

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 ～
(その2)

平成31年3月19日

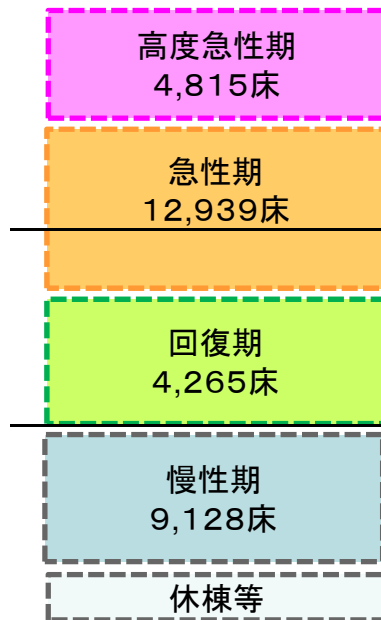
第2回

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

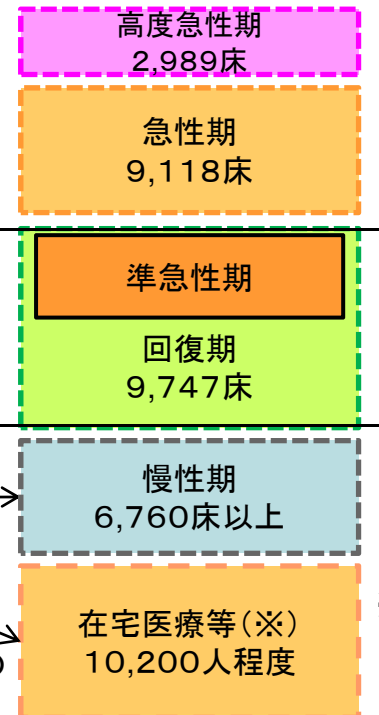
- 本来なら国が基準等について方針を示すべきであるとの見方もあるが、本県では、病床機能報告の活用のほか、エミタスのデータ分析も活用して、様々な意見をいただきながら、現状の見える化を図ろうとしているところ。
- 様々な病期の患者が入院する病床機能には幅があり、他県事例を見ると
 - ① 急性期と報告の病棟には、回復期に相当するものがあること
 - ② 回復期の機能であっても、急性期に相当する医療が提供されることの視点から分析・検討がされている。
- 仮に本県で同様な分析・検討を行う場合、
 - ・ 構想アドバイザーによる支援を得ながらのデータ分析
 - ・ 全県の調整会議における各調整会議の議長（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。

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、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>



「準急性期」の区分を設けることで、適切な報告と2025年とのギャップの解消につながる

療養病床の介護医療院等への転換も含めて対応

※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

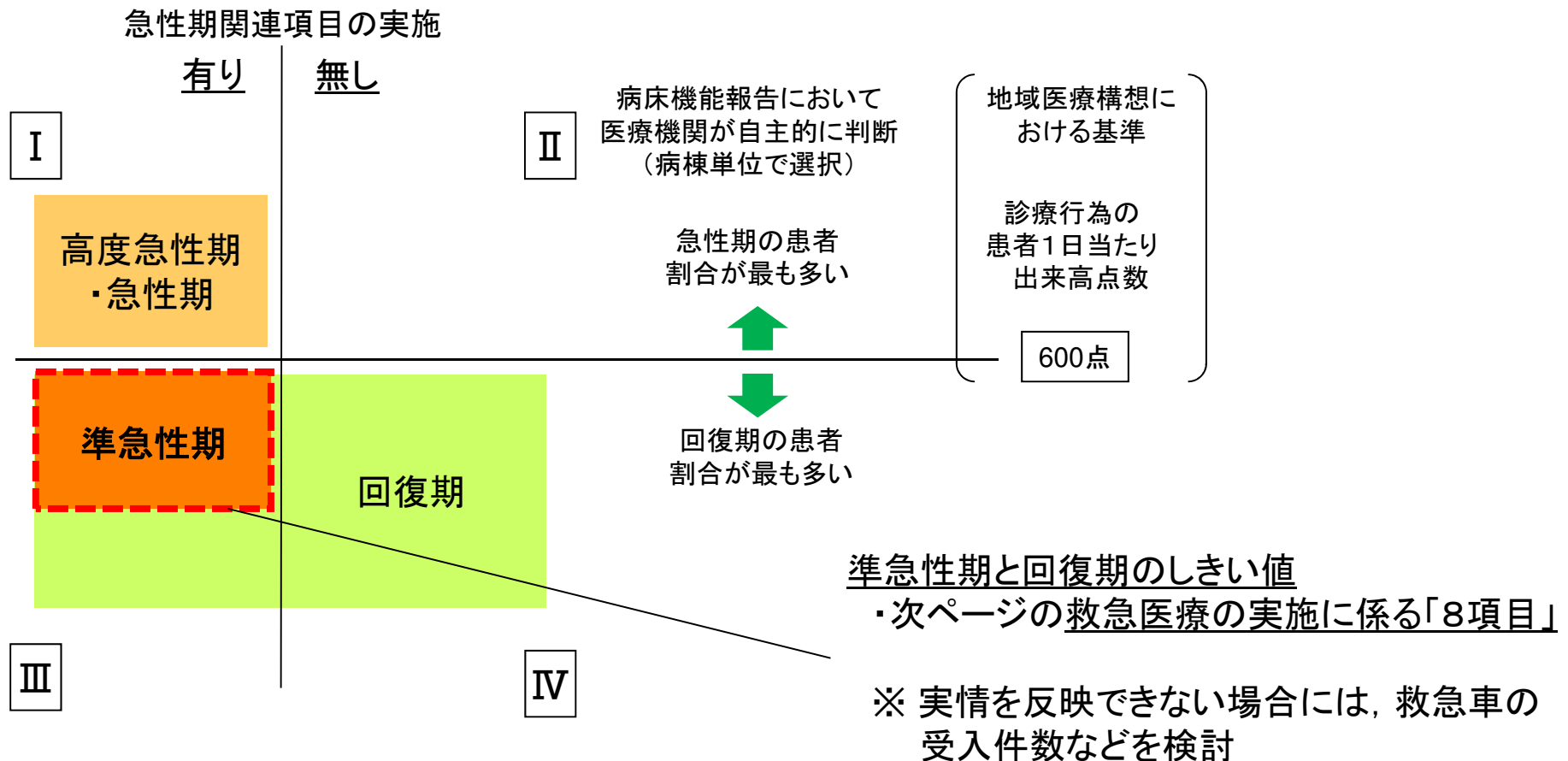
「準急性期」に係る定量的な基準(試案)

H30.11.15 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)

- 地域医療構想の実現に向けては、医療機関の自主的な取組により収斂していくことが基本
- 実際の病棟には様々な病期の患者が入院している
- 地域医療構想調整会議の協議や、医療機関の取組を促すための定量的な基準の導入

→ 地域医療構想の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」の区分を設定



定量的な基準に係る項目，指標について(試案)

○ 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	院内トリアージ実施料	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	心膜穿刺	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	病棟単位でないこと
12	救急車の受入件数	件数	〃
13	新規入棟患者数(うち家庭，介護施設，福祉施設からの入院患者数)	割合	〃
14	平均在棟日数	日数	

各圏域の調整会議(病院部会)等での意見

○準急性期の考え方, 救急医療の評価に関するもの

- ・ 準急性期の考え方は受け入れる。より具体的な基準等が示されれば, 議論を深めていく。(備北)
- ・ 回復期に, 一定の救急関連項目を実施していれば準急性期と位置付ける案について, 異論ない。(広島西)
- ・ 広島医療圏北部地域の公立・公的病院の機能分化・連携の推進について, 準急性期の考え方をに入れており, 必要性を理解できる。(広島(10/22))
- ・ 「食道圧迫止血チューブ挿入法」など, 実績が0件であるような項目を入れて判断しても意味がない。(尾三)
- ・ 「休日に受診した患者数」や「救急車の受入件数」などは, どの病院も受けている項目。準急性期を考えるなら, 高齢者の誤嚥性肺炎などを救急で受け入れていることを(項目に)入れてもらいたい。(尾三)
- ・ 複数の病気を持った高齢者が, 救急告示をしていない病院に夜中に来るという現実がある。(尾三)
- ・ 県の定量的な基準に沿って議論を進める。ただし, 準急性期の考え方は, 救急医療の項目(1~6項目)が全て10件未満とする。(福山・府中)
- ・ 準急性期をつくったとしてそれでどうなるのか。全然関係ないのなら一生懸命にはなれない。(呉)
- ・ 特になし(広島中央)

○準急性期以外の病床機能の明確化, 県としての方向性を求めるもの

- ・ 広島医療圏北部地域の病院機能の分化・連携を検証するにあたって, 急性期と準急性期(回復期)を区分する定量的基準が必要である。(広島(10/22))
- ・ 地域包括ケアなど病棟(単位の)機能と病床(単位の)機能が混在している。各病院で決めろと言われても決めようがない。(呉)
- ・ 何のために病床を4つの機能に分類する必要があるのかを擦り合わせる必要がある。(呉)
- ・ 高度急性期と急性期を分けることはできない。急性期は高度急性期も含めて考えるべきであり, 圏域だけでなく広域で考える必要がある。(呉)
- ・ 緩和ケア病棟などは, どの機能を選択すべきなのか, 報告基準が曖昧では議論が進まない。(その他会議)
- ・ 5疾病5事業や診療科別でも検討すべき(同じ手術件数でも, 整形と循環器では全然違う)。(その他会議)
- ・ 慢性期の病棟でも, 救急車を受け入れたりしているが, 評価していかないのか。(広島西)
- ・ 圏域ごともあるが, 県単位の調整会議である程度, 方向性を示し, 圏域が合わせていくしかない。(尾三)
- ・ 特になし(広島中央)

○その他

ア 回復期に関すること

- ・ 回復期にすることの懸念等（診療報酬上の保障，職員のモチベーション，医師派遣の問題，プライドやブランドの問題など）（呉，尾三など）
- ・ 一人の患者が複数の疾患を持っている場合，両方の疾患を算定できるとよい。また，地域包括ケア病棟の患者も手術は出来高になったように，回復期病棟の患者で緊急手術が必要となり，緊急処置が行われたときには，出来高で算定することが出来なければ，回復期に移行することは難しいのではないか。（尾三）
- ・ 地域包括ケア病棟を急性期と回復期のどちらに位置づけるか重要な課題である。回復期と位置付けた時にリハビリも出来高評価が必要ではないか。また，回復期に位置付けた時，救急の受け入れも行っている一般病院では急性期の患者を診られなくなり，回復期には移行しにくいのではないか。（尾三）

イ 病床機能報告制度に関すること

- ・ 病床機能報告データは1ヶ月分だけであり判断できない。正確なデータを出さないといけない。（呉）
- ・ 病床機能報告は，病棟単位での報告となるため，重症化別で報告するのは難しい。（備北）
- ・ また，重症度が改善する度，患者を他病棟へ移動させるのは難しい。（備北）
- ・ DPC方式を採用している病院は，DPCにより重症度の内容が把握できるが，病棟を点数に応じて分配するのは困難である。（備北）

ウ 議論の進め方に関すること

- ・ 公的病院は承認されている公的医療機関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。（呉）
- ・ 圏域間の流入・流出が多くある中で，二次医療圏単位で議論をするのに何の意味があるのか。（呉）
- ・ 県は広域化についてどのように考えているのか。（呉）
- ・ 患者は広域から来て，急性期から回復期に移って地域に戻っていくので，回復期も広域で考えないといけない。（呉）
- ・ 人口減少が進む中では広域化とダウンサイジングを考えないといけないが，ダウンサイジングでは多様化する専門性の向上を図れない。（呉）
- ・ 県単位の調整会議で何をどこまでしようとしているのか。圏域の調整会議はいつまでに何をどこまでやればいいのか。（呉）



- ◆ 病床機能報告制度には限界があるが，医療機能を判断しやすい基準としていく。
- ◆ 圏域の実情の違いを反映できるものにしていく。

新たな試案について
～ 4機能のしきい値等の検討 ～
(準急性期の区分を含む)

基本的な考え方

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。

基本的な考え方

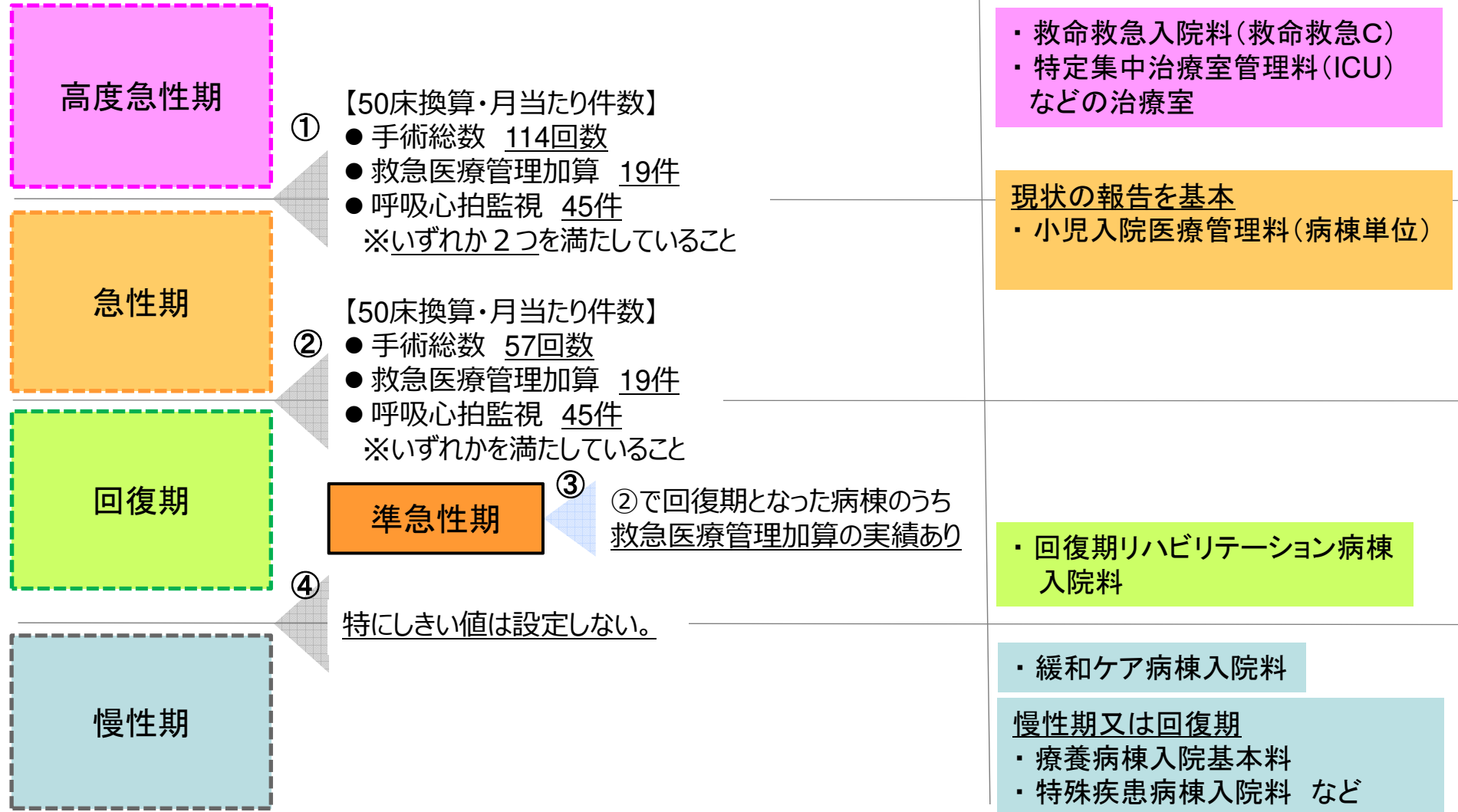
具体的な評価を行うに際し、各機能の定義に基づき評価軸・項目の整理を行った。

定義 (厚生労働省)	構成要素				病棟患者像	評価軸 (病床機能大項目)	具体項目
	重症度	手術 難易度	在宅 復帰率	人員 体制			
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	高	高	高 — 中	多	● 常時監視必要者 ● 意識障害・呼吸不全等の重篤な状況 ● 手術後 ● 緊急入院	● 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	具体的な項目については閾値ページ参照
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	高 — 中	高 — 低	高 — 中	多 — 少	● 手術後 ● 緊急入院 ● 全身管理を要する患者（呼吸心拍、ドレーン等）	● 幅広い手術の実施 ● 救急医療の実施 ● 全身管理	
回復期 ■ 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	中 — 低	低	高 — 中	中 — 少	● 肺炎、単純骨折等の発症後、救急搬送された患者	■ 広島県独自 → 準急性期 の評価軸を追加する	
■ 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	低	—	高	—	● 脳血管・大腿骨骨折等の発症後、充実したリハビリテーションを要する患者	● 疾患に応じた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、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	高 — 低	—	低 (死亡)	少	● 重度の脊椎障害・意識障害者 ● 気管切開、ドレーン・酸素療法実施者	● 長期療養患者・重度の障害者等の受入	

広島県における定量的な基準(案)

A: 具体の医療内容からの整理

B: 入院料からの整理



※ 上記に関わらず、地域医療介護総合確保基金(補助金)を活用した回復期病床の整備(施設・設備整備)を行った病棟については、「回復期」とする。

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 <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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 <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

- 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) <ul style="list-style-type: none"> ● 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 ■ 回復期 <ul style="list-style-type: none"> ● 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"> ■ 広島県独自 → 準急性期の評価軸 ● 疾患に応じたリハビリテーション 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療管理加算の実績があり

急性期基準に該当しないものは何れかの機能となる

分析に用いる指標の設定方法

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

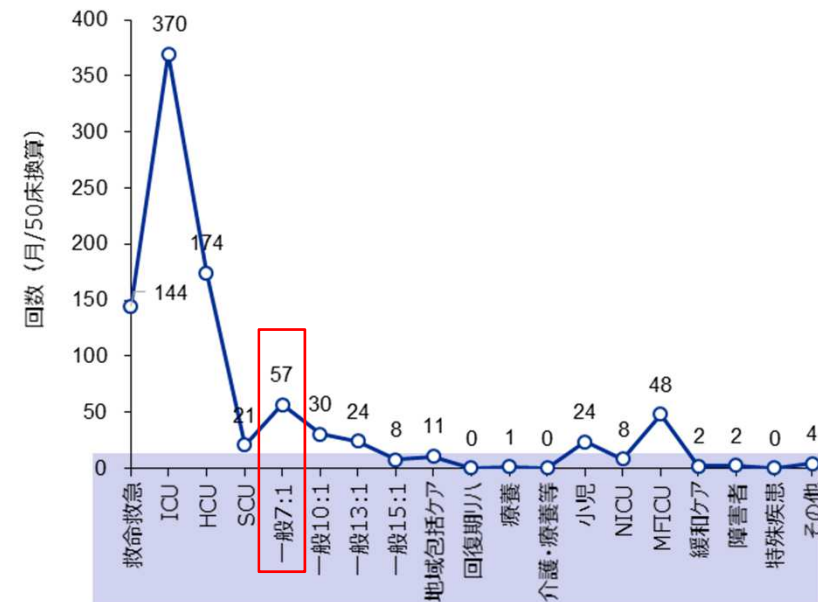
※いずれかの項目で、基準値以上

- ・ 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

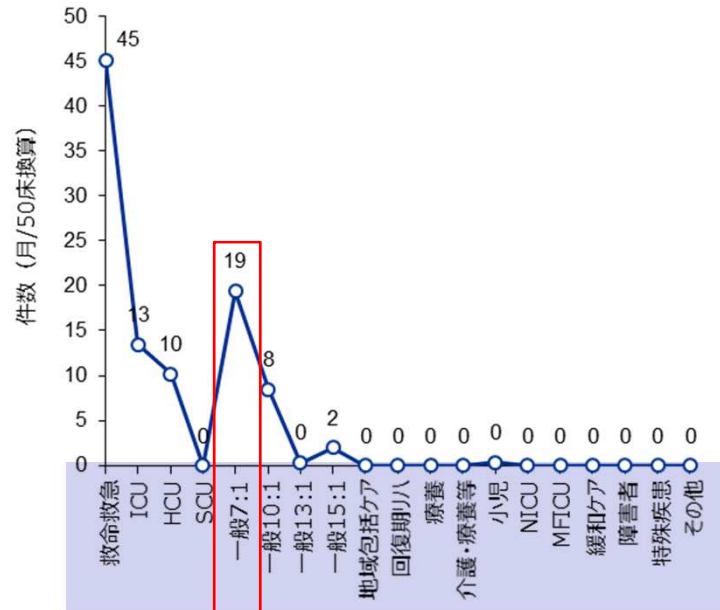
※いずれか2つの項目で、基準値以上

手術総数

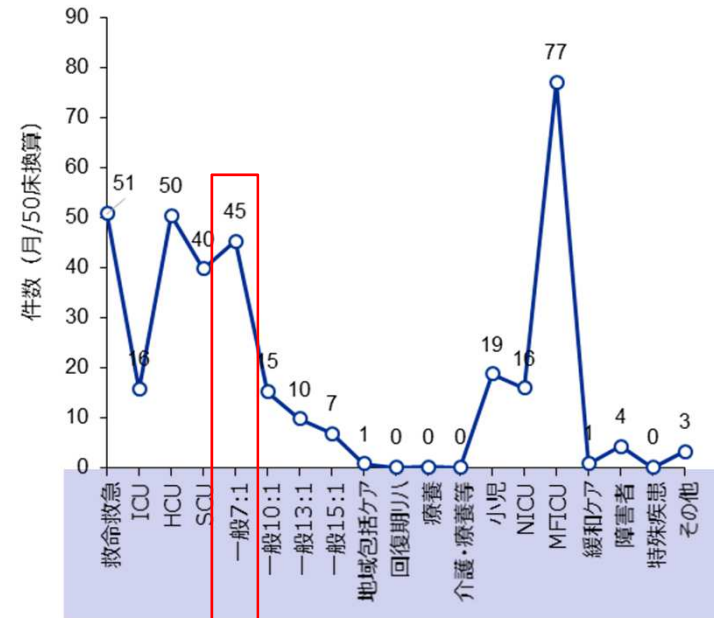


分析に用いる指標の設定方法

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。

B:入院料からの整理 1/5

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、 <u>診療密度の特に高い医療</u> を提供するもの	○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)	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。
		基準(案) 高度急性期
【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(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。)	○回復期リハビリテーション病棟入院料 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	病床機能の考え方と入院料の考え方は、同じである。 すべて回復期と報告されている。
		基準(案) 回復期

<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)								
○新生児特定集中治療室管理料(NICU)	7	(48)	6	(36)	1	(12)						
○総合周産期特定集中治療室管理料(MFICU)	2	(18)	2	(18)								
○新生児治療回復室入院医療管理料(GCU)	2	(36)	1	(24)	1	(12)						
○小児特定集中治療室管理料(PICU)												
計	45	(444)	43	(420)	2	(24)	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)				

B:入院料からの整理 2/5

○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)
○小児入院医療管理料	7	(224)	4	(142)	3	(82)						

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)	小児医療	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、 <u>診療密度の特に高い医療</u> を提供するもの	○小児特定集中治療室管理料	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、比較検証が困難である。
【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。)	
		基準(案) <u>現状の報告を基本とする</u>

B:入院料からの整理 3/5

○緩和ケア病棟

- ・緩和ケア病棟に係る病床機能報告(11棟)は、急性期(5棟)、慢性期(6棟)と別れている。
- ・急性期に関連する具体的な医療(6月1月分)では、放射線治療と化学療法が若干みられる程度である。
- ・平均在棟日数は、19日から64日と幅広いが、急性期と報告の病棟に長い期間のものが見られる。

<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)				
○緩和ケア病棟入院料		11	(193)			5	(102)			6	(91)						
						① 悪性腫瘍手術	② 病理組織標本作製	③ 術中迅速病理組織標本作製	④ 放射線治療	⑤ 化学療法	⑥ がん患者指導管理料1・2	⑦ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入	⑧ 抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	在棟患者延べ数(年間)	新規入棟患者数(年間)	退棟患者数(年間)	平均在棟日数
医療圏	医療機関施設名称	病棟名	報告機能	病床数													
広島	医療法人社団曙会 シムラ病院	緩和ケア	慢性期	17	0	0	0	0	*	0	0	0	5,572	166	167	33.5	
広島	JR広島病院	7階緩和ケア	急性期	20	0	0	0	0	0	0	0	0	6,015	139	137	43.6	
広島	県立広島病院	緩和ケア	急性期	20	0	0	0	0	*	0	0	0	6,086	239	243	25.3	
広島	医療法人和同会 広島パークヒル病院	緩和ケア	慢性期	18	0	0	0	0	0	0	0	0	3,961	135	138	29.0	
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	0	0	0	0	0	0	0	0	6,176	172	228	30.9	
広島	広島市医師会運営・安芸市民病院	緩和ケア	慢性期	20	0	0	0	0	0	0	0	0	6,003	184	180	33.0	
広島西	廿日市記念病院	緩和ケア	急性期	24	0	0	0	0	0	0	0	0	6,699	104	104	64.4	
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	0	0	0	0	0	0	0	0	3,387	117	125	28.0	
尾三	公立みつぎ総合病院	第8病棟	慢性期	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1,745	77	76	22.8	
福山・府中	福山市民病院	本館7階	慢性期	16	0	0	0	*	0	0	0	0	3,490	201	157	19.5	
福山・府中	医療法人慈生会 前原病院	緩和ケア	慢性期	14	0	0	0	0	0	0	0	0	3,452	124	127	27.5	

B:入院料からの整理 4/5

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</u>を提供するもの</p>		
<p>【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。)</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</u>の提供を行うもの</p>	<p>○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、<u>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</u></p>	<p>急性期に関連する医療は少ない。 外来医療や在宅医療との関係が見られること。</p>
<p>【慢性期機能】 <u>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。)</u>を入院させるもの</p>		

B:入院料からの整理 5/5

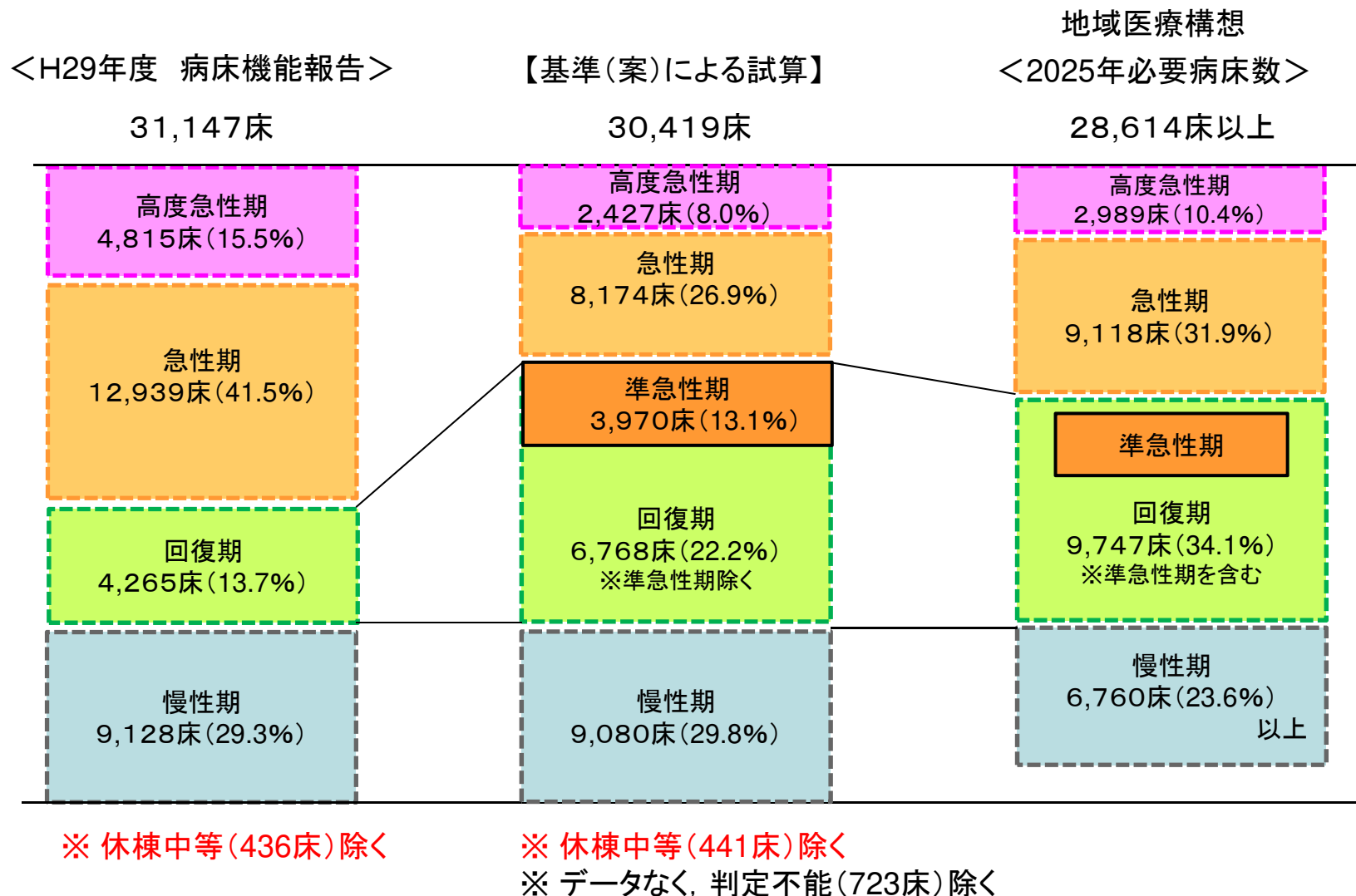
○療養病棟など

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
【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	●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	病床機能の考え方と入院料の考え方は,同様である。 大部分が,慢性期と報告されている。
		基準(案) 慢性期又は回復期 ※ 基金を活用した回復期病床の整備があること ※ 障害者施設等では,在宅復帰に向けた医療の提供があること

<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)



各圏域へは、試算に係る個々の病棟リストを提供し、協議に活用

基準(案)に係る圏域での協議について

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。

(参 考)

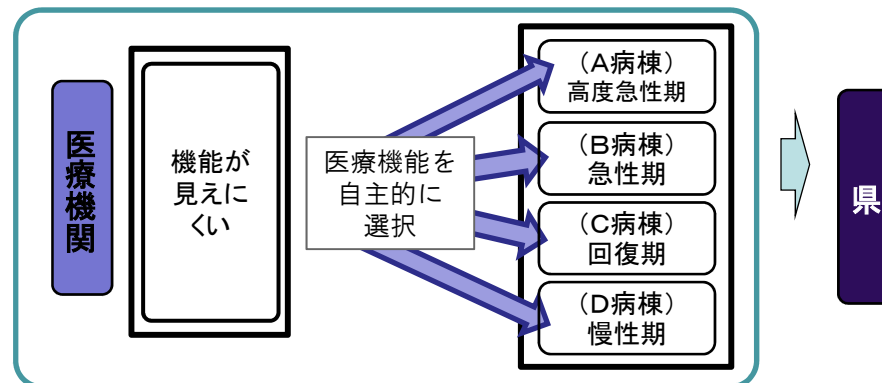
H30.11.15 医療審議会保健医療計画部会
(県単位の地域医療構想調整会議)資料から

病床機能報告制度（平成26年～）

● 病床機能報告制度（平成26年～）

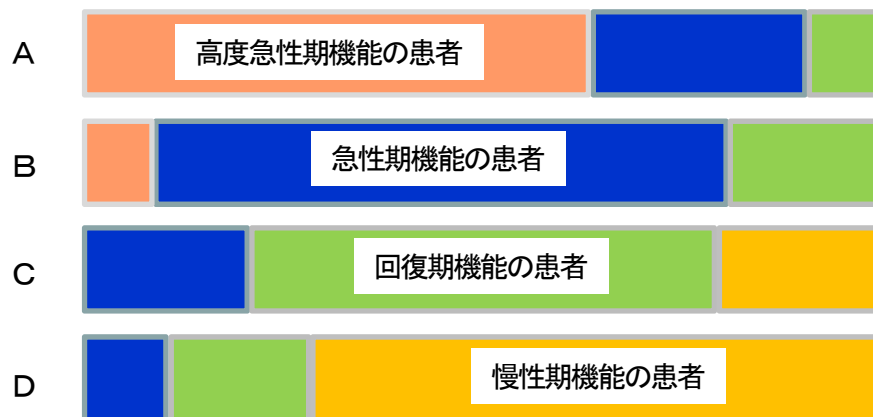
課題：一般・療養の病床区分では、医療機能が見えにくい。

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。

将来の病床の必要量と病床機能報告

○ 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}

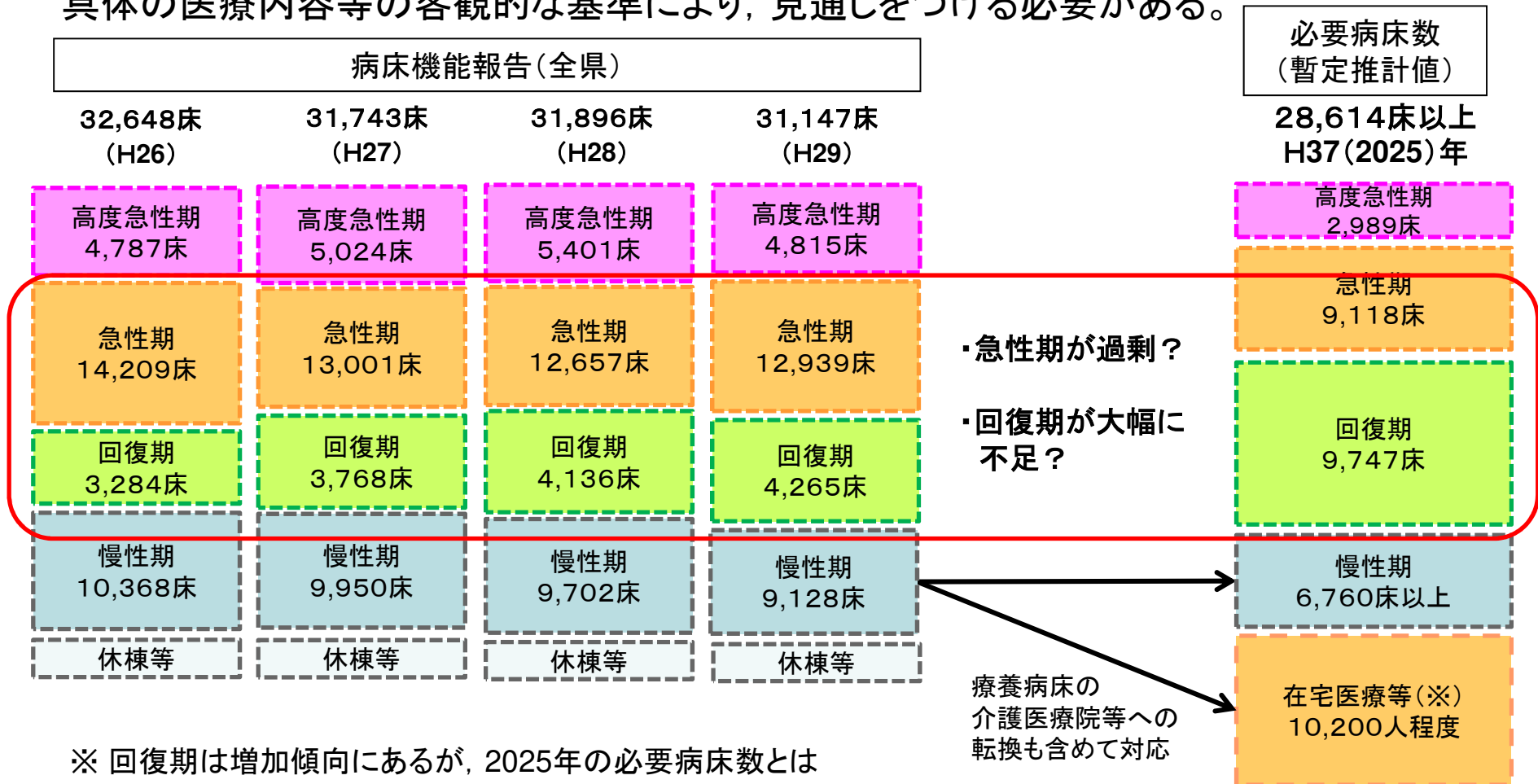
	地域医療構想	病床機能報告
高度急性期	高度急性期と急性期の境界点(C1)は、医療資源投入量で、 <u>3,000点</u>	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、 <u>診療密度が特に高い医療を提供する機能</u>
急性期	急性期と回復期の境界点(C2)は、医療資源投入量で、 <u>600点</u>	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	回復期と在宅医療等の境界点(C3)は、医療資源投入量で、 <u>225点</u> (在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175点で区分)	<u>急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能</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、見直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

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			療養病棟 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																	
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。

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

87

70

10対1入院基本料

5,246

32

13対1入院基本料

205

274

31

15対1入院基本料

726

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

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、輸血管管理料は除く）	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（Ⅰ）
	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
	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）	
重症患者への対応 ※ 報告様式 2 項目 5	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	持続緩徐式血液濾過	大動脈バルーンパンピング法
	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	補助人工心臓・植込型補助人工心臓	頭蓋内圧持続測定（3時間を超えた場合）
	人工心肺	血漿交換療法	吸着式血液浄化法
	血球成分除去療法		
救急医療の実施 ※ 報告様式 2 項目 6	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
	在宅患者緊急入院診療加算	救命のための気管内挿管	体表面ペーシング法又は食道ペーシング法
	非開胸的心マッサージ	カウンターショック	心膜穿刺
	食道圧迫止血チューブ挿入法		
全身管理 ※ 報告様式 2 項目 8	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、腹膜灌流	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法	