



MC Healthcare, Inc.

MCH NEWS

MCHニュース

2022. 3.25 Vol.17

今後の医療政策と病院経営

—コロナ後の視点を交えた地域医療のあり方について—

第22回 病院の経営を考える会
2022年2月16日開催



エム・シー・ヘルスケアは2022年2月16日、本社（東京都港区）にて、「第22回病院の経営を考える会」を開催しました。本年は昨年同様、新型コロナの影響からオンライン講演会として催され、演者として武田俊彦氏（岩手医科大学客員教授、元厚生労働省医政局長）、第21回に続いて鈴木康裕氏（国際医療福祉大学副学長、厚生労働省顧問、初代医務技監）を迎え、2講演の後に両氏の対談及び聴講者とのオンラインによる質疑応答が行われました。

コロナを経て、我が国の医療はどう変わるか

武田俊彦氏は厚生省入省後、大蔵省主計局や大臣秘書官（丹波雄哉厚生大臣）などを経て、2001年に医政局企画官就任後、主に医療分野を担当され、医政局経済課長、同政策医療課長などを歴任。現在は岩手医科大学客員教授として教鞭をとっておられます。本講演ではそれらの経験をもとに、日本のコロナへの対応と医療体制の変遷、地域医療構想の課題と今後についてご講演いただきました。



武田 俊彦氏

岩手医科大学客員教授
元厚生労働省医政局長

本日は3つの柱を立てて、私見も含め話を進めていきたいと思います。

1つ目の論点は、「日本は世界の中でも病床数が多いのに、なぜコロナに対応できないのか」という点についてです。この点に関しては、日本の医療提供体制には「病床数が多いが平均在院日数が長く、病床・人口比の医療従事者の数が少ない」という構造的な問題があり、医療政策として議論が始まった20年前と今も状況が変わらないことが原因と思われる。

今回のコロナ禍において、「補助金が出ているのに、なぜ病院は思い切って機能転換ができないのか」という論点もありましたが、これもこの構造的な問題が続いていたからと感じています。その理由の1つはハードの問題であり、個室以外での感染管理が困難なことは自明です。また、そもそも利益率が低いという経営面の問題があり、さらには先的人员体制という余裕のなさも機能転換に踏み出せない理由と考えられます。他方、急性期病院でも過半数が高齢者というリスクの

高い患者構成、日本ほど民間の病院が大きな役割を担っている国は少ないことも、医療提供体制の特徴として挙げられます。

こうした状況から、これからはトータルで病院の経営を考えていく視点が必要ではないかと考えます。例えば公立・公的病院と民間病院の役割分担の観点からは、公民を問わず全ての医療機関がどのような機能を選択していくのかをトータルで考え、それにふさわしい政策を行うべきではないかと感じております。

コロナ後に取り組むべきは 機能分化・連携の再考と実践

次に2つ目の柱として、「医療体制はどのように変わっていかなければならないか」について述べます。

私自身は、「地域での病院の役割分担を行うために地域医療構想を今一度仕切り直し、真に求められているものとそれに応えられる体制を改めて考察する」ことが第一歩であると思います。その前提

としてコロナで何が問われたかを振り返ると、厚生労働省がこの20年間で行ってきた政策の縮図を早回しで見ているような思いにとらわれました。

高齢者を全て病院で引き受けていた老人医療費無料化の時代から次第に病床転換などの政策に移り変わっていったわけですが、コロナも最初は全員入院から始まり、自宅療養・宿泊療養・入院医療に移行し、重症者を受け入れる病床数の増強となりました。また第5波の時は、在宅重症者の往診体制をどう組むかが注目されましたが、第6波では搬送困難な高齢者の救急搬送が問題となり、特に東京は非常に厳しい状況です。中でも高齢者施設でクラスターが発生し搬送という事態が起こると救急は回らなくなるので、第6波の主戦場は高齢者施設であり、そこに「外付け医療」も考えなければならぬ状況にあるともいえるでしょう。

こうした中で今後の方向を改めて考えると、それは「機能分化と連携」ではないかと思います。現在は、役割分担により急性期が本来の機能を発揮しリハビリにつなげ、早期退院を実践するというサイクルでなければ医療は機能しません。その観点においては、地域医療構想で目指したことは正しかったと思いますし、コロナ後に真剣に取り組み加速させていく必要がある課題と私は捉えています。

地域医療構想の見直しにより トータルで面的な医療提供を

しかしながら、そのためには仕切り直しをしなければならないことがいくつかあり、それは3つ目の柱である「地域医療構想の課題と今後」の論点でもあります。具体的には、「外来機能をどう考えるか」という地域医療構想を始めた当時にはなかった論点と、「医師の働き方改革」という新しい論点であり、これらを同時に検討し実践しないとこれからの地域医療が回っていかない、ということです。

これまで病床数の適正化が地域医療構想と誤解されている節がありましたが、その仕切り直しがまず必要です。今、問われるのは地域の医療の在り方であり、その論点は患者毎にどのような医療を提供するのか、その際に病院がどのように役割分担するのかではないかと考えます。

また、病院が参加する調整会議で議論

するとしたら、「入院・外来を通じた機能分担」でなければなりません。さらに地域の中核拠点となる病院があつてしかるべきで、その医療機関は周辺施設に対する医師の派遣機能がある程度持つことが、働き方改革にも関連してくると思います。

地域医療構想初期には感染症対策としての病床転用という発想はありませんでしたが、この点に関しては「余裕と転用の準備を織り込む」ことが肝要です。一方、コロナではICUの不足が浮き彫りになりましたが、「高度急性期は24時間体制の病床ゆえに高機能＝高コスト」と認識した上で、医師や看護師の配置を含めて体制を見直すべきです。加えて、外来と在宅の視点の欠如という課題に対しては、「トータルで面的な医療提供」を地域で議論するとよいと考えます。

そこで話し合うべきは「病病連携、病診連携、診診連携」であり、各医療機関の機能を地域視点で見た場合にどう適正配分するかがポイントです。さらには「医療従事者の集中化と派遣」、前述した中核拠点に医療従事者を集中配置して派遣も行えば、その地域の医療従事者の面的な配置が実現しますし、医師の教育・研修機能も持つことで地域での医師の養成及び適正配置につながると考えます。

今後の議論対象としては、「高度急性期」、「急性期」、「回復期」等の名称の見直しが挙げられます。例えば回復期は、



回復期と地域包括ケアとに整理すべきです。その上で先のトータルで面的な医療提供体制を整備し、各病院がどう関わっていくかが課題となります。その際に問題となるのは「かかりつけ医機能」であり、従来のかかりつけ医＝診療所という概念ではなく、最後まで責任が持てる医療機関が担う必要があると考えます。

実際問題として外来機能の議論はまだ不十分で、最終的には必要な外来機能を明確にし強化した上で連携を行い、この流れに乗れる乗れない医療機関を峻別していく方向に進んでいくものと思われます。その意味では、病院には今後、自らある程度地域に出ていくというスタンスが求められるのでしょうか。

病院個々で医療や地域の課題に対処していた時代が終焉を迎え、地域医療構想に向けて舵を切った以上は、各病院が未来に向けて自身で進路を決める必要があります。そして、その先に明るい未来が待っているような政策を、皆で真摯に考えていかなければならないと考えます。

対談 1

——コロナの影響で停滞していた地域医療構想の今後についておたずねします。

武田俊彦氏（以下、武田） 地域医療構想は病院の建て替え時期などとも関連してきますので、適正な時期があると私は思います。今後、厚労省がコロナ以前に打ち出したものを含め政策の仕切り直しが必要ですが、現場視点からはこれにも最適な時期があり、それを見過ごさないようにすべきですね。国の手厚い補助の行方は不透明なので、重点支援地域の下地がある程度あるところは早期に積極的に取り組むと良いと考えます。いずれにせよ、地域医療構想の必要性は明らかで、進んで前向きに加速させることが大事です。

鈴木康裕氏（以下、鈴木） 病床過多が医師の過重労働を生んでいる現状を考える

と、地域医療構想の目的・方向性を大きくは変えられないと思います。ただ実質上2年間、行政も医療現場も身動きがとれなかったため、導入の方法には少し工夫が必要ではないでしょうか。従来の計画通りに無理に進めようすると、現場に逼迫感が相当出てくるので、例えば「導入はするが、罰則の適用は少し時期を遅らせる」などの工夫が必要と思われます。

——医師の働き方改革はいかがでしょうか。

鈴木 この課題についても、精緻な議論が必要な部分が残っていると思います。計画通りに強引に進めようすると、例えば大学病院の地域に派遣している医師の引き揚げが起り、結果、中核病院の大幅な医師不足や医療格差の拡大につながりかねません。こうした弊害に対する



目配りが、やはり必要であると考えます。

武田 働き方改革には当然、人員が必要であり、例えば救急産婦人科での交代制導入には10人以上の専門医が必要になります。それは難しいからオンラインや派遣で対応という方向に進むのでしょうか、逆にこの働き方改革がバネになって地域医療構想を進めざるを得ない状況が起きていくのではないかと考えています。

ポスト・コロナ時代の病院経営

鈴木康裕氏は厚生省入省後、厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部事務局次長（2009年）などを経て、2020年8月まで初代医務技監として、官邸との連携により政府の中核として新型コロナの感染対策に尽力されました。昨年はそれらの実績から「新型コロナウイルスと医療の今後」をテーマにお話いただきましたが、本年は医療現場の視点から「今後の病院経営」についてご講演いただきました。



鈴木 康裕氏

国際医療福祉大学副学長
厚生労働省顧問 初代医務技監

私は現場からの視点でコロナ及び日本の医療の今後についてお話ししたいと思います。話題は、「コロナとの戦いは今後どうなっていくのか」、「コロナもしくはポスト・コロナが病院経営にどのような影響を与えるか」、そして「今回の診療報酬改定の主項目について」です。

まずコロナの経緯及び現況を、海外事情を含め振り返ると、例えば欧米各国の超過死亡（2019年と2020年の死亡者数増加の比較）は、スペインは2020年4月から5月におよそ50%増えていますが、ドイツでは5%程しか増えていません。これは水際対策ではなく、ICUや医療従事者数の差と思われます。一方、日本の超過死亡はというと、人口の高齢化から死亡者が毎年2万人くらいずつ増えている中、2020年は2019年に対して9000人程減りました。これは国民の皆さんのマスク着用と3密回避の励行、及び病院での適切な肺炎治療が奏効した成果でしょう。

また、検査は現在、施行数が減っていますが、フランスやドイツと同等数を行

っており、人口当たりの感染者数を鑑みると日本の検査が感染に対して非常に少ないわけではないと思います。ワクチン接種については、オミクロンに対しては2回接種後に15週経つと20%くらいしかプロテクトされませんが、ブースター接種は60～70%に上がることから、いかにこれが必要かが分かります。

なお、ワクチンに関しては反省すべきポイントがいくつかあり、今後は海外からの供給途絶を想定して、日本国内でワクチンを作る基盤の確立が非常に大事です。また、大規模接種以外は人口比率に即してワクチンを配布しましたが、感染拡大地域に集中的に投下した方が全国レベルでの感染防御が達成され则认为ます。

一方で、コロナの経口薬は今後、ゲームチェンジャーになると私は捉えています。飲み薬であれば外来で開業医の先生方が使えますから、これは治療において大きな進歩になると私は見えています。

次にコロナ禍における病院経営について述べると、2020年は2019年に対して

どの病床規模の施設でもマイナス幅が大きくなっています。ところが補助金計上の形では、200床以上の病院は黒字になっているのです。おそらくはコロナ病床への転換や患者受け入れ体制の構築により、経営が安定しているとみられます。また大阪府では、2020年12月に厚労省が補助を制度的に表明した途端、公的病院よりも民間病院の方が患者受け入れ数が多くなりました。したがって、このような施策をいかに迅速かつ適切に実行するかは、対策として非常に大事と考えられます。

備蓄などの病院設備も含めた これからの感染対策の在り方

これからの感染対策としては他に、感染拡大の速さと広がり、広がった場合の毒性（死亡率等々）と戦う武器（ワクチン

や治療薬等々)の観点から、平時と有事のモード切り替えを判断すべきです。欧米並みに感染拡大した際には、医療を公営化して赤字を全て国が補填する代わりに、その間のコロナ専門病院や医療従事者の配置・転換等は国主導で決定するような対策も必要ではと私は思っています。

さらには必須物資の国家的備蓄も不可欠で、厚労省と経産省は現在、石油と同様の形で、5ヵ月程海外からの供給が途絶えても医療機関に枯渇等の迷惑がかからない備蓄体制の構築を進めています。

続いて病院設備面の対策としては、隔離動線の確立や時間的隔離の実現、個室の陰圧化、業者の教育によるリネン交換・洗濯、清掃面の感染対策の徹底などが不可欠と考えます。加えて病院でも、必須物資の最低限の備蓄を実践したいものです。

コロナ対策についてまとめると、途上国への支援など保健外交的な方策も必要です。また、今回の反省を礎にして、今後どのように強靱な医療制度・社会制度を作っていくかも重要と受け止めています。

診療報酬改定の検証と医療が今後進むべき道

ここからは、今年度診療報酬改定の話に移ります。令和4年度の改定において診療報酬は+0.43%となりましたが、薬価と材料費は合わせて-1.37%で、このうちおそらく30～40%は医療機関も

影響を受けると考えられます。したがって、アップ率が実質0.55%くらいでないと、計算上はプラスマイナスゼロにはならないことになります。さらに、今回は看護の処遇や不妊治療に+0.2%とかなり目的特化した改定がある一方で、リフィル処方では小児の感染予防効果の加算をやめることで-0.1%となっていますが、これが本当に下がるのかについては議論の必要があると考えられます。

改定のポイントは他にもいくつかありますが、1つはECMOを含む救急などの感染症対策に重点的に配分して、特に地域で感染症患者を診る医療機関の点数が上がるようにしたことです。次に、医師事務作業補助体制加算や看護職員夜間配置加算の引き上げによる働き方改革の推進、同一グループ内の店舗数が多い薬局や敷地内薬局の調剤基本料の引き下げが挙げられます。後者については、20店舗以上がグループ内にある薬局チェーンの利益率が12%で医療法人の平均利益率が1%台という、大きな開きのある現状への対応と考えられます。

なお、診療報酬の話題からは外れますが、医師の働き方改革に関しては、「自己研鑽の曖昧さ」の明確化が必要です。自身の専門の勉強をする時間は勤務に該当しないと思いますし、要は在院時間と勤務時間の違いをはっきりさせる、ということです。他に、救急の夜勤と寝当直の境界線をどこに引くかも非常に重要です。



最後に人生100年時代の国民皆保険維持について私見を述べると、まず生産年齢層の減少への対応策としてのAIやICTの使い方が問われると考えます。また、医療費の伸びは言われるほど壊滅的ではないと感じていますが、公的支出が多いことは事実ですので、どこに医療保障を重点化するのがカギとなります。

さらには、現代の医療においては一定以上の機能を持つ中核病院が前線基地として最初に診た後に、症状等に応じて峻別し地域(の医療施設)に戻すという診療体制が非常に重要であると考えます。それと、医師は現在、公的資金を相当量投下して養成されることから、自身が自由に働く地域や診療科を選択できる制度をこれからも続けてよいのかは、国民全体で考える課題と私は受け止めています。

ポスト・コロナ時代の病院経営を考える際、病院経営層はコロナの社会的影響をしっかりと見極めた上で、自院にもたらす影響を真摯に見つめ直し今後を考える姿勢が必要ではないかと考えます。

対談 2

——地域医療構想における働き方改革と病床機能の在り方についてお聞きます。

武田 働き方改革の一番の懸念材料は、鈴木さんが指摘された医師の引き揚げです。医師派遣は診療報酬減につながるという現状に対する補填策はこれまで講じられてきませんでした。地域への派遣というパブリックな責務を果たす中核病院には、それにふさわしい経営保証をすべきです。この点に関しては国もメッセージを出す必要があるように思います。

鈴木 地域医療構想で多すぎる病床を減らすべきという話をしましたが、その際に「働き蜂の法則」の観点は非常に大事です。これは、蜂の8割が働き蜂で2割は遊んでいるが、環境が大きく変化した時にこの2割がいないと全体が機能しない、

ということなのですね。病床も医療従事者も同様で、一定の遊びを許容する制度にしないとなかなか難しいと考えます。

——最後に、今後の病院の経営努力と必要性についてご意見をお聞かせください。

武田 オンライン診療が特例として認められた措置などで医療が変わり、医療費抑制の構造が続く限り苦しい経営の中、診療報酬は医療の未来を見据えて改定されるわけですから、その将来を考えて舵を切る病院が生き残るのは間違いないです。私は厚労省時代から、診療報酬の評価に関して「モノ(薬、医療機器など)から技術(医師や薬剤師の技術)へ」と言ってきましたが、後者を重視するよう皆で考えていかなければならないと思います。

鈴木 病院の主収入たる診療報酬と補助



金は、何を対象として支払われるのかをはっきりさせなければならないと考えます。診療報酬で隔離動線や備蓄、陰圧化をカバーするのは難しいと思うので、このあたりに着目してコロナを診る病院に対する補助制度を確立すべきです。どういう種類の病院にどの程度、どういう種類の補助金を支給するかを、早急に財務省と厚労省の間で議論すべきでしょう。

医療機関×ITのマッチングサービス コトセラ

コトセラは、ITサービスやデジタルツールを中心とした最新のソリューションを医療機関の皆様を紹介するMCHの新規サービスです。令和に入り、新型コロナウイルス対応、経営収支悪化、医師の働き方改革など、医療機関が抱える課題は増える一方です。「コトセラを通じ、事務系IT・SaaSを中心としたソリューションの導入支援を行う事で、医療機関の業務負荷を軽減出来れば。そして、医療機関の皆様がもっと患者さんのために時間を使えるような未来を創りたい。」そのような想いを胸に現在サービスの開発を進めており、2022年夏頃にはコトセラのWebサイトも正式にリリースする予定です。

もっと患者さんのために
時間を使えるように



コトセラでできること

最新ソリューションとのマッチングに向け、
適切な情報収集から、ソリューション検索、メーカーへのアプローチまでワンストップで可能！

情報収集	ソリューション検索	アプローチ
● ウェビナー ● トピックス(記事) ● 医療ニュース	● 課題から探す ● カテゴリーから探す ● 資料ダウンロード	● 問い合わせ ● 面談実施

Matching!
マッチング



<https://www.cotocellar.com/>



「第22回 病院の経営を考える会を終えて」



代表取締役 木村 真敏

大変お忙しいところ「病院の経営を考える会」に多数ご参加いただき、誠に有難うございました。今般の新型コロナウイルス感染拡大のなか、医療の最前線で日々ご尽力されておられる医療従事者の皆様に心から敬意を表するとともに、深く感謝を申し上げます。

新型コロナウイルスの影響を鑑み、集合形式の開催は見合わせ、前回に引き続きウェブ形式の講演会を開催いたしました。

令和4年度診療報酬改定を間近に控え「今後の医療政策と病院経営」をテーマに、元厚生労働省医政局長の武田俊彦先生に医療政策の切り口で、厚生労働省初代医務技監の鈴木康裕先生には病院経営の視点でご講演いただきました。コロナ禍を経て、地域医療構想や働き方改革の今後の行方に対しては皆様の関心が高かったこともあり、多くの方にご参加いただきました。皆様がこの困難な時期を乗り越えていくためのご参考になれば幸いです。

わが国のヘルスケアシステムの発展に貢献し、これまでご支援いただきました皆様に、少しでもご恩返しができますよう、今後ともグループ一丸となって邁進して参る所存でございます。引き続きのご指導、ご鞭撻の程、重ねて宜しくお願い申し上げます。