

病 床 機 能 報 告 か ら み た 橋本保健医療圏の現状等について

- 1 地域医療構想で定めた必要病床数と、病床機能報告による
現状の病床数との比較 P1 ～ P2
- 2 平成 2 9 年度病床機能報告集計結果
 - ①和歌山県全体 P3
 - ②橋本保健医療圏 P4 ～ P7
- 3 非稼働病床に関する対応方針等について…… P8 ～ P11
- 4 平成 3 0 年度病床機能報告に向けて…………… P12 ～ P26
 - 【P12～P23】平成 30 年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理（資料編）
厚生労働省「第 14 回地域医療構想に関するワーキンググループ」
（平成 30 年 6 月 15 日開催）
 - 【P24～P26】平成 30 年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理
厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」
（平成 30 年 6 月 22 日とりまとめ）

地域医療構想において定めた「2025年の必要病床数」と現状の病床数について

圏域名	医療機能	〔参考〕 2013年度の 必要病床数 (床)
和歌山	① 高度急性期	511
	② 急性期	1,554
	③ 回復期	1,629
	④ 慢性期(パターンB)	1,080
	小 計	4,774
那 賀	① 高度急性期	43
	② 急性期	224
	③ 回復期	207
	④ 慢性期(パターンB)	427
	小 計	901
橋 本	① 高度急性期	63
	② 急性期	245
	③ 回復期	292
	④ 慢性期(パターンB)	74
	小 計	674
有 田	① 高度急性期	24
	② 急性期	137
	③ 回復期	140
	④ 慢性期(特例(パターンC))	257
	小 計	558
御 坊	① 高度急性期	41
	② 急性期	209
	③ 回復期	187
	④ 慢性期(パターンB)	255
	小 計	692
田 辺	① 高度急性期	151
	② 急性期	397
	③ 回復期	331
	④ 慢性期(パターンB)	384
	小 計	1,263
新 宮	① 高度急性期	48
	② 急性期	178
	③ 回復期	212
	④ 慢性期(パターンB)	236
	小 計	674
県 計	① 高度急性期	881
	② 急性期	2,944
	③ 回復期	2,998
	④ 慢性期(パターンB)	2,713
	小 計	9,536

【1】 2025年度の 必要病床数 (床)	【2】 〔参考〕 2017年7月1日現在の 病床(床) ※病床機能報告	【1-2】
588	1,261	▲ 673
1,674	2,511	▲ 837
1,836	695	1,141
863	1,399	▲ 536
4,961	6,099	▲ 1,138
48	0	48
267	522	▲ 255
261	179	82
385	409	▲ 24
961	1,110	▲ 149
65	10	55
267	467	▲ 200
327	179	148
78	185	▲ 107
737	841	▲ 104
0	0	0
146	266	▲ 120
148	207	▲ 59
201	223	▲ 22
495	696	▲ 201
20	8	12
210	507	▲ 297
191	93	98
234	261	▲ 27
655	869	▲ 214
120	36	84
404	924	▲ 520
340	141	199
249	525	▲ 276
1,113	1,640	▲ 527
44	0	44
174	492	▲ 318
212	114	98
154	397	▲ 243
584	1,024	▲ 440
885	1,315	▲ 430
3,142	5,689	▲ 2,547
3,315	1,608	1,707
2,164	3,399	▲ 1,235
9,506	12,279	▲ 2,773

「病床機能報告」(2017年7月1日現在)による病床数
(左表の【2】を病院・診療所別としたもの)

区 分	医療機関数
和歌山	73
病院	40
有床診療所	33
那賀	14
病院	7
有床診療所	7
橋本	9
病院	4
有床診療所	5
有田	10
病院	5
有床診療所	5
御坊	5
病院	4
有床診療所	1
田辺	14
病院	8
有床診療所	6
新宮	12
病院	7
有床診療所	5
県 計	137
病院	75
有床診療所	62

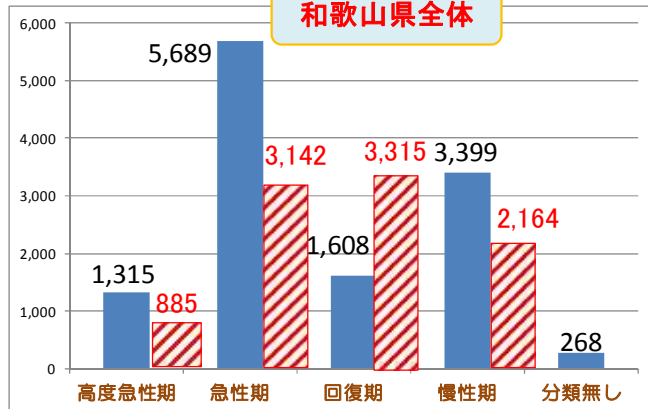
病床数 (単位: 床)					
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	計
1,261	2,511	695	1,399	233	6,099
1,261	2,275	639	1,294	129	5,598
	236	56	105	104	501
	522	179	409		1,110
	477	141	371		989
	45	38	38		121
10	467	179	185		841
10	449	177	128		764
	18	2	57		77
	266	207	223		696
	216	207	204		627
	50		19		69
8	507	93	261		869
8	489	93	261		851
	18				18
36	924	141	525	14	1,640
36	912	122	487		1,557
	12	19	38	14	83
	492	114	397	21	1,024
	444	95	397	2	938
	48	19		19	86
1,315	5,689	1,608	3,399	268	12,279
1,315	5,262	1,474	3,142	131	11,324
	427	134	257	137	955

【2】各「小計」においては、①～④の機能に分類されていない「分類なし」病床数を含めているため、単純な①～④合計値とは一致しない。

「2025年の必要病床数」と現状の病床数(棒グラフによる比較)

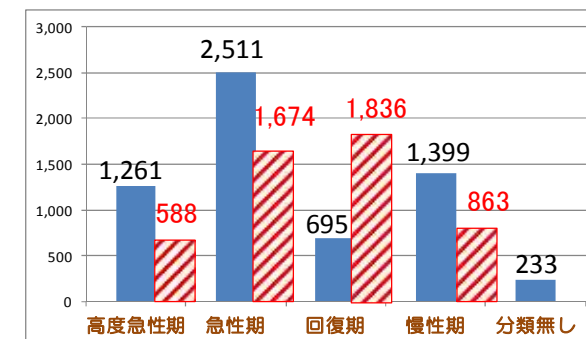
(単位: 床)

和歌山県全体



(単位: 床)

和歌山 構想区域



棒グラフ凡例



2025年の必要病床数

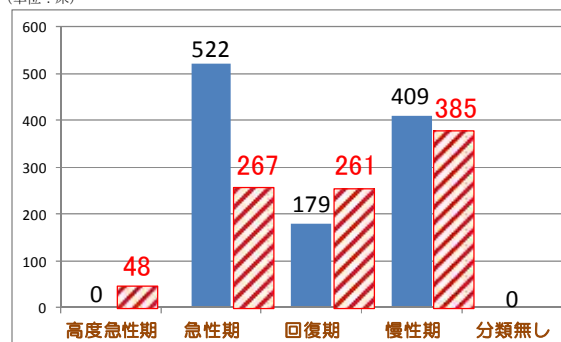


現状 (平成29年) の病床数

(※) 現状の病床数は、病床機能報告
(平成29年7月1日現在) より

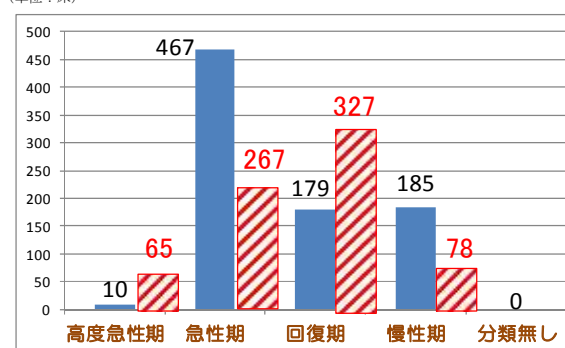
那賀 構想区域

(単位: 床)



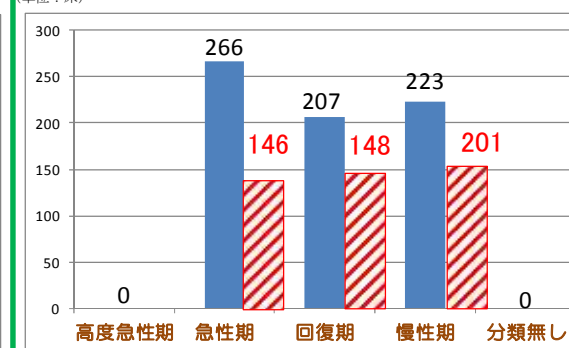
橋本 構想区域

(単位: 床)



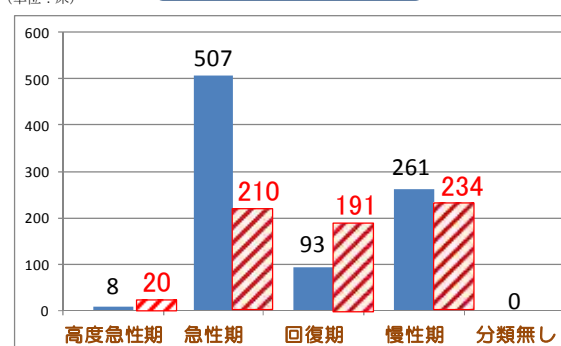
有田 構想区域

(単位: 床)



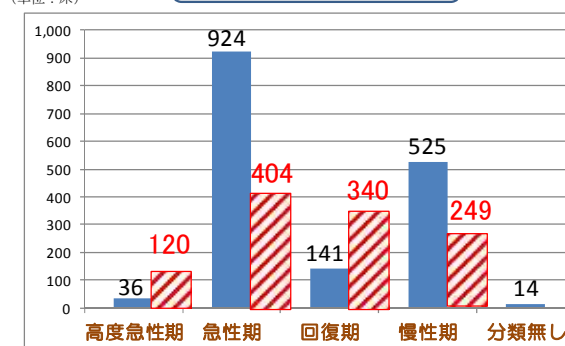
御坊 構想区域

(単位: 床)



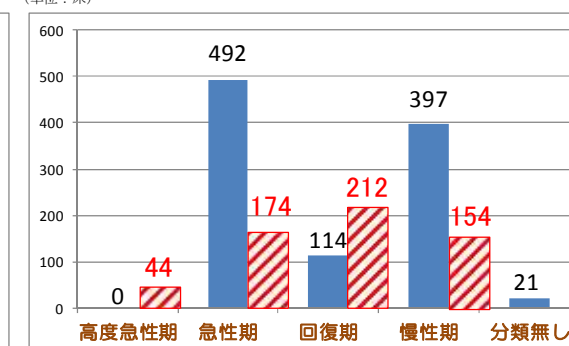
田辺 構想区域

(単位: 床)



新宮 構想区域

(単位: 床)



病床機能報告による病床数について（H28 → H29）

平成29年度報告対象医療機関

病院75（前年度比±0）

有床診療所62（前年度比▲6）

1 病院

二次医療圏	平成28年度病床機能報告（平成28年7月1日現在）（A）					
	病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
和歌山	5,598	1,243	2,410	485	1,331	129
那賀	989		477	141	371	
橋本	772	6	481	157	128	
有田	627		270	113	244	
御坊	877	8	515	93	261	
田辺	1,557	36	912	122	487	
新宮	938		444	95	397	2
計	11,358	1,293	5,509	1,206	3,219	131

二次医療圏	平成29年度病床機能報告（平成29年7月1日現在）（B）					
	病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
和歌山	5,598	1,261	2,275	639	1,294	129
那賀	989		477	141	371	
橋本	764	10	449	177	128	
有田	627		216	207	204	
御坊	851	8	489	93	261	
田辺	1,557	36	912	122	487	
新宮	938		444	95	397	2
計	11,324	1,315	5,262	1,474	3,142	131

二次医療圏	H28→H29の増減（B）－（A）					
	病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
和歌山		18	▲135	154	▲37	
那賀						
橋本	▲8	4	▲32	20		
有田			▲54	94	▲40	
御坊	▲26		▲26			
田辺						
新宮						
計	▲34	22	▲247	268	▲77	

2 有床診療所

二次医療圏	平成28年度病床機能報告（平成28年7月1日現在）（A）					
	病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
和歌山	476		213	56	86	121
那賀	121		45	38	38	
橋本	77		18	2	57	
有田	71		52		19	
御坊	18		18			
田辺	123		14	19	46	44
新宮	110		53	19		38
計	996		413	134	246	203

二次医療圏	平成29年度病床機能報告（平成29年7月1日現在）（B）					
	病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
和歌山	501		236	56	105	104
那賀	121		45	38	38	
橋本	77		18	2	57	
有田	69		50		19	
御坊	18		18			
田辺	83		12	19	38	14
新宮	86		48	19		19
計	955		427	134	257	137

二次医療圏	H28→H29の増減（B）－（A）					
	病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
和歌山	25		23		19	▲17
那賀						
橋本						
有田	▲2		▲2			
御坊						
田辺	▲40		▲2		▲8	▲30
新宮	▲24		▲5			▲19
計	▲41		14		11	▲66

3 病院＋有床診療所

※下段の赤字は2025（H37）年の必要病床数

二次医療圏	平成28年度病床機能報告（平成28年7月1日現在）（A）					
	病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
和歌山	6,074	1,243	2,623	541	1,417	250
那賀	1,110		522	179	409	
橋本	849	6	499	159	185	
有田	698		322	113	263	
御坊	895	8	533	93	261	
田辺	1,680	36	926	141	533	44
新宮	1,048		497	114	397	40
計	12,354	1,293	5,922	1,340	3,465	334

二次医療圏	平成29年度病床機能報告（平成29年7月1日現在）（B）					
	病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
和歌山	6,099	1,261	2,511	695	1,399	233
那賀	1,110		522	179	409	
橋本	841	10	467	179	185	
有田	696		266	207	223	
御坊	869	8	507	93	261	
田辺	1,640	36	924	141	525	14
新宮	1,024		492	114	397	21
計	12,279	1,315	5,689	1,608	3,399	268

二次医療圏	H28→H29の増減（B）－（A）					
	病床数	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
和歌山	25	18	▲112	154	▲18	▲17
那賀						
橋本	▲8	4	▲32	20		
有田	▲2		▲56	94	▲40	
御坊	▲26		▲26			
田辺	▲40		▲2		▲8	▲30
新宮	▲24		▲5			▲19
計	▲75	22	▲233	268	▲66	▲66

【橋本保健医療圏】医療機関別・医療機能別の許可病床数

①ーア 病院(平成28年度→平成29年度)

医療機関名称	平成28年7月1日現在（Ａ）						平成29年7月1日現在（Ｂ）						（Ｂ）－（Ａ）					
	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	
橋本市民病院	300	6	244	50			300	6	244	50								
和歌山県立医科大学附属病院紀北分院	100		100				100		100									
紀和病院	280		88	64	128		280	4	56	92	128		4	▲ 32	28			
山本病院	92		49	43			84		49	35					▲ 8			
小 計	772	6	481	157	128	0	764	10	449	177	128	0	4	0	▲ 8	0	0	

※ ：報告対象外（廃止、無床化（予定を含む）等の理由による）

①ーイ 病院(平成29年度 → 6年後(2023年) → 2025年)

医療機関名称	平成29年7月1日現在						6 年後（2023年）の予定						2025年後の予定（※回答任意）					
	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
橋本市民病院	300	6	244	50			300	6	244	50			300	6	244	50		
和歌山県立医科大学附属病院紀北分院	100		100				100		100				100		100			
紀和病院	280	4	56	92	128		280	4	56	92	128		0	報告無し				
山本病院	84		49	35			84		49	35			0	報告無し				
小 計	764	10	449	177	128	0	764	10	449	177	128	0	400	6	344	50	0	0

【橋本保健医療圏】医療機関別・医療機能別の許可病床数

②ーア 有床診療所(平成28年度→平成29年度)

医療機関名称	平成28年7月1日現在（Ａ）						平成29年7月1日現在（Ｂ）						（Ｂ）－（Ａ）					
	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	
高野山総合診療所	2			2			2			2								
吉田クリニック	19				19		19				19							
岡田整形外科	19				19		19				19							
奥村マタニティクリニック	18		18				18		18									
梅本診療所	19				19		19				19							
小 計	77		20		57		77		20		57							

※ : 報告対象外（廃止、無床化（予定を含む）等の理由による）

②ーイ 有床診療所(平成29年度→6年後(2023年)→2025年)

医療機関名称	平成29年7月1日現在						6 年後（2023年）の予定						2025年の予定（※回答任意）					
	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類なし
高野山総合診療所	2			2			2					2	2					2
吉田クリニック	19				19		19				19		19				19	
岡田整形外科	19				19		19				19		19				19	
奥村マタニティクリニック	18		18				18		18				18		18			
梅本診療所	19				19		19				19		0		報告無し			
小 計	77	0	18	2	57	0	77	0	18	0	57	2	58	0	18	0	38	2

※ : 報告対象外（廃止、無床化（予定を含む）等の理由による）

【和歌山県全体】非稼働病床の状況（平成28年度→平成29年度）

※ 非稼働病床・・・病床機能報告の基準日前の１年間に於いて、一度も入院患者を収容しなかった病床

平成28年7月1日時点の非稼働病床

保健医療圏	病 院			有床診療所			計		
	許 可 病床数	非稼働 病床数	非稼働 割 合	許 可 病床数	非稼働 病床数	非稼働 割 合	許 可 病床数	非稼働 病床数	非稼働 割 合
和歌山	5,598	220	3.9%	476	121	25.4%	6,074	341	5.6%
和歌山市	5,084	179	3.5%	410	112	27.3%	5,494	291	5.3%
海南地域	514	41	8.0%	66	9	13.6%	580	50	8.6%
那 賀	989	25	2.5%	121	3	2.5%	1,110	28	2.5%
橋 本	772	20	2.6%	77	2	2.6%	849	22	2.6%
有 田	627	2	0.3%	71	20	28.2%	698	22	3.2%
御 坊	877	68	7.8%	18	0	0.0%	895	68	7.6%
田 辺	1,557	143	9.2%	123	54	43.9%	1,680	197	11.7%
新 宮	938	37	3.9%	110	48	43.6%	1,048	85	8.1%
計	11,358	515	4.5%	996	248	24.9%	12,354	763	6.2%

平成29年7月1日時点の非稼働病床

保健医療圏	病 院			有床診療所			計		
	許 可 病床数	非稼働 病床数	非稼働 割 合	許 可 病床数	非稼働 病床数	非稼働 割 合	許 可 病床数	非稼働 病床数	非稼働 割 合
和歌山	5,598	253	4.5%	501	138	27.5%	6,099	391	6.4%
和歌山市	5,084	217	4.3%	440	134	30.5%	5,524	351	6.4%
海南地域	514	36	7.0%	61	4	6.6%	575	40	7.0%
那 賀	989	45	4.6%	121	4	3.3%	1,110	49	4.4%
橋 本	764	21	2.7%	77	2	2.6%	841	23	2.7%
有 田	627	0	0.0%	69	24	34.8%	696	24	3.4%
御 坊	851	5	0.6%	18	0	0.0%	869	5	0.6%
田 辺	1,557	124	8.0%	83	14	16.9%	1,640	138	8.4%
新 宮	938	51	5.4%	86	25	29.1%	1,024	76	7.4%
計	11,324	499	4.4%	955	207	21.7%	12,279	706	5.7%

※ 「海南地域」・・・海南市及び紀美野町

【橋本医療圏】非稼働病床の状況（平成29年度）

① 病院

※ 非稼働病床・・・病床機能報告の基準日前の1年間において、一度も入院患者を収容しなかった病床

医療機関名称	一般病床・療養病床 合計			参 考	
	許 可 病床数	非稼働 病床数	非稼働 割 合	H28非稼働 病床数 (合 計)	H28→H29 非稼働 増 減
橋本市民病院	300				
和歌山県立医科大学附属病院紀北分院	100	20	20.0%	20	
紀和病院	280				
山本病院	84	1	1.2%		▲ 1
総 計	764	21	2.7%	20	▲ 1

② 有床診療所

※ 非稼働病床・・・病床機能報告の基準日前の1年間において、一度も入院患者を収容しなかった病床

医療機関名称	一般病床・療養病床 合計			参 考	
	許 可 病床数	非稼働 病床数	非稼働 割 合	H28非稼働 病床数 (合 計)	H28→H29 非稼働 増 減
高野町立高野山総合診療所	2	2	100.0%	2	
奥村マタニティクリニック	18				
岡田整形外科	19				
梅本診療所	19				
吉田クリニック	19				
小 計	77	2	2.6%	2	

非稼働病床に関する対応方針等について

【（１）地域医療構想を踏まえた非稼働病床に係る対応方針】

- 和歌山県地域医療構想においては、将来（２０２５年）の医療需要に応じて医療機能別に必要とされる病床数を適正に確保する観点から、病床機能の分化・連携を進めていくこととしているが、その一環として、今後の活用見込みが無い病床については、他施設への転換や廃止を進めること等により、地域全体として病床の有効活用を図っていく予定としている。
- 平成２９年度病床機能報告（平成２９年７月１日現在）によれば、非稼働病床（平成２８年７月１日から平成２９年６月３０日の間において入院患者を１人も収容しなかった病床）は県内に約７００床存在する。
さらに、数年以上にわたって非稼働状態にある病床も相当数見受けられることから、事務局（県・医務課）において現在、その実態把握を進めている段階にある。
- このような非稼働病床を保有している医療機関にあっては、地域全体として医療資源の有効活用を図っていく観点から、当該病床の廃止や他施設への転換について、積極的な検討を改めてお願いする。
特に、「病床が全て稼働していない病棟」を有する医療機関については、厚生労働省通知（本資料Ｐ４【参考②】）に基づき、地域医療構想調整会議において順次、今後の見通しについて説明いただきたい。
- さらに、公的（公立）医療機関にあっては、地域において担っている役割・責務等を十分に踏まえ、率先して当該病床の廃止等を検討いただきたい。

【（２）非稼働病床に関する地域医療構想調整会議等での議論】

- 先述のとおり、「病床が全て稼働していない病棟」を有する医療機関については、地域医療構想調整会議において順次、今後の見通しについて説明いただきたい。

- その説明の結果、当該病棟の維持の必要性が乏しいと考えられる病棟を有する医療機関に対しては、県は、医療法の規定に基づき、県医療審議会の意見を聴いた上で、非稼働病床数の範囲内で病床数を削減することを内容とする許可変更のための措置を命令（公的医療機関）又は要請（公的医療機関等以外）することとされている。
- また、要請を受けた者が正当な理由なく当該要請に係る措置を講じていない場合には、県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告、さらには、命令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、県は、その旨を公表することとされている。
（※これらはいずれも医療法の規定に基づく対応）
- 国からの要請の対象は、「病床が全て稼働していない病棟」を有する医療機関であるが、和歌山県においては、非稼働病床（病床単位）に関してもこれに準じた検証・議論を行う必要があると考えているもの。
ただし、一過性の非稼働状態にある等の個別の事情等に関しては十分に把握・検証を行う必要。
- 和歌山県においては、『経済財政運営と改革の基本方針（いわゆる骨太方針）2017・2018』を踏まえ、現診療報酬体系期間である平成31年度末を目途として、県全体の非稼働病床に係る今後対応方針に関して、県医療審議会への意見聴取等を適宜実施しつつ、地域医療構想調整会議を通じて地域全体で確認・整理を行う。

【（３）病床の機能転換・廃止に係る県の支援策について】

- 病床の機能転換及び廃止にあたっては、現在、下記①②の経費に対し、県補助事業を実施しているところ。
 - ① 病床機能の転換（急性期から回復期）に係る経費
 - ② 病床を一度に15床以上廃止し、通所介護施設等に転換するための経費
（※補助事業に関しては、本日配付「参考資料3」を参照）
- これらの補助事業については、補助単価の引上げや転換先要件の緩和等を含め、県医務課において鋭意、検討中である。
また、国の地域医療介護総合確保基金を財源としていることから、県としては、引き続き国との交渉を重ね、基金総額の確保に努める。

- このほか、他用途への転換等を含めて、個別医療機関に対するきめ細かな相談に応じることも重要な支援の一環と捉えており、各医療機関の今後の具体的対応方針に関して、事務局（県・保健所）としては地域の医療関係者の理解を得ながら、引き続き熱意を持って、ともに地域医療構想を進めていく。

【（４）平成３０年度の病床機能報告にあたって】

- 平成３０年度の病床機能報告（平成３０年７月１日時点の機能を報告）においては、２０２５年における病床機能についての報告が義務付けられる予定である。
非稼働病床を有する医療機関にあつては、非稼働病床の現状及び今後の予定を十分に勘案した上で、２０２５年における病床機能について報告をいただきたい。
- 当該報告を踏まえて、今秋（１１月頃）を目途に、各医療機関に対するヒアリング等を順次実施。平成３１年２月頃の開催を目途とする地域医療構想調整会議においても地域全体として情報共有を行う予定。

【参考①】『和歌山県地域医療構想調整会議における取組方針』より
（８）休床病床及び非稼働病床（１年以上）に係る取扱いについて

「病床機能報告」において、現在休床中、又は１年以上稼働していない病床にあつては、地域医療構想の趣旨に鑑みて、各保健所又は県医務課が訪問調査の実施により、今後の病床の機能転換又は廃止について、意向確認（ヒアリング）を実施することとしている。

その後、調整会議において情報共有を図るが、各圏域において不足する病床機能への転換に関しては必要性を判断の上協議を行うこととし、それ以外の病床機能への転換は認めない。

【参考②】『地域医療構想の進め方』（平成30年2月7日 厚生労働省
医政局地域医療計画課長通知）より

1. 地域医療構想調整会議の進め方について

（1）地域医療構想調整会議の協議事項

イ. 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応

（ア）全ての医療機関に関すること

都道府県は、病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟（過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟をいう。以下同じ。）を有する医療機関を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、①病棟を稼働していない理由、②当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明するよう求めること。ただし、病院・病棟を建て替える場合など、事前に地域医療構想調整会議の協議を経て、病床が全て稼働していない病棟の具体的対応方針を決定していれば、対応を求めなくてもよい。

なお、病床過剰地域において、上述の説明の結果、当該病棟の維持の必要性が乏しいと考えられる病棟を有する医療機関に対しては、都道府県は、速やかに、医療法第7条の2第3項又は第30条の12第1項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、非稼働の病床数の範囲内で、病床数を削減することを内容とする許可の変更のための措置を命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、同法第30条の12第2項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、同法第7条の2第7項又は同法第30条の12第3項に基づき、その旨を公表すること。

（イ）留意事項

都道府県は、病床がすべて稼働していない病棟を再稼働しようとする医療機関の計画を把握した場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、構想区域の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、現在稼働している病棟の稼働率を上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理 (資料編)

「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15日急性期医療に関する作業グループ報告書) 抜粋

1. 基本的な考え方

- 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。
- 地域において、それぞれの医療機関の一般病床が担っている医療機能（急性期、亜急性期、回復期など）の情報を把握し、分析する。その情報を元に、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していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。
この仕組みを通じて、それぞれの医療機関は、他の医療機関と必要な連携をしつつ自ら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、地域のニーズに応じた効果的な医療提供に努める。
- これにより、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。
- 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。

2. 医療機能及び病床機能を報告する仕組み

(医療機関が担っている医療機能を自主的に選択し、報告する仕組み)

- **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。**その際、医療機能情報提供制度を活用することを検討する。

※ **報告は、病棟単位を基本とする。**

3. (略)

「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方について」

(平成26年7月24日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) 抜粋

II 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方について

1. 医療機関が報告する医療機能について

- 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
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等を入院させる機能

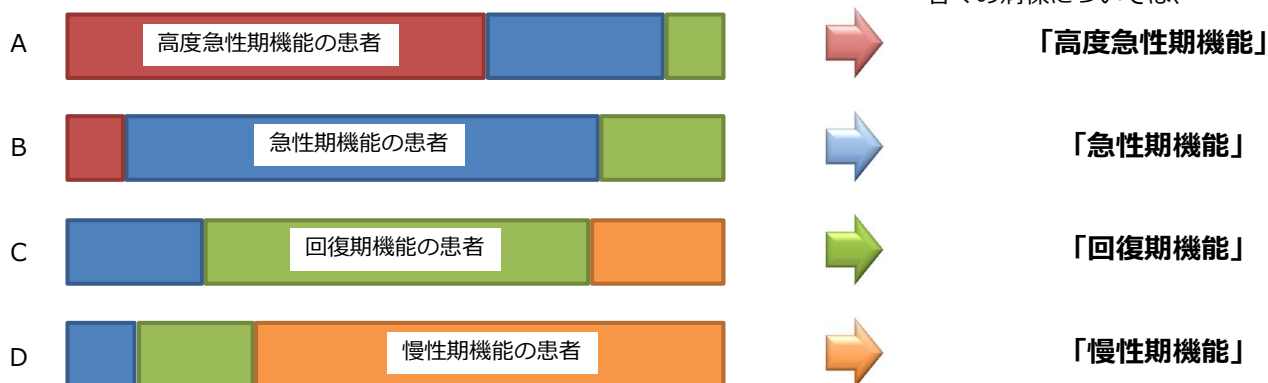
- 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つを選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、医療機関は、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告項目を、都道府県に報告することとする。

- **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。** 2

医療機能の選択に当たっての基本的な考え方

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、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、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

(ある病棟の患者構成イメージ)



として報告することを基本とする。

病床機能報告における4医療機能について

○ 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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等を入院させる機能

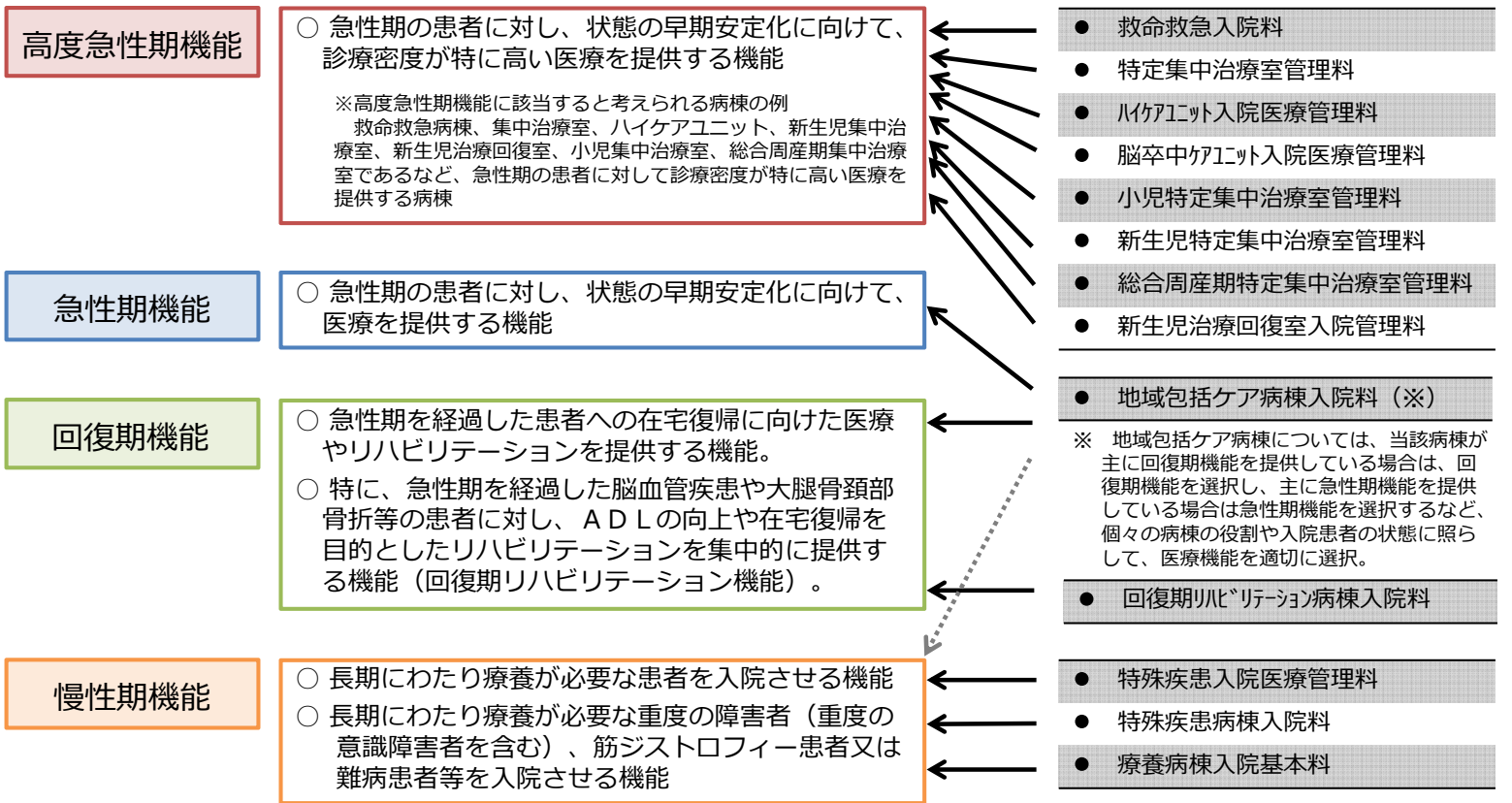
- **回復期機能については**、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる**。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

4

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

第4回地域医療構想に関するWG資料
平成29年5月10日 2

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。



5

地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について

「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」
(平成29年9月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡) 抜粋

地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を出しているのに対し、**病床機能報告制度では様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能1つを選択して報告する仕組みである**。例えば**回復期機能は、「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」を指すもの**であり、当該機能を主として担う病棟が報告されるものであるから、**単に回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している病棟のみを指すものではない**。

しかしながら、**この点の理解が不十分**であるために、これまでの病床機能報告では、**主として「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」を有する病棟であっても、急性期機能や慢性期機能と報告されている病棟が一定数存在**することが想定される。

また、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**回復期機能以外の機能が報告された病棟においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供されていたり、在宅医療の支援のため急性期医療が提供されていたり**する場合があると考えられる。また、回復期機能が報告された病棟においても、急性期医療が行われている場合がある。

これらを踏まえると、**現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えているが、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較から、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ように誤解させる状況が生じていると想定される**。

このため、今後は、**各医療機関に、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告していただくこと**、また、高齢化の進展により、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる地域では、**地域医療構想調整会議において、地域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、機能分化・連携を進めていただくことが重要**と考えており、地域医療構想の達成に向けた取組等を進める上で、ご留意いただきたい。

6

平成29年度病床機能報告制度における主な報告項目

構造設備・人員配置等に関する項目

具体的な医療の内容に関する項目

病床数・人員配置・機器等	医療機能(現在/今後の方向) ※任意で2025年時点の医療機能の予定 許可病床数、稼働病床数 医療法上の経過措置に該当する病床数 一般病床数、療養病床数 算定する入院基本料・特定入院料 看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数 理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数 主とする診療科 DPC群 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の届出の有無(有の場合、医療機関以外/医療機関での看取り数) 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 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、ガンマナイフ、サイバーナイフ、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)等) 退院調整部門の設置・勤務人数	幅広い手術 がん・脳卒中・心筋梗塞等への対応 重症患者への対応 救急医療の実施	回復期・在宅 急性期後 在宅 全身管理 疾患に即した/早期からの 障害者等受入 長期療養患者・重度の 多様な機能 有床診療所の 連携	急性期後・在宅 急性期後 在宅 全身管理 疾患に即した/早期からの 障害者等受入 長期療養患者・重度の 多様な機能 有床診療所の 連携
入院患者の状況	新規入棟患者数	手術件数(臓器別)、全身麻酔の手術件数	急性期後・在宅	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
	在棟患者延べ数	人工心肺を用いた手術	急性期後・在宅	地域連携診療計画加算、退院時共同指導料
退棟患者数	退棟患者数	胸腔鏡下手術件数、腹腔鏡下手術件数	急性期後・在宅	介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料
	入棟前の場所別患者数	悪性腫瘍手術件数	急性期後・在宅	中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入
予定入院・緊急入院の患者数	予定入院・緊急入院の患者数	病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製	急性期後・在宅	観血的動脈圧測定、ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄
	退棟先の場所別患者数	放射線治療件数、化学療法件数	急性期後・在宅	人工呼吸、人工腎臓、腹膜灌流
退院後に在宅医療を必要とする患者数	退院後に在宅医療を必要とする患者数	がん患者指導管理料	急性期後・在宅	経管栄養カテーテル交換法
		抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	急性期後・在宅	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、摂食機能療法
		超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的冠動脈形成術	急性期後・在宅	リハビリテーション充実加算、休日リハビリテーション提供体制加算
		分娩件数	急性期後・在宅	入院時訪問指導加算、リハビリテーションを実施した患者の割合
		入院精神療法、精神科リエンチーム加算、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算、精神疾患診断治療初回加算	急性期後・在宅	平均リハ単位数/1患者1日当たり、1年間の総退院患者数
		ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料	急性期後・在宅	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
		救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定	急性期後・在宅	療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算
		持続経徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓	急性期後・在宅	重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算
		頭蓋内圧持続測定	急性期後・在宅	難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算
		血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法	急性期後・在宅	超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
		一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	急性期後・在宅	強度行動障害入院医療管理加算
		院内トリアージ実施料	急性期後・在宅	往診患者述べ数、訪問診療患者述べ数、看取り患者数(院内/在宅)
		夜間休日救急搬送医学管理料	急性期後・在宅	有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料
		精神科疾患患者等受入加算	急性期後・在宅	急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割
		救急医療管理加算	急性期後・在宅	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
		在宅患者緊急入院診療加算	急性期後・在宅	歯科医師連携加算
		救命のための気管内挿管	急性期後・在宅	周術期口腔機能管理後手術加算
		体表面ベージング法/食道ベージング法	急性期後・在宅	周術期口腔機能管理料
		非開胸的心マッサージ、カウンスショック	急性期後・在宅	
		心臓穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法	急性期後・在宅	
		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)	急性期後・在宅	
		救急車の受入件数	急性期後・在宅	

7

具体的な医療の内容に関する項目と病床機能

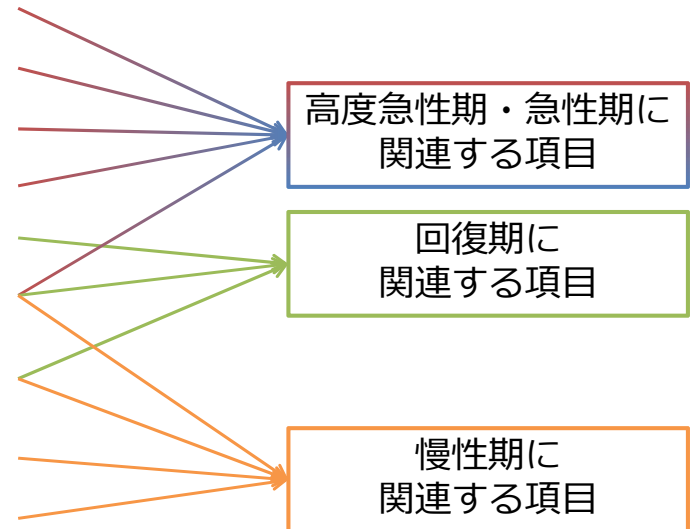
- 病床機能報告における「具体的な医療の内容に関する項目」と、病床機能との関連性を以下のとおり整理。

第 1 0 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	資 料
平 成 2 9 年 1 2 月 1 3 日	2 - 2

【具体的な医療の内容に関する項目】

＜様式 2＞

3. 幅広い手術の実施状況
4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況
5. 重症患者への対応状況
6. 救急医療の実施状況
7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況
8. 全身管理の状況
9. 疾患に応じたリハビリテーション・
早期からのリハビリテーションの実施状況
10. 長期療養患者の受入状況
11. 重度の障害児等の受入状況
12. 医科歯科の連携状況



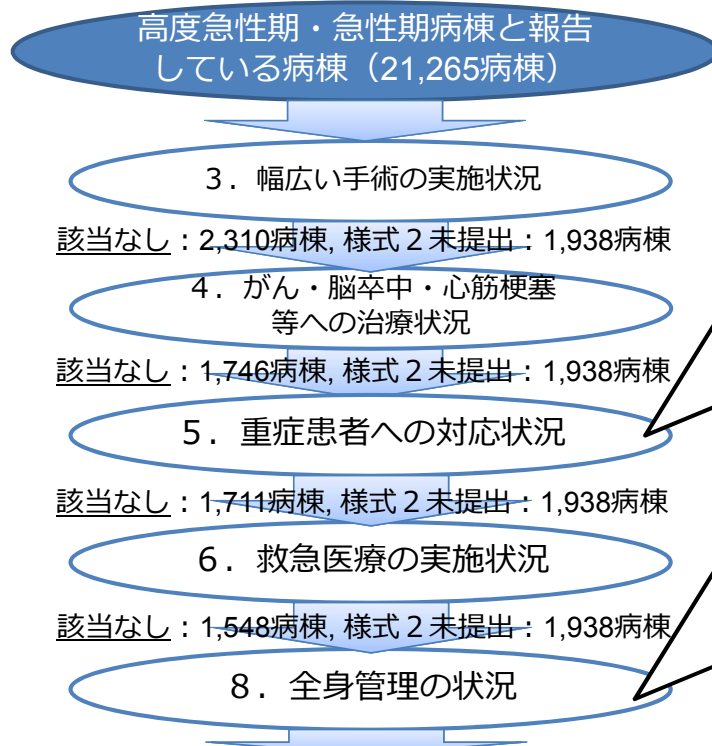
8

急性期医療を全く提供していないと考えられる病棟について

- 高度急性期・急性期機能を選択した病棟について、「具体的な医療の内容に関する項目」の実施の有無を確認。

※ 平成29年度病床機能報告において、様式1で高度急性期又は急性期機能を報告している病院の病棟及び有床診療所のうち、様式2で以下の項目でレセプト件数、算定日数、算定回数が0件又は未報告と報告された病棟数を算出

第 1 3 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	資 料
平 成 3 0 年 5 月 1 6 日	3 - 1



重症患者への対応	・ハイリスク分娩管理加算
	・ハイリスク妊産婦共同管理料
	・救急搬送診療料
	・観血的肺動脈圧測定
	・持続緩徐式血液濾過
	・大動脈バルーンパンピング法
	・経皮的心肺補助法
	・補助人工心臓・植込型補助人工心臓
	・頭蓋内圧持続測定
	・血漿交換療法
全身管理	・吸着式血液浄化法
	・血球成分除去療法
	・中心静脈注射
	・呼吸心拍監視
	・酸素吸入
	・観血的動脈圧測定
	・ドレーン法
	・胸腔若しくは腹腔洗浄
	・人工呼吸
	・人工腎臓
	・腹膜灌流
	・経管栄養カテーテル交換法

「全項目該当なし：1,076病棟」＋「様式2未提出：1,938病棟」
＝3,014病棟（約14%）

地域医療構想調整会議で
機能について確認

9

「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	<p>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</p> <p><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></p> <p>病棟A 急性期の患者 回復期の患者 ←可能な限り客観指標で把握</p>
②回復期への転換確実	<p>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</p> <p><u>※病床機能報告のタイムラグを補正</u></p>
③回復期に近い急性期	<p>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</p> <p>病棟B 急性期の患者 回復期の患者 ←平均在棟日数22日超のイメージ</p>

10

定量的な基準（埼玉県）①

機能区分の枠組み

第13回地域医療構想WG	資料3-2
平成30年5月16日	一部改変

- 「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	<div> <div>一般病棟</div> <div>有床診療所の一般病床</div> <div>地域包括ケア病棟</div> </div>	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)

切り分け

11
具体的な機能に応じて区分線を引く

高度急性期・急性期の区分（区分線1）の指標

第13回地域医療構想WG	資料3-2
平成30年5月16日	一部改変

○救命救急やICU等において、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。

☆…病床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。

12

高度急性期・急性期の区分（区分線1）のしきい値

第13回地域医療構想WG	資料3-2
平成30年5月16日	一部改変

○A～Jのいずれかを満たす病棟の割合は、救命救急・ICU等で92.5%

区分線1で高度急性期に分類する要件			しきい値		該当する病棟の割合				
			稼働病床1床当たりの月間の回数	40床の病棟に換算した場合	救命・ICU	一般病棟7:1（※）	一般病棟7:1以外（※）	有床診の一般病棟（※）	地域包括ケア病棟
手術	A	全身麻酔下手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上	40.0%	1.7%	0.0%	2.6%	0.0%
	B	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	17.5%	3.7%	0.0%	0.0%	0.0%
がん	C	悪性腫瘍手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	22.5%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%
脳卒中	D	超急性期脳卒中加算	あり	あり	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	算定不可
	E	脳血管内手術	あり	あり	21.3%	1.7%	0.6%	0.0%	0.0%
心血管疾患	F	経皮的冠動脈形成術	0.5回/月・床以上	20回/月以上	27.5%	2.8%	1.7%	1.3%	0.0%
救急	G	救急搬送診療料	あり	あり	7.5%	1.7%	0.0%	0.0%	算定不可
	H	救急医療に係る諸項目（下記の合計） ・救命のための気管内挿管 ・体表面・食道ベーシング法 ・非開胸的心マッサージ ・カウンターショック ・心臓穿刺 ・食道圧迫止血チューブ挿入法	0.2回/月・床以上	8回/月以上	66.3%	3.1%	2.8%	2.6%	0.0%
	I	重症患者への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的肺動脈圧測定 ・持続緩徐式血液濾過 ・大動脈バルーンパンピング法 ・経皮的肺補助法 ・人工心臓 ・頭蓋内圧持続測定（3時間超） ・人工心肺 ・血漿交換療法 ・吸着式血液浄化法 ・血球成分除去療法	0.2回/月・床以上	8回/月以上	48.8%	2.3%	0.6%	0.0%	0.0%
全身管理	J	全身管理への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的動脈圧測定（1時間超） ・ドレーン法 ・胸腔穿刺 ・人工呼吸（5時間超）	8.0回/月・床以上	320回/月以上	46.3%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%
上記A～Jのうち1つ以上を満たす					92.5%	16.8%	4.0%	6.4%	0.0%

※…主たる診療科が産科・産婦人科・小児科・小児外科であるものを除く。

平成28年度病床機能報告のデータから作成

13

急性期・回復期の区分（区分線2）の指標

第13回地域医療構想資料 平成30年5月16日	3-2 一部改変
----------------------------	-------------

○一般病棟7:1におい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」「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等を指標に用い、しきい値を設定。

14

急性期・回復期の区分（区分線2）のしきい値

第13回地域医療構想資料 平成30年5月16日	3-2 一部改変
----------------------------	-------------

○OK～Pのいずれかを満たす病棟・有床診療所の割合は、
産科・小児科を除く一般病棟7:1で75.0%、10:1で45.5%、有床診で24.4%。

区分線2で急性期に分類する要件			しきい値		該当する病棟の割合				
			稼働病床1床当たりの月間の回数	40床の病棟に換算した場合	一般病棟7:1(※)	一般病棟10:1(※)	その他一般病棟(※)	有床診療の一般病床(※)	地域包括ケア病棟
手術	K	手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上	10.2%	2.7%	6.0%	21.8%	0.0%
	L	胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.1回/月・床以上	4回/月以上	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
がん	M	放射線治療	0.1回/月・床以上	4回/月以上	9.7%	2.7%	0.0%	0.0%	算定不可
	N	化学療法	1.0回/月・床以上	40回/月以上	17.3%	0.9%	1.5%	2.6%	0.0%
救急	O	予定外の救急医療入院の人数	10人/月・床以上	400人/月以上	17.3%	13.6%	6.0%	0.0%	0.0%
重症度等	P	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	25%以上	25%以上	57.1%	38.2%	3.0%	0.0%	7.7%
上記K～Pのうち1つ以上を満たす					75.0%	45.5%	16.4%	24.4%	7.7%

※…主たる診療科が産科・産婦人科・小児科・小児外科であるものを除く。

平成28年度病床機能報告のデータから作成

15

機能区分の適用結果

第13回地域医療構想に関するW G	資料3-2
平成30年5月16日	一部改変

大区分	入院料・診療科	4機能区分	該当病棟数	許可病床数	病床稼働率	備考
成人の医療等	救命救急・ICU等	高度急性期	80病棟	733床	61.9%	区分線1・区分線2によって高度急性期・急性期・回復期に区分
	一般病棟・地域包括ケア病床等	高度急性期	71病棟	2,852床	79.1%	
		急性期	282病棟	12,215床	79.0%	
		回復期	267病棟	10,466床	65.0%	
	回復期リハビリ病棟	回復期	60病棟	2,737床	86.5%	
	特殊疾患病棟・障害者施設等	慢性期	44病棟	2,027床	89.5%	
	医療療養病床	慢性期	147病棟	6,837床	88.9%	
周産期	介護療養病床	慢性期	12病棟	587床	87.2%	
	MFICU・NICU・GCU	高度急性期	26病棟	581床	96.2%	
	産科の一般病床	急性期	61病棟	1,550床	67.9%	
小児	小児入院管理料・小児科の一般病棟等	高度急性期	3病棟	116床	79.4%	医師・看護師の配置要件等を勘案し、入院料の種類に応じて高度急性期・急性期・回復期に区分
		急性期	19病棟	723床	46.7%	
		回復期	3病棟	87床	70.5%	
緩和ケア	緩和ケア病棟	急性期	4病棟	97床	63.6%	放射線治療の実施がある病棟を急性期、ない病棟を慢性期とする
		慢性期	6病棟	99床	65.3%	

4機能ごとに集計

4機能区分	該当病棟数	許可病床数	病床稼働率	平成28年度病床機能報告において各医療機関が報告した病床数	地域医療構想における2025年の必要病床数
高度急性期 計	180病棟	4,282床	78.5%	6,707床	5,528床
急性期 計	366病棟	14,585床	76.1%	24,118床	17,954床
回復期 計	330病棟	13,290床	69.4%	4,437床	16,717床
慢性期 計	209病棟	9,550床	88.7%	12,965床	14,011床
入院料に関する報告がなく分類できない病棟の病床	27病棟	318床	14.4%	—	—
休棟・病床機能報告に無回答の病床	—	—	—	2,145床	—
合計等	1,112病棟	42,025床	76.6%	50,372床	54,210床

注：表の42,025床の他に、病床機能報告に未報告部分がある・病床機能報告の様式1と様式2とが突合しない等の事由から、分析対象に含まれない病床が8,347床ある。

16

平成30年度診療報酬改定を踏まえた見直し①

第13回地域医療構想に関するW G	資料3-1
平成30年5月16日	一部改変

- 平成30年度診療報酬改定においては、「入院医療の評価」として、入院基本料・特定入院料の見直しが行われた。
- 病床機能報告における現行の報告項目について、これに対応した見直しを行う。

【診療報酬改定】

一般病棟入院基本料等の評価体系の見直し

- 一般病棟入院基本料等について、入院医療の基本的な診療に係る評価（基本部分）と、診療実績に応じた段階的な評価（実績部分）との2つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合する。

- ① 一般病棟入院基本料
 - ・ 一般病棟入院基本料（7対1、10対1、13対1、15対1）について再編・統合し、新たに、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料とする。
 - また、急性期一般入院基本料の段階的な評価については、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との中間の評価を設定する。
- ② 地域包括ケア病棟入院料
 - ・ 基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る実績部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。
- ③ 回復期リハビリテーション病棟入院料
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系にリハビリテーションの実績指数（回復期リハビリテーション病棟における1日あたりのFIM得点の改善度を、患者の入棟時の状態を踏まえて指数化したもの）を組み込む。
- ④ 療養病棟入院基本料
 - ・ 20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化することとし、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直す。
 - ・ 現行の療養病棟入院基本料2（25対1看護職員配置）については、医療療養病床に係る医療法上の人員配置標準の経過措置の見直し方針を踏まえ、療養病棟入院料の経過措置と位置付け、最終的な経過措置の終了時期は次回改定時に改めて検討することとし、経過措置期間をまずは2年間で設定する。

緩和ケア病棟入院料の見直し

- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

【病床機能報告での対応】

算定する入院基本料・特定入院料

現行	見直し後
一般病棟7対1入院基本料 一般病棟10対1入院基本料	急性期一般入院基本料：入院料1～7
一般病棟13対1入院基本料 一般病棟15対1入院基本料	地域一般入院基本料：入院料1～3
地域包括ケア病棟入院料1，2 地域包括ケア入院医療管理料1，2	地域包括ケア病棟入院料1～4 地域包括ケア入院医療管理料1～4
回復期リハビリテーション病棟入院料1～3	回復期リハビリテーション病棟入院料1～6
療養病棟入院基本料1，2	療養病棟入院基本料：入院料1，2
緩和ケア病棟入院料	緩和ケア病棟入院料1，2

（注）見直しが必要な項目のみを記載している

平成30年度診療報酬改定を踏まえた見直し②

- 平成30年度診療報酬改定においては、「入院医療の評価」として、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しが行われた。
- 病床機能報告における現行の報告項目について、これに対応した見直しを行う。

【診療報酬改定】

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

- 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

【病床機能報告での対応】

現行	見直し後
ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料	ハイリスク分娩管理加算、ハイリスク妊産婦共同管理料
救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定	救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定
持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、 経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓	持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法、 経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓
頭蓋内圧持続測定	頭蓋内圧持続測定
血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法	血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合

現行	見直し後
【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合】 ①A得点が1点以上の患者割合 ②A得点が2点以上の患者割合 ③A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者割合 ④A得点が3点以上の患者割合 ⑤C得点が1点以上の患者割合 ⑥A得点が2点以上かつB得点が3点以上、A得点が3点以上またはC得点が1点以上の患者割合	【一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合】 ①A得点が1点以上の患者割合 ②A得点が2点以上の患者割合 ③A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者割合 ④A得点が3点以上の患者割合 ⑤C得点が1点以上の患者割合 ⑥A得点が2点以上かつB得点が3点以上、A得点が3点以上またはC得点が1点以上の患者割合 ⑦「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

18

平成30年度診療報酬改定を踏まえた見直し③

- 平成30年度診療報酬改定においては、「入院医療の評価」「入退院支援の推進」として、入院前からの評価の新設、退院支援加算の名称の見直し、救急・在宅支援病床初期加算の評価の見直しが行われた。
- 病床機能報告における現行の報告項目について、これに対応した見直しを行う。

【診療報酬改定】

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。
- (新) 入院時支援加算 200点 (退院時1回)

入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
 - 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。
- (新) 小児加算 200点 (退院時1回)

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

【病床機能報告での対応】

急性期後・在宅復帰への支援

現行	見直し後
退院支援加算1、2	入退院支援加算1、2
	【新設】入院時支援加算
	【新設】小児加算
救急・在宅等支援（療養）病床初期加算	急性期患者支援（療養）病床初期加算 在宅患者支援（療養）病床初期加算
地域連携診療計画加算	地域連携診療計画加算
退院時共同指導料2	退院時共同指導料2
介護支援連携指導料	介護支援連携指導料
退院時リハビリテーション指導料	退院時リハビリテーション指導料
退院前訪問指導料	退院前訪問指導料

19

平成30年度診療報酬改定を踏まえた見直し④

- 平成30年度診療報酬改定においては、「入院医療の評価」として、早期離床・リハビリテーション加算が新設された。
- 病床機能報告における現行の報告項目について、これに対応した見直しを行う。

【診療報酬改定】

- I C Uにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価
- 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。
- (新) 早期離床・リハビリテーション加算 500点 (1日につき)

【病床機能報告での対応】

疾患に応じたリハビリテーション／早期からのリハビリテーション

現行	見直し後
疾患別リハビリテーション料	疾患別リハビリテーション料
	【新設】早期離床・リハビリテーション加算
早期リハビリテーション加算（リハビリテーション料）	早期リハビリテーション加算（リハビリテーション料）
初期加算（リハビリテーション料）	初期加算（リハビリテーション料）
摂食機能療法	摂食機能療法
リハビリテーション充実加算（回復期リハビリテーション病棟入院料）	リハビリテーション充実加算（回復期リハビリテーション病棟入院料）
休日リハビリテーション提供体制加算（回復期リハビリテーション病棟入院料）	休日リハビリテーション提供体制加算（回復期リハビリテーション病棟入院料）
入院時訪問指導加算（リハビリテーション総合計画評価料）	入院時訪問指導加算（リハビリテーション総合計画評価料）
リハビリテーションを実施した患者の割合	リハビリテーションを実施した患者の割合
平均リハ単位数	平均リハ単位数
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	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
実績指数	実績指数

平成30年度診療報酬改定を踏まえた見直し⑤

- 平成30年度診療報酬改定においては、「入院医療の評価」として、褥瘡評価実施加算の見直しが行われた。
- 病床機能報告における現行の報告項目について、これに対応した見直しを行う。

【診療報酬改定】

- 療養病床における褥瘡対策の推進
- 療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

【病床機能報告での対応】

長期療養患者・重度の障害者等の受入

現行	見直し後
療養病棟入院基本料 1, 2	療養病棟入院基本料：入院料 1, 2
褥瘡評価実施加算	褥瘡対策加算 1, 2
重度褥瘡処置	重度褥瘡処置
重症皮膚潰瘍管理加算	重症皮膚潰瘍管理加算

○ 介護医療院の創設に伴い、退棟先の場所別の患者数の内訳に、「介護医療院に入所」した患者を把握する項目を追加する。

【病床機能報告での対応】

現行	見直し後
【退棟先の場所別の患者の状況】 前年7月1日から報告年の6月30日までの1年間 ①院内の他病棟へ転棟 ②家庭へ退院 ③他の病院、診療所へ転院 ④介護老人保健施設に入所 ⑤介護老人福祉施設に入所 ⑥社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所 ⑦終了（死亡退院等）	【退棟先の場所別の患者の状況】 ①院内の他病棟へ転棟 ②家庭へ退院 ③他の病院、診療所へ転院 <u>④介護医療院に入所</u> ⑤介護老人保健施設に入所 ⑥介護老人福祉施設に入所 ⑦社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所 ⑧終了（死亡退院等）

平成 30 年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理

平成 30 年 6 月 22 日

医療計画の見直し等に関する検討会
地域医療構想に関するワーキンググループ

1. 病床機能報告の基本的考え方

○ 病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることが目的である。

○ 各医療機関は、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、病棟単位で、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みである。（「急性期医療に関する作業グループ」の平成 24 年取りまとめ）

※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。

○ 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、最も多くの割合を占める病期の患者に提供する医療機能を報告することを基本としている。

2. 各医療機関が医療機能を選択する際の判断基準

○ 各医療機関が医療機能を選択する際の判断基準は、制度導入時において、病棟単位の医療の情報が不足し、具体的な数値等を示すことは困難であったことから、各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択して、都道府県に報告する運用がなされてきている。（「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」の平成 26 年取りまとめ）

（参考）定性的な基準

医療機能の名称	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等を入院させる機能
--	--------------------------

3. 現行の病床機能報告制度の抱える課題

- 平成 29 年度の病床機能報告の結果においても、病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量とを単純に比較し、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の誤解させる状況が生じている。その要因としては、

- ① 回復期は、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言った誤解をはじめ、回復期の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

が考えられる。このため、定量的な基準の導入も含めて病床機能報告の改善を図る必要がある。

- 平成 29 年度の病床機能報告の結果においても、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、急性期医療を提供していることが全く確認できない病棟が一定数含まれている。このため、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認するとともに、国においても、地域医療構想調整会議での議論の状況を確認する必要がある。

4. 定量的な基準の導入

(地域医療構想調整会議での活用)

- 佐賀県においては、回復期機能の充足度を評価するために、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、定量的な基準を作成している。
- 埼玉県においては、各医療機関が、地域における自らの医療機能に関する立ち位置を確認し、医療機能の分化・連携の在り方を議論するための「目安」を提供することを目的として、都道府県医師会などの医療関係者等との協議を経て、定量的な基準を作成している。
- 先行している県では、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定量的な基準を作成している点が重要である。また、現時点においては、各医療機関が 4 つの医療機能を選択する際の基準としてではなく、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における議論に活用されている。このような取組を通じて、各構想区域における地域医療構想調整会議の活性化につながっている。
- このような先進事例を踏まえ、その他の都道府県においても、地域医療構想調整会議を活性化する観点から、平成 30 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、定量的な基準を導入することを求めることとする。国においては、その他の都道府県において、定量的な基準が円滑に作成されるよう、先行している県の実態を紹介するとともに、この分析方法を活用した都道府県ごとのデータを提供するなど、技術的支援を行う。

(医療機能を選択する際の判断基準としての活用)

- 平成 30 年度の病床機能報告においては、急性期医療を全く提供していない病棟について、高度急性期機能又は急性期機能と報告できない旨を、医療機能を選択する際の定量的な判断基準として明確化する。ただし、報告項目に含まれていない急性期医療も存在することから、報告項目に含まれていない急性期医療を提供している場合には、その内容を自由記載で報告できるようにする。

5. 病床機能報告の項目の見直し

1) 診療報酬改定等を踏まえた対応

- 平成 30 年度の診療報酬改定において、入院基本料、特定入院料、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度、各種加算などの見直しが行われていることを踏まえて、報告項目の名称変更や、報告項目の追加など必要な見直しをする。
- 介護医療院の創設を踏まえて、退棟先の一つとして、報告項目を追加する。

2) 病床機能報告の改善に向けた対応

- 「経済財政運営と改革の基本方針 2017（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）」においては、地域医療構想の達成に向けて、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2 年間程度で集中的な検討を促進する」こととされていることを踏まえて、6 年後の病床の機能の予定を報告するのではなく、2025 年の病床の機能の予定を報告するように改める。その際、将来の病床規模も具体的に把握できるように報告項目を見直す。

6. 今後の検討課題

- 来年度以降の病床機能報告に向けては、今回導入する定量的な基準の在り方を含め、より実態を踏まえた適切な報告となるよう、引き続き検討する。