

# 医療タイムス

週刊医療界レポート

2013.11/4 No.2132

**特集** 医療経済フォーラム・ジャパン公開シンポジウム

## 医療保険制度を持続する負担とは 公助・共助・自助を見詰め直す



### タイムスインタビュー

健診、外来、1次予防の三位一体を  
新しい医療の形として提案したい

医療法人社団湖聖会銀座医院院長

竹田義彦氏

### タイムスレポート

作業療法士が考案した高齢者向けの買い物カート  
ショッピングでリハビリテーションができる

### Top News

医師臨床研修制度見直し報告書案 パブコメ募集へ 厚労省  
脳脊髄液ドレナージ回路開放の誤りを公表 日本医療機能評価機構

## 冬の時代の診療所経営

### 医療・介護保険制度を持続する 2つの視点



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>

雑誌や新聞では、わが国の医療・介護保険制度の危機が論じられています。下町の開業医をしていると、いろいろな不都合な(?)現実が見えてきます。誤解を恐れずにいえば、下町で起きている現実を直視しない限り、医療介護保険制度は持続できないのではと思います。現場にはあまりに理不尽な事例が多くあります。単に無駄を省くだけでなく、制度の“統合・再編”という手法で制度の隙間を埋める作業をしないと社会保障制度は破たんが見えています。しかしまだやれることがたくさんあります。工夫次第で十分に持続可能であると思っています。今回は2点書きます。

まずは多剤投薬です。病院から開業医への逆紹介が進んでいます。しかしその投薬数の多さに閉口することが多いのです。高齢者には2~3種類までであってほしいのですが、10種類以上の薬を手提げ袋に入れて病院から紹介されると複雑な思いになります。それぞれにそれぞれの理由、理屈があります。臓器別タテ割りの診療体系で、それぞれの医学会のガイドラインに従うと多剤投薬になるのは当然かも知れず、むしろそれを“統合”できないのが問題です。

あるグループホーム(GH)で、前医からの処方数を平均4分の1に減らしただけで入所者さんのADLが上がり明らかに元気になりました。訪問診療に行くたびにGHの看護師さんと訪問薬剤師さんに削除可能な薬に優先順位をつけてもらったのです。こうした成功体験からも高齢者への多剤投薬への対応は待たなしであると確信します。薬を減らすことは今日からでもできます。そのためにも「家庭医、総合医」の養成も急がれます。研修医だけでなく、既存の勤務医・開業医の再教育も併せて行ってほしいと思います。その思想は、外来診療に限らず在宅医療においても役立つはず。医療の高度化に伴う必然に逆らうには相当

なエネルギーが必要でしょう。日本老年医学会に期待するところもとても大きいものです。

もう1つは、モラルハザードです。8月から10月にかけて朝日新聞に「患者紹介ビジネス」と題して在宅医療の闇が報道されました。初回の紙面で私は「こうした行為で在宅医療がおとしめられるのは残念だ」とコメントしました。大半の医師は真面目にやっているのに、ごく一部の医師の行動だけで在宅医療全体が誤解されることを懸念しました。実際、「あれ以来、やりにくくなった」と愚痴る在宅医がいます。正義の報道で正直者がとばっちりを受けては、本末転倒です。厚労省は「違法とはいえないが、厳しく調査する」としていますが、真面目な在宅医療に影響が及ばないように工夫してほしいと願います。

とはいえ、報道されているように相当な医療・介護費が紹介者にキックバックされているのは現実のようです。社会保障費という視点から見るとかなりの無駄があるということは確かです。私は在宅医への講義で、「介護業者に引っ張られる形での在宅医療は問題」という話を必ずします。悪徳介護保険業者はさまざまな誘惑を仕掛けてきます。医師はそれを嗅ぎわかる能力が必要です。医学教育の中で「医の倫理・モラル」をもっとしっかり扱うべきだと思います。医療・介護保険制度の持続は、このような、目の前の当たり前のことから始めることができるのではと感じています。