

医療タイムス

週刊医療界レポート

2014.9/29 No.2176

特集

2025年介護改革を展望する 地域包括ケアシステムのため



タイムスインタビュー

美術の力を通して
健康で心豊かな社会づくりを目指す

特定非営利活動法人日本臨床美術協会
常務理事

蜂谷和郎氏

タイムスレポート

グレートカンパニーアワード2014

グレートカンパニー大賞に社会福祉法人伸こう福祉会
高品質な施設空間やサービスレベル、革新的活動を評価

Top News

日医が「消費税に関する税制改正要望」発表
横倉会長「医療界一致の意見」と強調

地域医療構想GL検討会、佐久総合病院をヒアリング
厚労省

冬の時代の診療所経営

誰のための介護保険制度？

日々、外来診療と在宅医療に従事して感じることとは、日本の社会保障システムは果たして多死社会のピークとされる2025年までもつのだろうか、という素朴な疑問である。国家システムとはいえ、所詮は現場の寄せ集めであるので、システムの末端にいる者のこのような皮膚感覚は正しいと信じている。人口減少、経済の縮小、超高齢・少子化の進行が確実な社会において、2000年に制度設計された介護保険制度は、今こそその骨格を大幅に改変する時期に来ていると感じている。

具体的な論点を2、3挙げてみたい。独居高齢者を訪問すると、どこもエプロンをかけたヘルパーさんが買い物をして来ておいしそうな料理を作っている。正直、うらやましい限りである。1食あたり何千円かかるのか正確には知らないが、生活保護の場合、全額公費からの拠出である。しかしこんな贅沢制度は、誰がどう考えても存続できるはずがない。

ケアマネジャーさんの行動様式にもかなりの課題がある。最大の難点は、大半の訪問看護や訪問リハビリは、ケアマネジャーさんの裁量下にあるために、ヘルパー最優先となりケアプランに入れてもらえないことだ。有識者は必ず「それはケアマネジャーの資質の問題だ」と一蹴するが、私は制度の問題であると思っている。事の本質は営利優先の企業の営業マンにならざるを得ないケアマネジャーさんではなく、制度設計にこそある。こうした土台の組み間違いは、居宅のみならず、有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者住宅、お泊まりデイ、ショートロングなど広範囲に及ぶ。

医療と介護を完全に分けて制度設計することにもともと無理がある。高齢者を集合建物に隔離する限りは医学的管理が必須となる。介護スタッフは医療への憧れや信仰が強く、また管理意識が強く働くため、通常の自宅療養より医療ニーズが必ず高くなる。在宅療養



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.dr.nagao.com/index.html>

継続の最大の障害はケアマネジャー制度にあると思う。

混合診療はあれほど厳しく取り締まれているのに、混合介護は大歓迎だという。多くの開業医は、医療保険と介護保険の両方に関与するが、両者の世界観のあまりの違いに呆れるのは筆者だけだろうか。講演会で「医療と介護の連携」などと美辞麗句を並べるのは容易だ。しかし現場は、どうであろうか。これ以上書くと刺されるかもしれないので、ほどほどにしておくが、どう考えても介護保険制度の当初の理念と遠くかけ離れている気がしてならない。利権に群がる業者のうち、質の悪い業者になぜ行政のメスが入らないのか不思議ではない。誰のための介護保険制度なのだろう、といつも思う。

開業医がいじめやすいのはよく分かるが、これ以上いじめることは国家の損失だ。医師という職能集団をモラルハザードが最も担保された職種として、介護保険制度の倫理面を担保できるような仕組みに組み替えられないものか。本気で地域包括ケアシステムを目指すのであれば、医療法人と社会福祉法人の「非営利型ホールディングズ法人構想」を早急に具体的に押し進めるべきだ。これも国家制度の問題である。

以上は、大変過激で諸先輩には大変失礼な意見なのかもしれない。しかし在宅現場にいて、いつもそう感じている。今号の特集のテーマが「介護改革」であるのに免じて、少しでも今後の介護保険改革の参考にしていただければ幸いである。