

在宅医療 での連携は可能か

医学博士 長尾 和宏

老人ホームという選択

在宅医療の推進が国策として謳われてすでに10年以上が経過した。そして今、在宅か施設かという二者択一ではなく、両者の間には「老人ホーム」など様々な選択肢がある。価格帯は多種多様で一律に論じることが難しい。しかし、今回いわゆる「老人ホーム」における在宅医療、医療と介護の連携について考えたい。

そもそも老人ホームは医療需要が低い人が生活する場である。胃ろうや人工呼吸器など医療需要が高い人は、療養病床などの慢性期病院が主な受け皿となっている。だが、病気がないという高齢者は稀であるし、年々持病が増えてくるはずだ。自立している入所者は通院医療となる。国民皆保険制度はフリーアクセスが最大のウリなので、複数の医療機関にかかることは可能だ。ところが、3つも4つもの医療機関にかかると当然、多剤投与になってしまう。多剤投与とは6〜7種類以上のお薬を飲む人のことだが、後期高齢者の5人に1人がそうだとする。多剤投与には何一つよいことがない。転倒や認知症、予期せぬ相互作用のリスク

が確実に増大し、さらに社会保障費にも直接的、間接的に大きな負担となっている。

すでに多重受診になっている人は、できるだけ「かかりつけ医」を決めて処方医を一元化していくことをお勧めしたい。ただし専門医しか診られない病気がある人は、病院と診療所の併診が可能であることを知って欲しい。普段は近くの診療所にかかりながら、定期的に病院にも通院しているという人は珍しくない。

だが、年々体力が低下し、要支援から要介護状態になれば、通院が難しくなってくる。そもそも要介護判定には、住民票がある自治体の職員による調査と、主治医意見書の両方が必要である。その主治医とは意見書を書く医師。病院の専門医でも構わないが、できれば近隣のかかりつけ医に書いてもらうことをお勧めする。生活状況の把握は病院の専門医より地域のかかりつけ医の方が得意である。そして在宅医療にも取り組む医師が望ましい。老人ホームは自宅扱いなので、2週間に1回程度の訪問診療をしてくれる医師を予め調べておきたい。

特定の医療機関を指定する老人ホ

ームがあるかもしれないが、基本的に在宅医療においてもフリーアクセスが原則である。希望を伝えれば主治医は選べるはずだ。現在、複数の医療機関が関わっている老人ホームが大半である。ただし在宅医療の医療費は1人の医師が同一建物で一度に診る患者さんの数で大きく変動する。大変複雑な規則なので、同じ訪問頻度であっても、医療費が変動することは知っておきたい。例えば、一度に2人の患者さんを診る場合と、1人の患者さんだけを診る場合とを比較した場合、その訪問診療費には4倍もの差がある。これは国が決めた制度なので、その理由を聞かれても我々は答えることができない。

介護サービスとケアマネ制度

ケアマネージャーとは介護保険サービスの相談役だ。老人ホームの場合、ホーム側が指定して選べない場合が多い。本来は要介護者のケアマネもフリーアクセスなのだろうが、そうではない場合がある。介護施設や小規模多機能を利用する場合も同様だ。本来、ケアマネは中立公正ということになっているが、独立系のケアマネはごく少数しかない。も



長尾和宏
(ながお かずひろ)

医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、
1991年 医学博士（大阪大学）授与、兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る
1995年 日本慢性期医療協会理事、日本在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学客員教授
【医学博士】
日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント
【著書】
『平穏死・10の条件』（ブックマン社）、
『抗がん剤・10のやめどき』（ブックマン社）
『胃ろうという選択、がんの花道』（小学館）
『抗がん剤が効く人、効かない人』（PHP研究所）
『大病院信仰、どこまで続けますか』（主婦の友社）など。
医学書スーパー総合医叢書・全10巻の総編集（中山書店）第一巻『在宅医療のすべて』、第二巻『認知症医療』など多数。

「老人ホーム」 医療と介護の

し彼らとの相性が悪ければ、我慢せずに事業所内での変更を希望して欲しい。サービス内容が介護度の枠を超えてしまう場合は自費での利用が可能である。医療保険は保険診療と自費診療の併用は厳しく禁止されているが、介護保険は自費サービスを併用しても問題がない。

実は在宅医療で一番お世話になるのは看護師であろう。その看護師は老人ホームに所属する看護師と、外部から訪問看護師として入る場合がある。老人ホームに訪問看護ステーションが併設されている場合もあり、一口に看護師と言っても様々な社会制度に従っている。一般に訪問看護は末期がんや神経難病には医療保険制度下で提供され、それ以外は介護

保険制度下で提供される。つまり訪問看護制度は医療保険制度と介護保険制度の両方にまたがっている。さらに薬剤師も老人ホームを訪問していることが多い。薬の処方箋は医師が診察しないと発行できず、有効期限は4日間である。

その他、ホームに訪問する医療系スタッフとして歯科医や理学療法士や栄養士らもいる。実は在宅医療に従事している私達でさえ、十分に理解できないほどの、かなり複雑な制度で提供されている。

要介護状態で老人ホームに入所することは、医療保険による在宅医療と介護保険による介護サービスの両方を利用することである。医療の司令塔である医師と、介護の司令塔で

あるケアマネの2トップ体制で提供される。老人ホームの場合、その2人以外にコンシェルジュやマネージャーなどのスタッフが関わる。しかし、様々な人が部屋に入出入りすると認知症の人は混乱するため、徐々に顔を覚えてもらった方がいい。

「医療と介護の連携」が全国各地で謳われている。超高齢・多死社会を乗り切る方策として「地域包括ケア」という考え方が基礎になっている。中学校区の「地域」を一つの「療養単位」として考える。本来の家も老人ホームも「自宅」と言うくくりである。しかし、年々複雑な制度になり、ついていけないという開業医も多い。在宅サービスを提供する現場は、定められた書類の整備に忙殺され疲弊している。介護保険制度と医療保険制度の「制度同士の連携」が進んでいないことが大きな課題だ。「どんな老人ホームがいいのか？」とよく聞かれるが、「外に開かれたホーム」と答えている。閉鎖的ではなく、出入り自由な雰囲気のあるホームがお勧めだ。また医療と介護の連携に積極的であることだ。あるいは、以上のような基礎知識を丁寧に説明してくれるホームをお勧めする。