

1. 定量的基準導入の経緯と背景

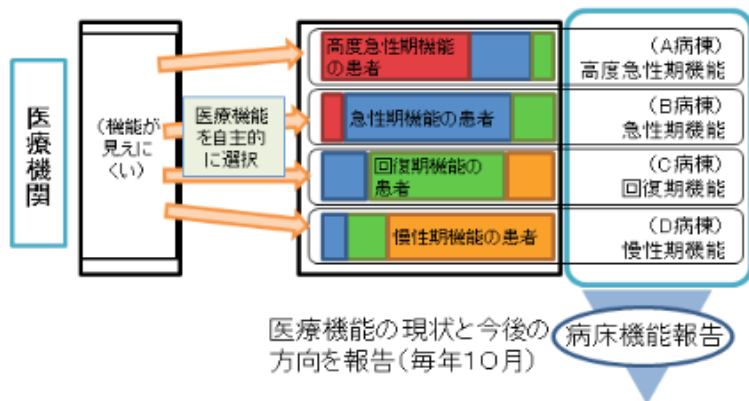
＜病床機能報告制度の現状と課題＞

病床機能報告制度は、各医療機関が自主的に病床機能を選択して報告する仕組みであるため、各医療機関の判断のバラつきによって、病床機能報告結果と地域医療構想上の必要病床数を比較した場合、機能によって著しく充足や不足している病床が存在するなどの課題が生じている。

「病床機能報告制度」と「地域医療構想上の必要病床数の推計」の考え方によりギャップが生じる

病床機能報告制度上の病床数

どの「医療機能」に該当するか定性的な基準を踏まえて、各医療機関が病棟ごとに自主的に判断したものを地域において医療機関が「表示したい機能」
単位：病棟単位で報告



地域医療構想上の必要病床数 = 医療需要の推計

2013年の個々の患者の受療状況をベースに、医療資源投入量に沿って機能ごとに区分したものを「各病期の患者発生量」を示す。
単位：患者1人1日単位で試算

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

2. 定量的基準による主な分類方法

厚労省が提示する定量的基準による主な分類方法は3種類ある。

定量基準による分類		
入院料により機能が 明らかな場合の分類	診療実績による分類	平均在院日数による分類
<p>各入院料は届出要件および機能が明確になっているため、当該入院料を届出していることにより機能が明らかな場合については、予め定めた機能へ分類する方法。</p> <p>例えば、ICU等の入院料を届出る病棟は<u>高度急性期</u>、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出る病棟については<u>回復期</u>、障害者施設等入院基本料を届出る病棟については<u>慢性期</u>といった振り分けを行うもの。</p>	<p>病床機能報告の結果により把握可能な診療実績をもとに一定の評価項目および閾値を設け分類する方法。</p> <p>厚労省は、高度急性期・急性期に関連する項目として「幅広い手術の実施状況」「がん・脳卒中・心血管疾患等の治療状況」「重症患者への対応状況」「救急医療の実施状況」「全身管理の状況」に係る項目を例として挙げている。</p>	<p>病期の観点から、急性期と報告する病棟のうち平均在院日数が長期化している病棟について回復期へ分類をし直す方法。</p> <p>平成29年の地域医療構想WGでは、平均在院日数の中央値は、高度急性期が9.5日、急性期が14.1日されていた。</p>

3. 先行府県の定量的基準導入の取組事例 ①

先行する府県においては、都道府県医師会などの医療関係者などとの協議を経て、回復期機能の充足度を評価するなどの定量的な基準を独自に作成している。具体的に検討されているモデルとしては以下の4府県等が挙げられる。

	着眼点
埼玉県	<ul style="list-style-type: none"> 「回復期リハ病棟→回復期」など、医療機能と紐付けできる入院料の病棟は、当該医療機能とする。 特定の医療機能と結びついていない一般病棟・有床診療所一般病床・地域包括ケア病棟を対象に、高度急性期／急性期／回復期の区分線を設ける。 区分線は、「具体的な医療の内容に関する項目」（参考）から選択した稼働病床数あたりの算定回数などを指標に用い、しきい値を設定。例えば、高度急性期なら全身麻酔下手術2回／月・床以上などの10指標、急性期なら手術2回／月・床以上などの6指標のいずれかを満たすものを該当とする。
佐賀県	<ul style="list-style-type: none"> 急性期・慢性期病棟に埋もれている、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定の病床数を回復期とみなす。 回復期への転換協議が整った病棟を回復期とみなす（病床機能報告のタイムラグを補正）。 手術後の入院日数が長くなると医療資源投入量が逡減することに着目し、急性期のうち平均在院日数22日超の病棟を、将来の見込みを判断する参考情報とする。
静岡県	<ul style="list-style-type: none"> 病院は届出入院料に基づき病床機能の区分変更を行う。 （例：急性期一般4～6→回復期、一般病棟特別入院基本料→慢性期） 急性期一般入院料1～3、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院入院基本料については、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ：40%以上もしくはⅡ：35%以上」かつ「平均在棟日数：11日未満」を満たす病棟を高度急性期、満たさない病棟を急性期として割り振る。 有床診療所は有床診療所療養病床入院基本料を届出ている診療所を慢性期に割り振る。 年間の手術件数が100件以上、「放射線治療」あり、「化学療法」件数50件以上のいずれかを満たす診療所を急性期に割り振る。 上記要件を1つも満たさない診療所を回復期に割り振る。
大阪府	<ul style="list-style-type: none"> 急性期と報告された病棟について、「（重症）急性期」と「地域急性期」に分類し、「地域急性期」と回復期の合計の割合と、回復期の必要病床数の割合とを比較し、そのギャップの解消をめざす。 分類方法は、治療実績が多く、看護配置が少なくなるに従い、件数が大幅に減少している4項目（手術総数、化学療法、救急医療管理加算、呼吸心拍監視）のいずれかで、病棟単位の月あたり実施件数が一定以上のものを、「（重症）急性期」に分類する。 有床診療所における急性期報告病床は、「地域急性期」として扱う。

4. 埼玉方式の考え方 ①

埼玉県病床機能報告定量基準分析の枠組み

- 「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のか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（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	一般病棟 有床診療所の一般病床 地域包括ケア病棟	MFICU 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 小児科の急性期一般入院料1 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 小児科の急性期一般入院料1 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)

具体的な機能に応じて区分線を引く

埼玉方式の特色として高度急性期病床が多く算定されるとの指摘あり

4. 埼玉方式の考え方 ②

- 厚労省が高度急性期・急性期に関連する項目として挙げている「幅広い手術の実施状況」「がん・脳卒中・心血管疾患等の治療状況」「重症患者への対応状況」「救急医療の実施状況」「全身管理の状況」に係る枠組みで、病床機能報告の報告項目を参考に閾値を設定している。

区分線1 高度急性期と急性期の分類（稼働病床1床あたり月間診療実績を閾値に設定）

高度急性期	幅広い手術の実施状況		がん・脳卒中・心血管疾患等の治療状況			重症患者対応	救急医療の実施状況	全身管理の状況		
	全身麻酔下手術	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	悪性腫瘍手術	超急性期脳卒中加算	脳血管内手術	経皮的冠動脈形成術	重症患者への対応に係る項目	救急搬送診療料	救急医療に係る諸項目	全身管理への対応に係る諸項目
	2件以上	0.5件以上	0.5件以上	実績あり	実績あり	0.5件以上	0.2件以上	実績あり	0.2件以上	8件以上

区分線2 急性期と回復期の分類（稼働病床1床あたり月間診療実績を閾値に設定）

急性期	幅広い手術の実施状況		がんの治療状況		救急医療の実施状況	全身管理の状況
	手術	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	放射線治療	化学療法	予定外の救急医療入院の人数	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合
	2件以上	0.1件以上	0.1件以上	1件以上	10件以上	Iの場合:31%以上 IIの場合::29%以上

回復期

慢性期

診療実績が満たない場合であっても、「急性期一般入院料、地域包括ケア病棟入院料等」を届出る病棟については慢性期としての分類は行わない

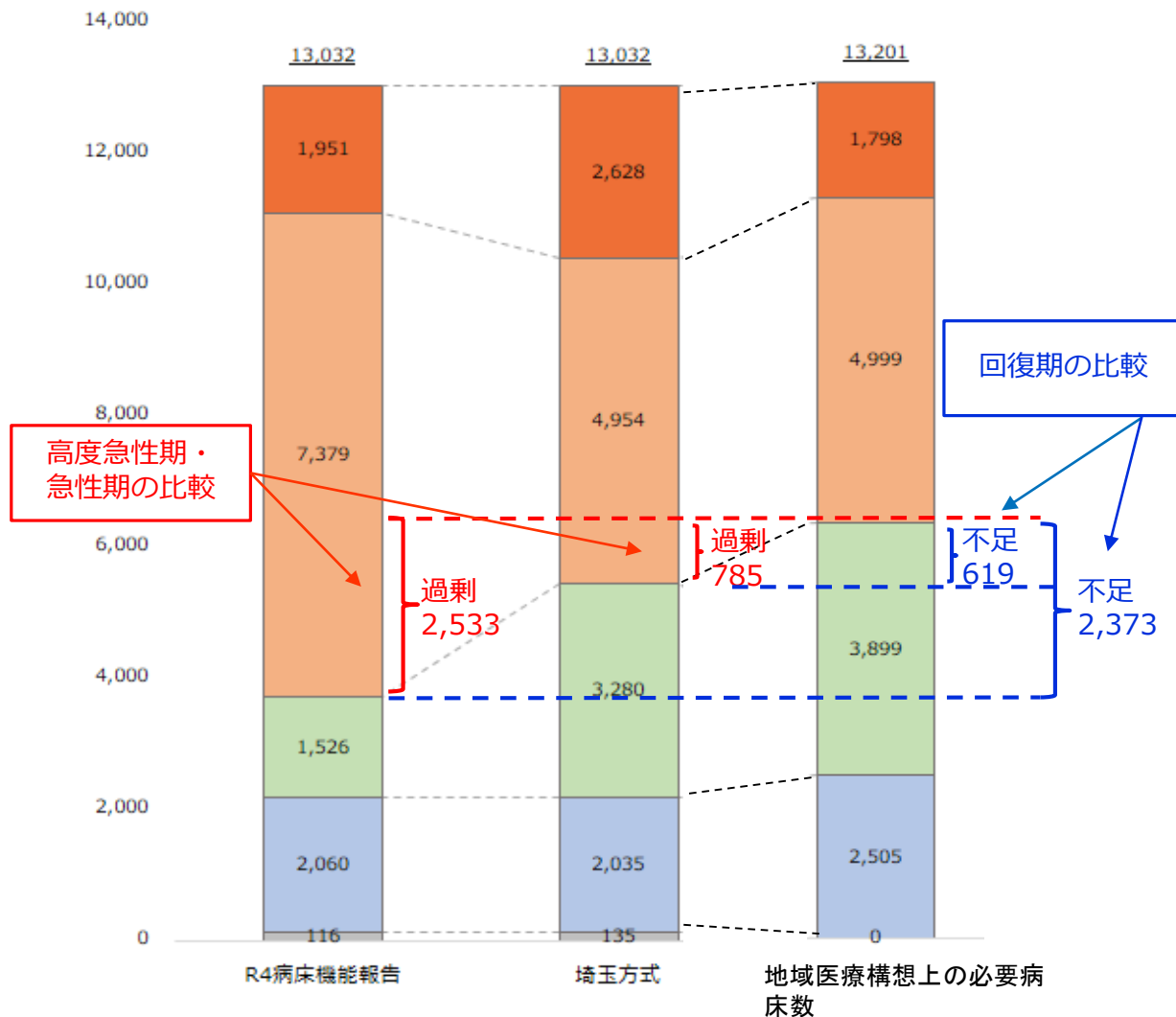
区分線1における諸項目詳細

重症患者に係る諸項目の内訳	救急医療に係る諸項目の内訳	全身管理への対応に係る諸項目の内訳
<ul style="list-style-type: none"> ・観血的肺動脈圧測定 ・持続緩徐式血液濾過 ・大動脈カテーテルパンピング法 ・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（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 	<ul style="list-style-type: none"> ・救命のための気管内挿管 ・体表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 	<ul style="list-style-type: none"> ・観血的動脈圧測定（1時間を超えた場合） ・ドレーン法（ドレナージ） ・胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む） ・人工呼吸（5時間を超えた場合）

5. 仙台区域における定量基準導入後の比較

(単位：床)

仙台区域における定量基準導入後の内訳



○埼玉方式は、診療実績等を用いて、病床機能報告の各機能別病床数の「内訳」を補正したもの（全体の合計数に変更はない。埼玉方式による試算結果が、実際に必要な機能別病床数を表すものではない。）。

○今回、埼玉方式による試算により判明した主な事項は、「病床機能報告において『急性期』として報告された病床のうち、実際には『回復期』に分類される病床が相当数あった」ということ。

○よって、「急性期」から「回復期」への機能転換を促すなどして、適正な医療体制の確保を図る必要があると認識している。

○なお、地域医療構想上の必要病床数との関係でいえば、埼玉方式により補正してもなお、高度急性期と急性期の合計が、785床過剰という結果となる。