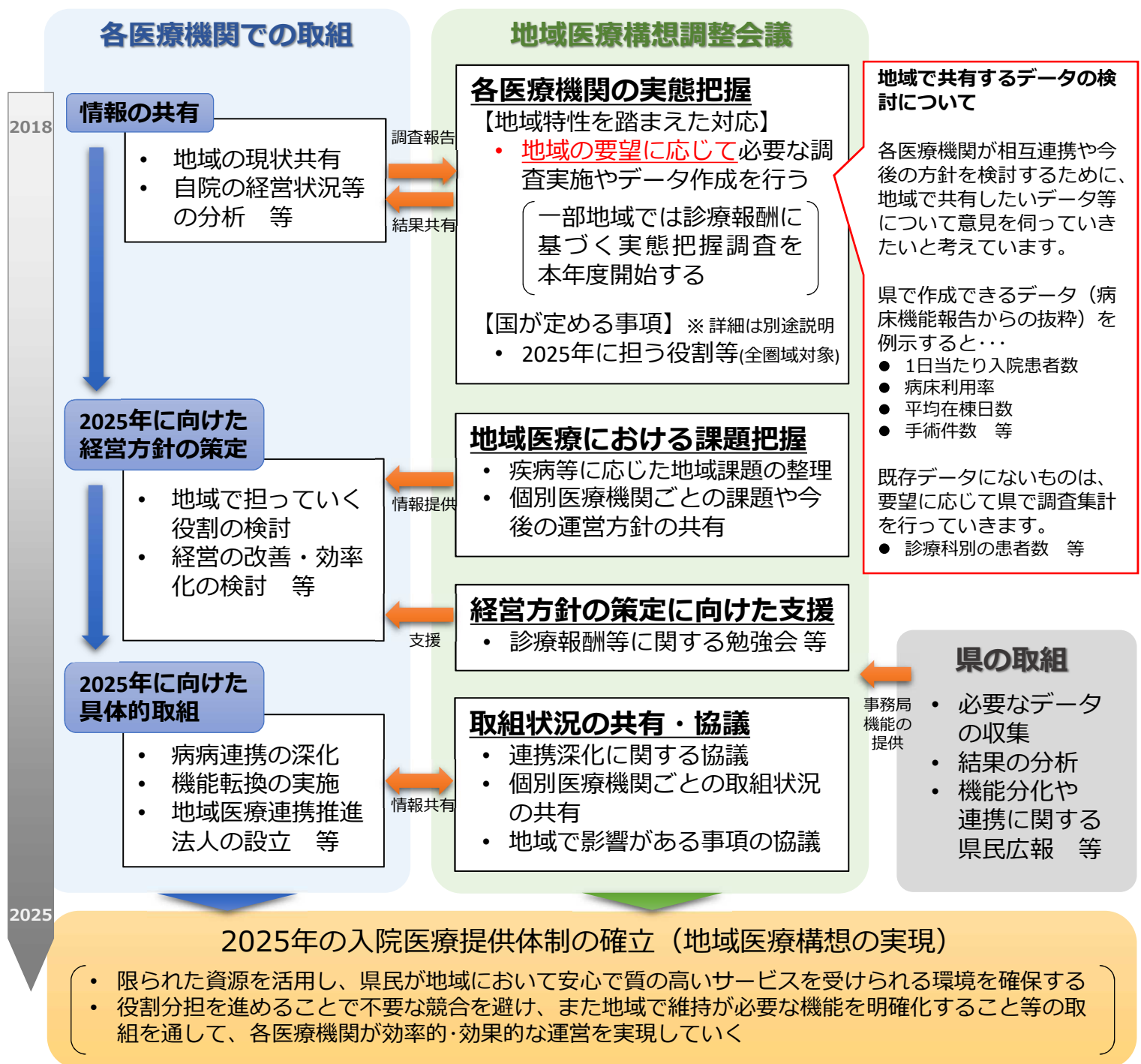


- 県では、病床機能報告制度により医療機能の把握に努めてきたが、医療機能を選択する際の判断基準が定性的で、かつ医療機関の自主的判断であることから、医療機能の現状が適切に把握されているとは言い難い状況にある。
- 地域医療構想を実現し、急性期から回復期、在宅医療等に至る一連のサービス提供体制を地域において確保するためには、各医療機関の現在・将来の医療機能について適切に把握することが必要である。
- そこで地域医療構想調整会議においては、**地域の要望に応じて**各種調査やデータの作成等を実施・共有することで議論の活性化を図り、地域の課題整理やその対応策の検討していく。また、各医療機関の自主的取組(自己分析や機能分化、個別の病病連携等)を促進していく。



**2025年の入院医療提供体制の確立 (地域医療構想の実現)**

- 限られた資源を活用し、県民が地域において安心して質の高いサービスを受けられる環境を確保する
- 役割分担を進めることで不要な競合を避け、また地域で維持が必要な機能を明確化すること等の取組を通して、各医療機関が効率的・効果的な運営を実現していく



# 各医療機関の実態把握等に向けた 地域特性を踏まえた取組の方向性について

## 国における病床機能の定量化に向けた議論状況等

- 国では、医療機能の定量化が検討されてきたが、本年6月になり、地域の議論を経て、各県が個別の基準を導入し、国の関与は各県の取組の情報共有に留まる方向で調整していることを明らかにした。また、地域医療構想の必要病床数の見直し（根拠となる省令改正）は予定されていない。
- 他県の先行事例では、病床機能報告の具体的な診療内容等を活用し、医療機能を区分するためのしきい値（全県統一の定量化基準）を設定する試みが行われている。

【参考】国における検討結果の詳細は以下をご参照ください。

地域医療構想に関するWG「平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理(平成30年6月22日)」  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000213027.html>

## 本県における取組の方向性について

- 本県では、高度医療等を担う大病院が複数あり回復期や慢性期の病院との役割分担が考えやすい地域や同一病棟内で急性期から慢性期までの医療を実施する中小規模の病院が多い地域などがあり、「地域によって事情が異なることを考慮すべき」という意見が地域医療構想調整会議の場等において出ている。
- 本県において全県統一の定量化指標を作成した場合、地域の実情が反映されない恐れがある。

## 地域の実情を踏まえた取組について

**取組目的：** 地域の実情を踏まえたデータ等を用いて地域医療構想調整会議における議論を活性化することを目的とする(4つの医療機能を区分することが目的ではなく、患者分布等の把握を行う)。

**取組内容：** 地域によって事情が異なることから、本年度は全県統一の指標ではなく、構想区域ごとに地域で必要なデータを検討して議論の活性化を図る。また、県内の各取組の共有化を図る。

**その他：** 各地域の進捗管理や必要な助言等を行うことを目的として、新たに全県単位の地域医療構想調整会議の設置を検討する。

# 本年度取組開始予定の地域と取組概要について

## (1) 東葛南部

- ① 今年度は、高度急性期又は急性期で報告する規模の大きい8病院で実施する。
- ② 各病院の病棟ごとに1月間の総収入額を算出し、これを入院患者の延べ数で除して、病棟単位の1日1人当たりの平均収入額を算出する(下表(a)~(c)欄)。
- ③ この平均収入額から入院基本料を控除し、病棟毎の医療資源投入量を算出する(下表(c)~(e)欄)。

病棟	収入額計 (a)	入院患者延べ数 (b)	平均収入額 (c=a/b)	入院基本料 (d)	医療投入額 (e=c-d)
I	157,320千円	2,400人日	65,550円	15,550円	50,000円
II	91,455千円	2,100人日	43,550円	15,550円	28,000円

- ④ 各病院が病棟単位の医療投入額を持ちよることにより、必要病床数の考え方に準じた各病棟の役割等について大まかな現状把握を行う。

## (2) 香取海匝

- ① 患者ごとに特定期間における医療資源投入量(概算)を算出する(下表)。

患者	診療収入額 (a)	入院基本料 (b)	自費診療 (c)	医療資源投入量 (a-b-c)/10
甲	65,000円	15,550円	15,000円	3,445点
乙	25,000円	15,550円	0円	945点
丙	15,000円	10,920円	0円	408点

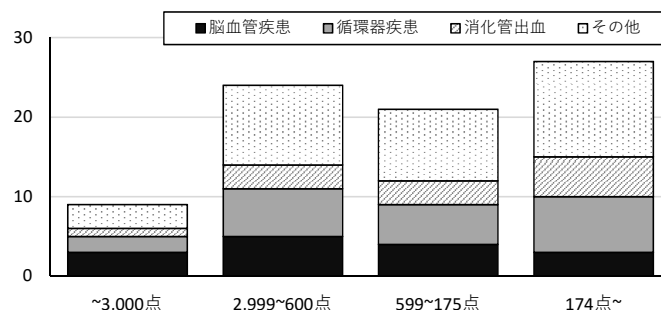
- ② 病院ごとに①で算出した医療資源投入量を基準にして患者の分布を確認する(下表)。

病院	~3,000点	2,999 ~600点	599 ~175点	174点~
A	5人	20人	12人	13人
B	10人	40人	10人	20人
合計	15人	60人	22人	33人

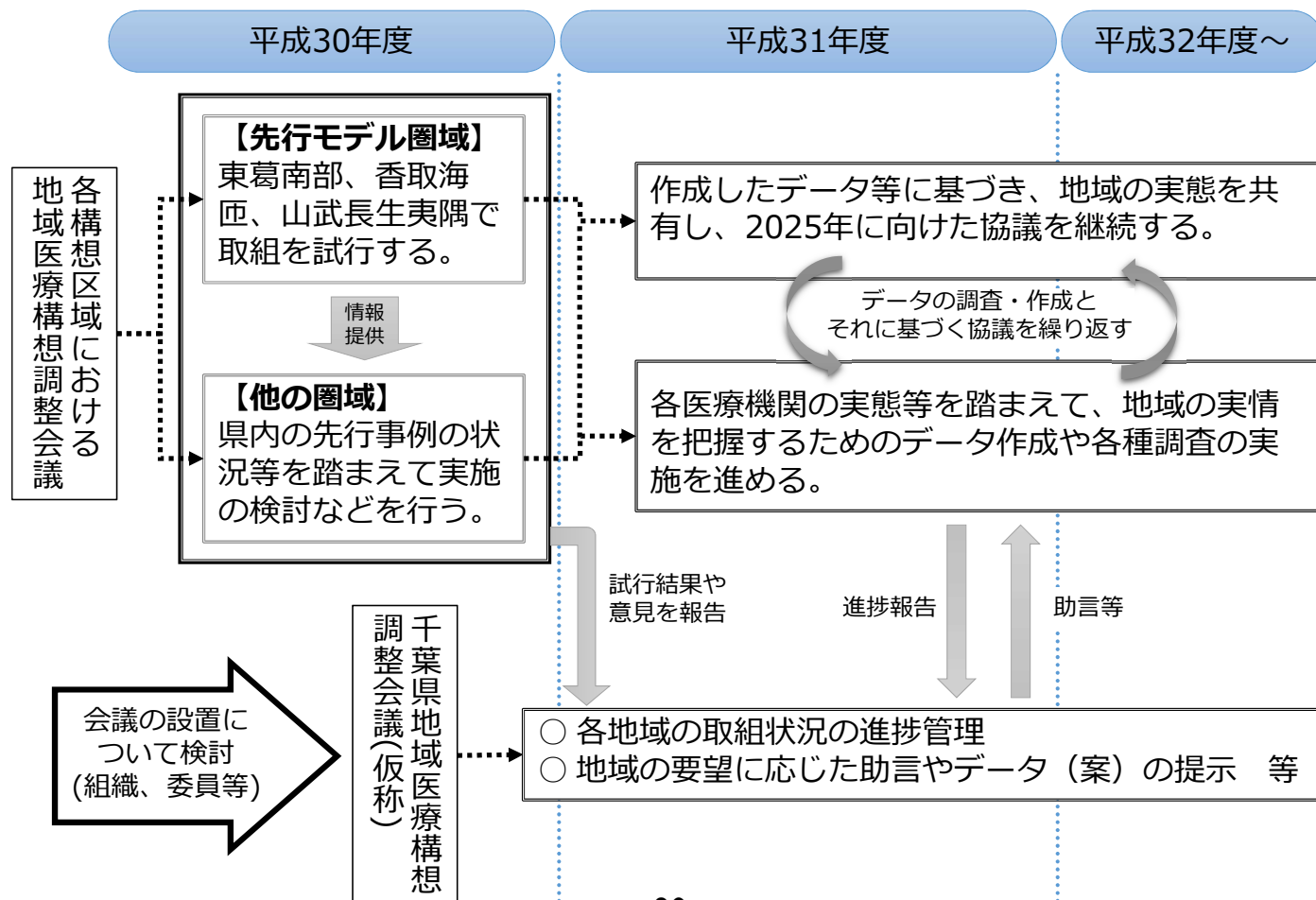
## (3) 山武長生夷隅

- ① 特定1日の患者ごとの医療資源投入量を算出する(下表)。
- ② ①で算出した医療資源投入量と疾患分類を基準にして患者の分布を分析する(下図)。

患者	診療報酬 (a)	入院基本料 (b)	リハビリテーション料 (c)	医療資源投入量 (a-b-c)
甲	5,000点	1,555点	205点	3,240点
乙	2,500点	1,555点	200点	745点
丙	1,500点	1,092点	0点	408点



# 本県における今後の取組イメージ



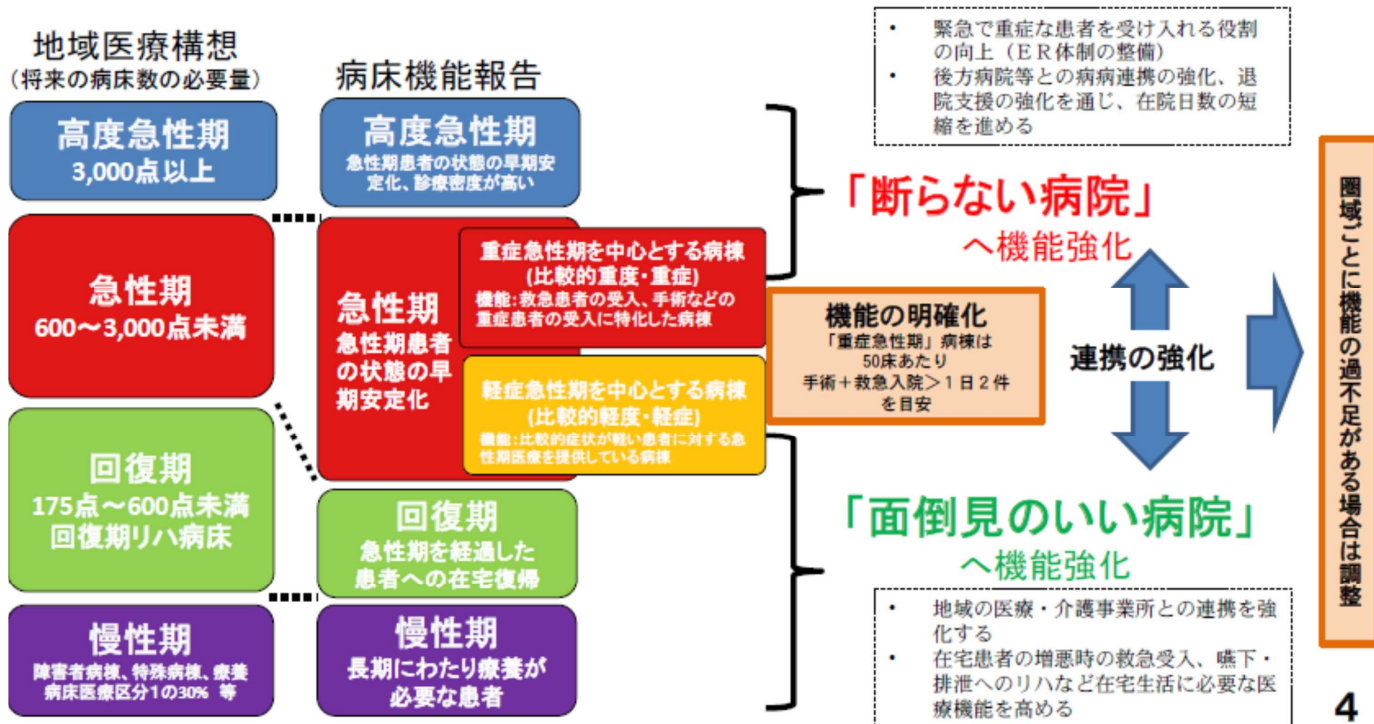
(参考資料)  
他県の先行事例等の状況



(4) 地域医療構想の「奈良方式」

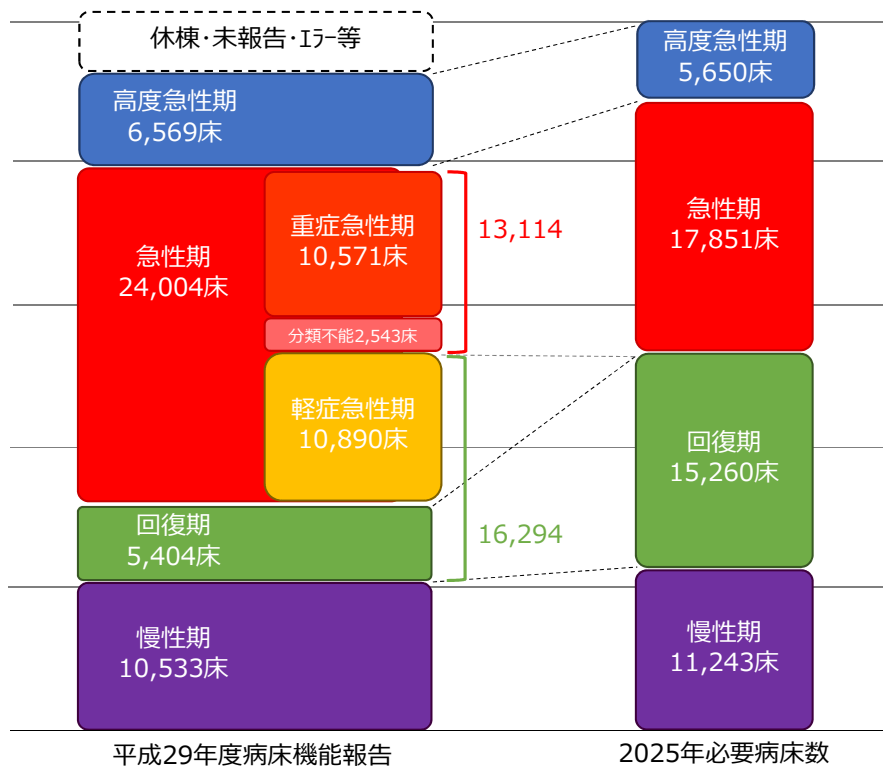
第8回社会保障制度改革推進会議  
平成30年5月28日(月)  
奈良県提出資料

平成29年の病床機能報告に加え、奈良県独自に急性期を重症と軽症に区分する目安を示して報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化。重症な救急や高度医療を担う「断らない病院」と、地域包括ケアを支える「面倒見のいい病院」へ機能分化、強化を推進。



【参考】奈良方式に準じた当県の病床機能報告の仮集計について

平成29年度病床機能報告(速報値)をもとに、奈良方式に準じた分類を行った場合、回復期相当(軽症急性期+回復期)は16,294床となり、必要病床数を上回る。



**【注意事項】**

- H30.5.7までに事務局(国が委託するみずほ情報総研)へ提出されたデータのみ集計した。
- 病床機能報告未報告データや報告されたがエラーとなっているデータ等は含まれない。
- 奈良方式の分類に必要なデータが報告内容に含まれない有床診療所及び必要なデータがエラーとなっている病院は分類不能とした。

定量的な基準（佐賀県）

平成29年度医療計画研修会 資料  
一部改変  
平成30年2月9日

「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、

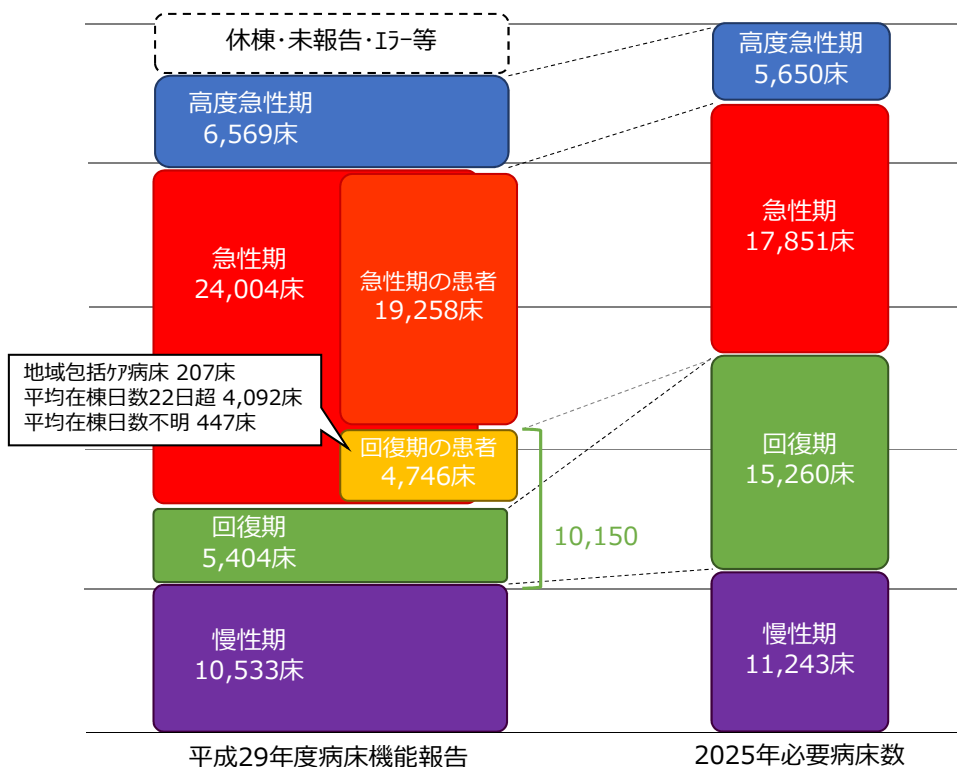
- ・①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
- ・③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする

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。

①既に回復期相当	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算定病床数 ※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 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
②回復期への転換確実	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 ※病床機能報告のタイムラグを補正
③回復期に近い急性期	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 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

【参考】佐賀方式に準じた当県の病床機能報告の仮集計について

平成29年度病床機能報告（速報値）をもとに、佐賀方式に準じた分類を行った場合、回復期相当は10,150床となり、回復期相当の病床数が約2倍になる。



【注意事項】

- ・ H30.5.7までに事務局(国が委託するみずほ情報総研)へ提出されたデータのみ集計した。
- ・ 病床機能報告未報告データや報告されたがエラーとなっているデータ等は含まれない。
- ・ 佐賀方式の分類に必要なデータが報告内容に含まれない有床診療所及び必要なデータがエラーとなっている病院は分類不能とした。
- ・ 佐賀方式の②については考慮していない。

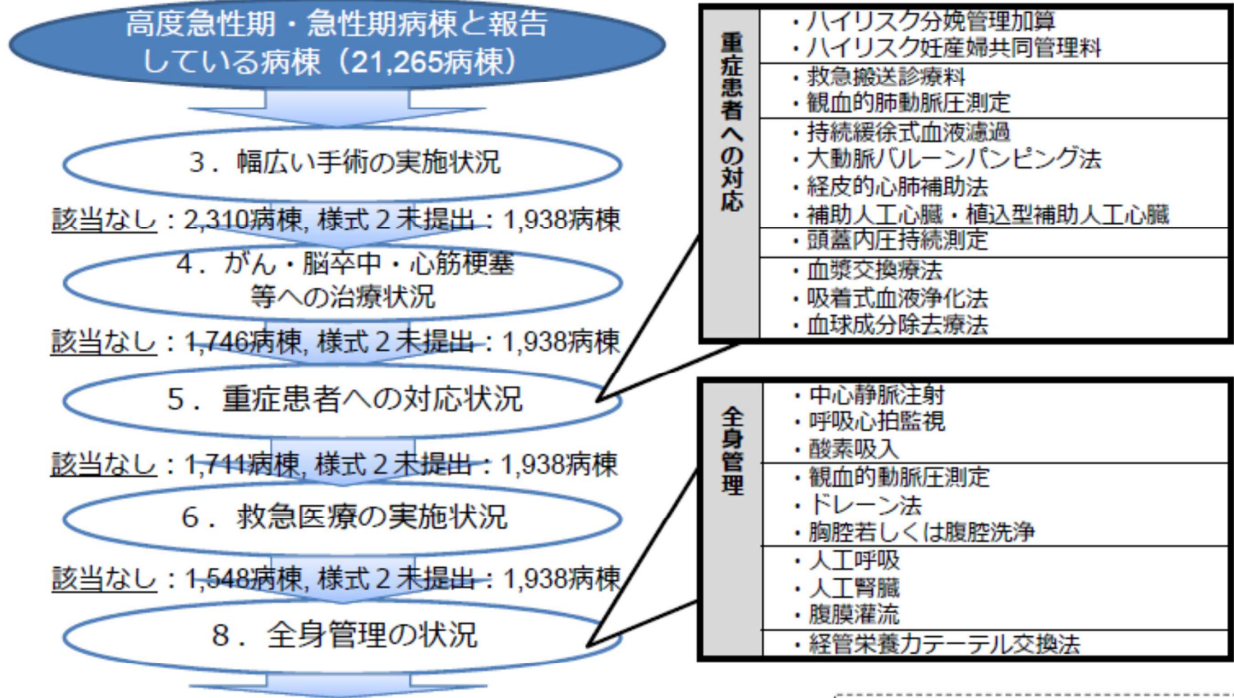


## 急性期医療を全く提供していないと考えられる病棟について

○ 高度急性期・急性期機能を選択した病棟について、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施の有無を確認。

※ 平成29年度病床機能報告において、様式1で高度急性期又は急性期機能を報告している病院の病棟及び有床診療所のうち、様式2で以下の項目でレポート件数、算定日数、算定回数が0件又は未報告と報告された病棟数を算出

第13回地域医療構想に関するWG  
平成30年5月16日 資料 3-1



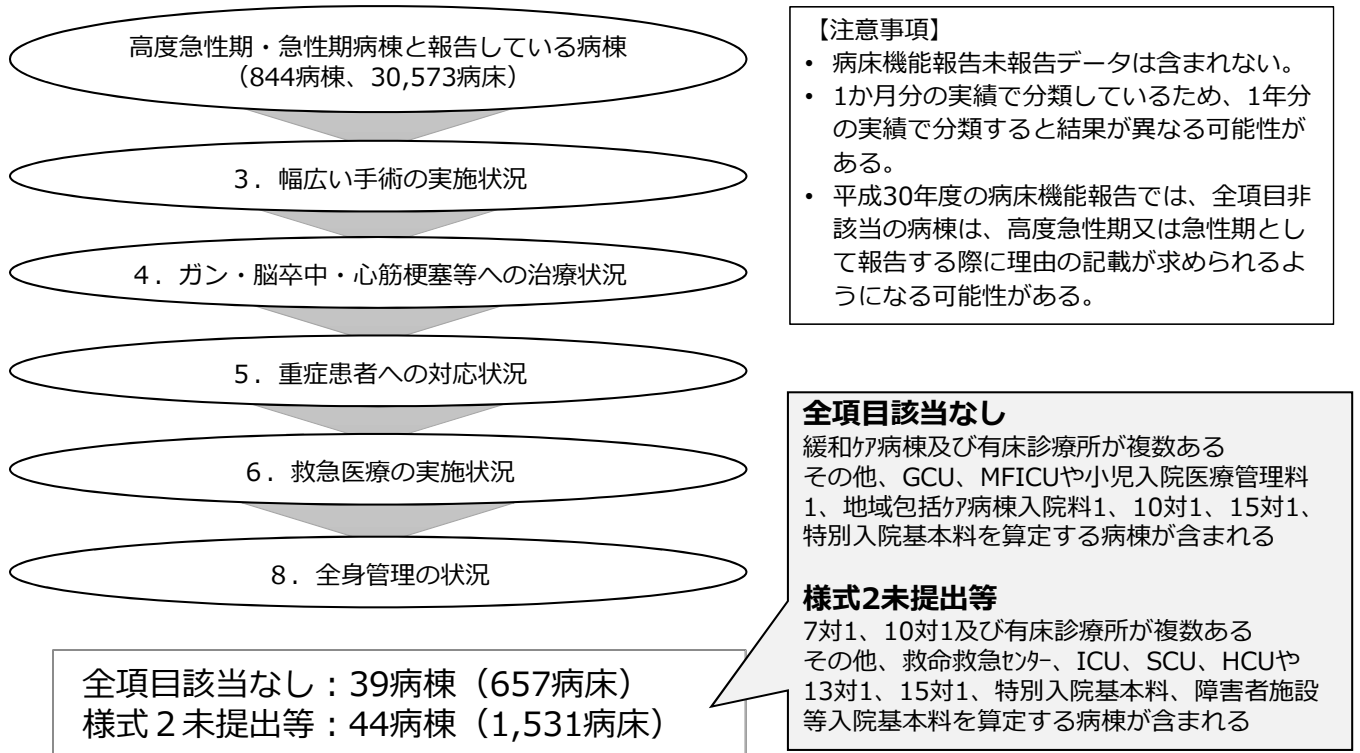
「全項目該当なし：1,076病棟」 + 「様式2未提出：1,938病棟」  
= 3,014病棟 (約14%)

地域医療構想調整会議で機能について確認

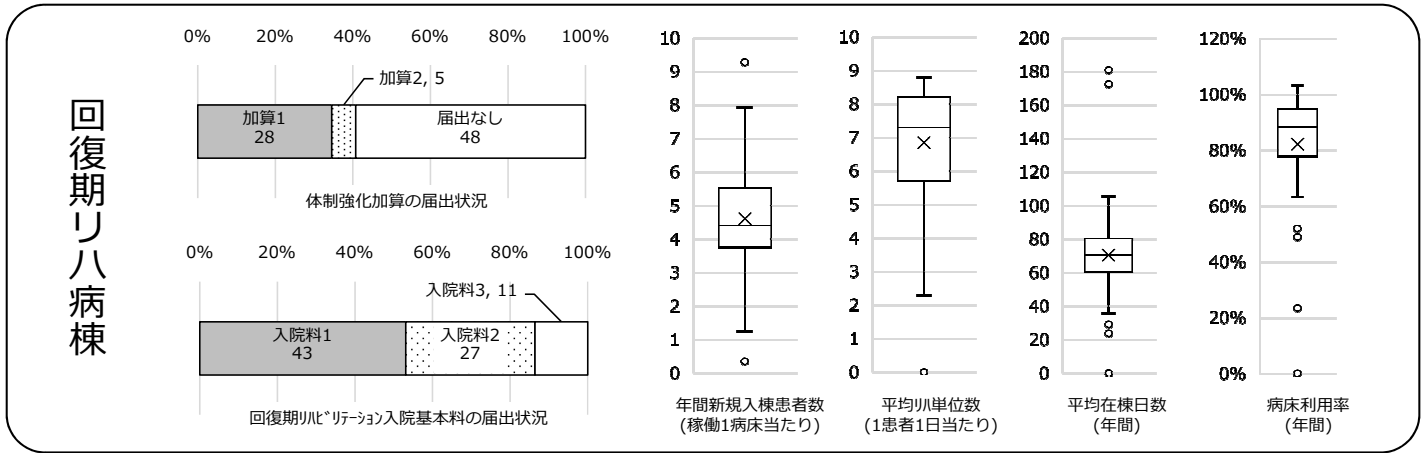
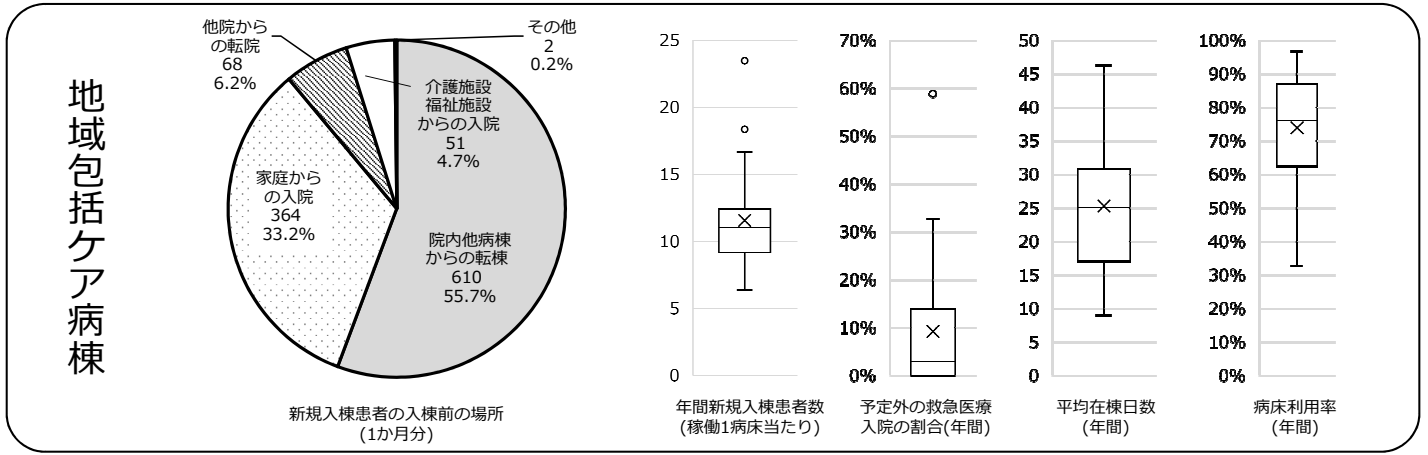
平成29年度病床機能報告 医政局地域医療計画課へ (平成30年4月時点)

## 【参考】国が急性期医療を全く提供していないと考える病棟について

平成29年度病床機能報告（速報値）をもとに分類すると、全項目に該当しない病棟は38病棟で、緩和ケア病棟や有床診療所が多い。



# 【参考】地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟の稼働状況



注釈) 平均在棟日数 = 在棟患者延べ数 ÷ {(新規入棟患者数 + 退棟患者数)} ÷ 2

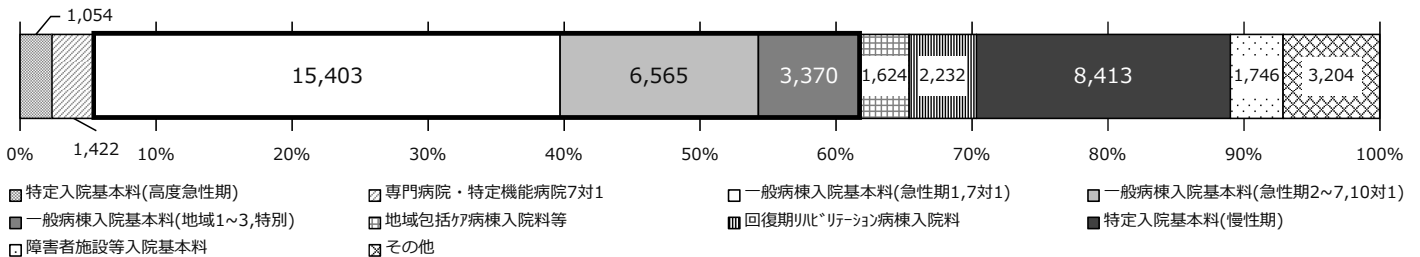
病床利用率 = 在棟患者延べ数 ÷ 365日 ÷ 稼働病床数

(出典)平成29年度病床機能報告

# 【参考】入院基本料の届出状況 (H30.4.1現在)

一般病棟入院基本料を届け出る病床が半数を超えている。また、一般病棟入院基本料の内訳をみると、約6割が急性期一般入院料1を届け出ており、地域一般入院基本料を届け出る病床は1割強であった。

## 本県の医療機関による入院基本料の届出状況



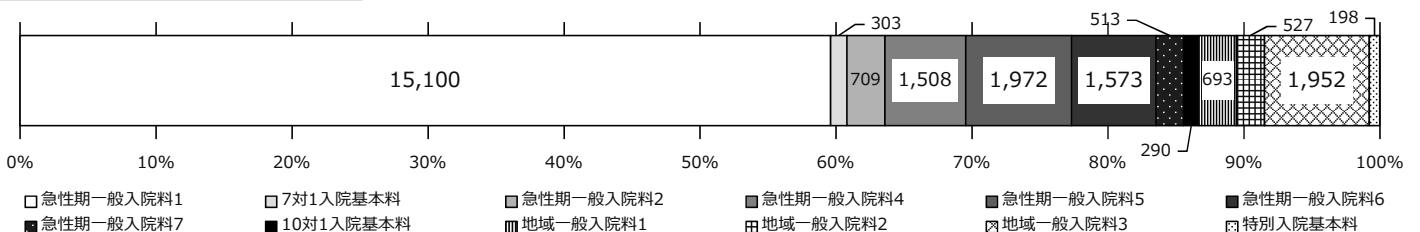
(注釈) 特定入院基本料(高度急性期): 救命救急, 特定集中治療室, ICU, 脳卒中ユニット, 新生児特定集中治療室, 総合周産期特定集中治療室, 新生児治療回復室

地域包括ケア病棟入院料等: 地域包括ケア入院医療管理料を含む

特定入院基本料(慢性期): 特殊疾患病棟, 療養病棟, 有床診療所療養病棟

その他: 小児入院医療管理料, 緩和ケア病棟入院料, 有床診療所入院基本料

## 一般病棟入院基本料の届出内訳



(出典) 関東信越厚生局ホームページ「保健医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況及び保険外併用療養費医療機関一覧」平成30年4月1日現在の施設基準の届出受理状況(届出項目別)を用いて千葉県が集計