

千葉県における地域医療構想に係る機能区分の考え方および急性期病床の必要数に関する定量基準に基づく推計方法についてのレビュー（概要版）

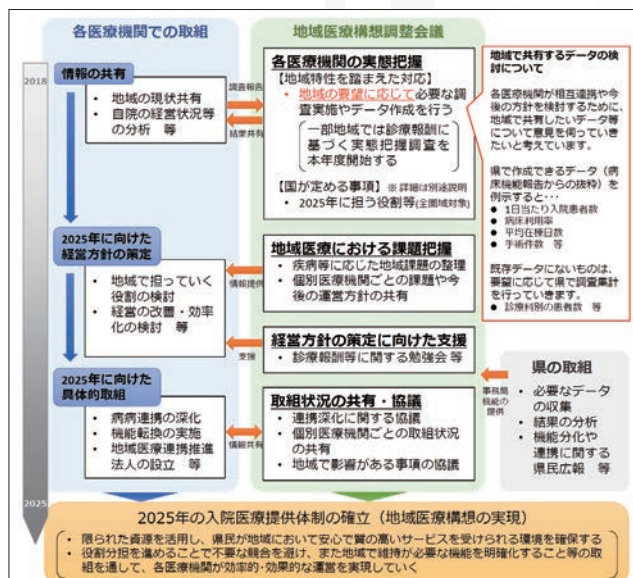
佐藤大介

1. 背景・経緯

2018（平成30）年8月16日付け医政地発0816第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知において、医療機関の回復期機能への理解が不足しているために、現行の病床機能報告において回復期機能を担う病床が不足していると誤解される事態が生じていたことから、都道府県医師会等の医療関係者等との協議を経て、地域の実情に応じた病床機能の定量的な基準を作成し、地域医療構想調整会議の活性化を図ることとなった。

千葉県では、病床機能報告制度を活用して医療機能の把握に努めるとともに、医療機能をより適切に把握するために千葉県地域医療構想調整会議を通じて地域別の調査等に基づく定量的基準を作成し、課題整理、対応策の検討、地域連携等の促進に取り組んでいる。

本レビューでは全国で実施されている地域の実情に応じた病床機能の適切な把握に関する取り組みや定量的基準に係る基本的考え方や推計モデルについて整理し、千葉県の取り組みについて評価を試みる。千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センターの特長である公衆衛生学や医療政策学等に基づく科学的観点に基づき、千葉県における地域医療構想に係る機能区分の考え方を評価することで、地域医療構想調整会議の活性化に貢献する。

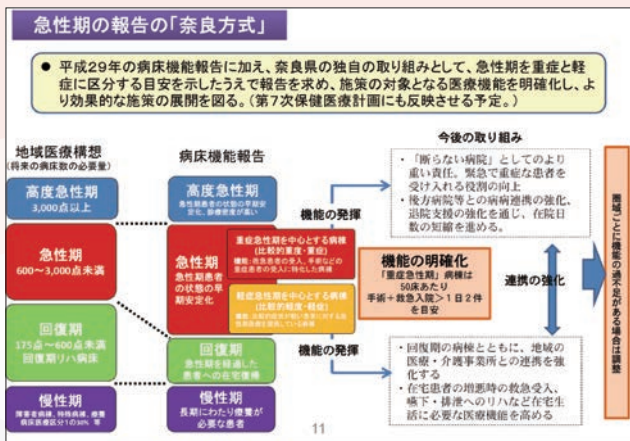


2. 全国における定量基準の取り組みに係る現状

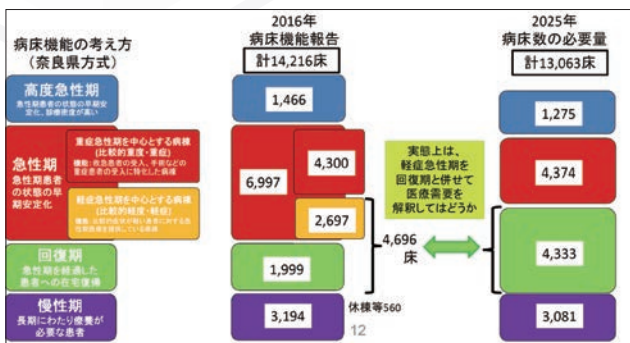
一部の都道府県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成している。

（奈良県の定量的基準）

奈良県は2015年時点の病床機能と2025年予測の病床の必要量を単純比較した結果、急性期病床が可能で回復期機能が不足する結果となったが、実際の医療現場では回復期機能は充足しており過剰感があることや、在院日数を増加させてまで回復期機能を増やすことが地域の実情に応じているのかという観点から、急性期機能を明確化することとした。特に病床機能報告制度と2025年の病床の必要量における急性期および回復期の定義が異なっていることと、奈良県において急性期医療を志す医療機関の多くが中小規模病院であることから、急性期機能を奈良県地域の実情に応じて定義することとした。たとえば病床機能報告制度における急性期機能の定義には軽症急性期患者が含まれる可能性があり、2025年の病床の必要量の回復期の定義は「医療資源量が175点～600点未満+回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数」のため軽症急性期患者が含まれている可能性がある。したがって病床機能報告制度における急性期機能を「重症急性期を中心とする病棟」と、「軽症急性期を中心とする病棟」に分類し、平成29年に奈良県の独自の取り組みとして急性期を重症と軽症に区分する目安を示したうえで報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化することで地域における医療機能を明確化することとした。



その結果、2016年病床機能報告では急性期機能6,997床のうち、重症急性期が4,300床、軽症急性期が2,697床に分類され、回復期機能は1,999床と報告された。軽症急性期機能と回復期機能を合計した4,696床を回復期機能と計上した。その結果、2025年の病床の必要量における急性期機能が4,374床、回復期機能が4,333床となり、定量的基準と病床の必要量が概ね近い値となった。



このように奈良県における定量的基準の方式は、県独自の基準を定め、各医療機関からの自主報告を基にした方式であることが特長である。加えて、国の統計、病床機能報告、レセプトデータ分析による県内医療機関の機能や診療実績の見える化、医療機関同士で共有する仕組みを徹底し、医療機関に対してきめ細やかな情報提供を継続していることも特筆すべき取り組みである。こうした情報に基づく地域の医療機関同士による協議を活性化させ、地域の医療提供体制および医師確保体制の再構築の議論を進めている。

徹底した「見える化」

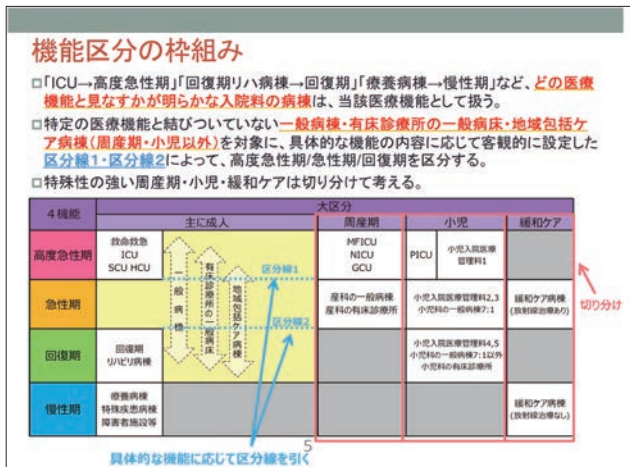
医療機関の診療実績を、医療機関間で相互に共有するなど、医療ニーズや医療資源に関する情報の見える化を図っている。(医療機関名入りの情報も、医療機関向けに資料として提供している。)

	国統計 データブック	病床機能報告	レセプト分析 (国保・後援施設のリセプトデータが収集し抽出に区分)	アンケート調査	その他
総合的な医療機能の発揮状況	●入院件数の増減<DPC>	●疾患別件数	●MDCごとの入院/外来患者数(全病棟)	●経営上の課題	●今後の経営方針
医師数等	●MDCごとの患者数<DPC>	●分科ごとの手術件数	●MDCごとの入院/外来患者数(全病棟)	●市町村ごとの入院患者数	●医大からの派遣医師数
医師数等	●病院ごとの医師数<三診調査>	●急性期の重さ(専科)			
医療分野ごとの質・サービス		●入院患者の退院先	●市町村ごとの在宅医療連携状況・実態	●地域包括ケア病棟の人員稼働	●認知ハの実績指数
その他			●入院患者の要介護度		●施設基準の取得状況

●地域での議論に資するためには、二次医療圏単位ではなく、病院ごと・市町村ごとなど、よりきめ細かな情報提供が必要。

(埼玉県)の定量的基準)

埼玉県では第13回地域医療構想に関するワーキンググループにおいて病床機能報告データ等を用いた医療提供体制分析が紹介されている。奈良県と同様に、病床機能報告制度では医療機能の捉え方が各医療機関によって異なり、報告上の機能と実際の機能が異なるために埼玉県の実情に応じた独自の検討が必要であることから埼玉県地域医療構想調整会議を通じて、医療資源投入量や日々の患者を単位とした客観的指標に基づいた医療機能区分を策定した。医療機能の区分の基本的考え方として、周産期病床および小児病床ならびに緩和ケア病棟を除く、救命救急・ICU、一般病棟・地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、特殊疾患病棟・障害者施設等、医療療養病床、介護療養病床を対象病床とし、高度急性期機能と急性期機能の区分(区分線1)と急性期機能と回復期機能の区分(区分線2)を設定した。



それぞれの区分線は具体的な機能に応じて策定するため、外科的治療・内科的治療・全身管理等の診療内容に基づく指標を策定した。区分線1は救命救急や

ICU等において、特に多く提供されている診療内容（手術・がん・脳卒中・心血管障害・救急・全身管理）に関する稼働病床数当たりの算定回数を指標に閾値を設定した。区分線2は一般病棟7:1において多く提供されている医療において多く提供されている診療内容（手術・がん・救急）および一般病棟や地域包括ケア病棟で共通して用いられている指標（重症度、医療・看護必要度）の診療内容に関する稼働病床数当たりの算定回数を指標に閾値を設定した。

高度急性期・急性期の区分(区分線1)の指標

○救命救急やICU等において、特に多く提供されている医療

- A:【手術】全身麻酔下手術
- B:【手術】胸腔鏡・腹腔鏡下手術
- C:【がん】悪性腫瘍手術
- D:【脳卒中】超急性期脳卒中加算
- E:【脳卒中】脳血管内手術
- F:【心血管疾患】経皮的冠動脈形成術(※)
- G:【救急】救急搬送診療料
- H:【救急】救急医療に係る諸項目(☆)
- I:【救急】重症患者への対応に係る諸項目(☆)
- J:【全身管理】全身管理への対応に係る諸項目(☆)

※…診療報酬上の入院料ではなくデータから特定がしにくいCCUへの置き換えができなかったこと、経皮的冠動脈形成術の算定が一般病棟7:1よりもICU等に集中していることによる。
☆…病床機能報告のデータ項目のうち、救命救急やICU等で算定が集中しているものに限定。

→これらの医療内容に関する稼働病床数当たりの算定回数を指標に用い、しきい値を設定。

急性期・回復期の区分(区分線2)の指標

○一般病棟7:1において多く提供されている医療

- K:【手術】手術
- L:【手術】胸腔鏡・腹腔鏡下手術
- M:【がん】放射線治療
- N:【がん】化学療法
- O:【救急】救急搬送による予定外の入院

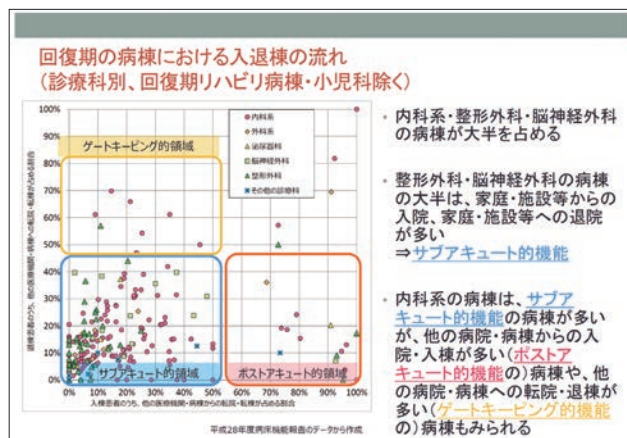
○一般病棟や地域包括ケア病棟で共通して用いられている指標

- P:【重症度、医療・看護必要度】
基準(「A得点2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」)を満たす患者割合

→これらの医療内容に関する稼働病床数当たりの算定回数を指標に用い、しきい値を設定。

これらの定量的基準に基づく区分線1および区分線2によって高度急性期機能と急性期機能を再定義することで2025年の病床の必要量と概ね一致する推計結果が得られた一方で、回復期機能においては多様な形態を含む可能性をさらに類型化・具体化する必要性が指摘されている。埼玉県ではこれらの機能を、整形外科・脳神経外科等に多くみられる家庭・施設等からの入院、家庭・施設等への退院が多い「サブアキュートの機能」、回復期リハビリ病棟等、他の病院・病棟からの転院・転棟が多い「ポストアキュートの機能」、内科系疾患に多く見られる他の病院・病棟への転院・退院が多い「ゲートキーピング的機能」に類型化することで、回復期機能の医療提供の在り方について引き

続き協議を進めている。



2. 千葉県における定量的基準に基づく推計方法について

1) 基本的考え方

千葉県における定量的基準は、現行の病床機能報告をベースとする。全国同様、千葉県においても病床機能報告は各医療機関による自主報告に基づいて機能区分が選択されることから、実態を正確に反映しているとは言えない。加えて千葉県は医療圏によって人口構造や医療提供体制が異なることから、圏域ごとの医療提供体制の実態把握を調査することで、より精度の高い定量的基準の策定を行った。具体的には以下の通り。

1. 定量的な基準による病床機能の実態把握を試みた調査
 - ①病棟単位の医療資源投入量に着目したものの：東葛南部・印旛
 - ②病床単位の医療資源投入量に着目したものの：市原・山武長生夷隅・香取海匝
 - ③診療実績に着目したものの：市原
2. 病院毎の役割や連携に着目した調査
病院毎の連携状況や課題認識の把握を目指したものの：千葉

2025年の病床の必要量における病床機能の目安として、医療資源投入量が用いられていることから、各圏域において医療資源投入量の指標として月額診療報酬額を用いている。月額診療報酬額は、保険診療収入額のうちリハビリテーション料と入院基本料額を除いた診療点数で補正した額を用いている。



2) 用いたデータソース

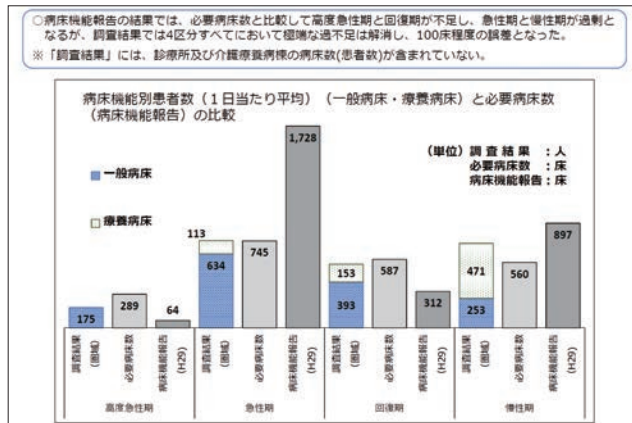
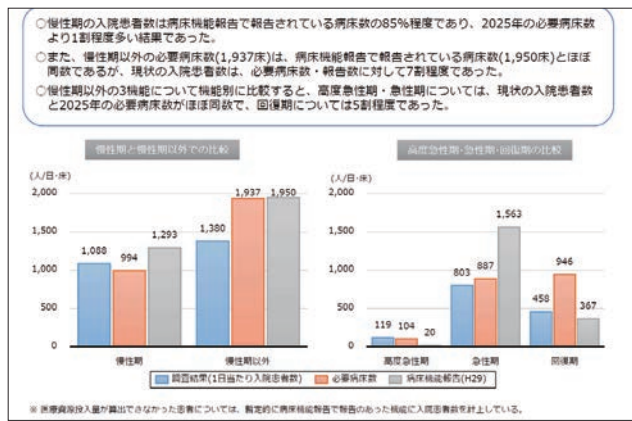
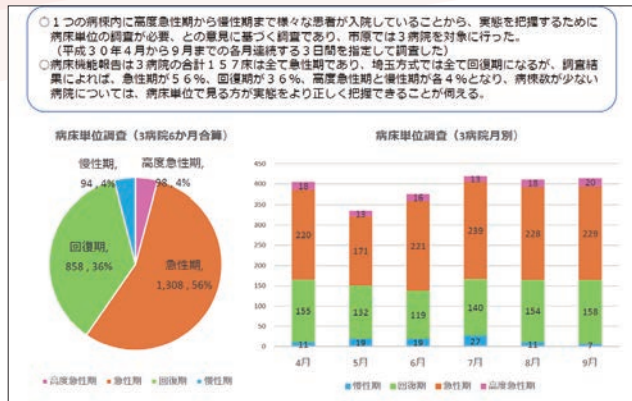
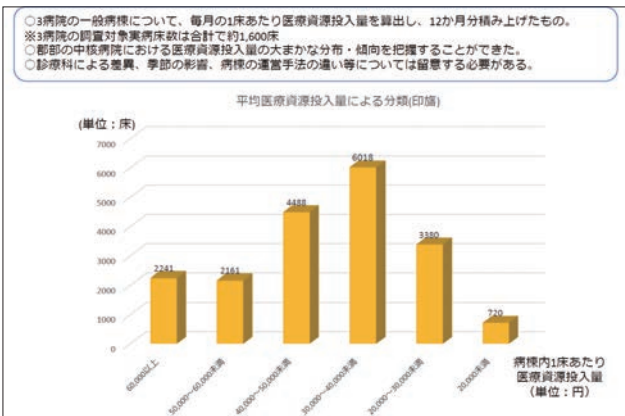
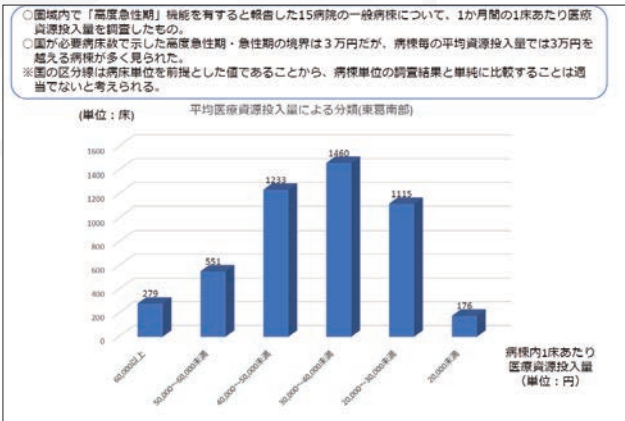
医療圏によって調査対象期間および対象医療機関が異なる。東葛南部地域は平成29年11月の1ヵ月における高度急性期の報告病床がある15病院の調査データ、印旛地域は：平成29年10月～平成30年9月の1年間における地域で高度急性期機能を担う3病院を対象としている。

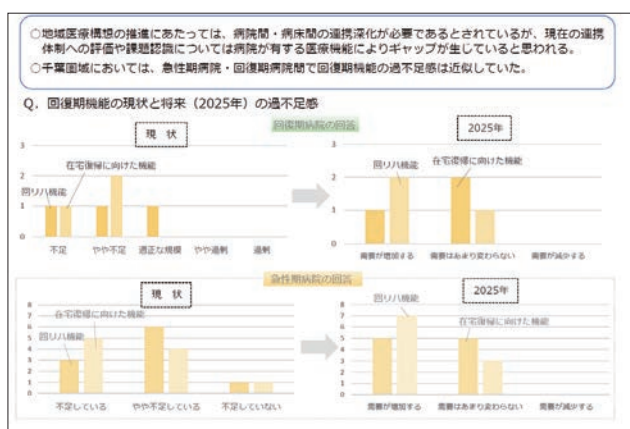
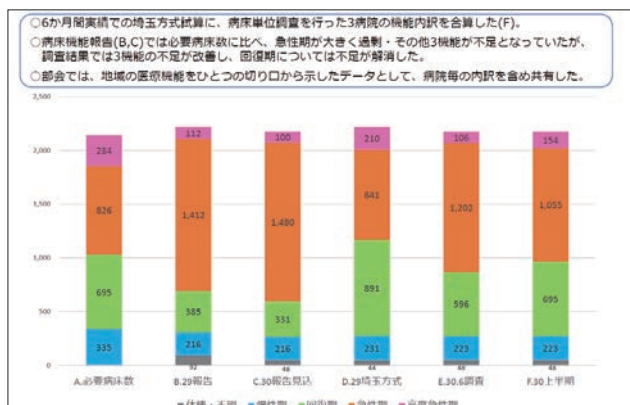
3) 推計方法

機能区分の定量的基準は、2025年の病床の必要量と同じ基準とし、高度急性期機能は医療資源投入量3,000点以上、急性期機能は3000点未満600点以上、回復期機能は600点未満175点以上、慢性期は175点未満と定めた。

4) 推計結果

(総論の通り)





5) 推計の限界点

病床単位の医療資源投入量に着目した市原地域・山武長生夷隅地域・香取海匝地域の推計方法は2025年の病床の必要量と同じ方式であるが、東葛南部地域、印旛地域、千葉地域は独自の調査に基づく基準を用いたため、2025年の病床の必要量との単純に比較することができない点に留意する必要がある。

6) 定量基準の推計に関する今後の課題

- ・千葉県における定量的基準の考え方の特長は、地域の实情に応じた病床機能の適切な把握のために、県内医療圏ごとの方式を採用した点である。いっぽう、それぞれ方式を用いることの妥当性をそれぞれ評価する必要があることと、データソースが異なると地域間の比較が難しくなることが課題となる。
- ・現状の病床機能報告は6月診療分のみであり脳血管疾患等季節性のある疾患を反映していない可能性が指摘されている。今後は病床機能報告の通年化や外来機能報告が始まる。データが追加されても千葉県における定量基準に基づく推計結果が同様になり得るか、という観点から頑健性についての検証が必要である。

- ・最も正確なデータソースは発生源である患者情報、レセプト情報やDPCデータ等に基づく分析である。診療情報の分析によって県内医療機関の機能や診療実績を見える化し、医療機関に対する情報提供を通じて、地域の医療機関同士による協議を活性化させ、千葉県内地域の医療提供体制および医師確保体制に関わる議論を促進できるのではないかと。