

一般財団法人 医療関連サービス振興会  
第238回 月例セミナー

## 医療制度改革の動向と医療機関経営

平成29年6月16日（金）

講師：東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

尾形 裕也 氏

## <講師ご略歴>

尾形 裕也 氏

東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

### ■略歴

- 1975年 東京大学 工学部卒業
- 1977年 同大学 経済学部卒業
- 1978年 厚生省入省
- 2001年 九州大学大学院医学研究院教授
- 2013年 現職・九州大学名誉教授

### ■主な活動等（2017年5月現在）

- ・日本医療・病院管理学会 評議員
- ・医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会委員（内閣府）  
中央社会保険医療協議会・入院医療等の調査・評価分科会 委員（厚生労働省）  
医療計画の見直し等に関する検討会・地域医療構想 WG 座長（厚生労働省）  
医療従事者の需給に関する検討会・看護職員需給分科会座長（厚生労働省）  
地域医療の確保と公立病院改革の推進に関する調査研究会委員（総務省）  
健康経営度調査基準検討委員会委員（経済産業省）

# 医療制度改革の動向と 医療機関経営

2017. 6. 16

1

## 本日本話する予定の内容

1. 2017年全体の展望
2. 最近の政策の動向(整理)
3. 地域医療構想の策定
4. 地域医療構想の推進
5. 新たな介護保険施設の創設
6. 「在宅ケア」をめぐる論点
7. 医療機関の経営戦略
8. 「健康経営」と医療機関経営

2

# 1. 2017年全体の展望

## ○医療・介護政策：2025年に向けた医療・介護改革

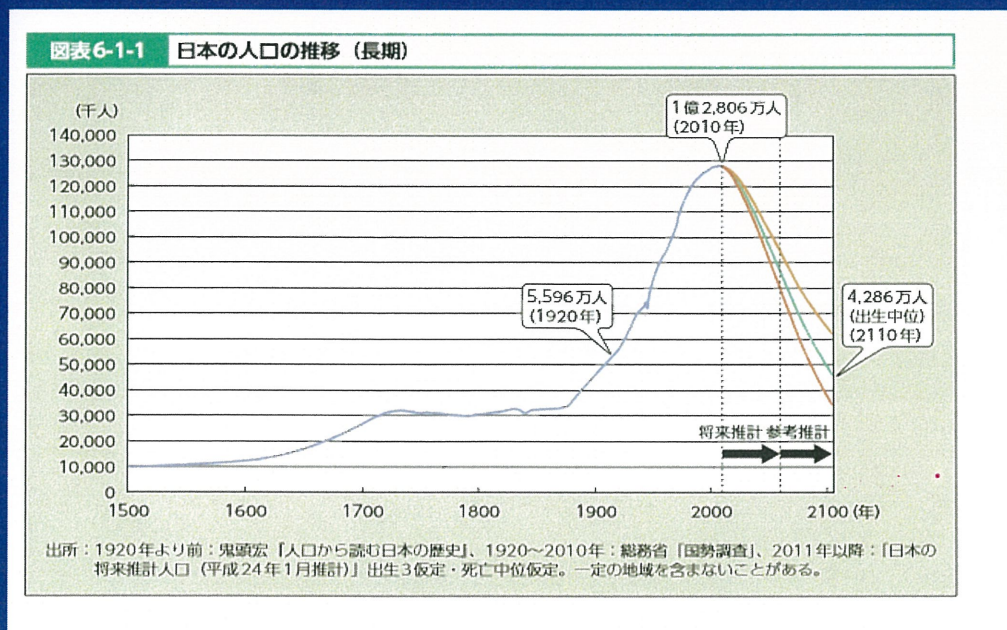
- ・当面、各都道府県の**地域医療構想**の推進状況に注目(2017年3月末に全て出揃った)

- ・2018年「惑星直列」の前年：諸準備の年

- ①新医療計画の策定
- ②国保運営の都道府県単位化
- ③**介護医療院**の創設
- ④診療報酬・介護報酬同時改定
- ⑤新専門医制度開始

3

## ○超長期展望



4

## 2. 最近の政策の動向(整理)

<医療制度改革の経緯:この10年の歩み>

### ○2006年 医療制度構造改革

- ・小泉構造改革:「聖域なき構造改革」
- ・現在の制度的枠組みを規定  
高齢者医療制度、特定健診等、  
協会健保制度、7対1看護、  
医療計画(PDCAサイクル等)

5

### ○2008年 「社会保障国民会議」最終報告

### ○2009年 民主党政権への「歴史的政権交代」

- ・後期高齢者医療制度の廃止は、マニフェストの重要な項目だった  
→実現せず

### ○2011年 民主党政権の下での長期ビジョン発表

- ・社会保障・税一体改革の一環

6

- 2012年 自公政権への政権交代
- 2013年 社会保障制度改革プログラム法成立
- 2014年 地域医療・介護総合確保推進法成立
- 2015年 医療保険制度改革法成立(国保改革)  
医療法改正(地域医療連携推進法人等)
- 2017年 介護保険法改正(介護医療院創設等)

7

### 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案の概要

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、持続可能な医療保険制度を構築するため、国保をはじめとする医療保険制度の財政基盤の安定化、負担の公平化、医療費適正化の推進、患者申出療養の創設等の措置を講ずる。

#### 1. 国民健康保険の安定化

- 国保への財政支援の拡充により、財政基盤を強化
- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化

#### 2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入

- 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総報酬割を実施  
(現行：1/3総報酬割→27年度：1/2総報酬割→28年度：2/3総報酬割→29年度：全面総報酬割)

#### 3. 負担の公平化等

- ①入院時の食事代について、在宅療養との公平等の観点から、調理費が含まれるよう段階的に引上げ  
(低所得者、難病・小児慢性特定疾病患者の負担は引き上げない)
- ②特定機能病院等は、医療機関の機能分担のため、必要に応じて患者に病状に応じた適切な医療機関を紹介する等の措置を講ずることとする(紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入)
- ③健康保険の保険料の算定の基礎となる標準報酬月額の上限額を引き上げ(121万円から139万円に)

#### 4. その他

- ①協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」と定めるとともに、法定準備金を超える準備金に係る国庫補助額の特例的な減額措置を講ずる
- ②被保険者の所得水準の高い国保組合の国庫補助について、所得水準に応じた補助率に見直し  
(被保険者の所得水準の低い組合に影響が生じないように、調整補助金を増額)
- ③医療費適正化計画の見直し、予防・健康づくりの促進
  - ・都道府県が地域医療構想と総合的な目標(医療費の水準、医療の効率的な提供の推進)を計画の中に設定
  - ・保険者が行う保健事業に、予防・健康づくりに関する被保険者の自助努力への支援を追加
- ④患者申出療養を創設(患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養の仕組み)

【施行期日】 平成30年4月1日(4①は平成27年4月1日、2は平成27年4月1日及び平成29年4月1日、3及び4②～④は平成28年4月1日)

8

# 3. 地域医療構想の策定

### 地域医療構想について

- 平成26年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）  
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。

医療機能の現状と今後の方向を報告

都道府県  
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

（「地域医療構想」の内容）

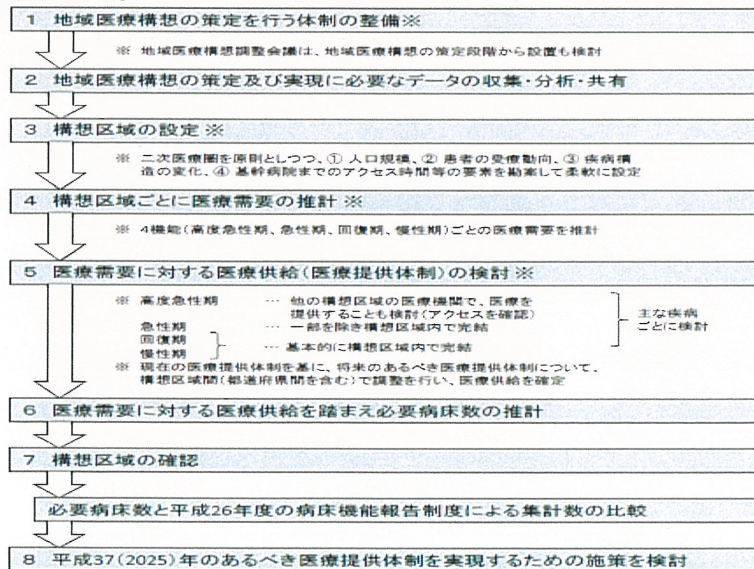
- 2025年の医療需要と病床の必要量
  - 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
  - 都道府県内の構想区域（2次医療圏が基本）単位で推計
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

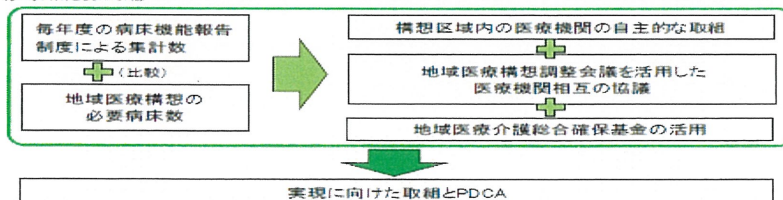
## I 地域医療構想の策定

○ 地域医療構想の策定プロセスについて整理すると、以下となる。

【策定プロセス】

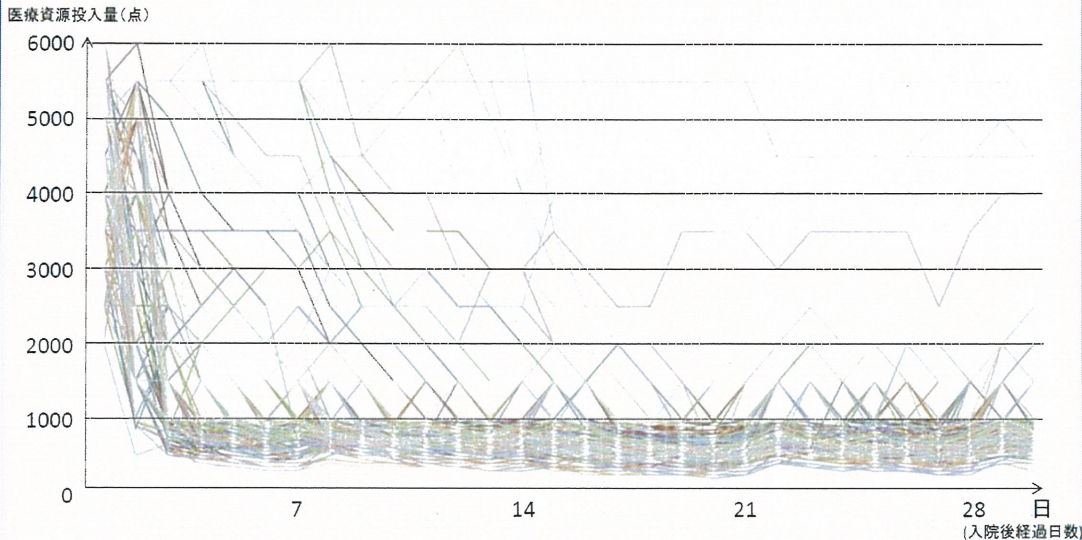


（参考）策定後の取組



# 医療資源投入量(中央値)の推移

(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



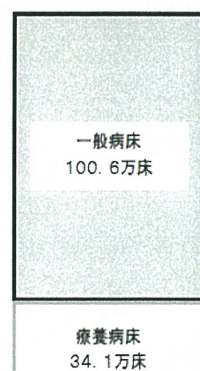
- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果 (全国ベースの積上げ)

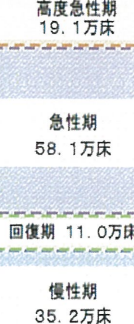
- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
(→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



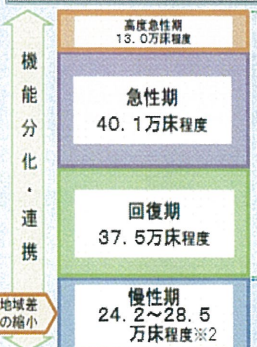
病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計  
入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

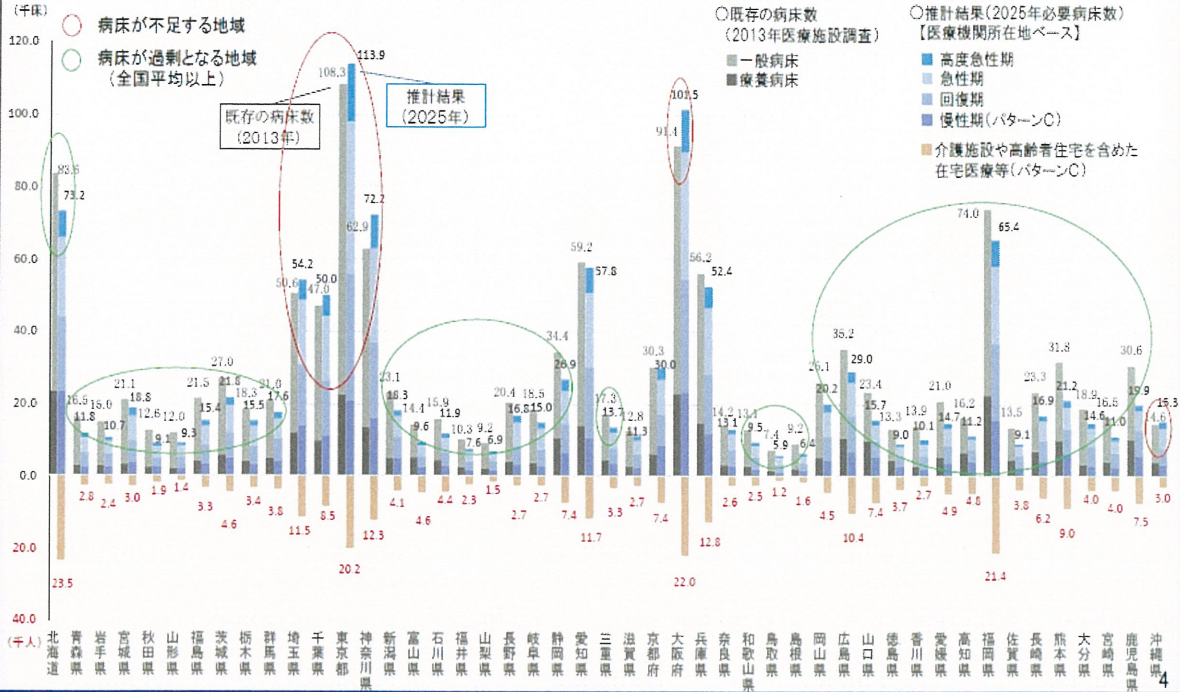
\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定時的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度



## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

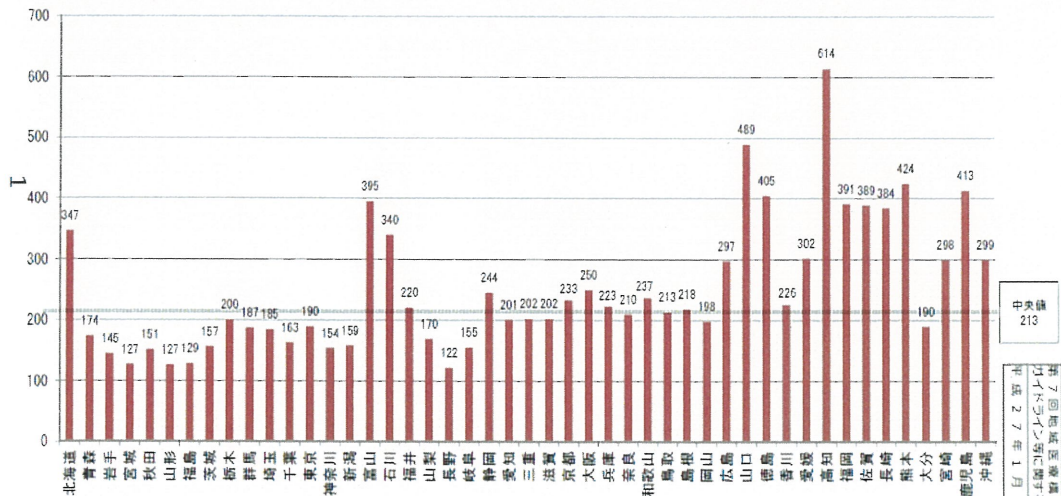
- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



## 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。

【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



注: 1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。  
 2) 福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。  
 3) 宮城県については石巻医療圏、東仙沼医療圏を除いた数値である。

# 4. 地域医療構想の推進

○2017年3月までに全都道府県で策定完了

【構想区域の設定について】

- 構想区域の数：341区域
  - ・ 二次医療圏と一致：41都道府県（328区域）
  - ・ 二次医療圏を統合：5県（13医療圏 → 6区域）
  - ・ 二次医療圏を分割：1県（3医療圏 → 7区域）

【病床の必要量について】

- 構想区域ごとに、2015（平成27）年度病床機能報告における病床数と、2025（平成37）年における病床の必要量とを比較※1
  - ※1 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

病床機能	病床機能報告<病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告>病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告=病床の必要量 (2015) (2025)
高度急性期	205区域	126区域	10区域
急性期	13区域	328区域	-
回復期	336区域	5区域	-
慢性期	69区域	270区域	2区域

- 慢性期機能の推計方法の選択について
  - ・ パターンAを使用：0区域
  - ・ パターンBを使用：241区域
  - ・ 特例を使用：98区域※2
  - ・ 当該構想区域の入院受療率を使用：2区域※3
- ※2 特例（パターンC）を適応可能な区域：100区域
- ※3 都道府県単位の全国最低値を下回る構想区域（最上構想区域、富賜構想区域）において適用

15

○ 各構想区域における2015（平成27）年度病床機能報告と2025（平成37）年の病床の必要量を、病床機能別に比較※し分類。

※ 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

### ③ 高度急性期 + 急性期

○ 高度急性期と急性期の合計値は、1つの構想区域を除いて減少する傾向となっている。

※ 増加する構想区域（香川県 <sup>ショウス</sup>小豆構想区域）は、平成27年度病床機能報告上、高度急性期病床、急性期病床ともに0床。

単位：構想区域の数

病床の比較		病床機能報告<病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告>病床の必要量 (2015) (2025)	病床機能報告=病床の必要量 (2015) (2025)
計		1	340	0
人口規模別	>50万	0	81	0
	20万-50万	0	104	0
	<20万	1	155	0
都市種別	政令市 中核市 特別区	0	73	0
	上記以外	1	267	0

16

- 各構想区域における2015（平成27）年度病床機能報告と2025（平成37）年の病床の必要量を、病床機能別に比較※し分類。
  - ※ 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

#### ④ 回復期

- 回復期病床は、5つの構想区域を除いて増加する傾向となっている。
  - ※ 減少する構想区域は、北秋田地域（秋田県）、沼田構想区域（群馬県）、大田構想区域（島根県）、浜田構想区域（島根県）、有明構想区域（熊本県）。

単位：構想区域の数

病床の比較		病床機能報告<病床の必要量		病床機能報告>病床の必要量		病床機能報告=病床の必要量	
		(2015)	(2025)	(2015)	(2025)	(2015)	(2025)
計		336		5		0	
人口規模別	>50万	81		0		0	
	20万-50万	104		0		0	
	<20万	151		5		0	
都市種別	政令市中核市特別区	73		0		0	
	上記以外	263		5		0	

17

- 各構想区域における2015（平成27）年度病床機能報告と2025（平成37）年の病床の必要量を、病床機能別に比較※し分類。
  - ※ 病床の必要量は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告の病床数と数値として一致する性質のものではないが、参考として比較したもの

#### ⑤ 慢性期

単位：構想区域の数

病床の比較		病床機能報告<病床の必要量		病床機能報告>病床の必要量		病床機能報告=病床の必要量	
		(2015)	(2025)	(2015)	(2025)	(2015)	(2025)
計		69		270		2	
人口規模別	>50万	33		48		0	
	20万-50万	14		90		0	
	<20万	22		132		2	
都市種別	政令市中核市特別区	22		51		0	
	上記以外	47		219		2	

18

# 青森県の地域医療構想調整会議における検討内容

## 医療法に定める地域医療構想調整会議の開催

### 地域医療構想の記載内容(病床機能の分化・連携の推進)

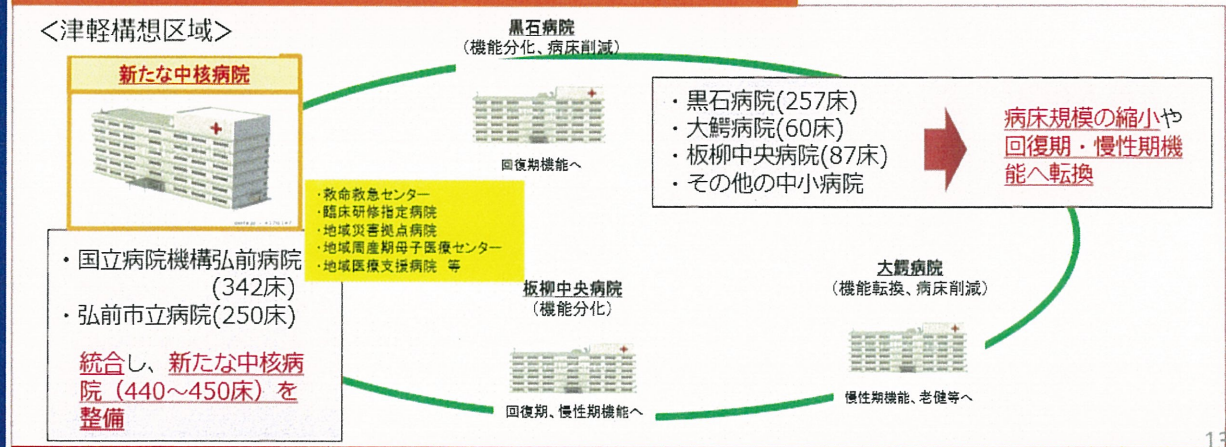
- 構想区域内における医療機関の役割分担の明確化、連携体制の強化による、効率的・効果的な医療提供体制を構築
- 自治体病院等の機能再編成を推進

### 調整会議(津軽構想区域)での議論

- 新たな中核病院の整備による医療資源の集約を通じて、救急医療体制の確保と充実、急性期医療、専門医療の対応力向上
- その他の医療機関については、病床稼働率等の状況を踏まえた、病床規模の見直し及び回復期・慢性期機能へ転換

➡ **基本的な方向性について、関係者間で合意。今後、具体策について議論を深化。**

## 新たな中核病院の整備による自治体病院等機能再編成のイメージ



13

## 地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

### STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

### STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。

- ・病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

### STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

#### 【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の要請・勧告**(民間医療機関)及び命令(公的医療機関)
- ② 医療機関に対して、**不足している医療機能を担うよう、要請・勧告**(民間医療機関)及び指示(公的医療機関)
- ③ 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- ④ 稼働していない病床の削減を要請・勧告(民間医療機関)及び命令(公的医療機関)

※ ①~④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

では、将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

## 都道府県別病床機能報告の分析（岐阜県）

精査中

○ 岐阜県における400床以上※の病院について、その許可病床数、高度急性期機能として取り扱うこととされている特定入院料を算定している届出病床数及び許可病床数に占める割合を整理したもの。

※ 一般病床の許可病床数を合計した値

医療機関施設名	構想区域	許可病床数 ①	特定入院料算定病床数 ②	② / ① (割合)	
大垣市民病院	西濃	857	56	6.5%	
岐阜県総合医療センター	岐阜	604	54	8.9%	
国立大学法人岐阜大学医学部附属病院 ※	岐阜	577	37	6.4%	
岐阜県立多治見病院	東濃	562	29	5.2%	
岐阜市民病院	岐阜	559	16	2.9%	
松波総合病院	岐阜	501	28	5.6%	
岐阜県厚生農業協同組合連合会 中濃厚生病院	中濃	489	26	5.3%	
高山赤十字病院	飛騨	476	16	3.4%	
木沢記念病院	中濃	452	10	2.2%	
独立行政法人国立病院機構 長良医療センター	岐阜	416	26	6.3%	
朝日大学歯学部附属村上記念病院	岐阜	400	0	0.0%	

※ 黄色マーカー：特定機能病院。

27

21

## 5. 新たな介護保険施設の創設

### ○療養病床の在り方等に関する検討会

- ・改革の「選択肢」を整理
- ・「**住まいの機能**」を重視した新たな類型を提案

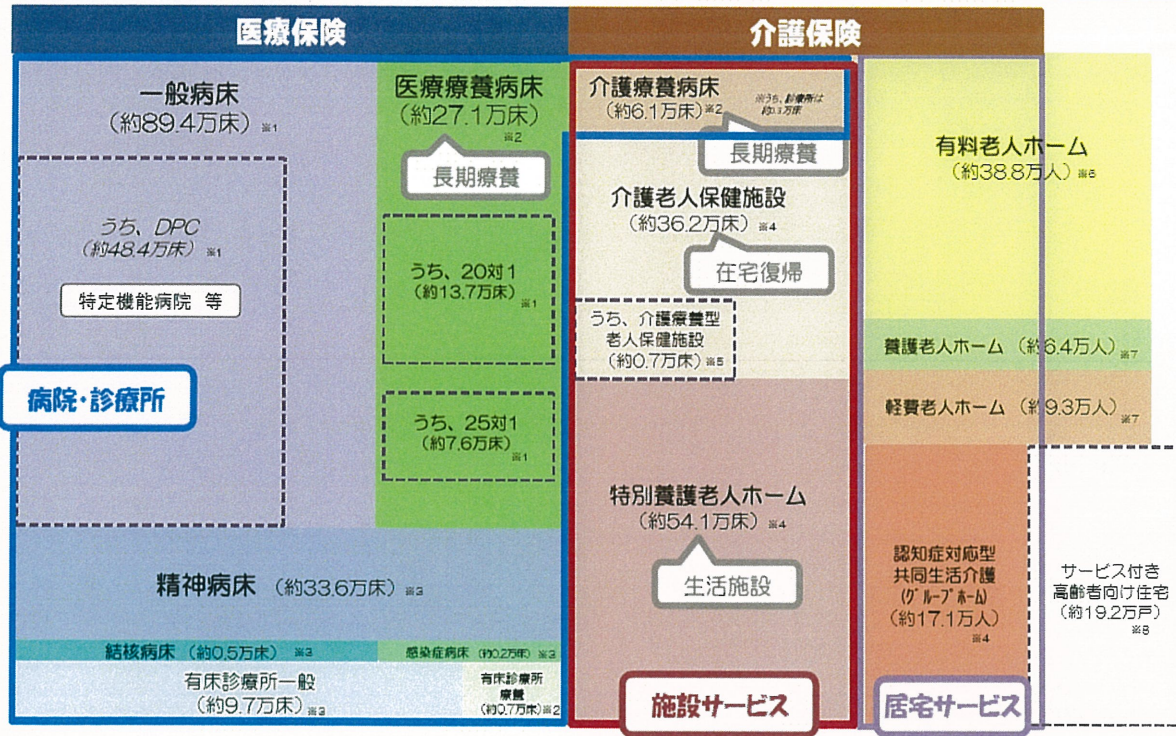
### ○社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」の場において、具体的制度設計を検討

- ・2016年末に意見書を取りまとめ
- ・介護保険改正法→2017年5月末成立

22

# 医療・介護サービス提供における全体像（イメージ）

第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料



- ※1 施設基準届出(平成26年7月1日)
- ※2 病院報告(平成27年8月分概数)
- ※3 医療施設動態調査(平成27年10月末概数)
- ※4 介護サービス施設・事業所調査(平成26年10月1日)

- ※5 介護保険総合データベース集計情報より老人保健課推計(平成25年6月分)
- ※6 老健局高齢者支援課調べ(平成26年7月1日)
- ※7 平成26年社会福祉施設等調査(平成26年10月1日)
- ※8 サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(平成27年12月)

## 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

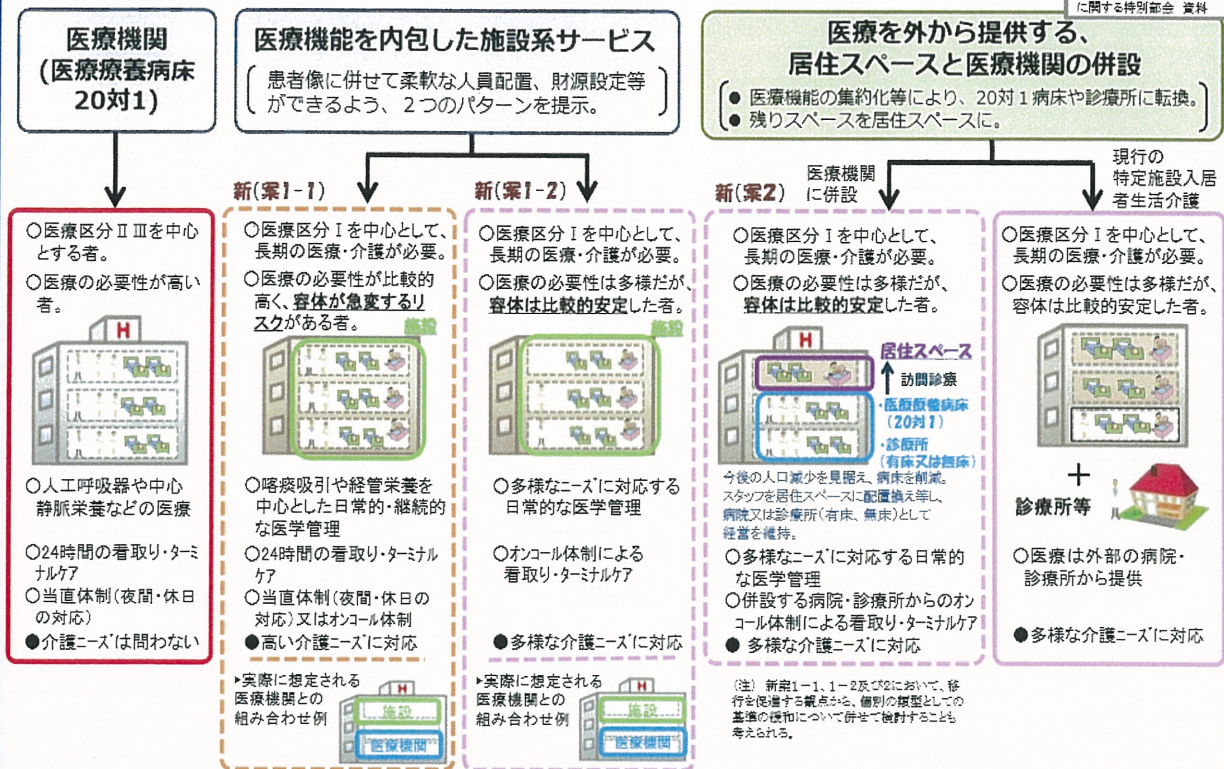
第1回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料

	現行の医療療養病床(20対1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の特定施設入居者生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービスの 特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)  病院・診療所	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護  有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心  医療の必要性が高い者	医療区分Ⅰを中心 ・長期の医療・介護が必要		医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者	
医療機能	人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療  ・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理  ・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	多様なニーズに対応する日常的な医学管理  オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	医療は外部の病院・診療所から提供
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。  
 ※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。  
 「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」(平成28年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会)より抜粋

# 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（イメージ）

第1回医療病床の在り方等に関する特別委員会資料



## ○介護医療院の基本的性格

- ①もはや病院(病床)ではない
- ②医療法に言う「**医療提供施設**」である
- ③介護保険適用施設とする

## ○他の施設等への影響

- ・老人保健施設の「純化」?
- ・特養との競合?

## 6. 「在宅ケア」をめぐる論点

### ○Aging in Placeのとらえ方

- ・一方に「住み慣れた場所に住み続け、老いること」という見方
- ・他方に、「日本創生会議」提言のような考え方  
: 医療・介護資源に大きな地域差がある現状に合わせて、人が移住
- ・(私見)「(その人にふさわしい)適切な場所」というのが本来の意味ではないか

27

### ○超少子高齢社会／人口減少社会

- ・何らかの形での「集住」は不可避  
→「コンパクト・シティ」
- ・そのための多様な選択肢が必要
- ・「在宅」≠「自宅」

28



## ○病院と在宅ケアとの関わり

### ・「**退院調整** (Discharge Planning)」

在宅は「受け皿」などではない。在宅が「**常態**」、  
入院は「**異常なこと**」

(イギリスNHSガイドライン(2003)の発想)

### ・自ら在宅サービスを展開

高齢者等のニーズに応じた多様な選択肢から、  
地域の実情、自院の資源等を勘案して、  
どういう形態を選択するか

29

## ○QOL/**QOD** (Quality of Death)

・超少子高齢社会、多死社会では、QOLとともに  
**QOD**も重要な指標

・英国The Economist誌による

The 2015 Quality of Death Index

・2010年版では、日本は40か国中23位

・2015年版では、日本は80か国中14位に上昇

30

## 7. 医療機関の経営戦略

### ◎Mission-Vision-Strategy

- その組織は何のためにあるのか、Missionは何か
  - Missionを喪失した組織は、長期的に生き残れない(組織維持が自己目的化)
- 将来についての生き生きとしたVisionを描く必要
  - 環境の変化、ニーズの変化等への対応(進化)
- その中で、どういうStrategyを構築するか

31

- ミッションは「お題目」ではない
  - ・病院機能評価での事例
  - ・医療機関ホームページでの事例
  - ・急性期(非救急型)高機能入院医療における事例
    - アクセスの悪い場所への立地戦略
    - 「バスが来れば病院経営は良くなるか？」
- その組織独自のミッションを規定できないところに、独自の戦略(ストラテジー)はありえない

32

## ◎医療機関経営戦略論

### ○「ポジショニング」論：マイケル・E・ポーター

- ・「何をするか」だけではなく、「何をしないか」も重要な戦略的意思決定
- ・「あれもこれも」ではなく、「あれかこれか」
- ・いわゆる「**選択と集中**」→地域医療構想の中で、  
どういうポジションをとるかが問われている

33

## <全体の議論のまとめ>

- ・医療・介護は全体として「成長分野」である
- ・ただし、「**選択と集中**」による効率化・重点化が必要
- ・地域医療構想等を通じ、日本の医療について、適切な「**機能分化と連携**」、「**標準化**」を推進  
→OECD(2000)の指摘事項に対する答え
- ・一方で、「**居住系**」重視という基本的方向性
- ・医業経営も、こうした大きな流れの中にある
- ・適切な「**ポジショニング**」が必要  
→「ブティックでコンビニと同じものを売っているか」

34

## 8. 「健康経営」と医療機関経営

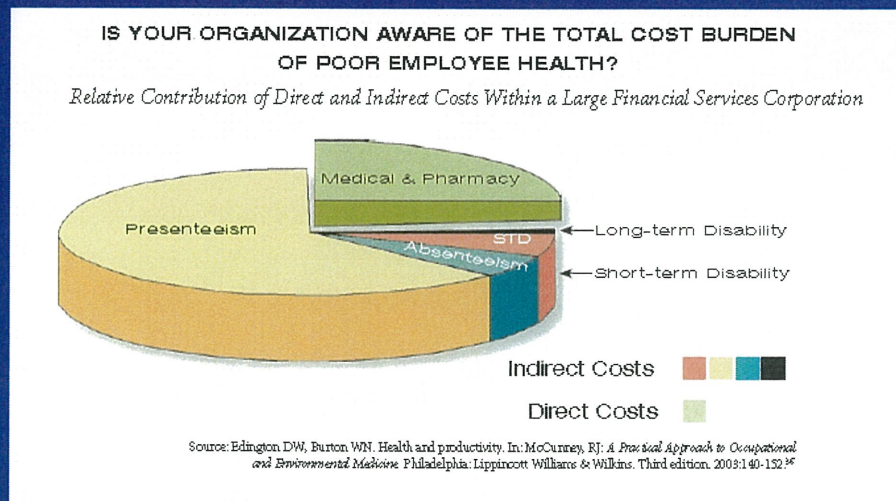
○欧米諸国では、この20年ほどの間に

- ・「疾病モデル」から「生産性モデル」へ
- ・医療・健康問題を単なる「コスト」ととらえることから、「人的資本」への「投資」と考える考え方に
- ・物的な資本の投資収益を最大化することと同様に、人的資本への投資収益の最大化を目指す
- ・Health and Productivity Management  
健康と生産性を同時にマネッジする→健康経営

35

○アメリカ商工会議所パンフレットより

- ・企業にとっての従業員の健康関連コストの構造



36

○狭義の医療費適正化だけを追求することは、保険者としての「**部分最適**」ではあっても、企業や組織経営全体にとっての「**全体最適**」には必ずしもなっていない可能性がある

### ○アメリカにおける実証研究

- ・医療費のみで考えるか、生産性まで加味して考えるかによって、ターゲットとなる疾患が異なってくる可能性がある

37

- ・医療費のみで考えるか、生産性まで含めて考えるかによって、ターゲットとなる疾患が異なってくる可能性がある。



順位	医療費+薬剤費	生産性(※)	合計
1	がん(皮膚がん以外)	けん怠感	肩こり・腰痛
2	肩こり・腰痛	抑うつ	抑うつ
3	冠動脈性心疾患	肩こり・腰痛	けん怠感
4	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)	睡眠障害	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)
5	高コレステロール	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)	睡眠障害
6	逆流性食道炎	関節炎	高コレステロール
7	糖尿病	高血圧	関節炎
8	睡眠障害	肥満	高血圧
9	高血圧	高コレステロール	肥満
10	関節炎	不安神経症	不安神経症

※生産性は、アブゼンティーイズムとプレゼンティーイズムの合計

Loepke et al. Health and Productivity as a Business Strategy, JOEM 49(7), 2007.

38

## ○健康経営に熱心な企業は、長期的な業績も良好

- The initial \$10,000 investment grew to \$17,871.52, a cumulative return of 78.72% for the research portfolio. During the same period, the S&P 500 had a cumulative return of -0.77% and the final investment value of \$9,913.14 (Fig. 1).

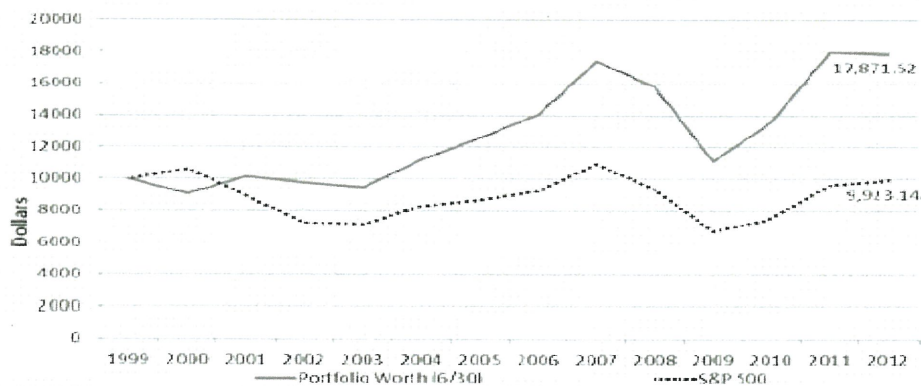


FIGURE 1. Portfolio starting at five winners versus S&P 500.

39

## ○日本政策投資銀行(DBJ)による健康経営格付

### ・優遇金利制度

→ABC三段階の評価。A、Bについては、特別金利Ⅰ・Ⅱを適用

→2017年4月現在で、79の企業・組織に適用  
必ずしも大企業・組織ばかりではない。

中小企業や病院(医療法人)の事例も

→地銀にも同様の動きが拡がりつつある

40

# 健康経営に係る顕彰制度について（対象法人一覧）

- 健康経営に係る各種顕彰制度を推進することで、優良な健康経営に取り組む法人を「見える化」し、従業員や求職者、関係企業や金融機関などから「従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組んでいる企業」として社会的に評価を受けることができる環境を整備する。

## <健康経営に係る顕彰制度の対象法人>

顕彰制度 (2017年の選定・認定数)	【健康経営銘柄】 (24社)  健康経営銘柄 Health and Productivity	健康経営優良法人 【大規模法人部門】 (235法人)  健康経営優良法人 Health and Productivity ホワイト500	健康経営優良法人 【中小規模法人部門】 (95法人)  健康経営優良法人 Health and Productivity
製造業その他	東京証券取引所 上場会社	301人以上	300人以下
卸売業		101人以上	100人以下
小売業		51人以上	50人以下
医療法人・サービス業		101人以上	100人以下

※ 健康経営優良法人（中小規模法人部門）は本年夏頃に追加認定の予定 5

業種名	第1回（2015(平成27)年）	第2回（2016(平成28)年）	第3回（2017(平成29)年）
医薬品	ロート製薬	堀野義製薬※	堀野義製薬
石油・石炭製品	東燃ゼネラル石油	東燃ゼネラル石油	—
電気機器	コニカミノルタ	コニカミノルタ	ブラザー工業※
その他製品	アシックス	トッパン・フォームズ※	トッパン・フォームズ
電気・ガス業	広島ガス	—	東京ガス※
空運業	日本航空	日本航空	日本航空
その他金融業	—	リコーリース※	—
不動産業	—	フジ住宅※	大京※
食料品	アサヒグループホールディングス	アサヒグループホールディングス	味の素※
機械	—	IHI ※	サトーホールディングス※
卸売業	丸紅	伊藤忠商事※	伊藤忠商事
建設業	—	住友林業※	大和ハウス工業※
繊維製品	東レ	ワコールホールディングス※	ワコールホールディングス
化学	花王	花王	花王
ゴム製品	ブリヂストン	ブリヂストン	バンドー化学※
ガラス・土石製品	TOTO	TOTO	TOTO
鉄鋼	神戸製鋼所	神戸製鋼所	神戸製鋼所
金属製品	—	リンナイ※	リンナイ
輸送用機器	川崎重工業	川崎重工業	デンソー※
精密機器	テルモ	テルモ	テルモ
陸運業	東京急行電鉄	東京急行電鉄	東京急行電鉄
情報・通信業	SCSK	SCSK	SCSK
小売業	ローソン	ローソン	ローソン
銀行業	三菱UFJフィナンシャル・グループ	—	—
証券・商品先物取引業	大和証券グループ本社	大和証券グループ本社	大和証券グループ本社
保険業	第一生命保険	東京海上ホールディングス※	東京海上ホールディングス
サービス業	リンクアンドモチベーション	ネクスト※	ネクスト

※は第2回選定企業のうち初選定された11社、第3回選定企業のうち初選定された8社である。

## ○2017年の新たな動き

- ・「**健康経営優良法人**」の選定:「健康経営度調査」  
大規模法人(ホワイト500)＋中小規模法人
- ・大規模235法人中、医療法人2, 財団法人3  
中小規模95法人中、社会福祉法人3

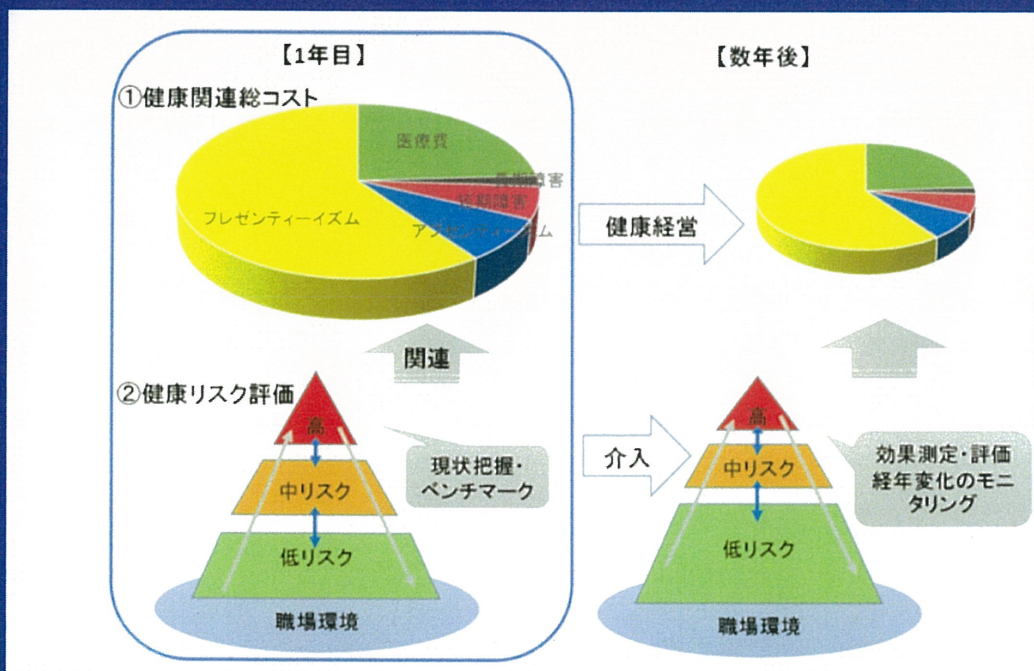
表3 健康経営優良法人認定制度における2部門の定義

(1) 大規模法人部門(ホワイト500)	(2) 中小規模法人部門
①製造業その他: 301人以上,	①製造業その他: 300人以下,
②卸売業: 101人以上,	②卸売業: 100人以下,
③小売業: 51人以上,	③小売業: 50人以下,
④医療法人・サービス業: 101人以上の法人	④医療法人・サービス業: 100人以下の法人

42

43

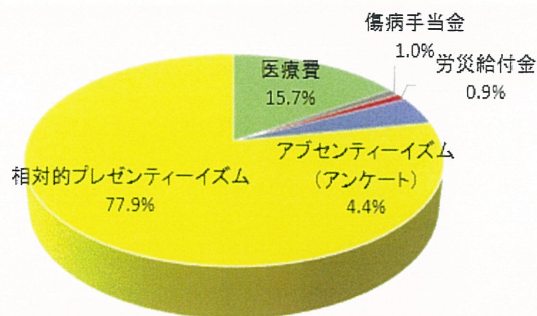
## <東京大学における健康経営研究>



44



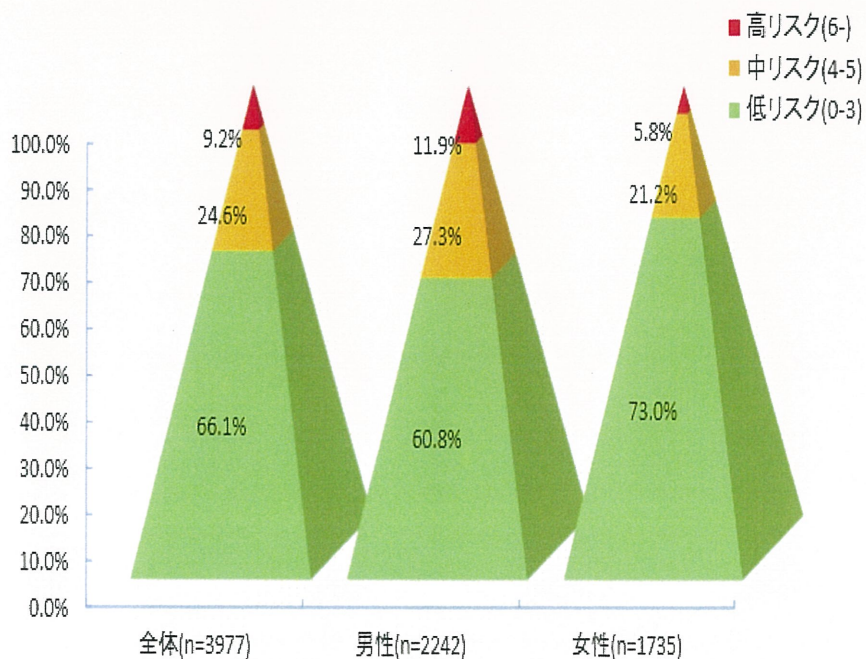
図表 3-27 健康関連総コスト（3 組織 3,429 件）：WHO-HPQ+アブセンティーズム（アンケート）



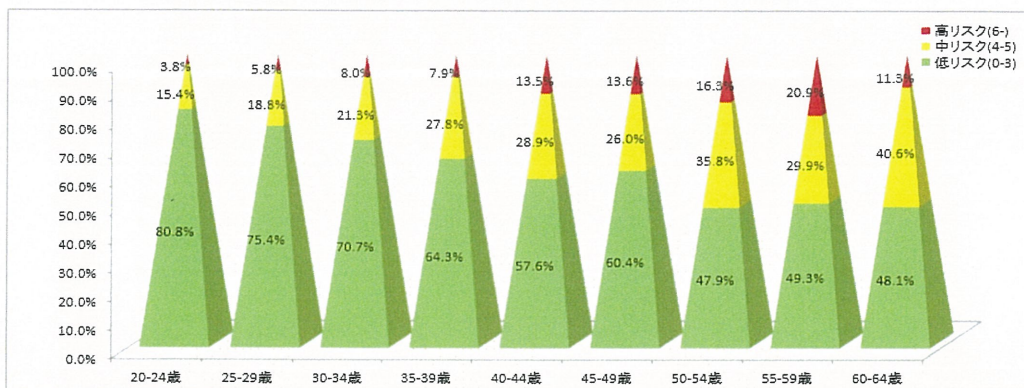
(N=3429)	平均(円)	標準偏差	割合 (%)
2014年度医療費	113,928	372,590	15.7%
労災補償費	6,870		0.9%
傷病手当金支給額	7,328	96,481	1.0%
アブセンティーズム(アンケート)	31,778	140,954	4.4%
相対的プレゼンティーズム	564,963	1,053,886	77.9%
計	724,868		100%

注) プレゼンティーズムは、WHO-HPQによる相対的プレゼンティーズム（同様の仕事をしている人のパフォーマンスに対する過去4週間の自分のパフォーマンスの比）、アブセンティーズムはアンケート回答による病欠日数を採用。

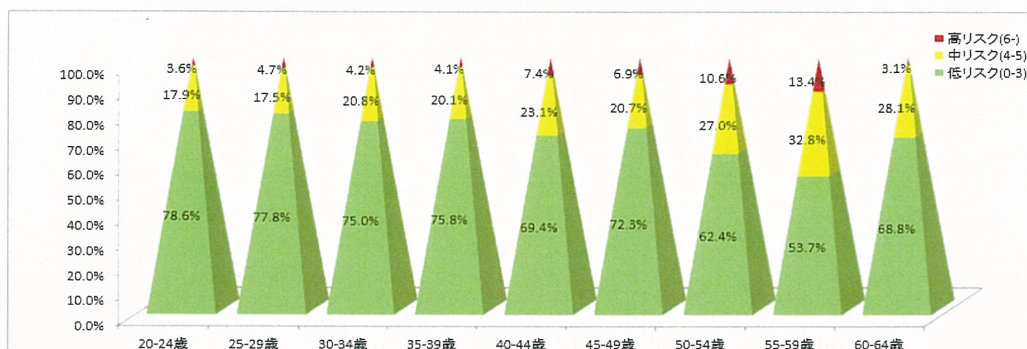
図表 3-31 健康リスク評価（健康リスク 13 項目）4 組織の結果



図表 3-32 男性；年代別健康リスク評価（健康リスク 13 項目）



図表 3-33 女性；年代別健康リスク評価（健康リスク 13 項目）



生物学的リスク

生活習慣リスク

心理的リスク

WHO-HPQ  
プレゼンティーズム  
損失

(5組織)

- 血圧
- 血中脂質
- 肥満
- 血糖値
- 既往歴

- 喫煙
- アルコール
- 運動習慣
- 睡眠休養

- 主観的健康感
- 生活満足度
- 仕事満足度
- ストレス

※プレゼンティーズムをWHO-HPQで測定した5組織(n=47,348)の結果。アブセンティーズムはそのうちアンケートで測定した3組織(n=3,429)の結果である。

医療費

(5組織)

- 血圧
- 血中脂質
- 肥満
- 血糖値
- 既往歴

- 喫煙 ※逆相関
- アルコール
- 運動習慣
- 睡眠休養

- 主観的健康感
- 生活満足度
- 仕事満足度
- ストレス

※各健康リスク項目において有意差のあった項目に網掛け。

(年齢・性別を調整した偏相関分析結果)

アブセンティーズム  
(アンケート)

(上記5組織のうち3組織)

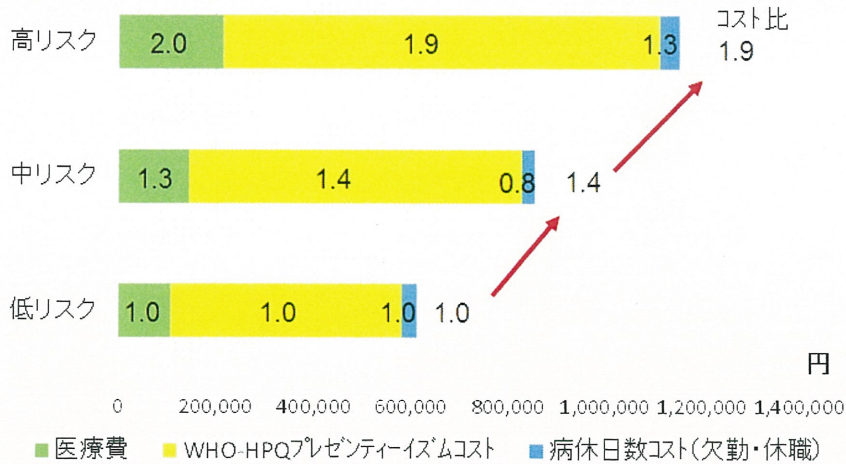
- 血圧
- 血中脂質
- 肥満
- 血糖値

- 喫煙
- アルコール
- 運動習慣
- 睡眠休養

- 主観的健康感
- 生活満足度
- 仕事満足度
- ストレス

## ■健康リスク別健康関連コスト比 (n=43,361)

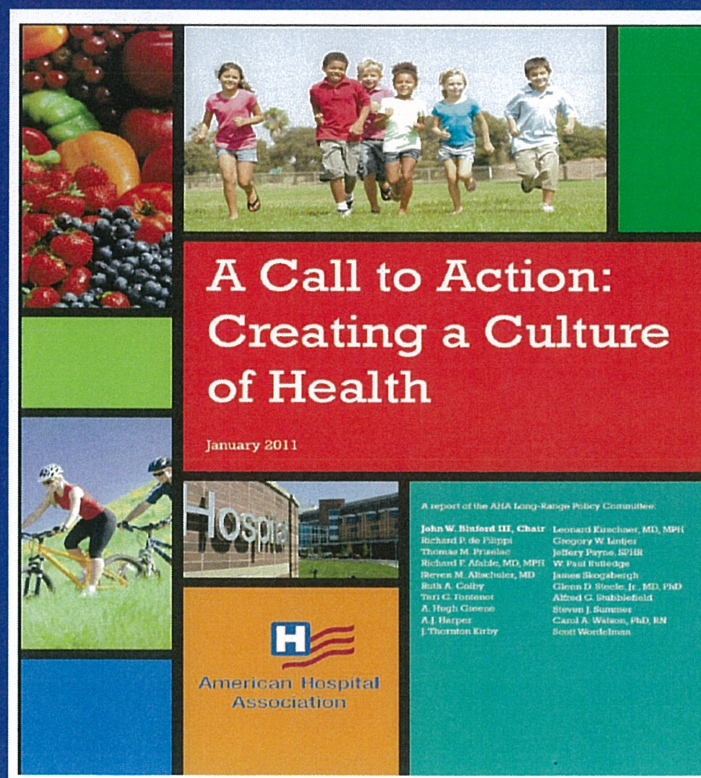
※WHO-HPQプレゼンティーズム+病休日数(欠勤・休職)



健康リスク	割合 %	健康関連コスト計	医療費	生産性	
				WHO-HPQプレゼンティーズムコスト	病休日数コスト(欠勤・休職)
低リスク(0-2)	49.9%	1.00	1.00	1.00	1.00
中リスク(3-4)	34.6%	1.40	1.34	1.45	0.84
高リスク(5-)	15.5%	1.88	1.98	1.90	1.30
偏相関係数(性別・年齢で制御)		.152	.067	.141	.013
p値		***	***	***	**

p<.000 \*\*\*, p<.01 \*\*, p<.05 \*, ns=有意差なし

## <全米病院協会の報告書(2011年)>



## ＜全米病院協会報告書における勧告＞

- 勧告1. コミュニティにおける**ロールモデル**(手本)として機能すること
- 勧告2. 健康な生活に関する**組織文化**を創造すること
- 勧告3. 多様な**健康増進プログラム**を提供すること
- 勧告4. プラスまたはマイナスの**インセンティブ**を提供すること
- 勧告5. 従業員の参加度及び**成果を測定**すること
- 勧告6. **ROI**(費用対効果)を測定すること
- 勧告7. **持続可能性**を重視すること

51

## ＜参考＞発表者の近年の主な著作

- 尾形裕也(2000)『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画
- 尾形裕也、田村やよひ編著(2002)『看護経済学』法研
- 尾形裕也、山崎泰彦編著(2003)『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社
- 尾形裕也(2005)「保険者機能と世代間利害調整」田近・佐藤編『医療と介護の世代間格差』東洋経済新報社 所収
- 黒川清・尾形裕也監修(2006)『医療経営の基本と実務(上)戦略編』日経メディカル開発
- 尾形裕也(2007)「医療費の財源問題」『病院』2007年7月号所収
- 尾形裕也(2007)「先進諸国の医療保障・提供制度の類型論と制度改革の動向」田中・二木編『医療制度改革の国際比較』勁草書房 所収
- 尾形裕也(2008)「医療計画と在宅医療」佐藤智編『明日の在宅医療・第1巻』中央法規 所収

52

- 尾形裕也(2009)『志なき医療者は去れ:岩永勝義、病院経営を語る』MASブレーン
- 尾形裕也、田近栄治編著(2009)『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房
- 尾形裕也(2009)『看護管理者のための医療経営学』日本看護協会出版会
- 尾形裕也(2010)「後期高齢者医療制度の総括と新制度の展望」『社会保険旬報』No.2410所収
- 尾形裕也(2010)「わが国の医療政策と病院の経営持続可能性」『病院』2010年8月号所収
- 尾形裕也(2011)「高齢者医療制度改革会議最終とりまとめに関する考察」『月刊基金』2011年3月号所収
- 尾形裕也(2011)「医療計画及び医療圏のあり方についての考察」『病院』2011年11月号所収
- 尾形裕也(2012)「日本における在宅医療の現状、課題及び展望」『季刊社会保障研究』Vol.47 No.4 所収

53

- 尾形裕也(2013)「健康経営とコラボ・ヘルス」『健康保険』9月号所収
- 尾形裕也(2013)「PDCAサイクルに基づく医療計画の評価」『病院』2013年9月号所収
- 尾形裕也(2013)「健康経営の現状と展望」『PROGRESS』12月号所収
- 尾形裕也、津野陽子、古井祐司(2014)「健康経営の推進を通じた全体最適の実現」『週刊社会保障』No.2759,2760所収
- 尾形裕也(2014)「健康経営と医療費適正化」『ECO-FORUM』Vol.29 No.2,3所収
- 尾形裕也(2014)「社会保障の全体像と医療提供体制のあり方」『社会保障の国際比較研究』ミネルヴァ書房所収
- 尾形裕也(2014)「企業の体力の源となる健康経営」『人間会議』2014夏号所収

54

- 尾形裕也(2014)「健康経営と企業経営の関わり」  
『産業保健21』77号所収
- 尾形裕也(2014)「国民健康保険の制度改革の方向性と課題」『公衆衛生』2014年12月号所収
- 尾形裕也(2015)『看護管理者のための医療経営学:第2版』  
日本看護協会出版会
- 尾形裕也(2015)「地域医療構想と保険者の役割」『健康保険』Vol.69  
No.8所収
- 尾形裕也(2015)「新公立病院改革ガイドラインと公立病院の経営戦略」  
『医療白書2015/2016』所収
- 尾形裕也(2015)「地域医療構想の位置付けと課題」『病院』Vol.74  
No.3所収

- 尾形裕也(2016)「ケアの財源調達に関する考察」『社会保障研究』  
Vol.1 No.1所収
- 尾形裕也(2016)「健康経営と医療機関経営」  
『医療白書2016/2017』所収
- 尾形裕也(2016)「医療経済の現状と課題」  
永井良三監修『医と知の航海』西村書店所収
- 尾形裕也(2016)『日本の医療政策と地域医療システム』  
日本医療企画