

厚生労働行政推進調査事業費補助金

厚生労働科学特別研究事業

将来の医療需要への効果的効率的な対応に向けた、  
DPCデータ等を用いた回復期・地域密着型医療の確保のための研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 小林 大介

令和5（2023）年 5月

## 目 次

I. 総括研究報告	
将来の医療需要への効果的効率的な対応に向けた、DPCデータ等を用いた 回復期・地域密着型医療の確保のための研究 -----	1
小林大介	
II. 分担研究報告	
1. 地域包括ケア病棟の入院患者疾病構造に関する研究 -----	4
佐藤菊枝、小林大介	
2. 地域包括ケア病棟等の活用状況と急性期医療機関との連携に関する研究 ---	10
佐藤大介、小林大介	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	15

厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
「将来の医療需要への効果的効率的な対応に向けた、  
DPC データ等を用いた回復期・地域密着型医療の確保のための研究」  
総括研究報告書 (令和4年度)

研究代表者 小林大介 (京都大学 大学院医学研究科 特定助教)

研究要旨

本研究は、2025年以降における地域医療構想を想定した際に必要度が増加すると考えられている地域密着型医療のさらなる提供に向けた検討を行うために、現時点で在宅復帰を目指し地域密着型医療の提供を行うことを目的とした地域包括ケア病棟の活用状況の調査を行い、状況と課題を整理することを目的としている。特に現状においては2方面から検討を行う。まずはDPCデータより、実際に地域医療構想区域において地域包括ケア病棟の利用状況の差があるのか、あるとすればどういった部分であるかを明らかにする。さらには実際に各地の地域包括ケア病棟を持つ医療機関へヒアリング調査を行い、目指すところと現状との差についての課題を、地域実情に合わせて調査を行い、地域密着型医療の提供と維持の観点から解決すべき課題を明らかにする。

実際にDPCデータの分析結果から、地域包括ケア病棟に入院する患者の疾病構造が地域医療構想区域によって違いがあることが明らかとなった。またヒアリング調査からは、本来の地域包括ケア病棟の目的を理解しつつも、地域的な制限などの中で利用方法が限られるが、診療報酬制度の影響もあり、このままでは地域で維持することが難しくなる可能性なども示唆された。

これらの結果を国や県、地域医療構想区域に還元することにより、より地域において必要とされる機能を継続性高く提供していく体制についての議論が深まることが期待される。

研究分担者

佐藤菊枝

(名古屋大学医学部附属病院 病院助教)

佐藤大介

(千葉大学医学部附属病院 特任准教授)

A. 研究目的

これまで、地域医療構想については主に公立・公的医療機関等を対象に、急性期医療や政策医療についての機能分化・連携を念頭に置いた分析が行われ、令和元年9月26日の地域医療構想に関するワーキンググループでの424病院(のちに436病院)の「名指し」が行われ、令和2年1月17日に各都道府県に対して、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証

等について」(厚生労働省医政局長通知)が発出された。その後、新型コロナウイルス感染症の流行などもあり、各医療機関ではその対応の負担が大きくなり、地域医療構想調整会議の開催も見送られる地域も出て、議論がなかなか進まない状況であった。それでも2025年を目指した病床機能転換の状況としては、急性期病床の減少は見られたが、まだまだ回復期病床の「不足」状況は解消されていない状況である。これらの要因の一つは、病床機能報告データをベースに比較しているため、必要病床数は病床単位での計算、病床機能報告は病棟単位での報告となることも一つの要因である。また、病床機能報告は医療機関側が病棟の機能を判断するため、非常にあいまいな部分もある。特に地域包括ケア病棟については、急性期とも回復期ともとれる運用が行われているため、各医療機

関の報告においても、多くが急性期と回復期に分かれているところである。

そのような状況下において、ある程度急性期医療については基準を示してきたが、回復期医療については明確に基準を示すことができていない。また、地域包括ケア病棟の利用状況についても実際にばらつきがあるのかわからない。また、地域包括ケア病棟の利用状況についても実際にばらつきがあるのかわからない。また、地域包括ケア病棟の利用状況についても実際にばらつきがあるのかわからない。

そこで本研究は、地域医療構想の推進に関して、特に地域包括ケア病棟の実際の入院患者の状況について、各医療機関のDPCデータから明らかにし、本来の地域包括ケア病棟の目的に沿った利用がされているかについて明らかにするとともに、地域包括ケア病棟の実際の状況や急性期医療機関との連携状況について、地域包括ケア病棟を持つ医療機関や、地域包括ケア病棟を持つ医療機関と連携体制を取る急性期医療機関を対象に、現状の病棟利用状況から明らかとなった課題とその取り組みについて事例検討を行う。

## B. 研究方法

本研究はDPCデータ分析と現地ヒアリング調査の2班に分けて研究を進め、班会議を3回開催し、進捗状況の管理、調整を行いながら進めた。

### 1. DPC データ分析班

愛知県内151病院のDPCデータを用い、地域医療構想区域別に疾病構造や在院日数、退院先を分析し、地域差の検討を行った。

### 2. 現地ヒアリング調査班

北海道、岐阜県、愛媛県、大分県、長崎県、鹿児島県、沖縄県の地域包括ケア病棟を持つ医療機関（公立・民間）または地域包括ケア病棟を持つ医療機関へ逆紹介を行う急性期医療機関（大学病院・民間）の合わせて9医療機関の病院長、事務部長、地域連携部門担当者などと、インタビュー調査を実施した。

（倫理面への配慮）

特になし

## C. 研究結果

### 1. DPC データ分析班

地域医療構想区域別に見たところ、地域包括ケア病棟に入院する患者の疾病構造に差があることが明らかとなった。また、家庭への退院割合や死亡割合にも差があることが明らかとなった。

### 2. 現地ヒアリング調査班

地域包括ケア病棟の必要性は認識しつつも、その活用の仕方については、診療報酬に関して、本来の目的とは違った形で利用される場合もあった。また、圏域内の医療機関の数や機能などから隣接圏域や場合によっては県を超えた連携を必要とする場合もあることが明らかとなった。

## D. 考察

### 1. DPC データ分析班

地域医療構想区域別に見て、一部の圏域の疾病構造として圧倒的に「白内障、水晶体の疾患」患者が多くなっており、この圏域の地域包括ケア病棟は「急性期」として病床機能報告では報告されている可能性が高い。ただしそもそも短期で退院できる手術を行う患者を入院させるのが、地域包括ケア病棟の本来の目的に沿うものなのかという議論が残る。

### 2. 現地ヒアリング調査班

地域包括ケア病棟の必要性は認識しつつも、本来の目的で考えると、急性期治療を終了し、直ぐに在宅や施設へ移行するには不安のある患者や、在宅・施設から急性増悪等で入院した患者に対して、在宅復帰に向けて診療、看護、リハビリを行

なうことを目的としていたはずであり、回復期リハビリテーション病棟と本来の目的（在宅復帰を目指す）は一緒であり、わざわざ分類する必要があるのかとの意見もあった。

また、北海道など広域で人口が少ない圏域においては、大きめの病院がケアミックス型で地域を支えている場合などもあり、この場合は自院が一部急性期を担いつつ、在宅までも面倒を見る形になるため、地域包括ケア病棟に術後患者を転棟させても本来目的を達成するプロセスであり特に問題がないはずなのに診療報酬制度の制限がかかっていることに不満が多く出ていた部分は、地域密着型医療の提供の事業継続性に大きな影響がでると思われ、重要な課題と認識すべきと考えられる。

## E. 結論

本研究では、地域医療構想の推進に関して、特に地域包括ケア病棟の実際の入院患者の状況について、各医療機関のDPCデータから明らかにし、本来の地域包括ケア病棟の目的に沿った利用がされているかについて明らかにした。

また、特に地方と呼ばれる都道府県にある医療機関を対象に、地域包括ケア病棟の利用状況とその課題について、インタビュー調査によって整理した。

今後、地域密着型医療の重要性が高まる中で、地域包括ケア病棟の活用についての地域差をなくし、どの地域に住んでいる患者も在宅復帰に向けたケアを受けられるようにするためにも、更なるデータ分析を元に、地域の需要に合った供給を検討する体制が必要と思われるとともに、全国一律での在り方を合わせる方法は、本当の意味での地域密着型医療の提供に繋がるかを慎重に検討する必要があることが示唆された。

## F. 健康危険情報

特になし

## G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
「将来の医療需要への効果的効率的な対応に向けた、  
DPC データ等を用いた回復期・地域密着型医療の確保のための研究」  
分担研究報告書 (令和4年度)

### 地域包括ケア病棟の入院患者疾病構造に関する研究

佐藤菊枝 (名古屋大学医学部附属病院 メディカル IT センター 病院助教)  
小林大介 (京都大学 大学院医学研究科 特定助教)

#### 研究要旨

本研究は、地域包括ケア病棟に入院する患者の疾病構造や在院日数、入院経路、退院先を明らかにし、地域包括ケア病棟本来の目的に沿った利用がされているか、疾病構造等の違いに地域差があるかを検討し、今後の地域密着型医療の提供について考察するための資料の提供を目的としている。具体的には、愛知県内の医療機関から提供を受けた2019年度のDPCデータを用い、地域包括ケア病棟に入院した患者分析の上位疾病、平均年齢、平均在院日数、退院先の違いを、地域医療構想区域ごとに明らかにする。

地域医療構想区域によって、地域包括ケア病棟の数や役割に差があることが示唆された。特に西三河南部西と東三河南部においては、「白内障、水晶体の疾患」患者がほかの疾患に比べて多くなっており、ほかの圏域に比べて活用状況が違ふことが明らかとなった。一方で、活用状況はほかの圏域とほぼ変わらないが、尾張東部、尾張北部、西三河南部東、東三河北部においては、県全体に比べて家庭への退院割合が低く死亡割合が高い結果が出ており、一部年齢層が高めであることが影響している可能性はあるものの明確な差が不明であり、今後詳細な分析をおこない、各圏域で必要とされる地域密着型医療の提供体制を検討する必要があると考えられる。

## A. 研究目的

これまで、地域医療構想については主に公立・公的医療機関等を対象に、急性期医療や政策医療についての機能分化・連携を念頭に置いた分析が行われ、令和元年9月26日の地域医療構想に関するワーキンググループでの424病院（のちに436病院）の「名指し」が行われ、令和2年1月17日に各都道府県に対して、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（厚生労働省医政局長通知）が発出された。その後、新型コロナウイルス感染症の流行などもあり、各医療機関ではその対応の負担が大きくなり、地域医療構想調整会議の開催も見送られる地域も出て、議論がなかなか進まない状況であった。それでも2025年を目指した病床機能転換の状況としては、急性期病床の減少は見られたが、まだまだ回復期病床の「不足」状況は解消されていない状況である。これらの要因の一つは、病床機能報告データをベースに比較しているため、必要病床数は病床単位での計算、病床機能報告は病棟単位での報告となることも一つの要因である。また、病床機能報告は医療機関側が病棟の機能を判断するため、非常にあいまいな部分もある。特に地域包括ケア病棟については、急性期とも回復期ともとれる運用が行われているため、各医療機関の報告においても、多くが急性期と回復期に分かれているところである。

そのような状況下において、ある程度急性期医療については基準を示してきたが、回復期医療については明確に基準を示すことができていない。また、地域包括ケア病棟の利用状況についても実際にばらつきがあるのかもしれないのかも不明なままで、一律に急性期や回復期に振り分けることも不可能である。

そこで本研究は、地域医療構想の推進に関して、特に地域包括ケア病棟の実際の入院患者の状況について、各医療機関のDPCデータから明らかにし、本来の地域包括ケア病棟の目的に沿

った利用がされているかについて明らかにする。

## B. 研究方法

本研究は愛知県内の医療機関から承諾を得て収集した2019年度のDPCデータを以下の通り利用して分析を行う。

### (1) データソース

- ・2019年度DPCデータ様式1ファイル

- ・承諾病院数 愛知県内151病院

(対象202病院に依頼、承諾率74.8%)

### (2) 分析項目

- ・疾病（もともと資源を投入した傷病名）、性別、入院時年齢、在院日数、退院先

(倫理面への配慮)

名古屋大学生命倫理委員会において承認済み  
(2022-0203-2)

## C. 研究結果

### 1. 構想区域別男女別入院件数、平均年齢

表1の通り、西三河南部東及び東三河北部に地域包括ケア病棟が少ないこともあり、患者数も1,000件を切って少なくなっている。また平均年齢もそれぞれ84.7歳、82.6歳と、県内平均78.8歳を上回っている。その他の圏域については西三河南部西において平均年齢が73.3歳と低くなっている。

### 2. 構想区域別疾病別入院件数TOP5

表2の通り、多くの圏域で「肺炎等」、「誤嚥性肺炎」、「心不全」、「股関節・大腿近位の骨折」、「胸椎、腰椎以下骨折損傷」などが多くなっている中で、西三河南部西および東三河南部においては「白内障、水晶体の疾患」が最多疾患となっている。

### 3. 構想区域別退院先内訳

表3の通り、退院先について確認したが、県全体の家庭への退院割合(65.2%)より低く、死亡割合(7.5%)が高くなったのが、尾張東部(57.4%、9.6%)、尾張北部(54.8%、8.9%)、西三河南部東(60.1%、16.6%)、東三河北部(54.1%、16.5%)となっている。

### D. 考察

本研究は、地域包括ケア病棟に入院する患者の状況について整理した。DPCデータについては2021年度分までが年間としては揃ってはいるものの、2020年度、2021年度は新型コロナウイルス感染症の影響を受けていることから、肺炎等、誤嚥性肺炎といった呼吸器系疾患が大幅に減少していることがすでに別分析で明らかとなっているため、あえて使用せず、新型コロナウイルス感染症の影響がない2019年度のデータを用いた。これらの分析結果から、愛知県内においても地域医療構想区域によって地域包括ケア病棟のある医療機関にばらつきがあり、また構想区域ごとに様々な差が生じていることが明らかとなった。

特に表2における西三河南部西および東三河南部においては圧倒的に「白内障、水晶体の疾患」患者が多くなっており、この圏域の地域包括ケア病棟は「急性期」として病床機能報告では報告されている可能性が高い。ただしそもそも短期で退院できる手術を行う患者を入院させるのが、地域包括ケア病棟の本来の目的に沿うものなのかという議論が残るのも確かである。他圏域でも白内障手術は多く実施されているが、ほとんどの圏域でTOP10にすら入ってこないことから、やはり本来目的を考えた際には違和感となる。

また、表3における西三河南部西および東三河

南部では、上記の通り白内障症例が多いため、当然ながら命への影響はほぼ皆無であり、家庭への退院割合を押し上げ、死亡割合を減少させる影響があるため注意が必要である。死亡症例については「肺炎等」「誤嚥性肺炎」「脳梗塞」が多くなっているが、これはどの圏域にも共通する疾患である。死亡割合が高い圏域における地域包括ケア病棟入院患者の平均年齢は高い圏域が多いため、その影響も一部ある可能性は否定できないが、今後詳細な分析が必要であろう。

### E. 結論

本研究では、地域医療構想の推進に関して、特に地域包括ケア病棟の実際の入院患者の状況について、各医療機関のDPCデータから明らかにし、本来の地域包括ケア病棟の目的に沿った利用がされているかについて明らかにした。

地域医療構想区域によって地域包括ケア病棟の数や役割に差があることが明らかになったが、その内容については本来の目的に沿った利用のされ方であるかどうかは検討の余地があることが示唆された。今後、地域密着型医療の重要性が高まる中で、地域包括ケア病棟の活用についての地域差をなくし、どの地域に住んでいる患者も在宅復帰に向けたケアを受けられるようにするためにも、更なるデータ分析を元に、地域の需要に合った供給を検討する体制が必要と思われる。

### F. 健康危険情報

特になし

### G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表



特になし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

特になし

### 2. 実用新案登録

特になし

### 3. その他

特になし

表 1 構想区域別男女別入院件数、平均年齢

構想区域	男		女		計	
	患者数	平均年齢	患者数	平均年齢	患者数	平均年齢
2313名古屋・尾張中部	6,101	76.8	7,885	81.5	13,986	79.4
2302海部	693	76.2	743	79.6	1,436	78.0
2304尾張東部	869	77.2	1,320	81.8	2,189	80.0
2305尾張西部	1,224	76.8	1,506	80.4	2,730	78.8
2306尾張北部	1,183	77.9	1,333	81.1	2,516	79.6
2307知多半島	1,252	77.8	1,584	81.7	2,836	80.0
2308西三河北部	800	75.2	1,177	80.1	1,977	78.2
2309西三河南部西	1,424	70.8	1,584	75.5	3,008	73.3
2310西三河南部東	96	80.5	235	86.5	331	84.7
2311東三河北部	297	79.5	341	85.4	638	82.6
2312東三河南部	573	75.1	777	79.1	1,350	77.4
総計	14,512	76.3	18,485	80.8	32,997	78.8

表 2 構想区域別疾病別件数、平均在院日数

名古屋・尾張中部		海部		尾張東部	
DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数	DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	818	44.7	誤嚥性肺炎	81	56.2
肺炎等	808	39.8	肺炎等	76	45.6
誤嚥性肺炎	751	49.4	心不全	73	47.6
股関節・大腿近位の骨折	647	49.5	コンパームント症候群	72	51.3
心不全	583	46.0	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	60	45.7
尾張西部					
DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数	DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数
肺炎等	211	56.6	誤嚥性肺炎	236	60.0
股関節・大腿近位の骨折	196	61.3	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	194	49.1
心不全	131	48.7	肺炎等	135	61.6
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	122	53.2	股関節・大腿近位の骨折	124	58.8
誤嚥性肺炎	110	64.8	脳梗塞	104	61.5
西三河北部					
DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数	DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数
股関節骨頭壊死、股関節症(変形性を含む。)	143	41.5	白内障、水晶体の疾患	324	2.6
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	135	48.0	肺炎等	175	39.2
肺炎等	115	33.4	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	172	43.5
脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	109	29.6	心不全	131	49.7
心不全	104	49.4	股関節・大腿近位の骨折	125	49.0
西三河南部西					
DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数	DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数
股関節骨頭壊死、股関節症(変形性を含む。)	143	41.5	白内障、水晶体の疾患	324	2.6
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	135	48.0	肺炎等	175	39.2
肺炎等	115	33.4	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	172	43.5
脊柱管狭窄(脊椎症を含む。)	109	29.6	心不全	131	49.7
心不全	104	49.4	股関節・大腿近位の骨折	125	49.0
西三河南部東					
DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数	DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	186	61.6	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	48	64.1
誤嚥性肺炎	165	58.8	体位量減少症	33	58.5
肺炎等	127	45.1	股関節・大腿近位の骨折	30	69.6
心不全	81	45.7	肺炎等	23	76.9
			誤嚥性肺炎	13	62.2
東三河北部					
DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数	DPC6桁傷病名	患者数	平均在院日数
脳梗塞	56	44.9	白内障、水晶体の疾患	352	2.0
胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	56	41.8	股関節・大腿近位の骨折	90	61.0
誤嚥性肺炎	54	36.1	膝関節症(変形性を含む。)	88	35.3
股関節・大腿近位の骨折	45	42.4	誤嚥性肺炎	65	54.5
肺炎等	44	39.5	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。)	61	52.4

表 3 構想区域別退院先

構想区域	家庭への退院				介護施設・福祉施設に入所				他の病院・診療所の転院	終了 (死亡等)	その他	総計	家庭への退 院割合	死亡割合
	家庭への退院		介護施設・福祉施設に入所		介護施設・福祉施設に入所		介護施設・福祉施設に入所							
	当院に通院	他の病院・診療所に通院	介護医療院	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	社会福祉施設	介護老人福祉施設	社会福祉施設						
2313名古屋・尾張中部	5,047	3,014	680	16	637	750	1,474	1,355	1,006	7	13,986	62.5%	7.2%	
2302海部	630	303	47	1	38	81	113	172	51		1,436	68.2%	3.6%	
2304尾張東部	866	243	147		181	115	270	152	211	4	2,189	57.4%	9.6%	
2305尾張西部	1,317	485	134		142	144	205	150	153		2,730	70.9%	5.6%	
2306尾張北部	816	471	92		133	169	225	386	224		2,516	54.8%	8.9%	
2307知多半島	1,457	356	86		226	122	153	172	260	4	2,836	67.0%	9.2%	
2308西三河北部	1,028	212	137	29	161	52	94	42	221	1	1,977	69.7%	11.2%	
2309西三河南部西	1,709	419	186	30	50	130	62	256	158	8	3,008	76.9%	5.3%	
2310西三河南部東	120	74	5		11	29	29	8	55		331	60.1%	16.6%	
2311東三河北部	198	133	14		52	59	18	59	105		638	54.1%	16.5%	
2312東三河南部	1,014	73	5		49	65	80	24	40		1,350	80.9%	3.0%	
総計	14,202	5,783	1,533	76	1,680	1,716	2,723	2,776	2,484	24	32,997	65.2%	7.5%	

厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)  
「将来の医療需要への効果的効率的な対応に向けた、  
DPC データ等を用いた回復期・地域密着型医療の確保のための研究」  
分担研究報告書(令和4年度)

## 地域包括ケア病棟等の活用状況と急性期医療機関との連携に関する研究

佐藤大介 (千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター 特任准教授)  
小林大介 (京都大学 大学院医学研究科 特定助教)

### 研究要旨

本研究は、地域包括ケア病棟を持つ医療機関や、地域包括ケア病棟を持つ医療機関へ連携している急性期医療機関を対象に、地域包括ケア病棟の利用状況とその課題や医療機関間での連携の状況とその課題についてインタビュー調査により整理することを目的とする。具体的には、地域の医療需要の中での自院の役割の把握・今後の役割の検討について、地域での機能分化・連携の役割分担について、自院の地域包括ケア病棟や回復期病棟の利用状況等について、自院の急性期病棟から地域の医療機関への逆紹介の状況等について、およびその課題について明らかにする。

複数都道府県内の医療機関において、地域医療構想調整会議で提供されたデータや自院内でのデータ分析などから、自院の地域での役割や今後の在り方について検討している医療機関が多かった。地域包括ケア病棟の利用状況については、本来の目的である在宅復帰を目指してはいるものの、地方部で自院より高機能な他院があまり存在しないような医療機関においては、紹介先は先方の大学病院などになるためにそこからの逆紹介が少なく、急性増悪や骨折等の患者の院内転棟での利用パターンが多くなっていた。このパターンは診療報酬上では多くなると制限がかかる形であるため、各医療機関での、特に経営面からの不満が大きかった。また、地域医療構想として地域完結型医療の提供と地域密着型医療の提供は密接に関係しており、医師派遣や患者流出入の問題と合わせて検討を進める必要がある事項であることが示唆された。特に都道府県を超えた流出入が多い地域では、都道府県間での議論・調整をきちんと行う必要があることが明らかとなった。

### A. 研究目的

これまで、地域医療構想については主に公立・公的医療機関等を対象に、急性期医療や政策医療についての機能分化・連携を念頭に置いた分析が行われ、令和元年9月26日の地域医療構想に関するワーキンググループでの424病院(のちに436病院)の「名指し」が行われ、令和2年1月17日に各都道府県に対して、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」(厚生労働省医政局長通知)が発

出された。その後、新型コロナウイルス感染症の流行などもあり、各医療機関ではその対応の負担が大きくなり、地域医療構想調整会議の開催も見送られる地域も出て、議論がなかなか進まない状況であった。それでも2025年を目指した病床機能転換の状況としては、急性期病床の減少は見られたが、まだまだ回復期病床の「不足」状況は解消されていない状況である。これらの要因の一つは、病床機能報告データをベースに比較しているため、必要病床数は病床単位での計算、病床機能報告は病棟単位での報

告となることも一つの要因である。また、病床機能報告は医療機関側が病棟の機能を判断するため、非常にあいまいな部分もある。特に地域包括ケア病棟については、急性期とも回復期ともとれる運用が行われているため、各医療機関の報告においても、多くが急性期と回復期に分かれているところである。

そのような状況下において、ある程度急性期医療については基準を示してきたが、回復期医療については明確に基準を示すことができていない。また、地域包括ケア病棟の利用状況についても実際にばらつきがあるのかわからないのかも不明なままで、一律に急性期や回復期に振り分けることも不可能である。

そこで本研究は、地域医療構想の推進に関して、特に地域包括ケア病棟の実際の状況や急性期医療機関との連携状況について、地域包括ケア病棟を持つ医療機関や、地域包括ケア病棟を持つ医療機関と連携体制を取る急性期医療機関を対象に、現状の病棟利用状況から明らかとなった課題とその取り組みについて事例検討を行う。

## B. 研究方法

本研究はインタビュー調査を実施し、地域包括ケア病棟の活用状況や地域における課題の事例検討を行う。特に、本来想定されていた地域包括ケア病棟の在り方と離れた利用状況となっている地域課題について、診療報酬制度や医療機関の立地条件（近隣医療機関の状況）、地域連携の状況の面から、以下について調査を行う。

(1) 地域の医療需要の中での自院の役割について

- ・現状における地域の医療需要と診療実績に関する評価とその解釈について
- ・将来人口推計、急性期と回復期の連携部分を含めた地域の将来医療需要推計について
- ・将来医療需要推計を踏まえた、今後の自院の

役割の検討状況について

(2) 地域での機能分化・連携の役割分担について

- ・自院との連携体制を取っている他院の状況について
- ・機能分化・連携に伴う病院経営や業務改善・効率化の取り組みについて

(3) 自院の地域包括ケア病棟や回復期病棟の利用状況等について

- ・地域包括ケア病棟や回復期病棟に入院している患者の状況について（入院元（急性期病院からの転院、地域からの救急搬送、自院の急性期病棟から転棟など）、疾患・在院日数及び退棟先等について）
- ・将来を見据えた今後の地域包括ケア病棟や回復期病棟の方向性について

(4) 自院の急性期病棟から地域の医療機関への逆紹介の状況等について

- ・自院との連携体制を取っている他院の状況について
- ・他院（特に地域包括ケア病棟や回復期病棟を持つ病院）へ逆紹介する患者の疾患及び退院時の状態について
- ・将来を見据えた今後の地域での連携の方向性について

調査対象は北海道、岐阜県、愛媛県、大分県、長崎県、鹿児島県、沖縄県の地域包括ケア病棟を持つ医療機関（公立・民間）または地域包括ケア病棟を持つ医療機関へ逆紹介を行う急性期医療機関（大学病院・民間）の合わせて9医療機関の病院長、事務部長、地域連携部門担当者などとし、インタビュー調査を実施する。

（倫理面への配慮）

特になし

## C. 研究結果

各インタビュー調査項目について、次のように整理することができた。

### 1. 地域の医療需要の中での自院の役割について

1. DPC オープンデータや NDB オープンデータから外部環境を分析している
2. 自院のデータから、診療科別の患者数などの経年変化を見て患者の傾向を把握しようと分析している
3. 紹介元医療機関からの患者数推移から、連記状況を把握する努力をしている
4. 病院独自で病床機能報告データの活用はあまり見られなかった（県が地域医療構想調整会議等で提示した結果は使用）
5. DPC データを県内で収集・分析している岐阜県では、患者将来推計データなども地域医療構想調整会議で配布されるため活用している
6. 自院の受診患者のうち圏域内患者が占める割合などから、逆に他圏域への貢献についても分析している

### 2. 地域での機能分化・連携の役割分担について

#### (1) 地域包括ケア病棟を持つ医療機関

1. 圏域内または隣接圏域での柱となる医療機関（高度急性期・急性期）を明確に認識している
2. 連携については、柱となる医療機関との距離によって、スムーズにいかない場合もあるという認識
3. 地域包括ケア病棟の本来の目的を考えると地域には必要な病棟であると認識
4. 在宅へ返すためには、かかりつけ医（診療所）との関係性が重要という認識
5. 地域包括ケア病棟の成り立ち（元々一般急性期病棟から移行したパターンと、新設したパターン）で役割がそもそも違ってきているという認識

#### (2) 地域包括ケア病棟を持たない急性期医療機関

1. 自院が地域の柱となる高度急性期・急性期医療機関であると認識（民間医療機関においては救急や一部の診療領域に限る場合も）
2. 地域（圏域）だけでなく、県全体、場合によっては他県からの流入もあり、広範囲で高度医療を支えている場合がある
3. 逆紹介で地域包括ケア病棟がある医療機関へ返したくても返せない場合がある

### 3. 自院の地域包括ケア病棟や回復期病棟の利用状況等について

1. 他院からの転院患者などよりも、自院からの転棟患者のほうが多い医療機関もある（他院が近隣にないというパターンもある）
2. ケアミックス型に移りつつある医療機関では特に院内転棟が多い
3. 慢性期や特養などへ転出の「待ち」で使用する場合がある
4. 地域の急性期病院からの転院患者を多く受け入れる体制を取っている
5. 在宅や施設から入院し、在宅や施設に戻るパターンも多い
6. 大腿骨骨折患者などは回復期リハビリテーション病棟へ入院させている

### 4. 自院の急性期病棟から地域の医療機関への逆紹介の状況等について

1. 紹介元の医療機関が遠方の場合、なかなか元病院へ逆紹介しにくい
2. 紹介元の医療機関（とその周辺の医療機関）の医療機能が高くない場合、すぐに逆紹介で戻すことができないことがある
3. 紹介元の医療機関に戻そうとしても、その医

療機関がすでに新たな患者で埋まっているか、既存の患者が長く在院しているかなどにより空きが無く戻せない場合がある

#### D. 考察

本研究は、特に地方と呼ばれる都道府県にある医療機関を対象に、地域包括ケア病棟の活用状況とその課題について、インタビュー調査によって整理したが、ほぼすべての医療機関では、地域で必要な医療提供を行っていくという意思を示しているものの、それを行うのが地域包括ケア病棟であるか否かについては、地域によって求められる機能が違うことからばらつきがあった。本来の目的で考えると、急性期治療を終了し、直ぐに在宅や施設へ移行するには不安のある患者や、在宅・施設から急性増悪等で入院した患者に対して、在宅復帰に向けて診療、看護、リハビリを行なうことを目的としていたはずであり、回復期リハビリテーション病棟と本来の目的（在宅復帰を目指す）は一緒であり、わざわざ分類する必要があるのかとの意見もあった。

また、北海道など広域で人口が少ない圏域においては、大きめの病院がケアミックス型で地域を支えている場合などもあり、この場合は自院が一部急性期を担いつつ、在宅までも面倒を見る形になるため、地域包括ケア病棟に術後患者を転棟させても本来目的を達成するプロセスであり特に問題がないはずなのに診療報酬制度の制限がかかっていることに不満が多く出ていた部分は、地域密着型医療の提供の事業継続性に大きな影響がでると思われ、重要な課題と認識すべきと考えられる。

連携面からは、急性期医療機関と地域包括ケア病棟や回復期病棟を持つ医療機関との連携自体は全体的には取れているとの認識ではあるが、急

急性期医療機関からの逆紹介時に、紹介元医療機関へ返すことが困難な場合があることがわかった。これは、都市部であれば、紹介元医療機関が機能が足りない場合でもその近隣で機能があれば「地域」へ連携することは可能であるが、地方ではそうはいかない場合もあり、その結果、急性期医療機関での在院日数が長くなり、急性期医療機関の経営状態を悪化させる要因にもなりかねない。例えばそのために急性期医療機関に地域包括ケア病棟を新たに設置した場合、先に述べた「院内転棟」が増えるだけとなり、経営面でも何の解決にもならない可能性があり、結果として急性期医療機関の近隣の別の医療機関に逆紹介を行うことが必要となり、ますます地方部の医療機関での地域包括ケア病棟の在り方については検討が必要な状況となるであろう。

実は地域完結型医療と地域密着型医療は密接に関係しており、この「地域」を地域医療構想区域≡二次医療圏と考えるか、隣接圏域を含めた地域と考えるか、三次医療圏と考えるか、これは本当に圏域によって違ってくると思われ、一律の基準を設けるのは難しいかもしれない。またヒアリングの中で、三次医療圏≡都道府県を超えた患者流出入が地域密着型医療の提供に障害を及ぼしている例が聞かれた。A 県内地方部にある B 市立病院には、隣接の C 県からの患者流入が一定数あるため、例えば B 市民が B 市立病院から A 県にある A 大学病院に紹介され急性期治療を受けて、その後逆紹介で B 市立病院へ返そうとしても、B 市立病院は C 県からの患者も受け入れていて人材も足らず逆紹介がなかなか進まないという事態も起こっているとのことであった。これは本来の B 市立病院の役目である B 市民を待たせて、隣接の C 県民を受け入れている形になってしまっている。この B 市立病院には当然ながら同一県内の A 大学

病院から医師派遣されており、C 大学病院からの医師派遣は無く、C 県の需要の一部を A 県と B 市が負担している構図となっている。こういったことが起こっていると、特に B 市民にとっては「地域密着型医療」とはなんぞやという状況になるため、隣接圏域や県での患者流出入について、地域医療構想の枠組みの中で現在でも一文で触れられてはいるものの、具体的にきちんと議論・調整を行う体制を取るように都道府県は考えるべきとの意見があり、人的・財政的視点などからも考える必要があろう。

#### E. 結論

本研究では、特に地方と呼ばれる都道府県にある医療機関を対象に、地域包括ケア病棟の利用状況とその課題について、インタビュー調査によって整理した。

地域包括ケア病棟の必要性は認識しつつも、その活用の仕方については本来の目的とは違った形で利用される場合もあったが、これにはその病棟の成り立ちや診療報酬制度も複雑に絡むなど、要因については単純に解決を図ると逆に経営難からの医療崩壊を引き起こしかねない部分も垣間見えた。また、圏域内の医療機関の数や機能などから隣接圏域や場合によっては県を超えた連携を必要とする場合もありながら、こちらについても人材ひいては財政面での問題を置いたまま解決を図るのは難しい状況も垣間見えた。これらから、地域医療構想は原則、地域完結での医療提供を目指すものの、広域での地域包括ケア病棟とその連携の在り方を検討するなどの必要性が示唆され、全国一律での在り方を合わせる方法は、本当の意味での地域密着型医療の提供に繋がるかを慎重に検討する必要があることが示唆された。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職名 医学研究科長

氏名 伊佐 正

次の職員の令和4年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業

2. 研究課題名 将来の医療需要への効果的効率的な対応に向けた、DPC データ等を用いた回復期・地域密着型医療の確保のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究科 特定助教  
(氏名・フリガナ) 小林 大介 (コバヤシ ダイスケ)

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

## その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東海国立大学機構

所属研究機関長 職 名 名古屋大学医学部附属病院長

氏 名 小寺 泰弘

次の職員の令和4年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業

2. 研究課題名 将来の医療需要への効果的効率的な対応に向けた、DPC データ等を用いた回復期・地域密着型医療の確保のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・病院助教

(氏名・フリガナ) 佐藤菊枝 (サトウキクエ)

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2023年 3月 20日

厚生労働大臣  
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人千葉大学  
所属研究機関長 職名 学長  
氏名 中山 俊憲

次の職員の令和4年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
- 研究課題名 将来の医療需要への効果的効率的な対応に向けた、DPC データ等を用いた回復期・地域密着型医療の確保のための研究 (22CA2010)
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学部附属病院・特任准教授  
(氏名・フリガナ) 佐藤 大介・サトウ ダイスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する口<sup>○</sup>にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。