



# まちいしゃ 町医者で 行こう!!

## 「施設系在宅における医療と介護の連携」

### 施設系在宅からの電話ばかり

この10数年間、在宅医療制度が強力に推進されてきた。その結果、在宅医療に関わる開業医が全国各地で徐々に増えてきた。そして住み慣れた自宅だけでなくサービス付き高齢者向け住宅や老人ホーム、グループホームなどの「施設系在宅」も増えている。そこに住民票があるので「自宅」ではあるが、「長年住み慣れた我が家」とは言えないので、私は勝手に「施設系在宅」と呼んでいる。以前はこれらの施設系在宅で診療を依頼される機会は少なかった。しかし2014年度診療報酬改定で集合住宅への訪問診療料が4分の1に減額されて以降、依頼が舞い込むようになった。

施設系在宅と住み慣れた自宅での在宅医療はかなり勝手が違うので、戸惑うことが多い。たとえば看取りが近くなったとき、家族とのコミュニケーションが希薄な分、自宅の在宅よりも説明や話し合いに多くの労力を要する。また夜間にかかってくる電話の大半は「施設系在宅」の介護職員からである。軽微な発熱、嘔吐、下痢、転倒でパニックになった介護職員が深夜にどんどん電話をかけてくる。些細なことでも逐一「医師への電話報告」を全職員に義務づけている施設もある。「39度以上の発熱＝自動的に救急搬送」を入居時の契約書に書いているところもある。過剰な医療要請は介護訴訟やトラブル回避のためであろう。あるいは介護系職員の医療に関する基礎知識が不十分なことも多い。深夜もバイタルサインを測り続けて電話報告することが連携であると思っている介護職員もいる。医師に報告することで責任転嫁し免責される、と考える人もいる。そうした電話を深夜に受けるのが嫌で施設在宅を断る

開業医も少なくない。いずれにせよ夜間帯の電話連絡が多いことが、施設系在宅の特徴である。

### 訪問看護師が入りにくい

施設系在宅には在宅医療の主役である訪問看護が入りにくい。昼間は施設の看護師が居ても医療処置は受けてもらえない。休日や夜間は居ないので24時間対応できない。施設系在宅において外からの訪問看護が入りにくいことが、在宅医にとっての最大の悩みである。医師が24時間365日対応ならば看護師も同様でないと質の高い在宅医療を提供できない。特に胃ろうや人工呼吸器、痰の吸引などが必要な医療依存度の高い患者さんの管理は難しい。思い返せば訪問看護が2000年に介護保険下に入り、ケアマネジャーの裁量下に置かれたときから訪問看護制度は複雑化する一方だ。施設系在宅における訪問看護制度を見直さないと「何かあれば救急車」は減らない。

以上の課題には介護職員への教育問題も関わっている。たとえば発熱や嘔吐に対応するための生涯教育制度はない。認知症の周辺症状が生じる理由も対処法を教わる機会もない。看取り研修に行きたくても過重労働で行く暇がない。いきなり1人で夜勤を任せられ、不安から過呼吸症候群になる新人職員もいる。医療との連携に関する不安を口にする介護職員が多い。「介護離職ゼロ」の前に「介護職離職ゼロ」を目指さないと介護現場はますます崩壊する。だから50万人都市に1カ所くらは公的な「介護職員の再教育センター」が必要ではないのか。そんな思いから以下に述べるように、地域の介護職員やケアマネに医療の基礎知識を教える活動を続けている。

## 「国立(こくりゅう)認知症大学」とは

医療依存度の高い患者さんが急性期病院から地域にどんどん紹介されてくる。さまざまな処置を訪問看護師さんをお願いしたくても必要な訪問看護が入れないことがよくある。さまざまな合併症を抱えた患者さんを施設で看ることは介護職員には難易度が高い。しかし最低限の医療・介護教育も受けないうまま入職しても疲弊して辞めていく。私の携帯電話が深夜帯に鳴るのは大抵そんな新人介護職員からである。不要な電話が続くと在宅医の負担も大きく医療側も悪循環に陥る。

そこで数年前より地域の多職種を対象とした講習会を毎月続けている。本来は国や自治体が担うべき事業だろうが、もはやそれを待てない。自分のクリニックの会議室で地域の施設介護職員を対象にした夜間学校、つまり私塾を開講した。「国立(こくりゅう)介護学院」という名称は、「国に代わって私が立つ」という心意気で行った。今春からは「国立認知症大学」に改名し、約50名の生徒さんの卒業式も行っている。受講料は無料。授業後には懇親会も開き情報交換している。

在宅療養支援診療所には一般の診療所より高い診療報酬がついている。それは研修医や新人看護師のみならず地域の介護職員への教育機能への期待値だと勝手に考えている。増え続ける患者さんを地域で支えるためには、施設で働く介護職員の教育・レベルアップが必須である。施設での看取りが謳われているがその実態はさまざまである。「看取りは怖いので全員救急搬送」としている介護施設は現在でも少なくない。こうした介護施設で頑張っているけども看取り経験ゼロという介護職員を立派な“看取りびと”に育てることも、地域の診療所や在宅療養支援診療所に課せられた仕事であろう。

## 介護が医療を主導する

発熱したと聞いて往診をしたら既にケアマネの指示で救急搬送された後だった。あるいは看取りだと思って往診したら施設長が勝手に「看取り搬送」を命じていた。そして搬送された病院の若い医師から「病院の霊安室への死体検案」を要請された。いずれも実際の出来事であるが、施設系在宅における意思決定や看取りが医師ではなく介護側が主導して

いるケースが散見される。

病院から一步外に出ればそこは医療保険と介護保険の2本立ての世界。指揮者が主治医とケアマネと2人になり両者の協働が謳われている。しかし経済的なパワーバランスから眺めると両者は対等でないと感じる時がある。寝たきりで全介助の高齢者の在宅療養では、1カ月の医療費は数万円程度だが、介護費は36万円。そこに混合介護が加わるので患者さん1人当たりの費用では数倍の差が生じる。医療保険制度はどこまでも非営利を貫き混合診療は厳しく取り調べられる。一方、40歳年下の介護保険制度は別世界である。営利が悪いというつもりはないが、営利企業ウェルカム、混合介護ウェルカムという介護の世界は医療とはかなり異質に映る。倫理的な視点からも、両者の思考回路はかなり異なる。

医療保険と介護保険は縦割りが進むばかりで、両制度の整合性を取ろうという動きは鈍い。医療と介護の距離は国の期待とは裏腹に年々離れていく気がするのは私だけだろうか。

今春、西宮市で開催された「かいご楽快(がっかい)」に参加した時、多くの認知症の人の介護家族が介護保険制度の限界や矛盾を口にした。「17年前に介護がビジネスになった」というのが多くの市民の声であった。施設系在宅に関する生の情報は当事者や家族になるまでなかなか外に出にくい。ならば介護家族に介護保険事業者の監視役をお願いしてみてもどうだろうか。あるいは地方自治体が地域の良質なボランティア団体等に介護保険事業の実態評価を依頼してはどうか。ホテルの予約サイトを覗くと利用者の本音が書き込まれているので選ぶ際に役に立つ。評価の低いホテルは頑張らないと自然淘汰される。営利企業にも開放された介護保険事業者には市民目線からの評価が必要ではないか。そうした工夫をしないでただただ混合介護の拡大政策を打つだけでは、介護が医療を主導する傾向が強まるだけだ。多死社会のピークである2040年を展望したとき、施設系在宅が悪循環に陥らないために現場で感じていることを述べた。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に「病気の9割は歩くだけで治るPART2 体と心の病に効く最強の治療法」(山と溪谷社)など