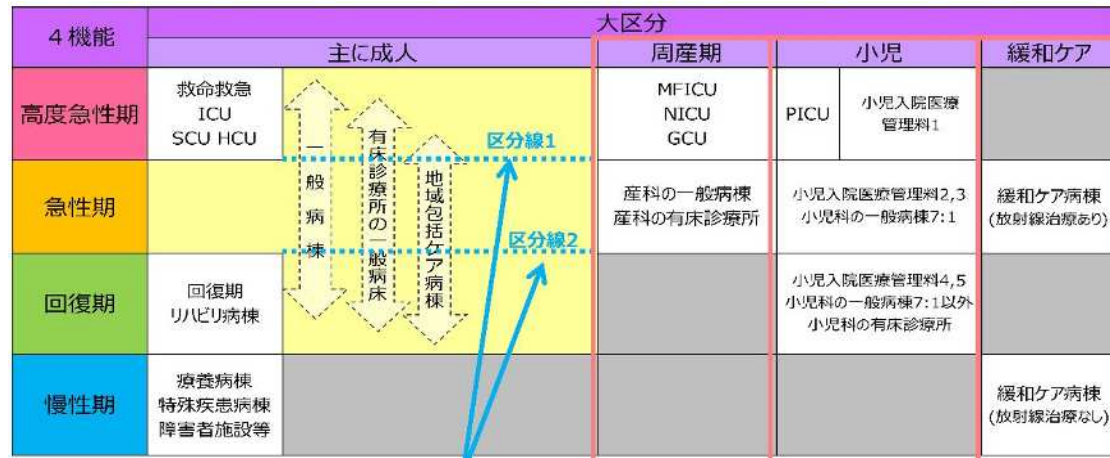


1 背景

地域医療構想における病床の必要量と、現在の病床機能報告の4機能別病床数は単純に比較できるものではない。そのような中、現在の病床機能報告では、回復期が大幅に不足していると誤解させる事態が生じている旨の国WGにおける指摘を受け、厚生労働省が、各県の地域医療構想調整会議の議論を活性化する観点で、本年度中に医療機能や供給量を把握するための目安として定量的な基準の導入を都道府県に対して求める通知を发出（参考資料1参照）。厚生労働省において、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を円滑に作成できるよう、データ提供等の技術的支援を実施することとなった（埼玉県方式）。

2 厚生労働省からデータ提供等を受けた定量的な基準について（以下、「国提供の定量的基準」という。）



1 病床を40床当たり等に換算して、具体的な機能に応じて区分線を引く

<区分線1>

区分線1で高度急性期に分類する要件		しきい値	
		稼働病床1床当たりの月間の回数	40床の病床に換算した場合
手術	A 全身麻酔下手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上
	B 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
がん	C 悪性腫瘍手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
	D 超急性期脳卒中加算	あり	あり
脳卒中	E 脳血管内手術	あり	あり
	F 経皮的冠動脈形成術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
心血管疾患	G 救急搬送診療料	あり	あり
	H 救急医療に係る諸項目（下記の合計） ・救命のための気管内挿管 ・体表面・食道ペースティング法 ・非開胸的心マッサージ	0.2回/月・床以上	8回/月以上
救急	I 重症患者への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的肺動脈圧測定 ・持続緩徐式血液濾過 ・大動脈バルーンポンピング法 ・経皮的な心臓補助法 ・人工心臓	0.2回/月・床以上	8回/月以上
	J 全身管理への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的動脈圧測定(1時間超) ・ドレーン法	8.0回/月・床以上	320回/月以上
全身管理		上記A~Jのうち1つ以上を満たす	

※…主たる診療科が産科・産婦人科・小児科・小児外科であるものを除く。

<区分線2>

区分線2で急性期に分類する要件		しきい値	
		稼働病床1床当たりの月間の回数	40床の病床に換算した場合
手術	K 手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上
	L 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.1回/月・床以上	4回/月以上
がん	M 放射線治療（レセプト枚数）	0.1枚/月・床以上	4枚/月以上
	N 化学療法（日数）	1.0日/月・床以上	40日/月以上
救急	O 予定外の救急医療入院の人数	10人/月・床以上	400人/月以上
重症度等	P 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	25%以上	25%以上
上記K~Pのうち1つ以上を満たす			

※…主たる診療科が産科・産婦人科・小児科・小児外科であるものを除く。

3 愛知県の病床機能報告（2017年度）を国提供の定量的基準を使用して試算した結果

【2025年の病床数の必要量】（愛知県）

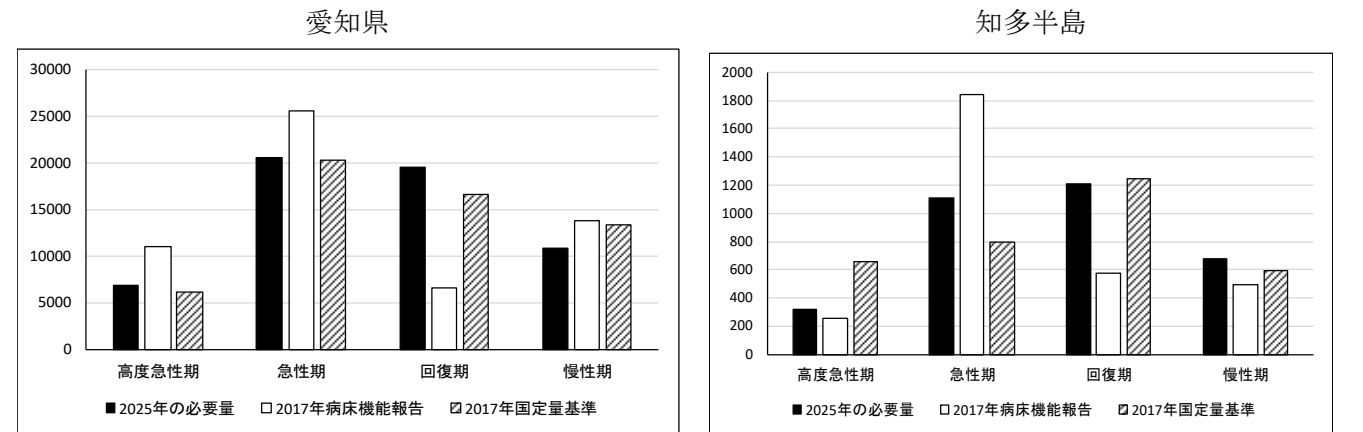
4機能区分	愛知県計	名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部
高度急性期	6,907床	2,885床	192床	799床	407床	565床	319床	368床	231床	585床	19床	537床
急性期	20,613床	8,067床	640床	2,309床	1,394床	1,822床	1,108床	1,128床	706床	1,703床	103床	1,633床
回復期	19,480床	7,509床	772床	1,374床	1,508床	1,789床	1,209床	990床	902床	1,770床	70床	1,587床
慢性期	10,773床	3,578床	377床	786床	613床	1,209床	674床	578床	486床	940床	75床	1,457床
合計	57,773床	22,039床	1,981床	5,268床	3,922床	5,385床	3,310床	3,064床	2,325床	4,998床	267床	5,214床

【2017年度病床機能報告結果】（愛知県）

4機能区分	愛知県計	名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部
高度急性期	11,033床	5,930床	187床	2,068床	92床	664床	251床	373床	305床	405床	0床	758床
急性期	25,541床	8,777床	926床	1,437床	2,479床	2,596床	1,847床	1,461床	1,015床	2,453床	126床	2,424床
回復期	6,553床	2,351床	354床	86床	583床	583床	578床	261床	340床	698床	99床	620床
慢性期	13,778床	4,457床	528床	858床	585床	1,350床	494床	549床	662床	1,216床	211床	2,868床
休棟、無回答等	1,386床	430床	48床	194床	93床	61床	315床	0床	57床	52床	29床	107床
合計	58,291床	21,945床	2,043床	4,643床	3,832床	5,254床	3,485床	2,644床	2,379床	4,824床	465床	6,777床

<2017年度病床機能報告結果を、国提供の定量的基準で試算した結果>

4機能区分	愛知県計	名古屋・尾張中部	海部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部東	西三河南部西	東三河北部	東三河南部
高度急性期	6,133床	2,049床	124床	847床	392床	385床	656床	356床	105床	724床	0床	495床
急性期	20,237床	8,575床	669床	1,935床	1,266床	1,909床	797床	1,030床	790床	1,391床	121床	1,754床
回復期	16,613床	6,703床	657床	780床	1,232床	1,509床	1,250床	602床	705床	1,434床	99床	1,642床
慢性期	13,291床	4,065床	527床	866床	566床	1,308床	595床	566床	647床	1,142床	211床	2,798床
不明	2,017床	553床	66床	215床	376床	143床	187床	90床	132床	133床	34床	88床
合計	58,291床	21,945床	2,043床	4,643床	3,832床	5,254床	3,485床	2,644床	2,379床	4,824床	465床	6,777床



<参考>

国提供の定量的基準に関する病院団体協議会からの提言

国提供の定量的基準の分類要件では、「データ抽出期間が6月1か月分のみでは季節変動が反映されない」など、多くの御意見が寄せられ、「本県においては、参考にとどめておくべきもの」との提言が、1月22日付けで寄せられている。

（提言の全文は参考資料2を参照）

医政地発 0816 第 1 号  
平成 30 年 8 月 16 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長  
（ 公 印 省 略 ）

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

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がっている。

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。

なお、地域の実情に応じた定量的な基準の導入に向けた地域での協議は、「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成 30 年 6 月 22 日付医政地発 0622 第 2 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により示した都道府県単位の地域医療構想調整会議を活用し、議論を進めることが望ましい。

また、厚生労働省において、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を円滑に作成できるよう、データ提供等の技術的支援を実施していく予定であり、適宜活用されたい。

## 埼玉県方式分類要件の問題点：愛知県への提言

病床機能の定量的基準としての埼玉県方式について、愛知県内 18 病院において自院データを当てはめた結果と現状を対比し、指摘された問題点は以下の通りである。

### 【1】高度急性期分類要件について

- 悪性腫瘍手術について、手術名に「悪性腫瘍」の表記がない手術がカウントされていない（肝切除術、膵頭部腫瘍切除術、直腸切除術等）ため、評価が実態と大きく異なる。
- 脳卒中領域においては指標が血管内治療に限定されており、くも膜下出血への開頭手術や頸動脈手術等が評価されていない。また、1 件でもあれば高度急性期に該当してしまう為、意図的に入院病棟を分散すれば高度急性期病棟が増加する。
- 心血管疾患の分類要件に「経皮的カテーテル心筋術（アブレーション）」の項目を追加すべきである。
- 救急搬送診療料については入院基本料を算定する場合、併算定不可能な項目であり、一般病棟の指標としては適さないと思われる。ドクターカーを運用している病院の病棟は要件に適合しやすくなる。ドクターカーで搬入される病棟は必ずしも ICU・CCU・HCU ばかりでなく、一般病棟への入室もある。たまたま 6 月に病棟入室があればその病棟が高度急性期と定義され実態が反映されない。
- 内科系の評価項目が少ない。
  - ・造血器の悪性疾患で、血液細胞の移植医療や無菌室管理、輸血療法等、血液疾患に対する高度な治療が全く評価されていない。
  - ・侵襲的な消化器治療等の救命に係る内科的治療を評価する項目がない。
  - ・DPC 制度上の医療機関群における特定病院群の設定要件上の実績要件に「特定内科診療」に類する評価がある。医療資源投入量による病床機能の判定が必要である。

### 【2】急性期分類要件について

- がん領域における放射線治療・化学療法はともに外来移行が主流であるので、病棟における実施件数を指標とすると入院圧力が高まり医療費の高騰を招く。
- 整形外科領域における指標は、手術・救急入院しか存在しないため実態と評価が異なる。中でも、初期・早期リハビリテーション加算は急性期治療の指標とし、交通外傷、労災事故等は特に評価されるべきである。
- 高度急性期に該当しない一般病棟の多くで、急性期の判定で「P: 重症度、医

療・看護必要度」の値のみが該当する病棟が多い。そのような病棟においては、必要度の月間にばらつきがあり、急性期となるか回復期となるかの影響を強く受けてしまう。

### 【3】高度急性期・急性期共通

- データ抽出期間が 6 月の半月であるため、季節変動が反映されず実態と評価が異なる。通常、冬季に重篤な患者が増加する傾向にあるため、半月をもって指標とすることは疑問視される。手術件数や病床稼働率には季節変動の差異（冬季に高い）が大きく、半月のデータに基づいて病床機能の評価することは難しい。連年で比較した場合、6 月が平均的な実績かどうか不明である。1 か月分のみのデータでは、月間の患者背景のばらつきが反映しないため、データの対象期間はある程度の期間を設定する必要がある。
- データ元がレセプトであるため、DPC 算定施設では包括化され、レセプトに反映されない項目は実態が反映されない。
  - ・化学療法においてある病院において以下の通り乖離が確認された。
    - 「内服薬を用いている化学療法」について、レセプトデータを基礎とする病床機能報告では 1 件/レセプト（1 日/算定日数）とされているが、電子カルテから抽出したデータでは、2 件/患者数（6 日/処方日数）確認された。
    - 同様の乖離が、一部の腫瘍用薬、気管内挿管等の各種処置、頭蓋内圧測定等の各種検査においても発生している。
- MFICU を除く産科領域は自動的に急性期と位置付けられるため実態と乖離している。ハイリスク分娩・妊娠管理加算、帝王切開術件数、分娩件数等の実績を指標とすることで、実際には高度急性期に相当する医療機関も存在すると想定される。
- 周産期センターGCUについては、算定入院料で判断すると回復期、機能で判断すると高度急性期となるが、機能を優先して高度急性期とされるべきである。全身管理の分類要件に「出生時体重 2,500g 未満の低出生体重児」の項目が追加されるべきである。
- 大区分「小児」において、成人混合病棟の取り扱いで、小児がん中心の混合病棟では、小児入院医療管理料 4 の算定に該当し、「回復期」とされている一方、区分線 2 の項目で評価すれば、「化学療法」に該当し急性期となり判断し難い。
- 平均在院日数は問われていないが、高度急性期、急性期ならば、斟酌が必要ではないか。
- 当該指標で高度急性期、急性期に該当しないため回復期と判定される病棟があるが、病床機能報告に定められた「医療機能の内容（添付資料参照）」における回復期機能や慢性期機能を有しているわけではないため、その判定には疑義がある。

#### 【4】その他全般的に

- 病院全体として高度急性期及び急性期患者を受け入れている数から病床機能を算定するべきである。埼玉県方式のように各病棟で算定すれば、ICUや救急病棟等の特定の病棟のみがしきい値を超える状況となる。これに対して混合病棟化などを行う病院が出てくるのが懸念されるが、医療安全上の問題がある。
- 埼玉県方式は外科系の管理に偏っているが、内科系でも重症な患者は多い。将来の受入可能施設を考慮する上でも、専門医の人数や病院の施設基準、高度医療機器等の病院設備等も算定要件に入れるべきである。
- それぞれの地域の特性（医療機関の地理的配置や将来構想等）を十分に吟味しないと地域包括ケアシステムが混乱に陥り、取り返しのきかない事態となる。地域住民の医療・介護に安心・安全を確保するという目標を見失ってはならない。数値データが本来の目的を超えて独り歩きすることは過去に何度も経験してきた。
- 国が推進する地域包括ケアシステムにおける在宅医療や認知症対策を考えると、そのバックアップ体制のために必要な機能を持つ急性期病床が、埼玉県方式の急性期の区分線 2 の設定基準より大きく外れている。出されたデータからその機能も読み取れない。地域での特性を数値のみで分析することは困難であり、埼玉県方式で出された数値を用いて地域の実情を議論しても、地域医療構想調整会議が活性化されるとは考えられない。

以上、列記したように、病床機能報告に関する定量的基準としての埼玉県方式の要件項目には、病院医療の実態が反映されない多くの看過できない問題点があります。

あくまで埼玉県で提示された例として、本県においては、参考にとどめおくべきものと考えます。

2019年1月22日

愛知県病院団体協議会

- 一般社団法人愛知県病院協会 会長 浦田士郎
- 一般社団法人愛知県医療法人協会 会長 木村 衛
- 一般社団法人愛知県精神科病院協会 会長 舟橋利彦
- 日本病院会愛知県支部長 松本隆利
- 全日本病院協会愛知県支部長 太田圭洋