

4 疾病・5 事業に関する調査 報告書

社団法人 全日本病院協会
医療制度・税制委員会

目 次

1. 概要
2. 調査の背景
 - 2-1. 第5次医療法改正
 - 2-2. 4疾病・5事業の定義
 - 2-3. 4疾病・5事業毎の医療体制の整備
 - 2-4. 4疾病・5事業と診療報酬
3. 調査1「各都道府県における4疾病・5事業の基準」
 - 3-1. 調査の目的と方法
 - 3-2. 調査の結果
4. 調査2「4疾病・5事業に関する会員病院へのアンケート調査」
 - 4-1. 調査の目的と方法
 - 4-2. 調査の結果
5. まとめと考察
 - 5-1. 調査1「各都道府県における4疾病・5事業の基準」のまとめ
 - 5-2. 調査2「4疾病・5事業に関する会員病院へのアンケート調査」のまとめ
 - 5-3. 考察
6. 全日本病院学会 in 兵庫における報告
7. 参考資料

1. 概要

1-1. 背景

第5次医療法改正において、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）・5事業（救急医療、周産期医療、小児医療、へき地医療、災害医療）について、必要な医療機能（目標、求められる体制等）及びそれらを担う医療機関・施設の具体的名称を医療計画に掲載することが義務付けられるようになった。2008年4月より、4疾病・5事業の医療連携体制の整備が求められている。

1-2. 目的

- 目的 1. 各都道府県の医療計画より、4疾病・5事業の策定基準を明らかにすること
- 目的 2. 全日病の会員病院が、どのように4疾病・5事業に参加しているか、またどうして参加できていないかを明らかにすること

1-3. 方法

調査 1. 「各都道府県の4疾病・5事業を担う病院名の記載基準」

各都道府県の医療計画をウェブ上で入手し、4疾病・5事業を担う病院名を記載する基準を調査した。

調査 2. 「全日病の会員病院に対するアンケート調査」

全日病の会員病院に対し、主に以下の項目についてアンケート調査を実施した。

- ・4疾病・5事業のうち、いずれの分野に参加しているか、また参加したいか
- ・参加したいが参加できない理由は何か、またどのような要件が整えば参加できるか

1-4. 結果

調査 1. 「各都道府県の4疾病・5事業を担う病院名の記載基準」

都道府県毎、また4疾病・5事業毎に、病院名の記載基準についてのばらつきがあった。

調査 2. 「全日病の会員病院に対するアンケート調査」

412病院が回答した（回答率約18%）。脳卒中と救急医療に参加している病院が約50%を占め、最も多かった。参加できない理由は、「院内体制の未整備」が最も多かった。しかし都道府県の打診や、参加要件の緩和があれば、参加できる可能性が高くなることが伺えた。

1-5. まとめ

4疾病・5事業は今後の医療の方向性を示し、住民への情報提供を行う点等が画期的である。しかし都道府県単位の独自の認定や実施と、国による一律の認定というダブルスタンダードは、都道府県によって報酬が異なる問題を引き起こしている。また全国の病院の80%を占める民間病院も4疾病・5事業に参加する意向があるので、それらの病院が参加しやすくなるように、公的病院・大病院だけを制度の前提としない改善が求められる。

2. 調査の背景

2-1. 第5次医療法改正

2007年4月1日「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（通称：第5次医療法改正）が施行された。厚生労働省は、第5次医療法の概要を以下のように説明している。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/kanrenhouan02a.html>

- 1) 患者等への医療に関する情報提供の推進
- 2) 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進
- 3) 地域や診療科による医師不足問題への対応
- 4) 医療安全の確保
- 5) 医療従事者の資質の向上
- 6) 医療法人制度改革
- 7) その他

このうち、2) 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進の中に、次の記述がある。

「医療計画制度を見直し、地域連携クリティカルパスの普及等を通じ、医療機能の分化・連携を推進し、切れ目のない医療を提供する。早期に在宅生活へ復帰できるよう在宅医療の充実を図る。

○医療計画に、脳卒中、がん、小児救急医療等事業別の具体的な医療連携体制を位置付け

○医療計画に分かりやすい指標と数値目標を明示し、事後評価できる仕組みとすること〔以上 医療法〕」

文中の脳卒中、がん、小児救急医療等と上述されている項目が、いわゆる4疾病・5事業に該当する。4疾病とはがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病を指し、5事業とは救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療を指す。第5次医療法改正において、4疾病・5事業毎の医療体制に関する整備と明示について、初めて言及された。次項でそれらの詳細をみてみよう。

2-2. 4疾病・5事業の定義

では、第5次医療法改正において整備が求められた4疾病・5事業の定義や特徴は何か。4疾病・5事業については、医療法で以下の通り記載されている。

- ・医療法第30条の4第2項第2号「第4号及び第5号の事業に係る医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制をいう。以下同じ。）に関する事項」
- ・医療法第30条の4第2項第4号「生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項」
- ・医療法第30条の4第2項第5号「医療の確保に必要な事業に関する事項」

第4号については、厚生労働省令に基づき、医療法施行規則第30条の28の中で、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病が定められており、これらがいわゆる4疾病に該当する。第5号については、救急医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）、災害医療、へき地医療が記載されており、これらがいわゆる5事業に該当する。前者の特徴は、特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病であり、後者の特徴は、医療の確保に必要な事業に関する事項となっている。

さらに各都道府県衛生主管部（局）長宛に提出された厚生労働省医政局指導課長の通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」（平成19年7月20日、医政指発第0720001号）では、4疾病・5事業へ求められている内容に関する記載がある。

この通知によると、4疾病を含む生活習慣病については、生活の質の向上を実現するため、これらに対応した医療体制の構築が求められており、5事業についても、これらに対応した医療体制の構築により、患者や住民が安心して医療を受けられるようにすることが求められている。

2-3. 4疾病・5事業毎の医療体制の整備

前述した通り、第5次医療法改正により、4疾病・5事業については、具体的な医療連携体制を構築し、指標と数値目標を明示することが求められている。これらの項目を具現化する為に、上記の通知の中で、「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」が示され、具体的な医療体制の構築及び計画の作成が指南されている。各都道府県はこの指針を参照しながら、それぞれの実情に沿って医療計画を作成することが期待されている。

なお圏域の設定については、「各疾病及び事業に特有の重要事項に基づき、従来の二次医療圏にこだわらず、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する」と記されており、従来の二次医療圏を超えた医療提供体制の構築を打ち出したことは、画期的であろう。

4疾病・5事業の医療体制を構築するにあたり、①必要となる医療機能を明らかにした上で、②各医療機能を担う医療機関等の名称、③数値目標が医療計画に記載される。これ

らの情報は公開される為、医療機関にとっては、医療機能がどのように区分され、いずれの機能を担う病院として自院が掲載されるかが特に重要になる。

なお国が同通知を通じて提示している医療機能の策定指針は、以下の通りである。

表 1) 医療機能の策定指針

4 疾病／5 事業	医療機能	具体的な医療機能
がん	予防	がんを予防する機能
	専門診療	専門的ながん診療機能
	標準的診療	標準的ながん診療機能
	療養支援	在宅療養支援機能
脳卒中	予防	発症予防の機能
	救護	応急手当・病院前救護の機能
	急性期	救急医療の機能
	回復期	身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能
	維持期	日常生活への復帰及び（日常生活の）維持のためのリハビリテーションを実施する機能 生活の場で療養できるよう支援する機能
急性心筋梗塞	予防	発症予防の機能
	救護	応急手当・病院前救護の機能
	急性期	救急医療の機能
	回復期	身体機能を回復させる心臓リハビリテーションを実施する機能
	再発予防	再発予防の機能
糖尿病	初期・安定期治療	合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行う機能
	専門治療	血糖コントロール不可例の治療を行う機能
	急性増悪時治療	急性合併症の治療を行う機能
	慢性合併症治療	糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能
救急医療	救護	病院前救護活動の機能
	救命医療	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能
	入院救急医療	入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）の機能
	初期救急医療	初期救急医療を担う医療機関の機能
	救命期後医療	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能
災害医療	基幹災害医療センター、地域災害医療センター	災害拠点病院としての機能
	応援派遣	DMA T等医療従事者を派遣する機能
	健康管理	救護所、避難所等において健康管理を実施する機能

へき地医療	保健指導	へき地における保健指導の機能
	へき地診療	へき地における診療の機能
	へき地診療の支援医療	へき地の診療を支援する医療の機能
	行政機関等の支援	行政機関等によるへき地医療の支援
周産期医療	正常分娩	正常分娩等を扱う機能（日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む）
	地域周産期医療	周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能
	総合周産期医療	母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能
	療養・療育支援	周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む）で療養・療育できるよう支援する機能
小児医療	相談支援等	健康相談等の支援の機能
		一般小児医療
	一般小児医療	一般小児医療（初期小児救急医療を除く）を担う機能
	初期小児救急	初期小児救急医療を担う機能
		地域小児医療センター（日本小児科学会の「地域小児科センターに相当するもの」）
	小児専門医療	小児専門医療を担う機能
	入院小児救急	入院を要する救急医療を担う機能
		小児中核病院
	高度小児専門病院	高度な小児専門医療を担う機能
	小児救命救急医療	小児の救命救急医療を担う機能

2-4.4 疾病・5事業を要件に課す事項

行政の視点からは体制の整備や数値の明示が重要になるが、医療機関に視点を移せば、4疾病・5事業を担うことが診療報酬で評価される、つまり病院の収入に直結するという点でも重要な分野である。

例えば、この傾向は、DPCの地域医療指数に顕著である。2010年の診療報酬改定に伴い、DPCにおける新たな機能評価係数の導入が検討され、地域医療に係る評価方法が議論されてきた。機能評価係数の一つが地域医療指数であり、これについて、厚生労働省は「具体的には、地域住民の健康保持や医療確保のために求められる事業や体制構築に貢献するという観点から、都道府県が地域医療計画において定める4疾病（がん、高血圧、糖尿病、脳卒中）5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）に

係る対策の推進に一定の役割を担っている病院を評価」と説明している(2010年1月29日、中医協総会資料5-1)。

最終的に機能評価係数Ⅱにおいて地域医療指数は採用され、2010年7月30日に全DPC対象病院の指数が告示され、8月以降に診療報酬の適用となった。具体的には、下表2の①～⑦の各項目に該当する場合に、1ポイントを加算し、0～7ポイントの総7ポイントで評価する。DPC対象病院にとっては、4疾病・5事業を担うことが係数の値に直結し、ひいては病院の収入を左右する。この点からも、4疾病・5事業を担うことの重要性が伺える。

表2) 機能評価係数Ⅱにおける地域医療指数

①	「脳卒中」について、下記のいずれかの点数を算定 ・ 地域連携診療計画管理料 ・ 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）及び（Ⅱ）
②	「がん」について、下記のいずれかの点数を算定 ・ がん治療連携計画策定料 ・ がん治療連携指導料
③	「がん」について、所在する都道府県の地域がん登録事務局（都道府県の委託事業者を含む）に対して、過去1年間の間にデータの提出
④	「救急医療」について、医療計画上の2次救急医療機関で、病院群輪番制への参加施設、拠点型もしくは共同利用型の施設又は救命救急センター
⑤	「災害時における医療」について、DMAT（災害派遣医療チーム）指定
⑥	「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしている
⑦	「周産期医療」について、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター

また4疾病・5事業を担うことを要件に課しているのは、診療報酬だけに限られない。同じく第5次医療法改正で新たな医療法人類型として創設されたのが、社会医療法人である。公益性の高い医療を担う代わりに、税制上の優遇（医療保健業にかかわる法人税は非課税、収益業務の法人税率は30%から22%に軽減等）を受けられる等の特徴を有する社会医療法人として認可されるためには、5事業のいずれかを担うことが要件に定められている。これら5事業については、医療法人制度改革において、資金面で不採算を伴う事業として位置付けられているが、税制上の優遇措置を受けられるという病院のメリットは大きい。

3. 調査1「各都道府県における4疾病・5事業の基準」

3-1. 調査の目的と方法

厚生労働省は「疾病又は事業ごとの医療体制について」を通じて、「医療機関等の名称については、(中略) 地域の実情に応じて記載することで差し支えない」と述べている。地域の実情に応じるとは、つまり4疾病・5事業を担う医療機関名の記載基準は、各都道府県の裁量に依る所が大きいということである。必要となる医療機能を明らかにした上で、各医療機能を担う医療機関等の名称を明らかにすることになっているので、医療機関名の記載が各都道府県に任されているということは、その前提となる医療機能の記載基準も異なっていることを示唆している。全国的に統一された基準を用いていないということから、各都道府県の医療機関名の記載基準にばらつきがあることが予測されたので、検証を行った。

調査方法は、2010年6月時点で、主に各都道府県のホームページに掲載されている2008年度以降に策定もしくは修正された医療計画を用いて、4疾病・5事業それぞれについて、医療機関名の記載基準を調査した。ホームページ上に医療計画が掲載されていない場合には、ウェブ上で検索を行い、医療計画における医療機関名の記載基準を調べた。

3-2. 調査の結果

調査の結果、医療機関名の記載基準は、必ずしも厚労省が提案した医療機能別ではないことが明らかになった。4疾病・5事業それぞれの医療機関名の記載基準は、以下の通りである。

①がん

4疾病・5事業の中で、がんが最も多くの記載基準を有していた。最も多くの都道府県で採用されていた基準は、病期別の基準(例: 予防・早期発見、専門診療、標準的診療、療養支援)であった(25都道府県)。続いて臓器別の基準(例: 胃、大腸、肝、肺、乳、卵巣、子宮)が多かった(17都道府県)。その他では、がん診療連携拠点病院(県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院)を記載している場合もあった(16都道府県)。なお、これらの記載基準を病期別や臓器別の基準と重複して採用している都道府県も少なくなかった。

②脳卒中

大半の都道府県が採用している基準は、病期別の基準(例: 予防・救護・急性期・回復期・維持期)であった(42都道府県)。その他では、回復期リハビリテーション対応医療機関、t-PAを使用している医療機関等を記載基準に設けている都道府県もあった。

③急性心筋梗塞

大半の都道府県が採用している基準は、病期別の基準（例：発症予防・応急手当・病院前救護・急性期・回復期・再発予防）であった（38 都道府県）。その他では、CCU ネットワーク加盟施設等を条件に課している都道府県もあった。

④糖尿病

最も多く採用されていた基準は、病期別の基準（例：初期治療・安定期治療・専門治療・急性増悪時治療・慢性合併症治療）であった（31 都道府県）。その他では、専門医や管理栄養士を配置している医療機関、糖尿病教室の開催等を記載の条件に課している都道府県もあった。

⑤救急医療

最も多く採用されていた基準は、重症度別の基準（例：初期救急医療・第二次救急医療・第三次救急医療）であった（42 都道府県）。この基準に加えて、救急告示病院名を記載している都道府県もあった（18 都道府県）。

⑥災害医療

医療計画を作成していない県を除き、全ての都道府県が、災害拠点病院としての認可を記載の条件に課していた。その他の条件として、DMATを有する病院等が挙げられた。

⑦へき地医療

多くの都道府県が採用している基準の一つが、へき地医療拠点病院としての認可である（37 都道府県）。その他の条件として、へき地の診療を支援する医療の機能を有する病院や、それに準ずる病院を記載している都道府県もあった。

⑧周産期医療

多くの都道府県が採用している基準の一つが、施設としての許認可別の基準（例：地域周産期母子医療センター・総合周産期母子医療センター）である（43 都道府県）。その他の条件として、正常分娩を扱う病院、妊婦健診を扱う病院名等を記載している都道府県もあった。

⑨小児医療

多くの都道府県が採用している基準の一つが、機能別の基準（例：一般小児医療・休日夜間小児救急医療・小児専門医療・入院小児救急医療・高度小児専門医療・小児救命救急医療）である（37 都道府県）。その他の条件として、相談支援を行う病院名、重症心身障害児施設名等を記載している都道府県もあった。

4. 調査 2「4 疾病・5 事業に関する会員病院へのアンケート調査」

4-1. 調査の目的と方法

第 2 章で紹介した通り、4 疾病・5 事業は医療提供体制として重要なだけでなく、DPC 病院の収入を左右する地域医療指数として用いられたり、社会医療法人として認可される要件として定められたりしている点でも重要である。

そこで、2 つ目として、全日病の会員に対してアンケート調査を実施した。調査項目としては、どれくらいの病院が 4 疾病・5 事業に参加しているか、参加したいが参加できない理由があればどのような理由か、またどのような条件が整えば参加できると考えているか等を掲げた。

4-2. 調査の結果

全会員病院 2,302 病院（2010 年 6 月時点）に対して調査票をメールにて配布した。なお、本調査は、DPC 対象病院と DPC 非対象病院とに分けて分析を行った。

1) 調査票の配布

2010 年 6 月 21 日に調査票を送付し、回答締切日を 6 月 30 日迄とした。回収率を上げる為に、未回答病院へ調査票を再送し、最終的な回答の締切日を 7 月 21 日とした。

2) 回答率

- ・全日病の DPC 対象病院は 392 病院、回答数は 121 件、回答率は 31%
- ・全日病の DPC 非対象病院は 1,910 病院、回答数は 291 件、回答率は 15%

3) 開設主体（表 3）

	DPC 対象病院	DPC 非対象病院	合計
① 国公立・公的	10	0	10
② 公益法人	10	14	24
③ 社会医療法人	22	12	34
④ 医療法人(特定・特別・財団・社団持分なし)	25	83	108
⑤ 医療法人(社団持分あり)	39	145	184
⑥ 個人	1	13	14
⑦ その他	12	11	23
未記入	2	13	15
合計	121	291	412

4) 病院の属性

①全体の属性：全日病会員病院のうち、DPC 病院が約 17%、非 DPC 病院が約 83%

本調査の回答病院のうち、DPC 病院が約 29%、非 DPC 病院が約 71%

②DPC 病院の属性

- ・開設主体：医療法人（持分有り）が最も多く約 32%、次いで医療法人（特定・特別・財団・社団持分なし）約が 21%
- ・許可病床数：一般病床 200 床以上と 200 床未満の病院が各々約 50%、療養病床を持たない病院が約 75%、結核・感染病床を持つ病院が 7%

③DPC 非対象病院の属性

- ・開設主体：医療法人（持分有り）が最も多く約 50%、次いで医療法人（特定・特別・財団・社団持分なし）が約 29%
- ・許可病床数：一般病床 200 床未満の病院が約 70%、療養病床 200 床未満の病院が約 70%、結核・感染病床を持つ病院はなかった

5) DPC 対象病院になった年度（表 4）

年度	病院数	割合
2004 年	6	5%
2005 年	0	0%
2006 年	21	18%
2007 年	1	1%
2008 年	33	27%
2009 年	56	46%
2010 年	4	3%

6) 参加している疾病・事業（表 5）

		DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
		回答数	回答率	回答数	回答率
4 疾病	がん	52	43%	59	20%
	脳卒中	78	64%	122	42%
	急性心筋梗塞	48	40%	25	9%
	糖尿病	49	40%	54	19%

5 事業	救急医療	103	85%	89	31%
	災害医療	24	20%	17	6%
	へき地医療	5	4%	8	3%
	周産期医療	21	17%	1	0%
	小児医療	23	19%	5	2%

7) 参加したい疾病・事業 (表 6)

		DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
		回答数	回答率	回答数	回答率
4 疾病	がん	39	32%	43	15%
	脳卒中	11	9%	20	7%
	急性心筋梗塞	20	17%	19	7%
	糖尿病	33	27%	49	17%
5 事業	救急医療	9	7%	12	4%
	災害医療	18	15%	6	2%
	へき地医療	16	13%	6	2%
	周産期医療	10	8%	2	1%
	小児医療	9	7%	3	1%

8-1) 参加できない理由ーがん (表 7)

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県より参加の意向に関する十分な相談がなかった	11	28%	14	33%
公的病院が中心なので見合わせた	7	18%	16	37%
参加要件が厳しすぎた	19	49%	18	42%
院内の体制が未だ十分でなかった	25	64%	31	72%
高機能病院との円滑な関係を形成することが難しかった	3	8%	8	19%
後方病院・診療所との円滑な関係を形成することが難しかった	1	3%	3	7%

8-2) 参加しやすくなる条件－がん（表 8）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県が積極的に病院の意向を聞く機会を設ける	12	31%	17	40%
民間病院が参加しやすいようにする	12	31%	32	74%
参加しやすい要件に改める	23	59%	29	67%
院内の体制を整備する	26	67%	30	70%
高機能病院との円滑な連携関係を構築する	8	21%	16	37%
後方病院・診療所との円滑な関係を構築する	4	10%	5	12%

9-1) 参加できない理由－脳卒中（表 9）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県より参加の意向に関する十分な相談がなかった	4	36%	4	20%
公的病院が中心なので見合わせた	1	9%	4	20%
参加要件が厳しすぎた	2	18%	6	30%
院内の体制が未だ十分でなかった	9	82%	18	90%
高機能病院との円滑な関係を形成することが難しかった	1	9%	2	10%
後方病院・診療所との円滑な関係を形成することが難しかった	1	9%	1	5%

9-2) 参加しやすくなる条件－脳卒中（表 10）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県が積極的に病院の意向を聞く機会を設ける	4	36%	9	45%
民間病院が参加しやすいようにする	5	45%	15	75%
参加しやすい要件に改める	6	55%	14	70%
院内の体制を整備する	8	73%	18	90%
高機能病院との円滑な連携関係を構築する	1	9%	8	40%
後方病院・診療所との円滑な関係を構築する	4	36%	5	25%

10-1) 参加できない理由－急性心筋梗塞（表 11）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県より参加の意向に関する十分な相談がなかった	6	30%	9	47%
公的病院が中心なので見合わせた	2	10%	6	32%
参加要件が厳しすぎた	3	15%	6	32%
院内の体制が未だ十分でなかった	14	70%	14	74%
高機能病院との円滑な関係を形成することが難しかった	2	10%	5	26%
後方病院・診療所との円滑な関係を形成することが難しかった	1	5%	6	32%

10-2) 参加しやすくなる条件－急性心筋梗塞（表 12）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県が積極的に病院の意向を聞く機会を設ける	7	35%	9	47%
民間病院が参加しやすいようにする	8	40%	15	79%
参加しやすい要件に改める	8	40%	10	53%
院内の体制を整備する	12	60%	14	74%
高機能病院との円滑な連携関係を構築する	4	20%	8	42%
後方病院・診療所との円滑な関係を構築する	5	25%	8	42%

11-1) 参加できない理由－糖尿病（表 13）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県より参加の意向に関する十分な相談がなかった	11	33%	20	41%
公的病院が中心なので見合わせた	2	6%	13	27%
参加要件が厳しすぎた	5	15%	10	20%
院内の体制が未だ十分でなかった	23	70%	28	57%
高機能病院との円滑な関係を形成することが難しかった	3	9%	3	6%
後方病院・診療所との円滑な関係を形成することが難しかった	2	6%	5	10%

11-2) 参加しやすくなる条件－糖尿病（表 14）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県が積極的に病院の意向を聞く機会を設ける	4	36%	9	45%
民間病院が参加しやすいようにする	5	45%	15	75%
参加しやすい要件に改める	6	55%	14	70%
院内の体制を整備する	8	73%	18	90%
高機能病院との円滑な連携関係を構築する	1	9%	8	40%
後方病院・診療所との円滑な関係を構築する	4	36%	5	25%

12-1) 参加できない理由－救急医療（表 15）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県より参加の意向に関する十分な相談がなかった	3	33%	4	33%
公的病院が中心なので見合わせた	0	0%	5	42%
参加要件が厳しすぎた	5	56%	3	25%
院内の体制が未だ十分でなかった	5	56%	12	100%
高機能病院との円滑な関係を形成することが難しかった	1	11%	1	8%
後方病院・診療所との円滑な関係を形成することが難しかった	1	11%	1	8%

12-2) 参加しやすくなる条件－救急医療（表 16）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県が積極的に病院の意向を聞く機会を設ける	5	56%	6	50%
民間病院が参加しやすいようにする	4	44%	9	75%
参加しやすい要件に改める	8	89%	7	58%
院内の体制を整備する	5	56%	8	67%
高機能病院との円滑な連携関係を構築する	1	11%	3	25%
後方病院・診療所との円滑な関係を構築する	1	11%	0	0%

13-1) 参加できない理由－災害医療（表 17）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県より参加の意向に関する十分な相談がなかった	6	33%	3	50%
公的病院が中心なので見合わせた	5	28%	2	33%
参加要件が厳しすぎた	5	28%	1	17%
院内の体制が未だ十分でなかった	11	61%	5	83%
高機能病院との円滑な関係を形成することが難しかった	0	0%	0	0%
後方病院・診療所との円滑な関係を形成することが難しかった	0	0%	0	0%

13-2) 参加しやすくなる条件－災害医療（表 18）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県が積極的に病院の意向を聞く機会を設ける	7	39%	6	100%
民間病院が参加しやすいようにする	6	33%	6	100%
参加しやすい要件に改める	7	39%	5	83%
院内の体制を整備する	10	56%	5	83%
高機能病院との円滑な連携関係を構築する	0	0%	0	0%
後方病院・診療所との円滑な関係を構築する	0	0%	0	0%

14-1) 参加できない理由－へき地医療（表 19）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県より参加の意向に関する十分な相談がなかった	5	31%	4	67%
公的病院が中心なので見合わせた	4	25%	0	0%
参加要件が厳しすぎた	3	19%	2	33%
院内の体制が未だ十分でなかった	12	75%	5	83%
高機能病院との円滑な関係を形成することが難しかった	1	6%	1	17%
後方病院・診療所との円滑な関係を形成することが難しかった	1	6%	0	0%

14-2) 参加しやすくなる条件－へき地医療（表 20）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県が積極的に病院の意向を聞く機会を設ける	10	63%	3	50%
民間病院が参加しやすいようにする	6	38%	5	83%
参加しやすい要件に改める	6	38%	4	67%
院内の体制を整備する	11	69%	3	50%
高機能病院との円滑な連携関係を構築する	1	6%	0	0%
後方病院・診療所との円滑な関係を構築する	1	6%	0	0%

15-1) 参加できない理由－周産期医療（表 21）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県より参加の意向に関する十分な相談がなかった	1	10%	2	100%
公的病院が中心なので見合わせた	0	0%	1	50%
参加要件が厳しすぎた	2	20%	1	50%
院内の体制が未だ十分でなかった	10	100%	1	50%
高機能病院との円滑な関係を形成することが難しかった	0	0%	1	50%
後方病院・診療所との円滑な関係を形成することが難しかった	0	0%	0	0%

15-2) 参加しやすくなる条件－周産期医療（表 22）

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県が積極的に病院の意向を聞く機会を設ける	1	10%	2	100%
民間病院が参加しやすいようにする	3	30%	2	100%
参加しやすい要件に改める	2	20%	1	50%
院内の体制を整備する	10	100%	1	50%
高機能病院との円滑な連携関係を構築する	0	0%	0	0%
後方病院・診療所との円滑な関係を構築する	0	0%	0	0%

16-1) 参加できない理由—小児医療 (表 23)

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県より参加の意向に関する十分な相談がなかった	3	33%	2	67%
公的病院が中心なので見合わせた	0	0%	0	0%
参加要件が厳しすぎた	3	33%	0	0%
院内の体制が未だ十分でなかった	6	67%	2	67%
高機能病院との円滑な関係を形成することが難しかった	0	0%	1	33%
後方病院・診療所との円滑な関係を形成することが難しかった	1	11%	0	0%

16-2) 参加しやすくなる条件—小児医療 (表 24)

	DPC 対象病院		DPC 非対象病院	
	回答数	回答率	回答数	回答率
都道府県が積極的に病院の意向を聞く機会を設ける	2	22%	1	33%
民間病院が参加しやすいようにする	1	11%	2	67%
参加しやすい要件に改める	1	11%	1	33%
院内の体制を整備する	7	78%	2	67%
高機能病院との円滑な連携関係を構築する	0	0%	1	33%
後方病院・診療所との円滑な関係を構築する	2	22%	0	0%

17) 自由記載

<がん>

- ・院内にてがん登録を実施するも、行政サイドである東京都が現状、がん登録の参加募集を未実施である。都道府県によって体制が異なり、その結果、病院の努力が点数に反映されないのは、公平性を欠くのではないだろうか。
- ・県よりがん疾患に関する情報が欲しいかどうかの問い合わせを受けたばかりである。まだまだ宮崎県では体制が出来ていないため、現時点では判断が難しい。宮崎県では地域がん登録を行っておらず参加できない。

<救急医療>

- ・当院は民間病院の中で唯一公的病院同様に二次救急医療に取り組んでいるが、県内の地域医療計画が公的病院を中心に作成運営されており、民間病院であるがゆえに救急病院群輪番制への参加が認められていない。このため、地域医療に貢献しながら DPC 病院として地域医療指数の救急医療評価も受けられない状況である。

- ・地方における病院群輪番病院は、そのほとんどが救急に必要とされる診療科を整備できていない現状であり、病院群輪番制に登録していない当院のような急性期脳神経外科医療機関が2.5次救急を行っているのが実態である。AMIについても同じである。医療計画上の病院群輪番制参加だけでの評価は疑問である。

<その他>

- ・外科系病院として地域医療を担う私的小病院であるが、医療連携施設数は、約200ある。効率性指数と複雑性は高く、地域医療のため頑張っているが、機能評価係数(Ⅱ)合計では平均を下回る。チーム医療として各種行っているが、小規模由に専従スタッフが配置できない。一極集中では地域医療は成り立たない。大病院優位の是正を望む。
- ・自治体病院を中心とした体制構築を望むよりは、現状機能している圏域の体制を重視していただきたい。実際機能していない自治体病院が各種センターの指定を受けるのはおかしい。
- ・公的病院を頂点に、ピラミッド型の医療提供体制を構築するのは、増々規制強化につながり、いかななものか。
- ・「がん」や「災害医療」はどうしても、大学病院や公立病院に偏重しているように思う。民間病院の機能性や柔軟性を取り入れた形で、もう少し評価できるようにしてほしい。県内で連携パスはあるが、うまく稼働していない。連携担当者の設置やコーディネーターがもっと増え、機能する対策(診療報酬を得やすい条件のもとで)が必要と思う。
- ・民間病院の人材は流動的であり、かつ採算性のある分野でないと人的投資はできない。地域連携パスにおいても、競合関係を無視して連携体制を構築することは不可能である。また診療する疾患、臨床像の固定化は、病院収支の悪化にもつながりかねず、自院の医療機能、人員体制の再整備を考慮しながら慎重に連携をすすめるべきである。

5. まとめと考察

5-1. 調査1「各都道府県における4疾病・5事業の基準」のまとめ

各都道府県が制定した医療機能の分類とそれに基づく医療機関名の記載基準は、必ずしも国が提示した指針に則っていなかった。災害医療を除く他の疾病・事業においては、独自の基準を設けている都道府県もあった。医療計画の策定が各都道府県の実情に委ねられた結果、このようなばらつきが生じたということが出来る。

また2010年6月時点では、医療計画そのものが未整備だったり、疾病・事業が部分的に未整備だったりしたため、全都道府県の医療機能分類を調査できなかった。

5-2. 調査 2「4 疾病・5 事業に関する会員病院へのアンケート調査」のまとめ

4 疾病・5 事業のいずれの分野においても、DPC 非対象病院と比較して、DPC 対象病院の方が、より多くの疾病・事業に参加していただけて、同時に参加したいとも回答した。こうした DPC 対象病院の積極的な参加と参加の意向に関する回答の背景には、地域医療指数への評価の反映が影響しているのであろう。

いずれの疾病・事業においても、参加できない理由として最も多かったのは、院内体制の未整備であった。

参加しやすくなる要件としては、院内体制の整備を除けば、都道府県からの打診、民間病院の参入のし易さ、参加要件の緩和が、今後の参加を促進することが推測された。反対に高機能病院や後方病院との連携は、参加の上で大きな問題にはならないという傾向があった。

なお、災害医療、へき地医療、小児医療、周産期医療については、回答数が著しく少なかった為に、参考程度に留めることにした。

自由記載欄では、公的病院や大病院を中心とした医療提供体制の構築に疑問や異議を唱える回答も見受けられ、中小規模の民間病院の参入が阻まれている可能性が伺えた。

自院である分野の疾病・事業を行っていることは、医療計画に自院名が記載されることには直結していない。ところが表 25 に掲載したように、医療計画に自院名が記載されていないにも関わらず、「参加している」と回答した病院が少なからず存在したことから、医療機関によっては 4 疾病・5 事業を熟知していないことが読み取られた。

表 25) 「参加している」と回答した病院のうち、実際に医療計画に記載されていなかった病院数

	参加していると回答した病院数	実際に医療計画に記載されていなかった病院数	割合
がん	111	23	20.7%
脳卒中	200	15	7.5%
急性心筋梗塞	73	4	5.5%
糖尿病	103	6	5.8%
救急医療	192	20	10.4%
災害医療	41	20	48.8%
へき地医療	13	3	23.1%
周産期医療	22	1	4.5%
小児医療	28	6	21.4%

※ 医療計画において、高度な治療を実施できる医療機関名しか記載されていなかった場合等は、たとえ慢性期の治療を担っていたとしても、病院名が記載されない為、医療計画に記載されていなかった病院に含めた

5-3. 考察

病床規制に過ぎないと批判されてきた従来の2次医療圏に対して、4疾病・5事業は、それぞれに対する医療提供体制を提示し、これから重点的に整備していく医療を明確化したうえで地域住民に情報提供する点で画期的である。また、診療報酬において、DPC対象病院の機能評価係数の中の地域医療指数として取り入れられ、病院の収入を左右することになった。さらに新しい医療法人類型である社会医療法人の認可要件としたことも特筆に値する。

しかしながら、都道府県の実情に合わせるという名目で、医療機関が所在している都道府県によって、大きく異なる基準が適用されている。今後、全日病としては、会員病院への医療提供体制に関する情報提供や啓発活動を行いつつ、国によって統一された評価方法と県によって異なる評価方法のダブルスタンダードの解消や、公的病院・大病院偏重の医療提供体制の是正を求めている。

6. 全日本病院学会 in 兵庫における報告

2010年10月10日(土)、11日(日)に、第52回全日本病院学会 in 兵庫が開催された。本学会の2日目の10時～11時30分に、医療制度・税制委員会企画「4疾病・5事業」を実施した。

<座長>

小松寛治(特定医療法人青嵐会 本荘第一病院 理事長)

<演者>

池上直己(慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 教授)

<指定発言者>

大村武久(医療法人社団甲友会 西宮協立脳神経外科病院 理事長)

今村英仁(財団法人慈愛会 理事長)

野原秀晃(兵庫県健康福祉部参事兼医務課長)

I. 講演

池上氏より、「医療計画における4疾病・5事業に関する調査」について、講演があった。本調査は2つの調査から構成されている。

1つ目の調査では、各都道府県の4疾病・5事業の記載基準について調べた。その結果、必ずしも国が提示した医療計画の記載基準を踏襲しておらず、県により異なることが明らかになった。

2つ目は全日病の会員病院に対して、4疾病・5事業にどの程度参加しているか、また参加したいと考えているか等を調べた。その結果、非DPC病院と比較した場合、DPC病院の方がより積極的に参加し、また参加したいと考えていることが判明した。参加できない理由としては、「院内体制の未整備」が最も多かったが、都道府県の打診があることや参加要件の緩和が、参加の促進に役立つことが伺えた。

自由記載では、大病院や公的病院を中心とした医療提供体制の是正を求める意見が少なからずあった。

II. 指定発言

【大村氏】

兵庫県全体での救急の出動件数と急患の受け入れに関する問い合わせ(5回以上)が増加しており、西宮市以外からも患者が運ばれることが、自院の救急患者の受入不能率を上昇させている。実態としては医療圏を超えた広域の連携となっているので、阪神の南北と東西で異なる医療提供体制を超えて、阪神間における救急医療体制の充実と、急性期から在

宅までの連携の推進が求められる。

【今村氏】

鹿児島県における4疾病・5事業の連携体制の整備状況については、各二次医療圏において、未整備の項目が多い。しかし自会がどれくらい4疾病・5事業に参加しているかを調べることで、急性期医療を担っている病院だけでなく、連携していれば参加と見なされることが判明した。医療計画に自院名が記載されていなければネットワークから弾き出されてしまうため、全日病の会員病院も積極的に参加しなければならない。

【野原氏】

(初めに、兵庫県全体における4疾病・5事業毎の連携の基準と連携病院を紹介した)

4疾病では民間病院が積極的に参加しているが、政策医療的要素の強い5事業は公的病院が中心になっていることが明示された。兵庫県庁としては各圏域のデータを頻繁に更新しているが、例えばがん診療連携拠点病院は、各圏域で一病院と国が決めてしまっているため、他の病院がどれだけ尽力しても診療連携拠点病院として新たに認可できないと実情を吐露した。

Ⅲ. ディスカッション

初めに池上氏が、医療計画に医療機関名を記載したことを評価した上で、ネットワークから外れると患者も来なくなり、患者も紹介されなくなると述べた。またアンケート調査の結果から、県の打診を求める意見があったが、県としてどのように打診するかを野原氏に対し質問した。野原氏は自院の機能、役割、連携先を認識して、いかに連携に関わるかという地道な作業を医療機関に対して求めた。これに対して大村氏は、医療現場の意見が反映されにくいことに苦言を呈し、圏域毎ではなく阪神全体で医療提供体制を整備していくように求めた。

今村氏より、診療報酬で評価されなければ、4疾病・5事業を担わない病院が増えるのではないかとの疑問が挙がった。池上氏は、非DPC病院にとって医療計画は病床規制以外の意味を持たないが、住民へ情報提供を行うという方向転換をしたので、医療計画が初めて意味を持つ可能性があるかと回答した。更に今村氏が、医療計画が意味のあるものに化けたとき、非DPC病院がいかに対応すべきかについて尋ねた。池上氏は病院の戦略計画・医療計画上も、自院のどの分野を伸ばし、どの分野を縮小すべきかを考えるべきと回答したが、まず何よりも、こうした問題があることを会員病院に認識してもらいたいと述べた。

最後に野原氏より、行政区画があるものの、なるべく実態に即した医療計画を策定したいという抱負を語った。

「医療連携に参加」も「医療計画には非記載」の事例が

4疾病5事業に関する会員病院調査 医療計画記載基準が都道府県で異なる。公的病院重視の傾向も

全日病の医療制度・税制委員会(小松寛治委員長)が6月に会員病院を対象に実施した「4疾病5事業に関する調査」の結果がまとまった。

2008年度から始まった新医療計画には、具体的な医療機関名を表示して各2次医療圏における4疾病・5事業ごとの医療連携体制が記載された。この医療連携体制に対する会員病院の参加実態を捕捉するのが今回調査の目的である。

4疾病でみると、DPCの支払いを実施している病院は4-5割の割合で医療連携体制に加わっているが、DPCの支払いを実施していない病院で参加しているとした率は1-4割にとどまり、DPC病院に比して参加率が低かった。

さらに、DPC病院と非DPC病院合わせた参加病院と「医療計画への記載有無」との関係をとらねたところ、医療連携体制に加わっているという認識にもかかわらず、「医療計画に自院の名が記載されていない」と回答した病院数は、医療連携体制に加わっているという回答数に対して、がんで20.7%、脳卒中で7.5%、急性心筋梗塞で5.5%、糖尿病で5.8%あり、がんにおいては2割もの病院が医療計画に記載されてい

ないことが分かった。

非記載率を5事業についてみると、救急医療10.4%、災害医療48.8%、へき地医療23.1%、周産期医療4.5%、小児医療21.4%と、4疾患よりも「連携に参加している」という認識と医療計画記載との乖離は、さらに拡がった。

このほか、調査結果から、①4疾病5事業の捉え方や参加病院名の記載基準が都道府県さらには2次圏で異なっている、②都道府県からの打診や参加要件の緩和が参加促進に役立つ、③医療計画の記載内容が各病院に周知されていない可能性がある、などがうかがえた。

また、自由意見の記載から、大病院や公的病院を中心とした医療提供体制の是正を求める意見が少なくないことが分かった。

4疾病・5事業の医療連携体制は、その参加が、脳卒中にかかわる診療報酬で地域連携診療計画管理料と地域連携診療計画退院時指導料の施設基準の1つになっているほか、10年改定ではDPCの新機能評価係数に加えられ、自院機能を明らかにして患者選択に資するという面にとどまらず、各病院の収入面にも影響を与えるものとなっている。

4疾病5事業への病院参加実態アンケート形式で調べた調査は初めてとみられるが、とくに、参加できていない病院の状況を併せて探ったこの調査は、2011年度に中間見直しを迎える新

医療計画にとって貴重な資料を提供するものとなる。

池上教授は、近々再開される医療部会における医療法改正議論に、このデータを反映させたいとしている。

医療計画が本格機能する可能性。自院機能の明確化が必要

医療制度・税制委員会は10月11日の「第52回全日本病院学会 in 兵庫」で「4疾病・5事業について-各都道府県の医療計画と全日病会員病院の参加状況」と題した企画を組み、池上直己慶應義塾大学医学部教授が「4疾病・5事業に関する調査」結果を報告・分析した。

同企画には兵庫県から健康福祉部健康局医務課担当官も出席、同県における4疾病・5事業に関する医療連携体制の現状を「およそ70%を民間病院が占め

ており、がんばっている状況がわかる」と報告した。

池上教授は、同企画のまとめで、「民間病院は今までは医療計画に無関心でいてもよかった。しかし、これからは医療計画が本格的に機能し出すかもしれない。そうなる、自院の位置付けをどうしなければならないかという判断を迫られることになる」と指摘、民間病院に、まずは自院機能の明確化に取り組む必要を提起した。

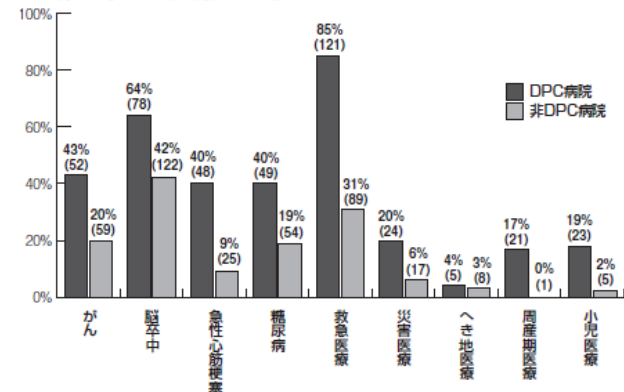


全日本病院協会 「4疾病5事業に関する調査」の結果

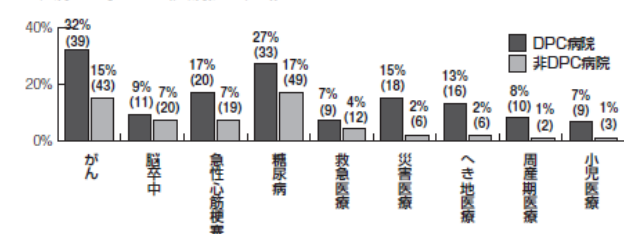
調査日●2010年6月～7月
回答数●DPC病院 121/392件(回収率

31%)、非DPC病院 291/1,910件(回収率15%)、合計 412/2,302件(回収率18%)

□4疾病・5事業-会員病院の参加分野



□4疾病・5事業-会員病院の参加したい分野



□医療計画への病院名の記載の有無

	参加していると回答した病院数	実際に医療計画に記載されていなかった病院数	割合
がん	111	23	20.7%
脳卒中	200	15	7.5%
急性心筋梗塞	73	4	5.5%
糖尿病	103	6	5.8%
救急医療	192	20	10.4%
災害医療	41	20	48.8%
へき地医療	13	3	23.1%
周産期医療	22	1	4.5%
小児医療	28	6	21.4%

※医療計画において、高度な治療を実施できる医療機関名しか記載されて場合等は、たとえ慢性期の治療を担っていたとしても、病院名が記載されていない、医療計画に記載されていない病院に記された。

□自由記載意見から

●がん
・院内でがん登録を実施するも、行政サイドである東京都はがん登録の参加募集を実施していない。都道府県によって体制が異なる結果、病院の努力が点数に反映されないのは、公平性を欠くのではないかと。

・宮崎県ではまだ体制が出来ていなく、地域がん登録を行っておらず参加できない。

●救急医療

・当院は公的病院同様に2次救急医療に取り組んでいるが、県内の地域医療計画は公的病院中心に作成運営されており、民間病院であるがゆえに救急病

院群輪番制への参加が認められていない。このため、DPC病院として地域医療指針の救急医療評価も受けられない状況にある。

・地方における病院群輪番制のほとんどは救急に必要な診療科を整備できなく、病院群輪番制に登録していない当院のような急性期脳神経外科医療機関が2.5次救急を行っているのが実態。AMIについても同様。病院群輪番制の参加だけで医療計画で評価することには疑問を感じる。

<その他>

・外科系の私的小病院で、医療連携施設数は約200ある。効率性指数と複雑性は高く、地域医療のために頑張っているが、機能評価係数(II)の合計は平均を下回る。チーム医療を各種行っているが、小規模故に専従スタッフが配置できない。一極集中では地域医療は成り立たない。大病院優位の是正を望む。

・自治体病院を中心とした体制の構築より、現状機能している体制を重視していただきたい。実際には機能していない自治体病院が各種センターの指定を受けるのはおかしい。

・公的病院を頂点にピラミッド型の医療提供体制を構築するのは、増々規制強化につながり、いかなるものか。

・がんや災害医療は大学病院や公立病院に偏重しているように思う。民間病院の機能性や柔軟性を取り入れた形

で、もう少し評価できるようにしてほしい。

・県内に連携パスはあるが、うまく稼働していない。連携担当者の設置やコーディネーターがもっと増え、機能する対策(診療報酬を得やすい条件のもと)が必要と思う。

・競合関係を無視して連携体制を構築することは不可能。また、診療する疾患や臨床像の固定化は病院収支の悪化にもつながりかねず、自院の医療機能、人員体制の再整備を考慮しながら慎重に連携をすすめるべきである。

□まとめ

①都道府県によって、医療計画における4疾病5事業の捉え方や、参加する病院名を記載する基準が異なっていた。

②DPC病院と非DPC病院とでは回答傾向が異なり、DPC病院の方がより積極的に参加しており、また参加したいとする傾向があった。

③参加できない理由として「院内体制の未整備」が最も多かったが、都道府県の打診があることや参加要件の緩和が参加の促進に役立つことが伺えた。

④医療計画に当該病院の記載が全くなくても、ある疾病や事業に参加していると回答した病院もあり、医療計画の記載内容が各病院に周知されていない可能性があった。

⑤自由記載欄では、大病院や公的病院を中心とした医療提供体制の是正を求める意見が少なからずあった。