

(参考)
三重県版定量的基準について

三重県版定量的基準の位置付けと取扱いについて

1 . 定量的基準の位置付け

- 定量的基準については、病床機能報告制度の課題をふまえ、客観的な基準により病床機能報告結果と必要病床数との間に生じているズレを補正し、比較可能なデータとすることで、各医療機能の充足度の評価や、医療機能の分化・連携の在り方を議論する上での目安として活用する。

2 . 定量的基準の病床機能報告上の取扱い

- 定量的基準については、必要病床数との比較を可能とするために、病床機能報告結果のデータを補正するものであり、病床機能報告における病床機能の選択を強制するものではない。病床機能報告においては、これまでどおり、各医療機関が自主的に病床機能を選択することとなる。

3 . 定量的基準適用後の各病棟ごとのデータの取扱いについて

- 定量的基準適用後のデータについては、集計結果は公表するが、各病棟ごとの詳細なデータについては、厚生労働省への報告を含め、公表しない。

三重県版定量的基準の特徴について

① 対象となる医療機能 - 4 機能すべてを補正 -

すべての医療機能を対象とし、それぞれの機能の充足度の評価が可能。

② 基準の設定 - 病棟の実態に応じて 4 種類の基準で対応 -

定量的基準を大きく 4 種類に分けて、入院料や様々な診療科、医療分野の実態に応じて適用することで、診療科等による分析結果の偏りを最小限化。

③ 機能区分に用いる項目の選定 - 基準の根拠を明瞭化 -

各機能を区分する際の項目選定は、各項目と看護配置の関係性を分析し、根拠をもとに設定。複数項目を用いて評価を行うことで、分析結果の振れ幅を最小限化。

④ 分析対象データ - 通年化データで判断 - 【令和 4 年度から変更】

令和 3 年度以降の病床機能報告において、分析対象となる診療実績の報告期間が通年化されたことに伴い、単年度分のデータ*を用いて分析する。

* 通年化データ未報告の場合は、従来どおり複数年度分のデータを用いて分析する。

⑤ 病床機能報告結果と必要病床数とを比較する際の工夫 - 地域急性期の概念を導入 -

医療機関に回復期への固定観念があることや、急性期の定義が幅広すぎることから、急性 期を細分化し、新たな機能区分として「地域急性期」の概念を導入する。

実際の病棟と必要病床数・病床機能報告における病床機能との関係のイメージ

定量的基準において、三重県独自の概念として導入した「地域急性期」は、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた支援や、在宅療養患者を含む軽中度の救急患者の受入を担う病床と位置付け

これらの病床は、病床機能報告においては急性期として報告され、必要病床数の推計においては回復期として推計される病床のゾーンにあたり、地域急性期の導入により両者のギャップを埋めることが可能に

必要病床数	病棟のイメージ	病床機能報告
高度急性期	集中治療室など、特に重篤な症状を有する患者を受け入れる病棟 = 高度急性期	高度急性期
急性期	重篤な症状を有する救急患者等を受け入れ、診療密度の濃い医療を提供する病棟 = 急性期	急性期
回復期	在宅復帰に向けた支援や救急患者（在宅療養患者の急変時を含む）等を受け入れる病棟 地域急性期	急性期
	在宅復帰に向けたリハビリテーションを提供する病棟 = 回復期	回復期
慢性期	長期療養が必要な患者を受け入れる病棟 = 慢性期	慢性期

三重県版定量的基準の内容 ~ 4つの基準 ~

基準を大きく次の4種類に分けた上で、各病棟における入院料の種別や診療科、医療分野等の実態に応じていずれかの基準を適用する。

1. 入院料基準

「ICU=高度急性期」、「回復期リハビリテーション病棟=回復期」、「療養病棟=慢性期」など、特定の医療機能に関連することが明らかな入院料の病棟は、当該医療機能として扱う。

2. 一般病棟基準

特定の医療機能に関連することが明らかでない入院料について、「具体的な医療の内容」により、高度急性期 急性期 地域急性期に区分する。

3. 特殊病棟基準

特殊性の強い、救急、周産期、小児、緩和ケア、障がい施設等については、個別の基準により医療機能を区分する。

4. 有床診基準

有床診療所について、急性期と報告された診療所は地域急性期に、回復期および慢性期と報告された診療所は報告通りの医療機能として扱う。

三重県版定量的基準のイメージ ~入院料基準・一般病棟基準~

入院料基準

一般病棟基準

定量的基準適用後の医療機能

対象

下記の特定入院料の算定病棟

対象

一般病棟入院基本料（特定機能病院入院基本料）の算定病棟

高度急性期	ICU、HCU、SCUを算定する病棟*	区分線1の基準を満たす病棟
急性期		区分線2の基準を満たす病棟
地域急性期	地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟	上記以外の病棟、回復期または慢性期報告の病棟
回復期	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟	
慢性期	療養病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定する病棟	

「具体的な医療の内容」の中から高度急性期 急性期 地域急性期を区分する項目を選択し、一定の実績値をしきい値として区分線に設定

【具体的な医療の内容】

幅広い手術の実施状況（手術、腹腔鏡下手術等）
 がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療
 （化学療法、脳血管内手術等）
 重症患者への対応（持続緩徐式血液濾過等）
 救急医療の実施（救急医療管理加算等）
 全身管理（呼吸心拍監視等）

* ICU...特定集中治療室管理料1~4、HCU...ハイケアユニット入院医療管理料1~2、SCU...脳卒中ケアユニット入院医療管理料

三重県版定量的基準のイメージ ~ 特殊病棟基準・有床診基準 ~

特殊病棟基準

有床診基準

定量的基準適用後の医療機能	特殊病棟基準					対象 すべての有床診療所
	対象 産科・産婦人科病棟	小児 小児科病棟	救急 救命救急センター	緩和ケア 緩和ケア病棟	障がい者施設等 障害者施設等入院基本料を算定する病棟	
高度急性期	MFICU、NICU、GCUを算定する病棟、区分線1の基準を満たす産科一般病棟	PICU、小児入院管理料1を算定する病棟	救命救急入院料を算定する病棟、救命救急センター機能を有する一般病棟			
急性期	区分線1 区分線2の基準を満たす産科一般病棟 <small>具体的な医療の内容に応じた区分線</small>	小児入院管理料2・3を算定する病棟、一般病棟7対1を算定する小児一般病棟				
地域急性期	区分線2 上記以外の産科一般病棟	小児入院管理料4・5 上記以外の小児一般病棟		区分線を満たす緩和ケア病棟	区分線を満たす障害者施設等入院基本料を算定する病棟	急性期報告の診療所
回復期				区分線 上記以外の緩和ケア病棟	区分線 上記以外の障害者施設等入院基本料を算定する病棟	回復期報告の診療所
慢性期						慢性期報告の診療所

* MFICU...総合周産期特定集中治療室管理料、NICU...新生児特定集中治療室管理料1~2、GCU...新生児治療回復室入院医療管理料、PICU...小児特定集中治療室管理料

三重県版定量的基準の内容 ~ 入院料基準 ~

特定の医療機能に関連することが明らかな次の入院料（改定前の診療報酬に基づく入院料）を算定する病棟（救急・小児・周産期に係る診療科を除く）は、当該医療機能として取り扱う。

入院料と医療機能の関連は、次頁の病床機能報告マニュアルにおける整理に基づく。

地域包括ケア病棟入院料については、今回導入した「地域急性期」の機能にまさしく対応する入院料であるため、同機能として取り扱う。

入院料	医療機能
特定集中治療室管理料 1 ~ 4	高度急性期
ハイケアユニット入院医療管理料 1 ~ 2	
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	
地域包括ケア病棟入院料 病床単位の地域包括ケア入院管理料を算定している場合、管理料算定病床数が病棟の病床数の過半数以上であれば、地域包括ケア病棟と同様の扱いとする。	地域急性期
回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期
療養病棟入院基本料 1 ~ 2	慢性期
療養病棟特別入院基本料	
特殊疾患病棟入院料 1 ~ 2	
療養型介護療養施設サービス費等の届出病棟	

三重県版定量的基準の内容 ~ 一般病棟基準 ~

特定の医療機能に関連することが明らかでない入院料（一般病棟入院基本料7対1～15対1）について、「具体的な医療の内容」により区分線を設定し、高度急性期～地域急性期に分類する。ただし、回復期・慢性期報告の病棟については、地域急性期に分類する。

区分線1（高度急性期とそれ以外を分ける基準）

50床あたりに換算した値

具体的な医療の内容		しきい値
幅広い手術の実施状況	全身麻酔手術（算定回数）	2.0回/日
	胸腔鏡下手術（算定回数）	0.1回/日
	腹腔鏡下手術（算定回数）	0.5回/日
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	悪性腫瘍手術（算定回数）	0.6回/日
	脳血管内手術（算定回数）	0.1回/日
	経皮的冠動脈形成術（算定回数）	0.6回/日
重症患者への対応	血漿交換療法（算定回数）	0.1回/日
救急医療の実施	カウンターショック（算定回数）	0.1回/日

上記しきい値を一つの項目でも満たしている場合は高度急性期とみなし、一つも満たしていない場合は区分線2の基準により急性期と地域急性期とに分類する。

区分線 2（急性期と地域急性期を分ける基準）

50床あたりに換算した値

具体的な医療の内容		しきい値
幅広い手術の実施状況	手術（算定回数）	1.0回/日
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	化学療法（算定日数）	0.5回/日
救急医療の実施	救急医療管理料加算1及び2（算定回数）	2.6回/日
全身管理	呼吸心拍監視 3時間を超えた場合 7日以内の場合（算定回数）	2.2回/日

上記しきい値を一つの項目でも満たしている場合は急性期とみなし、1つも満たしていない場合は地域急性期とみなす。

特殊性の強い、小児医療、周産期医療、救急医療、緩和ケア病棟入院料、障害者施設等入院基本料について、以下の基準により医療機能を区分する。（「一般病棟基準」の適用にそぐわない性質の病棟に対する例外的な取り扱い）

小児医療

- 小児特定集中治療室管理料 **高度急性期**
- 新生児特定集中治療室管理料 1 ~ 2 **高度急性期**
- 新生児治療回復室入院医療管理料 **高度急性期**
- 小児入院医療管理料 1 **高度急性期**
- 小児入院医療管理料 2 ~ 3 **急性期**
- 小児入院医療管理料 4 ~ 5 **地域急性期**
- 小児科の一般病棟 7 : 1 **急性期**
- 小児科の一般病棟 7 : 1 以外 **地域急性期**

小児入院医療管理料は、看護配置等によって、1 ~ 5 の区分に分かれているため、看護配置を基準に高度急性期から地域急性期までを区分する。

周産期医療

- 総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児） **高度急性期**
- 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児） **高度急性期**
- 産科の一般病棟 下表により、高度急性期 ~ 地域急性期を区分

具体的な医療の内容	しきい値（50床あたり1日の数）	医療機能
ハイリスク分娩管理加算の算定回数	2回以上	高度急性期
	実績ありかつ2回未満	急性期
	実績なし	手術総数で判断
手術総数の算定回数	1回以上	急性期
	1回未満	地域急性期

救急医療

救急医療に関しては、一般病棟入院基本料を算定する救命救急センターもあるため、下記の基準とする。

- 救命救急入院料 1 ~ 4 **高度急性期**
- 上記以外の救命救急センター機能を有する病棟 **高度急性期**

緩和ケア病棟入院料

在宅への復帰を前提とした比較的短期の入院を中心とする病棟と、終末期ケアを中心とした病棟に分かれるため、前者を地域急性期に、後者を慢性期として区分する。

- 退棟患者に占める死亡退院の割合 が 80%未満 **地域急性期**
- 退棟患者に占める死亡退院の割合が 80%以上 **慢性期**

* 病床機能報告の報告様式 1 における 1 か月の退棟患者数の退棟先のうち、「終了（死亡退院等）」に該当する割合。

障害者施設等入院基本料

在宅復帰を想定した比較的短期の入院を中心とする病棟については地域急性期、長期療養を中心とする病棟に分かれるため、前者を地域急性期に、後者を慢性期として区分する。

- 平均在棟日数が60日以内の場合 **地域急性期**
- 平均在棟日数が60日を超える場合 **慢性期**

* 平均在棟日数 = 在棟患者延数 / ((新規入棟患者数 + 対等患者数) ÷ 2)

有床診療所については、病床規模が小さく、1か月間のレセプト情報が元となる病床機能報告の「具体的な医療の内容」では、年度間・診療所間の数値の偏りが大きいいため正確な比較が困難。

そのため、**有床診療所の医療機能については、基本的に病床機能報告における報告に準ずるものとするが、急性期報告の診療所については、医療法上に規定される役割*をふまえて、地域急性期機能と位置付ける。**

急性期報告診療所

地域急性期

回復期報告診療所

回復期

慢性期報告診療所

慢性期

【参考】医療法第30条の7（抜粋）

- 2 医療提供施設のうち次の各号に掲げるものの開設者及び管理者は、前項の必要な協力をするに際しては、良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、他の医療提供施設との業務の連携を図りつつ、それぞれ当該各号に定める役割を果たすよう努めるものとする。
 - 一 病院 病床の機能に応じ、地域における病床の機能の分化及び連携の推進に協力し、地域において必要な医療を確保すること。
 - 二 病床を有する診療所 その提供する医療の内容に応じ、患者が住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、次に掲げる医療の提供その他の地域において必要な医療を確保すること。
 - イ 病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供すること。
 - ロ 居宅等において必要な医療を提供すること。
 - ハ 患者の病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させ、必要な医療を提供すること。

【参考】三重県版定量的基準の内容 ~ 特定入院料 ~

平成30年度第2回地域医療構想調整会議において、定量的基準を導入しても、病棟単位でしか医療機能の分類ができない点が課題として指摘され、病床単位での病床機能の評価を求める意見が複数出された。

病床機能報告における診療実績は、病棟単位での合算値となるため、個々の病床の診療実績を把握することはできない。

ただし、診療実績ではなく、入院料により医療機能を分類する場合は、病床単位で管理料を算定する病棟において、一定の病床単位の医療機能の分類が可能となる。

そこで、管理料を算定する病棟については、管理料算定病床とそれ以外の病床とを区別し、それぞれ医療機能を判断することとする。

