

医療側の意見

「主役は介護、医療側はサポートする立場だという意識を持つことが必要」

医療と介護の連携が進んでこなかった理由の一つは制度上の問題でしょう。慢性期医療を介護に移そうと、2000年に介護保険制度ができました。すると現場では、医療は医療保険、介護は介護保険で別々というおかしな認識が生まれてしまった。介護が必要な人は、医療のサポートも必要なのに、介護だけでケアしていて状態を悪化させてしまっているケースが多いのが現状です。

そもそも在宅医療は病気の治療が目的ではありません。“病気ではないが状態が悪い人”を管理し、医療介入しなければならぬタイミングを早期に発見することが目的です。定期的に訪問診療を行う意義について、介護関係者、そして医療関係者の認識が深まれば連携が進むのではないのでしょうか。

また、医療と介護が連携する場合、主役はあくまでも介護側なんです。ところが、いまだに「医者が一番上」というヒエラルキーで在宅医療に携わっている医師が少なくない。医療側は介護側をサポートする立場なのだという意識を医師が持つことが必要だといえるでしょう。

介護保険制度に伴い、介護サービスに民間企業が進出してきていますが、歓迎すべきことだと思っています。彼らは利用者へのサービスを高めていかないと生き残れない。だから、サービス業に対する使命感も強く一生懸命に



中野 一司氏
ナカノ在宅医療クリニック院長
1956年3月生まれ、48歳。81年東京理科大学薬学部卒業。87年鹿児島大学医学部卒業。同大学第3内科入局。95年鹿児島大学附属病院検査部。99年ナカノ在宅医療クリニック開設。2003年医療法人ナカノ会理事長

仕事をしています。こうしたサービス業の意識を医療の世界に持ち込んでくれるだけでも非常にありがたいことだと思います。また、質の高い医療を行うためには経営も大切です。医療関係者もこれからは、企業の経営感覚を取り入れていくべきでしょう。

今後、在宅医療が施設に広がっていくのは必至です。現在、グループホームと有料老人ホームは居宅扱いで在宅医療が行えますが、特別養護老人ホームと老人保健施設は医療ニーズが大きい

また、ターミナルケア普及の一環として、ヘルパーの医療行為も認められるはずだ。現在、筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者の痰吸引は認められているが、今後、対象患者の拡大とともに、褥瘡のガーゼ交換、服薬管理、

軟こう塗布などの医療行為も一定の条件の下、行えるようになるだろう。

ヘルパーに一部の医療行為が認められることで、看護師は人工呼吸器や点滴の管理、バイタルチェックなど本来の業務に専念でき、むしろヘルパ

医療と介護の連携が進展しなかった理由

いにかかわらず、外からなかなか医療が入れない。これが今、とても大きな問題となっています。恐らく、特養や老健についても、ホテルコストを取ることにして在宅医療を認めることになるのではないかと思います。

こうして施設も在宅の対象になると、近い将来、寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)は今の半分くらいに下がるか、あるいは要介護度別にランクをつけるとか、多分そういう動きになると思います。在宅医療は、今は医療保険ですが、在総診は介護保険にして急性期になったら医療保険と、振り分けられる可能性もあるでしょう。

在宅医療は現在追い風ですが、今の状態はあと5年くらいまでで、その後は徐々に淘汰されていくと思います。

医療と介護の連携を進めるには、かわかるスタッフの教育がとても大切です。在宅専門で開業して5年になります。在宅医療の教育機関としても機能していくことを意識して、今年11月にクリニックに隣接して訪問看護ステーションを立ち上げます。当ステーションの看護師(ケアマネジャー)が核となり、地域のケアマネジャーや施設などと密な情報交換を図ることで互いに学習し合い、地域全体のケアの質がレベルアップできればと思っています。(談)

一との連携が進むはずだ。

こうした規制緩和に伴い、訪問介護会社の間では訪問看護ステーションを併設する動きが加速するに違いない。冒頭でみたように、有老ホームや特養の近隣に医療・介護モールを作

介護側の意見

「病院と在宅医療・介護との断絶を解消することが課題」



盛井 利治氏
(株)トータルケアサポート社長
1956年生まれ。79年富国生命保険入社。88年同社退社。福祉機器メーカー勤務などを経て97年に知人と(株)スワソソジャパン(現・(株)トータルケアサポート)を設立。2000年に社長に就任

当社は千葉県船橋市を中心に訪問介護や有料老人ホーム、グループホームなどを展開しています。現在、「コミュニティケアマネジメントシステム」という構想を掲げ、医療と介護の連携体制を整えています。もともと医療と介護の連携がうまくいかない状態を打開する目的で、この構想を考えました。

具体的には、船橋市周辺に訪問介護事業所、通所介護事業所、グループホーム、有料老人ホームを設置。さらに当社が開業を支援した診療所と、そこに併設した通所リハビリテーション拠点も設け、医療と連携して施設から居宅まで様々なサービスを同一地域内で総合的に提供するというものです。

実はこの取り組みを始める前の2000年ごろ、東京都内で準備を進め、連携先の診療所を探したことがあります。しかし、協力が得られず、結局、船橋市で、開業支援なども当社が手掛けて連携先の診療所を開拓しました。

最近では当社の構想に共感して連携を考えてくれる医師が増えており、心強く感じています。ただ、いまだに病院から在宅医療や介護への連携が断絶していると思うことがあります。

例えば、脳血管傷害で手術を受けた人が病院から退院し、在宅でのケアに移行したとします。その際、在宅医療

るケースも増えるだろう。収益を効率的に得られる事業モデルに対して、在総診などの点数が引き下げられる可能性もあるが、在宅重視の厚労省の施策は当面は大きく変わらないだろう。今後、病院の病床削減が進む一方、

や介護を担当する診療所の医師やケアマネジャーが、その人の身体機能の状態を知る手段は、病院の医師が書いた診療情報提供書や要介護認定時の主治医意見書がベースになります。しかし、それだけの情報では不十分だと考え、結局、診療所の医師やケアマネジャーは、その利用者に直接尋ねることで、正確な身体機能の状態の把握に努めようとしています。これは、利用者からすると、何度も同じ質問を受けることになるのでうざりしてしまいます。

在宅医療や高齢者医療に力を入れる診療所が次々と登場するに違いない。新しい時代の開業医は高齢者の生活を支える上で、介護との連携が不可欠と考え、医療・介護モールでみたように、経営に長けた企業と手を結

こうした断絶を防ぐには、いくつかの方法があるでしょう。例えば、既に病院から退院し、在宅でのケアが中心利用者については、初回の要介護認定時に主治医意見書を書いた医師が病院の医師だった場合、次の要介護認定時には地元の診療所の医師に移すことなどが考えられます。

しかし、主治医を変える決定権は利用者にあるため、実現が難しい面もあります。そこで、現実的には在宅医療を手掛けている診療所の医師が、要介護認定の更新時に、情報提供書を病院の主治医やケアマネジャーに提出し、ケアプランを練り直す際の参考にしてもらうといった方法があるでしょう。

さらに、病院の医師や看護師、診療所の医師、ケアマネジャー、ヘルパーなどが集まったケアカンファレンスを積極的に行って情報を共有することも大切です。現行の介護保険制度では、ケアカンファレンスを開催すると、時間とコストが担当者の負担になります。ケアカンファレンスの開催に介護報酬が支払われれば、すべてではないにせよ、少し状況は変わるかもしれません。

2006年4月の介護保険制度改正では、介護予防サービスが導入される見通しです。その場合、医療と介護が連携した予防プログラムを実施し、利用者の状態が改善すれば、“成功報酬”が支払われてもよいと思います。(談)

ぶはずだ。看護師やヘルパーと共同でケアに当たり、職種間の関係も対等なものとなっていこう。

ケース編では、新時代の医療・介護の連携像を予感させる三つの先進的なケースを紹介する。