

定量的な基準について

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長
（ 公 印 省 略 ）

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

病床機能報告に関しては、その内容等について、

- ① 回復期機能に該当する病棟は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されるといった誤解をはじめ、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、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 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、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

により、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という指摘がある。

なお、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。

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、「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成 30 年 6 月 22 日付医政地発 0622 第 2 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により示した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。

また、厚生労働省において、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を円滑に作成できるよう、データ提供等の技術的支援を実施していく予定であり、適宜活用されたい。

参考とする4府県(先行事例)における定量的な基準の導入状況

	佐賀県	奈良県	大阪府	埼玉県
概要	回復期機能の充足度を評価するために、県医師会などの医療関係者との協議を経て、定量的な基準を作成	医療機能の明確化を図り、より効果的な施策の展開を図るため、急性期を重症と軽症に区分する目安を示したうえで医療機関に報告を求める	急性期を重症急性期と地域急性期((サブアキュート、ポストアキュートを提供する機能)に区分するための定量的な基準を作成(奈良方式に近いが、指標を大阪独自のものに変更)	各医療機関が、地域における自らの医療機能に関する立ち位置を確認し、医療機能の分化・連携の在り方を議論するための「目安」を提供することを目的として、県医師会などの医療関係者等との協議を経て、定量的な基準を作成
指標の考え方	<p>○病床機能報告で回復期以外と報告されている病床のうち、</p> <p>①病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数(既に回復期相当)</p> <p>②調整会議で合意済の病床数、地域医療介護総合確保基金事業で整備予定の病床数(回復期への転換確実)</p> <p>については、回復期の過不足を判断する際に回復期とみなし、</p> <p>③急性期病床のうち、平均在棟日数が22日超の病床数(回復期に近い急性期)</p> <p>については、将来の見込みを判断する際に参考情報とする。</p>	<p>○急性期を重症と軽症に分類</p> <p>【重症急性期を中心とする病床】 (目安)手術件数と救急医療入院件数の合計の、病床あたりの件数(50床あたり):1日2件以上</p> <p>【軽症急性期を中心とする病床】 1日2件未満</p>	<p>○急性期を「重症急性期」「地域急性期(サブアキュート、ポストアキュート)」に分類</p> <p>【(重症)急性期】 算定式:月あたり件数/30日×(50床/許可病床数) ⇒下記要件のいずれかを満たす ・手術総数算定回数:1以上 ・化学療法算定回数:1以上 ・救急医療加算管理レセプト件数:1以上 ・呼吸心拍監視(3時間超7日以内):2以上</p> <p>【地域急性期】 いずれも満たさない</p> <p>※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項目を選定</p>	<p>○「ICU→高度急性期」「回復期」ハ病床→回復期」「療養病床→慢性期」など、どの医療機能とみなすかが明らかでない入院の病床は、当該医療機能として扱う。</p> <p>○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・地域包括ケア病床(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によって、高度急性期/急性期/回復期を区分。</p> <p>【高度急性期・急性期の区分の指標】 ・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、救急搬送診療料、救急医療に係る諸項目、重症患者への対応に係る諸項目、全身管理への対応に係る諸項目</p> <p>【急性期・回復期の区分の指標】 ・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日数、一般病床用の重症度・医療・看護必要度を満たす患者割合</p>
区分	急性期、回復期、慢性期(回復期病床の抽出)	急性期、回復期(急性期を重症と軽症に区分)	急性期、回復期(急性期を重症と軽症に区分)	高度急性期、急性期、回復期、慢性期(4つの病床機能を再定義)
特徴	シンプルで指標が比較的わかりやすい	急性期及び回復期の区分に特化	急性期及び回復期の区分に特化	高度急性期・急性期間の区分の問題にも対応
課題		指標の内容により結果がかなり異なってくるため、適切な指標を選定する必要がある	指標の内容により結果がかなり異なってくるため、適切な指標を選定する必要がある	指標数が多く、分析が非常に複雑になる

回復期の見通し

- 回復期の現状と将来の見通しについて、「イメージがわく」整理はできないか？
 - ・ 定量的にガチガチにやってしまうと、病床機能報告の趣旨（自院が判断）と整合性がとれない
 - ・ 報告基準を独自に作るものではなく、病院関係者も「なるほど」と思えるような整理



- 医療機関の負担にならないよう、提出された病床機能報告を活用し、かつ各医療機関の病床機能報告の報告基準にはならない形で、整理。



- 佐賀県地域医療構想調整会議議長（県医師会長）、佐賀県病院協会理事会での説明を経て、地域医療構想調整会議分科会で活用。

※病院協会理事会での意見「佐賀県の民間病院の実態からみて納得感がある」「ストーンと落ちる話」

地域医療構想・病床機能報告における「回復期」の課題

厚生労働省医政局地域医療計画課長事務連絡（H29.9.29）等で示された回復期の課題

- 病床機能報告上、回復期は「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テーションを提供する機能」と定義され、単に回復期リハ病棟のみを指すものではない。
(注) 病床機能報告マニュアルでの回復期の例 = 回リハ病棟、地域包括ケア病棟、10 : 1 ~ 13 : 1 ~ 15 : 1
 - しかし、現実には、以下の課題
 - ・ 回復期の定義が十分理解されず、在宅復帰に向けた医療を提供していても、急性期・慢性期と報告
 - ・ 病床機能報告が病棟単位の報告であることから、回復期以外の病棟においても、在宅復帰やリハが提供
 - このため、以下の対応が必要
 - ・ 各医療機関が各病棟の診療実態に即した適切な報告
 - ・ 地域医療構想調整会議における十分な分析
- 「各医療機関が各病棟の診療実態に即した適切な報告」を行うことができるような、報告基準の「目安」については、国においても「地域医療構想に関するワーキンググループ」を中心に検討中。
- 佐賀県としては、各区域において回復期がどの程度不足しているのか、また将来にわたりどの程度確保見込みがあるのかを現在の病床機能報告のデータをもとに、分析し、調整会議で共有してはどうか。

「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用（案）

- 病床機能報告は、各医療機関が自主的に病棟機能を判断。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、
- ・①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
 - ・③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする
- 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</p>	<p>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</p> <p style="color: red;">※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</p> <p style="text-align: center;"> 病棟A 急性期の患者 回復期の患者 ←可能な限り客観指標で把握 </p>
<p>②回復期への転換確実</p>	<p>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</p> <p style="color: red;">※病床機能報告のタイムラグを補正</p>
<p>③回復期に近い急性期</p>	<p>病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病棟の病床数</p> <p style="text-align: center;"> 病棟B 急性期の患者 回復期の患者 ←平均在棟日数22日超のイメージ </p>

佐賀県地域医療構想調整会議資料

東部医療圏における回復期病床確保の視点

現状

2025年の回復期病床の必要量	地域医療構想で明記	472床
2018年の回復期病床の必要量	地域医療構想で明記していないが、県で機械的に試算	407床
2016年の病床機能報告の回復期	各医療機関が自らの医療機能を病棟単位で報告	278床
2014年の病床機能報告の回復期		173床

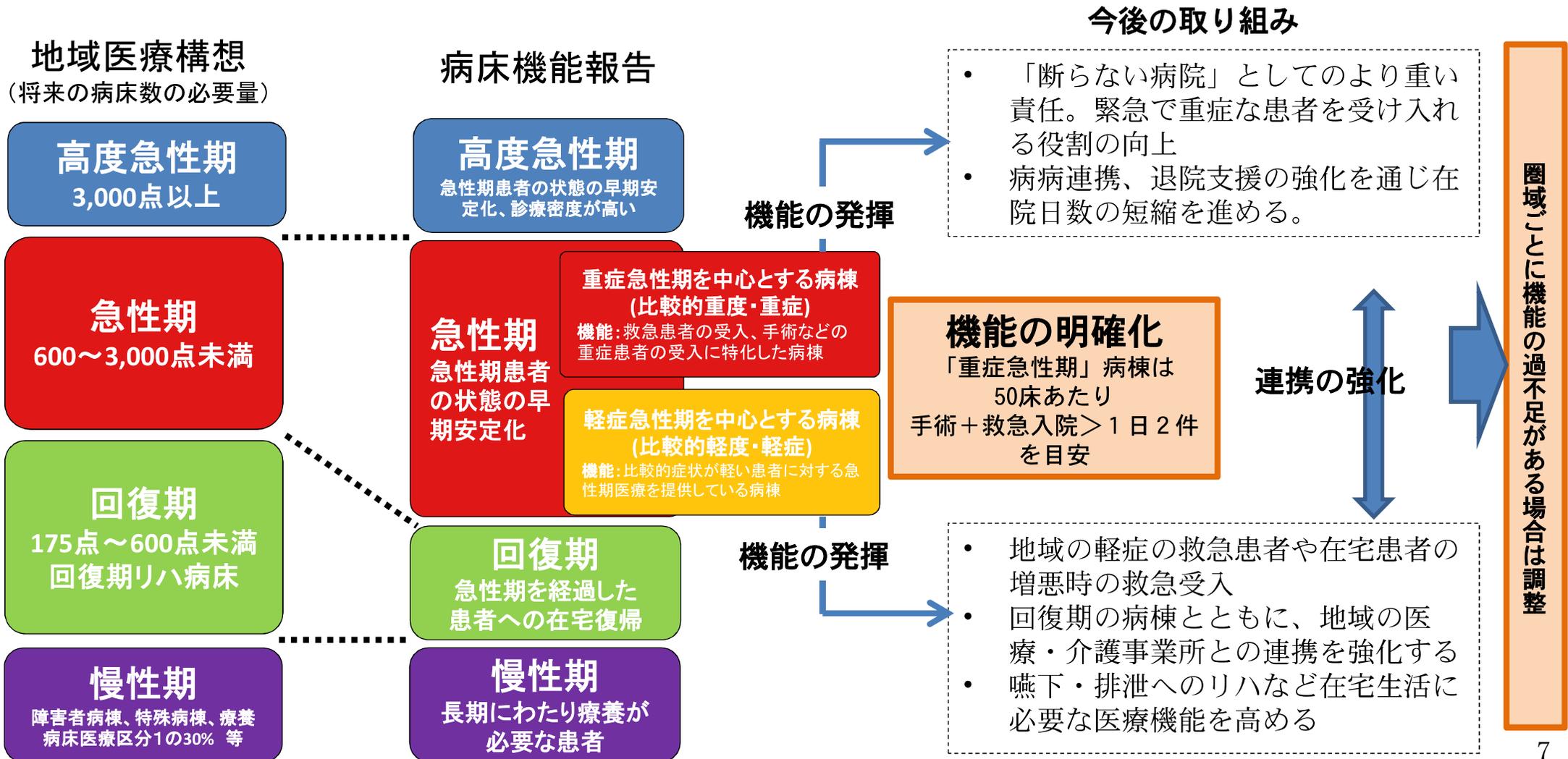
県独自の視点

①既に回復期相当	2016年病床機能報告の慢性期のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数	54床
②回復期への転換确实	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	54床
③回復期に近い急性期	2016年病床機能報告の急性期のうち、平均在棟日数が22日超の病棟の病床数	64床

考察

- 回復期病床については増加傾向にあり、病床の必要量に向けた収れんが進んでいる。
- 2016年の病床機能報告の回復期278床に、県独自の視点①②を加え、現時点の回復期は386床と見込んでよいのではないかと考え、この場合、病床の必要量に対する充足率は、対2018年で94.8%、対2025年で81.8%となり、足元についてはほぼ充足。
- 仮に③回復期に近い急性期64床が全て転換した場合、対2025年の充足率は95.3%であり、民間医療機関の自主的な判断により、病床の必要量は確保される見込み。

- 平成29年の病床機能報告に加え、奈良県の独自の取り組みとして、急性期を重症と軽症に区分する目安を示したうえで報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化し、より効果的な施策の展開を図る。（第7次保健医療計画にも反映させる予定。）

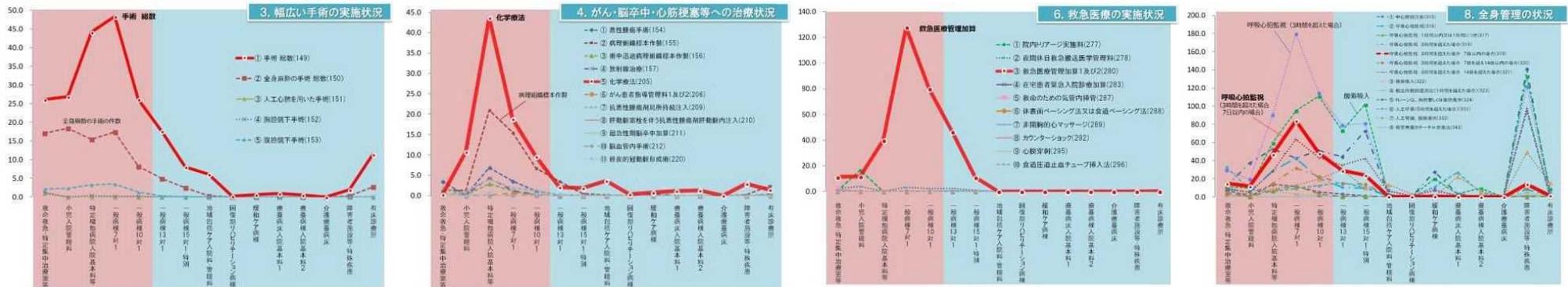


② (2) 診療実態分析 ① 仕分けルール 大阪府

※平成30年8月31日 平成30年度第2回都道府県医療政策研修会 資料3-1

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時間超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

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(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

具体的な機能に応じて区分線を引く

佐賀県モデルの定量的な基準の導入（県全体）

- 2018年と2015年の回復期の病床数を比べると、**294床**増加した。
- 2018年の病床数に定量的な基準を導入すると、回復期と見込める病床数は**770床**であった。
- 定量的な基準導入後の回復期の病床数と大分県地域医療構想における2025年の回復期の必要病床数を比べると、**1,782床**不足しており、急性期からの転換を進める必要がある。（定量的な基準導入前は**2,552床**の不足）

【2015年度病床機能報告】

2015年

合計17,709床



【2018年度病床機能報告（2019年3月末時点暫定値）】

2018年

合計17,632床



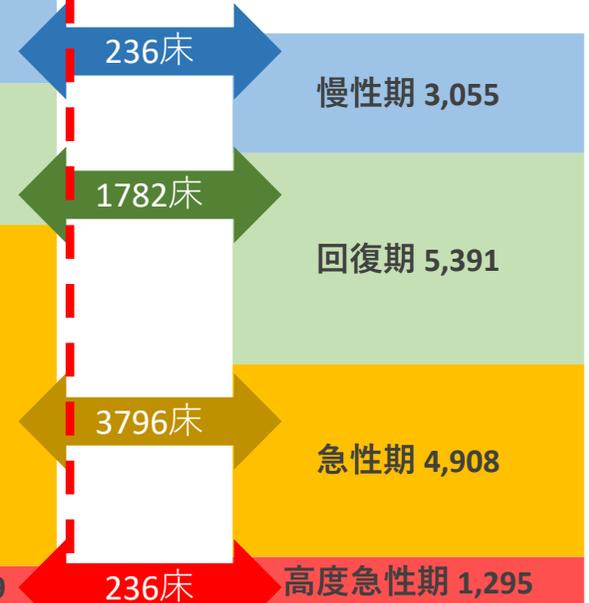
定量的な基準導入後 (①+②)

合計17,632床



【大分県地域医療構想における2025年の必要病床数】

合計14,649床



【定量的な基準】

- 基準①（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を算定している病床数 = 4,988床
- 基準②（回復期転換予定）：調整会議で合意済の病床数、地域医療介護総合確保基金事業で整備予定の病床数 = 2,722床
- 基準③（参考情報）：病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病床数 = 1,759床

佐賀県モデルの定量的な基準の導入（東部）

- 2018年と2015年の回復期の病床数を比べると、**24床**増加した。
- 2018年の病床数に定量的な基準を導入すると、回復期と見込める病床数は**171床**であった。
- 定量的な基準の導入後の回復期の病床数と大分県地域医療構想における2025年の回復期の必要病床数を比べると、**296床**不足しており、急性期からの転換を進める必要がある。（定量的な基準導入前は**467床**の不足）

【2015年度病床機能報告】

2015年

合計4,429床



【2018年度病床機能報告（2019年3月末時点暫定値）】

2018年

合計4,339床



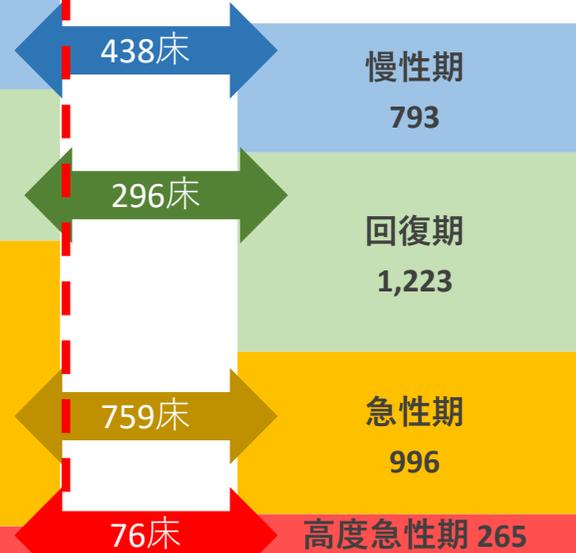
定量的な基準導入後 (①+②)

合計4,339床



【大分県地域医療構想における2025年の必要病床数】

合計32,77床



【定量的な基準】

- 基準①（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を算定している病床数 = 123床
- 基準②（回復期転換予定）：調整会議で合意済の病床数、地域医療介護総合確保基金事業で整備予定の病床数 = 48床
- 基準③（参考情報）：病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病床数 = 427床

佐賀県モデルの定量的な基準の導入（中部）

- 2018年と2015年の回復期の病床数を比べると、**155床**増加した。
- 2018年の病床数に定量的な基準を導入すると、回復期と見込める病床数は**282床**であった。
- 定量的な基準の導入後の回復期の病床数と大分県地域医療構想における2025年の回復期の必要病床数を比べると、**1,071床**不足しており、急性期からの転換を進める必要がある。（定量的な基準導入前は**1,353床**の不足）

【2015年度病床機能報告】

2015年

合計7,570床



【2018年度病床機能報告（2019年3月末時点暫定値）】

2018年

合計7,719床



定量的な基準導入後 (①+②)

合計7,719床



【大分県地域医療構想における2025年の必要病床数】

合計7,338床



【定量的な基準】

- 基準①（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を算定している病床数 = 160床
- 基準②（回復期転換予定）：調整会議で合意済の病床数、地域医療介護総合確保基金事業で整備予定の病床数 = 122床
- 基準③（参考情報）：病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病床数 = 611床

佐賀県モデルの定量的な基準の導入（南部）

- 2018年と2015年の回復期の病床数を比べると、**8床**減少した。
- 2018年の病床数に定量的な基準を導入すると、回復期と見込める病床数は**55床**であった。
- 定量的な基準の導入後の回復期の病床数と大分県地域医療構想における2025年の回復期の必要病床数を比べると、**264床**不足しており、急性期からの転換を進める必要がある。（定量的な基準導入前は**319床**の不足）

【2015年度病床機能報告】

2015年

合計1,193床



【2018年度病床機能報告（2019年3月末時点暫定値）】

2018年

合計1,205床



定量的な基準導入後 (①+②)

合計1,205床



【大分県地域医療構想における2025年の必要病床数】

合計940床



増減なし

8床減

12床減

増減なし

増減なし

55床増

55床減

増減なし

9床

264床

490床

60床

【定量的な基準】

- 基準①（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を算定している病床数 = 15床
- 基準②（回復期転換予定）：調整会議で合意済の病床数、地域医療介護総合確保基金事業で整備予定の病床数 = 40床
- 基準③（参考情報）：病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病床数 = 305床

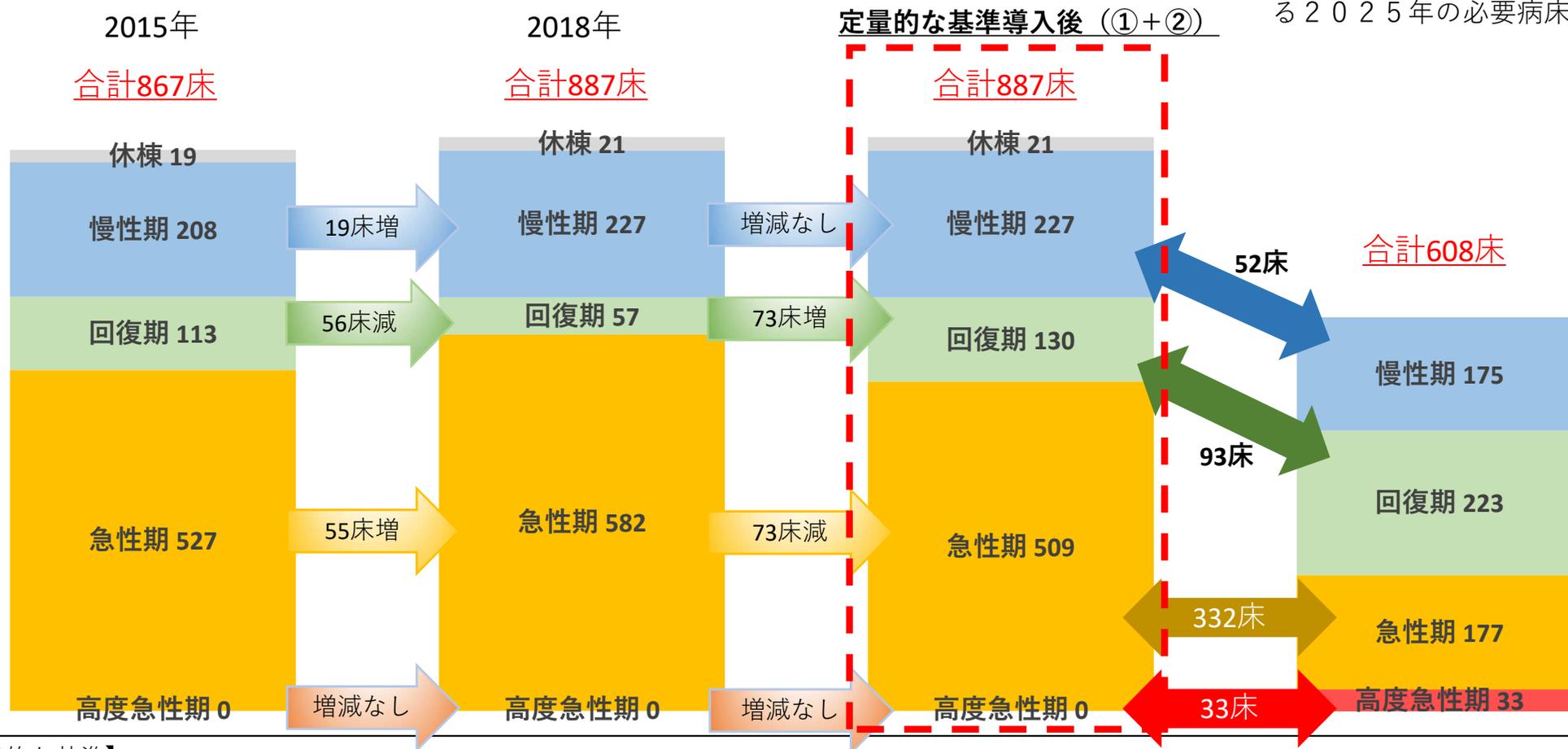
佐賀県モデルの定量的な基準の導入（豊肥）

- 2018年と2015年の回復期の病床数を比べると、**56床**減少した。
- 2018年の病床数に定量的な基準を導入すると、回復期と見込める病床数は**73床**であった。
- 定量的な基準の導入後の回復期の病床数と大分県地域医療構想における2025年の回復期の必要病床数を比べると、**93床**不足しており、急性期からの転換を進める必要がある。（定量的な基準導入前は**166床**の不足）

【2015年度病床機能報告】

【2018年度病床機能報告（2019年3月末時点暫定値）】

【大分県地域医療構想における2025年の必要病床数】



【定量的な基準】

- 基準①（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を算定している病床数 = 73床
- 基準②（回復期転換予定）：調整会議で合意済の病床数、地域医療介護総合確保基金事業で整備予定の病床数 = 0床
- 基準③（参考情報）：病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病床数 = 176床

佐賀県モデルの定量的な基準の導入（西部）

- 2018年と2015年の回復期の病床数を比べると、**142床**増加した。
- 2018年の病床数に定量的な基準を導入すると、回復期と見込める病床数は**50床**であった。
- 定量的な基準の導入後の回復期の病床数と大分県地域医療構想における2025年の回復期の必要病床数を比べると、その差は**15床**であり、ほぼ充足している。（定量的な基準導入前は**65床**の不足）

【2015年度病床機能報告】

【2018年度病床機能報告（2019年3月末時点暫定値）】

【大分県地域医療構想における2025年の必要病床数】



【定量的な基準】

- 基準①（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を算定している病床数 = 50床
- 基準②（回復期転換予定）：調整会議で合意済の病床数、地域医療介護総合確保基金事業で整備予定の病床数 = 0床
- 基準③（参考情報）：病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病床数 = 51床

佐賀県モデルの定量的な基準の導入（北部）

- 2018年と2015年の回復期の病床数を比べると、**37床**増加した。
- 2018年の病床数に定量的な基準を導入すると、回復期と見込める病床数は**139床**であった。
- 定量的な基準の導入後の回復期の病床数と大分県地域医療構想における2025年の回復期の必要病床数を比べると、その差は**43床**であり、ほぼ充足している。（定量的な基準導入前は**182床**の不足）

【2015年度病床機能報告】

2015年

合計2,391床



【2018年度病床機能報告（2019年3月末時点暫定値）】

2018年

合計2,247床



定量的な基準導入後 (①+②)

合計2,247床



【大分県地域医療構想における2025年の必要病床数】

合計1,676床



【定量的な基準】

- 基準①（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を算定している病床数 = 77床
- 基準②（回復期転換予定）：調整会議で合意済の病床数、地域医療介護総合確保基金事業で整備予定の病床数 = 62床
- 基準③（参考情報）：病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病床数 = 189床