

在宅医が見た！ とんでもケアマネ なぜ、「在宅は無理」で「施設が安心」？

長尾和宏 医師 ◎ 医療法人社団裕和会理事長 長尾クリニック院長



ながお かずひろ

医学博士。長尾クリニック院長。一般社団法人 日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授。日本慢性期医療協会理事他。ベストセラー『「平穏死」10の条件』や『痛い在宅医』など著書多数。原作と医療監修で携わった映画『痛くない死に方』(高橋伴明監督)が来夏公開予定。

月刊ケアマネジメントの読者のなかには私の意見を読んで激怒する人がいるかもしれません。雑誌を購入してまでスキルアップを望んでいる方からすればありえない話かもしれません。しかし一町医者が現場で見聞きしている話です。むしろこうした現実も知っておくことで医師とケアマネの連携がより円滑になるのではないか、と考えます。

「在宅で何かあったら大変ですから」とすぐに施設入所を勧める

治る見込みのない病を抱えて病院から退院を迫られたとき、療養の場の選択肢は在宅を含め10通りもあります。もしも患者さん自身が家での療養を望むなら、住み慣れた自宅で暮らせるように全力を尽します。しかし、家族の意向もありどうしても施設という選択肢しかない場合もあります。どちらにせよ、さまざまな状況についてケア会議でよく話し合い、最良な療養の場を決めることも主治医の責務であると思っています。

しかし、認知症が少し進んだり、配偶者が亡くなり独居になった途端に、主治医になんの相談もなく「在宅は無理」と断定し、一方的に施設を勧めるケアマネジャーがいます。

そもそも介護保険は、病気になっても慣れ親しんだ地域で暮らせる、つまり在宅療養を主体とした制度です。安易に施設を勧めるケアマネが多すぎます。その理由は「怖いから」。誰が?と聞きたくなります。よくケアマネジャーは「何かあったら」と言いますが、「何かって何?」と聞くと、「万が一のこと」と曖昧です。でも本当に万一件がある場合、責任を問われるのは在宅医であってケアマネジャーではありません。

一人で勝手にさまざまな状況を想像しては、「何かあつたら」という得体のしない恐怖に駆られるケアマネジャーがいます。例えば、90歳代の在宅患者さんが発熱したとしましょう。不安に駆られた家族がケアマネジャーに相談するとケアマネジャーも不安になり、「とりあえず119番」、そして「入院」となることがあります。しかし超高齢の認知症患者さんが入院すればどうなるのか。身体拘束によるADL低下と認知症の悪化しかありません。そもそもケアマネジャーはミニ医者ではありません。

「要介護3になったら特養に申し込んでおきましょう」と施設に誘導する

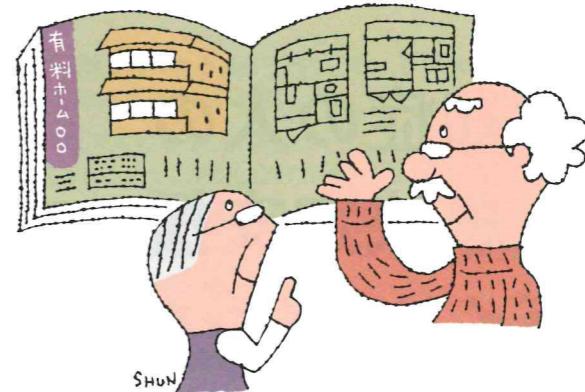
また認知症が進むにつれ、施設入所や精神科病院への入院を勧めるケアマネジャーがいます。なるべく身体拘束されないように在宅で療養しているのに、あえて真逆の方向に持っていくこうとするのです。主治医に相談してくれるだろうと信頼していても、裏切られることがあります。あるいは「早めに特養に申し込んでおきましょう」という人も。実際、特養への入所まで2、3年から数年かかる場合もあるので、要介護3になった途端に機械的に申し込む人もいます。しかし「要介護3なら特養ですよ」と家族に説明すると、せっかく在宅療養で落ち着いていても、本人や家族に無用な迷いが生じて混乱する場合があります。また、ケアマネジャーが執拗に勧める高級な老人ホームだとピンときます。「ケアマネジャーさん、もしかして……」。業者と癒着しているケアマネジャーもいるのではないか。特定の施設に入居者を紹介してバックマージンを受け取っているのは?と疑いの目で見てしまうことがあります。

一番困るのは医療保険を使う訪問マッサージの依頼状を患者さんに持たせて、医者にサインを迫らせるケアマネジャーです。もちろんの問題があるのでサインできませんと言った途端に、おそらくケアマネジャーさんの入れ知恵で、主治医を下ろされたことがあります。在宅療養はうまくいっているのにケアマネジャーから「○○さんは本人の希望で主治医が変わります」というFAXが届くのです。青天のへきれきです。ところが、その家族に直接聞いてみると、ケアマネジャーに「別の医者に変えた方がよいから」と説得されたというのです。そもそもケアマネジャーにそんな権限はないはずですが。多くの医者が悔しい思いをしています。

「自分の会社のサービスを利用者に勧めて何が悪いの?」と思っている

ケアマネジャーは患者さんの生活を支えているので、「私に逆らったら生活が立ちいかなくなりますよ」とさまざまな介入を行うことがあります。明らかに自分に従う在宅医を求めていている場合も。要介護5の人は介護保険では37万円のお客さまです。一方、医者の医療保険の診療報酬は月5万円程度。月額37万円もの市場の采配者であるケアマネジャーには逆らえないなあ、と諦めざるを得ないときもあります。

もしも何らかの理由で在宅医を変えたいのであれば、まずはケア会議を開いてほしい。その患者さんに療養型病院や介護施設がふさわしいなら問題はありませんが、ケアマネジャーが先回りして動いている場合は、不快な思いをします。所属している施設の経営者からの圧力や業者から



のバックマージンなど、何らかのインセンティブを疑っています。

これは事実なのではっきり申し上げておきますが、介護事業所のバックに反社会勢力がついていることもありました。経営母体が反社会勢力であることを知れば、ケアマネジャーに逆らう医師はいません。

大半のケアマネジャーは丁寧に真面目に頑張っておられます、なかには倫理意識が低いケアマネジャーもいます。お金をもらって何が悪いの? 我田引水の何が悪いの? と開き直る人も。医療の大原則は非営利ですが、介護保険法は営利企業の参入を認めています。厚労省には反社会勢力を厳しく取り締まってほしいのですが、役所も縦割りなのであえて闇社会に手を突っ込む役人はいないようです。私は介護保険法の落とし穴の1つだと思っています。ケアマネジャーには最低限の医療保険の知識も必要だと考えます。例えば医療に株式会社が参入できないとか、混合診療は禁止されている、くらいは知っておいてほしい。

患者や家族側としてはケアマネジャーを選ぶ目が必要です。相性の良いケアマネジャーを見つけたら次に医師との連携状況を観察してください。ケアマネジャーが独断専行で決めるのはご法度だということを知っておくべきです。

医療の主導者である医師と生活の主導者であるケアマネジャーが良好な関係性を構築することが大切です。ことあるごとに主治医とケアマネジャーと患者さんの三者がよく話し合うことに尽きます。

私の地元では医師会とケアマネジャー協会が協働して定期的に情報交換会や勉強会を重ねています。もちろん飲み会も大切です。お互いの本音を吐き出し腹の見える関係を構築することは患者さんを笑顔にします。

変わりゆく時代のケアマネジャー応援誌

2019年11月30日発行(毎月30日発行) 第30巻第12号 通巻340号
1995年3月14日第三種郵便物認可

月刊ケアマネジメント

12月号

特集

知らないと危ない!
老人ホームの紹介業



新連載

カナダの福祉 最新レポート