

病床機能分けの基準(定量的基準)について

1 病床機能報告における厚労省の考え

- 次の内容により，医療機関が自ら選択
 - ・ 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
 - ・ 慢性期：長期にわたり療養が必要な患者，重度の障害者，筋ジストロフィー患者，難病患者等を入院させる機能
- 病棟単位の報告であり，機能混在の場合は，患者割合の最も多いものを選択
地域包括ケア病棟は，急性期が主・回復期が主などの実態により選択

※ 課題

- ・ 医療機関が自ら医療機能を選択する方式であり，主観を排除しづらい。
- ・ さらに，病床機能報告は病棟単位の報告であることから，医療需要推計に基づく地域医療構想との対比のためには，主観を排したより緻密な基準が求められる。

⇒ 都道府県独自に，統一的・客観的基準や，病床機能の細分化を検討する動きが広がっている。

- * 厚労省自身もこの課題を認識し，一部都道府県の上記の動きを推奨する形で，「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。」との通知（H30.8.16 医政地発0816第1号）を発出している。

2 他府県の定量的基準の例

(1) 佐賀県

ア 対象・目的

回復期の仕分け基準設定による，より正確な実態把握

イ 基準設定の理由

〔回復期の定義〕（病床機能報告マニュアル）

急性期を経過した患者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 ※ 回復期リハ病棟だけではない。

〔現実〕

- ・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（定義の理解が不十分）
- ・回復期以外の病棟で在宅復帰・リハを提供していても、病棟単位の報告に含まれず。



〔考え〕

回復期の不足の程度、将来の確保見込みを、病床機能報告のデータから分析し、調整会議で共有すべし。

ウ 基準(案)の考え方

- 回復期の過不足を議論する際は、次の病床数も回復期に区分
 - ・急性期・慢性期病棟のうち、地域包括ケア入院管理料算定の**病床**
 - ※ 病床機能報告を、病床単位に補正
 - ・報告時点では他機能でも、調整会議分科会で回復期への転換協議済
- 回復期の将来見込みを議論する際は、次の病床数も参考とする。急性期病棟のうち、平均在棟日数22日超の病棟（回復期に近い急性期）

エ 把握方法

既存の病床機能報告の分析

(2) 奈良県

ア 対象・目的

急性期の細分による医療機能の明確化

イ 基準設定の理由

- 急性期の現実は一様ではなく、医療機能上2つに区分するのが妥当
 - ・重症急性期：救急受入、手術等の重症患者の受入に特化
 - ・軽症急性期：比較的症状が軽い患者に急性期医療を提供

ウ 基準の考え方

- ・重症急性期：手術＋緊急入院が 2件／日・50床 以上
 - ⇒ 本来の急性期として区分
- ・軽症急性期（重症以外）⇒ 回復期と合わせて医療需要を解釈

エ 把握方法

医療機関に依頼し、病床機能報告の急性期を重症・軽症に区分

オ 基準の当てはめ結果

区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
2016	病床機能報告	1,466	6,997	1,999	3,194
	急性期を細分	1,466	④4,300 ④2,697	1,999	3,194
		↓	↓ ↘	↓	↓
	補正後	1,466	4,300	4,696	3,194
2025地域医療構想	1,275	4,374	4,333	3,081	

(3) 大阪府

ア 対象・目的

急性期の細分による，現況の精緻な把握

イ 基準設定の理由

現状と将来必要となる病床機能のギャップをより精緻に集計し，協議の発射台とする。

ウ 基準の考え方

病床機能報告の様式2（具体的な医療の内容）を活用し，

- ・（重症）急性期：50床換算（許可病床ベース）で，月は30日として，次の基準以上

- ・ 手術総数算定回数 : 1以上
- ・ 化学療法 " : 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

いずれか

⇒ 本来の急性期として区分

- ・ 地域急性期（サブアキュート，ポストアキュート）：上記以外

⇒ 回復期と合算

エ 把握方法

既存の病床機能報告の分析

オ 基準の当てはめ結果



(4) 埼玉県

ア 対象・目的

一般病棟・病床，地域包括ケア病棟の，高度急性期/急性期/回復期を区分

イ 基準設定の理由

- 「医療機能が明らかな病棟」はO.K.

- ・ ICU : 高度急性期
- ・ 回復期リハ病棟 : 回復期
- ・ 療養病棟 : 慢性期



- 「特定の医療機能と結びついていない病棟」の扱いが課題
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）

ウ 基準の考え方

機能区分		高度急性期	急性期	回復期	慢性期
病棟・ 病床の 機能分布	一般病棟	←-----→			
	有床診療所の一般病床	←-----→			
	地域包括ケア病棟	←-----→			

区分線 1 ↑

↘ 区分線 2

【区分線 1 の指標】（高度急性期の項目）

- 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 * ○重症患者対応 *
- 全身管理対応 * * : 救命救急やICUに算定集中の諸項目に限定

【区分線 2 の指標】

- [7 : 1 で多] ○手術 ○胸腔鏡・腹腔鏡下手術 ○放射線治療
- 化学療法 ○救急搬送による予定外入院

- [共通指標] ○重症度，医療・看護必要度

※ 上記指標ごとに，境界線（しきい値）を調整し設定

（例）全麻手術：2回/月・床 経皮的冠動脈形成術：0.5回/月・床

エ 把握方法

既存の病床機能報告の分析

オ 基準の当てはめ結果

区 分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	小計	分析不能	無報告	合計
2 病床機能報告	6,365	24,702	4,830	13,013	48,910			
0 補正後	4,021	17,671	13,241	11,501	46,434	1,964	1,772	50,682
7 (分類不能)		512			46,946			
2025地域医療構想	5,528	17,954	16,717	14,011	54,210			

3 本県での定量的基準の検討

今回の県調整会議での検討材料として，仮に，入院料の区分により病床機能を割り振り直したものを提示

(1) 対象・目的

高度急性期／急性期／回復期／慢性期の区分を，医療機関報告の区分によらず，病床機能報告中の入院料区分により客観的に仕分け

（病院のみ。診療所は報告のまま）

(2) 基準設定の理由

病床機能報告の病床区分と入院料区分にズレが見られ，医療機関によって病

床機能の解釈に違いがあることが明白

(例 7:1が高度急性期と急性期, 10:1・13:1が急性期と回復期にまたがる。)

同一の物差しで病床機能を再整理することで, 2025年のあるべき姿に向けた協議の関係者間で, より客観的な現状認識を共有する。

(3) 基準の考え方(仮)

病床機能を, 入院料区分で一律に仕分け

- ・高度急性期 : ICU等の特定入院料, 小児管理 1
- ・急性期 : 7:1, 10:1, 小児管理 2, 同 3
- ・回復期 : 13:1, 15:1, 一般特別, 回復リハ, 地域包括
- ・慢性期 : 療養 1, 同 2, 障害施設, 緩和ケア, 介護療養

(4) 把握方法

今回の試算は, 既存の病床機能報告(H29)の分析

導入後は, 毎年(H31~を想定)の病床機能報告を, 各医療機関が基準に沿って実施

(5) 基準の当てはめ結果

区 分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合 計
2 0 病床機能報告 (構成比)	1,416 5.1	12,250 44.0	4,254 15.3	8,723 31.3	1,192 4.3	27,835
1 7 補正後 (構成比)	389 1.4	11,994 43.1	5,031 18.1	9,229 33.2	1,192 4.3	27,835
2025地域医療構想 (構成比)	1,540 7.7	5,534 27.7	7,048 35.3	5,822 29.2	19,944	

【本県の定量的基準の検討に関する基本方針】(案)

- 1 入院料をベース
医療機関の負担小, 現状の報告内容と大差なし。
- 2 専門部会で基準を協議
 - ・県調整会議に部会を設置・検討し, 県調整会議で了承
 - ・H31病床機能報告に間に合わせる。
- 3 病床機能報告・調整会議で「目安」として活用
 - ・医療機関は, 病床機能報告の病床機能分けの参考とする。
 - ・調整会議は, 定量的基準による仕分け結果に基づき現状を確認し, 将来の方向性を協議する。