

平成25年5月30日（木）  
13時00分～15時00分  
中央合同庁舎第5号館17階  
厚生労働省専用第18～20会議室

## 第6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

- 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方  
（案）について

（配布資料）

資料1 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方（案）

資料2 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

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 学習院大学経済学部長

尾形 裕也 東京大学政策ビジョン研究センター特任教授

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 公益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

加納 繁照 一般社団法人日本医療法人協会会長代行

松田 晋哉 産業医科大学教授

三上 裕司 公益社団法人日本医師会常任理事

山口 育子 NPO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

# 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方(案)

## 1. 医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 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(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
急性期	○ 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
亜急性期(仮称)	○ 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)の名称について → 別紙1
回復期リハビリテーション	○ 主として、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。
地域多機能(仮称)	○ 一つの病棟で複数の医療機能を持ち、幅広く対応できる機能 ※地域多機能(仮称)の名称及び内容について → 別紙2
長期療養	○ 主として、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 主として、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

※ 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。 ※判断基準について → 別紙3

## 2. 医療機能と併せて報告を求める事項

- ◎ 医療機関にとって極力追加的な負担が生じないよう、地域のビジョンを策定する上で必要な情報と、提供する医療の具体的内容を患者・住民・他の医療機関に明らかにする情報を報告事項として求める。

※具体的な報告事項(案)は別紙4

## 3. 病床機能情報の提供

- ◎ 都道府県は患者や住民に対し、医療機関から報告された情報を以下の形にわかりやすく加工し、公表する。
  - 地域の医療提供体制の現状に対する住民・患者の理解等に資する観点から、地域における医療機能の分布状況に関する情報を提供
    - 各医療機能ごとの内容、現状の病床数、医療機関(病棟)名
  - 住民・患者の医療機関の選択等に資する観点から、医療機能情報提供制度による情報と、病床機能報告制度による情報を一体的に提供
    - 各医療機関の病棟ごとの病床数、診療科目、保有する施設設備、看護職の配置状況、疾患・治療の内容、平均在院日数等

※イメージは別紙5

## 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、③は第3回検討会（1/11）、④は第4回検討会（3/7）、⑤は第5回検討会（4/25）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. 医療機関が報告する医療機能について

・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といった議論は重要。（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、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（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。）

### < 第2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って、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を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、この名前でも

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ことは理解できるし、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）

### <第3回検討会における主な構成員意見>

- 急性期からある程度落ち着いていくときに、ずっと同じ病棟で診ていた方がいいとか、あるいは異なる病院で診ていた方がいいという議論が必ず起こるが、それを肯定するデータも否定するデータもない。ある程度の枠組みをえいやでつくるのか、それとも、どこでどこまで診るということはもう少しデータを集める中で最善のものをつくっていくのかということだと思う。（相澤構成員③）
- 回復期をリハビリに限るということであれば、回復期リハビリテーションとした方がわかりやすいのではないか。（西澤構成員③）
- 患者の立場から考えても、回復期にリハビリテーションが入っている方が具体的にイ

メージしやすい。(山口構成員③)

#### <第5回検討会における主な構成員意見>

- 医療資源投入量は、年齢差、入院期間、看護師配置により差があり、そして、ある期間を超えると差がなくなってくる。(相澤構成員⑤)
- 病期だけで見るというよりは、医療資源投入量、重症度で分ける方が本来分かりやすいのではないか。(三上構成員⑤)
- 一般病床を看護配置で区分するのではなく、患者像で区分していくべきではないか。(相澤構成員⑤)

#### <前回まで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、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(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。

### ＜第2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まれると思うので、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）

### <第3回検討会における主な構成員意見>

- 資源の投入量が多いものを急性期とする場合に注意すべきことは、必要なものに限って入れるということであり、必要ないのに資源を投入すれば急性期かというところではない。（西澤構成員③）
- 診断分類ごとの平均的な医療資源の必要度というものをベースにするケースミックスインデックスという形での評価方法は、たくさん資源を投入するという方向にドライブがかかるようなものではない。（松田構成員③）
- 7対1であればすべて急性期ということではなく、13対1であっても15対1であっても、一部の患者さんについては急性期ということがあるので、そういう考え方で整理していただきたい。（三上構成員③）
- 一般病床の現状は、病棟の情報と、その病棟にどういう病態の患者が入っていて、どういう医療行為を受けているかという情報をクロスさせることにより明確に出てくるのではないか。（松田構成員③）

### <第5回検討会における主な構成員意見>

- 急性期の患者がどれくらいの割合で入っているかというようにしないと、急性期ばかりというのは難しい。（相澤構成員⑤）

<前回まで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。

- ◎ 「回復期リハビリテーション（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。

### ＜第2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、かなり亜急性を担っており、急性期と亜急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）

#### <第4回検討会における主な構成員意見>

- 地域に密着しているからこそ、重装備な設備までは必要ない急性期あるいは高齢者の急性期や、重装備の病院からすぐ帰れない場合の受け入れといった両方の機能を持たなければならない。（西澤構成員④）
- 社会保障・税一体改革における「地域一般病床」は、医療資源が非常に少ないところを想定していると考えていた。（齋藤構成員④）
- 地方の方が高齢化率は高いが、伸び率から言うと大都会の方が問題であり、都会にこそ地域一般病床が必要と考える。（西澤構成員④）

#### <前回まで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。

#### <第2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り、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）

＜前回まで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。

＜第2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）

＜前回まで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. 医療機能と併せて報告を求める事項について

- ・ 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。

### ＜第1回・第2回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。（齋藤構成員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と。（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つた。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と。（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ため、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。（齋藤構成員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くる可能性があるため、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 1 >

- ◎ 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、そのためにはこ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。
- ◎ 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。

### ＜第3回検討会における主な構成員意見＞

- 従来の医療機能情報提供制度というのは、医療機関がどういう治療、検査、処置ができるだろうかというその病院全体で持っているマンパワーや医療機器といった情報が入っているが、どういう疾患でどういう治療がされているかという情報が十分に出てこない。そういった患者特性を追加的に調査することが必要。（三上構成員③）
- 各医療機能の報告事項というものは、基本的にはすべての患者特性情報や医療機関の機能情報を一応報告するというこの中で浮き上がってくるものなのではないか。（三上構成員③）
- それぞれの病院から、どういう患者がどういう治療を受けて入院しているのかの報告を受けることによって、地域全体で医療ニーズがどれくらいあるかというのを把握できるかどうかが大きな問題。（三上構成員③）
- 患者のフローの流れを見るには、ナショナルデータベースを使って二次医療圏単位でざくっと分析し、加えて、各医療機関から報告を求める。自院外来への退院や他施設への転院等レセプトに書いてあるような情報のレベルであれば、それほど負担はかからないのではないか。（松田構成員③）
- 連携パスや退院時共同指導料、介護支援指導料等のレセプト情報の中の連携した証拠に関する情報を利用するのがいいのではないか。（三上構成員③）
- 病棟ごとに分化していった場合、病棟間の連携・共働をどうするか。病棟間の連携というのがないと、今抱えている様々な問題を解決できないのではないか。（相澤構成員③）
- 今後の地域医療で、地域の中で患者が病気を発症したときにどういうところに行っているのか、あるいは医療圏を越えているのか、また、患者から見てどこに行ったらいいかといったことを把握することが、流れを調査することの目的。流れの調査は、病院単位、病棟単位の両方をとる必要があると思う。（西澤構成員③）
- 個々の病気の流れでどういう機能が必要か、救急から始まって介護までの流れをつかむ必要があるのではないかと思うが、とりあえず急性期の前後を検討し、将来的にそれぞれの議論をする中で結びつけてはどうか。（西澤構成員③）

### ＜第4回検討会における主な構成員意見＞

- 在院日数で考えるという発想はシンプルで分かりやすいし、病院側の負担も小さいが、これだけで機能分化の状況を本当に把握できるかという点、やや物足りない。例えば回復期リハであれば、在宅復帰等のアウトカム等、特色を明らかに示すデータが考えられるのではないか。（尾形構成員④）
- 今後の地域医療ビジョンの策定を考えても、現状と今後の方向が浮き彫りになるようにするためには、やはり在院日数だけでは足りないと思う。医療機関の負担に留意しつつも、データ提供をもう少し拡充する方向で検討いただきたい。（尾形構成員④）
- 患者数と平均在院日数だけではなかなかわかりにくい。産科病床があるか、手術の件数、地域連携の状況、高額医療機器の保有状況、人員体制等が必要ではないか。医療機関にできるだけ負担がかからない形で、今後の2025年に向けた情報提供のあり方という観点から、検討いただきたい。（花井構成員④）

- 地域医療ビジョンを策定する際にはマンパワーをどうするかが柱になると思うので、病棟が主に診ている診療科の名前や職種別の職員数が必要だと思う。また、どこからきて退院先はどこなのかという連携の情報、病棟によっては患者さんの状況が可視化されるようなものも必要になるのではないか。（斉藤構成員④）

## < 具体的論点 2 >

### ◎ 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。

- 高齢化の変動や地域の大きな外周の変容により、有床診療所へのニーズはますます高まっていくことは間違いない。お年寄りで膨らみ過ぎている地域に同じレベルの情報を流しても受け取る方としてもなかなか難しいだろう。また、現状はこうだけれども将来はこうしたいという有床診療所の思いというのもぜひ出していただきたい。（高智構成員③）
- 有床診療所は入院基本料の考え方もかなり違っており、診療報酬も低く抑えられているのでかなり苦しい状況にあるが、高齢社会の中では、ショートステイを含む緊急的に在宅の患者を受け入れる医療施設として、これから非常に重要になる。ただ、医療機能としては大きな病院のようなものは求められないので、厳しい条件をつけるということは難しいのではないか。（三上構成員③）
- 有床診療所は同じベッドでも随分機能が違うという印象があるので、違う機能として届けるべきではないかと思うが、構成員のお考えを教えてください。また、報告を考えたときにどうしていくのがいいのかということについても、議論を一緒にさせていただきたい。（相澤構成員⑤）

### < 前回までの議論で概ね合意とされた事項 >

- ◎ 医療機関にとって極力追加的な負担が生じないように留意しつつ、選択した医療機能毎に、提供する医療の具体的内容を患者・住民・他の医療機関にわかりやすいように明らかにする情報と、医療機関内や地域における機能分化に資する情報を報告事項として求めることとする。

### < 更に議論が必要な主な事項 >

- ◎ 医療機能毎の具体的な報告事項は引き続き検討。

### 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切か。
  - 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切か。

#### <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。

#### <第1回・第2回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切か。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切か。

### ＜第3回検討会における主な構成員意見＞

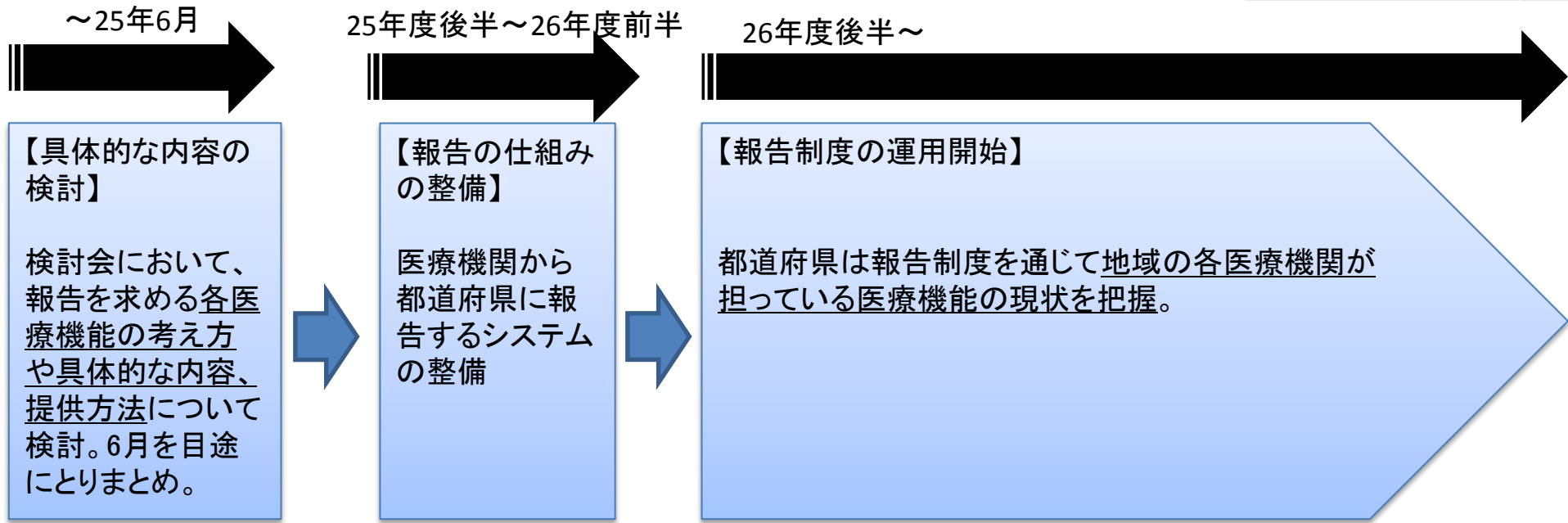
- 急性期の指標の考え方の中に「比較的短期間」や「高度・高密度」とあるが、「比較的短期間」というのは患者と医療者の感覚の違いがとても大きく、「高度・高密度」もどんな場合でも高度で高密度な医療を受けたいというのが一般的な患者の思いだと思います。どういう治療がどの機能に当てはまるかということをお患者や住民がイメージしやすいような具体的な例示により公表することで、啓発にもつながるのではないかと。（山口構成員③）
- 医療の現状と患者が持っている知識のギャップが大きくなってきており、そのギャップを報告制度一本で埋めることは難しい。例えば市町村の担当者が総合的な窓口となる等、患者から相談を受けてお手伝いをするという仕組みがあってもいいと思う。患者が使いやすいシステムということをお突き詰めると、とても重い仕組みになってしまう。（松田構成員③）
- 本来はかかりつけ医なり主治医なりが専門家としてその地域における医療機関の情報も全て把握した上で説明することが大切なのだろうが、かかりつけ医がいない人もいますので、患者が行政なり地域の医師会なりを介して地域の医療情報を手に入れることができるシステムが必要。（三上構成員③）
- 診療単価は患者負担にも直結しているため、患者や住民はそういう情報も必要としているのではないかと。（尾形構成員③）
- アメリカの公的保険であるMedicare、Medicaidが各病院から提出されるデータをもとに各病院の医療指標を比較できるサイトを立ち上げているが、ここでのポイントは、各病院が各Medicare、Medicaidに出さなければいけない情報というのは、もう既に集められている情報が最大限有効に活用されているということ。その集めたデータをもとにして、Medicare、Medicaidの方で各病院を比較できる形で整理をして、患者、住民のために情報を整理している。（松田構成員③）

#### ＜前回までの議論で概ね合意とされた事項＞

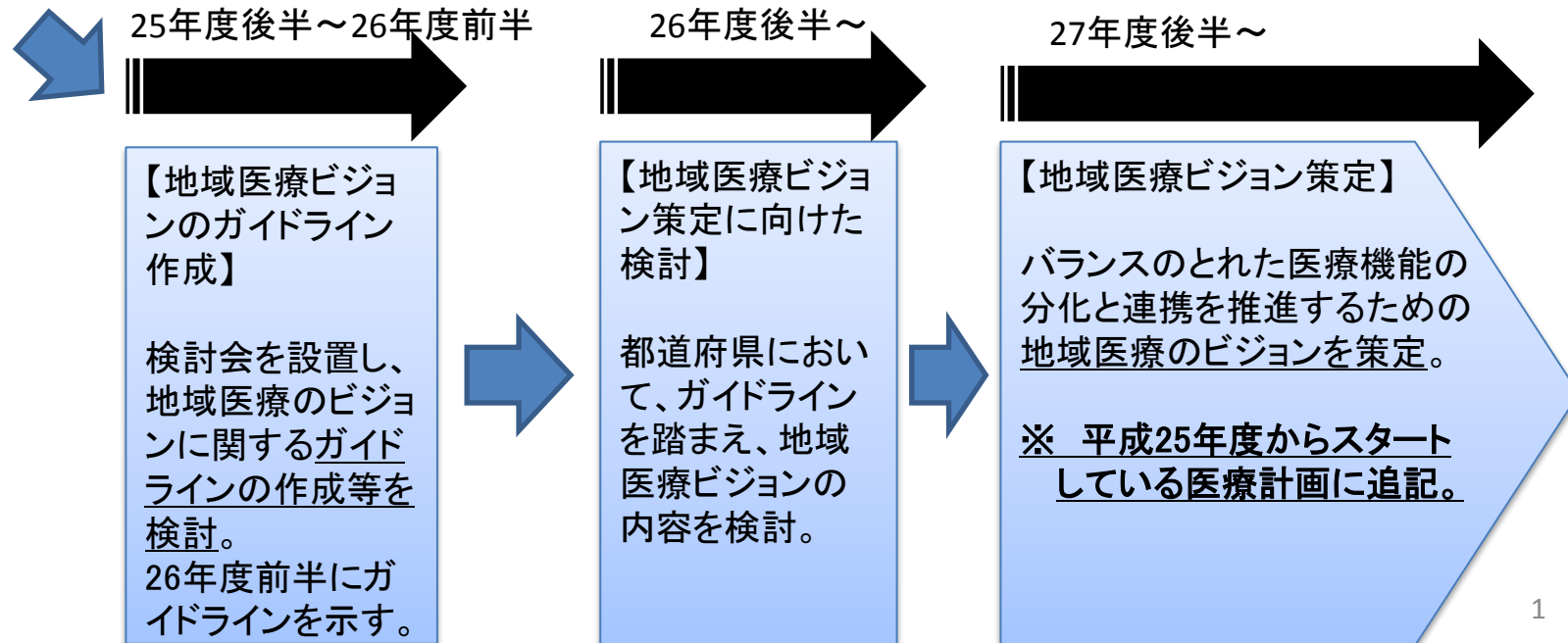
- ◎ 都道府県は患者や住民に対し、医療機関から受けた情報をわかりやすく加工し、公表する。

# 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ

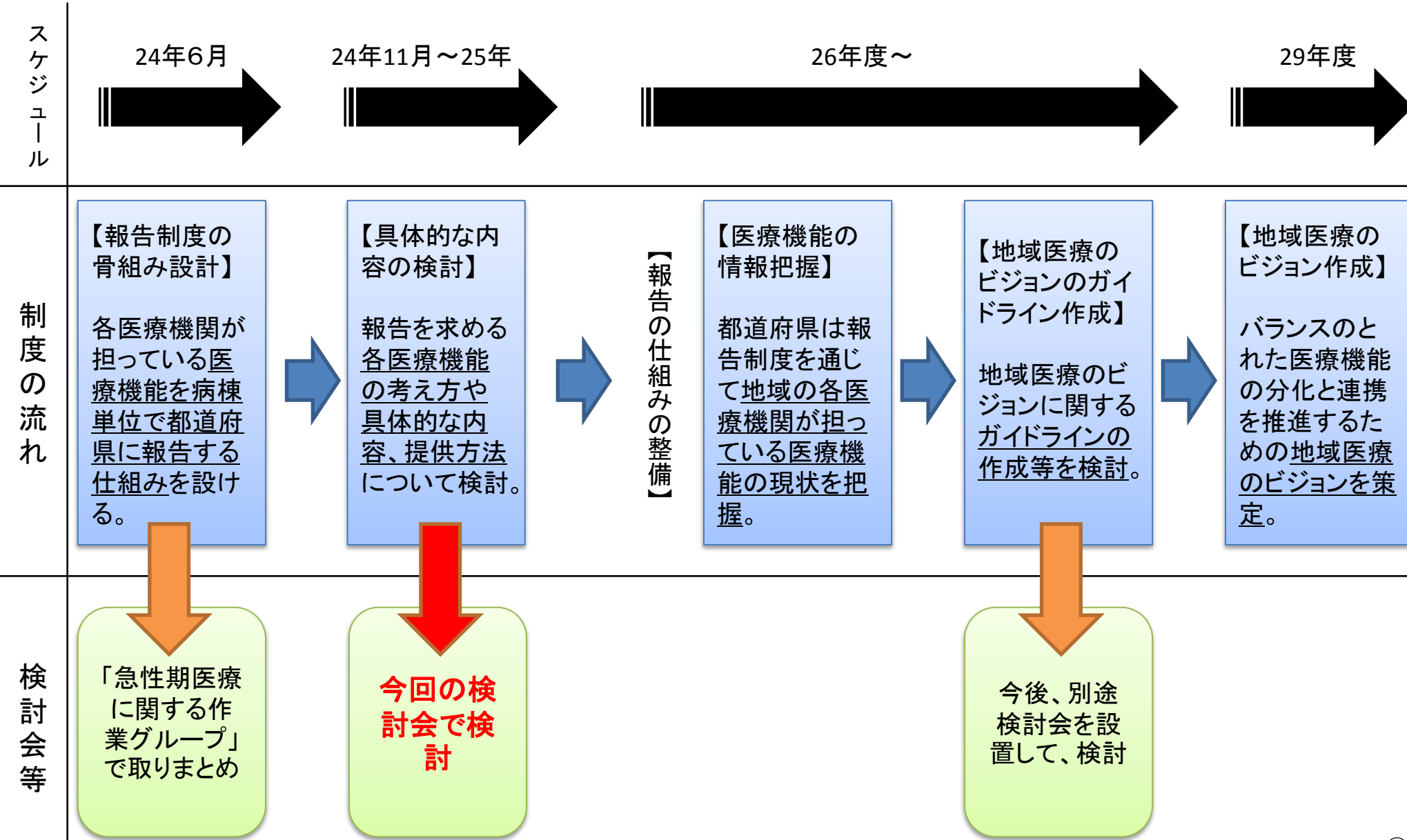
報告制度



地域医療ビジョン



# 報告制度の導入と地域医療ビジョン策定までの流れ (とりまとめにおける整理)



## 「亜急性期（仮称）」の名称について

## 1. 「亜急性期（仮称）」機能に求められる医療の内容

- 亜急性期（仮称）機能については、
  - ① 急性期経過後に引き続き入院医療を要する状態（ポストアキュート）
  - ② 重装備な急性期入院医療までは必要としないが、在宅や介護施設等において症状の急性増悪した状態（サブアキュート）の患者に対して必要な医療を提供する機能として、これまで議論をしてきたところ。
- また、両者の機能は一体のものであり、分けられるものではないとの議論もあったところ。
- これを踏まえ、病床機能報告制度では、亜急性期（仮称）機能の報告の基準について、以下のように定める予定。

「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」

## 2. 名称について

- 「亜急性期（仮称）」の名称については、これまでの議論において、「地域一般病棟」や「長期急性期病床」といった提案があったところであるが、
  - ・ 「地域一般病棟」については、社会保障・税一体改革において、地域によっては機能分化ができないという事情に配慮し、多様な機能を併せ持つ病床という趣旨で、「地域一般病床」という名称が用いられており、誤解が生じるおそれがある。また、「地域一般病棟」は病棟の名称であるが、医療機能の名称とする必要がある。
  - ・ 「長期急性期病床」については、急性期経過後の患者から慢性期の患者までを含む幅広い概念である。
- また、全く別の新しい名称は、世間一般や医療界にすぐに定着することが難しいと考えられる。
- よって、当面は、「亜急性期」という名称を用いることとし、報告制度を運用していく中で、医療界からさらにより良い提案があれば、検討していくこととする。

※ [参考]「亜」の意味

①次ぐ、準ずる、二番目である、の意 「亜熱帯」 (広辞苑第6版)

## 「地域多機能（仮称）」の名称及び内容について

- 病床機能報告制度においては、「一つの病棟で複数の医療機能を持ち、幅広く対応できる機能」を位置付けることを考えているところ。ただし、これを位置付けるに当たっては、
  - ・ その名称をどうするか
  - ・ 地域性及び地域性以外の要件をどのように考えるかについて、引き続き、検討とされていたところ。

## 1. 名称について

- 地域によっては厳密な機能分化ができないという事情に配慮し、多様な機能を併せ持つ形の地域密着型の病院の病床という機能を表す名称として、「地域多機能」とすることとしてはどうか。

## 2. 地域性等の要件について

- 効率的な医療提供体制の構築のためには、本来、地域全体で医療機能の分化が図られる必要があること、また、一定以上の規模の病院は院内の機能分化を図ることが必要であることから、「地域多機能」については、基本的には、医療資源が少なく機能分化ができない地域の医療機関であって、病棟数が2病棟以下の医療機関が報告するものとしてはどうか。
- 「医療資源が少なく機能分化ができない地域」については、地域で自己完結した医療提供をしており、医療従事者の確保等が困難かつ医療機関が少ない地域が想定されるが、都道府県において、地域の実情等を踏まえ、判断することとする。  
また、病棟数が3病棟以上の医療機関が「地域多機能」として報告しようとする場合についても、都道府県が医療機関の事情等を踏まえて、判断することとする。



## 各医療機能の判断基準について

- これまでの議論において、急性期や亜急性期といった医療機能の判断については、患者像で見るべきであり、その見方としては、
  - ・ 看護配置や看護必要度といった指標によって見るのが分かりやすく簡便といった意見や、
  - ・ 医療資源投入量で見るべきとの意見があったところ。
  
- 看護配置や看護必要度といった指標で見るべきとの意見については、
  - ・ 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
  - ・ 看護必要度は、必ずしも客観的なものとは言えないとの指摘があった。
  
- また、医療資源投入量で見るべきとの意見については、
  - ・ 医療資源投入量は個別の疾患毎に異なってくる。疾患毎の判断基準を定めるとすれば、病棟には様々な疾患の患者がいることから、病棟の医療機能を判断する基準としては複雑で難しいものになる。との指摘があった。
  
- 各医療機能の判断基準とすべき指標については、このように様々な意見があり、また、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では、判断基準の指標を具体的な数値で示すことは困難である。
  
- したがって、報告制度導入当初は、医療機関が、各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。  
医療機関からの報告を受ける都道府県においては、必要に応じて、報告内容の調整を行うものとし、国は都道府県の意見も踏まえ、都道府県の調整に資する技術的助言を検討することとする。
  
- なお、看護配置や看護必要度といった指標については、今後、これらの指標が患者像や診療密度を適切に表すものとなるよう見直しが行われれば、医療機能の判断基準として用いることができるようになる可能性はあると考えられ、国においては、今後、報告内容を分析し、各医療機能の客観的な判断基準の検討を進めるものとする。

## 具体的な報告事項について（案）

## 1. 全医療機能共通の報告事項

○ 医療機関は、全医療機能共通項目として、以下のものを都道府県に報告するものとする。

○ また、報告は、1年のうちの特定の期間（例えば、季節変動が少ないと考えられる10月等）の状況について、行うものとする。（2. 医療機能別の個別報告事項も同じ。）

報告事項		病棟単位で報告を求めるもの		病院単位で報告を求めるもの	
				レセプトに記載されている情報を利用して、自動抽出可能と考えられる項目 ※医療機能情報提供制度の報告項目に追記する	
設備・構造・ 人員配置等	病床数	許可病床数	○		
		稼働病床数	○		
	高額医療機器の配置状況	64列以上のCT			○
		3T以上のMRI			○
		PET			○
		強度変調放射線治療器			○
	医療従事者の配置状況	看護師、准看護師、看護補助者、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	○		

	DPC群 (DPC病院のみ)				○
	主とする診療科		○		
	算定する入院基本料・特定入院料		○	○	
入院患者の状況	入院患者数等	新規入院患者数	○		
		在院患者延数	○		
		退院患者数	○		
	入棟前の場所別患者数	自宅・他病院・自院の 他病棟・診療所・介護 施設・その他	○		
	退棟先の場所別患者数	自宅・他病院・自院の 他病棟・診療所・介護 施設・その他	○		

## 2. 医療機能別の個別報告事項

○ 医療機関は、上記の共通報告事項に加え、医療機能別に以下の個別項目を都道府県に報告するものとする。

医療機能の名称	報告事項の設定の考え方	報告事項	病棟単位で報告を求めるもの		病院単位で報告を求めるもの
				レセプトに記載されている情報を利用して、自動抽出可能と考えられる項目	
急性期	○主に、以下の医療内容を期待するものであるから、それに対応する報告項目を設定。  ・幅広い種類の手術を実施しており、かつ、手術の難度が高いものであること ・救急医療への対応 ・がん治療、脳卒中治療、心筋梗塞治療等の実施など	看護必要度を満たす患者の割合	○		
		救急からの入院患者数 (救急車・救急外来・診療時間外別)	○		
		全身麻酔手術件数(臓器別)	○	○	
		悪性腫瘍手術件数	○	○	
		腹腔鏡下手術件数	○	○	
		胸腔鏡下手術件数	○	○	
		放射線治療件数	○	○	
		化学療法件数	○	○	
		分娩件数	○	○	
		超急性期脳卒中加算	○	○	
		救急医療管理加算	○	○	
		検体検査管理加算 I～IV	○	○	
		経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの)	○	○	
		感染症防止対策加算	○	○	
内視鏡手術用支援機器加算	○	○			

		その他、左記の考え方にに基づき、必要な診療報酬の項目を設定。			
亜急性期	○主に、以下の医療内容を期待するものであるから、それに対応する報告項目を設定。  ・急性期を脱した患者への対応 ・合併症管理 ・在宅復帰支援 ・在宅・介護施設等からの緊急入院 等	救急からの入院患者数 (救急車・救急外来・診療時間外別)	○		
		救急搬送患者地域連携受入加算	○	○	
		地域連携診療計画退院時指導料	○	○	
		在宅患者緊急入院診療加算	○	○	
		中心静脈注射	○	○	
		呼吸心拍監視	○	○	
		人工呼吸	○	○	
		その他、左記の考え方にに基づき、必要な診療報酬の項目を設定。			
回復期リハビリテーション	○主に、以下の医療内容を期待するものであるから、それに対応する報告項目を設定。  ・ADLの向上による寝たきりの防止と在宅復帰のためのリハビリテーションを集中的に提供 等	リハを要する状態にある患者の割合	○		
		平均リハ単位数／患者・日	○		
		日常生活機能評価（ADL）の改善の程度	○		
		疾患別リハビリテーション料	○	○	
		早期リハビリテーション加算	○	○	
		初期加算	○	○	
		その他、左記の考え方にに基づき、必要な診療報酬の項目を設定。			

地域多機能	○1つの病棟で、急性期から長期療養までの複数の機能の医療が提供されることから、急性期・亜急性期・回復期リハビリテーション・長期療養の個別項目を全て報告。	急性期・亜急性期・回復期リハビリテーション・長期療養と同じ項目を報告			
長期療養	○主に、以下の医療内容を期待するものであることから、それに対応する項目を設定。 ・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の入院 ・長期にわたる療養の提供 等	特殊疾患入院施設管理加算	○	○	
		難病等特別入院診療加算	○	○	
		超重症児（者）入院診療加算	○	○	
		療養病棟入院基本料 医療区分Ⅰ～Ⅲ	○	○	
		その他、左記の考え方に基づき、必要な診療報酬の項目を設定。			

[有床診療所の報告について]

- 有床診療所については、その有する病床の機能（急性期、亜急性期、回復期リハビリテーション、地域多機能、長期療養）を選択し、全医療機能共通の報告事項と以下の項目を報告するものとする。

ただし、病院と同様に各医療機能の個別項目まで報告させることは、過大な負担となることから、各医療機能の個別項目の報告は求めないこととする。

- ① 有床診療所一般病床初期加算
  - ② 在宅患者訪問診療料（在宅ターミナルケア加算）
  - ③ 在宅看取り件数・院内看取り件数
  - ④ 往診患者数
- 
- ただし、産科を有する有床診療所については、上記の報告事項に加え、分娩件数を報告するものとする。

# 住民・患者に対する病床機能情報の提供のイメージ

別紙5

## 地域における医療機能の分布状況に関する情報

地域の医療提供体制の現状に対する住民・患者の理解等に資する観点から、地域における医療機能の分布状況に関する情報を提供する。

	急性期	亜急性期	回復期リハビリテーション	…
内容	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	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	主として、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	…
病床数	1,300床	1,000床	700床	…
医療機関	A病院のA1~A5病棟、…	A病院のA6~A7病棟、B病院のB1病棟、…	A病院のA8病棟、C病院の全病棟、…	…

## 個々の医療機関に関する情報

住民・患者の医療機関の選択等に資する観点から、医療機能情報提供制度による情報と、病床機能報告制度による情報を一体的に提供する。

### 【A病院の情報】

#### 【基本情報】(医療機能情報提供制度)

- ・病床数 400床
- ・保有する施設設備 ICU有り、手術室有り
- ・人員の配置状況 医師〇人、歯科医師〇人、薬剤師〇人、看護師〇人、准看護師〇人、看護補助者〇人、PTO人、OTO人、STO人…

#### 【医療機能ごとの情報】(病床機能報告制度)

	急性期	亜急性期	回復期リハビリテーション
病床数	5病棟、250床	2病棟、100床	1病棟、50床
診療科目	内科、外科、産婦人科、放射線科	内科、外科	リハビリテーション科
保有する施設設備	CTO台、MRIO台配置	—	—
人員の配置状況	看護師〇人、准看護師〇人、看護補助者〇人…	看護師〇人、准看護師〇人、看護補助者〇人…	看護師〇人、准看護師〇人、看護補助者〇人、PTO人、OTO人…
医療の実施状況	全身麻酔手術〇件、放射線治療〇件、超急性期脳卒中加算等の状況…	救急受入状況、在宅復帰率〇%、在宅患者緊急入院診療加算等の状況…	リハを要する状態にある患者の割合〇%、早期リハビリテーション加算等の状況…
…	…	…	…