

平成 27 年度 山口県医師会 男女共同参画部会総会



と き
平成 28 年 3 月 6 日 (日)
13:00 ~

と ころ
ユウベルホテル松政

報告：男女共同参画部会部会長 黒川 典枝
同 理 事 徳田 信子

3 月 6 日 (日) に男女共同参画部会総会を開催し、その場で、平成 26 年末に行った「介護に関するアンケート」の結果を報告した。このことに関連して、「特別講演」とアンケート結果を受けて介護のエキスパートによる「一問一答」を開催したので、併せて報告する。

総会議事

黒川部会長より (1) 平成 27 年度事業報告、(2) 次期役員選出、(3) 平成 28 年度事業計画について説明し、出席者全員の挙手により承認された。

なお、退任理事及び新任理事は次の通り (敬称略、順不同)。

①退任理事

吉南医師会	榎	美 穂
下関市医師会	野 田	薫
宇部市医師会	森 谷	和 子
下松医師会	河 村	裕 子
岩国市医師会	大 島	眞 理

②新任理事

下関市医師会	綿 野	友 美
宇部市医師会	湧 田	真紀子
徳山医師会	板 垣	明 味
岩国市医師会	祖 田	由起子

特別講演

「介護と仕事～高齢者ケアは誰が担うのか～」

山口大学経済学部教授 鍋山 祥子

世界に先駆けて超高齢社会となった日本では、介護は多くの人が直面する問題である。世界のどの国、どの地域にもお手本がないため、わが国独自の打開策を模索している状況である。



合計特殊出生率の低下 (2014 年 1.42) とともに、生涯未婚率の上昇 (2010 年 男性 20.14%、女性 10.61%) が大きな問題であり、これが高齢者ケアにも大きな影響を及ぼしている。高齢者のいる世帯は急増し (1986 年 26.0% → 2014 年 46.7%)、高齢者が暮らす世帯の変化をみると、「ひとり暮らし」「夫婦のみ」「親と未婚の子」の世帯が増加し、三世帯同居の世帯が激減している。これにより、「日本型福祉社会論」が継続できない社会となってきた。「日本型福祉社会」とは、性別役割分業を基盤とする男性の長時間労働と女性の無償のケア労働によって成り立っており、高い同居率と妻 (嫁) によるケアの遂行が「福祉の含み資産」であり、親孝行 (主として女性の役割) としての高齢者介護が行なわれ

ていた。現状では、高齢者ケアの担い手は「子どもの配偶者」が減少し（2001 年 22.5%→2013 年 11.2%）、「事業者」が増加している（2001 年 9.3%→2013 年 14.8%）。現代的な事象としての「高齢者介護」は、長期化する老年期・医療技術の進歩・個人の尊厳の肥大化などにより変化が著しく、かつての「家族介護神話」は崩壊しつつある。また、わが国の人口減少に伴って労働人口も減少するため、男女ともに多様な働き方で社会を支え存続させなくてはならないが、最近では家族の介護・看護を理由とする離職が社会問題となっている。さらに、高齢期の所得に関しては、働き続けた男女の所得は、仕事を中断した男女の所得の 2.4～2.7 倍であり、自身の老後のためにも働き続ける必要がある。これからの家族の介護における役割は一人で背負いこむのではなく、介護資源を知り、ケアの分担を考え、家族の枠を越えてつながっていくことが必要であろう。そして、自分の老後のためにも、社会のためにも、仕事を継続する。仕事と介護を両立するための 3 つの「つ」は、存在するサービスを「つかう」、なければ「つくる」、それぞれでがんばっている人たちやサービス同士を「つなげる」ことである。とにかく「介護を私的なこととして抱え込まず、外にひらく」すなわち「個を地域にひらく」ということが大切である。

介護に関するアンケート結果報告

男女共同参画部会理事 徳田 信子

平成 26 年末に山口県医師会全会員を対象に行った「介護に関するアンケート」の結果について徳田信子 理事から報告した。回答率は約 50%（1,264 名）と高く、この場を借りてご協力いただいた会員各位に感謝申し上げる。

主な結果は下記の通りであるが、詳細を山口県医師会ホームページの男女共同参画部会のコーナーに掲載する予定なのでご参照いただきたい。（<http://www.yamaguchi.med.or.jp/y-joy/index.htm>）

(1) 介護経験者（回答者のうち 28%）からの回答

①女性の 40%、男性の 15% が主に自分で介護

② 60% 以上が自宅を中心に介護

③介護休暇の取得は困難で 90% 以上は取得していない。

④仕事との両立にあたり、精神的・肉体的な負担が大きい。女性では家事負担も大。

(2) 介護未経験者（回答者のうち 72%）からの回答

①半数以上が自宅での介護を想定。

②女性の 80%、男性の 30% 以上が主に自分が介護すると想定。

③「主に自分が介護する」と想定している回答者の 37% に、介護保険の申請方法が周知されていない。

(3) 全員を対象とした質問に対する回答

① 50% 以上が自身について自宅での介護を希望。

②約 50% が介護を支える施設や介護に対するサポートの増加を求めている。

③ 20% 以上が介護報酬の引き上げ、主治医制の見直し、家政婦利用に対する費用の助成、宿直や日直の免除などが仕事と介護の両立に有効だと考えている。

介護に関する一問一答

山口大学大学院医学系研究科保健学系学域

地域・老年看護学分野教授 永田 千鶴

介護に関するアンケート

の結果から、自宅での介護を行っている（想定している）会員が多いことが示された。そこで、在宅介護研究のエキスパートである山口大学大



学院医学系研究科保健学系学域 地域・老年看護学分野の永田千鶴 教授をコメンテーターにお迎えし、介護に関する一問一答を行った。進行は田村博子 副部会長と徳田信子理事が担当した。

特に永田教授が強調されていたものを下記に示す。

(1) 自宅で介護する際の心構えは？

①わがままを言える「かかりつけ医」の情報を得る。

かかりつけ医は、介護をする者・される者双方にとって重要な人物。自分もしくは両親の居住エリアで「わがまを言えるかかりつけ医」を探しておくことがとても大切である。

近年は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所が増え、自宅での介護を親身になってサポートしてくれる。中には、患者を大切にするために敢えて在宅療養支援を公に示していない病院・診療所もあるので、積極的に情報収集をしておくことが大切。

②優秀な「介護支援専門員（ケアマネージャー）」とつながる。

基礎資格を必ず確認し、医療面で信頼できるかどうかを検討すること。

③「かかりつけ医」と連携・協働がとれる訪問看護ステーションとつながる。

訪問看護師は癌の終末期や人工呼吸の管理、小児や精神疾患の管理も可能。逆に重篤な疾患が無くても頼むことができ、症状の変化に合わせて訪問の頻度を変えることができる。例えば、手術からの退院直後などは頻回に訪問してもらうようにすれば、介護する側も安心して外で仕事ができる。医療保険でも利用できる。訪問看護師は利用できる社会資源も熟知しており、働きながら自宅で介護する際には強力な味方になる。ぜひこのシステムを使ってほしい。

④（まだ介護保険を申請していない場合は）余裕のあるうちに申請する。

申請してからサービスを利用できる状態になるまでには 1 か月以上かかるため、余裕を持って申請することが肝要。

(2) 介護についての情報は世の中に溢れているが、信用できる情報源は？

①ネットで情報を得たい場合

・山口県の情報を知りたい場合

山口県介護保険情報総合ガイド かいごへるぶやまぐち

<http://www.kaigo.pref.yamaguchi.lg.jp/>

・他県の情報を知りたい場合

WAM NET（独立行政法人福祉医療機構が運営。全国の情報が得られる）

<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/>

[pcpub/top/](http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/)

②実際に足を運べる場合（推奨）－自分もしくは両親の居住校区の地域包括支援センターへ

介護や健康のことはもちろん、認知症ケア・虐待・権利擁護についての相談もできる。個人の状況に合わせて総合的な相談に乗ってくれる。提供されるサービスは地域によって差異があるため、自分と両親の居住校区が離れている場合は、サービスの内容をあらかじめ比較しておくのも良い。文字で公表できない施設の情報（評判など）を持っていることもあるので、余裕のあるうちにぜひ訪ねておきたい。

(3) 両親が急に病気になり、退院後すぐには自宅で介護できない場合はどうするのか？

転院先として回復期リハ病棟がある。疾患によって入院期間が決まっている。また、病院によって入院期間に対する姿勢が違い、滞在できる期間に差があるので、自分や両親の居住地にある回復期リハ病棟の状況を事前によく調べておく。

(4) 知られていないサービスで、是非勧めたいというサービスはあるか？

近年、地域密着型サービスが発展してきているので、ぜひ利用してほしい。ぎりぎりまで日常生活を継続でき、家族主体の看取りができるのがメリット。

①認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

自宅と同じ市町村（慣れ親しんだ地域）の小規模な施設で、家庭のような環境で暮らすことができる。原則個室で、個別のケアを受けることができる。認知症の症状が悪化しても退去しなくて良い場合もある。

②小規模多機能型共同生活介護

通いを中心としたサービス。急な宿泊が可能なのがメリット。介護する側が突然何らかの事情で帰宅が困難になった場合（緊急手術、自分自身の病気など）、急な宿泊も受け入れてくれる。看護師が配置されており、看取りもできる。完全に自宅で看るのは難しいが施設に住むのは抵抗があるというような状況の人に適応できる。もちろん介

護の相談にも応じてくれる。医師のように定時で帰宅するのが難しい仕事を続けながら自宅で介護をするにはとても便利なサービス。

(5) 永田教授からのコメント

介護の方法は様々に存在し、変化し続けている。

病院・施設・自宅・地域密着型サービスのそれぞれに特徴があり、また、地域によってもサービスの内容に違いがある。信頼できる情報を基に「自分の生活スタイルにあった介護」を考えていただきたい。

在宅療養の心構え

- ◆わがまを言える「かかりつけ医」の情報を得る
在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所
機能強化型在宅療養支援診療所
- ◆優秀な「介護支援専門員（ケアマネジャー）」とつながる：基礎資格を確認する
- ◆「かかりつけ医」と連携・協働体制がとれる訪問看護ステーションとつながる
- がんの終末期ケア、看取りの実践、人工呼吸器の管理、小児や精神の利用者の受け入れ可能
- * 訪問看護は医療保険でも利用できる
- * 社会資源を熟知している

◆小規模多機能型共同生活介護

- * 通いを中心とした多機能サービス
- * 介護予防給付有、認知症に限らない
- * 登録制 25～29名
通い15～18名・泊まり9名の定員
- * 他の居宅サービスと併用できない
- * 看取り連携体制加算
- * 看護師の配置基準有（非常勤でよい）

頼りになる地域包括支援センター

- 介護や健康のこと：介護保険申請手続き
- ケアマネジャーの情報有
- 居宅サービス・事業所に関する情報有
- 認知症ケアに関する情報有
認知症カフェやサロンの運営
- 虐待や権利擁護の相談窓口
- ⇒ 総合相談の場
- ⇒ 居住校区の地域包括支援センターを知っておこう

地域密着型ならではの終末期ケア・看取り

強み

- 地域・住民とつながる（地域の自治会員、民生児童委員などのキーパーソン）
- 家族とつながる（家族も巻き込む）
- 地域の関係機関とつながる
（主治医、開業医、ケアマネジャー、地域包括支援センター、警察、消防署、郵便局、銀行、学校など）
- ✓ 利用者・家族が希望する自然な最期を迎える
ぎりぎりまで日常の生活を継続できる
- ✓ 家族やなじみの職員（利用者）が見守る中で穏やかな最期を迎える
- ⇒ 家族主体の看取りができる

先生方に知っていただきたい 地域密着型サービス

- ◆ 認知症対応型共同生活介護：グループホーム
- * 要支援2以上、認知症の診断有
- * ユニットケア（原則個室、個別ケア）
- * 運営基準に認知症の症状が急性期ではない
共同生活に支障がない
- * 認知症の症状が悪化したら退去？
- * 医療連携体制加算、看取り介護加算
- * 医療職の配置基準無

目指される今後の介護事情

病院もよし
施設もよし
自宅もよし
地域密着型サービスもよし

⇒ 自分の生活スタイルにあった介護