



ISSN 0285 130X
 旬刊
 5.15 25日 発行
 (1部/200円)
 広島県医師会速報の代金
 (会員負担1回200円)は県医
 師会費に含まれています。
第1902号

主な目次	
○ 市郡地区医師会在宅医療・介護担 当理事並びに医師会立訪問看護ス テーション連絡協議会合同会議	10
○ 代理理事会記事	11
○ 会員へのお知らせ	12
○ 業務	16
○ 医療時事ニュース	18
○ 医師会行事(4月分)	19
○ 社保の栞	20
○ 感染症情報	45
○ 会員の声	47
○ 地区医師会ニュース (松永沼徳・大竹)	48
○ 医師協同組合情報	50
○ 募集コーナー	51
○ 学術講演会案内	58

市郡地区医師会在宅医療・介護担当理事並びに 医師会立訪問看護ステーション連絡協議会合同会議 ―在宅医療・介護における医師会立訪問介護ステーションのあり方を検討―

開催日時
 平成17年3月31日(木)
 午後7時00分)

開催場所
 ホテルグランヴィア広島
 4階「悠久の間」

今回の合同会議については、平成14年1月10日に「平成13年度医師会立訪問看護ステーション連絡協議会」を開催、平成17年度には介護保険制度の抜本改正が、また日医もこれに向けて指針を示したことから、地区医師会在宅医療・介護の担当理事との合同開催とした。

先に、碓井静照広島県医師会長より挨拶があり(別掲)、引き続き日医介護保険委員会委員である片山壽尾道市医師会長より「在宅医療・介護のこれからの方向」について基調説明が、その後5ヶ所の医師会立訪問看護ステーションより「訪問看護ステーションとケアマネジメント業務における現状と課題」としてそれぞれ報告があった。

1. 挨拶

広島県医師会長 碓井静照

本日は、市郡地区医師会在宅医療・介護担当理事並びに医師会立訪問看護ステーション連絡

協議会の合同会議に、地区医師会の担当理事や訪問看護ステーション職員の方々に大変お忙しい中ご参集いただきありがとうございます。

さて、医療保険・介護保険については、平成17年度中には医療保険・介護保険制度の抜本的改正が行われ、平成18年度には診療報酬・介護

報酬のダブル改定が予定されている。

今後、介護報酬は、この度の「介護保険法等の一部を改正する法律案」が成立する6月頃から食事・居住費に関する一部負担の導入に向けた施設給付費の見直しが行われる。そうなれば施設給付費部分のみ10月1日に施行され、今回の介護報酬の改定は2段階で実施されることになる。日医も、介護療養型病床への影響等をできるだけ最小限に食い止めるよう苦勞されている。また、診療報酬は、年明け早々に具体的なものが見えてくるものと思われる。

介護保険制度改正については、既に「介護保険法等の一部を改正する法律案」が示されており、また日本医師会ではこれに先立ち昨年11月に指針を示しており、この中で地域医師会の積極的な関与を指針の中に盛り込んでいる。本県からは、前府中地区医師会長で日医副会長の寺岡暉先生、そして今日この講師である日医介護保険委員会委員(尾道市医師会長)の片山壽先生が、この指針に深く関与されており、特に地域包括支援センターの重要性は、片山先生より第2回の市郡地区医師会介護保険担当理事連絡協議会でご説明していただいたところで、今日も

説明があるものと思っっている。

地域包括支援センターは、当初の国が示した保健師、認定ケアマネジャー、社会福祉士から少しずつ変わってきて、今は「等」が付いている。そして、必ずしもそうでなくても能力や、経験がある方がなれるよう変わってきている。国の施策はどんどん変わってくるので、あまりあてにはならないと思っっている。

当然、在宅医療・介護に関わる主治医、地域の訪問看護ステーション、特に医師会立の訪問看護ステーションの重要性はますます増してくるものと、また両者の連携等が非常に大事だと思っっている。

本日の合同会議においては、先に片山壽先生より、基調説明があり、続いて5ヶ所の訪問看護ステーションより、ケアマネジメント業務に関して報告等をいただくこととしてている。この合同会議が、ご出席の皆さま方にとりまして、役に立つことを期待してている。

1. 議題

(1) 在宅医療・介護のこれからの方向について

日本医師会介護保険委員会委員

片山 壽

本日の説明は、訪問看護ステーションに特化したものではないが、日本医師会が示した指針が、平成17年度特に重要で、日医が地域医師会の取り組み指針を、具体的に政策を助案して示したのは初めてである。また、実際に在宅医療

の現場を動かしているのは、訪問看護ステーションの皆さん方と認識をしている。高齢化率が低いところでも、これから世界一の高齢国家としてトップを走って行くわけであり、そのような時にまともな従来の政策、通常のことを考えていては高齢国家に対応できない。

介護保険が2000年にスタートしたが、今度の見直しでドラスティクな部分もあり、地域包括支援センターはその中核で、これはケアマネジメントを重視した形で動いている。いろいろな政策を行っても地域がシステム化していないと政策効果があがらないということが研究会の議論で一番大事なところであった。

高齢者社会研究会の議論で一番時間を要したのは、地域ケア、地域づくりということで、結局政策をのせるためのシステムを作ることが重要ということである。いろいろな生活の継続とか、個人の尊厳との問題もあるが、やはり地域で支えなければいけないということで、施設・在宅の二元論は廃止して、統合概念として地域を出したのは非常に優れた整理と思っっている。

要するに、利用者が住んでいる地域で最後まで暮らせ、ケアの実現をするということであり、あらゆる障害、認知症もそうであるが、疾病があっても自分らしく暮らせることで個人の尊厳が重視される。これはやはり主治医がついているだけでなく、地域のシステムにより支えがなければ、支えられないものである。地域医療連携のサポートレベル、システムができていくかどうかである。

昨年より、地域ケアの委員会で私が言っ

市郡地区医師会在宅医療・介護担当理事並びに医師会立訪問看護ステーション連絡協議会合同会議

日時 平成17年3月31日(木) 午後7時

場所 ホテルグランヴィア広島

出席者 後掲名簿のとおり

次第

1. 開会

1. 挨拶

広島県医師会長 碓井静照

1. 議題

(1) 在宅医療・介護のこれからの方向について

日本医師会介護保険委員会委員(尾道市医師会長) 片山 壽

(2) 訪問看護ステーションとケアマネジメント業務における現状と課題

① 悠悠タウン江波訪問看護ステーション 総括主任 倉橋 キミエ

② 呉市医師会訪問看護ステーション 主任 別府 笑子

③ 福山市医師会訪問看護ステーション 主任 柳井 美津子

④ 安芸地区医師会訪問看護ステーション 総括所長 板谷 裕美

⑤ 賀茂台地中央訪問看護ステーション 総括所長 湯浅 時栄

(3) その他

1. 閉会の辞 広島県医師会副会長 高杉 敬久

る「新・地域ケア」、これはケアマネジメントをルールとして、地域が整然と機能的に動くことが必要ということ。これは読売新聞の一月調査であるが、どうも不満が9割と、今まで介護保険で9割の不満が出たのは初めてで、今の見直しの議論と、去年の年金のことが絡んでいるが、どうも在宅と言っている割に上手く行かない、だから見直しの議論の中に入っているということである。不安ということは、生活費が足らなくなることは経済的なものであるが、体の問題・健康の問題で、在宅資源の問題や十分な医療や介護が受けられないという不安ということである。

結局、在宅医療は、地域ケアという安心の基盤がなくてはいけないし、それを求めており、安心が必要ということである。安心を提供するための制度・政策であるから、サービス内容が適正であるかどうかを確かめる制度が無いことが大きな問題である。ケアマネジメントはきちんと法制化してあり、きちんとカンファレンスを行い、利用者と一緒に給付を適正に行っていることを確かめる形ができていない。

在宅医療の重要性であるが、介護保険制度は既に走っているが、在宅医療が80年代から診療報酬設定が行われ、適正化で85年に1割となつている。次に、老人保健法の改正が、続いて訪問看護が83年には制度上の位置付けとなり、85年の時に在宅医療の立ち遅れが指摘され、ゴールドプランということと、90年で訪問看護ステーションの制度化ということになっていく。報酬の問題であるが、伸びて来たのは94・95年

ごろからで、92年にはデイメンションをあわせするために、居宅ということが医療提供の場として規定された。第2次医療法改正では、在宅医療についていろいろな形で整備が続けられてきている。介護保険前からいろいろなビジョンを出して、その通り進めていかなければいけないという形が出て来た。介護保険の準備は少ししてあったということである。

2001年も21世紀の医療提供の姿を出しながら将来ビジョンを出している。介護保険は在宅医療とまったく同じ流れで、同じような頭で考えてきている。2005年の見直しと、2006年度の、第5次医療法改正そのものが大変重要だということである。在宅を含んだ地域医療のポテンシャル、要するにどこまで期待できるかということを感じたいわけである。

急性期病院と在宅医療が機能分担して、受け皿があり、介護保険と一緒に動いている。このような形から、「新・地域ケア」という形を出していかなないと自立支援システムにはならない。医療保険の方は平均在院日数短縮化で早く返したいが、介護保険は在宅重視ということである。結局は、統合した保険を作るということではなくて、自然にこのような環境で在宅医療現場は動いている。

今日の話は、日医の指針であるが、2004年7月2日に日医の会長から介護保険委員会に諮問があり、その時2年間で作るようにと、それまではとても間に合わないということから、厚生労働省から出て法案化されるといじれないので、2004年の11月半ばまでに、政策説明

と併せて、どこまで日本医師会、あるいは医療現場が取り組むのかということの指針を出した。

長期フォローアップの強化が非常に重要な部分で、高齢化して長期介護の世界、主治医機能、特に在宅医療に対して頑張ってもらうことで、急性期病院との兼ね合い、在宅の受け皿として、退院の支援をして行くこと、病院は平均在院日数の短縮化により、高い医療依存度の方々が多く在宅に出てくるので、在宅医療現場の重症化ということになる。その時には、訪問看護ステーションと主治医とのパートナーシップで在宅医療が受け皿の機能を高めておかなければならない。また、これにはケアマネジャーと主治医との連携がとれなくてはできないということである。

ケアマネジメントの徹底という国の表現とあわせており、ケアマネジャーとの連携強化、主治医が協力しないからできないと言われたのではまずいので、カンファレンスをきちんと行つて、介護保険のサービス外のところまで行きたく繋がる。これが指針の次の2に流れて行くわけである。ここでの居宅療養管理指導が主治医には求められる、重症化をのり切るためには診療所間連携、チーム医療で乗り切るということと、このためには地域医療連携の再編を行わなくてはできない。地域医療連携は、単なる病診連携でなく、診療所間の連携でもあり、歯科も含み、やはり地域医療圏において、地域医療が総合化・包括化が出来るかどうかという問題である。指針の「高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築」ということは、これは地域医師会単位の政策的取り組み、地域医療計画

の見直しをしなくてはいけない。次の19年度には、地域医療計画の見直しが行われる。その時には、第5次の次に来る大波は地域医療本体がテーマである。その時にどのようなようになるか、着実に今動いておかないと、結局は現場が評価されない。

主治医3原則は、2003年からは1. Multiple functions、2. Flexibility、3. Accountabilityということで、ここまでは主治医機能、プライマリケアレベルで行わなければならないのではないかとということである。

3番目は最近重要となり、個人情報云々にも関係し、やはりインフォームドコンセントという考えの拡大が言われている。コミニケーションスキルは非常に重要である。

結局は、ケアマネジメントの見直しで、地域包括支援センターを一つの目玉としているわけである。これは、ケアマネジメントの環境整備、多職種協働の実践から行っていくということである。

地域包括ケアを確立するため、地域包括支援センターを作らなければならない理由としては、ケアカンファレンスの徹底と、施設・在宅の連携強化、退院前・退院後ケアカンファレンス、要するに継続ケアということになる。地域包括支援センターの創設は、多職種協働を実践するためのセンター、要するに地域包括ケアのためのセンターということである。

ケアマネジャーの研修体系であるが、長期継続的なケアマネジメント、一枚のその場面のケアプランを作るのではなくて、地域包括ケアの

中で仕事ができること、長期に継続的なケアマネジメントでケアマネジャーの業務ができること、これは主治医と一緒にではなくて絶対に行かないことであるので、ケアマネジャーの研修の中に入れて行くことである。

結局、ケアプランを多職種協働により、地域医療連携、あるいは地域連携のツールに昇格させていかななくてはならない。空間が広がるという意味である。プロフェッショナルな空間に作り上げて行くことである。訪問看護ステーションの一番の強みは、やはり資格と経験ということと、系統的な看護学という学問があり、看護管理ができることである。

尾道市医師会で2000年に作った長期ケアのサイクルチャートであるが、在宅で急変すると急性期病院に入り、そこでそこその状態で帰れるか、回復期に行くか、老健に行くか、いずれにしても在宅重視で、時系列的に急性期に入ることもあればいろいろな形で何回りもすることもある。

ケアマネジメントで医療と介護は繋がるということである。これはケアカンファレンスで繋いで行って、各段階でエバリエーション・アンド・マネジメントということで機能評価もできる。

回復期では、急性期病院のクリティカルパスに、ケアマネジメントパスを重ね、地域連携室では回復期のカンファレンスを行い、回復期・維持期ということになるという領域もある。ケアカンファレンスを行いながら長期のフォローアップができて行く中には、やはり福祉系の部

分の必要性と自治体のサービス、司法サービスが必要となるが、司法サービスとは権利擁護、成年後見制度などである。

中村局長のインタビュー記事がメディアファックスに載っているが、これは在宅医療シンポジウムでの基調講演のことで、『生活中心に捉え、それを支える介護、さらにそれを支える医療が求められる』、これは在宅医療の概念の転換を図るということで、『在宅仕様化』という言葉がこの時出て来た。

医政局から、地域ケアの観点と介護との関係を整理すると、地域ケアの観点からなるべく地域に戻すことを検討して行くことで、今まで医政局がこういことを言ってきたことはない。政策の中に、高齢者医療でも、介護モデルのケアマネジメントが使えることを言っている。

在宅で重度化すると、訪問看護の支えが無くてはできない。主治医機能が発揮できるのも、訪問看護の支えが大きく、主治医とケアマネジャーの連携ができないことはまずいわけである。そこを訪問看護ステーションと主治医が連携をし、在宅医療で重度化しようとも訪問看護ステーションの業務の中でこなさねばならないことから期待されている。

この指針を実践する中で、やはり各地区医師会も、主治医も頑張らなくてはならないが、訪問看護ステーションのレベルがきちんとしていることが重要。指針を意識して地域医師会として在宅医療にもう少し取り組んでいかななくてはならない。

退院支援の部分に訪問看護ステーションが関わ

らないと、また看護連携が上手く行かなければ在宅へ帰れないわけであるから、どの面から見ても訪問看護ステーションの業務がこれから細分化され、もっと機能を求められて行くと、研究会の話の中では重度をたくさん見ていることについての報酬も考えの中にある。

ハイパー訪問看護ステーション、機能の高い訪問看護ステーションについては、在宅を可能にするということで、病院との連携、情報の流れ、実際に受け持っている患者の重症度を考え、別立ての報酬があった方が、システム報酬について支えが効くのではないが、現実の話としてまだ出て来ていないが、第5次医療法改正で、在宅医療について見直されるので、その時の目玉になれば良いということである。

(2) 訪問看護ステーションとケアマネジ メント業務における現状と課題

① 悠悠タウン江波訪問看護ステーション

総括主任 倉橋 キミエ

悠悠タウン江波の訪問看護ステーションは、平成8年から老人訪問看護を、「寝たきり老人を作らない、寝たきりにさせない」ということを方針として開始した。順調な伸びをみせていたが、平成12年の介護保険施行以降、全国的な傾向ではあるが、徐々に利用が減ってきている。やはり介護保険への乗り遅れが原因と思う。

ケアマネジメント業務が非常に煩雑なために、訪問に中々行けないという現状がある。また、

現在では、30分以内の訪問が増えている。因みに、平成15年の11月は5件、平成16年は55件で、10倍以上となっている。例えば、褥瘡の処置一つにしても、絶対に30分ではできない状況で、ほとんど50分ぐらいはかかり、オーバー時間はサービスしているが、コストは半減している現状である。もう一つは、ケアプラン内での枠がオーバーすると、訪問看護は高いからということで、ヘルパーを使うという枠内操作により、訪問看護が切られているのが現状である。

事業所内の居宅介護支援事業所から訪問看護の依頼が少ないという状況があり、昨年アンケートを取ったところ、看護の必要性はある程度分かるが、コスト面が高いとか、訪問時間帯の融通が利かないとか、主導権を取られるとか、情報が入ってきにくい等の反応があり、医療系以外の者がケアマネジャーをしていると、訪問看護が入り難い現実がある。

しかし、今の介護保険のもとでは、ケアマネジャーがケアプラン内に訪問看護をサービスに入れてくれないと訪問ができないので、訪問看護を使ってもらうためにはケアマネジャーとのケアカンファレンスの充実を図ることが急務だと思っている。

② 呉市医師会訪問看護ステーション

主任 別府 笑子

当訪問看護ステーションでは、地域に根ざした看護を目標として、暖かい温もりを看護の専門技術と共に届けられるステーションを目指し

ている。また、当ステーションにはETナースがあり、OT・PTによる訪問リハにも力を入れている。最近、訪問リハが非常に増えている。初回にOT・PTが訪問リハをプログラムし、指導を受けた担当看護師が進め、定期的に専門家に評価をしてもらっている。もう一つ、褥瘡の処置については、ETナースを中心として2、3名のチームで取り組み、デジカメで写真を撮るなどして、主治医へ経過報告をしている。

訪問看護ステーションには、ケアマネジャー業務を兼務しているスタッフが10名いる。訪問におわれてケアマネジャー業務が中途半端になっている。また、研修に中々参加できないこと、訪問看護に力を入れればケアマネジャー業務が手薄になるなどいろいろ悩みを抱えている。医師を含めたケアカンファレンスであるが、当ステーションではパーセントは低く、公的病院での退院前カンファレンスは必ず開いており、お願いもしている。

課題としては、これは公的病院に限るが、訪問看護の新規の依頼があった場合に中々指示書がもらえない、裏返せばドクターの協力が得られていないということではないだろうか。また、各居宅介護支援事業所との基本情報のやり取りを行うが、その様式がさまざま得たい情報が得られないケースがある。市町村若しくは県で統一した様式ができれば良い。また、合併に伴い、移動時間が掛かるようになると思われる。

③ 福山市医師会訪問看護ステーション

主 任 柳 井 美津子

当ステーションでは、訪問看護とケアマネジ
メント業務の兼務をしており、そのスタッフの
個人的都合により働ける時間に差があり、多い
者で訪問看護が月に55件、プランが25〜30件、
少ない者で訪問看護が月に10件、プランが5件
である。

当ステーションの現状については、訪問看護
での利用者が年々減少傾向にある。その原因
には、訪問介護への移行と、訪問看護の実施医
療機関がしだいに増えてきたこと等が考えられ
る。

看護内容については、医療依存度の高いケー
スが以前に比べえると増えてきている。現状に
対して、主治医と緊密な連携をとり、病院の専
門看護師による研修会の実施に努めている。

また、当ステーションの指示書6割がリハビリ
ということで、PT・OTを中心に独自のアセス
メント表を作成し、訪問看護でのリハビリが充実
するよう努めている。平成16年4月から診療報酬
が改正になり、在宅患者訪問点滴指示の依頼も少
しずつ増え、主治医との密な連携と報告を基本に
提供している。

居宅介護支援事業所においては、年1回の広
島ケアマネジメント学会での発表、医師会で開
催している毎月のケアカンファレンスやケアマ
ネジメント研究会へ積極的に参加している。
次に課題としては、訪問看護師の質のレベル
アップのための研修体制の強化と、夜間休日対

応の充実を図る必要がある。

当ステーションが基本としている「医療を基
本とした訪問看護、ケアプランの作成は今後ま
すます必要である。訪問看護とケアマネジメン
ト業務兼務の問題があり、当ステーションの体
制の見直しが必要と考えている。

④ 安芸地区医師会訪問看護ステーション

総括所長 板 谷 裕 美

安芸地区医師会総合介護センターは、海田、
府中、熊野、船越の訪問看護ステーション(江
田島町訪問看護ステーションは実施主体が江田
島町である)とそれぞれに居宅介護支援事業所
を併設、海田町在宅介護支援センター、ホーム
ヘルパーステーション、福祉用具貸与事業所の
合計11事業所である。

当訪問看護ステーションの利用者数は前年度
比(11月分)マイナス2〜3%、保険請求額も
マイナス1%であるが、居宅介護支援事業のケ
アプラン作成件数は7〜8%増加している。

当訪問看護ステーションの利用者の介護度別
では、要介護3〜5までの割合が55%を占め、
介護度が高い利用者が多い。

導入経路では、医師会併設の居宅介護支援事
業所と他事業所の割合は同等であるが、他事業
所からの依頼はかなり重症化しているケースが
多く、適切な時期を判断でき難いことが考えら
れる。反対に、在宅酸素などを実施している利
用者で要介護度が低い場合、訪問看護の必要性
は高いと考えられるが、ケアプランの中に組み

込まれない傾向がある。かかりつけ医が必要
性をケアマネジャーに指導して行くことも重要で
はないかと考える。

ケアマネジャーからは、記録関係が非常に増
え、カンファレンスも行いさまざまな業務で非
常に多忙である。さらに、支援が困難なケース
をカンファレンスにかけても、ケアマネジャー
が警察や弁護士協会にまで相談に行かなければ
ならない。このようなケースまで業務としなけ
ればならないのか疑問である。

当訪問看護ステーションの課題であるが、11
事業所となりしつかりとした組織体制を築きた
め、さまざまな委員会を設けた。組織やケアシ
ステムの中での自己の役割、知識・技術を高め、
質の向上に努めていきたい。

⑤ 賀茂台地中央訪問看護ステーション

総括所長 湯 浅 時 栄

今年2月7日に市町村合併があり、合併後は
人口17万8千人となる。訪問看護ステーション
は東広島地区医師会管内8ヶ所あるが、2ヶ所
は休止、現在活動しているのは6ヶ所、医師
会立がそのうち3ヶ所ある。

東広島地区の地域在宅ケアの沿革について、
平成6年4月に賀茂台地老人訪問看護ステー
ションを開設、その後平成9年4月に賀茂台地
東部と西部の訪問看護ステーションを開設、平
成12年に介護保険が施行され、居宅介護支援事
業所を3ヶ所、さらに平成12年4月にヘルパー
ステーションを、平成17年2月に福祉用具貸与

事業所を開設した。居宅介護支援事業所については、はじめ3ヶ所であったが、本年4月1日には1ヶ所に統合する。

東広島地区医師会では、2ヶ月ごとに経営状況や運営状況について検討をしている。現状については、利用者数・訪問回数が平成6年4月から徐々に増えて来たが、やはりここ2、3年は微増である。加算の届出状況は、介護保険・医療保険とも緊急時訪問看護加算、特別管理加算、24時間連絡体制、緊急時の対応等の加算を取っている。1ヶ月平均の利用者数および訪問件数について、平成16年4月～平成17年2月まで、3ステーションで実人数は21名、訪問回数は1,466回、介護保険は16名、回数が963回、医療保険は53名、回数が504回と介護保険の方が多くなっている。利用者の要介護度の比較であるが、平成14年度と16年度の平均を出したが、要支援、要介護1が平成14年度23%であったが、16年度には29%と徐々に増えて来ている。平成18年度より新予防給付が始まり、地域包括支援センター(仮称)の在りようも検討されている。在宅介護支援センターを持たない当医師会は情報に目が離せない。

が、17年2月には63%まで増えている。地域ケアにおいて、医師会ならではの3本柱ということで、認知症のケア、緩和ケア、パワーアップトレーニングを行っている。認知症のケアについては早期発見に努めている。また、年間4～5回は、医師の研修に参加している。緩和ケアについても、ターミナルケアを推進しており、在宅で最後を終えたい方々が増えて来ている。パワーアップトレーニングについては、在宅でゴム紐を使用するなど、その人にあつたトレーニングをすることにより良い結果が出ている。今後モ理学療法士と一緒に考えながら行っていきたい。小児の訪問も、保健所等との連携があり、訪問看護ステーションに依頼されることが増えてきている。

居宅介護支援事業所について、ケアマネジャーが現場で多くのケースを持ちながら動く、質のよいケアマネジメントは困難と思われる1ヶ所とした。ケアプランの作成については、以前は280件を持っていたが、今は220件ぐらいまで減らし、ケアマネジャーの質を考えていきたい。

平成15年の改正時には、アセスメント、サービ担当会議、モニタリング等が義務付けられ、当ステーションでは減算こそなかったが、ケアマネジャーにとって相当の負担となった。カンファレンスについては、時間が長くなると医師の参加が難しくなるので、効率的で、効果的なケアカンファレンスを心がけている。医師の連携、参加も徐々に増えて来ている。退院前のカンファレンスや初回のカンファレンスを開

係スタッフで行うことにより、その後のケアに非常に良いということを実感している。

最後に、訪問看護ステーションの現状と課題ということで、訪問看護の視点から言えば、在宅を支えるには看護師によるケアマネジメントが必要と考えている。人は生きて生活をする時、疾病による不安・苦痛の軽減は避けて通れないものである。看護は医学的な面と介護の面の両方を持ち、看護師は医師に適切な病状の報告をしたり、医師と共同で行うことで、在宅は訪問看護が重要と考えている。

質問1(福山市医師会)

ほとんどの訪問看護ステーションの収支が大変悪化している。医師会立の財政状況がどうになっているのか興味があつた。先日総会があり、今の経済は右下がりの状況であり、来年改定があるが、どのように変わって行くのか、医師会立の訪問看護ステーションの行く末はどのようなになるのか。

回答1

指針というのは、将来的なものを含んでいるが、やはり国の政策が在宅医療に向いていないが、まだまだ信頼がされていない部分がある。訪問看護ステーションの中に、介護保険が入り、ダブルに領域を設定されているが、よく福祉系がケアマネジャーとしてプランをたてると、皆訪問看護の方に持つて行くということがある。訪問看護の指示書は、主治医から出るわけであるから、在宅医療に熱心な主治医が増えれば必然的に訪問看護のオーダーが増えることになる。在

宅医療を推進することにより訪問看護が伸びて行く、在宅医療を伸ばすことが日本のこれからの高齢者医療・介護の一体化した制度の中で、医療の位置が明確となる。そのためにケアマネジメントをきちんとしていかななくてはならない。主治医とケアマネジャーの連携は必要であり、実際の戦力としては訪問看護に負うことが一番大きい。さらに訪問看護の部分に予防の分野も入ってきている。

ケアマネジャーの追加研修ついて、統一アセスメントを研修したらということが検討に入っている。ニーズの中に予防が入るアセスメントにし、その中でケアマネジメントを行い、在宅医療に熱心な主治医が増えれば、訪問看護の業務は増える。しかも、OT、PTが最初に訪問し、リハビリプランを出せば、後は訪問看護で行えるなどの現場での工夫が行われている。主治医がもっと在宅に関心を示さないと、訪問看護のオーダーは出て来ない。

適正給付の方法論として、国もケアマネジメントの徹底のための地域包括支援センターを作るということである。高齢者医療という将来の中で、指針に示しているとおりの形ができれば訪問看護の業務は必要なレベルに達するものと思う。

(高杉副会長)

介護保険がスタートして、まだ5年、もう5年、見方により違うと思うが、スタートして今までは、利用者の分捕り合戦により、予想以上に費用が増えてきた。あるいは形が目的とするものと違って来たということ、見直しが入ってきている。訪問看護は、これから必要になっ

て来るのではと思うし、今まで認識がされていなかったが、そこへの仕組みに指針が入って来るものと思っている。

(確井会長)

訪問看護ステーションの近い未来は非常に厳しいと思っている。それはマンパワー、つまり看護師が非常に不足していること、急に不足したと言われるが、実際には平成5年くらいからわれわれは言い続けてきたが、養成施設がだんだんと閉じられ、看護師として働く人がいなくなってきた。医師会としては、看護師を養成する学校などを維持し、掘り起こし、マンパワーを確保しなければいけない。

訪問看護ステーションは、他業種との連携、他業種の専門性を十分尊重する態度が重要で他業種と仲良くする訪問看護ステーションの在り方を検討する必要もある。また、訪問看護ステーションは、医師と近い立場にあるが、例えば胃瘻だとか、呼吸器の管理をするような医療の専門性を発揮してもらいたい。

質問2

各訪問看護ステーションでは、ケアマネジメント業務と訪問看護の回数にいつもモレンマに陥っており、この解決はどうなっているのか。一人が沢山訪問看護もしなければいけない、ケアプランを作らなければいけないという悩む声が出ている。

回答2

この回答は簡単に沢山の仕事を持たないことである。訪問看護を重視して、その中でケアマネジャー業務が出来るようにすれば良く、どち

らを重視するかはその本人が決めれば良いことである。効率化する意味で、カンファレンスをきちんと、またモニタリングを行うと、ケアマネジャーの業務は楽になり、困難事例は出て来ない。多く持っても30ぐらいとなる。多く持てば仕事が荒れるから、沢山持たないことが良いと、事例によっては社協等のケアマネジャーに任せるなどである。研修の話がどこでも出るが、独自研修をどこでもやるのは良いと思う。認知症については、これから訪問看護の専門性が出せるので取り組んでいるところがある。

質問3

訪問看護30分、60分、90分があり、30分が多かったが、これを如何にして60分に移行させたのか。

回答3

30分が増えていたが、見直したら30分が60分に移行した。一人一人スタッフに聞くと、30分を超えてサービスを行っているので、その辺を利用者、ケアマネジャーに説明をすることにより、ケアマネジャーの見方と、実際に入っている看護師にズレがあるのではないかとということが分かった。福祉系は、看護ということが理解されていないが、利用者に対して看護の説明するとプランの変更をしてくれる。

(保険医療課)

