

令和元年度第 1 回秋田県医療審議会（医療計画部会）

地域医療構想調整会議の活性化を図る地域の実情に応じた定量的な基準について

医務薬事課

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 定量的な基準について

令和元年7月8日
医務薬事課

1 経緯

- ・ 病床機能報告は、病棟単位で4機能のうち1つのみを選択するものであるから、集計の結果、一部の機能に大きな偏りが出ている。
- ・ また、調整会議では、回復期が極端に不足している集計結果に対し、地域の実態を反映していないのではないかと意見がある。
- ・ このような傾向は、本県のみならず全国的にも生じていることから、国から各都道府県に対し、調整会議の議論を活性化する観点から、医療機能や供給量を把握するための目安としての定量的な基準を導入するよう要請している（資料1）
- ・ こうした状況を踏まえ、県では、その目安となる基準の内容等を検討し、2つの基準を例として、1月～4月にかけて、構想区域毎の専門部会などで協議を重ねてきた。

2 基準の内容

(1) 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。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」と急性期を区分している（資料2）。

※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

(2) 医療資源投入量推計方式

病棟毎の入院単価から、DPC対象と非対象毎などに分類した「入院基本料相当分とリハビリ分」を控除し、医療資源投入量の推計値を算出し、機能毎に分類、入院患者の割合を推計する方式（資料3）。

※医療資源投入量の算出方法

$$\frac{\text{（病棟毎入院単価－（入院基本料相当分＋リハビリ＋食事療法））}}{1.0}$$

3 各地域での協議の概要

協議の結果、医療資源投入量推計方式の方が実態と近いとの意見が多かったことから同方式を採用する。一方、ICUが無い病棟での高度急性期患者の現れ方や入院単価を出せないなどの意見があった（資料4）。

- ・ 第2回地域医療構想調整会議（専門部会）（1/16～31 5地域で開催※）

※大館・鹿角、能代・山本、由利本荘・にかほ、大仙・仙北、横手の各地域

- ・ 第2回秋田県医療審議会（3/11 平成30年度地域医療構想の総括）

- ・ 第2回地域医療構想調整会議（専門部会）（3/13 秋田周辺地域で開催）

- ・ 各病院との意見交換（3/28～29 北秋田、湯沢・雄勝地域で実施）

- ・ 各病院との意見交換（4/19～25 秋田周辺地域で実施※）

※湖東厚生、男鹿みなど、小泉病院、土崎病院、白根病院、秋田厚生

4 本県での分析手法

(1) 推計方式

医療資源投入量推計方式を採用するに当たり、これまでの協議での意見を踏まえ、以下のとおり算定方法について修正を行った。

※入院単価を提出できない病院については、病床機能報告の数値を使用。

※急性期病棟内に地域包括ケア病床がある場合は、これらを回復期としてカウント。

※急性期病棟内の高度急性期患者の割合を修正。

(2) 分析結果

2025年の必要量との比較において、病床機能報告ではゼロであった各地域で高度急性期の対応状況が見えたほか、回復期においても一部地域を除き2025年の必要量とも見合うような結果となった(資料5)。

○2025年の病床数の必要量

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	67	13	72	480	77	65	97	31	902
急性期	300	50	300	1,408	374	308	360	155	3,255
回復期	296	57	246	1,120	246	250	192	137	2,544
慢性期	279	15	155	1,013	452	224	216	88	2,442
合計	942	135	773	4,021	1,149	847	865	411	9,143

○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	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	0	0	0	616	7	0	10	0	633
急性期	597	170	706	2,355	602	539	662	341	5,972
回復期	228	58	104	365	218	222	160	109	1,464
慢性期	510	0	335	1,063	547	263	100	57	2,875
合計	1,335	228	1,145	4,399	1,374	1,024	932	507	10,944

○2025年の必要量との差

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	▲67	▲13	▲72	136	▲70	▲65	▲87	▲31	▲269
急性期	297	120	406	947	228	231	302	186	2,717
回復期	▲68	1	▲142	▲755	▲28	▲28	▲32	▲28	▲1,080
慢性期	231	▲15	180	50	95	39	▲116	▲31	433
合計	393	93	372	378	225	177	67	96	1,801

○医療資源投入量方式での病床数

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	46	6	20	693	20	82	50	0	917
急性期	491	135	540	2,036	544	405	559	300	5,010
回復期	288	87	250	607	263	274	223	150	2,142
慢性期	510	0	335	1,063	547	263	100	57	2,875
合計	1,335	228	1,145	4,399	1,374	1,024	932	507	10,944

●医療資源投入量方式と2025年の必要量との差

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	▲21	▲7	▲52	213	▲57	17	▲47	▲31	15
急性期	191	85	240	628	170	97	199	145	1,755
回復期	▲8	30	4	▲513	17	24	31	13	▲402
慢性期	231	▲15	180	50	95	39	▲116	▲31	433
合計	393	93	372	378	225	177	67	96	1,801

(3) 今後について

医療資源投入量推計方式の集計結果を各調整会議に報告し、その後、地域での固有課題に係る協議を行うこととする。

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。

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。

奈良方式による「重症急性期」と「軽症急性期」について

奈良方式とは、奈良県独自の取組として、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、急性期の医療機能の明確化を図ったもの。目安値は、病床は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。

奈良県方式の考え方

高度急性期
急性期患者の状態の早期安定化、診療密度が高い

重症急性期を中心とする病棟
(比較的**重度・重症**)
救急患者の受入、手術などの主として重症患者の受入を行う病棟

急性期
急性期患者の状態の早期安定化

軽症急性期を中心とする病棟
(比較的**軽度・軽症**)
比較的軽度の患者に対して急性期医療を提供している病棟

回復期
急性期を経過した患者への在宅復帰を目的

慢性期
長期にわたり療養が必要

重症急性期の機能
・緊急で重症な患者の受入
・病棟連携、退院支援の強化を通じ、在院日数の短縮を進める

連携強化

軽症急性期の機能
・地域の軽症の救急患者や在宅患者の増悪時の救急受入
・回復期の病棟とともに、地域の医療・介護施設と連携
・嚥下や排泄へのリハなど、在宅生活に必要な医療機能

現状の病床機能報告(全地域)の数値を奈良方式で集計した結果

高度急性期 633

重症急性期を中心とする病棟
(比較的**重度・重症**)
3,111

急性期 5,972

軽症急性期を中心とする病棟
(比較的**軽度・軽症**)
2,861

回復期 1,464

慢性期 2,875

2025年病床数の必要量(全地域)

高度急性期 902

急性期 3,255

回復期 2,544

慢性期 2,442

救急医療や高度医療を中心に対応する機能

軽症の救急医療やリハビリを中心とした在宅生活に

◎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									
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	医療費	実費	一人当たり
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									
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	医療費	実費	一人当たり
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									
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	医療費	実費	一人当たり
点数	1,332	450	1	300	92	2,174	21,740	1,920	23,660

◎ D P C対象外病院

地域一般入院料1 13対1									
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	医療費	実費	一人当たり
点数	1,126	450	1	300	92	1,968	19,680	1,920	21,600

※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対象病院は救急管理加算等、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300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	60%	40%	20%	10%	

専門部会等における各委員からの主な意見等

※病院が特定されるような質疑内容は省略

◎定量的な基準の導入する趣旨について

- ・ 今回の基準の導入の趣旨がよく分からない。
(→現状、どのくらい急性期が多いのか、また足りない機能がどのくらいなのか、分からないことが多い。地域の実態を反映させ、2025年との比較ができるようにしたいということ。現状の認識を共有することは大事である。)
- ・ 今回の基準の件は、2025年の必要量に近づけようとしているのか。最後の決着が分からない。
(→数字合わせでない。病床機能毎の病床数の過剰・不足の認識を共有する。)
(→地域によっては高度急性期が無いようなイメージとなっており、現実には地域で対応しているので、ここを見えるようにするという。また、回復期も病棟内に一定数あるので見えるようにした。これによって、2025年の必要量との差が分かるようになる。)
- ・ 最終的なゴールが見えての話、結論を教えて欲しい。途中経過の段階として、入院単価を教えて欲しいというのであれば分かるが。
(→これまでの結果を踏まえると、医療資源投入量方式でいくと、加算の設定、割合の設定をもう少し修正し、アジャストしていく必要があると思う。見え方としては、地域によって多少の違いはあるが、医療資源投入量方式で見ると回復期の不足はそれほど問題ではなく、高度急性期も見えている。これが各地域の実態と合っていれば、現状認識として、数の議論は終わって、次の議論になるかと思う。)
- ・ 診療報酬との関連性はあるのか。
(→診療報酬とはリンクしない。混在割合を考えるためのもの。医療圏毎の計を出して、現状の合計を出したい。)
- ・ 定量化は難しい。病院は、医師などの医療従事者によって大きく変わる。
- ・ 分析後、病棟がいないなどの結果にならないようにして欲しい。
- ・ 将来どのような病床ニーズがあるのか。2つの方式があるが、それをどちらが予想しているのか難しい。どれを参考とすれば良いか難しい。
- ・ 各県によって基準の方式がバラバラで、国全体としての統一基準でなくていいのか。

◎算定結果について

- ・ 奈良県は奈良市周辺と南部の過疎地域からなる。過疎地域では1つの中核病院ができ、あとはサテライトが構成されたと聞いているが、このよう状況が奈良方式という考え方に合っているものか。
(→奈良の考え方は、急性期の病床の役割分担を考えるために、重症急性期と軽症急性期に機能を分けて考えて、それぞれが機能を果たしてもらうための分析方法である。)
- ・ 医療資源投入量から推測する回復期の患者割合の数値は何かに基づくものか。
(→想定で設定した仮定の数値である。)

- ・医療資源投入量方式の数値と病院内の現状がほぼ合っている。
- ・奈良方式が病棟のイメージにあっているというところが少ないので、どの病院には奈良方式が合うのか分析して欲しい。
- ・奈良方式は、混合病棟だと合わない。
- ・1つの診療科には超急性期から慢性期までの患者が同居する。手術を集める病棟や回復期の患者を集めるなどをすれば分かりやすいと思うが、そうはなっていない。
(→実態として混合していると思う。病院によっては患者1人当たりの医療資源投入量を出せるソフトがあるらしいが、できないところもあるので、こういうやり方を考えた。)
- ・ICUが無いと他の病棟で高度な医療を行うので、高度急性期が増えるということではないか。
(→ICUの基準をとれている病院があると、そこへ医療資源が投入されるので、高度急性期は当該病棟のみとなる。逆に基準がとっていない場合、各病棟に混在するので、高度急性期の患者数が多く出てしまうという問題がある。)
- ・奈良方式でいくと軽症急性期に分けられるが実態と合わない。
- ・奈良方式と医療資源投入量方式、両方、実態に合っている。
- ・奈良方式と医療資源投入量方式、両方、実態に合っていないので評価は難しい。
- ・消化器科は、医療行為は難しいが点数は低い。消化器科の病棟は忙しく、大変な状況であるが医療投入資源量は低くなる。診療科による評価方法も考えて欲しい。

◎地域医療構想について

- ・ある日突然、地域から病院が無くなることは困る。病院を造るという認識はないといけない。
- ・他県では2つの病院が1つになった事例もある。お互いの病院が考えた結果、次として行政に繋げていくことが大事ではないか。
- ・地域でしっかりした病院を作ってあげる必要がある。県南、県北に拠点病院をしっかり作ってあげるのが県の仕事だと思う。
- ・地域医療連携推進法人というのは県内で進められているのか。
(→何人かの病院長の中で頭の中のイメージとしてはあるかもしれないが、現状としてはそれ以上は進んでいない。地域医療構想や地域医療連携推進法人を進める上で、県外から講師を呼んでということ平成31年度は考えている。)
- ・地域包括ケアシステムが動かない限り、解決策がない。
(→地域包括ケアシステムの充実はそのとおりと思うが、まずは機能別に病床をどうすべきか決めないと議論が進まないと思う。バランスをとりながら、どこが一番対応可能なのか議論していくべき。)
- ・回復期は不足している。この先、高齢化になるほど、回復期機能を病院か在宅に残すか必要である。そこを減らしたら、退院したら死になさいと言っているようなもの。
- ・病院の再編は、日本海病院のように大きな力が必要。それぞれの病院のできることをやるということ。
- ・病院の機能集約が進むと、患者は病院を選べなくなる。
- ・急性期病床では、回復期や慢性期の患者は対応できるが、慢性期の病床で急性期の患者は対応できない。そういう意味で急性期病床は減らすべきではないと思う。

◎医療提供体制に関する課題等について

- ・厚生労働省の構想会議自体が行政の希望を入れる会議なのか。例えば北秋田では道路を整備して南に持ってくるという提案をしたらだめなのか。
- ・看護師不足の問題が大きい。調整会議で、医療従事者の議論が必要である。
- ・看護師の確保より、看護補助者の確保が難しい。
- ・2025年まで8医療圏でいくのか。
(→医療圏については、医療計画の中での議論に結果、そのままいくが、そのあり方については継続的に議論していくとしている。)
- ・専門医を集めるような、集約化のようなことをしないといけない時代がくるかと思う。
- ・専門医はこれから大きな問題になる。しかし、すべて集約化すると住民が困る。これまで全体でこのように議論する土壌がなかった。お互いに協力し合う必要がある。

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

○2025年の病床数の必要量

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	67	13	72	480	77	65	97	31	902
急性期	300	50	300	1,408	374	308	360	155	3,255
回復期	296	57	246	1,120	246	250	192	137	2,544
慢性期	279	15	155	1,013	452	224	216	88	2,442
合計	942	135	773	4,021	1,149	847	865	411	9,143

○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	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	0	0	0	616	7	0	10	0	633
急性期	597	170	706	2,355	602	539	662	341	5,972
回復期	228	58	104	365	218	222	160	109	1,464
慢性期	510	0	335	1,063	547	263	100	57	2,875
合計	1,335	228	1,145	4,399	1,374	1,024	932	507	10,944

○2025年の必要量との差

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	▲ 67	▲ 13	▲ 72	136	▲ 70	▲ 65	▲ 87	▲ 31	▲ 269
急性期	297	120	406	947	228	231	302	186	2,717
回復期	▲ 68	1	▲ 142	▲ 755	▲ 28	▲ 28	▲ 32	▲ 28	▲ 1,080
慢性期	231	▲ 15	180	50	95	39	▲ 116	▲ 31	433
合計	393	93	372	378	225	177	67	96	1,801

○奈良方式での病床数

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	0	0	0	616	7	0	10	0	633
重症急性期	362	107	394	800	409	382	487	170	3,111
軽症急性期	235	63	312	1,555	193	157	175	171	2,861
回復期	228	58	104	365	218	222	160	109	1,464
慢性期	510	0	335	1,063	547	263	100	57	2,875
合計	1,335	228	1,145	4,399	1,374	1,024	932	507	10,944

○奈良方式と2025年の必要量との差

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	▲ 67	▲ 13	▲ 72	136	▲ 70	▲ 65	▲ 87	▲ 31	▲ 269
急性期	62	57	94	▲ 608	35	74	127	15	▲ 144
回復期 ※	167	64	170	800	165	129	143	143	1,781
慢性期	231	▲ 15	180	50	95	39	▲ 116	▲ 31	433
合計	393	93	372	378	225	177	67	96	1,801

※ 軽症急性期を含む回復期機能も持った病棟

○医療資源投入量方式での病床数

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	46	6	20	693	20	82	50	0	917
急性期	491	135	540	2,036	544	405	559	300	5,010
回復期	288	87	250	607	263	274	223	150	2,142
慢性期	510	0	335	1,063	547	263	100	57	2,875
合計	1,335	228	1,145	4,399	1,374	1,024	932	507	10,944

●医療資源投入量方式と2025年の必要量との差

	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	合計
高度急性期	▲ 21	▲ 7	▲ 52	213	▲ 57	17	▲ 47	▲ 31	15
急性期	191	85	240	628	170	97	199	145	1,755
回復期	▲ 8	30	4	▲ 513	17	24	31	13	▲ 402
慢性期	231	▲ 15	180	50	95	39	▲ 116	▲ 31	433
合計	393	93	372	378	225	177	67	96	1,801