介護支援専門員研修時のアンケートによる主治医との情報交換の現状について

旭川市医師会　理事（地域福祉部担当）
林医院
林　　宏一

1．はじめに

旭川市で平成21年６月９日に開催された平成21年度介護支援専門員更新研習に参加した、現に実務に従事している介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）の、日常業務における主治医との情報交換の現状についてアンケートを行った。この結果、質問数は会場での時間の関係もあり９問と極めてわずかではあったが、興味あるケアマネジャーの真意が得られたので報告する。

2．対象・方法

今回の研修会に参加したケアマネジャーは125名（男性39名、女性86名）で、ケアマネジャー受験資格要件となる基礎資格は**表１－１**のごとくであるが、圧倒的に介護福祉士が多く60名（48％）を占めている。次いで看護師、准看護師が合わせて16名（12.8％）。保健師のほとんどが看護師資格を有していることを考えると、看護職種としては21名（16.8％）となる。

表１－１　アンケート対象者の基礎資格

基礎資格	人数
保健師	5
看護師	11
准看護師	5
歯科衛生士	3
柔道整復師	1
社会福祉士	9
介護福祉士	60
その他介護	12
その他相談	11
未記入	8
計	125

表１－２　アンケート対象者の就業事業所種別

就業事業所種別	人数
居宅介護支援事業所	63
介護予防支援事業所	2
地域包括支援センター	11
グループホーム	28
ケアハウス	3
特別養護老人ホーム	10
介護老人保健施設	6
医療施設（介護療養型病床）	2
計	125

この研修会の資格上の受講対象者は、専門研修Ⅰ；原則として現在北海道内でケアマネジャーとして実務に従事しており、就業期間が通算６ヵ月以上の者、82名。更新研修（実務経験者）；北海道にケアマネジャーとしての登録があり、平成22年３月末までに有効期間の満了日を迎える者。すなわち、少なくとも約３年以上の就業経験を有するものが43名である。

就業状況では、現任113名、非現任（現在は就業していないが経験日数を満たしている者）11名、無回答１名であった。経験年数では、１年未満20名、１年以上57名、３年以上36名、５年以上９名、無回答

表２　アンケートの設問

設問１　あなたと医療機関（主治医）とのコミュニケーションについてお尋ねします。
1．十分にとれている
2．まあまあ取れている
3．あんまり、取りにくい
4．ほとんどとれない

設問２　設問１で、３・４を選択した方のみ次にお答え下さい。
A．医療機関（主治医）側の理由（原因）
1．医師が忙しく、対応してくれる時間が取れない
2．なんとなく敷居が高い
3．ケアマネの業務内容を理解していなく、面会（相談）を断られる
4．ケアマネの業務内容を理解していなく、面会（相談）に積極的でない（しぶしぶ）
5．利用者（患者）の生活状況を理解しておらず、面会（相談）しても、役にたたない
6．医療機関（主治医）は患者の治療重視である
7．医療機関（主治医）とは面会（相談）する必要性を感じたことがない
8．医療機関の看護師さんから、なんとなく聞いて（情報を得て）終わらせる

B．ケアマネ側の理由（原因）
1．忙しく時間が取れない
2．医療機関（主治医）に何を聞いたら良いか分からない
3．医師と直接面会（相談）し、話すのはおっくうだ
4．どうやって主治医と会うことができるのかが分からない
5．主治医と面会（相談）しなくても、ケアプランは立てられる

設問３　ケアマネより医療機関（主治医）へ、要介護度の変更などで連絡したことがありますか？
1．ある
2．ない

設問４　今回の改定前に、主治医意見書の開示を申請したことがありますか？
1．ある
2．ない

その回数・頻度は？
1．自分の受け持ち全例
2．症例によって

設問５　地域包括センターとの連携（相談）についてお尋ねします。
1．連携がうまく（スムーズに）いっている
2．連携がうまく（スムーズに）いっていない
3．包括も医療機関と同じく敷居が高いと思っている
4．包括から適切なアドバイスを得ている
5．包括なんかなくても良いと思っている

設問６　要介護者のケアプラン１件（モニタリングも含め）の仕事に対する料金はどのようにお考えですか？
1．高い
2．丁度よい
3．低い

設問７　ケアプラン料金は幾ら位が妥当だと思いますか？（要介護度に関係なく）
1．10,000円位
2．15,000円位
3．20,000円位

設問８　あなたが考える「良い（良心的な）ケアマネ」の第一条件は何だと思いますか？

設問９　あなたの職種（ケアマネ以外）に○をつけて下さい。
医師・歯科医師・薬剤師・助産師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・保健師・看護師・准看護師・介護福祉士・機能訓練士・歯科衛生士・あん摩、マッサージ指圧師・鍼灸師・柔道整復師・その他の相談職・その他の介護職

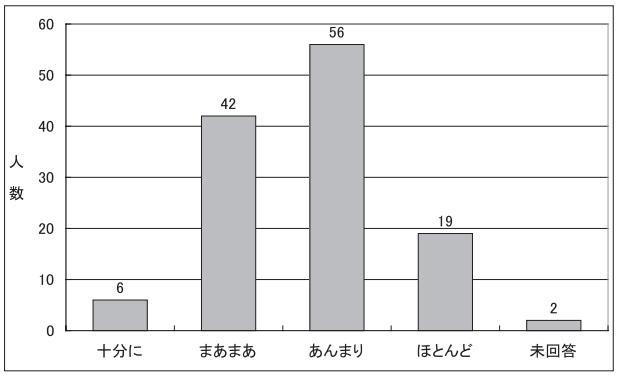

図１　主治医とのコミュニケーション

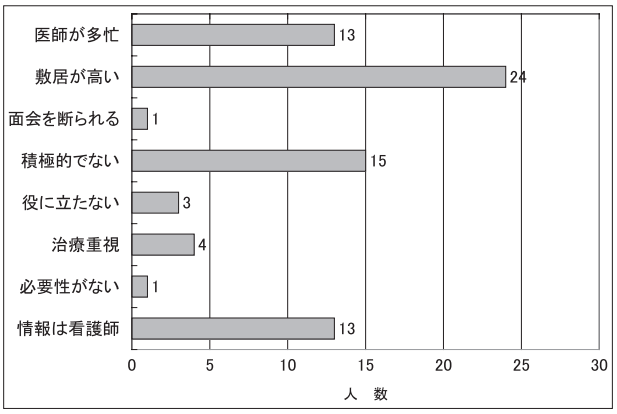

図２－１　医療機関（主治医）側の理由（原因）

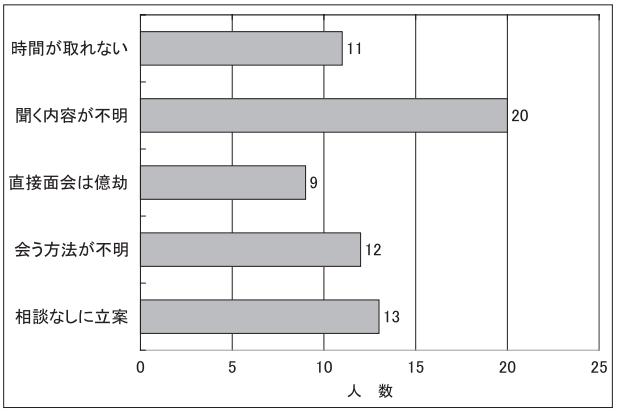

図２－２　ケアマネ側の理由（原因）

３名で、回答者の平均経験年数は約2.2年となっている。

また、現在就業している事業所の種類別人数では、居宅介護支援事業所が63名と最多であり、次いでグループホーム28名、地域包括支援センター11名、特別養護老人ホーム10名、他となっていた（**表１－２**）。

アンケートの設問は、設問１より９までとした（**表２**）。設問１より４までは、主治医との種々の情報交換に際し、ケアマネジャーがどのように感じ取っているかについて質問した。設問５は平成18年より設置された地域包括支援センターとの連携について質問した。設問６、７はケアマネジャーとして自分自身の仕事に対する評価、およびその対価はどの程度と判断しているのか。設問８として、ケアマネジャーとしての第一条件は何であるかを質問した。これらすべての設問に対しての回答は、各設問１個のみの記載とした。

このアンケート結果では有意差をもって群間での比較検討を行う内容ではなく、従って有意差検定は施行していない。

３．結　果

図１に設問１の主治医との連携を図る上でのコミュニケーションについての回答結果を示した。「十分に取れている」と「まあまあ取れている」との肯定的回答は48名で約39％（未回答２名を除く、123名を分母とした）であり、「あんまり、取りにくい」と「ほとんど取れない」の否定的回答は75名（約61％）であった。

この否定的回答者にとって、その理由が何に由来するものかを原因細目として尋ねたのがAとBであるが、Aの医療機関（主治医）側の理由とした回答を**図２－１**に示した。医師との接触を得るのは「なんとなく敷居が高い」との回答は24名と最多であった（１名記入されていない）。一方、Bのケアマネジャー側の理由では、「医療機関（主治医）に何を聞いたら良いか分からない」が20名と最も多かった（**図２－２**）。この設問への回答数は65名であった。

設問３での介護度の変更に伴う医療機関（主治医）への連絡の有無は、ほぼ半々の結果であった。

設問４では主治医意見書の開示請求について、平成21年４月の介護保険法の改定に伴って、受け持ち症例の「認知症高齢者の日常生活自立度」によって認知症加算が算定可能となったが、この制度設定以前に主治医意見書の開示請求を行った者は86名（70％）で、それらの開示請求頻度では、自分の受け持ち症例の全例に意見書開示請求をしたものは58名（69％）であった（**図３**）。

設問５では地域包括支援センターとの連携（相談）状況について質問しているが、回答記載のあった者は119名で、そのうち64名（53.8％）は「連携がうまく（スムーズに）いっている」との回答であった（**図４**）。

設問６および７はケアプラン作成料金についての質問であるが、この料金は要介護度別に料金設定が

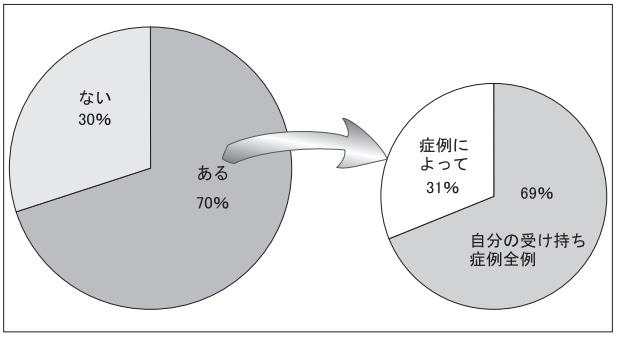

図３　制度改定以前の主治医意見書の開示請求

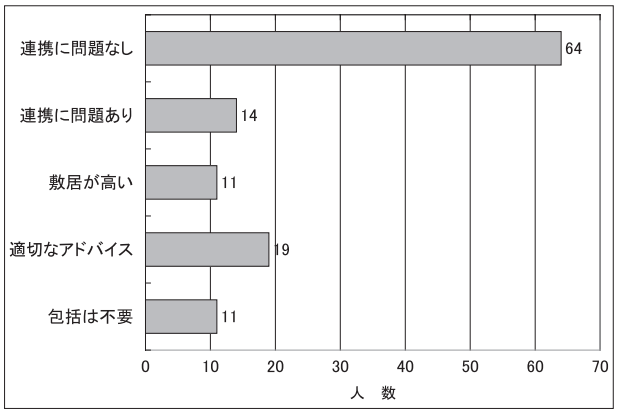

図４　地域包括支援センターとの連携（相談）

なされている。しかし、その作成に要する手間はモニタリングも含めほとんど差異はない。従ってこれら要介護度別料金を一括として考えた時、ケアマネジャーは日常業務の中でのケアプラン作成という仕事の対価をどのように感じているのかが質問の主旨であるが、２名が「高い」、37名が「ちょうどよい」で、「低い」と感じているのは62名であった。未回答は24名。また、その作成料金では54名（52％）が、15,000円位が妥当だとの回答であった（回答者数104名）。

設問８は自由記載として、自分自身の経験の上からケアマネジャー業にとって最も大切な必要要件とは何であるかの質問であるが、その回答記載内容から次の７分野群に分類できた（**表３**）。これらからケアマネジャーの基本姿勢を守ることの範疇での意見を記載した者は49名で最多であった（**図５**）。

４．考　察

介護保険法が制定されてからはや10年が経過し、当初全く新しい制度の中での職種である介護支援専門員の誕生は、社会的入院の是正や老老介護の悲惨な現実から速やかに脱却させ、あたかも在宅療養介護の救世主としての担い手の登場のごとき期待をもって介護保険法とともに受け入れられた。しかし、介護保険法は制度設計が極めて複雑であり、それまでわが国には存在しなかった、被保険者をその現状態像で要介護度という呼称でランク付けし、それにより該当給付限度額が決定されるという画期的制度であった。また、その制度の理念は利用者本位、自立支援、自己選択を種々のサービス利用時に実現しようとするものである。

しかし被保険者がサービスの恩恵を得られるまでに達する手続きは方法論的に極めて難解で、自己申請も可能であるとしてはいるものの、現実は全く不可能である。従って、その制度に精通し、被保険者とサービス事業者との仲介役の立場として介護支援専門員が活用されているが、単に仲介業ではなく、先に述べた被保険者の自立支援を主目的としている。

介護保険制定以前においては、ケースワーカーとして社会福祉士が細々と医療や保健の現場で活用されていたものの一般的ではなかった。一方、行政の担当窓口はあくまでも事務的であり、わが国において被保険者の自立支援を行う業種としては介護支援専門員が初めて出現したと言って過言ではない。

今回、現職として第一線で活躍している介護支援

表３　ケアマネジャーにとって必要な要件の分類

分　野　群		説　明　文　章
1	保健医療の知識がある	高齢者の身体的・精神的特長、高齢期に多い疾病とその症状、バイタルサインと検査、排泄と失禁、リハビリテーション、認知症（痴呆）と精神障害、食事と栄養管理、感染症、急変時の対応ができること
2	福祉分野の知識がある	高齢者ケアの目標、高齢者ケアの原則、コミュニケーションの技術、インテークの技術、隠されたニーズの発見、ソーシャルワークの技術、接近困難事例への対応ができること
3	介護保険制度の知識がある	介護保険の成り立ちと介護支援サービス、各種サービスの内容と介護報酬、介護保険の利用手続き、介護給付費と支給限度基準額、利用者負担の仕組み、指定サービス以外のサービス、高額介護サービス費、福祉用具と住宅改修の知識
4	他の社会資源知識がある	障害者福祉制度、生活保護制度、高齢者の権利擁護の制度－成年後見制度・地域福祉権利擁護事業、ＮＰＯ法人、ボランティアの知識を持つこと
5	業務遂行上必要な技術等がある	訪問先への移動時の自動車運転、書類作成時に必要なパソコン操作などのテクニックが必要な要素である
6	ケアマネ基本姿勢を守れる	高齢者の人権および、主体性を尊重し、公正中立性を保ちケアマネジャーとして社会的責任を果たす。また、他職種と幅広く連携し守秘義務を守る等が必要である
7	その他	人柄　やさしさ等を持ち合わせている

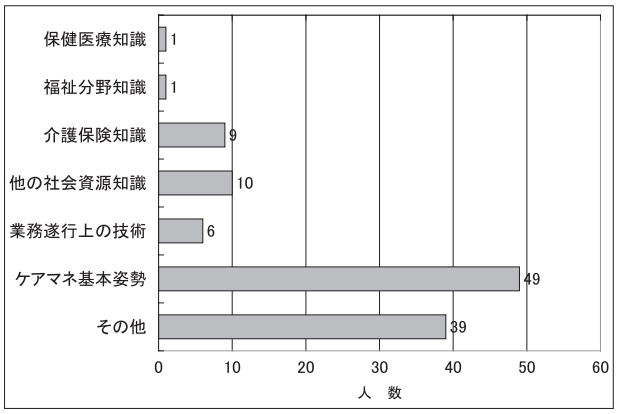

図５　ケアマネジャーにとって必要な要件

専門員からの「生」の声を聞くべく、郵送などではなく直接アンケートを行った。もちろん何の前触れもなく回答をお願いしたので、何らのバイアスはないものと考えている。

これらの結果より、主治医との連携について考察を加えたい。

まず、主治医とのコミュニケーションについては、すでに多くの報告[1)2)3)4)]があるが、そのほとんどが医師との情報の交換がスムーズに行われていない。今回の回答でも約61％は否定的である。介護支援専門員の基礎資格をさらに医療系（看護師等、薬剤師等、療法士等、鍼灸・マッサージ師等）と福祉系（社会福祉等の相談職、介護職、福祉関係その他）に単純に区分してみると、福祉系出身者の方が連携が取れていない傾向であった。

この連携を取りにくい理由で、医療機関側すなわち主治医側の理由では、医師に対しての敷居が高いとの回答が目立っている。本当に主治医の敷居が高く、「上から目線」での対応を受けた経験からではなく、医師に対して漠然とそう思い込んでいるとしか筆者には考えられないが、面会を断られたとの回答もあったのは同業者として弁解の余地はない。

この主治医とは主治医意見書を記入している医師と理解しているが、介護支援専門員の相談に対して積極的でない医師の存在も事実である。介護療養型病床や通所介護等の介護保険サービス事業に関与せず、医療保険での医療行為に専従していると、主治医意見書の記入のみが介護保険との唯一の接点である医療機関も数多く存在する。そのような医師にとって介護支援専門員からの相談に必ずしも積極的に対応せず、その対応が事務的かつ“つっけんどん”になると、次回からの相談をしようとする意欲が介護支援専門員側に起きないのも当然のことである。

一方、介護支援専門員自身の理由により主治医との連携を取っていない理由には、ケアプラン作成に際し、主治医に何を聞いたら良いのかが分からないとの回答が20名もいた（**図２－２**）。この回答を設定した時点では、この回答が最多になるとは予想していなかった。直接面会が億劫とか、主治医と会う方法が不明とかが多いものと思っていたが、結果的には、ケアプラン作成に主治医のアドバイスがあまり反映されていないことになる。

それを裏付けるかのごとく、相談なしにケアプランを作成しているとの回答者が13名もいた。このうち、11名は先に述べた福祉系出身の介護支援専門員であった。旭川市では６月１日現在で地域包括支援センターが９ヵ所、居宅介護支援事業所は98ヵ所が指定事業所とされている。確かに筆者自身の経験からもケアプラン作成のために相談を受けた経験はわずかである。

昨年度の介護保険法の改定で、主治医意見書の記入欄に「医学的管理の必要性」があるが、この中に「看護職員の訪問による相談、支援」の項目が追加された。そもそも主治医側から介護支援専門員の作成するケアプランにとり入れて欲しい意向を記入する欄は他に「特記すべき項」欄に記述する方法があるが（要介護認定および介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。以下略。介護保険意見書用紙２、欄外記載文）、この主治医意見書がどの程度介護支援専門員の目にとまっているのか、はなはだ疑問であった。

従って、設問４での意見書開示請求が約70％の介護支援専門員が申請経験を有しているとの回答で、かつ自分の受け持ち症例の全例に開示を請求している者も約70％に上っていた。これらのことは主治医意見書に常に目を通している介護支援専門員は約半数はいるものの、その限られた情報量の中でケアプランは作成されており、直接主治医に他の情報の収集のためにあえて面談にまでは至っていないのが現実と考えられる。

筆者は介護認定審査会委員や旭川市介護認定審査会平準化委員会委員を務めており、数多くの主治医意見書に目を通す機会を得ているが、主治医意見書特記欄にケアプラン作成に活用して欲しいサービスについてまで詳細に記入された意見書を目にしたことはほとんどない。主治医意見書欄外記載文では「介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等」となっているが、医学的意見のみならず、もっと活用すべき介護保険サービスの具体的内容を記載し、それを利用することによりADL維持および改善をはかることが可能になるものと示唆される。

図４に地域包括支援センターとの連携について、「連携がうまくいっている」と「包括から適切なアドバイスを得ている」を加えると、約69％の介護支援専門員は情報の交換が良好になされているとした反面、「敷居が高い」が11名、究極の「包括は不要」と思っている介護支援専門員も12名いた。

地域包括支援センターは過疎地では社会福祉協議会が運営母体で、その管轄、担当地域内に民間の居宅介護支援事業所が数ヵ所以内という地方もあれば、旭川では先にも述べた９ヵ所の各地域包括支援

センターに約10ヵ所程度ずつの居宅介護支援事業所が存在している。

地域包括支援センターの発足当初は、いわゆる介護保険サービス利用者の「抱え込み」が問題となった時期もあった。これは以前の在宅介護支援センターが機能していた時期にも同様の問題が提起されていた。地域包括支援センターは運営母体法人の３年毎の見直しが定められており、昨年度旭川市では１ヵ所の地域包括支援センターが運営法人を変更されている。やはり長い年月の委託運営での功罪は厳しくチェックすべきと考える。「包括不要」との回答の中には機構上の問題より人間関係に起因するものもあると思われる。

自由記載として回答をお願いした「良心的ケアマネの第一条件」という極めて漠然かつどのような意味にも解釈可能な設問では、個々の介護支援専門員が日常的に抱いている仕事上の価値観の一端が正確に反映されているように思える。基本的には大きく、業務遂行上の知識、技能のあることと、職業意識の中での倫理に直結する正義感の維持とに２大別できた。

これを先述した７群に細分するとケアマネジャーの基本姿勢を守ること、すなわち高齢者の人権および主体性を尊重し、公正中立を保ち介護支援専門員としての社会的役割、責任を果たす。また他職種と幅広く連携し、守秘義務を守ることなどが記載主旨であり、この内容での回答が49名であった。このことは、現職介護支援専門員が極めて適正な倫理感を持って日常業務を遂行していると考えられる。

これら介護支援専門員の日々の活躍の上で介護保険制度は成り立っていると言っても過言ではなく、その業務報酬はあまりにも低い。モニタリングを含め、介護サービス計画書や月毎の利用票への捺印（提供票の作成・配布）など、また受け持ち症例家庭への往来、介護サービス業者との対応、ケアカンファレンスや医療機関との書類交換等々、移動にかかる時間や経費も地域によっては膨大なものとなる。

介護予防支援計画を除いて、月40例を上限と仮定すると現行では約52万円が最大報酬である。これから租税を含む必要経費を除くと、介護支援専門員の可処分所得は極めて低い。従って、介護支援専門員としての独立居宅介護支援事業所の運営は極めて困難であり、このことは介護支援専門員の労働に対するモチベーションを著しく阻害している。

介護保険制度発足当初は、看護職の介護支援専門員が多数を占めていたが、徐々にその割合は低下し、現在は介護職が主となっている。これもその報酬に一因があると考える。今回のアンケートからも少なくとも15,000円程度が妥当であり、かつ介護支援専門業務の大幅な簡略化、ことに書類数の合理的整理が最も必要と考えている。

文　献

1）高原啓生：「主治医連携に関するマニュアル」を改訂，ケアマネジャー，Vol１，NO５：20-21，2009

2）野坂達志：精神科におけるチーム医療とカンファレンスの実際，看護実践の科学，Vol34，NO９：13-20，2009

3）島崎謙治：地域連携、地域包括ケアの諸相と本質，佐藤智編，明日の在宅医療第５巻，在宅医療、訪問看護と地域連携，中央法規出版株式会社，東京，2008：40-60

4）村松智子：「地域医療連携室」の看護師から見た保健センター，保健師ジャーナル，Vol63，NO１：16-21，2007

5）介護保険指定サービス事業所一覧：旭川市保険福祉部介護高齢課作成：26-29，旭川市ホームページ，介護保険指定サービス事業所の情報，http://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/（2009-7-10）

6）ケアマネジメント介護支援専門員：囲い込み議論を振り返ってみた，http://blog.livedoor.jp/masahero3/archives/51237182.html（2009-7-7）