



季刊 すまいる



送り火

全国的にも有名な京都五山の送り火。その起源は諸説存在し、平安時代とも室町時代とも言われているが、意外にも明確な記録は残されていない。先祖の魂を供養すると共に、護摩木をくべると病が治癒するという言い伝えがあり、長い歴史を経て京の町の人々に親しまれて来た行事である。夜空を染める炎が京の夏の終わりを告げる。

風鈴

竹林に下げてその音色で吉凶を占う中国の「占風鐸」という道具がその起源で、仏教と共に日本に渡来した。平安・鎌倉時代には貴族が縁側に下げて疫病神を防いだと記録されている。ガラス製の風鈴は長崎から江戸に伝わったが、当初は大変高価なものだった。後年江戸風鈴として明治20年代に全盛を迎えた。



とろろてん

テングサを用いた製法は遣唐使が日本に持ち帰ったと言われており、その歴史は古い。当時、俗に「ころふと」と呼ばれ漢字の「心太」が当てられた。室町時代に入り「とろろてい」と呼ばれるようになり、江戸時代の書物には「とろろてん」と記されている。その頃には夏の暑い日に涼を得られる食物として広く庶民に好まれた。



向日葵

発祥は北アメリカ大陸。ネイティブアメリカンの部族の間で食用・医療用・儀式用として広く栽培されていた。1500年代にヨーロッパに伝わり、装飾や薬品に用いられた。日本には元禄時代に中国から持ち込まれ「丈菊」や「日輪草」などと呼ばれていたが、後に「ひまわり」という名前が広まった。その種類は現在では100を超え、近年では園芸用の丈の小さなひまわりが人気を集めている。また景観用・健康食品としても栽培されるようになった。種に多く含まれるビタミンEは、活性酸素を抑制し血行改善の効果があると言われており、細胞の老化防止や肌の健康を維持に役立つと考えられている。



「平成24年度 診療報酬改定」

— 介護報酬との同時改定に向けて —

厚生労働省保険局医療課長

鈴木 康裕氏



今年の3月に未曾有の大災害、東日本大震災が発生し、医療の社会的価値、公益的価値が再確認されました。震災や原発の被災も含め、今後どのように心の通った診療報酬・介護報酬改定が行われるのか、また、震災の復旧・復興が優先される中、実際に改定は延期されないのか、来年行われる6年に一度の診療報酬・介護報酬同時改定について、33兆を超える保険医療費を取り扱う責任者である厚生労働省保険局医療課長、鈴木康裕さんにお話を伺いました。※なお、講演の冒頭に（東日本大震災に係る医療保険制度の対応状況について）のお話がございましたが、誌面の都合上掲載は割愛させて頂きました。

◆診療報酬改定の背景1 ◆老いと暮らし

まず、老いについて3つの観点からお話したいと思います。現在要介護3以上で1人暮らしの方、特に認知症の方は1人暮らしが辛い状況ですが、介護保険が始まって1年目の平成13年と比較すると大体3倍位増加しています。我々が反省する点は介護保険を始める際に、基本的には配偶者や子世帯などと同居していることを前提に組み立てましたので、そのモデルを組み直して考えなくてはいけないというのが1点です。

次に、団塊の世代、年令でいうと今60

代なかばの人達があと数年で70代に入ります。終戦の頃と比較すると大体年間100万人以上出生数が多くなる。70才を超えると当然ながら医療にかかる頻度も要介護認定を受ける頻度ももの凄く増えてしまいますので、このことを前提に我々は制度を考えなければなりません。これが2点目です。

次に、高齢者人口の増加についてですが、人口の多い県では非常に多くの割合で高齢者が増えてしまう。人口の少ない所は今ある施設の運用に必要な若い人を確保できるのが問題です。特に大都市の急速に増加する高齢者を、今までの様に病院や介護施設、特養を作るだけでは吸収できないので、それ以外のやり方でどのように医療や介護を提供して行くのか、そのモデルを考えなければならぬ。これが老いに関するスタンスです。

◆診療報酬改定の背景2 ◆パラダイムのシフト

GDPという国内総生産の中に占める政府の収入と支出、それから社会保障の支出の割合を見ると収入のほうが支出より小さい。赤字ということですが、皆さん方は日本は中福祉・中負担の国だと思っておられるかもしれませんが、確かにサーピスのレベルは中から高の高いレベルにあると思いますが、実際に使っているお金は各国から比べても非常に低い、あるいは意味低負担ということになっています。

人生が70才前後の時は人生で受け取る額

と支払う額は大体同じ位だったと思いますが、80才以上になってくるともらうところが非常に多くなってしまつて、一生を総決算で見ると赤字になる。こういう人生の赤字決算を少し直すために我々としてはどうしたらいいのかというのが次の4点です。1つは次世代への支援、子供さんの世代を若い人が負担する、次の上の世代への仕送り、親の世代についてきちつと支える。それから一定の収入のある高齢者には応分の負担をしていたたく。そして1人暮らしの方や子供の多い方などそれぞれの事情によって負担のやり方を適性なものにする。この4点の組み合わせで赤字決算をなんとかしようとしています。

それから産業としての社会保障分野と総波及効果です。社会保障は全産業の中でも平成2年から12年の10年間で大体年5%位の成長率ですので、この先20年、30年と経常的に成長を見込める数少ない産業の1つだと思えます。橋や道路を作る公共事業と比較すると、社会保障にお金を使った方が社会に還元されるということもありますし、当然ながら社会保障というのは人で成り立っています。特に介護も医療も人で成り立つ産業ですから、雇用の原動力にもなります。もう1ついえば、日本中どこでもある程度の介護や医療を要する人がおられれば成り立つわけですから、今までのように消費の対象としてでなく、むしろ投資だと考えるべきだと思います。

きたと思います。

◆診療報酬改定の背景3 医療と医療費

平成の年度間の医療費の伸びの要因について分析しますと、まず人口の増減や高齢化と医療技術の進歩・高度化など我々医療政策担当者ではコントロールできない、いわゆる自然増の部分が約4%強で、何をしても医療費は大体年に4%ずつ増えて行くこととなります。逆に、制度改正で例えば窓口負担を2割から3割にすると受診率が下がって医療費が減りますし、診療報酬は2年ごとに行われる各改定の改定率に影響されますから、この自然増と政策増減の2つを併せて実際の医療費の増になっているという構造になっています。

次に医療費全体の伸びの要因ですが、経済成長率と医療費の伸びはどの位関係があるのかを見ると、この2つは大体過去9割位相関しています。単純にいうと、経済が多く伸びると保険料も上がりますから、医療費も上がるという流れとなっています。

それから医療費の財源の内訳ですが、公費・社会保険・そして自己負担となっています。この窓口負担を今大体3割のところを4割、5割にすべきじゃないかという意見もありますが、そうなるとおそらくもう保険とは呼べないような形になるでしょう。

それから社会保険料ですが、公費がこれ以上増やせないし自己負担も増やせないとなると、結局は保険料を一定程度上げていかないと全体の医療費としては上がらないということになります。

福祉医療機構(WAM)の統計資料にも示されていますが、私は医療法人というのは基本的に赤字になりやすい構造があるんじゃないかと思っています。それには3点ほど理由があつて、1つは税法との関係での減価償却、仮に建物で40年少しずつ返していくわけですが、まず40年の長期でお金を貸してくれるところはないわけです。ですから年間の返還額を考えると前半の20年は非常に苦しい。2つ目は償却できるものしかこの中には組み込まれず、土地代は入ってこない。土地を買った借金の利子部分や土地を借りるお金は入っていますが、ですからその部分はどうしても赤字にめり込んでしまいます。3つ目は例えば病院の改修に10億かかるとして、10億貸してくれる金融機関はない。おそらく3割か4割は利益を貯めて頭金にしなければならぬ。この3点が多分医療機関が赤字になりやすい構造だということになります。統計で見ると、償還の財源になる利益としては、療養病床や老人保険施設の方がかなり売り上げに對する利益率が高い。端的にいうと特に急性期を扱う一般病床は比較的赤字になりやすい傾向が強いということをお念頭に入れていただければと思います。

◆診療報酬改定の背景4 医療提供体制

今年で国民皆保険を達成して50年になります。前半は病床数を増やす量的拡大の25年、後半の25年は質の競争でいよいよ新しい病床ができて種類が分かれてきました。療養病床、老人保健施設、特養グループホームとか特定施設などです。また、日本の看護職は大変忙しい。なぜそんなに忙しいのか。臨床の現場で働いている人の数は欧米と比較してもおきな遜色はないし、潜在看護職も約50万人います。原因は病床数が非常に多いが故に薄く看護師さんを配置してしまっていること。そこが忙しい原因になっているかもしれない。これからは、先程いったいろんな種類の病床のあり方をもっと考えて、本当に必要な人をどの位配置して行ったらよいか考えなければならぬと思います。日本の医療・介護は「低単価・数こなしサービス」になっている。これは医療や介護に関わっている皆さんの多大な努力によって提供されてきたわけです。この医療現場の過重な負担を比較的早期に手を打たなければ成り立たなくなるとは目に見えています。

論点は2つあつて1つは病院の入院の機能の強化と分化、2つ目は診療所の訪問診療等々と在宅医療体制の強化です。日本人は大体今年間100万人が亡くなつていて、その内の8割が医療機関で亡くなつています。戦後すぐの頃は8割

位が自宅で亡くなっていました。今後、25年位たつと年間160万人位亡くなるかと予測されていますので、60万人位亡くなる人が増加します。その中で病院で亡くなる人が変わらず、自宅で亡くなる人が1.5倍、介護で亡くなる人が介護計画通りに増加したとしても、50万人程度の人が最期を迎える場所がないということになります。ですからここ数年の内に計画的に整備を進めて、医療や介護がどのように入っていくかを考えないと追いついていけないと思います。

◆診療報酬改定の背景5 ◆住まいと施設

私は今回の同時改定の最終目標を2025年に置いています。2025年までに6年ごとの同時改定が3回ありますので、ホップ・ステップ・ジャンプの3段階でどう舵を切っていくのが私に課せられた責任であると考えています。まず、高齢者住まい法では高専賃や有料老人ホームにあたる施設を倍から3倍に増やす計画になっています。誤解を恐れずに申しますと、私はこういう所に医療や福祉の経験のない、全く他のセクターから入るのは結構危険じゃないかと思っています。むしろサービスのオリエンテーションがある医療法人や社会福祉法人に運営をしていただいて、自分のところも含めてサービスを提供できるようにしないといけないと思います。

◆診療報酬の改定 ◆平成22年度の改定の概要

前回の平成22年度改定の全体改定率は10年ぶりのネットプラス改定でした。ネットプラス改定というのは、医療費の本体部分をプラスとするだけではなくて、薬剤・医療材料の価格調査に基づく減額を上回る財源を確保するというものです。前回22年度改定では薬価等の減額が5000億位、これに上回るお金を持って来るということで、ひとつの歴史的なことだったと思います。入院と外来の配分について、前回は中医協で議論する前に決まっていたのですが、今回はこれをどう考えるのかも今後議論すべき点であると思います。

もう一つの特徴は、救急・産科・小児科・外科等の医療の再建、それから病院勤務医の負担低減の2つに重点課題が置かれていたことです。

平成24年の同時改定に向けて

まず1点目は慢性期の入院医療についてです。医療療養病床の評価というのは、医療区分と介護区分全部で9段階という評価になっていますが、ただ、この中で特に医療区分1というのがいわゆるバスケットクローズとなっており、医療区分の3や2ではないという人が入ってきて、この中にも一部非常に医療に手のかかる人がいるんじゃないかというご指摘もある

るので、そこがどの位医療資源を使っているのかを議論する必要があるかもしれない。

それから2点目は一般病床の中で特に13対1、15対1となっているところで、基本的にはほとんどの方が90日で退院されていますが、中には90日超えて長期間おられる場合があり、この認定の仕方、お支払いの仕方についてですね。

その他、ものと技術分配におけるエビデンスですけれども、これは薬や材料といったものの値段と、お医者さんや看護師さん、薬剤師さん等の人達の技術に特化したものに分けて評価をすべきだといわれています。問題は技術評価をするにあたり、外科の場合は手術の難易度や必要時間などをかなり厳密に出していたかどうかができるのですが、内科系の技術で指導管理ということになるとかなり難しい。そこはどのくらいのエビデンスでやるのかというのが1点です。

2点目は簡素化と努力に応じた評価をとということですが、これも無分別に簡素化してしまうと「きちんとやっているところ」と「そうでないところ」の評価が同じになってしまうと思いますので、ある一定の指標が必要かと思っています。

それから負担軽減と役割分担ですが、包括的かつ概括的指示の下で医師や看護師の仕事をそれ以外の方が行えば、負担軽減に役立つんじゃないかということ、それをどう考えるか。

最後に地域特性ですが大都市では病床



の機能分化はかなり綺麗にできるけれども、人口密度の薄いところでは混合病棟のようなものができてしまう。しかも医師や看護師も集まりにくい。その部分の評価の仕方をどう考えるのかということだと思います。

次に、在宅医療について在宅療養支援診療所なり支援病院をどう活用するか。在宅診療は基本的に1人で対応しているところが非常に多く、これは負担が大きいので、看取りをしつかりとしたい。ただ、ためには支援をしていくことが重要です。在宅歯科医療も高齢者の歯周病・嚥下



厚生労働省保険局医療課長

鈴木 康裕
すずき やすひろ

PROFILE

【略歴】

- 1984年 慶應義塾大学医学部卒業
- 1996年 医学博士号(慶應義塾大学)
- 1999年 公衆衛生学修士号(ハーバード公衆衛生大学院)
- 2000年 科学修士号(ハーバード公衆衛生大学院)。厚生労働省入省後、感染症、精神保健、環境保健、食品保健、国際保健、老人保健、ヘルスリサーチ政策の分野を歴任
- 1998~2002年 世界保健機関 (WHO) 社会変革・精神保健部門局長後に、医療技術・医薬品部門局長
- 2002~2005年 栃木県保健福祉部長
- 2005年8月 厚生労働省研究開発振興課長
- 2006年9月 厚生労働省老健局老人保健課長
- 2009年9月 厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部事務局次長(国立保健医療科学院企画調整主幹)
- 2010年7月 厚生労働省保険局医療課長

の問題など、歯科衛生士さんや栄養士さん、STさん等とチームを組んでとりくんでいただく。また、在宅患者の薬剤の飲み忘れ、飲み残しが問題になっていいますので、介護保険での薬剤師さんの関与を検討しなければいけないと思っています。

訪問看護、これは非常に看取りと関係していることだと思いますが、やはり現時点では非常に小さい訪問看護ステーションが多く、今後は規模を大きくしていかないと、1人当たりの負担が大き過ぎると思います。

それから、リハビリテーションの問題については、急性期と慢性期のリハは医療保険で、維持期のリハは介護保険でということになっていますが、維持期のリハが介護にこないという問題がある

のであれば、それがどういう原因によるのかを調べたいと思っています。また、外来のリハは毎回再診をしなければいけないことになっているので、これも検討の余地があると思います。

医師の業務ごとの負担感については、主治医制と担当医制のそれぞれに長所と短所があるので、負担の大きい36時間勤務などは担当医制にして変えていく道もあるかもしれません。看護師さんも3交代より2交代の方が負担が少ないので、間できちつと休息がとれる仕組みを考慮する必要があると思います。

精神医療については、身体合併症のケアが必要な場合に、どのような連携を取って行くのか、認知症の早期鑑別(3割以上は認知症ではない可能性がある)ので医学的にきちつと最終診断をつけてあげるこ

2011年6月25日
京都ホテルオークラ(翠雲の間)で行われた「2011年京都きつ川病院春の文化講演会」をまとめて掲載させていただきます。

と)が大切です。また、認知症で行動・心理症状があると、その介護負担も大きくなるのでひどい時は向精神薬の処方などの手当が必要だと思っています。

最後にデイケアですが、一定の患者を対象にしているところというんな方が混在しているところもあって、もう少し中身を整理するための調査が必要です。ここまですが中医協の調査との関連で現在議論されているところです。

平成24年度の診療報酬改定の今後のスケジュールですが、22年度改定の検証、それから医療経済実態調査、薬価と材料の調査の結果が大体9月~11月に出て、年末の予算の時にいよいよ改定率が決定され、年明けに配分の議論をして2月半ばに最終的な確定がされ、4月に向けて施設の要件を決定します。先程中野理事長から延期はしないのかというご質問がありました。現在のところ事務局としては「あることを想定して」準備をすることはできないと思います。2025年までの最終的な到着点を達成するための第一歩として、皆様方の意見を聞きながら中医協のご指示の下、改定の時期をすすめたいと思っています。本日はご静聴有り難うございました。

秋の文化講演会のお知らせ

講演

「日本の医療費の使われ方と中医協審議」

講師

中医協委員 京都府医師会副会長 **安達 秀樹 氏**

日時

2011年 10月22日(土) 14:00~16:00(受付13:00~)

場所

京都 Brighton Hotel

参加費

無料

連絡先

0774-54-1111 (担当:西)

主催

医療法人 啓信会 京都きつ川病院



●パートナー医院を紹介します

大槻内科医院

院長 大槻雄三 先生

内 科

〒610-0102 城陽市久世上大谷102-9 TEL (0774) 58-0232

外来診療時間 AM 9:00~12:00 PM 5:00~8:00(土曜日休診)

《日曜日、祝祭日休診》



大槻内科医院は、近鉄久津川駅から東側の閑静な住宅街のなかで、落ち着いたたまりの医院です。1998年に開業し、今年14年目を迎えました。やさしい笑顔が印象的な大槻院長にお話をうかがいました。

この地に開業されたいきさつを教えてください。

福知山の出身ですが、城陽に住んでもう30年です。京都、滋賀、枚方の病院で勤務し、自宅のあるこの地に開業しました。神経内科を専門にしましたが、一般内科として地域のみなさんと長くおつきあいさせていただく道を選びました。

どのような患者さんが多いですか？

開業して十年以上経ち、始めの頃から診させていただいている患者さんの年齢があがっていることもあり、年齢的には平均七十代ですね。高齢者が中心なので、高血圧、糖尿病、高脂血症など生活習慣病の診療、治療には多くあたっています。

特に力を入れておられる診療は？

この6~7年は、感染症、特にインフルエンザに興味を持って力を入れてきました。タミフルが出たこと、迅速診断キットで当院でも診断、治療に対応する

ようになったこともあり、予防の呼びかけはもちろん、患者さんにもご協力をいただき、抗体を調べ、年齢による感染の傾向を考察するなどに取り組んできました。

きづ川病院のパートナー医院として感じておられることはありますか？

消化器の検査・治療について、きづ川病院に頼ることが多く、特に丸山先生にはお世話になっています。いつも気軽に受け入れてもらっているのが、安心感があり、助かっています。こちらからも連携を密にしていきたいですね。

日々の診療のなかで心がけておられることは？

月曜日から金曜日の午前・午後、土曜日の午前の診療と、訪問診療も行っています。そんな中でも、医療というのは失敗は許されません。いつも気持ちは研修医のつもりでないと、思っています。が、時には不機嫌な顔になってしまっているかも、と今だに反省の毎日です。患者さんには、例えば検査の結果をお伝えするにしても、ただ伝えるだけでなく、内容を詳しく一つひとつ説明してあげることが大切だと思っています。そうすると、患者さんとのコミュニケーションも良くなってきますしね。

地域の方、患者さんへのメッセージをお願いします。

これからも、地域の方が気軽に入ってくる医院を目指していきます。そして、継続して診せていただくことで、みなさんの健康維持に貢献できれば嬉しいです。

今年は、涼しかった6月前半に比べて、急に暑くなりました。近所の高齢の方が同じ日にお二人熱中症で来院され、きづ川病院にお世話になったことがありました。急激に暑くなった今年は、特に熱中症に気をつけてください。高齢の方や小さな子どもさんのいるご家庭では、特に気を配って水分補給や暑い時間の外出時を避けるなど、予防を心がけてあげてください。



リハビリテーション室に今話題の「ロボットスーツHAL®福祉用」を導入

当院は平成23年4月より、筑波大学大学院 システム情報工学研究科 教授兼 CYBERDYNE 株式会社 CEO である 山海嘉之氏が開発し、最先端技術が駆使された自立動作支援ロボット「ロボットスーツ HAL®福祉用」(Hybrid Assistive Limb) を導入しました。

「ロボットスーツHAL®福祉用」を導入している全国の民間医療機関・民間福祉機関は、50機関(サイバーダイナミクス株式会社のホームページで平成23年4月現在です)。

尚、京都府の民間医療・福祉機関では、当院が初めてとなります。

当院は、急性発症された患者様に対する医療に重点を置くと同時に、在宅復帰に向けた高齢者医療・障害者医療にも重点を置いており、急性期・回復期・維持期の全てのステージにおける患者様のニーズに応じた医療・看護・介護・リハビリテーション等を提供しております。今回、リハビリテーションの一環として、「ロボットスーツHAL®福祉用」を導入することにより、急性期・回復期の患者様、維持期の患者様、また身体に障害のある方の自立動作支援、自立歩行支援が期待でき、これらの方々のADL(日常生活活動)やQOL(生活の質)を高めることができることを考えて導入に踏み切りました。

最近テレビでも、「ロボットスーツHAL®福祉用」を取り上げられる機会が増えてきており、視聴された方より当院にお問い合わせを頂き、「ロボットスーツHAL®福祉用」ご利用のために来院される患者様も増えてきております。

では、HALとは一体どのようなものでしょう

HALとは、体に装着することによって、身体機能を拡張したり、増幅したりすることができる世界初のサイボーグ型ロボットです。HALの動作原理は、次の通りです。



1



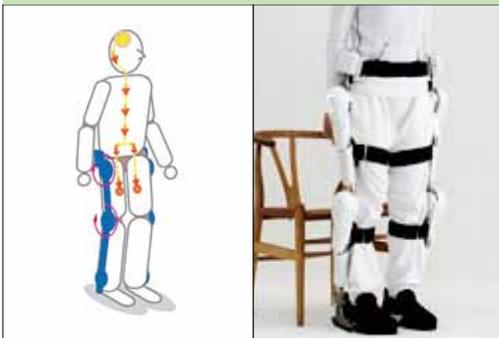
人が動くとうすると脳からの指示で、筋肉が収縮し電気信号を出します。

2



その電気信号が、皮膚に貼りつけたセンサーにより反応を示します。

3



皮膚に貼りつけたセンサーの反応により、HALの股関節・膝関節のモーターを動かします。

4



以上のように脳からの生体信号に応じて、筋肉が収縮し、足の筋肉の弱い部分を補い、介助してくれるのがHALであり、HALを用いて立つ動作、歩く動作の自立獲得が目標となります。

次に、実際に当リハビリ室で実施している内容をお示します



▶ 股関節屈筋・伸筋および膝関節屈筋・伸筋に「HAL」の電極を貼り付け、股関節・膝関節の動きをコンピュータ制御にてコントロールします。動かしにくい股関節・膝関節に対し、介助をします。これにより、麻痺側下肢、筋力低下をおこした下肢に対して、サポートを加え、リハビリテーション室職員の指導のもと障害の克服に努めて頂きます。



▶ 急性期（病気を発症され2ヶ月までの期間）の患者様に「HAL」を用いている場面です。脳の障害により麻痺を起こした体、足に対して、「HAL」を用いることにより、全身状態を管理しながら、状態に合わせて早い段階で立つ訓練、歩く訓練を開始します。早期に立つまたは、歩くことをはじめることにより、脳の障害などにより、動かしにくくなった足を動かす感覚を取り戻して頂きます。



▶ 慢性期（病気を発症され6ヶ月～7ヶ月以上を過ぎた時期）の患者様に「HAL」を用いています。慢性期といいますが足の回復が見込めないことはありません。「HAL」を用いることで、歩行スピードの改善やふらつきの改善などが認められています。約3週間の入院をして頂き、機能訓練を実施しております。

当院での見学または、装着希望（医師の指示が必要となります）のある方はリハビリテーション室（中本）までお問い合わせください。また、読売テレビの取材を受けまして、近々、番組「ten!」で放映の予定です。

「ロボットスーツHAL®福祉用」の使用をご希望される方へ

外来受診の手順

- 1 リハビリテーション室(担当 中本・中平)まで電話にてご連絡をお願い致します(外来受診日の調整をさせていただきます)。
- 2 外来受診日の決定後、脳神経外科 武内重二医師の受診を受けていただきます(毎週 月曜日)。
- 3 受診の中で、入院日を決めて頂きます。
- 4 ご入院後、翌日より「ロボットスーツHAL®福祉用」を実施させていただきます。

当院は、入院の患者様に対しまして、「ロボットスーツHAL®福祉用」を使用致しておりますので、ご入院をして頂く必要があります(ご入院期間は、3週間となります)。

ご入院の手続きをして頂くために、先ずは、外来受診をして頂く必要があります。外来受診の手順は、左記のとおりになります。

●ご使用頂けない方

- ① 妊娠中の女性
- ② 心臓ペースメーカーなど能動型埋込み医療機器を使用されている方
- ③ 生体電位が検出されない(ご自身で足の筋の収縮が出ない)方
- ④ その他医師が不適格者と判断する症状を有する方



医療法人 啓信会

京都きづ川病院

〒610-0101 城陽市平川西六反 26-1 TEL 0774-54-1111 FAX 0774-54-1119

URL <http://kyoto-keishinkai.or.jp/kizugawa>