

DPCデータの分析による医療資源投入量の推移及び 各医療機能との関係について

1. 第3回検討会における議論

第3回（平成26年10月31日）検討会において、「2025年の医療需要の推計の考え方について（案）」を以下のようにお示した。

推計に当たっての基本的な考え方として、

入院について、医療需要を算出し、それを基に、病床数を推計する。

各医療機能の医療需要について、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案して算出するよう、DPCデータやNDBのレセプトデータを分析する。

都道府県及び構想区域ごとに医療需要を算出することから、患者の流出入及び入院受療率等の地域差を考慮の対象とする。

特に、上記については、具体的には、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療実態を勘案した推計になると考えられることから、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算し、医療資源投入量の多寡で見ていくことが考えられる。

DPCデータを分析することで、1入院について、1日当たりの医療資源投入量と入院日数との関係を見ることが可能であり、厚生労働省の研究班で行われた分析をご紹介した。

今回、全てのDPC病院のデータから、医療資源投入量の推移を分析した。

また、第3回検討会において出された推計に係る意見は別紙（6頁以降）のとおり。

2. 今回の分析の具体的内容

(1) 分析対象データ

データ源：DPC データ

対象：全国の DPC 病院（平成 26 年 4 月時点で約 49 万床）

期間：平成 25 年度（1 年間）

抽出条件：該当する期間に入退院が完結しており、かつ、包括 DPC で算定されている範囲の患者の DPC データ

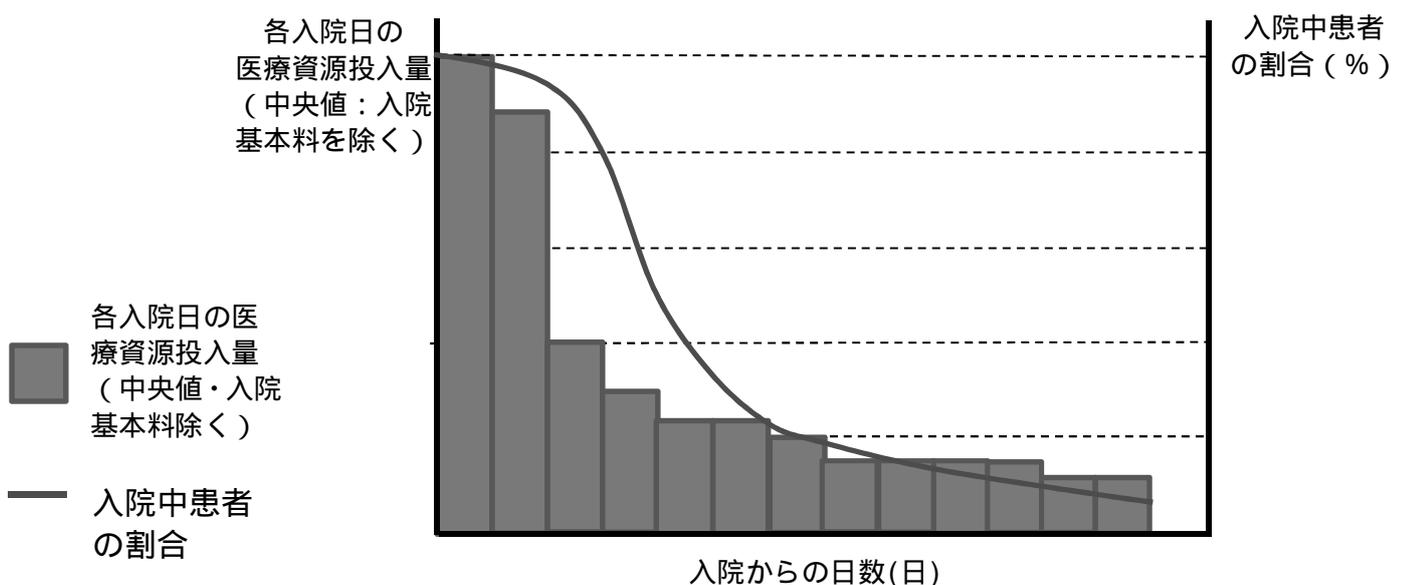
除外条件：包括 DPC で算定されていない範囲、同日再入院や 24 時間以内の死亡、治験対象症例など
結核病床、感染症病床、精神病床の入院分

(2) 分析の具体的内容

平成 25 年度 1 年間の患者を、DPC ごとに、入院初日を始点として揃え、1 日当たりの医療資源投入量の中央値を（入院期間の平均ではなく、入院 1 日ごとに計算）を入院経過日数順に並べる。

医療資源投入量から、入院基本料を除いている。

また、各入院後経過日数について、入院を継続している患者の割合を、入院初日を 100%とした割合で示す。



(3) 分析の結果について

上記の分析を、平成 23 年患者調査において推計入院患者数の多い傷病小分類上位 255 の疾患を選び、DPC において対応する 255 の疾患について実施した結果は参考資料 1 のとおり。(当該 255 疾患の入院患者の合計入院数(人・日)が、全疾患の入院患者の合計入院数(人・日)に対して占める割合は 63.1%であった。)

255 の DPC の医療資源投入量の推移を 1 つの図にプロットしたのを見ると、異なる動きをする DPC がいくつかあるものの、

- ・ 入院初日から 2 ~ 3 日は、医療資源投入量が特に高い状態がある
- ・ その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定していることが分かる。

各医療機能のうち、高度急性期機能と急性期機能の患者数の区分の考え方については、第 3 回検討会において、

急性期機能については、病床機能報告制度において、『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』と定義されている。

一方、上記の医療資源投入量の逡減の傾向を踏まえると、医療資源投入量が一定程度、落ち着いた段階が患者の状態が安定した段階であると考えられる。

これらを踏まえ、入院から医療資源投入量が落ち着く段階までの患者数を、高度急性期及び急性期の患者数とする。

出来高換算点数でみた医療資源投入量は落ち着いているが、引き続き、状態の安定化に向けた医療提供が継続されている患者も存在するのではないかと。

また、高度急性期機能については、病床機能報告制度において、『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』と定義されていることを踏まえ、医療資源投入量が特に高い段階の患者数を高度急性期の患者数とする。

ことをお示ししている。

特に、高度急性期機能については、病床機能報告制度において、高度急性期機能に該当する病棟の例として、救命救急病棟や ICU、HCU 等が示されていることから、これらの病棟に入院するような患者像も参考に、高度急性期機能の患者数を区分する基準を考えてはどうか。

ただし、急性期機能の医療需要については、上記の第3回検討会でお示したとおり、医療資源投入量は落ち着いているが、引き続き、状態の安定化に向けた医療提供が継続されている患者も存在すると考えられることから、こうした患者像を今回の推計において、どのように分析・見込むか。

3. 慢性期機能の医療需要と在宅医療の患者について

2025年の在宅医療の患者数については、第3回検討会において、

- ・ 退院して在宅医療を受ける患者数（現状であれば入院しているが、入院医療の機能強化と効率化によって、退院し在宅医療へ移行すると考えられる患者数）
- ・ 現状において在宅医療を受けていると考えられる患者数の合計として考える

ことをお示した。

居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、医療提供施設以外の場所における医療をさす。

退院して在宅医療を受ける患者数を何らかの方法により推計する必要があるが、療養病床については、現在、診療報酬が包括算定であり、医療行為を出来高換算した医療資源投入量に基づく分析を行うことができない。

また、現段階では、地域の病床や在宅医療の充実、介護施設等の整備状況等にはバラツキがあると考えられる。このため、各地域の在宅医療

の患者数を見込むに当たっては、全国的な状況を勘案しつつ、設定することが必要ではないか。

具体的には、慢性期機能の医療需要と在宅医療を受ける患者については、一体の医療需要ととらえ、そのうち、どの程度の患者を慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療で対応するかについては、現在、療養病床の入院受療率に地域差がある（参考資料2）ことも踏まえ、医療資源投入量とは別の指標により、設定することとしてはどうか。

前回検討会（第3回 平成26年10月31日）における主な意見

< 2025年の医療需要の推計方法について >

医療需要を算出するのは、病床数の推計のためであるが、各疾病の1日当たりの退院患者数をとる良い統計がない。患者調査では、疾病ごとの平均在院日数と新規入院患者数の推計があるが、一般病床も療養病床も全部ひくくめた数字になっている。将来病床数を推計するのに疾患ごとの、しかも年齢構成別の退院患者数のデータがあるのか。

需要の推計に織り込むべきポイントが3つあるのではないかと。

1つは、季節変動の問題。もう1つは、救急医療の問題。最後は、非常事態の問題である。季節変動については、1年間を通して患者数に変動がある。この変動の中でどこにポイントを置くか、マキシマムで置くのかということ。

それから、救急医療については、住民の地域医療や救急医療に対する納得を考えてやっていく必要がある。

非常事態については、新型インフルエンザ等の流行によってさらなる病床が必要となる可能性がある。厚労省が以前、新型インフルエンザの流行の際、1日当たり最大何ベッドが必要かという数字を出していた。

誤解を恐れずに言うと、今の平均在院日数は、診療報酬の例えば、入院基本料の要件の平均在院日数を維持するために患者の退院日を考えて、現場では苦労しながらやっているもの。現行の平均在院日数が正しいという大前提で、将来、これを短縮すべきと考えていくと大変な間違いを起こす。入院受療率の地域差があってはならないのか。

（入院受療率について）地域の気候風土、文化や慣習とか、地域の実情に応じた柔軟なものになっていく必要がある。それを大事にしていきたい。ガイドラインはあくまで参考であると考えるが、入院受療率の補正を行うとはどういう意味か。

入院受療率は各地域で違って、当たり前だと思う。違いにはそれなりの理由がある。全国一律の入院受療率ではなく、構想区域ごとのあるべき入院受療率という考え方で良いのか。

医療需要イコール1日当たりの入院患者数の議論と病床数の議論がどうい

う風に論点が違うのか明確にしていきたい。

医療需要の推計に当たって、現在の退院患者数に平均在院日数をかけて算出したのでは、現状是認ということではないか。現在、急性期病院に急性期にふさわしい患者が入っているかどうか、慢性期ではどうかというのが問題であって、そのために、病床機能報告をするのだと思う。その時に、各医療機能の基準が決まっていないということで、データが出てきた後、基準をどのように決めるのが重要。

資料3のようなデータしか見ていないが、資料3のようなDPCデータ等である程度、分析できそうだという見通しもあり、これをうまく活用することで、現在検討している作業工程で引き続き、作業を進めていただき、ひとまず、この検討会に仮の推計結果を見せていただくというところまではやっていただいても良いのではないか。

もちろんこの推計結果をそのまま是認するというわけではなく、現場の声を反映する計算の仕方に改めるとか、色々なやり方がまだ残されていると思う。

季節変動については、資料3のデータは1年間すべてのデータであり、検証可能ではないか。

救急は、消防庁で救急搬送のデータがあるので、そういうものを少し加味することもあり得るのではないか。

感染症については、平成23年の一体改革推計でも、完全に別立てで感染症の患者数を推計していて、そちらで対応して、今回はひとまず、一般病床と療養病床の4つの医療機能で分けた計算に専念していただいてはどうか。それでもまだ足りないということであれば、医療需要のところでさらに考慮するという事もあると思う。

地域差については、在宅医療の受け皿が十分な地域とそうでない地域があるので、単純に全国一律に入院から在宅にこれだけとバッサリやっては現場は混乱するだろう。

そういう地域差は認めるべきものは認める必要があるが、色々な地域でベストプラクティスがあれば、それをうまく反映して補正することがあっても良いのではないか。

救急のデータは必ず入れてほしい。救急車で搬送された患者は急性期患者

である。救急車がどこに行っているかは、その地域の救急の需要を考える意味で是非、とっていただきたい。

2つ目は、退院患者数について、例えば、急性期で脳卒中の治療を終えて回復期に行って、回復期から退院したら、その患者は2人としてカウントされている。これでは、実際の患者発生になっていないのではないか。

3つ目は、都道府県ごとに疾患別の平均在院日数の差がかなりある。データが正しいとすれば、24日から362日というところまでであるということになるが、これをどう解釈するかが非常に重要。

今、レセプトからデータを抽出しているが、医療需要がどの程度まで分かるのか教えていただきたい。病床機能報告制度でどこまで分かるのか。

病床機能報告制度で、自分の病棟を急性期機能だと言っても、実際の急性期患者は何割か程度である。診療報酬の重症度、医療・看護必要度の基準も15%である。よって、4つの機能のどれを選んでも、100%その機能の患者ということとはあり得ない。そういうことを含めて、包容力のある医療提供体制を構築するというのが今の議論。現場現場で、ある地域では明らかに急性期だが、ほかの地域では少し違うとかそういうこともあると思う。そういうことを含めて、緩い形態のガイドライン、構想を策定すべきであるし、それがガイドラインが参考であるという意味である。

医療需要は患者の住所地を基に推計すると書いてあるが、DPC以外のレセプトで、特に被用者保険のデータというのは患者の住所が分からない。第7次医療計画の検討段階までには、DPC以外のレセプトにも郵便番号と患者の住所情報を入れていただければ、より精緻な推計ができるのではないかと思うので、検討いただきたい。

病床機能報告制度では、回復期機能は、リハビリテーションを集中的に提供する機能と書いてある。4月から地域包括ケア病棟ができているが、そこではリハは2単位包括となっていて、リハをけっこうやっている。回復期は、リハだけをやっていれば良い患者と、合併症の治療を継続しながらリハをする人がいる。そうすると、回復期機能に該当するのはどちらかということになる。

もう1つは、慢性期であるが、日本慢性期医療協会の調べによると、療養病床の患者の53%が1か月以内に退院していた。しかも、2週間以内に33%が退院していた。

ということは、地域の中で3分の1は急性期的な使われ方をしている。慢性期機能について、このようにがちっと決められると、慢性期病棟の中で行われる肺炎とか感染症、心不全がたくさんあるので、それはどのように認定してもらえるのか。

在宅医療の「現状であれば入院しているが、入院医療の機能強化と効率化によって、退院し在宅医療へ移行すると考えられる」患者をどうやって推計するのか。こうイメージで推計するということを説明していただきたい。

2025年に75歳以上の方がどんどん増えてきて、入院するまでもなく在宅で療養する患者が自然的に増えてくるということが推計には入っていないようなので、そこは検討するべき。

高次歯科医療を担う病院歯科や、地域で在宅の高齢者を中心にみる歯科診療所の後方支援としての病院歯科、あるいは研修機能を持った病院歯科の需要もあると考えている。別途、歯科についても、地域においてこういう需要に対して対応できるような記述をしていただきたい。また、在宅の需要というのは、在宅医療患者の8割か9割の方には、訪問歯科医療が必要なのではないかと思うので、そういう需要も検討していただきたい。

在宅医療の必要量の推計が非常に難しい。在宅医療の実施場所は、自宅だけではなく、ほかの介護施設も含めて少し考えてはどうか。介護保険の中で訪問看護の需要というものを少し見込みながら、量的な整備をしていくことが必要。

慢性期であるが、医療保険の療養病床でこういったケアが行われているかという実態調査をしたときに、多かったのが吸引・経管栄養・排泄の留置カテーテルでのケアということで、こういった処置で少し区別していくことも一つあるのかなと思う。

非常に難しいのは、構想区域全てに高度急性期病床がなければならないということはないということ。その考え方をきちんと整理しておかなければならない。大学病院の病棟が全て高度急性期ということもない。それ以外は全部急性期かというところでもないのではないかと。特定機能病院、大学病院本院をどのように扱うのかということも含めて医療需要との関係でどういう位置づけにするのか早目に議論しておいたほうが良いのではないかと。

要は、どういう病態の患者さんが、どういう病床で治療を受けるのが適切かということ。一人一人の患者さんがどういう状態であるかをどうやって判定するかが問題。色んな患者さんをみていくと、1日目、2日目にかなりの医療資源を投与しなければならない。あるいは、資料にある急性白血病のようにずっと高い医療資源を投与しなければならない、そういう方は高度急性期なのかなと判断するのは一つの方向性であると思う。他に良い方法が無い限り、そういう切り口をつくるか、あるいは高度急性期はやめるのか、議論したほうが良いと思う。

高度急性期と急性期を分けたときの議論の中で、特定機能病院を分けるという話はしないでおこうとなったはず。例えば、ICUやSCU、救命救急センターを入れるというイメージで議論していた。救命救急センターは、三次救急でつくられたもので、全国で120くらいで良いという形だった。あとは、アクセスの問題。地域からのアクセシビリティを考えて決定していただきたい。

慢性期病院でも、急性期の病変の患者さんはかなり来る。今回、地域包括ケア病棟ができたわけだが、厚労省からは、ポストアキュートとサブアキュートを引き受けて、在宅に帰すよう努力してくれと言われている。

このサブアキュートは、今回の病床機能の4区分からすると、急性期に入るのか回復期に入るのか。医政局と保険局における機能の名前の違いに当たるわけだが、サブアキュートについてどう考えれば良いのか。

サブアキュートの議論はもう終わったはず。サブアキュートは軽症急性期だが、結果として軽症ただけであり、そういう概念はないのだと何度も申し上げている。当時、サブアキュートは亜急性期病床で良いという議論があったが、これは差別である。サブアキュートという言葉はやめようと医療部会でもなった。