

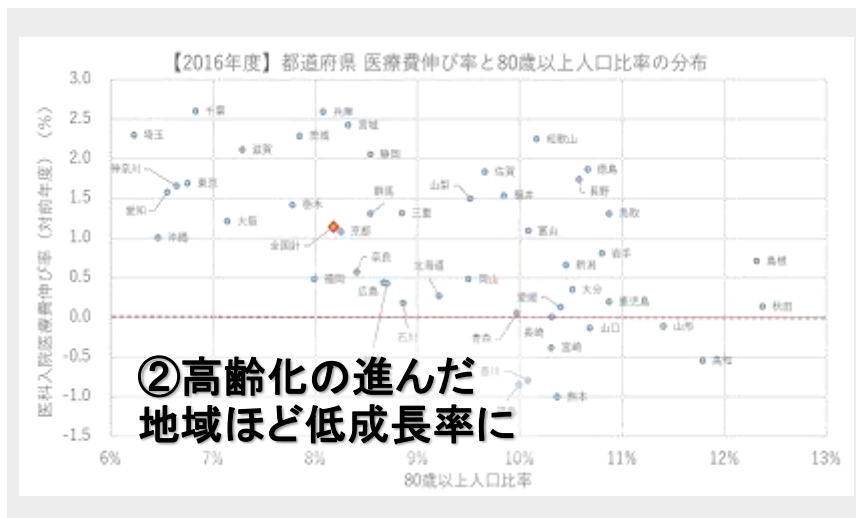
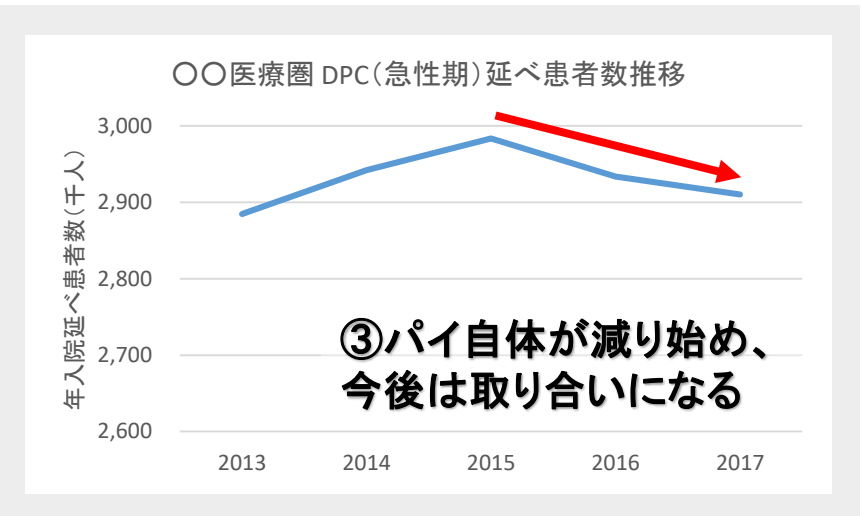
抜粋版

データから見えてくる病院経営戦略 ～次期診療報酬改定を考える～

2019年6月

株式会社メディチュア

病院経営における4つのトレンド



大病院へ集約化が進む全身麻酔患者(過疎地域ほど顕著)

④大病院への集約化は働き方改革でさらに加速する想定

	99床以下	100-199床	200-299床	300-499床	500床以上
最も減るG	89%	91%	94%	101%	111%
減るG	88%	99%	98%	103%	104%
やや減るG	94%	100%	100%	104%	104%
変わらないG	92%	100%	104%	104%	105%
増えるG	109%	102%	105%	107%	105%

病院経営に大きな影響を及ぼす4つのトピック

①働き方改革

短期的影響：適正な勤務体系・報酬体系の整備による病院経営の悪化

中長期的影響：少人数診療科の医師確保力低下

②公立病院改革

短期的影響：地域医療連携推進法人などの活用検討などアライアンス締結の活発化

中長期的影響：大病院への集約、中小病院の有床診療所化

③新専門医制度

短期的影響：研修医の大病院志向化

中長期的影響：過疎地域の医師不足の顕在化、医療システムの崩壊

④介護・福祉の人材不足

短期的影響：人件費高騰による病院・介護施設の経営悪化

中長期的影響：東京・大都市圏への人材流出による地方部の医療・介護崩壊

データから見えてくる病院経営戦略 ～次期診療報酬改定を考える～

Part.1 データから見えてくる病院経営環境の変化

- ・ ベッドが埋まらない理由はどこにあるのか

Part.2 データが示唆する20年度診療報酬改定の方向性

- ・ 看護必要度データから見えてくる急性期病床と後方病床の機能分化とは

Part.3 予測できる未来と予測できない未来

- ・ 医療従事者の確保を考える
- ・ 統合再編、連携強化の余地

診療報酬改定による効率的な医療提供・機能分化へのプレッシャー



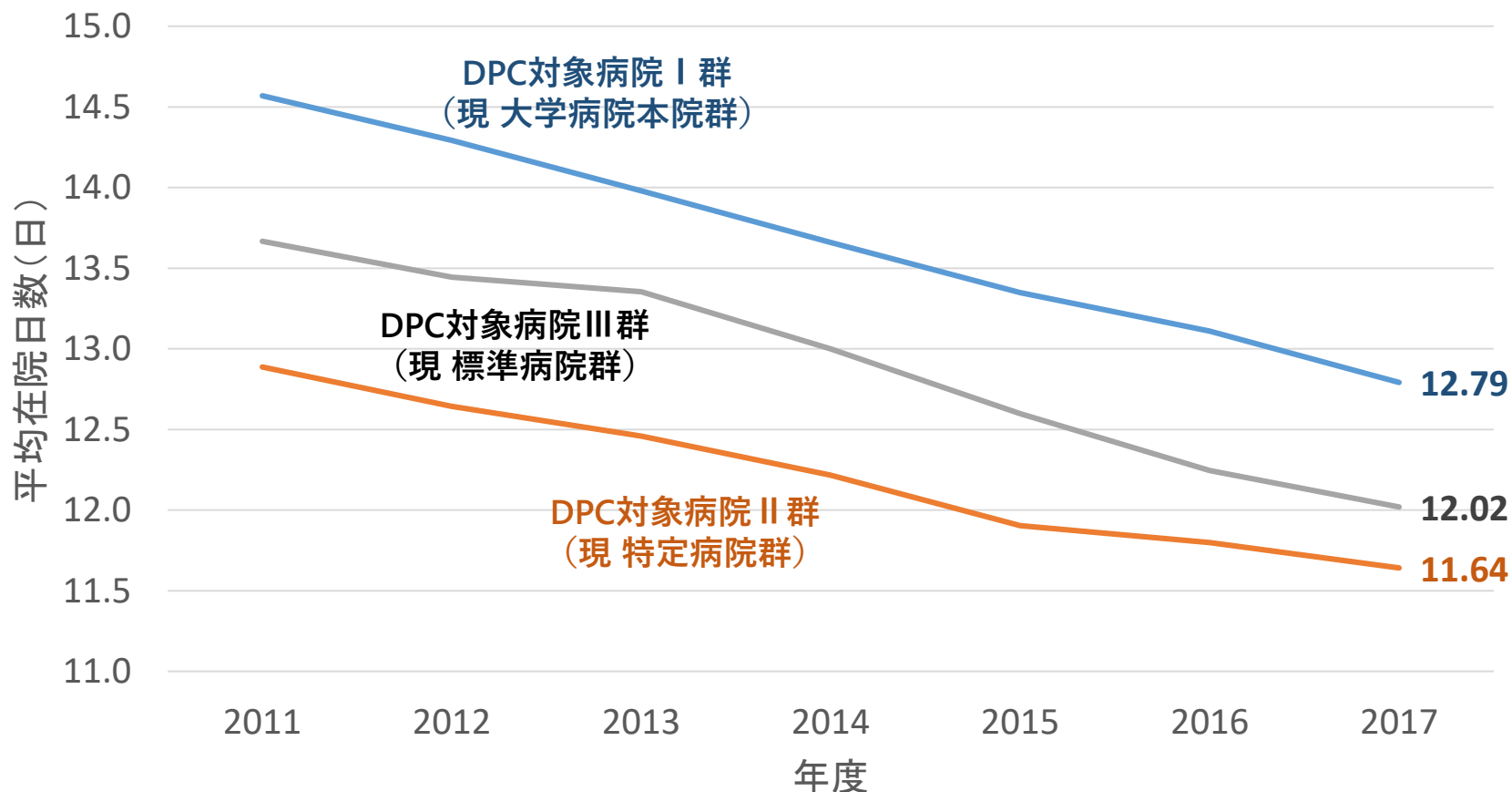
医療環境の変化

- 医療技術の進展による『**低侵襲化**』
(例: カテーテル治療による弁置換)
- 高度医療技術の『**コモディティ化**』
(例: 胃がんのESD治療)
- 少子高齢化により医療需要は急性期から回復期・慢性期へ。
高度急性期の医療需要の『**ピークアウト**』

急性期病院の経営が厳しくなっている背景 在院日数短縮は、低侵襲化も要因のひとつ

大学病院本院(DPC病院 I 群)のみならず、いずれのグループでも在院日数は短縮している

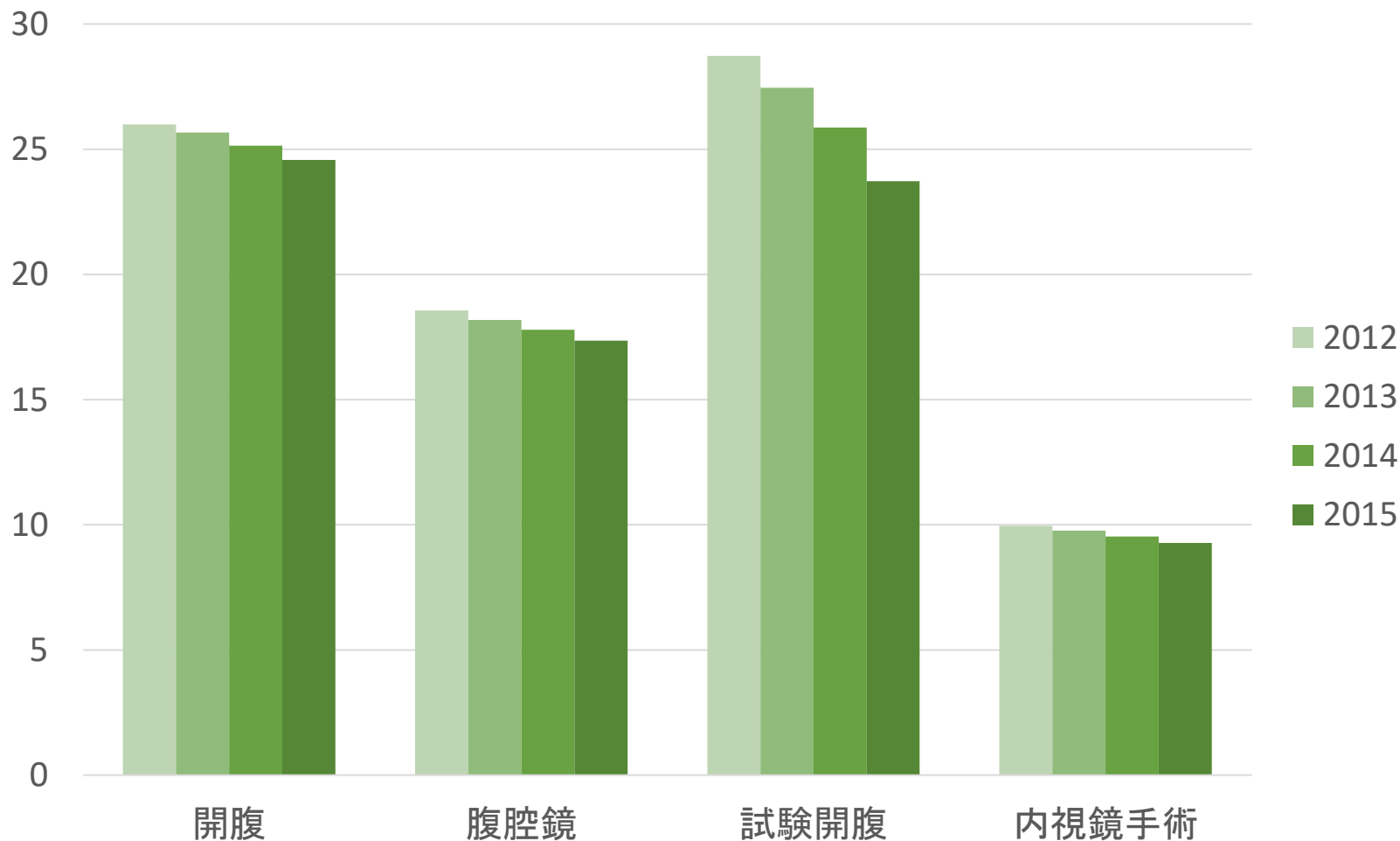
DPC算定病院 平均在院日数の推移



急性期病院の経営が厳しくなっている背景 在院日数短縮は、低侵襲化も要因のひとつ(胃がんの例)

胃がんは、開腹も腹腔鏡も内視鏡手術も、いずれの術式でも在院日数が短縮している

胃がん 術式別 平均在院日数推移(全DPC病院)



急性期病院の経営が厳しくなっている背景 急速に進むコモディティ化

10年近く前には、限られた大学病院やがんセンターでしか治療ができなかった胃がんの内視鏡治療は、すでにどこでも受けられる医療になっている

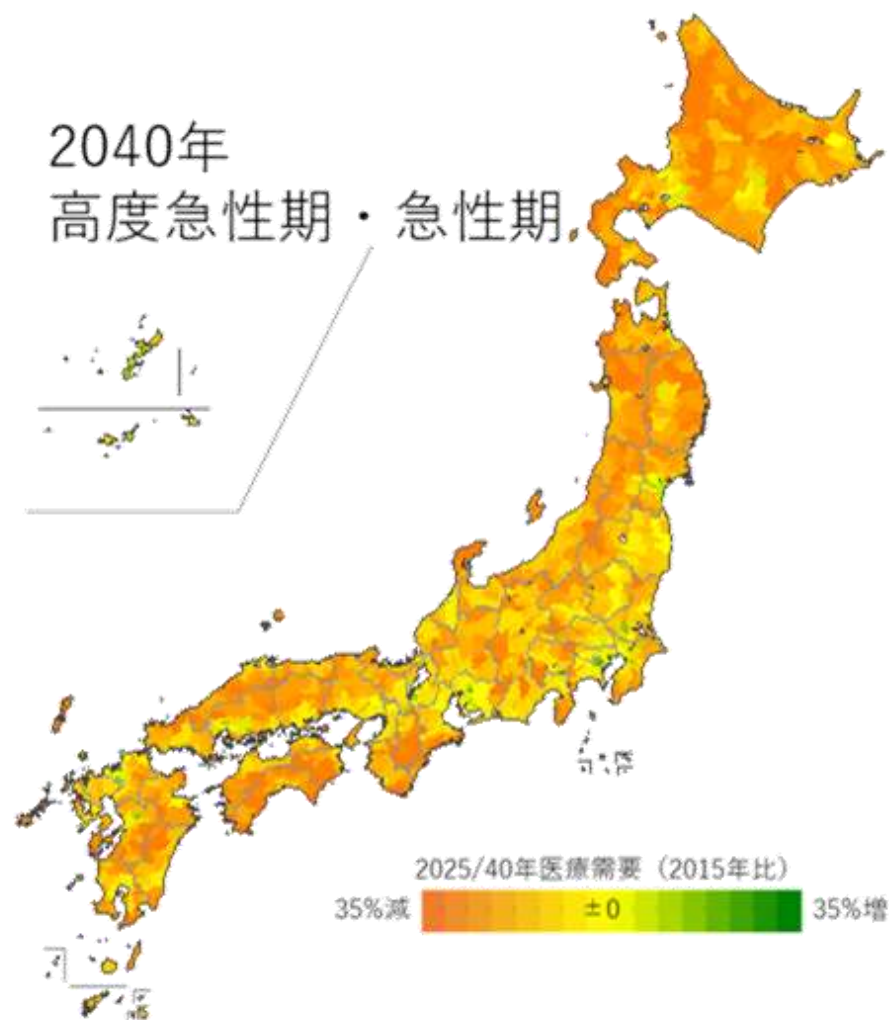
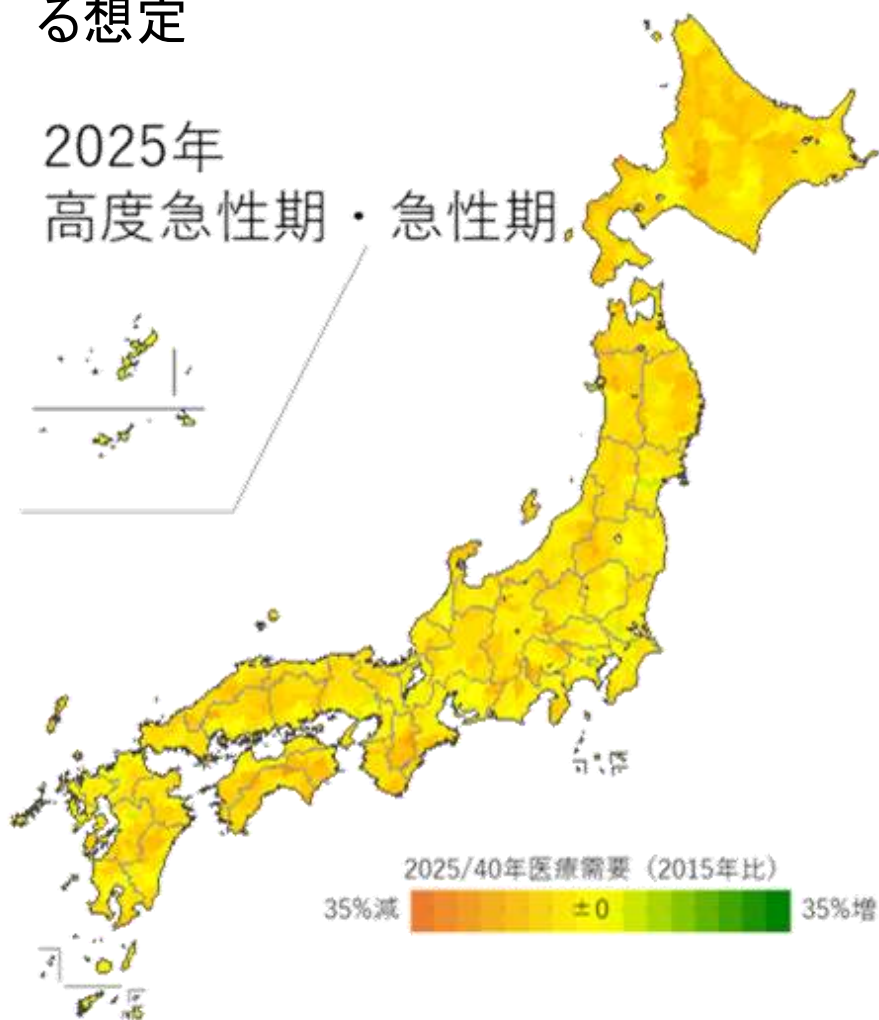
疾患名	集約度 (ハーフィンダール指数)
先天性心疾患 手術なし	0.0156
食道がん 外科手術	0.0120
胃がん 内視鏡手術	0.0020
虫垂炎 外科手術(周囲膿瘍なし)	0.0014
肺炎 手術なし	0.0007



ハーフィンダール指数: 値が1に近いほど寡占状態に近く(一部の医療機関に限られる)、値が0に近いほど競争状態(多くの医療機関で医療提供)にあることを示している。コモディティ化が進めば、値は小さくなる

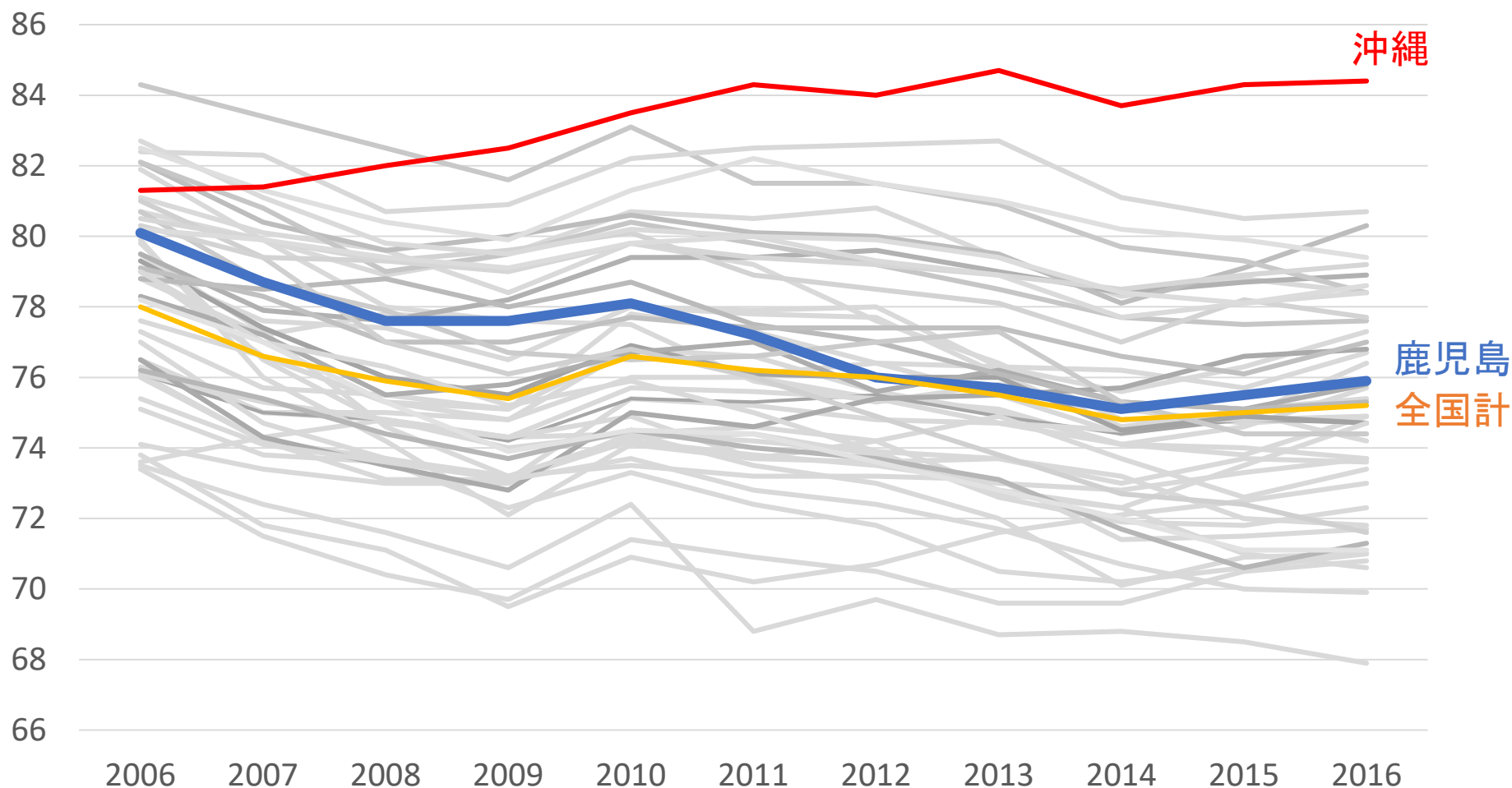
急性期病院の経営が厳しくなっている背景 急性期医療需要のピークアウト

多くの地域は2025年に向け緩やかに需要低下。それ以降、減少が加速する想定



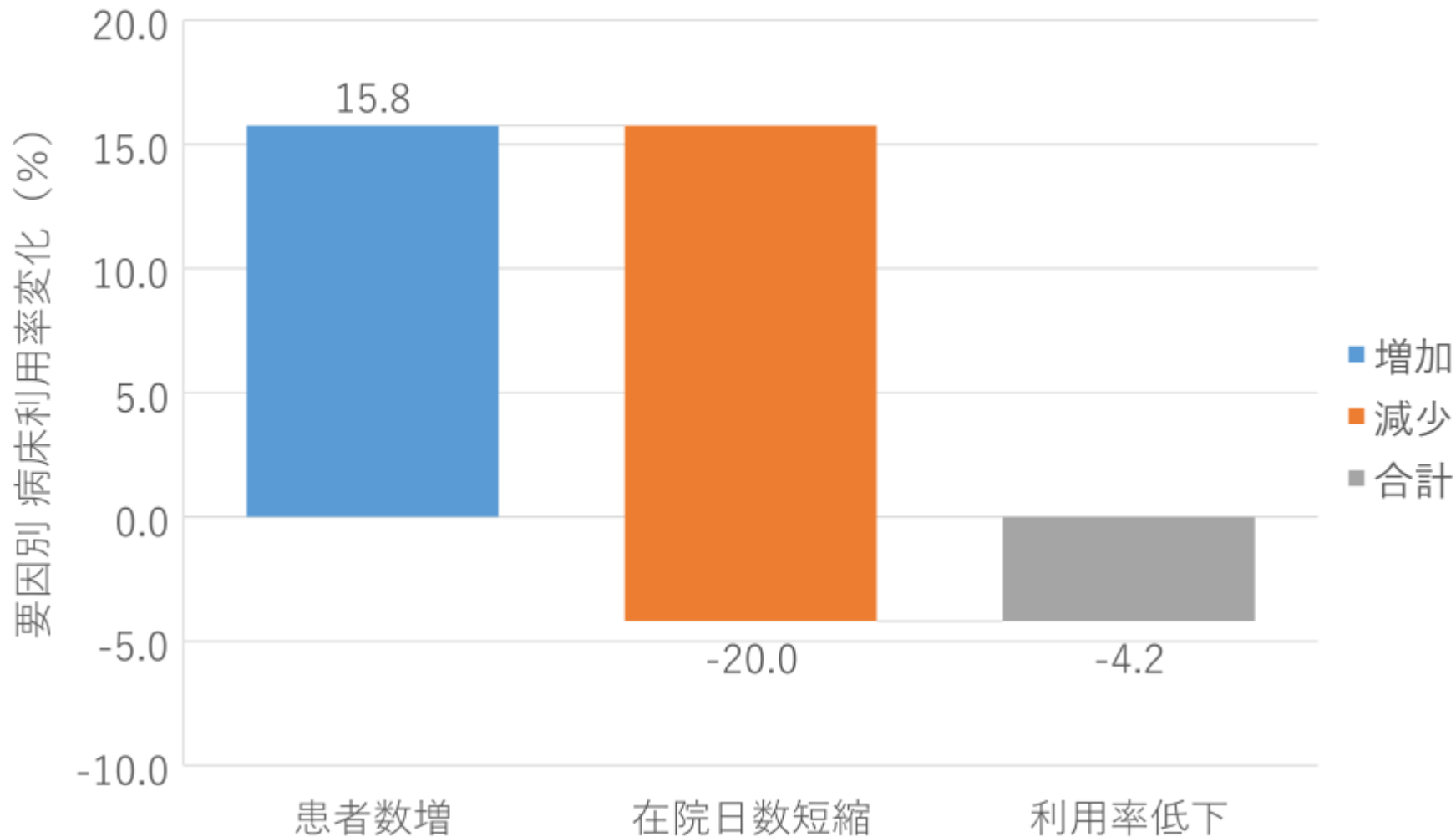
急性期病院の経営が厳しくなっている背景 47都道府県＋全国計 病床利用率推移(一般病床)

一般病床に限ってみれば、沖縄以外は『低下の10年』。沖縄は『上昇の10年』



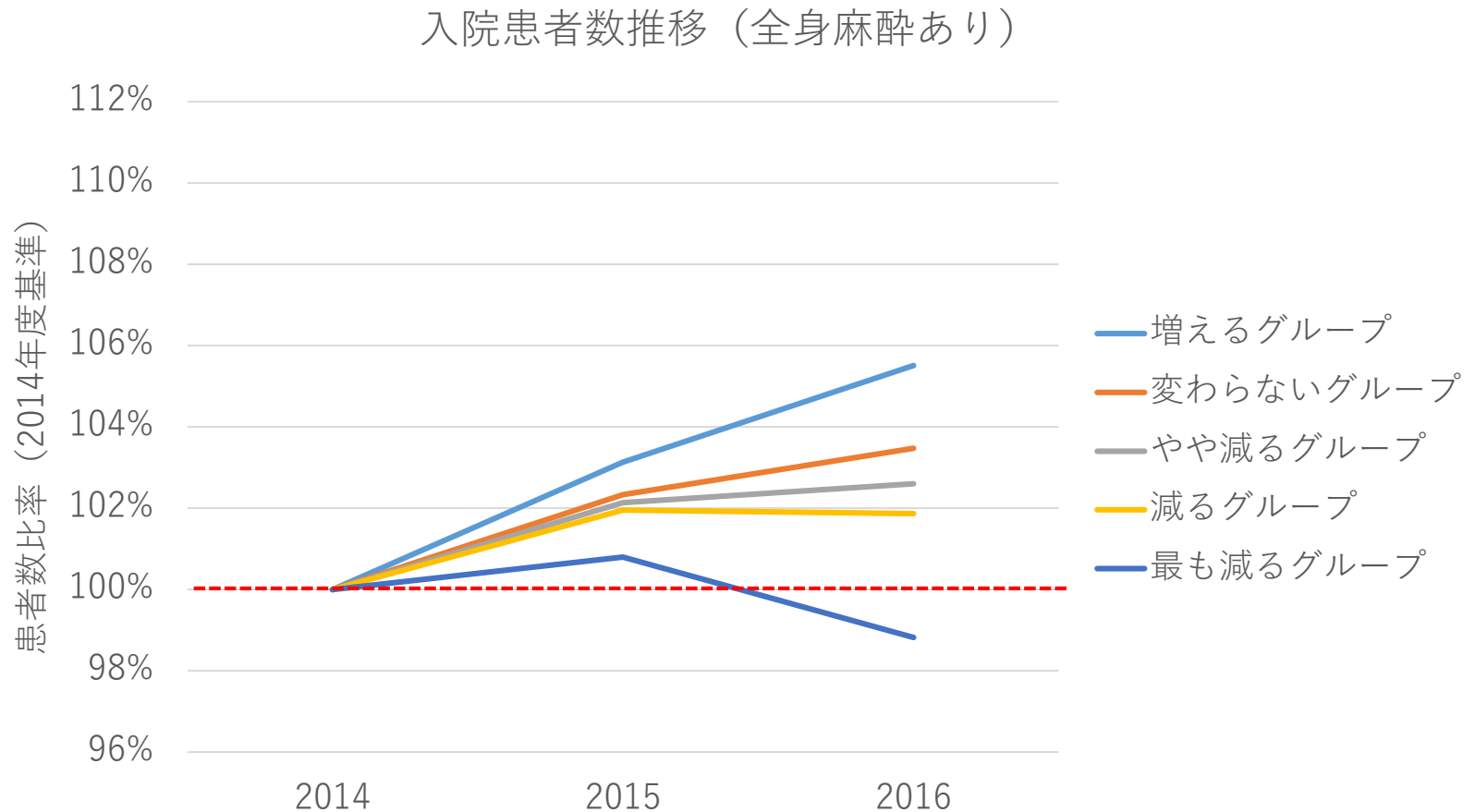
急性期病院の経営が厳しくなっている背景 一般病床は患者が増えても在院日数短縮で利用率低下に

病床利用率推移（2005→2016年） 要因別影響分析（一般病床）



全身麻酔患者は 需要が減る地域では、すでに減少局面に突入している

2025年に向けた需要推移と、直近の患者数変化には関係性がありそう



救急搬送患者は全般的に増加

中小病院は相対的にあまり増加していないか

2014→2016年度の患者数変化

		99床以下	100-199床	200-299床	300-499床	500床以上
救急搬送あり	最も減るG	93%	98%	101%	106%	109%
	減るG	103%	105%	101%	111%	105%
	やや減るG	104%	106%	105%	115%	109%
	変わらないG	93%	102%	113%	112%	110%
	増えるG	99%	101%	112%	113%	112%

全身麻酔患者は、さらに集約化が顕著に

需要減少地域は500床以上で最も伸びている。一方で、200床未満は大幅な減少に

2014→2016年度の患者数変化

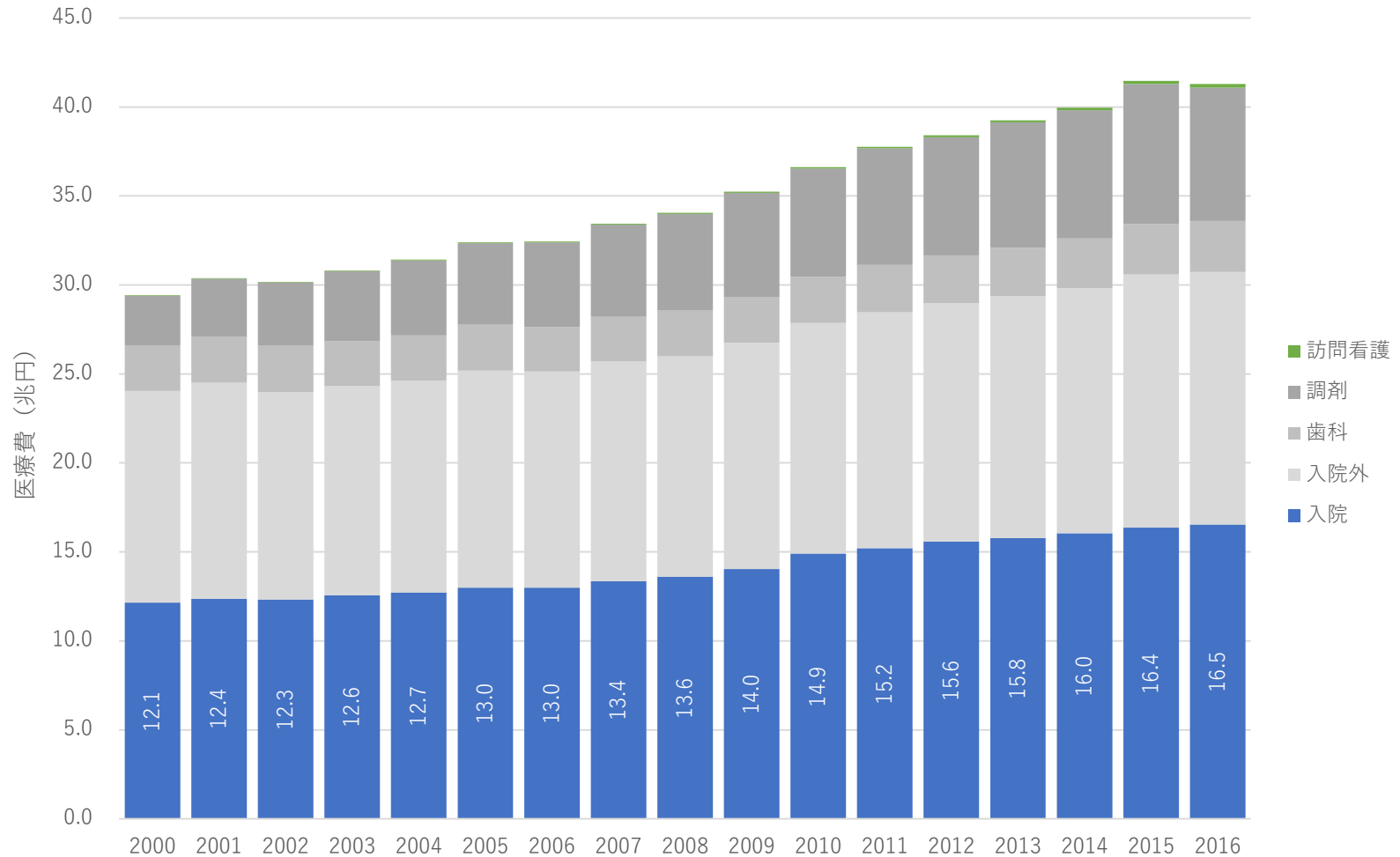
		99床以下	100-199床	200-299床	300-499床	500床以上
全身麻酔あり	最も減るG	89%	91%	94%	101%	111%
	減るG	88%	99%	98%	103%	104%
	やや減るG	94%	100%	100%	104%	104%
	変わらないG	92%	100%	104%	104%	105%
	増えるG	109%	102%	105%	107%	105%

ベッドが埋まらなくなっている理由は・・・

1. 診療報酬改定による効率的な医療提供・機能分化へのプレッシャー
2. 医療環境の変化
 - 医療技術の進展による『低侵襲化』
 - 高度医療技術の『コモディティ化』
 - 少子高齢化により医療需要は急性期から回復期・慢性期へ。高度急性期の医療需要の『ピークアウト』
3. 大病院や力の強い病院への患者の集約化、医師の集約化

入院収入は増え続けているが...

診療種別医療費推移



出所:厚生労働省「医療費の動向」調査(2016年度)などを基に作成

入院医療費は徐々に伸びにくくなっている

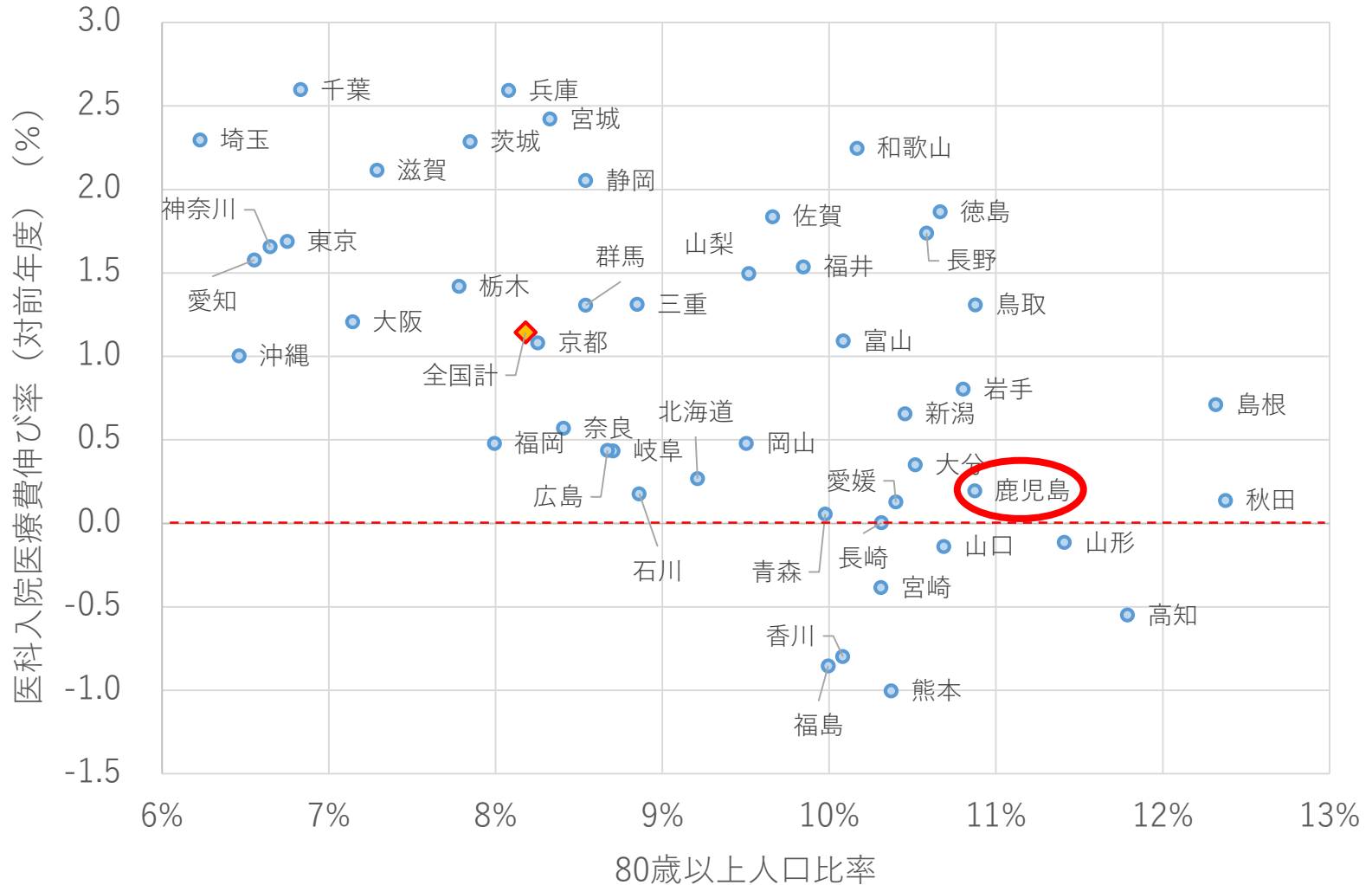
医療費伸び率と80歳以上人口比率の推移



出所:厚生労働省「医療費の動向」調査(2009-2016年度)などを基に作成

高齢化の進んだ地域では、 入院医療費の伸び率がマイナスに（減少フェーズに突入している）

【2016年度】 都道府県 医療費伸び率と80歳以上人口比率の分布



出所:厚生労働省「医療費の動向」調査(2016年度)などを基に作成

環境変化に伴う病院経営の課題変化

年代	環境変化と病院経営の重要課題	経営命題
1990年代	<u>急激な医療需要の増加</u> ✓ ハード整備、人材確保が重要に	収入最大化 利益最大化
2000年代	<u>施設基準などの要件の難化・厳格化</u> ✓ 要件を満たすための人材確保が重要に	
2010年代	<u>入院料・加算などが複雑化</u> ✓ 患者病態に応じた入院料の算定が重要に ✓ アウトカム重視の加算算定が重要に	
2020年以降	???	

利用率向上でなく、利益確保に最善を尽くすべき
(利益確保≡地域に必要な医療資源確保のための投資持続)

病院経営に大きな影響を及ぼす4つのトピック

①働き方改革

短期的影響：適正な勤務体系・報酬体系の整備による病院経営の悪化

中長期的影響：少人数診療科の医師確保力低下

②公立病院改革

短期的影響：地域医療連携推進法人などの活用検討などアライアンス締結の活発化

中長期的影響：大病院への集約、中小病院の有床診療所化

③新専門医制度

短期的影響：研修医の大病院志向化

中長期的影響：過疎地域の医師不足の顕在化、医療システムの崩壊

④介護・福祉の人材不足

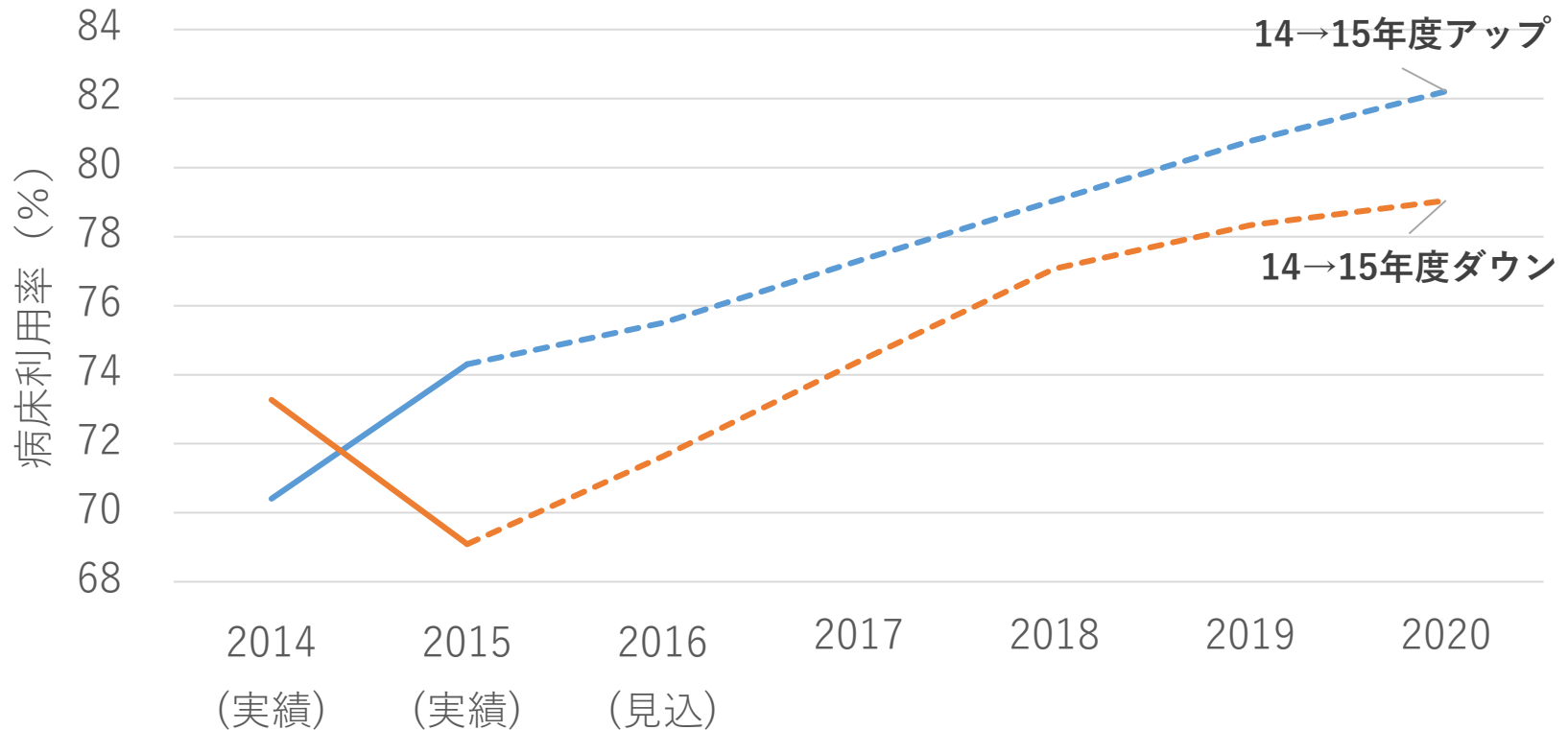
短期的影響：人件費高騰による病院・介護施設の経営悪化

中長期的影響：東京・大都市圏への人材流出による地方部の医療・介護崩壊

全国145病院の新公立病院改革プランから得られる示唆 現実離れた病床利用率アップの目標

2014→2015年度で病床利用率がアップしたグループはもちろん、ダウンしたグループも
2020年度まで病床利用率をアップさせる目標に

2014→15年度 病床利用率増減の各グループの推移

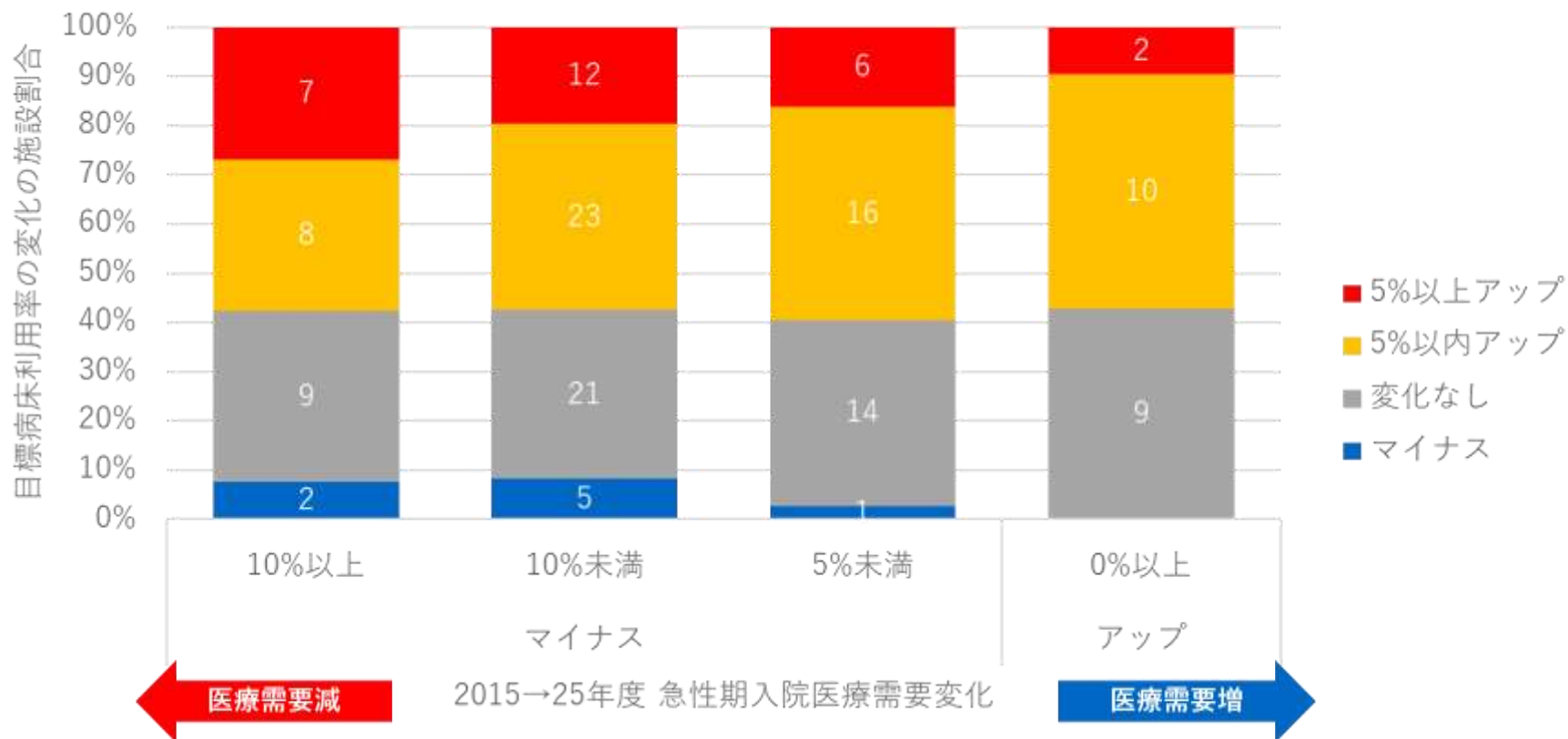


出所：各公立病院改革プラン(無作為に抽出した欠損値のない145病院を対象)の数値を基に作成

全国145病院の新公立病院改革プランから得られる示唆 現実離れた病床利用率アップの目標

医療需要が減る地域ほど、大幅な病床利用率アップを目指そうとしている

医療需要変化のグループごとの目標病床利用率の状況



出所: 各公立病院改革プラン(無作為に抽出した欠損値のない145病院を対象)の数値を基に作成

公立病院の改革の難しさ

通常のコスト削減や加算算定の充実などの取り組みに加え、次の抜本的取り組みが挙げられる。ただし「赤字」で示すように、実行に移すのは困難

本当は必要な抜本的取り組み

- ✓ 需要減少に応じた人員削減を行う ⇒ 公務員を辞めさせることは困難
- ✓ 需要減少に応じた施設整備を行う ⇒ ダウンサイジングは議会・住民が反対(首長が決断できない)
- ✓ 地域で機能が不足している領域の充実を図る ⇒ 不足している領域があっても医師が確保できない

抜本的でない対策に

黒字化を急ぐあまり抜本的・本質的でない場当たり対応

- ✓ その場しのぎの在院日数延長(診療報酬改定のたびに経営は苦しくなる)
- ✓ 周辺病院との機能重複を無視した公立病院の機能充実(周辺病院とともに疲弊していく)
- ✓ 高額給与や高額紹介料での医師の一本釣り(対策に継続性がなく、場当たりの)

データから見えてくる病院経営戦略 ～次期診療報酬改定を考える～

Part.1 データから見えてくる病院経営環境の変化

- ・ ベッドが埋まらない理由はどこにあるのか

Part.2 データが示唆する20年度診療報酬改定の方向性

- ・ 看護必要度データから見えてくる急性期病床と後方病床の機能分化とは

Part.3 予測できる未来と予測できない未来

- ・ 医療従事者の確保を考える
- ・ 統合再編、連携強化の余地

2018年度診療報酬改定 7対1の厳格化

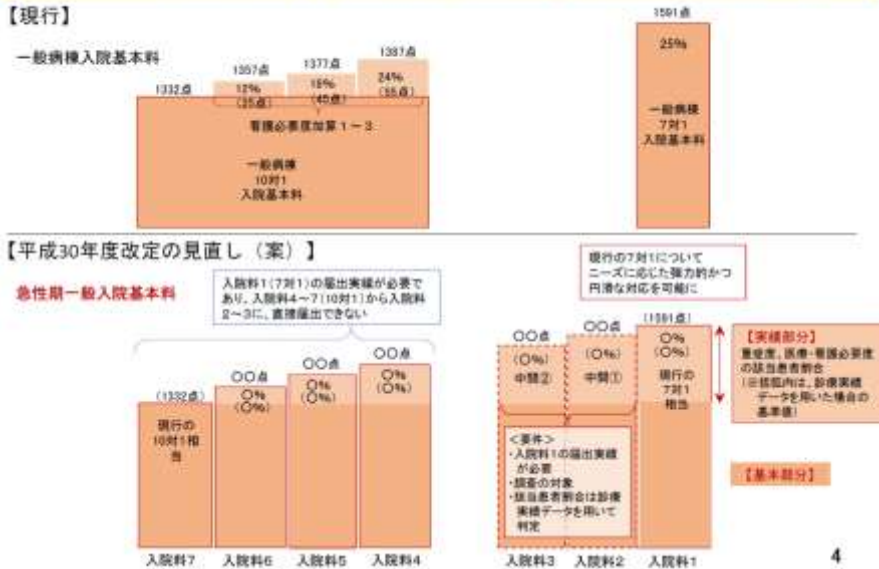
7対1・10対1の入院料は、看護配置にかかわらず、
看護必要度の実績によって評価する方向性に

⇒「病床の高回転化」で高い入院料を取るか、稼働率を優先し、低い入院料で妥協するか

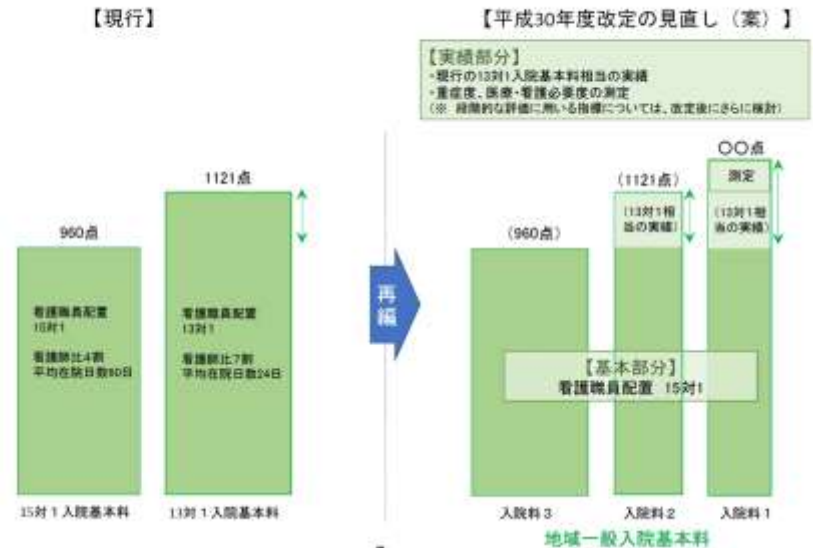
7対1・10対1の再編<看護必要度の重視に>

13対1・15対1の再編<改定後の見直しに含みを持たせた改定>

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合の具体的なイメージ



一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ



出所: 中医協資料(2018年1月24日)

2018年度改定における 看護必要度の厳格化、論点整理

保険者

看護必要度を満たす患者が25%以上、すなわち残り75%は満たさなくて良いという現行の要件は、高い看護配置・高い入院料を払う納得感が低い

【ポイント①】

病院団体

現場の負担を適切に反映して欲しい

- 認知症の患者が増えてきて、現場は疲弊している**【ポイント②】**
- 看護必要度の評価自体が大きな負担になっている。教育、研修なども負担だ**【ポイント③】**

行政

限られた財源を有効に使って欲しい
7対1を減らしたい

【ポイント④】

2018年改定の先を見据えた病院の取り組み

次回改定でさらにデータ提出が進むことにより、医療提供内容と患者病態に応じた診療報酬の適正化(≒財源が厳しいことを踏まえると厳格化)が進むと思われる(急性期以外の病棟からのデータ提出が進むことに留意すべきか)

【I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 -⑬】

⑬ 診療実績データの提出への評価

骨子< I-3 (13) >

第1 基本的な考え方

入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、診療実績データの提出に係る要件を、現行の一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料以外の他の入院料に拡大するとともに、必要な見直し等を行う。

現行の回復期リハビリテーション病棟入院料や療養病棟入院基本料等を算定する場合は、データ提出を要件とし、算定方法の見直しを行う。

2018年改定の先を見据えた病院の取り組み

データ提出により、急性期病棟以外での診療内容や看護必要度の情報との照らし合わせが進めば、7対1・10対1の看護配置の必然性が十分評価できているか議論が進む可能性

2016年度改定で設定された条件

A得点2点以上
(認知症は1点以上)

かつ

B得点3点以上

A得点3点以上
(高診療密度の評価)

C得点1点以上
(術後の評価)

急性期以外の病棟でも
看護師の負担
となっている患者

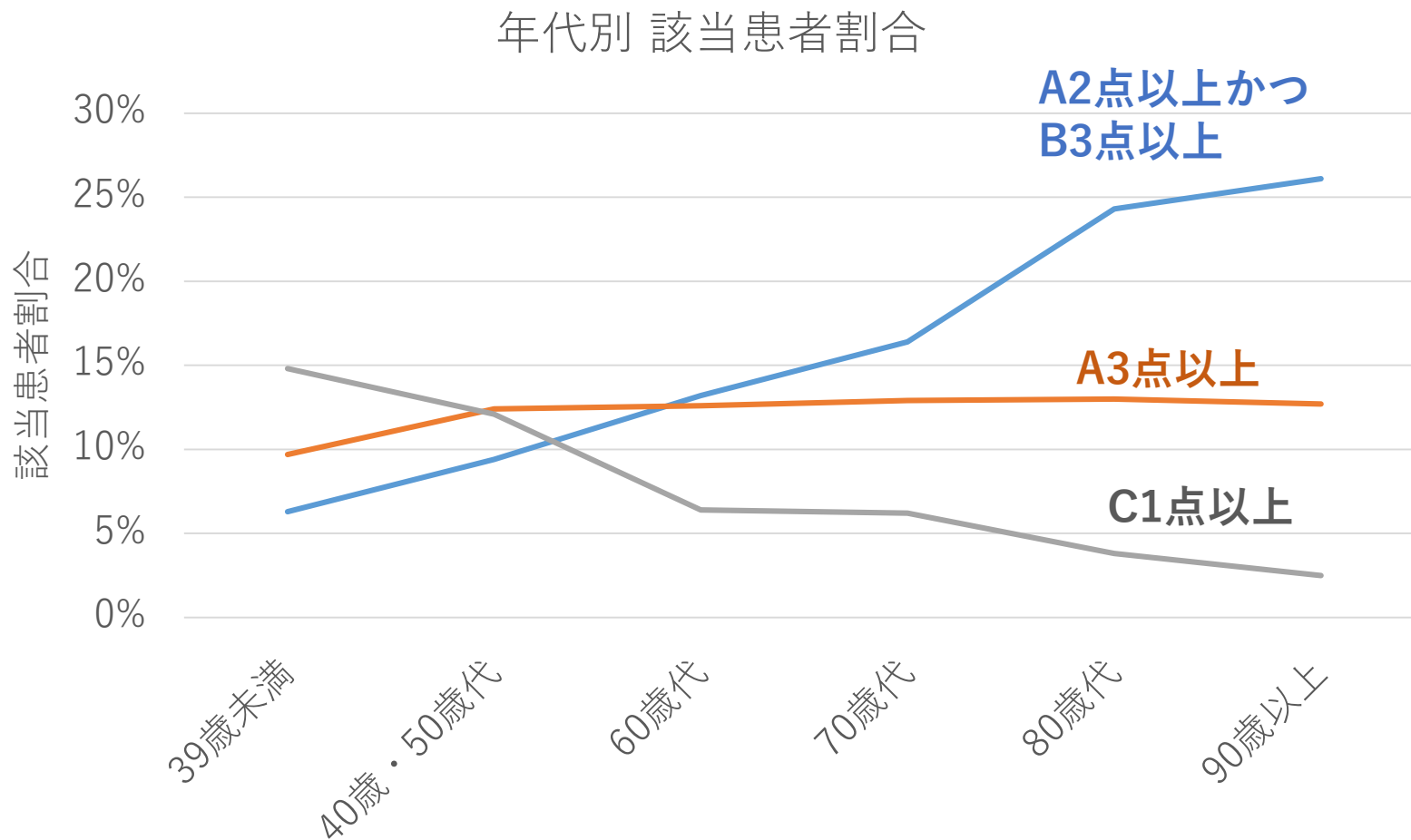
急性期らしさを象徴している項目・患者

看護必要度30%を超えてさえいれば、問題ないのか？



年齢による看護必要度の変化

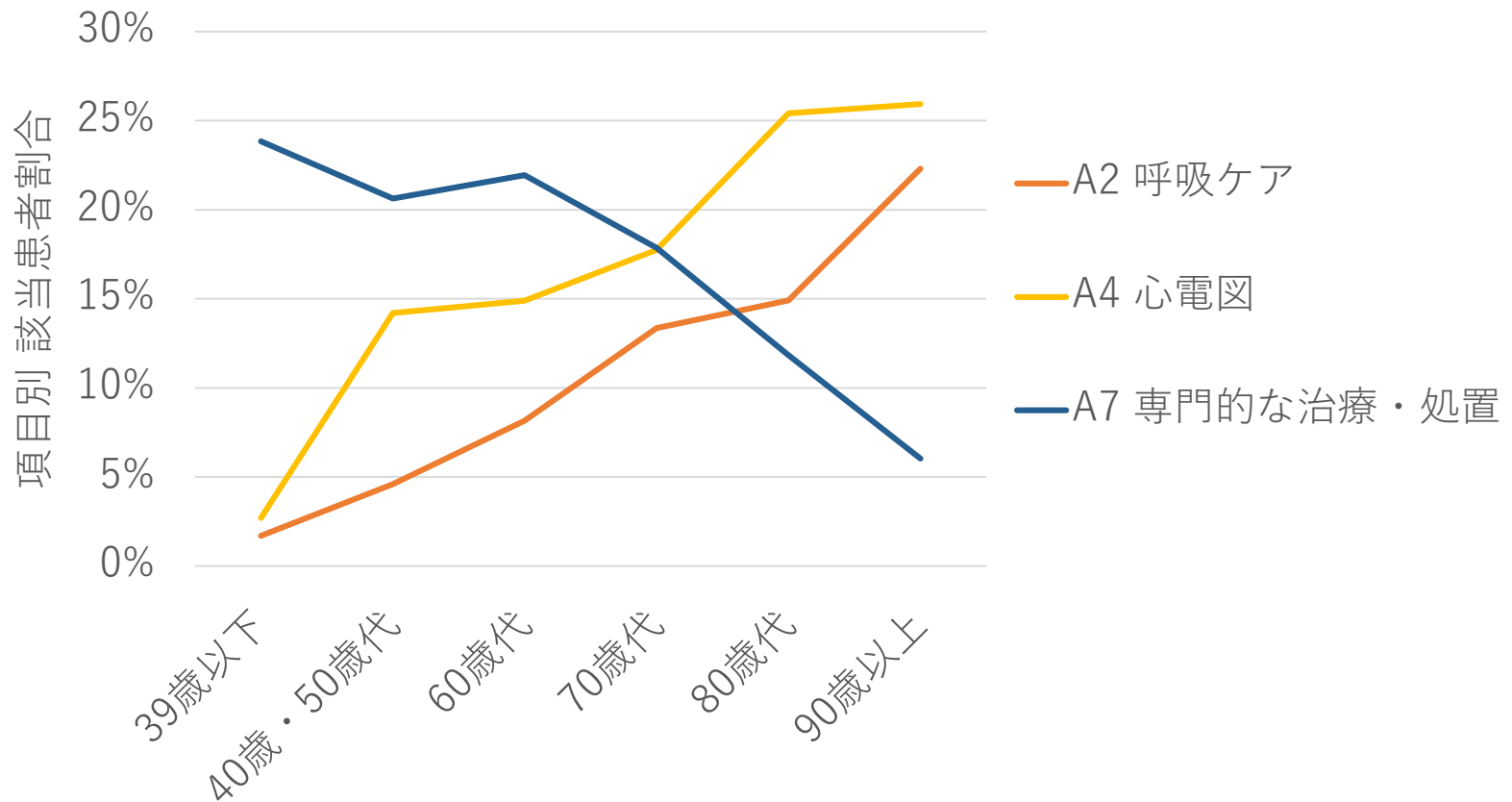
B項目を含む評価条件は年齢に比例して該当割合が上昇



年齢による看護必要度の変化(項目別詳細)

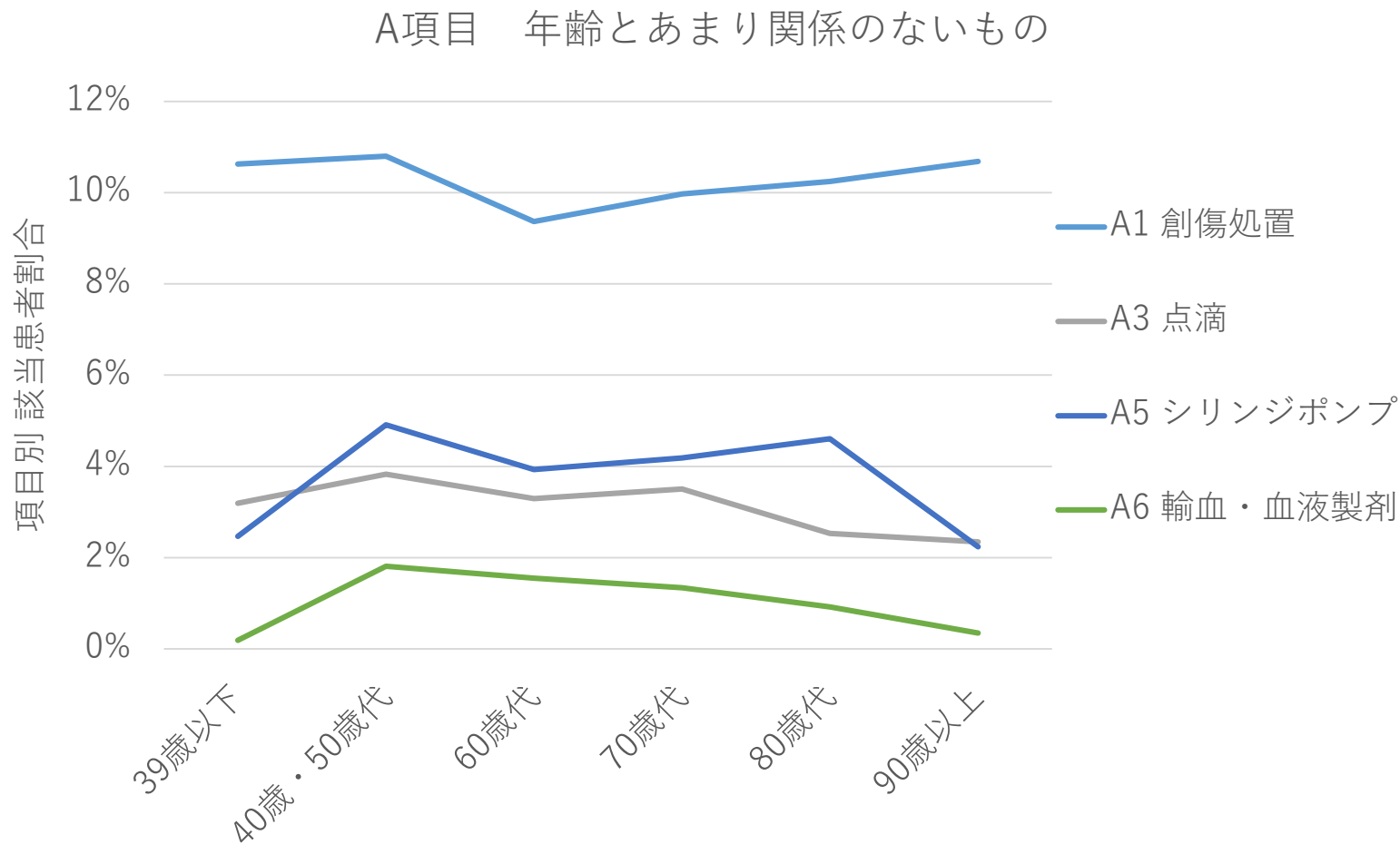
A項目でも年齢に応じて上がるものとそうでないものがある

A項目 年齢と関係のあるもの



年齢による看護必要度の変化(項目別詳細)

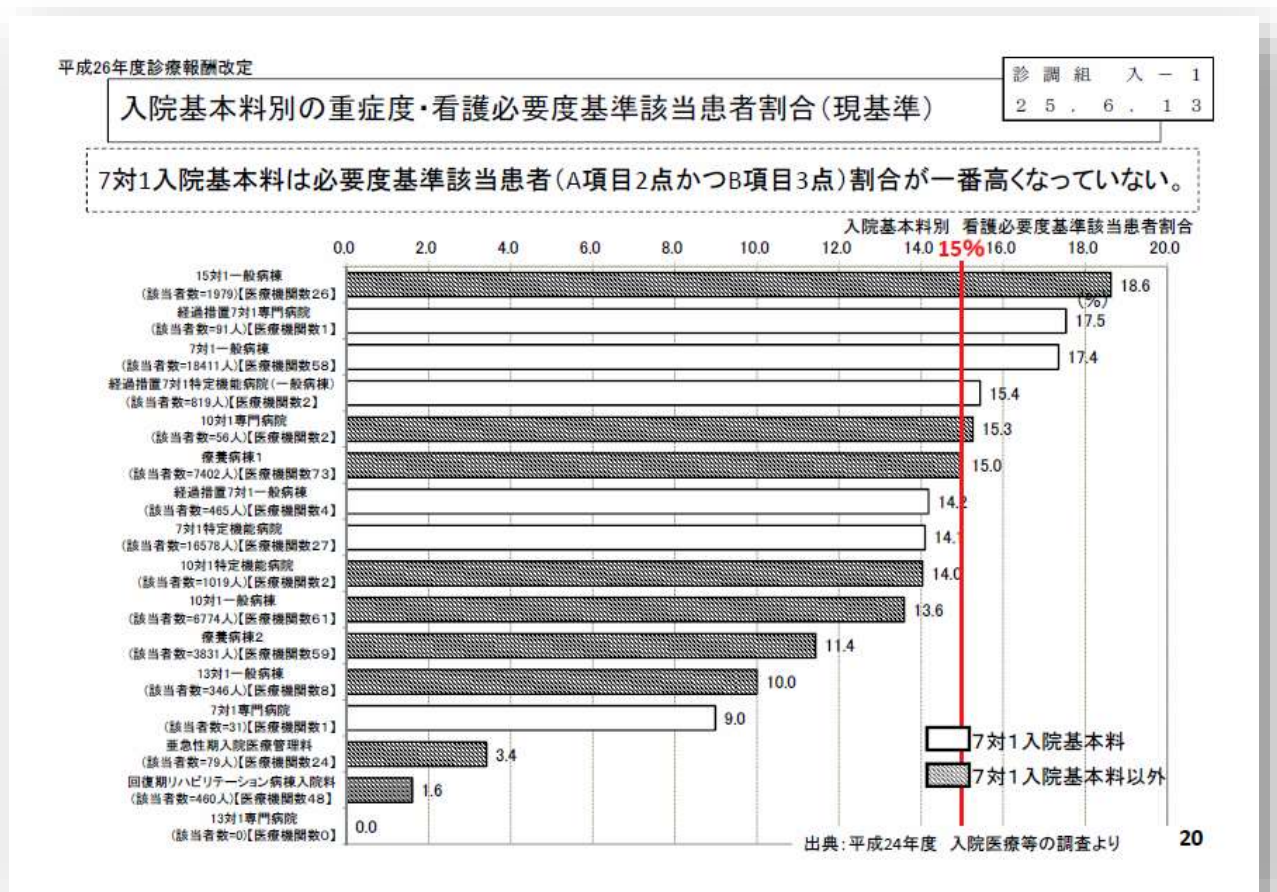
年齢とあまり関係ない項目も



今後想定される論点 「急性期」医療を反映した看護師配置要件の明確化

乳がん患者が術後2日目から食事でき、自分でトイレに行ける一方で、長期療養の超高齢者は介護が必要

→看護師による急変時の対応等を要求される前者と、食事介助等の看護助手的な負担のかかる後者。2つの負担を混同してはいけない



保険局
医療課
迫井課長

(看護必要度は)08年度の改定で導入されて以降、少しずつ進化してきましたが、もともとは平成初期のころの入院医療をモデルとした手法が見直しを繰り返して今日に至ったもの。

このままこの手法を使って急性期の入院医療を評価するにはぼちぼち限界にきているという指摘は多い

日慢協
武久会長

日慢協の調査によると、慢性期病棟での重症度、医療・看護必要度は50%以上の病棟が出てきている。
急性期病棟は重症で、慢性期病棟は軽症という概念は大きく崩れている。

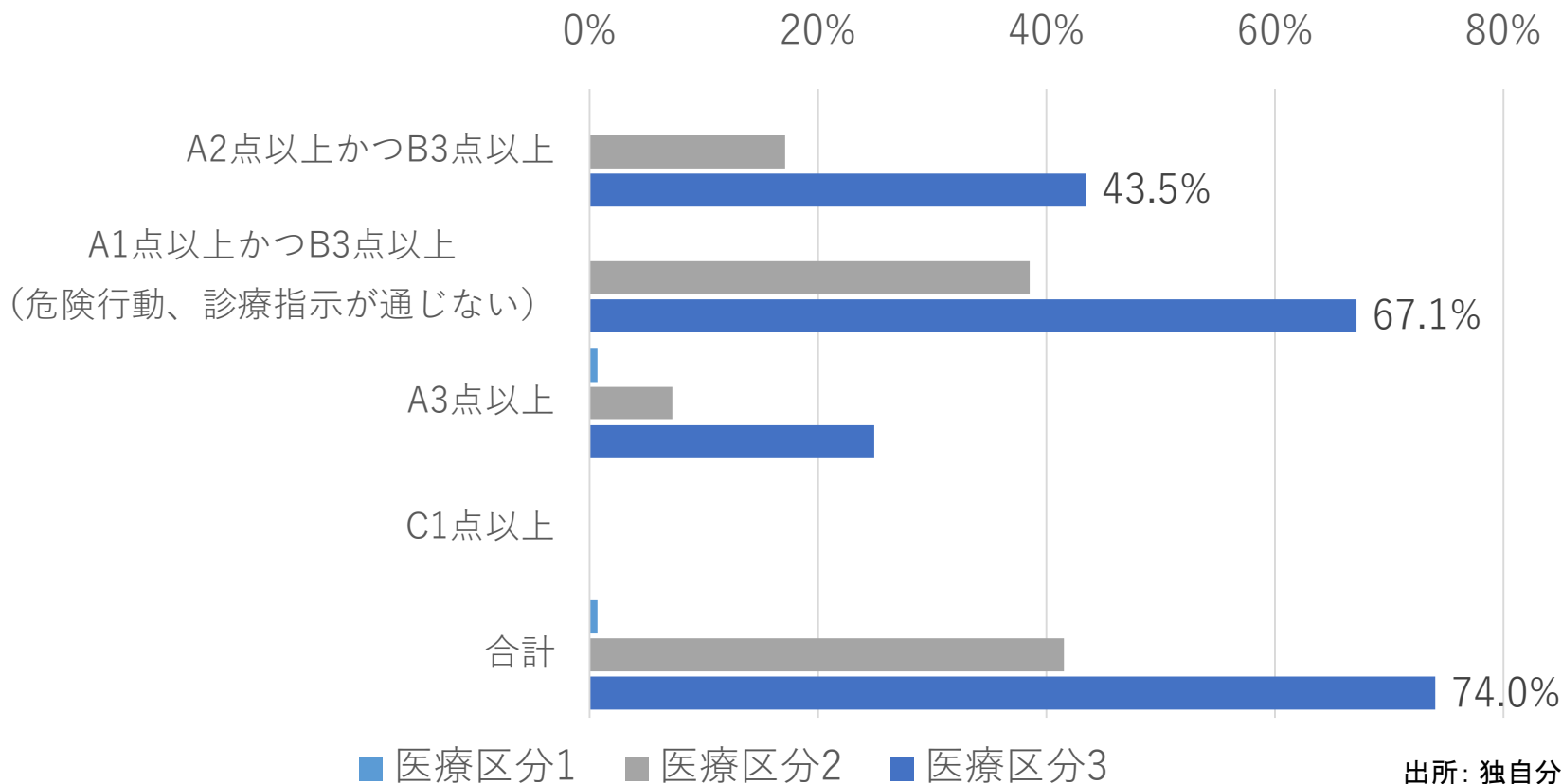
ご参考

療養病棟における『看護必要度(一般病棟用)』の状況

看護必要度(一般病棟用)で療養病棟の患者を評価。該当割合が非常に高い

⇒急性期病棟に「慢性期」の病期の患者を入院させることは、現時点での「急性期」の実績要件にとってプラスに

療養病棟 医療区分ごとの看護必要度



出所: 独自分析資料

地域包括ケア病棟の実績部分

⇒地域包括ケアシステムの理念に沿った病棟が評価される

自宅からの患者割合だけでなく、在宅・訪問看護、訪問介護等の機能も要件に

- ニ 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割以上であること。
- ホ 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。
- ヘ 以下のa、b、c又はdのうち少なくとも2つを満たしていること。
 - a. 当該医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
 - b. 当該医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Iの算定回数が3月で100回以上、又は同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定回数が3月で500回以上であること。
 - c. 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(I)又は(II)の算定回数が3月で10回以上であること。
 - d. 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。
- ト 当該保険医療機関において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。

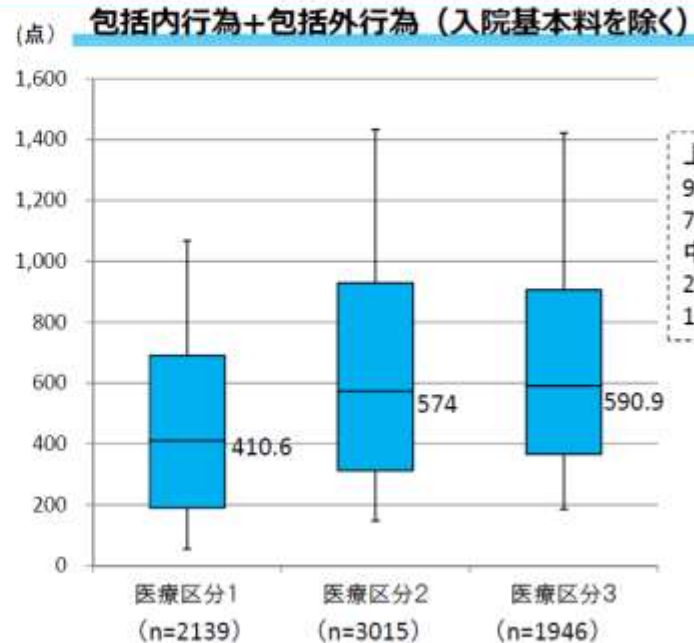
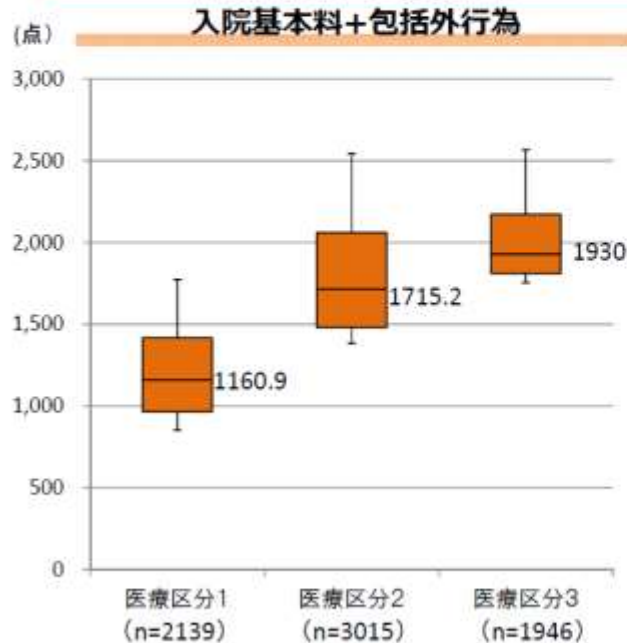
データ提出による「中身」の厳格な評価 ゆるい医療区分ではなく、慢性期DPCの試行の可能性もあるか

(療養病棟入院基本料)医療区分別の1日あたり平均点数

診調組 入-1
29.8.4(改)

※DPC調査のデータより、入院基本料及び各診療行為の算定点数×算定回数を用いて計算

- 入院基本料を除き、診療行為を全て出来高として総点数をみると、医療区分1では、医療区分2・3に比べ、点数が低い傾向。医療区分2と3では、重複する部分が大きく、あまり差がない。



出典: 保険局医療課調べ(平成28年6月分DPCデータのうち、療養病棟入院基本料を算定しているデータで集計)

121

療養病棟は、2018年度改定の路線同様、 より一層「中身」が問われることになる想定

前回改定で酸素流量等の厳格化がなされた医療区分は、2018年度改定で「**医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態**」のみ該当の患者の評価引き下げに

- ・【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
- ・ [算定要件] 少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。(初日を含む。) 動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。ただし、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。
- ・ なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。

2020年度改定に向けた論点

- ✓ 急性期一般入院料の階段はどうか
7対1から10対1へのソフトランディング策であった入院料2、3は、
ポジティブに捉え、継続するのでは(⇔複雑化を避けるため、無くす可能性も)
- ✓ 7対1はどうか？ 看護協会の主張する5対1、6対1の導入は
5対1、6対1などの看護配置による評価は、2018年度改定で道筋をつけた内容と矛盾する。導入は考えにくい(ハイケアユニットの条件緩和はありえる)
- ✓ 定量評価による病床機能の判定は
病床機能報告に強制力はないため、神経質になる必要はないものの、地域で必要なのは実態に応じた連携・機能分担
- ✓ 地域包括ケア病床に期待される役割とは
様々な病態の患者をみるには、合理性のある病床。地域包括ケアシステムの取り組みを円滑に推進する役割が期待される
- ✓ 慢性期病床と介護機能との役割分担は
医療依存度の高い患者と、そうでない患者に対し、機能分担が求められる。医療保険と介護保険が独立していることの非効率性が明らかになると(2020年以降のはず)、大きな見直しが入ることもありえる

データから見えてくる病院経営戦略 ～次期診療報酬改定を考える～

Part.1 データから見えてくる病院経営環境の変化

- ・ ベッドが埋まらない理由はどこにあるのか

Part.2 データが示唆する20年度診療報酬改定の方向性

- ・ 看護必要度データから見えてくる急性期病床と後方病床の機能分化とは

Part.3 予測できる未来と予測できない未来

- ・ 医療従事者の確保を考える
- ・ 統合再編、連携強化の余地

予測できる未来と予測できない未来

白黒はっきりと分けることはできない

予測できる未来

- 人口動態
- 医療・介護需要変化
- 必要医療従事者数
- 医師・看護師などの養成人数
- 患者集約化、医師集約化
などなど

予測できない未来

- 新しい薬の登場
- 新しい疾患の登場
- 隣の病院がグループ病院に
買収される
- オンライン診療が海外からも
可能に
などなど

“現実的な”

予測できる未来と予測できない未来の考え方

予測できる(or できそうな)未来には対策を講じるべき

予測できる未来

- 人口動態
 - 医療・介護需要変化
 - 必要医療従事者数
 - 医師・看護師などの養成人数
 - 患者集約化、医師集約化

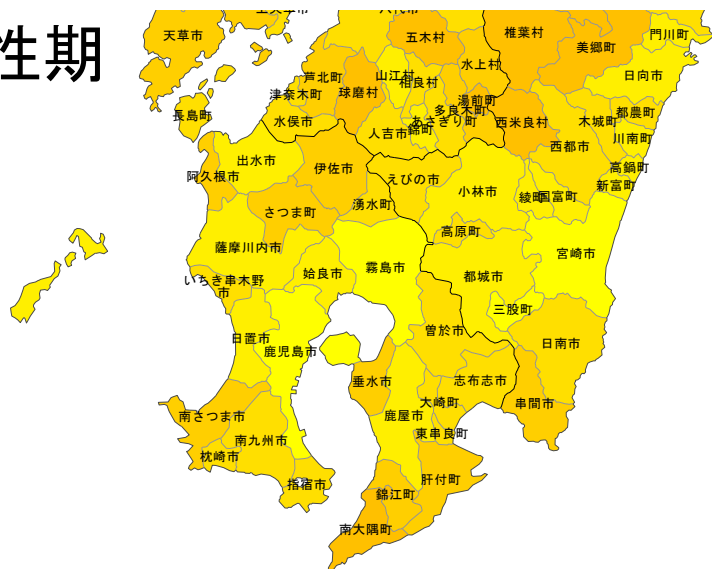
予測できない未来

- 新しい薬の登場
- 新しい疾患の登場
- オンライン診療が海外からも可能に
- 隣の病院がグループ病院に買収される

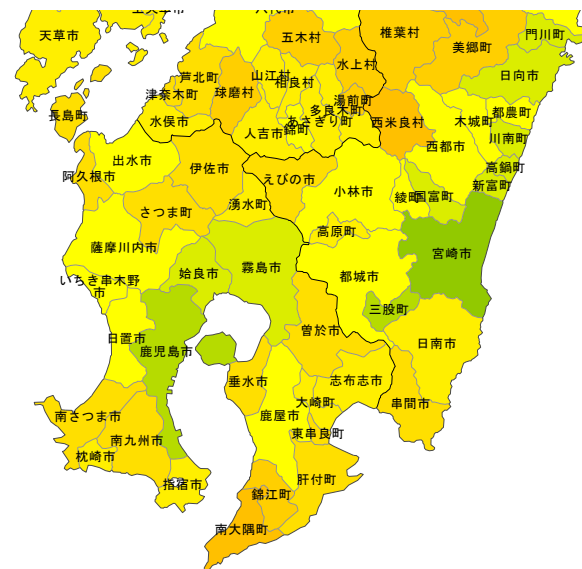
対策を練る(≡中長期戦略)

2025年 医療需要予測(2015年を基準とした需要増減)

急性期

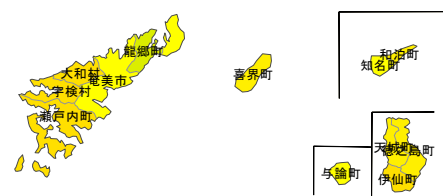
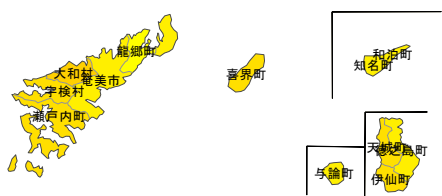
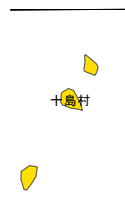


回復期 慢性期



三島村

三島村



2025/40年医療需要 (2015年比)

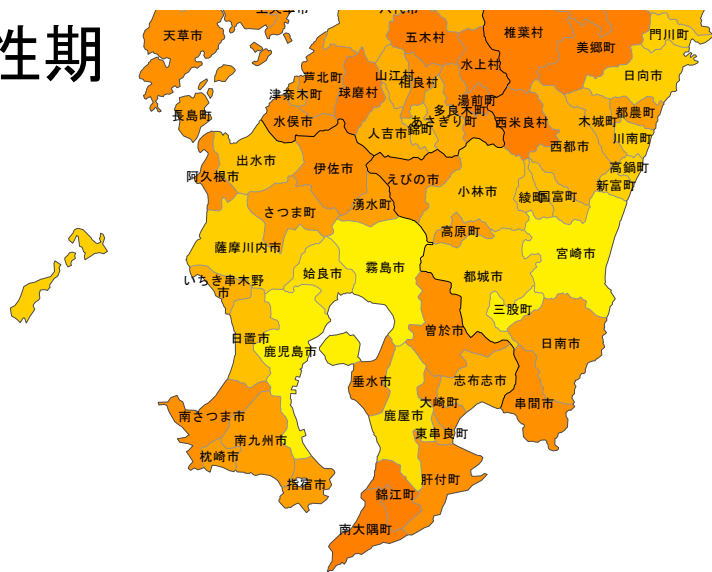
35%減

±0

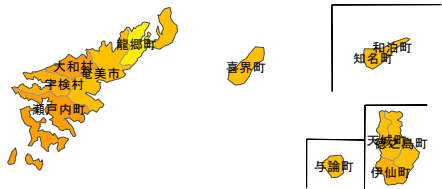
35%増

2040年 医療需要予測(2015年を基準とした需要増減)

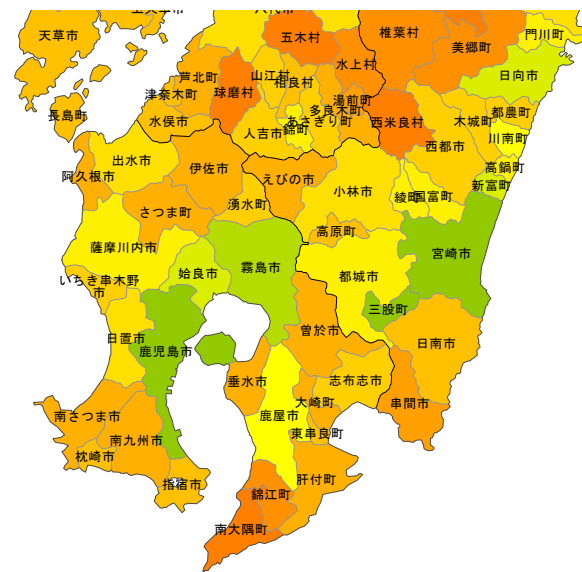
急性期



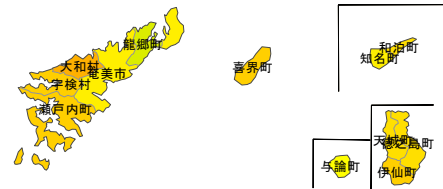
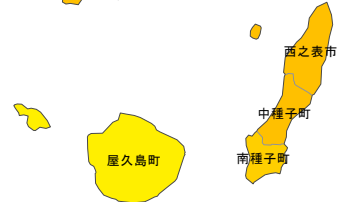
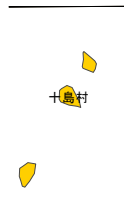
三島村



回復期 慢性期



三島村



2025/40年医療需要 (2015年比)

35%減

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

±0

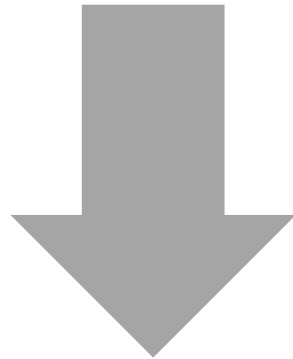
±0

35%増

現時点と将来の病棟編成を考える

✓ 患者は増える？減る？

✓ 急性期度合いは？（全身麻酔患者は？、救急搬送患者は？・・・）



入院料1と2の分水嶺は入院単価と看護必要度A、Cの多寡②

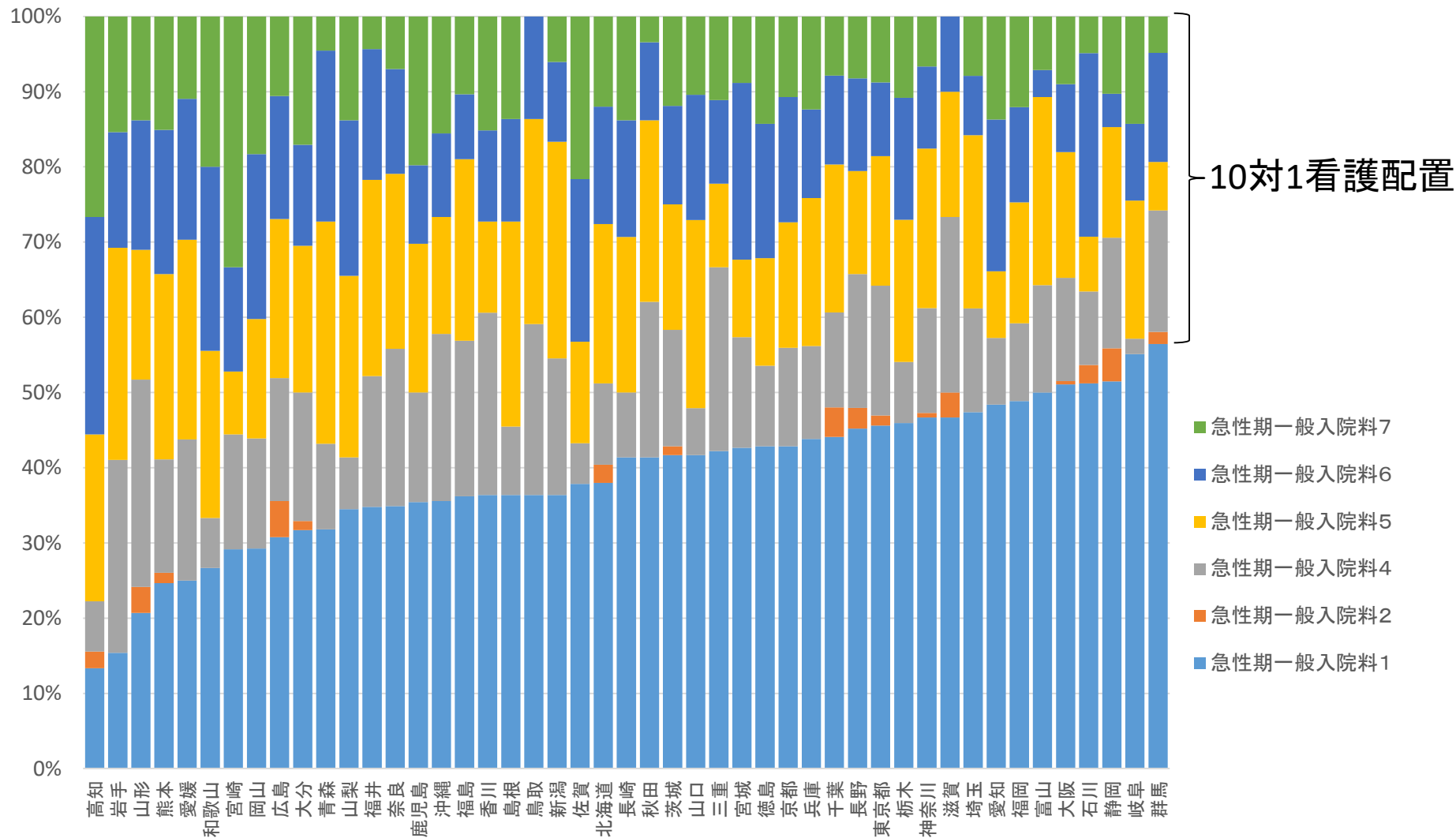
- このような入院単価4万円台はケアミックス型病院に多く、入院料1が1看護単位であり、他の病棟は回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟等である。
- 病棟別原価計算をすると入院料1の病棟は赤字が多いが、他の病棟で利益が出ているために病院全体では黒字である。
- 次回2020年改定以降に入院料1のハードルは看護必要度だけでなく、チーム医療実績や、医療のプロセス、アウトカム、DPC機能評価係数Ⅱとの紐付けなどの様々な「診療実績」項目が段階的に入ってくる。
- 自院が2025年以降も本当に急性期として存続できるか否かは1日入院単価だけでなく、診療密度（DPC包括部分を自院出来高点数にしたもの）、効率性係数の算定式による平均在院日数等の客観的指標も多い。
- 粗利が高い今のうちに2.3に自主的にステップダウン戦略をとるのか
- 改定の度に診療実績が厳しくなり強制退去の道を選ぶかは各々の病院の経営判断に委ねられている

（株）MMFプラス 33

病棟編成はどうしたらよいか？

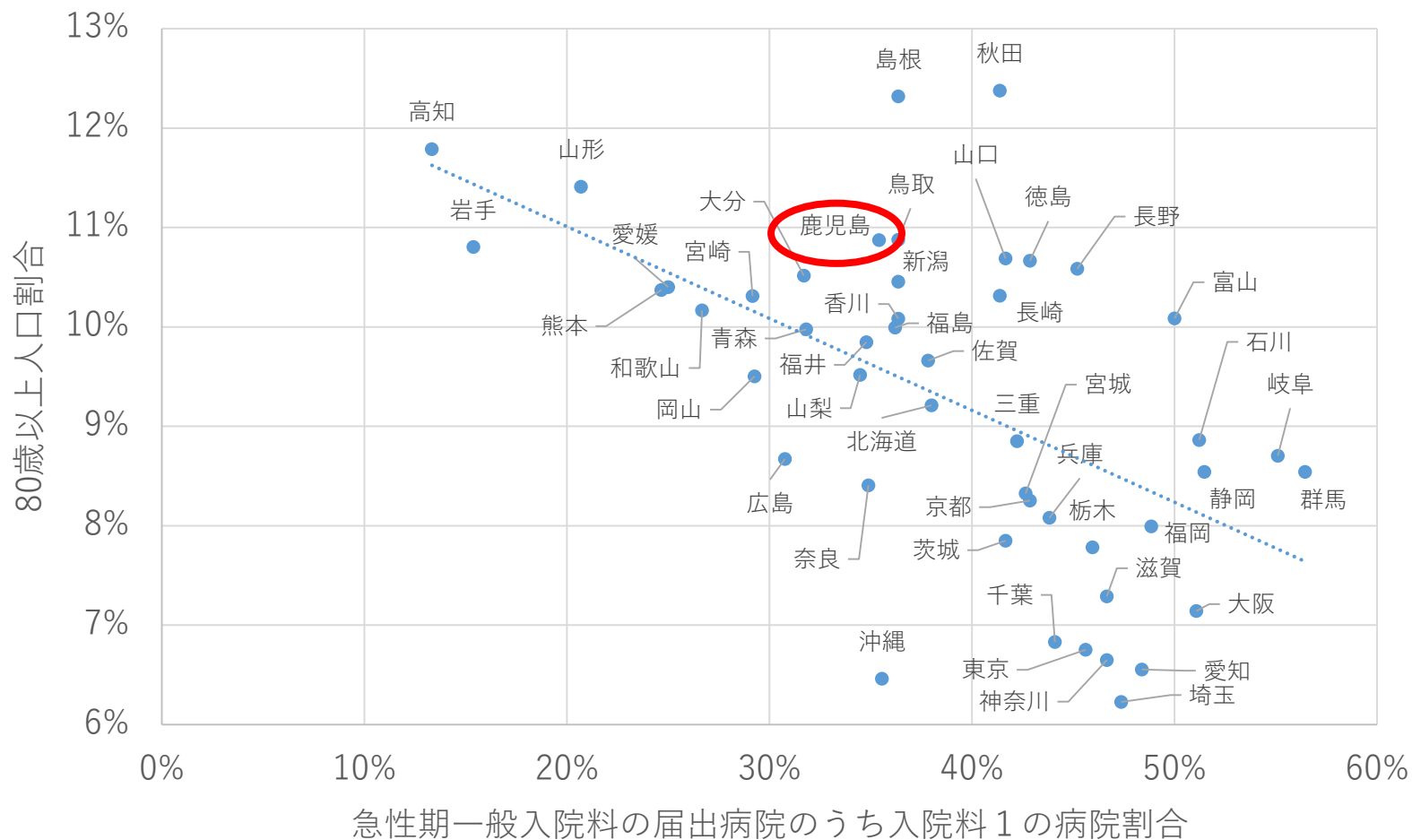
診療報酬改定に対する地域の対応状況

7対1と10対1のバランス、高知、岩手は7対1が少ない



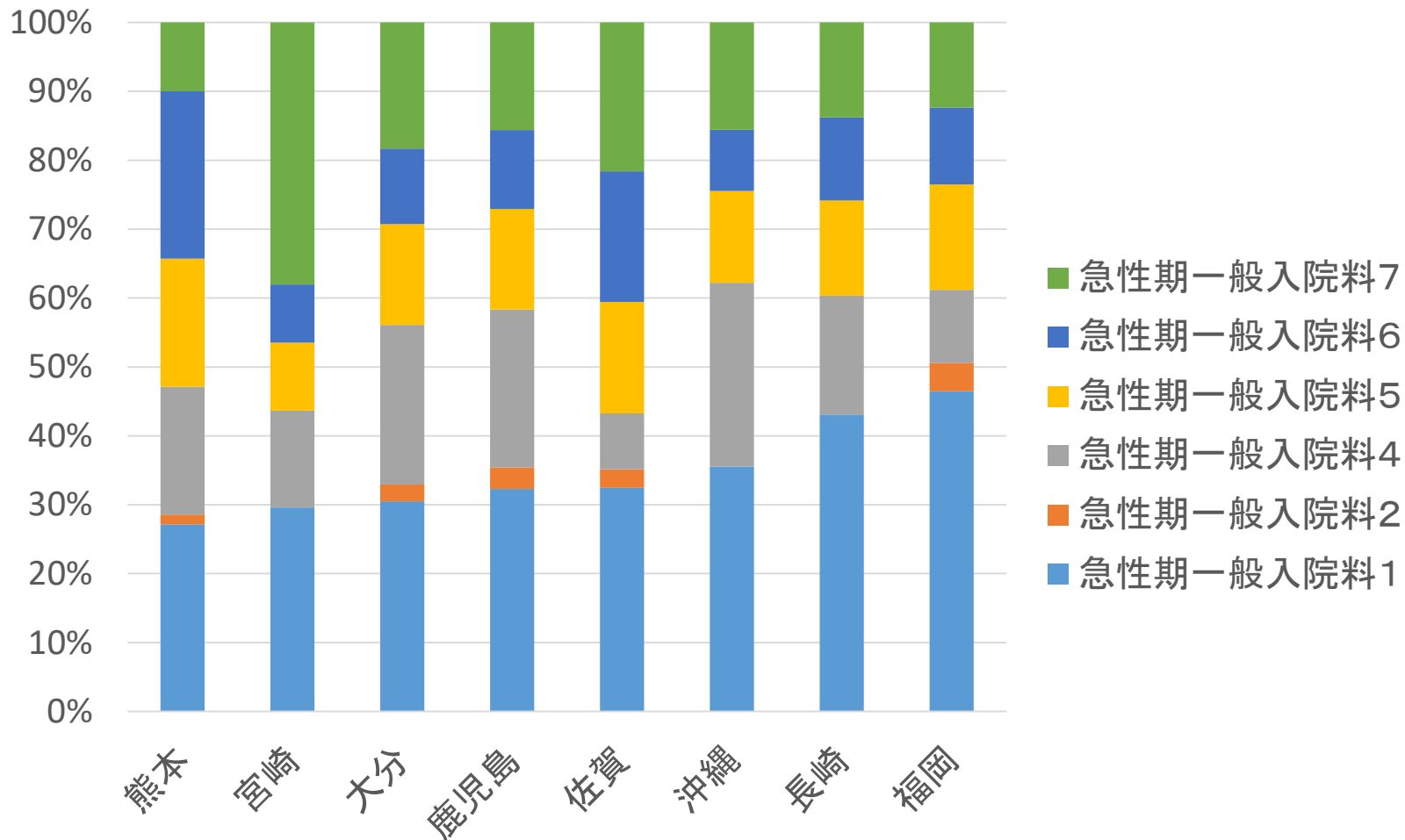
診療報酬改定に対する地域の対応状況 高齢化と7対1の多さには関係がある

急性期一般入院料1の病院割合と80歳以上人口割合の関係



九州厚生局管内でも

急性期一般入院料の届出施設割合



出所: 厚生局2019年5月1日現在のデータを基に作成

「患者確保の困難さ」が異なる環境下において 「働き手の確保」はどうすべきか

入院料に応じて、看護配置、看護補助者の配置が異なる

常勤換算 ○対1

	利用率	平均 在棟日数	看護師 配置	看護補助者 配置
7対1入院基本料	81.8%	11.2	5.7	47
10対1入院基本料	74.1%	14.9	7.0	32
地域包括ケア病棟入院料	77.8%	22.9	7.7	25

病院経営に大きな影響を及ぼす4つのトピック

①働き方改革

短期的影響：適正な勤務体系・報酬体系の整備による病院経営の悪化

中長期的影響：少人数診療科の医師確保力低下

②公立病院改革

短期的影響：地域医療連携推進法人などの活用検討などアライアンス締結の活発化

中長期的影響：大病院への集約、中小病院の有床診療所化

③新専門医制度

短期的影響：研修医の大病院志向化

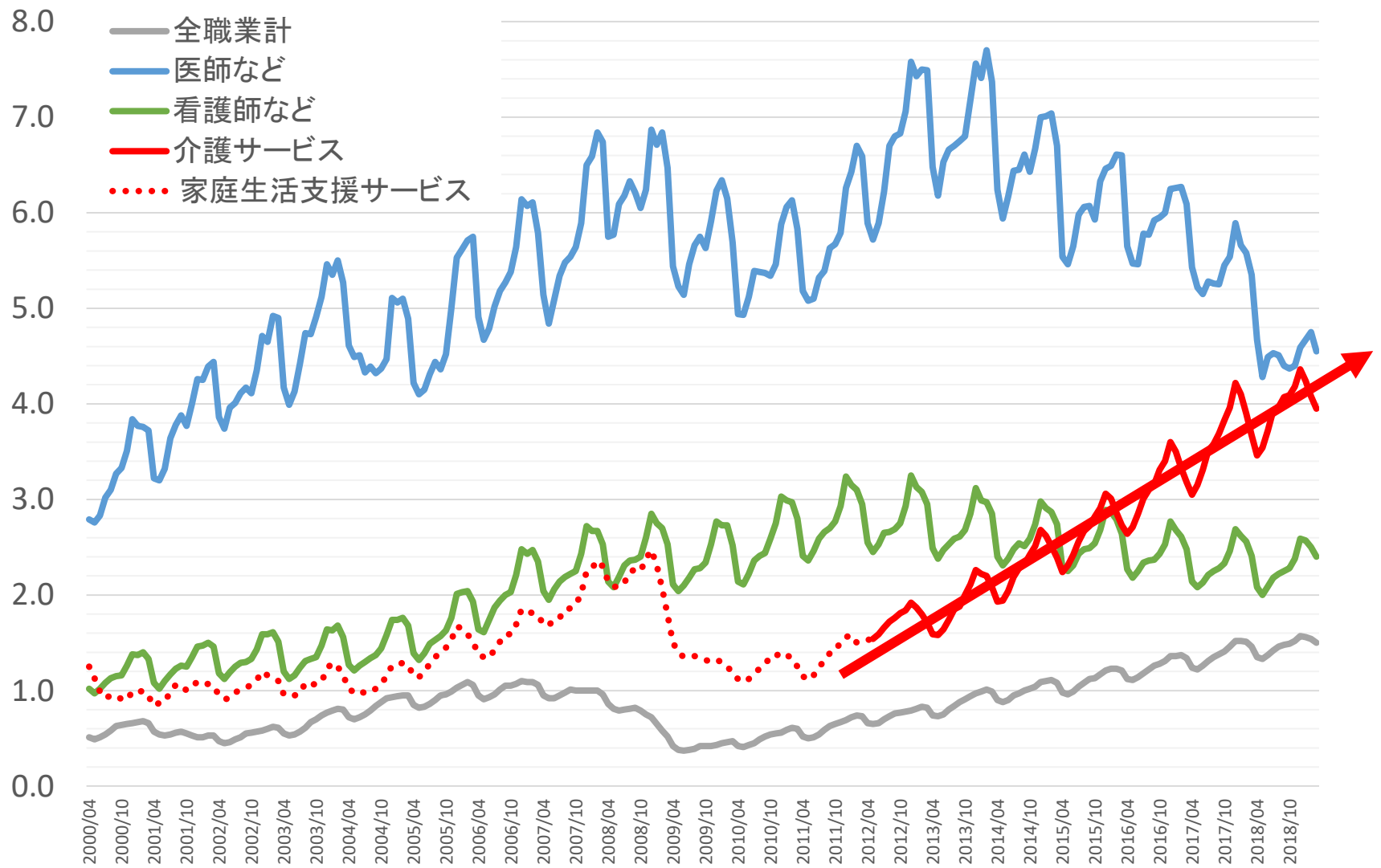
中長期的影響：過疎地域の医師不足の顕在化、医療システムの崩壊

④介護・福祉の人材不足

短期的影響：人件費高騰による病院・介護施設の経営悪化

中長期的影響：東京・大都市圏への人材流出による地方部の医療・介護崩壊

有効求人倍率の推移



「経済財政諮問会議における2019年前半の検討課題について」 公立・公的病院がまっとうな合意形成をしたら・・・

需要減少地域ではダウンサイジング(再編・統合も含む)をすることに

⇒議会・住民からの反発を跳ね返す首長の覚悟や、人員削減・配置転換にまで踏み込めるか

地域医療構想の実現に向けた更なる取組について

○ 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

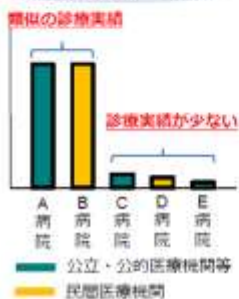
○ 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置付けられた公立・公的医療機関等に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

- 分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。
A 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。
B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

分析のイメージ

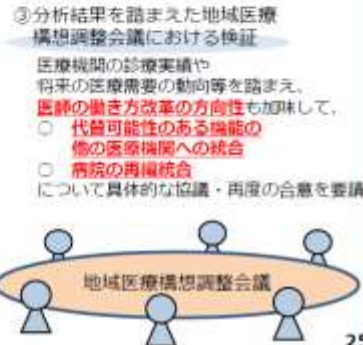
①診療実績のデータ分析



②地理的条件の確認



「代替可能性がある」または「病院全体の再編統合の検討の必要」と位置付けられた公立・公的医療機関等



懸念事項

✓ 左記取り組み内容は、新公立改革プランと整合性は取れるのか

✓ 再編・統合を迅速かつ合理的に進めていくスキームはあるのか(統合・再編は、検討着手からゴールまでおおよそ5~6年かかることが多い(今から検討しても2025年に間に合わない?))

今後、活発化が想定される 地位域医療連携推進法人の活用

Healthcare note (公共・公益法人レポート・シリーズ)

(寄稿)

山形県酒田市における地域医療連携推進法人 「日本海ヘルスケアネット」

山形県酒田市において、9法人、病床数2,000床強を擁する地域医療連携推進法人「日本海ヘルスケアネット」がこの4月に立ち上がる。

日本海ヘルスケアネットに参加を決めた法人の間では、既にあらゆる情報の共有化を行っている。その内容は、事業概要はもとより、経営状況や全ての委託業務とその委託料、薬品及び検体検査に関する価格や値引き率など、病院経営や運営にかかわる詳細な情報にまで及んでいる。

この情報共有により、地域医療連携推進法人全体の効率化の議論が飛躍的に進展し、参加病院間での医療機能の集約化が行われ、さらに、医師確保に悩む参加病院への支援策なども、既に実施されているという。

日本海総合病院が位置する庄内地域の人口は、2015年から10年間でマイナス12%、3万人強の減少となる。このうち、増加するのは75歳以上人口のみで参加病院の安定経営には、庄内地域の医療介護供給体制の再構築が、避けられないという危機感が日本海ヘルスケアネット設立の背景にある。

また、急性期を担う日本海総合病院にとって、高齢者の再入院をいかに防ぐかが喫緊の課題となっている。背景にあるのは、増加すると予想される高齢者の

NOMURA

2018年3月27日

Healthcare note

(No. 18-03)

寄稿者名：
地方独立行政法人
山形県・酒田市病院機構
理事長 栗谷 義樹

→ 野村證券の最寄りの支店にお問い合わせを

病院経営に大きな影響を及ぼす4つのトピック

①働き方改革

短期的影響：適正な勤務体系・報酬体系の整備による病院経営の悪化

中長期的影響：少人数診療科の医師確保力低下

③新専門医制度

短期的影響：研修医の大病院志向化

中長期的影響：過疎地域の医師不足の顕在化、医療システムの崩壊

②公立病院改革

短期的影響：地域医療連携推進法人などの活用検討などアライアンス締結の活発化

中長期的影響：大病院への集約、中

医師確保が病院経営に与える影響は、今後、一層深刻になる想定

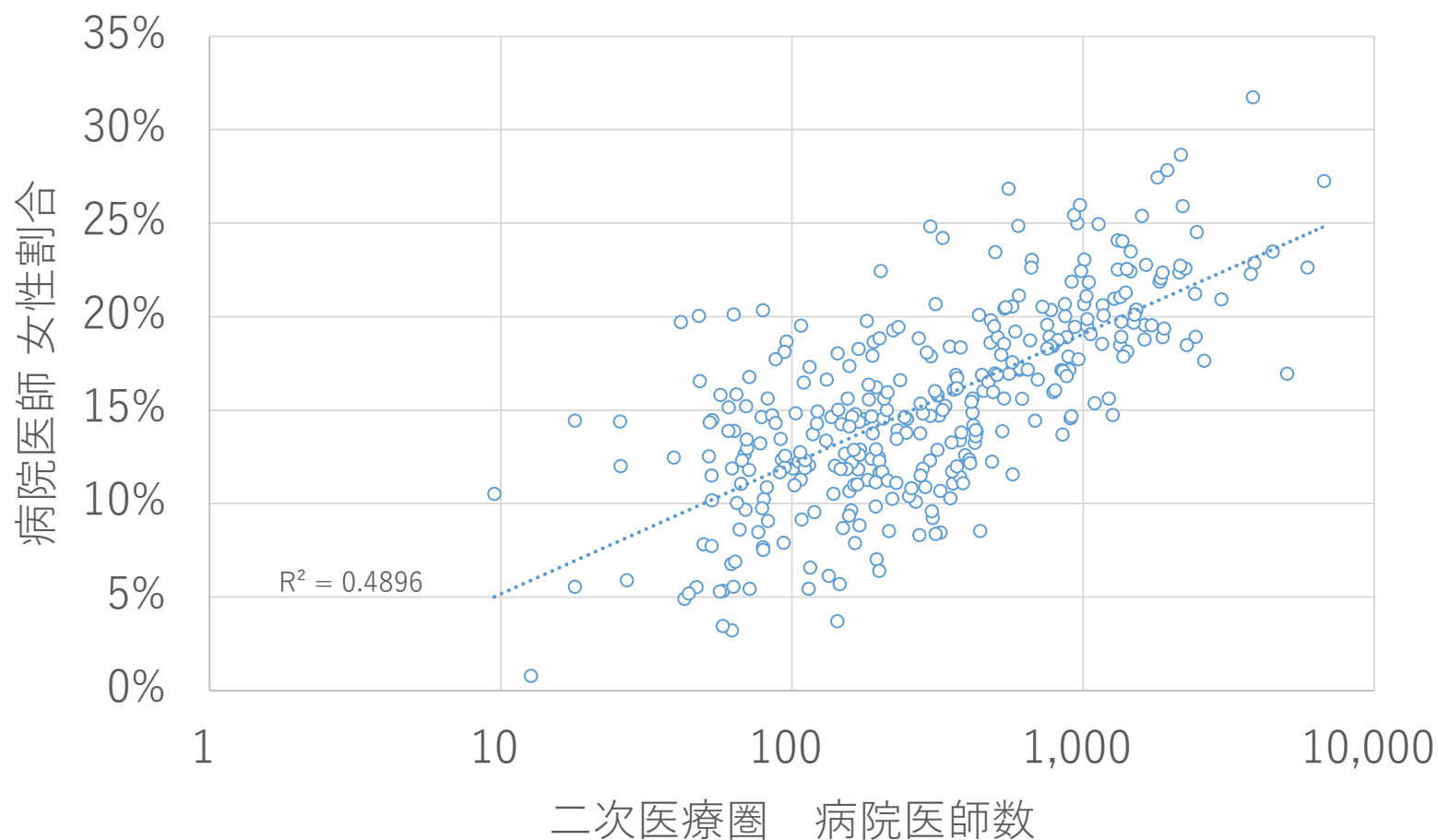
短期的影響：人件費高騰による病院・介護施設の経営悪化

中長期的影響：東京・大都市圏への人材流出による地方部の医療・介護崩壊

女性医師は都市部に集中している

二次医療圏の規模が医師確保力に影響を及ぼす
→病院の規模も同様の影響力を持つと思われる

二次医療圏別 病院医師数と女性割合



女性医師の働きやすさをいかに確保するか

診療科の人数は1つの分かりやすい指標。女性医師に限らず、認定看護師、薬剤師、管理栄養士などは少人数チームほど1人欠けることのリスクが大きい

年間3000件の分娩を扱い、ハイリスクな妊婦や妊産婦の救命救急に対応する総合周産期母子医療センターである、日本赤十字社医療センター（東京都渋谷区）の産婦人科は、**常勤医26人**中22人が女性医師。子育て中だろうがなかろうが、全ての医師が宿直や休日勤務をこなしながら、交代勤務制で誰もが働きやすい職場を実現している。

出所: BuzzFeedNews 2018/8/9

26人いれば、1人が産休に入っても、残った25人で、1/25ずつカバーすれば大丈夫
3人の診療科だとしたら、1人が産休に入ったら、残り2人は休み無しに ⇒ 働きにくい

顕在化している急性期医療における患者集約化 全身麻酔患者は、さらに集約化が顕著に

需要減少地域は500床以上で最も伸びている。一方で、200床未満は大幅な減少に

2014→2016年度の患者数変化

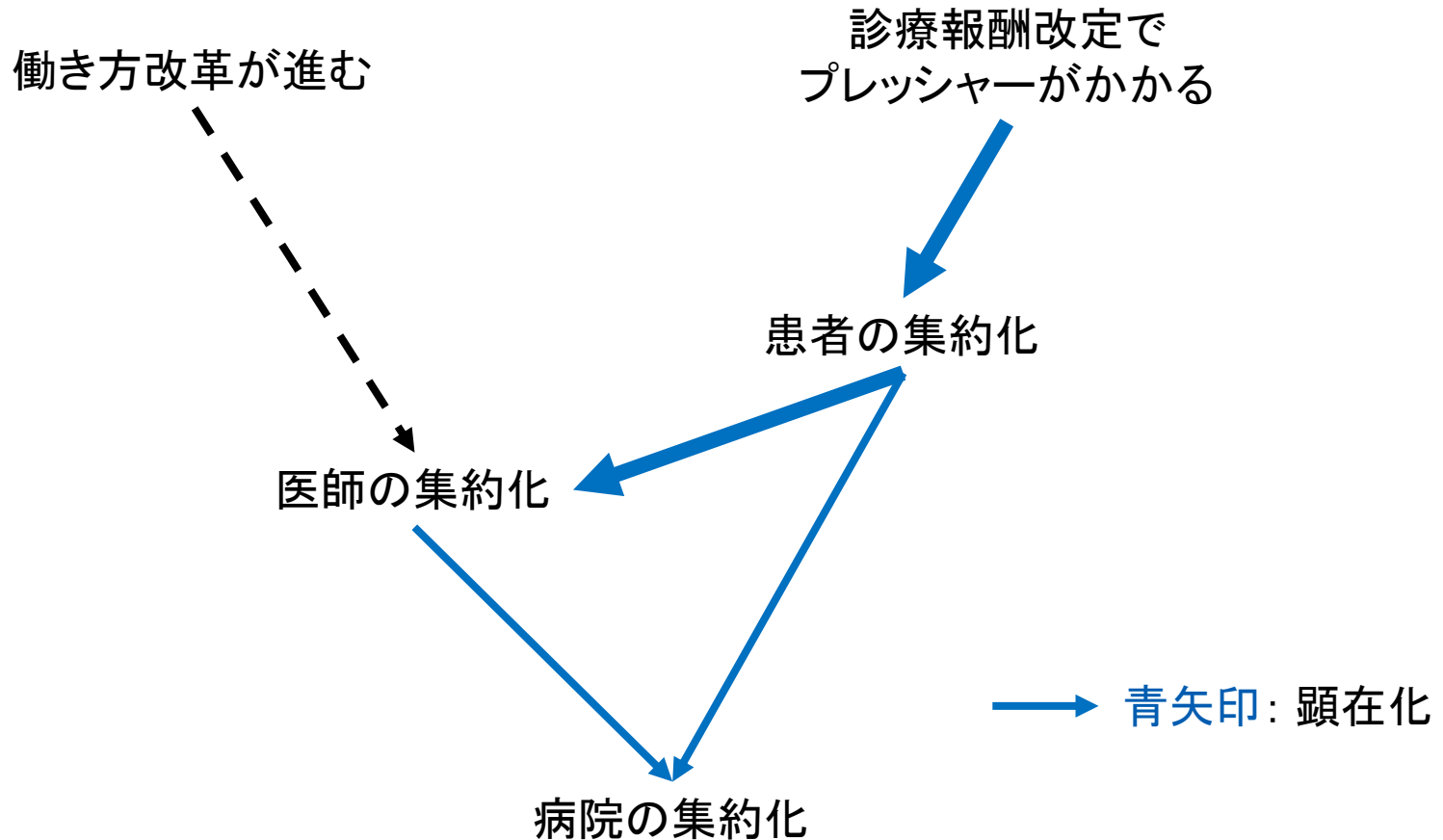
		99床以下	100-199床	200-299床	300-499床	500床以上
全身麻酔あり	最も減るG	89%	91%	94%	101%	111%
	減るG	88%	99%	98%	103%	104%
	やや減るG	94%	100%	100%	104%	104%
	変わらないG	92%	100%	104%	104%	105%
	増えるG	109%	102%	105%	107%	105%

少子高齢化の進んだ地域ほど、集約化が進んでいる

働きやすい環境に医師が集約されてくると 病院の集約化につながる

すでに診療報酬改定のプレッシャーにより、患者集約化、麻酔科医などの集約化が始まっている

働き方改革は、その集約の速度を上げることが想定される





問い合わせ先
080-6559-1717
info@meditur.jp



健康寿命をのばそう!
Smart Life Project



株式会社メディチュア

株式会社メディチュアは、Smart Life Projectと、みなさまの健康・体力づくりを応援します。