

「地域包括ケア病棟」を軸に 地域を支える役割に磨きを

診療報酬は「急性期」機能の高度化と絞り込みが顕著になっているが、その一方で地域包括ケアを支える病院を後押しする配慮もうかがえる。こうした状況を踏まえ、株式会社川原経営総合センター病院コンサルティング部の佐藤秀也副部長は「実情を度外視して急性期医療機能に固執するより、地域を支える『かかりつけ』機能の充実を図るほうが、地域だけでなく病院の経営にとっても好ましいケースが多い」と指摘する。

本当に急性期医療を果たすべきか 地域で求められる役割の検討を

従来、「一般病院」と言われてきた病院、中でも中小規模病院の多くは、自院が果たす医療機能について、その方向性を大きく見直すことが求められています。自院では「急性期」を担っているつもりでも、実態はそうではない——という状況が散見されます。

「かかりつけ病院」と一口に言っても、求められる機能は地域の状況によって変わります。二次救急医療の要役が期待される病院もあれば、在宅患者をしつかり支える役割を求められる病院もあります。自院では前者だと思っています

も、本当に求められているのは後者であることが少なくありません。そうであるならば、急性期機能に固執するのではなく、地域に密着し、地域包括ケアを支える病院をめざし、そのための機能を充実させることを検討すべきです。

たとえば「急性期一般入院料1」（7対1体制）を算定するならば、「重症度、医療・看護必要度1」に該当する患者の割合が30%を超えている必要がありますし、平均在院日数も10日前後といったところでしよう。それでも病床稼働率は収支バランスを考えると85%を常時上回る必要があります。そうした集患の基盤となる救急搬送受入件数もかなりの数にのぼるはず

これらが実現できていない、あるいは相当背伸びしなければ実現できないならば、「本当に自院の果たすべき役割」を考え直すべきでしょう。病床稼働率が70%を割り込んでいくにもかかわらず、診療報酬の要件に合わせるために早期退院を促し、結果としてさらに稼働率が低下することもあります。これは病院経営にとってはもちろん、何より患者さんにとって好ましいこととは言えません。

診療報酬改定も 「かかりつけ病院」を後押し

急性期機能から地域包括ケアを支える機能へ移行するとなると、少なからず診療体制、さらには事

業モデルが変わるわけですから、懸念が生じるのも無理はありません。よく耳にするのが「収入減が心配」という声です。しかし、これも「かかりつけ病院」を追求するうえでは、別の見方が成り立ちます。

病棟の収支で考えてみましょう。私の経験則で言うと、急性期病棟の入院単価は入院初日から2週間まではおおよそ3万円台後半、4万円台前半であるのに対し、地域包括ケア病棟は3・2万円前後。これだけ比べれば、確かに収入の目減りは否めません。しかし、入院期間2週間以降になると、急性期病棟の平均単価は2万円台に急落する場合があります。

こうなると、シミュレーションの再考が必要です。なぜなら患者の大半は高齢者、しかも75歳以上の割合がどんどん増えており、「早期の在宅復帰」は決して簡単ではなく、14日以内に快復し退院させることは容易なことではありません。私の支援先の病院を見ていると、「急性期病床」に入院した患者さんでも40〜45日の在院日数に及



佐藤秀也

株式会社 川原経営総合センター
病院コンサルティング部
副部長

さとう・しゅうや ● 国立療養所道北病院、大手医療関連サービス企業にて品質管理・業務改善等の指導ならびに経営支援システムの開発責任者を経て、現職。病院改革・再生支援、経費削減支援、療養病床再編指導、経営改善支援、公立病院改革プラン策定支援、地域医師会や金融機関主催の研修会の講師などを務める。

“ 基本的に200床未満の一般病院は「急性期病棟」でなく「地域包括ケア病棟」を軸に機能を再構築していくことが望ましい ”

ぶことがあります。自院の患者像を想定し、それに必要な在院日数を考えてみたら、急性期一般病床入院料と、地域包括ケア病棟入院料の入院経過日毎の平均単価に、それほど大きな違いが生じないというところもあるかもしれません。さらに、地域包括ケア病棟でも相当、密度の濃い医療を提供することが可能です。端的な例が「地域包括ケア病棟」で、手術・麻酔については出来高で算定できるようになっていっている点です。さらに、開放型病院共同指導料の算定回数が「地域包括ケア病棟入院料1」の施設基準に盛り込まれている点にも留意すべきです。これは地域の開業医に施設設備を使ってもらうことを念頭に置いていると考えられますが、設備の回転率を向上さ

せることも可能でしょう。文字通り「地域で患者さんを診る」体制を整えられるのです。

機能の先鋭化進む急性期より高齢患者主体にかかりつけ機能強化を

基本的に、200床未満の一般病院であれば、よほど専門性が高いか、地域事情がない限り、「急性期病棟」でなく「地域包括ケア病棟」を軸に病床機能を再編していくことが望ましいと考えています。そもそも、入院医療の内訳も、従来型の急性期医療よりも、高齢者医療の比重が高まっています。私の支援先病院でも、外科系と内科系を分けた場合、従来の収益比は6対4という割合でしたが、最近では5・5対4・5程度、つまり内科系の収益が増えていきます。患者の高齢化と医療技術の高度化が相まって、侵襲性の高い医療よりも低い医療へ、保存的治療を選択する割合が増えているという側面もうかがえます。

設備投資も、高度な医療設備を揃えるよりも、在宅復帰・支援に向けた仕組みの充実、具体的には訪問診療や訪問看護、訪問・通所リハビリテーションなどの整備に振り向けることが求められるでしょう。

ただし、外来患者の訪問診療への移行を拙速に進めるのは考えものです。確かに国の政策は在宅医療を推進していますが、患者の経済的負担は無視できません。「在宅時訪問診療料」は1回8300円。自己負担は単純に3割とすると2490円です。さらに在宅時医学総合管理料の自己負担を加えると、相当な金額になります。外来通院していた患者を訪問診療に移行する場合には、このような経済的な負担にも配慮が必要となります。

あくまで地域、そして一人ひとりの患者の生活に寄り添った医療提供体制を追求することが求められますし、投資と回収という面から考えても、それが報われる診療報酬体系になりつつあるのです。