

# 基礎研 レター

## 地域医療構想と病床規制の行方

在宅医療の体制づくりが急がれるのは、どのような構想区域か？

保険研究部 主任研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

### 1—はじめに

日本では、疾患を抱えた高齢期の患者の数が増加すると見込まれている。それに伴って、医療は、従来の、治療による完治を目指すものから、病気が軽減する寛解を目指すものへと変化が求められる。これに伴い、患者の健康寿命を延伸させつつ、医療費の抑制を目指して、病床機能の見直しが図られている。各都道府県は、地域の実状に照らして将来の病床構想を立てるべく、2017年3月までに地域医療構想を策定した。今後、この構想をもとに、2018年度開始の第七次医療計画の立案が進められる。

本稿では、病床機能の変更を中心に、今後の地域医療の変化について概観することとしたい。<sup>1</sup>

### 2—地域医療構想とは

そもそも地域医療構想とは、どういうものか。まずは、これについて、見ていくこととしよう。

#### 1 | 将来の医療需要と病床の必要量を推計し、医療提供体制実現の施策を立てる

地域医療構想としてまとめる事項は、大きく2つに分けられる。1つは、将来(2025年)の医療の必要量。これは、構想区域(原則として、二次医療圏)ごとに、所定の計算式で算定された病床の機能区分(次章にて詳述)別の床数と、在宅医療等の患者数である。もう1つは、目指すべき医療提供体制を実現するための施策。この施策は、例えば、医療機能の分化・連携推進のための施設整備策、人材確保・養成策、在宅医療の充実策などを指す。

地域医療構想は、都道府県が医療計画<sup>2</sup>の一部として策定する。この策定を通じて、各医療機関の機能分化が図られる。また、構想の策定、実施を後押しする仕組みとして、地域医療構想調整会議、病床機能報告制度、地域医療介護総合確保基金の仕組みが整備されている。以下、簡単に見ていこう。

<sup>1</sup> 本稿は、「地域医療構想をどう策定するか」松田晋哉(医学書院, 2015年)を参考にしてしている。

<sup>2</sup> 医療計画は、医療法第30条の4により、都道府県が定めるものとされている。これまでに、1985年の第一次計画から、数年ごとに策定されてきた。2014年には、第六次計画が策定された。そこでは、メンタルヘルスや認知症の問題の深刻化を受けて、精神疾患が医療提供体制の整備計画の対象として追加された。また、地域包括ケアの推進に向けて、居宅などでの医療体制構築についても、他の疾患・事業と同様、県の数値目標等の記載が求められることとなった。地域医療構想は、医療介護総合確保推進法に基づいて、2015年度から策定することとされている。策定期限は、法律上は2018年3月末であるが、厚生労働省は2016年半ば頃までの策定が望ましいとしてきた。各都道府県は、2017年3月までに策定している。

## 2 | 地域医療構想調整会議は、地域医療構想の中身を議論する

地域医療構想調整会議(以下、「調整会議」)は、地域医療構想を策定する際の、協議の場である。調整会議のメンバーは、地域医療を提供する医師会・病院団体と、医療費の支払側である保険者、地域医療を監督する都道府県。介護関係の検討を要することがあるため、合議内容によっては、介護関係者や介護保険の保険者としての市町村、医療・介護の保険制度を支えてサービスを受ける立場の住民の代表も加わる。そして、地域の患者数や医師数などのデータを、分析・解釈する研究者も加わる。

調整会議には、地域の医療市場を規定する側面がある。このため、医療関係者は大きな関心を持って臨む。ともすれば、議論が具体根拠を欠いたまま、観念的なやり取りに終始しかねない。また、住民の代表は、地域医療の実状がつかみにくく、議論に加わること自体が難しい場合もある。そこで、合理的な議論や決定のために、DPC、NDB データ等<sup>3</sup>による、科学的なアプローチが有用とされている。

## 3 | 病床機能報告制度は、病床の現状を把握するための仕組み

病床機能報告制度は、調整会議の議論の前提として、病床の現状を医療機関から報告するための仕組みである。この制度は、2014年より始まっており、毎年、7月1日時点の病床数を、機能別に報告する。併せて、各病院の、今後の病床の方向性についても、報告してもらうものとなっている。

## 4 | 地域医療介護総合確保基金は、地域医療・介護体制の整備費用に充てられる

地域医療介護総合確保基金は、都道府県が設けるもので、地域医療構想の実現のために、医療従事者の確保・養成、在宅医療や介護サービスの充実などの経費に充てるものとされている。従来より、医療政策の実現には、診療報酬制度が用いられている。しかし、診療報酬は、診療の対価であり、医療体制の整備の評価には用いづらい。また、診療報酬は全国一律のものであり、地域に応じた医療政策は反映させにくい。こうしたことを受けて、2014年に、税負担による基金が設立されている<sup>4</sup>。

# 3——地域医療構想の策定

続いて、地域医療構想の策定プロセスを見ていこう。

## 1 | 地域医療構想は8つのプロセスを経て策定される

地域医療構想策定ガイドラインによると、8つのプロセスを通じて、策定を進めていくこととされている。各都道府県は、このプロセスに従って地域医療構想を策定し、報告書として公表している。

図表 1. 地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制の整備	5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
2. 地域医療構想の策定および実現に必要なデータの収集・分析・共有	6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
3. 構想区域の設定	7. 構想区域の確認
4. 構想区域ごとの医療需要の推計	8. 将来(2025年)のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

※「地域医療構想策定ガイドライン」(地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会, 2015年)と、注記1記載資料をもとに筆者作成

## 2 | 二次医療圏と異なる構想区域を設定した都道府県が6つあった

上記の3.のプロセスで、構想区域は、原則として二次医療圏であるが、患者の受療行動等を勘案して、別の区分で設定することもできる。今回、都道府県が公表した地域医療構想によると、福島、神

<sup>3</sup> DPCは、Diagnosis Procedure Combinationの略。診療報酬の包括評価を行うDPC対象病院の医療費等のデータを指す。一方、NDBは、National Databaseの略。2008年から国が収集している、レセプトデータや、特定健康診査等のデータを指す。

<sup>4</sup> 基金造成にあたり、費用の2/3は、国が負担することとされた。

奈川、愛知、三重、香川、熊本の6つの県で、二次医療圏とは異なる構想区域を設定している。この結果、全国で、344の二次医療圏に対して、構想区域の数は341と、若干異なる結果となっている。

### 3 | 各機能別の病床と在宅医療等について、患者数が見積もられ、そこから必要病床数が推計される

上記の4.~6.のプロセスでは、医療需要の推計を立て、それをもとに必要病床数の推計が行われる。推計にあたり、まず、病床機能を4つに分ける。この機能区分は、DPCデータを用いて行われた<sup>5</sup>。そして、各機能間の医療資源投入量<sup>6</sup>の境界線が設定され、患者数の推計方法が定められた。

図表 2. 病床機能別病床区分 (在宅医療等を含む)

機能区分	病床機能の内容	患者数の見積もりの前提
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能	医療資源投入量 3,000 点以上の入院日数を集計
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	医療資源投入量 600 点以上 3,000 点未満の入院日数を集計
回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折などの患者に対し、ADL(日常生活動作)の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)	医療資源投入量 175 点以上 600 点未満の入院日数を集計し、これに、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を合算
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障がい者(重度の意識障がい者を含む)、筋ジストロフィー患者または難病患者などを入院させる機能	一般病床については、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者の数 療養病床については、療養病床の患者数から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数、医療区分1の患者数の70%、地域差解消分を控除
在宅医療等	—————	医療資源投入量 175 点未満の入院日数を集計し、これに、療養病床における医療区分1の患者数の70%と、慢性期での地域差解消分を加え、更に、在宅医療等を受ける患者数(介護老人保健施設の将来の入居者数、在宅患者訪問診療料を算定する患者の将来推計数)を合算

\* 報告書の病床機能区分の記載内容は、都道府県ごとに異なる。上記は、わかりやすさを優先して、厳密な表現を一部省略している。

※ 「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」(厚生労働省、第12回(平成26年7月24日)、資料3)、「東京都地域医療構想」(東京都、平成28年7月)、および「大阪府地域医療構想」(大阪府、平成28年3月)をもとに、筆者作成

この推計方法に基づいて、各構想区域で、域内の医療機関で発生した症例を、それぞれ、4つの機能区分に分解する<sup>7</sup>。そして、機能区分ごとに集計して、患者数を推計する。その患者数を、機能区分ごとの病床稼働率で割り算して、必要病床数を割り出す<sup>8</sup>。併せて、在宅医療等の患者数も推計される。

なお、慢性期病床の必要数の見積もりにおいては、現在、療養病床<sup>9</sup>に入院している医療区分1<sup>10</sup>の患者の70%が、在宅あるいは介護施設での医療で対応可能との前提が置かれた。併せて、療養病床の入院受療率の地域差を縮小させることが盛り込まれた。そのために、3つの具体手法が示されている<sup>11</sup>。

<sup>5</sup> 具体的には、DPCにおける、1日あたり出来高換算コストの分布状況が参考にされた。

<sup>6</sup> 入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いた1日当たりの診療報酬出来高点数。1点は、10円に相当する。

<sup>7</sup> DPCの医療機関については、患者ごとに、入院日数を4つの機能に分解・集計して、それぞれの医療需要を算出。DPC以外の医療機関については、ナショナルデータベースとして収集されたレセプト(診療報酬明細書)をもとに計算する。

<sup>8</sup> 病床稼働率は、ある一時点の病床利用率に、その日の退院患者数を加えたものとして、実績をもとに設定されている。具体的な水準は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%、とされている。

<sup>9</sup> 主として、長期にわたり療養を必要とする患者のための病床のこと。主に、急性期の入院治療を必要とする患者のための病床である一般病床とは、別の概念。医療保険対象の医療療養型病床と、介護保険対象の介護療養型病床の2種類がある。

<sup>10</sup> 医療制度上、患者は、24時間持続点滴などを行う医療区分3、(医療区分3以外で)筋ジストロフィーや肺炎などを患う医療区分2、それ以外の医療区分1、の3つの区分に分けられる。

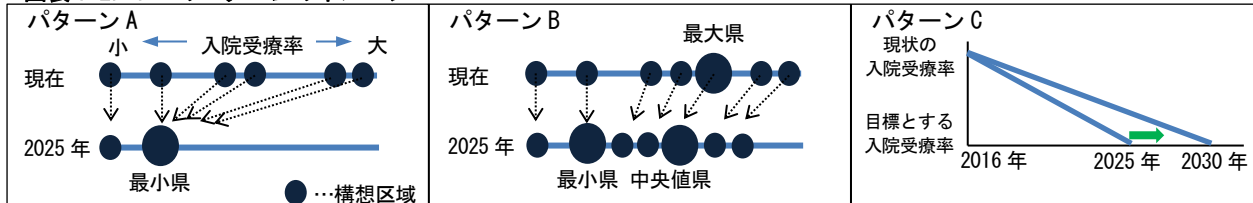
<sup>11</sup> 2013年の療養病床の入院受療率(人口10万人あたり入院患者数)は、最小:山形(81%)、最大:高知(391%)、中央値:滋賀(144%)。



図表 3-1. 療養病床の入院受療率について地域差の縮小を図るための3つのパターン

パターン A：全国最小県レベルを上回る構想区域につき、同水準まで入院受療率を低下させる  
 パターン B：全国最小県レベルを上回る構想区域につき、全国最大県レベルを全国中央値県レベルまで低下させる割合を用いて、全国最小県レベルとの差を等比的に低下させる  
 パターン C：所定の要件<sup>(\*)</sup>を満たす構想区域は、目標達成年次を、2025年ではなく2030年に設定することが可能  
 (その場合、2030年から比例的に逆算した2025年の入院受療率の目標も、地域医療構想に設定する)  
 (\*) パターン B により入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値県より大きいこと、かつ、当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均より大きいこと

図表 3-2. 3つのパターンのイメージ



※ 図表 3-1、3-2 とも、「地域医療構想策定ガイドライン」と、注記 1 に記載の資料をもとに、筆者作成

#### 4 | 必要病床数の推計は、病床機能報告制度結果と比較される

上記の 7. と 8. のプロセスで、必要病床数の推計結果と、病床機能報告の結果が比較される。

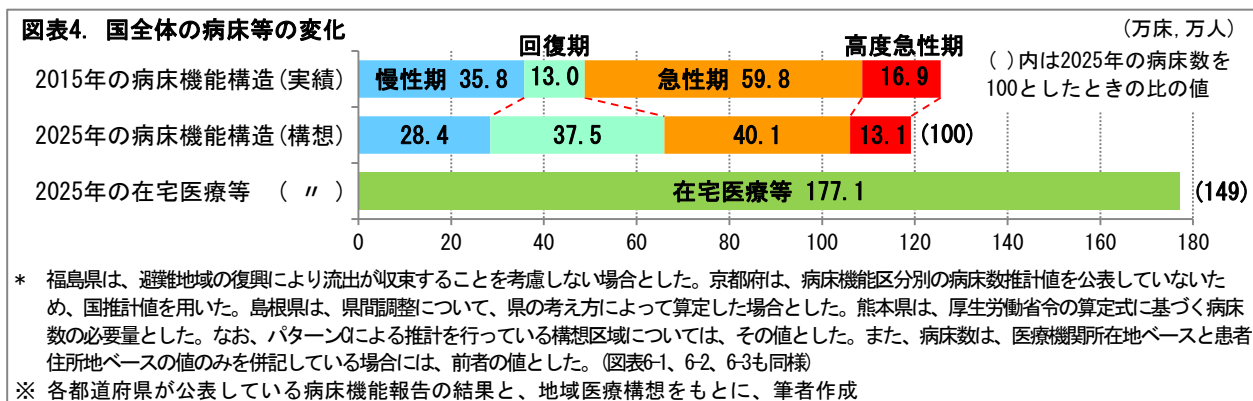
なお、2015 年 6 月には、各都道府県による地域医療構想の策定の取り組みに先立って、「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」（以下、「調査会」）が、2025 年の必要病床数の推計結果を 115 万～119 万床程度と公表した。これは、病床の機能分化等をせずに高齢化を織り込んだ場合の 152 万床程度と比べて、少ない結果であった。この結果は、一部のメディアで、病床の削減目標として取り上げられ、医療関係者を中心に波紋を呼んだ。実際には、あくまで参考値に過ぎない。

#### 4—— 構想された病床体制と、現状の病床の比較結果

2017 年 3 月までに、都道府県の地域医療構想が出揃った。これをもとに、病床数を比較してみよう。

##### 1 | 国全体では、高度急性期・急性期の一部を回復期に振り替え、慢性期病床を減少させる

各都道府県の報告書をもとに、必要病床数を集計した。高度急性期と急性期が合計で 24 万床減少、回復期は 24 万床増加となった。即ち、高度急性期・急性期を、回復期に振り替える内容となっている。慢性期については、7 万床の減少となっている。在宅医療等の患者数は、病床数合計の 1.5 倍となる。介護施設や高齢者住宅を含めて、在宅医療等へのシフトを進めていくことが必要と言える。



なお、上記の集計は、調査会の公表内容とほぼ同じ結果となっている。これは、都道府県が推計の際に、国から提供された「必要病床数等推計ツール」を用いているためであり、当然の結果と言える<sup>12</sup>。

<sup>12</sup> 調査会が公表した推計では、療養病床の入院受療率の地域差を縮小させるためのパターン A～C について、それぞれ推計値を示している。上記の集計結果は、地域差縮小が一番緩やかに進むパターン C のものと、ほぼ同じ水準となっている。

## 2 | 大都市型と過疎地域型で必要病床数と在宅医療等のギャップが大きい

次に、構想区域を、大都市、地方都市、過疎地域に分けて、それぞれの病床体制を見てみよう。全国341の構想区域を、人口と人口密度により、大都市型、地方都市型、過疎地域型に分類する<sup>13</sup>。

図表5. 構想区域の分類

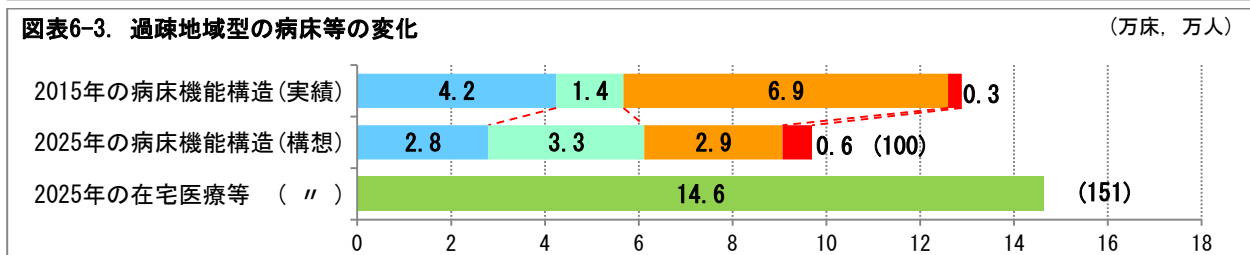
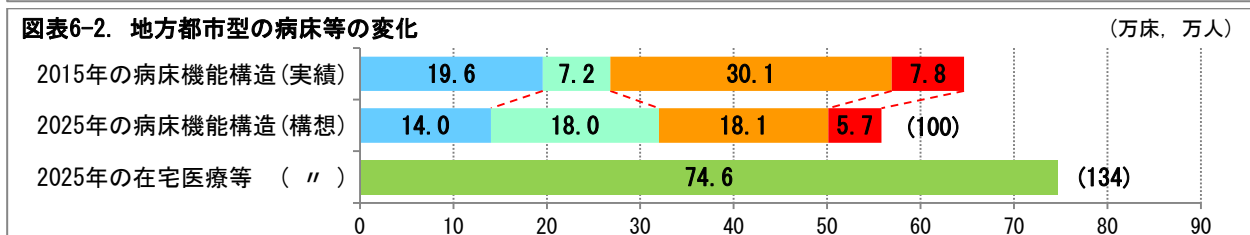
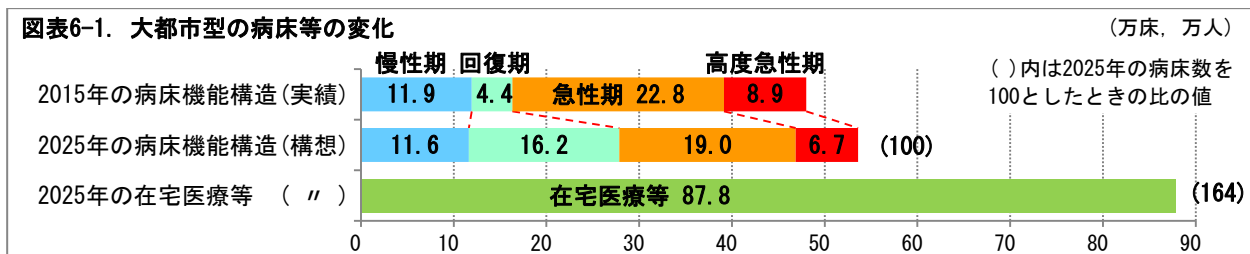
	大都市型	地方都市型	過疎地域型
構想区域の数	49	173	119
人口	5,588万人	6,055万人	1,160万人
面積	1.86万km <sup>2</sup>	19.11万km <sup>2</sup>	16.33万km <sup>2</sup>
人口密度	3,011人/km <sup>2</sup>	317人/km <sup>2</sup>	71人/km <sup>2</sup>

※「2次医療圏基礎データ(巧見さん)Ver7.0.1」(株式会社ウェルネス, 2016/08/01版)をもとに、筆者作成

大都市型は、高度急性期、急性期、慢性期の減少よりも、回復期の増加が大きく、全体の病床数は増える。在宅医療等の患者数は、病床数の1.6倍となる。在宅医療等へのシフトが必要と言える。

地方都市型は、回復期の増加よりも、高度急性期、急性期、慢性期が大きく減少。この結果、全体の病床数も減少。在宅医療等の患者数は、病床数の1.3倍となる。入院患者数の減少が必要と言える。

過疎地域型は、回復期の増加よりも、急性期、慢性期が大きく減少。全体の病床数も減少する。在宅医療等の患者数は、病床数の1.5倍。入院患者数の減少と、在宅医療等へのシフトが必要と言える。



\* 石川県は、2025年の高度急性期病床を構想区域ごとに公表していないため、2015年の構想区域ごとの比で按分して算出した。  
 ※ 各都道府県が公表している病床機能報告の結果と、地域医療構想をもとに、筆者作成

## 5—おわりに(私見)

病床規制は、構想全体の一面に過ぎない。しかし、従来、病床規制によって、医療の実態(サービスの量や質)が決まってきた経緯もある。特に、この構想では、大都市や過疎地域で、在宅医療等へのシフトが求められることが示唆されている。今後、介護施設や高齢者住宅を含めて、在宅医療の体制づくりを加速させる必要があるだろう。引き続き、構想実現に向けた取組みに、注目が必要と考えられる。

<sup>13</sup> 人口100万人以上または人口密度2,000人/km<sup>2</sup>以上を大都市型、大都市型以外で人口20万人以上または人口密度200人/km<sup>2</sup>以上を地方都市型、それ以外を過疎地域型とした。なお、人口と面積は、「平成22年 国勢調査」(総務省統計局)による。