

地方二次医療圏の急性期病院が救急医療体制を 維持するための経営戦略の一考察

阿部 雅美

キーワード： 救急医療 DPC 看護必要度 看護小規模多機能型居宅介護

1. はじめに

国立社会保障・人口問題研究所による「日本の将来推計人口（2017年推計）」によると、2015年には1億2,709万人であった日本の総人口は以後長期の減少過程に入り、2053年には1億人を割って9,924万人になると予測されている。さらに、老年（65歳以上）人口は2015年の3,387万人から徐々に増加し、第二次ベビーブーム世代が老年人口に入った後の2042年に3,935万人でピークを迎えると推計されている（国立社会保障・人口問題研究所 2017）。このような急速な少子高齢化を背景として、政府は社会保障と税の一体改革を進めてきた。

この社会保障と税の一体改革では、必要な財源の確保や社会保障費の負担の在り方の見直し、自助・互助・共助・公助の新たな在り方に関する検討等に加え、「地域包括ケアシステム」の構築を打ち出した（厚生労働省 2013）。また地域医療構想では、二次医療圏単位で、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能毎の2025年における医療需要と病床の必要量、在宅医療等の医療需要を推計し、目指すべき医療提供体制を実現するための施策（医療機能の分化・連携を進めることを目的に施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等）を定めた（厚生労働省 2015）。

しかしながら、地域医療の現場では、医療を担う人材の不足・偏在、医療の提供体制の機能分化や連携の不足により、医療ニーズに対して効率的で最適なサービス提供体制には遠い状況となっている。特に県では、少子高齢化が他地域よりも早く進んでいること、医療を担う人材の偏在化も著明であり、とりわけ救急医療には、課題が多

い¹。人が安心して安全に地域で生活するための重要なセーフティネットとして救急医療は存在してきたが、超高齢社会や世帯構成の変化、多死など社会問題が複雑となる中、その提供のあり方に変化が求められている。

本稿で扱う A 病院では、中長期計画では、高度急性期・急性期機能を維持しながら、さらに高度で専門的な医療を提供し、地域における中核病院の機能を発揮することを目標にしている。少子高齢化、医療の偏在化が懸念される二次医療圏で、A 病院に課せられた役割は大きい。

そこで、A 病院の地方の二次医療圏における急性期病院としてのポジショニングを明確化することを目的として、現在の和歌山県全体の医療ニーズを分析する。

次に、2020 年診療報酬改定の見直しで、地域医療構想に掲げる病院再編を誘導する看護必要度の要件の厳格化されたことから、A 病院の経営方針の柱の 1 つである救急医療体制について考察する。さらに、これらの結果を踏まえ、A 病院の理念である「地域医療への貢献」を実現するために必要な経営戦略を検討する。

2. 先行研究の検討

地域包括ケアシステムは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されている（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 1999）。

急性期医療を行った後、患者を地域の医療・福祉・生活に戻すことが目標となり、地域内の医療及び介護の連携が必要となる。そのためには医療機関の機能分化と適切な医療提供体制を構築しなければいけない。和歌山県においても平成 30 年度（2018 年度）から平成 35 年度（2023 年度）までの 6 年間を計画期間とする「第七次和歌山県保健医療計画²」が策定され、和歌山県下の医療機関の機能分化、病床数、医療及び

¹ 医療介護総合確保推進法の成立（平成 26 年 6 月）を受けて、2025 年（平成 37 年）におけるあるべき医療提供体制を定める「地域医療構想」の策定が、各都道府県に義務付けられ、平成 28 年 5 月「和歌山県地域医療構想」の策定を行った。平成 29 年 11 月に開催された地域医療構想に関するワーキンググループで和歌山県の現状と課題として、医療資源の地域偏在（医療機関の約 50%、医師の約 60%が和歌山市に集中していることが挙げられた。

² 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 1 項に基づき、都道府県が策定している。第七次和歌山県保健医療計画では、和歌山県の人口動態、受療動向、医療施設の状況、保健医療に関する県民の意識調査、各医療圏の状況を踏まえた和歌山県の保健医療施策を推進する上での基本指針となる計画となっている。

介護提供体制について述べられている。

A 病院が所在する和歌山医療圏内には高度救命救急センターが 2 施設あり、人口減少や高齢化率上昇から考えると、機能分化を推進するうえで、急性期病院としての競合施設であると考えられる。熊谷（2015）は、和歌山県における二次保健医療圏ごとの医療需要実態と提供体制を数量的・客観的に評価し、医療需要と供給の現状を明らかにした。また救急医療についても言及し、和歌山医療圏への患者の流入、集中について述べている。これは各医療圏で完結すべき医療が十分満たされていない傾向にあることが推測される内容であった。

嶋田（2015）は二次医療圏の見える化をするためにポジショニング分析を用いた。これは、同じ二次医療圏にある医療機関がどのポジションにいるのか視覚的にとらえることができ、競合する医療機関の差別化を図ることができる。しかし、岩崎（2015）は「急性期病院は、これまで競争・競合することにより切磋琢磨してきた面がある。しかし、過度の競争・競合が医療資源の重複や無駄遣いという弊害を生むだけでなく、急性期病院のポジショニングの不明確化を惹起し、医療マネジメントの面からも見過ごせなくなっている。如何にして不必要な競争・競合を回避し、「地域」という枠組みで必要十分な医療を提供していくかという課題を解決することが、今後の医療マネジメントの要諦であると考える。」と述べているように、それぞれの役割を確認し、今後の医療提供体制の在り方について検討する。

3. 研究の目的と方法

3-1 目的

本研究の目的は、和歌山医療圏における A 病院のポジショニングを明確化することである。このため、A 病院の疾病構造及び救急搬送に関する情報から、今後の患者像について分析を行い、地方二次医療圏における急性期病院が救急医療体制を維持するための戦略を検討する。

3-2 研究方法

A 病院の所在する二次医療圏と周辺の医療圏における人口動態、医療資源供給の状況に関して分析（シェア分析）する。ポジショニング分析を用いて、和歌山医療圏における A 病院の役割について明確化する。また A 病院の患者像（複数回入院を中心とする）を把握し、地域医療連携の関係性の課題について検討する。また A 病院に救急

搬送件数、患者背景を踏まえて今後の患者像を考察する。

使用するデータとして、DPC データ (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System : 急性期病院における入院時医療の包括払い制度)³を用いた。DPC と看護必要度のデータはすべて匿名化され、個人が特定されないよう加工を行った。なお、調査内容は、兵庫県立大の倫理審査を受審し承認を得た (承認番号 : 2020-0002)。また A 病院倫理審査委員会の承認を得て、院内ホームページ上でオプトアウトを実施した。

4. 和歌山二次医療圏の医療提供体制に関わる状況

和歌山二次医療圏の概要について、人口動態、医療施設の状況、医療体制、患者の流入・流出の分析、救急搬送数 (救急搬送に関する分析) をもとに述べる。

4-1 和歌山医療圏の概要と人口動態

和歌山二次医療圏は、和歌山県北西部に位置する 2 市 1 町 (和歌山市・海南市・紀美野町) により構成される。和歌山圏域内の総人口は全県人口の 4 割超を占めている (図 1)。圏域の総人口については 2025 年に向けて減少の一途を辿ると推計される一方 (図 2) で、65 歳以上高齢者人口に関しては増加していく見込みである。

また、海南市・紀美野町エリアの 65 歳以上人口に着目すれば、2015 年頃をピークとして既に減少に転じている現状にあり、圏域内においても高齢化の進展等に差が見られるところである (図 3)。

³ 厚生労働省が定める、病名や診療内容から定められる「診断群分類点数表」により算定した、患者に係った診療報酬請求情報が記載されたものである。様式 1 (簡易診療録情報)、様式 3 (施設情報)、様式 4 (医科保険診療以外の診療の有無に関わる情報)、D ファイル (DPC レセプト情報)、EF 等統合ファイル (入院患者の月に 1 つ作成されるファイルで、出来高レセプト情報)、外来 EF 統合ファイル (外来出来高レセプトの情報) H ファイル (患者の重症度や医療・看護の必要度合を記した看護情報ファイル) で構成されている。各ファイルの共通として、データ識別番号、入退院年月日、データ区分が記載されている。

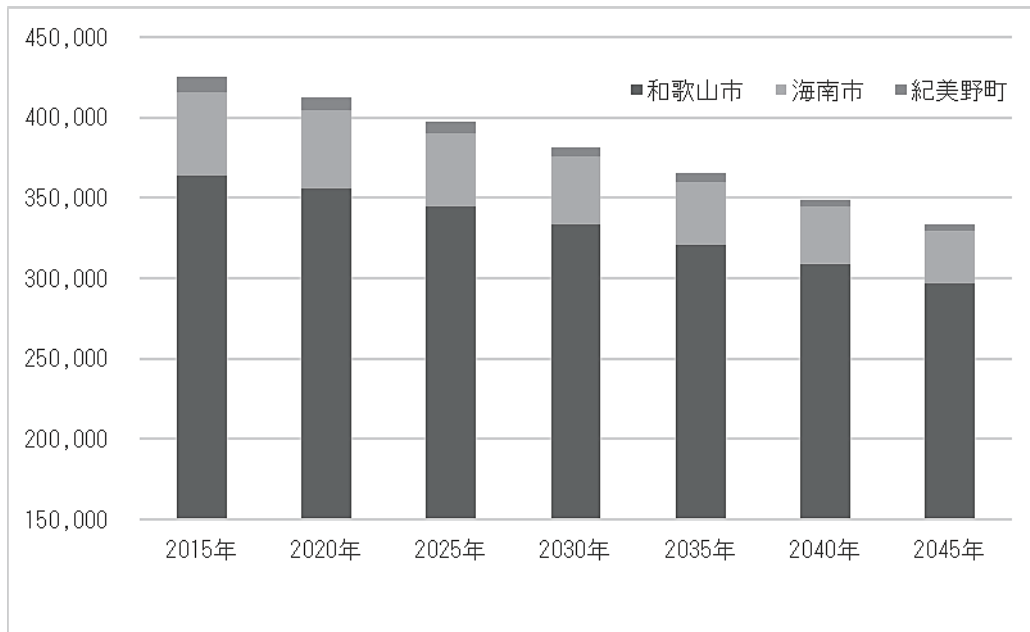


図1 和歌山医療圏の総人口推計 (筆者作成)

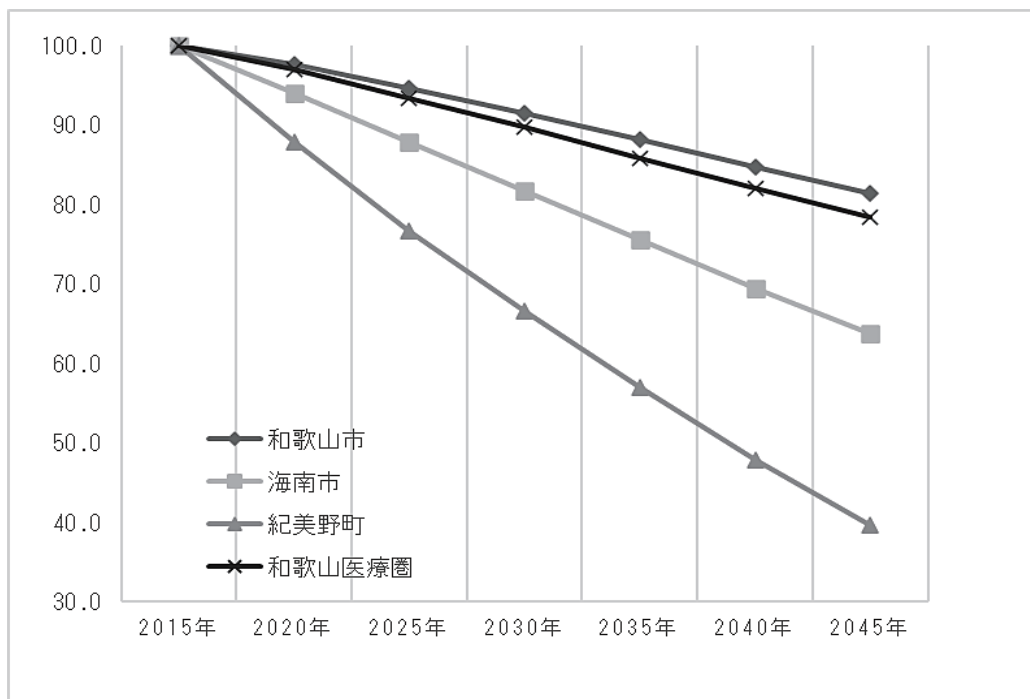


図2 和歌山医療圏（和歌山市・海南市・紀美野町）の総人口指数 (2015年を100とした場合) (筆者作成)

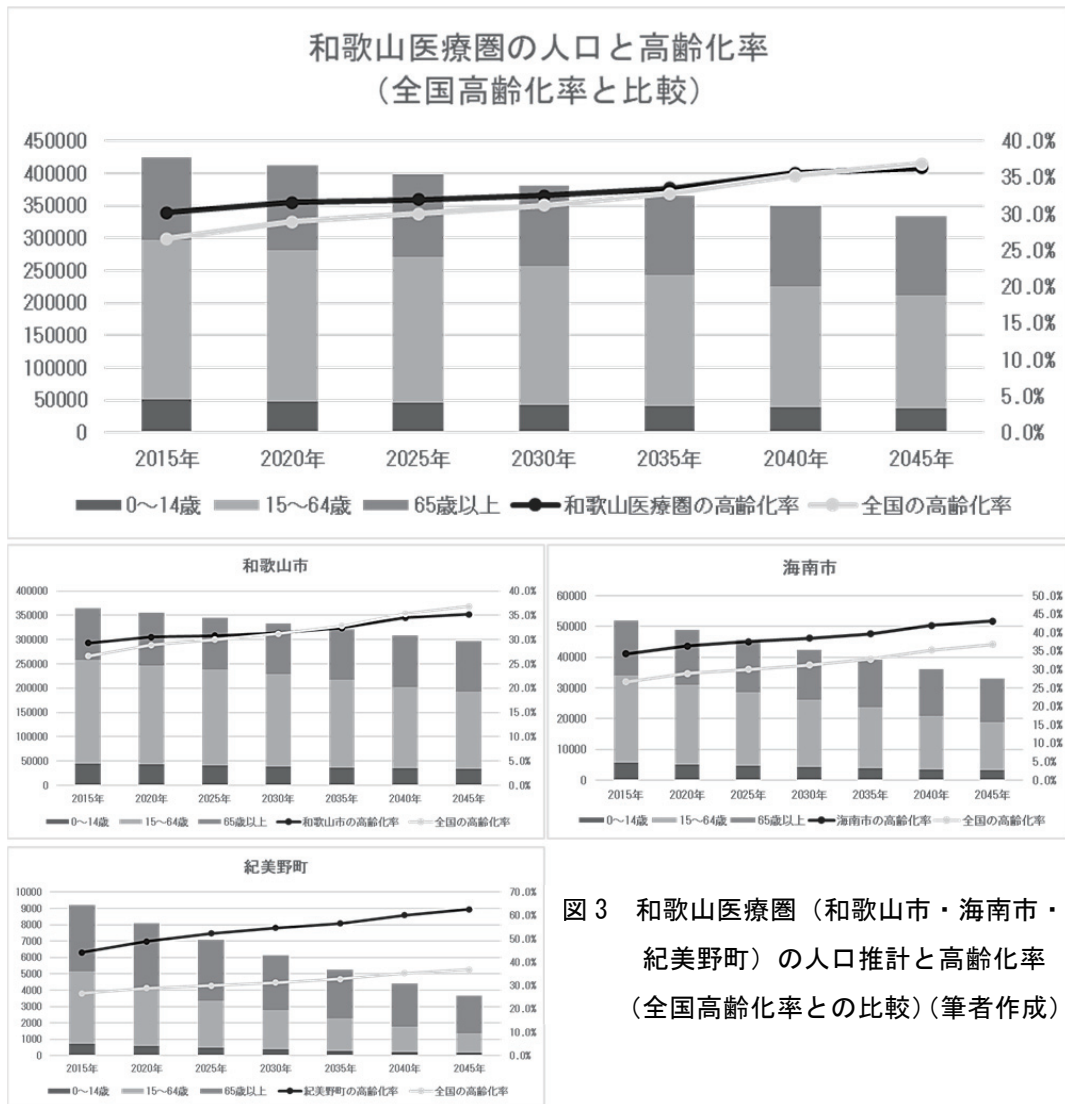


図3 和歌山医療圏（和歌山市・海南市・紀美野町）の人口推計と高齢化率（全国高齢化率との比較）（筆者作成）

4-2 和歌山医療圏の医療状況及び提供体制

日本医師会地域医療情報システムによると、和歌山医療圏における人口10万人あたりの病院数は10.11（全国平均6.65）、一般診療所109.83（全国平均71.57）、在宅療養支援診療所23.99（全国平均11.67）、在宅療養支援病院3.06（全国平均1.17）と全国平均を上回っている。

介護施設数についても23.24（全国平均14.11）と平均を上回っている（表1）。他医療圏の状況も概ね医療・介護施設数は全国平均を上回っているが、医師、歯科医師、薬剤師数については、全国平均を下回っている。

4-3 和歌山医療圏の受療動向

和歌山県の死亡要因は、死因順位の第1位は悪性新生物、第2位は心疾患、第3位は老衰であり、全死亡者に占める割合は、それぞれ25.7%、7.3%、9.3%となっている（図5）。

和歌山医療圏内の受療動向について、厚生労働省「患者調査の概況 受療率」と年齢(5歳)階級別データ「日本の地域別将来推計人口」から推計した（表2）。2015年をピークに人口減少とともに受療率も減少している。死亡要因として高い悪性新生物に関しても減少傾向である。

和歌山県及び和歌山医療圏におけるMDC別患者数（2016年）を見ると、MDC06「消化器疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患」、MDC04「呼吸器系疾患」、MDC05「循環器系疾患」が上位を占めている（図6）。

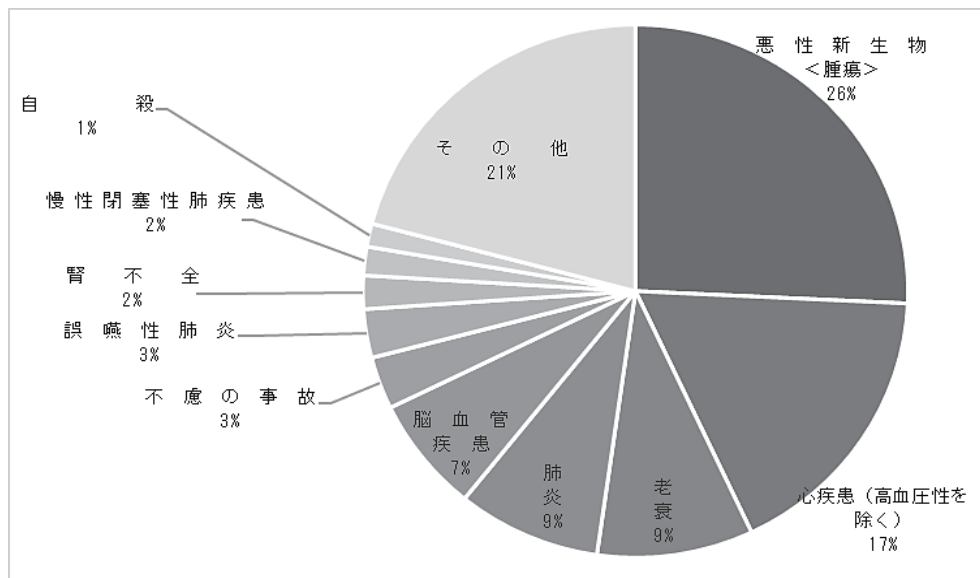
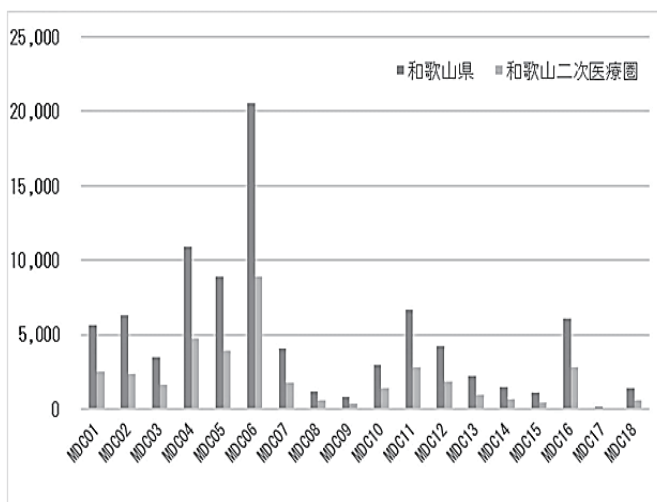


図5 平成29年度和歌山県死亡要因（筆者作成）



- MDC01 神経系疾患
- MDC02 眼科系疾患
- MDC03 耳鼻科系疾患
- MDC04 呼吸器系疾患
- MDC05 循環器系疾患
- MDC06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患
- MDC07 筋骨格系疾患
- MDC08 皮膚・皮下組織の疾患
- MDC09 乳房の疾患
- MDC10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患
- MDC11 腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患
- MDC12 女性生殖系疾患及び産褥期疾患、異常妊娠分娩
- MDC13 血液・造血器・免疫臓器の疾患
- MDC14 新生児疾患、先天性奇形
- MDC15 小児疾患
- MDC16 外傷・熱傷・中毒
- MDC17 精神疾患
- MDC18 その他

図6 医療圏別 MDC 患者数 (筆者作成)

表 2 和歌山医療圏内の受療動向推計

| | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2030年 | 2035年 | 2040年 | 2045年 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 総数 | 4,911 | 4,763 | 4,591 | 4,409 | 4,220 | 4,032 | 3,850 |
| I 感染症及び寄生虫症 | 72 | 70 | 68 | 65 | 62 | 59 | 57 |
| II 新生物 | 540 | 524 | 505 | 485 | 464 | 443 | 423 |
| III 血液及び造血器の疾患並びに 免疫機構の障害 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 14 | 13 |
| IV 内分泌、栄養及び代謝疾患 | 149 | 144 | 139 | 134 | 128 | 122 | 117 |
| V 精神及び行動の障害 | 897 | 870 | 839 | 805 | 771 | 737 | 703 |
| VI 神経系の疾患 | 383 | 371 | 358 | 344 | 329 | 314 | 300 |
| VII 眼及び付属器の疾患 | 51 | 49 | 48 | 46 | 44 | 42 | 40 |
| VIII 耳及び乳様突起の疾患 | 13 | 12 | 12 | 11 | 11 | 10 | 10 |
| IX 循環器系の疾患 | 846 | 821 | 791 | 760 | 727 | 695 | 663 |
| X 呼吸器系の疾患 | 417 | 404 | 390 | 374 | 358 | 342 | 327 |
| X I 消化器系の疾患 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| X II 皮膚及び皮下組織の疾患 | 68 | 66 | 64 | 61 | 58 | 56 | 53 |
| X III 筋骨格系及び結合組織の疾患 | 332 | 322 | 310 | 298 | 285 | 272 | 260 |
| X IV 腎尿路生殖器系の疾患 | 251 | 243 | 235 | 225 | 216 | 206 | 197 |
| X V 妊娠、分娩及び産じょく | 47 | 45 | 44 | 42 | 40 | 38 | 37 |
| X VI 周産期に発生した病態 | 13 | 12 | 12 | 11 | 11 | 10 | 10 |
| X VII 先天奇形、変形及び染色体異常 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 14 | 13 |
| X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常 検査所見で他に分類されないもの | 94 | 91 | 87 | 84 | 80 | 77 | 73 |
| X IX 損傷、中毒及びその他の外因の 影響 | 629 | 610 | 588 | 565 | 541 | 517 | 493 |
| X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び 保健サービスの利用 | 77 | 74 | 72 | 69 | 66 | 63 | 60 |

(注：「患者調査の概況 受療率」と「日本の地域別将来推計人口」より筆者作成)

4-4 和歌山市の救急搬送数とその概要

和歌山市の救急搬送数は、2018年は前年（2017年）と比較し、689件増の20,554件、搬送人員は531人増の18,491人であった（図7）。そのうち高齢者の救急搬送数の割合は年々増加している。

和歌山医療圏内の月別の救急搬送件数の年次推移（図9）では、A病院はほかの病院と比較し、件数が多い。急性期病院であるA病院とB病院で和歌山医療圏内の救急搬送の過半数を受け入れている。

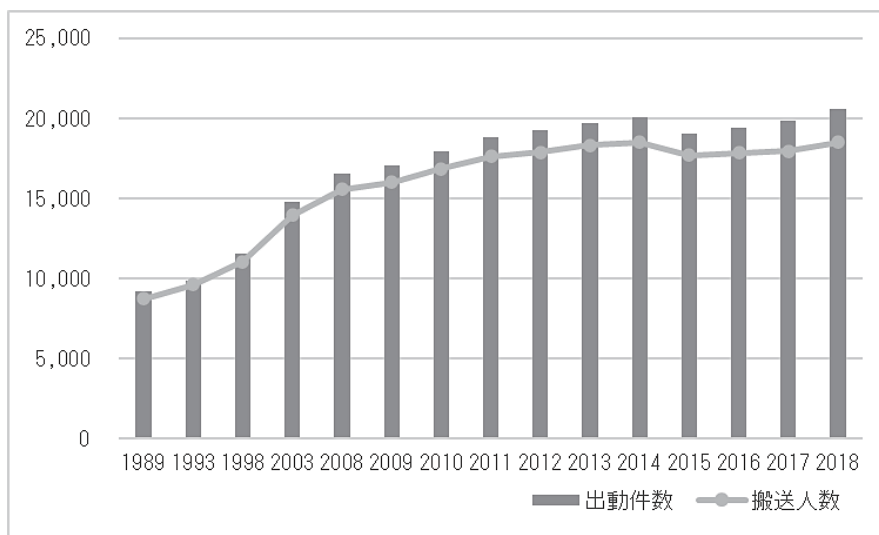


図7 和歌山市救急搬送数（平成30年火災・救急・救助統計より作成）

| | 0~10歳 | 11~20歳 | 21~60歳 | 61歳以上 |
|--------------------------|-------|--------|--------|------------------|
| 平成10年 搬送者数 11,049人 | 7.7% | 8.9% | 45.1% | 38.3% |
| 平成20年 搬送者数 15,563人 | 少年 | 成人 | 42.4% | 高齢者（65歳以上） 48.8% |
| 平成29年 搬送者数 17,960人 | 少年 | 成人 | 33.2% | 高齢者（65歳以上） 58.9% |
| 平成30年 搬送者数 18,491人 | 少年 | 成人 | 33.1% | 高齢者（65歳以上） 59.2% |

※新生児・乳児 4.8%、少年 4.0%
 ※新生児・乳児 4.1%、少年 3.8%
 ※新生児・乳児 3.9%、少年 3.7%

※平成10年は、統計の集計区分が現在と違います。

年齢別傷病者の割合（前年・10・20年前比較）

図8 和歌山市救急搬送数年齢構成（平成30年火災・救急・救助統計より引用）

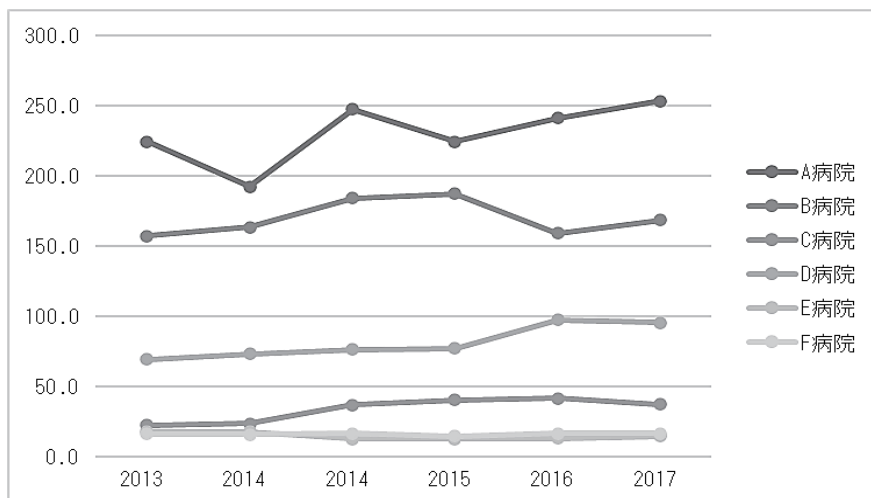


図9 病院別、月別救急搬送件数

(平成29年度DPC導入の影響に係る調査「退院患者調査」を用いて著者作成)

5. A病院の二次医療圏における位置づけ

5-1 A病院のポジショニング分析

厚生労働省では、DPC制度導入の影響調査として、各病院のMDC（主要診断群）別の「平均在院日数」「患者構成の指標」「在院日数の指標」を算出している⁴。

ポジショニング分析は、急性期病院の総合力と医療水準の2軸で考えられている。総合力指標として横軸に二次医療圏シェア、縦軸に患者構成指標を縦軸にしている。二次医療圏シェアの平均値と患者構成指標1.0を境界線とし4象限に分け、それぞれを「専門特化型急性期病院」「ハイパー型急性期病院」「プライマリ型急性期病院」「地域No.1型急性期病院」としている。

⁴ 患者構成指標は「当病院のDPC毎の平均在院日数を全国平均に合わせた上で再計算したMDC別平均在院日数」を「全国平均のMDC別平均在院日数」で除し算出する。患者構成指標が1よりも大きい病院は、治療に長期間を要する傷病の患者の割合が平均よりも多いと判断できる。

在院日数指標は、「全国平均のMDC別平均在院日数」を「当病院のDPC毎の患者構成を全国平均に合わせて再計算したMDC別平均在院日数」で除し算出する。数値が大きいほど、同じ傷病を治療する場合の平均在院日数が短いことを表している。）

病院情報局 DPC 統計から、和歌山医療圏のポジショニング分類を行った。A 病院の医療圏シェアは 32.7%、患者構成指標は 1.06、在院日数指標は 1.22 であった。同医療圏内の急性期病院の B 病院の医療圏シェアは 28.7%、患者構成指標は 1.16、在院日数指標は 1.03 であった。患者構成指数は数値が高いほど在院日数が長い複雑な傷病の患者割合が大きいと言われている。

急性期病院の A 病院、B 病院がハイパー急性期病院として位置づけられた。和歌山県の各医療圏についてもポジショニング分析を行ったが、医療圏シェア、患者構成指標の高い病院は 1~2 施設であった。特に紀南地域に向かうにつれ、医療機関数が減少し、患者が選択する病院も限られてくる。

5-2 A 病院と B 病院の比較

A 病院と B 病院は、約 5km 圏内に位置しており、ともに救命救急センターを有している総合病院である。全項でも述べたように和歌山医療圏内の医療圏シェアの 60%を占めている。医療従事者は、医師数は B 病院が圧倒的に多く、看護指数は A 病院が多い。医師・看護数の合計は、B 病院が多い（表 3）。

表 3 A 病院と B 病院の基本情報（病院情報局のデータより著者作成）

| | 総病床数 (一般病床数) | 診療科数 | 医師数 (常勤) | 看護師数 (常勤) | 入院患者数 (1日平均) | 外来患者数 (1日平均) |
|-----|-----------------|------|-------------|--------------|-----------------|-----------------|
| A病院 | 873(865) | 32 | 252.6人 | 822.1人 | 615人 | 1,297人 |
| B病院 | 800(760) | 26 | 556.3人 | 615.2人 | 627人 | 1,534人 |

5-3 MDC ポートフォリオ分析

二次医療圏における疾患別シェアを分析することで、他施設との差別化が明確になるのではないかと考えた。プロダクト・ポートフォリオ・マネジメント (PPM)⁵ という分析手法を用いて、A 病院と急性期病院として競合していると考えられる B 病院の

⁵ ポストン・コンサルティング・グループが 1970 年代に提唱した経営分析のフレームワーク。企業のそれぞれ独立した事業において、利益の出しやすさ、投資の必要性などの観点から余剰な経営資源を見出し、どこにどれだけ分配するかを決定するために用いられる。MDC 別医療圏シェアを横軸に、効率性指数（在院日数指標）を縦軸にとり分析する。分析では、以下の 4 つのポジションに分ける。

(1) 花形 (Star)：市場成長率、シェアともに高い花形。ライバルも多く、シェア維持のための継続した投資が必要。
(2) 金のなる木 (Cash Cow)：市場成長率は低い、シェアが高い。大きな利益を得られる反面、今後は衰退する可能性もあり、他事業への投資資金源にしたい。

(3) 問題児 (Question Mark)：市場成長率が高いが、シェアが低い。競争が激しく、大きな投資の割に、見合う利益が得られない可能性もある。スターにも負け犬にもなりうる領域。効率を改善すべきである。

(4) 負け犬 (Dog)：市場成長率、シェアともに低い。撤退を検討すべき領域。

現状を確認する。

A病院のポートフォリオ分析から見ると、A病院は効率改善の必要な分野はあるものの、総合的にバランスのとれた病院であることがわかる。一方、B病院のポートフォリオ分析を見ると、花形分野と言われる分野は専門性の高い分野であることがわかる。B病院のシェア拡大と効率改善すべき分野に対して、B病院がマーケティングや地域連携をさらに強化することで、A病院の集患に影響を及ぼすことが考えられる(図10)。

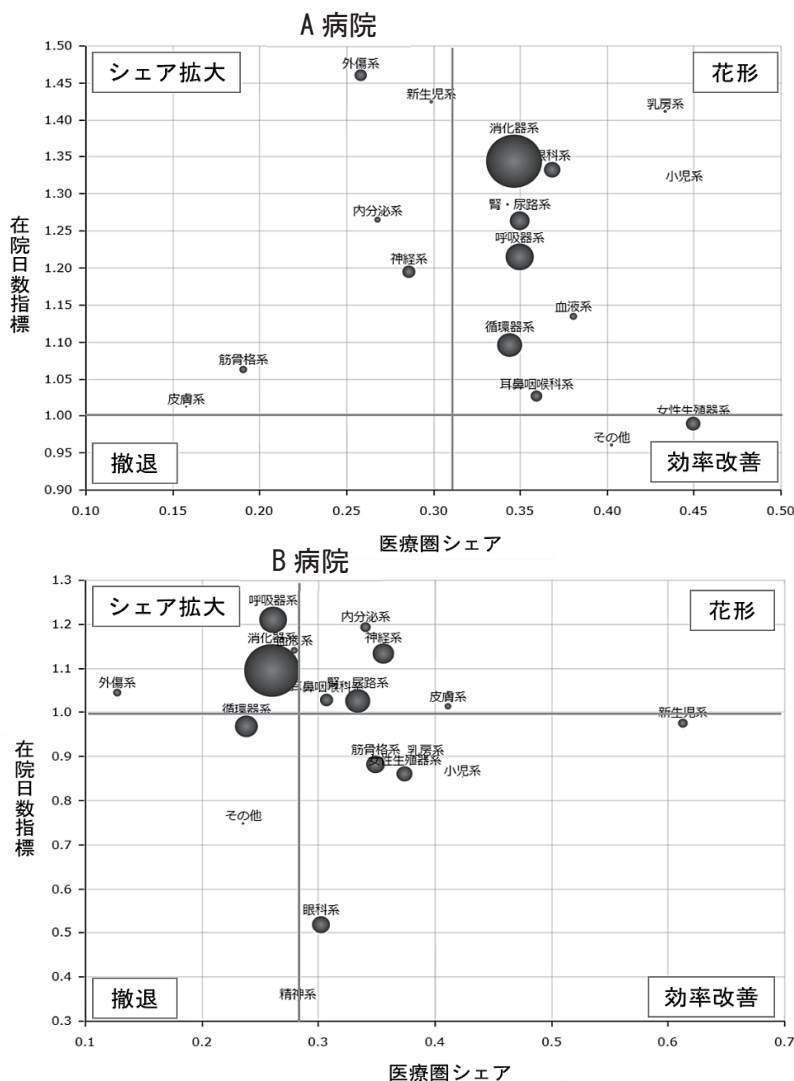


図10 MDC別ポートフォリオ分析(出典:病院情報局のデータより著者作成)

6. A病院の患者構成

A病院の患者構成を分析するために、2019年4月から2020年3月までのDPCデータの入院患者延べ21,410人のデータを用いた（2020年4月以降入院継続している患者は2020年3月末のデータとしている）。入院患者のうち65歳以上は61.4%、75歳以上は36.2%を占めている。

複数回入院となった入院患者数は5,681人であった。救急・予定外入院は、複数回入院患者のうち、救急入院となった患者は1,081人であった。

6-1 傷病別患者の状況

DPC様式1ファイルの主傷病ICD10コードを用いて、主傷病名大分類を抽出した。全入院患者で一番多かったのは、新生物の30.89%で、次いで循環器系疾患15.76%、消化器系疾患が12.22%であった（表4）。前期高齢者、後期高齢者を比較すると、新生物、循環器系疾患、消化器系疾患、呼吸器系疾患、眼及び付属器疾患が増加している。主傷病名では、65-74歳以下では悪性新生物が上位を占め、75歳以上ではうっ血性心不全が1位であった（表5）。

表4 A病院の傷病別（ICD大分類）患者構成

| 傷病名（ICD10） | 全入院患者 | 64歳以下 | 65-74歳 | 75歳以上 |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|
| 感染症及び寄生虫症 | 1.73% | 2.09% | 0.86% | 1.73% |
| 新生物 | 30.89% | 26.43% | 16.41% | 27.49% |
| 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | 0.58% | 0.71% | 0.29% | 0.57% |
| 内分泌、栄養及び代謝疾患 | 1.98% | 2.38% | 1.10% | 1.60% |
| 精神及び行動の障害 | 0.07% | 0.16% | 0.05% | 0.03% |
| 神経系の疾患 | 2.11% | 2.85% | 1.20% | 1.61% |
| 眼及び付属器の疾患 | 6.16% | 3.41% | 2.55% | 8.03% |
| 耳及び乳様突起の疾患 | 0.99% | 1.86% | 0.67% | 0.36% |
| 循環器系の疾患 | 15.76% | 8.73% | 5.99% | 22.44% |
| 呼吸器系の疾患 | 7.38% | 10.07% | 3.79% | 7.01% |
| 消化器系の疾患 | 12.22% | 11.59% | 5.78% | 13.38% |
| 皮膚及び皮下組織の疾患 | 0.65% | 0.01% | 0.00% | 0.46% |
| 筋骨格系及び結合組織の疾患 | 2.47% | 2.46% | 1.18% | 2.64% |
| 腎尿路生殖器系の疾患 | 5.63% | 7.22% | 3.02% | 4.91% |
| 妊娠、分娩及び産じょく | 2.13% | 5.53% | 1.67% | 0.00% |
| 周産期に発生した病態 | 1.31% | 3.40% | 1.03% | 0.00% |
| 先天奇形、変形及び染色体異常 | 0.46% | 1.06% | 0.36% | 0.01% |
| 他に分類されないもの | 0.42% | 0.84% | 0.28% | 0.17% |
| 損傷、中毒及びその他の外因の影響 | 7.03% | 8.15% | 3.36% | 7.56% |
| 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用 | 0.02% | 0.01% | 0.01% | 0.00% |

表 5 A 病院の主傷病名（上位 15）

| | 全入院患者 | | | 64-75歳以下 | | | 75歳以上 | | |
|----|-----------|-----|------|-----------|-----|------|-----------|-----|------|
| | 傷病名 | N | % | 傷病名 | N | % | 傷病名 | N | % |
| 1 | うっ血性心不全 | 423 | 2.1% | 胃体部癌 | 120 | 2.4% | うっ血性心不全 | 304 | 4.2% |
| 2 | 膀胱癌 | 323 | 1.6% | 膀胱癌 | 112 | 2.2% | 左老人性初発白内障 | 183 | 2.5% |
| 3 | 右老人性初発白内障 | 313 | 1.6% | 直腸癌 | 95 | 1.9% | 右老人性初発白内障 | 182 | 2.5% |
| 4 | 左老人性初発白内障 | 294 | 1.5% | 右老人性初発白内障 | 95 | 1.9% | 膀胱癌 | 156 | 2.2% |
| 5 | 胃体部癌 | 280 | 1.4% | 左老人性初発白内障 | 84 | 1.7% | 誤嚥性肺炎 | 127 | 1.8% |
| 6 | 末期腎不全 | 220 | 1.1% | うっ血性心不全 | 76 | 1.5% | 胃体部癌 | 110 | 1.5% |
| 7 | 直腸癌 | 216 | 1.1% | 総胆管結石 | 68 | 1.4% | 来院時心肺停止 | 99 | 1.4% |
| 8 | 総胆管結石 | 212 | 1.1% | S状結腸癌 | 66 | 1.3% | 総胆管結石 | 83 | 1.2% |
| 9 | S状結腸癌 | 179 | 0.9% | 末期腎不全 | 62 | 1.2% | 末期腎不全 | 83 | 1.2% |
| 10 | 誤嚥性肺炎 | 171 | 0.9% | 右上葉肺癌 | 56 | 1.1% | 肝細胞癌 | 77 | 1.1% |
| 11 | 狭心症 | 150 | 0.8% | 大腸ポリープ | 54 | 1.1% | 癒着性イレウス | 76 | 1.1% |
| 12 | 癒着性イレウス | 146 | 0.7% | 狭心症 | 53 | 1.1% | 狭心症 | 67 | 0.9% |
| 13 | 大腸ポリープ | 145 | 0.7% | 右下葉肺癌 | 50 | 1.0% | 骨髄異形成症候群 | 63 | 0.9% |
| 14 | 来院時心肺停止 | 144 | 0.7% | 膝頭部癌 | 49 | 1.0% | 細菌性肺炎 | 59 | 0.8% |
| 15 | 肝細胞癌 | 136 | 0.7% | 労作性狭心症 | 49 | 1.0% | 急性胆管炎 | 58 | 0.8% |

6-2 入院患者の入退院の状況（ケアサイクルの実態）

一般入院、複数回入院、救急入院、複数回入院した患者で救急入院となった患者について、64歳以上、75歳以上を対象に平均入院回数と平均入院期間を算出した（表6）。入院患者のケアサイクルについては、入院回数は複数回入院のほうが多く、入院期間は救急入院のほうが長かった。

また、複数回入院の背景をみると、救急受診をして入院となるケースが838例あり、これは救急入院件数の11.6%を占めていた。

表 6 平均入院回数・平均入院期間

| | 一般入院患者 | | 複数回入院患者 | | 救急入院患者 | | 複数回×救急入院患者 | |
|------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|------------|-------|
| | 65-74歳 | 75歳以上 | 65-74歳 | 75歳以上 | 65-74歳 | 75歳以上 | 65-74歳 | 75歳以上 |
| 入院回数 | 1.6 | 1.4 | 2.8 | 2.7 | 1.1 | 0.7 | 2.2 | 2.2 |
| 入院期間 | 9.0 | 10.4 | 12.1 | 12.5 | 16.9 | 17.2 | 16.6 | 15.7 |

6-3 入院患者の入院経路と退院先

入院患者の入院経路のほとんどは家庭からの入院がほとんどである。入院患者の退院先をみると、家庭への退院は一般入院では94%であるが、複数回入院で救急入院となった患者は家庭への退院が62.6%と低下し、特に75歳の区分でみると、53.8%と低下している。また他の病院・診療所への退院（転院）が増加していることから、家庭への退院ができない患者は転院していることが推測される（表7）。

表7 入院患者の入院経路と退院先

| | 全入院 | 一般入院 | 救急・ 予定外入院 | 複数回入院 | 複数回× 救急入院 | 複数回× 救急入院 65-74歳 | 複数回× 救急入院 75歳以上 |
|------------------|-------|-------|--------------|-------|--------------|------------------------|-----------------------|
| 家庭からの入院 | 97.5% | 99.6% | 94.5% | 98.9% | 96.2% | 98.4% | 94.5% |
| 他の病院・診療所の病棟からの転院 | 0.8% | 0.3% | 1.5% | 0.6% | 1.9% | 1.6% | 2.2% |
| 介護施設・福祉施設に入所中 | 0.5% | 0.1% | 1.2% | 0.4% | 1.9% | - | 3.1% |
| 院内で出生 | 1.1% | 0.0% | 2.7% | 0.1% | - | - | - |
| その他 | 0.0% | 0.0% | 0.1% | 0.0% | 0.1% | - | 0.2% |

| | 全入院 | 一般入院 | 救急・ 予定外入院 | 複数回入院 | 複数回× 救急入院 | 複数回× 救急入院 65-74歳 | 複数回× 救急入院 75歳以上 |
|--------------------------|-------|-------|--------------|-------|--------------|------------------------|-----------------------|
| 家庭への退院（当院に通院） | 70.2% | 81.9% | 52.4% | 70.2% | 52.9% | 56.1% | 45.1% |
| 家庭への退院 （ほかの病院・診療所に通院） | 10.7% | 11.5% | 9.6% | 10.7% | 7.9% | 5.7% | 7.7% |
| 家庭への退院（その他） | 2.2% | 0.6% | 4.6% | 2.2% | 1.8% | 0.8% | 1.1% |
| 他の病院・診療所への退院 | 8.8% | 2.3% | 18.7% | 8.8% | 16.8% | 13.1% | 23.1% |
| 介護老人福祉施設に入所 | 0.3% | 0.1% | 0.6% | 0.2% | 0.7% | - | 1.3% |
| 介護老人保健施設に入所 | 0.2% | 0.0% | 0.6% | 0.3% | 0.5% | 0.4% | 0.7% |
| 社会福祉施設・有老人ホーム などに入所 | 0.1% | 0.0% | 0.2% | 0.1% | 0.2% | - | 0.4% |
| 終了（死亡等） | 7.3% | 3.5% | 13.2% | 7.3% | 18.9% | 23.4% | 20.3% |
| その他 | 0.1% | 0.0% | 0.3% | 0.1% | 0.4% | 0.4% | 0.4% |

6-4 A 病院の救急受診の現状

A 病院の救急受診数は、2019 年は 22,784 件（救急搬送 7,480 件、自己来院 14,538 件、その他 766 件）であった。2009 年から救急受診数は 2012 年をピークに減少したが、2015 年からは横ばいである。入院率は増加し、2019 年では 31.6%となっている。救急受診後の入院は、6,025 人であり、A 病院の延べ入院患者数の 28.1%を占めている。

救急入院の傷病区分は外因性 38%、内因性 26%である。外因性の詳細は頭部外傷 21%、体幹部外傷 10%、四肢外傷 15%が主である。内因性の詳細は消化器系疾患 30%、呼吸器系疾患 21%、脳神経系疾患 18%、循環器系疾患が 17%となっている（図 11）。

救急入院患者の主傷病名大分類（表 8）をみると、循環器系疾患、呼吸器疾患、腎尿路生殖器系疾患が多く、後期高齢者（75 歳以上）層でも増加している。

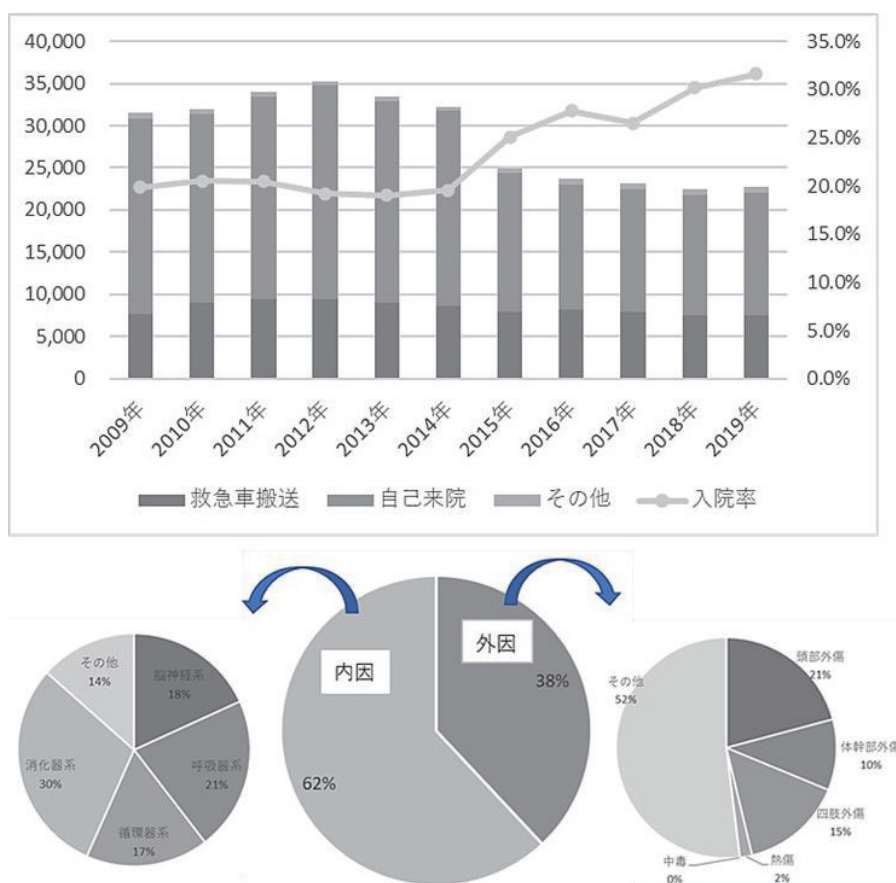


図 11 A 病院 救急受診件数・入院率・入院傷病区分

表 8 A 病院の救急入院×複数回入院 傷病別（大分類）患者構成

| 傷病名（ICDコード） | 65歳未満 | | 65-74歳 | | 75歳以上 | |
|--------------------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|---------------|
| | 救急入院 | 救急入院 複数回入院 | 救急入院 | 救急入院 複数回入院 | 救急入院 | 救急入院 複数回入院 |
| 感染症及び寄生虫症 | 3.56% | 4.76% | 3.55% | 1.61% | 2.99% | 0.00% |
| 新生物 | 5.45% | 12.50% | 10.64% | 30.65% | 6.14% | 24.76% |
| 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | 0.94% | 1.79% | 0.52% | 3.23% | 0.89% | 0.00% |
| 内分泌、栄養及び代謝疾患 | 2.57% | 1.19% | 2.16% | 3.23% | 1.97% | 1.90% |
| 精神及び行動の障害 | 0.05% | 1.19% | 0.00% | 0.00% | 0.07% | 0.00% |
| 神経系の疾患 | 2.57% | 4.17% | 3.03% | 1.61% | 2.33% | 0.00% |
| 眼及び付属器の疾患 | 0.21% | 0.00% | 0.09% | 0.00% | 0.03% | 0.95% |
| 耳及び乳様突起の疾患 | 0.21% | 0.00% | 0.09% | 0.00% | 0.16% | 0.00% |
| 循環器系の疾患 | 18.66% | 2.98% | 30.28% | 6.45% | 32.32% | 19.05% |
| 呼吸器系の疾患 | 11.95% | 28.57% | 10.38% | 12.90% | 13.73% | 15.24% |
| 消化器系の疾患 | 22.64% | 9.52% | 22.15% | 27.42% | 19.31% | 20.95% |
| 皮膚及び皮下組織の疾患 | 1.05% | 4.76% | 0.26% | 0.00% | 0.56% | 0.00% |
| 筋骨格系及び結合組織の疾患 | 1.73% | 2.38% | 1.64% | 1.61% | 1.61% | 0.00% |
| 腎路生殖器系の疾患 | 5.50% | 10.12% | 5.19% | 8.06% | 5.45% | 10.48% |
| 妊娠、分娩及び産じょく〈褥〉 | 4.51% | 4.76% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 周産期に発生した病態 | 0.79% | 6.55% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 先天奇形、変形及び染色体異常 | 0.21% | 0.00% | 0.09% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| 他に分類されないもの | 1.26% | 0.60% | 0.17% | 0.00% | 0.23% | 0.00% |
| 損傷、中毒及びその他の外因の影響 | 16.09% | 4.17% | 9.69% | 3.23% | 12.22% | 6.67% |
| 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用 | 0.05% | 0.00% | 0.09% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |

6-4 来院時の緊急度調査（院内トリアージ）

救急外来受診時には、トリアージナースによる院内トリアージ⁶が行われ、緊急度・優先度を評価する（図 12）。複数回入院患者のうち、救急受診を経て、入院となった件数は全体の 689 件となっている。

このうち、救急搬送時のトリアージレベル 1 が 11.4%、トリアージレベル 2 が 26.5%、トリアージレベル 3 が 25.4%、トリアージレベル 4 が 2.4%、トリアージレベル 5 が 0.1%であった。64 歳から 74 歳以下群、75 歳以上群でみると、トリアージレベル 2 と 3 で約 80%を占めている。傷病別においても 64 歳から 74 歳以下群では、消化器系疾患、循環器疾患、呼吸器疾患が多い結果となった（表 9）。

⁶ 院内トリアージには、日本臨床救急医学会の JTAS（Japan Triage and Acuity Scale）ツールを使用している。院内トリアージは、診療報酬上の基準である救急医療に関する 3 年以上の経験を有する専任の看護師により実施する。A 病院では、実施したトリアージ評価を毎日行い、トリアージの精度を上げている。院内トリアージは、夜間、休日または深夜に受診した初診患者に対して実施するものであるが、A 病院では救急外来に受診する患者すべてに実施し、緊急度、優先度を判断し、診療に活用している。

| | | | |
|------|-----|-------------|---------------------------------|
| レベル1 | 蘇生 | 直ちに診療・治療が必要 | 心停止、重症外傷、痙攣持続、高度な意識障害、重篤な呼吸不全など |
| レベル2 | 緊急 | 10分以内に診察が必要 | 心原性胸痛、激しい頭痛、腹痛、中等度の意識障害、など |
| レベル3 | 準緊急 | 30分以内に診察が必要 | 症状のない高血圧、痙攣後の状態（意識回復）など |
| レベル4 | 低緊急 | 1時間以内に診察が必要 | 尿路感染症、縫合を必要とする創傷（止血済） |
| レベル5 | 非緊急 | 2時間以内に診察が必要 | 軽度のアレルギー反応、縫合を要さない外傷など |

図 12 JTAS (Japan Triage and Acuity Scale) ツール

表 9 A 病院の救急入院×複数回入院 傷病別トリアージレベル

| トリアージレベル | 65-74歳 | | | | | 75歳以上 | | | | |
|----------------------|--------|-------|-------|------|------|-------|-------|-------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 感染症及び寄生虫症 | 2.3% | 3.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 1.0% | 1.6% | 0.7% | 0.1% | 0.0% |
| 新生物 | 2.3% | 10.2% | 11.7% | 0.0% | 0.0% | 0.9% | 5.8% | 5.3% | 0.3% | 0.0% |
| 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.7% | 0.4% | 0.0% |
| 内分泌、栄養及び代謝疾患 | 0.0% | 2.3% | 2.3% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 1.5% | 0.6% | 0.0% | 0.0% |
| 精神及び行動の障害 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.3% | 0.0% | 0.0% |
| 神経系の疾患 | 3.9% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 1.6% | 1.2% | 0.9% | 0.0% | 0.0% |
| 耳及び乳様突起の疾患 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.1% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| 循環器系の疾患 | 5.5% | 7.0% | 3.1% | 0.0% | 0.0% | 6.1% | 8.0% | 6.1% | 0.1% | 0.0% |
| 呼吸器系の疾患 | 4.7% | 2.3% | 0.8% | 0.0% | 0.0% | 5.9% | 6.2% | 4.9% | 0.4% | 0.0% |
| 消化器系の疾患 | 0.8% | 5.5% | 20.3% | 1.6% | 0.0% | 0.9% | 10.5% | 12.9% | 1.5% | 0.0% |
| 皮膚及び皮下組織の疾患 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.1% | 0.4% | 0.0% | 0.0% |
| 筋骨格系及び結合組織の疾患 | 0.0% | 0.8% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.6% | 0.3% | 0.1% | 0.0% |
| 腎尿路生殖器系の疾患 | 0.8% | 2.3% | 3.9% | 0.0% | 0.0% | 0.4% | 3.3% | 2.4% | 0.1% | 0.0% |
| 周産期に発生した病態 | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.1% |
| 他に分類されないもの | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.1% | 0.0% | 0.0% |
| 損傷、中毒及びその他の外因の影響 | 0.0% | 0.8% | 1.6% | 0.0% | 0.0% | 0.3% | 1.2% | 2.8% | 0.4% | 0.0% |
| 全症例 | 20.3% | 34.4% | 43.8% | 1.6% | 0.0% | 17.4% | 40.1% | 38.6% | 3.7% | 0.1% |

6-5 看護必要度 B 項目と傷病別（複数回入院、複数回入院×救急入院）の関連

看護必要度 B 項目は患者の状態と看護職員などによる当日の介助の実施に関する評価点数であり、患者の ADL (Activities of Daily Living) を客観的に評価することができる。

表 10 は A 病院に入院となった患者の B 項目点数である。感染症及び寄生虫症、血液疾患、呼吸器系疾患、皮膚及び皮下組織の疾患については退院後 B 項目点数が増加していることから、ADL が低下したまま退院している患者がいることが推測される。

また複数回入院患者と救急入院との関連を見ると、複数回入院患者で救急入院した患者は、入退院を繰り返すごとに退院後 ADL を低下させ、退院している傾向がみられる（図 13）。

表 10 傷病名別（大分類）B 項目合計点数

| 傷病名（ICD10） | 一般入院患者 | | 複数回入院患者 | | 複数回×救急入院患者 | |
|----------------------|--------|------|---------|------|------------|------|
| | 入院日B | 退院日B | 入院日B | 退院日B | 入院日B | 退院日B |
| 感染症及び寄生虫症 | - | 0.6 | 3.0 | 5.0 | 3.0 | 5.0 |
| 新生物 | 3.2 | 1.2 | 3.0 | 1.1 | 2.0 | 2.7 |
| 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | - | - | 3.3 | 3.8 | 3.3 | 4.8 |
| 内分泌、栄養及び代謝疾患 | 0.0 | 0.0 | 1.6 | 0.7 | 1.6 | 1.0 |
| 神経系の疾患 | 4.0 | 0.5 | 2.1 | 1.7 | 2.3 | 1.7 |
| 循環器系の疾患 | 4.2 | 0.7 | 4.3 | 2.0 | 2.7 | 1.3 |
| 呼吸器系の疾患 | - | 2.5 | 1.6 | 2.0 | 1.6 | 2.0 |
| 消化器系の疾患 | 3.0 | 0.8 | 2.1 | 1.4 | 1.9 | 2.0 |
| 皮膚及び皮下組織の疾患 | - | 1.0 | 1.0 | 1.5 | 3.2 | 3.5 |
| 筋骨格系及び結合組織の疾患 | 2.7 | 2.5 | 2.0 | 1.0 | 2.0 | 1.0 |
| 腎尿路生殖器系の疾患 | 3.0 | 2.3 | 2.1 | - | 2.0 | - |
| 中央値 | 3.0 | 0.9 | 2.1 | 1.6 | 2.2 | 2.0 |
| 平均値 | 2.9 | 1.2 | 2.4 | 2.0 | 2.4 | 2.5 |
| 標準偏差 | 1.4 | 0.9 | 1.0 | 1.4 | 0.6 | 1.5 |

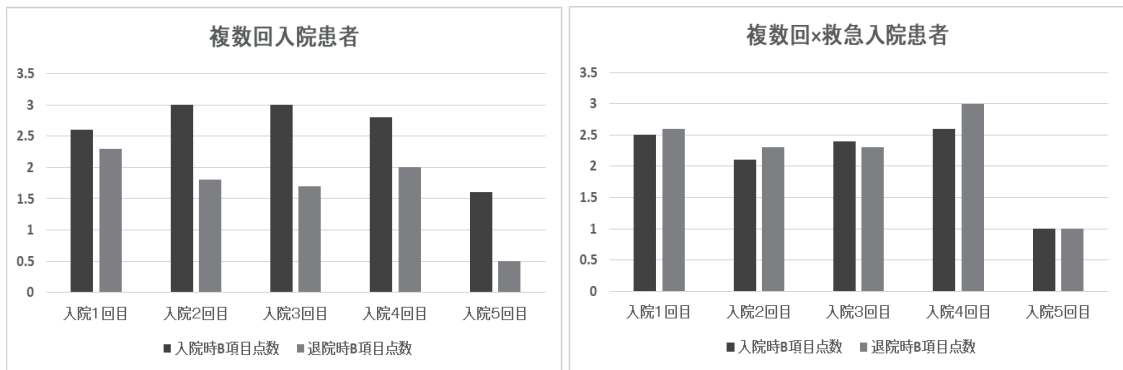


図 13 複数回入院患者、複数回×救急入院患者 B 項目点数

6-6 看護必要度 A 項目と C 項目の推移

A 病院では「重症度、医療・看護必要度Ⅱ⁷」にて A 項目と C 項目を評価している。必要度Ⅱは、A 項目は、すべて診療実績に基づいて算定される。

看護必要度 A 項目は「創傷処置」「呼吸ケア」「点滴ライン」「心電図モニター」「シリッジポンプ」「輸血や血液製剤」「専門的な治療・処置」「救急入院」の項目で評価をする。A 項目の点数が 0 点以上であることをもって、医療資源の投入を評価できることになる。一方、C 項目は手術や検査、麻酔等の項目である。

A 病院の全入院患者の看護必要度 A 項目と C 項目は、入院 2 日目で最大となり、低

⁷ 「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の A 項目と C 項目は、診療実績に基づいてレセプトコードで自動的に算定される。データは DPC の EF ファイルにあり、レセプト電算コードを用いて当該評価項目を評価する必要がある。今回、EF ファイルから A 項目と C 項目を抽出し、分析に用いた。

下し、入院7日以降の発生頻度は0.1%以下となる。救急入院患者の看護必要度A項目とC項目は初日から点数は高いが、入院7日以降は低下している。A、C項目ともにゼロの期間もあることから、診療実績がない入院となっている（図14）。

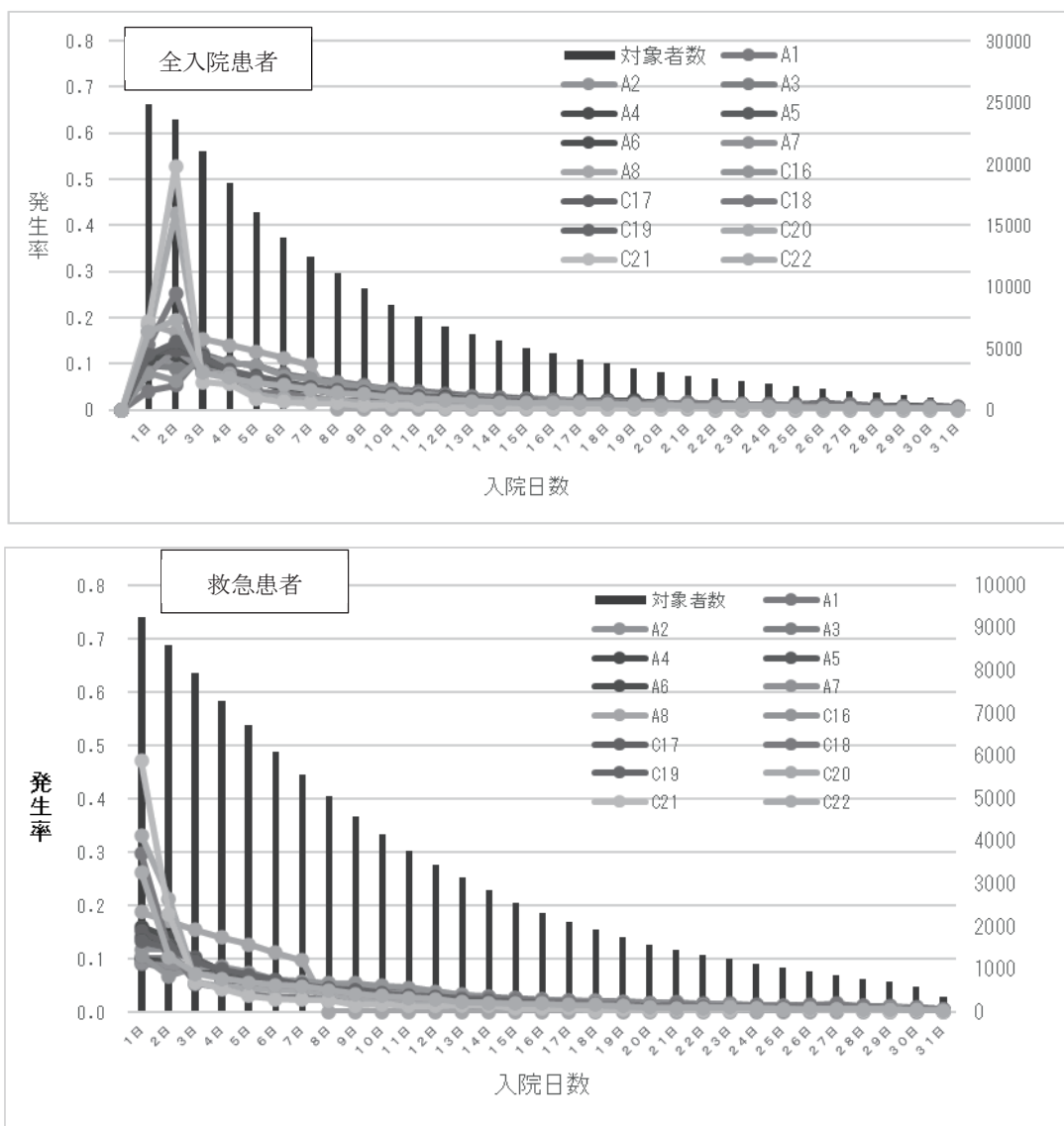


図14 看護必要度A項目とC項目の推移

7. 考察

7-1 A病院の課題

本節では、和歌山医療圏における地域医療分析を行うとともに、高度急性期病院であるA病院が救急医療体制を維持するための戦略について、地域医療構想におけるA病院の役割について、救急医療体制のあり方を踏まえて考察する。

和歌山医療圏をはじめとする和歌山県の人口は2040年に向けて大幅に減少する。同時に、少子高齢化も進む。このことは、高度急性期病院としての役割を持つA病院の経営にも大きな影響を及ぼす。現時点でA病院の入院患者のうち、複数回入院患者は全体の26.1%を占めており、そのうちの20%は救急受診を経ての入院となっている。また、これらの患者への医療資源を示す看護必要度のA項目とC項目からは、入院初日はそれぞれの点数は高いが徐々に減少することがわかった。さらに、患者の全身状態を示すB項目は、徐々に増加する傾向が示されていた。これらの傾向は、A病院の患者に高齢者の占める割合が高いことを示している。つまり、高齢患者は退院時にB項目点数が増加する傾向があるが、複数回入院によって、漸次、ADLを低下させ、入退院を繰り返している実態が初めて明らかにされたのである。

救急入院をしてくる複数回入院の高齢患者は約60%が退院しているが、入院時の傷病名は、うっ血性心不全、誤嚥性肺炎が多かった。入院の契機となった傷病名は、心不全の増悪、誤嚥性肺炎、脱水症もあり、病態は複雑化している。

複数回入院で救急受診を経て入院となった患者の来院時のトリアージ（緊急度）を見ると、緊急度は2~3で約70%を占めている。言い換えれば、来院時の状態に切迫性はなく、診察を待てる状態の患者がいると推察される。このような救急受診からの複数回の入院を繰り返す患者においては、原疾患の増悪も影響しているだろうが、在宅退院中の全身管理が不十分である可能性が高い。

今回のDPCデータの分析は、わずか1年分のデータであるため、厳密には、複数年のデータから検討しなければならないだろうが、今後、このような在宅での全身管理が不十分な患者が救急受診を経て入院を繰り返すという症例は増えると予測される。このような患者の増加が病院経営にどのような影響を及ぼすかについては、改めて検討する必要がある。

すなわち、A病院の地域医療の中での役割を鑑みると、このような患者は、もちろん受け入れざるをえない。特に単身高齢患者で、それほど逼迫した状態でなく、救急受診から入院する者は少ないとは言えない状況となりつつある。

救急患者への対応は、軽症であったとしても医師や看護師にとっては、大きな負担である。救急受診を本来の目的にそったものに変えるためには、当該患者の生活を安定させる多様なサービス体制が必須となる。この問題を解決するためには、A病院が、退院患者の状態情報を地域病院、在宅医療、訪問看護等との連携強化によって共有すること、この情報を基盤として、高度急性期病院と在宅をつなぐための仕組みを創ることは重要であり、この仕組みの中核として、A病院が看護小規模多機能居宅介護を活用し、在宅療養への支援を実現できるかを検討した。

7-2 看護小規模多機能型居宅介護との連携

和歌山県地域医療構想では「①病床の機能の分化及び連携の推進」「②在宅医療の充実」「③医療従事者の確保・養成」などについて、医療の課題を抽出し、その課題解決のために取り組むべき将来の施策等の方向性を示している。在宅医療の充実を図るために、地域密着型協力病院⁸（急性期とのつなぎ、在宅への退院支援、入院、往診でかかりつけ医の支援を主としている）を指定している。

患者の療養環境は、病院等医療施設にとどまらず、高齢者施設、居宅等へと拡大している。在院日数の短縮や医療の高度化により、従来は医療施設で行われていた医療ケアが居宅でも行われるようになり、今後更に医療・看護ケアを必要とする人々が居宅へと生活の場を移行していくことが推測される。

平成30年度介護保険事業状況報告（年報）によると、和歌山県では、累計457,426人が何らかの居宅介護（介護予防）サービスを受けており、要介護3～5の利用者は31.3%であった。その中で、医療・看護ケアを必要とする利用者も多くいるのではないかと考えられる。

今回の分析結果からは、入院経路と退院先が自宅（在宅）の患者が多いことが示されていた。在宅医療の利用の有無は明らかにできなかったが、退院時に医療ケアが必要な患者は転院することが多い。

しかし、今も患者や家族の意向により、在宅医療や訪問看護を受けることができる

⁸ 和歌山県ではかかりつけ医等の在宅医療の後方支援機能の役割を担う病院を県独自に「地域密着型協力病院」として指定している。「地域包括ケア病床等の回復期機能病床を保有する病院である」「在宅医療サポートセンターに後方支援病院として登録する」「在宅医療サポートセンターに登録するかかりつけ医からの入院要請に応じて、急変時等に在宅療養患者を入院させる」「かかりつけ医が要請した2週間以内レスパイト入院にも対応する」「退院支援を行う専任の看護師又は社会福祉士を病棟に配置する」「登録在宅かかりつけ医の要請に応じて、チーム等で訪問診療又は往診を実施する」「かかりつけ医からの要請に応じて専門相談を実施する」「在宅医療サポートセンターに対し、医療機能等の情報を提供する」「在宅医療に関する研修を実施する」「県の求めに応じて、在宅医療の推進に協力する」の要件を満たしていることで指定を受けることができる。

ように調整を行っていることから、病院と在宅をつなぐ仕組みは必要ではないかと考える。

例えば、2012年に介護保険改正で創設された地域密着型サービスの「看護小規模多機能型居宅介護」は退院直後の在宅療養生活へのスムーズな移行支援を実現するとされ、地域包括ケアシステムにおける看護提供体制の構築を掲げる日本看護協会の施策のひとつにも掲げられている。和歌山県には2017年の時点で指定事業者数は、わずかに3施設であった。

看護小規模多機能型居宅介護は、医療ニーズの高い患者が自宅で過ごせることや患者のADL向上が期待されている。それは看護職から、訪問看護・通い・宿泊において統一されたケアを受けることができ、患者自身の自立や病状の悪化の予防ができる。この仕組みをA病院と連携している後方病院に取り入れてもらうことで、救急受診を経て複数回の入院を繰り返す患者を減少させ、A病院と同地域の病院とのつながりを強化する一助になるのではないかと考えた。

看護小規模多機能型居宅介護は、介護報酬における評価であり、月額固定の包括報酬である。利用回数の変動による影響を受けないため、経営の安定化を図りやすい報酬体系となっている。図15に収支試算⁹を行った。

| | | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | | | 単位 | 利用者数 | 報酬 | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| 単位 | | 12,341 | 17,268 | 24,247 | 17,531 | 31,141 | | | | | | | |
| パターン① | 入居者数 | 0 | 5 | 5 | 5 | 5 | 20人 | | | | | | |
| | 報酬 | 0 | 86,340 | 121,235 | 87,655 | 155,705 | 4,509,350 | | | | | | |
| パターン② | 入居者数 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 20人 | | | | | | |
| | 報酬 | 49,364 | 69,072 | 96,988 | 70,124 | 124,564 | 4,101,120 | | | | | | |
| パターン③ | 入居者数 | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 | 20人 | | | | | | |
| | 報酬 | 37,023 | 51,804 | 121,235 | 87,655 | 124,564 | 4,222,810 | | | | | | |
| 食費@500円×20人=10,000円 宿泊費@2,000円×5人=10,000円 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護報酬(パターン①)でシミュレーション: 9,332,160円(月) | | | | | | | | | | | 1,359,300 | | |
| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 |
| 入居率 | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | 80% | |
| 入居者数 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | |
| 介護報酬 | 8,732,160 | 8,732,160 | 8,732,160 | 8,732,160 | 8,732,160 | 8,732,160 | 8,732,160 | 8,732,160 | 8,732,160 | 8,732,160 | 8,732,160 | 8,732,160 | |
| 食事収入 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | |
| 宿泊費 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | 300,000 | |
| 収入合計 | 9,332,160 | 9,332,160 | 9,332,160 | 9,332,160 | 9,332,160 | 9,332,160 | 9,332,160 | 9,332,160 | 9,332,160 | 9,332,160 | 9,332,160 | 9,332,160 | 111,885,920 |
| 人件費 | 4,000,000 | 4,000,000 | 5,000,000 | 4,000,000 | 4,000,000 | 4,000,000 | 4,000,000 | 4,000,000 | 5,000,000 | 4,000,000 | 4,000,000 | 4,000,000 | 50,000,000 |
| その他支出費 | 3,000,000 | 3,000,000 | 3,000,000 | 3,000,000 | 3,000,000 | 3,000,000 | 3,000,000 | 3,000,000 | 3,000,000 | 3,000,000 | 3,000,000 | 3,000,000 | 36,000,000 |
| 支出合計 | 7,000,000 | 7,000,000 | 8,000,000 | 7,000,000 | 7,000,000 | 7,000,000 | 7,000,000 | 7,000,000 | 8,000,000 | 7,000,000 | 7,000,000 | 7,000,000 | 86,000,000 |
| | | | | | | | | | | | | | 25,985,920 |

図15 看護小規模多機能型居宅介護収支シミュレーション

⁹ 日本看護協会『看多機事業所開設のご案内 〜いつもの暮らしを支えるために〜【事業者向けパンフレット】』を

入居率を80%とし、要介護2～5の利用者を受け入れることとし、入居に伴うさまざまな加算も試算した。宿泊の利用者に対応できるように看護師配置について検討し、人件費を試算した結果、収支は大きな問題はないと考える。看護小規模多機能型居宅介護を開始する病院においては、地域の訪問看護ステーションとの連携を行い、利用者が安心して在宅に移行できるように支援について、A病院が適切なコンサルティングを実施すべきであろう。

平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（厚生労働省2015）では、医学的ケア等の実施等で「服薬管理」が73.9%で、次いでリハビリテーションの18.4%であった。認知症の高齢者において、約6剤以上の多剤の処方が行われているという報告もある。

高齢になるにつれて、服薬のコンプライアンスの低下が背景にあるため、服薬管理は重要な医学的ケアである。また易感染状態にある感染リスクにさらされている高齢者に適切な管理や予防策を行うなど、地域全体で質の高い医療及び看護を提供するための体制を構築することが重要である。

薬師寺（2019）は、入院時診断が誤嚥性肺炎の全患者174例を分析した結果、半数近くが入院元の場所に戻れていないことを報告している。また松田（2020）は現在の医療体制が、複合したニーズを持つ高齢者の救急に対応できていないことを示唆しており、その結果、急性期病院の病床を占有することを杞憂している。

今後、社会の高齢化に伴い、介護の現場から救急入院が増加することも考えられ、高齢者救急や入院を繰り返す高齢者の出口問題について、A病院と連携する病院に、このような看護小規模多機能型居宅介護が持つ機能が付加できることで、A病院のとくに看護師にとっても地域との連携の重要性を理解する一助となると考えた。

8. おわりに

地方二次医療圏の急性期病院が救急医療体制を維持するためのA病院の概要、地域におけるポジショニングを確認するためにA病院で増加しつつある、患者像として、複数回入院患者で救急受診を経て入院するという特徴を明らかにした。これらの患者

参考にシミュレーションを実施した。入居率80%、通い定員20名とし、宿泊定員は5名と設定した。宿泊費は1泊2,000円、食費は朝・昼・夕それぞれ1食500円とした。職員は10名で看護師は常勤で日中6名配置し、夜勤看護師は1名とした。介護保険報酬の1単位は10円である。ターミナルケア加算については、ターミナル期の利用者の受入は行わないことを前提としたため、加算には入っていない。

は、概ね高齢で、緊急度は高くなく、入院を繰り返すことで ADL が低下することが示唆された。この背景には在宅療養を支える体制が未整備であることが影響している。

急性期病院が本来の役割を果たすためには、複数回入院患者が「再入院」とならないような地域全体で検討すべき医療・介護提供体制の構築が求められる。本報告では、A 病院の関連病院に対し、在宅療養への支援を円滑にできるために看護小規模多機能居宅介護への参入を提案し、この病院との連携を強化する方策について提案した。

今後は、自病院だけでなく、関連する病院も含めての戦略が必要となるが、病院の職員、とりわけ看護師の意識改革は必要となるだろう。さらに A 病院としては、地域医療の中核としての役割を認識し、本来の意味での救急医療を推進するために、和歌山県のすべての二次医療圏域の病院との 24 時間ネットワークの構築や 24 時間救急看護対応、入退院看護相談センターを広域的な視点で再構築することが求められる。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の筒井孝子教授、小山秀夫特任教授、木下隆志教授、大冢賀正昭先生に熱心かつ丁寧なご指導を賜りましたことに感謝申し上げます。

参考文献（引用文献を含む）

- [1]松田晋哉. (2020). 地域医療構想のデータをどう活用するか. 医学書院.
- [2]筒井孝子監修(2020). 看護必要度第 8 版. 日本看護協会出版会.
- [3]筒井孝子(2020). 「サービスマネジメント論」兵庫県立大学大学院経営研究科講義資料.
- [4]筒井孝子(2019). 地域包括ケアシステムの深化 - integrated care を用いたチェンジマネジメント-. 中央法規出版株式会社.
- [5] 片平伸子, 丸尾智実, & 小川妙子. (2019). 看護小規模多機能型居宅介護サービスの強みと課題—事例報告の分析から—. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 42(1), 32-39.
- [6]福田裕子 (2019). 看護小規模多機能の現状と運営のポイント. Community Care. 19(6). 50-54.
- [7] 岩崎輝夫(2015). 急性期病院 3 施設が近隣に位置しながら共存していくための経営戦略についての考察—競合戦略から地域統合戦略へ. 商大ビジネスレビュー, 5 (2) , 17-31.

- [8] 熊谷美香, & 上野雅巳. (2015). 和歌山県における二次保健医療圏ごとの医療需要実態と供給体制の評価. 日本地理学会発表要旨集, 2015, 100284.
- [9] 熊谷美香, & 上野雅巳. (2015). 和歌山県における二次保健医療圏ごとの救急搬送受入実態に関する基礎的考察. 日本地理学会発表要旨集, 2015, 100128.
- [10] 阿部亜矢子. (2015). 在宅ケア関連感染予防の現状と感染管理認定看護師の役割. 日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学紀要, (19), 9-16.
- [11] 嶋田康之. (2013). 急性期病院二次医療圏別分析の可視化. 商大ビジネスレビュー, 3(1), 291-312.

参考ホームページ (引用ホームページを含む)

- [1] 日本医師会 地域医療情報システム. <http://jmap.jp/> (2020年7月30日アクセス)
- [2] 病院情報局. <https://hospia.jp/> (2020年7月30日アクセス)
- [3] 石川 ベンジャミン 光一 (2013~) 資料公開サイト
<https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/>
 (2020年7月30日アクセス)
- [4] 国立保障・人口研究所『日本の将来推計人口 (平成 29 年推計)』
http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_gaiyou.pdf (2020年8月15日アクセス)
- [5] 国立保障・人口研究所『日本の地域別将来推計人口 (2018年・男女・年齢(5歳)階級別データ)』 (2020年7月31日アクセス)
- [5] 厚生労働省『地域医療構想について』
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-taisakukenkouzoushinka/0000094397.pdf> (2020年8月15日アクセス)
- [6] 厚生労働省『地域包括ケアシステムの5つの構成要素と自助・互助・共助・公助』
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf (2020年8月15日アクセス)
- [7] 『第七次和歌山県保健医療計画』
https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050100/iryokeikaku/keikaku_d/fil1/keikaku_all.pdf (2020年8月15日アクセス)
- [8] 日本看護協会『看多機事業所開設のご案内 〜いつもの暮らしを支えるために〜【事業者向けパンフレット】』

https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/fukyukeihatsu/kantaki_pamphlet.pdf (2020年8月20日アクセス)

[9]厚生労働省『平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査』

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000126194.pdf (2020年8月20日アクセス)

[10]厚生労働省『平成30年度介護保険事業状況報告(年報)』

<https://www.e-stat.go.jp/> (2020年8月20日アクセス)