

平成 25 年 1 月 11 日（金）
10 時 00 分～12 時 00 分
中央合同庁舎第 5 号館 18 階
厚生労働省専用第 22 会議室

第 3 回

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

議 事 次 第

○ 医療機能毎の報告事項及び病床機能情報の提供 について

（配布資料）

- 資料 1 診療報酬における各種情報
- 資料 2 医療機能情報提供制度等について
- 資料 3 一般病床の現状把握と各医療機能に求められる役割の分析に関する研究
- 資料 4 医療計画の記載事項と現状把握の指標について
- 資料 5 病床規模別病院数の割合
- 資料 6 これまでの検討会における主な構成員意見と具体的な論点

参考資料

（構成員提出資料）

松田構成員提出資料

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構成員名簿

氏 名

所 属

相澤 孝夫

一般社団法人日本病院会副会長

安部 好弘

公益社団法人日本薬剤師会常務理事

◎遠藤 久夫

学習院大学教授

尾形 裕也

九州大学大学院医学研究院教授

高智 英太郎

健康保険組合連合会理事

齋藤 訓子

公益社団法人日本看護協会常任理事

西澤 寛俊

社団法人全日本病院協会会長

花井 圭子

日本労働組合総連合会総合政策局長

日野 頌三

社団法人日本医療法人協会会長

松田 晋哉

産業医科大学教授

三上 裕司

社団法人日本医師会常任理事

山口 育子

NP0法人ささえあい医療人権センターCOML理事長

山崎 理

新潟県福祉保健部副部長

◎ 座長

診療報酬における各種情報

1. 入院料等の届出情報
2. 診療報酬明細書(レセプト)
3. DPCデータ

※本資料は、今後報告を求める事項を検討する中で、議論の参考とするために、医療機関が保険請求のために現状提出している書類・データ等をまとめたものである。

各種情報の届出先及び提出時期について

	届出先	提出時期
入院料等の届出情報	各地方厚生局	新規算定項目に関する届出は、算定を予定する月の前月末まで
		入院基本料等に関する実施状況報告は、7月1日時点の状況を8月中旬まで
診療報酬明細書 (レセプト)	各都道府県の審査支払機関 ・社会保険診療報酬支払基金 ・国民健康保険団体連合会	診療翌月の10日まで
DPCデータ	厚生労働省	・1～3月診療分は、4月22日まで ・4～6月診療分は、7月22日まで ・7～9月診療分は、10月22日まで ・10～12月診療分は、1月22日まで

入院料等の主な届出情報

入院料	届出項目
入院基本料	【構造設備】 病棟数、病床数等 【患者情報】 入院患者数、平均在院日数、看護必要度を満たす患者の割合等 【職員情報】 看護職員数、看護補助者数等
いわゆる急性期に関連する特定入院料 ・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料（ICU） ・ハイケアユニット入院医療管理料（HCU） ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料（PICU） ・新生児特定集中治療室管理料（NICU） ・総合周産期特定集中治療室管理料（MFICU）等	【構造設備】 病床数、病床面積、配置機器（救急蘇生装置、除細動器、心電図計、呼吸循環監視装置等）等 【患者情報】 入院患者数、重症患者の割合等 【職員情報】 医師数、看護師数等
亜急性期入院医療管理料	【構造設備】 病床数、病床面積等 【患者情報】 入院患者数、在宅復帰率、リハビリの実施状況等
回復期リハビリテーション病棟入院料	【構造設備】 病棟数、病床数、病床面積、廊下幅等 【患者情報】 入院患者数（患者の構成）、在宅復帰率、重症患者の割合・退院時の日常生活機能改善患者の割合、リハビリの実施状況等 【職員情報】 医師数、PT・OT・ST・社会福祉士等の数等
特殊疾患病棟入院料	【構造設備】 病棟数、病床数等 【患者情報】 脊髄損傷等、重度意識障害、筋ジストロフィー、神経難病による入院患者数 重度肢体不自由児（者）および重度意識障害による入院患者数等

注：基本的に病院単位での届出となっているため、複数の病棟を有する病院の場合、厚生局に集まったデータを国において病棟単位で集計することは困難。

診療報酬明細書(医科紙レセプト)の内容について

カルテ番号等： sample-ika-061 受付番号： 2405-00,006,418 140000-00-0000 ページ番号： 000,002-000
レセプト番号： 000,061 任給①： 任給②： 円／1点 証明書番号： 提出先： 1 社保 検索： 910000641

診療報酬明細書 平成 2 4 年 4 月 分 県番： 1 3 医コ： 9 9 9 9 9 0 5
(医科入院)

1 医科	1 社保	1 単独	9 高入 7
------	------	------	--------

——		——	
公費①		公受①	
公費②		公受②	

保険者番号	0 6 1 3 2 0 1 3	給付割合	
記 号 ・ 番 号	1 2 3 4 5 6 7 6 1		

区分		特
氏名	サンプル 6 1	記
	1 男 3 昭 1 6 . 9 . 2 7 生	事
職務上の事由		項

保険医 東京都港区新橋
療機関
の所在 サンプル医科病院
地及び TEL:03-9999-9999
名 称

傷病名	① 脳室内出血（主） ② 不眠症 ③ 上腕骨折の疑い ④ 症候性てんかん ⑤ 高血圧症	診療開始日	①平24年 1月24日 ②平24年 1月24日 ③平24年 1月24日 ④平24年 2月 2日 ⑤平24年 2月 2日	転帰		診療実日数	保 ① ②	7 日 日 日
以下、摘要欄								

①初 診	回数	点数	公費分点数①	公費分点数②	13 01	⑥ 前立腺癌の疑い	平24年 2月18日		
	回					⑦ 痛風	平24年 2月20日		
⑬医学管理		250				⑧ 便秘症	平24年 3月18日		
⑭在 宅						⑨ 筋肉痛	平24年 3月19日		
⑳投	㉑内服	38 単	469			⑩ 糖尿病	平24年 3月21日		
	㉒屯服	単				⑪ 皮膚炎	平24年 3月23日		
	㉓外用	3 単	69			⑫ 帯状疱疹	平24年 3月23日		
	㉔調剤	7 日	49			⑬ 狭心症	平24年 3月25日		
	㉕麻毒	日							
㉖調基			42						
㉗その他									
㉘注	㉙皮下筋肉内	回			21 01				
	㉚静脈内	回							
	㉛その他	回			02				
㉜薬剤料減点									
㉝処 置	1 回	100			03				
㉞手 術	回								
㉟麻 酔	回				04				
㊱検査・病理	11 回	2158							
㊲画像診断	回								
㊳他	その他	2450							
	入院年月日	2 4 年 1 月 2 4 日							
㊴入院	㊵入院基本料	7 日	11207						
	㊶特定入院料								
	その他								
療養の給付	請求	※ 決 定	負担金額	食事・生活	請求	※ 決 定	標準負担額		
①	1 6 , 7 9 4 点	16,794点	44,400円	2 0 回	1 3 , 1 5 0 円	13,150円	5,200円		
②	点	点	円	回	円	円	円		
	点	点	円	回	円	円	円		

この明細書は、社会保険診療報酬支払基金が、保険医療機関・保険薬局から提出された電子レセプトについて
審査決定後、その請求情報に基づき作成したものです。

Ver 000013a095efcedf42efd35814dce08b41b36 3

診療報酬明細書(医科電子レセプト)の主な内容について

レコード識別		識別情報	記載内容
医療機関レコード		IR	医療機関に関する情報 (都道府県、名称等)
レセプト共通レコード		RE	患者に関する情報 (診療年月、患者氏名、性別、生年月日、入院日等)
レセプト情報	保険者レコード	HO	保険者に関する情報 (保険者番号、記号・番号、診療実日数、合計点数等)
	公費レコード	KO	公費負担に関する情報 (負担者番号、受給者番号、診療実日数、合計点数等)
傷病名レコード		SY	傷病に関する情報 (傷病名(主傷病)、診療開始日、転帰)
摘要情報	診療情報レコード	SI	診療行為に関する情報 (診療行為(診療報酬の項目)、点数、回数、算定日等)
	医薬品レコード	IY	医薬品に関する情報 (医薬品の項目、使用量、点数、回数、算定日等)
	特定機材レコード	TO	特定の医療機材に関する情報 (特定機材の項目、使用量、点数、回数、算定日等)
	コメントレコード	CO	診療に関する補足情報、備考等

※オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様(医科用)をもとに
主な内容についてまとめたもの。

電子レセプトデータのイメージ

【診療行為レコード】

(例)

東京都23区(1級地)に所在する病院の一般病棟7対1入院基本料を算定する病棟に、ある月の2日から7日間入院した場合。

レコード 識別	診療 識別	診療 行為 コード	点数	回数	算定日情報									
					1 日	2 日	3 日	4 日	5 日	6 日	7 日	8 日	9 日	
SI	90 (入院)	190117710 (一般病棟7対1入院基本料)		7		1	1	1	1	1	1	1		
SI		190079470 (一般病棟入院期間加算(14日以内))		7		1	1	1	1	1	1	1		
SI		190077070 (1級地地域加算)	2034	7		1	1	1	1	1	1	1		

※電子レセプトデータは、CSV(Comma Separated Value)形式で記録されている。
なお、括弧の内容は通常は記載されていない。

DPC調査提出データの主な内容について

様式の名称	内容		
様式1	患者別匿名化情報	【診療録情報】 ・病院属性(診療科等) ・患者属性(性別、生年月日、患者住所地の郵便番号等) ・入退院情報(入院目的、入退院日、入院経路、紹介の有無、救急搬送の有無、退院先、転帰等) ・診断情報(主傷病名、医療資源を最も投入した傷病名、ICD-10等) ・手術情報(手術名、手術日、麻酔情報等) ・診療情報(身長、体重、喫煙指数、意識状態、ADLスコア、疾病毎の重症度、化学療法の有無等) 等	
EF統合ファイル		診療報酬請求情報	【出来高点数情報】 ・医科点数表による診療報酬明細書情報 (仮に出来高病院であったとしたら、どのような請求になるかを入力したもの)
Dファイル			【包括点数情報】 ・診断群分類点数表により算定する患者の包括評価点数、医療機関別係数等に関する請求情報等
様式4			【保険診療以外の症例調査票】 ・医療保険と労災保険、自賠責保険等の併用 等
様式3	【施設調査票】 ・病床数、入院基本料等加算算定状況、開設主体 ・地域医療(脳卒中、がん、救急医療、へき地医療、災害医療、周産期医療)への貢献に係る評価 等		

※平成24年度「DPC導入の影響評価に係る調査」実施説明資料をもとに主な内容についてまとめたもの。

注: 包括請求を行う患者については病棟区分の記載は任意であり、また十分な定義がなく病院独自の設定となっているため、正確に病棟単位での集計を行うことは困難である。

DPCデータのイメージ

●様式1

データ 識別番号	入院 年月日	退院 年月日		医療資源 病名	ICD10		
0100000001	20110701	20110710		左腎盂癌	C65		
0100000002	20110701	20110715		卵巣癌	C56		
0100000003	20110702	20110709		子宮肉腫	C542		
0100000004	20110702	20110710		C型慢性肝炎	B182		
0100000005	20110702	20110720		S状結腸癌	C187		
:	:	:		:	:		

●様式3

○様式3-1(病床数を入力)		
各入院基本料及び特定入院料毎の病床数を入力		
一般病棟入院基本料	340床	
救命救急入院料	5床	等
○様式3-2(入院基本料等加算の算定状況を入力)		
入院時医学管理加算	○	
超急性期脳卒中加算	×	等
○様式3-3(地域医療への貢献に係る評価を入力)		
地域連携診療計画管理料(脳卒中に限る)	×	
がん治療連携計画策定料	平成23年4月1日	等

●統合EFファイル

EF-6	EF-7	EF-8	EF-9	EF-11	EF-12	EF-13	EF-14	EF-24	EF-26	EF-27	EF-28
順序 番号	行為 明細 番号	病院点 数マスタ コード	レセプト電算 コード	診療明細名称	使用 量	基準 単位	明細 点数	実施 年月日	診療科 区分	医師 コード	病棟 コード
0001	000	502331	150253010	水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)	0	000	0	20110624	230	603808	N07
0001	001	788005	810000000	右	0	000	0	20110624	230	603808	N07
0001	002	502331	150253010	水晶体再建術(眼内レンズを挿入する場合)	0	000	12100	20110624	230	603808	N07
0001	003	431709	620003739	セファメジンα 点滴用キット1g (生理食塩液100mL付)	1	051	876	20110624	230	603808	N07
0001	004	356530	661310031	エコリシン眼軟膏	0.5	033	18.35	20110624	230	603808	N07
0001	005	359169	620006397	オベガンハイO. 85眼粘弾剤1% O. 85mL	1	047	9351.6	20110624	230	603808	N07
0001	006	384267	660462011	ヒーロンVO. 6 2. 3%O. 6 mL	1	047	11750.5	20110624	230	603808	N07
0001	007	431536	643310183	生理食塩液 100mL	2	019	194	20110624	230	603808	N07
0001	008	441020	642450055	デカドロン注射液 3. 3mg	1	022	203	20110624	230	603808	N07
0001	009	422094	620003210	ゲンタシン注40 40mg	1	022	358	20110624	230	603808	N07

医療機能情報提供制度について（平成19年4月～）

第13回医療部会資料より
（平成22年11月11日）

病院等に対して、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報（医療機能情報）について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、わかりやすく提供する制度（薬局についても同様の制度あり）

創設前

（病院等に関する情報を入手する手段）

- 病院等の広告
- インターネット等による広報
※ 病院等からの任意情報
- 院内掲示 等

〔視点〕

- ① 必要な情報は一律提供
- ② 情報を集約化
- ③ 客観的な情報をわかりやすく提供
- ④ 相談助言機能の充実

現行制度

病院等

- 病院等管理者は、医療機能情報を都道府県に一年に一回以上報告（報告時期は都道府県毎に異なる）

都道府県

- 集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
- 医療安全支援センター等による相談対応・助言

住民

- 医療機能情報を病院等において閲覧に供すること（インターネット可）
- 正確かつ適切な情報の提供（努力義務）
- 患者等からの相談に適切に応ずること（努力義務）

〔医療機能情報の具体例〕

- ① 管理・運営・サービス等に関する事項（基本情報（診療科目、診療日、診療時間、病床数等）、アクセス方法、外国語対応、費用負担等）
- ② 提供サービスや医療連携体制に関する事項（専門医（広告可能なもの）、保有設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、クリティカルパス実施、地域医療連携体制等）
- ③ 医療の実績、結果等に関する事項（医療安全対策、院内感染対策、診療情報管理体制、治療結果分析の有無、患者数、平均在院日数等）

医療機能情報提供制度による情報の提供について

(「医療機能情報提供制度実施要領について」平成19年3月30日付け

医政発第0330013号厚生労働省医政局長通知 抜粋)

(3) 医療機能情報の公表手続

① 医療機能情報の公表時期

- ・ 都道府県知事は、病院等から報告された医療機能情報については、速やかに公表しなければならない。

② 医療機能情報の公表方法

- ・ 都道府県知事は、インターネットを通じて、病院等から報告された医療機能情報を公表し、適宜更新するものとする。インターネットを通じた公表については、住民・患者による病院等の選択に資するよう医療機能情報に基づく一定の検索機能を有するシステムを整備することとする。

また、利便性向上の観点から、以下の機能等を公表システムに可能な限り追加するものとする。

ア 検索対象範囲を限定しない検索機能及び複数のキーワードによる検索を可能とする機能

イ 例えば、以下のような検索頻度の高い項目のアイコンによる表示

- ・ 自宅に近い医療機関
- ・ 現在診療中の医療機関並びに時間外診療及び土日・祝日診療を実施する医療機関

ウ 基本情報等のみの簡易表示と詳細情報の表示とを選択可能にするなどの情報の階層化

エ 外国語による情報提供

オ 携帯電話等のパソコン以外の端末からの利用を容易とする機能

(4) 医療機関による情報提供

- ・ 病院等は、都道府県知事へ報告した情報について、当該病院等において閲覧に供しなければならない。その際、書面による閲覧に代えて、電子媒体等による情報の提供を行うことができるものとする。
- ・ また、病院等においても、住民・患者からの当該病院等の医療機能情報に関する相談・照会等に対して、適切に対応するよう努めるものとするとともに、身近なかかりつけ医においても、患者から他の病院等に対する相談・質問等があった場合は、適切に対応するよう努めるものとする。

医療機能情報提供制度の枠組み(今回の報告制度との関係)

医療機能情報提供制度

【今回の報告制度の枠組み】

制度の 基本的仕組 み	- 医療機関が、<u>患者や住民が医療機関を選択する際に資する情報を都道府県に報告。</u> - 都道府県は、報告された情報を住民や患者に対して公表。
目的・ 期待される 効果	患者や住民が<u>病院等の選択を適切に行うため。</u>
報告の単位	<u>病院単位</u>
主な 報告事項	医療機関の名称、診療科目、診療日、所在地、アクセス、医師・看護師等の配置状況、施設設備、医療安全対策の状況、平均在院日数 等
法制的な 措置	- 報告懈怠や虚偽報告に対する是正措置命令 - 是正措置命令違反の場合の開設許可取消命令・施設閉鎖命令 (これらの命令違反は罰則の対象(6月以下の懲役又は30万円以下の罰金))

- 医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を自主的に選択し、都道府県に報告。
- 都道府県は、報告された情報を活用し、医療計画においてその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定。
- 都道府県は、各医療機関の報告の内容について、患者や住民に分かりやすい形で公表。

- 医療機関が担う機能や今後の方向性を自主的に選択することにより、医療機関が地域のニーズに応じた効果的な医療提供を行うため。
- 地域医療のビジョンの策定により、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築するため。
- 住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことを促すため。

・病棟単位

医療機能情報提供制度の利用状況

(第9回医療情報の提供のあり方等に関する検討会資料より)

第3回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
平成25年1月11日

資料
2-4

各都道府県が開設している医療機能情報提供制度のホームページのアクセス状況等の利用状況について、都道府県の担当部局に対してアンケート調査した(平成23年9月)。

- アクセス数が横ばいか、又はやや減少している都道府県も一部あるものの、ほとんどの都道府県において概ね増加傾向にあった。
 - アクセス数の主なカウント方法には、
 - ①トップページから別ページへの移動をその都度、複数回カウントする方法(閲覧されたページ数を反映)
 - ②トップページへのアクセスを一回限りカウントし、その後の別ページへの移動をカウントしない方法(各県の医療機能情報提供制度のホームページへの訪問者数を反映)
- の二種類があり、それぞれの平成22年度(又は平成22年)における実績は以下のとおり※1

平成22年(度)実績(39県分※2)	アクセス数(一日当たりに換算)
合計	34,505 アクセス／日
一県当たりのアクセス数の平均値	885 アクセス／日
一県当たりのアクセス数の中央値	403 アクセス／日

※2 平成22年度にアクセス数をカウントしている都道府県分

①を採用する県(23県分)の実績	アクセス数(一日当たりに換算)
合計	26,164 アクセス／日
一県当たりのアクセス数の平均値	1,138 アクセス／日
一県当たりのアクセス数の中央値	447 アクセス／日
②を採用する県(16県分)の実績	アクセス数(一日当たりに換算)
合計	8,341 アクセス／日
一県当たりのアクセス数の平均値	521 アクセス／日
一県当たりのアクセス数の中央値	265 アクセス／日

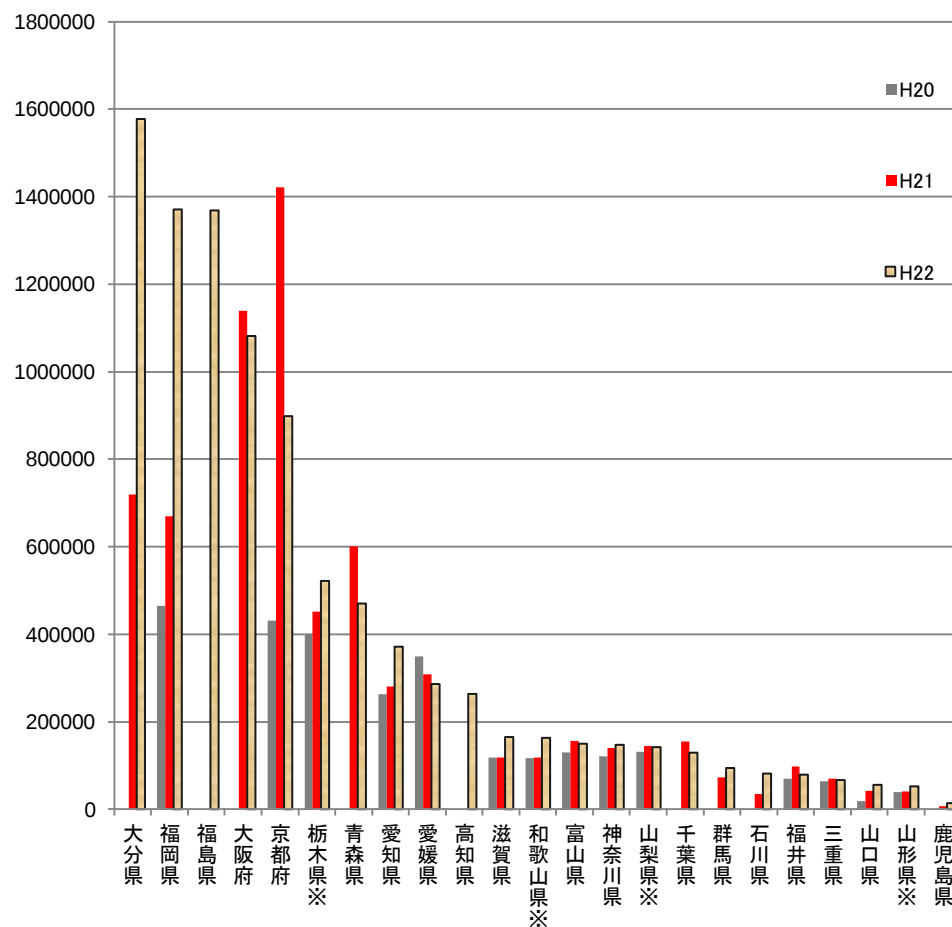
【参考】英国「NHS Choices」の実績(2011年6月、NHSのホームページより)

:約310,000 アクセス／日(②の方式を採用、一日当たりに換算)

※1 ほとんどの都道府県では、①又は②のいずれか一つを採用している。①と②の両者を採用している都道府県については、②に分類して合計等を算出した。また、検索機能を使用した回数やトップページへのアクセス数をカウントしている県については、便宜的に①に算入した。

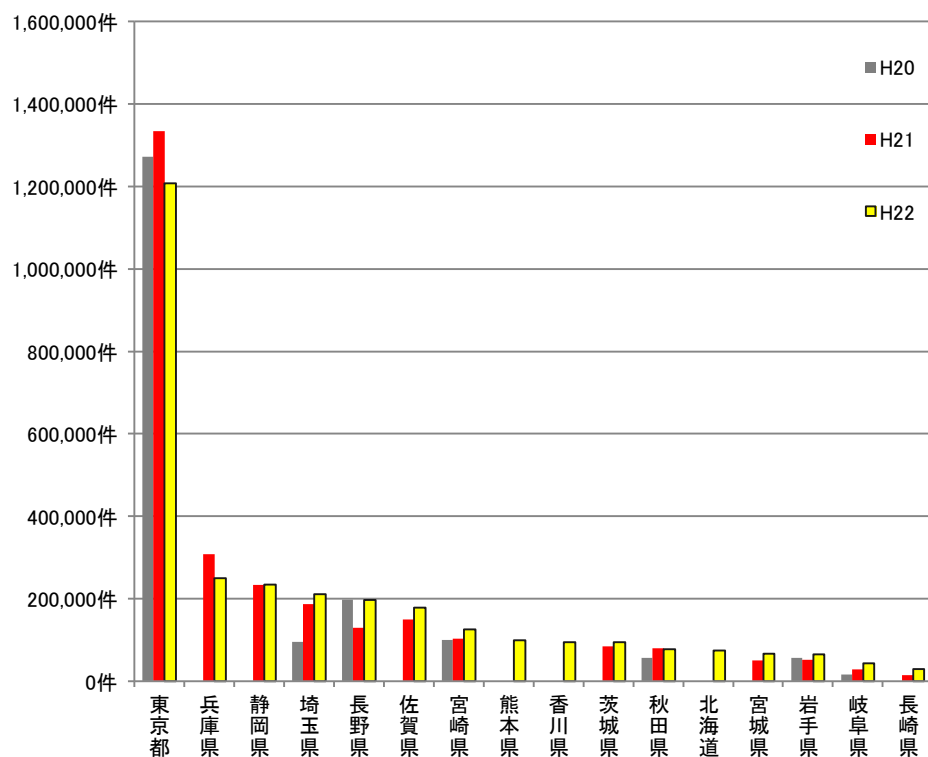
トップページへのアクセスを一回限りカウントし、その後の別ページへの移動をカウントしない方法を採用している都道府県(16県)の年間アクセス数

	H20	H21	H22
大分県		719,551件	1,577,377件
福岡県	464,227件	668,973件	1,370,753件
福島県			1,368,529件
大阪府		1,138,802件	1,081,524件
京都府	431,336件	1,421,248件	898,387件
栃木県※	400,509件	451,331件	521,765件
青森県		600,116件	470,115件
愛知県	263,293件	281,230件	371,494件
愛媛県	349,608件	308,378件	286,186件
高知県			263,557件
滋賀県	118,449件	117,923件	165,040件
和歌山県※	117,339件	117,547件	163,196件
富山県	129,163件	156,087件	149,807件
神奈川県	121,472件	140,062件	147,265件
山梨県※	131,085件	144,069件	141,976件
千葉県		154,889件	129,282件
群馬県		72,697件	94,253件
石川県		34,333件	81,529件
福井県	69,939件	97,809件	79,074件
三重県	64,402件	69,334件	66,755件
山口県	18,738件	41,895件	55,803件
山形県※	39,542件	41,167件	52,334件
鹿児島県		6,598件	13,934件



トップページから別ページへの移動をその都度、複数回カウントする方法を採用している都道府県(23県)の年間アクセス数

	H20	H21	H22
東京都	1,272,437件	1,334,767件	1,207,264件
兵庫県		308,469件	249,015件
静岡県		233,141件	233,962件
埼玉県	95,297件	186,223件	211,412件
長野県	197,010件	128,595件	197,510件
佐賀県		149,164件	177,696件
宮崎県	99,154件	103,538件	124,683件
熊本県			98,628件
香川県			95,092件
茨城県		84,242件	94,955件
秋田県	56,009件	78,899件	76,782件
北海道			74,844件
宮城県		50,202件	66,843件
岩手県	55,752件	51,018件	64,292件
岐阜県	16,605件	28,508件	42,835件
長崎県		14,047件	28,558件



介護サービス情報の公表制度の仕組み

第3回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
平成25年1月11日

資料
2-5

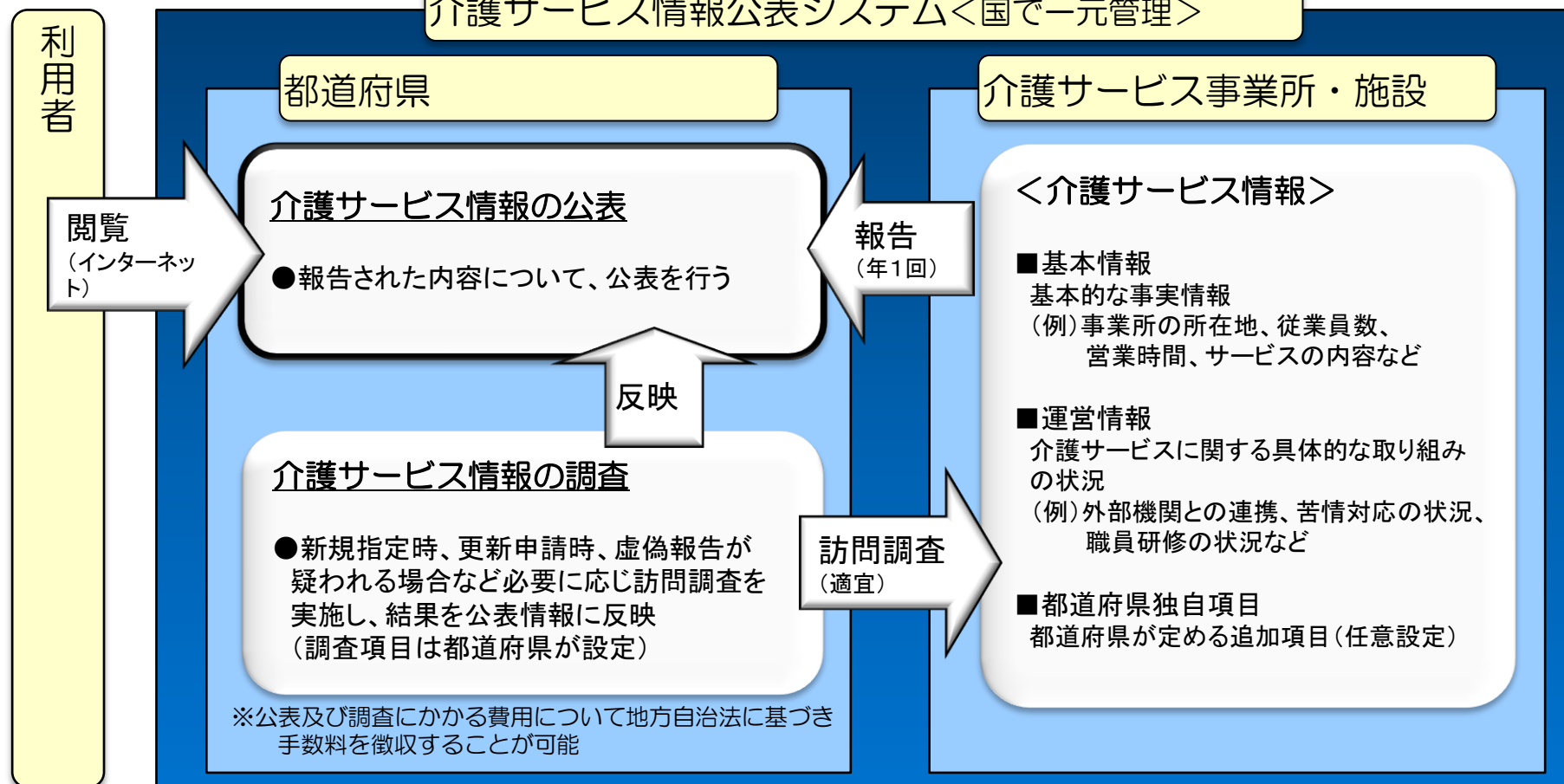
【趣旨】

- 利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県が公表する。

【ポイント】

- 介護サービス事業所は年一回介護サービス情報を都道府県に報告する。
- 都道府県は事業所から報告された内容について公表を行う。また、都道府県は報告内容に対する調査が必要と認める場合を、調査指針に定め、事業所に対して訪問調査を行うことができる。
- 公表・調査にかかる手数料は地方自治法に基づき徴収可能。

介護サービス情報公表システム＜国で一元管理＞



公表方法の見直しについて

<見直しの背景>

情報公表制度については、都道府県知事又は指定調査機関による介護サービス事業者・施設に対する調査が義務付けられているが、事業者にとってこうした調査等の負担が大きいという指摘がある。このため、**利用者にとって活用しやすいものとなるよう、検索機能や画面表示などを工夫**するとともに、調査については、都道府県知事が必要と認める場合に、適切に実施することとするなど、事務の軽減を図り、手数料によらずに運営できる制度へと変更するべきである。その際は、費用負担を含めて、都道府県の負担等に配慮すべきとの意見があった。（介護保険部会報告書「介護保険制度の見直しに関する意見（抄）」（平成22年11月30日））

「見やすい」「使いやすい」「わかりやすい」
利用者の目線に立ち、選択を支援できるシステムを構築していく

公表方法の主な課題

- **画面が見づらい、分かりにくい**
（情報量、テキストが多く頭に入らない）
- **操作方法が難しい**
（どうやって検索すれば良いのか分からない）
- **事業所の特色が分からない**
（どこを見れば事業所の特色がわかるのか）
（現行システムは事業所のメリットが少ない）

見直しのポイント

一般の利用者の目線に立った、分かりやすい内容に工夫

ネット初心者でも迷わず、必要な情報が得られるよう工夫

事業所の特色が一目でわかるよう工夫

※平成24年10月から新システムの運用開始

◎新システム稼働後（平成24年10月～）のアクセス数について

■ 一か月あたりアクセス数

	新システム （平成24年10月）	旧システム （H22年度平均）
都道府県トップページ合計	609,858	257,926

見直し例①



画面の情報量を最小限に抑え、全体をとおして「シンプル」な画面とする。
インターネット初心者でも迷わないで検索方法が分かるよう工夫。

※検索方法は「地図検索」「サービス検索」「その他（詳細検索）」の3種類から選択
また、イラスト等を活用し親しみやすいホームページに工夫。

北海道

介護事業所検索

介護サービス情報公表システム

文字サイズの変更 中 大

[全国版トップ](#) > 北海道

前のページ

▶ 介護保険について

▶ このホームページの使い方

▶ アンケート

▶ 未掲載の事業所について

▶ 地域包括支援センター事業所一覧

▶ 全国トップへ戻る

地図から探す

サービスから探す

その他の探し方

地図から探す

地図からお住まいの市区町村を選択することで市区町村内の介護サービス事業所の検索を行う。





事業所の特色が一目でわかるよう、一つのページにまとめる。
投稿は事業所の任意で、写真等の随時更新が可能。

● サービスの内容に関する写真



● サービスの内容に関する動画へのリンク



【タイトル:紹介動画はこちら】
紹介動画のPRをご覧ください。

写真、動画の他に、、、

従業員や利用者の特色

サービス内容の特色

定員に対する空き状況なども投稿可能

平成24年度厚生労働科学研究費補助金
(厚生労働科学特別研究事業)

一般病床の現状把握と各医療機能に 求められる役割の分析に関する研究

(研究代表者：独立行政法人国立病院機構 総合研究センター
診療情報分析部長 伏見 清秀)

研究の目的・対象

【目 的】

- (1) 一般病床における機能分担の現状把握と各医療機能に求められる役割・機能の分析
- (2) 地域で把握する必要性の高い各医療機能に係る情報の検討
- (3) 医療機関における効率的な情報収集方法の検討

【分析対象】

- 一般病棟入院基本料等を算定する国立病院機構病院（以下、機構病院） 86施設（障害者関係病床中心、精神科病床中心の病院を除く）
- 平成23年4月以降に入院し一般病棟等を経由したことのある15歳以上の患者 424,467人（1入院1患者としてカウント）
- 分析は、対象患者の平成23年4月～平成24年3月分のDPCデータ、レセプトデータを用いて実施。

急性期の医療機能に関する指標の考え方

- 急性期医療は、急性発症や急性増悪直後の比較的短期間において、高度・高密度あるいは専門的な治療を要する入院医療と想定。
- 「高度・高密度あるいは専門的な治療」を入院期間中に実施した患者は、入院期間において一定期間の急性期期間があった患者と考えられる。
- 「高度・高密度あるいは専門的な治療」の実施状況は、入院期間中の特定の診療行為の実施の有無をみることで把握できると考えられる。

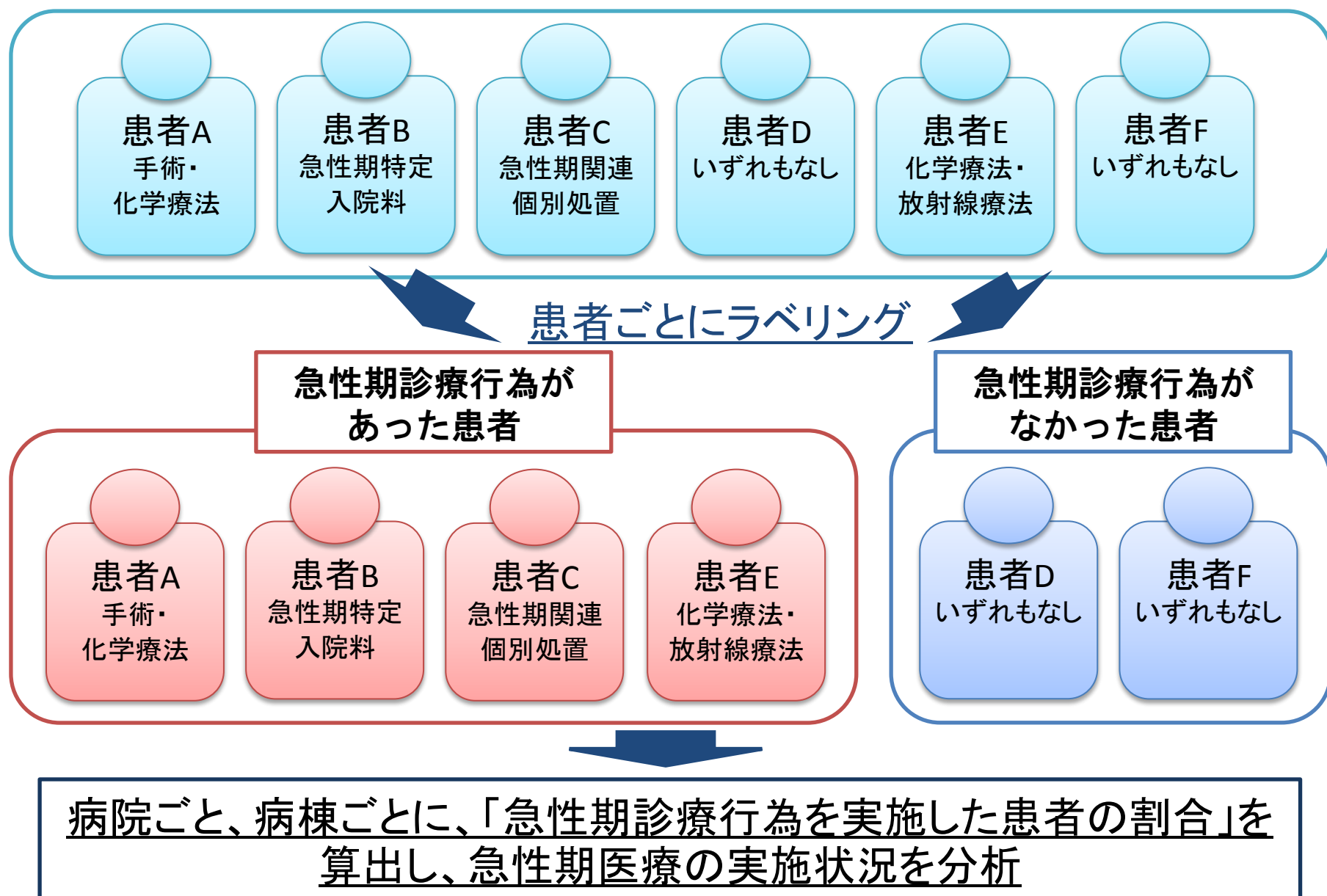
急性期診療行為

「急性期診療行為」は、急性期に関連する特定の診療行為として以下のとおり定義した。

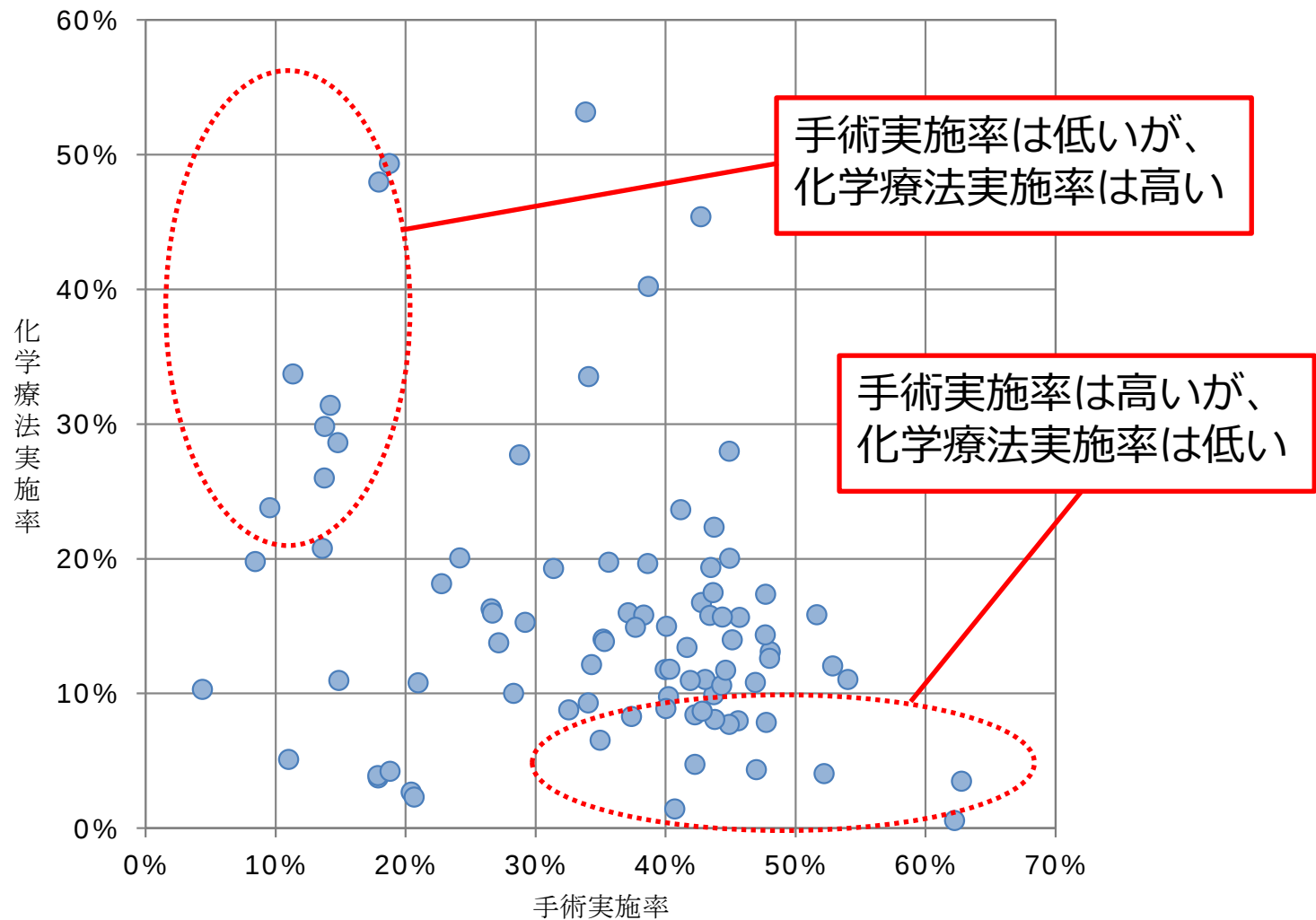
- ・手術
- ・化学療法
- ・放射線療法
- ・急性期に関連する特定入院料算定病棟での治療
- ・上記の4つが多く実施されていた病院で多く実施された急性期医療に関連する以下の個別処置

- 中心静脈注射、中心静脈注射用カテーテル挿入
- ドレーン法（ドレナージ）
- 救命のための気管内挿管
- 人工腎臓（その他）
- 内視鏡検査
- 中心静脈圧測定
- 観血的肺動脈圧測定
- その他、診療領域ごとの処置を勘案するため、診断群分類点数表において急性期に関連すると想定される処置を抽出。
- 人工呼吸
- 心マッサージ
- 持続緩徐式血液濾過
- 心臓カテーテル法による諸検査
- 観血的動脈圧測定

患者単位での急性期医療の実施状況の分析イメージ

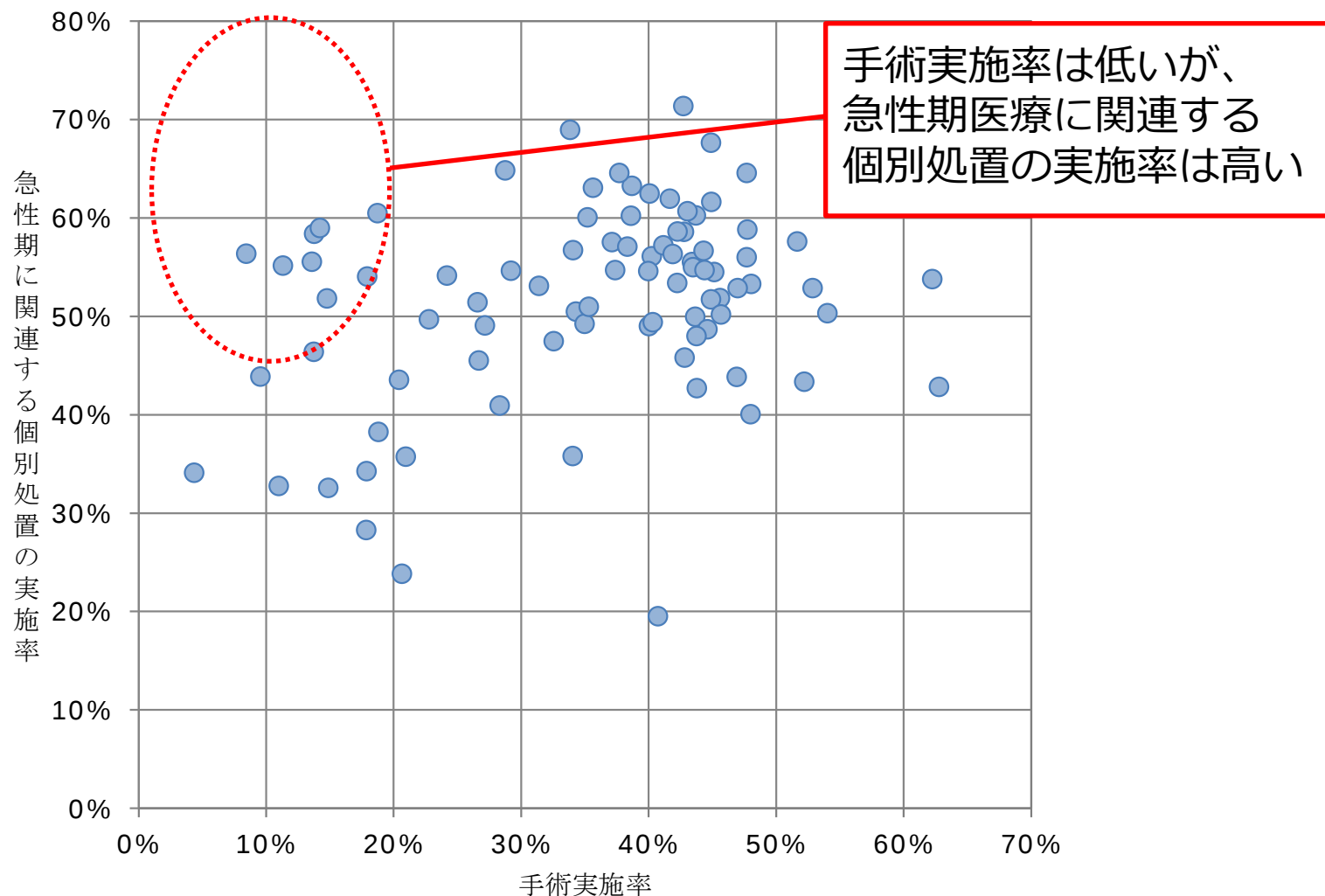


参考 1 病院ごとの手術と化学療法の実施状況の 関係



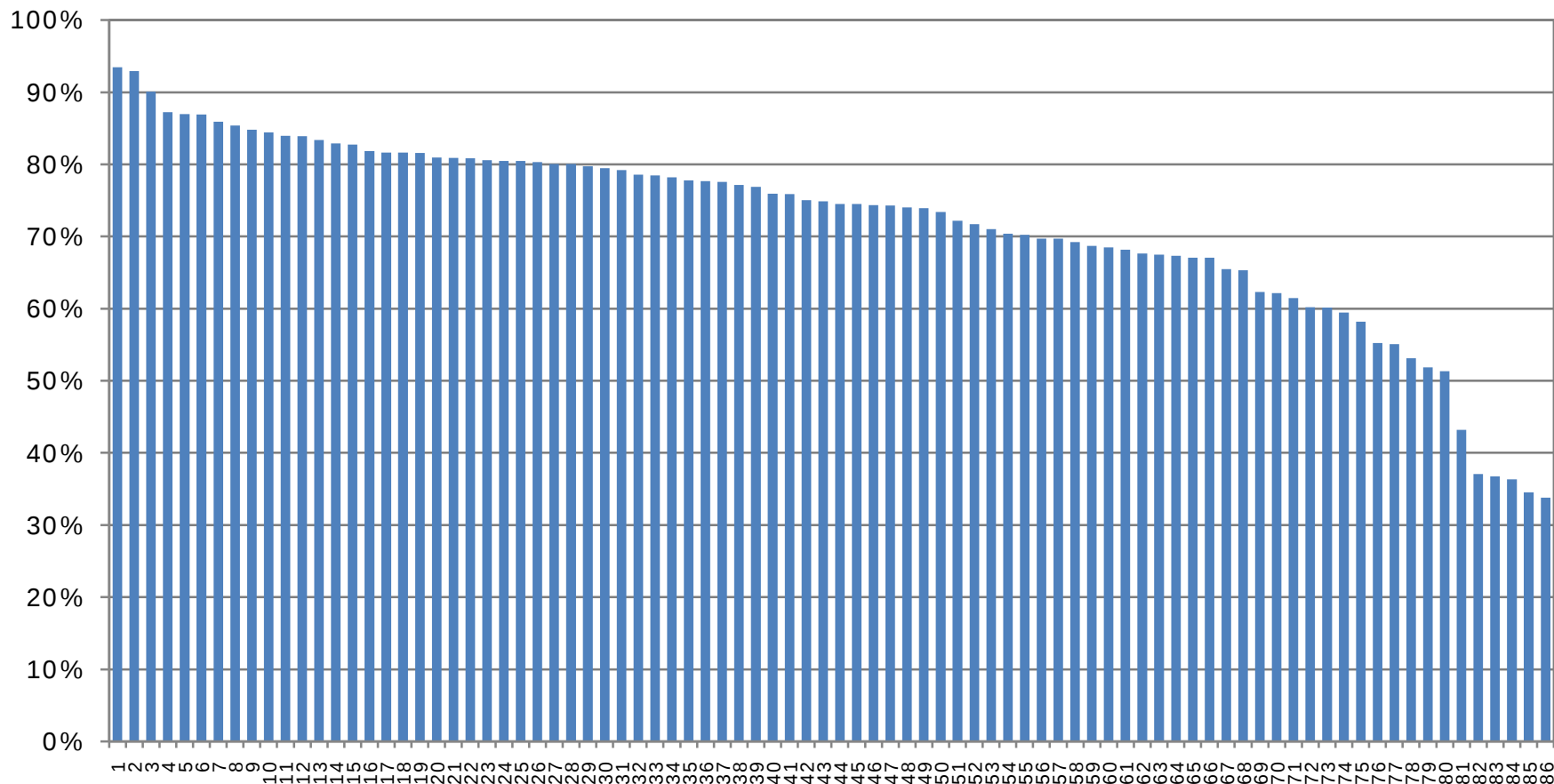
→ 複数の急性期診療行為を組み合わせることで、急性期医療の実施状況を幅広く把握する必要がある。

参考 2 病院ごとの手術と急性期医療に関する 個別処置の実施状況の関係



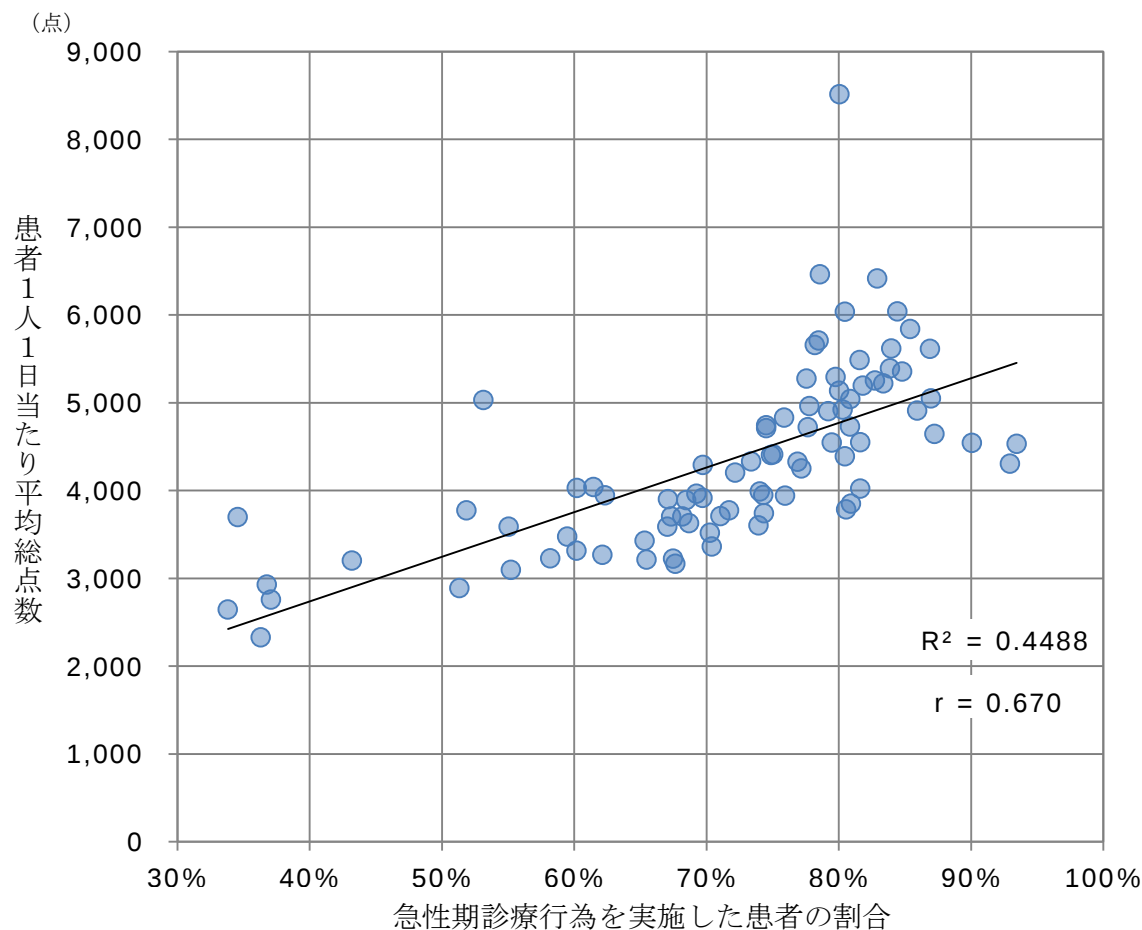
→ 複数の急性期診療行為を組み合わせることで、急性期医療の実施状況を幅広く把握する必要がある。

病院別にみた急性期診療行為を実施した患者の割合



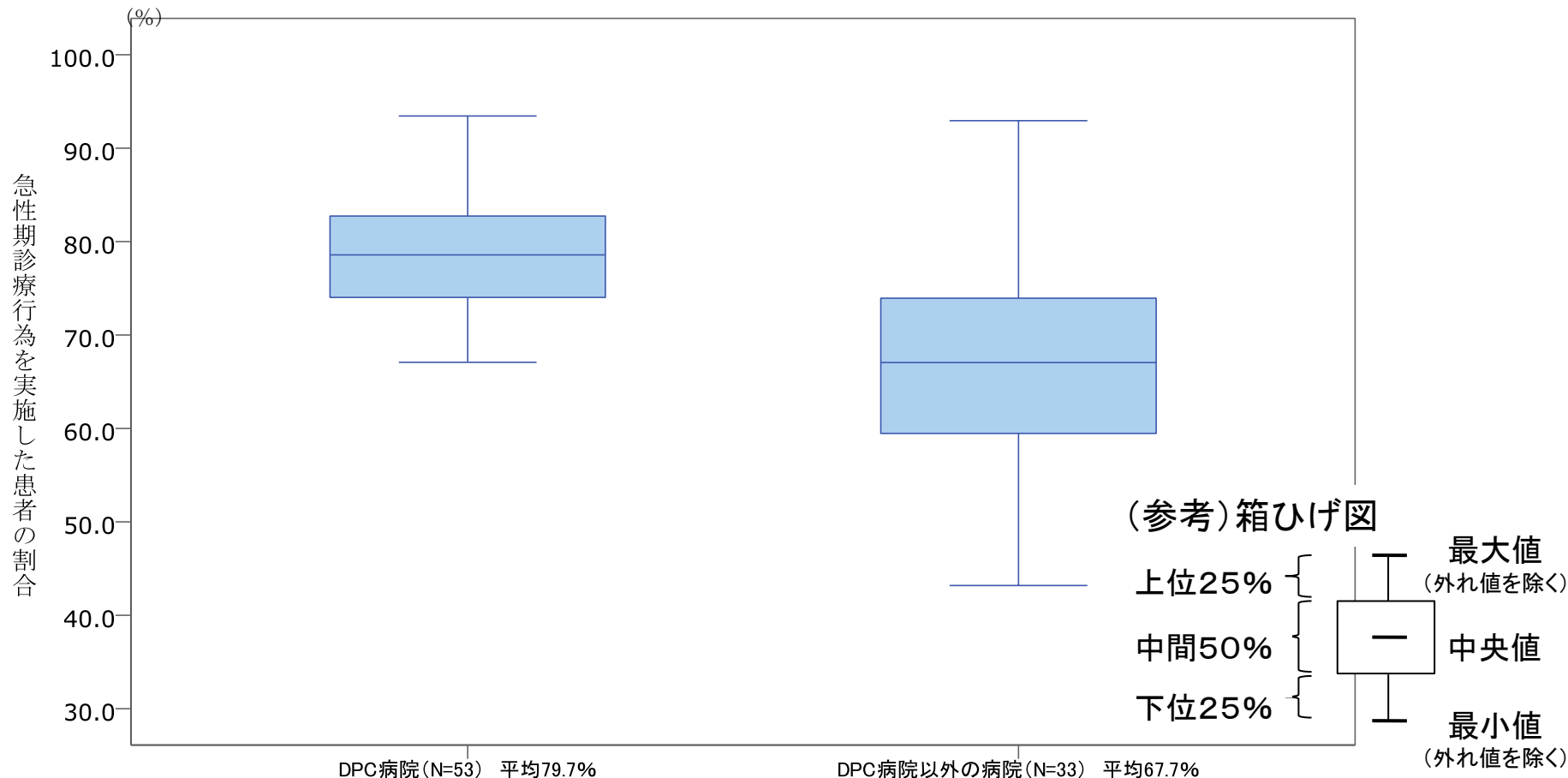
→ 今回の条件で抽出した結果をみると、個別病院間でも患者の治療状況に大きなばらつきがあることが伺える。

病院別にみた急性期診療行為を実施した患者の割合と患者1人1日当たり平均総点数の関係



→ 急性期診療行為を実施した患者の割合が高い病院では、医療資源が多く投入されていると考えられる。

DPC病院、DPC病院以外の病院において病院別にみた急性期診療行為を実施した患者の割合の分布



→ DPC病院の方が、病院ごとの急性期診療行為を実施した患者の割合が高く、ばらつきも小さい。

患者ベースでみた年齢階級別の急性期診療行為を実施した患者の割合

	年齢階級別患者数	急性期診療行為を実施した患者の割合
65歳未満	167,007人	78.5%
65歳以上75歳未満	108,586人	82.1%
75歳以上85歳未満	108,362人	75.9%
85歳以上	40,512人	63.1%

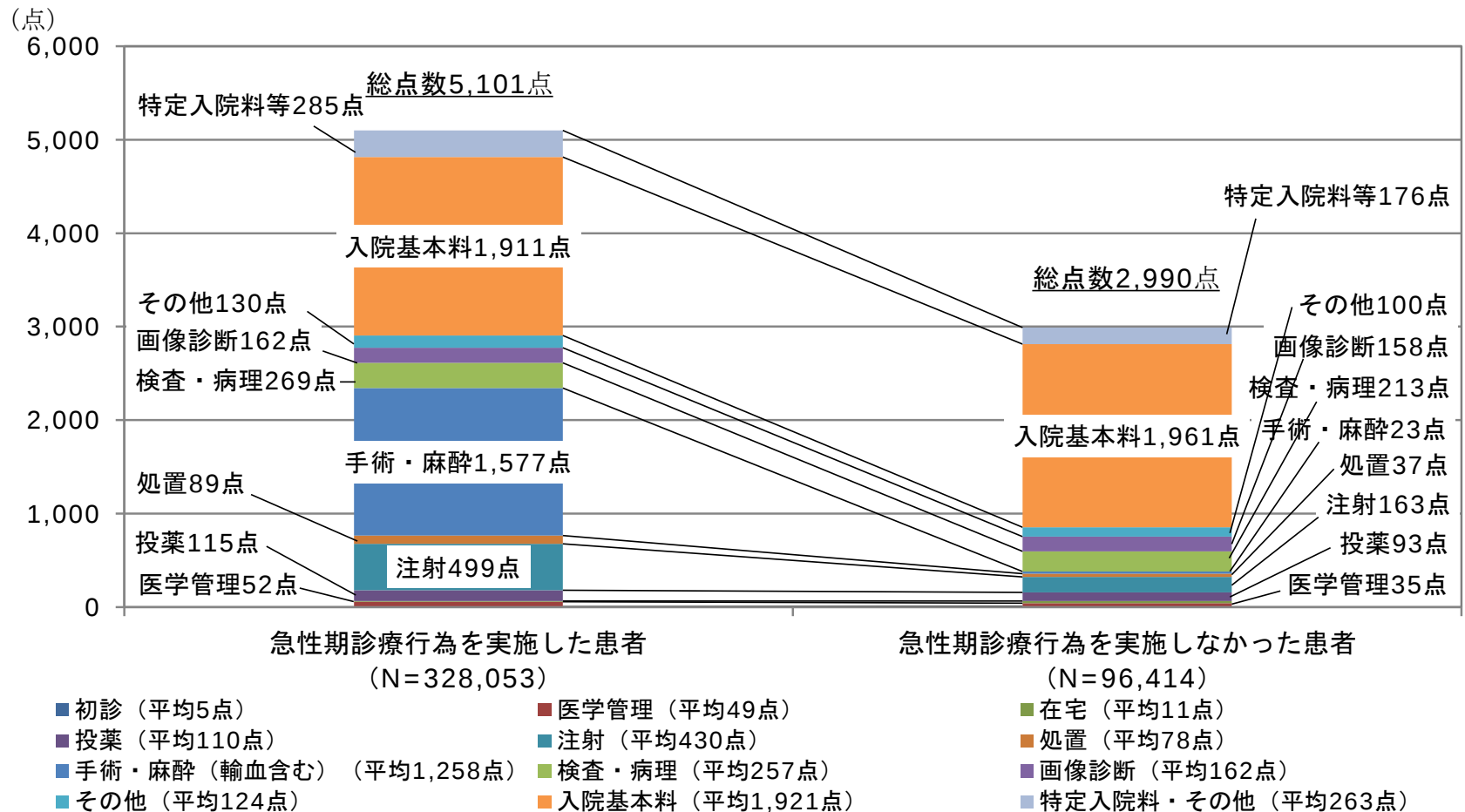
→ 75歳を超えると急性期医療以外の医療が求められることが予想される。

患者ベースでみた年齢階級別、MDC別の急性期診療行為を実施した患者の割合

	75歳未満		75歳以上	
	MDC別 患者数	急性期診療行為 を実施した 患者の割合	MDC別 患者数	急性期診療行為 を実施した 患者の割合
MDC01神経系疾患	15,784人	68.6%	11,316人	66.4%
MDC02眼科系疾患	7,319人	96.9%	6,554人	96.7%
MDC03耳鼻咽喉科系疾患	10,133人	60.6%	2,249人	58.4%
MDC04呼吸器系疾患	41,333人	75.8%	28,340人	58.3%
MDC05循環器系疾患	23,285人	87.6%	21,253人	74.8%
MDC06消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	62,653人	89.3%	32,172人	86.2%
MDC07筋骨格系疾患	17,615人	76.5%	7,787人	68.6%
MDC08皮膚・皮下組織の疾患	3,492人	43.3%	1,609人	39.3%
MDC09乳房の疾患	8,779人	95.9%	1,060人	92.0%
MDC10内分泌・栄養・代謝に関する疾患	9,179人	45.4%	4,248人	44.9%
MDC11腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	18,343人	83.3%	11,403人	76.6%
MDC12女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・ 異常妊娠分娩	27,024人	84.2%	1,340人	89.6%
MDC13血液・造血器・免疫臓器の疾患	7,782人	82.5%	4,276人	77.9%
MDC14新生児疾患、先天性奇形	546人	84.4%	50人	80.0%
MDC15小児疾患	2,106人	35.8%	788人	41.4%
MDC16外傷・熱傷・中毒	13,658人	78.8%	10,301人	69.8%
MDC17精神疾患	782人	37.6%	250人	58.4%
MDC18その他	2,367人	75.9%	1,762人	71.6%
不明	3,413人	72.1%	2,116人	64.4%

→ 75歳を超えると、特に呼吸器系疾患、循環器系疾患で急性期診療行為を実施した患者の割合が減少する。

患者ベースでみた急性期診療行為の実施有無別の患者1人1日当たり平均診療報酬点数



→ 急性期診療行為を実施した患者は、診療行為別にみても、医療資源が多く投入されていると考えられる。

※DPC病院の入院患者は、Fファイルを用いて算出した出来高点数を用いて集計。

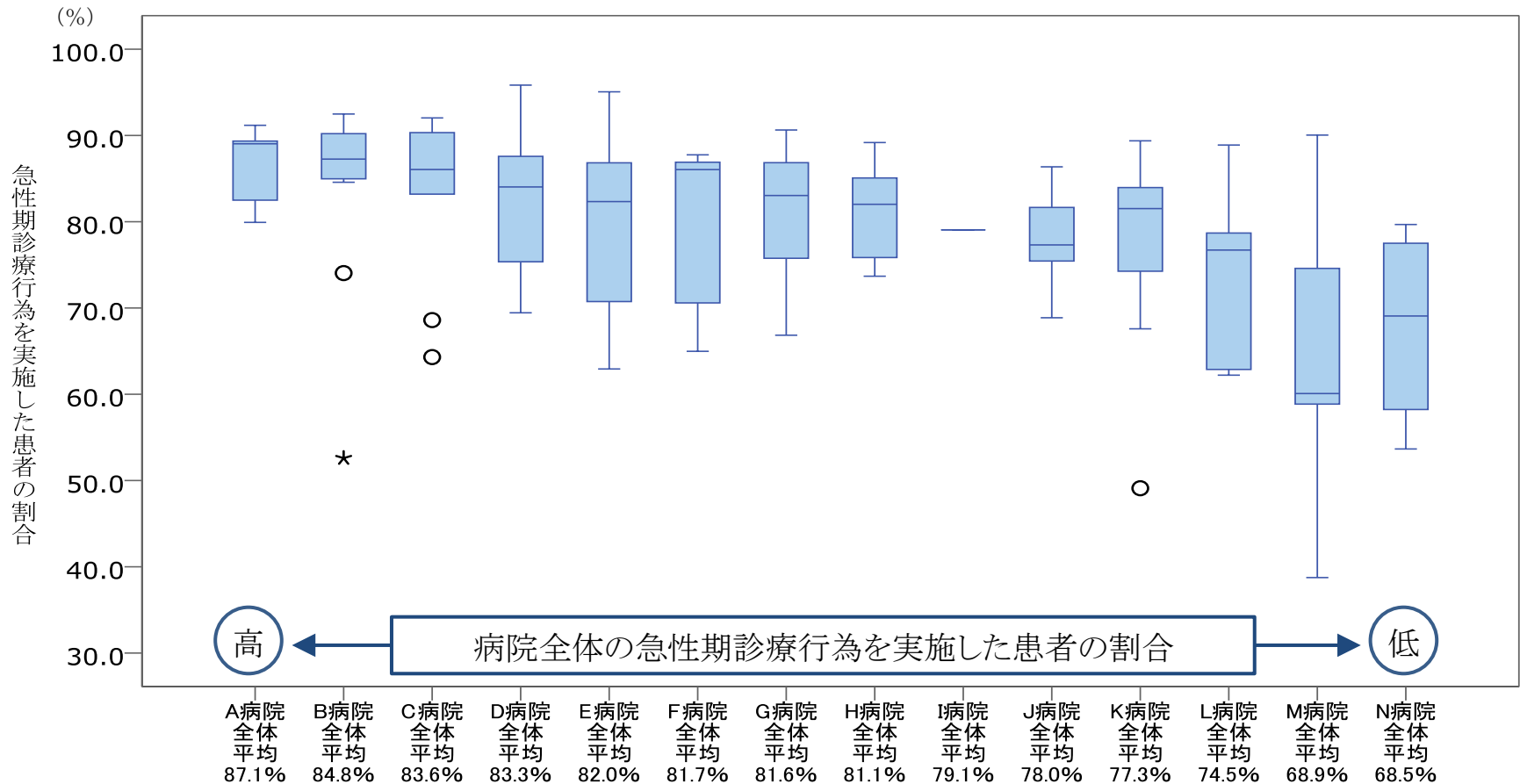
まとめ①

- 急性期診療行為の実施状況は、個別病院間で大きなばらつきがあった。
- 急性期診療行為を多く実施している病院では、患者1人1日当たりの医療資源投入量が多く、また、DPC病院では、DPC病院以外の病院と比べて急性期診療行為を実施した患者の割合が高くなっており、当該指標は、急性期医療の実施状況を反映していると考えられる。
- なお、急性期診療行為の必要性は、患者の高齢化に伴って低くなる傾向にあり、特に、呼吸器系疾患、循環器系疾患においてその傾向が顕著であった。

一般病棟入院基本料算定病棟における急性期医療の実施状況に係る分析

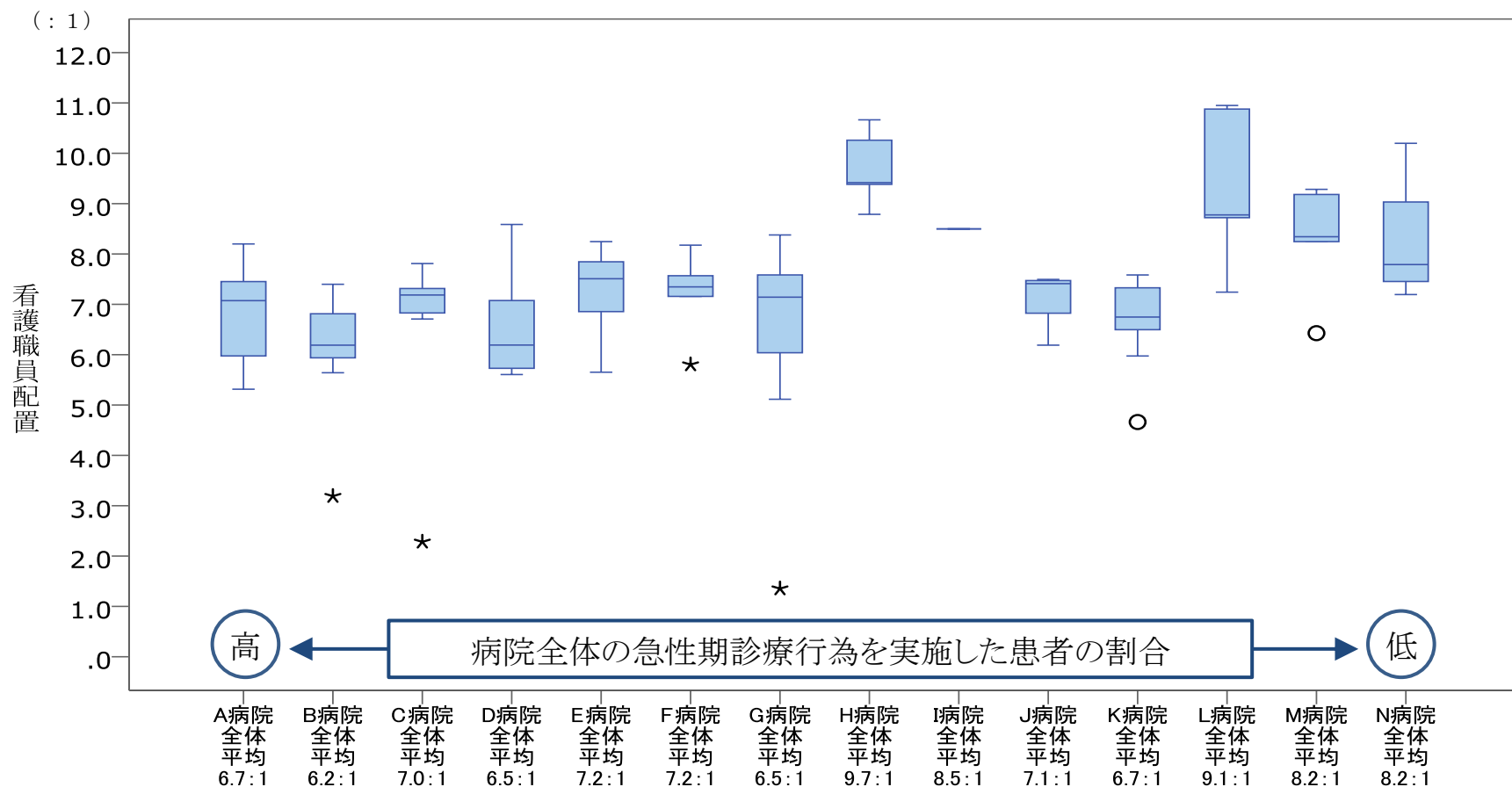
- DPC病院のうち、E・Fファイルにおける病棟コードの入力内容を精査のうえ、現時点で個別病棟単位での集計が可能な14病院を対象。
- 一般病棟入院基本料を算定する病棟のうち、産科、小児科の病棟を除いた94病棟で分析。
- 分析対象患者は、平成23年4月以降に入院して一般病棟等を経由し、平成23年10月～12月に在院していたことのある15歳以上の患者 23,537人を対象。
- 病棟情報は、平成24年1月1日時点の情報を用いた。
- 本分析は、DPC病院のデータのみを用いており、急性期医療を中心とした限定的な分析であることに留意。

各病院でみた個別病棟における急性期診療行為を実施した患者の割合の分布



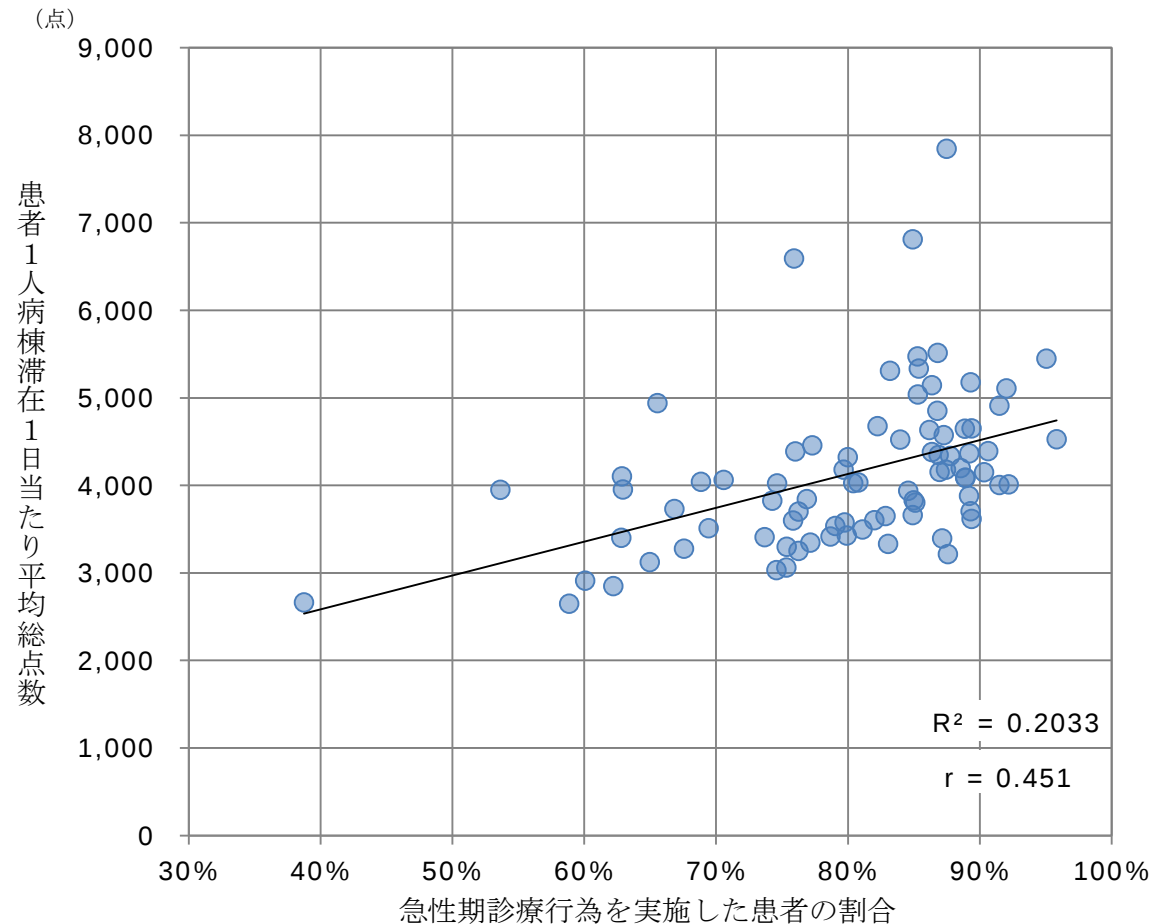
→ 個別病棟間で急性期診療行為実施患者の割合のばらつきが小さい病院もあれば、ばらつきが大きい病院もみられ、病院全体の急性期医療の実施状況との関係もみられない。

各病院でみた個別病棟における看護職員配置の分布



→ 一般病棟入院基本料算定病棟の傾斜配置の状況は病院によって異なり、病院全体の急性期診療行為実施患者の割合や、個別病棟間の急性期診療行為実施患者の割合のばらつきとの関係はみられない。

個別病棟別にみた急性期診療行為を実施した患者の割合と患者1人病棟滞在1日当たり平均総点数の関係

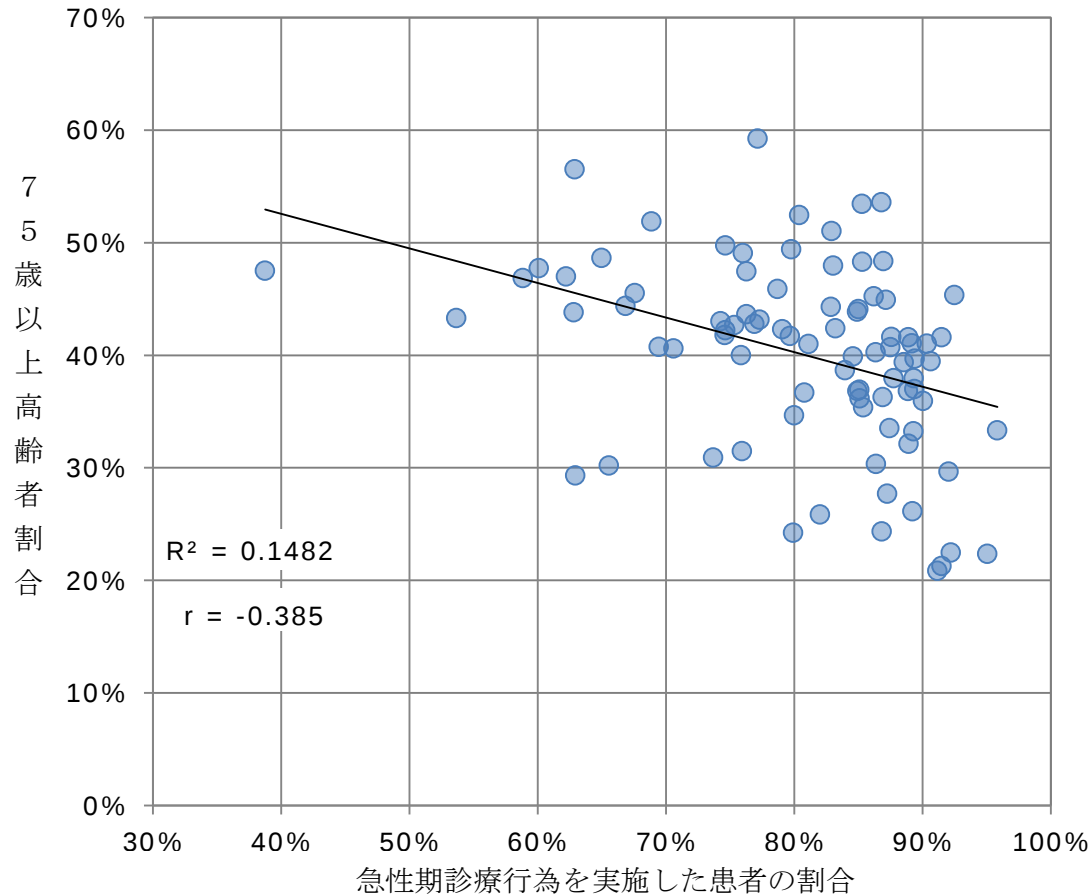


→ 急性期診療行為を実施した患者の割合が高い病棟では、医療資源が多く投入されていると考えられる。

※DPC病院は、Fファイルを用いて算出した出来高点数を用いて集計。

※各項目の外れ値を除外して集計。

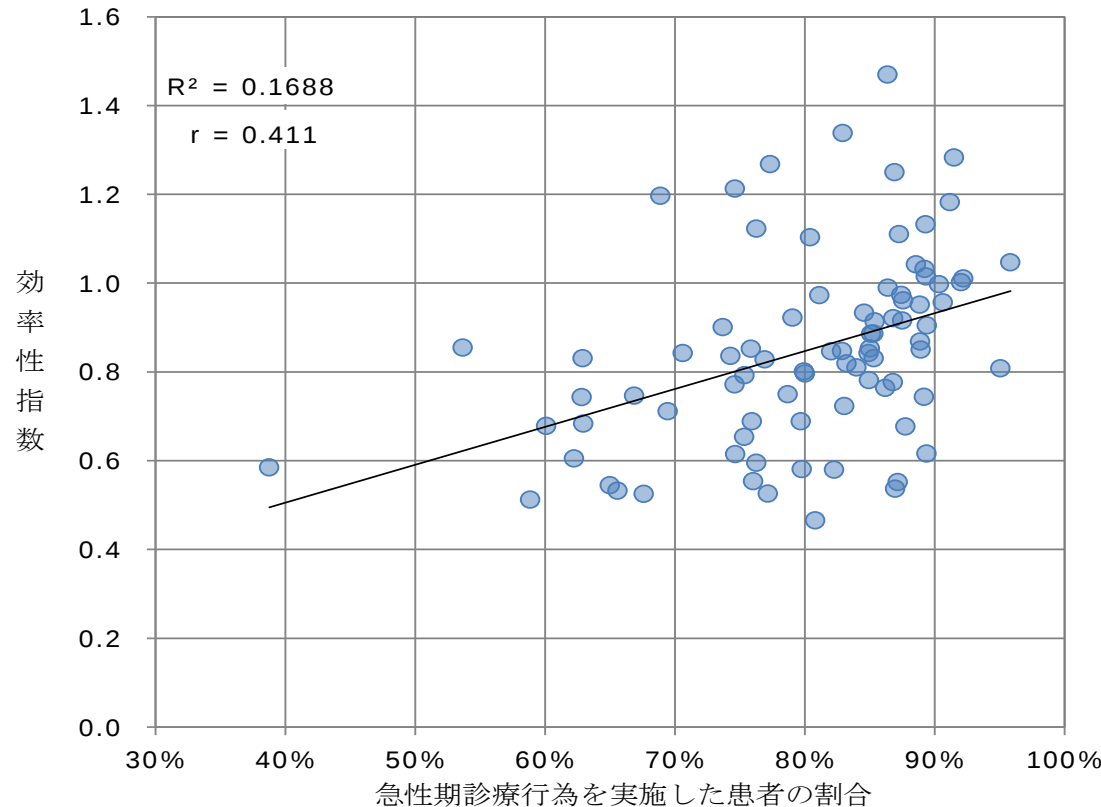
個別病棟別にみた急性期診療行為を実施した患者の割合と75歳以上高齢者割合の関係



→ 急性期診療行為を実施した患者の割合が高い病棟では、75歳以上の高齢者の割合は低い傾向にある。

※各項目の外れ値を除外して集計。

個別病棟別にみた急性期診療行為を実施した患者の割合と効率性指数の関係



→ 急性期医療の実施状況と効率性指数の間には、弱い相関関係がみられる。

※効率性指数は、[機構病院全体の平均在院日数] ÷ [当該病棟の患者構成が機構全体と同じと仮定した場合の当該病棟の診断分類ごとの平均在院日数に応じた平均在院日数] として算出。

※各項目の外れ値を除外して集計。

まとめ②

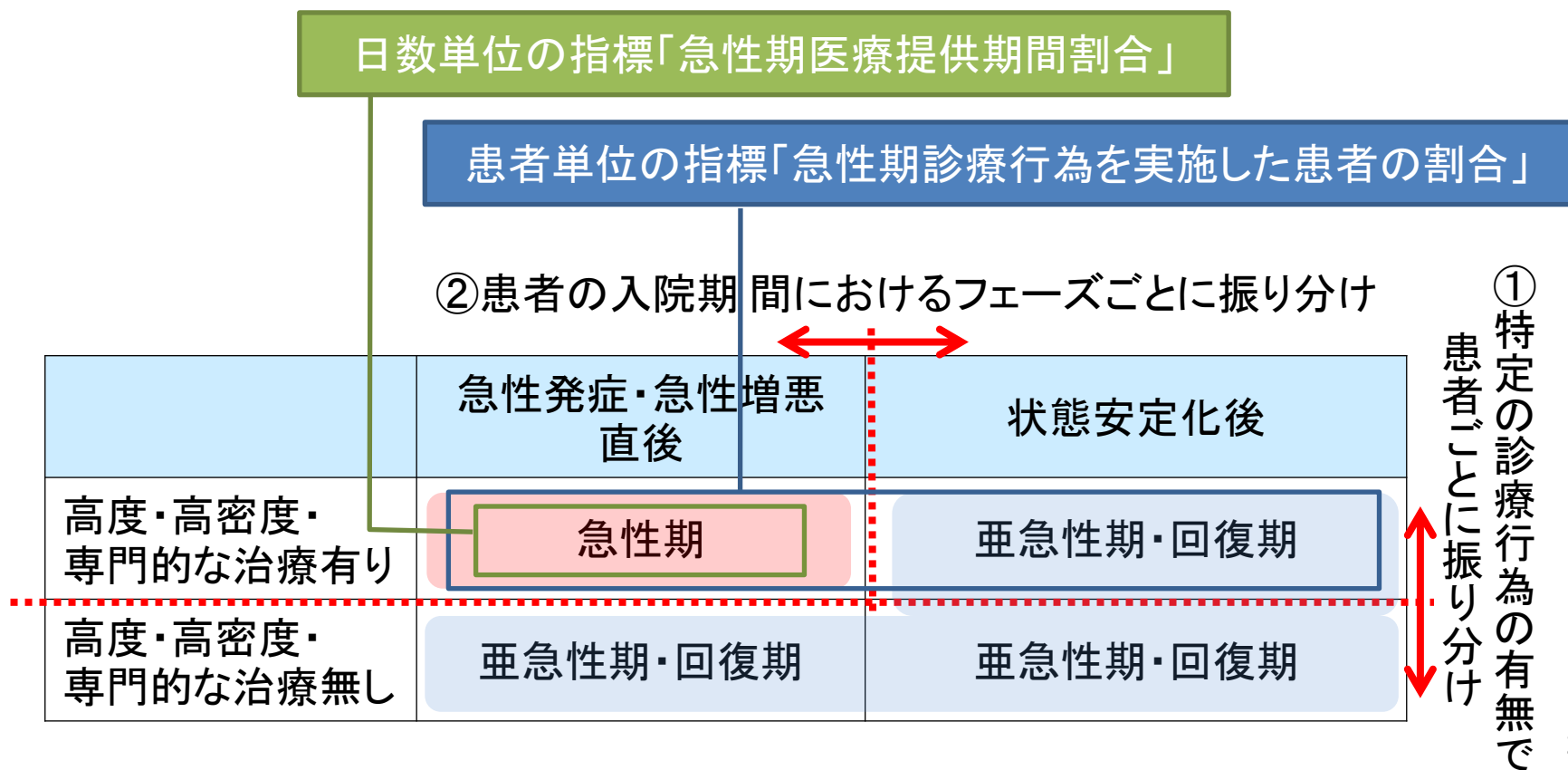
- 一般病棟入院基本料算定病棟における急性期診療行為の実施状況、看護職員の傾斜配置の状況は、各病院によって病棟間のばらつきの程度が異なっており、病院ごとに病棟マネジメントが違うことが伺えた。
- 急性期診療行為を多く実施している病棟では、医療資源が多く投入されており、当該指標は、急性期医療の実施状況を反映していると考えられる。

現時点のまとめと今後の方針

- 本研究では、これまで急性期医療の実施状況を測る病院単位、病棟単位の指標の候補として、「急性期診療行為を実施した患者の割合」を検討した。
- 今後、以下の分析を実施する予定。
 - 急性期医療に関する日数ベースの「急性期医療提供期間割合」の指標の分析
 - 一部の病院の院内データウェアハウスに格納された情報から抽出したデータ等を活用した、入院患者の属性との関係に関する詳細な分析

今後の分析のイメージ

- 急性期医療を受けた患者については、急性期の「フェーズ」と急性期以降の「フェーズ」がある。
- 今後、日数単位で「急性期医療提供期間割合」を算出し、急性期医療の実施状況を分析する予定。



参考 用語の定義

- 「一般病棟等」は、一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、緩和ケア病棟入院料の算定病棟を指す。
- 「急性期に関連する特定入院料算定病棟」は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料の算定病棟を指す。

参考 用語の定義

- 「診断群分類点数表において急性期に関連すると想定される処置」は、以下の個別処置を指す。

コード	処置名称
0002	インターフェロン
0003	ガンマグロブリン
0004	プロスタグランジン I 2 製剤
0006	全身麻酔
0021	L H-R H
0022	t P A
0023	アンチトロンビン I I I 製剤
0024	インフリキシマブ
0027	抗リンパ球グロブリン
0028	シクロスポリン
0032	ソマトスタチンアナログ
0034	第 X I I I 因子製剤
0036	トラスツズマブ
0037	肺サーファクタント
0038	パリビズマブ
0039	人ハプトグロビン
0045	リツキシマブ
0049	エダラボン
0050	ベルテポルフィン
0052	I F N- α
0053	テモゾロミド（初発の初回治療に限る。）
0054	カルボプラチン+パクリタキセルあり
0055	ペメトレキセドナトリウム水和物
0056	ベバシズマブ
0057	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチンあり
0058	I F N- β （7 日以上投与した場合に限る。）
0059	シクロホスファミド+塩酸エビルビシンあり
0060	パクリタキセル又はドセタキセルあり
0061	ゲムツズマブオゾガマイシン
0062	ボルテゾミブ
0063	心臓電気生理学的検査
0064	アダリムマブ
0065	アルガトロバン水和物
0066	イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウム
0067	イブリツモマブチウキセタン塩化インジウム
0068	エタネルセプト
0069	カルボプラチン+ドセタキセル水和物あり
0070	サリドマイド

コード	処置名称
0071	スニチニブリンゴ酸
0072	セツキシマブ
0073	ソラフェニブトシル酸
0074	トシリズマブ
0075	トロンボモデュリン アルファ
0076	ネララビン
0077	プロスタグランジン製剤
0079	ベグビソマント
0080	メトトレキサート
0081	ラニビズマブ
0082	三酸化ヒ素製剤
0083	乾燥ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン
0084	成長ホルモン剤
0085	動注化学療法
0086	ダサチニブ水和物
0087	ニロチニブ塩酸塩水和物
0088	オマリズマブ
0089	イマチニブメシル酸
D2271	頭蓋内圧持続測定 1 時間以内又は 1 時間につき
D2272	頭蓋内圧持続測定 3 時間を超えた場合（1 日につき）
D403	腰椎穿刺、胸椎穿刺、頸椎穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）
D412	経皮的針生検法
D413	前立腺針生検法
D415	経気管肺生検法
D4178	組織試験採取、切採法 甲状腺
E0033 ^イ	造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合
E0033 ^ロ	造影剤注入手技 動脈造影カテーテル法 イ以外の場合
E0034	造影剤注入手技 静脈造影カテーテル法
J008	胸腔穿刺
J010	腹腔穿刺
J039	血漿交換療法
J041	吸着式血液浄化法
J041-2	血球成分除去療法
J0421	腹膜灌流 連続携行式腹膜灌流
J0422	腹膜灌流 その他の腹膜灌流
J048	心膜穿刺
KK03	補助循環併施加算（人工心肺）

医療計画の記載事項と現状把握 の指標について

厚生労働省医政局指導課

医療計画の記載事項

必要的記載事項

- 都道府県において達成すべき五疾病五事業の目標に関する事項
※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。
- 五疾病五事業に係る医療連携体制(医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制)に関する事項
- 医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項
- 五疾病の治療又は予防に係る事業に関する事項
- 五事業の確保に必要な事業に関する事項
- 在宅医療の確保に関する事項(告示・通知上では、目標及び医療連携体制についても記載することとしている。)
- 医師、歯科医師、薬剤師その他の医療従事者の確保に関する事項
- 医療の安全の確保に関する事項
- 二次医療圏及び三次医療圏の設定に関する事項
- 基準病床数に関する事項

任意的記載事項(努力義務)

- 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
- その他医療提供体制の確保に関し必要な事項

配慮すべき事項

- 医療連携体制の構築の具体的な方策について、五疾病五事業ごとに定めること。
- 医療連携体制の構築の内容が、患者が退院後においても継続的に適切な医療を受けることができることを確保すること。
- 医療連携体制の構築の内容が、医療提供施設及び居宅等において提供される保健医療サービスと福祉サービスとの連携を含むものであること。
- 医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されること。

医療計画の指針「第3 構築の具体的な手順」について

(旧)指針

改正

1 情報の収集

1 現状の把握

○患者動向、医療資源・医療連携等に関する現状を把握

2 医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討

2 圏域の設定

○二次医療圏を超えた患者受療動向等をもとに、疾病・事業ごとの圏域を設定

3 連携の検討及び計画への記載

3 連携の検討

○医療機能を明確化した上で、関係機関の連携を検討し、医療機関等の名称を記載

追加

4 課題の抽出

○指標例を参考に医療圏ごとの課題を抽出

4 数値目標及び評価

5 数値目標

○各地域における医療提供体制の課題を解決するに当たっての数値目標を設定

追加

6 施策

○数値目標の達成及び各医療機能がより発揮されるために行う施策を策定

7 評価

○評価を行う組織や時期を明記し、数値目標の達成状況、施策の進捗状況を評価

追加

8 公表

○指標、課題、数値目標、施策、評価等について、ホームページ等で公表

脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	予防	救護	急性期	回復期	維持期
ストラ ク チャー 指標		○ 脳血管疾患により救急搬送された患者数 【患者調査(個票)】	◎ 神経内科医師数、脳神経外科医師数 【医師・歯科医師・薬剤師調査】		
			脳卒中を専門とする医療従事者数		
			◎ 救命救急センターを有する病院数 【医療施設調査】		
			◎ 脳卒中の専門病室を有する病院数・病床数 【医療施設調査】【診療報酬施設基準】		
			◎ 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数 【診療報酬施設基準】		
			脳外科手術が実施可能な医療機関数		
			脳血管内手術が実施可能な医療機関数		
		◎ リハビリテーションが実施可能な医療機関数 【診療報酬施設基準】			
プロセ ス指標	◎ 健康診断・健康診査の受診率 【国民生活基礎調査】	発症から救急通報を行うまでに要した平均時間	○ 脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数 【NDB】	入院中のケアプラン策定率	
	◎ 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 【患者調査】	◎ 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間 【救急・救助の現状】	○ くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数 【NDB】		
			○ くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数 【NDB】		
			○ 早期リハビリテーションの実施件数 【NDB】		
			○ 地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数 【NDB】	○ 地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数 【NDB】	
			地域連携クリティカルパス導入率		
	アウト カム指 標				○ 在宅等生活の場に復帰した患者の割合 【患者調査(個票)】
退院時のmRSスコア0～2の割合					脳卒中を主な原因とする要介護認定患者数(要介護度別)
					脳卒中の再発率
◎ 退院患者平均在院日数 【患者調査】				◎ 脳血管疾患患者の在宅死亡割合 【人口動態統計】	
◎ 年齢調整死亡率 【都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)】					

◎: 必須指標、○: 推奨指標

病期	SPO	必須◎ 推奨○	指標名	定義	調査名等	調査年 (調査周期)	集計表	集計単位	備考
予防	P	◎	健康診断・健康診査の受診率	健診受診者数*／調査対象者数** *過去1年間に健康診断を受けた40歳～74歳の者の数 **同調査の40歳～74歳の対象者数	国民生活基礎調査	平成22年 (3年毎)	3健康票 第4巻 第13表 世帯人員数(20歳以上)、健診等の受診の有－受診機会(複数回答)－無・性・年齢(5歳階級)・都道府県－20大都市(再掲)別	都道府県	・急性心筋梗塞、糖尿病に再掲。
予防	P	◎	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を基準人口で補正した値	患者調査	平成20年 (3年毎)	閲覧第131表(その3)受療率(人口10万対)、性・年齢階級×傷病大分類×入院－外来・都道府県別(外来)、厚労省HP内「年齢調整の考え方」参照	都道府県	・急性心筋梗塞、糖尿病に再掲。
予防 救護 急性期 回復期 維持期	O	◎	年齢調整死亡率	脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性)	都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)	平成22年 (5年毎)	参考1 平成22年都道府県別にみた主な死因別男女別年齢調整死亡率(人口10万対)・順位	都道府県	
				脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性)					
救護	S	○	脳血管疾患により救急搬送された患者数	主病名「脳血管疾患」×「救急車により搬送」で個票解析	患者調査(個票解析)	平成20年 (3年毎)		二次医療圏	
救護	P		発症から救急通報を行うまでに要した平均時間						
救護	P	◎	救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	救急・救助の現状	平成23年 (毎年)	別表9の1 病院収容時間別搬送人員の状況	都道府県	・急性心筋梗塞、救急に再掲。 ・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること。
急性期	S	◎	神経内科医師数、脳神経外科医師数	医師届出票(11)従事する診療科名等で主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数	医師・歯科医師・薬剤師調査	平成22年 (2年毎)	閲覧 第5表 01北海道～47沖縄県医療施設従事医師数、診療科名(主たる)・従業地による二次医療圏・市区町村別	二次医療圏	
				医師届出票(11)従事する診療科名等で主たる診療科「脳神経外科」と届出をした医師数					
急性期	S		脳卒中を専門とする医療従事者数						(参考) ・日本脳卒中学会により認定された脳卒中専門医数 ・日本看護協会により認定された脳卒中リハビリテーション看護認定看護師数など http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/howto/index.html#04
急性期	S	◎	救命救急センターを有する病院数	病院票(17)救急医療体制で、「救命救急センター」を有する施設数	医療施設調査	平成20年 (3年毎)	閲覧 第10表 病院数(重複計上)、救急医療体制－救急告示・二次医療圏別	二次医療圏	
急性期	S	◎	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	病院票(28)特殊診療設備で、SCUを有する施設数	医療施設調査	平成20年 (3年毎)	閲覧 第25表 病院数(重複計上)；病床数；取扱患者延数、特殊診療設備・二次医療圏別	二次医療圏	
				病院票(28)特殊診療設備で、SCUの病床数				二次医療圏	
				A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出施設数	診療報酬施設基準	平成24年1月		二次医療圏	
急性期	S	◎	脳梗塞に対するt-PA による脳血栓溶解療法の実施可能な病院数	A205-2 超急性期脳卒中加算の届出施設数	診療報酬施設基準	平成24年1月		二次医療圏	

病期	SPO	必須◎ 推奨○	指標名	定義	調査名等	調査年 (調査周期)	集計表	集計単位	備考
急性期	S		脳外科手術が実施可能な医療機関数						
急性期	S		脳血管内手術が実施可能な医療機関数						
急性期 回復期 維持期	S	◎	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	H001 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅲ)の届出施設数	診療報酬施設基準	平成24年1月		二次医療圏	
急性期	P	○	脳梗塞に対するt-PA による脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数	DPC 診断群分類 010060病名＋t-PA製剤投与	NDB			二次医療圏	・NDB 利用の説明E012(指標名)t-PA製剤投与(脳梗塞に対する)
急性期	P	○	くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	DPC診断群分類 010020、対応コード01に準ずる	NDB			二次医療圏	・NDB 利用の説明E033(指標名)脳動脈瘤流入血管クリッピング等(くも膜下出血、破裂脳動脈瘤に対する)
急性期	P	○	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	DPC診断群分類 010020、対応コード03に準ずる	NDB			二次医療圏	・NDB 利用の説明E032(指標名)脳血管内手術(くも膜下出血、破裂脳動脈瘤に対する)
急性期	P	○	早期リハビリテーション実施件数	ICD病名I60-69、早期リハビリテーション加算の算定件数	NDB			二次医療圏	・NDBの利用説明E052(指標名)急性期リハビリテーション(脳卒中に対する)
急性期	P	○	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実施件数	B005-2 脳卒中に関する地域連携診療計画管理料の算定件数	NDB			二次医療圏	・NDB 利用の説明E054(指標名)地域連携診療計画管理料(脳卒中に対する)
急性期 回復期 維持期	P		地域連携クリティカルパス導入率						
急性期 回復期	O	◎	退院患者平均在院日数	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数	患者調査	平成20年(3年毎)	閲覧第160表(その1、2) 病院の退院患者平均在院日数(施設所在地)、二次医療圏×傷病分類別	二次医療圏	
回復期 維持期	P		入院中のケアプラン策定率						
回復期	P	○	地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数	B005-3脳卒中に関する地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)の算定件数	NDB			二次医療圏	・NDB 利用の説明E055(指標名)地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)(脳卒中に対する)
回復期	O	○	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	「脳血管疾患」×退院後の行き先「家庭」で個票解析	患者調査(個票解析)	平成20年(3年毎)		二次医療圏	
回復期	O		退院時のmRSスコア0～2の割合						
維持期	O		発症後1年後におけるADLの状況						
維持期	O		脳卒中を主な原因とする要介護認定患者数(要介護度別)						
維持期	O		脳卒中の再発率						
維持期	O	◎	脳血管疾患患者の在宅死亡割合	在宅等での死亡者数*／死亡者数** *都道府県別の死因「脳血管疾患」の在宅等(介護老人保健施設、自宅、老人ホーム)での死亡者数 **都道府県別の死因「脳血管疾患」の全死亡者数	人口動態調査	平成22年(毎年)	保管統計表 死亡 死因 第4表 死亡数, 性・年齢(5歳階級)・死亡の場所・死因(3大死因)・都道府県(20大都市再掲)別	都道府県	

脳卒中の医療体制

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション
目標	●脳卒中の発症予防	●出来るだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着	●来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防の定期的専門的検査の実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●脳卒中の専用病室を有する病院 ●急性期の血管内治療が実施可能な病院 ●脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院・有床診療所	●リハビリテーションを専門とする病院・診療所 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●介護老人保健施設 ●介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所
求められる事項（抄）	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	●CT・MRI検査の24時間実施 ●専門的診療の24時間実施 ●来院後1時間以内にt-PAによる脳血栓溶解療法を実施 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整
連携	●発症から治療開始までの時間短縮		●医療施設間における診療情報・治療計画の共有		
指標による現状把握	●基本健診受診率 ●高血圧性疾患患者の年齢調整外来受診率	●脳血管疾患により救急搬送された患者数 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●神経内科医師数、脳神経外科医師数 ●救命救急センターを有する病院数 ●脳卒中の専門病室を有する病院数・病床数 ●脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数 ●T-PA、クリッピング、脳動脈流コイル塞栓術、早期リハビリテーションの実施件数 ●地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成等の実件数	●地域連携クリティカルパスに基づく回復期の診療計画作成等の実施件数 ●在宅等生活の場に復帰した患者の割合	●脳血管疾患患者の在宅死亡割合
				●退院患者平均在院日数	
				●リハビリテーションが実施可能な医療機関数	
				●地域連携クリティカルパス導入率	
	●年齢調整死亡率				

6

救急医療体制構築に係る現状把握のための指標例

	救護	救命医療	入院救急医療	初期救急医療	救命期後医療	
ストラ ク チャー 指標	◎ 救急救命士の数 【救急・救助の現状】	救急医療に携わる医師数、看護師数、薬剤師数、放射線技師数				
	医療従事者の救急蘇生法講習の受講率	◎ 救命救急センターの数 【医療施設調査】【救急医療体制調査】	◎ 2次救急医療機関の数 【救急医療体制調査】	◎ 初期救急医療施設の数 【医療施設調査】		
	◎ 住民の救急蘇生法講習の受講率 【救急・救助の現状】	◎ 特定集中治療室を有する病院数・病 床数 【医療施設調査】	医療従事者の2次救命処置講習の受 講率			
	○ AEDの公共施設における設置台数 【都道府県調査】					
	◎ 救急車の稼働台数 【救急・救助の現状】					
	◎ 救急救命士が同乗している救急車の割合 【救急・救助の現状】					
	○ 地域メディカルコントロール協議会の開催回数 【都道府県調査】					
	◎ 救急患者搬送数 【救急・救助の現状】					
プロセ ス指標	救命の現場に居合わせた者による救命処置実施率	◎ 都道府県の救命救急センターの充実 度評価Aの割合 【救命救急センターの評価結果】		◎ 一般診療所のうち、初期救急 医療に参画する機関の割合 【医療施設調査】	◎ 救急搬送患者の地 域連携受入件数 【NDB】	
	◎ 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民に より除細動が実施された件数 【救急・救助の現状】					
	一般市民のAED使用症例の事後検証実施率					
	救急救命士によって行われる特定行為の件数					
	◎ 救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間 【救急・救助の現状】					
	1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率					
	救命救急センターにおいて、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の 割合（救急搬送応需率）					
	◎ 救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上、あるいは4医療機関以上に要請を行った件数、全搬送件数に占める割合 （受け入れ困難事例） 【22年度中の救急搬送における医療機関の受入状況実態調査】					
	二次輪番病院の輪番日における、消防機関からの救 急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割 合					二次輪番病院の輪番日における、消 防機関からの救急搬送受入要請に対 して実際に受け入れた患者の割合
	地域メディカルコントロール協議会で事後検証を行った 症例数					
アウト カム指 標	◎	心肺機能停止患者の1ヶ月後の予後 【救急・救助の現状】				

◎: 必須指標、○: 推奨指標

医療機能	SPO	必須◎ 推奨○	指標名	定義	調査名等	調査年 (調査周期)	集計表	集計単位	備考
救護	S	◎	救急救命士の数	救急救命士の数	救急・救助の現状	平成23年 (毎年)	別表2の2 資格別救急隊員数調	都道府県	・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること
救護	S		医療従事者の救急蘇生法講習の受講率						
救護	S	◎	住民の救急蘇生法講習の受講率	普通・上級講習の人口1万人あたりの受講者数	救急・救助の現状	平成23年 (毎年)	別表11 応急手当普及講習啓発活動状況	都道府県	・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること
救護	S	○	AEDの公共施設における設置台数	AEDの公共施設における設置台数	都道府県調査			都道府県	・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること
救護	S	◎	救急車の稼働台数	救急車の台数	救急・救助の現状	平成23年 (毎年)	別表2の1 都道府県別救急体制	都道府県	・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること
救護	S	◎	救急救命士が同乗している救急車の割合	救急隊のうち救命士常時運用隊の比率	救急・救助の現状	平成23年 (毎年)	第9表 都道府県別の救急救命士運用状況	都道府県	・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること
救護	S	○	地域メディカルコントロール協議会の開催回数	地域メディカルコントロール協議会の開催回数	都道府県調査			都道府県	
救護	S	◎	救急患者搬送数	搬送人員数	救急・救助の現状	平成23年 (毎年)	別表7 都道府県別傷病程度別救急搬送人員及び構成比	都道府県	・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること
救護	P		救命の現場に居合わせた者による救命処置実施率						
救護	P	◎	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	救急・救助の現状	平成23年 (毎年)	第88表 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	都道府県	・急性心筋梗塞に再掲。 ・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること
救護	P		一般市民のAED使用症例の事後検証実施率						
救護	P		救急救命士によって行われる特定行為の件数						(参考)全国での数値 「平成23年版 救急・救助の現状」 第51表 拡大された応急処置等実施件数及び特定行為件数の推移
救護 救命医療	P	◎	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	救急・救助の現状	平成23年 (毎年)	別表9の1 病院収容時間別搬送人員の状況	都道府県	・脳卒中、急性心筋梗塞に再掲。 ・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること

医療機能	SPO	必須◎ 推奨○	指標名	定義	調査名等	調査年 (調査周期)	集計表	集計単位	備考
救護 救命医療	P		1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の人口カバー率						
救護 救命医療	P		救命救急センターにおいて、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合(救急搬送応需率)						
救護 救命医療 入院救急医療	P	◎	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上、あるいは4医療機関以上に要請を行った件数、全搬送件数に占める割合(受け入れ困難事例)	重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数	22年度中の救急搬送における医療機関の受入状況実態調査	平成22年 (毎年)	表 現場滞在時間区分ごとの件数(重症以上)	都道府県	・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること
				重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数の割合					
				重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った件数			表 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数(重症)	都道府県	・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること
				重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合					
救護	P		二次輪番病院の輪番日における、消防機関からの救急搬送受入要請に対して実際に受け入れた患者の割合						
救護	P		地域メディカルコントロール協議会で事後検証を行った症例数						
救護 救命医療 入院救急医療 初期救急医療 救命期後医療	O	◎	心肺機能停止患者の一ヶ月後の予後	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率	救急・救助の現状	平成23年 (毎年)	第83表 心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率及び1ヶ月後社会復帰率	都道府県	・二次医療圏や地域MC協議会単位での集計についても検討すること
				心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後社会復帰率					
救命医療 入院救急医療 初期救急医療	S		救急医療に携わる医師数、看護師数、薬剤師数、放射線技師数						

医療機能	SPO	必須◎ 推奨○	指標名	定義	調査名等	調査年 (調査周期)	集計表	集計単位	備考
救命医療	S	◎	救命救急センターの数	病院票(17)救急医療体制で、 「救命救急センター」を有する 医療機関数	医療施設調査	平成20年 (3年毎)	閲覧 第10表 病院数(重複計 上), 救急医療体制－救急告 示・二次医療圏別	二次医療圏	
				救急救命センター数	救急医療体制調査	平成22年 (毎年)	救急医療施設等設置状況	都道府県	
救命医療	S	◎	特定集中治療室を有する病院数・病床数	病院票(28)特殊診療設備で、 ICUを有する施設数	医療施設調査	平成20年 (3年毎)	閲覧 第 25表 病院数(重複 計上); 病床数; 取扱患者延数, 特殊診療設備・二次医療圏別	二次医療圏	
				病院票(28)特殊診療設備で、 ICUの病床数					
救命医療	P	◎	都道府県の救命救急センターの充実度評 価Aの割合	充実度評価Aの救命救急セン ターの数／救命救急センター 総数	救命救急センター の評価結果	平成23年度	資料1 救命救急センター別の 評価結果(平成23年度(22年 度実績に基づく評価))	都道府県	「救命救急センターの評価結果(平 成23年度)について」(平成23 年10 月12日厚生労働省医政局指導課)
入院救急医療	S	◎	2次救急医療機関の数	第2次救急医療体制 入院を 要する救急医療施設数	救急医療体制調査	平成22年 (毎年)	救急医療施設等設置状況	都道府県	
入院救急医療	S		医療従事者の2次救命処置講習の受講率						
入院救急医療	P		二次輪番病院の輪番日における、消防機 関からの救急搬送受入要請に対して実際 に受け入れた患者の割合						
初期救急医療	S	◎	初期救急医療施設の数	病院票(17)救急医療体制で、 「初期救急医療体制」が有の施 設数	医療施設調査	平成20年 (3年毎)	閲覧 第10表 病院数(重複計 上), 救急医療体制－救急告 示・二次医療圏別	二次医療圏	
初期救急医療	P	◎	一般診療所のうち、初期救急医療に参画す る機関の割合	在宅当番制有りの施設数*／ 診療所総数 *一般診療所票(13)救急医療体 制で「在宅当番医制」が有の施 設数	医療施設調査	平成20年 (3年毎)	閲覧 第12表 一般診療所数 (重複計上), 救急医療体制・二 次医療圏別	二次医療圏	

医療機能	SPO	必須◎ 推奨○	指標名	定義	調査名等	調査年 (調査周期)	集計表	集計単位	備考
救命期後医療	P	○	救急搬送患者の地域連携受入件数	A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算算定件数	NDB			二次医療圏	NDB 利用の説明F014(指標名)受入加算:救急搬送患者地域連携受入加算

救急医療の体制

	【救護】	【救命医療】	【入院救急医療】	【初期救急医療】	【救命期後医療】
機能	病院前救護活動	救命救急医療	入院を要する救急医療	初期救急医療	救命救急医療機関等からの転院受け入れ
目標	●周囲の者による救急搬送要請・救急蘇生法 ●MC体制による救急救命士の適切な活動 ●適切な救急医療機関への直接搬送 ●実施基準の運用による傷病者の搬送及び医療機関の受入	●広域災害時を含めて24時間365日の救急搬送受入 ●傷病者の状態に応じた適切な救急医療の提供	●傷病者の状態に応じた適切な救急医療の提供	●傷病者の状態に応じた適切な救急医療の提供	●在宅等での療養を望む患者に対する退院支援 ●合併症、後遺症のある患者に対する慢性期の医療
医療機関例		●救命救急センターを有する病院	●二次輪番病院、共同利用型病院 ●一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は有床診療所 ●地域医療支援病院 ●脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所	●休日・夜間急患センター ●休日や夜間に対応できる診療所 ●在宅当番医制に参加する診療所	●療養病床又は精神病床を有する病院 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院 ●診療所 ●訪問看護ステーション
求められる事項（抄）	【住民等】 ●救急蘇生法の実施、救急搬送要請 ●電話による相談システムの利用 【救急救命士等】 ●救急蘇生法等に関する講習会の実施 ●MC協議会のプロトコールに則した判断・処置 ●精神科救急医療体制との連携 【メディカルコントロール（MC）協議会】 ●救急救命士の行う活動プロトコールの策定・検証・改訂	●重篤な救急患者の常時受入 ●高度な治療に必要な施設・設備 ●救急医療に関する知識・経験を有する医師 ●急性期のリハビリテーション実施 ●実施基準の円滑な運用・改善及びMC体制の充実 ●地域の救命救急医療の充実強化	●救急医療に関する知識・経験を有する医師 ●必要な施設・設備 ●早期のリハビリテーション実施 ●医療従事者に対する研修の実施	●救急患者に対する外来診療 ●近隣医療機関との連携 ●対応可能時間等の周知 ●休日・夜間急患センターの設置や、在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること	●再気管切開等のある患者の受入体制 ●抑遷延性意識障害等を有する患者の受入体制 ●生精神疾患を合併する患者の受入体制 ●居宅介護サービスの調整
連携	●医搬送先医療機関の選定、搬送手段の選定、傷病者の速やかな搬送				
指標による現状把握	●診療機能の事前周知		●退院の困難な患者を受け入れることができる医療機関との連携		
	●救急救命士の数 ●住民の救急蘇生法講習の受講率 ●救急車の稼働台数 ●救急救命士が同乗している救急車の割合 ●救急患者搬送数 等	●救命救急センターの数 ●特定集中治療室を有する病院数・病床数 ●都道府県の救命救急センターの充実度評価Aの割合	●2次救急医療機関の数	●初期救急医療施設の数 ●一般診療所のうち、初期救急医療に参画する機関の割合	●救急搬送患者の地域連携受入件数
	●救急要請から救急医療機関への搬送までに要した平均時間 等		●心肺停止患者の一ヶ月後の予後		

大阪府保健医療計画の概要

健康福祉部医療対策課

医療計画とは

- 医療法において都道府県に計画策定を義務づけ
- 府民に必要な医療サービスが提供できるよう公民含めた医療機関の位置づけや府として行う基盤整備の方向性を記載するもの
- これまでは医療圏の設定、基準病床数の算定など量的な規制や整備に重点
- 大阪府では保健予防、健康づくり施策も盛り込み「保健医療計画」と呼称

医療法改正による安全・安心で質の高い医療の確保

府保健医療計画の特徴

- 医療連携が重要な4疾病4事業※と在宅医療の計画は医療圏ごとに策定
- 4疾病4事業において各医療機関が地域で担っている役割を明示
- 平成24年度に達成すべき数値目標を4疾病4事業において設定し、目指すべき目標を明確化
- 在宅医療を重視し、府民が必要とする在宅医療を提供するかかりつけ医に関する情報の入手先を明示
- 地域連携クリティカルパスの普及を図り、医療機関の連携を促進

※4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）
4事業（救急医療、災害医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療）

計画期間

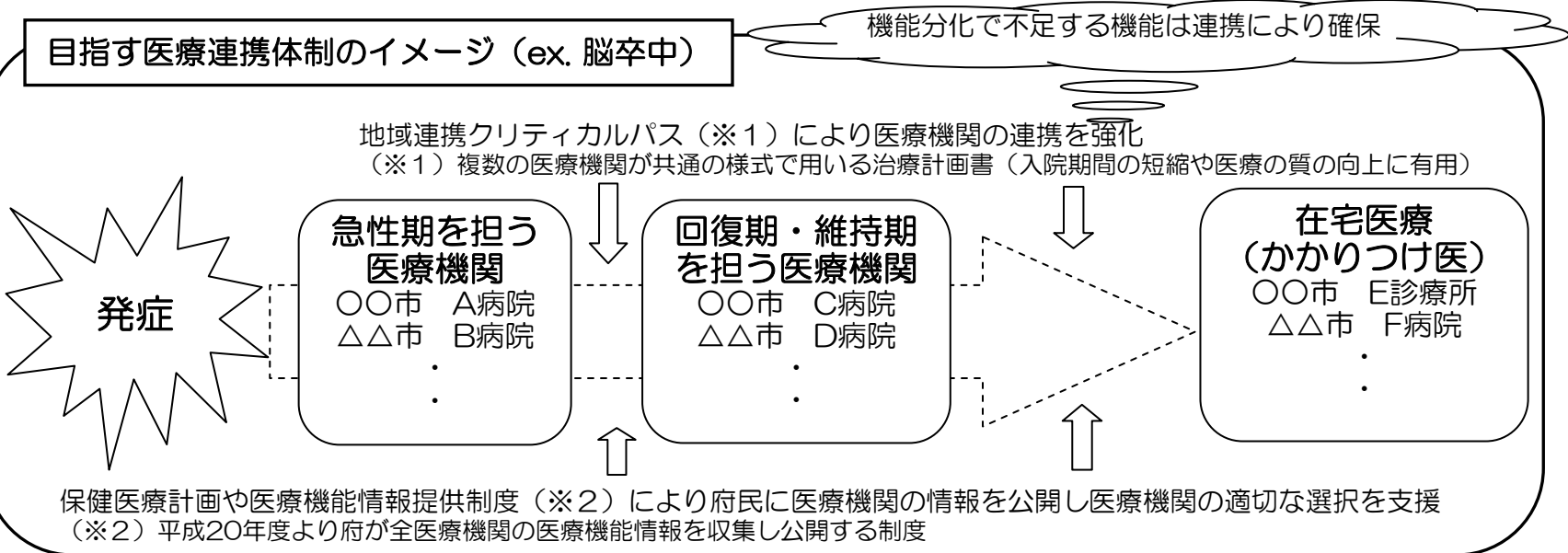
平成20年度から24年度（22年度に中間評価を実施）

基準病床数

【療 養 十 一 般】			【 精 神 】		
医 療 圏	基 準 病 床 数（新）	既 存 病 床 数（H19.10.1）	医 療 圏	基 準 病 床 数（新）	既 存 病 床 数（H19.10.1）
豊能	7,517	7,981	大 阪 府	16,512	19,217
三島	5,474	6,579	【 結 核 】		
北河内	7,864	9,810	医 療 圏	基 準 病 床 数（新）	既 存 病 床 数（H19.10.1）
中河内	5,418	6,086	大 阪 府	814	1,061
南河内	5,591	6,845	【 感 染 症 】		
堺市	8,590	9,661	医 療 圏	基 準 病 床 数（新）	既 存 病 床 数（H19.10.1）
泉州	6,985	8,860	大 阪 府	78	78
大阪市	22,148	33,434			
合 計	69,587	89,256			

※療養病床とは長期にわたり療養を必要とする患者を入院させる病床

目指す医療連携体制のイメージ（ex. 脳卒中）



4疾病4事業の数値目標

- 医療機能の分化と連携
 - ①医療機能情報公開率 病院 97.6%（H17年）→100%（H24年） 診療所 79.8%（H17年）→100%（H24年）
 - ②地域連携クリティカルパスを導入している病院の割合 2.7%（H18年）→15%（H24年）

- がん
 - ①がんによる死亡者の減少、75歳未満のがん年齢調整死亡率の20%減少
 - ②すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

- 脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病
 - ①メタボリックシンドローム予備群推定数 362千人(H20年) → 335千人(372) (H24年)
 - ②メタボリックシンドローム該当者推定数 1,061千人(H20年) → 957千人(1,063) (H24年)
 - ③特定健診受診率 63%(H18年) → 70%(H24年)
 - ④特定保健指導実施率 推計データなし → 45%(H24年)
 - ⑤脳卒中死亡率（人口10万対） 88.6(H20年) → 95.5(106.1) (H24年)
 - ⑥虚血性心疾患死亡率（人口10万対） 77.5(H20年) → 81.6(90.7) (H24年)
 - ⑦糖尿病予備群推定数 1,381千人(H20年) → 1,249千人(1,388) (H24年)
 - ⑧糖尿病有病者推定数 719千人(H20年) → 687千人(723) (H24年)
 - ⑨人工透析新規導入率(人口10万対) 12.5(H17年) → 12.5未満(H24年)

- 救急医療
 - ①心停止目撃者による心肺蘇生(CPR)の実施割合 34.8%(H18年) → 50.0%(H24年)
 - ②AEDを用いてCPRを実施した割合 0.95%(H18年) → 7.0%(H24年)

- 災害医療
 - ①大阪DMAT養成数 11チーム(H19年) → 51チーム(H24年)
 - ②災害マニュアルを整備している医療機関の割合 49.6%(H18年) → 100%(H24年)

- 周産期医療
 - ①周産期母子医療センターの整備
 - 総合周産期母子医療センター 5ヶ所(H19年) → 6ヶ所(H24年)
 - 地域周産期母子医療センター 12ヶ所(H19年) → 14ヶ所(H24年)
 - ②MFICUの整備 34床(H18年) → 177床(H24年)

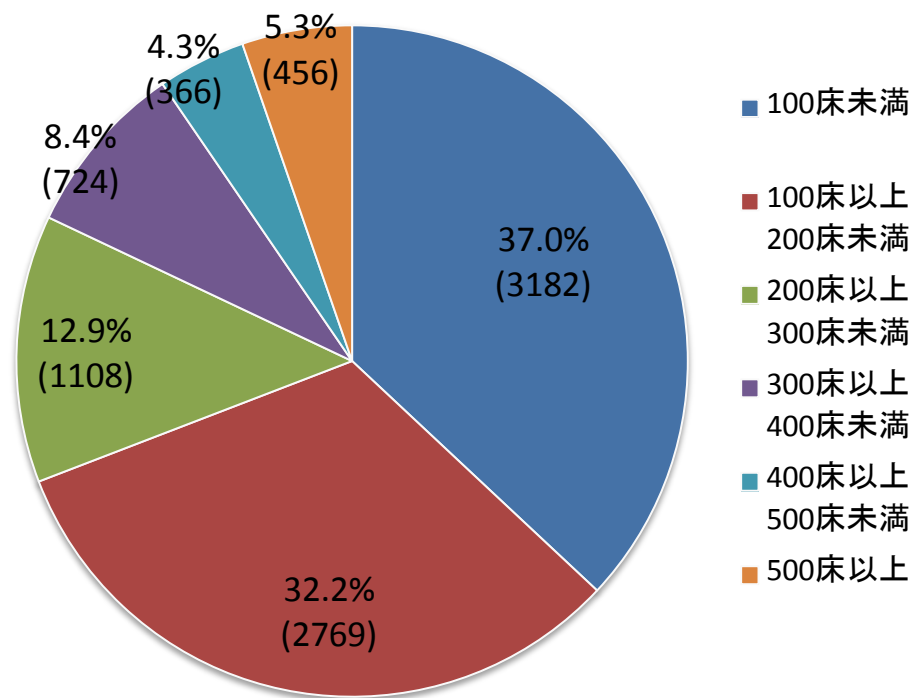
- 小児救急を含む小児医療
 - ①小児初期救急広域拠点^カを全ての医療圏に整備（H19年度では3地域が未整備）

カッコ内の数字はH24年推計値
AED：自動体外式除細動器 CPR：心肺蘇生法 DMAT：災害派遣医療チーム MFICU：母体・胎児集中治療室

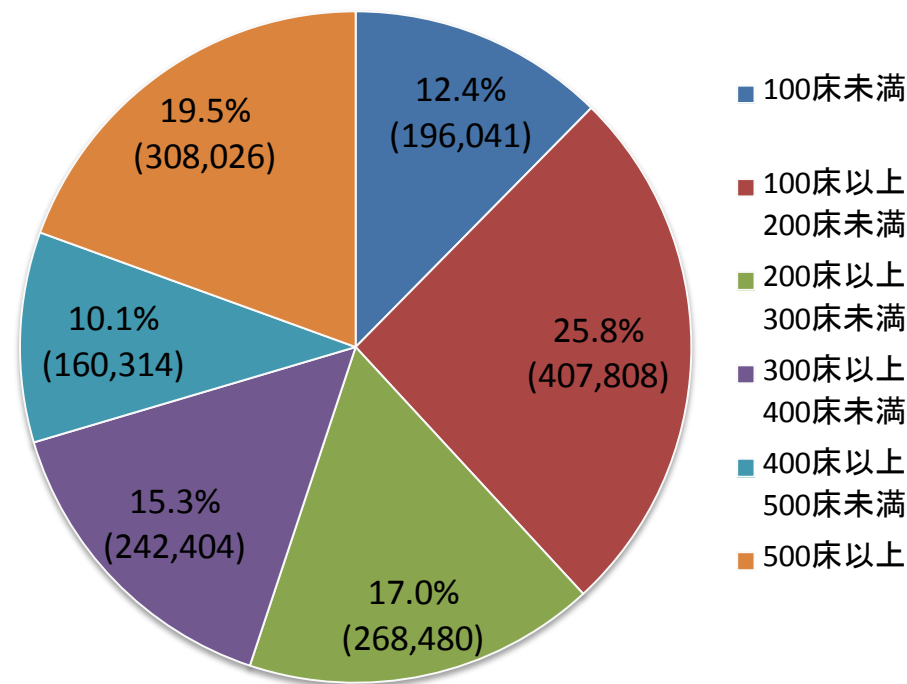
病床規模別病院数の割合

- 全病院8,605病院のうち、100床未満の病院は約4割を占め、100床以上200床未満の病院は約3割を占める。
- 全病床1,583,073床のうち、100床未満の病院の病床は約1割を占め、100床以上200床未満の病院の病床は約3割を占める。

全病院(8,605病院)

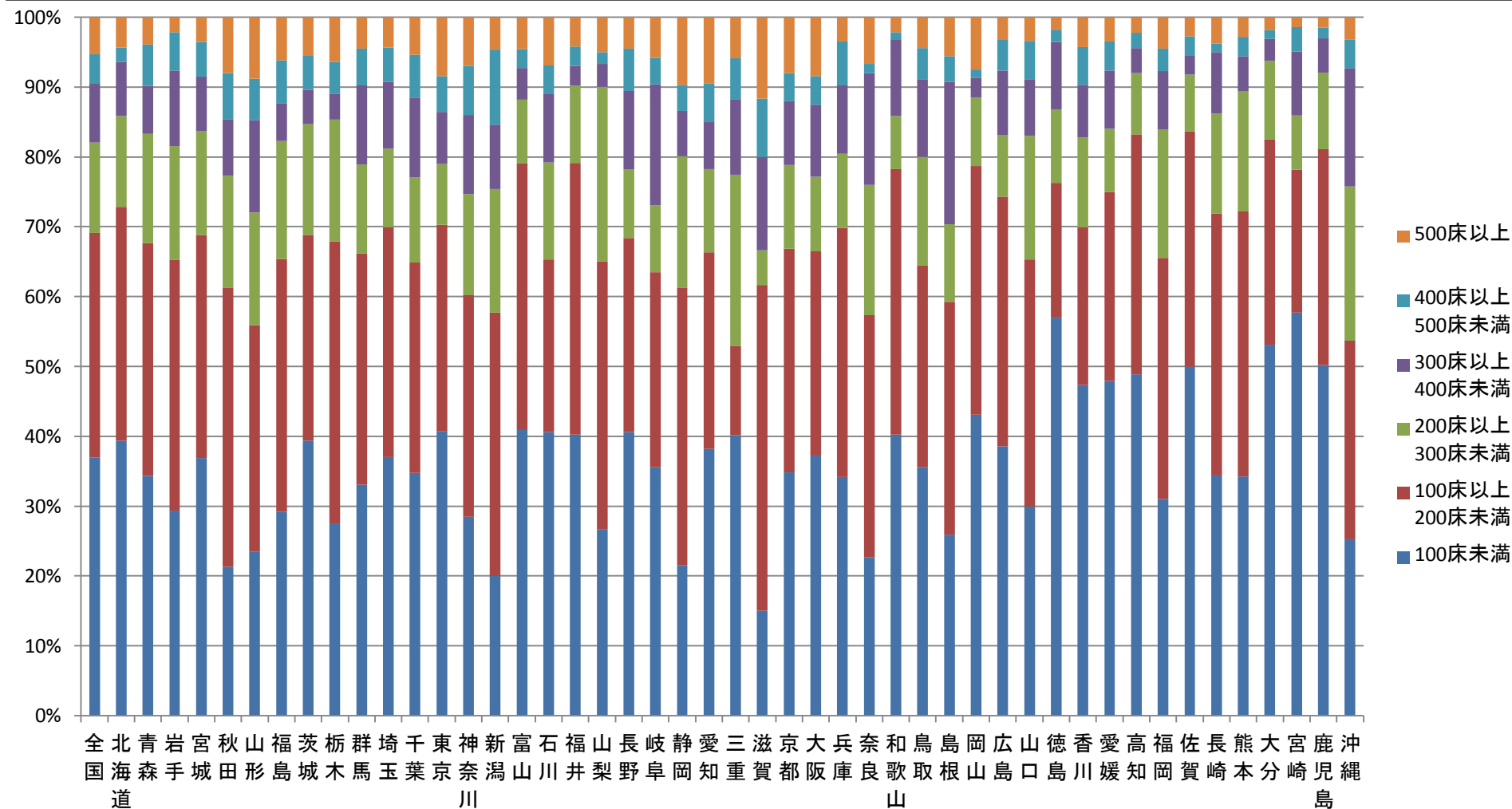


全病床(1,583,073床)



都道府県ごとの病床規模別病院数の割合

- 病床規模別の病院数の割合は都道府県でばらつきがある。
- なお、100床未満の病院が占める割合が大きい県は、宮崎県(57.7%)、徳島県(57.0%)、大分県(53.1%)であり、小さい県は、滋賀県(15.0%)、新潟県(20.0%)、秋田県(21.3%)であった。



「平成23年医療施設調査」を基に医政局で作成

これまでの検討会における主な構成員意見と具体的な論点

※ 点線四角囲みは第1回検討会で提示した論点、○は急性期医療に関する作業グループとりまとめ及び構成員意見（構成員名の後に記載された①は第1回検討会（11/16）を、②は第2回検討会（12/13）を指す）、◎は事務局で更に論点を具体化したもの。実線四角囲みはこれまでの議論を整理したもの。

1. 医療機能の具体的な内容について

・急性期、亜急性期及び回復期それぞれの医療機能において、対象とする主たる患者像や求められる医療の内容は何か。

<急性期医療に関する作業グループとりまとめ（関連部分抜粋）>

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据え、医療資源を効果的かつ効率的に活用し、急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。
- （その場合、）急性期医療から亜急性期、回復期等の医療について、それぞれのニーズに見合った病床が明らかとなり、その医療の機能に見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置が促される。その結果、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしいより良質な医療サービスを受けることができることにつながる。
- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。

<第1回検討会における主な構成員意見>

- 「急性期」や「亜急性期」は期間概念だが、病床の機能は、医療資源の投入量や人員配置の手厚さ、設備の状況といったものであり、軽症であって早期のものまで「急性期」として診るのかといった点も議論が必要。（三上構成員①）
- 最初から急性期を定義するのは難しいので、例えば手術件数や救急車による緊急入院件数、リハビリの状況等を報告・公表することで、住民が病院を選択し、結果的に急性期と亜急性期が分かれてくるのではないか。（相澤構成員①）
- 病床の機能から外れた患者について、どの程度までデータを集めるのか、どのレベルの精度を求めるかという議論は重要。（安部構成員①）
- 報告は病棟単位を基本とあるが、病棟の中にHCUがある等、一つの病棟の中でも様々な病床が混在している。例えば、平均在院日数で区分すると、HCUも含めた一般病床の平均値を算出することになり、実態がわからなくならないか。（齋藤構成員①）
- 我が国の将来の医療の一番の課題は、団塊の世代の方の診療のあり方や看取りであり、同じ急性期の疾患といっても若年者と高齢者とでは病態や平均在院日数が異なる

ことから、年齢的な疾病の構造も理解した上で、議論すべき。（加納参考人①）

＜具体的論点＞

◎報告を求める医療機能については、まずは以下のように病期や診療密度別に大きく区分し、こうした体系の下で、各医療機関の主体的な機能分化の取組を促していくことが適当ではないか。

- ・主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能（「急性期（仮称）」機能）。
- ・主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能（「亜急性期（仮称）」機能）。
- ・主として、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D L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（仮称）」機能）。

◎その際、主たる機能を選択して報告するとともに、その病棟に入院する様々な患者像の実態も含めて報告することで具体的な状況を把握していくことが適当ではないか。（報告事項の具体的な内容について論点2の中で検討。）

＜前回検討会における主な構成員意見＞

- 急性期は平均在院日数や看護師配置ではなく、どういう医療を提供しているかで決めるべきであり、それは医療資源の投入量で判断できる。急性期は、医療資源の投入量が落ち着き増えなくなった時点で終了すると考えてはどうか。（相澤構成員②）
- 最初のインテンシブに治療が必要な期間があつて、その後を亜急性や回復期に相当する期間だと整理するのが医療者にも患者にもわかりやすい。（日野構成員②）
- 感染症であれば、発症してから治るまでの間が急性期であり、亜急性期や回復期といったものはない疾患だと思っており、急性期とか亜急性期とかにするのではなく、基本的には医療資源をどれぐらい投入するかということを視点に病棟の機能を分けるほうが一般の市民にとってもわかりやすいのではないか。（三上構成員②）
- 急性期は、急性発症をして、直ちに治療しなければ命にかかわるという概念で考えており、例えば、白内障や内視鏡検査など、必ずしもすぐに治療しなければいけないとは限らない疾病がすべて急性期というわけではないと思う。落ち着いている状態も急性期に入れるのか、といった点はかなり大きな問題でありよく検討が必要。（日野構成員②）
- 亜急性期という医療は患者にとって必要だが、患者にとってその機能はわかりにくいし亜急性期の医療機関に対する信頼性が見えないので、全てを急性期の医療機関に期待している現状がある。したがって、機能や役割は患者にもわかるような形で分類していく必要がある。（山口構成員②）
- 慢性疾患の急性増悪は、医療資源が重装備でなければいけないかと言えば必ずしもそうではないということで、事務局案は「亜急性」に整理しているが、この名前では

いのか。どういう医療資源が必要かという議論をし、名前はその後検討すべきだ（西澤構成員②）。

- ポスト急性期的なところを亜急性とするは理解できるし、医療の必要度に着目して分けるのは合理的だと思うが、「亜急性期」に在宅・介護施設等からの患者についても亜急性にまとめるのはわかりにくくならないか。（安部構成員②）
- 例えば、かなりの末期状態になったがんの患者が少し手厚い急性期のような医療を受けないといけない場合にも、全て亜急性期に入れてしまうというのはちょっと乱暴ではないか。（山口構成員②）
- 病院団体が考えている「地域一般病棟」は「亜急性」の概念の入る病棟としてイメージしている。（西澤構成員②）
- 地域によっては急性期と回復期リハビリが明確に分かれているところもあれば、ベッド数の少ない地域では、ある程度急性期でリハビリをやっても家に帰れない患者を回復期リハに移していくスタイルもあり、機能の選択が難しい。（相澤構成員②）
- 脳梗塞や脳疾病は、回復期リハや亜急性期病床に移行しやすいが、心筋梗塞は他の病床へは移行しにくい。回復期といっても疾患によって状況は異なる。（日野構成員②）
- 今は手術の翌日からリハビリに入る病院もあるなど、同時並行的にやっている実態もあるので、その辺をどう切り分けていくか。リハビリには OT・PT の存在が重要であり、回復期リハでは、その配置状況が重要な判断材料になるのではないか。（花井構成員②）
- 急性期リハと回復期リハの目的は違っており、必要なリハはフェーズによって異なってくる。それに合わせた人員配置を考えた方がよい。（松田構成員②）
- 肝硬変患者の定期的な血漿交換など、慢性の疾患でも一定の間隔で医療資源を投入する必要がある場合があり、それをどう考えるのかも、整理が必要。（三上構成員②）
- 急性期とか、亜急性期とか、回復期とかではなくて、現時点としてどういう状態の患者にどういう医療が行われているかをまず把握することが必要。（松田構成員②）
- 現在の病棟の機能だけでなく、将来的にはこうしたいという医療機関の意思、意向も把握していくことが必要であり、そうした判断ができるよう、地域の全体の状況が把握できる形にしていく必要。（三上構成員②）
- 医療機関も主体的に選択して機能分化を進めていくという考え方からすると、現状を報告するだけでなく、今後の方向性をどう考えるかということも情報が必要。（尾形構成員②）

＜前回の議論で概ね合意された事項＞

◎報告を求める医療機能の基本的枠組みとしては、病期や診療密度別に「急性期（仮称）」機能、「亜急性期（仮称）」機能、「回復期（仮称）」機能に大きく分類していくことが適当。

＜各医療機能の内容（再掲）＞

- ・主として、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、比較的診療密度の高い医療を提供する機能（「急性期（仮称）」機能）。
- ・主として、急性期を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者に対し、在宅復帰に向けた医療を提供する機能（「亜急性期（仮称）」機能）。
- ・主として、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（仮称）」機能）。

◎医療機関の主体的な取組が重要であるため、「現状」の把握とともに「今後の方向」についても報告することが適当。

＜更に議論が必要な主な事項＞

◎上記の機能の名称や内容等詳細な部分については引き続き検討。

- ・各医療機関がどの医療機能を選択して報告すればよいかの判断基準をどのようにすべきか。

＜急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）＞

- 各医療機関（診療所を含む。）が、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、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。
- 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、地域の医療ニーズに対応してバランスよく配置されることにより、地域全体として適切な機能分化と連携を推進し、地域医療の充実を図る。
- 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。こうした現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定する。

＜第1回検討会における主な構成員意見＞

- 報告内容を活用する住民、患者にとって、有効かつ信頼性の高い情報源としていくためにも、とりあえずは「急性期」として報告しておこうといったことにならないようにしていく必要がある。（高智構成員①）
- 報告制度を作り、基準を決めていくことは行政として歓迎するが、一方で、医療機関側から見たときに、行政から縛られるというとらえ方がなされないような基準のつくり方が必要。（山崎構成員①）
- 医療機能の選択は行政ではなく医療機関が自ら主体的に行うものであるが、当然、その選択はきちんとしなければならないし、間違った選択はあってはならない。（西澤構成員①）

＜具体的論点＞

- ◎医療機関が適切な選択を行うとともに、各都道府県が地域医療ビジョンを策定するために正しい情報を収集するためには、明確でわかりやすい判断基準とすることが必要ではないか。

- ◎その場合の具体的な判断基準をどのように設定すべきか。

＜前回検討会における主な構成員意見＞

- 急性期は平均在院日数や看護師配置ではなく、どういう医療を提供しているかで決めるべきであり、それは医療資源の投入量で判断できる。（相澤構成員②）
- 看護師配置が厚いからといって必ずしも急性期をやっているとは限らないといった議論や、高齢者は安定するまで時間がかかるので、平均在院日数で切るのは難しいという議論がある。切り方を、すばっと切るのか、厳しいところにするのか、かなり長めのところとするのかという議論も必要。（相澤構成員②）

- 現状、看護必要度の高い患者が多い病棟ほど、看護師の配置が多くなっており、医療の必要度、看護必要度といった定量的な指標によって区分・分類を考えるのがわかりやすく簡便であり、自然な考え方ではないか。（高智構成員②）
- 医療必要度や看護必要度という尺度は決して客観的なものではないので、尺度として役に立つものになるには時間がかかる。（日野構成員②）
- 機能や役割は患者にもわかるような形で分類していく必要があり、その際、重視すべきは平均在院日数や看護体制よりは、医療の中身ではないか。（山口構成員②）
- 平均在院日数や看護基準は診療報酬上によって誘導されている部分があるが、患者の状況によって必要な看護師配置数や在院日数は変わってくるので、患者像に着目した指標を検討すべき。（西澤構成員②）
- 患者の立場から見ると、看護師の配置も1つの判断材料になり、医療資源の投入と言った場合、当然人員をどうするかも含められると思うので、看護基準がなくてもいいということにはならないのではないか。（花井構成員②）
- 平均在院日数や看護体制によってどのような医療機関なのかは患者には判断できないと思う。それより、診療報酬の縛りがあり、在院日数もそれに合わせられているところが、患者にとって納得いかないのが、患者の状態に合わせた分類が必要ではないか。（山口構成員②）
- 人員配置や医療の必要度、看護の必要度それぞれを単一でみるのではなく、いくつかの切り口があり、その中に患者にとってわかりやすい切り口と提供側に近い切り口が存在するのではないか。（山崎構成員②）
- 診療報酬において一般病棟入院基本料について、7対1から15対1まで区分されており、医療機能を報告する上でわかりやすく、1つの参考にはなるのではないか。（高智構成員②）

<前回の議論で概ね合意された事項>

- ◎ 判断基準は患者にとっても医療提供者側にとっても明確でわかりやすいものとするのが適当。

<更に議論が必要な主な事項>

- ◎ 「急性期（仮称）」及び「亜急性期（仮称）」の判断基準について、
 - ①医療資源の投入実績は、個別の疾患ごとに異なってくるものであり、疾患毎の判断基準を定めるとすれば複雑な判断基準になってしまうこと
 - ②現在の看護必要度は、必ずしも客観的なものとは言えず、見直しが必要であるとともに、診療密度を看護必要度だけで判断することが適当か
 - ③平均在院日数は、疾患や患者によって異なるものであること
 - ④看護配置の状況は、必ずしも診療密度の状況を反映しているとは限らないこと
 といった課題があり、こうした点を踏まえ、どのような判断基準を設定するかは引き続き検討。

- ◎ 「回復期（仮称）」はどのような判断基準が適当か。

- ・ その他報告すべき医療機能として位置づけるべきものがあるか。
（例）地域一般、障害者・特殊疾患 等

＜急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）＞

- 各医療機関は、急性期、亜急性期、回復期その他主として担っている医療機能の内容を報告する。

＜第1回検討会における主な構成員意見＞

- 社会保障・税一体改革でも「地域一般病床」が示されており、急性期から慢性期に至るまで全てを診るような病床の位置づけも考えた方がよいのではないか。（三上構成員①）
- 患者は、急性期から亜急性期、回復期を経て退院していく中で、院内は、病棟単位、病室単位、あるいは患者単位で医療密度に濃淡がつけられている。亜急性期病棟といっても、そこに入院する患者は、必ず急性期を経て亜急性期になり、退院していくので、それをどういう形で報告するのか。病棟が多ければケアミックスのような形が可能だが、病棟数が少ない場合には、一つの病棟で患者は全ての病期を経験して退院していくので報告の仕方は難しい。（三上構成員①）
- 「地域一般、障害者・特殊疾患等」とあるが、曖昧であり、発信しても受け取りにくい書き方なので、そうならない報告にしていく必要。（高智構成員①）
- 重度慢性期は、どこで検討するのか。病床の機能として分類しないのか、それとも療養病床という形で、一般病床とは別に議論するのか。（三上構成員①）
- 診療報酬上、特定除外制度があり、一般病床でも手厚い医療が長期入院、慢性期になっても必要な方がいることも考慮する必要。（三上構成員①）
- 地域医療ビジョンを作成するには、療養病床についても報告制度の対象としていく必要がある。（松田構成員①）
- 一般病床でも、平均在院日数が60日以上のところがあるが、そこは回復期であり、その中に療養期の患者も入っている。（安部構成員①）

＜具体的論点1＞

- ◎ 地域的には、一つの病棟で複数の医療機能を持つことが必要な場合があり、こうした病棟の位置づけも必要ではないか。

＜前回検討会における主な構成員意見＞

- 急性期、亜急性期、回復期というような分類をすること自体が合わない地域があるという実感があり、急性期、亜急性期といった分類ではない「地域一般」といったその特性に合わせた分類の仕方が必要ではないか。（山口構成員②）
- 私たち病院団体の言う「地域一般病棟」は社会保障・税一体改革にある「地域一般病床」とは異なっており、「地域一般病棟」は、都会型の中小病院の役割であって、急性期の病院であるが、かなり亜急性性を担っており、急性期と亜急性性の混じったイメージである。（西澤構成員②）

- 地域によっては、医療資源が非常に少ない地域があり、1つの病院で総合的な機能を持つようなところもあるので、位置づけることに異論はない。（齋藤構成員②）
- 地域密着型でいろいろな患者さんを診るという機能は、都会であれ、へき地であれ、離島であれ、必要であり、地域を限定する必要はないのではないか。（相澤構成員②）

＜前回の議論で概ね合意された事項＞

- ◎一つの病棟で複数の医療機能を持つ病棟についても位置づけることが適当。

＜更に議論が必要な主な事項＞

- ◎位置づけるに当たって、地域性及び地域性以外の要件をどのように考えるかは引き続き検討。

＜具体的論点2＞

- ◎長期療養の機能を主として担っているのは療養病床であるが、報告制度における療養病床の取り扱いについて、どう考えるか。また、療養病床に限らず、病期が長期化している患者がいる現状について、機能分化の観点から、どう考えるか。

＜前回検討会における主な構成員意見＞

- 今後の高齢化や認知症の増加、世帯構造の変化を考えると長期療養病床は必要なので報告対象とすべき。療養病床は、看護必要度が高くなる患者が多く、在宅では難しい人が多いと思うので、その状況も把握すべき。（三上構成員②）
- 独居や老老介護の問題だけでなく、家族と暮らしていてもみんなが働いている中では、在宅医療は難しいので、療養病床も見える選択肢として必要であり、報告の中にも含めるべき。（山口構成員②）
- これから5年後に都道府県が実態から地域医療ビジョンを立てるという状況であれば、長期療養の情報も当然必要なので、報告の対象にすべきと思う。（齋藤構成員②）
- 重度慢性期は、基本的には医療資源が多く必要であり、治りにくい疾患を対象にしておき、重症病棟のような重症度で分類されればいわゆる急性期と一緒にできるのではないかと。（三上構成員）
- 今回、一般病棟について議論が始まり、それが療養病棟まで広がってきたが、精神科病床や認知症治療病棟、認知症疾患医療センター等の整備についても把握していく必要があるのではないか。（三上構成員②）

＜前回の議論で概ね合意された事項＞

- ◎療養病床についても報告制度の対象とすることが適当。

＜具体的論点３＞

- ◎「障害者・特殊疾患」の医療機能は急性期、亜急性期、回復期とは別に位置づけることでよいか。その他、位置づけるべきものがあるか。

＜前回検討会における主な構成員意見＞

- 特殊疾患についても機能として含めるべき。（三上構成員②）
- 障害者、特殊疾患について、位置づけることはよいが、言葉が非常にわかりにくいので、どのような方を対象にしているのかということが、もう少しわかりやすい表現をしてほしい。（山口構成員②）

＜前回の議論で概ね合意された事項＞

- ◎「障害者・特殊疾患（仮称）」の医療機能は急性期、亜急性期、回復期とは別に位置づけることが適当。

2. 医療機能毎の報告事項について

- ・ 1. の内容を踏まえ、各都道府県が提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの現状を把握するとともに、患者や住民に提供していく観点から、医療機関に求めるべき報告事項は何か。

＜急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）＞

- 報告する医療機能毎に、提供している医療の機能や特性、人的な体制、構造設備などの病床機能についても併せて報告する。
- 地域において急性期、亜急性期、回復期等の医療を提供する病床などが、地域の医療ニーズに対応してバランスよく配置されることにより、地域全体として適切な機能分化と連携を推進し、地域医療の充実を図る。
- 具体的には、都道府県は報告の仕組みを通じて地域の各医療機関が担っている医療機能の現状を把握する。こうした現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを地域ごとに策定する。

＜これまでの検討会における主な構成員意見＞

- 報告制度のために新たな報告フォーマットを作成するのではなく、ナショナルデータベースの活用や、レセコンのデータを自動的に加工するなど、現時点で既に行われている事務作業の中から報告制度に資する情報を作成していく仕組みを作ることが現実的。（松田構成員①）
- 報告の際、医療現場は、診療報酬で動いているような状況があり、報告に当たっては現場が悩まないような、混乱が少なくなるような仕組みを検討していただきたい。（斎藤構成員②）
- 報告制度の検討に当たっては、地域医療ビジョンの策定に関する内容も頭の隅で同時に考えておく必要があるのではないか。（山崎構成員①）
- 健保連の調査では、入手したい医療機関の情報として、手術件数や専門医の勤務、配置状況、疾患ごとの入院日数などがあった。また、OT、PTの配置状況やリハビリの実施状況、MSWの配置状況等も必要となる情報ではないか。（高智構成員①）
- 例えばアメリカには、ホスピタル・コンペアというサイトがあり、住所地を入力すると、その地域で例えば心筋梗塞の治療をやっている病院の治療に関する量やプロセス、アウトカムに関する情報を確認でき、病院間の比較が可能になっている。オランダの消費者団体も病院の評価をやっているので、そういう試みの情報を集め、その中で使えるようなデータなどを具体的に考えることとしてはどうか。（松田構成員①）
- 産科病棟は混合化し、新生児のMRSA感染率が上昇しているため、混合病棟か否かが病院選択の重要な情報になっており、その情報は報告させるべき。（斎藤構成員①）

- 周産期の計画を作成しようにも、現状では施設ごとの分娩数の情報が不明であり、分娩に関するデータは報告事項としていくべき。（松田構成員①）
- 分娩の病床が一般病床に入っているので、分娩に着目して、その病床の状況が把握できないか。（花井構成員②）
- 急性期の典型的な疾患の手術は、外科を中心とした有床診療所でかなり行われるようになっており、有床診療所のデータも収集していく必要がある。（松田構成員①）
- 有床診療所の病床の位置づけも考えてほしい。（三上構成員②）
- 療養病床の有床診も大事だが、短期の急性期疾患を診る有床診も増えてきており、それは急性期に入ってくるので、そういうものも含めて有床診を見て行く必要がある。（松田構成員②）
- 急性期から亜急性期、回復期、療養、在宅に至るまでの流れを構築するとされており、個々の医療機関の報告事項だけでなく、医療ビジョンの策定に向けて、フローも視野に入れた議論が必要。（尾形構成員②）
- フローを考えることは重要。在宅や介護施設の整備状況など資源の状況は地域によって様々であり、退院先の有無によって、転棟、退院の仕方がかなり違って来る可能性があるので、こうした情報も広く把握していく必要がある。（三上構成員②）
- 望んで転院、退院をしている患者はそう多くはないだろうが、理由もわからずに、ここの対象ではないからという理由だけで転院させられるところに不満があり、例えば、回復期リハビリテーションに転院するほうがリハビリを行ううえで効果的と理解できれば、転院することも前向きに捉えられるのではないか。（山口構成員②）
- でき上がった仕組みを運用していく上で、フローの考え方は重要であり、医療機能の継ぎ目をどのようにわかりやすく表現していくかがポイントだと思う。（山崎構成員②）
- 急性期の受け皿が整っておらず、亜急性及び回復期という医療機能が余り高くないため、患者にとっては病院を移りたくないが、一方で、診療報酬上、看護基準と入院日数がリンクしているため、看護配置の厚い病院は患者に泣く泣く退院してもらっている現状も念頭において議論していく必要。（日野構成員②）

＜具体的論点＞

- ◎ できる限り、医療現場に混乱が少なく、医療機関にとっても追加的な負担が生じないような仕組みとすることが必要であり、そのためにはどういった報告内容や報告方法としていくことが適当か。
- ◎ 各都道府県がその医療機能や特性、人的な体制、構造設備などの現状を把握するとともに、患者や住民に提供していく観点から、①「急性期（仮称）」機能、②「亜急性期（仮称）」機能、③「回復期（仮称）」機能、④「障害者・特殊疾患（仮称）」、⑤「長期療養（仮称）」それぞれについて、医療機関に求めるべき報告事項は何か。
- ◎ 有床診療所からの報告事項についてはどのように考えるか。

- ◎ 地域医療ビジョンの策定に際しては、患者の流れを考えていくことが重要であり、こうした観点から他の医療機関との連携に関する情報についても把握していくことが必要ではないか。こうした情報として把握すべき情報は何か。

3. 病床機能情報の提供について

- ・ 患者や住民にわかりやすく提供するという観点から、
- ①医療機関による提供方法やその内容はどのような形が適当か。
- ②都道府県による公表方法やその内容はどのような形が適当か。

<急性期医療に関する作業グループとりまとめ（抜粋）>

- （こうした仕組みを通じて、）それぞれの医療機関が担っている機能が住民・患者の視点に立ってわかりやすく示されることにより、住民や患者が医療機関の機能を適切に理解しつつ利用していくことにつながる。
- 各医療機関は、定期的に、都道府県に報告するとともに、報告した事項について、当該医療機関において閲覧に供するなど患者や住民にわかりやすく提供する。
- 都道府県は、各医療機関からの報告の内容について、患者、住民にわかりやすい形で公表する。

<これまでの検討会における主な構成員意見>

- 地域住民や患者が報告内容を理解しやすいような工夫が不可欠であり、医療機関からの報告内容をそのまま都道府県が公表することがないようにすべき。（高智構成員①）
- 複数の都道府県情報の比較検討がスムーズにできるような工夫が必要であり、フォーマットの共通化や用語の表記の統一化などを検討すべき。（高智構成員①）
- 患者や住民にわかりやすい情報であるとともに、他の医療機関に対しても非常にわかりやすく、詳細なデータがわかるような情報の表し方が必要。（三上構成員①）
- 公表された情報を住民がきちんと評価できるシステムを考えていく必要がある。（西澤構成員①）
- 医療機能情報提供制度と今回の報告制度を連動させる方法を検討すべき。（斉藤構成員①）
- 転院、退院を望む患者はそう多くはないだろうが、理由もわからずに、ここの対象ではないからという理由だけで転院させられる現状があり、例えば、回復期リハビリテーションに行くことがリハビリにとってより適切だというような状況だということが理解できれば、転院に対して前向きになるのではないか。（山口構成員②）

<具体的論点>

- ◎今後、医療機関の機能分化が進んでいく中で、患者が各医療機関の機能を理解し、納得して医療を受けることが更に重要となるが、そのために、医療機関は報告事項の中からどのような情報をどのような形で患者や住民に提供すべきか。
- ◎都道府県は患者や住民に対し、医療機関から受けた情報をどのように加工し、公表していくことが適当か。また、医療機関が他の医療機関と連携を図る観点からは、どのように公表していくことが適当か。