

# 老人医療 NEWS



兵庫県立大学大学院経営研究科  
医療マネジメント専攻教授

小山秀夫

## 診療・介護報酬同時改定後の設計図

発行日 平成24年5月31日  
発行所 老人の専門医療を  
考える会  
〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5  
シャトレ市ヶ谷2F  
Tel. 03(3355)3020  
Fax. 03(3355)3633  
発行者 齊藤正身  
http://ro-sen.jp/

てきたことだ。

れた。訪問看護  
やその後の老人  
訪問看護ステー  
ションも、老人  
保健施設制度も、  
全てが老人診療  
報酬の仕組みの  
中で、考えられ

組みとするのかといった点が不透明  
であった。定期巡回・随時対応型訪  
問介護看護や複合型サービスの介護  
報酬新設は、政策立案能力が高いし、  
機能強化型在宅支援診療所・病院へ  
の配慮もメリハリがきいている。

二〇二五年に向けた第一歩とも説  
明された今回改定は、六年後にはよ  
り強化され、十二年後には確立させ  
なければ、日本の社会を支え切れな  
いという政策担当者の熱意を感じる。  
今回の改定劇を時系列でみると、

厚労省の担当者は、利害関係者と話  
し合い、十分に意見を集約した上で、  
可能な限り要望に誠意を持って対応  
していたと思う。ただ、それでも財  
政的制約があり、十分な経済評価が  
できなかった部分もあると思う。

ターミナル・ケアや認知症対応あ  
るいはケアマネジメントの質という  
点では、まだまだ改善の余地がある  
し、七対一看護やDPC病院が急増  
し、病床利用率が低下傾向にあるこ  
とを考え合わせると、急性期にだけ  
診療報酬財源を振り向けるのではな  
く、慢性期や在宅にもっと目を向け  
た新設計図をしつかり示して欲しい。

老人診療報酬で新たに組み込まれ  
た仕組みを、診療報酬でも採用してき  
たといってもよいと思う。二〇〇〇  
年以降は、介護報酬が診療報酬をリ  
ードしてきた部分があることは確かだ  
ある。より正確に言えば、老人診療  
報酬も介護報酬も思い切った政策展  
開が診療報酬よりやりやすい環境が  
あったということもできる。

この意味で、医療と介護の連携強  
化という方針は〇六年に示されたも  
のの不十分であったが、今回は全体  
的に整理が進められ、医療と介護が  
同一線上にきれいに並んだことは、  
前進であると思う。

地域包括ケアシステムについては、  
考え方としては理解できても、医療  
との関係や介護報酬上のような仕

たとも考えることもできるが、第三  
次小泉内閣の「痛みを伴う改革」に  
耐えきれなくなってきた。

今回の改定は、第一に、医療と介  
護の連携強化、第二に、地域包括ケ  
アシステムへの対応、第三に、二〇  
二五年に向けた明確な設計図という  
点において、私は高く評価している。

昔話しになるが、一九八四年二月  
に創設された老人診療報酬は、徹底  
的な老人病院イジメの仕組みで、そ  
の後、介護力強化病院、療養病床群  
そして療養病床とバトンが受け継が

介護保険制度が本格実施され十二  
年が経過した。二〇〇六年に診療報  
酬と介護報酬が同時改定されたが、  
診療報酬本体はマイナス一・三六%、  
薬価等を含めた全体で実質三・一六  
%のマイナスだった。介護報酬につ  
いては、前年十月の改定を含めると  
マイナス二・四%であった。この年  
の六月には高齢者医療確保法が国会  
で成立し、医療・介護界全体が、重  
い空気に包み込まれた。〇六年の同  
時改定は、今回の改定と比較してみ  
ると政策展開のプレリウドであつ

# 現場からの発言へ正論・異論

(79)

主張 その80  
再認識したい「回復期の関心のベクトルはどっち向き？」

霞ヶ関南病院 院長 伊藤 功

私は、平成12年に今の病院に入職して以来、病院長となった現在でも回復期リハ病棟専従医の立場でチームの一員として働いている。今回、私の「現場」である回復期リハ病棟について、先達の文章を紹介し、若干の私見を述べさせて頂こうと思う。今回の題名にある「回復期の関心のベクトルはどっち向き？」という言葉は、かの大田仁史先生の4年前の講演集の中に有る言葉である。大田先生の「幸い、回復期リハビリテーション病棟ができて、医療としてはつきりりハビリテーションの位置づけがされました。しかし気をつけなくてはいけないのは、それであまりに急性期のほうへ関心が偏ってしまうと、リハビリテーションが、いまま

でどちらかというと批判的に見てきた近代医療と同じ流れに巻き込まれるおそれがあることです。それは地域で生活している人たち、あるいはそういう人たちを支援している福祉関係の人から見たときに、リハビリテーションは、やっぱり今までの医療・医学の中に埋没していつてしまふのか、そういうものだったのか、生活を見ているわれわれと違うじゃないか、という感じをもってしまったのかねません」、「急性期と維持期、終末期の双方向にバランスよく力を注ぐのがリハビリテーションの使命だと私は思います。特に回復期リハビリテーションはそのような使命をになつていてと思います」との言葉は、大田先生が全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の初代会長であることから、回復期リハの現場で働く我々にとって重く受け止めねばならない言葉だと思ってきた。昨今は回復期リハ関連の講演や文

章も「回復期リハ病棟は急性期病院の在院日数短縮をうけ、発症早期の重度の患者を受け入れることが多くなつていて」といった枕詞から始まっていることが多い。もちろん脳卒中など早期から集中的なりハを行うことは常識であり、急性期一般病院での高齢救急患者の増加や機能分化による地域医療連携の流れの中では、早期に然るべき後方医療機関に患者を委ねることは当然だと思ふ。しかしながら同様に回復期リハ病棟も、早期入院は当然としても、回復期以降の維持期リハとの連携、調整が不十分なまま退院させ、在院日数の短縮や病床回転率といったことに重きをおいていることはないだろうか。大田先生は自ら言われたことを「深読みした」と話しておられたが、前の診療報酬改定における回復期リハ病棟での重症患者の基準（日常生活機能評価）、重症患者回復病棟加算算定の基準、そして今回の診療報

酬改定における医療処置の基準（看護必要度A項目）の導入と、回復期リハのベクトルがより急性期に向うための基準が盛り込まれてきていることは、講演から4年経つた今、そのよみは当たつていように思える。現状、多くの回復期リハ病棟においてはベクトルは急性期に向いているし、当初は維持期にも向いていたベクトルは相対的に少なくなつてきているのではないだろうか。制度を否定するものではないが、「急性期と維持期、終末期の双方向にバランスよく力を注ぐのがリハビリテーションの使命であり、特に回復期リハビリテーションはそのような使命を担っている」というメッセージをもう一度重く受け止め、患者、家族、そして地域のためにバランスのとれた回復期リハ病棟の役割を再認識していく必要があるだろう。（参考）大田仁史『芯から支える維持期リハビリをめざして』荘道社

### 認知症家族への支援を

医療法人 大誠会

理事長 田中志子

認知症という病気は同時に患者を

二人作ると聞いて、なるほど思いました。確かに認知症という病気は、

患者さん本人の認知機能や実行能力を奪い、尊厳をなくしてしまうだけでなく、そのことで同時に、ご家族

をまるで病人のように憂鬱にしたり、意欲や食欲をなくさせたり、眠れないような状況に陥らせたりします。

そのため、認知症の方が家族に一人いることで、介護者もまるで病気になるようにイライラしたり、疲れ

たり、途方にくれたりしています。この数年間で国を挙げた施策として、認知症啓発や認知症予防に取り

組まれています。残念なことに、このところ介護殺人や無理心中が立て続けに報道されています。

なぜ、こういった不幸な事件が減らないのでしょうか。背景を考えると、やはり家族介護が心身ともに大

変であることが挙げられます。さらには、こういった心身ともに大変さを抱えているにもかかわらず、他人には分りにくく、まだまだ認知症が病気であるという市民の認識も低い

ため、認知症だとわかっていても、「恥ずかしい」とか、「人には言えない」とか、「人に迷惑をかけられない」といった、マイナスイメージ

がついて回り、誰にも助けを求めることができないと想像できます。事件が起こってから、あの時もっと関わればよかった、と思うのでは遅すぎるのです。

では、私たちに何ができるのかと考えてみましょう。それには、一人でも多くの医療従事者や介護関係者が、認知症の方やご家族、さらには

一般市民の方に向けて、「認知症はみんな支える病気である」ということを、もっともっと伝えていかなければなりません。もちろんそのためには、医療従事者、介護関係者が、一般の方よりも専門的に認知症を

理解し、支援する姿勢を持つていることが前提になります。そのためには、まだまだ職員向けの啓発も不足しているのかもしれない。

昨年から認知症の薬の種類が増えましたが、私は薬物よりも、非薬物療法としてのアクティビティよりも、もっともっと認知症の方をよくすることは、介護者の理解と笑顔だと思います。実際に、私の外来患者さん

でも、ご家族が認知症をよく理解し、対応が変わることで、初期の方では、薬を使わずに生活が続けられたり、同じような認知機能のテスト結果でも、理解のある家庭にいる方のほうが薬の効果が相乗的に感じられるといったことがあります。

さらに、私たちが取り組めることとして、ご家族を休ませることが重要です。ご家族も、医療従事者や介護関係者がその負担を理解して、一緒に考えたり、時には大変さをこち

らがすべて受け取ったり、上手に休んだり、リラクセスしたりできる状況を作ること、より負担感を軽減させ、患者さんに安定して接することができれば、家族に対して怒ったり、言い返したり、家族と言いつつ家を出たりといった、認知症患者さんの行動・心理症状（BPSD）を作らずにすみます。笑顔が笑顔の連鎖を呼ぶことを、家族に実感してもらえよう支援する必要があります。

とはいえ、施設職員でも介護が難しいと言われてる認知症のケアですが、ご家族は二十四時間三六五日、切れ目なく生活を共にしなければなりません。いつもいつも、家族が我慢したり、いわれてばかりではつらいという現実にも目を向け、一〇回のうちに一回でも穏やかな対応が出ればいいんですよ、といった具体的な言葉かけをしながら負担を共有することも重要です。

一つでも不幸な事件が減るように、まだまだ私たちは真摯に取り組まなければなりません。

63 老人医療ニュース

# アンテナ

## 地域包括への 本気度

診療・介護報酬の同時改定の内容を「地域包括ケアシステム確立に向けた本気度」という観点からみると、迫力というか熱気を感じる。在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携を強化するという理由で、二十四時間や緊急時対応に誘導している。

前回改定で生まれた「地域貢献加算」は「時間外対応加算」に名称変更され、何しろ診療所で時間外対応して欲しいという本音がみえる。

在宅療養支援診療所（支援病院）に機能強化型が加わった。これは、常勤医師三名以上（単独でもグループでも可）、過去一年間の緊急往診五件以上、看取り実績二件以上の場合に機能が強化されたと判断され、病床を有し処方せんを交付しなければ五千三百点が算定できるというもので、一般の在宅支援の二割増である。さらに、往診料の緊急加算と夜

間加算も三割増となった。訪問診療の乳幼児・幼児加算や在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料などは二倍の点数となり、在宅ターミナルに関する訪問診療・看護も実質的に大幅に引き上げられた。

訪問診療については、介護報酬の各種加算と名称や加算額を統一した上で、退院当日や退院直後の評価をはじめ、多くの点で見直しが進められた。看護補助者との同行訪問（週三回まで）が可能となったことは、訪問看護の幅が広がるという意味でも大きな前進であると思う。

介護報酬では、なんといつても、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の新設が注目である。詳細は書かないが、よく考えられていると思う。

これを自院だけで展開できるかと考えると、決して容易ではない。ただし、この事業を自院が立地する診療圏で他の法人が幅広く展開されてしまうと、いずれ在宅療養者は、このシステムに囲い込まれてしまう。

サービスタウン付き高齢者住宅に同じような脅威がある。特定施設に在宅医療・看護・リハビリテーション

や介護までのフルパッケージを併設すれば、利用者全員の囲い込みに成功することになる。

当会の初代会長である天本宏先生が、多摩ニュータウンで「あいセーフティネット」を展開され、優秀な実践を進められていることは、会員の多くが知っている。この関係もあり、当会会員で在宅ケアを展開している会員は少なくない。しかし、

「ローマは一日にしてならず」という状況下で、在宅展開に全面的に踏み切れない、あるいはどうしても人材とノウハウが集まらないという会員もいる。ここが分かれ道だということはあるが、会員全員が同じ方針で進むことはないであろう。

今回の同時改定は「地域包括ケアシステムの実現」に向けた第一歩だと厚労省は何度もいつている。確かにそうなのだろう。では、第二步、第三步はどのような工夫をしていくのか、想像できない。何がなんでも在宅重視ということで、診療による経済誘導を続けるだけで新しいケアシステムが構築できるとは限らない

とも思ってしまう。

厚労省保険局の平成二十二年七月一日時点で、在宅療養支援診療所届出数は一万二千強で、そのうち在宅看取りを一名以上行ったのは、五八三三診療所だったという。これを在宅病院でみると、届出三三一病院、在宅で看取ったのは、僅か一三〇病院だったと報告している。

まず、この実態を変える必要がある。二〇〇床未満の会員病院は、届出をし、一名でも在宅看取りを行ってみない限り、在宅へ進めない。その上で、在支診と連携を進め、訪問看護を進め、二十四時間、三六五日在宅療養を支援する体制を院内に確立することが必要である。

当会は、厚労省の地域包括への取り組み本気度を本物と判断している。

### \* へんしゅう後記 \*

オーストラリアで認知症ケアに長年取り組んでおられる精神科医のトウース先生、看護師のアランさんが来日された。医療、ケアの根本ともいえる視点のとらえ方や、医療人のホスピタリティここにあり、という気持ちの入った講演に今またハツとした。