

レインボーブリッジ

# 2025年へのロードマップ

～医療介護総合確保法と地域医療ビジョン～



国際医療福祉大学大学院 教授  
参議院厚生労働委員会調査室客員調査員  
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院

2012年2月新装オープン！

免振構造、屋上にガスタービン自家発

# 目次

- パート1
  - 国民会議と  
地域医療介護総合確保法
- パート2
  - 岩手県の医療と介護の現  
状と将来～医療圏見直し～
- パート3
  - 地域連携から地域統合へ
    - 統合モデルとしてのIHN
- パート4
  - 国内外のIHN事例
- パート5
  - 公立病院改革ガイドライン  
～再編ネットワーク化～



# パート1 国民会議と 地域医療介護総合確保法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論  
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)  
が2012年11月30日から始まった

# 社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

# 国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
  - 病床機能報告制度の早期導入
  - 病床機能の分化と連携の推進
  - 在宅医療の推進
  - 地域包括ケアシステムの推進
  - 医療職種の業務範囲の見直し
  - 総合診療医の養成と国民への周知
  - 医療法人制度・社会法人制度の見直し

# 病床機能報告制度と 次期医療計画見直し



「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」  
(座長 学習院大学遠藤久夫教授)

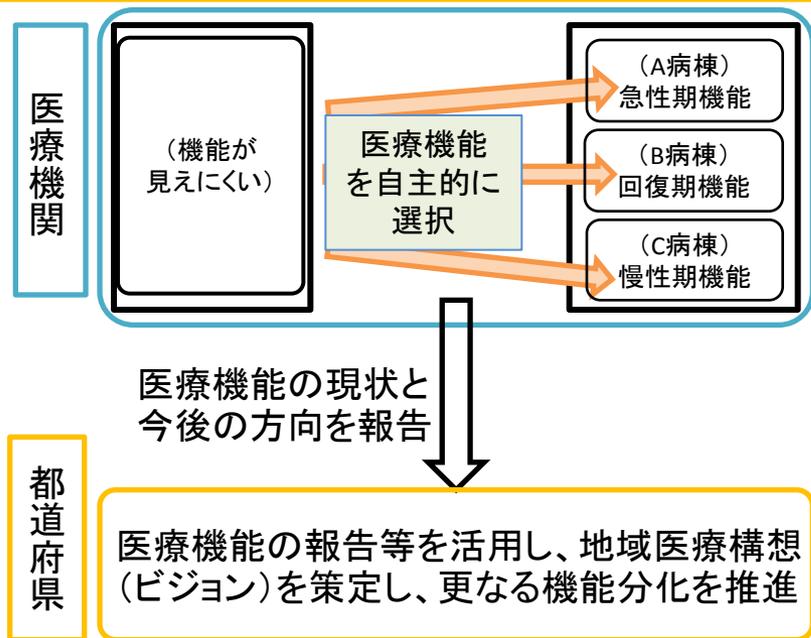
# 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

## ○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能（**病床機能区分**）の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

## ○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



## （地域医療構想（ビジョン）の内容）

1. 2025年の医療需要  
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制  
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 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

# 病床機能区分

病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会  
(座長 学習院大学遠藤久夫教授)

# 検討会でまとまった病床機能区分

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

厚生労働省「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」

2013年9月4日

第8回の資料・議論を基に編集部作成

# 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

第6回病床機能情報の整備・提供の具体的なあり方に関する検討会  
 平成25年5月30日  
 参考資料

報告制度

～25年6月

25年度後半～26年度前半

26年度後半～

【具体的な内容の検討】

検討会において、報告を求める各医療機能の考え方や具体的な内容、提供方法について検討。6月を目途に

医療介護総合確保法

【報告の仕組みの整備】

医療機関から都道府県に報告するシステムの整備

報告制度

【報告制度の運用開始】

都道府県は報告制度を通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握。

地域医療ビジョン

25年度後半～26年度前半

26年度後半～

27年度後半～

【地域医療ビジョンのガイドライン作成】

検討会を設置し、地域医療のビジョンに関するガイドラインの作成等を検討。26年度前半にガイドラインを示す。

【地域医療ビジョン策定に向けた検討】

都道府県において、ガイドラインを踏まえ、地域医療ビジョンの内容を検討。

【地域医療ビジョン策定】

バランスのとれた医療機能の分化と連携を推進するための地域医療のビジョンを策定。

※ 平成25年度からスタートしている医療計画に追記。

# 病床区分ごとの基準病床数

- 社会保障審議会医療部会(部会長:永井良三・自治医科大学学長)2013年10月4日
- 1案
  - 新しい病床機能の定義を、次期医療法改正に盛り込んだ上で、現行の基準病床数(一般病床、療養病床を含む)に基づく新規開設、増床の許可に係る仕組みを適用する
- 2案
  - 医療法上の定義は変えないものの、病床機能報告制度の中で定量的な基準を設けて、著しい偏りがあるなどの場合、都道府県が一定の範囲内で補正できる仕組みを取り入れる。
-

# 病床区分ごとの基準病床数案に反対相次ぐ

- 日本病院会副会長 相沢孝夫氏
  - 「医療機関が必要な連携をしつつ、自主的に機能分化が進めるのが前提のはず。2つ目の案で、(病床数適正化に向けて)『誘導』との表現があるが、強制的に進めるようにしか見えない」。
- 日本医師会副会長 中川俊男氏
  - 1案について「病床基準数を法律で定めるというのは硬直的な案。5年後、10年後、何があるか分からず、柔軟に地域の医療機関が決められるようにすべき」、2案についても、基準を定める方向性に不満を示した。
- 全国自治体病院協議会会長 辺見公雄氏
  - 「公的病院では、自主的なベッド削減をほとんどやっている。民間病院も経営の必要があり、上が決めなくても、ふさわしい医療をやっていく」
- 慶応義塾大学経営大学院教授の田中滋氏
  - 「がちがちに基準を決めるのは良くない」

# 第3案(修正案)

- 修正案

- 地域医療ビジョンで定めた医療機能の必要量に収斂させていくため、医療機関相互の「協議の場」を設置
- 医療機関に対して、協議の場への参加と合意事項への協力などを努力義務とする案
- 合意を無視して、必要量に照らして過剰な医療機能の病床を増やそうとする、あるいは何らかの事情により、協議が機能不全になったなどの場合に、都道府県によるペナルティー的な対応を行う

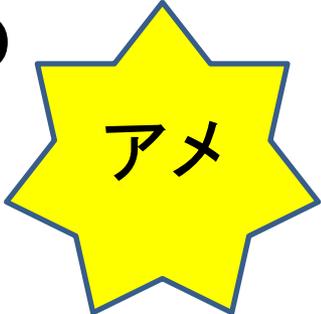
- ペナルティー案

- ①医療機関名の公表、②各種補助金の交付対象や福祉医療機構による融資対象からの除外、③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消



ムチ!

# 機能分化と連携を進める 医療機関に基金制度



アメ

- 2014年度予算政府案
  - 厚生労働省が「新たな財政支援制度」として検討を進めている基金制度に、約602億円を充てる
  - 地方の負担分を含めた基金の総額は約904億円
  - **機能分化・連携を進める医療機関への補助財源**とするほか、現在は地域医療再生基金を活用して取り組む医療従事者の確保・養成を目的とする事業も補助対象とする予定
  - 地域包括ケアシステムの構築を推進する目的で、在宅医療・介護サービスの充実にも活用できるようにする方針

# 地域医療介護総合確保法案のポイント

## 医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

## 介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

5月14日衆院厚生  
労働委員会で強行  
採決

(カッコ内は施行時期)

5月13日衆院  
厚生労働委員会で  
強行採決！



# 衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート

強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致  
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

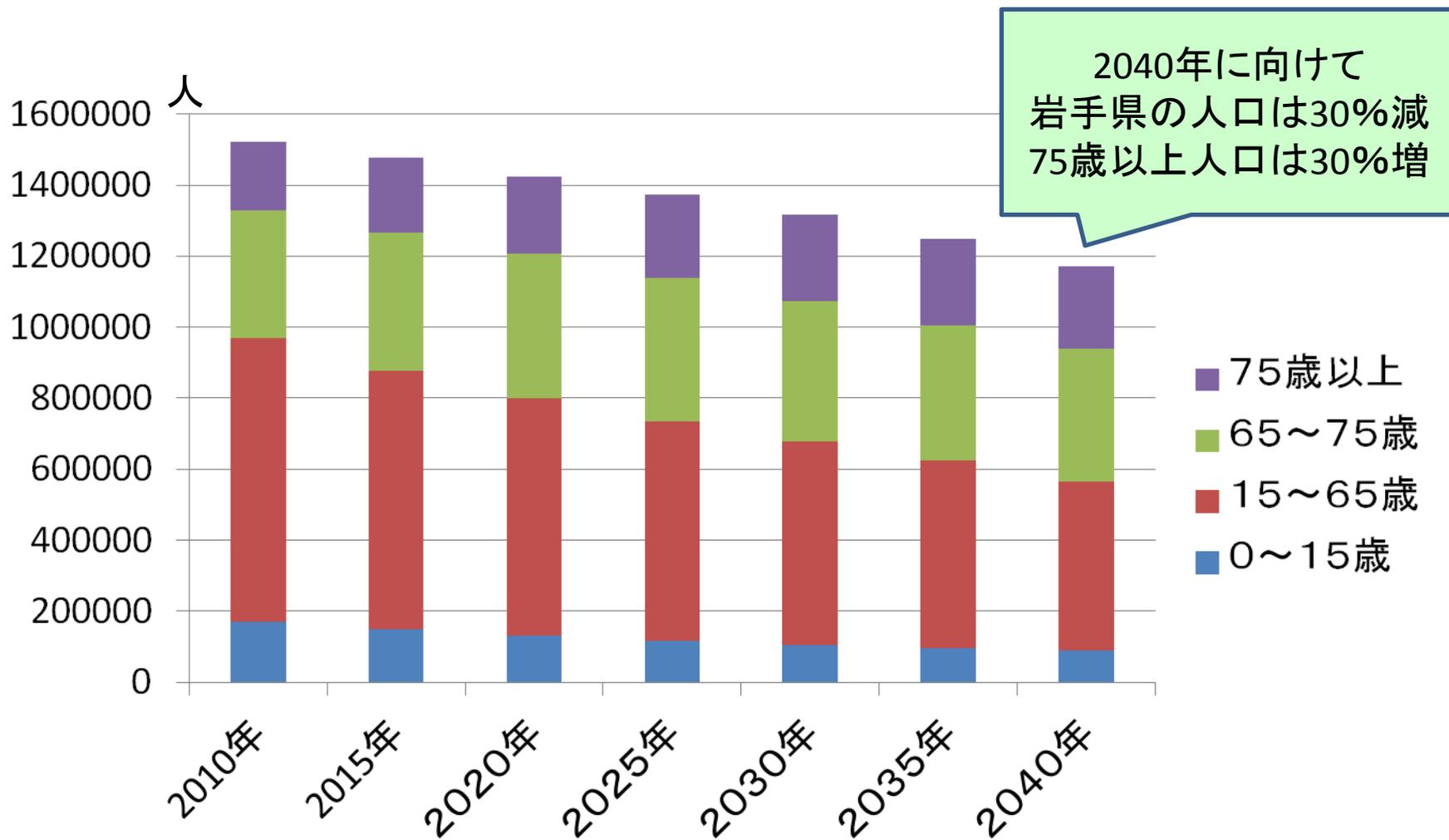
# パート2

## 岩手県の医療と介護の 現状と将来～医療圏見直し～



岩手県の2次医療圏データベースから見た将来像

# 岩手県～人口激減、高齢者激増～



# 1-1. 岩手二次医療圏の概要と特徴

## 岩手県の二次医療圏の特徴

### ①広い診療圏

岩手県は9つの二次医療圏で構成されるが、うち7医療圏の面積は全国平均を超え、医療機関の診療圏も必然的に広域化している。

### ②盛岡への医療資源の集中

病院勤務医の57%が集中

全国平均を全て上回るのは盛岡のみ

### ③他の医療圏での医療資源の不足

他の8医療圏は医療不足地域

救急救命センターのない医療圏が6医療圏

### ④気仙・釜石・宮古への震災の影響

三陸地域は震災前から医療資源の不足地域であったが、さらなる状況悪化が懸念される。

**今回は震災前のデータを表示**

盛岡医療圏への一極集中



二次医療圏名称	市町村概要	面積(km <sup>2</sup> )	人口(千人)	人口密度	病院勤務医数	病床数	一般病床数	DPC対象病院	大学病院	救急救命センター	がん診療拠点病院
全国平均		1,061	365	345	549	4,629	2,630	3.83	0.47	0.58	1.08
盛岡	盛岡市	3,642	481	132	866	8,575	4,759	4	2	1	2
岩手中部	花巻市	2,762	230	83	175	2,675	1,427	0	1	0	1
胆江	奥州市	1,173	141	120	114	1,835	1,026	1	0	0	1
両磐	一関市	1,320	135	103	114	1,786	1,264	1	0	0	1
気仙	大船渡市	890	70	79	59	745	506	1	0	1	1
釜石	釜石市	642	54	85	42	1,050	742	1	0	0	0
宮古	宮古市	2,672	92	35	53	1,501	603	0	0	0	1
久慈	久慈市	1,077	62	58	53	789	453	1	0	1	1
二戸	二戸市	1,100	60	55	55	779	540	1	0	0	1

赤字: 全国平均を下回る(面積のみ上回る)医療圏

出典: 二次医療圏データベース

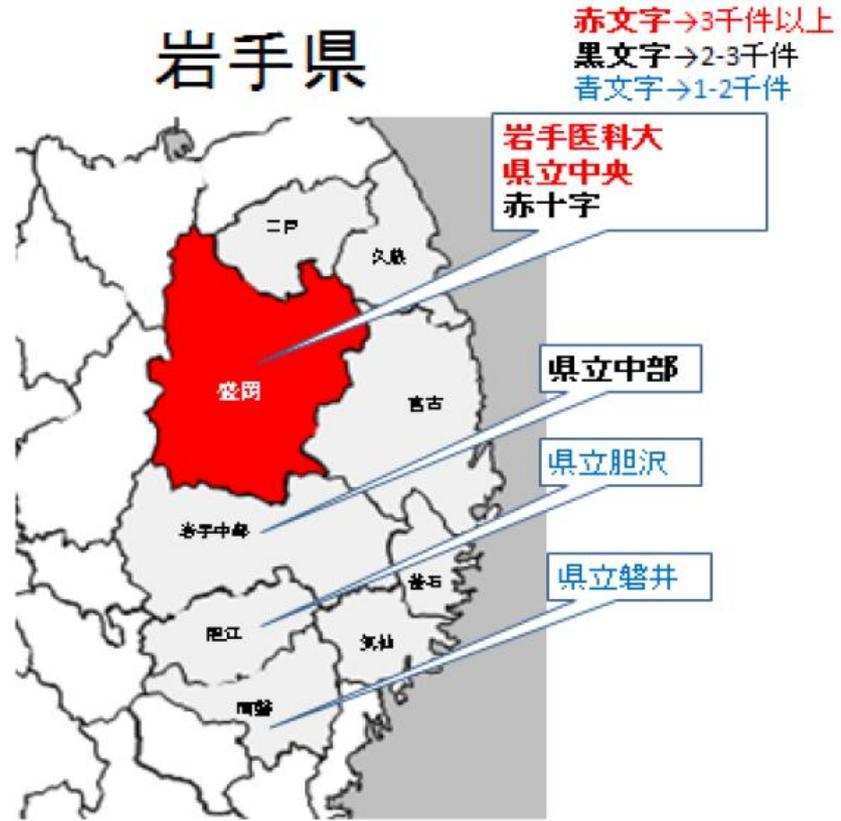
表 3-1 地理情報・人口動態

二次医療圏	人口	県内シェア	面積	県内シェア	人口密度	地域タイプ	高齢化率	2010→35年総人口増減率	2010→35年75歳以上人口増減率
全国	128,057,352		372,903		343.4		23%	-14%	59%
岩手県	1,330,147	32位	15,279	2位	87.1		27%	-22%	29%
盛岡	481,699	36%	3,642	24%	132.3	地方都市型	22%	-15%	60%
岩手中部	230,509	17%	2,762	18%	83.4	過疎型	27%	-17%	27%
胆江	141,071	11%	1,173	8%	120.3	過疎型	29%	-22%	20%
両磐	135,987	10%	1,320	9%	103.0	過疎型	30%	-26%	12%
気仙	70,227	5%	890	6%	78.9	過疎型	33%	-30%	15%
釜石	54,850	4%	642	4%	85.4	過疎型	34%	-40%	-3%
宮古	92,694	7%	2,672	17%	34.7	過疎型	32%	-34%	10%
久慈	62,505	5%	1,077	7%	58.0	過疎型	28%	-24%	30%
二戸	60,605	5%	1,100	7%	55.1	過疎型	32%	-36%	4%

- ・人口の36%が盛岡医療圏に集中。
- ・盛岡以外の8医療圏が過疎地域(人口密度200人/km<sup>2</sup>未満かつ人口30万人未満)に該当。
- ・2010年→2035年にかけての総人口減少率はすべての二次医療圏で全国平均を下回り、
- ・75歳以上人口増加率も全国平均(59%)を超えるのは盛岡のみ。

# 3-2. 医療提供体制の現状(2)救命センター・がん診療拠点病院・全身麻酔件数

・6医療圏が救急救命センター未設置。  
 ・全身麻酔の62%を盛岡医療圏で実施。



二次医療圏	救急救命センター	県内シェア	人口100万当り	偏差値	がん診療拠点病院	県内シェア	人口100万当り	偏差値	全身麻酔件数	県内シェア	人口10万当り	偏差値
全国	203		1.59	2.43	377		2.94	3.5	1,790,784		1,398	795
岩手県	3	1.5%	2.3	53	9	2.4%	6.8	61	19,508	1.1%	1,467	51
盛岡	1	33%	2.1	52	2	22%	4.2	53	12,022	62%	2,496	64
岩手中部	0	0%	0	43	1	11%	4.3	54	2,070	11%	898	44
胆江	0	0%	0	43	1	11%	7.1	62	1,244	6%	882	44
両磐	0	0%	0	43	1	11%	7.4	62	1,100	6%	809	43
気仙	1	33%	14.2	102	1	11%	14.2	82	866	4%	1,233	48
釜石	0	0%	0	43	0	0%	0	42	606	3%	1,105	46
宮古	0	0%	0	43	1	11%	10.8	72	506	3%	546	39
久慈	1	33%	16.0	109	1	11%	16.0	87	514	3%	822	43
二戸	0	0%	0	43	1	11%	16.5	88	580	3%	957	44

# 3-3. 医療提供体制の現状(3) 医師数・看護師数及び療法士数

病院勤務医の57%が盛岡に集中

看護師の59%、療法士の59%が盛岡に集中

二次医療圏	病院勤務医数	病院勤務医			総看護師数	看護師			総療法士数	療法士		
		県内シェア	人口10万当り	偏差値		県内シェア	人口10万当り	偏差値		県内シェア	人口10万当り	偏差値
全国	157,166		123	53	843,730		659	222	87,999		68.7	38
岩手県	1,531	1.0%	115	49	9,419	1.1%	708	52	797	0.9%	60	48
盛岡	866	57%	180	61	4,203	45%	872	60	473	59%	98	58
岩手中部	175	11%	76	41	1,256	13%	545	45	93	12%	40	43
胆江	114	7%	81	42	864	9%	613	48	48	6%	34	41
両磐	114	7%	84	43	903	10%	664	50	48	6%	35	41
気仙	59	4%	84	43	374	4%	532	44	12	2%	17	36
釜石	42	3%	77	41	485	5%	885	60	18	2%	33	41
宮古	53	3%	57	38	573	6%	618	48	71	9%	77	52
久慈	53	3%	85	43	376	4%	602	47	21	3%	34	41
二戸	55	4%	91	44	385	4%	635	49	13	2%	21	38

### 3-1. 医療提供体制の現状(1) 病院の総病床数及び機能別内訳

・人口10万人あたりの病床数は、5医療圏で全国平均を下回る。  
 ・75歳1000人あたりベッド数では盛岡以外の8医療圏で全国平均を下回り、気仙医療圏では61床と全国平均の2/3以下となっている。

療養病床は7医療圏で、回復期病床においても5医療圏で全国平均を下回る。

表 3-2 総病床数、一般病床数、総高齢者ベッド数

二次医療圏	総病床数				一般病床数(再掲)				総高齢者ベッド数			
	総病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値	一般病床数(再掲)	県内シェア	人口10万当り	偏差値	総高齢者ベッド数	県内シェア	75歳1000人当り	偏差値
全国	1,672,549		1,306	504	915,096		715	244	1,344,835		96	20.5
岩手県	19,735	1.2%	1,484	54	11,320	1.2%	851	56	16,817	1.3%	88	46
盛岡	8,575	43%	1,780	59	4,759	42%	988	61	5,417	32%	99	52
岩手中部	2,675	14%	1,160	47	1,427	13%	619	46	3,051	18%	91	48
胆江	1,835	9%	1,301	50	1,026	9%	727	51	1,724	10%	78	41
両磐	1,786	9%	1,313	50	1,264	11%	930	59	2,087	12%	88	46
気仙	745	4%	1,061	45	506	4%	721	50	760	5%	61	33
釜石	1,050	5%	1,914	62	742	7%	1,353	76	783	5%	80	42
宮古	1,501	8%	1,619	56	603	5%	651	47	1,214	7%	78	42
久慈	789	4%	1,262	49	453	4%	725	50	837	5%	89	47
二戸	779	4%	1,285	50	540	5%	891	57	944	6%	87	46

※偏差値の「全国」については標準偏差を示している。以下同様。

表 3-3 療養病床数、回復期病床数、精神病床数

二次医療圏	療養病床数				回復期病床数				精神病床数			
	療養病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値	回復期病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値	精神病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値
全国	333,717		261	208	61,697		48.2	44	349,345		273	211
岩手県	2,746	0.8%	206	47	740	1.2%	56	52	4,737	1.4%	356	54
盛岡	1,619	59%	336	54	426	58%	88	59	1,711	36%	355	54
岩手中部	260	9%	113	43	154	21%	67	54	808	17%	351	54
胆江	437	16%	310	52		0%	0	39	328	7%	233	48
両磐	69	3%	51	40	41	6%	30	46	408	9%	300	51
気仙	37	1%	53	40		0%	0	39	198	4%	282	50
釜石	102	4%	186	46		0%	0	39	204	4%	372	55
宮古	148	5%	160	45	76	10%	82	58	640	14%	690	70
久慈	74	3%	118	43	43	6%	69	55	215	5%	344	53
二戸		0%	0	37		0%	0	39	225	5%	371	55

# 4-1. 介護提供体制の現状(1)介護保険施設ベッド数と高齢者住宅数

表 3-6 介護保険施設ベッド数と高齢者施設収容数

二次医療圏	介護保険施設ベッド数	全国シェア県内シェア	75歳1,000人当り		老人保健施設収容数(再掲)	全国シェア県内シェア	75歳1,000人当り		特別養護老人ホーム収容数(再掲)	全国シェア県内シェア	75歳1,000人当り	
			偏差値	偏差値			偏差値	偏差値				
全国	704,693		50	11.6	308,426		22	5.6	396,267		28	10.1
岩手県	11,116	1.6%	58	57	5,406	1.8%	28	61	5,710	1.4%	30	52
盛岡	3,031	27%	55	54	1,598	30%	29	63	1,433	25%	26	48
岩手中部	2,046	18%	61	59	1,130	21%	34	71	916	16%	27	49
胆江	1,246	11%	56	55	508	9%	23	52	738	13%	33	55
両磐	1,397	13%	59	58	666	12%	28	61	731	13%	31	53
気仙	610	5%	49	49	301	6%	24	54	309	5%	25	47
釜石	572	5%	58	57	272	5%	28	60	300	5%	31	52
宮古	909	8%	59	57	379	7%	24	55	530	9%	34	56
久慈	655	6%	70	67	278	5%	30	64	377	7%	40	62
二戸	650	6%	60	59	274	5%	25	56	376	7%	35	57

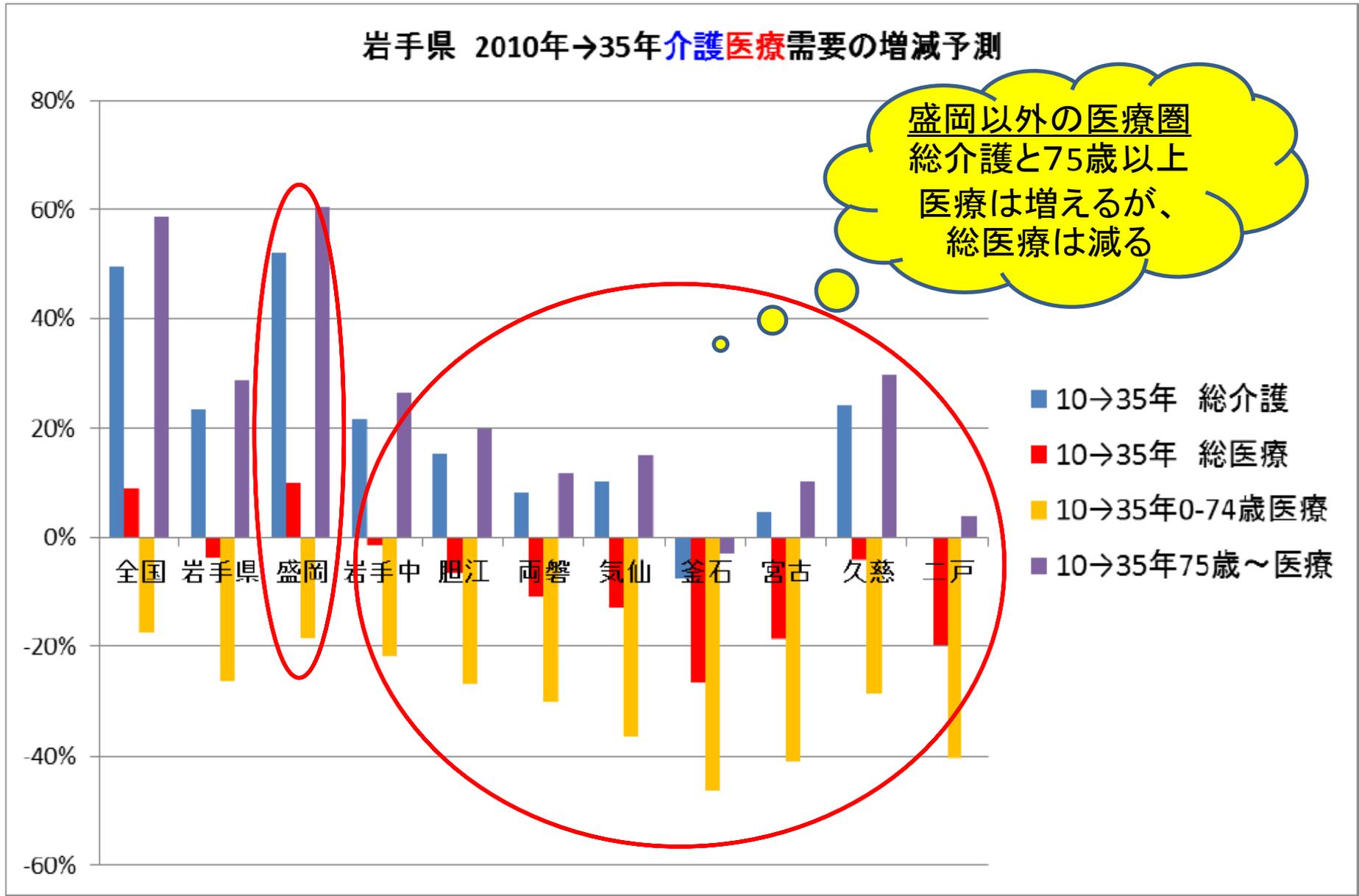
表 3-7 高齢者住宅数(高齢者住宅、有料老人ホーム、グループホーム)

一部の医療圏で特養が全国平均を下回るが、介護3施設はほぼ充足。

一方で高齢者住宅数は、どの医療圏でも不足。

	高齢者住宅数合計	全国シェア県内シェア	75歳1,000人当り		有料老人ホーム計	全国シェア県内シェア	75歳1,000人当り		グループホーム	全国シェア県内シェア	75歳1,000人当り	
			偏差値	偏差値			偏差値	偏差値				
全国	640,142		45	18.1	235,778		16.8	10.9	157,413		11.2	6.0
岩手県	5,701	0.9%	30	41	1,609	0.7%	8.4	42	1,627	1.0%	8.5	45
盛岡	2,386	42%	44	49	908	56%	16.6	50	441	27%	8.0	45
岩手中部	1,005	18%	30	41	114	7%	3.4	38	333	20%	9.9	48
胆江	478	8%	22	37	73	5%	3.3	38	144	9%	6.5	42
両磐	690	12%	29	41	195	12%	8.3	42	252	15%	10.7	49
気仙	150	3%	12	32	10	1%	0.8	35	90	6%	7.2	43
釜石	211	4%	22	37	71	4%	7.3	41	72	4%	7.4	44
宮古	305	5%	20	36	51	3%	3.3	38	160	10%	10.3	49
久慈	182	3%	19	36	55	3%	5.9	40	63	4%	6.7	43
二戸	294	5%	27	40	132	8%	12.2	46	72	4%	6.7	42

図 3-6 岩手県 2010年→35年介護医療需要の増減予測



# 岩手の医療と介護の現状まとめ

## ～各医療圏の地域特性を踏まえよう～

・2040年に向けて岩手県の人口は30%と激減、75歳以上人口は29%激増

・9つの医療圏別にみると、盛岡への医療資源の集中、他の8医療圏での医療資源の不足、とくに三陸沿岸の3医療圏(気仙・釜石・宮古)への震災の影響

・2035年の医療・介護需要予測を2010年対比で見ると……

### 総医療需要

岩手県全体:4%減少、盛岡:10%増加、二戸:20%減少

### 総介護需要予測

岩手県全体:23%増加、盛岡:52%増加、釜石:7%減少

・療養病床は7医療圏で、回復期病床において、5医療圏で全国平均を下回る。

・一部の医療圏で特養が全国平均を下回るが、介護3施設はほぼ充足、一方で高齢者住宅数は、どの医療圏でも不足。

## (参考)分析データの出所、他

1. 本分析データの出所は以下の通り。

- ・岩手県保健医療計画

<http://www.pref.iwate.jp/view.rbz?of=1&ik=0&cd=44962>

- ・日医総研ワーキングペーパー No.269

地域の医療提供体制現状と将来

- 都道府県別・二次医療圏データ集 -

高橋泰(国際医療福祉大) 江口成美

[http://www.jmari.med.or.jp/research/summ\\_wr.php?no=494](http://www.jmari.med.or.jp/research/summ_wr.php?no=494)

# 医療計画と医療圏見直し

# 医療計画見直しスケジュール(案)



# 医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会  
2010年12月17日

# 4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- \* 在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

# 医療圏について

## 概要

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

## 三次医療圏

52医療圏(平成22年4月1日現在)

※都道府県ごとに1つ  
北海道のみ6医療圏

### 【医療圏設定の考え方】

都道府県の区域を単位として設定

ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

↓  
特殊な医療を提供

## 二次医療圏

349医療圏(平成22年4月1日現在)

### 【医療圏設定の考え方】

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

↓  
一般の入院に係る医療を提供

## 特殊な医療とは…

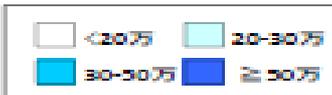
- (例)
- ① 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療(高度救命救急センターなど)
  - ② 経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等の先進的技術を必要とする医療(都道府県がん診療連携拠点病院など)
  - ③ 高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
  - ④ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療 等

人口20万人未満で、  
流出率20%以上、流入率20%未  
満の医療圏を見直すことになった

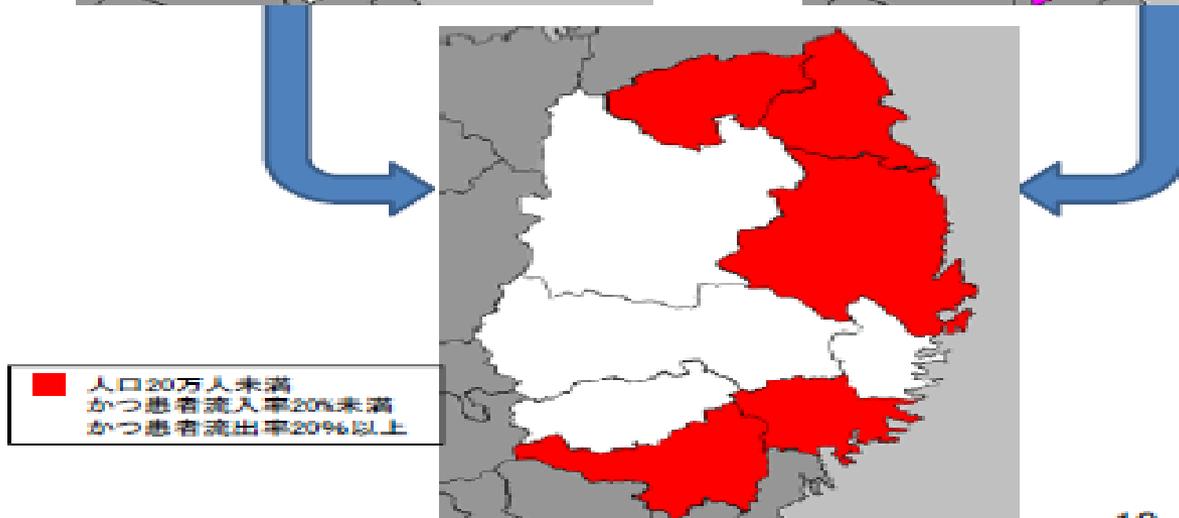
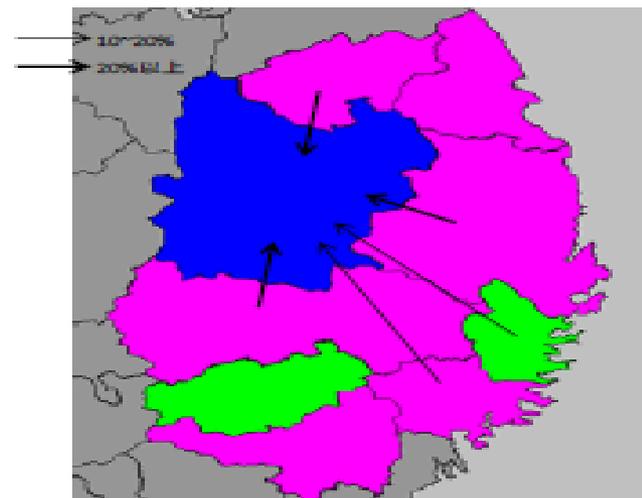
該当する医療圏は全国87医療圏  
岩手県も対象

# (岩手県)

## 人口



## 流入出



# (参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	鳥根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県			0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県			0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県			0	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県			2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県			3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県			3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

しかし、実際  
に見直したのは  
3県のみ

※二次医療圏数は平成22年4月現在

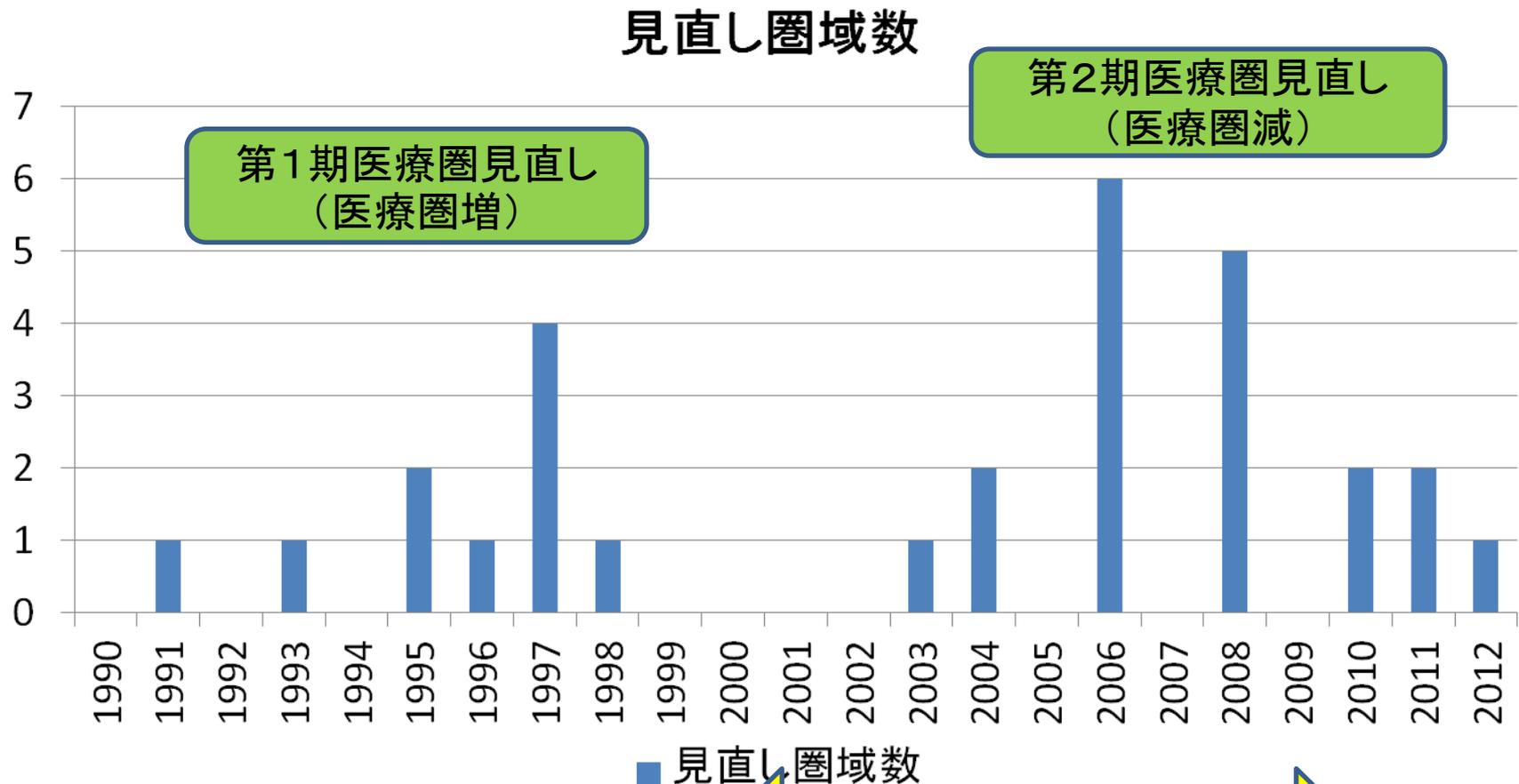
出典：平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計：二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合)

# 見直しをしない理由

## ～都道府県アンケート調査～

- 「見直す必要がない」(8府県、5府県は見直し対象圏域を含まない府県)
- 「(見直しの)メリットがない」(4県)
- 「医療資源の確保がより困難になる」(4県)
- 「(見直しの)時間がない」(2県)
- 「2次医療圏に関連づけられた拠点病院の指定などに影響が出る」(2県)
- 「地域医療再生基金など進行中の事業計画に影響が出る」(2県)
- 自由回答
  - 「見直しに伴い患者の利便性が低下するとの懸念から関係団体の理解が得られない」
  - 「地域特性を考えると医療圏の合併は医療サービスの低下を招く恐れがある」
  - 「医療圏の中核病院の維持・強化が必要」「現医療圏での課題に取り組み、患者の流出入を解消することが住民に望まれている」

# 2次医療圏見直し圏域数の推移



第1期医療圏見直し  
(医療圏増)

第2期医療圏見直し  
(医療圏減)

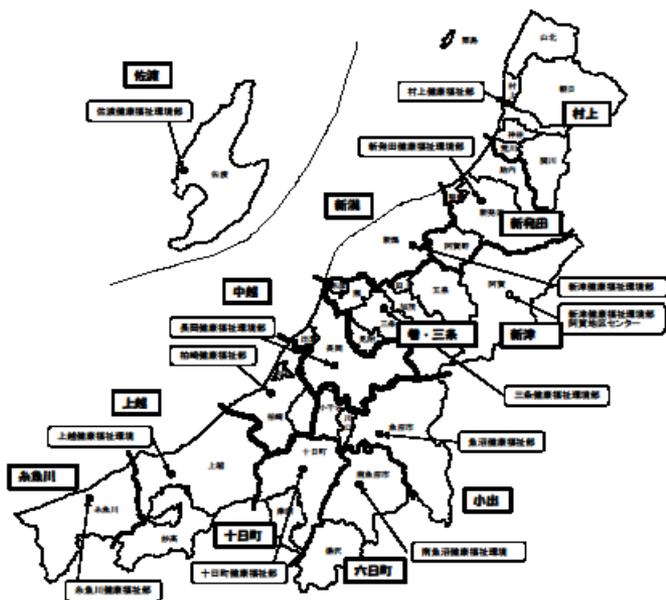
1985年医療法改正で  
医療計画がスタート

平成の市町村大合併  
(1999～2010年)

地域医療再生資金(2009～2011年)

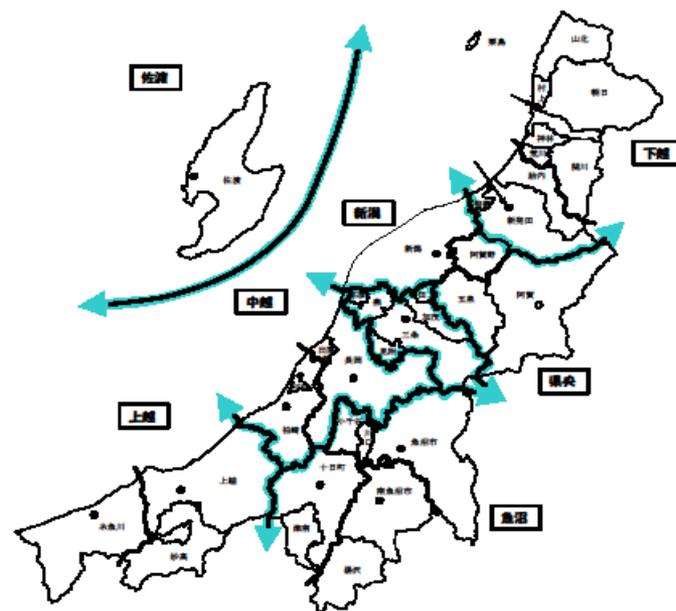
# 新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

# 2次医療圏見直しの課題

- 2次医療圏見直しを新たな基金で誘導してはどうか？
  - 新たな基金による医療機能分化の適応要件と2次医療圏見直しをリンクさせる
- 大都市部の医療圏見直しが残されている
  - これから起きる都市部の高齢化には、大都市部の医療圏の見直しが必要
  - 県境医療圏問題もある
  - たとえば東京都およびその周辺県の医療圏の設定はどうすればよいのか？

# パート3

## 地域連携から地域統合へ

統合モデルとしてのIHN

# 国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
  - 病床機能報告制度の早期導入
  - 病床機能の分化と連携の推進
  - 在宅医療の推進
  - 地域包括ケアシステムの推進
  - 医療職種の業務範囲の見直し
  - 総合診療医の養成と国民への周知
  - 医療法人制度・社会法人制度の見直し

# 医療法人制度・社会法人制度の見直し

- 医療法人等の間の競争を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。
- このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。
- 複数の医療法人がグループ化すれば、病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる、医療資源の適正な配置・効率的な活用を期待することができる。

# 国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



# なぜ、競争ではなく協調なのか

- 個々の経営体が競争する状況下では、機能の分化はおろか、仮に機能分化ができたとしても連携は困難——診療報酬によって利益誘導できる話ではない。
- 量的拡張を目指す時代には、競争は有効だった。
- しかし、量的には整備された段階でも、今までのような競争を続けていけば、囚人のジレンマ状況に陥って、みんなが辛い状態の均衡に陥る——いや、陥っている。

# 解決の方向性は

- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
  - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
  - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

# 連携ネットワークから統合ネットワークへ

- 地域連携ネットワーク(現状)

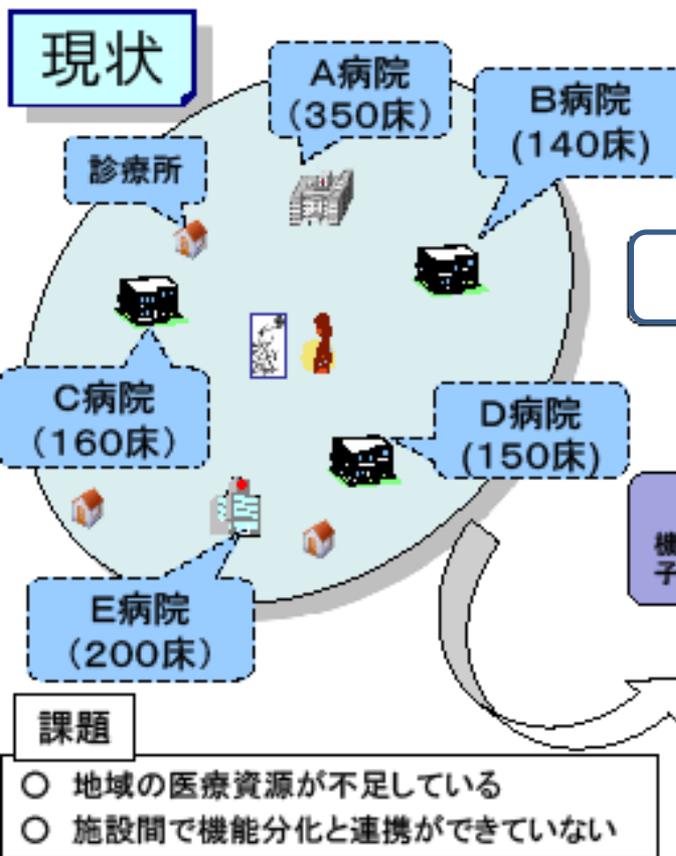
- 経営主体の異なる医療機関・介護福祉施設の連携
- 医療計画における連携推進
  - 疾病別・事業別ネットワーク

- 地域統合ネットワーク(今後)

- 経営主体の異なる医療機関、介護福祉事業体等を経営統合した事業体を形成→IHN
- IHNとは
  - 50km~100Km医療圏に急性期病院、回復期リハ、慢性期病院、診療所、介護施設、在宅医療・介護
  - 売り上げ規模1000億~2000億円規模の統合ネットワーク
  - 保険者、物流、医療人材、情報の統合ネットワークを形成
  - 医療人材養成機関(大学)を併設あるいは連携

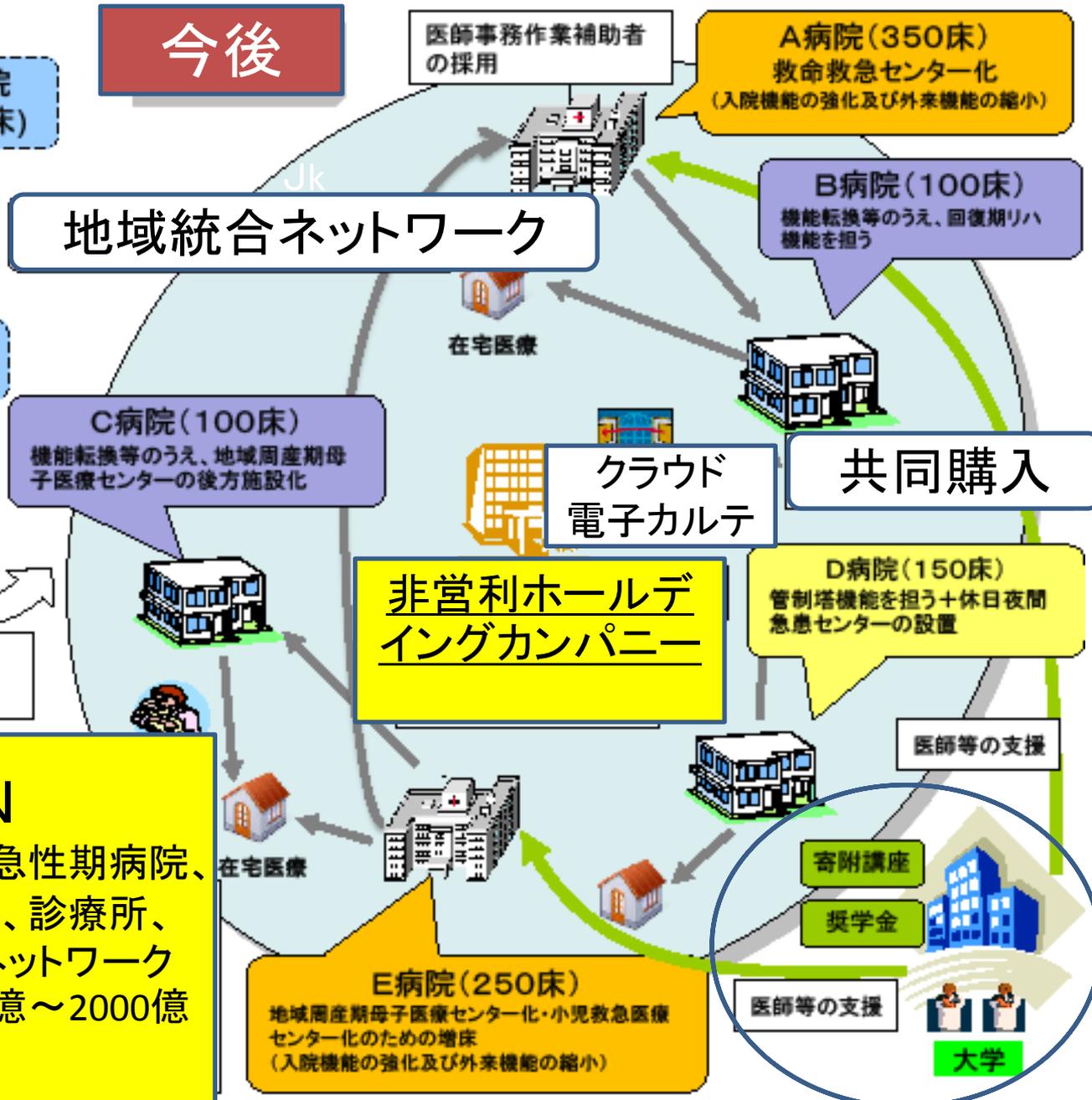
# 地域連携ネットワークから地域統合ネットワークへ

現状



今後

## 地域統合ネットワーク



## 日本版IHN

半径50Km~100Km 圏内に急性期病院、回復期リハ病院、慢性期病院、診療所、介護福祉施設、大学の統合ネットワーク (IHN) を形成、売り上げ1000億~2000億円規模

# 医療法人法の改正



- 経済財政諮問会議（議長：安倍首相）
  - 伊藤元重東大教授
  - 医療法人法の改正（規制緩和）
    - 医療法人同士の合併や権利の移転をしやすいような医療法人制度の規制緩和を進めるべき
  - 新型医療法人
    - 国や自治体が運営する公設病院や健保組合が運営する公的病院などもグループに参加できるような地域経営統合の道を開く

# 統合モデルとして注目を集める IHN(Integrated Healthcare Network)とは？



ここからは松山先生のスライドお借りしました

キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹  
国際医療福祉大学大学院特任教授  
松山幸弘氏

# IHN (Integrated Healthcare Network)の

## 定義と成功条件

### <IHNの定義>

広域医療圏において、急性期ケア病院、亜急性期ケア病院、外来手術センター、プライマリケアクリニック、検査・画像診断センター、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、医療保険会社など、地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を可能な限り網羅的に有する医療事業体。⇒“水平統合”ではなく“垂直統合”

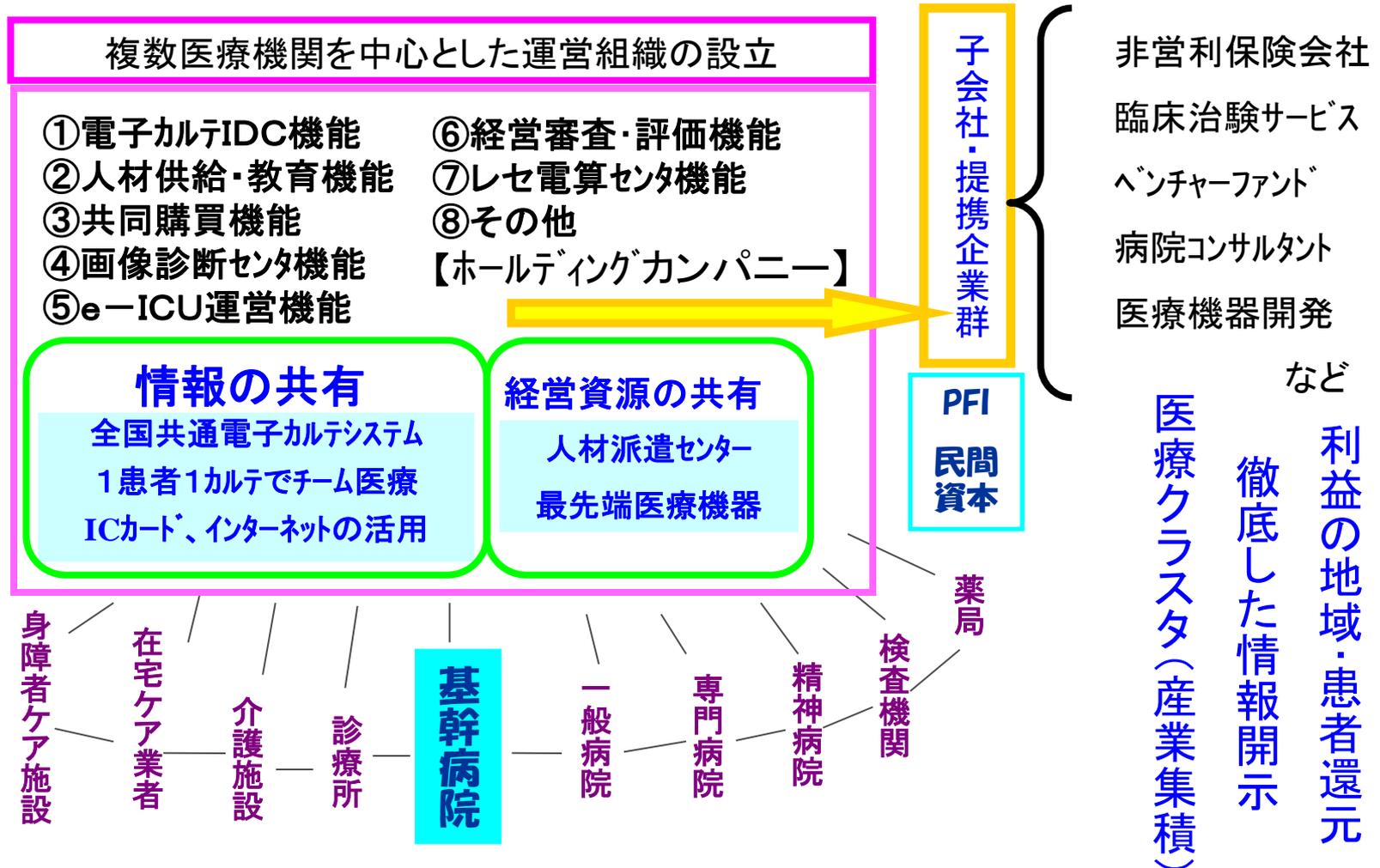


### <IHN成功の条件>

- ① 広域医療圏単位で経営資源を共有し重複投資を防止
- ② 経営は民間、ガバナンスは地域住民 (or 自治体)  
⇒ 全利益を地域還元 (非営利)
- ③ 医療圏外からも“追加財源”を獲得  
⇒ “地域間競争”で勝つ戦略 (IHNは地域で最大の雇用主)

# 1つの広域医療圏で設立する ホールディングカンパニー

医療機関及び医療関連企業、医師会、大学、行政の共同出資会社



# パート4

## 国内外のIHN事例



センタラヘルスケア(バージニア州ノースフォーク)

# 米国のIHN



# 医療提供体制は日米共に民間中心

IHNは  
米国モデル

## <病院数>

米国 (2004年末)		日本 (2007年10月末)	
国	239	国	277
自治体	1,117	自治体	1,020
民間非営利	2,967	その他公的	426
民間営利	835	医療法人	5,704
その他	640	その他	1,426
合計	5,798	合計	8,853

アメリカはオープン方式

+

日本は医師を直接雇用

診療所(独立開業医)

# 日本の医療提供体制は米国より営利性が強い

## <非営利の判定基準>

利益が特定の個人 or グループに帰属せず全て社会に還元される

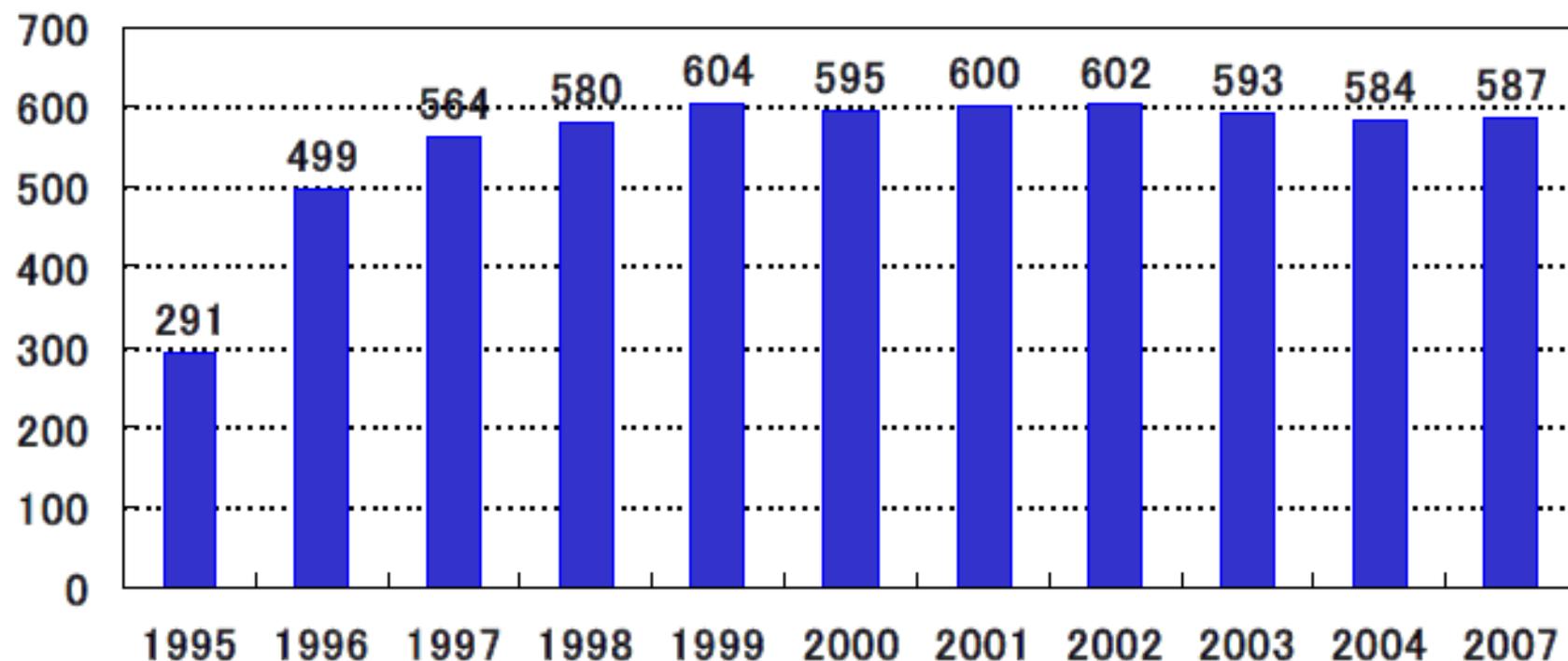
米国	日本
地域医療の最大の担い手は民間非営利病院グループ。 民間非営利病院の利益は全て地域還元される。⇒非課税 民間営利(株式会社)病院のシェアは約14%と大きくない。	病院数で医療法人が64%を占める。 大半の医療法人の場合、利益はオーナーに帰属する。 ⇒原則普通法人として課税

<2004年米国病院協会長 David Bernd 氏の見解>

非営利病院と株式会社病院の経営手法は同じ。違いは利益還元先にある。

# 1990年代に登場し急成長したIHN

## IHNの数の推移



- 米国内の主要医療圏の全てをカバー ⇒ 急性期ケア市場におけるシェア60%超
- 通常各医療圏に複数のIHNがあり、患者と参加独立開業医の獲得競争を展開

# IHNモデルの形成の過程

- 米国の病院はもともと民間非営利が中心で構成
- 1980年後半から1990年代に政府の医療費抑制策により病院の収益が悪化
- またマネジドケアに対抗するため病院の統合による規模拡大が盛んになった
- 統合は1980年代は類似の機能をもつ病院の水平統合から始まった
- 1990年代からは垂直統合によるIHNが盛んになって現在に至る

# IHNモデルの成功の秘訣

- 地域における医療機関の大規模な統合ネットワークの形成
- 規模のメリット、ネットワーク内の機能分化と重複投資の防止を通じて、浮いた財源で医療技術の進歩に合わせた設備投資と人材育成を継続
- 医療人材養成機関(医学部、看護学部など)を併設
- 医療における民間的経営手法を徹底的に追求する
- 医療と経営の分離
- 民間非営利手法による地域連携から地域統合へ

# IHNモデル分類

松山幸弘氏



- ①純民間型・1地域密着型
  - センタラ・ヘルスケア(バージニア州ノースフォーク)
  - インターマウンテン・ヘルスケア(ユタ州ソルトレーク)
- ②自治体立・1地域密着型
  - サラソナ・メモリアル・ヘルスケア(フロリダ州)
- ③全国展開型
  - アセンション・ヘルス(カトリック系)
  - カソリック・ヘルスケア・ウェスト
- ④純民間・医科大学業務提携型
  - センタラ・ヘルスケア
  - ワシントン大学と業務提携したBJCヘルスケア(ミズーリ州セントルイス)
- ⑤医科大学主導型
  - UPMC(ピッツバーグ大学メデイカルセンター、ペンシルベニア州ピッツバーグ)
- ⑥完全統合クローズ型
  - カイザーパーマネンテ(カリフォルニア州オークランド市)

# ①純民間型・1地域密着型 セントラ・ヘルスケア

- セントラヘルスケア
  - － セントラ・ノーフォーク総合病院を中核とし、半径100キロメートルの医療圏に約120の医療関連施設を保有する複合事業体
  - － 総合病院と小児専門病院などの専門病院を中核として医療機関を経営統合
  - － 医科大学を併設
  - － 開業医ネットワークとの連携
  - － 機能の重複を上手く避けて、互いに補完し合っている
  - － 規模のメリットを追求



ノーフォーク バージニア州  
セントラヘルスケア

# Sentara Healthcare

www.sentara.com

所在地:バージニア州ノーフォーク

The screenshot shows the Sentara Healthcare website interface. At the top, there is a navigation menu with links for Doctors, Hospitals & Facilities, Services, Patient & Visitor Info, Health Info, News, and Employment. A main banner features the text "ExploreHealth WITH SENTARA" and "READ Medical breakthroughs and health info in the monthly ExploreHealth with Sentara newspaper ad or online". Below this, there are sections for "Screenings & Events" and "Making the Right Healthcare Decisions" with three sub-images: "Quality & Safety Measures", "Defining Quality in Healthcare", and "Asking the Right Questions". A search box is labeled "Find It Fast" and includes a search button and a list of search options like "Find a Physician", "Maps & Directions", etc. At the bottom, there is a footer with "About Sentara", "Contact Us", and "Common Questions" links, along with a copyright notice for 2007 Sentara Healthcare.

医業サービスと医療保険の  
収入合計 21億ドル  
(2005)

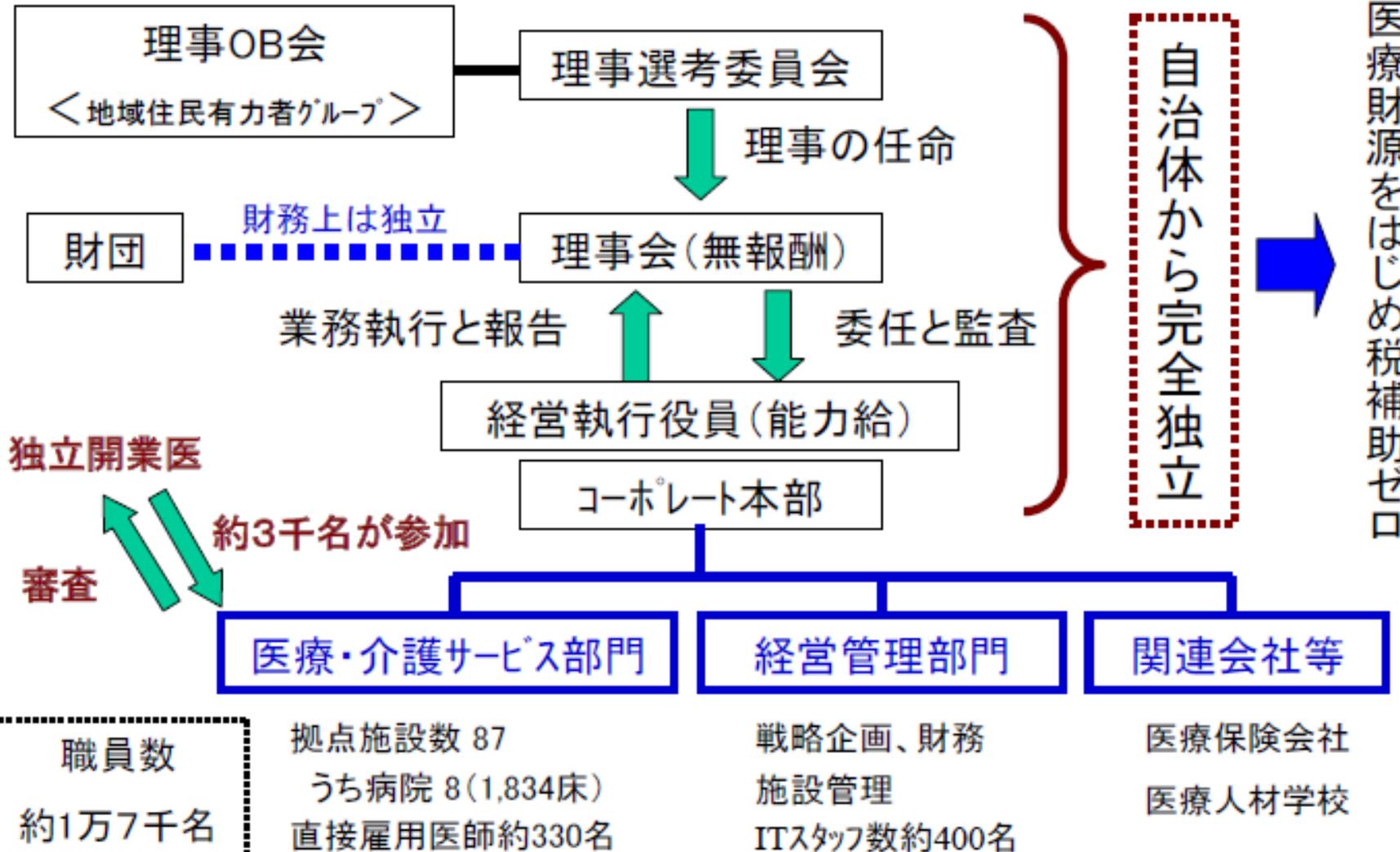
年間慈善医療 8,960万ドル

非課税 & 税による補助ゼロ

全米587のIHNの中で経営  
統合度評価10年連続トップテン

# Sentara Healthcare

ガバナンスは地域住民有力者グループ、経営は民間プロ



## ② 自治体病院を核にしたIHNの事例 SARASOTA MEMORIAL HEALTH CARE SYSTEM www.smh.com 所在地:フロリダ州サラソタ

Canon Easy-WebPrint \* 印刷 高速印刷 プレビュー オプション 印刷リストを表示



HOME CONTACT US / PRIVACY

PATIENTS & VISITORS SERVICES & PROCEDURES FOR PHYSICIANS FOR EMPLOYEES

About Us News & Information Classes & Events Careers & Employment Volunteering





### Not just a hospital, THE hospital!

Welcome to the Sarasota Memorial Health Care System.

As a community owned hospital ranked among the nation's 50 best, we're proud to set the benchmark for care for those we serve.

Knowledge is the key to good health. We hope you'll use this website to access the information you need about the hospital and the multitude of services we offer.

**NEWS AND INFO**

America's Best Hospitals 2006  
U.S. News & World Report  
Comprehensive Stroke Center  
Joint Commission on Accreditation  
Cancer Care Accreditation  
American College of Surgeons  
Commission on Cancer



REQUEST FOR PROPOSALS

**GUIDE TO YOUR HOSPITAL VISIT**  
Your Way-Strides - Pre-registration to Discharge

**OUTPATIENT CARE CENTERS**  
Outpatient Medical Services

**SPECIALIZED SERVICES**  
Centers of Excellence and Continuing Care

**COMMUNITY HEALTH CALENDAR**  
Events, Classes, Support Groups - Register Online

**SARASOTA MEMORIAL HEALTHCARE FOUNDATION**  
Advancing Healthcare through Philanthropy

**HEALTHLINE - FIND A PHYSICIAN**  
Find A Physician & Healthcare Resources



**ADVANCES IN HEALTHCARE**  
Emerging & Innovative Medical Services



**COMMUNITY OUTREACH**  
Promoting Health through Services & Partnerships



**HEALTH E-CLICKS NEWSLETTER**  
What's New at Sarasota Memorial



**MESSAGE CENTER**

Welcome to Sarasota Memorial's newly designed website. We hope you will find it easier to navigate and more informative than ever! Your comments are welcome!  
www.sarasotamemorial.com

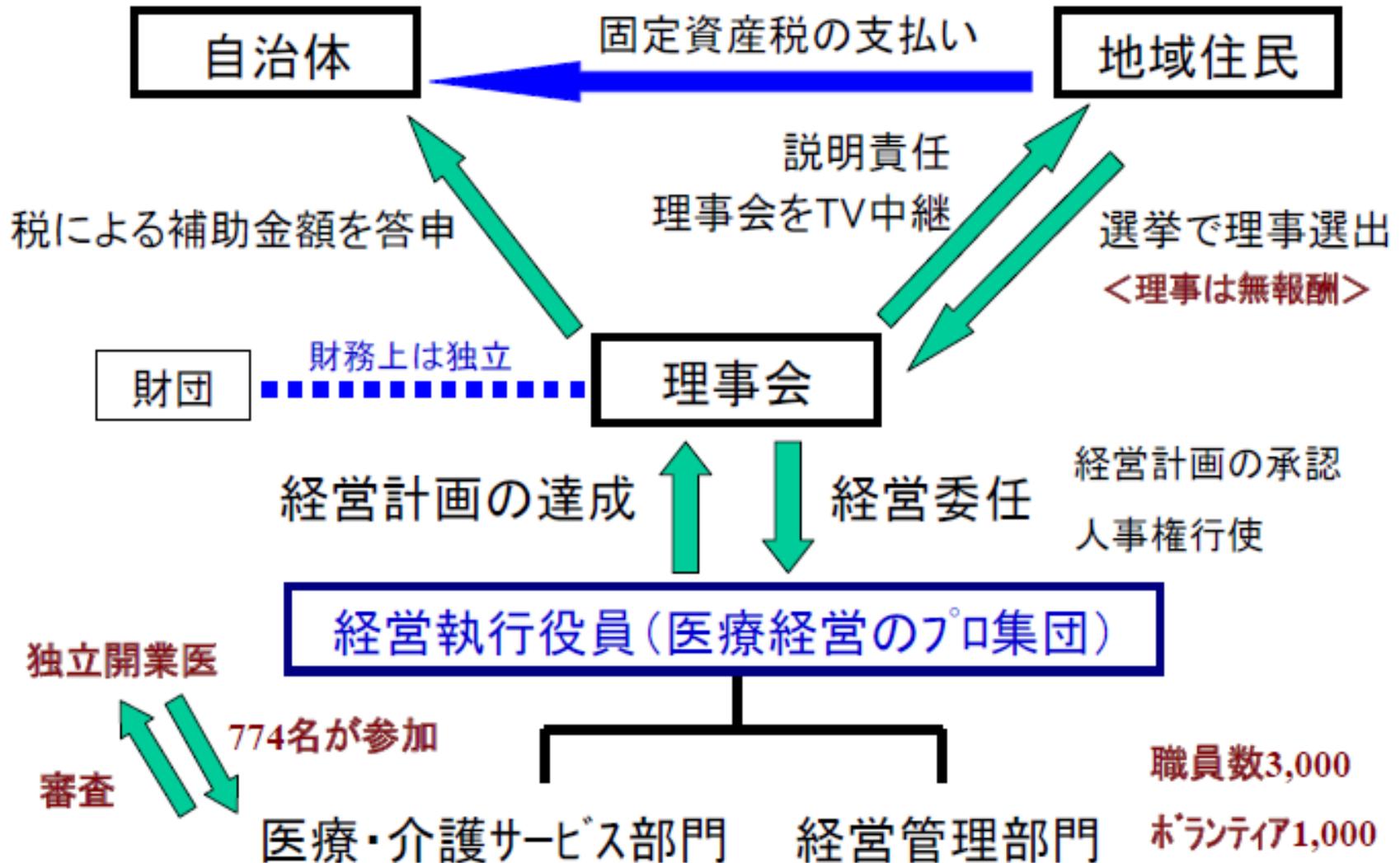
1 ページが表示されました

スタート | Sarasota Memorial H. | Microsoft PowerPoint

1251

# Sarasota Memorial Health Care System

ガバナンスは地域住民(自治体)、経営は民間プロ



# 米国の自治体立IHNのガバナンスの特徴

## (特徴①)

### 不採算医療から逃げることは許されない

フロリダ州サラソタの場合、2004年の初め、ライバルである株式会社病院が赤字である産科医療から撤退した。その結果、自治体病院であるサラソタが地域医療圏内の産科医療の大半を担うこととなり病院の収支が悪化、大きな経営改革(リストラ)実施を余儀なくされた。

## (特徴②)

### 固定資産税収入で財源補填するルールが明確になっている

## (特徴③)

経営努力で税による財源補填を大きく上回る慈善医療等を実施

慈善医療等 = 当初計画した慈善医療 + 未収金の貸し倒れ

# 自治体立IHNの例① サラソタ郡Sarasotaの収支構造

<単位 千ドル>		2005／9月期		2006／9月期	
① 収入		443,649	100	478,523	100
医療サービス(慈善医療等控除後)		394,105	88.8	400,679	83.7
自治体補助(固定資産税)		22,071	5.0	35,433	7.4
投資収益		12,854	2.9	18,834	3.9
その他収入		14,619	3.3	23,577	4.9
② 支出		447,464	100.9	451,259	94.3
うち(慈善医療費等の費用)		(63,974)	(14.4)	(92,180)	(19.3)
人件費		225,939	50.9	230,305	48.1
金利		10,946	2.5	13,989	2.9
減価償却		34,326	7.7	34,189	7.1
その他支出		176,253	39.7	172,776	36.1
③ 最終損益 (①－②)		▲ 3,815	▲0.9	27,264	5.7

# Sarasota Memorial Hospital

## 規模は小さいがグローバルスタンダード



基幹病院 Sarasota Memorial Hospital

連邦立等を除く全米約5千病院の中での診療科別ランキング(2006)

心臓科	24位
整形外科	30位
消化器科	42位
呼吸器科	44位
婦人科	49位
癌科	50位

**トップ 1%!**



日本でも医業収入500億円超であればグローバルスタンダード達成可能



# UPMCの事業構造

～2006年現在～

非営利ホールディングカンパニー

経営管理サービス

情報システム  
人事、財務、法務  
リスクマネジメントなど

医療サービス

病院 19、癌センター 40  
プライマリケア拠点数 400

医療保険(株)

加入者数 71万人  
(注)ライバル保険会社の加入者も患者として受け入れる

多角化子会社群

リハビリテーション施設 50  
海外病院コンサルなど国際事業  
画像診断  
在宅ケア  
高齢者生活介助施設 16  
検査  
臨床治験 など

医療圏はペンシルバニア州の西半分

人口 約 400万人

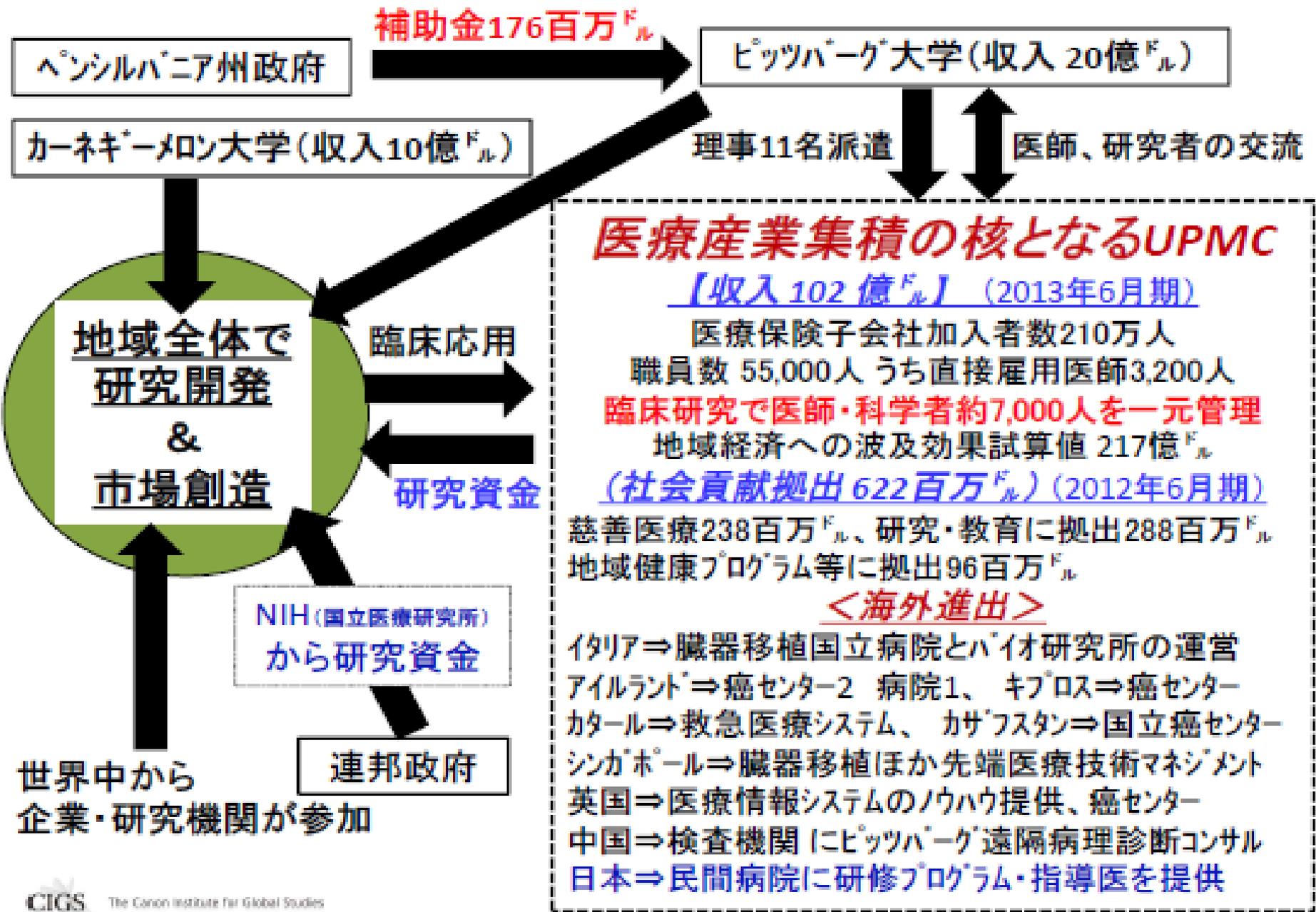
従業員数 4万3千人

参加医師数 4,500人(うち直接雇用医師 2,300人)

UPMCの医療圏(人口約400万人)

UPMCの病院医療市場シェア  
ピッツバーグのあるアルゲニー郡で60%  
同一医療圏にライバルIHNが存在  
⇒市場独占は独禁法に抵触





## 日本の大学附属病院は世界基準から見れば弱小零細事業体

(単位:億円) 1US\$=100円換算	2012年3月期			2012年6月期	
	大阪大学	京都大学	東京大学	ピッツバーグ	カーネギーメロン
収入	1,312	1,450	2,173	1,956	1,062
授業料・入学料	124	137	139	525	367
<b>附属病院収益</b>	<b>334</b>	<b>315</b>	<b>420</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
運営費交付金	473	523	827	176	0
その他	381	475	787	1,255	695
総資産	4,396	4,513	13,371	5,362	2,374
うち土地	2,234	1,666	8,897	51	45
純資産	3,083	2,886	10,717	3,400	1,628
うち政府出資金	2,684	2,445	10,035	0	0
国立大学45病院、6医療センター全体合計 8,887億円				UPMC:1地域で1兆円	

附属病院を分離し、医療事業体を創ることこそが大学プラント戦略

# 米国以外のIHN



オーストラリア



カナダ

# オーストラリアの医療公営企業IHNの例

## Monash Health (メルボルン)

<2013年6月期データ>

担当医療圏人口 約100万人

職員数 9,471人(うち医師数1,277)

事業拠点数 40超

総収入 1,342百万豪ドル



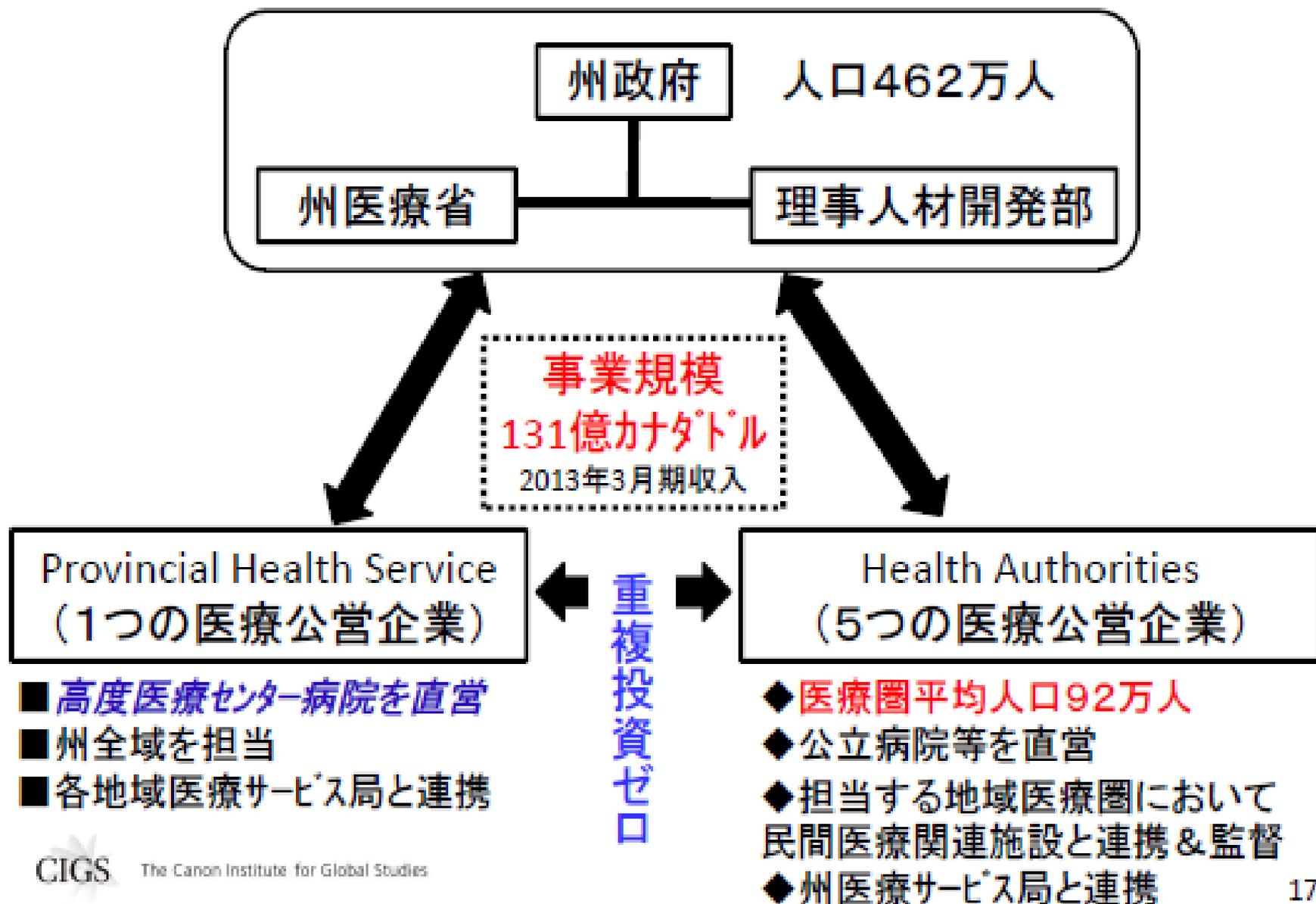
Monash Health is proud to provide integrated health care to one quarter of Melbourne's population.

We improve the health of our community through:

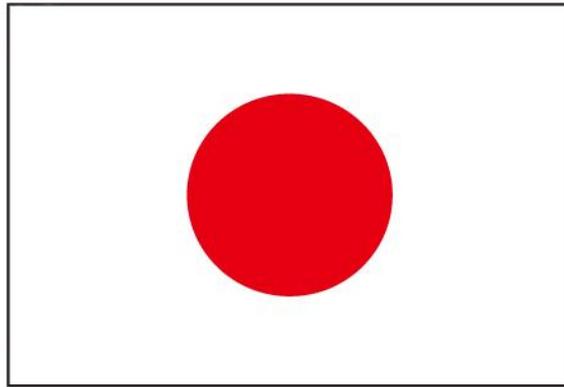
- Prevention
- Early intervention
- Community based treatment and rehabilitation
- Highly specialised surgical and medical diagnosis, treatment and monitoring services
- Hospital and community based mental health services
- Comprehensive sub-acute and aged care programs
- Palliative care
- Research
- Education

日本の制度で分類すると広域の地方独立行政法人  
ホールディングカンパニー機能を持たない非営利IHN

# カナダ British Columbia州の医療公営企業



# 日本版IHN事例



# 日本の非営利IHNの事例①

## 長野厚生連

“垂直統合により”国・公立病院以上に公益機能を発揮しながら黒字経営

2分割してダウンサイジング

- ①高度医療センター(450床)
- ②現病院は地域支援病院(300床)



鹿教湯病院(441床)



北信総合病院(622床)



佐久総合病院(821床)



新町病院(140床)



三才山病院(237床)



富士見高原病院(149床)



篠ノ井病院(433床)



下伊那厚生病院(99床)



附属若穂病院(60床)

医療圏人口  
215万人  
検診者数  
年間40万人



事業拠点数 70



美里分院(120床)  
精神



小海分院(99床)



小諸厚生総合病院(320床)



長野松代総合病院(365床)



安曇総合病院(312床)

# 2014年4月開院した 佐久医療センター(450床)



国公立病院以上に政策医療を担う長野厚生連は補助金抜きでも経常黒字

<単位:百万円>		2010年度	2011年度
①事業収益		85,765	86,741
	医業収益	79,257	79,675
	訪問看護収益	1,049	1,064
	施設運営収益	3,787	4,105
	その他	1,672	1,897
②事業費用		83,445	85,632
③事業外損益		350	355
④経常利益(①-②+③)		2,671	1,464
	経常利益率(④÷①)	<b>3.1%</b>	<b>1.7%</b>
⑤特別損益		505	311
	うち一般補助金収益	1,151	908
⑥税引前当期利益(④+⑤)		3,175	1,775
⑦法人税・住民税及び事業税		1	1
⑧当期剰余金(⑥-⑦)		3,174	1,774
	最終利益率(⑧÷①)	3.7%	2.0%

へき地に立地したのもも含め全病院が黒字

急性期から在宅まで全ての機能を果たせば黒字

診療・介護報酬が全体として低すぎることはない

地域医療崩壊の原因は報酬水準ではない

<減益の理由>

高度医療センターのための先行投資

## セーフティネット事業体の模範例② 社会福祉法人聖隷福祉事業団

浜松市リハビリテーション病院 180床  
指定管理者



聖隷浜松病院744床



聖隷三方原病院874床



聖隷淡路病院152床



聖隷横浜病院300床



浦安せいの里  
浦安ベテルホーム  
浦安聖光園  
浦安せいのクリニック



聖隷佐倉市民病院294床



2012年4月現在事業拠点数

(出所) 聖隷福祉事業団WEBサイト

病院	6	有料老人ホーム	10	コミュニティセンター	2
クリニック	1	グループホーム等	2	在宅介護支援センター	2
障害者施設	13	デイサービスセンター	9	地域包括支援センター	5
特別養護老人ホーム	13	保育園	12	ケアプランセンター	12
介護老人保健施設	3	訪問看護ステーション	15	デーサービスセンター	11
軽費老人ホーム	3	訪問ヘルパーステーション	7		

## 社会福祉法人聖隷福祉事業団の収支

＜単位：百万円＞		2010	2011	2012
①事業活動収入		88,793	90,474	94,230
	うち経常経費補助金収入	564	599	477
	借入金元金償還補助金収入	114	114	114
	国庫補助金等特別積立金取崩額	502	529	544
②事業活動支出		85,887	88,515	91,454
③事業活動外収入		1,771	1,751	1,681
	うち借入金利息補助金収入	23	19	15
	運営費補助金収益	872	820	739
	施設設備補助金収益	196	212	227
④事業活動外支出		632	596	539
⑤経常収支差額(①－②＋③－④)		4,045	3,114	3,917
⑥経常収支差額率(⑤÷①)		<b>4.6%</b>	<b>3.4%</b>	<b>4.2%</b>
⑦補助金合計		2,271	2,292	2,116
⑧補助金抜き経常収支差額(⑤－⑦)		1,774	822	1,801
⑨補助金抜き経常収支差額率		<b>2.0%</b>	<b>0.9%</b>	<b>1.9%</b>

福祉事業込みでも補助金抜きで黒字達成



# パート5

## 公立病院経営改革ガイドライン

### ～再編ネットワーク化～



公立病院経営悪化

## 自治体が設置者である公立病院の財務データ

(億円)

	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
経常収益	3兆9,597	3兆9,646	3兆9,558	3兆9,203
うち 医業収益	3兆4,464	3兆4,463	3兆4,510	3兆4,229
国庫(県)補助金①	163	175	189	200
他会計繰入金②	5,437	5,519	5,280	5,191
経常損益	▲1,845	▲1,103	56	95
累積欠損金	▲2兆1,368	▲2兆1,571	▲2兆0,707	▲2兆0,326
資本支出の公的補助③	1,785	2,078	2,077	2,257
うち 国庫(県)補助金	129	165	250	434
他会計からの出資金・ 負担金・補助金	1,656	1,913	1,827	1,823
公的補助の合計①+②+③	7,385	7,772	7,546	7,648



単独施設経営の発想に固執した過剰設備投資を放置することは公費の無駄

# 公立病院改革ガイドラインのポイント

(平成19年12月24日付け総務省自治財政局長通知)

◎地方公共団体は、平成20年度内に公立病院改革プランを策定

(経営効率化は3年、再編・ネットワーク化、経営形態見直しは5年程度を標準)

◎経営指標に係る数値目標を設定

◎経営形態の見直し

\* 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、  
指定管理者制度、民間譲渡を提示

◎再編・ネットワーク化

- \* 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- \* 病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討
- \* 4つのモデルパターンを提示

How?

成功の条件  
は？

## 病院サバイバルの選択肢

選択肢	民間病院	公立病院 (自治体病院)
①機能を明確にし得意分野に 専門特化 ⇒選択と集中を徹底的に実践	○	X
②診療報酬改定の影響を中和できる 程の品揃えと規模の医療事業体とな り、財源が自己増殖する仕組み“IH N”を構築する。	○	◎

(注)“専門特化”は各設置者が運営する医療事業体全体で判定

⇒都道府県が「がんセンター」、「子供病院」等を設置することは容認される

# わが国で地域医療提供体制が崩壊している原因

地域医療提供体制の経営効率を高めるためには、医業収益・疾病構造に合わせて絶えず施設&機能のポートフォリオを変革しなければならない。



わが国の場合、同一医療圏内で経営主体の異なる公立・公的病院が重複投資を行い過当競争、財源浪費に陥っている。



地域医療提供体制のガバナンスが確立されてない



経営統合に合意できた自治体病院が“ネットワーク”の形を作っても成功するとは限らない。

## 発想の転換①

# 連携ではなく統合

連携では、医療資源配分的意思決定が一元化できていないため、利害対立が発生した途端に崩壊する。



日本で推奨されている地域連携パス、マグネットホスピタルは脆弱。

マグネットホスピタル＝500床のコアホスピタル→全ファンクション(機能)を漏れなく総合して圏域全体の医療の安全を保障するには500床の規模は必要。?

<出所:宮城県仙南地域医療体制検討部会の論点整理>

◎医療圏全体での医療資源最適配分を考えた場合“巨艦病院”の必然性はない

◎マグネットホスピタルは大病院上位の発想、IHNは医療施設間に優劣ない共同体



わが国の地域医療提供体制再構築のためには、地域の医療資源 & 経済的・政治的利害を共有した医療事業体の存在が不可欠<sup>42</sup>

## 発想の転換②

# 統合・再編・ネットワーク化の目的は縮小均衡ではなく拡充

＜医療施設単位の発想到束縛された日本の政府・自治体＞

- 日本では自治体病院をはじめとする公立・公的病院を改革するにあたり、財政難を理由とした地域医療提供体制の縮小均衡が不可避であるかのようなキャンペーンが行われている。
- 病院が診療所になることを医療後退と誤解する議会、自治体長。



- \* 国民が求めているのは医療の縮小均衡ではなく拡充
- \* 医療へのアクセスが今より向上する改革案を提示せねばならない



IHN構築により広域医療圏単位で重複・過剰投資をゼロにすれば、浮いた財源で多数のサテライト施設を建設し、地域医療の拡充を地域住民に実感してもらうことが可能。

注) 病院を入院に特化させ、外来をサテライト施設にするだけで多額の財源が浮く

# 公立病院改革ガイドライン

- 背景
  - 公立病院経営悪化
  - 自体財政悪化
- 公立病院改革プラン
  - 2007年総務省の懇談会スタート
  - 2008年プラン作成
- 公立病院改革プランの3つの柱
  - ①経営効率化
    - 3年程度(2010年ごろまで)
  - ②再編・ネットワーク化
    - 5年程度(2012年ごろまで)
  - ③経営形態の見直し
    - 5年程度(2012年ごろまで)

# ①経営の効率化

- 経営指標に係る数値目標を設定
  - － 1) 財務の改善関係(経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率など)
  - － 2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保など
- 一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目途
  - － (地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目途)
  - － 病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し

## ②再編・ネットワーク化

- 都道府県は、再編・ネットワーク化に医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
- 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- 医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討

水平統合をめざして

パターンⅠ

再編前



A市立病院(250床)



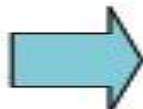
B市立病院(200床)



C町立病院(50床)



D町立診療所(無床)

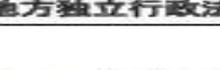


再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



新設S病院(400床)



B地区診療所(無床)



C地区診療所(無床)



D地区診療所(無床)

パターンⅡ

再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



B地区病院(基幹病院-400床に増床)



C地区診療所(19床・救急機能)



D地区診療所(無床)

パターンⅢ

再編前



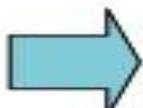
日赤S病院



A町立病院(50床)



B町立病院(50床)



再編後

指定管理者



日赤S病院  
(A、Bに医師派遣等)



A町立診療所(無床)



B町立診療所(無床)

パターンⅣ

再編前



S総合病院  
(S医療法人)



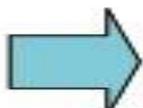
A県立病院(200床)



A市立病院(200床)



B町立病院(50床)



再編後

指定管理者



S総合病院  
(S医療法人)

A県立病院とA市立病院を統合



公立A医療センター  
(350床)



B町立診療所(19床・救急機能)

### ③経営形態の見直し

- 人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
- 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

## 参照：公立病院事業の主な経営形態

	地方公営企業法 全部適用	独立行政法人 非公務員型	指定管理者制度
開設者	地方公共団体	地方独立行政法人	地方公共団体
事業責任者	病院事業管理者	法人の長(理事長)	受託事業者(公益法人、医療法人等)
病院の位置づけ	都道府県が設置する地方公営企業	都道府県が設置する地方独立行政法人	公設民営
職員の身分	地方公務員	民間職員と同様	受託者の職員(民間職員)となる
経営	管理者の権限と責任において経営を行う	設立団体の長(知事)が中期目標を設定する	受託契約の範囲内で受託者が事業を実施する

# 公立病院再編事例

経営形態見直しと  
再編ネットワーク化

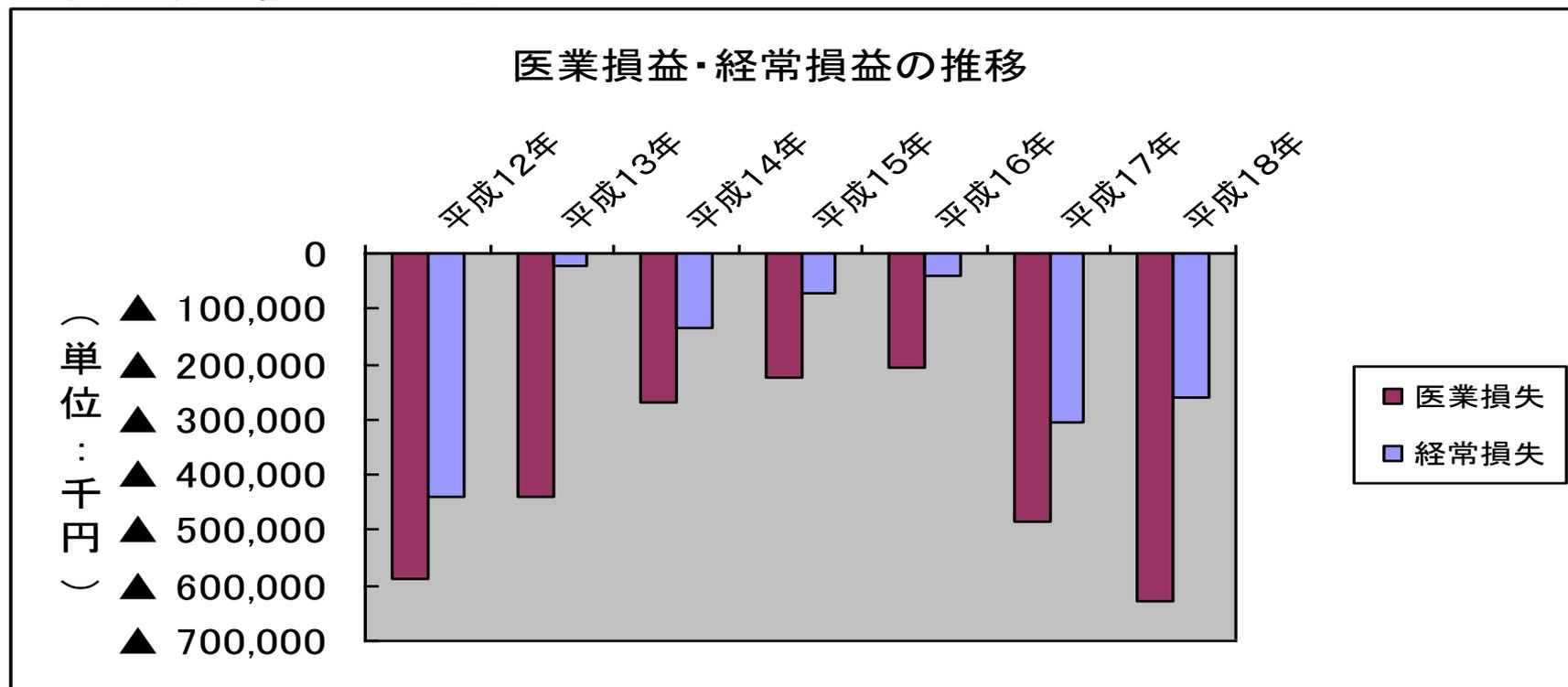
# 事例：指定管理者 富山県氷見市民病院 ～医科大学附属病院としての再生～

- 金沢医科大学付属病院を指定管理者として、公設民営で2008年4月1日から再スタート。  
数値目標として財政健全化達成
- ◆ 医科大学が公立病院の指定管理者になるのは全国でもめずらしい⇒**公立病院の経営モデルに**
- 「聖域」無き改革に挑戦し効率的な運営体質がつけられた。
- 分限免職・本庁と一体で委員会報告を忠実に実行した。
- 氷見堂故市長は最後までぶれなかった。

# 事例：氷見市民病院 改革前収支

医業損益は平成16年度までは改善していたものの、平成17年度から悪化へ転じ、18年度には医業損失が6億円を超える予測であった。

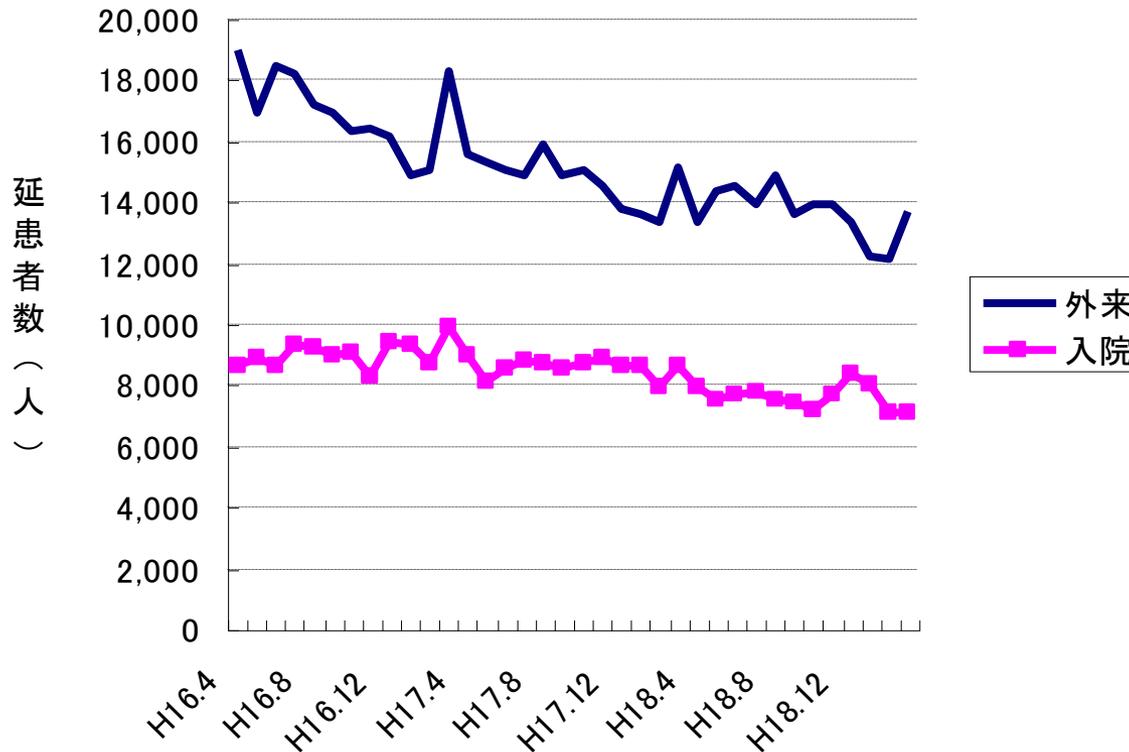
経常損益も平成16年度までは概ね低位で推移していたものの、平成17年度から損失の額が増加している。



# 事例：氷見市民病院 改革前患者数

医師不足問題が表面化するずっと以前から、患者離れは進んでおり、これは自治体病院の全国的な傾向となっている  
近隣の高岡市に患者は流れていた。

過去3カ年の患者数の推移



# 事例 金沢医科大学を指定管理者として付属病院化した

- 現在、金沢医科大学氷見市民病院として指定管理者制度のもとに経営を行っている
- 医師、大学が経営している強みを活かし、充足している。臨床研修医とのマッチング率100%
- 看護師支援の施策を行っている。

経営改革そのものは難儀しながらも成功した。

⇒良い経営を継続するためには、改革後も「魅力のある病院づくり」というフォローが必要

# 平成23年9月1日 新病院建築移転 建設費 約50億円という賢明な選択



# 2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発刊**

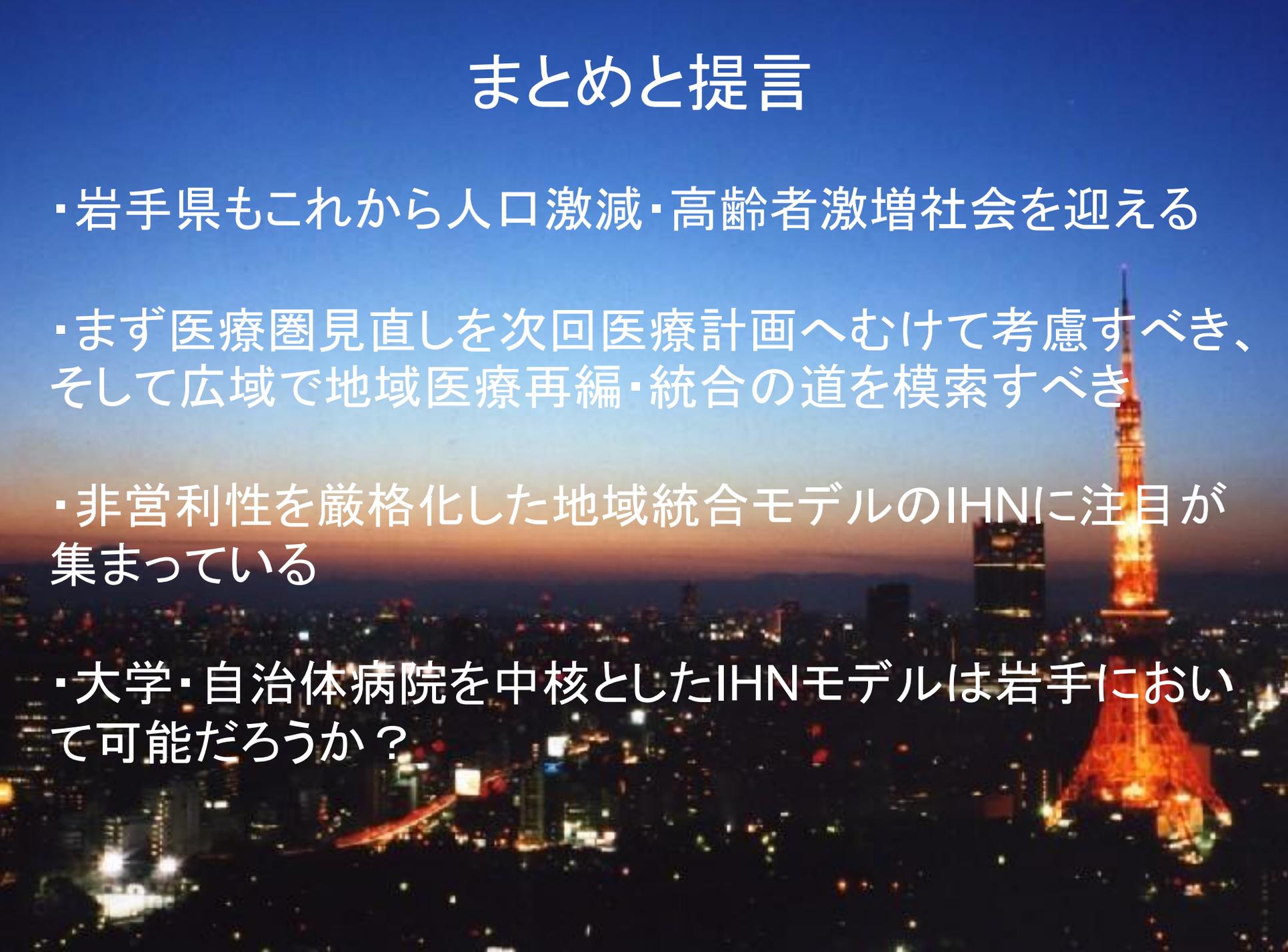


これは  
良く分  
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

# まとめと提言

- ・岩手県もこれから人口激減・高齢者激増社会を迎える
- ・まず医療圏見直しを次回医療計画へむけて考慮すべき、そして広域で地域医療再編・統合の道を模索すべき
- ・非営利性を厳格化した地域統合モデルのIHNに注目が集まっている
- ・大学・自治体病院を中核としたIHNモデルは岩手において可能だろうか？



# ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで「お友達募集」をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト  
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[gt2m-mtu@asahi-net.or.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)