

# 医療タイムス

週刊医療界レポート

2014.11/24 No.2184

特集

## 介護療養病床をどう存続するか 高齢者の医療とケアを考える緊急国民会議から



タイムスインタビュー

自らが受けたいと思う  
医療と福祉の創造を

湖山医療福祉グループ代表

湖山泰成氏

タイムスレポート

上尾中央医科グループ(AMG)が創立50周年式典  
国内有数の病院グループに発展

Top News

2015年度介護報酬見直し案 通所介護など提示 社保審介護給付費分科会  
社会保障給付費は108兆円 12年度、過去最高更新 厚労省

# 冬の時代の診療所経営

## 療養病床の強化こそが病床再編の核!?



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、近著「平穩死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穩死という親孝行」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>

2011年度末の廃止が宣言されていた介護療養病床の廃止期限は17年まで延長されていた。しかし11月6日の介護給付費分科会で療養機能強化型(仮称)が提唱され、事実上、存続が決まったようだ。当然だと思う。年齢構成、疾病構成、医療経済などどのような角度からどう見ても、最も力を入れないといけないのは慢性期医療の充実だろう。

日々、90歳代の要介護認知症の人が肺炎で7対1病院に入院する現実には、強い違和感を覚える。医療資源は限界なのだから病床再編は必須のはずだ。今、頑張っている療養病床にもっと目を向けないといけない。在宅誘導政策が始まってはや10年以上が経過した。しかし在宅医療に取り組む医師は全国各地で伸び悩んでいる。どこに行っても「在宅医療を担う医師がいない!」という声だけは共通だ。また在宅医の高齢化が常に話題になる。実は、在宅医療の主役である訪問看護ステーションも、同様に伸び悩んでいる。

今夏に台湾で講演したが、台湾では末期がんのみに在宅医療が許されていた。ただし台湾厚労省の許可を得るのに1週間もかかることや、非がんの在宅医療は許可されていないなど、在宅医療制度はまだ始まったばかりだった。そんな台湾に学ぶべき点を1つ発見した。それは台湾の在宅医は9時~5時だということ。主治医(開業医)は24時間体制ではなかった。夜間対応は、地域の緩和ケア病棟の医師や看護師が対応、往診していたのだ。時間外は病院スタッフが対応するので在宅医の負担は、移動の手間だけだという。とても合理的なやり方だと驚き、感心した。

在宅医療が厚労省の思惑どおりに広がらない理由の1つは、365日24時間対応にある。私は開業以来20年間、24時間365日1日も休まずに働いてきたが、いつまで続けられるか分からない。在宅医も訪問看護師も真面目

なスタッフほど早くバーンアウトするという悪循環から抜け出す策を真剣に考えるべきだ。在宅医療の裾野が広がらないのは、マインドの問題ではなく、制度の問題にあると考える。

日本には、ホスピスは少ないが療養病床はますますある。そして日本慢性期医療協会が進める療養病床のように従来の老人病院から“脱皮”した療養病床があちこちに増えてきた。そして今春からは“地域包括ケア病棟”も立ち上がった。それならば、療養病床や地域包括ケア病棟が、在宅患者さんのバックベッドであるだけでなく、休日夜間の対応もほぼ全面的に担ってもらってはどうか。そして急性期病床と同等に手厚い報酬をつける。もし休日・夜間の負担さえなくなれば、在宅医療に取り組む医師は増えるはず、と提案したい。すると「在宅をやりたくても家庭との両立ができない」などどこほす開業医はいなくなり、いまだに在宅医療に反対している郡市医師会は絶滅するはずだと思うが、いかがだろうか。

今こそ、急性期病床重視から療養病床重視へ大転換を急いでほしい。急性期病院への投資の一部を、夜間の在宅対応を担う療養病床にシフトさせる。現在、在宅医の24時間加算を、在宅主治医ではなく療養病床に払うべきコストへ転化。頑張っている療養病床の強化こそが病床再編の核ではないか。療養病床存続のニュースを読みながら、そう夢想した。