

医療制度改革  
～診療報酬の改定後の問題点と今後の対応～

医療制度改革 ～診療報酬の改定後の問題点と今後の対応～  
病院開設者・管理者の立場から

神野 正博 (財董仙会 (とうせんかい))

恵寿総合病院 理事長・院長

改革の名のもとに診療報酬・介護報酬の削減が叫ばれ、この 4 月には未曾有の診療報酬マイナス 3.16%、介護報酬マイナス 2.4% (17 年 10 月分を含む) 改定となった。さらには、4 月には介護予防を主とした改正介護保険法が施行され、6 月には医療制度改革関連法案が成立した。医療費削減計画の策定、介護療養病床の廃止など今後の道筋に光明は見えず、医療関係者の厭世観が広がるばかりの時代となった。特に、医療や介護の経営者、運営者が悲観論を吐くことは、そこに勤務する職員の士気の低下につながってしまうかもしれない。そして、その結果として一定の品質を保ち、かつ効率的な世界に名だたる日本の医療や介護が崩壊するという最悪のシナリオにならないことを祈るばかりなのである。

ここで、われわれ医療機関の経営者は、医療・介護従事者が自信と誇りを持つことを目指して目標を定め、時代の変化に柔軟に対応していく体制を整えるべきであると考えている。このような時代に病院経営向上の定石たる戦略はないものと考えている。しかし、自らの地域の人口構成、産業構成、競合関係などを省みることによって、目標に向かってのさまざまな道筋があり得るものであろう。その道筋は、決して研ぎ澄まされたクリティカルなパスウェイである必要はないだろう。回り道でも自らの選んだ道筋を修正しながらでも突き進んでいく、泥臭さが求められているのではないだろうか。

特に、自らの医療提供のあり方は過去の成功体験から決別し、病床の機能を分化させ、場合によってはダウンサイジングも図るべきと考える。右図は平成 15 年に厚生労働省が示した病床機能分化のイメージ図である。図の左上で示された急性期医療はニアライイコールとして DPC 導入であり、DPC 導入病院に対してのみ財政的な支援を提供していくものと考えている。また、一般病床の中での「糖尿病治療」「在宅医療の後方支援」といった分野は亜急性期病床として存続していくことになるだろう。したがって、DPC でも亜急性期病床でもない一般病床は改定の影響を大きく受けることとなるのであろう。

また、図の左下の療養病床は医療度なるものの高いもののみが財政的支援を受けることとなり、医療度の低いものは淘汰されていくこととなった。さらに、在宅は方向性として医療費の補填が大きいものとなっていくのである。図右手の枠組みの分野は政策的に重点が置かれるものであろう。したがって、これまでもこれからも財政的にも保護される図式となっていくものと考えられるのである。

