

シンポジウム 1

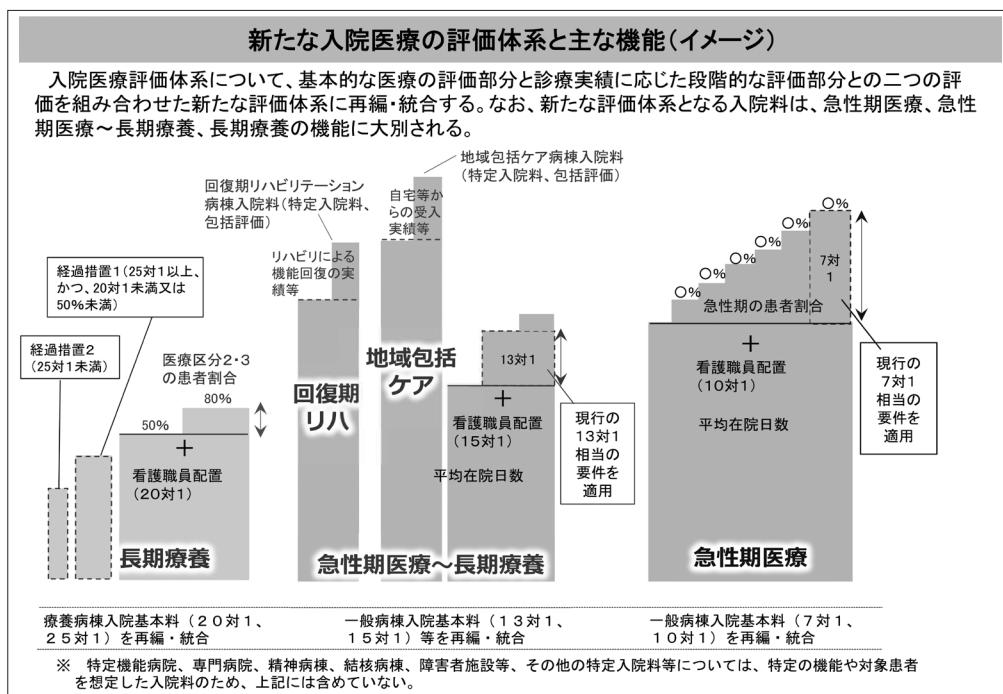
病院医療はどこに向かっているのか？

猪口雄二(公益社団法人全日本病院協会／医療法人財団寿康会)

2018年は診療報酬・介護報酬同時改定が行われた。内容は多岐に渡るが、診療報酬改定においては、病院・病床の機能を分化する方向に向かっている(図1)。病棟が急性期、急性期～慢性期、慢性期に分類された。急性期病棟は、「急性期一般入院基本料」となり、その姿を大きく変える方向性が打ち出された(図2)。従来の7対1病棟、10対1病棟の間に2分類創設され、入院料1～7と順列式に並べるものである。また、重症度、医療・看護必要度はDPCデータを利用するIIが創設された。地域包括ケア病棟も「地域包括ケアに関する実績」加算が創設され、順列方式となった(図3)。さらに、療養病棟は20対1だけとなるため、「介護医

療院」への転換も併せて大きく形を変え、転換すると在宅扱いとなる。介護報酬改定では、極めて細かい項目の改定があるが、大きく姿を変えたのが介護老人保健施設である。「在宅復帰・在宅療養支援等指標」が創設され、細かく加算が定められた。これらの病院・病棟・施設間、さらには在宅・居宅療養との連携が、今後の日本の医療・介護提供体制の基本となるであろう。

一方、全国で進行している地域医療構想・調整会議では、構想区域ごとの病院機能分化が図られようとしている。2025年の病床必要数の推計に向けて病床機能を再編し、高度急性期、急性期、慢性期の病床数を減じ、回復期、在宅等を増やそう



1

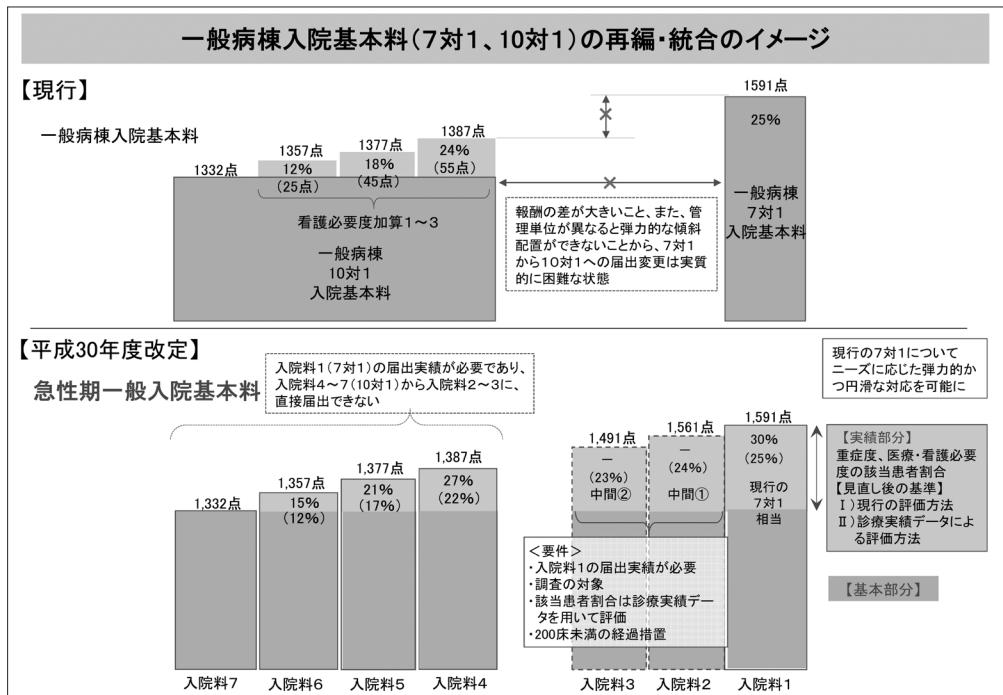


図2

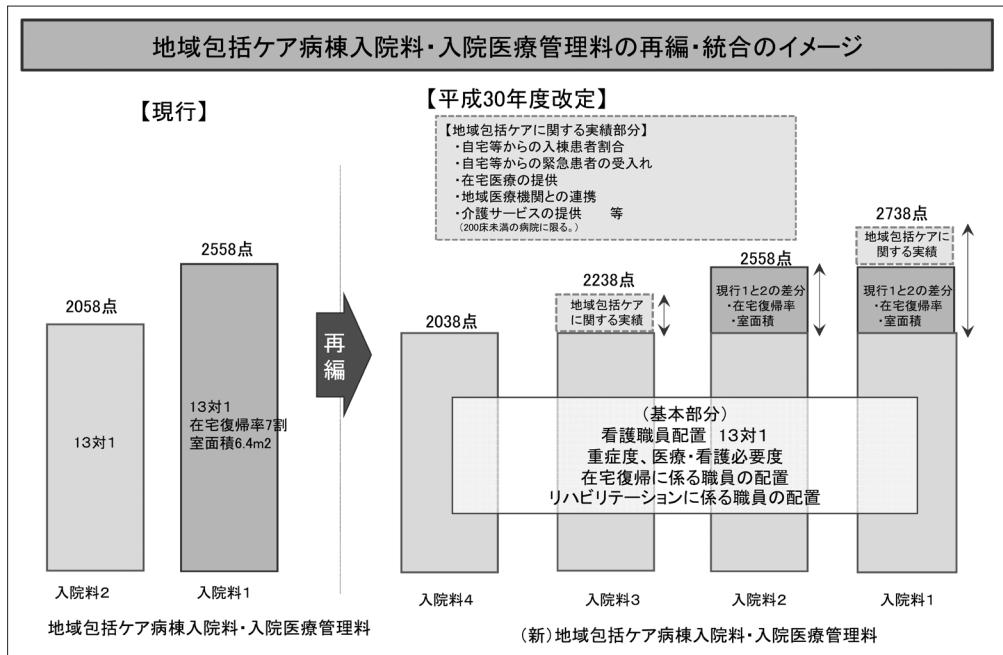


図3

というものである（図4）。しかし、回復期の定義がはっきりしないこと、病棟機能報告は4分類であるのに対し推計病床数は患者数であるため、現場ではやや混乱が起きており、まだまだ浸透しているとは言えない。

その他にも医療現場を大きく変える制度改革がある。それは「医師の働き方改革」である。現時点での論点は、

- ・応召義務：労働時間規制と応召義務との関係を整理。
- ・タスクシフトのあり方：薬剤師、看護師、臨床工学技士、救急救命士など多職種の対応を考えられる。
- ・宿日直制度：医師の宿日直の許可基準の見直しが必要。
- ・自己研鑽：医師の研鑽は、「良質かつ適切な医療を行う」ために必須であり、単なる労働時間と異なる。
- ・時間外労働時間の上限規定：時間外労働時間の上限の例外や特例について十分な配慮が必要。

等である。

このように、多くの課題を抱えた病院医療であるが、下記のような課題や方向性が考えられる。

- ・診療報酬・介護報酬改定の方向性：急性期医療の集中化、在宅医療と居宅医療を重視、高額薬剤、新規技術への対応をどうするか、効率化の推進、等。
- ・地域医療構想：地域格差（都道府県、市区町村、中心部と周辺部）、公私役割分担、人口減地域の増加、等への対応。
- ・医療・介護の複合化：地域連携推進法人はあまり増えないが、M&A、グループ化は増大している。
- ・医師の働き方改革：専門医のあり方、総合医の重要性、等も含め、医療提供体制を変える可能性がある。

さらに消費税問題、若年人口の減少・介護職不足等、問題は山積しており、ここ数年で病院医療の姿は否応なく変化すると同時に、各病院はさまざまな対応を求められるであろう。

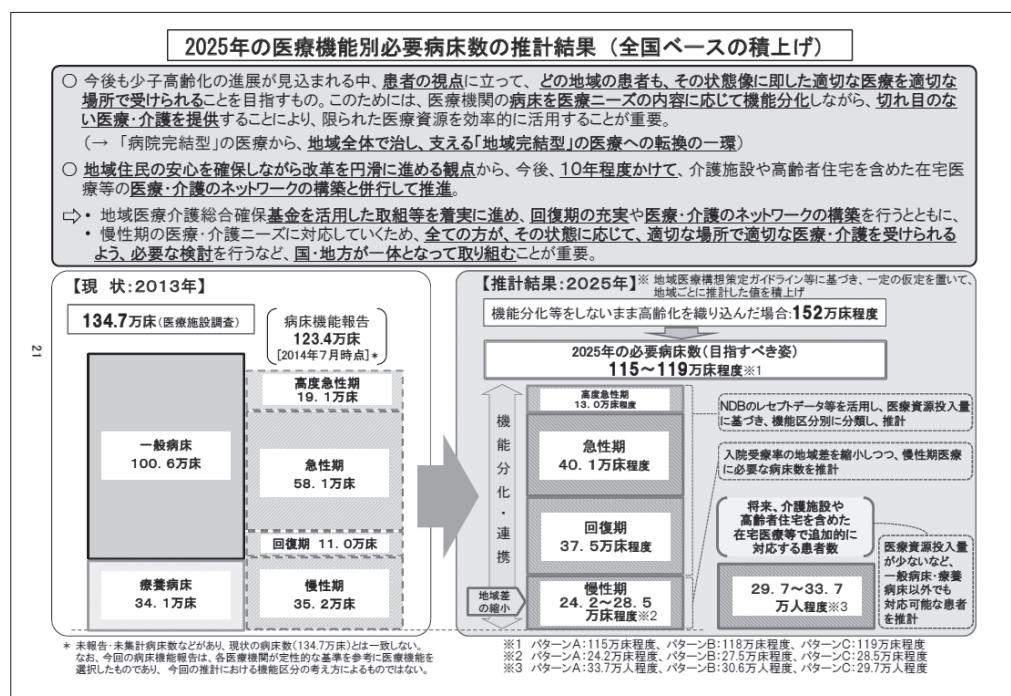


図4