

第2回 呉地域医療構想調整会議 資料

○ 第1回調整会議の議事概要	1
○ 県単位の地域医療構想調整会議資料	2
○ 病床部会の議事概要	24
○ 「第3次呉市病院事業改革プラン」の概要について	26
○ 非稼働病棟情報の共有と今後の方向性の確認	28

平成30年度 第1回 呉地域医療構想調整会議の議事概要

調整会議事務局作成

会議の開催日時	平成30年9月26日(水) 14:00~15:00
県単位の調整会議について	
<p>○ 今後、圏域での調整会議では、県単位の調整会議の議論を踏まえて考えていくと理解してよいか。 (委員長)</p> <p>【回答】</p> <p>・個別の医療機関に係る対応方針を協議するには、県単位の調整会議で検討される定量的な基準などの議論を待って、圏域の病床部会に諮る方がよいかと思う。 (事務局)</p> <p>○ 病床機能報告が実際の病床の役割と乖離していることについて、県単位の調整会議で議論するとある。県単位の調整会議では呉圏域の中の病床を持つ医療機関について、こう改めた方がよいとかが出てくるのか。 (委員長)</p> <p>【回答】</p> <p>・県単位の調整会議では、県として定量的な基準をどうするかを考えることになる。個別の医療機関について県単位の調整会議で取り上げるということでないかと理解している。 (事務局)</p> <p>○ これまでの会議で、高度急性期については呉圏域だけで考えても仕方がないという話をしてきた。そのあたりは県単位の調整会議で話題にのせてもらえるのか。 (委員)</p> <p>【回答】</p> <p>・呉圏域では、特に中央圏域あたりの機能も担っているということが議論になったところ。県単位の調整会議を置くが、圏域での意見は聞いてもらうという形になっている。これまでも機会を通じて伝えてきたが、定量的な基準についての意見も含めてこの枠組みの中で意見を言っていきたい。 (事務局)</p>	
調整会議での協議のあり方について	
<p>○ 現状ではそれなりにやっている。診療報酬の改定により各医療機関がダウンサイジングするのは致し方ないが、調整会議で話し合っただけで病床数を減らすというのは非常に難しいと思う。話し合いというのがどういう話し合いをしたらいいのか教えてもらいたい。 (委員)</p> <p>【回答】</p> <p>・病床部会を設ける趣旨は、病院・有床診療所に集まってもらい、協議をしながら進めるということ。 ・病床機能報告の中の医療の実施状況を見ていくと、急性期の中に回復期の医療を提供しているといったことなどがあるので、定量的な基準が必要ということ。それを県単位の調整会議で検討して、各圏域に示させてもらう。そして各圏域でここはどうかかなということも協議していただきながら進めたいと思っている。 (県厚生環境事務所呉支所長)</p> <p>・病床機能報告では救急搬送や手術の件数、リハビリの内容など詳細な項目が出ており、これらを共有しながら、各病院で経営を検討いただいて、また次年度の病床機能報告に反映していただく。 ・今年度は、県単位の調整会議で県から示された定量的な基準の考え方を含めて、まずは情報共有をするということと、もう一つ、テーマとして与えられている非稼働病床についても協議をしていきたい。 (事務局)</p>	

平成30年度 第1回
広島県医療審議会保健医療計画部会 次第
(県単位の地域医療構想調整会議)

日時 平成30年11月15日(木) 午後5時45分～
場所 広島県庁 本館6階 講堂

1 開 会

- ・健康福祉局長あいさつ
- ・県単位の地域医療構想調整会議について【資料1】

2 部会長の選任

3 協議事項

- (1) 地域の実情に応じた定量的な基準の導入について【資料2, 3】
- (2) 今後の進め方について【資料3】

4 その他

5 閉 会

資料

- ・資料1 県単位の地域医療構想調整会議等に関する運営要領
- ・資料2 地域医療構想の実現に向けて
～ 地域の実情に応じた定量的な基準の導入 ～
- ・資料3 病床機能報告の具体的な医療の内容を活用した定量的な基準(試案)
- ・参考資料 地域医療構想調整会議の活性化に係る国の通知

県単位の地域医療構想調整会議等に関する運営要領

(目的)

第1条 医療法第30条の14第1項の規定により構想区域ごとに設置している地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）における議論が円滑に進むように支援するため、広島県医療審議会保健医療計画部会（以下「部会」という。）運営規程第5条に基づき、必要な事項を定める。

(協議の場の設置及び運営)

第2条 部会に、部会に所属する委員及び専門委員に加え、各調整会議の議長（会長）及び広島県地域医療構想アドバイザーで構成する県単位の地域医療構想調整会議（以下「県調整会議」という。）を設ける。

- 2 部会長は、県調整会議に各調整会議の議長（会長）の代理を認めることができる。
- 3 その他の運営に関する事項は、部会の例による。

(協議事項)

第3条 県調整会議は、次の事項について協議を行う。

- (1) 各調整会議の運用に関すること（協議事項、年間スケジュール等）
- (2) 各調整会議の議論の進捗状況に関すること（具体的対応方針の合意の状況、再編統合の議論の状況等）
- (3) 各調整会議の抱える課題解決に関すること
- (4) 病床機能報告等から得られるデータの分析に関すること（定量的な基準等）
- (5) 構想区域を超えた広域での調整が必要な事項に関すること（高度急性期の提供体制等）
- (6) その他地域医療構想を実現するために必要な事項

(広島県地域医療構想アドバイザーによる支援)

第4条 広島県地域医療構想アドバイザーは、県調整会議及び調整会議の事務局が担うべき機能を補完するため、主に次の活動を行うものとし、当該活動に係る経費は部会の経費とする。

- (1) 地域医療構想の実現に向けた技術的支援（データの整理や論点の提示など）
- (2) 調整会議及び県調整会議の事務局に対する議論の進め方に関する助言
- (3) 調整会議への出席による助言
- (4) 厚生労働省が主催するアドバイザー会議への出席

(その他)

第5条 この要領に定めるもののほか、県調整会議の運営に関し必要な事項は部会長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年10月24日から施行する。

地域医療構想の実現に向けて

～ 地域の実情に応じた定量的な基準の導入 ～

平成30年11月15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

1

地域医療構想調整会議の進め方 H30.2.7「地域医療構想の進め方」 (厚生労働省)から整理

(1) 調整会議の協議事項

ア. 個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応

- 公立病院
- 公的医療機関等2025プラン対象医療機関
- その他の医療機関

「新公立病院改革プラン」, 「公的医療機関等2025プラン」をもとにした協議

新公立病院改革プランは、公立病院に期待される、
①山間へき地・離島など過疎地等における医療提供、
②救急・小児・周産期・災害・精神など不採算・特殊部門
③がんセンター、循環器病センター等の民間医療機関
では限界のある高度・先進医療
④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点機能
などを踏まえ、「平成32年度まで」を標準対象期間として
策定されている。

- ・役割や機能を大きく変更する病院など
- ・それ以外の全ての医療機関

イ. 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応

(過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟)

ウ. 新たな医療機関の開設や増床の許可申請への対応

構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえ協議

《全ての医療機関に係る具体的対応方針のとりまとめ》

- ①平成37(2025)年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
- ②平成37(2025)年に持つべき医療機能ごとの病床数

2

(2) 調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

- ア. 個別の医療機関ごとの医療機能や診療実績
(4機能に係る医療機関ごとの診療実績の共有, 介護療養病床の転換等の方針の共有)
- イ. 個別の医療機関ごとの基金, 各種補助金, 繰入金等の活用状況
- ウ. 新公立病院改革プラン, 公的医療機関等2025プランに記載すべき事項
(病床稼働率, 紹介・逆紹介率, 救急対応状況, 医師数, 経営情報などの共有)

病床機能報告
等のデータ
を活用

(3) 調整会議の運営

- 年4回の会議実施
- 会議資料, 議事録の速やかな公表
- 医療機関同士の意見交換, 個別相談などの場を組み合わせ, より多くの医療機関の主体的な参画を得る

病床機能報告について

(1) 未報告医療機関への対応

(都道府県による催告, 命令, 公表)

(2) 病床機能報告における回復期病床の解釈

- ・ 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。
- ・ 回復期病床が各構想区域で大幅に不足しているような誤解が生じていると想定される。
- ・ 各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能の報告

3

国の方針に沿った本県の調整会議の進め方

1 個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応

- ① 公立・公的医療機関等の協議を促進すること
- ② 病床機能報告等のデータを最大限活用すること

- ・ 病床機能報告による医療機能と将来の病床の必要量は, 単純比較できないことから, 高度急性期, 急性期を選択した病棟の具体的な医療の実施状況を把握
- ・ 広島県医療・介護・保健情報総合分析システム(Emitas-G)の活用

病床機能と医療
の実施状況との
関連性

2 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応

- ・ 当該医療機関の出席を求め, 理由や今後の運用方針などについて説明を求める
- ・ 圏域における再稼働の必要性について協議を行い, 意見をとりまとめる

3 調整会議・部会の状況 ※ 年4回は必須とせず, 検討状況を踏まえて圏域で判断

圏域	調整会議	病院部会	第3回 調整会議
広島	① 10/22	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, 会議を延期している圏域もあること。
広島西		① 9/3	
呉	① 9/26		
広島中央	① 5/17, ② 5/24, ③ 7/5	① 5/17, ② 7/5	
尾三	① 6/28	① 10/30	
福山・府中	① 6/27, ② 11/13	① 8/9	
備北		① 8/2	

4

○ 本県の公的医療機関等2025プラン等の協議状況

圏域	新公立病院改革プラン(19病院)		公的医療機関等2025プラン(22病院), ●:プランに準じて作成(1病院)				
	公立	協議日	公的	協議日	共済, 健保, 国立など	協議日	
広島	南部	県立広島病院	H30.3.14	広島赤十字・原爆病院	H30.3.14	広島大学病院	H30.3.14
		広島市民病院	H30.9.7	済生会広島病院	H30.3.14	広島記念病院	H30.3.14
		舟入市民病院	H30.9.7			吉島病院	H30.3.14
		安芸市民病院	H30.3.14				
		広島市立リハビリテーション病院	H30.9.7				
	北部	安佐市民病院	H30.2.26	JA吉田総合病院	H30.2.26		
		安芸太田病院	H30.2.26				
	北広島町豊平病院	H30.2.26					
広島西			JA広島総合病院	H29.10.23	広島西医療センター	H29.10.23	
呉	公立下蒲刈病院(※)	(未定)	済生会呉病院	H29.10.27	呉医療センター	H29.10.27	
					中国労災病院	H29.10.27	
					呉共済病院	H29.10.27	
					呉市医師会病院	H29.10.27	
広島中央	県立安芸津病院	H30.1.18			東広島医療センター	H30.1.18	
					呉共済病院忠海分院	H30.1.18	
尾三	尾道市立市民病院	H30.3.16	JA尾道総合病院	H30.3.16	三原市医師会病院	H30.3.16	
	公立みつぎ総合病院	H30.3.16	三原赤十字病院	H30.3.16	因島総合病院(日立造船健保)	H30.3.16	
	公立世羅中央病院	H30.3.16					
福山・府中	福山市民病院	H30.2.20			福山医療センター	H30.2.20	
	府中市民病院	H30.2.20			中国中央病院	H30.2.20	
	府中北市民病院	H30.2.20					
	神石高原町立病院	H30.2.20					
備北	市立三次中央病院	H30.2.22	庄原赤十字病院	H30.2.22			
	庄原市立西城市民病院	H30.2.22			● 三次地区医療センター	H30.2.22	

※ 公立下蒲刈病院については、改革プラン策定(H30.3月)を受けて、今年度に協議を行う。

5

県単位の調整会議について

「都道府県単位の地域医療構想調整会議」 H30.6.22 厚生労働省課長通知

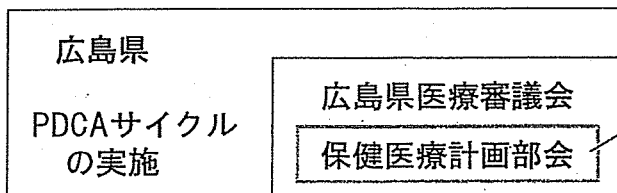
- 各調整会議の運用, 議論の進捗状況に関すること
- 各調整会議の抱える課題解決, 広域での調整が必要な事項
- 病床機能報告等のデータ分析に関すること

※ 参加者 各調整会議の議長(会長), 診療に関する学識経験者の団体, 保険者など

※ 既存の会議体の活用による効率的運用も可

(対応)

- 広島県医療審議会・保健医療計画部会による協議



調整会議議長(会長)の参加

情報提供

意見聴取

地域医療構想調整会議
《地域の関係者による協議の場》

6

「地域医療構想アドバイザー」による支援

H30.6.22 厚生労働省課長通知

- 調整会議の事務局機能を補完(データ整理, 論点提示など)
 - ・ 事務局への助言
 - ・ 調整会議における参加者への助言
- 国が都道府県の推薦を踏まえ選定
- 厚生労働省によるアドバイザーへの技術的支援(研修実施, データ提供)
 - ※ 県医師会との協議, 大学・病院団体等の意見を踏まえ, 地域の実情に即した有識者を推薦(複数人推薦も可)【6月26日 厚生労働省事務連絡】

(対応)

- 広島県地域医療構想アドバイザーとして, 3名を推薦
 - ・ 広島県医師会 副会長 桑原 正雄氏
 - ・ 広島県医師会 常任理事 中西 敏夫氏
 - ・ 広島県病院協会 会長 檜谷 義美氏
- H30.8.31 第2回医療政策研修会・第1回地域医療構想アドバイザー会議
 - ・ 各都道府県担当職員, 地域医療構想アドバイザーが参加
 - ・ アドバイザーの具体的役割や事例の紹介 など

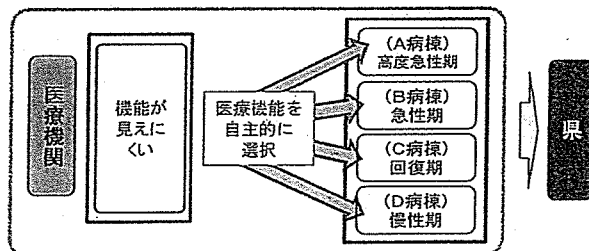
7

病床機能報告制度(平成26年～)

● 病床機能報告制度(平成26年～)

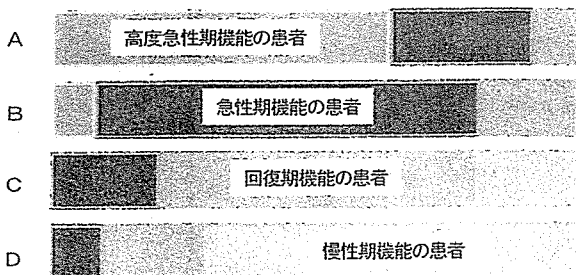
課題: 一般・療養の病床区分では, 医療機能が見えにくい。

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

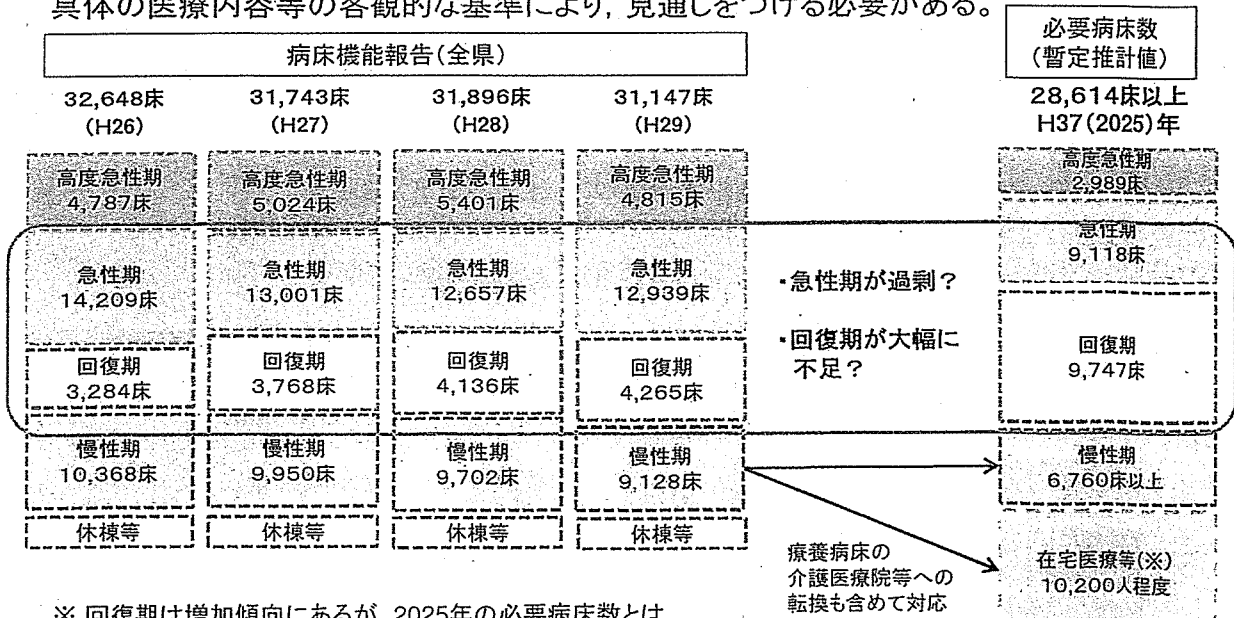
病床機能の定義^{1,2}

	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、3,000点	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	急性期と回復期の境界点(C2)は、医療資源投入量で、600点	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、225点 (在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175点で区分)	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) ※ 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	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
【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。

11

地域の実情に合わせた医療の提供

北部地域の公立・公的病院の病床再編に係る考え方 (9/11時点の試案)

- (1) 病床数は、医療需要をベースとする
～現在の各病院の入院患者を住所地別・性別・年齢階級別に仕分けし、2025年の将来推計人口の増加率を乗じる
- (2) 病床数は、各病院の役割分担に応じて配置する
～地域完結型医療を実現すべく、3次救急や地域包括ケア病棟など、各病院の役割に応じた病床を配置する
- (3) 病床数は、地域医療構想に沿うものとする
～2025年の医療機能別必要病床数を見据えて病床を配置する
- (4) 病床数は、民業圧迫にならないよう配慮する
～4病院の病床総数は、広島医療圏に占める4病院のシェアの範囲内とする(シェアは病床機能報告の「在棟患者延べ数」で計る)
- (5) 地域の実情に応じて「準急性期」機能を導入する

「準急性期」機能の考え方（試案）

- ① 在宅や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に対して、在宅復帰に向けた医療を提供する機能
 - ② 医療資源の少ない地域において、近隣の医療機関では対応できない救急患者に対応する機能
- ※ 「準急性期」は、病床機能報告では「回復期」に相当

12

北部地域の公立・公的病院の役割分担 (9/11時点の試案)

病床機能報告による区分

区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	精神
広島市立安佐市民病院	○				
JA吉田総合病院		○	○	○	○
安芸太田病院		○		○	○
北広島町豊平病院		○			

現状

区分	高度急性期	急性期	準急性期	回復期	慢性期	精神
広島市立安佐市民病院	○ 北部地域の3次救急	○ 北部西エリアの2次救急				○ JA吉田から移設
安佐医師会病院(仮称)				○ 公立病院から切り出し		
JA吉田総合病院		○ 北部東エリアの2次救急	○ サブアキエートの受け入れ	○	○	○
安芸太田病院			○ 町内唯一の救急対応		○	○
北広島町豊平病院				○ 急性期は他院で対応		

再編後

病床機能報告の具体的な医療の内容を 活用した定量的な基準（試案）

平成30年11月15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

1

病床機能報告における医療機能の選択に係る考え方など

(H30年度病床機能報告マニュアルより)

- 病棟が担う医療機能の選択は、当該病棟において最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することが基本。
- 病床機能報告において、いずれの医療機能を選択しても、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こと。
- 看護人員配置が手厚いほど医療密度の濃い医療を提供されることが期待されて診療報酬が設定されているが、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こと。
- 「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、現状において、リハビリテーションを提供していなくても回復期機能を選択できること。

●H30病床機能報告マニュアルに例示される入院料等

入院	入院基本料											特定入院料								
	急性期一般							地域一般		特定機能病院 (一般病棟)		専門病院		重症病棟 1~2	救命救急、ICU NICU等	地域包括 ケア1~4	回復期 リハ1~6	特殊疾患 重度障害等		
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	7:1	10:1	7:1	10:1	13:1					
看護人員配置	7:1			10:1				13:1		15:1	7:1	10:1	7:1	10:1	13:1		2:1, 4:1など	13:1	13:1, 15:1	
高度急性期	●	●	●								●		●				●			
急性期	●	●	●	●	●	●	●	○	○		●	●	●	●	○		●			
回復期				●	●	●	●	●	●	●			●	●			●	●		
慢性期								●	●	●				●			○			●

※ 病床機能報告における医療機能と診療報酬上の入院料等は、リンクしない。

2

病床機能報告における入院料ごとの医療機能別病床数

○ 回復期を選択する入院料は、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟が大部分を占めており、一般病棟入院基本料(7対1~15対1)を算定する病棟では少ない

(平成29年度, 床)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
7対1入院基本料	3,559	4,826		
10対1入院基本料		5,246	87	70
13対1入院基本料		205	32	
15対1入院基本料		726	274	31
特定機能病院	638			
療養病棟		36	199	5,379
救命救急, ICU, HCU, SCU	326			
地域包括ケア		337	1,028	40
回復期リハ			2,060	
特殊疾患, 障害者			155	1,335

3

平成29年度病床機能報告制度における主な報告項目

厚生労働省
資料

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・人員配置等に関する項目 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 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 高度医療機器の保有状況 (CT, MRI, 血管造影装置、SPECT, PET, PET/CT, PET/MR, 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(ダウリンチ)等) 退院調整部門の設置、勤務人数	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 抗悪性腫瘍剤前所特統注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤動脈内注入 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枝件数 入院維持療法、精神科リエゾンチーム加算、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、親血的血動脈圧測定 持続経絡式血液濾過、大動脈バルーンポンピング法、経皮的心的補助法、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、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	回復期リハビリテーション 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 親血的血圧測定、ドレーン法、経管洗浄/経管洗浄 人工呼吸、人工腎臓、腹膜透析 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 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年間の総退院患者のうち、入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退院時の日常生活機能評価が入院時と比較して4点以上改善して1患者数 療養病棟入院基本料、褥瘡評価加算 重症褥瘡処置、重症皮膚潰瘍管理加算 障害等特別入院診療加算、特殊疾患入院診療加算 重症症例(者)入院診療加算・準重症症例(者)入院診療加算 強度行動障害者入院医療管理加算 住診患者遠べ数、訪問診療患者遠べ数、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 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期を担う病院の一般病棟からの受入割合	重症患者の受入 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 救急医療管理加算 在宅患者緊急入院診療加算 救命のための気管内挿管 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、カウンスンショック 心臓穿孔、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遠べ数(うち診療後、直ちに入院となった患者遠べ数) 救急車の受入件数		
				入院患者の状況 新規入院患者数 在床患者延べ数 退床患者数 入院前の場所別患者数 予定入院・緊急入院の患者数 退床先の場所別患者数 退院後に在宅医療を必要とする患者数	多様な機能 有床診療所の 内科医師連携加算 同病期口腔機能管理後手術加算 同病期口腔機能管理料

4

具体的な医療の内容に関する項目と病床機能

厚生労働省
資料

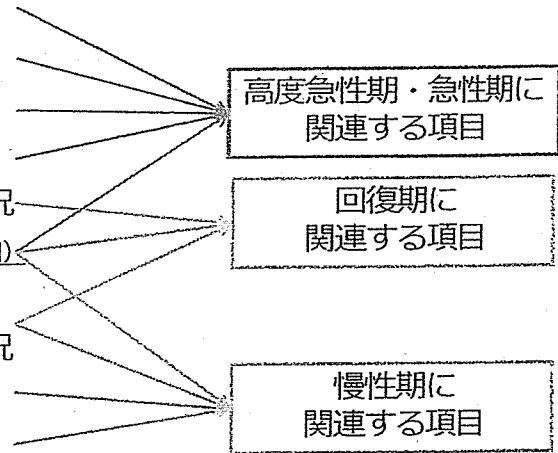
○ 病床機能報告における「具体的な医療の内容に関する項目」と、病床機能との関連性を以下のとおり整理。

第10回地域医療構想に関するWG	資料
平成29年12月13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 (※ 4機能すべてに関連する項目)
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



5

病床機能報告における「高度急性期」・「急性期」の選択について

(H30年度病床機能報告マニュアルより)

- 病床機能報告では、提供している具体的な医療の内容も報告することになっている。
- 平成30年度からは、以下の医療を全く提供していない病棟については、高度急性期、急性期以外の医療機能を選択することが、求められている。

高度急性期・急性期に関連する医療行為は、報告様式1、報告様式2の報告項目のうち以下に掲げるもの。

カテゴリ	具体的な項目名		
分娩 ※ 報告様式1	分娩(正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く)		
幅広い手術 ※ 報告様式2 項目3	手術(入院外の手術、輸血、輸血管造料は除く)	全身麻酔の手術	人工心肺を用いた手術
	胸腔鏡下手術	腹腔鏡下手術	
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療 ※ 報告様式2 項目4	悪性腫瘍手術	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	化学療法	がん患者指導管理料 イ及びロ
	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	入院精神療法(1)
	精神科リエゾンチーム加算	認知症ケア加算1	認知症ケア加算2
重症患者への対応 ※ 報告様式2 項目5	精神疾患診療体制加算1及び2	精神疾患診断治療初回加算(救命救急入院料)	
	ハイリスク分娩管理加算	ハイリスク妊産婦共同管理料(II)	救急搬送診療料
	観血的肺動脈圧測定	持続逆流式血液濾過	大動脈カテーテルパンピング法
	経皮的循環補助法(カテーテルを用いたもの)	補助人工心臓・恒定型補助人工心臓	頭蓋内圧持続測定(3時間を超えた場合)
	人工心肺	血液交換療法	吸着式血液浄化法
救急医療の実施 ※ 報告様式2 項目6	血球成分除害療法		
	院内トリアージ実施料	夜間休日救急搬送医学管理料	救急医療管理加算1及び2
	在宅患者緊急入院移病加算	救命のための気管内挿管	体外循環ペーシング法又は6回ペーシング法
	非開胸的心マッサージ	カウターショック	心臓薬剤
全身管理 ※ 報告様式2 項目8	食圧圧迫止血チューブ挿入法		
	中心静脈注射	呼吸心拍監視	酸素吸入
	観血的動脈圧測定(1時間を超えた場合)	ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	人工呼吸(5時間を超えた場合)
	人工腎臓、膜肺灌流	経管栄養・胃刺激と用力カテーテル交換法	

6

他府県における 具体的な医療の内容に関する項目を 活用した分析例

7

定量的なデータ分析の例 厚生労働省 資料

○ 各病棟の医療機能や医療供給量を把握するための目安として、病床機能報告データの医療の内容から、稼働病床当たりの算定回数を計算することができる。

病棟名	稼働病床	①手術件数(例)
ICU	35	30
HCU	25	37
ICU	65	70
ICU	5	6
ICU	31	31
ICU	57	50
ICU	36	41
ICU	71	71
ICU	2	2
ICU	3	3
ICU	39	39
ICU	30	33
ICU	14	14
ICU	3	3
ICU	75	75
ICU	32	32
ICU	31	31
ICU	77	77
ICU	7	7



病棟名	稼働病床	稼働病床	算定回数		稼働病床あたりの算定回数	
			許可病床数	稼働病床数	手術	全身麻酔下手術
ICU	35	30	40	0.48	0.03	
HCU	25	37	10	4.00	3.80	
ICU	65	70	16	2.44	1.19	
ICU	5	6	42	1.93	1.31	
ICU	31	31	42	6.14	0.60	
ICU	57	50	41	41	0.72	
ICU	36	41	41	1.54	0.56	
ICU	71	71	41	1.05	0.20	
ICU	2	2	30	0.30	0.20	
ICU	3	3	42	0.05	0.00	
ICU	39	39	42	0.07	0.00	
ICU	30	33	37	1.03	0.00	
ICU	14	14	41	0.98	0.78	
ICU	3	3	44	0.32	0.00	
ICU	75	75	36	0.06	0.00	
ICU	32	32	45	1.76	1.04	
ICU	31	31	45	1.36	1.04	
ICU	77	77	14	2.21	1.50	
ICU	7	7	37	2.08	0.00	
ICU	7	7	5	1.17	0.00	

レセプト件数、算定日数、
算定回数

稼働病床あたりの算定回数

8

A: 佐賀県の例

定量的な基準 (佐賀県)		厚生労働省 資料			
「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用 (案)					
<p>○ 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棟のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・①②については、<u>回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす</u> ・③については、<u>将来の見込みを判断する際に、参考情報とする</u> <p>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。</p>					
①既に回復期相当	病床機能報告における急性期・慢性期病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数 ※病棟単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正 病棟A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;">急性期の患者</td> <td style="width: 30px;">回復期の患者</td> </tr> </table> ←可能な限り客観指標で把握		急性期の患者	回復期の患者	
	急性期の患者	回復期の患者			
②回復期への転換確実	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 ※病床機能報告のタイムラグを補正				
③回復期に近い急性期	病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在床日数が22日超の病棟の病床数 病棟B <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;">急性期の患者</td> <td style="width: 30px;">回復期の患者</td> </tr> </table> ←平均在床日数22日超のイメージ		急性期の患者	回復期の患者	
	急性期の患者	回復期の患者			

9

B: 埼玉県の例 1/3

定量的な基準 (埼玉県) ①		厚生労働省 資料
----------------	--	-------------

機能区分の枠組み

- 「ICU→高度急性期」「回復期リハ病棟→回復期」「療養病棟→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・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟(届産期・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	一般病棟 有床診療所の一般病床 地域包括ケア病棟	MFCU NICU GCU	PICU	小児入院医療管理料1	
急性期			産科の一般病棟 産科の有床診療所	小児入院医療管理料2,3 小児科の一般病棟7:1		緩和ケア病棟 (放射線治療あり)
回復期	回復期 リハビリ病棟			小児入院医療管理料4,5 小児科の一般病棟7:1以外 小児科の有床診療所		
慢性期	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等					緩和ケア病棟 (放射線治療なし)

切り分け

10
具体的な情報に応じて区分線を引く

10

B: 埼玉県 の例 2/3

定量的な基準 (埼玉県) ②

厚生労働省
資料

高度急性期・急性期の区分(区分線1)の指標

○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。

11

B: 埼玉県 の例 3/3

定量的な基準 (埼玉県) ③

厚生労働省
資料

急性期・回復期の区分(区分線2)の指標

○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。

次ページ参照

12

医療機能に応じた入院医療の評価について②

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2 呼吸ケア(経気道吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4 心電図モニター管理	なし	あり	—
5 シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6 輸血や血液製剤管理	なし	あり	—
7 専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレーズの管理、⑪経管栄養室での治療)	なし	—	あり
8 緊急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
B	0点	1点	2点
9 環返り	できる	何かがつかまればできる	できない
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12 食餌摂取	介助なし	一部介助	全介助
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14 歩行	はい	いいえ	—
15 危険行動	ない	—	ある

16	なし	あり
開腹手術(7日間)	なし	あり
17 開胸手術(7日間)	なし	あり
18 開腹手術(5日間)	なし	あり
19 骨の手術(5日間)	なし	あり
20 膣腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21 全身麻酔・覚醒麻酔の手術(2日間)	なし	あり
救命等に係る内視鏡治療(2日間)		
22 ①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③経皮的な胆汁化膿治療	なし	あり

【各入院科・加算における該当患者の基準】

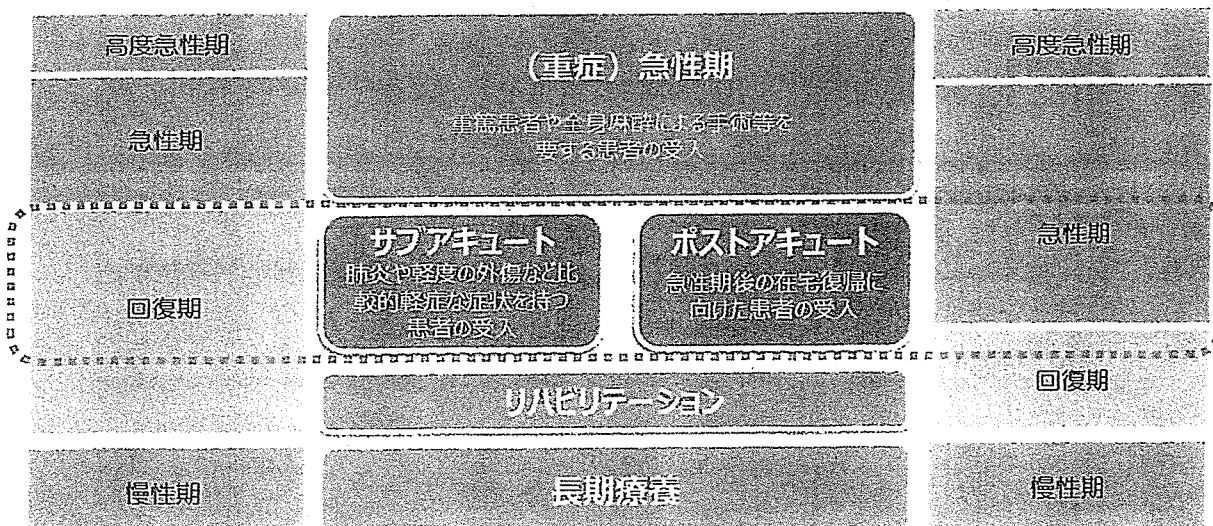
対象入院科・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	-A得点2点以上かつB得点3点以上 -A得点3点以上 -C得点1点以上
総合入院体制加算	-A得点2点以上 -C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	-A得点1点以上 -C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	-A得点1点以上

C: 大阪府の例 1/3

① (2) 医療提供体制 ③ 病床機能

病棟単位での報告である「病床機能報告」では、サブアキュート、ポストアキュートの多くは、急性期病棟の中に埋もれている

患者像イメージ

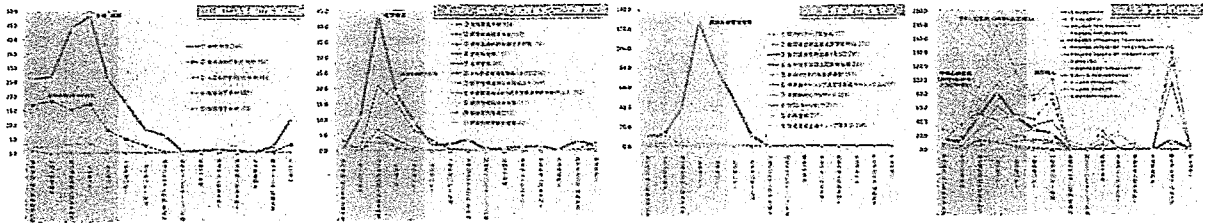


C:大阪府の例 2/3

② (2) 診療実態分析 ① 仕分けルール

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時間毎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)」

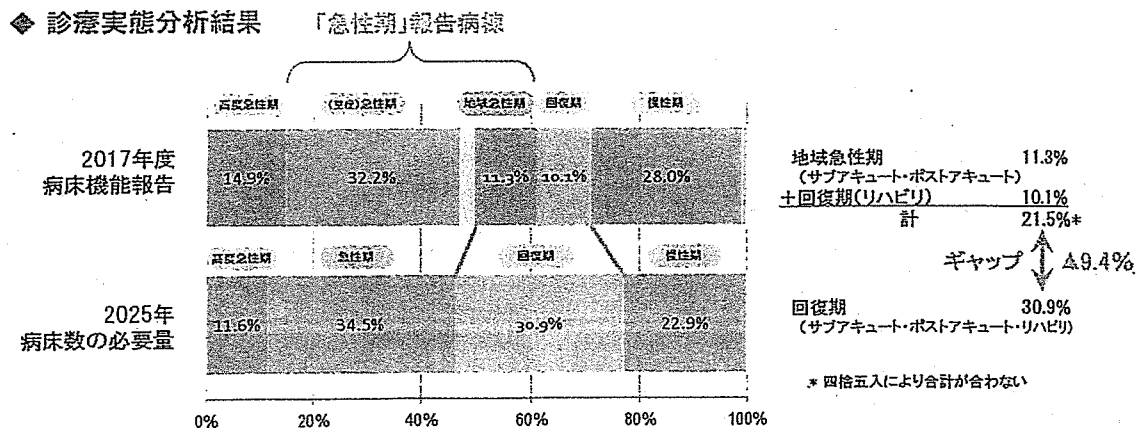
※ 分類結果による仕分けと「病床機能報告」はリンクしない

15

C:大阪府の例 3/3

② (2) 診療実態分析 ② 協議の発射台

現状と将来必要となる病床機能のギャップをより精緻に推計し、協議の発射台とする



【参考】 第7次大阪府医療計画90頁
診療実態を分析の上、病床数の必要量における「病床機能区分別の割合」を病床転換・病床整備を検討する際の目安として活用します。

将来の回復期機能の確保に向けて、府域全体で10%程度の機能転換が必要(推計値)
権限区域ごとに分析し、地域の特性に応じた方向性を協議

※ 慢性期(療養)病床の介護医療院等への転換の動向を見極めながら、検討を進めることが必要

16

広島県における 具体的な医療の内容に関する項目の 分析について

17

他府県分析例の比較と評価

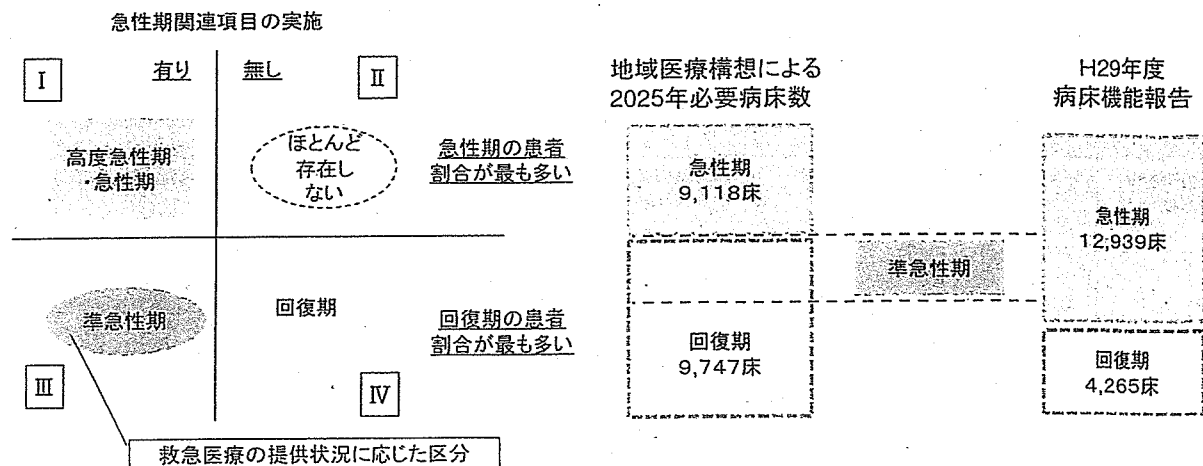
区分	佐賀県	埼玉県	大阪府
基本的な考え方	急性期と報告されている病棟のうち、回復期と報告すべき病棟の明確化	地域医療構想や病床機能報告制度に関わらず、すべての病棟(有床診含む。)を再整理	地域医療構想における回復期を幅広く捉え、評価
協議への活用	回復期の過不足の現状、将来の確保の見通しをつけ共有する。	入院料や具体的な医療提供状況から客観的な基準を作成し、共通認識を持ちやすくする。	現状と将来の必要な機能とのギャップを推計し協議の発射台とする。
回復期の病床の把握	単に回復期リハビリテーション病棟を指すものではない。回復期以外の病棟でも在宅復帰に向けた医療が提供されている。	【4機能のすべてを区分】 ○ICU、回復期リハ、療養病棟など入院料で機能が明らかなものは、その機能とする。 ○高度急性期～回復期について、一般病棟、地域包括ケア病棟を対象に、具体的な医療内容から基準を作成し、幅を持たせて考える。	回復期であるサブアキュート、ポストアキュートの多くは、急性期報告病棟の中に埋もれている。
急性期の病床の把握		○周産期、小児、緩和ケアは切り分けて考える。	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医療により分類 ・「重症急性期」(急性期) ・「地域急性期」(サブアキュート、ポストアキュート) (回復期)
分析方法や指標など	○報告された回復期の病床数に次のものを補正 ・地域包括ケア入院医療管理料算定病床数(病床単位) → 既に回復期相当 ・調整会議で回復期への転換協議が整った病床数 → 転換確定 ○将来、回復期へ転換を想定 ・平均在棟日数22日超の病棟病床数 → 回復期に近い急性期	○稼働病床1床あたりの算定回数等により、各機能の閾値を設定 <高度急性期と急性期の区分> ○救命救急、ICU等で特に多く提供されている医療により設定 ○救命救急入院料、ICU等の大半が高度急性期に区分される程度に閾値を設定	○50床当たり月間回数、件数により分類 ・手術総数算定回数:1以上 ・化学療法算定回数:1以上 ・救急医療管理加算レセプト件数:1以上 ・呼吸心拍監視(3時間超7日以内):2以上

18

区分	佐賀県	埼玉県	大阪府
	<p>○報告された回復期の病床数に に次のものを補正する。 ・地域域包括ケア入院医療管理料算 定病床数(病床単位) →既に回復期相当 ・調整会議で回復期への転換協議が 整った病床数 → 転換確定 ○将来、回復期への転換を想定 ・平均在院日数が22日超の病棟の病 床数 → 回復期に近い急性期</p>	<p><急性期と回復期の区分> ○7:1多く提供されている医療、一般病棟 で共通して用いられる指標により設定 ○7:1の大半が急性期以上に区分される 程度に閾値を設定 ・手術:2.0回/月・床以上 ・胸腔鏡・腹腔鏡下手術:0.1回 “ ・放射線治療:0.1回 “ ・化学療法:1.0回 “ ・予定外の救急医療入院の人数: 10人 “ ・重症度、医療・看護必要度を満 たす患者割合:25%以上</p>	
病床の医療 機能の区分	高度急性期、急性期、回復期、慢性期 の4つ	高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4 つ	高度急性期、急性期、回復期、 慢性期の4つ
【考察 ・評価】	<p>△ 病棟単位/病床単位の分析 地域域包括ケア入院医療管理 料(病床単位)を回復期と見なす。 △ 平均在院日数は、入院基本 料(施設基準)の影響を受ける。 × 具体的な医療提供状況では 分析されていない。</p>	<p>◎ 病棟単位の分析 △ 入院料と具体的な医療内容を合 わせた分析であるが、<u>救命救急入 院料や7:1入院料に焦点が当てられ ている。</u> × 重厚な分析であるが、度々、分 析・集計するには、多くの時間・労力 を要する。</p>	<p>◎ 病棟単位の分析 ◎ サブアキュート、ホストアキュート の評価は、<u>回復期の実態を 反映できる(納得できる)。</u> ○ 4つの指標に絞った分類 は、簡易な分析方法である。 △ 具体のサブアキュートの評価 までには至っていない。</p>

定量的な基準についての考え方

- 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。



<有床診療所について>

- 有床診療所については、施設全体を1病棟と考えて、施設単位で医療機能を選択することになっている。(4つの機能の内容は、病院に同じ)
- 地域包括ケアシステムの構築のため、多様な役割が期待されていることから、医療機能の選択のほか、次の中で該当する役割を報告することになっている(複数選択可)。
 - ① 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
 - ② 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
 - ③ 緊急時に対応する機能
 - ④ 在宅医療の拠点としての機能
 - ⑤ 終末期医療を担う機能

- 病床数は小規模(19床以下)であり、報告数全体に占める割合は小さい。また、産婦人科や眼科など単科の施設も多い。

これらを踏まえ、有床診療所については、分析の対象としない。

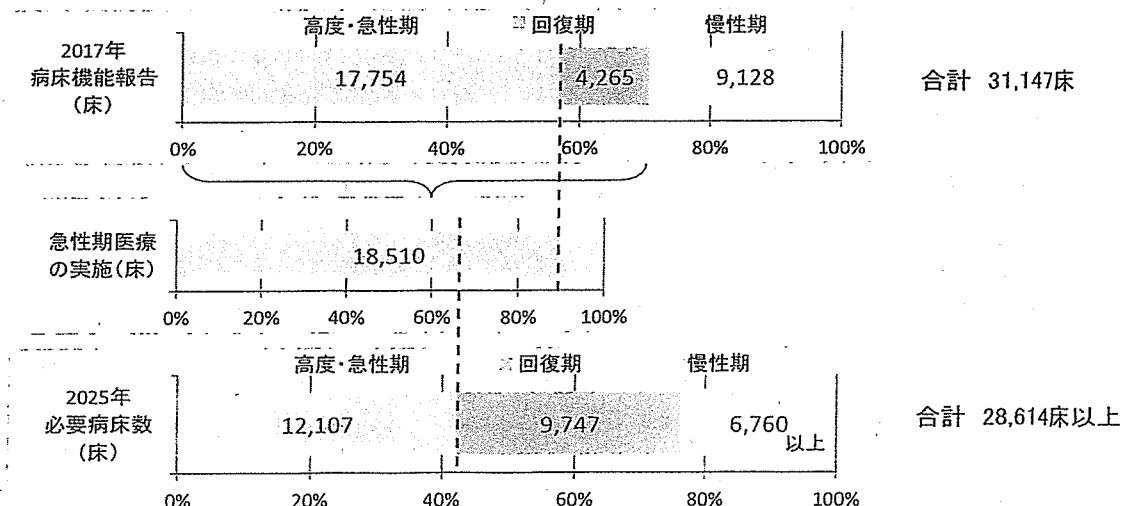
平成29年度 病床機能別の報告病床数 単位:床

	全体	うち有床診	割合
	①	②	②/①
高度急性期	4,815	0	0.0%
急性期	12,939	1,201	9.3%
回復期	4,265	402	9.4%
慢性期	9,128	455	5.0%
計	31,147	2,058	6.6%
(休棟等)	436	202	

21

提供している医療機能との比較

- 病床機能報告による「高度急性期・急性期」、「回復期」の病床について、高度急性期・急性期に関連する医療行為(6ページ, 全身管理は除く。)の実施状況を見ると、18,510床がいずれかの医療行為を実施している。
- 様々な病期の患者が入院していることから、報告病床数17,754床と一致はしないが、高度急性期・急性期の医療が提供される病棟が報告されていることが確認できる。
- 2025年の「高度急性期・急性期」必要病床数(12,107床)と比較すると大きな開きがある



※ 病床数は、該当する病棟の病床数の集計値である。
 ※ 急性期医療の実施状況は、2017年病床機能報告データによる。

22

○ 項目は、原則、病床機能報告にあるデータ

- ・ 検討する項目は、病床機能報告のデータを基本にする。
- ・ 救急医療の実施に係る項目のうち、下記の1～6、9及び10のいずれかの医療を提供していること。
- ・ 圏域での実情を反映できない場合、項目7、8や11～14について検討する。

No	項目例	施設基準、留意事項など
1	院内リアージ実施料	件数
2	夜間休日救急搬送医学管理料	件数
3	救急医療管理加算1, 2	件数 地域医療支援病院, 救急告示病院, 病院群輪番制病院であって, 保健医療計画に記載されている救急医療機関であること
4	在宅患者緊急入院診療加算	件数
5	救命のための気管内挿管	件数
6	体表面ペースティング法/食道ペースティング法	件数
7	非開胸的心マッサージ	件数
8	カウンターショック	件数
9	心腹穿刺	件数
10	食道圧迫止血チューブ挿入法	件数
11	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)	割合 病床単位でないこと
12	救急車の受入件数	件数 "
13	新規入院患者数(うち家庭、介護施設、福祉施設からの入院患者数)	割合 "
14	平均在床日数	日数

25

今後の検討予定について

1. 圏域の調整会議・病院部会での検討(年内から2月)

- ・ 今回の分析は、定量的な基準の導入に係る試案を示したものであり、地域における実情に応じた基準とするためには、圏域での議論が必要である。
- ・ 回復期の機能の実態を評価した区分を設けるものであるが、地域により異なる実態と分析項目や指標による分析結果がかけ離れる場合、病床機能報告以外のデータが必要となる場合もある。

2. 県調整会議での検討、まとめ(年度内)

- ・ 各圏域における議論を踏まえて、本県の実情に応じた定量的な基準(案)について、協議を行う。

※ 納得性のある基準とするためには、今回の試案の修正による、再度の議論もあり得る。

26

平成30年度 地域医療構想調整会議（病床部会）の議事概要

調整会議事務局作成

会議の実施日時	平成31年1月24日（木） 19:00～20:25
公立下蒲刈病院の新公立病院改革プランについて	
<p>○ 公立下蒲刈病院より「第3次呉市病院事業改革プラン（平成30～32年度）」について説明</p> <p>⇒ 公立下蒲刈病院の改革プランについては、病床部会で確認・共有</p>	
非稼働病棟を有する医療機関について	
<p>○ 事務局（県西部保健所呉支所）より、呉圏域における非稼働病棟を有する医療機関の状況（2病院、5有床診）と、これらの医療機関から提出のあった今後の方向性等について説明</p> <p>⇒ 呉医療センターの非稼働病棟については再稼働しないこと、呉共済病院の非稼働病棟については地域包括ケア病棟又は緩和ケア病棟での運用を検討中とのことであり、こうした方針を病床部会で共有</p>	
定量的な基準の導入について	
<p>○ 県医療介護計画課より、11月15日に開催された県単位の地域医療構想調整会議資料を用い、定量的な基準の導入に向けた考え方及び県試案を説明</p> <p>○ 事務局（県西部保健所呉支所）より、平成29年度病床機能報告データによる医療機関別データについて説明</p> <p>《質問・意見等》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・有床診については、定量的な基準を適用しないということか。（有床診院長） 【回答】現状ではそういうことになる。（県医療介護計画課） ・公的病院は公的医療機関2025プランに従ってやっていくべきであり、それをまた回復期に誘導するような議論をするのは疑問である。民間の病院からすると、公的病院が我々の領域に入ってくることは死活問題である。（民間病院長） ・病床機能報告データは1ヶ月分だけのものであり、それで判断せよということ自体問題である。正確なデータを出さないといけない。（公的病院長） 【回答】資料を提供する際には気をつけたい。（県西部厚生環境事務所呉支所長） ・人口減少の進展など年々状況は変わってきているのに、2025年の必要病床数は変わらないのか。急性期が回復期に来たからといって何のメリットがあるのか。そうした努力は本当に必要なのか。（公的病院長） 【回答】いろいろな問題が起こった場合には変わってくると思う。行政としては国の方針に沿ってやるしかないが、現場を預かる我々が意見を上げていきたい。（部会長） 	

- ・病棟機能と病床機能が混在していることが一番の問題。病院職員のモチベーションとか医師派遣の問題にも繋がる懸念があり、回復期にしますとは言えない。基準の決め方とか、病棟と病床の切り分けが統一されていないのではないかと。各病院で決めろと言われても決めようがない。(公的病院長)

【回答】病床機能報告の制度的な限界ということで、現時点ではその部分をどうするかについては考えが出せないことになっている。(県医療介護計画課)

【回答】病床機能報告により各病院の経営方針を共有しながら、自院の経営方針を立てていただく。その場合、入院基本料という観点では病棟というものが経営の基盤になる。また、病床機能報告データにより各病院が地域の中で担っている機能が見えてくる。

こうした中、回復期は選びにくいということがあるので、準急性期といった区分を設け、選択しやすくしたいというのが今回の主旨だと思っている。(県西部保健所呉支所)

- ・準急性期という言葉が出ているが、診療報酬上の保障をされない限り、回復期にしますというのは病院としてはやりづらいと思う。(公的病院長)

【回答】準急性期というものが、診療報酬上、何ら制度化されているものではない。(県医療介護計画課)

- ・人口減少が確実に進んでいるということで、医療提供体制としては広域化とダウンサイジングを考えていく必要がある。
- ・二次医療圏の間で流出・流入がかなり激しくおきている中で、二次医療圏だけで機能別の病床数の議論をするのに何の意味があるのか。広域化ということを考えていかないといけない。
- ・診療報酬との関係ではダウンサイジングとかを考えられると思うが、プライドやブランドの問題もあり、急性期の段階を落とす病院はいない。(公的病院長)

【回答】色々なご意見をいただいた。本日のご意見を受け止めさせていただいて、県の方へ伝えていく。(県西部保健所呉支所)

⇒ 定量的な基準の導入に係る県試案や地域医療構想に関し、病床部会で出された意見等を事務局で整理して、2月に開催する調整会議に報告し、今後開催される県単位での調整会議に呉圏域での意見を上げていくこととした。

「第3次呉市病院事業改革プラン（平成30～32年度）」の概要について

1. 計画策定の趣旨

公立下蒲刈病院においては、平成21年以降「呉市病院事業改革プラン」、「第2次呉市病院事業改革プラン」を策定し、経営の健全化に努めてきました。平成27年3月には総務省から、公立病院が安定した経営の下で、地域での役割を継続的に担っていくことができるように「新公立病院改革ガイドライン」が示され、「経営効率化」、「再編・ネットワーク化」、「経営形態の見直し」に「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」を加えた四つの視点に立って改革を進めるため、病院事業を設置する地方公共団体は新たな改革プランの策定が求められました。これを受け、呉市では、地域における病床の機能分化及び連携を推進するため、将来の医療提供体制に関する構想として平成28年3月に広島県が策定した「広島県地域医療構想」の内容を踏まえ、公立下蒲刈病院の地域で果たすべき役割を明確化し、経営の効率化を通じて持続可能な病院経営を目指すため、この度新たな改革プランを策定します。

2 公立下蒲刈病院の概要

- (1) 開設年月日 昭和27年4月1日
 (2) 所在地 呉市下蒲刈町下島2120番地4
 (3) 診療科目 14科（内科，消化器内科，循環器内科，脳神経内科，整形外科，脳神経外科，外科，耳鼻いんこう科，リハビリテーション科，放射線科，歯科，歯科口腔外科，眼科（休診中），小児科（休診中））
 (4) 救急外来 内科，外科
 (5) 病床数 一般病床49床
 (6) 附属施設 蒲刈診療所（呉市蒲刈町田戸2308番地1）
 大地蔵診療所（呉市下蒲刈町下島3397番地2）

(7) 経営状況	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
経常収益	704,463千円	704,536千円	800,132千円	721,748千円	679,209千円
経常費用	659,926千円	671,291千円	773,614千円	721,748千円	717,484千円
経常損益	44,536千円	33,245千円	26,519千円	0千円	▲38,275千円
一般会計繰入金	190,891千円	127,476千円	233,597千円	165,874千円	225,376千円
入院患者数（1日当たり）	47人	47人	47人	47人	40人
外来患者数（1日当たり）	154人	145人	142人	130人	109人
入院診療収入（1日当たり）	18,778円	19,136円	20,453円	20,172円	20,179円
外来診療収入（1日当たり）	5,160円	5,686円	5,345円	5,344円	5,247円
医師数（歯科を除く）	4人	4人	4人	4人	3人

3 新改革プランの四つの視点

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

ア 公立下蒲刈病院の果たすべき役割

広島県地域医療構想によれば、呉二次保健医療圏域（呉市・江田島市）の病床数は、平成37（2025）年において、高度急性期、急性期及び慢性期の各病床が過剰となるものの、回復期病床が不足する見込みとなっています。

公立下蒲刈病院が有する回復期病床は、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等を提供する機能があり、将来的にも必要と考えられます。また、外来では、総合診療の機能を強化し、医療連携による適切なサービス提供により、地域のかかりつけ医としての役割が重要となります。

イ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続していくためには、医療・介護・予防・生活支援等を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の早期構築が望まれており、平成28年度に福祉保健課、介護保険課及び公立下蒲刈病院が連携した組織を立ち上げ、在宅医療・介護連携推進事業に取り組みます。この事業を通じて地域包括ケアシステムにおける中核施設としての役割を担っていく先進事例となるよう取り組みます。

【在宅医療・介護連携推進事業の実施】

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| ① 地域包括ケア推進専門部会等の開催 | ② 切れ目ない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 |
| ③ 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援 | ④ 在宅医療・介護連携についての相談窓口 |
| ⑤ 在宅医療・介護関係者の研修 | ⑥ 地域の医療・介護関係者に在宅医療・在宅介護に関する研修を開催 |
| ⑦ 地域住民への普及啓発 | ⑧ 高度ケースマネジメント（市独自） |

ウ 住民の理解を得るための取組

広島県地域医療構想の推進により、今まで以上に地域の中での役割を明確にすることが重要であり、住民の理解を得るための取組として、健康事業を充実していくとともに、診療内容・実績、経営状況などを適切にお知らせしていきます。

エ 医療機能等指標に係る数値目標

公立下蒲刈病院が果たすべき役割に沿った医療機能を十分に発揮しているかを検証する観点から、数値目標を設定します。

項目	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成32年度(目標)
救急患者数(人)	124	121	142	140
臨床研修医の受入件数(件)	1	11	7	10
紹介率(%)	19.87	14.42	18.62	20.00
逆紹介率(%)	26.83	30.52	26.34	28.00
在宅復帰率(%)	72.82	65.83	60.98	70.00
リハビリ点数(単位)	16,225	15,945	15,618	16,000
MRI月平均使用件数(件)	103	96	51	83
健心等公衆衛生活動収入(件)	1,684	1,765	1,332	1,497

(2) 経営の効率化

ア 経営指標に係る数値目標

公立下蒲刈病院の医療提供体制を確保し、適切な医療を継続的に提供していくためには、安定的な収入財源の確保と経費の節減による健全経営を行っていくことが不可欠なため、数値目標を設定します。

項目	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成32年度(目標)
病床利用率(%)	95.9	95.9	81.6	89.8
1日入院患者数(人)	47	47	40	44
入院患者1人1日当たり(円)	20,453	20,172	20,179	20,096
平均在院日数(日)	39.9	46.8	37.2	41.3
1日外来患者数(人)	142	130	108	115
外来患者1人1日当たり(円)	5,345	5,344	5,247	5,350
経常収支比率(%)	103.4	100.0	94.7	100.0
医療収支比率(%)	83.5	88.5	78.0	81.3
職員給与比率(%)	83.3	76.5	90.2	86.8

イ 目標達成に向けた具体的な取組

① 収入増加・確保対策

人口減少、高齢化等に対応するため医療内容の充実を図る	<ul style="list-style-type: none"> ① 健診業務の充実 ② 新規導入・更新医療機器の積極的活用 ③ リハビリテーションの拡充 ④ 糖尿病外来など、専門外来の設置による患者の獲得 ⑤ 福祉施設等との連携強化による平均在院日数の適正化
豊浜・豊地域からの利用者の増加を図る	<ul style="list-style-type: none"> ① 豊浜・豊地区の医療機関との連携強化

② 経費削減・抑制対策

職員のコスト意識の向上を図る	<ul style="list-style-type: none"> ① 院内での研修会（医療経営）実施 ② 院外の研修への積極的な参加
薬剤・医療材料費の削減を図る	<ul style="list-style-type: none"> ① 薬剤のジェネリック薬品への変更を推進
過疎地域に対する国の支援制度の活用	<ul style="list-style-type: none"> ① 医療機器の導入の際の過疎対策事業費の活用

③ 人材の確保・育成

医療体制の拡充を図る	<ul style="list-style-type: none"> ① 大学病院との相互協力関係の強化
職員のスキル向上及び処遇改善を図る	<ul style="list-style-type: none"> ① 教育マニュアルの作成、研修会への積極的参加 ② 負担軽減のための環境改善や整備

(3) 再編・ネットワーク化

脳梗塞、骨折等の重症患者については、総合病院へ転送し、手術後の経過を公立下蒲刈病院で診るなど、中国労災病院を中心として他の診療機関との連携を図るとともに、他の関係機関との連携については、安芸灘包括支援センターや社会福祉協議会等とのネットワーク会議開催、安芸灘4島の医療機関と消防及び中国労災病院との救急連絡会議の開催（消防主催）などの情報・意見交換を行うことにより、連携を密にして入退院を円滑に行い、患者の安定的確保を図っています。

(4) 経営形態の見直し

地域の中核病院として、医療の質の向上や患者サービスの向上を継続して行っていくには、安定した経営基盤は欠かせない重要事項であり、このまま赤字決算が続けば、適切な規模や経営形態についての見直しは避けて通れない課題になります。

今後は、収入の増加と経費の節減を基本に経営の効率化に取り組み、当面は現経営形態を継続しつつも、並行して公立下蒲刈病院の在り方を検討します。

4 プランの点検・評価・公表等

プランは、地域医療構想や医療制度、また社会情勢等の変化に対応するため、随時各種指標等の妥当性を検証し、必要に応じて修正します。

- ① 学識経験者や医師等による「呉市病院事業改革プラン評価委員会」を設置
- ② 毎年度決算数値が確定次第、年度ごとにプランの進捗状況等について、年1回の点検・評価
- ③ 評価内容等については、ホームページ等を活用し公表

非稼働病棟情報の共有と今後の方向性の確認

国通知（平成 30 年 2 月 7 日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）では、病床が全て稼働していない病棟（過去 1 年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟。以下「非稼働病棟」という）を有する医療機関への対応を地域医療構想調整会議の協議事項の一つとし、当該医療機関に対して、①病棟を稼働していない理由、②当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明を求めることとしている。

病床機能報告によると、呉圏域の医療機関で非稼働病棟を有する医療機関は以下のとおりである。

《非稼働病棟リスト》

(平成 29 年 7 月 1 日病床機能報告)

市町	区分	医療機関名	許可病床数		非稼働病棟・病床数	
			一般	療養	病棟	病床数
呉市	病院	呉医療センター	650床		8B	55床
		呉共済病院	394床		西9階	21床
	有床診	呉市国民健康保険安浦診療所	19床			19床
		呉市国民健康保険音戸診療所	10床			10床
		真鍋外科整形外科	5床	2床		7床
		眼科宍道医院	6床			6床
		石泌尿器科医院	4床			4床

(参考)「地域医療構想の進め方」(平成 30 年 2 月 7 日付厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)

1 地域医療構想の進め方について

(1) 地域医療構想調整会議の協議事項

イ 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応

(ア) すべての医療機関に関すること

都道府県は病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟（過去 1 年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟をいう。以下同じ。）を有する医療機関を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議に出席し、①病棟を稼働していない理由、②当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明を求めること。ただし、病院・病棟を建て替える場合など、事前に地域医療構想調整会議の協議を経て、病床が全て稼働していない病棟の具体的対応方針を決定していれば、上記の説明の結果対応を求めなくてもよい。

(以下略)

(イ) 留意事項

都道府県は、病床がすべて稼働していない病棟を再稼働しようとする医療機関の計画を把握した場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、構想区域の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、現在稼働している病棟の稼働率を上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。特に再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

非稼働病棟の現状と今後の方針について

医療機関名	非稼働病棟	経緯等	今後の運用見通し
呉医療センター	一般病床 55床 (8B病棟)	平成26年1月より休棟 慢性的な看護師不足問題のため。当時は一時的な対策であったが、平成30年度現在は「新規入院患者の増加」が困難なため、再使用が出来ない状態となっている。	呉医療圏の人口減少に対して圏域外からの患者流入を促進する予定であるが、「新規入院患者の十分な増加」には至らないと考えられることから、再稼働は行わない。 休棟状態である55床の返床時期については、呉地域や広島県の医療構想調整会議等と連携して行く。
呉共済病院	一般病床 21床 (西9階病棟)	平成20年4月より休棟 産婦人科医師減少に伴い、呉地域の周産期医療の集約化が検討され、当院の産婦人科医師が中国労災病院に異動となり、産婦人科病棟とNICU21床を閉じたため。	地域包括ケア病棟又は緩和ケア病棟としての運用を検討中。
呉市国民健康保険 安浦診療所	一般病床 19床	平成20年2月以前より休床 採算面の問題や人員確保が難しいこと。	施設の老朽化が進み使える状態ではない。修繕ができれば、何らかの道筋が見えてくるようにも思う。
呉市国民健康保険 音戸診療所	一般病床 10床	平成16年9月より休床 当直医師を確保できなかったため。	人員確保が難しく、体制を整備できないことから、再稼働の目処は立っていない。
真鍋外科整形外科	一般病床 5床 療養病床 2床	平成21年9月末より休床 職員の確保が困難又診療報酬の減少傾向から判断。	後継者の問題及び将来性の見通しが立てば、再稼働も考慮している。
眼科宍道医院	一般病床 6床	平成18年1月より休床 白内障手術を止めたため。	今後、後継者により病棟を再稼働する予定。
石泌尿器科医院	一般病床 4床	平成25年3月より休床 前院長の死去に伴い、医院の方針を転換。	現在のところ再稼働の予定はないが、今後の方針については未定。

(平成30年12月に医療機関に照会し、回答のあった内容を事務局が要約し一覧にしたもの。)