

# 「在宅療養」シリーズ 全8回(その1)



## 「在宅療養」シリーズ①

を過ぎると、病院経営陣から早く退院させるように無言の圧力がかかります。病院も「経営」しないと生き残れない制度に操られているので

長尾和宏著書「平穏死三部作」  
・「平穏死・10の条件」平成24年7月出版  
・「胃ろうという選択、しない選択」平成24年12月出版  
・「平穏死という親孝行」平成25年2月出版  
いずれもベストセラー好評発売中

## 自宅は最高の特別室

今回からは「在宅療養」について書きます。最近、「病院はまだ病気が治っていないのに患者をすぐに追い出す」「希望もしていないのに在宅療養を勧められた」「在宅を勧める変な医者がある(私?)」といった声をよく聞きます。そうした「今さら聞けない在宅療養に関する素朴な疑問」にできるだけ分かりやすく答えてみたいと思います。

最近の病院が患者を早く追い出すのにはいくつかの理由があります。「平均在院日数」という指標で診療報酬(病院が受け取る報酬)が変わる制度だからです。かつての病院は、長く患者を置いていても診療報酬は一定でした。しかし現在は、長く置いておく診療報酬が減ります。同じ患者を1カ月以上入院させていると、一般の病院は確実に減収になります。したがって、入院が2〜3週間

## 医療・看護の原点回帰

次の行き先はどこでしょうか? 亜急性期病院やリハビリ病院?あるいは、介護施設と呼ばれる「特養」「老健」「療養病床」があります。超高齢社会の受け皿としては貧弱です。そこで「在宅療養はどうですか?」となります。

人たちを見てきました。病院という場では「病人さん」ですが、家に帰った途端に「生活者」に戻ります。「生活の場に戻す」だけで元気になるのならば、こんないいものはありません。町医者の立場からは自信を持って「在宅」を勧めることができます。数年前から「はじめての在宅医療」という小冊子を全国

半なので大歓迎です。ただ、最近では診療報酬制度が変わり、在宅療養のほつが、医療・介護費が高くなる場合もあります。

に配って、在宅療養の啓発をしてみました。この冊子に込めた思いは今も変わりません。しかし、「自宅は最高の特別室」とか「自宅という緩和医療」といったところで、残念ながらもまだ病院のスタンプには理解していただけません。

一方、私は「自宅という場」の素晴らしさを再認識させられる経験がたくさんしました。自宅に戻っただけで病状が改善した人、痛みが軽減した人、食べられるようになった人、認知機能が改善した人、うつが治り元気になった

がちょうど半分の息子のようにな研修医を連れて在宅患者を回っていました。若い医師に在宅現場をしっかりと見せることが、町医者の責務だと思います。若い医者は、在宅患者から学ぶことが山のようにあります。患者が発する言葉にしっかり耳を傾けることを指導しています。



長尾和宏(ながお・かずひろ)  
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。54歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

しかし、最近の研修医は、地域実習という枠で、私のような街中の開業医で実習する制度になりました。今週も年

先月、イタリアのフィレンツェという街で「ルネサンス」の原点に触れてきました。ルネサンスとは人間復興。あの有名なダヴィデ像には、ありのままの人間が描かれています。それを見て「今こそ医療にもルネサンスが必要だ」と強く思いました。次回には在宅医療費について説明

# 「在宅療養」シリーズ 全8回(その2)



「在宅療養」シリーズ②

## 自己負担の実態

医者に向かかって聞けないのが、お金の話。考えてみれば、医療の世界って「料金表のない寿司屋」のようなもの。私も時々、歯科医に行きますが、会計時には不安になります。歯のX線写真を撮って、歯や歯垢を削って、丁寧な説明を受けて、さて一体いくらになるんだろう？ この気持ち、みなさまも同じだと思います。

不安で不安で仕方がないのが、患者というものでしょう。以前、臨終間際なのに在宅医療を断った患者がいました。よく聞くとやはり、お金の心配でした。というわけで今回から2回に分けて在宅医療の料金体系について分かりやすく解説します。まず在宅医療費とは、医者

## 往診料

## いくらかかるの？

さて当院のような機能強化型在宅療養支援診療所の場合、標準的なケースで試算してみましよう。訪問診療料は1回830点です(1点は10円なので8300円)。一方、往診は720点です。ただし夜間(日没から午後10時まで)に往診した場合は、2220点(深夜帯(午後10時~午前6時は、3220点と高くなり

倍が自己負担金となります。ただし青天井ではありません。自己負担額には上限が定められています。70歳以上的一般所得者は1万2千円、低所得者は8千円が1カ月の上限です。一方、現役並み所得者の上限は4万4400円と決められています。

訪問看護は、介護保険での訪問看護は、ケアマネジャーがケアプランに組み入れることが必要です。ただし、病状が不安定な時は、医者は特別指示書を発行し、訪問看護を一時的に医療保険に切り替えることができます。2週間を2回、すなわち4週間を限度にこの「特例」が使えます。

さらに24時間連絡体制の管

さて17日に拙書「平穏死・10の条件」(ブックマン社)が発売されます。よろしければ書店でお求めください。



長尾和宏(ながお・かずひろ) 東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。54歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

の訪問診療と往診から成り立ちます。訪問診療とは、お互いに打ち合わせた日時に訪問すること。病院でいえば回診に相当します。一方、往診は呼ばれて出向くこと。この2つに、さらに24時間連絡体制の管理料を合計したものが、在宅医療の医療費です。24時間連絡体制の管理料とは、医者の携帯電話の番号を教え、24時間対応し、必要とあらば往診もするという契約のことです。警備会社の基本料金のようなものといったほうが分かりやすいかもしれせん。

機能強化型・在宅療養支援診療所 厚生労働省は平成18年、24時間体制で在宅看取りまで行う診療所を在宅療養支援診療所と定めた。さらに今春、常勤医3人以上、年間看取り2例以上、年間緊急往診数5例以上を、機能強化型在宅療養支援診療所とした。

理料(在宅時医学総合管理料)は1カ月4600点です。これらの合計が1カ月の医療費です。例えば週1回訪問診療を受けて、月に1回夜間往診を受けた場合、830×4+2220+4600点=1万1400点となります。1割負担の方は、1万1400円。3割負担の場合はその3倍が自己負担金となります。

は、70歳以上の一般所得者の上限金額は1万2千円であること。例えば末期がんで、毎日、医者や看護師が来て最も大1万2千円です。訪問看護は、末期がんや神経難病などの場合、医療保険扱いになり医療費に含まれます。それ以外の落ち着いた病状であれば、介護保険扱いになるので別途自己負担が必要

# 「在宅療養」シリーズ 全8回(その3)



「在宅療養」シリーズ③

## 医療保険と介護保険の使い分け



長尾和宏 (ながお・かずひろ)  
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。54歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

今回は訪問看護の自己負担金の話です。在宅療養を支えてくれるのは、実は訪問看護師です。彼らは病院の看護師とは違って、現場での裁量権をかなり持っています。在宅主治医が事前に包括指示を出しているのです、その範囲内であれば、例えば麻薬の調節まで行うこともあります。

夜中に熱が出て苦しくなって医師への電話を躊躇するならば、まず訪問看護師に電話していただく。きっと適切な対応をし、患者さんも安心して在宅療養を続ける自信を持つことができます。

## 在宅ケアの主役は訪問看護師

医師の往診や訪問診療の診療報酬と、訪問看護の診療報酬は似ています。細かい数字はともかく、だいたい同じくらいであると感じていてます。おおよそ800点(8000円)と覚えてください。

ではいけません。これを「介護保険優先の法則」といいます。介護保険下の訪問看護には、医師の指示書とケアマネのケアプランの両方の指示が必要で、要支援や要介護1などの介護度が低い場合は、すでにケアプランがいついばいで、訪問看護が入らないことがよくあります。「主役」であるのですが、実際に「登場」するまでにいろいろな制約を受けるの

訪問看護ステーションから訪問看護(30分以上60分未満)を受けた場合、肝心の自己負担金は約900円です。医療費は0割、1割、3割とありますが、介護保険は常に1割負担です。同じような訪問看護でも介護保険で受ければ1割負担、医療保険で受ければ3割ということもあります。

介護保険制度ができる平成12年以前は、すべて医療保険下の訪問看護で、非常に辛く、開業医は午後1時以降に自分の病院の看護師に訪問を依頼し、自然な形で在宅医療が可能でした。現在でも医療保険下の訪問看護はケアマネの傘下にはないだけ、気が楽です。

未払いなどで介護保険がない人には、医療保険での訪問看護が認められています。肺炎などの急性増悪時には特別指図書で医療保険での訪問看護が認められています。

一方、それ以外の病状が落ち着いた患者さんには、もし介護認定を受けていければ、訪問看護は介護保険で行わなくてはなりません。これを「介護保険優先の法則」といいます。

末期がんなどで何度も行く場合は医療保険の方が断然やりやすい。しかし患者さんの自己負担を考えると、介護保険のほうがいいのか? と迷うケースがあります。

00円)と覚えてください。訪問看護制度は現在、少々複雑です。訪問看護は原則、介護保険の領域です。ただし末期がんや神経難病など、肺炎などで病状が急に悪化した場合や40歳未満、介護保険料未払いなどで介護保険がない

が、「訪問看護」の現実です。さて気になる訪問看護の自己負担はいくら? 介護保険報酬は都道府県により仕組みが多少違います。また医療保険では「点」と表記され全国共通ですが、介護保険では「単位」という表記になり、都道府県によって多少レートが異なります。

プルでした。開業医は午後1時以降に自分の病院の看護師に訪問を依頼し、自然な形で在宅医療が可能でした。現在でも医療保険下の訪問看護はケアマネの傘下にはないだけ、気が楽です。

特別指示書 褥瘡(床ずれ)の悪化や気管力ニューレ(気管内に挿入される管)使用の場合、医師が特別指示書を発行することで、2週間×2回(最大1カ月)を限度に、介護保険下であった訪問看護を医療保険下で行うことができる。

## 「在宅療養」シリーズ 全8回(その4)

Dr.



「在宅療養」シリーズ④

臓器不全症(心不全、腎不全、肺気腫、肝硬変など)です。「末期がん」は緩和医療が中心になります。

一方、「非がん」は、緩和医療に加えて通常の医学的管理が必要です。適切な医療があることで患者さんは長生き

必ずいつか「おひとりさま」なんてスタッフも張り切りま

「おひとりさまの老後」 上野千鶴子氏著の同書は、70万部のベストセラーに。「長生きをすればみんな最期は独りになる。女はそう覚悟しておいたほうがいい。お一人様の老後にはそれなりのスキルとインフラが必要だ。夫を見送ってからが女の後家楽だ」という。

## 「がん」と「非がん」の差

「在宅医療」という言葉は聞いたことがあるが、どんな病気なら在宅医療を受ければいいのか、またどの段階で依頼すべきか? という質問をよく受けます。在宅医療の対象疾患は極めて広く、すべての病気がその対象になるといいと思います。ただ、私は「がん」と「非がん」に分けて考えるようにしています。

「末期がん」での平均在宅期間は1カ月半と、あっという間ですが、「非がん」の病

「非がん」の病気の例を挙げれば、認知症、脳卒中後遺症、神経難病、骨粗しょう症や腰部脊柱管狭窄症、老衰、

天涯孤独の独居の末期がんの方を何人も最期まで在宅で診ました。家族という「邪魔」が入らないので、本人の在宅希望が強いほど在宅療養の継続は容易です。率直に言って、最もやりやすい療養パターン。この事実はまだあまり知られていません。在宅療養を阻害する因子と

## 「おひとりさま」でも大丈夫?

人が対象になります。ただ、できれば外来通院が可能なきから、かかっていたたくと助かります。早ければ早いほどいい。

して多いのが「家族」です。お金持ちや家族が医療者である場合、本人は家にいたくても、家族が施設や病院に入れたがるのがよくあります。

「家にいたい」「家で生活したい」という患者さん、家族の思いと医療者との信頼関係だけでほぼ決まります。もちろん介護保険の活用はいつでもありません。



長尾和宏(ながお・かずひろ) 東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。54歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

「独居でも大丈夫ですか?」という質問も多く受けま

ただ看取った場合、死亡宣告を行う相手がいないのが少し寂しいですね。家族がいな

拙書「平穏死・10の条件」は、おかけさまで発売1週間で3刷りに。ありがとうございます。

# 「在宅療養」シリーズ 全8回(その5)



「在宅療養」シリーズ⑤

## 老老、認認の在宅療養



長尾和宏 (ながお・かずひろ)  
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。54歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

ロンドン五輪のテレビ観戦で寝不足気味の方も多いでしょう。在宅患者さん宅を回ると、みなさん熱心にテレビ中継を見ておられます。きつと元気をいっぱいもらえるからでしょうね。

さて、老人が老人を介護する「老老介護」が増えていきました。前回は「おひとりさま」の在宅療養について書きましたが、老老介護についても触れてみましょう。

## 地域と施設の連携が鍵

たしかに住み慣れた地域・自宅に戻ったら、認知機能が回復したら、病気の進行が止まった、という人を多く経験しました。今後、「認知症も地域で」という流れに変わりそうです。そして老老、認認の

もポイント。ケアマネ選びは医者選びより大切です。介護保険だけでなく、医療制度など広い見識を有し、思いをよく聞いてくれて、スピード感と行動力があるケアマネさんを選びたいものです。

「おせっかい」や「世話焼き」が健在です。ただ、みなさん火の不始末を心配されます。当然でしょう。ケア会議を開き、火の出ない調理器具に変えるなどの工夫をします。

一方、認知症の方が、認知症を介護する「認認介護」も時々あります。もちろん症状の軽い方が、症状の重い方を介護します。不思議なことに認知機能にかなりの障害があっても、同居人の介護は十分できるといふ人がいます。本来優しい性格だからでしょうか。また1人が認知症になれば、共同生活者も認知症になるのはなぜでしょうか？ おそらく糖尿病という共通基盤にヒントがあるのではないかと。仲のいいご夫婦であれば、長年、食生活が同じです。若い時からのライフスタイルのゆがみのツケが高齢者になってから出てきます。

老老にせよ、認認にせよ、近所の人たちはやや複雑な思いで見守っています。下町には、困ったときには手伝ってくれませんか。本人が施設入所を希望することは少なく、大半は家族が大金を払って豪華な介護施設に入所させるパターンです。

入所後、本人から「家に帰りたい」という電話がかかってきて返事に窮することがよくあります。高齢者には設備が整った場所より、多少狭くて不便でも住み慣れた自宅のほつが快適に過ごせる場合がよくあります。正式入所の前



精神科病院 日本精神科の病床数は人口に対して世界で最も多く、入院期間も最も長い。WHO(世界保健機関)や国連は入院から地域への移行を勧告、厚生労働省は地域移行特別対策事業を発表し、平成24年までの数値目標を掲げている。

# 「在宅療養」シリーズ 全8回(その6)



「在宅療養」シリーズ⑥

## 多様化する在宅療養の場



長尾和宏(ながお・かずひろ)  
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。54歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

在宅療養の場と介護について考えてみましょう。都市部では、住み慣れたわが家以外に高齢者用の集合住宅が、ここに建設されています。これまで「高専賃(高齢者専用賃貸住宅)」と呼ばれていたものが、今年4月からは「サ高住(サービス付き高齢者向け住宅)」という呼び名に変わりました。

利点は、24時間にわたってヘルパーが見守りをしてくれるということにあります。この「サ高住」も制度上は自宅という扱いです。このように一口に自宅といっても最近では、さまざまな形態があり、在宅療養の場は多様化しています。

## 仕事を続けながらの在宅介護

そんな中、主治医も2人という時代になってきました。病院主治医と在宅主治医で、ぶことが多くようです。在宅療養期間は、末期がんの場合、平均1カ月半です。末期がんの在宅看取り率が当院などの場合、9割と高いのは介護期間が短いからでしょう。誤解を恐れずに言うならば、あつという間に終わるのば、末期がんの在宅療養。一方、短期間では終わらないのが「非がん」の在宅療養です。認知症や神経難病、脳卒中後遺症などの療養期間は多

す。病院の専門医は主に病気を診て、在宅主治医は生活を合せて総合的に診ながら、発熱などの急変にもきめ細かく対応します。病院主治医以外の医師にかかる、浮気をしたのではないかと悩む律義な人がよくおられますが、そんな遠慮は不要です。役割が異なるからです。医師の2本立てが、むしろ標準の時代であると心得てください。

できれば介護保険申請時の介護意見書は、在宅主治医にお願いしてください。そのほうが認定作業はスムーズに運ぶことができます。在宅療養期間中は、親の介護のために会社を退職しました」と言われる方がいて、驚きます。仕事と介護をどう両立させるか? これは50代の人の2割が直面している問題であるそうです。実は私もその一人です。最近の企業の中には、介護休業・休暇や短時間勤務など、会社独自の介護支援制度を設けるところが増えてきました。私は思います。

介護休業・休暇 育児・介護休業法によると、介護休業は1人につき通算93日まで認められており、休業中の所得補償は賃金月額額の40%。介護休業は対象家族1人は年5日、2人以上は年10日となっている。介護支援は子育て支援と比べ遅れている。

私が診ている在宅患者のケースでも昼間は通常に働き、夕方に帰宅後、親の世話をしている人が何人かいます。また「ついで場さくらちゃん」のような介護者を支えるNPO法人の活動が全国的に注目されています。また、施設に入所して、時々自宅に外泊するという「逆ショートステイ」

企業がとつても、親の介護を理由に貴重な人材を失いたくないという考えが広がっています。いまや年老いた親の介護は、子育てと違い日本人の誰もが直面する問題であるという認識になりつつあります。親の介護のための退職するという選択の前に探るべき道がたくさんあります。こうした介護に直面している人たちがサポートするのも在宅医療の大事です。介護保険制度を最大活用して、多くの人が在宅療養してもらいたいと願います。在宅療養の最大の利点は「自由」であることに尽きます。

# 「在宅療養」シリーズ 全8回(その7)



「在宅療養」シリーズ⑦

## 認知症患者の服薬確認



長尾和宏(ながお・かずひろ)  
東京医大卒業後、大阪大第二内  
科入局。平成7年、尼崎市で「長  
尾クリニック」を開業。外来診療  
から在宅医療まで「人を診る、総  
合診療を目指す。医学博士。労働  
衛生コンサルタント。関西国際大  
学客員教授。54歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

ロンドン五輪での日本人選  
手の大活躍の余韻に浸ったお  
盆でした。さて今回は、認知  
症で在宅療養している人の高  
血圧と糖尿病管理について  
話です。

2人に1人が、がんになる  
時代。加えて私は2人に1人  
が認知症になる時代がもうす  
ぐ来ると勝手に思っています。  
それくらい、認知症が急  
増していると感じます。

## 薬の管理は多職種連携で

認知症患者の高血圧や血糖  
の管理は、認知機能をそれ以  
上、悪化させないためにも、  
また脳卒中を防ぐ意味でも大  
変重要です。このため、在宅  
医療ではきちんと薬を飲んだ  
かの確認が重要になります  
が、これが意外と難しいわけ  
です。

そもそも「服薬確認」がな  
しる普通です。

私の場合、DPP-4阻害  
薬という飲み薬や、持効型イ  
ンスリンを土台に据えた飲み  
薬主体の治療(BOTとい  
います)に変えていきます。在  
宅医療では、良好な血糖管理  
よりも低血糖発作を避けるこ  
とを優先します。

最近では、自宅を訪問して薬  
の説明してくれる薬剤師が  
います。夜中に痛み止めの麻  
薬を持ってきてくれる薬剤師  
も。薬学部が6年制になり、  
在宅現場に興味を持つ人が増  
えています。なかでも認知症  
患者の血圧や糖尿病の管理に  
は、薬剤師を含む多職種の連  
携が欠かせません。

介護スタッフが薬袋に一生  
懸命セットしてくれても、飲  
んだのか飲んでいないのか分  
からないときがよくありま  
す。血圧の薬を飲み過ぎれば、  
血圧が下がります。イン  
スリンを打ったことを忘れて  
しまい、何度も打てば低血糖  
を起こして転倒します。発見  
が遅れた場合、遷延性意識障  
害に至る場合もあります。

病院ではインスリンの4回  
打ち、3回打ちが普通です  
薬も1日1回タイプと2回タ  
イプ、そして張り薬といろい  
ろな剤型があります。いずれ  
も最少量から開始して徐々に  
増量するものであり、服薬確  
認が重要です。

では、自宅を訪問して薬  
の説明をしてもらえる薬剤師が  
います。夜中に痛み止めの麻  
薬を持ってきてくれる薬剤師  
も。薬学部が6年制になり、  
在宅現場に興味を持つ人が増  
えています。なかでも認知症  
患者の血圧や糖尿病の管理に  
は、薬剤師を含む多職種の連  
携が欠かせません。

重要なのか? 高血圧や糖  
尿病の薬は劇薬だからです。  
もし誤って何度も飲むと重篤  
な副作用を引き起こすかもし  
れません。

実際の、在宅現場における認  
知症患者の服薬管理は難しい  
課題です。医療機関からたく  
さん出される薬を誰がどのよ  
うに管理するのか? ヘルパ  
ーや訪問看護師が毎日入れる  
ケースはまれです。家族が同  
居か、近くに住んでいても仕  
事などで毎日、決まった時間  
に服薬確認できないことがむ  
法に変更します。



DPP-4阻害薬 血糖降下作用を持つ消化  
管ホルモン(インクレチン)の分解を阻害する  
ことにより、インクレチンの血中濃度を高め、血糖降  
下作用を発揮する飲み薬。現在5種類が発売されてい  
る。単独投与では低血糖を起こしにくい。

# 「在宅療養」シリーズ 全8回(その8)



「在宅療養」シリーズ⑧  
《最終回》

るのです。

在宅療養シリーズも最終回。今回はまとめです。もし在宅療養を望むなら、相性のいい在宅医を探すことです。しかし「医者なんて要らない」という医者嫌いの方もいます。お気持ちは分かりますが、医者が必要です。主治医意見書がないと介護認定がおりません。また死亡したときに必要な死亡診断書は医者しか書けません。何？ 警察がいるからといって？ いくら警察が入っても、死亡診断書や死体検案書を書くのはやはり

医師なのです。日本では生まれるときも死ぬときも、医者とかかわらないといけないのです。映画「おくりびと」には、医者はおろか看護師も1回も登場しません。人の生死に医療者は必要ない！ という強いメッセージは素晴らしい。裏に死亡診断書を書いている医者が必ず要

るのです。従って、うんと年老いたり衰弱したりしたら、主治医選ぴとは、自分の死亡診断書を書いてもらう医師を選ぶことでもあるのです。やはり納得のいく主治医を選んでください。終わりをければすべてよし、なのです。

在宅医には2種類あります。朝夕の外来診療を行い、午後から在宅医療を回す昔ながらの開業医は、「午後から在宅組」と呼ばれています。私もそうです。一方、もっぱら在宅医療だけを行う診療所もあります。後者は「在宅専門クリニック」と呼ばれます。

在宅医には2種類あります。朝夕の外来診療を行い、午後から在宅医療を回す昔ながらの開業医は、「午後から在宅組」と呼ばれています。私もそうです。一方、もっぱら在宅医療だけを行う診療所もあります。後者は「在宅専門クリニック」と呼ばれます。

がいますが、どちらがいいと場合、そして相性により決まると決まっています。万一、相性が合わなければ、在宅主治医もチェンジできます。国民皆保険制度は、フリーアクセスといって、患者が自由に医師を選べるのが最大の特徴です。

## 2種類の在宅医

### 訪問看護師とケアマネ選びが要

か書けません。何？ 警察がいるからといって？ いくら警察が入っても、死亡診断書や死体検案書を書くのはやはり

前者が大半ですが、都市部では後者も増えています。

在宅医とはオーケストラに例えれば指揮者のような役割です。診察をして薬や注射や検査の指示を出し、患者や家族に説明し、介護意見書や死亡診断書を書くのが仕事。しかし実際に患者に寄り添い力になってくれるのは訪問看護師です。

「午後から在宅組」は、かかりつけ医として外来から継続して診ることが大半です。私も長く診ることが喜び。一方、「在宅専門クリニック」は文字通り、在宅医療に特化していて病院からの紹介が大半。末期がん専門とか神経難病専門とか、専門に分かれています。

訪問看護師とケアマネ探しが要というのが本シリーズの結論です。こうして本シリーズを書いている間に出版された「平穏死・10の条件」は早々に4刷り、ベストセラーになりました。お礼を申し上げます。



長尾和宏 (ながお・かずひろ)  
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。54歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

長尾和宏著書

- ・「家族を選んだ平穏死」(祥伝社黄金文庫)
- ・「がんの花道」(小学館)
- ・「医療否定本に殺されなかったための48の真実」(扶桑社)
- ・「抗がん剤・10のやめどき」(ブックマン社)

このように2種類の在宅医師です。医者は偉そうにいい