

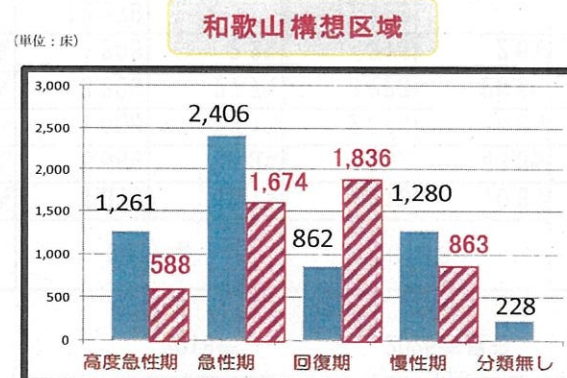
病 床 機 能 報 告 か ら み た 田辺保健医療圏の現状等について

- 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 ～ P3
- 2 田辺保健医療圏における病床の現状と推移
..... P4 ～ P5
- 3 非稼働病床の状況 P6
- 4 病床機能報告の見直し等について P7～ P18

【P12～P16】厚生労働省「第 19 回地域医療構想に関するワーキンググループ」
(平成 31 年 2 月 22 日開催) 資料 2

【P17～P18】厚生労働省「第 22 回地域医療構想に関するワーキンググループ」
(令和元年 6 月 21 日開催) 資料 2

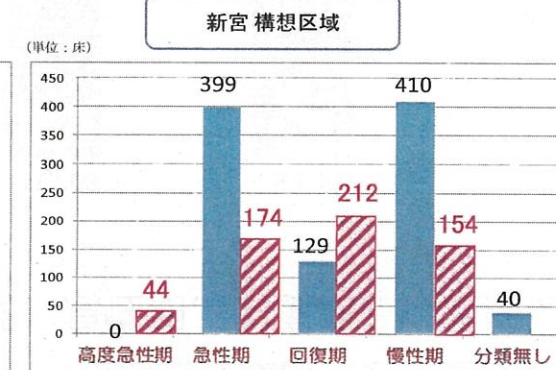
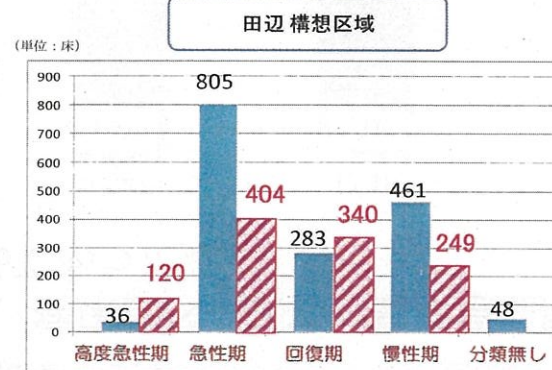
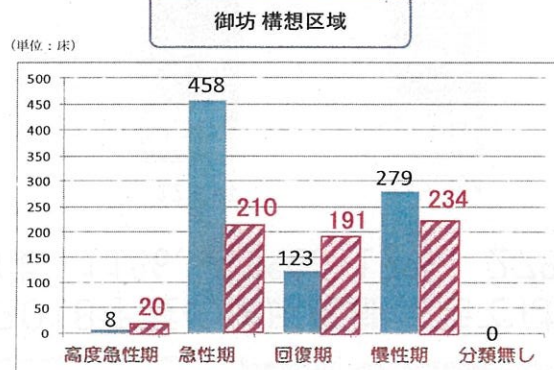
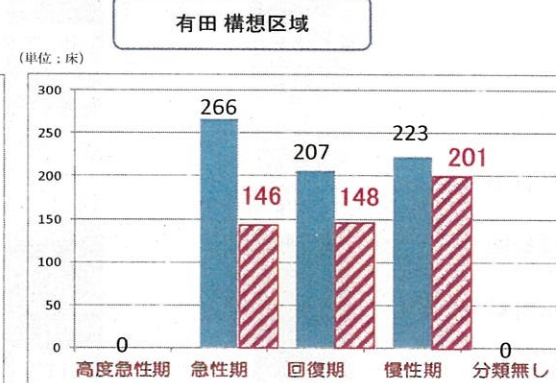
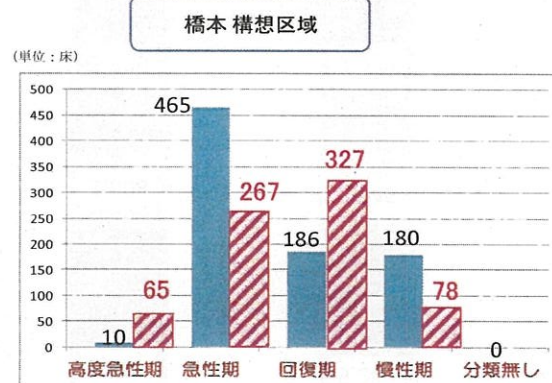
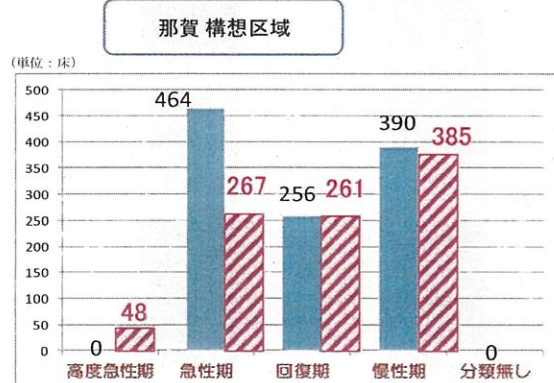
「2025年の必要病床数」と現状の病床数(棒グラフによる比較)



棒グラフ凡例

- 2025年の必要病床数
- 現状 (平成30年) の病床数

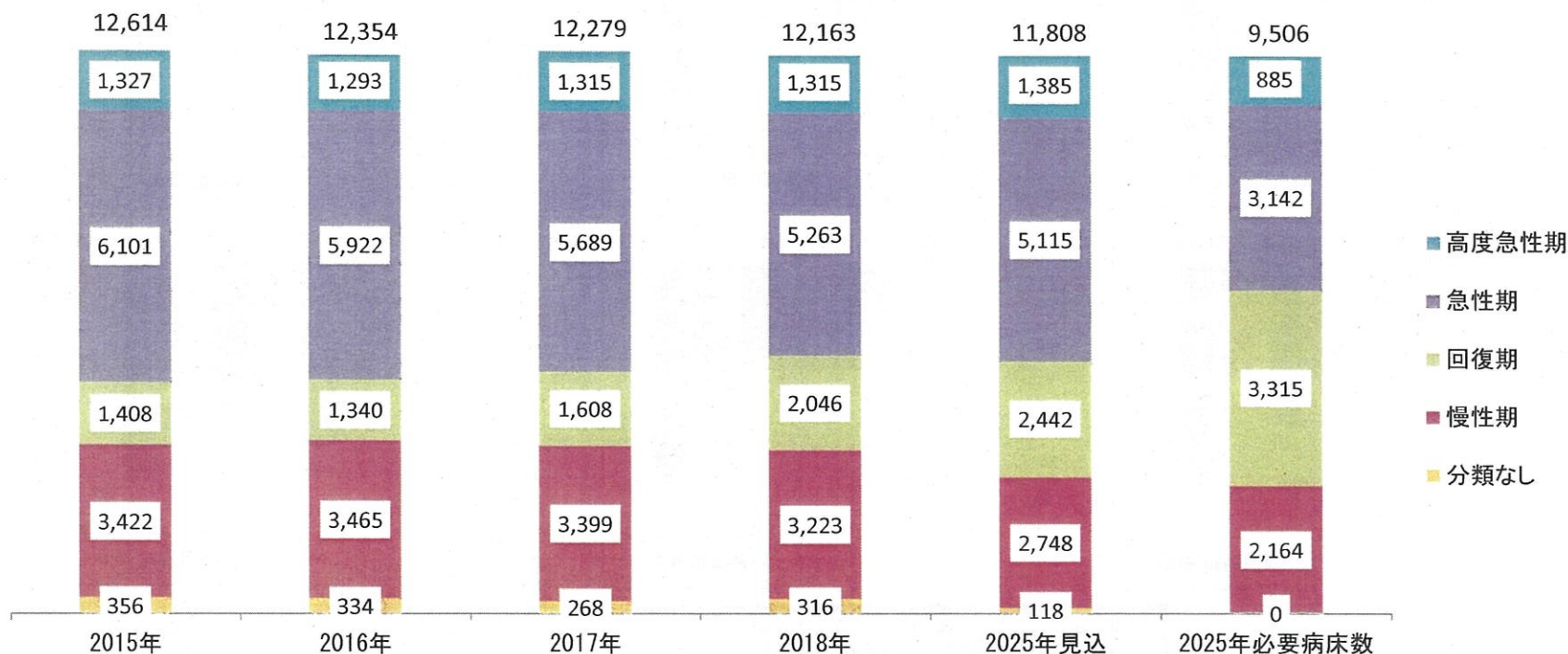
(※) 現状の病床数は、病床機能報告
(平成30年7月1日現在) より



2018年度

病床機能ごとの病床数について

2018年度の病床機能報告では、病床数ベースで、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の割合は、11%、43%、17%、27%であった。



(病院、診療所)	2015年		2016年		2017年		2018年		2025年見込		2025年必要病床数	
高度急性期	1,327	10.5%	1,293	10.5%	1,315	10.7%	1,315	10.8%	1,385	11.7%	885	9.3%
急性期	6,101	48.4%	5,922	47.9%	5,689	46.3%	5,263	43.3%	5,115	43.3%	3,142	33.0%
回復期	1,408	11.2%	1,340	10.8%	1,608	13.1%	2,046	16.8%	2,442	20.7%	3,315	34.9%
慢性期	3,422	27.1%	3,465	28.0%	3,399	27.7%	3,223	26.5%	2,748	23.3%	2,164	22.8%
分類なし	356	2.8%	334	2.7%	268	2.2%	316	2.6%	118	1.0%	0	0.0%
合計	12,614		12,354		12,279		12,163		11,808		9,506	

※2025年見込に関しては2018年データ。報告医療機関は毎年異なっており、2015年から2017年について単純に比較はできないため参考としている。

病床機能報告による病床数について (H29 → H30)

平成30年度報告対象医療機関

病院75 (前年度比±0) 有床診療所59 (前年度比▲3)

1 病院

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) (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	1,261	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	平成30年度病床機能報告(平成30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	5,581	1,261	2,196	806	1,175	143
那賀	989		419	199	371	
橋本	764	10	447	184	123	
有田	627		216	207	204	
御坊	850	8	458	123	261	
田辺	1,556	36	793	264	423	40
新宮	892		370	110	410	2
計	11,259	1,315	4,899	1,893	2,967	185

二次医療圏	H29→H30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	▲ 17		▲ 79	167	▲ 119	14
那賀			▲ 58	58		
橋本			▲ 2	7	▲ 5	
有田						
御坊	▲ 1		▲ 31	30		
田辺	▲ 1		▲ 119	142	▲ 64	40
新宮	▲ 46		▲ 74	15	13	
計	▲ 65		▲ 363	419	▲ 175	54

2 有床診療所

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) (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	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	平成30年度病床機能報告(平成30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	456		210	56	105	85
那賀	121		45	57	19	0
橋本	77		18	2	57	
有田	69		50		19	
御坊	18		0		18	
田辺	77		12	19	38	8
新宮	86		29	19		38
計	904		364	153	256	131

二次医療圏	H29→H30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	▲ 45		▲ 26			▲ 19
那賀				19	▲ 19	
橋本						
有田						
御坊			▲ 18		18	
田辺	▲ 6					▲ 6
新宮			▲ 19			19
計	▲ 51		▲ 63	19	▲ 1	▲ 6

3 病院+有床診療所

※下段の赤字数字は2025(R7)年の必要病床数

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) (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	6,099	1,261	2,511	695	1,399	233
	4,961	588	1,674	1,836	863	
那賀	1,110		522	179	409	
	961	48	267	261	385	
橋本	841	10	467	179	185	
	737	65	267	327	78	
有田	696		266	207	223	
	495		146	148	201	
御坊	869	8	507	93	261	
	655	20	210	191	234	
田辺	1,640	36	924	141	525	14
	1,113	120	404	340	249	
新宮	1,024		492	114	397	21
	584	44	174	212	154	
計	12,279	1,315	5,689	1,608	3,399	268
	9,506	885	3,142	3,315	2,164	

二次医療圏	平成30年度病床機能報告(平成30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	6,037	1,261	2,406	862	1,280	228
	4,961	588	1,674	1,836	863	
那賀	1,110		464	256	390	
	961	48	267	261	385	
橋本	841	10	465	186	180	
	737	65	267	327	78	
有田	696		266	207	223	
	495		146	148	201	
御坊	868	8	458	123	279	
	655	20	210	191	234	
田辺	1,633	36	805	283	461	48
	1,113	120	404	340	249	
新宮	978		399	129	410	40
	584	44	174	212	154	
計	12,163	1,315	5,263	2,046	3,223	316
	9,506	885	3,142	3,315	2,164	

二次医療圏	H29→H30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	▲ 62		▲ 105	167	▲ 119	▲ 5
那賀			▲ 58	77	▲ 19	
橋本			▲ 2	7	▲ 5	
有田						
御坊	▲ 1		▲ 49	30	18	
田辺	▲ 7		▲ 119	142	▲ 64	34
新宮	▲ 46		▲ 93	15	13	19
計	▲ 116		▲ 426	438	▲ 176	48

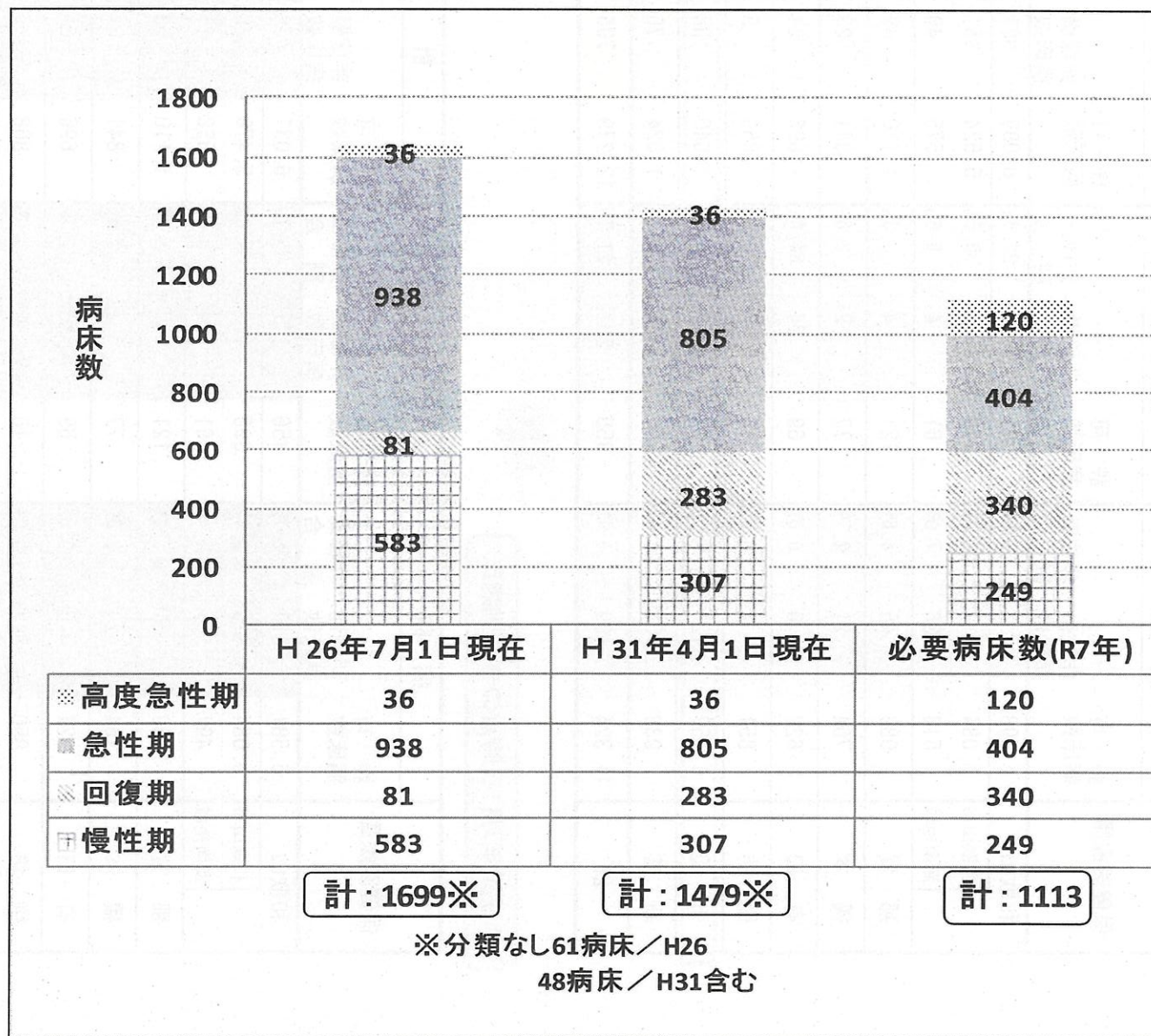
病床の状況【病院・有床診療所】

田辺 保健医療圏構想区域

整理 番号	医療機関名	平成30年7月1日現在（病床機能報告）（A）						平成31年4月1日現在（B）（田辺保健所調べ）						（B）－（A）						備考
		許可病床数						許可病床数						許可病床数						
		機能区分						機能区分						機能区分						
		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		高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	分類 なし		
	病院計	1,556	36	793	264	423	40	1,402	36	793	264	269	40	▲ 154	0	0	0	▲ 154	0	
	南和歌山医療センター	316	22	248	46			316	22	248	46			0	0	0	0	0	0	
	紀南病院	352	14	288	50			352	14	288	50			0	0	0	0	0	0	
	白浜はまゆう病院	258		82	76	100		258		82	76	100		0	0	0	0	0	0	
	田辺中央病院	139		93	46			139		93	46			0	0	0	0	0	0	
	国保すさみ病院	72		48	24			72		48	24			0	0	0	0	0	0	
	白浜小南病院	199			22	137	40	199			22	137	40	0	0	0	0	0	0	
	玉置病院	156		34		122		66		34		32		▲ 90	0	0	0	▲ 90	0	介護医療院へ転換(90床)
	南紀医療福祉センター	64				64		0				0		▲ 64	0	0	0	▲ 64	0	重症心身障害児施設の病床は病床数から除外
	有床診療所計	77	0	12	19	38	8	77	0	12	19	38	8	0	0	0	0	0	0	
	外科内科辻医院	19			19			19			19			0	0	0	0	0	0	
	真寿苑クリニック	19				19		19				19		0	0	0	0	0	0	
	辻村外科	19				19		19				19		0	0	0	0	0	0	
	榎本産婦人科	12		12				12		12				0	0	0	0	0	0	
	辻内科医院	8					8	8					8	0	0	0	0	0	0	
	総計(C)	1,633	36	805	283	461	48	1,479	36	805	283	307	48	▲ 154	0	0	0	▲ 154	0	
		2025年における必要病床数（D）						1,113	120	404	340	249	0							
		（D）－（C）						▲ 366	84	▲ 401	57	▲ 58	▲ 48							

田辺保健医療圏の病床の推移について

医療構想策定時から現在までの推移は以下のとおり。



【和歌山県全体】非稼働病床の状況（平成29年度→平成30年度）

※ 非稼働病床数とは…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た病床数のこと

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%

平成30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	5,581	317	5.7%	456	117	25.7%	6,037	434	7.2%
和歌山市	5,084	310	6.1%	395	113	28.6%	5,479	423	7.7%
海南地域	497	7	1.4%	61	4	6.6%	558	11	2.0%
那 賀	989	51	5.2%	121	7	5.8%	1,110	58	5.2%
橋 本	764	29	3.8%	77	2	2.6%	841	31	3.7%
有 田	627	5	0.8%	69	26	37.7%	696	31	4.5%
御 坊	850	2	0.2%	18	0	0.0%	868	2	0.2%
田 辺	1,556	93	6.0%	77	8	10.4%	1,633	101	6.2%
新 宮	892	23	2.6%	86	27	31.4%	978	50	5.1%
計	11,259	520	4.6%	904	187	20.7%	12,163	707	5.8%

※「海南地域」…海南市及び紀美野町

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。

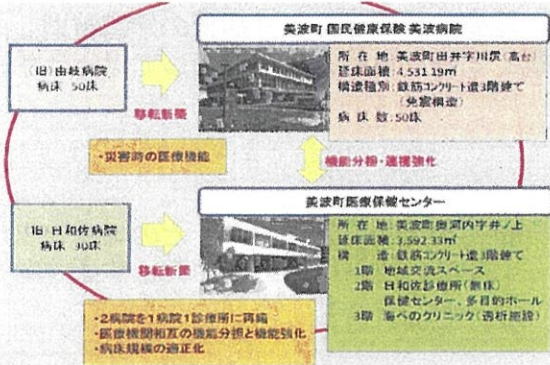
病棟の築年数

2

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



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、経営の悪化による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	美波町奥内字井ノ上20番地	美波町津町字西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%
医療収支比率(H23)	60.1%	83.2%

* 徳島県がH24.10に公表した津波浸水想定

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



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)

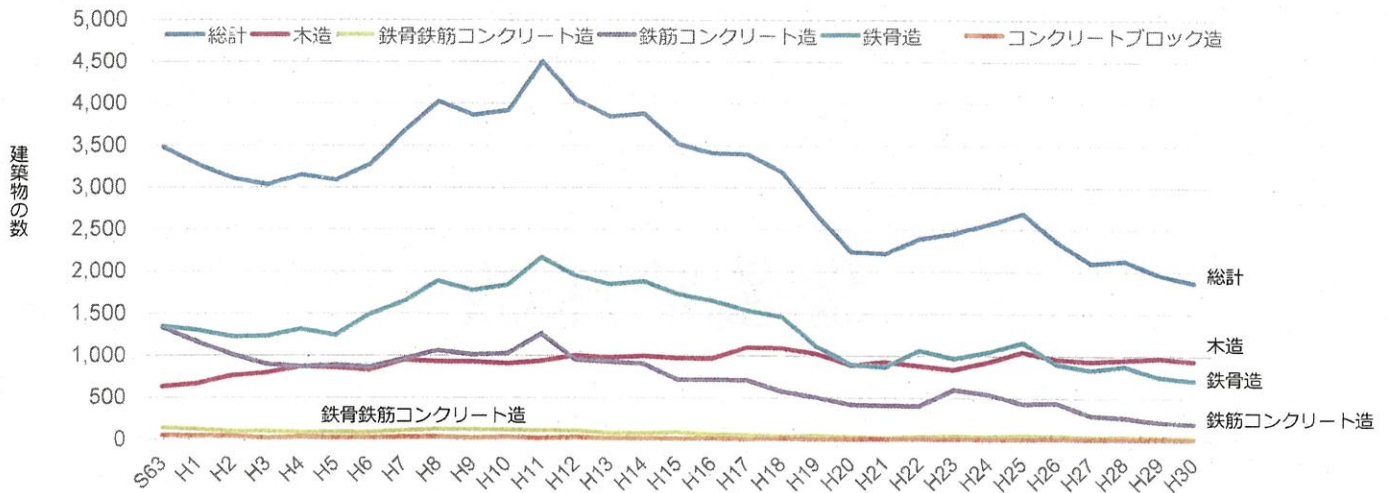
- ・建物の老朽化に伴う修繕費の増大及び耐震性の必要性などから、改修や建て替えの検討を含めて、医療や病院経営の専門家を交えたあり方検討委員会を7回開催し、平成16年3月1日香川県立中央病院のあり方に関する意見書が提出された。
- ・この意見書において、中央病院が取り組むべき重点的分野(救急・がん・循環器)、新規分野(精神・急性期リハビリ・緩和ケア・検診)、役割分擔・機能連携を行う分野(周産期・回復期リハビリ)、求められる病院機能(災害・へき地・教育・地域医療支援)を示し、急性期医療に機能特化する方向性が打ち出された。このほか、2020年の必要病床数を540床~580床と推計し、がん診療機能については、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。

3

(参考) 病院・診療所の着工件数の状況



建築着工統計調査（年度計）（国土交通省）より

(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

6

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は、①2以上の病棟に分割した場合、②敷地について1病棟として成り立たない、③建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、④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 【新設】
① 一般病床 (5)	0	0	0
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	0	0
上記②のうち、医療療養病床 (8)	0	0	0
上記②のうち、介護療養病床【自動計算により算出】 (9)	0	0	0
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ある場合は、右の項目にチェックを入れてください。 ※ 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。 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】（条件付必須）			

■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。

7

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

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

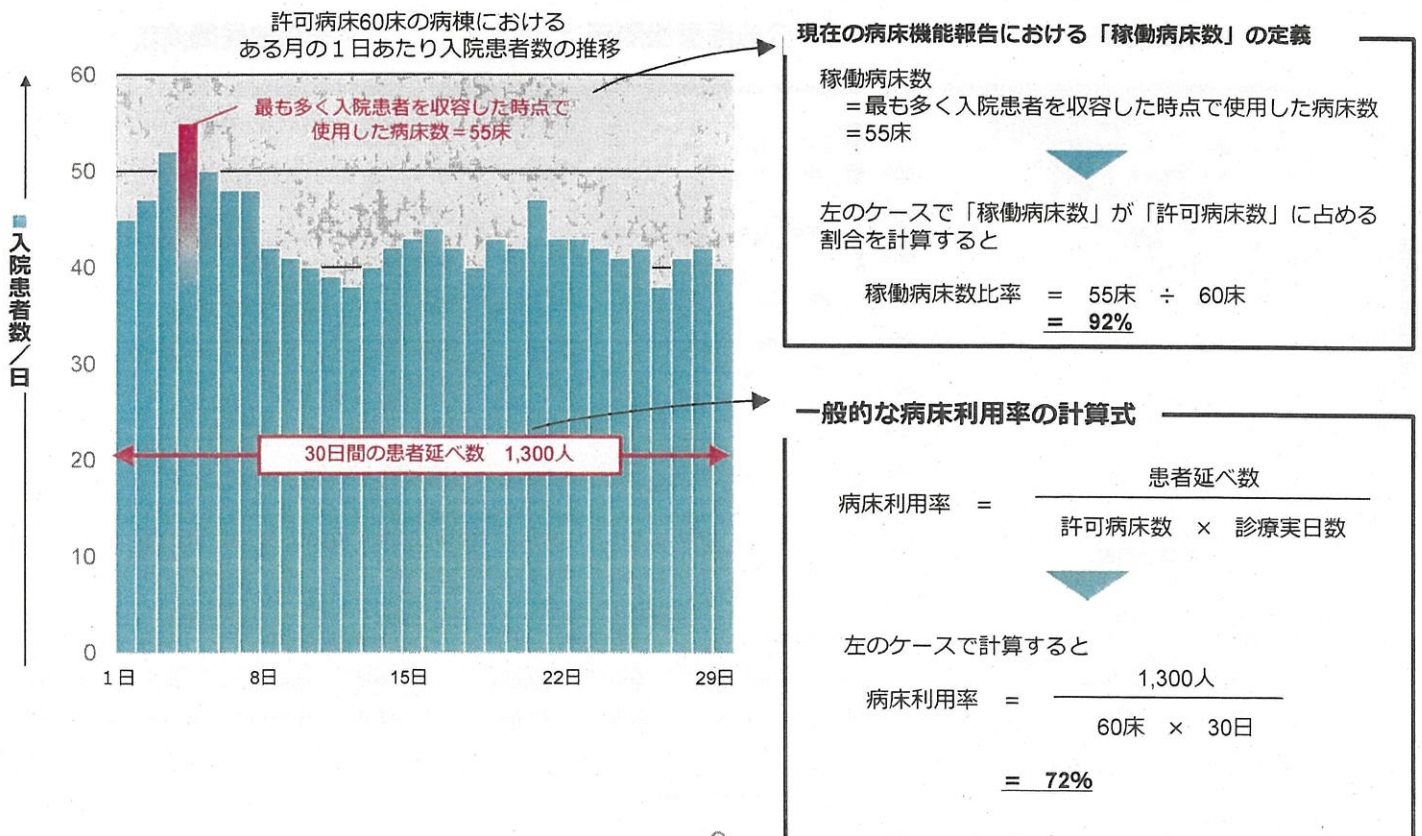
(注) 在院患者延べ数とは、毎日24時現在の入院患者数の合計

■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回目の入棟・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

8

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

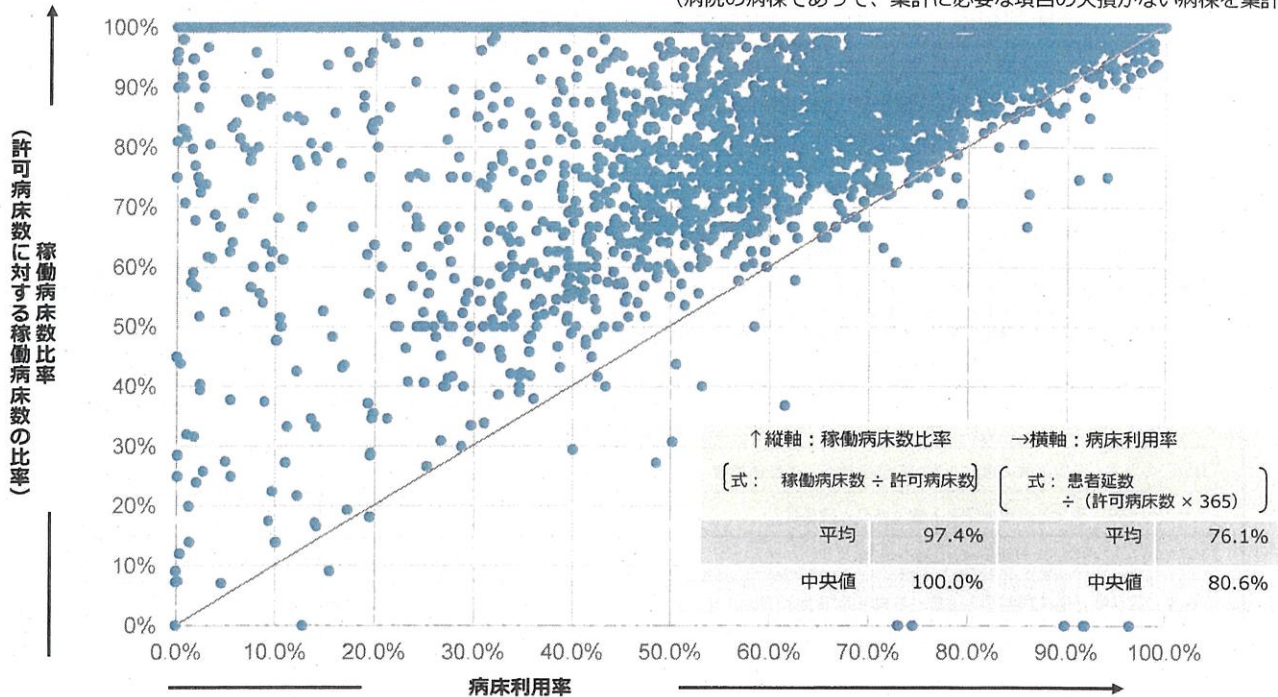


9

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。)



平成29年度病床機能報告より

10

(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>



「公立病院」＝新公立病院改革プラン策定対象病院

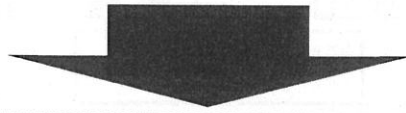
「公的医療機関等」＝公的医療機関等2025プラン策定対象病院（民間の特定機能病院や地域医療支援病院が含まれる。）

平成29年度病床機能報告より

11

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

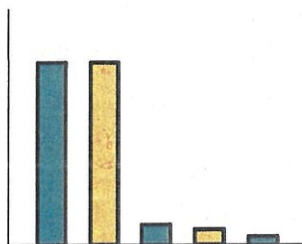
主たる手術件数の競合のパターン

第18回地域医療構想に関するWG	資料
平成31年1月30日	1-2

○ 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

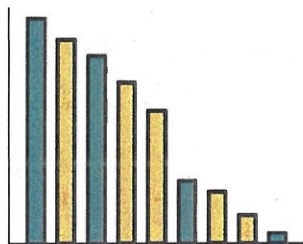
□ パターン (ア)

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



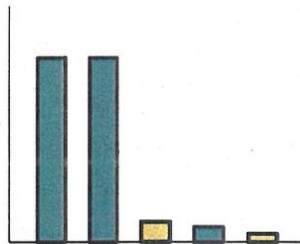
□ パターン (イ)

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〕



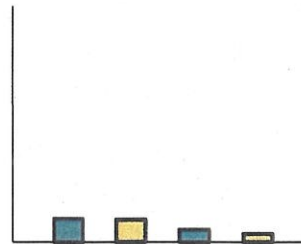
□ パターン (ウ)

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



— 公立・公的病院等
— 民間医療機関

「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。

14

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ヵ月間でございます。
- 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っておりますので、よろしくお願いします。

第7回地域医療構想に関するWG 資料2-1を一部加工

「高度急性期」と報告された「循環器内科」の病棟であっても「経皮的冠動脈形成術」を実施していない

平成28年6月 病棟あたり診療実績	病棟数	割合
10件以上	296	38.7%
1以上10未満	365	47.8%
0	103	13.5%
合計	764	100.0%

103病棟のうち、
55病棟（10施設）：
同じ施設内の他病棟で実施
48病棟（38施設）：
施設全体で実施件数0件

1ヶ月間の病棟あたり
実施件数が1以上10未満の365病棟

1ヶ月間の病棟あたり
実施件数が0の103病棟

ト病棟あたり
経皮的冠動脈形成術のレセブ

1

500

15

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		入院患者に提供する医療の内容	
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		術幅の広い手術 ・手術件数(臓器別)・全身麻酔の手術件数 ・人工心臓を用いた手術 ・胸腔鏡下手術件数・腹腔鏡下手術件数	
構造設備・人員配置等		在宅医療 ・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 ・地域連携診療計画加算・退院時共同指導料 ・介護支援連携指導料・退院時リハビリテーション指導料 ・退院前訪問指導料	
病床数・人員配置・機器等		全身管理 ・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	
・許可病床数・稼働病床数(一般・療養別) ・病床全体が非稼働である場合はその理由 ・経過措置(1床当たり面積)に該当する病床数 ・算定する入院基本料・特定入院料 ・主とする診療科・設置主体 ・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) ・DPC群の種類 ・特定機能病院、地域医療支援病院の承認 ・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) ・在宅療養支援病院である場合は看取り件数 ・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、血管造影装置、SPECT、PET、PET/CT、PET/MRI、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)) ・退院調整部門の設置状況 ※退院調整部門の配置職員数(医師、看護職員、MSW、事務員)		リハビリテーション ・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 ・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 ・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 ・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 ・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・退院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	
入院患者の状況		長期療養患者等の受入・重症度 ・療養病床入院基本料・褥瘡評価実施加算 ・重症褥瘡処置・重傷皮膚潰瘍管理加算 ・難病等特別入院診療加算・特殊疾患入院施設管理加算 ・超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 ・強度行動障害入院医療管理加算	
・1年間の新規入院患者数(予定入院・緊急入院別) ・在棟患者延べ数・退棟患者数 ・1年間/月間の新規入院患者数(入棟前の場所別) ・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)		救急医療の実施 ・院内トリアージ実施料 ・夜間休日救急搬送医学管理料 ・精神科疾患患者等受入加算 ・救急医療管理加算 ・在宅患者緊急入院診療加算 ・救命のための気管挿管 ・体表面ベージング法/食道ベージング法 ・非開胸的心マッサージ、カウンスショック ・心臓穿刺・食道圧迫止血チューブ挿入法 ・休日又は夜間に受診した患者延べ数(うち診療後、直ちに入院となった患者延べ数) ・救急車の受入件数	
		多様な機能の提供 ・往診患者延べ数・訪問診療患者延べ数、看取り患者数(院内/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 ・急変時の入院件数・有床診療所の病床の役割 ・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床からの受入割合	
		連携機能 ・歯科医師連携加算・周術期口腔機能管理後手術加算 ・周術期口腔機能管理料	

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)

16

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

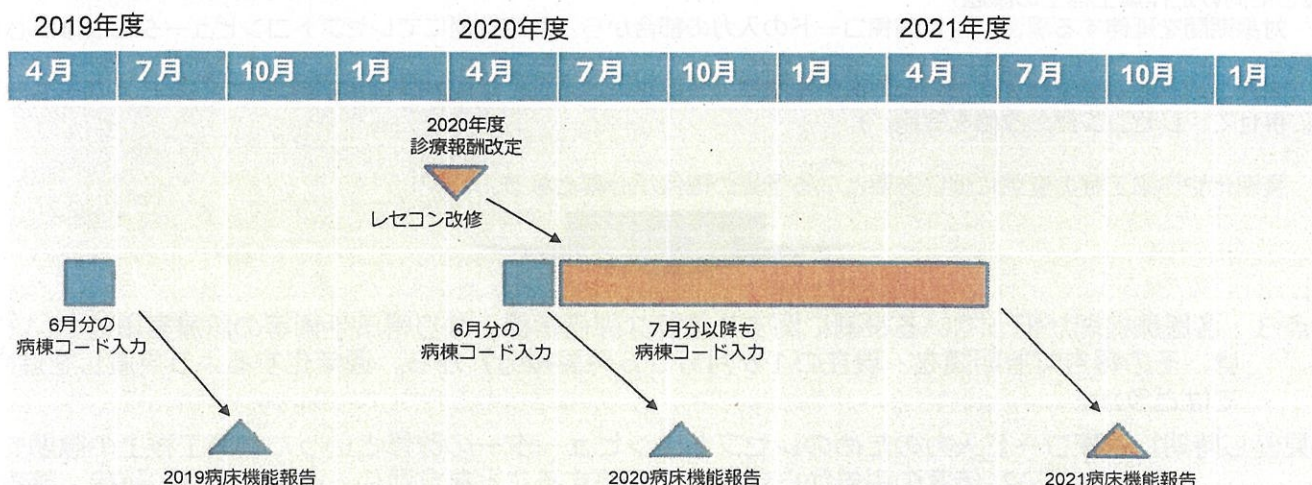
【病棟コードの入力作業について】

- 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)



17

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。

18

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。

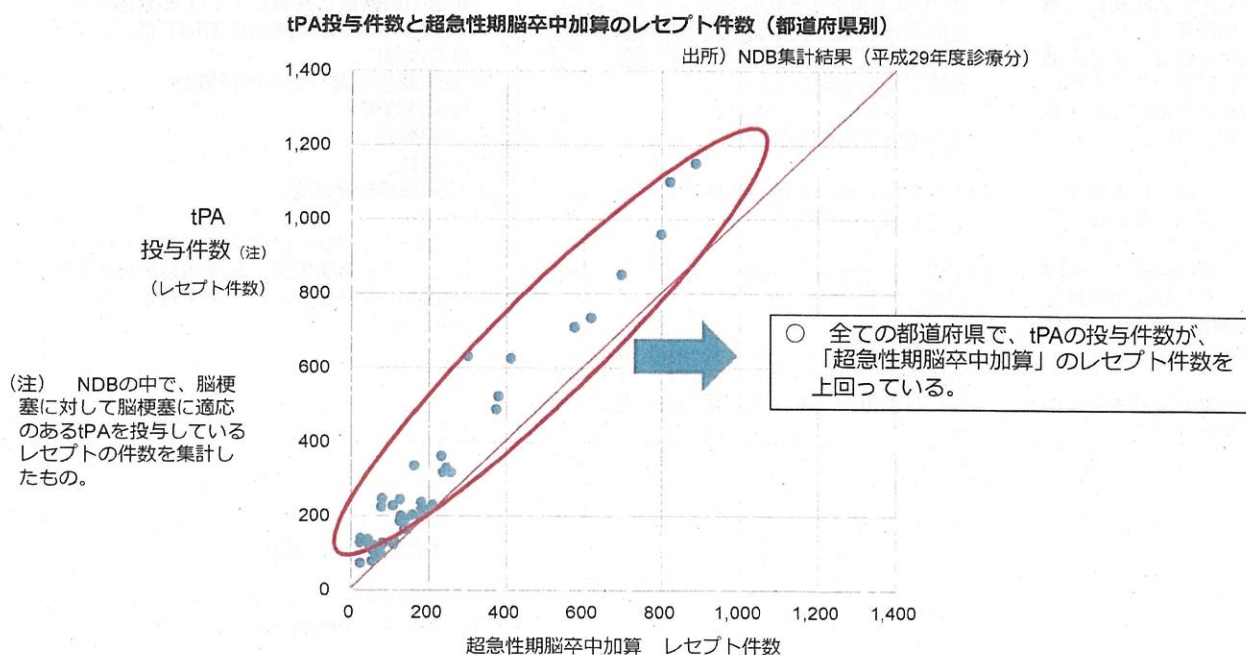
病床機能報告における 脳梗塞に対するtPA投与件数の 取扱について

病床機能報告におけるtPA投与の取扱について(案)

課題

○ 病床機能報告においては、「超急性期脳卒中加算」のレセプト件数を報告することとされているが、超急性期の脳梗塞に対してtPA※を投与していても、当該加算の診療報酬上の算定要件・施設基準を満たせない医療機関があることから、脳梗塞に対する超急性期の対応の実績把握として、不十分であると考えられる。

➤ <対応案> **脳梗塞に対してtPAの投与を実施した件数についても、報告を求めることとしてはどうか**



※tPA：組織プラスミノゲンアクチベータのことで、脳梗塞の超急性期に投与し、血栓を溶解させることで、治療効果が期待できる。

病床機能報告におけるtPA投与件数の取扱について

○ 脳梗塞に対するtPA投与件数の報告に当たっては、NDBを活用することにより、入力負担軽減が可能。

(参考) 既に、「化学療法」の実施件数の報告については、NDBを活用して薬剤の投与件数を計算することで、入力負担を軽減している。

平成30年度病床機能報告 報告様式2

【医療機関B】

※ID: / 病種コード: 1906 / 貴院名: / 病種名: / 病種No.1: >

4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況【「平成30年6月診療分」であってかつ「平成30年7月審査分」】(つづき)

④ 放射線治療 (つづき)	レセプト件数	算定日数	算定回数
直線加速器による放射線治療 (一連につき)	(204)	件	
定位放射線治療の場合	(205)	件	
定位放射線治療以外の場合	(206)	件	
粒子線治療 (一連につき)	(207)	件	
希少な疾病に対して実施した場合	(208)	件	
重粒子線治療の場合	(209)	件	
陽子線治療の場合	(210)	件	
希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合	(211)	件	
重粒子線治療の場合	(212)	件	
陽子線治療の場合	(213)	件	

⑤ 化学療法	(228)	件	日	
内服薬を用いている化学療法	(229)	件	日	
注射薬を用いている化学療法	(230)	件	日	
⑥ がん患者指導管理料 イ及びロ	(231)	件		
がん患者指導管理料 イ	(232)	件		
がん患者指導管理料 ロ	(233)	件	日	回
⑦ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入	(234)	件		回
⑧ 肝動脈癌を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	(235)	件		回
⑨ 超急性期脳卒中加算	(236)	件		

NDBを活用して、薬剤の投与件数の計算が可能であり、入力者が投与件数を自ら数える負担が軽減されている。

2

(参考) 超急性期脳卒中加算の算定要件・施設基準

○算定要件

- (1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会 rt-PA (アルテプラゼ) 静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA (アルテプラゼ) 静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。
- (3) 投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。

○施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。
- (2) 薬剤師が常時配置されていること。
- (3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
- (4) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。
- (5) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。

- (6) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
ア 救急蘇生装置 (気管内挿管セット、人工呼吸装置等)
イ 除細動器
ウ 心電計
エ 呼吸循環監視装置
- (7) コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

○届出に関する事項

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式15を用いること。

3