

令和5年度第1回県央地区保健医療福祉推進会議ワーキンググループ 結果概要

日時：令和5年5月29日（月） 19:00～20:30

方法：Web 会議

1 開会

本ワーキンググループの進行役を、厚木病院協会 杉山会長に依頼し、了解いただいた。

2 議題

報告事項（1）「令和5年度の保健医療計画及び地域医療構想推進スケジュールについて」

○資料説明 説明者：事務局（県医療課・厚木保健福祉事務所）

資料 1-1 令和5年度の保健医療計画及び地域医療構想推進スケジュールについて

資料 1-2 令和5年度 県央地域における保健医療計画及び地域医療構想推進スケジュール

<主な意見>

- ・ 「地域医療構想の実現に向けた PDCA の取組について」は、具体的取組みを現在検討中とのことだが。
 - 本県では、ほぼ全ての病院に 2025 プランを策定いただき、更新についても協議している。ただ有床診療所は、必要性は高くないと考えて未策定なので、これをどうするかと、病床数の差異に関してどのようなデータ分析を行うかを検討中。
- ・ 病床機能報告上の病床数と必要病床数の差異については、神奈川県は大きい印象がある。
 - おっしゃる通り、本県では1万床近い差異があることから、要因の分析や評価を改めて行う必要があると考えている。資料記載の地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業を活用できればと考えている。

協議事項（1）「県央地区における高度急性期機能に係る意見交換について」

○資料説明 説明者：事務局（厚木保健福祉事務所）

資料 2 県央地区における高度急性期の在り方に係る意見交換について

<主な意見（意見交換の進め方・スケジュール）>

- ・ 定義の違いについては、地域の病院からの指摘により他の地域とは異なっている現状を認識した。分析については、データを基に行うことが必要。3,000点サンプルだとは思いますが、やり方を決めて議論できるとよい。
- ・ 病床機能報告と必要病床数の策定についての定義が明らかに異なっているので、3,000点でも算定加算でもよいので基準と思えるものが出来るとよい。ただ、3,000点だと低い気がする。この後に他県の事例や総合入院体制加算の説明があると思うが、皆さんが納得できればよいと思う。

病床機能報告上の病床数と必要病床数に乖離があるということが問題という考え方の方が問題だと思う。いまの高度急性期・急性期・回復期の2年後の体制で回っていかないのであれば見直す必要があるが、現状はやれている状況ではないか。本当に回復期や高度急性期が少ないのかどうかについて認識を共有できればよいと思う。一方で、病床機能の転換について議論する際に示せるデータがない状況が続くのも問題だと思っている。

- ・ 当初、病床機能報告を行う際に、いわゆるアルファベット病床しか反映されなかった経緯がある。高度急性期は、今回、地域の病院の機能転換の議論に当たってクローズアップされた。ここで高度急性期の基準を決められればと思う。
 - 重要な指摘だと思う。県として次の地域医療構想で必ず差異を埋めるという考えに至っているわけではない。地域の皆様と議論していきたいと考えている。
- ・ 県内で共通の基準で考える必要があると思うが、まずは3,000点でデータを整理した上で、それから調整したり、他の地区と比べてはどうかと思う。
 - 今後の検討は、データを出してみた上で議論したいと思っている。今日の議論の整理の結果を見て、議論していくことが重要だと思う。
- ・ 複数の案を出してもらえれば、選択できるし、分かりやすいのではないかと。
- ・ この地域で現状は回っているのか、県全体で検証できるようにすることが大事ではないか。この地区にとってどのような形がよいかを確立した方がよいと考える。

<主な意見（県央地区における在るべき姿・定量的基準による分析）>

- ・ 他県の例にあったように、県として新たな基準で報告してもらおうことを目指すのか。
 - 今回は、県央地域としての考え方・基準を整理するものと受け止めている。
- ・ どの基準とするかについては、正解はないと思う。地域の中でしっかりやりましょうというのが目的かと思うが、地域間の流入出が分かることが大事かと思う。ここではなかなか決まらないので、両病院協会の会長に決めてもらってはどうか。
- ・ 地域に対して十分に足りているのかどうか、人口に対してどのくらいかだが、基準が一定していないと分析にならない。何と比較するかを考えて決めていくべき。
- ・ 令和2年度の病床機能報告では、高度急性期は8病院で101床。101床は、各病院にバランスよく分かれていると思う。県内の他の地域では、こういった議論を行ったことがあるのか。
 - 本日の様な取組みは他の地域ではこれまで行っていない。
- ・ アルファベット病床は高度急性期で異論はないと思う。それ以外の一般病床で高度急性期とすべきものとそうでないものがある。静岡の基準が分かりやすいと思う。一度県央地区でデータを基に数字を出してみて、その上で議論するのがよいのではないかと。
- ・ 令和2年度の病床機能報告の高度急性期101床について、高度急性期を持つ病院に聞くのはどうか。
- ・ レセプトのデータから調べるので、それほど手間はかからないのではないかと。3,000点で出してもらった上で、静岡県の基準による数字と比べてはどうか。自分のところに高度急性期があるという病院に報告をしてもらってはどうか。
- ・ 令和3年度の報告では、県央は109床。県央地区の高度急性期の割合は2%程度で、他の地区は20%程度。
 - 定義が明確でないことが、地域単位で比べた時に差異が出ている要因と思われる。
- ・ 県として統一した基準が必要ではないかと。

- 病床機能報告は国の制度であり、あくまで医療機関の自主的な報告による。現時点では、県全体に基準を強制することはできない。いくつかの都道府県から国に対して基準を統一してほしいという声が出ていると聞いており、国の検討状況を注視していきたい。
- ・ 県央は、最初は400床くらいだったがアルファベット病床にまとめられたと記憶している。湘南東部では3,000点で整理している。県全体で基準を統一しても、おかしな数字にはならないのではないか。
 - ・ 3,000点で手上げし直すという場合は比較的、簡単に出ると思う。一方で、県全体として高度急性期が過剰な中で県央が増える意味をどう考えるか。県が高度急性期を管理できていないということになるのではないか。3,000点はひとつの指標だとは思いますが、現在の病床数について、必要病床数と比べると少ないと思われがちだが、高度急性期と急性期を明確に区別しなくても地域の医療が回るのであれば、他の地区と違ってよいのではないか。3,000点だとかなり高度急性期が増えるのではないか。基準にしばられなくてもよいのではないか。
 - ・ この地区はうまく回っているので、高度急性期が全体の20%くらい必要なかどうか、資料の事例を参考に一度数字をまとめてみて、それで議論するというところでどうか。
 - ・ 賛成する。3,000点のほかに静岡県などの基準も出してみるのはいかがでしょうか。
 - ・ 3,000点で一度整理することに賛同する。7対1の病棟の中でもかなりの数が該当するのではないか。7対1と10対1と看護師配置毎に集計することで、病院の現状が見えてくる可能性もある。

その他

特になし

(以上)

県央地区における高度急性期の在り方に係る意見交換について

1 目的

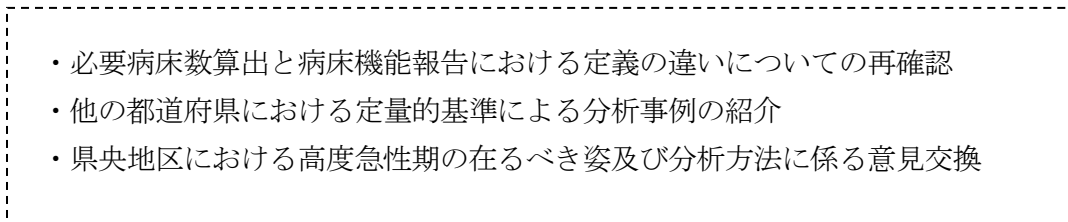
- 県央地区保健医療福祉推進会議や地域ワーキンググループにおいて、病床機能報告における高度急性期の定義が必ずしも統一されておらず、医療機関の判断で報告されていることや地域医療構想の必要病床数の推計の際の定義とも異なっていることから、県央地区において求められる高度急性期の在り方について、地域独自に検討すべきではないかとの意見があった。
- 県央地区内の状況を情報共有し、病床機能の分化・連携に係る議論を推進するため、県央地区において求められる高度急性期の在り方について、意見交換を行う。意見交換結果は、取りまとめを行い、地域における病床機能の分化・連携の協議等において参考とする。

神奈川県地域医療構想より (P.38)

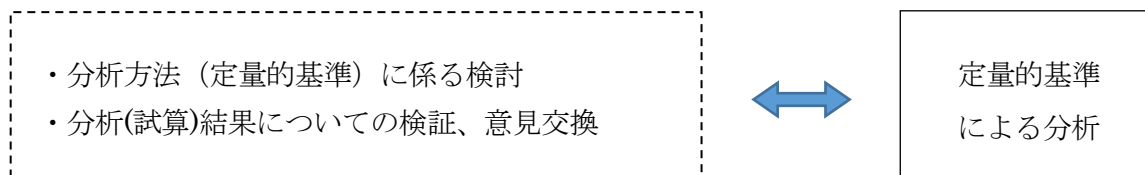
(コラム1) 地域医療構想における病床機能の定義等		
1 必要病床数の推計と病床機能報告制度における病床機能の定義等の違い		
・ 必要病床数の推計と病床機能報告制度における病床機能の定義等は、次のとおりです。		
	必要病床数の推計	病床機能報告制度
目的	将来の医療需要を推計する (病床機能報告制度における各病棟の病床機能を選択する基準になるものではない)	患者・県民・他の医療機関に対してそれぞれの医療機関が有する機能を明らかにする
算定方法	全国一律の計算式による (一部都道府県の裁量あり)	各医療機関の自主的な報告
病床機能の定義	高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて診療密度が特に高い医療を提供する機能
	急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
	回復期	・ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション)
	慢性期	・ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能
	・ 療養病床の入院患者数(医療区分1の70%及び回復期リハビリテーション病棟の患者を除く) ・ 一般病床の障害者、難病患者数 ・ 療養病床入院受療率の地域解消分(減算)	

2 意見交換の進め方・スケジュール（案）

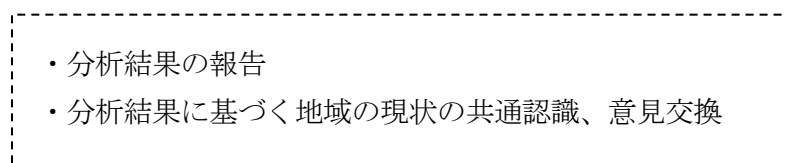
（1）第1回県央地区保健医療福祉推進会議ワーキンググループ



（2）ワーキンググループの結果を踏まえ、 高度急性期病床を有する病院により意見交換 令和5年6～8月（予定）



（3）第2回県央地区保健医療福祉推進会議ワーキンググループ 令和5年9月（予定）



3 県央地区における高度急性期の在るべき姿について

現 在

病床機能報告において、救命救急センターやいわゆるアルファベット病床を高度急性期として報告



検 討

必要病床数の推計と病床機能報告において高度急性期の定義が異なっていることから、以下の視点から定量的基準による分析を実施することにより地域の実態を把握し、今後の議論の参考とするため、県央地区の高度急性期のあるべき姿について意見交換する。

視点①

- ・ 現在報告されている入院基本料から特定の医療機能であることが明らかな病床以外に、一般病床のうち診療密度の高い医療を提供している病床についても高度急性期に加えてよいのではないか。

視点②

- ・ 救命救急に係る病床については、単に2次輪番病院を担当しているだけでなく、救命救急センターの様に、常時受入れを行ったり、基本的に受入れを断らない等、地域の救急医療を支える対応を行っている病床が高度急性期と考えられるのではないか。

※ 視点の検討に当たっては、県央地区保健医療福祉推進会議や地域ワーキンググループにおける意見や大和高座病院協会が実施したアンケート実施結果を参考とした。

県央地区の高度急性期のあるべき姿（イメージ）

- 重症患者に対して診療密度の高い医療を提供する病床（一般病床も含む）
- 常時救急患者の受入れを行う・基本的に受入れを断らない等、地域の救急医療を支える病床

4 定量的基準による分析について

他の都道府県の基準を参考に、検討を進める。

(1) 他の都道府県の分析事例 (厚木保健福祉事務所調べ)

ア 埼玉県

- ICU等、医療機能が明らかな入院料の病棟は、当該医療機能として扱う。
- 特定の医療機能と結びついていない一般病棟等を対象に、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した区分線によって、高度急性期 / 急性期 / 回復期を区分
- 特殊性の強い周産期・小児・緩和ケアは切り分けて考える。
 - ・ 病床機能報告のうち、主に「具体的な医療の内容に関する項目」のデータの中から、外科的治療・内科的治療・全身管理等の幅広い診療内容を加味して基準を構成。
 - ・ 高度急性期と急性期を区分する区分線1のしきい値は、救命救急入院料やICUの大半が、高度急性期に区分される程度(※)とする。

※ 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しきい値を設定

区分線1で高度急性期に分類する要件		しきい値	
		稼働病床1床当たりの月間の回数	40床の病棟に換算した場合
手術	A 全身麻酔下手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上
	B 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
がん	C 悪性腫瘍手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
脳卒中	D 超急性期脳卒中加算	あり	あり
	E 脳血管内手術	あり	あり
心血管疾患	F 経皮的冠動脈形成術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
救急	G 救急搬送診療料	あり	あり
	H 救急医療に係る諸項目(下記の合計) ・救命のための気管内挿管 ・体表・食道ベージング法 ・非開胸的心マッサージ ・カウンターショック ・心臓穿刺 ・食道圧迫止血チューブ挿入法	0.2回/月・床以上	8回/月以上
	I 重症患者への対応に係る諸項目(下記の合計) ・観血的動脈圧測定 ・持続緩徐式血液濾過 ・大動脈バルーンポンピング法 ・経皮的な心臓補助法 ・人工心臓 ・頭蓋内圧持続測定(3時間超) ・人工心臓 ・血漿交換療法 ・吸着式血液浄化法 ・血球成分除去療法	0.2回/月・床以上	8回/月以上
全身管理	J 全身管理への対応に係る諸項目(下記の合計) ・観血的動脈圧測定(1時間超) ・ドレーン法 ・胸腔穿刺 ・人工呼吸(5時間超)	8.0回/月・床以上	320回/月以上
上記A～Jのうち1つ以上を満たす			

※…主たる診療科が産科・産婦人科・小児科・小児外科であるものを除く。

イ 広島県

- 入院料からどの医療機能とすべきか明らかな病棟で、病床機能報告上も、概ね当該機能が選択されているものは、当該医療機能とする
- 病床機能報告の「具体的な医療の内容に関する項目」等を活用した、客観的な基準(指標)により、高度急性期/急性期/回復期を区分する。

【50床換算・月当たり件数】

手術総数 114 回数・救急医療管理加算 19 件・呼吸心拍監視 45 件・化学療法 22 件

※いずれか2つを満たしていること

ウ 鹿児島県

- 入院料からどの医療機能とすべきか明らかな病棟は当該医療機能とする
- 特定入院料に該当しない入院料を届け出ている病棟であっても、以下の要件に該当する場合は、「高度急性期」として報告する。
一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」が、「I：56%以上」、「II：40%以上」

エ 静岡県

- 特定入院料等から、救命救急、ICU、MFICU、NICU、GCU、CCU、PICU、SCU、HCUは「高度急性期」
- 高度急性期・急性期グループのうち、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」及び「平均在棟日数」について、満たすものを「高度急性期」、満たさないものは「急性期」
[I：35%以上、II：30%以上] かつ平均在棟日数 14 日以内

オ 大阪府

- 地域医療構想調整会議等において、客観的に病床転換の議論を行うためには、医療機関の報告にあたっての基準が必要との意見多く、令和4年度に新たに府独自の「報告基準」を設定。各医療機関には、基準を目安に、病床機能を報告するよう依頼。
- 病床機能報告マニュアルにおいて、報告基準が明確に示されていない入院料について、報告基準を設定。
 - ・ 高度急性期については、「人員配置」と「診療実績」の両方の基準を設定

入院料	特定機能病院 7 対 1 入院基本料 専門病院 7 対 1 入院基本料 小児入院医療管理料 急性期一般入院料 1 ～ 3
基準	「医師数 / 病床数 : 0.62 以上」 or 「看護師数 / 病床数 : 0.69 以上」 and 「救急医療管理加算 1 及び 2 / 病床数 : 29 以上」 or 「手術総数 / 病床数 : 8 以上」 or 「呼吸心拍監視 / 病床数 : 21 以上」 or 「化学療法 / 病床数 : 1 以上」

(2) その他

急性期充実体制加算（※）か総合入院体制加算を取っていることを要件とすることを基準とすることが考えられるのではないかと。

<急性期充実体制加算>

○算定要件

地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術等の高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を評価したものであり、入院した日から起算して 14 日を限度として、当該患者の入院期間に応じて所定点数を算定する。

○施設基準（一部）

入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として、次の体制を整備していること。

ア 当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者を把握し、必要な対応を行うためのチーム（以下「院内迅速対応チーム」という。）を設置すること。院内迅速対応チームが病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者を把握した場合には、当該患者が入院する病棟の医師及び看護師等に情報共有を行うとともに、必要に応じて当該患者の診療に介入する必要があること。なお、院内迅速対応チームには少なくとも以下の構成員が所属し、24 時間対応できる体制を確保しておくこと。

- ① 救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した医師 1 名
- ② 救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した専任の看護師 1 名

<総合入院体制加算>

○算定要件

総合入院体制加算は、十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を 24 時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価した加算であり、入院した日から起算して 14 日を限度として算定できる。

2-1. 各病棟の病床が担う医療機能について

病床機能報告においては、**病棟ごと**に病床が担う医療機能をご報告いただきます。各医療機関のご判断で、下表の4つの中から**1つ**ご選択ください。

なお、看護人員配置別に設定されている入院基本料と病床機能報告上の医療機能との関係については、看護人員配置が手厚いほど医療密度の濃い医療を提供することが期待されて診療報酬が設定されておりますが、病床機能報告においては、看護人員配置が手厚い場合であっても、実際に提供されている医療機能を踏まえて報告するものです。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※ 以下の入院基本料の算定病棟を含め、特定の入院基本料を算定していることをもって、ただちに高度急性期機能であることを示すものではない。医療資源投入量など実際に提供されている医療内容の観点から、高度急性期機能と判断されるものについて適切に報告すること。 <ul style="list-style-type: none"> ・一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1～3） ・特定機能病院入院基本料（一般7対1入院基本料） ・専門病院入院基本料（一般7対1入院基本料） ※ 高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室など、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟 ※ 算定する特定入院料の例 <ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料（救命救急入院料1～4） ・特定集中治療室管理料（特定集中治療室管理料1～4） ・ハイケアユニット入院医療管理料（ハイケアユニット入院医療管理料1～2） ・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料 ・新生児特定集中治療室管理料（新生児特定集中治療室管理料1～2） ・総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料、新生児集中治療室管理料） ・新生児治療回復室入院医療管理料

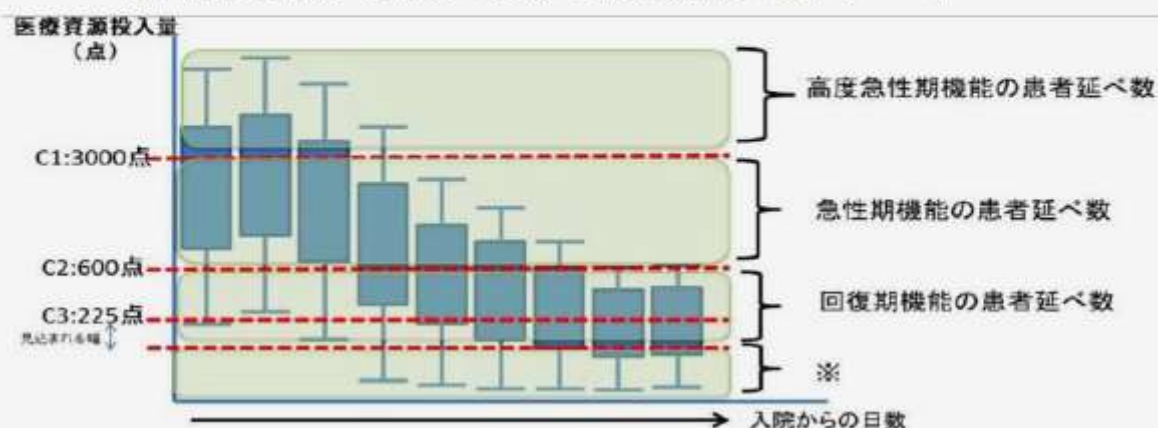
② 高度急性期、急性期、回復期の推計方法

- ・ 高度急性期、急性期、回復期の推計は、患者の状態や診療の実態を勘案するよう、一般病床等の入院患者のNDBのレセプトデータやDPCデータなどを分析して算出します。
- ・ 病床機能別の区分に関しては、患者に対して行われた診療行為を医療資源投入量¹⁷で換算した値で境界点を設定しており、その考え方は次のとおりです。

(表 医療資源投入量の境界点)

病床機能	医療資源投入量	基本的な考え方
高度急性期	3,000点以上	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重傷者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	600点以上	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	225点以上 (175点以上)	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量（ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する）

(図 高度急性期、急性期、回復期の入院医療需要の推計イメージ)



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

病院向け調査 高度急性期病床

令和5年7月14日

病院管理者 様

神奈川県厚木保健福祉事務所長
神奈川県厚木保健福祉事務所大和センター所長
(公 印 省 略)

県央地区の高度急性期病床に係る調査の実施について (依頼)

当所事業につきましては、日頃から御理解、御協力をいただき厚くお礼申し上げます。

県央地区において求められる高度急性期の在り方については、先日の令和5年度第1回県央地区保健医療福祉推進会議ワーキンググループで意見交換させていただいたところですが、今後の意見交換のために、各医療機関の高度急性期病床等の状況について調査をさせていただきたいと思っておりますので、ご協力くださいますようお願いいたします。

お忙しいところ恐縮ですが、(別紙)回答票に必要事項を入力の上、8月3日(木)までに下記担当あてメール又はファクシミリにて回答くださいますようお願いいたします。

※ 回答票に記載の調査項目1～3のいずれかに該当する医療機関のみ回答ください。
該当のない場合は回答不要です。

※ 回答先 厚木保健福祉事務所 企画調整課 小峯行き

Eメール atuhofuku.1587.kikaku@pref.kanagawa.lg.jp

ファクシミリ 046-225-4146

問合せ先

厚木市、海老名市、座間市、愛川町、清川村の病院

厚木保健福祉事務所 企画調整課 小峯

電話 046-224-1111 内 3212

FAX 046-225-4146

Eメール atuhofuku.1587.kikaku@pref.kanagawa.lg.jp

大和市、綾瀬市の病院

厚木保健福祉事務所大和センター 管理企画課 山口

電話 046-261-2948 内 25

FAX 046-261-7129

Eメール yamahofuku.1588.kanri@pref.kanagawa.lg.jp

送信先 神奈川県厚木保健福祉事務所企画調整課 小峯 行き 回答期限：令和5年8月3日（木）

電子メール atuhofuku.1587.kikaku@pref.kanagawa.lg.jp
ファクシミリ 046-225-4146

※ 調査項目1～3のいずれかに該当する医療機関のみ回答ください。該当のない場合は回答不要です。

県央地区の高度急性期病床に関する調査 回答票

医療機関名

連絡担当者 部署・氏名

連絡先（電話番号）

連絡先（Eメール）

- 1 令和4年度病床機能報告で高度急性期病床として回答した病床数
（入院基本料から高度急性期であることが明らかな病棟の病床数）

床

- 2 1の病床を除き、一般病棟等を含め、医療資源投入量（※）が3,000点以上の病床数
（令和3年4月から令和4年3月診療分の平均値）

※ 医療資源投入量とは、患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料を除いたもの（地域医療構想における必要病床数推計と同様）

床 注）左記病床数は、病棟単位ではなく病床単位で確認し、記入願います。

- 3 2で回答した病床のうち、貴院として実際には高度急性期病床の機能を持つと考える病床（※）の数
（令和4年7月1日時点）

床 ※ 各医療機関自身のお考えに基づいて回答をお願いします。
注）左記病床数は、病棟単位ではなく病床単位で検討いただき、記入願います。

上記の病床数を高度急性期と考えた理由について記載ください

- 4 3で高度急性期と考えた病床について、以下の項目に係る回数・件数・人員数を記載してください。

項 目	回数・件数
医療の内容に関する項目 月当たり回数・件数（人数ではありません） （令和3年4月から令和4年3月診療分の平均値）	① 手術（回数）
	② 救急医療管理加算（件数）
	③ 呼吸心拍監視（件数）
	④ 化学療法（件数）

項 目	人員数
人員配置に関する項目 病床1床当たりの医師数及び看護師数 （令和3年4月から令和4年3月診療分の平均値）	⑤ 医師数／病床数
	⑥ 看護師数／病床数

問合せ先
厚木市、海老名市、座間市、愛川町、清川町の病院
厚木保健福祉事務所 企画調整課 小峯
電話 046-224-1111内3212
大和市、綾瀬市の病院
厚木保健福祉事務所大和センター 管理企画課 山口
電話 046-261-2948内25