

東薬工 第206回教育研修講習会

2025年に向けた新たな医療体制について —医療行政、医療制度に関する最近の話題等—

株式会社日医工医業経営研究所（日医工MPI）

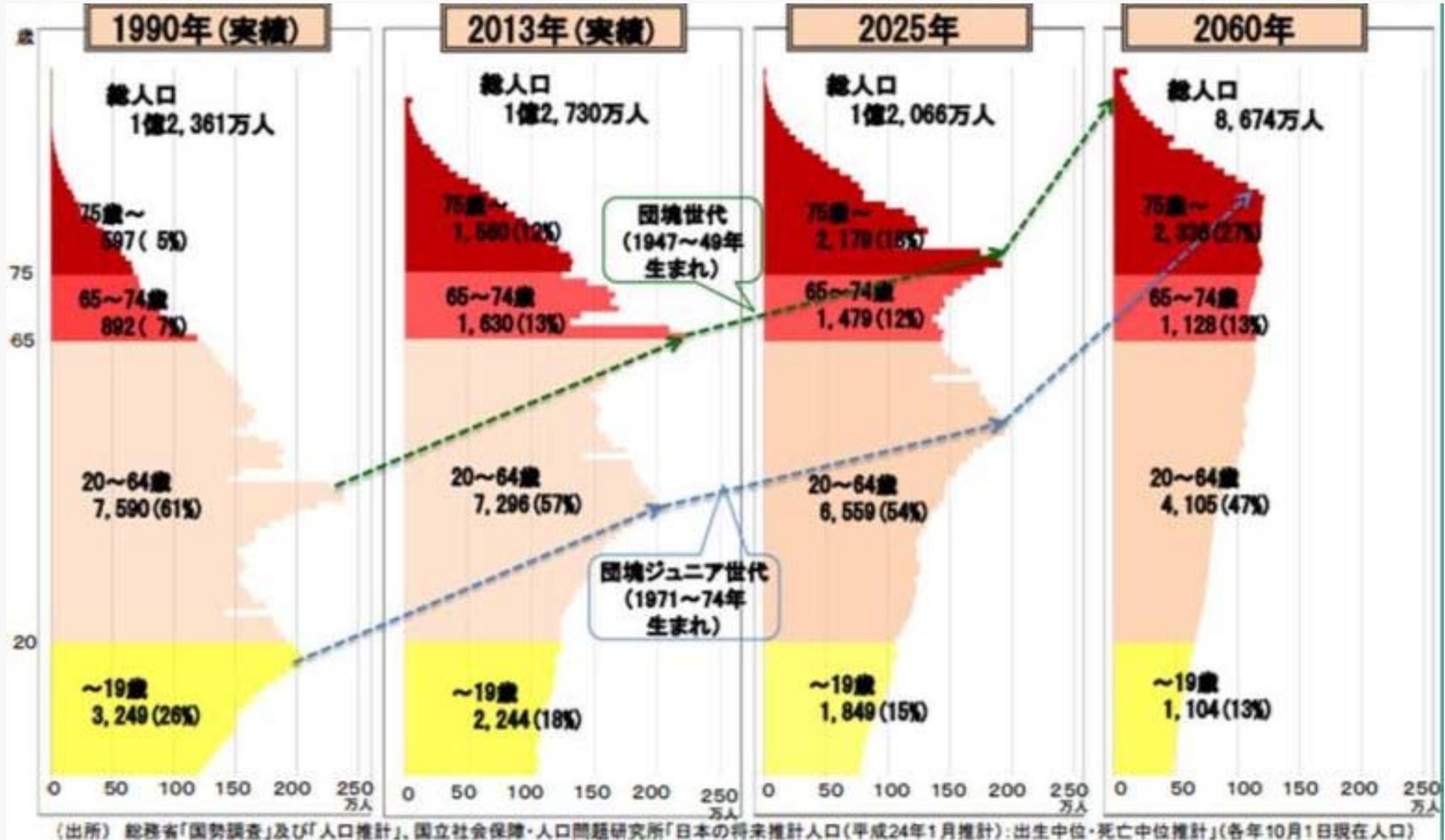
代表取締役所長 菊地祐男

2015年1月20日

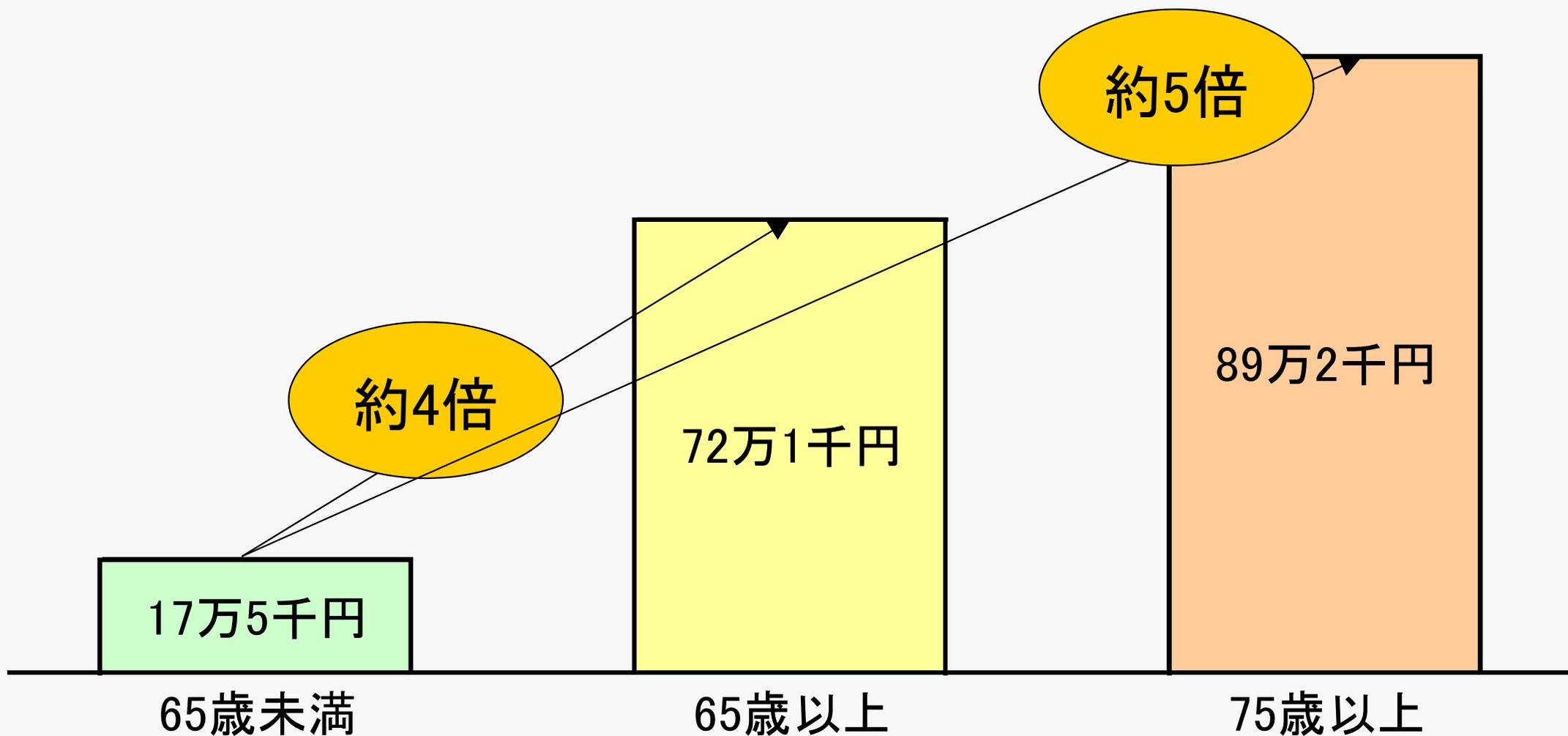


株式会社日医工医業経営研究所

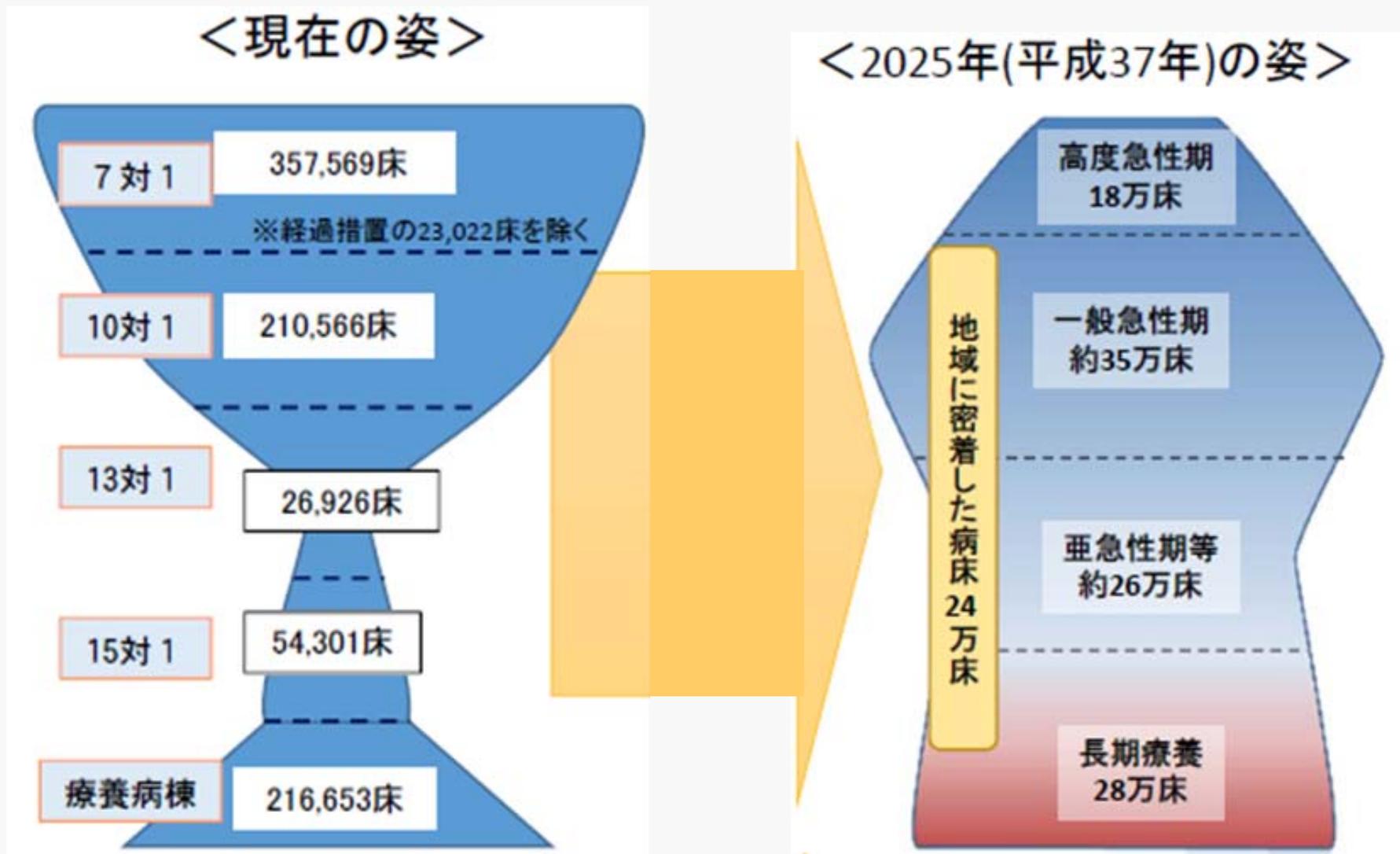
2025年に問題



一人当たりの医療費（年間）



病床の効率化（病床再編）

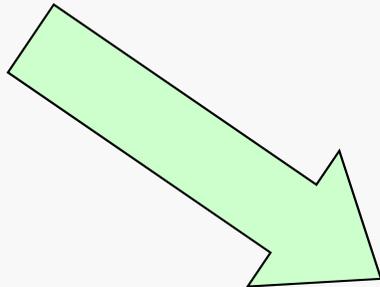


平成26年度診療報酬改定の概要（平成26年3月19日版）より抜粋

病床区分の再編の手段（2014年度診療報酬改定）

7対1病床の削減（2012年度診療報酬改定）

- 看護必要度（10%→15%）
- 平均在院日数（19日以内→18日以内）



2012年度の診療報酬改定の結果、7対1病床は逆に増加したため、2014年度はさらに厳しい改定になった。

7対1病床の削減（2014年度診療報酬改定）

- 在宅復帰率75%（経過措置：平成26年9月30日）
- 特定除外制度の見直し（ 〃 ）
- 「重症度、医療・看護必要度」の見直し（ 〃 ）
- 短期滞在手術基本料3（ 〃 ）
- データ提出（経過措置：平成27年3月31日）

診療報酬改定以外にも、医療法等の改正も行い、なんとしても2025年度に目指す病床再編計画の実現を目指す。

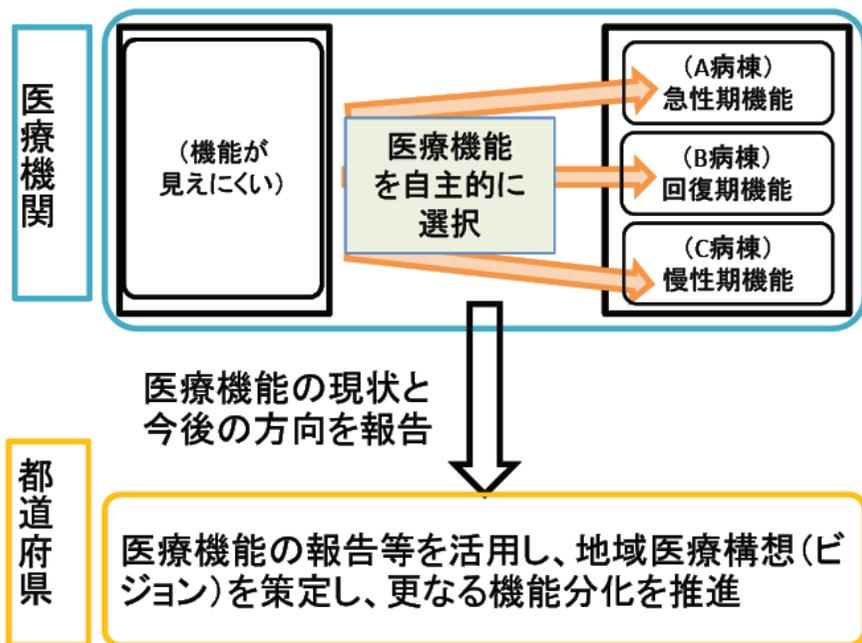
「地域医療ビジョン」と「病床機能報告制度」

地域医療構想（ビジョン）

病床機能報告制度等で収集した情報を利用して都道府県が策定するビジョン

【地域医療ビジョンの3つの内容】

- ①2025年の医療需要（入院・外来別、疾患別の患者数など）
- ②2025年に目指すべき医療提供体制
2次医療圏（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
（医療機能の分化・連携を進めるための施設整備、医療従事者の確保や養成など）



報告期間は毎年10月1日10月31日
(2014年度のみ11月14日まで期限延長)

病床機能報告制度

各施設の病床機能の現状と方向性を毎年病棟単位で都道府県に報告する制度。2014年10月から運用を開始し、都道府県は医療需要の将来推計と調整をしながら、2015年度からの地域医療ビジョン策定に反映させるとともに、医療機関の自主的な取り組みを進める。

病床機能の分類：「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」

医療機関が報告する医療機能

◎各医療機関（有床診療所を含む。）は病棟単位で、以下の医療機能について「現状」と「今後の方向」を都道府県に報告する。

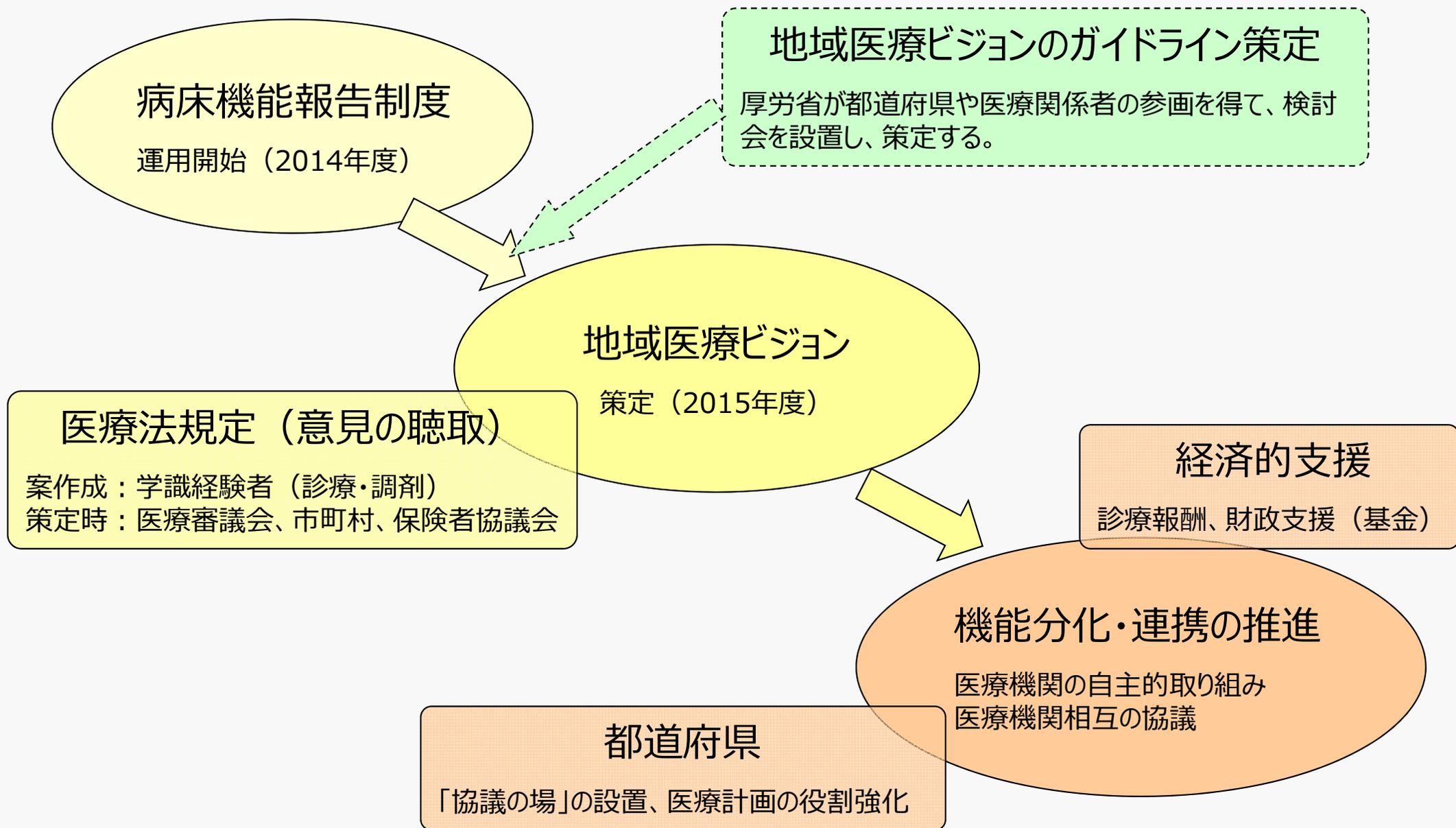
※「現状」は、毎年7月1日時点（基準日）の医療機能とする。「今後の方向」は、基準日から6年が経過した時点の医療機能とする。2025年時点の医療機能については、参考情報として、任意での報告とする。

医療機能の名称	医療機能の内容（定性的基準） →将来的には定量的基準に変更する
高度急性期機能	○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
急性期機能	○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
回復期機能	○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）
慢性期機能	○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

（注）一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

- ◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように、併せて、具体的な報告項目を報告する。
- ◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

地域医療ビジョン 実現までの流れ



地域医療ビジョン実現のための具体的な方法

「協議の場」の設置（都道府県は、医療関係者、医療保険者等と協議を行う場を設置する）
医療機関相互の協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

（２）都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

・医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合

医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとする。

転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

・「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合

医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。（現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。）

医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置

医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

イ、医療機関名の公表

ロ、各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外

ハ、地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

2025年度の病床数と介護施設

(図) 病床数推移(万床)

2011年度
166万床



2025年度
159万床



(表) 介護施設推移(万床)

	2011年度	2025年度
特養	48	72
老健等	44	59
居住系	31	61
在宅	273	449

参考: 208回中医協総会配布資料より(2011年11月25日)

医療介護総合確保推進法

医療介護総合確保推進法

2014年6月18日参議院本会議で「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が可決・成立しました。
 これは医療法や介護保険法など19の法案をとりまとめたもので、この内容に従って各法が改正されます。



医療介護総合確保推進法の概要

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

<趣旨>

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、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

<概要>

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)

①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)

①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想(ビジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定

②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化(介護保険法関係)

①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行し、多様化※
地域支援事業:介護保険財源で市町村が取り組む事業

②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化

③低所得者の保険料軽減を拡充

④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ(ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き)

⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

①診療の補助のうちの特定期間を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ

③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

④介護人材確保対策の検討(介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期)

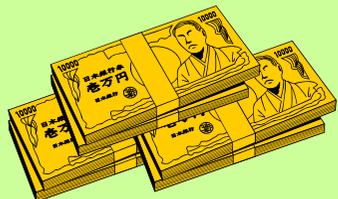
施行期日

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

医療介護総合確保推進法の概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ① 新たな基金の設置
（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）
- ② 医療介護連携の基本方針策定



2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ① 病床機能報告制度と地域医療ビジョンの策定
- ② 地域医療支援センターの法定化
（医師確保支援）



3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ① 予防給付の地域支援事業移行
- ② 特養入所基準の見直し
（要介護3以上）
- ③ 低所得者の保険料軽減
- ④ 一定以上所得者の自己負担引き上げ
- ⑤ 補足給付要件見直し

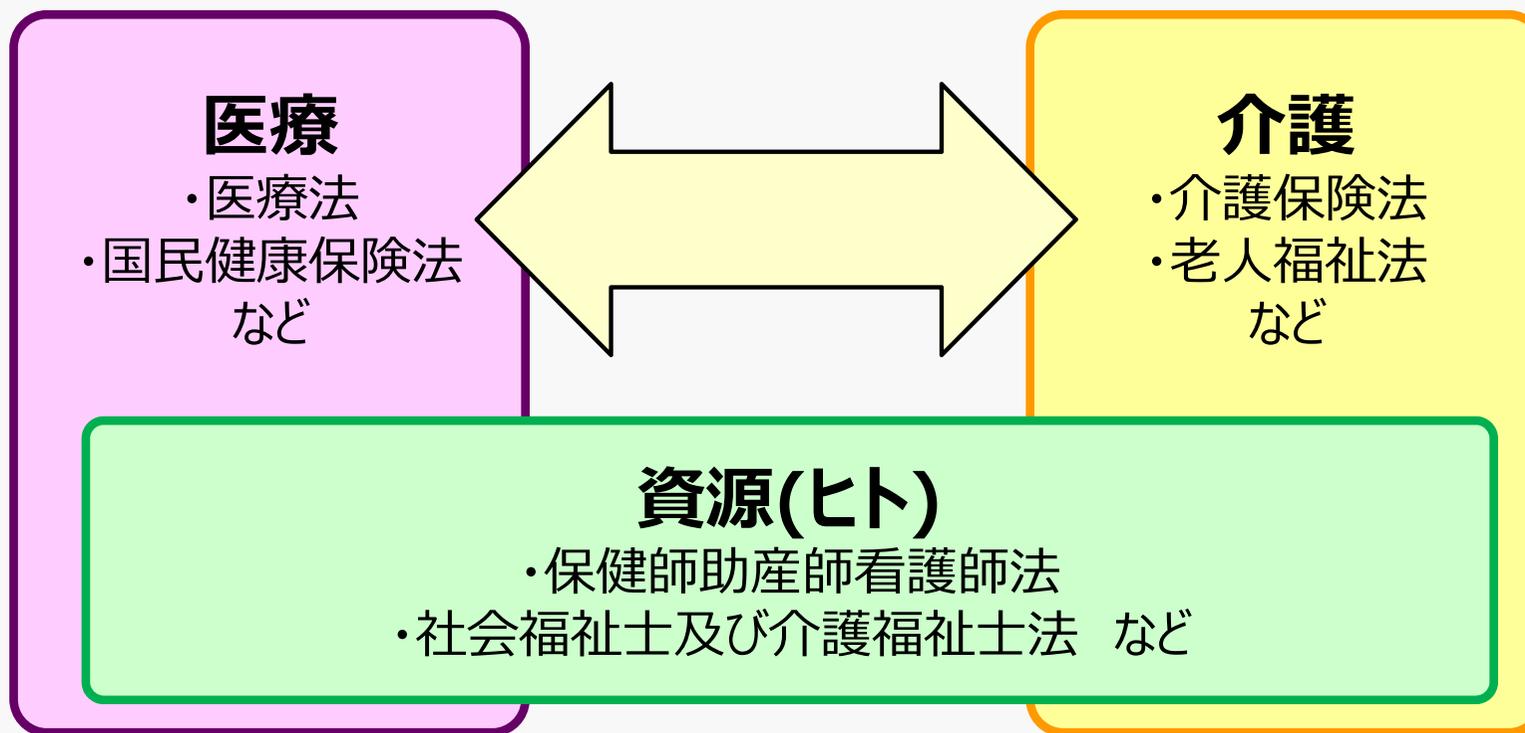


4. その他

- ① 看護師の特定行為明確化
- ② 医療事故調査制度
- ③ 社団と財団の合併
・持分なし医療法人への移行促進
- ④ 介護人材確保対策の検討
（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行を27年度から28年度に）



地域包括ケアシステムを構築するための法整備



地域包括ケアシステムを構築するために、
医療、介護等関連法を横断的に改正

医療介護総合確保推進法

2014年6月18日
参議院本会議で
可決・成立

社会保障制度改革国民会議

医療、介護、年金、少子化対策

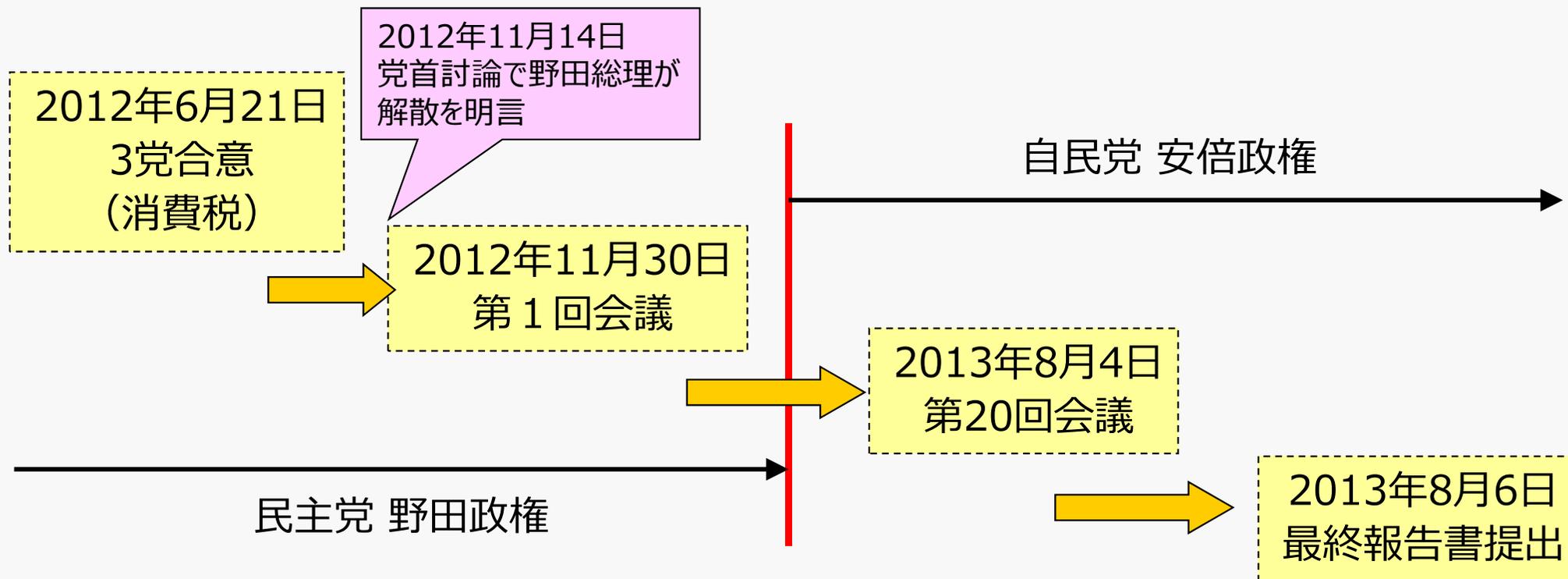
「社会保障制度改革国民会議」

社会保障政策推進の課題

政権交代で
一貫性に支障

国会議員の関与

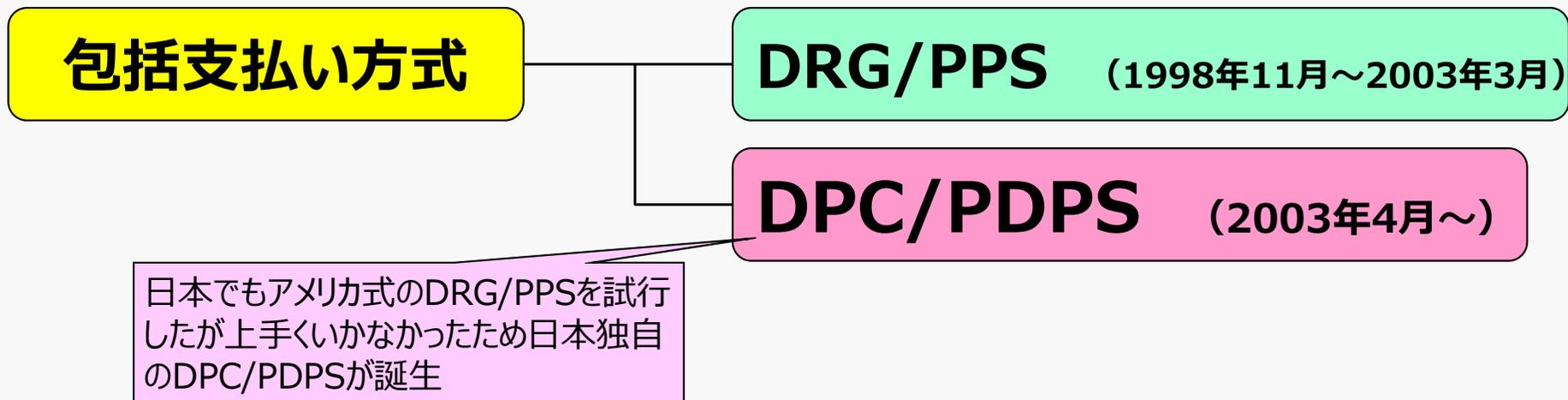
利害関係者の関与
(医療団体、保険者、製薬団体など)



社会保障制度改革国民会議の主な提言 (プログラム法)

分類	項目	概要
医療制度	地域医療提供体制	病床機能を都道府県に報告
		地域医療ビジョンの策定
医療保険	70～74歳の窓口負担	1割負担から2割負担へ
	高額療養費制度	高額療養費制度の負担上限額について高所得者を引き上げ低所得者の負担を軽くする
	紹介状なし患者	大病院受診で紹介状のない患者に定額の自己負担を導入
	国保の運営	国民健康保険の運営を市町村から都道府県へ移管
	保険料算定に総報酬割を導入	健康保険組合の保険料を引き上げる
	保険料負担	高所得者の負担を重く、低所得者は軽くする
介護	給付対象	症状が軽い「要支援者」を給付対象から外す
	自己負担	高所得者の自己負担を引き上げる
	特養の利用制限	特養は「要介護3,4,5」に限定
	保険料負担	低所得者の負担を軽くする
難病対策	支援制度	安定的な医療費助成制度
年金	高所得者	高所得者を対象にした年金控除の縮小
	支給開始年齢	年金の支給開始年齢の引き上げ
	マクロ経済スライド	少子高齢化に応じて給付を減額調整する

急性期入院医療における包括支払い方式



	DRG/PPS Diagnosis Related Group/ Prospective Payment System	DPC/PDPS Diagnosis Procedure Combination Per-Diem Payment System
方式	疾患ごとの1入院定額	疾患ごとの1日定額
特徴	入院日数が短いほど収益性が高い	入院日数が伸びても収入は確保
	アメリカで考えられた方式	日本が考えた独自方式

DPC/PDPS対象病院数

基礎係数(医療機関群 I 群～Ⅲ群)について

- 医療機関の基本的な診療機能を評価する係数であり、診療機能(施設特性)を反映させるため、医療機関群(I 群～Ⅲ群)に分類して評価している。

I 群 (大学病院 院本院) 80病院	II 群 (大学病院 本院に準 じる病院) 99病院	III 群 (I 群・II 群以外) 1,406病院
---	---	---

2014年度のDPC対象病院数は
1,585病院 (準備病院は278)



II 群病院の選定にかかる実績要件(大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する病院)
 ・以下の4つの実績要件について、「**I 群の最低値(外れ値を除く)**」をすべて満たす病院をII 群とする。

【実績要件1】 診療密度
【実績要件2】 医師研修の実施
【実績要件3】 高度な医療技術の実施
【実績要件4】 重症患者に対する診療の実施

2014年4月18日
 平成26年度第1回DPC評価分科会資料抜粋

DPC/PDPS 診療報酬額の算定方法

診療報酬額 = 包括評価部分 + 出来高部分

投薬、注射、検査、処置など

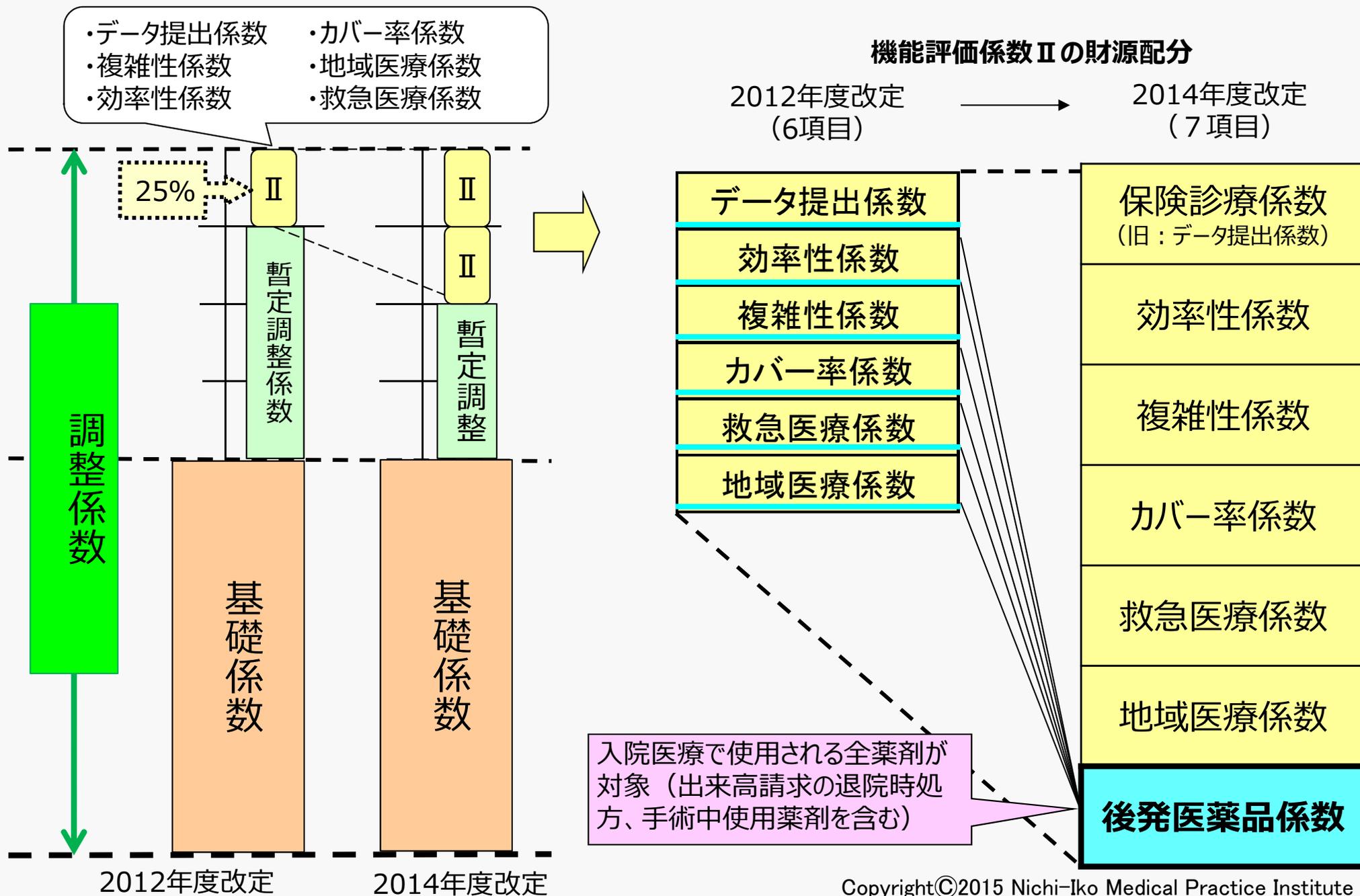
診断群分類ごとの
1日あたり点数 × 入院日数 × 医療機関別係数 + 特定入院料
病床の加算

手術、麻酔、
リハビリなど

医療機関別係数 (① + ② + ③)

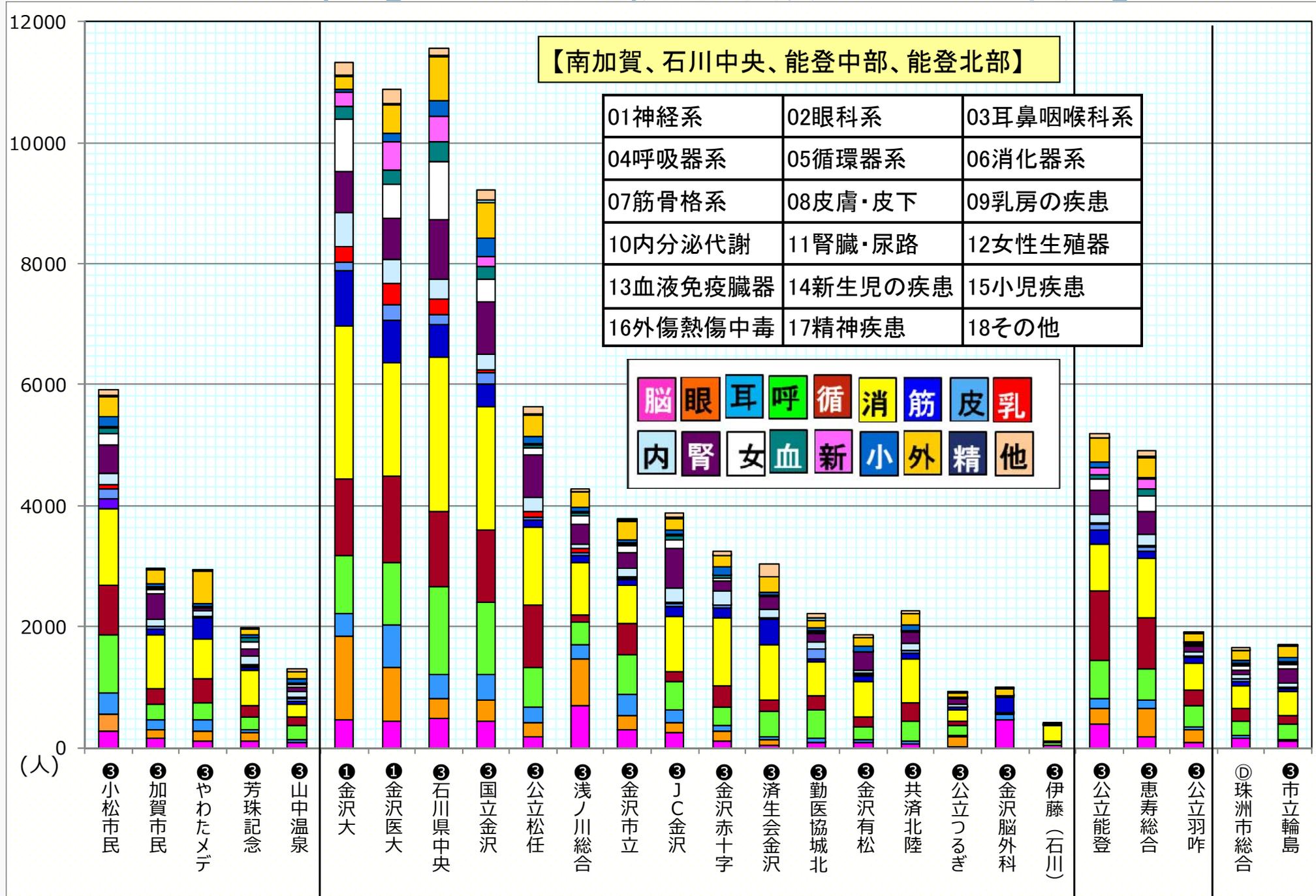
- ① 「基礎係数」 (「調整係数」、「暫定調整係数」) 基本的な機能を評価する係数
医療機関ごとに設定されていた包括評価開始前の実績を保証する「調整係数」を2012年度から段階的に廃止して、機能評価係数Ⅱと基礎係数(3区分)に移行することになった。
- ② 「機能評価係数Ⅰ」 入院基本料等加算などの届出項目を数値化した係数
入院基本料等加算など、医療機関の機能(ハード面)を評価する係数
- ③ 「機能評価係数Ⅱ」 診療実績や医療の質向上の貢献度などを評価する係数
調整係数の一部を財源とし、実績や取り組みなど(ソフト面)を評価する係数

DPC/PDPS 機能評価係数Ⅱ

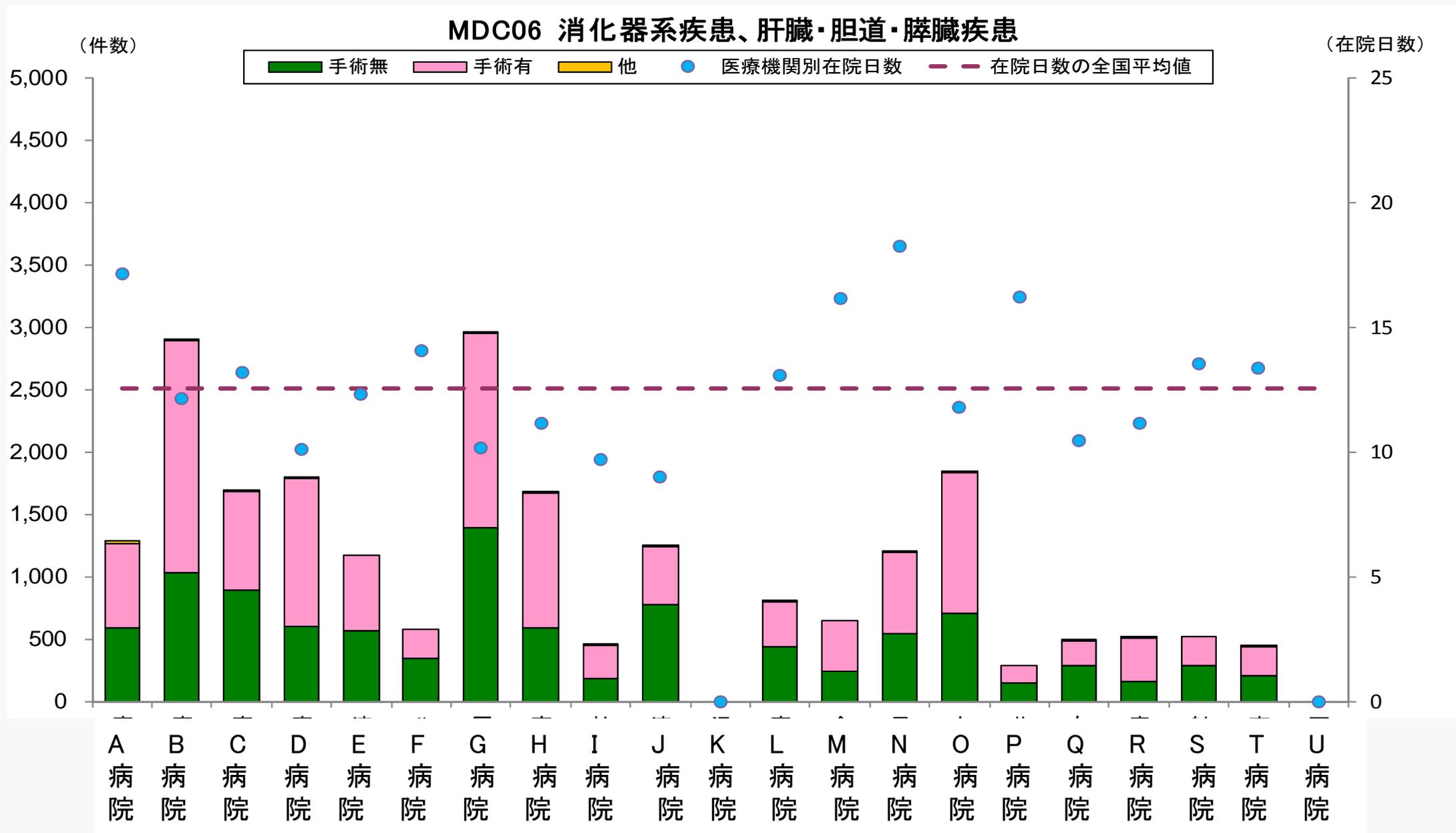


石川県 [MDC別退院患者数 2013年度]

【南加賀、石川中央、能登中部、能登北部】



MDC別施設間比較(〇〇県)2012年度



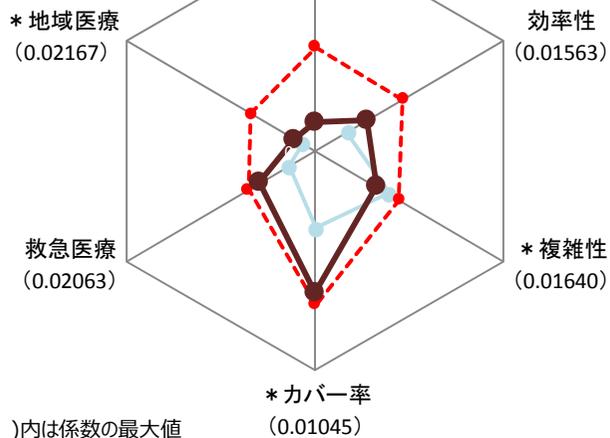
機能評価係数Ⅱの内訳

保険診療係数	提出されたデータの正確さや遅滞などを評価(旧:データ提出係数)				
効率性係数	同じDPCの患者をどれだけ短期間で診療しているかを評価				
複雑性係数	より手間のかかるDPC患者をどれだけ診ているかを評価				
カバー率係数	どれだけ多くの種類のDPC患者を診療しているかを評価				
救急医療係数	重症患者の受け入れを評価				
地域医療係数	地域への貢献を「体制評価10項目」と「定量評価」で評価				
	<table border="1"> <tr> <td>体制評価</td> <td>①脳卒中連携、②がん連携、③地域がん登録、④救急医療、⑤災害医療、⑥へき地医療、⑦周産期医療、⑧がん診療連携拠点病院、⑨24時間tPA体制、⑩EMIS(広域災害・救急医療情報システム)、⑪急性心筋梗塞24時間診療体制、⑫精神科身体合併症受入体制</td> </tr> <tr> <td>定量評価</td> <td>(担当患者数) / (地域における発生患者数)を15歳未満と15歳以上に分けてそれぞれ評価</td> </tr> </table>	体制評価	①脳卒中連携、②がん連携、③地域がん登録、④救急医療、⑤災害医療、⑥へき地医療、⑦周産期医療、⑧がん診療連携拠点病院、⑨24時間tPA体制、⑩EMIS(広域災害・救急医療情報システム)、⑪急性心筋梗塞24時間診療体制、⑫精神科身体合併症受入体制	定量評価	(担当患者数) / (地域における発生患者数)を15歳未満と15歳以上に分けてそれぞれ評価
体制評価	①脳卒中連携、②がん連携、③地域がん登録、④救急医療、⑤災害医療、⑥へき地医療、⑦周産期医療、⑧がん診療連携拠点病院、⑨24時間tPA体制、⑩EMIS(広域災害・救急医療情報システム)、⑪急性心筋梗塞24時間診療体制、⑫精神科身体合併症受入体制				
定量評価	(担当患者数) / (地域における発生患者数)を15歳未満と15歳以上に分けてそれぞれ評価				
後発医薬品係数	後発医薬品の使用割合を評価				

機能評価係数Ⅱ参考資料 (MPI分析データより)

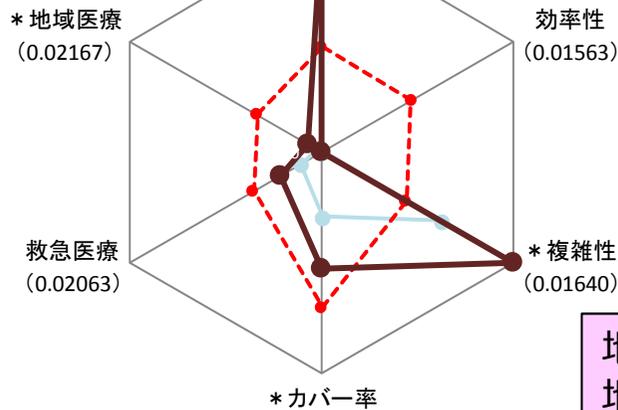
A病院

後発医薬品
(0.01544)



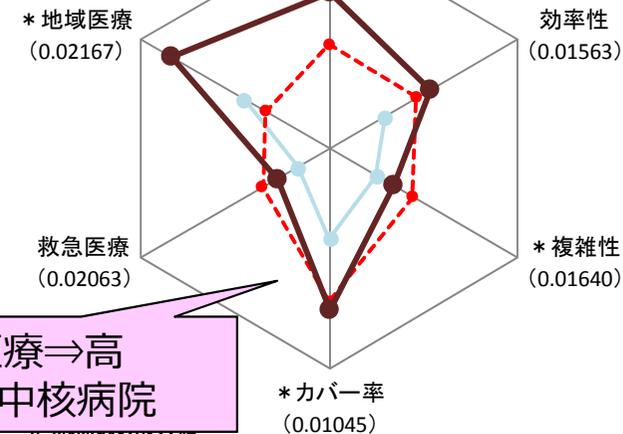
B病院

後発医薬品
(0.01544)



C病院

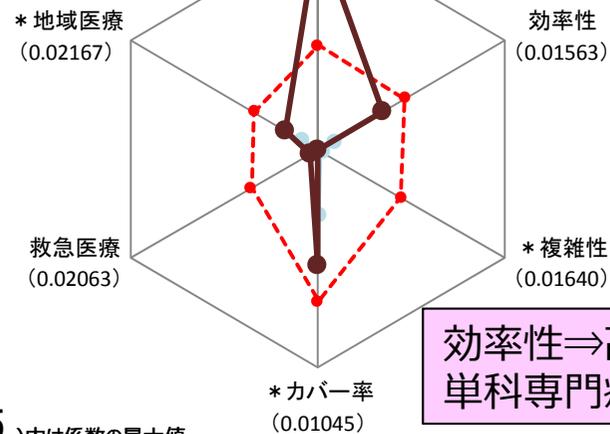
後発医薬品
(0.01544)



地域医療⇒高
地方の中核病院

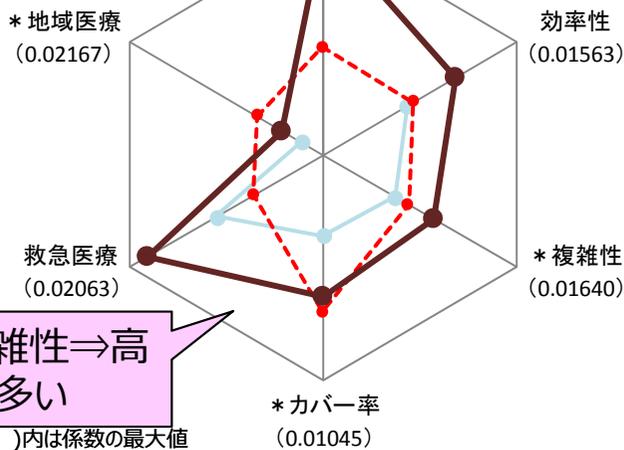
D病院

後発医薬品
(0.01544)



E病院

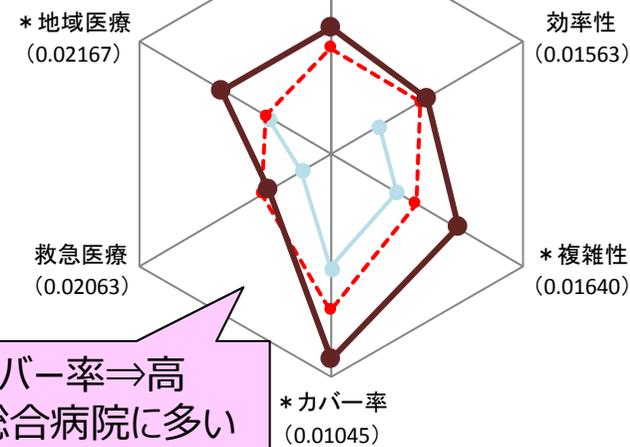
後発医薬品
(0.01544)



効率性⇒高、複雑性⇒高
単科専門病院に多い

F病院

後発医薬品
(0.01544)



カバー率⇒高
総合病院に多い

医療法人の形態と法人数（2014年3月31日）

2007年に施行された第五次医療法改正により、持分ありの医療法人は新設できなくなりました。
2014年3月31日時点の医療法人の総数は49,889法人（一人医療法人を含む）になっています。

持分なし医療法人 8,413				
社会医療法人	215	財団	34	
		社団	181	
特定医療法人	375	財団	46	
		社団	329	
その他の医療法人	7,823	財団	311	
		社団	7,512	(基金拠出型) 6,202

「基金拠出型医療法人」
持分なし医療法人を設立する際に選択される法人で、基金に拠出した金額を限度として返還を受けることが可能

「出資額限度医療法人」
払戻請求に対して出資額を限度とする持分あり（社団）医療法人

持分あり医療法人	41,476	財団		
		社団	41,476	(出資額限度) 268

経過措置（型）医療法人（新設は認められない）

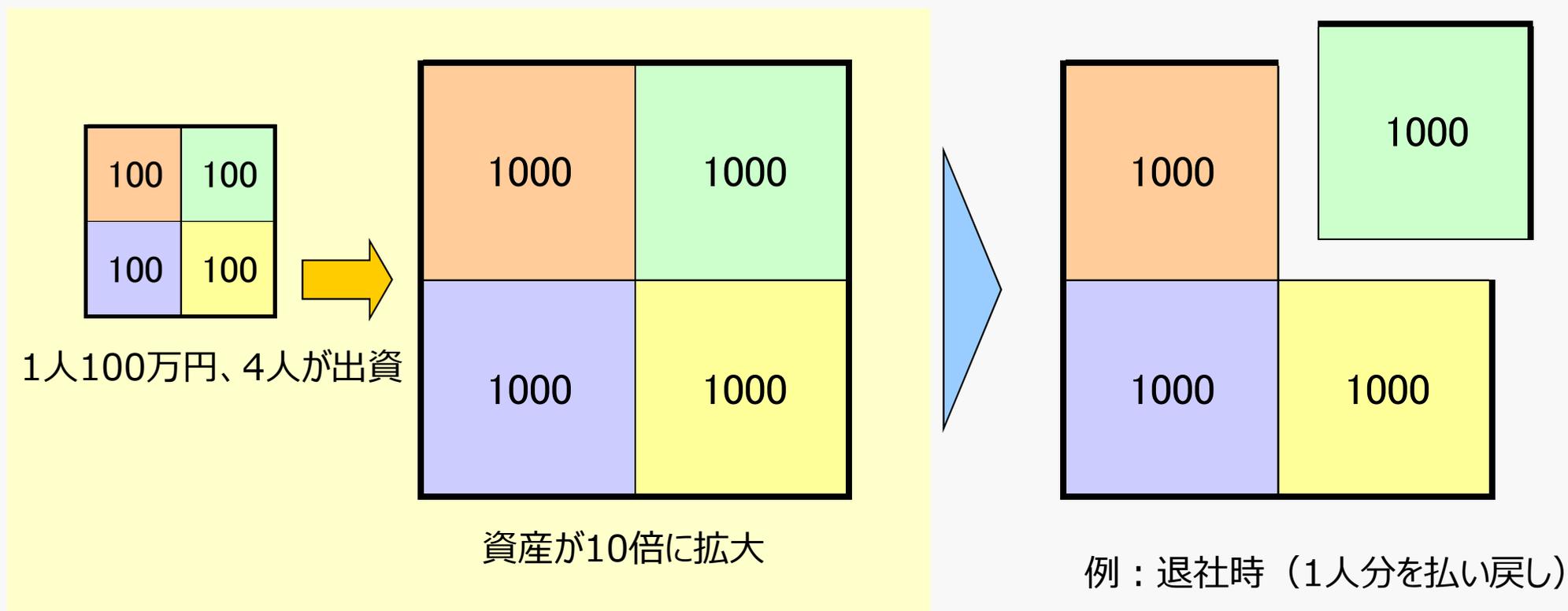
持分（出資持分）とは

株式会社と異なり、医療法人には余剰金の配当は認められていません。

そのため出資金は医療機関の拡大とともに（多くの場合）増えて行くことになります。

配当は出来ませんが、医療法人の解散時や退社（社団法人の構成員ではなくなる）時に
出資割合に応じて払い戻しを受けることができます。この権利のことを“持分”といいます。

この“持分”が、配当禁止とする医療法人の非営利性に疑義が生じたこともあり、第五次医療法
改正で持分のある医療法人の新設が認められなくなりました。

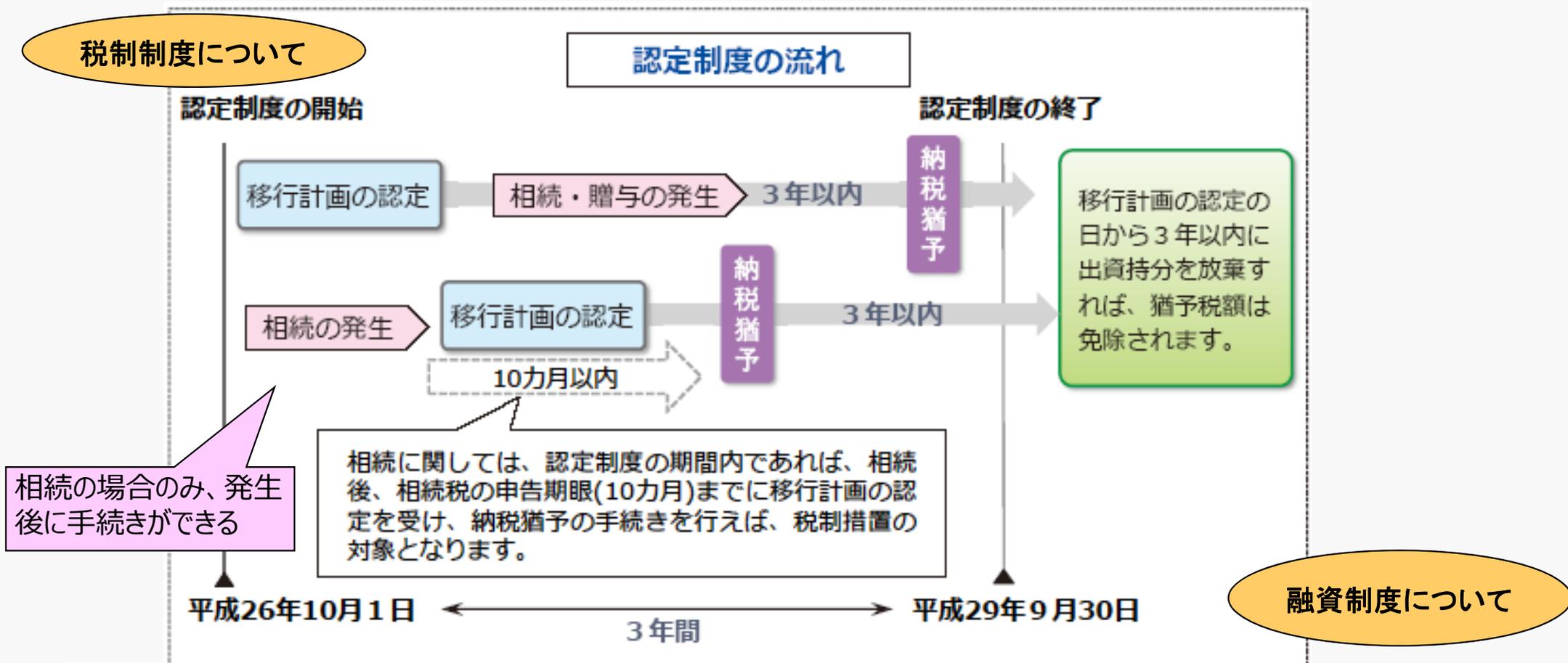


持分なし医療法人への移行計画の認定制度

医療法人の“持分”は出資者にとって重要な財産であるため、持分ありの医療法人が「経過措置（型）医療法人」となっても、持分の放棄は難しい選択になります。

また出資者が死亡した場合は、その持分に相続税が掛かるため、相続納税者が多額となる納税のために持分の払い戻し請求を行う事案が増える可能性があります。

しかし医療法人は払い戻し請求に応じると、医療機関存続が困難になるケースも起こり得ます。そこで2014年10月1日から、持分なし医療法人への移行計画の認定制度が始まりました。



非営利ホールディングカンパニー型法人（地域連携型医療法人）

社会保障制度改革国民会議などからの「病床の機能分化・連携を進め、効率的で質の高い医療提供体制を構築するために、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」の提言を受けて、医療法人をホールディングカンパニーとすることが話し合われています。地域医療ビジョンが進められるなかで、利害関係が絡む病院機能の調整が容易になり地域包括ケアシステムの構築も進むと考えられています。

「理念の共有」「意思決定の共有」「ヒトの活用」「カネの活用（融資）」「ヒトの活用（異動、研修）」「モノの活用（関連企業への出資）」などがメリットとして挙げられていますが、「経営の独自性」など、問題を指摘する声もあります。その中で「地域連携型医療法人（仮称）」が提案され、制度化に向けて議論が進んでいます。

医療法人の分割

株式会社などで認められている法人の分割は、医療法人では認められていません。医療法人を分割することについては、「持分あり」で分割を行うと新たな「持分あり」が新設されることになるため、持分なし医療法人（社団・財団）に限って認めることで調整が行われています。

何ができるか？何をすべきか？

医療介護総合確保推進法により、社会保障制度改革の枠組みは動き出した。

社会保障制度改革を実現させるには、地域の関係者（医療・介護・福祉・行政等）が協力して2025年を乗り切る地域づくりが必要になる。

「共通の認識に立って知恵を出し合い、汗をかく」

医薬品メーカー（MR）は、何ができるか？何をすべきか？

どうか今日のお話が、
皆様のお仕事のお役に
立てますように！

＜参考にしたMPI資料＞

- 2013年8月12日 30分でわかる「社会保障制度改革国民会議」最終報告書
- 2014年8月18日 病床機能報告制度とは
- 2014年10月14日 無床診療所・保険薬局も知っておきたい
「地域医療ビジョン」と「病床機能報告制度」
- 2014年10月24日 持分なしの医療法人「移行計画の認定制度」
- 2014年11月21日 「後発医薬品係数」経緯と影響と今後（MPI見解）



医療従事者のための
ジェネリックと行政情報サイト
<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>



スタジー
Stu-GE

特典
1

メールマガジンの配信
Stu-GEの更新情報や講演会情報などをお知らせします。最新の情報をいち早くチェックしていただけます。

特典
2

会員専用サイトの閲覧
MPI資料の解説動画など、登録いただいた方専用のコンテンツをご覧いただけます。MPI作成資料などをより深く理解していただけます。