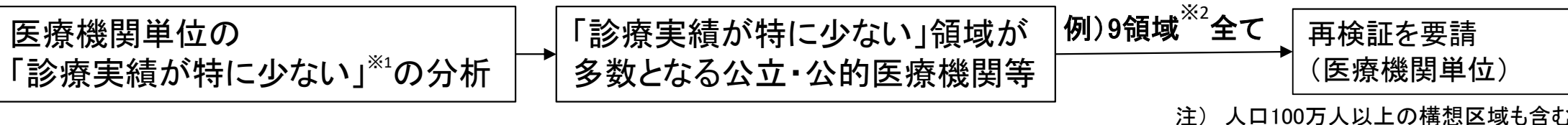


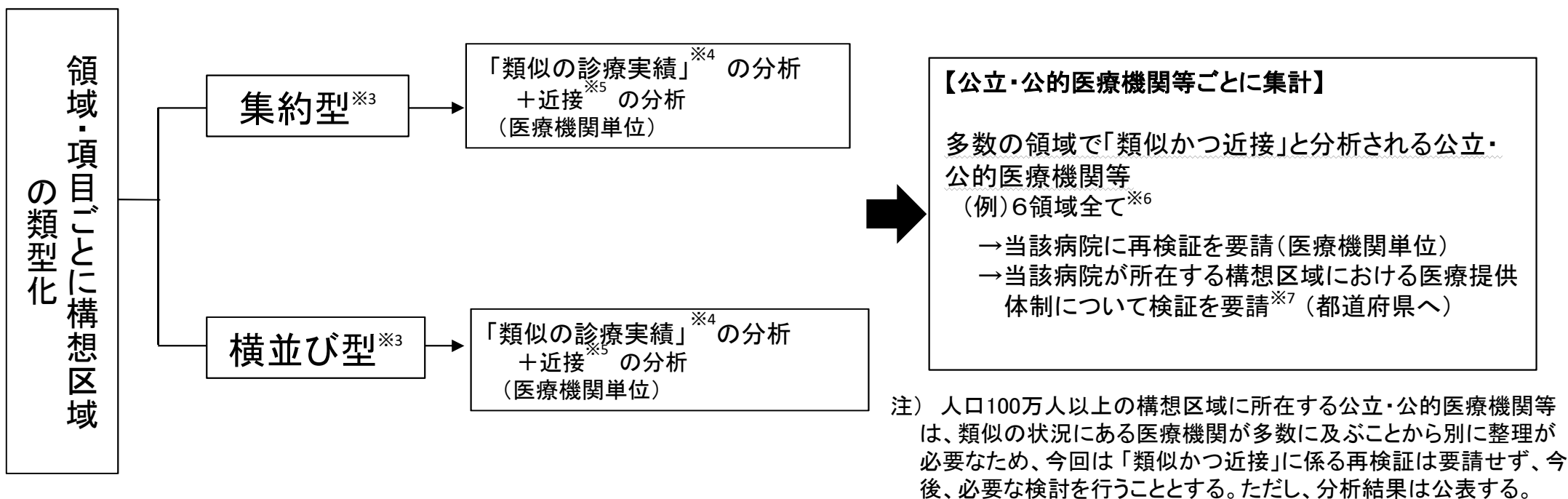
第25回地域医療構想に関するWG	参考 資料 1
令和2年3月19日 (2020年)	

今後の地域医療構想に係る議論の 活性化に資する実態分析等について (参考資料)

A) 「診療実績が特に少ない」の分析（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域）



B) 「類似かつ近接」の分析（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域）



※1 「診療実績が特に少ない」の分析を実施する方法は別紙において詳述する。

※2 「診療実績が特に少ない」領域には、実績が全く無い領域を含む。

※3 領域・項目ごとに構想区域を「集約型」、「横並び型」に分類する方法は別紙において詳述する。

※4 「集約型」及び「横並び型」ごとに「類似の診療実績」の分析を実施する方法は別紙において詳述する。

※5 医療機関同士の近接について判断する方法は別紙において詳述する。

※6 実績が全く無い領域も「類似かつ近接」に準じて合計する。

※7 都道府県に対し、検証を要請する内容については、別紙において詳述する。

具体的対応方針の再検証の要請について

- 今回実施した診療実績データの分析結果を踏まえて、各公立・公的医療機関等において、各構想区域の人口推計、将来の医療需要の変化などと併せて、地域の実情および必要に応じて、構想区域内での各医療機関の役割を見直すことなどを通して、具体的対応方針の見直し、確認を行うことが適切である。
- 特に、今回、一部の領域においては「診療実績が特に少ない」ことや「類似かつ近接」と分析される公立・公的医療機関等が明らかとなることがあるため、公立・公的医療機関等に対しては、診療実績データの分析の結果、再検証の要請の対象ではないが、これらの「診療実績が特に少ない」ことや「類似かつ近接」と分析された領域について、地域の実情に応じて、具体的対応方針の見直しの必要性を検討するよう求めることとする。
- その上で、対象となる全ての領域(※)で「診療実績が特に少ない」もしくは「類似かつ近接」とされた医療機関に対して具体的対応方針の再検証を要請することとする。
 - ・ この際、上記医療機関に対しては、診療実績の分析結果を踏まえて、原則、具体的対応方針を変更することを前提に、具体的対応方針の再検証を要請することとし、その再検証の結果については、地域医療構想調整会議において協議の上で合意を得ることを求めることとする。
 - ・ ただし、例えば、近隣に医療機関がない場合で、診療実績の分析対象となっていない医療の提供が地域にとって重要である場合や、ダウンサイジング等の一定の対応をとることで既に合意されているような場合など、具体的対応方針の変更を検討する際に特に留意が必要な事項がある場合は、これらの点について、地域医療構想調整会議において、明示的なかつ丁寧な議論を行うことが重要である。

※ 「診療実績が特に少ない」の分析の対象：がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域の全て
「類似かつ近接」の分析の対象：がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域の全て

公立・公的医療機関等に求める議論について②

- なお、いくつかの領域において「診療実績が特に少ない」又は、「類似かつ近接」に該当しているのにも関わらず、2019年3月末までに策定・合意された具体的対応方針において機能や病床数の変更を行っていない医療機関に対しては、対応が必要と考えられる。
- そのため、2019年3月末までに策定・合意された具体的対応方針が、現状追認(※)となっているような医療機関に対しても具体的対応方針についての議論を求めることとする。
 - ・ ただし、具体的対応方針が現状追認となっている場合であっても、近隣に医療機関がない場合で、診療実績の分析対象となっていない医療の提供が地域にとって重要である場合など、具体的対応方針の変更を検討する際に特に留意が必要な事項がある場合は、これらの点について、地域医療構想調整会議において、明示的なかつ丁寧な議論を行うことが重要である。
 - ・ 具体的対応方針の変更を行う場合には、地域医療調整会議で合意を得ることを求めることとする。

※ 2025年時点における機能と病床数、担う役割等(具体的対応方針)が、現在の機能と病床数、担っている役割等について大きな変更がない場合、もしくは具体的対応方針における病床数が現在の病床数よりも多い場合を、「現状追認」とする。

②構想区域全体に求める検証の内容について

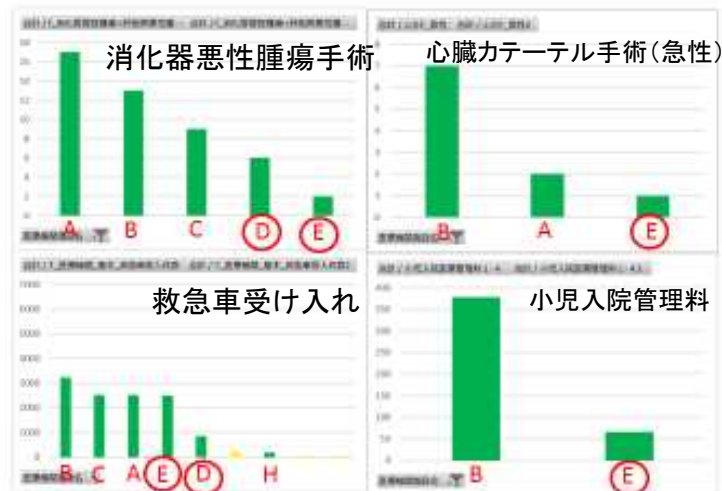
令和元年
9月6日

第23回 地域医療
構想に関するWG

資料2

- 「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」を有する構想区域については、
 - ・当該医療機関と類似の実績を有する他の医療機関が領域ごとに異なること
 - ・そのため、機能連携や機能再編等の相手方の医療機関が領域ごとに異なることや複数の医療機関にわたること等が予想される。

多数の領域で「類似かつ近接」と分析される医療機関を有する構想区域の例



- 左図の構想区域では、例えば、D及びE医療機関が、「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」と考えられるが、これらの医療機関以外に実績を有するのは下記の医療機関である。
 - ・消化器悪性腫瘍手術では、A,B,C
 - ・心臓カテーテル手術では、B,A
 - ・救急車受け入れでは、B,C,A
 - ・小児入院管理料では、B
- そのため、領域ごとに、機能連携や機能再編等に関する協議を実施する相手方が異なる。
- また、機能再編等を行う際には、その他の医療機関との連携等についても検討する必要がある。

- そのため、「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」を有する構想区域において、構想区域全体の2025年の医療提供体制について、目指すべき姿(少なくとも、6領域についての医療機関ごとの役割分担等(「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」のあり方も含む))を検証することを都道府県に対して要請してはどうか。

再検証における「都道府県単位で設置された地域医療構想調整会議」の活用等について

- 具体的対応方針の再検証においては、構想区域単位で地域医療構想調整会議を開催し、結果について、合意を得ることとなる。
- しかしながら、地域医療構想調整会議においては、地域の医療提供体制における直接の当事者も構成員に含まれている場合もあり、地域医療構想に沿った役割分担等について、意見を述べるのが困難な事例が存在することが指摘されている。このように、構想区域単位の地域医療構想調整会議において、議論が尽くせない可能性もあると考えられる。
- このような指摘も踏まえ、議論の進め方の具体的な論点・プロセス等について、国が整理し、追って提示する等、必要な支援を行うこととしているが、再検証された具体的対応方針について、各都道府県の関係者等が確認し、必要に応じて指摘等を行うことで、具体的対応方針がより真に構想の実現に沿ったものとなるのではないか。
- そのため、再検証を終えた具体的対応方針について、各都道府県単位で設置された地域医療構想調整会議において取り上げ、より地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう、関係者に対して、助言・指摘等を行うこととしてはどうか。

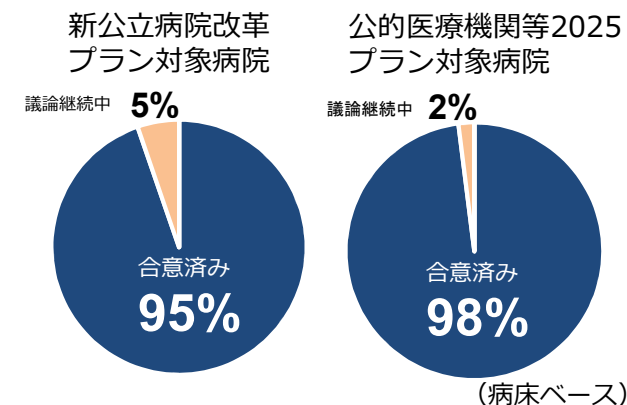
地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

第32回社会保障WG
(令和元年5月23日)
資料1-1

1. これまでの取り組み

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

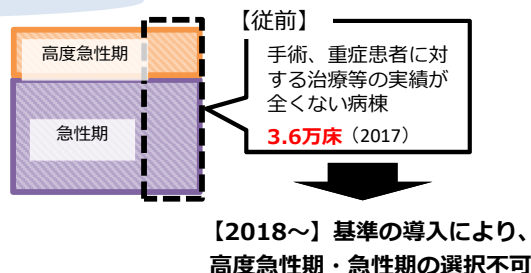
公立・公的医療機関等に関する議論の状況
2019年3月末



地域医療構想の実現のための推進策

○ 病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

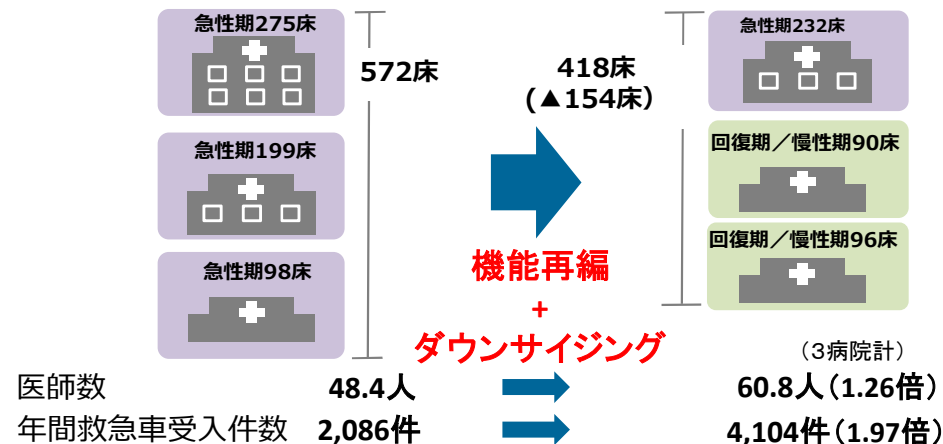
- ・ 調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・ 都道府県が行うデータ分析の支援 等
(36都道府県、79名 (平成31年3月))

○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

○ 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院(急性期)と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



具体的対応方針の検証の対象について

- 厚生労働省は診療実績が少ない医療機関や、他の医療機関と競合している医療機関を明らかにすることを目的として、2019年年央までに、各医療機関の診療実績について、

- A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

のいずれかの要件を満たす分析項目について「代替可能性がある（注）」とし、その結果を都道府県に提供する。

注： ある分析項目について「A 各分析項目について、診療実績が特に少ない」という要件に該当するが、当該構想区域内に当該診療行為を行っている医療機関が他にない場合、ただちに代替する医療機関があるとは言えないものではあるが、患者の流出入を勘案しながら、隣接する構想区域の医療機関の実績等も踏まえ、代替可能性等を確認することも考えられることから、「代替可能性がある」と評価することとする。

- 特に、今回、具体的対応方針の再検証の対象となる公立・公的医療機関等について、分析の結果から、
 - ・ 1つ以上の分析項目において、「代替可能性がある」とされた医療機関を、「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」、
 - ・ 「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」のうち、大半の分析項目について「代替可能性がある」とされた医療機関を、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」、として位置づけることとする。
- なお、全く診療実績のない分析項目については、「代替可能性がある」とはしていないが、大半の分析項目について、全く診療実績がない場合（注）は、医療機関として 公立・公的医療機関等でなければ担えない役割に重点化できていないと考えられることから、そのような場合は、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」として考えることとする。

注： 全く診療実績がない項目と「代替可能性がある」項目のいずれかが大半となる場合も含む。

公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の集計結果

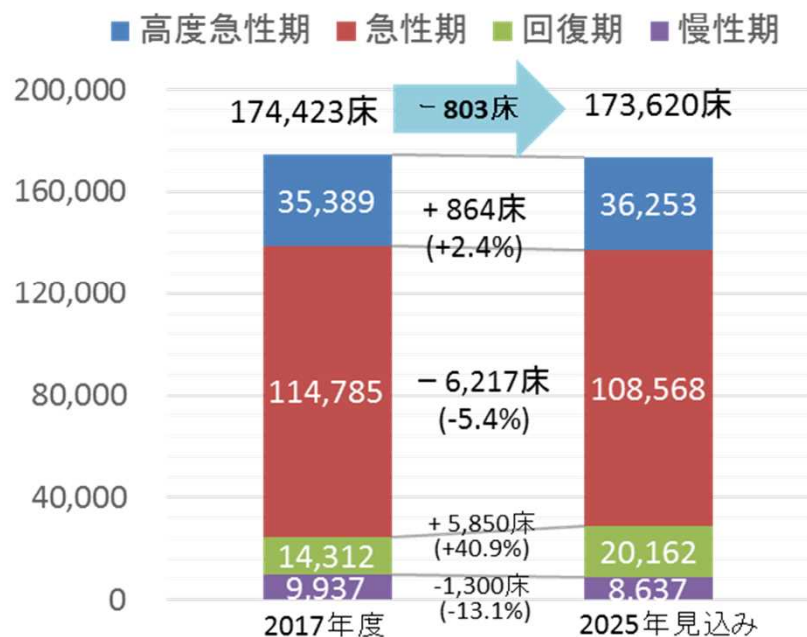
第32回社会保障WG
(令和元年5月23日)
資料1-1

- 高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「急性期」からの転換が進んでいない。
 - トータルの病床数は横ばい。
- 具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないか。

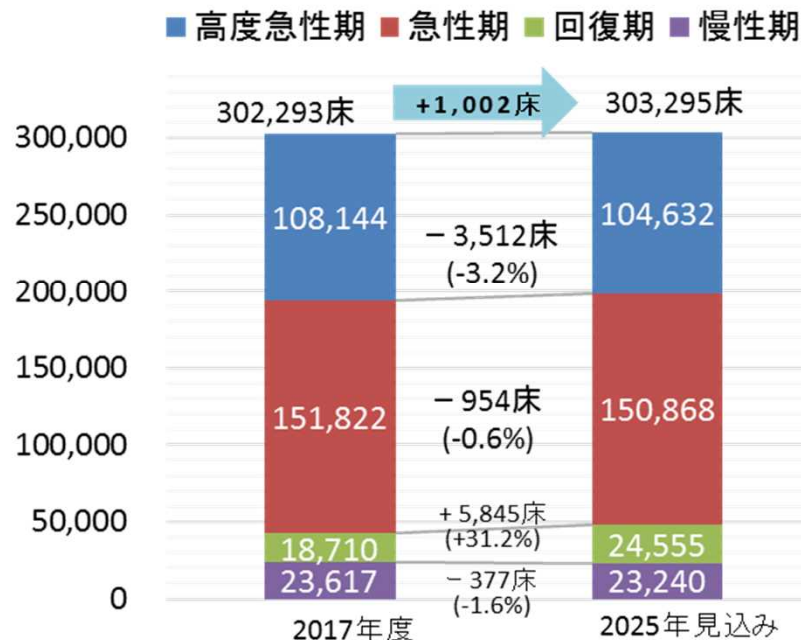
2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込)の比較

(参考)構想区域ごとの状況

公立病院



公的医療機関等



病床数が減少する合意を行った構想区域数

公立分	113	区域
公的等分	115	区域
民間分	131	区域

※1 具体的対応方針策定前の病床数として、2017年度病床機能報告を用いた。

※2 合意に至っていない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いて集計。

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

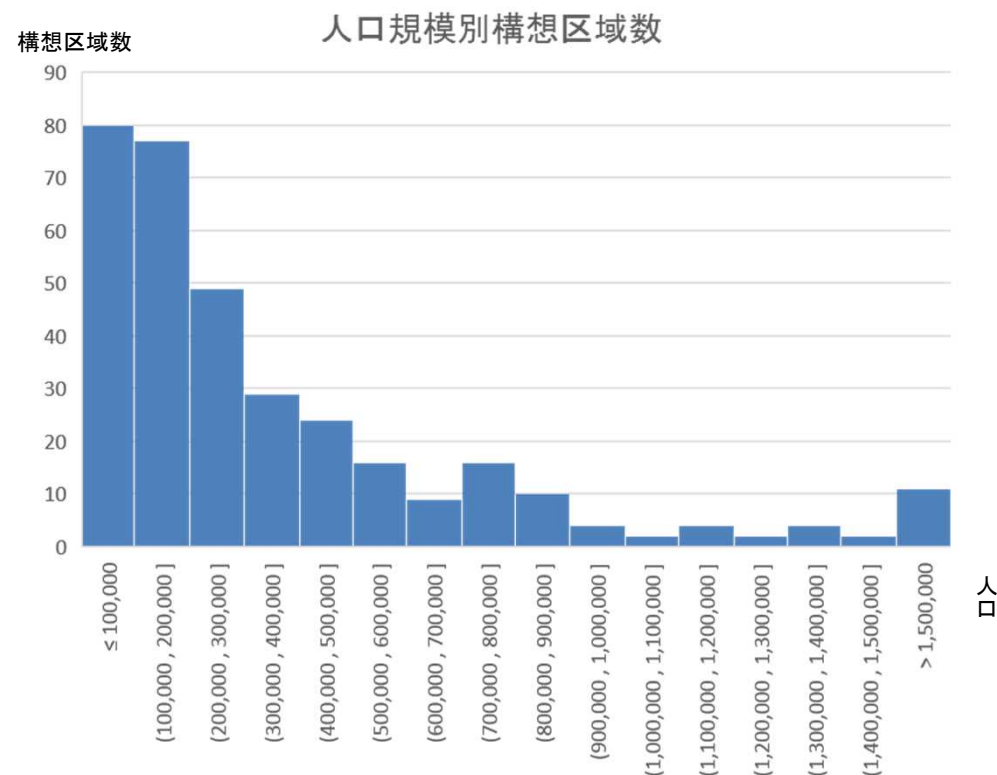
- 2015年度病床数と2025年の病床の必要量を比較すると、「高度急性期+急性期+回復期」の全国の病床数合計は、89.6万床→90.7万床と増加する。
- 公立病院・公的医療機関等の病床のうち、93%※は、高度急性期・急性期・回復期であり、具体的対応方針における2025年のトータルの病床数見込みの評価は慎重に行う必要がある。

※2015年度ベース

診療実績データの分析における人口規模の考慮の必要性について

- 各医療機関が所在する構想区域の人口規模によって、診療実績が影響を受ける。
- そのため、人口規模が近い構想区域に所在する医療機関を一つのグループとして捉え、そのなかで診療実績の比較を行うこととする。（構想区域を人口規模によって数個のグループに区分して検討する。）
- 人口規模の分類に当たっては、政令市（50万人以上）や中核市（20万人以上）の基準などを参考にしつつ、人口規模ごとの診療実績のデータも加味し、
 - ・ 人口100万人以上の構想区域
 - ・ 人口50万人以上100万人未満の構想区域
 - ・ 人口20万人以上50万人未満の構想区域
 - ・ 人口10万人以上20万人未満の構想区域
 - ・ 人口10万人未満の構想区域の5つに分類してはどうか。

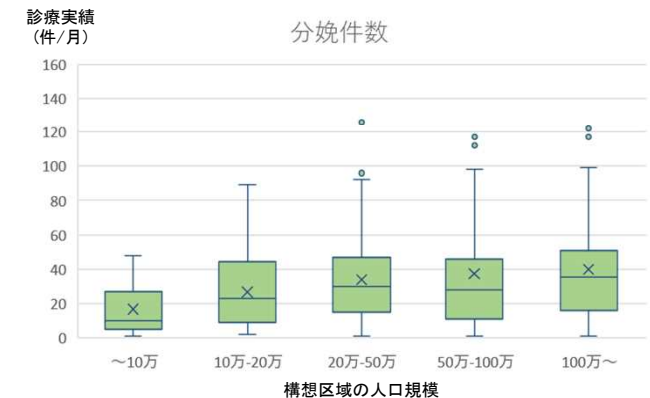
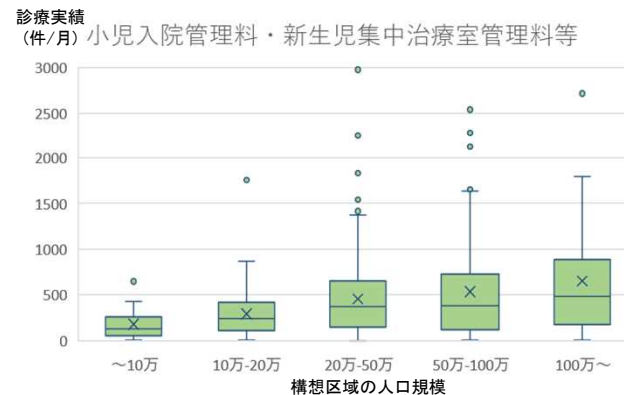
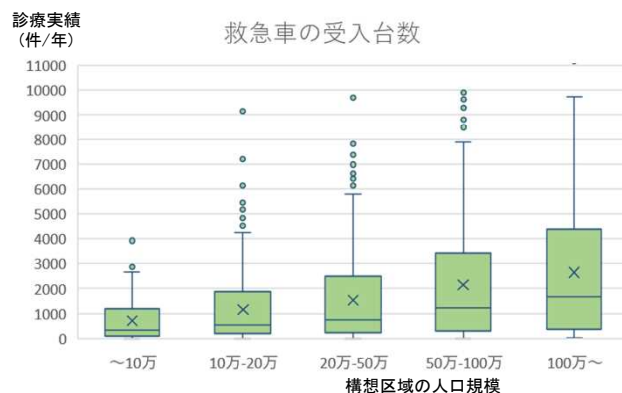
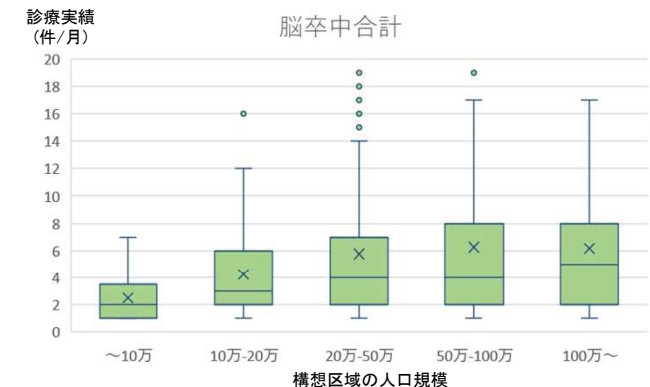
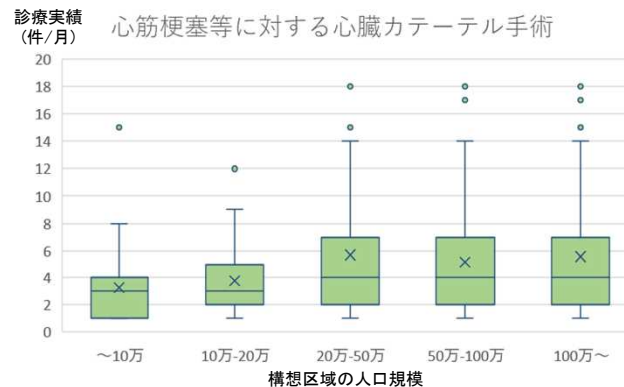
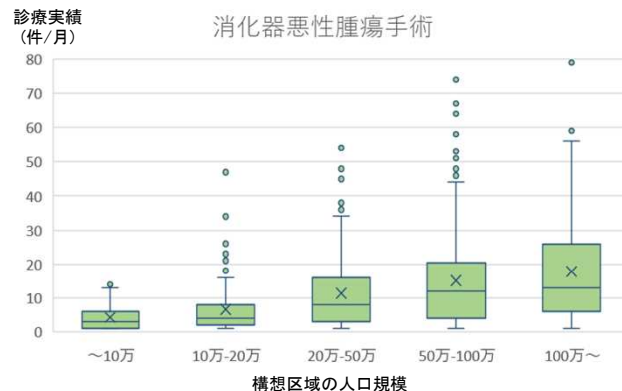
	10万人未満	10万人以上 20万人未満	20万人以上 50万人未満	50万人以上 100万人未満	100万人 以上
構想区域 数	80	77	102	55	25



(参考) 構想区域の人口規模と医療機関の診療実績との関係

- 所在する構想区域の人口規模が大きいほど、公立・公的医療機関等の診療実績が多い傾向がある。

構想区域の人口規模と医療機関の診療実績との関係



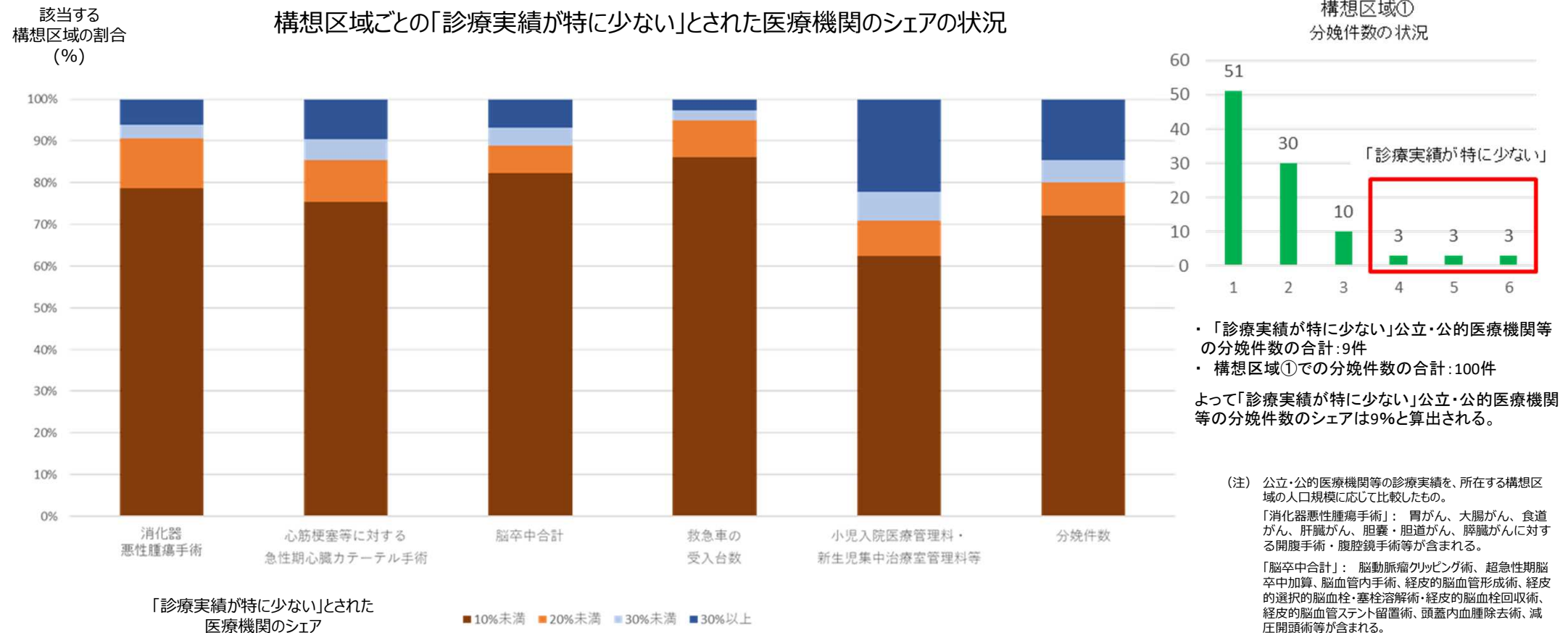
(注) 公立・公的医療機関等の診療実績を、所在する構想区域の人口規模に応じて比較したもの。

「消化器悪性腫瘍手術」： 胃がん、大腸がん、食道がん、肝臓がん、胆嚢・胆道がん、膵臓がんに対する開腹手術・腹腔鏡手術等が含まれる。

「脳卒中合計」： 脳動脈瘤クリッピング術、超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的脳血管形成術、経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術・経皮的脳血栓回収術、経皮的脳血管ステント留置術、頭蓋内血腫除去術、減圧開頭術等が含まれる。

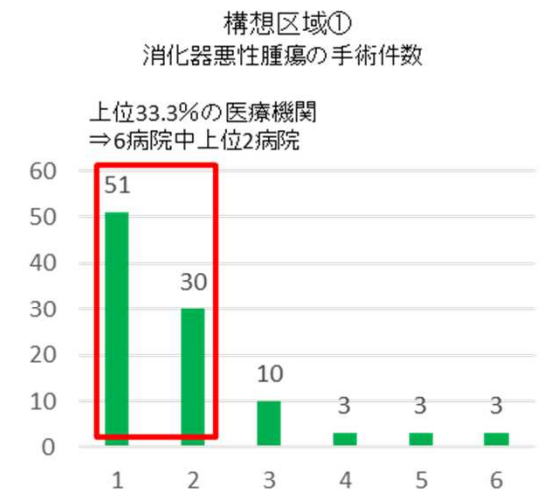
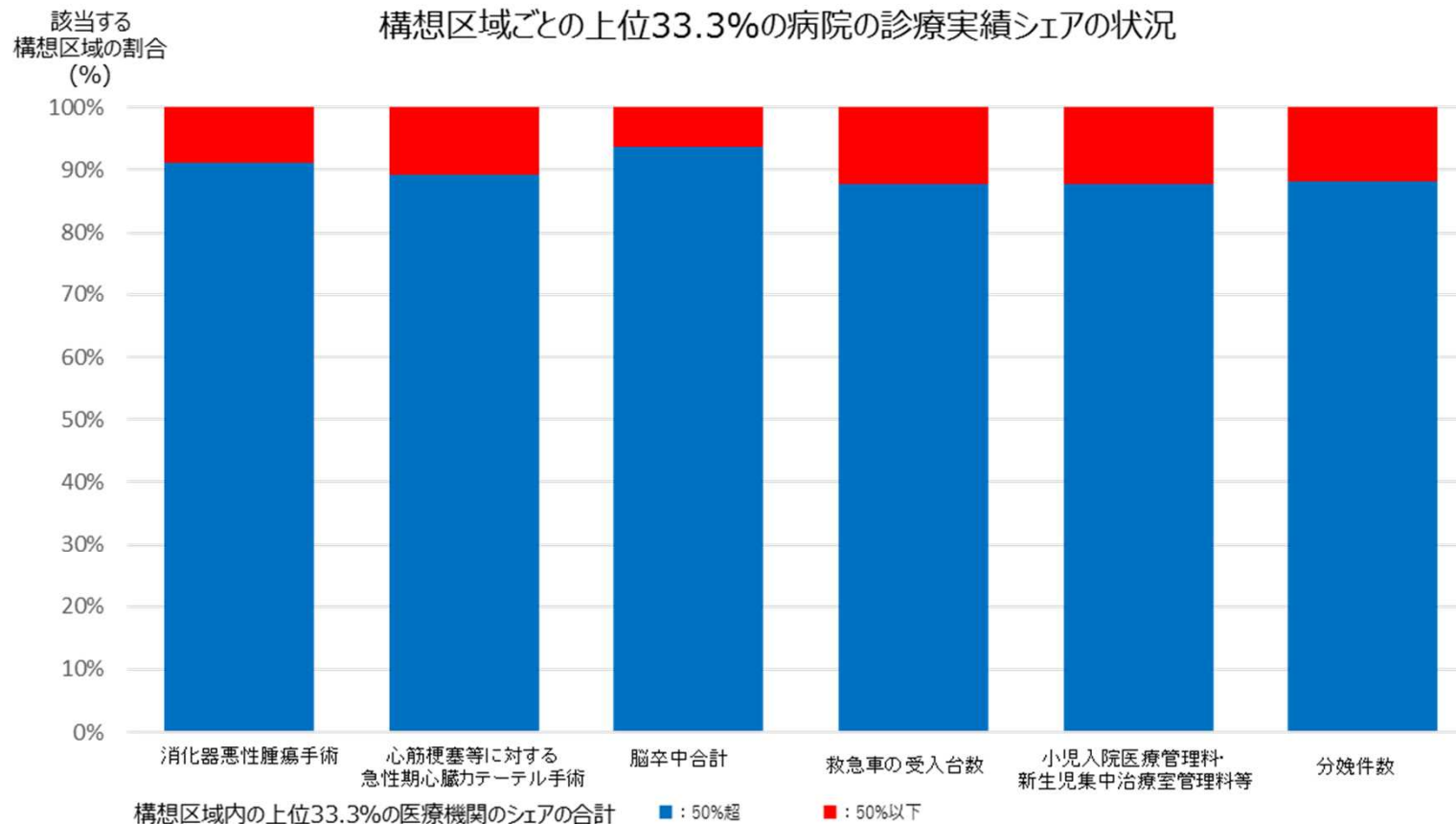
（参考）構想区域ごとの「診療実績が特に少ない」とされた医療機関のシェアの状況

- 各構想区域において、分析項目ごとに「診療実績が特に少ない」とされた公立・公的医療機関等が占める診療実績のシェアを算出しそれが全国規模でどのような分布をとっているかを項目ごとに分析。
- 「診療実績が特に少ない」とされた公立・公的医療機関等の、構想区域内でのシェアの合計が10%未満である構想区域が多数を占めていた。



各構想区域の診療実績の上位33.3パーセンタイル以上の医療機関のシェアの状況

- 各構想区域において上位33.3%の医療機関による診療実績のシェアを項目ごとに算出し、それが全国規模でどのような分布をとっているのかを項目ごとに分析。
- 上位33.3%の医療機関による、構想区域内の診療実績のシェアが50%より大きい構想区域が大半を占めた。



・上位33.3%の医療機関での消化器悪性腫瘍の手術件数の合計・・・81件
・構想区域①での消化器悪性腫瘍の手術件数の合計・・・100件

よって上位33.3%の医療機関での消化器悪性腫瘍の手術件数のシェアは81%と算出される。

(注) 公立・公的医療機関等の診療実績を、所在する構想区域の人口規模に応じて比較したもの。

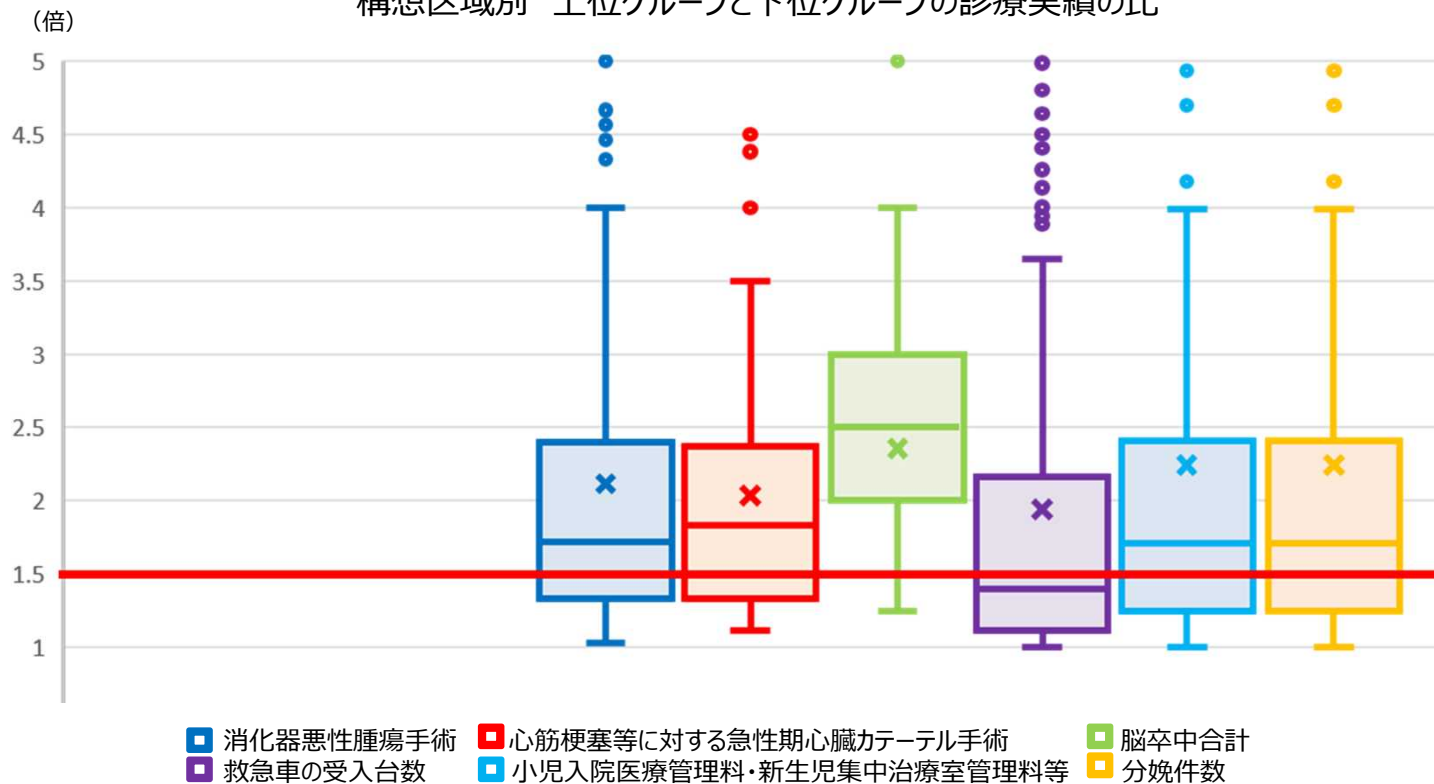
「消化器悪性腫瘍手術」：胃がん、大腸がん、食道がん、肝臓がん、胆嚢・胆道がん、膵臓がんに対する開腹手術・腹腔鏡手術等が含まれる。

「脳卒中合計」：脳動脈瘤クリッピング術、超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的脳血管形成術、経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術・経皮的脳血栓回収術、経皮的脳血管ステント留置術、頭蓋内血腫除去術、減圧開頭術等が含まれる。

実績上位グループと実績下位グループに属する医療機関の診療実績の差について

- 各構想区域において、累積占有率50%を基準として医療機関を上位グループ、下位グループの2群に分ける。
- 「下位グループの中で診療実績が最も多い医療機関」1の診療実績と、「上位グループに属する医療機関」の診療実績を比較した。
- 多くの構想区域・分析項目において、「下位グループの中で診療実績が最も多い医療機関」(p.23右図 D病院) の診療実績と、「上位グループに属する医療機関」(p.23右図 C病院) の診療実績との間に、2倍以上の差が存在する。
- 2倍の差がついているものに関しては、上位グループと下位グループの間に「一定の差」があるものと考えられる。それに対して、1倍（差がない）の場合は、完全に「横並び」となっていることから、1倍と2倍の間で「一定の差」についての基準を設定することとし、当該基準については1.5倍を基準とする。

構想区域別 上位グループと下位グループの診療実績の比



- ・ 多くの構想区域・分析項目において、「下位グループの中で診療実績が最も多い医療機関」の診療実績と、「上位グループに属する医療機関」の診療実績との間に、2倍以上の差が存在する。

(注) 公立・公的医療機関等の診療実績を、所在する構想区域の人口規模に応じて比較したもの。
「消化器悪性腫瘍手術」： 胃がん、大腸がん、食道がん、肝臓がん、胆嚢・胆道がん、膵臓がんに対する開腹手術・腹腔鏡手術等が含まれる。
「脳卒中合計」： 脳動脈瘤クリッピング術、超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的脳血管形成術、経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術・経皮的脳血栓回収術、経皮的脳血管ステント留置術、頭蓋内血腫除去術、減圧開頭術等が含まれる。

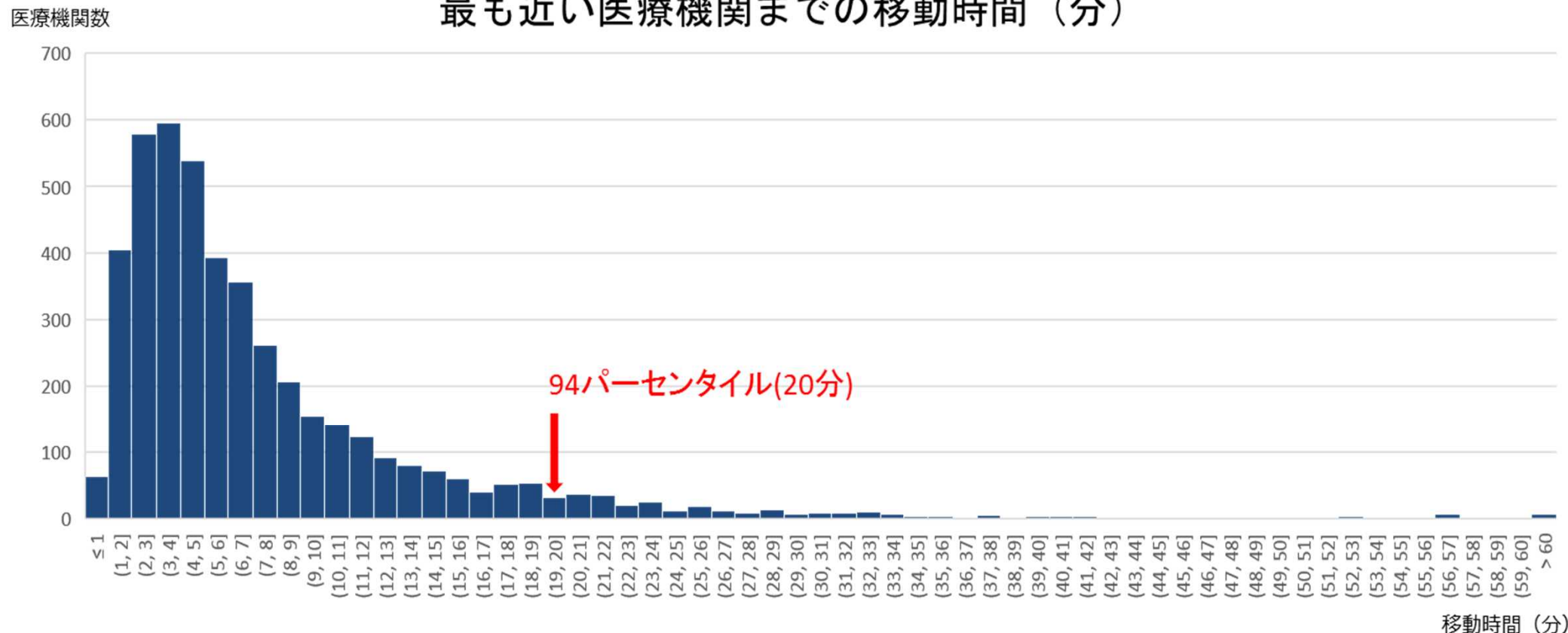
※1 上の箱ひげ図は各診療項目での診療実績の比の分布を示したものの。ひげの両端は外れ値を除いた最小値と、最大値を表している。箱は25パーセンタイル値、中央値、75パーセンタイル値を表している。

※2 図中の「x」は平均値を表す。

(参考) 医療機関間の移動時間

医療機関ごとに、最も近い医療機関までの移動時間を比較したところ、94%の医療機関が、20分以内に別の医療機関が存在していた。

最も近い医療機関までの移動時間（分）

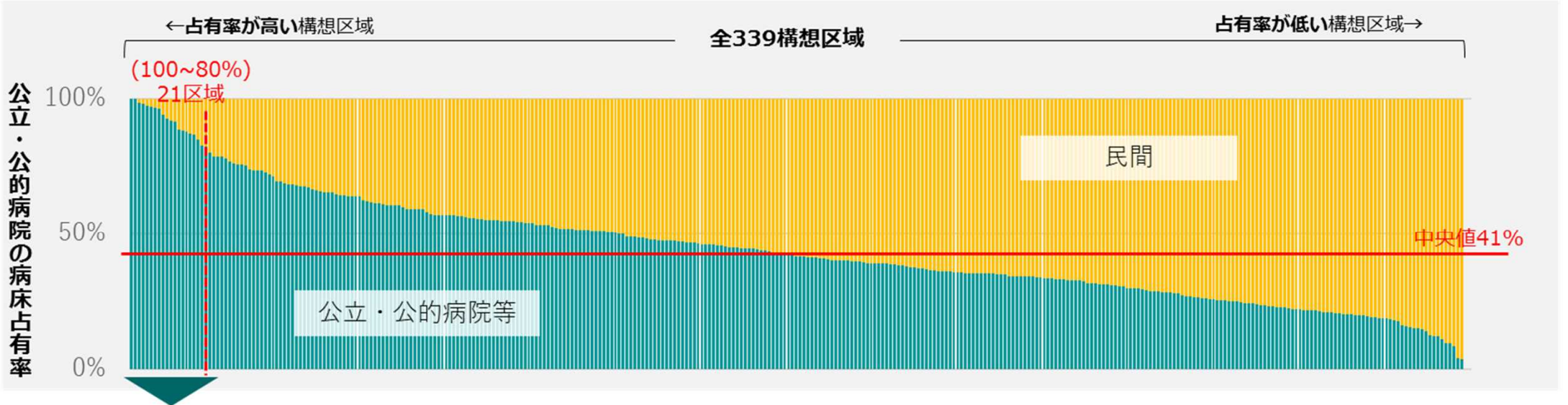


●最も近い医療機関までの移動時間集計

- ・病院の組み合わせの度数分布を表す
- ・組み合わせは、同一病院で最短時間に絞り込んでいる
- ・設置主体や診療実績での絞り込みは行っていない

各構想区域の公立・公的病院等の病床占有率

「公立・公的病院等の病床占有率」＝公立・公的病院等の病床数 ÷ 全ての病院・診療所の病床数（一般病床・療養病床のみの集計）
「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院＋公的医療機関等2025プラン策定対象病院



公立・公的の占有率が80%を超える21構想区域

	都道府県名	構想区域名	病床の占有率	全病床数 ※有床診含む	公立・公的病院の病床数	全病院数	公立・公的病院の数	有床診の数
			(%)	(床)	(床)	(施設)	(施設)	(施設)
1	長野県	木曽	100%	259	259	1	1	0
2	島根県	隠岐	100%	135	135	2	2	0
3	秋田県	北秋田	99%	276	272	1	1	1
4	長崎県	対馬	98%	288	282	2	2	1
5	滋賀県	湖北	97%	1217	1183	3	3	2
6	秋田県	横手	97%	991	961	3	3	3
7	山梨県	富士・東部	96%	1081	1043	6	5	8
8	長野県	大北	96%	492	473	2	2	2
9	新潟県	佐渡	94%	580	546	5	4	0
10	長野県	北信	92%	741	685	3	2	2
11	兵庫県	但馬	92%	1279	1176	9	8	2

	都道府県名	構想区域名	病床の占有率	全病床数 ※有床診含む	公立・公的病院の病床数	全病院数	公立・公的病院の数	有床診の数
			(%)	(床)	(床)	(施設)	(施設)	(施設)
12	長崎県	上五島	91%	199	182	1	1	1
13	岐阜県	飛騨	88%	1440	1272	8	6	7
14	新潟県	上越	88%	2384	2102	11	9	7
15	青森県	下北	88%	620	544	3	3	7
16	秋田県	湯沢・雄勝	87%	630	548	2	2	6
17	新潟県	魚沼	87%	1441	1248	10	8	5
18	島根県	益田	85%	847	718	4	3	1
19	岩手県	二戸	82%	542	447	3	3	6
20	岐阜県	東濃	82%	2671	2194	13	8	16
21	島根県	雲南	80%	580	465	4	3	0

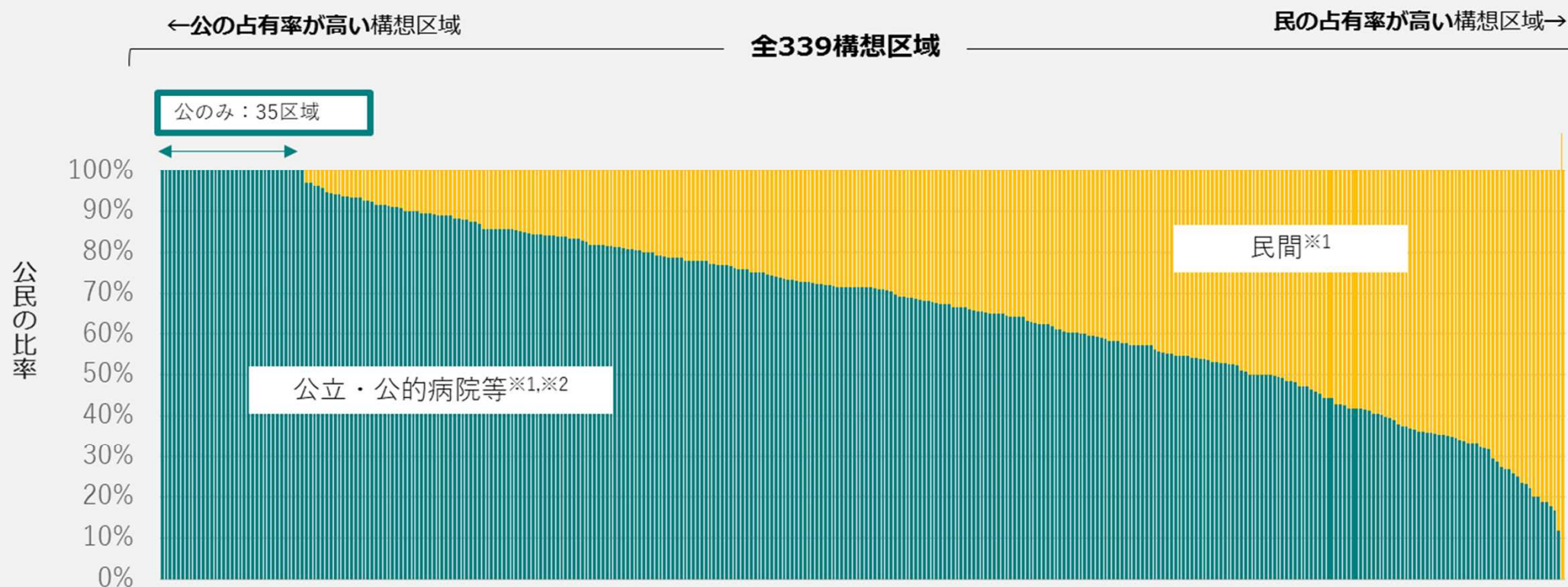
各構想区域における公民比率について – 医療機能別の病棟数の公民比率① –

(分析の内容)

○ 病床機能報告における「医療機能」別の病棟数について、構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。

(例：区域内で、高度急性期または急性期を選択した病棟が、公立・公的病院等に1病棟、民間病院に1病棟あった場合、比率は50%)

「高度急性期機能」又は「急性期機能」を選択した病棟数 (全17,749病棟：公11,079病棟、民6,670病棟)



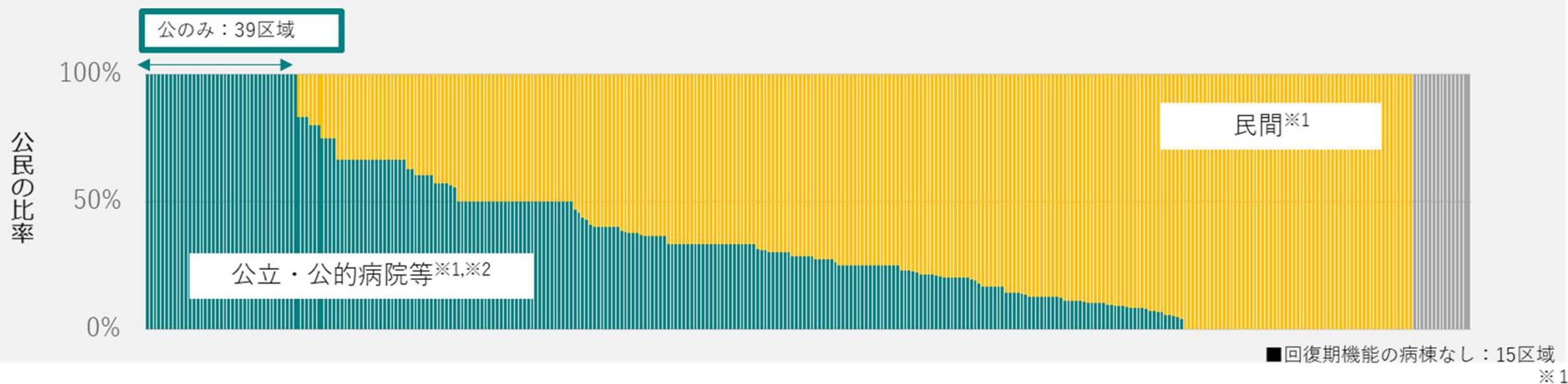
※1 病院の病棟のみ集計した。(有床診療所は本集計に含めていない。)

※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

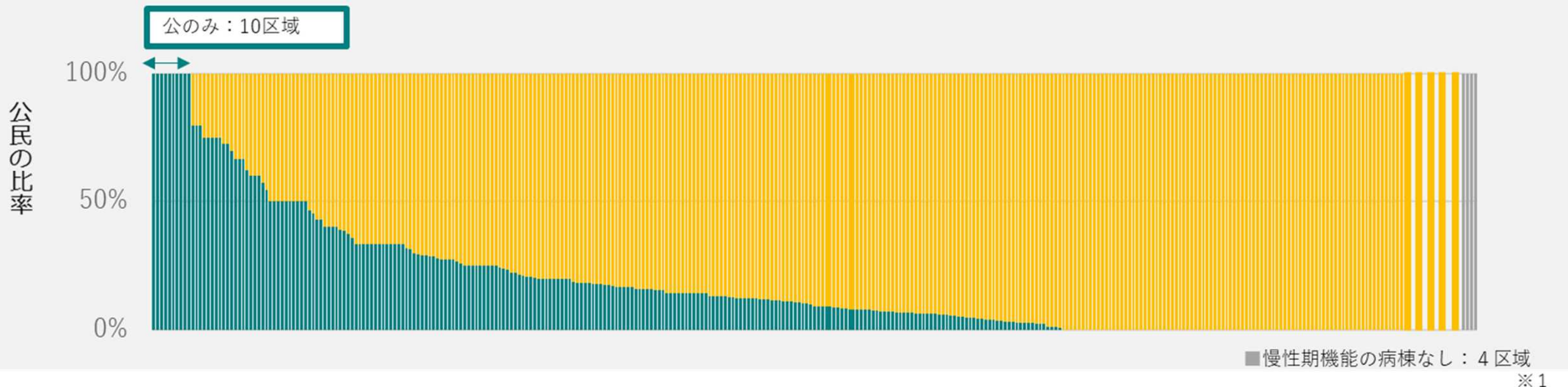
平成29年度病床機能報告より

各構想区域における公民比率について – 医療機能別の病棟数の公民比率② –

「回復期機能」を選択した病棟（全3,095病棟：公748病棟、民2,347病棟）



「慢性期機能」を選択した病棟（全7,285病棟：公785病棟、民6,500病棟）



※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。（有床診療所は本集計に含めていない。）

※2 「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院＋公的医療機関等2025プラン策定対象病院
平成29年度病床機能報告より

これからの、奈良の医療

第 8 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	資 料 1 - 2
平 成 2 9 年 1 0 月 2 6 日	

奈良に必要なのは

「断らない病院」 と **「面倒みのいい病院」**



高度な医療よりも
介護事業者との連携・
重症化したときの対応など、
「めんどうみのよさ」
が求められる

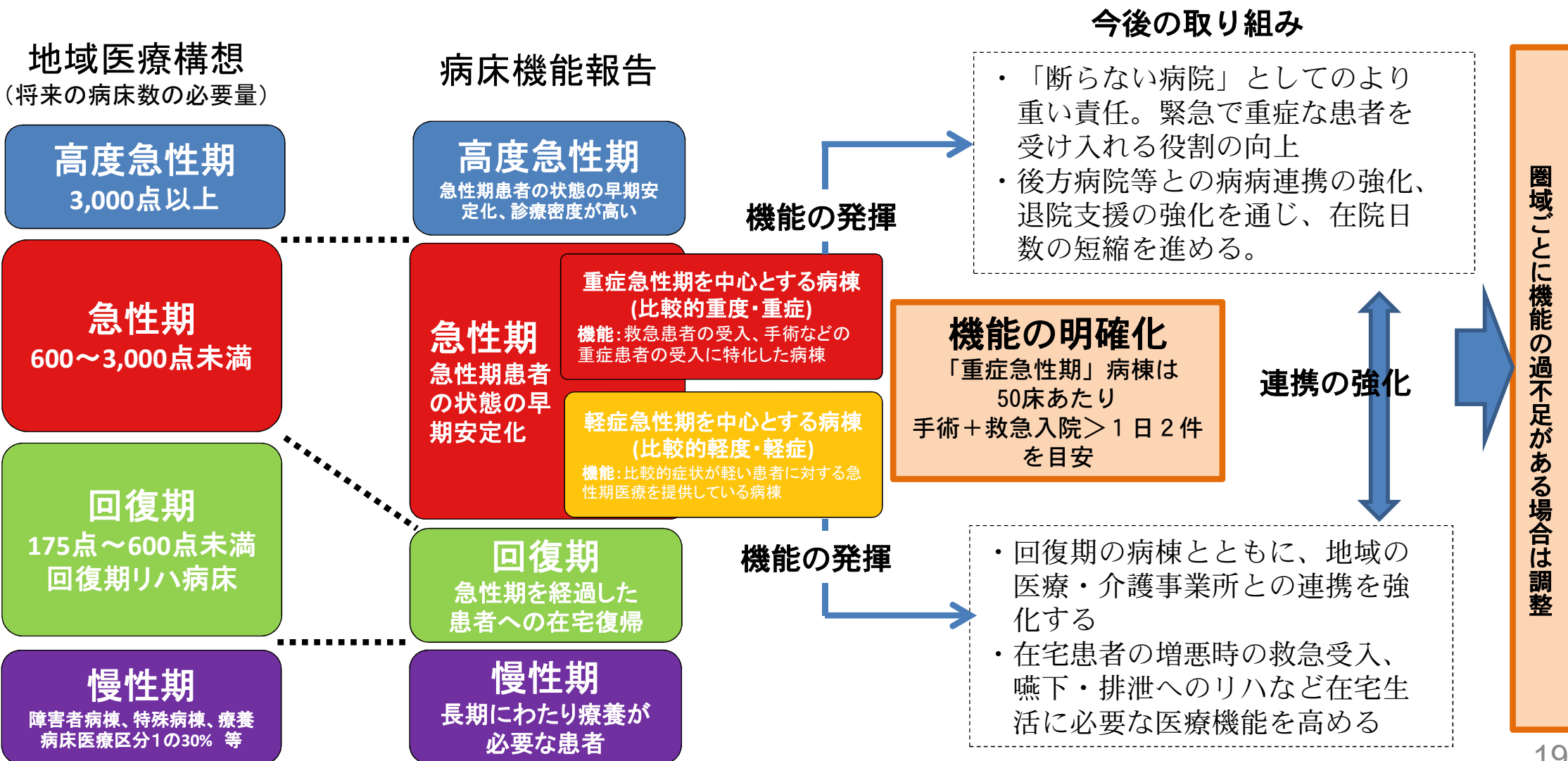
医療機関の
数を絞って…
医療機能を強化

医療機能を絞って…
**在宅・介護（連携）機能を
強化**

急性期の報告の「奈良方式」

第 8 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	資 料 1 - 2
平 成 2 9 年 1 0 月 2 6 日	

- 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。)



重症急性期と軽症急性期の報告結果

第 8 回 地 域 医 療 構 想
に 関 する W G 資料
平成 2 9 年 1 0 月 2 6 日 1 - 2

- 平成28(2016)年の病床機能報告で急性期と報告された病棟について、奈良県の取り組みとして、更に「重症」「軽症」いずれを中心とするか、県内医療機関から報告いただき、集計したもの。
- 「軽症急性期」「回復期」の報告を併せると、「回復期」の2025年の病床数の必要量とほぼ一致する結果となった。

病床機能の考え方 (奈良県方式)

高度急性期

急性期患者の状態の早期安定化、診療密度が高い

急性期

急性期患者の状態の早期安定化

重症急性期を中心とする病棟
(比較的重度・重症)

機能: 救急患者の受入、手術などの重症患者の受入に特化した病棟

軽症急性期を中心とする病棟
(比較的軽度・軽症)

機能: 比較的症状が軽い患者に対する急性期医療を提供している病棟

回復期

急性期を経過した患者への在宅復帰

慢性期

長期にわたり療養が必要な患者

2016年 病床機能報告

計14,216床

1,466

6,997

4,300

2,697

1,999

3,194

休棟等560

4,696
床

実態上は、
軽症急性期を
回復期と併せて
医療需要を
解釈してはどうか

2025年 病床数の必要量

計13,063床

1,275

4,374

4,333

3,081

重症急性期・軽症急性期を中心とする病棟の役割について

①重症急性期を中心とする病棟

- ・救急患者の受け入れ、手術などの重症患者の受け入れを主とする病棟

【担うべき役割の方向性】

- 救急受入ができていない事例の分析等を通じ、緊急で重症な患者を受け入れる役割の向上。
- 後方病院等との病病連携の強化、退院支援の強化を通じ、在院日数の短縮を進める。
- 本県の救急医療の課題である救急搬送時間の短縮等に向けた「断らない病院」としてのより徹底した役割の明確化。

②軽症急性期を中心とする病棟（一部の重症患者・回復期患者を含めフレキシブルに受け入れる病棟）

- ・比較的症状が軽い患者に対する急性期医療を提供している病棟

【担うべき役割の方向性】

- 回復期の病棟とともに、地域の医療・介護事業所との連携を強化する。
- 在宅患者の増悪時の救急受入、嚥下・排泄へのリハなど在宅生活に必要な医療機能を高める。
- 緊急時に受け入れてもらいにくかった事例分析や解決策を地域で検討し、医療介護連携を推進。

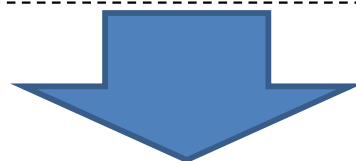
急性期機能の明確化の今後の方向性について

○県内の医療提供体制の的確な把握と政策の立案のために活用します。

- ・県内の医療提供体制を的確に把握することにより、地域医療構想の実現に向けてより実態に即した政策を立案し、将来の医療需要の変化に対応できる医療提供体制の整備につなげます。

○各医療機関毎の医療機能の発揮に向けた施策の実施のために活用します。

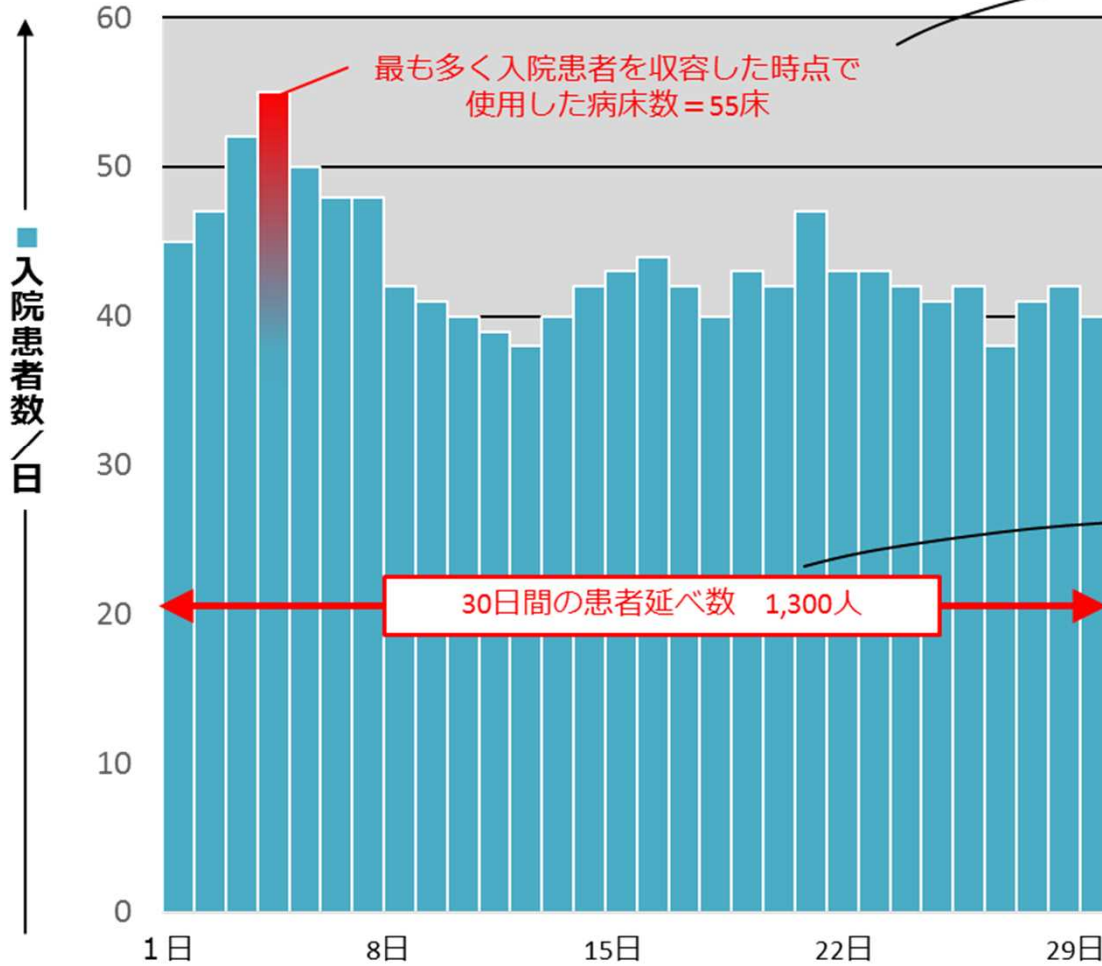
- ・急性期機能の報告により、施策の対象となる医療機関を明確化し、各々の医療機能の発揮に向けてより効果的な施策を実施します。



急性期機能の明確化の取組を第7次奈良県保健医療計画に位置付け、施策展開を図ります。

病床機能報告における「稼働病床数」と一般的な「病床利用率」の違いのイメージ

許可病床60床の病棟における
ある月の1日あたり入院患者数の推移



現在の病床機能報告における「稼働病床数」の定義

稼働病床数
= 最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数
= 55床

左のケースで「稼働病床数」が「許可病床数」に占める
割合を計算すると

$$\begin{aligned} \text{稼働病床数比率} &= 55\text{床} \div 60\text{床} \\ &= \underline{\underline{92\%}} \end{aligned}$$

一般的な病床利用率の計算式

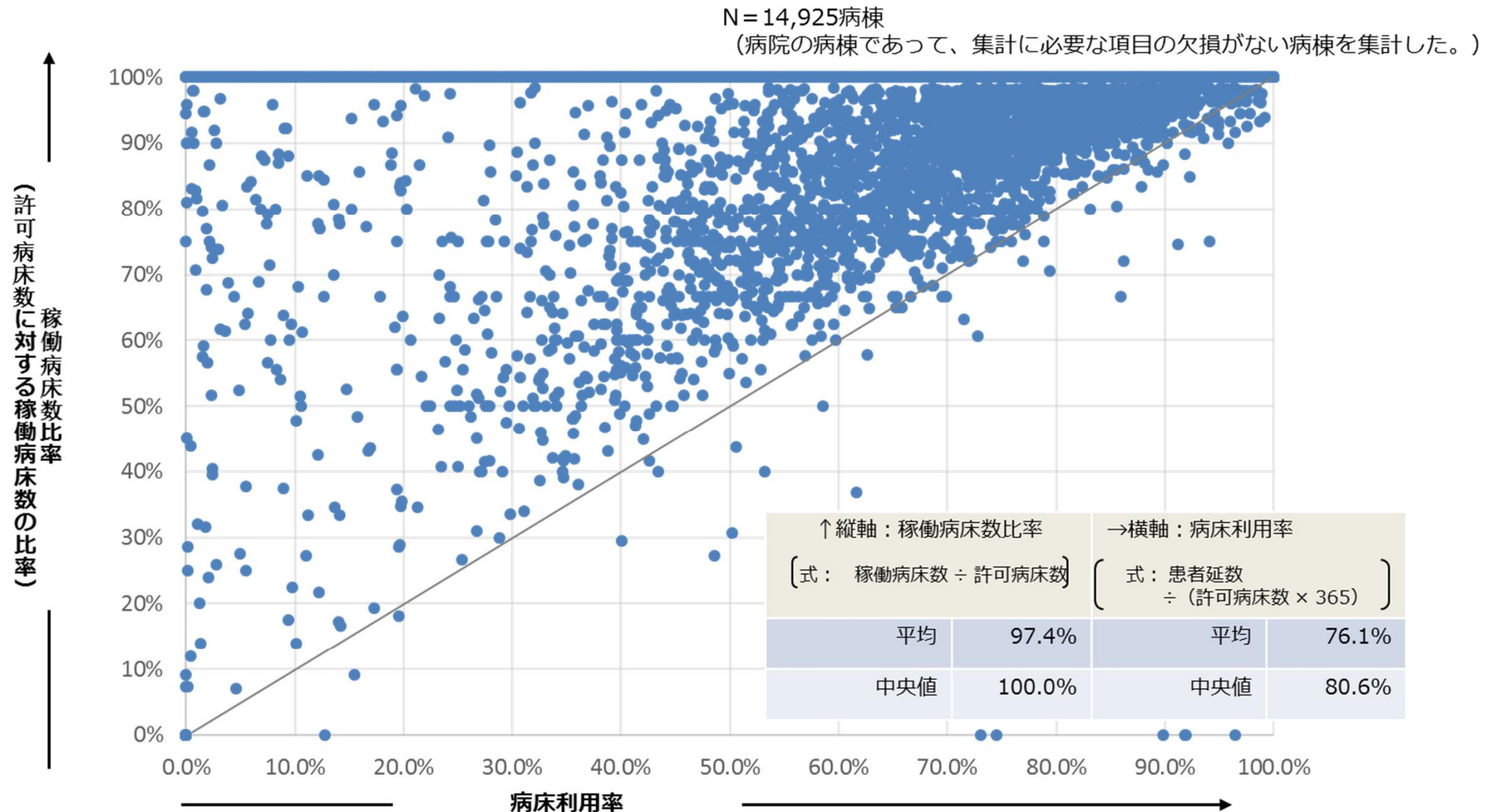
$$\text{病床利用率} = \frac{\text{患者延べ数}}{\text{許可病床数} \times \text{診療実日数}}$$

左のケースで計算すると

$$\begin{aligned} \text{病床稼働率} &= \frac{1,300\text{人}}{60\text{床} \times 30\text{日}} \\ &= \underline{\underline{72\%}} \end{aligned}$$

平成29年度病床機能報告における「稼働病床数比率」と「病床利用率」とのギャップ

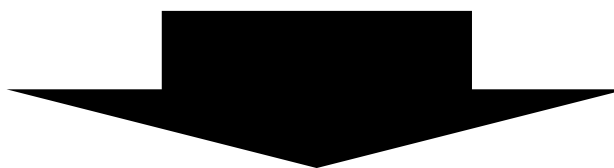
- 「稼働病床数比率」（許可病床数に対する稼働病床数の比率）は、患者延べ数から算出する「病床利用率」に比べて高くなる傾向。
- 「稼働病床数比率」の平均値は97.4%であり、許可病床数とほぼ近似している。また「病床利用率」の平均76.1%とは大きく乖離。



論点2：「稼働病床数」の見直し

第19回地域医療構想WG	資料2
平成31年2月22日	

- 病床機能報告における「稼働病床数」の定義は、実際に入院患者の利用に供したか否かで判断する定義。
- 一般的な「病床利用率」は、患者延べ数に基づき算出する仕組み。
現在の病床機能報告においても、病棟ごとの患者延べ数の報告を求めている、病棟ごとの病床利用率の算出が可能。
- 「稼働病床数比率」（許可病床数に対する稼働病床数の比率）の平均値は97.4%であり、許可病床数とほぼ近似している。また「病床利用率」の平均76.1%とは大きく乖離。
- 医療機関側の報告負担の軽減の観点からは、報告項目を減らすことも重要。

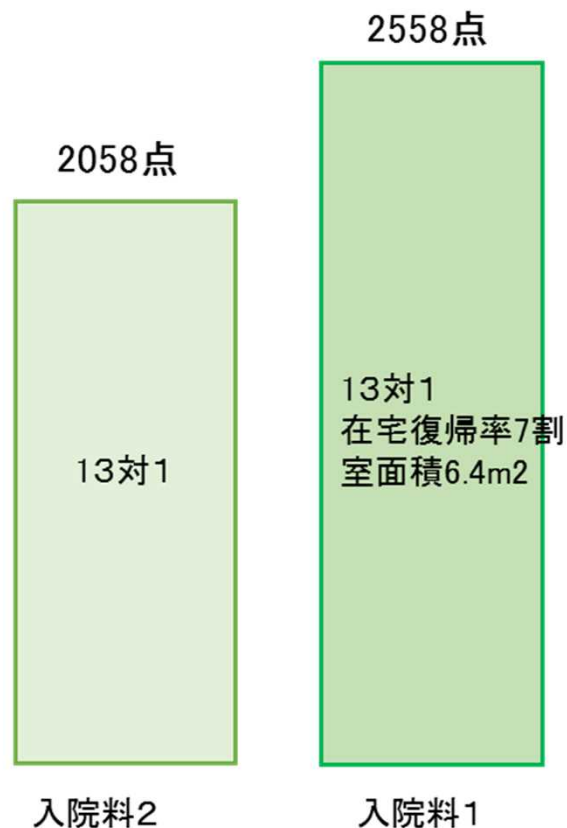


論点2：「稼働病床数」については、一般的な診療実績指標である「病床利用率」とのギャップが大きい上に、「許可病床数」とほぼ近似していることから、報告項目自体の廃止を念頭に、見直しに向けた検討を進めてはどうか。

【見直し時期】今後、当該項目の利活用状況や廃止の影響を踏まえた上で、2020年度（次々回）以降の報告から見直しを反映することを念頭に調整を進める。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

【現行】

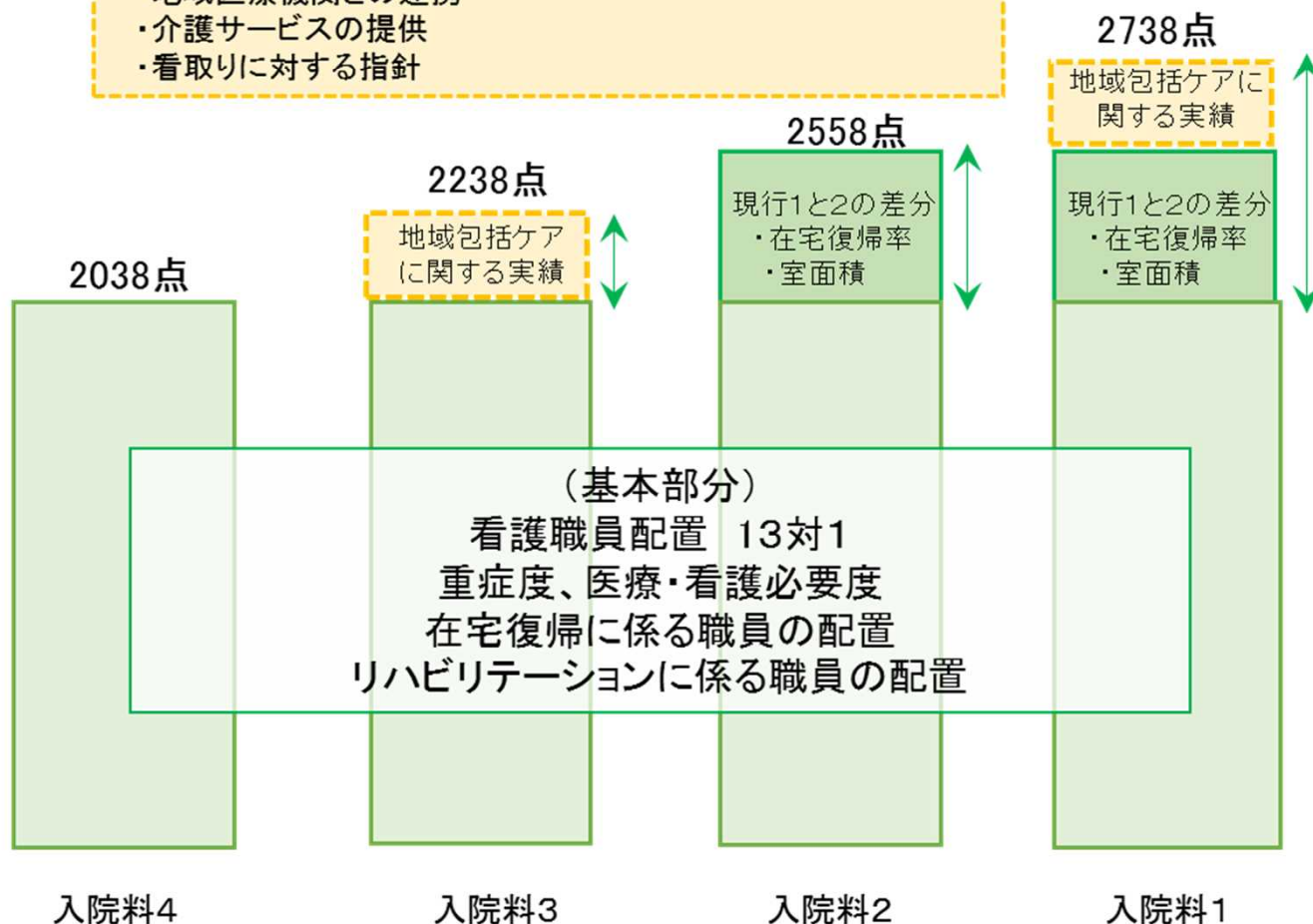


再編

【平成30年度改定】

【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療等の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針

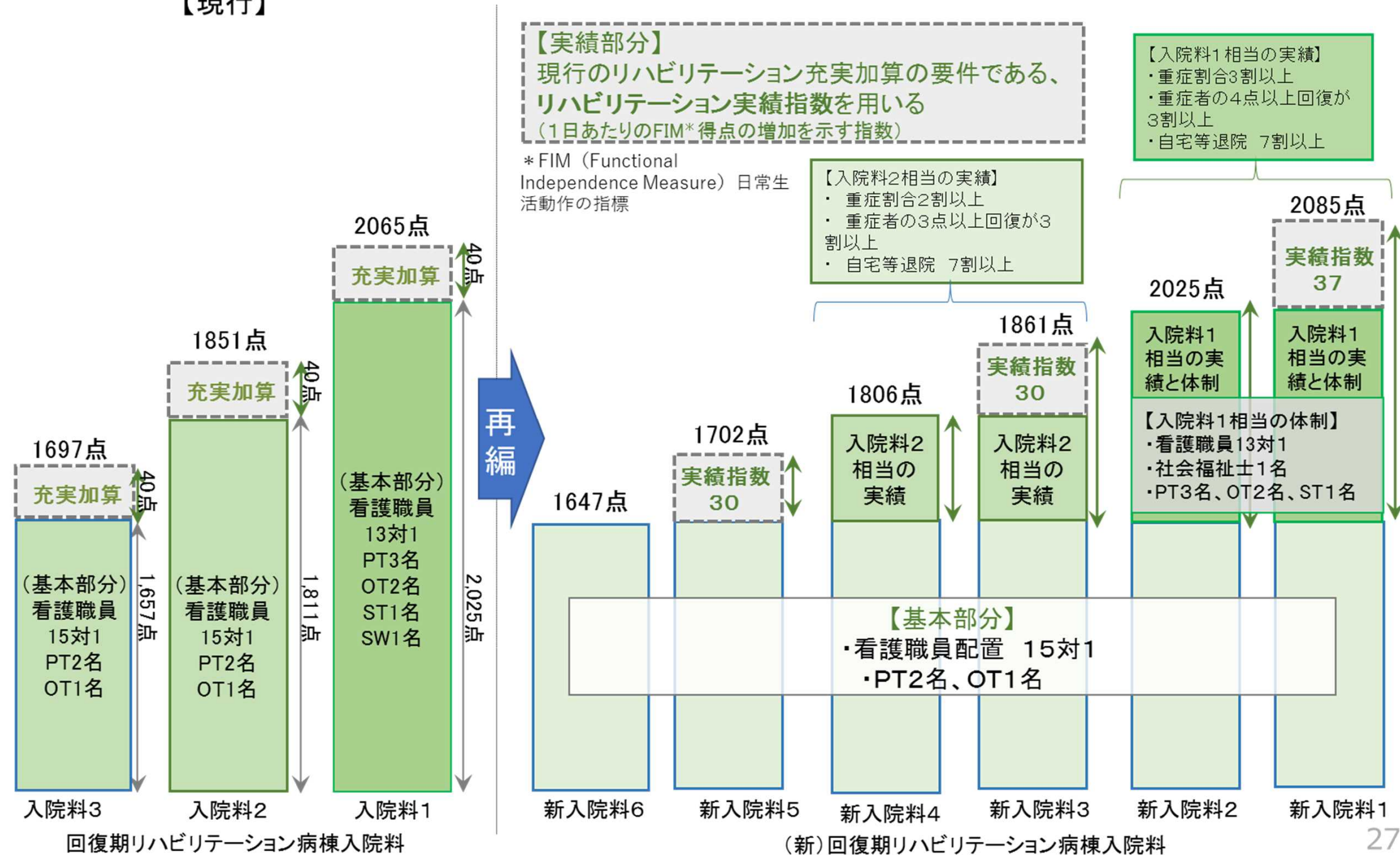


地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1		管理料1		入院料2		管理料2		入院料3		管理料3		入院料4		管理料4			
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)																	
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上																	
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること																	
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置																	
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること																	
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること																	
在宅復帰率	7割以上								－									
一般病棟から転棟した患者割合※1	－		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)		－		－		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)		－		－		－			
実績部分	自宅等から入棟した患者割合		1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)				－				1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)				－			
	自宅等からの緊急患者の受入		3月で <u>6人</u> 以上				－				3月で <u>6人</u> 以上				－			
	地域包括ケアの実績※2		○				－				○				－			
届出単位	病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室		病棟		病室			
許可病床数200床未満のみが対象	○		－		○		○		○		－		○		○			
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)				2,620点(2,605点)				2,285点(2,270点)				2,076点(2,060点)					

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
 - 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）		15対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		－			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合：実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○				○（※経過措置あり）	
休日リハビリテーション	○		－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」 （※1） の割合	3割以上		2割以上		－	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※（）内はFIM総得点	3割以上が4点（ 16点 ）以上改善		3割以上が3点（ 12点 ）以上改善		－	
自宅等に退院する割合			7割以上			
リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	30以上	－
点数 ※（）内は生活療養を受ける場合	2,129点 （2,115点）	2,066点 （2,051点）	1,899点 （1,884点）	1,841点 （1,827点）	1,736点 （1,721点）	1,678点 （1,664点）

実績部分

* 1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下