

・1章 在宅医療の現状

1 「区部」・「市部」における在宅医療の現状

2 訪問診療

3 介護保険に対する課題

1 章

在宅医療の現状

1 「区部」・「市部」における在宅医療の現状

「区部」 — 台東区（下谷医師会、浅草医師会）の調査結果 —

【目 的】

平成 17 年に、東京都が行った高齢者の生活実態調査では、介護が必要になったとき、自宅での介護を希望する人が 66%を占め、在宅志向が強まり在宅療養基盤の強化が叫ばれている。そのため在宅医療を提供できるかかりつけ医の存在も重要となってきた。

台東区が平成 21 年に区民に行った調査では、かかりつけ医を決めている区民は 60.5%であるものの（図 1）、そのかかりつけ医が在宅医療に対応できないとなると、介護が必要となったときには、新たにかかりつけ医を探さなくてはならなくなる。

台東区でも以前より医師会とともに、かかりつけ医を持つよう、区主催の講演会などの推進事業を進めてきており、また区全体で在宅医療を構築するための連携強化を進めてきた。一方病院などの施設からは、逆紹介する際の台東区内の診療所の在宅医療機能について、明らかにしてほしいとの声も多かった。

そこで今回、在宅医療に関する情報基盤整備を行うために、各診療所の訪問診療機能について調査を行い、台東区の特性について検討した。

【方 法】

台東区下谷医師会、浅草医師会 A 会員に対しアンケート用紙を送付し、郵送や FAX で回収し調査を行い、両医師会の結果を集計した。

【結 果】

対象は両医師会合わせて 189 医療機関であり、回答のあったのは 114 医療機関で、回答率は 60.3%だった。その中で訪問診療が可能な医療機関は 36 件で、不可能とした医療機関は 53 件だった（図 2）。

図1 かかりつけ医を決めていますか

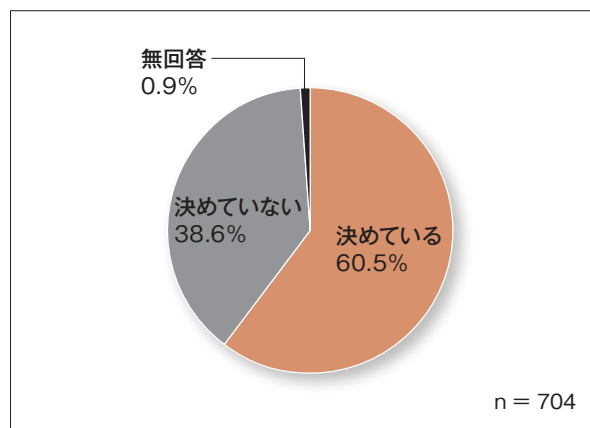
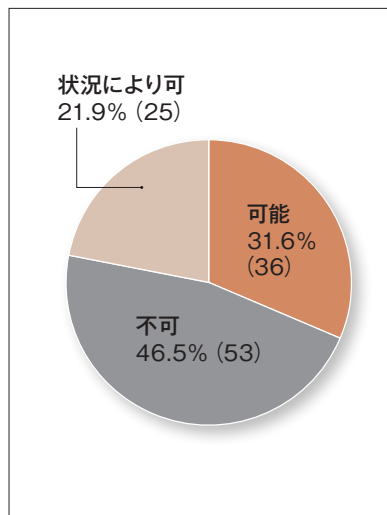
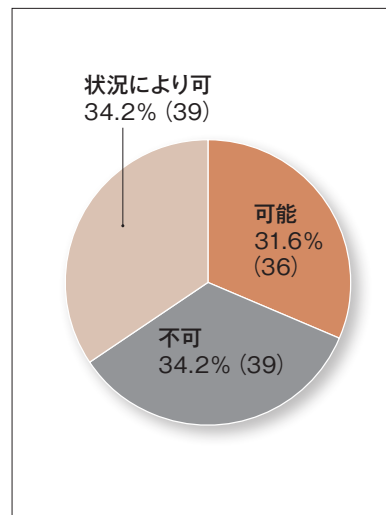


図2 訪問診療の可否

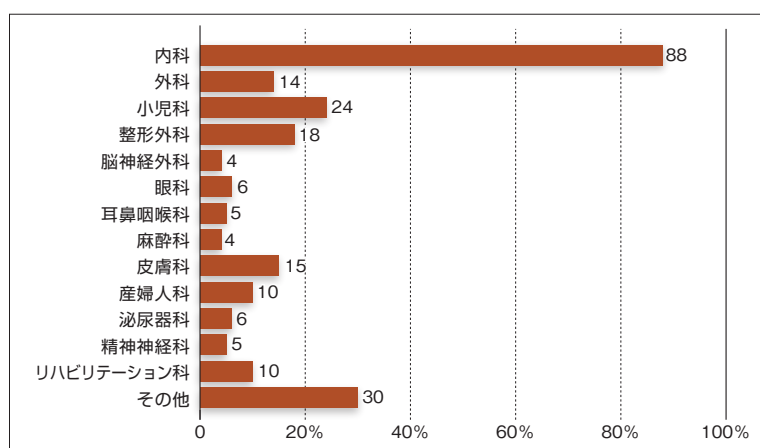


往診の可否



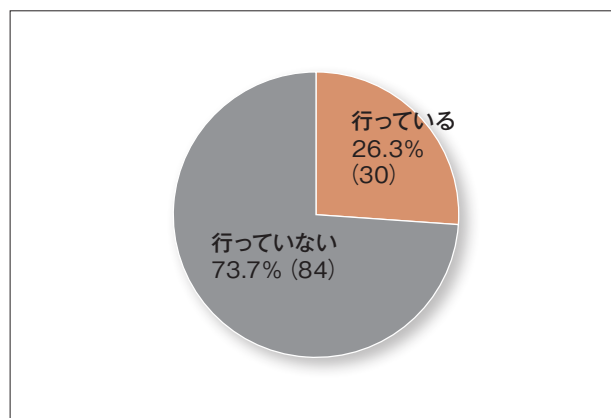
またそのうちの標榜科目の中では内科がやはり一番多かった（図 3）。

図 3 診療科（複数可）



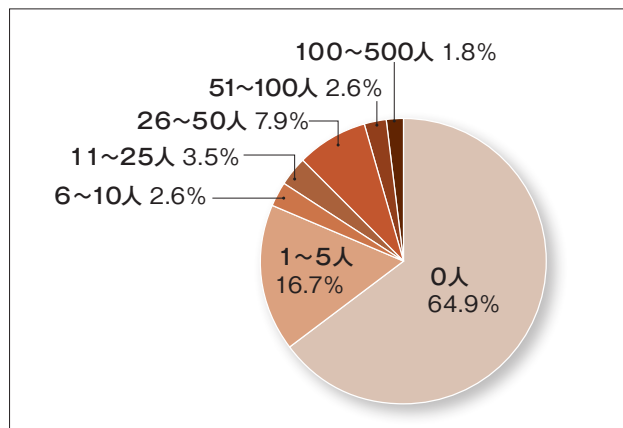
在宅療養支援診療所の届出を行っている医療機関は 30 件で、26.3% が届出を行っていた（図 4）。そのうち実際に在宅療養支援診療所として活動している医療機関は 25 件（83.3%）であり、大多数で実際に活動していることが示唆された。

図 4 在宅療養支援診療所の届出を行っている医療機関

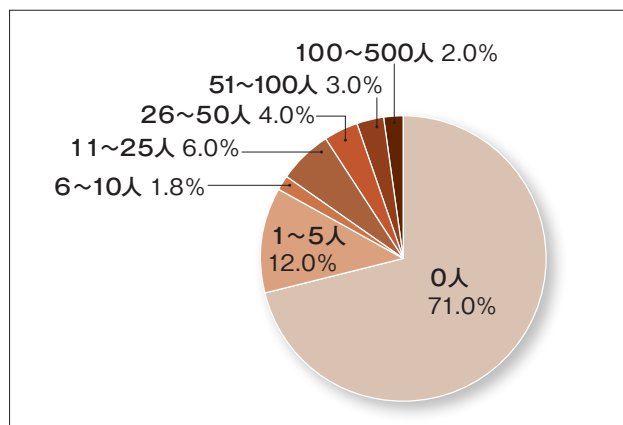


全医療機関において 1 か月あたりの訪問患者数は 0 が 74 件 (64.9%) だったが、ついで 1 人から 5 人が 19 件 (16.7%) だった (図 5)。すなわち在宅療養支援診療所として届けている医療機関の大多数が、1 人以上の訪問診療を行っており、さらに届出を行っていても、訪問診療を行っている医療機関が存在していることが示唆された。

図 5 訪問診療患者数 (1 か月当たり)

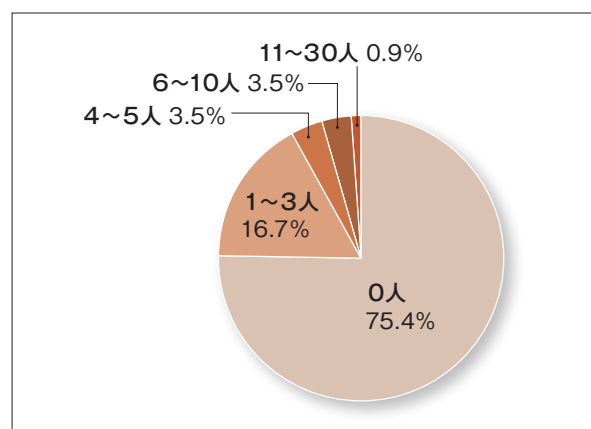


在宅時医学総合管理料を算定している患者数



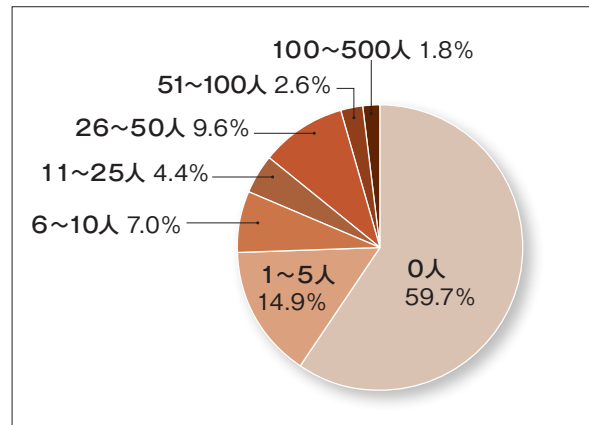
全医療機関を対象に、年間看取り患者数について調べたところ、28 件 (24.6%) の医療機関で年間 1 人以上の看取りを行っており、訪問診療可能の医療機関数 61 件を分母とすると 46% であった (図 6)。

図 6 年間看取り総数 (平成 21 年度の 1 年間)



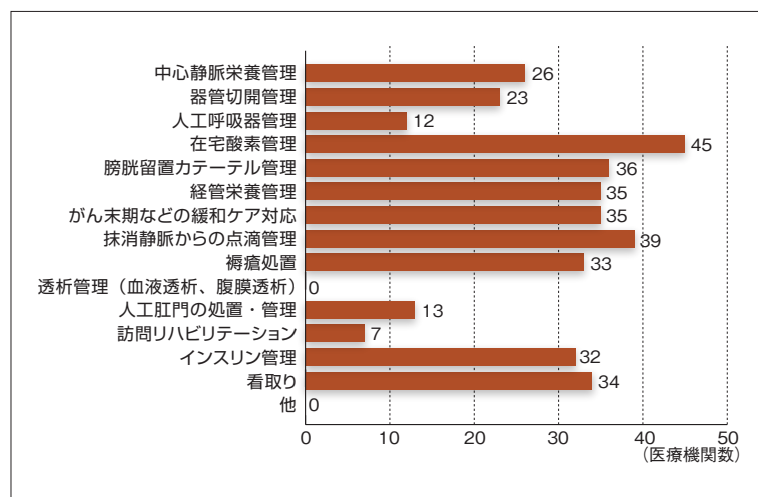
1 医療機関当たりの担当可能な訪問診療患者の限度人数は、1 人以上の訪問診療を行っている医療機関では 5 人以下が最も多く、次いで 26 人から 50 人が 2 番目に多かった。すなわちこれは、訪問診療に力を入れている医療機関は 26 人以上の患者を受け入れるが、通常の外来診療の延長で訪問診療を行っている医療機関は、5 人以下の患者を何とか診ていることが示唆された (図 7)。

図7 担当可能な訪問診療患者数の限度人数



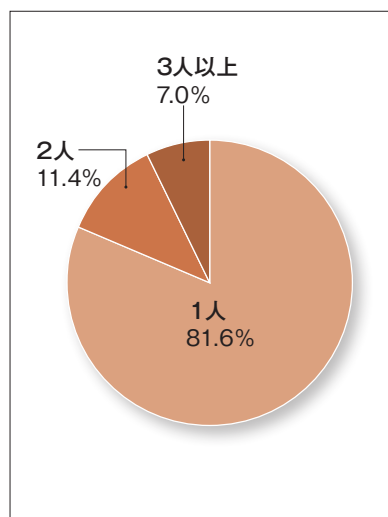
在宅管理可能な医療行為では、在宅酸素や末梢点滴管理、中心静脈栄養や褥瘡管理、インスリン管理など広範囲にわたっており、緩和ケアに対応できる医療機関も35件あるものの、訪問リハビリテーションなどは少数であった(図8)。

図8 在宅管理可能な医療行為(複数可)

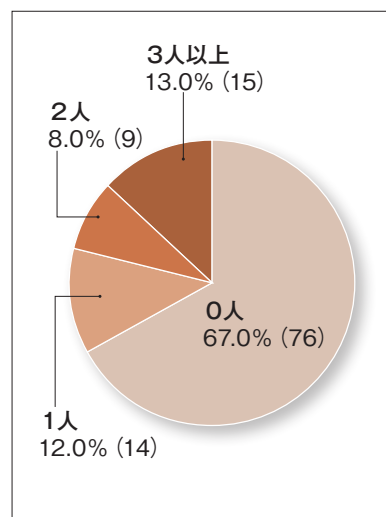


今回対象となった医療機関の80%以上が常勤医師1人で運営されており(図9)、台東区の在宅医療も他の自治体同様、基本的には1人の医師が、その医療機関の外来診療と在宅診療を行っているのが現状であることが示唆された。しかし、今後在宅医療や訪問診療が必要となる患者の増大に対応するためには、やはり病診連携や診診連携のみならず、台東区では在宅リハビリテーション支援事業などを行っているが、行政や地域社会資源などとの連携を構築し、一人ひとりの開業医が重い負担なくできる在宅医療、訪問診療システムの構築が、医師会を中心に行われることが重要と考える。

図9 常勤医師数

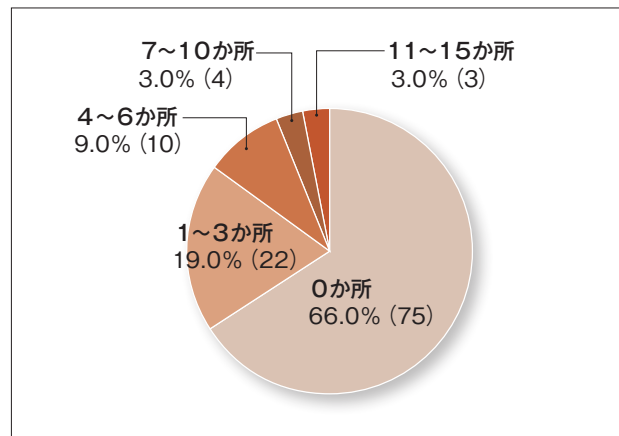


非常勤医師数

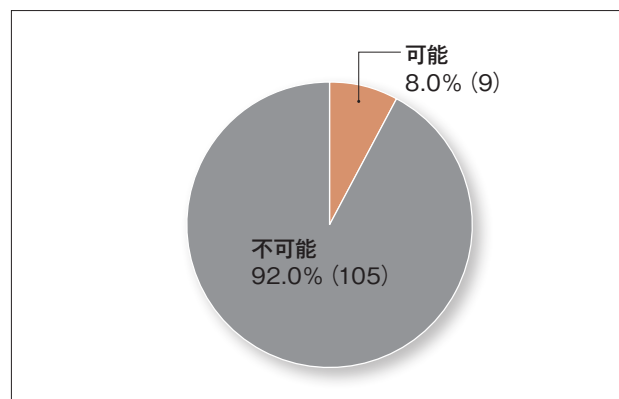


その他調査結果

連携している訪問看護ステーションの数



小児在宅医療の対応



■参考文献

- 1) 「平成 21 年台東区民意識調査」
- 2) 「かかりつけ医機能ハンドブック2009」東京都医師会

「市部」 — 調布市医師会の調査結果 —

【はじめに】

病院治療を終え自宅で在宅医療を受けようとする場合、多くは以前からのかかりつけ医に訪問診療を依頼するが、かかりつけ医が訪問できない場合や、かかりつけ医を持たない場合は、新たに訪問可能な医療機関を探す必要がある。調布市では 75 歳以上の高齢者のかかりつけ医保有率が 86% ¹⁾ だが、通院不能になった場合に、同じ医療機関で継続して医療を受けられない場合がある。2006 年の医療機能情報提供制度の制定により、インターネットなどで医療機関の情報を得ることができるが、医療者以外の活用は必ずしも容易ではない。調布市医師会では以前から「かかりつけ医推進事業」を展開し、訪問診療を含めた医療機関情報を、市民からの問い合わせに対して提供してきたが、医師会へのアクセスのみでは需要に対し十分に対応できず、市民や行政あるいは病院から、市内診療所の在宅医療機能についての積極的な情報公開を望む声が聞かれる。日本医師会も、地区医師会による在宅医療の支援体制の重要性を指摘している ²⁾。

【目 的】

在宅医療に関する情報提供の基盤整備を行うために、医療機関の訪問診療機能について調査を行った。

【方 法】

調布市医師会 A 会員 157 名に対しアンケート用紙を郵送し、回答を郵送で回収した。

【結 果】

対象者 157 名のうち、有効な回答が得られた 153 名の医療機関（診療所 145、病院 8）について集計を行った。各医療機関の常勤医師の人数は、82.4%（126）が 1 名、10.4%（16）が 2 名だった。在宅療養支援診療所は 19 医療機関（12.4%）だった。訪問診療の可否について、31 医療機関で訪問診療が可能、41 医療機関でかかりつけ患者に対してのみ可能、81 医療機関で不可能と回答があった（図 10）。

図 11 に診療科別の訪問診療の可否について図示する。内科を主たる診療科とする 63 医療機関のうち 28 医療機関（44%）で訪問診療可能、17 医療機関（27%）でかかりつけ患者に対してのみ訪問診療可能、

18 医療機関（29%）で訪問診療不可能と回答があった。総合診療科機能を有する 5 診療所は全て訪問診療可能であり、内科と総合診療科を併せると 74%（50/68）の医療機関で在宅医療機能を有していた。他の診療科について、かかりつけ患者のみ訪問診療可能と回答したのが、外科、小児科、耳鼻咽喉科、産婦人科、脳外科で各 1 医療機関、整形外科 2 医療機関、精神神経科 3 医療機関だった。また、かかりつけ患者以外に対しても訪問診療可能と回答したのが、小児科、眼科、泌尿器科で各 1 医療機関、外科、耳鼻咽喉科、皮膚科で各 2 医療機関だった。病院については、2 医療機関でかかりつけ患者のみ対応可能、1 医療機関でかかりつけ以外

図 10 訪問診療の可否

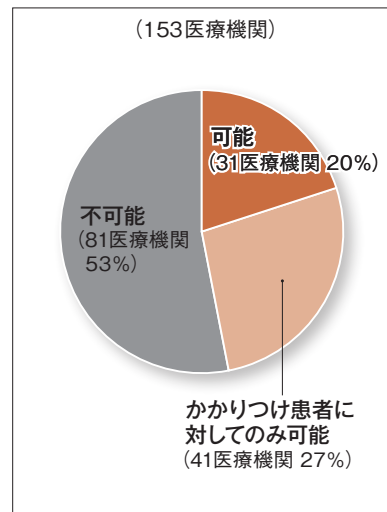
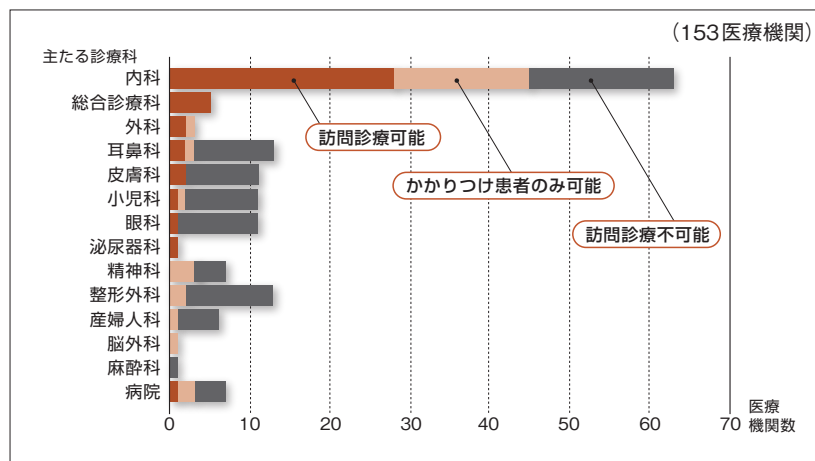


図 11 診療科別にみた訪問診療機能



の患者に対しての訪問診療が可能と回答した。

次に訪問診療可能な医療機関 (n=72) の現在の訪問患者数について示す (図 12)。19 医療機関で 0 人、1 から 10 人の訪問診療を行っているのが 40 医療機関、11 から 100 人までは 9 医療機関、その他 104 人、120 人、242 人が各 1 医療機関で、平均患者数は 15 ± 38 人だった。また、訪問診療可能な医療機関 (n=59) の受け持ち可能な訪問診療患者数は、43 医療機関で 1 から 10 人、13 医療機関で 11 から 100 人、3 医療機関で 101 人以上、平均 23 ± 51 人だった。

同様に訪問診療可能な医療機関 (n=70) のうち、過去 1 年間に在宅で看取った患者数は (図 13) 36 医療機関で 0 人、1 から 5 人が 27 医療機関、6 から 10 人が 3 医療機関、11 人以上が 4 医療機関だった。在宅での看取りの総数は 151 人だった。次に 24 時間体制について示す (図 14)。11 医療機関で 24 時間訪問診療が可能、26 医療機関で 24

図 12 回答時の在宅医療患者数

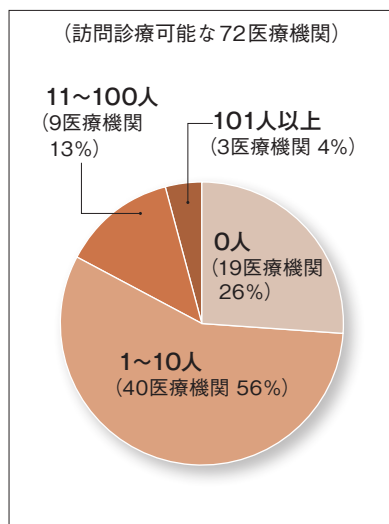


図 13 過去 1 年間の在宅看取り数

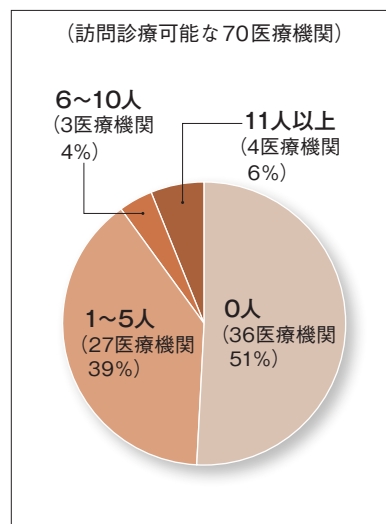
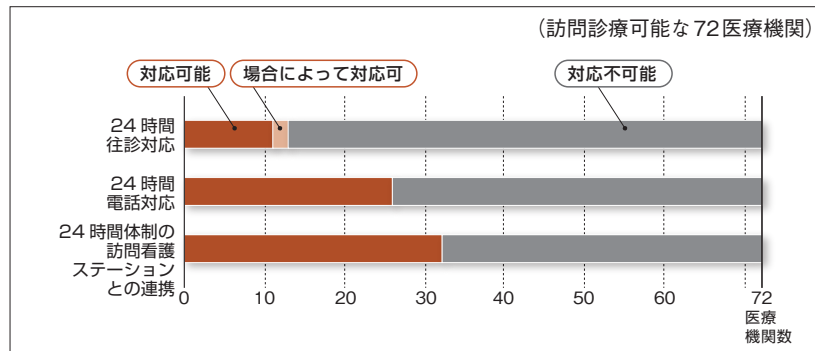
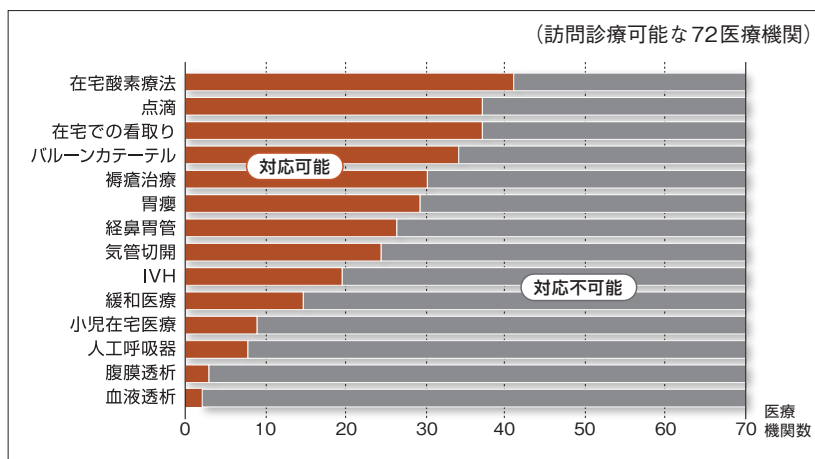


図 14 24 時間体制について



時間電話対応可能、32 医療機関で 24 時間体制の訪問看護ステーションとの連携があると回答があった。図 15 に在宅での医療行為について対応可能な医療機関数の多いものから順に示す。在宅酸素療法や末梢静脈からの点滴を行える医療機関が多い半面、緩和医療、小児への対応、人工呼吸管理、各種透析に対応できる医療機関が少ないのが現状である。

図 15 対応可能な在宅医療行為



【考 察】

現在の平均訪問診療患者数 15 ± 38 人に対し、受け持ち可能な訪問診療患者数は 23 ± 51 人であり、調布市の在宅医療資源は数のうえで十分な供給能力を有していると考えられる。しかし、内科と総合診療科を併せた 68 医療機関のうち 74% の 50 医療機関が訪問診療機能を有している一方で、整形外科、産婦人科、精神神経科については、現在かかりつけ患者以外の訪問診療に対応できる診療所はない。東京都の調査³⁾では、他科対応の必要があった診療科として歯科、皮膚科、整形外科、眼科、泌尿器科、精神科の順に多く、調布市においてもこれらの診療科における訪問診療機能の整備が望まれる。前回の調査⁴⁾で、耳鼻科や眼科で訪問診療が困難な理由の一つとして、在宅医療用の機材を所有していないことが挙げられており、今後検討すべき課題であると思われる。

平成 20 年度の調布市年間死亡数は 1,351 人、うち病院死亡が 1,129 人、他の医療機関での死亡が 24 人、在宅での死亡は 170 人であり、今回調べ得た過去 1 年間の在宅看取り患者の総数は 151 人であるので、調布市内の在宅での死亡者の約 88.8% が、調布市内の診療所によって看取られていることになる。これ以外にも、おそらく医師会に所属していない調布市内外の訪問診療専門クリニックなどが、調布市の在宅での看取りに関わっているものと思われる。

【調布市の在宅医療推進への取組み】

今回の調査の結果をもとに、在宅医療を行う医療機関のうち、情報公開に同意した 28 医療機関の訪問診療機能をリスト化した。これを調布市と調布市医師会のホームページに掲載すると同時に、近隣の病院と市内 9 か所の地域包括支援センターに配布した。また、平成 22 年 10 月より、東京都の在宅医療連携推進事業のモデル事業として、調布市医師会館内に「ちようふ在宅医療相談室」を設置した。これは、病院医療から在宅医療への流れを円滑に行うことを目的とし、病院や地域包括支援センターからの在宅医紹介依頼への対応を主たる業務とする。病院などから窓口に送付される所定の紹介シートを、あらかじめ窓口に登録した在宅医 31 名にメールリストで一括送信し、手上げ方式で在宅担当医を決定し、病院に紹介するシステムである。まだ開始したばかりで十分な利用がなされていないが、市行政、医師会、歯科医師会、介護事業所、地域包括支援センターな

どと協力して運営協議会を編成し、病院や介護事業所へ周知を図り、在宅ケアに関わる全ての職種の協働作業によって、窓口機能を育成していきたいと考えている。

【おわりに】

高齢化社会を目前にして、調布市民の誰もが地域の中で良質な医療を継続して享受できるよう、“一馬力の開業医”といわれる診療所医師が、無理なく在宅医療に参加できる支援体制が必要である。そのためには医師会が軸となって、病診連携、診診連携、福祉や行政との連携を確立し、地域の資源を利用しながら多職種協働により、地域完結型の在宅ケアを実践する必要がある。地域の在宅ケア整備には、まだ多くの課題が山積している⁵⁾が、できることから確実に着手し、その積み重ねを10年先に結実させるような取組みが求められる。

■参考文献

- 1) 「調布市民福祉ニーズ調査報告書」調布市（2008）
- 2) 「在宅における医療・介護の提供体制－「かかりつけ医機能」の充実」日本医師会（2007）
- 3) 「在宅医療に関するアンケート調査結果」東京都福祉保健局医療政策部（2009）
- 4) 「訪問診療に関するアンケート調査. 調布市医師会ニュース 288」西田伸一（5-6、2009）
- 5) 「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題. 海外社会保障研究 162」川越雅弘（4-15、2008）

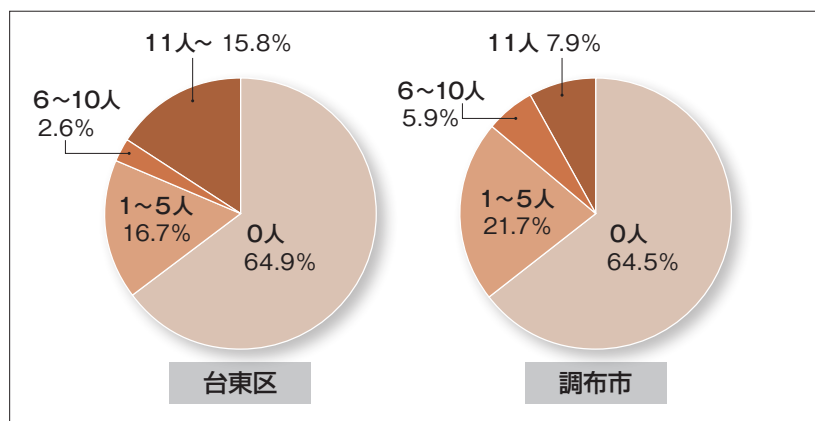
区部と市部との比較

● 台東区と調布市の訪問診療機能について

台東区は面積 10.08 km²、人口 176,078 人、人口密度 17,470 人 / km²、高齢化率 22.83% であり、調布市は面積 21.53 km²、人口 216,119 人、人口密度 10,038 人 / km²、高齢化率 16.7% である。台東区は調布市と比較して人口が過密で高齢化率も高い。病院数は台東区 6 医療機関、調布市 8 医療機関であり、診療所数は台東区 189 医療機関、調布市は 147 医療機関である。常勤医師が 1 人の診療所は台東区で 81.6%、調布市で 81.8% とほぼ同率である。人口 1 万人当たりの医師数は、台東区 20.83 人、調布市 12.4 人で、かかりつけ医保有率は台東区 60.5%、調布市 86% である。

在宅療養支援診療所は台東区で 26.3%、調布市では 12.1% であった。台東区では 31.6% の医療機関で訪問診療可能と回答した。調布市では 20% で新規患者の訪問診療が可能、27% でかかりつけ患者に対してのみ訪問診療が可能と回答した。調布市では訪問診療可能な診療科のほとんどが内科であったのに対し、台東区では、外科、小児科、整形外科、皮膚科に往診可能な医療機関が多く存在した。在宅患者にしばしば需要のある耳鼻科、眼科、精神科については区部市部ともに少なかった。全医療機関における訪問診療件数（図 16）は、0 と回答した診療所が同率であるのに

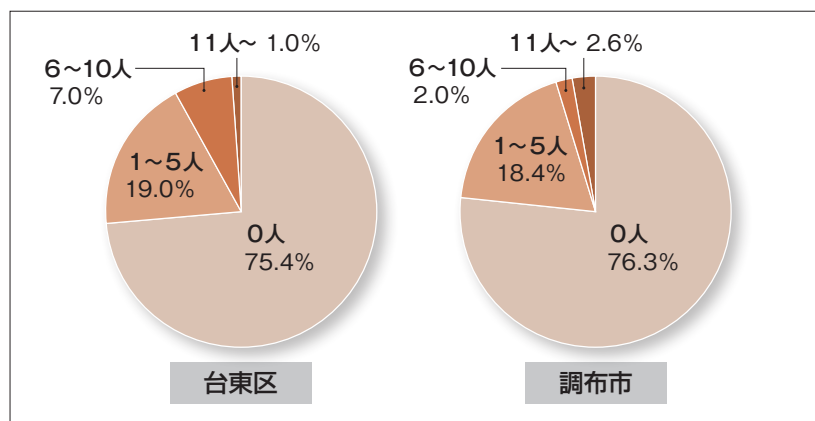
図 16 訪問診療患者数の比較



対し、訪問診療件数 11 件以上の診療所は台東区が多かった。全医療機関における年間の看取り件数（図 17）は、台東区と調布市で差はなかった。全医療機関における在宅管理可能な医療行為の割合は、台東区、調布市ともに在宅酸素療法（台東区 45 医療機関（39.5%）、調布市 42 医療機関（27.5%））と末梢静脈からの点滴（台東区 39 医療機関（34.2%）、調布市 38 医療機関（25%））が最も多かった。台東区では次いで膀胱留置カテーテル管理 36 医療機関（31.6%）、経管栄養および緩和ケア 35 医療機関（30.7%）が多く、人工呼吸管理は 12 医療機関（10.5%）、透析管理を行える医療機関はなかった。調布市では在宅酸素療法 42 医療機関、点滴・看取り 38 医療機関に次いで、膀胱留置カテーテル管理 35 医療機関（23%）、褥瘡治療 31 医療機関（20.4%）が多く、人工呼吸管理は 8 医療機関（5.3%）、透析管理は 4 医療機関（2.6%）であった。全医療機関数に占める管理可能な医療行為の割合は相対的に調布市で低かったが、医療機関数としてはほぼ同程度であった。

人口と医療機関数が過密な区部と、比較的両者が少ない市部について、台東区と調布市を例にとって比較した。訪問診療資源については区部市部ともに大きな差はなく、東京都の訪問診療機能は全体的には良好であると考察される。しかし、一部の診療科の訪問診療機能が区部市部双方で不足していた。今後東京都レベルで耳鼻科、眼科、精神科などの在宅医療機能推進への取り組みが必要であるとする。

図 17 年間看取り件数の比較



2 訪問診療

医師が患者の居宅等に出向いて実施する医療が「往診」や「訪問診療」である。この「居宅等」には、住所地である自宅以外にも実質的に生活している住居（家族、親戚宅など）、特定施設（有料老人ホーム）やグループホーム、高齢者専用賃貸住宅などの施設系も含まれる。特別養護老人ホームにおいては、末期がんや皮膚科・精神科領域で部分的に認められている。

保険診療上は、患者の求めに応じて出向く診療が「往診」、医師があらかじめ診療計画を立てて、同意を得て定期的且つ計画的に患者宅に赴いて診療することを「訪問診療」と規定している。すなわち「訪問診療」は、①通院困難な患者 ②患者の同意 ③計画的な医学管理 ④定期的に訪問 ⑤訪問して実施する医療の5つの条件を満たす必要がある。

● 通院困難な患者

患者自身が病気や後遺症のために通院が困難であったり、その通院手段（付き添いや寝台タクシーなど）を継続的に確保することが難しいと思われる場合に訪問診療が提供される。心身の状態による例として、麻痺や疼痛・廃用などによる肢体機能の低下、安静が優先される重要臓器の不全、精神疾患や認知症などにより外出が困難もしくは疾病管理に不利益を生じる危険がある者などが挙げられる。また、住宅環境の問題として、エレベーターのない住宅の二階以上に居室があるために、介助があっても安全に通院できないケースなども訪問診療の検討対象となる。近年、独居高齢者や高齢者のみの世帯の増加に伴い、通院介助者が確保できない患者が増えている。

● 患者の同意

通常の訪問診療は患者の希望によって提供されるが、認知症や精神疾患・判断能力の低下を呈する状態にある者は、家族や福祉介護関係者の依頼であっても訪問を行っている。ときに医療拒否者について福祉介護関係者から依頼されることがある。家族からの依頼であれば本人に拒否があっても診療を試みるが、判断能力に問題がなく、明確な本人意思として医療を拒否している場合には、一般的に無理な診療は慎む必要があるだろう。

また、成年後見制度における身上監護の義務や理念が十分に理解されていない課題もある。

● 計画的な医学管理

患家で実施する医療には、物理的に限界があることも事実だが、患者の疾患に対応した治療検査計画と、患者 / 家族指導の計画を立案する必要がある。患家でも実施可能な診察と血液検査などを中心に計画をする。抗凝薬や抗不整脈は、高齢者での腎障害や脱水での血中濃度上昇を呈しやすく、血液検査の実施が望ましい。ワルファリンの抗凝固作用も不安定になりやすく、採血評価が不可欠と思われる。経管栄養管理の患者は、水分・電解質バランスや栄養状態の定期評価が必要である。在宅では実施困難な画像検査などは、必要性に応じて定期的に自院や病院受診による検査計画を立てるのもよいだろう。在宅酸素療法を行っている患者であれば、パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度の毎月の測定は、保険診療上も必須である。患者 / 家族指導については、実際に医師が患家に訪問しているので、栄養指導や服薬指導、リハビリテーションの助言など生活に即した効果的な指導と評価を行うことができる。

● 定期的に訪問

医師が計画的に患家を診察のために訪問する「訪問診療」については、特別に頻度などの決まりはないが、事前におおよその頻度を周知しておく必要がある。一方で、在宅時医学総合管理料の算定には月に 2 回以上、重症者加算の算定には、月に 4 回以上の往診または訪問診療を実施している必要がある。カテーテルやカニューレの交換や、定期的な注射の頻度、褥瘡の処置頻度などを目安に決めてもよいだろう。また、退院間もない患者や病状不安定な患者、家族が看病に不慣れで十分に疾病管理ができないケースなどは、落ち着くまで訪問頻度を密にしてもよい。一般には保険診療上は週 3 回までの訪問が認められている。

訪問日に関しては、患者に対して事前に周知しておくことをお勧めしている。なぜなら、在宅医療を受ける患者の多くが、月刊予定表で管理される「介護保険サービス」も利用しているため、医師の訪問日があらかじめわかっているほうが、他のサービスとの調整が行いやすいからだ。

● 訪問して実施する医療

看護師のみで訪問していたり、電話やファックス・メールなどによるもの、テレビ電話などの遠隔監視システムのみを用いた診療は訪問診療とはならない。これらの行為は診療の助けにはなるが、医師が直接足を運んで患者の話を聞き診察をする行為が、何よりも患者と家族に安心を与え励ますことにつながる。

以上は、「訪問診療」の成立要件を述べたに過ぎない。実際に訪問医（往診医）として患者に関わると、介護に関するさまざまな相談と依頼を受けることになる。いつでも電話で相談できる安心感から、緊急性のいかんに関わらず、患者と家族から頻繁に電話が入るようになる。介護保険サービスを利用していれば、介護支援専門員（ケアマネジャー）からの問い合わせ、現場のヘルパーや入浴スタッフ、デイサービス先やショートステイ先など、関連するあらゆる職種からの相談や書類作成の依頼が来る。

訪問医は、生活指導や食事指導、リハビリテーション指導にさらに精通することが求められる。また、それぞれの介護サービスが、どのような内容と質で運営されているのか理解していないと、問い合わせに対しての返答に窮してしまうだろう。

患者と家族の顔と暮らしが見える在宅医療は、やり甲斐もあるが負担も大きい。

3 介護保険に対する課題

西暦 2000 年に介護保険がスタートし 10 年が経過した。

制度開始当初の平成 12 年 4 月に第 1 号被保険者数 2,165 万人、要介護認定者数 218 万人、第 1 号被保険者に対する割合は 10.0%であった。最近の状況をみると、介護保険事業状況報告（平成 22 年 3 月暫定版）によれば、第 1 号被保険者数は 2,892 万人、要介護認定者数は 484.7 万人、第 1 号被保険者に対する割合は 16.8%になる。また要介護認定者 482.7 万人のうち、居宅サービス利用者数は 279.2 万人（57.6%）である。ちなみに地域密着型サービス利用者数は 24.3 万人（5.0%）、施設サービス利用者数は 82.4 万人（17.0%）である。

さらに居宅サービスを介護給付費の点からみてみると総額 2,708.3 億円の給付内訳は次のとおりである。

訪問サービス	696 億円
訪問介護	514 億円
訪問入浴介護	39 億円
訪問看護	98 億円
訪問リハビリテーション	16 億円
居宅療養管理指導	29 億円
通所サービス	1,042 億円
通所介護	750 億円
通所リハビリテーション	292 億円
短期入所サービス	232 億円
福祉用具・住宅改修	183 億円
特定施設入所者生活介護	228 億円
居宅介護支援	287 億円

居宅療養管理指導について

居宅療養管理指導費（Ⅰ）	500 単位（1 月 2 回限度）
居宅療養管理指導費（Ⅱ）	290 単位（1 月 2 回限度）

介護保険では、居宅療養管理指導事業所の医師（または歯科医師）が、通院することが困難な要支援・要介護状態の利用者の同意を得て利用者の居宅を訪問して、計画的かつ継続的な医学的管理に基づき以下の指導を行った場合、月に2回を限度に算定することができるとされている。

- **指定居宅介護支援事業者に対する、居宅サービス計画作成などに必要な情報提供**
- **利用者および家族などに対する介護サービスを利用するうえでの留意点・介護方法などについての指導・助言**

診療報酬の「在宅時医学総合管理料（以下在医総管）」および「特定施設入居時医学総合管理料」を算定した利用者に対しては居宅療養管理指導費（Ⅱ）を、それ以外の利用者に対しては居宅療養管理指導費（Ⅰ）を、それぞれ1月に2回を限度として算定できる。ただし、指定居宅療養介護支援事業者などに情報提供を行わなかった場合、居宅療養管理指導費（Ⅰ）については1回につき所定点数から100単位減算、居宅療養管理指導費（Ⅱ）については、文書による情報提供が行われていないと算定要件を満たさないことになり、290単位は全く算定できないことになる。

また、ここで指摘しておきたい点としては、介護保険で居宅療養管理指導費を算定した場合、医科診療報酬においてほとんどの管理指導料等が請求可能であるが、歯科診療報酬においては介護保険優先のルールがあり、各種管理料・指導料の請求はできないことになっている。従来は居宅療養管理指導の、算定要件を満たしていると考えられるにもかかわらず、請求されていない例が多いとみられていたが、最近では請求数が増多している。

介護保険制度開始から10年経っているが、日常診療を行っている介護保険だけでは解決できない症例に直面することをしばしば経験する。最近経験した事例をいくつか挙げてみたいと思う。

事例 1 独居認知症 86 歳女性 認知症**▶ 状 況**

一戸建てに居住、資産は結構ある。家庭は複雑。娘さんはすでに亡くなっており、娘さんのご主人（緑内障のため目が不自由）が養子に入っており、この方には内縁の妻がいる。娘さんのお子さん（唯一血がつながっている）、つまり本人にとっての孫は、10 年以上海外に留学したまま。妹が一人いたが 2 年前に亡くなった。妹の娘には本人が連絡を取っているが、養子に入った娘婿がいるので手や口を出せない。

家の周囲がゴミだらけで悪臭もするという近隣からの苦情があり、行政の訪問指導員（看護師）が訪問。家の中じゅうゴミの山、買ってきた食品が腐って悪臭を放っており、ゴキブリも大量に発生していた。頭部MRI 検査では異常なく、HDS-R は 28 点であったという。

▶ 経 過

近医より降圧剤、利尿剤が処方されていたが、服薬管理ができずにいたために血圧が高く、下肢のむくみも認められた。3 か月後 HDS-R は 14 点。

行政としては、地域の社会福祉協議会が運営している地域福祉権利擁護事業につないで、財産管理を行いたいと考えていたが、ご本人は他人にお金を預けることは拒否。だがいずれは成年後見制度につなげていかなければならないと考えていた。

さらに 1 か月が過ぎ、さらに認知機能の低下がみられ、ケアマネジャーとの面会の約束を忘れる、自分でしまった物がなくなって盗られたと言い出すなどの症状も目立つようになった。7 月に入るとさらにどこにお金があるのかもわからない、定期預金にしたことも忘れていくというような状態。その一方でお金はあるので 1 か月に 30 万円程度使ってしまう。おかずなどを買ってきては忘れて腐らせ、週 2 回ヘルパーが捨てている。電車には乗れない（行き先がわからない）が、タクシーで行き慣れた渋谷まで行き、お昼を食べてまたタクシーで帰宅する。HDS-R 10 点。

最近お孫さんが帰国するので、成年後見制度の申立人兼後見人になるという話が出てきた。診断書は後見相当。ところがご本人が孫を孫と認識できない。正式に後見人が決まるまでと銀行に行かせたところ「金を取った、無くなった」という騒ぎになった。養子に入った婿が後見人になると言うが、目が不自由なために果たして後見人が務まるのか疑問であった。さらにショートステイ利用のために施設に連れて行ったところ、朝、話を聞いて納得していたはずなのに、「だまされた」と言って杖を振り回して暴れ始めた。結局ショートステイは利用できず。ケアマネジャーが行政に助けを求め、紹介されて精神科受診を試みたが、これも本人が納得せずに受診につながらなかった。

▶ 現 在

結局後見人の候補になっていた養子入りした婿も、後見制度の申立人にも消極的になってしまい、現在首長申し立ての可能性も出ている。

事例 2 認知介護

妻 75 歳 アルツハイマー型認知症、うつ状態

要介護 2 → 要介護 3

夫 74 歳 脳血管性認知症、右片麻痺、アルコール性肝硬変

要介護 1 → 要介護 3

▶ 状 況

都営の高層集合住宅に夫婦 2 人で居住。一人娘は埼玉県に在住。

平成 13 年、夫が脳出血を起こし入院、このときにアルコール性肝硬変の診断を受け、余命が長くないと言われ妻はうつ状態となった。心療内科を受診、治療を受けるようになり転院をしながら継続治療を行っていた。夏ころより服薬管理ができなくなり、翌年春頃から物忘れが顕著になってきた。かつてお洒落だったが服装がだらしなくなり、冷蔵庫からジャガイモが 20 個以上出てきたり、腐ったものが出てきたりということが認められた。さらに 1 年後 3 月大学病院にてアルツハイマー型認知症、うつ状態の診断を受けた。4 月に初回訪問。通院ができずに抗うつ剤が中断されていたため、和室に布団を敷いたまま部屋に閉じこもり、「死にたい」という発言が聞かれた。

夫に関しては脳出血による右片麻痺があり、退院後も定期通院をしていたが、廃用により歩行も不安定で結局、妻と同じ大学病院で脳血管性認知症の診断を受ける。一見コミュニケーションも良好にとれるようにみえるが、実際は介護拒否、受診拒否があり、物事を自分の都合のよいように解釈する。現役時代は経営コンサルタントをやっていたということでプライドは高い。

▶ 経 過

妻のうつ状態に関しては抗うつ剤の再開により、2 週間後に訪問したときは玄関に迎えに出てくるほどになっていた。その一方で失禁の頻度が多くなってきた。リハビリパンツを使用したところ、リハビリパンツというものを理解できず、汚れたリハビリパンツを洗濯機で洗濯するという行為が見られるようになった。結果として洗濯機の防水パン（洗濯機を置く台）に、リハビリパンツのポリマーがゼリー状に

なって溜まっていた。ヘルパーの朝の訪問時間を早くしてみたが、すでにリハビリパンツの洗濯が終わっていたり、夕方の訪問でもリハビリパンツ1枚のみ洗濯をしていたりという状況が続いた。排水管が詰まることを心配し失禁パンツに変更してみたが、夜間の尿量が多く布団のみならず畳まで尿がしみ込んでいるような状態であった。サービス担当者会議で「洗濯機を撤去」してリハビリパンツを着用させるという意見も出たが、「洗濯機を撤去」することにより妻の主婦としての仕事の一つを取り上げるという精神面への影響を考え、行うことを断念した。デイサービスに行っても「洗濯をしていない」「主人が一人であるから」など、帰宅願望が強くマンツーマン対応が必要であった。

このような状況の中、夫はというと一日中ソファに座ってテレビを見ており、妻のことは全く無関心。その一方で妻がデイサービスに行くと、「そんな年寄りばかりのところに行かなくていい」というようなことを言い出す。ご自身は通所リハビリテーションに行くことに關して、何だかんだと理由をつけて全く行こうとしない。

ショートステイに際して、ご夫婦同じ場所にするか別の場所にするか、サービス担当者会議でも意見の分かれたところであるが、ご夫妻で同じ場所に行くこととなった。「ご夫婦で小旅行、楽しんできて下さい」と送り出したが、妻の帰宅願望が強く、ショートステイ先のエレベーター前で泣き叫ぶ、暴れるなど大騒ぎ、それに夫も加担し夫婦とも結局一日で帰ってきた。

▶ 現 在

要介護状態区分変更申請を行い、ご夫婦ともに要介護3となった。ご夫婦ともに失禁パンツを拒否なく使用している。朝夕にヘルパーが入ることにより、全体としては落ち着いてきているようではある。

妻は洗濯や食事のことを考え混乱をしているのか、洗濯物を干している最中に、突然食事の準備をしなければと台所に行ったり、ウロウロしたり、何かこだわりがあるのか、一度干した洗濯物を再度干したりと落ち着かない行動が見られる。集合住宅の1階にあるコンビニエンスストアで、ご主人のために缶ビールを購入してきたりしている。夫も朝夕にヘルパーが入ることを理解できずに、やはりコンビニエ

ンスストアで寿司を購入してきたりしていることが度々ある。

老人保健施設への入所申込を行っていたが、帰宅願望が強く、精神面での安定を図るためのマンツーマン対応が困難という理由で断られた。通所介護、通所リハビリテーションにいかにつなげられるかが、今後の在宅医療継続が可能かのポイントになってくるであろう。

これ以外にも日中独居の高齢者、同一敷地内や近隣に親族がいる場合、必要な家事援助サービスが受けられないという問題もある。この件に関して行政に問い合わせると、個別の事情を勘案して柔軟に対応するというような回答が返ってくるが、末端の現場では、実際に十分な家事援助サービスが受けられないというギャップを感じることもしばしばある。

また老々介護の問題も深刻である。95 歳、慢性呼吸不全で在宅酸素を行っている要介護 5 の長姉と、92 歳で同じく慢性呼吸不全で在宅酸素療法＋認知症の要介護 5 の次姉の 2 人を、89 歳になる男やもめの弟（元大学教授）が一人で（もちろん介護サービスは目一杯入っているが）みていた例を経験した。国が想定するよりはるかに困難な介護の現場が、日本中どこにでも存在しているのではないだろうか。