



医療法人実幸会 いらはら診療所 院長
NPO 法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 会長

苛原 実 氏

徳島大学医学部卒業。日本赤十字社医療センター、福島県立医科大学整形外科関連病院、千葉西総合病院（整形外科部長）を経て1994年、千葉県柏市にいらはら整形外科開設。1997年、同松戸市に移転しいらはら診療所（8床）を開設、翌年19床に増床。医療法人実幸会（1995年設立）と生活介護サービス株式会社（1999年設立）で計21事業を展開。医学博士、日本整形外科学会専門医。2011年9月よりNPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク会長。著書に『認知症の世界へようこそ』『訪問医が見た「男の介護 女の介護」』などがある。

強化型在宅診と一般診療所、 多職種間の連携で地域包括ケアを実現しよう

2012年度診療報酬改定の大きな狙いは在宅医療の一層の推進と医療・介護の連携強化とされ、その要として「機能を強化した在宅療養支援診療所／病院」が新設された。要件は従来の在宅診・在宅病に加え、「所属する常勤医師3名以上」「過去1年間の緊急の往診実績5件以上」「過去1年間の看取り実績2件以上」。すでに10年以上前からこれら要件を優に満たす活動をしている医療法人実幸会いらはら診療所院長でNPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク会長の苛原実氏に、「強化型」の役割、意義などを語っていただいた。

強化型は在宅医療連携の拠点

——まず「機能を強化した在宅療養支援診療所／病院」（以下、強化型在宅診・在宅病）はどのような目的で制度化されたのか教えていただけますか。

苛原 国はこのところずっと、在宅医療を推進する方向で制度改正を重ねています。強化型在宅診・在宅病の新設もその一環であるのは間違いないでしょう。強化型の医療機関が地域の在宅医療の拠点となり、一般の医療機関の機能を補いながら在宅医療をより一層推進していくことが求められていると思います。

——具体的にはどのような「機能」が期待されるのでしょうか。

苛原 第一は「連携」です。強化型の届出は、複数の医療機関が連携して要件を満たす場合も可となっており、この制度ができて以降、各地で在宅医療に取り組む医療機関のグループが誕生しています。強化型の要件である「所属する常勤医師3名以上」を満たす在宅診はそう多くはなく、届出のためにはどうしても連携が必要だからです。連携を地区医師会が主導するケースも増え、大きな変化を感じています。かかりつけ医の役割としての往診の重要性が、より理解されてきていると思います。

また、連携医療機関には月に1回以上の定期的なカンファレンスの実

施設が義務づけられていますので、顔の見える連携がますます進むことを期待しています。

——いらはら診療所は単独で届出をされています。

苛原 全国1万件以上の在支診のうち、単独で届出を行ったのは200施設程度です。私の診療所もその1つで、もうずいぶん前から常勤医3名体制ができていますし、緊急往診は相当数あり、看取り件数も年間50～

60件程度で推移していますので、単独でも十分要件を満たすことができるのです。一方、残念ながら他の診療所の機能を補えるほどの力はまだありません。強化型の届出の際にはいくつかの医療機関から連携のお誘いを受けましたが、まずは自分たちの基礎固めをしっかりと行おうということで単独を選択しました。

もちろんこのままずっと単独を貫こうというのではなく、今後できる

だけ早期にマンパワーの充実を図り、特に常勤医4名体制を実現し、もっと力をつけたうえで、ぜひ連携体制を築きたいと思っています。これからの在宅医療は医療機関それぞれの機能を強化すると同時に、地域全体の力を高めていかなければ患者さんのニーズに応え続けることはできません。常にこの「地域づくり」という視点を忘れずに改善を重ねていきたいと思っています。

今改定は有床在支診の経営にも大きなプラス

——今回の診療報酬改定では、同じ強化型でも「有床」の場合により高く評価されています。

苛原 はい。有床診療所はこれまで診療点数の低さなどから経営が苦しく、ベッド数は減少の一途だったのですが、今回の改定で大きく評価が高まり、有床の在支診にとっては経営的にも大きなプラスになりました。当診療所は外来、入院、在宅の3本柱で診療を行っていますが、収益の半分は在宅部門です。その在宅部門の評価が高まったことで、今年度は長年の赤字を脱し、有床単独でも黒字を計上することができそうなので非常にありがたく思っています。“多死社会”に対応するためにも地域のなかでの看取りを推進したいという国の強い思いも感じています。

——診療報酬が上がると患者側の負担も当然増えることにはなりますが。

苛原 患者さんの負担額が上がるといっても、たとえば慢性疾患の高齢者などの場合、その負担増は1カ月1,000円程度ですから、さほど大きくはありません。一方、夜中の往診の多い患者さん、比較的若く3割負担のがん患者さんなどはかなりの負担増になります。大変だとは思いますが、制度改正に伴う増額として何とか受け入れていただけています。

——従来在宅ターミナル加算がターミナルケア加算と看取り加算に分かれ、有床の強化型在支診が最も高く評価されていますが、これについてはいかがでしょうか。





スタッフと話し合う苛原 実院長

苛原 特に大きなインパクトは感じていません。先に述べたように、当診療所では年間50～60件の看取りをしています。このなかには在宅ターミナル加算をとっていなかったケースもかなりあります。今年は看取り数が増え、80～100件になると思われますが、やはり加算を必ずし

も取るわけではありませんので、大きな影響はないと思います。

——いらは診療所では、こうした制度にかかわらず10年以上前から強化型の要件を満たす活動を展開されていますが、なぜでしょうか。

苛原 私は1994年に千葉県柏市に無床診療所を開業し、最初は外来だけでしたが、ある患者さんが「入院したくない」と希望されたことから在宅医療を始めました。しだいに在宅患者さんが増えてきて、急変時の入院先が必要になったことから有床診療所に転換したのが1997年です。以来、外来患者さん、在宅患者さんの受け入れ先として、また在宅患者さんの家族のレスパイトケアなどに病床を活用してきました。自然な流れで取り組み始めた在宅医療を継続していくためには病床が不可欠だったということです。高齢の末期がん患者さんなどの入院先を見つけるのは

とても難しいのですが、自院にベッドがあることで迅速な入院を可能にし、在宅医療の可能性を広げることができたと思っています。

——先生が会長を務められている「NPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク」の取り組みを紹介していただけませんか。

苛原 このネットワークは1995年に在宅ケアと診療所をキーワードに設立され、2002年にNPO法人化と同時に市民にも参加を呼びかけ、以降は「安心して暮らせる地域づくり」を理念としています。会員は有床診療所、無床診療所ほか、医師以外の医療職、介護職から市民の方まで多様です。会員の特徴は、医療だけではなく介護や生活支援にも深い関心を持っていることです。患者さんの生活は医療だけでは支えられないということを前提に活動を展開しています。

介護スタッフが看取りを行う時代に

——ネットワーク会員の皆さんの、強化型への関心はいかがですか。

苛原 強化型に限らず、制度には高い関心があり、理事をはじめ主要メンバーは常に議論を重ね、厚生労働省の在宅医療担当官を交えた勉強会なども続けています。

——現在の問題意識はどのあたりにあるのでしょうか。

苛原 いかにして在宅医療を普遍化するか、という点ですね。全国で約10万件ある診療所のうち在支診の届出をしている施設が約1万件。つまり全体の1割ですから、数的にはまだまだ少ないと思います。2006年に在支診が制度化されたとき、「24時間365日対応」という要件を重荷に感じ、それまで在宅医療を行っていた診療所が届出を控えたケースが多々あったと聞いています。この傾向はいまだに続いています。

また、在宅医療は在宅専門の医療機関が行うものという誤解が生じたのも確かです。在支診、強化型在支診と、言わば在宅医療のスーパー診

療所が制度化され、診療報酬も高く評価されてきたことでこうした誤解が生じたのだと思いますが、スーパー診療所だけですべての在宅医療を担えるはずはありません。一般の診療所が普段診ている患者さんを在宅医療まで継続して診療し続けることができるような環境づくりが重要です。

——そのために必要なことはどのようなことだとお考えですか。

苛原 夜間や休日の往診をフォローする体制などが不可欠です。そのためにも看護師の活用をもっと進めるべきだと思います。在宅生活においては我々医師よりも看護師や介護スタッフのほうがずっと出番が多く、急変時も看護師だけで対応できるケースがほとんどなのです。

さらに、一般診療所による在宅医療をもっと評価すべきであることは言うまでもありません。たとえば在宅での看取り件数は、在支診によるものより一般診療所によるものほうが多いという現実があります。そ

ういった一般診療所の努力を診療報酬上でも高く評価すること。それが本当の意味の在宅医療推進につながると思います。これらの対策を講じれば、多くの医師が在宅医療に参入しやすくなり、医療費の増大も抑えられると思います。

看護師や介護スタッフの育成にもっと力を入れ、必要に応じて権限委譲も進めるべきでしょう。“多死社会”を目前に介護施設での看取り件数も増え、介護スタッフが看取りまで行う時代がもう来ています。看取りやターミナルケアのできる人材は通常のケアにも優れているものです。そうした人材を高く評価し活用すべきです。高い機能を持つ診療所と一般診療所、力のある多職種が連携することではじめて地域包括ケアが完成するのだと思います。

——本日は強化型在支診の院長、在宅医療を推進する団体の長としてのお立場からの貴重なお話をありがとうございました。

読者の声

58号の特集記事「NICインタビュー」(4ページ)の写真キャプション「がん対策推進協議会(平成24年5月17日)」は「がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会」(平成23年2月25日)の誤りでした。お詫びして訂正させていただきます。