

患者を中心に、今こそ医療者がスクラムを組むとき

# 最新医療経営 フェイス・スリー Phase 3

2014  
June  
No.358

# 6

# 在宅復帰支援 全員で取り組む

特集

診療・看護・栄養・事務……



TOP対談「経営談義」



## 加藤昌之

公益財団法人さむやか福祉財団  
政策提言プロジェクトリーダー



## 澤登久雄

社会医療法人財団仁医会  
牧田総合病院  
医療福祉部・在宅医療部部长



# 2014年度診療報酬改定を在宅医療のあるべき姿を考える契機にしよう

2014年度診療報酬改定を受け、病院側は在宅復帰率を上げるため、患者の早期退院、在宅復帰を促進していく流れができることが予想される。ともすれば、早く退院させることが優先され、患者の意思や在宅側の受け入れ体制が十分でないといった事態を招きかねない。そうならないためにも、病院、診療所の双方から、患者が無理なく在宅へ帰るための方策などについて提言してもらいたい。

## 1 長尾和宏

医療法人社団裕和会理事長  
長尾クリニック院長

ながお、かずひろ ●1984年、東京医科大学卒業。大阪大学第一内科を経て、95年に長尾クリニックを開業。99年に医療法人社団裕和会長尾クリニックに移行し、理事長に就任。地域連携情報交換勉強会を行う在宅ケア団体「在宅ケアネット尼崎」代表。日本消化器内視鏡学会専門医。指導医。社団法人日本尊厳死協会副理事長。日本ホスピス在宅ケア研究会理事。日本慢性期医療協会理事。東京医科大学客員教授（高齢総合医学講座）などを務める。

### 経済視点と人間の尊厳から在宅医療を考えるべき

在宅復帰という言葉には、2つの意味があると思います。

1つは、社会保障・税一体改革の流れのなかでの経済的な意味です。超高齢社会や2025年問題に対応するため、医療費削減を図りながら地域包括ケアシステムを推進していくことでしか国民皆保険制度は維持できない、という考えに基づきます。

もう1つは、国民の多くが住み

慣れた地域で最期を過ごすという人間の尊厳、ヒューマニズムに基づいた考えで、病院完結型から地域完結型への転換を促すものです。病院を中心とした医療という、これまで40年ほど続いてきた日本の医療政策を大きく変える流れのなかで、人の幸せとは何なのかを考える契機でもあります。

このような強烈なメッセージが込められたのが今回の診療報酬改定であり、細かい部分を見ていくと不可解な点はあるものの、大筋では日本がめざすべき医療の方向

性を示しているのではないでしょうか。

ひと言でいえば、地域包括ケアシステムを推進し、地域に根付かせるための改定です。かかりつけ医や主治医機能がキーワードとしてあり、外来と在宅がシームレスにつながっていく。「地域」がキーワードであり、戸惑っている病院は多いのかもしれませんが、開業医からすればこれまで行ってきたことをこなしていくだけにすぎません。

改定内容を具体的にみると、一

般病棟7対1入院基本料の施設基準厳格化と地域包括ケア病棟の新設、在宅復帰の促進という方向性は時代の流れから必然だと思えます。在宅復帰率7割という指標は、地域包括ケアシステム推進の旗印とも言えます。

また、病院の外来を専門外来に特化し、一般外来を診療所へ移行させるため、大病院や500床以上の大病院の入院基本料算定における、患者の「紹介率・逆紹介率」のハードルを極端に上げています。外来患者の整理と、診療所との連携関係が強化されることになるでしょう。

診療所であれば、「地域包括診療加算」という主治医機能評価のための新たなカテゴリーができました。この加算の対象は24時間対

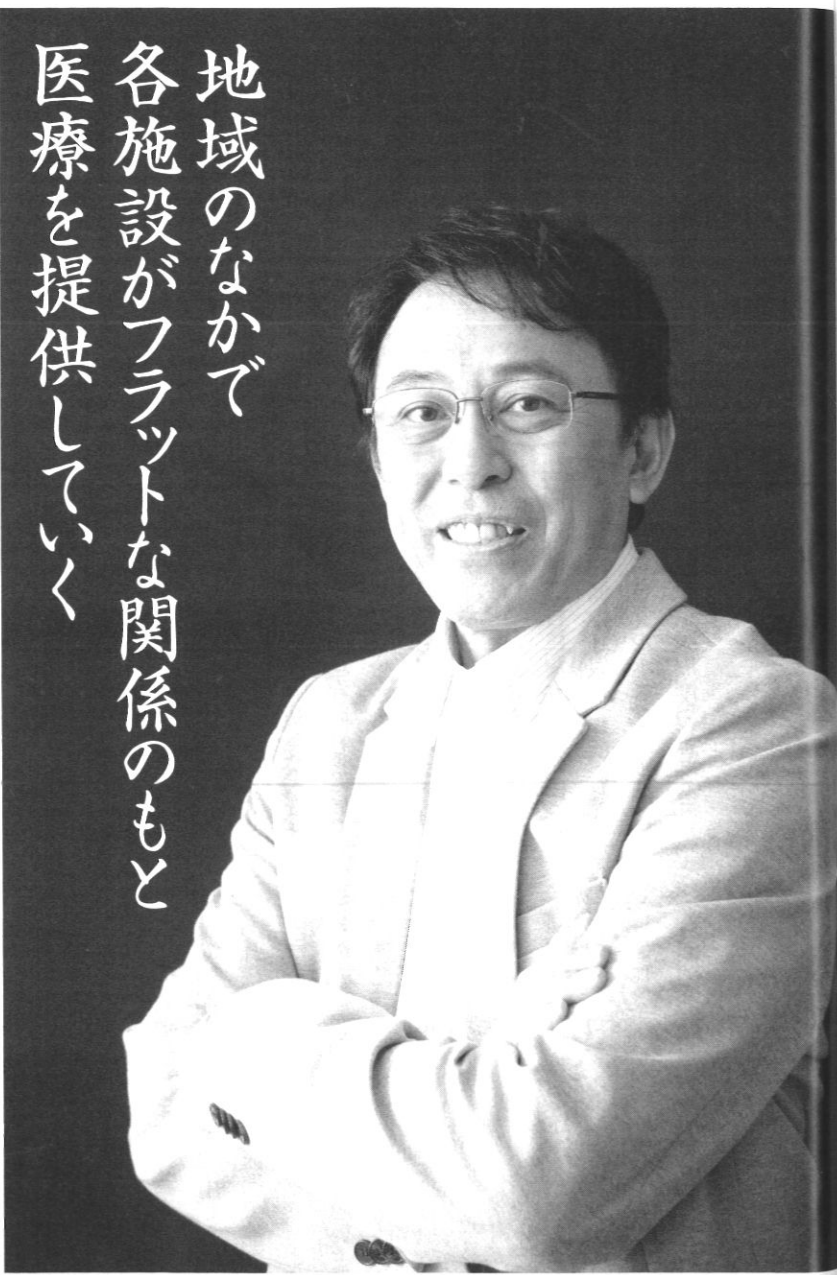
応の「時間外対応加算1」、または夜間対応の「同加算2」を算定できる診療所です。同じく新設された「地域包括診療料」は、200床未満の病院と診療所が対象ですが、算定要件は厳しくなっています。常勤医師3人以上が在籍する強化型在宅療養支援診療所が対象で、実際に算定できる診療所はわずかでしょう。

これは地域包括ケアシステムと呼びさせる試みで、地域医療で生き残ろうとするなら、将来的にはこれらの要件を満たす機能は必須となると思います。

一方、サービス付き高齢者向け住宅など、居住系、施設系の「同一建物」の診療点数が最大4分の1まで引き下げられました。ここから見えることは、サ高住の医療は近隣の診療所への外来、もしくは訪問診療で受けるということです。「地縁」という解釈です。地域にある施設を近くの診療所が診るのが極めて自然であり、地域医療の原点に立った考えだと思います。

### 地域包括ケア病棟は中小病院の生き残り策

なぜ地域包括ケアシステムなの



地域のなかで各施設がフラットな関係のもと医療を提供していく

かは先に述べましたが、病院は地域における役割、自院の機能を再考するときにきています。

地域とは何か。自院の半径5、10km圏内の住民の命と健康と守るための菌車の1つが病院です。決して病院が中心にあるわけではないのです。

このような状況を、私の造語ですが「まじくる」と言っています。病院、診療所、介護施設、在宅事業所などが施設間の垣根なく、フラットな状態で同じ場所にあると

いうことです。そしてチームの1員として、それぞれの役割を果たします。

病院と診療所、医療と介護といった枠組み、ヒエラルキーの崩壊です。地域という、もつと大きなシェアのなかで医療を考えていく必要があります。医療界に託された課題だと思います。

地域包括ケア病棟は、その試金石といえるでしょう。制度自体がいかに悪いかではなく、中小病院が病院として生き残るために求められ

る機能を果たせるかが問われています。これは1つの病院の経営うんぬんといった小さな問題ではなく、国の将来、社会保障制度の維持にもかかわってくることです。

たとえ在宅復帰率7割のハードルが高いとしても、地域包括ケア病棟という「新しい舞台」に上がり、そこに向かって走るしかない。病院が今後淘汰されていくなか、生き残るには、実は選択肢はあまりなく、この流れに乗るしかないのだと思います。