在宅医療における眼科診療

富山県医師会理事 金子 敏行

超高齢社会に向け在宅医療への転換が求められる中、日本眼科医会では眼科における在宅医療がどうあるべきか検討している。日本眼科医会の平成30年度介護・在宅医療対策事業連絡会が2月に行われ、参加してきた。

個人的に依頼されて個別に訪問診療を行っている例は多々あるものの、眼科医会として、あるいは医師会や医師のシステムとして対応している先進的な例はごくわずかで、いまだ手探り状態のところが多いようだ。問題点をまとめてみると、1. 在宅医療の依頼がない、2. 在宅では十分な検査や治療ができない、3. 診療報酬が安く、求める必要に乏しく、4. 時間的・体力的に余裕がない、となる。

依頼がないことは需要がない、ということなのか。眼科外来に高齢者が並んでいる状況、勤務医時代に入院患者の相談を受けたりしたことを踏まえても、在宅患者の眼科的ケアの必要性がないはずはない。他県でのケアマネージャーへの交流でも、眼科的問題を感じることがあるとの回答は半数以上を占めている。現状では、多くは在宅主治医が自身で対応していると思われ、実際にそれほど十分なのか、依頼できるならしたいと考えているのか、知りたいところである。

眼科では、基本的な所見を取り扱うにも機器が必要になる。手持ちスリットランプ、手持ち屈折スクリーナー、手持ち眼圧計などを最初からそろえると投資負担はそれなりの額となり、往診依頼が実際的に来るかどうかわからない時点では踏み切ることではないだろうか。全国各地の調査でも、往診・訪問診療をしたことがない眼科医がどこでも半数はおり、潜在的に需要があると言われつつもうちに依頼が来ないのではないか、と思われる。そうなると今度は設備が不備だから依頼を断る、という悪循環になる。事前に、このくらい依頼が見込まれるという概算が出せれば、入院への外帰りになるかもしれない。いずれにしろ、来院してもらったほうが十分な対応ができることは確かである。1回目に、または在診後の落ち着いた時期に一度、可能な状態の介護サポートなどを利用して来院できるような行政サービスが（すでに一部にはあるの？）望ましいと思う。

昨年の改定で「在宅患者訪問診療料（1）～（2）」が新設された。眼科医の訪問診療はほぼこれで算定することになるが、「主治医からの依頼」「診療計画」「6か月を限度」などが分かりにくく、実際には取っていないとの声が多かった。要点のまとめを作り、医会会員に解説していくことを考えている。

最後の、最も重要な問題は、眼科医側に訪問診療に対する余力があるのか、ということである。なくてもしっかりと、なのかかもしれないが、日常外来、手術も学校医として、今の仕事をこなすので手一杯、という先生も多い中、無理強いはできない。他県の状況でも、複数ドクターの大きな医院を除き、昼休みや診療後の時間を割いている場合がほとんどで、少数に負担が集中すると無理が来るように思う。現状では、なるべく多数が参加するネットワークの形で、皆が少しずつ負担するのがベストだと思うが、地区によっては参加者が不足、ゼロということもあるのである。ネットワークを運営するにはコーディネート機能も必要になる（事務員ゼロで事務所Ⅰコール長の眼科医会では無理）。問題は個別に手探り状態だが、まずは富山県の現状把握から取り掛かっていきたい。在宅に経験豊富な会員諸氏のご助言も歓迎するところである。