

4. 暮らしを支える各職種の役割

医療と介護の両方を必要とする高齢者を支えるには、医療職だけでなく、医療以外の面で療養を支える介護職が連携し、情報を共有し、課題を明確化させ、個別のサービスとしてではなく、利用者を中心に一体的に支援を提供していく必要があります。

特に、安定した暮らしを継続させるためには、支援に携わる者が見立てや今後の見通しを共有し、再発・重度化予防の観点で、多職種が関わる必要があります。そのためには、各職種の専門性や役割と共に、特に再発・重度化予防について、各専門職がどのような関わりができるのか、について理解しましょう。

かかりつけ医

日本医師会によると、かかりつけ医は、何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知していて、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介する身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師です。

日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を越えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供します。

自己の診察時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築します。

日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行います。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進します。

患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行います。

高齢社会において、健康の維持・増進や予防、生活機能の維持・向上のためのマネジメントを行い、暮らしの場でQOLの向上を支援します。そのために、地域において特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患を包括し、総合的な診療能力を有し、地域住民が生まれてから死に至る間に患者が抱える様々な医療的問題のみではなく、患者や家族の人生そのものを支援します。

日常生活圏域のかかりつけ医は、ヘルスプロモーションから、福祉への貢献、そして軽度の要介護者や虚弱した高齢者に対しての生活支援、介護予防から中重度の要介護者に対して介護保険と医療保険を一体的に提供する大きな役割を担っています。

歯科医師・歯科衛生士

歯科疾患治療や口腔環境の維持、補綴処置（義歯作成等）を行い、口腔機能低下を防止し、咀嚼の維持・改善を行っていきます。

むし歯や歯周病が悪化すると、痛みを感じたり、歯がぐらつき、抜けたりして、咀嚼が不十分になるため、胃腸障がいや栄養障がいが起こりやすくなります。特に、免疫の低下した人では、歯周病の細菌が血液中に侵入して、菌血症や敗血症になる場合もあり、心臓病（心内膜症）を引き起こすリスクが高くなります。

さらに、糖尿病の人が歯周病にかかると、重症化しやすく、逆に歯周病治療をすると血糖値が下がると言われています。歯周病には糖尿病の危険要因があると考えられます。

また、歯周病は骨粗鬆症など、全身疾患、喫煙習慣、ストレス、食生活などの生活習慣と大きな関わりがあります。

高齢者は加齢とともに咀嚼能力が低下し、唾液の分泌も低下、口腔感覚の鈍化などが生じる等、嚥下機能が低下していることが多く、食べ物や飲み物を正常に飲み込むことができず、喉や気管に詰まらせたりすることが多くなります。また食べかすなどが肺や気管に回って、呼吸を阻害したり肺炎を引き起こしたりすることもあります。

高齢者の肺炎には、摂食・嚥下障がい背景にあり、誤嚥性肺炎が多いと考えられます。高齢者では、一見食欲不振と思われる症状の背景に、誤嚥もしくは誤嚥性肺炎が潜んでいて、嚥下障がいのために食事がとれない場合がありますので、摂食・嚥下障がいの評価が常に必要です。

口の中を清潔に保つことで、口腔内だけでなく体全体の健康を保つことができます。身体機能の低下に伴って口腔機能も低下することが考えられますが、「食べること」を支えるために口腔ケアは重要です。歯や義歯の様々なトラブルが生じると食べるのが難しくなります。さらに栄養状態が悪くなり基礎疾患の回復に支障が出ることや、低栄養と嚥下機能の低下により誤嚥性肺炎等のリスクが高まります。これらのことから、療養の質やQOLを確保するうえで早期から歯科が介入し、口腔衛生状態や口腔機能の改善を図ることが重要です。

口腔内環境は全身状態に関わりが深く、肺炎や転倒、窒息予防にもなるので、予防的観点での歯科の活用を検討してみましょう。

薬剤師

処方箋に基づいて、薬を調剤し、服用方法や使い方を指導します。飲み合わせや副作用についても分かりやすく説明します。自宅近くでかかりつけ薬局・薬剤師を決めておけば、様々な医師から処方された薬どうしの飲み合わせや、自分で購入した市販薬や健康食品等との飲み合わせも確認できます。

薬の薬効・副作用・相互作用の多くが、ADL・QOL に関与していることがあります。味が分かりにくくなった、転倒しやすい・ふらつく、尿が出ない・便秘、眠れない、ボーっとしている等があれば、薬剤師が体調を聞いて薬の影響をチェックし、医師と相談して患者に合わせた改善策を検討します。

薬の副作用が原因となっている症状の見極めや痛みのコントロールの提案、レスキュー（ベースに使用している鎮痛薬の不足を補う目的で鎮痛薬を追加投与すること）の提案、オーバードーズ（過剰摂取）に対する対策等も行います。薬を内服できなくなった場合には、粉砕等適切な剤型の提案や注射剤のミキシング等も必要に応じて行います。また、薬剤の管理だけでなく、廃棄も行います。

薬剤師が自宅等を訪問して、薬を飲みやすいように工夫したり、飲み忘れを防いで安心して薬を服用してもらう（薬剤管理、服薬指導、服薬・補完状況、残薬の有無等の確認を行う）「在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導」を行っている薬局もあります。

入院中から退院後にわたる薬の管理はとても大切です。関係する多職種と連携し、多職種からの情報を支援に活かします。また、薬だけではなく、衛生材料や介護用品の相談にも対応します。

薬剤師による居宅療養管理指導は、介護保険の区分支給限度額に含まれませんが、多職種と連携をとるためにも、ケアプランに記載して下さい。

ケアマネジャー（介護支援専門員）

介護が必要な人やその家族と相談し、在宅等で適切なサービスが受けられるように、心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等にそったケアプランの作成や関係機関との連絡調整を行います。また、サービスの利用開始後も、実施状況や利用者のニーズの変化などに合わせて、次の計画に反映させます。今（これまで）の暮らしを続けたいけれど、不安や困りごとがある、という時に相談できるのがケアマネジャーです。

「こんな暮らし方をしたい」という思いを実現するために、一緒に考え、実行していく手伝いをします。そのための計画書がケアプランであり、医療・介護の多職種と連携してその人らしい生活を実現していきます。

これらケアマネジャーの仕事は利用者とサービスを繋ぐ橋渡しの役割を担っており、地域包括ケア実現のための中核的な存在です。在宅療養時には、ケアマネジャーを核として多職種から情報が集まり、連携体制や見守り体制等を構築します。利用者の目標や状態像を共有し、チーム全体で一体的に支援するために、保健・医療・介護・福祉等多職種協働の推進の役割を担います。

ケアマネジャーは、自宅から病院、病院から自宅等生活の場所が変わる場合にも、情報をきちんと伝え、その人らしい生活が継続できるよう連携し、支援します。

訪問看護師

看護師が自宅等に伺い、医師の指示による医療処置はもちろん、身体の状態観察、病気や介護予防、重症化予防への支援、ターミナル期のケア、ご家族への介護指導や相談等、在宅で安心して生活できるための支援をします。

病院での治療が終わっても、同じ生活習慣を繰り返せば病気や障がいは再発します。

薬や医療が治すのではなく、生活の中にある原因を取り除いたり、生活様式を再構築することが病気を治すことであり、身体との付き合い方を共に考えながら、生活の質向上につなげます。

訪問看護は、治療を安全に受けることができるよう支援すると同時に、生活の中の病気や障がいの原因を利用者自らで排除できるよう、様々なかかわり方で本人らしい生活を継続できるよう支えます。

訪問看護の役割

- ・食事や排せつや動作や心理など、生活環境に潜んでいる健康を阻害する原因を整えることで、身体がもつ自然治癒力を高め、健康を取り戻す支援をします。
- ・主治医の指示を受け、病院と同じような医療処置を行い、病気の悪化防止や回復に向けての支援をします。
- ・自宅で最期を迎えたいという希望に沿った看護を行います。

このように具体的な看護を提供したり指導をして、健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な医療やケア等、資源の導入を調整をします。

看護の機能

- ・自立に向けての支援（医療処置等を生活になじむ方法に切り替える等）
- ・病状悪化の防止・回復に向けての支援、苦痛緩和（生活様式と心身の評価・調整）
- ・療養生活の相談とアドバイス（意思決定のための情報提供及び支援）
- ・リハビリテーション（動作の確立、苦痛の緩和、介護方法のアドバイス）
- ・点滴、注射、傷の処置などの医療処置（安全な医療の提供）
- ・服薬管理（生活を整えながら薬に依存しすぎない支援、薬剤師との連携）
- ・緊急時の対応（緊急事態が発生しないように安心をサポート）
- ・医療機関専門職と、介護専門職間の情報共有を支援する（通訳としての機能）

訪問看護師は、病院での医療管理を理解しながら、利用者のそれまでの暮らしや、これからの暮らしのあり方についても考え、医療と生活をつないでいく役割を担うことができます。つまり、医療と介護の両方の視点を持ちコーディネートができる専門職です。

訪問看護は、介護保険で非該当であっても、上記のような看護ニーズがあれば医療保険で訪問することができます。通常、週3日までで、1回の訪問時間は30分から1時間半程度です。ご本人のニーズによって、どのくらい訪問すればよいか決めますが、病気や状態によっては、毎日訪問することもできます。

訪問介護

ケアマネジャーにより、本人や家族の望む暮らしを元に作成されたケアプランに基づき、訪問介護員（ホームヘルパー）が在宅の高齢者等を訪問して、身体介護や移動介助、生活援助を提供します。身体介護・移動介助とは食事や入浴、排泄、衣服の着脱や移動などの支援で、日常生活で行う動作や意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援です。生活援助とは、調理、洗濯、掃除、買物などの援助で、利用者が単身またはその家族が障がいや病気のために本人もしくは家族が家事を行うことが困難な場合に行われます。

利用者本人や家族への精神的ケアを行うほか、過度のサービス提供により自立の妨げになっていないか見極め、家族に対して介護に関する指導を行うことも大切な仕事となっています。

より多くの時間を利用者と過ごすことから、日常の中での変化に気づくことができます。利用者の生活状況に変化が生じていることを把握した場合に、ケアマネジャーに伝えます。急を要する場合は、かかりつけ医や看護師等に伝えます。タイムリーに情報が医療職へ入ることで、病状の変化や薬の副作用を早期に発見できます。

在宅生活の支援は、さまざまな専門職や機関によるサービスを組み合わせて行われます。そこでホームヘルパーも単に自分に与えられた仕事を行うだけでなく、セラピストのリハビリは生活の場で活用されているのか、福祉用具や住宅改修は自立支援や介護予防に役立っているのか、家族の介護力の変化などを見極める力も必要であり、他職種の業務や各種の制度についての基本的知識や連絡、調整能力も求められるようになってきています。

訪問リハビリテーション

利用者の実際の生活の場にお伺いして、日常生活の自立と家庭内さらには社会参加の向上を図ることが目的です。

訪問リハは、利用者本人と自宅環境との適合を調整する役割を持ち、自宅での自立支援に効果的なサービスです。

訪問リハは、ケアマネジャー等の関連職種と積極的に連携を図りながら、チームの一員としてその専門性を発揮することができます。

実際には、心身障がい、生活障がい、住環境等を確認して自宅生活の中で利用者自身の機能維持・向上を図りつつ、医療機関では行うことができない実際の

生活場面に即した能力的な部分へのアプローチを行っていくことができるサービスです。

リハサービスは、できる限り早期に切れ目のないサービス導入をすることで在宅生活の QOL を高めることが出来ますので、入院等で身体機能の低下が認められた場合は早期のリハサービスの導入を検討してください。

＜理学療法士＞

理学療法士とは病気、けが、高齢、障がいなどによって運動機能が低下した状態にある人々に対し、運動機能の維持・改善を目的に運動、温熱、電気、水、光線などの物理的手段を用いて自立支援を行います。

理学療法の直接的な目的は運動機能の回復にあります。日常生活活動（ADL）の改善を図り、最終的には QOL（生活の質）の向上をめざします。病気、けが、高齢など何らかの原因で寝返る、起き上がる、座る、立ち上がる、歩くなどの動作が不自由になると、ひとりでトイレに行けなくなる、着替えができなくなる、食事が摂れなくなる、外出ができなくなるなどの不便が生じます。誰しもこれらの動作をひとの手を借りず、行いたいと思うことは自然なことであり、日常生活活動の改善は QOL 向上の大切な要素になります。理学療法では病気、障がいがあっても住み慣れた街で、自分らしく暮らしたいというひとりひとりの思いを大切にします。

また、運動・動作の専門性を生かし、福祉用具の適用相談、住宅改修相談も行い、できる限り在宅での活動や地域への参加を行っていただけるようにアプローチすることで身体機能の低下を防ぐことで再発や悪化を予防していきます。

そして、在宅で介護されている家族等に介助方法の指導等により負担の軽減に努めます。

＜作業療法士＞

在宅で楽しくいきいきと暮らすために、作業能力の改善を図り障がいや不自由さに合わせた日常生活における様々な活動が可能となることによって、住み慣れた地域で安心、安全にその人らしい在宅生活が継続できるように支援していきます。

対象者の予後予測に基づいて、日常生活に必要な機能や活動能力を獲得するため、到達可能な具体的目標を設定します。その目標には、できるようになりたいこと、する必要があることなど、本人の意向を確認しながら目標を設定します。それにより、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など、人が営む生活行為の全ての活動の遂行と、その遂行に必要な心身の活動の回復・獲得を目指すことができます。また、本人の意向を確認することで、自律を促し次なる目標設定を自身で行うようになり、疾患の再発防止や、生活習慣の見直し・改善を支援します。

○心身機能の維持・改善

- 日常生活活動や介護方法の助言・指導
- 生き生きとした生活（日常生活活動、家事、仕事、社会参加、趣味活動など）の支援
- 福祉用具や住宅改修の提案、環境調整
- 家族、支援する人、参加するコミュニティへの支援方法の援助

＜言語聴覚士＞

言語聴覚士は「話すこと」「聞くこと」というコミュニケーションに必要な能力や、「食べること」「飲み込むこと」という栄養や水分を摂取するための機能が、疾患や事故、加齢などの理由で喪失あるいは低下した方に、評価、訓練、指導などを行う職種です。

人間は進化の過程で、「コミュニケーション」の能力を身に着けました。コミュニケーションに欠かせないのは発声発語器官（口唇、舌、下顎、喉頭、肺など）ですが、これらの器官はそもそも「呼吸」と、食物を「食べ」生命を維持する器官です。

言語聴覚士が主に関わるのは、「言語障がい」「構音・音声障がい」「嚥下障がい」です。「言語障がい」は、「うまく話せない」「話が理解できない」「文字が読めない」といった失語症などを表し、「構音・音声障がい」は、癌や声帯異常、発声発語器官の運動障がいによりうまく発話できない運動障がい性構音障がい等をさします。「嚥下障がい」とは「うまく飲み込めない」「うまく噛めない」といった障がいです。

言語障がいや構音・音声障がいを抱えると、コミュニケーション能力が低下または喪失するために、人と人とのつながりが希薄になります。これが原因で、障がいを抱える人の生活範囲が狭くなり、次第に引きこもりを起こしたり、身体的・精神的機能低下の危険性が高まります。

また、嚥下障がいになると、「口から栄養分や水分を取り込む」という生命維持のための能力が低下します。このことは「食べる」という人間の大きな楽しみ、喜びを失うことにもつながります。人が食べる喜びを失うことは、生きがいを失うことにつながります。

よって、私たち言語聴覚士は、その人が持っている能力、できることを評価し、改善していくため、リスク管理を行いながら機能訓練を行います。また、機能訓練だけにとどまることなく、その人が持つ生活意欲（動機）を重視しながら、「コミュニケーション」「食べる」という喜びを維持し、その人の生活範囲を拡充するための支援を行います。

栄養士

厚生労働大臣の免許を受けた国家資格の管理栄養士と都道府県知事の免許を受けた栄養士は病院などの医療施設、介護保険施設、老人福祉施設、児童福祉施設、小・中学校、行政機関、企業、管理栄養士・栄養士養成施設、試験研究機関等で働いています。

胎児期から高齢期まであらゆるライフステージで、食べること栄養を通して健康の増進、病気の予防、病気の重症化を防ぎ、生活の質（QOL）の維持・向上を支援します。

病院や介護保険施設等では、給食の献立作成や材料の管理（産地の把握や衛生管理など）を行い、調理師と連携して糖尿病などの慢性疾患に対する治療食や、硬さ・付着性・凝集性などに配慮した嚥下調整食などを安全に提供するなどの給食管理をしています。

また患者・利用者の栄養状態を定期的に把握・評価し、医師・看護師・リハビリ技師・薬剤師など多職種と連携しながら適切な食事・栄養を提供するなどの栄養管理や、病気の治療・再発防止・合併症の予防・低栄養の改善などを目指して入院栄養指導（介護保険施設では栄養食事相談）を行っています。病院や診療所に通院中の方には外来栄養指導も行っています。

管理栄養士が自宅に訪問する訪問栄養指導では、健康・栄養状態の評価を行い、どのように暮らしたいかを相談しながら、一人一人に対応した適切な食生活を具体的に提案し、実行の支援をします。

退院後、どのように食事管理をすれば良いかわからない、食欲がなく食事量が減ってきている、飲み込むとむせる、水分がとれない、血圧や血糖値が気になる、食事療法がうまくいかないなど、食事・栄養でお困りの時はぜひご相談ください。

療養者や介護家族の想いを受け止めながら、時には負担を軽減できるよう手軽で簡単な調理方法の提案や、訪問介護員（ホームヘルパー）と連携して適切な食事ができるよう支援します。

在宅医療・介護連携推進事業相談支援担当者

平成 30 年度には全市町村で介護保険法地域支援事業における「在宅医療・介護連携推進事業」が実施されます。

事業内容は、

- （ア）地域の医療・介護の資源の把握
- （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
- （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
- （カ）医療・介護関係者の研修
- （キ）地域住民への普及啓発
- （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

です。各市町村は郡市区医師会等と連携しながら医療と介護の連携体制の構築を進めています。

そのうち（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援では、地域の医療・介護連携を支援する相談員（コーディネーター）等の配置による相談窓口の設置、運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・

介護連携に関する事項の相談を受け付け、連携調整、情報提供等、医療・介護関係者等の支援を行います。

また、必要に応じて退院の際の地域の医療・介護関係者の連携調整や、地域の医療介護に関する社会資源の情報提供を行っています。

市町村により、設置場所や機能は様々ですが、在宅医療・介護に関する情報提供や、連携に関する相談を受け付け、機関同士をつなぐ役割を担います。