



高橋 Tai 対談
今月のゲスト

猪口雄二

氏 ● 医療法人財団寿康会寿康会病院理事長



2015年10月に中央社会保険医療協議会(中医協)委員に就任した猪口雄二・医療法人財団寿康会病院理事長。18年度診療報酬・介護報酬同時改定を控え、診療報酬のエキスパートの登板に期待が集まるが、一方で地域医療における病院のあり方についての第一人者としても知られる。16年度改定、地域包括ケアシステム、地域医療構想についての議論にとどまらず、40年以上にわたって続ける音楽活動にも話は及んだ。

撮影=羽切利夫

細かい配慮が見られた16年度改定 「地域へのかかわり」はさらなる議論が必要

「いいいに耳を傾けてくれた」
2016年度診療報酬改定

高橋 猪口先生は2015年10月に中央社会保険医療協議会(中医協)委員に就任しました。その初仕事は16年度診療報酬改定で、医療

政策の山場となる18年度診療報酬・介護報酬同時改定にも委員として臨むこととなります。医療界では現場と政策の両面に精通した「エース」が登板したことで期待も大きいと思いますが、猪口先生は診療報酬に関する厚生労働省との交渉にはいつからかかわっているのですか。

猪口 1998年に全日本病院協会の担当者として「要望書」をまとめたのが始まりですが、当時は「交渉」というより要望書を届けるという雰囲気でした。その後、全日病の医療保険・診療報酬委員会委員長、2000年から四病院団体協議会医療保険・診療報酬委員会委員長を務め、05年に立ち上げた日本病院団体協議会の診療報酬実務者委員会に参加し、08年に同委員会の委員長を拝命しました。

高橋 そして中医協委員に就任されたわけですね。16年度改定の議論を振り返って、手ごたえはいかがでしたか。

猪口 じつは今回も日病協として要望書を提出しており、合計で12項目くらいあるのですが、2、3項目を除いてほとんど何らかの形で対応してもらいました。たとえば病棟

群制度は要望書の一番目に挙げていたものです。もちろんそれらすべてがこちらの期待通りに診療報酬に反映されたとは言いませんが、従来はせいぜい1、2項目が採用されるくらいでしたから雲泥の差があります。これは日病協だけでなく、学会や日本医師会も同様のようです。厚生省保険局の宮崎雅則医療課長が直接の責任者でしたが、かなり現場の医療機関の声に傾いていて、いいに耳を傾けていただいた気がしています。

最大の目玉は「重症度、医療・看護必要度」で、このなかのB項目に「危険行動」が盛り込まれました。実は全日病でもICUから療養病棟まで、どんな状態だと手がかかるかといったデータを集め、1000項目くらいリストアップし、そのなかで最も多かったのが「せん妄」だったのです。

また今回は救急医療への点数配分がかなり手厚くなりました。成り行きによっては急性期病院における「救急搬送の受け入れ」競争を誘発するかもしれません。「重症度医療・看護必要度」の見直し以上に病床を集約させるインパクトをもたらす可能性があると思っています

す。改定内容もきめ細かい。その証拠に診療報酬改定説明会の資料はとても多いし、3月4日の告示通知も分厚かった。疑義解釈も大変量になっていきます。経過措置も多くて合計で35項目もある。しかも期間が今年4月から6カ月間、来年1月まで、来年3月まで――と分かれています。医事課のスタッフは大変ですよ(笑)。

地域包括ケアシステムに結びつくかは検証が必要

高橋 16年度改定は病院にも高齢者対応を求めるという意味で、とても工夫の跡がうかがえる内容だと思います。地域包括ケアシステムの推進、そしてそこに病院にも絡んでもらうという目標が明確に示されました。目を見張ったのは退院支援関連項目の整理で、これまでの「病院完結」から脱却し、「退院した後」に関する取り組みを促す内容になっています。

猪口 地域包括ケアシステムの推進はもちろん大命題で、医療からのアプローチを促すという意味で退院支援関連項目が位置づけられていることは確かでしょう。ただ、医療機関の地域包括ケアシステムへ

のかかわりについては、もう少し検証する必要があると思います。というのは、地域包括ケアシステムは医療だけにとどまらない、もっと広い考え方をもった仕組みだと考えているからです。主役は医療ではなく利用者、もっと言うなら「住民」です。生活、住まいがあり、さらに近所づきあい、自治体があり、必要に応じて介護、医療がかかわっていく。必要に応じて入院もする――という考え方だと思っております。病院が退院支援をきちんと行つて地域包括ケアシステムにかかわることは重要ですが、それはシステムの一部にすぎないというイメージです。

高橋 次は18年度同時改定になります。

猪口 18年度は診療報酬・介護報酬の同時改定があり、第7次医療計画、地域医療構想も関係してくるし、現時点では不透明な部分もありませんが、消費税率の引き上げもあります。25対1医療療養病床と介護療養病床の廃止も17年度末です。新専門医制度の先行きは不透明ですが、とにかくいろいろな政策が集中するのが18年度。正直、すべて



たかはし・たい ● 1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年から現職。主な著作に『TAI高齢者ビジュアル・ケアプラン作成』(日経BP出版局、共著)、『DPC実践テキスト』(じほう、共著)ほか

を予測するのは不可能です。

「必要病床数ありき」でない 地域医療構想策定作業が重要

高橋 地域医療構想も進展しています。すでに最終案をまとめた自治体もあるようですが、議論のもとになっている厚労省の計算式に基づいた「2025年における必要病床数推計」の扱いが議論となっています。実際、「推計」とは言うものの、都道府県レベルでは「目標」のような形で受け止められてしまっている印象を持ちます。現場への影響についてどのようにお考えですか。

猪口 あくまで必要病床数は「推計」であって「目標」ではないという

のが私の認識です。そもそも「回復期機能」のように定義も十分共有されていないなかで目標病床数を設定するのは無理があります。

それに、医療投入量を診療報酬点数ではかかっていますが、実際の構想に落とし込むなら病床の機能をもう少しつぶさに見ていく必要があります。急性期病院でも手術をすれば「高度急性期」の投入量になるし、高度急性期病院でも術後の経過を看んでいるだけなら「回復期」レベルの投入量にしかありません。では、投入量が変わるたびに転棟するかといったら、そんなわけはない。そのように検討を進めれば、当然「必要病床数」も変わってくるでしょう。

う進めるかといった議論になるので「ものさし」が違いすぎて一緒に議論するのはあまりにも難しい。

在宅医療の提供体制も課題です。地域医療構想では医療区分1の患者の7割は在宅に移行することを前提に必要病床数を算出していますが、療養病床がなくなった途端に代行役を果たす在宅医療や訪問看護ステーションが雨後の竹の子のように育つとは思えません。むしろ、今までは療養病床で見ていたような患者でも介護施設や居住系施設での医療提供体制が充実してきて、それで徐々に療養病床数が減っていくというならまだ理解できますが、それもかなり難しいでしょう。

高橋 地域の医療から介護まで含めた流れを見据えなければ、必要な病床機能や病床数はわからないかもしれません。

猪口 先ほど救急車搬送受け入れの競争のお話をしましたが、これも単に「奪い合う」わけではないと思うのです。先日、江東区の会議があつて、そこで救急隊員が言っていたのは、特別養護老人ホームから患者を病院に搬送する際、すでに協定を締結して搬送病院をあらかじめ決めてあるとすぐに運べるということでした。逆にそれがないと重症化した拳句、救命救急センターに運んでしまうと。そういう連携体制を用意しておくことが、地域医療を担ううえでは重要にな

高橋 目標値だけを示されても、地域の医療を担い自前で経営している病院は簡単に自院の病床を転換したり、削減したりはしにくいでしょう。

猪口 たとえば東京都では「回復期」の病床が不足しているとされているのですが、回復期のどの機能が不足しているのかわからなければ、機能転換のしようがありません。

高橋 地域包括ケア病棟は、地域に暮らす高齢者の肺炎や脱水などを受け入れる「サブ・アキュート」の役割と、急性期病棟から患者を受け入れる「ポスト・アキュート」の役割を担うことが期待されているはずですが、この両者の間で1日あたりのコストで1万円くらい差があるはずです。サブ・アキュートに該当する患者の受け入れの拡大を図るなら、サブ・アキュートタイプの入院は4万円、ポスト・アキュートの入院は3万円など、ある程度の患者状態に応じた支払い方式が必要かと思えます。

猪口 データ上は患者の8割が急性期病棟から退院してきた患者を受け入れる「ポスト・アキュート」機能を担っていますが、こうした

るのではないのでしょうか。

「意地で続ける」バンド活動 40周年に突入

高橋 話は全く変わりますが、猪口先生はロックバンド「Uncle Buzzy」を組んでいることでも有名です。

猪口 「呑んだくれの酔っ払いおじさん」という意味です。メンバーは6人で、そのうち4人が医師。現在のメンバーとは十数年ですが、バンドそのものは学生時代から続けているので、結成から40年が経っています。

高橋 今も年2回ライブコンサートを開いていますね。自院での診療のほか中協協委員をはじめさまざまな要職も務めており、相当お忙しいと思うのですが、どこからそのエネルギーは出てくるのですか。

猪口 趣味の1つくらい持っていたという意地で続けている部分があります。昨年12月にライブを開いたのですが、中協協の診療報酬論議が佳境でしたから正直、かなりしんどかったです。新曲も必ず入れており、これを覚えるのが大変なのです。

高橋 練習時間はどう確保するのですか。

データに過度に振り回されると、手術前と手術後は機能が違うから入院する病棟を使い分けるといった話になってしまう。もちろんそんなことは現実的ではありません。もっと実態に基づいて検討すべきでしょう。

地域包括ケアシステムとの 連携づくりは今後の課題

高橋 全国の地域医療のリーダーが自分たちの地域の人口データを見据えて方向性を議論する機会ができたことは地域医療構想の大きな意義だと思います。それでも、実際にどう動くかを考えるのは難しいですね。

猪口 おっしゃるとおりで、数合わせの議論に終始するのは少し違う気がします。そこに地域包括ケアシステムも絡めるのは本当に大変で、とても計画どおりにいくとは思えません。地域医療構想は基本的に二次医療圏単位で議論します。当院の所在地で言えば、二次医療圏は江東区、墨田区、江戸川区で形成されていますが、地域包括ケアシステムは江東区をさらに中学校区に分けます。そのうえで地域包括ケアセンターと医療機関の連携をど



年2回のライブコンサートは毎回盛況だ(右から3人目が猪口理事長、写真提供も)

猪口 メンバーが集まって練習する日時を半年先まで決めてしまうのです。それでも急患や緊急の会議などがありますから、全員が集まれるわけはありませんが、その日に向けて各自練習する。その代わり、ゴルフもほとんどやらない。握るのはギターだけです。毎日、帰宅後の練習は欠かさないので、時には疲れてギターを抱いたまま寝てしまうこともあります。高価ですから、目を覚まして慌てることもあります(笑)。

高橋 多方面での精力的な活躍にますます期待が高まります。本日はありがとうございました。