

医療機能別病床数の推計と病床機能報告による結果について

今回は、第3期「社会保障制度改革情報」準備号として、本年6月に示された「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第1次報告—医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」について紹介します。

「今後、人口の少子高齢化がさらに進展し、医療従事者の確保等にも限界がある中、限られた医療資源を効果的・効率的に活用するためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じた機能分化し、患者の状態像に即した医療提供体制を構築することが重要である。」また、「人口構造や高齢化の進展には地域差があることから、地域の医療ニーズに対応した医療機能別の病床が確保されるよう、医療提供体制の改革を進めていくことが望ましい。」といった考え方のもと、「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」による医療機能別必要病床数の推計が行われました。

併せて、2014（平成26）年6月に成立した「医療介護総合確保推進法」による医療法の改正に基づき、一般病床・療養病床を有する医療機関が担っている医療機能を、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分に分け、病院単位で報告する「医療機能報告制度」も同年10月1日より施行され、報告結果が公表されています。今後、本当に地域の医療ニーズに即した改革がなされるのでしょうか。

「4. 専門調査会推計結果」では、その結果を読み解くとともに、その課題などについても紹介してみました。

○もくじ

1. 4つの医療区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について
2. 専門調査会による医療機能別必要病床数の推計方法の概要
3. 専門調査会による2025年の医療機能別必要病床数の推計結果
4. 専門調査会推計結果

1. 4つの医療機能の区分基準について

（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第一次報告 p7～p8 より）

1) 高度急性期

病床機能報告制度、「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」と整理されている。高度急性期と急性期の境界点（※注1）については、救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療（一般病棟等で実施する診療を含む。）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量として、3000点とした。

※注1：医療機能の境界点として、今回定める医療資源投入量の基準については、必要病床数のマクロ推計を行うための基準であり、個々の患者をこの基準で分類しようとするものではないことに留意する必要がある。すなわち、個々の患者をみた場合、例えば、医療資源投入量が600点を超えていても、回復期の医療機能をもった病床で医療を提供することがふさわしいこともあり得る。

2) 急性期

病床機能報告制度において、「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」とされている。急性期と回復期の境界点については、急性期における治療が終了し、医療資源投入量（※注2）が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量として、600点とした（※注3）。

※注2：具体的には、急性期を経過して、医療資源投入量がおおよそ横ばいとなって、落ち着く段階における平均的な医療資源投入量を目安としている。

※注3：医療資源投入量が175点以上600点未満の医療を受ける入院患者であっても、早期リハビリテーションを加算する者であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が600点以上となる医療を受ける者は、急性期に分類している。

3) 回復期

病床機能報告制度において、「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等の患者に対し、ADL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）」とされている。このようにリハビリテーションを提供する機能だけではなく、在宅復帰に向けた医療も含まれていることに留意する必要がある。

回復期と在宅医療等の境界点については、在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量として、225点とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅をさらに見込み175点で区分（※注4）して推計するとともに、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（一般病床だけでなく療養病床の患者も含む。）を加えた数を回復期で対応する患者数とした。

※注4：医療資源投入量が175点未満の医療を受ける入院患者であっても、リハビリテーションを受ける入院患者（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者を除く。）であってリハビリテーション料を加えた医療資源投入量が175点以上となる医療を受ける場合は、回復期に分類している。

4) 慢性期

病床機能報告制度において、「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害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能」と整理されている。

2. 専門調査会による医療機能別必要病床数の推計方法の概要

（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第一次報告 p6～p7より）

○今回の一般病床及び療養病床に係る医療機能別必要病床数の推計においては、病床の1つの医療機能のうち、高度急性期、急性期、回復期については、患者の状態や診療の実態を勘案できるように、2013（平成25）年度のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ等を活用し、医療資源投入量（※注1）を入院経過日数順に並べて、その境界点の分析・検討を行った。

※注1：患者に対して行われた診療行為を1日当たりの診療報酬の出来高点数（入院基本料相当分及びリハビリテーション料の一部を除く）で換算した値。

○療養病床については、現在、報酬が包括算定であり、一般病床のように医療行為を出来高換算した医療資源投入量に基づく分析を行うことは難しい。また、地域によって、介護施設や高

高齢者住宅等の整備状況やそうした場も含めた在宅医療等の充実状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差がある状況である。このため、今回の推計においては、療養病床の入院受診率の地域差に着目し、その差を縮小しつつ、地域が一定の幅の中で目標を設定し、どの程度、慢性期の病床で対応するかについて、2013（平成 25）年度の NDB のレセプトデータ等を活用して分析・検討を行った。

○その上で、人口構造の変化（※注 2）等を勘案して、一定の仮定を置いて、2025（平成 37）年における医療機能ごとの医療ニーズ（1 日当たりの入院患者数）を算出し、病床稼働率（※注 3）で割り戻して、医療機能別の病床数の必要量について地域ごとに推計した値を積み上げた。

※注 2：2025（平成 37）年の性・年齢階級別人口については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 2013 年 3 月推計」を用いている。

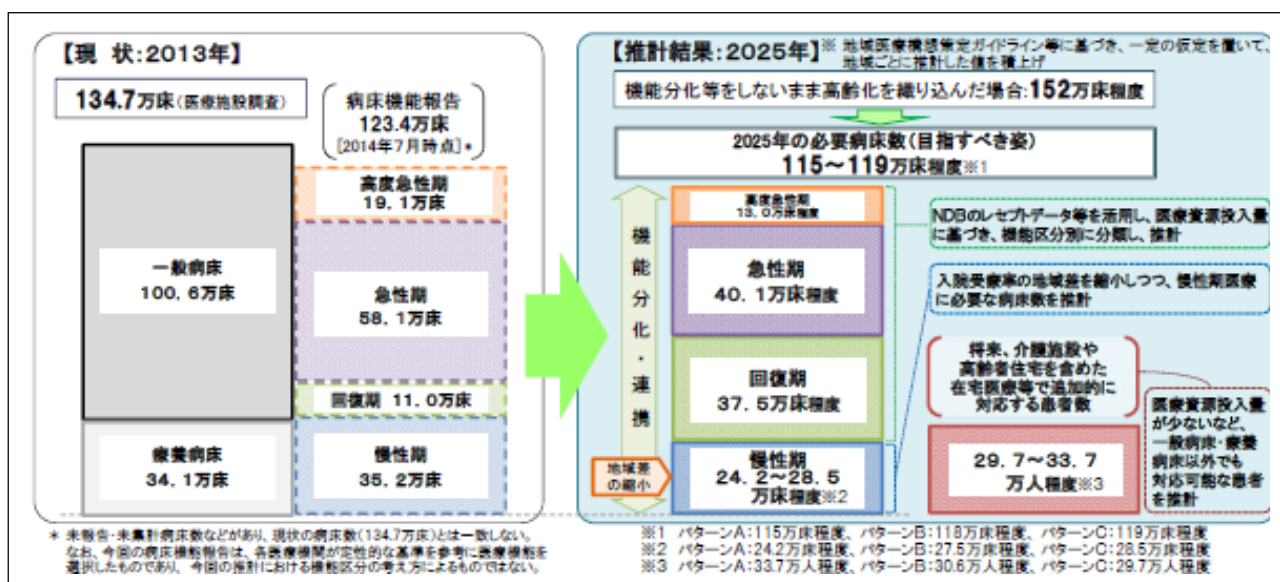
※注 3：病床稼働率については、現状を踏まえ、高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%

○なお、具体的な推計方法については、本専門調査会及び厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」における検討を経て、地域医療構想策定ガイドライン等として既にとりまとめたもの（※注 4）であり、これらに基づき、一定の仮定を置いて推計している。

※注 4：具体的な推計方法については、「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討内容について」（第 4 回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会資料 2 松田委員提出資料）、「地域医療構想策定ガイドライン等について」（2015（平成 27）年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 53 号）及び「「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行について」（2015（平成 27）年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 9 号）等としてとりまとめている。

3. 専門調査会による 2025 年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベース）

（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第一次報告参考資料 p21 より）



4. 専門調査会推計結果

専門調査会の資料においては、都道府県別に医療機能別必要病床数の推計結果と既存の病床数や病床機能報告の報告結果との比較がグラフによって示されています。

＊データの詳細は、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第一次報告
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>
参考資料の p22 以降をご覧ください。

まず、「2025 年の医療機能別必要病床数の推計結果（都道府県別・医療機関所在地ベース）」（p22）では、既存の病床数と必要病床数の推計結果との比較が示され、団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年には、大都市を中心に病床が「不足する」との結果が示されています。

また、患者には移動の自由があるので、「2025 年の医療機能別必要病床数の推計結果（都道府県別、医療機関所在地ベース・患者住所地ベース）」（p23）では、2025 年の必要病床数を医療機関所在地ベースでの推計と、患者所在地ベースで推計が示されており、それを比較すると東京、大阪、愛知、福岡などの大都市では患者の流入が見られ、周辺では患者が流出している傾向が見られます。

「病床機能報告による報告結果と必要病床数の推計結果（医療機関所在地ベース）」（p24）や「病床機能報告による報告結果と必要病床数の推計結果（患者住所地ベース）」（p25）では、大都市圏では病床数が「不足」し、大都市圏以外では「過剰」（余裕）との推計が示されています。

今回は、「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第 1 次報告」から、医療機能別病床数の推計と病床機能報告による結果について紹介しました。

日本の医療は、供給側が「自由開業医制」、「出来高払い制」を基本としていることにより、病院は利益が多い場所に偏在する傾向があります。大都市圏など人口が多い場所（＝利益の多い場所）に病院が「不足」しているという今回の推計結果をそのまま捉えると、ますます大都市圏に病院が偏在し、人口が少なく財政的に厳しい状況にある自治体の病院は減少していくということも起こりえます。

「今後の専門調査会における検討の方向性」では、「介護情報も活用して、医療・介護の両分野一体的にエビデンスベースの検討を進めていく必要がある」としており、「今回の検討成果を踏まえた地域医療構想の策定にあわせ、これと整合的な医療費適正化計画を速やかに策定していく必要がある。本専門調査会においても、その策定に資するよう、医療費水準のあり方や医療費適正化対策のあり方も含め、医療・介護情報の活用方策の一環として検討を進めていくこととしたい」としています。

今回の推計結果などだけにとらわれず、地域の住民が必要とする医療と介護のあり方を基本に、地域包括ケアシステムの構築なども一体として地域医療構想を策定することが必要だと思います。

<参考資料>

・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第一次報告
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>

○発行：『社会保障制度改革』市民委員会

○事務局：市民がつくる政策調査会

TEL:03-5226-8843/FAX:03-6661-8325/E-mail shimin@c-poli.org