

「高齢者住宅の新たなプロトタイプ」

保健医療福祉サービス研究会 医療福祉経営指導部建築コンサルタント
コスモプラン株式会社 一級建築士事務所 代表取締役

水野直樹
Naoki Mizuno



今回の診療報酬改定において在宅医療分野で最も話題になったのは、「同一建物への訪問診療の大幅減算」であることは既に周知のことだ。それ以外に「7対1看護体制の急性期病棟の病床削減」「地域包括ケア病棟の新設」その他多くの改定から読めることは、はっきりしている。それは「病院から在宅へ」のシフトであり、背景には財源問題があることは言うまでもない。それにしても報酬が今までの8割減になってしまうような制度では、現場から逃げてしまう医

療機関も現れるのも無理もないかもしれない。しかし、それだけ高収益を上げていた医療機関があったことも事実だろう。財務省は厚労省を絶賛しているに違いない。ただ、在宅医療分野の組織力が他に比べ弱かったことも、政策誘導の直撃を受けてしまった原因の一つだろう。政治力がある組織には官僚も近寄りたくない筈だ。

■同一建物への訪問診療をどうするか
4月から施行されている「同

一建物への訪問診療の大幅減算」に関して、その後の疑義解釈等によると以下の様になる。同一建物における月2回の訪問診療が、タイプ①・②回とも集中的に行った場合はこれまでの約8割減の報酬、タイプ②・①回は集中し、もう1回は個別訪問した場合はこれまでの約1割減の報酬、タイプ③・②回とも個別訪問した場合はこれまでと同じ報酬、と簡単に言える。つまり、「移動時間をかけて何回も訪問した場合を評価する」という医

療とかけ離れていることを論じていると思われるし、「医療資源の無駄使い」とも思える誘導である。しかし実際は当局が言うように「大規模な囲い込み」「不要な医療への誘導」があったことも事実で、レセプト請求によってその実態を当局は把握しているのだろう。よって評価に、そもそも矛盾があるのだ。

以前、筆者は今回の「同一建物への訪問診療の大幅減算」は医療機関及び医師に対する「在宅医療の踏絵」と表現したが、早々にこの分野から撤退してしまいうケースが続出していると聞く。4月分の診療報酬は6月に支払われるが、今回の大幅減算の現実に直面し、今後さらに現場からの撤退が増える事だろう。しかし以前と変わらず訪問診療を行う医療機関も存在するし、放棄された現場を引き継ぐとする法人もいる。やはり淘汰が行われているのだ。図1-1、4

れるのではないかと思っているが。当初は業界の大反対により緩和策も講じられたようだが。それは前述のタイプ②の場合で、この場合、1医療機関合計3人の医師まで稼働可能と一見したが。この3人稼働については、疑義解釈によると特定施設やグループホーム等に限られ、サ高住、住宅型有老ホーム、小規模多機能の泊まり、一般共同住宅には「1医療機関1医師に限る」と読め、やはり厳しい条件になる。つまり、サ高住等で訪問診療を展開しようとする場合、1人の患者に最低1週間程度の訪問間隔をあげた場合、理論的に「1建物15人程度の患者」になる(図1-2)。また通常1建物に20%程度の訪問診療の利用とすると、1建物75人程度の入居者規模になる(これにはターミナル患者は勘案していない)。ただその後、同建物において医療ニーズが増加した場合、複数の医療機関との連携が必要になる(1建物75人で、全員利用でターミナルなしの場合、5医療機関で5人の医師必要)。

図-2

タイプ②(医師1人)

月	火	水	木	金	土	日
1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日
患者1~15	← 患者1~15訪問診療					
8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
患者1	患者2	患者3	患者4	患者5	患者6	患者7
15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日
患者8	患者9	患者10	患者11	患者12	患者13	患者14
22日	23日	24日	25日	26日	27日	28・29・30
患者15						

図-1

タイプ①(医師1人)

月	火	水	木	金	土	日
1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日
患者1~15	← 患者1~15訪問診療					
8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日
患者16~30	← 患者16~30訪問診療					
22日	23日	24日	25日	26日	27日	28・29・30

図-4

医療機関側

タイプ	訪問診療報酬 (患者一人当たり月額)	比率
①	12,000 +(1,030×2)	14,060円 0.2
②	50,000 +8,330+1,030	59,360円 0.9
③	50,000 +(8,330×2)	66,600円 1.0

図-3

タイプ③(医師2人)

月	火	水	木	金	土	日
1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日
患者1	患者2	患者3	患者4	患者5	患者6	患者7
患者16	患者17	患者18	患者19	患者20	患者21	患者22
8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
患者8	患者9	患者10	患者11	患者12	患者13	患者14
患者23	患者24	患者25	患者26	患者27	患者28	患者29
15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日
患者15	患者1	患者2	患者3	患者4	患者5	患者6
患者30	患者16	患者17	患者18	患者19	患者20	患者21
22日	23日	24日	25日	26日	27日	28・29・30
患者7	患者8	患者9	患者10	患者11	患者12	13・14・15
患者22	患者23	患者24	患者25	患者26	患者27	28・29・30

図-5

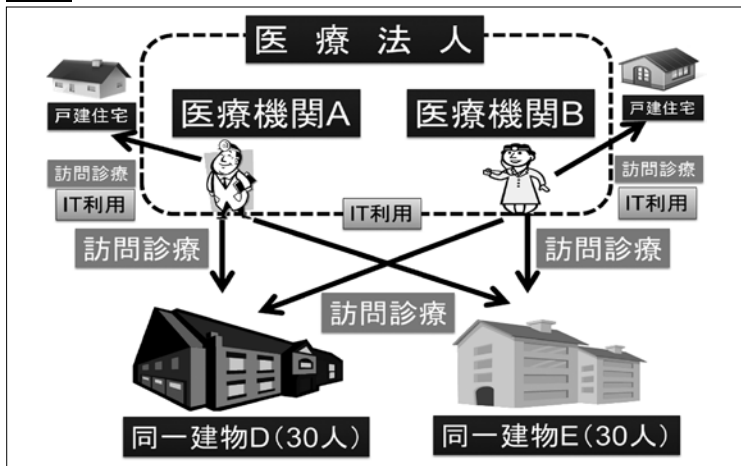
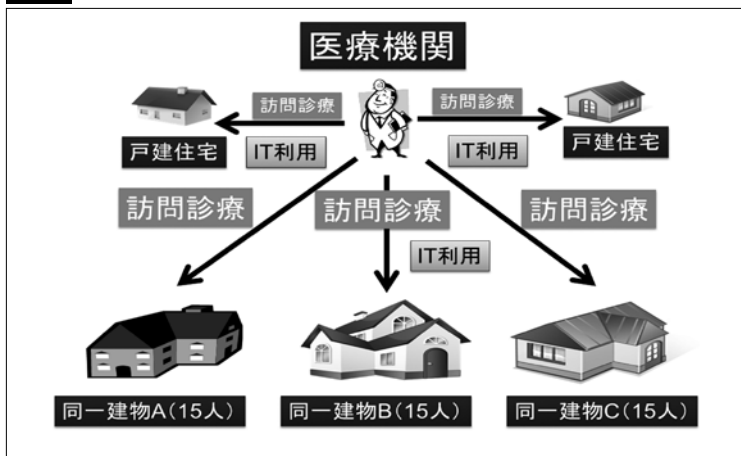


図-6



■良質な地域包括ケアシステムへ
向かう
今後の高齢者住宅は「定員30人程度の中規模を複数の医療機関（1医療法人2医療機

関も可）で分担」「定員15人程度の小規模を1医療機関で担当する」規模が主流となるだろう。図15は現在筆者が計画を進めている案件だが、一

つの医療法人が2つの医療機関を運営し、2人の医師が定員30人程度の高齢者住宅の複数棟に、訪問診療のタイプ②を展開するケースだ。いずれ

の高齢者住宅も医療機関から近接している。
今後は「タイプ①で定員50人を超える大規模で医療費軽負担型」や「ターミナル患者主体型及び混在

型」の高齢者住宅も現れて来るだろう。いずれの場合も共通条件として「医療機関から近接」という条件が基本になる。つまり医師の移動時間の短縮が求められることになる。さらにIT等を駆使し合理的な展開も重要になってくる。また、図16のような定員15人程度の小規模型は敷地規模及び事業規模も小さいので、中心市街地等に立地するケースが増えてくるだろう。「同一建物への訪問診療の

大幅減算」が施行された時は「在宅医療への流れが止まる」と危惧されていた。さらに2015年度の介護保険改定においても「介護版の同一建物への減算」が行われることも確実だ。しかし今回の大幅減算は、「7対1看護体制の急性期病院の病床削減」「地域包括ケア病院の新設」その他多くの改定を含め、実は着実に「良質な地域包括ケアシステム」の具体化へと進んでいるのだ。