過ごしたいという願いをもって在宅で過ごされましたが、日中のヘルパー支援は結局全額自己負担になってしまいました。

そのほかに、千葉県のある自治体では、がんのターミナルで要支援1・2の認定を受けた方に、ケアマネが訪問看護を導入しようとしても「認めない」「地域包括支援センターが訪問調査をして利用可能か決める」というローカルルールがあります。私たちケアマネはそういう制約やローカルルールともたたかっていかないと、利用者の願いや命も守れないという実態があります。

思いや願いを伝え、つないでいく実践を

日常業務の中で「これでいいのだろうか？」と悩むことがあります。それは「医療機関のペースで進められていないか?」「病院で時間をかけて丁寧に患者の思いを傾聴したり、説明ができていいのか?」ということです。「今しか退院できる

ときはない」と連絡があって病院を訪ね、合同カンファレンスに参加した後、ある利用者は「僕は、本当は病院にいたい」と耳元で囁かれたこともあります。また、がんの患者が一度在宅に戻った後に痛みのコントロールができなくなり、病院で再度疼痛コントロールをするため入院したが、急変して亡くなったというケースがありました。

私が直接担当したケースではありませんが、後日、ご家族から「往診のときにどのくらい入院するのか、急変もありうるのかなど、話をもっと聞いていればよかった。夫は退院したときに、自分の書斎にこもってパソコンでこれを書いていたのです」と、書きかけの遺書を見せてくださいました。ご家族への感謝の思いであふれていたそうです。「もっと思いを聴いていたら、入院はさせなかったかもしれません」と後悔していたようですが、ケアマネも深く考えさせられたケースでした。

医療機関やサービス事業所など関係者にその人の思いや願いを伝え、つないでいく実践をしていかなくはないと感じています。

きちんと人として向き合うことの大切さ

次に80代の男性のケースを紹介します。がんが転移して今後どうするか、介護をしている妻に病院から「差し控え同意書を書いてください」と言われ、妻が困惑してケアマネに相談してきたというケースです。ケアマネも医療機関でインフォームドコンセントが実践されていることは承知していますが、「差し控え同意書」という存在ははじめて知りました。妻から「再度主治医から説明があるので同席してほしい」という相談をうけ同席し、「ご高齢、ターミナルで治療は何もしないということに同意します」という書類だということがわかりました。病院からは「奥さんもご高齢なので判断能力はない」と言われ、ケアマネに判断を求められたという経験をしています。

民医連の病院ではありませんでしたが、医療機関には高齢であってもきちんと人として向き合うべきです。丁寧に説明し、患者や家族の気持ちを引き出し、「どうすることがいいのか」を共有してほしいと思います。ケアマネも医療機関側に足

を運ぶのはもちろんのこと、医療のなかで何が起きているのかをわかっていこうとする姿勢も必要です。利用者と家族の立場で発言をし、伝え合う努力をしていくことが求められます。

すべてケアマネが行う必要はない

私が感じていることで、「何が何でも一番初めにケアマネがいろいろな情報を知っていなければならない」「利用者に関することすべてをケアマネが把握していなくてはいけない」「すべての場面にケアマネがいなくてはいけない」「何が何でもケアマネが一番でなくてはいけない」ということではないということがあります。利用者にとって、家族にとって、主治医との出会いや関係が一番であってもいいし、訪問看護ステーションの看護師であっても、民生委員であってもいいと思うのです。確かに「最期の連絡が一番最後にケアマネに来る」というのは寂しい気もします。やり切ったという意味での達成感が萎えてしまうことはありますが、きっとケアマネならば誰しも感じたことがあるのではないのでしょうか。

私が長く担当させてもらったある女性の方は肝臓がんが見つかって、娘が在宅での看取りを希望しました。娘もこれでいいのか気持ちが揺れることもあるなかで、私は毎日訪問をすることはできませんでした。訪問看護ステーションの看護師はよく受け止めて、連絡もこまめにくれました。ある日、看護師から「主治医にも相談をしたのだけれども、もうお風呂に入れるのは最後かもしれないから、ご本人のお風呂に入りたいという願いをかなえてあげられないか」と電話がありました。ケアマネは訪問入浴を手配しました。夕方に入浴をされ、その夜に孫も含め、家族全員に見守られて人生を終えられました。

マネジメントをしたのは訪問看護ステーションです。ケアマネはただ訪問入浴サービスを手配しただけです。「すべてケアマネが行う」必要はないのです。ケアマネは支える一員であり、ご本人やご家族の満足感が得られればよいと思います。

働き方や役割が変わってくる時代へ

今後の在宅死について述べたいと思います。先日、職能団体の学習会に参加したときに、厚生労働省は、患者が医療機関で亡くなるという現状を変えていきたいと考え、それを地域包括ケアとセットで検討し、2012年の診療報酬と介護報酬のダブル改定をその第一歩にしたいと考えています。つまり、今後は「在宅死を増やしたい」ということです。2025年には160万人が亡くなると推計し、うち医療機関で89万人、自宅で20万人、介護施設で9万人、そのほかで47万人という内訳を想定しています。そのほか、とは現在の有料老人ホームや高齢者専用住宅を考えており、高齢者住まい法を改正し、かなりのスピードでサービス付高齢者住宅を増やして、亡くなる場所として確保します。それらを含めて「在宅死」と考えているわけです。そこをビジネスチャンスとすれば、雇用も生み出せると言っていました。

今、私たち民医連の病院の周辺にそういう施設が建っていませんか？ 同じ敷地内にケアマネやヘルパーの事業所が存在し、同じようなケアプランで利用者に限度額いっぱいサービスを組んでいる実態を目にします。将来は不動産屋がサービス付高齢者住宅を斡旋し、その住宅内にケアマネがコーディネーターとして常駐し、プラン作成をするという時代がやってくるのではないのでしょうか？ そうなると私たちケアマネの働き方や役割が変わってくるのではないかと思いますし、医療のあり方も、そして地域も大きく変化するのではないのでしょうか。

おわりに

今後は地域包括ケアに関して介護事業所だけではなく、医療機関で働く職員の皆さんや共同組織の皆さんと一緒に学習し、民医連がこれまで培ってきた民主的集団医療・福祉の実践を大きく地域に広げ、医療と介護・福祉が一体となった多職種協同型のケアマネジメントの実践を再構築していくことが求められているのではないのでしょうか。