

医療タイムス

週刊医療界レポート

2010.8/2 No.1976

特集

参議院選、かく戦えり!



タイムスインタビュー

利用者の自立に寄与する
サービスを評価すべき

龍谷大学社会学部教授
社会保障審議会介護給付費分科会委員

池田省三氏

グラフ北から南から No.228

社会医療法人財団石心会

川崎幸病院

(川崎市幸区)

冬の時代の診療所経営 第5回

在宅医療をやるか、やらないか



医療法人社団裕和会理事長
長尾クリニック院長 **長尾 和宏**

1958年香川県生まれ。東京医科大学卒業。尼崎市医師会地域医療連携・勤務医委員会委員長。尼崎市医師会内科医会前会長。医学博士。著書「町医者力」「パンドラの箱を開けよう」(エピック)「在宅療養を支えるすべての人へ」(共著、健康と良い友だち社)など

HP <http://www.nagaoclinic.or.jp>

ブログ <http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>

今回は、在宅医療について書いてみたい。これから新規開業を考えている先生には、「在宅医療をやるか、やらないか」が、大変悩ましい選択になるだろう。超高齢化、多死社会を迎えて、病院医療だけでは対応しきれないため、この数年間は強力な在宅誘導政策が引かれている。特に2006年から始まった在宅療養支援診療所には、診療報酬でも高い点数がついている。現在、全国で1万数千件の医療機関がその届け出をしているが、日常的に看取りまで行っている医療機関は、その内の10分の1とか、それ以下であるとも言われている。つまり、とりあえず看板だけは掲げておこう、という診療所が大半のようだ。

強調したいのは、在宅医療を行うにあたっては、在宅療養支援診療所の届け出が必須条件ではないことだ。届け出をすると、高い方の診療報酬で保険請求できるものの、365日24時間対応という大変高いハードルが課せられる。真面目に考えると、1人医師の診療所なら、一生酒が飲めないことになる(笑)。それを解消するため、気心が知れた医師同士が連携するスタイル(長崎ドクターネットなど)が生まれ、各地で新たな形の在宅医療の診療連携が模索されている。ただし看板さえ掲げなければ、点数は相対的に低いものの、ドキドキしながら携帯電話を握りしめるという、ある意味窮屈な生活からは解放される。もしくは看板を掲げていても、高い点数で請求さえしなければ、同様に解放される。つまり、例えは悪いが、ハイリスクハイリターンとローリスクローリターンのどちらでも選択できるのだ。正確にはローリターンというのは言い過ぎで、すでに十分な診療報酬だと思う。

これからの診療所は、プライマリー機能を謳った「か

かりつけクリニック」と、専門医療に特化した「専門クリニック」に二分されるのではないか。前者は、当然、往診や在宅といった地域住民の自然なニーズへの対応が要求される。日本医師会が6月に配布した冊子「在宅医療一午後から地域へ」の、「午後から地域へ」という言葉は、そのまま「ミックス型診療所」を指している。ならば在宅専門クリニックは「午前から在宅組」となるが、まだまだ少数だ。これからの診療所は診療科を問わず、「在宅医療をやるか、やらないか」に分かれるだろう。そして在宅医療を始めるのに、実はハードルなんてまったくくないことをここで強調したい。看護師は地域の訪問看護ステーションに依頼すればいい。

地域での在宅ニーズを受け止めるには、ドラゴンヘッド(=在宅専門クリニック)とロングテイル(=ミックス型診療所)の両方が必要ではないだろうか。在宅初心者には、是非、ロングテイルの一翼を担っていただくことを希望する。在宅看取り数が、例え年間1例であっても地域のすべての診療所が1例ずつ看取れば病院にも劣らない大きな数字となる。こんな「ロングテイル現象」が、「キュアからケアへ」という国を挙げたののスローガンの収穫となる日が決して遠くないだろう。「サイタク」のハードルは決して高くない。「医の心」があるだけでいい。