

# 週刊 日本医事新報

Japan Medical Journal

No.4552

2011年  
(平成23年)

7月23日

プライマリケア・マスターコース

**その場の1分、その日の5分—副鼻腔炎**

**薬剤師に聞く! 服薬のコツ—虚血性心疾患編**

**老年内科標榜をめざして—老年症候群の考え方**

質疑応答

**てんかんの国際分類と診断の留意点**

**労働者の暑熱ストレスと対応**

NEWS

**追跡 “医学生の学力低下”の真相は?**







尼崎発

長尾和宏の

## 町医者で行こう!!

第5回

# 医療・介護同時改定を 3年毎に!

### 札幌での2つの学会

先日、札幌で続けて開催された2つの学会に参加した。6月30日～7月1日の第19回日本慢性期医療学会と7月2～3日の第2回日本プライマリ・ケア連合学会だ。

日本慢性期医療学会は、超高齢化社会を支えるのは、良質な慢性期医療が中心となる一とのスローガンのもと、日医の原中勝征会長、全日病の西澤寛俊会長、梅村聡参議院議員、厚労省幹部らが札幌に集結した。メインシンポジウムにおいて、慢性期医療の充実、地域包括ケアの方向性などが確認された。

一方、日本プライマリ・ケア連合学会の大会長は、弱冠37歳の草場鉄周氏だった。彼は会長講演で「プライマリケア専門医のアイデンティティ確立を!」と宣言された。記念すべき講演だった。

専門医制度を統括する日本専門医制評価・認定機構の池田康夫理事長は「プライマリケア専門医」に寄せる期待を述べた。東京都医師会の野中博会長は「患者から一番必要とされるものは、資格より患者に寄りそう心ではないか」と「午後から在宅組」の真髓を述べられた。これほどまでに熱い在宅マインドを有する医師が東京都の医師会長に就任された意義はきわめて大きいと感じた。パネラーには日本尊厳死協会の松根敦子副理事長も市民代表として加わり、豪華メンバーによるフラ

ットな議論が展開された。

今後の日本にとって、この2つの学会はますます重要になる。「慢性期医療の充実」と「プライマリケアの推進」。どちらも約20年前から叫ばれてきた言葉だが、もはや待ったなしの段階に来ている。この2つの概念を車の両輪として医療政策を整えるのはこの夏が期限ではないだろうか。

### 同時改定は3年毎がいい

来春は医療・介護同時改定が行われる予定だ。医療は2年毎、介護保険は3年毎に改定される。従って同時改定は6年に1回巡ってくる。計算上2025年までにあと3回の同時改定が予定されている。某厚労省幹部は、この3回を「ホップ、ステップ、ジャンプ」と位置づけて改定すると発言された。来年は「ホップ」であるそうだ。しかし、そもそもこの2年と3年にどれほどの意味があるだろうか。

医療の2年は短すぎる。新しい仕組みにやっとなれたと思ったら、もう次の改定だ。喜ぶのはレセコン会社だけ。「医療と介護の整合性確保のためにも、医療も3年毎とし、毎回、医療・介護同時改定にしてはどうだろうか」。梅村議員の慢性期医療学会でのこの発言が、さっそくメディアに流れた。

末端開業医としては、大変ありがたい話である。しかも現在、医療と介護の整合性において様々な問題が存在する。例えば、訪問看

護や訪問リハビリは時として医療保険になったり介護保険になったりする。医療保険では3割負担になったり、身体障害者2級を持っていれば自己負担が安くなったりするので、現場の医師やケアマネは日々苦心している。

あるいは、介護3施設に外部から在宅医を要請された時にも困る。在宅の外づけが可能なのは、「特養での末期癌」のみである。3施設の区分、療養病床の在り方も多くの議論の余地がある。超高齢化社会に対応できる仕組みに変えてほしい。あるいは、国民が納得できる、国民に説明可能な制度にしてほしい。

### 規則の簡素化、制度の整合性確保を

診療所も病院も、保険診療のルールが細かすぎて覚えられないのではないだろうか。一生懸命勉強しているつもりだが、患者さんに説明できる程度にしてほしい。

例えば、特定薬剤処方管理料の長期加算の時などは、前回受診の時の、加算を取り消してから長期加算を算定する。すなわち「今日の行為が過去の行為をも修正させる」という大変複雑な操作を要求される。これに代表されるように、到底患者さんに説明できないような複雑な保険のルールが存在する。改定のたびに、規則がパッチワークのように修正された結果であろう。また「〇〇加算」も多すぎる。明細書を見せても患者さんに上手く説明できない。さらに、DPC病院に入院中の患者さんへの診療所での投薬についても、実際には運用しにくい規則になっている。同じ地域にDPC病院と出来高診療所が混在すると、無用な混乱が生じるのは必然であろう。

また在宅医療において「連携」を評価していただくのはありがたいが、実際には算定しにくい項目が多いのではないかと。外来のみならず在宅医療のルールも年々複雑化する一方だ。「多職種連携」が謳われる一方、複雑化する「仕組み」、「規則」について行けない開

業医も多いのではないかと。2000年以前、つまり介護保険制度以前の、のどかな在宅医療の時代を懐かしがる開業医も多い。

「慢性期医療の充実」と「プライマリケアの推進」を考えると、「保険診療規則の簡素化」と「医療・介護の整合性確保」が急務ではないか。そのためにも同時改定は3年毎に行うべきだろう。さらに整合性の修正は、毎年行ってもいいくらいではないか。

### 生病老死に寄り添える慢性医療制度へ

施設医療と在宅医療の間には、大きな「溝」があると日々感じる。終末期医療においても、緩和医療においても、慢性期医療においても然り。これは各々の医療者の資質によるものではなく、施設や在宅という「医療制度の土壌」の違いに起因していると推察している。すなわち、人生の終末期において生病老死にガッチリ寄り添いたくても経営的側面から寄り添えないケースがあるのではないかと。例えば胃瘻栄養より高カロリー輸液の方が経営的に有利であれば、ある種のインセンティブが働くことがあるかもしれない。

慢性期施設のメディカルスタッフの発表を聞いていると、在宅スタッフの価値観と非常に似ている。生病老死を共有できるような保険制度に変えるべく工夫する余地が充分ある。「地域包括ケア」を謳いながら、肝心の生病老死の価値観が共有されていなければ、まさに画餅になるだろう。そうならないためにも、改定は同時に行うべきである。

誰のための同時改定なのか。もちろん地域の患者さんの満足度を上げるための同時改定であることを忘れてはならない。ススキノを彷徨いながら、そう感じた。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、名古屋市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『震災ドクター 阪神、そして東北』（ロハスメディア）など。