

渉外マンが 知っておきたい ヘルスケア 基礎用語

医療・介護・福祉にかかわる分野は、金融機関の取引先の中でも特に専門性が高い。こうしたヘルスケア分野の専担部署を持つ金融機関も多いが、ここでは渉外担当者が施設等を訪れた際に、最低限知っておきたい基礎用語・基礎知識を紹介する。(編集部)

ホワイトボックス
代表取締役
いし い とも じ
石 井 友 二



東京都出身。監査法人朝日会計社(現あずさ監査法人)入社。上場会社監査実施。監査法人退職後安田信託銀行(現みずほ信託銀行)コンサルティング部長を経て、95年3月に独立し、コンサルティング会社を設立。上場支援、M&Aなど一般企業のコンサルティングを行う。医療コンサルティングを行うため、2004年4月ホワイトボックス設立。代表取締役就任。現在に至る。監査法人ブレインワーク代表社員。

1 医療保険と介護保険

医療保険

医療保険は、医療法に基づき医療サービスを受けたときに発生した医療費の一部又は全額を保険者が給付する保険。日本は国民皆保険制度であるため、公的医療保険で給付がカバーされる。保険者は、全国健康保険協会、同業種の健康保険組合、国民健康保険等がある。

医療施設

医療施設には、20以上の病床をもつ「病院」と、0～19床の「診療所(歯科診療所を含む)」がある。病院には、一般病院、精神病院、結核療養所があり、一般病院の中には療養病床群を持つ病院や、地域支援病院、救急告知病院が含まれる。病院が持つ病床種類は、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床に区分される。

介護保険

介護保険は、介護保険法に基づき市町村が住民のために運営する。介護サービスや介護支援を一部カバーする保険。要支援認定や介護認定により予防給付や介護給付が行われる。介護度が上がり公的介護保険で賄えない保険対象外(上乘せ、横出)サービスを受けるための民間介護保険もある。

介護(保険)サービス

介護(保険)サービスには、施設サービスと居宅サービスがある。施設サービスには介護老人保健施設(老健)、介護老人福祉施設(特養)、介護療養型医療施設があり、居宅サービスには訪問介護、訪問看護、通所介護(デイサービスセンター)、通所リハビリテーション(デイケアセンター)、短期入所療養介護(ショートステイ)、グループホーム、有料老人ホーム・軽費老人ホームの入所者への特定施設入居者生活介護等がある。

2 医療機関の基本情報

施設病床数

統計(2010年10月)では、病院の施設数は8,692、病床数は159万6,294床となっている。一般診療所は9万9,684施設で、有床診療所における病床数は13万8,422床。歯科診療所数は6万8,303である。病院開設者は、医療法人が5,717と最も多く、次いで市町村703、個人420、公益法人394、都道府県273、社会福祉法人187、独立行政法人国立病院機構144、厚生連112、私立学校法人107、日赤92等である。

施設基準

施設基準とは、医療法で定める医療機関及び医師等の基準のほかに、健康保険法等の規定に基づき厚生労働大臣が定めた、保険診療の一部について、医療機関の機能や設備、診療体制(人員配置も含む)、安全面やサービス面等を評価する基準をいう。看護に関する事項や、入院時食事療養、特別療養環境室(個室)、保険外併用療養費、各種健康保険法の取

り扱い、基本診療科の施設基準届け出承認事項——など数多くの施設基準がある。

看護基準

病院には外来と入院の機能がある。入院について病棟の種類や入院している患者の症状(重症度、緊急性)、そして病院の経営方針により様々な看護師配置基準が決められている。看護配置は看護師一人が何人の患者を見るのか、正看護師と准看護師の比率、入院平均在院日数が対象。

看護基準の種別

一般病床において、病床種別ごとに決められている患者と看護師の比率には、7:1、10:1、13:1、15:1、特別——という領域があり、看護師が多いほうが1日当たりの入院基本料が高くなる。13:1未満は今後、点数引き下げや廃止の方向。

3 介護サービスの基本情報

介護保険の将来

介護給付、介護認定者比率が増加の一途で、介護保険制度を維持することは困難。介護予防が導入され要支援1と2が認定されたが効果は見えない。2012年の介護報酬改定では①介護被保険者の年齢を引き下げる、②介護保険は重度者を主な対象とし軽度者は外す——方向が検討される。

介護施設の今後

介護施設数の増加は、人口減少のわが国では望ましくない。国は、高齢者住宅に24時間対応の定期巡回・随時対応サービス、訪問看護、デイサービス等を組み合わせた仕組みを広く普及させ、中度・重度の要介護者でも施設に入所せずに生活できるよう誘導する方針。必要な施設は造るものの、在宅での介護を強化する。

高齢者専用賃貸住宅(高専賃)

25㎡で一定の基準を満たす高専賃の建設がラッシュ。高齢者の住まいに関する法律は老人福祉法・高齢者住まい法の二つがあるが、一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を「サービス付き高齢者住宅」として高齢者住まい法に位置付けることになりそう。単なる高齢者住宅ではなく、ある程度スタッフを配置した住宅設置により安全を維持し介護給付を削減する狙い。

介護と医療との関係

200床未満の病院は、在宅療養支援病院として「在宅療養」に注力しなければならない。厚労省は診療所だけでなく、病院による在宅医療を普及させたい考え。病院を淘汰させ、あふれた患者を在宅に向かわせるための布石。介護施設等は医療機関との連携強化が必要。利用者の医療依存度は高くなるため、スタッフに対する医療知識教育が盛んになる。

4 医療の今後の方向

医療制度改革

厚労省は、効率的で安心かつ質の高い医療の提供、持続可能な医療保険制度の構築などを掲げ、医療制度改革を行っている。診療報酬体系、薬価基準、医療提供体制見直し、医療保険制度改正をターゲットにする。点数を傾斜配分し、平均在院日数を短縮して病床削減を図り、在宅化を図る方向。

DPC病院

一般病床90万床のうち50万床の入院の診療報酬は、DPC（診断群分類包括評価）で行われている。診療報酬をホスピタルフィーとドクターフィーに分け、前者は包括（定額）、後者が出来高という制度。地域で著名な急性期病院はほぼDPC病院。2016年までに出来高病床はDPC化。

地域連携

2010年に高機能の病院の診療報酬が上がった。しかし、受療率が低下するなか患者が減れば医療収益は確保できない。厚労省は、診療所に外来機能、病院に入院機能と役割分担させ医療費の節減を進める。このため病院は診療所等から入院患者予備軍の紹介を受けなければ収益を確保できない。地域の診療所等と連携できない病院は淘汰される。

業態転換

近々廃止される介護保険適用療養病床や、診療報酬点数が下げられていく医療保険適用療養病床の、介護施設転換や住宅化を通じた在宅医療へ展開などが進んでいる。さらには、DPC化される出来高一般病床の介護施設化も進む。今後は欧米のように病院の機能分化が進み、手術をする、回復を誘導する、慢性患者が入院する機能をもつ病院に明確に区分される。

5 医療・介護施設の資金ニーズ

開設時・建替時

地域医療計画により、医療法人などは新たに病院を作ることが困難。しかし、診療所の新規開業や、病院建替時の土地購入や建物取得といった資金ニーズはある。病院では多額な投資となるため事業計画の精査や財務調査が必要だ。営業キャッシュフローが十分に担保できるかの判断が肝となる。介護施設については、医療から業態転換し在宅での対応とする政策もあり、今後ますます資金ニーズは増加する。

医療機器導入・買い換え

医療では、常に新しい医療機器が開発され導入されてきた。MRI（核磁気共鳴画像診断装置）やCT（コンピューター断層撮影装置）の進歩が目覚ましい。また、PET（陽電子断層撮影装置）も多く導入された。これらは高額であり、経年により劣化するため買い

換え需要も旺盛である。ただしリースによる取得が多い。介護では、大型の投資を行うニーズはない。

IT化

医療では、院内LAN（ラン）の設置やオーダリング、電子カルテ整備へのニーズが高い。データベースや業務系ソフトに対する要請もある。この分野は費用対効果が見えない領域ではあるが、機能すれば生産性が上がるため積極的に対応したい。介護分野では、IT化が遅れているが、今後利用者のカルテ管理や情報管理のためのIT化が進む可能性が高い。

運転資金

医療でも介護でも、運転資金は、賞与支給時、納税時にニーズ旺盛となる。業績悪化局面で融資できなければ、それ以外は少ない。

6 良い医療（介護）施設を見分けるコツ

財務数値

医療機関でも介護施設等でも、結局のところ利益は患者や利用者の評価の証。営業利益が出ていれば、よい医療機関や事業者であると言える。必要営業キャッシュフローが担保されているかがポイント。債権回転率、在庫量、債務回転率等のチェックを怠らない。財務分析結果は一般企業と同様の判断でよい。

患者数・利用者数

医療機関では、新患数がどれだけいるかがポイント。まずは外来を見て高齢者の再診患者が多い病院は良くない。地域の医療機関との連携が頻繁な病院がよい病院。入院であればベッドは満床で待機患者が多くいるところ。診療所は患者数が命であり、とにかく混んでいることが肝。介護では、契約が基本となるがやはり利用者や入居率が高くなければ利益はでない。

定着率

医療機関でも介護施設等でも、人により成り立つ業務。定着率が低いと新規採用コストや教育への投資が必要となるばかりか、現場の生産性が落ち成果が上がらない。医師や看護師、ヘルパーの定着率が低い理由は概ね戦略、人、処遇にある。定着率が高い医療機関などは運営がうまくいっている。

経営戦略

医療機関には強みが必要。財務数値がよく、この治療は地域で評価されるという柱が何本かある病院は強い。そうした病院はビジョンが院内外に提示されトップのリーダーシップが発揮されている。診療所は院長のパーソナリティーで大半の評価が決まる。院長が人格者であれば安心。介護施設等では、やはり財務数値と併せ施設が拡大しているところが強い。

7 社会医療法人債等について

医療法人の種類

医療法人には、①一般医療法人②特定医療法人③特別医療法人④社会医療法人——がある。③は④を受け皿として2012年に廃止。①②は病院・診療所、老健の運営等医療提供行為、在宅介護や訪問看護等付随する業務、医療施設内の売店、患者用の駐車場運営等付随しておこなう業務が許可される。③④はさらに医療介護療養用品の販売、一般駐車場経営等収益業務、④は特別養護老人ホーム運営を除く社会福祉業務ができる。

社会医療法人

赤字経営が慢性化し存続が困難な自治体病院に代替し、医療法人に地域医療を行わせるための新しい法人として創設。休日診療、夜間診療等の救急医療、周産期医療を含む小児救急医療、へき地医療・離島医療、等の条件を満たせば他の医療法人から転換できる。法人税や固定資産税への優遇があるが、持

ち分の消失を通じてオーナーの相続対策にも対応する。

病院債

病院債には、医療機関債（私募債）と社会医療法人債（公募債）がある。前者は、医療法人が取引先・地域住民等に対し有価証券取引法に規定のない縁故債として金銭消費貸借扱いで発行でき、後者は社会医療法人のみ発行可能。社会医療法人は他の医療法人と比して財政基盤安定化の道が開かれている。

社会医療法人債

社会医療法人債は、財務諸表監査を前提として債券発行時と発行後、投資家保護の観点から証券取引法のディスクロージャー規制の対象となる。なお、担保付である場合、担保付社債信託法の社債とみなされるための同法の規定適用を受ける。

