

# 医療タイムス

週刊医療界レポート

2016.2/22 No.2244

特集

## 変革期を迎えた病院の在り方 診療報酬改定セミナーから



特別企画

### 死生観が決める“最期の治療方針”

エンド・オブ・ライフケアで合意形成へ

タイムスレポート

日本政策投資銀行ヘルスケア業界ミニブック

### 介護・医療関連産業の 最新動向と高度化する医療

Top News

かかりつけ医に手厚く、「紹介状なし」は5000円追加 16年度報酬改定案答申  
「かかりつけ薬局」の利用を優遇 診療報酬改定

# 冬の時代の診療所経営

## 在宅専門クリニック考

2016年度診療報酬改定の概要が明らかになった。今回、在宅専門クリニックを正式に認めながらも厳しい縛りがかけられる。一方、外来診療を主とする在宅療養支援診療所にもより明確な要件が課せられる。そしておそらく多くの在宅関係者にとってマイナス改定になるであろう。当然存続の危機に立たされる医療機関も出るだろう。今、在宅医療制度はどんな方向を向いているのか、私見を述べてみたい。

これまでの在宅医療は、普通の町医者、在宅療養支援診療所、機能強化型在宅療養支援診療所の3類型で、患者から見れば一物三価という面もあった。在宅療養支援診療所のハードルは低く、医師3人が課せられた機能強化型においても、3つの医療機関の連携でも条件を満たすとされてきた。しかし今回の改定は本来の在宅専門の在宅療養支援診療所や本来の町医者型在宅療養支援診療所とは何か、という明確な課題が突きつけられた。前者は、在宅患者の比率が95%以上であり、後者は複数医師（3人以上）で運営する単独型の町医者型在宅療養支援診療所である。これまで基準線上に位置していた診療所は、普通の町医者にふり落とされる可能性が充分ある。

一方、病院の歴史を振り返ってみると、さまざまな機能分化を繰り返しながら、急性期、慢性期、地域包括ケア病棟など看護師の配置基準でカテゴリ化されてきた。一方、「町が病院」とみなす在宅医療の世界では多職種連携がチーム医療であるため看護師数でカテゴリ化することはできない。そこで在宅看取り数や往診数などを機能評価基準とし、新しい診療所機能区分を明示したのが今回の診療報酬改定なのか。サ高住や有料老人ホームなどの同一建物でキックバックにより荒稼ぎするビジネスモデルはもはや過去のもの。そのためサ高住や有料老人ホームなどから「退散」する在宅療養支援診療所が相当出るのではないかと。実際そう



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>

なった場合、その後は一番近い「普通の町医者」の出番ではないだろうか。そもそも地域包括ケアとはコミュニティーベースなので医療機関は近ければ近いほど良い。そもそも別に在宅療養支援診療所でなければ在宅医療を提供できないわけでもない。高い診療報酬を得るためにはそれなりの技術や人的投資や教育機能が必要である、というだけの話だ。従って、日本医師会が謳う「午後から在宅」と矛盾する内容とは思わない。

では、この数年間急増した在宅専門クリニックは今後どんな役割を果たすべきなのか。それは病院に例えるならば高次救急や集中治療室を有する高度急性期病棟と同じような存在ではないか。今後、地域にはさまざまな医療需要を持った患者さんが病院から日々「排出」される。当然、受け皿となる医療機関も機能分化しなければ対応できるはずがない。病院側から見ればさらなる「マッチング」作業に迫られる。人工呼吸器がついた患者や小児在宅などは、普通の町医者では到底対応できないので、相応の技術と組織力を有する在宅専門クリニックが受け皿になるべきであろう。要約すると、今後はドラゴンヘッドと日医が主張するロングテイルという関係性が明確になるはずだ。今回の改定をそう受けとめるが、私が望むのは繰り返し述べている「診療規則の簡素化」である。規則が複雑すぎるため在宅から撤退する医療機関が増えるならば、まさに本末転倒になるからだ。