

第 1 9 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	資 料 2
平 成 3 1 年 2 月 2 2 日	

# 病床機能報告の見直しについて

# 報告項目等の見直しに向けた論点（案）

## 報告項目

論点1 機能転換やダウンサイジングに関する意思決定の重要な契機となる「病棟の建替時期」の目安を地域で共有できるよう、「病棟ごとの築年数」を報告項目として追加してはどうか。

【見直し時期】

2019年度（次回）の報告から対応。

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、報告項目自体を廃止する方向で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。

## 報告対象期間

論点3 各医療機関が担っている役割に関する重要な評価指標となり得る手術等の診療実績については、その報告対象期間を、現在の1ヶ月分（6月診療分）から、通年化するよう見直しを進めてはどうか。

【見直し時期】

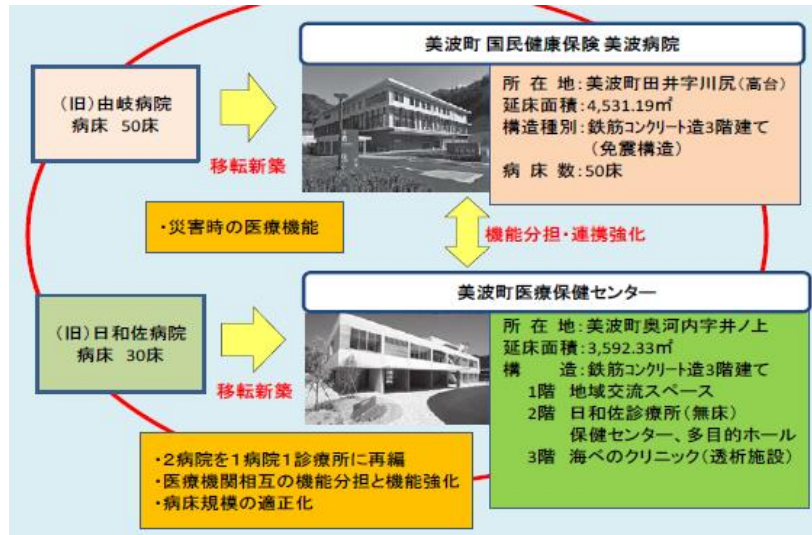
病棟コード入力のためのレセプトコンピューターの改修といった作業工程上の課題を考慮し、2021年度の報告から見直しを反映することを念頭に、必要な予算の確保、審査支払機関との調整等の対応を進める。

# 病棟の築年数

# 再編統合に至る検討の契機

- 病院の再編統合に至った過去事例をみると、検討の契機の一つとして、「建物の老朽化」が挙げられる。

## 事例1 美波町における再編・ネットワーク化の取組



## 事例2 中央病院とがん検診センターにおける再編・ネットワーク化の取組み

平成17年度(基本構想時)

香川県立中央病院(23診療科、631床)



香川県立がん検診センター(3診療科、無床)



平成26年3月(移転開院)

香川県立中央病院  
Kagawa Prefectural Central Hospital



533床(一般526床、結核5床、感染症病棟2床)

32診療科、検診センター

専門医療センター(がん・心臓・脳卒中)設置

救命救急センター、基幹災害拠点病院

地域がん診療連携拠点病院、へき地医療センター

臨床研修指定病院

※平成28年度末現在

(2) 検討を開始した契機・導入過程

① 中央病院のあり方検討(平成16年3月)

建物の老朽化に伴う修繕費の増大及び耐震化の必要性などから、改修や建て替えの検討を含めて、医療や病院経営の専門家等を交えたあり方検討委員会を7回開催し、平成16年3月「香川県立中央病院のあり方に関する意見書」が提出された。

この意見書において、中央病院が取り組むべき重点的分野(救急・がん・循環器)、新規分野(精神・急性期リハビリ・緩和ケア・検診)、役割分担・機能連携を行う分野(周産期・回復期リハビリ)、求められる病院機能(災害・へき地・教育・地域医療支援)を示し、急性期医療に機能特化する方向性が打ち出された。このほか、2020年の必要病床数を540床～580床と推計し、がん診療機能については、地域がん診療拠点病院を目指し、さらなる充実強化に取り組むとともに、がん早期発見・予防のための検診部門の充実が必要であるとされた。

② がん検診センターにおける検討

中央病院のあり方意見書を踏まえ、がん検診センターでは、中央病院へ機能統合する方向性で検討することとし、大学医局へ報告を行うなど協議を重ね、平成18年6月議会において、「質の高いがん検診機能や高度ながん診療機能を中央病院へ引き継ぐことも視野に入れ、抜本的に検討」する旨の知事答弁がなされた。なお、この間の平成17年度包括外部監査において、がん検診センターについて「病院事業であれ県一般会計であれ、運営を行うこと自体問題であり、経営改善により、減少傾向にあるものの、年間3億円強の繰出しを行いながら運営することは妥当でない。」との意見もあった。

1. 取組の背景、検討を開始した契機・導入過程

(1) 取組の背景

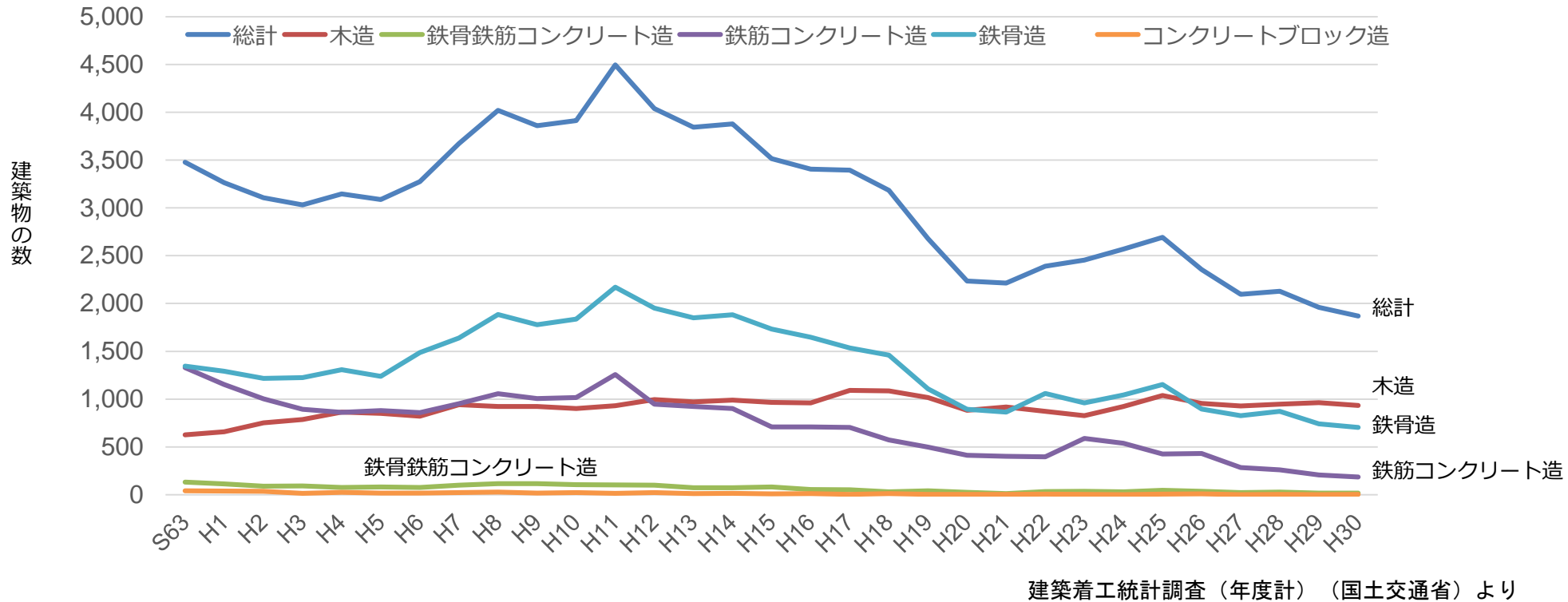
- ・美波町の医療体制は、旧日和佐町に1病院(国民健康保険日和佐病院)、旧由岐町に1病院(国民健康保険由岐病院)1診療所で運営していた。
- ・2病院とも施設が老朽化しており、耐震性も不足していた。加えて、徳島県が公表した津波浸水予測区域内に位置していたため、今後発生が懸念される「南海トラフ巨大地震」における津波等による病院機能の喪失や入院患者の安全性が危惧されていた。
- ・一方、人口減少、医師の確保難、経営の悪化による町財政への負担等を考慮すると、2病院の維持は困難な状況にあり、新たに病院と保健センターを整備する統合・再編を行うこととなった。

【旧施設の状況】

病院名	日和佐病院	由岐病院
所在地	美波町奥河内字井ノ上20番地	美波町港町字西1番地
津波浸水想定*	1.0～3.0m	5.0～10.0m
建設年月日	昭和42年6月	昭和53年4月
構造規模	RC造一部S造3階建	RC造3階建
延床面積	1,743㎡	2,894㎡
病床数	一般病床 30床	一般病床 50床
診療科目	内科・外科・整形外科	内科・外科・整形外科
病床利用率(H23)	61.2%	38.3%
経常収支比率(H23)	108.6%	97.3%
医業収支比率(H23)	60.1%	83.2%

\* 徳島県がH24.10に公表した津波浸水想定

## (参考) 病院・診療所の着工件数の状況



(参考) 主な減価償却資産の耐用年数（建物・建物附属設備）

構造・用途	細目	耐用年数
木造・合成樹脂造のもの	旅館用・ホテル用・病院用・車庫用のもの	17
木骨モルタル造のもの	旅館用・ホテル用・病院用・車庫用のもの	15
鉄骨鉄筋コンクリート造・鉄筋コンクリート造のもの	店舗用・病院用のもの	39
れんが造・石造・ブロック造のもの	旅館用・ホテル用・病院用のもの	36
金属造のもの	旅館用・ホテル用・病院用のもの	29～17 ※骨格材の肉厚により異なる

# 論点1：病棟の築年数の追加

- 病院の再編統合に至った過去事例をみると、検討の契機の一つとして、「建物の老朽化」が挙げられる。
- 建築時期や構造種別が分かれば、耐用年数等から、概ねの建替タイミングが想定できる。



論点1：機能転換やダウンサイジングに関する意思決定の重要な契機となり得る「病棟の建替時期」の目安を地域で共有できるよう、「病棟ごとの築年数」に関する報告項目を追加してはどうか。

【見直し時期】2019年度（次回）の報告から対応。

# 稼働病床数

# 現在の病床機能報告における「稼働病床数」の定義

○ 病床機能報告における「稼働病床数」は、過去1年間に最も多くの入院患者を収容した時点で使用した病床数と定義されている。

## ■ 報告様式 (抜粋)

2. 許可病床数【平成30年7月1日時点】・稼働病床数【平成29年7月1日～平成30年6月30日】

※一般病床、療養病床についてのみ数えて、精神病床、結核病床、感染症病床は除いてご記入ください。  
 ※1病棟当たりの病床数については、原則として60床以下が標準とされています。病床数の標準を上回っている場合については、①2以上の病棟に分割した場合には、片方について1病棟として成り立たない、②建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、③近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められます。

	許可病床数	稼働病床数 《自動計算により算出》		過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数 ※		2025年7月1日時点の予定病床数 <u>(新規)</u>	
		床	床	床	床	床	床
① 一般病床 (5)		0	床		床		床
上記①のうち、医療法上の経過措置に該当する病床（平成13年3月1日時点で既に開設許可を受けている一般病床であって、6.3㎡/床（1人部屋）・4.3㎡/床（その他）となっている病床数） (6)							
② 療養病床 (7)		0	床		床		床
上記②のうち、医療療養病床 (8)		0	床		床		床
上記②のうち、介護療養病床《自動計算により算出》 (9)	0	0	床	0	床	0	床
1病棟当たりの病床数が標準の60床以下を上回っていることについて、やむを得ない理由が認められている場合には、右の項目にチェックを入れてください。 <small>※ 過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数は、許可病床数から、過去1年間に最も多く患者を収容した時点で使用した病床数を差し引いて算出してください。</small>							(10)
上記において「稼働病床数」の合計が0床である場合には、その理由をご記入ください。【自由記入欄】 <u>(条件付必須)</u>							

## ■ 記入要領 (抜粋)

稼働病床数・過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数

稼働病床数とは、許可病床数から平成29年7月1日～平成30年6月30日の過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数を除いた病床数をいいます。

【人間ドックでベッドを使用した場合】  
稼働病床数にカウントしてください。

※ 稼働病床の欄には、医療計画上の参考とするため、許可病床数から平成30年7月1日現在で過去1年間、患者の収容を行っていない病床数を除いた実稼働病床数についてご報告いただきます。

※ 過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床数は、許可病床数から、過去1年間に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数を差し引いて算出してください。



# 一般的な「病床利用率」の定義

- 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ことから、病棟ごとに病床利用率の算出が可能。

## ■一般的な算定式

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

(注) 在院患者延べ数とは、毎日24時現在の入院患者数の合計

## ■報告様式 (抜粋)

### 6. 入院患者数の状況【平成29年7月1日～平成30年6月30日の1年間】

※一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、その他の自由診療等での入院者、介護療養病床への入院患者についても、新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数に数えてください。

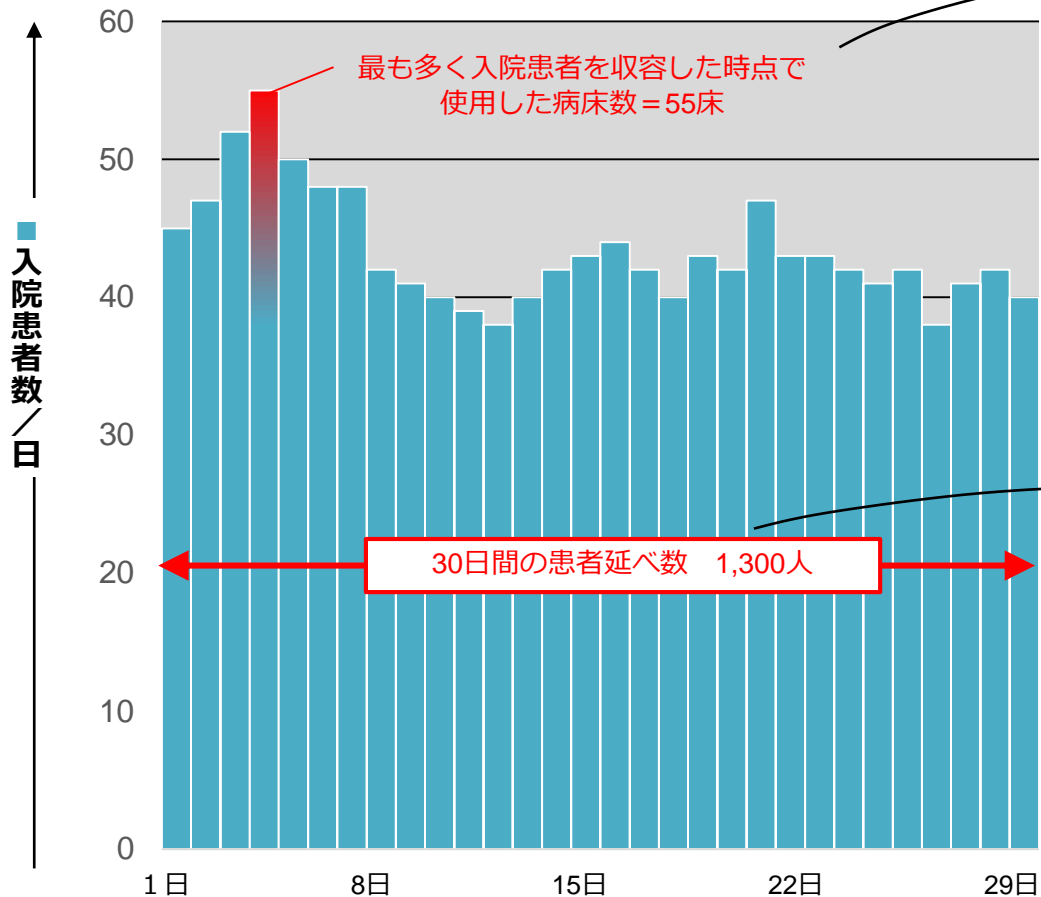
※入院後の1回目入棟・退棟のみを数え、同一病棟での再入棟・再退棟は数えません。また、DPC対象病棟間、同一の入院料を算定する病棟間の転棟であっても、新規入棟患者・退棟患者として数えてください。

※1入院1単位と考え、入院期間が通算される再入院患者等についても新規入棟患者・退棟患者として数えてください。

① 新規入棟患者数【平成29年7月1日～平成30年6月30日の1年間】《自動計算により算出》	(44)	0	人
上記①のうち、予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者	(45)		人
上記①のうち、予定外の救急医療入院以外の入院患者	(46)		人
上記①のうち、予定外の救急医療入院の患者	(47)		人
② 在棟患者延べ数【平成29年7月1日～平成30年6月30日の1年間】	(48)		人
③ 退棟患者数【平成29年7月1日～平成30年6月30日の1年間】	(49)		人

# 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

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

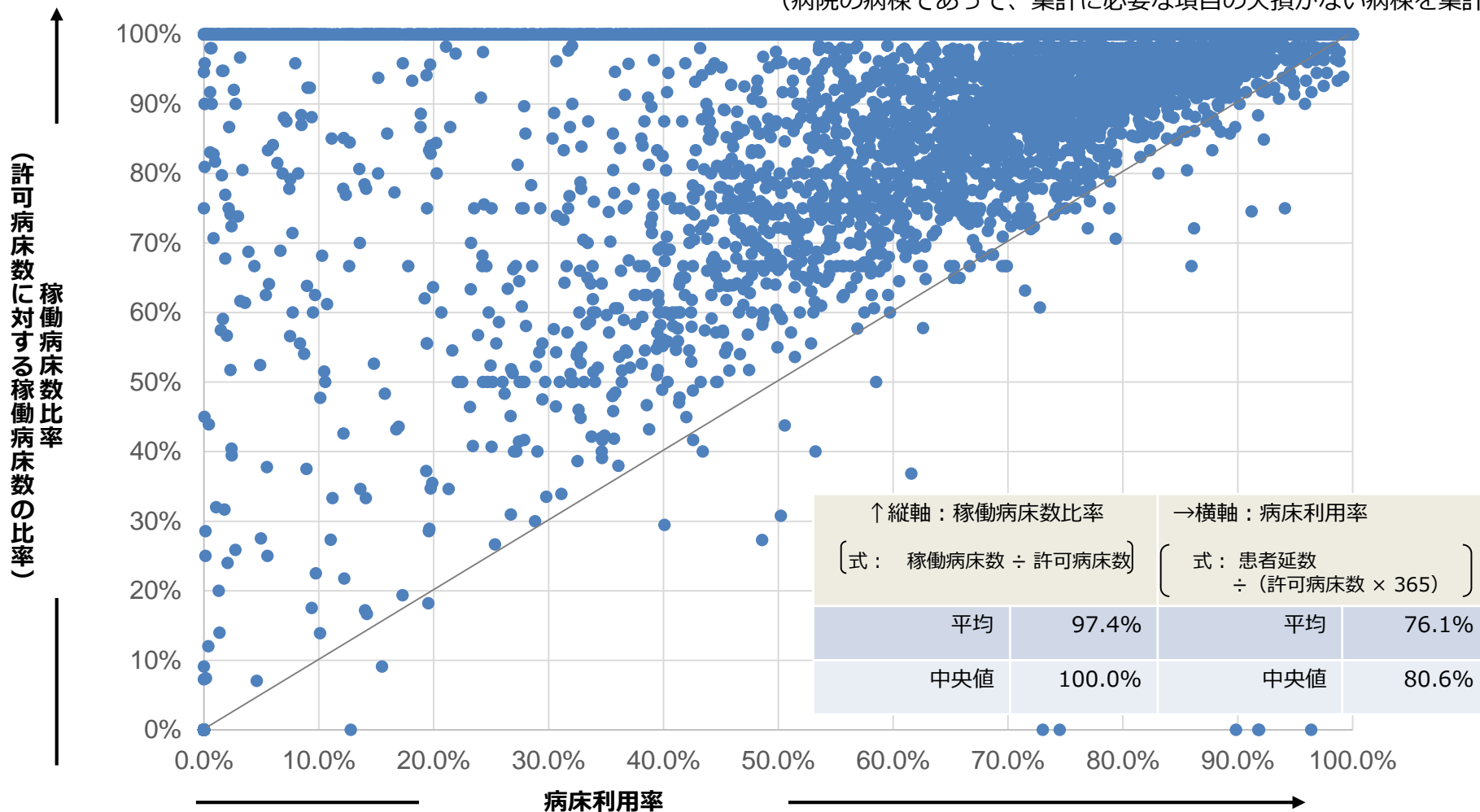
左のケースで計算すると

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

# 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。

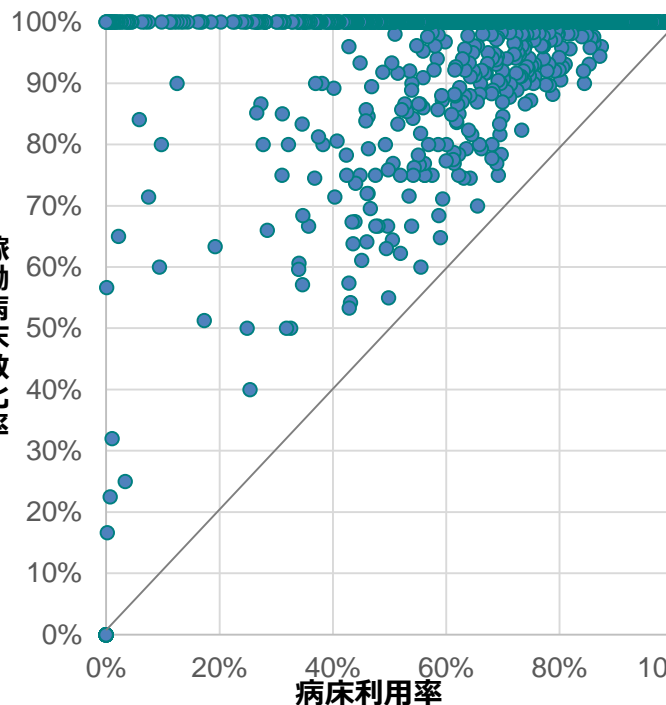
N = 14,925病棟  
 (病院の病棟であって、集計に必要な項目の欠損がない病棟を集計した。)



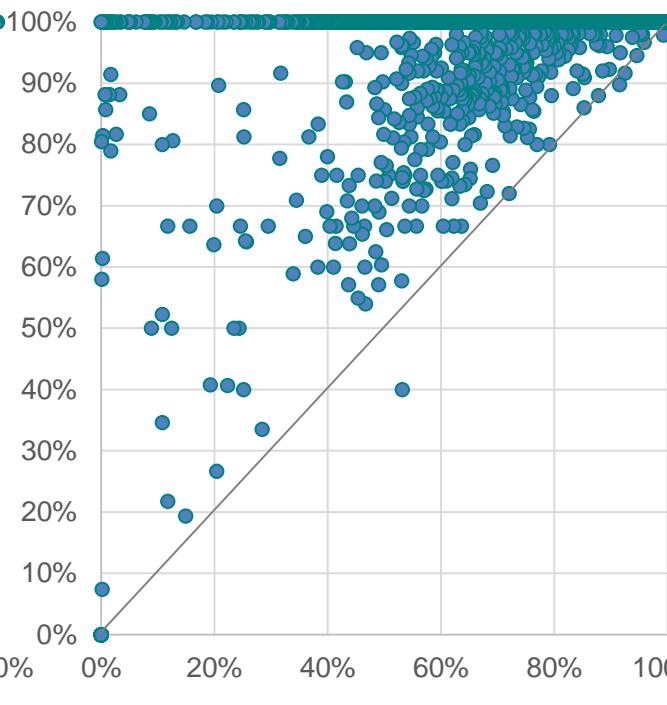
# (参考) 開設主体等別：平成29年度病床機能報告における「稼働病床数比率」と「病床利用率」とのギャップ

(注) 一般病床で構成され病院の病棟であって、集計に必要な項目の欠損がない病棟を集計した。

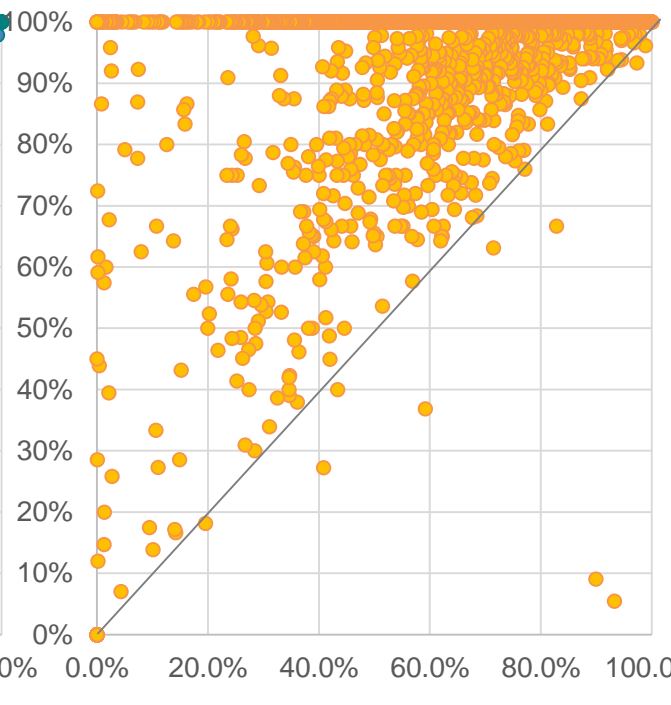
## <公立病院>



## <公的医療機関等>



## <その他民間病院>



↑縦軸： 稼働病床数比率		→横軸： 病床利用率	
平均	96.8%	平均	69.5%
中央値	100.0%	中央値	73.9%

↑縦軸： 稼働病床数比率		→横軸： 病床利用率	
平均	97.7%	平均	73.8%
中央値	100.0%	中央値	77.6%

↑縦軸： 稼働病床数比率		→横軸： 病床利用率	
平均	96.8%	平均	72.3%
中央値	100.0%	中央値	76.7%

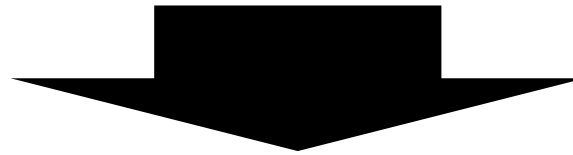
「公立病院」 = 新公立病院改革プラン策定対象病院

「公的医療機関等」 = 公的医療機関等2025プラン策定対象病院（民間の特定機能病院や地域医療支援病院が含まれる。）

平成29年度病床機能報告より

## 論点2：「稼働病床数」の見直し

- 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おり、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。

# 手術等の診療実績の報告対象期間

# 主たる手術件数の競合のパターン

○ 代表的な手術の件数を例に、特定の構想区域における医療機関ごとの実績を比較した場合、公の機能の重点化について特に議論が必要と思われるのは主に以下のケース

## □ パターン (ア)

当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ1ヶ所程度存在

## □ パターン (イ)

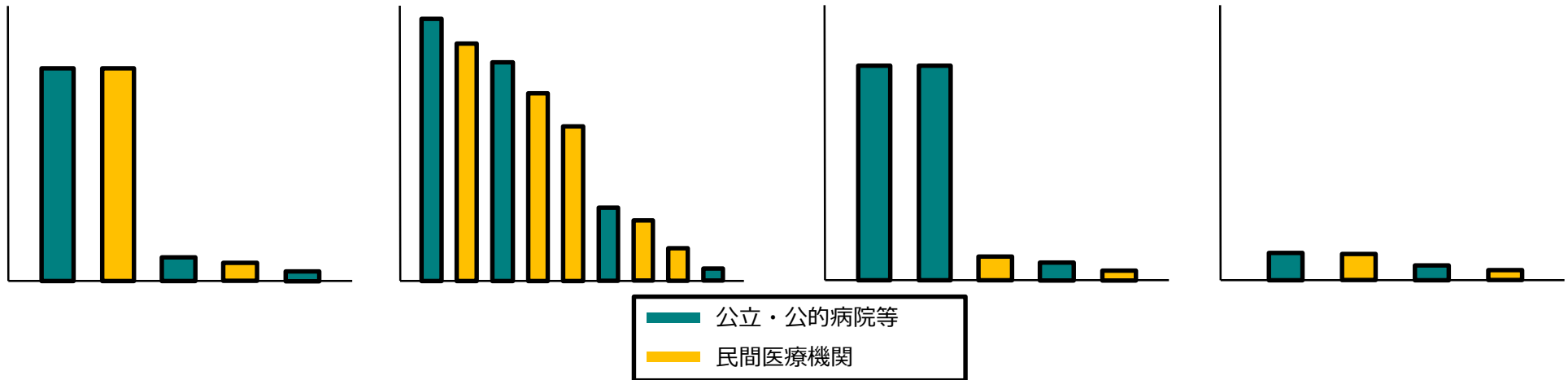
当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕

## □ パターン (ウ)

当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、2ヶ所以上存在

## □ パターン (エ)

複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない



### 《考えられる視点》

- ① 手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する患者像等を確認し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。重点化できていない場合は、地理的条件等を踏まえ、再編統合を含めた役割分担について検討する。
- ② 特に実施件数の低い公立・公的病院等については、医療機関の再編統合を含め、当該手術の実施を他の医療機関に統合すること等を検討する。
- ③ 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて病院全体の機能のあり方も検討する必要がある。

# 季節変動に関する意見

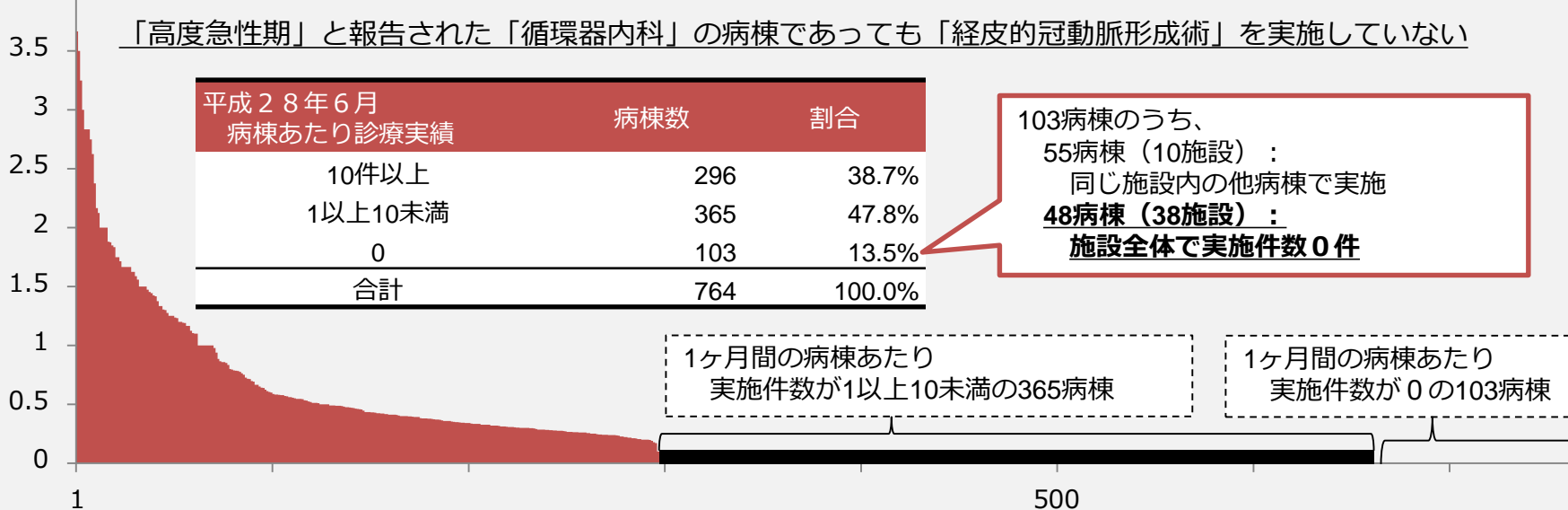
- 手術等の診療実績に係る報告は、1ヶ月分の実績（6月診療分）の報告に留まっており、季節変動などの要素で報告値が変動する懸念。

## 【第7回地域医療構想に関するWG 議事抜粋】

- 伊藤構成員 資料2-1の8ページになりますけれども、病棟ごとに提供されている医療の内容で、フキダシの括弧にありますように、48病棟（38施設）で実施件数ゼロというものがあるのですが、これは一体どれぐらいの期間でこれを測定されたかということ。特に循環器系の疾患は季節要因が大変大きいわけで、それを十分に加味した上でこういう数字が出ているのかどうかも確認したいと思います。
- 伯野医師確保等地域医療対策室長 期間としては、6月の1カ月間でございます。
- 伊藤構成員 そうすると**6月は比較的循環器系疾患の発生が少ない時期になる**わけですし、これはきっちりした形である**程度の期間**、しかも**季節要因を考慮して1年間の症例数を提示していただくことが必要ではないか**と思いますので、よろしくをお願いします。

## 第7回地域医療構想に関するWG 資料2-1を一部加工

病棟あたり経皮的冠動脈形成術のレセプト件数





# 現在の報告項目と対象期間・時点の関係

## 報告項目

医療機能等	
医療機能(現在/6年後の方向) ※介護施設に移行する場合は移行先類型 ※任意で2025年時点の医療機能の予定	
構造設備・人員配置等	
病床数・人員配置・機器等	<ul style="list-style-type: none"> <li>許可病床数・稼働病床数(一般・療養別)</li> <li>病棟全体が非稼働である場合はその理由</li> <li>経過措置(1床当たり面積)に該当する病床数</li> <li>算定する入院基本料・特定入院料</li> <li>主とする診療科・設置主体</li> <li>部門別職員数(医師、歯科医師、看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師数、臨床工学士、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士)</li> <li>DPC群の種類</li> <li>特定機能病院、地域医療支援病院の承認</li> <li>施設基準届出状況(総合入院体制加算、在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院)</li> <li>在宅療養支援病院である場合は看取り件数</li> <li>三次救急医療施設、二次救急医療施設、救急告示病院の有無</li> <li>高額医療機器の保有状況(CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、ガンナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ))</li> <li>退院調整部門の設置状況</li> <li>※退院調整部門の配置職員数(医師、看護職員、MSW、事務員)</li> </ul>
	入院患者の状況
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1年間の新規入棟患者数(予定入院・緊急入院別)</li> <li>在棟患者延べ数・退棟患者数</li> <li>1年間/月間の新規入棟患者数(入棟前の場所別)</li> <li>1年間/月間の退棟患者数(退棟先の場所別、退院後の在宅医療の予定別)</li> </ul>

入院患者に提供する医療の内容	
術幅の広い実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術件数(臓器別)・全身麻酔の手術件数</li> <li>人工心肺を用いた手術</li> <li>胸腔鏡下手術件数・腹腔鏡下手術件数</li> </ul>
がんの治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>悪性腫瘍手術件数</li> <li>病理組織標本作製・術中迅速病理組織標本作製</li> <li>放射線治療件数・化学療法件数</li> <li>がん患者指導管理料・抗悪性腫瘍剤局所持続注入</li> <li>肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入</li> <li>超急性期脳卒中加算・脳血管内手術</li> <li>経皮的冠動脈形成術・分娩件数</li> <li>入院精神療法・精神科リエゾンチーム加算</li> <li>認知症ケア加算・精神疾患診療体制加算</li> <li>精神疾患診断治療初回加算</li> </ul>
重症患者への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>ハイリスク分娩管理加算・ハイリスク妊産婦共同管理料</li> <li>救急搬送診療料・観血的肺動脈圧測定</li> <li>持続緩徐式血液濾過・大動脈バルーンパンピング法、</li> <li>経皮的心肺補助法・補助人工心臓・植込型補助人工心臓</li> <li>頭蓋内圧持続測定</li> <li>血漿交換療法・吸着式血液浄化法・血球成分除去療法</li> <li>一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合</li> </ul>
救急医療の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内トリアージ実施料</li> <li>夜間休日救急搬送医学管理料</li> <li>精神科疾患患者等受入加算</li> <li>救急医療管理加算</li> <li>在宅患者緊急入院診療加算</li> <li>救命のための気管内挿管</li> <li>体表ペーシング法/食道ペーシング法</li> <li>非開胸的心マッサージ、カウンターショック</li> <li>心膜穿刺・食道圧迫止血チューブ挿入法</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>休日又は夜間に受診した患者延べ数(うち診察後、直ちに入院となった患者延べ数)</li> <li>救急車の受入件数</li> </ul>
在宅復帰後の急性期後の在宅医療への支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院支援加算・救急・在宅等支援(療養)病床初期加算/有床診療所一般病床初期加算</li> <li>地域連携診療計画加算・退院時共同指導料</li> <li>介護支援連携指導料・退院時リハビリテーション指導料</li> <li>退院前訪問指導料</li> </ul>
全身管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>中心静脈注射・呼吸心拍監視・酸素吸入</li> <li>観血的動脈圧測定・ドレーン法・胸腔若しくは腹腔洗浄</li> <li>人工呼吸・人工腎臓・腹膜灌流</li> <li>経管栄養カテーテル交換法</li> </ul>
リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>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、</li> <li>初期加算・摂食機能療法</li> <li>リハビリテーション充実加算</li> <li>休日リハビリテーション提供体制加算</li> <li>入院時訪問指導加算</li> <li>リハビリテーションを実施した患者の割合</li> <li>平均リハ単位数/1患者1日当たり</li> <li>1年間の総退院患者数</li> <li>1年間の総退院患者数のうち入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が入院時に比較して4点以上改善していた患者数</li> </ul>
長期療養患者等の受入	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養病棟入院基本料・褥瘡評価実施加算</li> <li>重度褥瘡処置・重傷皮膚潰瘍管理加算</li> <li>難病等特別入院診療加算・特殊疾患入院施設管理加算</li> <li>超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算</li> <li>強度行動障害入院医療管理加算</li> </ul>
多様な診療所の機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>往診患者述べ数・訪問診療患者述べ数、</li> <li>看取り患者数(院内/在宅)・有床診療所入院基本料</li> <li>有床診療所療養病床入院基本料</li> <li>急変時の入院件数・有床診療所の病床の役割</li> <li>過去1年間の新規入院患者のうち他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合</li> </ul>
科連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科医師連携加算・周術期口腔機能管理後手術加算</li> <li>周術期口腔機能管理料</li> </ul>

## 期間・時点



→7月1日時点



→1ヶ月分(6月診療分)



→1年分(前年7月～報告年6月分)

# 診療実績の報告対象期間を長期化する場合の作業工程上の課題

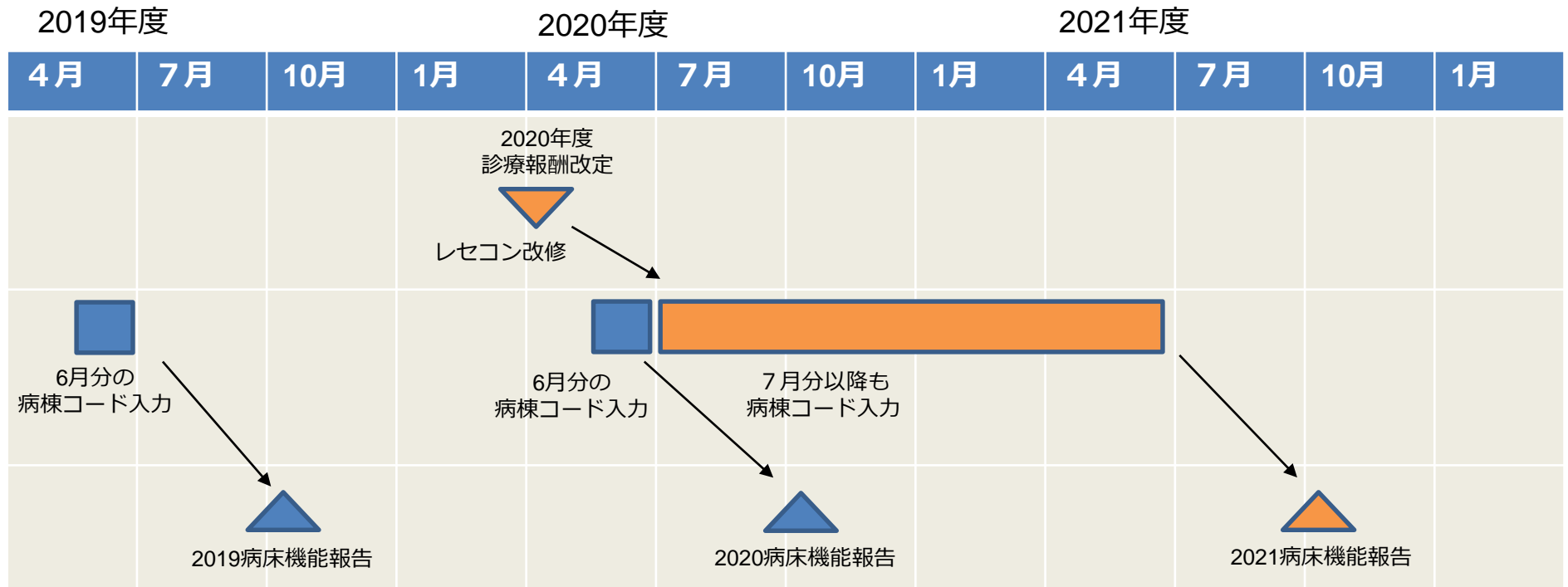
## 【病棟コードの入力作業について】

- ・診療実績の報告については、病院・診療所の負担軽減の観点から、NDBを活用して事務局が集計を代理する仕組みを導入しており、複数病棟をもつ病院は、報告に先立って、電子レセプトに病棟の仕分け情報（病棟コード）を記録しておく必要がある。
- ・それゆえ、病棟コードの入力対象期間を変更する場合、予め、医療機関側にてレセプトコンピュータの改修が必要となる。  
(病棟コードを初めて導入した際は、医療機関側の負担等を考慮し、平成28年度診療報酬改定に伴うシステム改修等に併せて、平成28年当初にシステム改修を実施していただき、平成28年6月診療分から病棟コードの記録を開始。)

## 【その他】

- ・長期化や作業工程の変更に伴い必要となる予算の確保等が必要となる。

(報告対象期間を通年化する場合の作業イメージ)



## 第1 電子レセプトへの病棟情報の記録の趣旨

病床機能報告制度においては、医療機関が簡便な方法により報告が可能となるよう、入院患者に提供する医療の内容の項目については、電子レセプトを活用しているところであるが、現状の病床機能報告制度では、当該情報について病棟単位で把握することができず、具体的な分析を行うことが困難であった。

そのため、入院患者に提供する医療の内容を病棟単位で把握が可能となるよう、平成28年度診療報酬改定に伴うシステム改修等に併せて、電子レセプトに病棟コードの記録を開始する。

これにより、平成28年度病床機能報告より、報告項目について、病棟単位での分析が可能となり、今後、病床機能報告制度の改善に向けた検討を進めるとともに、地域において、当該情報を関係者間で共有することで、機能分化・連携に資するものとなる。

## 第2 電子レセプトへの病棟情報の記録の内容

### 1 記録の対象となる医療機関

一般病床及び療養病床を有する病院であって、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている医療機関。なお、有床診療所については、1病棟として取り扱うため、病棟コードの記録は不要とする。

### 2 具体的な記録方法

6月診療分であって7月請求分である入院分の診療報酬請求において、入院基本料等を算定する病棟を基本として、当該病棟の病棟コードを電子レセプトに記録する。

なお、自費等で入院している患者については、一連の入院期間中に診療報酬請求が発生しない場合は病棟コードの記録はないが、診療報酬請求が発生する場合には、入院基本料等の算定の有無に関わらず、6月診療分であって7月請求分である入院分の電子レセプトに病棟コードを記録すること。（後略）

## 第3 適用日

平成28年度病床機能報告から適用（6月診療分であって7月請求分である入院分の電子レセプトから病棟コードを記録）。なお、レセプトコンピュータ等の関係から、6月診療分であって7月請求分である入院分の電子レセプトに限定して病棟コードを記録することが困難な場合は、平成28年4月診療分以降、6月診療分以外の電子レセプトにも病棟コードを記録することとして差し支えない。

# 論点3：手術等の診療実績の報告対象期間の長期化

(診療実績に係る報告対象期間の見直しの必要性)

- 現在、地域医療構想の実現に向けては、公立・公的病院等が担うべき役割に着目して集中的に議論を実施。民間医療機関では担うことができない機能への重点化の視点（民間医療機関による代替可能性）など、さらに深い視点で地域ごとの議論を進めていくためには、手術などの診療実績に着目していくことが重要。
- 手術等の診療実績に係る報告は、1ヶ月分の実績（6月診療分）の報告に留まっており、季節変動などの要素で報告値が変動する懸念。

(見直しに向けた作業工程上の課題)

- 対象期間を延伸する場合には、病棟コードの入力の都合から、医療機関にてレセプトコンピュータの改修が必要となる。  
（病棟コードを初めて導入した際は、医療機関側の負担等を考慮し、平成28年度診療報酬改定に伴うシステム改修等に併せて、レセコン側の改修を実施。）
- 長期化や作業工程の変更に伴い必要となる予算の確保が必要となる。



論点3：各医療機関が担っている役割に関する重要な評価指標となり得る手術等の診療実績については、その報告対象期間を、現在の1ヶ月分（6月診療分）から、通年化するよう見直しを進めてはどうか。

【見直し時期】病棟コード入力のためのレセプトコンピュータの改修といった作業工程上の課題を考慮し、2021年度の報告から見直しを反映することを念頭に、必要な予算の確保、審査支払機関との調整等の対応を進める。