

## 専門部会での協議内容について

平成31年1月9日  
医務薬事課

### 1 専門部会の目的

病院数が少ない地域において、病床機能報告と2025年の病床必要量との単純比較では、一部の病床機能に偏りが生じやすい（※参考を参照）。

調整会議での議論を進めていくため、地域の患者状況等の実態を踏まえた病床数と2025年の病床数の必要量が比較できる目安となる基準に関する協議を行う。

### 2 急性期機能の明確化を図る目安となる基準

#### ◎奈良方式

病床機能報告の数値に、急性期を重症と軽症に区分する目安値を設定し、急性期機能の明確化を図ったもの。目安値は、病棟は50床あたり、手術+救急入院>1日2件とし、2件以上は「重症急性期」、2件未満は「軽症急性期」としている。

##### (1) メリット

- ・公開されている病床機能報告の数値のみを使用している。
- ・手術件数と救急件数という簡易な項目であって分かりやすい。

##### (2) デメリット

- ・急性期の判断基準が手術と救急入院件数のみである。
- ・投薬や注射、処置などの診療行為や密度が基準となっていない。

##### (3) 重症急性期と軽症急性期を分ける目安値の算出方法

$50\text{床}/\text{許可病床} \times \left( \frac{\text{手術件数} + \text{救急医療管理加算}}{30\text{日}} \right)$

※重症急性期の機能：緊急で重症な患者の受入等

※軽症急性期の機能：在宅患者の増悪時の救急受入、在宅生活に必要なリハの提供等

#### ◎医療資源投入量方式

地域医療構想の医療需要の推計と同じく、入院基本料相当分とリハビリ分を除く医療資源投入量によって、病床機能の明確化を図る方法。

##### (1) メリット

- ・地域医療構想の推計と同じ考え方である。
- ・医療資源投入量に対応した病床機能の分類が可能。

##### (2) デメリット

- ・1人あたりの入院単価から控除する入院基本料相当分とリハビリ分の詳細な項目が不明である。
- ・DPC対象病院と非対象病院では、診療に対する算定方法が異なる。

##### (3) 医療資源投入量の算出方法

$\frac{\text{病棟毎入院単価} - (\text{入院基本料相当分} + \text{リハビリ} + \text{食事療法})}{10}$

### 3 専門部会の協議結果

2の方式によって地域の実態を踏まえた病床数の見える化をし、充足・不足状況について協議する。部会で協議した結果は全体会及び県版調整会議（県医療審議会）の場で報告・協議を行い、次年度以降の調整会議の進め方の参考とする。

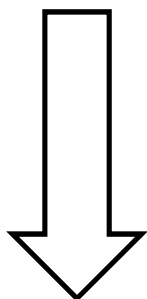
## ※参考(国から各都道府県への通知等)

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。

出典：地域医療構想WG・医療政策研修会資料



国では病床機能報告の問題点を把握している。この問題点を解決するため、以下の対応を各都道府県に求めている。

### 医政地発0816第1号平成30年8月16日内容

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。

◎急性期を選択している病棟の医療資源投入量を算出するために入院単価から除外する経費

◎ D P C対象病院

急性期一般入院料1 7対1							医療費	実費	一人当たり
項目	入院基本料	初期加算	医療機関係数	その他加算等	リハビリ	合計点数			
点数	1,591	450	1.3829	200	92	3,114	31,145	1,920	33,065
		※1	※2	※3	※4			※5	

◎ D P C対象病院

急性期一般入院料5 10対1							医療費	実費	一人当たり
項目	入院基本料	初期加算	医療機関係数	その他加算等	リハビリ	合計点数			
点数	1,377	450	1.3020	200	92	2,671	26,708	1,920	28,628

◎ D P C対象外病院

急性期一般入院料7 10対1							医療費	実費	一人当たり
項目	入院基本料	初期加算	医療機関係数	その他加算等	リハビリ	合計点数			
点数	1,332	450	1	500	92	2,374	23,740	1,920	25,660

◎ D P C対象外病院

地域一般入院料1 13対1							医療費	実費	一人当たり
項目	入院基本料	初期加算	医療機関係数	その他加算等	リハビリ	合計点数			
点数	1,126	450	1	500	92	2,168	21,680	1,920	23,600

※1 初期加算

入院1日から14日以内の加算

※2 医療機関係数

7対1病棟に関しては、入院基本料と初期加算の和にD P C標準病院群の係数等を乗ずる（基礎係数1.0314＋機能評価係数Ⅰ0.2465（一般病院入院基本料0.1＋医療安全対策加算0.0029＋医療安全対策地域連携加算0.0017＋臨床研修入院診療加算0.0014＋感染症防止対策加算0.0135＋感染防止対策地域連携加算0.0035＋医療事務作業補助体制加算0.0318＋診療録管理体制加算0.003＋病棟薬剤業務実施加算0.0065＋急性期看護補助体制加算0.053＋データ提出加算0.0052＋看護職員夜間配置加算0.024））＋機能評価係数Ⅱ0.1050（平成30年4月1日告示の係数の秋田県平均）

10対1病棟に関しては、入院基本料と初期加算の和にD P C標準病院群の係数等を乗ずる（1.0314＋一般病院入院基本料0.0174＋医療安全対策加算0.0029＋医療安全対策地域連携加算0.0017＋臨床研修入院診療加算0.0014＋感染症防止対策加算0.0135＋感染防止対策地域連携加算0.0035＋医療事務作業補助体制加算0.0318＋診療録管理体制加算0.003＋病棟薬剤業務実施加算0.0065＋急性期看護補助体制加算0.053＋データ提出加算0.0069＋看護職員夜間配置加算0.024）＋機能評価係数Ⅱ0.1050（平成30年4月1日告示の係数の秋田県平均）

※3 その他加算

D P C対象病院は、加算は医療機関係数に含まれているから200点とする。D P C非対象病院は、様々な加算がありえるので500点とする。

※4 リハビリ

運動器リハ1日あたり185点×0.5単位

※5 実費

食事療法640円×3回

◎急性期病棟内における医療資源投入量から推測する回復期の患者割合

医療資源投入量	1,200～1,000	999～800	799～600	599～400	399～	※急性期病棟内にも一定割合の回復期患者がいると想定
回復期患者の割合	10%	20%	40%	60%	80%	

◎急性期病棟内における医療資源投入量から推測する高度急性期の患者割合

医療資源投入量	3,999～3,500	3,499～3,000	2,999～2,500	2,499～2,000	※急性期病棟内にも一定割合の高度急性期患者がいると想定
高度急性期患者の割合	80%	60%	40%	20%	

## 奈良方式・医療投入資源量方式と2025年の病床数の必要量との比較（総括表）

◎2025年の病床数の必要量

	大館・鹿角	能代・山本	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	合計
高度急性期	67	72	77	65	97	378
急性期	300	300	374	308	360	1,642
回復期	296	246	246	250	192	1,230
慢性期	279	155	452	224	216	1,326
合計	942	773	1,149	847	865	4,576

◎平成29年度病床機能報告結果（第1回調整会議で一部修正）

	大館・鹿角	能代・山本	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	合計
高度急性期	0	0	7	0	10	17
急性期	597	706	602	543	662	3,110
回復期	228	104	218	222	160	932
慢性期	510	335	547	263	100	1,755
合計	1,335	1,145	1,374	1,028	932	5,814

◎病床機能報告と2025年の必要量との差

	大館・鹿角	能代・山本	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	合計
高度急性期	▲ 67	▲ 72	▲ 70	▲ 65	▲ 87	▲ 361
急性期	297	406	228	235	302	1,468
回復期	▲ 68	▲ 142	▲ 28	▲ 28	▲ 32	▲ 298
慢性期	231	180	95	39	▲ 116	429
合計	393	372	225	181	67	1,238

◎大館・鹿角、能代・山本、由利本荘・にかほ、大仙・仙北、横手の5地域の病床数を奈良方式と医療投入資源量方式で再計算した結果

○奈良方式での病床数

	合計
高度急性期	17
重症急性期	2,038
軽症急性期	1,072
回復期	932
慢性期	1,755
合計	5,814

○医療投入資源量方式での病床数

	合計
高度急性期	392
急性期	2,347
回復期	1,320
慢性期	1,755
合計	5,814

○奈良方式と2025年の必要量との差

	合計
高度急性期	▲ 361
急性期	396
回復期※	774
慢性期	429
合計	1,238

○医療資源投入量方式と2025年の必要量との差

	合計
高度急性期	14
急性期	705
回復期	90
慢性期	429
合計	1,238

※軽症急性期を含む回復期機能も持った病棟