

PICK UP

病院経営と、切っても切り離せない関係にあるのが厚生政策です。その対応が病院の将来に大きく影響すると言っても過言ではありません。今回は、2025年に向けて病床の機能分化と連携が求められている地域医療構想について、現状の進捗状況と今後に向けた課題を分析します。

第1回 地域医療構想の制度趣旨と2024年現在の進捗状況の確認。 進む地域と進まない地域の違い。

1. 地域医療構想の制度趣旨

一 地域の実情に応じた医療体制を自分達で整える一

地域医療構想は、人口動態の変化による「医療ニーズの質・量の変化」「労働力人口の減少」を見据え、地域の医療提供体制について機能分化や連携を進めることで質の高い効率的な医療提供体制を構築しようとするもの(図1)。

国からは2025年時点の医療需要と病床の必要量についての推計が行われ、実際に機能分化や連携を進めるために、各構想区域では地域医療構想調整会議が設置され、地域の医療体制のあり方についての協議が実施されることとなった。

地域医療構想とは何かを一言で表すと「地域の実情に応じた医療体制を自分達で整えていくこと」である。

地域医療構想が始まった頃は「病床削減の政策」や「数合わせ」と揶揄されることもあったが実際は全く異なり、地域の関係者が主体となって地域の未来を創り込むという、地方自治の根幹にかかわる取り組みである。

2. 地域の実情はどのように把握するか

一 需要と供給の視点から、現状と将来の見通しを把握する一

それでは、地域の実情とは何か。制度趣旨に記載のあるように需要と供給(提供体制)に分けて考えれば理解しやすい。

地域の需要と供給の状態について現状と将来の見通しを把握し、地域の医療体制はこのまま成り行きで進んでも良いのか、もしくは、解決すべき問題が潜んでいるのか、その問題を解決した場合としない場合、それぞれどのような影響があるのか、解決するには何が必要なのか、このようなことを提

示しながら議論を行うことが「地域の実情に応じた体制を、協議を通じて作る」ことになる。

では、需要や供給について把握すべき事項にはどのようなものがあるか。各項目の特徴をあげながら具体例を示す。

2.1. 需要について

一 診療科や病期など具体的な区分による把握を一

国の推計では4つの機能に区分をした病床数の推計が行われている。これは1日当たりの医療資源投入量(点数)により高度急性期から慢性期までを分類したものである。

ただ、この4区分では、概念は理解できるが具体的な需要の動きを想像することは難しい。これにつき、病院従事者にとって馴染みがある単元で推計を行うと下表のような区分が行える。

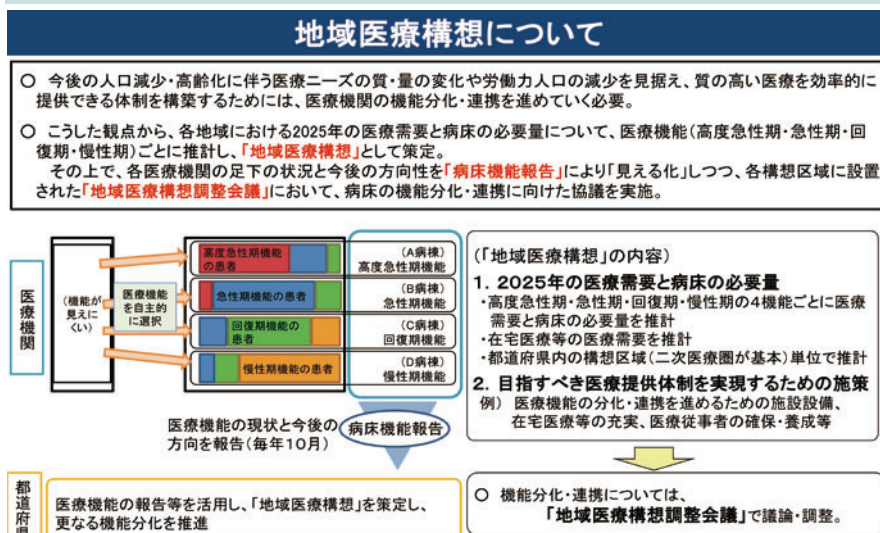
【表1】 需要予測を行う場合の主な区分

区分	推計方法
総医療需要 (入院・外来)	受療率を基に、将来推計人口に掛け合わせて計算
急性期の医療需要 (DPC請求による1日入院患者数)	DPC退院患者調査を基に受療率換算を行い、将来推計人口に掛け合わせて計算
手術の需要	NDBオープンデータを基に受療率換算を行い、将来推計人口に掛け合わせて計算
救急搬送の需要	総務省消防統計を基に、将来推計人口に掛け合わせて計算
在宅医療の需要	NDBオープンデータを基に受療率換算を行い、将来推計人口に掛け合わせて計算

それぞれの受療率(性・年齢区分別の人口に対する発生率)と将来推計人口の組み合わせによる推計が基本だが、その推計結果は地域の人口動態により異なる。

一般的に、高齢者人口が増加し生産年齢人口が減少する場合、医療の総需要は増加をするが急性期の医療需要や手術需要は横ばいもしくは減少となることが多い。つまり、総需要の予測だけでは地域のあり方を論じるには不十分ということになる。例を挙げれば、脳血管疾患の手術数は将来的に増えないが、脳血管疾患によるリハビリ等を目的とした入院は増加するというもの。これは、新規入院患者数×平均入院日数÷暦年=1日平均入院患者数とする場合、急性期にある新規入院患者数は増えないが、高齢患者の増

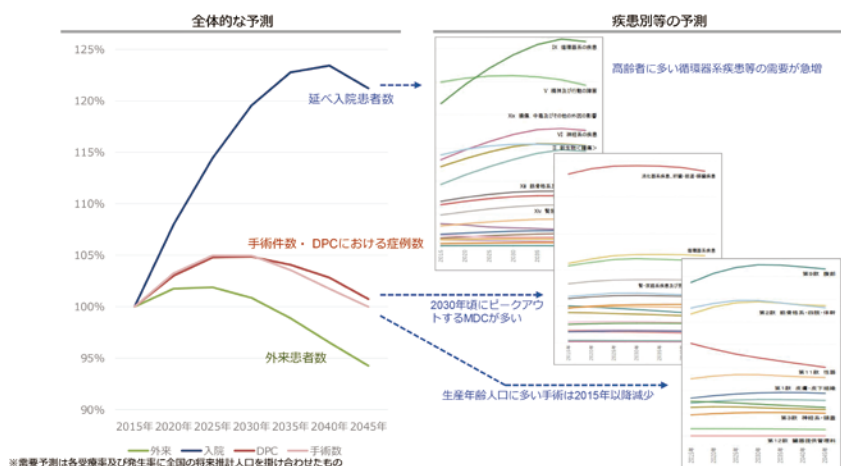
【図1】 地域医療構想について



【図2-1】項目別の需要の変化について（例）

2. 再編の取り組みにおける整理すべき情報 地域課題の可視化 将来需要の推計

- ・手術件数やDPC病院における症例数は延べ入院患者数のような伸びはなく、2030年頃に縮小へ転じる見込み。
- ・縮小する需要や症例数に対して、臨床研修や医師確保の観点を含め供給体制の見直しについて協議する必要がある。
- ・それぞれの需要は疾患や臓器別に予測が行えるため、より具体的な領域別の役割分担について議論を進めることが重要。



出典:厚生労働省医療政策研究会(2021年8月13日) 資料(4)地域医療構想における都道府県御担当者の進め方
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194369.html>

加により平均入院日数が増加し、一日当たりの患者数が増えたと考えれば理解しやすい。4機能別の必要量の視点では、高度急性期と急性期機能の必要量は増えないが、回復期機能の必要量が増える理由となる。ほかにも、患者の高年齢化が進むと手術より保存療法が選択される場合が増えることも背景の1つにある。

将来的に、より具体的な診療科やMDC、病気において何が減って何が減るかを予測することが自院の役割を考えるうえでも必要になる。自院の症例数が実診療圏の症例数÷地域内の同機能病院によるシェア率で決まっているとすれば、需要の増減に応じて自院はどの方向に進むかを考える必要がある。

2.2. 供給について

一まずは現状把握。次に将来の見通しを一

まずは現状の把握を。中でも、地域別の患者流出入に着目すれば地域の状況を把握しやすい。流出過多の場合は地域内の需要に対応が行えていないということであり、それについて意図的に医療圏を超えた広域連携であるか、なし崩し的に生じている流出かを確認する。後者の場合は、それを課題として地域完結すべきものと広域連携すべきものに意図をもって振り分けることが必要である。

現状把握の2つ目、当医療圏に所在する病院の規模と機能からその分布をみることである。高度な総合急性期医療を行うには、相応の診療科数と病床数並びに医師・看護師の人数が必要になる。上記の流出入と大規模総合急性期病院の有無は関係性が強く、どのような病態の患者にも対応できる医療機関、24時間365日体制の救急医療が行える医療機関が地域内にあるか、また、規模と機能に応じ

た役割分担と連携を各医療機関が行えているかが着目点になる。

愛媛県の資料を例にすると、規模が大きい総合急性期病院がある地域は流入過多となり、その他は流出過多となっている。当県に限らず、多くの地域で同様の患者移動が生じている。

現状把握の3点目は、それぞれの医療機関は役割を遂行するために必要な症例や職員数を確保できているかである。

例えば、病床規模が大きい総合急性期病院であっても、医師や看護師の数が不足していれば、高度な急性期医療の提供は十分に行えない。また、職員数が十分であっても、症例数が十分でなければ医師確保が難しくなることや、診療報酬に定める要件を満たせずに経営に影響を与えることになる。

つまり、役割に応じた規模・機能とマンパワーや実績についての整合が無ければ、十分に安定した医療提供が行えない可能性があるということだ。

この現状を踏まえたうえで将来の見通しを考えた場合、需要の変化や働き手の人数の変化は、地域や自院にどのような影響を与えるのかを考えなければならない。

総合急性期病院の再編統合の議論が進んでいる地域では「将来的な急性期医療の需要の減少」や「急性期医療の存続に対する医師や看護師のマンパワー不足(集約の必要性)」が論点になっている場合が多い。

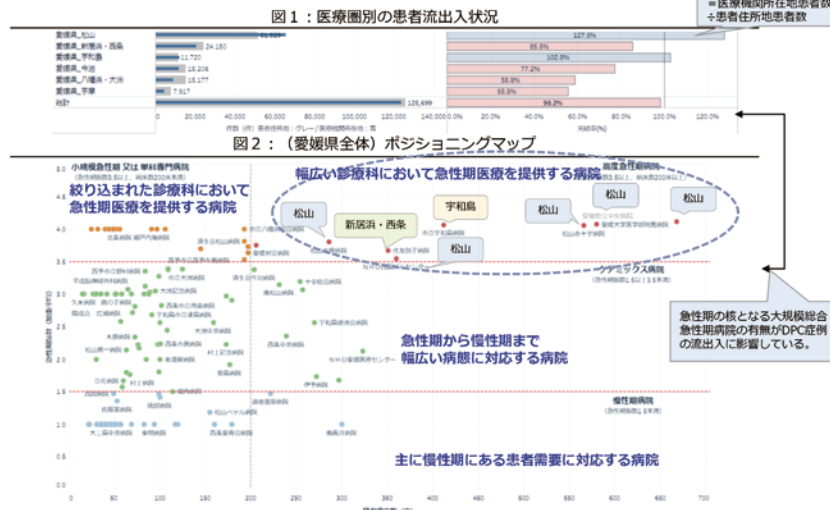
図2-3は構想区域別に看護師の充足状況についてアンケートを行った結果である。合計では回答病院150のうち半数近い68の病院が看護師不足と回答している。構想区域によっては75%の病院が看護師不足と回答しており、まさに地域全体で看護師が不足している状態である。

【図2-2】地域完結率と大規模総合急性期病院の有無

供給体制の特徴

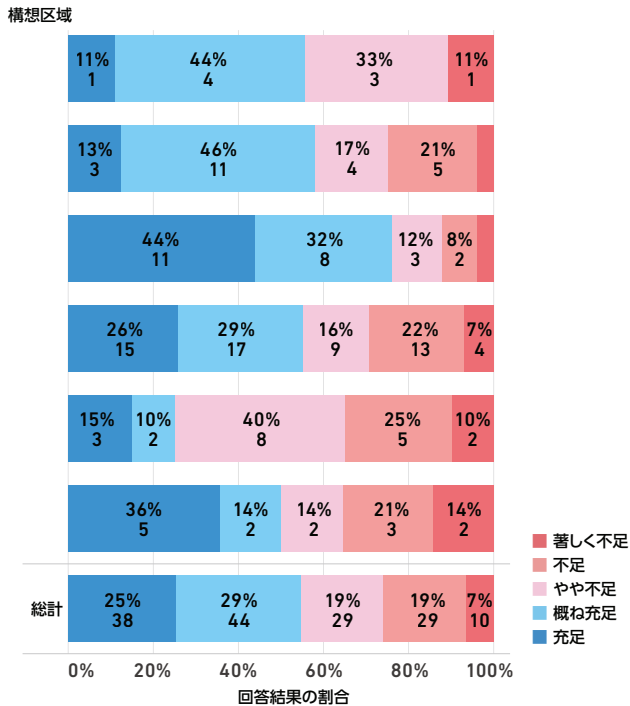
DPC症例から見た地域完結率と各医療圏の高度急性期病院

- ・愛媛県において大規模総合急性期病院は限られており、400床以上の総合急性期病院は4病院となる(図2)。
- ・愛媛県では中小規模病院による役割分担により急性期から慢性期までの対応を行っているが、病床規模と標榜診療科数や医師数は関係性が強く、見方によれば中小規模病院に医師や機能が分散している可能性がある。



出典:愛媛県保健医療対策協議会(令和5年第3回)資料より

【図2-3】 看護師の充足に関するアンケート結果



出典:愛媛県保健医療対策協議会(令和5年第3回)を一部加工

このような状況では、1つ2つの病院にて数名の看護師が増加しただけでは状況は改善しない。その為、看護師不足に対して「絶対数の増加」という視点だけで考えず「救急等の役割に対する人数不足」として考え、役割分担と集約の視点から問題にアプローチすることは不可避と考える。

付け加えれば、今後も生産年齢人口は減少する見通しであり、仮に世代人口当たりの看護師就職率が一定であれば、当然看護師の数は減少する。その前提で考えれば、この看護師不足の問題は時間が進むほど深刻さが増す可能性があり、早めに地域の就業状況や将来の働き手の見通しを確認した対応が必要になる。看護師不足の病院間で熾烈な職員確保競争を行う前に、全体に目を向けた協議が必要であろう。

供給の視点では、地域完結すべき領域と広域連携をすべき領域の判断とそれに応じた取り組みの推進を行うこと、規模と機能から見た役割を見渡し、地域の需要や働き手の状況と役割分布のあり方に整合が図れるものか、現状と将来について分析と把握を行うことが必要である。

【表2】 供給体制にて確認する項目と方法

項目	確認方法
流入出の状況	厚生労働省患者調査による確認 DPC退院患者調査による確認
所在病院の規模と機能	病床機能報告結果による確認
各病院の症例数	病床機能報告結果による確認 DPC退院患者調査による確認
各病院の医師・看護師数等	病床機能報告結果による確認
医師や看護師の充足状況	病床機能報告結果による確認 行政が主体となったアンケート調査等による確認

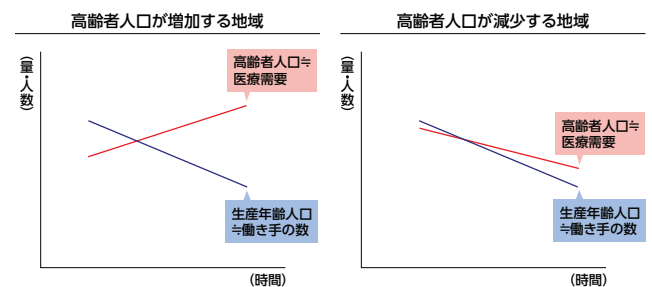
2.3. 需要と供給のクロス分析について

一働き手の数から見た維持可能な病床数に着目を一

ここまで需要と供給のそれぞれを確認したが、それぞれを組み合わせた分析の一例を紹介する。

単純に考えれば、主に高齢者人口の増減により医療需要は増加するが、働き手の数(看護師数)が減少するのであれば、看護師1人当たりの入院患者数の上限が診療報酬で定められている以上は、各病院の入院料に変更が無ければ維持できる稼働病床数は減り続けることになる。そうであれば、将来のどこかの時点で入院需要が稼働病床数を上回ってしまう(図2-4左)。需要が減る地域であっても、需要の減少より働き手の減少速度が早ければ、同様に需要が稼働病床を上回る(図2-4右)

【図2-4】 地域完結率と大規模総合急性期病院の有無



実際に需要と働き手の減少による影響について粗い試算を行った資料を見れば、仙台医療圏の需要は拡大するものの稼働病床は減ってしまい、このままでは全ての需要に対応できない可能性が示唆されている。

これは、今後高齢者人口が大幅に増加する各都道府県の県庁所在地や政令指定都市、関東圏や大都市圏で共通して生じる可能性がある。

2025年の必要病床数は「需要に対する」必要病床数が提示されていたが、これからは働き手の数から見て、現実的に何をどこまで出来るのかを地域という面で考える必要がある。

単純に、必要な病床数=新規入院患者数×入院日数÷暦日数として考えれば、地域において必要な機能を残しながらそれぞれの項が小さく出来るような役割分担と連携を進める必要性がある。

3.まとめ

今回は、地域医療構想の趣旨である「地域の実情に合わせた医療体制のあり方」について、需要と供給の視点から記載しました。人口動態の影響により、医療の提供体制も大きな変化が必要だと思っております。

次回は、2024年現在の地域医療構想の進捗状況とともに、進んでいる地域の病院がどう変わるのか?を取り上げます。



執筆
角谷 哲

株式会社日本経営
リサーチ&インテリジェンス事業部 部長

厚生労働省 地域医療構想の実現に向けた医療機能分化・連携支援業務／宮城県地域医療構想推進支援業務／北神・三田地域の急性期医療の確保に関する検討委員会支援業務／その他経営改善業務 等への従事／地域医療構想会議委員への勉強会講師多数／総務省 経営・財務マネジメント強化事業 アドバイザー／公共政策修士