

2012 年同時改定のカギは「療養」と「在宅」の連携◆Vol.9

新会長に中野寛成・衆院議員、「新薬創出加算」なども今後検証

2010 年 10 月 8 日 橋本佳子 (m3.com 編集長)

「適切な医療費を考える民主党議員連盟」の第 9 回総会が 10 月 7 日、開催された。従来、会長だった桜井充・参議院議員が財務副大臣に就任したのに伴い、政務三役は議連役員を兼務できないことから会長を交代、新たに中野寛成・衆議院議員が就任した。

桜井氏は「議連の発足当時は、政策調査会や各部門会議がなかったが、現在はできたので、今後、この議連の意義を考えなくてはいけない」と述べつつも、議連の重要性は認め、「これまで医療分野は抑制され、相当苦勞させられた。『私は医療費を削減する立場にはない』と言っており、厚生労働担当の主計官も困っているようだが、議連の声を反映させる形でやっていきたい」との考えを示した。



総会の冒頭挨拶する、桜井充・財務副大臣。

一方、中野氏は、医師免許を持つ桜井氏が会長を務めていたことを踏まえ、「今後は利用者側からの立場から見ていく。医療を抜きにして、『国民の生活が第一』という民主党のキャッチフレーズは守れない。桜井氏は財務副大臣として国の予算を握った方であり、いかようにも使うことができるが、使いすぎると、『税制改正プロジェクトチーム』が困る。バランスを取りながらやっていきたい」との抱負を述べた。中野氏は同プロジェクトチームの座長も務める。

事務局長を務める梅村聡・参議院議員は、「この議連の知名度が予想以上に上がり、いろいろなところから、『話をさせてくれ』と言われている。様々な話を聞く機会を作っていきたい」とし、この日のテーマとして「在宅医療と療養病床の連携」を上げた理由として、「在宅医療と療養病床の連携は、本来は当たり前だが、これまではなかなかなかった。今後はこの話が相当出てくる。2 年後の診療報酬と介護報酬の同時改定では避けて通れない課題だと思う」と説明した。

会議後、梅村氏は、改めて「これまで在宅医療と療養病床が議論する場があまりなかった。この議連が取り上げたことで、その重要性が意識されるだろう。両者が話し合う場として、連絡協議会などができればと思っている」と強調。梅村氏は「在宅医療や療養病床の施設基準が従来は、数的な面のみだったが、やはり質、機能を担保できる報酬体系に変えていくべきではないか」と指摘、前自民政権の社会保障国民会議のように、医療・介護のサービスや費用のシミュレーションを行うことも必要だとした。

さらに、今後の議連の活動方針として、梅村氏は、「半月に1回程度、ヒアリングを行っていききたい」と説明。例えば、今改定で新設された「新薬創出加算」がライフィノベーションの担保になっているのかなどの視点から検証したり、2次救急医療の現状などについてのヒアリングを想定しているという。政策調査会や各部門会議では、医療の各論までは掘り下げにくい。「かゆいところに手が届く議連」(梅村氏)にしていく予定だという。



新たに会長に就任した中野寛成・衆議院議員(左)。

「すべての訪問看護を医療保険で実施すべき」

総会では、尼崎市医師会地域医療連携・勤務医委員会委員長で、長尾クリニック(兵庫県)院長の長尾和弘氏、全国在宅療養支援診療所連絡協議会事務局長で、およま城北口ニック(栃木県)院長の太田秀樹氏、日本慢性期医療協会会長で、博愛記念病院(徳島県)理事長の武久洋三氏の三氏が講演した。

長尾氏は、外来・訪問診療等を手がける「ミックス型診療所」の立場から講演。在宅医療の現状の問題点の一つとして挙げたのが、訪問看護のあり方。「ケアマネジャーの裁量次第で医療的なケアが左右される。またサービス限度額があるため、必要な医療が提供できない場合がある」などの理由から、「すべての訪問看護を医療保険で実施すべき」とした。

さらに、在宅医療が広がらない理由として、(1)介護力の圧倒的不足、(2)医療側の要因として365日24時間体制を取ることが難しい、(3)後方支援施設の不足、を挙げ、在宅医療・療養病床の連携強化、老人保健施設・特別養護老人ホーム・療養病床の再編・増床などが今後の課題であるとした。

「在宅医療が日本を変える」

太田氏は、「在宅医療が日本を変える」と強調、「国民は往診をしてくれる医師がおらず困っている。一方で病院も、死亡診断を目的とした高齢者の救急搬送があり、困っている。また、通院困難となった患者は皆、入院が必要かという問題もある」などと述べ、「往診機能なくして在宅療養はできない。往診をすることがかかりつけ医の矜持」とした。

その上で、太田氏は、「病院医療改革と在宅医療推進は、対立概念ではなく、表裏一体」と指摘、「在宅では、各種検査や処置なども可能で病院医療に遜色ない医療ができ、病院医療にまさる生活重視の医療が可能。在宅医療は、『居宅』だけで行うのではなく、病院を除くあらゆる居住空間で提供することができる」とし、医療機器・介護機器の発展、薬剤の開発、各種介護サービスの充実、地域ネットワークの整備(緊急情報システムなど)、情報ネットワークの整備(電子カルテ、携帯電話、テレメディスンなど)により、在宅医療の幅は広がっていることを強調した。

太田氏は、「病院との連携」も強調、平均在院日数の短縮化に伴い、術後管理を在宅で継続するなどのニーズがあるとし、在宅医療の充実が病床の拡大と同等の意味を持ち得るとした。

「患者ニーズと病床のミスマッチによるムダは年1兆6425億円」

武久氏はまず一般病床、療養病床、老人保健施設、特別養護老人ホーム、在宅などでの医療提供の状況を紹介、「従来型老健施設や特養に比べ、在宅や介護療養病床では、結構、重い方を診ている。介護療養病床を老健施設に移行させるのは乱暴な話。また、地域ごとに療養病床数は5倍以上の差がある上、一般病床にも施設基準が満たせず、療養病床の届け出ができず、慢性期の高齢者が入院している。一方で、医療療養病床に、大変重度な患者が多く入院している現実もある。介護療養病床の再編の問題は、一般病床も含めて考えていく必要がある」と指摘した。

患者側のニーズと医療サービスの整備にズレがあると問題視する武久氏は、「医療療養病床などの慢性期病床でも十分に治療可能な患者が、高度急性期病床に入院するというミスマッチで失われるムダな医療費は、1日1人約9万円」と試算。急性期病床の約50万床の10%でこのミスマッチが起きていれば、1日当たり「5万人×9万円＝45億円」、年間で1兆6425億円もの医療費が浪費されていることになるという、独自の推計を示した。

その上で、武久氏は、「徳島方式」を提案。これは、高度急性期病院、在宅療養支援病院、診療所がネットワークを組むやり方で、在宅療養支援病院には地域包括医療センターを併設して、疾患別のクリティカルパスなどに基づき、医療・介護のスムーズな連携を行うコーディネーターセンターとして活用する。「平均在院日数が短縮している時代では、慢性期病院の位置づけが重要になる。ある程度の初期急性期医療、あるいは在宅の後方支援など、様々な機能を担う。良質な慢性期医療が、日本の医療は成り立たない」(武久氏)。