

「地域の実情に応じた定量的な基準」 の導入について

令和元年9月9日

第1回

広島県医療審議会保健医療計画部会
県単位の地域医療構想調整会議

目次

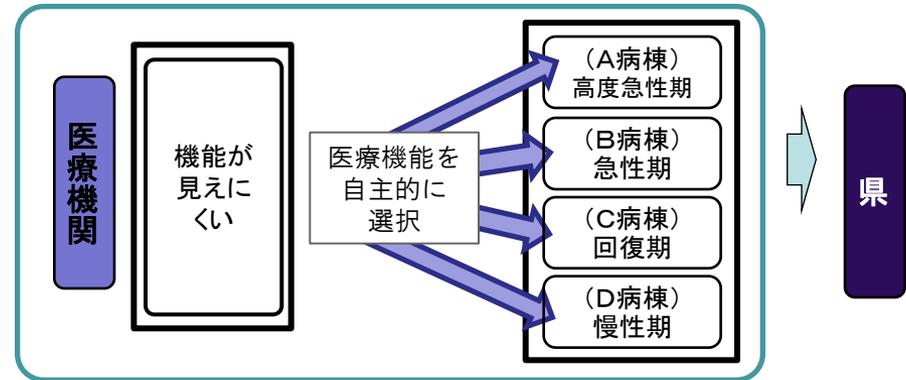
1. 地域の実情に応じた定量的な基準の導入 P3
2. 現在提案している定量的な基準 P10
3. 定量的基準案に関する各圏域の意見 P23
4. 定量的基準の整理 P30
5. 地域医療構想調整会議の協議状況と今後の進め方について P38

1. 地域の実情に応じた定量的な基準の導入

● 病床機能報告制度（平成26年～）

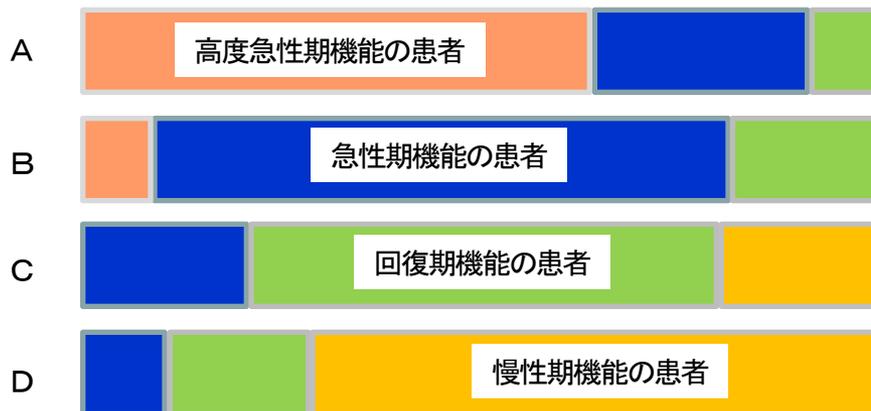
課題：一般・療養の病床区分では、医療機能が見えにくい。

制度：医療機関自ら、病棟が担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、毎年、県へ報告



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において、いずれかの機能のうち、最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告

（ある病棟の患者構成イメージ）



各々の病棟については、

「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

として報告することを基本とする。

○ 地域医療構想による将来の病床の必要量と病床機能報告による機能別病床数は、単純比較することができない。

- ・ 実際の病棟には様々な病期の患者が入院しているが、1機能を報告
- ・ 医療機能の捉え方も、医療機関によりかなり幅があること

病床機能報告
制度の限界

病床機能の定義^{1,2}

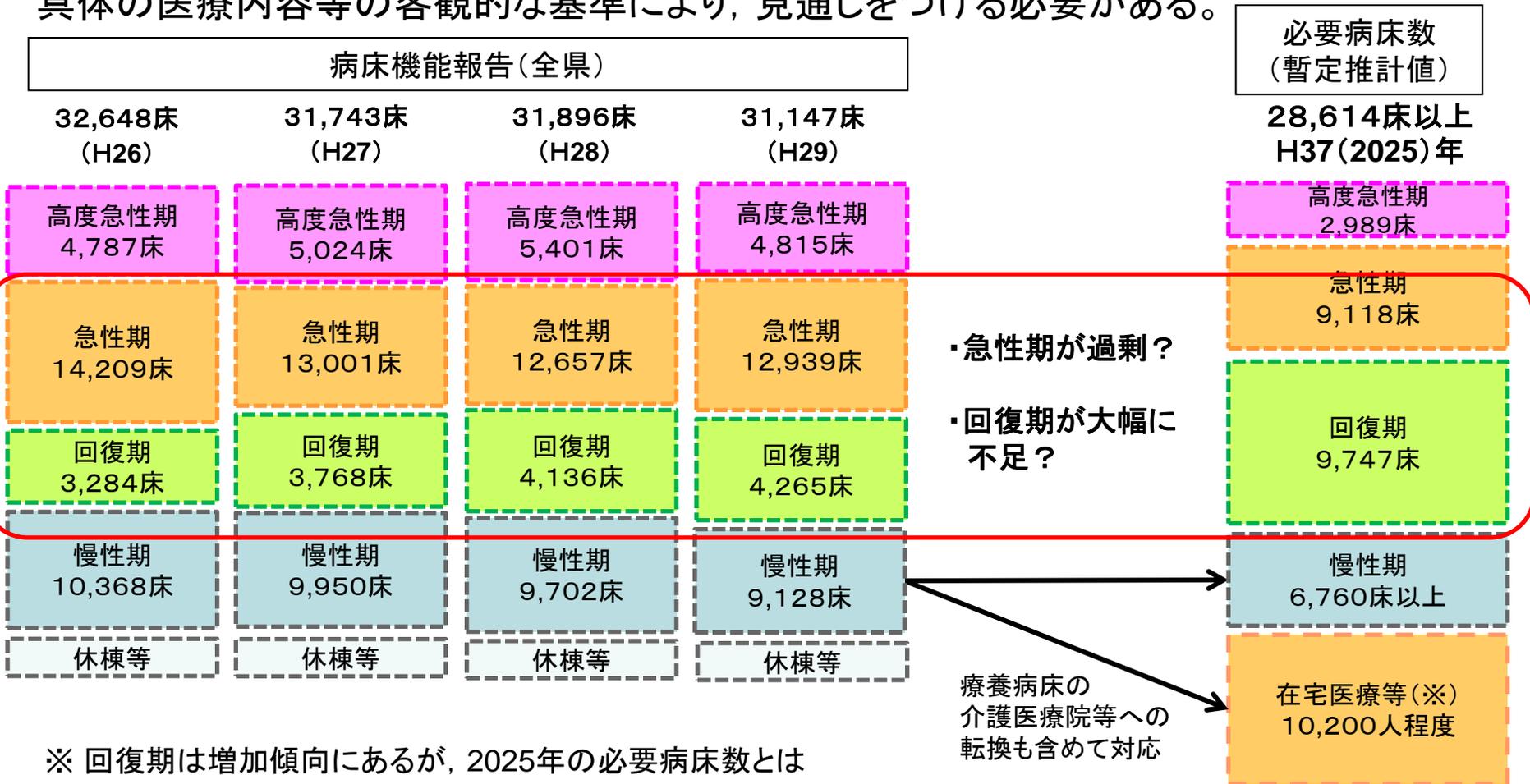
	地域医療構想	病床機能報告
高度急性期	高度急性期と急性期の境界点(C1)は、医療資源投入量で、 <u>3,000点</u>	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、 <u>診療密度が特に高い医療を提供する機能</u>
急性期	急性期と回復期の境界点(C2)は、医療資源投入量で、 <u>600点</u>	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	回復期と在宅医療等の境界点(C3)は、医療資源投入量で、 <u>225点</u> (在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175点で区分)	<u>急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能</u> 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) ※ 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を含む
慢性期	入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計	<u>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</u> 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
【相違点】	○客観的な基準(慢性期は療養病床を基本) 患者に対して行われた診療行為の1日当たりの診療報酬の出来高点数(医療資源投入量) ○患者数(医療需要)を単位として、病床数に換算した積上げ	○定性的な基準 各医療機関の自主的な選択 最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告 ○各医療機能をもつ病棟単位の積上げによる病床数の集計

1 地域医療構想策定ガイドライン(厚生労働省)

2 平成29年度 病床機能報告 報告マニュアル(厚生労働省)

定量的な基準の導入について ①

- 地域医療構想の実現に向けて、医療機関の取組（機能転換等）により、収斂していくことが求められている。
- 2025年における回復期の病床確保のためには、病床機能報告の制度的限界を踏まえ、具体的な医療内容等の客観的な基準により、見通しをつける必要がある。



※ 回復期は増加傾向にあるが、2025年の必要病床数とは大幅なギャップがある。

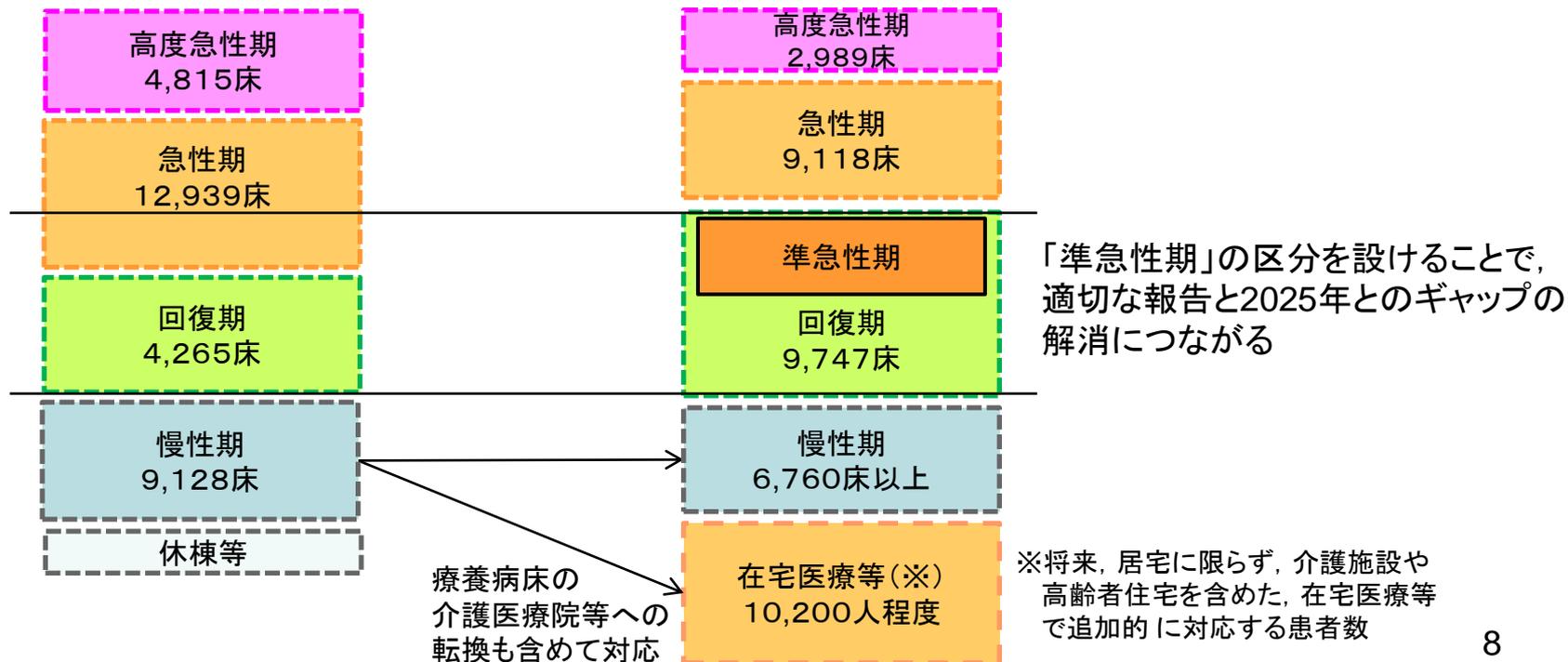
※将来、居宅に限らず、介護施設や高齢者住宅を含めた、在宅医療等で追加的に対応する患者数

- 本来なら国が基準等について方針を示すべきであるとの見方もあるが、本県では、病床機能報告の活用のほか、エミタスのデータ分析も活用して、様々な意見をいただきながら、現状の見える化を図ろうとしているところ。
- 様々な病期の患者が入院する病床機能には幅があり、他県事例を見ると
 - ① 急性期と報告の病棟には、回復期に相当するものがあること
 - ② 回復期の機能であっても、急性期に相当する医療が提供されることの視点から分析・検討がされている。
- 仮に本県で同様な分析・検討を行う場合、
 - ・ 構想アドバイザーによる支援を得ながらのデータ分析
 - ・ 全県の調整会議における各調整会議の議長（会長）からの意見や協議など、導入に向けた検討を行った上で、各圏域での協議に活用していく。
- その際には、
 - ・ 病床機能報告による病床数と地域医療構想による将来の必要病床数とのギャップが大きい「回復期」を幅広く捉えること
 - ・ 「回復期」の病棟であっても、医療資源の少ない地域や中小病院など、1つの病棟で複数の医療機能や救急などの役割を担っていることなどについて検討し、納得性のある基準とする必要がある。

- 調整会議の協議や医療機関の取組に資するため、「病棟単位」の評価とする。
 - 病床単位の地域包括ケア入院医療管理料など、病棟を切り分ける分析はしない。
 - 医療機関の取組(機能転換)は、意思決定から体制等の準備など時間を要するものであり、病棟単位の分析とする方が、自らの立ち位置の判断に役立つものとなると考えられる。
- 地域医療構想による回復期を幅広く捉え、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、客観的な基準とする。
 - 回復期の病棟において、急性期の医療が提供されている場合、これを評価できる区分を設ける。
 - この場合の評価方法は、地域における“救急医療”の提供状況を基本にした指標を設定する。

<H29年度 病床機能報告>

<地域医療構想による2025年必要病床数>



1. 調整会議の協議や医療機関の取組に資するため、「病棟単位」の評価とする。
 - ・ 病床単位の地域包括ケア入院医療管理料など、病棟を切り分ける分析はしない。
 - ・ 医療機関の取組(機能転換)は、意思決定から体制等の準備など時間を要するものであり、病棟単位の分析とする方が、自らの立ち位置の判断に役立つものとなると考えられる。
2. 地域医療構想による回復期を幅広く捉え、回復期の病棟における“救急医療”の提供を評価する「準急性期」の区分を設ける。(「準急性期」の区分)
 - ・ 回復期の病棟において、急性期の医療が提供されている場合、これを評価できる区分を設ける。
 - ・ この場合の評価方法は、地域における“救急医療”の提供状況を基本にした指標を設定する。
3. 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。
ただし、次のものはこれによらず区分する。
 - (1) 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。(医療機関の判断の幅が非常に小さいもの。)
「特定集中治療室管理料(ICU)」、「回復期リハビリテーション病棟入院料」など
 - (2) 小児医療及び緩和ケアに係る病棟((1)のものを除く。)は、個別に検討を加え、整理する。

2. 現在提案している定量的な基準

第2回県単位の地域医療構想調整会議(H31.3.29)で
示した基準を今年6月に一部変更

A: 具体の医療内容からの整理

B: 特定機能からの整理

高度急性期

【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
- ※いずれか2つを満たしていること

- ・ 救命救急入院料(救命救急C)
- ・ NICU, PICU, ICUなどの治療室

急性期

【50床換算・月当たり件数】

- 手術総数 **57**回数
 - 救急医療管理加算 19件
 - 呼吸心拍監視 45件
- ※いずれかを満たしていること

- ・ 一般の産科病棟 追加

現状の報告を基本

- ・ 小児入院医療管理料(病棟単位)
- ・ 病棟の実態に即して判断
- ・ 緩和ケア病棟入院料 変更

回復期

準急性期

③ ②で回復期となった病棟のうち救急医療管理加算の実績あり

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・ 健診病棟 追加

慢性期

④ 特にしきい値は設定しない。

- ・ 療養病棟入院基本料
- ・ 特殊疾患病棟入院料 変更
- ・ 障害者施設等入院基本料 など

A: 具体の医療内容からの整理 ① 高度急性期／急性期

- 高度急性期及び急性期については連続的に医療が提供されているが、異なる点としては、診療密度の違いが挙げられる。
- そこで、しきい値の設定において、以下の考え方で整理を行った
 - 基本的に評価項目は高度急性期／急性期は同じ項目を用いる
 - ただし、診療密度が異なるため、高度急性期と急性期ではしきい値の数値を密度に応じて変更する
 - 加えて、高度急性期のうち、特定入院基本料を算定している病院については診療密度が特に高い患者の受入れ・人的資源(医師・看護師等)の確保を行っていることから、特定入院料の算定により、重症患者への対応を行っているものと見做し、評価する

定義	評価軸 (病床機能大項目)	具体的項目 (50床換算・月当たり件数)
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	● 重症患者への対応 ● 幅広い手術の実施 ● 救急医療の実施 ● 全身管理	● 重症患者への対応 ● 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
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	● 幅広い手術の実施 ● 救急医療の実施 ● 全身管理	● 手術総数 57回数 ● 救急医療管理加算 19件 ● 呼吸心拍監視 45件

- 救命救急入院料 (救命救急センター)
- 特定集中治療室管理料 (ICU)
- ハイケアユニット入院医療管理料 (HCU)
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (SCU)
- 新生児特定集中治療室管理料 (NICU)
- 総合周産期特定集中治療室管理料 (MFICU)
- 新生児治療回復室入院医療管理料 (GCU)
- 小児特定集中治療室管理料 (PICU)

A: 具体の医療内容からの整理 ②,③ 急性期/回復期・準急性期

- 急性期と回復期については状態の安定度合いが異なり、診療行為の密度が異なるものと想定される。
- そこで、しきい値の設定において、以下の考え方で整理を行った
 - 急性期の基準に該当しない病棟については、回復期に振分ける
 - 急性期の基準に該当しない病棟のうち、「救急医療管理加算の実績があり」の病棟については、準急性期として区分する(月1件以上)
 - 回復期リハビリテーション料を算定し、明確に回復期リハビリに特化している病棟については回復期機能とする

定義	評価軸 (病床機能大項目)	具体的項目・しきい値 (50床換算・月当たり件数)
急性期 <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、医療を提供する機能 	<ul style="list-style-type: none"> ● 幅広い手術の実施 ● 救急医療の実施 ● 全身管理 	<ul style="list-style-type: none"> ● 手術総数 57回数 ● 救急医療管理加算 19件 ● 呼吸心拍監視 45件
回復期 <ul style="list-style-type: none"> ■ 準急性期 (広島独自) ● 在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者の緊急受入を行い、在宅復帰に向けた医療を提供する機能 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 広島県独自 → 準急性期の評価軸 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療管理加算の実績があり
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 疾患に応じたリハビリテーション 	

急性期基準に該当しないものは何れかの機能となる

高度急性期／急性期／回復期のしきい値を設けるにあたって、以下の考え方で整理を行った。

○ 実績の多い病床機能報告の具体的な医療項目を使用

- ①「手術総数」… 救急医療や外科の視点
- ②「救急医療管理加算」… 救急医療の視点
- ③「呼吸心拍監視」… 内科の視点

※平成29年6月分の実績

○ 入院料単位で各診療行為の加重平均値を算出

- ・ 病棟の病床数が異なるため、50床換算・月当たりを算出

○ 基準となる指標値を設定

- ・ 急性期／回復期の基準 … 一般病棟7:1の値を基準

- ① 手術総数:57回
- ② 救急医療管理加算:19件
- ③ 呼吸心拍監視:45件

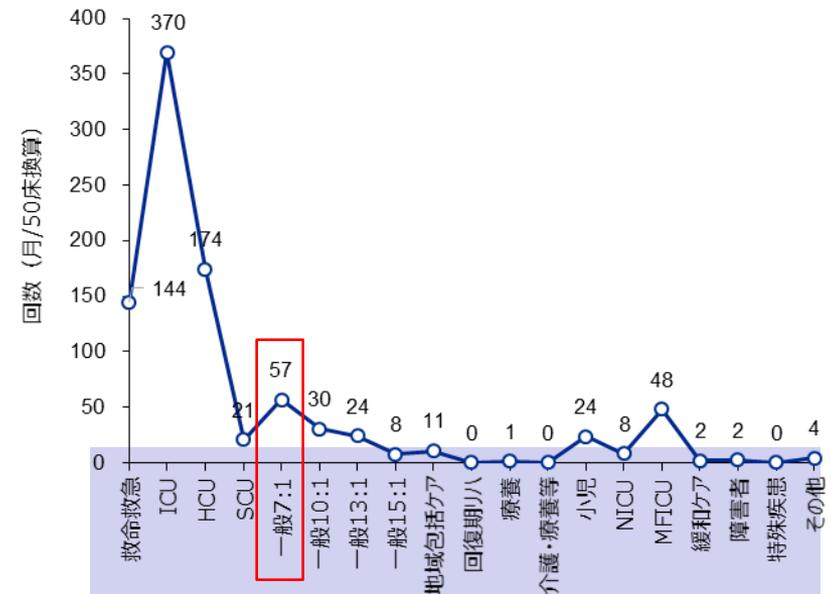
※いずれかの項目で、基準値以上

- ・ 高度急性期／急性期の基準 … 手術総数のみ、2倍

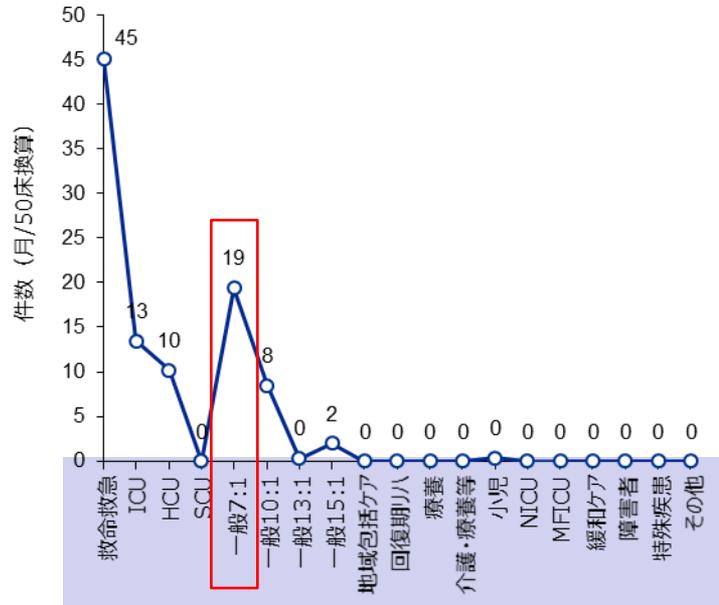
- ① 手術総数:114回
- ② 救急医療管理加算:19件
- ③ 呼吸心拍監視:45件

※いずれか2つの項目で、基準値以上

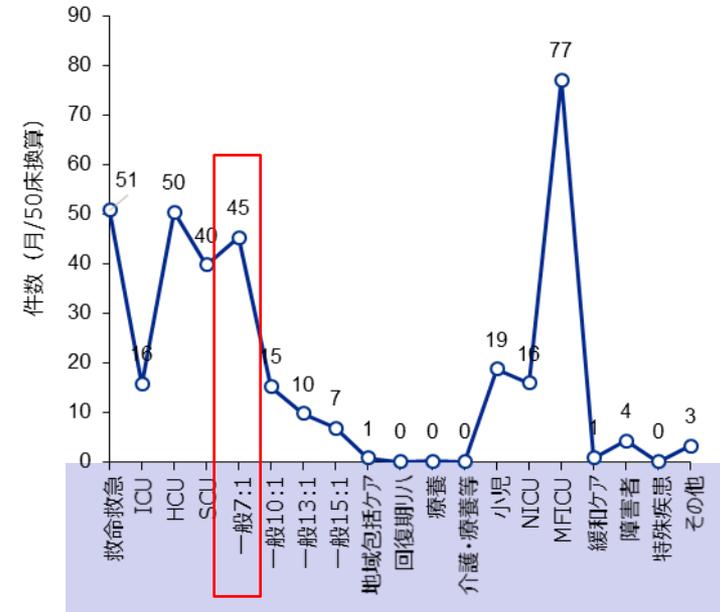
手術総数



救急医療管理加算 1 及び 2



呼吸心拍監視



【高度急性期／急性期の指標設定について】

高度急性期に属する特定入院料群(ICU、HCU等)と急性期に属する一般病床については、重症度・医療看護必要度の違いから、1.75~2倍程度の人員配置の差が存在している。

また、手術実績に関しても特定入院料群と一般病床では2倍強の実績差がある。

以上の点から、診療密度について、高度急性期は、急性期の2倍以上は密度が濃い医療を提供している病床群と捉え、急性期の2倍の基準値を設定した。

特定の医療機能からの整理（周産期）

○産科病棟

- ・ 特殊性の強い新生児特定集中治療室管理料(NICU), 総合周産期特定集中治療室管理料(MFICU), 新生児治療回復室入院医療管理料(GCU)を算定している病棟と, 産科の一般病棟は切り分けて考える。

<平成29年度病床機能報告>

入院料 (● 入院基本料, ○ 特定入院料)	報告総数		高度急性期		急性期		回復期		慢性期		(休棟等)	
	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)
○ 新生児特定集中治療室管理料	7	(48)	1	(36)	1	(12)						
○ 総合周産期特定集中治療室管理料	2	(18)	2	(18)								
○ 新生児治療回復室入院医療管理料	2	(36)	1	(24)	1	(12)						

医療圏	医療機関施設名	病棟名	報告機能	病床数	入院料
広島	広島市立病院機構 広島市立広島市民病院	東8A病棟(GCU)	高度急性期	24	新生児治療回復室入院医療管理料
広島	広島市立病院機構 広島市立広島市民病院	東8A病棟(NICU)	高度急性期	9	新生児特定集中治療室管理料1
広島	広島大学病院	NICU	高度急性期	6	新生児特定集中治療室管理料2
広島	医療法人あかね会 土谷総合病院	NICU	高度急性期	3	新生児特定集中治療室管理料2
広島	県立広島病院	東4病棟1	高度急性期	12	総合周産期特定集中治療室管理料
広島	県立広島病院	西4病棟1	高度急性期	6	総合周産期特定集中治療室管理料
呉	独立行政法人国立病院機構呉医療センター	NICU	高度急性期	6	新生児特定集中治療室管理料2
広島中央	独立行政法人国立病院機構東広島医療センター	新生児特定集中治療室	高度急性期	6	新生児特定集中治療室管理料2
尾三	広島県厚生農業協同組合連合会 尾道総合病院	NICU病棟	高度急性期	6	新生児特定集中治療室管理料2
福山・府中	独立行政法人国立病院機構福山医療センター	2B病棟GCU	急性期	12	新生児治療回復室入院医療管理料
福山・府中	独立行政法人国立病院機構福山医療センター	2B病棟NICU	急性期	12	新生児特定集中治療室管理料1

病床機能(医療法施行規則第30条の33の2)	入院料	具体的な医療の内容
【高度急性期機能】 急性期の患者に対し, 当該患者の状態の早期安定化に向けて, 診療密度の特に高い医療を提供するもの	○新生児特定集中治療室管理料(NICU) ○総合周産期特定集中治療室管理料(MFICU) ○新生児治療回復室入院医療管理料(GCU)	高度急性期
【急性期機能】 急性期の患者に対し, 当該患者の状態の早期安定化に向けて, 医療を提供するもの(前号に該当するものを除く。)	■その他, 産科の一般病棟	急性期

追加

○小児医療（病棟単位のもの）

- ・ 本県には、小児集中治療室を持つ病院はなく、拠点となる病院が高度専門医療や24時間体制の小児救急医療を担っている。
- ・ 病棟の一部を小児科として、専門性の高い医療や救急医療を提供している病院もある。

<平成29年度病床機能報告>

入院料 (● 入院基本料, ○ 特定入院料)	報告総数		高度急性期		急性期		回復期		慢性期		(休棟等)	
	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)
○ 小児特定集中治療室管理料	0	(0)										
○ 小児入院医療管理料	7	(224)	2	(18)								

医療圏	医療機関施設名称	病棟名	報告機能	病床数	入院料
広島	広島市立病院機構 広島市立広島市民病院	東9A病棟	高度急性期	45	小児入院医療管理料1
広島	広島市立病院機構 広島市立舟入市民病院	5階病棟	急性期	44	小児入院医療管理料2
広島	広島大学病院	4階西病棟	高度急性期	40	小児入院医療管理料2
広島	県立広島病院	東4病棟2	高度急性期	18	小児入院医療管理料2
広島	県立広島病院	東7病棟	高度急性期	39	小児入院医療管理料2
広島	医療法人あかね会 土谷総合病院	GCU	急性期	14	小児入院医療管理料4
福山・府中	国立病院機構福山医療センター	2B病棟	急性期	24	小児入院医療管理料2

病床機能(医療法施行規則第30条の33の2)

【高度急性期機能】

急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの

【急性期機能】

急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの(前号に該当するものを除く。)

小児医療

○小児特定集中治療室管理料

○小児入院医療管理料
小児科を標榜する保険医療機関の病棟(療養病棟を除く。)

■その他、小児科の一般病棟

具体的な医療の内容

高度急性期

上記の医療機関の病棟以外でも、高度専門医療や小児救急は行われており、比較検証が困難なため、

各医療機関の判断とする

特定の医療機能からの整理（緩和ケア）

○緩和ケア病棟

・緩和ケア病床の配置については、必ずしも病棟単位でないことから、病棟の実態に即して判断する。

<平成29年度病床機能報告>

入院料 (● 入院基本料, ○ 特定入院料)	報告総数		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	(休棟等)	
	病棟数	(病床数)	病棟数 (病床数)					
○緩和ケア病棟入院料	11	(193)		5 (102)		6 (91)		

医療圏	医療機関名	病棟名	報告機能	病床数	算定する入院料
広島	医療法人和同会 広島パークヒル病院	緩和ケア病棟	慢性期	18	緩和ケア病棟入院料
広島	広島医療生活協同組合広島共立病院	4階東病棟	急性期	19	緩和ケア病棟入院料
広島	医療法人社団曙会 シムラ病院	緩和ケア病棟	慢性期	17	緩和ケア病棟入院料
広島	県立広島病院	緩和ケア病棟	急性期	20	緩和ケア病棟入院料
広島	広島市医師会運営・安芸市民病院	緩和ケア病棟	慢性期	20	緩和ケア病棟入院料
広島	JR広島病院	7階緩和ケア病棟	急性期	20	緩和ケア病棟入院料
広島西	廿日市記念病院	緩和ケア病棟	急性期	24	緩和ケア病棟入院料
呉	独立行政法人国立病院機構呉医療センター	10A	急性期	19	緩和ケア病棟入院料
尾三	公立みつぎ総合病院	第8病棟	慢性期	6	緩和ケア病棟入院料
福山・府中	福山市民病院	本館7階	慢性期	16	緩和ケア病棟入院料
福山・府中	医療法人慈生会 前原病院	緩和ケア病棟	慢性期	14	緩和ケア病棟入院料

病床機能(医療法施行規則第30条の33の2)

入院料

具体的な医療の内容

【急性期機能】

急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの(前号に該当するものを除く。)

【回復期機能】

急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの

【慢性期機能】

長期にわたり療養が必要な患者(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,難病患者その他の疾患の患者を含む。)を入院させるもの

○緩和ケア病棟入院料

主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟

緩和ケア病床の配置については、必ずしも病棟単位でないことから、

病棟の実態に即して判断

変更

18

特定の医療機能からの整理（その他特定入院料①）

病床機能(医療法施行規則第30条の33の2)	入院料	具体的な医療の内容
<p>【高度急性期機能】 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、<u>診療密度の特に高い医療を提供するもの</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○救命救急入院料(救命救急センター) ○特定集中治療室管理料(ICU) ○ハイケアユニット入院医療管理料(HCU) ○脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU) 	<p>重症、重篤な患者に対する高度な医療、集中的な医療、専門的な医療を行う「治療室」であり、診療密度の特に高い医療を提供する機能は明らかであることから、</p> <p style="text-align: center;">高度急性期</p>
<p>【回復期機能】 急性期を経過した患者に対し、<u>在宅復帰に向けた医療又はリハビリテーションの提供を行うもの</u>(急性期を経過した脳血管疾患、大腿骨頸部骨折その他の疾患の患者に対し、ADL(日常生活における基本的動作を行う能力をいう。)の向上及び在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行うものを含む。)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○回復期リハビリテーション病棟入院料 <p>脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟</p>	<p>病床機能の考え方と入院料の考え方は、同じであり、すべて回復期と報告されていることから、</p> <p style="text-align: center;">回復期</p>

<平成29年度病床機能報告>

入院料 (● 入院基本料, ○ 特定入院料)	報告総数		高度急性期		急性期		回復期		慢性期		(休棟等)	
	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)
○ 救命救急入院料(救命救急センター)	8	(148)	8	(148)								
○ 特定集中治療室管理料(ICU)	15	(99)	15	(99)								
○ ハイケアユニット入院医療管理料(HCU)	8	(62)	8	(62)								
○ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料(SCU)	3	(33)	3	(33)								
計	34	(342)	34	(342)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料	49	(2,060)					49	(2,060)				

特定の医療機能からの整理（その他特定入院料②）

○療養病棟など

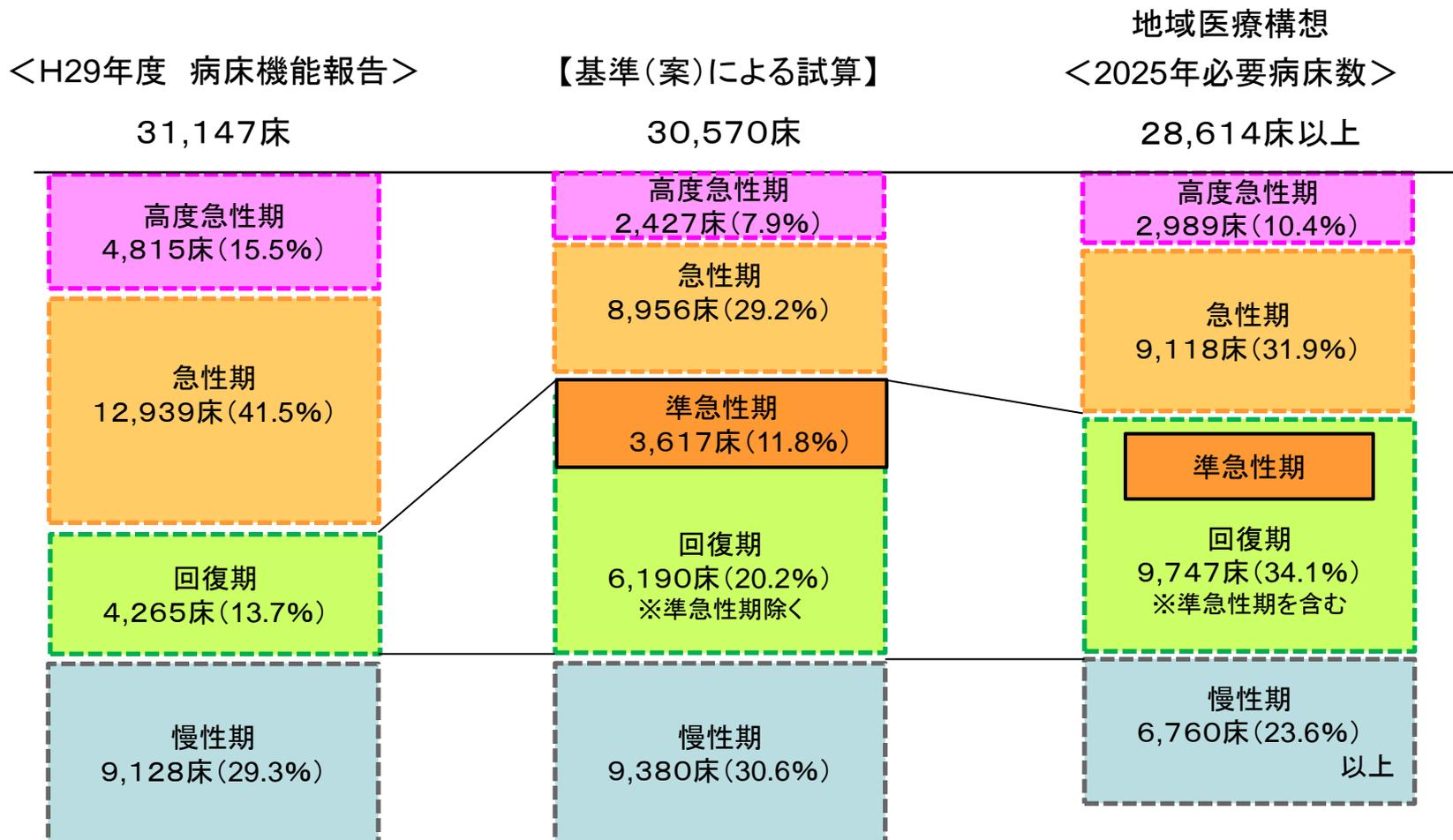
病床機能(医療法施行規則第30条の33の2)	入院料	具体的な医療の内容
<p>【慢性期機能】 長期にわたり療養が必要な患者(長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む。), 筋ジストロフィー患者, 難病患者その他の疾患の患者を含む。)を入院させるもの</p>	<p>●療養病棟入院基本料 ○特殊疾患病棟入院料 重度の障害者(重度の意識障害者を含む。), 筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟。主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する病棟 ●障害者施設等入院基本料</p>	<p>病床機能の考え方と入院料の考え方は同様であり, 大部分が慢性期と報告されていることから,</p> <p style="text-align: center;">慢性期</p>



<平成29年度病床機能報告>

入院料 (● 入院基本料, ○ 特定入院料)	報告総数		高度急性期		急性期		回復期		慢性期		(休棟等)	
	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)	病棟数	(病床数)
●療養病棟入院基本料	134	(6,093)			1	(36)	6	(211)	126	(5,786)	1	(60)
○特殊疾患病棟入院料	6	(249)							6	(249)		
●障害者施設等入院基本料	26	(1,241)					3	(155)	23	(1,086)		
※すべてが介護療養病床の病棟	29	(1,311)							29	(1,311)		
計	195	(8,894)	0	(0)	1	(36)	9	(366)	184	(8,432)	1	(60)

○ 基準(案)による病床機能別の試算 (有床診療所は報告どおり)



※ 休棟中等(436床)除く

※ 休棟中等(441床)除く

※ データなく、判定不能(572床)除く

1. 基準(案)による試算に係る個々の病棟リストの確認

- ・ 試算による高度急性期の病床数の変動(減少)は、大部分は広島圏域である。
- ・ 試算による急性期の病床数の変動(減少)は、広島、福山・府中、尾三圏域で大きい。
- ・ 試算後の高度急性期と急性期を合わせた病床数が、2025年の必要病床数を下回る結果となっている。

2. 各圏域における基準値の調整

- ・ 1に掲げている状況は、圏域ごとの病院数や規模、医療需要の違いがありながら、3つの指標により一律に整理を行っているためである。
- ・ 各圏域においては、2025年の必要病床数を踏まえ、基準値について議論いただきたい。
- ・ また、その際には6月に提供するエミタスの分析結果による、圏域の機能別の割合や医療機関別の分析結果など、活用していただきたい。

3. 定量的基準案に関する各圏域の意見

(6～7月 各圏域地域医療構想調整会議・病院部会)

各圏域の調整会議(病院部会)等での協議結果

圏域名	協議結果
広島(南)	委員から出てきた意見をまとめて、県単位の調整会議に報告することにした。
広島(北)	エミタスデータの分析結果などからみて、県から提案のあった定量的基準を基本的には評価する。
広島西	新たな試案を基本承認する。
呉	県が定める定量的な基準については、病床機能報告を行う際の参考程度とし、報告は各医療機関の自主的な判断で行ってはどうか。
広島中央	県の定量的な基準案については、特に意見なし。
尾三	準急性期と判断された病棟について、自らの立ち位置をもう一度よく考えた上で、急性期あるいは回復期のどちらで登録しても構わないこととしてはどうか。
福山・府中	県から示された閾値の50床換算・月当たり件数について、当該圏域の一般病棟7:1から算出した加重平均値を定量的基準として採用してはどうか。 入院料からの整理は県の案のとおり。
備北	委員から出てきた意見をまとめて、県単位の調整会議に報告することにした。

各圏域の調整会議(病院部会)等の意見と県の考え方①

圏域名	意見	県の考え方
広島(南)	DPCなどの内容から重症度を判断してはどうか。	<p>埼玉県の「客観的な基準」では、高度急性期・急性期の評価指標として、「全身麻酔下手術」や「胸腔鏡・腹腔鏡下手術」、「悪性腫瘍手術」、「脳血管内手術」等を使用しているが、指標数が多く、分析が複雑になっている。</p> <p>大阪府の「仕分けルール」では、急性期と回復期の区分に特化し、指標として「手術総数」「化学療法」「救急医療管理加算」「呼吸心拍監視」の4項目を使用している。</p> <p>治療内容(手術等)の難易度の評価については、今後の検討課題としたい。</p>
広島(南)	手術件数について、手術点数を加味してはどうか。	
広島西	「A: 具体の医療内容からの整理」の3指標のうち「手術総数」の回数をもって一律に区分するのは乱暴ではないか。診療科目で手術件数や内容が大きく異なり、少なくとも「全身麻酔」、「局所麻酔」の区分は必要ではないか。	
呉	手術について、その数だけで機能を判定する指標とするには問題がある。114件以上が高度急性期となっているが、高度で術後管理に手間がかかる手術は100件以上もできない。	
広島(北)	外科の手術症例数は納得できるが、救急管理加算や呼吸心拍監視加算は客観的な判断とは言い難い。指標項目について、将来的に工夫が必要ではないか。	
広島(南)	内科的視点として「呼吸心拍監視」が採用されているが、実態を反映しているとは言い難いため、埼玉県や大阪府が採用している抗がん剤治療の化学療法の項目を取り入れてはどうか。	<p>救急医療管理加算や呼吸心拍監視加算については、患者に対して適切な医療が選択されていることを前提としている。</p> <p>内科の評価を補強するため、分析に用いる指標(閾値)に化学療法を追加する。</p>
尾三	閾値の一つである救急医療管理加算は、本当の救急医療の現場を反映しているものではなく、各病院の判断で加算できるものであるため、こうした指標を閾値とするのは問題ではないか。	

各圏域の調整会議(病院部会)等の意見と県の考え方②

圏域名	意見	県の考え方
広島(南)	診療報酬内容で指標を設定した場合、改定による影響を受けることとなる。救急車の搬送件数などで判断してはどうか。	診療報酬の改定時には、改めて閾値を見直すこととする。
広島(南)	無菌室や血液内科などの特殊病棟について一定の評価を行い、報告する病床機能を判断すべき。	病棟の実態に即して判断していただきたい。
広島(南)	療養病棟等について、従前の「慢性期又は回復期」から「慢性期」のみに整理されたが、従前の「慢性期又は回復期」の整理に戻すべき。	療養病棟入院基本料、特殊疾患病棟入院料、障害者施設等入院基本料及び介護療養病棟については、大部分が「慢性期」と報告されている実態を踏まえ、「慢性期」を基本として、病棟の実態に即して判断していただきたい。
広島(南)	県の定量的基準を適用した場合の病床数及び病床割合を2025必要病床数及び病床割合と比較した場合、全県、広島圏域ともに高度急性期の病床数、病床割合ともに不足が生じることとなる。高度急性期と急性期の閾値の見直しが必要ではないか。	県の定量的基準(閾値)は、各圏域の医療資源の濃淡を考慮せず、県平均から算出している。地域の実情に応じて、県の定量的基準の閾値を調整することや、新たな評価項目を追加することは差支えない。
広島西	慢性期病床に区分される障害児(者)施設、人工透析施設が多いにもかかわらず、一律に必要な病床数を算定しており、地域の実情を反映していない。	
尾三	県の基準案どおりに機能報告すると、急性期が不足することになる。	
尾三	基準に当てはめたときに、急性期が不足する等の結果となった場合には、その基準を改め、目標に近づくような閾値を設定し直すべきではないか。	

各圏域の調整会議(病院部会)等の意見と県の考え方③

圏域名	意見	県の考え方
広島(北)	病床機能報告に使用するデータについて、現状では6月1か月分のデータを使用しているが、北部地域では時季により受診動向が大きく異なる実態がある。通年データを使用すべきではないか。	手術等の診療実績は、月によって変動するため、報告対象期間を見直すよう国に求めたい。(厚労省のWGにおいても、2021年度の報告から見直すよう、検討されている。)
呉	季節変動があり6月の1か月分のデータだけでは信用できず問題である。	
呉	年間のデータを見た方がいいのではないか。	
呉	年間で見るとしても、年平均を取るのがいいのかはよく検討してもらいたい。	
尾三	6月は一番救急が少ない時期であるため、通年のデータで判断した方がよいのではないか。	
広島西	病棟単位の病床機能報告と病床単位の指標を比較することに問題がある。	2025年の必要病床数が病床単位(患者単位)であるのに対して、病床機能報告や定量的基準は病棟単位であり、この制度の限界を指摘したご意見である。エミタスデータ等も活用しながら多角的に議論していただきたい。
福山・府中	病床機能報告は報告が病棟単位のため、実態とずれがある。	

各圏域の調整会議(病院部会)等の意見と県の考え方④

圏域名	意見	県の考え方
広島西	圏域独自で厚生労働省が示した基準をベースに、判定・判断しやすい指標を設定してはどうか。	<p>各圏域において、地域の実情に応じて、県の定量的基準の閾値を調整することや、新たな評価項目を追加することは差支えない。</p>
呉	埼玉方式に比べ広島方式は厳しい基準になっている。	
備北	小規模な中山間地域の公立病院では、限られた医師(医療従事者)でできることは限られており、広島県(全国)統一の基準で検討することは難しいので、大きい病院用と小さい病院用とで、別に検討してはどうか。	
備北	エミタスデータでは、急性期がかなり減っており、回復期も足りない。急性期と回復期を報告する4病院が、それぞれ地域の実情を考えていけたら良いと思う。県北ではそういう風にやって進んできている。	
備北	病床単位のエミタスのデータを見て、病床機能報告の病棟単位にその病床数を併記して報告することを検討してはどうか。病棟には様々な患者が混在しており、病床数で算出するとどれくらいなのか出した上で、必要な病床数を報告したら良いと思う。	
広島中央	今後、病床機能が保険点数として評価されるようになるとしたら、広島県案のような“しきい値”が全国一律として決められるようなやり方になるのか。	<p>病床機能報告においていずれの医療機能を報告しても、診療報酬上の入院料等の選択等に影響を与えるものではない。(厚生労働省「病床機能報告マニュアル」)</p>

各圏域の調整会議(病院部会)等の意見と県の考え方⑤

圏域名	意見	県の考え方
尾三	各病院が正直に準急性期を回復期と報告したときに、その病院で救急医療ができなくなるのではないかと懸念されている。	定量的基準は、あくまで議論のためのツールではない。診療報酬上、「回復期」をその名称だけで安易に評価することのないよう、他県と協働して国へ要望していきたい。
福山・府中	準急性期という名称はしっくりこない。救急患者を受け入れているのだから、大阪府が使用している「地域急性期」という名称がよい。名称変更を要望する。	「準急性期」の病棟は、地域の在宅や介護施設等から症状が急性増悪した患者を受け入れる機能(サブアキュート)を有することから、「地域急性期」と改めたい。
福山・府中	実態を把握するのなら、病床稼働率も考慮すべきではないかと懸念されている。	稼働率が極端に低い病棟については、減床や病棟再編について議論が必要。
福山・府中	国の制度として決まった以上は、2025年の必要病床数(暫定推計値)に対して、ある程度合わさざるを得ない。今は、病床機能報告は自主的な報告であるが、定量的な基準と連動する可能性も踏まえて、この会議の中でしっかりと議論すべきである。	各圏域ごとに定めた2025年の必要病床数と現状(病床機能報告)を比較しながら、「医療機関の自主的な取組」と「地域医療構想会議での協議」によって2025年に向けて次第に収斂されていくことを期待している。
備北	医師会立の病院では、開業医からの急変した患者等の受け入れという特殊な役割を数多く担っている。こうした役割をどのようにしたら最適なものとして継続できるか検討すべき。	地域医療構想調整会議においては、病床数のみならず、各医療機関の役割を明確にしながら(機能分化)、連携の在り方についても議論していただきたい。

4. 定量的基準の整理

～圏域意見等を踏まえた検討～

県の定量的基準の目的と運用について

- 地域医療構想は、各圏域ごとに医療需要を推計して2025年の必要病床数を定めており、その必要病床数と現状を比較しながら、「医療機関の自主的な取組」と「地域医療構想会議での協議」によって2025年に向けて次第に収斂されていくことを期待している。
- その際、現状を把握するための手段が、病床機能報告制度であり、地域医療構想調整会議における議論を活性化するため、抽象的な概念しかなかった病床機能の境界点を客観的にとらえようとするのが定量的基準である。
- 県の定量的基準は、あくまで各圏域の地域医療構想調整会議等で協議する際や、各医療機関が病床機能を判断する際に「参考」にさせていただくもので、「強制」するものではない。
- 各圏域において、地域の実情に応じて、県の定量的基準の閾値を調整することや、新たな評価項目を追加することも想定している。
- 病床機能報告においていずれの医療機能を報告しても、診療報酬上の入院料等の選択等に影響を与えるものではない。（厚生労働省「病床機能報告マニュアル」）
- 最も多くの割合を占める機能が「回復期」の病棟であっても、医療資源の少ない地域や中小病院などでは、1つの病棟で救急の役割を担っている実態を評価するため、「地域急性期（準急性期）」という医療機能を導入する。
- 県の定量的基準は、地域医療構想調整会議の意見や診療報酬の改定等を踏まえて、適宜、見直しを行うことを前提としている。

圏域意見等を踏まえた検討①

1. 報告対象期間について

- 病床機能報告においては、手術等の診療実績について、1ヶ月分(6月診療分)を報告することになっているが、季節によって患者数は変動するので、**報告対象期間を見直すよう**求めている。

(参考)

厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」において、各医療機関が担っている役割に関する重要な評価指標となり得る手術等の診療実績については、その報告対象期間を、現在の1カ月分(6月診療分)から、通年化するよう見直しが検討されている。

【見直し時期】 2021年度の報告から見直しを反映することを念頭に調整等の対応を進める。

2. 準急性期について

- 回復期病棟における“救急医療”の提供を評価する広島県独自の「準急性期」の区分を設定
 - ・ 病床機能報告と同様、「準急性期」の病棟を**広島県ホームページ**で公表することを想定。
 - ・ 「準急性期」については、**診療報酬上、実態に即した評価**を行うよう国に要望していく。
 - ・ 「準急性期」の病棟では地域の在宅や介護施設等から症状が急性増悪した患者を受け入れる機会(サブアキュート)を有することや、国への要望を他の都道府県と協調して行っていくことを視野に入れ、大阪府が使用している**「地域急性期」**に名称を統一してはどうか。

圏域意見等を踏まえた検討②

3. 内科の評価を補強

- 分析に用いる指標に「**化学療法**」を追加し、内科の評価を補強する。

【化学療法の“しきい値”の整理】

- 入院料単位で加重平均値を算出

- 病棟の病床数が異なるため、50床換算・月当たりを算出

- 基準となる指標値を設定

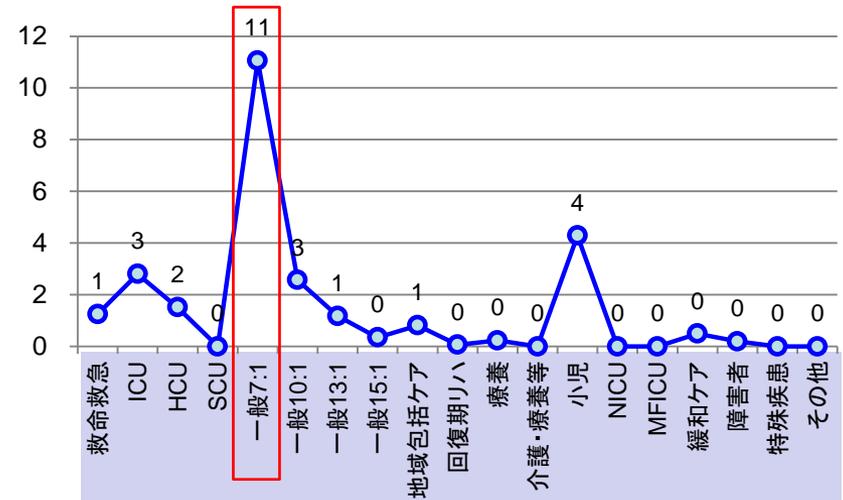
- 急性期／回復期の基準 … 一般病棟7:1の値を基準

化学療法 11件

- 高度急性期／急性期の基準 … 急性期／回復期の2倍

化学療法 22件

化学療法



定量的な基準(再提案[化学療法を追加])

A: 具体の医療内容からの整理

B: 特定機能からの整理

高度急性期

【50床換算・月当たり件数】

- 手術総数 114回数
 - **化学療法 22件**
 - 救急医療管理加算 19件
 - 呼吸心拍監視 45件
- ※いずれか2つを満たしていること

内科の評価を補強

- ・ 救命救急入院料(救命救急C)
- ・ NICU, PICU, ICUなどの治療室

急性期

【50床換算・月当たり件数】

- 手術総数 57回数
 - **化学療法 11件**
 - 救急医療管理加算 19件
 - 呼吸心拍監視 45件
- ※いずれかを満たしていること

内科の評価を補強

- ・ 一般の産科病棟

- 現状の報告を基本
- ・ 小児入院医療管理料(病棟単位)
 - ・ 病棟の実態に即して判断
 - ・ 緩和ケア病棟入院料

回復期

地域急性期

- ③ ②で回復期となった病棟のうち
救急医療管理加算の実績あり

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料

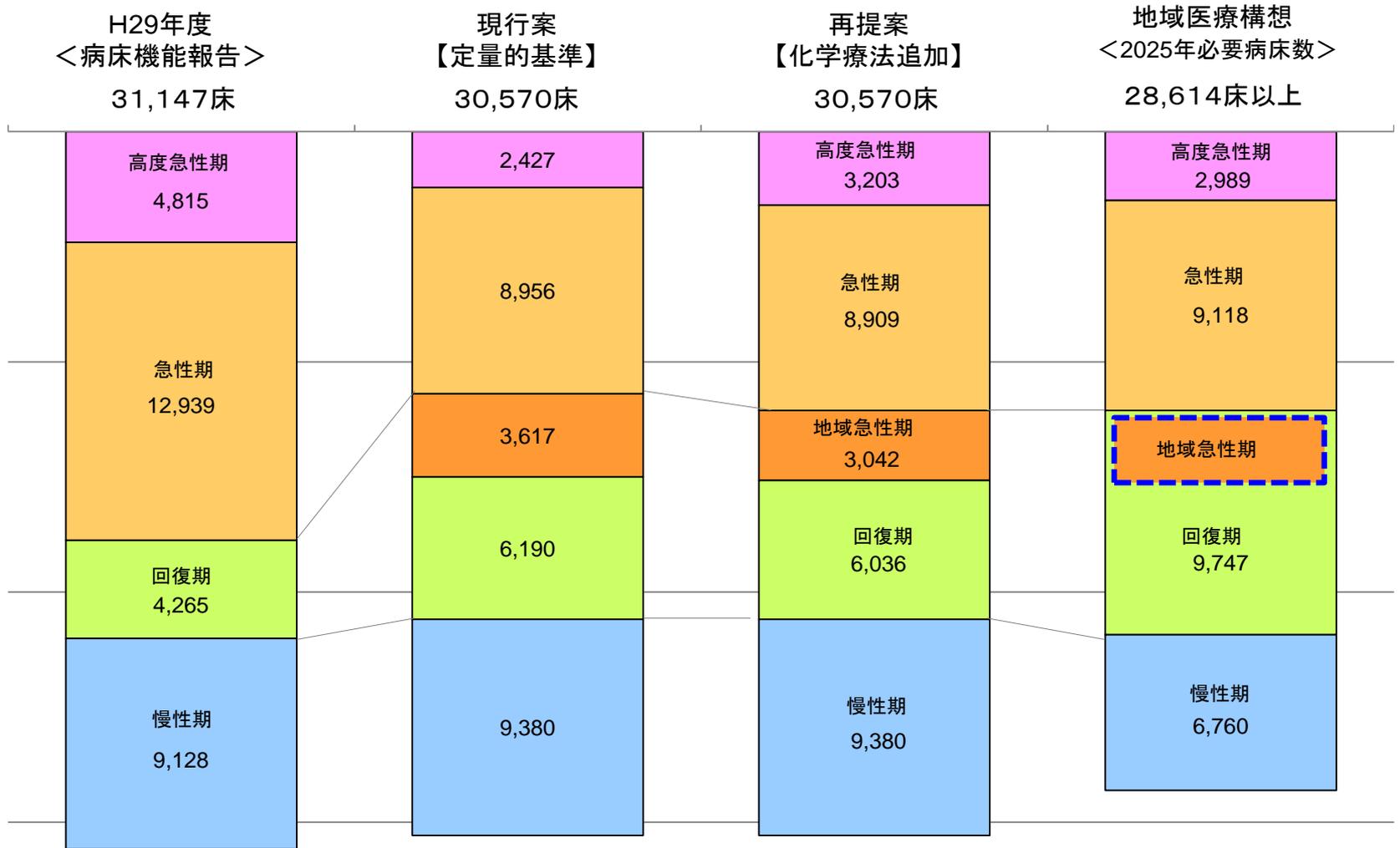
- ・ 健診病棟

慢性期

- ④ 特にしきい値は設定しない。

- ・ 療養病棟入院基本料
- ・ 特殊疾患病棟入院料
- ・ 障害者施設等入院基本料 など

○ 病床機能別の試算 (有床診療所は報告どおり)



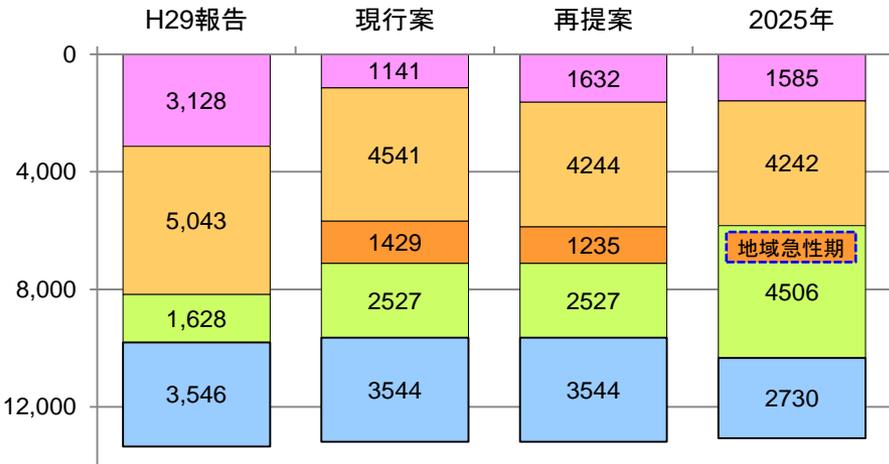
※ 休棟中等
(436床) 除く

※ 休棟中等
(441床) 除く
※ データなく、
判定不能
(572床) 除く

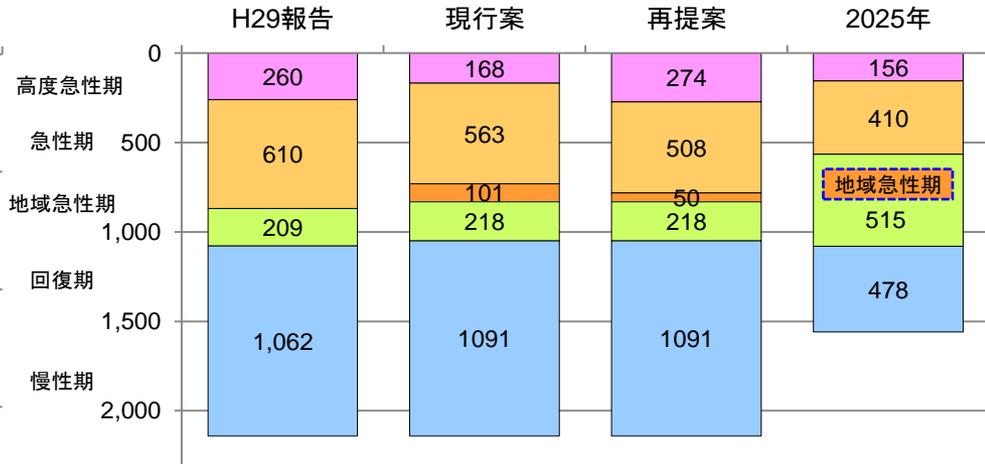
※ 休棟中等
(441床) 除く
※ データなく、
判定不能
(572床) 除く

○ 病床機能別・圏域別の試算（有床診療所は報告どおり）

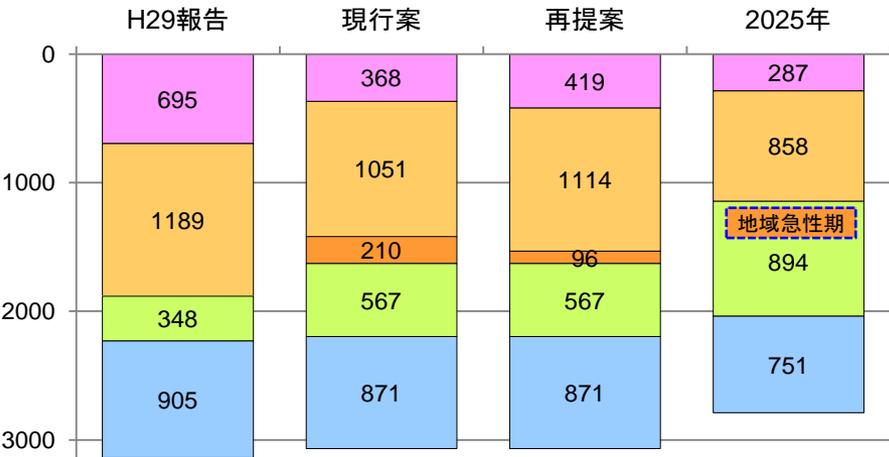
広島圏域



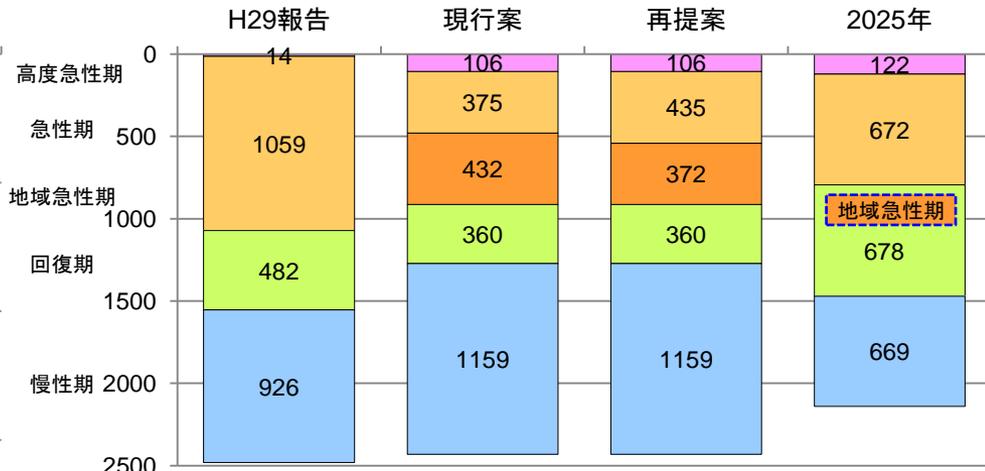
広島西圏域



呉圏域



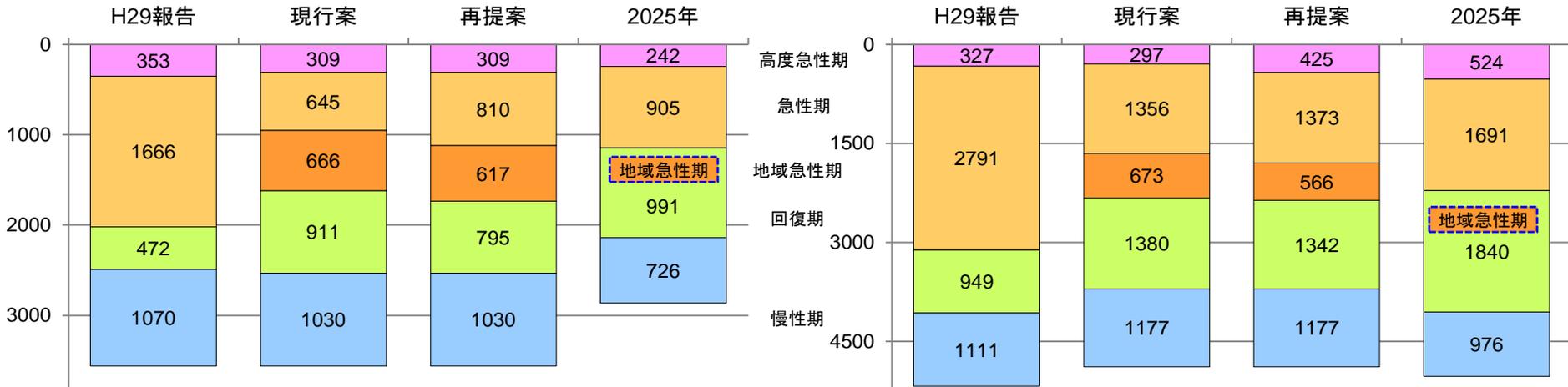
広島中央圏域



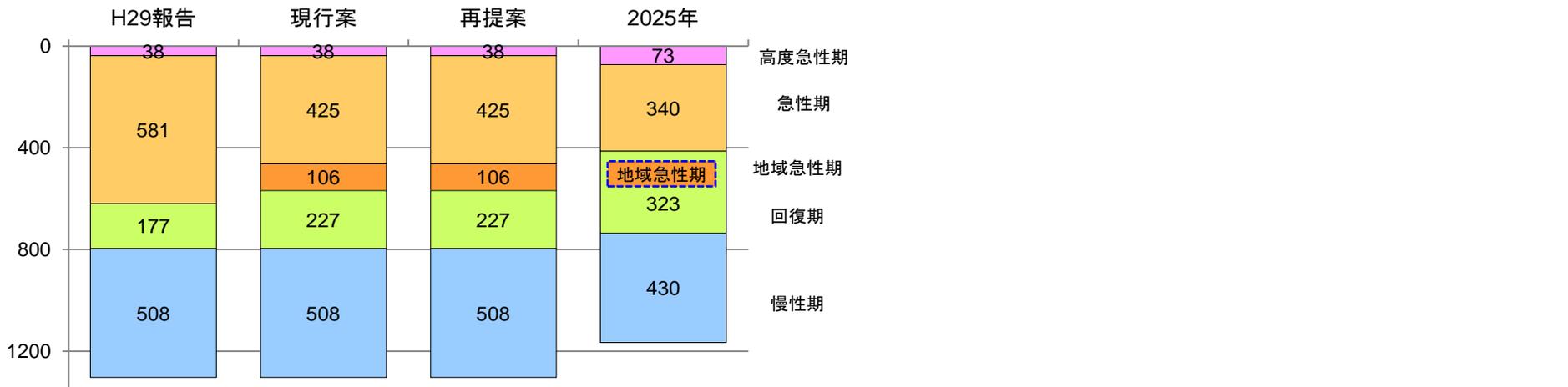
○ 病床機能別・圏域別の試算（有床診療所は報告どおり）

尾三圏域

福山・府中圏域

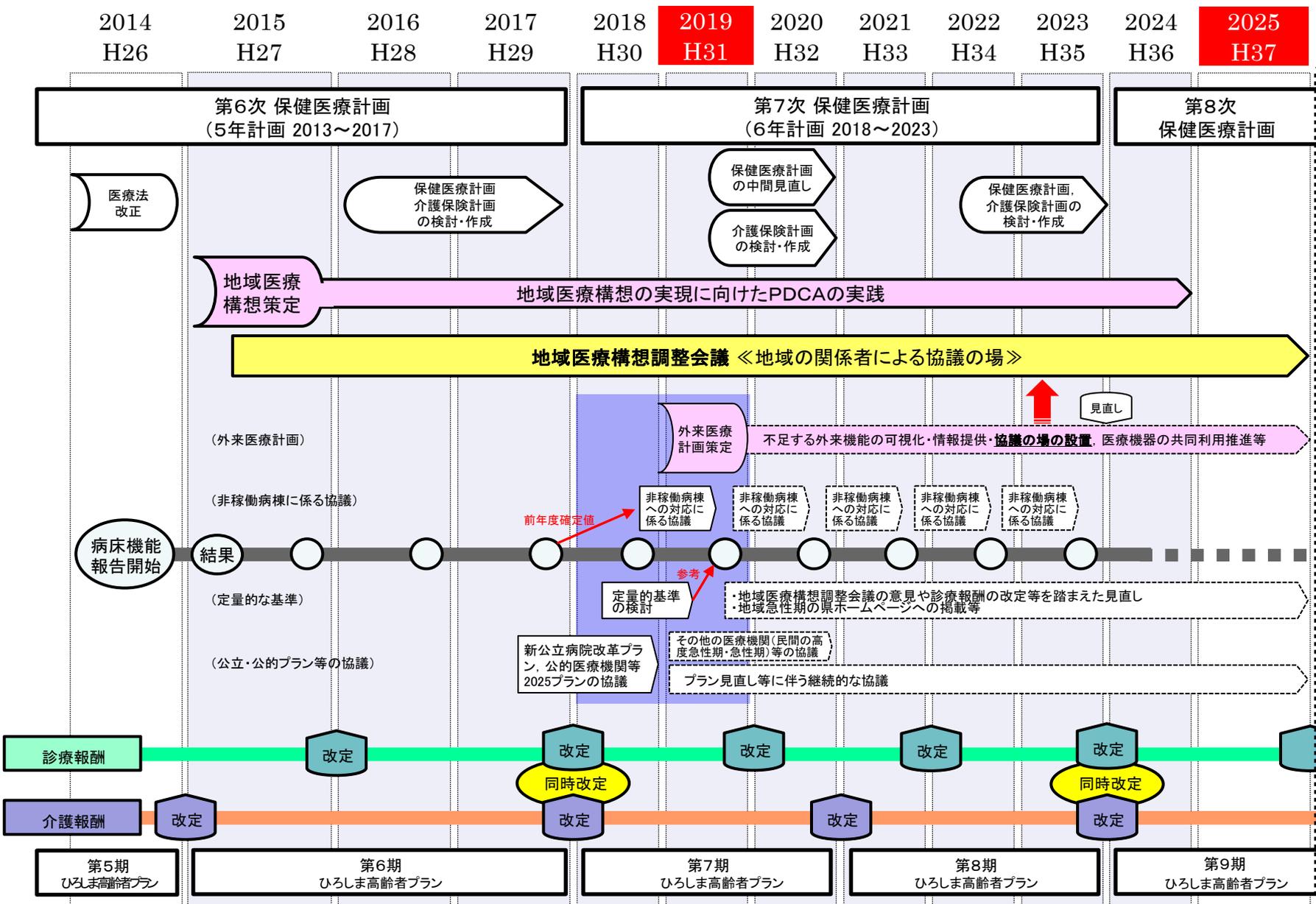


備北圏域



5. 地域医療構想調整会議の協議状況と 今後の進め方について

地域医療構想の実現に向けた取組スケジュール



医療・介護サービスのあるべき姿の実現

今後の進め方について

○ 各圏域で、県の定量的基準について確認と共有を行い、令和元(2019)年度の病床機能報告の「目安・参考」としていただく。

時期	県及び県調整会議		地域医療構想調整会議・病院部会	
2月			調整会議 ／病院部会	<ul style="list-style-type: none"> ・「準急性期」について協議 ・協議における意見等を県へ報告 ・非稼働病棟への対応に係る協議
3月	19日 県調整会議	<ul style="list-style-type: none"> ・圏域の意見を踏まえ準急性期の整理 ・4機能の区分の考え方、指標等を提案 		
4月	下旬	◇H30病床機能報告(速報)の提供→		
5月				
6月		◇エミタス分析結果の提供→ ・特定の医療機能に関する修正案を提案	第1回 調整会議 ／病院部会	<ul style="list-style-type: none"> ・県提案の基準案について協議 ・協議における意見等を県へ報告
7月				
8月				
9月	県調整会議 中旬	<ul style="list-style-type: none"> ・圏域の意見を踏まえ定量的基準の整理 ◇H30病床機能報告(確定版)の提供→	第2回 調整会議 ／病院部会	<ul style="list-style-type: none"> ・定量的基準の確認と共有 ・公立公的病院以外の役割を協議(※) (プランを見直す公立公的病院は、その都度、調整会議で協議) ・非稼働病棟への対応に係る協議 (※)高度急性期・急性期を報告している病院
10月 ～ 12月	10月～ 2019年度 病床機能報告の開始		第3回 調整会議 ／病院部会	(継続的な協議) <ul style="list-style-type: none"> ・外来医療計画の策定に係る調整等
1月 ～ 3月				
2020 年度		◇2019病床機能報告結果の提供→ <ul style="list-style-type: none"> ・「地域急性期」病棟等の県HPでの公表 	調整会議 ／病院部会	2019病床機能報告結果の確認・共有 「地域急性期」病棟等を県へ報告

【参考①】 地域医療構想調整会議の開催状況

1 今年度の調整会議・部会の開催状況(予定を含む)

圏域	調整会議	病院部会	備考
広島	①10/初旬(調整中)	北部 ①7/8 南部 ①6/25	※保健医療計画の推進・評価など、既存の会議との合同開催も可能としていること。
広島西	①7/31		
呉	①9/25(予定)	①6/20	
広島中央	①5/30, ②9/下旬(調整中)	①5/23, ②7/25	
尾三		①6/14, ②9/下旬(調整中)	
福山・府中	①7/17	①9/25(予定)	
備北	①7/23		

2 昨年度の調整会議・部会の開催実績

圏域	調整会議	病院部会	備考
広島	① 10/22, ② 3/29	北部 ① 7/23, ② 10/2 南部 ① 9/7, ② 10/5	※保健医療計画の推進・評価など、既存の会議との合同開催も可能としていること。 ※7月の豪雨災害により、会議を延期した圏域もある。
広島西	① 2/25	① 9/3, ② 2/18	
呉	① 9/26, ② 2/20	① 1/24	
広島中央	① 5/24, ② 3/14	① 5/17, ② 7/5, ③ 2/14, ④3/7	
尾三	① 6/28, ② 3/13	① 10/30, ② 2/5	
福山・府中	① 6/27, ② 11/13, ③ 2/26	① 8/9	
備北	① 3/14	① 8/2, ② 12/20	

【参考②】 介護医療院等への転換に対する助成制度

1 補助目的

療養病床の転換を支援するため、医療機関等が介護医療院等へ転換する場合に、その整備費用を助成する事業

2 助成種別

① 地域医療介護総合確保基金

介護療養型医療施設及び介護療養型老人保健施設を介護医療院等へ転換した場合

② 病床転換助成事業

医療療養病床を介護医療院等へ転換した場合

3 補助単価等

① 創設：1床当たり2,240千円，改築：1床当たり2,770千円，改修：1床当たり1,115千円

⇒ 施設開設準備経費等支援事業や定期借地権設定のための一時金の支援事業などの別メニューは除く

② 創設：1床当たり1,000千円，改築：1床当たり1,200千円，改修：1床当たり500千円

4 介護医療院への転換状況

転換年度	施設数	転換病床数	転換元病床種別
平成30年度	4施設	532床	介護療養病床463床，医療療養病床69床
令和元年度	3施設	185床	介護療養病床133床，医療療養病床52床

※ 助成制度を活用していない転換も含んでいる。

※ 転換老健からの転換は除いている。

※ 令和元年度は令和元年9月1日現在

【参考③】 病床機能分化・連携促進基盤整備事業（回復期への転換）

1 補助目的

病院又は有床診療所の開設者が、「回復期以外の病床」から「回復期病床」へ転換する際に必要となる施設・設備の整備事業

2 補助要件

- ・ 整備前：病床機能報告で回復期以外の病棟
- ・ 整備後：補助を受けた病棟は病床機能報告において回復期と報告
- ・ 整備内容：地域包括ケア病床又は回復期リハビリテーション病床に整備
- ・ 転換計画：地域医療構想調整会議で確認されていること

3 基準額, 補助率等

- ① 施設整備 増改築：1床当たり4,640千円 改修：1床当たり3,406千円 【補助率 1/2】
- ② 設備整備 1施設当たり10,800千円以内 【補助率 1/2】

4 転換状況

補助年度	施設数	転換病床数	転換元病床
平成29年度	4施設	72床	急性期20床, 慢性期15床, 休床37床
平成30年度	2施設	127床	急性期13床, 慢性期114床