

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①】地域連携を基本とした疾患における熊本県の急性期、  
亜急性期医療需要予測

研究分担者 副島 秀久（済生会熊本病院 院長）

研究分担者 町田 二郎（済生会熊本病院 副院長）

研究要旨

急性期、亜急性期の医療需要傾向を把握した上で、各診療プロセスの課題を見出す次の研究に繋げるために独自の方法での急性期、亜急性期医療需要予測を試みた。日本の地域別将来推計人口から、熊本県の推計患者数＝都道府県別男女年齢階級別人口 10 万対受療率（入院）×市町村別男女年齢階級別人口推計、にて主要疾患の入院受療数を推測し、これを都道府県別傷病別平均在院日数で除して主要疾患 1 日発生数を推計した。更に 2010 年の主要疾患 1 日発生数を基準値として今後何件増減するかを推測した。また 1 日発生数の増減数×済生会熊本病院平均在院日数により今後必要とされる熊本県の急性期追加必要病床数を、1 日発生数の増減数×済生会熊本病院からの転院率×亜急性期平均在院日数により熊本県の亜急性期追加必要ベッド数を推計した。その結果熊本県では 2030 年まで脳血管疾患、骨折、悪性新生物の入院需要が増加したあと徐々に減少に転じることがわかった。これに呼応して 2030 年までは 300 床の急性期病床と 6,000 床の亜急性期病床数需要が見込まれ、その後は減少に転じることが推測された。今後は医療プロセスの見直しは課題と思われた。

A. 研究目的

一般病床の医療需要は地域医療連携の進んだ地域とそうでない地域では異なると思われる。熊本県という地域医療連携、病床機能分化の進んだ地域における急性期、亜急性期入院医療需要予測を試みる。本研究では他の予測方法と比較してより精度の高い予測を試みることを目的ではない。急性期、亜急性期の医療需要傾向を把握した上で、各診療プロセスの課題を見出す次の研究に繋げることに真の目的がある。

B. 研究方法

1. 用語

本報告では高度急性期、急性期病床の区別

をせずに急性期病床として統一する。厚生労働統計における平均在院日数データでは、診療報酬上の病床区分に関するデータがなく、また連携パスでも受け入れ病床の区別に関する情報がないため、急性期の次に転院する病床を亜急性期病床とするが、これは診療報酬上の分類である回復期病床、地域包括ケア病床、一般病床を指し、本報告では Post Acute 機能を意味する名称として使用する。慢性期病床とは療養病床、介護施設等を意味する。

2. 研究方法

急性期病院における必要病床数は当該疾患の一日患者発生数(Ap)×当該疾患の平均在院日数である。このうち一定数の患者が亜

急性期病床へ転院することから、亜急性期必要病床数は亜急性期病床への当該疾患の一日患者転院数(Pp)×当該疾患の亜急性期病床における平均在院日数(Pa1)である。さらにこのうち一定数が慢性期病床へ転院することから、慢性期必要病床数は慢性期病床への当該疾患の一日患者転院数(Cp)×慢性期における当該疾患の平均在院日数(Ca1)である。そしてこれらの総和が総必要病床数となる。もちろん亜急性期病床に直接入院するSub-Acute患者が存在するが、これらの実数を把握することが困難なため、本報告ではSub-Acute病床需要については医療需要予測の対象外とした。また、急性期から慢性期施設へ転院する患者も存在するが、その比率が極めて少ないため本報告では医療需要予測の対象外とした。

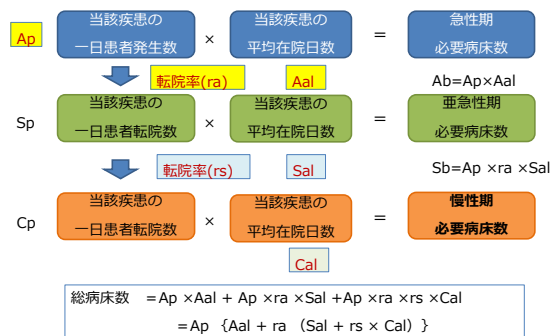
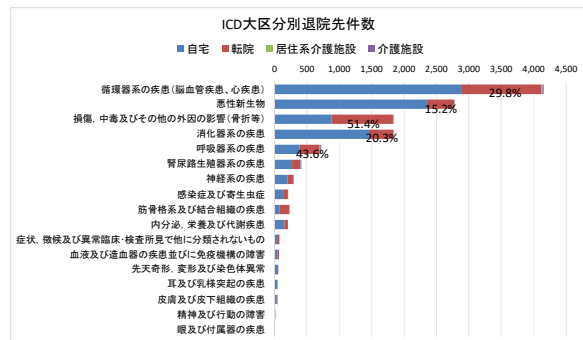


図 4.1 病床推計に必要な指標

2014 年厚生労働統計患者調査から熊本県の一般病床における疾患別平均在院日数を引用した。これから当院の疾患別平均在院日数を差し引いた日数を、当院から亜急性期病床に転院した先での平均在院日数とした。当院には産婦人科、小児科、精神科、等が存在しないためこれらの疾患は分析対象から除外した。

表 4.1 2013 年疾患別平均在院日数 (熊本県、済生会熊本病院) (2014 年厚生労働統計より)

一般病床平均在院日数 (熊本県)	熊本県	済生会熊本病院	Post Acute
10 呼吸器系の疾患 (肺炎)	36.2	12.2	24
15 妊娠、分娩及び産褥	13.6		13.6
2 悪性新生物	24.5	10	14.5
4 糖尿病	57.5	9.8	47.7
5 精神及び行動の障害 (気分障害(躁鬱病を含む))	63.3		63.3
9 循環器系の疾患 (脳血管疾患)	92.5	11.8	80.7
9 循環器系の疾患 (心疾患)	12.9	5.3	7.6
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響 (骨折な)	51.4	10.7	40.7



グラフ 4.1 2013 年 1 月～12 月に済生会熊本病院を退院転院した患者数とその転帰 (死亡を除く)

- 2014 年厚生労働統計患者調査と国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口 (平成 25 年 3 月推計) から、熊本県の推計患者数＝都道府県別男女年齢階級別人口 10 万対受療率 (入院) × 市町村別男女年齢階級別人口推計、という計算式にて主要疾患の今後の入院受療数推測を試みた。
- 入院受療数推測のデータを元に熊本県の推計患者数／都道府県別傷病別平均在院日数、という計算式で主要疾患 1 日発生数を推計した。
- 1 日発生数のデータを元に 2010 年の主要疾患 1 日発生数を基準値として、今後何件増減するかを推計した。
- 1 日発生数の増減数のデータを元に 1 日発生数の増減数 × 済生会熊本病院平均在院日数、という計算式で、今後必要とされる熊本県の急性期追加必要病床数を推計した。

⑤ これまでのデータを元に 1 日発生数の増減数×済生会熊本病院からの転院率×亜急性期平均在院日数、という計算式により熊本県の亜急性期追加必要ベッド数を推計した。グラフ 4.1 に 2013 年 1 年間に当院から転院退院した ICD 大区分別患者数を示す。グラフの内、赤棒部分が亜急性期病床に転院した患者である。死亡を除く転院率は、循環器疾患(脳卒中、慢性心不全など) 29.8%、悪性新生物患者(緩和ケアなど) 15.2%、損傷・中毒およびその他の外因の影響(骨折など) 51.4%、消化器系疾患(胆石症、イレウスなど) 20.3%、呼吸器系疾患(嚥下性肺炎、レスピレーター装着者など) 43.6%、等が主たる転院者の内訳である。この転院率を上記の計算式に代入した。

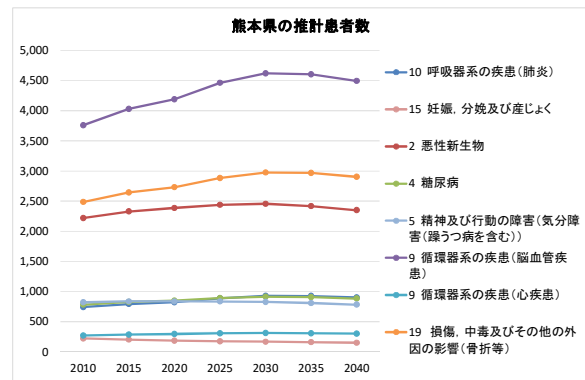
(倫理面への配慮)

本研究は 2015 年に厚生労働省と文部科学省が作成した「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき実施した。本研究は既存のデータを利用した観察研究であり、研究結果に個人を特定できる情報が含まれることもない。脳卒中連携パスを適用する際に、データを臨床研究に利用することは患者、家族の同意取得済みであり、実際の研究実施に当たっては倫理上の問題がないように配慮した。

## C. 研究結果

### 1. 熊本県の推計患者数

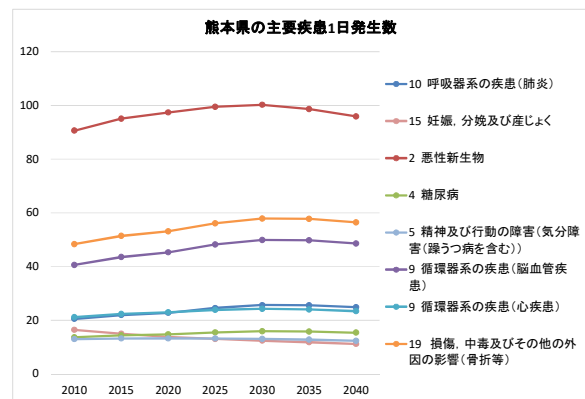
熊本県では 2030 年まで脳血管疾患、骨折等、悪性新生物の入院需要が増加したあと徐々に減少に転じる一方、肺炎等の呼吸器疾患や心疾患の入院需要はそれほど増加しないことが理解できる。



グラフ 4.2 熊本県の推計患者数(=都道府県別男女年齢階級別人口 10 万対受療率(入院)×市町村別男女年齢階級別人口推計)(2014 年厚生労働統計より)

### 2. 熊本県の主要疾患 1 日発生数

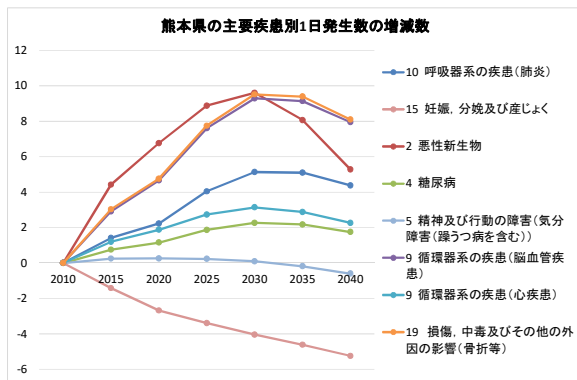
熊本県の主要疾患 1 日発生数は悪性新生物、骨折等、脳血管疾患の順に多くなることが推計される。同様に 2030 年がピークでその後は徐々に減少に転じる。



グラフ 4.3 熊本県の主要疾患 1 日発生数(=推計患者数/都道府県別傷病別平均在院日数)

### 3. 熊本県の主要疾患別 1 日発生数の増減数

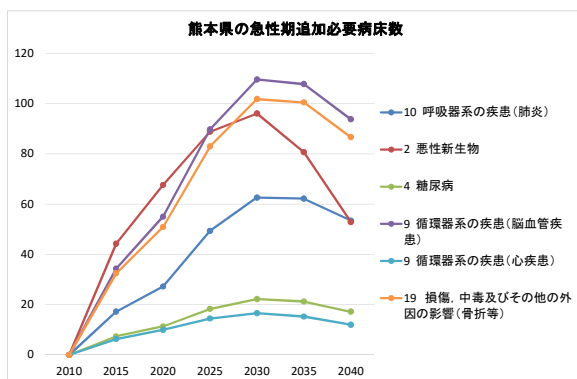
悪性新生物、骨折等、脳血管疾患の順に増加する。やはり同様に 2030 年が増加のピークでその後は徐々に減少に転じる。



グラフ 4.4 熊本県の主要疾患別1日発生数の増減数

#### 4. 熊本県の急性期追加必要病床数

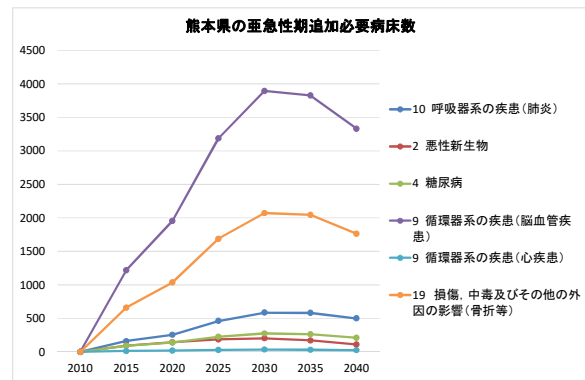
現在の平均在院日数が将来も継続すると仮定すれば、脳血管疾患、悪性新生物、骨折等は急性期病床が最大 300 床必要になるがその後は減少に転じる。2030 年までは 1 年当たり 15 床の追加必要病床が見込まれるが、少数であり現行の医療プロセスの見直しで十分吸収可能と思われる。



グラフ 4.5 熊本県の急性期追加必要病床数 (1日発生数の増減数×済生会熊本病院平均在院日数) (2013年の平均在院日数が今後も継続することを前提とした推計)

#### 5. 熊本県の亜急性期追加必要病床数

現在の平均在院日数が将来も継続すると仮定すれば、脳血管疾患、骨折等の必要病床数は2030年をピークに6,000床まで増加し、その後は減少に転じる。



グラフ 4.6 熊本県の亜急性期追加必要病床数 (=1日発生数の増減数×済生会熊本病院からの転院率×亜急性期平均在院日数) (2013年の平均在院日数が今後も継続することを前提とした推計)

#### D. 考察

本来なら地域医療連携で完結する疾患の急性期、亜急性期別の必要病床数推計については、急性期、亜急性期別の疾患別受療率や疾患別平均在院日数のデータを基に実施すべきところであるが、残念ながらそのようなデータが全国的に存在しないため今回のようなある意味大胆な方法を試みた。冒頭にも述べたように、現状の受療率が継続した場合どのような機能の病床需要の増減が見込まれるのかその傾向を把握し、各病床機能に内在する課題を見出すことが本研究の目的である。

熊本県では65歳以上の人口が2030年まで増加しその後減少に転じる。これに呼応する形で2030年までは高齢者に発生する医療需要が増大しその後は減少に転じる。特に地域医療連携のなかで完結していく脳血管疾患、骨折等においては今の医療の在り方が今後も継続する、すなわち今の急性期、亜急性期平均在院日数が今後も継続する前提であれば受療率も変わらないと思われるため、必要病床数も2030年までは増大しその後は減少に転じる。

今回提示したデータは熊本県という地域

医療連携、地域完結型医療が進んでいる地域の例であり、一方で全国には水平連携、垂直連携など様々な連携の形態があり、診療報酬上機能的に分類されている複数の一般病床機能の活用方法によっては急性期、亜急性期の平均在院日数比率には差異が生じてくるため、数字のみで単純に他地域と比較することには注意が必要である。他県との比較では熊本県の一般病床平均在院日数がやや長い事実があり、医療連携にて完結する疾患では亜急性期病床の平均在院日数比率が大きくなるものの、急性期、亜急性期病床それぞれの医療プロセスとアウトカムの検証をしなければ、どこに問題がありどんな対策が適切なのかは明らかにはならないであろう。そうすることで本来あるべき医療プロセスと、それに基づいたより妥当な医療需要予測が可能になるのではないかと。現時点でこういう問題分析が十分に実施されているとは言えず、クリニカルパス等医療プロセスとアウトカム指標を明確にしたツールを用いて、医療資源介入の成果を検証することが望まれるところである。

幸いなことに脳卒中や大腿骨頸部骨折に関する連携パスは多くの地域において運用されていると思われる。そこで後半の研究では熊本県脳卒中地域連携ネットワーク研究会 K-stream で運用されている脳卒中地域連携パス解析の結果からわかる問題点の考察を試みる。

## E. 結論

① 熊本県では地域医療連携のなかで完結していく疾患、特に脳血管疾患、骨折等においては、現在の受療率が続くという前提に立つと今後 2030 年までは医療需要が増大しその後減少に転じる。

② これと呼応して、これらの疾患に対応する亜急性期必要病床数も 2030 年まで増加し、その後は減少に転じる。

③ 医療需要を論じるには医療連携や地域性のどこに問題があるのかを明らかにすることが肝要で、クリニカルパス等医療プロセスとアウトカム指標を明確にし、医療資源介入の成果を検証できるツールを用いた評価が望まれる。

## F. 健康危険情報

無（非該当）

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

現時点で未発表。今後発表予定あり。

### 2. 学会発表

現時点で未発表。今後発表予定あり。

## 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

無

## 謝辞

本研究におけるデータ収集、解釈に当たっては当院神経内科、米原敏郎部長、稲富雄一郎副部長に多大なるご協力、ご支援を頂いた。ここに深甚なる感謝の意を表す。



**【地域事例班②】脳卒中地域連携クリニカルパス分析から見える急性期、  
亜急性期医療プロセスの課題**

研究分担者 副島 秀久（済生会熊本病院 院長）

研究分担者 町田 二郎（済生会熊本病院 副院長）

**研究要旨**

既存の脳梗塞連携パスを用い急性期、亜急性期の診療プロセスの問題点を分析し病床機能分化を推進するために解決すべき課題を検討した。対象症例は 1,344 例。脳梗塞では合併症と神経症状悪化の予防、リハビリによる ADL 改善が診療プロセスのアウトカムであり、mRS や FIM 等の ADL 指標や認知症指標による患者リスクの層別化が病態の予後予測を可能にし、急性期、亜急性期一貫したアウトカム志向の地域内標準ケアプロセスを構築する上での共通言語になると思われた。家庭、社会的諸要因を解決するための早期介入を急性期から開始し亜急性期以降に情報伝達することで最終転帰方針をより早期に明確にできる可能性が示唆された。合併症情報や予防方針と言語を急性期と亜急性期において一貫したものにすることが、合併症や神経症状の悪化を減少させ医療機関への転送を減少させる対策につながる可能性が示唆された。患者アウトカムを投入すべき医療資源の指標の一つとした標準的医療プロセスを構築し改善を繰り返していくことで、各病床機能の果たすべき役割に自然に収斂していくと思われる。この改善を繰り返すには電子クリニカルパス等の地域電子的医療情報ネットワーク構築と人的交流が必須である。

**A. 研究目的**

地域連携で完結する疾患において、急性期、亜急性期、それぞれの診療プロセスの問題点を分析し、地域内での診療の質を向上させ、病床機能分化を推進するために解決すべき課題を提案する。

病床を亜急性期病床とするが、これは診療報酬上の分類である回復期病床、地域包括ケア病床、一般病床を指し、本報告では Post Acute 機能を意味する名称として使用する。慢性期病床とは療養病床、介護施設等を意味する。

**B. 研究方法**

**1. 用語**

本報告では高度急性期、急性期病床の区別をせずに急性期病床として統一する。厚生労働統計における平均在院日数データでは、診療報酬上の病床区分に関するデータがなく、また連携パスでも受け入れ病床の区別に関する情報がないため、急性期の次に転院する

**2. 研究対象**

2008 年 5 月から 2015 年 5 月に発症した脳梗塞患者で、済生会熊本病院で急性期医療を受け、亜急性期病院へ転院した脳卒中連携パス適用患者のうち、modified Ranking Scale（以下 mRS と略す）、functional independence measure（以下 FIM と略す）、在院日数に関する情報が把握でき、亜急性期で合

併症発症、神経症状悪化（脳梗塞再発など）のあった165例（A群）と亜急性期で合併症発症、神経症状悪化（脳梗塞再発など）のなかった1,179例（B群）。

### 3. 研究方法

熊本県脳卒中地域連携ネットワーク研究会 K-stream で運用されている脳卒中地域連携パスから必要なデータを収集し、以下①～⑤に記述する方法で解析を行った。

熊本県脳卒中連携パスの概要は以下(ア)～(ケ)に記述するとおりである。

(ア) 脳卒中（脳梗塞、脳出血など）に罹患し急性期病院で治療を受けた後、回復期リハ病院、慢性期病院、在宅、介護施設などに移動していく経過における、治療内容（急性期）、activities of daily living（以下 ADL と略す）、在院日数、合併症名、死亡、急性期病院への再入院、などに関する一連の情報から構成される。

(イ) 亜急性期の施設を意味する用語として「回復期リハ病院」という用語マスターで管理されており、病床（一般、地域包括ケア、回復期、など）の区別は把握できない。本報告では「回復期リハ病院」を亜急性期病院として用語を使用する。

(ウ) リハビリテーション（以下リハと略す）のコースを障害度に応じて医師が説明することになっており、(1)急性期病院では3つの回復期リハコース（軽症リハコース mRS1～3：1～2 か月、標準リハコース mRS4：2～3 か月、重症リハコース mRS5：3～5 か月）を選択・説明する、(2)回復期リハ病院では再評価の上3つのリハコースを選択・説明し、維持期（慢性期）の2つのケアコース（標準ケアコ

ース BI>25：2～3 か月、重症ケアコース 0<BI<20：3～6 か月）を選択・説明する、(3)維持期（慢性期）リハ病院では2つのケアコースを選択・説明しケアコースを繰り返し、方針を決定していく。

(エ) 急性期病院での ADL は Barthel Index（以下 BI と略す）、mRS で評価されており、意識レベルは Japan coma scale（以下 JCS と略す）で評価されている。

(オ) 回復期での ADL は BI と FIM、日常生活指標、で測定されているが BI での登録数は少ない。

(カ) リハの投入単位数は把握できない。

(キ) ADL 指標の合計点は1ヶ月毎に評価されているが BI、FIM の詳細な中身は把握できない。

(ク) 認知症に関する情報はない。

(ケ) 維持期、在宅、介護施設における患者情報はほとんど登録されていない。

① B群では急性期退院時 mRS により患者を層別化し、急性期における年齢、在院日数、臨床病型（ラクナ脳梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳梗塞、その他）、感染症合併などと、亜急性期での在院日数、ADL 改善度、合併症発症、転帰等についての関係性を分析した。

② A群については死亡群、急性期再入院群、転退院群に分けその要因、急性期退院時 mRS、亜急性期 FIM 推移、感染症発症リスク、転退院群の転帰について分析した。

③ B群では死亡、急性期再入院例はなく全例転退院している。B群については FIM を亜急性期での ADL 改善度指標とし、1か月の FIM が1点以上改善すれば ADL 改善あり入院期間、FIM 改善が0またはマイナスになれば改善無し入院期間として亜急性期の入院期間を2つに区分し



た。

- ④ B群については急性期退院時 mRS により層別化した患者を亜急性期入院期間 30 日間隔でさらに層別化し、亜急性期における FIM 改善ありなし入院期間、FIM の推移、転帰について解析した。
- ⑤ B群については亜急性期転院後 2 ヶ月間 FIM 利得の全くない症例(1 ヶ月以内退院転院症例を除いた)の特徴について解析した。

(倫理面への配慮)

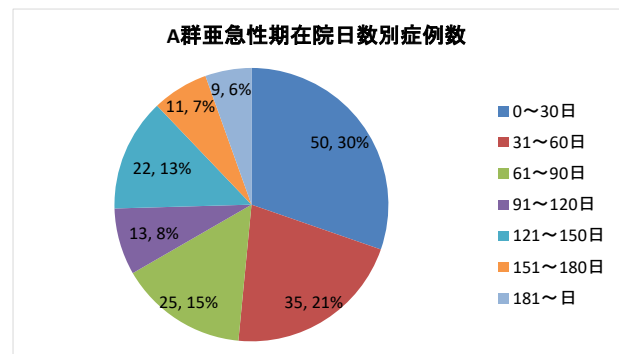
本研究は 2015 年に厚生労働省と文部科学省が作成した「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき実施した。本研究は既存のデータを利用した観察研究であり、研究結果に個人を特定できる情報が含まれることもない。脳卒中連携パスを適用する際に、データを臨床研究に利用することは患者、家族の同意取得済みであり、実際の研究実施に当たっては倫理上の問題がないように配慮した。

### C. 研究結果

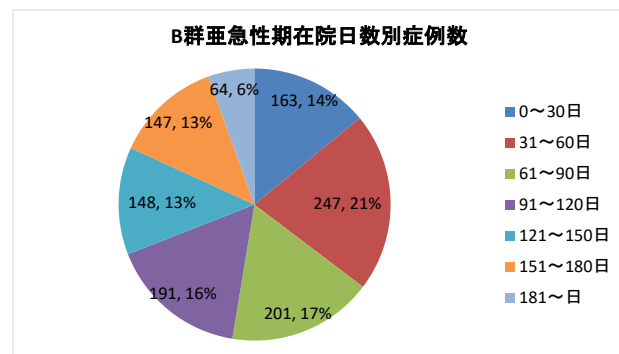
- 1. A、B 群の急性期退院時 mRS 別症例数、年齢、入院回数、急性期平均在院日数、亜急性期平均在院日数、急性期 mRS、急性期感染症発症率、感染症内訳(グラフ 5.1.1~グラフ 5.1.12)

A 群では急性期退院時 mRS4、5 だけで 81% を占め、B 群では急性期退院時 mRS2~5 の症例数比率は各々 20~28% とほぼ均等であった。A 群は B 群よりも高齢で、B 群では年齢と急性期退院時 mRS がほぼ比例関係であった。入院回数については両群とも 1.1 回前後であり、90% 程度の症例が初回発症であった。急性期平均在院日数は退院時 mRS 値と比例関

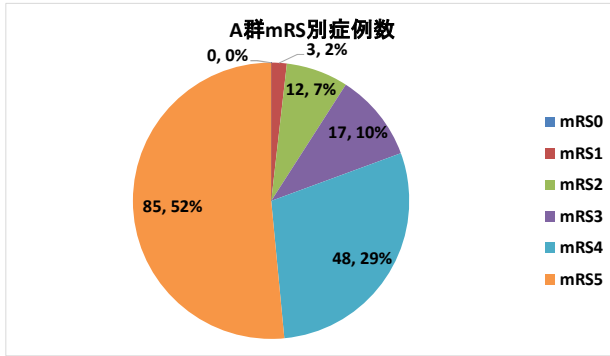
係にあり、A 群 mRS4、5 がやや長かった。亜急性期平均在院日数も退院時 mRS 値と比例関係にあったが、A 群では急性期再入院や死亡例があるためにやや短かった。発症直前の mRS 値も退院時 mRS 値と比例関係にあり、A 群がやや高値であった。急性期における脳梗塞合併症の多くは感染症である。急性期における感染症の多くが誤嚥性肺炎で、次が尿路感染症であった。急性期退院時 mRS 値に比例して感染症発症頻度が上がり、急性期感染症発症率は B 群より A 群で高かった。B 群では mRS5 症例での感染症発症頻度が他の mRS 群に比較し 3 倍以上の高値であった。



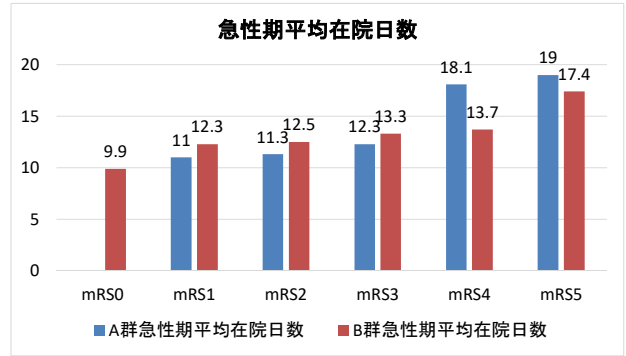
グラフ 5.1.1



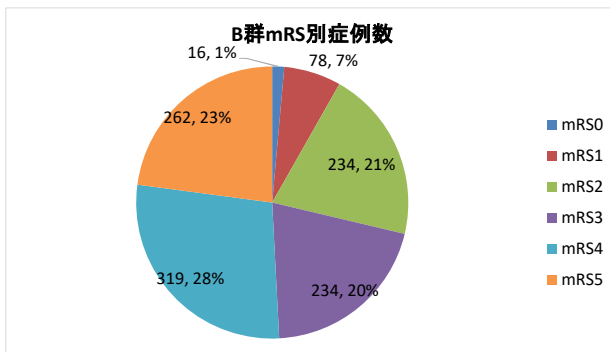
グラフ 5.1.2



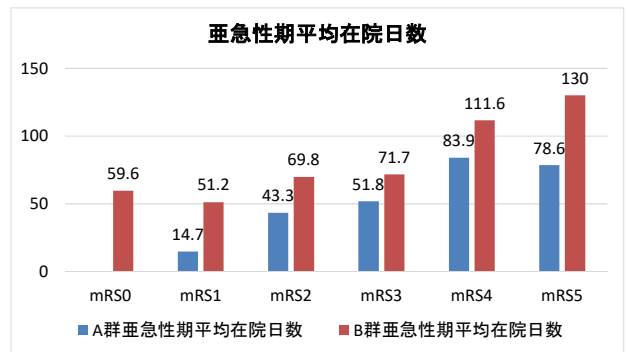
グラフ 5.1.3



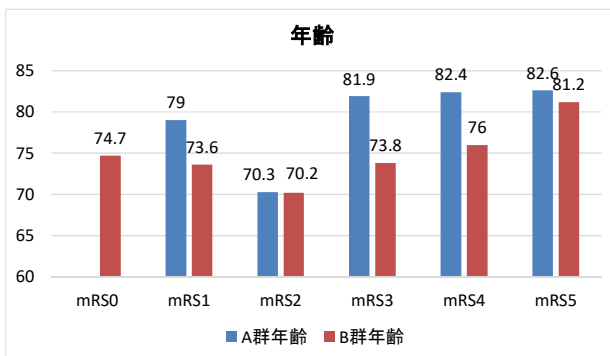
グラフ 5.1.7



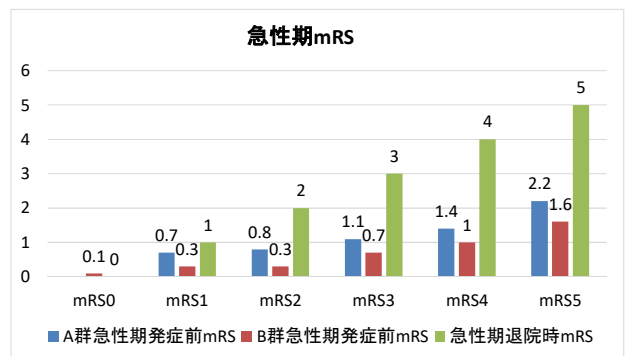
グラフ 5.1.4



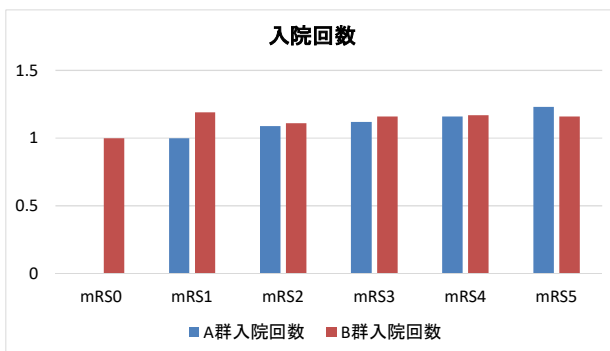
グラフ 5.1.8



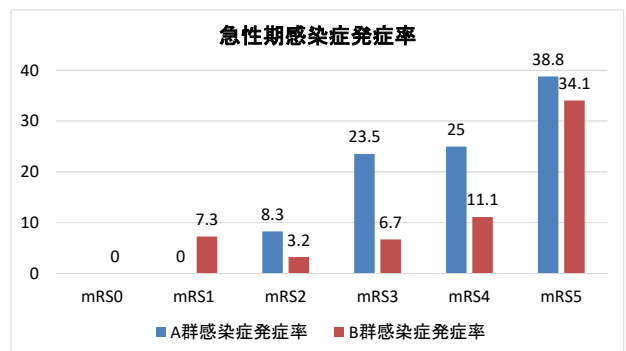
グラフ 5.1.5



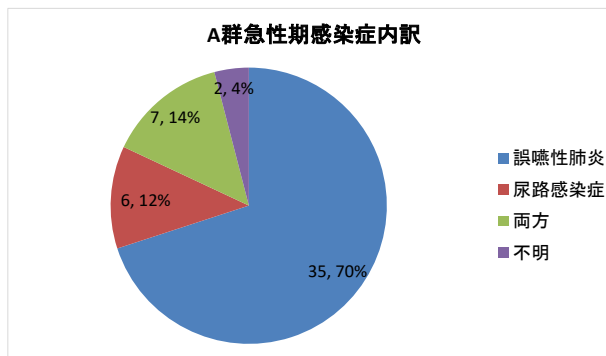
グラフ 5.1.9



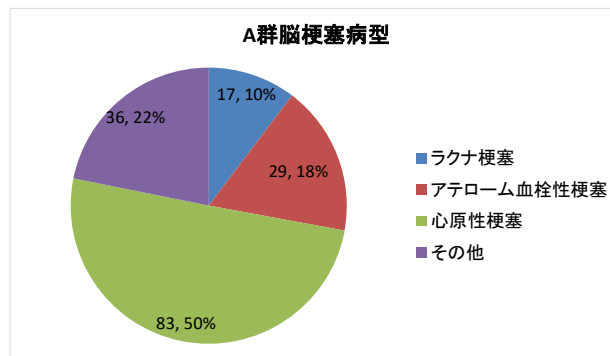
グラフ 5.1.6



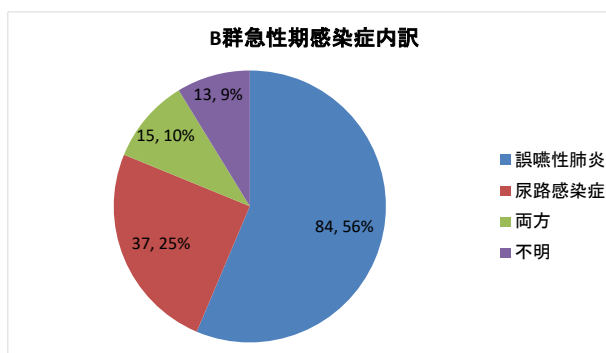
グラフ 5.1.10



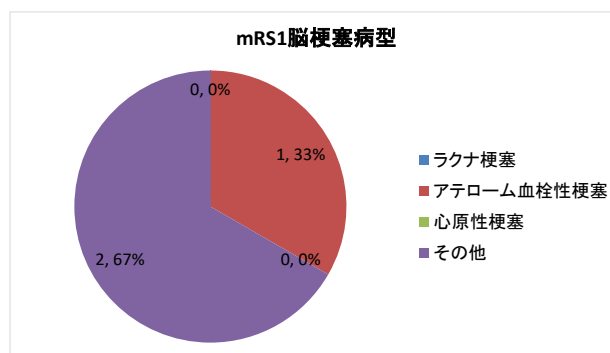
グラフ 5.1.11



グラフ 5.2.1



グラフ 5.1.12

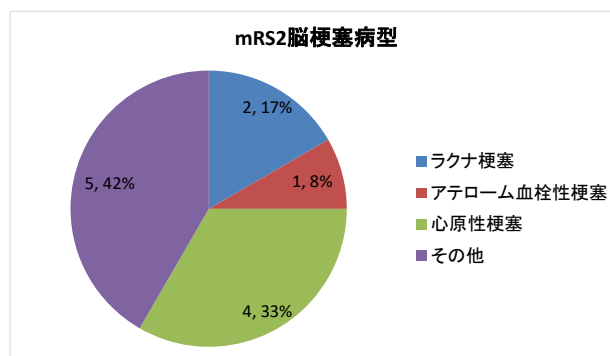


グラフ 5.2.2

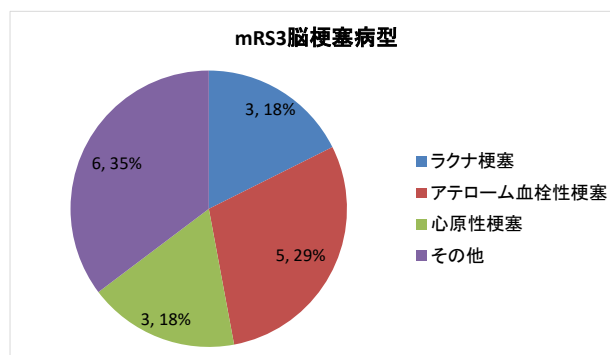
グラフ 5.1.1～グラフ 5.1.12 A、B 群の平均在院日数別症例数、mRS 別症例数、年齢、入院回数、急性期平均在院日数、亜急性期平均在院日数、急性期 mRS、急性期感染症発症率、感染症内訳

2. A 群における済生会熊本病院退院時 mRS 別臨床病型、B 群における済生会熊本病院退院時 mRS 別臨床病型(グラフ 5.2.1～グラフ 5.2.6、グラフ 5.3.1～グラフ 5.3.7)

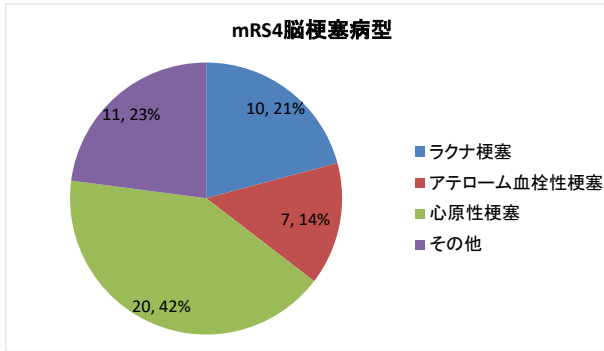
A 群では心原性脳梗塞が多く、急性期退院時 mRS0 において心原性脳梗塞が少なく、逆に mRS5 においては心原性脳梗塞が多かった。①において mRS5 では急性期感染症発症率が高値であったことを考慮すれば、ADL は感染症発症の重要なリスクファクターであり、心原性脳梗塞では ADL 重症度とともに感染症発症リスクが高くなる傾向にあるといえる。



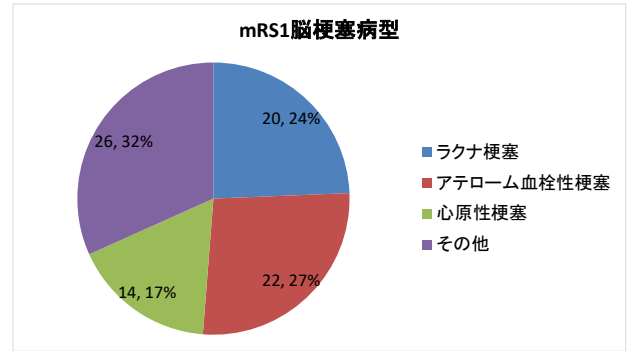
グラフ 5.2.3



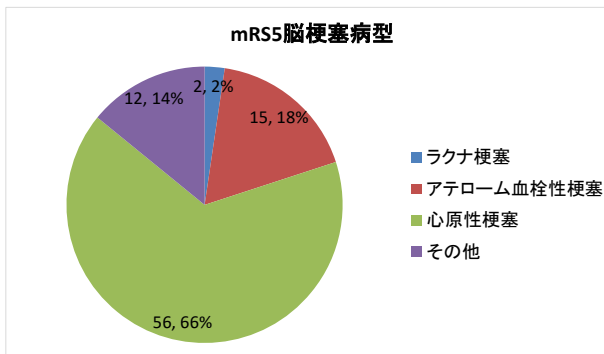
グラフ 5.2.4



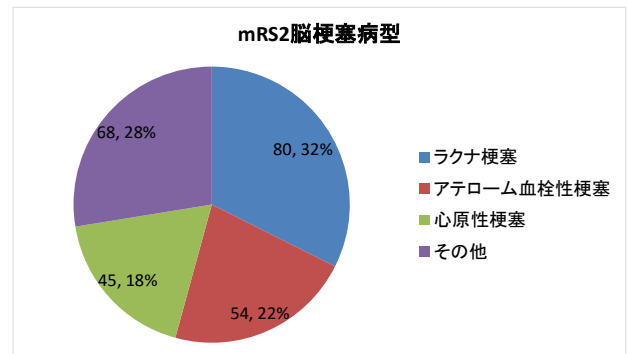
グラフ 5.2.5



グラフ 5.3.3

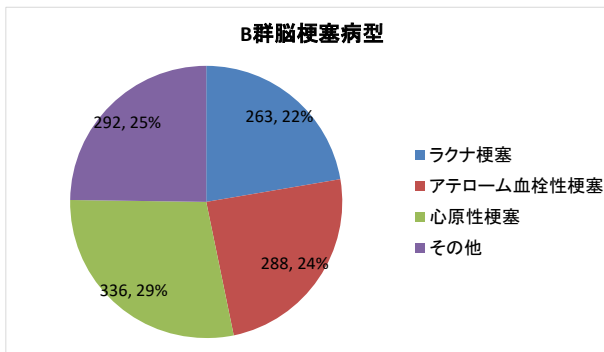


グラフ 5.2.6

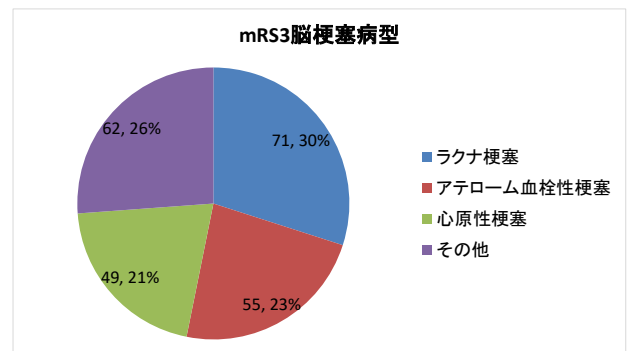


グラフ 5.3.4

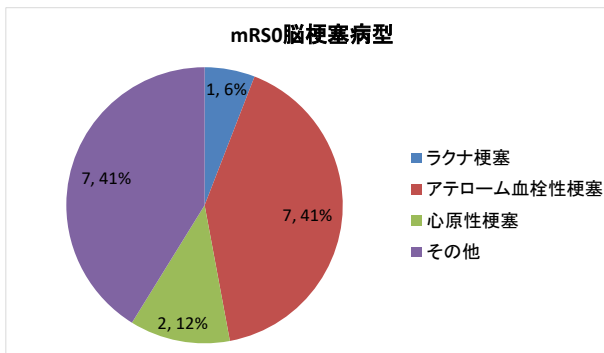
グラフ 5.2.1～グラフ 5.2.6 A群における済生会  
熊本病院退院時 mRS 別臨床病型



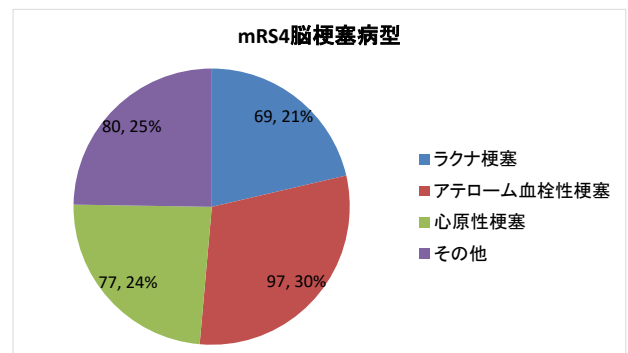
グラフ 5.3.1



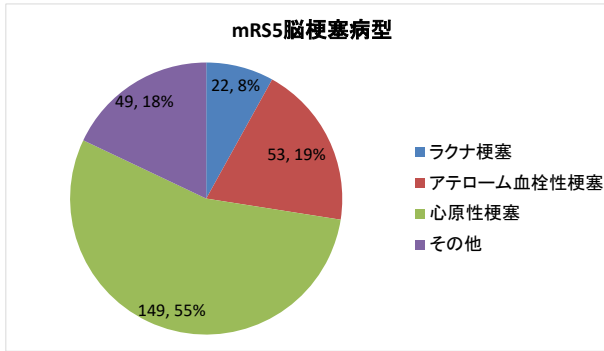
グラフ 5.3.5



グラフ 5.3.2



グラフ 5.3.6

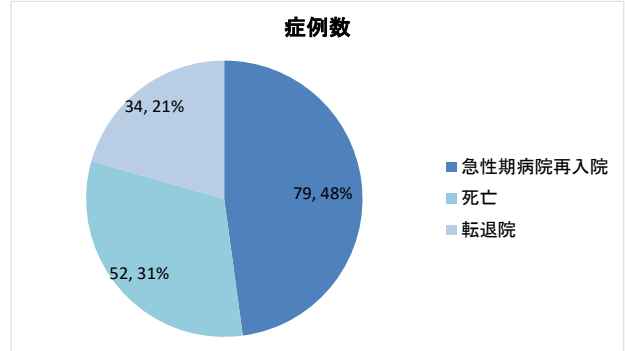


グラフ 5.3.7

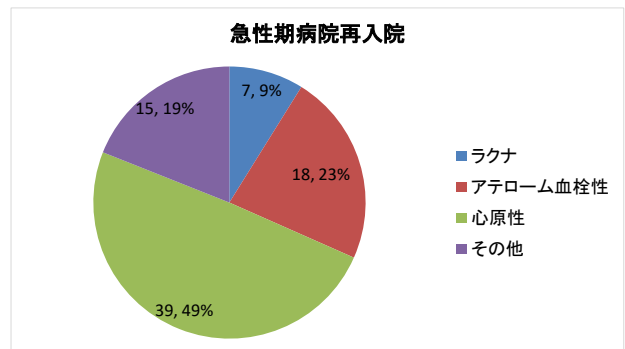
グラフ 5.3.1～グラフ 5.3.7 B群における済生会熊本病院退院時 mRS 別臨床病型

3. A 群における急性期再入院例、死亡例、転退院例別の症例数、臨床病型、年齢、急性期平均在院日数、亜急性期平均在院日数(グラフ 5.4.1～グラフ 5.4.7)

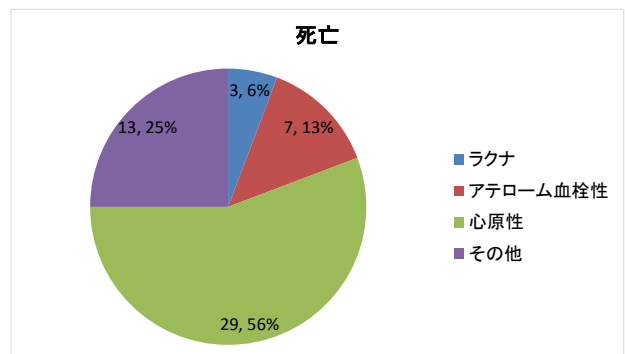
亜急性期で合併症を発症した症例の 48% は急性期再入院となり、31%が死亡し、21% はそのまま回復し転退院された。合併症を発症した症例の約半数は心原性脳梗塞であり、心原性脳梗塞のリスクが高いことが明らかになった。亜急性期での合併症発症なし症例に比較し、合併症発症例は年齢が高く、急性期での在院日数も長く、特に死亡例でその傾向が強かった。急性期再入院例、死亡例では、亜急性期転院後 2 か月前後に身体状態が悪化していた。一方、合併症発症後、亜急性期病院での治療が奏功してそのまま転退院できた症例では在院日数が長くなることも明らかになった。



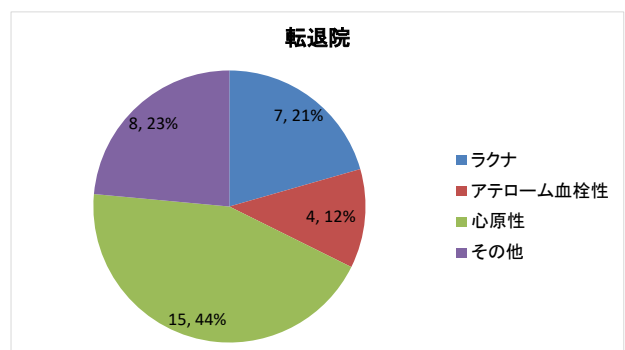
グラフ 5.4.1



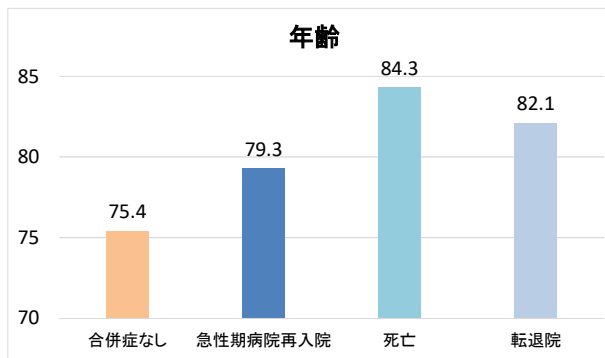
グラフ 5.4.2



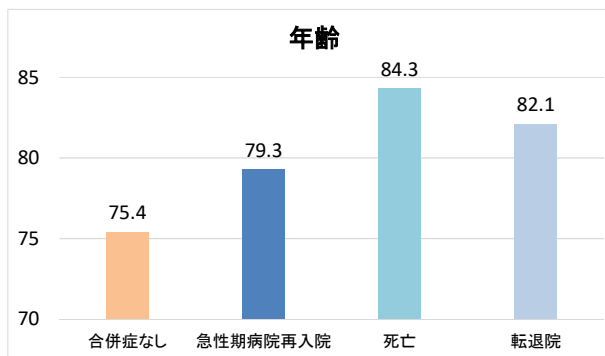
グラフ 5.4.3



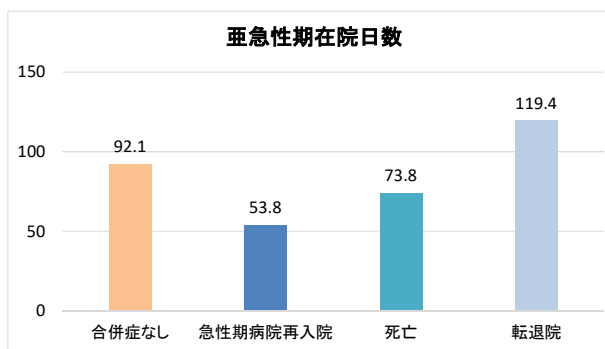
グラフ 5.4.4



グラフ 5.4.5



グラフ 5.4.6



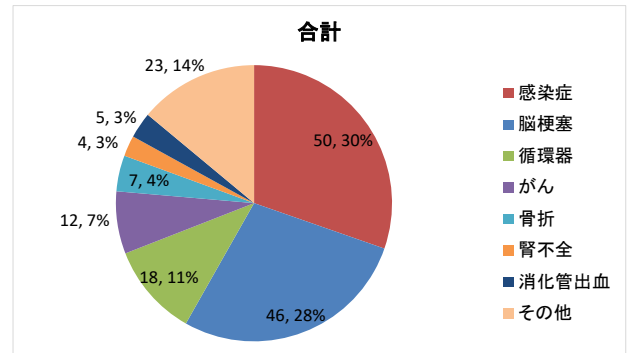
グラフ 5.4.7

グラフ 5.4.1～グラフ 5.4.7 A 群における急性期再入院例、死亡例、転退院例別の症例数、臨床病型、年齢、急性期平均在院日数、亜急性期平均在院日数

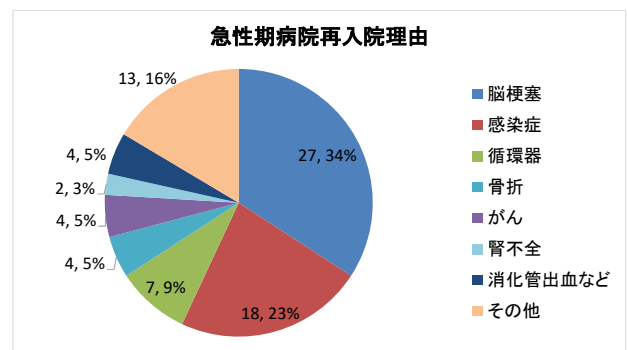
#### 4. A 群における急性期再入院例、死亡例、転退院例の要因 (グラフ 5.5.1～グラフ 5.5.4)

亜急性期で合併症を発症した要因としては、急性期再入院群の 23%が感染症、34%が神経症状の悪化、死亡群の 36%が感染症、19%が神経症状の悪化、合併症治療後転退院

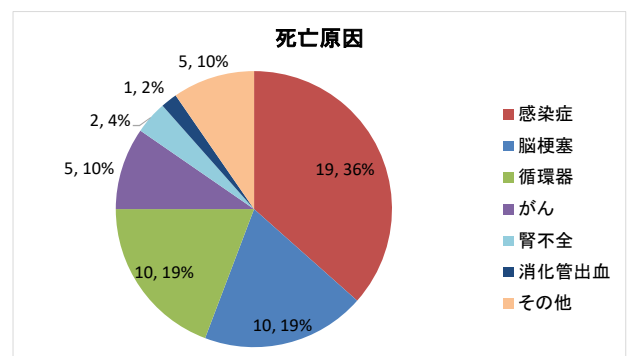
群の 38%が感染症、26%が神経症状の悪化であり、全体でも感染症 30%、神経症状悪化 28%であった。いずれも合併症としての感染症と原疾患の悪化とが重要な要因であることが明らかになった。



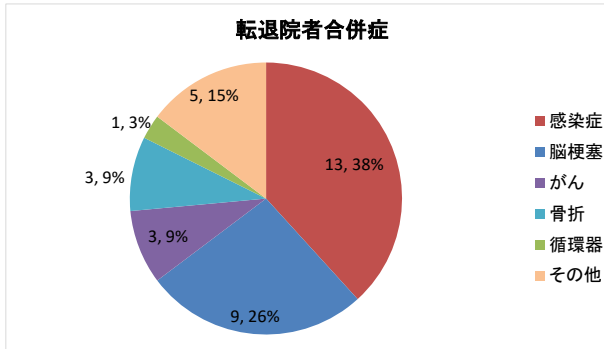
グラフ 5.5.1



グラフ 5.5.2



グラフ 5.5.3

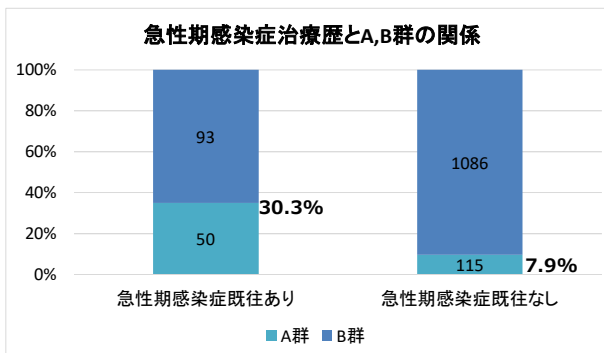


グラフ 5.5.4

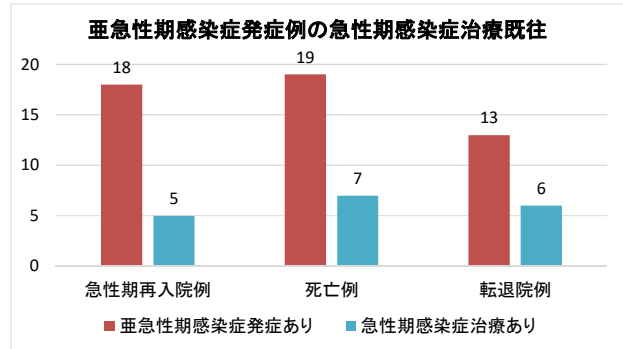
グラフ 5.5.1 グラフ 5.5.4 A群における急性期再入院例、死亡例、転退院例の要因

5. A、B群の急性期感染症発症率、急性期感染症発症例の亜急性期での感染症発症、A群（急性期再入院例、死亡例、転退院例別）感染症発症例の急性期感染症発症既往、に関するデータ（グラフ 5.6.1～グラフ 5.6.2）

A、B両群を合わせた1,344例中143例10.6%が急性期において感染症を発症した。亜急性期では50例3.7%に感染症が発症し、それはすべてA群165例の30.3%に該当するが、B群1,179例では感染症発症例はない。逆に亜急性期で感染症を発症した50例中（数字が同じ50であるが症例は必ずしも一致していないことは確認済み）18例が急性期での感染症治療歴があった。亜急性期で合併症を発症しなかったB群では急性期入院中の感染症発症率が7.9%と低値であった。



グラフ 5.6.1

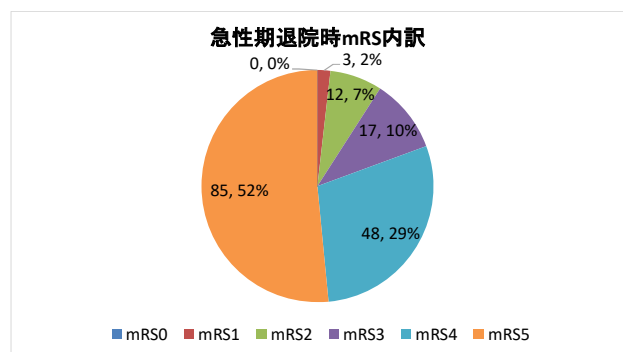


グラフ 5.6.2

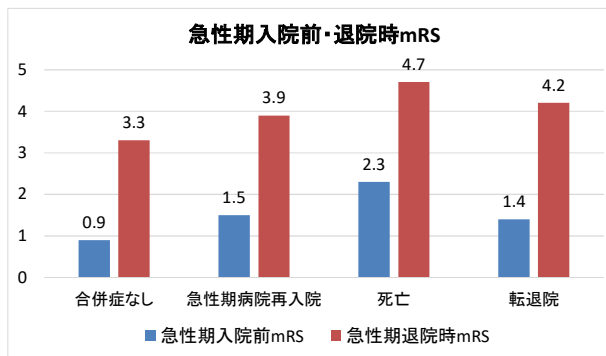
グラフ 5.6.1～グラフ 5.6.2 A、B群の急性期感染症発症率、急性期感染症発症例の亜急性期での感染症発症、A群（急性期再入院例、死亡例、転退院例別）感染症発症例の急性期感染症発症既往、に関するデータ

6. A群における急性期再入院例、死亡例、転退院例別 mRS、FIM データ（グラフ 5.7.1～グラフ 5.7.3）

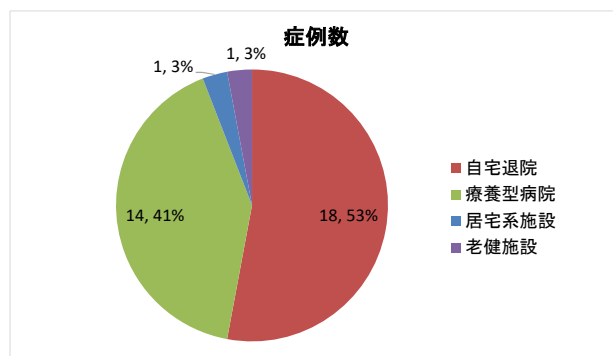
亜急性期病院で合併症を発症したA群は急性期退院時 mRS4 が29%、mRS5 が52%と中等症以上がほとんどを占めた。亜急性期病院で合併症発症しない例に比較し、急性期入院直前の mRS 値もやや高いことが明らかになった。一方でA群の亜急性期入院時 FIM は低値で急性期再入院例、死亡例は FIM 改善がないが、転退院例では FIM 改善が見られた。



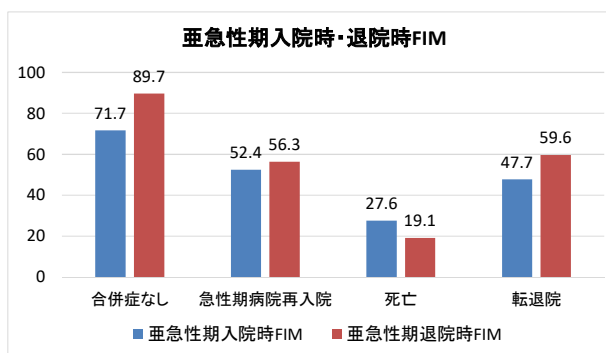
グラフ 5.7.1



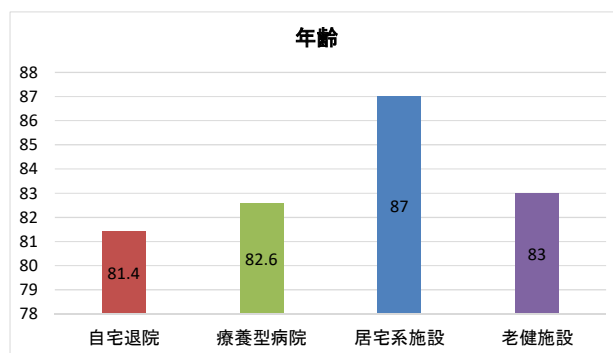
グラフ 5.7.2



グラフ 5.8.1



グラフ 5.7.3

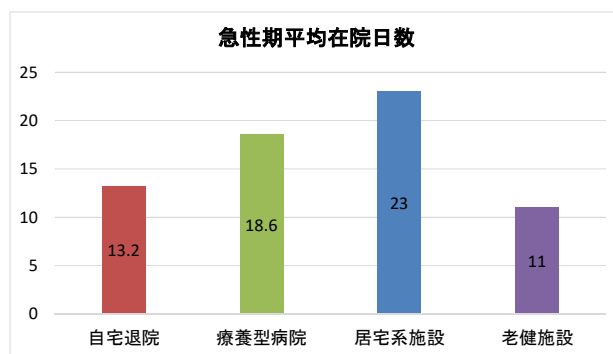


グラフ 5.8.2

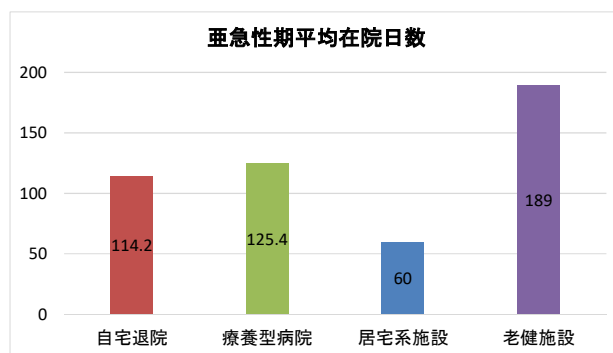
グラフ 5.7.1～グラフ 5.7.2 A群における急性期再入院例、死亡例、転退院例別 mRS、FIM データ

### 7. A群における転退院例の患者転帰別データ (グラフ 5.8.1～グラフ 5.8.6)

A群の転退院例における転帰は、自宅退院が53%、療養型病院転院が41%と大半を占めた。自宅、療養型病院、居宅系施設に従って年齢層が上がり、急性期での平均在院日数が長く、急性期退院時 mRS も高値となり、亜急性期での FIM も低値傾向となった。自宅退院者、老健施設入所者は FIM 改善があった。亜急性期平均在院日数は居宅系において短く、老健施設において長かった。

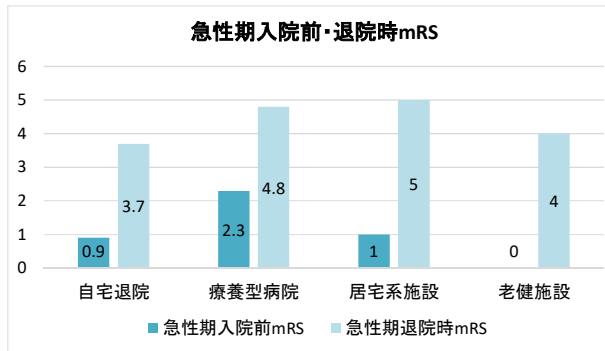


グラフ 5.8.3

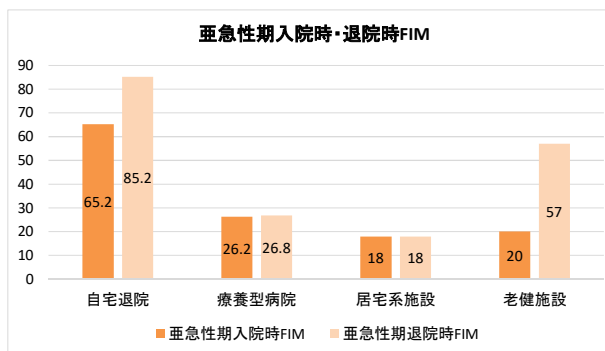


グラフ 5.8.4





グラフ 5.8.5

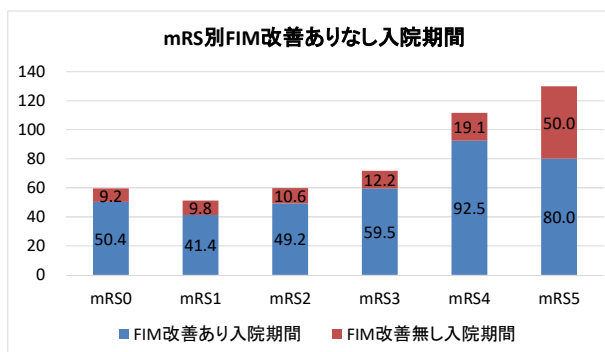


グラフ 5.8.6

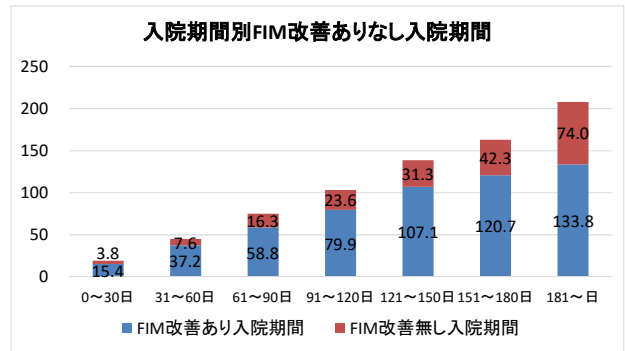
グラフ 5.8.1～グラフ 5.8.6 A群における転退院例の患者転帰別データ

8. B群におけるFIM改善ありなし平均在院日数 (グラフ 5.9.1～グラフ 5.9.2)

B群ではmRS値に応じて入院期間が長くなり、FIM改善なし入院期間も少しずつ長くなった。入院期間で層別化すると入院期間が長くなるほどFIM改善あり入院期間も長くなり、FIM改善なし入院期間も少しずつ長くなった。



グラフ 5.9.1

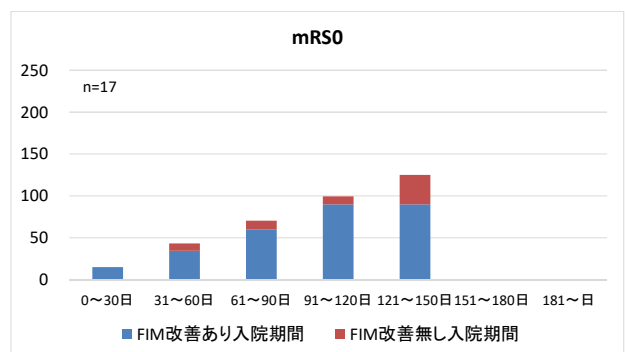


グラフ 5.9.2

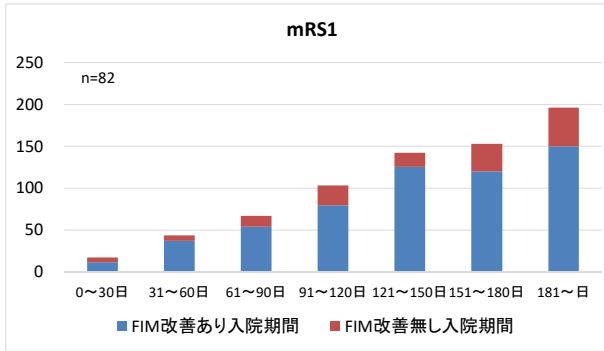
グラフ 5.9.1～グラフ 5.9.2 B群におけるFIM改善ありなし平均在院日数

9. B群におけるmRS別、在院日数別FIM改善ありなし平均在院日数 (グラフ 5.10.1～グラフ 5.10.6)

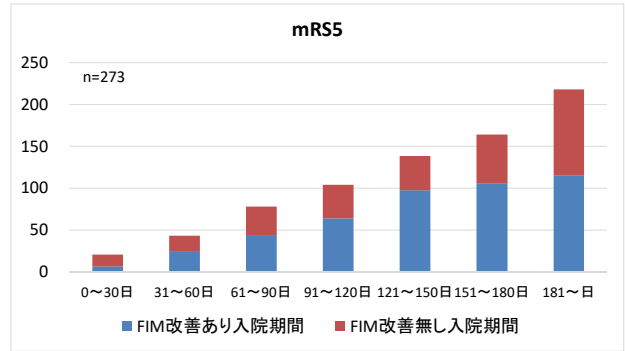
B群では、mRS別FIM改善ありなし入院期間はいずれのmRS群においても入院期間が長くなるとともにFIMも徐々に改善する一方で、FIM改善のない入院期間も徐々に長くなる傾向にあった。mRS2群の入院期間151日以上は5例、181日以上は1例のみであることから、この2グループのデータ解釈には注意を要する。



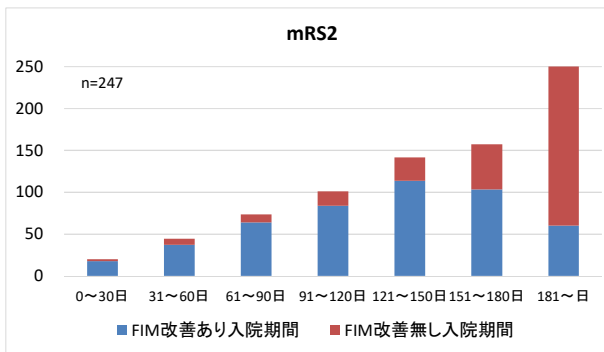
グラフ 5.10.1



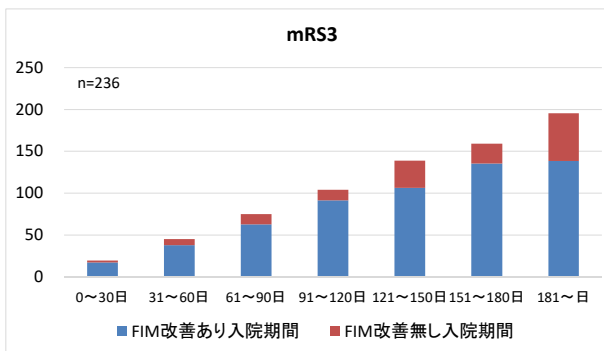
グラフ 5.10.2



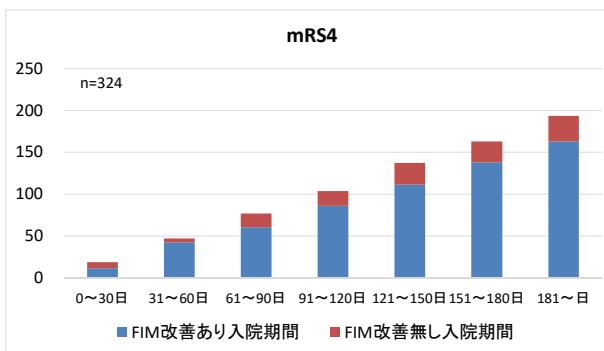
グラフ 5.10.6



グラフ 5.10.3



グラフ 5.10.4

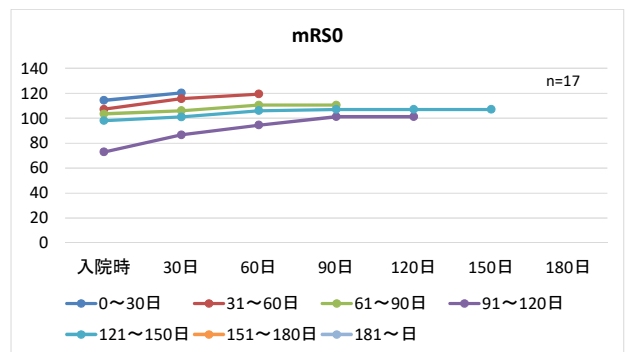


グラフ 5.10.5

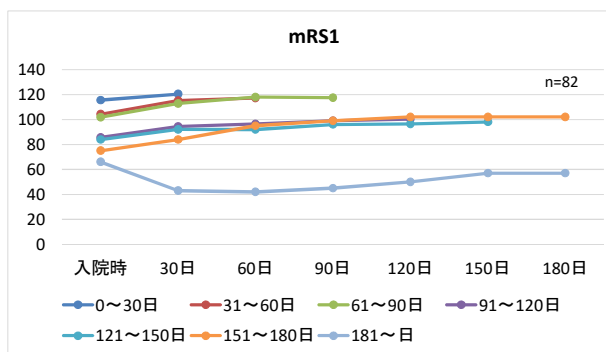
グラフ 5.10~グラフ 5.10 B群における mRS 別、在院日数別 FIM 改善ありなし平均在院日数

10. B群における mRS 別、在院日数別 FIM 推移 (グラフ 5.11.1~グラフ 5.11.7)

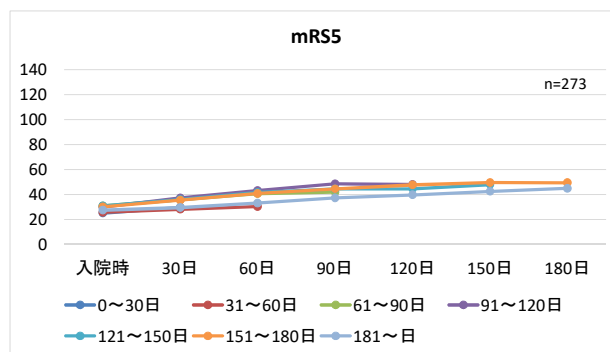
B群では、mRS 別 FIM 推移は mRS 値が上がるほど亜急性期入院時 FIM が低値であり、最終 FIM 到達レベルも低値であった。各 mRS 群を入院期間 30 日ごとにさらに層別化すると、入院期間が長くなるほど亜急性期入院時 FIM が低値で最終 FIM 到達レベルも低値であった。mRS2 と mRS3 の入院期間 181 日以上症例はいずれも 1 例のみであり、この 2 グループのデータ解釈には注意を要する。



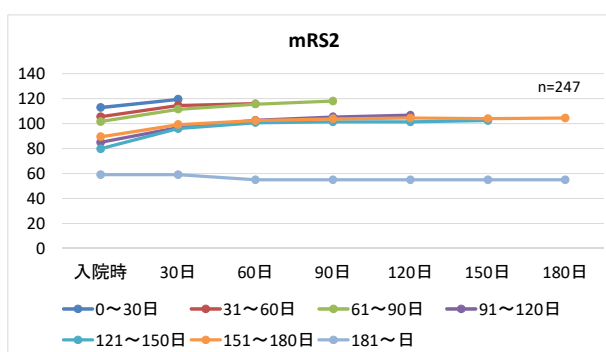
グラフ 5.11.1



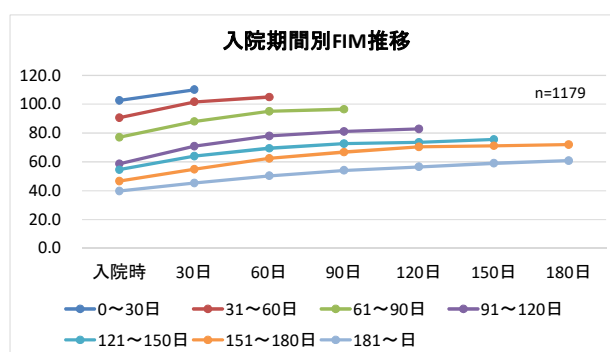
グラフ 5.11.2



グラフ 5.11.6

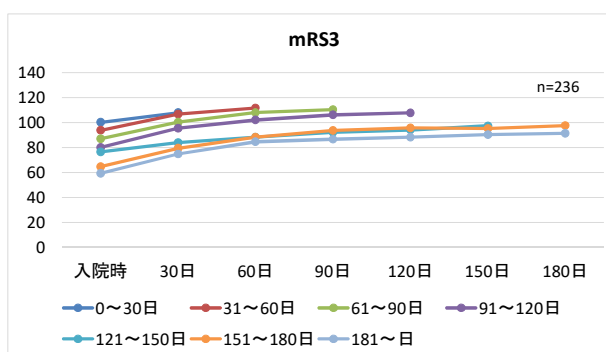


グラフ 5.11.3



グラフ 5.11.7

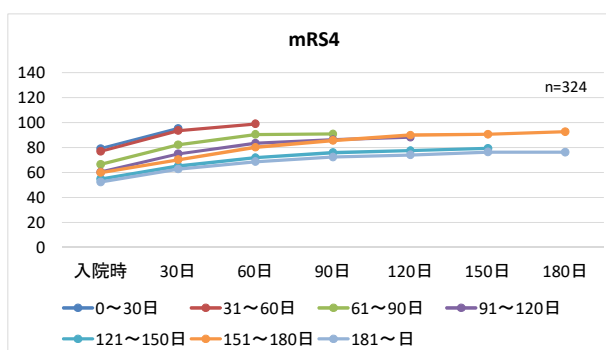
グラフ 5.11.1～グラフ 5.11.7 B群における mRS 別、  
在院日数別 FIM 推移



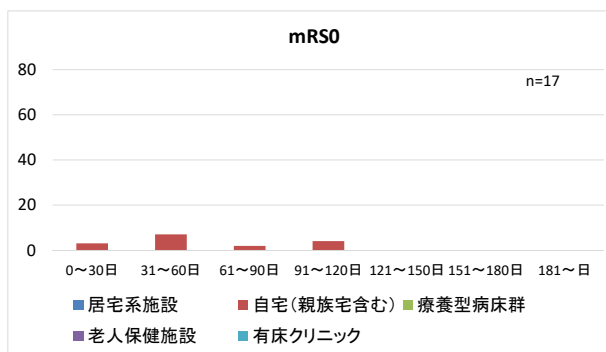
グラフ 5.11.4

1 1. B 群における mRS 別、在院日数別転帰  
(グラフ 12-1～12-6)

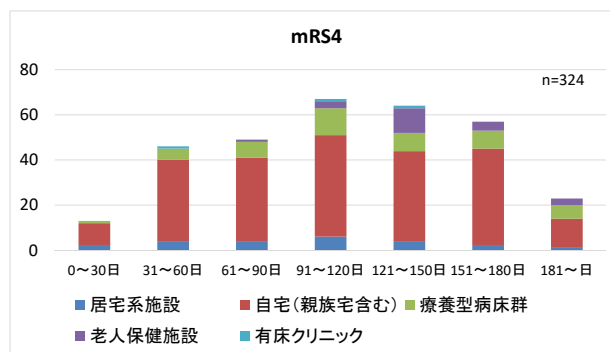
B 群では、mRS 別転帰は mRS 値が上がるほど療養型病床、居宅系介護施設、老健施設への転院、入所比率が上がる。mRS3 以下では自宅退院が極めて高率であり、平均在院日数も 120 日以下が多い。一方で mRS4、mRS5 においてはいずれの入院期間においても自宅退院、療養型病床への転院、居宅系施設への入所が観察され、老健施設への入所は 90 日以上入院期間例がほとんどであった。



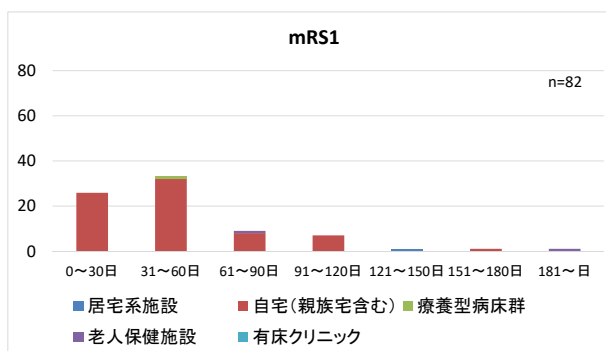
グラフ 5.11.5



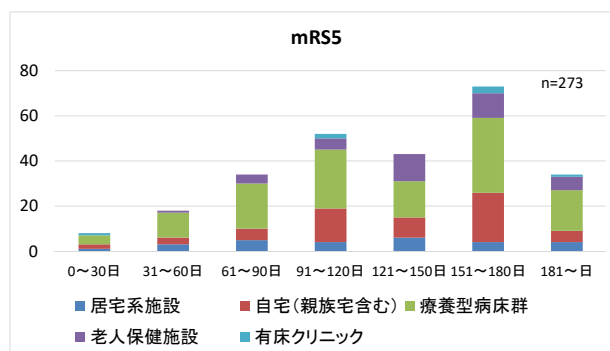
グラフ 5.12.1



グラフ 5.12.5

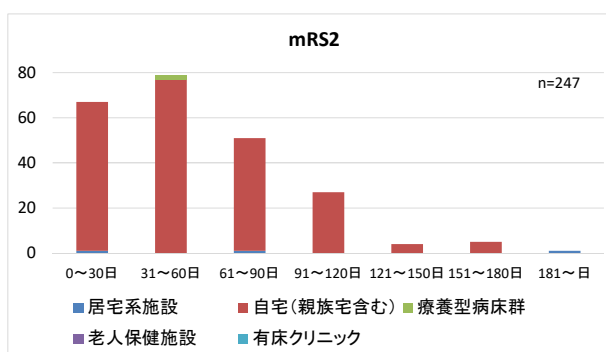


グラフ 5.12.2



グラフ 5.12.6

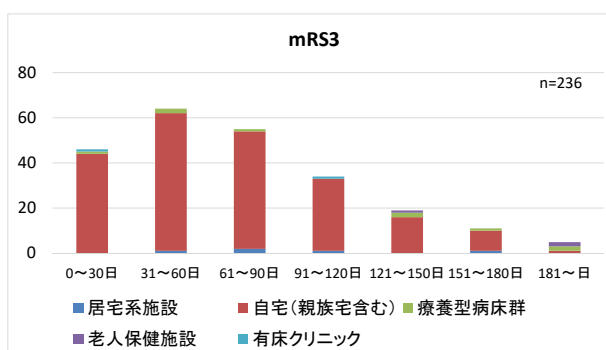
グラフ 5.12.1～グラフ 5.12.8 B群におけるmRS別、在院日数別転帰



グラフ 5.12.3

1 2. B群における入院後2ヶ月間FIM改善なし症例とあり症例の比較(表5.1)と転帰(グラフ5.13)

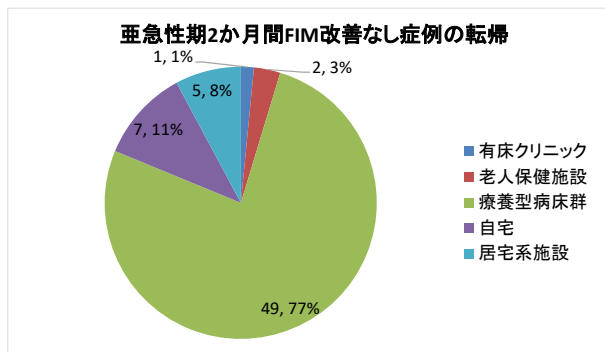
B群のうち1ヶ月以内退院転院症例を除いた1,140例中、亜急性期転院後2か月間FIM改善のなかった65例の特徴を分析したところ、急性期退院時平均mRS4.7と高値で、亜急性期入院時FIM25.3と低値であり、急性期平均在院日数は18.5日、亜急性期平均在院日数は115.8日とFIM改善のみられた症例と比較して相対的に長い傾向にあった。療養型病院への転院率76%と高値であったものの、自宅退院も11%に見られ居宅系施設入所も8%に見られた。



グラフ 5.12.4

表 5.1 B群における入院後2ヶ月間FIM改善なし症例とあり症例の比較

	FIM改善なし症例	FIM利得改善あり症例
症例数	65	1075
平均年齢	84.9±7.3	74.9±15.3
急性期病院平均在院日数	18.5±8.5	13.8±6.8
亜急性期リハ病院平均在院日数	115.7±52.1	93.4±54.6
急性期病院退院時平均mRS	4.7±0.8	3.3±1.3
亜急性期入院時FIM	25.3±21.7	73.6±33.2
亜急性期FIM到達レベル	24.5±20.9	93.1±32.7
亜急性期FIM利得	0.3±1.7	20.0±18.1
療養型病院への転帰	76%	12.60%

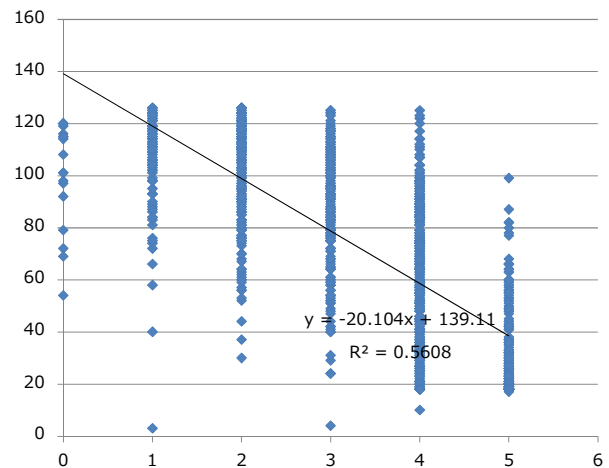


グラフ 5.13 B群における入院後2ヶ月間FIM改善なし症例の転帰

1.3. 急性期退院時 mRS、亜急性期入院時 FIM、亜急性期 FIM 到達レベルの関係 (グラフ 14-1~14-3)

急性期退院時 mRS と亜急性期入院時 FIM、亜急性期入院時 FIM と亜急性期 FIM 到達レベル、急性期退院時 mRS と亜急性期 FIM 到達レベルの関係について、それぞれ回帰分析を実施し相関係数の有意差検定を実施した。それぞれはいずれも有意に相関していた。

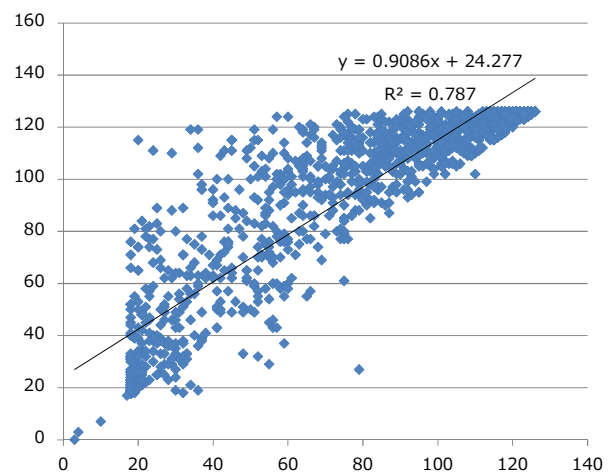
急性期退院時mRSと亜急性期入院時FIM



回帰統計	
重相関 R	0.748853
重決定 R2	0.56078
補正 R2	0.560407
標準誤差	0.864515
観測数	1179
有意 F	1.6E-212
P-値	1.6E-212

グラフ 5.14.1

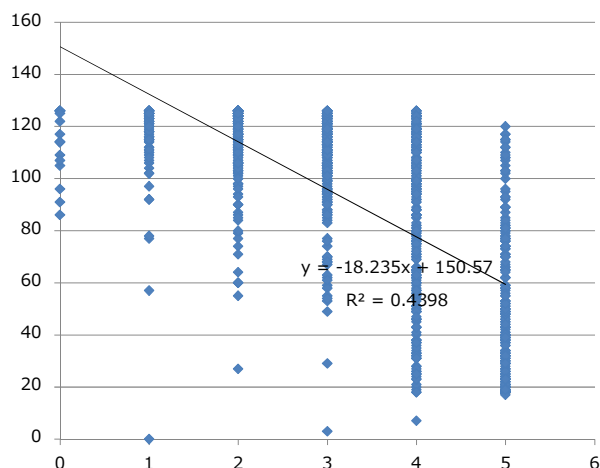
亜急性期入院時FIMと退院時FIM



回帰統計	
重相関 R	0.887118
重決定 R2	0.786978
補正 R2	0.786797
標準誤差	16.16346
観測数	1179
有意 F	0
P-値	0

グラフ 5.12.2

急性期退院時mRSと亜急性期FIM到達レベル



回帰統計	
重相関 R	0.66318
重決定 R2	0.439808
補正 R2	0.439332
標準誤差	0.976338
観測数	1179
有意 F	2.8E-150
P-値	2.8E-150

グラフ 5.12.3

グラフ 5.14.1～グラフ 5.14.3 急性期退院時 mRS、  
亜急性期入院時 FIM、  
亜急性期 FIM 到達レベルの関係

#### D. 考察

熊本県での脳卒中地域連携の歴史は古く、1995年に「脳血管疾患の障害を考える会」が発足し、2007年に脳卒中地域連携パス ver1 が運用開始となり、現在の連携パスは ver4 に進化している。その理念は、リハの継続と治療の継続をキーワードとして、①どの症例も十分なリハが受けられること、②どの地域でも使える地域連携パスであること、③ゴール設定は在宅を十分配慮したものにする、④現在使っているクリニカルパスをそのまま利用できること、となっており脳卒中に関係する医療従事者の熱意と地域性への配慮が十分になされたものであることが窺い知れる。

脳卒中連携パスデータの解析から年齢、急性期退院時 mRS 値、亜急性期 FIM、心原性脳

梗塞、合併症発症、神経症状悪化等が急性期、亜急性期の予後を評価する上で重要な指標となることが示唆された。またパスデータでは把握できなかった認知症のレベルは ADL や合併症、転帰先を左右する重要な指標であることが推察された。

脳梗塞症状の悪化のみならず、合併症発症が急性期、亜急性期での医療プロセスに大きな影響をきたしており、ADL が合併症の中で比率の最も高い感染症発症の重要なリスクファクターであることも明らかになった。急性期病院での感染症発症予防の取り組みと転院後の方針継続が、急性期、亜急性期という区別なく全経過において極めて重要であると思われる。亜急性期での感染症の重症度を把握することができないが、比較的重症が急性期再入院となっている可能性もあり、ADL 改善という観点からも感染症発症の予防管理は極めて重要である。

ADL 改善については、時間をかけたリハの投入により FIM を指標とした ADL レベルも徐々に改善することが窺い知れた一方で、時間とともに FIM 改善のない入院期間の比率も少しずつ大きくなった。今回のパスデータからはリハ投入量を把握できなかったため、その投入意義について考察することは困難である。また一方で FIM 改善のない入院期間の解釈に当たっては、リハ投入により FIM レベルを維持できている可能性、認知症の進行状況が FIM 評価値を低めに評価している可能性、併存疾患などのために ADL 改善に消極的になっている可能性など多くの因子についても評価する必要がある、これらは今後の課題といえる。亜急性期における ADL の改善度とその後の転帰は密接に関係しているものの、現時点ではリハ投入量や亜急性期入院期間と単純に関連付けて論じられる問題ではない。年齢もそれを左右する要因の一つで

はあるが、認知症や家庭家族要因、家庭環境の受け入れ準備、療養型病院や介護系施設の充足状況など今回のパステータから把握困難な内容の総合的評価が必要と思われた。

医療施設での入院期間を適正化する上では、患者の医学的身体状態のみで判断するのではなく、地域性に応じたこれら諸要因を解決するための受け皿作りが欠かせない。少なくともこれら諸要因を解決するための早期介入をソーシャルワーカー等が主体となって急性期から開始し亜急性期以降に情報伝達することで改善する問題と、病態としてのADL改善についてリハ投入量が果たす役割との関係について区別してそれぞれが成果を出していくことが求められるだろう。また、FIM値評価については評価者バイアスが入る余地があり、地域内でFIM評価に関する研修会や連携施設間での認識統一の場を設けるなどの措置が必要と思われる。もう一つ今後大事と思われることは、今回のパステータでは把握できなかった慢性期、在宅における患者状態と情報の把握である。慢性期施設や在宅施設においても感染症を始めとする合併症予防、神経症状悪化予防に関するケアやリハ等の方針の共有と地域内における情報交換がなされなければ、身体状態悪化に伴う医療施設への転送が繰り返されるだけである。

亜急性期で合併症を発症せず2か月間FIM改善のなかった症例は急性期退院時 mRS 高値で亜急性期入院時FIM低値であり、平均在院日数も相対的に長い傾向にあったことは、病態としての予後予測という観点のみならず、病態に伴う認知症進行の問題、自宅退院前の受け入れ調整、療養型病院や介護施設の充足および空き状況等、転帰にかかわる要因を解決する環境整備が欠かせないと思われた。療養型病院への転院率が高値であった反面、自宅退院も11%、居宅系施設入所も8%

に見られた事実がそれを物語っていると思われる。

今回の連携パス分析を通じて再認識されたことは、地域連携を通じて完結する疾患については、急性期、亜急性期、慢性期、在宅といった機能や構造は異なっても、地域一貫した方針と責任体制に基づいたケアプロセスの構築と、患者アウトカムを投入すべき医療資源の指標の一つとした医療プロセスを構築することの重要性に尽きるのではないだろうか。急性期と亜急性期を区別する定義はなかなか難しいが、病態としては急性期に見られる合併症が亜急性期で起こりうることや急性期でのケア方針の継続が亜急性期以降のケアの質を改善する可能性を認識し、病態以外の要素も含めた急性期、亜急性期、慢性期、在宅のアウトカム設定を行った標準ケアプロセスを構築し、改善を繰り返していくことでより適切なケア方針と各病床機能での適切な在院日数というものに自然に収斂していくと思われる。具体的にはmRS、FIMなどのADL指標や認知症指標、臨床病型などいくつかの指標を用いた予後予測分析に基づき患者リスクを層別化し、合併症や神経症状悪化予防のケア、投薬、ADL改善やADL低下予防のための適切なりハ、などのケア行為やソーシャルワーカー等の早期介入を標準化したケアプロセスを実践し、標準から外れる事例の要因分析により改善を繰り返していくことである。この改善を繰り返すには地域内での電子的医療情報ネットワーク構築や施設間の人事交流等を基盤としたケア方針の共有が必須である。電子クリニカルパスは病態を中心にしたアウトカム管理のみならず、家庭、社会要因に関するアウトカム管理、コスト管理を包含することが可能な包括的マネジメントツールである。十分な成果を出しているとは決して言えないが、急性期病

院では限られた入院期間に一定のアウトカムを確保するための努力がなされてきた。その結果、少しずつより適切なケアプロセスと在院日数に収斂していく方向にあると考えられる。こういった取り組みが亜急性期以降の医療、介護施設にも必要ではないだろうか。

前半の医療需要予測は、あくまで現在の医療プロセスが続くことを前提としたものである。そこに新たな視点の導入や工夫がなければ、社会に更なる混乱を招くことになるであろう。このことは持続可能性を保証することが困難で、自分たちの子や孫の世代へ負の遺産を残すことを意味することは言うまでもない。

## E. 結論

- ① mRS、FIM 等の ADL 指標や認知症指標による患者リスクの層別化は病態の予後予測を可能にし、地域内で標準的ケアプロセスを共有する上での共通言語になると思われる。
- ② 急性期における合併症に関する情報や、合併症予防に関する方針を地域全体で共有することが、亜急性期以降の施設における合併症、神経症状の悪化を減少させ医療機関への転送を減少させる対策につながると思われる。
- ③ 家庭、社会的諸要因を解決するための早期介入を急性期から開始し亜急性期以降に情報伝達することで改善する問題と、病態としての ADL 改善についてリハ投入量が果たす役割との関係について区別してそれぞれが成果を出していくことが求められるであろう。
- ④ 地域一貫した方針と責任体制に基づき、患者アウトカムを投入すべき医療資源の指標の一つとした標準的医療プロセ

スを構築し改善を繰り返していくことで、より適切なケア方針と各病床機能での適切な在院日数というものに自然に収斂していくと思われる。

- ⑤ この改善のサイクルを繰り返すには地域内での電子的医療情報ネットワーク構築と人的交流が必須で、電子クリニカルパスは病態を中心にしたアウトカム管理のみならず、家庭および社会要因等に関するアウトカム管理、コスト管理を包含することが可能な包括的マネジメントツールである。

## F. 健康危険情報

無（非該当）

## G. 研究発表

1. 論文発表  
現時点で未発表。今後発表予定あり。
2. 学会発表  
現時点で未発表。今後発表予定あり。

## 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  
無

## 謝辞

本研究におけるデータ収集、解釈に当たっては当院神経内科、米原敏郎部長、稲富雄一



郎副部長に多大なるご協力、ご支援を頂いた。  
ここに深甚なる感謝の意を表す。



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③】 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。

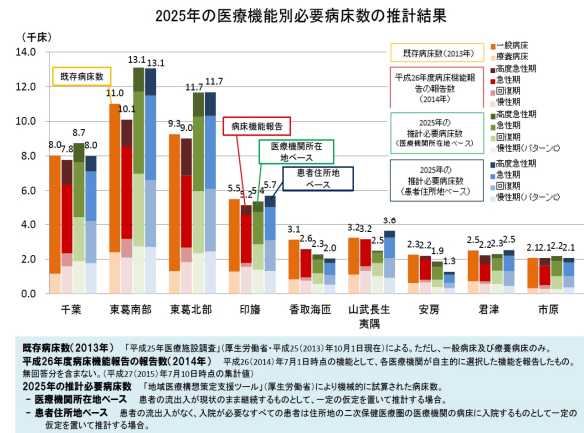


図 6.1 千葉県における必要病床数推計結果<sup>1)</sup>

## 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Ⅰ・Ⅱ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Ⅰ・Ⅱ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と②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、①または②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。
①退院患者DPC期間Ⅰ・Ⅱ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者の増加、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、①医療安全、倫理教育、研修などの教育的機

能の提供、②患者紹介・逆紹介、③医師以外の人材供給、④情報システムの供給、⑤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、外來新患者（H26.4～H27.3月：1日平均151名）及び外來新患者の増加を図る。
○診療科毎の外來新患者数及び外來新患者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、外來新患者数の増加に努める。 ○外來新患者率を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<sup>2)</sup>。

表 6.1 地域医療構想への対応

① 病院同士の自主的な協議の場の設置
② 地域内での機能分化の推進
③ （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①②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<sup>2)</sup>。

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②③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<sup>2)</sup>。

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<sup>2)</sup>。

#### 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<sup>2)</sup>。

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/chiikihokeniryobukai/h27-kaisai/documents/h27-1siryou2-1.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.