

地域包括ケアシステムにおける

小金井中央病院の立ち位置について

小金井中央病院 田中昌宏

2014年の診療報酬改定は医療本体プラス0.1%と発表されましたが、薬剤、医療材料のマイナス1.36%を差し引けば、実質は1.26%（約5000億円）のマイナス改定でした。国家財政の逼迫する中、政府は景気動向や国民への負担増に特段の配慮をみせつつ、医療提供者、医療機関には詭弁を弄して不誠実かつ冷淡な対応を選択しました。医療提供者も国民の一部の筈なのに……。同時に消費増税8%への補填分として中医協が実施した医療経済実態調査を参考に1.36%の上乗せが決まりました。平成元年の3%の消費税導入の際は0.77%、平成9年5%増税時には0.76%、現在、合計1.53%分が診療報酬の中に補填されています。中医協2号委員、医師会側は度重なる診療報酬改定を経て補填された筈の35の診療項目は低減、削除、包括化などで大幅に目減りをして1.53%補填分は現在では実質0%近くまで落ち込んでいるとみています。しかし、厚労省保険局は、1.53%の遡及的検証を巧妙に回避しつつ現在においても1.53%は診療報酬に乗っているとの立場を崩していません。消費税5%の現在、全国の医療機関が1年間に支払わざるを得ない不合理な消費税は総額で2420億円にも達します。もし1.53%補填分がゼロに近ければ全国の医療機関の理不尽な消費税支払い額はなんと7900億円にも上るのです。これは、栃木県の年間予算にも匹敵する巨額なものです。今後、医療機関が各自で控除対象外消費税を計算し今回の補填が充分であったか否かの検証をしなければなりません。2015年10月に予定されている消費増税10%の時にはゼロ課税、軽減税率、非課税還付方式などの選択肢から粗税の専門家も交えて十分な議論を尽くして「仕入れ税額を完全に控除できる合理的体系を勝ち取

ること」が求められます。医療機関が謂われなき「平成の呪縛」から解放されることを望んで止みません。

戦後生まれの団塊の世代が後期高齢者に到達する2025年（平成37年）には我が国は超高齢社会のピークを迎えます。残された時間は僅か11年ほどですが、これを見据えて、政府は医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスなど供給体制の連携を構築して包括的に高齢者を支援する制度（地域包括ケアシステム）の確立を目指しています。中でも医療と介護に求められる課題は大きく、それが今回の診療報酬改定にも色濃く反映されています。

診療報酬改定の基本方針では医療機関の機能分化・強化、在宅医療の充実、などを重点課題と位置づけています。

1. 入院の機能分化、（1）7対1入院基本料の見直し、（2）急性期後の受け皿病床の評価、（3）有床診療所の評価、
2. 外来の機能分化、3. 在宅医療の充実などですが紙面の関係上、大学病院に勤務する先生方に関係する1.（1）、1.（2）について概説いたします。

厚労省は当初、7対1入院病床を約2万床程度を想定しましたが予見能力の欠如から現在36万床にも増えてしまいました。失政以外の何物でもありません。今回の改定では過剰な9万床分を取り敢えず削減し、最終的には18万床の削減を目指しています。7：1病床基本料の施設基準や算定要件を厳格化してハードルを高くすれば、7：1入院病床を維持できなくなって徐々に脱落する病院がでてくると見込んでいます。具体的には①患者の「重傷度、医療・看護必要度」の見直し（7：1病床入院患者の評価基準のハードルを高くした）、②特定除外制度の廃止（90日超入院の特定除外患者も平均在院日数の算定に含める→結果、平均在院日数が増える）、③短期滞在手術入院患者を平均在院日数の算定から除外（平均在院日数を減少させる医療行為の減少→結果、平均在院日数が増える）などです。その上、④患者の自宅等退院患者割合を75%以上にするなど、現実としてはかなり厳しい縛りを要求しています。この「自宅等」は自宅、回復期リハビ

り病棟、地域包括ケア病棟（病室）、療養病棟（在宅復帰機能強化型）、居住系介護施設、介護老人保健施設（在宅強化型、または、在宅復帰・在宅療養支援機能加算）などを意味します。4月からは入院初期からの退院調整業務に重きをおいて、更には地域連携強化を推進させる仕組みになっているのです。厚労省は、この新基準を満たせない7：1一般病床9万床の受け皿病床として10対1一般病床、回復期リハビリ病床そして新設の地域包括ケア病床を想定しています。そして7：1病床からの退院患者の受け皿となる医療機関や施設にも、それぞれ、在宅復帰率が決められているのです。回復期リハビリ病棟は在宅復帰率6割、地域包括ケア病棟は同7割、療養病棟は同5割、居住系介護施設、介護老人保健施設では同3割、5割などです。在宅復帰、入院医療から在宅医療へのシフトという厚労省の筋書きが随所に顔を出しています。

中小病院でも一般病床再編の難題を避けては通れません。前述の②特定除外制度の廃止、③短期滞在手術入院患者を平均在院日数の算定から除外などは10：1病床においても課せられています。小金井中央病院は現在の10対1一般病床（85床）と療養病床入院2（50床）、計135床を有しますが、今後は地域包括ケア病棟、10対1一般病床、そして療養病床入院1、療養病床入院2に再編していく予定です。自治医大附属病院、新小山市民病院、JCHO宇都宮病院の7：1病床からの受け皿としてお役に立てるよう病床整備を進めると共に自前の入院患者の退院調整業務、入院後の効率的治療や退院後の療養環境にも配慮しつつ、今後の病院の立ち位置をしっかりと決めていかねばなりません。国が躍起になって在宅シフトを推進しても在宅医療の人的資源の量的拡大と質的向上が計られなければ退院させられた患者は行き場を失なって宙に浮いてしまいます。こうなっては在宅復帰制度は破綻を来してしまいます。7：1病床削減はややもすれば医療現場に激変と混乱と疼痛をもたらし、同時に患者やその家族には医療不信の再燃を生じかねない危険性を孕んでいます。今回の改定は2025年問題に向けた第2歩（2012年改定が第1歩）に当たりますが、いざ蓋を開けてみれば一気に5歩位も先に進んだ乱暴な改定であるとの声や拙速に事を運んでいるとの批判も耳にします。いずれにせよ、地域包括ケアシステムの構築を成功

させるためには厚労省、厚生局には制度の柔軟な対応と慎重な運用で制度上の綻びをその時々修復して進んでいく位の謙虚さと協調性が求められます。

自治医大外科同門会誌「一刀会」

2014年5月寄稿