



尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

第16回

「在宅医療」から 「地域包括ケアシステム」へ

2度目の「在宅医療元年」

2006年に「在宅療養支援診療所（在支診）制度」が新設された。全国10万の医療機関のうち1万2000が登録したが、年間に1例でも看取りをしている施設は半数にも満たず、それらは「名ばかり在支診」と指摘された。

6年が経過した今春、今度は「機能を強化した在宅療養支援診療所制度」が新設された。「常勤医3人以上」の条件は、複数の診療所のみならず在宅療養支援病院（在支病）との連携でクリアしてもいいという通達により、全国各地で在宅医療の病診・診診連携が模索されている。地域医療連携の推進という観点からは、ある程度の効果は得られるだろう。

2006年は「在宅元年」と言われたが、2012年春も同じ言葉が使われている。医療制度は分化・複雑化したものの、肝心の中身はあまり変わっていないということではないかと思えてならない。「ザイタク」という言葉は有名になったが「在宅医療」は未だに国民や永田町ではほとんど認知されていない。

第一に、在宅医療の診療報酬は一般の外来診療と区別されていない。高点数を根拠に行われる個別指導は、当然のように在宅医療を行う施設が選ばれる。これだけ強烈な在宅誘導政策を打ち出す一方で、厳しい個別指導で締め上げる政策はまさに「飴とムチ」とも言えるのではないか。

政権が変わってもこれだけブレない医療政策は珍しいという見方もできるが、肝心の土台すらまだ完成していない。病院勤務医から見れば、地域のどの診療所が在宅医療を行っているのか全く知る術がない。逆に、一般市民から見ても情報が無い。「在宅診療科」という目印がないからだ。

今年は、正確には「2度目の元年」と呼ぶべきだろう。強化型在支診制度が本当の意味での「元年」の起爆剤となることを希望する。

住まいと医療・介護サービスの分離

都市部ではサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）が続々と建設されている。地域包括ケアの根幹は「住居」。そうした考えから、住まいと医療・介護をそれぞれサービスの柱として分離した政策が推進されている。

在宅療養の場は、①住み慣れた我が家、②サ高住、③グループホームや有料老人ホームなどの施設—の3類型に多様化している。「ザイタク」の概念は、時代とともに絶えず変化している。そんな中、国土交通省と厚生労働省という役所の垣根を越えた多職種連携で、国は時代の波を乗り越えようとしている。

在宅医療も、おのずと「場」と「専門性」を意識した形態に分化している。末期がん専門の在宅医、神経難病専門の在宅医、認知症専門の在宅医…。本来、総合医療、統合医療であったはずの在宅医療にも、容赦なく専門分

化の波が押し寄せている。今こそ「ザイタク」本来の趣旨との整合性を確認したい。

すべての訪問看護を医療保険に

訪問看護師が在宅療養システムにおける「主役」であることは、もはや論を待たない。しかし全国の訪問看護ステーション数は伸び悩んでいる。若い病院看護師を対象に、訪問看護の楽しさを伝える講演の機会が時々あるが、皆さん「ザイタク」に興味はあるものの、「飛びこむのは怖い」という。

怖いといえば、「最近の看護師は死を怖がる」と、ある看護大学の教授がボヤいておられた。これは若い医師も同様かもしれない。ともあれ、今回はこうした医療従事者の志、マインドの問題とは別に「訪問看護制度」の改善について少し私見を述べたい。

先日「分かりにくい訪問看護制度」と題した新聞記事を目にした。介護保険下の訪問看護は1割負担なのに、末期がんだと医療保険になるため3割負担と突然3倍になり、困っている患者がおられるとのこと。「だから訪問看護師をすべて介護保険にすべきだ」と結論されていた。

私は逆だと思う。訪問看護をケアマネジメントの中に入れたことが、そもそもの間違いではなかったかと繰り返し主張してきた。昔の訪問看護は入浴サービスなどのヘルパー業務と重なる部分が確かにあった。しかし現在は、医療依存度の高い在宅患者さんが増え看護需要は増大する一方だ。

医師の指示書だけで動ける訪問看護制度に戻してほしいと願う。どうか2000年以前に戻してほしい。おそらく多くの「午後から在宅」組の先生方もそうお考えではないだろうか。

訪問看護を早急にもっと自由度の高いものに戻すべきだ。末期がんにおける訪問看護のように「包括制」も現実的な方策であろう。地域包括ケアの牽引役として、訪問看護師の

さらなる活躍に期待している。

超高齢化社会支える「つどい場」模索を

私はこれまで何度も「在宅診療科の新設」を提言してきた。レセプト単価の高い透析科と同様に、保険審査も「在宅診療科」というカテゴリー内で行うべきではないか。患者視点からも「在宅診療科」新設の意義は高い。

自分が在宅医療を依頼しようとする診療所が「従来型在支診」「単独型強化型在支診」「連携型強化型在支診」のどれなのか、誰もが知りたいところだ。なぜなら、かかる医療費が各々でかなり異なるからだ。

夜間に急な発熱で往診を頼んでも、普通の診療所、従来型在支診、強化型在支診では、自己負担額が最大で2倍も違ってくる。市民から「一物二価」との謗りを受けないような工夫が早急に必要だ。そのためにも、今こそ「在宅診療科」という看板を掲げることを真剣に議論すべきではないか。

超高齢化を社会で支える政策としては、もはや「在宅医療」という視野では狭くなった。「地域包括ケアシステム」という視野で論じられるべきだろう。医療・介護・福祉の連携はもちろんのこと、行政、企業、NPO、市民も加わっての多職種連携での「地域包括ケア推進委員会」を各自治体に設置し、地域の実情に合った地域包括ケアを模索すべき時だ。

医師会活動が活発な地域では医師会が、活発でないところは在支診や行政が音頭を取って推進すべき。形式より実のある「ケアシステム」をどうすればつくれるのか。ITの活用と顔の見える関係が両輪であろう。超高齢化という大きな波を乗り越えるために地域での「つどい場」作りを模索したい。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。著書に『町医者だから言いたい！ 1～3』（ロハスメディア）など。