

資料3

差し替え資料

「定量的な基準」の導入について

(1) 「病床の必要量」及び「病床機能報告」について

- ・病床機能報告と病床の必要量を比較した場合、全国的に急性期が過剰であり回復期が大幅に不足しているが、回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況はなく、誤解が生じている。
(H29厚生労働省より通知)
- ・病床機能報告と病床の必要量（必要病床数）は定義が異なるため、単純比較ができない。

病床の必要量（必要病床数）の推計

◆客観的な区分（医療資源投入量より算出）

◆日々の患者を単位とした区分

国の医療需要推計における医療機能区分の内容	
高度急性期	医療資源量：3,000点以上
急性期	医療資源量：600点～3,000点未満
回復期	医療資源量：175点～600点未満 + 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数
慢性期	（一般病床）障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患患者入院基本料を算定している患者 （療養病床）療養病床（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く）－医療区分Iの患者数の70%－地域差解消分

病床機能報告制度

◆主観的な区分（各医療機関の自主的な選択）

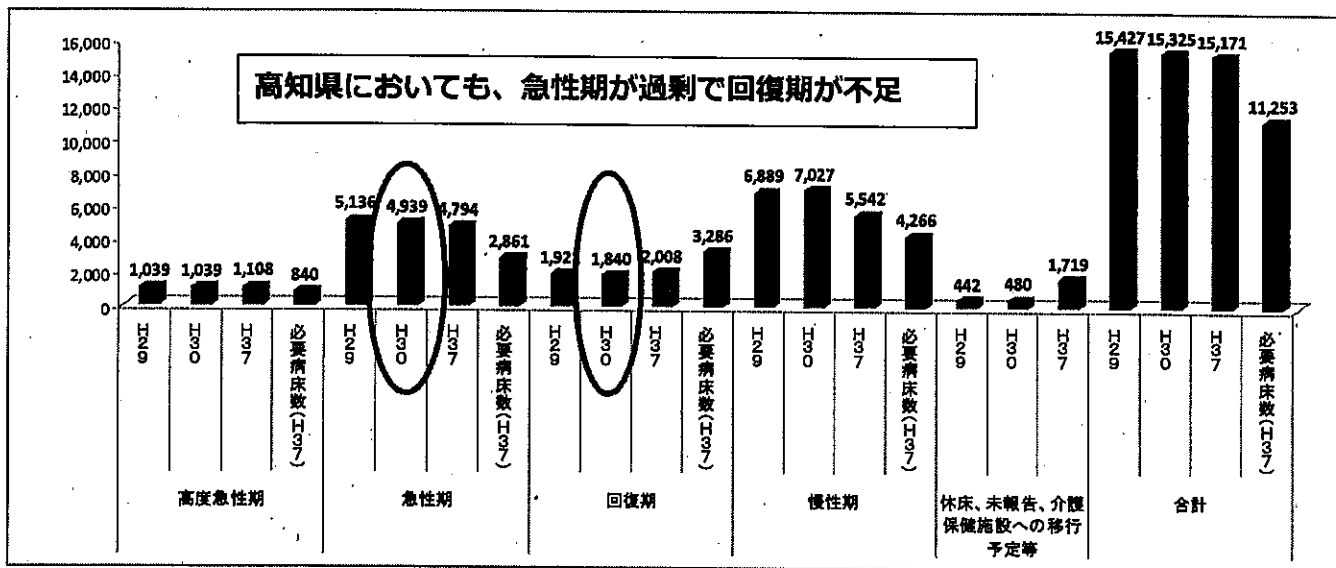
◆病棟を単位とした区分

急性期の中に回復期が隠れている可能性

医療機能の内容（判断の基準）	
高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頭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	・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

定義が異なる

<参考> 高知県における病床機能報告結果及び病床の必要量



(2) 国から通知等について

「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について」

平成30年8月16日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（医政地発0816第1号）

（「地域医療構想に関するワーキンググループ」での議論を踏まえた新たな通知）

病床機能報告については、医療機関の自主的な判断により報告が行うことから、

- ① 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 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、詳細な分析や検討が行われないうまま、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誤解させる事態が生じていること。
- ③ 一部の都道府県では、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医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、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することで、議論の活性化につなげていること。



そういった状況があることから、各都道府県において、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。

なお、地域の実情に応じた定量的な基準の導入に向けた地域での協議は、都道府県単位の地域医療構想調整会議を活用し議論を進めることが望ましい。

※追加通知等（厚生労働省より 事務連絡及び医療計画研修会での質疑における整理）

都道府県において地域の実情に応じた「定量的な基準」を作成するようお願いしていますが、この基準は地域医療構想調整会議の議論を活性化させるための方策の一つとして、回復期機能の充足度の評価や、医療機能の分化・連携の在り方を議論する上での目安として活用していただくものであり、病床機能報告の報告基準ではありません。

→ あくまでも正式なものは病床機能報告の結果

単位の地域医療構想調整会議（地域医療構想調整会議連合会）を開催し、協議のうえ導入。

(3) 定量的な基準についての本県の整理

- 他県の先行事例より、本県における「定量的な基準」の導入を行ってはどうか。
- 厚労省からの通知にもあるとおり、正式な数値は病床機能報告であり、あくまでも現状の医療体制の状況を把握し、議論の活性化を図るための目安の基準として整理するもの。
- 今後必要があれば地域の実情を反映した基準となるよう適宜見直しを行う予定

<先進事例（他県）の考え方>

① 佐賀県

急性期等の病棟を以下の基準で、回復期の病棟に分類

- 【基準】
- ・回復期とみなすことができる病床数（地域包括ケア入院管理料算定病床、転換協議が調った病床）
 - ・回復期に近い急性期の病床数（平均在棟日数2.2日以上の急性期病棟の病床）

② 奈良県

急性期を「重症急性期を中心とする病棟」と「軽症急性期を中心とする病棟」に以下の基準で分類

- 【基準】
- ・重症急性期：病棟の50床あたりの「手術+救急入院」 > 2件/1日
 - ・それ以外は軽症急性期 ※回復期として分類

③ 埼玉県

以下の基準で、高度急性期、急性期、回復期の病棟に分類（コンサルに委託し分析を実施）

- 【基準】
- ・どの医療機能と見なすが明らかな入院料の病棟は、その医療機能として整理（ICU→高度急性期、回復期リハ病棟→回復期、療養病床→慢性期 など）
 - ・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・地域包括ケア病棟（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1,2により、高度急性期/急性期/回復期に区分

区分線1：救命救急、ICUが高度急性期となるよう、報告のデータ項目でしきい値を設定し、高度急性期と急性期を区分

区分線2：一般病床7:1が高度急性期及び急性期となるよう、報告のデータ項目でしきい値を設定し、急性期と回復期を区分

※国から提供の推計ツール（エクセル数式）を活用し作成

④ 大阪府

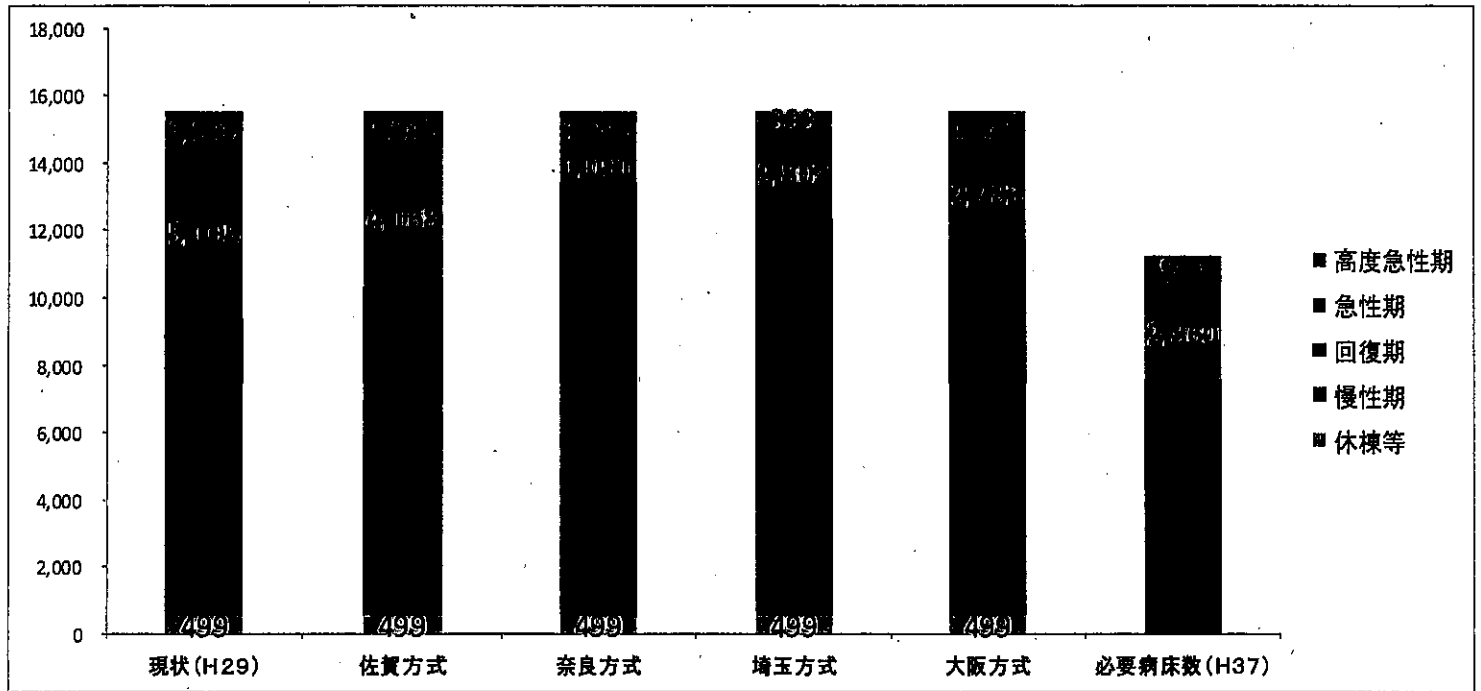
急性期を「(重症)急性期」と「地域急性期(サブアキュート、ポストアキュート)」に以下の基準で分類

- 【基準】
- ・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
(計算式：病床単位の月あたりの件数÷30日×(50床÷許可病床数))
 - ・それ以外は地域急性期(サブアキュート、ポストアキュート) ※回復期として分類

(参考) 本県における各府県方式の試算比較 (定量的な基準の導入)

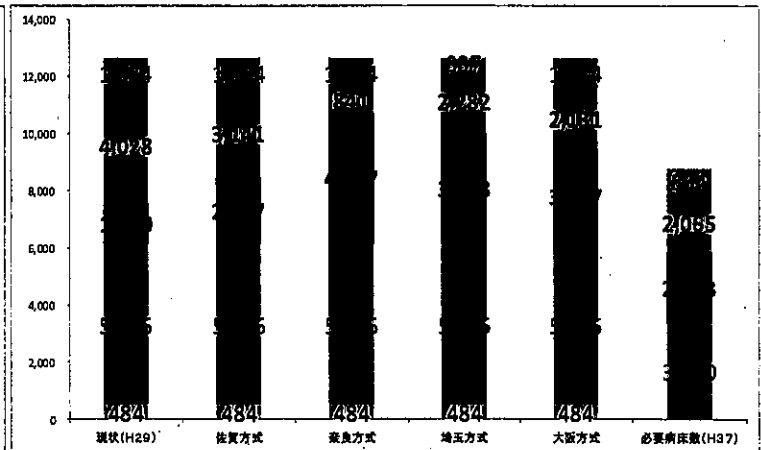
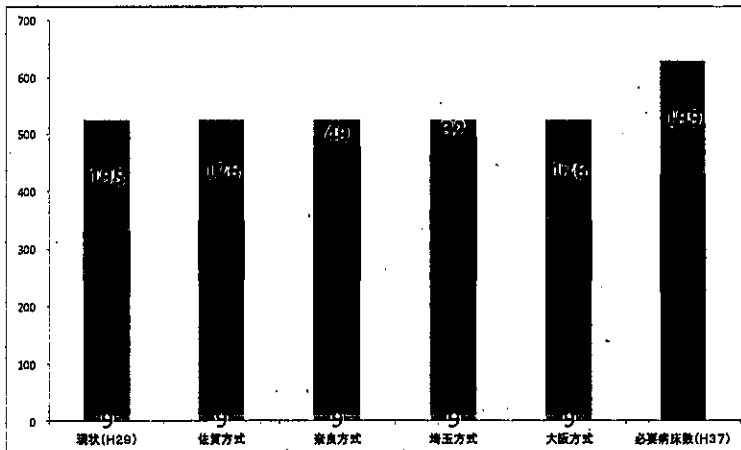
県全体

(単位: 床)



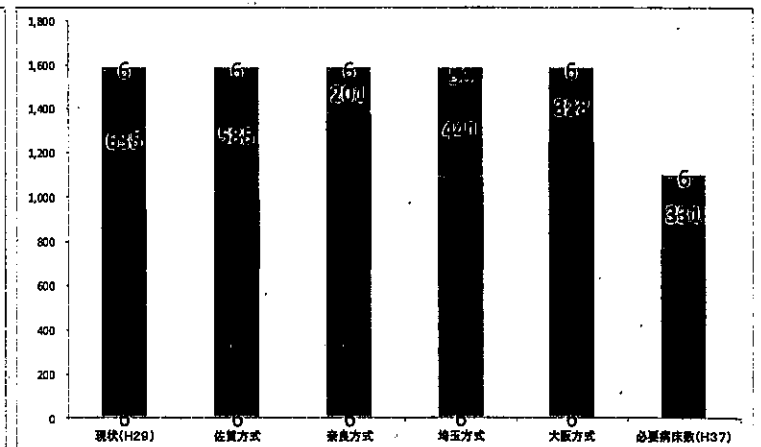
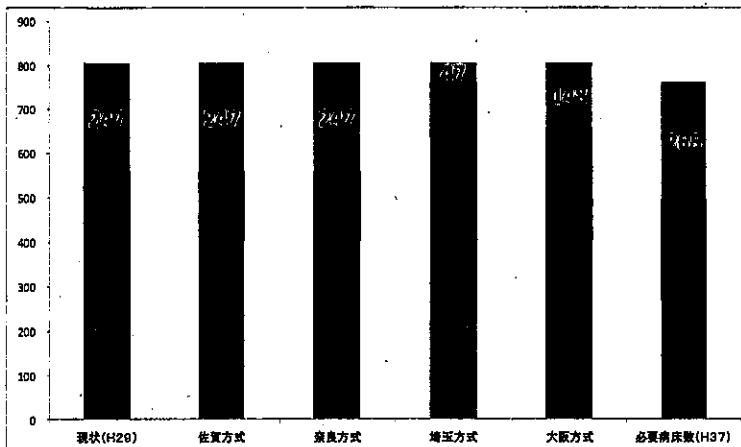
安芸区域

中央区域



高幡区域

幡多区域



※留意事項:各府県方式の基準に活用する項目(数値)について、病床機能報告における不備がある医療機関が一定存在。その医療機関については、基準を満たさない場合に選択される医療機能へ仮で分類。