

医療・介護政策の
潮流に即した
ヘルスケア戦略を

多岐にわたる金融機関の取引先のなかでも、医療・介護にかかわる分野は特に専門性が高い。渉外担当者はしっかりと知識を身につけてから、取引先を訪問したいものだ。そこで本連載では、ヘルスケア金融に携わる金融機関行職員が知っておきたい基礎知識、明日から使える“渉外テクニック”などを紹介する。(編集部)

少子高齢化による人口減少時代を見据え、国は持続可能な医療・介護制度の実現を目指し、さまざまな制度改革を実施している。金融機関行職員は、日本の医療や介護の現在を知り、その上で、医療・介護政策がどのように変わっていくのかを理解しなければならない。地域における医療機関等の存在価値、医療・介護制度からみた存在価値などを計る能力が不可欠だからだ。第一回となる今回は、医療・介護の現状とこれからの流れを、全体が大掴みできるよう説明する。

1 日本を取り巻く環境

日本を取り巻く医療福祉環境は、①少子高齢化社会が到来している、②景気が長く低迷し財政はひっ迫している、③一般病床に医療依存度が低い高齢者が入院している、④そもそも他国に比して病院数、病床数が多い、⑤介護保険が給付増により原資不足になっている——といった状況にある。

結果として、①高齢者が増加して医療費が増える、②医療福祉に対する財源が不足している、③病院ごとの機能が明確になっていないため最適な医療が行われていない、④医師不足、看護師不足、⑤介護施設が応需できていない——といった問題が発生している。

2 国の医療費抑制策

上記のことから、政府・厚生労働省は医療提供体制を守るために、医療費が高騰する高齢者により多くの負担を求める、医療費の伸び率を低減する、病院と病床数を削減する——ことが有効であると考え、さまざまな施策を検討・実施している。

具体的に、医療費の負担については、受診時の定額負担の導入、70～74歳の高齢者の窓口負担を1割から2割へ引き上げることなどが検討されている。

医療費の伸び率低減、病床数削減については、診療報酬改定で医療行為の値段そのもの

を一部引き下げたほか、医療機能によって報酬額に濃淡をつけた。この結果、医療機関は機能分化、専門特化しなくては生き残れなくなってきた。

同じ理由から、急性期(疾病などの発症直後で、多くの医療行為を必要とする入院初期)の診療報酬には入院医療費が一部定額になる「DPC(診断群分類包括評価)」を導入した(DPC以前は、ルール内で医療サービスを提供すれば上限なく出来高で診療報酬が支払われた)。DPC病院では疾病などに応じて入院期間が3段階で設定され、長く入院させるほど収入が減る構造となっている。原則として患者を早く退院させる病院が利益を得る仕組みで、現在は急性期医療を行う病院(病床)の半分以上が対象となっている。

図表1 病院病床種類

病床名	機能	病床数(概数)	備考
一般	高度急性期	47万床	DPC
	一般急性期		
	地域一般病床	43万床	非DPC
	亜急性期		—
	回復期リハビリテーション		—
	その他		—
療養	医療	24万床	療養医療
	介護	9万床	介護サービス
精神	精神疾患	35万床	—
その他	結核・感染・障害者	1万床	—
計		159万床	

図表2 DPC病院と非DPC病院の診療報酬

区分		DPC病院	非DPC病院
外来		出来高	出来高
入院	手術・高額検査・指導・リハビリ		
	上記以外(注)	包括(定額)	

(注) 検査、撮影、処置、投薬等の医療行為

急性期病院では、「急性期治療」が終わった患者は、在宅復帰に向けて治療を行う「亜急性期病床」、あるいは「回復期リハビリテーション病床」などへと移される。これらの病床は、リハビリなど退院後の生活に役立つ支援をすると多くの報酬が得られるが、入院できる日数には上限があり、やはり早期退院を促す仕組みになっている。

多くの医療行為を必要とするわけではないが退院することもできない患者を受け入れる「慢性期病床」においても、本当に医療依存度が高い患者だけを病院で治療し、残りは自宅等において介護サービスでケアする方向が打ち出されている。厚生労働省は、機能別に病床を再編するとともに、2025年に170万床以上に増えるとみられるベッド数を140万床弱に抑えたい考えを持っている。

認知症などの患者を受け入れる「精神病床」についても、退院支援施設を経由しグループホームや他介護施設への患者引渡しが進捗しており、急性期の精神疾患は医療で、その後は介護で、というすみ分けになりつつある。

3 病院の存亡かける医師・看護師競争戦

近年は、医師不足や看護師不足への対応が、医療機関にとって大きな課題となっている。

02年に新しい医師臨床研修制度が導入され、研修医は研修する病院を自由に選択できることになった。研修医は技術の高い病院や首都圏の病院に集中する傾向があるため、医師の地域偏在という社会問題が発生している。

看護師不足の原因の一つには、08年の診療報酬改定で新設された「7:1看護師基準」が

図表3 看護基準と一般病床区分

看護基準	DPC病院	非DPC病院	平均在院日数
7:1	○	○	19日
10:1	○	○	21日
13:1	—	○	24日
15:1	—	○	60日

挙げられる。急性期の病床では、入院患者に対する看護師の配置数で点数(診療報酬の額)が決まるが、患者7人に対して看護師1人を配置するという、非常に手厚い「7:1看護師基準」が作られたため、DPC病院などは競うように看護師を全国からかき集めた。こうして、その他の病院から看護師が減ってしまった。

いずれにしても、医師や看護師を集められない病院は、入院患者を受け入れられず、結局のところ生き残れない病院となる。

4 医療提供体制の変革

厚生労働省は、「医療計画」において地域で保健福祉医療サービスを完結させるため、4つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と5つの事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療)に数値目標を設定し、適切な医療サービスが提供されるよう指導している。地域に「疾病」や「事業」ごとの医療連携体制を構築して、記載されている疾患を早期に発見・治療することが目的。ただ、予防や早期の治療を推進することで、医療費削減を行おうとしていることもまた明らか。前述のように病床を削減するという対策ではなく、医療の質を向上させることで医療費を削減していこうという実質的なアプローチである。

病院を、得意分野などによって、4疾病・5

事業のいずれか(または複数)の機能に分化させ、機能別に病床を削減させるという国の政策は着実に成果を上げてくるだろう。

5 介護政策

介護保険は施行されてから既に10年以上の歴史がある。被保険者は第一号保険者(65歳以上)と第二号保険者(45歳以上65歳未満)に区分される。介護サービスには、居宅介護支援、居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスがある。

現在65歳以上の高齢者人口は約3,000万人、そのうち500万人強が介護保険の受給者である。今後高齢化が進み、介護保険の受給者が増え続けると、①財源の確保、②負担割合の再検討(被保険者の年齢引き下げ)、③給付の効率化、④予防策の促進——といった対策がとられなければならない。

6 医療・介護を脅かす要因

政府債務が増加するなか、医療・福祉・介護への財源が不足している。震災復興への手当もあり消費税の導入を妨げるものは少ない。しかし消費税アップは病院に大きな負担をもたらす。医業収益に消費税を転嫁できないことになっているからだ。消費税上昇はその分コスト圧迫要因となり病院経営を脅かす。

なお、厚生労働省は民間病院を公的病院の受け皿とするため持ち分放棄を促す、公益性の高い「社会医療法人」を08年に作った。法人税や固定資産税、相続税の免除といったメリットがある。社会医療法人化すれば増税した消費税も負担できると主張する。しかし社会医療法人には一定数以上の救急患者受け入れなど

の厳しい条件があり、なかなか移行できるものではない。

また、景気悪化による家族の可処分所得が減少し、年金不安などもあり、受療率が下がることが分かっている。一時期180万人を超えた外来1日平均患者数は既に140万人と、20%を越えて下落している。

財政の悪化は高齢化社会の中で間違いなく医療機関や介護事業の成長阻害要因となりそうだ。

7 これからの医療・介護

今後の方針として厚労省は、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化強化と連携強化、③在宅医療提供体制の強化、④チーム医療の推進、⑤精神保健医療の改革——という5つの柱を提示している。その狙いは、医療機関を機能分化し連携を強化、急性期から慢性期、慢性期から介護期へと、患者をスムーズにケアできる体制づくりにある。

DPC病院について厚労省は、平均在院日数を欧州並みの10日以下にすることを目指している。早期退院を促し病床を使わせないことで医療費を抑制したい考えだ。医療機関は、機能の異なるほかの病院や介護施設との連携強化により、延べ患者数を増加させなければ、厳しい経営環境を強いられる。ただ、患者数を増加させるということは、同時に弱いDPC病院や非DPC病院から患者を奪うことである。

介護期に関しては、在宅医療が担うことを目指している。「在宅療養支援病院」として、在宅医療を行える200床未満の病院や在宅療養支援診療所が、訪問看護ステーションや居

石井 友二(いしい ともじ)

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室長を経て、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。監査法人プレインワーク代表社員。



宅サービスとの連携により、居宅や施設、高齢者専用賃貸住宅などで在宅医療を行う。なお、地域において包括的、継続的にそれぞれの介護サービスや在宅での医療を一体とした連携をもってつくられた体制として「地域包括ケアシステム」が提案されている。

急性期病院を退院し慢性期病院に入院、一定期間を経て退院して在宅での医療・介護を受けるという流れが出来上がりつつある。慢性期病院においても、DPCに類似した包括型の報酬形態が導入されるともいわれる。病院は、既についのすみかではなく治療をしつつ退院を目指す療養の場となる。

急性期病院には高密度で質の高い合理的な医療があり、慢性期病院では治療を伴う患者や家族の要請に基づいた人間らしい療養環境を用意する。そして在宅においては介護サービスや息の長い必要最低限のケアにより、本来人間が持つ生命力を引き出す介護期医療の提供が期待される——。これが、厚労省の描く近未来の医療提供体制だ。医療・介護を取り巻く経営環境は厳しいが、急性期から慢性期、そして介護期へという流れの中で、本稿が読者のヘルスケア戦略立案のヒントとなれば幸いである。