

# 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

---

## 病床機能報告の現状と課題

- 病床機能報告は、定性的な基準に基づき、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必要病床数を比較した場合、**回復期機能が大幅に不足する**結果となるなど、定性的な基準に基づく報告の限界が指摘されている。

### 病床機能報告（現状）

どの「医療機能」に該当するかの定性的な基準を踏まえ、病棟ごとに医療機関が判断したもの  
→地域において医療機関が「表示したい機能」



### 医療需要（必要病床数）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区分したもの  
→地域における「各病期の患者発生量」

⇒ 病床機能報告制度と必要病床数の推計の考え方の違いにより、両者の間にギャップが発生

### 【参考】 病床機能報告における定性的な基準

医療機能の名称	医療機能の内容
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）。
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

# 定量的基準導入の経緯と背景 ～先行府県の取組～

## 一部府県における定量的な基準の導入

- 先行する府県において、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、回復期機能の充足度を評価する等の定量的な基準を作成している。

	着眼点
佐賀県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○急性期・慢性期病棟に埋もれている、<u>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。</u></li> <li>○<u>回復期への転換協議が整った病棟を回復期とみなす</u>（病床機能報告のタイムラグを補正）。</li> <li>○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、<u>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。</u></li> </ul>
奈良県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○急性期と報告された病棟について、<u>「重症急性期」と「軽症急性期」に区分する目安を示したうえで報告を求める。</u></li> <li>○目安は、手術と救急医療入院の合計の病棟あたり件数（50床あたり1日2件以上）で判断し、<u>「軽症急性期」は回復期を担っているとみなす。</u></li> </ul>
埼玉県	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「<u>回復期リハ病棟→回復期</u>」など、<u>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。</u></li> <li>○特定の医療機能と結びついていない<u>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。</u></li> <li>○区分線は、「<u>具体的な医療の内容に関する項目</u>」（参考）から選択した稼働病床数あたりの算定回数等を指標に用い、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・床以上等の10指標、急性期なら手術2回／月・床以上等の6指標のいずれかを満たすものを該当とする。</li> </ul>
大阪府	<ul style="list-style-type: none"> <li>○急性期と報告された病棟について、<u>「（重症）急性期」と「地域急性期」に仕分けて、「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。</u></li> <li>○仕分けのルールは、「<u>具体的な医療の内容に関する項目</u>」を活用し、<u>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、救急医療管理助算、呼吸心拍監視）のいずれかで、病床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。</u></li> <li>○有床診療所における急性期報告病床は、「<u>地域急性期</u>」として扱う。</li> </ul>

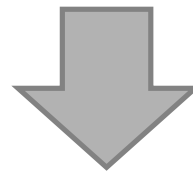
## 定量的な基準の導入の要請

- 病床機能報告の課題や一部府県を取組をふまえ、国から各都道府県に対して、（回復期の充足度合い等の提供を通じて）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、地域の実情に応じた定量的な基準を導入することを求める通知が発出。

【参考】「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日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より

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（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）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。

各都道府県においては、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。



本県においても、先行府県を取組を参考にしながら、本年度中の導入をめざして、地域の実情に応じた定量的な基準を検討

# 三重県版定量的基準の位置付けと取扱いについて

## 1. 定量的基準の位置付け

- 定量的基準については、病床機能報告制度の課題をふまえ、客観的な基準により病床機能報告結果と必要病床数との間に生じているズレを補正し、比較可能なデータとすることで、各医療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する。

## 2. 定量的基準の病床機能報告上の取扱い

- 定量的基準については、必要病床数との比較を可能とするために、病床機能報告結果のデータを補正するものであり、病床機能報告における病床機能の選択を強制するものではない。病床機能報告においては、これまでどおり、各医療機関が自主的に病床機能を選択することとなる。

## 3. 定量的基準適用後の各病棟ごとのデータの取扱いについて

- 定量的基準適用後のデータについては、集計結果は公表するが、各病棟ごとの詳細なデータについては、厚生労働省への報告を含め、公表しない。

# 三重県版定量的基準の特徴

## ① 対象となる医療機能 – 4機能すべてを補正 –

他府県の状況⇒急性期と回復期の間の凸凹の補正に特化したものが多い。

三重県版基準⇒すべての医療機能を対象とし、それぞれの機能の充足度の評価が可能。

## ② 基準の設定 – 病棟の実態に応じて4種類の基準で対応 –

他府県の状況⇒1つの医療機能に単一の基準を適用しているものもある。

三重県版基準⇒定量的基準を大きく4種類に分けて、入院料や様々な診療科、医療分野の実態に応じて適用することで、診療科等による分析結果の偏りを最小限化。

## ③ 機能区分に用いる項目の選定 – 基準の根拠を明瞭化 –

他府県の状況⇒項目選定の根拠がないものや、項目を特化しているものがある。

三重県版基準⇒各機能を区分する際の項目選定は、各項目と看護配置の関係性を分析し、根拠をもとに設定。複数項目を用いて評価を行うことで、分析結果の振れ幅を最小限化。

## ④ 分析対象データ – 複数年のデータで判断 –

他府県の状況⇒単年度データのみを対象としている。

三重県版基準⇒単年度データではデータ量が少なく、分析結果の精度が下がる可能性があるため、複数年度のデータを用いて分析する。分析可能となるデータは昨年度からの報告であるため、本年度は過去2年分のデータ、次年度以降は過去3年分のデータで分析を行う。

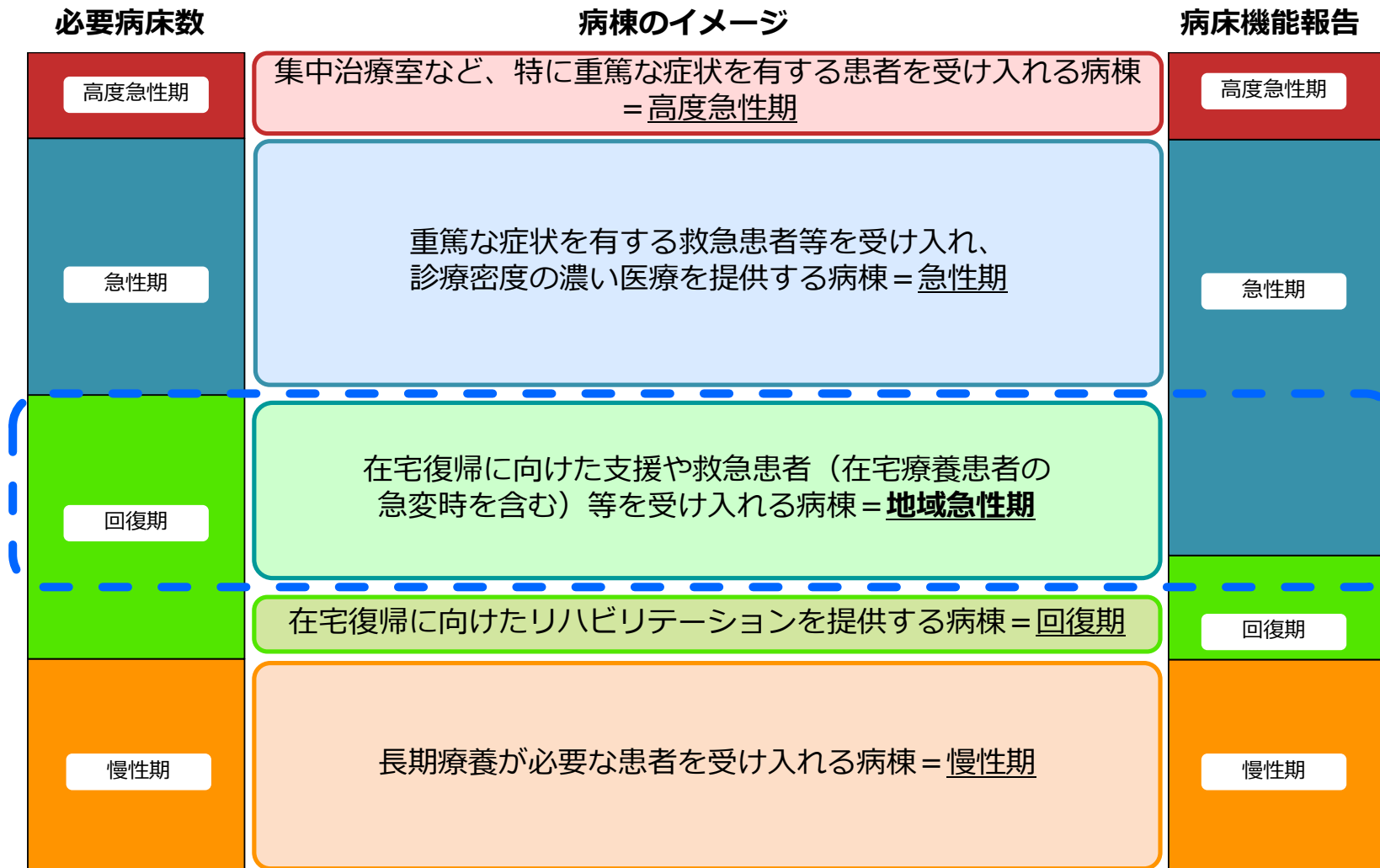
## ⑤ 病床機能報告結果と必要病床数とを比較する際の工夫 – 地域急性期の概念を導入 –

他府県の状況⇒定量的基準によって、急性期病床の一部を回復期病床とみなす考え方や、軽度急性期・地域急性期といった区分を設け、回復期と報告された病棟と合計して比較する考え方がある。

三重県版基準⇒医療機関に回復期とみなされることへの抵抗感があることや、急性期の定義が幅広すぎることから、急性期を細分化し、新たな機能区分として「地域急性期」の概念を導入する。

# 実際の病棟と必要病床数・病床機能報告における病床機能との関係のイメージ

急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた支援や、在宅療養患者を含む軽中度の救急患者の受入を担う病床（＝地域急性期）については、病床機能報告においては、急性期として報告されているものが多いが、必要病床数の推計においては、回復期として推計されている。



# 三重県版定量的基準の内容 ～4つの基準～

基準を大きく次の4種類に分けた上で、各病棟における入院料の種別や診療科、医療分野等の実態に応じていずれかの基準を適用する。

## 1. 入院料基準

「ICU=高度急性期」、「回復期リハビリテーション病棟=回復期」、「療養病棟=慢性期」など、特定の医療機能に関連することが明らかな入院料の病棟は、当該医療機能として扱う。

## 2. 一般病棟基準

特定の医療機能に関連することが明かでない入院料について、「具体的な医療の内容」により、高度急性期～急性期～地域急性期に区分する。

## 3. 特殊病棟基準

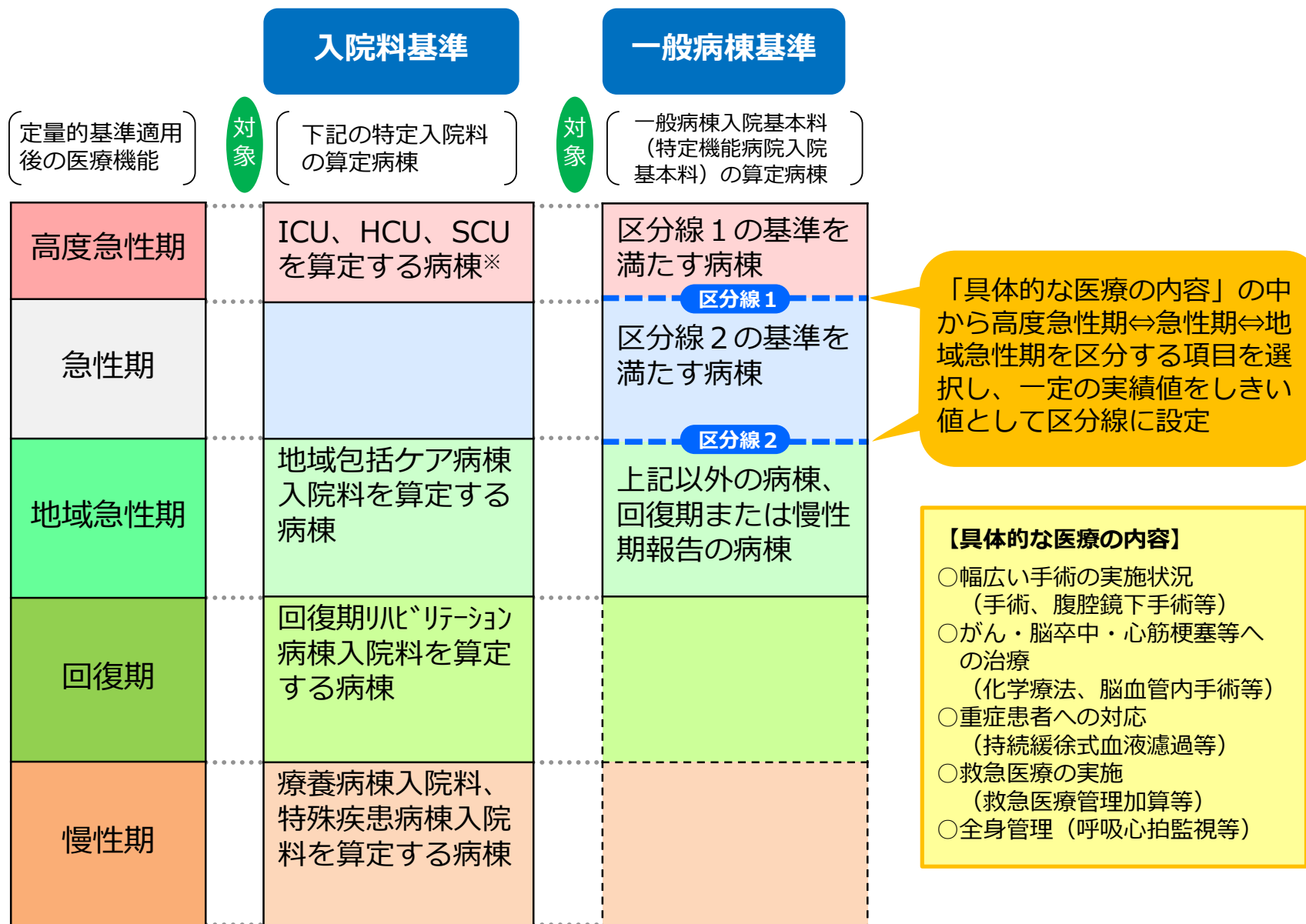
特殊性の強い、救急、周産期、小児、緩和ケア、障がい施設等については、個別の基準により医療機能を区分する。

## 4. 有床診基準

有床診療所について、急性期と報告された診療所は地域急性期に、回復期および慢性期と報告された診療所は報告どおりの医療機能として扱う。



# 三重県版定量的基準のイメージ ～入院料基準・一般病棟基準～



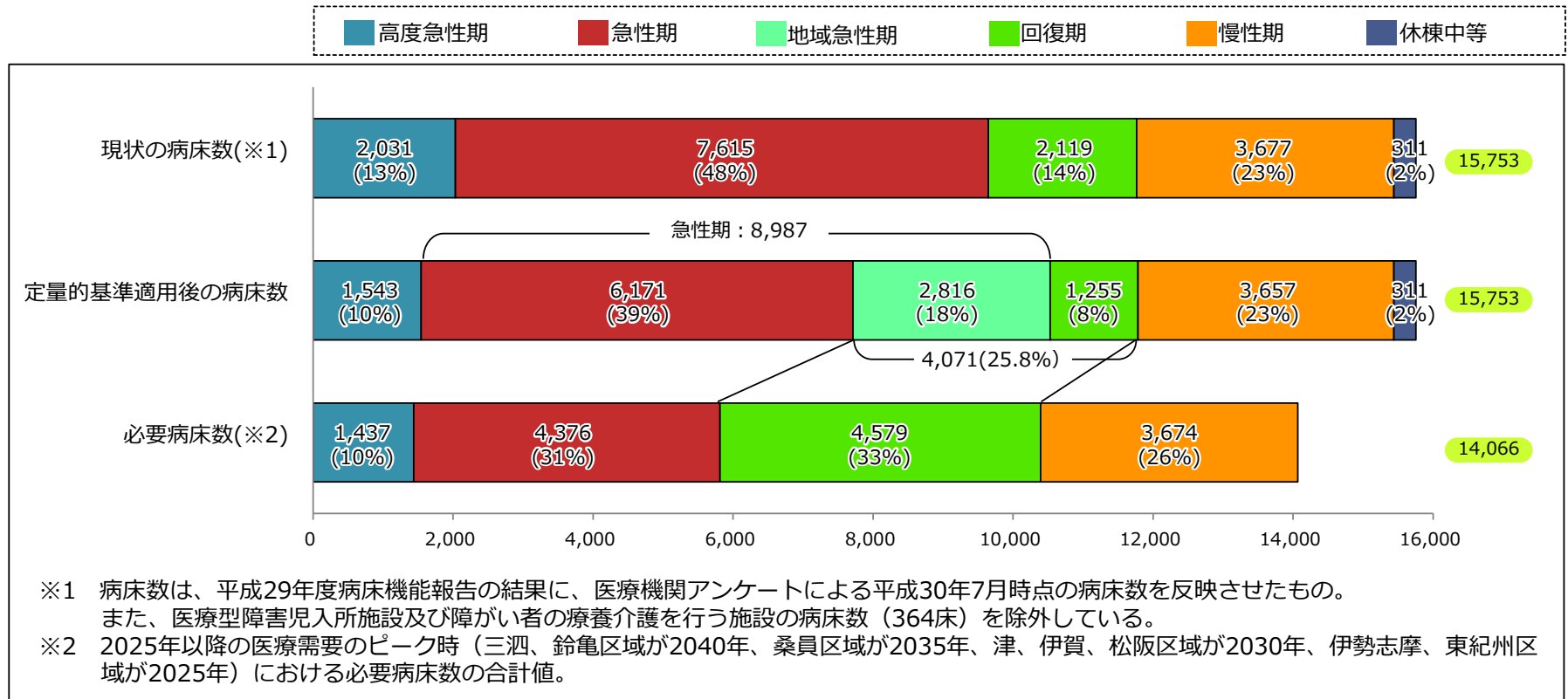
※ ICU…特定集中治療室管理料1～4、HCU…ハイケアユニット入院医療管理料1～2、SCU…脳卒中ケアユニット入院医療管理料

# 三重県版定量的基準のイメージ ～特殊病棟基準・有床診基準～

	特殊病棟基準					有床診基準
	周産期	小児	救急	緩和ケア	障がい者施設等	
(定量的基準適用後の医療機能) 対象	産科・産婦人科病棟	小児科病棟	救命救急センター	緩和ケア病棟	障害者施設等入院基本料を算定する病棟	対象 すべての有床診療所
高度急性期	MFICU、NICU、GCUを算定する病棟、区分線1の基準を満たす産科一般病棟	PICU、小児入院管理料1を算定する病棟	救命救急入院料を算定する病棟、救命救急センター機能を有する一般病棟			
急性期	区分線1 区分線2の基準を満たす産科一般病棟 具体的な医療の内容に応じた区分線	小児入院管理料2・3を算定する病棟、一般病棟7対1を算定する小児一般病棟				
地域急性期	区分線2 上記以外の産科一般病棟	小児入院管理料4・5 上記以外の小児一般病棟		区分線を満たす緩和ケア病棟	区分線を満たす障害者施設等入院基本料を算定する病棟	急性期報告の診療所
回復期				入退院の状況に応じた区分線 区分線 上記以外の緩和ケア病棟	区分線 上記以外の障害者施設等入院基本料を算定する病棟	回復期報告の診療所
慢性期						慢性期報告の診療所

※ MFICU…総合周産期特定集中治療室管理料、NICU…新生児特定集中治療室管理料1～2、GCU…新生児治療回復室入院医療管理料、PICU…小児特定集中治療室管理料

# 定量的基準適用の結果 ～県全体～



## 【定量的基準適用後の病床機能報告結果と必要病床数の比較】

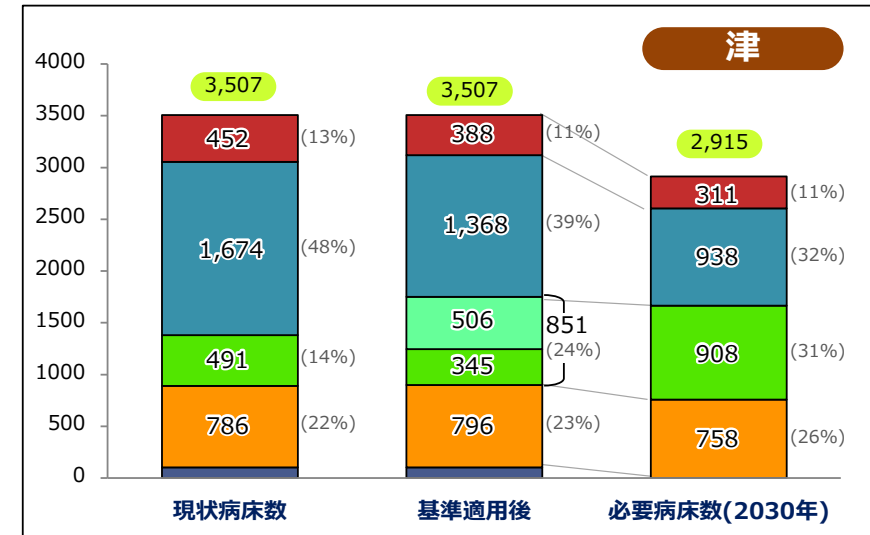
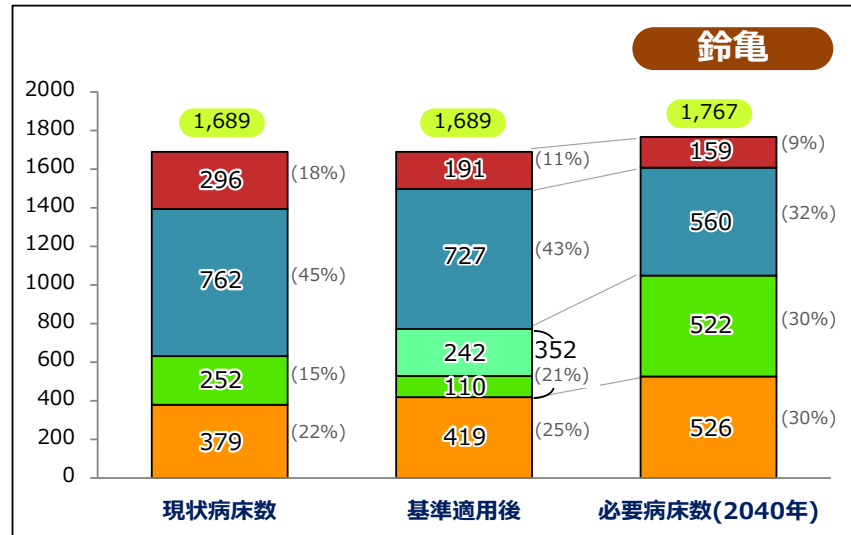
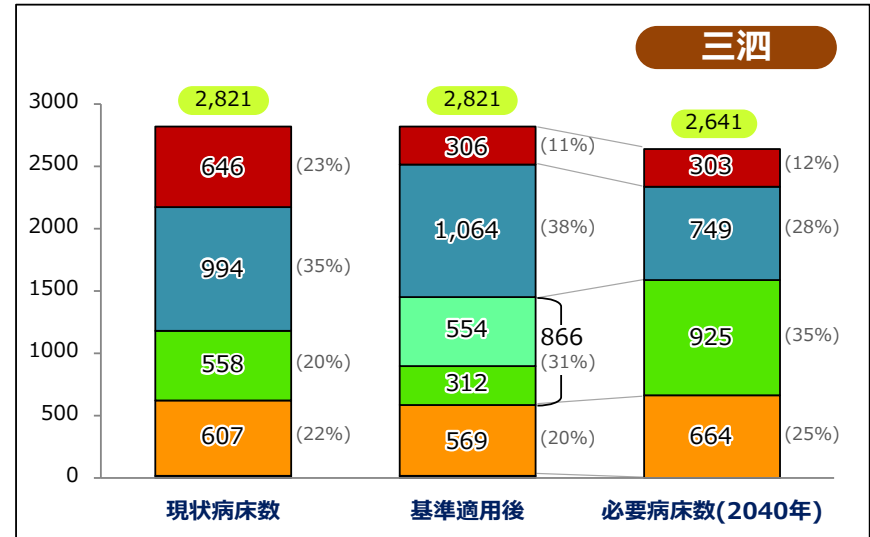
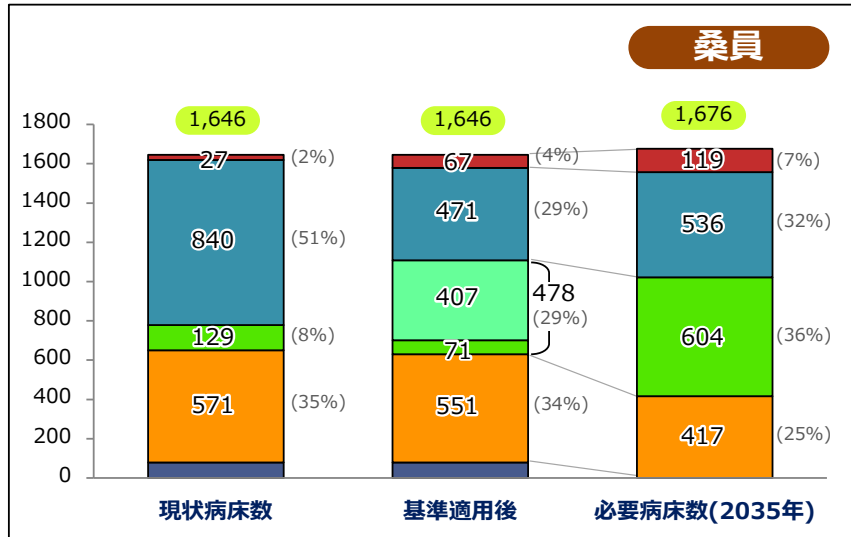
病床機能報告制度と必要病床数の推計の間におけるギャップを補正するため、両病床数を比較する際は、病床機能報告の地域急性期と回復期の病床を足し合わせたものを、必要病床数における回復期病床と比較する。

### 必要病床数の回復期病床と比較する際の病床数

$$\text{地域急性期病床 } 2,816\text{床} + \text{回復期病床 } 1,255\text{床} = 4,071\text{床}$$

# 定量的基準適用の結果 ～構想区域別①～

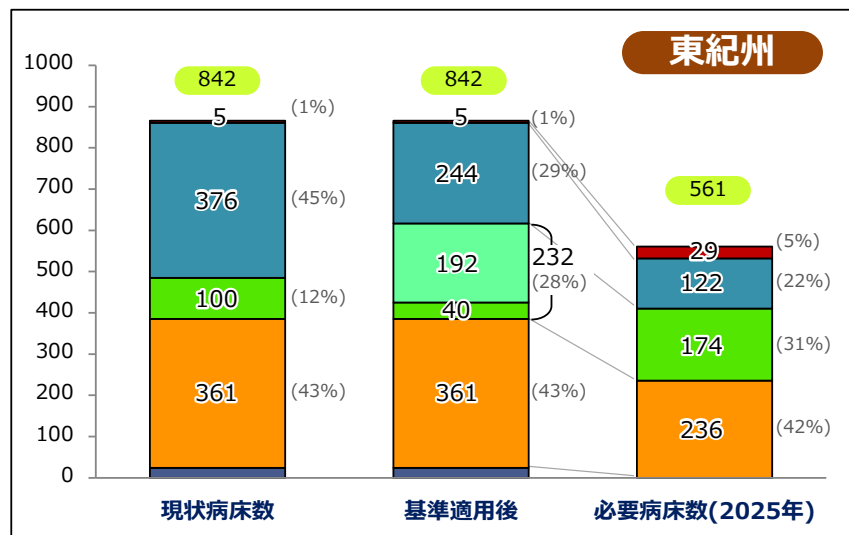
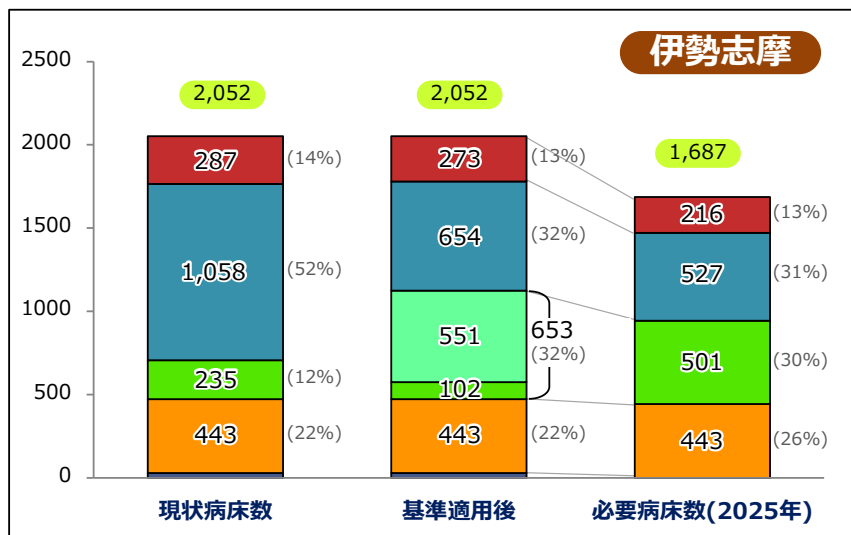
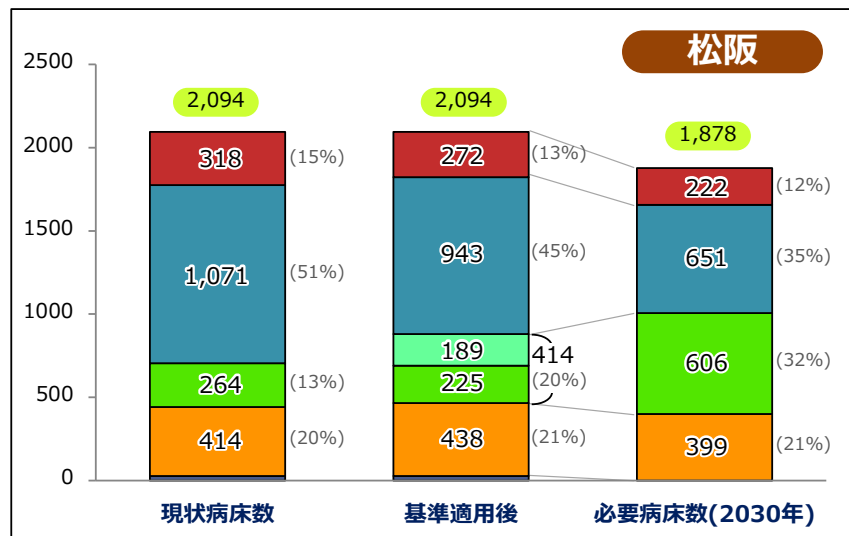
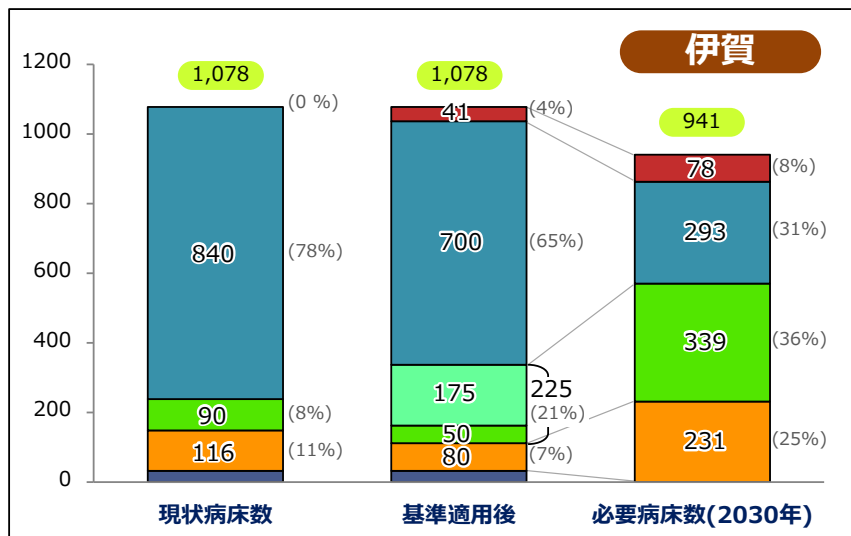
■ 高度急性期 ■ 急性期 ■ 地域急性期 ■ 回復期 ■ 慢性期 ■ 休棟中等



※ 現状病床数は、平成29年度病床機能報告の結果に、医療機関アンケートによる平成30年7月時点の病床数を反映させたもの。  
また、比較にあたっては医療型障害児入所施設及び障がい者の療養介護を行う施設の病床数を除外している。

# 定量的基準適用の結果 ～構想区域別②～

■ 高度急性期 ■ 急性期 ■ 地域急性期 ■ 回復期 ■ 慢性期 ■ 休棟中等



※ 現状病床数は、平成29年度病床機能報告の結果に、医療機関アンケートによる平成30年7月時点の病床数を反映させたもの。  
また、比較にあたっては医療型障害児入所施設及び障がい者の療養介護を行う施設の病床数を除外している。

(参考)

## 三重県版定量的基準の具体的内容

1. 入院料基準
2. 一般病棟基準
3. 特殊病棟基準
4. 有床診基準
5. 基準の適用結果

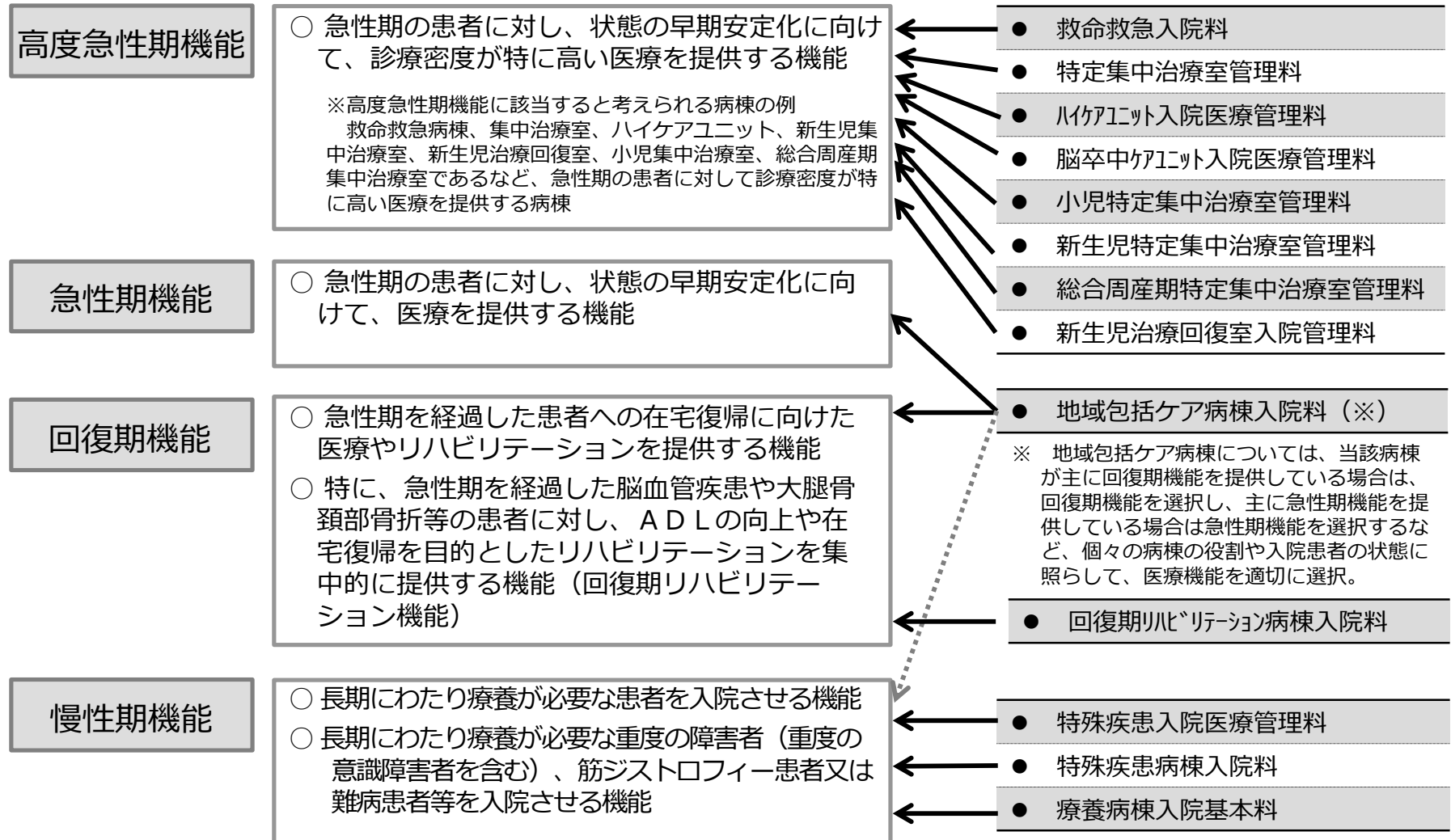
# 1. 入院料基準 ～基準の内容～

- 特定の医療機能に関連することが明らかな次の入院料（改定前の診療報酬に基づく入院料）を算定する病棟（救急・小児・周産期に係る診療料を除く）は、当該医療機能として取り扱う。
- 入院料と医療機能の関連は、次頁の病床機能報告マニュアルにおける整理に基づく。
- 地域包括ケア病棟入院料については、今回導入した「地域急性期」の機能にまさしく対応する入院料であるため、同機能として取り扱う。

入院料	医療機能
特定集中治療室管理料 1～4	高度急性期
ハイケアユニット入院医療管理料 1～2	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	
地域包括ケア病棟入院料※ ※病床単位の地域包括ケア入院管理料を算定している場合、管理料算定病床数が病棟の病床数の過半数以上であれば、地域包括ケア病棟と同様の扱いとする。	地域急性期
回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期
療養病棟入院基本料 1～2	慢性期
療養病棟特別入院基本料	
特殊疾患病棟入院料 1～2	
療養型介護療養施設サービス費等の届出病棟	

# 1. 入院料基準 ～【参考】病床機能報告における整理～

病床機能報告のマニュアルにおいては、特定入院料と医療機能の一般的な関係について、次のような整理がなされている。





## 2. 一般病棟基準 ～区分線1～

特定の医療機能に関連することが明らかでない入院料（一般病棟入院基本料7対1～15対1）について、「具体的な医療の内容」により区分線を設定し、高度急性期～地域急性期に分類する。ただし、回復期・慢性期報告の病棟については、地域急性期に分類する。

### 区分線1（高度急性期とそれ以外を分ける基準）

※50床あたりに換算した値

具体的な医療の内容		しきい値※
幅広い手術の実施状況	全身麻酔手術（算定回数）	2.0回/日
	胸腔鏡下手術（算定回数）	0.1回/日
	腹腔鏡下手術（算定回数）	0.5回/日
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	悪性腫瘍手術（算定回数）	0.6回/日
	脳血管内手術（算定回数）	0.1回/日
	経皮的冠動脈形成術（算定回数）	0.6回/日
重症患者への対応	血漿交換療法（算定回数）	0.1回/日
救急医療の実施	カウンターショック（算定回数）	0.1回/日

上記しきい値を一つの項目でも満たしている場合は高度急性期とみなし、一つも満たしていない場合は区分線2の基準により急性期と地域急性期とに分類する。

※過去3か年の病床機能報告の平均値で判断（今年度は過去2か年の平均）

## 2. 一般病棟基準 ～区分線2～

### 区分線2（急性期と地域急性期を分ける基準）

※50床あたりに換算した値

具体的な医療の内容		しきい値※
幅広い手術の実施状況	手術（算定回数）	1. 0回/日
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	化学療法（算定日数）	0. 5回/日
救急医療の実施	救急医療管理料加算1及び2（算定回数）	2. 6回/日
全身管理	呼吸心拍監視 3時間を超えた場合 7日以内の場合（算定回数）	2. 2回/日

上記しきい値を一つの項目でも満たしている場合は急性期とみなし、一つも満たしていない場合は地域急性期とみなす。

※過去3か年の病床機能報告の平均値で判断（今年度は過去2か年の平均）

## 2. 一般病棟基準 ～区分線1と区分線2の項目選択の考え方～

平成29年度病床機能報告の「具体的な医療の内容に関する項目」のうち、高度急性期・急性期に関連する項目を分析し、区分線1及び区分線2において使用する項目・しきい値を選定した。

### 高度急性期・急性期に関連する具体的な医療の内容に関する項目

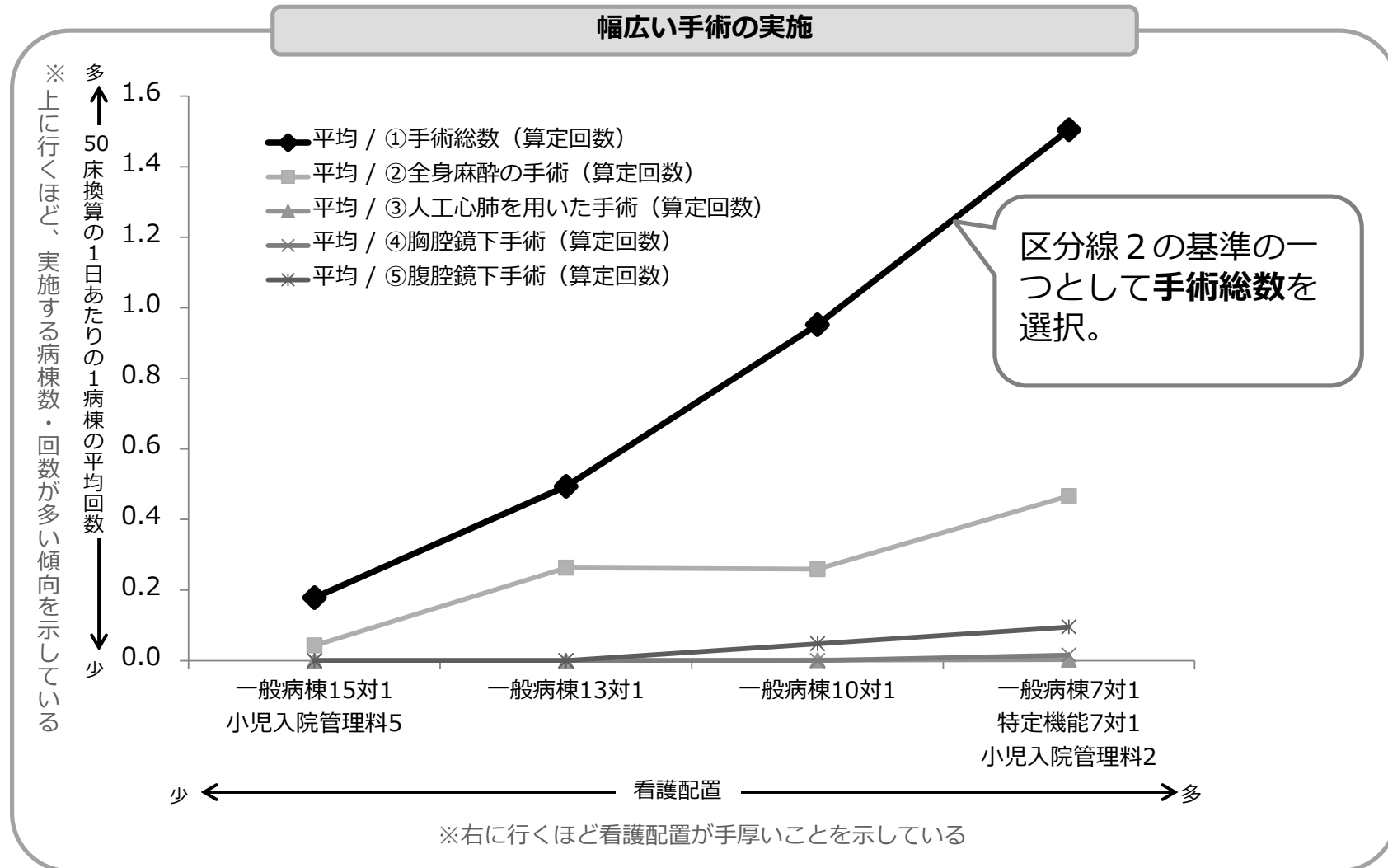
幅広い手術の実施	◆手術件数、★全身麻酔の手術件数	救急医療の実施	院内トリアージ実施料
	人工心肺を用いた手術		夜間休日救急搬送医学管理料
★胸腔鏡下手術件数、★腹腔鏡下手術件数	精神科疾患患者等受入加算		
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	★悪性腫瘍手術件数		◆救急医療管理加算
	病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製		在宅患者緊急入院診療加算
	放射線治療件数、◆化学療法件数		救命のための気管内挿管
	がん患者指導管理料		体表面ペーシング法/食道ペーシング法
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入		非開胸的心マッサージ、★カウンターショック
	超急性期脳卒中加算、★脳血管内手術、★経皮的冠動脈形成術		心膜穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法
重症患者への対応	入院精神療法、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		全身管理
	ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料	観血的動脈圧測定、ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	
	救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定	人工呼吸、人工腎臓、腹膜灌流	
	持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンポンピング法、経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓	経管栄養カテーテル交換法	
	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			

★：区分線1で選定した項目      ◆：区分線2で選定した項目

## 2. 一般病棟区分 ～区分線2の項目の検討①～

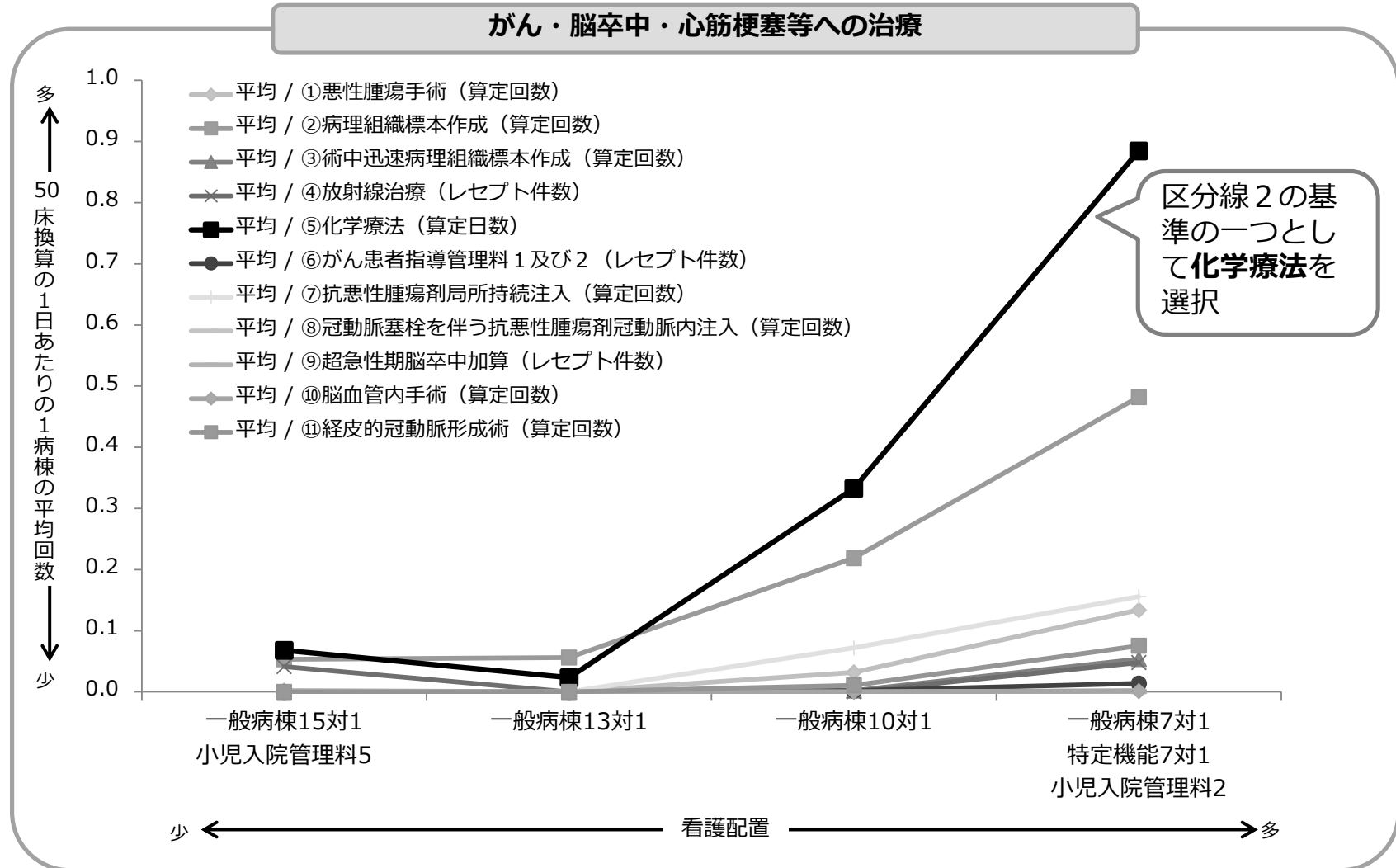
一般病棟入院基本料（特定機能病院を含む）、小児入院管理料を算定する病棟を看護配置ごとに整理して、各項目の実績の平均値をグラフ化して分析。

「幅広い手術の実施」では、**手術総数**が看護配置と比例して、回数も増加する傾向を示した。



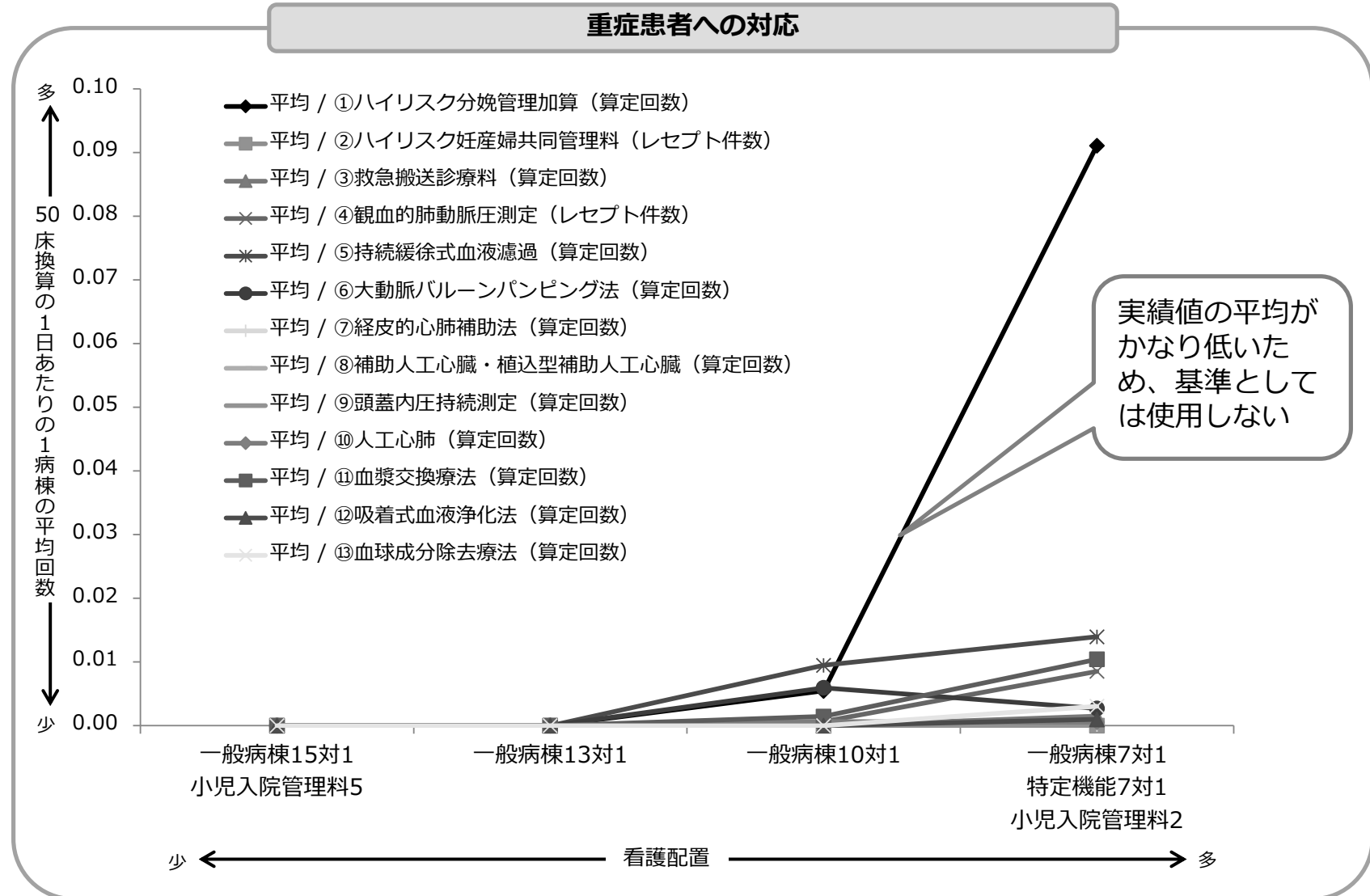
## 2. 一般病棟区分 ～区分線2の項目の検討②～

「がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療の状況」では、主にがんに関する項目の件数が多く、脳卒中や心筋梗塞に関する項目はグラフ上の傾向が読み取りづらいため、区分線2の基準として、がんに関する項目の中から選択することとし、最も明瞭な傾向を示す**化学療法**を選択。



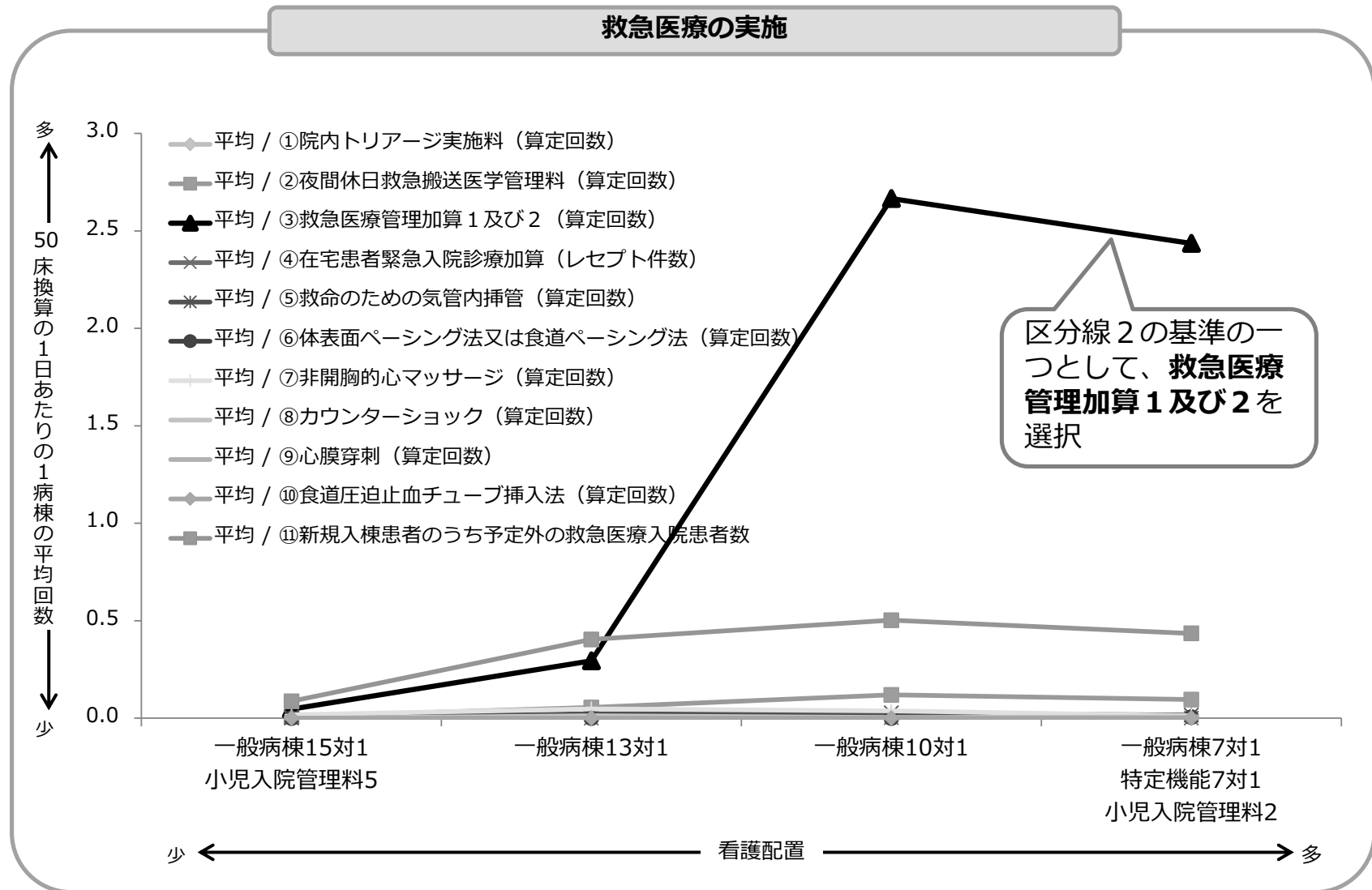
## 2. 一般病棟区分 ～区分線2の項目の検討③～

「重症患者への対応」では、全体的に、各算定項目の実施状況が低調なため、区分線2の基準としては、いずれの項目も使用しない。



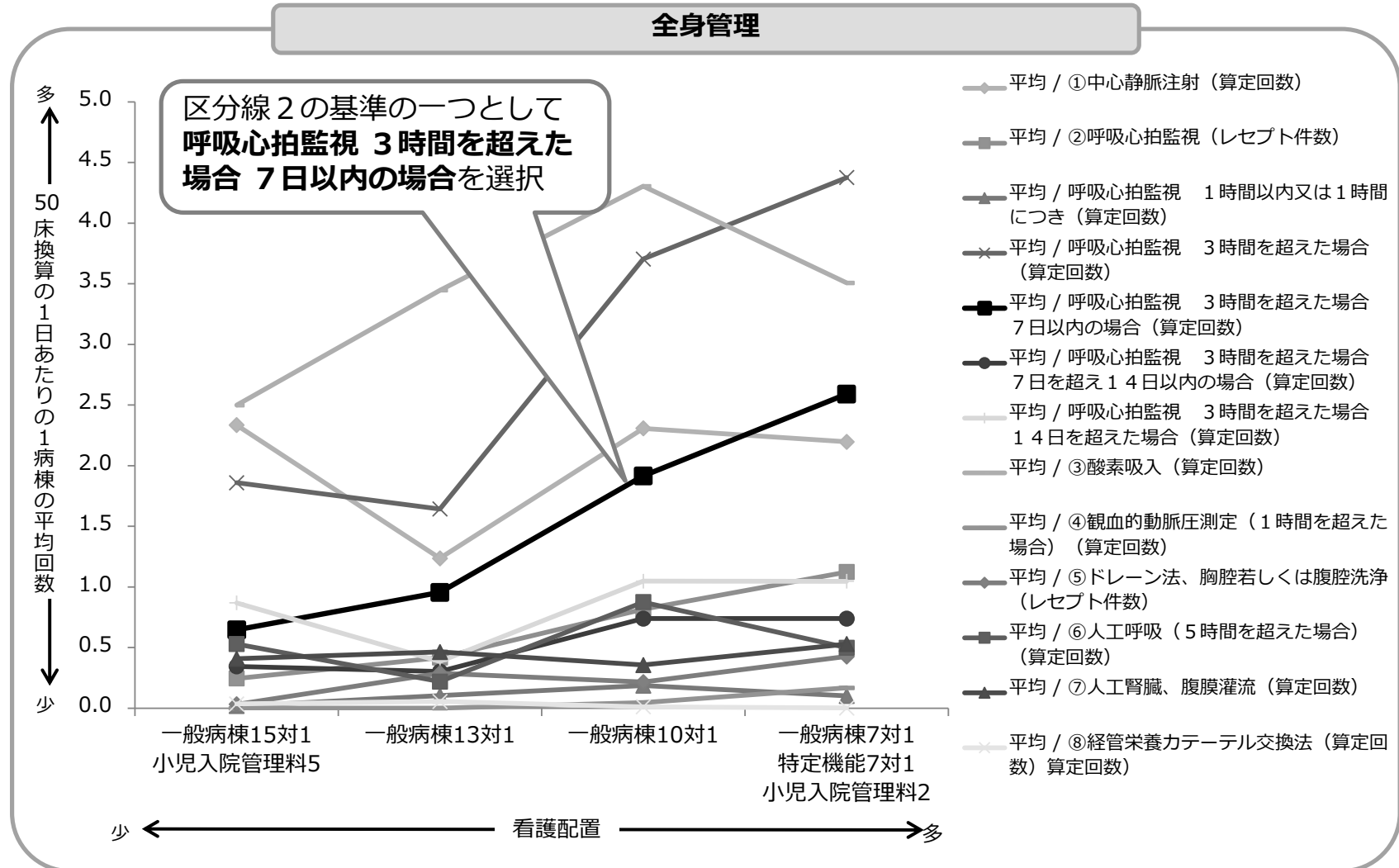
## 2. 一般病棟区分 ～区分線2の項目の検討④～

「救急医療の実施」では、**救急医療管理加算1及び2**が全体の件数も多く、看護配置とほぼ比例して、回数も増加する傾向を示したため、区分線2の基準の一つとして同項目を選択。



## 2. 一般病棟区分 ～区分線2の項目の検討⑤～

「全身管理」では、**呼吸心拍監視**の項目が全体的に件数が多く、その中でも**3時間を超えた場合 7日以内の場合**について、看護配置と比例して、回数も多くなる傾向を示したため、同項目を区分線2の基準の一つとして選択。





## 2. 一般病棟区分 ～区分線2のしきい値の検討①～

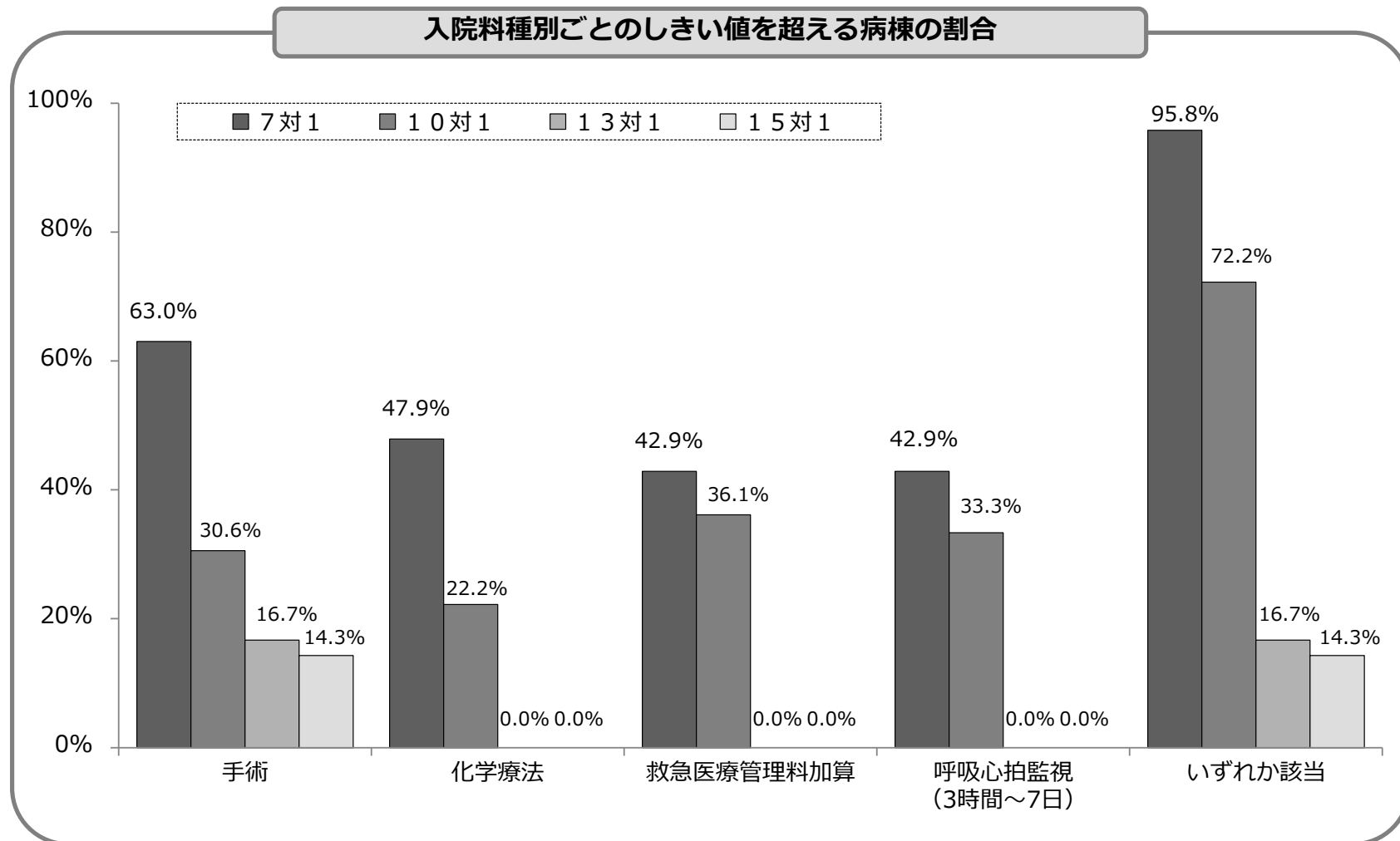
区分線2の各項目について、「全病棟」「一般病棟基準対象病棟」「一般病棟7対1病棟（特定機能病院を含む）」「一般病棟10対1」のそれぞれのカテゴリごとに平均値を算出した上で、原則7対1と10対1の平均値の範囲内でしきい値を設定。

※50床換算の1日あたりの1病棟の平均回数

区分線2の項目	全病棟の平均	の一般病棟基準対象病棟の平均	の一般病棟7対1病棟の平均	の一般病棟10対1病棟の平均	しきい値
手術	1.3	1.3	1.6	0.9	<b>1.0</b>
化学療法	0.3	0.7	1.0	0.4	<b>0.5</b>
救急医療管理料加算1及び2	1.1	2.5	2.7	2.9	<b>2.6</b>
呼吸心拍監視 3時間を超えた場合 7日以内の場合	1.1	2.5	2.8	2.1	<b>2.2</b>

## 2. 一般病棟区分 ～区分線2のしきい値の検討②～

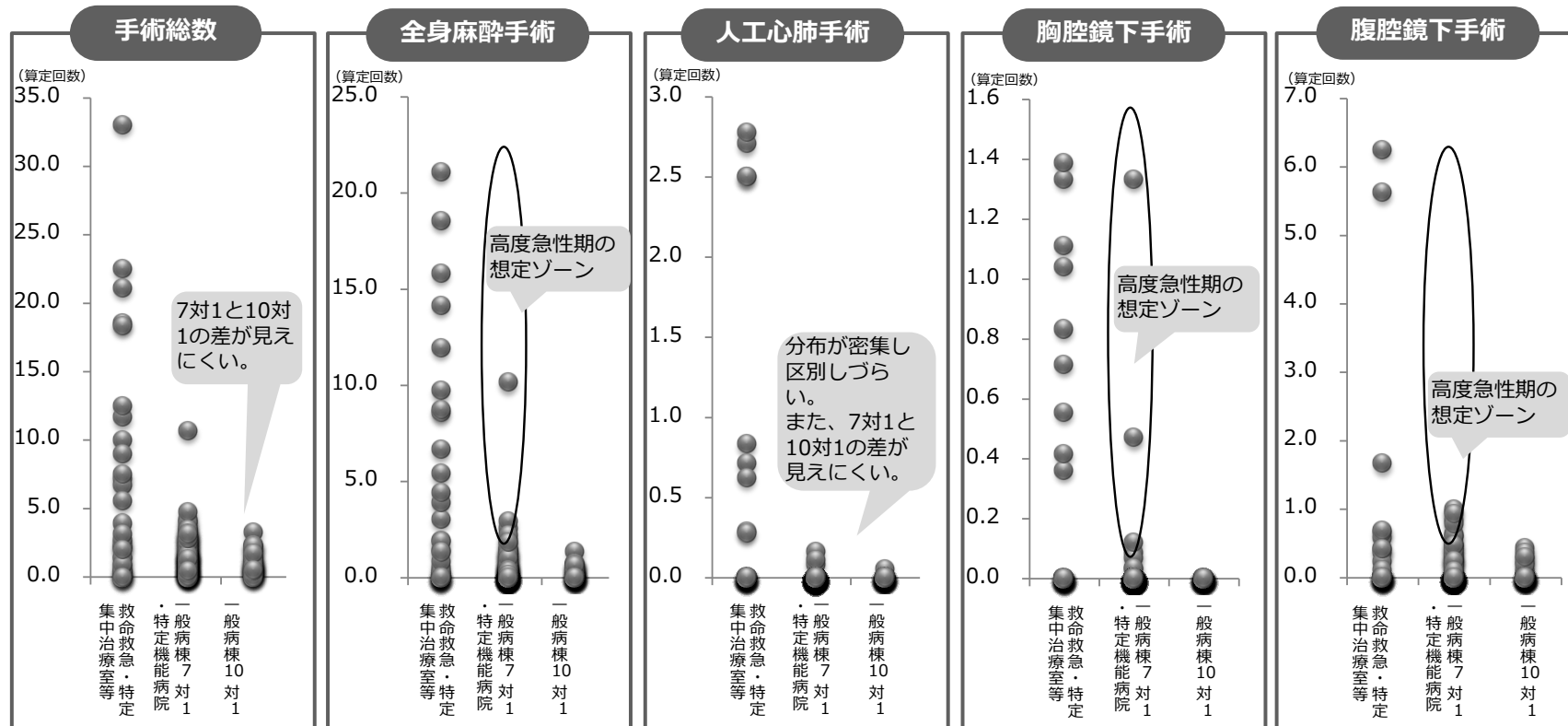
区分線2の各項目のしきい値については、多くの病棟で実施されている「手術」については、他の項目よりも該当割合が高くなるよう設定し、「手術」以外の項目については、項目ごとの該当割合が同程度になるよう設定。結果として、7対1病棟の大半と、10対1病棟の約7割がいずれかのしきい値をクリアしている。



## 2. 一般病棟区分 ～区分線1の項目の検討①～

一般病棟入院基本料を算定する病棟の平均値では、特定の診療科のみに関連する項目の値が低くなってしまったため、実際の個々の病棟の数値を分布図に落とし込み視覚化することで、一般病棟7対1の中から高度急性期を区分可能な項目・しきい値の分析を行った。

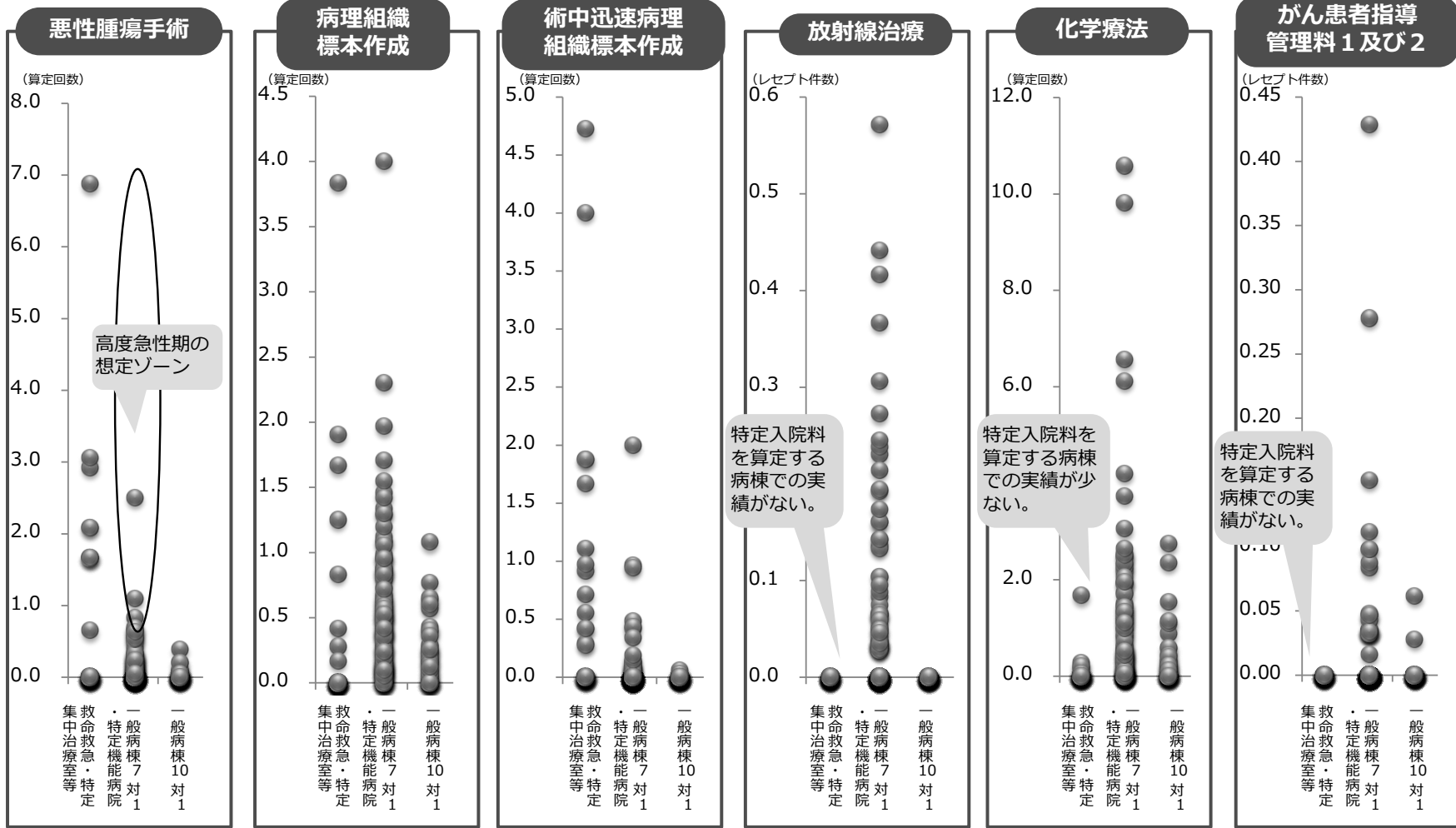
### 幅広い手術の実施



「高度急性期に位置づけられる特定入院料を算定する病棟で一定程度実施されている項目であること」  
 「一般病棟7対1において実績を有する病棟が一定範囲に広く分布していること」「一般病棟10対1と分布に差があり区別可能であること」という視点から**全身麻酔手術、胸腔鏡下手術、腹腔鏡下手術**を選択。なお、しきい値は、一般病棟10対1における最高数値程度を基準に設定（全項目共通）。

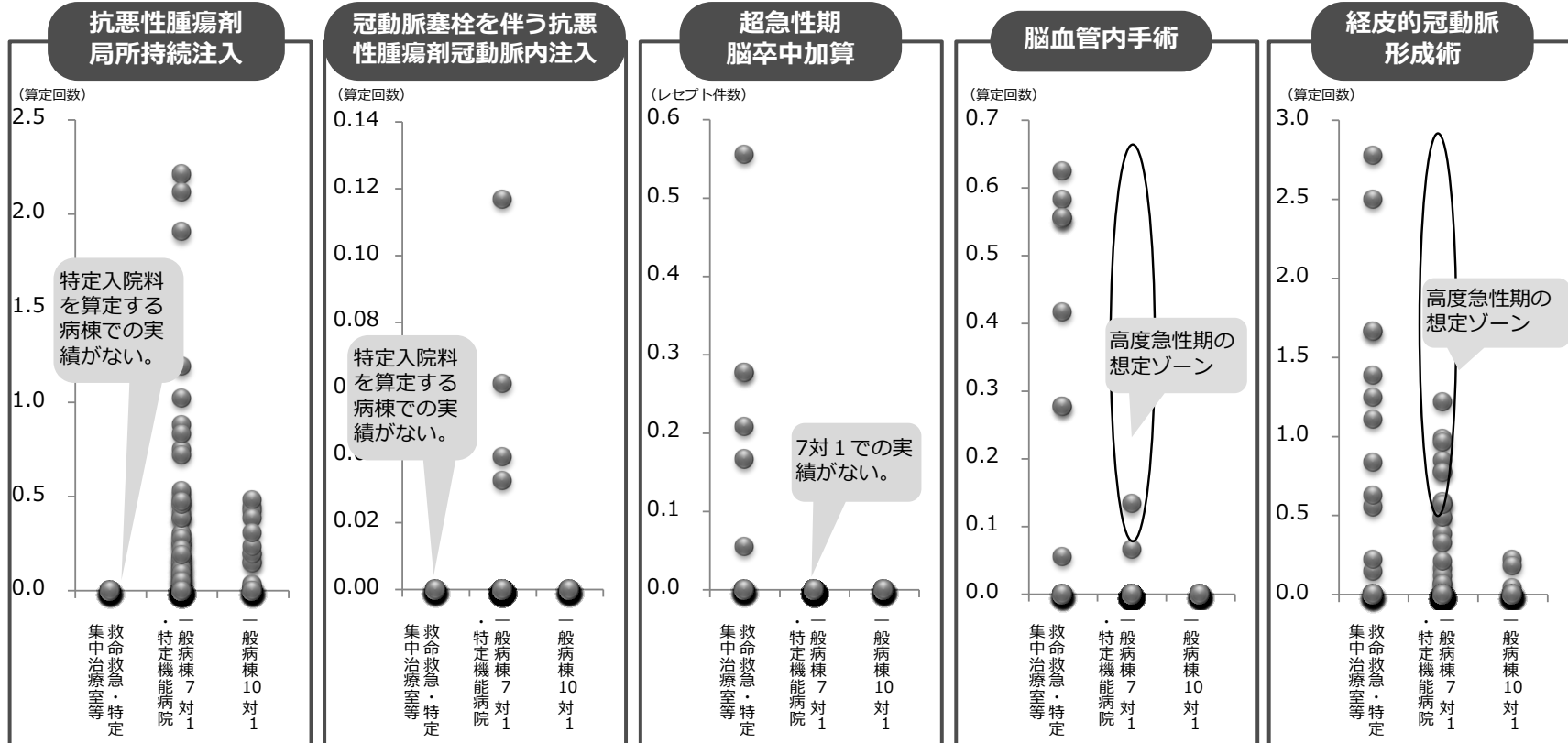
## 2. 一般病棟区分 ～区分線1の項目の検討②～

### がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況①



## 2. 一般病棟区分 ～区分線1の項目の検討③～

### がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況②



「がんへの治療状況」では、特定入院料を算定する病棟と一般病棟10対1との分布の比較等から、悪性腫瘍手術、病理標本作成、術中迅速病理組織標本作成の3項目が候補となるが、その中から一般病棟10対1との差が最も明瞭で実施する病棟数も多い**悪性腫瘍手術**を選択。

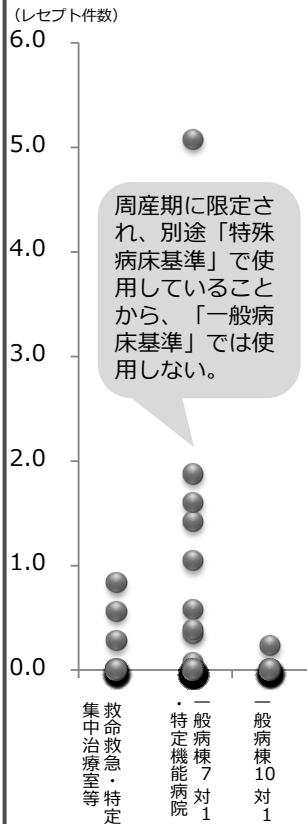
「脳卒中への治療状況」では、実績値が少ないものの、脳神経外科を専門とする病棟に対応するため、**脳血管内手術**を選択。

「心筋梗塞等への治療状況」では、分布が広範囲にわたっている**経皮的冠動脈形成術**を選択。

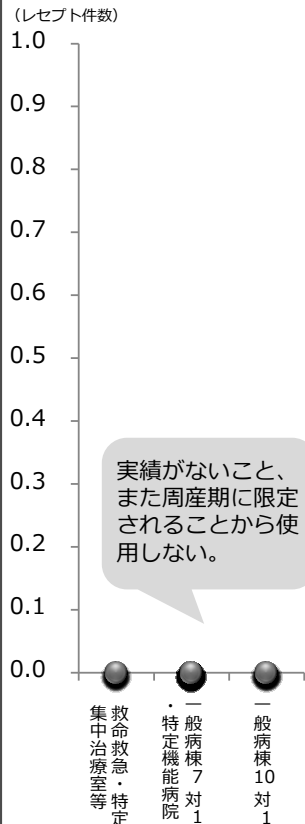
## 2. 一般病棟区分 ～区分線1の項目の検討④～

### 重症患者への対応状況①

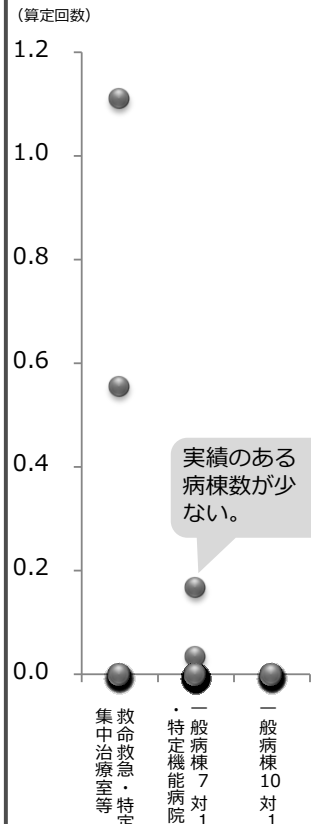
#### ハイリスク分娩 管理加算



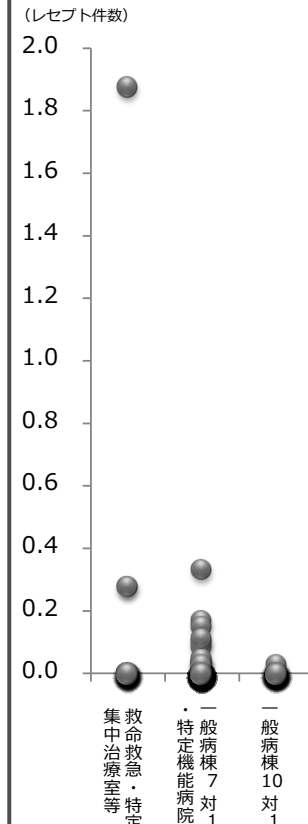
#### ハイリスク妊産婦 共同管理料



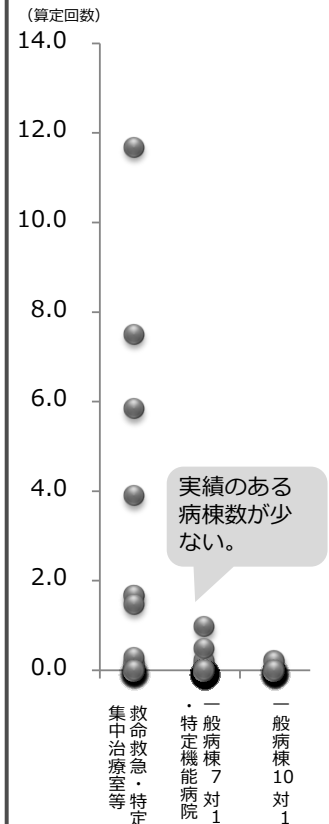
#### 救急搬送 診療料



#### 観血的肺動脈圧測定



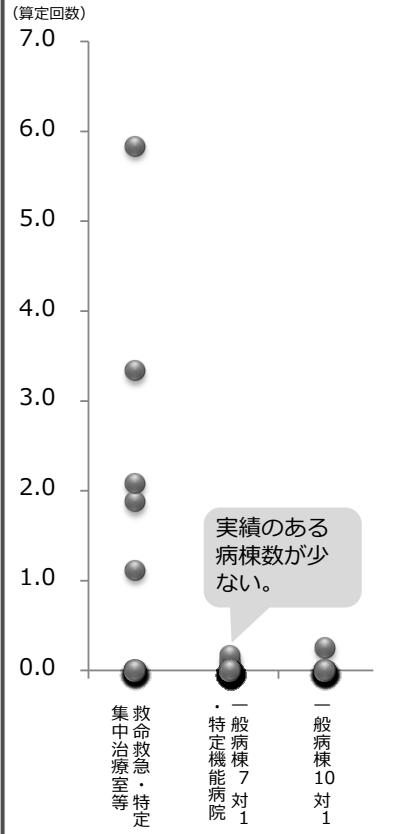
#### 持続緩徐式 血液濾過



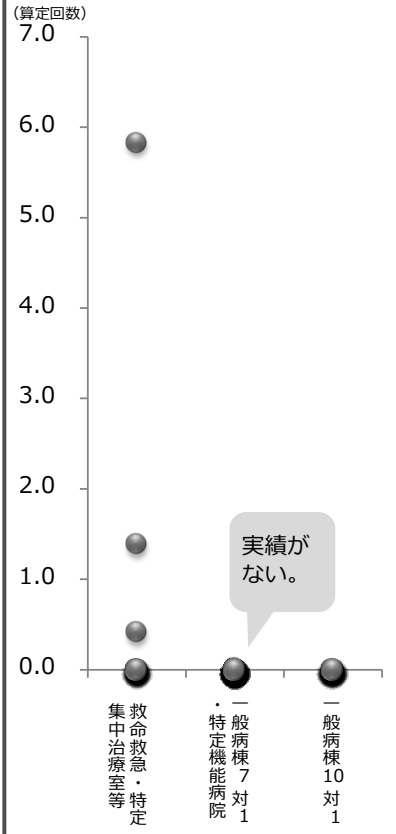
## 2. 一般病棟区分 ～区分線1の項目の検討⑤～

### 重症患者への対応状況②

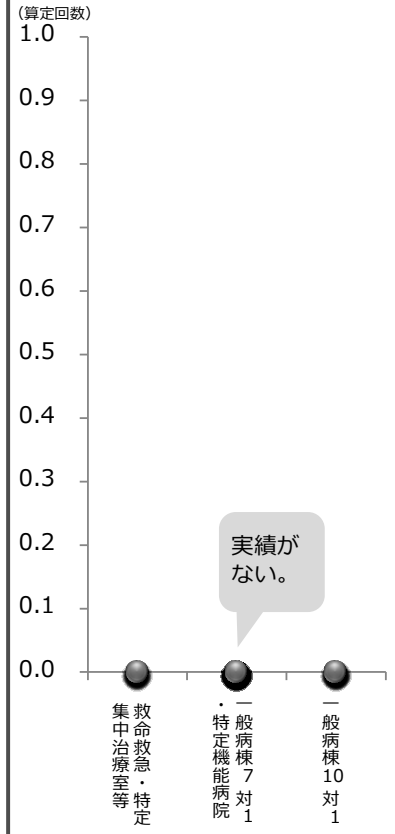
#### 大動脈バルーン パンピング法



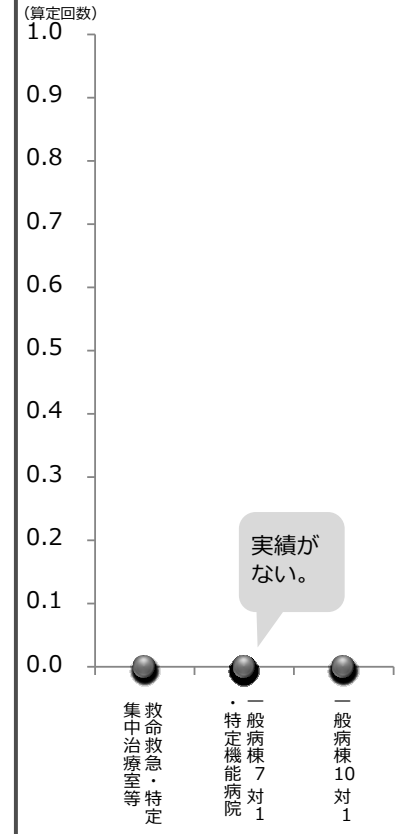
#### 経皮的心肺補助法



#### 補助人工心臓・ 植込型補助人工心臓

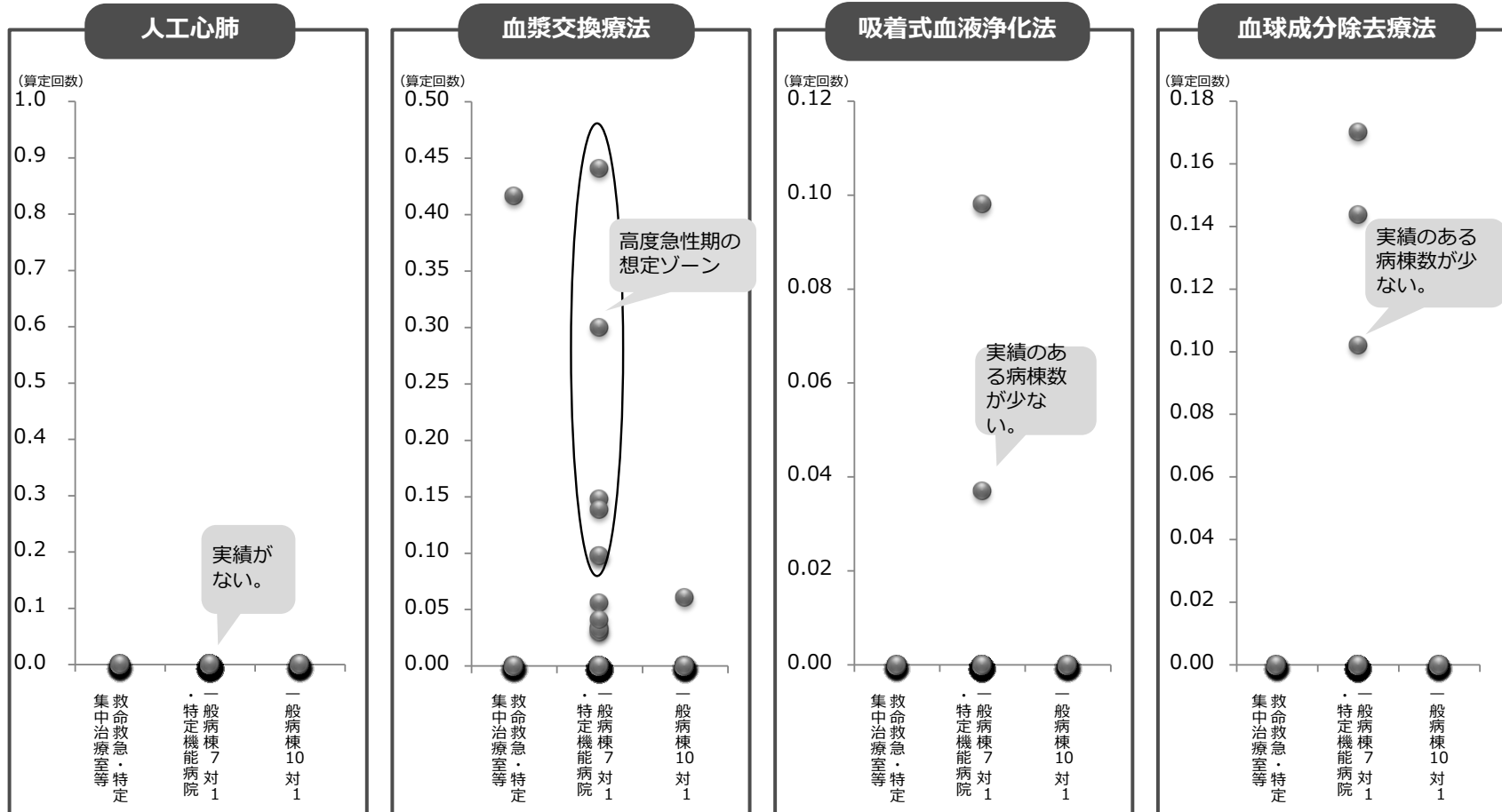


#### 頭蓋内圧持続測定



## 2. 一般病棟区分 ～区分線1の項目の検討⑥～

### 重症患者への対応状況③



「重症患者への対応状況」では、特定入院料を算定する病棟と一般病棟10対1との分布の比較や実施する病棟数等から、**血漿交換療法**を選択。

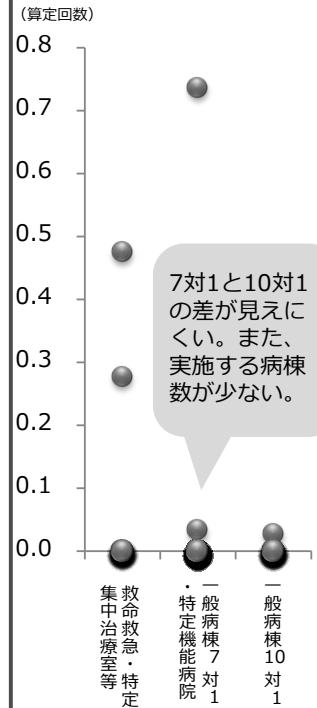




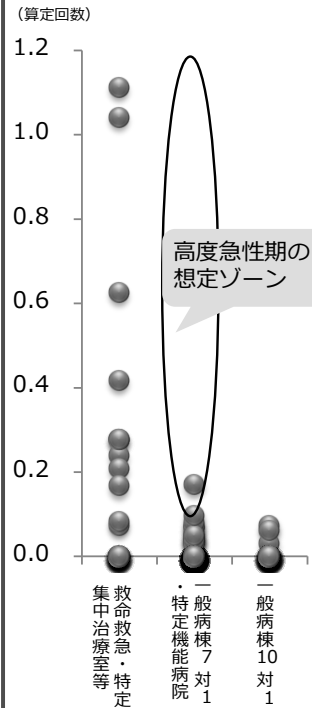
## 2. 一般病棟区分 ～区分線1の項目の検討⑧～

### 救急医療の実施状況②

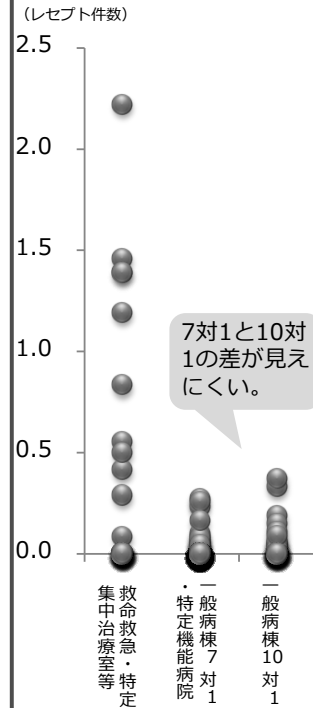
#### 体表面ペースティング法又は食道ペースティング法



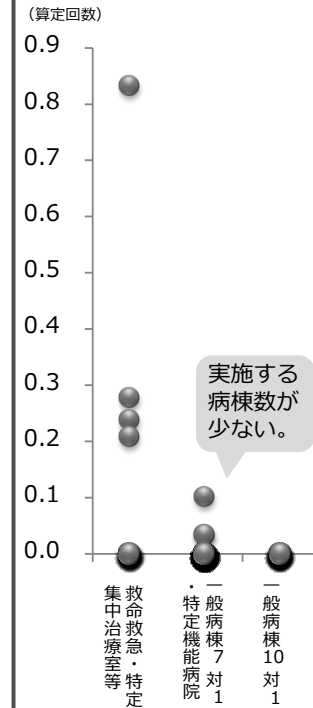
#### カウンターショック



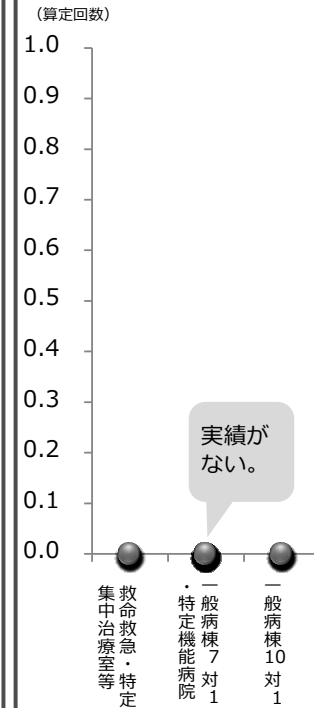
#### 非開胸的心マッサージ



#### 心膜穿刺



#### 食道圧迫止血チューブ挿入法

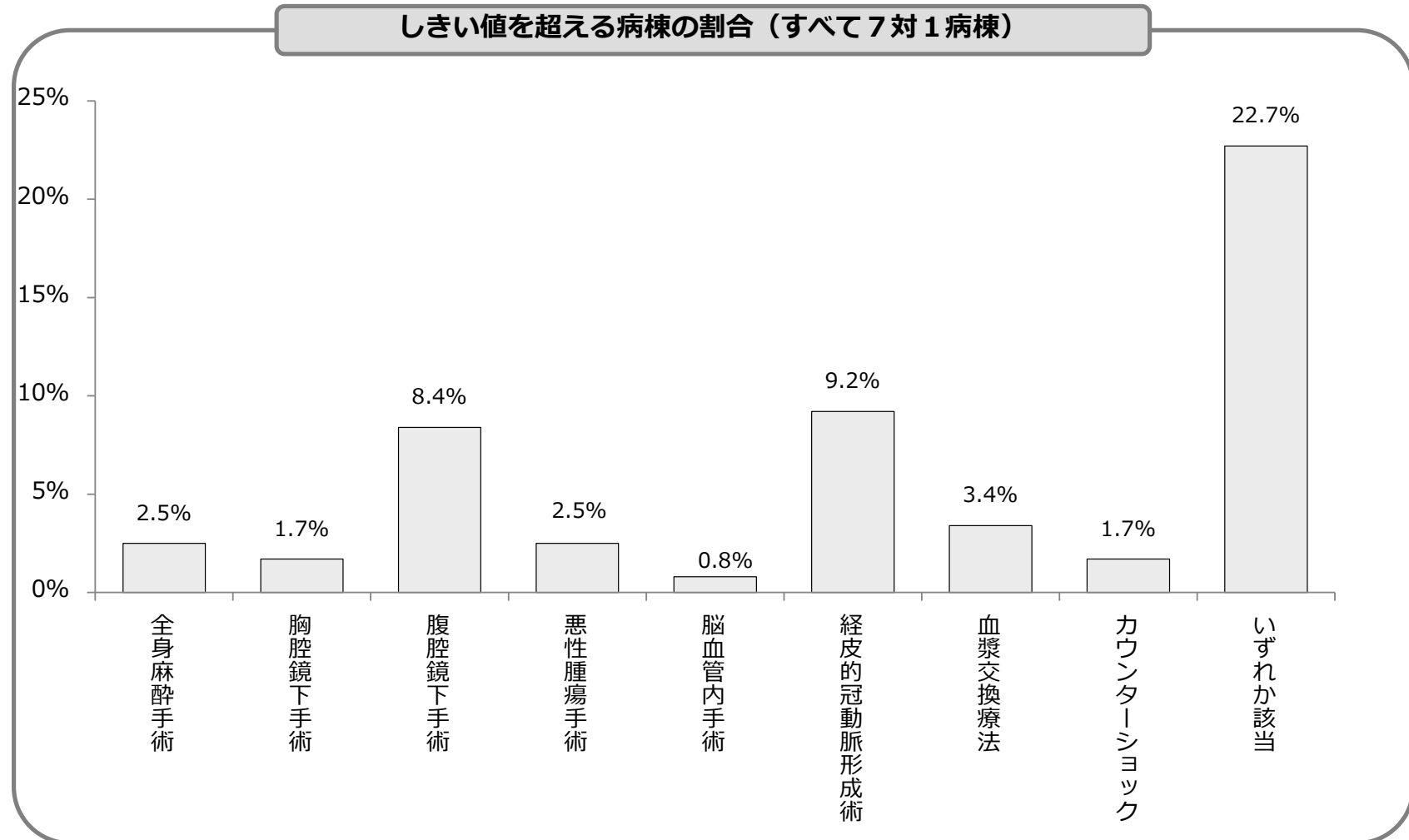


「救急医療の実施状況」では、特定入院料を算定する病棟と一般病棟10対1との分布の比較や実施病棟の数等から、**カウンターショック**を選択。

※なお、「全身管理」の各項目については、慢性期機能にも関連付く項目であることから、高度急性期の基準としては使用しない。

## 2. 一般病棟区分 ～区分線1のしきい値の検討～

区分線1の各項目のしきい値については、7対1病棟と10対1病棟との境界点に設定したため、しきい値をクリアするのは全て7対1病棟となっている。また、診療科や専門領域に特化した項目も多いため、各項目ごとでしきい値を超える病棟の割合はバラつきが生じている。全体では、7対1病棟の約2割がいずれかのしきい値をクリアしている。



### 3. 特殊病棟基準①

特殊性の強い、小児医療、周産期医療、救急医療、緩和ケア病棟入院料、障害者施設等入院基本料について、以下の基準により医療機能を区分する。（「一般病棟基準」の適用にそぐわない性質の病棟に対する例外的な取り扱い）

#### 小児医療

- 小児特定集中治療室管理料 ⇒ **高度急性期**
- 新生児特定集中治療室管理料 1～2 ⇒ **高度急性期**
- 新生児治療回復室入院医療管理料 ⇒ **高度急性期**
- 小児入院医療管理料 1 ⇒ **高度急性期**
- 小児入院医療管理料 2～3 ⇒ **急性期**
- 小児入院医療管理料 4～5 ⇒ **地域急性期**
- 小児科の一般病棟 7：1 ⇒ **急性期**
- 小児科の一般病棟 7：1 以外 ⇒ **地域急性期**

小児入院医療管理料は、看護配置等によって、1～5の区分に分かれているため、看護配置を基準に高度急性期から地域急性期までを区分する。

#### 周産期医療

- 総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）⇒ **高度急性期**
- 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）⇒ **高度急性期**
- 産科の一般病棟 ⇒ 下表により、高度急性期～地域急性期を区分

具体的な医療の内容	しきい値（50床あたり1日の数）	医療機能
ハイリスク分娩管理加算の算定回数	2回以上	<b>高度急性期</b>
	実績ありかつ2回未満	<b>急性期</b>
	実績なし	手術総数で判断
手術総数の算定回数	1回以上	<b>急性期</b>
	1回未満	<b>地域急性期</b>

## 3. 特殊病棟基準②

### 救急医療

救急医療に関しては、一般病棟入院基本料を算定する救命救急センターもあるため、下記の基準とする。

- 救命救急入院料 1～4 ⇒ **高度急性期**
- 上記以外の救命救急センター機能を有する病棟 ⇒ **高度急性期**

### 緩和ケア病棟入院料

在宅への復帰を前提とした比較的短期の入院を中心とする病棟と、終末期ケアを中心とした病棟に分かれるため、前者を地域急性期に、後者を慢性期として区分する。

- 退棟患者に占める死亡退院の割合※が80%未満 ⇒ **地域急性期**
- 退棟患者に占める死亡退院の割合が80%以上 ⇒ **慢性期**

※病床機能報告の報告様式1における1か月の退棟患者数の退棟先のうち、「終了（死亡退院等）」に該当する割合。  
なお、基準を満たしているかは、過去3か年の病床機能報告の平均値で判断（今年度は過去2か年の平均）。

### 障害者施設等入院基本料

在宅復帰を想定した比較的短期の入院を中心とする病棟と、長期療養を中心とする病棟に分かれるため、前者を地域急性期に、後者を慢性期として区分する。

- 平均在棟日数が60日以内の場合 ⇒ **地域急性期**
- 平均在棟日数が60日を超える場合 ⇒ **慢性期**

※平均在棟日数 = 在棟患者延数 / ((新規入棟患者数 + 退棟患者数) ÷ 2)  
なお、基準を満たしているかは、過去3か年の病床機能報告の平均値で判断（今年度は過去2か年の平均）

## 4. 有床診基準

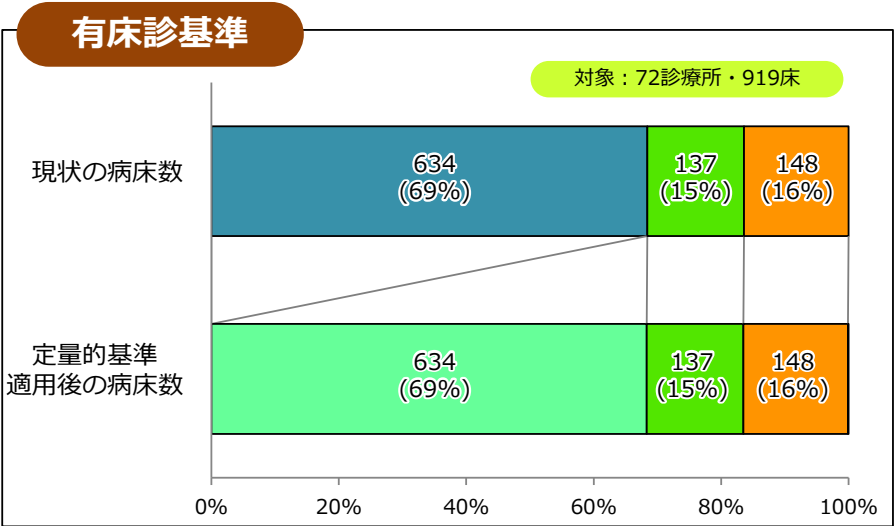
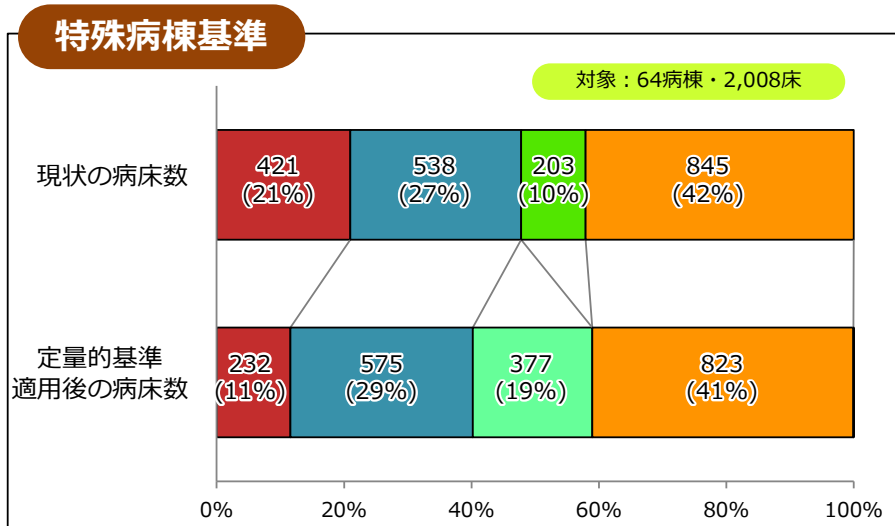
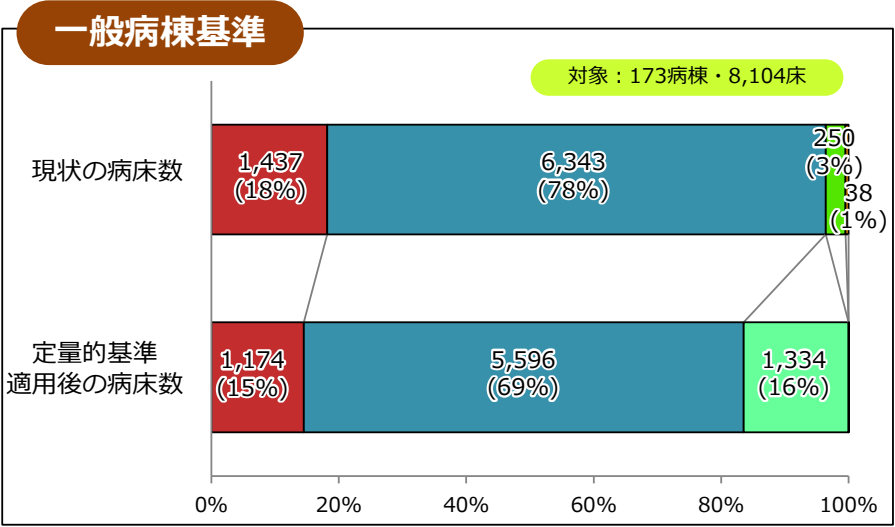
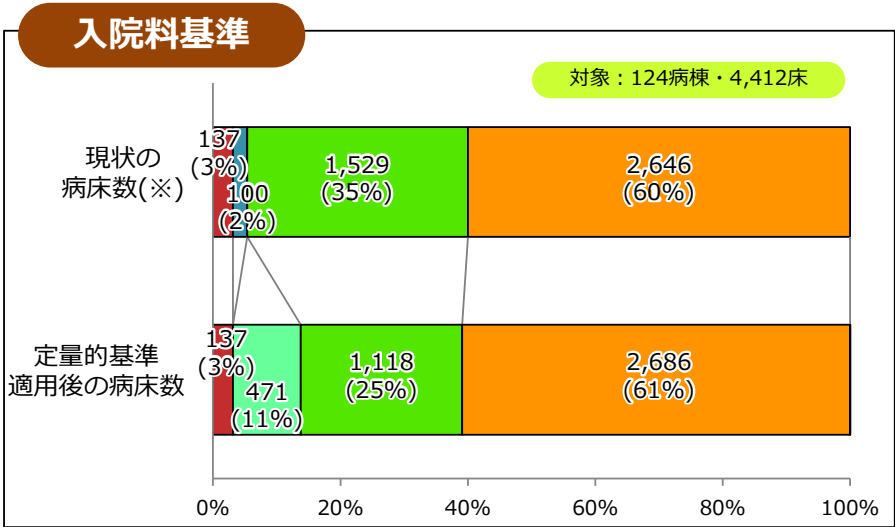
- 有床診療所については、病床規模が小さく、1か月間のレセプト情報が元となる病床機能報告の「具体的な医療の内容」では、年度間・診療所間の数値の偏りが大きいいため正確な比較が困難。
- そのため、**有床診療所の医療機能については、基本的に病床機能報告における報告に準ずるものとするが、急性期報告の診療所については、医療法上に規定される役割※をふまえて、地域急性期機能と位置付ける。**

- 急性期報告診療所（54診療所・634床が該当） ⇒ **地域急性期**
- 回復期報告診療所（10診療所・137床が該当） ⇒ **回復期**
- 慢性期報告診療所（8診療所・148床が該当） ⇒ **慢性期**

### 【参考】医療法第30条の7（抜粋）

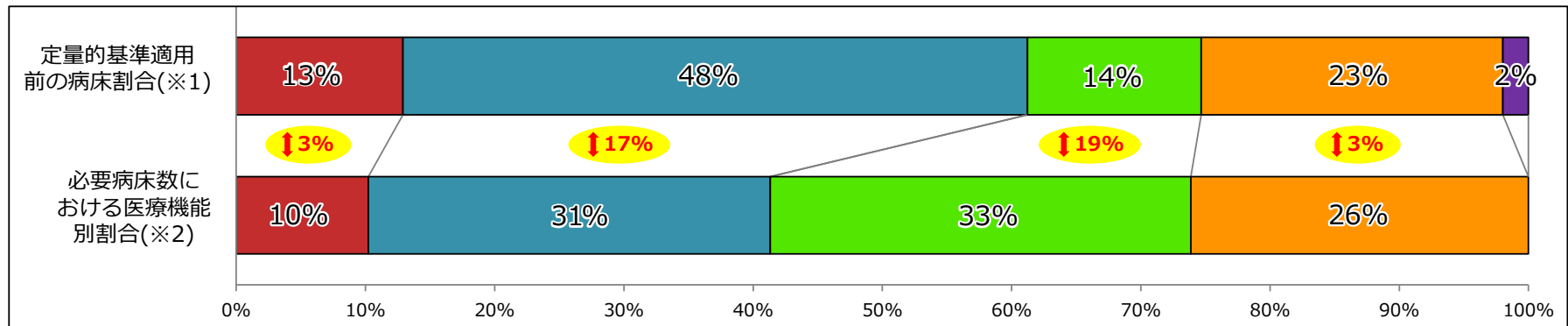
- 2 医療提供施設のうち次の各号に掲げる者の開設者及び管理者は、前項の必要な協力をするに際しては、良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、他の医療提供施設との業務の連携を図りつつ、それぞれ当該各号に定める役割を果たすよう努めるものとする。
  - 一 病院 病床の機能に応じ、地域における病床の機能の分化及び連携の推進に協力し、地域において必要な医療を確保すること。
  - 二 病床を有する診療所 その提供する医療の内容に応じ、患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、次に掲げる医療の提供その他の地域において必要な医療を確保すること。
    - イ 病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供すること。
    - ロ 居宅等において必要な医療を提供すること。
  - ハ 患者の病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させ、必要な医療を提供すること。

# 5. 基準の適用結果① ~4つの基準ごとの結果~

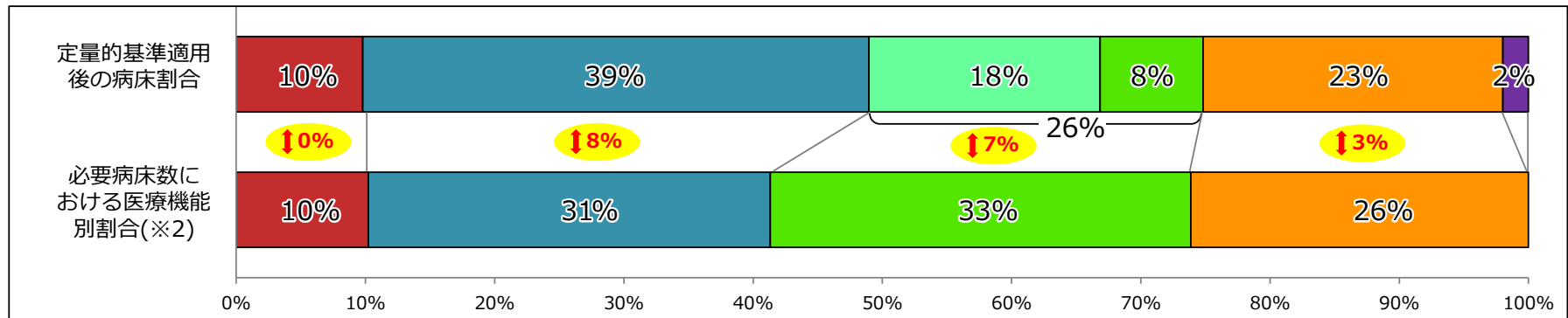


※ 医療型障害児入所施設及び障がい者の療養介護を行う施設の病床数（慢性期報告の364床）を除外している。

## 5. 基準の適用結果② ～割合からみた比較（県全体）～



定量的基準適用



定量的基準の適用結果を医療機能の割合で比較すると、必要病床数とのギャップが、急性期で17ポイントから8ポイントに、回復期で19ポイントから7ポイントにそれぞれ縮小するなど、**全体のバランスが、より必要病床数の割合に近づく**こととなった。

- ※1 病床割合は、平成29年度病床機能報告の結果に、医療機関アンケートによる平成30年7月時点の病床数を反映させたものをベースに算出。また、医療型障害児入所施設及び障がい者の療養介護を行う施設の病床数を除外している。
- ※2 2025年以降の医療需要のピーク時における必要病床数の合計値をベースにした割合。