

＝医療・介護の面整備の方針と報酬改定の効果(2)＝

今回も、現在審議中の法案と診療報酬改定との関連を含めた地域単位の面整備が、どのように進むのか、また、どのような隘路があるかについてです。

「今後」という視点から、考えられる隘路、懸念等を中心に記します。

<国の方針、都道府県等の計画策定段階における懸念>

今回の枠組みは、国の総合確保方針の策定、それに基づく都道府県等の計画策定に始まります。

医療と介護のそれぞれの方針・計画の上位の概念という点は、誰も異論がないのですが、問題は、どのような内容になるかです。法律案では、国の総合確保方針に定める事項として、次の 6 点ですが、これだけでは、どうなるのかは、誰もわかりません。

- ア 地域における医療及び介護の総合的な確保の意義及び基本的な方向に関する事項
- イ 医療法の基本方針及び介護保険法の基本指針の基本となるべき事項
- ウ 総合確保方針に即して都道府県等が定める計画の作成及びこれらの整合性の確保に関する基本的な事項
- エ 都道府県計画、医療計画、介護保険事業支援計画の整合性の確保に関する事項
- オ 公正性及び透明性の確保その他基金を充てて実施する都道府県事業に関する基本的な事項
- カ その他地域における医療及び介護の総合的な確保に関し必要な事項

特に、厚生労働省は、面整備事業で長い歴史があり多数の直轄事業を持つ国土交通省等と比較して、残念ながら全国各地域の状況について組織的な蓄積・知見はありません。そのため、国の方針は、どうしても全国一律なものになりやすいか、逆に、地域の事情に応じて定めるなどの「丸投げ」に見えるものになりがちです。その意味では、今回の総合確保方針は、厚生労働省が、どれほど面整備に本気に取り組めるか・・・という試金石になるのだと思います。1 月の通信でも「無責任」に書きましたが、都道府県の各議論の場に、厚生労働省の担当者を数名ずつ参加させたりすることができれば、将来につながる面白い展開になるとは思いますが・・・

これは総合確保方針だけでなく、医療計画に位置付けられる地域医療構想も同じ問題状況でしょう。

また、都道府県の医療・介護行政に係る蓄積・知見も、地域別に大きな差異があり、都道府県によっては、有名コンサルタント会社に「丸投げ」をして、どこの都道府県計画も同じようなものになる可能性も否定できません。実際に、介護保険事業計画を法定化したときに、最初は、多くの地域で、同じようなコンサルタント会社を使ったため、金太郎飴のような計画ばかりとなった事例もあります(もちろん一部には、自前でよく考えて作った地域もあります)。都道府県等が、今回の計画策定について、地域の実情・未来に即したものが提示できるか・・・これからの面整備の成否が試されます。

しかし、都道府県については、消極的に考えざるを得ない要素が目立ちます。

例えば、私の地元福井県では、医業収入 160 億円を超える県立病院がありますが、それに上乗せする形で 20 億円を超える税金の投入(2011 年度)がなされています。前年度と比較して税金投入は 4 億円の増額となっていますが、それを加えても総収支は 5 億円を超える赤字で、赤字幅は対前年度で 2 億円も増えています。多くの自治体病院は、経営管理の甘さで、こうした結果に近い状態ですが、この状態のままだと、地域医療再生基金のときのような、基金事業の配分が自治体病院の設備投資等に偏る可能性が出ます。

このため、都道府県計画等の策定については、「市町村長、医療又は介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者」等の意見を反映させるために必要な措置を講ずるとの努力義務を課し、関係者の圧力で、こうした問題発生を予防しようとしているのですが、一方では関係者の代表の意向を反映した「総花的な計画」になる可能性が高くなります。関係団体の要望を並べただけの都道府県計画では、せつかくの基金が「死に金」になるということになりかねません

さらに、例えば認知症対応に係る医療と介護との関係、医療における一般医療と精神科医療の関係等の不明確さも、こうした検討の場の意見集約を難しくします。首都圏に所在するある地域で、救急問題では一般医療と精神科医療の代表の会合は開催されたが、認知症は一般医療だけで検討されているという事例もあります。一般医療側からみれば、仮に精神科を除外して今回の計画ができれば、一種の顧客の囲い込み、基金事業の独占ができることとなりますが、一方では、ただでさえ入院中心・囲い込みの傾向が強い経営形態の精神科病院を孤立させることで、地域全体の効果的・効率的な医療提供を阻害することになります。既に地域での役割分担が確立した地域では、こうした問題は起きないでしょうが、未だ分担が不明確のため、こうした水面下での提供者同士の「つばぜり合い」が強くなる地域において、都道府県が、どのようにイニシアティブをとれるのか・・・大きな懸念材料です。

加えて、基金事業の事例として挙げられた事業は、きっと全国どこかでは成功した事例があるのでしょうか、問題は、そこでの経験(特に失敗談)が、他の地域に共有できるかです。先進事例には、必ず、誰かしら、がむしやりにその実現のために努力した人がいるものですが、通常、そうした人材は各地域にはいませんので、特別な人材がいなくても円滑に進む仕掛けが用意できるかが大事です。先進事例は実験であり、それをどの地域でもできるように普遍化するには、別の工夫がいると考えれば、それをどのように開発・普及するかが大事な視点となるでしょう。

これらの懸念に対して、厚生労働者が、法施行段階で具体的な解決策を提示できるか、どのくらいの時間軸で成長を促すのか・興味のあるところです。

<地域サービスの充実を阻害する要因>

地域サービスを充実するには、それを担う人材の確保・育成が不可欠です。特に、医療の分野では、医師・看護師とも、この10年近くの間で、DPC・7対1病院に過剰に吸収されてきたことは否定できません。今回の病床の再編に係る改定を通じて、それを再度、地域に戻すという意味もあるのでしょうか、それがうまく行くかです。

私自身は、急性期病院もアウトリーチ機能(訪問診療・訪問看護等)を持つべきという考えですが、それは、総病床数を増やさないという枠組みの下で、後期高齢者が増えるにつれ新入院患者の絶対数が増えると、今まで病院から施設等に行っていたような状態の利用者が、直接、在宅に戻ることであり、それを当初サポートするには急性期病院のノウハウを地域で活かすことが不可欠だという発想からです。

したがって、7対1病床が、地域包括病床などに転換すると、当初は人員を抱えても、いずれ経営的理由から病棟では抱えきれなくなり、自院でアウトリーチ機能を持つ良い機会となります。しかし、この際、2点が問題になるでしょう。

一つは、現在の7対1病床は、看護師数が多いことから3人夜勤、4人夜勤の体制になっていますが、それが人員減で2人夜勤等に減らす必要が出てきます。人間は、一旦、楽に慣れると、厳しい状態には、なかなか戻れません。この意味から、夜勤体制の人数が減ることは、現場の大きな不満を誘発するでしょう。これに現場が耐えられるか、病院の経営者が耐えられるかという問題です。もし仮に耐えられないとすると、人件費圧力で経営不振に陥る・又は現場から看護師が過剰に減るといった現象が生じ、1病院の問題ではなく社会的な問題になる可能性が高くなります。

もう一つは、大きな組織の中で指揮命令系統に従い活動してきた医療従事者が、地域での一人の活動・何でも起き得る地域の現場において一人で判断することが必要な環境に馴染むかという問題です。これまで地域活動を進めてきた病院では何ら問題はないでしょうが、入院を中心に活動してきた病院では、こうしたサービス範囲の変更は、リーダーもいないことから、円滑に進むことは難しいのではないかと思います。病院の教育体制が問われる課題でしょう。

一方では、重症度の高い利用者が地域に増えれば、既存の地域の訪問看護等もレベルの向上が求められます。個人の頑張りには限界がありますので、今の零細な事業規模のものが多数ある状態では、レベル向上もままなりません。前回も示したように、いかに零細事業所を統合して、教育等も安定的に実施できる体制に移行できるかが、地域側の課題となると思います。

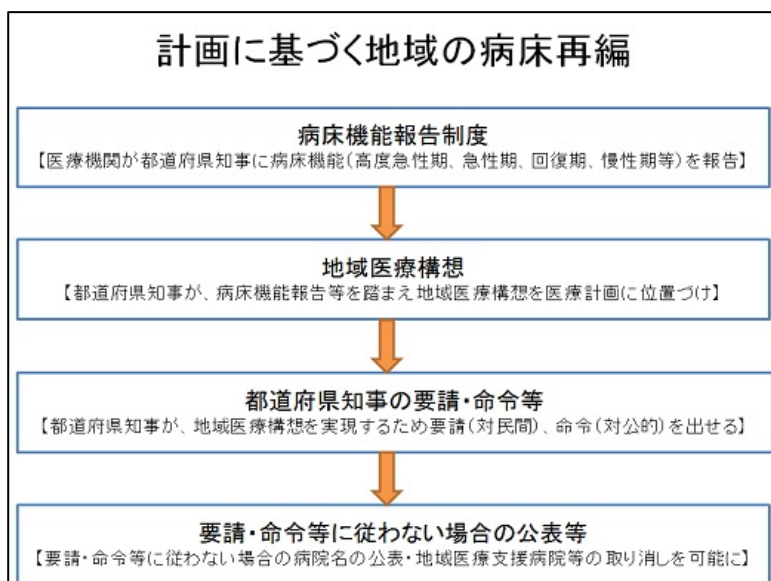
こうした病院側、地域側の課題に対し、今回の基金事業の事業例では回答がありません。平成27年度以降、各都道府県が、こうした課題に応える回答・計画を用意するのか・注目すべき点です。

<病床の再編を阻害する要因>

医療法に位置付けられる新たな仕組みと従来の仕組みとの違いは、前回の通信でも示したように、①病床区分が細分化され、②新設ばかりでなく一般病床内での変更の際にも都道府県の報告が必要となり、③新設・変更が地域医療構想に反する場合には、民間には要請・公的には命令等を出し、④最終的には公表・勧告等ができるとする4点です。

しかし、③④を実際に発動しようとする、該当する病院では、その影響は経営に直結することから、実際の発動は相当に抑制する力が働き、実際には「休眠制度」となる可能性大です。

特に、自治体病院は、経営上の理由から病棟は休止しているものの、医療法上は病床を保有している事例が結構あります。これは国立病院機構でも同じです。個人的には、現代医療では過剰な病床は「負債」だと思うのですが、病院長の皆さんは、なぜか医療法上の病床を減らすことを嫌がり、いずれ再開したいと考える傾向が強いようです。それが、地域医療の再構築には、大きな阻害要因になるのですが、その点は、どなたも意識はしません。こうした病院長の意識を変えるには、要請・命令は効果的なのですが、そこまで「頑張り」都道府県が、どこまで出てくるか・注目はしてみたいと思います。



今回の診療報酬改定でも病床の再編、病院の再編を阻害する可能性のある要素が含まれています。

まず、新設の地域包括病床の位置づけが曖昧で、かつ7対1からの移行の受け皿のせい、相対的に高い報酬になっています。いずれまた、基準の見直し、報酬の引き下げ等は避け得ないのかもしれませんが、いつ、それが起きるのかを皆さん注目しているでしょう。あまりに早くても、遅くても、混乱要素になることは間違いありません。

次に、ざっと見た限りですが、「経過措置」との記載が、20か所以上あるようです。4月1日には実施できないので、半年後、1年後等に実施するという準備期間を設けるとの意味ですが、これが今回の改定で示された再編方針の実現を阻害する要因になる可能性があります。

実際には、2年前の改定で実施された入院料の算定要件に常勤管理栄養士の配置を求める事項について、今年3月31日までの経過措置を半年延長し、さらに、その期間経過後に要件をクリアできない病院の取り扱いも、当初の案より、大幅に後退する内容になっています。

こうした経過措置は、急には行動変容できない病院等にとっては必要な措置なのですが、その期間が長かったり、移行後の内容が厳しいものであると、経過措置期間が終了する段階で、移行を進め(られ)ない病院等が、必ずと言っていいほど問題提起をして、社会的な問題として取り上げられます。

その結果、過去には、経過措置を繰り返し延長して、最終的には当初の改定を止めたものや、騒ぎになった段階で凍結して実施をしなかった事例もあり、今回の経過措置が順調に終わるかは未知数です。

特に、今回は7対1病床の転換・削減という経営的にインパクトの大きなもの(大きな急性期病院では数億円の収入減のインパクトと聞いています)もあり、今は静かでも実際の移行時期が来ると、相当の騒ぎになるのではないかと思います。また、次の改定までの間で、消費税がさらに2%程度上昇する予定であることから、これを財源に経過措置を伸ばそうと考える人も数多く出てくると思います。この場合、マスコミの報道姿勢が大きく結果を左右するでしょう。

さらに、医療法上の病床機能区分が動き出すには、その準備の都合上数年を要するため、当面は問題が顕在化しませんので、次の診療報酬改定(2016年度)、次の次の診療報酬改定(2018年度)での対応をどうするかが、本当の問題なのだろうと思います。

こうした経過措置の存在や医療法の実施時期を考えると、今回の改定は、病床の再編という意味では、端緒についたばかりであり、本当の勝負は、次の改定と考えざるを得ません。しかし、2025年まで約10年の期間ですので、過去のように、じっくり進めるといふ訳にもいかないでしょう。次の保険局長、医療課長は大変でしょうが、この2年の変動を見渡し、次の改定がどうなるかを注目したいと考えています。

<今回の改正・改定が成功しても必ずしも財源問題の解決にはつながらない>

さて、こうした新たな枠組みは、毎年1兆円規模で増える医療費等の伸びを抑制できるかどうかは不明です。

どちらかと言えば、医療費の配分を変えることで、医療の質を高める一方で、医療を受ける利用者の満足度を高める取り組みとしての効果が高いと言えるでしょう。

いわゆる費用対効果は高まるのですが、費用の増は止まらないということです。仮に、そうだとした場合、当該地域の保険財政の状況は正確に把握して対応することが必要でしょう。介護関係では、地域の将来費用を推計し保険料水準を示しての議論の枠組みを予定しているようですが、残念ながら医療の面では、そうした仕掛けについては、法案からは読み取ることができません。

しかし、後期高齢者医療制度は都道府県単位の運営、協会けんぽも都道府県単位の運営、国保も間もなく都道府県単位の運営となり、健保組合も一部の全国展開のものを除けば都道府県内で完結するものも結構あります。したがって、介護保険と同じく、地域の医療保険者が協力すれば、少なくとも都道府県内の世代別の医療費の大きさ、他の地域との違いの有無とその要因、一人当たりの平均的な保険料負担などは示すことが可能な段階になっていると思います。こうした財政的な制約を示さないで、病床に係る地域医療構想を語ることは避けるべきでしょう。医療も介護も最終的には事業ですので、「入るを量りて出ざるを為す。」との中国の古典の通り、入る＝保険料・税金の状況を見極めてからの議論の進め方が大事です。

現在の医療計画の弱点は、この「入るを量る」という手順がないこと＝それを主張する立場の人が検討の場にはいないこと、加えて都道府県の医療費負担の比率が少なすぎ、どうしても地域では医療を肥大化させる判断に傾く傾向が出ることを考えられますので、法案成立後に示される地域医療構想の検討方法の手順や、今後の都道府県の医療費負担の動向に注目したいところです。

しかし、今回の枠組みは、段階的にでも、その取り組みのレベルを上げられれば、少なくとも地域の人材は育ち、地域単位で財政問題を含めて議論できる土壌ができることにつながります。そうなれば、過去の国による一元的な医療・介護政策ではなく、地域単位での分権的な医療・介護政策へ移行し、そこから医療・介護の費用の効率化のアイデアが生まれるに違いありません。ただ、10年と時間は限られており、当面は、国による財政対策は避けて通れないと考えられます。今回の医療・介護の分権的な仕組みへと移行することとあわせて、どのような財政対策を講じるのか・来年度以降の厚生労働省の取り組みも注目したいところです。