

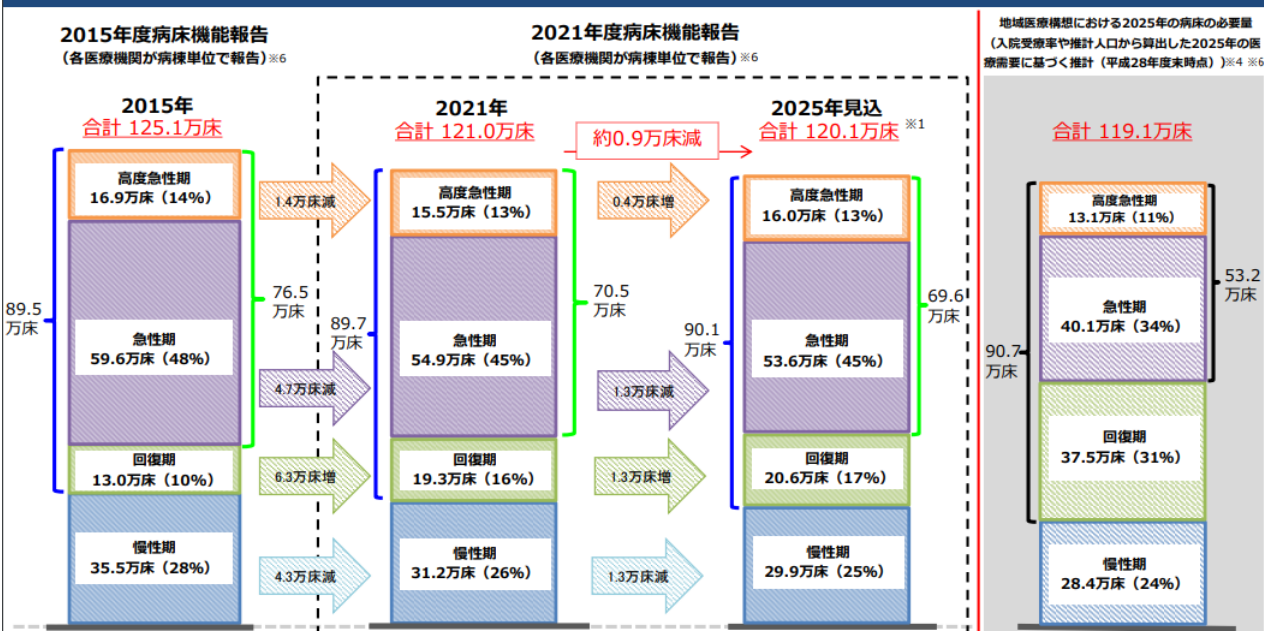
# 定量基準による機能別病床数について 大崎・栗原区域

2024年5月30日

# 1. 地域医療構想の方向性

地域医療構想では、団塊の世代が75歳以上になる2025年時点の病床の必要量を推計し、各構想区域において地域の実情に合わせた医療提供体制の構築を行うことを目指している。

## 2021年度病床機能報告について



地域医療構想を通じて主に検討が求められること
生産年齢人口など、比較的若い年齢の人口が減少することによる高度急性期、急性期需要の減少に対応すること
高齢者人口増加に伴う回復期の高齢患者の受け入れ機能を強化すること
長期入院に至っている慢性期の患者を含めて在宅移行を促進すること
再編統合、機能分化連携を促進し、マンパワーも含めて、効率的かつ効果的な医療提供体制を構築すること

医療機能の名称	より多くの人材を必要とする	定性的な基準（医療機能の内容）
高度急性期機能		急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能		急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能		急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折などの患者に対し、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（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能		長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 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などを入院させる機能

## 2. 定量的基準導入の経緯と背景 ①

### <病床機能報告制度の現状と課題>

病床機能報告制度は、各医療機関が自主的に病床機能を選択して報告する仕組みであるため、各医療機関の判断のバラつきによって、病床機能報告結果と地域医療構想上の必要病床数を比較した場合、機能によって著しく充足や不足している病床が存在するなどの課題が生じている。

「病床機能報告制度」と「地域医療構想上の必要病床数の推計」の考え方によりギャップが生じる

**病床機能報告制度上の病床数**

どの「医療機能」に該当するか定性的な基準を踏まえて、各医療機関が病棟ごとに自主的に判断したもの  
**地域において医療機関が「表示したい機能」**  
単位：病棟単位で報告

医療機能の現状と今後の方向を報告(毎年10月)

**地域医療構想上の必要病床数 = 医療需要の推計**

2013年の個々の患者の受療状況をベースに、医療資源投入量に沿って機能ごとに区分したもの  
**「各病期の患者発生量」を示す。**  
単位：患者1人1日単位で試算

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

## 2. 定量的基準導入の経緯と背景 ②

＜平成30年8月16日 医政地発 0816第1号 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知＞

病床機能報告に関しては、その内容等について、

- ① 回復期機能に該当する病棟は、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限定されるといった誤解をはじめ、回復期機能に対する理解が進んでいないことにより、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在すること
- ② 実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されていること

により、詳細な分析や検討が行われないうまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がある。

なお、一部の都道府県では、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、関係者の理解が得られた医療機能の分類に関する地域の実情に応じた定量的な基準を作成し、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域医療構想調整会議（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）における議論に活用することで、議論の活性化につなげている。

各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。

### 3. 先行府県の定量的基準導入の取組事例 ①

先行する府県においては、都道府県医師会などの医療関係者などとの協議を経て、回復期機能の充足度を評価するなどの定量的な基準を独自に作成している。具体的に検討されているモデルとしては以下の4府県等が挙げられる。

	着眼点
埼玉県	<ul style="list-style-type: none"><li>「回復期リハ病棟→回復期」など、医療機能と紐付けできる入院料の病棟は、当該医療機能とする。</li><li>特定の医療機能と結びついていない一般病棟・有床診療所一般病床・地域包括ケア病棟を対象に、高度急性期／急性期／回復期の区分線を設ける。</li><li>区分線は、「具体的な医療の内容に関する項目」（参考）から選択した稼働病床数あたりの算定回数などを指標に用い、しきい値を設定。例えば、高度急性期なら全身麻酔下手術2回／月・床以上などの10指標、急性期なら手術2回／月・床以上などの6指標のいずれかを満たすものを該当とする。</li></ul>
佐賀県	<ul style="list-style-type: none"><li>急性期・慢性期病棟に埋もれている、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定の病床数を回復期とみなす。</li><li>回復期への転換協議が整った病棟を回復期とみなす（病床機能報告のタイムラグを補正）。</li><li>手術後の入院日数が長くなると医療資源投入量が逡減することに着目し、急性期のうち平均在院日数22日超の病棟を、将来の見込みを判断する参考情報とする。</li></ul>
静岡県	<ul style="list-style-type: none"><li>病院は届出入院料に基づき病床機能の区分変更を行う。 （例：急性期一般4～6→回復期、一般病棟特別入院基本料→慢性期）</li><li>急性期一般入院料1～3、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院入院基本料については、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ：40%以上もしくはⅡ：35%以上」かつ「平均在棟日数：11日未満」を満たす病棟を高度急性期、満たさない病棟を急性期として割り振る。</li><li>有床診療所は有床診療所療養病床入院基本料を届出ている診療所を慢性期に割り振る。</li><li>年間の手術件数が100件以上、「放射線治療」あり、「化学療法」件数50件以上のいずれかを満たす診療所を急性期に割り振る。</li><li>上記要件を1つも満たさない診療所を回復期に割り振る。</li></ul>
大阪府	<ul style="list-style-type: none"><li>急性期と報告された病棟について、「（重症）急性期」と「地域急性期」に分類し、「地域急性期」と回復期の合計の割合と、回復期の必要病床数の割合とを比較し、そのギャップの解消をめざす。</li><li>分類方法は、治療実績が多く、看護配置が少なくなるに従い、件数が大幅に減少している4項目（手術総数、化学療法、救急医療管理加算、呼吸心拍監視）のいずれかで、病棟単位の月あたり実施件数が一定以上のものを、「（重症）急性期」に分類する。</li><li>有床診療所における急性期報告病床は、「地域急性期」として扱う。</li></ul>



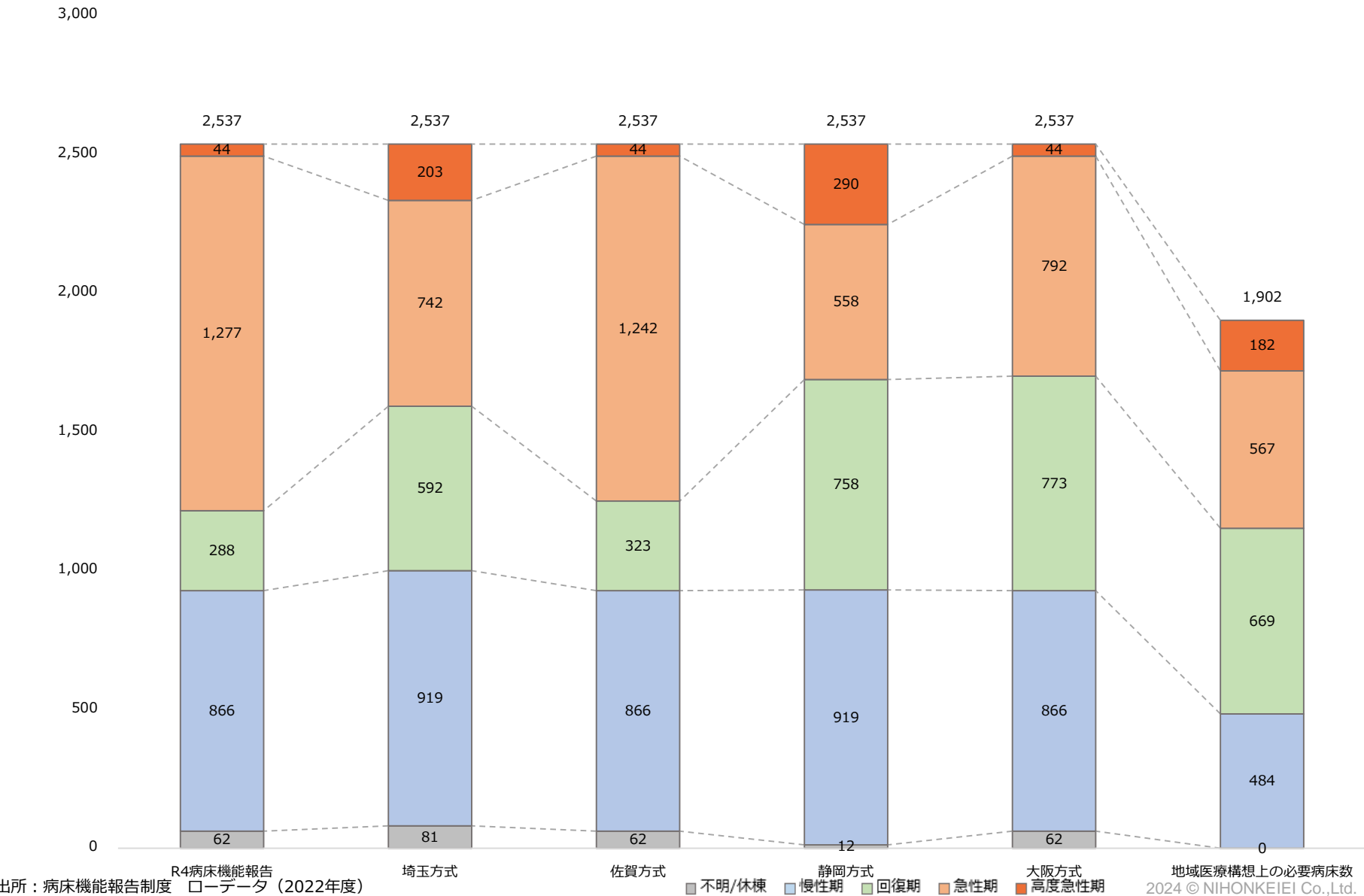
3. 先行府県の定量的基準導入の取組事例 ②

		埼玉	佐賀	静岡	大阪
入院料による機能の振り分け	救命救急入院料、特定集中治療室管理料等	高度急性期	—	高度急性期	
	急性期一般入院料 1～3	診療実績に応じ振り分け	—	診療実績に応じ振り分け	重症急性期
	急性期一般入院料 4～6	診療実績に応じ振り分け	—	回復期	診療実績に応じ振り分け
	地域一般入院料	診療実績に応じ振り分け	—	回復期	診療実績に応じ振り分け
	一般病棟入院基本料特別入院料	診療実績に応じ振り分け	—	慢性期	診療実績に応じ振り分け
	一般病棟入院基本料等（うち産科病棟）	急性期	—	—	—
	地域包括ケア病棟入院料	診療実績に応じ振り分け	—	回復期	—
	地域包括ケア入院医療管理料	—	回復期	—	—
	回復期リハビリテーション病棟入院料	回復期	—	回復期	—
	療養病棟入院基本料	慢性期	—	慢性期	—
	有床診療所入院基本料	診療実績に応じ振り分け	—	診療実績に応じ振り分け	地域急性期
	有床診療所療養病床入院基本料	慢性期	—	慢性期	—
	特殊疾患病棟入院料	慢性期	—	慢性期	—
	障害者施設等入院基本料	慢性期	—	慢性期	—
	小児入院医療管理料 1	高度急性期	—	高度急性期	—
	小児入院医療管理料 2～3	急性期	—	急性期	—
	小児入院医療管理料 4～5	回復期	—	回復期	—
診療実績に応じた振り分け （高度急性期－急性期） ※高度急性期となる基準	緩和ケア病棟（放射線治療あり）	急性期	—	回復期	—
	緩和ケア病棟（放射線治療なし）	慢性期	—	回復期	—
	全身麻酔手術	2.0回/月・床以上	—	—	—
	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回/月・床以上	—	—	—
	悪性腫瘍手術	0.5回/月・床以上	—	—	—
	超急性期脳卒中加算	あり	—	—	—
	脳血管内手術	あり	—	—	—
	経皮的冠動脈形成術	0.5回/月・床以上	—	—	—
	救急搬送診療料	あり	—	—	—
	救急医療に係る諸項目	0.2回/月・床以上	—	—	—
診療実績に応じた振り分け （急性期－回復期） ※急性期となる基準	重症患者への対応に係る諸項目	0.2回/月・床以上	—	—	—
	全身管理への対応に係る諸項目	8.0回/月・床以上	—	—	—
	重症度医療看護必要度	—	—	（急）Ⅰ：40%，Ⅱ：35%以上	—
	かつ平均在院日数	—	—	（急）11日未満	—
	手術	2.0回/月・床以上	—	（有診）年100件以上	—
	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.1回/月・床以上	—	—	—
	放射線治療	0.1回/月・床以上	—	（有診）あり	—
	化学療法	1.0回/月・床以上	—	（有診）年50件以上	—
	救急搬送による予定外入院	10人/年・床以上	—	—	—
	重症度医療看護必要度	Ⅰ：31%，Ⅱ：29%以上	—	—	—
診療実績に応じた振り分け （重症急性期－地域急性期） ※重症急性期となる基準	平均在院日数	—	22日未満	—	—
	月・救急医療管理加算レセプト件数÷30日×（50床÷許可病床数）	—	—	—	1以上
	月・手術総数レセプト算定回数÷30日×（50床÷許可病床数）	—	—	—	1以上
	月・呼吸心拍監視レセプト算定回数÷30日×（50床÷許可病床数）	—	—	—	2以上
	月・化学療法レセプト算定日数÷30日×（50床÷許可病床数）	—	—	—	1以上
調整会議分科会において他機能から回復期への転換協議が整った病床数		—	回復期	—	—

# 4. 先行府県の定量的基準を用いた結果 ①

(単位：床)

大崎・栗原区域における定量基準導入後の内訳



## 4. 先行府県の定量的基準を用いた結果 ②

項目	機能	病床機能報告 の結果(2022)	定量的基準モデル				地域医療構想にお ける必要量
			埼玉	佐賀	静岡	大阪	
病床数 (単位：床)	高度急性期	44	203	44	290	44	182
	急性期	1,277	742	1,242	558	792	567
	回復期	288	592	323	758	773	669
	慢性期	866	919	866	919	866	484
	不明/休棟	62	81	62	12	62	0
	合計	2,537	2,537	2,537	2,537	2,537	1,902
稼働率	高度急性期	48%	68%	48%	71%	48%	75%
	急性期	65%	70%	62%	68%	72%	78%
	回復期	65%	61%	66%	56%	58%	90%
	慢性期	79%	78%	79%	78%	79%	92%
	不明/休棟	0%	0%	0%	51%	0%	—
	合計	68%	68%	67%	68%	68%	85%

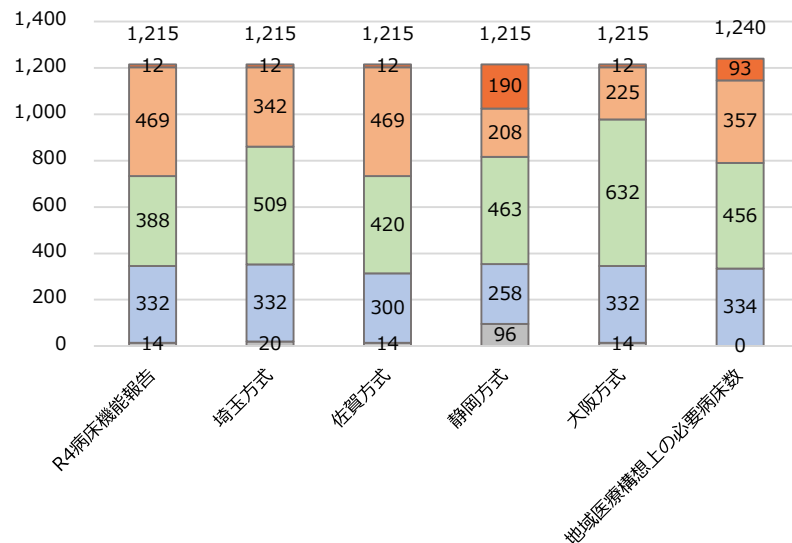
※   地域医療構想における必要量推計時の稼働率に対して10pt以上の差が生じている機能



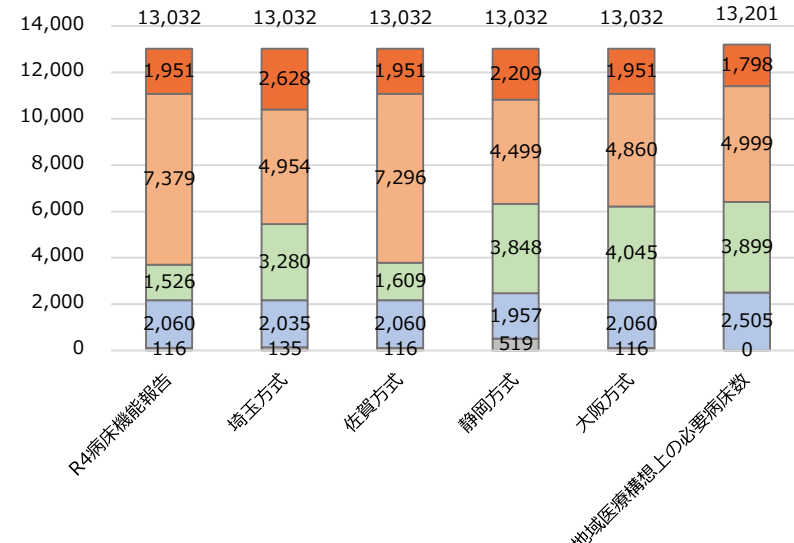
## 4. 先行府県の定量的基準を用いた結果 ③

(単位：床)

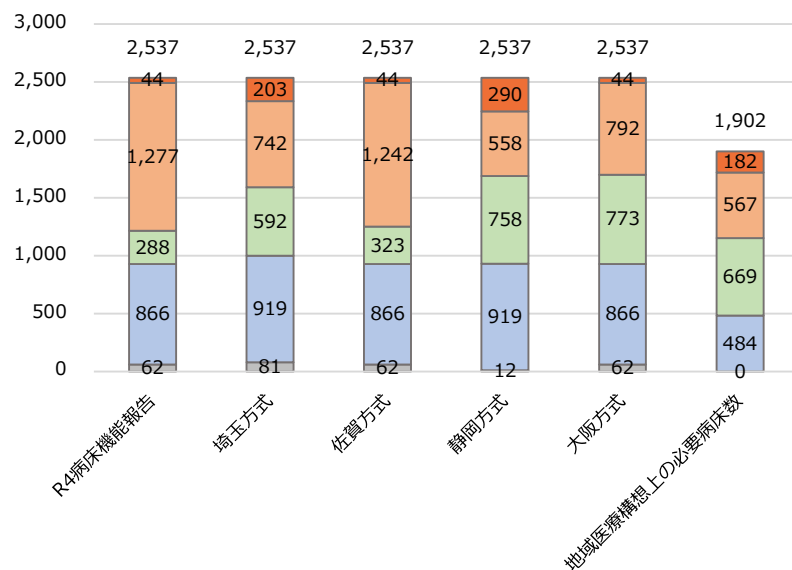
仙南医療圏における定量基準導入後の内訳



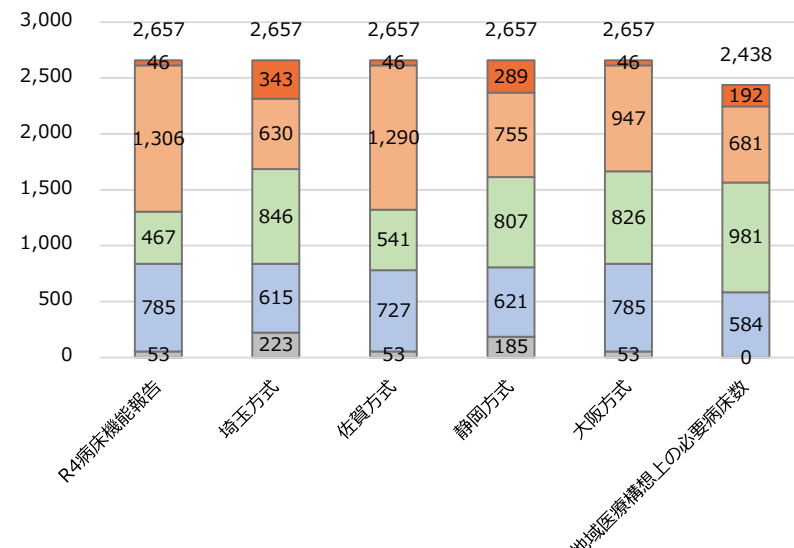
仙台医療圏における定量基準導入後の内訳



大崎・栗原医療圏における定量基準導入後の内訳



石巻・登米・気仙沼医療圏における定量基準導入後の内訳



# (参考) 地域医療構想策定時の推計と実績の比較

- 地域医療構想策定時においては、大崎・栗原医療圏を除いて1日あたり患者数は全体で114~129%程度増加するとされていたが、実際には推計値程の増加に至っていない。
- 地域医療構想自体が2013年度の受療率から試算した推計値であるということを踏まえると、10年が経過しコロナ禍も経験する中で、圏域内の受療動向が大きく変化した可能性が考えられる。

地域医療構想の推計患者数と実際の患者数との差

(単位：人/日)

	地域医療構想の推計患者数		2022年病床機能報告の結果により試算した1日あたり患者数③	退院患者含む稼働率	差数		増減割合	
	2013年①	2025年②			②-①	③-①	②/①	③/①
仙南医療圏	937	1,066	858	71%	129	-79	114%	92%
仙台医療圏	9,207	11,061	9,326	72%	1,854	119	120%	101%
大崎・栗原医療圏	1,715	1,627	1,730	68%	-88	15	95%	101%
石巻・登米・気仙沼医療圏	1,627	2,095	1,915	72%	468	288	129%	118%

## (参考) 地域医療構想策定時の推計と実績の比較 | DPC患者数の推移

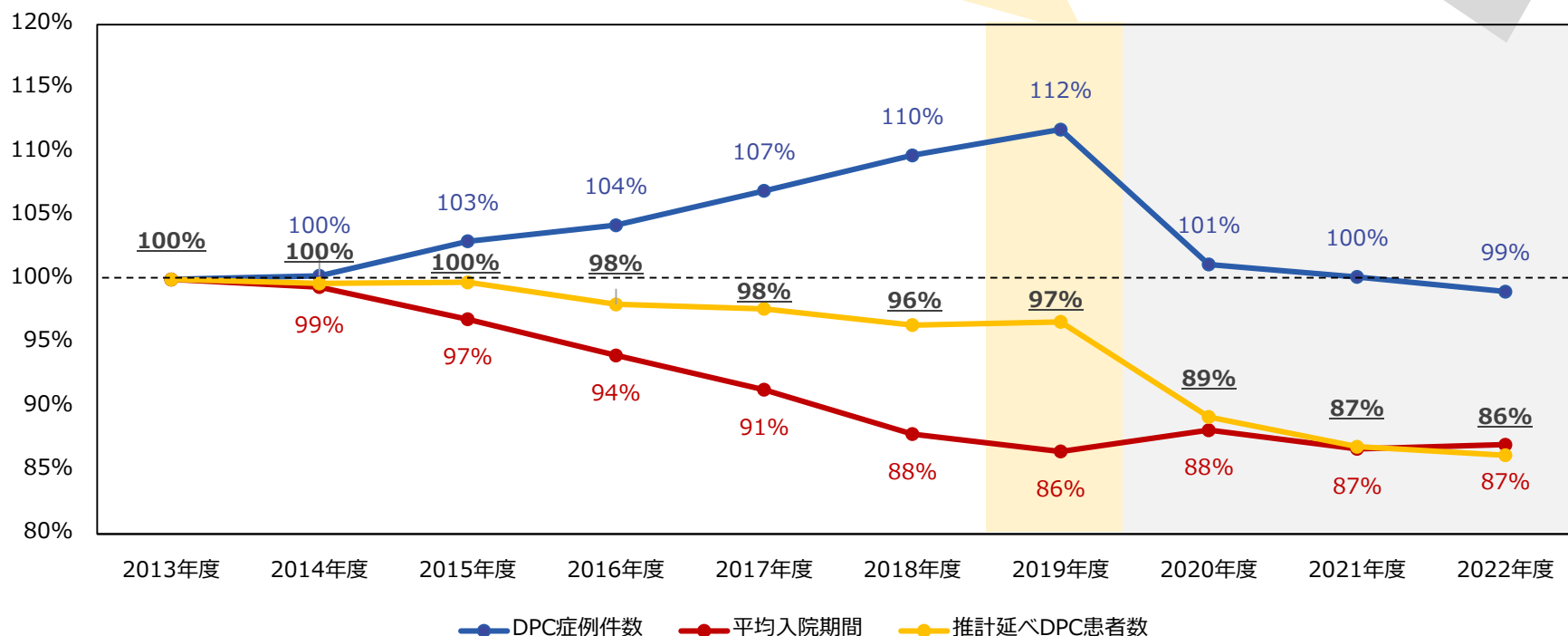
- 平成26年度以前よりDPC参加病院であった23病院における2013年度以降のDPC対象患者の件数および平均入院期間より延べ患者数の変動率を試算した。
- 2013年以降の実績では在院日数の短縮による効果が強く表れており、分析対象病院の患者数は減少傾向が続いている。
- 実際は、在院日数の短縮は診療密度の少ない症例の入院期間が短くなることが考えられ、結果として回復期などの必要量も当初の推計値よりも増加しなかったことが考えられる。

### DPC症例件数、平均入院期間、延べ患者数の変動推移

※平成26年度以前より  
DPC参加病院であった23病院で集計

コロナ前においてDPC症例件数は大幅に増加していたが、平均在院日数の短縮により、1日あたりのDPC患者は減少していた

コロナ後においては受療動向の変化によりDPC症例件数が大幅に減少、平均在院日数の短縮も加わり、1日あたりのDPC患者は大幅に減少している



# まとめ

---

- 病床機能報告は各医療機関の自主的な選択による病棟単位での報告であるため、各医療機関の判断によるばらつきが生じ、実態把握に課題がある。
- 本県においては、これまで「佐賀方式」を参考に、入院料による機能の振り分けなどにより医療機能の補正を行ってきたが、定義が精緻かつ実際の医療内容に応じた「埼玉方式」では、より実態を反映した補正が可能であると考えられることから、「埼玉方式」の定量的基準を地域医療構想に向けた議論に活用していく。
- 定量的基準での試算を踏まえ、関係者間の認識を確認しながら、医療機能の分化・連携に向けた協議を進めていく。
- コロナ禍を経て、圏域内の受療動向が変化している可能性もあることから、病床整備や機能分化連携においては、地域の実情を踏まえた検討が必要である。
- 各医療機関においては、定量的基準の考え方も参考としつつ、各自の医療機能の再確認を行っていただくこととするが、病床機能報告において定量的基準に即した報告を強制するものではないため、引き続き、各医療機関の実情に応じた医療機能を自主的に選択し報告いただくこととする。

## 参考資料 各定量基準における詳細な定義について

---

埼玉県病床機能報告定量基準分析の枠組み

- ❑ 「ICU→高度急性期」「回復期リハ病棟→回復期」「療養病棟→慢性期」など、**どの医療機能と見なすのかが明らかな入院料の病棟**は、当該医療機能として扱う。
- ❑ 特定の医療機能と結びついていない**一般病棟・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟（周産期・小児以外）**を対象に、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した**区分線 1・区分線 2**によって、高度急性期/急性期/回復期を区分する。
- ❑ 特殊性の強い周産期・小児・緩和ケアは切り分けて考える。

4 機能	大区分				
	主に成人		周産期	小児	緩和ケア
高度急性期	救命救急 ICU SCU HCU	一般病棟 有床診療所の一般病床 地域包括ケア病棟	MFICU NICU GCU	PICU 小児入院医療管理料1	
急性期			産科の一般病棟 産科の有床診療所	小児入院医療管理料2,3 小児科の急性期一般入院料1 小児科の一般病棟7:1	緩和ケア病棟 (放射線治療あり)
回復期	回復期 リハビリ病棟			小児入院医療管理料4,5 小児科の急性期一般入院料1 一般病棟7:1以外 小児科の有床診療所	
慢性期	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等				緩和ケア病棟 (放射線治療なし)

具体的な機能に応じて区分線を引く



### 機能区分基準の考え方

- ① 病床機能報告のうち、主に「具体的な医療の内容に関する項目」のデータの中から、外科的治療・内科的治療・全身管理等の幅広い診療内容を加味して基準を構成。
- ② 区分線 1 のしきい値は、救命救急入院料やICUの大半が、高度急性期に区分される程度とする。
- ③ 区分線 2 のしきい値は、急性期一般入院料 1 の大半が、高度急性期・急性期に区分される程度とする。
- ④ 区分線 1・2 を設定した結果、高度急性期・急性期・回復期の 1 日あたり入院患者数が、「埼玉県地域医療構想における現在（2013年）の需要推計」との間に大きな齟齬がないか確認する。

ただし、実際には各病棟にはさまざまな病期の患者が混在する中で、病棟単位での集計結果に応じて区分するため、ある病棟が、わずかな機能の差によって、「急性期の病棟」に区分されたり「回復期の病棟」に区分されたりし、それに依拠して「急性期の病棟の病床数」も大きく変わる。  
**区分線には「絶対の閾値」があるわけではなく、ある程度の幅をもたせて考えることが必要。**

# 埼玉方式の考え方③

## 高度急性期・急性期の区分（区分線 1）の指標

○救命救急やICU等で特に多く提供されている医療

- A：【手術】全身麻酔下手術
- B：【手術】胸腔鏡・腹腔鏡下手術
- C：【がん】悪性腫瘍手術
- D：【脳卒中】超急性期脳卒中加算
- E：【脳卒中】脳血管内手術
- F：【心血管疾患】経皮的冠動脈形成術（※）
- G：【救急】救急搬送診療料
- H：【救急】救急医療に係る諸項目（☆）
- I：【救急】重症患者への対応に係る諸項目（☆）
- J：【全身管理】全身管理への対応に係る諸項目（☆）

※...診療報酬上の入院料ではなくデータから特定がしにくいCCUへの置き換えができなかったこと、  
経皮的冠動脈形成術の算定が一般病棟7:1よりもICU等に集中していることによる。

☆...機能報告のデータ項目のうち、救命救急やICU等で算定が集中しているものに限定。

→ これらの医療内容に関する稼働病床数当たりの算定回数を指標に用い、しきい値を設定。

## 急性期・回復期の区分（区分線 2）の指標

○急性期一般入院料1（従前の一般病棟7:1）にて多く提供されている医療

- K：【手術】手術
- L：【手術】胸腔鏡・腹腔鏡下手術
- M：【がん】放射線治療
- N：【がん】化学療法
- O：【救急】救急搬送による予定外の入院

○一般病棟や地域包括ケア病棟で共通して用いられている指標

- P：【重症度、医療・看護必要度】  
基準（「A得点2点以上かつB得点3点以上」「B14又はB15に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」「A得点3点以上」「C得点1点以上」）を満たす患者割合

→これらの医療内容に関する稼働病床数当たりの算定回数を指標に用い、しきい値を設定。

## 「回復期」の充足度を判断する際の病床機能報告の活用（案）

- 病床機能報告は、各医療機関が自主的に病棟機能を判断。この原則を踏まえつつ、地域医療構想調整会議分科会における協議に資するよう、病床機能報告で回復期以外と報告されている病棟のうち、
- ・ ①②については、回復期の過不足を判断する際に、回復期とみなす
  - ・ ③については、将来の見込みを判断する際に、参考情報とする
- ことで、病床機能報告と将来の病床の必要量の単純比較を補正してはどうか。

①既に回復期相当	病床機能報告における急性期・慢性期病棟のうち、病床単位の地域包括ケア入院管理料算定病床数 <u>※病棟単位の報告である病床機能報告の制度的限界を補正</u> <div>病棟A <div>急性期の患者</div> <div>回復期の患者</div> ←可能な限り客観指標で把握</div>
②回復期への転換確実	調整会議分科会において他機能から回復期への転換協議が整った病床数 <u>※病床機能報告のタイムラグを補正</u>
③回復期に近い急性期	病床機能報告における急性期病棟のうち、平均在棟日数が22日超の病棟の病床数 <div>病棟B <div>急性期の患者</div> <div>回復期の患者</div> ←平均在棟日数22日超のイメージ</div>

## 「静岡方式」の具体的な基準（病院）

### 【病院の基準】

#### ① 特定入院料等からの区分

- ◆ 救命救急、ICU、HCU、SCU、PICU、NICU、MFICU、GCU、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」
- ◆ 急性期一般入院料 4～6、地域一般入院料、小児入院医療管理料 4・5、回復期リハ入院料、地域包括ケア入院料、緩和ケア入院料、特定一般病棟入院料 → 「回復期」
- ◆ 一般病棟特別入院基本料、療養病棟入院料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料  
→ 「慢性期」



急性期一般入院料（1～3）、特定機能病院一般病棟 7 対 1 入院基本料、専門病院入院基本料について

#### ② 「高度急性期」「急性期」の振り分け

- ◆ 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」及び「平均在棟日数」  
・ [Ⅰ：40%以上 Ⅱ：35%以上] かつ平均在棟日数11日未満 → 「高度急性期」
- ◆ 上記を満たさない病棟  
(重症度、医療・看護必要度の記載のないものを含む) → 「急性期」



## 「静岡方式」の具体的な基準（有床診療所）

### 【有床診療所の基準】



#### ① 入院基本料からの区分

◆ 有床診療所療養病床入院基本料 → 「慢性期」



#### ② 「急性期」と「回復期（在宅医療等相当を含む）」の振り分け

◆ 年間の「手術」件数が100件以上 or 「放射線治療」あり or 「化学療法」件数が50件以上  
→ 「急性期」

◆ 上記をひとつも満たさない診療所 → 「回復期（在宅医療等相当を含む）」

2 大阪府における地域医療構想の進め方（大阪アプローチの推進 ― 定量的分析）

「既存病床数」が「基準病床数」を上回っているため、「2025年の病床数の必要量」の達成に向けた新たな病床整備ができず、「既存病床数」の範囲において、定量的分析を行った上で、機能分化を促進

● 病床機能報告と病床数の必要量の比較

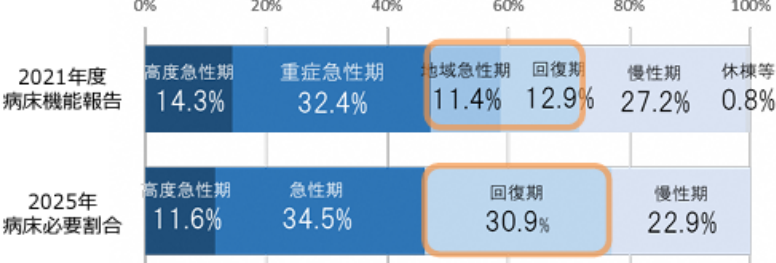
区分	年度	高度急性期	急性期※	重症急性期	急性期（不明）	地域急性期	回復期	慢性期	休棟等	未報告等	合計
病床機能報告	2021	12,534	39,429	28,470	916	10,043	11,298	23,875	722	117	87,975
病床数の必要量	2025	11,789	35,047				31,364	23,274			101,474

※急性期報告病棟については、下記方法により定量的分析を行い、「重症急性期」と「地域急性期」に分類

対象分析	病床機能報告において、急性期で報告している病棟 ※ただし、急性期一般入院料1～3の急性期報告病床は、下記診療実態に関わらず、重症急性期として扱う
診療実態分析	病棟あたりの下記実施件数について算出 ①月あたり救急医療管理加算レセプト件数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数) ②月あたり手術総数レセプト算定回数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数) ③月あたり呼吸心拍監視（3時間を超え7日以内）レセプト算定回数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数) ④月あたり化学療法レセプト算定日数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数)
分類	重症急性期：①1以上 or ②1以上 or ③2以上 or ④1以上 地域急性期：その他

【参考】  
基準病床数  
60,890床

● 病床機能報告（2021年度）と病床数の必要量（2025年）の割合の比較



サブアキュート・ポストアキュート・リハビリ機能  
現状と将来必要となる病床機能の割合の比較

① 病床機能報告（地域急性期 + 回復期）

2021年度 24.3%

② 病床数の必要量（回復期）

30.9%

割合の差  
**6.6% (約5,800床)**  
※2020年度の  
約10%から4%改善



- 
- 本資料に提供されている内容は万全を期しておりますが、入手し得る資料及び情報に基づいて作成したものであり、その内容の正確性や安全性を保障するものではありません。
  - 本資料を弊社に何の断りなく用い、貴社、貴法人が損害等を被った場合において、弊社は一切の責任を負いかねます。
  - 本資料は弊社独自のものですので、取り扱いには十分注意していただけますようお願い申し上げます。