

埼玉県方式分類要件の問題点：愛知県への提言

病床機能の定量的基準としての埼玉県方式について、愛知県内 18 病院において自院データを当てはめた結果と現状を対比し、指摘された問題点は以下の通りである。

【1】高度急性期分類要件について

- 悪性腫瘍手術について、手術名に「悪性腫瘍」の表記がない手術がカウントされていない（肝切除術、膵頭部腫瘍切除術、直腸切除術等）ため、評価が実態と大きく異なる。
- 脳卒中領域においては指標が血管内治療に限定されており、くも膜下出血への開頭手術や頸動脈手術等が評価されていない。また、1 件でもあれば高度急性期に該当してしまう為、意図的に入院病棟を分散すれば高度急性期病棟が増加する。
- 心血管疾患の分類要件に「経皮的カテーテル心筋灼術（アブレーション）」の項目を追加すべきである。
- 救急搬送診療料については入院基本料を算定する場合、併算定不可能な項目であり、一般病棟の指標としては適さないと思われる。ドクターカーを運用している病院の病棟は要件に適合しやすくなる。ドクターカーで搬入される病棟は必ずしも ICU・CCU・HCU ばかりでなく、一般病棟への入室もある。たまたま 6 月に病棟入室があればその病棟が高度急性期と定義され実態が反映されない。
- 内科系の評価項目が少ない。
 - ・造血器の悪性疾患で、血液細胞の移植医療や無菌室管理、輸血療法等、血液疾患に対する高度な治療が全く評価されていない。
 - ・侵襲的な消化器治療等の救命に係る内科的治療を評価する項目がない。
 - ・DPC 制度上の医療機関群における特定病院群の設定要件上の実績要件に「特定内科診療」に類する評価がある。医療資源投入量による病床機能の判定が必要である。

【2】急性期分類要件について

- がん領域における放射線治療・化学療法はともに外来移行が主流であるので、病棟における実施件数を指標とすると入院圧力が高まり医療費の高騰を招く。
- 整形外科領域における指標は、手術・救急入院しか存在しないため実態と評価が異なる。中でも、初期・早期リハビリテーション加算は急性期治療の指標とし、交通外傷、労災事故等は特に評価されるべきである。
- 高度急性期に該当しない一般病棟の多くで、急性期の判定で「P：重症度、医

療・看護必要度」の値のみが該当する病棟が多い。そのような病棟においては、必要度の月間にばらつきがあり、急性期となるか回復期となるかの影響を強く受けてしまう。

【3】高度急性期・急性期共通

- データ抽出期間が 6 月の単月であるため、季節変動が反映されず実態と評価が異なる。通常、冬季に重篤な患者が増加する傾向にあるため、単月をもって指標とすることは疑問視される。手術件数や病床稼働率には季節変動の差異（冬季に高い）が大きく、単月のデータに基づいて病床機能の評価することは難しい。通年で比較した場合、6 月が平均的な実績かどうか不明である。1 か月分のみのデータでは、月間の患者背景のばらつきが反映しないため、データの対象期間はある程度の期間を設定する必要がある。
- データ元がレセプトであるため、DPC 算定施設では包括化され、レセプトに反映されない項目は実態が反映されない。
 - ・化学療法においてある病院において以下の通り乖離が確認された。
 - 「内服薬を用いている化学療法」について、レセプトデータを基礎とする病床機能報告では 1 件／レセプト（1 日／算定日数）とされているが、電子カルテから抽出したデータでは、2 件／患者数（6 日／処方日数）確認された。
 - 同様の乖離が、一部の腫瘍用薬、気管内挿管等の各種処置、頭蓋内圧測定等の各種検査においても発生している。
 - MFICU を除く産科領域は自動的に急性期と位置付けられるため実態と乖離している。ハイリスク分娩・妊娠管理加算、帝王切開術件数、分娩件数等の実績を指標とすることで、実際には高度急性期に相当する医療機関も存在すると想定される。
 - 周産期センターGCUについては、算定入院料で判断すると回復期、機能で判断すると高度急性期となるが、機能を優先して高度急性期とされるべきである。全身管理の分類要件に「出生時体重 2,500g 未満の低出生体重児」の項目が追加されるべきである。
 - 大区分「小児」において、成人混合病棟の取り扱いで、小児がん中心の混合病棟では、小児入院医療管理料 4 の算定に該当し、「回復期」とされている一方、区分線 2 の項目で評価すれば、「化学療法」に該当し急性期となり判断し難い。
 - 平均在院日数は問われていないが、高度急性期、急性期ならば、斟酌が必要ではないか。
 - 当該指標で高度急性期、急性期に該当しないため回復期と判定される病棟があるが、病床機能報告に定められた「医療機能の内容（添付資料参照）」における回復期機能や慢性期機能を有しているわけではないため、その判定には疑義がある。

【4】その他全般的に

●病院全体として高度急性期及び急性期患者を受け入れている数から病床機能を算定するべきである。埼玉県方式のように各病棟で算定すれば、ICUや救急病棟等の特定の病棟のみがしきい値を超える状況となる。これに対して混合病棟化などを行う病院が出てくることが懸念されるが、医療安全上の問題がある。

●埼玉県方式は外科系の管理に偏っているが、内科系でも重症な患者は多い。将来の受入可能施設を考慮する上でも、専門医の人数や病院の施設基準、高度医療機器等の病院設備等も算定要件に入れるべきである。

●それぞれの地域の特性（医療機関の地理的配置や将来構想等）を十分に吟味しないと地域包括ケアシステムが混乱に陥り、取り返しのきかない事態となる。地域住民の医療・介護に安心・安全を確保するという目標を見失ってはならない。数値データが本来の目的を超えて独り歩きすることは過去に何度も経験してきた。

●国が推進する地域包括ケアシステムにおける在宅医療や認知症対策を考えると、そのバックアップ体制のために必要な機能を持つ急性期病床が、埼玉県方式の急性期の区分線 2 の設定基準より大きく外れている。出されたデータからその機能も読み取れない。地域での特性を数値のみで分析することは困難であり、埼玉県方式で出された数値を用いて地域の実情を議論しても、地域医療構想調整会議が活性化されるとは考えられない。

以上、列記したように、病床機能報告に関する定量的基準としての埼玉県方式の要件項目には、病院医療の実態が反映されない多くの看過できない問題点があります。

あくまで埼玉県で提示された例として、本県においては、参考にとどめおくべきものと考えます。

2019年1月22日

愛知県病院団体協議会

一般社団法人愛知県病院協会 会長 浦田士郎

一般社団法人愛知県医療法人協会 会長 木村 衛

一般社団法人愛知県精神科病院協会 会長 舟橋利彦

日本病院会愛知県支部長 松本隆利

全日本病院協会愛知県支部長 太田圭洋