

社会
保障
言
論病院群の再編成が
もたらす課題

診 療報酬の改定に続く「地域医療・介護推進法」の成立（6月）で、改革への道筋はみえた。同時に待ち受ける障壁の多さも浮かんた。

7対1病床は降格か、
転進か

高い診療報酬の効き目を象徴したのが看護師配置7対1病床の急増である。今回は、その約36万床に膨らんだ病床の整理から再編成が始まる。

平均在院日数の算定、重症度・看護必要度の基準を厳格化するなど、5点セットを導入して7対1入院基本料の対象から追い出しを図る。

約36万床はどこへ向かうのか。ひとつは高度急性期病院への昇格だ。従来の特額で日額2400円の「総合入院体制加算1」が新設された。高度手術の実績や24時間対応の三次救急などの基準引き上げで、どんな患者でも引き受ける「最後の砦」と位置づける。

すぐに算定可能は全国11病院のみ。ただし、厚労省は将来的に各二次医療圏（349圏）での配置を模索し、2025

年度の青写真である高度急性期18万床体制への第一歩になる（図）。

現状維持や昇格が無理なら看護師配置10対1等に降格するのか。むしろ診療報酬や推進法は、新たな「地域包括ケア病床（床）」への転進を促す。

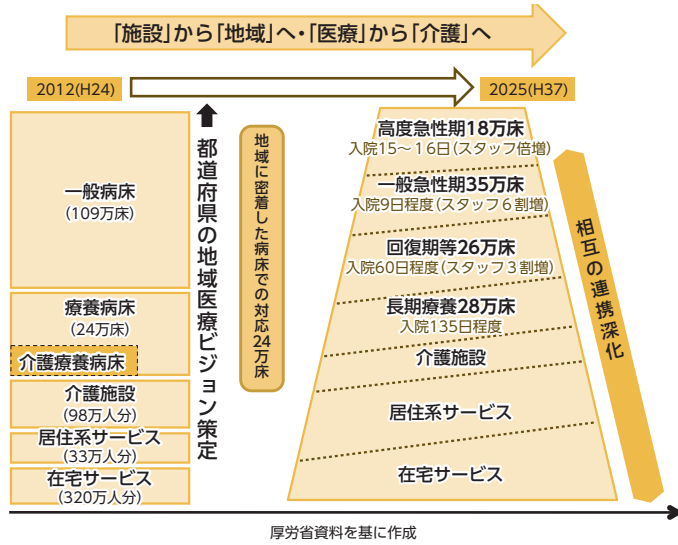
この病床の役割は、急性期後の患者やタクシー利用等での軽症急性期患者の受け入れ、在宅への復帰支援である。7対1病床からの転進を誘い、看護師配置13対1も認め、入院料・医療管理料・各種加算で1日3万円余もの報酬をつけた。

いわば鉛と鞭の誘導でどの程度7対1病床を圧縮できるか。メディアは2015年度までに9万床削減と報じたが、厚労省は難作業を自覚してか、目標数を示していない。都道府県に託した病院再編成の「地域医療ビジョン」策定との二人三脚で進められるかどうか。

全ステージで
在宅復帰率の設定

今回の診療報酬改定の特徴は、急性期から慢性期まで全ステージで在宅復帰（退院）率が定められたこと。

医療・介護機能の再編(将来像)



7対1病棟は自宅等退院患者割合75%以上、地域包括ケア病棟は在宅復帰率70%以上が求められる。療養病棟でも同50%以上には在宅復帰機能強化加算がつく。

7対1病棟からの自宅等退院患者、地

域包括ケア病棟からの在宅復帰患者には、この加算を取る療養病棟への転院者も含まれ、計算上で復帰者扱いされる。つまり療養病棟も50%ラインを維持しないと、7対1病棟や地域包括ケア病棟からの紹介患者を見込めなくなるわけだ。

老人保健施設へ転じる場合も、在宅復帰率30%以上か、同50%以上の老人保健施設なら、やはり復帰率の計算で自宅退院並みに扱われる。

急性期病棟から一気に自宅復帰は無理なら、地域包括ケア病棟、療養病棟、老人保健施設等を経て自宅へ戻る流れを作ろうとしている。だが、地域ごとに各施設の配置・役割分担・連携が機能しないと、患者の追い出しの恐れがつきまとう。

スタッフの確保が成否を決める

全体として整った構想・報酬設定である。しかし、早期治療・早期退院で病床の回転率を高め、病床数を抑え込むにはスタッフの増員が不可欠だ。

福田政権下で設けられた「社会保障国民会議」で、病院の目的別の再編図が初め

て示された(図)。画期的だったのは、入院期間の短縮へ向けヒト・カネ・モノの集中的な投入を提起したこと。具体的に高度急性期のスタッフは倍増、一般急性期は同6割増、回復期も同3割増と概算された。改革案の方が建設費等を除いて総費用は増える覚悟を迫った点でも注目された。

この大事な目標や取り組みは、推進法や報酬改定には見当たらない。

早期退院者を自宅や施設で受け止める介護体制も同様だ。2025年にかけて在宅中心の体制を築くためには、介護職は現在より約100万人増員が必要とされ、やはり総費用も膨らむ。

今回の報酬改定は消費税引き上げ(8%)に伴う医療機関のコスト増に財源の大半を充て、医療機関の機能分化・連携や在宅医療の充実に使えるのは約400億円にとどまった。

推進法による地域包括ケア体制の構築を含め、医療から介護へ軸足を移す第一歩と評するほかないのだろう。

■宮武剛(みやたけこう)

毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学・目白大学の教授を経て、目白大学生涯福祉研究所・客員教授。厚生労働省・社会保険審議会委員、財務省・財政制度等審議会委員やNPO「福祉フォーラム・ジャパン」会長も務める。