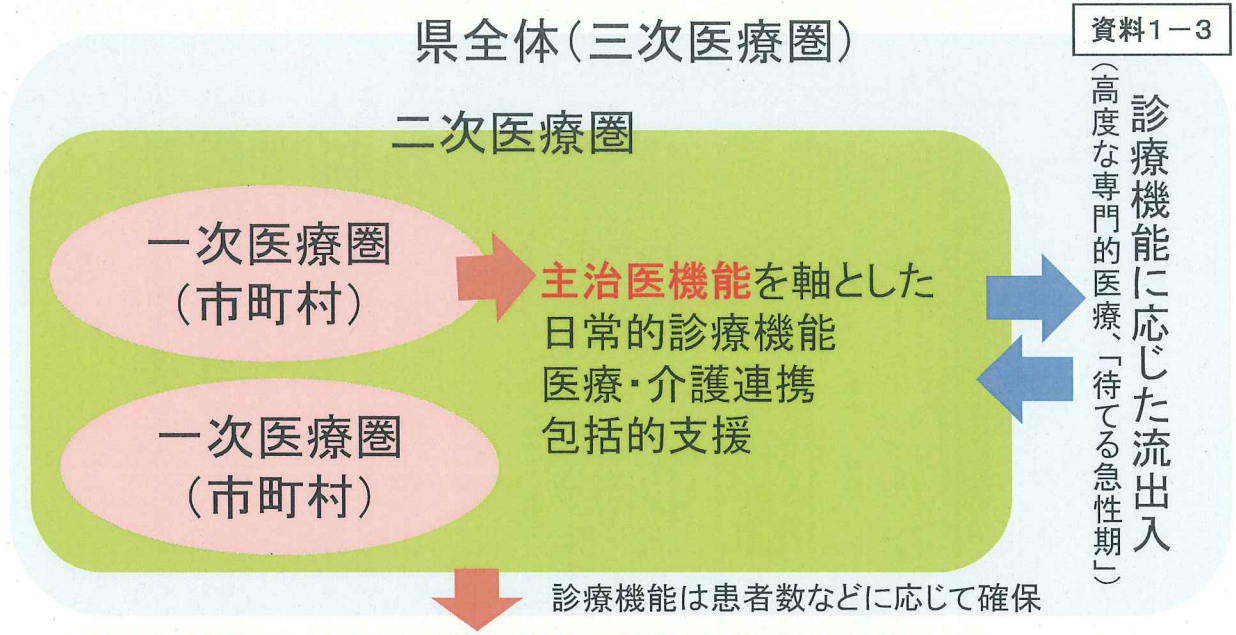


# 患者像に応じた機能分担と確保すべき診療機能の考え方

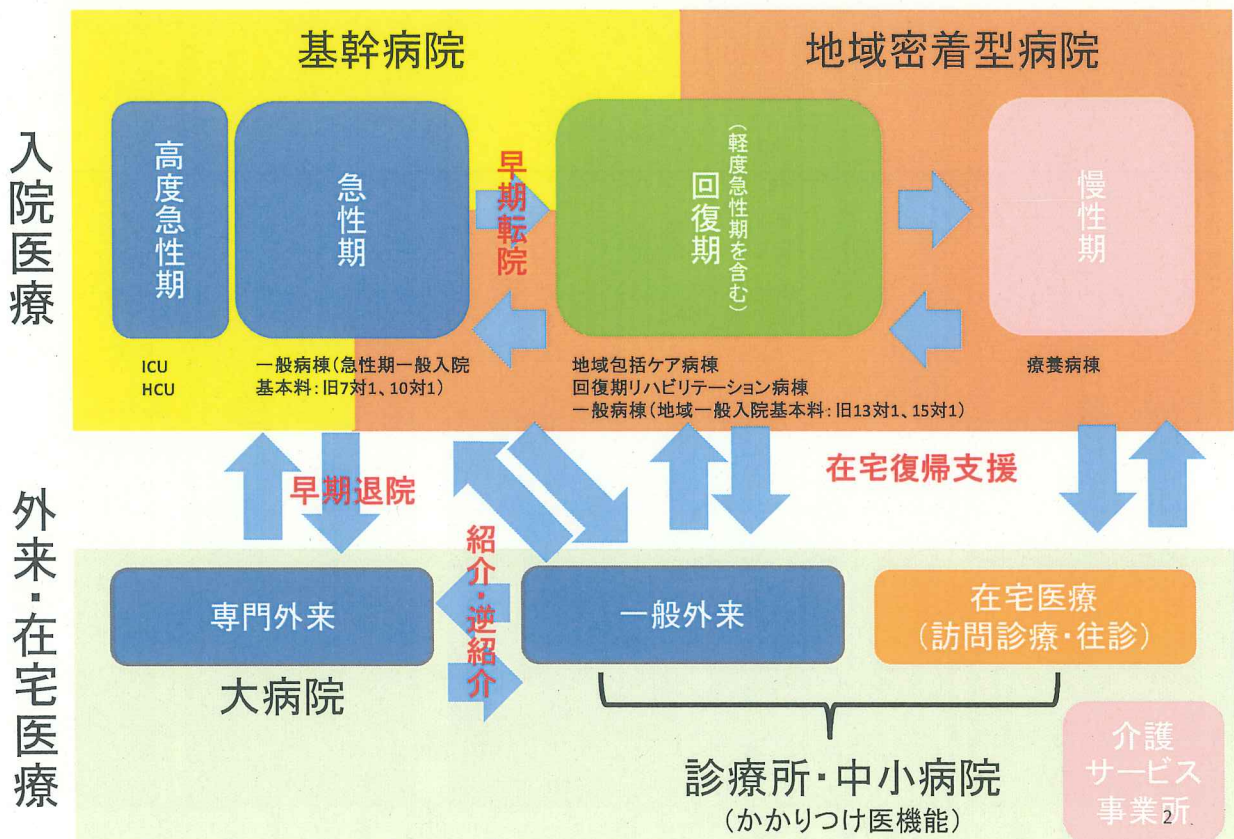


## 入院医療の体制整備を図る区域の基本的単位

※二次医療圏の見直し検討対象

「**人口規模が20万人未満**の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合(特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合)」<sup>1</sup>

## 医療機関の機能分化の構造



# 病院の機能分化の基本的な考え方

## ○ 高度で専門的な診療密度の高い医療【集約型】

- ・ 患者はアクセスの利便性よりも機能を重視して選択
- ・ 機能を発揮するためには一定以上の症例数の確保が必要(医療の高度化)
- ・ 患者数減少の中での医療従事者や設備の分散配置は不可能
- ・ 医療従事者の手薄な配置は過重労働や質の低下につながる
- ・ 高額医療機器などの重複投資は経営の非効率を生む

## ○ 日常的な医療ニーズに対応するための医療【地域密着型】

- ・ 高齢者医療では治療だけでなく、全体の病態や患者の生活などを総合的に考慮した、生活支援も含めた役割が必要
- ・ 日常的で頻度の高い医療ニーズは、軽度の急性期の患者の対応を含めて比較的近隣の医療機関が中心
- ・ 患者数を踏まえた病床規模の適正化(病床削減、有床診療所化)や機能の(回復期などへの)見直し、他の医療機関との経営統合(→人員配置上の負荷も軽減)の検討も必要

行政の役割として交通アクセスの確保や「住まい」の整備も重要



医療 政策 針 砦

# 再検証要請病院名公表で 再編統合は進むか？

村上正泰

山形大学大学院医学部  
医療政策学専攻 准教授

厚生労働省は、9月26日に開催した「地域医療構想に関するワーキンググループ」で、高度急性期もしくは急性期と機能を報告している病床を持つ公立・公的病院1455病院中、再編統合などの具体的対応方針の再検証を要請する対象として、約3割に当たる424病院の病院名を公表した。

従来から、地域医療構想の実現に向けて、地域医療構想調整会議を中心に議論が進められてきたものの、なかなか改革の具体化に進展が見られない。合意済みとされた病院の多くも、現状とはほとんど変わらない内容にとまどっているのが実情だ。そこで、今後の協議を活性化させるために、再検証が必要な病院名を公表することになった。それでは、今回の公表を受けて、病院の再編統合は厚労省の期待どおりに加速するのだろうか。今後の行方を考えるうえで、今

回の対象を選ぶ際のロジックを正確に理解する必要がある。

今回は、民間病院にはない財政上・税制上の措置を受けていることを背景に、公立・公的病院が当該病院でしか担えない診療機能に重点化されているかという視点で分析が行われた。また、高度急性期・急性期は、医療の質や医療安全の観点や、医療従事者や設備の効率的な配置の観点から、一定の集約化が必要となる。そこで、高度急性期・急性期について、診療実績の多寡や類似性を指標化し、再編統合の必要性を再検証する対象に位置付けることとなった。

具体的には、構想区域の人口規模で、各病院の診療実績は影響を受けることから、人口規模が100万人以上、50万人以上100万人未満、20万人以上50万人未満、10万人以上20万人未満、10万人未満の5グループに分類したうえで、が

ん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期などの領域に関して、

(A) 各分析項目について、診療実績がとくに少ない  
(B) 各分析項目について、構想区域内に、一定数の以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり「類似の診療機能」を持つ、かつ、お互いの所在地が近接している「集約型」と「横並び型」で

のいずれかに該当する場合、ほかの医療機関による代替可能性がある」とされ、再検証要請対象となるという考えだ。

ここでは、これ以上の詳細な技術的な説明に立ち入ることはしない。厚労省がこうした指標を示したことは、今後の医療提供体制改革の方向性について、地域での協議に委ねられているだけではなかなか議論が進まないなかで、検討を進めるうえでひとつの材料を提供

したという点では、評価できる。私は山形県の地域医療構想アドバイザーを務めているが、地域の関係者から今後の運営体制が問題視されているような病院も今回のリストに含まれている。

だが、どのような指標でも一定の前提の下に設定して評価されるを待たない。今回の分析の基本的な考え方や前提条件について、その限界や問題点も含めて、十分に考慮して議論しなければ、単に厚労省から「右指し」されたからというだけでは、意味のある議論はできない。以下では、いくつか留意すべき点について述べてい

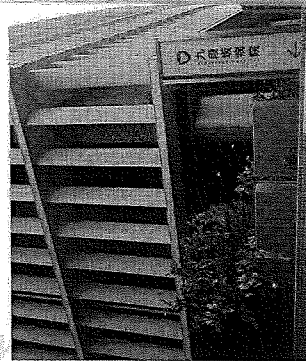
## 患者像に応じた体制構築が必要

まず、今回の再検証要請対象が公立・公的病院に限定されているという点である。地域の医療提供体制を考えるうえで、公立・公的病院だけではなく、民間病院も含めたあり方の検討が不可欠である。確かに多額の税金が投入されている公立病院には、経営上の非効率性や診療体制の問題を抱えて

いる病院が少なくない。それゆえ、公立病院改革が必要であることは間違いない。とはいえ、民間病院に問題がないわけでは決していない。地域全体で機能分化・連携の体制を見直すには、民間病院も含めた議論が避けられない。民間病院を再検証の対象外とすることは本来的に理屈が立たない。

しかも、民間病院の維持を優先して考えた場合、再検証対象となった公立・公的病院の担っている診療機能を民間病院に委ねることになったとしても、将来的に民間病院の経営が悪化するような事態になれば、民間病院は撤退することも十分あり得る。

次に、今回の分析は2年前の17年度時点での病床機能報告に基づいたものであり、対象は高度急性期が急性期と報告している病床がある病院だけである。このため、回復期や慢性期の報告しかない病院は除外されている。同じような診療機能であっても、回復期と報告していれば再検証の対象とはならず、急性期と報告していれば対象となる。地域医療構想において急



東京都千代田区九段の病院が対象に

性期の必要病床数は現状より少なく、回復期の必要病床数が現状より多くなっている。急性期から回復期に転換させたいという狙いがらすると、理解できなくはないけれども、単に報告を変更しさえすればいいわけではない。

今回、厚労省が「再編統合」の必要性に関する議論を要請すると、言っても、ここでの「再編統合」には「統廃合」だけではなく、「ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化、機能転換、連携等」も含まれている。こうした用語法には違和感が残るが、それらとれでも何かやりさえすれば、問題が解決するわけではない。バラバラに個別対応したところで、全体最適にならなければ意味はない。

厚労省も述べているが、対象となったからと言って、再検証の結果、必ず「再編統合」をしなければならないというわけではない。同時に、ワーキンググループでも指摘されたように、今回は再検証要請対象として名前が挙がらなかった病院についても、検討が不要というわけではない。

高度急性期・急性期は集約化が必要となる一方、回復期・慢性期はある程度の分散が求められる面がある。しかし、回復期や慢性期でも、患者数などを踏まえて、病床規模の適正化や診療所化、他の医療機関との経営統合などが必要となる場合もある。地域医療構想では、急性期と回復期の線引きがひとつの焦点点と言えるが、回復期が軽度な急性期も含むのだとすれば、回復期の検討がおおざら重要となってくる。単なる看板の掛け替えの問題としてではなく、回復期を担う病院の体制のあり方を検討していく必要がある。

重要なことは、患者像と診療機能とのバランスや、今後の医療ニーズの変化などを踏まえ、特

能な医療提供体制を構築することである。今回の病院名公表はそのためのひとつの材料であり、絶対視することも不適切だが、無視して済むものでもない。あくまで協議を活性化させるキツカケと捉えて対応すべきだろう。

報道では、自治体や住民の不安や不満の声も多く出ている。厚労省が指摘したというだけでは、不安や不満は拭えず、検討は進まない。しかし、複数の病院に医師や設備が中途半端に分散していることは、住民のためにもならない場合がある。距離が多少遠くなくても、どこかに機能を集約して、質の高い安全な医療を提供できる病院があったほうがメリットだ。地域全体での医師などの確保にもつながる。そうした点をデータで示しながら、患者像に応じた診療機能の体制を構築することが必要だ。

なお、少ない実績の機能を他病院に集約するとしても、他病院の設備や体制などの面から困難な場合もある。逆に言えば、老朽化して改築時期に当たる病院こそ、検討が急務である。

# 病床機能に関する 急性期指標について

「各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、**本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入**されたい。なお、地域の実情に応じた定量的な基準の導入に向けた地域での協議は、(中略)都道府県単位の地域医療構想調整会議を活用し、議論を進めることが望ましい」(厚生労働省医政局地域医療計画課平成30年8月16日通知)



# 指標の案

## 【高度急性期】

- 救命救急入院料、特定集中治療室管理料など、紐付けされている特定入院料算定病棟
- 小児入院管理料1
- 一般病棟7対1入院基本料算定病棟で「重症度、医療・看護必要度」が55%以上  
(平成30年度からは急性期一般入院料1算定病棟で「重症度、医療・看護必要度が60%以上)  
※脳卒中ケアユニットでの必要度の該当患者割合の実態を根拠として設定

## 【急性期】

- 下記のいずれかを満たす病棟
  - ・手術件数 許可病床50床当たり月間30件(1床当たり月間0.6件)
  - ・救急医療管理加算 許可病床50床当たり月間30件(1床当たり月間0.6件)
  - ・化学療法 許可病床50床当たり月間30件(1床当たり月間0.6件)
  - ・放射線治療 許可病床50床当たり月間30件(1床当たり月間0.6件)
- 小児入院管理料2~3、小児科急性期一般入院料1算定病棟
- 産科の一般病床(分娩ありの病床)
- 一般病棟入院基本料算定病棟で「重症度、医療・看護必要度」が25%以上  
(平成30年度からは急性期一般入院料算定病棟で30%、特定機能病院は28%)

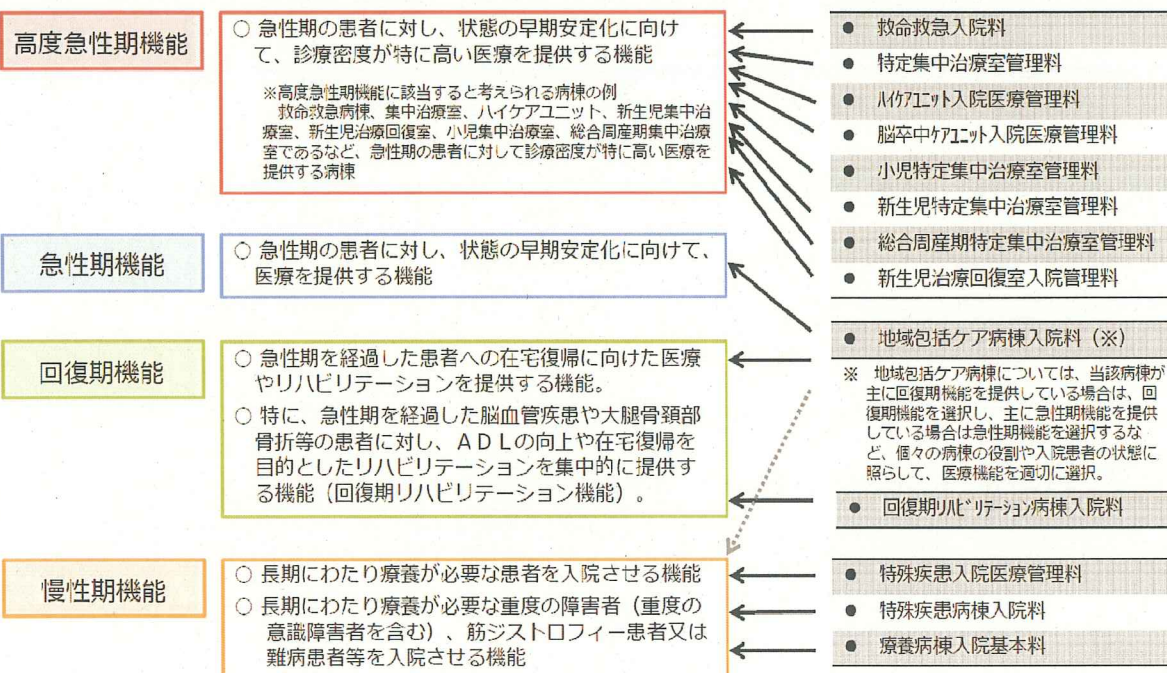
(注1) 高度急性期、急性期、回復期の順に基準を当てはめて選択

(注2) 当該年、当該月のみの特殊要因等により、基準を満たさない機能を選択する場合には、通常は基準を満たせるという定量的な根拠を調整会議に提示し、合意を得ること

(注3) 診療報酬上、1つの病棟内で病床単位の管理料(地域包括ケア入院医療管理料〔=回復期機能に該当〕、小児入院管理料4〔=急性期機能に該当〕など)の届出があり、複数の機能をまたぐ場合には病棟全体で中心を占める機能を選択すること

## 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

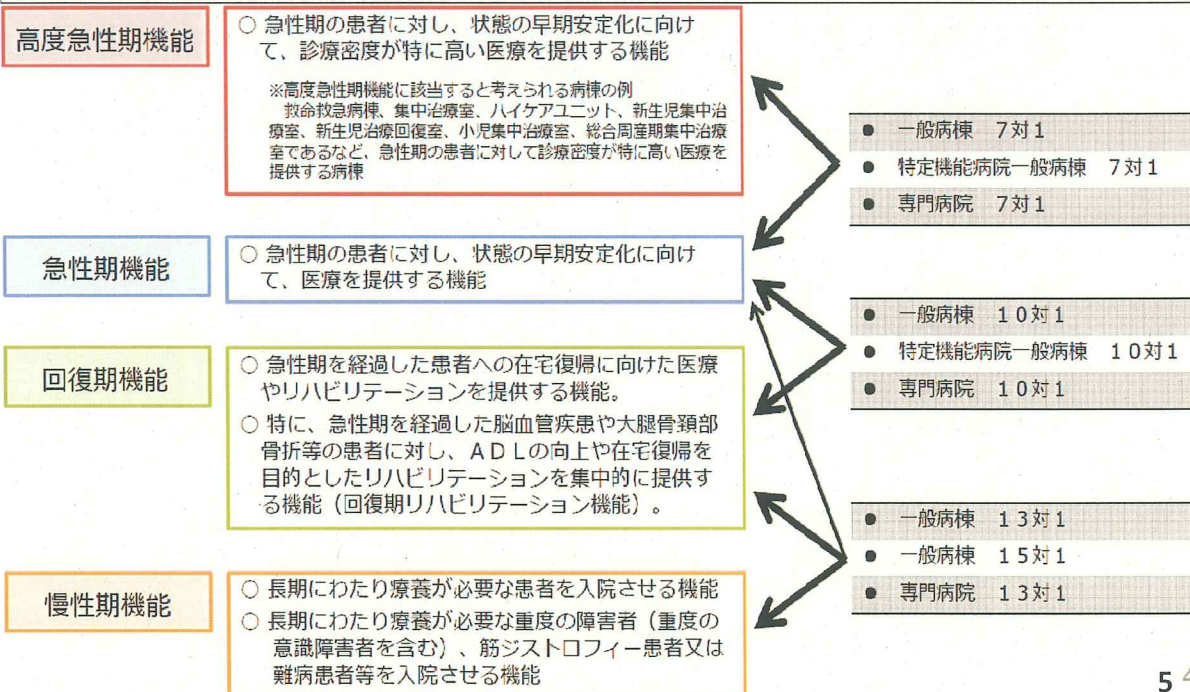




# 特定の機能を有さない病棟における病床機能報告の取扱い

## 基本的な考え方 ～ その2 ～

特定入院料等を算定しない病棟について、一般的には次のとおり報告するものとして取り扱うこととしてはどうか。また、次の組合せと異なる機能を選択することを妨げるものではないが、次の組合せと異なる機能を選択する場合には、地域医療構想調整会議で確認することとしてはどうか。



5 48

## 平成29年度病床機能報告データに基づく 県全体での高度急性期・急性期病床数の比較 【総括表】

	病床機能報告(2015年) ※地域医療構想策定時点		病床機能報告 (2017年)		山形県調べ (2018年9月末)		指標案		地域医療構想 (2025年必要病床数)	【参考】 埼玉県基準
	許可病床	稼働病床	許可病床	許可病床	許可病床	稼働病床	許可病床	稼働病床		
高度急性期	1,153	1,152	1,265	1,265	430	429	933	523		
急性期	6,158	5,922	5,654	5,533	5,333	5,247	3,121	4,505		
					(病院)5,089	(病院)5,031				
					(有床診)244	(有床診)216				