

高橋



今月のゲスト

Tai  
対談

中村哲生

氏 ● 医療法人社団南星会湘南なぎさ診療所事務長



## ピラミッド型の病院医療に対し 在宅医療はフラットなチーム

神奈川県藤沢市において湘南なぎさ診療所と湘南ライフタウン診療所の2つの診療所で50人を超える医師を擁し、約3,000人の在宅の登録患者を診ている医療法人社団南星会。その経営面を支える中村哲生事務長に、在宅医療にとって大きなターニングポイントになった今春の診療報酬改定や在宅医療の現状や課題などについて、国際医療福祉大学大学院教授の高橋泰氏が切り込んだ。

構成=野澤正毅 撮影=下山展弘

## 今春の改定で在宅医療は あるべき姿に戻るか

**高橋** 中村さんは神奈川県藤沢市で現理事長の島田栄治先生とともに医療法人社団南星会を立ち上げられた在宅医療のバイオニアです。その実績は全国的に知られていますが、現状はどのようになっていますか。

**中村** 診療所は現在2つで、51人の医師が所属しており、常勤は12人です。2つの診療所で藤沢市全域をカバーしており、約3000人の患者を担当しています。

**高橋** 在宅医療の診療報酬は右肩上がりで伸び続けてきましたが、今春の診療報酬改定では同一建物に対する訪問診療に関する点数が4分の1に減額されるなど、非常に厳しい内容になりました。これについてはさまざまな意見がありました。経営者の立場として、どう評価していますか。

**中村** 個人的には賛成です。というのも、今回の改定でメスが入ったのは、在宅医療の不透明な部分でした。8割を超える住民が訪問診療を受け

ていたサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）もありましたが、これについても本当に必要であったのか疑問です。私の診療所でもサ高住に訪問していますが、100人の入居者のうち、在宅医療の対象となるのは2〜3人程度です。サ高住や介護施設に特化した訪問診療を行っていたところは打撃を受けたと思いますが、在宅医療に携わる立場から今改定を見ると、個人自宅への訪問診療という原点に回帰したと受け取っています。

**高橋** 「在宅療養支援診療所」の制度設計に協力しましたが、当時は個人宅への訪問診療が念頭にあり、高齢者向けの集合住宅に訪問してまとめて診るといったケースは想定していなかったように思います。

集合住宅と個人宅を並列には考えられませんが、減額の程度が正しかったのかという議論はありますが、減額は避けられなかったと私も思います。また、集合住宅の住民の8割が受診となると、過剰診療が疑われても仕方ありませんね。診療所に対して患者を紹介して金銭を受け取る、いわゆる患者紹介ビジネスについても指摘されていましたが、これについてはどう感じていますか。

**中村** 私たちの場合も、確かに高齢者住宅の業者からマージンを要求されることもありましたが、マージンの水準はまちまちですが、1人1000〜1万円と金額はバラバラです。こうしたことは今回の診療報酬改定で規制されましたが、

まだまだ解決されていない問題があります。たとえば患者を紹介してマージンを受け取る業者側への罰則が何もありません。そのため、家賃の上乗せやスタッフの提供などについても禁止されているにもかかわらず、いまだに要求している事業者もいます。この要求をのまなかった結果、契約を切られたこともありましたよ。実質的なマージンのやりとりは根強く残っているようです。要求する側へのペナルティーの検討をお願いしたいです。

**高橋** 在宅医療では、一部の業者において倫理が欠如し、もうけるためには何でもありという風潮があるようで、過剰診療が発生しかねないですね。今回、診療報酬が減額されましたが、この報酬設定についてはどのように考えていますか。

**中村** 減額された分は医師の人件費で割り戻すしかないわけですが、これには地域差があります。たとえば、在宅医療の医師の日当は、東京では8万5000円くらいですが、横浜だと9万円、神奈川県では西部と東部でさらに格差があり、相模川の西のほう、平塚や小



なかむら・つとむ ●東海大学工学部卒業後、ペンシルベニア州テンプル大学留学。28歳の時に医療界に転進。2007年、医療法人社団南星会湘南なぎさ診療所を理事長の島田栄治氏とともに立ち上げ、事務長に就任。在宅医療コンサルタントとして多くの在宅専門診療所の開業支援を行う

田原に行くと、10万円を超えます。そうしないと、医師が確保できないからです。たとえば、九州の在宅診療所では、常勤医師の年俸は2300万〜2400万の水準だそうです。週4日勤務で日当に換算すると、11万円くらいになりますね。

## 在宅医療チームの成否は医師のスタンスがカギ

**高橋** 2006年に、在宅医療支援診療所のあり方を検討したときには、主に東京などの大都市圏やせいぜい地方の中核都市での普及を想定しており、全国的にこんな在宅医療が普及するとは予想していませんでした。在宅医療のインフラ整備は遅れているという声もありますが、逆に余剰になっているエリアはあるのですか。

**中村** 在宅医療は、患者さんのニーズに対して、医師が不足していますから、当面は余剰になるエリアはないと思います。問題なのは、在宅医療を必要としている患者さんにきちんと届けられているかということなんです。たとえば、末期がん患者さんの場合、かかりつけ医として訪問診療を行っている

医師でも対応できないケースがあります。一方、当法人は、基本的に「来るものは拒まず」なので、そういう患者さんでも引き受けます。こうした訪問診療における連携が今後重要になると考えています。実際、当法人では、かかりつけ医の先生が学会などに出かける際、ALSの患者さんを預かったこともありません。われわれは、地域の診療所が手に負えない、隙間にいる患者さんをフォローしているわけです。

**高橋** 高齢者が最期まで住み慣れた地域で生活できるよう、地域包括ケアシステムの構築が進められています。その一翼を担う在宅医療に携わる立場から、中村さんはこの取り組みをどのように見えていますか。

**中村** 見通しは不透明ですね。たとえば、地域には独居で、末期がんで、しかも認知症といった患者さんが一定数います。老老介護も多い。こうした人をどうやってケアしていくのか。在宅療養支援診療所であっても医療機関は基本的に医療しかできませんから。地域の多職種が連携しないと、支えていくことはできないでしょう。と

ころが、連携の大枠もまだ決まっています。

**高橋** 大枠が決まっていないというところで言えば、地域包括ケアは概念が先行し、このようにすれば経営が成り立つというビジネスモデルが確立されていないのも、大きな問題かと思っています。

ところで、地域包括ケアシステムにおいては、さまざまな機能やインフラをコーディネートするところが大切ですが、このコーディネーター役には誰がなるべきでしょうか。在宅医療の医師でしょうか。

**中村** 地域包括支援センターあたりが音頭を取ってくればいいのではないかと思います。当法人では、在宅の患者さんに対して多職種協働の医療チームで対応することを基本としており、初診時には医師

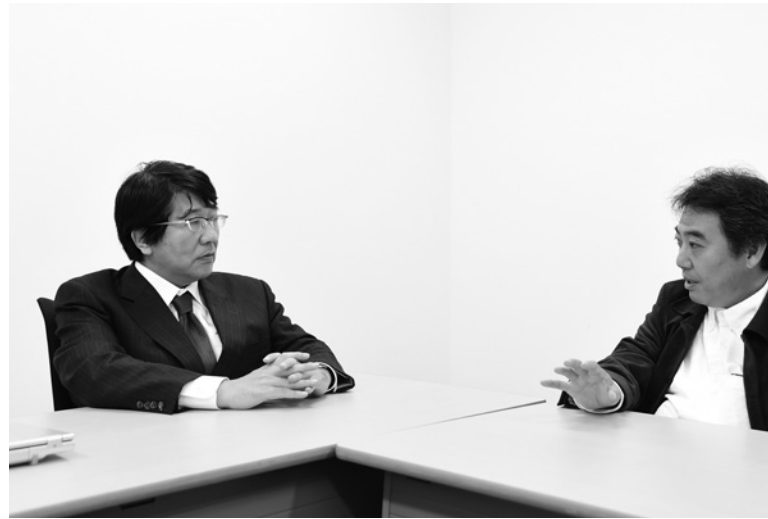


たかはし・たい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了（医学博士）後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年から同大学大学院教授。主な著作に『TAI高齢者ビジュアル・ケアプラン作成』（日経BP出版局、共著）、『DPC実践テキスト』（じほう、共著）ほか

と看護師、ソーシャルワーカー（SW）が必ず同行してケアカンファレンスを行います。すべてのケースとはいきませんが、可能な限り訪問看護師やケアマネジャー、薬剤師にも参加してもらい、その後、方針や目的をチームで共有して支え合っているように、この場で決定します、ここでのコーディネーターは、SWが務めることが多いですね。

**高橋** まさに在宅医療チームですね。フランスも往診や訪問看護は盛んに行われていますが、個人プレーが得意なお国柄のせいか、チームでの在宅医療というのは、あまり聞きません。日本でも、チーム在宅医療は、あまりうまくいっていないケースが多いように思いますが。

**中村** 在宅医療をチームで行ううえでキーとなるのは、他職種と連



**高橋** 医師は、患者さ

んの生活のことまでは、頭が回らない場合が多いんですよ。医学教育でそういうカリキュラムもないし。ケアマネをはじめ、介護関係者は医学用語ではなく、福祉用語で話をするでしょう。そのため、医師は、「HbA1cというのは、ケアマネにとって通信簿みたいなものなんです」といった具合にわ

携できるかという医師本人の資質です。病院医療の現場では医師を頂点としたピラミッド型の組織構造ができあがっていますが、在宅医療チームではそれぞれ所属している組織体も違うことが多いし、いかにフラットな立場でチームをつくれるかがポイント。治療だけではなく、患者さんの生活や家計も考えた対応が必要になりますから。この点については医師よりもSWの方が長けており、このことを医師がきちんと認識していればフラットなチームを組むことができます。と思います。

かりやすい話をする必要があるのですが、そういうセンスを持った医師は少ないですね。

**中村** そのようなセンスを持った先生は1割くらいでしょうか。そうした医師には積極的に医師教育にかかわっていただきたい。そうしないと、本当に求められる在宅医療はなかなか育たないように感じます。

**高橋** 逆に、医療関係者が、介護の視点から見た患者さんの状態像や生活の様子を簡単に把握できる高齢者区分のような仕組みが必要だと思います。

**中村** そういう仕組みは必要です

よね。南星会でも、さまざまな事例をデータベース化しています。これは失敗例ですが、末期がんの女性患者さんが帰宅して、最期に夫婦で同じベッドで添い寝をしたんですが、スタッフが介護用ベッドに入れ替えてしまった。これでは台無しなんです。看取りのプロデュースに、思い出のベッドは欠かせないアイテムだったんです。

**高橋** なるほど。医療以外のマイルドが、在宅医療では大切なんですね。

**何でも話せる雰囲気  
医師に安心と信頼を与える**

**高橋** それにしても、中村さんは、どうしてそんなに医師を乗せるのがうまいのか、前から気になっていました。医師をその気にさせる秘訣は何ですか。

**中村** 難しい質問ですね。強いてあげると、自分がポジティブでいられるように心掛けていることでしょうか。医師は皆さん真面目なので、患者さんと向き合っていると、深くかかわるあまりどうしてもネガティブになってしまいがちです。そうしたときにポジティブ

なことを言うからか、医師からは相談の電話がよくかかっています。また、医師同士で治療方針に関する意見の相違があった場合など、直接意見をぶつけ合わず、双方が私に愚痴をこぼされることもあり。気軽に何でも話ができ、愚痴のはけ口にもでき、調整までしてくれる。医師にとってはそんな存在かもしれませんね。

**高橋** 医者はお互いの治療方針は不可侵領域で、なかなか踏み込めないんですよ。だから、媒介役が必要なんです。中村さんは話しやすいオーラがあるから、うってつけなのかもしれない。

**中村** それから、話題づくりにも気を使っています。とりわけ、医師が知らないような、それでいて興味を持ちそうなネタを仕込みますね。医療に関しては、私は逆立ちしてもかなわないので。海外の投資情報や旅行情報など。たとえば、釣り好きの医師だったら、タイのメコン川で、ピラルクやメコンオオナマズが釣れるポイントを教えたりしますね。

**高橋** 私も聞いてみたくなりました。本日は貴重なお話をありがとうございました。