

宮城敏夫参考人提出資料

特集 地域医療の新たな展開と病院

地域医療支援病院の今日的課題と将来

宮城 敏夫

病 院

第 65 卷 第 1 号 別刷
2006 年 1 月 1 日 発行

医学書院

地域医療支援病院の今日的課題と将来

宮城 敏夫

医療法人仁愛会浦添総合病院理事長

医療法人仁愛会は、設立当初から理念(表1)に則り、浦添市を中心に周辺市町村の医療のニーズに配慮しつつ、医療制度の改正方針にも対応しながら、事業内容の充実拡大を図ってきた。

理念の一つに「地域住民のニーズを満たす医療」がある。地域住民のニーズは時間の経過や地域の置かれた状況で変わる。とりわけ医療制度の改正は浦添総合病院の機能を拡大

させ、高度化、専門化へと変えさせてきた。

「地域医療支援病院」「臨床研修病院」「救命救急センター」になったことで、対象とする地域住民の範囲が市や県全域から日本全域になりつつあり、拡大してきている。しかし、仁愛会は、地域住民・社会のニーズに応えるべく、運営方針と経営計画を明示しながら、社会的使命を果たしてゆきたいと思っている。

地域医療支援病院承認要件について

昭和60年12月の第一次医療法改正に始まった一連の法改正(表2)は、戦後の貧困の時代にできた法律が、超少子高齢社会、国民の価値観の多様化、税収減少、医学技術の向上などによる社会環境の変化で、制度疲労を起こしていることから、都道府県に医療計画を作成させることを義務化したものと言えよう。

医療計画の目的は「安全なかつ良質の医療を効率的に提供できる体制作り」である。

平成9年の第三次改正(平成9年12月公布、平成10年4月施行)で「地域医療支援病院」が創設された。表3と表4は地域医療支援病院の承

表1 仁愛会の理念

- * 地域住民のニーズを満たす医療
- * 信頼と人間性豊かな医療
- * 働き甲斐のある職場
- * 仁愛会の職員であることが誇れる企業

表2 医療法改正の経緯

昭60年	第一次	医療計画の創設
平04年	第二次	療養型病床群制度導入 特定機能病院制度導入
平09年	第三次	診療所への療養型病床群導入 地域医療支援病院制度導入
平12年	第四次	病床区分の見直し (療養病床と一般病床の区分) 医療情報提供の推進 臨床研修の必修化
平18年	第五次	医療計画の見直し 医療法人制度改正

表3 地域医療支援病院の要件

- * 紹介外来制を原則とする
- * 地域医療支援病院紹介率 80%以上
- * 施設・設備・器械等の共同利用の実施
- * 救急医療の提供
 - ・ 24時間重症患者受け入れ
 - ・ 専用病床または病床の確保
- * 紹介患者の病状が安定したら、患者の意思確認のうえ、紹介元医師に紹介

表4 紹介率

$\text{地域医療支援病院の紹介率} = \frac{A+B}{C-(D-E)}$	
$\text{一般病院の紹介率} = \frac{A+B'}{C}$	
初診紹介患者数	A
緊急入院患者数	B
初診算定患者総数	C
休日夜間の初診患者数	D
休日夜間の初診緊急入院患者数	E
救急用の自動車にて搬送された患者数	B'

表5 地域医療支援病院の承認要件
(改正後)

(平成 16・7・22 厚労省医政局通知)
1. 紹介率 80%以上(80%以上で承認後2年間で80%達成も可)
2. 紹介率 60%・逆紹介率 30%以上
3. 紹介率 40%・逆紹介率 60%以上
1~3のいずれかを満たす必要がある
逆紹介率 = $\frac{\text{逆紹介患者数(診療情報提供を算定した数)}}{\text{初診患者の数}}$

表6 病院の概要

機能	
* 地域医療支援病院(302床)	
(内 ICU2・HCU7・開放30床)	
* 臨床研修病院(24人・後期12人予定)	
* 急性期特定入院加算病院	
* 新型救命救急センター(10床)	
職員数 661人	

表7 病院の意思決定の軌跡

昭56	・終日救急・年中無休(平6.12再開)
	・総合病院(昭57.8)
平04	・療養型病床群は目指さず
平10	・開放型病床30床(平11.7)
	・臨床研修病院(平13.3)
	・地域医療支援病院(平13.7)
	・地域完結型トータルヘルスケアシステム
平12	・急性期特定(病院)入院加算(平13.3)
平15	・新型救命救急センター(平17.4)
平16	・救急患者ヘリ搬送事業(平17.6)

認要件と紹介率の算式である。

平成10年6月16日に「地域医療連携推進事業の実施について」の厚労省健康政策局長通知が出されているが、地域医療支援病院の誕生の経緯と目的が明示されている。

つまり一医療計画の推進を図る具体的な施策としては、開放型病床(床)や高額医療機器の共同利用など、地域の医療機関相互の密接な機能連携と機能分担を推進する必要がある。このため平成四年度から地域医療連携推進事業を実施してきたところであるが、医療計画のより一層の推進を図るため地域医療支援病院事業実施要綱を定めたので通知する。実施要綱・目的にはこの事業は、診療所等と地域医療支援病院との間において体系化を図り、紹介・逆紹介に基づく診療に関する連絡調整や地域の医師等を対象とした研修を実施する等の事業を行うことにより医療施設間相互の機能連携と機能分担を進め、医療計画の具体的な推進を図ることにより、効率的な医療提供体制の確立に資することを目的とする一とある。

承認要件には、逆紹介についての配慮がないことから、逆紹介率を導入することや、紹介率に使う変数に対する解釈が都道府県により異なっ

ていることから、変数B以外(経過措置で全入院患者)はすべて初診患者とすることを考慮した要件変更(表5)が平成16年7月になされた。

浦添総合病院の取り組み

浦添総合病院の開院は昭和56年で、当初は170床、85人の職員であった。表6は現在の概要である。今では302床、661人の職員が病院を支えている。

表7は病院の意思決定の軌跡である。仁愛会では平成5年の長期経営目標で、療養型病床群を目指さないことや、地域完結型トータルヘルスケアシステムを目指すこと等を決め、第三次改正後の平成10年12月に地域医療支援病院を目指すことを決めた。

当院はこれより以前の平成6年、国の補助を受けてスタートした浦添市医師会糖尿病診療連携推進事業に積極的にかかわってきた。

この連携事業では最初から病院、診療所、行政それぞれの機能(役割分担)を明確にしている。具体的には、患者の日常管理はかかりつけ医が行い、病院は診療所から紹介されてくる重症患者の治療、高度な検査、

緊急時の対応などを担当し、市の保健相談センターは各医療機関から紹介されてくる患者の生活指導教育を担当した。

また医師会が中心になって事業参加機関の担当医との連絡調整、勉強会やコメディカルの勉強会などを催した。この事業は診療所、病院、行政の壁が低く、非常にうまくいったと評価を得ている。

連携には利害の絡むこともあり、難しさも体感したが、推進のノウハウも得た。具体的には「診療所がやれないことを支援することに徹する、最初からあれこれ要望を出さない」ということである。3年間の補助事業終了後も2病院7診療所で糖尿病連携事業は今日に至っても継続されている。この経験が地域医療支援病院を目指すことを決める推進力になった。

しかし地域医療支援病院を選んだ本当の理由は、外来患者が1日平均1,000人を超えるようになってから、医師の昼食は午後2時、診療終了が夜7時~8時、最終予定手術開始が午後4時~5時、病棟回診が夜8時以降(朝は8時前後)になる等の異常事態の日常化であった。

加えて患者さんやご家族からお叱

表8. アクションプラン

1. 初診時特定療養費徴収 1,500円
2. 外来初診は紹介と救急、再診は専門に絞り逆紹介を徹底
3. 地域医療連携センターによる施設訪問 (地域医療支援病院のPR)
4. 出張外来 (連携病院、診療所への出向き診療)
5. 技師の連携施設への出張

表9 延患者数と医業収入の推移

別添1 参照
(発行時のデータに加筆訂正致しました)

りを受けることもままあり、職員の中に苛立ち、ストレス症状が出るなど、この状態での継続は限界と判断したからであった。

経営上の理由から、理事会の承認がなかなか得られなかったのであるが、異常事態の改善こそが最優先であると、平成10年12月の理事会で承認された。

平成11年度は、初再診患者を積極的に地域のクリニックへ戻すことを病院の方針としたのだが、患者さんからは「長らく先生に診てもらってきたので、この病院で治療を続けさせてください」とお願いされて、地域への紹介は進まず、そのうちに医師等も次第に積極性を欠いていった。

平成12年度は80%達成を至上命令とし、アクションプラン(表8)を示し実行してもらった。初診患者を減らし、紹介初診を増やすための方策である。地域医療連携センター(5人に増員)と総合案内の職員は、すべての初診患者さんに診療所をまず受診し、病院受診の必要があると判断された場合には診察医の紹介状を持参のうえ来院してもらいたい旨を説明した。院長とセンター長は、浦添市と宜野湾市のすべてと那覇市の一部の診療所を訪問して、地域医療支援病院と承認要件の説明と紹介患

表10 医療実績の推移

別添2 参照
(発行時のデータに加筆訂正致しました)

者受け入れのお願いに回った。

市民に向けては、掲示によって、市役所、銀行3行の市内支店ロビー等でのPRも行った。医師には出張外来を薦めた。病状の安定した再診患者さんを連携病院、診療所へ出向いて、診て定着させるというものである。患者さんには少々お気の毒であったが、非常に有効だと考えている。

平成12年度半ばまでに、慢性疾患をたくさん抱えている部長クラス数名から開業の申し出があったので、これまで長らく頼ってこられた患者さんを全部引き取って構わないことや、開業後の連携をお願いして快諾した。彼らは12月末から翌年1月に開業した。患者さんの連携以外の支援もしている。

具体例としては開業医の病気等に

は代診医を送るということである。

外科系の開業医の場合には実際に当院に患者を紹介し、当院医師と協働して手術をされる、退院後は自分で診る。そうした医師が7名おられる。

表9は、アクションプラン実施後の実績を延べ外来患者数と医業収入で見たものである。外来患者数は期待通りに減少したが、医業収入は外来患者の減少による収入減を地域医療支援病院につく加算等では到底補うことはできないことを示している。

けれども職場環境が改善し、職員に笑顔が戻り、地域医療を支援する病院機能を発揮できるまでに回復したことでよしとしている。

表10は医療実績の推移である。平成14年度と16年度の紹介率が80%を割った原因は、前者は初診患者を多く受け入れたことによるも

表 11 紹介受付数と ABCDE (ABCDE については表 4 参照)

平成	紹介受付数	A	B	C	D	E
13	10,882	9,358	4,157	30,956	16,316	748
14	11,265	9,656	4,415	34,670	17,857	871
15	11,550	9,928	4,169	30,255	13,460	712
16	11,622	9,557	4,156	26,682	9,890	584

表 12 新入院患者の進入経路

入院経路	累計	平均/月
自院外来入院	5,863 人	488.6 人
※ 占有率	55.8%	55.8%
救急外来入院	3,416 人	284.7 人
※ 占有率	32.5%	32.5%
紹介入院	1,230 人	102.5 人
※ 占有率	11.7%	11.7%
合計	10,509 人	875.8 人

ので、後者は小児科医の大学引き揚げで小児科外来閉鎖を強いられたこと、看護師退職、病休による一部病室の閉鎖が関与したものである。そのことが紹介受付数と紹介率算出の ABCDE から読み取ることができる(表 11)。ちなみに今年度は 83%前後を維持している。

紹介率 80%台にアップを確保するには、御覧いただいたように、大なり小なり医業収入が減ることを覚悟しなければならない。

今の診療報酬点数ではいかんともしがたいことである。紹介患者であっても 18~20%は初診算定対象にならないのが当院の実態である。表 11 の紹介受付数(医療連携センターの紹介状受付患者総数)と初診紹介加算算定のできた A との差になる。

たとえば平成 16 年度は総数 11,622 の内紹介率算定数は 9,557 (82%)である。また、2,065(18%)が算定対象外である。それは紹介さ

れた診療科以外の科で、3 か月以内の受診履歴がある患者であった。

参考までに、平成 16 年度の新入院患者の進入経路(表 12)であるが、紹介入院数は紹介当日に入院になった患者数で、予定入院は自院外来入院に入っている。その割合は 2~3%である。

最後に「今日的課題」を述べる。

1) 紹介率を上げるためには算式の分母 C(初診患者数)を小さくすればいいわけであるから、その手段として門前診療所を作る機関が増加している。

しかし、これは平成 10 年 6 月 16 日の厚労省健康政策局長通知の趣旨に沿ったものではないと思う。汗を流さずに美味しいところだけのごっそりいただきますというのには、努力して承認を勝ち得た仁愛会としては、許せないことである。

地域の医療事情によっては、この手段が許されるケースもあっていいと思うが、門前診療所がどんどん増

えていくのを、このまま静観してよいのであろうか。

特に懸念しているのは、医療計画見直しでは面を意図した機能連携や疾病ネットワークを進めることになるのだが、おかしな連携、ネットワークにならないかと気になる。

この課題に白黒の結論を出すべきであると考え、しっかりした監査、あるいは検証システムと適切な診療報酬とのリンクを考えてほしいと考えている。

2) 全 6 病棟のうち、特定入院加算病棟と、産科主体病棟を除く 4 病棟は、現在一般病棟入院基本料 1 群 1 であるが、看護師の仕事量は 2 対 1 基準では安全で質の高い看護ケアや、患者・家族への十分なインフォームドコンセント(IC)は不可能と思っている。それは、エビデンスに基づいた基準ではないからである。

既に厚労省や看護協会の看護必要度調査での分析は終了しているはずだ。一般病棟をエビデンスに基づいた「常時看護配置の基準」がされないのでは、多くの急性期病院(棟)で看護師不足が起り、患者さんに迷惑を強いることになるのである。

参考までに平成 16 年度と 17 年度 6 月までの医師・病棟看護師の超過勤務状況(表 13)と病院全看護師の離職率(表 14)を示す。

3) がん患者さんを数多く手術しているので再発入院になるケースは避けられない。また救命救急センターから高齢者の緊急入院が相当ある。

その結果、一般病棟には常に前者で 8 床前後、後者で 30 床前後が 1

表 13 医師・病棟看護師の超勤状況

部署名	16年度合計	4～6月合計
①医師	18,161,300	5,673,600
北3階病棟(外・泌・消化器)	4,782,230	3,113,740
南3階病棟(整・小・眼)	5,386,600	2,266,100
北4階病棟(脳外・耳・形・内)	5,800,080	1,857,480
南4階病棟(循環器・呼吸器)	8,900,110	2,692,950
北5階病棟(産・婦)	2,370,220	1,043,410
救急部	5,262,560	4,831,190
②看護合計	32,501,800	15,804,870
①+②	50,663,100	21,478,470
月平均	4,221,925	7,159,490

か月以上の入院になっている。機能連携(在宅を含め)は総力を上げて取り組んでいるが、連携病院にも空床がない。

このままでは救命救急医療に支障を来すことが懸念される。地域医療支援病院としては早急に解決すべき課題だが、名案がないのが現状である。

4) 地域医療を支援するためには安全、質、効率性についての機能をさらに高めることが重要だと考える。これらに関係する業務の職員数を病院職員数と平均年齢に示す(表15)。

医療連携室に9人、中央診療録管

理室に5人、医療安全管理室に3人、教育研究室(臨床研修に関する委員会と研修医の係)に2人、システム管理室(コンピュータ管理)に5人を専従で配置して対応している。この分野の職員については診療報酬での評価はほとんどないに等しく、経営上、大きな課題である。

地域医療支援病院の将来

表16は機能拡大への取り組みについてである。平成17年度計画の内容の一部で、6月にはすべて稼働している。

動き始めであるため、課題はたく

表 14 看護師離職率(全病棟)

	平成	14	15	16
1月1日の常勤者数	246	244	248	
年度内常勤退職者数	45	44	48	
離職率	18%	18%	19%	

表 15 病院職員数と平均年齢

	人	歳
全体	661	35
医師	99	40
看護師	306	33
技師	113	34
事務員	73	39
助手	70	40
(再)システム管理	5	40
(再)医療連携	9	39
(再)診療録管理	5	36
(再)医療安全	3	39
(再)教育研究室	2	28

表 16 機能維持発展への取り組み

1. 人材育成
 - ①臨床研修病院群「群星」
 - ②総合診療医の育成
2. へき地・離島医療への支援
3. 救命救急センター
4. 離島救急患者等ヘリ搬送事業

さんあるが、船出したからには充実・強化を図り、ニーズに応えたいと燃えている。

みやぎ としお

医療法人仁愛会浦添総合病院理事長：☎901-2132 沖縄県浦添市伊祖4-16-1

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

PCIスタッフマニュアル 第2版

監修 齋藤 滋
編集 村上 敬・原田和美

●B5 頁216 2005年
定価3,780円(本体3,600円+税5%)
[ISBN4-260-00059-4]

好評を博した『PTCAスタッフマニュアル』の改訂第2版。心カテ室では、各専門職が全体の流れを把握し、自分の役割だけでなく他職種の役割をも理解し、チームとして機能することが必須である。日々、著しく進歩しているPCIに携わる新人はもちろん、ベテランのブラッシュアップのためにも有用な1冊。

※ 4月～11月までの8ヶ月

	(平成)	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年 ※
外来	収入(千円)	2,730,427	2,070,164	1,353,079	1,284,671	1,353,623	1,427,091	1,489,641	864,380
	患者数	283,679	188,275	125,200	114,481	118,153	117,903	119,641	74,785
	1人単価(円)	9,625	10,995	10,807	11,222	11,457	12,104	12,451	11,558
入院	収入(千円)	5,214,788	5,992,027	5,674,122	5,572,834	5,653,210	5,538,937	6,350,702	4,408,668
	患者数	107,452	112,456	106,951	111,592	114,495	109,119	108,098	68,823
	1人単価(円)	48,531	53,283	53,053	49,939	49,375	50,761	58,749	64,058
総収入(千円)		7,945,215	8,062,191	7,027,201	6,857,505	7,006,833	6,966,028	7,840,343	5,273,048

※ 4月～11月までの8ヶ月

(平成)	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年 ※
紹介率 %	87.8	87.8	79.6	80.5	78.9	85.0	82.9
逆紹介率 %				29.1	32.6	39.5	40.8
平均在院日数	11.7	11.9	11.9	12.5	13.0	11.8	11.2
病床利用率 %	102.1	89.4	93.9	96.8	93.1	90.4	85.6
救急外来患者数	26,899	27,566	30,612	25,417	20,840	21,204	13,598
救急車搬送患者数	3,222	3,457	3,438	3,494	3,370	3,900	2,581
手術件数	3,749	3,598	3,453	3,442	3,503	3,877	2,476
全身麻酔 %	57	60	61	64	64	66	64

2006年12月7日

全日本病院協会

副会長 西澤寛俊殿

代議員会副議長 宮城敏夫

地域医療支援病院の要件

(現状の要件に、下記1～4を追加する)

1. 地域連携パス(保険診療点数化されたもの)が実際に使われている。又は、点数化されていない疾患連携パスを含め、連携パスが複数使われている。
2. 離島・僻地・医療過疎地域の医療に参加している。
 - ・ 医療従事者の派遣依頼に応じている。
 - ・ ドクターヘリ、又は救急医療用ヘリ事業を実施しているか、類似且つ同等レベルの事業を実施している。
3. 地域医療支援病院運営委員会の委員構成は、「・・・例えば、当該地区の医師会等医療関係団体の代表、当該病院が所在する都道府県・市町村の代表、学識経験者等により構成することが適当であること」(「新省令第九条の十九」)とあるが、実際にそのような構成になっているか。又、定期、不定期の会の議事録が残されているか、等の監査を義務付けることが重要である。なお委員構成と議事録の義務化は、これまでの社会保険事務所による監査の実施項目に加えれば、改めて監査

をせずに済む。

4. 『新法四条第一項第一号に規定する「他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供し、(中略)体制が整備されていること」とは、いわゆる紹介外来制を原則としていることを意味するものであり、具体的には、次の式により算定した数(以下「地域医療支援病院紹介率」という。)が八〇%を上回っていることを求める趣旨であること。』とある。入院外来分離をしている病院の中には、その地域の医療提供体制の事情を顧慮すれば、承認することが地域住民にとって有益である場合もあるが、一般的な都市部においては、患者の抱え込みでしかない。つまり経済上の理由が本意であり、紹介外来制を原則としている法の趣旨にはそぐわないのではないか。

- 分離診療所の診療は、多くの場合、元の病院医師による診療であることを考えると、病院勤務週40時間が守られているか。クリニック外来患者数対医師数が適正に配置されているのか。等、甚だ疑わしい。地域連携を進める上では、門前クリニックはマイナス要因でしかない。
- 地域医療支援病院が本来目指した医療機能分化・連携に戻すことを求める。病院外来分離・門前クリニックの設置の場合には、分離診療所の患者数は、病院の外来患者数とみなすべきである。無論、病院から適当な距離をもって開設している場合は門前クリニックではない。

「地域医療支援病院が二次医療圏に1施設」となっていることについて

- * 二次医療圏の人口が10万人超の場合には、複数の施設を置くことで施設間のサービスの質(安全、質、効率)の競争意識が適度に働き、結果として地域医療支援病院機能の向上に繋がるのではないか。“お山の大将僕一人”的意識を持たさないために、複数にすることが重要である。

第三者地域医療支援病院機能審査機関の必要性

- * 県当局の書面調査等をもとに県医療審議会を経て認可されるが、審議会のメンバーの7割は医療計画の詳細や現状をほとんど知らない方々である。その上、県当局の担当者は、ほぼ2年で異動する。言わば1年目は素人である。このような実態を鑑みれば、認可までのプロセスとして、医療提供側・行政側・患者側からなる機能審査機関を置くことで、地域特性(自然環境、社会・文化環境等)を配慮した、いわゆる紹介外来制の原則に則った地域医療支援病院を実現できるのではないか。

法の隙間を上手に抜けることは違法ではないが、これらを戒めなければ医療計画に盛り込まれた機能分化・連携や疾病ネットワークが絵に描いた餅と化します。真剣に医療の将来を考えて、法に沿って行動した者がばかを見るなら、自ら進んで法の趣旨を遵守した行動をする者がいなくなることを憂えるのであります。新医療計画が目指す、趣旨に合致したものとなるよう、認可プロセス、認可後監査を確実なものとしていただきたく、以上申し上げる次第です。