

# 医療タイムス

週刊医療界レポート

2016.5/30 No.2257

特集

## 続報 熊本地震 『想定外』を見つめなおす



特別企画

### 未病の概念は東アジア4国の共通の資源

「21世紀の人類と健康フォーラム・長春 2016」が開催

ケーススタディ経営改革力

地域包括医療のモデルケースを目指す  
良質の後方医療から在宅・介護機能を提供  
社会医療法人愛仁会尼崎だいもつ病院

Top News

第4次産業革命へ司令塔、今夏に官民会議 成長戦略素案  
医学部定員、19年度までは維持 厚労省



## 冬の時代の診療所経営

### サ高住や有料老人ホームの在宅



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>

幸か不幸か、これまでサ高住や有料老人ホームの在宅医療を依頼される機会が少なかったが、最近、少しずつ依頼が増えてきた。近隣の施設のみ引き受けているが自宅の在宅とはかなり勝手が違うので戸惑うことが多い。特に看取りが近くなったときには、自宅より多くの労力を要する。日本においては病院での看取りが8割と、諸外国と比較して突出して高く、欧米は病院対在宅対施設が1対1対1となっている。今後、わが国の施設における看取りの重要度は増す。しかし制度が複雑すぎたり、介護職員の教育レベルの問題など課題が多い。地域包括ケアの概念では、サ高住や有料老人ホームの近くの開業医が請け負うのが自然であるが、さまざまな阻害因子が存在する。あまり目立たないかもしれないが、多くの開業医が困っているのではないか。

例えば、訪問看護が入りにくいことだ。施設には昼間は看護師がいるといっても医療処置は依頼できなかったり、休日や夜間はいなかったりする。かといって外からは看護師が入りにくい状況にある。診療報酬体系は医師を基準に設計されているが、施設においての主役は看護師である。医師が24時間365日対応であるならば看護師も同様でないと責任ある医療は提供できない。結局、胃ろうや人工呼吸器や痰の吸引などの医療処置が必要な患者さんは、行き場がなくなる。施設側の利益ばかりが優先して、患者さんの利益や開業医側の都合は後回しになっているのが現状だ。そもそも訪問看護が介護保険下に入り、ケアマネジャーの裁量下に置かれていることが問題の根源であると何度も主張してきたが、改善の兆しが見られないことは残念だ。施設の在宅をやるほどに、訪問看護の問題を根本的に解決しないといわゆる「なんちゃって在宅」は減らないだろう。「何かあれば救急搬送すればいい」では病院がパンクするのは自明である。

次に介護職員の教育問題である。最低限の医療知識も未熟な介護職員が入職しては辞めていく悪循環に陥っている施設がある。「介護離職ゼロ」も大切だが、同時に「介護職離職ゼロ」を本気で目指さないと絵に描いた餅になる。50万人都市に1カ所くらい公的な「介護職の再教育センター」が必要ではないかと提言してきたが、施設の在宅をやるほどにその思いが強くなる。地域のヘルパーさんを集めての勉強会を夜に続けているが、もう少し本格的にやらないと施設での看取りもなかなか増えないと感じる。特に2012年より介護職員が喀痰吸引や経管栄養が行えるようになったが、そのための講習の負担があまりにも大きすぎる。同時に指導する看護師の負担も大きすぎ、早急な改善が必要であると考える。

サ高住や有料老人ホームの在宅に従事する医師であれば分かるだろうが、携帯電話が鳴る確率は一般の自宅より施設がかなり高い。些細なことで電話が鳴る。転倒して軽く頭を打っただけでも必ず救急車で頭部CT撮影を義務付けている施設が増えている。最近、よく無駄な医療、無駄な検査といわれるが、そのオーダーは施設発であることを分析する必要があるだろう。今後、サ高住や有料老人ホームの在宅は重要であるのに問題山積なため取り組む開業医は増えにくい。むしろ地域包括ケア病棟を有する在宅療養支援病院が担う地域が増えるのではないだろうか。