

# 医療タイムス

週刊医療界レポート 2018.4/30・5/7 合併号 No.2349

**特集** エンドオブライフ・ケア協会設立3周年シンポジウム

## 超高齢少子多死時代においても 持続可能な社会を目指して



### タイムスインタビュー

震災以降、高齢化・医療過疎が顕在化  
今や福島は“課題の先端地域”に

公立大学法人福島県立大学医学部公衆衛生学講座 特任教授  
医療法人茶畑会相馬中央病院 特任副院長

坪倉正治氏

### タイムスレポート

地域医療連携推進法人に医療戦略研究所を認定  
地域全体に情報発信して福島県の地域モデルを創設

### Top News

「連携病院」新設を、小児がん診療手厚く 厚労省検討会  
マイナンバーカードを保険証に 厚労省

# 冬の時代の診療所経営

## 在宅医療に参入する人、撤退する人



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、近著「平穩死・10の条件」「甞ろうという選択、しない選択」「平穩死という親孝行」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>

強力な在宅誘導政策が10年以上続いている。今春の診療報酬改定は急性期病院には厳しい一方、開業医には「かかりつけ医機能」という名目で引き続き在宅誘導が続いている。特筆すべきは医療機関同士の連携のみならず、複数の医療機関で1人の患者さんを診ることが認められたことだ。医療の高度化や専門分化、患者・家族のニーズに対応した形になっている。ある介護施設では、1人の入所者さんに対して内科、皮膚科、精神科、歯科など3～4軒の医療機関が対応することが施設のステイタスになっているという。あるいは末期がんへの在宅酸素が認められたこともあり、多くの看取りが酸素吸入下で行われている。一見、よさげな話かもしれないが、連携はより複雑化し「管」は増える一方である。

極端な言い方をすれば、在宅医療に従事する喜びとはプライマリケアや総合診療、あるいは家庭医療の楽しさであった。生活の視点が濃い医療は文句なしに楽しい。しかし今や「総合」という言葉は、「連携」の掛け声の波に打ち消されそうである。総合診療には30年以上前から常にアゲンストの風が吹き続け、年々風力が増大している。

今回の診療報酬改定の内容を聞いて「在宅医療をやめる」決心をした老医が何人かおられた。制度が複雑すぎてもはややっていけない、という。来月還暦を迎える私自身にもこのアゲンストの風はこたえる。医療と介護の連携をいくら謳っても、まずは医療機関内や訪問看護師との連携だけでも結構な仕事量となる。簡単なことでも形式的な書類の作成ばかりに追われる制度設計であり、そろそろ潮時かなと思う人の気持ちがよく理解できる。

一方、新時代の「かかりつけ医機能」に順応できる医師は若い世代である。「今から在宅医療に新規参入したいのですが何から始めたらいいのでしょうか」という質問を時々受ける。「そうねえ、ICTによる多職種

連携ができないと無理かもね」という言葉で逃げているが、今後の開業医は連携がうまくないと、いくら腕がよくても生き残れないだろう。しかし医師はそもそもコミュニケーションに関する教育を受けていない。学生時代のクラブ活動や医師になってからの社会活動などを通じてコミュニケーションとICTのスキルとに長けた医師こそが名医になれる時代になってきた。

このように在宅医療の現場は、ますます「病院化」しつつある。皮肉な言い方をすれば「在宅医療の本質とは真反対の方角に政策誘導されている」と感じるのは私だけか。1人の患者さんに病気別に何人もの「〇〇専門医」がついて協働して診るのであれば、病院と同じことである。それならば良質な慢性期病院や新設された介護医療院のほうがずっと家族のニーズにあっている。本人が「これでいい」といっても家族が許さないのが、在宅医療や総合診療の悩みである。特に急増する認知症の在宅医療に関しては、まだほぼ手つかず状態だといっていい。在宅でも施設でも無理という認知症の人を誰がどこで看るのか。精神病院なのか、介護医療院なのか。いくらACP時代とはいえ、成年後見や医療後見抜きでは無理であろう。

しかし肝心の法整備が追いついていない。地域包括ケアという言葉がますます躍るが、自助、互助頼りだけでは自ずと限界がある。問題山積の中での在宅医療である。新規参入する人は撤退する人の意見をよく聞いてから、傾向と対策を練るべきだろう。