



どうなる？在宅医療

東区支部 鈴木 眞一郎

平成18年度診療報酬改定において、在宅医療の分野で「在宅療養支援診療所」が新設された。主に従来の「寝たきり老人在宅総合診療料」算定医療機関が対象となり、新たに社会保険事務局へ届出する必要がある。今回、実際に申請の手続きを行ってみて、その煩雑さと在宅医療に新たな問題点が見えてきたので、私見を交えて報告させていただく。

「寝たきり老人在宅総合診療料」(以下在総診)は中医協において存続が検討されていたにも関わらず、一般点数と老人点数の一本化により従前の在宅時医学管理料と再編・統合され、実質的に廃止されてしまった。このため、新設された「在宅時医学総合管理料」を算定する医療機関は新たに社会保険事務局へ届出を行う必要が生じた。また、在総診では在宅医療における連携体制や時間外診療を評価する項目として24時間連携体制加算が設定されていたが、今回の改定ではこれについても廃止となっている。つまり、医療機関が24時間連携体制に関する評価点数を算定するためには、必然的に在宅療養支援診療所の届出を行わなければならないことになったわけである。

ここで、在宅療養支援診療所とはどのような診療体制を要求されているのか、改定の概要を中心にまとめてみる。在宅患者診療・指導料の通則によれば、「在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に受けると共に、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要がある」とされており、具体的な診療体制の要件は以下の通りである。

1) 当該診療所において24時間患者からの連絡を直接受ける医師又は看護職員を配置し、そ

の連絡先や注意事項等を文書で患者に提供していること。

2) 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患者の求めに応じて24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患者に提供していること。

3) 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

4) 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に訪問診療を行っている患者が入院できる病床を常に確保し受入医療機関の名称等をあらかじめ地方社会保険事務局長に届け出ていること。

5) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること(当該診療所に所属する介護支援専門員でも可)。

6) 定期的に(年1回)、在宅看取り数等を社会保険事務局に報告していること。

要するに、訪問診療を行うと共に在宅療養患者に関する医療及び介護サービスの情報を一元的に把握・管理することが在宅療養支援診療所には求められているのである。

当院の場合、約30名の在宅療養患者を担当しているが、今回の申請において往診体制として3医療機関、訪問看護提供体制のために5訪問看護ステーション、緊急時の病床確保に3医療機関と連携することになった。

往診体制に関しては、在総診算定時に2医療機関と連携していたが、今回新たに1医療機関に往診体制に加わっていただき、24時間往診応需に対応していく予定である。訪問看護の提供については、在宅療養患者が利用中の5カ所の訪問看護ステーションに24時間連携体制を検討してもらい、承諾を得ている。また、緊急時の病床確保において、総合病院3施設の病院長へ今回の診療報酬改定の趣旨を説明し、職員会議を経て連携体制の了解を得た。

今回の改定では、連携保険医療機関の開設者や担当医、訪問看護師の氏名や緊急時の連絡先まで社会保険事務局へ届け出する必要があり、それぞれの施設への連絡や連携の承諾を得るまでに約2週間を要した。特に、総合病院との連携では、勤務医の意見として「開業医には高い点数の診療報酬が入るが病院側のメリットは少ないのではないのか」「診療体制に余裕があるわけではない現状をさらに悪化させるのではないのか」などが院内会議で討議されたようである。昨年来、一開業医として、また政策委員として病院の院内研修会や班会議において在宅医療や病診連携の現状と課題についてのプレゼンテーションを積極的に行ってきたが、開業医と勤務医の立場の違いを改めて認識させられ、医政活動の今後に示唆を与えてくれたものと真摯に受け止めている。

介護療養型医療施設の廃止を含め、高齢者医療制度改革は「施設から在宅へ」を合言葉として着実に実行されていくであろう。今回の在宅療養支援診療所の創設は、まさにその基礎となるべき存在として位置付けられるものと考えている。当然、在宅医療を担当する医療機関数は増やしていくべきであるが、現状はどうなっているのか。残念なことに、札幌市における在総診算定医療機関数は近年減少傾向にあり、その理由として開業医の高齢化や診療所の経営形態

の変化が少なからず関与していると考えられる。度重なる診療報酬改定や医療技術の進歩に伴う医療機関の設備投資は、医業経営を確実に悪化させており、診療所レベルでの対応はかなり厳しくなりつつある。開設者が体調不良や高齢のために廃業せざるを得ない医療機関は今後ますます増えるであろうし、若い医師は資金面からビル開業を選択することが多くなるに違いない。結果として、地域の在宅医療を支えてきた診療体制は患者や家族のニーズとは懸け離れたものとなっていくはずである。

ただでさえ、在宅医療を担当する診療所が減りつつある現状に拍車を加えかねないのが今回の在宅療養支援診療所の創設である。在総診算定医療機関が築き上げてきた患者との信頼関係をすべて形のあるもの、つまり文書として記録していかねばならないのが在宅療養支援診療所の申請要件である。24時間常時往診、24時間訪問看護提供体制、緊急時の入院体制の確保や在宅での看取り患者数の報告義務は、在宅医療を提供する医師にとって申請を躊躇させる大きな要因となり、厚生労働省が予測するよりはるかに多くの医療機関が在宅医療から撤退しかねないと私は危惧している。

しかし、視点を変えれば今回の診療報酬改定は在宅医療にとって大きなチャンスとも言えるのではないだろうか。今まで停滞気味であった急性期担当医療機関と在宅医療担当医療機関の連携や介護保険関連機関との情報交換体制の整備・充実を一気に押し進める千載一遇の機会であると私は見ている。厚生労働省の罫にはまったと思われる方もおられるだろうが、「介護難民」を可能な限り減らし、在宅医療の明日をより良いものとするために、医師会が一丸となって高齢者医療制度改革に立ち向かっていこうではないか。

(鈴木内科循環器クリニック)