

社会保険旬報

No.2565

2014 4.21

口腔機能維持する技術を評価…田口円裕【診療報酬改定インタビュー】

在宅薬剤管理指導の推進図る…近澤和彦【診療報酬改定インタビュー】

病床機能分化と患者のニーズ…石井暎禧

「総合医を育てる会」が仙台市でフォーラム…【潮流】

厚労省の健康づくり推進本部が工程表…【NEWS】

病床機能分化と患者のニーズ

●社会医療法人財団石心会理事長

石井 暎禧

はじめに――

機能分化論における病床区分

現在、病床・病院の分化が、社会保障制度改革・医療法改正・診療報酬改定の問題として、厚労省のさまざまな会議で議論されている。療養病床と一般病床の機能分化は、すでに介護保険の登場と医療法での位置付け、その後の療養病床への診療報酬制度の改正で、制度的には決着済みである。これについては、私も数年前、「療養病床の再編は必然」(GPnet 2006年11月)、「医療崩壊」(2006年11月)、「医療崩壊の真実」(現代思想 2008年

2月)で論じた。

現在議論されているのは、一般病床(急性期病床)の機能分化の問題である。しかし、いまもって療養病床と急性期病床の機能分化と、急性期病床そのものの機能分化との意味の違いが明らかにされず、しかも将来的には、医療法上の種別として、地域医療計画の前提としようとしていると思われるが、高度急性期・一般急性期・亜急性期に分類する意義も定義・機能も明確にしないまま議論が進んでいる。そのため、医政局関係の議論と診療報酬上の議論はよく見ると整合性を持たない。

急性期病床(群)とは何かについでの一般的な厚労省の見解は、「急性期病床群(仮称)の対象となる患者や急性期医療のイメージ」(社会保障審議会医療部会資料)という表が分かりやすい。これまでの「急性期医療」の考え方(病院団体等の主張)は「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとする」「急性期病床の対応する急性期疾患だけでない。重度の急性疾患はもちろんであるが、悪性腫瘍、高度な専門手術・治療等も、急性期病床の提供する医療である」とした上

で、厚労省の考える、急性期病床(医療)は、「それとは違い、病気のステージ(発症初期である)、発症様式(急性に発症すること)、救急医療ではなく、「より高密度な医療を必要とする患者を想定して」急性期医療、そしてそのための病床を考え、分化を提案しているのである。添えられている図と解説を見ると、現在の「急性期」「亜急性期」とは関係なく、これまでの急性期の範囲を図示しているだけでなく、「高密度な医療」を「急性期病床(群)」の対象とする急性期医療」としている。そして今回の診療報酬の改定への過程で、今後は、急性期医療を二分し、これまでの「急性期医療」のうち高密度のものを、急性期と呼び、低密度の医療は、これまでの「亜急性期病床」とも関係なく、療養病床の一部を含み、亜急性期とする方向が明らかにされた。そのため、「亜急性期」も急性期医療であることを保険局の担当者は強調していた。

しかし、最近、回復期リハビリテーションと亜急性期入院基本料を取る病床をまとめて回復期と呼んだり(回復期リハビリテーショ

急性期病床群（仮称）の対象となる患者や急性期医療のイメージ

急性期病床群（仮称）の対象となる患者：

例えば、心筋梗塞によって入院した患者や、手術後の患者のように、状態が不安定であって、症状の観察などの医学的な管理や、傷の処置などの治療を日常的に必要としている場合を想定

○これまでの「急性期医療」の考え方

・「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとする」

中医協DPC評価分科会から同基本問題小委への提案（平成19年11月21日）

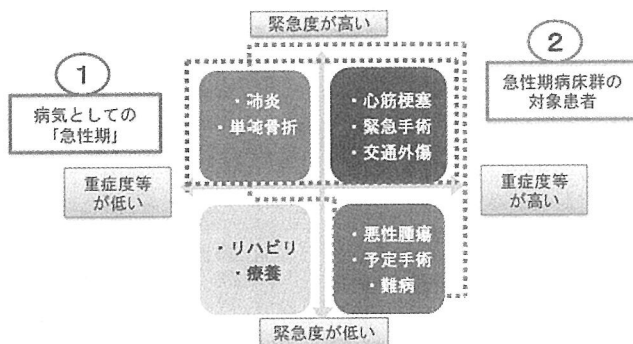
・「急性期入院医療とは、疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的とし、一定程度の改善まで、医師・看護師・リハビリテーション専門職員等が中心となつて行う医療」全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書（2007年版）」

・急性期病床の対応する入院医療は急性疾患だけではなく、重度の急性疾患（心筋梗塞、脳動脈瘤破裂等）はもちろんであるが、悪性腫瘍、高度な専門的手術・治療等も、急性期病床の提供する入院医療である。

四病院団体協議会「厚生労働省『医療提供体制の改革の基本的方向』に対する意見」（平成15年3月14日）

○医療者にとって「急性期」とは、病気のステージ（発症初期であること）や発症様式（急性に発症すること）、救急医療という概念で捉えられることが多い（①）。

「急性期病床群（仮称）」で想定する急性期医療とは、こうした「急性期」と必ずしも一致するものではなく、緊急度や重症度等を含め、より高密度な医療を必要とする患者を想定しており、より広い概念で捉えている（②）。



を別にするのは意味があるが、それを、亜急性期と一緒にするのは賛成できない）、突如、高度急性期病院を10病院指定するなどという発言もあり、もはや病床分化は何をめざしているかまったく分からない状況が生まれている。医療密度による分類と分化という考えが、一般病床と介護病床を連続的なものとして錯覚させ、さまざまな中間的病床区分という考えを生み、問題を錯綜させているのである。

しかし、この論文では、論旨の都合上、厚労省に従い「高密度急性期」を急性期と呼び、「低密度急性期」を亜急性期と呼び検討してみる。

たしかに密度による定義により、病院の機能分化を考えるのは、地域における救急医療の問題として見る限りは、現実的に進んでいる地域の病院の機能分化（分担）の現実があるため意味があり、その前提で政策が実行されると現場では受け止められている。

ところが、一般論として急性期医療全体を医療密度の濃淡として、高度急性期、急性期、亜急性期を分類し分業させようとしても、密

度とは連続的な分布であり、しかも、診療の分担は診療科によるので、科によって密度はちがうし、密度が薄いと言って、別の診療科が見るわけではない。どこで分けるのか。7対1の要件ならば、単に診療報酬の問題であり、検討する必要もないが、これで病院の機能分担ができるのであろうか。また、通常大学病院などを高機能病院と想定して議論がなされているが、大学病院本院でも、高度・重症だけを診ているわけではない。大学病院の中心の使命は、将来の患者のための未来の医療を生み出すこと、すなわち研究と医師の育成にあり、広い範囲の医療を行わず、効率化を目標にするわけにはいかない。

地域医療の見地から見る（地域医療計画上でも）と、大学病院・公的大病院・私的病院を問わず急性期の大病院はすべて實際上、地域の中核病院として、一般の疾病では重症から軽症までの患者を診ているし、今後とも変えようはない。症例の少ない高度技術の病院は地域ごとにある必要もないし、地域医療計画の対象でもない。また専門病院を高度・一般・亜急性

のいずれの急性期病院に分類することもできないし、分解させることは無意味である。現在の急性期病院に入院しているほとんどの患者は、今後も急性期の患者として扱われなくてはならないのであり、医療法上の急性期病床の分類は無意味である。

日常の病気の場合、どの領域の病気に強いかを患者が選択することを通じての機能分化しかないし、それは進んでいる。特に救急医療では顕著である。そのため救急医療に限っては機能分化の意味が明確である。救急患者を断らずに24時間・365日受け入れ、治療できる病院とそれができない病院が分化・分業してきているからである。

現在の地域の救急病院の必要条件は、生命の危険に直結する脳や心臓の急病に対して、即座に対応し、夜間・休日での手術・処置ができることである。時間的余裕がないため、かつての一次・二次・三次という階層的救急システムは無効になり、軽症・重症を問わず全て受け入れなくてはならない。結果として、これらの病院の提供する医療が平均して高密度になる

のは確かである。同じ救急病院でも、夜間に受け入れることができずる病院とそうでない病院があり、救急車搬入台数で見ると、明らかに二極化している。この機能の差が、昼の発症や緊急性を持たない急性疾患への差に波及しているのであって、一般的な機能の分化ではない。

かつて病棟編成に関して、診療科別の病棟編成から症度別編成へと試みられたことがあった。だが実情に適合せず消え、診療科あるいは臓器別などの分野別の病棟編成が今も主流である。

集中治療用のユニットの病床（高機能病床）数は増加しているが、一般病棟と連続した治療であり、目標が異なるわけではない。われわれの326床の中規模病院ですら、二つのICU、二つのHCUと、CCUおよびSCUという六つの機能が異なるユニット（計49床）に別れ、一つの病棟ではない。今後ユニットだけが独立して「高度急性期病院」を形成するとは考えられない。

病棟を症度により機能分化できなかったのは、看護においても個別疾患に対する習熟度という質の

問題があるからで、看護密度（その対応としての看護師数）だけでは解決できなかった。病院の問題は、看護だけでなく医師などを含む医療システム全体の問題であるから、一層医療密度という量的な問題として分化できない。患者が診察を受ける前に、高密度医療が必要かは分からないし、高密度

か低密度かは結果論に過ぎない。

そのため、医療密度による分化（と事実の進行）と考えるとき、「病気のステージ（発症初期である）、発症様式（急性に発症すること）、救急医療」を問わず、「医療密度が低い患者は、亜急性期病院も見ろべき」と保険局の担当者が発言したのは当然である。だが、先にみたとおり、救急を診る機能がない病院が、結果として低密度すなわち「亜急性期」となっているの、「亜急性期病院」が救急を扱うのは、無理な注文なのである。ではなぜこのように保険局は言わざるを得なかったのか。

機能分化と高齢化

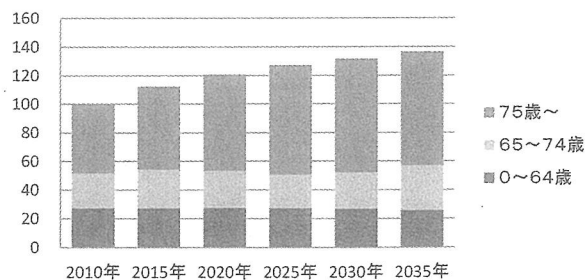
人口高齢化の進行に伴う医療介

護需要量の増加、医療技術の進化に伴う需給の質的な変化。この二つの要因によるコストの増大に対して、医療・介護供給の効率化で対応するために、機能分化と連携が提起されてきた。今回の急性期病床の機能分化問題もその一環である。

この二つの要因に対して、病床機能分化はどのように関係し、効率化になるのか。量的側面については、これまで、高齢化に伴い増大する（すべての医療密度の患者が増加、低密度だけが増加する）という根拠は示されていない」と考えられてきた。当然急性期入院医療需要も増大する（現在でも私はそのように考えている）。病床が増えない限り、在院日数を短縮し対応するしかなく、そのためには効率的な医療を行わなければならない。そのため機能分化（特化）と連携であると。事実、急性期医療の中核をなす救急医療の分野では、年々救急車の台数が増え、他方救急を受け入れる病院が少なくなっている。

だが最近、急性期医療需要は増加しない、減少するという意見が登場してきた。高橋泰氏の意見で

図1 川崎および埼玉の石心会病院の入院医療需要の推移
川崎幸病院入院需要



埼玉石心会病院入院需要

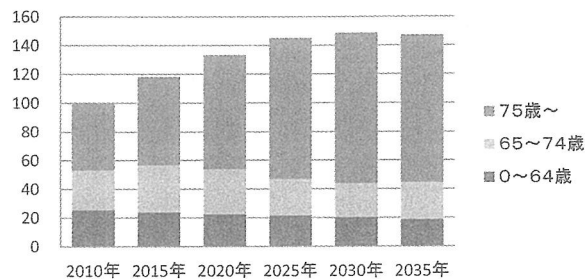
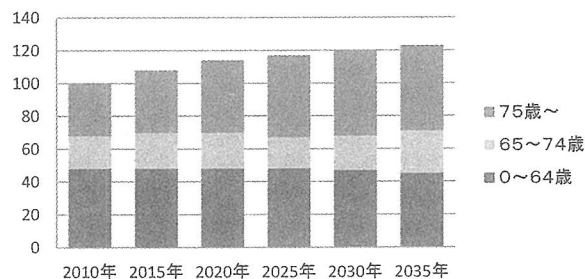
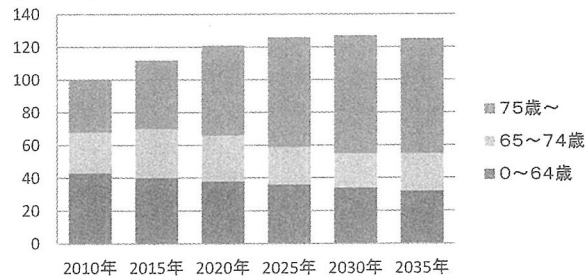


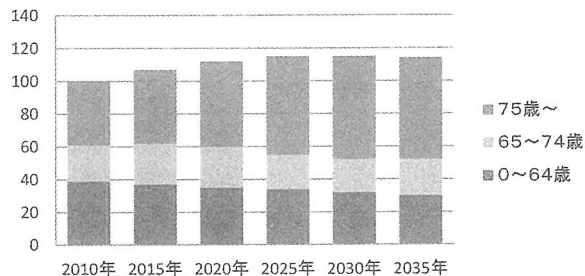
図2 全国・川崎・埼玉の入院需要の推移
川崎南部入院需要



埼玉西部入院需要



全国DPC病院入院需要



ある。「高度急性期病院の需要は、今後伸びないと思われる。需要が伸びるのは75歳以上の人口が主に使用する、機能レベルの低下した虚弱や高齢者の生活を支える医療や介護である」(医療白書2012収載)。DPC病院を高度急性期としているので、高橋氏の「高度急性期」は厚労省の言う今後の想定する19万床の高度急性期ではない。朝日新聞社説(2013年10月22日)も、「国際医療福祉大

の高橋泰教授」の分析を紹介し、それに基づき、患者を徹底治療する「とことん型」から「まあまあ型」へ「日本医療は大きな転換を迫られている」と主張している。重症が減るといふ分析が正しいければ、日本の医療は軽症対応でよいと高橋氏も朝日新聞も考えたのは、理解できないこともない。また日本医師会の「かかりつけ医の在宅医療、超高齢化社会―私たちのミッション」という冊子における鈴木邦彦氏の論文中の「今後わ

が国に必要な医療」という図において、高橋氏に依拠したと想像される「高度急性期医療→高齢化・人口減で減少」「地域に密着した医療→超高齢化社会でニーズ増大」との記載がある。在宅医療論の中では、在宅医療の重要性を主張したために事実を検討することなく引用したのであろう。このように高橋氏の影響は、各方面に及び、政策的にも急性期病床の削減が主張されてきている。またこのように考える人は、救急

車の増大は、患者のわがまま、安易な利用と考え、有料化などを提言する。そして高橋氏の推計が正しいのであれば、急性期から亜急性期への病床転換で、入院医療を必要とする患者が少々増えたとしても、高密度から低密度への転換であるので、必要とされる医療資源量は差し引き大きな変化はないと言える。そこでは転換が解決策とされる。それが進まないと思えば、どこに原因があるかと考えるのは必

然である。「メディアファックス2013・10・2」の記事は「学習院大・遠藤経済学部長 病床機能分化の鍵『急性期の呪縛』を解けるか」という見出しで、日本医療・病院管理学会のセッションを紹介し、転換の進まないのは、医師の意識（急性期の呪縛）にあるとの遠藤氏の意見を伝え、これに答えるかのように、五阿弥氏の「医療は万能ではなく、寿命には

限界があることをメディアがもつと伝えるべき」との意見を報道している。このように、急性期需要減少論が急性期軽視論となり「病床機能分化」は急性期病床削減論に変質してきている。

それでよいのか、まず高橋氏の状況分析が正しいか否かを検証する必要がある。

高橋泰氏の入院医療需給の論文の視点は重要であり、傾聴に値する。すなわち急性期入院医療を「高機能病床と非高機能病床」すなわち厚労省の言う「高密度急性期と低密度急性期」に分け、その「利用状況」と、「人口動態」を結びつけて「今後の病床整備を考え

る」とした点である。だが残念なことに「利用状況のデータが存在しない」として、現実によらず思い込みによる「利用状況」を前提にしたため、私とは推定が異なつた。

急性期病院の現在の利用状況、すなわち年齢階層別の入院患者数、それから推測される、年齢階層別の入院受療率。これを前提として、年齢階層別人口の推移から急性期

図3 入院受療率対比
全国DPC病院・川崎幸病院・埼玉石心会病院
受療率（入院日数）

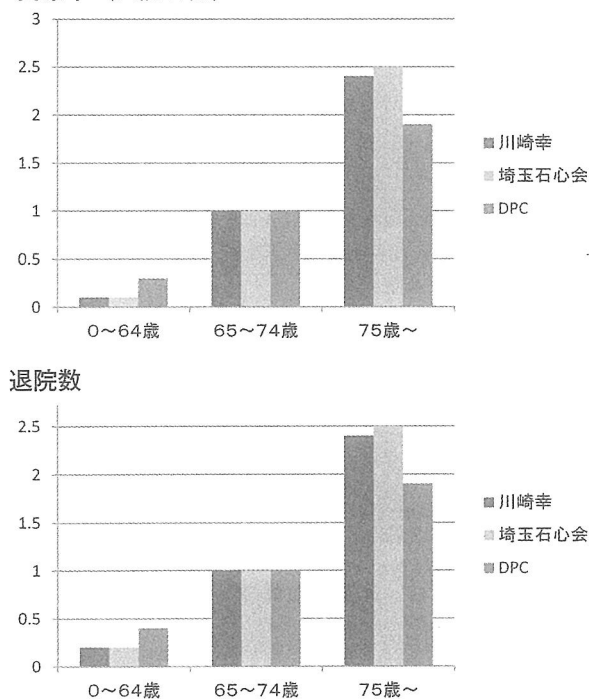


図4 年齢別入院患者割合

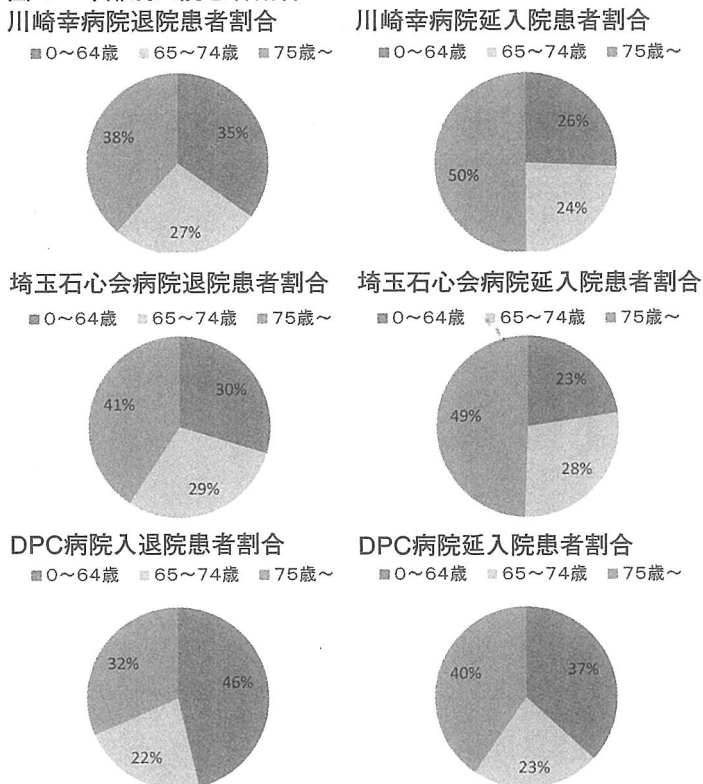


図5 年齢別在院日数
川崎幸病院 埼玉石心会病院

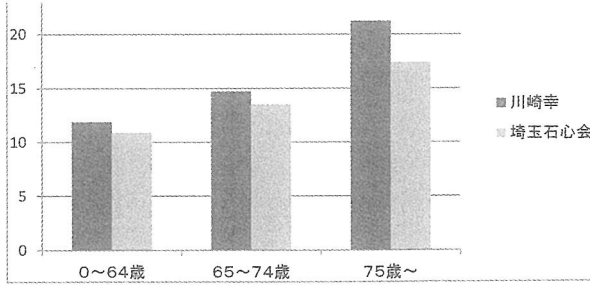
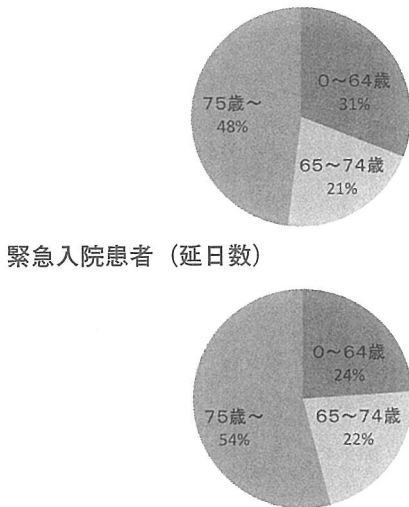


図6 緊急入院患者年齢別割合 川崎幸病院
緊急入院患者



緊急入院患者（延日数）

見る限り増加すると考えられる。高橋氏の推計と正反対の結果となったのは、高橋氏が「高度急性期病床」は、後期高齢者があまり利用しないと仮定した（おそらく年齢階層別の受療率が異なることを無視したため、人口としては少ない後期高齢者の需要が小さいと判断したのではないかと想像される）ためである。

入院医療需要の推移は計算できる。なお人口については政府の統計を基にして、全国の二次医療圏ごとの年齢別階層別推移が、高橋泰氏等によって公表されているので、それを使わせていただいた。

まず私たちの病院への医療需要への影響を計算してみた。川崎幸病院（326床）、埼玉石心会病院（349床）とも、DPC病院・地域医療支援病院であり、年間救急車搬入台数は川崎10000台超、埼玉6000台超の急性期病院である。一日単価は川崎9

万円超、埼玉8万円超であり、急性期病院の典型例として扱ってよいと考える。地域でのシェア、各年齢層の受療率を現状と同様と仮定して、川崎幸病院および埼玉石心会病院にのつての需要を推計してみると、図1のように急性期入院需要は増大する（2010年を100とした）。これは首都圏や石心会の特殊事情であるのか。

そこで、全国のDPC病院600病院以上のデータを持ち、分析しているグローバルヘルス・コンサルティング（以下GHCと呼ぶ）の協力を得て、年齢階層別の需要率はGHCの全国のデータに基づき、全国および各地の年齢別人口推移により同様な推計をした（図2）。

年齢別受療率は川崎南部保健医療圏の場合は、人口減がなく、高齢者特に後期高齢者が増加するので、需要増は当然といえるが、埼玉西部保健医療圏や全国のように人口は減少するが、高齢者特に後期高齢者が増加する地域も、2025年から2030年ごろまでは、GHCのDPC病院でのデータを

入院需要率の年齢別の差は、図3（前期高齢者の受療率を1として比較）のように、若年者と高齢者で極めて大きく、前期高齢者と後期高齢者でも後者が大きい。石心会の2病院の場合、DPC病院の平均と比べ、若年者の受療の割合が低いが、小児科などの診療科を持たず、高齢者が多い循環器や脳外科、整形外科、内科などの入院が多いためである。

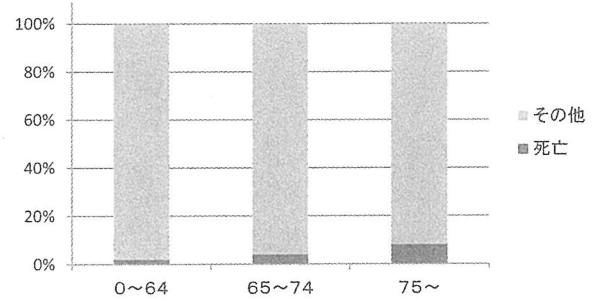
高齢者の急性期入院状況

患者の利用状況に対する、思い込みは高橋氏だけの問題ではないので、先の推計の基礎となった川崎幸病院における高齢者医療のデータをさらに紹介したい。

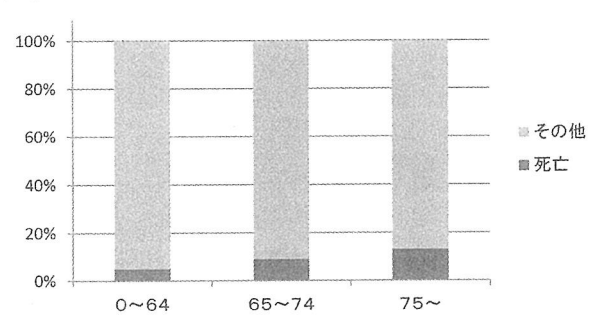
入院患者の年齢階層別人数をみると、図4の通り高齢者ななく後期高齢者が多い。高齢者の入院患者数が多いのは、高齢者の入院日数が長いからと考えがちだが、退院患者数すなわち入院件数で見ても、あまり変わらない。年齢階層別の在院日数は、高齢者がやや長いが大きく異なっていないからである（図5）。療養病床における

る平均在院日数(200日超)とDPC病床における高齢者の在院日数(20日)では、全く異なるからである。この程度の差は、高齢者が治りにくく、また重症化しやすいという説明でよい日数である。また入院日数ではなく、退院患者数すなわち件数で見ても、全国の需要の増加傾向は変わらない。いいかえれば、今後在院日数が短縮したとしても、新規の入院需要が増加するのは変わらないのである。

図7 年齢別死亡率 川崎幸病院
退院時転帰



退院時転帰 (緊急)



緊急入院における高齢者医療の比重はさらに大きい(図6)。転帰を見ると、急性期入院医療の結果が年齢であまり変わらない(死亡率があまり変わらない)ことは明らかである(図7)。治療効果は年齢によってあまり変わらないのである。「高齢者は病院を避けよう」「高齢者は救急車を呼ぶな」などという主張は、少なくとも急性期入院医療には当てはまらないことが明らかである。介護施設からの入院患者の軽快退院率

も自宅からの入院者と変わりはない。

このように高齢者の急性期病院への入院は、療養病床や介護施設、在宅医療等に移行できる軽症の医療ではなく、意味のある急性期入院医療なのである。高齢者こそ、救急車を直ちに遠慮なく呼ぶべきなのである。

結局、急性期・亜急性期・慢性期のいずれも増加すると見て、いずれの病院も、今後はこれまでより重症を扱わなくてはならないということであり、その対策を立てなければならないのである。

地域における急性期入院医療の問題点は、救急医療に典型的に現れている。救急を積極的に受け入れている地域の中核病院からは、増大する救急患者がオーバーフローしているとの悲鳴が、中小病院からは、人的にも財政的にも救急医療が困難との声が、療養病床からは、これからは急性期病院が扱ってきたような患者(長期急性期?)を受けなくてはならないとの声がある。このような病院の現場の声は、病床種別を問わず、高齢者増は急性期入院増であるとの認識からである。

広域における病院機能の分化は、緊急を要しない場合にはことさら問題にする必要はなく、医療技術進歩に合わせて自然に進む。厚労省が旗を振るまでもない。しかし救急の場合は一病院完結から地域完結へと、システム整備を意識的に行わなければならない。患者の増大は中核病院依存ではさばききれず、中小病院も救急システムに参加することが必要となる。保険局が亜急性期の要件に救急を入れたのは、このためである。しかし現状考えられている診療報酬操作では機能しない。地域の救急医療のシステム改革が必要なのである。これについては別稿で詳しく論じたい。

