

病床機能報告における「定量的な基準」の導入に向けて

(1) 本件に係る経緯・ポイントは、下記①～④のとおり

- ① 厚生労働省「病床機能報告」は、医療機関の各病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に地域における医療機能の分化・連携を進めることを目的として、平成26年度より実施されている。
- ② 各医療機関が報告を行うにあたっての「定性的な基準」は、既に示されているが、「定量的な基準」は全国統一的なものが無い。
- ③ 一部の府県（佐賀県・埼玉県・奈良県・大阪府）においては、「定量的な基準」を独自に作成しており、地域医療構想調整会議の議論において既に反映している状況にある。
- ④ このような状況を受けて、今般、厚生労働省より『各都道府県において地域の実情に応じた「定量的な基準」を平成30年度中に導入するよう』要請があったもの。（平成30年8月厚労省通知）

(2) 「定量的な基準」を導入しようとする目的・狙いについて

- 「定量的な基準」は、各医療機関が病床機能報告を行うにあたっての報告基準を新たに設けるものではない。
（一部の報道であったような「新たに実績で選別」する目的ではない）
- 各医療機関が、地域における自らの医療機能（例：地域医療に必要な救急受入件数など急性期機能の充足度を評価する）に関する立ち位置をより正確に把握することによって、実態に合った自主的な病床機能報告につなげようとする趣旨である。
- また、「定量的な基準」を、医療機能や供給量を把握するための客観的な目安として地域医療構想調整会議の議論に活用することによって、議論の活性化につなげようとするもの。

(3) 上記経緯を受けた和歌山県における対応

- 本県における「定量的な基準」の導入に向けて、本年2月5日に開催した県地域保健医療協議会において（案）を提示、意見交換を行った結果、同協議会の大枠の了解をいただいたところ。
- これを受けて、3月に順次開催される地域医療構想調整会議において同基準をお示しするものである。
（次回の平成31年度病床機能報告より、この基準を適用）

平成 30 年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理

平成 30 年 6 月 22 日

医療計画の見直し等に関する検討会
地域医療構想に関するワーキンググループ

1. 病床機能報告の基本的考え方

○ 病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることが目的である。

○ 各医療機関は、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、病棟単位で、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みである。（「急性期医療に関する作業グループ」の平成 24 年取りまとめ）

※医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている。

○ 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、最も多くの割合を占める病期の患者に提供する医療機能を報告することを基本としている。

2. 各医療機関が医療機能を選択する際の判断基準

○ 各医療機関が医療機能を選択する際の判断基準は、制度導入時において、病棟単位の医療の情報が不足し、具体的な数値等を示すことは困難であったことから、各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択して、都道府県に報告する運用がなされてきている。（「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の平成 26 年取りまとめ）

（参考）定性的な基準

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○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
急性期機能	○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
回復期機能	○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機能）。
慢性期機能	○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

3. 現行の病床機能報告制度の抱える課題

- 平成 29 年度の病床機能報告の結果においても、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量とを単純に比較し、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の誤解させる状況が生じている。その要因としては、

- ① 回復期は、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と言った誤解をはじめ、回復期の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

が考えられる。このため、定量的な基準の導入も含めて病床機能報告の改善を図る必要がある。

- 平成 29 年度の病床機能報告の結果においても、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、急性期医療を提供していることが全く確認できない病棟が一定数含まれている。このため、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認するとともに、国においても、地域医療構想調整会議での議論の状況を確認する必要がある。

4. 定量的な基準の導入

(地域医療構想調整会議での活用)

- 佐賀県においては、回復期機能の充足度を評価するために、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、定量的な基準を作成している。

- 埼玉県においては、各医療機関が、地域における自らの医療機能に関する立ち位置を確認し、医療機能の分化・連携の在り方を議論するための「目安」を提供することを目的として、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、定量的な基準を作成している。

- 先行している県では、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定量的な基準を作成している点が重要である。また、現時点においては、各医療機関が4つの医療機能を選択する際の基準としてではなく、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における議論に活用されている。このような取組を通じて、各構想区域における地域医療構想調整会議の活性化につながっている。

※下線等は県医務課で追加したもの

- このような先進事例を踏まえ、その他の都道府県においても、地域医療構想調整会議を活性化する観点から、平成 30 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、定量的な基準を導入することを求めることとする。国においては、その他の都道府県において、定量的な基準が円滑に作成されるよう、先行している県の取組内

容を紹介するとともに、この分析方法を活用した都道府県ごとのデータを提供するなどの技術的支援を行う。

(医療機能を選択する際の判断基準としての活用)

- 平成 30 年度の病床機能報告においては、急性期医療を全く提供していない病棟について、高度急性期機能又は急性期機能と報告できない旨を、医療機能を選択する際の定量的な判断基準として明確化する。ただし、報告項目に含まれていない急性期医療も存在することから、報告項目に含まれていない急性期医療を提供している場合には、その内容を自由記載で報告できるようにする。

5. 病床機能報告の項目の見直し

1) 診療報酬改定等を踏まえた対応

- 平成 30 年度の診療報酬改定において、入院基本料、特定入院料、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度、各種加算などの見直しが行われていることを踏まえて、報告項目の名称変更や、報告項目の追加など必要な見直しをする。
- 介護医療院の創設を踏まえて、退棟先の一つとして、報告項目を追加する。

2) 病床機能報告の改善に向けた対応

- 「経済財政運営と改革の基本方針 2017（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）」においては、地域医療構想の達成に向けて、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2 年間程度で集中的な検討を促進する」こととされていることを踏まえて、6 年後の病床の機能の予定を報告するのではなく、2025 年の病床の機能の予定を報告するように改める。その際、将来の病床規模も具体的に把握できるように報告項目を見直す。

6. 今後の検討課題

- 来年度以降の病床機能報告に向けては、今回導入する定量的な基準の在り方を含め、より実態を踏まえた適切な報告となるよう、引き続き検討する。

平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理 (資料編)

「一般病床の機能分化の推進についての整理」

(平成24年6月15日急性期医療に関する作業グループ報告書) 抜粋

1. 基本的な考え方

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据え、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。
- 地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能（急性期、亜急性期、回復期など）の情報を把握し、分析する。その情報を元に、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。
この仕組みを通じて、それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、地域のニーズに応じた効果的な医療提供に努める。
- これにより、急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれのニーズに見合った病床が明らかとなり、その医療の機能に見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置が促される。その結果、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしいより良質な医療サービスを受けることができることにつながる。
- こうした仕組みを通じて、それぞれの医療機関が担っている機能が住民・患者の視点に立ってわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。

2. 医療機能及び病床機能を報告する仕組み

(医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、報告する仕組み)

- **各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。**その際、医療機能情報提供制度を活用することを検討する。

※ **報告は、病棟単位を基本とする。**

3. (略)

「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方について」

（平成26年7月24日病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会）抜粋

II 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方について

1. 医療機関が報告する医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は病棟単位で（※）、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている（「一般病床の機能分化の推進についての整理」（平成24年6月急性期医療に関する作業グループ））。

- 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 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
急性期機能	○ 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
回復期機能	○ 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機能）
慢性期機能	○ 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

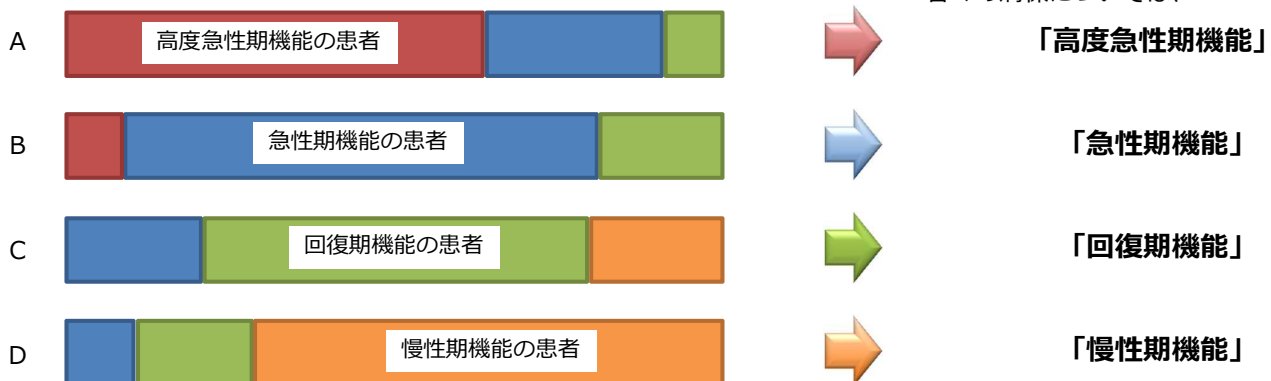
- 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つを選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、医療機関は、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告項目を、都道府県に報告することとする。

- **医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。** 2

医療機能の選択に当たっての基本的な考え方

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、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、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

（ある病棟の患者構成イメージ）



として報告することを基本とする。

病床機能報告における4医療機能について

○ 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 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 ※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であるなど、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
急性期機能	○ 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
回復期機能	○ 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、A D L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機能）。
慢性期機能	○ 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

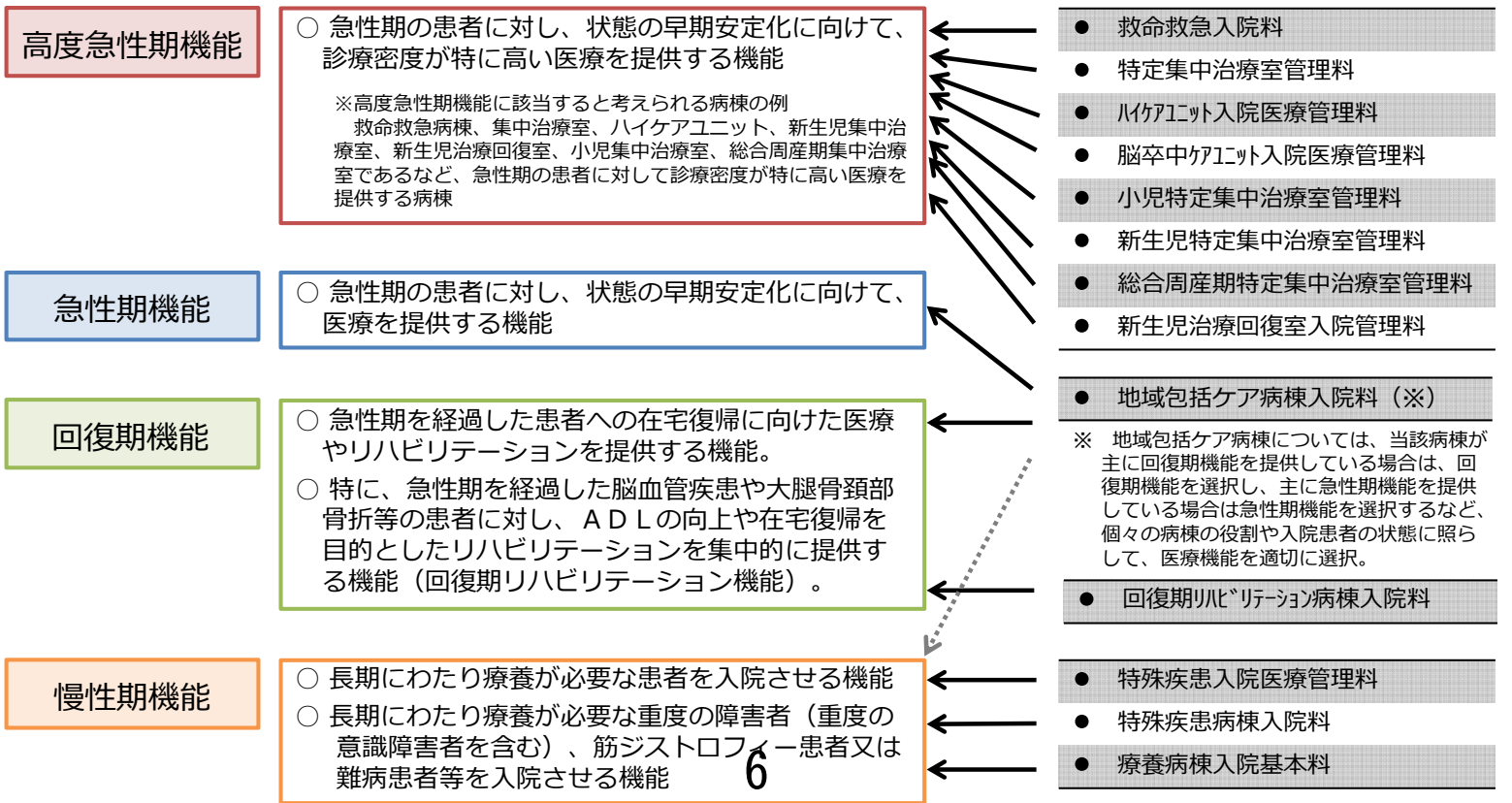
- **回復期機能については**、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる**。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

4

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

第4回地域医療構想に関するWG資料
平成29年5月10日 2

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。



5

地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について

「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」
(平成29年9月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡) 抜粋

地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を出しているのに対し、**病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能1つを選択して報告する仕組みである**。例えば**回復期機能は、「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」を指すもの**であり、当該機能を主として担う病棟が報告されるものであるから、**単に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している病棟のみを指すものではない**。

しかしながら、**この点の理解が不十分**であるために、これまでの病床機能報告では、**主として「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」を有する病棟であっても、急性期機能や慢性期機能と報告されている病棟が一定数存在**することが想定される。

また、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**回復期機能以外の機能が報告された病棟においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供されていたり、在宅医療の支援のため急性期医療が提供されていたり**する場合があると考えられる。また、回復期機能が報告された病棟においても、急性期医療が行われている場合がある。

これらを踏まえると、**現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えているが、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、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ように誤解させる状況が生じていると想定される**。

このため、今後は、**各医療機関に、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告していただくこと**、また、高齢化の進展により、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、**地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、機能分化・連携を進めていただくことが重要**と考えており、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。

6

平成29年度病床機能報告制度における主な報告項目

構造設備・人員配置等に関する項目

具体的な医療の内容に関する項目

病床数・人員配置・機器等	医療機能(現在/今後の方向) ※任意で2025年時点の医療機能の予定
	許可病床数、稼働病床数
	医療法上の経過措置に該当する病床数
	一般病床数、療養病床数
	算定する入院基本料・特定入院料
	看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数
	主とする診療科
	DPC群
	総合入院体制加算
入院患者の状況	在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無(有の場合、医療機関以外/医療機関での看取り数)
	三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無
	高額医療機器の保有状況 (CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)等)
	退院調整部門の設置・勤務人数
	新規入棟患者数
	在棟患者延べ数
	退棟患者数
	入棟前の場所別患者数
	予定入院・緊急入院の患者数
	退棟先の場所別患者数
	退院後に在宅医療を必要とする患者数

幅広い手術 がん・脳卒中・心筋梗塞等への対応	手術件数(臓器別)、全身麻酔の手術件数
	人工心臓を用いた手術
	胸腔鏡下手術件数、腹腔鏡下手術件数
	悪性腫瘍手術件数
	病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製
	放射線治療件数、化学療法件数
	がん患者指導管理料
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
	超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的冠動脈形成術
	分娩件数
重症患者への対応	入院精神療法、精神科リエンチーム加算、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算、精神疾患診断治療初回加算
	ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料
	救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定
	持続経徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、経皮的肺動脈圧測定、補助人工心臓・植込型補助人工心臓
	頭蓋内圧持続測定
	血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合
	院内トリアージ実施料
	夜間休日救急搬送医学管理料
	精神科疾患患者等受入加算
救急医療の実施	救急医療管理加算
	在宅患者緊急入院診療加算
	救命のための気管挿管
	体表面ベージング法/食道ベージング法
	非開胸的心マッサージ、カウンスラッシュ
	心臓穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法
	休日又は夜間に受診した患者延べ数(うち診察後、直ちに入院となった患者延べ数)
	救急車の受入件数

急性期後・在宅 回復期 在宅 在宅 在宅 在宅 在宅 在宅 在宅 在宅	退院支援加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算/有床診療所一般病床初期加算
	地域連携診療計画加算、退院時共同指導料
	介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料
	中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入
	観血的動脈圧測定、ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄
	人工呼吸、人工腎臓、腹膜灌流
	経管栄養カテーテル交換法
	疾患別リハビリテーション料、早期リハビリテーション加算、初期加算、摂食機能療法
	リハビリテーション充実加算、休日リハビリテーション提供体制加算
	入院時訪問指導加算、リハビリテーションを実施した患者の割合
在宅療養患者・重症度の 障害者等の受入 在宅療養患者・重症度の 障害者等の受入 在宅療養患者・重症度の 障害者等の受入	平均リハ単位数/1患者1日当たり、1年間の総退院患者数
	1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上改善していた患者数
	療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算
	重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算
	難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算
	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
	強度行動障害入院医療管理加算
	往診患者述べ数、訪問診療患者述べ数、看取り患者数(院内/在宅)
	有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料
	急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割
医療連携 連携 連携 連携 連携 連携 連携 連携 連携 連携	過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合
	歯科医師連携加算
	周術期口腔機能管理後手術加算
	周術期口腔機能管理料

7

具体的な医療の内容に関する項目と病床機能

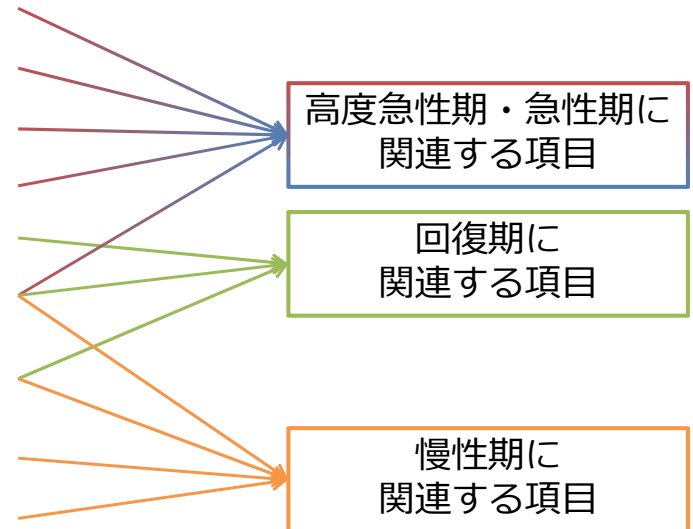
- 病床機能報告における「具体的な医療の内容に関する項目」と、病床機能との関連性を以下のとおり整理。

第 1 0 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	資 料
平 成 2 9 年 1 2 月 1 3 日	2 - 2

【具体的な医療の内容に関する項目】

＜様式 2＞

3. 幅広い手術の実施状況
4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況
5. 重症患者への対応状況
6. 救急医療の実施状況
7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況
8. 全身管理の状況
9. 疾患に応じたリハビリテーション・
早期からのリハビリテーションの実施状況
10. 長期療養患者の受入状況
11. 重度の障害児等の受入状況
12. 医科歯科の連携状況



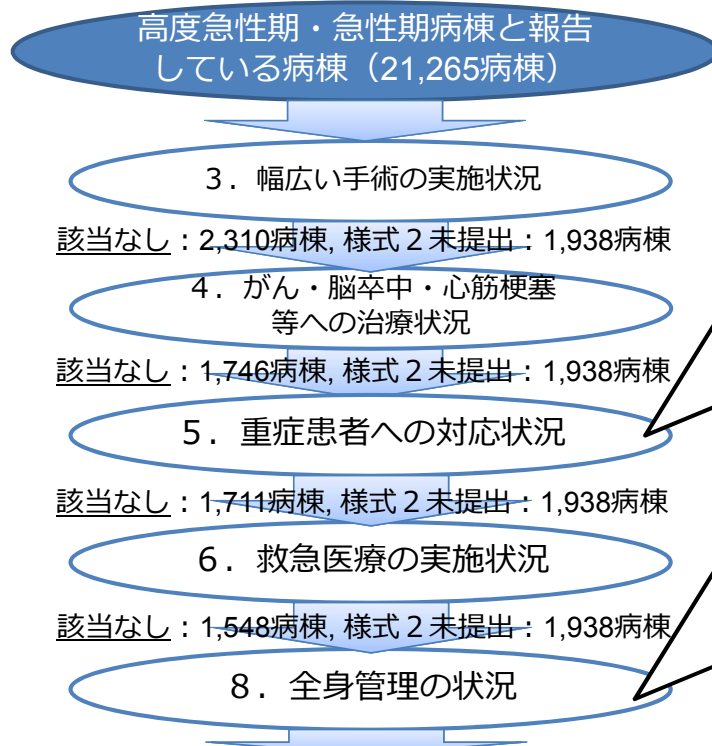
8

急性期医療を全く提供していないと考えられる病棟について

- 高度急性期・急性期機能を選択した病棟について、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施の有無を確認。

※ 平成29年度病床機能報告において、様式1で高度急性期又は急性期機能を報告している病院の病棟及び有床診療所のうち、様式2で以下の項目でレセプト件数、算定日数、算定回数が0件又は未報告と報告された病棟数を算出

第 1 3 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	資 料
平 成 3 0 年 5 月 1 6 日	3 - 1



重症患者への対応	・ハイリスク分娩管理加算
	・ハイリスク妊産婦共同管理料
	・救急搬送診療料
	・観血的肺動脈圧測定
	・持続緩徐式血液濾過
	・大動脈バルーンポンピング法
	・経皮的心肺補助法
	・補助人工心臓・植込型補助人工心臓
	・頭蓋内圧持続測定
	・血漿交換療法
全身管理	・吸着式血液浄化法
	・血球成分除去療法
	・中心静脈注射
	・呼吸心拍監視
	・酸素吸入
	・観血的動脈圧測定
	・ドレーン法
	・胸腔若しくは腹腔洗浄
	・人工呼吸
	・人工腎臓
	・腹膜灌流
	・経管栄養カテーテル交換法

「全項目該当なし：1,076病棟」 + 「様式2未提出：1,938病棟」
= 3,014病棟（約14%）

地域医療構想調整会議で
機能について確認

9

「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用（案）

○ 病床機能報告は、各医療機関が自主的に病床機能を判断。この原則を踏まえつつ、地域医療構想調整会議分科会における協議に資するよう、病床機能報告で回復期以外と報告されている病床のうち、

- ・①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
- ・③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする

ことで、病床機能報告と将来の病床の必要量の単純比較を補正してはどうか。

①既に回復期相当	<p>病床機能報告における急性期・慢性期病床のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数</p> <p><u>※病床単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正</u></p> <p>病床A 急性期の患者 回復期の患者 ←可能な限り客観指標で把握</p>
②回復期への転換確実	<p>調整会議分科会において他機能から回復期への転換協議が整った病床数</p> <p><u>※病床機能報告のタイムラグを補正</u></p>
③回復期に近い急性期	<p>病床機能報告における急性期病床のうち、平均在棟日数が22日超の病床の病床数</p> <p>病床B 急性期の患者 回復期の患者 ←平均在棟日数22日超のイメージ</p>

10

定量的な基準（埼玉県）①

機能区分の枠組み

第13回地域医療構想WG	資料3-2
平成30年5月16日	一部改変

- 「ICU→高度急性期」「回復期リハ病床→回復期」「療養病床→慢性期」など、どの医療機能と見なすが明らかな入院料の病床は、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床・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病床（周産期・小児以外）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1・区分線2によって、高度急性期/急性期/回復期を区分する。
- 特殊性の強い周産期・小児・緩和ケアは切り分けて考える。

4 機能	大区分				
	主に成人		周産期	小児	緩和ケア
高度急性期	救命救急 ICU SCU HCU	<div> <div>一般病床</div> <div>有床診療所の一般病床</div> <div>地域包括ケア病床</div> </div>	MFICU NICU GCU	PICU 小児入院医療管理料1	
急性期			産科の一般病床 産科の有床診療所	小児入院医療管理料2,3 小児科の一般病床7:1	緩和ケア病床 (放射線治療あり)
回復期	回復期 リハビリ病床			小児入院医療管理料4,5 小児科の一般病床7:1以外 小児科の有床診療所	
慢性期	療養病床 特殊疾患病床 障害者施設等				緩和ケア病床 (放射線治療なし)

切り分け

具体的な機能に応じて区分線を引く

9

高度急性期・急性期の区分（区分線1）の指標

第13回地域医療構想	資料3-2
平成30年5月16日	一部改変

○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

第13回地域医療構想	資料3-2
平成30年5月16日	一部改変

○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等を指標に用い、しきい値を設定。

機能区分の適用結果

第 1 3 回 地 域 医 療 構 想 資 料
に 関 する W G 3 - 2
平 成 3 0 年 5 月 1 6 日 一部改変

大区分	入院料・診療科	4機能区分	該当病棟数	許可病床数	病床稼働率	備考
成人の医療等	救命救急・ICU等	高度急性期	80病棟	733床	61.9%	区分線1・区分線2によって高度急性期・急性期・回復期に区分
	一般病棟・地域包括ケア病床等	高度急性期	71病棟	2,852床	79.1%	
		急性期	282病棟	12,215床	79.0%	
		回復期	267病棟	10,466床	65.0%	
	回復期リハビリ病棟	回復期	60病棟	2,737床	86.5%	
	特殊疾患病棟・障害者施設等	慢性期	44病棟	2,027床	89.5%	
	医療療養病床	慢性期	147病棟	6,837床	88.9%	
周産期	介護療養病床	慢性期	12病棟	587床	87.2%	
	MFICU・NICU・GCU	高度急性期	26病棟	581床	96.2%	
小児	小児入院管理料・小児科の一般病棟等	急性期	61病棟	1,550床	67.9%	
		高度急性期	3病棟	116床	79.4%	医師・看護師の配置要件等を勘案し、入院料の種類に応じて高度急性期・急性期・回復期に区分
		急性期	19病棟	723床	46.7%	
		回復期	3病棟	87床	70.5%	
緩和ケア	緩和ケア病棟	急性期	4病棟	97床	63.6%	放射線治療の実施がある病棟を急性期、ない病棟を慢性期とする
		慢性期	6病棟	99床	65.3%	

4機能ごとに集計

4機能区分	該当病棟数	許可病床数	病床稼働率	平成28年度病床機能報告において各医療機関が報告した病床数	地域医療構想における2025年の必要病床数
高度急性期 計	180病棟	4,282床	78.5%	6,707床	5,528床
急性期 計	366病棟	14,585床	76.1%	24,118床	17,954床
回復期 計	330病棟	13,290床	69.4%	4,437床	16,717床
慢性期 計	209病棟	9,550床	88.7%	12,965床	14,011床
入院料に関する報告がなく分類できない病棟の病床	27病棟	318床	14.4%	—	—
休棟・病床機能報告に無回答の病床	—	—	—	2,145床	—
合計等	1,112病棟	42,025床	76.6%	50,372床	54,210床

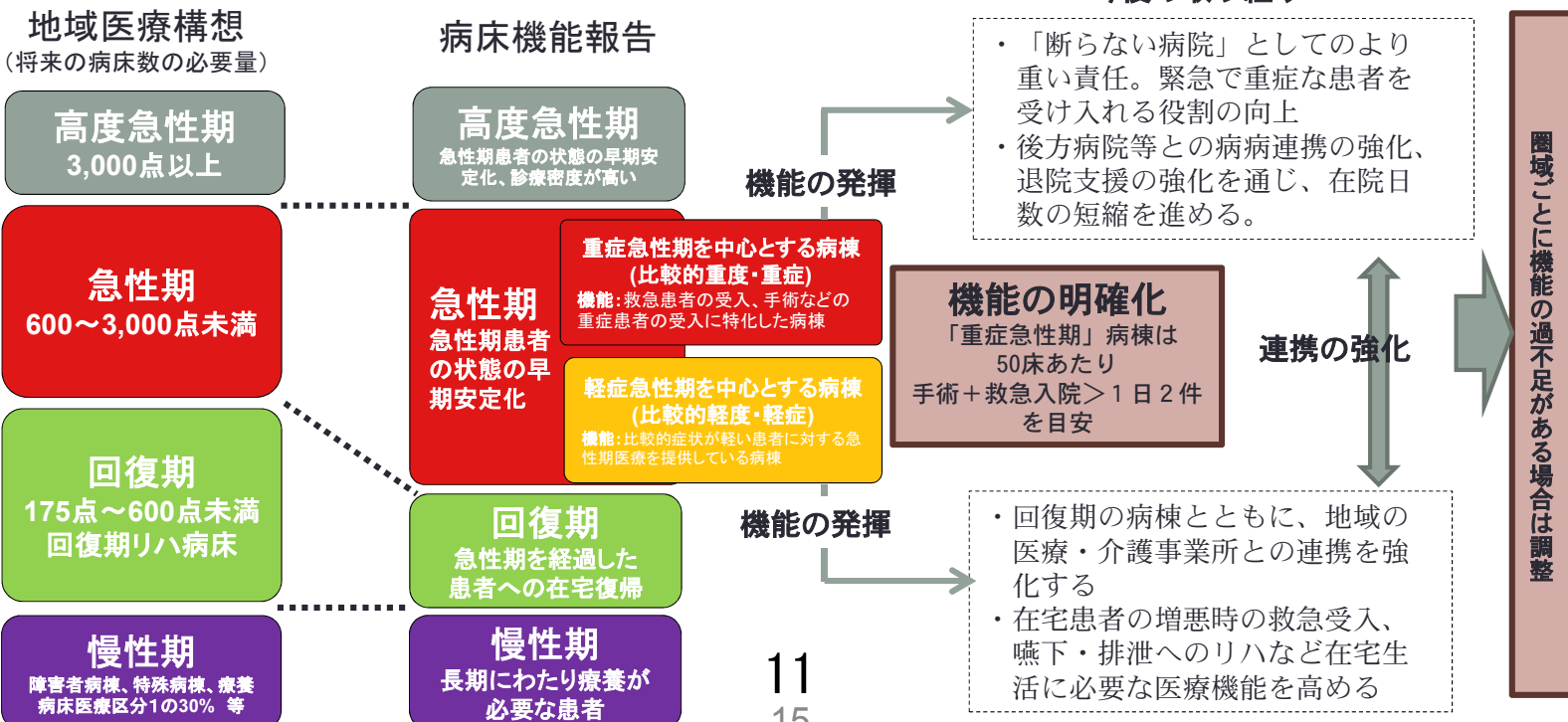
注：表の42,025床の他に、病床機能報告に未報告部分がある・病床機能報告の様式1と様式2とが突合しない等の事由から、分析対象に含まれない病床が8,347床ある。

14

急性期の報告の「奈良方式」

- 平成29年の病床機能報告に加え、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し、より効果的な施策の展開を図る。（第7次保健医療計画にも反映させる予定。）

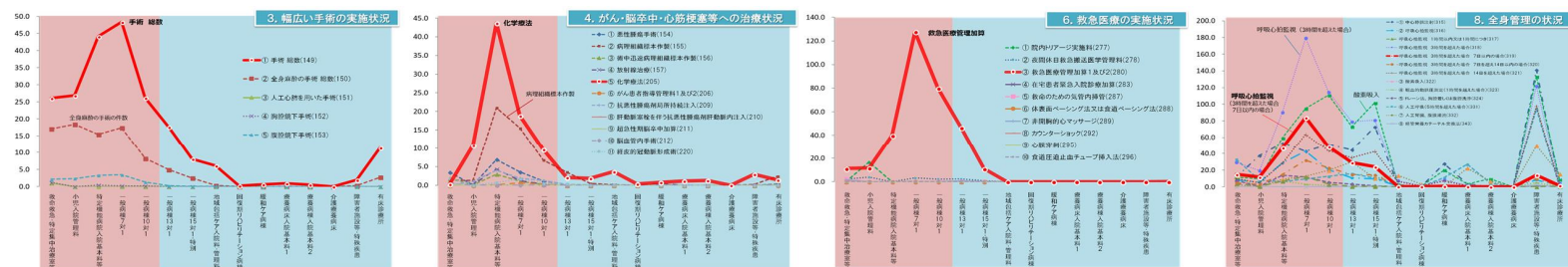
今後の取り組み



大阪府資料①

病床機能報告の診療実態を分析し、急性期報告病棟における病床機能を仕分け

- ◆ 病床機能報告【報告様式②】(具体的な医療の内容に関する項目)を活用
- ◆ 入院基本料単位で治療実施毎に分析
- ◆ 治療実績が多く、看護配置が少なくなるに伴い、件数が大幅に減少しているデータをもとに仕分け



算定式：病棟単位の月あたりの件数÷30日×(50床÷許可病床数)

手術総数算定回数
「1」以上

or

化学療法算定日数
「1」以上

or

救急医療加算管理
レセプト件数
「1」以上

or

呼吸心拍監視
(3時間超7日以内)
「2」以上

上記要件を満たすものを、便宜上、「(重症)急性期」に分類
それ以外を「地域急性期(サブアキュート、ポストアキュート)」

※ 分類結果による仕分けと「病床機能報告」はリンクしない 16

大阪府資料②

まとめ (大阪アプローチのポイント)

「大阪の、大阪による、大阪のための構想推進」をめざす取り組み

ポイント1 公民イコールフットイング

民間病院割合が高い大阪府にあつては、**公民一体となった協議**が必須

① 病院の将来プランについての調査

「公的医療機関等2025プラン」を契機に、公立病院、民間病院について同じ内容の調査を実施

構想区域で協議することを前提に、病院からの回答内容が比較検討等に資するよう、自由記載ではなく、データ化に適した**クローズドクエスション方式(大阪独自様式)**を採用

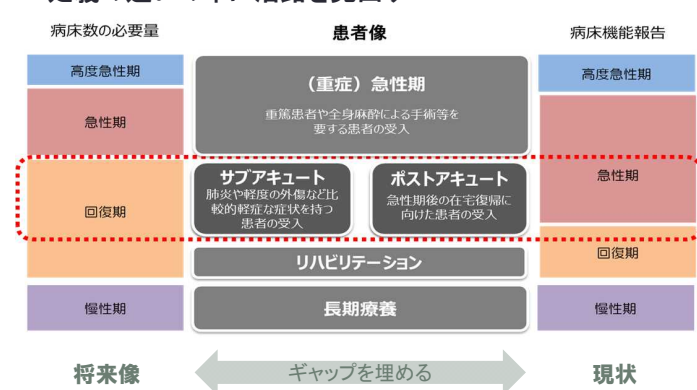
② 病院連絡会

病院関係者の参加率が低い(府域全体で10%程度)の地域医療構想調整会議を実質的に補完する、**すべての病床機能報告対象病院の参画による協議の場**

構想区域の現状と課題を共有し、将来のあるべき姿を協議

ポイント2 診療実態分析(病床機能報告の定量的分析)

定義の違いの中に活路を見出す



診療実態分析により、「急性期」報告病棟の実像を明らかに

第7次大阪府医療計画に記載し、基本的方向性を確認
関係者の理解・協力のもと、今年度、精力的に協議