

医療タイムス

週刊医療界レポート

2017.3/6 No.2293

特集

民間介護事業者の行方 新たなサービス創出から混合介護まで



特別企画

日本政策投資銀行 ヘルスケア業界ミニブック
課題が顕在化するヘルスケア業界—
「医療の高度化」「地域連携」「介護ロボット」

タイムスレポート

全国病院の施設基準算定状況
7対1 入院基本料 半年間で21病院減少
算定を下げた病院の多くは10対1へ

Top News

患者情報を2次利用へ新法 政府
子どもからの臓器提供、判断基準を明確化へ 厚労省

冬の時代の診療所経営

介護が医療を主導する!?

肺炎のようだと聞いて往診をしたら、すでにケアマネジャーの判断で救急搬送された後だった。あるいは看取りだと思って訪問したら、施設長が勝手に「看取り搬送」を命じていて、搬送された病院の若い医師から「病院の霊安室での死体検案」を要請された。いずれも最近の出来事であるが、療養の場の意思決定や施設での看取りは、医師ではなく介護側が主導しているような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本立ての世界になる。指揮者が主治医とケアマネジャーの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てみると両者は対等ではない。寝たきり全介助の高齢者の在宅医療の場合、1カ月の医療費は数万円程度だが、介護費は35万円円で数倍の差がある。そこに混合介護がある場合は、患者さん1人当たりの費用は10倍もの差が生じている。医療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、2000年に誕生し40歳年下の介護は真反対の世界である。営利が悪いという意味ではないが、営利企業ウェルカム、混合介護ももっとウェルカムと介護の土台は医療とは異質である。倫理的な視点からも、両者は年々離れている。

しかし医療と介護の連携が謳われている。外交にたとえるならば社会主義国とマフィアを合法化している国とがどう付き合うか、という問いを連想させる。そんな違和感はおそらく都市部の在宅医療の現場にいる医師は多少なりとも感じているのではないかと。しかも医療保険と介護保険は縦割りなので、両者の整合性をとろうという動きはないように見える。隣の芝生には口出ししないのが霞が関の掟ということで、両者の分離を是正できるパワーといえれば政治家であろうか。しかしこんな現場の意見に耳を傾けたところで選挙の票にはならないので、こちらもあまり期待はできないよ



医療法人社団裕和会理事長
長尾クリニック(尼崎市)院長 **長尾 和宏**

1958年香川県生まれ。東京医科大学卒業、医学博士、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授、近著「平穏死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穏死という親孝行」など。
クリニックHP <http://www.nagaoclinic.or.jp>
長尾和宏オフィシャルサイト <http://www.drnagao.com/index.html>

うだ。

今、混合介護の拡大が報道されている。介護保険財政が逼迫しているのだろう。しかし医療と介護の距離感は、国の期待とは裏腹に年々離れていかなさうか。筆者は、介護保険が誕生したときの制度設計にいくつか問題があったと考える。そして前述のようなひずみが増えつつあるのか、今後の動向が気になる。先日、西宮市で開催された「かいて楽快(がっかい)」に参加したとき、多くの介護家族が介護保険制度の限界や矛盾を口にしました。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る。

医療の閉鎖性が指摘されて久しいが、介護の世界も外からは見えにくい。当事者や家族になるまでに生の情報はなかなか得られない。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はどうだろうか。介護も質が問われる時代であるが、市場に判断を任せるのが一番素直な方法ではないか。例えば地方自治体が地域の良質なNPO法人などのボランティア団体などに介護保険事業者の評価役を依頼してみるのはどうだろうか。ホテルの予約サイトなどは、利用者の生々しい感想が書き込まれていて、とても有益である。評価の低いホテルは自然淘汰される。介護保険事業者もそうした市民目線からの評価が必要ではないか。そうした工夫もせず、ただ混合介護の拡大政策だけでは、結局は介護が医療を主導する傾向が強まるだけではないだろうか。悪循環にならないことを祈りたい。