

尼崎市「ケアマドの会」在宅医とケアマネが連携をホンネで討議

組織的な“医介連携”が医療崩壊を救う



対談

長尾クリニック院長

長尾和宏氏 (写真左)

兵庫県介護支援専門員協会常任理事

中林弘明氏 (写真右)



医療と介護の連携は、ともすればかけ声だけに終わりやすい。早期に連携のシステム化を成し遂げた尾道は稀なケース。多くの地域では発展途上だ。

兵庫県尼崎市では、在宅往診医師と尼崎市ケアマネジャー協会が、2006年から「ケアマドの会」を開催し、医療と介護の連携のあり方を模索している。ネーミングは“ケアマネジャー”と“ドクター”の合成語であるだけでなく、「ケアに窓を開けよう」という会の意気込みを表している。

「ケアマドの会」で世話人を務める長尾クリニック・長尾和宏院長と、兵庫県介護支援専門員協会・中林弘明常任理事に、医介連携の必要性和課題を聞いた。まず、連携の会を立ち上げた背景から。

「ケアマドの会」発足の背景

福祉出身ケアマネ増加し 主治医との連絡が課題に

中林 2000年に介護保険がスタートし、尼崎市ではケアマネジャー有資格者を会員とした尼崎市ケアマネジャー協会が2003年に設立されました。まず取り組んだのは、尼崎市医師会と相談して、主治医と連絡を取るためのFAX連絡表や意見書の共通書式づくりでした。ただ、ツールは作成したものの、組織的な地域連携には至らず、個々の対応にとどまっていました。

長尾 介護保険施行から10年を経て、医療と介護との連携は緩やかに前進していると感じます。発足時にケアマネ資格を取得した医師は潜在的に理解しています。しかし、組織だった連携はこれからです。

中林 2000年当時の介護支援専門員合格者は医師・看護師・薬剤師等の医療職出身者が8割、福祉職出身者が2割でしたが、いまは完全に逆転し、昨年度の尼崎市では医療職出身は2割、福祉職出身が8割です。つまり、医療に対して理解の浅いケアマネが多くなったという背景があります。

長尾 ケアマネの待遇が低すぎるからだと思います。訪問看護師の平均年収は500万円程度だと思いますが、ケアマネは半分でしょう。残念ながら医療機関やヘルパーステーションなどに併設した形でないと、ケアマネジャーは食べていけない。

中林 そうです。医療職に戻っていくケアマネが多いのが実情です。とにかくケアマネ側からいえば、主治医に連絡を取るのには敷居が高く、担当利用者の半分以下しか連絡をとっ

ていないことが多いという実態がありました(図1・2)。

連絡を取りやすい時間帯や方法といった初歩的なことから、医師の役に立つ情報とは何かといった本質的なことまで、ケアマネにはわかりません。ここをまず改善したかったのです。

「ケアマドの会」今後の展望

ケアマネが医師に相談する判断基準の標準化を

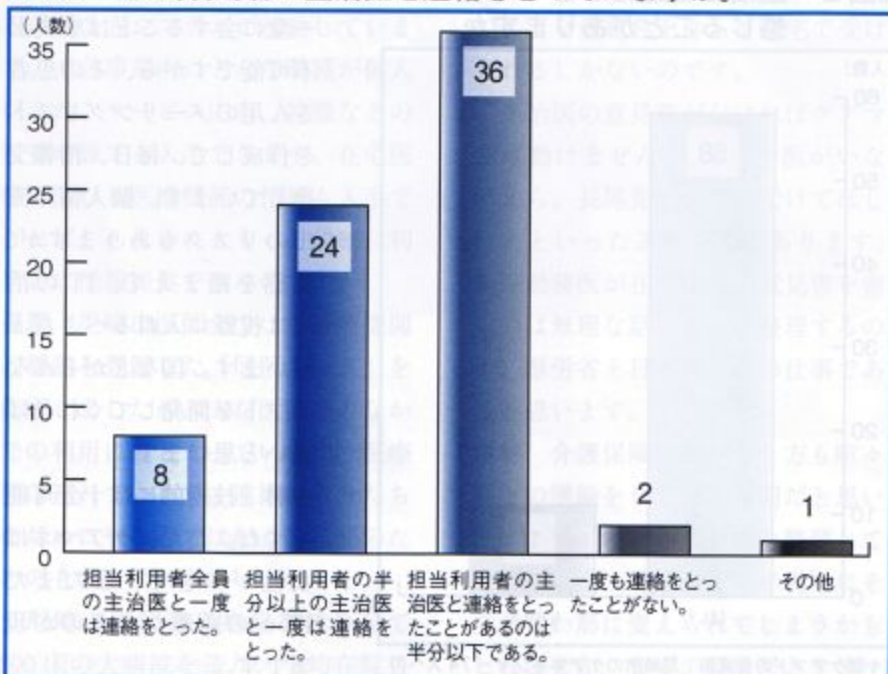
「ケアマドの会」では年2回、研修会を開催。毎回100人程度(うち医師は10人程度)が参加し、主治医とケアマネの連絡方法や互いの職能のあり方を本音で討議している。

当初はアンケートで互いの連携で困っている点を調査し、ディスカッションした。連携先進地域の尾道から、片山壽医師会長やスーパーケアマネを招いた講演会も開催した。昨年度は、医師が往診した際に算定できる診療報酬をケアマネが勉強し、相互理解が進んだという。

中林 連携に関する意識は高まってきました。ただ、連携は手段であって目的ではない。目的は利用者を支援することで、そのために医師との連携が必要なのです。原点に戻って、どういった連携をすればよいかを考える時期だと思います。

いま、介護側で問題になっているのは、どのような場合に医師に助言をいただくのか、判断基準が標準化されていないことです。個々のケアマネが経験則で判断するしかなく、戸惑いがあります。たとえば、医師への相談事項のチェックシートと

■図1 担当利用者の主治医と連絡をとっていますか。



第1回ケアマドの会資料：尼崎市のケアマネジャー74人への調査(2006年)

か、病態別の注意事項などケアマネが判断できるマニュアル的なツールがあればと感じます。

長尾 医療だけなら地域連携パスがありますが、医療と介護の連携にはそれがありません。共通言語ができ上がっていないことが1つの問題点です。

2つ目の問題点は、この会も医師の参加が少ないことです。診療報酬における“医介連携”の評価が必要ですが、中医協も今改定で評価する方向を打ち出しました。「ケアマドの会」も立ち上げから3年を経て下地が固まってきましたが、点数がつけばこれまで無関心だった医師も目を向けてくれると思います。

“医介連携”の窓口は、開業医とケアマネです。二者の連携がまず重要なのです。尼崎市医師会は1986年に、県立尼崎病院に全国初の地域連携室を創設して病診連携の先駆け

となりました。「ケアマドの会」の代表世話人は医師会の理事が務めています。残念ながら多くの医師はまだ関心が薄い。さらに参加を進め、全国にこの会のコンセプトを広めたいと思います。

「ケア会議」の現状と課題

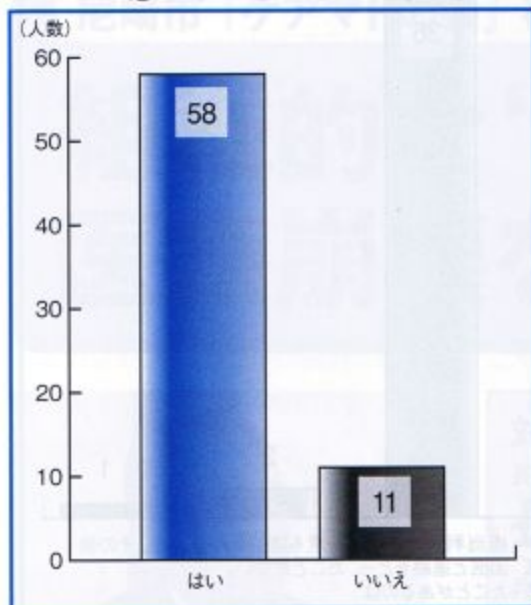
医療情報が開示できる ケア会議を重視するべき

わが国では尾道が先駆的に導入し、多職種連携を促進する有効な手段と評価されている「ケアカンファレンス(ケア会議)」。

それを、継続的に開催し続けるのは現実にはなかなか難しいといわれる。尼崎での開催の実情とともに、ケア会議が持つ意味を改めて議論してもらった。

長尾 いま、私の診療所では週1件以上のケアカンファレンス開催を目

■図2 主治医と連絡がとりにくいと
感じる場合がありますか。



第1回ケアマドの会資料：尼崎市のケアマネジャー74人への調査（2006年）

標にして、だいたい達成しています。尾道は1回15分で良いから、1日3件も開催すると聞きます。すごいですね。

ケアカンファレンスをもっと開催するために提案があります。まず用語の統一です。医療側は「ケアカンファレンス」で、介護側は「サービス担当者会議」です。ここに認識のズレがあるし、どちらも患者さん、家族さんにはわかりにくい。「ケア会議」でいいでしょう。

中林 そうですね。尼崎市では「ケア会議（サービス担当者会議）」に統一できればよいですね。

長尾 時間的、距離的に集まりにくいとき、ネットでケア会議を開催する方法もあります。いま、私が在宅で診ているALSの患者さんは、訪問看護STが2カ所、ヘルパーSTが2カ所関わり、全部で10くらいの職種が関わっています。

10職種ものスタッフが一堂に会することは事実上不可能ですから、その患者さん用のメーリングリストを作成して、毎日、情報交換しています。個人情報流出のリスクもありますが、実態を踏まえて、ITの活用は視野に入れるべきだと思います。国などがそんなソフトを開発してくれれば良いと思います。

中林 技術的には十分可能ですね。ただ、ケアマネは女性を中心に、まだまだITへの距離があるのが現実です。

長尾 「ケア会議はやってみるものだね」と私自身痛感しています。たとえば、知らない間に患者さんが他科を受診していたなどという話をケア会議で聞いて、役に立ったこともしばしばあります。

中林 私たちも医師から「こういう病状のときは相談してほしい」とか、「この薬の管理はきちんとするように」といった情報を得ることはとても大事ですし、私たちが生活の状態を情報提供することで、医師の治療方針の参考にさせていただきたいと思います。

長尾 極端な例ですが、がんの末期の方に対して、ヘルパーさんはまだ何年も生きられると思って料理を作っていることがあります。それをケア会議で聞いて「えーっ」と驚いたこともあります。

医療の個人情報は本来、漏らしてはならない秘密情報です。ケア会議だから開示が許されているのです。

逆に、いきなり電話で「何の病気ですか」と聞かれたら、医師は「アホか」と言いますよ。

だからケア会議は重要なのです。日本医師会は総合医構想を進めていますが、いまだきケア会議を拒否するような医師は総合医にはなれないようにすべきです。

介護保険制度の課題

訪問看護は医療保険で給付すべきか？

介護保険のあり方、あるいは医療保険とのすみわけを考える時期にきている。長尾氏は介護保険と医療保険の両方にまたがる訪問看護が、介護サービスと競合して適切な扱いを受けていないと主張する。しかし、ケアマネジャー側には、また別の観点から現状維持を主張する意見もあるようだ。現場から課題を指摘していただいた。

長尾 医療保険と介護保険の狭間にあるのが訪問看護です。現行制度のままでは医療と介護が競合してしまいます。

中林 現実には競合しています。要介護度によって給付限度が決まっているから、本当は入れたくてもケアプランのなかに単価の高い訪問看護を入れられないこともあります。

長尾 だから「訪問看護はすべて医療保険で給付すべき」が私の持論なのですが、先日、主任ケアマネの集まりでアンケート調査したら、私の意見に賛成は2/3で、1/3は「いまのままで良い」と答えました。その理由は、「訪問看護が全部医療保険になると、自分たちに医療の情報が

入ってこなくなる」というのです。

中林 そう答えたケアマネにとって、訪問看護師が医療との唯一の接点なのです。介護保険の範疇なら訪問看護師もケアプランを作成したケアマネに報告義務がありますが、医療保険ならそれも曖昧になる。

長尾 ケア会議をしなくても、何とか居宅療養が進むのは訪問看護師が両者の間を取り持っているからで、話は単純ではありませんが、医師とケアマネの連携を強化すれば解決するのではないかと思います。

中林 医療保険と介護保険の問題では、自己負担額が介護保険の1割負担から、医療保険の3割負担に変わったとき、その理由を説明するのに現場は最も苦労しています。

情報公開も課題です。介護業界で

はすべての都道府県ごとにITによる情報公表システムが稼動しています。当該事業所にどんな職種が何人いるか、サービス内容、特徴などの情報が誰でも入手できます。在宅医療に関わる医療機能の情報も入手できれば、われわれももっと的確に利用者に情報提供できるのですが。

長尾 尼崎市医師会では各医療機関の機能を登録した「尼医ネット」を作成しましたが、まだ医療界のなかでの利用にとどまっています。医療界は遅れています。連携は自分たちのためにやるのではなく、国民のためのものであります。

尼崎市では県立病院を統合して800床の大病院を造り、平均在院日数10日をめざすとのことです。そうすると月2,000人以上の退院患者

が出るわけですから、医介連携パスのような仕組みを作って在宅で受け入れるしかないのです。

主治医の意見書がなければケアマネは動けませんが、「主治医がいなから、長尾先生に引き受けてほしい」といった連絡がよくあります。病院勤務医が在宅療養の意見書を書くのは無理な話。そこを整理するのが、厚労省と日本医師会の仕事であると思います。

中林 介護保険制度のあり方も喧々譁々の議論をしていく時期だと思います。いまのうちに課題を整理しておかないと、財源論だけで現場にそぐわない形に変えられてしまうかもしれません。まず、開業医とケアマネが率直に意見交換して、現場から声を上げていきたいと思っています。

明日からの「接遇教育」にすぐ役立ちます!

信頼され選ばれる病医院づくりをめざして

医療接遇実践マニュアル

〈著者〉医療接遇インストラクター 大島 昭子 著

〈基本編〉

1. 第一印象が大切、ポイントは笑顔
2. あいさつと声かけ
3. 態度はキビキビと端正に
4. 身だしなみ
5. 話を聞く、話をする
6. 自分を名乗ること
7. アイコンタクト
8. スキンシップ

〈実践編① 部門別の対応〉

1. 受付・窓口部門
2. 外来部門
3. 入院患者への心遣い
4. 医師・医局部門
5. 検査部門
6. 薬剤部門
7. 会計窓口
8. リハビリ部門
9. 透析室
10. ナース・栄養士の「食事」のケア
11. 訪問看護
12. 介護部門

〈実践編② 患者さまのタイプ別対応〉

1. 高齢の患者さま
2. 痴呆を伴う高齢者
3. 子供患者
4. 身体障害者
5. 患者家族
6. お見舞い人
7. 女性患者
8. 外国人

〈発展・応用編〉

1. 病医院の環境づくり
2. 苦情処理
3. 接遇マナー
4. 電話応対
- 他—



病医院、看護ステーション、医療従事者教育機関でのテキストに!

B5判80頁 価格1,680円(税込・送料別)

お申し込みは電話、FAX、Webにて

電話 03(3241)4723 FAX 03(3241)4669 URL=<http://www.climaga.co.jp/>

クリニックマガジン

〒103-0023
東京都中央区日本橋本町2-3-15