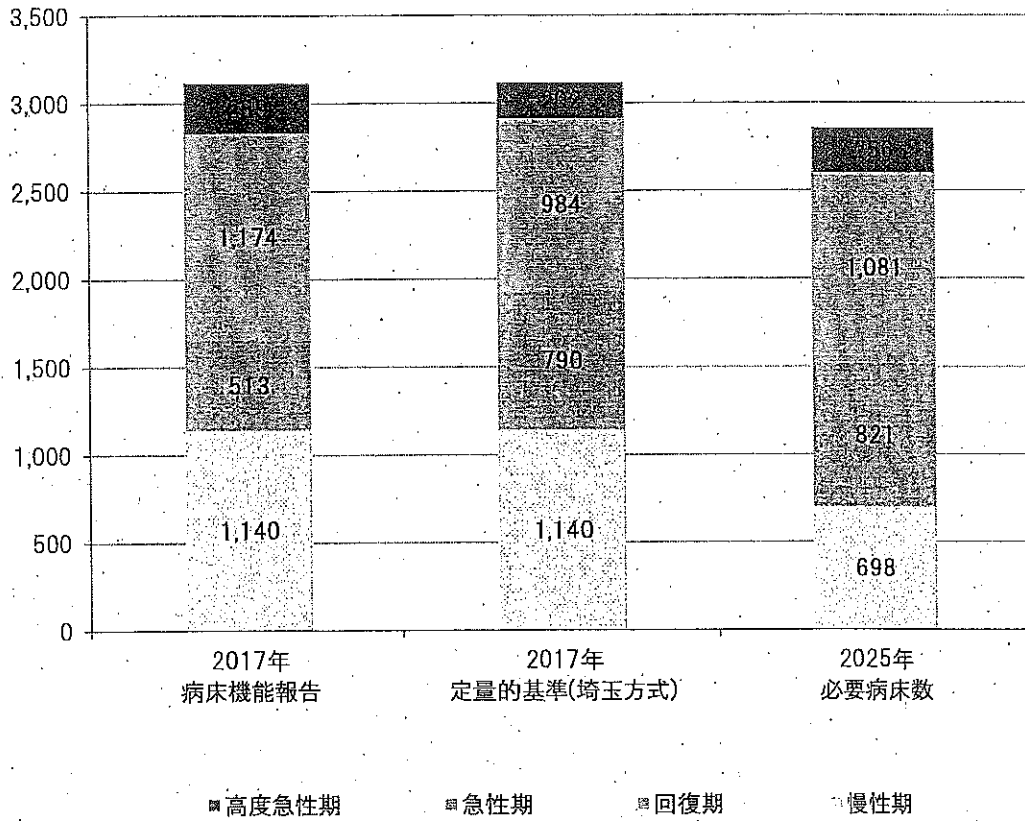
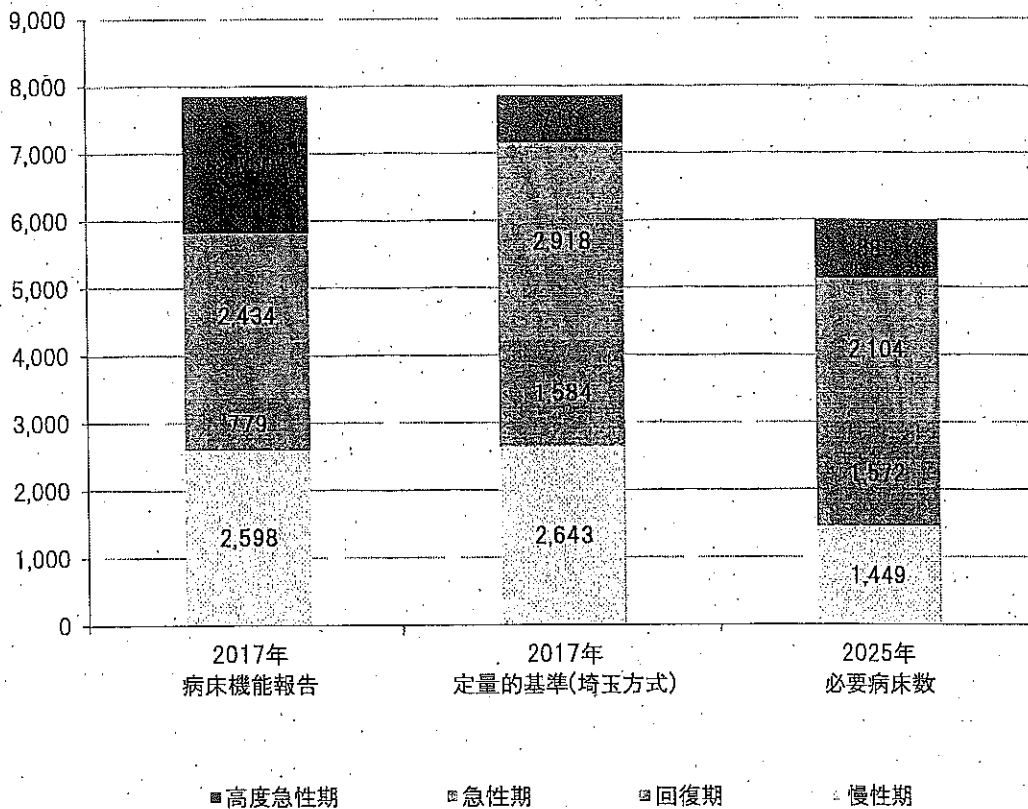


〈中東遠〉



〈西部〉



病床機能選択の目安（案） ～定量的基準「静岡方式」～

○本資料は、地域医療構想アドバイザーの小林特任教授に作成いただいた、

本県における定量的基準（＝静岡方式）の案です。

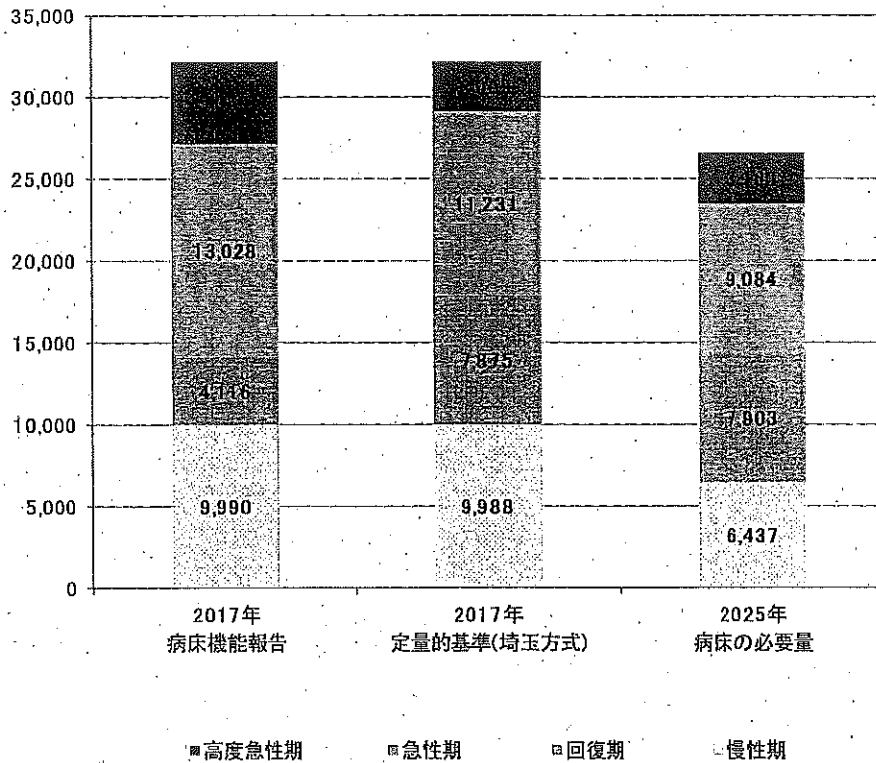
○静岡方式のポイントとして、次のことを目指したものと伺っています。

- ・ 病院職員の事務的負担を減らすこと
- ・ 簡単に判断できる目安とすること
- ・ まずは「高度急性期」「急性期」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、皆様の意見を伺いながら

定量的基準の考え方を整理していく予定です。

＜静岡県全体＞



「埼玉方式」で推計するためのデータ提供がない施設は自主報告の「病床機能」で分類（「慢性期」は同じ）

平成30年度「静岡県地域医療研修会」での県行政からの資料より作成

「定量的な基準」のあり方

- 全国共通のツール（どこでも納得できるもの）はない！
（都道府県内であっても、納得できるか？は不明）
- 過去のデータを検証し、数学的に一定の幅に収れんさせる公式を作成することは、研究者やコンサル会社には困難な作業ではない。実際、レトロスペクティブにみて妥当な結果になるツールとしては役立つだろうが、毎年の病床機能報告の際に、容易に利用できる（目安となる）ものが欲しい！
- もともと仮説からなる「病床の必要量」に対して、病床機能報告データの精度が未だ問題視されるなか、医療関係者にとって身近な項目で、関心度が高い（精度が高い？）項目を最小限使うのが現実的ではないだろうか・・・

重症度、医療・看護必要度の見直し③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

項目	なし	あり	あり
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2 呼吸ケア(呼吸器吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4 心電図モニターの管理	なし	あり	—
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7 専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服・貼付・坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレーナの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8 救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
9 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14 診療・看護上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15 危険行動	ない	—	ある

16 開頭手術(7日間)	なし	あり
17 開胸手術(7日間)	なし	あり
18 開腹手術(4日間)	なし	あり
19 骨の手術(5日間)	なし	あり
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22 救命帯に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心的臓病治療等 ③慢性的な消化器治療)	なし	あり

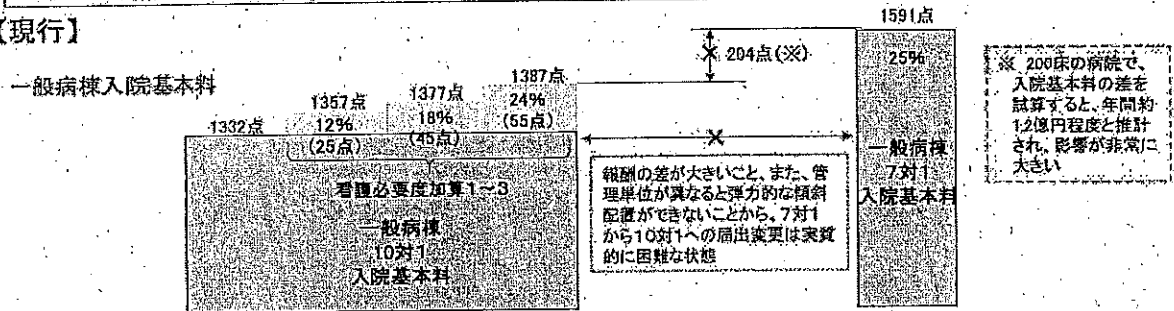
【各入院料・加算における該当患者の基準】

項目	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	A得点2点以上かつB得点3点以上 「B1」又は「B15」に該当する患者であって、A得点3点以上かつB得点3点以上 A得点3点以上 C得点1点以上
総合入院料加算	「B1」又は「B15」に該当する患者であって、A得点1点以上かつB得点が3点以上 A得点2点以上 C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	A得点1点以上 C得点1点以上

厚生労働省の資料から作成

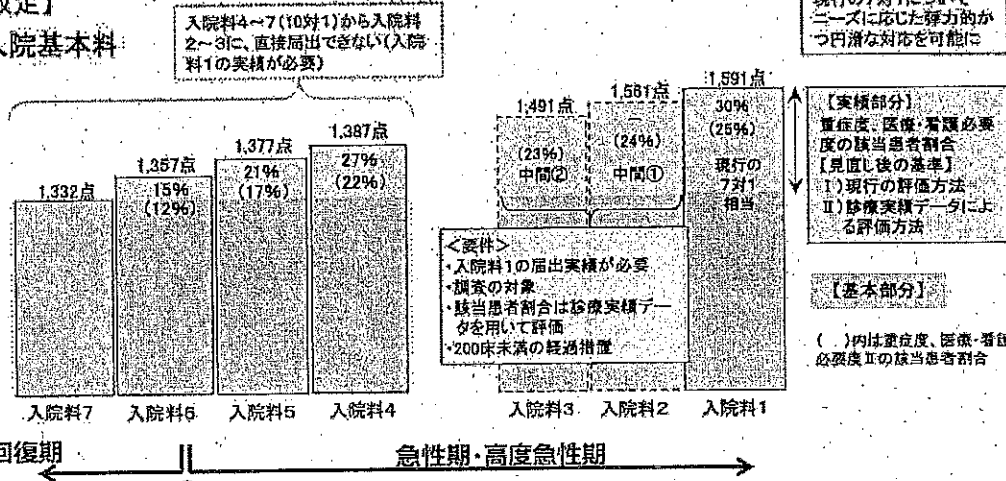
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



厚生労働省の資料から作成

病床機能選択の目安 [案] (定量的な基準 [静岡方式])

(厚労省指針を大原則にして)

- 救命救急・集中治療等の特定入院料 (ICU・NICU・GCU・CCU・PICU・SCU・HCU) → 「高度急性期」
- 小児入院基本料1・2・3 → 「急性期」
- 回復期リハビリ病棟入院料・小児入院医療管理料4・5
緩和ケア病棟入院料・地域包括ケア病棟入院料 → 「回復期」
- 療養病棟入院基本料・特殊疾患病棟入院料・障害者施設等入院基本料・有床診療所療養病床入院基本料 → 「慢性期」



(高度急性期・急性期と回復期[在宅医療等相当を含む])の振り分け
[病院]

- 「一般病棟用重症度、医療看護必要度」が
(Ⅰ：20%以上, Ⅱ：15%以上) かつ 平均在院日数21日以内
* 「急性期入院基本料6」以上相当と考える
- 手術あり (2件以上/月・ベッド) ■ 放射線治療あり (0.1件/月・ベッド)
- 化学療法あり (1件以上/月・ベッド) * 点滴注射によるものを原則とする

上記を1つでも満たすものは「高度急性期・急性期」グループ、
1つも満たさないものを「回復期 (在宅医療等相当を含む)」とする



(高度急性期・急性期と回復期[在宅医療等相当を含む])の振り分け
[有床診療所入院基本料]申請施設

- 手術あり ■ 放射線治療あり (該当施設はないものとする)
- 化学療法あり * 点滴注射によるものを原則とする
(目安として、手術[1件以上/月・ベッド], 化学療法[0.5件以上/月・ベッド])

上記を1つでも満たすものは「急性期」、
1つも満たさないものを「回復期 (在宅医療等相当を含む)」とする



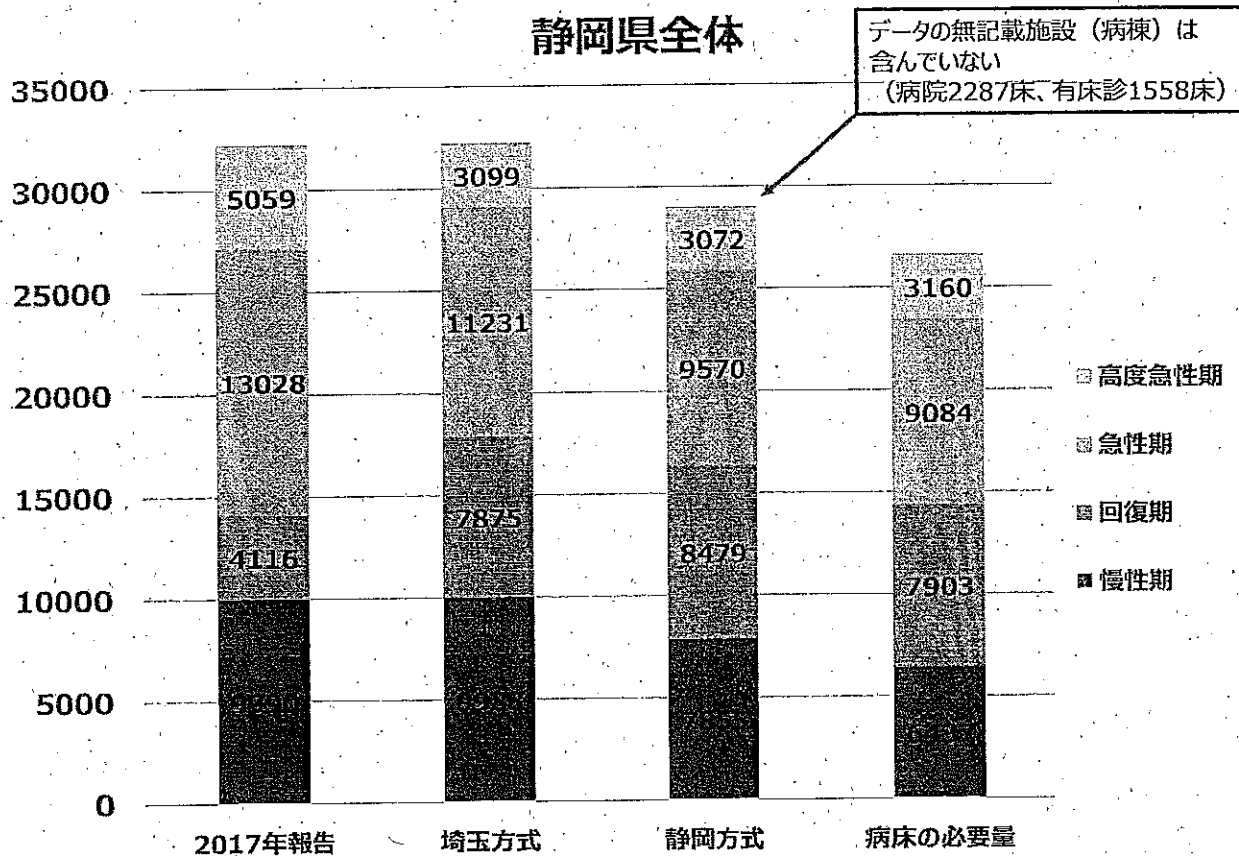
(病院の「高度急性期・急性期」グループから「高度急性期」の抽出?)

「一般病棟用重症度、医療看護必要度」が
(Ⅰ：35%以上, Ⅱ：30%以上) かつ 平均在院日数14日以内)

上記を満たすものを「高度急性期」、満たさないものを「急性期」とする

(その他の留意事項)

- 上述した基準は原則であり、「自主的判断」も尊重する
- 病床機能報告の未提出や上記基準で振り分けができない病棟は、「自己申告の機能病床」を明記のもと、「振り分け不能」グループとする
- 上記振り分けとは別に、病床稼働率が70%を定常的 (継続的) に下回る病棟については個別に状況把握を行う



「静岡方式」のポイント

- 現場職員にフレンドリー
- 病院事務職員の負担・気苦勞の軽減
- 「特定入院料」と「重症度、医療看護必要度」、「平均在院日数」を基本としつつ、一部、「埼玉方式」で補足
- 「分娩件数」をどう考えるか？
- 他の都道府県でも応用可能？・・・「重症度、医療看護必要度」「平均在院日数」の数値のみの変更で「地域性」にも配慮できる？
- 今回は、「高度急性期」と「急性期」の、ある程度の整理に重点を置いた・・・つまり
- 結果的に、「回復期」には「回復期リハ」のほか、「在宅医療等」や「慢性期」に該当する病棟が一定数含まれている？
- 大事なことは、あくまで裁量権を残した「目安」であること！

まとめ（私見）

- 地域医療構想における「病床の必要量」はあくまで「一定の仮説」により推計されているので、「数字合わせ」に走ることは避けた方が良い。
- とはいえ、方向性(考え方)が決して間違っているわけではなく、自発的な「収れん？」を支援する情報提供や助言などは学識経験者(アドバイザー)の仕事とも言える。
- 研究者視点で言えば、いろいろなツールが作れそうだが、現場の施設管理者や担当事務職員に分かりやすく負担が少ない「定量的基準」の提供や紹介が望まれる。
- 「病床機能報告」と「診療報酬請求項目」をリンクさせるのは本意でないが、今回、一定の「施設基準」を利用した「病床機能選択」の判断支援を試みた。細かい数値の微調整等は必要だろうが、一つのヒントにでもなれば幸いである。

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。