

在宅医療とIT / TEL : 099-218-3300 E-mail : knak@sun-net.ne.jp

# 在宅医療とIT⑥

ナカノ在宅医療クリニック(鹿児島市) 院長・中野一司

## コスト面からみた在宅医療(介護を含む)

### 1 在宅医療(介護)が施設入所より安くなる理由

介護保険法の理念は、在宅医療(介護)が中心である(施設入所はその補助的位置付けになっている)。また診療報酬上、国は病院医療から在宅医療へ政策誘導しているように思われる。この大きな要因は、施設(病院)医療より在宅医療がコスト的に安い、と国が考えているからである。

在宅医療が施設医療よりコストが安い。このことは、冷静に考えるとおかしな話である。施設医療は、建物、スタッフ、機材などがあらかじめ準備されたレディーメイドの医療である。これに対し、在宅医療は各利用者のニーズに合わせた個別の、オーダーメイドの医療である。一般に、レディーメイドがオーダーメイドより高いということはない。同じようなサービスが提供されるなら、施設医療より在宅医療が高くなるはずである。

在宅医療が施設医療より安くなる理由は、①介護者の費用が医療(介護)費に換算されていない、②施設医療では医療や介護を専門家に委ねるため、人件費の単価が高くなる、③施設医療では施設費用

(ホテル代)が含まれる、などである。

介護保険が始まり2年余り経過して、介護施設が(満員で)動かなくなってきた(老人保健施設が特老老化してきている)。鹿児島県の現状は、施設入所待ち、現在申し込みから約2年である。「本人は在宅を、家族は施設を希望する」というのが本音のようだが、実際は家族内の力関係で家族の意向が反映するようである。介護保険がスタートして、在宅より施設を選ぶケースが多くなってきたように思われる。そして、施設に入れた人と、入れない人との不公平が生じてきている。もし、在宅と施設の保険給付の公平性に言及するのであれば、在宅の家族に対し(介護費および施設利用費の)報奨金を支払うか、施設入所の人から、施設入居費(ホテル代)を自己負担していただくかの、いずれかを選択してもらう必要があるだろう。

「使えるものはネコの手も借りよ」というのが、在宅医療である。家族で出来る医療行為は家族で出来る在宅医療の原点に立てば、医者でなくてもできる医療行為は看護婦に、看護婦でなくても出来る医療行為はヘルパーでという流れだと考える。このことで、在宅医療のコストは、さらに安くなる。この観点からの規制緩和は重要で、医療経済的

側面から国が本気で在宅医療を推進しようと言うのであれば、国はある一定枠でヘルパーの医療行為を認めるなど、早急な法整備対策が必要であると考える。このことについては、前号で述べた。

### 2 施設入所か、在宅医療(介護)か?

最近の世間の動向を垣間見るに、かつての「オレの作ったスシが食べねえのか?」方式の商売から、「何でもお好み」のものをおっしゃってください」方式の商売に、変わりつつあるように思われる。情報獲得のための手段の劇的なコストダウン(インターネット、電子メールなど)により、商品が生産者主導から消費者主導にパラダイムシフトしてきているためだろう。ここに、IT革命の本質が見える。単にコストのみの観点から言えば、今後しばらくは、在宅療養より施設入所の方に移行していくのであるが、もっと将来的(しかし近い将来、何故ならIT革命の速度は、想像を絶するほど速いから)施設入所から在宅医療への逆流が起こるような気がしてならない(必ずしも自宅でなくとも、グループホームみたいなものでも良いのかも)。実際、デンマークやスウェーデンなどの北欧先進諸国では、施設ケアから在宅ケア

にシフトして、うまくいっていると思う。

介護保険の理念は、家族の介護者がいない状態で、在宅医療を展開できるシステムを構築しようとするものである。この理念が、現時点では理想論過ぎて、現実から大きく乖離していることは明白である。現時点で(家族)介護者のいない在宅医療は、ほとんど不可能であると言ってよい。今後、介護者なしでの在宅医療を実現させるためには、大幅なコスト削減を実現する必要はある。そのためのキーワードは、(1)医療行為に対しての規制緩和、(2)ITの有効活用、(3)死に対しての医療提供、医療消費者双方の意識改革、と考える。(1)、(2)については、前述したので、以下(3)の問題について考えてみる。

### 3 生かす医療から看取る医療へのパラダイムシフト

在宅の現場に実際タッチして思うことは、「ボケて食べられなくなったら、人間終わりだ」という実感である。そして、そのまま何もせず看取った時の診断名が「老衰」であろう。しかし、実際の医療の現場は、このようなケースの場合、経管栄養をして延命することが常識である。そして(しっかりと)したデータは持っているが、医療費の半分ほどは、終末期医療(癌末期も含む)に投じられているとも聞く。そろそろ、「ボケて食べられなくなったら、死ぬ時である」との社会的コンセンサスが重要な時代となってきたような気がする。「生かす医療から看取る医療」へのパラダイムシフトが必要なの時代になってきたのではないだろうか? そうでない高齢者医療費の問題は、いくら制度をいじっても、解決しないような気がする。

この問題は一見「姥捨て山」にも通じ、非常にデリケートな問題であることは、十分承知している。「果たしてボケて食えない人に、暴力の管に入れて生かすことが、その人にとってハッピーなことか?」「また、あなたはどのような状況になった時、そのような治療を受けたいのか?」ということも、もう一度国民全体で考え直す必要があるのではないだろうか? (単に顕在的視点からだけでなく、QOL・生命の質の観点からも) 視点を変えると、終末期医療を医療とすることで、我々医療関係者は潤ってきた側面もある。この分をカットして、その費用を介護や生活支援に回せることで、介護者なしの在宅医療(介護)も十分展開できるのでないかと考える。

今回は、在宅における終末期医療について述べてみたい。



株式会社日本医療情報センター

TEL 03(3345)1181/FAX 03(3368)6199

〒163-0667 東京都新宿区西新宿1-25-1 新宿センタービル36F 私書箱4046号(本社)  
 〒530-0047 大阪府大阪市北区西天満4-15-18 プラザ梅新1403号(大阪営業所) ☎06(6355)6591  
 1部300円(年間3,000円/送料・税込)  
 メディカル マネジメント 4月号/編集人 下村 徳雄 印刷:水上印刷