

地域医療構想の施行を踏まえた、 病院経営

平成28年10月4日(火) 15:00~17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

伊藤 哲雄

(いとう てつお)

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 専務理事
医療総研株式会社 代表取締役社長

講師経歴

■ 略歴

昭和53年 3月 横浜国立大学経営学部経営学科 卒業
昭和53年 4月 商社 勤務
平成 8年 4月 医療総研株式会社 入社
平成21年10月 代表取締役社長 就任

■ 資格・特技

中小企業診断士
医業経営コンサルタント

■ 経営改善業務実績

岡山市立市民病院、大阪市民病院、福島県立病院

■ 関係団体役職

公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 専務理事
制度改革特別委員会 委員長
公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 東京都支部 副支部長

■ 主な著書

- ・入門医業経営指標—病院の経営課題がわかる— 共著(公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会)
- ・月刊ジャーマック連載(公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会)
「診療圏分析と患者動態分析」「人員効率よりみる経営改善課題」
- ・「医業経営者のための介護経営マニュアル」共著(日本医療企画)
- ・「病院の経営改善とベンチマーキング」(企業診断：同友館)
- ・「最新医業経営Q&A」(共著)
ほか、多数。

はじめに

ただ今ご紹介にあずかりました伊藤でございます。今、司会の方からご紹介がありましたように、私は、本日は二つの肩書として講演させていただいております。スライドにありますように、私は、医療総研株式会社という病院の経営改善を行っているコンサルティングの会社の責任者をしており、本業はこちらです。そしてもう一つ、日本医業経営コンサルタント協会という、全国に3千人の会員を有する組織の専務理事をさせていただいております。本日は日本医業経営コンサルタント協会の方のルートでご紹介いただいております。本日は日本医業経営コンサルタント協会の方のルートでご紹介いただいております。

本日の講演テーマは「地域医療構想の施行を踏まえた、病院経営」です。今、病院を取り巻く経営環境というのは非常に厳しいということで、その辺についてお話ししたいと考えております。地域医療構想の施行、これはもう既にスタートして何年か経過しているところです。私が、今、日本全国にお伺いしております各病院の現場で起きていることとして、患者の数が非常に少ない、患者を集めるのが難しい状況になっているということを感じます。そういう意味で、この地域医療構想を中心とした医療制度改革が非常に進んでいるのかなという印象を持っております。そのような中で、患者が少ないからといって病院が赤字で良いということにはならない為、これからどういうふうに対応していくのかということについて少しでもヒントになるようなことを、本日はお話しできればと考えております。

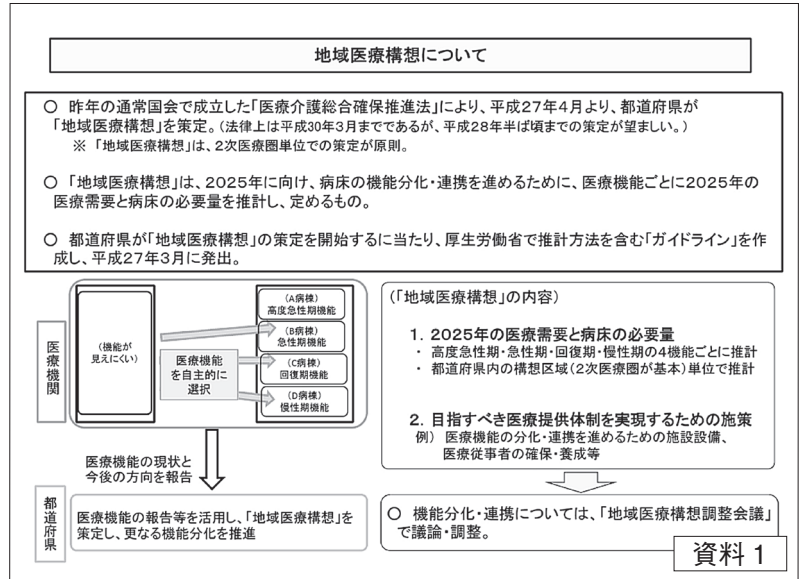
地域医療構想と病床機能報告制度

地域医療構想について

まず、地域医療構想というのが何かということをお初めに理解しておかなければ、本日の話の全体像を中々つかめないので、地域医療構想についてお話しします。資料1は、「地域医療構想について」という厚生労働省の資料です。これは、地域医療構想を進めるにあたって最初に配布した資料です。資料を読んでいただくと大体理解できると思われま。

地域医療構想の内容は二つあります。一つは、2025年の医療需要と病床の必要量を計るということです。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能ごとに推計します。また、都道府県内の構想区域、特に2次医療圏を基本単位として推計します。機能別の数字と地域ごとの数字を2025年で推計するという事です。2025年は、皆さんがご存じのように団塊の世代が75歳、後期高齢者の仲間入りをするという年です。二つ目は、目指すべき医療提供体制を実現する為の施策ということで、医療機能の分化・連携を進める為の施設設備、医療従事者の確保・養成等ということです。今お伝えした二つが地域医療構想ということです。

今お伝えしたことの前提として、資料1の左側に図があります。機能が見えにくいということですが。機能の何が見えにくいのかということ、特に一般病床です。医療法上で各病院が「私たちは入院



施設を持っている。」と届出をするわけですが、医療法上の中でいくつかの病院の機能があります。一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床の四つの大きな機能の中で、大体の病院が一般病床で届出ており、その数がおおよそ100万床と少しあるわけですが、中身が非常に見えにくいということなのです。つまり、ICUやSCU、救命救急等、非常に高度な医療を扱うところから障害者病棟、特殊疾患という難病の方を収容するような慢性期的な施設まで全てが一般病床という呼称で呼ばれていることにより、国民から見ると、一般病床に入るとということがどういう意味なのかが分かりにくいということで、中身を機能別にきちんとしましょうということなのです。(資料1)

病床機能報告制度

これを実現する為に国が何をしたのかというと、平成26年に病床機能報告制度というものをスタートしました。先ほどお伝えしましたように、医療法では精神病床と感染症病床以外では、一般病床と療養病床で届け出をしているわけですが、一般病床と療養病床で届け出をしている病院に対して、自分たちが持っている病床の機能が資料2に記載の機能のどこに該当するのかということをも病棟ごとに届け出を下さいということからスタートしたのが平成26年です。この機能の内容は非常に簡略な形の

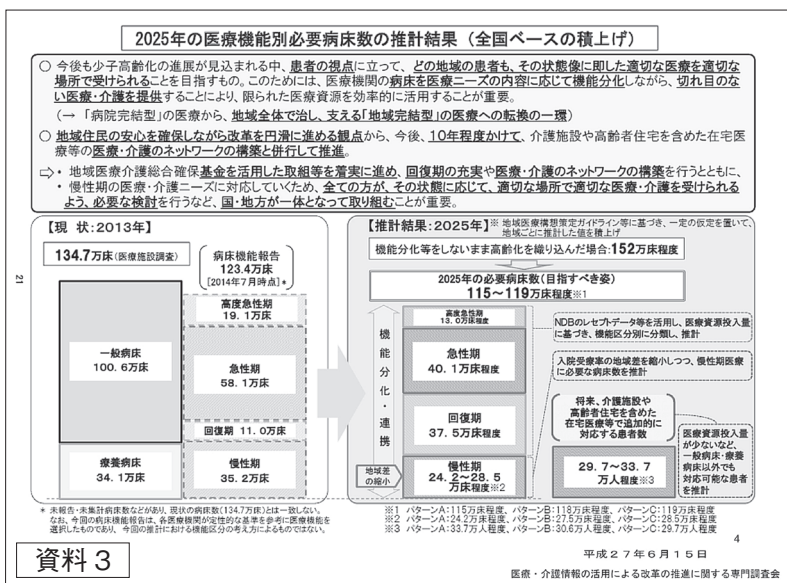
医療機能の名称	医療機能の内容
1. 高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
2. 急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
3. 回復期機能	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
	○特に急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
4. 慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
	○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者

資料2

説明で、いわゆる定性的な機能ということを言われています。高度急性期、急性期、回復期、慢性期ということで、いわゆる一般病床というのは、大体どこの病院も急性期で届け出ていると思われる。高度急性期はICUやSCU、回復期というのは回復期病棟等で、慢性期は療養病床ということで、大雑把なくくりは病院の方で理解しているのではないかと思います。(資料2)

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果

ただ、現実には、その機能が合っていないということがあったということです。平成26年の病床機能報告制度を受けてどういうことが起きたのかというと、昨年(2014年)の6月に医療関係者からすると少し衝撃的な発表、マスコミ報道があったのです。「2025年には病床が20万床分過剰になる為それまでに20万床を削減する」という厚生労働省が発表したという報道があったわけです。厚生労働省が報道したのか、マスコミがこれを取り上げてそのような報道になったのかわかりませんが、2013年時点で一般

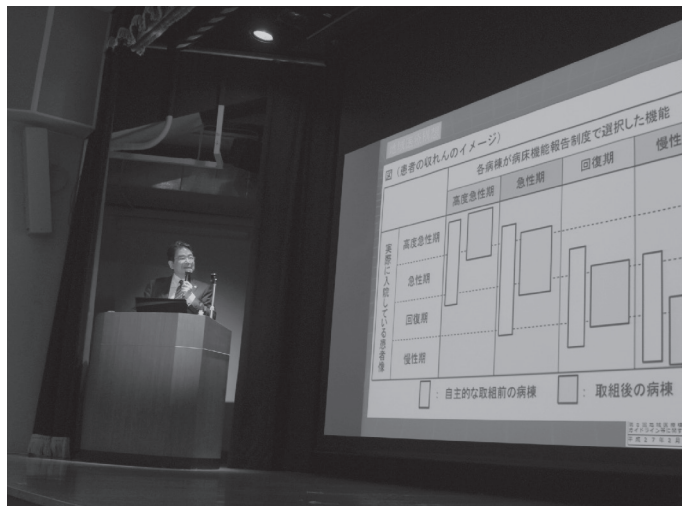


病床と療養病床、今回の機能届出病床の対象になった病床が135万床ありました。これに対して国が発表した2025年の必要病床数は、少し慢性期の方で差がありますが、およそ115万床から119万床、一番少ないところで115万床、つまり、135万床の病床が2025年には115万床で足りるという報道になったわけです。それまでは、病床数はほぼ維持をする、これから高齢化が進んで患者が増えるが、患者が増えることに対して病床は増やさない、現状維持でいくと言っていたものが、この結果を受けていきなり20万床削減するという事になったわけです。

20万床という数字の中身を見ると実はもっと衝撃的なのです。資料3の現状の数値で高度急性期と急性期、いわゆる急性期群を見ていただきますと、およそ84万床ぐらいあります。それが、2025年の推計結果を見ると53万床で良いとなっており、ここだけでも30数万床が余分にあるということです。慢性期に関しても、35万床が24万床で良い、10万床程多いということになっています。確か、全体で40数万床が余剰、機能が合っていないということです。一方で、回復期という機能は全然足りておらず、30万床近く足りないということです。実際に病床の異動ということからすると、これから4～50万床単位で動かさなければならないということで、これは非常にびっくりするような内容です。

つまり、これは地域医療構想のある程度の今後の行く末ということなのです。各病院がそれに対応していかなければならないということからすると、現場で病院を運営されている理事長や院長、それを支える我々コンサルタントも、今後どうしていくのかということは、非常に重要な問題だということになるのではないかと考えております。つまり、地域医療構想がスタートして2年経って、今お伝えしたようなことが国から示されているわけです。「さあ、皆さん、どうしますか。」ということです。来年の3月末の時点では、2025年の地域医療構想に向けた具体的な形を医療圏ごとに示さなければなりません。つまり、今これだけ多い急性期、高度急性期をどこの病院が回復期に異動するのかというようなことを示していかなければなりません。

今お伝えしたのが今動いている内容です。(資料3)



全国・地方の「既存病床数」と「2025年必要病床数」

全国で見ると、高度急性期、急性期、慢性期はどこの都道府県でもほぼ余剰で、回復期が不足しています。全体としての大きな流れというのは47都道府県が全て変わらないかたちとなっています。ただ、中身が少し違います。

例えば、資料6に、典型的な例として高知県を挙げてみました。高知県には全体で1万6千床ありますが、2025年には9千床となる為、過剰であるということです。およそ7千床の削減、率にすると43%の削減率となり、全国に比べると3倍くらいの削減率です。

つまり、高知県は非常に病床数が多い、県民一人当たりの医療費が日本で一番高い県です。今回は象徴的なところを例に挙げたということもあります。高度急性期、急性期はマイナス49%ということで、全国平均を少し上回るのですが、特に目立つのが慢性期です。7,500床が2,400床で良い、3分の1で足りるということなのです。その為、70%くらい削減しなければならないということです。つまり、先ほどお伝えしたように、全国の傾向として高度急性期、急性期、慢性期も削減の方向、回復期は増加の傾向ということで、傾向としては高知県も変わらないのですが、その中身が違います。この背景を我々は理解しておかなければならないと考えております。(資料6)

全国・地方の「既存病床数」と「2025年必要病床数」
(厚労省発表データに基づき医療総研にて補正)

	既存病床数(2013年10月1日現在) ①	2025年必要病床数 ②	差 ②-①	①/差	在宅医療増加分(千人)		
全国	合計	1,346.9	1,148.5	-198.4	-15%	336.6 (25%)	
	高度急性期	208.7	130.3	-78.4	-37%		
	急性期	634.4	400.6	-233.8			
	回復期	119.7	375.2	255.5			214%
	慢性期	384.2	242.3	-141.9			-37%
高知県	合計	16.2	9.3	-6.9	-43%	6.5 (40.1%)	
	高度急性期	1.7	0.8	-0.9	-49%		
	急性期	5.4	2.8	-2.6			
	回復期	1.6	3.3	1.7			100%
	慢性期	7.5	2.4	-5.1			-68%

資料6

療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率

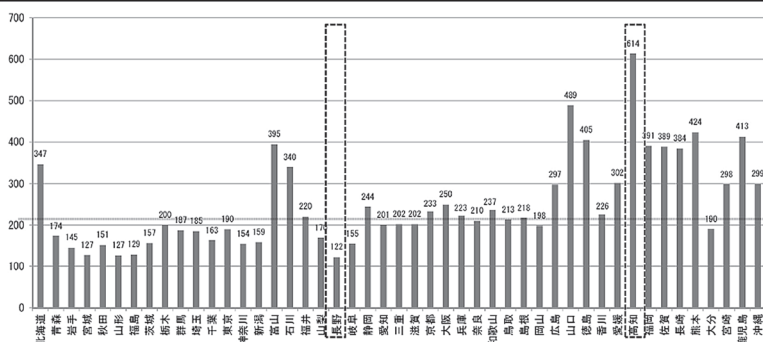
資料7は、療養病床の都道府県別の受療率を性と年齢階級を少し調整して出したものです。分かりやすく言えば、療養病床の受療率ということで見ただけでは構いません。受療率とは、人口10万人当たりで受療をされた方が何人いるのかを計算したものです。

破線でグラフを囲んでいるのが高知県と長野県です。高知県は10万人当たりで600人を超える方(614人)が療養病床に入院しているということです。一方、長野県は122人です。高知県の5

分の1ということです。国が、高知県知事に高知県の療養病床の受療率を長野県並みにしろということを言っているというのが、先ほどお伝えした2025年必要病床数の少ない方、115万床の方です。それは少しきつい為、グラフ上にグレーの線で示している中央値並みにまずはソフトランディングで行こうかとしたとしても、それでも119万床くらいということになります。いずれにしても高

療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率(間接法)

都道府県の入院受療率が、全国平均の入院受療率と比べて高いかどうかを、性・年齢構成の影響を補正して示したものの。
【性・年齢階級調整入院受療率(間接法)(人口10万人対)の計算方法(平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査)】
各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数(Σ【全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口】)×全国の入院受療率



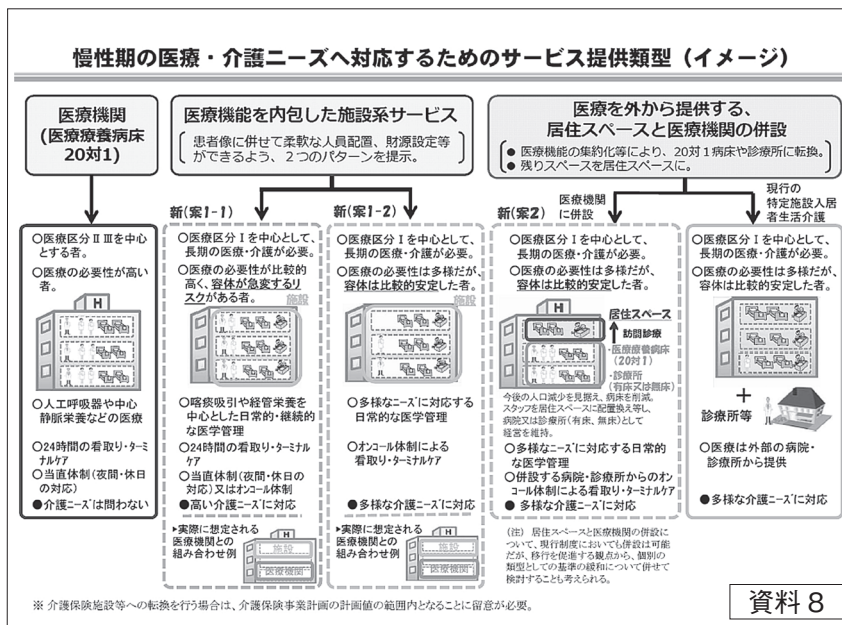
資料7

知県からすると、かなりの数の療養病床の数を減らさなければなりません。皆さん、どうですか。高知県知事だったら、減らすことはできますか。これは大変ですよ。5人のうち、4人の方を退院させる等のことが必要だということです。ただ、受療率というのは統計的な数字で、10万人当たりで療養病床に入院している人がこれだけの数だということです。療養病床に入るべき患者の数がこれだけいるという意味ではないのです。その為、今入っている600人の方を療養病床ではないところに入院、或いは入居していただければ、数字は一気に下がるということです。（資料7）

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型

今後、国がどのような方策を取ろうとしているのかということについてです。資料8が「慢性期の医療・介護ニーズへ対応する為のサービス提供類型(イメージ)」です。これは新しい形の提供類型ということで国が示している内容です。療養病床の中で医療区分というのは皆さんがご存じだと思います。患者の治療状態に応じて医療区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅲとなっており、区分ⅡとⅢが比較的治療の必要な、医療区分が重い患者です。国が示しているのは、医療区分ⅡとⅢを中心とする患者が入っている施設は、従来通り医療療養病床ということで療養病床として存続していきましようということなのです。一方、医療区分Ⅰの患者について、今まで療養病床では医療区分Ⅰの方を100%入れてもよかった医療区分Ⅱが、今年の診療報酬改定で、医療区分Ⅰの患者を50%未満にしなければ、療養病床の2という診療報酬を続けられなくなりました。ただ、この基準がクリアできなくても、診療報酬5%カットで2年間は経過措置として診療報酬を受けられます。しかし、いずれにしても、もう方向性は示されたのです。つまり、医療区分Ⅰの患者を入れている病床というのは、将来的に介護施設に転換していただきますということです。資料8に太枠で「施設」と記載している箇所は介護施設です。療養病床に入っている患者を減らしきれなければ、国の方で、或いは高知県知事は病院に指導、指示、要請をするわけです。つまり、医療保険対応の療養病床でやっているが、それを介護保険対応の施設に転換してくれませんかということです。

今、療養病床で運営をしていて医療区分Ⅱ、Ⅲの患者を集めきれない病院は介護施設に転換するということが、ある程度予想できます。その為、それを踏まえた形で、今後医療経営をしていかなければならないということです。そういう意味で、病院経営者は今お伝えしたようなところを睨みながら、あと2年後の診療報酬改定に対応しなければなりません。勿論この2年間も、医療区分Ⅱ、Ⅲの患者をある程度確保していくことは、経営上、当然求められるわけです。5%の診療報酬の削減で済むとお伝えしましたが、今、利益率が5%としている医療機関はそう多くはないと思われる為、5%の売り上げ削減というのは非常に大きいと考えられます。国が地域医療構想を踏まえた形で、今お伝えしたような形で既に示唆をしているということは、2年後の診療報酬・介護報酬のダブル改定の時に資料8に記載のスタイルが全面的に出てくるということは予想できることなのではないかと考えております。高度急性期については、後ほど少し触れます。（資料8）



医療法等に関する意見

地域医療構想をスタートするに当たって、医療法等に関する意見が議論されました。資料9から資料12に記載の内容は、平成25年12月に医療法改正の前に議論されたことです。ここで言われていることが医療法に反映されているということです。中身については、医療法の改正内容であるというふうに見ていただいて構わないと思われます。基本的な考え方は、機能を明確化して強化・連携をしていきますよということと、地域包括ケアシステムを充実させていきますよということです。(資料9)

平成26年1月20日 | 第71回社会保険審議会医療保険部会 | 参考資料2

医療法等改正に関する意見

平成25年12月27日
社会保険審議会医療部会

社会保険審議会医療部会においては、平成23年12月22日に、「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめであり、これを受けて、厚生労働省においては、関連する検討会等が設けられ、医療法等の改正に向けての検討が行われてきた。

また、平成24年2月には、社会保険・税一体改革大綱が閣議決定され、社会保険制度改革の方向性が示された。同年8月には、社会保険制度改革推進法が公布・施行され、これに基づき、同年11月に社会保険制度改革国民会議が設置され、社会保険制度改革の内容について、具体的な議論が行われた。この議論については、平成25年8月6日に、社会保険制度改革国民会議報告書として取りまとめられ、これを踏まえ、政府において、同年10月に、持続可能な社会保険制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案を国会に提出し、同年12月5日に成立したところである。

こうした政府の社会保険制度改革全体の検討を踏まえ、社会保険審議会医療部会においては、本年6月より10回にわたり、医療提供体制の改革の具体的な内容について、さらに議論を深めてきたところであり、これまでの議論を踏まえ、医療法等改正に関する意見は以下のとおり取りまとめた。

厚生労働省においては、本国会の意見を十分踏まえ、関係見直しが必要な事項についての法律改正案を次期国民会議に提出する等、改革に早急に取組み、着実に実施されたい。

1 基本的な考え方

- 今後、高齢化が進み、医療・介護サービスの需要が増大していく中で、患者それぞれの状態にふさわしい良質な適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医療機能の分化・連携を進め、各医療機関に必要と必要な医療資源を適切に投入し、入院医療全体の強化を図るとともに、同時に、退院患者の生活を支える在宅医療及び介護サービス提供体制を充実させていくことが必要である。
- また、今後、認知高齢者、単身や夫婦のみの高齢者等が増加していくことも踏まえ、医療包括ケアシステム（地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域での有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療・介護・介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制）を構築することが求められ、そのためには、地域の中で医療と介護サービスが一体的に提供されることが必要であり、医療と介護の連携をさらに推進する必要がある。
- さらに、我が国の医療提供体制については、医療人材の確保の面では、
 - ・ 医師等の地域間・診療科間での偏在
 - ・ 医療需要の多様化、医療技術・機器の高進化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等を行う医療スタッフの業務増大・長時間労働や当直・夜勤・交代勤務など、厳しい勤務環境といった課題があり、限られた医療資源を有効活用し、良質な適切な医療を効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医師等の偏在の是正、チーム医療の推進、看護職の確保、医療機関の勤務環境の改善等に取り組む必要がある。
- 加えて、医療事故に係る調査の仕組みを確立することで、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる高い臨床研究を推進すること、医療法人に関する制度の見直し等、医療を取り巻く環境の変化に対応した改革も求められている。
- こうした課題に対応し、医療提供体制の改革を進めるため、以下に記載した事項について、実効性ある取組を行っていくべきである。

資料 9

この基本的な考え方に則って、先ほどお伝えしました病床機能報告制度を創設するということです。これは平成26年に創設されてスタートをしています。それを受けて、地域医療ビジョンの策定ということが言われています。これがいわゆる地域医療構想です。資料10右側に「都道府県においては、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を進め」と記載されているように、先ほどお伝えした四つの医療機能をきちんと分化して、連携の中で対応していこうということです。これも先ほどお伝えしたように、2025年の医療需要ということで、資料に記載しているようなことを地域医療ビジョンの中で策定していきますよということです。そして、それを進める為に会議体を持って進めていきますよということが言われています。(資料10)

II 具体的な改革の内容について

1 医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に関する在宅医療の推進について

(1) 病床機能報告制度の創設

- 医療機能の分化・連携の推進にあたっては、地域において、それぞれの医療機関に担っている医療機能の情報を把握し、分析することが必要であることから、医療機関が、その有する病床（一級病床及び診療科目）において担っている医療機能の現状と今後の対応方針等について、病床機能報告書として、都道府県に報告する仕組みを、医療法上の制度として設けるべきである。
- 医療機関の名称は高度急性期医療、急性期医療、回復期医療及び慢性期医療の4区分とし、「一般病棟及び回復期を有する医療機関」を各医療機能の区分と照らし、併存することにより、これら4区分のうち1つを選択して、都道府県に報告することとする。ただし、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、医療機関が併存して報告する具体的な事項については、確保していただく医療の内容が市県不同等として異なるようなものとする必要がある。
- また、具体的な報告事項については、医療機関にとって極力追加の負担が生じないよう配慮しつつ、都道府県での地域医療ビジョンを策定する上で必要な情報と、患者・住民・他の医療機関に明らかにする情報を定めることとするべきである。
- 医療機関から都道府県に報告された情報については、患者・国民に分かりやすい形で公表し、患者・国民の医療機関の選択に資するようにすべきである。
- また、各医療機関の現況（経営の基盤）は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値で示すことは困難であるため、制度開始当初は定性的なものとすると、今後、報告内容を分析して、定量的なもの（指標）としていくべきである。
- なお、具体的な報告事項やその公表のあり方については、引

(2) 地域医療ビジョンの策定

- 都道府県においては、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を進め、医療資源の適正な配分を図ることにより、今後、高齢化の進展により増大する医療・介護サービスの需要に対応できる地域医療提供体制を構築するために、地域医療ビジョンを策定することが必要である。
- 地域医療ビジョンについては、地域の医療需要の将来予測や病床機能報告制度により医療機関から報告された情報等を利用し、二次医療圏等ごとに、各医療機関の母体の必要量を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すものとし、これを都道府県は医療計画の一部として策定することとするべきである。
- 地域医療ビジョンでは、主に以下の内容について定めることとするべきである。
 - 2025年の医療需要
 - 入院・外来・救急・救急患者数 等
 - 2025年に目指すべき医療提供体制
 - 二次医療圏等（在宅医療については市町村等を単位）ごとの医療機能別の必要量
 - 目指すべき地域医療提供体制を実現するための施策
 - ④ 医療機能の分化・連携を進めるための施設整備、医療従事者の確保・養成等
- 国においては、今後、地域医療ビジョンのより詳細な内容を検討し、策定のためのガイドラインを作成することとするが、その際には、都道府県、医療及び医療保険関係者等と参画する検討会を設け、具体的な検討を行うこととするべきである。
- また、このガイドラインにおいては、二次医療圏等ごとの医療

資料 10

必要量の算出に当たっては、都道府県が地域の事情等の合理的な理由に基づき、一定の範囲で補正を行うことができるということです。国が示してはいるものの、ある程度都道府県知事の考え方、権限で一定の範囲での補正はできますよということです。例えば、東京都は、東京都というエリアだけで見た時に、本当に機能別の数字が適正なのかどうかというのは、私自身でもある程度疑問があるところですが、つまり、東京都は全国から患者を呼べるという機能があるとすれば、高度急性期の領域は東京都の人口だけで計って良いのかというようなところは、多少はあるように思われます。また、地域医療ビジョンの策定スケジュールについては、平成28年度末、平成29年3月末を一応のゴールにするということで、そこである程度の形を出さなければなりません。

また、資料11左側に、「地域医療ビジョンは、医療計画と同様に、」とあるように、各団体が参画して策定されるべきということが記載されています。また、資料では「病院団体を含めた」とあえて記載されています。今まで、厚生労働省の診療報酬改定等の中で、日本医師会というのは非常に強力な力を持っていましたが、病院団体というのは、ある一定の数は参加していたにしても、中々そのようなところに参加しきれていない部分がありました。それを今回は、病院団体を含めて幅広い関係者の間できちんと協議してくださいという内容です。

需要の将来推計、医療機能別の将来の必要量を算出するための標準的な計算式等を示すこととするが、必要量の算出に当たっては、都道府県が地域の事情等の合理的な理由に基づき、一定の範囲で修正を行うことができるようにすべきである。

○ 地域医療ビジョンの策定スケジュールについては、平成26年度中に病床機能報告制度を開始し、これにより報告された内容を踏まえて、国において、同年度中に地域医療ビジョンのガイドラインを策定するようすべきである。

それを受けて、都道府県においては、平成27年度から平成28年度にかけて地域医療ビジョンを策定できるようにすべきであるが、その際には、都道府県の業務負担等も考慮しつつ、都道府県が地域の実情を踏まえて、積極的に考えて、各都道府県にふさわしい地域医療ビジョンを策定することができるよう、策定期限については、一定の幅のあるものとするべきである。

○ また、地域医療ビジョンは、医療計画と同様に、医療法の規定に基づき、医療計画・市町村協議会・医師会・医療従事者等が協議するべきである。また、市町村協議会・医師会・医療従事者等の協議を踏まえて、策定されるべきである。その内容については、医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療を適切に推進していく観点から、今後、定期的に見直し、記載された各項目がより精緻なものとなるようにする必要がある。

(3) 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置（必要な病床の適切な区分、都道府県の役割の強化等）

○ 医療機能の分化・連携については、まずは、病床機能報告制度に基づいて、医療機関がその有する病床で担っている医療機能の現状を把握し、都道府県が把握・分析し、その結果を踏まえて、都道府県において策定される地域医療ビジョンによって、二次医療圏等ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が示されることで、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協業により、進められることを前提とすべきである。

○ また、国及び都道府県は、医療機関の自主的な取組を支援し、また、医療機関相互の協業を実効的なものとするために、以下の措置を講ずるべきである。

① 「協議の場」の設置

- ・ 都道府県は、医療機関や医療保険者等の関係者が参加し、様々な医療機能の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」を設置することとする。
- ・ また、この「協議の場」の協議の実効性を高めるため、医療機関に対して、「協議の場」への参加及び「協議の場」での合意事項への協力の努力義務等を設けることとする。
- ・ なお、その組織運営は、公平・公正に行われる必要がある。

② 医療保険者の意見を聴く仕組みの創設

- ・ 都道府県が医療計画を策定する際には、医療保険者の意見を聴くこととする。
- ・ その際には、都道府県ごとに設けられている医療保険者による協議会である保険者協議会の意見を聴くことも必要である。

③ 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化（後述）

④ 新たな財政支援の仕組みの創設（後述）

○ こうした措置を通じて、医療機関による自主的な取組や医療機関相互の協業を実効的なものとし、機能分化・連携を進め、地域医療ビジョンの必要量に向けて病床数をねんきんさせていくことが基本となるべきである。

○ ただし、仮に、「協議の場」の合意に従わない一部医療機関が現れ、地域医療ビジョンで定められた必要量に照らして過剰な医療機能の病床をさらに増やそうとする場合や、何らかの事情により「協議の場」が機能しなくなったり、機能分化・連携が進まない場合等については、これに対処するために、都道府県の役割として、以下の措置が必要である。

○ その際、以下の措置については、都道府県において、合理的な根拠に基づき、運用されることが重要である。

資料 11

次に、地域医療ビジョンを実現する為に必要な措置ということで、前提条件が記載されています。各医療機能の必要量が示される時に、医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により進められることを前提とすることが望ましいと言っているのです。つまり、国がある程度示した先ほどの数字に対して、各医療機関が自主的に「私は、急性期から回復期に異動しますよ。」と言うことによりその地域の病床数が構想通りになれば、それが一番望ましいと言っているわけです。ただ、現実には中々そうはいかない為、国としてはある想定をしているわけです。

まず、地域医療ビジョンを実現する為に協議の場を設置しなさいということです。これは、医療圏ごとに協議の場があって、温度の差があるにしても一応協議はされていると思われる。

もう一つは、医療保険者つまり、各企業の保険組合や政府管掌の保険組合等の意見を聴きましょうということ、医療機関側だけではなくて、保険者、お金を払う側の意見もきちんと取り入れましょうということです。

もう一つは、医療と介護の一体化を進める為に、医療計画が非常に重要だということです。医療計画というのは、地域医療連携を進める為に、各都道府県の医療計画を5年に1回出しています。平成20年が都道府県策定のスタートで平成25年に2回目、都道府県が作るようになってからは2回目ということで、平成30年が3回目の医療計画の策定となります。その医療計画の中の医療連携が非常に重要であるということを言っています。医療計画の在り方というのは、今後非常に重要だということです。これは最後にお伝えしますが、2年後の平成30年というのは非常に重要な年なのです。何故重要なのでしょうか。診療報酬・介護報酬のダブル改定があるということは皆さんご存じだと思います。また、先ほどお伝えした都道府県が策定する医療計画が3回目の改定の年になるのです。つまり、診療報酬・介護報酬・医療計画の三つの大きな改定が重なるということで、平成30年は、国にとってはまたとないチャンス、2025年までもう残り少ない中で、唯一のチャンスなのです。その為、平成30年の機を逃したらこの地域医療構想というのは、恐らく成功しないのではないかと考えております。そういう意味で、地域医療計画が非常に重要だということです。

協議の場でいろいろと議論をしていただいて、各医療機関が自主的に数字を見直してもらうのは前提ですが、仮に協議の場の合意に従わない医療機関が現れた場合にどうするのかという時に、次の措置を求めることができるということで、ある程度、都道府県知事に権限を与えています。

(資料11)

まず、病院の新設・増床に対してはどうかということです。その地域で不足している医療機能については、ある程度条件を付して、事後的にその遵守を求めることとする、つまり認めるということです。

逆に、既存医療機関による医療機能の転換についてです。国は、これから転換を進めてくださいと言っているわけです。その中で、転換が逆行する転換の場合については、「転換計画書の提出を求めた上で、転換にやむを得ない事情がないと認める場合には、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請・指示することができる」と記載されています。つまり、今、慢性期の病床を例えば急性期にするといったような時に、その転換には事情がないと認める場合は、「転換はできませんよ。」と言うことができるということです。

また、「医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、現行の医療法上の措置に加えて以下の措置を講ずることができる」との記載があります。現行の医療法でも、資料12に記載しているような内容で、ある程度のペナルティがあるわけですが、それ以外に、協議の場の決定事項に従わない場合は、医療機関名の公表つまり、「この医療機関は、国の大きな施策の進行に対して協力的ではない。」というような内容で医療機関名を公表されます。また、補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象から外すということで、資金的に不利益を被ることがありますよということです。また、大病院の場合は、地域医療支援病院・特定機能病院の承認ができない、或いは、承認の取消しということもあるかもしれませんよということです。地域医療支援病院・特定機能病院というのは、非常に病床数が多い為、知事からすると、そこの病床を転換するということは、地域医療構想の達成には非常に大きな要素となります。その為、公的な病院を中心に地域医療支援病院・特定機能病院等は、これからある程度病床の転換の要請があるのではないかと思います。

次に、協議の場が何らかの事情により機能しなくなった場合、協議自体がその機能を提供できない場合はどうなのかということです。「公的医療機関以外の医療機関の一定期間稼働していない病床についても、一定期間までの稼働又は削減の要請を行うことができることとする。」と記載されています。先ほど、稼働していない病院、病床機能報告制度で10万床ほど届出がなかったとお伝えしました。それは恐らく、看護師が手配できない等の理由で、今は休床状態になっているところが大半だと思われます。そういったところは、有無を言わず削減というようなことになるのではないかと思います。その場合、公的な病院については都道府県知事から指示があり、公的病院以外、民間病院については要請を行うことができるということで、公的病院と民間病院では命令の在り方の強さが少し違うということです。ただ、要請を行った場合、それに従わない場合は先ほどお伝えしたように、医療機関名の公表や補助金の交付対象にならない等の措置を講ずることができるということで、かなり都道府県知事に権限を与えているわけです。

先ほどお伝えしましたように平成28年度末が期限となっています。平成28年度末に、各二次医療圏の地域医療構想つまり、病床数をどうするのかということが決まって、各医療機関がどの機能をどう異動していくのかということは、そこからスタートするわけです。2025年が一つのゴールということで、そこまでに各医療機関同士で話し合っていくながら、どうしてもまとまらないところ

【病院の新規開設・既存医療機関による増床】
都道府県知事は、医療計画の達成に必要となる場合には、新規開設・増床の許可の際に、不足している医療機能を担うことを条件に付し、事後的にその遵守を求めることとする。

【既存医療機関による医療機能の転換】
① 既存医療機関が必要量に照らし過剰な医療機能に転換しようとする場合

- ・ 都道府県知事は、あらかじめ、医療機関に対して、医療審議会での説明や転換計画書の提出を求めた上で、転換にやむを得ない事情がないと認められる場合は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請・指示することができることとする。
- ・ 医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、現行の医療法上の措置（第53）に加えて以下の措置を講ずることができることとする。
 - イ 医療機関名の公表
 - ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
 - ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し
 - （注）将来的には、過剰な医療機能の病院への転換について診療報酬による対応を行うかどうかについても検討する必要がある。
- ・ 上記の措置によっても、過剰な医療機能への転換を行った限定的なケースにおいては、一定の手段を踏まえて、過剰な医療機能に転換した当該病院に限って、国が医療機関の指定を行わないとも考えられる。これについては、こうした措置を導入するとの意見もあろう。入院患者における影響も考慮し、慎重な対応が必要との意見もあることから、今後の機能分化・連携の進捗状況も見ながら、引き続き、検討する必要がある。

※ 現行の医療法においても、管理者が管理をなすのに適さないと認めるときは設置者に対して管理者の変更を命ずることや、公的医療機関の開設者に対して、適宜に関して必要な指示を行うこと等ができることとなっている。

② 「協議の場」が何らかの事情により機能しなくなり、医療機関の自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合

- ・ 現行の医療法において、都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いた上で、公的医療機関等の一定期間稼働していない病床の削減を命ずることができることとなっているが、これに加えて、都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、公的医療機関以外の医療機関の一定期間稼働していない病床についても、一定期間までの稼働又は削減の要請を行うことができることとする。
- ・ 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いた上で、公的医療機関については、過剰な医療機能から不足している医療機能への転換や回復期機能等の充実等の措置を行うことができることとする。
- ・ 公的医療機関以外の医療機関については、同様の措置を行うことができることとする。
- ・ 医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には（上記①）の場合のイ、ロの措置を講ずることができることとする。

（４）在宅医療の充実、医療と連携の推進の推進等
① **在宅医療の充実**

- 医療機能の分化・連携の推進により、入院医療の強化を図ると同時に退院後の生活を支える在宅医療、外来医療及び介護サービスを充実させる必要がある。また、地域包括ケアシステムの構築のためには、医療と介護の連携をさらに強め、医療・介護サービスの提供体制を一体的に整備していく必要がある。
- 在宅医療の提供体制は、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏での整備が必要であることから、国、都道府県の連携のもと、相対性が主体となって地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等と協働して推進する必要がある。
- 地域包括ケアシステムの構築に必要となる在宅医療の提供体制

資料12

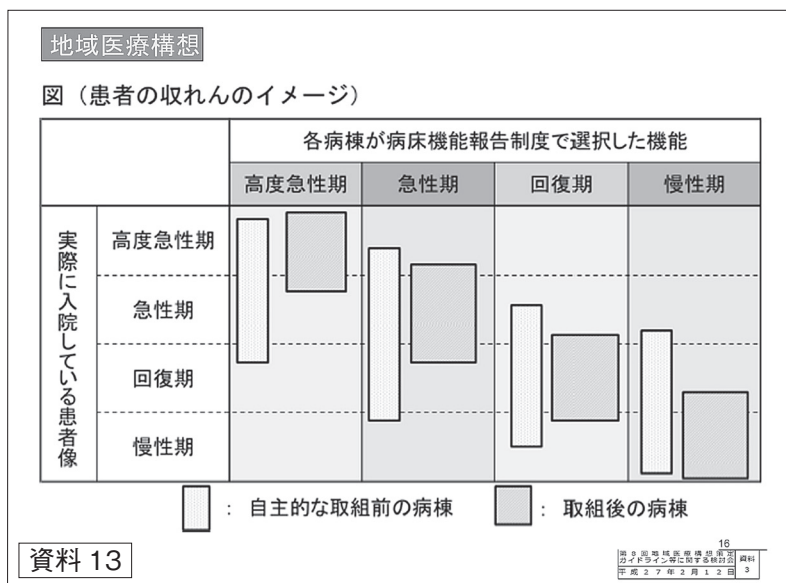
は知事がある権限をもって地域医療構想を実現するという流れに今後はなっていくのではないかと考えております。

病院を取り巻く環境として今お伝えしたような動きがあるということをやはり知らなければならぬと考えております。経営者の方、理事長や院長には医師としての考え方や思い入れが当然あると思われませんが、「私は医者だから、絶対に急性期医療をやるのだ。」というようなことを言うのは力があれば良いのですが、力がないのに救急をやりたいというようなことを言っていると、ある程度、地域医療構想の進行からはじき出されてしまうのではないかと考えております。

地域医療構想の現状としては、今お伝えしたようなところですよ。(資料12)

医療機関に求められる今後の対応

今お伝えしたような状況の中で、今、医療機関にどのようなことが求められているのかということを考えていかなければなりません。資料13は、地域医療構想の報告書の中に記載されていた図で、この図は非常に分かりやすく素晴らしい図だと私は考えております。恐らく、この図は厚生労働省の官僚の方が作られた図だと思います。この図の横軸は病院が病棟ごとに届出をした機能です。本当は、病院ごとに機能を求めているのではないかと意見も一部ありますが、それはまた今後の議論かも知れません。一方、縦軸は患者の状態を示しており、現状の入院患者の状況は細長い方の長方形で示しています。つまり、この図では、病院が届出をした機能と病院に入っている患者の実態があっていないということを言っているのです。これはどういうことなのかということですよ。



何故このような現象が起きてしまうのでしょうか。自分たちは高度急性期だと言っているのに、何故縦軸にある回復期の患者が入っているのかということですよ。これは、一つはやはり病院経営ということがあると思われまふ。病院の医師の方は経営的に何を求められるのかということと、ベッドを埋めることですよ。高度急性期病院とは言っても、やはり稼働率というのは非常に重要ですよ。高度急性期の対象の患者だけでベッドを全部埋められれば、勿論埋めたいと医師の方は思っているでしょう。医師の方はひょっとすると埋めていると思っているのかもしれない。ただ実態は、急性期から回復期という機能の患者が、高度急性期に入っているということですよ。これは、本当に手術の必要な患者がどんどん来れば、恐らく高度急性期の患者だけで埋まると思われまふが、ある一定の患者しか入ってこないという中で、医師の方の感覚と国が言っていることにギャップがあるからだと私は考えております。

何故このような現象が起きてしまうのでしょうか。自分たちは高度急性期だと言っているのに、何故縦軸にある回復期の患者が入っているのかということですよ。これは、一つはやはり病院経営ということがあると思われまふ。病院の医師の方は経営的に何を求められるのかということと、ベッドを埋めることですよ。高度急性期病院とは言っても、やはり稼働率というのは非常に重要ですよ。高度急性期の対象の患者だけでベッドを全部埋められれば、勿論埋めたいと医師の方は思っているでしょう。医師の方はひょっとすると埋めていると思っているのかもしれない。ただ実態は、急性期から回復期という機能の患者が、高度急性期に入っているということですよ。これは、本当に手術の必要な患者がどんどん来れば、恐らく高度急性期の患者だけで埋まると思われまふが、ある一定の患者しか入ってこないという中で、医師の方の感覚と国が言っていることにギャップがあるからだと私は考えております。

例えば、私が脳出血で30日間入院をしたと仮定します。その時に、どのような治療が行われるのかということと、脳出血である為、最初の3日間ぐらひは緊急の手術をして出血を止めるという非常に高度なオペが行われると思われまふ。その為、その3日間というのは、間違いなく高度急性期医療なのです。ただ、3日間が経ち、手術が終わり、ある一定の状態になると、医療的な処置は最初の3日間に比べると、それほど必要がなくなるわけですよ。そうすると、それは急性期の状態になるわけ

です。そして、これも1週間もすると容態も安定して、8日目くらいになるとリハビリをした方が良くらいの状態になっているわけです。残りの22～24日間は、もう回復期の状態です。しかし、医師の方の頭の中はどのようになっているのでしょうか。3日間も大変な手術をして入った患者は、一ヶ月間丸々高度急性期の患者であるという認識であると思われます。そこに医師の方の感覚と国の言っていることにギャップがあるのではないかと考えられます。その為、今、資料13の図のような形になっている部分もあると考えられます。また、先ほどお伝えした稼働率の問題もあると考えられます。

この状態がどうかというと、ある意味不幸な状態だと私は考えております。何故ならば、高度急性期に入っている回復期の患者は、もう相当まずい状況だと思われるからです。回復期の患者には何が必要でしょうか。回復期の患者が高度急性期の病院、例えば、聖路加国際病院や虎の門病院のベッドに寝ていて治るのかということ、治らないのです。回復期の患者は、やはりリハビリのセラピストが1日当たり2、3時間のリハビリを行って、苦しいながらも歩行の練習等をしてある一定期間が経つと、自力で歩行ができるようになるのです。

厚生労働事務次官であった辻哲夫先生という、現在は東京大学高齢社会総合研究機構の特任教授をされている方は日本医業経営コンサルタント協会とも非常に縁の深い方でして、辻先生が講演の中で辻先生のお母様が正に脳出血の状態入院された時のお話をしておっしゃっていました。その当時は術後の患者はベッドで安静にしていなければ絶対に駄目だということで、ずっとベッドに寝かされており、生涯寝たきりだったそうです。今であれば、リハビリの施設できちんとリハビリを受けていたら、お母様はひょっとしたら寝たきりを脱して健康寿命を全うできたのかもしれないということをおっしゃっていました。

横軸にある高度急性期に入っている回復期の患者は、正に辻先生のお母様と同じような状態であると考えられます。回復期の患者は、やはり回復期の病床できちんとしたりハビリを受けるということが望ましいですし、患者にとっても大変幸せなことであると考えられます。横軸にある高度急性期に入っている回復期の患者がきちんと回復期に入れるように機能を明確化して連携するということが、患者にとっていかに重要なのかということがご理解いただけることでしょうか。家族も幸せなことです。

また、今の状態は、病院にとってもあまり望ましい状態ではありません。医師の方にとっては良いですが、管理部門、特に医事課長や事務長等にとっては少し困ったことであるように考えられます。高度急性期のベッドの1ベッド当たりの単価は8万円や10万円くらいではないと考えられます。しかし、回復期の患者が入っていると3万円くらい、つまり、ベッド効率が下がるということです。その為、高度急性期に入っている回復期の患者をきちんと回復期に連携して、本来の見るべき患者でベッドを埋めることができれば、病院にとっても望ましいということです。逆に、医師の方は、次から次へと高度急性期の患者が来ると大変なわけです。その為、ある程度回復期の患者も入れておいた方が、医師の方は稼働率を維持しながらできるということもあって、今のような状態が続いている部分もあるのかもしれないと考えております。このように、機能を合わせるということは、病院にとっても良いことなのです。

また、病床の機能を明確化して連携をすることは、国にとっても大変良いことだと思います。寝たきりになるということは、患者の生涯の医療費は大変多くかかるわけです。自分で杖を使って歩けたり歩行ができたりすれば、介護費も含めて医療費は本当にかかりません。しかし、寝たきりになってしまうと、多額の医療費がかかります。このことからすると、患者がきちんと自分が受けるべき機能に対応した病床に行くことは国にとってもよいことと考えられます。その為、国がこれを進めているということもあります。つまり、三方良しということです。

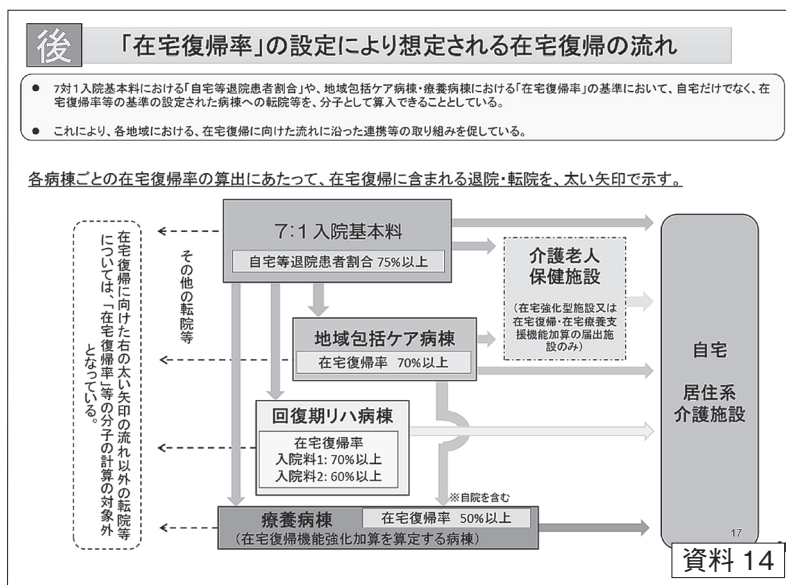
我々、日本医業経営コンサルタント協会では先週の9月29日、30日に、長野県で第20回日本医業経営コンサルタント学会を開催しました。皆さんは、伊那食品工業という会社をご存じでしょうか。

塚越寛代表取締役会長はビジネスの世界では比較的有名な方で、40数期増収増益をしていて、会長が命令をしなくても社員が自ら率先して掃除等をして会社がピカピカになっているそうです。また、駐車場に停まっている車のバンパーが直線的に揃っている等、そういう社員の意識が高い会社で、年輪経営ということも塚越会長がおっしゃっています。トヨタ自動車の豊田章男代表取締役社長もいたく感動して、「トヨタ自動車或いはトヨタグループに年輪経営の」ということで、デンソーや豊田自動織機等の社長が伊那食品工業に日参している、日参まではいかないにしても、訪問しているということです。伊那食品工業はそれくらい有名な会社です。伊那食品工業は寒天を作っている会社です。お聞きになったことがあるのではないのでしょうか。世界中に工場を持っていて、そういう意味ではそれなりの企業ではありますが、従業員が500人くらいの企業でそんなに大企業ではありません。先ほどお伝えした三方良しというのは商人の考え方なのです。これは、松下幸之助翁も言っていました。商売は、売る人も良し、買う人も良し、世間も良しということで、それが近江商人の哲学です。それが三方良しということです。松下電器は、売る人もきちんと利益を取って、買う人もきちんとメリットを受けて、儲かっている分税金を払って世間も良しというのが松下幸之助翁の考えということです。伊那食品工業の塚越会長が「三方良しも良いけど、私は四方良しだ。」と言っていました。四つ目は将来だということを行っています。年輪経営とは、着実に進んでいって未来があるということが重要だということです。

そういう意味では、資料13の図も、私は今まで三方良しと言っていたのですが、塚越会長の話を聞いて、これは四方良しだと考えました。つまり、国の将来にとっても非常に良いわけですから。医療提供の環境も良くなるし、医療費の抑制にもつながるといことです。今の状態を資料13にある太い長方形(取組後の病棟)の方に移行させるというのは、非常に重要な使命だと私は考えております。今、厚生労働省が進めている診療報酬改定の毎回の重要テーマがこれです。病床の機能を明確化して強化して連携するということです。それを進めていくことが、やはり医療提供にとって非常に重要なのではないかと考えております。そういう意味で、今回のような講演の機会でも、実際の経営コンサルティングの現場でも、私は各病院にお願いをして、地域医療で今お伝えしたようなことが進むような形で、今、仕事として取り組んでいるという状況です。今お伝えしたようなことが、病院経営の中で重要なポイントの一つだと考えております。(資料13)

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

もう一つは、地域包括ケアシステムということで、最終的には在宅に帰っていただく、ご自宅と居住系介護施設、或いは、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の入居施設に帰っていただくことを広く「在宅復帰」と呼んでいます。地域包括ケアシステムというのは、住まいについては別に自宅とは言っていません。在宅系のあらゆる住まいの中で、病院に頼らずにサービスを受容できる状況ということです。先ほど冒頭で、今、各病院の患者の数が減っているということをお伝えしました。私は、やはり在宅復帰への取組が非常に効いていて、電子レ



セ請求などで最近データが的確に集まってきますし、国の打つ施策の確度が非常に高まっているのではないかと感じております。

資料14は、患者を在宅に返すという図を示しています。診療報酬上、あらゆる機能が在宅に返すように誘導しているというのでしょうか。一つは、高度急性期、急性期に相当する7対1入院基本料は、一般病床の中で一番看護配置が高く高度な医療をするところと言われていています。ここの自宅等退院患者割合が、最初は75%で今年4月で80%以上になり、在宅復帰ということが言われています。また、回復期機能地域包括ケア病棟、回復期病棟の両方とも在宅復帰率が求められています。急性期と回復期については算定要件です。算定要件とは、該当の数字をクリアしなければ該当の診療報酬を取れないということです。つまり、必須事項なのです。7対1入院基本料の下に、10対1、13対1、15対1とありまして、そこでは在宅復帰率は必須事項として求められていません。10対1では加算ということです。つまり、在宅復帰率が達成できないのであれば、7対1の看護師がいても10対1の点数にせざるを得ないという状況です。どれくらい点数が違うのかというと、患者一人当たり一日2,500円くらい違う為、大変な違いです。

地域包括ケアについても地域包括ケア病棟入院料1・2があって、在宅復帰率70%以上を求められているのは1だけです。回復期については回復期リハビリテーション病棟入院料1・2・3があって1と2だけが算定要件として求められています。クリアできなければ、一番下の診療報酬にならざるを得ないということです。もうこれは、国が予告編的に言っているということだと思われます。一番上の基準である為にこうなのではなく、この機能をこれからやっていくということは、これくらいのことをやっていかなければ、この診療報酬を取れませんよということを言っているわけです。その為、各病院がある形で病床運営をしようとしたら、とにかく一番上の基準を達成できるようなレベルを求めなければ病院としてはまずいと私は言っています。一般病床をやりたいのであれば、7対1が取れるくらいのレベルになりましょうということです。地域包括や回復期にしろ、最終的には1を取れるようにということです。このように急性期と回復期については在宅復帰率が算定要件となっています。

慢性期は、昔はずっと亡くなるまでそこにいる、つまり、看取りをそこでして、最終的に自分の最期を迎える場所というようなイメージだったのが、療養病床も在宅復帰率50%以上とあり、これは、今はまだ加算となっており、50%をクリアできれば点数を差上げますよという形で、クリアできなくても良い訳ですが。しかし、これもいずれ算定要件になる可能性はあると思われます。慢性期において在宅復帰率50%は結構な数字です。

介護老人保健施設、介護報酬の老健も在宅復帰ということがあって、在宅復帰の加算と在宅復帰強化型の点数があります。何もないというのもありますが、強化型の在宅復帰率は50%、加算は30%でして、それをクリアできていないところは、それは点数が大幅に下がります。私のクライアントでも老健を持っているところがいくつかあります。老健は現状中々大変な状況です。今までずっとそこにいて、どれだけいても良いというのが老健の報酬でした。それを、長く続けてきたところでいきなり在宅を目指そうと言っても中々大変です。在宅復帰と言って利用者の方を返すと利用率が下がるというジレンマがあり、中々進んでいません。いずれにしても、地域包括ケアシステムをこれから確立しなければならないということから、これから老健というのは中間施設、つまり、家に帰る為の中間施設として非常に重要であるということを考えると、在宅復帰ということが必要だということなのです。

このように、急性期から介護に至るまで在宅復帰ということが言われているということで、恐らく患者の流れが大きく動いていて、きちんと対応できていないところは、患者或いは利用者の数が減少して苦しいところがあると思われます。その為、在宅復帰の流れにどう対応していくのかということが非常に重要であると考えております。(資料14)

地域包括ケアシステムの構築について

資料15に記載しているのが地域包括ケアシステムの姿です。先ほどお伝えしたように、住まいの形がどうであれ、中心に住まいがあって、その周りに記載しているようなサービスを24時間365日享受できる体制で、入院が必要な時は、地域包括ケアシステムの外側にある病院に逐次入院できるという体制を今、目指しているということです。地域包括ケアシステムが完成しなければ、病院側の在宅復帰等についても中々できないということ、地域包括ケアシステムというのが今中々進んでいないところを、平成30年にどういう形で国が一気に達成するのかという中で、医療保険、介護保険と共に相当強い形で診療報酬上の指導というのでしょうか、誘導や、或いは、医療計画の中でもかなり強い政治的な指導があるのではないかと推測できる内容です。（資料15）

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要がある。

12

資料 15

病院に求められる今後の対応

これは改めて言うまでもありませんが、病院に求められる今後の対応とはどういうことかということです。もう病院機能がより明確化して、病床の機能分化・連携が進みます。経営者としてはこれを受け入れるしかないのです。役割が精査されることで、高度急性期・急性期が減少し、回復期が増えます。これは、改革シナリオ、或いは地域医療構想で言われていることです。ただ、地域によって違いがあります。その為、地域ごとに病院の在り方を見直す必要があります。金太郎飴のように一律ということではなく、地域ごとに対応していかなければなりません。地域に患者を返していくことが病院経営にとって必須となります。診療報酬は、全て在宅に戻すことを前提に決められています。その為、在宅復帰率の更なる強化、主治医機能の推進ということが全体の中で行われていくと考えております。（資料16）

病院に求められる今後の対応

病院機能がより明確化し、病床の機能分化・連携が進む

→役割が精査されることで、高度急性期・急性期が減少し、回復期が増える ➡（2025年改革シナリオ）

→地域によって違いがあるので、各地域ごとに病院のあり方を見直す必要がある ➡（2次医療圏に対応した地域医療構想）

地域に患者さんを返していくことが病院経営にとって必須となる

→診療報酬はすべて、在宅に戻すことを前提に決められている

➡（在宅復帰率のさらなる強化、主治医機能の推進）

資料 16

中堅病院経営改善 コンサルティング最新事例

事例病院概要

病院に求められる今後の対応を受けて、一つだけ事例を紹介します。

事例に挙げている病院は、地方にある300床規模の病院です。一般病床と地域包括病棟をもっている病院で、経営的に中々利益が上がっていないということで相談が来しました。資料17に記載の診療科を含めて27診療科標榜ということで、地域にとってはかけがえのない、総合病院です。地域にとっては非常に頼りになる病院です。(資料17)

事例病院概要

■ 300床規模病院

一般病床、地域包括病棟

- 内科／呼吸器内科／循環器内科／消化器内科／糖尿病内科／内分泌内科／腎臓内科／神経内科／心療内科／外科／消化器外科／整形外科 など 27診療科標榜

資料 17

患者分析は経営改善の要諦

この病院の状況としては、入院患者の内容を見た時に機能が合っていないという部分があるということです。先ほど、医師の感覚が実際の診療報酬上の機能とずれているということを伝えました。国は「機能、機能ということで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能ごとに患者を」と言っていますが、機能とは何なのでしょう。皆さん、どうですか。機能を説明できますか。中々難しいですね。国が示しているのは1日当たりの単価です。先ほどお伝えしたようにオベがあった時等は診療報酬がとても上がりますが、それを過ぎてしまえば、ある一定の単価になります。つまり、入院基本料、リハビリ、食事というような基本的なところを除いて、1日当たり3万円以上の患者は高度急性期です。3万円未満6千円以上が急性期、6千円から1,750円の間は回復期という括りで患者の機能を言っているわけです。この括りが分かると、私の先ほどの説明がご理解いただけるかと思われれます。脳出血で入院した患者が3日目まではこうですが、4日目からはこう、1週間経ったらこうとお伝えしました。つまり、国は、一人の患者を30日間入院しているうち、3日が高度急性期、4日が急性期、残りの23日を回復期と見ているというような感覚です。しかし、この病院の医師は、「脳出血のような患者は全部高度急性期の患者である。我々は急性期をやっているのだから、全部の病床が急性期でなければやっていけないんだ。」ということをおっしゃるわけです。これが現実なのです。

それを示した時に、二つ分析の仕方があります。一つは、入院料の中で金額が変わる14日以内、30日以内、31日以上の三つの期間に分けた時に患者がどういう構成になっていたのかを見たところ、頭数でいうと6割が14日以内ですが、実際は、1日の患者を見ると半分の方が14日以内、4人に一人が15日から30日の間、5人に一人は31日以上なのです。実際に急性期的な患者は、やはり14日以内の患者だと思われれます。それを考えると、国が言っている機能別ということで言えば、この病院は300床規模の病床で、平均で270前後の患者が入っている中で、半分くらいの患者が急性期だとすれば、一般病床は半分が良いのではないかということです。更に、単価を見ると経営的には明らかです。14日以内の患者の4万円台なかば、15日を超えた患者の2万8千円台とでは明らかに単価が違うということなのです。15日を超えた患者を、先ほどの回復期病棟や地域包括ケア病棟にすると、

ゆうに3万円を超えてきます。回復期でもある形でセラピストをそろえてリハビリをきちんとすれば4万円を超えてくるのです。その為、回復期の患者を一般病棟にずっと置いておくよりは、機能を明確にしてそれなりの医療を提供すれば経営効率的にも上がるということなのです。今お伝えしたようなところを医師の方にどう理解していただくかということが、我々が苦勞をするところではあります。

同様に、国が言っている基準(先ほど説明した基準)で置き換えてみても同じような内容です。高度急性期の患者は7%、急性期は40%つまり、半分もいないということです。回復期は32%、慢性期は21%ということで、どちらの切り口で見ても、機能別にどのような病棟を持てば良いのかということは一目瞭然です。

そこで提案したのが病棟再編です。当院は、地域包括ケアを半年前くらいに進めてはいました。ただ、この病院は少し課題がありまして、「うちは急性期病院だ。」と言っている割には一般病棟が10対1だったのです。平成26年の診療報酬改定の時に、国がもうこれ以上7対1を増やしたくないということで、平成26年に地域包括ケア病棟という新たな病棟種別ができ、その時に制限を加えました。地域包括ケアをする場合は10対1以上の病院は7対1を同時に算定できませんということを行いました。その為、資料で療養病棟と書いている病棟は地域包括ケア病棟にできなかったのです。コンサル上療養病棟を1病棟かませて、残りの4病棟をまずは7対1にしました。7対1にすれば、次に地域包括ケア病棟をもっても良いということがあった為、最終的には3病棟を一般病棟で回復期を2病棟、地域包括ケア病棟を1病棟ということで進めようかなということで、我々は提案しています。

ただ、やはり医師の方の抵抗が大きく、「一般病棟が3病棟では足りない。自分たちの患者は急性期の患者だから、今7対1の看護配置で看ている患者を13対1の看護配置のところに移せない。」という現場からの意見もありまして、今のところ、一般病棟4病棟でやっています。ただ、これは、医師の方の頭の中を今後切り替えていただくしかないのではないかと考えております。今お伝えしたような形で進めているところです。

逆紹介は身を助ける？

事例として挙げている病院は300床規模の病院ですが、ドクターの数が40人台ということで少し少ないのです。勿論、医療法上の標準数は満たしています。常に、「医者が足りない。医者が足りない。伊藤さん、何とかして。」とおっしゃっていますが、ある意味、自ら医師不足にしているということも言えると思われます。どういうことなのでしょう。この話は、「逆紹介は身を助ける？」というテーマにしました。この病院は、外来患者の数がとても多い状況です。入院患者の2.5倍くらいいます。現在、外来患者が入院患者の2.5倍いる病院は少ないといえます。外来患者が1日どれくらいいるのかというと、再診患者だけで500人くらいいるのです。先ほど、入院患者を金額と機能で見たように、外来も金額と機能で見た時に、この病院は2千円未満の患者が3人に一人いるのです。2千円未満の患者は、本来300床規模の病院が診るべき患者ではないのです。それなのに3人に一人診ているということは、自ら医師不足を招いているということです。医師が頑張って3分間診療でこの患者を1時間で20人以上診てもどうでしょうか。平均1,200円台で売上が2万5千円にも届きません。1時間も働いて、医師の売上が2万5千円というのは、病院の経営にとっては少し厳しいですね。このように、医師の効率を自ら下げている部分もあると思われます。この患者が百数十人ということは、医療法上で必要なドクターの数でいうと4人ぐらいに相当するということからすれば、もうすこし効率を考えた方が良いということです。2千円未満の患者を減らしていきましょうという指導も併せて行いますが、中々減りません。今の診療報酬上、病院に行った方がいろいろな意味で患者にメリットがある為、中々減らないというのが実情ではあります。

改善のポイント

改善のポイントは、地域に不足している医療機能の提供ということで、回復期は全然その地域になかったということで、回復期を今後やっていきたいと思いますということです。患者内容に応じた病棟編成です。やはり、患者分析をきちんとすると患者内容に応じた病棟編成がきちんと見えてきます。この病院は10対1ではありましたが、実は7対1を目指していました。しかし、職員を集めきれなくて8対1くらいの配置をしていました。それを、一つ病棟を減らすことによって7対1が達成できたということ

ことで、余裕職員の活用による病棟基準の向上です。これから求められているリハビリの強化、外来患者の見直しです。また、連携をこれから進めるということで、地域連携強化です。あらゆる機能の病院で地域連携というのは強化する必要があると考えております。(資料18)

改善のポイント

- 地域に不足している医療機能の提供
- 患者内容に応じた病棟編成
- 余裕職員の活用による病棟基準の向上
- リハビリの強化
- 外来患者の見直し
- 地域連携強化

資料 18

事例から見る収益改善のポイント

収益改善のポイント

事例で挙げた以外の病院も含めて収益改善のポイントということで、これから病院がどういうことをしていかなければならないのかということです。一番のポイントは、やはり厚生労働省の方針を知ることです。地域医療構想も同じです。つまり、ほとんどの病院が保険診療の病院だと思われま。形成外科等の特殊な科を除けば、ほとんどが保険診療です。保険診療ということは、診療報酬が診療の糧です。診療報酬は誰が決めているのでしょうか。厚生労働省ですよ。その為、厚生労働省が、当然自分の方針通りに診療報酬を決めていきます。これから行きたい方向に対して手厚くします。例えば、ここの医療は行き過ぎたから減らすというようなことがあれば点数を下げます。その為、厚生労働省の方針を知るということは非常に重要です。今は、とにかく機能の明確化ということを言っている為、先ほどお伝えしたように、「うちの病院は高度急性期をやっているのだ。」と言っているも実は違うというところもきちんと含めた上で、機能を明確化することが必要であると考えております。

また、診療報酬を決める施設基準があります。人員やスペース、機械も含めたモノも基準をきち

収益改善のポイント

- 厚生労働省の方針を知る・・・機能の明確化
- 診療報酬施設基準の熟知・・・もてる経営資源(ヒト・モノ・スペースetc)の有効活用
- 各種加算に精通
- 患者主体の数値管理
- 具体的分析手法
 - ・患者分析
 - ・職員効率分析
 - ・スペース分析
 - ・財務分析 etc.

資料 19

んとつかんで、施設基準で一番高いところをいかに獲得していくのかということです。施設基準について、年配の看護部長ですと、人の計算も比較的ラフにやったりするそうです。昔は2対1看護というようなものがあって、患者二人に対して看護師を一人配置するのが一番高い基準としてありましたが、今は7対1となっています。これは、昔の基準で言うと1.4対1になります。基準が変わっているのに、7対1を相変わらず昔の基準で1.4対1ということで考えて、患者の数を1.4で割った人数の看護師を配置しているようです。実はこれには、配置と実際の出勤との違いがあるのです。昔は配置で良かったのですが、今は出勤している看護師の数がポイントになります。これによりどうということが起きているのかということをお伝えします。民間病院の休日は年間120日くらいです。2対1という看護配置というのは、年間140日くらい、4割くらい休んだ日数を基準にしているのです。つまり、昔の基準よりも今の基準の方が少ない人数で看護配置を達成できるということがあります。施設基準の内容を知っておかなければ、先ほどの事例でお伝えしたように、本来7対1が取れているのに、人数的に7対1が駄目だから10対1ということで、患者一人当たり1日当たり2千数百円違います。これは大変なことです。400床の病院だとすると、1日当たり100万円くらい違うということです。年間で3億数千万円の違いになります。看護部長が計算をできなただけで、年間で数億数千万円の利益が吹き飛んだとすれば、これは大問題です。今お伝えしたようなことも含めて、ヒト、モノ、スペースの施設基準をきちんと知るということは非常に重要です。

後ほど、診療報酬改定の推移を見ていただきます。今の診療報酬改定でプラスになるということは、中々望めません。ただ、全体ではプラスマイナスゼロくらいですが、先ほどお伝えしたように、国がこれから向かわせたい方向のところには、ある程度プラス側の要素で点数を引き上げてくるというところがあります。一方は下げて、全体をプラスマイナスゼロにするということです。プラスにする要素というのは、全体を引き上げるという点数改正は、もうありません。努力をした病院に加算という形で点数をつけますよということなのです。その為、施設基準も含めて、加算にはどのような内容があってどうすれば取れるのかということを見なければ、収入を増加させるということは、これから難しいということです。つまり、収入を増加させようと思えば、加算に精通する、逆に言えば、加算にきちんと対応してある投資をすれば、投資以上の収入が得られるということです。そこを分かっている病院と分かっている病院に、これから強烈に二極化していくと私は考えております。加算に対応できている病院というのはある形で利益を確保できますが、対応できていない病院はどんどん売上が下がる、先ほどお伝えしたように5パーセント等、数パーセント下がってきます。その為、明日倒れることはありませんが、5年後にはもうとんでもないことになるというようなことがあります。つまり、加算に対する対応をいかにしていくのかということが非常に重要だということです。

病院の機能を明確化しましょうという一つの大きい方針と、今、もう一つ重要な国の方針として、患者主体の医療を提供しましょうというものがあります。患者主体の医療、例えば、リハビリの実施単位数が何単位ということで、今までは実施すればよかったものが、実施した結果どれだけ回復したのかということもこれから見ていきますよということになります。リハビリを受けても回復しなければ、お金を払う患者から見れば、ある意味、その分だけ迷惑かもしれません。そのようなことのないように、患者にとっての効果もきちんと測ったうえでの診療報酬になりますよということで、今、動いています。その為、患者主体の数値管理をしなければなりません。患者主体の数値管理をする病院がこれから患者からも支持されるでしょうし、診療報酬上も恵まれると思われま

す。例えば、回復期リハビリテーション病棟というのは、リハビリを実施できる単位数が決まっています。患者一人に1日3時間の単位までです。セラピストも、標準的には一日18単位6時間くらいのリハビリということです。患者主体ではない病院はどういうふうを考えるのかというと、「セラピ

ストが5人しかいないから、患者一人当たり2単位しかできないな。」という発想になってしまいます。しかし、このように考える回復期リハビリテーション病棟は、いずれ駄目になります。私が指導しているのは、患者主体である為、患者1人当たり1日9単位がマックスですが、最低6単位はやりましょうと言っています。50人の病棟で全員が6単位のリハビリをする為には、セラピストが25人必要です。今は5人しかいませんが、20人増員して、回復期リハで患者がきちんと歩いてご自宅に帰っていただけるような機能の病院にしましょうということで、今、現場でいろいろと話をしています。5人を25人にすることはそう簡単なことではありませんが、それぐらいのことをやっとなければ、病院の機能を明確化する、或いは、経営を維持していくことは難しいと私は考えております。

以上が改善のポイントです。後は、具体的な分析手法ということで、資料19に記載のような基本的なところが必要であると思われまます。(資料19)

経営について

医業経営とは

具体的なコンサルティングの手法とは別に、経営について理念についても少しお伝えしたいと考えております。医業経営とは何かということ考えた時に、私がある程度作った言葉を資料20に記載していますが、基本は、一般的に言われていることです。医療というのは何かということ、地域住民に、質の高い良質の医療を継続的に提供することです。つまり、ずっと質の高い医療を継続的に提供するということが、各医療機関に求められていることだと私は考えております。医療機関つまり、診療所から病院まで含めてです。「良質の医療を継続的に提供する」ということは中々大変なのです。これを

医業経営とは

「地域住民に、良質の医療を継続的に提供する」

ために、**必要な利益を確保**するべく管理運営を行うことである

資料20

を実現する為に「必要な利益を確保する」とありますように、利益というのは医業をやる上で大変重要なのです。私は、必要な利益を確保するべく管理運営をすることが医業経営だと考えております。私の肩書である医業経営コンサルタントというのは、やはり、病院に利益をきちんととっていただくということが仕事だと考えております。そして、利益をとっていただくことが、結果的には地域に貢献することだと考えております。地域の住民の方に質の高い医療を提供することにつながるということからすれば、病院に利益をとっていただいて、我々がその一部から報酬をいただくというのは、非常に地域貢献につながっているというくらいの自負心をもたせていただいております。(資料20)

利益をとる為にはどうすればよいのかということ。利益を出す計算式は非常にシンプルです。これはもう皆さんがよくご存じですし、小学生に質問をしても分かると思われま。売上から費用を引いたものが利益です。そういう意味では、医業収益を上げるか費用を削減するかです。勿論、必要以外の費用は削減をして効率化をしなければなりません、費用を下げる為に、例えば、人員を削減するようなことをするのは、これは全くナンセンスというか、逆に、医業を失敗に、破たんにも導くもどだと考えております。適正な費用は使わなければ駄目です。適正以上の無駄な費用は効率化をする必要がありますが、適正な費用は確保しなければなりません。

医業経営として重要なのはどちらかということ、こちらとなります。医業収益を上げるということが必要です。(資料21)

では、医業収益を上げるということはどういうことなのでしょう。これも簡単ですね。医業収益は、「患者数」×「患者の単価」です。両方を増やせば収益は上がるのですが、患者数に対しては、経営者から医師が言われると、先ほどお伝えしたように、機能の合っていない患者をずっと引っ張ってベッドを埋めておくというような悪いことを考える医師がいるのです。それをすると自動的に患者単価が下がるのです。それでは患者数を増やした意味がありません。病床には限りがある為、病床を埋めるということに関し

ては限度がありますが、そこを回転させるということからすると、病床を回転させれば患者数は増えます。つまり、病院の入院患者の場合、新入院患者が非常に重要です。先ほど、入院期間別の単価を見ていただきました。1日から14日、或いは最初の3日間は、新入院患者でなければ得られない期間です。新入院患者は、入った日が1日目となり、新入院患者が増えれば増えるほど、1日目から3日目、或いは、1日目から14日目の患者単価の高い患者が増えるということです。患者数を増やすということは、新入院患者を増やすということです。そうすると、自動的に患者単価が上がるのです。それ以外にも、加算を取る等、患者単価を上げる方法はいろいろとありますが、新入院患者を増やすことができれば、患者単価は劇的に上がります。

今お伝えしたように、医業収益の向上というのは、非常にシンプルと言えばシンプルです。新入院患者を増やすということです。その為には何をすれば良いのでしょうか。医療機能の連携を増やす、救急車を断らないというようなことが出てくるということだと考えております。(資料22)

利益

医業収益↑-医業費用↓

資料21

医業収益

患者数×患者単価↑

資料22

医療機関における機能の明確化

資料23では、国が言っていることを改めて確認しています。医療機関における機能の明確化です。病院については今までお伝えしましたように、高度急性期から慢性期まで明確化しましょうということです。診療所については、診察室で医師が待っている医療というのは、よほど駅のターミナルの診療所のようなところ以外は、もうこれからは成り立ちません。やはり、在宅というところに取り組んでいかなければならないということです。地域包括ケアシステムを担うのは診療所の医師です。かかりつけ医ということで、是非、地域におけるかかりつけ医の領域をやっていただきたいということです。(資料23)

医療機関における機能の明確化

- 病院
 - 高度急性期機能
 - 急性期機能
 - 回復期リハ機能
 - 慢性期機能
- 診療所
 - 外来診療
 - 在宅医療を中心とした
 - 地域におけるかかりつけ医機能³⁴

資料 23

収益改善のために

次は、収益改善の為に何が必要かということです。資料24に記載されていることは昔から私が述べていることです。「地域におけるニーズ」と「自らが提供する医療サービス・機能を合わせないと効率的な診療報酬が得られない」ということです。先ほどお伝えしたように、入院から15日を過ぎた患者を一般病床で看るというのは、ニーズと機能が合っていないということです。分かりますか。先ほど点数が低かったですよね。14日を過ぎた患者は回復期の機能をニーズとしてもっているのに、提供

収益改善のために

地域におけるニーズ

と

自らが提供する医療サービス・機能

を合わせないと

効率的な診療報酬が得られない

資料 24

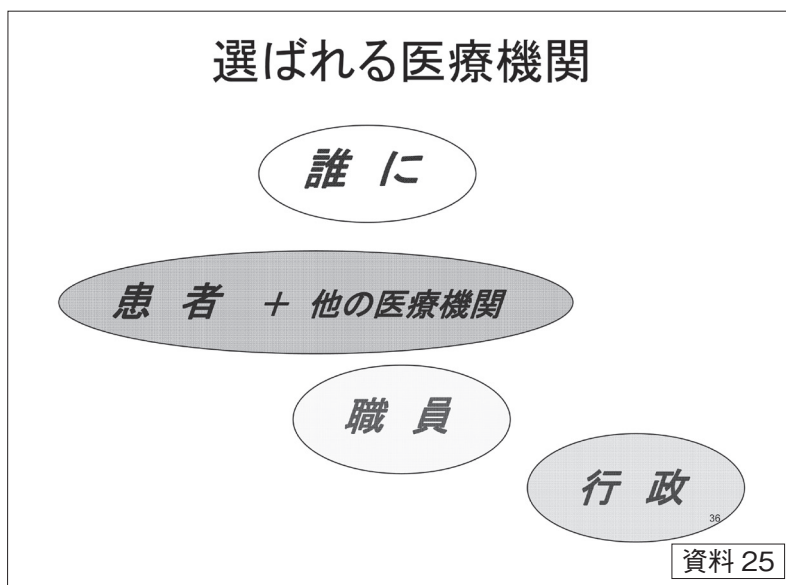
している医療サービスの機能が一般病床です。そうすると、診療報酬が高くないということなのです。ニーズとは何でしょうか。そこに来ている患者がどういう患者なのかを見ると、その病院が地域から求められているニーズが分かります。医療機関の理事長が「うちの病院は一般病床で全部やっているから、急性期をやっているんだ。」と言っている、急性期の患者が少なければ、先ほどお伝えしたように、病床を埋める為には患者を長期に置いておかなければならない為、結果として、回復期や慢性期の患者が増えます。そのような患者を置いておくということは診療報酬が得られないということで、その辺りのところをきちんとやっていくということが、これから益々重要だと考えております。

病院のグループがあったとします。昔は、診療報酬の設定はこの辺に置いていたのです。つまり、全ての医療機関が黒字になるような診療報酬の設定を厚生労働省がしてくれていたのです。しか

し、今は病院グループの四角の中で、診療報酬の設定は真ん中にあります。つまり、努力をしていない医療機関は赤字になって淘汰されますよというような状況になっていると思われま。そういう意味で、「昔は良かったのに。」という繰り返言を言ったところで、もうどうにもならないということです。(資料24)

選ばれる医療機関

もう一つは、いろいろな面で選ばれていかなければならないということです。当然、患者や患者を紹介してくれる他の医療機関から選ばれるのは当たり前です。また、やはり、質ということの中で人の存在は重要です。良い医師を集める、良い看護師を集める、良い受付を集めるということで、当然、良い職員をそろえなければ、良い医療サービスが提供できません。その為、職員からも選ばれる医療機関である必要があります。また、行政からも選ばれる医療機関でなければ駄目だと考えてお



ります。先ほどお伝えしたように、厚生労働省の方針を知るということは、「お宅はこのエリアの中でこういう機能をやってください。」と言っているのに、「私はやりたくない。」と言った場合、行政から選ばれないということにもなりかねません。自らが提供できる機能を行政にきちんと伝えるということも含めて、行政からも選ばれるような医療機関にならなければ、今後は良い経営が中々維持できないのではないかと思います。(資料25)



平成28年度診療報酬改定 — 改定率・重点項目 —

今お伝えしたような流れの中で、今年の診療報酬改定がどうだったのかということについて少しご紹介します。ポイントだけをご紹介します。まず一つは、今年の診療報酬改定を皆さんはどういう印象を受けましたか。マイナス改定だということはお分かりでしょう。資料26は諮問書ということで、塩崎厚生労働大臣から中医協会長の田辺教授(東京大学大学院法学政治学研究科)に出されたものです。資料に記載の四角の囲みの箇所は、私が付け加えたものです。諮問書の中で言っているのは、診療報酬本体はプラスになっており、「+0.49%」で、薬価等についてはマイナスですよという内容です。つまり、全体が見えにくくなっているということなのです。実は、全体改定率はマイナス1.31%でした。分かりませんが、私が勝手に想像するところでは、今年は参議院の選挙が7月にあったことが影響しているのではないかと思います。選挙の年は、診療報酬というのは非常に大きな影響力を持っています。その為、本体のプラス0.49%というのを強調したかったのだと思われまます。本体がプラス0.49%になるということは、評論家の方も含めて想像していなかったことです。随分高いという印象だったと思われまます。そこを強調したかったということなのではないかと考えております。(資料26)

(別紙1)

診療報酬改定について

平成28年度の診療報酬改定は、以下のとおりとする。

全体改定率▲1.31%

1. 診療報酬本体 **±0.49%**

各料改定率 医科 +0.56%
歯科 +0.61%
調剤 +0.17%

2. 薬価等 **▲1.22%**

① 薬価 上記のほか、市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%
・年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特別の実施により、▲0.28%

② 材料価格 **▲0.11%**

なお、上記のほか、新規収載された後発医薬品の価格の引下げ、長期収載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養用品に係る入院費食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

資料26

診療報酬改定の変遷

診療報酬改定がどうだったのかというと、財務省は、8年ぶりのマイナス改定だという言い方をしましたが、それも少しまやかしと言いたい過ぎかもしれませんが、誤りがあると思われまます。実は、平成26年は、消費税が5%から8%に上がった年です。ご存じのように、窓口では患者から消費税を受け取りません。その為、その分を診療報酬に含めており、3%分を含めた結果がプラス0.1%だった為、実質的にはマイナス改定です。8年ぶりのマイナス改定とは言っていますが、医療現場側からすれば、2回連続の、それも結構なマイナス、前回は1.3%くらいのマイナス改定でして、平成26年もマイナス改定でした。マイナス改定の傾向は資料27の図を見ていただければ分かりますよね。バブル崩壊直後くらいまでは凄まじい改定率です。4回の改定で本体は24%となっており、今では信

診療報酬改定の変遷

	全体改定率	本体	薬価	診療材料
昭和63(1988)年	3.40%	5.44%	-2.04%	
平成2(1990)年	3.70%	6.40%	-2.70%	
平成4(1992)年	5.00%	7.40%	-2.40%	
平成6(1994)年	2.68%	4.80%	-2.12%	
小計	14.78%	24.04%	-9.26%	
平成8(1996)年	0.80%	3.40%	-2.60%	
平成10(1998)年	-1.30%	1.50%	-2.70%	-0.10%
平成12(2000)年	0.20%	1.90%	-1.60%	-0.10%
小計	-0.30%	6.80%	-7.10%	
平成14(2002)年	-2.70%	-1.30%	-1.30%	-0.10%
平成16(2004)年	-1.05%	0.00%	-0.89%	-0.16%
平成18(2006)年	-3.16%	-1.36%	-1.60%	-0.20%
平成20(2008)年	-0.82%	0.38%	-1.10%	-0.10%
小計	-7.73%	-2.28%	-5.45%	
平成22(2010)年	0.19%	1.55%	-1.23%	-0.13%
平成24(2012)年	0.00%	1.38%	-1.26%	-0.12%
平成26(2014)年	0.10%	0.73%	-0.58%	-0.05%
平成28(2016)年	-1.31%	0.49%	-1.69%	-0.11%
小計	-1.02%	4.15%	-5.17%	

注：平成9(1997)年4月：消費税率引き上げに伴う改定あり

資料27

じられないですが、毎回6%くらい上がっていました。

平成14年は小泉元総理が就任した年です。あの方がいきなり全体でマイナス2.7%、本体でマイナス1.3%にしました。本体は今までマイナスになったことはないのです。先ほどお伝えしたように、日本医師会は選挙で大変な力を持っている為、本体をマイナスにするということは政治家としてあり得なかったのです。しかし、小泉元総理はそれを平気でやってしまう、そこに手を突っ込んだのです。しかも、マイナス1.3%というすごい数字です。本体がマイナスになるのは小泉純一郎時代しかありません。平成18年は彼が辞める年で、首相官邸から1兆円下げろと言って全体がマイナス3.16%となった年です。それ以来、政治的なこともあるのかもしれませんが、本体のマイナス改定はありません。全体改定はマイナス基調ということからすれば、これからは全体がプラスになるということはもうあり得ないとするしかないですよ。そうすると、先ほどお伝えした加算の部分をどう拾っていくのかということがポイントになるのかなと思います。(資料27)

平成28年度診療報酬改定の基本方針

資料28は、今年の診療報酬改定の基本方針です。基本方針は、ここ何回か毎回同じです。重点的な施策課題は、地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携です。また、患者の視点です。先ほどお伝えした患者本位の医療提供ということが重要だということで、患者の視点ということが2番目のポイントに挙がっています。3番目、4番目は、過去の改定の内容を確認していただければ分かると思います。大体、毎回同じようなことを言っています。(資料28)

平成28年度診療報酬改定の基本方針

改定の基本的視点と具体的方向性

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点【重点課題】
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

資料 28

入院に係る主な改定ポイント

今回の改定ポイントで、いくつか将来を占うのに参考になりそうなところを資料29に挙げてみました。

まず、7対1については後ほど詳しく説明しますが、看護必要度が25%以上になったということです。看護必要度の強化です。つまり、医療保険である為、療養病床も含めて全体的に医療が必要な患者を入れなければ駄目だという流れになっているのです。その為、7対1という、ある意味急性期でも高い医療提供を言っているのであれば、看護必要度の高い患者をある一定割合入れてく

入院に係る主な改定ポイント

- 7:1 看護必要度の強化(25%以上)
- チーム医療の推進(ICU薬剤師配置、看護職と補助者の業務分担等)
- 500床以上病院およびICU等を保有する病院は地域包括ケア病棟1病棟まで
- 一般病棟群の導入で、7:1、10:1 同時届け出可能に
- 地域包括病棟の急性期化?
- 回復期リハ病棟にアウトカム評価導入
- 療養病棟入院基本料2の医療区分2, 3の患者割合強化
- 療養病床の医療区分の見直し
- 在宅復帰機能のさらなる強化

資料 29

ださいという流れです。

そして、チーム医療の推進ということです。チーム医療の推進というのは、今非常に進んでいます。チーム医療を推進する根底には、病院勤務の医師や看護師の負担を軽減して病院に留まってもらうということがあります。数年前に、立ち去り型サボタージュという言葉をお聞きになったことがあるでしょうか。「もう病院勤務の医者なんかやってられないよ。24時間働かされて寝る間もない。疲労困憊だから開業医でもするか。」と言って開業をするという時代があり、1、2年続いたので。それを受けて、チーム医療の推進を進めて勤務医の負担を軽減して開業に移行する医師を抑制するという事です。逆に言うと、急性期医療がきちんとしてない、入り口がきちんとしていないと、先ほどお伝えしたような形で患者の健康が維持できないという発想になっています。

これも一つの象徴的なところだと思われます。500床以上の病院及びICU等を保有する病院は、地域包括ケア病棟は1病棟までとするということです。つまり、500床以上の病院は大病院である為、高度急性期になってもらいたいですよ。また、ICUも高度急性期です。看護必要度等の経営の負担を考えた時に、地域包括ケアシステム病棟をかませると、看護必要度の達成も容易になり、比較的単価も取れるのです。3万2～3千円取れるのです。ある一定期間を過ぎた患者を地域包括に流すように、地域包括ケア病棟をたくさんもつと、高度急性期の病院の維持が楽になるということで、恐らく、地域包括ケア病棟の算定が増えたのだと思われます。高度急性期になる病院は、地域包括ケア病棟は1病棟までしか認めないということなのです。つまり、機能の明確化の一環です。

これも少し絡みがあるのですが、厚生労働省は今、7対1を減らしたいと考えています。今まで一般病床は、500床全部が一般病床の病院というのは、7対1で算定する場合は全部の病床が7対1の基準を満たしていなければならないということでした。それが、平成28年から平成30年までの2年間に限り、「7対1の看護必要度が25%になって苦しいでしょう。だったら、こういうことで退避策を提案しますよ。」ということで、一部、10対1という届出にしても良いということになりました。10対1というのは看護必要度の基準がない為、一時的にはしのげるわけです。しかし、これは甘い罫であるように思われます。10対1で届出をした時に、2年後にはそこそこ大変なことになるのではないかと思います。これとの絡みもあると思われます。つまり、地域包括ケア病棟で逃がさない、どうせ7対1を維持できないのであれば取り敢えず10対1で届出をなささいという意味合いも含まれているのではないかと思います。

また、地域包括病棟を、将来的に7対1から変わる病棟、或いは、10対1から変わる病棟ということで、手術、麻酔の点数を出来高にした、多少急性期化したということです。また、先ほどお伝えしたアウトカムの評価ということです。実際にリハビリをやっても効果がないところについては、少しペナルティを出しますよということです。療養病棟の医療区分2、3の患者割合の強化、在宅復帰機能の更なる強化ということで、今まで私が講演の前半で説明したことが、診療報酬で明確に反映されていますよね。逆かもしれません。明確に反映されているから私が説明したということ、地域医療構想の中で言われているということです。地域医療構想と完全にリンクしているということです。(資料29)

その他改定ポイント

今お伝えしたこと以外でポイントになることは、キーワードで覚えていただきたいと考えております。まずは、認知症患者についてです。これからとても増えてくることが推測される認知症患者に対する適正な医療提供体制を今から準備しています。認知症の患者がきちんと入院できるような体制を今から準備して、初期段階できちんとした治療が受けられるような体制を確保するというのが、今回の改定で非常に目立つところでは、在宅ということで退院支援に向けた加算で、非常に高い

点数をつけて退院支援を強化していくということです。開業医の方では、地域包括ケアシステムを実現する為にはかかりつけ医が非常に重要だということで、主治医機能の評価が2年間に行われた施設基準では非常に厳しかった為、基準を少し緩和してかかりつけ医の医師を増やしていきたいという国の方針の現れであると思われま

す。今からお伝えすることは、今後の病院の在り方を非常によく示していると思われま

す。先ほどの事例のところ、外来患者が多いということが病院自らの首を絞めるとお伝えしました。国も、医療費や医師不足というようなことを考えた時に、再診患者が大病院を受診するというのはあまり好ましいと思っていないのです。今は特定機能病院、主に大学附属病院と500床以上の地域医療支援病院に限っていますが、紹介状のない患者が大病院を受診した時に初診で5千円の徴収を義務化する、患者からすると保険が適用されないお金が5千円かかりますということです。今既に、慶應義塾大学病院や聖路加国際病院、虎の門病院のような人気のブランドの病院は、ただでさえ患者が外来にかかりたいということで、そういう患者を抑制する為に、自主的に選定療養費として恐らく8千円から1万円をとっています。そこに更に上乗せをして5千円をとることが、今回の改正で義務付けられました。風邪ぐらいで病院に安易にかからないようになってくるということが、これから益々進んでいくと思われま

す。将来的には、恐らく300床以上の病院には同様のことが導入されるのではないかと、私は考えております。

また、ICTの活用ということです。これは、開業医の医師がICTをどんどん活用していくと在宅医療の効率化が図れるということで、進めているのだと思われま

す。つまり、病院と診療所の医師が情報共有をできるということが非常に進むという内容です。

かかりつけという言葉が薬剤師・薬局まで出てきたということで、地域包括ケアシステムの構築に向けて、医師、歯科医師、薬剤師、薬局というようなところが一体的に対応をしていくということ

です。薬の全体の量を減らそうということで、多剤投薬等の削減に向けた加算が出てきたという内容です。(資料30)

その他改定ポイント

- 認知症患者に対する適正な医療提供体制の評価
- 退院支援に向けた体制の評価
- 主治医機能の評価について施設基準を緩和し普及促進
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担導入
- ICTの活用に対する評価
- かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 多剤投薬の減薬など薬剤量の削減への対応

資料 30

今回の改定ポイントの中で、7対1についてだけ少しご紹介したいと考えております。

今回、看護必要度がプラスになりました。結論としては、今までは7対1病棟に入院している患者のうち、15%の患者が条件に適用していれば7対1の算定ができるようになっていたものを25%に上げたのです。看護必要度を10%アップしました。これは中々大きなアップ率だと思われまます。(資料31)

必要度」に係る基準 モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点 (B得点) が3点以上。	必要度」に係る基準 次のいずれかの基準を満たすこと ・ モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が2点以上、かつ患者の状況等に係る得点 (B得点) が3点以上 ・ モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が3点以上 ・ 手術等の医学的状況に係る得点 (C得点) が1点以上	一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては、0.5割以上入院させる病棟であること。	一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては、0.5割以上入院させる病棟であること。
--	--	--	--

【地域包括ケア医療機関における一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準】
モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が1点以上。

【地域包括ケア医療機関における一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」に係る基準】
モニタリング及び処置等に係る得点 (A得点) が1点以上、又は手術等の医学的状況に係る得点 (C得点) が1点以上。

2. 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の項目の見直しに伴い、各入院料の施設基準に定められている該当患者割合等について、見直しを行う。

現行 【7対1入院基本料】 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割5分以内以上入院させる病棟であること。	改定案 【7対1入院基本料】 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者を1割5分以内以上入院させる病棟であること。	15% → 25%
---	--	-----------

【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】

【急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算】

10

資料 31

病床機能制度報告の時に、高度急性期の内容について最初に文章で簡単な説明がありましたよね。国は、定性的な内容で取り敢えず今回は届出をしてもらっていると言っています。ただ、そのうち、定量的な要素も入ってきますよということを言っているのが、診療報酬で先に反映されたのだと思われまます。看護必要度の対象患者として新たに付け加えられたのが無菌室にいる患者と、救急車で搬送された方については入院から2日間看護必要度があると認めるということ。また、手術をした患者についてはC項目であればそれだけでクリアする、例えば、開頭の手術であれば7日間看護必要度を認めるということ。 (資料32)

【1-1 (医療機能の分化・強化/入院医療の詳細) -①】
7対1入院基本料等の施設基準の見直し
(一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し)
骨字【1-1(1)】

第1 基本的な考え方

「重症度、医療・看護必要度」について、現行の基準を満たす患者以外に、医療の必要度が高い患者も多くみられることから、手術直後の患者、救急搬送後の患者、無菌治療室での管理、認知症・せん妄の患者等を含め、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が「重症度、医療・看護必要度」等において適切に評価されるよう、見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」について、急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、項目及び基準の見直しを行う。

現行 【評価項目の見直し】 A項目 (モニタリング及び処置等) 1~6 略 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 栄養の使用 (注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の使用 (注射剤のみ) ⑦ 昇圧剤の使用 (注射剤のみ)	改定案 【評価項目の見直し】 A項目 (モニタリング及び処置等) 1~6 略 7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 栄養の使用 (注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の使用 (注射剤のみ) ⑦ 昇圧剤の使用 (注射剤のみ)
--	---

⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓薬の使用 (点滴剤の使用) ⑩ ドレナージの管理 (新設) ⑪ 呼吸器の管理 (新設) B項目 (患者の状況等) 8 寝返り 9 起き上がり 10 産後保持 11 移乗 12 口腔ケア 13 食事摂取 14 衣服の着脱 (新設) C項目 (手術等の医学的状況) 15 手術・療養上の指示が適している (新設)	⑫ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑬ 抗血栓薬の使用 (点滴剤の使用) ⑭ ドレナージの管理 (新設) ⑮ 無菌治療室での治療 (新設) ⑯ 救急搬送 (2日間) B項目 (患者の状況等) 9 寝返り (新設) 10 移乗 (新設) 11 口腔ケア 12 食事摂取 13 衣服の着脱 (新設) 14 身体活動 15 診療・療養上の指示が適している (新設) C項目 (手術等の医学的状況) 16 開頭の手術 (7日間) 17 開腹の手術 (7日間) 18 開胸の手術 (5日間) 19 骨格転位手術 (5日間) 20 胸腔鏡・腹腔鏡手術 (3日間) 21 全身麻酔・覚醒麻酔の手術 (1日) 22 20を除く (2日間) 23 救命等に係る内科的治療 (2日間)
---	--

【基準の見直し】
【一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準の見直し】

8

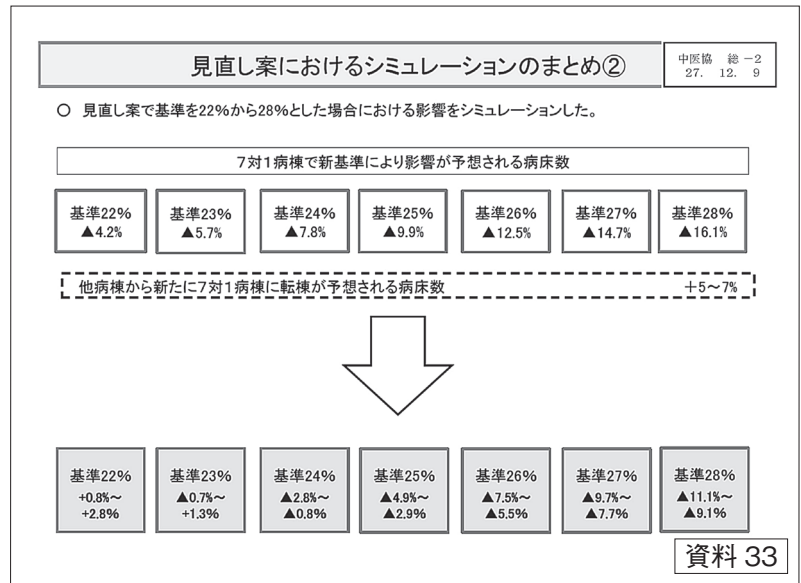
資料 32

つまり、救急車でたくさん入っている病院や手術をたくさんしている病院については、看護必要度の患者をカウントしやすいというふうに変ったのです。その分、看護必要度が15%から25%になったということです。

今お伝えしたのは数字的な面で、この背景を是非知っていただきたいです。国は、施設基準等がある程度自由自在にできるというところと少し言い過ぎかもしれませんが、看護必要度を15%から25%にした背景というのがあります。今はもう診療報酬も全部データで来ていますし、DPCの方でデータ提出ということもあって、国がほとんどの病院の診療内容をつかんでいます。その中で、先ほどお伝えしたように、手術の患者の看護必要度の算定基準を変更した時に、どれくらい病院に影響があるのかということが国にはもう分かっているのです。(資料31)

見直し案におけるシミュレーションのまとめ

7対1の病床をある程度削減したいということの中でシミュレーションをしたわけです。今までの流れから見ると、何もしていないでいると、他の病棟機能から新たに7対1に転棟する病床がプラス5～7%と予想されます。今、病床数は30数万から40万床ありまして、そのうちの5%～7%くらいが毎年増えるのです。これを織り込んだ上で最終的に何%減らすのかということ計算した時に、資料33に記載している数字くらい増えるということです。基準を22%にすると、今の7対1と算定しているところが



が4.2%減少、基準を28%にすると16.1%減少します。仮に、他病棟から新たに7対1病棟に転棟が予想される病床数をプラス7%だとすると、7対1病棟は9.1%減りますよね。

国は、今回どこを目標にするのかということ、4%削減を目標にしたのです。シミュレーションの結果が出ていて、4%はちょうど25%のところに入りますよね。その為、基準が25%になったという背景があるのです。つまり、7対1を8%減らしたいと思ったら、基準は27%だったということです。このようなことが、ある意味机上で自由自在にできるとすれば、先ほどお伝えした地域医療構想の行く末というのは、自主的に医療機関にと言っていますが、医療機関が自主的にやってくれば良いのですが、最終的に言うことを聞かなければ、今回と同じようなやり方で、地域医療構想の数字というのは、かなりの確度で国が作成できるということです。厚生労働省の課長が、「私どもはとてもじゃないけど、医療機関の皆さんに指示・命令なんてできません。」と言っていました、診療報酬を今お伝えしたような形でやれば動かせるということですよ。

今の感覚から言うと、私は4%以上減るのではないかと考えております。9月までは経過措置で25%達成できなくても算定可でしたが、10月からは新基準となります。各病院からの新たな届出があった数字がいつ頃出てくるのでしょうか。その辺の数字がどうなるのかということ非常に注目しています。その辺はどうなるか、まだ分かりません。(資料33)

医療制度改革今後の展望

今後のスケジュール(中長期)

最後に医療制度改革今後の展望ということです。先ほどから平成30年ということが出てきています。診療報酬の改定、介護報酬の改定、医療計画の改定ということです。先ほどの医療法の在り方の中で出ていましたように、今後、医療計画を重要視するよと言っているのは何かというと、5年ごとの改定だったものを今後6年ごとにして、診療報酬・介護報酬のダブル改定と同時に必ず医療計画も改定されるようにしたということです。つまり、三つの改定が6年ごとに必ず来るということです。医療と

いうのは急性期から慢性期、介護はどちらかということと在宅中心でありますので、急性期と在宅の棲み分けと言うのでしょうか、機能を分担し、それを連携させる医療計画ということで三位一体となって改定ができれば非常にやりやすいですね。これが6年ごとに来るということです。

ただ、2018年の次のトリプル改定は2024年です。今一旦目指しているゴールである2025年の前年である為、ここで政策を出したところでもう間に合いません。そうすると、2018年は2025年の7年前になりますが、ここである道筋をきちんとつけてやっていくということが非常に大きなポイントになるのではないかと考えております。(資料34)

	H24	H25	H26	H27	H28	H30	H32	H33	H34	H36	H37
	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2020	2021	2022	2024	2025
診療報酬改定	○		○		○	○	○		○	○	
介護報酬改定	○			○		○		○		○	
医療計画		○	← 5年 →			○	← 6年 →			○	

資料 34

今後の展望

今後、どのようなことが出てくるのかということをご紹介します。まず、今お伝えした6年ごとの改定ということがあります。非常に重要なのは、私どもの仕事のベースにもなっております地域、コミュニティを存続することです。その為には三つの要素が必要になります。医療、教育、雇用の一つでも欠けると、地域は存続し得ません。その為、地域住民に質の高い医療を提供し続けるということは、地域を存続させる為に非常に重要なことです。その為、医療を守るということで、私どももできる限りのお手伝いをしたいということです。

また、選定療養の拡大ということです。先ほど、大病院が初診料を取るというようなことが出てきました。この解釈がこれから広がっていくと思われまます。混合診療ということは絶対にできない

<ul style="list-style-type: none"> 医療制度改革・・・2012 HOP 2018 STEP 2024 JUMP 地域の存続のために・・・医療、教育、雇用の3本柱がないと地域は崩壊する 選定療養の拡大・・・ips等医療技術の発達により高度医療充実(7次医療法?) →TPP(ねらいは保険か) 大病院 初診料・再診料の自己負担義務化 地域包括診療料→病院外来患者の削減 かかりつけの医師として地域医療を支える存在 病床機能の明確化・・・2025年に向け大幅削減案 終末期医療に対する診療報酬 包括化、特定(選定)療養費化

資料 35

為、混合診療という言葉は使いませんが、選定療養ということの中で、ある程度の自己負担の部分が増えてくるのではないかと思います。IPSのような高度医療のところは、ひょっとすると民間の保険会社と組んで、例えば、東京海上の医療保険に入ると、虎の門病院だとIPSの治療が受けられますよというような保険が出てくるかもしれません。これは、アメリカ辺りでは既にある保険ですよ。そのようなところが今後出てくる可能性があって、アメリカとしては、その辺がTPPの狙いなのではないかというようなことも言われています。

地域包括診療料については、かかりつけ医をどういう形で増やしていくのかということ。医師の方もやはり人間ですから、24時間365日患者を支えるとは言っても、理念的には支えられても肉体的にもたないということで、かかりつけ医の在り方を今後どうしていくのかということは、非常に重要なところであると思われます。病床機能の明確化は、先ほど説明をしたことです。

終末期医療に対する診療報酬というのがあります。これは、いわゆる延命治療です。今、医療費は40兆円と言われている中で、延命措置だけで年間で1兆円くらいかかっています。回復の可能性はゼロでただ生きているというだけの為のものです。普通に考えると、終末期医療はもう必要ないからもうやめた方が良くはないかと思いますが、いざその場になると、家族の方や、逆に医療側もお金になるということも含めて、今でも大きな費用がかかっています。そのための対応策として、終末期医療に対する診療報酬を包括化する、例えば、1千万円かかる終末期医療を100万円で医療機関がやってくださいと言うのか、100万円までは保険がきくが、残りの900万円は家族負担でやってくださいというようなことも考えられます。しかし、家族負担ということを出すと政治家が選挙で落ちるということで、これは中々表立って出てこない内容です。ただ、国の医療費抑制の中では、一つの考え方ではあると思われます。(資料35)

在宅支援診療所ということで、これは地域包括ケアでも重要なことです。生活習慣病対策ということで予防の医療に入ってきたということです。その他のこととして、新しい在宅やDPCの医療機関別係数があります。ドラッグラグというのは、薬の承認等の期間を短くしようということです。免責制度というのも、国にとって非常に魅力的な制度です。今、保険適用のものは、1割負担等、全部保険対象ですよ。例えば、外来で千円かかったとした場合に、最初の100円は全部自己負担にして、残りの900

今後の展望

- 在宅療養支援診療所・病院の拡大→入院患者数の削減→医療費の抑制
在宅医療に取り組まない開業医の診療報酬は抑え込み
在宅療養支援病院の拡充
- 生活習慣病対策
特定健診・保健指導・・・メタボリックシンドローム対策の実施
- その他
新しい在宅・・・有料老人ホーム、サ高住(サービス付き高齢者住宅)
DPC医療機関別係数
ドラッグラグ、デバイスラグ
免責制度(外来時の定額負担)
セルフメディケーション
負担能力に応じた公平な負担
保険対象診療の絞り込み
etc.

資料 36

円が保険ということにすると、国の負担が減るということです。今、これも一つ議論としてありますが、この辺も国民は中々認めないと思われる為、難しいところかもしれません。セルフメディケーションというのは、フランス辺りではかなり進んでいるようです。ちょっとした病気であれば、もう自分が薬屋に行って薬を買ってきて自分で治すというような制度をシステム化することです。負担能力に応じた公平な負担と言うのは、今、1点10円と決められていますが、これがいつまで維持できるのかというのは分からないと思われます。裕福なところは負担が増えるというようなことがひょっとすると起きてくる可能性もあります。

このように、今後の展望として言ったことは全部可能性で、来年や再来年にそうなるということ

ではありません。

最終的にですが、保険対象診療の絞り込みというのは、有力な政治家が言っていることです。今のまま進んだら、日本の医療はやはり財政的にもちません。ただ、国民皆保険というのはとても良い医療制度ですよね。これは皆さんが維持したいと思うと思われます。国民皆保険は絶対に維持するが、保険がきく医療を狭めると、全員保険がきく医療は受けられるが、それ以外のところは先ほどお伝えしたような選定療養等のようになる、というようにしていかなければ国民皆保険も維持できないし、日本の保険制度も維持できないということからすると、ある程度、保険対象の絞り込みのようなことが今後起きてくるのではないかということです。

もう一つは、医療機関が保険診療の収入だけで経営を維持できる時代というのは、もうそう長くはないでしょうということを言っているのです。つまり、保険診療以外でもある程度経営を維持できるような自助努力をする必要が今後出てくるということを言っています。勿論、それは、表立っては中々言えないことですが、経営側から言えば、きちんと対応をしていかなければ、自分の組織の存続が中々難しいということなのではないかと思われます。(資料36)

以上で本日の講演を終了致します。ご清聴ありがとうございました。



※ 当日配布資料のカラー版は、当会のホームページよりダウンロードが可能です。

■ (一財)医療関連サービス振興会ホームページ (https://ikss.net/about_ikss/seminar.html)