

医療タイムス

週刊医療界レポート

2018.3/5 No.2341

特集

医療関連を中心にプラス改定 介護報酬改定を見る



特別企画

日本アルトマーク調査

一般病棟入院基本料(7対1~15対1)

10年間で14万9000床減少

タイムスレポート

大磯町でのロコモ受診者

3年間で1000人を突破!

“女性のロコモ”が明らかに!

Top News

「客席100平方メートル以下」は喫煙可 健康増進法改正案
小池都知事「実効性さらに見極め」 国の受動喫煙対策法案に

冬の時代の診療所経営

在宅医療 競合から協働へ

町医者視点で診療報酬改定の概要を一読した。もはや在宅誘導というより、在宅も行う「かかりつけ医」でないと生き残れないという方向性が明確にされたと感じた。私が一番評価したいのは複数医療機関からの訪問を認める、という点である。これまで一患者一医療機関が原則であったが、今春から大幅に緩和されるという。在宅医療の裾野を広げるという目的にかなう、画期的な転換であると思う。

在宅医療への新規参入の最も大きなハードルは、何といっても365日24時間対応であった。働き方改革が議論されている中、1馬力の開業医だけがなぜ365日24時間対応なのか。誰がどう考えても無理に決まっている。講演で「真面目に在宅医療をやると、医者の方が先に死にます」といつも冗談のようにいってきたが、決して冗談ではない。医師の働き方改革の観点からは真反対の業務を義務付けられてきたのだ。ところが今春からは患者さんの病態に合わせて、診療所同士が自由に連携して診療できるようになるのだ。

これは連携型・機能強化型・在宅療養支援診療所の規制緩和の一部でもあるのだろうが、大きなインパクトがあるはずだ。「夜中の往診は無理」というA診療所と「夜中も往診するよ」というB診療所が患者ごとに自由に連携していいのだ。B診療所はもしかしたら、C在宅療養支援病院になるかもしれない。地域によっては急性期病院かもしれない。皮膚疾患や眼疾患の管理も無理をしなくてもよくなる。場合によっては地域密着型の慢性期病院が夜間対応で大活躍するかもしれない。在宅医療でも、堂々と診診連携できる。A診療所の高齢医師はB診療所の若手医師にバックアップしてもらいながら、長年診てきた患者さんを最期まで診ることが可能となる。

また訪問看護師の報酬の改定も同じ方向を見ている。



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>

24時間対応ができる機能強化型・訪問看護ステーションがA診療所の高齢医師の命を守ることになる。なぜならB診療所の若手医師が夏休みというときもあるからだ。「連携の規制緩和」と「訪問看護ステーション強化」という両面からの担保があつてこそ、在宅への新規参入のハードルが大幅に下がるのだろう。もちろん不要な連携や過剰な連携などのモラルハザードの担保も必要だ。それが地区医師会の役割だ。適切な連携を指南したり、過剰連携を監視する役割が求められる。

病院から地域へ、という流れは2040年まで変わらないだろう。ならば、各診療所は身の丈にあった在宅医療における診診連携を模索するしかない。今春の診療報酬改定は、在宅医療を競合から協働へと大きく転換させる好契機となる。地元、尼崎市医師会でも今年から医師会の横に「あまつなぎ」を併設した。患者さん個々のニーズを満たす地域連携や市民からの相談を医師会と行政が協働してサポートする機関だ。地域のかかりつけ医にしっかり“つないだ”後は、自由度の高い連携の推進を見守る。地域包括ケア推進には適度な規制緩和が必須だ。あとは良好な関係性構築が肝要となる。地域単位の多職種勉強会、そのあとは飲みニケーションで腹の見える連携を模索したい。診療場経営は新たなステージに入る。もし競合するとすればこうした連携型診療所 vs 自前で完結させることができる在宅専門クリニックなのかもしれない。