

地域包括ケアをリードする

医療と介護 Next

特集 変化の大潮流

創刊 2015 Vol.1 No. 1

強力連載
一挙17本スタート!!

- 認知症 そのままでいい
- 対談 医療の言い分・介護の言い分
- 地域の診療日記
- 「食べる」を支える訪問歯科
- 地域と歩む訪問薬剤師
- 訪問看護師が見るトコ! するコト!
- 地域密着型の介護現場から
- 専門職のお悩み解決! 相談室

医療と介護、 変化の大潮流

医療

急性期病院も地域に出て介護と協働
“報酬減額”訪問診療はどうなったか

看護

看護の視点から看護の潮流を語る

介護

地域密着型サービスは
在宅介護の切り札となるか?

高齢者の住まい

改めて問う、私たちはサ高住に
何を求めているのか



お仕事
はかどる
キャンペーン

年間購読者全員
プレゼント!!



インタビュー ● 太田秀樹
全国在宅療養支援診療所連絡会
事務局長

医療法人アスムス理事長。
東京、栃木、茨城でクリ
ニックや介護事業所などを
展開。1992年から在宅医
療に取り組む。

「同一建物」への 報酬減額から半年、 訪問診療は どうなったか

2014年4月の診療報酬改定では、訪問診療の「在医総管（在宅時医学総合管理料）」「特医総管（特定施設入居時等医学総合管理料）」が大幅に見直され、「同一建物」への報酬が従来の約4分の1にカットされた。改定から半年以上たち、訪問診療はどうなっているのか。在支連（全国在宅療養支援診療所連絡会）の太田秀樹事務局長に聞いた。

「訪問の診療報酬が改悪」と言われて半年。どんな影響が表れていますか。

僕のクリニックは、幸いほとんど痛手はない。サ高住にも訪問診療に行っているが、入居者20人のうち、寝たきりの3人を診ているだけ。あとの入居者は比較のお元気で、通院で

きるから訪問診療の適応はない。仮に、入居者全員が寝たきりというサ高住があつて、同じクリニックのドクターがその全員に対して同じ日に訪問診療していたなら、今回の診療報酬改定は大打撃だと思う。ただ、そういうところが、実際にどれほどあるのだろうか。

が困っているのでは。医師が来なくなつて患者が不利益を被っているような話は、あまり聞かえてこない。それどころか、先日は「お医者さんが来なくなつたから買い物に行けるようになったよかつた」という電話が在支連事務局にかかつてきたほどだ。笑えない話である。

な患者さんだ。ベッドから起きられなかつたり、車いすを使つても介助なしには外に出られなかつたり、といった状態の重い患者さん。しかし、寝たきりでもない、外来に来られる人を何人も訪問していたようなケースが、実際にあつたようだ。

「買い物に行ける？」

「ブラックですね。」

「お医者さんが来なくなつてよかつた??」

クリニックが運営できなくなつて、閉院したケースもあると聞きます。

そのクリニックが閉院したことで、本当に困っているのは誰だろう。患者さんなら問題だが、実は、経営側

つまり、医師が来る日は、医師を待つていなければならず、買い物にも行けなかつたと。来なくなつたから自由に出歩けるようになってよかつたということだ。半ば強制的に、診療を受けさせられていたのだろう。訪問診療の対象は本来、通院困難

そういう表現が適切かどうかかわらないけれど、改定前は訪問診療を普及させるために報酬が高く設定されていて、それだけを自当に訪問診療に参入した例もあつたと聞く。利益を優先する企業が、経営者のいいなりになる医師を雇つてサ高住や老人ホームを訪問させていたのでしょうか。

在宅医療は二極化してしまった

一部で報道された、サ高住が生活保護ビジネスの温床になったケースがその例だ。生活保護受給者は病院に行けばその分、支給額を減らされるから、病院に行かなくなることも少なくない。そこにつけこんで、「このマンションに同居すればドクターが訪問診療する」と受給者を同居させ、医師を訪問させてビジネスにする。低所得者をなんとか救いたいというよりも、利益のためである。

在宅医療が二極化してしまった、ともいえる。

電話の方はサ高住か老人ホームの入居者である可能性が高いと思う。入居契約の際に、特定の医師の訪問診療を強制するような条件が課せられ、必要がなくても訪問診療を受けなければならなかったのだろう。特定の医師の診療を入居条件とすれば、サ高住に入居する以前にかかっていた先生に診てほしいと希望しても、その希望はかなえられないことになる。

本来、診療契約は医師と患者間で

行うべきで、そこに施設が関与するのは法的にも問題がある。

——**本来のあり方から大きく離れています。**

地域包括ケアの理念を損なう、単なる利益至上の訪問診療といえる。そういう組織にとっては、この改定はおそらく死活問題となるだろう。

いきなり4分の1にしたのは確かに乱暴なやり方かもしれないが、そのような方法をとらないと、良貨を駆逐するような一部の在宅医療をコントロールできなかったのだろうと受け止めている。

——**何のために訪問診療をやるのか、そこが問われていると。**

僕は二十数年前から往診をやっている。それは、必要だったからだ。

必要かどうか、訪問診療や往診を実施するかしないかを判断する根拠であって、必要であれば、報酬にかかわらず実施しなければいけない。安くなったからもうしない、という医師は、必要な医療をそれまで提供できていたのだろうかと思っ

「保険請求できないこと、点数がつかないことはしない」というのと同じ意味だから。

保険請求はできないが、患者にとっては必要なこともあるわけです。それをしなければ質の高い医療は提供できない。結局、改定後もなんとかしている在宅医が多い。批判の声もほとんど下火になった。まともにやっていたればあまり影響がないことがわかったのだろう。

診療報酬が下がったから手を引く、という医師がいたら、その医師はなんのために在宅医療をやっていたのかと問いたい。

——**高齢化が進んで医療の形も変わるつとしています。これからの医療はどうあるべきでしょう。**

自然科学の1つである医学は、社

会に適応して初めて医療になる。そういう意味で、医療は自然科学というよりは社会科学だ。だから社会が変化すれば、医療も当然、変わらざるを得ない。なのに、意識は変わらず、病院中心のままのシステムも残っている。

昔は生活の課題でも病院に行けば助けてもらえたが、今は病院は疾病治療の場にすぎず、あらゆる問題を病院が解決できるとの幻想は捨ててほしい。病院に依存して解決してもらおうと思っているから、食べられなくなったら胃ろう造設となってしまう。回復が期待できない症例に胃ろうを造設することは、本来の適応ではなく、結果的に介護の手間は増え、たとえ命の「量」は増えても苦痛を長びかせることになる。

！ 社会の変化に医療はついて行けていない

今、こういう状況によく疑問が呈されるようになったが、僕はかつて、どうして自宅で看取するのか、病院に連れて行けば少しでも永らえただろうと非難された。

最近ようやく、僕らがやってきた

ことが受け入れられるようになった。社会が変わったのだから、医療が変わるのは当然なのに、医療はまだ、その変化について行けていない。だから、今回のような問題が起こるのだらう。