



図表1 厚労省病床機能報告による入院・退院・救急データ

病院の性格	入院			退院		救急	
	家庭+出生入院率	医療機関受入率	介護施設受入率	死亡退院率	休日受診患者数	夜間時間外受診患者数	救急車受入
中央高度急性期病院(3次)	96.2%	2.0%	1.8%	3.6%	3,058	5,830	2,621
地方拠点急性期病院(2次)	90.7%	2.4%	6.9%	5.7%	1,953	4,157	1,958
山間地小規模病院(2次)	58.0%	12.3%	29.7%	17.5%	285	418	90
療養特化病院(救急告示なし)	21.4%	73.7%	4.8%	34.4%	0	0	0

令和3年度厚生労働省病床機能報告データを基に作成

総務省の「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」において、病院の「役割・機能の最適化と連携の強化」は最も重視されている項目の一つである。

しかし、各病院や自治体、地域住民・患者にとって役割・機能の最適化と連携の強化と言っても分かりにくい面もある。病院の機能分化・連携についてどのように考え、どのように進めていくべきか議論したい。

役割・機能の最適化と連携の強化を考える前提として、病院の二極分化がある。医療は世界標準で日々進歩している。医療の高度・専門化は、手厚い医師・

看護師などの医療スタッフの雇用と最新の医療機器の整備などを必要とする。医療の高度・専門化に対応した病院は、医療スタッフや医療機器を効率的に使うために、できるだけ入院日数を短くし、大量の患者を早い病床の回転数(短い平均在院日数)で受け入れ、収益を上げるようにする。現在の診療報酬制度は病院の医療提供の質と量に対して的確に支払われることを目指している。医療の高度・専門化に対応した病院は、研修体制も充実しており、若い医師が集まる病院となり、患者も、高度・専門化した医療を求め、このような病院に集まる。

高度急性期の医療に対応できない病院は、高齢者の回復期・療養医療が中心となる。限られた医師や看護師などのスタッフで医療を提供し、平均在院日数は長くなり、診療報酬も抑えられている。高齢者の回復期・療養医療をする病院が不要というわけではない。これらの病院は、地域が高齢化し、療養や看取りのニーズが増大する中でなくてはならない医療機関である。

図表1は、令和3年度厚生労働省病床機能報告を基に作成した、ある県における自治体病院の入院・退院・救急データである。県庁所在地にある高度急性期病院は3次救急を担っている。救急車の受け入れは2621台に及ぶ。入院は家庭からがほとんどで、医療機関や介護施設からの入院は少ない。死亡退院率は3・6%と最も低い。救急などで運ばれた患者が不幸にして亡くなることがあるが、基本病院で看取りはせず、後方病院に転院することになる。

地方の急性期病院は2次救急を担っている。救急車も1958台受けている。高齢者が多いことから介護施設からの入院患者が6・9%、死亡退院率が5・7%と一定数ある。山間地小規模病院は2次救急医療機関として90台の救急車を受けている。医療機関からの入院(転院)が12・3%、介護施設からの

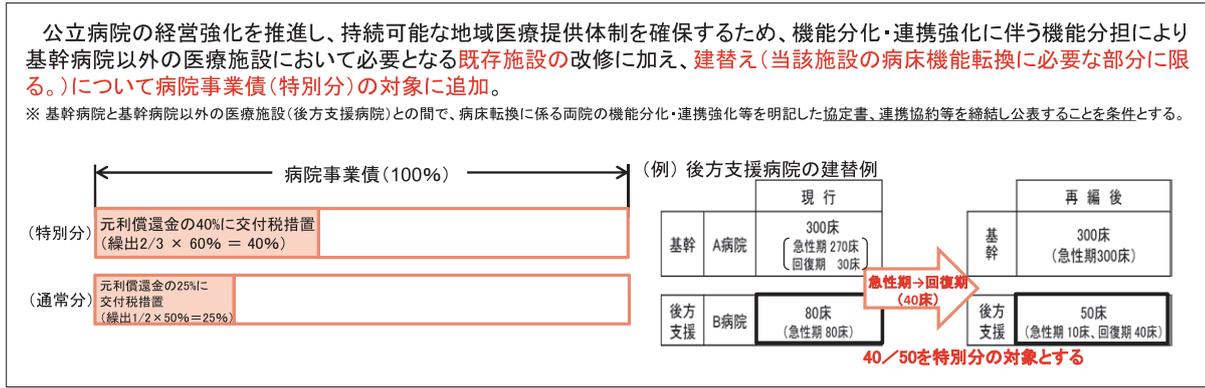
病院の機能分化・連携について考える

城西大学経営学部教授 伊関友伸

役割・機能の最適化と連携の強化をどのように進めていくか

役割・機能の最適化と連携の強化を可視化する

図表2 総務省病院事業債特別分の対象拡大



令和6年度の診療報酬改定において、「医療機能の分化・強化、連携の推進」は改定の基本方針の四つの柱の一つとされている。患者の状態および必要と

令和6年度の診療報酬改定

緊急患者は受けず、救急告示の指定も受けていない。

さらに死亡退院率が17・5%ある。これらの病院がなくなると、高齢者が地域で亡くなる場所がなくなることになる。療養特化病院は、中小規模病院の再編の対象となった病院で、再編された中核病院などの医療機関からの入院が73・7%を占めている。死亡退院率は34・4%に及ぶ。救急患者は受けず、救急告示の指定も受けていない。

入院が29・7%ある。誤嚥性肺炎など高齢者の受け入れは、高度急性期病院ではなく、民間病院を含めた地域の中小病院が担っている。

・療養病棟入院基本料の精緻化
療養病棟入院基本料を9区分から30区分に精緻化するとともに、中心静脈栄養(高濃度の栄養輸液を中心静脈から投与)の医療区分評価を見直し、経腸栄養への移行を新加算で評価する。

・地域包括ケア病床の入院料に減額を導入
地域包括ケア病床において、退院支援にこれまで以上に積極的に取り組むことを求めて、40日以内の早期入院は点数アップが行われる一方、41日以上長期入院点数は減額となる。

・救急患者連携搬送料を新たに評価
高次救急病院と地域の一般病院との平時からの連携、実際の転院搬送(いわゆる下り搬送)を進めるため「救急患者連携搬送料」として新たに評価。

重症度、医療・看護必要度および平均在院日数の見直し(厳格化)などにより急性期医療の機能分化を促進することを目指している。急性期一般入院料1(いわゆる7対1看護)については、入院患者の平均在院日数が18日から16日に短縮された。急性期病床の中の機能分化として、高齢者の急性疾患の治療とともに、早期退院に向けたリハビリおよび栄養管理等を適切に提供する「地域包括医療病棟」が新設された。

考えられる医療機能に応じた入院医療の評価として、次のような見直しが行われている。
・急性期医療の機能分化促進

総務省病院事業債特別分の対象拡大

令和6年度の総務省の地方財政措置では、公立病院の機能分化・連携強化を一層促進する観点から、これまで基幹病院だけであった病院建替えに対する40%交付税措置(病院事業債特別分)を基幹病院以外の後方支援病院にも対象を広げている。

後方支援病院について、急性期機能を回復機能に転換することが要件で、基幹病院と(基幹病院以外の医療施設(後方支援病院)との間で、病床転換に係る両院の機能分化・連携強化等を明記した協定書、連携協約等を締結し公表することが条件となっている。(図表2)

筆者プロフィール

伊関友伸 (いせき ともとし)

1987年埼玉県入庁、県民総務課、大利根町企画財政課長、県立病院課、社会福祉課、精神保健総合センターなどを経て、2004年城西大学経営学部准教授、2011年4月同教授。研究分野は行政学。総務省「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化に関する検討会」構成員など、数多くの国・地方自治体の委員を務める。総務省経営・財務マネジメント強化事業アドバイザー。著書に『新型コロナから再生する自治体病院』(ぎょうせい2021年)など。