

# 病床機能の見える化の取組について

## 定量的な基準による議論の活性化

「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について」  
(平成30年8月16日付け医政地発0816第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知) 抜粋

病床機能報告に関しては、その内容等について、

- ① 回復期機能に該当する病棟は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されるといった誤解をはじめ、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在すること
- ② 実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること

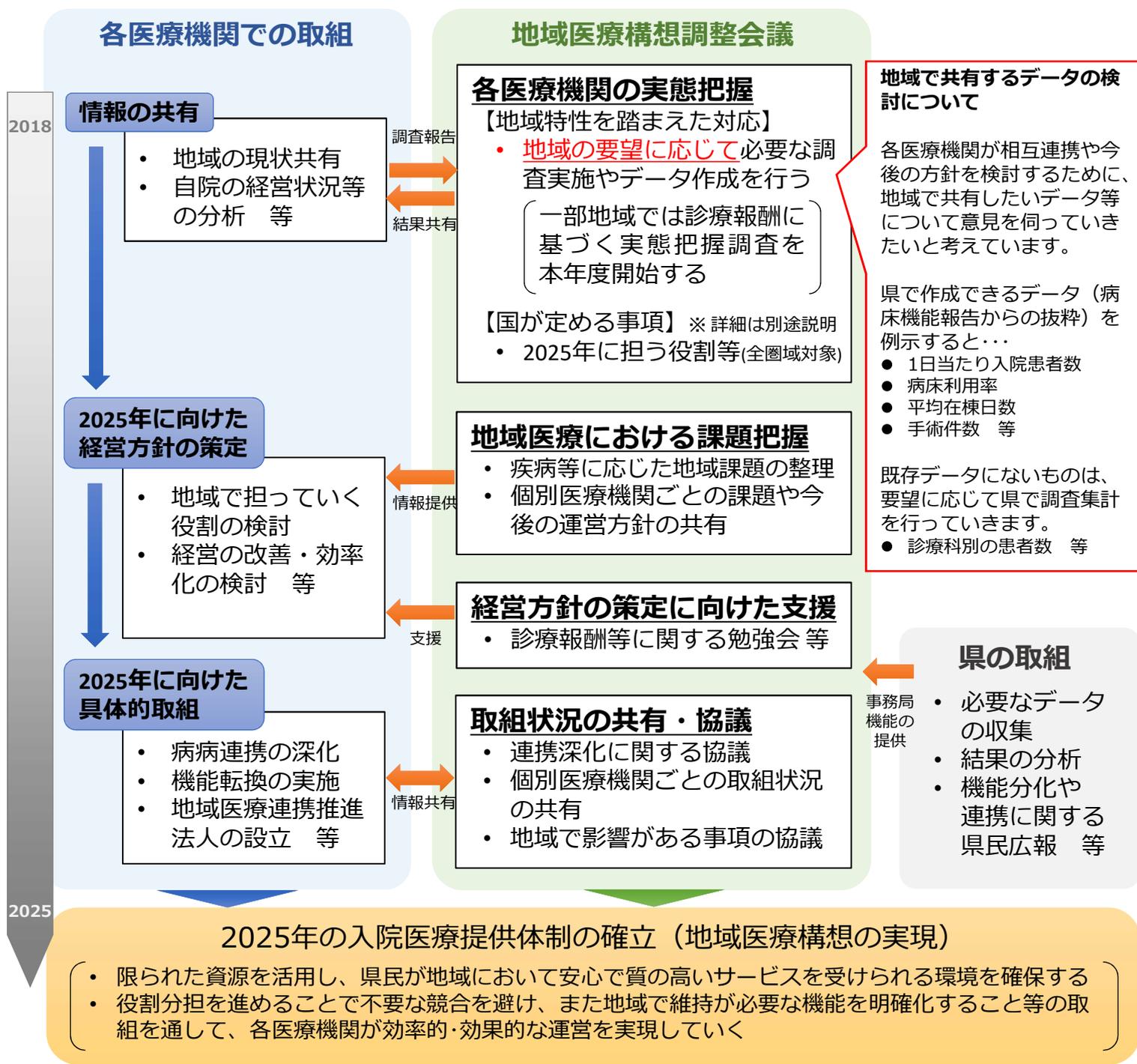
により、詳細な分析や検討が行われないうまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がある。

なお、一部の都道府県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）における議論に活用することで、議論の活性化につなげている。

各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。

# 地域医療構想実現に向けた今後の取組方針

- 県では、病床機能報告制度により医療機能の把握に努めてきたが、医療機能を選択する際の判断基準が定性的で、かつ医療機関の自主的判断であることから、医療機能の現状が適切に把握されているとは言い難い状況にある。
- 地域医療構想を実現し、急性期から回復期、在宅医療等に至る一連のサービス提供体制を地域において確保するためには、各医療機関の現在・将来の医療機能について適切に把握することが必要である。
- そこで地域医療構想調整会議においては、**地域の要望に応じて**各種調査やデータの作成等を実施・共有することで議論の活性化を図り、地域の課題整理やその対応策の検討していく。また、各医療機関の自主的取組(自己分析や機能分化、個別の病病連携等)を促進していく。



# 各圏域での実態把握調査について

- 現行の病床機能報告は、定性的な基準に基づき行われていることから、実態を正確に反映しているとは言い難く、地域医療構想調整会議の本来の目的である2025年に向けた医療提供体制についての議論が十分に進展していない。
- 議論の指標となる地域の実態を反映したデータが必要であり、厚生労働省からも地域の実情に応じた定量的な基準の導入の検討を行うよう通知が出された。
- このため、各会議での意見を基に、定量的な区分による病床機能の把握や、病院毎の連携状況の把握等を通じ、圏域毎に医療体制の実態把握を試みた。
  
- 調査内容は圏域毎に異なるが、着眼点から以下のとおり分類することができる。
- 1. 定量的な基準による病床機能の実態把握を試みた調査
  - ①病棟単位の医療資源投入量に着目したもの : 東葛南部・印旛
  - ②病床単位の医療資源投入量に着目したもの : 市原・山武長生夷隅・香取海匠
  - ③診療実績に着目したもの : 市原
- 2. 病院毎の役割や連携に着目した調査  
病院毎の連携状況や課題認識の把握を目指したもの：千葉

## 調査結果の概要

- 病床毎の医療資源投入量や、診療実績に着目した調査では、調査結果に基づき4区分の既存病床数を試算した。いずれの結果からも、**病床機能報告の集計値が示す大幅な「急性期過剰」と「回復期不足」は生じていないことが示唆された。**
- 病床毎の医療資源投入量を調査した結果、**一般病棟には高度急性期から慢性期まで様々な容態の患者が入院し、機能分化が進んでいないことが把握された。**
- そのため、**現状の把握にあたっては、ひとつの病棟が複数の機能を担っていることを考慮する必要がある**と考えられる。
  
- 地域医療構想では医療区分の低い患者を外来や在宅医療で診療することを想定しているが、療養病棟に入院する患者の医療区分とADLを調査した結果、**医療依存度は低い介護度が高い患者が一定数入院していることが示された。**
  
- 病院間連携を把握するために行ったアンケート調査では、**現在の連携体制の充実度や課題認識について、機能間でギャップがある**ことが示唆された。

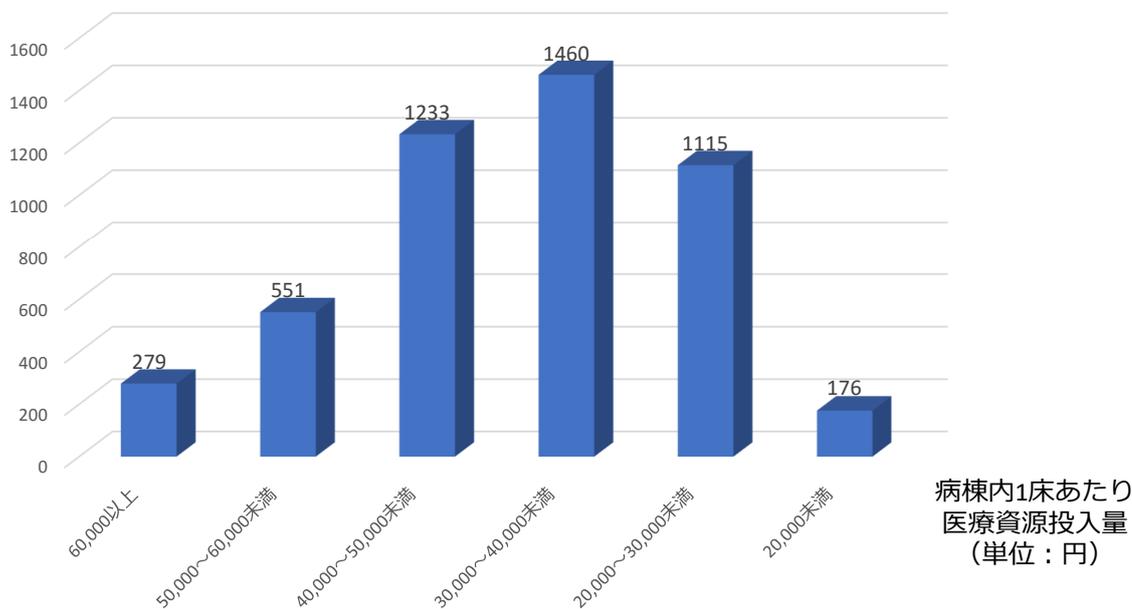


## 1. ①病棟毎の資源投入量による機能把握(東葛南部)

- 圏域内で「高度急性期」機能を有すると報告した15病院の一般病棟について、1か月間の1床あたり医療資源投入量を調査したもの。
- 国が必要病床数で示した高度急性期・急性期の境界は3万円だが、病棟毎の平均資源投入量では3万円を越える病棟が多く見られた。
- ※国の区分線は病床単位を前提とした値であることから、病棟単位の調査結果と単純に比較することは適当でないと考えられる。

(単位：床)

平均医療資源投入量による分類(東葛南部)

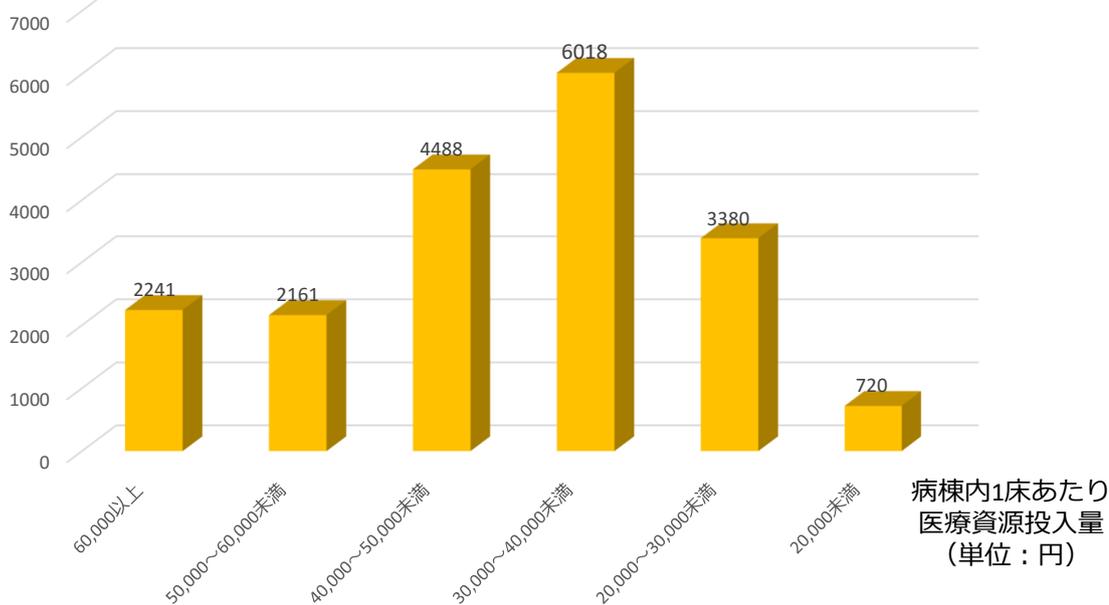


## 1. ①病棟毎の資源投入量による機能把握(印旛)

- 3病院の一般病棟について、毎月の1床あたり医療資源投入量を算出し、12か月分積み上げたもの。
- ※3病院の調査対象実病床数は合計で約1,600床
- 郡部の中核病院における医療資源投入量の大きな分布・傾向を把握することができた。
- 診療科による差異、季節の影響、病棟の運営手法の違い等については留意する必要がある。

平均医療資源投入量による分類(印旛)

(単位：床)



# 1. ②病床毎の資源投入量による機能把握

## (1) 調査内容

- 特定の基準日における入院患者の医療資源投入量等を調査し、入院する患者を機能別に分類する。
- 療養病棟に入院する患者の医療・ADL区分を調査し、現在、療養病棟が担っている役割を明らかにする。(市原・山武長生夷隅のみ実施)

## (2) 医療資源投入量の算出方法

$$\text{医療資源投入量 (点)} = \text{診療報酬点数 (総点数)} - \text{入院基本料 (点)}$$

※ 控除する入院基本料には、加算部分は含まない。

※ 食事療養費は含まない。

## (3) 機能区分の基準

医療機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
医療資源投入量 (点)	3,000点以上	3,000点未満 600点以上	600点未満 175点以上	175点未満

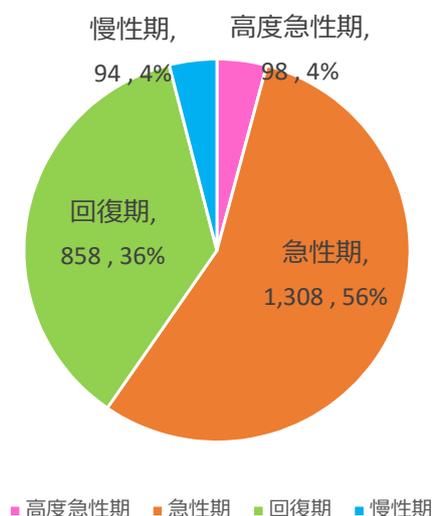
## (4) 実施区域と医療資源投入量調査の対象

- 市原 : 一般病床を有する病院の一部(総病棟数が2以下の3病院)
- 山武長生夷隅 : 一般病床又は療養病床を有する病院・診療所
- 香取海匝 : 一般病床又は療養病床を有する病院

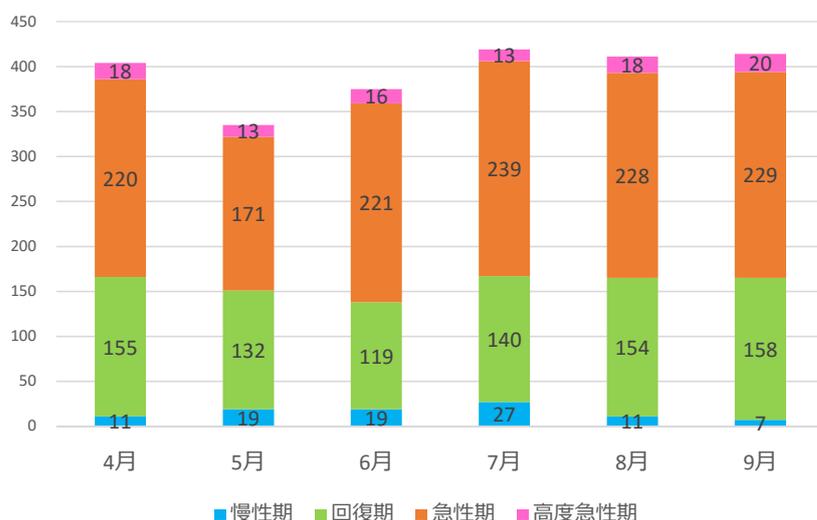
# 1. ②病床毎の資源投入量による機能把握(市原)

- 1つの病棟内に高度急性期から慢性期まで様々な患者が入院していることから、実態を把握するために病床単位の調査が必要、との意見に基づく調査であり、市原では3病院を対象に行った。(平成30年4月から9月までの各月連続する3日間を指定して調査した)
- 病床機能報告は3病院の合計157床は全て急性期であり、埼玉方式では全て回復期になるが、調査結果によれば、急性期が56%、回復期が36%、高度急性期と慢性期が各4%となり、病棟数が少ない病院については、病床単位で見の方が実態をより正しく把握できることが伺える。

病床単位調査 (3病院6か月合算)

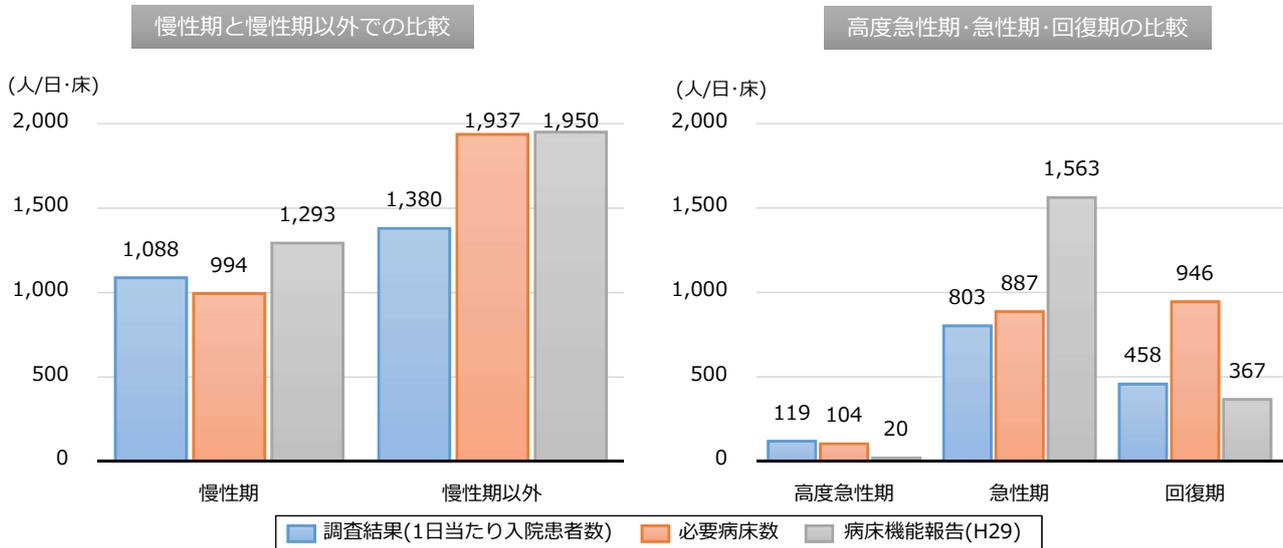


病床単位調査 (3病院月別)



# 1. ②病床毎の資源投入量による機能把握(山武長生夷隅)

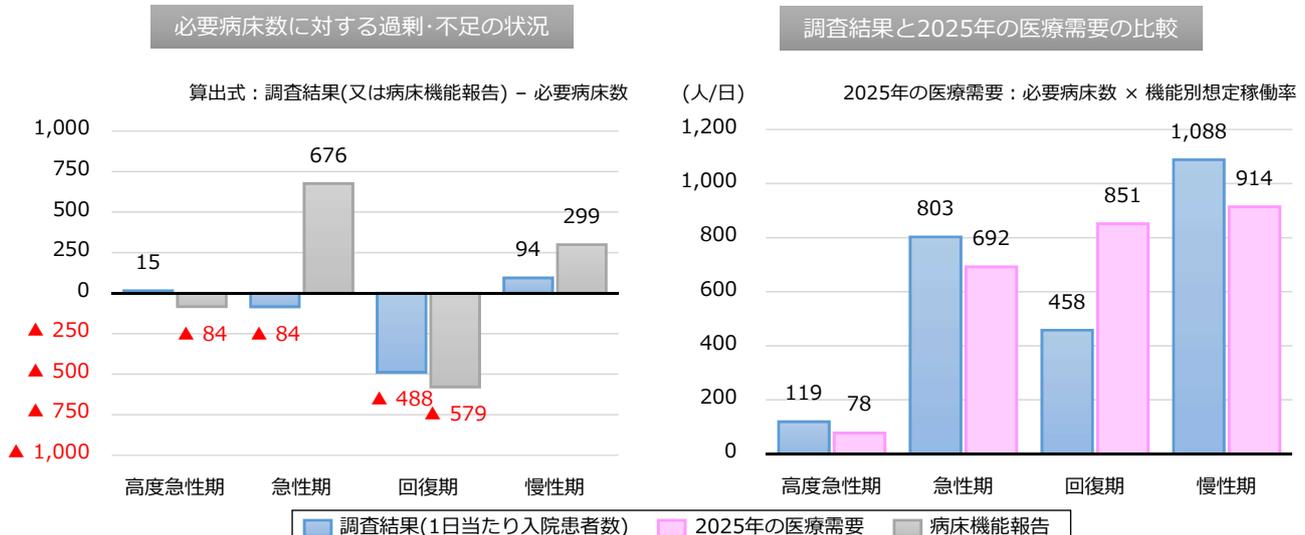
- 慢性期の入院患者数は病床機能報告で報告されている病床数の85%程度であり、2025年の必要病床数より1割程度多い結果であった。
- また、慢性期以外の必要病床数(1,937床)は、病床機能報告で報告されている病床数(1,950床)とほぼ同数であるが、現状の入院患者数は、必要病床数・報告数に対して7割程度であった。
- 慢性期以外の3機能について機能別に比較すると、高度急性期・急性期については、現状の入院患者数と2025年の必要病床数がほぼ同数で、回復期については5割程度であった。



※ 医療資源投入量が算出できなかった患者については、暫定的に病床機能報告で報告のあった機能に入院患者数を計上している。

# 1. ②病床毎の資源投入量による機能把握(山武長生夷隅)

- 病床機能報告と2025年の必要病床数を比較すると、急性期が大幅過剰、回復期が大幅不足、慢性期が過剰という傾向であったが、調査結果と2025年の必要病床数を比較すると、回復期の大幅な不足以外は必要病床数に近い数値となった。
- また、必要病床数は2025年の医療需要を想定稼働率で割り戻して算出していることから、必要病床数に想定稼働率を乗じて2025年の医療需要を出し、調査結果の入院患者数と比較したところ、2025年に向けて、高度急性期・急性期・慢性期相当の入院医療需要は減少するが、回復期相当(医療資源投入量175～600点相当)の入院医療需要が大幅に増加することで、入院患者の総数は増加することが見込まれる。

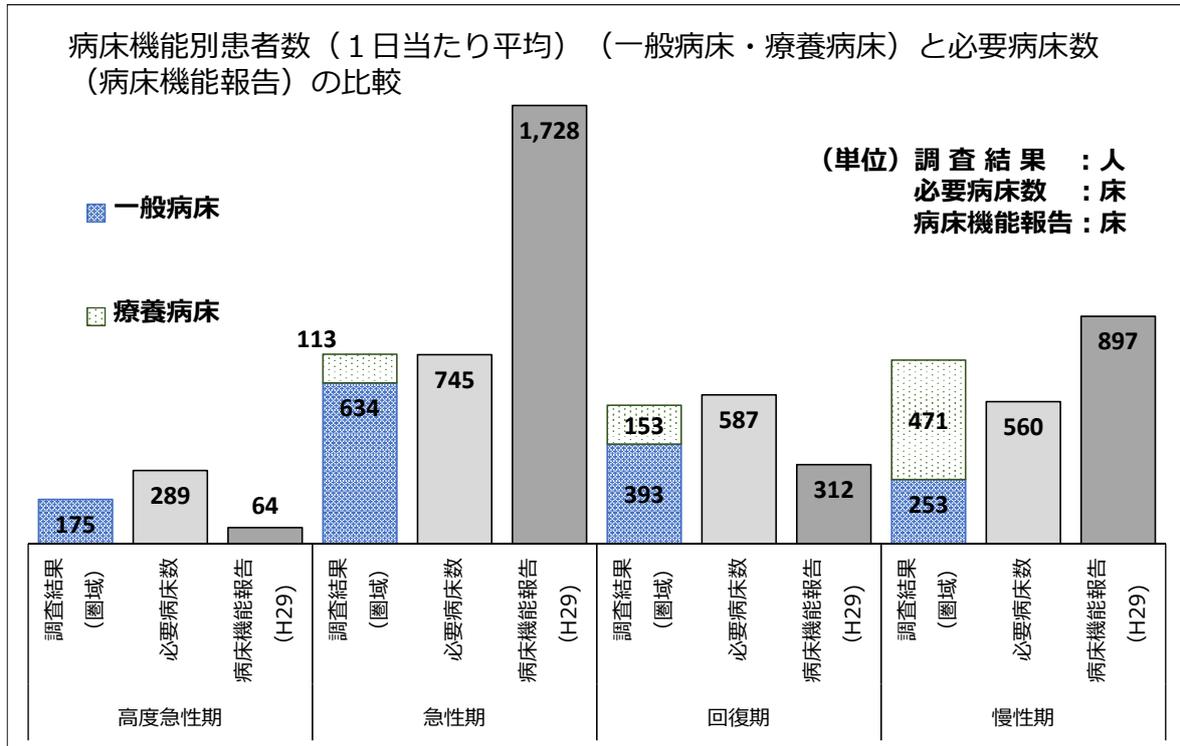


※ 医療資源投入量が算出できなかった患者については、暫定的に病床機能報告で報告のあった機能に入院患者数を計上している。

# 1. ②病床毎の資源投入量による機能把握(香取海匝)

○病床機能報告の結果では、必要病床数と比較して高度急性期と回復期が不足し、急性期と慢性期が過剰となるが、調査結果では4区分すべてにおいて極端な過不足は解消し、100床程度の誤差となった。

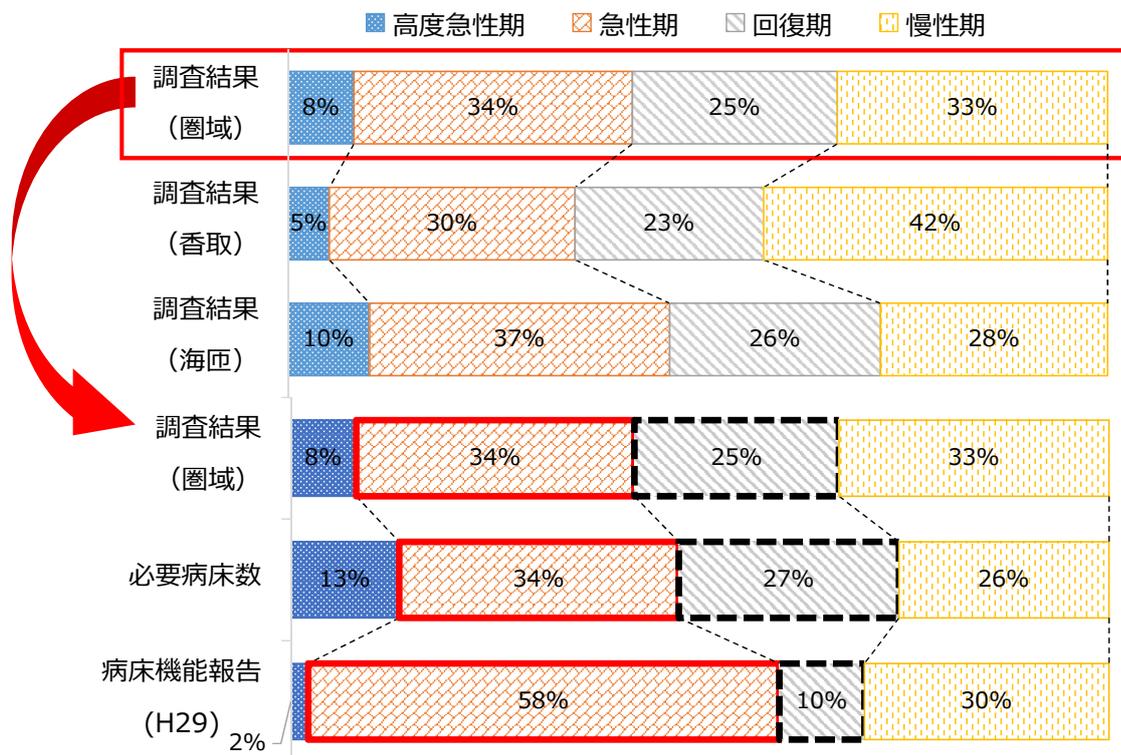
※「調査結果」には、診療所及び介護療養病棟の病床数(患者数)が含まれていない。



# 1. ②病床毎の資源投入量による機能把握(香取海匝)

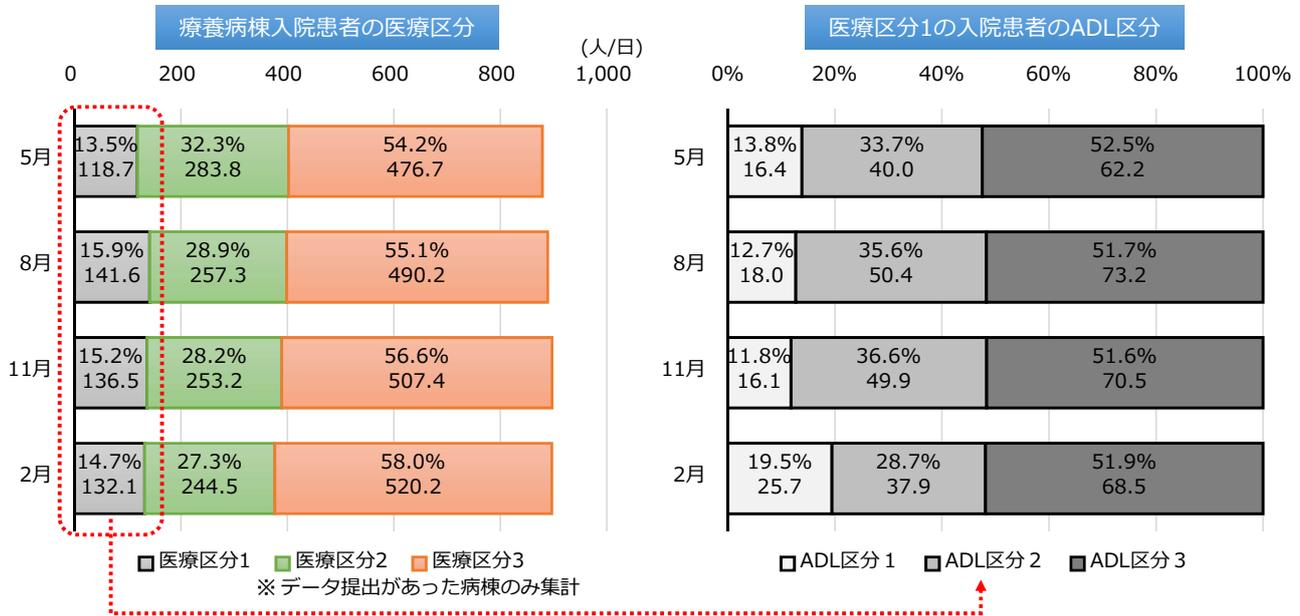
○構成率による比較では、必要病床数の内訳に対し調査結果では慢性期の割合がやや多く、急性期が同率となり、残る2機能がやや少ない。

※香取海匝では療養病棟においても医療資源投入量を調査して機能区分の試算に含めている。



# 1. ②病床毎の資源投入量による機能把握(療養病床調査/山長夷)

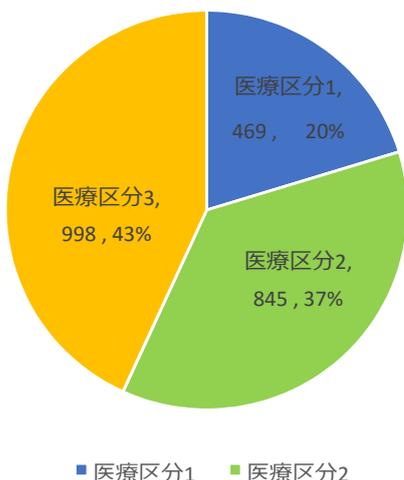
- 慢性期の入院患者数は、病床機能報告で報告されている病床数の85%程度であり、2025年の必要病床数より1割程度多い結果であった。
- また、慢性期以外の必要病床数(1,937床)は、病床機能報告で報告されている病床数(1,950床)とほぼ同数であるが、現状の入院患者数は、必要病床数・報告数に対して7割程度であった。
- 慢性期以外の3機能について、機能別に比較すると、高度急性期・急性期については、現状の入院患者数と2025年の必要病床数がほぼ同数で、回復期については5割程度であった。



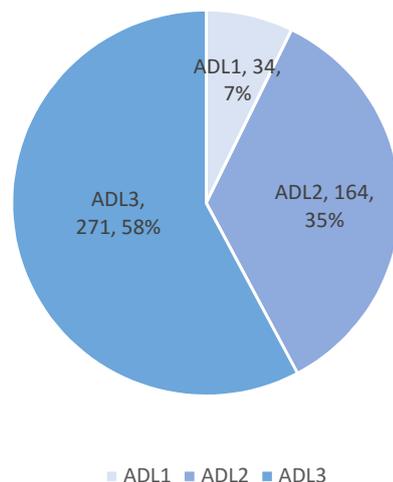
# 1. ②病床毎の資源投入量による機能把握(療養病床調査/市原)

- 地域医療構想における慢性期機能の必要病床数は、医療区分Ⅰの患者の7割を在宅等に移行する想定で算出されていることから、現在の療養病棟における入院患者の状態を調べた調査で、市原では4病院を対象に行った。(平成30年4月から9月までの各月連続する2日間を指定して調査した。)
- 調査結果によれば、医療区分1が全患者の20%、区分2が37%、区分3が43%で、区分1の患者のうち58%がADL区分3となった。市原は慢性期病床が不足している医療圏だが、移行の進捗次第では不足幅が拡大する可能性がある。

療養病棟調査(医療区分・6か月)



療養病棟調査(医療1のADL内訳)



# 1. ③診療実績による機能把握(市原)

## (1) 調査内容

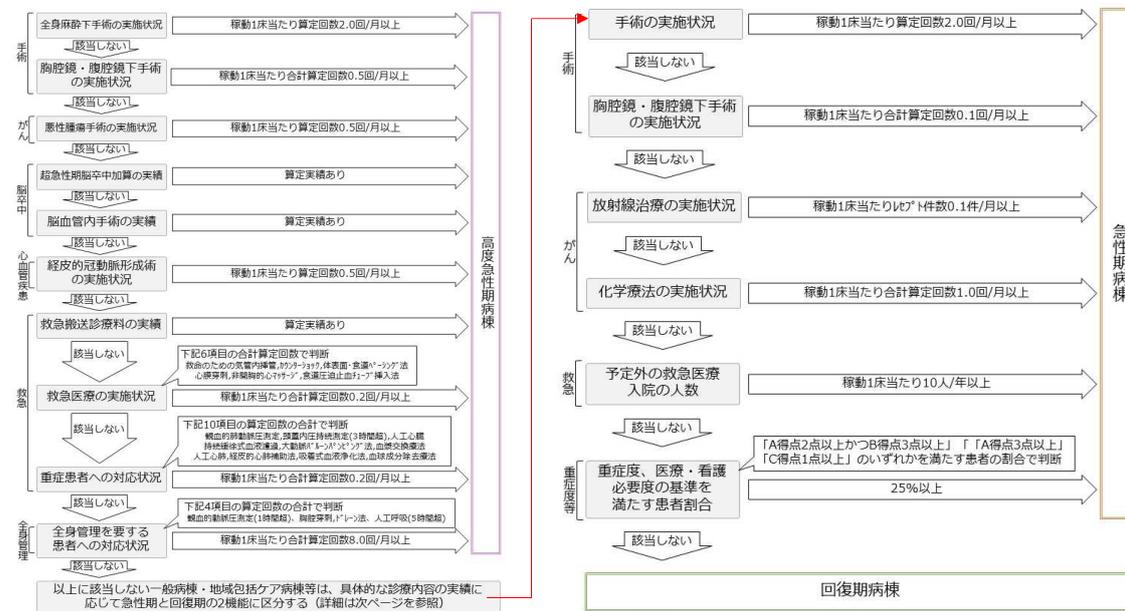
- 埼玉方式による診療実績に基づく区分を、30年度の診療データで行う。
- 診療データは30年4月から9月の6か月分を収集し、通常の見込みよりも長い期間の実績で区分する。

## (2) 調査対象

市原地域の一般病床又は療養病床を有する病院

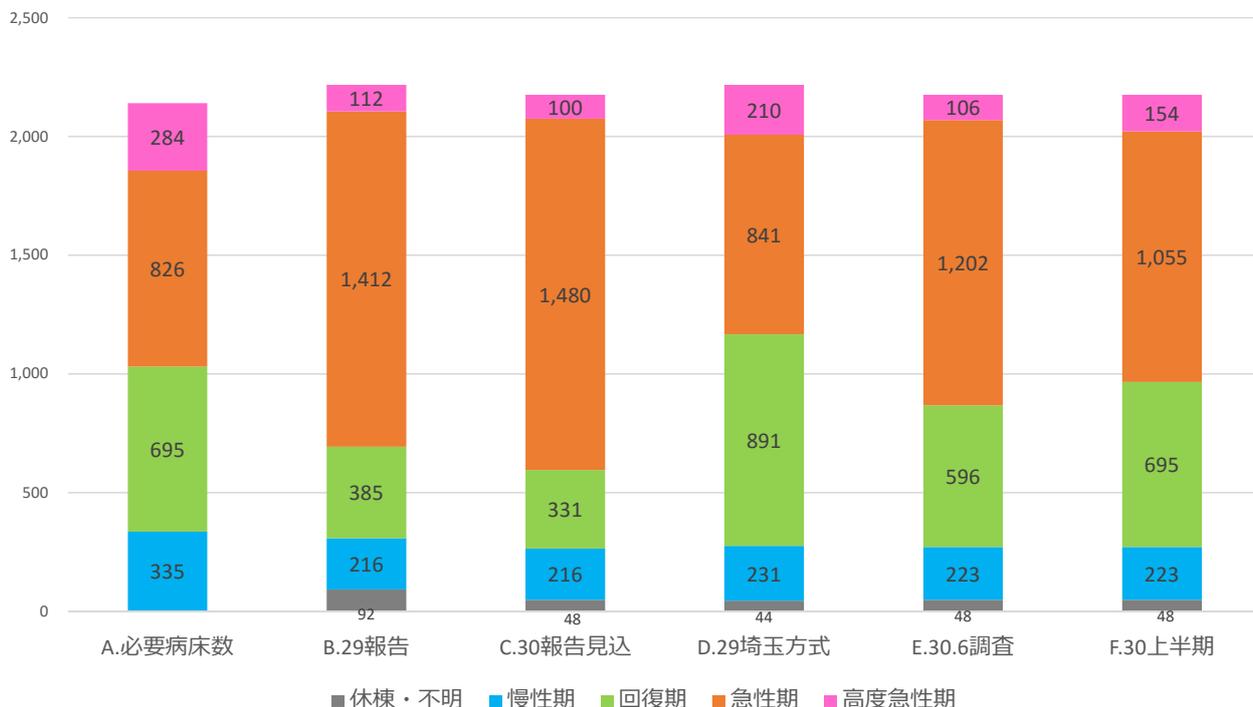
※病床単位調査を行った3病院は調査対象外とし、試算結果を合計する。

(参考)



# 1. ③診療実績による機能把握(市原)

- 6か月間実績での埼玉方式試算に、病床単位調査を行った3病院の機能内訳を合算した(F)。
- 病床機能報告(B,C)では必要病床数に比べ、急性期が大きく過剰・その他3機能が不足となっていたが、調査結果では3機能の不足が改善し、回復期については不足が解消した。
- 部会では、地域の医療機能をひとつの切り口から示したデータとして、病院毎の内訳を含め共有した。



## 2. 病院の役割や連携状況等に係るアンケート調査(千葉)

### (1) 調査内容

- 地域において自院が担っている医療機能や、他の機能を有する病院との連携状況、連携深化にあたっての課題認識等について、アンケート形式による調査を実施した。
- 具体的な連携に関する項目は、MSWなど実際に入退院支援・地域医療連携の実務を担っている職員や部門に回答を依頼した。

### (2) 調査項目

- 自院が担っている機能
- 対応可能な患者の病態等
- 地域における自院と同様の機能や自院と連携する他機能の過不足感
- 他機能を有する病院との連携度合
- 連携にあたっての課題・連携時に障害となる事項

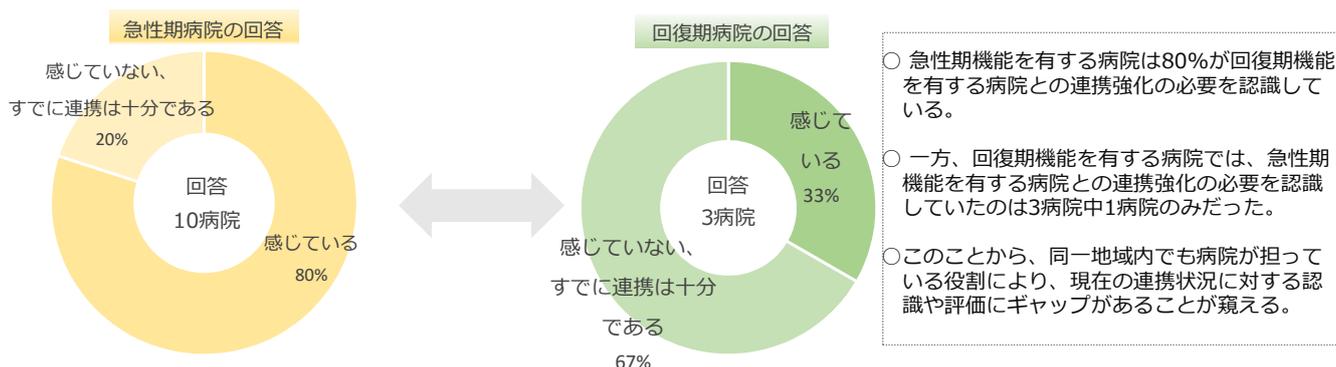
等

### (3) 実施地域と調査対象

千葉地域の11病院（公立公的7病院及び地域の救急や療養機能を担う病院）

## 2. 病院の役割や連携状況等に係るアンケート調査(千葉)

### Q. 回復期（急性期）機能を持つ病院との連携強化の必要性



### Q. 回復期（急性期）機能を持つ病院に期待すること

- | 急性期病院の回答   | 回復期病院の回答  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 早期受入</li><li>・ 経済困窮の患者やキーパーソン不在の患者の受入</li><li>・ 受入に消極的な疾患の解消 等</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・ マイナス面を含めた十分な医療情報の提供</li><li>・ 運動機能や日常生活動作に係る情報の提供</li><li>・ リハビリ職の意見が添付された紹介状</li><li>・ 急性増悪時の再転院受入 等</li></ul> |

○急性期病院は円滑かつ迅速な転院、回復期病院は患者情報の十分な事前把握を、それぞれ期待している。  
○双方の希望を両立させるためには、病院間転院に係る連携深化が必要と思料される。

## 2. 病院の役割や連携状況等に係るアンケート調査(千葉)

- 地域医療構想の推進にあたっては、病院間・病床間の連携深化が必要であるとされているが、現在の連携体制への評価や課題認識については病院が有する医療機能によりギャップが生じていると思われる。
- 千葉圏域においては、急性期病院・回復期病院間で回復期機能の過不足感は近似していた。

### Q. 回復期機能の現状と将来（2025年）の過不足感

