

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) 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

尾形 裕也

(おがた ひろや)

東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

講師略歴

■ 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)

こんにちは。ただ今、ご紹介いただきました東京大学の尾形です。本日はお招きいただき、ありがとうございます。ちょっと高いところから失礼します。

今日は「医療制度改革の動向と医療機関経営」ということで、お話をさせていただきます。始めにお断りしておきたいのは、今日のお話はあくまでも私の全く個人的な見解です。現在いくつかの検討会とか、審議会の委員をしておりますが、決してそういったところの見解ではありません。ましてや厚生労働省の公式見解でもありません。そういう意味で、気楽に一つお聞きいただければと思います。

それでは早速お話に入りたいと思います。まず最初に、本日本日お話しする予定の内容ということで、目次のようなものを掲げています。大体この順番でお話をしていこうと思っています。ご覧いただきますと分かりますように、今日は、後でお話ししますように、地域医療構想がこの3月末で全都道府県で出そろい、いよいよこれが推進されていくという中で、いろいろ新しい動きも出てきていますので、その辺がお話の中心になるだろうと思っています。

1番から7番ぐらいまでは大体関連した話ですが、最後に時間が許す範囲でということですが、実は私が今、東京大学のほうでやっている仕事というのは、こういう話ではなくて、「健康経営」というものに取り組んでいます。最近いろいろなところで言及されるようになったので、ご存じの方も多いかもかもしれません。時間の許す範囲で、この健康経営について、これは医療機関の経営とも密接に関連する部分がありますので、お話をさせていただこうかと思っています。こんな順番でお話をさせていただきます。(資料1)

1. 2017年全体の展望

まず、2017年全体の展望ということで、2017年ももう半年が過ぎようとしていますが、まとめています。何と言っても、医療や介護ということでは、よく言われるように2025年というのが1つの節目の年です。2025年ビジョンということが言われてきました。2025年というのは、もうご存じかと思いますが、決して高齢化のピークというわけではありません。高齢化のピークはもう少し後に来ます。2025年というのは、ある意味では非常に象徴的な年として位置付けられています。言うまでもなく、いわ

本日本日お話しする予定の内容

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

資料1

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

資料2

ゆる団塊の世代、1950年以前に生まれた方々が皆75歳以上の後期高齢者になる年ということです。

そうしますとおそらく医療や介護に関するニーズが非常に大きく変化をするであろう、それに対して現在の医療・介護の提供体制がうまくこれに対応できるのかということところが大きな問題意識です。そういう意味で、2025年に向けて、具体的にどのような改革をやっていくのかということが問われているということだろうと思います。

この2025年に向けて、当面は先ほど申し上げたように、各都道府県の地域医療構想の推進状況が注目されます。一応今年3月末で全ての都道府県で出そろいましたが、これはあくまでもスタートです。これからまさにこの地域医療構想を推進していかなければいけないわけで、まさにスタートラインに立ったということだろうと思います。

それからもう少し直近のことで申し上げますと、来年2018年というのは、「惑星直列」の年だということです。これは私の言葉ではなく、厚生労働省の鈴木保険局長がおっしゃっていた言葉ですが、なるほどと思うので、ここでもお借りしています。確かに2018年というのは、いろいろな改革がちょうどこの年に集中して行われます。中長期的には2025年を目指してということなのですが、とりあえず来年いろいろな改革が目白押しになってきます。いくつか代表的なものを挙げると、1つは今日お話しする地域医療構想を含む新しい医療計画が来年度を初年度として策定されます。今年にはまさにその準備の年というか、各都道府県で新しい医療計画を作る作業が始まろうとしています。

新しい医療計画については、従来からの5疾病・5事業というところは大きく変わらないのですが、非常に大きく変わるのは計画期間が変わります。今までは5年を1期としていたわけですが、新しい医療計画では、今度は6年を1期とします。

なぜ6年を1期とするかということ、もうこれもご存じかと思いますが、これだけ医療と介護の連携ということが言われてきたわけですが、実は計画のサイクルという意味では全然合っていなかったわけです。医療計画は5年を1期としているのに対して、介護のほうは基本的に3年が1期になります。介護報酬の改定も3年ごとに行われています。これだけ医療と介護の連携とやっているのにもかかわらず、この2つの計画、医療計画と介護の事業計画が合うのは、15年に1回という、ばかな話だったわけです。それを6年を1期とすることによって、6年間の間に、2つの介護の事業計画が入ります。3年ごとのものが2つ入ります。中間年である3年目のところで、医療計画の見直しを行います。特に介護と関わりの深い、おそらく在宅医療等を中心に医療計画自体も見直すということで、ようやく医療と介護の計画がそろいました。当たり前と言えば当たり前なのですが、それがスタートするのが来年度ということになります。

それから2点目として、これは今日はちょっとお話ししきれないですが、非常に大きな医療保険制度の改革が動き出します。言うまでもなく、国保です。国保というのは、従来市町村国保と言われていたように、市町村が保険者であり、市町村単位の運営が行われていたわけですが、これが都道府県単位になってきます。正確に言うと、実は都道府県と市町村の二重保険者ということになります。保険者がダブルになります。全体としての財政運営の単位としては、都道府県単位になり、しかし保険料の徴収だとか、あるいはいわゆるヘルス事業のようなものについては、従前どおり市町村が行うということで、二重の保険者というかつて例を見ない制度ですが、これが来年度から動き出します。これも地域医療に非常に大きな影響を与える可能性があると考えられます。

それから3点目が、今日、後でお話ししますが、新たな介護保険施設の創設です。つい最近、5月末に法律が成立しました。私はあまりいい名前ではないと思いますが、一応介護医療院という名称の新たな介護保険施設が創設されます。これも来年度からということになっています。この話は後でまた詳しくお話しします。

それから4点目としては、ご存じのとおり、診療報酬と介護報酬の改定です。これは6年に一度同時改定が行われるわけですが、来年はちょうどその同時改定の年を迎えようとしています。今、中医協の議論がようやく佳境に入ってきているところです。

それから、5番目として、これも今日はちょっとお話しする時間はないのですが、新たな専門医制度です。これは本当は今年度から動くはずだったのですが、いろいろ問題があり、1年間事実上延期をされましたが、来年度からは動き出します。この他にもいろいろありますが、多くの改革が来年に集中して行われます。今年、その準備の年と書きましたが、準備というよりは、実質的な議論が行われるのは今年だというふうに考えていただいてよろしいかと思います。これが2017年の全体の展望です。(資料2)

超長期展望

ここでちょっと視点を変えます。最近の私の講演ではいつも引用しているものですが、これは実は2年ほど前の厚生労働白書に載せられていた図表です。ご存じの方も多いかと思います。これは超長期のわが国の総人口の推移を見た曲線です。1500年、1600年という非常に長いスパンで見たときにどうかというものです。これをご覧いただくと、1900年の辺りから、2000年のこの100年間という時期、それからその後のこれから先、2100年にかけて、この200年間というのは、非常に異常な時期だというのがお分かりいただけるかと思います。

○超長期展望



資料3

つまり1900年、日露戦争前後になろうと思いますが、ここからこれまでの100年間というのは、日本の人口が急激に増加した時期です。われわれ、実はこの山を今、登り切ったところです。もうすでに減少に転じているわけです。これからまっさかさまに山を落ちようとしています。幸い、今回の新しい人口推計では、少し緩和されましたので、少しこの傾斜が緩やかになります。それでも大勢に影響はありません。こういう大変な山を下りなければならないということは変わりがないわけです。

このことは何を意味しているかということ、今後の100年というようなスパンで考えたときに、それは決して過去の延長線上にはないということです。過去100年の経験というのは、ほとんど役に立たないといってもいいかと思います。これは決して医療や介護だけではなく、日本の経済、社会全体について言えることですが、過去の常識にとらわれていては、到底この山をスムーズに下りていくことはおそらくできないだろうと思います。

特にこの山をスムーズに下りていく上で、重要な役割を果たすのが、おそらく医療、あるいは介護といったサービスだろうと思います。しかしそれらのサービスについても、過去の常識、あるいは過去の延長線上に未来はないということが基本的な認識すべき事項だと思いますので、あえて最初に紹介させていただきます。(資料3)

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

次のお話として、今、2017年の話、それから超長期の話をお話ししましたが、今度は中期的なというか、最近の政策の動向を少し整理してお話をしてみたいと思います。ここには「医療制度改革の経緯：この10年の歩み」ということで、この10年ぐらいの期間にどういうことが行われてきているのかというのをざっと年表風に示しています。もうご存じの方も多いと思いますが、おさらいだと思って聞いていただきたいと思います。

現在ある医療制度に関しては、2006年、もう11年前ですが、当時医療制

度構造改革というのが行われました。いわゆる小泉構造改革です。当時は「聖域なき構造改革」というようなことが言われました。実はこの2006年の医療制度構造改革を通じて、現在ある制度の基本的な枠組みはほぼ出そろったとっていいかと思います。

例を挙げると、ここに書いているように、高齢者医療制度、前期高齢者医療制度、後期高齢者医療制度ができたのはこのときです。それから後で健康経営のところでも関わってきますが、特定健診、特定保健指導というようなものが入ったのもこのときです。それから医療保険制度としては、協会健保というのはご存じだと思いますが、それまで政管健保とっていたのが、協会健保という新たな公法人ができました。しかも都道府県単位で財政運営をするということになりました。これのできたのもこのときです。

あるいは診療報酬で非常に代表的なものでは、看護の世界の話ですが、いわゆる7対1看護というものが導入されたのも、実はこの2006年の診療報酬改定です。それから今日は詳しくお話しできないのですが、医療計画、さっき言った5疾病・5事業の元になるものですが、それが導入されたのも実はこのときです。そういう意味で、今ある医療制度の骨格の部分は、この2006年に出そろったと考えていただいてもいいかと思います。(資料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)

資料4

その後、いろいろ制度の変遷があるわけですが、一つ注目すべきなのは、これは前の自民公明政権の末期、総理でいうと福田総理とか、麻生総理の時代です。「社会保障国民会議」最終報告というものが出されました。これがいわゆる2025年ビジョンを最初に打ち出したものです。その後、ご存じのように、民主党政権への歴史的な政権交代が行われました。民主党政権の下で、医療や介護が大きく変わるのかと思いましたが、実はこの3年間を通じて、あまり大きく変わっていません。特に後期高齢者医療制度の廃止というのは、皆さん、ご記憶でしょうか。民主党政権に政権交代したときのマニフェストに大きく掲げられていたものですが、これは全く実現していません。

そういう意味で、それほど医療・介護政策に大きな転換があったということではないと思うのですが、ただ民主党政権の下で注目すべきなのは、2011年、もう民主党政権のかなり終わりのほうですが、ここで実はこの「社会保障国民会議」最終報告に歩調を合わせるような形で、長期ビジョンが発表されました。これが現在2025年ビジョンと呼ばれているものです。

特に注意していただきたいのは、この長期ビジョンというのは、社会保障・税一体改革の一環として打ち出されたということです。つまり、もっと端的に言えば、この税というのは、消費税増税の話です。消費税増税と、その裏腹の話として、医療・介護の長期ビジョンを打ち出して、一体の話として出てきたものだということです。実は地域医療構想というのも、基本的にはこの流れを踏まえているということになります。(資料5)

その後、政治的には、2012年に今の安倍政権、自公政権にまた政権交代があったわけです。この2012年の政権交代後、医療・介護の改革が動き出しました。

2013年には、通称ですが社会保障制度改革プログラム法という、言ってみれば社会保障の改革の工程表を提示した法律が成立しました。これを読むと、2014年から2017年ぐらいの間にいろいろな改革をやっていくということが打ち出されています。そして、ほぼそれに添う形で、その後の改革が行われてきています。

医療・介護のところだけ取り出していると、まず2014年、これが今日のお話の主題ですが、地域医療・介護総合確保推進法、これが地域医療構想等を既定している法律ですが、非常に大きな法律改正が成立しました。それから2015年には、先ほど申し上げました国保の改革等を含む医療保

○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

資料5

○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)

資料6

険制度改革法が成立しています。施行は2018年度からなのですが、成立したのは2015年です。それから医療法の改正も行われました。今日はお話しする時間がありませんが、地域医療連携推進法人というような新しい医療法人の類型を規定した医療法の改正も行われています。

それから一番新しいところでは今年です。先ほど申し上げましたように、5月の話ですが、介護保険法の改正が成立し、新たな介護保険施設である介護医療院の創設が決まりました。こういうふうに、2012年に自公政権に政権交代してから、かなり大きな制度改革が相次いでいると言っているかと思います。(資料6)

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

これはご参考までにですが、先ほどから申し上げている国保の2015年に成立した医療保険制度改革法の骨子です。中心になるのは、先ほど申し上げたように国保財政の安定化、国保の安定化ということで、都道府県に大きな役割を持ってもらおうということですが、その他、いろいろこれに関連した制度改革が行われています。今日はこの辺については省略をさせていただきます。(資料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額削減の導入**
 - 被用者保険者の後期高齢者支援金について、段階的に全面総額削減を実施
(現行：1/3総額削減→27年度：1/2総額削減→28年度：2/3総額削減→29年度：全面総額削減)
- 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)
- 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、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整合的な目標(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)

資料7

3. 地域医療構想の策定

いよいよここから今日の本題に入ります。地域医療構想の話です。地域医療構想の概要については、皆さま、すでにご存じかと思しますので、ごく簡単におさらいだけしておきたいと思えます。

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、都道府県が策定するということが、今年3月末で全都道府県が策定を終了しています。地域医療構想は2次医療圏単位での策定が原則ですが、ただ例外もあります。地域医療構想は先ほどから申し上げているように2025年というの

がやはり1つのターゲットになっています。「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」、次が重要だと思えますが、「病床の必要量を推計し、定める」ということです。どうやってこの必要量を定めるかという話については、このすぐ後にお話しします。

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。

〔「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
 - 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。

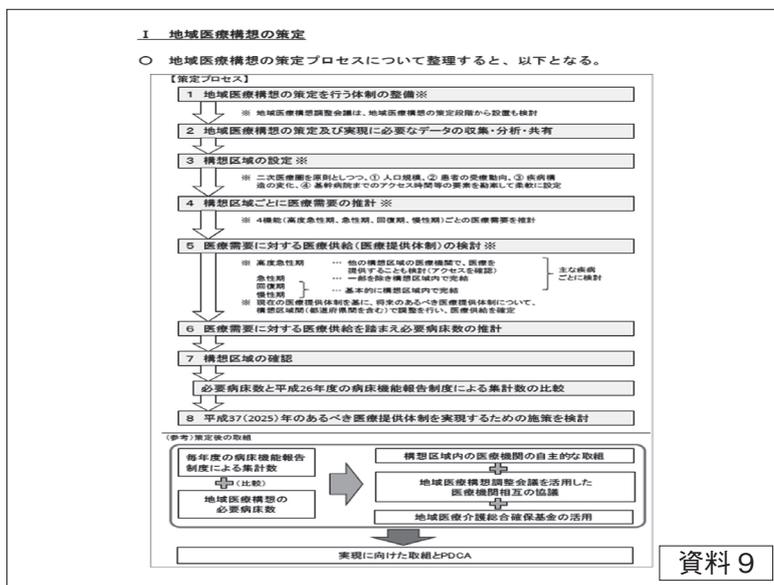
資料8

都道府県が地域医療構想を策定するに当たって、厚生労働省でガイドラインというのを作りました。すでにこれは公表されています。厚生労働省のホームページをご覧くださいと、地域医療構想の策定のガイドラインが公表されています。地域医療構想について、詳しくお知りになりたい方はぜひこのガイドラインをご覧くださいと、どういう考え方でどういう推計をするかということが書かれていますので、ぜひそちらをご覧くださいと思います。

もうこの辺の内容はご存じだと思いますが、各病院等が、自院の医療機能について、病棟単位で高度急性期、急性期、回復期、慢性期という4つの機能から1つを選んで報告します。それからこれから申し上げます2025年の病床の必要量というものを突合して、地域における過不足等を考えていくという仕組みなわけです。(資料8)

地域医療構想の策定

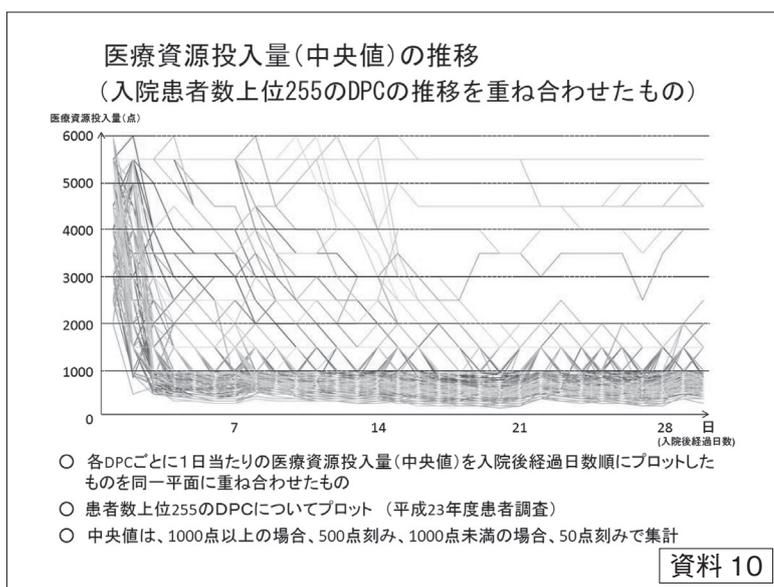
次も地域医療構想の策定プロセスですので省略いたします。何と云いましても、この地域医療構想で重要なのは、この「データの収集・分析・共有」というところです。これは非常に大事だろうと思います。それから構想区域を設定して、その構想区域ごとに将来の医療需要を推計していきます。そして必要病床数を推計します。それと報告していただいた集計数を比較して、どういう施策を打っていくのかというところを検討していこうというものです。各構想区域ごとに地域医療構想調整会議というものが設定され、ここで議論を進めていくというプロセスになっているわけです。もうこの辺はよくご存じかと思います。(資料9)



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)

次に、必要病床数をどうやって定めるかという議論ですが、この議論が大幅に進みましたのは、実は次のようなデータが示されてからです。これも確かガイドラインに載っていたと思いますので、皆さんもご存じかと思いますが、念のために申し上げます。このデータは何を表しているかというと、横軸は入院初日を0日として、入院後の経過日数を示しています。7日、14日、21日、28日、入院初日から何日たっているかとい



うことです。縦軸はここに書いてありますように、入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合せたものということです。ここには255本の線が載っていると考えてください。患者調査から入院患者数の多い255の疾患を持ってきて、それに対応したDPCがどういう推移をしているかというのを見たものです。

これをご覧いただくと、いくつか不規則な、収束しない動きをしている疾患等もあります。例えば確か白血病などはなかなか収束しない例として上がっていたかと思います。しかしそういったいくつかのものを除くと、圧倒的多数については、非常にきれいなL字になっています。

ちなみに縦軸をもう少し正確に言うと、医療資源の投入量を1,000点、2,000点、3,000点、4,000点、5,000点、6,000点と点数表示で表しています。ですから実際の金額としてはこの10倍ということになります。

それからここでいっている医療資源の投入量の中には、入院基本料は入っていません。入院基本料というのは、ある一定期間は一定ですので、そういうものは入っていません。ここに入っているのは、毎日変動する可変的な医療資源の投入量だけを取ったものです。

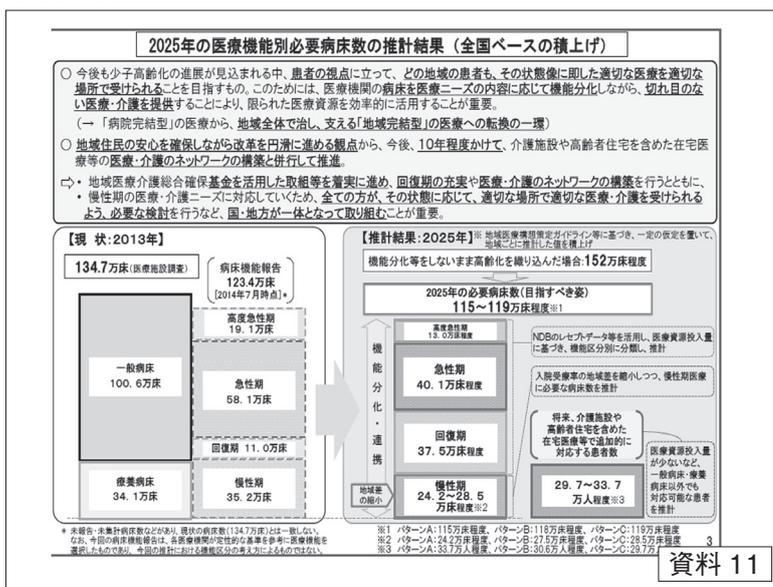
今、申し上げたように、いくつか例外はもちろんあるのですが、それを除くと、非常にきれいなL字になっています。このことは何を意味しているかということ、入院初日から、せいぜい3日か4日ぐらいのところではほぼ勝負はついているというか、急性期医療のやるべきことをちゃんとやっているということだろうと思います。

ただ問題はここから後です。ずっと横一線になっているわけです。注意していただきたいのは、退院した患者さんはここから抜けていっていますので、入院し続けているわけですが、ほとんど医療資源投入量に変化がありません。そうしますとおそらく、この横一線になっている部分というのは、多くの方が病状が安定していて、条件さえ整えば退院したり、あるいは他の病棟に移ることができる人がたくさん入っているのではないかという話です。

これが示されてから、必要病床数をどうやって算定するかという議論が大幅に前に進みました。途中の議論は抜きにして、結論だけ申し上げますと、さっき言った4つの機能を分けるときに、非常に単純にこの医療資源投入量で分けています。高度急性期と急性期は3,000点で切るということになりました。それから急性期と回復期については、600点というところで1つの線を引きます。それから回復期と慢性期のところは、一応225点というような形になりましたが、実は慢性期については、後で申し上げますが、こういう医療資源投入量だけではない別のロジックが入っています。それについては後で申し上げます。ただいずれにしても、こういう実際の医療資源の投入量を前提として、医療需要を推計していこうということでは合意が得られました。(資料10)

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果

その結果がこちらです。これもよくご存じかと思えます。ちょっとデータは古いのですが、一番最初の報告のほうが分かりやすいと思うので、こちらで見ていただきます。ここに3本、柱が立っています。一番右が今、お話しした3,000点とか600点とかという基準で、将来の必要病床数をはじいたものです。2025年における必要病床数、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、それぞれについて推計しています。真ん中が病床機能報告です。各病院等から毎年秋に報告が行われています。もうすでに3回やっています。そのうち、最初の一番古いもの、つまり、2014年のときの報告がこれです。高度急性期、急性期、回復期、慢性期で、各病院等がどういう報告をしているのかということです。それから一番左の柱は、これは実は1年古いのですが、2013年のものです。医療施設調査による一般病床と療養病床の区分をしたものです。



この3本の柱を比較してみたいと思います。まずこの真ん中の柱と右の柱です。各病院等からの報告と、2025年の必要病床数です。もちろんこれは2014年の報告で、こちらは2025年ですから、時点が全然違うので、単純に比較はできません。ただ、今の時点で比較するとどうかということです。

これを見ていただくと明らかなのは、高度急性期と急性期を合わせると、報告では77万床ぐらい出てきているわけです。それに対して必要病床数というのは、両方合わせても53万床ぐらいにしかありませんので、24万床ぐらい過剰な報告が行われているということになります。

ちょうどそれを打ち消す形で、回復期を見ていただくと、回復期は11万床しか報告が行われていないのですが、必要病床数は37万床もあります。

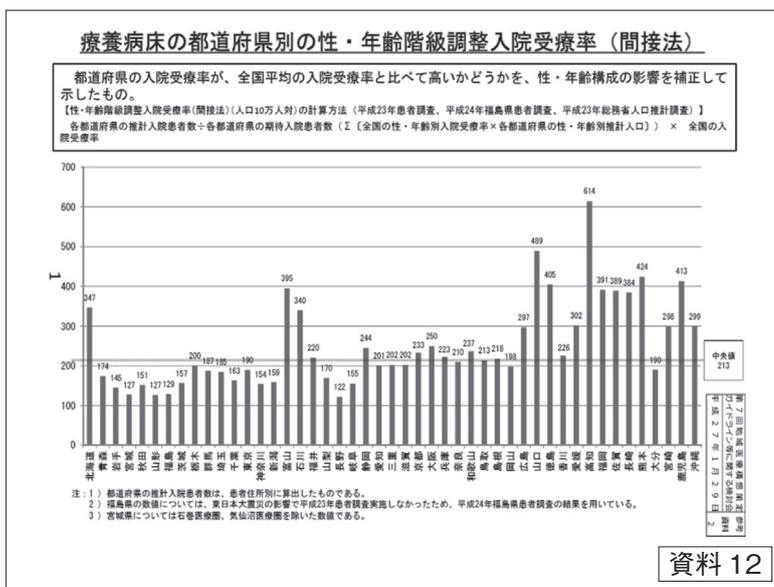
こちらで26万床ぐらい不足をしているわけです。高度急性期、急性期の過剰分を、ちょうど打ち消すように、回復期が過少な報告になっているということです。これが一般病床についての姿です。

それから次は、慢性期、療養病床です。こちらは実は3,000点とか600点といったような単純な医療資源の投入量だけではありません。ここに小さく書いてあるのですが、「地域差の縮小措置を取る」、これは実は療養病床についてだけ、こういうことが入っています。上の一般病床については入っていません。(資料11)

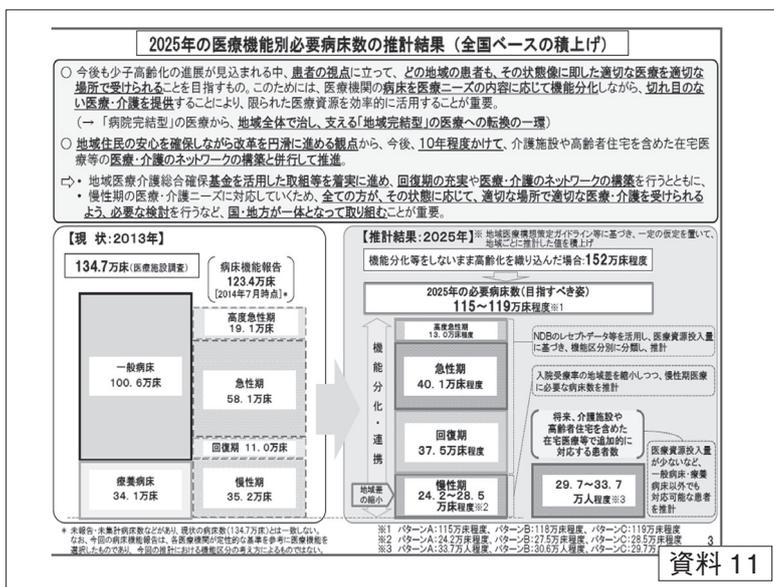
療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率(間接法)

なぜ療養病床については地域差の縮小措置を取るかという点、ちょっと先のスライドを見てください。これは療養病床の都道府県別の性・年齢階級を調整した後の入院受療率にどのぐらいの違いがあるかを見たものです。これを見ていただくと、非常に大きな地域差があることが分かります。一番高いのは、高知県です。一番低いのが長野県です。この差を取ると約5倍の違いがあります。これは性・年齢階級を調整しているのですが、調整してもなお、5倍ぐらい違うのです。しかしこれはどう考えても、高知県は長野県の5倍、長期療養を必要とする患者さんがいるかという点、おそらくそういうことは絶対ないと思います。これはですから患者のニーズの違いを反映しているというよりは、それ以外の要因に基づくものだと考えられます。

こういう地域差をそのままにしておいていいのかということが議論になります。療養病床については、さすがにこのままの形で地域差を認めることはできないということになりました。(資料12)



前のスライドに戻っていただきます。ここに小さく書いてありますが、療養病床については、地域差縮小措置を取るということになりました。詳しい地域差縮小措置の内容については、先ほどお話ししましたガイドラインに載っていますので、そちらをご覧くださいと思います。基本的な考え方としては、できる限り、全国平均値に近づけていくというような、かなりドラスティックなことをやるということになりました。ですから、療養病床の多いところは、それを減らす、あるいは他の施設等に転換をするということが求められるようになっていきます。



この地域差縮小措置の結果、慢性期病床は報告では35.2万床ですが、必要病床数としては、24.2から28.5万床ということで、かなり減った姿が見て取れるわけです。しかし実は話はそれだけでは終わりません。もう1つこの赤い枠のところを見てください。29.7から33.7万人程度、30万人前後ですが、これが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ということで、新たなニーズがこのように示されているわけです。

つまり、単に慢性期の病床数を縮小するということだけではなく、むしろこういった新たなニーズに転換を図る、こういったニーズに対応するような仕組みを作っていかなければいけないということ

ころが重要なポイントになってきます。これが真ん中の柱と一番右の柱を比べたときの話です。(資料11)

次は、こちらの一番左の柱と、一番右の柱を比較したもの、これを都道府県別に見たものを載せています。

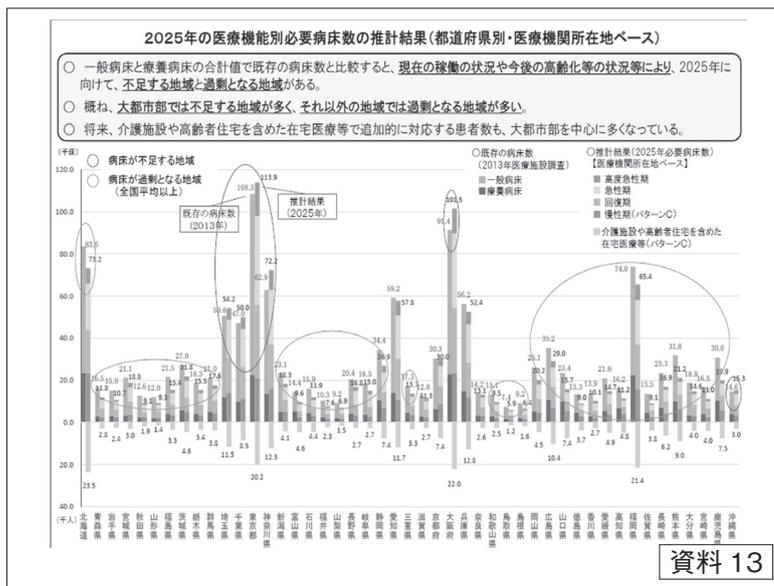
2025年の医療機能別必要病床数の推移結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

それが次のグラフです。これは北海道から九州、沖縄まで、47都道府県、各都道府県全てについて2本の柱が立っています。例えば分かりやすいところで、東京都を見ていただくと、右側が2025年の推計結果ということは、さっきの一番右の柱です。それからこちらの左が、2013年の既存の病床数、これはさっきの一番左の柱です。各都道府県、この2本の柱を立てています。

これをご覧いただくと、47都道府県は、大きく2つのグループに分かれます。この赤で囲った地域は3つしかありません。東京、千葉、神奈川、埼玉という、1都3県、首都圏です。それから、大阪府、沖縄県です。この赤で囲ってあるところは東京を見ていただくと分かるように、2025年の推計結果が2013年の既存病床数を上回っています。つまり単純にいうと、病床不足が生じる可能性があるということです。それはこの3つの地域だけです。それ以外の全ての道府県は、その逆で、全て病床過剰となっています。

ある意味ではこれは当たり前で、先ほど最初のところで申し上げたように、日本は大変な人口減少局面にもうすでに入っています。そういう中では医療ニーズそのものが縮んでいくところが非常に多いわけです。多くの道府県では、病床過剰になってくるという話です。

しかし、話はそれだけでは終わらないというのは、さっきと同じです。今、上のほうだけ見ていただきました。今度下のほうに、オレンジの柱が立っているのを見てください。これがここに書いてありますように、介護施設や、高齢者住宅を含めた在宅医療等で対応しなければいけない部分です。これは、全ての都道府県、軒並み柱が下に立っています。つまり、地域医療構想でやらなければいけないことというのは、病床のアンバランスを調整すると同時に、こういう新たな在宅のニーズに如何に対応していくか、それを同時に両方やっつけていかなければいけません。私は盾の両面と言っていますが、それがまさに地域医療構想の本質であると思います。この辺は皆さん、よくご存じかと思いますが、一応念のためにお話をいたしました。(資料13)



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

最近の状況と地域医療構想の推進ということでお話をしたいと思います。すでに申し上げたように、今年3月末まで、一応全都道府県で策定が完了しました。構想区域は、全国で341ということで、2次医療圏とほとんど一致しています。例外的に少し違うところもありますが、基本的には2次医療単位で設定をされています。(資料14)

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
 - ・ 2次医療圏と一致：41都道府県（328区域）
 - ・ 2次医療圏を統合：5県（13医療圏 → 6区域）
 - ・ 2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床の構成や個々の病床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)	病床機能報告>病床の必要量 (2015)	病床機能報告=病床の必要量 (2015)
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、置換構想区域）において適用

資料14

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

ただしこの4つの高度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうに分けてみると、かなり過不足のパターンに違いが見てとれます。これも先ほどお話ししたとことと重なりますが、高度急性期と急性期を分けてもいいのですが、ここでは2つを合わせた結果を見ていただくと、もうこれは明らかで、341ある構想区域のうち、340については、報告のほうが必要量を上回っています。つまり過剰な報告が行われているということです。この1というのは、確か小豆島です。小豆島はそもそも0なのでこういうことになっているだけで、ほとんどのところでは過剰な報告になっています。(資料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※1分類。
 - ※ 病床の必要量は、個々の医療機関内での病床の構成や個々の病床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 小豆^{シマノシマ}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)	病床機能報告>病床の必要量 (2015)	病床機能報告=病床の必要量 (2015)
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

資料15

それから次が回復期です。これは全く逆です。先ほど申し上げたとおりですが、341の構想区域のうち、336で過少な報告が行われています。この辺は割と単純な話です。(資料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床の構成や個々の病床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 (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		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

資料 16

慢性期はどうかというと、トータルで見ると確かに過剰な報告を行っているところが270、過少が69ですが、これを人口規模別に見ると、大都市圏と地方では違った姿が見えてきます。50万人以上のところで見ると、結構不足しているところも多くなってきますが、20万人以下のところで見ると、圧倒的に過剰なところが多いです。つまり大都市圏と地方では、かなり違った姿が見えてきています。先ほど、例えば高知県などでは、非常に療養病床が多いということを申し上げましたが、そういったことが反映した結果だろうと思います。(資料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床の構成や個々の病床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 (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		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

資料 17

青森県の地域医療構想調整会議における検討内容

地域医療構想については、今、各都道府県のホームページをご覧ください。非常に興味深いので、ぜひご自分の関係する都道府県のものを見ていただければと思います。各構想区域ごと、それから県でまとめた数字と両方載っていますので、ぜひご覧いただきたいと思ひます。

ここに載せましたのは、これは一応厚労省の推薦版なのだろうと思ひますが、青森の事例です。ここではかなり思い切ったことが書かれています。国立病院機構と市立病院を統合して、新たな中核病院を作っ、それと他の病院との機能分化を図っ、思い切ったプランが打ち出されています。これはかなり具体的に書かれているほうだろうと思ひます。多くのところではまだなかなかここまではいっていないというのが実態だろうと思ひます。ぜひ、各都道府県のホームページでこういうものを見ることができますので、ご覧いただきたいと思ひます。(資料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

<津軽構想区域>

資料 18

地域医療構想の実現プロセス

今後、地域医療構想をどうやって進めていくかということですが、これもおさらいのような話ですが、お話をしておきます。一応3つぐらいのステップがあるということになっています。ステップ1が、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」で協議をするということです。そこで協議をして協議が整えば、「地域医療介護総合確保基金」これはさっき申し上げました消費税増税分を使って、都道府県に基金ができています。毎年総額900億余の基金ができて

いますが、それを使って例えば病床転換をしたりするときには、お金が必要になりますので、そういったところの支援をしていこうというのがステップ2です。それからステップ3としては、都道府県知事による適切な役割の発揮です。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・連携を推進するという事です。今回の改正で、都道府県の権限が強められました。例えば、地域ですでに過剰になっている医療機能に転換しようとする民間の医療機関の場合、転換の中止の要請・勧告、公的医療機関に関しては、命令をすることができるということになっています。こういう権限が与えられていますが、これだけでは不十分ではないかという議論もあります。例えば保険

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 地域ですで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)

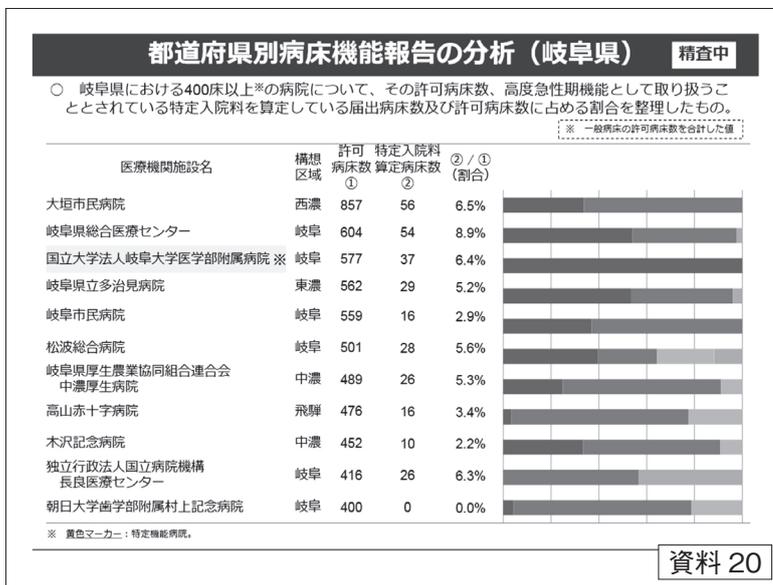
※ ①～④の実地には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを終る必要がある。
※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

資料 19

医療機関の指定をしないとか、そういった強権的なところまでは今回は入っていません。とりあえずこれでやってみようというのが現在の状況かと思います。(資料19)

都道府県別病床機能報告の分析(岐阜県)

それで1つまた事例です。これは地域医療構想のワーキンググループに出されたものです。具体的な医療機関の名前も入っているので興味深い事例として、お話しします。これは岐阜県の例です。例えばさっき高度急性期、急性期、特に高度急性期が非常に多く報告をされているというその1つの要因としては、やはり大学病院が軒並み「うちの病院は100%、高度急性期だ」という報告をしたわけですが、これは非常に問題です。別に岐阜大学をやり玉に上げるわけではないのですが、岐阜大学附属病院は赤100%、大学病院の557床について、全部高度急性期という報告をされています。本当にそれでいいのかという資料です。



どういうことかということ、ここに上がっている急性期病院と考えられるところの特定入院料を算定している病床数を許可病床数で割って、何%がその特定入院料を算定しているかというのを見てみると、岐阜大学附属病院は6.4%、低くはないですが、そんなに際立って高いわけではありません。例えば大垣市民病院は同レベルの6.5%、県の総合医療センターは8.9%と高いところもあるわけですが、こういったところは全部を高度急性期などという報告はしていないわけではあります。もう少しバランスの取れた形で、高度急性期のみならず、急性期あるいは回復期を報告しているのに、大学病院が全部赤というのはどういうことなのかということです。別にこの岐阜大学病院がけしからんということを言いたいわけではなく、これからおそらく構想区域ごとに設定された地域医療構想調整会議では、こういう議論が行われるのだらうと思います。つまり、データに基づいて、こういう選択と実際とはだいぶ違うのではないのかとか、本当にそれが適切なのかといったような議論が行われることが期待されるということです。その1つの例として申し上げました。(資料20)

5. 新たな介護保険施設の創設

だいぶ時間が過ぎてきたので、少し先を急ぎたいと思います。先ほど来申し上げているように、特に療養病床をどうするかというところは、今回の地域医療構想でも1つのポイントになっていたところですが、特に先ほど申し上げたように、在宅にどうやって対応していくのか、療養病床の機能を変えていくとしても、どういう受け皿があるのかという議論です。

これに関しては、療養病床の在り方等に関する検討会というのを1年ぐらいうり、改革の選択肢を整理しました。そこでは基本的には、住まいの機能を重視した新たな類型というものを提案しています。これを受けて社会保障審議会の下に、療養病床の在り方等に関する特別部会が設けられ、そこでもう少し具体的な制度設計の検討が行われました。そして昨年末に意見書が取りまとめられました。これに基づいて介護保険法の改正法案が今国会に上程され、先ほどから申し上げているように、この5月末に成立しています。(資料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

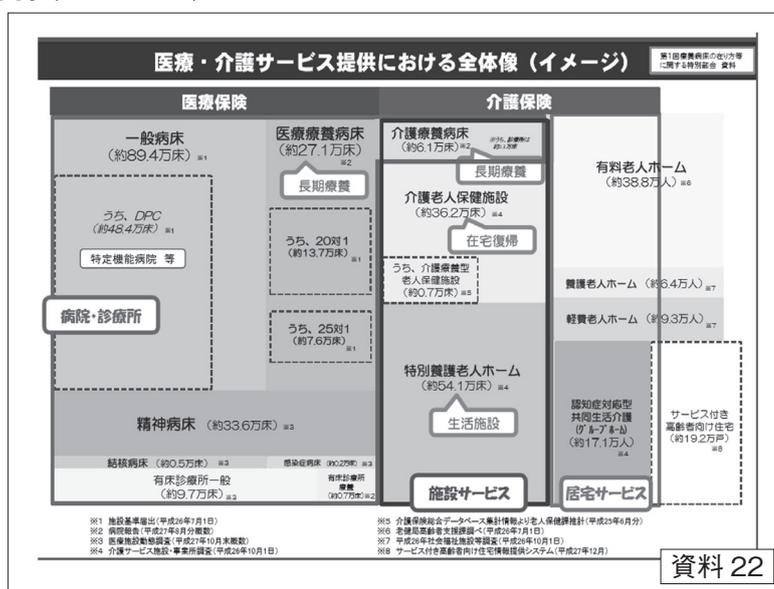
○社会保障審議会「療養病床の在り方等に関する特別部会」の場において、具体的制度設計を検討

- ・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

資料21

医療・介護サービス提供における全体像(イメージ)

その前にわが国の住まいおよび施設の状況を表した図です。さまざまありますが、ざっと見ていただくと、やはり一番多いのは特別養護老人ホームで、50万床ぐらいあります。それから有料老人ホームが40万床弱ぐらいあります。また、介護老人保健施設が36万床、それから療養病床も、医療療養病床が27万床、介護療養病床が6万床ということで結構あります。それから特に最近増えてきたのはご存じだと思いますが、サ高住、サービス付き高齢者向け住宅が最近急増してきています。



特に今回の療養病床等の転換ということで問題になっているのは、この介護療養病床の部分と医療療養病床の中の25：1といわれるものです。これは経過的に認められているものですが、これらはいずれも放っておくと、来年3月末で廃止ということになっていたわけです。しかしそれをどうするのかということで、議論が行われました。特にこの2つの転換先如何ということで議論が進められました。(資料22)

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

先ほど言いました新しい類型というのは、大きく分けると2つです。医療内包型、それから医療外付型、案1と案2というふうになっていますが、大きく分けるとこの2つの類型が提案されました。さらに細かく見ると、医療内包型はまた2つに分かれています。案1-1と、案1-2です。ですから細かくいうと、3つの類型ということになります。

まず医療内包型というのは、まさにその施設の中に医師や看護師等が配置されて、医療サービスを提供していくものです。それに対して医療外付型というのは、基本的に外から医療サービスを提供していくというものです。

案1-1と案1-2の違いは、利用者像の違いです。案1-1というのはここを見ていただくと、医療の必要性が比較的高く、容態が急変するリスクがあるものというものです。それに対して案1-2は、この医療外付型、案2と共通なのですが、医療の必要性は多様だが、容態は比較的安定した人を対象とするということになっています。(資料23)

サービスの 特徴	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)	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
利用者像	病院・診療所 医療区分ⅡⅢを中心	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
医療機能	人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	人工呼吸器や中心静脈栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理	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において、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施設型の整理案について～」(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

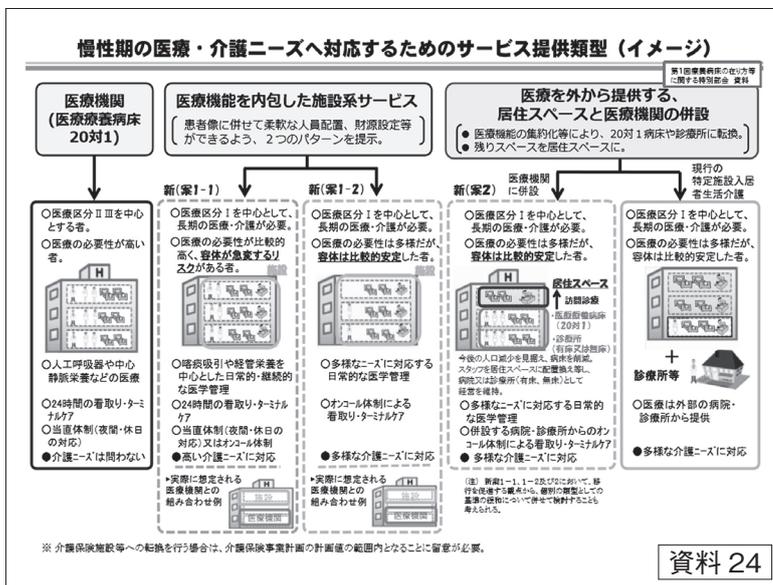
資料 23

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)

次のポンチ絵のほうが分かりやすいかと思います。今、申し上げたこれが案1-1です。案1-2、それから案2、これが外付型、こちらが内包型です。案1-1は容態が急変するリスクがあるものということですので、これを見ていただくと分かりますように、医師や看護師が手厚く配置をされた形になっています。

それから案1-2のほうは、案1-1に比べると、容態が比較的安定しているということ、配置が薄くなっていますが、しかしいずれも医療内包型です。どちらも重要なのは、案1-1でいうと、ここです。24時間の看取り・ターミナルケアを提供します。案1-2のほうは、少し表現が違いますが、オンコール体制による看取り・ターミナルケアということ、いずれも看取りまでやる施設だということが非常に大きなポイントになってきます。

それから案2の外付型ですが、こちらはここをご覧くださいますと、この部分はもう完全に住まいです。居住スペースであり、住宅です。そこにこの下の医療機関から医師や看護師が訪問診療とか、訪問看護、往診等の形で、外から医療サービスを提供します。しかしこの部分はあくまでも住まい、住宅であるという整理です。こういうものを作っていくのはどうかというのが、この法改正の提案です。(資料24)



資料 24

介護医療院の創設

それで特にこちらの施設のほうについては、冒頭申し上げたように、介護医療院という新たな施設類型が作られることになりました。この介護医療院の基本的性格を整理すると、3点あるかと思います。1つは、もはやこれは病院(病床)ではありません。ただし医療法でいう医療提供施設ではあります。医師や看護師が常駐していて、医療サービス内包型で提供するわけですので、医療提供施設です。それから財源としては、介護保険適用施設とする。この3点が基本的な性格ということになります。

こんなものがあるのかと思われるかもしれませんが、実は現在の仕組みでもあります。現在の仕組みでこの3点が当てはまるものは何かというと、これは老人保健施設です。老人保健施設というのは、病院ではありません。しかし老人保健施設は、医療法で位置付けられている医療提供施設です。それから老人保健施設というのは、正確に言うと、介護老人保健施設ですので、介護保険の適用施設になっているということで、実はこの3つの要件を満たしている施設として、現在あるものでは老人保健施設がこの要件を満たしていることになります。

では、新しい介護医療院と老人保健施設とどこが違うのかということ、これはさっき申し上げた看取りまでやる施設かどうかということところです。どういうことかということ、老人保健施設というのは、本来は中間施設として作られたものです。中間施設という意味はいろいろあったのですが、今、意味のある定義としては、これは施設と在宅の中間という意味です。

そういうつもりで作ったのですが、その後、ここからちょっと厚労省の悪口を言うと、厚労省の政策も、私はおかしかったと思います。老健施設については、その後の改革を通じて、その基本的な性格があいまいになってきた面があると思います。多少、私の言い方はきついかもかもしれませんが、実は、私は老人保健施設を作るときの改正に関わりました。それがその後当初の考え方から随分変わってしまったという意識があるものですから、申し上げています。しかしおそらく介護医療院ができると、老人保健施設は本来のミッションに返っていくのだらうと思います。つまり本来のミッションというのは、中間施設ですから、在宅復帰のための施設です。むしろ老人保健施設はそういう方向に「純化」をしていくのではないかと思います。看取りまでやる施設という意味では、まさにこの介護医療院ということになりますので、老人保健施設は、本来の中間施設としてのミッションに純化していくのではないかと思います。1つです。

それからもう1つ大きな影響が出てくると思うのが、特養との関係です。先ほど申しましたように、わが国の施設の中では特養というのは最大の施設です。特養の1つの問題点としては、そうではないところもありますが、ずっとケアをしていって、最後になると、病院に入院させてしまい、看取りまでやらないというところが結構多いように思います。それに対して、この介護医療院は、これはもう最初から看取りまでやるということをやっている施設ですので、そういう意味では、私は特養との競合という、特養にとっては厳しい環境になってくるだらうと思います。

と言いますのは、一般国民の目から見ると、この介護医療院というのはいまよく作れば、非常に魅力的な施設だと思います。病院ではもはやなく、療養環境を整備して、看取りまでやろうという施

○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?

資料 25

設ですので、そういう意味では、私は特養もうかうかしてられない、これからはむしろ看取りをやらないところだと選択されない時代が来るのではないかと考えています。そういう意味では、他の施設への影響については非常に大きなものがあるのではないかと考えています。ただもちろん介護医療院が今後どの程度機能するかというのは、来年の介護報酬の改定の中で、これがどういうふう位置付けられるかということに関わってくるということだろうと考えています。(資料25)

6. 「在宅ケア」をめぐる論点

Aging in Placeのとらえ方

この関係で少し補足的なお話をしたいと思います。今日のお話は、冒頭申し上げたように、全体が個人的な意見ですが、この部分は特に個人的な考え方なので、そのつもりでお聞きいただきたいと思っています。後で、ご意見等があれば頂戴したいと思います。

在宅医療を巡る議論として、よく使われる言葉に、Aging in Placeという言葉があります。皆さんもお聞きになったことがあるのではないかと考えています。これは国際的にも広く使われている言葉です。この捉え方について、わが国では、一般的にこうい

うふうに捉えられていると思います。「住み慣れた場所に住み続け、老いること」というようなものです。この「住み慣れた」ということを強調する場合が非常に多いように思います。

しかしここからは私の個人的な意見です。私はこの「住み慣れた」というのをあまり強調するのは適切ではないと思います。といいますのは、先ほど来申し上げているように、わが国はこれから大変な人口減少局面に入っていくわけですが、その中でこの「住み慣れた」ということを強調し過ぎると身動きが取れなくなってしまうのではないかと考えています。

例えば1つの例を挙げると、山の上に老夫婦、あるいは一人暮らしのご老人が住んでおられる場合を考えると、確かにそこは住み慣れたところですが、ですからそこにサービスを持ってこい、医療や介護サービスをその山の上まで持ってこいと言われても、これはなかなか難しいだろうと思います。単にお金だけの話ではありません。人口減少社会ですから、人手がそもそもないわけですが、そういう中であまりに「住み慣れた」ということばかり言われると、これは持続可能ではなくなってしまうのではないかとこの恐れがあると思います。

その一方で、これとは全く逆の議論もあります。1つやり玉に上げるとすると、「日本創生会議」が2年ほど前に提言を出しました。ここまで露骨に言っているわけではありませんが、基本的な発想としてはこういうことだろうと考えています。先ほどお示したように、医療や介護資源には非常に大きな地域差があります。例えば療養病床ですと、高知県は長野県の5倍も療養病床があるわけですが、おそらく高知県などは、これから人口が減っていくので、長期的にはベッドが余ってくるだろうと考えています。そういうときには、むしろその地域差に合わせて人が移ったらいいのではないかとこの発想です。

簡単に言えば、例えば東京のような大都市圏はこれから病床が不足しますので、東京の人が高知

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

資料26

県に移住すればいいだろう。そこまで言っているわけではないのですが、極論を言えばそういうことです。私はこれも Aging in Place という発想からすると、適切ではないと思います。「住み慣れた」を強調し過ぎるというのも、それからこういうふうに施設に合わせて人が動けばいいだろうというのも、どちらも両方の極論で、どちらも適切でないと思います。

そもそも、Aging in Place という英語を見ていただくと、どこに「住み慣れた」などと書いてあるのでしょうか。「in Place」ですから、これはおそらく、その人にふさわしい適切な場所というのが本来の意味だろうと思います。そういう意味で、少し発想を変えていく必要があるのではないかと思います。(資料26)

超少子高齢社会／人口減少社会

ではお前はどうか考えるのかということですが、私はこういうことを言っています。先ほど来申し上げている超少子高齢社会／人口減少社会の下では、やはり何らかの形での「集住」というのは不可避だろうと思います。さっきの例で言うと、山の上にサービスを持ってこいというのはさすがに難しい、せめてふもとには下りてきてくださいということです。しかしだからといって、東京の人を高知に移せばいいという極論とは違うわけです。

最近「コンパクト・シティ」という

ことが良く言われますが、まさにそういう話だと思います。これは別に高齢化の話だけではなく、そもそも人口が縮んでいく中で、従来のようにどんどん郊外にスプロール現象のように広がっていくという都市モデルはもう成り立ちません。これからはできるだけコンパクトに住んで、そこでサービスをうまく回していくということが必要になってきます。

そういう意味では、Aging in Place という考え方は大事だと思いますが、今までの「住み慣れた」を強調し過ぎたり、あるいは東京の人を高知に持っていったらいいというのは、どちらも私は適切ではない考え方だろうと思います。

ただ、こういうことを進めていくためには、やはり多様な選択肢が必要です。今回、制度化されようとしている介護医療院というのもその1つだと考えられます。そのときに大事なのは、「在宅」イコール必ずしも「自宅」ではないということだと思います。もちろん自宅ですっと住み続けることができる人はそれはそれでいいと思うのですが、全ての人がそうではありません。そうしますと、必ずしも自宅ではないかもしれませんが、しかし施設でもない、病院でもないという形の住まい方というのがやはり重要になってきます。そういう意味で多様な選択肢が必要なのだろうというふうに考えています。(資料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」

資料 27

病院と在宅ケアとの関わり

今日は病院関係者の方もおられると思うので、在宅ケアと病院との関わりをどう考えるのかということについて、1つお話をしておきたいと思います。日本でもようやく最近、退院調整とか、退院支援が診療報酬等でも評価をされるようになってきました。これは英語でいうと、Discharge Planningといいます。Dischargeというのは退院です。それを計画的にやっていくということです。

実は諸外国では、このDischarge Planningというのはもう十何年前から言われています。例えばイギリス

のNHSという国営医療制度がありますが、ここでは2003年にガイドラインを出しています。このイギリスのNHSのガイドラインを見ると、これは私にとっては、ある意味では、目からうろこでした。これまで、私もつい、「在宅が受け皿だ」という言い方をしてきました。例えば、「病院からなかなか退院させられない。受け皿がないから」というような言い方をつい私もしてしまっていたのですが、それは考えてみると非常におかしな表現です。実はこのイギリスのガイドラインではこういうことを言っています。「在宅は受け皿などではない」、在宅というのが「常態」なのです。普通の人には施設などに入っていません。在宅にいるのが常態なのです。そうすると入院というのはもちろん異常なことです。ですから入院の必要がなくなれば、できるだけ早く常態に復帰する、それが在宅に帰るということです。

当たり前といえば当たり前なのですが、私もやはり医療提供側の論理にどっぷりついていたと思います。在宅が受け皿というのはとんでもない話であり、入院が受け皿なのです。むしろ在宅は常態なのです。こうした基本的な発想の重要性、まずこのガイドラインにはそういうことが書いてあります。

そういったことを前提して、病院と在宅ケアの関わりというものについては、おそらく2つぐらいあるのだらうと思います。1つは特に急性期の病院などがそうですが、いかにして常態である在宅に復帰していただくかということです。それからもう1つは地域によっては、自ら在宅サービスを展開するということもあるのだらうと思います。その際にはさっき申し上げたように、高齢者等のニーズというのは非常に多様です。それに対応した多様な選択肢の中から、地域の実情、あるいは自院の資源等を勘案して、どういう形態を選択するか、まさにこれは経営の基本的な戦略に関わる問題なのだらうと思います。しかしいずれにしても、病院と在宅ケアというのは、密接な関わりがあるということは強調しておきたい点です。(資料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

資料 28

QOL / QOD(Quality of Death)

それからこの議論の最後にもう1つご紹介をしておきます。QOLという言葉は皆さんもよくご存じだと思います。Quality of Life、これは医療・介護等で強調される言葉で、それはそれで非常に大事なことです。それと合わせて、QOD、Quality of Deathというのも非常に重要になってくると思います。特に超少子高齢社会である日本は、同時に多死社会です。多くの死を迎えていくわけですので、QOLと共にQODというのも非常に重要な指標になってきます。

この点については、あまりまだ日

本では大きく議論をされていないのですけれども、例えばイギリスの『The Economist』という有名な雑誌があります。この『The Economist』は、『Quality of Death Index』という各国のQODについて一定のやり方で評価をし、順位付けをし、発表をしています。2010年版と2015年版と今まで2回発表をしているのですが、2010年版を見ますと、日本は40カ国中23位ということで、真ん中よりちょっと下ぐらい、非常に低い評価になっています。2015年版で見ますと、幸いちょっと上がり、80カ国中14位に上昇していますが、それでもまだ日本の医療は世界1とかという状況とはちょっと違ってきます。

これについてはいろいろな要因があると思います。それから私は決して『The Economist』の評価が正しいということをおっしゃるわけではありません。むしろちょっと眉唾なところもあります。というのは、どちらの版でも世界1はイギリスになっているので、本当かと思うところはないわけではないのですが、しかしこのQODを評価していくという発想は大事だろうと思います。

日本が低く評価をされている1つの要因は、やはりターミナルケアです。麻薬の使用量が非常に低くて、麻薬の使い方が下手である、ペインコントロールが十分にできていないのではないかと、いう辺りが、日本が低く評価されている1つの要因になっているのだらうと思います。これが正しいということをおっしゃるわけではないのですが、やはりQODというのは今後考えていくべき視点だらうと思いますので、ご紹介しました。(資料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

資料 29

7. 医療機関の経営戦略

Mission-Vision-Strategy

医療機関の経営戦略の話です。もうだいぶ時間がたってきたので、少し端折らざるを得ません。私も仕事柄、よく当院の戦略をどう考えたらいいかというようなことを聞かれることがあります。そのときに私がいつも申し上げているのは、「戦略、Strategyは、天から降ってくるものではありません。どういうMissionを考えるのか。それを踏まえてどういうVisionを描くのか。そういう中で初めて、どういう戦略、Strategyをとるのか。こういう順番だ」ということです。従って、Strategyがいきなり出てくるということではないということをいつも言っています。

まずMissionです。ミッションというのはもはや日本語になっているのでそのまま使います。その組織は何のためにあるのか、ミッションは何なのか、ミッションというのは全ての組織の基本です。組織というのは、あるミッションを達成するためにあるということであり、逆に言うと、ミッションを喪失した組織は、長期的に生き残れません。組織を維持するために組織があるという、変なことになってしまいます。そういう意味で、ミッションが全ての組織の基本です。

そのミッションに基づいて、将来についての生き生きとしたVisionを描く必要があります。特に環境の変化、ニーズの変化というものにどう対応するか。進化する組織ということが言われますが、どういうVisionを描くのか。そういう中でどういうStrategy、戦略を構築するのかという順番であり、いきなり戦略、Strategyが出てくるということではないといつも申し上げています。(資料30)

ミッションは「お題目」ではない

そういう意味で、ミッションは決して「お題目」ではありません。ところが往々にして、ミッションはお題目だと考えられている場合が非常に多いと思います。時間の関係で、1つだけ事例として申し上げます。医療機関のホームページの事例です。最近医療機関もご自分のホームページを作られて、自分の病院、あるいは診療所の内容を地域社会に発信しています。これは私は非常にいいことだと思いますし、ぜひ進めるべきだと思います。

しかし、ここからはあえて悪口を

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

資料30

○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Mission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

資料31

申し上げるので、そのつもりで聞いてください。関係する方は怒ってはいけません。医療機関のホームページを見ると、いろいろと言葉は違うのですが、最初に「当院のミッション」とか、「当院の経営理念」とか、そういったような形で、基本的な考え方、構想が書かれている場合が多いと思います。

ここから悪口です。読まないでも大体何が書いてあるかというのは空で言えるのではないかと思います。例えばこういうことが書いてあるのではないのでしょうか。「地域の住民の健康と福祉の維持・増進に寄与し、地域医療を支える」とか、あるいは「質の高い患者さま第一の医療を提供し、地域に貢献する」、悪口ですが、そのようなことが書いてあるのではないかと思います。

これらは決してミッションではないとは申しません。立派なミッションだと思います。ただ問題はそれがあなたの病院独自のミッションですかということです。私が今、ぺらぺらとしゃべったように、これはどこの病院でも当てはまるミッションです。どこの病院でも当てはまるミッションからは、どこの病院でも当てはまる戦略しか出てきません。自分の病院独自の戦略を策定しようと思ったら、独自のミッションを策定しないとイケないのです。そういう意味で、ミッションは決してお題目ではありません。ミッションをお題目だと考えているうちは、戦略もお題目になってしまう、そういう関係だということです。

ではお題目ではないミッションというのは例えばどういうものがあるのかということですが、これは表現は違うのですが、実際にある事例です。ある病院のホームページのミッションで規定しているのですが、その病院はこんなことを規定しています。「当院のミッションは、急性期(非救急型)の高機能の入院医療を地域に提供することである」、言葉は多少違いますが、本質を言うところということが書かれています。良いか悪いかは別ですが、これは今、私がぺらぺらしゃべったものに比べると、はるかに明確なミッションだと思います。

実はこういうミッションを規定すると、こういう戦略が出てきます。アクセスの悪い場所に立地するという戦略は十分有効な戦略として出てきます。この戦略はこのミッションから出てくるのです。なぜこうなるかという話は、この後に申し上げますが、今、ここで大事なものは、この戦略、Strategyは、このミッションから出てきているということです。ということは、ミッションを変えれば戦略も変わります。

ミッションを変えてみましょう。「急性期(非救急型)」と書いてありますが、「非」を取ります。「急性期(救急型)の高機能の入院医療を提供する」、これも立派なミッションです。しかしそのときに、アクセスの悪い場所などに立地したら、これは最悪の戦略です。急性期(救急型)の高機能の入院をやろうというのに、アクセスが悪い場所では話になりません。つまり、この戦略はこのミッションから出てきている、ミッションを変えれば戦略は変わるということを表しています。そういう意味で、ミッションは決してお題目ではないということです。

では、なぜ急性期(非救急型)の高機能の入院医療というミッションを掲げるとアクセスの悪い場所に立地するという戦略が有効な戦略になるのかということについて、お話しします。ごくかいつまんで申し上げます。これを理解するためには、1つこういう事例があります。これはどちらも400床前後のまさにこの急性期(非救急型)の高機能の入院医療を提供するというのをミッションとしていた病院が2つあったと思ってください。これは実際の事例ですが、差し障りがあるので、A病院とB病院とします。どちらも病床数は400床ぐらいです。

A病院のほうは、こちらは非常に経営状況のいい病院で、ずっと黒字を続けている病院です。それに対して、B病院のほうは、長らく赤字が続いてきた病院です。そのAとBという両病院はもう随分前ですが、私がたまたまお話を伺っていると、180度違うことを病院長がおっしゃったので、今でも非常に印象に残っています。どういうことかということ、その経営状況のいいA病院で話を伺っていると、最近ちょっと困ったことが起こったということをおっしゃるのです。「どうしたのですか」と聞いたら、その院長がおっしゃるには、「今度、うちの病院の前までバスが来ることになっ

て、非常に迷惑をしている。うちの病院はバスなどで乗り付けられては困る」ということをおっしゃいました。これはA病院です。ちなみにA病院のほうは、病床数は400床以下ですが、1日の外来患者は500人を切るぐらいの非常に外来患者が少ないところです。

それに対して、赤字の続いていたB病院のほうにはほぼ同じ時期に行って話を伺っていると、そのB病院の院長がおっしゃるには、「うちの病院はずっと経営が悪かったのですが、これからはよくなります」とおっしゃるのです。「どうしてですか」と聞いたら、「何しろ今度バスがうちの病院の前まで来ることになりました。これで患者が集まります」とおっしゃった。全く180度逆のことを聞いたので、今でも非常に鮮明に覚えています。

結果はどうだったかということ、実はA病院というのは、いまだにその病院グループの中で最大の黒字病院であり、それを続けています。20年ぐらい前に、百数十億借金をして建て替えたのですが、それを全部借金を返してしまったという大変な経営優良病院です。

それに対して、B病院のほうは、バスが来れば何とかかなると言った病院ですが、結局これは何ともならず、単独では成り立たなくなり、それから数年して、他の病院に吸収合併されました。

なぜそういうことが起こるのかということなのですが、ご参考までに申し上げておくと、厚労省等で発表しているデータ資料になかなかいいものがありますので、ぜひご覧いただければと思います。診療報酬の議論をしている中医協についてはご存知の通りです。中医協に診療報酬の調査専門組織というのがいくつかあります。その中に、コスト調査分科会というのがあります。残念ながら、今はちょっと活動を休止しているのですが、数年前までここに非常におもしろいデータがいろいろ出されていました。

その中の1つが、DPC病院ですから、急性期病院ですが、協力していただけたところが確か200病院ぐらいだったと思いますが、その部門別原価計算のデータが10年分ぐらい蓄積しています。残念ながら最近の新しいデータは追加されていないのですが、平成23～24年ぐらいまではあったでしょうか、それが蓄積されています。ぜひご覧いただくといいと思います。診療科別、それから入院・外来別で、部門別の原価計算の結果、赤字、黒字というのが、DPC病院について出されています。

これを見ると、こういうふうになっています。まずDPC病院ですから、急性期病院ですが、大きくまとめて入院部門はトータルでは黒字を出しています。それに対して外来は、診療科によって多少の違いがあるのですが、しかし軒並み赤字です。トータルで外来の赤字を入院の黒字が補って、黒字が出ているというのが標準的なDPC病院の姿です。

外来は赤字というのは、なぜそうなるのでしょうか。それに対してこれと比較するために、例えばベッドのない無床の診療所を考えていただきますと、診療所が減っているという議論がありますが、それは有床診療所の話で、無床の診療所は大変な勢いで増えています。有床が減るのを上回る勢いで増えています。ということは無床の診療所は経営的には成り立っている、つまり黒字です。

同じ外来なのに、なぜ無床の診療所は黒字で、急性期病院が赤字になっているのかということ、これはもう答えは簡単です。それは診療報酬が一緒だからです。わが国においては、病院と診療所が同じ診療報酬となっています。外来の診療報酬の点数表を見ていただくと、ほとんど一緒です。誰もこれを不思議に思っていないのですが、これはわが国独特の制度です。多くの国においては、病院と診療所というのは、全く違うものですから、診療報酬の支払いの体系そのものが違うというのが一般的ですが、日本では少なくとも外来に関しては全く同じ出来高払いの点数表が適用になっています。

そうするとどうなるかということ、無床の診療所は黒字になります。しかし、急性期の病院、特に機能が高ければ高いほど、これは大変にコストがかかるわけですので、到底今の外来の診療報酬ではペイしません。例えば、無床の診療所と比べていただくと、人も、あるいは施設設備もはるかに

高コスト構造です。それがペイできないのです。従って急性期の高機能であるほど、外来はやればやるほど赤字になります。

ではなぜ赤字の外来をわざわざやるのかというと、よく言われるのは、外来患者から入院につながるのだということを言うわけですが、私はそれは幻想、あるいは神話だと言っています。本当に外来から入院につながりますか。特に今の例を考えてください。バスで乗り付ける患者さんです。なぜバスで来るのでしょうか。これは元気だからです。本当に大変だったらバスでなど来ません。ということはバスで来るぐらい元気なのですから、そういう患者さんが入院につながる確率は極めて低いということです。

ですからそういう外来患者さんを取れば取るほど、外来の赤字が拡大するだけで、入院にはつながりません。そういう意味で、経営的には、バスの患者をたくさん取るという、最悪のことをやっているわけです。

実はこれは単にお金の話だけではありません。外来患者をたくさん取って入院につながるというやり方は、これは働いている職員が非常に疲弊するやり方です。医師や看護師は疲弊してしまいます。こんなことをやっているとはいけないわけです。

そういう意味で、これはあくまでも、さっきから申し上げているように、急性期(非救急型)の高機能の入院医療については、まさにバスなどで乗り付けられないようなアクセスの悪い場所に立地するという戦略が十分有効な戦略として成り立つということを申し上げたかったわけです。

ただ、くれぐれも誤解のないように願いたいのは、アクセスの悪い場所に立地すればいいという話ではありません。アクセスの悪い場所に立地しても、紹介してもらえような高機能の病院である、実はA病院というのはそういう病院だということです。そういう意味で、これは1つの例に過ぎませんが、やはり独自のミッションを規定して、そこから独自の戦略を導き出していくというのが基本だということです。(資料31)

医療機関経営戦略論

医療機関の経営戦略については、いろいろな議論がありますが、私が従来から特に日本の医療機関に非常に参考になると思って紹介していましたのは、ハーバードビジネススクールの有名な、マイケル・E・ポーターという教授がいます。ポーター教授のいわゆる「ポジショニング」論です。ポジショニング論というのは、これは別に病院だけの話ではなく、企業経営の話です。通常の企業でしたら、市場、マーケットでどういうポジションを取るか、それが戦略だということを、ポーター教授は言っています。

当たり前といえば当たり前なのですが、あるポジションを取るということは、他のポジションは取れないということです。この当たり前のところが非常に大事であり、ポーター教授はこんなことを言っています。「何をするか」だけでなく、「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、あれかこれかを選ぶことだと言っています。

実はこれは、今までもそうなのですが、今後の日本の医療機関の経営戦略を考えるときには基本

◎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

資料 32

になる考え方だろうと思います。いわゆる「選択と集中」につながる考えですし、まさに今、今日お話ししてきました地域医療構想の中で、地域でどういうポジションを取るかということが各医療機関は問われているということです。そういうことでまさにポジショニングの問題だというふうに考えることができるだろうと思います。(資料32)

全体の議論のまとめ

ここまでの議論をまとめておきたいと思います。医療・介護というのは、高齢化が進むこともあって、全体として成長分野であることは間違いないところだろうと思います。ただしやはり「選択と集中」による効率化・重点化は不可避だろうと思います。特に地域医療構想等を通じて、日本の医療について適切な機能分化と連携、あるいは標準化を進めていく必要があります。実は日本の医療に機能分化と連携が欠けている、あるいは標準化が欠けているというのは、20年近く前にOECDから指摘された事項です。ようやくそれに対する答えが出てこようとしていると考えられます。

それから、もう1つ重要な視点としては、今日もお話ししましたように、やはり住まい、居住系を重視していくというのが基本的な方向としてあります。医業経営もやはりこうした大きな流れの中にあるということを忘れてはならないと思います。

そういう中でいかにして適切なポジショニングをしていくかということが問われています。実は先ほどご紹介したA病院の院長は残念ながら昨年亡くなったのですが、院長の口癖はこういうものでした。「ブティックでコンビニと同じものを売っているか。俺の病院はブティックだ」というものでしたが、まさにそうなのです。大変な高級ブティックのはずなのに、コンビニと同じ日用品を売っているというケースが非常に多いと思います。大学病院で風邪をひいた患者さんを診ているというのはそういうことです。ブティックでコンビニと同じことをやっています。コンビニならばそれはそれでいいのですが、本当に自分の病院が何を目指そうとしているのかというところはやはり考えていくべきだろうと思います。これが今日の主たるお話であります。(資料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」

資料33

8. 「健康経営」と医療機関経営

健康経営

健康経営の話をごくかいつまんでお話ししたいと思います。ご興味がある方は、ぜひ私どもの東大の政策ビジョン研究センターのホームページに今日ご紹介するようなデータ等も載せておりますので、そちらをご覧くださいと思います。

健康経営という言葉は皆さんもお聞きになったことがあるかと思います。欧米諸国では、この20年ぐらいの間に、大きな考え方の転換があったと言われています。一言で言うところの「疾病モデル」から「生産性モデル」への転換ということです。

これはどういうことかという、従来医療や健康の問題を単なるコストと捉えてきました。例えば病気になって、あるいはけがをして、治療を受けて、医療費はいくらかかったか、その医療費を適正化しようというのが「疾病モデル」になります。それに対して、単なるコストと考えるのではなく、「人的資本」への「投資」と考えるべきではないかというものです。つまり何のために医療費を使っているのかといえば、人々を健康にして、そして生産性を上げていくということが本来の目的なのではないかという考え方です。

実は、健康経営というのは日本語ですが、英語でいうと、こういう表現がされています。Health and Productivity Managementです。つまり従業員の方々のHealthとProductivity、健康と生産性を同時にマネッジしようということであり、これが健康経営ということになります。そうしますと、これは企業や組織にとっては、重大な経営問題だということになります。(資料34)

健康関連コストの構造

ここで非常に興味深いデータを1つご紹介いたします。これはアメリカの商工会議所のパンフレットに紹介されているものです。これはアメリカのある大企業に働いておられる従業員の方々の健康関連コストを推計した結果です。ちょっと見にくいですが、この緑のところ、「Medical and Pharmacy」と書いてあります。これが日本でいう医療費に当たる部分です。これをご覧いただくと、医療費は決して小さくはないですが、全体の健康関連コストの4分の1ぐらいを占めているに過ぎません。ある意

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

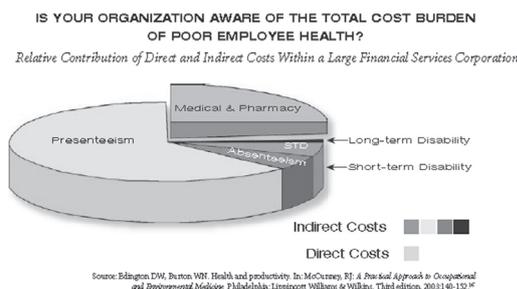
- ・「疾病モデル」から「生産性モデル」へ
- ・医療・健康問題を単なる「コスト」ととらえることから、「人的資本」への「投資」と考える考え方に
- ・物的な資本の投資収益を最大化することと同様に、人的資本への投資収益の最大化を目指す
- ・Health and Productivity Management

健康と生産性を同時にマネッジする→健康経営

資料 34

○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



資料 35

味では、これは驚くべきことです。ご存じのように、アメリカというのは、世界で最も医療費の高い国ですが、そのアメリカでも、医療費の占める比率は4分の1ぐらいに過ぎません。

では何が他にあるのかというと、細かいところでは、この「Long-term Disability」、「Short-term Disability」とありますが、「Disability」というのは「障害」ですから、長期、短期の障害となります。つまり日本でいうと、例えば労災保険の障害になったときの給付などもこれに当たります。しかしそれもそんなに大きいわけではありません。この青いところが、「Absenteeism」と書いてあります。「Absent」ですから、欠勤しているわけです。病気やけがで欠勤をしているのです。そうするとそれは企業や組織にとっては、損失になりますので、それを一定のやり方で推計をするとこのぐらいになります。しかしこれもそんなに大きくありません。

最大のコスト要因はここのベージュで塗った部分です。これが「Presenteeism」と呼ばれているものです。「Presenteeism」というのはちょっと聞きなれない言葉だと思いますが、「Present」ですから、出勤はしているのです。出勤はしているのですが、病気やけが等の要因によって、生産性が落ちているということです。例えば元気なときでしたら、100%の生産性を発揮できるはずの人が、病気やけがで90%しか発揮できていない、そうするとその10%は下がっているわけですが、これは企業や組織にとっては損失になりますので、それを一定のやり方で推計して示すと、実はPresenteeismが最大のコスト要因だということが分かるということです。

実はこれはアメリカのミシガン大学の研究グループの研究成果に基づくものですが、それを商工会議所がパンフレットで取り上げているというのはまさにそういうことです。医療費だけを適正化する話ではなく、こういうPresenteeismとか、Absenteeismといったような労働の生産性に関わってくる話だということです。(資料35)

医療費適正化とは

こういったことを踏まえると、単なる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」にはなるかもしれませんが、つまり前のグラフでいうと、ここのところだけを小さくしようというのが医療費適正化だとすると、それはそれで意味のあることですが、しかし全体がむしろ問題なのではないでしょうか。部分最適であっても、企業や組織全体にとっての「全体最適」には必ずしもなっていない可能性があるということです。(資料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

資料 36

生産性まで含めてターゲットとなる疾患を考える

もう1つ、興味深いデータをご紹介します。これもアメリカの研究です。これは1位から10位まで、コストのかかる疾病を上から10並べたものです。「医療費+薬剤費」と書いてありますが、これは日本でいう医療費です。これを見ていただくと、がんが1位です。がん、肩こり・腰痛、冠動脈性心疾患、慢性疼痛、高コレステロール、逆流性食道炎、糖尿病等々が並んでいます。ご覧いただくと分かりますように、がんを含むいわゆる日本という生活習慣病がかなり上のほうに上がっているというのがお分かり

りいただけるかと思えます。ということは、医療費だけを見たときには、こういう生活習慣病対策というのは非常に重要だということです。この辺は日本でも言われていることだと思います。

ところがこれに生産性を加味して考えます。生産性というのは、今申し上げたAbsenteeism、病欠とか、Presenteeism、出勤しているけれども、生産性が落ちているということまで加味して考えた合計で、このコストのかかる疾病を並べると、微妙に順番が変わってきます。1位が肩こり・腰痛、抑うつ、けん怠感、慢性疼痛、睡眠障害、高コレステロール、関節炎、高血圧です。もちろん生活習慣病的なものも入っていますが、見ていただくと分かるように、抑うつとか、けん怠感とか、睡眠障害といったような、かなりメンタルヘルスに関わりのあるようなものが上に上がってきているというのがお分かりいただけるかと思えます。

つまり医療費だけで問題を考えるとすると、生活習慣病対策ということになるのですが、生産性まで加味して、まさに健康経営ということを考えて、生活習慣病対策だけでは十分ではない可能性があります。メンタルな部分も含め、あるいはこの辺は働き方にまさに関わってくる部分かと思えますが、そういったところまで考える必要があるということを表しているものです。(資料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、アブゼンティーズムとプレゼンティーズムの合計

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

資料 37

健康経営に熱心な企業は、長期的な業績も良好

それからもう1つ、これもアメリカの論文なのですが、非常に興味深い論文なので、ご紹介しておきます。健康経営という言葉は、最近いろんなところで言われて、健康経営銘柄のような認定もされているのはご存じかと思います。単純に言うと、本当に健康経営に熱心だったら業績がいいのかという話です。

これはそれを示したアメリカの論文です。後でお話しますが、日本で健康経営優良法人という制度が今年から動き出しました。ホワイト500とっていますが、健康経営に熱心な企業を表彰する制度ができました。アメリカはもう10年ぐらい前からそういうものが動いています。

ここではアメリカのそういう健康経営に熱心な企業に、仮想的な話ですが、1999年の時点で、1万ドルを投資したとします。簡単に言うと、その企業の株に1万ドルを投資したとします。それが2012年、13年後にどうなっているかというのを見ているのがこちらの実線です。紆余曲折をされていて、この辺はリーマン・ショックで下がったりしていますが、最終的には2012年は1万7,871ドルになっているということです。

それに対して、ではアメリカの企業平均値に1万ドルを投資したときはどうかというので、S&P500、スタンダード・アンド・プアーズ500、日経平均みたいなものですが、アメリカの代表的な銘柄500の平均値に1万ドルを投資した場合です。それがこちらの破線です。これを見ていただくと、こちらにも紆余曲折がありますが、2012年には、9,923ドルということで、1万ドルを割り込んでいます。つまりこれで見ると、中長期的、12～13年というようなスパンで見ると、健康経営に熱心な企業は、アメリカ企業の平均を上回るパフォーマンスを上げているということが見てとれるということを示した非常に興味深い論文です。

ただ注意していただきたいのは、これは因果関係がどうかというのは、これからだけでは分かりません。因果関係は逆かもしれません。つまり業績がいいから、健康経営に熱心になのかもしれませんが、それはここからだけでは分かりません。しかしそれでも実務的には、私はこれでも十分なエビデンスだと思います。(資料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 \$9,923.14 (Fig. 1).

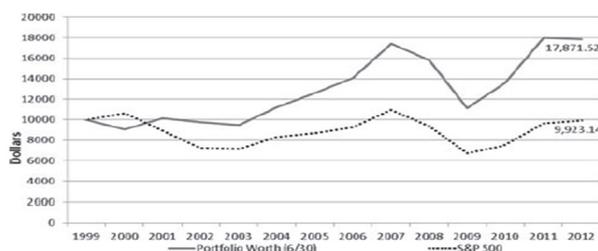


FIGURE 1. Portfolio starting at five winners versus S&P 500.

資料 38

日本政策投資銀行(DBJ)による健康経営格付

というのはどういうことかという
と、ご存じの方もおられるかと思
いますが、日本政策投資銀行(DBJ)が、
数年前から、健康経営格付というこ
とをやっています。これは融資先の
企業や組織を、A、B、C、3段階の評
価をして、健康経営に特に熱心なと
いうか、力を入れているA、Bにつ
いては、特別優遇金利Ⅰ・Ⅱを適用す
るという仕組みを導入しています。
こういうものは、今やDBJだけではなく、
地銀にもこういう動きが全国的
に広がりつつあります。

なぜこういうことをしているのか
という、その基本にある考え方はこれです。これは決して慈善事業でやっているわけではあり
ません。純粹なビジネスとして成り立つということです。つまり因果関係かどうか分かりませんが、
相関していることは間違いないので、健康経営に熱心な企業は業績がいいということは間違いない
わけです。そうするとその金融機関が企業を評価するときに、健康経営に熱心かどうかというの
は、非常に有効な代理指標たり得るということです。

よく日本の金融機関は、土地を持っているとか、担保がどうだということばかり見ていたといわ
れますが、この健康経営に熱心かどうかということが非常に重要な、融資に当たっての情報を提供
するということです。今年4月現在で、80近くの企業や組織に適用されていますが、必ずしも大
企業、組織ばかりではありません。中小企業や、中には医療法人、病院の事例もあります。こうい
うことが広がりつつあるという話です。(資料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広がりつつある

資料 39

健康経営に係る表彰制度について(対象法人一覧)

ご存じかと思いますが、健康経営
銘柄という1業種1銘柄という形で、
これは東証に上場している上場大企
業について、もう3年、3回銘柄の認
定が行われています。今年24社が
健康経営銘柄の認定を受けています。

次を見ていただくと、これが3回の
結果です。名だたる企業が載って
おります。大体健康経営というので
よく出てくる企業が網羅されている
と思います。中には、2回、3回、連続で
選定されている企業もあります。

1枚戻りますと、健康経営銘柄の認
定というのは、非常に大きなイン
パクトを与えているのですが、しかしこれだけでは十分でない部分があります。

どういうことかという、これは銘柄ですから、あくまでも東証に上場している企業についての

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)	健康経営優良法人 【大規模法人部門】 (235法人)	健康経営優良法人 【中小規模法人部門】 (95法人)
			
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

資料 40

話です。ということになると、基本的には大企業の話になります。ところが、日本の企業のうち、99%は中小企業です。中小企業で非上場のところは、これでは選定されないわけです。それからもう1つの問題点としては、非営利の組織、医療法人とか、学校法人とか、社会福祉法人といったものは、当然のことながら、こういう銘柄では選定されないわけです。

(資料40, 41)

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	塩野義製薬※	塩野義製薬
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。

資料 41

2017年の新たな動き

そういう問題に対応するために、今年3月から、健康経営優良法人の認定というのが行われています。これは大規模法人と中小規模法人に分かれていて、その分け方はここに書いてあるとおりです。製造業だと300人、卸で100人、小売りで50人、医療法人等だと100人ということですから、結構低いところで切っています。この大規模法人部門と、中小規模法人部門で、健康経営優良法人の認定というのが、今年から行われています。こちらはすでに235法人が認定されており、こちら95法人が認定されています。

こういう仕組みが入りましたが、ここで「法人」と書いてあるところに注意していただきたいと思います。医療法人とか、社会福祉法人なども対象になっています。それから中小企業ももちろん対象になっています。こういうものがようやく動き出しました。今申し上げた健康経営優良法人の認定が行われています。

大規模法人については、ホワイト500といっています。これは実は2020年までに、500社を選定したいということで、今年1回目で、235が選定されています。それから中小規模法人です。実は大規模法人235のうち、医療関係を見てみますと、医療法人も2法人入っています。それから医療関係の財団法人、健診などをやっている機関も3つほど入っています。中小規模の95法人の中に、社会福祉法人も3つ入っています。こういう動きがだんだん広がってくると思います。(資料42)

○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

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

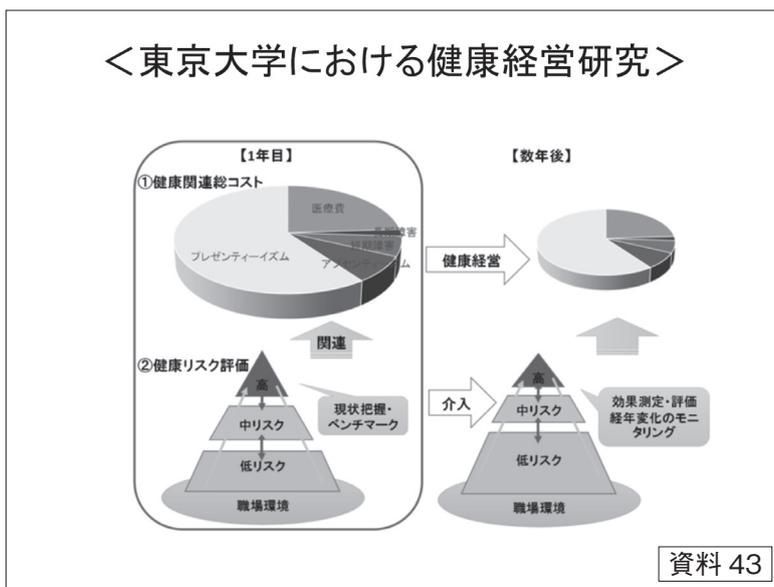
資料 42

東京大学における健康経営研究

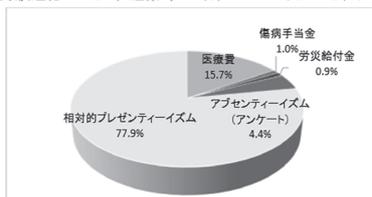
ここから先は、東大の健康経営研究の話ですが、これについては、さっき申し上げましたように、東京大学の政策ビジョン研究センターのホームページを見ていただくと、どんな研究を行ってきたかということが出ています。

1つだけご紹介すると、さっき申し上げたこういう図です。これはさっきのアメリカの企業についての図でしたが、実は日本の企業・組織について、われわれのところがこの推計をしています。ほぼ同じような結果を得ています。Presenteeismが最大の

コスト要因だというのは、アメリカの企業でも、日本の企業・組織でも変わらないという結果を得ています。詳しくはぜひそちらをご覧くださいと思います。(資料43)



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

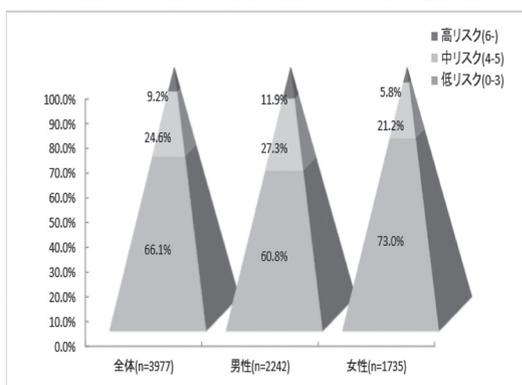


(N=3429)	平均(円)	標準偏差	割合 (%)
2014年度医療費	113,928	372,590	15.7%
労災補償費	6,870		0.9%
傷病手当金支給額	7,328	96,481	1.0%
アブゼンティーズム(アンケート)	31,778	140,954	4.4%
相対的プレゼンティーズム	564,963	1,053,886	77.9%
計	724,868		100%

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)、アブゼンティーズムはアンケート回答による病欠日数を採用。

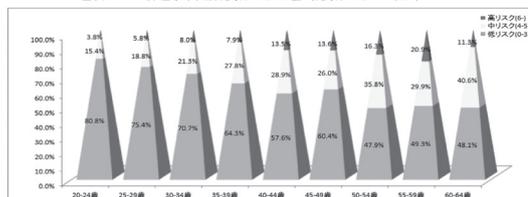
資料 44

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

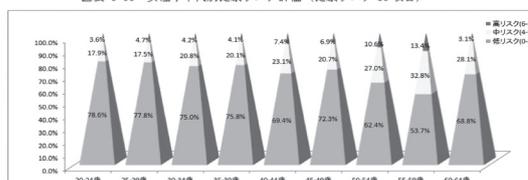


資料 45

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)



資料 46

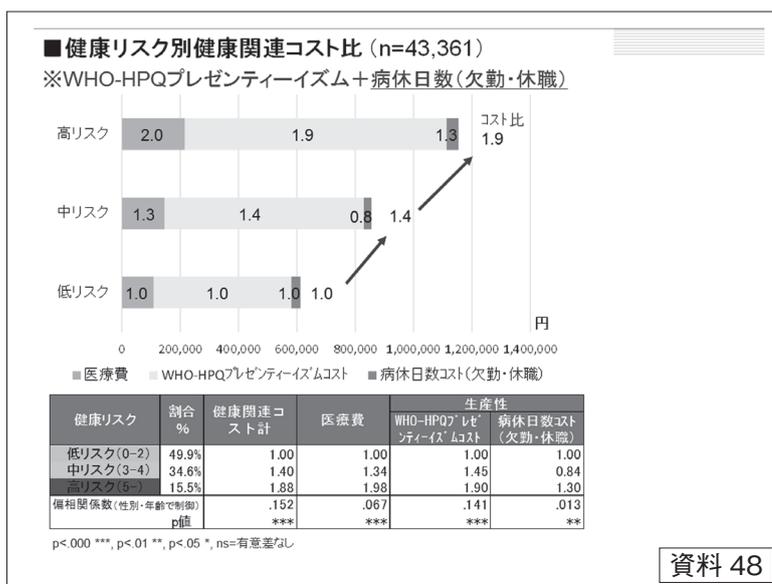
健康リスク評価

1つだけ補足的にお話しておきます。健診やあるいはストレスチェック等の様々な健康リスクを測定する項目があるわけですが、これを3つに大きく分けます。「生物学的リスク」、「生活習慣リスク」、「心理的リスク」という3つに分けて考えます。この色が濃いところが医療費との相関度合いの強いものですが、これを見ていただくと、血圧とか、血中脂質、血糖値といったようなものは、医療費と非常に強い相関をしています。この辺はですからさっき申し上げた生活習慣病と医療費というのは、非常に相関しているということを表しています。

それに対して、心理的リスクのほうです。主観的健康感とは結構強く相関しているのですが、生活満足度、仕事満足度、ストレスはそれほどでもありません。ところが、さっきお話ししたPresenteeismについて、出勤はしているけれども、病気やけがで生産性が落ちているという状況ですが、これは医療費とは非常に対照的です。生物学的リスクはあまり相関していないのですが、心理的リスク、これはみんな非常に強い相関を示しています。この辺は先ほどご紹介した海外の研究ともほぼ似たような結果になっています。そういう意味で医療費だけを対象とするのか、それともこういう生産性まで含めて考えるかによって、対応が変わってくるということを示しているものと考えられます。(資料47)

	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	

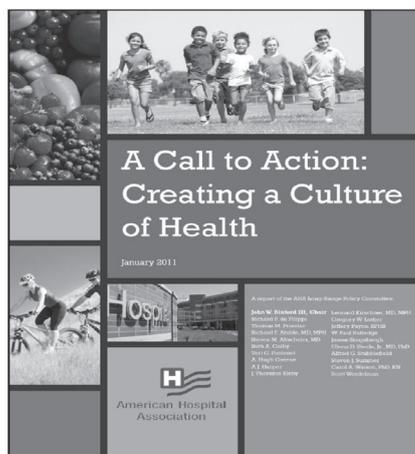
資料 47



全米病院協会の報告書(2011年)

それから最後に、これもご参考までにですが、病院経営とどう関わるのかということについて、1つご紹介しておきます。アメリカの全米病院協会、American Hospital Associationが、5年ほど前、2011年に報告書を出しています。(資料49)

<全米病院協会の報告書(2011年)>



資料 49

全米病院協会報告書における勧告

その中で、これはもちろん全米病院協会ですから、傘下の病院に対して、健康経営を進めるべきだということで、7つの勧告を出しています。とても今日は説明する時間がないので省略しますが、これらはいずれも普通の企業や組織にとっても非常に参考になる内容だと思いますので、ぜひご覧いただければと思います。病院においても、こういう健康経営ということが諸外国では進められてきているということのご紹介です。(資料50)

<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

資料 50

以上です。最後はちょっと端折ってしまいましたけれども、時間になりましたので、私からの報告はこの辺にさせていただきますと思います。ご清聴をどうもありがとうございました。

＜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

- 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プレーン
- 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

- 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

- 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