



茨城県の地域医療構想の動向 ～病床機能報告制度からみる地域包括ケアへの取り組み状況～

筑波総研株式会社 研究員 山田 浩司

1.はじめに

わが国は急速に高齢化が進んでおり、いわゆる「団塊の世代」が75歳以上となる2025年には総人口に占める後期高齢者の数は3割に達する。これに伴い医療・介護ニーズが増大し、現在の医療提供体制では対応しきれないとされている。

こうした中、政府は、都道府県に対し限りある医療資源を最大限に活用し、効率的かつ効果的な医療提供体制のあり方を示す「地域医療構想」を16年度までに策定するよう求めた。当地茨城県では、16年12月に「茨城県地域医療構想」を策定・公表している。

本稿では、地域医療構想等について説明を行った後に、将来の医療提供体制に向けて、県内の医療機関がどのように取り組んでいるか、直近のデータをもとに分析してみたい。

2.地域医療構想と病床機能報告制度

(1)地域医療構想とは

医療・介護ニーズが増大する2025年に向け、

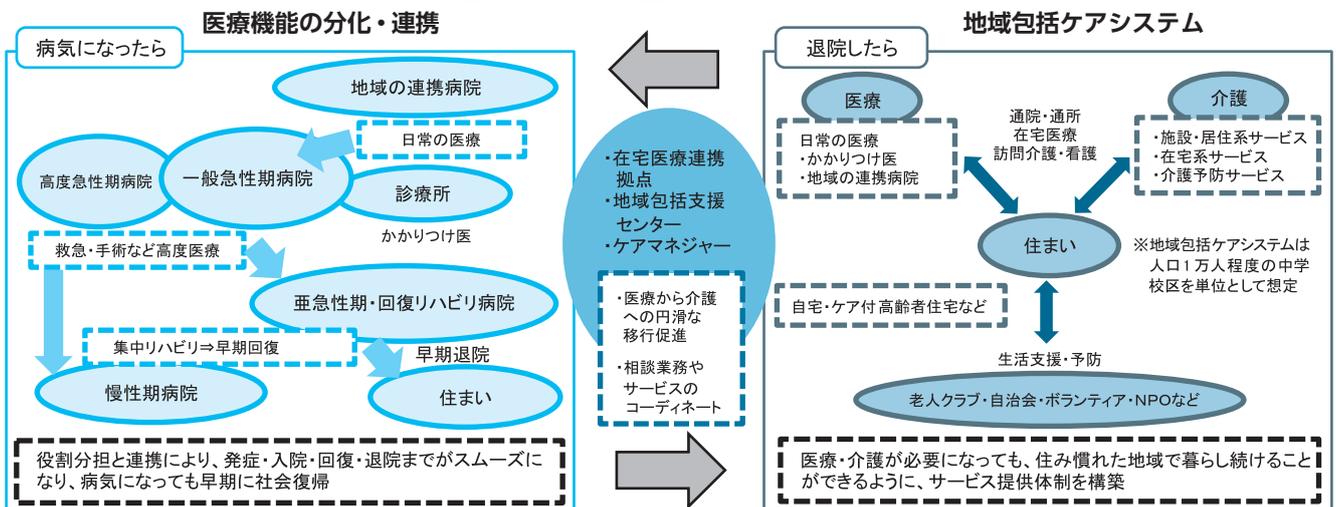
わが国では「医療機能の分化・連携の推進」と「地域包括ケアシステムの構築」の2つを柱とする医療・介護提供体制への移行を進めている(図表1)。

前者を推進するため、各地域における25年の医療需要とそれに応じるために必要な病床数を病床機能ごとに推計したものが地域医療構想である。ちなみに、病床機能とは、病床¹を「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4つの機能ごとに分類したもので、それらは医療資源投入量(患者に対する一日あたりの診療行為の出来高等)によって区分されるものである(図表2)。

(2)病床機能報告制度とは

各都道府県は、地域医療構想の策定にあたり、地域の医療機関が担っている病床機能の現状把握、分析をする必要がある。それに必要なデータを入手するために、2014年から各医療機関が所有する病床の病床機能を病棟²単位で分類して、毎年報告する「病床機能報告制度」が開始された。

図表1 将来の医療・介護提供体制



資料：厚生労働省「社会保障・税一体改革で目指す将来像」、「医療・介護提供体制改革」より当社作成

1 病気やケガで入院するときに利用するベッドのことを指す。
2 病床をひとくくりにとまとめたものであり、一般的にフロア(階)単位で構成される。病棟は、治療内容・目的ごとに種類が分かれており、それぞれ看護職員等の配置人員数や患者の平均在院日数などの施設基準が設けられている。

図表2 病床機能の内訳

機能の名称	病床機能の内容	医療資源投入量
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
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
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	医療資源投入量 175点以上 600点未満
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	医療資源投入量 175点未満、在宅医療等の患者数と一体的に合算

資料：茨城県「病床機能報告制度」、厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」より当社作成

なお、当制度における病床機能は、医療機関が自主的に選択するものであり、前述した医療資源投入量をもとに定量的に区分した地域医療構想における病床機能の分類とは定義が異なる点には注意願いたい。

現在、茨城県では医療機関から報告された病床機能ごとの病床数と地域医療構想で推計された各必要病床数をもとに、地域にとって将来あるべき医療提供体制の検討を進めている。

(3)茨城県の地域医療構想と病床機能報告制度

地域医療構想では、各都道府県内をいくつかの地域医療構想区域に分割し、当該区域ごとに医療需要を推計している。構想区域とは、地域における病床機能の分化・連携を推進する「単位」として定めた区域であり、原則として二次医療圏³に

図表3 県内の構想区域



資料：茨城県「地域医療構想」

一致する。茨城県では9つの構想区域に分類されている（図表3）。

必要病床数の推計方法は以下のとおりである。まず、国が医療費請求書(レセプト)等のデータをもとに開発したツールを使って、構想区域ごとの医療需要を算出する。次に、算出した医療需要を性別・年齢階級別の人口で除すると入院受療率が算出される。さらに、この入院受療率に構想区域別の将来人口⁴を掛け合わせたものを、全国一律の病床稼働率で除することで2025年に必要な病床数が求められる。

当地茨城県の地域医療構想における25年に必要な病床数と直近16年時点の各医療機関が保有している病床数を病床機能ごとに比較したものを以下に示す（図表4）。なお、前述したが、地域医療構想と病床機能報告制度では、病床機能の定義が異なるため、両者を単純には比較できない点には注意願いたい。

図表4 構想区域ごとの地域医療構想

単位：床

二次医療圏名	高度急性期			急性期			回復期			慢性期		
	2016年	2025年	過不足	2016年	2025年	過不足	2016年	2025年	過不足	2016年	2025年	過不足
水戸	278	621	-343	3,379	1,626	1,753	319	1,510	-1,191	1,044	721	323
日立	63	172	-109	1,457	619	838	178	713	-535	770	346	424
常陸太田・ひたちなか	24	150	-126	1,381	673	708	266	738	-472	800	551	249
鹿行	0	70	-70	985	374	611	109	443	-334	568	379	189
土浦	702	236	466	808	687	121	150	642	-492	439	365	74
つくば	162	436	-274	2,194	1,209	985	183	895	-712	766	949	-183
取手・竜ヶ崎	46	307	-261	2,122	1,278	844	634	1,242	-608	855	877	-22
筑西・下妻	9	54	-45	1,108	336	772	129	515	-386	994	552	442
古河・坂東	38	133	-95	1,082	643	439	172	419	-247	299	274	25
合計	1,322	2,179	-857	14,516	7,445	7,071	2,140	7,117	-4,977	6,535	5,014	1,521

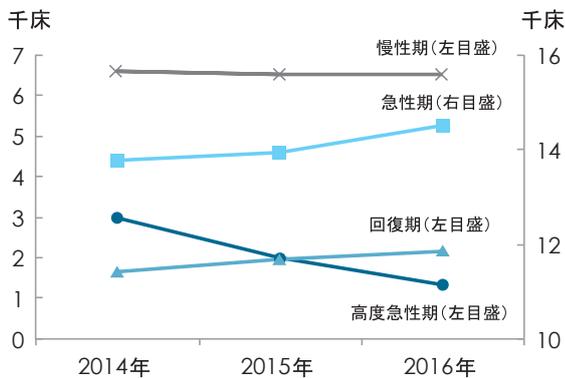
注：2016年は休棟中、休棟・廃止予定、無回答（1,344床）を除く。
資料：茨城県「病床機能報告制度」、「茨城県地域医療構想」より当社作成

3 入院治療を主体とした一般の医療需要に対応するために設定した区域。
4 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）」による。

茨城県内全体として、「急性期」と「慢性期」が過剰であり、「高度急性期」と「回復期」が不足していることがわかる。このため、当地ではいかに病床機能の再分化・連携を行っていくかが重要となる。

そこで、病床機能報告制度が開始した14年から直近の16年報告までの病床機能別病床数の推移をみると、「回復期」が大きく増加していることがわかる(図表5)。後述のように「急性期」から「回復期」に転換が進んだことが背景にあると思われる。なお、「高度急性期」が大きく減少しているが、これは当初、「高度急性期」としていたが、のちに「急性期」に該当することが判明し、変更した医療機関が複数あったためである。また、16年時点の全体の病床数(24,513床)は、25年必要病床数(21,755床)を上回っている。人口が今後減少していくなかで、全体の病床数をいかに削減するか、という問題にも取り組んでいく必要がある。

図表5 病床機能別の増減



資料：茨城県「病床機能報告制度」

3. 地域包括ケアシステムにおける医療機関の取組

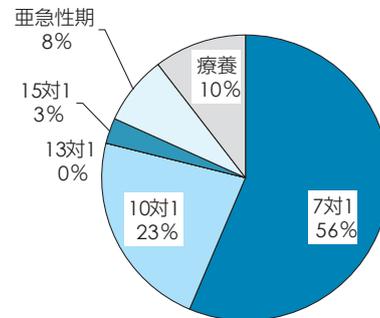
(1) 地域包括ケア病棟とは

地域包括ケア病棟とは、急性期治療を終えた患者、在宅や介護施設からの患者を受け入れ、在宅に復帰するためのリハビリテーション等の支援を提供する機能を持つ病棟である。2014年度診療報酬改定⁵で新たに創設されたもので、地域包括ケアシステムの根幹をなす。

地域包括ケア病棟に、どの機能を有する病床から転換されたかについて調べてみたところ、7人あるいは10人の患者に対して看護職員が一日を通して平均1人配置される「7対1」や「10対1」といっ

た一般的に「急性期」を担う病棟からの転換が全体の約8割を占めていることがわかった(図表6)。

図表6 地域包括ケア病床転換前の病床割合



資料：茨城県「病床機能報告制度」

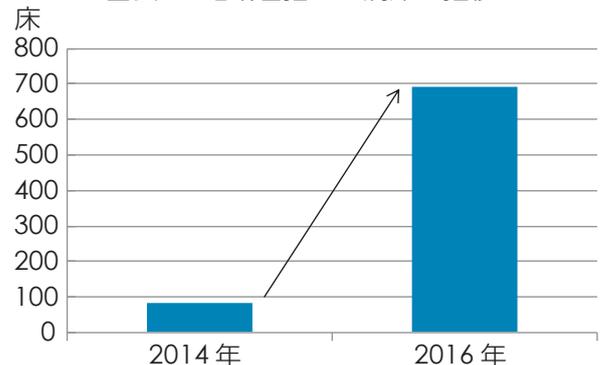
(2) 入院料とは

ここで、入院料について簡単に説明したい。私たちが病気やケガで入院すると、医療機関からは入院料が請求される。入院料の種類には、入院基本料と特定入院料等があり、それぞれ公定価格が決まっている。各医療機関はルールにもとづいて入院料を届け出ている。

入院基本料は、基本的な入院医療体制の入院料であり、看護職員の配置数等に応じて区分が分かれている。代表的なものとしては、「7対1入院基本料」や「10対1入院基本料」、「療養病棟入院基本料」等がある。一方、特定入院料は、「救命救急入院料」や「地域包括ケア病棟入院料」といった特定の治療内容・目的ごとに入院料が設定されている。

入院料別の病床数の動きを調べてみると、2014年から16年に過去3回実施された病床機能報告制度で「回復期」の病棟で著しく増加した特定入院

図表7 地域包括ケア病床の推移



注：各年とも7月1日時点の病床数。資料：茨城県「病床機能報告制度」

5 医療の公定価格で、2年に一度見直される。

6 重症度、医療・看護必要度の項目に該当する患者の割合を15%→25%に引き上げ。

料は「地域包括ケア病棟入院料」であることがわかる（図表7）。

この背景として次の点が指摘できる。特に、「7対1」は届出病床数が多いことを理由に国の病棟の施設基準が厳格化されている。具体的には、「7対1」は、過去の診療報酬改定で、入院している重症患者の割合の引き上げ⁶や患者が入院してから退院するまでの期間を示す平均在院日数の短縮化⁷が図られている。

基準を満たしていない病棟は他の機能の病棟への転換が必要となる。

4. 地域包括ケア病棟を導入した医療機関の分析

(1) 入院前のルート

病床機能報告制度に掲載されている詳細なデータをもとに、地域包括ケア病棟を導入した医療機関について病床規模の大小の違いを踏まえながら分析を行った。

まず、地域包括ケア病棟に入院した患者が、どのルートから入院してきたかを病床規模別に集計した（図表8）。200床以上の病床を保有する医療機関では、院内の他病棟からの転換が最も多くみられた。これは、自院の「急性期」病棟から「回復期」の患者を受け入れる機能（ポストアキュート）を担っていることを示している。

一方、200床未満の医療機関では、家庭や他の病院、診療所、介護施設等からの入院が多くみられ、在宅や施設等にいる患者の緊急時の受け入れ機能（サブアキュート）を担っているといえる。

このように、医療機関の規模によって地域包括ケア病棟の担う役割に違いがみられ、地域医療における医療機能の分化が図れていると評価できる。

図表8 地域包括ケア病棟に入院する前のルート

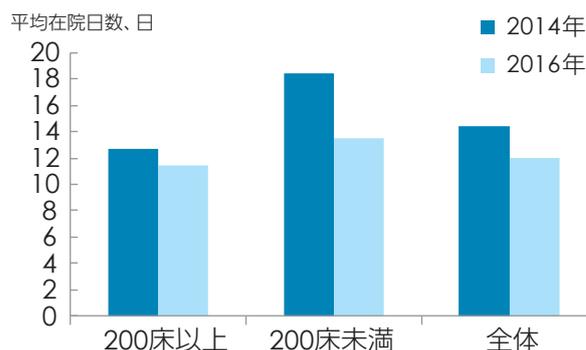
	地域包括ケア病棟に入院する前のルート			
	院内の他病棟からの転換	家庭からの入院	他の病院、診療所からの転院	介護施設、福祉施設からの入院
200床以上	73.3	19.8	5.7	1.1
200床未満	24.5	47.8	17.0	10.7
全体	38.0	40.0	13.9	8.1

資料：茨城県「病床機能報告制度」より当社作成

(2) 平均在院日数の変化

次に、地域包括ケア病棟を導入している医療機関で、「急性期」の病棟を有している場合の「急性期」病棟の平均在院日数についてみると、全体で2014年から16年にかけて平均在院日数が短くなっていることがわかる（図表9）。

図表9 平均在院日数の推移（2014→16年）



注1：「急性期」を有していない先、病床単位で地域包括ケア病床を届け出している先を除いて算出。
 注2：平均在院日数 = 年間在院患者延べ数 ÷ ((新規入院患者数 + 退院患者数) ÷ 2)
 資料：茨城県「病床機能報告制度」より当社作成

地域包括ケア病棟では、在宅復帰に向けてリハビリテーション等を提供するため、入院期間も60日と、前述の「急性期」病棟に比べて長く設定されている。「急性期」後の患者を地域包括ケア病棟にスムーズに移動することで、「急性期」病棟では患者に短期集中的な医療を提供することができ、「急性期」病棟の平均在院日数を前述の施設基準をクリアするかたちで短縮することができたと考えられる。

5. おわりに

現在、各都道府県では、地域医療構想を推進するための場として地域医療構想調整会議を設置し、協議を進めている。地域医療構想は、「医療計画⁸」の一部として策定されており、この構想にもとづき2018年度に開始される「第7次医療計画」が立案される。

また、18年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が控えており、医療・介護の将来に向けて目指すべき方向を見極めることが必要である。そうした中、地域包括ケアシステムの位置付けが益々重要になる。

7 7対1は18日以内、10対1は21日以内。

8 医療機関の適正な配置や医療資源の効率的な活用、病院の機能分化などを図るため、医療圏の設定や病床数、病院や救急体制の整備について都道府県が策定する計画のこと。1985年の医療法改正で創設された。