



一般社団法人
メディカルスタディ協会

◇ 中島 慶八郎氏の医療ブッタ切り 第5回 在宅Ⅱ ◇

文／中島 慶八郎 氏

在宅Ⅱ

ロ) 在宅医療は、チーム医療である。

近年、大病院を中心に電子カルテを基にクリニカルパスを用いて患者情報を共有化してチームとして患者の療養を支える動きが始まっている。病院には医師を始めとして約16種の医療職がチーム医療に携わっている。

入院患者が退院して在宅（施設を含む）に戻った場合、地域では病院のように職種が充足していない上に、介護が必要となるためケアマネージャーを始めとする福祉職の関わりが必要となってくる。

在宅で困難なことは地域によって職種が充足されないことである。

一つの考え方に、病院がそのまま街に出たといえる。患者の家は病室であり、道路は廊下である。一番重要なことは、患者情報の共有化である。病院で行われているクリニカルパスが地域でのクリニカルパスとして各職種が共有できるか？が課題である。

情報の共有化は、守秘義務と個人情報保護法をクリアーにしなければならないが、これをクリアーにしたとしても、各職種での検査値の標準化、共有言語等々 課題は大きい。

そして何よりも紙ベースでは情報の共有化は困難であり、IT化は必須だと思われる。

また、医療福祉との連携になるので特に健康保険と介護保険の相関性が求められる。

残念ながら、現在はそこに至っていない。

参考までに、健康保険と介護保険の相違を図表にする。

	医療	介護
発足	1922年に健康保険法制定(ブルーカラー) 1961年 国民皆保険に	2000年に制定
改定	2年毎 (ただし、法律で定められてはいない)	3年毎 (介護保険法で定められている)
保険の種類	健康保険	介護保険
総費用	40兆円(2012年 推定)	8兆円(2012年 推定)
加入年齢	20歳以上 原則適用は誰でも	40歳以上 原則適用は60歳以上
自己負担	10%または30%	10%
特徴①	混合診療 禁止	混合介護 有り
特徴②	フリーアクセス	患者の選択と、契約
目的	病気の治療 (同一給付は介護保険優先)	自立支援
保険者	保険組合 ただし、一部国保は市町村	市町村

医療と福祉の連携をスムーズにするためには、この2法を統一する必要がある。

即ち、健康保険は原則として混合診療禁止である、介護保険は混合介護である。私はこれを統一するには健康保険において混合診療を認め、介護保険と統一するのが早道ではないか？と考えています。

在宅におけるチーム医療では医師一人ではなく、様々な専門分野の医師（皮膚科、耳鼻咽喉科）、歯科医師、薬剤師、看護師などが必要な職種であり、訪問看護ステーションのナース、介護福祉士、ヘルパー、ケアプランを作成するケアマネージャー等々も関わることになる。

そしてそれらが24時間体制で患者やその家族を支えていくことが求められている。

それらの在宅におけるチーム医療は各地で始まってきているが、まだ限られた地域のみである。2025年以降の高齢化社会に備えて、一刻も早く医療と福祉の連携、在宅におけるチーム医療が広がることを期待したい。