産経新聞
23 （兵庫） 平成２４年（2012年）３月１０日 土曜日
H24. 3. 10

Dr. 和の町医者日記

「医者選び」シリーズ②

在宅医療

「外来プラス往診」が町医者の基本

「在宅医療」という言葉が一般的になったのは、この数年だと思います。私が開業した17年前は、世間には「往診」という言葉しかありませんでした。介護保険制度ができた平成12（２０００）年ごろから「在宅医療」という言葉が使われ始めました。在宅医療とは訪問診療と往診で成り立っています。

さて、高齢者が増えて、治らない病気が多くなってきました。急性期病院は2週間程度で退院しなければなりません。長居できる場所ではありません。慢性期病院や介護施設に移るか、家に帰るかの選択を迫られます。「もう少しだけおいてください」とお願いしても、昔のようにはかなわない時代です。

近い将来、先進諸国並みに「平均1週間で退院」という時代が来るでしょう。そういえば、胃がんで手術した患者さんが1週間もせずに帰ってきて、びっくりしたことがありました。抜糸は私が行いました。最近の病院は昔とはまったく違います。

たとえばDPC制度と呼ばれる包括払いの診療報酬制度になっている点や、クリニカルパスという病気別の行程表に従って診療が進められる点です。

「包括払い」とは、たとえば糖尿病で入院すれば病名であらかじめ診療報酬が決まっていることです。出来高の反対です。出来高では検査や治療をすればするほど病院がもうかり、包括制では検査や治療をするほど病院は損をします。そのDPC制度の病院が増えています。

在宅医療と在宅介護を合わせて「在宅療養」と呼びます。入院と在宅療養の違いを考えてみましょう。

入院すると、手術や薬で病気を治してもらえます。病院は院長を中心としたピラミッド型社会。小説「白い巨塔」の通りで、院長の下に部長、医長、ヒラ、研修医と続きます。

しかし、退院すると、医療と介護のツートップ体制になります。医者とケアマネの2本立てになるのです。いうまでもなく医者が医療のリーダーで、ケアマネは介護のリーダー。両者の協働作業です。

開業医も、往診する医者としない医者がいます。内科であろうが、何科であろうが、往診する医者は淡々と往診し、しない医者は絶対にしません。町医者は「往診」という点で2分される時代です。

しかし、往診をしない町医者も介護保険の認定審査のために「主治医意見書」を書く義務を負っています。ですから開業医は、何らかの形で在宅医療にかかわらなくてはならない時代になっています。

「在宅療養支援診療所」という制度ができて5年経過しました。３６５日、24時間対応して在宅看取りまで行う診療所です。ケアマネや介護スタッフ、そして地域の病院としっかり連携し、1年間の在宅看取り数を役所に報告しなければなりません。

最近、都市部では朝から晩まで在宅医療のみ行い、外来診療をしない「在宅専門クリニック」ができています。このような「朝から在宅組」に対して、午前中は外来をして、午後から地域の患者さんを往診する私のような町医者は「午後から在宅組」と呼ばれています。

在宅医療というと、なんだか新しい医療のように聞こえます。しかし、医療の歴史を勉強すると、医療とはそもそも家庭医療、すなわち在宅医療でした。多くの町医者にとって「外来プラス往診」が基本形です。

在宅療養支援診療所 1年３６５日、24時間体制で在宅看取りまで行う診療所。普通の診療所よりも診療報酬が若干高い。全国に約1万2千の医療機関が登録しているが、年間1例以上看取っている診療所は半数しかない。

長尾和宏（ながお・かずひろ）
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成７年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで〝人を診る〟総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。53歳。ブログ（http：／／www.nagaoclinic.or.jp／doctorblog／nagao／）が好評。

ひょうご