

平成 30 年度 病床機能の見える化に係る検討状況

平成 30 年度第 1 回調整会議以降、各構想区域の部会や地区医師会の会議等において埼玉方式を中心に病床機能の定量化について議論してきた。来年度は、埼玉方式も参考にしつつ、本年度実施した実態把握調査の結果(資料 3 - 1)も活用して、病床機能の見える化を図っていくこととしたい。

《埼玉方式の概要》

医療機能別病床数の算定方式に係る先行事例：埼玉方式の概要

医療機能が明確なもの（周産期・小児・緩和ケア・ICU・回復期リハビリ病棟・療養病棟等）を各機能に区分し、その他のものをしきい値により、区分する方式。

【特徴】全病棟について、入院基本料や診療科、提供する医療内容で分析し、4機能に再分類する。

4 機能	大区分					
	主に成人		周産期	小児		緩和ケア
高度急性期	救命救急 ICU SCU HCU	診療所の一般病棟 地域包括ケア病棟 区分線①	MFICU NICU GCU	PICU	小児入院医療 管理料 1	
急性期			産科の一般病棟 産科の有料診療所	小児入院医療管理料2,3 小児科の一般病棟7:1		緩和ケア病棟 (放射線治療有)
回復期	回復期 リハビリ病棟	区分線②		小児入院医療管理料4,5 小児科の一般病棟7:1 小児科の有床診療所		
慢性期	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等					緩和ケア病棟 (放射線治療無)

《参考》他圏域で出た主な意見

- ・実態を比較的よく表しているが判定項目が不足しており、このままの適用は好ましくない（外科的処置が多く、内科系がほとんどない）
- ・病床機能報告の対象となる6月は手術件数が少なく十分な評価ができない
- ・埼玉県状況を前提とした基準だと思われるので、千葉県とは状況が違う。
- ・定量的な基準は、その基準を満たすような行動を促す恐れがあるので、慎重に検討した方がよい。
- ・病院はそれぞれ強み弱みなど特徴があり、一面的な基準の導入では十分に評価できないのではないか。

平成31年度における病床機能の見える化（案）

1. 調整会議では、病床機能報告の結果だけではなく、参考値として病床機能の見える化を図る。
2. 病床機能の見える化にあたっては、H30年度の実態把握調査の結果を活用して構想区域単位の病床機能ごとの病床数を推計する。

当該区域の対応（案）

調査データを活用するとともに、埼玉方式の考え方を部分的に導入して推計する。



《概要》

（1）医療機能が明確な病床

埼玉方式（スライド4 別紙1）を活用して病棟単位で集計する。

（2）その他の病床（周産期・小児を除く一般病棟、地域包括ケア病床、有床診の一般病床）

- 調査結果から、いずれの病棟も高度急性期から回復期相当の患者が混在していると考えられるため、埼玉方式で用いられている医療内容の実施件数に基づき、高度急性期から回復期相当の病床を推計し、病床単位で集計する。
- ただし、高度急性期相当の病床数については、医療資源投入量も加味して、実態把握調査の結果相当を上限とする。

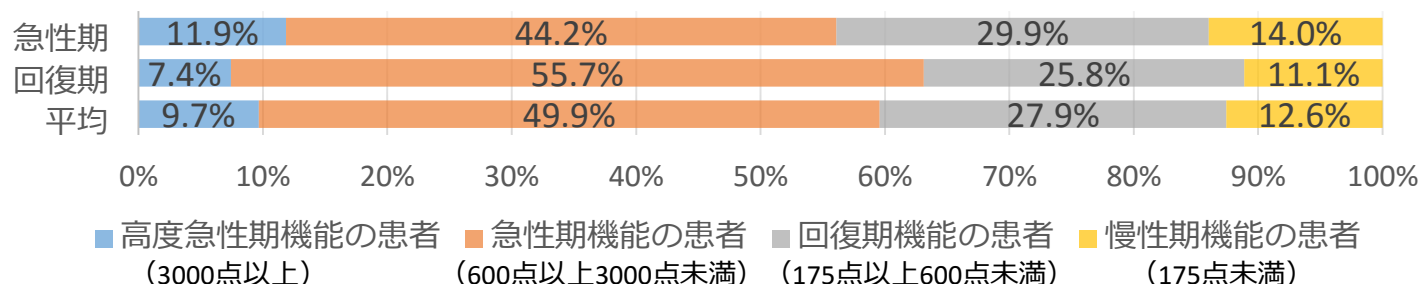
※（2）の推計方法の詳細は別紙5参照

《参考1》他区域の状況

- ・ 市原：埼玉方式による病棟単位の集計（別紙1～3）を基本とし、小規模病院のみ1人1日当たりの医療資源投入量を調査して病床単位で集計する。
- ・ 東葛南部・印旛（調査対象病院）：病棟単位の1人1日平均医療資源投入量の調査を実施した医療機関については、医療資源投入量の基準額により、高度急性期と急性期を区分し、病棟単位で集計する。
- ・ その他：医療機能が明確な病床及び高度急性期病棟については、埼玉方式による病棟単位の集計（別紙1～2）を基本とし、それ以外の病棟については、急性期及び回復期相当の患者が混在していると想定し、一定の割合により急性期と回復期に案分し、病床単位で集計する。

《参考2》実態調査のデータによる埼玉方式（急性期と回復期の基準）の検証

- 調査対象区域の病棟を、埼玉方式の基準により急性期病棟と回復期病棟を分け、それぞれ患者数の区分割合を下図のとおりまとめた。
- 急性期病棟と回復期病棟の間で大きな差が認められないことから、埼玉方式を全面的に導入することは慎重に考え、他圏域でも一部病床単位の集計とした。



H 2 9 年香取海匠構想区域における病床機能の見える化（案）

別紙5の推計方法により、平成29年度病床機能報告のデータを用いて集計をしたところ、以下のとおりとなった。病床機能報告と必要病床数の比較においては、急性期が大幅過剰、回復期が大幅不足となっていたが、病床単位の推計方法を採用することで、病床機能実態把握調査の結果に近い運用比率が確認できた。

【提案】部会において、医療連携に向けてお互いに機能を把握する必要があるのではないかという意見が出ていることから、香取海匠構想区域については、病院単位の機能一覧を共有することを検討してはどうか。

表1：H 2 9 年度の病床機能報告の結果

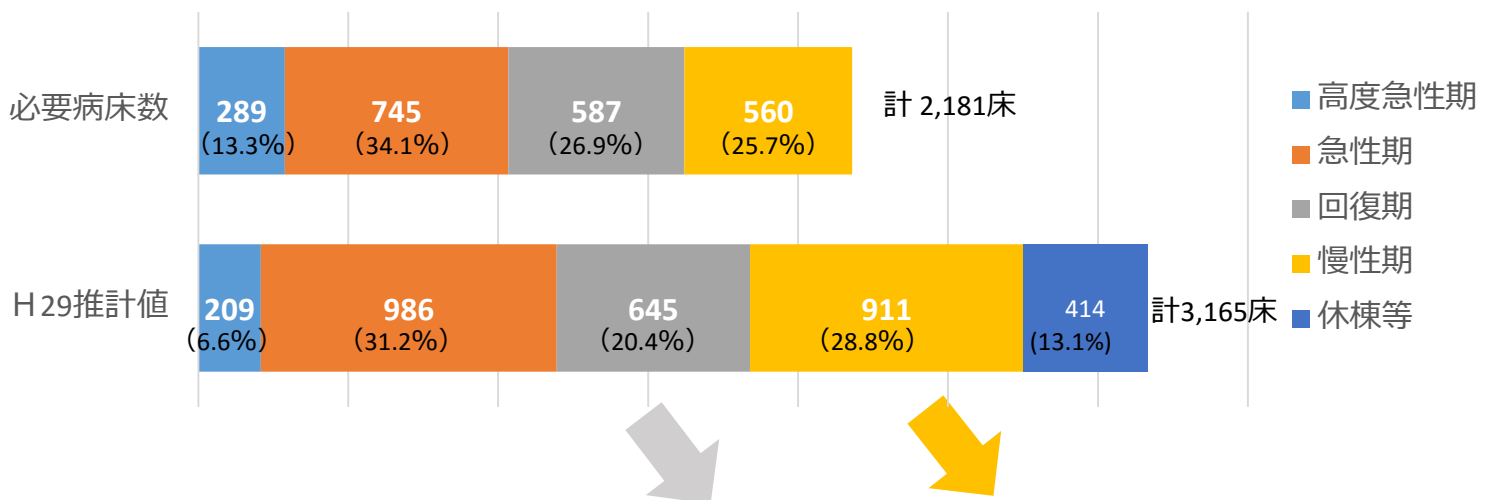
	必要病床数 A	病床機能報告 B	差し引き B - A	
高度急性期	289	64	▲225	不足
急性期	745	1,728	983	過剰
回復期	587	312	▲275	不足
慢性期	560	897	337	過剰
休棟等		152	152	
計	2,181	3,153	972	過剰

表2：H 2 9 年度の病床機能別の推計値

	必要病床数 A	推計値 C	差し引き C - A	
高度急性期	289	209	▲80	不足
急性期	745	986	241	過剰
回復期	587	645	58	過剰
慢性期	560	911	351	過剰
休棟等		414	414	
計	2,181	3,165	984	

※ 休棟等には、病床機能報告の一部未報告等により、分類できない病床を含む。なお、入院料等の報告がない病棟については、可能な限り個別修正した。

図1 必要病床数と病床機能別の推計値との比較



【参考】地域医療構想の必要病床数は一般病床のC3基準未満の患者が「外来診療」で、療養病床の医療区分Iの70%が「在宅医療、介護施設」で対応するものとして推計されている。

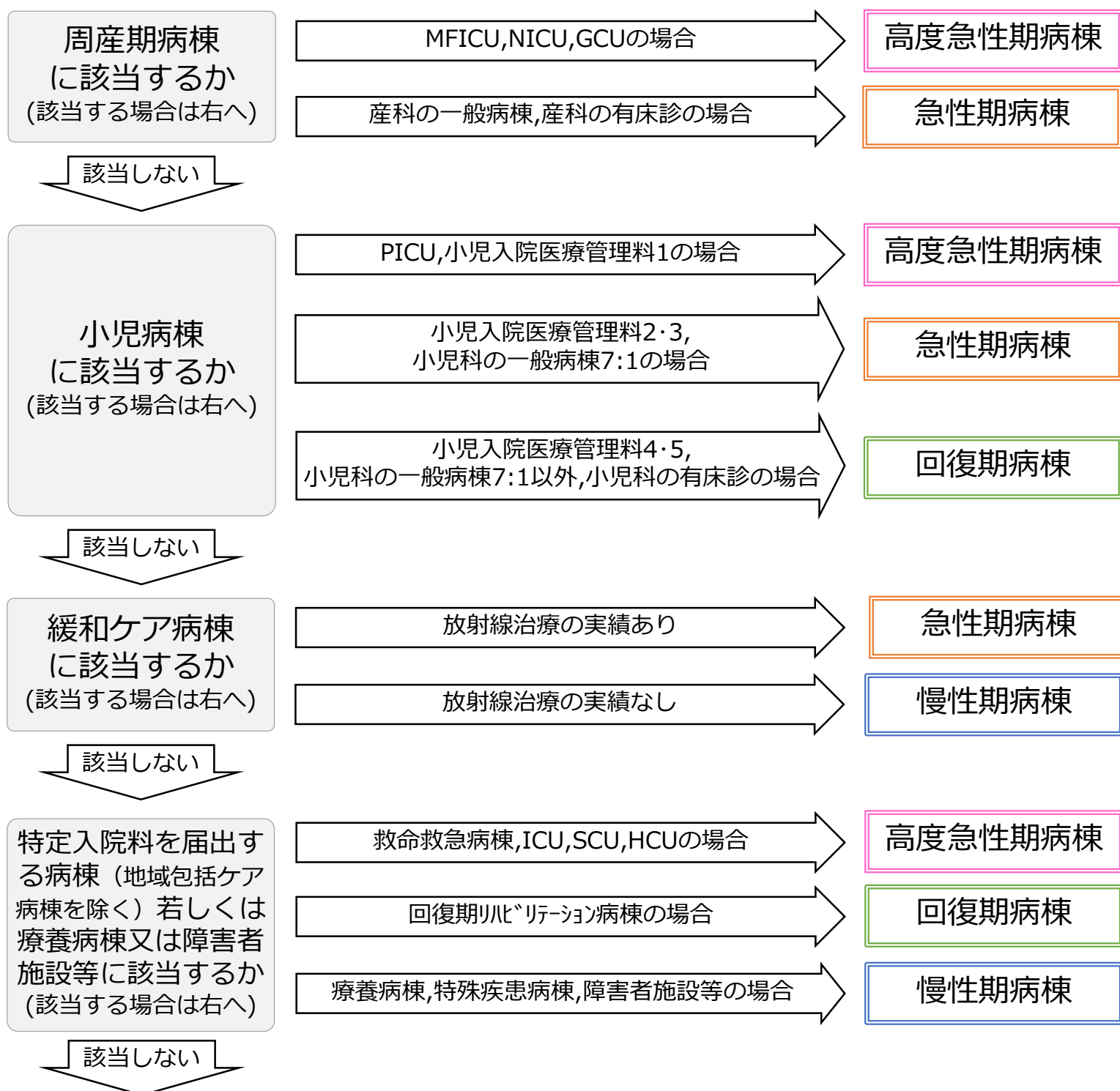
外来診療

在宅医療・介護施設

埼玉方式（定量的基準）について

【概要】

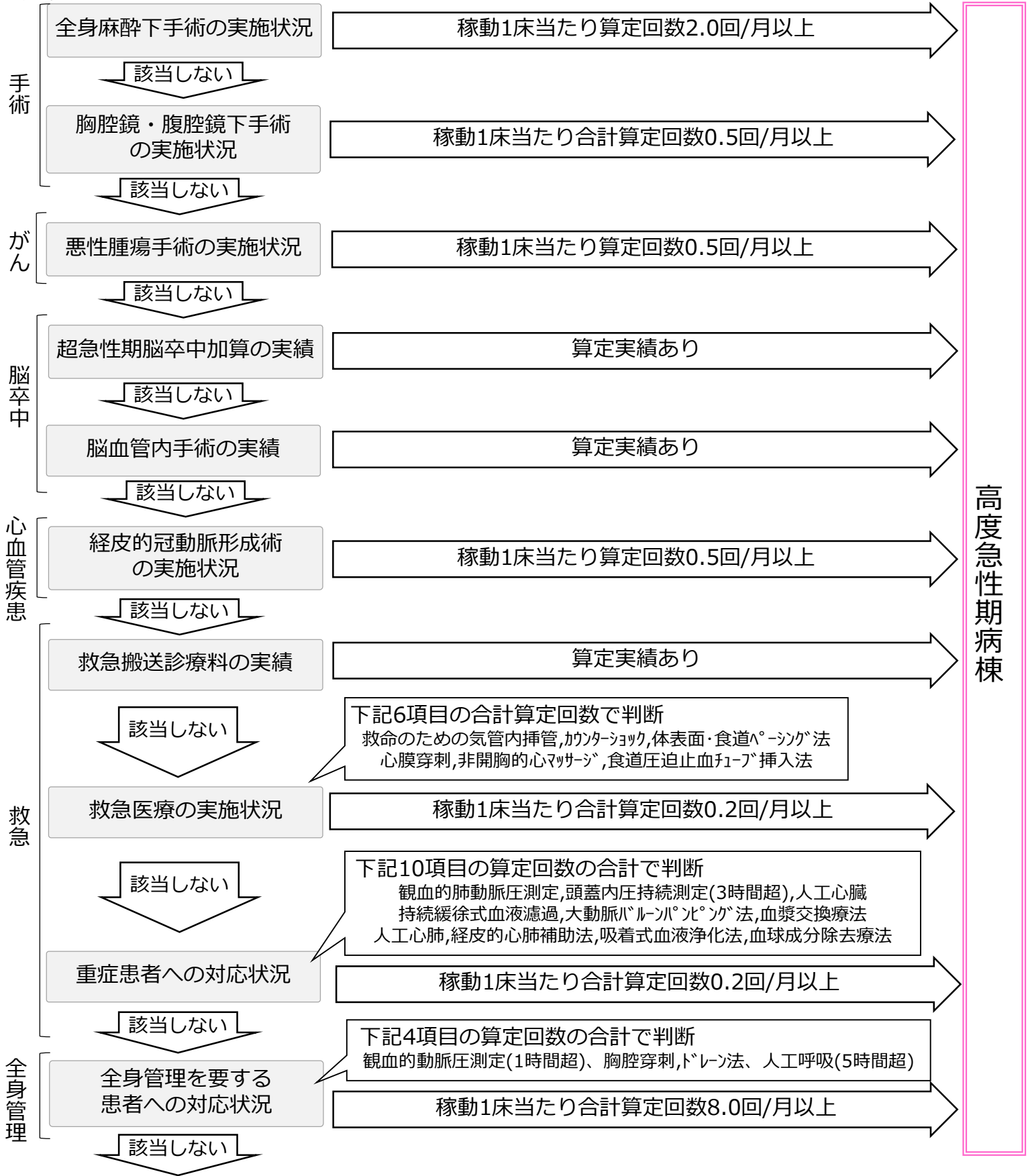
届出する入院基本料及び病床機能報告の具体的な診療内容により区分した。なお、周産期、小児、緩和ケアについては、特殊性を考慮して届出入院基本料により切り分けをしている。また、一般病棟及び地域包括ケア病棟については、H28病床機能報告で報告した具体的な診療内容の実績を用い、救命救急入院料やICUの大半が高度急性期に区分される程度に、一般病棟7:1の大半が高度急性期又は急性期に区分される程度に、区分のためのしきい値を作成している。



一般病棟・地域包括ケア病棟等は、具体的な診療内容の実績に応じて高度急性期～回復期の3機能に区分する（詳細は次ページ以降を参照）

埼玉方式について【一般病棟等における高度急性期の基準】

救命救急やICU等において多く提供されている医療(手術、がん・脳卒中・心血管疾患への対応状況、救急への対応状況、全身管理の実施状況)の算定回数で高度急性期を分類した。

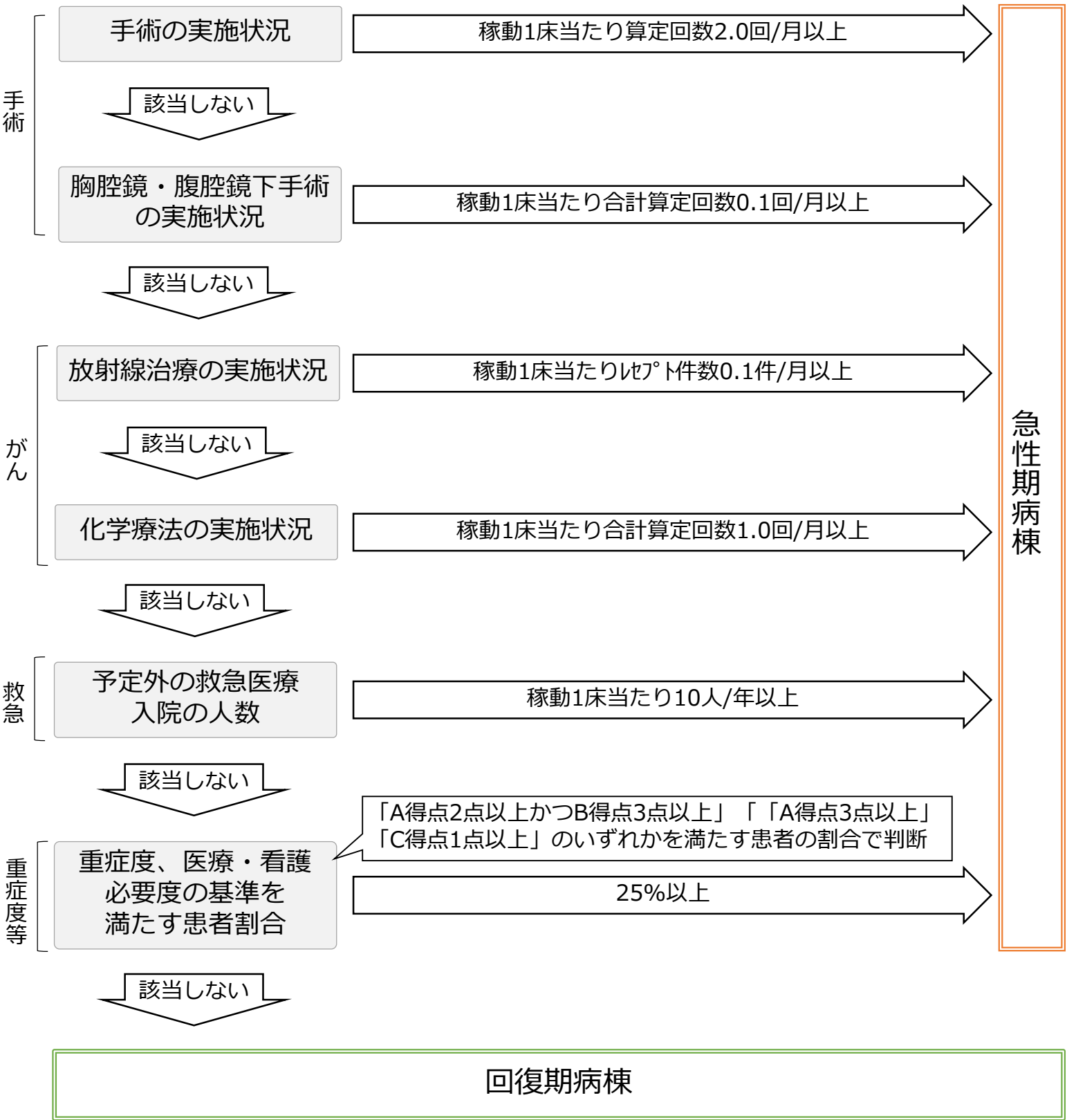


高度急性期病棟

以上に該当しない一般病棟・地域包括ケア病棟等は、具体的な診療内容の実績に応じて急性期と回復期の2機能に区分する（詳細は次ページを参照）

埼玉方式について【一般病棟等における急性期・回復期の基準】

一般病棟7:1において多く提供されている医療(手術、がんへの対応状況、救急への対応状況)の算定回数及び共通指標(重症度、医療・看護必要度)で急性期・回復期を分類した。



(例) 平成29年度病床機能報告と埼玉方式による病床機能の現状

(単位：床)

区域	医療機能	必妥病床数 (H37年)	機能報告 (H29.7.1)	差し引き		許可病床数 C	差し引き		1日当たり 入院患者数 D	許可病床数に對 する入院患者数 の割合 D/C
		A	B	B-A	不足		C-A	過剰		
千葉	高度急性期	1,077	937	▲ 140	不足	1,127	50	過剰	822	72.9%
	急性期	3,028	4,451	1,423	過剰	2,744	▲ 284	不足	2,039	74.3%
	回復期	2,520	994	▲ 1,526	不足	2,316	▲ 204	不足	1,772	76.5%
	慢性期	1,859	1,662	▲ 197	不足	1,558	▲ 301	不足	1,305	83.8%
	休棟等	-	120			425				
計	8,484	8,164	▲ 320	不足	8,170	▲ 314	不足	5,938	72.7%	
東葛 南部	高度急性期	1,376	1,820	444	過剰	1,172	▲ 204	不足	974	83.1%
	急性期	4,783	5,651	868	過剰	4,504	▲ 279	不足	3,405	75.6%
	回復期	4,072	1,498	▲ 2,574	不足	2,844	▲ 1,228	不足	2,074	72.9%
	慢性期	2,779	2,105	▲ 674	不足	2,109	▲ 670	不足	1,870	88.7%
	休棟等	-	358			823				
計	13,010	11,432	▲ 1,578	不足	11,452	▲ 1,558	不足	8,323	72.7%	
東葛 北部	高度急性期	1,386	1,841	455	過剰	1,183	▲ 203	不足	963	81.4%
	急性期	4,227	4,959	732	過剰	3,971	▲ 256	不足	3,274	82.4%
	回復期	3,647	1,102	▲ 2,545	不足	2,402	▲ 1,245	不足	1,966	81.8%
	慢性期	2,439	1,730	▲ 709	不足	1,879	▲ 560	不足	1,674	89.1%
	休棟等	-	96			300				
計	11,699	9,728	▲ 1,971	不足	9,735	▲ 1,964	不足	7,877	80.9%	
印旛	高度急性期	594	1,148	554	過剰	358	▲ 236	不足	268	74.9%
	急性期	1,947	2,454	507	過剰	1,793	▲ 154	不足	1,360	75.9%
	回復期	1,625	568	▲ 1,057	不足	1,609	▲ 16	不足	1,144	71.1%
	慢性期	1,382	1,568	186	過剰	1,609	227	過剰	1,388	86.3%
	休棟等	-	320			689				
計	5,548	6,058	510	過剰	6,058	510	過剰	4,160	68.7%	
香取 海匝	高度急性期	289	64	▲ 225	不足	332	43	過剰	292	88.0%
	急性期	745	1,728	983	過剰	570	▲ 175	不足	466	81.8%
	回復期	587	312	▲ 275	不足	997	410	過剰	676	67.8%
	慢性期	560	897	337	過剰	917	357	過剰	733	79.9%
	休棟等	-	152			349				
計	2,181	3,153	972	過剰	3,165	984	過剰	2,167	68.5%	
山武 長生 夷隅	高度急性期	104	20	▲ 84	不足	86	▲ 18	不足	65	75.6%
	急性期	887	1,563	676	過剰	890	3	過剰	615	69.1%
	回復期	946	367	▲ 579	不足	867	▲ 79	不足	610	70.4%
	慢性期	994	1,293	299	過剰	1,156	162	過剰	969	83.8%
	休棟等	-	200			444				
計	2,931	3,443	512	過剰	3,443	512	過剰	2,259	65.6%	
安房	高度急性期	308	152	▲ 156	不足	174	▲ 134	不足	115	66.1%
	急性期	602	1,207	605	過剰	793	191	過剰	653	82.3%
	回復期	358	99	▲ 259	不足	456	98	過剰	346	75.9%
	慢性期	373	717	344	過剰	692	319	過剰	647	93.5%
	休棟等	-	46			106				
計	1,641	2,221	580	過剰	2,221	580	過剰	1,761	79.3%	
君津	高度急性期	232	492	260	過剰	288	56	過剰	238	82.6%
	急性期	806	1,014	208	過剰	528	▲ 278	不足	375	71.0%
	回復期	810	183	▲ 627	不足	826	16	過剰	604	73.1%
	慢性期	522	826	304	過剰	735	213	過剰	632	86.0%
	休棟等	-	23			207				
計	2,370	2,538	168	過剰	2,584	214	過剰	1,849	71.6%	
市原	高度急性期	284	112	▲ 172	不足	210	▲ 74	不足	131	62.4%
	急性期	826	1,412	586	過剰	841	15	過剰	603	71.7%
	回復期	695	385	▲ 310	不足	891	196	過剰	663	74.4%
	慢性期	335	216	▲ 119	不足	231	▲ 104	不足	176	76.2%
	休棟等	-	92			44				
計	2,140	2,217	77	過剰	2,217	77	過剰	1,573	71.0%	
計	高度急性期	5,650	6,586	936	過剰	4,930	▲ 720	不足	3,868	78.5%
	急性期	17,851	24,439	6,588	過剰	16,634	▲ 1,217	不足	12,790	76.9%
	回復期	15,260	5,508	▲ 9,752	不足	13,208	▲ 2,052	不足	9,855	74.6%
	慢性期	11,243	11,014	▲ 229	不足	10,886	▲ 357	不足	9,394	86.3%
	休棟等	-	1,407			3,387				
計	50,004	48,954	▲ 1,050	不足	49,045	▲ 959	不足	35,907	73.2%	

※※ 「休棟等」には非稼働、健診のための病棟などを含む。
 ※ 表の赤字は、地域医療構想で想定した病床稼働率（高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%）を超えたもの。

埼玉方式と病床機能実態把握調査を踏まえた機能別病床数の推計方法

1. 高度急性期の要件（A～J）の算定実績がある病棟については、高度急性期相当の患者が一定程度存在すると仮定し、以下のうち最も大きいものを高度急性期相当の病床数とする。
ただし、独自調査結果相当（稼働病床数×独自調査における高度急性期相当の割合）を上限とする。
 - ① 各項目（D,E,G除く）の算定回数 ÷ しきい値
 - ② 各項目（D,E,Gのみ）の算定回数

2. 急性期の要件（K～P）の算定実績がある病棟については、急性期相当の患者が一定程度存在すると仮定し、以下のうち最も大きいものを急性期相当の病床数とする。ただし、稼働病床数から高度急性期相当の病床数を差し引いた病床数を上限とする。
 - ① 各項目（P除く）の算定回数 ÷ しきい値
 - ② 医療・看護必要度を満たす患者の割合（P） × 稼働病床数

3. 稼働病床数から1及び2で算出した高度急性期・急性期相当の病床数を差し引きし、残りを回復期相当の病床数とする。

4. 直近1年間で入院実績のない病棟（病床）及び人間ドック病棟などは休棟等として扱う。

高度急性期の要件	しきい値
A 全身麻酔下手術	2.0回/月
B 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回/月
C 悪性腫瘍手術	0.5回/月
D 超急性期脳卒中加算	算定あり
E 脳血管内手術	算定あり
F 経皮的冠動脈形成術	0.5回/月
G 救急搬送診療料	算定あり
H 救急医療に係る諸項目（6項目）	0.2回/月
I 重症患者への対応に係る諸項目（10項目）	0.2回/月
J 全身管理への対応に係る諸項目（4項目）	8.0回/月

急性期の要件	しきい値
K 手術	2.0回/月
L 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.1回/月
M 放射線治療（比γト枚数）	0.1件/月
N 化学療法	1.0回/月
O 予定外の救急医療入院の人数	10人/年
P 重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	25%