

令和4年度病院研修会

公益社団法人福岡県医師会
令和5年3月13日（月）

令和4年度病院研修会

△と き 令和5年3月13日(月) 18:00～19:15

△ところ WEB開催

1. 開会

2. 挨拶

3. 講演【60分】

△テーマ 「医師の働き方改革と地域医療構想の両立について」

△講師 九州大学 名誉教授

厚生労働省第8次医療計画等に関する検討会

地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ座長

尾形 裕也 先生

△座長 福岡県医師会 副会長 一宮 仁

4. 質疑応答【10分】

5. 閉会

医師の働き方改革と 地域医療構想

2023. 3. 13

尾形裕也

1

【略歴】

兵庫県神戸市生まれ

東京大学工学部（都市工学科）、経済学部卒業

1978年	厚生省入省
1978年～81年	厚生省年金局年金課
1981年～83年	OECD 事務局（在パリ）出向
1983年～85年	厚生省大臣官房政策課係長、会計課課長補佐
1985年～86年	厚生省保健医療局老人保健部老人保健課課長補佐
1986年～88年	厚生省保険局国民健康保険課課長補佐
1988年～89年	厚生省健康政策局指導課課長補佐
1989年～92年	在ジュネーヴ国際機関日本政府代表部一等書記官
1992年～93年	厚生省大臣官房国際課課長補佐
1993年～95年	千葉市環境衛生局長
1995年～96年	厚生省健康政策局看護職員確保対策官
1996年～98年	国家公務員共済組合連合会病院部長
1998年～2001年	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長
2001年～2013年	九州大学大学院医学研究院教授
2013年～2017年	東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授
2013年～	九州大学名誉教授

2

【主要著書】

尾形裕也（2000）『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画・吉村賞

尾形裕也、田村やよひ編著（2002）『看護経済学』法研

山崎泰彦、尾形裕也編著（2003）『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社

黒川清、尾形裕也監修（2006）『医療経営の基本と実務（上）（下）』

日経メディカル開発

田近栄治、尾形裕也編著（2009）『次世代型医療制度改革』ミネルヴァ書房

尾形裕也（2010）『病院経営戦略論』日本医療企画

尾形裕也（2017）『志なき医療者は去れ：岩永勝義、病院経営を語る 第2版』

MAS プレーン

尾形裕也（2018）『日本の医療政策と地域医療システム』日本医療企画

尾形裕也（2021）『看護管理者のための医療経営学：第3版』日本看護協会出版会

尾形裕也（2022）『この国の医療のかたち 医療政策の動向と課題』日本看護協会出版会

* 尾形裕也（2023）『志なき医療者は去れ：岩永勝義、病院経営を語る』
増補改訂版 日本看護協会出版会（7月出版予定）

3

本日お話しする予定の内容

1. 医師の働き方改革の背景
2. 医師の働き方改革
3. 「三位一体改革」
4. 地域医療構想と医療機関経営
5. 医療機関における健康経営
6. 今後の展望（若干の私見）

4

1. 医師の働き方改革の背景

(1) 医療・福祉分野の就業者数の現況(事務職を含む)

- ・891万人(2021年)
- ・すでに、就業者の8人に1人の割合
- ・**医師**は、医療分野における最大の人的資源の1つ

5

図表 1-2-1 厚生労働省所管国家資格一覧(保健医療・福祉関係)

医療関連					
医師	33万7,625人(就業者数※1)	言語聴覚士	17,905人(就業者数※3)	柔道整復師	75,786人(就業者数※4)
歯科医師	10万6,223人(就業者数※1)	視能訓練士	10,130人(就業者数※3)	健康関連	
薬剤師	31万158人(就業者数※1)	臨床工学技士	30,409人(就業者数※3)	管理栄養士	26万4,181人(登録者数※6)
保健師	64,819人(就業者数※2)	義肢装具士	128人(就業者数※3)	福祉・介護関連	
助産師	40,632人(就業者数※2)	歯科衛生士	14万2,760人(就業者数※4)	保育士	64万4,518人(就業者数※7)
看護師	127万2,024人(就業者数※2)	歯科技工士	34,826人(就業者数※4)	社会福祉士	25万7,293人(登録者数※8)
診療放射線技師	55,624人(就業者数※3)	救急救命士	66,899人(免許登録者数※5)	介護福祉士	175万4,486人(登録者数※8)
臨床検査技師	67,752人(就業者数※3)	あん摩マッサージ指圧師	11万8,103人(就業者数※4)	精神保健福祉士	97,339人(登録者数※8)
理学療法士	10万965人(就業者数※3)	はり師	12万6,798人(就業者数※4)	公認心理師	54,248人(登録者数※9)
作業療法士	51,056人(就業者数※3)	きゅう師	12万4,956人(就業者数※4)		

※1 厚生労働省政策統括官(統計・情報政策、労使関係担当)「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」

※2 厚生労働省医政局調べ、2019年現在

※3 常勤換算、医療施設(病院・診療所)で勤務する者、厚生労働省政策統括官(統計・情報政策、労使関係担当)「令和2年医療施設調査」

※4 厚生労働省政策統括官(統計・情報政策、労使関係担当)「令和2年度衛生行政報告例」

※5 厚生労働省医政局調べ、2022年3月現在

※6 厚生労働省健康局調べ、2021年12月現在

※7 常勤及び非常勤の数、厚生労働省政策統括官(統計・情報政策、労使関係担当)「令和2年社会福祉施設等調査」、2020年10月1日現在

※8 (公財)社会福祉振興・試験センター、2022年3月末現在

※9 (一財)日本心理研修センター、2022年3月末現在

資料：厚生労働省政策統括官付政策立案・評価担当参事官室において作成。

(注) 食品衛生関連、技術・安全衛生関連及び理美容関連の国家資格を除く。

6

(2) 長期的な見通し

○医療・福祉分野の就業者数の見通し

図表 1-1-6 医療・福祉分野の就業者数の見通し				
	2018年	2025年	2040年	
	【実績】	【実績・人口構造を踏まえた必要人員】	【実績・人口構造を踏まえた必要人員】	【経済成長と労働参加が進むケース】
医療福祉分野の就業者数（カッコ内は総就業者数に占める割合）	826万人 (12%)	940万人 (14~15%)	1,070万人 (18~20%)	974万人 (16%)

資料：「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論素材）」に基づくマンパワーシミュレーション（2019年5月厚生労働省）を基に作成。

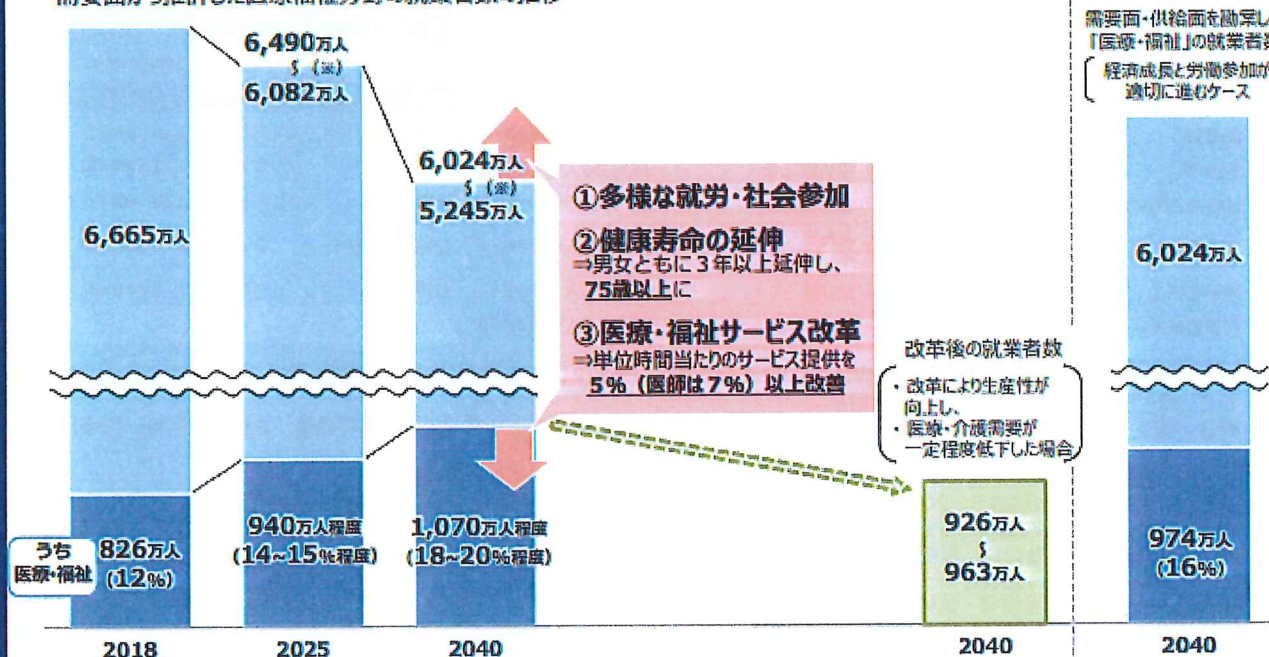
7

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

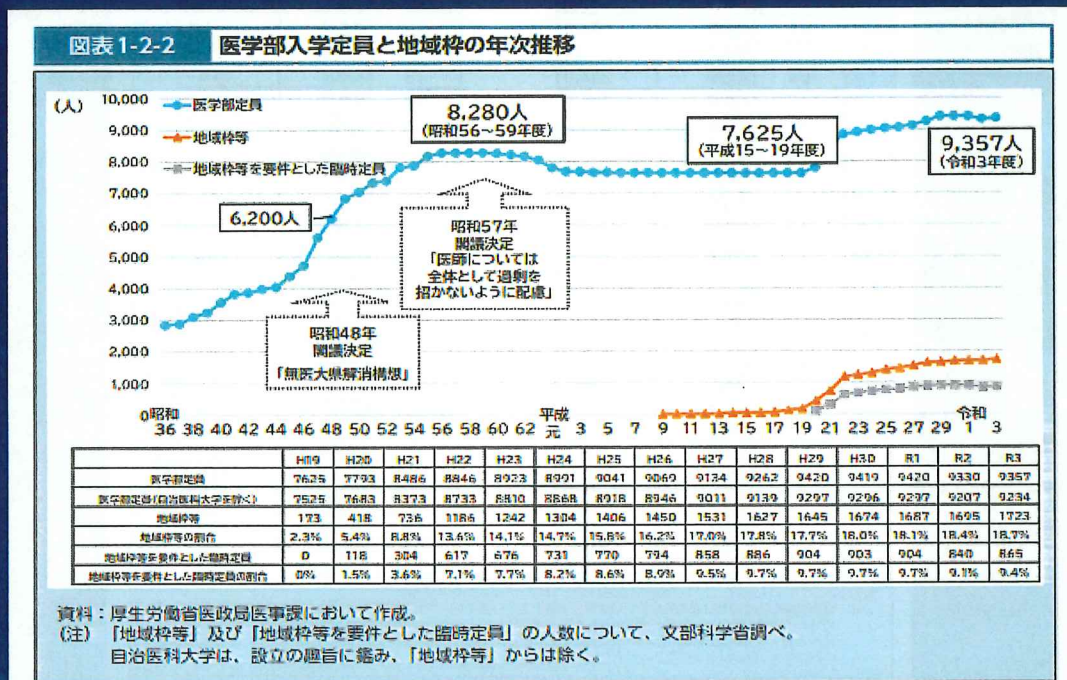
需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2019年3月）による。
 ※総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
 ※2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

8

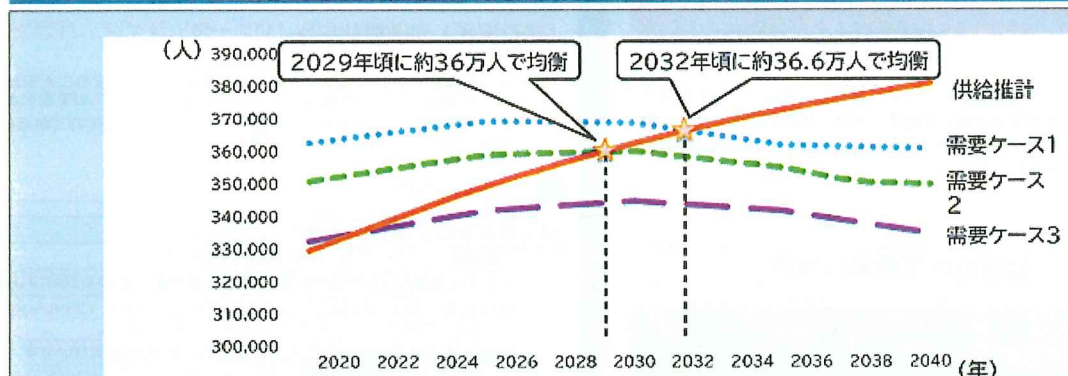
(3) 医学部入学定員の推移



9

(4) 医師の需給推計

図表 2-1-9 2020 (令和2) 年度 医師の需給推計



資料：厚生労働省医政局医事課において作成。

(注) 供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

- ・ケース1 (労働時間を週55時間に制限等≒年間720時間の時間外・休日労働に相当)
- ・ケース2 (労働時間を週60時間に制限等≒年間960時間の時間外・休日労働に相当)
- ・ケース3 (労働時間を週78.75時間に制限等≒年間1860時間の時間外・休日労働に相当)

10

(5) 医師の地域偏在

図表1-2-6 都道府県別医師偏在指標

(都道府県別)

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	239.8
01	北海道	224.7
02	青森県	173.6
03	岩手県	172.7
04	宮城県	234.9
05	秋田県	186.3
06	山形県	191.8
07	福島県	179.5
08	茨城県	180.3
09	栃木県	215.3
10	群馬県	210.9
11	埼玉県	177.1
12	千葉県	197.3
13	東京都	332.8
14	神奈川県	230.9
15	新潟県	172.7
16	富山県	220.9
17	石川県	272.2
18	福井県	233.7
19	山梨県	224.9
20	長野県	202.5
21	岐阜県	206.6
22	静岡県	194.5
23	愛知県	224.9

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
24	三重県	211.2
25	滋賀県	244.8
26	京都府	314.4
27	大阪府	275.2
28	兵庫県	244.4
29	奈良県	242.3
30	和歌山県	260.3
31	鳥取県	256.0
32	島根県	238.7
33	岡山県	283.2
34	広島県	241.4
35	山口県	216.2
36	徳島県	272.2
37	香川県	251.9
38	愛媛県	233.1
39	高知県	256.4
40	福岡県	300.1
41	佐賀県	259.7
42	長崎県	263.7
43	熊本県	255.5
44	大分県	242.8
45	宮崎県	210.4
46	鹿児島県	234.1
47	沖縄県	276.0

資料：2020年8月31日 第35回医師会事務の連絡に関する検討会 医師偏在分科会

(注) 都道府県の医師偏在計画の策定スケジュールを踏まえ、各都道府県の医師偏在指標が確定するまでの段階において、その時点の指標に基づき、指標の値を最も大きいものから並べて1/3の閾値を244.8、指標の値を最も小さいものから並べて1/3の閾値を215.3と設定した。そのため、上記の「都道府県の医師偏在計画に用いられている医師偏在指標」においては、当該閾値に該当する都道府県数が、必ずしも総数の1/3と一致しない場合がある。

(6) 働き方改革

働き方改革

～一億総活躍社会の実現に向けて～

働く方々がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現する働き方改革を総合的に推進するため、長時間労働の是正、多様な「ワーク・ライフ・バランス」の実現、雇用形態にかかわらず公正な待遇の確保等のための措置を講じます。

働き方改革全体の推進

ポイント
I

労働時間法制の見直し

P 3・4参照

働き過ぎを防ぐことで、働く方々の健康を守り、多様な「ワーク・ライフ・バランス」を実現できるようにします。

▶▶ より詳しくは、P7以降をご覧ください。

ポイント
II

雇用形態に関わらない公正な待遇の確保

P 5・6参照

同一企業内における正社員と非正規社員の間にある不合理な待遇の差をなくし、どのような雇用形態を選択しても「納得」できるようにします。

▶▶ より詳しくは、P17以降をご覧ください。

ポイント
I

労働時間法制の見直し

見直しの目的

「働き過ぎ」を防ぎながら、「ワーク・ライフ・バランス」と「多様な柔軟な働き方」を実現します

- ⇒ 長時間労働をなくし、年次有給休暇の取得しやすくすること等によって、個々の事情にあった多様なワーク・ライフ・バランスの実現を目指します。
- ⇒ 働き過ぎを防いで健康を守る措置をしたうえで、自律的で創造的な働き方を希望する方々のための新たな制度をつくります。

見直しの内容

①	残業時間の上限を規制します
②	「勤務間インターバル」制度の導入を促します
③	1人1年あたり5日間の年次有給休暇の取得を、企業に義務づけます
④	月60時間を超える残業は、割増賃金率を上げます(25%→50%) ▶ 中小企業で働く人にも適用(大企業は平成22年度～)
⑤	労働時間の状況を客観的に把握するよう、企業に義務づけます ▶ 働く人の健康管理を徹底 ▶ 管理職、監督労働時間用者も対象
⑥	「フレックスタイム制」により働きやすくするため、制度を拡充します ▶ 労働時間の調整が可能な期間(消費期間)を延長(1か月→3か月) ▶ 子育て・介護しながらでも、より働きやすく
⑦	専門的な職業の方の自律的で創造的な働き方である「高度プロフェッショナル制度」を新設し、選択できるようにします ▶ 前提として、働く人の健康を守る措置を義務化(原則つき) ▶ 対象を限定(一定の年収以上で特定の高度専門職のみが対象)

★生産性を向上しつつ長時間労働をなくすためには、これらの見直しとあわせ、職場の管理職の意識改革・非効率な業務プロセスの見直し・取引慣行の改善(適正な納期設定など)を通じて長時間労働をなくしていくことが必要です。このような取り組みが全ての職場に広く浸透していくよう、厚生労働省では、周知・啓発や中小企業への支援・助成を行っています。

○医師等に関する経過措置

(改正後)

※ただし、上限規制には適用を猶予・除外する事業・業務があります。

【適用猶予・除外の事業・業務】

自動車運転の業務	改正法施行5年後に、上限規制を適用します。 (ただし、適用後の上限時間は、年960時間とし、将来的な一般則の適用については引き続き検討します。)
建設事業	改正法施行5年後に、上限規制を適用します。 (ただし、災害時における復旧・復興の事業については、複数月平均80時間以内・1か月100時間未満の要件は適用しません。この点についても、将来的な一般則の適用について引き続き検討します。)
医師	改正法施行5年後に、上限規制を適用します。 (具体的な上限時間等については、今後省令で定めることとしています。)
鹿児島県及び沖縄県における砂糖製造業	改正法施行5年後に、上限規制を適用します。
新技術・新商品等の研究開発業務	医師の面接指導(※)、代替休暇の付与等の健康確保措置を設けた上で、 時間外労働の上限規制は適用しません。 ※時間外労働が一定時間を超える場合には、事業主は、その者に必ず医師による面接指導を受けさせなければならないこととします。

13

2. 医師の働き方改革

○2019(平成31)年「医師の働き方改革に関する検討会」報告書

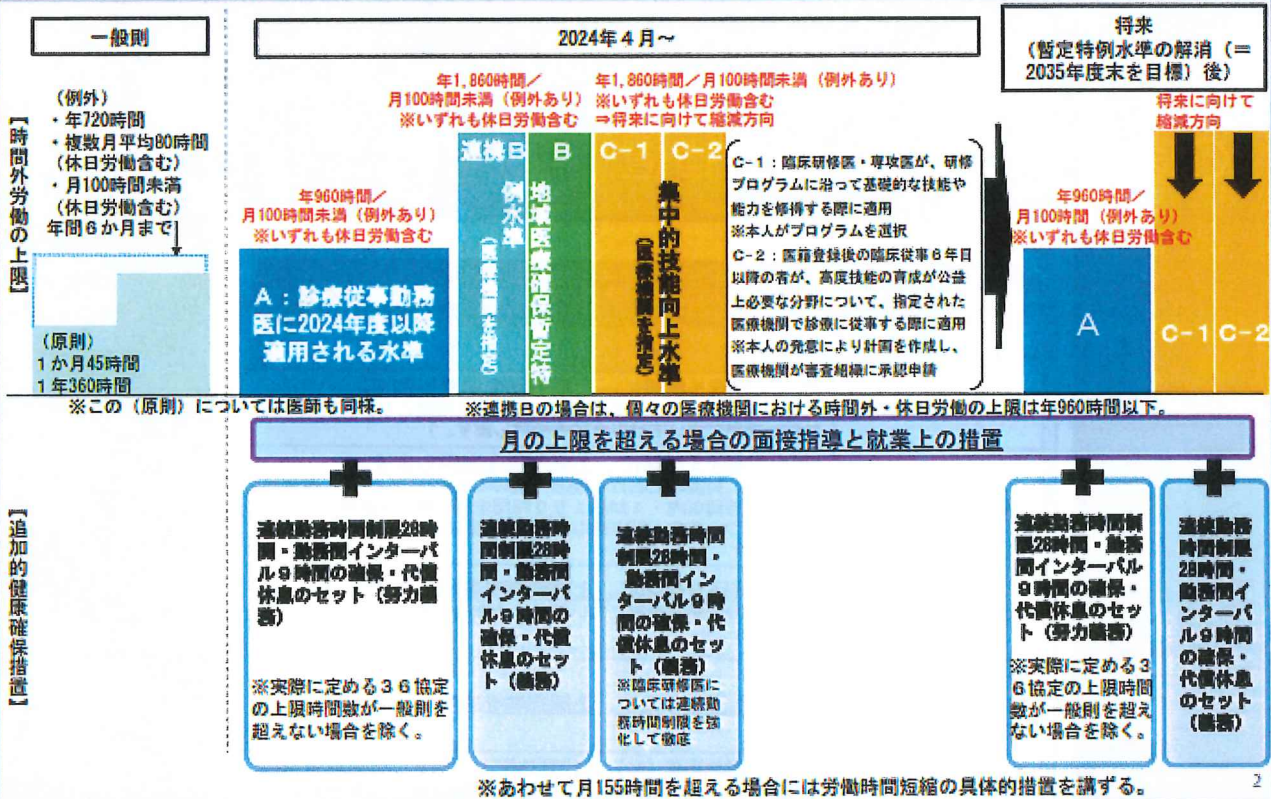
- ・2024年度と2036年度の2段階移行

○2021(令和3)年医療法改正

- ・2024年度からの医師の時間外労働時間の上限規制適用開始に対する対応の法制化

14

医師の時間外労働規制について



15

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要

令和3年5月28日 公布

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等 (医療法)【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等

<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し (診療放射線技師法、臨床検査技師法等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法)【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し (医師法、歯科医師法)【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け (医療法)【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援 (地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律)【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携 (医療法)【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

<Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

1

16

地域医療確保暫定特例水準の対象となる医療機関の要件

地域医療確保暫定特例水準（B・連携B水準）の対象となる医療機関の要件のうち、地域医療の観点から必須とされる機能を果たすためにやむなく長時間労働となる医療機関であることの詳細は、以下のとおり。

B水準対象医療機関

【医療機能】

- ◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から、
 - i 三次救急医療機関
 - ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ 「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
 - iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
 - iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
 - (例) 精神科救急に対応する医療機関（特に患者が集中するもの）、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関
- ◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関
 - (例) 高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

【長時間労働の必要性】 ※B水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、下記の医師に限られる。

- ◆上記機能を果たすために、やむなく、予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師が存在すること。

連携B水準対象医療機関

【医療機能】

- ◆医師の派遣を通じて、地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関
 - (例) 大学病院、地域医療支援病院等のうち当該役割を担うもの

【長時間労働の必要性】 ※連携B水準が適用されるのは、医療機関内の全ての医師ではなく、下記の医師に限られる。

- ◆自院において予定される時間外・休日労働は年960時間以内であるが、上記機能を果たすために、やむなく、他の医療機関での勤務と通算での予定される時間外・休日労働が年960時間を超える医師が存在すること。
- (※連携B水準の指定のみを受けた場合の、個々の医療機関における36協定での時間外・休日労働の上限は年960時間)

※なお、当該医療機関内で医師のどの業務がやむなく長時間労働となるのかについては、36協定締結時に特定する。したがって、当該医療機関に所属する全ての医師の業務が当然に該当するわけではなく、医療機関は、当該医療機関が地域医療確保暫定特例水準の対象医療機関として特定される事由となった「必須とされる機能」を果たすために必要な業務が、当該医療機関における地域医療確保暫定特例水準の対象業務とされていることについて、合理的に説明できる必要がある。

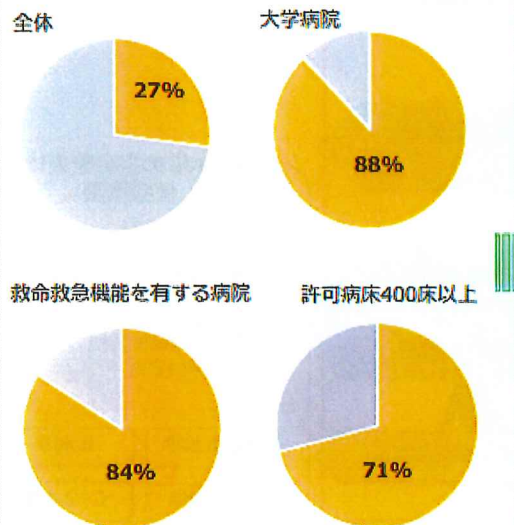
17

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

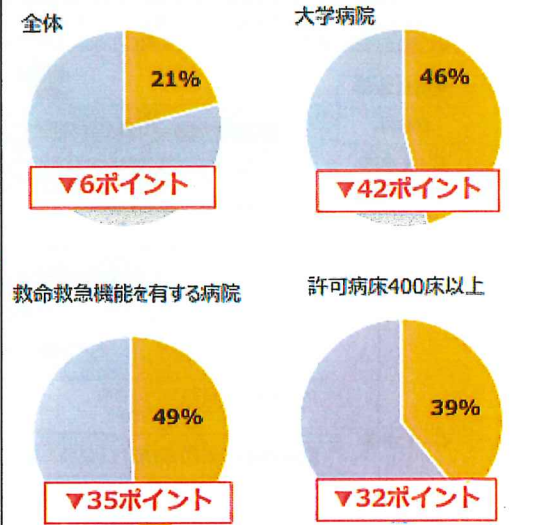
時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。

平成28年調査



令和元年調査



※H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年厚生労働省特別調査「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究用）結果をもとに厚労省医政局医務課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、勤務時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急施設とは、救急救急・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※R元年調査：診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、夜間診療可を認めていることがのべられている医療機関に勤務する医師の夜間診療の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の件、年齢調整、診療科ごとの勤務医等調整を行っている。

※※ 平成30年病床機能別調査救急機能とは、救急救急病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能別調査で報告された件数から抽出した。

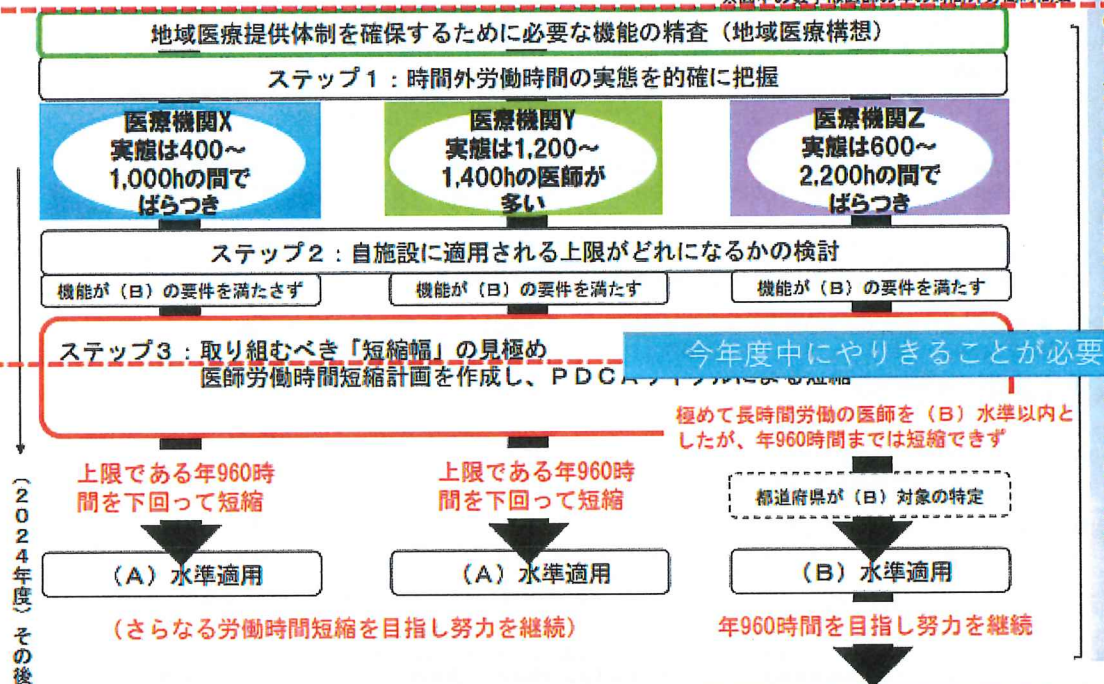
18

上限規制適用までの間における医療機関の動き

□ 2024年4月の時間外労働の上限規制適用までの間において、各医療機関は自らの状況を適切に分析し、労働時間短縮に計画的に取り組むことが必要。

<各医療機関の状況に応じた動き（例）>

※図中の数字は医師の年の時間外労働時間数

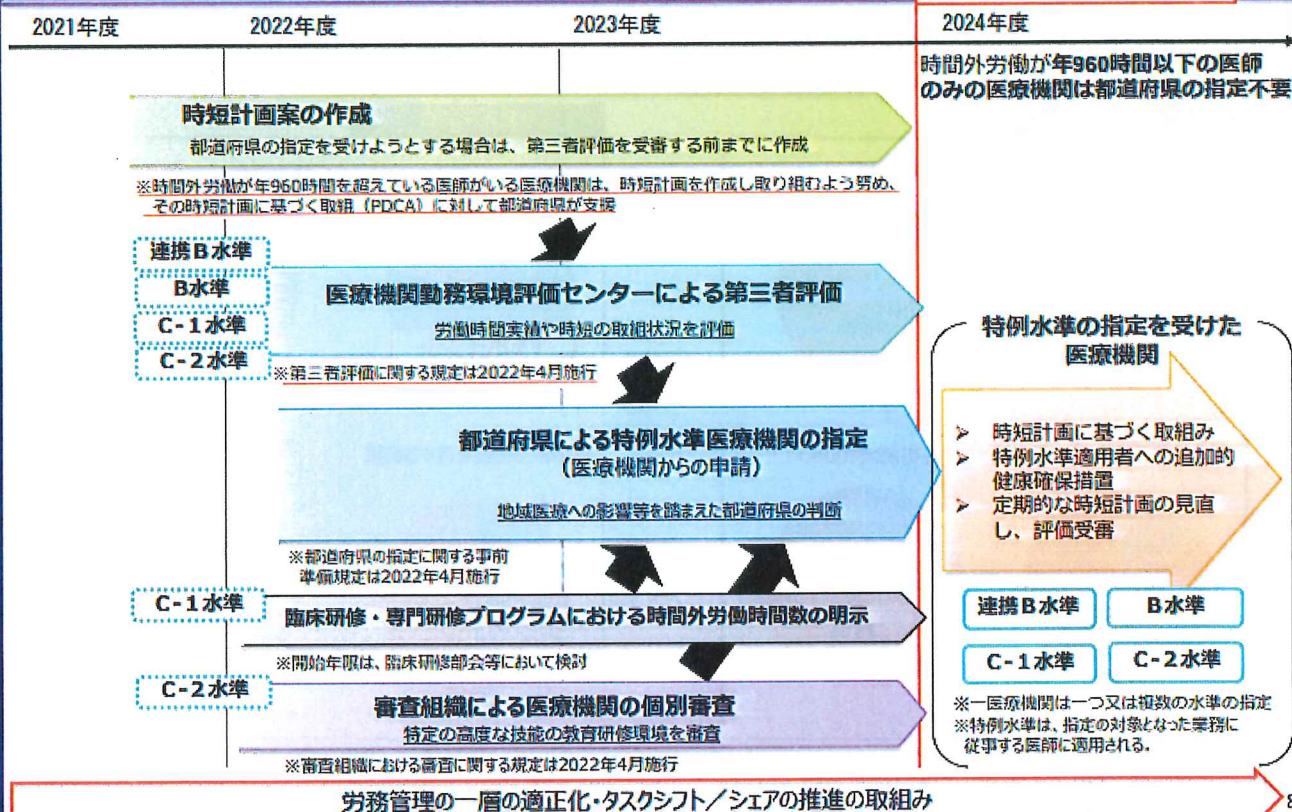


（B）水準の適用となる医療機関は、地域において必須の医療機能を有し、（A）水準の適用に向けた重点支援対象とするも、部分担も含めた医療提供体制のあり方・必要な支援策を不断に検討していく必要。

5

19

2024年4月に向けたスケジュール



20

3. 「三位一体改革」

○「三位一体」の意味

- ・Trinity: 父一子一精霊
- ・小泉構造改革: 国と地方の関係見直し

①国庫補助負担金の廃止・縮減

②税財源の移譲

③地方交付税の見直し

- ・医療提供体制の改革

2040年を展望し、2025年までに着手

21

2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

平成31年4月24日

第60回社会保障審議会医療部会

資料1-1

○医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
○2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）



2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を充て得るための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化 等）
- ③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在の是正）
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒地域医療構想の実現

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療連携や2040年の医療提供体制の展望と整合した医師偏在対策の施行
・ 医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
・ 将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
・ 地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

○今回の「三位一体改革」に関する議論

- ・「三位一体」として認識されているか？
- ・时期的な「ズレ」
- ・①医師・医療従事者の働き方改革の推進
- ②医師偏在対策の着実な推進
- ③地域医療構想の実現等
 - ・①、②→③か？
 - ・③→①、②か？
 - ・①、③→②か？

23

4. 地域医療構想と医療機関経営

(1) 地域医療構想の位置付け

○日本の伝統的な医療提供政策(Laissez-faire: 自由放任主義)から一歩踏み出したもの

○医療機関の自主的選択による地域の医療提供体制の実現

24

○ **Laissez-faire**: 自由放任主義の医療提供政策①

- ・自由開業、診療科の標榜も自由
- ・原則、すべての医療機関が保険医療機関指定
- ・医療計画による病床規制
 - 病床過剰地域における増床規制に留まる
 - 病床削減の権限はない
 - 医療機器についての規制もない

25

○ **Laissez-faire**: 自由放任主義の医療提供政策②

- ・民間医療機関のウェイトが高い日本の現状に適合していた面があるのは事実
 - * 病院8,205のうち、医療法人立・個人立病院が70.9%を占めている(2021年10月)
- ・**publicly funded and privately delivered**
 - 「需要が供給を引っ張る」形で医療提供体制が急速に整備されてきた

26

○ **Laissez-faire**: 自由放任主義の医療提供政策③

- ・人口増加、経済成長社会においては、うまく機能してきた
- ・人口減少、低成長社会、超少子高齢社会において、こうした自由放任の継続でうまくいくのかというのが基本的な問題意識

→**地域医療構想**へ

27

(2) 地域医療構想と医療機関経営

○ 基本的な経営戦略(**ポジショニング**)に関わる問題

- ・公開データを基に、地域における自院のポジショニングをどう考えるか

○ 診療報酬との比較

- ・法律事項vs.大臣告示別表

28

＜参考＞診療報酬(改定)の位置付け

○中長期的なポジショニングの話と、当面の診療報酬
改定に臨む話は分けて考える必要

○「大臣告示別表」という位置付け

○本来、柔軟に変化するもの

(例)7対1看護(2006年～)

亜急性期病棟(2014年まで)

地域包括ケア病棟(2014年～)

29

＜日本の法令の階層秩序＞

日本国憲法

法律

(健康保険法)

政令

(健康保険法施行令)

省令

(健康保険法施行規則)

告示

(診療報酬の算定方法)

通達

30

○マイケル・E・ポーターの経営戦略論

・ポジショニング論

・「あれもこれも」ではなく、「あれかこれか」の選択

・「何をするか」だけではなく、「何をしないか」も

重要な戦略的意思決定

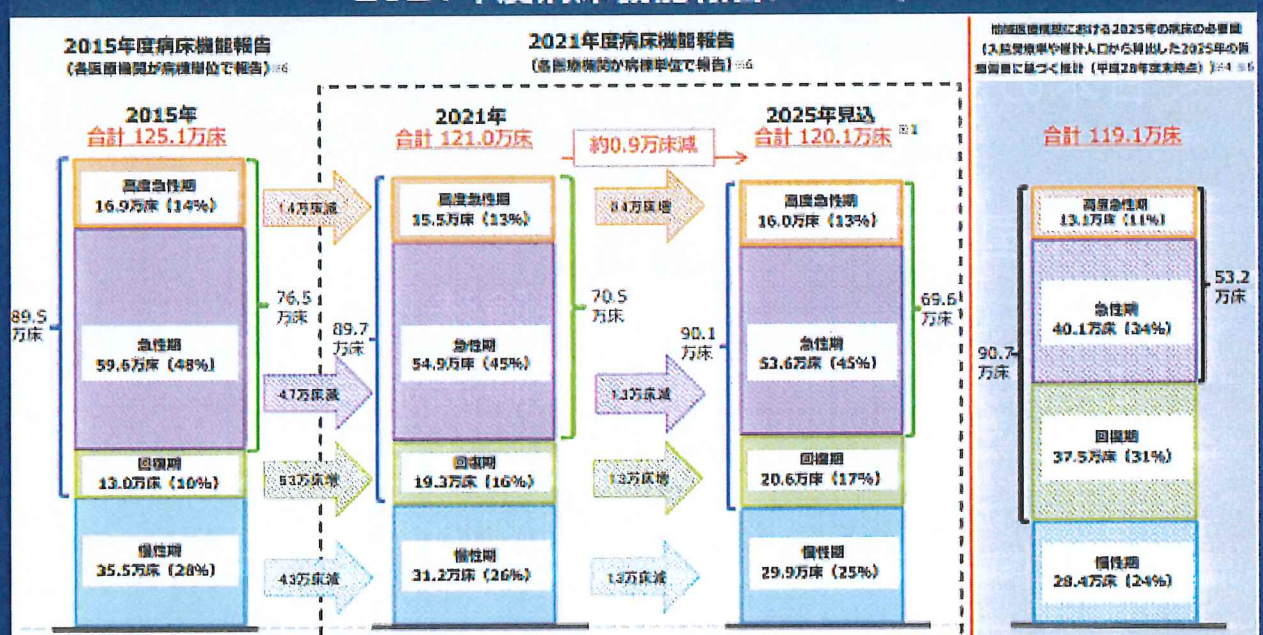
○「戦略の失敗は戦術では補えない」

・戦略Strategy vs. 戦術Tactics

31

(3) 地域医療構想の現状(全国ベース)

2021年度病床機能報告について



○各病床機能ごとの課題(私見)

・全国ベースの積上げ値(2021年報告)で見ると

①高度急性期:2025年見込でも2.9万床程度過剰

・大学病院の「申告」の問題?

②急性期・回復期:2025年見込74.2万床

＜必要病床77.6万床

・急性期中「軽症急性期」(奈良方式)の切り分けが課題

③慢性期:1.5万床過剰

・**介護医療院**等への転換促進(2022年9月末4.4万床)

→2024年3月末で介護療養病床廃止

33

5. 医療機関における健康経営

(1) **健康経営**の展開

○「**健康経営**」とは何か?

・わが国における「健康経営」の状況

→「環境経営」に比べれば、わが国では後発の概念(欧米諸国では、すでに一定の展開)

→近年、日本でも「アベノミクス」等に取り上げられ、それに基づいて、いろいろな制度が動き出し、ようやく市民権を得つつある状況

34

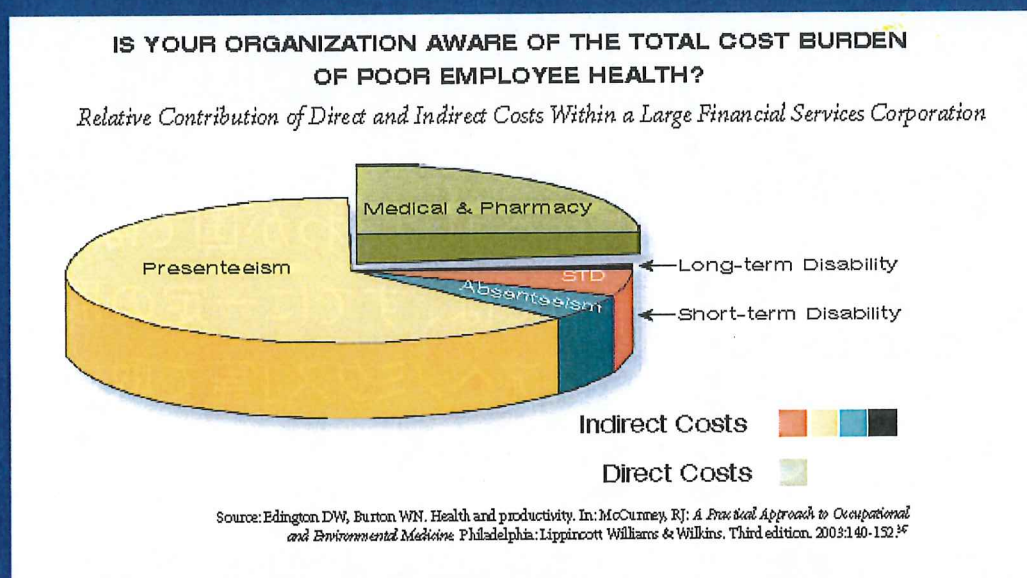
○欧米諸国では、この20年ほどの間に

- ・「疾病モデル」から「生産性モデル」への考え方の転換があった
- ・医療・健康問題を単なる「コスト」ととらえることから、「**人的資本**」への「**投資**」と考える考え方に
- ・**Health and Productivity Management**
 - 「健康」と「生産性」を同時にマネッジする→**健康経営**
- ・企業・組織にとっては、重大な「経営問題」ということになる

35

○アメリカ商工会議所パンフレットより

- ・企業にとっての従業員の健康関連コストの構造



36

○日本への適用

- ・こうした「健康経営」の考え方を日本の企業、組織、さらにコミュニティへ適用できないか？
- ・医療費適正化やメンタルヘルス対策等の個別展開による「部分最適」から、企業・組織の「全体最適」の実現へ
- ・日本の比較優位性
→皆保険体制による統一性

37

- ・皆保険体制下においては、いずれにしても重要なカギを握るのは、保険者と母体組織の「協働」
→「コラボ・ヘルス」
- ・背景として、近年における「レセプトの電子化」の実現
→「データヘルス計画」

38

(2) 日本における健康経営の展開

○「健康経営銘柄」の選定

経済産業省は、東京証券取引所と共同で、従業員等の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組む上場企業を「健康経営銘柄」として選定しています。長期的な視点から企業価値の向上を重視する投資家に対して、魅力ある企業として紹介することを通じ、企業による健康経営の取組を促進することを目指しています。

本日、第8回となる「健康経営銘柄2022」に、過去最多となる32業種から50社を選定しました。



○「健康経営銘柄」の限界

- ①上場(大)企業に限られる→非上場の(中小)企業は対象外
- ②1業種1社という制約
- ③非営利組織も対象外

○これらの問題に対応するため、2017年より、「健康経営優良法人」制度が始動

健康経営に係る顕彰制度について（対象法人一覧）

- 健康経営に係る各種顕彰制度を推進することで、優良な健康経営に取り組む法人を「見える化」し、従業員や求職者、関係企業や金融機関などから「従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組んでいる企業」として社会的に評価を受けることができる環境を整備する。

＜健康経営に係る顕彰制度の対象法人＞

※常時使用する従業員の人数

	【健康経営銘柄】	健康経営優良法人 【大規模法人部門】	健康経営優良法人 【中小規模法人部門】
	 健康経営銘柄 Health and Productivity	 健康経営優良法人 Health and productivity ホワイト500	 健康経営優良法人 Health and productivity
卸売業	東京証券取引所 上場会社	101人以上	1人以上100人以下
小売業		51人以上	1人以上50人以下
医療法人・サービス業		101人以上	1人以上100人以下
製造業その他		301人以上	1人以上300人以下

41

1. 健康経営優良法人認定制度とは



健康経営優良法人
Health and productivity
ホワイト500



健康経営優良法人
Health and productivity



健康経営優良法人
Health and productivity
ブライト500



健康経営優良法人
Health and productivity

※ロゴマークの無断使用は禁止です。

健康経営優良法人認定制度とは、地域の健康課題に即した取組や日本健康会議が進める健康増進の取組をもとに、特に優良な健康経営を実践している大企業や中小企業等の法人を顕彰する制度です。

健康経営に取り組む優良な法人を「見える化」することで、従業員や求職者、関係企業や金融機関などから「従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組んでいる法人」として社会的に評価を受けることができる環境を整備することを目標としています。

本制度では、大規模の企業等を対象とした「大規模法人部門」と、中小規模の企業等を対象とした「中小規模法人部門」の2つの部門により、それぞれ「健康経営優良法人」を認定しています。

「健康経営優良法人」に認定されると、従業員や求職者、関係企業や金融機関などから「従業員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に取り組んでいる法人」として社会的な評価を受けられます。

また、「健康経営優良法人」ロゴマークの使用が可能となります。

42

(3) 医療機関における健康経営

○医療機関において、人は「資産」、「人財」

→「マグネット・ホスピタル」

医師や看護師等医療専門職に選ばれる病院

○医師等の働き方改革も、こうした「健康経営」の一環として位置付ける必要

43

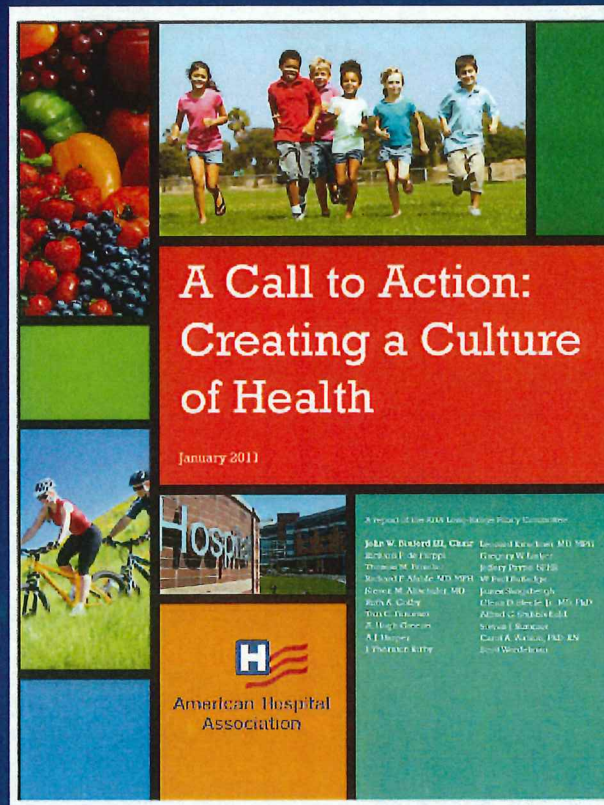
医療機関の健康経営優良法人認定事例 (2022年)

○ ホワイト500(上位500法人): 医療法人等22、
社会福祉法人2

- ・医療法人社団美心会(群馬県)
- ・医療法人社団同友会(東京都)
- ・社会医療法人財団董仙会(石川県)
- ・医療法人社団洋和会(石川県)
- ・一般財団法人芙蓉協会(静岡県)
- ・社会医療法人愛生会(愛知県)
- ・医療法人順秀会(愛知県)
- ・医療法人社団喜峰会(愛知県)
- ・医療法人医誠会(大阪府)
- ・社会医療法人ペガサス(大阪府)
- ・医療法人厚生会(大阪府)
- ・医療法人社団せいおう会(東京都)
- ・医療法人博俊会(福井県)
- ・医療法人はあとふる(大阪府)
- ・一般財団法人住友病院(大阪府)
- ・医療法人新生会(奈良県)
- ・一般財団法人淳風会(岡山県)
- ・一般財団法人倉敷成人病センター(岡山県)
- ・医療法人社団久英会(福岡県)
- ・特定医療法人財団博愛会(福岡県)
- ・医療法人原土井病院(福岡県)
- ・医療法人玉昌会(鹿児島県)

44

全米病院協会の報告書(2011年)



45

- 勧告1. コミュニティにおける**ロールモデル**(手本)として機能すること
- 勧告2. 健康な生活に関する**組織文化**を創造すること
- 勧告3. 多様な健康増進プログラムを提供すること
- 勧告4. プラスまたはマイナスのインセンティブを提供すること
- 勧告5. 従業員の参加度及び**成果を測定**すること
- 勧告6. **ROI**(費用対効果)を測定すること
- 勧告7. **持続可能性**を重視すること

46

6. 今後の展望(若干の私見)

(1) 病院経営における外来の位置付け

○急性期病院における外来部門は一般的には赤字

- ・中医協コスト調査分科会・医療機関部門別収支データ
急性期病院は外来の赤字を入院の黒字でカバー
無床診療所は黒字
- ・日本における病院・診療所共通の診療報酬体系の帰結
- ・(収支)収入:診療所と同じ診療報酬 支出:高コスト構造

47

(2) 診療科群別収支の状況

診療科群単位で集計した収支を以下に示す。

① 診療科群別収支の状況(入院)

入院部門	内科群-入院		小児科群-入院		精神科群-入院		外科群-入院		整形外科群-入院		産婦人科群-入院		眼科群-入院		耳鼻いんご科群-入院		皮膚科群-入院		泌尿器科群-入院		放射線科群-入院	
	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)
患者収益	112,215,612	100%	41,104,016	100%	27,409,465	100%	545,872,434	100%	67,724,701	100%	37,998,529	100%	14,411,387	100%	16,162,783	100%	4,638,821	100%	16,575,229	100%	8,124,381	100%
医療費用	135,422,747	104%	41,582,582	95%	34,814,234	124%	125,822,374	90%	64,798,190	94%	41,503,093	112%	14,729,381	59%	14,158,842	85%	5,479,820	118%	25,977,954	140%	4,873,624	59%
収支差額	-23,207,135	-21%	-4,478,566	-11%	-7,404,769	-24%	-20,950,122	-14%	-2,073,489	-3%	-3,504,564	-9%	2,242,606	15%	2,003,941	12%	-1,840,999	-40%	-9,402,725	-57%	-3,752,243	-46%
入院数	182		30		20		372		163		102		352		81		82		12		14	

② 診療科群別収支の状況(外来)

外来部門	内科群-外来		小児科群-外来		精神科群-外来		外科群-外来		整形外科群-外来		産婦人科群-外来		眼科群-外来		耳鼻いんご科群-外来		皮膚科群-外来		泌尿器科群-外来		放射線科群-外来	
	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)
患者収益	10,039,442	100%	14,517,416	100%	2,123,600	100%	49,320,336	100%	13,642,569	100%	8,504,283	100%	6,678,000	100%	5,609,820	100%	3,093,862	100%	4,053,754	100%	9,339,562	100%
医療費用	94,087,740	94%	18,164,266	125%	10,502,200	144%	51,027,252	94%	18,588,004	135%	12,891,922	152%	8,484,245	126%	8,028,314	143%	2,348,438	76%	8,192,068	200%	10,072,083	108%
収支差額	5,951,701	6%	-3,646,850	-25%	-8,378,600	-24%	-1,706,916	-3%	-4,945,435	-36%	-4,387,639	-52%	-1,806,245	-27%	-2,418,494	-43%	745,424	24%	-4,138,314	-100%	-732,521	-8%
入院数	182		33		40		120		180		103		121		100		100		20		49	

③ 診療科群別収支の状況(入院外集計)

入院・外来部門	内科群-入院外集計		小児科群-入院外集計		精神科群-入院外集計		外科群-入院外集計		整形外科群-入院外集計		産婦人科群-入院外集計		眼科群-入院外集計		耳鼻いんご科群-入院外集計		皮膚科群-入院外集計		泌尿器科群-入院外集計		放射線科群-入院外集計	
	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)	金額(円)	構成比(%)
患者収益	272,497,647	100%	58,482,454	100%	19,659,006	100%	198,529,320	100%	39,712,607	100%	44,721,489	100%	19,109,483	100%	19,483,050	100%	2,224,369	100%	12,633,684	100%	12,718,102	100%
医療費用	273,215,899	100%	59,544,223	104%	24,529,370	125%	172,440,401	97%	42,640,970	104%	59,340,034	111%	17,938,080	94%	17,272,720	89%	11,738,620	53%	21,676,605	169%	11,991,650	94%
収支差額	-768,252	-0%	-1,061,769	-2%	-8,870,364	-22%	-26,911,081	-13%	-4,928,363	-12%	-16,618,545	-37%	1,171,403	6%	2,210,330	11%	585,749	26%	-9,042,921	-72%	726,452	6%
入院数	182		120		50		170		170		170		117		119		105		31		84	

48

○外来→入院につなげることの重要性

- ・病院が漫然と多数の外来患者をとること(いわゆる「コンビニ受診」)の非効率性
→赤字部門の拡大＋職員も疲弊
- ・病院にとって「**効率的な外来**」とは何か
- ・紹介外来→患者の一定のスクリーニング
: **機能分化と連携**
- ・「**紹介受診重点医療機関**」の意味

49

- ・「非救急型急性期病院はアクセスの悪いところにこそ立地」という立地戦略が十分有効
- ・「バスの入構」は「困ったこと」?

* 尾形裕也(2017)『志なき医療者は去れ! 岩永勝義、病院経営を語る』 MASブレーン

50

(2)「かかりつけ医」機能普及の課題①: 需要側

○「**フリー・アクセス**」体制から脱却することの困難性
(患者側、診療側双方)

・強制的な「**ゲート・キーパー**」制の導入は困難

○これまでは経済的誘導がせいぜいであった

・診療報酬政策の限界: 定率一部負担の問題
診療報酬評価→患者負担増(逆誘導)

51

○それ以外の患者負担による誘導

・**保険外併用療養費**(選定療養)の活用、
徴収義務化

→「混合診療」を強制するのは本末転倒?

○患者の受診行動への(経済外的)誘導

・「地域医療を守る」視点

医療のかかり方の問題(旧兵庫県立柏原病院の例)
地域医療の現状についての情報開示の重要性

52

(3)「かかりつけ医」機能普及の課題②:供給側

○日本医師会の立場

「なぜ日本医師会は、かかりつけ医機能の推進を主張しながら、GPや家庭医制度には反対しているのか」

→OECD Health Working Paper No.41 (2008)

The Remuneration of General Practitioners
and Specialists in 14 OECD Countries

53

○単純なGP導入論は機能しない？

○それ以外の工夫

- ・**ロール・モデル**(経営モデルを含む)の提示
- ・early exposureの有効性
- ・長期的には「総合診療医」の普及・拡大

○病院側へのアプローチの重要性

- ・「地域医療支援病院」等の役割

54

＜参考＞英国GPの現状と課題

○最近の論文*によれば、英国GPの慢性期患者(common long-term conditions)の治療に関する知見のレベルは高くなく、自分の医学的知識について自信も持っていないという。

○オンライン・サーヴェイ(443人のGP対象)の結果

- ・87.7%は治療効果について過大評価、8.9%は過小評価
- ・診療ガイドラインについての理解度も高くない
- ・64.8%のGPは、自身の医学的知識について自信がないと回答

*Julian Stephan Treadwell他オックスフォード大学研究グループ(2020)
GPs' understanding of the benefits and harms of treatments for long-term conditions : an online survey, BJGP Open 2020

55

- ・供給側に対して経済的誘導を図るとすれば、むしろ病院サイドの診療報酬評価の組み換えが有効ではないか(病院経営者へのメッセージ)

＜例1＞紹介受診重点医療機関入院診療加算

＜例2＞かつての「急性期特定入院加算」のイメージ
: 外来入院患者数比率1.5以下を評価

＜例3＞地域医療支援病院等のかかりつけ医機能育成
機能の評価

56