

医業経営情報 REPORT

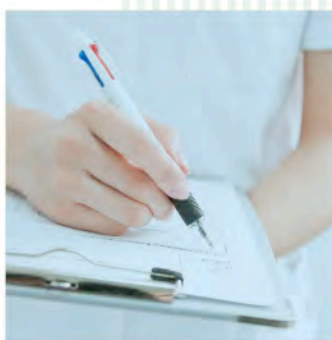
2 | 2017

医業経営

外来医療需要減少時代の到来

将来を予測した 経営対応策

- ① 外来医療需要減少時代の到来
- ② 医療・介護制度改革の今後の検討課題
- ③ 平成 30 年度診療報酬改定への対応
- ④ 外来医療需要減少時代に対応した経営事例



Available Information Report for Medical Institution Management



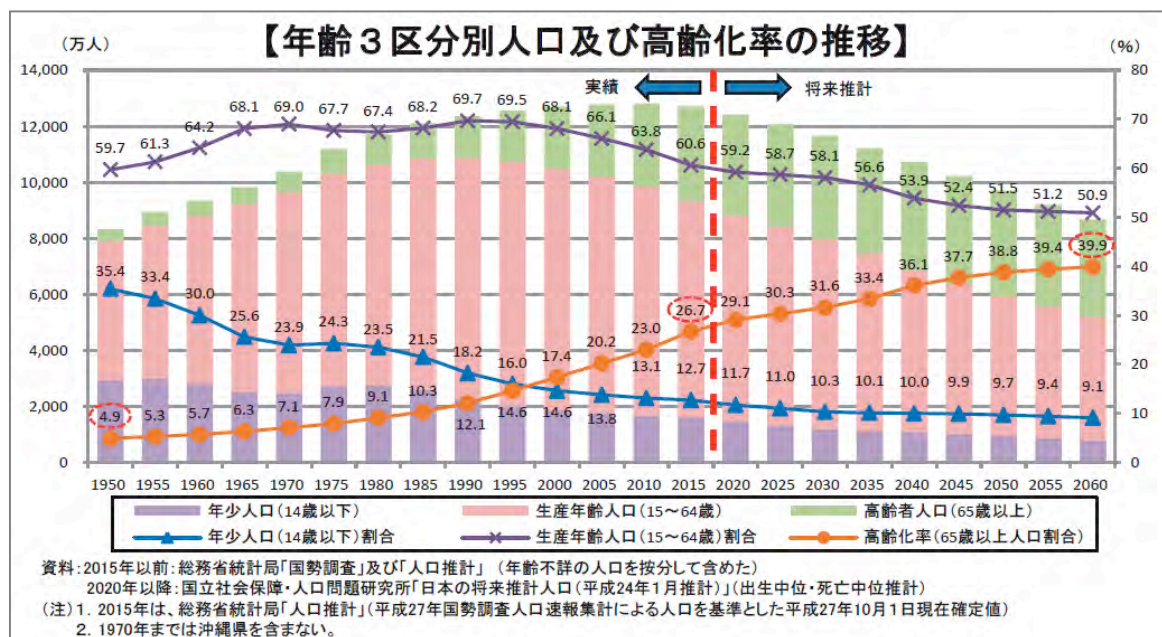
1 | 外来医療需要減少時代の到来

1 | 少子高齢化の進展

日本の高齢化率は、1950年時点で5%に満たなかったものが、2015年には26.7%へと急激に上昇しました。高齢化は世界に類を見ないスピードで進展し、2060年には39.9%になり、65歳以上人口（高齢者人口）が約2.5人に1人という社会になる見通しです。

この高齢者人口は、今後大規模な都市圏で急激に増加する一方で、人口5万人未満の都市では2020年をピークに減少していくと予測されます。

◆日本の人口推移（単位：人・%）



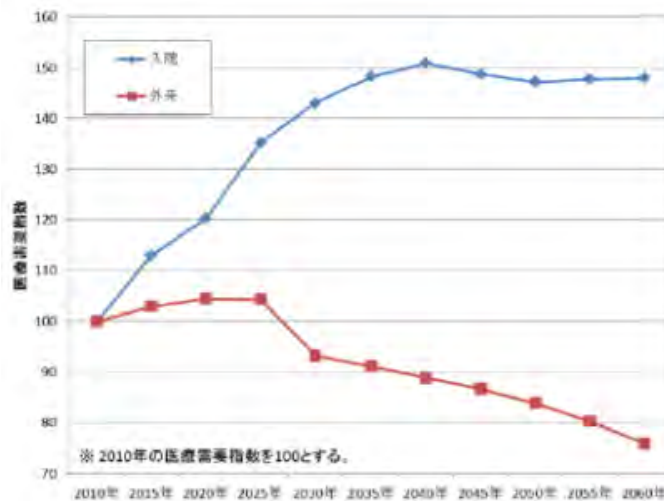
こうした少子高齢社会の進展に伴い、通院困難な高齢者の増加、若年層の人口減少により、外来患者の減少が予想されています。

2 | 2025年をピークに外来医療需要減少

2015年3月に公表された経済産業省の「将来の地域医療における保険者と企業の在り方に関する研究会報告書」で、外来医療需要は2025年にピークを迎え、その後減少に転ずるという見通しが示されました。

一方、入院医療需要は2040年にピークを迎え、その後はおおむね横ばいで推移する見込みです。

◆全国の外来医療需要と入院医療需要予測



出典：経済産業省「将来の地域医療における保険者と企業の在り方に関する研究会報告書」（2015年3月）

3 | 外来医療需要減少・入院医療需要増加の要因

これらの要因としては、高齢化率の上昇と人口減少が考えられます。入院医療需要は加齢に伴い増加しますが、外来医療需要については若年層の割合が大きいものの、80歳を超えると減少に転じる傾向があります。

そのため、団塊の世代全てが後期高齢者となる2025年にかけて、外来・入院医療需要の双方が増加していき、その中でも入院に関する医療需要の伸びが大きくなるものと考えられます。2025年以降は、高齢化が引き続き進行する中で、入院医療需要はさらに増加することが予想されます。他方、外来医療需要は、若年層の人口減少が進行すること、および団塊の世代が80歳以上になることにより減少に転じます。

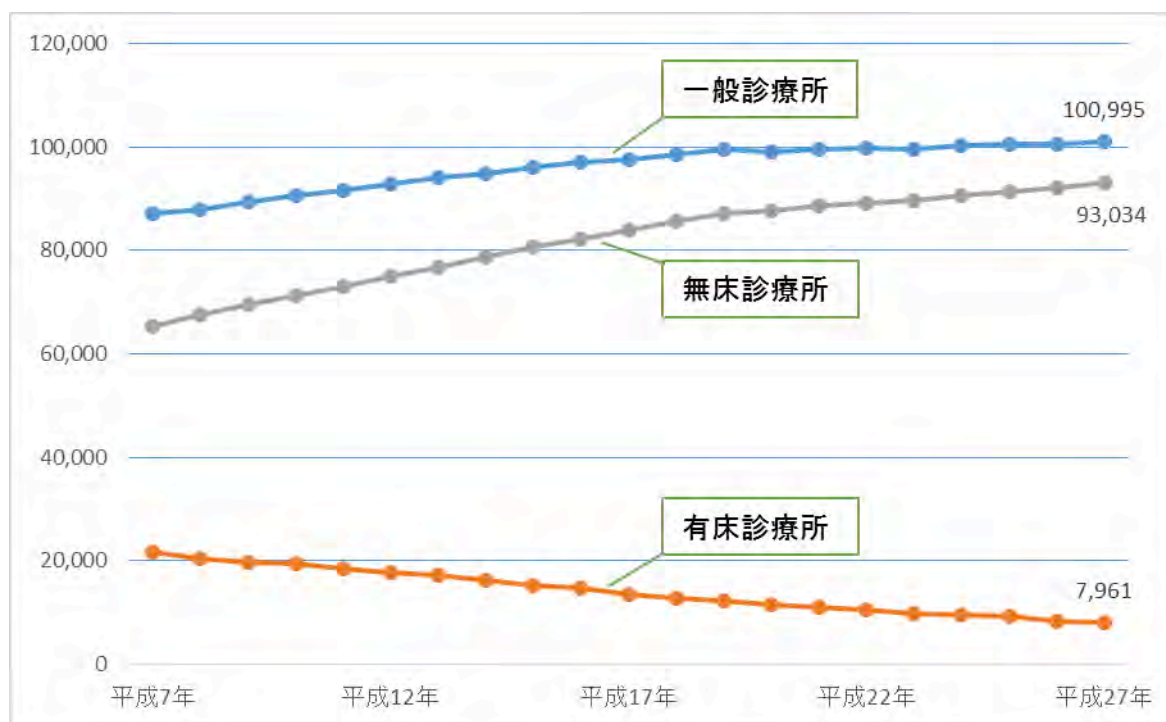
こうした入院と外来の医療需要の推計から、将来的に多くの地域において、診療所をはじめとする外来医療需要へ対応するための医療資源を、在宅による訪問診療・看護に活用し、入院では回復期・慢性期機能病床の医療需要の増加へ対応することが求められます。

4 | 増加を続ける診療所開設数

外来医療需要がピークを迎え、減少に差し掛かりつつある一方で、診療所は増加を続けています。厚生労働省「医療施設動態調査」によると、平成27年（2015年）10月の診療所数は前年比534件増の100,995施設となっています。

次のグラフのとおり、有床診療所は減少を続け、無床診療所は増加し続けています。診療所数が増加すると、1施設当たりの外来患者数は減少することとなります。診療所開設数の増加は、外来医療需要の減少と相まって、今後診療所経営を脅かす要因となります。

◆診療所施設数の年次推移



出典：厚生労働省「医療施設動態調査」施設数より集計

5 | 競争激化が進む診療所経営

診療所数は、外来医療需要が減少する中でも増加を続けており、有床・無床ともに診療所の競合は今後激化すると予想されます。生き残りのポイントは、これらの状況を予測し、いかに患者から選ばれる診療所になるかという点です。

キーワードは、下記の2点について、いかにその体制を強化するかという具体的な取り組みのあり方だといえます。

◆生き残りのキーワード

【Point 1】

かかりつけ医の推進、早期退院や外来機能の分化などの国の方針に対応

【Point 2】

高齢化の進展により複数の疾患を持つ患者や通院困難な患者の増加への対応



- ・ 急性期病院との連携強化
- ・ 在宅医療への特化
- ・ 送迎サービスの強化
- ・ 高齢者に対応した施設リニューアル

2 | 医療・介護制度改革の今後の検討課題

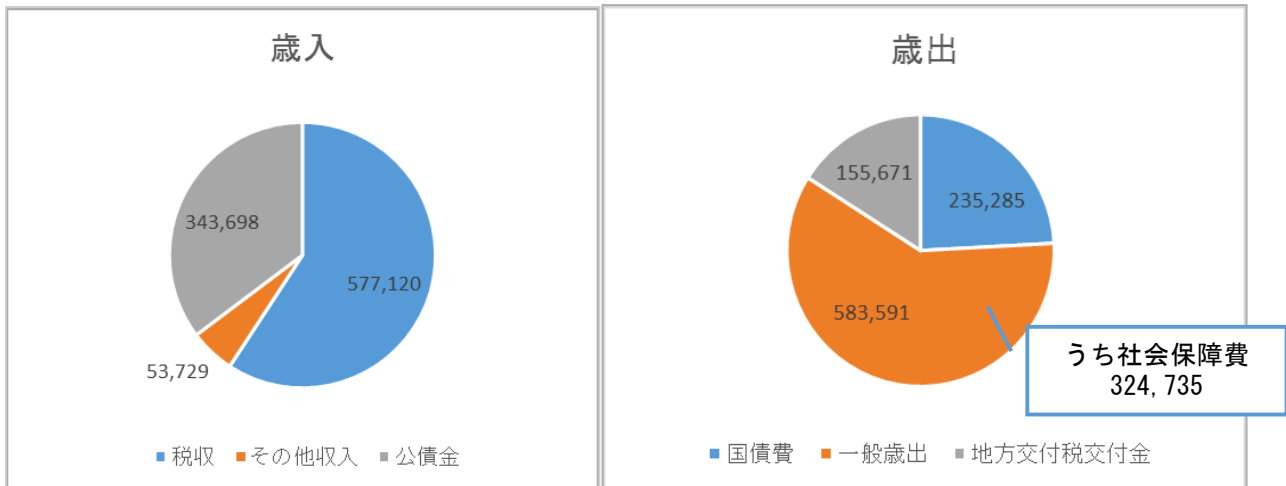
1 | 社会保障費の圧縮

政府は、社会保障費の自然増分 6,400 億円について、高額療養費制度の見直しなどにより 1,400 億円を圧縮し、5,000 億円に抑える方針を閣議決定しました。

これによって平成 29 年度の予算案のうち、社会保障関係費については、28 年度当初予算と比較して 4,997 億円増の 32 兆 4,735 億円と過去最大を更新したものの、高齢化等に伴う自然増は 5,000 億円に圧縮された形になりました。

◆平成 29 年度予算案

(単位：億円)



2 | 高額療養費制度の改正

医療費は、高額療養費制度によって、収入に応じて毎月の自己負担額の上限が定められています。上限を超えた分は公的医療保険などが負担する仕組みで、70 歳以上は 69 歳以下より低く設定されており、外来だけの場合は、さらに上限が低くなる「外来特例」もあります。

平成 28 年 12 月、政府・与党は 70 歳以上が支払う医療費の自己負担上限について、年収約 370 万円未満の住民税納付者に対しては、外来医療費分を段階的に引き上げることで合意しました。現行の月 1 万 2,000 円から月 1 万 8,000 円まで段階的に引き上げられます。

しかし、月額上限の引き上げは高齢者の負担増加につながることから、毎月通院する必要がある慢性疾患の患者の場合は年額 14 万 4,000 円とし、月額 1 万 2,000 円に据え置かれることとなります。

◆高額療養費制度の改正(70歳以上)

＜上段：入院と外来（世帯合算） 下段：外来特例（個人ごと）＞

年 収	現在	2017年8月	2018年8月
1,160万円以上	87,430円		254,180円
	44,400円	57,600円	254,180円
770万～1,160万円	87,430円		171,820円
	44,400円	57,600円	171,820円
370万～770万円	87,430円	据え置き	
	44,400円	57,600円	87,430円
370万円未満 + 住民税課税	44,400円	57,600円	
	12,000円	14,000円	18,000円 (年額では144,000円)

3 | 医療・介護制度改革の今後の検討課題

閣議決定では、医療・介護の制度改革で今年実施を見送った課題について、今後の検討工程も作成されました。

まず、平成29年度までに紹介状のない大病院を受診した場合に5,000円以上を徴収している対象の拡大(*)を検討します。

その上で、受診時定額負担の導入及び湿布などの市販品類似薬の自己負担の引き上げを平成30年度までに検討し、結論を出す方向です。

介護分野においては、平成31年度までに自宅での掃除や調理などの生活援助について、要介護度1や2といった軽度利用者向けのサービスを介護保険から外し、市区町村の事業への移行を検討することとしました。

(*) 平成28年4月から、緊急やむを得ない場合を除き、大病院（特定機能病院・一般病院500床以上の地域医療支援病院）で紹介状なしで初診を受ける場合は、5,000円（歯科の場合は3,000円）以上を徴収している。

◆医療・介護制度改革の今後の検討課題

年 度	検討課題
2017 年度末	紹介状なしで大病院に行く場合、5,000 円以上の定額負担を求める対象の見直し（範囲の拡大）
2018 年度末	かかりつけ医以外に受診した際の自己負担に定額追加の是非
	金融資産に応じた医療費負担拡大の是非
2019 年度末	湿布などの市販品類似薬の保険給付の見直し
	要介護度の低い人向け生活援助サービスの見直し

出典：2016 年 12 月 20 日（日本経済新聞）

4 | 年金制度改革法案が成立

平成 28 年 12 月、賃金の下落に合わせて年金支給額を引き下げる新たなルールを盛り込んだ年金制度改革関連法案が成立しました。本法案は年金額の抑制を柱とし、賃金・物価に合わせてスライドさせる毎年の年金額改定について、2021 年度から新ルールを導入するものです。物価上昇により現役世代の手取り賃金が下がった場合、現在は高齢者が受け取る年金額を据え置いています。新ルール適用以降は賃金に合わせて減額されます。

しかしながら、年金給付水準が長期的に低くなっていくことには変わりはないため、政府は、消費税率を 10% に引き上げた段階で、年金受給資格期間を 25 年から 10 年に短縮する方針を打ち出しています。

◆主要な年金制度改革関連法案

● 「年金改革法」

世代間の公平の観点から、年金の支え手である現役世代の年金水準を確保するため、年金額の改定方法を見直し

● 「受給資格期間短縮法」

年金受給資格期間を 25 年から 10 年に短縮

これら社会保障費抑制のための制度改革は、高齢者の受診抑制につながる可能性があるため、今までどおりの外来診療を継続しているだけでは、患者数が減少することは明らかです。

現状の診療体制が、2025 年以降外来医療需要減少時代に生き残って行けるのか、将来を見据えて、経営戦略を再構築する必要があります。

3 | 平成 30 年度診療報酬改定への対応

1 | 平成 30 年度診療報酬改定の検討に向けた考え方

平成 28 年 12 月 14 日開催の中央社会保険医療審議会総会において、平成 30 年度診療報酬改定に向けての検討がスタートしました。

次期改定は、6 年に 1 度の介護報酬との同時改定になるとともに、医療介護総合確保方針、医療計画、介護保険事業（支援）計画、医療保険制度改革などの医療と介護に関わる関連制度の一体改革にとって大きな節目であることから、今後の医療及び介護サービスの提供体制の確保に向け様々な視点からの検討が重要となります。

(1) 改定に向けての基本認識

平成 30 年度診療報酬改定に向けた検討においては、医療と介護を取り巻く環境等を共有するとともに、診療報酬制度が医療と介護の提供体制の確保に多大な影響を及ぼす仕組みであることから、基本認識として以下の点が示されました。

◆ 次期診療報酬改定に向けての基本認識

- 2025 年に向けた医療介護ニーズ増大への対応体制構築のためには、2018 年度の次の同時改定が 2024 年度となることを踏まえれば、2018 年（平成 30 年）度の同時改定が極めて重要な意味を持つものであること
- 医療介護ニーズの変化（2025 年に向けた急増加、その後、横ばいから減少）とともに、今後の生産年齢人口減少トレンドを考慮すれば、医療と介護の提供体制の確保にあたっては、2025 年から先の将来を見据えた対応が求められていること

(2) 重点検討項目

同総会においては、平成 30 年度の同時改定に向けて、「医療と介護の連携に関する主な検討事項」として、①療養病床・施設系サービスにおける医療、②居宅等における医療、③維持期のリハビリテーション、の 3 点が特に重要との考えが示されました。

この背景には、近年の診療報酬改定で、地域包括ケアシステムの構築の推進や医療と介護の連携に関する検討が行われてきたという経緯があります。

◆医療と介護の連携に関する主な検討項目

- ①療養病床・施設系サービスにおける医療
 - ・介護療養病床の見直し（新施設体系）を踏まえた、外付け医療サービスの給付調整の在り方について
 - ・療養病棟の入院患者の患者像を踏まえた適切な評価の在り方について
- ②居宅等における医療（訪問診療・訪問看護、歯科訪問診療、薬剤師の業務等）
 - ・介護報酬における居宅療養管理指導による評価と、診療報酬における訪問指導管理の評価の在り方について
 - ・医療と介護の訪問看護のサービスの在り方について
 - ・居宅等における看取り支援の在り方について
- ③維持期のリハビリテーション
 - ・外来や通所におけるリハビリテーションの在り方について
 - ・地域（居宅等）におけるリハビリテーションの在り方について

2 | 平成30年度診療報酬改定に向けた主な検討項目

平成28年12月21日の中央社会保険医療審議会総会では、平成30年度診療報酬改定に向けた主な検討項目が示されました。

これまでの診療報酬改定での検討、医療と介護の連携に関する検討、また平成28年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見、さらに他の審議会等の議論等を踏まえ、以下のような内容が主な検討項目として挙げられています。

(1)医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進

医療機能の分化・連携の強化、地域包括ケアシステムの構築の推進において検討される項目は下記のとおりです。

- ①入院医療
 - ・医療機能、患者の状態に応じた評価
 - ・DPC制度における調整係数、機能評価係数Ⅱの見直し等
 - ・医療従事者の負担軽減やチーム医療の推進等に係る取組
- ②外来医療
 - ・かかりつけ医機能とかかりつけ歯科医機能の連携
 - ・かかりつけ医機能とかかりつけ薬剤師・薬局機能の連携
 - ・生活習慣病治療薬等の処方
 - ・紹介状なしの大病院受診時の定額負担
- ③在宅医療
 - ・重症度や居住形態、患者の特性に応じた評価
 - ・訪問診療、歯科訪問診療、訪問看護、在宅薬剤管理指導等
 - ・訪問リハビリテーション指導管理

④医療と介護の連携

- ・療養病床・施設系サービスにおける医療
- ・居宅等における医療（訪問診療・訪問看護、歯科訪問診療、薬剤師の業務等）
- ・維持期のリハビリテーション

(2)患者の価値中心の医療と重点分野、個別分野に係る医療提供の推進

患者の価値中心の医療や重点分野、個別分野に係る質の高い医療提供の推進で検討される項目は、下記のとおりです。

①患者の価値中心の安心・安全で質の高い医療の実現

- ・アウトカムに基づく評価
- ・医療機能等に関する情報提供や公表
- ・患者や家族等への情報提供や相談支援
- ・患者の選択に基づくサービス提供

②重点分野、個別分野に係る質の高い医療提供の推進

- ・緩和ケアを含むがん患者への質の高い医療
- ・精神疾患患者への医療提供や地域移行・地域生活支援
- ・外来や入院でのリハビリテーション
- ・口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療
- ・薬剤使用の適正化に係る薬剤管理業務
- ・認知症患者への質の高い医療

(3)持続可能性を高める効果的・効率的な医療への対応

持続可能性を高めるための効果的・効率的な医療への対応で検討される項目（抜粋）は下記のとおりです。

①医薬品、医療機器等の適切な評価

- ・薬価制度の抜本改革（保険医療材料価格制度の見直しを含む）
- ・新しい医療技術の保険適用
- ・後発医薬品の更なる使用促進

②次世代の医療を担うサービスイノベーションの推進

- ・バイオテクノロジー、ICT、AI（人工知能）などの新たな技術への対応

次期診療報酬改定においては、介護報酬との同時改定という機会でもあり、これまで進められてきた地域包括ケアシステムのモデル完成を図ろうとする厚生労働省の意図が読み取れます。また、地域全体で高齢者に対するケアを完結する仕組みを目指すため、一部の医療機関・施設等による患者や利用者の囲い込みを難しくする施策誘導や、介護を含む地域連携に関する加算の増加などが予想されます。

次期改定に向けて、診療所は需要減少が懸念される外来医療の中心的担い手「かかりつけ医」としての機能強化を図るとともに、介護に関する十分な知識と情報を蓄え、在宅・訪問医療提供への資源投下を目指して、連携の強化を図ることが求められます。

4 | 外来医療需要減少時代に対応した経営事例

1 | 救急往診に特化したクリニックの事例

(1) 救急往診・訪問に機能特化

平成 28 年 4 月に都市部で開業した A クリニックは、医療保険や介護保険による訪問診療が高齢者を対象に定着している状況を踏まえて、0 歳から 64 歳の方に対する救急往診や通常往診を核とした診療事業を構築できないかという考えから、診療所の開設を検討しました。

市で運営している救急安心センター(*)や在宅医療を実施している医療機関と連携し、常駐している在宅チームが往診という形で各家庭を訪問し初期対応、その後地域の医療機関に患者を紹介しフォローしてもらうというモデルを展開しています。

(*) 救急安心センター

都市部の消防機関に設置され、救急医療相談に医師・看護師・相談員が 24 時間・365 日対応する、電話による相談窓口。

◆ A クリニックの概要

- 都心部でテナント開業
- 往診・訪問専門で外来診療は行わない ⇒ 24 時間 365 日体制
- 人員配置

常勤医師 3 名 その他夜勤非常勤医師 5 名 看護師他スタッフ 10 名

(2) 現状の収益状況

開業後 8 か月を経過した現在の収入は約 1,380 万円、うち 90% は往診関係による収入が占めています。医業費用は約 1,220 万円で、そのうち 76% は人件費、医業利益は約 150 万円となっています。

個人開業であり、この収益から借入金の返済や院長の生活費を支出していますので、収支はほぼ均衡している状況ですが、当初計画通りに推移しています。

◆Aクリニック 直近収益データ

(単位：千円)

勘定科目	平成 28 年 11 月度	構成比
往診関係収入	12,457	90.1%
在宅訪問診療収入	315	2.3%
訪問看護収入	1,059	7.7%
医業収入計	13,831	100.0%
人件費(法定福利費含)	10,506	76.0%
車両費	121	0.9%
地代家賃	450	3.3%
リース料	420	3.0%
その他固定費	782	5.7%
固定費計	12,279	88.8%
医業利益	1,552	11.2%

2 | 患者送迎サービスを実施しているクリニックの事例

(1)高齡化が進展する地域で送迎サービスを展開

中核都市で開業して15年になるBクリニックは、診療圏における高齡化が進み、高齡患者から通院の困難さについて訴えがあったのと同時に、クリニックに連れていくのは問題ないが、診療が終わるまで待つことができないという家族の声が多くありました。そこで、週2回事前予約制とする無料送迎サービスを開始しました。

◆Bクリニック 患者送迎サービス概要

利用条件	当院の再診患者 ※事前に送迎サービスの利用契約が必要
予 約	診察後、又は電話等で前日 17 時までに予約
送迎内容	自宅から当院までの往復
送迎範囲	おおむね当院から半径 5 k m 圏内
送迎体制	車両 (ハイエース福祉車両) 1 台、運転手 1 名

現在は運転手1名、福祉車両1台で対応しており、車両リース料とガソリン代等で月額コスト約25万円の負担があるものの、利用者の満足度は高く、患者紹介も増えている状況です。10から15名の利用患者に対応していますが、20名を超える日も出てきています。

Bクリニックでは介護事業も展開しており、高まる送迎ニーズに対応するため、車両数増や運転要員の増員を検討しています。

◆患者送迎サービス 利用者との契約書例

《送迎サービス 利用契約書》

(利用者名) (以下、甲とする) は、医療法人Aクリニック (以下、乙とする) が実施する患者送迎サービスを利用するにあたり、次のことを承諾する。

1. (利用目的)

甲は、Aクリニックの外来受診を目的として、乙の所有する車両による無料送迎を利用する。

2. (利用方法)

- ・甲は、乙の医師に、外来への通院が必要であること、また自力による外来通院が困難であることを証明し、乙はその必要性について判断を行う。
- ・甲は、少なくとも1日前に乙に利用の申込を行い、乙に自らが希望する日時を伝える。乙は、甲が希望された日時に乙の所有する自動車にて、自宅玄関その他指定の場所まで迎えに行く。甲は、交通事情や利用者数により希望する時刻に前後することがあることを了解する。
- ・乙の運転手は、乗降時、運転中ともに最大の安全への配慮を行い、交通法規を遵守した運転を行い、甲も安全運転に協力する。

3. (事故時の対応)

- ・乙は、移送中に起こった交通事故に限り、乙が契約する自動車保険・損害保険の範囲内において、甲に対する損害賠償を行う。乗車前、降車後における事故による傷害については、甲の自己責任とする。
- ・移送中に体調が急変した場合、乙の運転手は、乙の医師に連絡をとり、他の病医院への搬送、救急車への連絡など必要な対応を行うものとする。

(以下省略)

(2)送迎を行う場合の留意点

利用者から料金を受け取るのであれば、自家使用の範囲を超え運送業務を「業として」行っているとみなされるため、旅客運送事業（バス・タクシー）として運輸局への申請が必要になります。しかし、利用者から料金を収受していない場合は、自家送迎と判断されることから、道路運送法上において問題はありません。

また、普通免許で運転できるのは定員10人以下（*）であるため、定員が11人以上であれば中型免許（限定条件なし）以上が必要です。例えば、職員に送迎を担当させる場合、限定条件のない中型免許、もしくは大型免許を持っている職員であれば、小型マイクロバス（定員11～29名）を運転することが可能ですが、それ以外の場合には保持している自動車免許の種類に注意が必要です。

（*）免許制度区分の改正（2017年3月12日施行）以前の定員数

■参考文献

「日経ヘルスケア」2016年11月号 特集「10年後を見据えた診療所生き残り策」