

平成 3 0 年度 病床機能の見える化に係る検討状況

平成 3 0 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おり、参考値として埼玉方式による病床機能別の病床数を推計する案を提示したが、各区域から様々な意見をいただいたことから一部を見直すこととし、本年度実施した実態把握調査の結果を活用して病床機能の見える化を図る新たな案を提示したい。

《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		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			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)

《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
- ・ 埼玉県の実態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。同調査実施区域（香取海匝、山武長生夷隅、市原）は調査結果から推計し、その他の区域は調査データとともに、埼玉方式を部分的に利用して機能別の病床数を推計する。
3. この推計結果は、調整会議において必要病床数に対する現状の過不足の実態を確認・協議するために提示する**参考値**であり、各医療機関の病床機能報告のルール化を図るものではない。

《概要》

(1) 医療機能が明確な病床

埼玉方式（資料22ページ 別紙1）を活用して区域単位で集計する。

(2) 高度急性期機能：

- ① 東葛南部、印旛区域については調査検討結果から、病棟当たりの1人1日あたりの平均医療資源投入量47,000円を超える病棟を高度急性期病棟と看做して集計する
- ② その他の圏域の高度急性期病棟は、埼玉方式の高度急性期の基準（5ページ 別紙2）により集計する

(3) 急性期・回復期機能

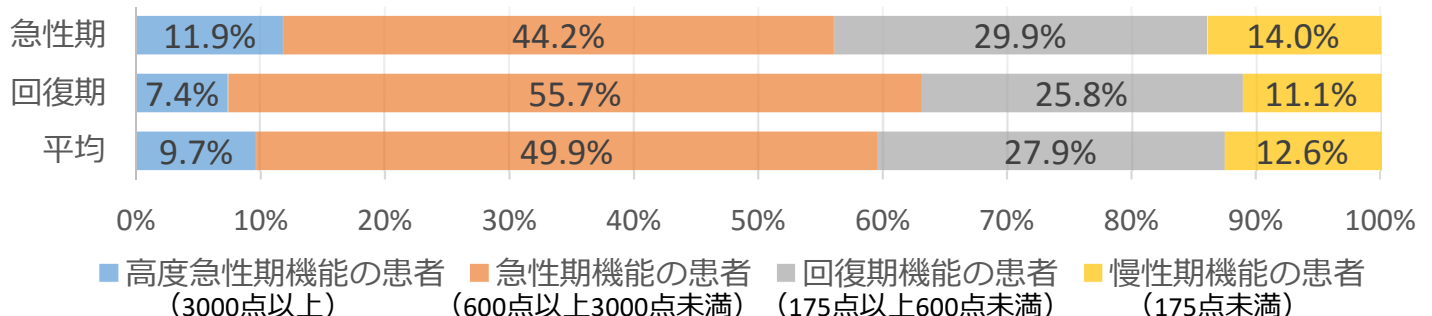
- 調査結果から、いずれの病棟も急性期相当の患者と回復期相当の患者が混在していると考えられるため、(1) (2) に該当しなかった病棟については、表の割合に基づき、急性期の病床と回復期相当の病床を区分し集計する。

急性期	回復期
59.6%	40.4%

- なお、全県で実施した調査ではないため、割合等の取り扱いについては各区域の状況に応じて見直しができることとする。
- 君津区域においては、医療の状況は調査実施区域に比較的近似すると考えられるため、急性期と回復期の区分割合は調査結果の数値（表の割合）を用いる。

《参考》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に分け、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たい。



H 2 9 年君津構想区域における病床機能の見える化（案）

1. 特定入院料などにより医療機能が明確な病床は、埼玉方式（別紙 1）を活用して区分する。
2. 高度急性期の区分は、埼玉方式の高度急性期の基準（別紙 2）を活用する。
3. 4. 1～3に該当しない一般病棟は、病棟を機能別にラベリングすることなく、全病棟の病床数の 59.6%を急性期、40.4%を回復期とする。

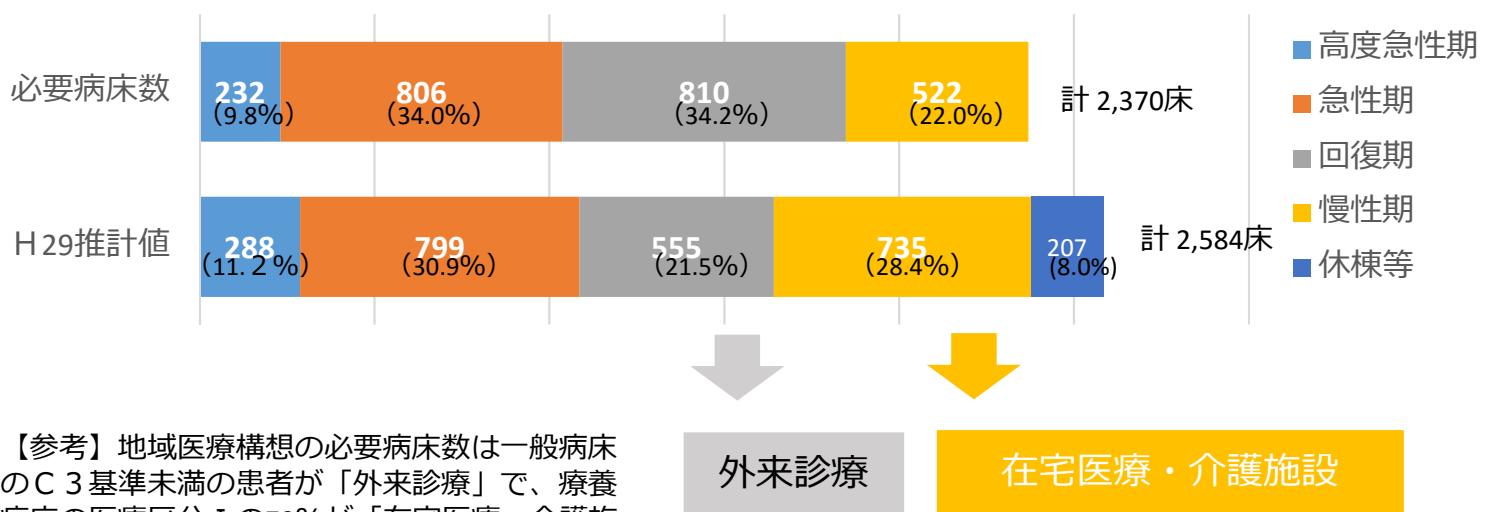
表 1 : H 2 9 年度の病床機能報告の結果

	必要病床数 A	病床機能報告 B	差し引き B - A	
高度急性期	232	492	260	過剰
急性期	806	1,014	208	過剰
回復期	810	183	▲627	不足
慢性期	522	826	304	過剰
休棟等		23	23	
計	2,370	2,538	168	

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	232	288	56	過剰
急性期	806	799	▲7	不足
回復期	810	555	▲255	不足
慢性期	522	735	213	過剰
休棟等		207	207	
計	2,370	2,584	214	

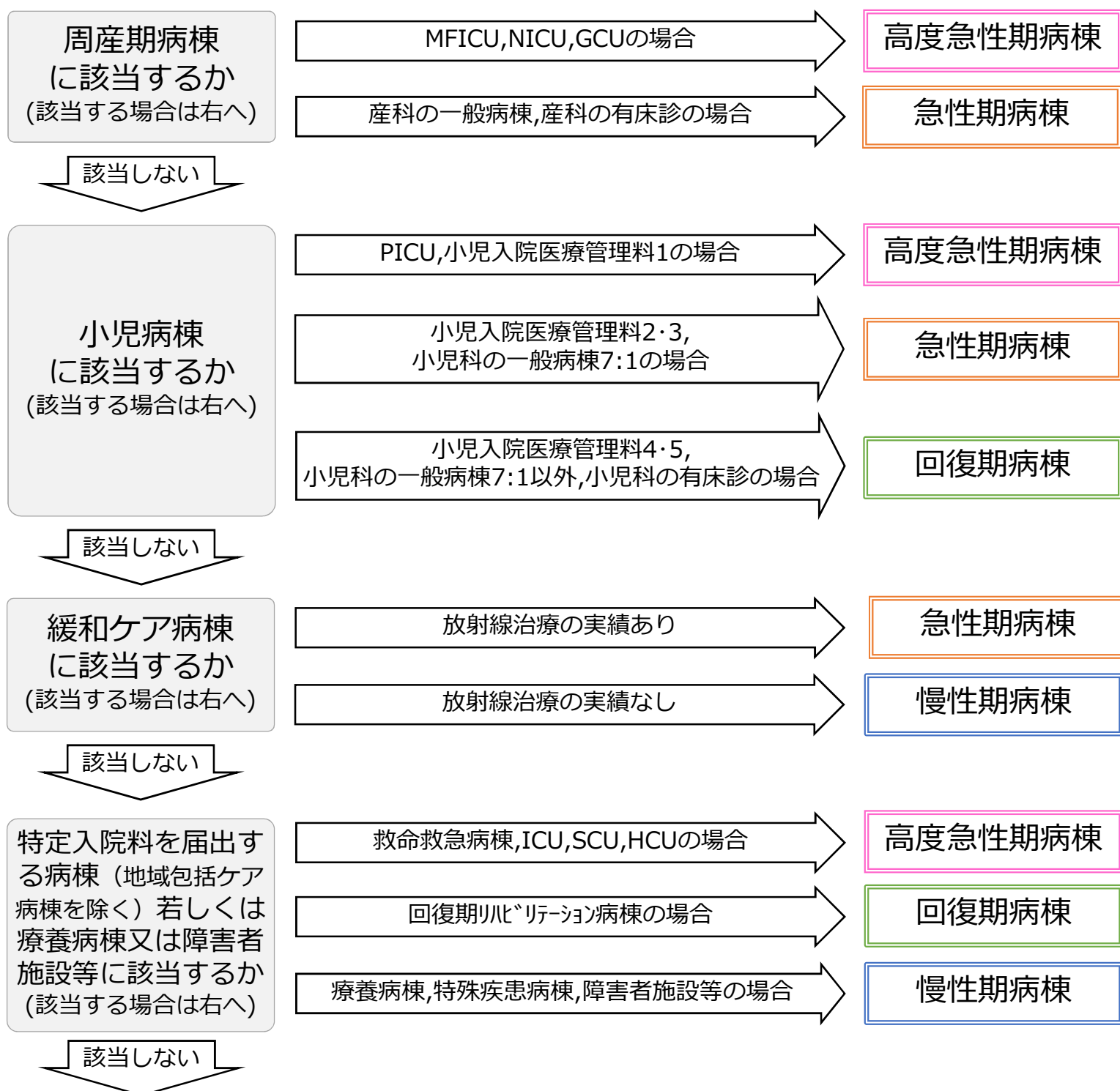
図 1 必要病床数と病床機能別の推計値との比較



埼玉方式（定量的基準）について

【概要】

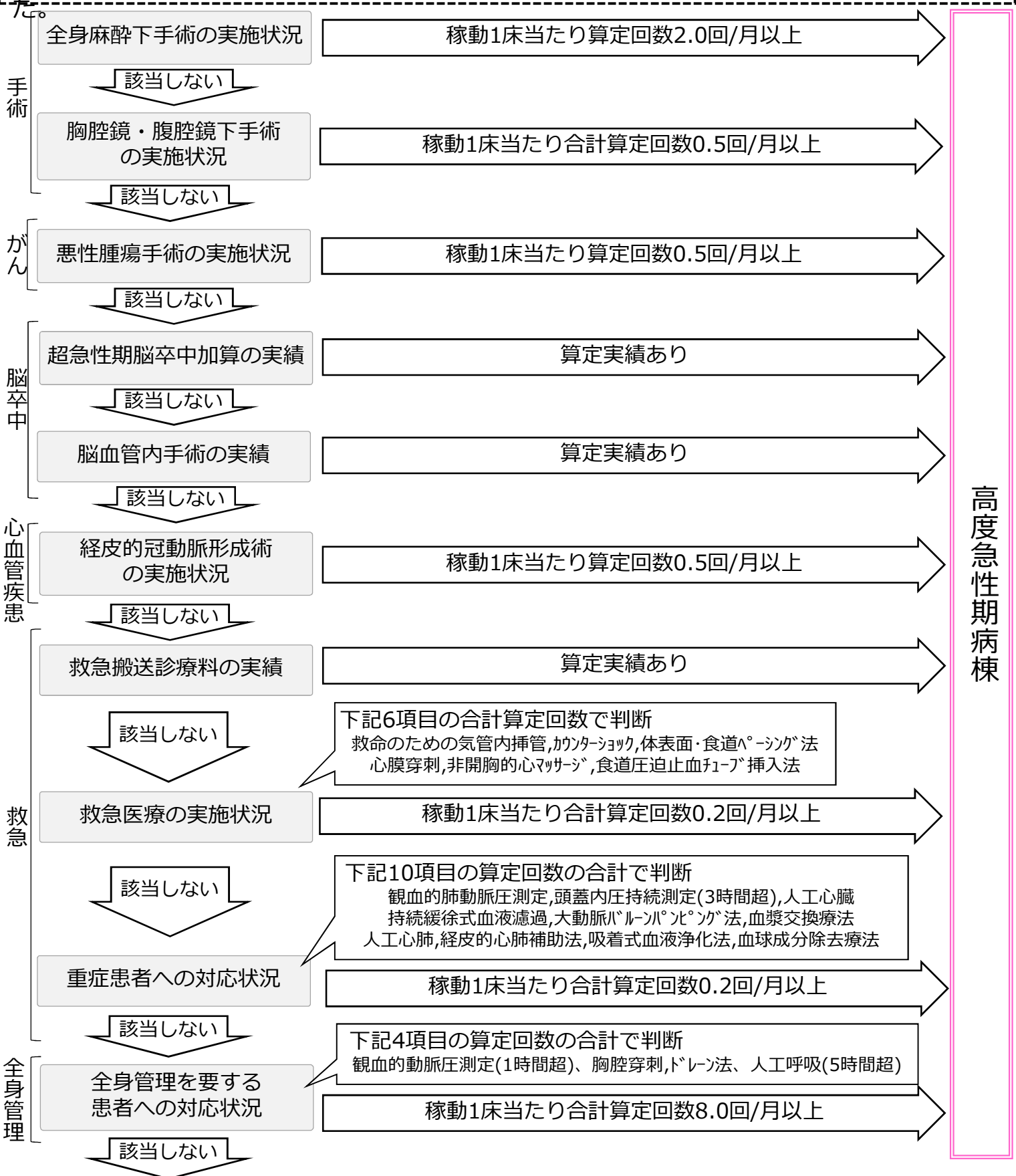
届出する入院基本料及び病床機能報告の具体的な診療内容により区分した。なお、周産期、小児、緩和ケアについては、特殊性を考慮して届出入院基本料により切り分けをしている。また、一般病棟及び地域包括ケア病棟については、H28病床機能報告で報告した具体的な診療内容の実績を用い、救命救急入院料やICUの大半が高度急性期に区分される程度に、一般病棟7:1の大半が高度急性期又は急性期に区分される程度に、区分のためのしきい値を作成している。



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

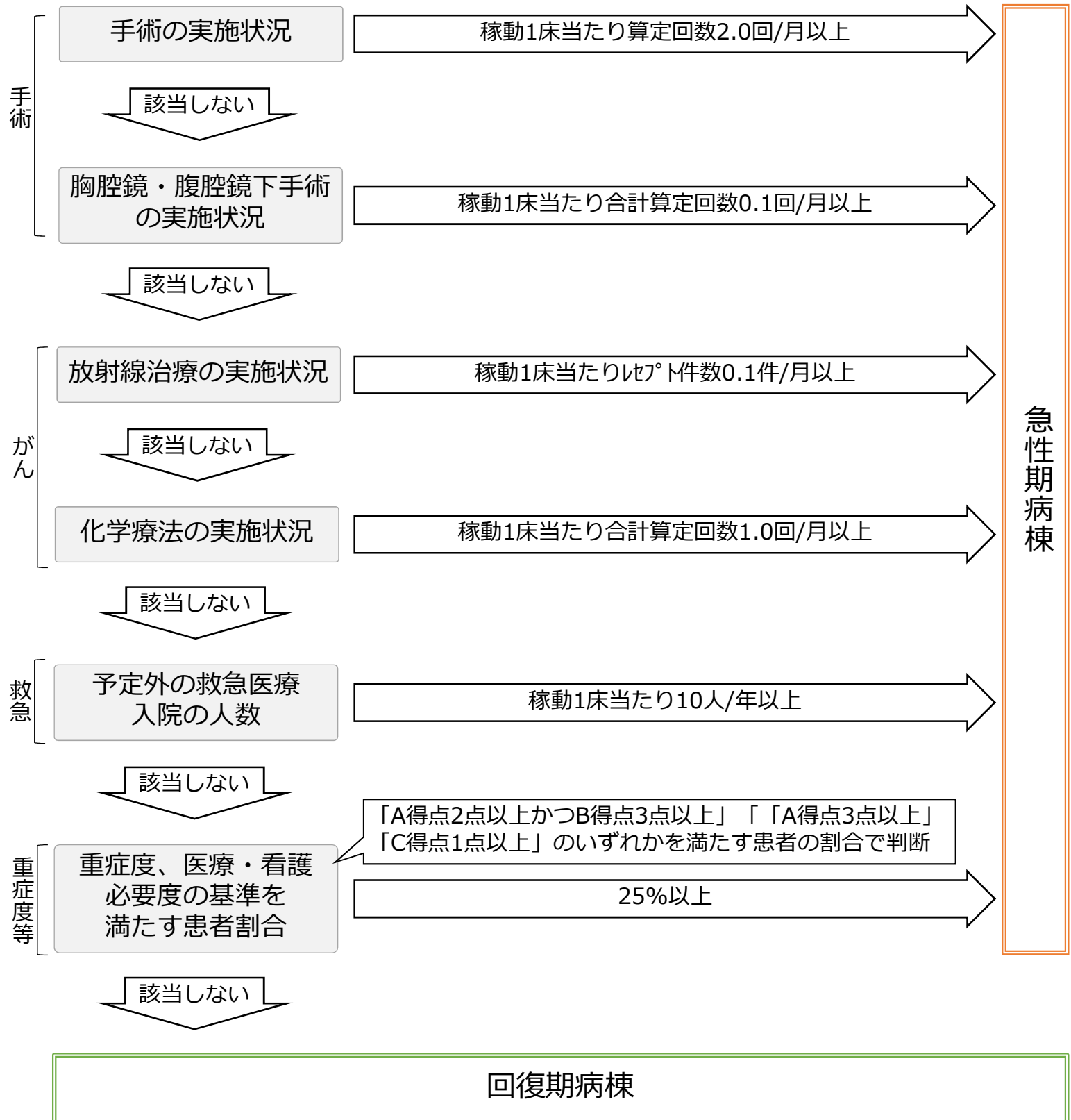


高度急性期病棟

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	必要病床数 (H37年) A	29年度病床 機能報告 (H29.7.1) B	差し引き B-A		埼玉方式で区分した病床数			
						許可病床数 C	差し引き C-A	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
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。