

MONTHLY

世界の視点で情報を発信する総合誌

2016
3
MARCH

KORON

発行・株式会社財界通信社 平成28年3月1日発行 毎月1日発行 第49巻3号 昭和47年11月10日第三種郵便物認可

創刊50周年特集

問われる
日本株式会社のコンプライアンス
形だけのコーポレートガバナンス

月刊公論

は無くなるのか 括ケアを進めるには

医学博士 長尾 和宏

3年毎の医療・介護同時改訂に

診療報酬改訂の時期が来た。マイナス改訂に頭を抱えている経営者もいる。ただ「治す医療から支える医療への転換」という意味が理解できる経営者と理解できない経営者では、今後の明暗が大きく分れる。その流れに乗れば生き残ることができる。

一方、医療報酬の改訂は2年毎で介護報酬の改訂は3年毎なので、同時改訂は6年毎である。しかし超高齢多死社会を前に医療も3年毎の同時改訂にしたほうが効率的ではないか。

一方、保留されていた療養病床問題であるが14万床が廃止され施設に転換されるという。同時に7・1の急性期病院の縛りも厳しくなり、13・1の地域包括ケア病棟や病院内施設への転換が余儀なくされるだろう。そうすると、医療と介護の境界もかなり曖昧になってくる。訪問看護では「ハイ今日までは医療保険、明日からは介護保険で」という場面は日常である。もはや医療と介護は連携どころか、混在・融合しているのが現場の姿である。次回の同時改訂では医療と介護の思い切った「統合」を期待している。

介護者殺人の背景にある不眠

「介護離職ゼロ」というスローガンが掲げられた。しかし人出不足に泣く介護現場では、それを「介護士が3Kで辞めていくことを無くす政策」とであると誤解している人が少なくない。日々、在宅医療の現場で様々な生活に寄り添っているものから見ると、介護離職ゼロというより、介護虐待ゼロや介護殺人ゼロのほうが優先する気がする。仕事と介護の両立に悩む人は少なくない。特に認知症の在宅療養の現場にはネグレクトや虐待は稀ではない。

我が国では毎年、40〜50件の介護殺人が起きている。介護殺人は決して特異な事件ではなく、検証すれば起こるべくして起こった、つまり必然というケースが多い。在宅での介護者の半数以上が不眠を自覚しているという現実がある。不眠が続くと誰でも「うつ状態」に陥るので正常な判断ができなくなる。だから介護者を休ませるためのレスパイト施設が地域に必要である。この4月から産業保険の分野には「ストレスチェック」が導入される。筆者は数社の産業医もしているが大騒ぎである。

しかし「ストレスチェック」は、まさに在宅介護者にこそ必要なシステムではないか。いずれにせよ、在宅療養を支えるための機能の充実こそが介護離職ゼロの土台であるべきで、決して特養というハコモノの増設ではないと思う。

夜間対応が問題の本質

在宅医療にせよ、地域包括ケアにせよ、最大の課題は夜間の対応にある。病院もコンビニもホテルも24時間対応型であるが、2〜3交代制である。しかし在宅介護も在宅医も訪問看護も24時間体制である。しかも休みゼロの365日勤務である。家族だけでなく医療職にも相当な超過重労働を強いているのが在宅療養の現実である。これでおかしくならないほうが「異常」かもしれない。私自身は上手にサボる逃げものなので20年も24時間365日勤務を続けて来られたが、あくまで例外と考えるべきだ。国が在宅医療推進政策を掲げても、在宅医療の受け手も担い手も思うほど増えない理由の大半は、夜間対応の煩わしさにあると思う。訪問看護師は深夜に呼び出されると夫から「そんな仕事は辞めなさい!」と言

介護離職は 本気で地域包



長尾和宏
(ながお かずひろ)
医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、博士(大阪大学)授与
1991年 兵庫医科大学現任、現任長尾クリニック副院長、現任長尾クリニック副院長、現任長尾クリニック副院長
1995年 慢性期医療研究会理事、日本ホスピタリズム研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
1998年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2000年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2002年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2004年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2006年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2008年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2010年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2012年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2014年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2016年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2018年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事
2020年 日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事、日本在宅医療研究会理事

地域包括ケアの具体的な戦略

国は住み慣れた地域で最期まで生活する街づくりを掲げている。それを「地域包括ケアシステムの構築」という。「システム」というからには、特殊な一人の頑張りではなく、誰がやっても大丈夫な仕組み造りである」と理解している。

そんな中、都内の医療法人・飛翔会では、1万人単位の在宅患者さんの夜間対応の一元化に挑戦している。法人が主治医である在宅患者さんだけでなく、提携している10数軒の在宅医療機関の患者さんの夜間対応をも複数の当直医が請け負うという。しかも学研と介護面でも協働すると

いう。様々な意見があるだろうが、まさに医療と介護の近未来像ではないかと注目している。

一昨年、台湾の台中にある嘉儀の在宅医療を見学する機会があった。台湾では在宅医療は末期がんにしから認められておらず、政府の許可を得てからの開始となるなど何かと制約も多い。しかし特記すべきは、在宅患者さんの夜間対応は地域の中核病院の医師や看護師が患者さん宅に往診していたことだ。「在宅医の夜間対応は無い」との言葉に驚いた。考えてみれば、病院でも深夜帯は当直医が対応する。年中無休のサービス業のうち、交替制でないのは在宅医療だけである。

そろそろ現実的な夜間対応策を各地で練るべき時期ではないか。その議論には急性期病院、慢性期病院、地域包括ケア病棟や各種施設のみならず救急、消防、警察、そして葬儀社やNPO法人なども加わるべきである。そうした地域の実情に応じた具体的な戦略が無い限り、地域包括ケアは念仏だけに終わる可能性がある。「持続可能な社会保障制度」とはまさしく地域包括ケアシステムのことである。