

3. 医療・介護体制の影響と対応

日本慢性期医療協会会長

武久洋三

今年の同時改定の特徴は、アウトカムが重視されたことであろう。要するに患者の病状が良くなり、要介護度が低くなれば、結果的に入院期間は短くなり、利用する介護サービスを減らすことにつながれば、増え続ける医療介護費用の抑制につながるかもしれない。

そして、いよいよ偽物急性期と偽物慢性期が自然淘汰されようとしている。厚労省は6月15日に開催された地域医療構想ワーキンググループの会議において、2017年度病床機能報告で「高度急性期」または「急性期」機能を選択した病棟の中で急性期医療をまったく提供していないと考えられる病棟が約14%存在しており、今後、高度急性期・急性期機能を全く果たしていない病棟については、「高度急性期」「急性期」と報告できないとしたのだ。私は日本慢性期医療協会の会長就任以来ずっと「自称急性期病院は、本当は急性期病院ではない」、「療養病床を中心とした慢性期病院は「病床」というより、一部は「施設」と変わらない運営をされている」と提言し続けてきたが、ようやく国が認め始めてきたのではないかと思っている。自称急性期病院において不適切な治療等が原因で浪費され続けてきた日本の医療費は莫大である。これから「急性期」が厳密に分類されて平均在院日数や看護職員の数だけでなく、アウトカムや提供している急性期的な医療内容なども含めた客観的指標により、自称急性期病院が振り落とされることになるだろう。今まで厚労省は、「急性期とは尊いもので神聖で犯さざるべきもの」という固定概念があり、何かというと庇い、優遇してきた。特定除外制度が正にその典型である。2006年に新設された7対1一般病床は4.3㎡、8人部屋という古い基準でも、看護師の数さえ確保していれば、入院患者の状態がどうであろうと、いくら長く入院しようとしても高い報酬を得ることができたのだ。ところが2014年に新設された地域包括ケア病棟は唯一、面積要件が定められ、リハビリテーション2単位をはじめ、手術、麻酔など一部の項目を除くとほとんどの項目が包括されている。まもなく地域包括ケア病棟が回復期リハビリテーション病棟より多くなる。そして今後ますます地域急性期機能や軽中度の救急機能やリハビリ集中機能を有する地域になくしてはならない病棟として公認されてくるだろう。

今後、病院は「広域急性期病院」と「地域多機能型病院」の2つに大別されてゆくだろう。地域多機能型病院は、さらに「急性期型多機能病院」と「慢性期型多機能病院」に分類され、そのいずれにも地域包括ケア病棟は含まれると考えている。

最後に、病院は治療する場であり、少なくとも患者は良くなると思って受診している。私たち医療人はそのような患者の期待に応えなければならない。どれだけ入院したか、どれだけ技術を尽くしたかではないのだ。今まさに寝たきりを増産している日本の医療提供体制を革新すべき時期に来ている。