

医業経営情報

REPORT

Available Information Report for Corporate Management

2020

2

医業経営

地域医療の確保と患者中心医療の実現 人生 100 年時代に向けた 医療政策グランドデザイン

- ① 医療を取り巻く環境と政策の方向性
- ② 地域医療の確保と医師の上限労働時間等
- ③ 患者中心医療の実現に向けた取り組み

1 | 医療を取り巻く環境と政策の方向性

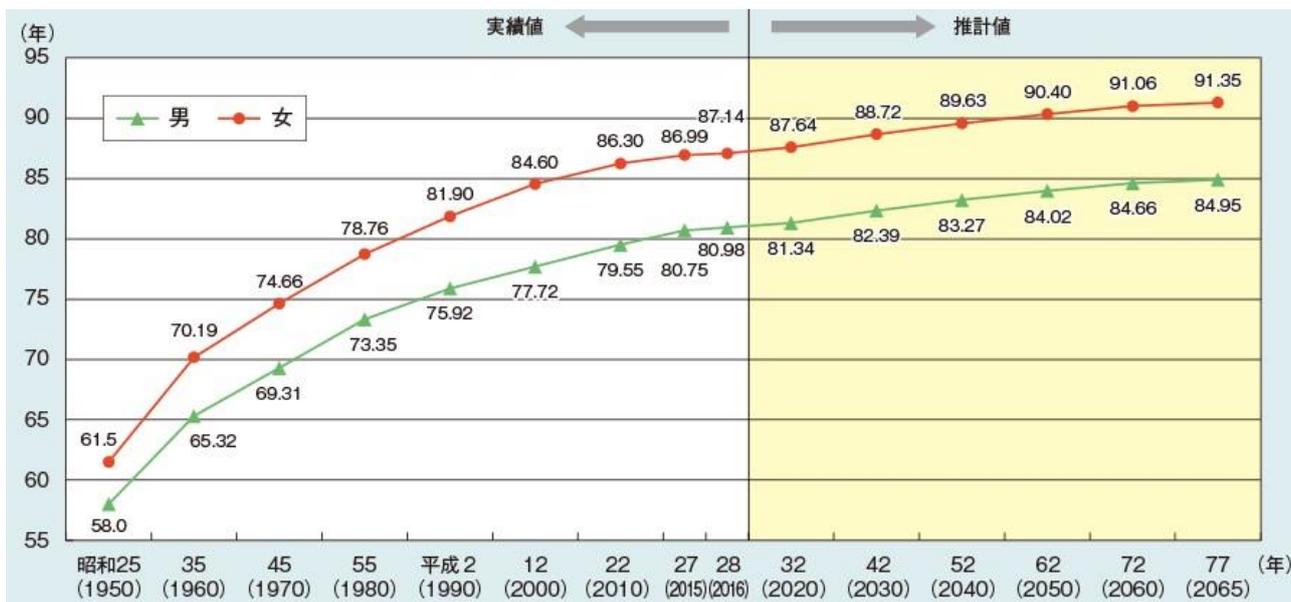
1 | 人生 100 年時代の到来

政府は、これまでに人生 100 年時代が到来することを想定して、高齢者、子ども、子育て世代、さらには現役世代までを広く支えるため、年金、労働、医療、介護など、社会保障全般にわたる持続可能な改革を進めています。

人生 100 年時代が到来すると言われている背景には、医療技術の進歩や医療制度の充実、栄養状態や衛生環境の改善などがあげられます。

2016 年現在の日本人の平均寿命は男性で 81 歳、女性 87 歳となっており、この平均寿命が年々延びることが予想され、2065 年には、男性 85 歳、女性 91 歳となり、女性は 90 歳を超える見込みです。

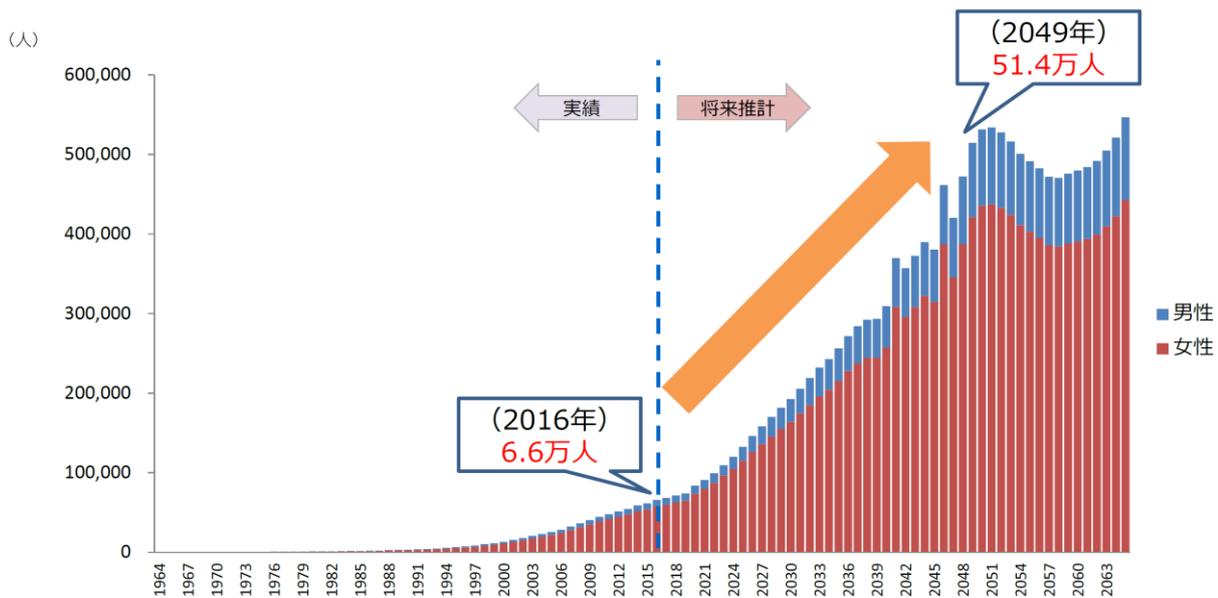
◆平均寿命の推移と将来推計



出典：内閣府 平成 30 年版高齢社会白書（全体版）

また、2016 年現在での 100 歳以上の高齢者が 6.6 万人ですが、2050 年頃には、50 万人を超える見通しで、人生 100 年時代と言われる根拠となり、平均寿命の伸びに対する対応策が求められている状況です。

◆100 歳以上高齢者の年次推移



出典：経済産業省 2050 年までの経済社会の構造変化と政策課題について

2 | 医療を取り巻く課題

人生 100 年時代に向けては、地域包括ケアシステムの構築、地域共生社会の実現に向けた取り組みを進め、地域医療の基盤を維持していくことです。そのためにクリアしなければならない課題として以下のことをあげています。

◆医療を取り巻く課題

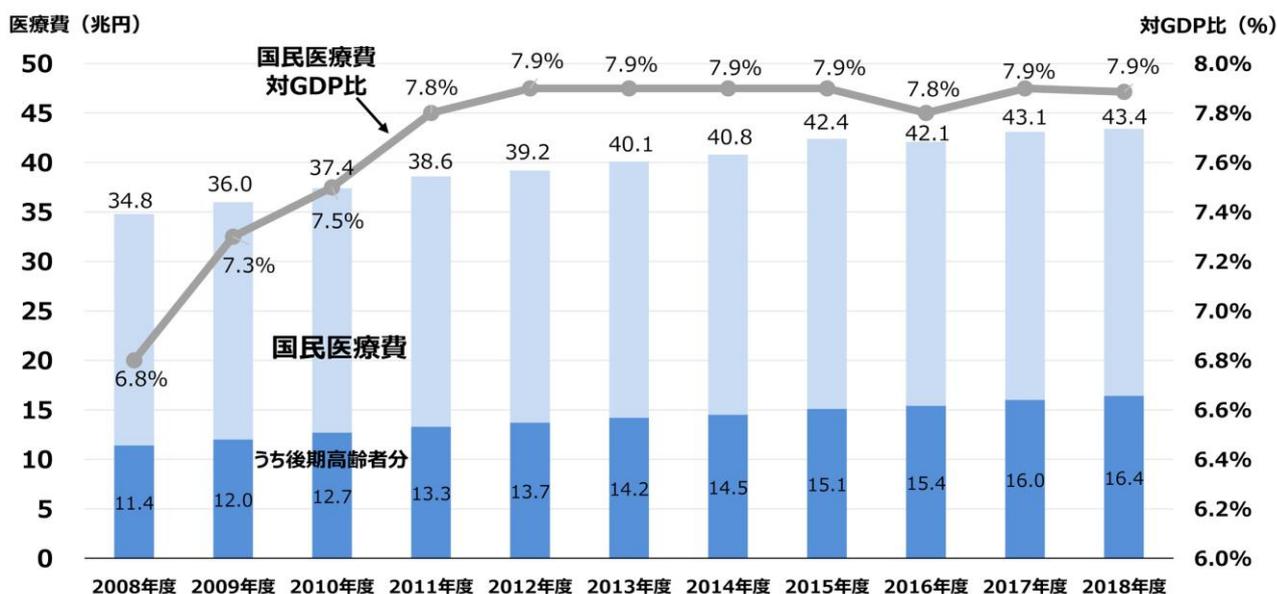
- 団塊の世代が 75 歳以上を迎える中での高齢化による需要拡大への対応
- 生産年齢人口が減少する中での地域医療の確保
- 平均寿命の延びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セルフメディケーション^{※1}の推進、ヘルスリテラシー^{※2}の向上
- 働き方改革に対応した医師の職場環境の変化と地域医療の確保の両立
- ゲノム医療^{※3}等、最先端医療の導入やデータヘルス改革^{※4}の推進

- ※1 自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること
- ※2 健康や医療等の情報にアクセスして、理解し、効果的に情報を使う能力のこと
- ※3 遺伝情報を調べ、その結果をもとに効率的・効果的に病気の診断と治療等を行うこと
- ※4 膨大な健康・医療・介護のデータを収集・分析して、健康・医療・介護分野の ICT の利活用が「供給者目線」から「患者、国民、利用者目線」になるよう、健康・医療・介護の分野を有機的に連結した ICT インフラを 2020 年度から本格稼働させるとする厚労省の取り組みのこと

3 | 後期高齢者の自己負担割合の見直し

現役並み所得者を除く75歳以上の後期高齢者医療の負担の仕組みが見直されます。その背景には後期高齢者の医療費増加問題があり、2018年度の国民医療費は43.4兆円で、そのうち後期高齢者医療費分が16.4兆円であり、国民医療費全体の37.8%を占め、団塊の世代が後期高齢者となった時はさらに医療費が増加することが予測されます。

◆医療費の動向



(注) 2018年度の国民医療費は実績見込み、2018年度の国内総生産（GDP）は速報値。
厚生労働省「国民医療費」、内閣府「国民経済計算」、厚生労働省資料を基に作成。

出典：首相官邸 全世代型社会保障検討会議（第4回）配布資料 基礎資料

後期高齢者の自己負担割合の見直しは、団塊の世代が後期高齢者となることで医療費がかさみ、現役世代の負担が大きくなることを避ける目的があり、団塊の世代が75歳以上になる2022年度初期までに実施する方針です。

◆後期高齢者の自己負担割合についての見直し

- 後期高齢者（75歳以上。現役並み所得者は除く）であっても一定所得以上の方については、その医療費の窓口負担割合を2割とし、それ以外の方については1割とする。
- その際、高齢者の疾病、生活状況等の実態を踏まえて、具体的な施行時期、2割負担の具体的な所得基準とともに、長期にわたり頻繁に受診が必要な患者の高齢者の生活等に与える影響を見極め、適切な配慮について検討を行う

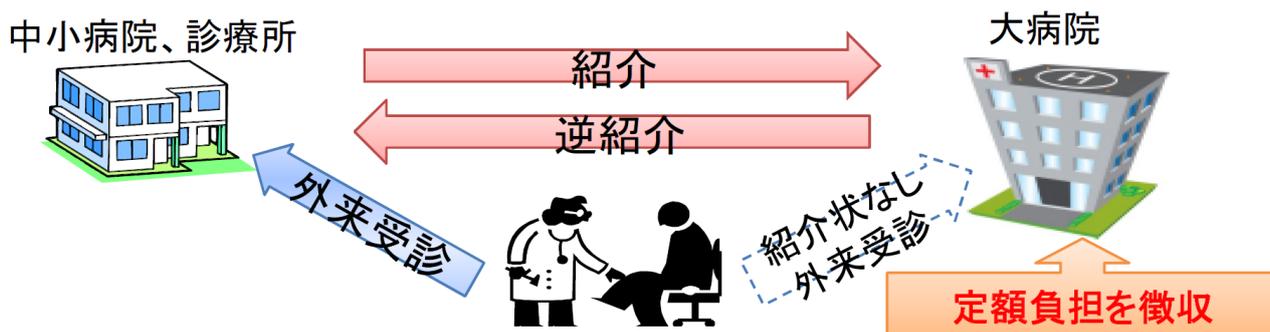
4 | 外来受診時の定額負担の対象拡大について議論

保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携の更なる推進のため、2016 年度から特定機能病院及び一般病床 500 床以上の地域医療支援病院を対象に紹介状なしで受診する場合の定額の徴収を責務とし、その後、2018 年度改定において、対象となる病院を特定機能病院及び許可病床 400 床以上の地域医療支援病院に拡大しました。

また、次期改定ではさらに対象となる病院が、200 床以上の地域医療支援病院に拡大する見込みです。

◆外来受診時の定額負担の概要

- 定額負担は、徴収する金額の最低金額として設定するとともに、初診については 5,000 円（歯科は 3,000 円）、再診については 2,500 円（歯科は 1,500 円）とされている。
- 緊急、その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととしている。その他、定額負担を求めなくても良い場合が定められている。
 - [緊急、その他やむを得ない事情がある場合]
救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、H I V感染者
 - [その他、定額負担を求めなくて良い場合]
自施設の他の診療科を受診中の患者、医科と歯科の間で院内紹介した患者
特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者等
- 一般病床 200 床以上の病院については、緊急、その他やむを得ない事情がある場合を除き、選定療養として特別の料金を徴収することができる。



出典：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会（第 440 回） 外来医療（その 3）について

政府の全世代型社会保障検討会議がまとめた中間報告では、遅くとも 2022 年度の初めまでに定額負担の対象病院を病床数 200 床以上の一般病院に拡大するとしていますが、本年 1 月 20 日に開催された社会保障審議会医療部会では、対象病院を 200 床以上の一般病院に拡大することについて更なる議論が必要であるとの声が多く、今後が注目されます。

2 | 地域医療の確保と医師の上限労働時間等

1 | 地域間・診療科間の医師偏在対策

(1) 地域間の医師偏在対策

医師の偏在対策については、都道府県が主体となり、二次医療圏ごとに医師偏在指標を算出し、算出した指標を基に医師多数区域・少数区域を設定し、都道府県が作成した医師確保計画に反映させた上で具体的な施策を講じます。また、この医師確保計画は 2020 年度からスタートし、2024 年度に計画を見直し、その後は 3 年毎に見直されます。

例として、東京都医師確保計画（案）をみると、医師数が多いとされている東京においても医師少数区域が 3 区域設定されています。

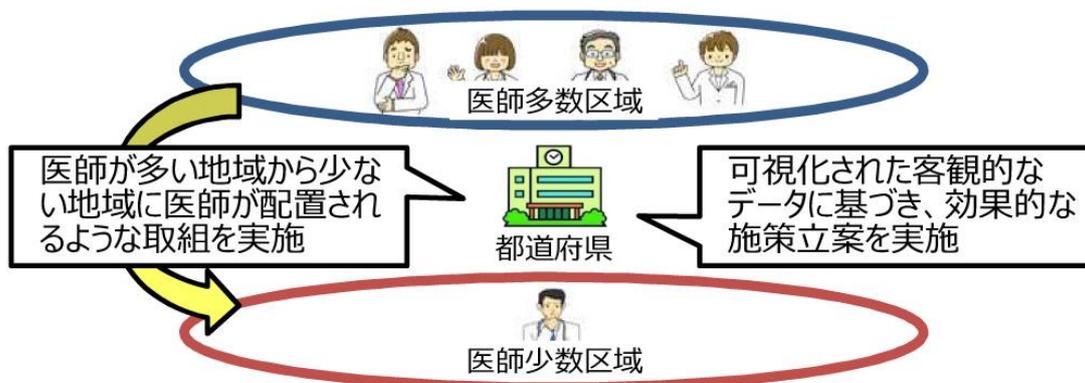
◆東京都内の二次保健医療圏における医師少数区域、医師多数区域の設定

- 医師少数区域：西多摩、南多摩、島しょ
- 医師多数区域：区中央部、区南部、区西南部、区西部、区西北部、区東部、北多摩西部、北多摩南部

出典：東京都 医師確保計画（案）

具体的な解決方法としては、大学医学部の地域枠を○人増員する、地域医療対策協議会で、医師多数区域の A 医療圏から医師少数区域の B 医療圏へ○人の医師を派遣する調整を行う等の施策が講じられます。

◆都道府県による医師の配置調整のイメージ



出典：厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会（第 31 回） 資料 1

(2)産科・小児科における医師偏在対策

周産期医療、小児医療は、医療計画上政策的に医療の確保を図るべきものとして位置づけられ、一方で産科・産婦人科、小児科の医師数は、医師全体に比べ増加割合が少なく、長時間労働となる傾向にあることから地域偏在に早急に対応する必要があります。都道府県が主となり行う具体的な取り組み例は以下のとおりです。ポイントは、医療提供体制を見直し集約化すること、産科・小児科の医師数を確保するために、働きやすい環境を整備すること、今後に向けて産科・小児科医師を増やす施策を講じることです。

◆産科・小児科における医師偏在対策 具体的な取り組み例

●医療提供体制等の見直しのための施策

- ・集約化・重点化等によって、施設又は設備の整備、改修、解体等を要する医療機関に対する配慮（セミオープンシステム等により妊婦健康診査や産後ケアを提供する施設に変更する際の、建物の改修や病床のダウンサイジングの支援等）
- ・小児科医師以外の小児の休日・夜間診療への参画に対する支援（例えば、地域の救急科医師、内科医師、総合診療科医師等を対象とした、家族への配慮を含む小児の診療に関する研修により、小児科以外の医師の小児の休日・夜間診療への参画の支援等）
- ・小児の在宅医療に係る病診連携体制の運営支援（例えば、医師に対する研修、患者の退院前調整や急変時の入院調整等を含む医療機関間の連携体制（会議等）の運営支援、小児を対象とする訪問看護ステーションと医療機関の医師との連携構築等に対する支援等）

●医師の派遣調整

- ・派遣先の医療機関における分娩数の実績や、地域における年少人口を踏まえ、それと見合った数の参加医師数又は小児科医師数となるよう派遣を行う

●産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策

- ・相対的医師少数区域に勤務する医師が、研修、リフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保に努める
- ・産科医師又は小児科医師でなくても担うことのできる業務については、タスクシェアやタスクシフトを一層進めるため、タスクシェアやタスクシフトを受けられる医療従事者の確保、研修等の充実等に努める

●産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

- ・医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備等を行う
- ・小児科医師の中でも確保に留意を要する新生児医療を担う医師については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化を検討する
- ・研修実施に対するインセンティブ、診療科枠の制限をかけた医学生に対する修学資金貸与、指導医に対する支援、勤務環境改善等

医師確保計画で、自院の置かれている医療圏について医師の過不足情報を確認することができます。不足している地域では需要に供給が追いついていないと考えられるため、自院の経営次第では一定の患者数が見込める可能性が高いと思われます。一方、医師数が充足している地域では、他院との競争に負けない強い経営基盤が必要となります。

2 | 医師の時間外労働の上限規制と応召義務について

(1) 医師の時間外労働の上限規制の構成

昨年取り纏められ、公表された「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」では、医師の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等についての結論が示されました。

その中で、2024年4月から適用される時間外労働の上限として、A水準、B水準、C水準と区分され、それぞれの区分に応じた時間外労働の上限が設定されました。なおB水準、C水準の適用については、都道府県が対象となる医療機関を特定することとしています。

◆時間外労働の上限規制の構成

●医師の時間外労働の考え方

- ・原則は、一般労働者と同等の働き方を旨とするという視点に立って、労働基準法第 36 条第 4 項の限度時間と同じ時間数（月 45 時間・年 360 時間）

●A水準

- ・診療従事勤務医の時間外労働の上限水準として、脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した水準を設定
- ・単月の時間外労働の上限は、休日労働時間も含めて原則 100 時間未満（例外あり）
- ・年間の時間外労働の上限は、休日労働時間も含めて 960 時間

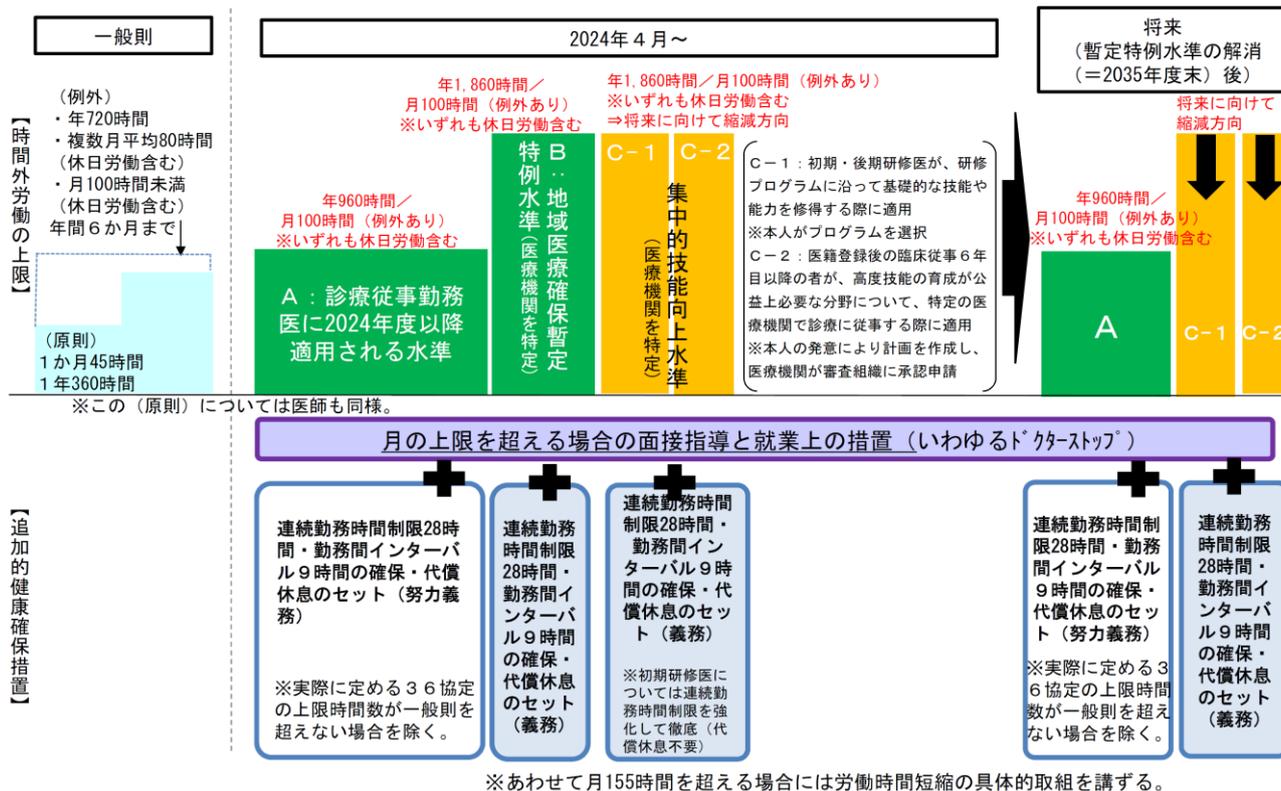
●B水準

- ・地域医療提供体制の確保の観点（①2024年時点ではまだ約 1 万人の需給ギャップが存在し、さらに医師偏在解消の目標は 2036 年、②医療計画に基づき改革に取り組む必要性、③医療ニーズへの影響に配慮した段階的改革の必要性）から、やむを得ず（A）水準を超えざるを得ない場合を想定し、地域医療確保暫定特例水準を設定
- ・単月の時間外労働の上限は、休日労働時間も含めて原則 100 時間未満（例外あり）
- ・年間の時間外労働の上限は、休日労働時間も含めて 1,860 時間

●C水準

- ・①臨床研修医・専門研修中の医師の研鑽意欲に応じて一定期間集中的に知識・手技を身につけられるようにすること、②高度な技能を有する医師を育成する必要がある分野において新しい診断・治療法の活用・普及等が図られるようにすることが必要であり、集中的技能向上水準を設定
- ・単月の時間外労働の上限は、休日労働時間も含めて原則 100 時間未満（例外あり）
- ・年間の時間外労働の上限は、休日労働時間も含めて 1,860 時間

◆医師の時間外労働規制について



出典：厚生労働省 第22回医師の働き方改革に関する検討会 参考資料1報告書(案)概要

(2) 応召義務について

昨年12月に医師の応召義務についての基本的な考え方等について示されました。その中で、労使協定・労働契約の範囲を超えた診療指示等については、使用者と勤務医の労働関係法令上の問題であり応召義務の問題とはならず、診療を拒否したとしても応召義務違反にはなりません。

診療の求めに応じないことが正当化される場合の考え方として、最も重要なのは患者について緊急対応が必要であるか否かであり、その他、診療時間内か診療時間外か、患者と医療機関・医師の信頼関係を考慮要素としています。

◆緊急対応が必要な場合と緊急対応が不要な場合の整理

- **緊急対応が必要な場合(病状の深刻な救急患者等)**
 - ・ 診療を求められたのが診療時間内・勤務時間内である場合(以下、診療時間内)は、事実上診療が不可能といえる場合のみ診療しないことが正当化される
 - ・ 診療を求められたのが診療時間外・勤務時間外である場合(以下、診療時間外)は、応急的に必要な処置をとることが望ましいが、原則、公法上・私法上の責任に問われることはない
- **緊急対応が不要な場合(病状の安定している患者等)**
 - ・ 診療時間内は、医療を提供する必要がある。ただし、医療提供の可能性等を考慮して判断する
 - ・ 診療時間外は、診療しないことは正当化される。ただし、他医療機関を紹介する等が望まれる

3 | 患者中心医療の実現に向けた取り組み

1 | 在宅医療推進に向けた取り組み

在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載しています。第7次医療計画における在宅医療の見直しにより、在宅医療の提供体制を着実に整備するにあたり実質的な数値目標を設定するため、原則記載する事項と、可能な限り記載する事項として以下の内容が追加されました。

◆数値目標と施策

●原則記載する事項

- ①地域医療構想において推計した将来必要となる訪問診療の需要に対応するための、訪問診療を実施している診療所、病院数に関する具体的な数値目標とその達成に向けた施策

●可能な限り記載する事項

- ②在宅医療の提供体制に求められる医療機能を確保するための、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」といった機能ごとの数値目標と達成に向けた施策
- ③多職種による取り組みを確保するための、「訪問看護」、「訪問歯科診療」、「訪問薬剤管理指導」といった主要な職種についての数値目標と達成に向けた施策

下記は北海道医療計画の訪問診療の需要（推計）一覧表です（2020年1月26日現在）。医療計画には、どこの地域に今後どれだけの需要が見込まれるのかについて記載されていますので、将来の需要予測として参考になります。

◆訪問診療の需要(推計)

（単位：人／日）

※下段（ ）は新たなサービス必要量を除いた数

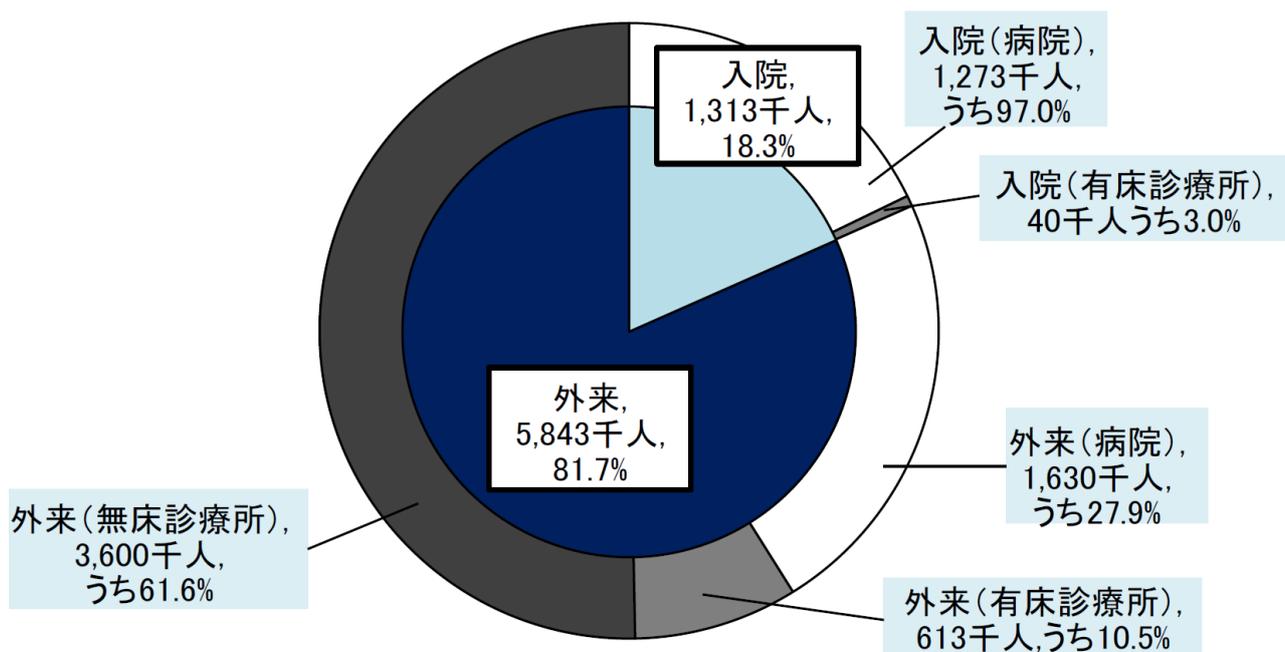
第二次医療圏	平成25年 【2013年】	平成32年 【2020年】	平成35年 【2023年】	平成37年 【2025年】
南 渡 島	3,157	3,636 (3,534)	3,865 (3,695)	4,045 (3,803)
南 檜 山	53	72 (63)	82 (67)	92 (70)
北 渡 島 檜 山	144	197 (166)	226 (175)	254 (181)
札 幌	14,193	21,554 (19,666)	25,133 (22,012)	28,032 (23,576)

出典：北海道医療計画 訪問診療の需要（推計）一部抜粋

2 | 外来医療機能の情報可視化

外来患者数は、入院患者数と外来の患者数の合計の約8割で、そのうち無床診療所を受診する者が約6割を占めています。

◆外来・入院患者の施設別割合



出典：厚生労働省 第73回社会保障審議会医療部会 資料1-2

現在の外来医療は、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取り組みが、個々の医療機関の自主的な取り組みに委ねられていること等の状況にあります。

それを踏まえ、外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「外来医療計画」）が追加されることになりました。

この外来医療計画においても都道府県ごとに作成が義務付けられ、前述の医師確保計画と同様に2020年4月からスタートします。

外来医師多数区域では、今後新規開業希望者に対して、地域に必要とされる医療機能を担うよう求められるため、クリニック開設を予定している場合、該当する都道府県の外来医療計画を確認しておくことをおすすめします。

◆外来医療計画の全体像

●外来医療機能に関する情報の可視化

- ・地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。
※医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とそその変化、患者の流出入、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の 5 要素を考慮して算定。
- ・外来医師偏在指標の上位 33.3%に該当する二次医療圏を、外来医師多数区域と設定。

●新規開業希望者等に対する情報提供

- ・外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、新規開業希望者等に情報提供。
※新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

●外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取り組み

- ・地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う協議の場を設置。
※地域医療構想調整会議を活用することも可能。
※原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- ・少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。

◆外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- 届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け、協議の場で確認
- 合意欄への記載が無いなど、新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う
- 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った協議内容を公表等

出典：厚生労働省 第 73 回社会保障審議会医療部会 資料 1-1

3 | 適切な遠隔診療の推進

遠隔診療に関する指針として、2018 年 3 月に公表された「オンライン診療の適切な実施に関する指針」があります。この指針は、医師の働き方改革や医師の偏在問題を背景に更なる情報通信機器を用いた診療が期待される中、最低限遵守する事項及び推奨される事項並びにその考え方が示されています。当該指針は今後のオンライン診療の普及、技術革新等の状況を踏まえ、定期的に内容を見直すことが予定されています。

尚、この指針は保険診療に限らず自由診療におけるオンライン診療についても適用されます。

◆オンライン診療の適切な実施に関する指針(一部抜粋)

●オンライン診療の提供に関する事項

- ・オンライン診療は医師側の都合で行うものではなく、患者側からの求めがあってはじめて成立
- ・初診については原則直接の対面で行うこと
- ・対面診療により十分な医学的評価(診断等)を行い、その評価に基づいた診療計画を定めること
- ・原則として、新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、対面診療に基づき行うこと

●オンライン診療の提供体制に関する事項

- ・第三者に患者の心身の状態に関する情報の伝わることのないよう、医師は物理的に外部から隔離される空間においてオンライン診療を行わなければならない
- ・個人情報の保護に最大限配慮するとともに、情報セキュリティに関する対策を講じること

診療報酬におけるオンライン診療は、対象となる疾患、実施方法等が限定されています。2020年度診療報酬改定では、対象となる疾患に定期的に通院が必要な慢性頭痛患者が追加されるなど、一部改定が予定されています。

オンライン診療の保険適用範囲は、改定ごとに変更されることが考えられ、自院の診療や経営に影響を及ぼす可能性を含み、注目すべき事項だといえます。

◆オンライン診療料の主な算定要件

●対象疾患

- ・高血圧・糖尿病等の生活習慣病や、難病、てんかん、小児特定疾患等、**慢性頭痛患者**

●実施方法

- ・初診から**3か月間**は、同一の医師による対面診療を実施オンライン診療は2か月連続までとし、3か月ごとに対面診療を実施

●緊急時の対応

- ・患者の急変時等の緊急時には、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で当該計画の中に記載

※赤字は2020年改定時に適用が予定されている箇所

4 | 外来機能・かかりつけ医機能強化に向けて

医療は地域差を伴いながら、「担い手の減少」と「高齢化による需要増大」という二重の課題に直面していますが、こうした中でも、良質な医療を提供できる体制が必要です。

「病院完結型」の医療から、「地域完結型」の医療に変わりつつあり、身近なところで診療を受けられる「かかりつけ医」の普及が今後也不可欠となります。一般的な外来受診はかかりつけ医機能を発揮する医療機関が担うことになり、このことが、患者の状態に合った質の高い医療の実現のみならず、限りある医療資源の有効な活用につながります。

自院においても患者から求められる医療機能を把握し、地域で連携を図りながら、かかりつけ医として選ばれ続け、患者の要望に応えることが安定経営に繋がると考えられます。

■参考資料

内閣府：平成 30 年版高齢社会白書

経済産業省：2050 年までの経済社会の構造変化と政策課題について

首相官邸：全世代型社会保障検討会議資料

厚生労働省：中央社会保険医療協議会 総会資料

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会資料

医師の働き方改革に関する検討会資料

社会保障審議会医療部会資料

東京都医師確保計画（案）

北海道医療計画