

重度化に対応できる事業所づくり! 医療職・リハ職・ケアマネとの 連携のポイント

生活機能向上連携加算の見直しなど、これまで以上に訪問介護事業所にも「連携」が問われています。医療職やリハビリの専門職、そしてケアマネジャーと、訪問介護事業所・サービス提供責任者に求められる多職種協働、多職種連携について本特集で考えていきます。

多職種連携の中で、 訪問介護が 果たすべき役割

株式会社ドットライン
代表取締役 垣本祐作



かきもと・ゆうさく ■ 1985年生まれ。24歳で起業。現在、株式会社ドットラインほか4社を経営。千葉密着ソーシャルベンチャーの「ドットライングループ」として、地域が抱える問題の解決に事業として取り組んでいる。千葉市にて、訪問介護、居宅介護支援、訪問看護、障害児通所支援、家政婦紹介、人材紹介など、7事業所を展開。経営コンサルティングも行っている。

POINT

- ① ADL重視からQOL重視へと変わってきている流れをつかむ。
- ② インフォーマルな資源の活用も求められるため、専門職以外の職種との連携が求められることも出てくる。
- ③ 訪問介護員の専門性とは何か、自立支援とは何か。「点」ではなく「面」で考える。

今一度考えておきたい、 多職種が協働で行う ケアが持つ意味

まず大前提として、「地域包括ケアシステムの構築」(資料)が、今後の流れであることは自明です。これまでは病院に入院して看取りの時を迎えるというのが一般的な流れでしたが、今後その役割は、病院ではなく地域が担っていくことが求められています。病院には、医師や看護師、リハビリテーション職やケア

ワーカー、医療ソーシャルワーカーなど、多くの職種の職員がいます。しかし地域では、利用者宅に常に各専門職が常駐しているなどということはありません。そのため、多職種が連携してケアを進めていくことが大切です。

これまでのADL重視から、QOLが重視されるようになってきたのも、そうした流れからくるものです。人生の質・生命の質・生活の質を高めるために、そして、利用者の在宅での生活をより豊かにするために、それぞれの専門職としての

地域包括ケアについて

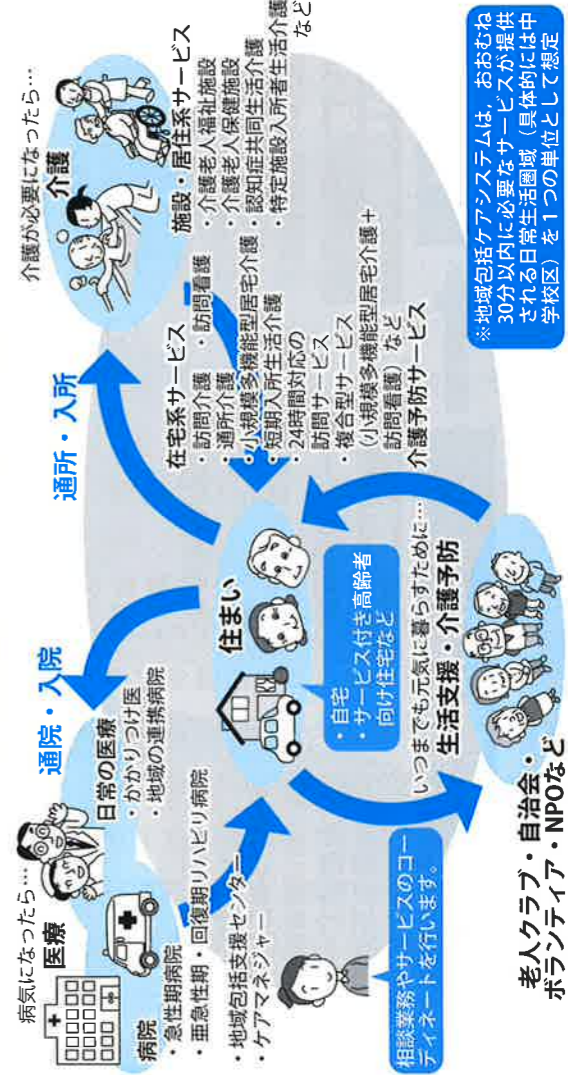
- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素(住まい・医療・介護・予防・生活支援)が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷり蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援しています。



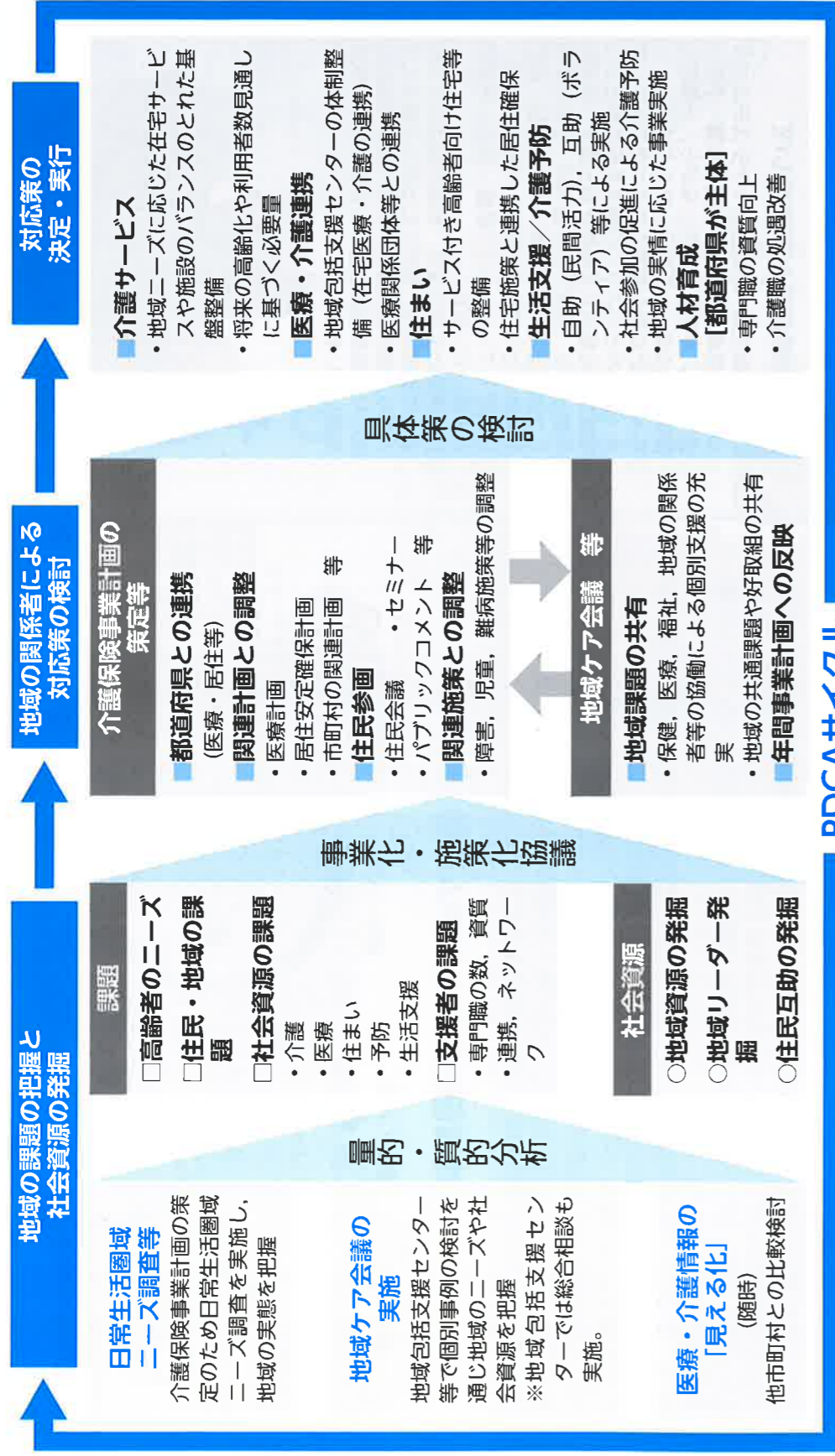
資料 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が増える大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、**地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**

地域包括ケアシステムの姿



市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）



厚生労働省資料より

PDCAサイクル

専門性が発揮されるべきであり、そのことがとても重要です。

介護保険制度は、申請して要介護認定を受け、実際にサービスを受けるまで時間がかかります。この要介護認定は、医療であれば、医師が「あなたはこういう病気です」と診断すること、すなわち病気を「認定」することと言い換えられ、すぐに「認定」が出ます。

介護保険だとそうはいきません。介護保険を利用したいと希望したら、まず役所などに連絡し、介護保険の認定調査員が自宅に来ます。その後に介護保険審査会や主治医意見書などを経て、今度は居宅介護支援事業所のケアマネジャーがやってきます。そこで面談していろいろやり取りをして、それでようやく「仮の」ケアプラン（ケアプラン原案）ができます。さらに、そこからサービス担当者会議があり、やっとケアプランが確定します。かかる時間が医療とは比べ物になりません。そうした流れの中で、連携をしていく必要があるということも踏まえていかなければいけません。

「専門職」だけが「多」職種ではない

地域ケア会議というものがあります。これは専門職が一堂に会し、地域の課題について共有することを目的としています。地域包括支援センターが主体で行っていますが、まだまだ実際に機能しているとは言えない地域も多いのが実情です。

地域包括ケアシステムの実現のために多職種連携はとても重要ですが、果たしてここで言う多職種とは、医療や介護、あるいはリハビリテーション職、つまり「医療や介護」に限定されることなのでしょうか。

ケアマネジャーが利用者のプランを立案する際は、必ずしも公的（フォーマル）なサービスだけで組み立てるとは限りません。地域にあるボランティアなどのインフォーマルな資源の活用も視野に入れて組み立てていきます。

地域包括ケアシステムについて、厚生労働省は次のように説明しています。

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

「住まい」という単語が出てきますが、住まいを提供するのは不動産の会社です。病院から地域へと帰ってきた時に、住宅がなければ退院後の支援ができなくなります。食事についても、1日3食、毎日訪問介護サービスの生活援助サービスで調理を提供することはできませんし、介護保険の理念に照らし合わせても適切とは言えません。そうすると配食サービスなどの民間サービスの利用を検

討することになります。「チームケア」を考える際には、このような地域のインフラ全体を考えていく必要があります。大きい「面」で物事をとらえていくことがとても大切です。

（医療主体の流れの中で）

訪問介護事業所の加算では、平成30年度より生活機能向上連携加算の要件が見直されました。仮にこの加算を取得しようと思っても、訪問介護事業所だけではどうすることもできません。リハビリテーション職ありき、もっと言えば、医療法人が提供する訪問リハビリテーションであることが算定要件の一つですが、医療職との連携と言っても、やはり医療主体というのが今の制度の流れです。

病院から退院してきて、介護保険を利用する場合、これまでの訪問介護事業所はケアマネジャーを介して利用者との接点を持ち、そしてサービス提供をしていましたが、今後は病院から直接リハビリテーションを提供する事業所、そして「自立支援」という形にシフトしていくような流れがあります。そうすると訪問看護が果たす役割が大きくなります。

もちろん介護保険制度の仕組みを考えれば、ケアマネジャーが中心的な役割を引き続き担うと思いますが、地域を支える上で看護師が果たす役割は大きくなるでしょう。医療分野の知識だけ、介護分野の知識だけでは地域包括ケアシステムは成り立ちません。これら両方の視点を

持つ看護師も要となり、ケアマネジャーと看護師の連携場面というのも増えてくると思われます。

ではそのような流れの中で、訪問介護事業所はどうしていけばよいのでしょうか。

（自立支援）

介護保険制度がスタートした当初から、「自立支援」と謳われており、訪問介護サービスに求められるのも「自立支援」です。

介護保険法第1条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

しかし現場では、ホームヘルパーはまだまだ利用者からお手伝い感覚で見られているということが少なくありません。実際に利用者のADLを的確に把握し、日々のちょっとした違いをアセスメント

できるのは、利用者の最も近くにいる専門職である訪問介護員であることは間違いないのですが、現状それがなかなか利用者側に伝わっていません。

訪問介護員の専門性、それこそが、「自立支援」なのではないでしょうか。皆さんご承知のとおり、「老計第10号」において、身体介護で算定できることがこれまでよりも明確化されました。これを私は、厚生労働省からの「訪問介護事業所の訪問介護員は、自立支援をしっかりやりなさい」というメッセージだととらえています。私は「原点回帰した」という感覚でいます。

また、平成30年度の介護報酬改定も、身体介護を重視する内容でした。生活援助に関しては、厚生労働省は新たな研修の修了者がカバーし、専門職である訪問介護員は生活援助ではなく身体介護を担うようシフトさせたい考えです。平成30年10月からは、一定回数を超えた生活援助については居宅介護支援事業所から市町村に届け出る必要があります。新たな研修も軌道に乗っていませんし、生活援助の担い手はどうするのかという問題はあつたものの、訪問介護サービスから生活援助を切り離したいという厚生労働省の思惑は十分に伝わります。確かに生活援助については、今は郵便局が行う見守りのサービス（みまもり訪問サービス）など、代替サービスとなり得る地域の生活支援サービスも随分と増えてきた印象があります。

（介護保険からの卒業）

理想は、自立支援を実現し、要介護状態から改善させ、介護保険を「卒業」してもらおうことです。この実現に向けて取り組んでいくことこそ、本来の訪問介護の役割ではないかと思えます。

しかし、現実はその甘くありません。いまだに利用者の負担額の心配をして、必要のない部分まで生活援助で算定してくるケアマネジャーがいることも事実です。このように生活援助でのサービスを増やして負担を減らそうとするのではなく、きちんとしたケアプランを立てて、訪問介護に対しても適切なマネジメントを行い、介護保険から卒業させてお金をかからなくするというスキームの方が求められるべきですし、専門職としても目指すべき方向性なのではないでしょうか。そしてそのことが、持続可能な介護保険制度にもつながっていくものだと思います。

自立支援を突き詰めていけば、究極的には介護職が「何もしない」状況というのが理想です。これは現実的ではないですが、それでも不必要なケアは利用者の自立を阻害するだけです。そうした視点を持ち、「自立支援に向けてどうアプローチしていくか」を考えることが、訪問介護に求められるとても重要な役割であると思えます。

「介護給付の適正化」と言うと、削減することばかりに目が行きがちですが、

一時的に身体介護は増えるかもしれないけれど、介護保険から卒業することも視野に入れていくというような中長期的な視点を持っていただきたいです。これこそが本来目指すべき適正化であると思っています。

（サービス提供責任者の役割）

サービス提供責任者に求められるのは、提案力だと思っています。ケアプランは言うまでもなく居宅介護支援事業所のケアマネジャーが作成しますが、それをチェックして意見する場がサービス担当者会議です。ここでぜひ、訪問介護事業所のサービス提供責任者の「専門的見地」として、「このサービスが利用者の自立支援につながるかどうか」という視点でチェックしてください。

会議の場での提案。それはサービス提供責任者の力量にかかっています。原案に対して、いかにうまく提案できるか。それが利用者の自立支援にもつながっていきます。

事業所の考え方や経営的な判断もあるので、それぞれの事業所によってカラーは異なります。しかし、「身体介護しかやりません」という事業所が今後出てきてもいいと思います。当社が提供する訪問介護事業所としては、「自立支援」を全面に押ししていきたいと考えています。実際に要介護度が改善して、要介護状態から抜けた事例がいくつか出てきまし

た。「できる」という実感は、現場でも浸透してきたところです。

（「多」職種を自社に入れる）

繰り返しになりますが、「自立支援」は平成30年度の介護報酬改定の大きなテーマでもあります。厚生労働省の意図を理解し、自事業所の運営をどのようにしていくかを考える必要があります。

多職種との連携と言っても、法人が違えば方針も違い、一枚岩になることはなかなか難しいです。そのため、キーマンとなる職種を自社に入れることも考えていきたいところです。なかなかすぐには実現できないかもしれませんが、例えば訪問看護を展開できれば、病院に対しても安心感を与えられるだけでなく、前述のとおり医療側に今後もっと焦点が当たっていく流れですし、検討してみるのもよいと思います。

また、生き残るためには、会社の規模もある程度求められると思います。介護職は増やしたいでしょうし深刻な人手不足は是正する必要がありますが、特定事業所加算の算定要件（表）を見る限り、介護事業所を増やしたいという制度ではなく、ある程度体力がある事業所だけが必要という「メッセージ」です。やはり小さな訪問介護事業所だと経営が厳しくなるのは、避けようがないと思います。特定事業所加算をしっかりと算定できるような体制をつくるのが大切です。今のうちに真剣に考えておきたいところです。

表 特定事業所加算の算定要件（特定事業所加算Ⅰの場合）

【体制要件】

- ①訪問介護員に対する計画的な研修の実施
訪問介護員等について具体的な研修の目標、研修の内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を作成する。
- ②定期的な会議の開催
登録ヘルパーも含めてサービス提供に従事する介護職員等のすべてが参加するものであること。
- ③文書などによる指示およびサービス提供後の報告
- ④定期的な健康診断の実施
事業主費用負担により少なくとも1年以内ごとに1回は実施しなくてはならない。
- ⑤緊急時等における対応方法の明示

【人材要件】

- ①訪問介護員の割合が以下のいずれかを満たしていること
 - ・介護福祉士の割合が30%以上
 - ・介護福祉士+実務者研修修了者*の割合が50%以上
- ②すべてのサービス提供責任者が以下のいずれかを満たしていること
 - ・実務3年以上の介護福祉士
 - ・実務5年以上の実務者研修修了者*

【重度要介護者等対応要件】

前年度、または前3カ月で要介護4・5、認知症（日常生活自立度Ⅲ以上）の利用者ならびに、たんの吸引等の行為が必要な利用者が20%以上いること。

*実務者研修修了者…正確には、実務者研修修了者もしくは介護職員基礎研修者もしくはヘルパー1級修了者のこと。

特定事業所加算の算定に当たって、一番のネックは連絡体制だと思います。ICT（情報通信技術）の活用も不可欠です。当社の訪問介護事業所でも、訪問介護員全員にスマートフォンを支給しています。業務削減もできますし、現在は使用していない事業所でも、一度検討してみたいかがでしょうか。

（地域に開かれた事業所を目指す）

本稿では医療の重要性についても要所で言及しましたが、現在当社では、クリニックと同じフロアで仕事をしています。そして、同じフロアに「地域交流できる場」を設けました。今後はここで介護の相談会などもやりたいなという構想があります。在宅生活で鍵となるのは訪問介護サービスですから、その事業所が地域交流の場を設けるのはとても意味の

あることだと考えています。

今後急速に、団塊世代が利用者として加わってくるため、イメージ戦略も重要となります。当社では保育園をつくり、子育てをしても介護の仕事が続けられるようなバックアップ体制も取っていきたくて考えています。

また、共生型のサービスが導入され、今後は障害福祉サービスの提供も避けられないでしょう。当社でも障害福祉サービスを提供していますが、障害福祉サービスも「自立支援」が強く問われます。

こうやって多角的な「面」でとらえていき、生き残るためにどうしていくかを考える時代に来ていると痛感しています。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：地域包括ケアシステム
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（2018年12月閲覧）