

はさまざまな事項が記載されますが、とりわけ注目を集めるのが「基準病床数」です。実際の病床数（既存病床数）が基準病床数を超える場合には、超過分の病床について保険指定がなされないため、事実上、「病床整備の上限」となります。基準病床数について、現在、「地域医療構想と、どのような関係にあるのか」という議論が熱を帯びていますので、まずこの点を見てみましょう。

基準病床数は、我が国においてあまねく良質な医療を受けられるように「病床の地域偏在を是正する」ことが主な目的とされ、「医療計画作成時点の人口をベースにする」、「長期入院患者は、必ずしもカウントしない」といった考え方にもとづいて算定されます。

一方、地域医療構想には「病床の必要量」を記載します。高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった機能ごとに、「2025年度に、地域ごとにどの程度の病床数が必要となるのか」を規定するもので、「2025年時点の人口をベースにする」、「現に入院している患者（長期入院患者も含む）にもとづく」という考え方によって算定されます。

両者は、目的も算定方法も異なるため、数字が異なるのは当然とも言えますが、すでに作成された地域医療構想を見ると、大阪府に代表される「困った状況」が生じています。大阪府では、▽第6次医療計画の基準病床数が67,263床、▽既存病床数85,471床（2014年7月の病床報告結果。未回答の約6,000床を除く）、▽地域医療構想における病床の必要量は101,471床——となっています。つまり、今後、地域医療構想を実現するために10,000床程度の増床が必要ですが、現時点では「既存病床数>基準病床数」のため増床はできないと

2018年度から第7次医療計画がスタート

医療計画の「基準病床数」と地域医療構想の「病床の必要量」。両者の関係は？

2018年度から第7次医療計画がスタートします。

医療計画は都道府県が作成するもので、計画の中には、▽5疾病・5事業及び在宅医療、

▽医療従事者の確保、▽医療情報提供の推進、▽医療安全の確保——などについて整備目標とその達成に必要な取り組み、さらには「基準病床数」などを記載します。

一方で、都道府県の定める地域医療構想には、「病床の必要量」を記載しますが、

これと「基準病床数」はどのような関係にあるのでしょうか。

年度末に向けて集中的な議論が行われます。

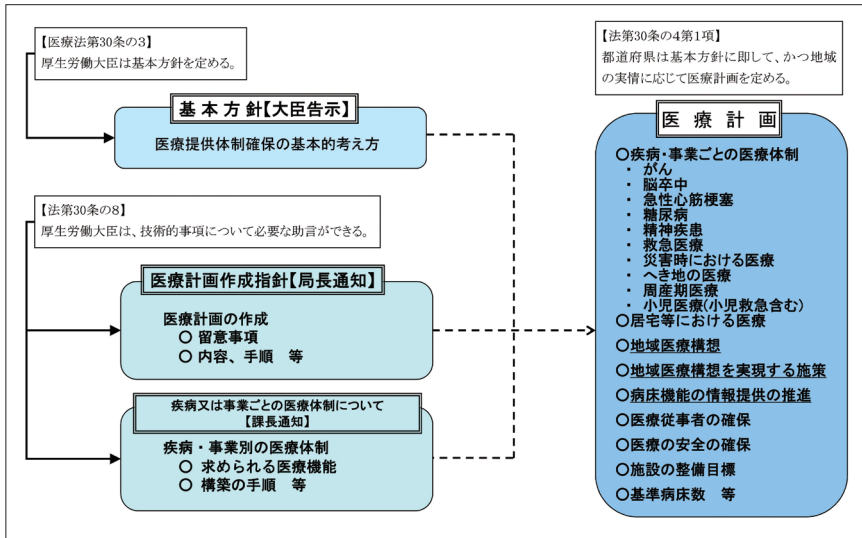
大阪府では病床過剰なのか 病床不足なのか？

2018年度からスタートする新たな第7次医療計画においては、都道府県が医療計画を2017年度に作成するので、厚生労働省（以下、厚労省）は2016年度中に「医療計画を作成す

るための指針」を策定します（【資料1】）。医療計画は第7次から、これまで以上に介護保険事業（支援）計画との整合性をとることになっており、両計画の上位指針となる「総合確保方針」の改訂議論も進んでいます（【資料2】）。

冒頭に述べたように、医療計画に

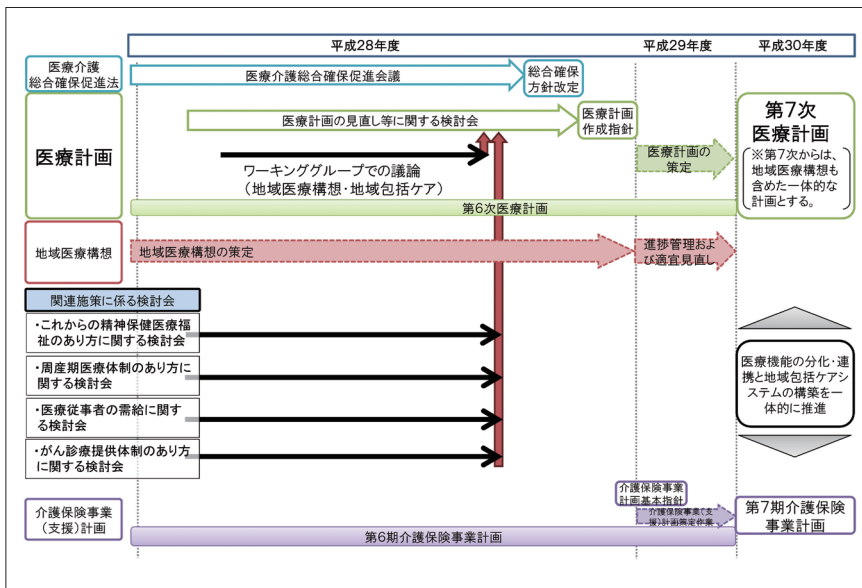
【資料1】医療計画の作成にかかる指針などの全体像



の考え方を見直したい考えです。現在、一般病床の計算式において「平均在院日数」は、「直近の病院報告における平均在院日数から（5年間で）1割短縮する」として設定されていますが、平均在院日数の短縮傾向は地域によって異なります（【資料4】）。そこで厚労省は「地域ごとに考える」方針を示しているのです。

なお、この点に関連して、7月15日に開かれた「医療計画の見直し等に関する検討会」では、相澤孝夫構成員（日本病院会副会長）から、「一般病床をひとつにくくるのではなく、7対1一般病棟入院基本料を算定している急性期病床や、地域包括ケア病棟入院料を算定する病床、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床など、精緻に見ていく必要があるのではないか」との指摘もなされており、厚労省がどのように考えるのか注目されます。

【資料2】医療・介護制度及び関連施策にかかる検討会のスケジュール



5疾病・5事業の特性踏まえ 2次医療圏を柔軟に設定

医療計画には、5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）や5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療）の整備目標なども定める必要があります。

これは「地域に必要な医療」を整備することが目的ですが、5疾病・5事業の中には「心筋梗塞などの時間的猶予のない医療」と、「がんなどの比較的時間的猶予のある医療」が混在しています。そこで、現在、兵庫県や北海道のように、いわば5疾病・5事業ごとの2次医療圏の設定をしているところもありますが、厚労省はこうした考え方をより推進したい考えです。

厚労省はこの点に関し、次のよう

いう状況です。これでは、地域の医療機関（特に病院）は、どのような病床戦略を立てるべきか見通しが立ちません。

厚労省が開催する「医療計画の見直し等に関する検討会」や、その下部組織である「地域医療構想に関するワーキンググループ」でも同様の問題が浮上しており、厚労省は基準病床数を超えた病床整備を認める事例措置などで対応したい考えです。

平均在院日数、短縮傾向を地域ごとに考慮すべきか

基準病床数は、前述のように「地域の医療提供体制の偏在を是正する」ことが大目標です。このため、その計算式は全国一律に設定されています（【資料3】）。

厚労省は、現行の計算式にもいくつかの課題があるとし、第7次医療計画において、特に「平均在院日数」

【資料3】基準病床数の計算式

※現行の算定式は、医療法施行規則の一部を改正する省令(平成17年厚生労働省令第119号)により変更され、第5次医療計画から適用

二次医療圏ごとに①、②、③の合算値を基準病床数として算定

①一般病床

$$\left[\begin{array}{l} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{性別・年齢階級別} \\ \text{一般病床退院率} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{平均在院日数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]$$

病床利用率

②療養病床

$$\left[\begin{array}{l} \text{性別・年齢} \\ \text{階級別人口} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{l} \text{性別・年齢階級別長期} \\ \text{療養入院・入所需要率} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{介護施設} \\ \text{対応可能数} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right]$$

病床利用率

※①、②の算定については、二次医療圏ごとに流出入を加味し病床数を算出するが、その都道府県単位の合計数は、流出入がないとして積み上げた都道府県単位の合計数を越えることができない。

③流出超過加算

都道府県における流出超過分の1/3を限度に加算

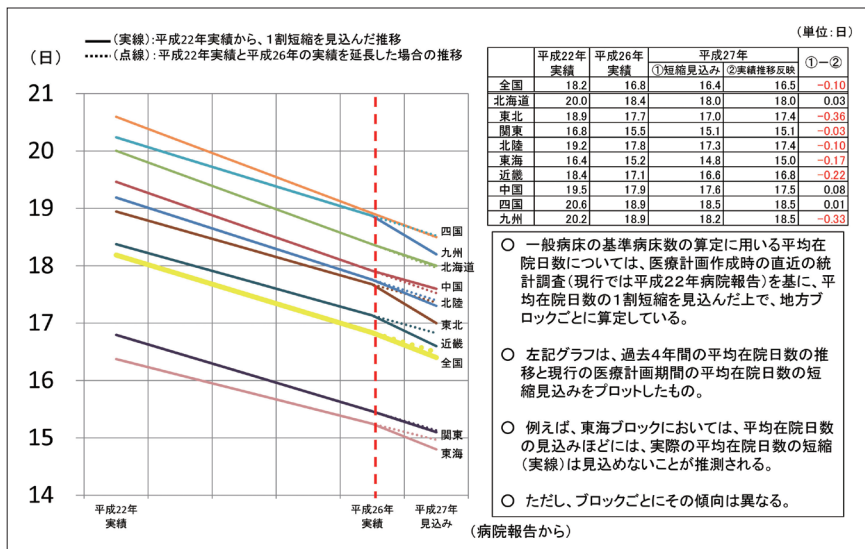
第7次医療計画からCTやMRIの適正配置なども考慮

厚労省は、第7次医療計画から、「CT、MRIなど高額医療機器の配置状況や安全確保状況」なども考慮してはどうかと提案しています。

我が国では、他の先進諸国に比べて、CTやMRIの配置が際立って多いというデータがあります。さらに、厚労省の分析によれば、「CT、MRIの配置が多くなると、CT、MRI撮影患者が増える」という、いわば供給が需要を生んでいるかのような状況もあります。その一方で、CT、MRIがきわめて多く配置されている地域では、必ずしも効率的な稼働がなされていないようです(【資料6】)。

ところで、CTやMRIの配置状況を見ると、CTの57%、MRIの67%は病院に設置されています。これらのうち、マルチスライスCTなどの高度医療機器では、適切に保守点検が実施されていますが、シングルスライスCTなどでは、保守点検が必ずしも適切に実施されていないようです。そこで厚労省は、「今後の医療提供体制を考える際には、高額な医療機器が適正配置され、かつ適正に使用されているのか(保守点検も含め)も重要な視点となる」と考えています。

【資料4】地域ブロック別に見た平均在院日数の短縮状況



な興味深いデータを検討会に提示しています。

- ・ 2次医療圏ごとに「脳卒中発症から30分以内に治療が開始される患者」の割合を見ると、人口500,000人以上の医療圏ではほとんどが80%であるが、人口200,000~500,000人の医療圏では80%未満のところが増え、人口200,000人以下の医療圏では0%のところも散見される
- ・ 同様に「急性心筋梗塞発症から30

分以内に治療が開始される患者」の割合を見ると、人口500,000人以上の医療圏でも80%に満たないところがあり、人口が200,000人以下では相当数の医療圏で0%となっている(【資料5】)

つまり、居住地域の「人口規模」によって、早期治療が可能か否か、が変わってくるのです。2次医療圏設定において、きわめて重要なデータと言えるでしょう。

在宅医療の確保は 介護保険施設との整合性が鍵

第6次医療計画(現在の医療計画)から、「在宅医療」の確保に関する事項も記載事項となっています。

在宅医療の充実に関しては、市町村に対し「在宅医療・介護連携推進事業」の実施が義務づけられていますが、これまで医療は都道府県の事業であったことや、小規模な市区町村ではマンパワー確保が難しいこと

などから、進捗状況には大きな格差があります。そこで厚労省は、「都道府県による市町村の支援」を医療計画への記載事項にすることを検討しています。

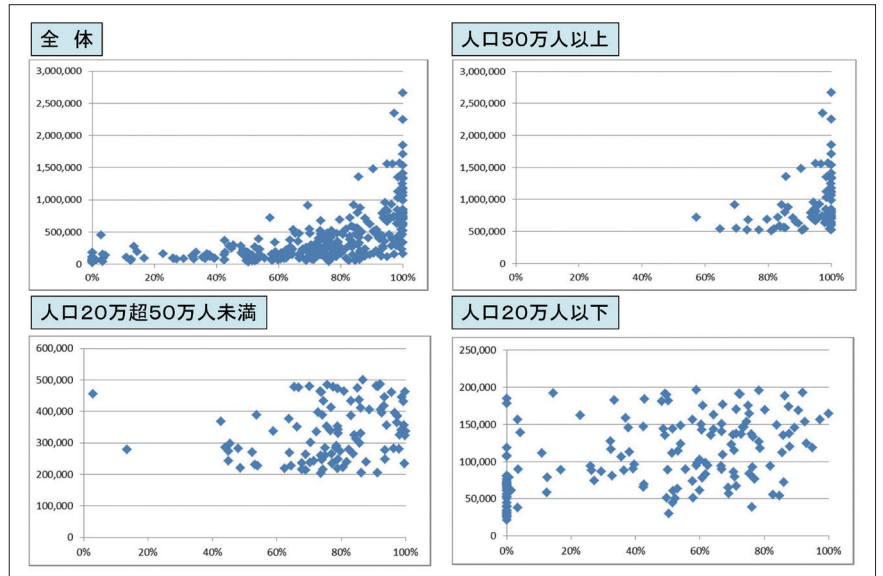
ところで、在宅医療は介護保険施設と相互補完関係にあると指摘されます。たとえば、特別養護老人ホームの入所待ちをしている高齢者には少なからず在宅医療が必要になりますが、特養ホームに入所できた場合は在宅医療が不要となるといった具合です。

このため厚労省は、第7次医療計画においては、▽介護サービスの整備目標と整合的なかたちで在宅医療の目標を設定する、▽介護保険施設以外で受け止める在宅医療の需要にどのように対応するのかの「考え方」を記載する——との方針を打ち出しました。もっとも、介護保険施設などの整備状況には大きな地域差があるため、全国一律の詳細な（かっちりした）基準は定めず、国からは一定の考え方やパターンなどを示すにとどめる考えです。

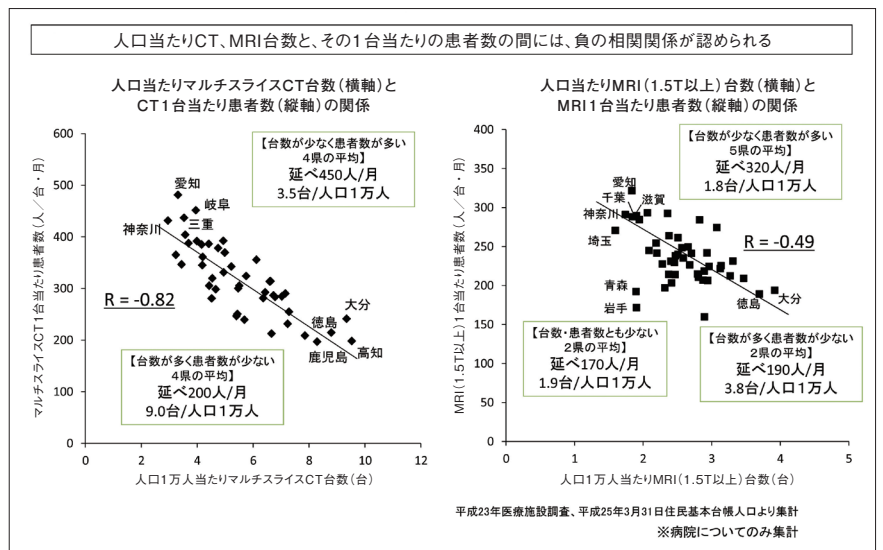
なお、第6次医療計画から、都道府県は「計画を作成するだけでなく、計画が実行されているのか、実行されていないとすれば課題はどこにあり、どのような対策をとれば良いのか」というPDCAサイクルをまわすように求められています。このうち在宅医療については、「在宅療養支援診療所（以下、在支診）がどれだけ整備されたか」、「訪問看護事業所はどれだけ整備されたか」など、もっぱら「ストラクチャー」（構造設備）に着目した指標にもとづいて行われています。しかし、実際に行われた訪問診療や往診のうち2～4割程度は在支診以外のクリニックによって提供されているのです。

こうした点を踏まえて厚労省は、

【資料5】2次医療圏ごとに見た心筋梗塞が生じてから30分以内に搬送できる患者割合



【資料6】人口当たりCT、MRI台数と1台当たり患者数の関係



「サービスの実績に注目した指標の充実を図ってはどうか」と提案。「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」の多くの構成員も、これに賛同しています。ただし池端幸彦構成員（日本慢性期医療協会副会長）は「在宅での看取り」などのアウトカム評価の導入には慎重であるべきと釘を刺します。たとえば、「在宅医療を積極的に行ったが急変で入院し、その直後に死亡した」

といったケースでは、「在宅での看取り」を指標にした場合には、適切な評価がなされません。こうした点を危惧したもので田中滋座長（慶應義塾大学名誉教授）も、「アウトカム指標の導入にあたっては十分な研究が必要である」と述べています。

