

週刊 日本医事新報

Japan Medical Journal

No.4618

2012年
(平成24年)

10月27日

〔プライマリケア・マスターコース新連載〕

不明を解明! 不明熱のココを診る……清田雅智

プライマリケア・マスターコース

その場の1分、その日の5分—突発性発疹

老年内科標榜をめざして—高齢者高血圧の管理

OPINION

高血圧臨床試験の血圧データに関する統計学的考察

—VARTを事例として……佐藤泰憲ほか



尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

第20回

二極化する在宅医と患者紹介ビジネス

患者紹介ビジネスの実態

「患者紹介ビジネス」という言葉を聞いたことがあるだろうか。いまや大学病院の地域連携室に在宅患者斡旋業者が出入りする時代になっている。業者が紹介するのは在宅や施設入所の患者さんだ。この夏、実際に当院にも在宅専門クリニックが運営する患者紹介会社の営業マンがやってきた。「在宅患者さんを紹介しますので、登録しませんか」。そこには過去に患者を斡旋した実績がある開業医のリストが並んでいた。これは明らかに違法である。しかし訪問歯科診療の分野ではもはや常態化しているという。

コンサルタント料は診療報酬の2割だそう。すなわち1人の在宅患者さんの1カ月の診療報酬が5万円だった場合、毎月、その会社に1万円を上納する仕組みだ。2割という数字は、人材派遣業での数字を患者紹介業にも適用するとの理屈だった。「完全成功報酬制」と書いてあった。彼らは何度もこれを強調したが、最大の謳い文句のようだ。

「在宅医療元年」「地域包括ケア」と厚労省も医師会も旗を振っている時に、水を差すような話で恐縮だ。しかしとても看過できない現実だと思うので、敢えて問題提起させていただく。もちろん大部分の在宅医はまっとうであり、このような例は都市部のごく一部のみであろう。しかしその病理は意外に根深い。

厚労省は、国土交通省と協働して、サービス付き高齢者向け賃貸住宅(サ高住)を推進している。「第二の終の棲家」とも言われている。しかし現在、サ高住の「在宅利権」を巡って各地で熾烈な縄張り争いが繰り広げられている。幸か不幸か私自身はサ高住の在宅を経験したことがまだない。

仕入れは街のケアマネから

在宅患者さんの仕入れは、ケアマネがメインである。主治医を見つけたいケアマネといかに仲良くなるかが営業マンの腕のみせどころだ。営業マンは、不動産業者や建設業者から新設の情報を入手するが、高専賃は人気が高く、取り合いだそう。ケアマネに見返りの報酬はないしそれを要求することもない。ケアマネは在宅医の情報リストがないので、純粹に喜ばれるとのこと。ケアマネや病院が、情報交換会という名の在宅医と患者のカップリングパーティーを定期的に主催している。

蛇足だが、鍼灸院への往診が流行っているとも聞いた。鍼灸院の保険診療は、医師の同意書が必要だ。同意書を書く見返りに、鍼灸院に5人の患者さんを集めて開業医をそこに「往診」させるシステムをつくるそう。開業医は往診で算定し、そう患者さんにも説明するとのこと。その場合も、診療報酬の2割を手数料として徴収するとのこと。どこまでいっても「2割」という数字が登場する。患

者さんの「求め」があって出向くのならば往診先が鍼灸院であっても違法ではない、と営業マンは胸を張った。鍼灸院と在宅医が、ギブアンドテイクの関係になっている。接骨院は同意書が要らないので、そのようなビジネスモデルは成立しないそうだ。その幹旋会社のオーナーは医者ではない。若きオーナーの下に十数人の営業マンがいるという。

機能強化型が二極化を後押し?

在宅医は二極化していると感じる。二極とは「在宅専門クリニック」か「午後から在宅組」か、という意味ではない。一人医師か複数医師か、でもない。前述の「営利ビジネスとの距離感」である。介護保険制度は、営利企業の参入を認めている。医療の世界では混合診療が固く禁じられているが、「混合介護」はむしろ推奨されているような印象すらある。その営利と非営利が協働すべき場が「在宅」とう場所である。非営利が営利に引っ張られる、大きく左右されるという構図は、病院の先生方には想像しにくい世界かもしれない。またこうして書くことで「在宅=怪しい医療」という誤解や偏見が増幅するという懸念もある。しかしそれを承知の上で書いている。むしろそうした偏見を払拭したいという想いで問題提起している。

本年4月から機能強化型・在宅療養支援診療所制度が新設された。従来型・在宅療養支援診療所とそれ以外を含めた3類型がカテゴリー化されることになった。しかし患者さんから見れば、在宅医療費が一物三価となっている。その差を一体どうやって説明すればいいのだろうか。単独型の機能強化型はわずかで、連携型が大半だ。3つ以上の診療所が在宅療養支援病院が連携することになっている。

新制度が始まって半年が経過した現在、漏れ聞こえてくるのは、連携という名のグループ化だ。似たような形態の診療所がグループ

を組むことが多いようだ。すなわち前述した営利企業との距離感が似ている診療所同士の連携が進み、むしろ本制度の狙いとは違う方向に進んでいるような気がしてならない。むしろ連携を強化すべきは、多職種であり医介連携ではないのか。

結局はモラルハザード

生活保護の不正受給に立法、行政の両面から厳しいメスが入り始めた。当然であろう。働けそうな人への就労支援も強化されている。しかし現実には就労実績は困難を極めているようだ。生活保護依存症に陥っている人もいる。アルコール依存症、ニコチン依存症同様、依存症からの脱却は容易ではない。それぞれの支援プログラムが必要だ。介護保険に営利企業が参入して12年。非営利の医療保険が、市場原理主義に引っ張られつつあるように感じる。在宅療養を支えるのは本来の在宅マインドを大切にする在宅医療者、介護者の集まりであってほしい。

世界最高である国民皆保険制度という国益を損なう可能性があるのは、なにも TPP だけではない。介護保険という国内法の中にも、皆保険制度を破壊する芽が存在していることを知っておくべきだろう。その芽が、在宅医療の現場で発芽しつつあることを敢えてレポートした。こうした芽を摘む手だてを考えた場合、現行法の中では「モラルハザード」という問題に突き当たる。これは医療者にも介護者にも、そして市民にも言える言葉である。医療者がいくらこのような理屈を並べても何も変わらない。いかにして患者さんに正しく理解してもらい、声をあげてもらうのか、知恵を絞るのが我々の立場であろう。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、名古屋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。近著に「平穩死10の条件」(ブックマン社)など。