

【指定演題3】 LTAC (Long Term Acute Care) 研究会

LTACが担う医療機能は何か。急性期病院がひしめく徳島県で、日本慢性期医療協会の武久洋三会長は高度急性期病院の後方支援に注力して成果を上げています。徳島の代表的な高度急性期病院で院長を務められ、現在は徳島県病院局徳島県病院事業管理者として地域医療の発展に寄与している片岡善彦氏が、高度急性期病院の立場から、そして病院経営に携わった経験を踏まえて今後の医療提供体制について語りました。ご講演の模様をお伝えいたします。

■徳島の医療環境はどのような状況か

[片岡善彦氏（徳島県病院局徳島県病院事業管理者、徳島赤十字病院名誉院長）]

片岡です。3点に分けて説明させていただきます。1点目は、徳島県における医療環境について少し説明させていただきます。もう1点目は、徳島赤十字病院について。急性期病院のマネジメントをしてから、3年前に私は退職しております。平成22年度まで勤めました。3年間の病院経営の概略についてお話しいたします。それから、私たち急性期病院からLTACに対してどんな思いがあるかについて、私の考えを最後に若干お話しさせていただきますと思います。

まず第1点目の徳島県の医療環境について。徳島県は、現在の人口が78万5千人です。先程、堺市のお話がありましたが、堺市は84万人ですので、それ以下の人口ということになるわけです。もう1つは保健医療圏というものが、乙に設定されていた東部・南部・西部、1つずつⅠ、Ⅱという分け方で、乙の医療圏に保険医療圏が掲げていたのが、1～2年ぐらい前に、再編されて3医療圏に改められました。地域の政治的な意味合いもあり、現在は6医療圏を残した形で、方向としては3医療圏のほうに動いて移管している状況にあります。

近年、医師の地域偏在ということがよく指摘されます。徳島県内でも、医師の偏在が顕著に出てきております。東部にほとんどの医師が集まっている状況で、南部・西部等々においては医師が足りない状況が起こっているわけです。徳島県は先ほど申し上げたように6つの医療圏に分かれているわけですが、東部ⅠとⅡが1つになり、西部ⅠとⅡが1つになり、それから南部ⅠとⅡも1つになる状況です。県の人口も恐らく数年で78万人を切るのではないかとされています。そうした中で、医師が南部Ⅰと東部Ⅰの医療圏に集中し

ています。南部Ⅰには、徳島赤十字病院があります。そして東部Ⅰの医療圏を含めると、徳島県の勤務医の86%がそこに集約しています。全身麻酔の96%がその地域の施設で行われているという状況があります。

私は現在、病院事業管理者をしておりますので、県立病院について少し触れさせていただきます。400床クラスの県立病院は今、大学と隣接して存在しています。それと200床・100床の病院があります。200床の病院は西部に存在しています。西部の人口が4万5千人ぐらい。それから100床の病院は南部にあり、ここの人口は2万ぐらいの状況です。実際、経営的なことを考えると、やはりすべてが急性期で一般病床です。その中から分析すると、ベッド数が減るほど経営が難しいという状況が垣間見えます。徳島県において高度急性期の病院は、これは私見ですが、日赤ぐらいで十分だろうと思っています。そういう状況です。急性期病院が多いという徳島県の医療環境について、ちょっと説明させていただきました。

■徳島赤十字病院の経営状況はどうか

2点目は、私が経営に関与した経験からお話いたします。徳島の保健医療圏は、南部Ⅰが13万3千人、南部Ⅱは2万3千人ですから、足して15万人程度の圏域になります。そこで許可病床は450床ということになるわけです。実際の保健医療圏と診療医療圏は違うということはみなさんも十分お分かりであると思います。ですから、徳島赤十字病院は40万から50万ぐらいの診療をカバーする圏域にあると考えていいと思っています。

診療科目は26で、これは多くの急性期病院とあまり変わらないと思います。職員数は2012年度が981人で、臨床研修医が22名ぐらい入っています。看護師は少ない時に360名ぐらいでしたが、現在は504名ぐらいいます。1日あたりの新入院患者数が現在だいたい42名近くです。これが病院経営の生命線だろうと思っています。新規入院がどれだけ増えるかによって、経営面が大きく違ってくと思っています。1日あたりの救急患者数が68人ぐらい。我々の病院では、受入が97%ぐらいで、3%ぐらいは対応できない時があります。ほとんどが対応できます。

平均在院日数は今のところ8.5日前後。LTACにもつながるところだと思いますが、恐らく絶対的な数字的なものの予測ではないけれど、今まで短縮してきた状況から見て、いずれ7.5日に、あと1.0日ぐらいは独自のやり方で短縮できるかもしれませんが、やはり連携的なものがベースになれば恐らくこれ以上は短縮できないのではないかと感じています。病床利用率においても、だいたい90%近い状況が続いています。病床回転率が40%ぐ

らいです。紹介率は88%、逆紹介率が110%程度で推移しています。

紹介率に関連して、みなさん方の記憶にもあるかもしれませんが、急性期特定病院加算がかつてありました。当時、我々も急性期特定病院加算を取った時期がありますが。その時は「外来患者数／入院患者数」が1.3から1.4ぐらいの状況でしたが、今は1.7ぐらいで推移しています。急性期特定病院加算がなくなった理由はちょっとよく分かりません。厚生省の思い付きだったのでしょうか。

そのほかDPC件数の推移などを見ていただいても分かるように、施設の機能は他の急性期病院とあまり変わらないと思っています。1病床あたりの診療単価は2012年度で8万6,838円です。公的保険の枠組みにおいては、もちろん入院する疾病によって違いますが、新入院が増えることは大きな収益増につながるということです。固定費比率は45%弱で、流動費比率が30%弱です。そのほか、参考までに貸借対照表と損益計算書もお示しいたします。私が退職したのは平成22年度ですが、24年度の修正流動比率は357ぐらいになっていますので、病院経営はある程度、会計的には安定しているのではないかと思います。

■LTACが担う医療機能は何か

保健医療圏における連携医療機関は県下で692施設登録されていますが、その中で1位から10位まで紹介率が高い医療機関は、やはり徳島赤十字病院を中心とした近隣の施設です。ただ、南部の県立海部病床はへき地医療的な支援という形で病院から医師を派遣していますし、ドクターヘリの運用などが開始されたこともありまして、紹介するにはちょっと距離的に遠い所ではありますが、そういう医療機関も5位に入っています。これは将来的な医療提供体制を考えるうえで非常に参考になるのではないかと思います。

LTACについて、急性期病院の立場から考えますと、私見ですが、回復期の病床がLTAC的なものになるのではないのでしょうか。急性期病院と慢性期医療との連携を考える場合、「急性期」は大きく2つ、すなわち「高度」と「一般」とに分かれています。その目的は治療ですが、急性期後も治療を継続して回復を目指す病床というのが、日本では「回復期」と言われておりますので、LTACは「回復期」であると単純に考えてもいいのではないのでしょうか。慢性期病院の役割には「亜急性期」と「回復期」があり、これらが一体となって継続的集中治療を行うLTACになると考えるわけです。

今後の方向性は、急性期病院と慢性期病院とのさらなる連携が必要であることは言うまでもありません。情報のみでなく、人的・物的な連携が必須で、地域完結医療を目指す

ということになります。同時に、中核的な病院について、どこまでいくか分かりませんが、二分化していくでしょう。あるいは地域医療支援病院という形で出てくるのかもしれませんが。

私は、フリーアクセスはある程度制限して、高度急性期病院を中心に考えてもいいのではないかと考えています。慢性期病院においては、今申し上げたように「亜急性期」「回復期リハ」が一体化したLTAC風にやっていたのではないかと。ただ、LTACの中にも、できれば継続的な集中治療室のようなものを完備する状況はあったほうがいいのではないかと、我々救急サイドからは思います。今後の方向として、急性期と慢性期のさらなる連携、人的・物的な連携というものがますます重要になってくるのではないかと考えております。以上でございます。

(了)
