

入院基本料と病床機能をひもづけ さらに病床機能を選定する 目安となる基準の検討を進める

「病床機能報告」の見直しを実施

一般病床、療養病床を持つすべての病院、有床診療所は毎年、自院の各病床がどの機能を果たし、将来、どの機能を果たそうとしているのかを都道府県に報告する「病床機能報告」を実施します。しかし、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各病床機能を選択する基準がわかりにくいとの指摘が多く、厚生労働省（以下、厚労省）は具体的な対応方針を固めつつあります。

料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院管理料は「高度急性期機能」

- ・回復期リハビリテーション病棟入院料は「回復期機能」
- ・特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、療養病棟入院基本料は「慢性期機能」

この区分は、特定入院料の施設基準と、各機能との間に共通点を見出したものと言えます。厚労省では、同様に「一般病棟入院基本料と病床機能とのひもづけができないか」を検討、調査した結果、次のような状況が明らかになりました。

〈高度急性期と報告した病棟〉

- ・8割超で看護配置「7対1相当以上」
- ・9割超で平均在棟日数が「18日以内」
- ・急性期と報告した病棟にくらべて「他院・他病棟からの転院・転棟患者」が多い

〈急性期と報告した病棟〉

- ・看護配置が4割弱で「7対1相当以上」、2割弱で「10対1相当未満」、1割弱で「13対1相当未満」
- ・8割強で平均在棟日数が「21日以内」
- ・高度急性期と報告した病棟にくらべて「他院・他病棟からの転院・転棟患者」が少ない

- ・外科や脳神経外科では、7対1・10対1で「13対1・15対1の2倍程度の手術・全身麻酔手術を実施している」

- ・13対1・15対1病棟であっても、循環器内科や眼科を標榜し、急性期と報告した一部の病棟では、7対1・10対1と同程度の手術・全身麻酔手術を実施している

〈回復期と報告した病棟〉

- ・一般病床では病床当たりの看護配

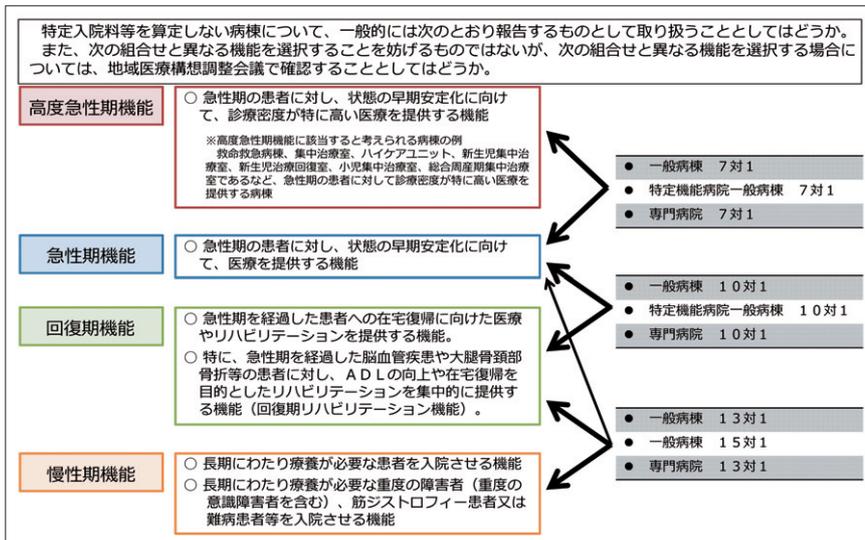
一般病棟入院基本料と病床機能のひもづけも完了

各病床機能における、いわゆる「定量的基準」の必要性がかねてから指摘されていますが、仮に一律の基準（たとえば、地域医療構想ガイドラインのような1日当たりの医療資源投入量など）が定まるのであれば、「厚労省で基準に沿って機能分化を行えば良く、病床機能報告の必要がなくなるのではないか」との反論もあり

ます。これについて明確な結論は出ていませんが、厚労省では「病床機能報告を行うにあたっての一定の目安や基準を定める必要があるのではないか」と考えているようです。すでに2016年度には病床機能と親和性の高い「特定入院料」の整理を行って、次のように運用しています。

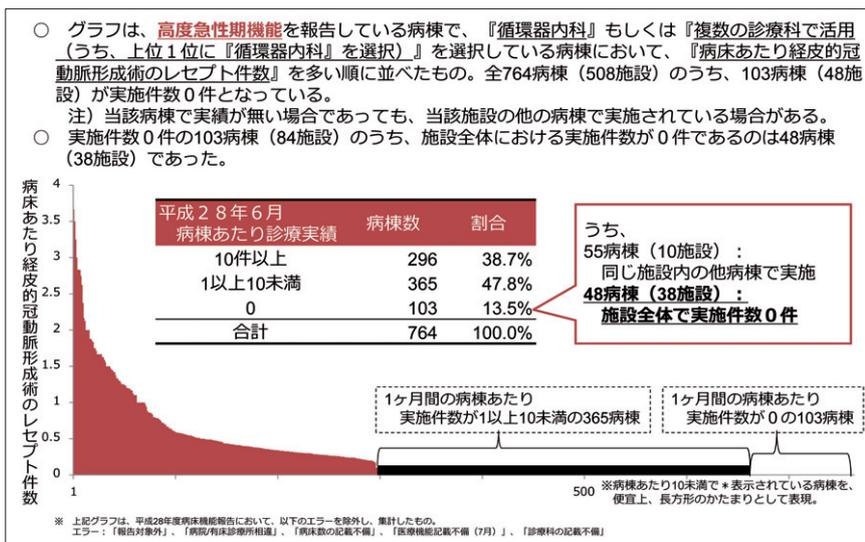
- ・救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理

【資料1】特定の機能を有さない病棟における病床機能報告の取り扱いの基本的な考え方



出典：厚生労働省第5回地域医療構想に関するWG(2017年6月2日)資料2(p48) (http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000166637.pdf)

【資料2】病棟ごとの提供されている医療の内容について(病院、診療所)〈精査中〉



出典：厚生労働省第4回地域医療構想に関するWG(2017年5月10日)資料2(p23) (http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000164336.pdf)

置「10対1相当以上」が66%だが、療養病床では47.6%にとどまる

- 一般病床では平均在棟日数が60日を超える病棟は3割弱にとどまるが療養病床では8割弱を占める

- 「他院・他病棟からの転院・転棟患者」割合を見ると、療養病床の病棟では9割超で75%以上だが、一般病床では7割弱

〈慢性期と報告した病棟〉

- 96%弱で「25対1相当以上」の看護配置

看護配置

- 平均在棟日数は8割強で90日超、4割強で300日超

- 6割超で、「他院・他病棟からの転院・転棟患者」割合が75%以上

これらを逆の方向から整理し、厚生労働省は6月2日に開催した「地域医療構想に関するワーキンググループ」で、次のようなひもづけを行っています(【資料1】)。

(1) 7対1病棟は「高度急性期」ま

たは「急性期」

(2) 10対1病棟は「急性期」または「回復期」

(3) 13対1・15対1病棟は「回復期」または「慢性期」、一部では「急性期」も

これらと異なる組み合わせによる報告もできますが、その場合、「事後に、地域医療構想調整会議で『なぜ、異なる組み合わせで報告したのか、実際の機能や医療提供内容はどのようなものか』などを確認する」こととなります。

600床近い大規模病院の中にすべて高度急性期とする例も

もっとも、同じ7対1を届け出ている病棟であっても、入院患者の状況や提供されている医療内容は、さまざまであると指摘されています。この点について厚労省が詳しく分析したところ、「衝撃的な状況」が明らかになってきました。

たとえば、各病院が「どういった機能を組み合わせで報告しているのか」を見てみると、2016年度には、128の病院が「すべての病棟が高度急性期」と報告するとともに、1,454の病院が「すべての病棟が急性期」と報告するなど、「疑問のある」病院が散見されたこと、5月10日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」に報告されたのです。

「すべて高度急性期」と報告した病院の何が疑問で、何が問題なのでしょう。ハートセンターなど小規模単科病院ならば高度急性期への特化も考えられますが、2016年度に「すべて高度急性期」と報告した128病院は平均581床という大規模病院(大学病院が多い)で、実際の機能を勘案せずに報告を行っている可能性があるのです。

高度急性期の循環器内科で 1ヵ月にPCIが0件の施設

さらに厚労省の分析では、「同じ機能を選択しているが、診療実績には病院間で大きなバラつきがある」実態もわかりました。

1例として、「循環器内科で、高度急性期と報告している病棟」(764病棟・508施設)において、2016年6月の「病床当たりの経皮的冠動脈形成術(PCI)の実施件数」がどれだけのかを比較してみました。それによると、10件以上実施しているところが296病棟(38.7%)あるのに対し、103病棟(13.5%)では0件、うち48病棟・38施設では「施設全体での実施件数が0件」であるとわかりました(【資料2】)。

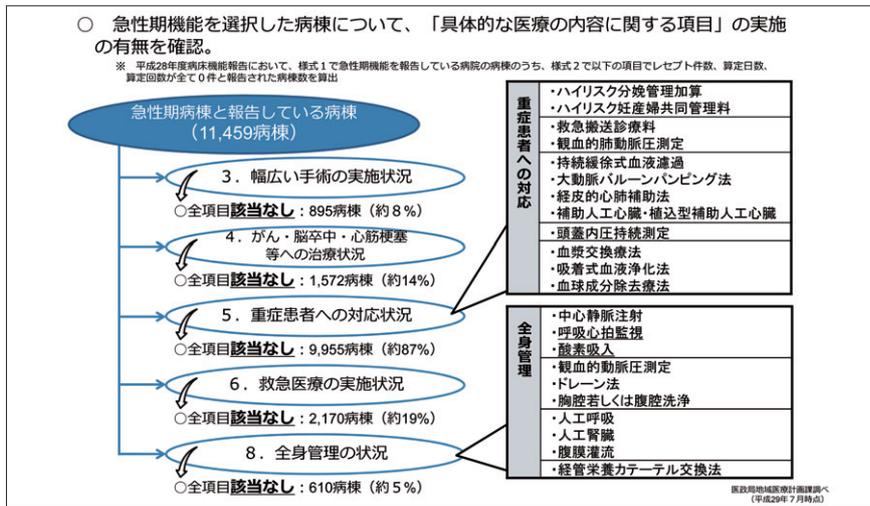
厚労省医政局地域医療計画課の担当者は、「循環器内科で、しかも高度急性期を選択した病棟でPCIを1ヵ月に1回も実施していない事実を、地域医療構想調整会議でどのように説明するのだろうか」とコメントしています。

急性期の外科病棟なのに 1ヵ月に手術が0件の施設

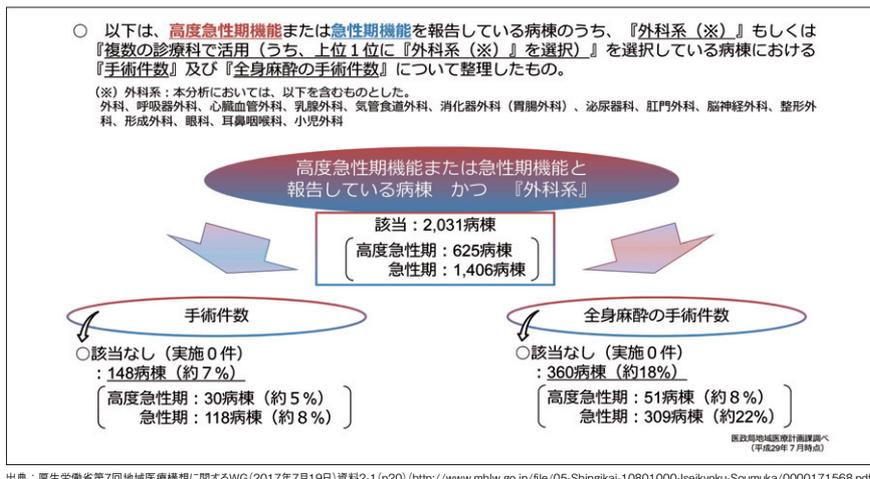
7月19日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」では、さらに次のような状況が厚労省から報告され、同じ機能の中でも診療実績に大きなバラつきがある実態があらためて確認されました。

- 急性期と報告している病棟(11,459病棟)のうち、895病棟(7.8%)では「幅広い手術の実施状況」(全身麻酔手術や人工心肺を用いた手術など)に、1,572病棟(13.7%)では「がん、脳卒中、心筋梗塞などへの治療状況」に、2,170病棟(18.9%)では「救急医療の実施状況」に、610病棟(5.3%)

【資料3】具体的な医療の内容に関する項目と病床機能



【資料4】具体的な医療の内容に関する項目を用いた分析例①



では「全身管理の状況」に合致していない(【資料3】)

- 高度急性期、急性期と報告している外科病棟(2,031病棟)のうち、360病棟(17.7%)では全身麻酔手術が1ヵ月に0件で、148病棟(7.3%)では手術そのものを1ヵ月に1件も実施していない(【資料4】)

- 高度急性期、急性期と報告している呼吸器内科病棟(681病棟)のうち、31病棟(4.6%)では酸素吸入を1ヵ月に1件も実施せず、40病棟(5.9%)では呼吸心拍監視を同じく1件も実施していない。また、24病棟(3.5%)

では、両行為を1ヵ月に1件も行っていない(【資料5】)

同じ診療科で同じ機能として報告されている病棟であるにもかかわらず、「A病院のα病棟では、当該診療科で一般的な手術を1ヵ月に20件行い、B病院のβ病棟では、1件も行っていない」状況は、国民にとってきわめてわかりにくいと言わざるをえません。ひいては国民の医療に対する不信感を生み、「やはり大きな病院が安心だ」との誤解を助長する可能性もあります。

厚労省は今後、「その病床機能らし

い」医療内容に関する項目を複数設定し、「A診療行為を実施しているか→B診療行為を実施しているか→C診療行為を実施しているか」といった何段階かの「ふるい」を設置して、たとえば「A、B、Cの診療行為すべてを1回も実施していない」病棟に関しては、選択した機能について地域医療構想調整会議で確認するよう求めています。厚労省は、これまでの分析内容を踏まえると、診療行為だけでなく「診療科」をも勘案した「ふるい」を設置したい考えのようです（【資料6】）。

入退院患者数を報告する対象期間を1年に延長

6月2日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」では、2017年度の病床機能報告から次のような見直しの実施も固まりました（病床機能報告マニュアルの改訂）。

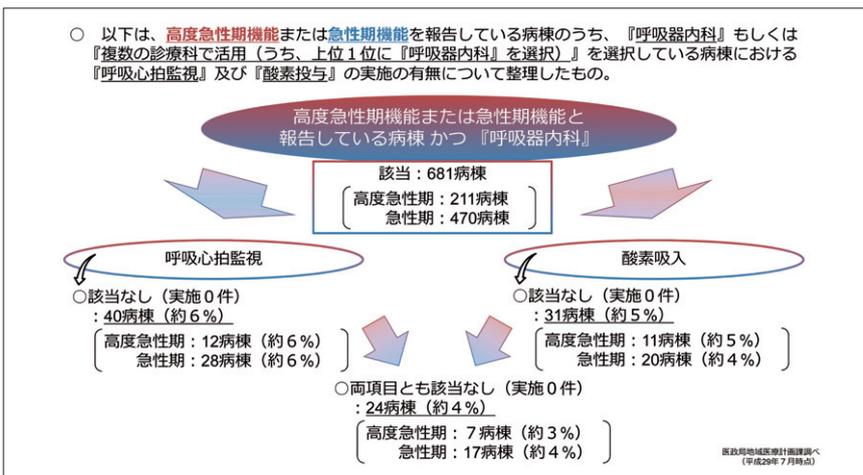
- ①「人員配置」に関して、医師数、歯科医師数、管理栄養士数などを追加する
- ②「6年が経過した日における病床の機能」に関して、転換先の施設類型（介護医療院、介護老人保健施設）

を把握する項目を追加する

- ③入院前・退院先の場所別の患者数、退院後に在宅医療を必要とする患者数について、報告対象期間を1年間（現在は1ヵ月間）に延長する
- ④非稼働病床がある場合には、ベッド数とあわせて「非稼働の理由」についての報告も求める
- ⑤医療機関の設置主体、特定機能病院や地域医療支援の病院の承認の有無についても報告を求める

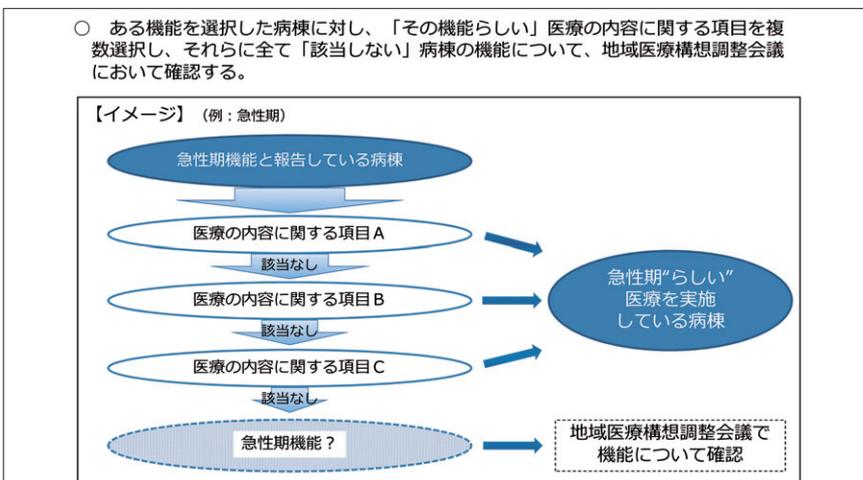
このうち③の入退院患者数については、今の病床機能報告では「毎年6月の1ヵ月間」の「新規入棟患者数（院内の他病棟からの転棟か、家庭からの入院か、他院からの転院かなど別）」、「退棟患者数（院内の他病棟への転棟か、家庭への退院か、他院への転院か、介護施設への転院かなど別）」、「退院後の在宅医療が必要な患者数（在宅医療提供を自院が行うのか、他施設が行うのかなど別）」を報告することになっています。しかし療養病床では全国ベースの平均在棟日数が300日を超えており、1ヵ月間では患者の動向が見えにくく、「療養病床からの退院患者が、在宅に復帰するのか（復帰するとして在宅医療が必要なのか、不要なのか）、あるいは他院に転院するのか、介護施設に入所するのか」などの把握が難しくなっています。そこで、報告対象期間を1年間（前年7月1日から当年6月30日まで）に見直し、実態をとらえようというわけです。もっとも医療機関側の負担にも配慮し、▽2017年度は可能な医療機関に限って追加的に報告する、▽2018年度から1年間の報告を原則とする——という猶予規定が設けられます。

【資料5】具体的な医療の内容に関する項目を用いた分析例②



出典：厚生労働省第7回地域医療構想に関するWG(2017年7月19日)資料2-1(p21) (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000171568.pdf>)

【資料6】具体的な医療の内容に関する項目の分析方法(案)



出典：厚生労働省第7回地域医療構想に関するWG(2017年7月19日)資料2-1(p22) (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000171568.pdf>)



医療ジャーナリスト
鳥海 和輝