

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」

分担研究報告書（平成 27 年度）

【地域事例班】 病床の機能分化と連携の推進に向けた取り組み

研究分担者 小林美亜（千葉大学医学部附属病院 特任准教授）

研究要旨

本研究では、千葉保健医療圏（千葉構想区域）における医療機能や連携の推進に係る取り組みについて検討することを目的とした。千葉構想区域に属する千葉大学医学部附属病院では、地域医療構想への対応として、入院期間の短縮や連携が円滑に進む体制とシステム整備を進めている。また、千葉構想区域内の 100 床以上の病院の病院長による病院長懇談会を開催し、病院同士が自主的に協議する場を設け、以後も継続して定期的にこの会を開催し、地域内での機能分化の推進を図る取り組みを行っている。地域保健医療会議に出席できるのは一部の病院の代表者に限られ、また千葉市の場合には自構想区域以外からの患者も多く、医療機関所在地ベースで必要病床数を考える必要がある。したがって、このような自主的に協議する場を持つことは、地域医療構想において重要な機能を果たすと考える。

A. 研究目的

地域医療構想を実現するためには、構想区域内において、医療機関同士それぞれが自院の特性に応じた機能を活かしながら補完しあい、バランスのとれた医療機能の分化や連携の推進を図る必要がある。

本研究では、千葉保健医療圏における医療機能や連携の推進に係る取り組みについて検討することを目的とした。

B. 研究方法

千葉保健医療圏の医療需要の今後の動向を踏まえ、千葉保健医療圏に属する千葉大学医学部附属病院から地域医療構想への対応について、ヒアリングや文献等から把握した。

C. 研究結果

1. 千葉保健医療圏の医療需要

千葉市の人口は約 96.2 万人、高齢化率 23.9%である（2015 年 4 月 1 日現在）。2025

年においては、人口は同程度で推移するが、高齢化率は 29.7%まで上昇することが見込まれている。千葉県の医療需要推計結果によると、千葉保健医療圏における 2025 年の病床数は、87 百床と推計されている（図 6.1）。その内訳は、高度急性期 11 百床、急性期 32 百床、回復期 26 百床、慢性期 19 百床となっている。

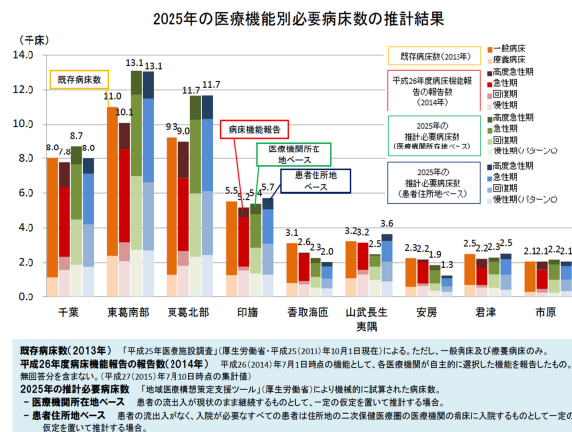


図 6.1 千葉県における必要病床数推計結果¹⁾

2. 千葉保健医療圏の取り組み事例

1) 千葉大学医学附属病院内の取り組み

千葉保健医療圏（以下、千葉構想区域）に属する千葉大学医学部附属病院（以下、千葉大病院）においては、地域医療構想を踏まえ、高度急性期としての機能を果たし、他の医療機関との連携を促進するために、様々な取組を行っている。その取り組みの柱が入院期間の短縮や連携が円滑に進む体制とシステム整備である。入院期間の短縮に向けては、平成27年度においてDPC/PDPSで設定された入院期間・の日数内での退院患者の割合を70%以上にすることを目標に掲げた。また、高度急性期患者をいつでも受け入れることのできる体制の整備として、病床調整基準の運用を開始した（図6.2）。その結果、入院期間・以内の退院割合は、2015年4月は65.3%であったが、2016年1月には73.0%まで上昇した。2014年度の平均在院日数は15.0日であったが、2016年4月～2017年1月における平均在院日数は13.6日となった。

病床調整基準の運用ルール

- ◆共通病床への暫定移行
固有病床を10床以上有する診療科のうち、直近3か月で ① の条件をいずれも満たさなかった場合は、固有病床のうち1床を共通病床へと暫定移行。
共通病床の確定
暫定移行した月の翌月から2か月間において、 ② または ③ の条件を満たす月があった場合には当該病床を固有病床に戻す。しかし、そのいずれも満たさなかった場合は共通病床として確定。

退院患者DPC期間 + 割合が、いずれかの月で 70%以上あること
② 平均在院日数が、いずれの月で前年度より短いこと

図 6.2 病床基準

また経営戦略2015・2016実践指針（図6.3）に、逆紹介の推進、高度急性期に該当する新患数の増加、重篤度の高い緊急患者の受け入れを積極的に行うことを盛り込み、病院全体で取り組みを行っている。関係医療機関との連携の推進にあたっては、千葉構想区域の2病院と薬剤の共同購入も開始している。加えて、連携推進のために地域の医療機関に対し、医療安全、倫理教育、研修などの教育的機

能の提供、患者紹介・逆紹介、医師以外の人材供給、情報システムの供給、調達・ロジスティクスの統合なども検討している。

①医療機関の機能分化・強化を図る観点から、積極的に逆紹介を推進する。

- 地域医療連携を強化し、診療情報提供料Iを適切に算定する。
- 診療情報提供料Iの算定件数（H26.4～H27.3月：15,701件）を前年度比10%以上増加させる。
- 【参考】特定機能病院の施設基準：紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上

②関連医療機関と連携し、外来新患数（H26.4～H27.3月：1日平均151名）及び外来新患数の増加を図る。

- 診療科毎の外来新患数及び外来新患率について毎月運営会議で報告し、各診療科の地域医療連携の意識を高め、外来新患数の増加に努める。
- 外来新患率を10%に高める。

③重篤度の高い緊急入院患者の受け入れを積極的に行う。

- DPCを意識した病床コントロールにより、緊急入院患者の受け入れが可能な体制を整える。
- 緊急入院患者に占める救急医療入院の割合を前年度よりも増加させる。
- 患者支援センターによる早期からの退院支援を推進する（退院調整加算の算定を向上させる）。

図 6.3 経営戦略2015・2016実践指針

2) 千葉市の構想区域における地域医療構想への対応

千葉大病院では、毎年、「千葉連携の会」を開催し、医療・介護に関連する情報提供・交換、グループワーク等の研修を実施している。2015年8月9日に開催された第9回となる千葉連携の会では、地域医療構想への対応（表6.1）を軸として企画がなされた²⁾。

表 6.1 地域医療構想への対応

病院同士の自主的な協議の場の設置
地域内での機能分化の推進
(機能分化により在院日数が短くなることから)早期転院のための体制構築

千葉連携の全体会(200～300人参加)では、「機能分化に際して病院同士でどのように協調すべきであるか」という視点で説明が行われた。千葉市の構想区域内の48病院のうち100床以上の病床を有する28病院病院長等による分科会(病院長懇談会)では(23病院が参加)、対応 に関して、意見交換を通じ

て、千葉市内におけるそれぞれの役割や連携に向けた課題の明確化や共有化を図るとともに、今後各地域で行われる調整会議のパイロットスタディとなることを目指した。そして、地域医療構想に係る情報提供やそれぞれの病院からの意見集約のための会合を開催することの了承を得、今後も継続してこの回を定期的で開催し、自主的な協議の場として機能分化の推進を図っていくこととなった²⁾。

連携部門の担当者による分科会（千葉市の病病連携を考える）では、対応 に関して、明確な役割分担に基づく千葉市全体のネットワークやルールの必要性（例：地域連携パスが運用されていない疾患における患者の受け渡しルールなど）の提言がなされた²⁾。

また、これらの28病院に対し、「受入可能疾患に関するアンケート」を実施し、疾患領域（MDC18区分）と病床機能の組み合わせによる各病院の機能把握に努め、各病院間で共有を図った²⁾。

D．考察

地域医療構想においては、各医療機関が自機関の役割を明確にし、高度急性期、急性期、回復期、慢性期等の各機能をシームレスにつなげることのできる連携体制の構築が重要となる。

各医療機関が使命を果たすためには、課せられた機能を担うための体制とシステムが自機関に整備されているかどうかについて見直すことから始める必要がある。千葉大病院では、高度急性期としての役割を担うために、在院日数を短縮し、高度急性期患者を受け入れるための病床を確保するとともに、千葉構想区域内の病院等と連携を図り、積極的に重症度の高い緊急患者を受け入れることのできる体制構築に努めている。今後の課題としては、高度急性期としての患者の転院基準を明

確にしてパス等に設定し、患者の外来受診時（予定入院の場合）や入院時（緊急入院の場合）から早期に介入し、病病連携を進めていくことが求められる。

地域医療構想への対応として、千葉大病院では千葉市内の100床以上の病院の病院長による病院長懇談会を開催し、病院同士が自主的に協議を行う場を設置し、地域内での機能分化の推進を図ることとした。地域保健医療会議に出席できるのは一部の病院の代表者に限られていることから、この会議で各病院の機能や病床数の具体的な協議を行うことは困難である。また、千葉市の場合には、自医療圏以外からの患者も多く、医療機関所在地ベースで必要病床数を考えなければならない。これらを踏まえると、地域保健医療会議とは別に、構想区域内の病院同士で、自主的な協議の場を設けていくことが必要である。このような場を設けることのメリットとして次のようなことがあげられる²⁾。

地域医療構想に則り、機能分化が進まない場合には、診療報酬による機能分化の誘導がさらに強まり、病院経営が窮地に追いやられる可能性がある。そうなる前に、構想区域内の病院同士が協議し、連携を進め、自機関の役割に応じた報酬を確実に確保できれば、経営の安定化につながる。特に千葉県の場合は全国的に受療率が低く、協議の主眼は病床削減ではなく病床転換におかれることから、協議も比較的進みやすいことが予想される。また構想区域内で連携を進めるためには、日ごろから顔の見える関係性を構築する必要があり、そのための仕組みづくりの場としても活用できる。

今回実施した「受入可能疾患に関するアンケート」では、DPCの公表データや病床機能報告制度の集計結果の公表前に、迅速に情報を収集できるだけでなく、これらからだけで

は把握が困難な、受け入れることのできる疾患等に係る情報等（特に回復期や慢性期の受け入れや対応状況）についても取得し、病院間での協議や連携に役立てることができる。自主的な協議の場では、このようなアンケートを通じた情報を収集し、共有できる仕組みを持つことも重要である。

E. 結論

地域医療構想への対応として、千葉大病院では高度急性期の役割を果たすことの体制整備と連携の推進を図っている。地域保健医療会議の他に、構想区域内で自主的に協議をする場を設けることは、機能分化・連携に役立つ。

F. 健康危険情報

無（非該当）

G. 研究発表

1. 論文発表

無

2. 学会発表

無

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

無

2. 実用新案登録

無

3. その他

（引用）

1) 千葉県医療審議会 地域保健医療部会
平成 27 年度第 1 回会議 資料 2-1 より
抜粋

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/shingikai/chiihokeniryobukai/h27-kaisai/documents/h27-1siryoku2-1.pdf>

2) 井出博生他：地域医療構想に対する自主的な協議の場の設置 .75(1)、50-53、病院、2016.