

# 医学の窓

## かかりつけ医が在宅医療に参加しましょう (下)

千葉県医師会在宅医療推進特別委員会副委員長

どうたれ しんじ  
堂垂 伸治



### Ⅸ. 「かかりつけ医の在宅医療」を推進する具体的提言

今後高齢化が進む地域は大都市で「首都圏問題」と言われています。全国で死亡者数が1.7倍になり、千葉県では高齢者数が1.5倍になると予想されています。その中でも人口120万人の東葛北部の人口10万対医師数は158.1人で、船橋市・市川市を加えた人口230万人でも同医師数は144.0人でやはり「約30年前の医師提供状況」です。当地域の住民も一気に「医療資源過疎地」になり、医師も過酷な労働環境になりかねません。この危機的状況を乗り切るには、創意・工夫・連携や労力の効率的運用が必要と考えます。そこで以下、いくつかの提言を行います。

#### 1 「書類書き」を減らして頂きたい、医師は事務屋ではない

介護保険施行後、医師が書かねばならない書類は何倍にもなっています<sup>1)</sup>。

今やがん・心臓病・脳血管疾患などでも単独の疾患では死亡しない時代になっています。早期発見や救急体制や薬剤等医療が進歩したためと現場の努力によるものと言えます。当院でも、多数の疾患にかかっても生存されている方がたくさんおられます。

例えば、C型肝炎・糖尿病・高血圧でかかっておられた72歳、女性です。この方は通院の途中で乳がん、急性骨髄性白血病、関節リウマチ、多発性脳梗塞等次々と罹患されましたが、全て克服され今も元気に外来通院されています。また今や多重がんの患者さんは珍しくありません。幾多の山を一つ一つ乗り越えておられる方も目立ちます。こういう方々ではその都度専門的な病院とのやり取りが必要なわけで、「書類書き」は少なからぬ労力を要します。

さらに最近では、多数の疾患を持った重症患者さんを病院に紹介した場合、当該疾患治療後ただちにまた診療所に戻されてきます。一昔前ならこういう重症患者さんはその後も病院が預かってくれましたが、今では診療所で管理し続けねばなりません。その方が当該疾患や他の疾患で具合が悪くなるとまた紹介状を書かねばならず、書類書きの作業がうなぎ上りです。

また介護保険導入以来「連携」が進むたびにさらにペーパー・ワークが増えています。これは医師本来の診断・治療の業務に支障をきたすくらい膨大な作業となっています。日医総研ORCAの「医見書」ソフト<sup>2)</sup>には随分

と助かっておりますが、この「主治医意見書」の記載が、そのまま紹介状や施設入所書類・保険書類・生活保護書類・在宅計画書・居宅療養管理指導の書類などにも転載・連動するようにして頂けると大変助かると思います。ソフトを工夫して頂き、繁雑な事務処理から医師の負担を軽減して頂きたいと切に願っております。施設入所の際の診断書などは、本来は施設自らがアナムネをとって把握すべき病歴や生活歴を医師に転嫁するとんでもない書類だといつも感じています。(実際、入院患者さんのアナムネは医師自身がとっているのですから)

## 2 「かかりつけ医の在宅」では夜間対応を軽減する「第3の道」を作るべき

かかりつけ医が在宅に参入する大きな障壁は「24時間対応」です。昼に一所懸命に患者さんの管理を行い、その上「夜間緊急呼び出し」に対応することは明らかに大きな負担です。これでは「クロマグロ」は絶滅しかねません。

また都市部でいわゆる「ビル診」(住居と診療所が離れている)の先生方では、在宅を行おうにもそもそも不可能な環境があります。

このような先生方も「自然に在宅に参入できる方法・モデル」を提示する時期に達していると思います。「夜間までかかりつけ医を縛り付ける」障壁を緩和し、「軟弱在宅医療で構わない」という道をつけるべきではないでしょうか。

この方策はいくつかあると思います。例えば「日中だけの在宅で構わない。夜間緊急時は電話対応だけで可」という方式まで踏み込むのはいかがでしょうか。「病院のバックアップ態勢を確保し、夜間緊急時は病院に行くべきか否かの相談だけで良い」という第3の道が必要です。この方式なら、より広範な開業医が参加可能です。患者さんが過剰に心配して救急車の世話になるより、普段から在

宅で診ている医師の指示の方が余程的確だと思います。

もう一つかかりつけ医が無理なく24時間体制にするには、(24時間体制で多人数の医師を有する)在宅専門クリニックがバックアップする方法もあり得ると思います。しかし、その際には「保険点数のやり取り」や「カンファランスへの出席」などの制限が一切ない形、つまり「無償のバックアップ体制」でないと現場では拡大しないと私は感じています。

こういう「第3の道」を作らないと、かかりつけ医は増加する外来患者さんを「待機する医療」-これ自身も大変な工程ですが-に終始しかねません。そしてこれは保険財政の立場から「開業医は午前中に外来、午後は往診をせよ」という官僚統制への道をつけかねません。

## 3 「かかりつけ医の在宅」を診療報酬上優遇するべき

これまで医療の方向性は、やはり診療報酬により誘導されて来ました。私個人はこういう保険点数には大変疎いところがあります。それを差し引いて以下の提言をお読みください。

現在の在宅医療の主な点数は(表5)のようです。一見して、「往診料」と「月1回訪問」の点数が極めて低い事に気づきます。実際に今回当院での「月1回訪問診療」の点数を見て驚きました。患者さんは200点、347点、425点~1355点など分散していました。200点には驚きましたが、通院時より訪問診療してもらった方が安いケースがありました。また月によって支払額が変わらざるを得ないケースもありました。正直私には付いてゆけない伏魔殿的な点数でした。

これでは、先生方が「診療所に座っていて患者さんを待つ方が得策」と感じるのもやむを得ません。しかし、これからの超高齢社会では確実に通院困難の方が多数出現します。

私の経験でも医学管理上「月1回の訪問診療で構わない患者さん」が、在宅患者さんの3割以上いました。現場では実際にはこの「月1回」の方々にも「24時間対応」せざるを得ません。これらの報酬のアップが必要だと考えます。逆に増え続ける社会保障費の事を考えますと、「不要な月2回」や「毎週1回以上」の訪問診療を減らす事も必要だとさえ感じています。

また、「ターミナル加算」に点数差があるの

も不思議です。労働界では「同一労働、同一賃金」が唱えられていますが、同じ医行為を行って、なぜ格差が生じるのでしょうか？昼もフルに働き夜間にも駆けつけ看取っているかかりつけ医の「頑張り」を評価しない不当なものだと考えます。

とにかく「善良な医師を育てる保険点数」にして頂かないと「かかりつけ医の在宅医療」は進展しません。

(表5) 在宅医療の主な診療報酬 (点数) <sup>3)</sup>

いずれも届出必要		在宅療養支援診療所			在支診でない診療所	
		強化型 (無床)	一般型			
往診料		720				
往診料 (緊急)	往診料 (緊急加算)	750	650		325	
	夜間加算	1500	1300		650	
	深夜加算	2500	2300		1300	
訪問回数		月2回	月2回	月1回	月2回	月1回
在宅における 医学管理料	在宅時医学総合管理料 (処方箋を交付)	4600	4200	0	2200	0
	在宅患者訪問診療料	830 (×2)	830 (×2)	830 (×1)*	830 (×2)	830 (×1)*
	訪問看護指示料	300				
	ターミナル加算	5000	4000		3000	
	看取り加算	3000				

\* 該当者には特定疾患管理料、+225点加算

#### 4 特に「特別の科」の往診について

松戸市医師会では介護保険開始以後、市内医療機関のうち「訪問診療可能病医院」を一覧表にして関係者に明示して来ました。それと同時に、皮膚科・眼科・泌尿器科などいわゆる「マイナーの科」を対象に、「特別の科

で訪問診療可能な医院一覧表」も作成してきました。これは、訪問診療している医師が患者さんの合併症等で「特別の科」に往診を依頼できるように工夫したものです。平成23年1月の「第12版」では、11の多彩な「特別の科」の医療機関が参加されています。



在宅患者さんでは途中で様々の病状を訴えられます。例えば、がん終末期で出血と感染を伴う皮膚転移がある患者さんを、皮膚科の先生に往診依頼しました。発生した保険点数は「初診料：355+往診料：720+投薬料：68」の1143点でした。他にも、完全介護の障がい者の方で排尿困難が出現し泌尿器科の往診を希望された患者さんがいました。当方が紹介状を書き泌尿器科医師が往診されましたが、これも「初診料（診療所）：270+往診料：720」の990点でした。これらの往診では往復と診察だけで1時間以上かかり前後の手間も大変なものです。この収益率では診療所経営は成り立ちません。この点数を知り「往診を依頼したら先方にご迷惑をおかけすることになる」と感じました。

今日多数の合併症を伴った患者さんが在宅医療に出てきています。患者さんの要求水準は高く合併症のそれぞれに専門的な対応を求められる方もいます。これに対し患者さん本位に地域で医療連携を整えると、現場に過重な負担がかかり到底割に合わない事態を招くという大きな矛盾があると考えます。

今回の改定で「上の差別化」が行われましたが、今後は「すそ野の拡大・底上げ」を行うべきでしょう。「かかりつけ医が受け持ち患者さんを『自然に』在宅で見続けること」、これが今後の超高齢社会、高齢者多死社会に対応する道だと考えます。

## X. まとめ「12年度松戸市の在宅医療アンケート」から感じたこと

前回のⅦ、Ⅷで記載したように、松戸市の在宅医療は極めて盛んです。今回13年1月に2年ぶりに「在宅医療の現状調査」を行いました。その結果を要約します<sup>4)</sup>。

①「医師が死亡診断書を記載し看取った人数」は422人で、うち「純粹在宅死」は266人でした。在宅患者数は総数2733人で、う

ち「純粹在宅」が1236人でした。当地では、この95%以上を在支診が行っていました。松戸市では、毎年600人前後の「自宅死」があります。従って松戸では、自宅死の266人÷約600人=約4割を医師が在宅で看取っています。また、施設や在宅で医師が死亡診断している比率は、422人÷約3700人（松戸市の全死亡者数）=1割以上ではないか、と考えられました。

② この人数も比率も相変わらず高率でしたが、逆に「ここ4～5年間横ばいで停滞している」ことが判明しました。松戸市医師会では、別途調査し「訪問診療可能病医院一覧」を作り、中核病院や関係者に配布してきました。この病医院数も、昨年48医療機関から今年は43に減少していました（最多だった07年には64医療機関が登録されていました）。私は「もう松戸の在宅医療は天井に達した」「これが50万人規模の人口を相手にした在宅医療の限界の数字ではないか」と感じております。

③ したがって、「医療資源過疎の松戸」でこの現状を打開するには、正に「かかりつけ医が在宅医療に参入しかない」と再確認しています。

④ アンケートからは、「在支診でなくとも往診をされている所が結構あること」「かかりつけの患者さんから求められれば（往診も含めた）在宅医療に参加する」との回答が相当数あることも判明しました。これは大変な朗報です。

以上から、今後次のような方向性が出てくると考えております。

- (1) かかりつけ医が在宅に参加しやすいよう、在支診などが「現場実習」や「同行実習」などの機会を提供すること。
- (2) 「在宅医療を開始する手引書」や「事務員への訪問診療事務の手助け」などを行うこと。

(3) 松戸市医師会が(行政と共に)市民に直接在宅医療の意義や長所を訴える場を作ること<sup>5)</sup>。

この(3)については、松戸市医師会在宅ケア委員会として、平成25年度に実現する方向で了承されています。

#### 脚注・引用

1) 当院で記載した紹介状などの書類数は、月平均70枚以上でした。他に指示書なども多数あります。学校の先生方がよく「雑用を減らして生徒と接する時間が欲しい」と語っていますが、医師も同様です。

2) 日医総研>ORCA>医見書

<http://www.orca.med.or.jp/>

3) しろぼんねっと [http://shirobon.net/24/ika\\_2\\_2](http://shirobon.net/24/ika_2_2)

デジタルヘルス <http://www.nikkeibp.co.jp/article/dho/20120402/304223/?ST=print>

4) この調査の詳細な結果は、松戸市医師会報の13年5月号と7月号に掲載予定です。

5) 当地には、医師・専門職・家族会・松戸市から構成される「松戸市認知症研究会」があります。この会は、08年から毎年「認知症予防講演会」を開催し、ここ2年間は市民1100人が参加され、希望者を断るくらいの「盛況」となっています。在宅医療の分野でも、こうした「市民向けの会」を開催してゆく意義があると考えています。

## (お 知 ら せ)

県医師会発行／県民向け広報誌

### 「ミレニアム」を待合室に置いてみませんか？

21世紀の開幕とともに、県医師会の対外広報誌として創刊された『ミレニアム』は、お蔭様で44号を数えるところとなりました。現在、千葉県のご協力を得て、広く県民の皆様にご愛読いただいております。地区医師会には会員数の部数をお届けしておりますが、「医師会のPRにもなり、待合室に置いて患者さんに自由に持ち帰ってもらうようにしたいので、多部数いただけないか」とのご要望が多く、編集広報委員会で検討の結果、下記の要領で希望者を募らせていただくことになりました。なお、会員の公平性を損なわないために、発送費のみ自己負担とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

ご希望の方は、お電話またはFAXで、「申込用紙」を下記にご請求ください。

千葉県医師会 広報課 電話 043 (242) 9245 FAX 043 (246) 3142

●年4回発行 ●200部まで

●発送費のみご負担願います。発送費(1回800円~1200円)は着払いとなります。