

開催日：平成31年2月26日

◎病床機能報告：静岡県における定量的基準の考え方（案）

平成31年1月に開催された県医療対策協議会の資料に基づき賀茂保健所長が説明

- ・現在の病床機能報告は、各病棟において最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することとなっており、この報告の手法が、実態を分かりにくくしているという議論もある。
- ・都道府県から、国に対し定量的基準の設定を要望しているが、国が一律の基準を設定するのではなく、都道府県が地域の実情に応じて定量的な基準を設定するようとの通知と併せて、埼玉県的手法を用いた分析ツールが配布された。
- ・埼玉県では、病床機能報告にある診療実績等の数値を基に「しきい値」を設定し、高度急性期、急性期、回復期の医療機能を区分した。
- ・この定量的な基準は、医療機関が自らの立ち位置を確認していただき、地域で関係者による議論を行う際の「目安」を提供することを目的としたものである。
- ・埼玉方式における医療機能区分設定の考え方は2つの視点に立っており、1つは、ICUや回復期リハなど入院基本料による区分であり、医療機能が一応明らかなものとして扱っている。周産期、小児、緩和ケアについても、この区分で切り分けて設定している。
- ・もう一つは、それ以外の病棟について、具体的な医療の提供内容により、手術件数の回数等の数値から、区分線を設けている。
- ・高度急性期と急性期を分ける区分線1については、「A：全身麻酔下手術」から「J：全身管理の算定回数」でしきい値を設定している。
- ・算定回数が、Aの全身麻酔下手術なら1床当たり月2回以上、Dの超急性期脳卒中加算なら月1回以上ある等、AからJのいずれかを満たす病棟については「高度急性期」とみなすこととしている。
- ・急性期と回復期を分ける区分線2について。特にこの区分が回復期が不足しているとの議論への対応になるが、「K：手術」の算定回数や、「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」からしきい値を設定されている。
- ・算定回数の具体的な数値としては、「K：手術」は1床当たり月2回以上、「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」は25%以上などと設定し、そのうえで、K～Pのいずれかを満たす病棟は「急性期」、AからJ、KからPのいずれも満たさない病棟は「回復期」とみなしている。
- ・地域医療構想アドバイザーの浜松医科大学の小林特任教授が作成した「静岡方式」の案では、細かいデータ処理を必要とする埼玉方式には、行政側にも現場の関係職員にも負担が大きい割に、そこから得られる結果に対して全ての関係者が必ずしも納得できるとは思えないとの意見があった。あくまで、目安としての「選択する病床機能」は提示するが、個々の施設にも、病棟内の状況により、判断に関して若干の裁量権を残すことが望ましいものと考えるところのこと。

- ・そういった背景のもと、アドバイザーの立場から、本県独自の「静岡方式」(案)を御検討いただいた。
- ・静岡方式は、次のことを目指したものと伺っている。
 - ◇病院職員の事務的負担を減らすこと
 - ◇病院の職員なら概ね認識しているであろう数値(診療関連データ)から簡単に判断できる目安にすること
 - ◇まずは高度急性期+急性期と回復期、慢性期をある程度整理すること
 - ◇静岡方式が他の都道府県でも応用可能なこと
 - ◇あくまで裁量権を残した「目安」であること
- ・県としても、来年度の病床機能報告に向けて、皆様の御意見を伺いながら考え方を整理していく。

○意見交換

<下田メディカルセンター>

- ・埼玉方式は、今急性期や慢性期がどれくらいいるのか、実態に近いものである。
- ・急性期と回復期をどこで区切るかによって、数字が違ってくるということに納得した。
- ・受け手側の我々としては、基本的に病棟単位でやるので、急性期病棟として届け出て、その中で慢性期的な患者も見ている。そこで、ケアの人数が多いから慢性期だといわれて、病院として対応できるのかが、一つ問題かと思った。

<伊豆今井浜病院>

- ・回復期は、回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟を指すと思うが、病棟単位で判断することに無理があると思っていた。それを補正する手法としては有益なものと思う。

<西伊豆健育会病院>

- ・今回の報告で、賀茂地区の急性期の病棟は半分下がった、回復期の病棟は2倍あったということだが、保健所としては、これをもとにどうされたいのか。急性期を増やすのか、減らすのか。

<賀茂保健所長>

- ・急性期医療を担っている3施設からのお話を伺って、施設運営の実態を踏まえると3施設に対する急性期医療の患者の実績数は既存算定式で算定された急性期病床数よりも少ないように思われる。
- ・また算定された急性期病床数と3施設の急性期医療の患者実績との差分は、域外の順天堂大学静岡病院や国立病院機構静岡医療センターへ搬送されていると考えられる。
- ・もちろん、圏域内には高度急性期医療を担う病床は存在しないため、多発外傷、脳血管障害、急性心筋梗塞などを発病した患者の域外搬送はやむを得ないが、緊急性を要しない急性期医療患者のかなりの部分が域外の医療機関で受療しており、その域外受療者の医療を管内の3施設でどう担って行くのかが、まだ見えてきていない状況である。
- ・そしてこれらの詳細分析について、患者調査や医療施設調査、病院報告といった

既存調査の結果に加え、レセ電算化で得られた個人レベルの診療行為別データを活用して、施設ごとの医療必要度別の患者数を算定して、病床区分の線引きを行っているが、今後は都道府県毎の医療実態を踏まえた独自の病床区分の算定を行うべきと厚労省は示唆しているように思われる。

- ・それゆえ静岡県が独自の方式で各病床種別毎の算定を行う場合、各圏域内の高度急性期や急性期医療を担う施設が存続、運営可能な形で病床の算定基準が落ちてくれればと考えている。

<西伊豆健育会病院>

- ・データが実態に近づいたと思う。これを受けて、どうするのか。例えば、診療報酬とリンクさせる等。

<賀茂保健所長>

- ・おそらく厚労省はそのようなことを考えていると思われるので、その際に全国一律の算定システムを適用すると都道府県の実情を反映しない、できない状況が発生することを考慮し、今回埼玉県が用いた算定式を各都道府県に提供することで、各都道府県の実態を踏まえた算定式を考えてもらおうというのが、厚労省の真意ではないかと思われる。

<西伊豆健育会病院>

- ・細かくは決まっていないということか。

<賀茂保健所長>

- ・そのとおり。

<浜松医大竹内准教>

- ・8ページを御覧いただきたい。
- ・伊豆今井浜病院からのご指摘について。下の参考というところで、そもそも、一つの病棟にいろんな患者がいらっしゃるところを、一つの病床機能報告で報告するという自体、小規模な圏域ほどこのような事態が起こってくる。それをもとにして、一つの病棟を一つの括りにしてさらに病床の必要量をみていくわけだから、どうしても実際とのズレが出てしまうというのは、ご指摘のあったとおりである。
- ・もう一つの論点として、静岡県の場合は、高度急性期は、医療機関がある病床でカウントして、急性期が戻ってくるという前提で、患者の住所地を、医療圏でカウントするという形をとっている。しかし、例えば脳卒中になり、ドクヘリで他圏域の病院に入院された場合、高度急性期（ICU）を出てすぐに戻ってくるかという、それは考えにくい。実際には、急性期、場合によっては回復期まで他圏域で入院された後に、地域に戻ってくるのが十分にあると思うが、そういうところで、病床必要量のカウント自体が、賀茂では、実態よりも多くでてくる可能性がある。逆に駿東田方では、本当は患者がまだ戻っていないのに、戻ったこととして必要な病床数をカウントされるので、実態よりも少ない必要量になる。ここは都道府県毎が決める問題になる。
- ・例えば、京都府では、急性期まで、医療施設所在地でカウントして、慢性期・回復期で患者の住所地でカウントする。そこは、大多数は静岡県と同様にカウント

しているが、そのカウント自体の考え方が大きく違うというところで、各圏域に必要量としてカウントされるベッド数がある。その点でいうと、かなり無理があるところはあるが、そこを御承知の上で、静岡県方式は、できるだけ実態に合わせて、かつ病院の方にもわかりやすい、より実態に合わせた方式に、埼玉県的方式をアレンジする、場合によっては、他県でも応用できる方式にできないか、という点で考えられた方式である。

- ・ただ、この数字に合わせなさいということではない。小規模な圏域ほど、よりきめ細かい目配りが必要になってくるので、そういう点でどのように考えていくか。病院、診療所、その他の施設がどのような役割分担をしていくかということ協議するのが、この調整会議の本来の目的であるので、そこを議論していただきたい。
- ・診療報酬とのリンクに関して、先々週、国のアドバイザー会議で、都道府県から国に対して、実際に病床機能報告や地域医療構想が、診療報酬とリンクしているかという質問があった。国の回答は、基本的にはそこはリンクはしませんと、はっきりとその場で回答していた。

<議長>

- ・これまでこの会議で議論してきた従来方式による病床機能、病床水準を、今後は、新たな方式によりこの会議として数字を出すことになるのか。

<浜松医大竹内准教>

- ・必ずしも、この会議の中で数字を見直すというわけではない。この数字はあくまでも参考として、この地域での医療提供体制がどうなっていくかという議論をしていただくのが目的である。

<下田メディカルセンター>

- ・実態に即した数字が我々に提示されていると思う。それを受けて、我々はそれぞれの医療機関で、どんな将来の方向を考えていくか、病院がどれだけの分担をしていくかということにしていきたい。全くこれに合わせろということにはしていただきたくない。

<議長>

- ・このエリアで高度急性期、救急が成り立たず、多くが圏域を超えて順天堂等に行くのがほとんどという状況である中、この地域としては、急性期、回復期、慢性期の病床をどのように持っていきかが、この地域の問題である。
- ・埼玉方式、静岡方式は参考までにということで、この地域に合わせてやっていけばよいのかと思うが、いかがか。

<伊豆今井浜病院>

- ・埼玉方式にしても、やはり病棟単位の数字だが、実際には個々の患者の手術の内容により、高度急性期なのか急性期なのかということではないか。診療報酬とリンクするかという話が出たが、急性期の病院、病棟だから同じ手術をしても安いというリンクはすべきでない。目安という意味で我々が理解して、どういう方向に進んでいくか、道しるべのようなものと理解している。

◎伊豆今井浜病院の減少に伴う病床返還について

<伊豆今井浜病院>

- ・稼働率が伸び悩んでいる中、さらなる経営改善を図るため、今年5月1日から一般病床40床を減床する。
- ・内科系と外科系の各病棟で看護師を確保することもたいへん厳しい。
- ・このため、一般病床（急性期）36床と回復期リハ4床を減床する。

<事務局>

- ・基準病床数が既存病床数を上回っているため、病床の再配分はしない。
- ・40床は賀茂圏域から返還することになる。

○意見交換

<下田メディカルセンター>

- ・苦渋の選択をされたと思う。
- ・平成24年開院時に議論された際に、当院の前院長が、はたしてそれだけのニーズがあるのか、コメディカルの確保等が大変厳しくなるのではないかと、という懸念を意見として述べたところであるが、最終的にはこの会議で承認された。
- ・今回の病床減少については、不測の事態が生じた等の予測し得ないことではなく、まさに予測できたことという感じがする。数年前に承認をした会議として、今回のことについて、総括や反省がなくてよいのかと感じる。
- ・急性期のニーズがないということだが、現実には、下田メディカルセンターでは2つの急性期病棟が、満床に近い状況である。その中で、今後、今井浜病院の方から、患者を受けられるのか、若干不安がある。
- ・その際に、満床で断る、ということはあると思われる。ぜひ、患者の診療情報にかかるスムーズな提供・連携をお願いしたい。

<議長>

- ・下田メディカルセンターの懸念もあるが、今後とも急性期の患者については圏域としての対応をお願いする。
- ・病床返還については、この会として了承という形で承りたい。

◎静岡県保健医療計画に掲載する医療機関情報の更新

<事務局>

- ・脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」を担う医療機関に伊豆今井浜病院を追加、下田メディカルセンターを削除
- ・糖尿病の「専門治療・急性増悪時治療」を担う医療機関に伊豆今井浜病院を追加、下田メディカルセンターと西伊豆健育会病院を削除
- ・がんの「緩和ケア」を担う医療機関にいなざ診療所と白津医院を追加、西伊豆町安良里診療所を削除
- ・脳卒中の「生活の場における療養支援」を担う医療機関にのぞみ記念下田循環器腎臓クリニックと白津医院を追加、下田クリニックを削除

○案のとおり了承