

# 月刊基金

12  
2012 December



トピックス

「審査支払制度等の見直しに関する要望」を厚生労働省に提出  
平成24年度全国基金副審査委員長会議(歯科)を開催

**特集** 医療機関別診療状況調の概況  
平成23年度(平成23年4月～平成24年3月)診療分

**座談会** 在宅医療へのパラダイムシフトに対応するために



社会保険診療報酬支払基金  
基本理念

私たちの使命

私たちは、国民の皆様に信頼される専門機関として、診療報酬の「適正な審査」と「迅速な支払」を通じ、国民の皆様にとって大切な医療保険制度を支えます。

12

月号

月刊基金 Monthly KIKIN 第53巻第12号

December, 2012

今月の表紙



表紙イラスト 関上 絵美

雁や白鳥などの大形の鳥は、V字型の編隊飛行をします。翼の斜め後方にできる上向きの気流に乗り、後ろの鳥は省エネ飛行をしているのだそうです。最先端を飛ぶ鳥はリーダーではなく、気流を起こす先兵。ときどき後方の鳥と交代します。

C O N T E N T S

座談会  
在宅医療への

パラダイムシフトに対応するために

座長：川淵 孝一 先生

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医療経済学分野 教授

太田 秀樹 先生

一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長  
おやま城北クリニック 院長

大澤 光司 氏

一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 会長  
株式会社メディカルグリーン 代表取締役

トピックス1

「審査支払制度等の見直しに関する要望」を厚生労働省に提出

2

8

トピックス2

平成24年度全国基金副審査委員長会議(歯科)を開催

12

12

「ペンリレー 医療顧問となって」

支払基金福岡支部医療顧問(歯科担当) 松浦 辰彦

13

13

医療機関別診療状況調の概況

平成23年度(平成23年4月~平成24年3月)診療分

14

14

医学のはなし 知っておきたい病気の豆知識 41

大腸がん 一大腸がんを早く見つけるための基礎知識一

昭和大学内科学講座消化器内科部門 客員教授 吉川 望海

18

18

平成24年 秋の叙勲・褒章に輝かれた方々

19

19

平成24年度

社会保険診療報酬支払基金関係功績者厚生労働大臣表彰

20

20

支部紹介(山形支部)

22

医療保険等の動き・マンスリーノート

24

おたずねに答えてQ&A

26

請求誤りの多い事例から

27

医療費の動向

— 診療報酬等確定状況 —

28

2012 ニュースフラッシュ

30

地方自治体が実施する  
医療費助成事業の  
審査支払事務を受託

32

インフォメーション

33

広告は有料にて掲載しています。 広告掲載のお申込み方法は  
支払基金ホームページ(<http://www.ssk.or.jp/>)でご案内しています。

トップページ > 広報誌・パンフレット > 有料広告募集

# 在宅医療へのパラダイムシフトに対応するために

厚生労働省は、今年4月の診療報酬改定で、2025年の医療モデルへの第一歩として在宅医療や地域医療への取組みに加算を設け大きく舵をきっています。今回の座談会では、在宅医療に毎日実際に取り組んでいる医師と薬剤師、そして医療経済学の専門家に、その課題等を話し合っていました。

座長…本日は、お集まりいただきまして、ありがとうございます。私は、東京医科歯科大学大学院で医療経済学を教えております川渕と申します。きょうは、地域連携や在宅医療での課題などを、皆さまと共に話し合っていきたいと思っております。どうぞよろしくお願います。

◆ **自己紹介を兼ねて在宅医療との関わり**

座長…ではまず自己紹介を兼ねて、在宅医療との関わりについてお一人ずつお話しただけですか？

太田…現在、在宅療養支援診療所4か所、訪問看護ステーション、老人保健施設等を運営している医療法人の理事長をしております医師の太田と申します。よろしくお願います。

私は20年前、1992年から在宅医療に力を入れ

座長…本日は、お集まりいただきまして、ありがとうございます。私は、東京医科歯科大学大学院で医療経済学を教えております川渕と申します。きょうは、地域連携や在宅医療での課題などを、皆さまと共に話し合っていきたいと思っております。どうぞよろしくお願います。

大澤…薬剤師の大澤と申します。どうぞよろしくお願います。

私の方はいまから13年ほど前、1999年ですが介護保険が始まる直前で、栃木市で薬局をやっております。現在は真岡市と宇都宮市にも薬局をもっています。

在宅医療に関わったきっかけは、当時栃木市の市役所で介護保険担当の準備をしていた知り合いの行政マンと偶然市役所で会いまして「大澤さんのところは患者さんの家まで薬を持って行って薬の説明をすることができませんか？」と聞かれたのです。私も頼まれる

それは図らずも2006年に制度化された在宅療養支援診療所としての機能を、そのまま1992年当時からもっていたということ。現在も午前中は外来、午後から往診というスタイルでやっております。

**【出席者】**

座長：川渕 孝一 先生  
東京医科歯科大学大学院 歯学部総合研究科 医療経済学分野 教授

太田 秀樹 先生  
一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長  
おやま城北クリニック 院長

大澤 光司 氏  
一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 会長  
株式会社メディカルグリーン 代表取締役

**Profile 川渕 孝一 先生**

1983年 一橋大学商学部卒業  
1987年 シカゴ大学経営大学院修士課程（MBA取得）修了  
1989年 厚生省国立医療・病院管理研究所医療経済研究部勤務  
1995年 同研究所主任研究員就任  
1998年 日本福祉大学経済学部経営開発学教授就任  
2000年 東京医科歯科大学大学院教授就任、現在に至る

**Profile 太田 秀樹 先生**

1979年 日本大学医学部卒業  
1985年 自治医科大学大学院修了（医学博士）  
1989年 自治医科大学専任講師 自治医科大学 整形外科医局長を経て  
1992年 おやま城北クリニック開業  
1994年 医療法人 アスミス（旧喜望台）理事長就任  
2009年 一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長就任

**Profile 大澤 光司 氏**

1983年 東京薬科大学薬学部薬学科卒業  
同 年 紫山堂薬局勤務  
1986年 大沢調剤薬局開局  
2004年 株式会社メディカルグリーン 代表取締役就任  
2009年 日本薬科大学 非常勤講師  
2010年 一般社団法人 栃木県薬剤師会 副会長就任  
同 年 一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 会長就任



てまいりました。1992年という医療の場が、病院や施設から地域に移った、ある意味で「在宅医療の夜明け」と言ってもいい年ですけれども、その時期に訪問看護を基軸にしてグループ・プラクティスで24時間365日患者さんを支えるというスタイルで始めました。

と「できますよ」としか言えない性格なので「ちよūd良かった。いい先生を今度紹介するから」と言われて知り合ったのが太田先生でした。



座長：川渕 孝一 先生

座長…お二人はそういうご関係でしたか。太田先生は20年間やってこられて、実感としてはいかがですか？

太田…私たちがいままでやってきた

ことは20年間変わらないのですが、世の中が大きく変わったと思います。在宅医療というと、最近はずっとだけやられる先生がいたり、また、看取る医療が在宅医療だと思われたりとかさまざまな偏見がありました。その辺はやはり正しく伝えていかなければいけないという気持ちがあります。そこで日本中の在宅療養支援診療所をつなぐ連絡会を作りましてその事務局長なども仰せつかっております。

今年21年目ですけども、思い返しますと本当に隔世の感、これが実感です。

座長…そうですね。どちらで開業されているのですか？

太田…栃木県小山市と茨城県結城市、栃木県栃木市です。基礎自治体にそれぞれ診療所があります。自治医科大学に長く勤務した関係で、最初は小山市で始めました。

やはり行政と医師会と仲良くやっていくためには、始めた当時からですが、医療と福祉の連携を思っています。まず行政とうまくやるために、それぞれの基礎自治体単位に診療所があった方がいいと考えました。

東京の世田谷でも運営しているのですが、このクリ

ニックはどちらかという地域ネットワーク型で展開したいと思ってパイロット的に作りました。

座長…なるほど。大澤さんが開局されたころはいかがでしたか？

大澤…太田先生も言われましたが、時代の方がどんどん変わってきて本当に驚いているという状況です。当時は、在宅医療を受けるところも市内ではほとんどなかったと思います。私も見よう見まねで始めまして、その後も続けております。

現在でも薬剤師の中では、やっている人の方が少ないものですから、全国の薬剤師も試行錯誤してやっています。一昨年、一般社団法人で全国薬剤師・在宅療養支援連絡会という集まりを立ち上げました。

初めて在宅に取組む薬剤師の集まりができて、現在、800名近くの薬剤師が入っています。半分以上は既に在宅をやっている人たちで、残り半分くらいはこれからやってみようという人たちです。

いままでは、やりたいけれど具体的に方法が判らなかつたのです。一方、既にやっていたという方々も、本当にこのやり方でのいいのか、業務の質がさらに上げられないかと考えていました。このような思惑が一致して現在その会ができて、図らずも初代会長を仰せつかっております。

◆現場が考える在宅医療とは何か

座長…お話を進める前に、現場の方々が考える在宅医療とはどのようなものか、定義というところも堅苦しいのですが、太田先生はどのように考えていますか？

太田…はい。実感として在宅医療は、単に病院の受け皿ではないと思っています。それは外来の延長にあるという考え方です。いつも外来に来る患者さんが、来

なくなったらどうするかということですね。

いつも来る患者さんが来なくなると、往診になるわけですね。いつも来る患者さんが年をとって、往診になるわけですよ。いつも来る患者さんががんが見つかって、治療してがんが治らないから在宅ホスピスケアということになります。ですから在宅医療は、病院医療の先にあるのではなく、外来の先にあるという考え方が必要だと思いますね。

座長…病院はたくさんあるけれども、往診をしてもらえるところは少ないですね。

太田…だから病院の先に在宅医療があると思うと、そういう話になるのです。かかりつけ医それぞれが、在宅医療をどのように考えて医療を進めるのかということが大切です。

座長…在宅医療をすると、外来患者さんは減りますか？

太田…仮に薬を1か月間処方すると外来患者数はそれまでの2週間処方と比較して半分になります。最近の研究データ（「かかりつけ医と在宅医療の推進」東京大学高齢社会総合研究機構辻教授 編）を見ますと、外来患者さんの平均来院数は47人とのことです。また、将来これが33人まで減少するだろうと推定しています。これは外来33人で、生活していくにはどうしたらいいだろうかと対策を考えねばなりません。開業医は今後、外来患者が増える可能性が大きいと思います。

座長…そうすると、自ずと在宅医療にならざるを得ないということですね。

太田…そうですね。社会の必然、時代の要請と言うべきかもしれません。

大澤・薬局でも、外来の延長ですから薬局に来られない患者さんにはこちらから行くというのが、もう当たり前だと思えます。

#### ◆在宅医療の採算性はどうか

座長・太田先生はどのような経緯で開業されたのですか？



太田 秀樹 先生

座長・なるほど。でも普通に開業していれば、そこそこ儲かるのに当時24時間365日というのはなかなか珍しかったのでは？

太田・当時は珍しかったですね。儲かりはしないけれども、勤務医と同じくらいの収入があればいいというくらいの気持ちをもっていけば、何とかやれたですね。いわゆる巷の開業医の豊かな生活をめざさなければ、特に抵抗はなかったし、とても面白かったです。

いわば絶滅危惧種ですよ。政府の保護政策でかろうじて最近繁殖していますけれどね。(笑)ただ、当時から在宅をやっていた人たちは、医療の本質的な部分で、「病気を治すだけが医療じゃない」と考えると在

宅医療は自然な発想です。

しかも在宅医療は内科でも外科でもないのです。もし学問として成立するなら「管理医療学」かな。マネジメントの領域が非常に大きいです。実際、現場では看護師がほとんどの医療行為をやりますから、医者には適切な判断と指示と責任がゆだねられます。

#### ◆薬剤師は何故参入できなかったのか

座長・大澤さん、薬剤師が在宅医療になかなか関わらなかった原因は何でしょうか？

大澤・社会のニーズもなかったというか、顕在化していなかったということでしょうね。それは薬剤師が行かないということもあると思います。未だに採算がとれないところも多いですよ。業務の対価として考えて、窓口業務と比較してみると窓口の方がもちろん効率がいいですね。加算というありがたい評価をいただいているとは思いますが、十分な評価かと言われると、私は充分ではないと言いたいです。

座長・日本の医薬分業が進み、病医院が出した薬にかかる費用はいまや6兆円を超えたといわれていますね。在宅医療になかなか薬局がのってこないというのは、やはりペイしないからでしょうか？ 経済合理性から言えば、儲からないものはやらないですよ。

大澤・一つはそうかもしれません。私見ですが、医薬分業は早く進み過ぎたと思います。薬剤師の数と、医薬分業のスピードが合わなかったということです。

いま薬局は、慢性的に人手不足になっています。本来であれば昔の薬局は、市民が少し具合が悪いと薬局に行っているような相談をしたものです。薬剤師は「あなたを飲めばいいよ」とか「あなたはひどいから医者に行った方がいいよ」というように、そこでトリ

アージのようなことをやっていたわけですが、現在は、医薬分業が進み医師からの処方せんが来て、それを調剤するという、受け身の体質になってしまったのです。さらにその流れに乗っていけば採算が合ってしまうので、「何も在宅医療までやらなくてもいいのでは」という経営者も残念ながらいまいます。

座長・太田先生がおっしゃったように1992年は在宅医療を第3の医療としました。つまり入院、外来に加えて在宅医療の必要性を厚労省が言い出して、その後いろいろと加算がついたと思うんですが、薬局の方はいつごろから在宅に点数がついたのですか？

大澤・ほとんど同じころからだと思います。途中からは介護保険が入って、両方が使えるようになりました。

#### ◆在宅医療と看取りについて

座長・次のテーマに移りたいと思いますが、在宅医療と看取りについて太田先生、いかがですか？

太田・そもそも看取りは医療行為ではないかもしれませんが。元々は家族の手の中にあつたのです。だから1970年代の小説を読めば、年寄りが家で死ぬのは当たり前で、医者が来て「ご臨終です」と言ったら、あとは家族がお世話をしたわけです。

それは文化でした。「病院で死ぬことが当たり前だ」という文化を変えないと在宅看取りはできません。

最近では老人ホームでも最期までお世話しますというところがあるわけですから、私は自宅に限らず、居心地のいいところで看取られるというのが一番だと考えています。

座長・私も長野県で「ピンピンコロリの研究」に参画しました。需要と供給の面からいろいろと調べました



大澤 光司 氏

大澤 光司 氏  
志向というものは強

太田：そうですね。歴史的に言うと、高齢化社会になったといわれて65歳以上が全人口の7%を超えたのは1970年です。その後、CTなど高度な検査機器が導入されて、その上、高齢者の医療費が無料化になって、高齢者がみんな病院へ検査をやりに行くわけです。そのような流れで大病院中心の医療が進みました。透析もそのころ保険適用になりましたね。

一方、社会では時期を同じくして尊厳死協会などもできて、死に対する考え方も多様になってきました。「高度医療、先進医療が果たして国民を幸せにしているか」ということが、そのころから国民の疑問になってきたと思います。

座長：それは病院医療に対する社会の考え方も変化してきているということでしょうか？

太田：それはグループリビングでもいいじゃないですか。亡くなるときに居心地のいい場所というのはいかに限りません。医療施設以外の生活の場で看取られれば、私はいいと思います。

座長：それは病院医療に対する社会の考え方も変化してきているということでしょうか？

かっただですよ。多くの日本人はそう考えていたのではないかと思えますね。

太田：そういう意味でも、もはや在宅医療は時代の必然だと思えます。20年前、私どものクリニックでの在宅看取りは30%以下でした。しかしいまは70%くらいです。当時は「うちで死なれちや世間体が悪い」という人が結構多かったですね。ところがいまは「もう天寿がいい」「長寿より天寿」というのが国民のニーズになりつつあると思います。

緩和医療に関しても国民の意識は大変変わりましたし、社会全体の医療への期待も大きく変わりましたね。それはメディアの力が大きいと思います。

座長：それはどの辺で変わりましたか？

太田：やはり介護保険ができたときに、チームで診るということについてすごく意識が変わったと思います。

#### ◆チーム医療の問題点とは

座長：それでは在宅医療におけるチーム医療についてお話を進めたいと思います。医療と介護のシームレスな連携と言われますが、在宅医療の現場は多職種の人々が進められています。何か問題点はありますか？

太田：私はよく在宅医療を車の4輪駆動車に例えています。いままでの医療は、医師と看護師の2輪駆動でした。これは舗装された道ならスムーズに走れます。しかし、在宅医療は道なき道を走らなければなりません。それには歯科医師と薬剤師の力が必要なのです。4輪駆動として進めなければ、なかなかうまくいかないと思います。ケアマネジャーは、ドライバードです。また、医療と介護には元々共通言語がありません。

いままでのように医療をピラミッドで見る、医師の指

示で看護師が動いて看護師の指示で介護士が動くというようなヒエラルキーをイメージする人がまだいますが、それでは在宅医療は進まないですね。

在宅医療の現場での介護士との接着剤は、やはり看護師なのです。それで痰の吸引も看護師との協働で、ということになっているわけです。医療と介護の連携には看護師がキーマンになるということが大事だと思えますね。

座長：なるほど。

太田：これは意識の問題ですが、一生懸命やる訪問看護師のそばには、一生懸命やる医者がいて、一生懸命やる薬剤師もいるものです。こういう人たちでは「美しい連携」がとれているのです。ただ、現場での人と人の連携はとれているんだけど、実際の課題として、地域の職能団体間としての壁がありますね。

この職能団体の連携に必要なのは、行政の力です。私は、行政がみんなを一堂に集めるチャンスを作ったらいいいと思います。栃木県ではそういうことが比較的うまくいっています。

座長：ケアマネについては、どのようにお考えですか？

太田：ケアマネは、在宅医療の調整役としては欠かせない機能をもっています。私どもは1992年の開所当時から、ケアマネジメントの重要性を認めてやってきました。いま法人全体で30人くらいケアマネの資格をもっています。大澤さんも私も一応ケアマネです。

ケアマネを育てるということも大事だと思っています。ケアマネは医師と話ができない人が多いので、私は秀樹という名前なので「秀磨茶屋」という、ケアマネとスイーツを食べてお茶する会をやっています。だからうちの診療所は、ケアマネがほとんど患者さんを連れてきて、患者さんが多く困っています。(笑)

座長…そうやって医療側も歩み寄れば、ケアマネも少しずつ医師と話ができるようになるわけですね。

太田…ケアマネに医療の知識があるとかないとかの前に、医者と気楽に話ができるかというのが重要な資質なのです。

座長…大澤さん、この点は薬剤師さんにも言えませんか？

大澤…言えますね。太田先生が言われたように、ケアマネが、残薬など薬の問題に気づいても、その情報を直接医師に報告することは、なかなか難しいことのようにです。

しかし、まだ私ら薬剤師の方が医師に対しては抵抗が少ないですから、ケアマネと医師の橋渡し役をよくします。会ではパンフレットも作って告知しています。ケアマネの皆さんには大変好評です。

残薬に関しては、薬剤師は患者さんのお宅を訪問して薬剤のマネジメントをきっちり行つて、医師に報告するというをやっています。

患者さんのお宅に薬が山ほど残つていても、医師はなかなか気づいていないことも多いですから、飲んでいって診察して、また処方されてしまうとどんどん薬が増えてしまうので、そういう場面でも薬剤師は活躍すべきだと思いますね。

座長…なるほど。でもアメリカもそうですが、処方せんには病名などは一切書いていませんから大変ですね。

大澤…そうですね。でも在宅医療になれば診療情報提供書をもらえますから、そういう点はスムーズですね。

## ◆在宅医療における情報交換

座長…少しずつ在宅医療の現場がわかってきたような気がします。チーム医療ということですが、メンバー同士の情報交換はどのようにされていますか？

大澤…特に終末期医療では、ICTを活用して患者さん個人名のメーリングリストを作り、そこに多職種がみんな入って情報共有をしています。

「きょうはこんなことがありました」というような訪問看護士さんからの情報を、リアルタイムにみんなが見られるというような仕掛けでとても便利です。

太田…ICTを使って情報共有を図るには、カルテによる医療情報が基本になります。あちこちにクラウドを入れるところが出てきたわけですから、患者情報を共有するためにICTを活用しないということはあり得ないことですね。

チーム医療をする在宅では当然のことです。その先の話として、ITストレスの人たちと言語の違う人たちをどう結ぶのかということがありますが、メーリングリストのように親しみやすいものから入っていけば、便利なものであることが理解されると思います。在宅医療ではいまやもうクラウド以外考えられませんね。

座長…ICTは他にどんな活用法がありますか？

太田…在宅療養支援診療所同士を情報ネットワークでつなぐ。そしてバックベッドの病院ともつないで、情報共有を有機的にやればさらに効率はいいですね。

静岡県も導入した。次は栃木県もやるという感じですね。後ろ向きの人たちは常にいるけれども、やっているとところはやっているといるのだから、今年できなくても10年後はきつとやらざるを得ない状況になるということ

で、覚悟を決めてほしいと思いますね。

もう一つはスマートフォン。動画が来るのですよ。テレメディスンとして、在宅でもオンデマンドで指示が出せます。20年前はポケットベルでした。(笑)

例えば、私が診療所に行ながらにして訪問看護師からの情報が来て、そこに指示を出せるわけですからそういった意味ではすごい技術革新ですね。

## ◆地域包括ケアシステムについて

座長…在宅医療をもう少し大きな枠で捉えて、厚生労働省では地域包括ケアシステムをめざすということも打ち出していますが、この点についてはいかがですか？

太田…地域包括ケアシステムには期待しています。地域包括ケアシステムにおける医療と介護は社会保障ですが、住宅まで含めたところは画期的な点ですね。国交省も文科省も厚労省も含まれているということもいいです。これからは省庁も横串を刺していかなければ、日本はどうにもならないと思っています。

地域包括ケアシステムでは5つの領域があります。その中の医療介護の部分で医療というのは訪問看護と言明してもいい。地域包括ケアとして、行政主導で行われているわけですから、都道府県と医師会がしっかりすれば、地方都市では稼働するだろうと思いますね。

座長…大澤さんはどう思われますか？

大澤…地域包括ケアには薬剤師も入っているわけですが、薬剤師としての元々の機能をとり戻さなければ地域包括ケアシステムの中では役に立たないと思います。薬局は、本当はライフサポートの「よろず相談所」みたいな役割だったはずなのです。町の科学者という

か、水や衛生管理もできるし、「どんな相談にものります」というのが薬局だったのですが、そういう薬局は残念ながら少なくなりました。

座長…ビジネス優先のドラッグストアだけでなく、町の薬屋さんにはぜひ「健康の水先案内人」になってもらいたいものですね。

### ◆地域連携とコミュニティの大切さ

座長…地域包括システムでは、地域のコミュニティの力が大切だと太田先生は日頃から強調されていますがそれは何故ですか？

太田…はい。市民としてのステークホルダーと、行政というステークホルダー、職能団体という三つ巴の三角関係の中で、どうバランスをとるかが大事だと思います。行政と職能団体というのは一応科学的で客観的です。ただし行政というのは、根拠を社会通念と法律に求めます。私たち専門職は、論文と科学性でしよう。そこに微妙な食い違いが出てくるのです。

市民はもつと主観的で情緒的です。だからこの3者がどこで折り合いをつけるかですね。それをうまくやる自治体が、地域包括ケアをきちんと動かしていくような気がします。

座長…もう一つのステークホルダーは企業ではないのですか？

太田…ただ企業は当然利益を求めますから、悪徳企業も進出してきました。そこは行政がきちんとチェックしなくてははいけません。行政が何にもわからないと簡単に認可してしまうという構図が生まれるわけです。

しかもコミュニティのあるところには、情報ネット

ワークの構築もうまくできるのです。逆にコミュニティがないから、それを情報ネットワークでつなごうと思ってもなかなかうまくいきません。

座長…コミュニティはどう作ればいいですか？

大澤…そうですね。やはり我々の会もそうですけども、何ができるかわからないというところから始まって、「多職種連携」なんていう言葉が後からついてきたようなものだから。12年もやってきたのでメンバー同士も仲がいいですから、やはり困ったときにすぐに頭に浮かびますね。勉強会、飲み会等もやって、やはり楽しくなければ12年も続けてこれなかったと思います。

太田…みんな同じ方向を向いていますから、顔が見える信頼関係というのは大切ですね。

座長…都会ではできませんか？

太田…なかなか難しいでしょう。私は、人口はずごく大事だと思います。1人の人間がイメージできる数というのは500人くらいだと思っていますから。

コミュニティというのは、その町で祭りが出せるくらいの規模でないとダメですね。喜怒哀楽を共有できる一定の広さというのがあると思います。例えばノーベル賞を町内でとった人がいたら、提灯行列ができるエリアと言うかね。(笑)

栃木市ではいいことがあったら、みんなで喜べる。そういう文化がないとコミュニティっていうのはなかなか機能しないですよ。例えば、ケアマネが私のところに報告してくる前に、「あそこのおばあちゃんは亡くなった」という情報が入ってくるんですよ。

コミュニティは、一度壊れきってしまってからでないと再構築できないという人もいますが、既にあると

ころは、その機能を高めるしかないのでは。地域包括ケアシステムは形から入ってはきていますが、コミュニティの力をもって、いいところがたとえ「点」の状態でも徐々に増えていけば、そこがモデルとなつてやがて「面」としてつながつていくと思います。

座長…きょうは大変有意義なお話をたくさん伺いました。先生方の地に足のついた医療活動で、地元のコミュニティに活力をますますつけていただければと思います。大変ありがとうございました。



1

# 「審査支払制度等の見直しに関する要望」を 厚生労働省に提出

支払基金は、審査支払制度の更なる改善と支払基金の事業運営の効率化を促し、医療保険制度の効率的な運営に資するよう、昨年に引き続き、「審査支払制度等の見直しに関する要望」を取りまとめ、11月5日、河内山理事長から木倉保険局長に提出しました。

提出にあたって、河内山理事長から、「支払基金が、いかに一生懸命頑張っても、大卒のところでは決め事をしていただかなければ、前に進まない課題がある。関係者といろいろ協議が必要ではあるが、検討をお願いする」旨の要請を行い、これに対して、木倉保険局長から、「支払基金サービス向上計画」の策定及びそのフォローアップなど、支払基金の取組みを評価いただきとともに、「保険局として、各課題について、議論を尽くしていく」旨の言葉をいただきました。

要望の内容は、次のとおりです。

