

# 新時代 介護保険

光と影からベストプランを求めて

今回の症例は、重症にもかかわらず、家族・在宅医療主治医の献身的な努力により、在宅医療がうまく継続している例である。在宅医療のベストプラクティスの1例である。

キーポイントは、健全で良好な家族関係と、入院中の病棟主治医と在宅医療主治医の良好なコミュニケーションである。

(日本医師会総合政策研究機構主任研究員  
(前 東京大学附属病院医療社会福祉部)  
田城孝雄)

## 在宅医療の現場から

鈴木内科医院副院長

(☎ 143-0023 東京都大田区山王 3-23-8)

鈴木 央

施行後2年を経て、すでに介護保険は高齢者医療の中で無視できないシステムとなっている。その中でわれわれ医師が見落としやすい主治医意見書記載についてのスタンスを指摘したい。医療職以外の人間と連携をとるため、現状で何が困っているのかをわかりやすく記載することが必要である。

また、良好な在宅ケアを続けている1例を提示する。順調に在宅ケアが進んでいる理由は、介護保険だけではなく自費を併用し、夜間を通してヘルパーにケアを任せる時間をつくったこと、急変時の医療連携を構築したこと、症状コントロールがうまくいったこと、これらの過程で家族の気持ちを感じ取ることができ、その結果、家族の在宅ケアに対する満足度は高まり、ケアチームとのあいだに信頼関係が築くことができた。

このように、在宅医療の成否を評価するのは症状コントロールだけではなく、その結果として生じる家族の満足度も重要な要素である。

### はじめに

2000年より施行された介護保険は、いろいろな現場での試行錯誤を経てある程度認識され、軌道に乗った感がある。当然のことながら開業医は介護保険を抜きにして日常の診療は成立せず、勤務医にとっても考えざるをえない問題の一つとなってきた。今までこの連載の中で介護保険のシステム、主治医の役割については十分述べられているため、ここでは、新たな視点で介護保険における主治医業務のもっとも大きな仕事である主治医意見書記載に対するスタンスをいくつか指摘してみたい。

第一には、主治医意見書というものが、われわれ医師が看護師や理学療法士といったいわゆるパラメディカル以外に、介護の最前線を担うホームヘルパーや、介護施設職員との情報の共有を公式な形で始めた点が重要であると思う。もちろん、直接介護現場に向かって書かれたものではなくケ

アマネージャーや行政を介したものであること、現場からのフィードバックがほとんどないこと、ケアマネージャーがなかなか本来の機能を果たすことができない現状など、まだ不完全な形ではあるが、あえてこの役割を現場の医師として強調したい。

したがって、主治医意見書はこれらの職種をつなぐ重要なツールであるはずである。行政に対して病名や予後を示唆しているわけではなく、介護などの他職種に対して病状、そして「何が困っているのか」を伝えることが重要なのではないだろうか。

第二には、主治医意見書では、病名そのものより現状を優先している点である(もちろん40歳以上65歳未満の第2号被保険者についての特定疾病名は重要であるが)。たとえ今後病状が悪化して歩けなくなるかもしれないが、あくまで現在の状況が問題になる。難病申請のように、診断そのものが重視されるわけではない。そのために一次判

定結果が重要視されているのである。このことは、われわれ医師がもっともなじみにくいポイントとあってよいのではないのだろうか。われわれ医師は、今後何が起こるか(とくに最悪の場合を)予測する訓練を受けすぎている。決して病状の予測が不要というわけではない。介護保険というシステムの中では、優先度が低い情報であるというだけである。

同時にこのことは、急性や亜急性の病気に対して、介護保険が柔軟に機能しづらいことを意味している。最低でも見直しまでの期間が数ヵ月というスパンが必要であるからである。病状やPS(performance status)が急激に変化しやすい急性疾患や癌の在宅ターミナルケアに介護保険を適用しにくい大きな要因である。したがって、在宅末期癌患者の介護について介護保険(65歳以上の場合に限り)を適用すると、ケアが病状にうまくかみ合わず、中途半端なまま最期を迎えてしまうことが少なくない。次号では、このようなケースについて言及していきたい。

## 症 例

今回は筆者が経験した症例の中から、濃厚といえる医療、介護環境の中で、比較的良好な在宅ケアが成立している1例を提示する。

症例は、76歳、男性。病名は、一過性心停止による低酸素脳症、慢性心不全、慢性腎不全である。

### 1. 発病と経過

不整脈を主訴に、A国立病院循環器外来通院中であった。1994年、突然の呼吸困難を発症、救急車にてA国立病院搬送中に心停止となる。搬送後、心拍再開し自発呼吸も再開するが、意識状態は改善せず、寝たきり状態となる。その後も入院を続けるが、感染症、心不全、咯血などを発症し、

病状は一進一退を繰り返し、入院は6年間に及んだ。2000年末にA国立病院主治医より現在の状況はこれ以上改善する見込みがないこと、そして今現在の状況で退院しなければ、自宅に帰ることは不可能であろうと説明され、家族は在宅ケアを決断した。すでに数回の3~4泊の試験外泊を繰り返し、自宅の居室の改造も終了していた。

### 2. 身体状況

開眼しているものの、呼びかけにはほとんど反応なく、寝たきり、経鼻経管栄養であった。四肢には軽度から中等度の拘縮が認められ、自力で体動することはほとんどなかった。気管切開されており、しばしば黄色の粘稠痰を吸引する必要があった。ときには血痰も出現した。週に1~2回は38度台の発熱が出現し、10秒前後の無呼吸が常時みられていた。

また、入院中、血痰原因の精査のため気管支鏡を行ったところ、気管内に発赤したポリープ状の隆起性病変を認めた。炎症によって生じた良性病変のほかに肺癌の可能性も否定できなかったが、危険を伴うため生検は行われず確定診断に至らなかった。喀痰細胞診や画像診断上も癌と診断できる材料は得られなかった。

### 3. 退院までの経過

家族は以前より旧知の関係である当院に在宅でのケアを依頼した。急変時の対応のため、A国立病院主治医より近在の一般救急病院を紹介してもらい、バックアップ病院としての機能をお願いした。さらに情報収集のため、当院からA国立病院に出向き、主治医、担当看護師と面談し、患者本人を診察し状況を確認した。介護度判定(介護度V)結果を受け、家族はケアプラン作成を依頼し、夜間のケアのため介護保険だけでなく自費分の介護の提供も希望した。在宅においては患者の妻が

Table 1. 現在のケア体制

	月	火	水	木	金	土	日
午前		ヘルパー 家事援助 入浴	ヘルパー 身体介護	訪問看護	ヘルパー 身体介護		
午後	往診	往診	往診		往診	往診	
深夜・早朝 22時～8時	ヘルパー 身体介護	ヘルパー 身体介護	ヘルパー 身体介護	ヘルパー 身体介護	家族	家族	家族

■：自費+介護保険,

□：介護保険のみ

主たる介護者として働いたが、同居している長男、長男の嫁(看護大学生)が彼女を手伝った。さらに、週に1回ずつ、次男と三男それぞれ1泊ずつ、夜間介護のために実家に泊まりに来ることになった。

すでに自宅居室は改造され、移動式の洗面台、電動ベッド、吸引機、サチュレーションモニター(!)などが揃えられていた。

#### 4. 退院後の経過

当初、家族は毎日の往診を希望した。病院でも毎日医師の回診があり、自宅でもそれを求めたためである。このため、退院後6ヵ月まで、日曜日も含め毎日往診を行った。経鼻経管栄養チューブは、2週間に一度入れ替えを行った。退院後約3ヵ月までは、発熱、咯血が消長し、黒色便が出現したこともあった。当初、家族も不安が強く、発熱時には1日4回緊急往診に呼ばれたこともあった。気管支拡張症による慢性感染が発熱の原因と考え、抗生物質を持続的に投与するようになってからは、発熱や咯血もほとんどみられなくなった。退院後、6ヵ月以降は緊急時以外の日曜日の往診の休止、1年以降は毎週木曜日の訪問看護を往診に代わるものとして位置づけ、バイタルサインのチェックとともにスキンケアチェック、拘縮予防指導などを担当してもらうようになった(Table 1)。

## 本症例のポイント

### 1. 病院、在宅医間の連携

本症例で、家族のもっとも大きな不安は、「家で何かあったらどうしよう」という緊急時の対応であった。家族は、退院の時点で在宅での看取りまでは視野に入れていなかったのである。このため、急変時のバックアップ病院の手配、そのバックアップを円滑に機能させるための退院後の状況報告、さらに、在宅医が病状に対する十分な理解を得るため、退院前にA国立病院の患者、主治医を訪れ、打ち合わせをすることが必要であった。

ここまでの準備を行ったからこそ、家族と在宅医とのあいだに信頼関係が生じ、比較的スムーズに在宅ケアがスタートすることができた。また、退院後の状況は6ヵ月おきにバックアップ病院担当医、元主治医に報告している。

### 2. ケアマネージメント(家族がやらなければならないことがなかったこと)

本症例では、家族の中に看護大学生がいた。義母や夫の気持ちを汲み取りながら、彼女みずからケアプランのアウトラインを考え、なるべくそれを実現するために動いていった。もちろんケアマネージャーはついていたが、家族が率先して介護保険を逸脱するような(夜間の介護のため自費介護を併用しようとしたことは当時では異例なこと

であった)形でのケアプランを希望することに、在宅医である筆者ともども当惑していた。医療材料の手配も、必要なものは積極的に購入していった。

### 3. 自費介護の併用

本症例で在宅介護が大きく疲弊することなく遂行できている大きな要因の一つに、夜間の介護体制があげられるだろう。喀痰吸引の問題もあり、夜間の付き添いは必須である。このため、介護保険に自費を併用し、夜間の介護を第三者および息子たちに任せたとのである。これを主たる介護者である妻が独力で行っていたとしたら、このような安定した結果は得られなかったと考える。

### 4. 在宅医としてのスタンス

前述したように、家族はいわゆるターミナルケアとして患者を自宅に受け入れたわけではない。「できるだけことはしてあげたい」との気持ちから、在宅ケアを決断したにすぎない。おそらく死が間近に迫らない限り、看取りのことについて考える余地はないだろうと考えられた。だからこそ、家族は病院となるべく変わらない医療体制を望み、その最低条件が毎日の往診であったのである。もちろん休日を含めての定期往診は躊躇もあったが、このことを受け入れたため、その後段階的に往診回数を減らしていくことが可能となる布石にもなった。もし、最初の段階で毎日の往診ではなく、規定どおりの週3回までの往診にとどめたとしたら、家族の不安がコントロールできず在宅ケアが維持できたか疑問である。

### 5. 症状のマネージメント

症状のマネージメントは重要な問題である。どこまで症状を解決または緩和できるかで、在宅でのケア体制が変わってくる。しかし、実際には在宅というフィールドでは病院での治療と異なり、

濃厚な検査や治療は不可能である。したがって、理学診断の情報をもとに病状を予測しながら、内服処方範囲で、症状コントロールをつけていくことが理想的であろう。本症例は、最大の問題を心機能の維持や腎機能の保持といった問題でなく、目にみえる「発熱」や「咳」という症状にターゲットを絞り、全身管理を組み立ててきた。これらの症状がうまくコントロールされていれば、家族の不安も治まり、良好なケアが続行できた。

### 6. 往診回数に対する保険請求

基本的に定期的往診回数は週5回、在宅寝たきり疾患管理料で請求しているため、本症例は例外事項に相当する。症状詳記にて対応している。

### 7. 患者と家族の経済力

この介護をされている家族は、決して困窮しているわけではない。しかし、裕福というわけでもなく、普通の一般家庭である。もちろん、多少の余裕はあろうが、支出全体の中でケアに対しての支出の優先度がどこにあるのかが、もっとも重要であると考えられる。これは、家族のあり方、絆などによって個々の事例で異なってくるとは思われるが、健全で良好な家族関係が維持されていれば、在宅ケアも成功することが多い。最終的には、本症例のケアが良好に継続できているのは、患者本人も含め、健全な家族関係を長年にわたり築いてきた結果にほかならないと筆者は感じている。

## まとめ

在宅医療やケアは、病気が治るという「結果」を期待できるケースは多くない。したがって、在宅医療の成否は、そのサービスを受けた患者本人や家族が「満足」したかどうか重要な評価のポイントの一つとなる。揺れ動く気持ちを尊重しな

がらケアを進め、その在宅ケアという決断が「間違っていなかった」と認識されれば、在宅ケアはある程度成功といってよいかもしれない。

一方、患者サイドの希望を尊重するだけでは問題が解決せず、満足度としては低いレベルにとどまらざるをえないケースも生じる。たとえばモルヒネに恐怖感を抱くあまりに痛みを耐えることを選択するケースや、効果のない代替療法にあまりにも依存し、効果の期待できるほかの手段を拒否するケースなどである。重要なのは、そのバランスにあるのだろう。このバランス感覚は、われわれ医師が要求される人間としての能力の一つにほかならない。また、みずからの考えを伝え、患者や家族の考えを吸収していく過程では、高度なコミュニケーション・スキルが必要とされる。在宅医療現場では、「口下手だけれど腕がよい」先生は不当な評価を受けることもある。

本症例では、家族の「できるだけことはしてあげたい」という気持ちを評価することよりすべてが始まった。このため、毎日の往診も、時間外

の往診も、それほどストレスを感じなかった。介護保険を逸脱し自費を加えることは、積極的に賛成した。手をかければかけるほど家族の満足度は高まり、家族とのあいだに信頼関係が生じ、ケアがよい結果に結びつくことが多くなった。

また、同時に介護についての問題は介護保険を利用しながらも、それに自費分を加えることによって、いわばセルフメイドのケアを構築、それが満足度を高め、よりよいケアを生む結果になった。そしてその成功の土壌には、良好な家族関係があることはいうまでもない。この患者と家族にとって、「ベストプラン」は介護保険を少しだけ逸脱したところにあった。

#### 文 献

- 1) 福祉自治体ユニット：平成14年改訂版 介護保険早わかり，法研，東京，2002
- 2) 日本ケアワーク研究所：介護保険入門書：介護保障を支援するために，インデックス出版，東京，2002
- 3) 是枝祥子(編著)：わが家のケアプラン：介護保険の上手な利用法，旬報社，東京，2001

産業医学実践講座

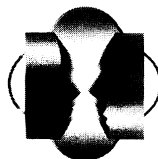
## 産業医学実践講座

●編集 日本産業衛生学会近畿地方会

労働衛生法規や健康管理などの基本的知識をはじめ、作業環境管理、労働生理、各種要因による健康障害とその予防、感染症対策、メンタルヘルスなどを詳述。産業医ならびに産業保健業務関係者必携の書。日本産業衛生学会近畿地方会の講座をもとに各専門家がその内容の全面的見直しを行い、産業保健の実地活動に役立つ書とした。興味ある健康管理経験や職業病事例、保健指導事例などをコラムとして随所に設けた。

■B5判／498頁 定価(本体9,000円＋税) 2002.5第1版

南江堂



発売中