

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

医療計画の見直し等に関する検討会
地域医療構想に関するワーキンググループ

1. 病床機能報告の基本的考え方

- 病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることが目的である。
- 各医療機関は、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、病棟単位で、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みである。（「急性期医療に関する作業グループ」の平成 24 年取りまとめ）

※医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている。
- 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、最も多くの割合を占める病期の患者に提供する医療機能を報告することを基本としている。

2. 各医療機関が医療機能を選択する際の判断基準

- 各医療機関が医療機能を選択する際の判断基準は、制度導入時において、病棟単位の医療の情報が不足し、具体的な数値等を示すことは困難であったことから、各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択して、都道府県に報告する運用がなされてきている。（「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の平成 26 年取りまとめ）

（参考）定性的な基準

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○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
急性期機能	○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
回復期機能	○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）。
慢性期機能	○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

3. 現行の病床機能報告制度の抱える課題

- 平成 29 年度の病床機能報告の結果においても、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量とを単純に比較し、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の誤解させる状況が生じている。その要因としては、
 - ① 回復期は、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言った誤解をはじめ、回復期の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が考えられる。このため、定量的な基準の導入も含めて病床機能報告の改善を図る必要がある。

- 平成 29 年度の病床機能報告の結果においても、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、急性期医療を提供していることが全く確認できない病棟が一定数含まれている。このため、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認するとともに、国においても、地域医療構想調整会議での議論の状況を確認する必要がある。

4. 定量的な基準の導入

(地域医療構想調整会議での活用)

- 佐賀県においては、回復期機能の充足度を評価するために、都道府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している。

- 埼玉県においては、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、都道府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している。

- 先行している県では、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定量的な基準を作成している点が重要である。また、現時点においては、各医療機関が4つの医療機能を選択する際の基準としてではなく、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における議論に活用されている。このような取組を通じて、各構想区域における地域医療構想調整会議の活性化につながっている。

- このような先進事例を踏まえ、その他の都道府県においても、地域医療構想調整会議を活性化する観点から、平成 30 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、定量的な基準を導入することを求めることとする。国においては、その他の都道府県において、定量的な基準が円滑に作成されるよう、先行している県の取組内

容を紹介するとともに、この分析方法を活用した都道府県ごとのデータを提供するなどの技術的支援を行う。

(医療機能を選択する際の判断基準としての活用)

- 平成 30 年度の病床機能報告においては、急性期医療を全く提供していない病棟について、高度急性期機能又は急性期機能と報告できない旨を、医療機能を選択する際の定量的な判断基準として明確化する。ただし、報告項目に含まれていない急性期医療も存在することから、報告項目に含まれていない急性期医療を提供している場合には、その内容を自由記載で報告できるようにする。

5. 病床機能報告の項目の見直し

1) 診療報酬改定等を踏まえた対応

- 平成 30 年度の診療報酬改定において、入院基本料、特定入院料、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度、各種加算などの見直しが行われていることを踏まえて、報告項目の名称変更や、報告項目の追加など必要な見直しをする。

- 介護医療院の創設を踏まえて、退棟先の一つとして、報告項目を追加する。

2) 病床機能報告の改善に向けた対応

- 「経済財政運営と改革の基本方針 2017（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）」においては、地域医療構想の達成に向けて、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2 年間程度で集中的な検討を促進する」こととされていることを踏まえて、6 年後の病床の機能の予定を報告するのではなく、2025 年の病床の機能の予定を報告するように改める。その際、将来の病床規模も具体的に把握できるように報告項目を見直す。

6. 今後の検討課題

- 来年度以降の病床機能報告に向けては、今回導入する定量的な基準の在り方を含め、より実態を踏まえた適切な報告となるよう、引き続き検討する。

病床機能報告制度の課題

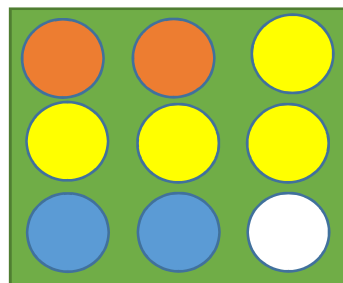
- 病床機能報告上、回復期は「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」と定義。**
 - ⇒回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟のみを指すものではない。
 - 【病床機能報告マニュアル（回復期の例示）】
回リハ病棟、地域包括ケア病棟、
10対1、13対1、15対1などでも提供される医療内容で判断
- ただし、現状、次のような課題あり。**
 - （1）回復期の理解が進んでいないことなどにより、在宅復帰に向けた医療を提供していても、急性期と報告。
 - （2）病床機能報告が病棟単位であるため、回復期以外の報告がされた病棟にも、一定数の回復期の患者が入院している。
- 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量（必要病床数）とを単純に比較し、回復期病床が大幅に不足していると誤解させる状況が生じている。定量的な基準の導入も含めて病床機能報告の改善が必要。

病床機能報告制度と地域医療構想の将来推計との違い

病床機能報告制度

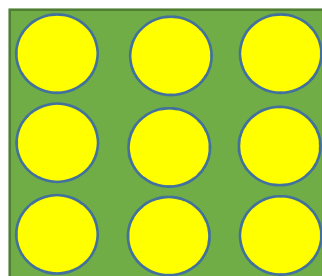
・様々な病期の患者が混在しているのに、報告制度では一つの機能しか選べない

例)ある病院の、ある病棟



実際の病棟内には様々な病期の患者が混在している

- 高度急性期相当の患者(病床)
- 急性期相当の患者(病床)
- 回復期相当の患者(病床)
- 空床

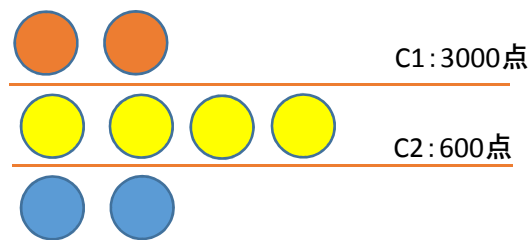


病床機能報告制度では、混在している中で、一番数の多い急性期病棟として報告している

↑この状態で報告される急性期病棟

地域医療構想の将来推計

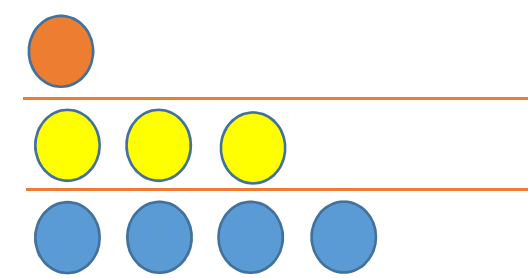
・将来推計は患者数をベースに病床数を出している



2013年度の入院受療率
(患者数/人口)
(性・年齢階級別・4機能別)



2025年度の推計人口
(性・年齢階級別)



2025年度の調整後の医療需要

$$\text{調整後の医療需要} \div \text{病床稼働率} = \text{2025年度必要病床数}$$

(病種稼働率)
高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%

必ずしも一致しない

佐賀県の取組事例

佐賀県では、病床機能報告で回復期以外と報告されている病棟について、次の①から③の数字もとりまとめ。

①すでに回復期相当

急性期・慢性期で報告した病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数

②回復期への転換確実

調整会議で他機能から回復期への転換協議が整った病床数

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

※調整会議の議論に活用



①と②は回復期とみなす。（※報告制度の限界やタイムラグを補正）
病床機能報告の回復期病床数 + ① + ② = （補正後の）回復期病床数

③は調整会議で将来（2025年）の見込みを検討する参考情報として提供。

（例）仮に③が全て転換した場合、対2025年の充足率は〇〇%

【仮】平成28年度病床機能報告での試算（佐賀県と同様に本県全体）

1. 「病床機能報告」と「病床の必要量」の比較

※H29回復期：2,566床

2025年の回復期病床の必要量	地域医療構想で推計	6,067床	(A)
2016年の病床機能報告の回復期 (H28)	各医療機関が自らの医療機能を病棟単位で報告	2,255床	(B)
2015年の病床機能報告の回復期 (H27)		2,027床	
2014年の病床機能報告の回復期 (H26)		1,715床	

2. H28報告を用いた試算

※前の診療報酬の施設基準

平均在院日数で10:1は21日以内、13:1は24日以内

①既に回復期相当の病床数	病床機能報告のうち、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	255床	(C) 1,731床
②回復期への転換が確実	調整会議で他の病床機能から回復期への転換の協議が整った病床数	0床	
③回復期機能に近い急性期	急性期の報告のうち、平均在棟日数が22日を超える病棟の病床数	1,476床	

3. 考察（仮）

※4機能の選択の基準ではなく、調整会議の議論に活用

- 病床機能報告は病棟単位で報告するため対2025年の充足率（B/A）は37.2%と、病床の必要量から大きな差があるように見える。
- 2016（H28）年の病床機能報告の回復期に①②を加えると2,510床で、対2025年の充足率は41.4%。
- また、仮に③回復期機能に近い急性期1,476床も全て転換した場合には3,986床で、対2025年の充足率は65.7%。

- 今後の各医療機関の自主的な判断で相当程度確保されるのではないかと？
- 慢性期からの転換も必要？