

地域医療構想における 医療データ活用

日時：2015年10月21日14:00~16:00

伏見 清秀 (東京医科歯科大学大学院医療政策情報学分野教授)

東京医科歯科大学の伏見でございます。まず、初めに、このような大変重要な会議にお招きいただきましたことを感謝申し上げます。どうもありがとうございます。

松田晋哉先生の後任でDPCの研究班の仕事をさせていただいておりますのと併せて、医療・介護情報を用いた改革会議等のメンバーをさせていただいておりますので、主にそのあたりでの研究結果などについて、基本的に私見という形でお話をさせていただきたいと思えます。

2025年に向けた地域医療と病院機能分化のあり方ということで、病床機能分化の方向性、あるいはデータ、特にビッグデータと言われているものが盛んに活用されるようになりましたので、その視点からの説明をさせていただきます。それから、医療需要推計という形で病床数の推計等も具体的な数字が出てきておりますので、その辺りに関するお話、それから、今後の病床機能分化のあり方についてのお話をさせていただきたいと思えます。

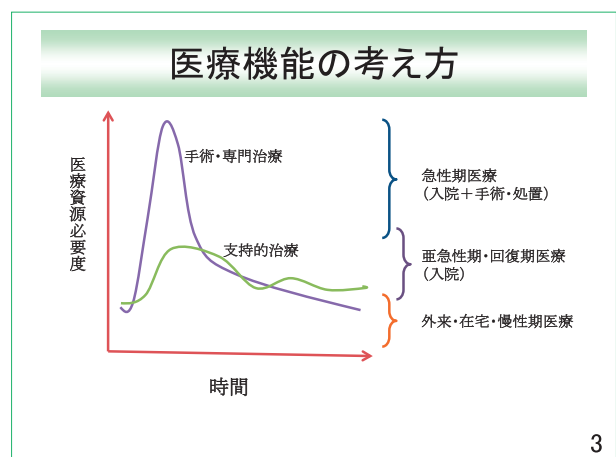
病床機能分化の方向性

多くの研究者がいろいろな形で病床機能の考え方について報告をしています。私も基本的にはほかの研究者の方々と大体同じような考えをもっておりますが、医療における機能の違いをどういうふうに評価するかというような考え方があります(図表1)。横軸に患者さんの時間経過を取り、医療資源がどの程度必要かを模式的に書いたイメージです。急性期の患者さんは、当初、治療に時間がかかりますが、時間がたつとそれほど手がかからなくなります。ただし、もとの状態に回復するまでには一定の時間がかかるという形で、前半部分は主に急性期医

療、後半部分は亜急性期・回復期等医療で、この部分の必要とされる機能が基本的にかなり違う部分があるのではないかということがスタートとなっております。

一方、これから高齢者が多くなってきますが、そうした方の一部では、高度な急性期医療は必要ないけれども、支持的治療が必要となります。亜急性期、回復期、場合によっては在宅に近いような患者さんを診る機能というのは、今まで想定されていた手術等を中心とした急性期医療とはまた別の形の医療資源が必要になるのではないかと。そういう意味で、大きくざっくりと急性期と、それ以外である回復期、亜急性期、慢性期等の機能の違いを、これからどのような形で評価していくかが大きな課題になっていると認識しております。

2011年に税と社会保障一体会議やその前の社会保障国民会議等に出された推計ですが、2025年の推計をみると、人口推計等を用いた機能分化が必要で、それに応じて一定程度の病床の必要数がある程度抑えた形で医療提



図表1

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み					
パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15~16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性/中等 75日程度 亜急性/軽等 57~58日程度 長期-ズ 190日程度 ※推計値 152万人/月	【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19~20日程度
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 12万人/月 90%程度 60日程度	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度		159万床、81%程度 25日程度
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者（今後250~300万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

図表 2

2011年政府推計

4

供体制を構築できるのではないかという図が出ています（図表 2）。

一般病床約 110 万床を、急性期部分と亜急性期部分に機能分化することで、想定される 130 万床等へのかなりの病床の増加を見込まなくても医療提供体制を維持できるのではないかという形になっております。このときのポイントが、一般病床の約 7 割である 70 万床部分を急性期、亜急性期部分を 35 万床という形でざっくりと推計が出されておりました。

これが出された時点で、患者調査等のデータを自分で分析しておりましたので、実際にその裏を取る形で検討してみました。急性期の病床を約 70 万床、高度急性期が 22 万床と一般急性期が 46 万床ですが、これを推計した裏付けとなる平均在院日数、病床稼働率の数値が実態と違うことがわかり、現実的な数値を用いると一般病床が 55 万床、亜急性期あるいは回復期等の病床は 50 万床、要するに、1 対 1 ぐらいでも十分なのではないかという推計となり、急性期がやや過大に推計されているのではないかということ報告しました（図表 3）。

データに基づく地域医療の評価

社会保障制度改革推進本部で医療・介護情報の活用による改革が始まりました（図表 4）。今回の推計の大きな違いは基本的にはデータを用いる、特にナショナルデータベースのようなビッグデータ、あるいは DPC データを用いて、データの裏付けに基づいた形で推計をする点です。DPC データ、電子レセプトデータ、それから古典的に用いられております患者調査データがありますが、このような 3 つのデータを 3 つの柱として、それぞれの特徴を生かしながら推計を行っているというのが現状です。

それぞれの特徴としては、DPC 調査は基本的に急性期病院の調査ですが、例えば病院別の集計値が公表されている、病院名の実名入りで公表されるというような特徴がありますし、電子レセプトデータは基本的に社会保険のデータをすべてカバーしているということが特徴になっております。ただ、病名部分については、レセプト病名を使っている関係で、一部正確性に欠ける部分があ

患者調査データ等に基づく2025年改革シナリオの修正

- 高度急性期病床
 - 約15万床←平均在院日数12日、稼働率80%
(元推計値22万床←15-6日、70%)
 - 一般急性期病床
 - 約40万床←平均在院日数9日、稼働率80%
(元推計値46万床←9日、70%)
 - 亜急性期病床
 - 約52万床←平均在院日数120日、稼働率90%
(元推計値35万床←60日、90%)
 - 療養病床
 - 28万床
- DPC? 約55万床
一部は「軽度急性期」、「地域一般病床」?へ
約80万床
- ☆急性期病床はやや過大に推計されている。現在のDPC病床の一部は回復期、亜急性期病床へ。
☆一方、亜急性期病床は明らかに過小に推計されている。

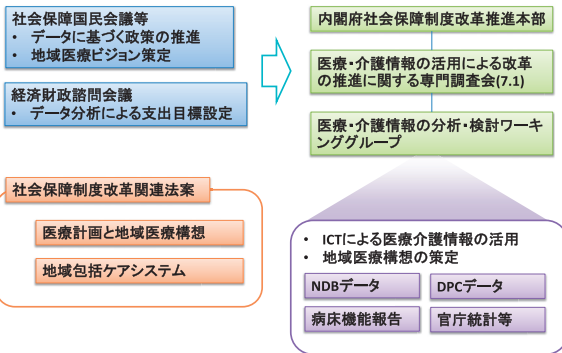
図表 3

医療ビッグデータの活用

	DPC調査公表データ	電子レセプトデータ	患者調査退院票
データ形式	病院別集計	個票	個票
標本病院数	~1,600	受療病院数	6429 (平成20年)
抽出対象	急性期病院	各保険者	全病院
調査票数	>1000万/年	全レセプト数	約95万 (平成20年)
抽出割合	>90%	>90%	3%以下
傷病名	DPC分類	レセプト記載病名	ICD10
手術	主要手術分類	点数表コード	簡易分類別
患者居住地	非公表?	国保のみ△	(+)
転院所情報	(-)	連結可能	(+)
患者属性	非公表	年齢性、日数等	年齢性、日数、転帰等
適している利用目的	個別病院の診療実態の把握	診療行為・医療費別の患者動態の把握	地域の医療提供状況の把握

図表 5

データ活用を強調した医療制度設計の枠組み



図表 4

DPCデータによる地域医療分析

- ◆ 個別医療機関と地域の急性期医療の実態の把握

9

図表 6

ります。また患者調査は、長年続いているサンプリング調査ですが、3年に1度しか行われず、サンプル数が非常に少ないために誤差が大きい。ただ、統計的には非常に厳密に設計されておりますので、地域医療の推計には向いている。このように、それぞれの特徴があるわけです(図表5)が、それぞれのなかでのその特徴を少し明らかにする意味で、これらのデータを使った分析の実例などを少しご報告します。

まず、DPCデータによる地域医療分析です(図表6)。個別病院のデータがこれだけ公表されるようになってるのは、日本では今までなかったわけですが、平成18年ぐらいからホームページなどに出されています(図表7)。

こうしたデータを使い、地域における急性期医療機関の機能分化の実情を分析していますが、疾病単位や手術単位でどこの病院がどの程度の治療を行っているかとい

うことが、ほぼ急性期医療をすべてカバーする形で明らかになります。

例えば熊本県の循環器の手術患者さんの例です(図表8)。熊本県のように機能分化が進んでいる地域では、主に一部の病院が中心的に治療を行っていて集約が進んでいることが見えます。すぐ隣の長崎県は機能分化、集約が遅れていると言われていた地域ですが、現実的にデータに基づき、それぞれの病院の治療実績が少ない、機能分化が少ない、あるいは循環器の高度専門病院が少ないといった実態も見えています(図表9)。このように、病院の実名を使いながら分析できることが非常に大きな特徴になっています。

東京都の病院を分析すると、例えば自分の病院のシェアが地域内で伸びているのか減っているのかとか、あるいは診療分野ごとにどうなっているか、などというようなことが見えます(図表10)。

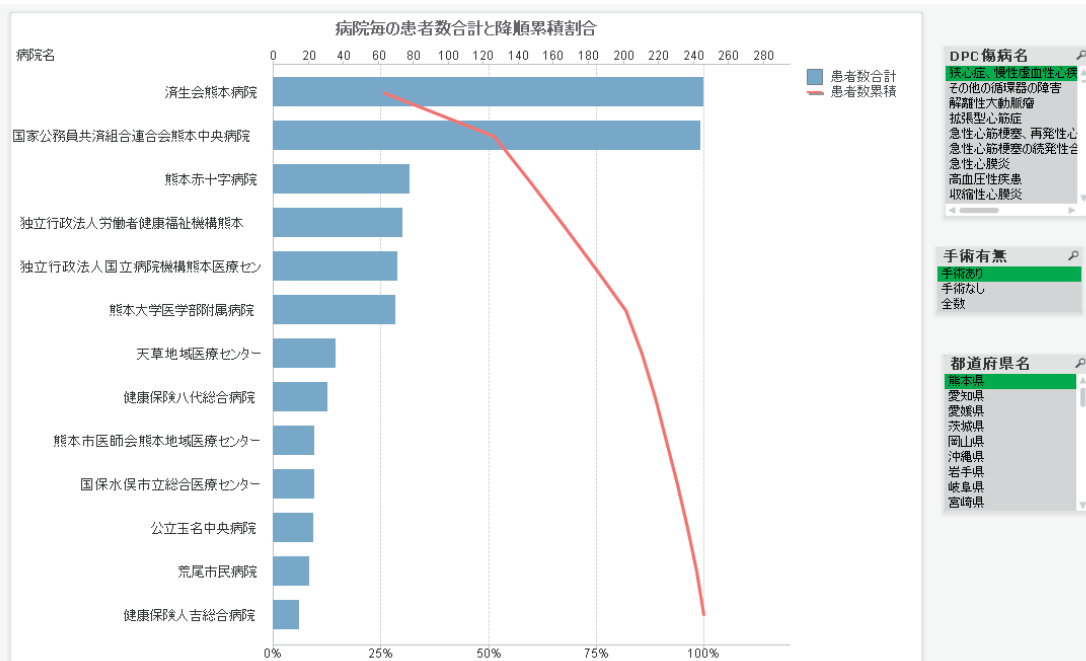
厚生労働省ホームページから利用可能なデータの例

名称	リンク	内容
中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織各分科会	http://www.mhlw.go.jp/shingi/chuo.html#soshiki	・議事録、資料の一覧
平成26年9月5日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/000056344.html	・H25調査最終報告 ・DPC分類別在院日数、症例数 ・在院日数の平均の差の理由の検討等
平成25年9月20日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/000023522.html	・H24調査最終報告
平成24年8月21日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs9l.html	・H23調査最終報告
平成23年11月7日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001u23a.html	・H22調査最終報告
平成22年6月30日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/06/s0630-7.html	・H21調査最終報告
平成21年5月14日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0514-6.html	・H20調査最終報告
平成20年5月9日DPC評価分科会資料	http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/s0509-3.html	・H19調査最終報告

10

図表 7

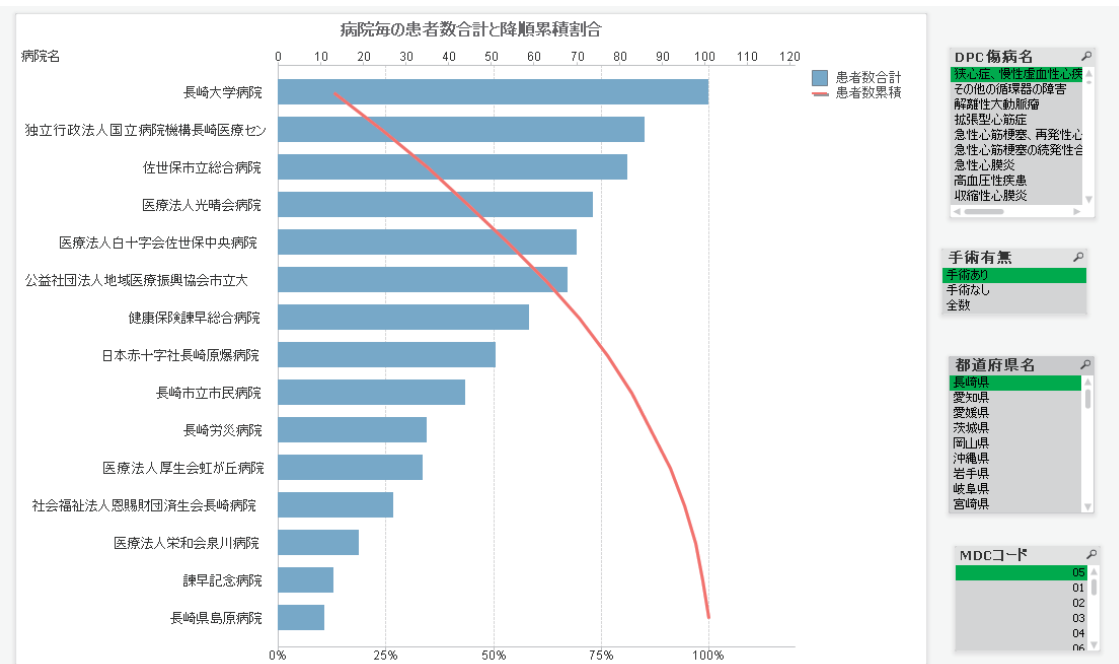
虚血性心疾患手術患者の集積状況(熊本県)



Qlikview® 10.0による分析 (www.qlikview.com) 11

図表 8

虚血性心疾患手術患者の集積状況（長崎県）

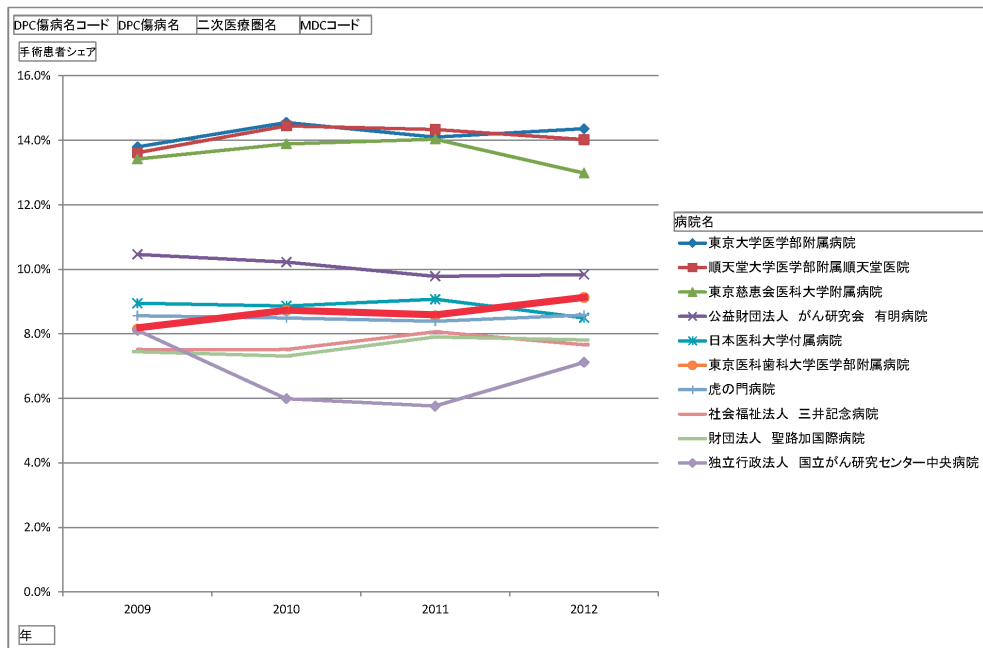


Qlikview© 10.0による分析 (www.qlikview.com) 12

図表 9

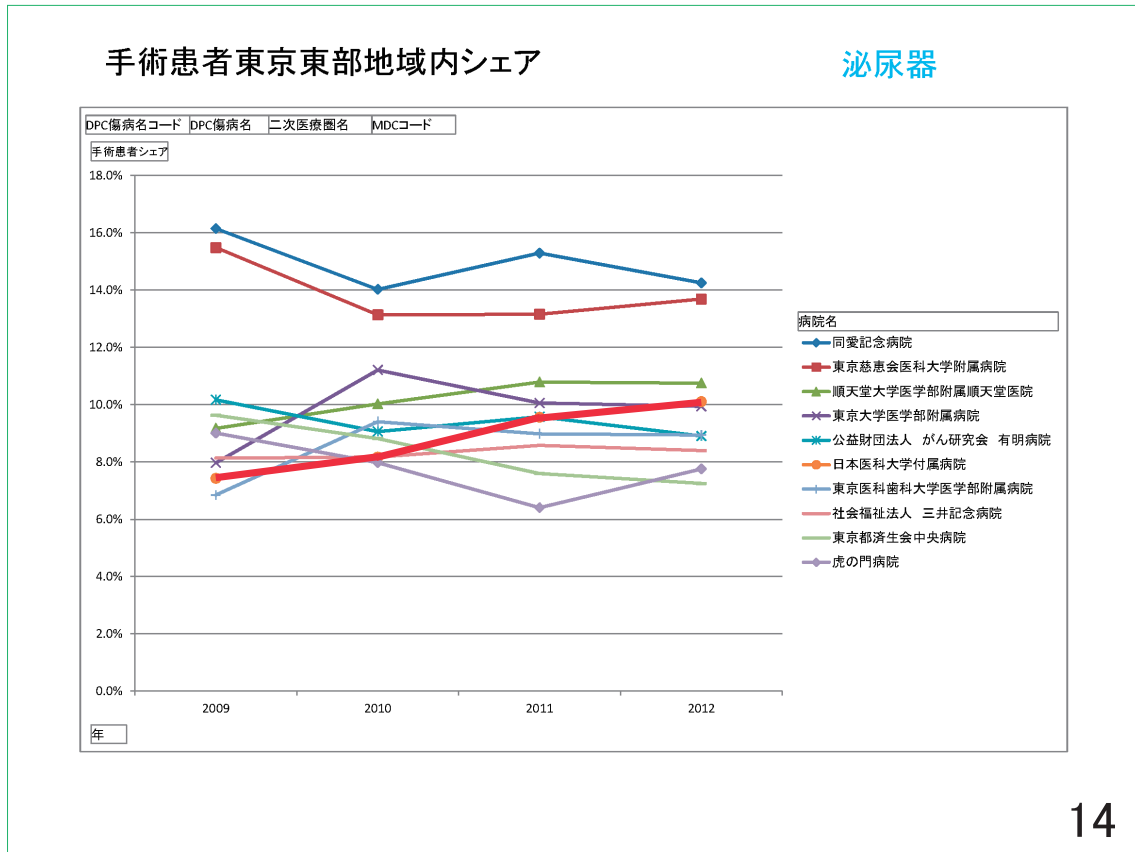
手術患者東京東部地域内シェア

全疾患



13

図表 10



図表 11

14

患者調査データによる地域医療分析

- ◆ 二次医療圏単位の地域全般の医療実態の把握
- ◆ 急性期以外の状況も見える
- ◆ 保険診療外(正常分娩、事故)なども見える

- ◆ 2011年データが最新
- ◆ 都道府県のみが個票データを取得することができる
- ◆ 粒度はやや粗い

患者調査個票データ分析ツールダウンロードサイト:
http://www.tmd.ac.jp/grad/hci/toukei2014/toukei_download.html

15

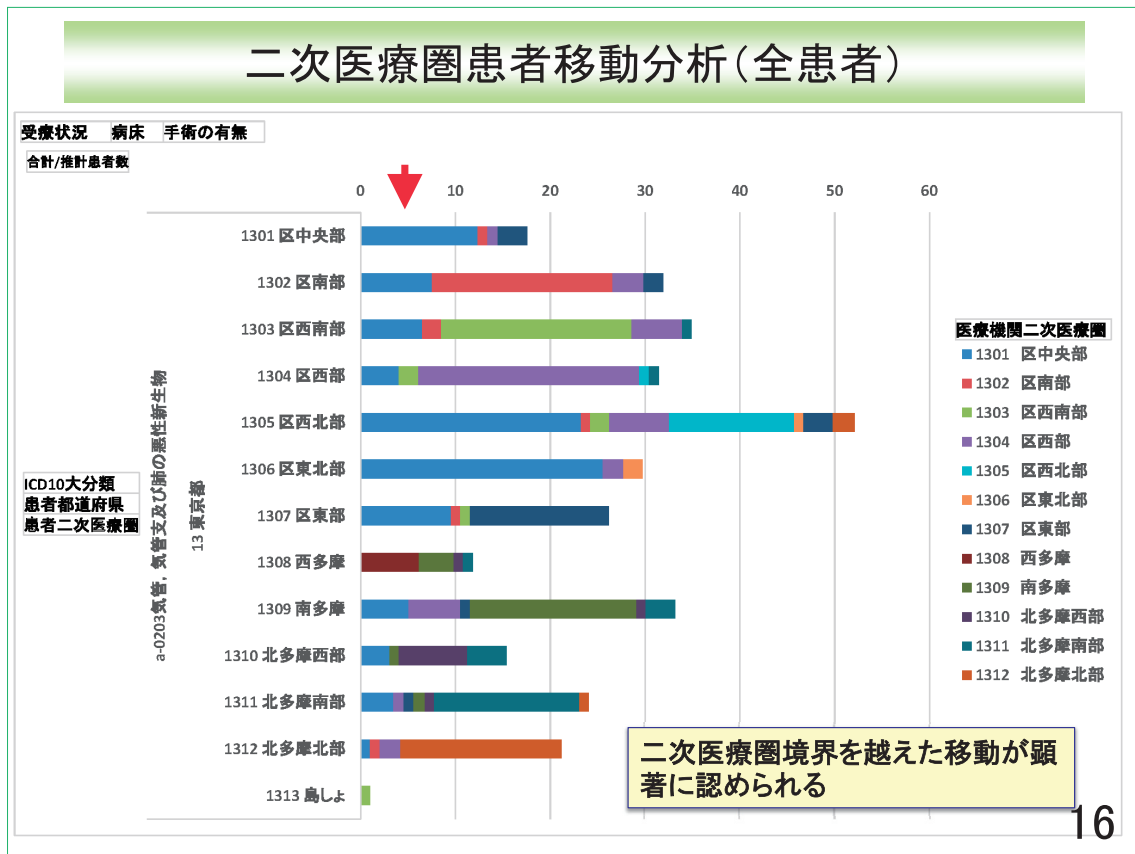
図表 12

泌尿器科分野の手術の患者数の例をみると、この分野は教授が代わって治療体制が変わり患者数が伸びているわけですが、地域のなかでもシェアを伸ばしているということがわかってきており、このような形でマーケティングなどにも使えるというようなことが言えるのではないかと思います (図表 11)。

次は患者調査のデータです (図表 12)。かなり以前から

使っていますが、サンプリング数が大きくないので、あまり正確ではなく、細かい数値はわからないということがありますが、病名が比較的しっかりしていること、急性期以外もわかること、それから患者の住所情報が入っておりますので、二次医療圏単位の患者の移動などをかなり正確に見ることができます (図表 12)。ある意味古いデータではありますが、まだまだいろいろ使い道があるデータです。

例えば、二次医療圏間の移動のデータ、特に東京都は二次医療圏を越えた患者さんの移動が大きいということがよく言われておりますが、図表 13 はこれをざっくりと集計したものです。左側に患者さんの住んでいる地域があって、入院先などを色分けしてみますと、青の部分は区の中央部に入院している患者さんの数です。区の中央部の患者さんは、その区の中央部、港区、中央区、文京区、千代田区、大学病院等が多い地域で、当然その地域に入院していますが、例えば区の東部や区の西北部、区の東北部の患者さんもかなりこの地域に移動して入院していることがわかります。このように、二次医療圏を越えた移動を客観的にとらえることができるということ



図表 13

になっております。

図表 14 は、医科歯科大学のデータの分析を見たものですが、やはり病院単位で見ても、二次医療圏の境界を越えた移動が非常に大きいということと、また特に、高度急性期の患者さん、例えばがんの手術だとか循環器の手術の患者さんなどの移動が大きいということが明確になっております。全ての患者さんを見たときの二次医療圏の外から入ってくる患者さんの割合が黄色の部分、それから、都外から入ってくる患者さんが赤の部分で、大体半分弱の患者さんが外から入ってきているわけですが、本学に限って見ますと、8割ぐらいが二次医療圏の外から入ってきています。さらに高度急性期の患者さんに至ると、ほぼ90% から100% ぐらいは県外の患者さんという形になっております。このように、患者さんの移動というのが病態によっても違うということも明らかになってきております。診療圏を考えるうえでは、ある程度その病態の違いも考慮に入れたうえでの検討というのが必要なのではないかと思います。

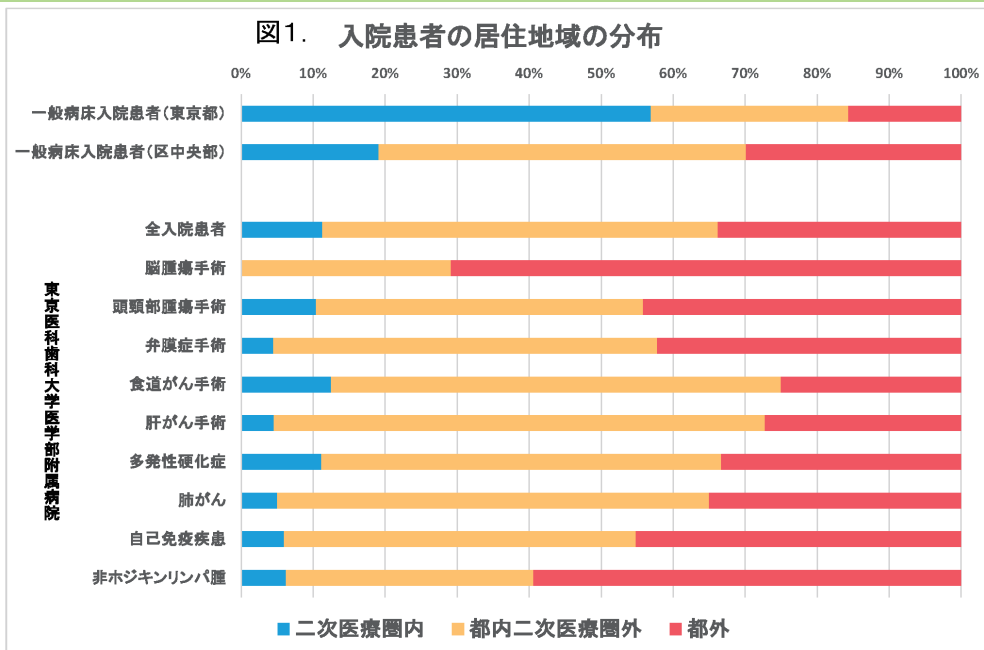
あともう1点、患者調査で重要なことは、患者数の基礎的な統計の集計ということです。統計的に厳密に設計

されており、年齢階級別の受療率などを計算することができますから、現在さまざまな推計で使われている将来の患者数の推計の基礎となるデータがこの患者調査のデータになっています。人口構造の推計と年齢階級別の受療率を組み合わせることで、現在のところは2035年までの疾病構造の変化は見ることができます。具体的な計算方法やツールなどは『病院』等の雑誌に発表されておりますが、だれでも使えるツールで、計算方法自体は非常に明確なものになっております(図表 15)。

特徴的な結果は、これから人口構造、急速に高齢化するわけですが、地域によってその高齢化のパターンが違うということです。二次医療圏人口が多い地域で入院患者数が非常に増え、郡部や中山間部においては人口減少がありますので、高齢化と人口減少がともに相殺されるような形で患者数はあまり増えません。場合によっては、やや減る傾向にあるということになります(図表 16)。外来患者に至ってはさらに顕著で、人口減の影響が大きくなりますので、周辺地域ではこれから減るといった推計が出てきております(図表 17)。

都市部におけるもう1つの特徴は、疾病構造が大きく

高度急性期病院における患者移動の実態



17

図表 14

疾病構造推計の基本的な考え方



「人口構造にかかわる変化ほど明白なものはない。」(P. F. Drucker)

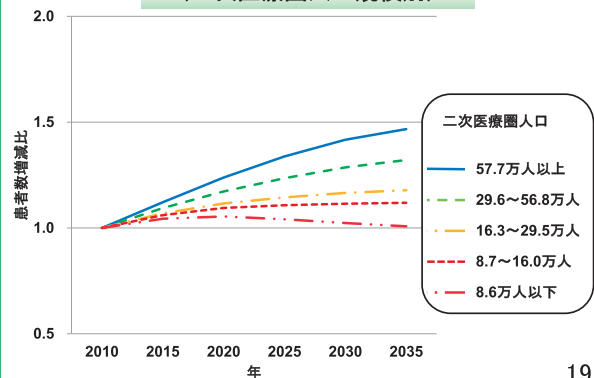
二次医療圏別の患者数推計ツール
http://www.tmd.ac.jp/grad/hci/suikei/suikei_download.html

人口構造の高齢化と人口減少が与える急性期医療への影響
 (「病院」2013年9月号 p100-103)

18

図表 15

入院患者数の将来推計 (二次医療圏人口規模別)



19

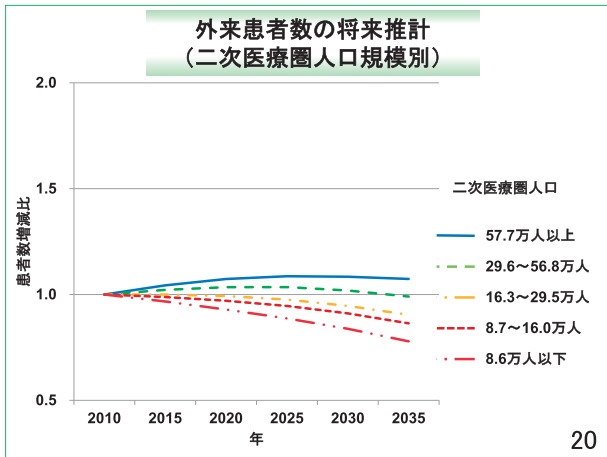
図表 16

変わることを思います。図表 18 は疾病別の入院患者の変化率を見たものです。虚血性心疾患と悪性新生物の増加率は 30% 前後で 100% から 130% ぐらい、1.3 倍ぐらいということですが、どちらかと言うと、亜急性期、回復期に近いような、肺炎、脳血管疾患等の患者さんの増加率が圧倒的に多いこととなります。こうなりますと、疾病構造の変化もかなり大きいだろことが予想されま

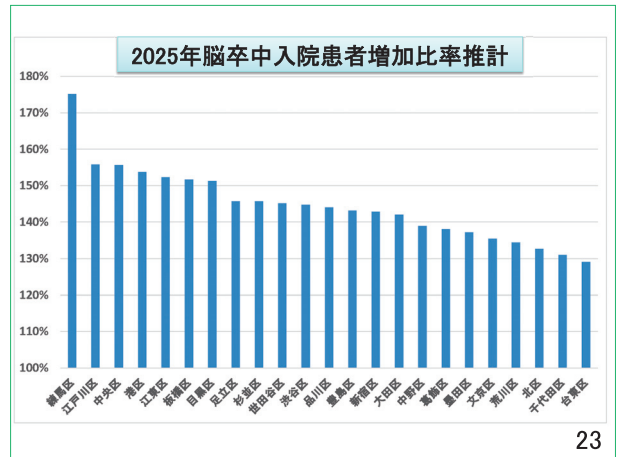
す。

東京都では区のレベルでの推計値なども出しており、一番患者数の増加率が多いのが練馬区ですが、2025 年の時点で、肺炎、脳血管疾患が圧倒的に多くなっているというになります (図表 19)。

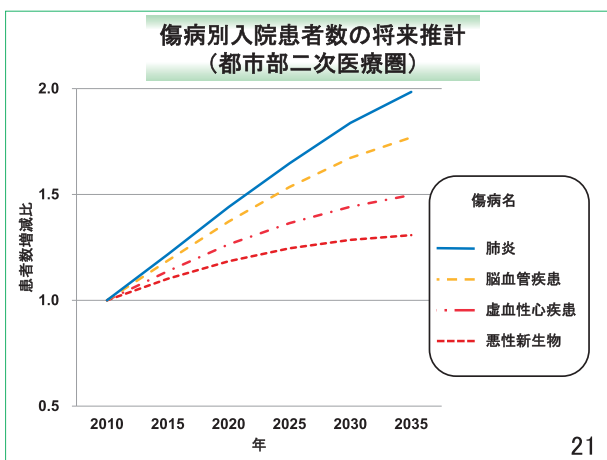
図表 20 は、東京都の区のレベルで脳卒中の入院患者さんの増加率を見たものです。軒並み 1.3 倍を超えて、多



図表 17



図表 20

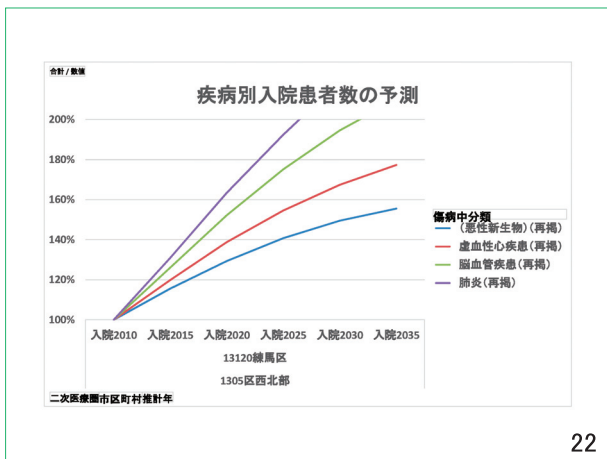


図表 18

データに基づく地域医療の評価

- 医療データを活用して、地域レベル、個別医療機関レベルで、詳細で客観的な将来推計が可能となってきている
- DPCデータ、NDBデータ、患者調査データ、病床機能報告データ等を用いて、地域の医療需要に適した個別医療機関の医療サービス提供のあり方を調整

図表 21



図表 19

れるということが、データで推計できることになると思います。

医療データを活用することによって、地域レベル、場合によってはその個別医療機関レベルで、客観的な将来推計ができるようになってきているということと、DPC データ、NDB データをさらに用いることによって、地域の医療需要に適した個別医療機関の医療サービス提供のあり方を決めていかれるだろうということが見えてきます。これはデータに基づく推計の基本的な部分になると思います (図表 21)。

地域医療需要推計のあり方

医療ビッグデータを活用して、特に、医療の供給の必要量を推計していきます。また、疾病構造の変化、人口構造の変化等を基に医療の供給の必要量を推計していくということと、それからもう 1 点は、病床機能報告制度

い地域では 1.7 倍近くになっています。これは 2025 年の時点のものですが、こうした形で人口構造の変化が疾病構造に対する大きな影響を与え、特に都市部に顕著に現

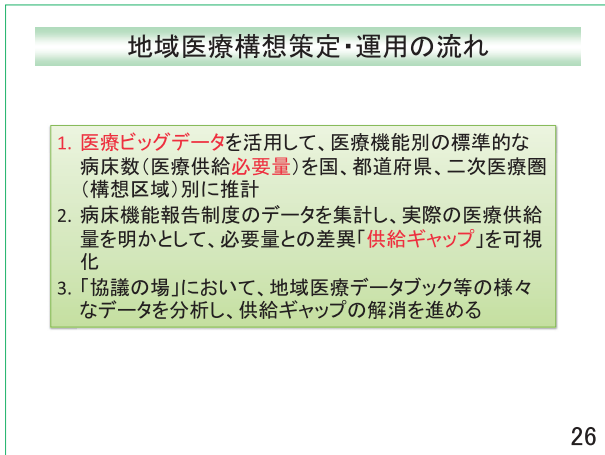
等のデータを集計して、実際に医療提供体制がどのようになっているかを集計していくということ。基本的には、その差を明らかにしていき、地域の協議の場においてこのギャップを埋めていくことが基本的な考え方になるのだろうと思います(図表 22)。

病床機能については、高度急性期、一般急性期、亜急性期の、大きく3つの区分に分けていきます(図表 23)。

そのときの推計方法ですが、現在用いられている方法は基本的には1日当たりの診療報酬の点数を基に病床の機能区分をしています。

いろいろ検討したのですが、本来、こういう機能区分をするのであれば、きちんと疾患に基づいて、例えば私たちはDPCのデータの分析などを行っておりますので、疾患別に病期をある程度想定して、例えば心筋梗塞であれば入院当初、大体10日ぐらいが高度急性期に当たるような形で、ある程度疾患別に推定したほうがいいのではないかと考えていました。しかし、非常に手間がかかるということと技術的に困難度が高いということで、残念ながらその案は採用されずに、結果的にどちらかと言うとテクニカルに、1日当たりの点数という非常にざっくりとした方法で機能分化の指標をつくる方向になっていったのだろうと思っております。1日当たりの診療報酬の点数、C1、C2、C3という点数の基準を用い、高度急性期、急性期、回復期と分けて、それぞれの病床数の必要数を推計する方法がとられています(図表 24)。

これもかなり時間をかけて検討したのですが、最終的



図表 22

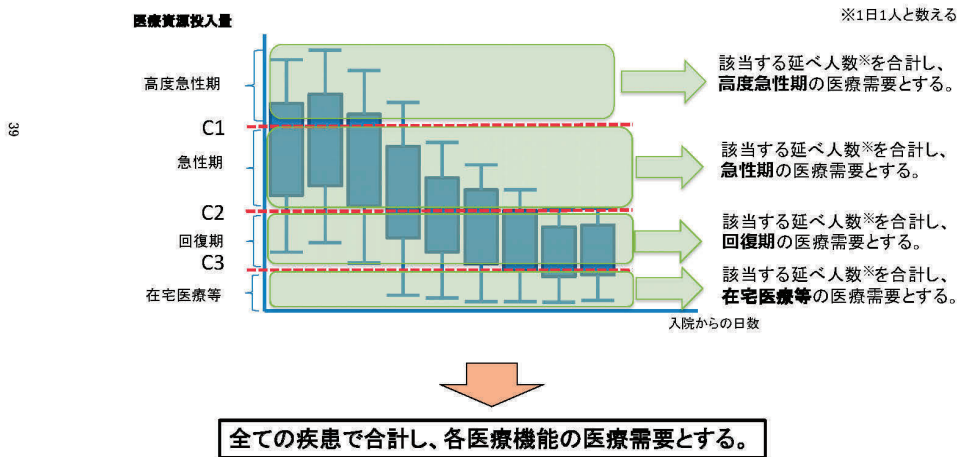
		高度急性期	一般急性	亜急性期等(軽度の急性期を含む)
		高 診療密度		低
主たる患者像		<ul style="list-style-type: none"> ○発症・受傷直後の特に重症の患者 ○高度な手術を要する患者(心臓外科、移植手術等) ○複数の合併症を有するなど、総合的治療を必要とする患者 ○難治性疾患、希少疾患等の原因や治療法が未解明の疾患の患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○中程度の急性疾患の患者 ○一般的な手術を要する患者 ○術後等の病状安定前、あるいは急性期リハビリを要する患者 	<ul style="list-style-type: none"> ○軽度の急性疾患の患者 ○急性増悪した在宅慢性患者 ○後遺症、入院生活等のため生活機能が低下し、リハビリを要する患者 ○緩和ケアを要する患者 ○脊髄損傷、筋ジストロフィー等の特殊疾患の患者
期待される医療		<ul style="list-style-type: none"> ○高度な手術等の侵襲性の高い治療 ○複数科にわたる総合力のある医療 ○三次救急 ○担っている医療に求められるチーム医療 ○担っている医療にふさわしい安全管理体制 	<ul style="list-style-type: none"> ○一般的な手術や急性疾患への対応 ○急性期リハビリ ○二次救急 ○担っている医療に求められるチーム医療 ○担っている医療にふさわしい安全管理体制 	<ul style="list-style-type: none"> ○点滴等の比較的侵襲性の低い医療 ○混在ニーズ対応(ケアミクス) ○回復期リハビリ ○緩和ケア ○特殊疾患等への医療 ○担っている医療に求められるチーム医療 ○担っている医療にふさわしい安全管理体制
特に必要とされる機能		比較的短期間の入院		比較的長期間の入院
		一定数以上の手術の実施		在宅医療支援
		救急医療への対応		回復期リハビリテーション
		退院調整機能		在宅復帰支援
		DPC対象病院等が担う医療		

(急性期医療に関する作業グループ第1回会合資料、H23,12,2)

図表 23

推計方法②(高度急性期、急性期、回復期の医療需要について①)

○ DPCデータについて、疾患ごとに、当該疾患の全患者の1日当たりの医療資源投入量を入院経過日数順に並べて、C1～C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。



政府資料

28

図表 24

に3,000点、500点、225点という点数が決められたわけですが、例えばこの急性期と回復期の間の検討などについては、DPCデータなどを用いて、治療内容も分析しながら一定程度時間がたつと安定した状態でどのぐらい医療資源を使っているだろうかと推計を、かなり試行錯誤を繰り返しながら検討したという経緯があります(図表 25)。一方、高度急性期についてはあまり細かく検討しておらず、高度急性期をきちんと分けることはかなり難しいですし、本当にその必要性があるのかというのも多少疑問に感じております。それからもう1点は、慢性期、回復期の後から在宅に移る分、この225点についても、実はあまり詳しくは検討していないというような状況だったのではないかと思います。

こうした推計値を用いて出されたのがこの数値になります(図表 26)。この時点で、メディアなどの報道などで一番注目されたのが総病床数の話で、今ある135万床を20万床減らすというような形で、かなりエキセントリックな形で報道されてしまったわけですが、私たちが検討していた段階で、総病床数が幾らになるかという推計は、私たち自身も最後まで見なかったわけです。

現実的には、急性期と回復期のあたりを分ける部分の検討を中心にデータに基づいて行っていて、それ以外の部分、特に慢性期部分についての検討は、会議のほとんど最後に2~3回やったぐらいです。あまり時間をかけない検討だったので、ワーキンググループとして、この総病床数にはそれほど責任を持っているわけではないのではないかと考えております。ただし、データに基づいて一定程度その機能を分けていけるということを示せたという意味では、それなりの意義があったのではないかと考えております。いずれにしろ、急性期と回復期部分がある一定の基準である程度の数値に分けられて、それを地域別に推計できるという方法を示したということは、十分意義があったのではないかと考えております。

あともう1点、慢性期については、かなり乱暴な議論がありました。つまり、平均値に集約させるという形になり、この部分に至っては、データに基づく検討と強く言えないような、非常にざっくりとしたような検討だったのではないかと考えております。

1日当たり点数で評価した方法を私なりにその意義を考えてみたものが図表 27 です。ナショナルデータベー

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 3,000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"> 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。
急性期			<ul style="list-style-type: none"> 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、抗生薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 尿路感染症に対し、抗生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。
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"> 誤嚥性肺炎に対する抗生薬療法は終了し、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。 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。
在宅等	C3 225点	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 ○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。	<ul style="list-style-type: none"> 補液+点滴管理+ドレーン

38

政府資料

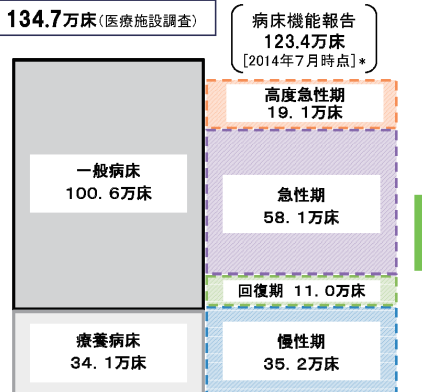
29

図表 25

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(全国ベースの積上げ)

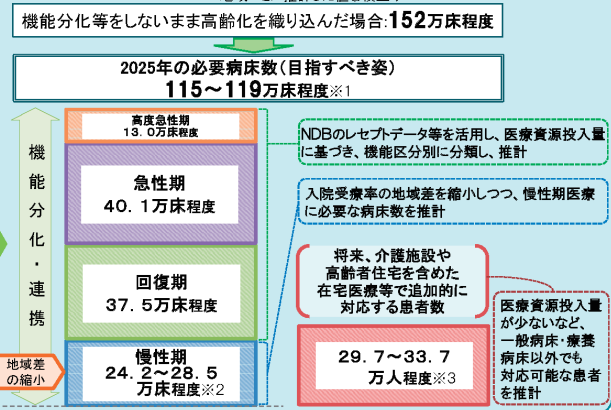
- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、**患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられること**を目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、**切れ目のない医療・介護を提供**することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、**地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環**)
- **地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。**
- 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、**回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。**

【現状:2013年】



* 未報告・未集計病床数などあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ



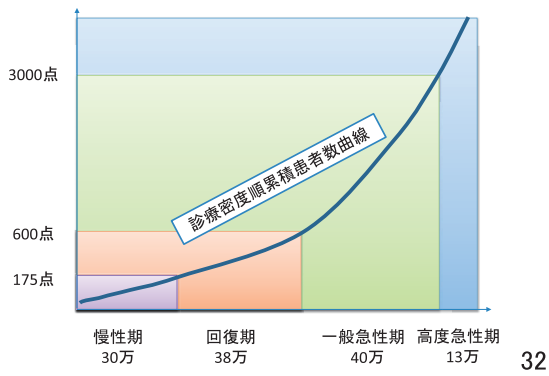
※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

(H27.6.15第5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)

30

図表 26

NDBデータによる機能別病床区分手法



図表 27

医療需要推計から病床機能分化へ

- 1日あたり診療報酬点数から機能別需要を推計する方法は、非常に簡略化されたものであり、点数区分基準から機能別医療需要を計算する関数にすぎない
- 妥当な点数区分基準を設定できれば、地域レベルの医療推計には充分
- この簡便な方法から病床ごとに医療機能を割り付けることは無理
- レセプトデータと病床機能報告等の情報の詳細な分析によって病床機能を評価していく方法の開発が必要

33

図表 28

スを使いますと、日本全国の個別の病床当たり1日点数何点の患者さんが何人いるということ在全国レベルで集計できるわけです。それを点数の低いほうから高いほうに並べていきますと、診療密度順の累積患者数曲線は日本全国レベルで出せるだろうということになります。ではそれが出たら逆に何ができるかという、一定の基準を決めたらその基準の点数の範囲にある患者さんの数、病床の数というのはわかるわけです。要するに、例えば175点と600点を決めたら、その間に患者さんが何人いるかということが推計できることが一番の特徴だと考えております。

この時点で、600点の付近、つまり急性期が終わって一定程度状態が安定する部分の検討はいろいろ行いました。この部分で大体何となく切れて、急性期と回復期が分かれるのだらうなというイメージはもっておりますが、回復期の後慢性期に至る部分については、このカーブが非常に寝ているわけです。これは何を意味しているかという、この点数をわずかにいじるだけで、この病床数は非常に大きく変わってしまうわけです。その意味で、この部分の精度というのはあまり高くないだろうなということは1つ言えると思います。

それからもう1つ、高度急性期部分についても、この点数をいじることによってかなり違ってしまいますので、病床区分の数値自体が独り歩きすることは私としてはあまり望ましくないと思っております。

ただ方法論として、一定の基準で病床の区分をつける、それを全国一律の基準で病床を分けられるという方法ができたということでは非常に意義があると思えますし、この一定の基準で病床を区分することで全国的な推計値

がどうなるかということ将来にわたって出せるわけですから、方法論としては十分有効な方法だと思います。しかし、これを用いて総病床数の推計あるいは慢性期病床数の推計などを行うのは、非常に無理があるのではないかと思います。ですからこうした、ある意味1つの関数ができたのだという形で理解しておいたほうがいいのではないかと考えております。

医療需要推計から病床機能ということで、1日当たり診療報酬点数から機能別需要を推計する方法は非常に簡略化された方法で、病態の評価などについては部分的に行われておりませんから、点数区分基準から機能別の医療需要を計算する関数だというふうにとらえるので十分ではないかと思っております(図表 28)。しかしながら、妥当な点数区分基準を設定すれば、地域レベルで医療推計、医療需要の推計を行うには十分使える方法になっていると思います。

あともう1点、病院単位でどうなるか。この簡便な方法から病床ごと、病院における病床ごとの機能を割りつけるのは当然のことながら難しいと思いますので、病床機能の評価についてはまた別の方法が必要になるだろうと考えております。

都道府県別、また二次医療圏別の推計病床数が出されております(図表 29)。絶対値自体には大きな意味はなく、例えば急性期と回復期の比率がどのぐらいになるかというような形の評価には十分使えるのではないかと思います。

それから、療養病床についても同様な結果になっております(図表 30)。

地域医療需要推計のあり方ですが、1日当たりの点数

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)

	2013年の病床数(千床)			2025年の必要病床数(千床)											(参考) 将来、介護施設や高齢者住宅を併せた在宅医療等で追加的に対応する患者数(2025)(千人)			
	一般・療養病床(2013) ※1			4医療機能 合計(2025) ②			一般・療養病床(2013) との差(②-①)			【医療機関所在地ベース】								
	合計 ①	うち 一般 病床	うち 療養 病床	パターン A	パターン B	パターン C	パターン A	パターン B	パターン C	うち 高度 急性期	うち 急性期	うち 回復期	パターン A	パターン B		パターン C	パターン A	パターン B
全国計	1346.9	1006.2	340.7	1148.5	1181.6	1191.2	▲198.4	▲165.3	▲155.7	130.3	400.6	375.2	242.3	275.5	285.1	336.6	306.1	297.3
北海道	83.6	60.1	23.5	68.7	72.1	73.2	▲14.9	▲11.5	▲10.3	7.3	21.9	20.4	19.0	22.4	23.5	27.7	24.6	23.5
青森県	16.5	13.5	3.0	11.7	11.8	11.8	▲4.8	▲4.7	▲4.7	1.2	4.1	4.2	2.2	2.3	2.4	2.9	2.8	2.8
岩手県	15.0	12.2	2.8	10.5	10.7	—	▲4.5	▲4.4	—	1.0	3.3	3.7	2.5	2.6	—	2.6	2.4	—
宮城県	21.1	17.9	3.2	18.7	18.8	—	▲2.4	▲2.4	—	2.3	6.6	6.0	3.8	3.9	—	3.0	3.0	—
秋田県	12.6	10.2	2.4	9.0	9.1	9.1	▲3.6	▲3.5	▲3.5	0.9	3.3	2.5	2.3	2.4	2.4	2.1	2.0	1.9
山形県	12.0	9.9	2.1	9.2	9.3	—	▲2.8	▲2.7	—	0.9	3.1	2.9	2.3	2.3	—	1.4	1.4	—
福島県	21.5	17.3	4.2	15.1	15.3	15.4	▲6.4	▲6.2	▲6.1	1.5	5.4	5.2	3.0	3.2	3.3	3.6	3.4	3.3
茨城県	27.0	21.0	6.0	21.4	21.7	—	▲5.5	▲5.2	—	2.2	7.4	7.1	4.7	5.0	—	4.8	4.6	—
栃木県	18.3	14.1	4.2	15.2	15.5	—	▲3.2	▲2.9	—	1.7	5.4	5.2	2.9	3.2	—	3.7	3.4	—
群馬県	21.0	16.1	4.9	17.2	17.5	17.6	▲3.8	▲3.5	▲3.4	1.7	5.5	6.1	4.0	4.3	4.3	4.1	3.8	3.8
埼玉県	50.6	38.4	12.1	53.1	54.2	—	+2.5	+3.6	—	5.5	18.0	16.7	12.9	14.0	—	12.5	11.5	—
千葉県	47.0	37.2	9.8	49.3	50.0	50.0	+2.3	+2.9	+3.0	5.6	17.9	15.3	10.6	11.2	11.2	9.1	8.5	8.5
東京都	108.3	85.7	22.6	111.8	113.9	—	+3.5	+5.5	—	15.9	42.3	34.7	19.0	21.1	—	22.1	20.2	—
神奈川県	62.9	49.3	13.5	71.0	72.2	—	+8.1	+9.4	—	9.4	25.9	20.9	14.8	16.0	—	13.4	12.3	—
新潟県	23.1	18.1	5.1	18.1	18.3	—	▲5.1	▲4.9	—	1.7	5.7	5.7	5.0	5.2	—	4.3	4.1	—
富山県	14.4	9.2	5.2	8.9	9.5	9.6	▲5.5	▲4.9	▲4.8	0.9	3.3	2.7	2.0	2.6	2.6	5.2	4.7	4.6
石川県	15.9	11.4	4.5	11.3	11.9	11.9	▲4.6	▲4.0	▲4.0	1.2	3.9	3.7	2.4	3.0	3.1	5.0	4.4	4.4
福井県	10.3	7.8	2.5	7.4	7.6	—	▲2.9	▲2.7	—	0.7	2.6	2.6	1.4	1.6	—	2.5	2.3	—
山梨県	9.2	6.9	2.3	6.8	6.9	6.9	▲2.5	▲2.3	▲2.3	0.5	2.0	2.6	1.6	1.8	1.8	1.7	1.6	1.5
長野県	20.4	16.2	4.2	16.7	16.8	—	▲3.7	▲3.6	—	1.9	6.5	5.1	3.2	3.3	—	2.7	2.7	—
岐阜県	18.5	14.7	3.8	14.9	15.0	—	▲3.6	▲3.5	—	1.7	5.8	4.8	2.6	2.7	—	2.8	2.7	—
静岡県	34.4	23.8	10.6	26.0	26.9	—	▲8.3	▲7.5	—	3.2	9.1	8.0	5.8	6.6	—	8.2	7.4	—
愛知県	59.2	45.0	14.2	56.6	57.8	57.8	▲2.6	▲1.4	▲1.4	6.9	20.6	19.5	9.6	10.8	10.8	12.8	11.7	11.7

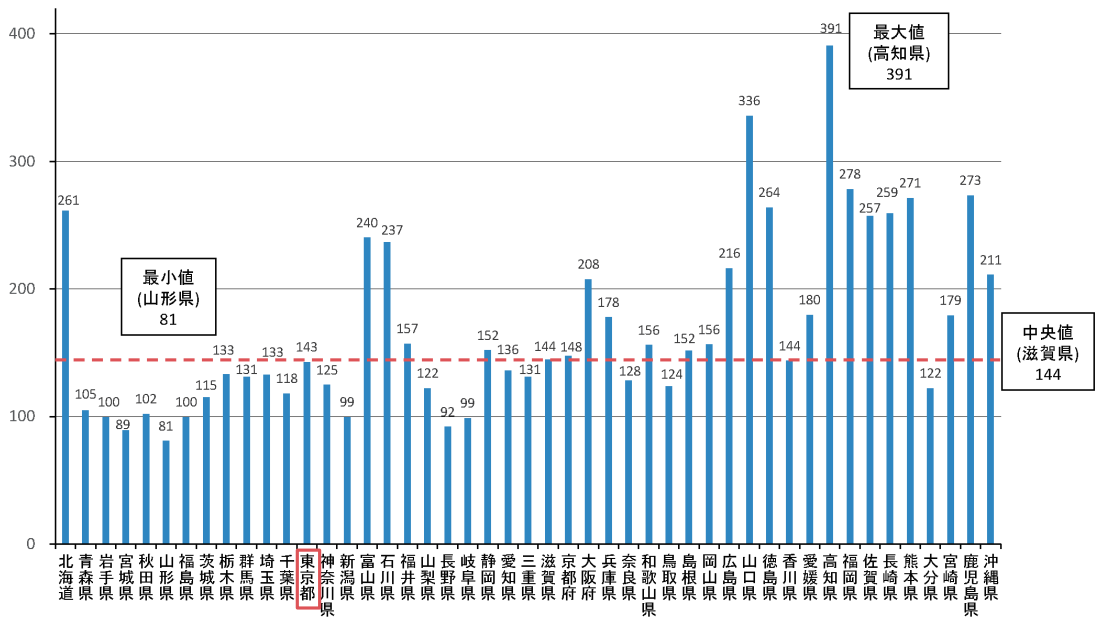
(H27.6.15第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会)

34

図表 29

療養病床の都道府県別入院受療率(医療区分1の70%相当の患者数等を除く※)(平成25年)

※ 医療区分1の患者の70%に相当する者及び回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する者を除き、性・年齢構成の影響を補正した都道府県別の入院受療率(人口10万当たりの入院患者数、患者住所地ベース)



(H27.6.15第5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)

35

図表 30

を用いた場合は、地域レベルの機能を別の需要推計にもある程度使えますが、特に、急性期と回復期の配分等の推計には有用だと思います。ただ、総病床数や慢性期病床数の推計の客観性については十分担保されたものではないと思いますし、病床機能評価については、別途新しい方法が必要になるのではないかと考えております（図表 31）。

データに基づく病床機能分化

病床機能報告における今後のあり方などを実際の病院のデータ分析なども行っておりますので、それに合わせた形で少し検討させていただきたいと思っております。

図表 32 は、政府資料として出されております、今後の病床機能報告制度によってどのようなデータが使われるかというようなイメージ図になっております。来年度からかと思いますが、レセプトにそれぞれの患者さんのいる病床が記録されて、さらにその病床機能も一緒に記録されたものが今のナショナルデータベースのデータに載せられる形で全国に集計されるということになっていると理解しております。そうしますと、レセプトデータと病床機能を連結させた分析ができます。

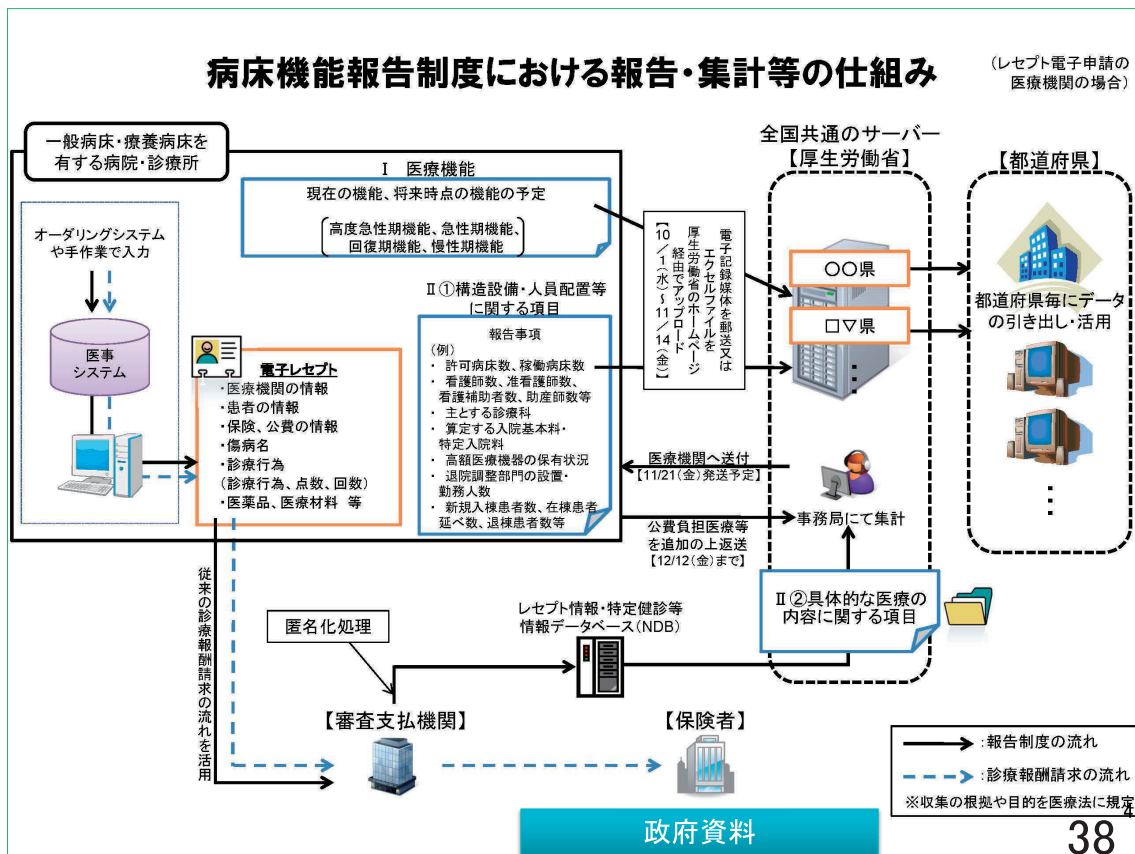
どういう分析を行うかは、今後検討するということになるわけですが、図表 33 は松田晋哉先生がつくられた資料に少し手をくわえたものです。データが集められて、そこにレセプトの中身とそれぞれの病棟の機能、現時点ではそれぞれの病院が自分で決めた機能がくっついているというイメージです。

地域医療需要推計のあり方

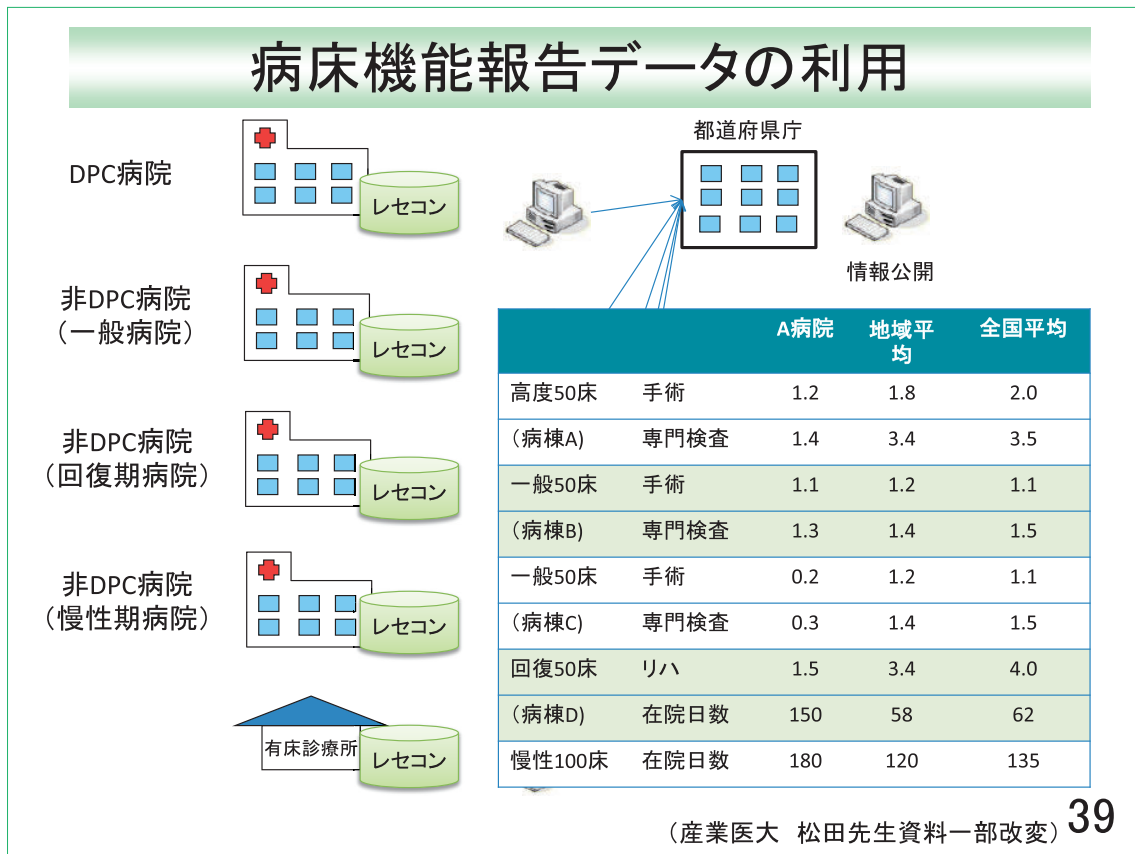
- 1日当たり点数(診療密度)による病床機能区分は、過度に簡便化された手法であるが、地域レベルの機能別病床需要を推計するには十分
- 特に、臨床病態を勘案した急性期と回復期の配分等の推計には有用
- 一方、総一般病床数(回復期と慢性期の境界)、慢性期病床数の推計の客観性は不十分
- 個別医療機関の病床機能評価に関しては、より精緻化された手法の開発が必要

36

図表 31



図表 32



図表 33

レセプトデータに基づく急性期患者の検出

「急性期診療行為」を以下の特定のように定義し、これらが実施された患者を「急性期患者」とした。

- ・手術
- ・化学療法
- ・放射線療法
- ・急性期に関連する特定入院料算定病棟での治療
- ・上記の4つが多く実施されていた病院で多く実施された急性期医療に関連する以下の個別処置

- 中心静脈注射、中心静脈注射用カテーテル挿入	- 人工呼吸
- ドレーン法（ドレナージ）	- 心マッサージ
- 救命のための気管内挿管	- 持続緩徐式血液濾過
- 人工腎臓（その他）	- 心臓カテーテル法による諸検査
- 内視鏡検査	- 観血的動脈圧測定
- 中心静脈圧測定	
- 観血的肺動脈圧測定	
- その他、診療領域ごとの処置を勘案するため、診断群分類点数表において急性期に関連すると想定される処置を抽出。	

40

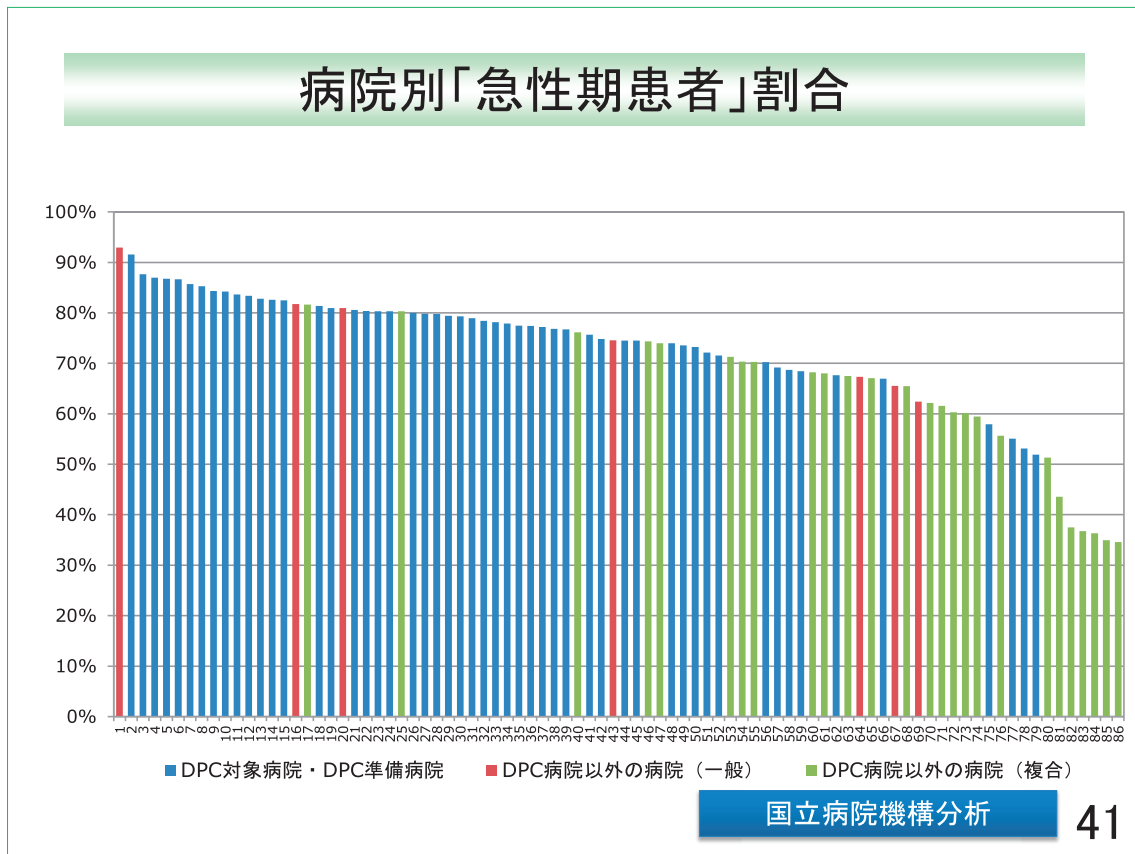
図表 34

まずできることは、病棟機能別、病院が定めた病棟機能別の診療内容を集計することができます。これは先ほどのナショナルデータベースの集計手順と同じようなイメージになりますが、それぞれの病棟、例えば高度急性期と言われた病棟で、全国平均では手術が病床当たり何件ぐらいとか、それぞれの専門検査などがどのぐらいあるかといった数値が、さほど手間をかけずに出ることに

なると思います。そうしますと、全国平均値あるいは地域平均値が出ますので、それぞれの病院の数値、例えばこれは A 病院の例ですが、A 病院の高度急性期病棟の診療内容を比較する形で、全国平均に近いのか、それより高いのか低いのかなどの評価が、一定程度できるようになると考えております。

同じようなイメージで、一般急性期についても診療内容等でできますし、回復期であれば、リハビリだとか在院日数等について、やはり全国標準値と比較することができると思います。例えばこの A 病院の病棟 A の例ですが、A 病院は自らは高度急性期と定めていても、実際の数値は全国平均値の一般急性期に近いということになると、病床機能としては本来高度ではなくて一般急性期に変更するべきではないかというような形の評価に使えるのではないかと考えております。

具体的にどうい分析を行うかというのはまだ決まっていますが、2年ほど前に国立病院機構でレセプトデータを用いて病床機能を検討するという方法論を少し検討いたしましたので、それをご報告したいと思います (図表 34)。



図表 35

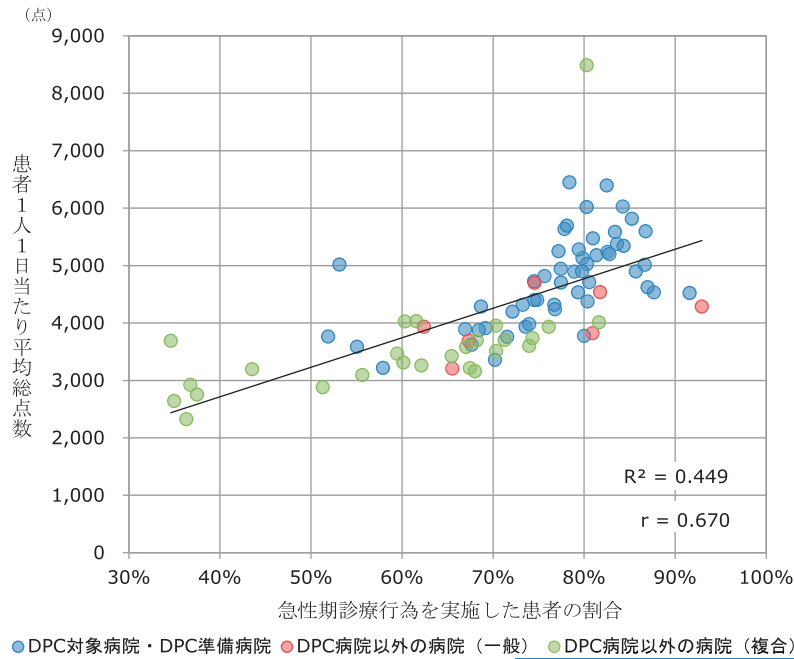
レセプトデータに診療行為の明細がほぼすべて入っているわけですが、それを基に、入院患者のうち急性期の患者さんがどのぐらいいるかを検討しました。その急性期のマーカーとして幾つか診療行為をピックアップし、マーカーが提供された患者さんを急性期という形でラベリングしております。具体的には、手術、化学療法、放射線治療、DPC の分類に使われている定義表に入っているようなデータを主に用いていますが、急性期に特に行われるであろう診療行為をピックアップし、こうした診療行為が提供されている患者さんを急性期の患者さんという形でピックアップいたしました。

具体的に、入院患者のうちどのぐらいの患者さんが急性期の患者さんに相当したかということを見ています(図表 35)。入院期間中に1回でもこのどれかがあれば急性期という、少しざっくりとしたラベリングの方法を使っておりますが、国立病院機構の一般病床 86 病院のデータの集計値になります。これで見いただきますと、一番多いところで 90%、一番少ないところで 30 数%と、一般病床に入院している患者さんのうち、急性期とラベルされる患者さんの割合が大体 3 割から 9 割ぐらいとい

うこととなります。青の棒が DPC 病院ですから、ほぼ典型的な急性期病院という形になると思いますが、急性期病院ですと大体 7 割から 8 割ぐらいというイメージになります。国立病院機構は、旧療養所病院などでは、どちらかと言うと高齢者中心の医療などを行っているところが結構ありますので、そういう部分については緑の棒が多いわけですが、急性期患者さんの割合が 5 割を切って、場合によっては 3 割になっています。残りの患者さんは基本的に高齢者の方が多いということと、先ほどの急性期治療行っていないということで、想定されるのは、例えば肺炎の治療だとか、あとはリハビリテーションだけを行っているような患者さんとかといったようなイメージの患者さんになるのではないかと考えております。

具体的に、先ほどの急性期の診療・治療を行った患者さんの割合と、それから患者 1 人 1 日当たりの平均点数を見ても、それなりに相関はあるということになります(図表 36)。要するに、点数だけで見てもある程度はわかるのではないかとことです。高い点数が多ければ急性期の患者さんはそれなりにいるということにはなると思います。

急性期患者の割合と患者1人1日当たり平均点数



国立病院機構分析

42

図表 36

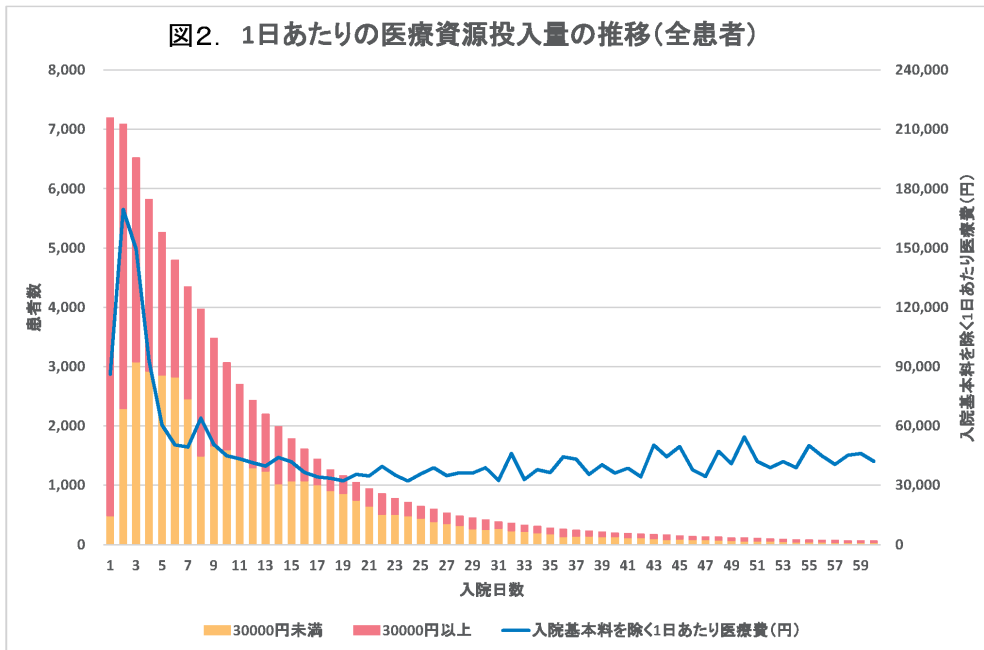
ただし、点数がほぼ同じでも、先ほどの急性期の治療を行っている患者さんと行っていない患者さんの割合のばらつきが非常に大きいので、点数だけで見ていくと、やはりこの部分の違いというのは見るできないということになるのだらうと思います。その意味で、一定程度点数で病棟の機能の違いを見ることはできますが、具体的に急性期医療の中身を点数のみで評価していくのは難しいのではないかと思います。

あともう1点、医科歯科大学附属病院の分析ですが、高度急性期と一般急性期の違いがどうなっているのかを検討してみました(図表 37)。1日3,000点を基準値として用いた場合、一体どうなるのだらうかというのを示した例ですが、全患者さんで3,000点を超えている部分、いわゆる、今、高度急性期の基準として使われている数値を超えている患者さんの割合が赤い部分で、それ以外の部分は黄色という形になります。ざっくり半々ぐらいのイメージになると思います。ですから大学病院だと、今の基準でいくと半分が高度急性期、半分が一般急性期になるということになるのだと思います。

では、具体的に個別の疾病別に落とすとどうなるのか

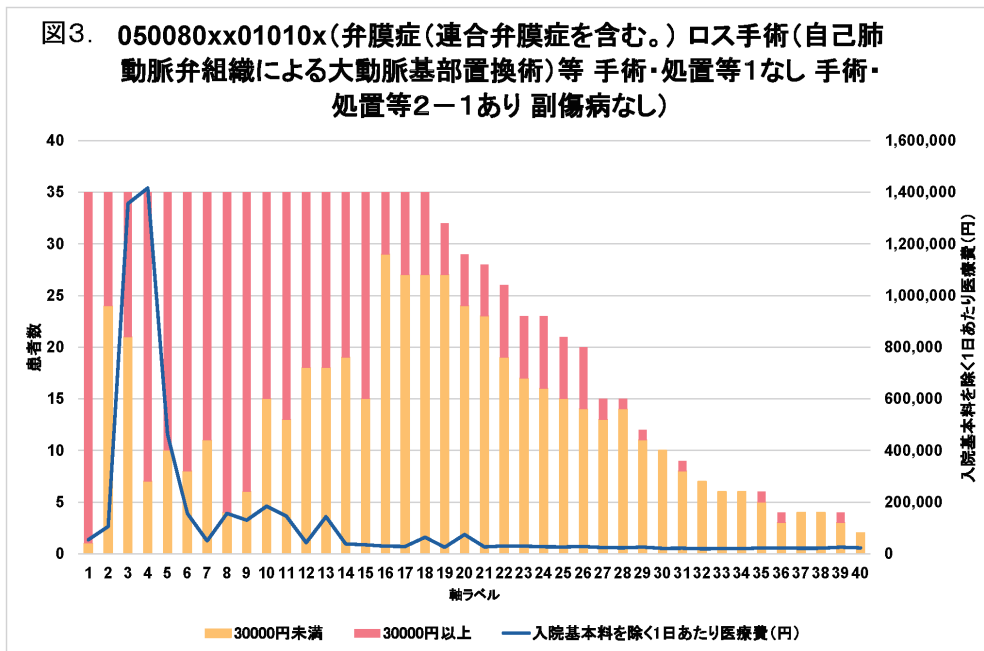
を見た例です(図表 38)。これは弁膜症でロス手術を行う、非常に高度で大学病院などしかできないような治療ですが、こうした高度急性期の典型のような患者さんであっても、この赤と黄色の割合というのは、黄色の割合が結構多かったです。術後1週間目を過ぎるぐらいから今の3,000点の基準を下回る患者さんが結構出てくるという形になります。これだけの手術の術後1週間ではまだICUにいる方が多いわけですが、これだけ大変な患者さんであっても高度急性期の期間がかなり短いというのは、どうも実態を反映してはいないと考えられます。

食道がんであっても、術後2週間を過ぎると高度急性期を外れるというようなイメージになってきますし、さらに内科的疾患、膠原病などでステロイド治療などを長期にやる患者さんは大学病院が多いわけですが、そうした患者さんに至っては、高度急性期に当てはまらない患者さんのほうが多いというような形になってきます。大学病院で実際のデータを見ている立場からすると、やはり高度急性期と急性期を点数、特に3,000点という基準のみで分けていくのはかなり難しいというか、問題があるのだらうと思います。そういう意味でも、治療内容とか、



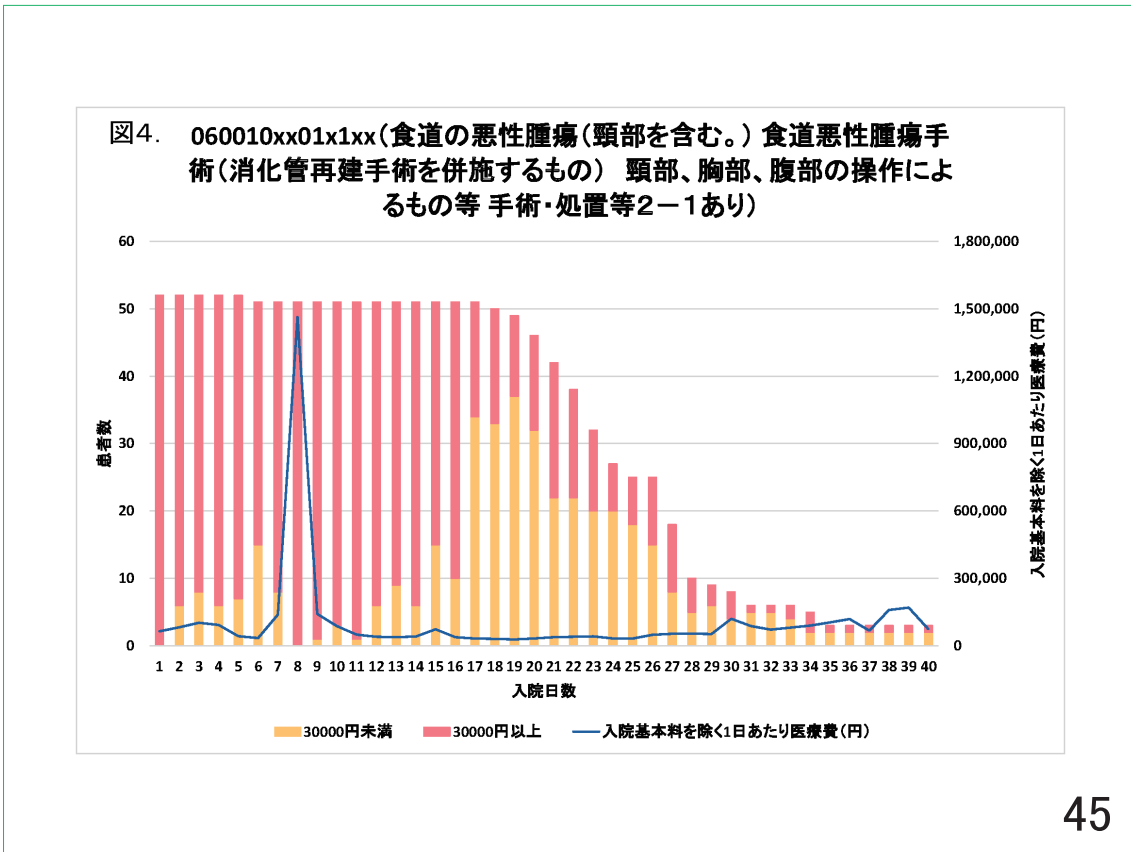
43

図表 37



44

図表 38



図表 39

あるいは提供された手術等も含めた形での機能の評価と
 いうのが必要になってくるだろうと思います(図表 39,
 40)。

診療データを活用した病床機能の評価手法は急務と
 なっております(図表 41)。一定の条件で、国立病院機構
 のデータで示したように急性期機能等を評価することが
 ある程度は可能ではないかと思えます。ただし、心臓の
 大手術直後の患者さん等が高度急性期から外れるなど、
 診療密度のみで高度急性期・急性期と評価していくのは
 難しいと思われまので、例えばDPCの分類ごとに高度
 急性期期間を設定するなどの、より緻密な方法が必要
 になってくるのではないかと考えております。

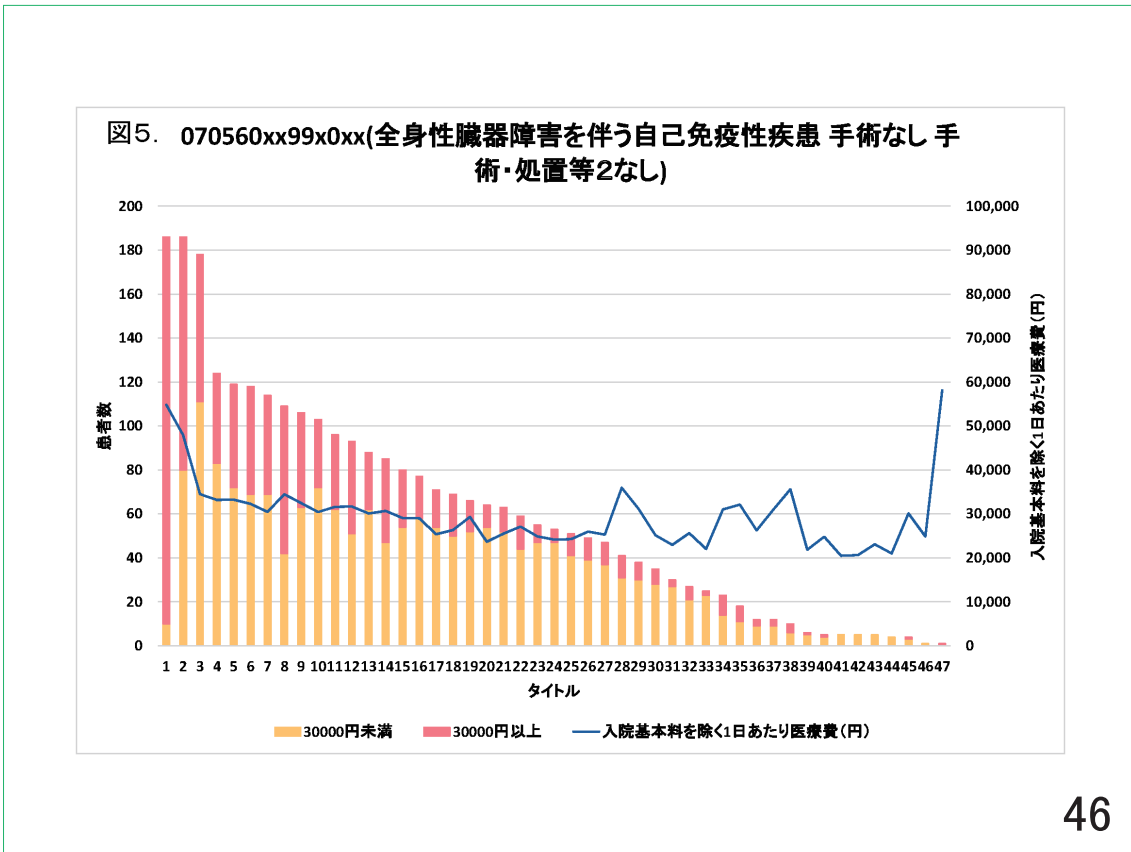
もう1点追加ですが、個別病棟ごとの病棟機能の評価
 が課題になっております。患者さんが入院している病棟
 と診療データを合わせて出されるわけですが、具体的に
 病棟単位でその機能がどのくらい違うか、国立病院機構
 のデータで分析した例が図表 42 です。先ほどと同じ基
 準で、病棟ごとに急性期の患者さんの割合を出しました。

実際、かなり病院によって違いがあります。具体的に
 13の病院数がありますが、それぞれの病院の病棟単位の

急性期患者数の割合を、箱ひげグラフで分布を見たもの
 です。均一にそろっている部分と非常にばらついている
 部分がありますが、病棟によって急性期患者が多い病棟
 と少ない病棟と、かなりばらつきがあるということです。
 ですから、病棟ごとの機能評価に至ってはさらに難しい
 ですし、このばらつきをどのようにとらえるのかは、大
 きな課題ではないかと思えます。

これと併せて看護職員の配置についても見てみます
 (図表 43)。基本は7対1の病棟ですが、これはいわゆる
 傾斜配置という形で、病棟ごとに患者さん、看護師の配
 置も分けて、多くの病院で重症度が高い患者さんには多
 く看護師を配置していますので、やはりこれもばらつき
 がかなり大きいということがわかります。

あともう1点、看護必要度です(図表 44)。いろいろ課
 題になっておりますが、先ほどの急性期の患者の割合を
 横軸に取り、右に行くほど急性期の割合が高い病棟と
 いうことになります。縦軸はそれぞれの病棟の看護必要
 度の基準を満たす割合、看護必要度の代理変数と言えま
 すが、全く相関がない状況になっております。急性期度
 を計るものは医療・看護必要度が変わっておりますが、



図表 40

46

データに基づく病床機能分化(1)

- ・ 診療データを活用した病床機能評価手法の開発が急務
- ・ 一定の条件により、急性期機能等を評価することは可能と考えられる
- ・ 診療密度のみによる評価では、心臓大手術直後の患者が高度急性期から外れるなど、妥当性が不十分
- ・ DPC分類ごとに高度急性期期間を設定するなどの臨床的な検討も必要

47

図表 41

それでもまだ十分ではないのではないかと思います。

以上のような形で、多くの急性期病院では病棟内、それから病棟間での患者の急性度のばらつきが大きいため、個別病棟単位での病床機能を設定するのはかなり難しいのではないかと思います(図表 45)。看護師配置の傾斜配分については、患者の急性度とか看護必要度との関連もあまりありませんので、病棟単位で看護師配置等を

拘束するというは現実的ではないと言えます。急性期病院等での病床機能評価については、病棟単位ではなく、一定の範囲の病棟群などの単位とするほうが望ましく、より大きなくくりでの評価が必要になるのではないかと考えております。

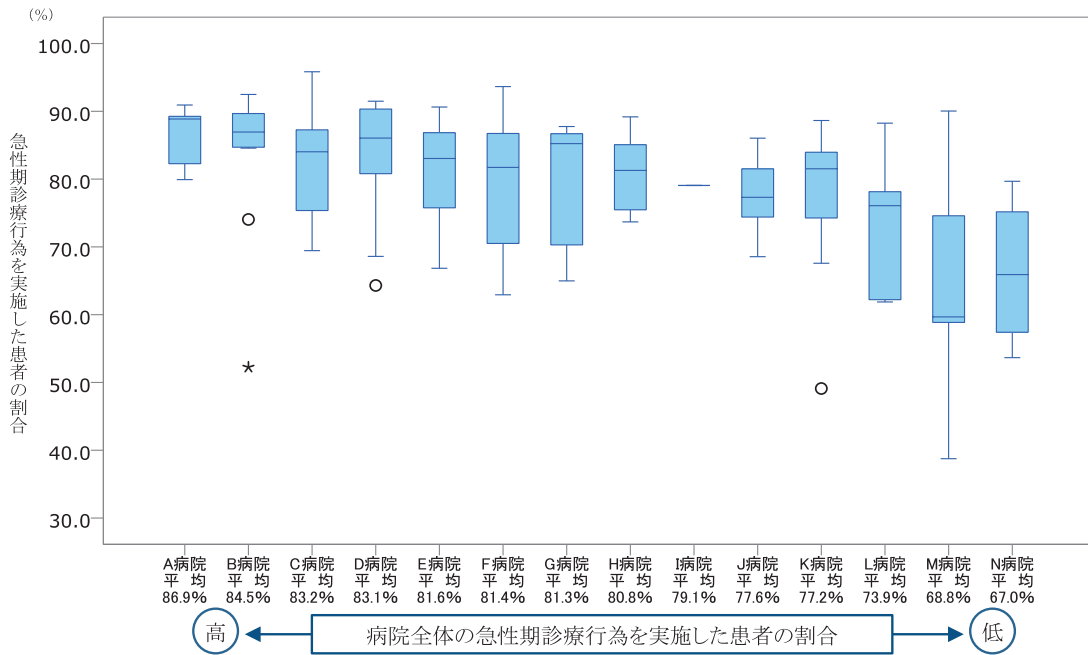
まとめ

いろいろな手法で 2025 年の病床数が推計されてきています。私が患者調査のデータ等を用いて推計した例が図表 46 です。厳密に推計すると、急性期はもっと少なくてよくて、回復期・亜急性期はもっと必要だろうというような推計、要するに、1対1に近いようなイメージになるというようなことを報告しております。

さらに今回の 2015 年に出された推計を見ますと、この全体の数値は、残念ながら 91 と、極端に言えば減らされている状況になっています。これについては、推計の根拠もあまり強くないので、ここに縛られることはないだろうと思います。

一方、比率で見ると急性期部分が大体 58%、6割です。回復期部分が 4割という形で、以前の推計に比べると、

個別病棟ごとの「急性期患者割合」の分布

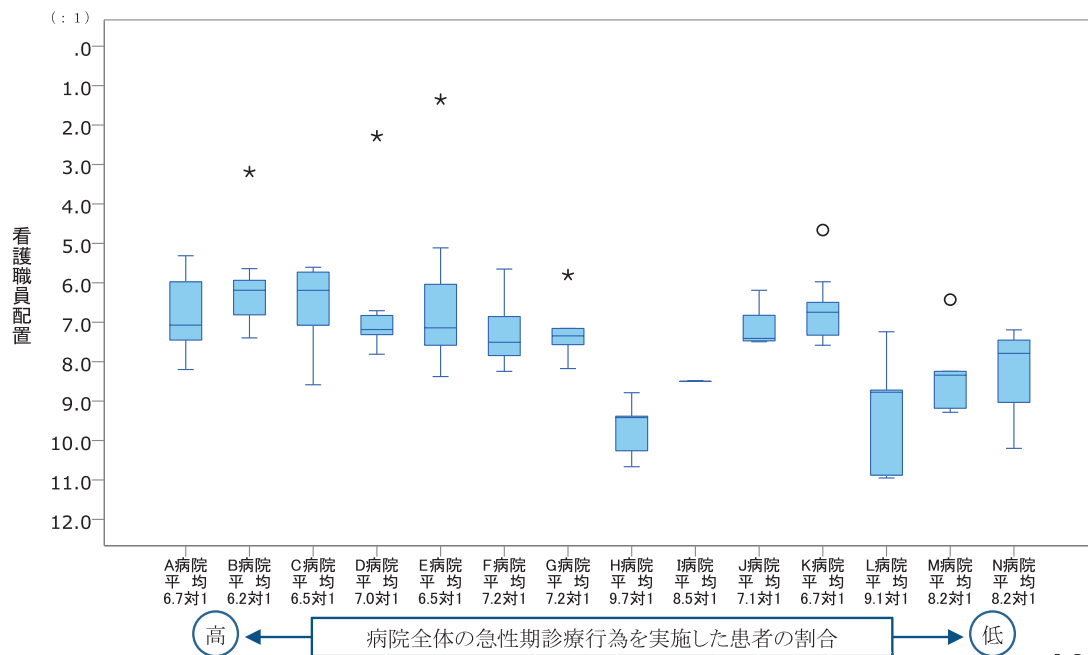


国立病院機構分析

48

図表 42

個別病棟ごとの看護職員配置の分布

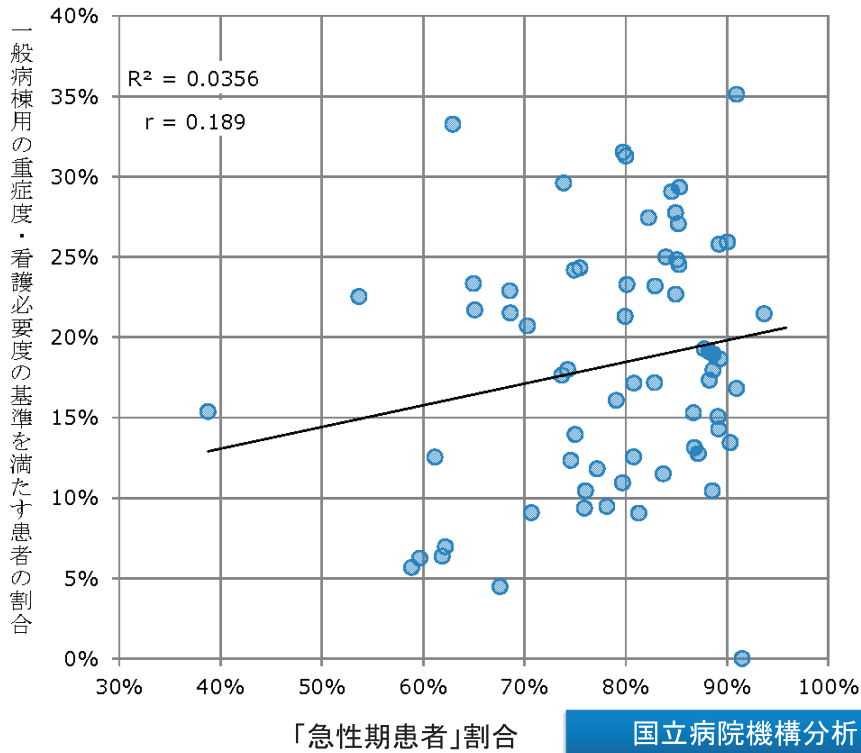


国立病院機構分析

49

図表 43

「急性期患者」割合と看護必要度に基づく重症患者割合の関係



図表 44

データに基づく病床機能分化(2)

- 多くの急性期病院では、病棟内、病棟間での患者急性度のばらつきが大きいため、個別病棟単位で病床機能を設定するのは困難
- 看護師配置の傾斜配分は、患者急性度、看護必要度などとの関連が少ないので、病棟単位で看護師配置等を拘束することは現実的ではない
- 急性期病院等での病床機能評価は、病棟単位ではなく、一定の範囲の病床群などを単位とする方が望ましい

51

図表 45

新たな2025年改革シナリオ

	2011年推計	2011年推計 伏見修正	2015年推計
高度急性期	22(21%)	15(14%)	13(14%)
一般急性期	46(43%)	40(37%)	40(44%)
回復期(亜急性期)	35(33%)	52(49%)	38(42%)
一般病床合計	107	107	91
慢性期	(28)	(28)	28

(単位:万床)

- ☆急性期病床は現在の一般病床の60%程度
- ☆現在のDPC病床の一部も回復期・亜急性期病床へ
- ☆一般病床の回復期・亜急性期病床への転換が急務

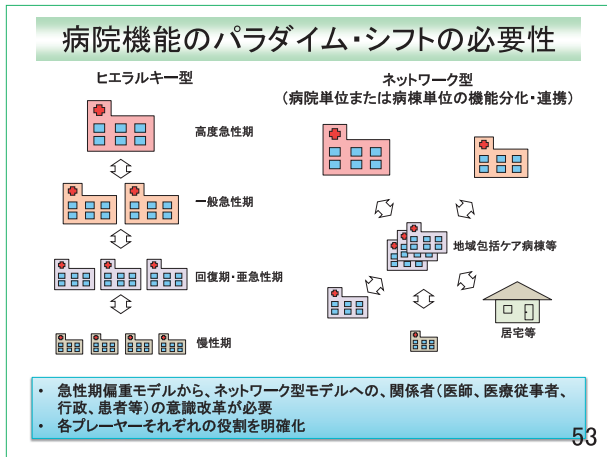
52

図表 46

急性期が少し厳しめになって、回復期部分が少し多目になっているという形で、私が患者調査から行った推計と以前の推計のちょうど中間ぐらいの位置に落ちてきているという状況になってきております。イメージ的には急性期病床の必要数が今の一般病床の60%程度になるであろうということと、残り4割を亜急性期・回復期に転換していく必要があるというようなイメージの合意は何

となくできてきたのかな、推計上の一貫性というのは取れてきたのかなと考えております。

それから、いろいろな意味でパラダイム・シフトの必要性が言われており、松田晋哉先生も含めいろいろな先生がおっしゃっておりますが、医療提供者、患者さん、医療従事者も含めてでしょうが、我が国の医療というのはどうしてもヒエラルキー型にとらえられてしまい、一



図表 47

般急性期、あるいは高度急性期のほうが上位であるというイメージがあるわけです(図表 47)。しかしそれではもたない状況になってきていて、ネットワーク型とか地域連携型とかいろいろな形が言われております。やはり亜急性期部分、特にここには地域包括ケア病棟が入るべきだと思いますが、この部分が中心となって、必要な患者さんは高度急性期、あるいは急性期病棟で急性期治療を行って、戻ってきた患者さんについては、在宅それから慢性期病床も含めた形で、患者さんのネットワーク型の地域単位でのケアモデルをつくっていくことが重要でしょう。そしてこうした意識改革を、医療従事者や患者も含めて行っていくというのが、これからの日本の医療に求められていることなのではないかと考えております。

- ### 要点と今後の課題
1. DPCデータ、レセプトデータ、患者調査データ等の医療ビッグデータで地域医療の可視化が劇的に進展している。
 2. 都道府県が主体となって、病床機能報告、地域医療電子データブック等を用いて地域医療提供体制を整備していく方向性が定められている。
 3. 各医療機関は、地域医療データに基づいて自医療機関が地域から求められる機能を見極めていく必要がある。
 4. 「協議の場」の実効性確保、必要な病床機能転換の誘導法、地域医療費適正化等との整合性、などの政策的課題をどうするか
 5. 病床機能評価手法、構想区域間、都道府県間調整等の技術的な課題をどうするか
- 54

図表 48

最後にきょうのポイントです(図表 48)。前半では、データについてさまざまな活用の可能性が実現しているということをお示しいたしました。都道府県主体となってさまざまなデータブック等を用いてデータが利用できる体制が進んで、今後活用できるようになると期待しているのではないかと思います。一方、それぞれの医療機関については、このようなデータを基にそれぞれの医療機関の役割を見極めながら、地域で求められている機能を自分たちが提供できるような体制というのはつくっていくのが重要であるだろうと思います。今後の課題ですが、病床機能報告や、構想区域、二次医療圏間の調整等の技術的な課題というのも、解決していく必要があるのではないかと思います。