

厚労省「第8回 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」 2015/2/12 急性期と回復期の境界点は600点強が目安

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（座長：遠藤久夫・学習院大学経済学部長）は2月12日、2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法について具体的な議論を行い、概ね了承を得た。



事務局は、推計の基本的な考え方として、都道府県が構想区域単位で医療機能ごとに医療需要（1日当たり入院患者数）を算出し、それを病床稼働率で割り戻して病床の必要量を推計するとの手順を説明。病床稼働率は、高度急性期機能が75%、急性期機能が78%、回復期機能が90%、慢性期機能が92%になるとの見込みを示した。

また、医療需要を算出する際の各医療機能の境界点となる出来高点数については、「高度急性期と急性期」の境界点は3,000点、「急性期と回復期」の境界点は600点強、「回復期と在宅医療等」の境界点は225点が目安になるとの考えを明らかにした。出来高点数に入院基本料は含まないこととしている。

一方、「慢性期と在宅医療等」として出来高点数とは異なる指標で将来の医療需要を把握する慢性期機能についても、具体的な考え方を列挙。①一般病床の障害者・難病患者は慢性期機能の医療需要とする、②療養病床における医療区分Ⅰの患者の70%は在宅医療等の医療需要とする、③療養病床で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は回復期機能の医療需要とする、④一般病床で上記の境界点225点（仮）未満の医療資源投入量の患者は在宅医療等の医療需要とする——とした。

その上で、療養病床は入院受療率に地域差があることから、この差を縮小させることを見込んで将来の慢性期と在宅医療等の医療需要を推計するとし、その際の縮小目標は、これまで提示していたA案からB案の幅の中で各構想区域ごとに設定することを提案した。A案は「全ての2次医療圏が全国最小レベル（都道府県単位）まで入院受療率を低下」、B案は「全国最大レベルの入院受療率を全国中央値レベル（都道府県単位）にまで低下させる割合により2次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下」させることとなっている。

なお、2次医療圏別の入院受療率（性・年齢階級調整なし）も示され、最も高い高知県の幡多医療圏と最も低い岩手県の岩手中部医療圏では20倍以上の差があることが分かった。

◆地域医療構想調整会議の参加者に薬剤師会など追記

同日、地域医療構想策定ガイドライン（案）も示された。将来の必要病床数達成に向けた協議を行う地域医療構想調整会議の参加者については、前回提示した「医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者を基本とする」との文言に意見が相次いだことを受け、「医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村など幅広いものとするのが望ましい」との記載に改めている。

◆病床機能報告、構造設備や人員配置等は原則公表

事務局は、病床機能報告制度で収集した情報について、都道府県が公表する項目も示した。医療機関の個人情報に配慮しつつ、構造設備や人員配置等に関する項目は原則公表、具体的な医療内容に関する項目は原則レセプト件数のみ公表とした。構成員から異論は出なかった。

◆療養病床で高度急性期とする報告も

会合では、病床機能報告制度の報告状況についての速報値が、第 6 回検討会に続く第 2 報（1 月 26 日時点における集計済みデータ）として示されており、2014 年 7 月 1 日時点で高度急性期と報告した療養病床が 115 床あることが分かった。これについて構成員からは疑問の声が上がる一方、地域の事情等によって一般病床の基準を一部満たせないことなどはあり得るとの見解も聞かれた。

次回会合は、2 月 26 日開催の予定。