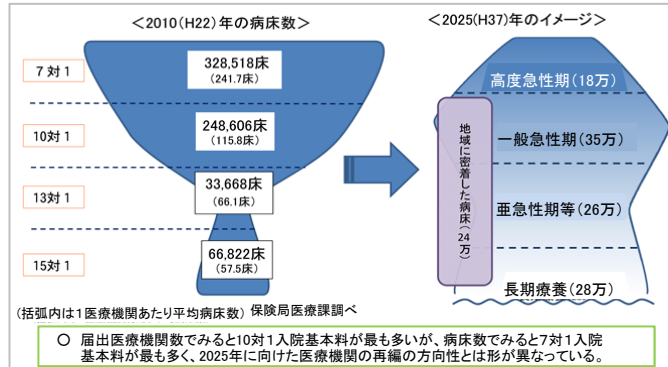


連携時代の医療経営

1. 医療行政の方向感と医療経営の現況

- ・ 社会保障費の増加が続く中、医療行政においても様々な施策が打ち出されている。この中でも入院病床構成の再編は俗に「2025年モデル」と呼ばれており（図表1-1）、大きなテーマとなっている。病床の呼称や機能などは変化してきているが、大枠としては後述する病床機能報告でも示される「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」（図表1-2）という各段階での病床バランスを地域需要に合わせて見直していく方向にあり、病床相互の連携がより重要となってきている。
- ・ 一方、医療経営は民間病院も赤字となるなど厳しい局面が出てきている（図表1-3）。今後も在院日数の短期化などが図られる中、病院が「濃度の高い」医療を提供する中で諸コストの増嵩などにも留意の必要があろう。また病床の見直しだけでなく「地域包括ケア」という取り組みも標榜されている（図表1-4）。「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来るシステム作り」として、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供することを目標としており、「在宅医療」もその構成要素だが、医療費における割合は現状3%弱でもあり（図表1-5）、まだ拡大余地も大きい。
- ・ 今回のレポートは「相互の役割分担・連携」が重視される今後の医療環境について、エリアを分けて現況及び今後を分析した。そうした医療機関が直面する課題を整理しつつ、各地でのヒアリングを踏まえ、個々及び相互連携の中で何に対応していくべきか、を整理していくものである。

図表1-1 「2025年モデル」における病床イメージ



図表1-2 主な病床機能

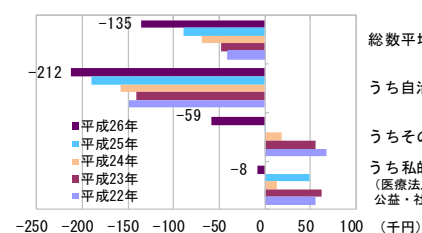
- 高度急性期: 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
- 急性期: 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
- 回復期: 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- 慢性期: 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

（備考）図表1-1は、中央社会保険医療協議会総会資料（平成23年11月25日）により作成

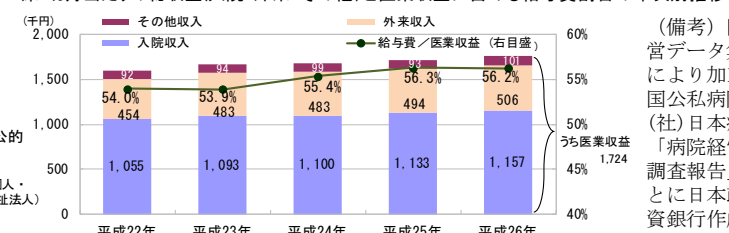
図表1-2は、厚生労働省「病床機能報告」をもとに加工

図表1-3 医療経営の概況

1床1ヵ月当たり医療収支差額（開設者別・年次別）

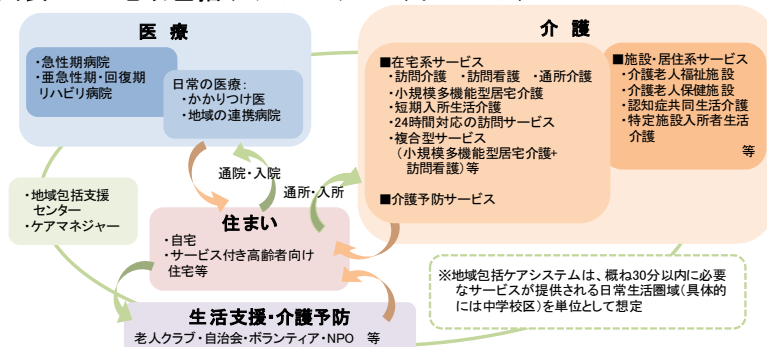


1床1ヵ月当たりの総収益（入院・外来・その他）と医療収益に占める給与費割合の年次別推移



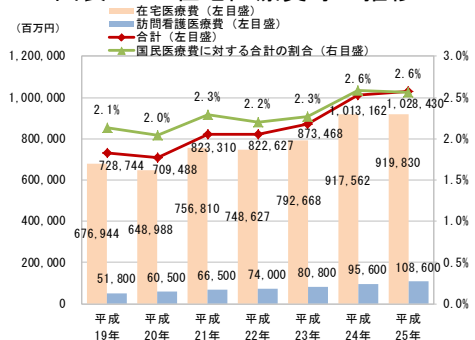
（備考）医療経営データ集2015により加工（全国公私病院連盟・（社）日本病院会「病院経営実態調査報告」をもとに日本政策投資銀行作成）

図表1-4 地域包括ケアシステム（イメージ）



（備考）厚生労働省HPをもとに加工

図表1-5 在宅医療費等の推移



（備考）厚生労働省「国民医療費」、「社会医療診療行為別調査」により作成

2. 「二次医療圏」と今後の想定患者数ピーク期

- ・医療行政のエリア的区分で「二次医療圏」という概念がある。医療法に基づき策定される医療計画の単位となる区域の一つで、主として「病院における入院医療を提供する体制」確保の為のものであり、日本全国で約340の医療圏が存在している（多くの二次医療圏は複数の市町村により構成されている）。また、現在「地域医療構想」（図表2-1）という概念が出て来ており、主にこの区分の中での役割分担を考えていく話となっている。本稿ではこの二次医療圏を、①東京都・大阪府・愛知県、②各都道府県の県庁所在地を含む医療圏もしくは圏内人口50万人以上のエリア、③圏内人口50～20万人のエリア、④圏内人口20万人以下の4エリアに便宜的に区分し（順にAエリア、Bエリア、Cエリア、Dエリアと呼ぶ）、医療に関する需給等を大掴みに見ていくこととした。
- ・まず、医療需要を考える意味で、今後の潜在的(*1)な一般病床における入院患者数のピーク期を見てみよう（図表2-2、2-3）。3大都市圏を主体としたAエリアのピーク期は2040年（以降）が主体である一方、これが圏内の人口規模が少なくなるほどにピーク期も早まる点が見て取れる。一方で、AからDを並べてみると、追って圏内人口は減り、二次医療圏数は増える構造となっている。当然ながら、こうした需要面の違いは各医療圏の対応すべき課題の違いにも繋がるものである。

*1 入院患者数は在院日数短期化等により減少しており、受療率の年代層別・地域別の変化はここで考案していない為、潜在的という言い方となる。

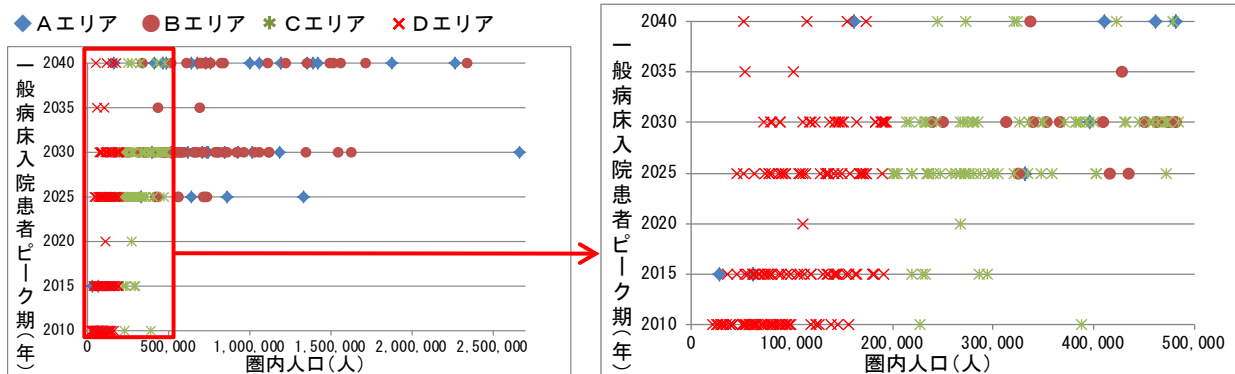
図表2-1 地域医療構想とは

これまでより地域のニーズを反映させた医療計画を策定するため、「2025年の医療需要に見合った機能別病床数の目標値を定めて共有すること」が標榜された。医療施設は病床機能の報告を行い、自治体は報告されたデータに基づいて2025年までの将来展望を検討した上で、地域に必要な医療提供体制の在り方をまとめて「地域医療構想」を策定し、新たに医療計画に盛り込む。需給状況の検討は二次医療圏を原則としつつも、地域の実情に合わせて柔軟に設定することも可能である。

図表2-2 一般病床入院患者ピーク期と二次医療圏数

ピーク期 (年)	合 計		Aエリア (東京都・大阪府・愛知県)		Bエリア (県庁所在地+50万人以上)		Cエリア (50-20万人)		Dエリア (20万人以下)	
	337 箇所		33 箇所		73 箇所		78 箇所		153 箇所	
2040	47	13.9%	16	48.5%	21	28.8%	6	7.7%	4	2.6%
2035	4	1.2%	0	0.0%	2	2.7%	0	0.0%	2	1.3%
2030	112	33.2%	11	33.3%	42	57.5%	34	43.6%	25	16.3%
2025	75	22.3%	4	12.1%	8	11.0%	30	38.5%	33	21.6%
2020	2	0.6%		0.0%		0.0%	1	1.3%	1	0.7%
2015	46	13.6%	2	6.1%		0.0%	5	6.4%	39	25.5%
2010	51	15.1%		0.0%		0.0%	2	2.6%	49	32.0%

図表2-3 一般病床入院患者ピーク期と現在の圏内人口のプロット



(備考) 図表2-2、2-3の将来患者数は、それぞれ厚生労働省「平成23年患者調査」と国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」（以下「推計人口」と記載）に掲載されている次の2データを掛け合わせることにより推計したものである

①患者調査「下巻第16表 受療率（人口10万対）、入院・外来・施設の種類×性・年齢階級×都道府県別」

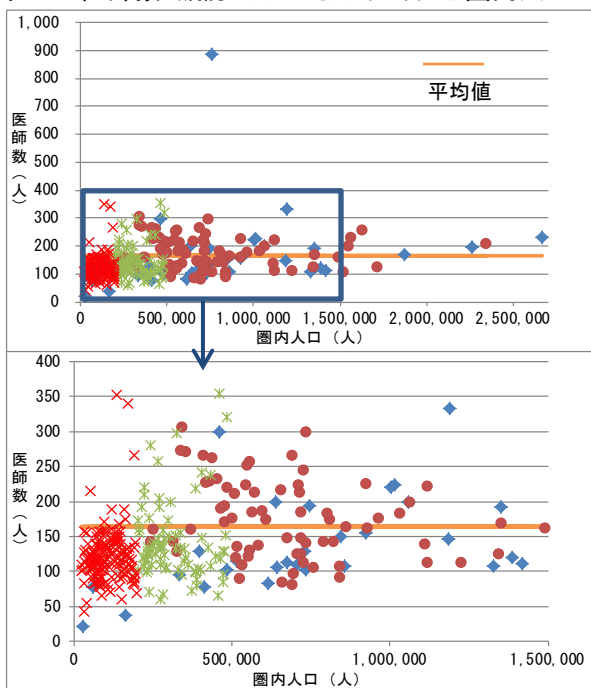
②日本の地域別将来推計人口「3. 男女・年齢（5歳）階級別の推計結果」

- (注) ・②について上記調査では福島は県単位の集計となる為、本件分布図作成には含んでいない。（以下図表3, 5, 7の付表も同様）
 ・受療率は二次医療圏単位ではなく県単位のもの（かつ宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値）であり、あくまで傾向を見る為の集計である。
 ・徳島県は東部・南部・西部の3医療圏にて算出。

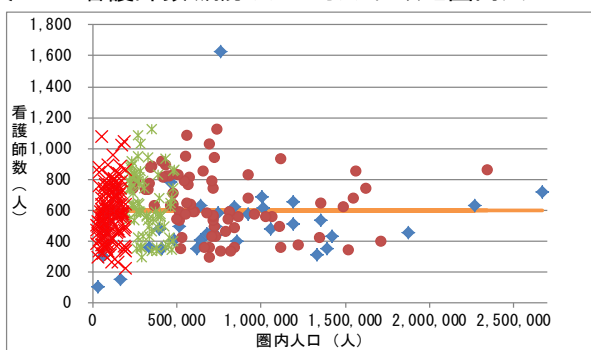
3. 医療人材の分布状況

- ・ 今度はこうした需要に対応する医療人材の分布状況を見てみたい。例えば医師数ということだと、県単位で見ると如実に東低西高という側面が歴史的には強いのだが、これを二次医療圏毎の分布として見ていく（尚、この頁では病院に所属する医師数を比較している）。基本的に満遍なく存在していると考えたいのだが、図表3-1で見る通り、幾つかの突出したエリアの存在を除いても、人口10万人当たりで60人程度のエリアから300人程度のエリアまでかなりのばらつきが存在している。
- ・ 平均値（人口10万人当たり164人）との比較でいえば、やはりC及びDエリアでの医師数の少なさが目立つ。これについては「医師の偏在」としてかねてから述べられてきた点でもある。一方、看護師数については比較の問題ではあるが医師ほどの偏在は見られない（図表3-2）。ただしAエリア内に人口当たりでみると少ないエリアが点在することは一つの特徴である。
- ・ また需給バランスという意味で、一般病床のピーク期との関係を見てみたい（図表3-3）。あくまで現時点の医師数との比較であるが、「ピーク期が先であるにも関わらず、現在でも医師数が平均以下のエリア」を赤丸で囲んだ。Aエリアでは東京都・愛知県、Bエリアでは神奈川県・埼玉県に含まれる医療圏が多く、都市近郊での人材確保の難しさが垣間見える。一方、もう一つの課題として、例えば平均を大きく下回る「医師数100人以下」のエリアの多くはC及びDエリアに存在している（尚、こうしたエリアが3医療圏以上が含まれる県は北海道・青森県・秋田県・茨城県・静岡県）。需要増エリア・絶対的不足エリア双方への課題対応が必要だが、この両立は難しい課題でもある。

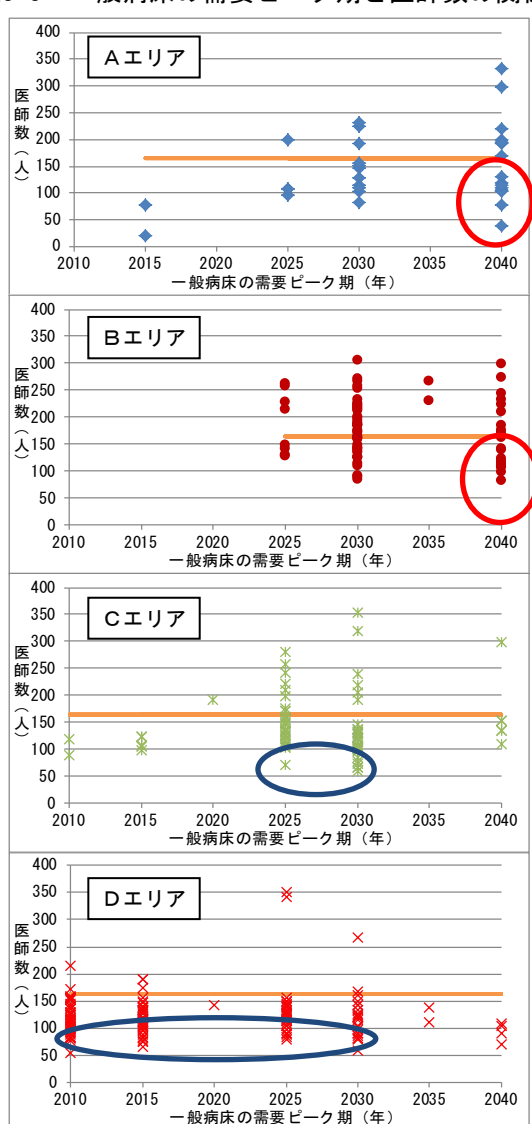
図表3-1 医師数（病院・人口10万人当たり）と圏内人口



図表3-2 看護師数（病院・人口10万人当たり）と圏内人口



図表3-3 一般病床の需要ピーク期と医師数の関係



（備考）図表3-1, 3-2, 3-3は、厚生労働省「平成26年病院報告」（閲覧第38表従事者数、職種・二次医療圏別）及び「平成23年患者調査」・「推計人口」（図表2-2, 2-3備考にて詳細記載）により作成

4. 現時点の病床機能に関する地域状況

- ・では、次は病床毎の機能について考えていくことにしたい。2015年7月に公表された「病床機能報告」での「2014年時点」の病床区分と「6年後」の病床区分は図表4-1の通りである。ただし、これは今後の「地域医療構想」を踏まえ見直しが図られる可能性もある為、あくまで参考値として見ていく必要がある。
- ・そうした留意点を踏まえた上であるが、これを前述の4エリアに分けて見ていくと、まず高度急性期病床は全体平均では全病床中の15.5%なのだが、実際、C・Dエリアには「高度急性期」病床が一定数以上存在しているエリアは少ない（図表4-2）。尚、高度急性期については、「二次医療圏」単位ではなく広域での対応が想定されている為、この状況自体は大きな問題ではないのだが、高度急性期が存在しているエリアにどの程度の患者流入があるかという点は重要な要素である。
- ・一方、幾つかのエリアでは高度急性期病床の比率が高いエリアも存在している（下表参考に記載）。こうしたエリアの一部は競争過多となっている可能性もあり、一定の病床バランスに収斂していく必要もあろう。ただし、高度急性期機能について言えば、数自体は適正な水準に収斂していく可能性が高い。ポイントは、広範囲なエリア、つまり二次医療圏外からもこの機能を求められる可能性が高い為、そうした状況も踏まえた体制構築を個々の医療機関が出来るか、特に医療人材が不足しているエリアでこのバランスが取れるか、という点が課題と言える。
- ・また、急性期病床・回復期病床については紙幅の関係もあり、本稿ではそのバランスについては踏み込まないが、図表4-1で見てとれるように全体として急性期・慢性期から回復期に転換していく流れ及びその必要性があることについては強調をしておきたい。
- ・慢性期病床について言えば、特にDエリアについては高度急性期病床の少なさにも起因するが、極めて振れ幅が大きい（図表4-3）。かつ慢性期病床の比率が高いエリアの多くはDエリアに属しており、北海道・山口県・熊本県などではこうした医療圏を複数含んでいる（下表参考に記載）。この辺りは次項の在宅分野との関連でも興味深い点である。

図表4-1 「病床機能報告(*1)」における現状の報告状況

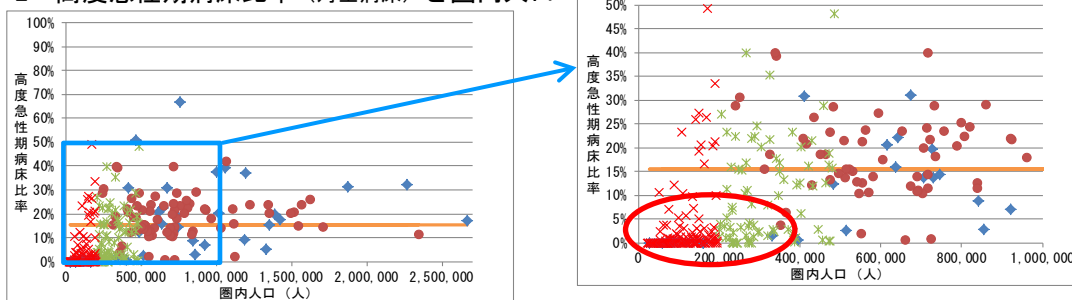
(床)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
2014年7月1日時点	193,538	587,484	110,164	356,176	1,247,362
	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	
6年経過後時点	201,990	559,181	142,131	348,112	1,251,414
	16.1%	44.7%	11.4%	27.8%	

*1 病床機能報告

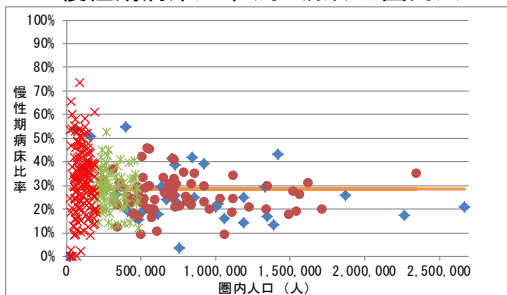
医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病床単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機能の自主的な取り組みを進める為、平成26年度に開始されたもの。

(備考) 1. 厚生労働省「平成26年度病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況」をもとに加工 2. 許可病床ベース

図表4-2 高度急性期病床比率(対全病床)と圏内人口



図表4-3 慢性期病床比率(対全病床)と圏内人口



(参考) 病床機能報告上、比率の高いエリア

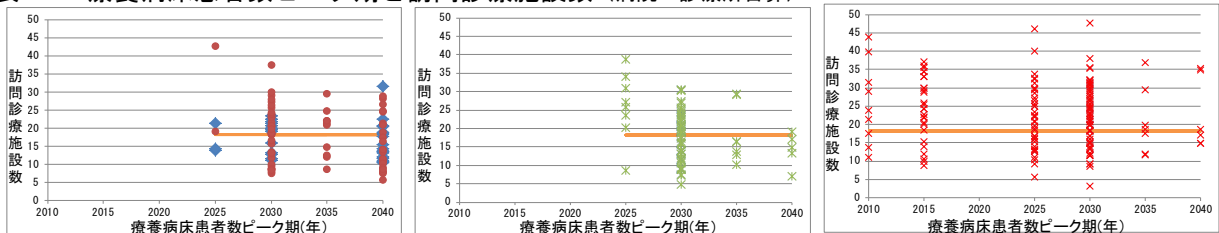
高度急性期病床	比率	慢性期病床	比率
東京 区中央部	66.8%	山口 柳井	73.7%
愛知 尾張東部	50.9%	長崎 杵岐	65.6%
島根 出雲	49.2%	福岡 京築	61.0%
栃木 県南	48.1%	北海道 北空知	60.1%
神奈川 横浜南	42.1%	佐賀 東部	58.4%
静岡 静岡	39.8%	山口 萩	58.0%
滋賀 大津	39.8%	熊本 芦北	55.3%
茨城 土浦	39.8%	熊本 天草	54.8%
群馬 前橋	39.3%	東京 西多摩	54.7%
東京 区南部	39.2%	愛知 東三河北部	54.1%

(備考) 図表4-2, 4-3は、各都道府県HP記載の2014年7月1日時点の機能区分別病床数及び「推計人口」(図表2-2, 2-3備考にて詳細記載)により作成。尚、許可病床・稼働病床双方が表記されている場合、許可病床数を採用。集計の都合上、秋田県については病院の病床分のみにて算出をしている

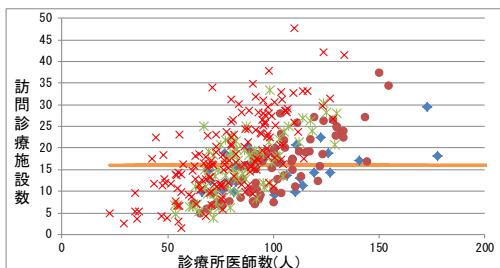
5. 在宅医療・介護関連施設の分布

- ・次は、在宅医療・介護の機能について見ていきたい。「在宅の今後の需要」は基本的には何か？という点を考えると、一義的には、今までの患者層に加えて現在慢性期病床や介護施設で対応している患者層などが含まれてくる。そこで潜在的な療養病床患者のピーク期を算出した場合、そのピーク期との対比で現在の訪問診療施設数を見ていくと（図表5-1）、2030年以降に療養病床需要のピークを迎えるものの平均値より少ない、というエリアは全体の3分の1に及ぶ。尚、例えば（人口10万人当たり）10施設以下の医療圏は、北海道・岩手県・茨城県・埼玉県・千葉県に3医療圏以上存在しているが、これは圏内の医師数に起因している部分もある。一方、慢性期病床比率が高いエリアとはほぼ合致しておらず、このあたりは独立事象と考えるべきである。
- ・「誰を主体に在宅に関する体制整備を行うか」という点も一つのポイントである。図表5-2でクリニックベースでの医師数と訪問診療施設数の分布（共に人口10万人当たり）を見ているが、ある程度、医師数と施設数は比例する。また、医師数が少ない為にグラフは左寄りになるものの、Dエリアでも一定数の施設が存在していることがわかる。その「質」を考える意味で、例えば看取りを実施している施設数をプロットしたが（図表5-3）、ここでもDエリアの健闘が目立つのではなかろうか。実際、長野県・和歌山県・島根県などで複数、在宅看取り施設数の多いエリアが存在しており、これもまた高度急性期や慢性期の比率が高いエリアと異なる。様々なエリア特性も考えられるが、長野県のような地域包括ケアなどへの取り組みが真摯に行われているエリアならではのデータとも考えられる。
- ・次に「在宅介護」は、直接的データがない為、参考値的に状況を整理した（図表5-4）。まず、「指定都市・中核都市」つまり本稿でのBエリアに含まれるような都市は訪問系介護施設や人材が充実している。また、東京都は人口対比でいうと施設・人材共に乏しい。一方、それ以外のエリア（C・Dエリアに多くが含まれる）は訪問系は弱い、通所介護は比較的充実している状況にある。

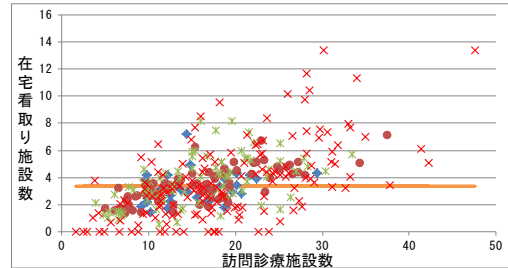
図表5-1 療養病床患者数ピーク期と訪問診療施設数（病院・診療所合算）



図表5-2 診療所医師数と訪問診療施設数



図表5-3 訪問診療施設数と在宅看取り施設数



（備考）図表5-1は、厚生労働省「平成26年医療施設調査」（閲覧第24表 病院数；実施件数、在宅医療サービス・二次医療圏別）及び閲覧第25表 一般診療所数、以下同じ）、「平成23年患者調査」・「推計人口」（図表2-2、2-3備考にて詳細記載）により作成。
図表5-2は、厚生労働省「平成26年医療施設調査」（閲覧第37表 一般診療所の従事者数（常勤換算）、職種・二次医療圏別及び 閲覧第25表）、「平成23年患者調査」・「推計人口」（図表2-2、2-3備考にて詳細記載）により作成。「在宅患者訪問診療」施設数を集計。
図表5-3は、厚生労働省「平成26年医療施設調査」（閲覧第25表）、「推計人口」（図表2-2、2-3備考にて詳細記載）により作成。「在宅患者訪問診療」施設数及び「在宅看取り」施設数を集計（共に一般診療所ベース）。
図表5-1～3はいずれも人口10万人当たりの数字（尚、図表5-2で1ヵ所図表外にプロットされるエリアあり）

図表5-4 在宅介護施設数及び従事者数（人口10万人当たり）

	訪問介護	訪問看護 ステーション	通所介護	訪問介護員 (人)	看護師 (人)
全国	26.4	6.2	32.5	156.4	23.1
あ: 東京	23.8	5.8	25.1	143.1	22.7
い: 指定都市・中核都市	30.7	6.9	31.7	184.9	26.9
あ・い以外	24.2	5.8	34.4	140.8	20.8

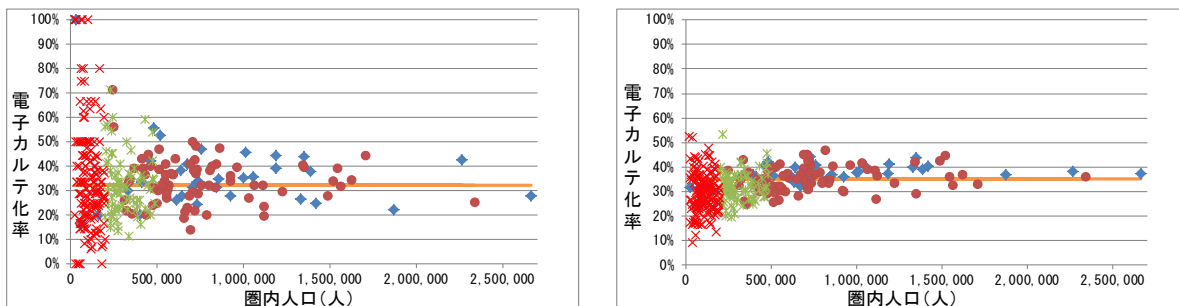
＜（い）指定都市・中核都市について＞
地方公共団体の区分である「指定都市（人口50万以上の市のうちから政令で指定）」及び「中核市（人口20万以上の市の申出に基づき政令で指定）」

（備考）厚生労働省「平成26年度介護サービス施設・事業所調査」基本票第2章第1表及び詳細票第2章第7表（11-1及び11-3）並びに総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成27年1月1日現在）」により作成

6. 「電子化」の現状と課題

- ・地域比較の最後として電子化の状況を取り上げてみたい。まず、電子カルテの導入状況が一つの指標となると思うが、現在のところ図表6-1の通り、エリアを問わず電子化率は3～4割の水準に落ち着いている。一方、これはあくまでスタンドアロンな形での電子化であり、どのように情報共有されていくかが大きなポイントとなろう。
- ・これについては二つの大きな方向性があると考えられる。一つは診療行為の高度化や製薬・機器開発など医療関連技術の発展に繋がる研究開発とのリンクであり、現在国が検討を進める「次世代医療ICT基盤協議会」（図表6-2）の動き（特にそのポイント②）が大きな意味を持つであろう。
- ・一方、同協議会資料のポイント①ともリンクする部分だが、本稿との関連では地域での情報シェアという論点が存在する。この点については、A. 誰が主体となりネットワークを作るか、B. 投資負担の担い手はだれか、C. 介護情報なども含めた地域全体の医療・介護情報の共有が可能か、という点などが主な課題としてあげられよう。
- ・Aについては先行的な取り組み事例も複数あるのだが、一方で局地的な要素もあり、広範に「情報共有」の環が広がっているとは言い難いのが実情である。またBについて言えば、電子化に伴うコスト負担が医療経営において一定以上の負担になっているという実情もある。
- ・各地でヒアリングを実施して思うのは、どの医療機関も電子化の重要性や地域での情報共有に高い関心を抱いているという点であり、これは強調しても強調し過ぎることはないし、恐らくは電子化のコスト負担を相応に担っていることと表裏一体の関係にもある。ただし「情報共有が必要な局面・頻度・スペック」などを考えた場合、病院・診療所、共に非常に多数の機関が存在する中で、各自が合意をし得る目的をその地域の間において調整していく調整コストというのは小さなものではない。
- ・この為、この分野では、まずは「自院と関連の深い機関との連携」が主題となるが、それでも例えば介護も含めたネットワーキングというのは難しいのが実情である。
- ・こうした中、上述の次世代医療ICT基盤協議会の動きや次項以降でも述べていく二次医療圏間での広域連携の必要性などは、手段・目的双方の意味で重要な役割を果たしていくものと思われる。

図表6-1 電子カルテ化比率と圏内人口（左図：病院 右図：一般診療所）



（備考）厚生労働省「平成26年医療施設調査」（閲覧第19表 病院数、診療録電子化（電子カルテ）の状況・二次医療圏別）及び第21表 一般診療所数、以下同じ）、「推計人口」（図表2-2、2-3備考にて詳細記載）により作成。電子化率には「病院内の一部電子化」も含む

図表6-2 次世代医療ICT基盤構築に向けた動き（次世代医療ICT基盤協議会資料より）



- ① 医療現場のICTによる高度化、及び医療データの収集・利活用の仕組みを車の両輪として確立（ポイント）
- ② 国民・患者への新しい付加価値の創出（医療行政、医療／医療サービス、研究開発等）

（備考）健康・医療戦略推進本部「次世代医療ICT基盤協議会」第2回資料（平成27年12月25日開催）により作成

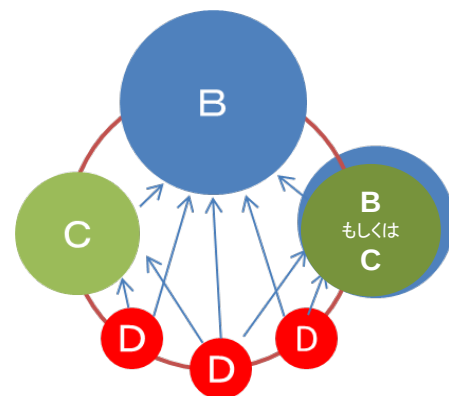
7. 医療機関が直面している環境

- ・さて、ここまで日本全体を4エリアに分けて、大掴みで医療を中心とした需給の状況を見てきたが、これを統合していこう。まず再度A～Dエリアを区分すると図表7-1のようになる。Aエリアだけ便宜的に分けている為、残りのB～Cエリアの分布を平均的に見ると、一都道府県内に1～2のBエリア、1～2のCエリア、3程度のDエリアが存在しているイメージである（図表7-2）。勿論、実際にはこのようなバランスで存在している訳ではなく、県内の二次医療圏数だけで見ても3～21箇所まで大きく異なるのだが、概ねのバランスを理解しておくことは必要であろう。
- ・2. で述べたように一般病床の想定患者数のピークタイミングは少し先になるが、一方で圏内の人口自体は8割超の医療圏で既に人口減少が始まっており（図表7-3）、2020年以降をピークとする二次医療圏はわずか30に過ぎない（尚、東京都・愛知県・神奈川県・福岡県・沖縄県は人口自体が伸びていく医療圏を3以上含んでいる例外的なエリアである）。この点は医療や介護人材の供給という意味でも意識しておく必要がある。
- ・さて、この大掴みで分けた4エリアについての特性をまとめたのが図表7-4である（課題点は薄橙色、圏内でばらつきが大きい項目を橙色）。Aエリアは「患者増が見込まれる中、人口当たりの医療及び介護資源が少なく」こと、Bエリアは比較的バランスが取れていること、CエリアからDエリアにかけては「医師数などの面で厳しい状況となり、特にDエリアは高度急性期などは自圏内ではまかなわれないこと」という点が指摘出来る。一方、「ばらつきが大きい」ポイントも重要である。医療環境などを取り上げる際、どうしても「上手くいっている幾つかのエリア」を称揚するケースが多いが、実際に全てのリソースが揃っているエリアなど存在しない。
- ・本稿では単に「何々エリア」という書き方をしてきたが、全国各地の医療機関を廻ってみると、地域固有の状況と一般化し得る状況が非常に複雑にシンクロをしているのが実情である。一般化し得る状況の一部は図表7-4の通りではあるが、同時に「固有の状況＝地域の需要」に合わせたファインチューニングが個々の医療機関にとって必要不可欠である。幾つの主要医療機関がその医療圏内にあるかも異なるし、慢性期を含め病床数の多寡など「過去からの経緯」によって成り立ってきた制約要件も多々存在している。例えばA～Bエリアでの「増加する医療・介護需要にきめ細やかにポジショニングを変えつつ、対応をしていく方法論」や、C～Dエリアにおける「個々の中核医療機関も自身もリソースに限られる中、どこまで地域の役割を引き受け、またどの部分を他エリアに委ねるか、という課題」など、本当に話を聞く各々のエリアで「課題のバランス」は異なるものである。

図表7-1 A～Dエリアの概要

	Aエリア	Bエリア	Cエリア	Dエリア
人口割合	23.4%	44.4%	19.4%	12.8%
二次医療圏数	33	73	78	153
二次医療圏当たり人口数(平均)	891,980	766,675	314,258	105,317

図表7-2 都道府県内のイメージ（除くAエリア）



図表7-3 人口ピークタイミング（二次医療圏毎）

ピーク期	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
二次医療圏数	281	26	18	9	2	1	0
	83.4%	7.7%	5.3%	2.7%	0.6%	0.3%	0.0%

図表7-4 エリア毎の概況整理

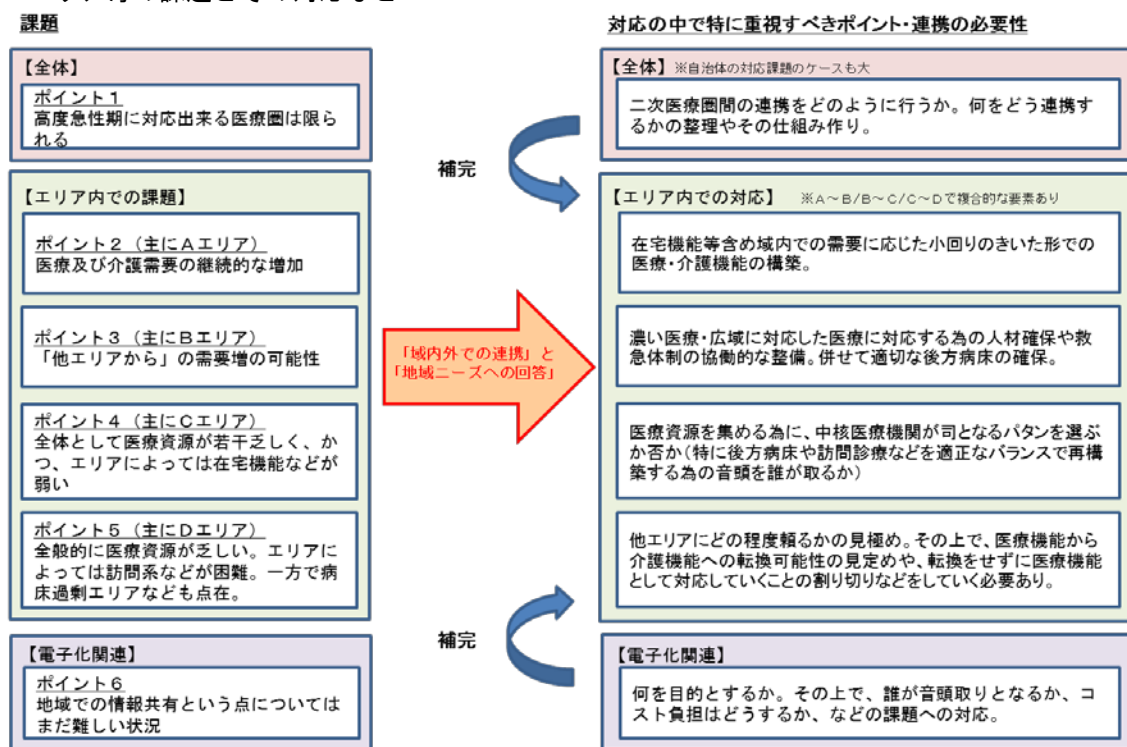
エリア	2025年モデル関連				地域包括ケア関連					電子化
	需要	医療資源		機能のバランス		在宅関連				
	一般病床の 需要ピーク期	医師数	看護師数	高度急性期 病床	慢性期病床	訪問診療施設 数	(参考)療養需要 ピーク期	看取り施設数	(参考)在宅介護	
A	2040年	弱含み	弱含み	集積あり	一定程度に収 斂	ばらつき大	2040年	一定程度に収 斂	弱い(東京)	ある程度整備
B	2030年	ばらつきあるもののバ ランスは取れている	ばらつきあるもののバ ランスは取れている	集積あり	一定程度に収 斂	ばらつき大	2030年	一定程度に収 斂	充実	ある程度整備
C	2025-30年	弱含みのエリア多い	ばらつきあるもののバ ランスは取れている	少ない	多少ばらつき	ばらつき大	2030年	多少ばらつき	(BとDの中間)	多少ばらつき
D	2010-15年	乏しい	ばらつき大	乏しい	ばらつき大	比較的充実	2025-30年	濃いエリアも 多い	訪問系弱い。通所は 充実傾向	ばらつき大

（備考）図表7-1, 7-3は、「推計人口」（図表2-2, 2-3備考にて詳細記載）により作成。図表7-2, 7-4は、日本政策投資銀行作成

8. まとめ（地域のニーズに応じた課題対応）

- ・最後に図表7-4で記載した課題につき図表8-1にて対応の方向性を整理した。医療経営自体は多分に診療報酬動向などに左右される為、診療報酬の軽重に応じた対応を一律に図っていく要素も強いが、同時に地域の中でどのような役割分担を行い、ポジションを定めて行くか、という観点での手綱捌きも重要である。これについては、地域毎に環境が異なる為、本来的には本稿2.～6.の図表にその県内の全医療圏をプロットした上で関係性の中から見えてくる課題も含めて立ち位置を整理していくことが重要であろう。
- ・また、地域ニーズに応えるには様々な協力が必要となる。例えば、平成17年度「老人保健事業推進等補助事業」としてモバイルデイケア（巡回型通所リハビリテーション事業）という取り組みの試行が長野県・長崎県・熊本県の一部で行われ、平成23～24年度にも東日本大震災被災地域の岩手県・宮城県・福島県の一部でこれが活用された。過疎地域で介護サービス事業所がないエリアなどでは効果を発揮し得る取り組みだが、例えばこうした取り組みを継続的に実施しようとする、介護事業者・自治体双方が継続的かつ広域に人的・資金的協力体制を構築していく必要がある。しかし、実際にはこうしたことがなかなか難しいのも実情である。
- ・繰り返しになるが「全てが揃っている」エリアはない。故に、地域の需要に応じて限定的なリソースをどう組み合わせるその地域の課題に対応するかが「連携」の最大のテーマであろう。誰が主体となり、どういった需要に答えるかをフレキシブルに考えていくことが今後の医療・介護環境の中ではより一層重要となつてこよう。また、その中では図表8-2のように近時法制化された地域医療連携推進法人制度も重要なツールの一つになってくるとと思われる。

図表8-1 エリア毎の課題とその対応など



（備考）各種ヒアリング等も踏まえ日本政策投資銀行作成

図表8-2 地域医療連携推進法人制度について

ホールディングカンパニー制度を医療機関に展開する場合には、非営利性を担保するための条件付け等、様々な検討課題が存在していたが、これらの課題を解消し、かつホールディングカンパニー制度の利点を生かした制度として検討が進められてきたのが「地域医療連携推進法人制度」である。この制度は、医療機関の機能分担と業務の連携を推進する制度であり、非営利性を担保するために、参加法人は非営利法人のみの構成に限定されている点や事業地域の範囲を限定した上で都道府県知事が認可するといった点、剰余金の配当が禁止されている点が特徴。地域医療連携推進法人制度により複数の法人が一体となることで、グループ内での病床数の融通や医師の再配置が可能になり、経営的にもメリットが生じると期待されている。

- ・本資料は、著作物であり、著作権法に基づき保護されています。著作権法の定めに従い、引用する際は、必ず出所：日本政策投資銀行と明記して下さい。
- ・本資料の全文または一部を転載・複製する際は著作権者の許諾が必要ですので、当行までご連絡下さい。

お問い合わせ先 株式会社日本政策投資銀行 産業調査部
Tel: 03-3244-1840
E-mail: report@dbj.jp