

地方病院にも目配りした機能評価係数を

長野県厚生連 佐久総合病院 診療部長
西澤延宏

I、佐久総合病院の紹介

長野県は、全都道府県中 4 番目の大きな面積を持つが、人口は 220 万人であり、高齢化率も高い県である。長野県は、北信・東信・中信・南信地区と分けるが、佐久総合病院は、長野県の東信地区を担当する地域の基幹病院である。東信地区の人口は、約 42 万人である。東信地区の面積は広く、神奈川県全体の面積より広い。神奈川県の人口が約 850 万人であり、人口密度が東信地区で低いことがわかる。東信地区は、上小地区と佐久地区の 2 次医療圏を有するが、救命救急センターは佐久病院にしかないため、重症患者はかなり遠距離から運ばれてくることとなる。

特に佐久総合病院の南に広がる南佐久郡は、神奈川県の約 3 分の 1 の面積を有するものの、人口が極端に少なく、高齢化が激しい。そこでの医療は、開業している医師は 2 件しかなく、佐久総合病院の小海分院と町立千曲病院と各村の国保診療所がその機能を担っている。国保診療所は 4 件あるが、その診療所の医師は佐久総合病院から派遣されており、この地域ではここ 10 年以上、無医村になってはいない

[長野県の地域特長]

人口: 220万人 (第16位)
面積: 13,583km² (第4位)
人口密度: 162人/km² (第38位)
高齢化率: 23.2% (第10位)

[長野県の医療特長]

平均寿命 (昭和40年)
男: 1位 ← 9位
女: 5位 ← 26位

・がん年齢調整死亡率
男: 1位 ← 14位
女: 2位 ← 15位

・老人医療費 47位



佐久総合病院は、佐久市にあり、標榜科目 29 科目を有する。本院は、病床は一般 600 床、精神神経科 112 床、感染症 4 床、救命救急センター 20 床、回復期リハビリ病棟 40 床、人間ドック 45 床であり、全病床 821 床である。その他、美里分院という精神神経科の分院 120 床、小海分院 99 床（一般 50 床、療養型 49 床）、老人保健施設 2 箇所 153 床と全病床数は 1193 床である。従業員は、医師 201 名他、全体で 1800 人を超える。

救命救急センターを持ち、ドクターヘリを有し、地域がん診療連携拠点病院にも指定されている。各科の専門医が在職し、様々な専門医療が行われている。県内で最大の病院として急性期医療に対する機能を果たしている。

だが、地方という立地条件で、周辺の医療機関が乏しい地域では、大きな病院といえども、地域に根ざした医療を展開することも求められる。我々は、これを 2 足のわらじとよび、高度な専門的な医療と同時に地域に根ざした一般医療も展開している。特に院内に地域ケア科という在宅医療専門の分野を有し、24 時間 365 日の在宅ケアを展開している。そのため、在宅死亡率も高く維持されている。

佐久総合病院本院の主な運営指標は、平成 19 年度で病床の稼働率は、91,7%、平均在院日数で、15,8 日である。外来は、1 日平均 2082 人の患者が利用しており、救急車 3486 台を引き受けている。紹介率は、22,9%である。

当院の運営上の特徴として、外来患者が多いことがある。また、東信地区の医療の最後の砦として、重症患者は全て断らずに診療することとしている。

当院には、十分ではないが、各診療科の専門医がそろっていることもあり、全ての診療科・全ての疾患への対応が求められ、1 次医療から 3 次医療まで担当している。病院が入院医療に特化すべきこと・専門分化が必要なことは理解できるが、当院のような状況では、そのようなことはきわめて困難であり、地方の大きな病院は、現在同様な状況である。

地方における高度医療とは、臓器・疾患・救急に限局した狭義の専門医療だけではなく、検診・在宅・福祉・保健などさまざまな医療・保健にわたるサービスを提供する包括性を有することであり、多くの市町村という広域のセイフティーネットになることである。

当院は幸いにも当院の理念に共鳴する若手医師が多く在職してくれていることもあり、マグネットホスピタルとして、医師の派遣も行っている。常勤として、各国保診療所へ 4 人、当院関連の診療所へ 3 人、自治体病院へ 1 人、厚生連の他の病院へ 1 人派遣している。その他、非常勤医師として、周辺の病院へ外来・当直・検査などのために多くの医師の派遣を行っている。

現在、地方の医療が危機に瀕しているのは周知のごとくである。中小の病院の勤務医が減少して診療機能が低下し、経営が悪化している。また、そのために基幹病院へ患者集中が起こり、基幹病院の診療機能が危機に陥っている。当院でも手術、特に緊急手術が急増し、手術室・麻酔科医師に大きな負担が掛かっている。また、病床も満床状態が常態化しており、昨年初めにはマスコミを通じて緊急事態宣言を行って、近隣の医療機関の協力・患者さんの協力を仰ぎ、何とか乗り切ったことがあった。

II、地方病院にとっての DPC

DPC の制度下では地域医療を支えている地方の病院は不利な状況にある。

その要因としては、高齢化、広域性、機能分化困難、連携施設の不足、医師・看護師不足が挙げられる。

1、高齢化

高齢者は、持病である併存疾患を有することが多く、手術後の合併症が生じる可能性が高い。また、回復力が十分でないため、治癒に時間がかかり、在院日数が延長することが多い。つまり同じ DPC であっても高齢者ではコストが掛かり、看護必要度も高い。都会に比べて、地方では高齢化が進んでおり、地方における医療ではコスト高になることとなる。

2、広域性

地方病院では、受診者が広域に渡ることとなる。また、公共交通機関が発達していないこともあり、車の運転ができない場合、通院の手段が乏しい。

本来外来で十分治療可能な治療も入院で行わねばならないこともある。（乳房温存術の放射線治療など）また、化学療法や手術前の検査も入院で行わざるを得ない場合がある。こういった場合、経済性・効率性などでは明らかに不利になる。

3、機能分化困難

地方では、軽症から重症まであらゆる分野の患者さんを受け入れることとなる。その中には明らかに在院日数が長くなりそうとか、収益性の低い疾患もあるが、全ての患者の受け入れを行っている。

周辺の医療機関が乏しいので、外来患者が多くなり、初診の患者も多くなるので、紹介率は低くなり、地域医療支援病院の取得・入院時医学管理加算などの取得は困難である。また、外来患者が多いことは、医師の労働条件をきつくするため、避けたいところであるが、現状で外来を縮小することは困難である。

4、連携施設不足

かかりつけ医も少なく、病院の医師がかかりつけ医機能を有することもある。また、急性期を脱した患者が回復期・慢性期の病院に移ろうにも、そのような病院はあまりない。したがって、地域連携パスは進まず、在院日数の延長が生じる。

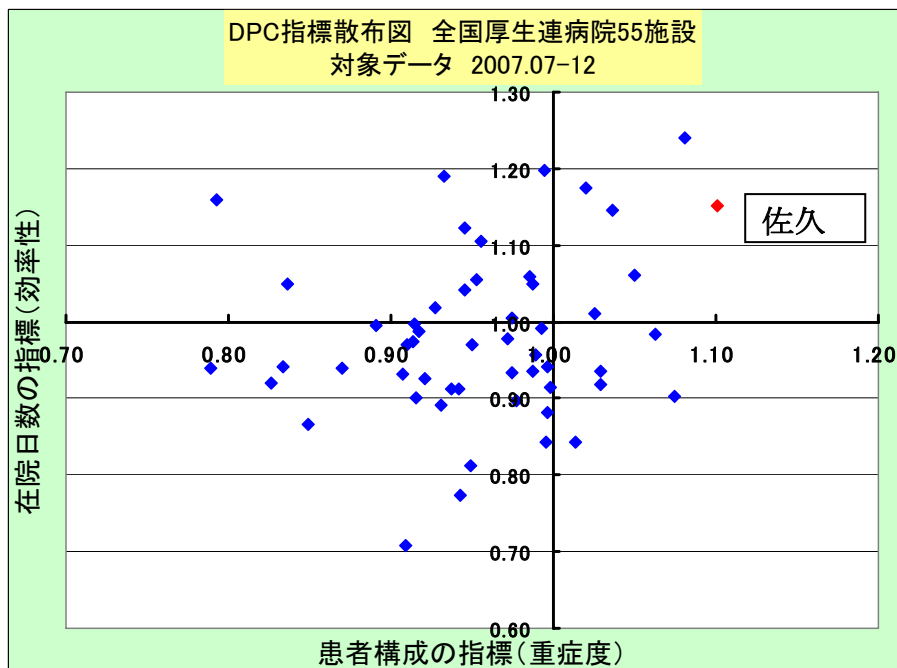
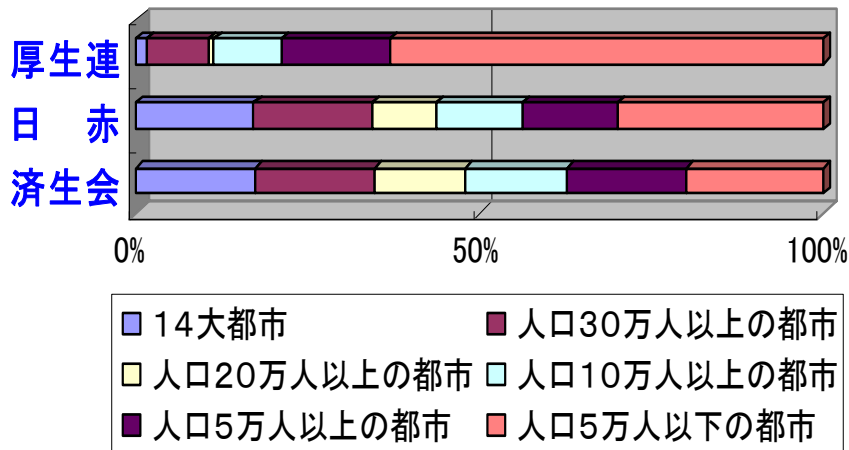
5、医師・看護師不足

地方においては、都会に比べて、医師不足・看護師不足が顕著である。そのため、地方の病院の経営は苦しく、給与も十分でないことが多い。また、残っている医師・看護師の労働はきつくなるため、疲弊が進むこととなる。

Ⅲ、佐久総合病院の取り組み

佐久総合病院は、「農民と共に」をスローガンに、農村でも都会に負けない医療を行うことを目指してきた。地方では標準化・効率化が困難であることが多いのを認識した上で、標準化・効率化できる部分は徹底的に行ってきた。そのため、DPC データにおいて、効率性・複雑性共に、1を超えているが、これは地方の病院としては、稀有である。

図に示すように、佐久総合病院の所属する厚生連は、同じ公的病院である日赤・済生会病院と異なり、5万人以下の都市にある病院が多い。そのため、厚生連病院でDPCに参加している病院を比べても効率性が低くなる傾向が明らかである。



佐久総合病院では DPC に対して、平成 10 年の厚生省による入院医療費定額支払い制度の調査協力から参加してきた。平成 18 年 4 月より、DPC 対象病院となったが、DPC 導入は医療の質の向上を目指す取り組みと考える努力をしてきた。特に医療の標準化にむけて行ってきた主な取り組みは下記のようなものである。

① クリニカルパスの充実

各病棟・外来でのクリニカルパスの充実は必須であるが、クリニカルパス専任師長を配置し、その中心としての活動を行っている。

② 外来化学療法室（通院治療センター）の整備

外来化学療法を行う部屋を整備し、専任の看護師・薬剤師を配置して、外来で化学療法を行う患者は一括で管理している。

③ 術前検査センターの設立（日帰り手術センターの活用）

従来、地方では唯一といわれる日帰り手術センターを有していたが、それを発展させる形で、術前検査センターを設立した。これは手術を控えた患者の説明・検査・薬の管理などを看護師が中心で行うシステムである。

④ 地域連携室の多機能化

地域医療連携室では、本来の紹介患者の受け入れだけでなく、院内の病床管理を行い、後方連携としての他院への転院の手助けを行っている。これにより、地域全体の病床に目を配り、地域全体として、医療を支えるシステムを構築している。また、地域連携パスの事務局としての活動も行っている。

現在の当院の医療機関別係数は、1,1329 である。取得できている加算は、入院基本料 7；1、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理加算、医療安全対策加算、医師事務作業補助体制加算（50 対 1）である。

取得できていないのは、入院時医学管理加算・地域医療支援病院入院診療加算である。そのいずれもが外来患者数が多く、紹介率が上がらないために取得できないものである。

IV、地方病院を支えるために

現在の様々な加算の取得には、医師・看護師を十分に集め、機能分化・標準化・効率化を行うことが必要であるが、医療資源の乏しい地方では対応が困難である。そのために、たとえ、DPC に参加しても各種の加算の取得ができない病院が多い。このままでは、地方病院の経営が悪化し、地域医療の衰退が生じるのは自明であり、ますます、都会と地方との医療の格差が大きくなっていく。

大学病院や都会の高度医療を行っている病院ももちろん必要であるが、地方病院も絶対に必要なものである。是非、機能評価係数で地方病院を支えることを検討すべきである。

具体的に地方病院の医療を評価することは、かなり難しいが、次のような方策があると考ええる。

①患者の年齢構成による評価（高齢者診療機能）

都会に比べて、地方では高齢者が多く、コストが掛かる医療が行われている。また、データには現れないが、看護必要度が高齢者で高くなるのは明らかである。本来、患者の重症度・リスクでコストが規定されるが、現在の DPC ではそのような重症度を知ることにはできない。現実的な方策として、提出されたデータの中で高齢者が占める割合で加算を付けることは可能と考える。地方病院の果たす機能としての高齢者の治療という考え方は成立するものと考ええる。

現在、DPC 病院においては、ハイリスクの患者の治療を忌避する場合がある。特に高齢者ではその傾向がある。本来あってはならないことであるが、そのような行動を止める手段はない。高齢者の治療に対する加算は、多少なりともその歯止めになる可能性がある。

② 地方の診療所や中小病院へ医師を派遣することに対する評価（マグネットホスピタル機能）

地方では、周辺の医療機関へ医師を派遣し、地域の医療を守ることが行われている場合がある。どこの病院も決して医師数が潤沢であるわけではないが、地域医療を守るために献身的に行われている。当院でも数人の医師を派遣しているが、研修を保障すること・診療所の医師が休む場合の代診などかなり手間とコストが掛かるのが実情である。そのようなマグネットホスピタルに対して加算をすることは地域の医療を守る上で必要なことである。

③ 入院時医学管理加算の外来縮小要件の廃止

入院時医学管理加算の外来縮小要件は地方の病院には厳しいものである。特に最近のように周辺の医療機関の診療能力が低下してきた場合、外来を縮小することは不可能である。機能分化を否定するものではないが、地方においては外来縮小の要件をはずすことを検討されるべきと考える。（地域医療支援病院も紹介率の要件を見直すべきである）

④ 在宅医療への評価（在宅診療機能）

地方では在宅医療を病院が行っている場合が多い。地方で在宅支援診療所といった診療所がない場合には、当院のような病院でも在宅へ取り組む必要がある。現在の診療報酬では、病院での在宅診療はコスト面で見合うものではない。在宅医療を行っている病院に対しての機能評価は必要である。

地方病院にも DPC が拡大している現在、地方において必要な診療機能を果たして、地域医療を守っている病院に対しての加算を是非検討していただきたい。