

経営課題 Q&A 2021年度版

その5 地域医療構想・病床選択・ 病院運営

病院を運営するうえで避けて通れないのが医療制度です。そして近年は地域医療構想により、直接的ではありませんが、病床削減がキーワードのひとつになっています。

しかし、日本の病院は7割以上が民間病院であり、病床削減は職員の雇用に大きな影響を及ぼすため、機能の再編という形をとっています。

とはいえ、病院にとって地域医療構想への対応は、病床機能によって診療報酬点数などとも連動することから熟考が必要であると同時に、他の医療機関の動きとも関係するため、多くの医療機関では先んじて動ける状況にはありません。

このような背景もあり、多くの医療機関から地域医療構想や病床選択についての質問が寄せられました。

今回は、そのような質問をまとめ、株式会社A&Kメディコンサル.comの佐藤勝浩代表取締役役に回答をいただきました。

回答者

地域医療構想・病床選択・病院運営

株式会社A&Kメディコンサル.com
代表取締役 佐藤勝浩

地域医療構想・病床選択・病院運営

回答者

株式会社A&Kメディコンサル.com 代表取締役 佐藤勝浩

2014年6月に成立した「医療介護総合確保推進法」により「病床機能報告制度」と「地域医療構想の策定」が制度化されました。新型コロナ前、地域医療構想調整会議の協議では、病床機能の「急性期」の減少と「慢性期」の不足が挙げられ、その代わりとして「在宅医療」が重要な役割を担うとされました。2019年9月には、厚生労働省から「再検証要請対象医療機関424病院（最終的には440病院）リスト」の提示もありました。

新型コロナがいまだに収束しない現在、2025年（人口減少と超高齢社会の到来）を目標に効率的な医療提供体制の実現を目指す地域医療構想ですが、停滞している感が強い状況です。また、感染症病床の取り扱いの再考も含め、2025年を直前に控える現状でも不透明な部分が多い状況です。

Q 1

地域医療構想の行方

地域医療構想の今後の行方はどうなりますか。コロナ後に、各地域にてどのような病床が必要なのか、十分な検討が必要ではないかと思われます。今後の病床区分などの見直しを教えてください。（200床以下 ケアミックス）

A 1

今後も病床区分は 変わりません

地域医療構想は、①「構想区域」人口における5つの分類（「100万人以上」～「10万人未満」の5分類）、「類似かつ近接」のルールづくり、②「診療実績」と9領域（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能）の医療機能の関連性、③主な公立・公的医療機関を対象として議論と通知がなされています。

これから「診療実績に基づく人口100万人以上の構想区域における公立・公的医療機関」が再検証等の対象といえます。

新型コロナウイルス感染症、広くは感染症発生での医療機関の役割や病床の活用、

医師をはじめとした医療スタッフの対応などの要素を含む必要はあります。しかし、今の段階では医療機能4区分は変わらず、慢性期の部分に在宅医療が加味された形で、①「医療提供体制の制度設計」、②「病床の効率的配置・整理」を推し進めるでしょう。

また、感染症病床は現段階では医療法でなく結核予防法に定義されていることから、精神病床（精神保健法）と同じく法的な対応が難しく、診療報酬でのコロナ等感染症対応が有力視されています。

私見ですが、医療機能および9領域の機能を鑑みると、感染対策の充実と2次医療圏または構想区域での感染症病床の量的な確保および人材の確保は必要と考えます。

Q 2

急性期から回復期・慢性期への転換

- ・急性期一般入院料5を算定している当院では、今後の診療報酬改定で実績部分が厳しくなると、入院料5を算定できなくなるのではと危惧しています。同じ医療圏に急性期が多いので、今のうちに回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟に変えたほうがいいのではと考えたりします。このようなことを検討するうえで、外部環境・内部環境は何を見て方向性を決めればいいのでしょうか？（200床以下 ケアミックス）
- ・地域医療構想に対応し、一般病床を減らし、療養病床、回復期リハ病床を増やす方向ですが、採算性をどのように測ればいいのでしょうか？（200床以下 急性期）
- ・回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟はどちらが効率的でしょうか？（200床以上 精神）
- ・一般病床を慢性期の病床へと変更するうえで、回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟が考えられますが、それぞれのメリット・デメリットを教えてください。（200床以上 ケアミックス）

A 2

疾患構成と対応人材から判断を

医療機能の急性期から回復期・慢性期への転換は、自院の診療圏における時系列での外部環境や競合医療機関の市場性（トレンド・マーケティング）などの情報把握が前提条件です。

転換に際しての一番目のポイントは、自院の現状把握として、入院患者構成や疾患構成がデータ化されているか否かです。

二番目のポイントは、院内の診療体制・機能を急性期から回復期・慢性期へ転換した場合、医師をはじめとするコ・メディカルが対応できるかどうかです。また、人材入れ替えまでの決断を理事長や院長ができるか、さらには対応できる人材を集められるかどうかにかかっています。

採算性に関しては、一般病棟の出来高点数から回復期リハ病棟入院料や地域包括ケア病棟入院料の包括点数へ移行するため比

較しやすく、採算性だけを考えれば、患者収入（単価）を比較してシミュレートすれば結論を出しやすいでしょう。しかし、それぞれの病院の状況や建物構造的な面など、クリアしなくてはいけないさまざまなハードルが控えているのは間違いありません。

つまり、経済的側面では、配置人員は人員削減につながることを踏まえるとプラスに作用しますが、その半面、理学療法士（PT）や作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）などのリハビリ専門スタッフを充実させることが必須条件になります。

また、外来医療への影響も少なからずあることから、外来中心の医療機関は十分な検討が必要になります。

転換にあたっては、全病床の2割程度の1病棟単位（できれば42～48床／人員基準の無駄を省ける）からはじめ、院内状況をみながら増床していくことを提案します。

Q 3

地域の医療提供体制をどのように構築？

地域医療を構築するにあたり、イニシアチブをとるのは一般的に誰になるのでしょうか？（急性期病院、医師会、自治体……）（200床以上 急性期）

A 3

医療機関が主導的な役割を

「地域医療構想調整会議」の医療分野での構成メンバーは、医療関係団体（医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・病院協会）と基幹病院関係者となっています。

地域（構想区域／二次医療圏）ごとでの医療現場を担うプライマリ・ケア（一次医療）は外来機能およびかかりつけ医機能を

推進する医師会であり、二次医療から高度・専門医療や救急医療を入院機能とともに進めるのは病院協会で各基幹病院でしょう。

患者が困らないような地域医療構想が理想ですが、コロナ禍の動向も踏まえ、患者側の医療への認識の薄さも加味すると、医療関係団体と医療機関が主導的な役割を担うべきです。

Q 4

地域医療構想をうまく進めるには

地域医療構想とはいうものの、当地域では医療機関同士の話し合いは全く行われていません。友好的な医療機関同士の連携は密になっているのですが、行政は関与してきません。こういった地域で地域医療構想や連携・分担をうまく進めるには、どうしたらよいのでしょうか？（200床以上 急性期）

A 4

合同研修会から始めたら どうでしょうか

「地域医療構想」はあくまでも医療機能4区分と9領域での診療実績をもとに、「病床機能報告」や診療報酬の「データ提出（加算）」などの数値と人口をもとにした「構想区域」で仕組みができており、制度化されていることが根底にあります。そして、その詳細の意見交換の場として「地域医療構想調整会議」が設置されています。

しかし、意見の取りまとめがうまくできないのも現実です。また、今回のコロナ禍

での医療供給体制について地域ごとに統一見解を出すのに時間がかかり、まとまらない地域も多く存在したのは事実です。

競合する医療機関同士が連携体制をつくるのは困難なため、まずは自院から積極的に話す場を設け、発信する。そして自院の「強み」だけでなく「弱み」を開示して、具体的な部分での連携を要請してみることが必要です。そのためには医師同士や事務レベルでの懇親を深めることも大切で、合同研修会などから始めることもきっかけとなるかもしれません。

Q**5****精神病床の適正化とは**

圏域の人口減少により患者数が減少しています。当院は精神科病院ですが、病床数の適正化をどのように考え、実行すべきでしょうか？（200床以上 精神）

A**5****精神病床にもさまざまな機能を**

精神科病院における適正病床数は、2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」から10年間の成果（あまり成果が表れず）を踏まえ、2014年以降は「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告を受けて法制化や制度化に動き、第6次医療計画で新たに精神疾患を加えた5疾病5事業の1つとなりました。これが精神病床の算定根拠となっています。

大きなテーマは「入院医療中心から地域生活中心へ」です。その2本柱が①地域包括ケアシステムの構築、②多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築です。その連動性を基に、入院医療の平均残存率（1年未満群／24％以下）と退院率（1年以上群／29％以上）の要素を取り込み、精神病床全体での削減方向が目標値となっています（資料参照）。

よって、精神疾患が多様化し、世界的に多いとされる日本の精神病床の量的な減少を促す一方で、地域社会や在宅へのシフト

の検討を進めています。

そして、精神病床の適正化は、自院の平均残存率と退院率を常時データとして時系列で保持するのは大前提で、さらに多様化する精神疾患への対応、精神科患者での一般的治療ができる体制づくりという要素を加味して適正数を割り出すべきです。

その点は診療報酬でも、①高齢者の認知症、②アルコール・薬物の依存症、③統合失調症・うつ病等の精神疾患、④児童・思春期等若年層患者、⑤精神科患者への救急対応など細分化した精神科医療機能が評価されています。

つまり精神病床の適正化は、従来の人口という要素だけでなく、入院医療の質が問われ、それは①在院日数であり、②多様な精神疾患への対応であり、③一般および救急医療の診療体制の確保が適正化のキーワードと考えられます。

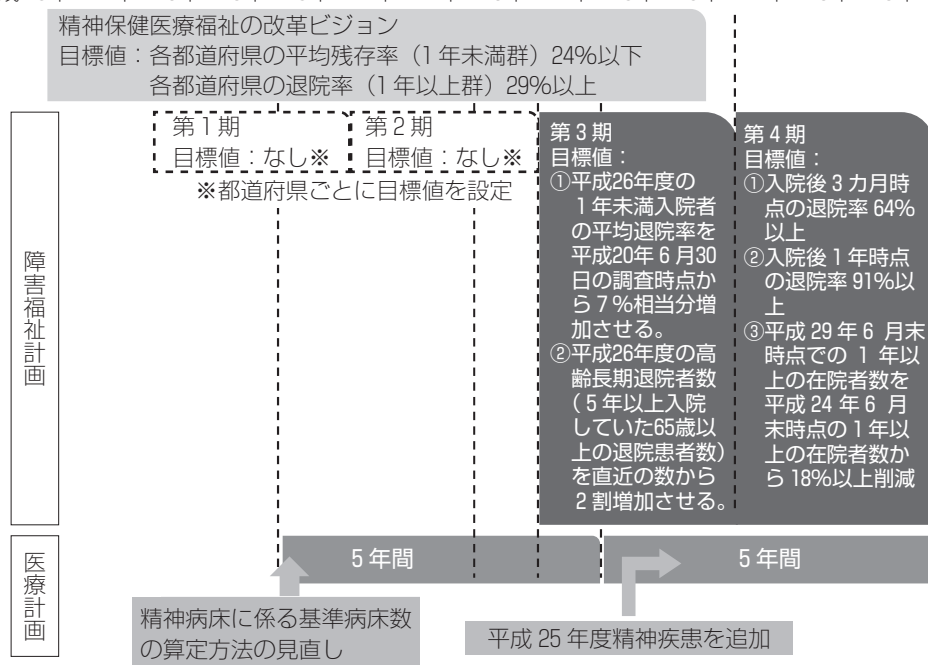
現在の精神病床においても、精神科特有のさまざまな機能により積極的に関与することが求められているということです。

Q**6****人口あたり病床数の平準化の行方**

都道府県ごとに「人口あたりのベッド数」はかなり異なっています。病床の増減の権限は知事にあるのですが、人口あたりのベッド数の地域差は今後平準化していくのでしょうか？ 仮に平準化する場合、どのようなシナリオで進むのでしょうか？（200床以上急性期）

資料 精神保健医療福祉に関連する計画における入院医療に関する目標値について

平成 16年 17年 18年 19年 20年 21年 22年 23年 24年 25年 26年 27年 28年 29年 30年 31年



A 6

人口減による自然淘汰で 平準化へ

地域医療構想の策定は医療計画とリンクして動いており、前者は医療機能に基づき構想区域ごとに必要病床数（必要量）が決まり、後者は二次医療圏ごとの基準病床数を定めるものとなっています。

構想区域は、人口あたり①100万人以上、②50万～100万人未満（政令市対象）、③20万～50万人未満（中核市）、④10万～20万人未満、⑤10万人未満の5区分で全国339区域に設定（2021年2月時点）しています。

現段階では、上記5区分の構想区域による診療実績と9領域の医療機能で必要病床数を決め、その結果を参照して「医療計画」に落とし込み、二次医療圏ごとに基準病床数を定めるので、量的部分と質的部分での診療実績（診療報酬でのデータ加算等）と

9領域の医療機能を構想区域ごとで重複しないように病床配分を行い、二次医療圏および構想区域での平準化を行おうとしています。

よって、患者の分母である人口は量的要因としては必要ですが、質的要因となる医療機能が重複しない部分が平準化には大きく関係してくると思われ、自院で保有する医療機能での努力義務とオリジナル性が問われます。

最後に病床増減での権限に関しては、地域医療構想を定める主旨に各都道府県知事の裁量が記されていますが、現実的には、現場で医療を提供している医療機関の意向を無視することはできないため、地域医療構想調整会議で議論され、最終的には厚労省が取り決める従来の形になると考えます。

Q 7

地域包括ケア病棟の今後が心配

地域包括ケア病棟の入院の要件は具体的には決まっていますが、今後、こういったものになっていくのでしょうか。また、今の診療報酬はどのくらい継続するのでしょうか？（200床以下 急性期）

A 7

急性期病棟がある限り 必要な機能

診療報酬では地域包括ケア病棟の入院要件は具体的には記載されていませんが、その役割は「急性期治療を経過した患者および在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支えるもの」と定義されています。

つまり「急性期」の治療後と在宅療養等との「橋渡し役」的な病棟であり、必要とするリハビリ機能を備え、訪問看護等の機能も有し、最終的な「看取り」に伴う計画にも対応できるものとしています。

診療報酬で「高度急性期」や「急性期」の入院料について、平均在院日数の縛りがある限り、現時点では現実的に必要な特定入院料であり、病棟だと考えています。

Q 8

病床稼働率、手術件数減への対応は

病床稼働率や手術件数が伸び悩んでいます（緊急事態宣言による受診控えと面会禁止による入院控えおよび早期退院）。どのように打開すればいいのでしょうか？（200床以下 急性期）

A 8

いま、何ができるかを 院内で確認を

長期にわたるコロナ禍での医療機関の状況は、全体的に患者数が落ち込んでいるというよりは、コロナ対応の有無によってさまざまです。患者は詳しい医療事情は知らず、「発熱外来」や「救急対応」をしてくれる医療機関に自然と足が向くはずです。実際に緊急手術等を要さない場合、PCR検査が陰性であっても、コロナ専用病棟で14日間の入院を要し、その後手術等の対応をする慎重な医療機関も実在します。

今後もコロナだけでなく、感染症対策や

感染症発生時の診療体制をどのように実践していくかを院内で定めておくことが大切です。

院内で統一見解をつくり、患者受け入れ体制を整え、自院のホームページや行政広報誌、地元ネットワークを活用して自院をアピールすべきです。

ただし、あくまでも自院の患者受け入れ体制が整っていることが前提条件であり、コロナ対応をはじめ感染症対応で何ができるのか、どこまでなら実践できるのか、この時期に医師や看護師を含め真剣にディスカッションをしてください。

Q 9

中小病院におけるコロナ対応

コロナ対応で、入院患者受け入れの手上げはしていないのですが、疑い事例などの対応のため専属チームを配置し、4床室1部屋をつぶして対応しています。自院の力量を考えると入院受け入れまでの対応は困難なため、苦肉の策として対応していますが、収益への影響もあります。当院は一般54床、療養54床の小規模病院ですが、同規模病院ではどのように対応していますか？（200床以下 ケアミックス）

A 9

中小病院でもできることから対応を

199床未満の民間病院におけるコロナ対応は1割にも満たないという結果が出ています。

その要因は、第1に医療資源の不足が挙げられます。入院を必要とする「中等症以上のコロナ患者」への専門的治療を行う医師や看護師の量的および質的対応が難しく、また人工呼吸器やECMOなどへの設備投資も厳しいのが現実です。

第2は建物構造であり、従来、感染症対策を念頭に置いていないことから、入院病棟を中心に転換・分離が難しく、都市部においてはスペース的な余裕もありません。

これらを踏まえたとしても、今後一切、コロナ患者への対応をしないわけにもいかないことから、自院の経済状況や医療資源、建物構造のキャパシティを把握して、少な

くとも来院する患者へのフォローや対応は早々にすべきと考えます。

例えば、外来機能においては発熱外来の実施、患者相談の応需、コロナ関連情報の定期的発信、ワクチン接種の実施などが挙げられます。また、入院を要するコロナ患者へは、行政と一丸となり地域で連携体制を取り、速やかな搬送や紹介により患者からの信頼を得られると考えます。

さらに、申請期間の締め切りはありますが、できる限り国が用意している感染予防や病床確保に伴う補助金、支援金を有効に活用することが重要です。

患者側としては、かかりつけ医療機関の対応により、その後の受診行動が変わってくる人が多いようです。そのため、患者の不安や不満を取り除く方策を、まず院内で検討して実施してください。

Q 10

クラスター発生による収入減への対応

1月末に病棟でクラスターが発生し、2月は入院制限やドック健診の休診により収入が大幅に減りました。2月だけで1億2千万円の赤字を計上しました。他病院の状況はどうなのでしょう？（2月の収益予算は4億2千万円でした）（200床以下 急性期）

A 10

コロナ後のシミュレーションを

実際に院内クラスターが発生した病院の

多くはその後、「コロナ患者受け入れ病院」へと移行しています。自治体ごとに対応は異なりますが、協力的に「重点医療機関」

や「協力医療機関」として診療が再開できます。コロナ病棟として機能させるために、移行後の収支シミュレーションをすみやかに決断し、実施をしています。

また、移行作業では自治体との折衝や病床変更でのゾーニングなどの配置図面の変更、さらに書類関係の変更などが必要になります。さらに病床確保および空床補填となる補助金や支援金を活用し、経営的に上向いている医療機関もあります。

コロナが収束した場合は、「アフターコロ

ナ」を念頭に置いた診療体制・機能も検討し、一般病床へ戻すにあたり3～4カ月の患者入れ替え時の空床時期を設けるとともにシミュレーションも必要となってきます。

クラスター発生病院においては、コロナ病棟への転換でも、現状の一般病床で継続するにもキャッシュフロー経営での余剰金、現金化できる資産の確保と把握が重要であり、常に使える資金を持ち合わせておく必要があります。

Q 11

効率的な健診運営

効率的な健診運営の手法はありますか？（200床以上 急性期）

A 11

自己負担を念頭に サービス構築を

人間ドックを含む健診事業は、2002年の健康増進法によって「健康日本21」が施行され、予防医学に再び関心が集まり、医療費抑制の観点からも厚労省が推進しています。また、企業側でもコンプライアンスの側面から、労働安全衛生法第44条で義務化されている年1回以上の健診の受診を積極的に従業員に行い始めています。受診者側も生活習慣病の心配から、受診行動が従来よりも前向きになっています。

健診事業での採算性は、第1は受診者の多くは自費負担であるため、設定価格にふさわしい対応が求められます。それは接客をはじめ「おもてなし」などの職員教育が

必須で、「居心地のよい受診環境をつくる」ことができるか否かが勝負になります。

第2は、一般患者との動線をできるだけ区分すべきです。また、流れ作業的に受診者を扱う健診施設も実在しますが、あまり良い印象は受けません。

第3は、地域における競合医療機関とは違う「オリジナルの健診メニュー」を持つことです。受診者の都合に合わせた食事指導や柔軟体操（ストレッチ体操）、睡眠対策などを取り入れることもよいと考えます。

第4は、受け皿の体制を整えて企業などへPR活動（営業活動）が大事です。そして第5に、「生命保険」のメニューを見て、自院で取り組める「健診メニュー」を検討してみるべきです。

Q 12

医局派遣医師の帰属意識

医局派遣の診療科は、一般的に当院へのロイヤルティ（帰属意識）が低いことが問題になっています。今後、急性期病院として生き残るためには、各診療科のベクトルを合わせる事が重要だと考えているのですが、そうした医局派遣の診療科との合意形成はどのように進めればいいのでしょうか？（当該診療科の治療だけでなく、病院全体の救急医療に貢献してほしいため）（200床以上 急性期）

A 12

優位性を示す

医局からの医師派遣、並びに派遣されてきた医師に帰属意識を持ってもらうことは、原則に立ち返り考えてみると、次のことが言えるのではないのでしょうか。

1つめは優位性です。自院の専門性や診療実績、診療機能で優位性のある診療科があれば医師は集まりやすく、医局へのコンタクトがしやすくなります。

しかし、患者層に高齢患者が多いと、派遣されてくる医師にとって魅力が乏しい病院と感じられることが少なくありません。

一方で医師の意識も変わり、「働き方改革」による労働時間としての診療行為に費やされる時間が限定されることを望んでいる若手医師が増えていることも確かです。「報酬」と「診療に費やす時間」を天秤にかけ、現社会では「時間」が優先されるようです。

そこで、魅力ある診療環境および職場づくりが必要です。病院運営上、医局派遣や派遣されてきた医師に対する環境整備と自院がアピールできる優位性（診療での専門性や特性）を見いだすべきです。

2つめは、派遣先との診療機能および体制での連携・提携を考えることです。自院

が派遣先とどのポジションでの連携ができるかを明確に提示していくことも大切です。医療機能分化としての病院の立ち位置を示せば、地域医療構想としてもすみ分けにつながり、医局からの人選も派遣先に限りなく合った医師が来て、その医師も働きがい、診療への取り組みが前向きになると考えます。

医局からの派遣医師の帰属意識は、昨今では研修制度の変更や時代の流れによって、医師側の意識変革で変わってきています。従来であれば、医師側は「診療体制・機能の充実」、「診療の専門性・特性」などを重視していましたが、昨今では「（労働）時間」、「カネ（報酬／給与）」、「院内（職場）の雰囲気」などに変わってきました。

また、派遣する医局と派遣を望む病院には格差があり、派遣された医師への気苦労が絶えないことが、今の医師不足の現実だと考えます。

医局とのよい関係や派遣医師の帰属意識を高めるには、自院の医療機能の提供体制（例えば救急医療）を明確に根気よく医局へ繰り返し説明することが大事です。大学医局との関係を円滑にしておくことが、派遣されてきた医師の質にもつながります。