

在宅への移行期強化は病院の理解が不可欠 介護の新サービスはさらなる発展を期待

白十字訪問看護ステーション

統括所長 秋山正子

訪問看護ステーション

ヘルパスステーション・居宅介護支援事業等
東京都新宿区市谷砂土原町2-7



訪問看護の立場から今同時改定を見ると、退院直後の医療依存度の高い要介護被保険者への特別指示書の交付や、「重症者管理加算」の要件の追加、月12日までだった「訪問看護管理療養費」の算定上限の緩和など、医療ニーズの高い利用者への対応強化に重点が置かれたことが大きな特徴だと考えています。

なかでも、特に評価しているのは、退院前の外泊日・退院当日の訪問看護が可能になった点です。ここに入院から在宅への移行期をより強化しようという意図があることがわかりますし、この移行期が非常に大事な時期だということの現れでもあると思います。ただ、

外泊日・退院当日の訪問看護を行うためには病院側の理解が不可欠です。病院側が知らないとせっかく移行期を重視した改定が生かされません。

また、介護報酬改定で新設された定期巡回・随時対応サービスについては、現実的には“自前”で行う事業所と、“連携”で行う事業所があると思います。当事業所では、連携で取り組もうと今、準備を進めています。ただ、連携することで収益やコストはどうなるのかなど、経営的に解決しなければならない問題は多々あります。中重度の方々が地域で暮らし続けるためのサービスとして生まれたサービスなので、さらに発展した形になってほしいと期待しています。

今回は、訪問看護にとって追い風となる内容となりました。しかし、退院患者の地域の受け皿として私たちがしっかり機能していかなければなりません。それぞれの事業所が工夫しながら収入の増加を図り、そのアップした分は新たな人材の確保に充てることが大切だと思います。それが事業所の大規模化、ひいては経営基盤の強化になり、より地域に求められる質の高い訪問看護サービスの実現につながると考えます。

小規模多機能型サービスの機能向上で “見守り”を拡充できる

斎藤内科クリニック

院長 斎藤忠雄

無床内科診療所(在宅療養支援診療所)

訪問看護・小規模多機能等
新潟市中央区高志2-20-3



平成24年度介護報酬改定では、平成18年4月から始まった小規模多機能型サービスの機能向上が図られたことに注目しています。これは24時間365日、切れ目のない同一スタッフによる見守りのシステムです。これまでは25人という定員枠があり、また厚生労働大臣が定める疾病やがん末期の患者さん以外では訪問看護師が入り込むことができませんでしたが、今改定では、定員18人までのサテライトの増設が認められ、複合型サービスでは訪問看護師の見守りも可能となりました。これにより、利用者のさらなる安心につながると考えています。

一方、居宅系サービスでは、訪問看護師が中心的な役割を果たしていますが、ここに大きな問題があると思います。病院の事情で訪問看護師が病院に異動したり、主治医との連携不足にストレスを感じたり、または病院の看護師に比べて給与が低かったりなどを理由に、全国的に訪問看護師数が減少しています。そうした状況で訪問看護師が中心的な役割を果たしているのでしょうか。今改定でそれを引き止めることができるかどうかは、今後、注視していかなければなりません。さらに、居宅系サービスの区分支給限度基準額の課題も残ります。市町村による上乘せはありますが、基準額の8~9割を占める状況下では、今後、利用者の自己負担増が懸念されます。

今同時改定によって、医療・介護・福祉が横断的にかかわり、“終(つい)の棲家”となる「地域包括ケアの町」がそれぞれの地域の特徴を持ちながらつくられようとしています。そうしたなか、地域の病医院の医師たちには、“在宅”を“病床”と捉える意識を持つとともに、自らの地域での使命を改めて見直す時期にきていると思います。

病医院は同時改定をどう見るか？

在支診・在支病の機能強化は評価するも 施設基準は厳しくすべき

新田クリニック
院長 新田國夫

無床内科診療所(在宅療養支援診療所)
グループホーム・デイケア等
東京都国立市西2-26-29



今同時改定は、地域の医療・介護資源が連携し、患者さんが住み慣れた地域で最期まで過ごすことができる地域包括ケアの実現に向けた第一歩です。なかでも診療報酬改定で在支診・在支病の機能を強化したことは一定の成果を出すのではないのでしょうか。

しかし、機能を強化した在支診・在支病の施設基準については疑問を持っています。在支診で3人以上の常勤医がいるところというのは、過去1年間の緊急の往診実績5件以上、看取り実績2件以上は当たり前のことです。一体、どのような医療機関を想定しているのか。在宅を地域に浸透させたいという意図はわかり

ますが、これでは“在宅の強化”とはいえません。本当に強化したいと考えているならもっと厳しい条件にすべきだと強く感じます。

また、連携を強化し「入院」から「在宅」への移行を進めるため、退院時のカンファレンス等が評価されました。これもよい方向だとは思いますが、その方法論について課題があると見ています。一般に退院時のカンファレンスというのは病院で行います。しかし、いくら病院で、患者宅での医療・介護について話しても、それは机上の空論で、実際に役に立つ話し合いはできません。結局、意味がないものになってしまう。退院時のカンファレンスが本末転倒にならないように、本質を求めて調整が必要だと思います。

診療所の立場から見ると今改定は、「在宅の充実」が大きな目玉だったと思います。しかし、在宅の医療費が増大することは将来的に在宅医療の抑制も十分に考えられます。報酬で現場を誘導するやり方はどこかで必ず破綻します。在宅に誘導したいからといって過剰に報酬を配分するのではなく、必要な部分を適切に評価するような均衡がとれた制度にすべきだと思います。

有床診の方向性を示す改定内容 入院基本料は病院同等の評価を望む

越谷ハートフルクリニック
院長 佐藤陽二

有床診療所(在宅療養支援診療所)
救急医療・リハビリテーション等
埼玉県越谷市川柳町3-50-1



今診療報酬改定は、有床診療所(有床診)に求められている地域での役割や機能が明確に示された内容だったと見ています。有床診は、単に入院が必要な外来患者に対応するだけではありません。地域の軽症の救急患者の受け皿、急性期医療を終えた患者の受け皿としての機能が求められます。また、在宅医療にも積極的に取り組み、その在宅患者の緊急時の受け入れも大切な役割となります。

当院は5年前に開院して以来、救急医療(救急告知医療機関)と在宅医療(在宅療養支援診療所)に積極的に取り組み、地域医療に貢献してきました。今改定で救急

医療や在宅医療が重視されたことは、私たちの努力に目を向けてもらえたのだと非常に嬉しく感じているところです。なかでも救急医療について、「院内トリアージ実施料(100点)」「夜間休日救急搬送医学管理料(200点)」の新設は評価しています。また在宅医療では「緊急時・夜間の往診料」「在宅時医学総合管理料」「在宅患者緊急入院診療加算」の引き上げ、「在宅ターミナルケア加算」の評価体系の見直しが経営的にプラスに働くと考えています。

有床診が地域医療に果たす役割は決して小さくありません。しかし、昨今、有床診は経営の難しさなどから、その数は減少の一途をたどっています。そうしたなか、今回の改定は、有床診が今後、生き残るための1つの方向性を示しているのではないかと思います。それでも、現実的には人件費などの経費の増大、人材確保などの課題が残ります。実際、当院でも入院部門は赤字で、人材確保にも年中苦慮しています。現在の有床診が病院と同等の機能や安全が求められているにも関わらず、入院基本料が低く抑えられているからです。今後、さらなる有床診の評価を望んでいます。