

地域医療の確保に関する課題
東京大学 制作ビジョン研究センター 特任教授 尾形 裕也 氏

1. 医療・介護提供体制の長期ビジョン

2025年ビジョン

2006年 小泉構造改革 医療制度構造改革

高齢者医療制度、生活習慣病、特定医療制度

急性期医療 9日程度にする

居住系 特定施設 グループホーム

2025年 31万人分が61万人分に。居住系は伸ばしているが、長期療養や介護施設は抑えている。在日数だけ短すると医療レベルが下がり、地域の対応でお金がかかる。

政策選択

- ・「社会保険」は「連帯」が基礎
- ・地域差に対する配慮から「地域医療ビジョン」へ

病床数の地域差。西高東低の傾向にある。

医療の西高東低はどうしておこっているのか。アメリカは、所得水準の差。日本は、高くない県に病院が多い。その県の医療費はその県の税収で賄っている訳ではない。

療養病床比 6.9 医療提供側で決まっている

2. 医療計画の見直し

2008年「4疾病5事業」の重視

2013年「4疾病」+精神疾患＝「5疾病」

災害医療の見直し

在宅医療の重視

改革シナリオの方がコストがかかる。現状投映シナリオ＝安かろう悪かろう。

地域医療に貢献しているのか。各病院がポジショニングを明確にすると医療の質が高くなる。一日あたり高い単価になる。

事例：福岡県における在宅医療の課題

目標を在宅看取り率を引き上げていく。

※地域の医療計画を確認

3. 病床の機能別区分と地域医療構想（ビジョン）

- ・「旧跡病床群（仮称）」をめぐる議論

一般病床の切り分け論が浮上し、現在の一般病床を3つに切り分ける。DPC対象病院は旧跡病院に特化している。ケアミックス・・・機能が混ざっている。どうやって切り分けていくのか。一般病床と療養病床も加えて検討。

日本は、一日あたり包括。14日を過ぎると診療報酬が落ちるため、平均在院日数が15日になっている。

※DPC対象病院 全国1600/8400病院

「診断群分類別包括評価」という入院医療費の定額支払い制度を導入している病院

※DPCのメリット

- ①無駄な医療費が削減される。
- ②それぞれの診断群分類ごとに患者のデータを集積し、個々の患者に対する診療行為の適切性を評価することが可能

4. 地域医療・介護総合確保推進法

・地域医療構想のガイドライン

- ①あるべき将来の医療提供体制の姿
- ②2025年の医療需要の推計方法
- ③2025年の各医療機能の必要量の推計方法
- ④あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等
- ⑤地域医療構想を策定するためのプロセス

5. 医療機関経営戦略論

ミッション（使命）・ビジョン（未来像）・ストラテジー（戦略）

その組織は何のためにあるのか。ミッションは何か。将来についての生き生きとしたビジョンを描く必要。その中で、どういうストラテジーを構築するか。

・診療報酬をまとめているサイト

厚労省 中央社会保障医療協議会 コスト調査分科会

DPC病院 部門別原価計算

大きく入院と外来と分けて入院は黒字、外来は赤字。トータルでは黒字

無償診療所（増えてきている）。外来は黒字

何故、同じ外来なのに収支が違うのか。診療報酬が同じだから。ベッドのない診療所は黒字になる。しかし、急性期病院は赤字になる。コストがかかる。外来患者を取って入院に繋げる＝神話バスで通う人＝元気な人で入院にはつながらない。

病院が赤字の外来患者をたくさん集める戦略に意味はあるのだろうか。外来患者を取って入院に繋げていく手法は職員が疲弊する。外来患者はどうやってとるのか。紹介状を持ってくる人。スクリーニングが終わっているので入院に繋がる確率が高い。救急で搬送され

てくる人は半数以上軽症。バスは診療所の発想。

・急性期医療における事例「熊本モデル」の雄

戦略的に不便な所に移設した。

色んな病院が同じ。質が悪くなる。ポジショニングを明確にすること。

急性期（非救急型）公機能病院は、アクセスの悪いところにこそ立地すべき。

ブティックで、コンビニと同じものを売っているのか。（ポジショニング論）

急性期病院の顧客は、患者とディーラーとしてのかかりつけ医だ。

病院経営は植木とは違う。熊本でうまく行ったからといって、よそへ移植などできない。（コンテクト依存症）医療も結局、国民の血税と保険料で支えられているのだから、医療提供側には高い志、ノブレス・オブリージュが求められているのは当然。

以上