

---

**特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方**

---

## 医療需要将来推計に基づく地域医療構想が示す 医療機能の分化・連携のあり方

伏見 清秀\*

---

### 抄 録

2025年の医療機能別医療需要の推計と病床機能報告に沿って各都道府県は地域医療構想の策定を進めている。従来の病床機能別必要病床数推計は、平均在院日数などの病態の時間的なフェーズに基づく推計であったが、2015年の専門調査会の推計は医療資源必要度に基づく点が異なる。この手法は、高齢者の慢性疾患の増加による病態の多様化への対応や、近年整備が進むレセプトデータの活用などに適している。地域での医療機能別必要病床数推計に沿って、各医療機関は自院の医療機能を決定することが求められる。診療機能の分析を各医療機関が自主的に進めることで、地域における医療機能の分担と連携が進展することが期待されている。さらに、各都道府県の地域医療構想を比較すると、現状と将来像の対比から病床転換の方向性や、自治体病院等の機能再編も示す意欲的な構想がある一方、国が提示したガイドラインに沿っていないものも認められた。

キーワード：疾病構造，病床機能，在院日数，医療資源必要度，医療提供体制

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.567-579.

---

### I はじめに

2014（平成26）年の「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」と「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」の告示に基づき、2015（平成27）年3月に地域医療構想策定ガイドラインが公表された〔地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書（2015）〕。さらに、同年6月に内閣府の「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」が、2025（平成37）年の医療機能別病床必要

数の推計を公表し、これらに沿って各都道府県は地域医療構想の策定を行っている〔内閣府・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（2015）〕。一方、一般病床の機能分化を進め、急性期医療への医療資源の集中化を図るための具体的方策として、医療機関が、その有する病床の機能区分の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する、「病床機能報告制度」が始まっている〔病床機能報告（2016）〕。

本稿の前半では、従来からの様々な検討も含めて、病床機能の分化のあり方と必要病床数推計についての考え方を整理する。今までは、病床機能毎の平均在院日数に基づく必要病床数推計が主で

---

\* 東京医科歯科大学 医療政策情報学分野 教授

あったが、2015（平成27）年の専門調査会の推計では医療資源必要度の差異による推計を行っている点が大きく異なっている。これらの関連を整理したい。後半では、各都道府県で策定が進んでいる地域医療計画の一部としての地域医療構想を、国が呈示したガイドライン等と対比させながら、記載内容の充実度や病床機能報告データの活用状況等の観点から、その内容を比較評価する。

## II 医療需要の推計

### 1 医療機能分化の方向性

わが国の一般病床は十分に機能分化していないとされている〔伏見清秀（2008），pp.46-49〕。諸外国と比較して著しく長い在院日数は、一般病床が急性期病床と回復期あるいは亜急性期病床の混合状態であるためと考えられる。急性期治療が終了した患者が次のフェーズの治療に必要な機能を持つ場所に適切に移っていないためである。

医療は、概念的に、多くのスタッフや医療設備などの医療資源を使って比較的短期間に疾病を治すための急性期医療と、あまり多くの医療資源は使わずに比較的時間をかけて身体機能を維持・回復させる回復期医療に分けることができる。病態の変化と医療機能の関係を模式的に示すと図1のようになると考えられる。横軸に病態推移の時間軸を取り、縦軸に診療に必要な医療資源量を取る

と、多くの急性疾患は実線のような経過を取る。すなわち、疾患の発症当初は入院加療や手術、専門的な治療のために多くの医療資源を必要とするが、時間とともにその必要量は減少し、最終的には治癒に至る。しかし、完全に治癒するまでに、身体機能回復や体力回復のために一定の時間と一定の医療資源を有するのである。この後半部分を回復期と称している。つまり、病態経過の時間軸の視点から、発症早期が急性期、後期が回復期とされる。

一般的に、発症早期の急性期は入院、手術、注射等の治療のための医療資源が多く必要とされる。一方、時間を経て回復期に入ると、手術等の設備ではなくリハビリテーション等のスタッフ、設備などの医療機能が求められる。

これに対して、今後急激に増加する高齢者においては、図1中の点線で示すように、身体機能を回復するために一定程度の医療資源を必要とするものの、特に高度な医療機能を要しない支持的治療が適する場合が多くなると考えられる。例えば、身体機能の衰えのために、手術等の専門的な治療ではなく、注射、リハビリテーション等が必要とされる病態である。在宅医療で常時ケアを受けている高齢者が、一時的に病態が悪化したような場合は、高度な急性期ではなく、軽度急性期、亜急性期、回復期等に相当する医療機能が必要となる。

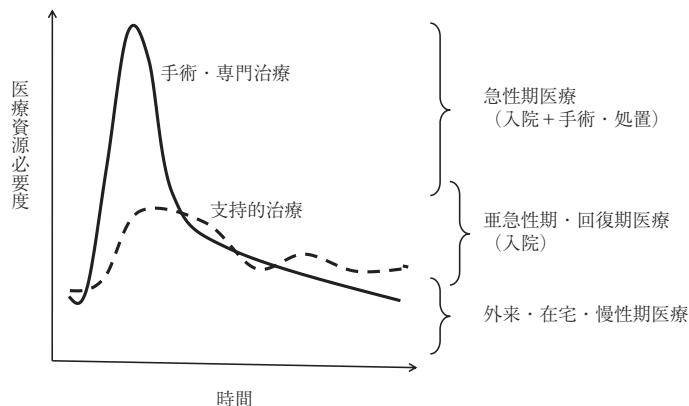


図1 医療機能と病態フェーズの関係の概念図

わが国の医療提供体制は、これらの区分が不明確で機能が分化していないとされている。例えばわが国には100万床ほどの一般病床があるが、人口あたりの病床数は国際的な平均の2倍を超えるほど異常に多く、手術等の治療を短期で終えて1週間程度で退院する患者から、数カ月以上入院している患者までいる。この一般病床を急性期部分とそれ以外に分けて、前者にはスタッフや設備などを重点的に配備し、後者にはリハビリテーションなどの機能を割り当てることで、わが国の医療提供体制を効率化し、今後急激に増加する高齢者を中心とする入院患者に対応する施策が検討されている。

ここに示したように、医療機能分化の考え方には、病態の時間的なフェーズで捉える見方と医療資源必要度で捉える見方の2つがある。多くの急性期疾患では病期が1フェーズであることが多いため、病態の時間的なフェーズから急性期部分とそれ以降の回復期部分を分けて捉えて、それぞれの病期に必要な医療機能を検討する手法がわかりやすい。わが国の今までの多くの必要病床数推計は、この手法が取られ、それぞれのフェーズの平均治療期間の適正化によって医療機能配分が推計されてきた。

一方、高齢者が増え慢性疾患が増加すると病態も多様化し、長期的に在宅医療を受けながら病態に応じて一時的な入退院を繰り返すような状況も含めて検討する必要があることが明らかとなってきた。このような病態では、入院医療に必要な機能は必ずしも専門性の高い高度な医療ではないため、軽度急性期、亜急性期、准急性期などと称される医療機能の必要性が考えられている。この見方が、時間的なフェーズではなく、医療資源必要度の観点から医療機能を区分するものである。

## 2 従来の医療需要と必要病床数の推計

厚生労働省は平成24年に、将来の人口構造の高齢化を見越した「社会保障と税の一体改革」試案の中で、2025年の医療提供体制を提案している〔社会保障・税一体改革で目指す将来像（2012）〕。このときの推計は、病態の時間的なフェーズから

表1 平均在院日数に基づく機能別必要病床数の推計

	「税と社会保障の一体改革」 での推計例	著者の推計例
高度急性期	22万 在院日数：15-6日 稼働率：70%	15万 在院日数：12日 稼働率：80%
急性期	46万 在院日数：9日 稼働率：70%	40万 在院日数：9日 稼働率：80%
亜急性期	35万 在院日数：60日 稼働率：90%	52万 在院日数：90日 稼働率：90%
慢性期	28万	28万

出所：社会保障・税一体改革で目指す将来像（2012）より著者作成。

医療機能分化を推計する手法が取られた。機能分化を見込まない投影シナリオでは、高齢者人口の増加に伴って一般病床を129万床まで増加させる必要があると予想された。一方、一般病床の機能分化とそれぞれの機能の在院日数の適正化によって、高度急性期22万床、一般急性期46万床、亜急性期35万床、合計103万床と、病床総数はほぼ現状維持で可能と予想し、機能分化の必要性と有効性を示した（表1）。最近の議論では、「亜急性期病床」が「回復期病床」と称されているが、求められる機能としてはほぼ同等のようである。

高度急性期と一般急性期の違いが不明確なので、これらをまとめ急性期と見なすと、現状の一般病床を急性期68万床、亜急性期35万床に分化させる方向性を示したことになる。しかし、詳細に見ると、急性期病床の病床稼働率が70%、亜急性期病床の平均在院日数が60日など現状からかなり乖離した仮定に基づく推計であることがわかる。病床稼働率を80%、亜急性期病床の平均在院日数を90日と現状を反映させた数値に置き換えて再計算すると、急性期病床55万床、亜急性期病床52万床となる。すなわち、一般病床を急性期と亜急性期にはほぼ半々に2分することが必要と推計された。多くの既存研究、国際比較でもわが国の急性期病床は2倍程度過剰とされているので、この推計の妥当性が高いであろう。

## 3 平成27年専門調査会の医療需要将来推計

平成27年の内閣府専門調査会の医療需要将来推

計の詳細は本特集の松田論文を参照されたい。診療報酬の1日当たり出来高点数に基づく医療資源投入量を基準として、医療機能ごとの医療需要の推計する手法をとっていることが特徴である。看護基準等の違いを除くために、入院基本料を除いた部分の1日ごとの点数について、DPCデータ等を元に高度急性期、一般急性期、回復期、慢性期の基準が検討されている。それぞれの境界となる点数は、C1=3000点、C2=500点、C3=175点が設定されている。

この推計でもっとも重要な点は、医療機能を分ける基準として、従来の時間フェーズに代わって、医療資源投入量を用いていることである。従来の考え方を大きく方向転換している。上述したように慢性疾患が増え、多様化する医療の実情に対応するものといえるとともに、整備が進んでいるナショナルデータベースなどの医療データベースを積極的に活用する手法といえる。

1日あたり診療報酬点数を基準とする方法は、非常に簡略化された機能別医療需要の推計方法であるが、一定の診療報酬の点数の基準から機能別需要を計算する関数の機能の様なものと捉えることができる。地域レベルの推計には充分なものであり、点数を操作することによって、合理的な機能別医療需要を設定する事ができる。ただし、後述するが、これらの簡便な方法から個別医療機関の病床ごとの機能を割り付けることは無理であ

る。

レセプトナショナルデータベースのデータを用いると、全国のほぼすべての患者の1日あたり医療費を計算することが可能となる。従って、1日あたり点数の基準を決めれば、その範囲に入る入院患者が全国で何人いるかもわかる。ある1日の全国の全入院患者を点数の低い順に並べて患者数を数えることにより、1日あたり患者数と診療報酬の点数の関係を示す曲線を描くことができる(図2)。この診療密度順累積患者数曲線によって、診療報酬の点数の範囲を決めると、その範囲に相当する入院患者数を推計することができる。従って、1日あたりの点数は、入院患者数を求めるパラメーターであり、それを決めているのがこの累積患者数曲線という関数である。

高度急性期を決める1日あたり3000点、急性期を決める1日あたり500点という基準は、DPCデータ分析等に基づいて、臨床病態を勘案した上で設定されているが、回復期病床と慢性期あるいは在宅医療との境界である175点は臨床上に設定するのは非常に難しい。おそらくこの部分は、上述した関数を用いて、回復期までの入院病床数が90万床程度になるように設定されたものと考えられる。言い換えると、回復期と慢性期の境界は絶対的なものではなく、さまざまな要因によって変わらうるものと捉えられる。

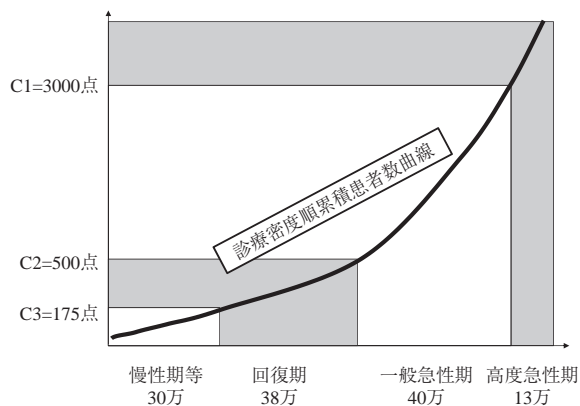


図2 1日あたり診療報酬点数と入院患者数の関係

表2 平成37年の医療需要推計の比較

推計者	税と社会保障一体改革		著者		専門調査会	
推計基準	病態のフェーズ				医療資源必要量	
高度急性期	22	68	15	55	13	53
一般急性期	46		40		40	
回復期（亜急性期）	35		52		38	
一般病床合計	107		107		91	
慢性期	28		28		28	

(万床)

出所：社会保障・税一体改革で目指す将来像（2012）および第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（2015年3月17日）より著者作成。

#### 4 専門調査会推計と既存推計の比較

平成37年の医療需要推計での第一の注目点は急性期と回復期（亜急性期）の分け方にある。従来推計と専門調査会の推計を比較すると、著者が一定の修正を加えた病態のフェーズに基づく推計と、医療資源必要量に基づく専門調査会の推計では、急性期病床の必要数が53－55万床とほぼ一致している（表2）。異なる手法による推計でほぼ同様の結果が得られたことの意味は大きい。わが国の急性期病床の必要数は50万床をやや上回る程度であるとみなせる。現在のDPC病院の総病床数にほぼ等しいことは興味深い。DPC病院がほぼ急性期病院に相当するの否かは詳細な検討が必要であろう。

回復期（亜急性期）病床の推計は一致を見ていない。専門調査会の推計では、一般病床患者の相当数を在宅医療へ移すことを見込んでいるため、回復期と一般病床の推計数がかかなり圧縮されている。上述したようにこの部分の推計は、175点という意基準点数の決め方に恣意性が混入するため、信頼性はあまり高くないといえる。実際、在宅医療を受ける患者数が大きく増大する推計の実現可能性を疑問視する声もある。在宅移行が想定どおり進まず、それらの患者が一般病床にとどまる場合は、回復期需要が50万床を超える可能性も見込んでおく必要がある。

### Ⅲ 病院における病床機能分化のあり方

#### 1 病床機能と入院患者像

地域での医療機能ごとの必要病床推計数に沿っ

て、各医療機関は自院が担う医療機能を決定することが求められる。専門調査会では各医療機能に相当する患者像を示している（図3）〔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（2015年3月17日）〕。高度急性期は、ICU、HCUなどを算定している患者が想定されているが、大学病院等の高度医療機関の入院患者をどこまで含めるかは明確になっていない。高度急性期と一般急性期は同一医療機関内で継続して医療が提供されることが多いので、この区分を明確に定める必要はあまりないと考えられる。

これに対して、急性期と回復期の境界をどこに設定するかは、患者の転院や地域連携に関係するので大きな課題である。この境は、急性期における治療がほぼ終了してある程度安定した病態に移行する時点が想定されていて、診療報酬点数上はDPC包括支払いで平均在院日数を超える入院日数Ⅲの期間に移行する時点付近が相当すると考えられる〔松田（2011）〕。医療機関は、このような病態に移行する患者を自院の回復期病棟等へ転棟させてリハビリテーションを含めて継続的に診療するか、他の医療機関への転院を促すかの選択が必要となる。

また、回復期病棟では、退院あるいは転院の目安となる診療のエンドポイントを設定し、慢性期病棟への移行あるいは自宅退院後の在宅医療や外来診療との連携を進めることが求められる。

#### 2 病床機能報告制度と機能分化

平成26年末から、各医療機関はそれぞれの病床の機能の現状と将来の方向性を届け出ることが求

### 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)について

	医療資源 投入量	基本的考え方	患者像の例
高度 急性期	C1 3000点	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	<ul style="list-style-type: none"> <li>心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。</li> </ul> <p>[例] 非侵襲的人工呼吸器+心エコー+心電図+観血的肺動脈圧測定+胸部レントゲン +点滴管理+薬剤+血液検査</p>
急性期			<ul style="list-style-type: none"> <li>急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。</li> <li>尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。</li> </ul> <p>[参考] NDBのレセプトデータ及びDPCデータから、「医療資源投入量がおおよそ横這い」となっており、落ち着く段階」の平均資源投入量を計算。 ※ 具体的には、DPCの入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲにおける全疾患の平均資源投入量を、入院期間Ⅱ及び入院期間Ⅲのそれぞれの患者数で加重平均。その後、NDBのレセプトデータも加えて、さらに補正。</p>
回復期	C2 600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>脳膿瘍に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。</li> <li>大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。</li> </ul> <p>[例] 補液+点滴管理+ドレナージ</p>
在宅等	C3 225点	在宅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  ○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で区分。	

出所：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。

図3 病床の機能別の患者像の例

められ、その情報とレセプトデータ等を組み合わせて全国、地域レベルで個別病床単位の機能のあり方を検討することとなっている〔病床機能報告(2016)〕。

4つの病床機能については、現在は各医療機関の意向に沿った選択を届け出ることになっているが、今後レセプトデータを始めさまざまなデータが集約されるようになると、データに基づいた病床機能分析が求められるようになるであろう。現状では、自由に病床機能を申告できるが、今後データが出てくれば、客観的な裏付けのない病床機能が認められることはなくなるであろう。

各病院が申告する病棟ごとの機能と、提出されるレセプトデータを集計した上で、各機能を評価するための指標をレセプトデータから計測することで個別病院の各病棟の機能を評価することが可能となる。仮想病院Aのシミュレーションを表3

に示すが、たとえば高度急性期の3階東病棟の手術指標や専門検査指標は、高度急性期病床の地域や全国の平均値より低く、むしろ一般急性期の平均値に近いことがわかる。このような場合は、この病棟の機能を一般急性期と修正することが適当

表3 病床機能報告データの集計・分析例  
(数値は指標の相対値のイメージ)

病棟	機能 (自己申告)	評価項目	A病院	地域平均	全国平均
3階東	高度急性期 50床	手術	1.2	1.8	2.0
		専門検査	1.4	3.4	3.5
3階西	一般急性期 50床	手術	1.1	1.2	1.1
		専門検査	1.3	1.4	1.5
4階東	一般急性期 50床	手術	0.2	1.2	1.1
		専門検査	0.3	1.4	1.5
4階西	回復期50床	リハ	1.5	3.4	4.0
		在院日数	150	58	62
5階	慢性期100床	在院日数	180	120	135

と考えられる。同様に、4階東病棟は一般急性期としては手術、専門検査の指標が低いいため、回復期への機能転換を検討したほうがよいかもしれないことがわかる。

このような分析と評価を各病院が自主的に進めることで、地域における医療機能別病床配置や機能連携が段階的に進展していくことが期待される。平成37年までの数年間をかけて、地域での各病院の機能配置と機能転換を効果的に進めていくことが求められている。

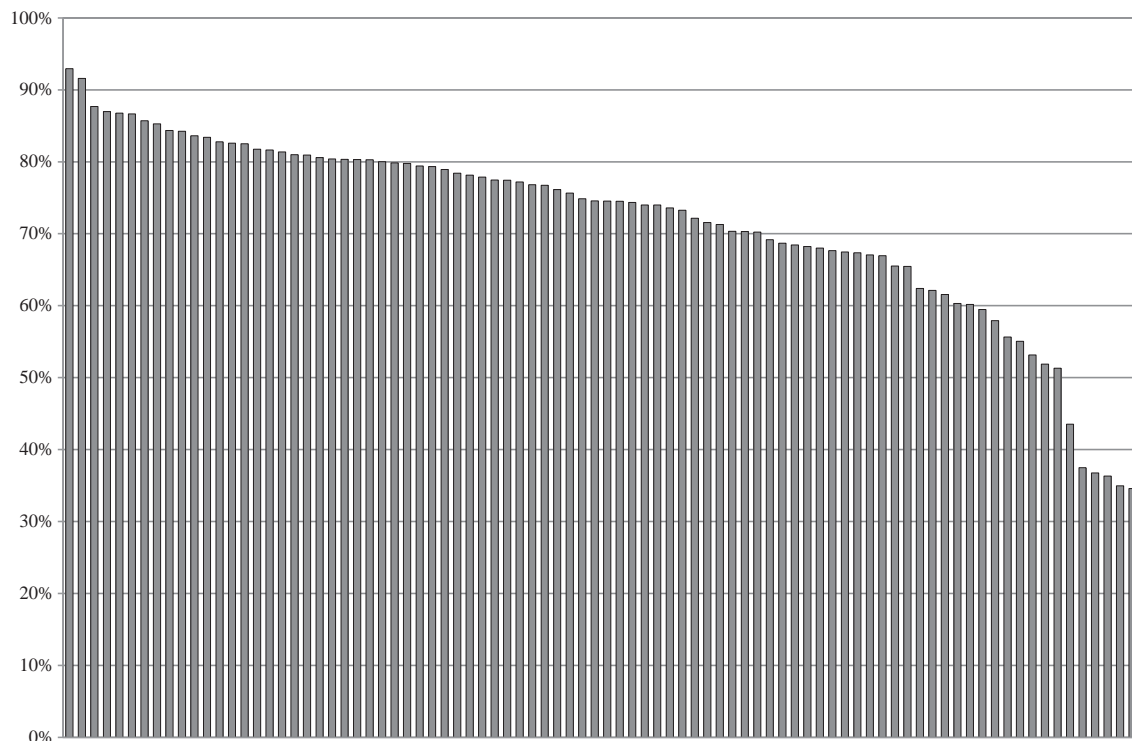
### 3 レセプトデータ分析による医療機能評価の検証

病床機能報告制度の方向性を探るために、国立病院機構の一般病床のレセプトデータをもとに病床の機能を分析した先行研究の事例がある〔井高、伏見（2013）pp.10-19〕。急性期患者をレセプトデータから把握される急性期に特徴的な専門的

な医療を入院中に提供された患者と仮定した上で、一般病床に入院した患者に占める急性期患者の割合を集計した（図4）。

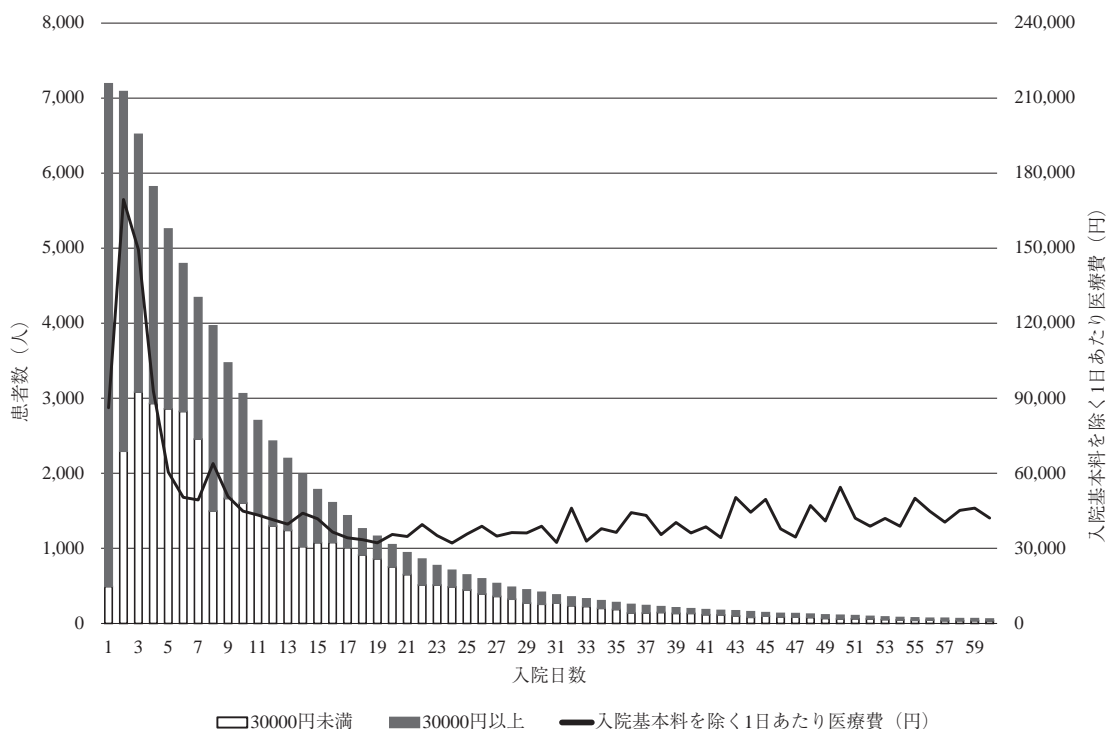
その結果、DPC病院では、70%から80%が急性期患者と認定されたのに対して、非DPC病院では急性期患者の割合は30%から80%とばらつきが大きかった。一部の病院の一般病床では、60%を超える患者が非急性期とされ、その多くが、手術、化学療法などを行わず肺炎、脱水、リハビリテーション等のために入院している高齢者患者であった。

この研究結果からは、レセプト情報のみからでも病床の機能は把握することができること、我が国の一般病床には、非急性期あるいは軽度急性期と考えられる患者が多く入院している可能性が示された。病床機能報告制度のデータ分析に基づいて、わが国の全病院の機能をほぼ正確に把握することができることが予測される。



出所：井高、伏見（2013）。

図4 一般病床に占める急性期患者の割合



出所：伏見 (2016)。

図5 特定機能病院での入院患者の診療密度の推移の例

同様の分析を大学病院のデータでも行っている〔伏見 (2016)〕。入院からの日数別にC1=3000点を超える高度急性期の患者数を集計すると、入院早期でも50%をやや上回る程度で、全体では50%を下回ることが明らかとなった (図5)。詳細に検討すると、例えば弁膜症のロス手術のような高難度手術を受けた患者であっても、手術1週間後にはほぼ半数がC1の点数以下になっていることなどが見えてくる。これは、大学病院であっても高度急性期病床は半数程度であるのか、あるいは、点数以外の方法で高度急性期を定義する手法を検討する必要があることを示している。

そもそも、病院単位でC1, C2, C3のような診療密度のみで病床機能を評価することにはかなり無理がある。たとえば、手術を実施した患者はほぼ全てC1を超える高度急性期に相当するので、手術を実施している病院には必ず高度急性期病床が必要ということになるなどさまざまな矛盾が生じ

る。

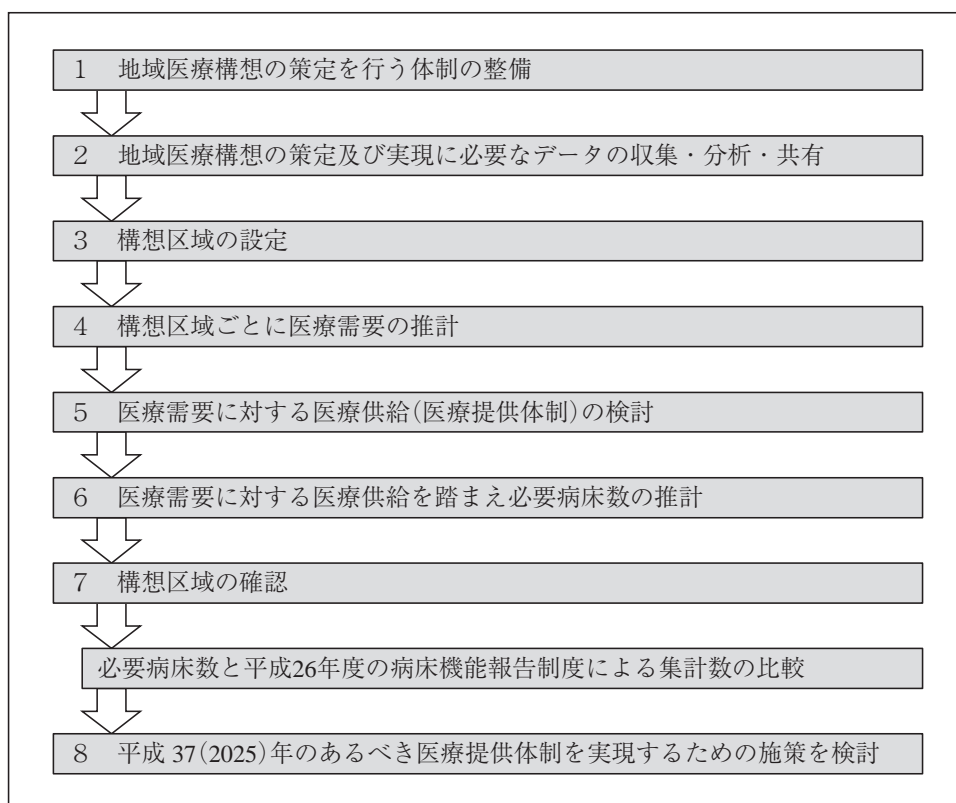
また、上述したように高度急性期と一般急性期の境界はそれほど明解ではないので、高度急性期と一般急性期を組み合わせる方法なども検討されて良いかもしれない。同様に一部の病院では、一般急性期と回復期を組み合わせることも必要かもしれない。病院における医療機能別病床機能の評価には一定程度の柔軟性が求められる。

#### IV 地域医療構想の評価

##### 1 地域医療構想策定ガイドラインとの対比から見えてくる地域差

本論文作成時点で、各都道府県のホームページなどから28の地域医療構想 (案も含む) を調査することができた。それらを概観した上で現時点での地域医療構想の実態を評価したい。





地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書（2015）より著者改変。

図6 地域医療構想の策定プロセス

都道府県の地域医療構想は図6のプロセスに沿って作成することが求められている〔地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書（2015）、松田（2015）〕。大部分の地域医療構想にはこの内容が記載されている。「1 地域医療構想の策定を行う体制の整備」には医療関係団体、保険者等を含む地域医療構想調整会議の設置が含まれているものが多い。

次いで、「2 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有」が記載されている。政府から基礎データは提供されているので、それらの中から人口動態、医療需要推計、医療従事者の状況、拠点病院等の状況、在宅医療や介護サービスの状況などが示されている。一部の地域では、隣接地域や二次医療圏間の患者受療動向を詳細に分析して提示している。これらの分析内容

は従来の地域医療計画と類似したものが多いが、詳細な医療需要将来推計などは従来にあまりなかったものといえる。

「3 構想区域の設定」は今回の地域医療構想の目玉の一つではあるが、ほとんどの地域で従来の二次医療圏を踏襲したものとなっている。

「4 構想区域ごとに医療需要の推計」では、専門調査会が示した平成37年の医療需要の推計方法の概要を説明した上で、各区域の機能区分毎の推計値が示されているものが多い。「5 医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討」と「6 医療需要に対する医療供給を踏まえ必要病床数の推計」では、地域の実情に応じて患者受療動向を加味して医療供給体制の検討が示されている。東京都などのように特に患者移動が大きい地域はこの部分の検討が詳細に示されている。

表4 地域医療構想策定ガイドライン抜粋

ア	<p>病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病床機能報告制度によって、各医療機関が担っている病床機能の現状を把握・分析</li> <li>・ 構想区域における病床の機能区分ごとの将来の医療需要と必要病床数とを把握</li> </ul>
イ	<p>病床の機能区分ごとにおける構想区域内の医療機関の状況の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各医療機関が地域における自院の位置付けを容易に把握することができるよう、構想区域における病床の機能区分ごとの医療機関の状況を整理</li> <li>・ 病床機能報告制度では、具体的な医療の内容に関し比較の参考となる項目が報告されていることから、これらを基に、各医療機関が地域における将来のあるべき姿に応じて検討できるような資料・データを都道府県が作成</li> </ul>
ウ	<p>地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各医療機関の自主的な取組を改めて促進</li> <li>・ 地域医療構想調整会議を開催して医療機関相互の協議を進め、不足している病床機能への対応、過剰となると見込まれる病床機能からの転換について、具体的な対応策を提示</li> <li>・ 地域医療介護総合確保基金の活用も検討することとなるが、早い段階で平成37年(2025年)までの各構想区域における工程表を策定</li> </ul>

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書(2015)より。

「7 構想区域の確認」「必要病床数と平成26年度の病床機能報告制度による集計数の比較」の部分が、都道府県間の表現方法の差異が大きい部分となっている。地域医療構想策定ガイドラインに示されるように、構想策定の基盤となるもっとも重要な部分のはずである(表4 ア)。

青森県、大阪府、広島県など13地域の構想では、構想区域毎に医療機能毎の必要病床数推計値と病床機能報告集計値を対比し、その過不足が明確にわかるように示されている。それぞれの地域でどの医療機能が過剰となり得るか、不足する可能性が高いかが一目でわかるように提示されている。

一方、東京都など11地域の構想では、必要病床数と病床機能報告集計数の比較が明示されていなかった。東京都の例では各構想区域のセクションの最後に、わずかに病床機能報告の集計結果が小さなグラフとして記載されているのみであることがわかる。わざわざ必要病床数の推計値の表とわけて記載されているため、意図的に両数値間の比較が困難になるように記載している印象を与える。

病床機能報告の数値の取り扱い方をみることによって、各都道府県の地域医療構想に対する姿勢を知ることができるようである。必要病床数推計値と比較されることを拒否している地域は、構想策定に関わった関係者が国の示した策定プロセスに従う意思がないことを暗に示しているのかもしれない。今後の医療計画等で、病床機能報告集計値と必要病床数推計値の間の乖離にどのように対

応していくのかを注目する必要がある。

## 2 地域医療構想が示す具体的な施策の評価

「8 平成37(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」は、前項の違いがそのまま反映されることとなる。あるべき姿と現状の比較が適切に示されていない医療構想においては、その乖離に対する施策を提示できるはずがない。これらの地域の医療構想では、残念ながら従来医療計画と同様の具体性に欠ける施策が列記されているものが多い。

一方、あるべき姿と現状の比較が適切に示されている医療構想では、両者の乖離に対する施策を提示する試みが認められる。当然、病床機能分化を促す施策は平易で単純なものではないので、その記載には各地域の苦労を読み取ることができる。

青森県、岩手県、大阪府、広島県の4地域の構想では、機能分化の方向性などが示されていて地域医療構想の趣旨に沿ったものであると認められた。広島県の例では、病床転換の方向性や、人口減少への対応が明記されていて、それぞれの地域の危機意識を感じることができる。このように施策の方向性を示した上で、適切な指標を計測しながらPDCAを推進することで、地域の医療提供体制がよりよい方向へ向かうための地域の総意の形成へつながることが期待できる。

青森県の構想などでは、さらに具体的に地域の自治体病院等の機能再編成に踏み込んでいる部分

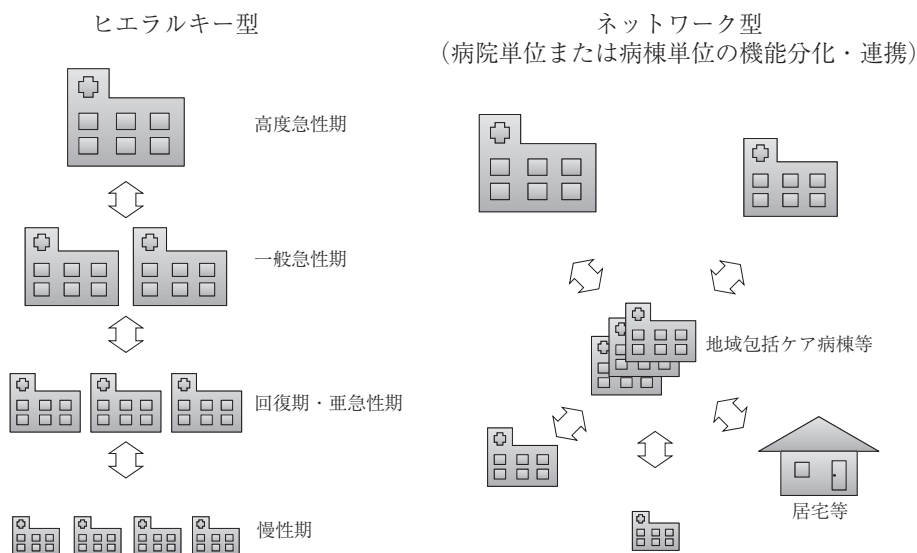


図7 わが国の医療提供体制に求められているパラダイムシフト

が特徴的である。県立病院等が多い地域の特性に依るものでもあるが、地域の基幹病院の機能再編も視野にいれる地域医療構想につなげる上で、参考となる事例といえる。

さらに言えば、地域医療構想策定ガイドラインが期待するものは、より踏み込んだ内容である(表4 イウ)。構想区域内の医療機関の状況の把握の記載がある医療構想はほとんどない。青森県などのように自治体病院の記載が散見されるのみである。具体策の提示および工程表の作成は残念ながら見つけることができない。今後の医療計画等で具体策の呈示を期待したい。

## V まとめ

本稿では、医療機能分化と必要病床数の推計について、これまでの経緯と地域医療構想との関係をまとめた。さらに、都道府県が策定を進めている地域医療構想を調査し、策定ガイドラインに照らしてその内容を評価した。

我が国の医療機能分化の必要性は長く指摘されているが、実情はなかなか変わっていない。このように機能分化が進まない大きな理由の一つが、我が国の医療関係者、医療機関管理者、医師、医

療従事者、患者等多くの間に認められる急性期病院指向にある。多くの関係者が、大学等の高度急性期病院を頂点とする暗黙的なヒエラルキーの存在を意識しているようである(図7左)。病院長も医師も患者も皆、上の階層の病院が良い病院と認識し、そこを目指しているように感じられる。

ところが、高齢化が急速に進むわが国では、その体制がもう持たなくなっている。急増する高齢患者を全て今の急性期病院で受け入れ、さらに看取っていたのでは、わが国の医療提供体制が破綻するのは明らかである〔伏見(2013)〕。今後、期待されるのは、地域に密着して在宅医療のサポートも担える医療機関であろう。地域包括ケア病棟などはその先駆的モデルといえる。これらの医療機関が地域医療を支え、手術あるいは高度専門医療が必要な場合のみ、より高度な専門医療機関と連携できるようなネットワーク型の体制が望ましいのではないだろうか(図7右)。そのためには、医療介護施設経営者のみならず、そこで働く医師、医療従事者、患者と地域住民、医療行政担当者など、すべての関係者の意識改革、パラダイムシフトが求められる。

## 参考文献

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書（2015），<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000088511.pdf>（2016年10月8日最終確認）。
- 内閣府・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「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」（2015），<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>（2016年10月8日最終確認）。
- 病床機能報告（2016）<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>（2016年10月8日最終確認）。
- 社会保障・税一体改革で目指す将来像（2012），[http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/seihu\\_yotou/kourou.pdf](http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/seihu_yotou/kourou.pdf)。（2016年10月8日最終確認）。
- 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（2015年3月17日）[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai\\_dai4/siryou2.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai4/siryou2.pdf)。（平成28年10月8日最終確認）。
- 井高貴之，伏見清秀（2013）「診療情報を用いた一般病床に関する分析と機能分化に向けた課題」，『社会保険旬報』，No.2544，pp.10-19，2013。
- 伏見清秀（2008）「医療崩壊の原因は非効率な配分」，『週間エコノミスト』2008.9.16，pp.46-49。
- （2013）傷病構造の将来推計，病院Vol.72，No.9，pp.100-103。
- 編著（2016）『院内ビッグデータ分析による病院機能高度化』，じほう。
- 松田晋哉（2011）『基礎から読み解くDPC — 実践的に活用するために — 第3版』，医学書院。
- （2015）『地域医療構想をどう策定するか』，医学書院。

（ふしみ・きよひで）

# **Functional Differentiation and Coordination of Healthcare Providers Required by Community Healthcare Initiative Based on Healthcare Demand Estimation**

Kiyohide FUSHIMI\*

## Abstract

Prefectural governments are preparing community healthcare initiatives based on healthcare demand estimation in 2025 and hospital function reports. Estimation of hospital bed needs by Expert Committee in 2015 was based on healthcare resource requirements, being different from previous estimations that was based on the average length of stay and disease chronological phases. New estimation is considered suitable for divergent disease structure due to population aging and analyses with National Data Base. Hospitals are required to determine functions of their beds referring regional estimation of bed need of each function. Functional analysis of each hospital is expected to lead to functional differentiation and coordination of regional healthcare providers. In addition, comparative analysis of health care initiatives of prefectures revealed that some of them positively present the direction of functional transition of hospital beds by contrasting present status and future estimation, whereas others were not compatible with the guideline presented by the national government.

Keywords : Population aging, hospital function, length of hospital stay, medical resource requirement, medical care provision system

---

\* Professor, Health Policy and Informatics Section, Tokyo Medical and Dental University