

在宅医療グループ診療運営事業

第12回 在宅あるある会

活動報告

2025年8月19日開催

在宅医療グループ診療運営事業「第12回 在宅あるある会」はテーマ『在宅医療における関係職種を理解する』より、在宅医療と介護にかかわる介護支援専門員の機能と役割を知り、かかわる専門職がチームとして支援を提供していけるようになることを目的に開催しました。会場およびオンラインのハイブリッド開催で、医師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、管理栄養士、リハビリ職、ケアマネジャー等、82名と多くの皆様にご参加いただきました。



初めに、総合司会の苫小牧市医師会 伊賀勝康先生より、在宅あるある会のルールとして敬称を「先生」ではなく「さん」と呼び合いましょうと声かけがありました。講演は介護サービスさわやか居宅支援事業部 及川治晃さんを講師にお迎えし、実践報告では居宅介護支援事業所おあしす 小林妙子さんよりご発表いただきました。講評は医療アドバイザーの北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周さんを予定しておりましたが、体調不良により欠席となりました。ケアマネジャーでもあり、当研修会でいつもグラレコを担当していただいている佐藤まどかさんから、秋田の現状についてコメントいただきました。



総合司会 伊賀さん

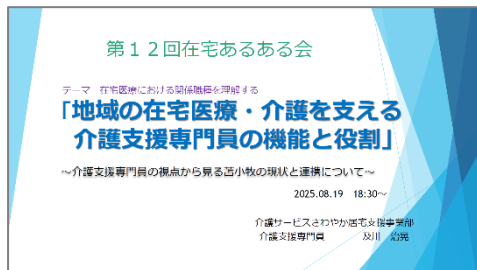


講師 及川さん



実践報告 小林さん

【講演】



及川さんには、『地域の在宅医療・介護を支える介護支援専門員の機能と役割～介護支援専門員の視点から見る苫小牧の現状と連携について～』のご講演をいただきました。

介護支援専門員（ケアマネジャー、ケアマネ）は、介護が必要な人の相談を受け付け、困っていることに対し

必要なサービスの提案、ケアプラン（介護サービス計画）の作成、サービス事業所等の連絡調整を行い、本人・家族への支援を行う。支援を行う対象は本人だけでなく、家族への支援も同じく位置づけされているとのこと。利用者・家族にとって近い存在である一方、制度上の制限や人員等の問題でサービスが導入できない場合等に「なんだか役に立たない」と思われやすい職種であると話されました。ケアマネの業務は介護保険法に定められており、利用者から「ついでに」と用事を頼まれても引き受けることができないとのこと。例として、ケアマネ業務外のサービス、金銭の管理（支払いが上手くできない、預かってほしい等）、病院への付き添い、介護保険以外の行政手続き（指定難病の手続き、確定申告等）、身元保証人の役割（入院時の保証人）、入院時の生活用品の調達（オムツの補充・洗濯物の対応等）が挙げられる。ケアマネが本来の業務を超えた幅広い支援を無償労働（シャドウワーク）として行っているのは周知の事実であるが、厚生労働省でもケアマネの業務が増加する中で業務の在り方が検討されていると話されました。

介護保険法において居宅介護事業所等の運営基準が定められており、基準に沿って実施できているのかの見直しをケアプラン点検や 5 年に 1 回程度の実地指導が市町村により行われているとのこと。介護保険法の中で医療・介護に関する内容をピックアップしてご説明いただきました。利用者に医療サービスの希望や必要性がある場合→医師へ意見を求める→指示がある場合のみ居宅サービス計画に位置付ける→作成した居宅サービス計画を医師に交付しなければならない。意見を求める・交付する方法は電話・面接・文書の郵送等あるが、多忙な医師に直接声掛けし説明するのは実際には難しいことから、文書で依頼をすることも多いと話されました。また、福祉用具を利用（レンタル・購入）する場合にも居宅サービス計画へ記載しなければならない。さらに福祉用具の中でも車椅子および特殊寝台（介護ベッド）は要介護 2 以上からレンタルが可能なため、要支援 1・2、要介護 1 の場合には「軽度者に係る福祉用具貸与申出書兼確認書」等の提出が必要であり、主治医に診療情報提供書を依頼する必要があるとのこと（主治医意見書に記載があれば不要）。実際に、がん末期の利用者について入院中の病院から本人・家族の意向で急遽本日退院となったため訪問看護・訪問入浴・特殊寝台・車椅子を当日中に調整・準備して欲しいと連絡を受けるが、要介護 1 のためまず軽度者の申請をしなければならないという事例がある。介護申請時にがんであることがわかっている場合、主治医意見書にがんにより疼痛が生じた際に車椅子や特殊寝台が必要になる可能性を記載してもらえると非常に助かるが、実際には難しいことを理解していると話されました。

前述のケアプラン点検（適正化事業）とは、保険者である市町村が直接または外部委託にて行うものであり、苫小牧市は現在北海道介護支援専門員協会に委託して実施しているとのこと。ケアプラン点

検はケアマネ資格、看護師資格、リハビリ資格等を有する3名体制でチェックシートを用いて助言等を行う。医療に関連するものでは、①医師から健康状態に関する情報を得ているか、②介護保険以外のインフォーマルサポートも視野に入れ適切なサービス種別を選択できているか（医療ニーズの高い利用者に医療系サービスが盛り込まれているか、主治医意見書・サービス担当者会議の意見を反映しているか等）、③主治医・サービス事業者との連絡調整やサービス担当者会議の開催時期が適切であるか（居宅サービス計画の新規作成・内容変更・要介護認定の区分変更・更新時、主治医・介護保険外のサービス担当者への参加の呼びかけをしているか等）、④サービス担当者会議に利用者・家族・サービス事業者・主治医等が出席しているか（参加が難しくても案内を行っているか等）、⑤医療系サービス利用の場合に主治医の意見を確認しているか（医師が会議に欠席する場合に事前に確認した内容を正確に伝えているか、一律な内容で「居宅介護支援計画連絡票」で照会していないか、日頃から医師と連絡の取りやすい方法や時間帯を把握し連携に務めているか等）の項目が挙げられていると話されました。

次に地域包括ケアシステムと多職種連携についてご説明いただきました。地域包括ケアシステムの構築の必要性が示された当初より、地域で暮らす高齢者の健康や生活を支えていくためには、医療と介護が個別に行うのではなく、双方が力を合わせ連携していかなければならないことが強く求められてきたとのこと。2018年の診療報酬・介護報酬改定の前に、上手く連携を図るためにどこに焦点を当てなければならぬのか、現状の把握のため行われた調査結果を解説いただきました。

- Q1. 在宅医療・介護連携で課題と感じていること
ケアマネ：人によって連携の取りやすさに違いがある(23%)
医療関係者：職種間の専門性の理解が乏しい(57%)
…生活を見ている介護側、治療を考える医療側の職業視点による認識の違い
- Q2. 在宅医療・介護連携が特に必要と思われる場面
ケアマネ：病院の入院・退所時(30%)、自宅などでの看取り・ケア(21%)
医療関係者：病院の入院・退所時(71%)、介護施設の入所時・退所時(40%)
…在宅と医療機関を行き来する際には双方が連携を必要としている
- Q3. 在宅医療・介護連携に関して、自治体や業界団体の支援は十分にあると思うか
ケアマネ：どちらともいえない(50%)、いいえ(41%)
医療関係者：いいえ(65%)、どちらともいえない(31%)
…普段接する行政機関・接する時間異なるため、行政の対応力・期待度の高さが反映
- Q4. 在宅医療・介護連携を進める上で、具体的にどんな支援があればいいと思うか
ケアマネ：医療・介護関係者の情報共有の支援(33%)
医療関係者：医療・介護関係者の情報共有の支援(66%)
…連携のきっかけやサービス情報提供へのバックアップを求めている
- Q5. 医療または介護関係者と連携を取る際、どんな相手との関わりが最も連携を取りにくいのか
ケアマネ：医師(74%) …アポイントを取れない、近寄りがたい等
医療関係者：ケアマネ(23%)、介護事業所の管理者(18%)
…知識が乏しいことが多く明確に状況を説明できない、普段接点がないため何を
しているのか分かりづらい等
- Q6. 在宅医療・介護連携を進める上で、もっと活躍してほしいと思う職種は何か
ケアマネ：病院勤務医(21%)、診療所などの医師(17%)
…連携の要は医師のため、入院前・退院後の生活にもっと目を向けて欲しい等
医療関係者：ケアマネ(49%) …これから一番必要な職種、利用者の身近な存在だから等

調査の結果から、医師もケアマネもどちらも重要であると共通認識されている。度々物事を進める際に牽引するのはケアマネか医師か論じられているが、及川さんは地域の特性、現場の体制・規模で変わるため、何が正解なのかはわからないと話されました。苫小牧はどのタイプなのか聞かれることもあるそうですが、どちらか決めるよりもお互いの理解や方向性を考え、ケースによって主導する職種が異なるのではないかと説明すること。一方で最も連携が取りにくい職種にケアマネと医師が上がっている現状は解決していかなければならないと話されました。

令和7年3月に作成された「東胆振入退院連携ガイドライン」もご紹介いただきました。連携をとるにあたり、各医療機関の連絡方法、病院の流れ、窓口担当者、連絡が必要なタイミング等をガイドラインで認識した上で、報告・連絡・相談をどのように行うかを意識しているとのこと。医療・介護どちらにおいても「なぜ急に書面が来るのか」「なぜ意見を聞きに来るのか」等、疑問に感じることがあるかもしれないが、必要性があり報酬が定められていることをお互いに理解し合えるとよいのではと話されました（ガイドラインには診療報酬・介護報酬も掲載）。

要介護認定の申請（新規・区分変更・更新）において、主治医意見書を依頼する際に、ケアマネ等が作成した「主治医意見書作成のための問診票」を添付しており、在宅での生活や状況の変化、困り事、介護サービス等の提案や相談も記載しているとのこと。主治医意見書を書く際には問診票をご一読の上、医学管理の必要性や特記事項を記載していただければと話されました。また、法的には医師が「医学管理の必要性」で選択しているサービスはケアプランに反映する努力が必要とされるため、重度疾患なし・介護度軽度の利用者に対し全てのサービスが選択されている場合、再度主治医に意見を確認する必要が生じ互いに手間や時間がかかってしまう。利用者・患者に不利益がないようにするためには相互の連絡調整・連携が重要だと話されました。

ケアマネも以前から医療に関しての知識等、努力が必要だと言われている。介護保険の開始当初は看護師や理学療法士等の医療系資格保有者がケアマネになるケースが多かったが、現在は介護福祉士やヘルパーがケアマネになる場合が半数以上になっているとのこと。そのため、医療分野を苦手とするケアマネも多く、差を埋めるための努力がそれぞれ必要であり、苫小牧ケアマネジャー連絡会や高齢者等の地域ケアを進める会の職能団体での研修や、地域包括支援センター運営協議会や苫小牧薬剤師会との合同研修会の開催等、苫小牧でも様々な研修活動を行っているとお話いただきました。

最後に、ケアマネとしてやるべきことは沢山あると感じているケアマネが地域や在宅の中で動いていることを認識してもらえると幸いですと話されました。

総合司会からのコメント

医療側（特に医師）とケアマネとの連携が上手くいっていないことがアンケートに如実に表れていました。シャドウサービス等、ケアマネの役割が多岐に渡っていることは普段から感じていましたが、通院同行、入院時の身元保証人やお金の管理等ができない事である一方、現実的には難しい部分もあるのだと思いました。

韓国は日本の介護保険制度を参考に国が保険者として制度を作成しましたが、その中にケアマネシステムは組み込まれませんでした。日本はケアマネが地域の事情を勘案し個別対応できるシステム構造になっていると思います。これからも頑張りたいと思っています。

Q A 質疑応答・感想(1)

伊賀さん：「苫小牧市では何人のケアマネで要介護・要支援の方の生活をカバーしているのか教えてください。」

及川さん：「苫小牧市が確認しているケアマネ登録数は約 160 人、ケアマネ連絡会に加入している人数は令和 7 年度 136 人、介護サービス情報公開制度から市内 38 居宅介護支援事業所のケアマネ人数を算出したところ 109 人でした。人数に差異が生じているのは、市の登録人数には施設所属のケアマネも含まれていること、サービス情報の更新が年 1 回であることからと思われます。」

伊賀さん：「年間数百人ずつ要支援・要介護者が増加していく中で、ケアマネ 110～160 人で支援を行うには地域として連携していかなければならないと思います。医師もケアマネに対する意識を変え、ケアマネも医師にアプローチし続けていく必要があると思いました。」

Aさん（ケアマネ）：「①改めて地域包括ケアシステムの図を見ると、おおむね 30 分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域と示されています。苫小牧市内はほぼ 30 分以内に行くことができと思うのですが、ケアシステムで不足する資源は何だと思われますか。②以前は私も文書を主治医に出していましたが、現在は可能な範囲で初回受診に同行し主治医へ意見を求めています。通院の付き添いは駄目だが主治医に意見を求めに行くのは良いという線引きの曖昧さに疑問はありますが、コミュニケーションをとるには受診同行が効率的だと思っています。一方で、連携は一方向ではなく双方向で行うものであるため、ケアマネからだけでなく医師からアプローチがあってもいいのでは感じています。例えば、この患者さん糖尿病が良くならないけどどのような生活をしているのだろう→主治医意見書を書いているし介護認定受けているからケアマネに連絡してみよう、と投げかけてもらう等です。大きな病院の場合には連携室を最大限活用させてもらっていますが、クリニックの医師にはそのような視点を持ってもらえるといいなと思っています。」

伊賀さん：「②について、高血圧や高血糖等の内科疾患は意外と医師から発信しづらいように思います。反対に ADL の低下や転倒リスク等は発信しやすい印象があるため私にもなるべく意識づけていますが、生活状況がどうなのか医師から発信していく必要があると気がきました。連携室をより活用していくことや、訪問診療の開始前に退院前カンファレンスを病院も巻き込みながら実施することで、それぞれの機関がメリットを感じられるよう繰り返していく必要があると思いますし、まだまだ課題があると感じました。」

及川さん：「①について、同じケアマネから質問されると難しいですが、無いものねだりをすれば沢山あると思います。このケアシステムの中でみていくと、住民主体の関わりが足りないだろうと感じます。2040 年までは高齢者が増加することはわかっている中でより重度な高齢者に必要な医療・介護サービスが行き渡ることと考えていくと、軽度の高齢者はやはり住民主体での助け合いができる仕組みが必要だと思います。しかし、人の入れ替わりが多い苫小牧の地域柄では、同じ人口規模の自治体と比較して弱いかもしれません。苫小牧で生まれ、育ち、亡くなっていく方もいらっしゃる。もっと活用し、生活支援コーディネーター等と地域の仕組みを作っていくのは課題だと思います。」

伊賀さん：「よく自助、互助、共助、公助と言われますが、確かに苫小牧では町内会や地域で互助：互いに助け合うネットワークは弱い印象があります。そこにどうアプローチするかは今後の課題ですし、皆さんの力が必要だと思います。」

【実践報告】



小林さんには、実践報告「介護支援専門員の立場から」を介護支援専門員のあるあるを含めてご発表いただきました。

あるある事例① 入院

困るあるある

病院からよく依頼される内容

- ・ 身元引受人・身元保証人 ……対応不可
 - ・ 必要な物品を自宅から持ってきて欲しい
 - ……緊急の場合で家族や親戚がいない・家族と疎遠の利用者のみ
- 本人の承諾を得て、訪問介護員と同行し必要物品（入れ歯、眼鏡、財布等）を自宅に取りに行った経験がある
- ※本来、本人不在の自宅には立ち入り不可
- 対処方法：初回訪問時や契約時に入院の際に関わってくれる友人・知人の有無の聞き取り
+ 本人の意向確認を行う
- 定期通院時に主治医・医療相談員へ家族等と疎遠であることや本人の意向を伝えた経験がある
- 入院中や入退院時に医療相談員を交え支援の相談を行う

あるある事例② 通院同行

感謝あるある

- ・ 診察時、主治医に医療サービス利用に関する説明・意見を求めようとしたが、看護師への相談を促された ……利用を希望している場合には主治医へ意見を求めることが必要（介護保険法）
- 対処方法：診察前に看護師に伝える or 書面を渡す
- 診察時に話せなかった場合、看護師に内容を伝える
- ・ 要介護 1～3 の利用者における通院時の付き添い（訪問介護員）の必要性について主治医に説明する機会が多いものの、的確に短時間で説明できず時間がかかってしまう
 - ……時間がかかっても医師が説明を聞いてくれ感謝している
 - ・ 介護保険の新規・更新・変更時に一度しか受診していない利用者の主治医意見書の作成を医療相談員に依頼すると快く承諾・対応してくれ感謝している

あるある事例③ 救急搬送・外来

困る＆感謝あるある

- ・ 自宅で意識消失し訪問診療を受けている病院へ救急搬送。その後状態が安定し 19 時過ぎにケアマネに迎えの連絡が入った。歩行できないため車椅子移動だが、ケアマネ利用車両は車椅子非対応、19 時以降のため送迎サービス利用不可だったため、病院車両にて訪問診療の看護師同行で帰宅。家族から「ケアマネは困ったとき何もしてくれない」と不満の声があがった。
- 対処方法：ケアマネができる事・できない事を事前に本人・家族に説明する
- 各介護サービス事業所がどこまで対応可能か確認する

ケアマネができる事・できない事については、利用者宅訪問時に「ちょっとそこまで送ってほしい」と頼まれても、緊急時以外の車の送迎はできない旨を説明すると不満を持たれてしまうこともあるそうで、契約時に必ず説明しているそう。

あるある事例④ 退院

- ・退院後、施設入所するケースの場合に、施設に看護師が配置されていないことに病棟看護師が驚くことがある
- 入所・入居施設の特徴
- ・特別養護老人ホーム、老人保健施設・・・看護師の配置 日中○、夜間×
(老人保健施設は併設している病院の看護師が緊急時対応する施設が多い)
 - ・住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅・・・看護師配置×
(訪問看護ステーションが併設している場合や看護師資格を有する職員がいる場合もある)
 - ・がん末期の利用者が急遽退院となった際、特殊寝台が必要だが要介護 1 のため「軽度者に係る福祉用具貸与申請」をしている間に逝去してしまったケース

あるある事例⑤ サービス担当者会議

- ・医療関係者は日中・勤務時間外にサービス担当者会議に出席できない場合が多く、照会文や電話で確認を行っている
- 厚生労働省は今後、主治医にサービス担当者会議への参加を促す方策を検討。ケアマネとの連携強化のため、診療報酬の評価を見直し等、具体策の検討を進めていく方針のようだが果たして…
- ・・・これまで通院に同行し確認した主治医の意見をサービス担当者会議で共有、訪問診療日にあわせ担当者会議を調整、照会文で回答をもらう等の対応を行っていた。
多忙な医師にサービス担当者会議の出席を依頼しづらいのが本音。

次に、医療・介護連携を行う中で医療関係者に助けられたことは、あるある事例よりも多くあるとのこと
で、そのエピソードもご紹介いただきました。

医療者の言葉が「神の声」に聞こえた

- ・定期通院の際、利用者が「元気がならない・病気が治らない」と相談すると、主治医から「毎月病院に来られるのも元気な証拠、顔色がいい」と言われ利用者が元気になった
- ・利用者が通所サービスの利用を拒否していた際、「人と話す。体を動かすと食事が美味くなる。体を動かすと疲れて夜も眠れるようになる。」と主治医に促され利用開始できた
- ・終末期の利用者を介護している妻に対し、訪問看護師が「頑張らなくていい」と声をかけ、不安を抱えていた妻の緊張がほぐれ大泣きしていた。とても偉大だと感じた。

**在宅で医療サービスを利用している本人・家族だけでなく、
介護支援専門員も精神的サポート・病院と繋がっている安心感がある**

最後に、介護支援専門員は利用者が在宅で暮らしていけるよう、医療・介護サービス等の調整を行っている。在宅生活を長く続ける一番の方法は、定期通院しながら病状を安定させることであるが、病気・薬について気になる点を利用者・家族から医師にどう説明したら良いか相談されることもあるとのこと。介護支援専門員も通院に同席し医療に関する相談をすることもあるため、その際はよろしくお願いしますと話されました。

総合司会からのコメント

個別事例を提示してもらい、やはりケアマネは介護保険法のグレーレベルぎりぎりのところも個別対応のためにストレスを抱えながら頑張っているのだと改めて感じました。

Q A 質疑応答・感想(2)

B さん（訪問看護師）：「苫小牧の実情と医療・介護の連携のあるあるについてとても勉強になりました。前半の講演にあったアンケートを苫小牧でもぜひやってみてもらいたいと感じました。全国の結果ではケアマネ・医師が連携を取りにくいという結果になっていますが、私は名古屋から苫小牧に来てすごく働きやすい・連携も取りやすいと思っています。ケアマネさんの苦悩がイメージできたので、私も気をつけて連携していきたいと思いました。」

秋田グラフィックレコーダーズ **佐藤まどかさん**（ケアマネジャーとしての感想）

秋田の現状も苫小牧と同じではないかと思います。今日利用者さんが借りているアパートの大家さんより、「大家として困っている。ケアマネジャー（福祉職）はお金にならない仕事でもホスピタリティとして行うべきだ。」と電話がありました。本日の講演・実践報告を聞き、やはりケアマネジャーがどういう位置づけなのかを知らない人が圧倒的に多いため、できる事・できない事をケアマネ自身がしっかり線引きすること、説明を繰り返し続けることが必要だと感じました。

医療と介護の連携の部分では、ケアマネから見ても細かいところまでやってくれる医師・難しい医師がいる一方で、医師から見てもやりやすいケアマネ・話の通じないケアマネがいると思います。お互いに期待もしているし情報共有もしたいけれども理解が不足している点はあると思いますので、歩み寄る姿勢、先入観で足踏みしないようにしていきたいと感じました。

これからも苫小牧が連携をどんどん図っていく地域になっていくお手伝いをさせていただければと思います。