

介護の質・サービスの質向上で利用者の「こころ」をつかむ

# 介護人材Q&A

2015年11月号 No.133

## 人材育成

# 社会福祉法人 若竹大寿会の 人材育成体系

定期採用職員ファーストステップ研修の実践と各種教育マニュアル、個人育成シートの活用  
社会福祉法人 若竹大寿会 法人本部 品質管理部 研修副担当 新田義治

## 設立の背景・実績

菅間記念病院 在宅総合ケアセンター設立10年  
今、考えること

社会医療法人博愛会 菅間記念病院  
在宅総合ケアセンター センター長 金谷さとみ

## 認知症課業

☆進め!認知症ケア・マイスターへの道☆

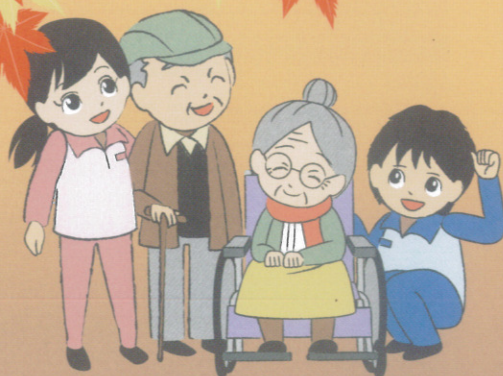
-認知症ケアはすべてのケアの原型であることを基に-  
その3・課業内容①

認知症ケア・マイスター研究会 新保祐宣/磯山候子

## Document 介護現場からの報告

利用者拡大へ向けた営業活動の実践と成果

特別養護老人ホーム 緑JOY



おでかけも慣れてきました

# 押しかけ医療で37年。 在宅こそが「医療の原点」

長尾クリニック 院長 長尾和宏

## 長尾流の在宅医療

在宅医療に取り組んで20年が経過した。

医学部に入学したその日から無医地区研究会に入り、長野県の無医村に赴いて家庭訪問をしていたので、こちらから押しかける医療に携わるようになり37年が経過している。

私は医学部に入学したときから医療は家庭にあるものだと考えているので、在宅こそが医療の基本形であり、衰弱した人を外来診療に來させる医療のほうが特殊であると認識している。外来と在宅はよく、ホームとアウェーに例えられる。しかしそれは医者にとってであり、患者から見れば自宅がホ



ームである。医療が患者のためにあるというのであれば、ホームで医療を提供することが当たり前だろう。

しかし、そう考えない医療者のほうが多い。在宅医療に反対している医師会があるし、看護師も訪問看護に従事する人はたった2・8%に過ぎない。だから、私の考えはいまだに異端である。しかし在宅医療という何か特別なもの、新しいもの、と捉えられがちなことには違和感がある。

この10数年間、国を挙げて在宅医療推進政策がとられてきた。しかしその割には在宅医療に取り組む医師は思うようには増えていない。どうしてだろうか？ それは、

トなため、実際の運用は容易ではない。

## 真夜中でも往診に走る日々

2014年夏、台湾の在宅医療を見学する機会があった。台湾の在宅医療は台湾厚労省への届け出をして許可を得ることが必要である。それも末期がんに限定されていた。

日本のように要介護者であれば誰でも「ハイ、今日から在宅しましょうね」とはいかない。しかし夜間の対応は、地域の病院の医師と看護師が患者の自宅に往診していた。

開業医の安眠は妨害されないし、病院の医療者が患者の生活も見られて一石二鳥とのこと。

日本でも地域には在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟があるので、もしそこで夜間対応をお願いできるのであれば頼みたい。しかしそれができないので、真夜中も走っているだけのことだ。考えてみれば、真夜中に緊急で走っているケアマネやヘルパーはあまり見



ない。60近いオッサン（ジイサン？）がこんな夜中に走り回っていて、よく死なないな、と思いがら往診しているにすぎない。60歳になれば絶対にやめよう、と秘かに思っている。

## 誰でも在宅での最期を願っている

「在宅、在宅と言わないでほしい」と、ある勤務医から言われてハツとした。仕事が忙しいので在宅は無理と考え、親を病院や施設に預けている家族の気持ちにもつと配慮しなさい、との注意を受けたのだ。したがって本稿でも、美談をかざす気持ちは毛頭ない。

しかし「平穏死」という視点で見ただけ、在宅での看取りは、確実に、患者の穏やかな最期を迎えたいという願いが叶う場面である。

多くの病院には、平穏死の思想がまだまだ浸透していない。だから一人でも多くの患者の穏やかな人生の最期のお手伝いができたら、と願いながら外来と在宅をやっている。患者視点からすれば、

夜間対応のわずらわしさにあるのではないか。寝入ったばかりの午前3時の往診依頼は確かにキツイ。これに対応する私のような医者は明らかに異常で、間違いなく命を縮めているだろう。在宅医療に24時間対応には、一人の医師だけでは誰が考えても無理があると思う。

労働基準法をご存じだろうか。週40時間勤務が基本で、時間外労働が月100時間を超えたら産業医の面接が定められている。もし24時間365日対応しようと思えば、医師が3〜4人いないと労働基準法違反となる。

しかし多くの開業医は事業主であって労働者でないため、この法律は適応されず大変な任務となっている。だから本気で24時間365日対応しようと思うならば、3人の開業医が組むか、院内に3人の医師が常勤することが必要なので、機能強化型・在宅療養支援診療所制度ができた。しかし、医師対患者の関係はデリケー

療養の場を問わず穏やかな最期が過ごせればそれでいい。

## これからも患者さんの味方

余計なことはしない、だけど必要な緩和ケアはしっかりする、が医療の原点だろう。しかし現実はどうだろうか。余計なことばかりして、必要な緩和医療ができていない。そんな光景が氾濫していないだろうか。特にがん医療においては、死ぬ直前まで抗がん剤治療をしていることが時々ある。だから「がんを放置せよ」という極論本が飛ぶように売れても誰も反論しない。

今夏、『長尾先生、近藤誠理論のどこが間違っているのですか？』という本を書いた。私は近藤誠先生の味方でも、がん医療界の味方でもない。患者さんの味方だと思えば、淡々と在宅医療を続けてきたい。

（次号は、服部メディカル研究所・服部万里子氏）