

《法則43》「医療」と「介護」は別だという認識がない

日本の六五歳以上の対人口比率、すなわち高齢化率は、すでに二〇%を超え、二五%に至ろうとしています。もはや、国民の五人に一人が六五歳以上となり、四人に一人がそうなるうとしているのです。

医療の世話になるのは、圧倒的に高齢者が多いわけですから、このような高齢者大国・日本で、医療保険制度を維持するには、大幅な改革が必要になります。

すでに、こうした問題は、二〇世紀から考えられていました。医療の対象とするのは、本当に医療的処置を必要とするケースのみに絞り、生活支援の色彩が濃い介護は、医療の対象から外していこうという政策です。

私たちの医療費は、病院の窓口で支払う「自己負担分」と「保険」によって構成されています。保険料の一部は、月々支払う社会保険料によってまかなわれていますが、あとは国庫、すなわち税金からの支出となります。

介護まで医療費によってまかなくなってしまおうと、高齢社会の進展に伴って、自己負担率、社会保険料、国庫からの支出はうなぎのぼりになっていくでしょうから、介護を切り離し、別の財源から手当てしようということになったのです。具体的な財源は、消費税や介護保険料などです。

すると、役割分担を明確化するために、医療の担い手である病院からは、介護部門は切り離されるようになります。そして、介護の役割は福祉の領域で担われるよう、明確な色分けが進められてきたのです。

具体的には、病院から介護療養病床を切り離し、老人保健施設や特別養護老人ホームなど、福祉施設で要介護の高齢者を面倒見ようということになったのです。さらに、在宅で介護を受けるシステムも整っています。

こうした流れを加速させるために、医療制度改革の中で、療養病床の診療報酬を大幅に引き下げたのです。「介護は福祉に任せて、病院は医療に集中してください」といった政策誘導です。

病院経営者は、この点をしっかりと理解していなければなりません。かつてのように、病院で介護をしても、手厚い診療報酬が得られる時代ではないのです。

要介護者を受け入れるときは、病院ですから「医療の必要性」を基準としなければなりません。現在の診療報酬体系では、入院中に医療行為を行わなければ、採算が合わないような仕組みになっていますから、しっかりと病院としての判断基準を持つ必要があります。

すると、仮に慢性期療養病床であっても、経営が成り立つ図式は描けるのです。医療は介護、福祉とは一線を画した経営を肝に銘ずるべきなのです。

首都圏郊外にあるQ病院は、全床療養病床の慢性期病院です。入院患者は一〇〇%高齢者で、多くは病院で息を引き取っていきました。

患者が抱えている疾患は、高血圧、狭心症、糖尿病、喘息ぜんそくなどでした。あえて入院している必然性はなく、在宅で投薬治療を受けてもかまわない患者ばかりでした。

理事長には、病院を経営しているという感覚はありませんでした。病院のホームページで「豊かな自然の中で落ち着いた老後をお過ごしください」とにこやかにコメントしている様子は、まるで保養所や老人ホームの経営者であるかのようなようでした。

しかし、療養病床の診療報酬が軒並みカットされると、その顔からは笑みが消えました。

● 教訓 ●

「医療」中心か
「介護」中心かによって、
経営方法は違う！



全床療養病床であったため、この収入ダウンはQ病院を直撃しました。「高度な医療サービスを提供して増収を図る」といった発想がなかったため、体制に身を任せるしかなかったのです。

結局、Q病院は、病院よりも低コストで運営できる老人保健施設へと業態転換せざるをえませんでした。理事長が、もう少し「医療」という観点から運営を考えていれば、病院として存続できたかもしれないのに、残念です。