

## 国における地域医療構想調整会議の進め方の検討状況

第 8 回 地域医療構想に関するワーキンググループ資料より抜粋

(平成 29 年 10 月 26 日開催 厚生労働省医政局地域医療計画課)

# 地域医療構想調整会議における 議論の進捗状況について

# 地域医療構想調整会議の進め方のサイクル（イメージ）

○ 次のような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指す。

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
<b>国</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修（前期）</li> <li>データブック配布及び説明会</li> <li>基金に関するヒアリング</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修（中期）</li> <li>地域医療構想の取組状況の把握</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県職員研修（後期）</li> <li>病床機能報告の実施</li> </ul>						
<b>都道府県</b>		<p>（平成29年度については、第7次医療計画に向けた検討を開始）</p> <p>●<b>具体的な機能分化・連携に向けた取組の整理について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>県全体の病床機能や5事業等分野ごとの不足状況を明示</li> </ul> <p>●病床機能の分化・連携に向けた好事例や調整困難事例について収集・整理（国において全国状況を整理）</p> <p>●<b>地域住民・市区町村・医療機関等に対する情報提供</b>（議事録の公開、説明会等）</p>												
<b>調整会議</b>		<p><b>1回目</b></p> <p>●<b>病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>不足する医療機能の確認</li> <li>各医療機関の役割の明確化</li> <li>各医療機関の病床機能報告やデータブックの活用</li> </ul>			<p><b>2回目</b></p> <p>●<b>機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域で整備が必要な医療機能を具体的に示す</li> <li>病床機能報告に向けて方向性を確認</li> </ul>			<p><b>3回目</b></p> <p>●<b>次年度における基金の活用等を視野に入れた議論</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>次年度における基金の活用等を視野に入れ、機能ごとに具体的な医療機関名を挙げたうえで、機能分化・連携若しくは転換についての具体的な決定</li> </ul>			<p><b>4回目</b></p> <p>●<b>次年度の構想の具体的な取組について意見の整理</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域において不足する医療機能等に対応するため、具体的な医療機関名や進捗評価のための指標、次年度の基金の活用等を含むとりまとめを行う</li> </ul>			

# 国が都道府県に対し確認する事項について①

○ 都道府県の地域医療構想の達成に向けた取組状況や課題について共有し、地域医療構想調整会議における議論を活性化することが重要。このため、次の事項について、各都道府県に対して、定期的に確認する。

## 1. 調整会議の開催状況等(構想区域毎)

開催日、会議名称、参加者、議事・協議内容、決定事項(例:整備計画)

## 2. データ共有の状況等(構想区域毎)

(1) 病床機能報告における未報告医療機関への対応状況

(2) 病棟単位で非稼働である病棟に関する現状把握

(3) 区域全体の病床機能報告の病床機能ごとの病床数の経年変化と、病床の必要量との比較

(4) 各医療機関の病床機能報告結果の変化(6年後に過剰な病床機能へ転換しようとしている医療機関の把握を含む)

(5) 病床機能報告データやデータブック等を活用した、地域において各医療機関が担っている役割に関する現状分析と共有



特に、有効と考えられる分析方法等については、各都道府県に対し共有する。

## 国が都道府県に対し確認する事項について②

### 3. 具体的な機能分化・連携に向けた取組について(構想区域毎)

#### (1) 第7次医療計画における5疾病5事業及び在宅医療等の中心的な医療機関が担う役割について

(第7次医療計画の策定に向けて新たに検討が必要な事項の例)

- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制における慢性期(再発・増悪予防)の役割
- ・ 小児医療体制における「小児地域支援病院」の役割
- ・ 災害医療体制における「災害拠点精神科病院」の役割 等

#### (2) 平成29年3月末までに策定が完了している新公立病院改革プランと当該構想区域における公立病院の担うべき役割について

(→齟齬がある場合には、必要に応じてプランの見直しが必要)

#### (3) 特定機能病院の地域における役割と病床機能報告内容の確認について

### 4. 調整会議での協議が調わないとき等の対応について

平成29年度は、調整会議における議論の状況等について把握

### 5. 地域住民・市区町村・医療機関等への普及啓発の状況(全県・構想区域毎)

調整会議の資料及び議事録の公表、住民説明会の開催等

# 地域医療構想調整会議における議論の状況①

以下は、平成29年7月末までの議論の状況について、全341構想区域の状況をまとめたもの。

## 現状分析に関する取組の状況

### ▶調整会議の開催状況について(平成29年4月～6月末まで)

・150回／136構想区域

[9月末までの開催予定を含めた場合、296回／256構想区域]

### ▶個々の医療機関ごとの現状分析等を実施した区域

320／341構想区域(平成29年3月以前に実施した分も含む)

### ▶非稼働病棟に関する状況把握

・非稼働病棟を有する医療機関 1,620／14,289施設

・非稼働病棟を有する医療機関

がある構想区域 291／341構想区域

・うち非稼働病棟の在り方について

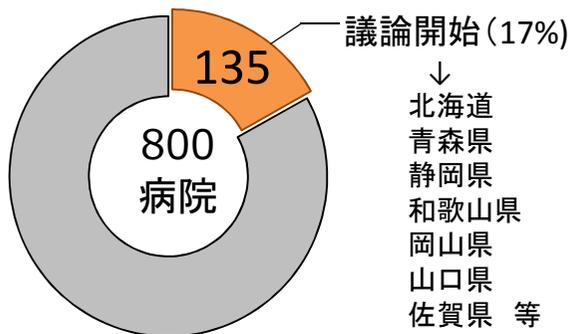
議論した構想区域 21／291構想区域

## 具体的な医療機関名を挙げた議論の状況

### ▶公立病院について

・平成29年3月末までに、新改革プランを策定した病院は、800病院

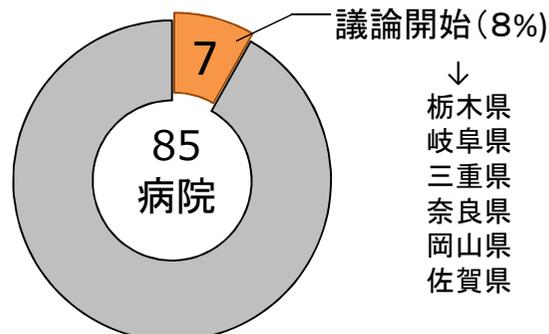
・このうち、7月末までに地域医療構想調整会議でプランについて議論を開始した病院は、135病院



### ▶特定機能病院について

・平成29年3月末時点の特定機能病院は、85病院

・このうち、7月末までに地域医療構想調整会議で、その役割について議論を開始した病院は、7病院



### ▶公的病院等について

・公的医療機関等の開設主体に対し、2025年に向けた病床整備等の方針をまとめたプランを本年中に策定し、地域医療構想調整会議で議論するよう要請。

⇒策定対象:約780病院

(要請先団体と病院数)

日赤:92病院 済生会:78病院

厚生連:101病院 北社協:7病院

社会保険関係団体:53病院

地域医療連携推進機構:57病院

国立病院機構:143病院

労働者健康安全機構:34病院

特定機能病院:85病院

地域医療支援病院:543病院

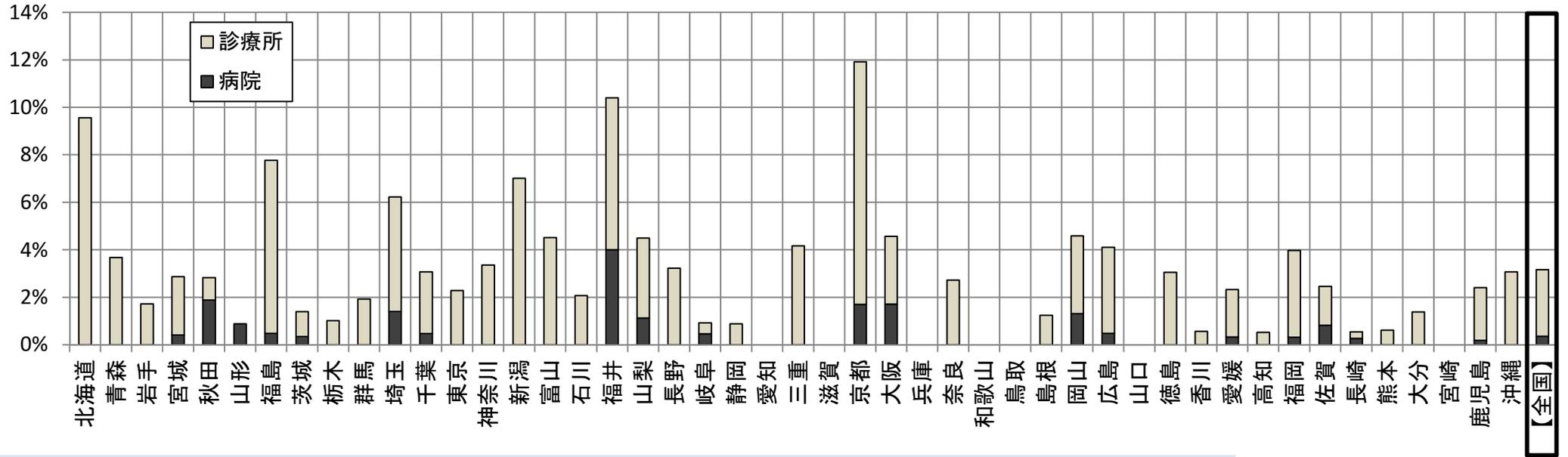
※病院数は、平成28年医療施設調査の一般病院数

※重複があるため、合計と一致しない。

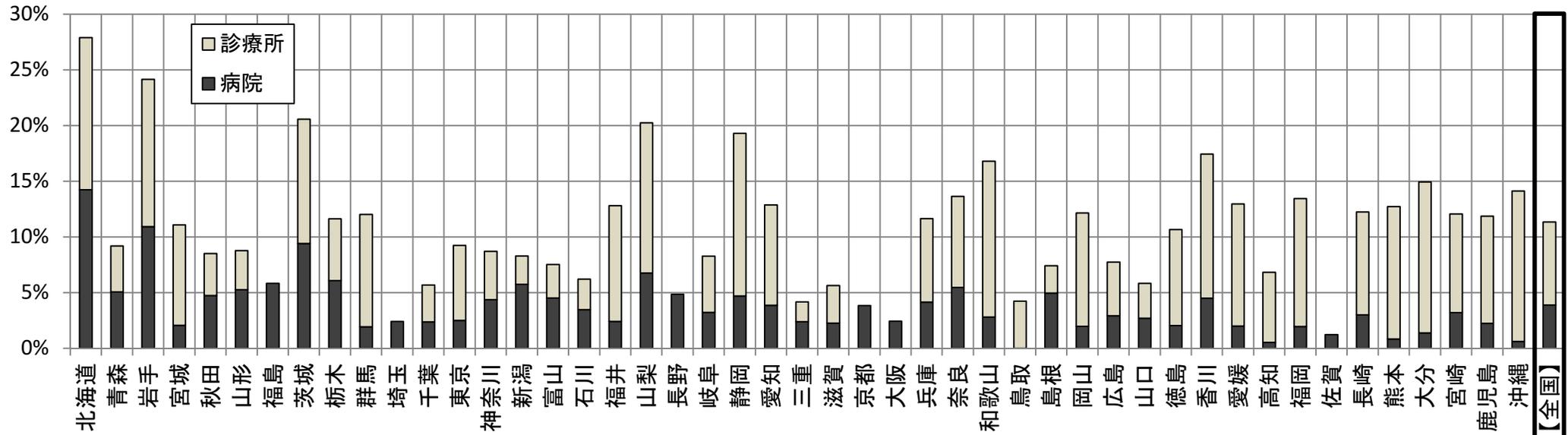


# 地域医療構想調整会議における議論の状況③

■ 病床機能報告の未報告医療機関の割合（未報告医療機関数／報告対象医療機関数）

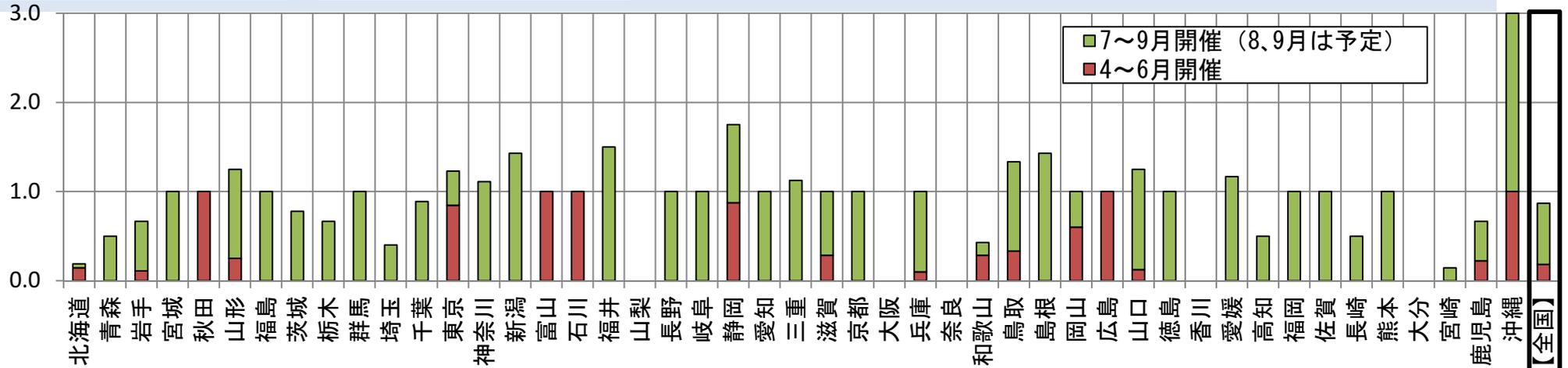


■ 非稼働病床を有する医療機関の割合（非稼働病床を有する機関数／報告対象医療機関数）



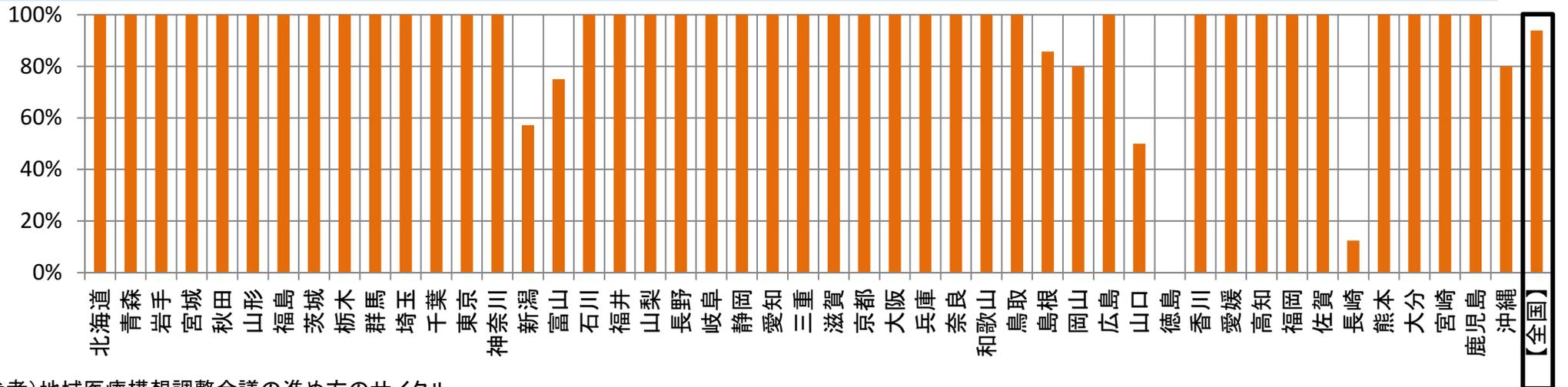
# 地域医療構想調整会議における議論の状況④

■平成29年4月から9月末までの構想区域あたりの開催回数(再掲) (開催延べ回数/全構想区域) ※8,9月は調査時点における予定



(留意点)「地域医療構想調整会議」として開催した回数を計上しており、例えば意見交換会の実施など、関係者が集まった全ての実績が計上されているものではない。また、複数区域が合同で開催したものは、それぞれの区域で1回ずつ開催したものとして計上した。

■病床機能報告や医療計画データブック等を活用した医療機関ごとのデータ分析の実施率 (実施した構想区域/全構想区域) (平成29年3月以前に分析を実施したケースも含めたもの)

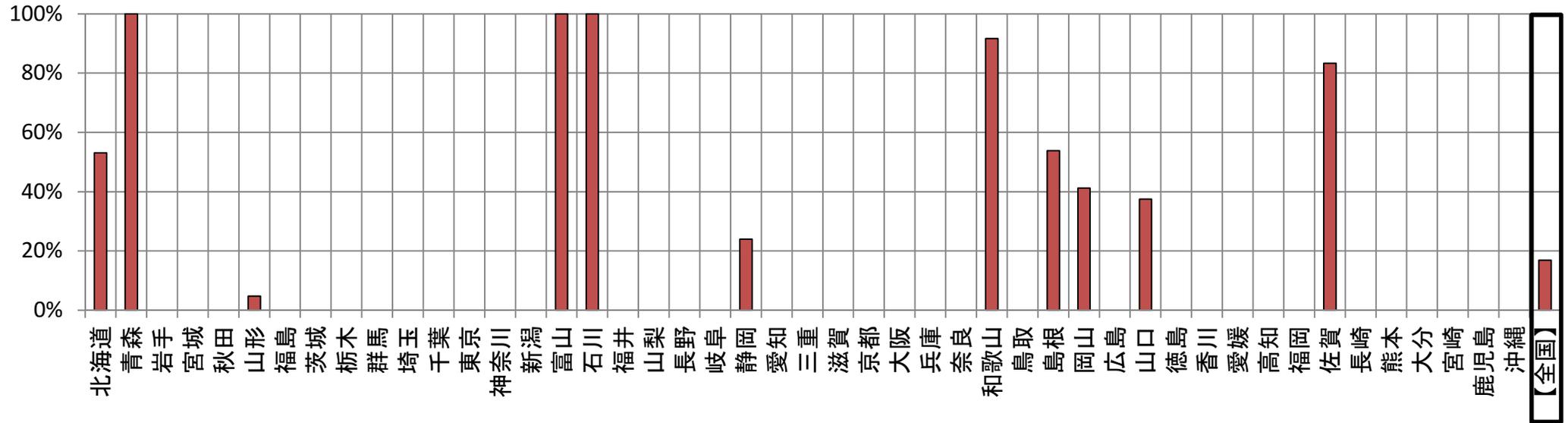


(参考) 地域医療構想調整会議の進め方のサイクル

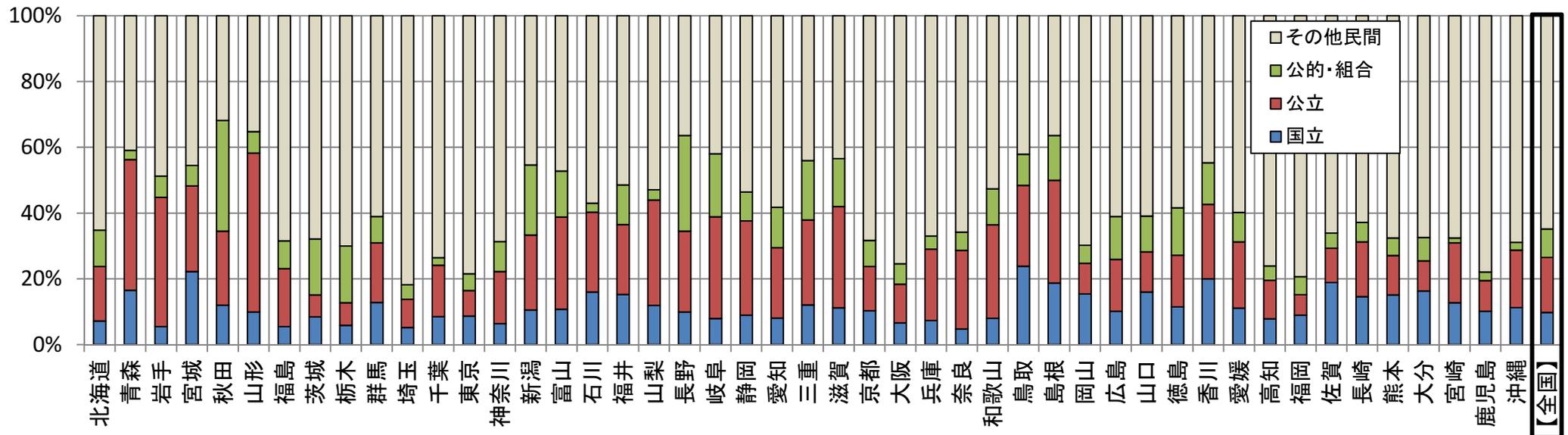


# 地域医療構想調整会議における議論の状況⑤

■新公立病院改革プランに関する議論開始率（議論を開始した病院数／平成28年度中にプランを策定した病院数）



(参考) 開設主体別の病院の病床数の比率（※病床数は、一般病床及び療養病床の合計）



出典：平成28年医療施設調査（厚生労働省）

# 今後の対応方針について

○ 国から都道府県への今後の進捗確認等の対応について、以下のとおり実施していく。

## 進捗管理

- ▶ 3か月ごとに議論の進捗状況を把握。  
(現在、9月末までの状況について調査中。)
- ▶ 9月末までの状況について、次の項目を追加して調査。
  - ・「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」等の策定状況、協議の状況、具体的対応方針の決定状況
  - ・医療機関における5疾病5事業及び在宅医療等の医療機能の明確化の状況、診療実績

## 自治体等支援

- ▶ 議論が遅れている自治体に対し、データの分析方法等の好事例を活用したアドバイス等により後押し支援。
- ▶ 公的医療機関の設置主体(本部)に対し、公的医療機関等2025プランの好事例の展開等により、プランの策定や見直し等を支援。
- ▶ その他、具体的対応方針に盛り込むべき事項の整理など、議論が進展したことにより新たに浮き彫りとなった課題等を確認し、対策を検討。

(参考資料)

# 公的医療機関等2025プラン

- **公的医療機関※、共済組合、健康保険組合、国民健康保険組合、地域医療機能推進機構、国立病院機構及び労働者健康安全機構**が開設する医療機関、**地域医療支援病院及び特定機能病院**について、地域における今後の方向性について記載した「**公的医療機関等2025プラン**」を作成し、策定したプランを踏まえ、**地域医療構想調整会議**においてその役割について議論するよう要請。 ※新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院は除く。

## 対象病院数

約**780病院**

## 記載事項

### 【基本情報】

- ・医療機関名、開設主体、所在地 等

### 【現状と課題】

- ・構想区域の現状と課題
- ・当該医療機関の現状と課題 等

### 【今後の方針】

- ・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

### 【具体的な計画】

- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項  
(例)・4機能ごとの病床のあり方について  
・診療科の見直しについて 等
- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標  
(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目  
・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

## 策定期限

- **救急医療や災害医療等の政策医療を主として担う医療機関**: **平成29年9月末**  
(3回目の地域医療構想調整会議で議論)
- **その他の医療機関**: **平成29年12月末** (4回目の地域医療構想調整会議で議論)

### ●地域医療構想調整会議の議論のサイクル

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
病床機能報告等のデータ等を踏まえ、各医療機関の役割を明確化	医療機能、事業等ごとの不足を補うための具体策を議論	各役割を担う <b>医療機関名を挙げ</b> 、機能転換等の具体策の決定	具体的な医療機関名や進捗評価指標、次年度基金の活用等を含む取りまとめ

## 留意点

- 各医療機関におけるプランの策定過程においても、地域の関係者からの意見を聴くなどにより、構想区域ごとの医療提供体制と統合的なプランの策定が求められる。
- 各医療機関は、プラン策定後、速やかにその内容を地域医療構想調整会議に提示し、地域の関係者からの意見を聴いた上で、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性をはかることが必要。地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には、策定したプランを見直すこととする。
- さらに、上記以外の医療機関においても、構想区域ごとの医療提供体制の現状と、現に地域において担っている役割を踏まえた今後の方針を検討することは、構想区域における適切な医療提供体制の構築の観点から重要である。まずは、それぞれの医療機関が、自主的に検討するとともに、地域の関係者との議論を進めることが望ましい。

# 構想区域における医療機関の再編・統合事例（茨城県鹿行構想区域）

## 概要

鹿島労災病院における医師大量退職に伴い、鹿行南部地域の救急医療が困難となったことを契機として、地域の関係者の協議を経て、平成29年8月、神栖済生会病院と鹿島労災病院が統合することで基本合意書を締結。

### 鹿行構想区域（茨城県内の9構想区域の1つ）

医師数 88.6人/10万人あたり（平成24年）  
（全国344二次医療圏中、下から3番目）



### 鹿行構想区域の2025年の病床の必要量と在宅医療等の必要量

区分	平成27(2015)年における機能別病床数(病床機能報告)	平成37(2025)年における病床の必要量
高度急性期	0床	70床
急性期	978床	373床
回復期	79床	443床
慢性期	640床	379床
病床計	1,998床	1,265床
在宅医療等の必要量	—	2,186人/日

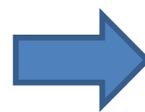
### 神栖済生会病院と鹿島労災病院の再編統合の経緯

平成25年、鹿島労災病院の医師大量退職  
救急医療提供体制の崩壊

休床

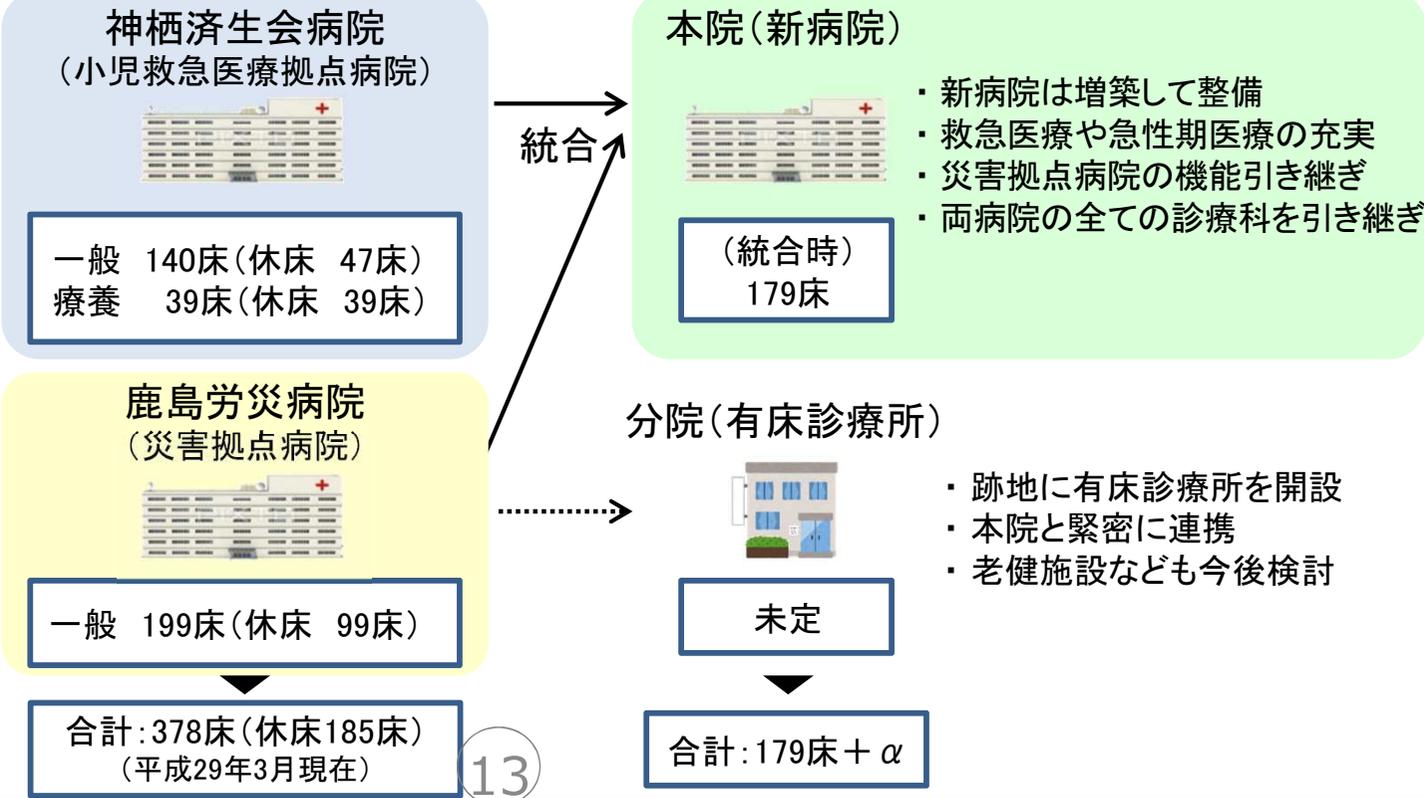
- 神栖済生会病院 179床のうち86床
- 鹿島労災病院 300床のうち200床

地域で議論



平成29年8月、関係4者（済生会、労働者健康安全機構、茨城県、神栖市）間で基本構想に関する基本合意書を締結

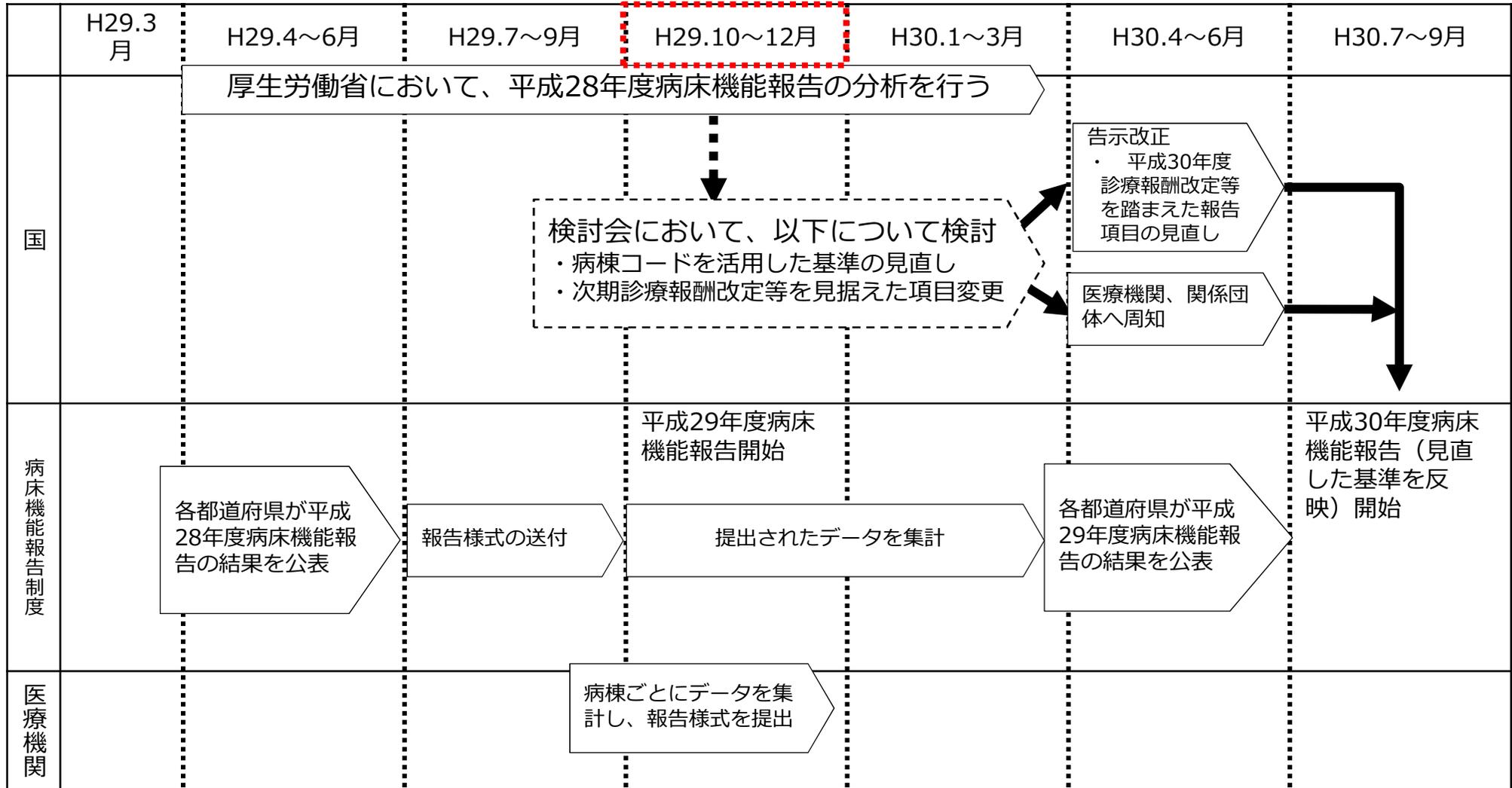
基本合意：平成30年度をめどに両病院を統合し、恩賜財団済生会が運営



# 病床機能報告の定量的な基準も含めた 基準の検討について

# 平成29年度以降の病床機能報告に関するスケジュールについて（案）

第10回医療計画の見直し等に関する検討会 資料3  
(H29.3.8)



# WG・検討会における病床機能報告に関する主な意見（要約）①

## 【地域医療構想に関するWGにおける意見】

- 病床機能報告については調整会議の議論に供する非常に重要なデータ。さらなる分析を経て、定量化・精緻化していくことは客観的なデータという観点からも必要ではないか。
- 病床機能に関しては、どう考えてもおかしいというものは少し考えるにして、その辺に幅を持たせつつ、調整会議で調整していくという考え方を持っていくのが、日本の医療のいいところを残して、今後、2025年を超えた医療提供体制を構築していく上では、重要な考え方ではないか。
- 病床機能報告自体は、あくまでもその病院の判断による定性的なもの。定量的なものと言ってしまうと、判断を誤ってしまう。あくまでもその病院の自主的な判断の一つの目安ではないか。
- ある病棟ですずっと高度急性期から、慢性期までずっと診るのか。それとも、それを病棟間の機能分化をして、たとえば混合病棟にして、ある病棟に寄せていくのかというのは病院がどう考えてマネジメントしていくかだけという話。どういう患者さんを診ているかという病院全体の像と、病棟をどう運用していくのか、マネジメントしていくかというのは必ずしも一致しないのだというところをもう一度考えて、この病床機能報告を考えていくことが大事ではないか。

## WG・検討会における病床機能報告に関する主な意見（要約）②

- 病床機能報告制度の改善が第一。レセプトに病棟コードが入って分析もどんどん可能になったので、実は回復期の患者さんは適切というか、それなりの提供体制の中で上手に治療されているのだということを知るような病床機能報告制度に改善すべきではないか。
- 高度急性期と急性期の区別はなかなか難しく、実際にこの2つを厳密に分けていくというのは、データ上も非常に難しい。
- 内科が頑張らないと高齢化社会はもたないが、内科の指標はほとんど入っていない。
- 現在の報告は、回復期から慢性期に向けての頑張っている病院をうまく評価するような報告になっていないのではないか。
- これらの大量のデータを正確に分析し評価をし、それを関係者、住民にわかりやすく説明するということが、地域医療構想調整会議を主催する都道府県には求められている。したがって、厚生労働省のほうからガイドライン等を示していただきたい。

### 【医療計画の見直し等に関する検討会における意見】

- 1か月のデータで本当にその病院の機能がはかれるのか。病棟の機能がはかれるのか。なぜなら、地方に行けば行くほど季節性が物すごく強いから。
- 療養環境というか、例えば部屋の広さとか、廊下の幅とか、入院する患者さんの側からすれば、結構大事な情報なのではないか。

# 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、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

- **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。

# 高度急性期機能・急性期機能について

# 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

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。

## 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、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

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院管理料

## ● 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 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。

## ● 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

# 平成28年度病床機能報告制度における主な報告項目

第7回地域医療構想に関するWG 資料2-1 (H29.7.19)

## 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
	入院患者の状況
新規入院患者数	
在棟患者延べ数	
退棟患者数	
入棟前の場所別患者数	
予定入院・緊急入院の患者数	
退棟先の場所別患者数	
退院後に在宅医療を必要とする患者数	

幅広い手術の実施	手術件数(臓器別)、全身麻酔の手術件数
	人工心肺を用いた手術
	胸腔鏡下手術件数、腹腔鏡下手術件数
	悪性腫瘍手術件数
	病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製
	放射線治療件数、化学療法件数
	がん患者指導管理料
	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
	超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的冠動脈形成術分娩件数
	入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算、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
	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、大動脈バルーンポンピング法、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、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	
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	
救命のための気管内挿管	
体表面ペースティング法/食道ペースティング法	
非開胸的心マッサージ、カウンターショック	
心膜穿刺、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(うち診察後、直ちに入院となった患者延べ数)	
救急車の受入件数	

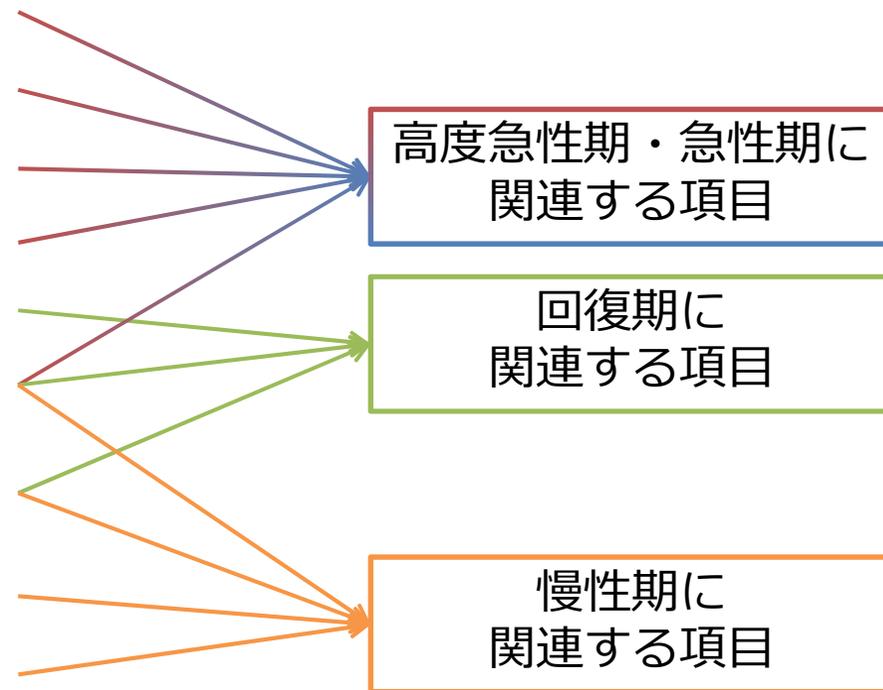
急性期後・在宅復帰への支援	退院支援加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算/有床診療所一般病床初期加算
	地域連携診療計画加算、退院時共同指導料
	介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料
全身管理	中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入
	観血的動脈圧測定、ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄
	人工呼吸、人工腎臓、腹膜灌流
リハビリテーション	経管栄養カテーテル交換法
	疾患別リハビリテーション料、早期リハビリテーション加算、初期加算、摂食機能療法
	リハビリテーション充実加算、休日リハビリテーション提供体制加算
障害者等の受入	入院時訪問指導加算、リハビリテーシ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
多様な機能	療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算
	重度褥瘡処置、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
の連携	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
	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)
の連携	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棟からの受入割合
の連携	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

- 本資料における結果の整理に当たって、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仮定。

## 【具体的な医療の内容に関する項目】

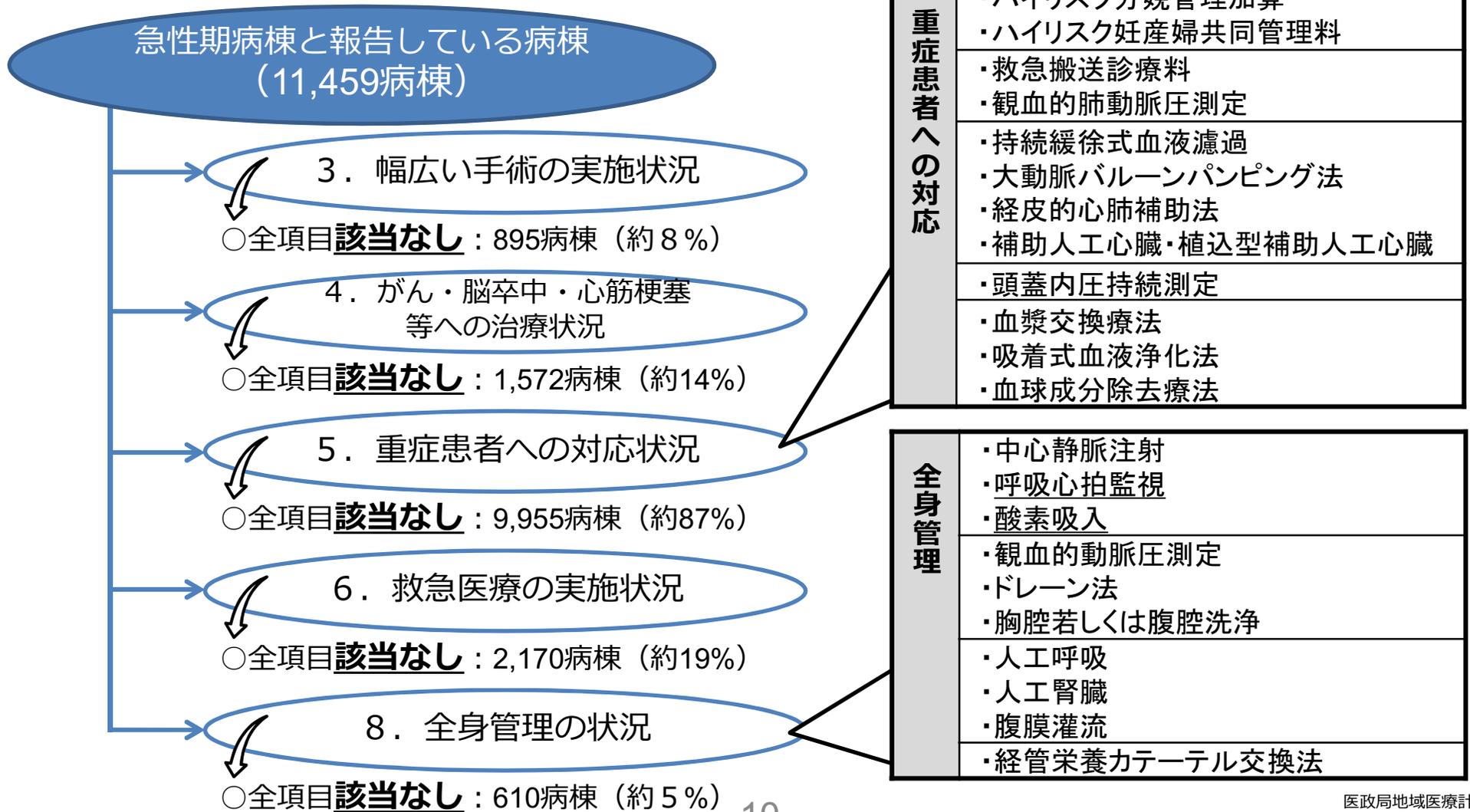
<様式2>

- 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



- 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28年度病床機能報告において、様式1で急性期機能を報告している病院の病棟のうち、様式2で以下の項目でレセプト件数、算定日数、算定回数が全て0件と報告された病棟数を算出



# 病床機能報告の基準に係る論点1 (高度急性期機能・急性期機能)

- 高度急性期機能と急性期機能は、ともに急性期の患者に対して、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能であり、その違いは診療密度にある。高度急性期機能を有する病棟は、診療密度の高い医療を提供する病棟であり、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などが相当する。
- 一方で、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、病床機能報告において把握できる急性期医療を全く提供していない病棟が含まれており、その要因が、制度の趣旨の周知徹底に課題があるのか、病床機能報告における報告項目（具体的な医療の内容に関する項目等）が不足しているといった課題があるのか、誤報告を訂正しきれていない事務処理に課題があるのか、十分な分析ができていない。



- 平成29年度の病床機能報告を分析する際に、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、例えば急性期医療を全く提供していない等の明らかな疑義が生じた病棟を対象として、なぜ高度急性期機能又は急性期機能と報告したのかその理由を調査してはどうか。

# 回復期機能・慢性期機能について

# 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

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。

## 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、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

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院管理料

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 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。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

## 【とある構想区域におけるイメージ】

地域において医療機関が担う機能について（病床機能報告結果の活用イメージ）

	患者割合			患者の退院先（人/月）			
	区分1	区分2	区分3	退院総数	うち自宅	うち老健	うち死亡
X病院（20:1、200床）	5%	25%	70%	15	1	2	10
Y病院（25:1、150床）	50%	45%	5%	5	4	0	1
Z病院（25:1、100床）	45%	30%	25%	20	5	8	6

### <患者の状態について>

- X病院は、入院患者のうち医療必要度の高い医療区分2、3の占める割合が高く、Y病院及びZ病院は、比較的医療必要度の低い医療区分1の占める割合が高い。

### <患者の退院先について>

- X病院は、退院患者のうち「死亡」の占める割合が高い。
- Y病院は、施設規模と比べて、月当たりの退院患者数が少なく、退院患者のうち自宅退院の占める割合が高い。
- Z病院は、月当たりの退院患者数が比較的多く、ある程度高い割合で生存退院している。



- 上記のように、各病棟における入院患者の状況や、患者の入退院の状況等を参考にしながら、各病院・病棟が担う役割について、議論を進める必要があるのではないか。

## 病床機能報告の基準に係る論点2（回復期機能・慢性期機能）

- 回復期機能は、急性期を経過した患者に対して、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である。慢性期機能は、①長期にわたり療養が必要な患者、②重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、③筋ジストロフィー患者又は難病患者等に対して、入院させる機能である。
- 一方で、病床機能報告制度において、在宅復帰に向けた医療、リハビリテーション、療養や看取りといった医療の内容に関する報告項目が不足している。



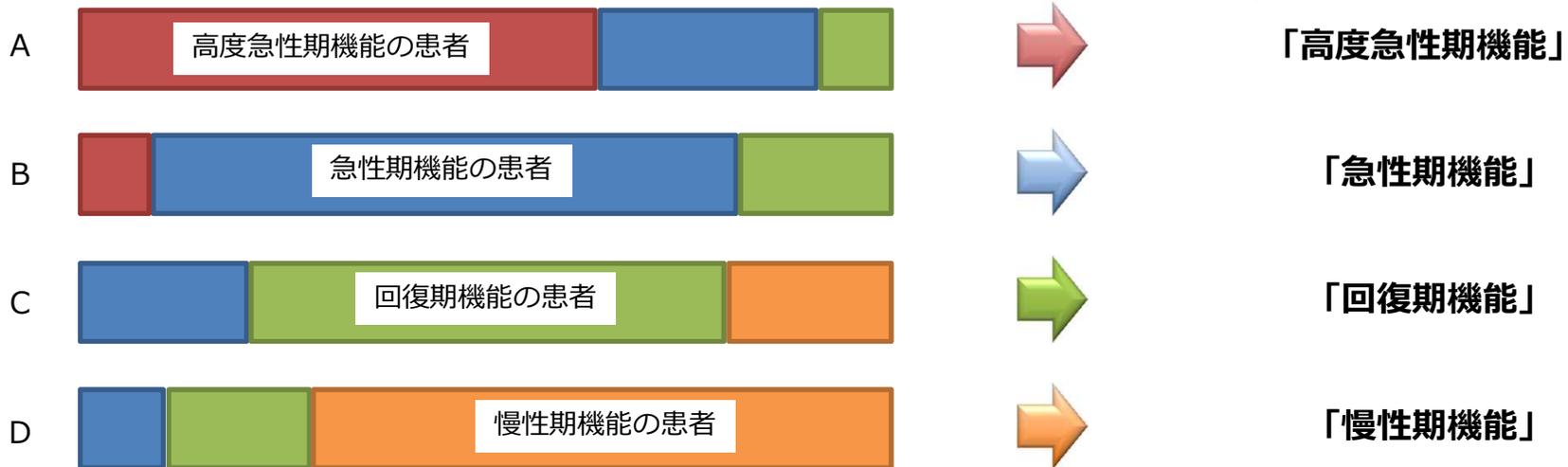
- 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するため、地域包括ケアシステムの視点も踏まえつつ、先進地域の取組を参考にしながら、在宅復帰に向けた医療などに関する項目（患者の居住する市町村との連携、ケアマネジャーとの連携、療養環境など）の追加を検討してはどうか。
- 平成29年度の病床機能報告を分析する際に、明らかに回復期の患者又は慢性期の患者の占める割合の多いと考えられる病棟のうち、回復期機能又は慢性期機能として報告していない病棟を対象として、なぜ回復期機能又は慢性期機能と報告しないのかその理由を調査してはどうか。

# 患者の病期について

# 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。

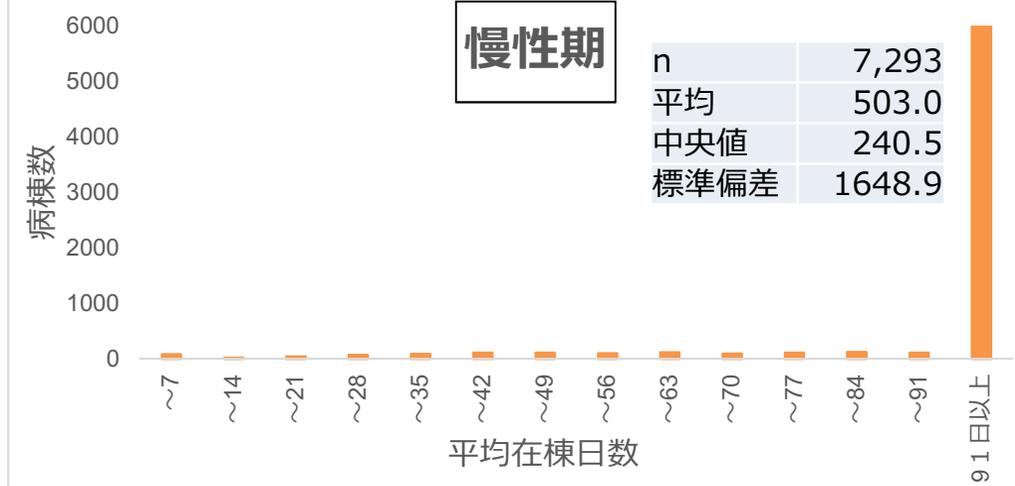
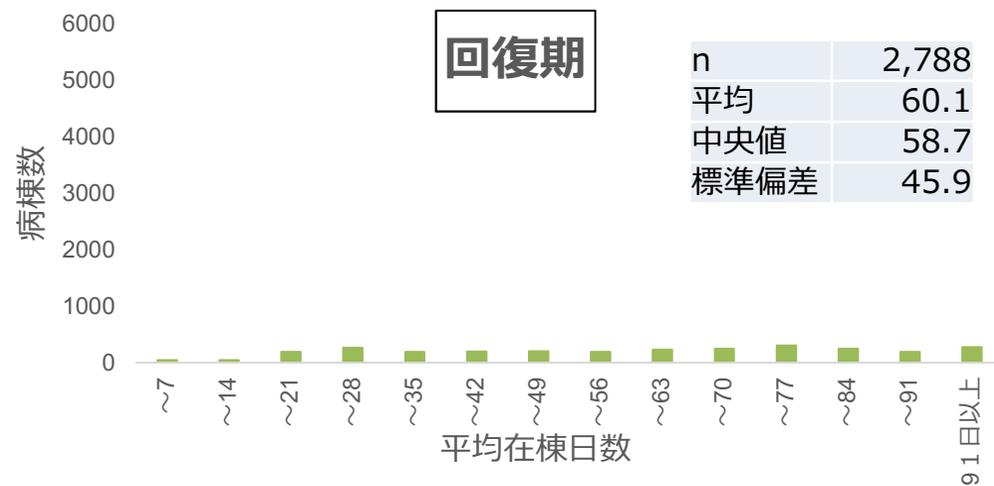
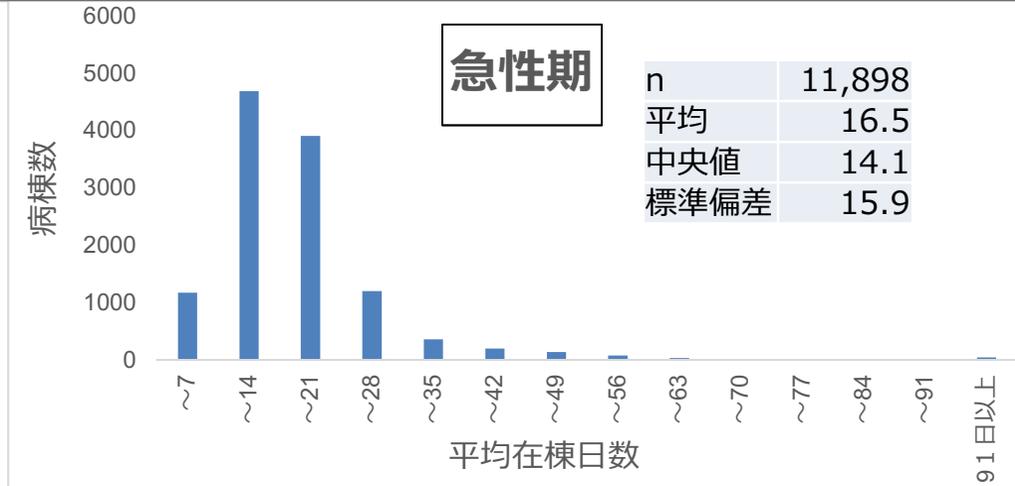
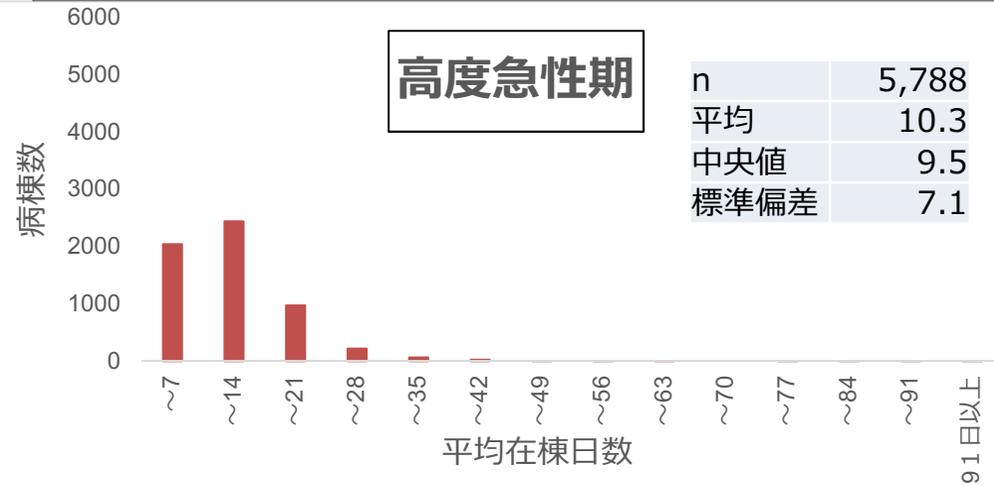
(ある病棟の患者構成イメージ)



として報告することを基本とする。

# 平成28年度における医療機能ごとの平均在棟日数の病棟分布

○平均在棟日数の中央値は、高度急性期機能では9.5日、急性期機能では14.1日、回復期機能では58.7日、慢性期機能では240.5日と長くなっている。



平成28年度病床機能報告データに基づき、平成27年7月1日から平成28年6月30日の間の入棟患者数、退棟患者数及び延べ入院患者数を用いて病棟ごとに平均在棟日数を算出して、医療機能ごとに平均在棟日数の病棟分布を示したもの。

(平均在棟日数) = (在棟患者延べ数) ÷ ( (新規入院患者数) + (退棟患者数) ) ÷ 2 ※平成27年7月1日～平成28年6月30日の1年間の患者数

医政局地域医療計画課調べ (平成29年10月時点)

## 病床機能報告の基準に係る論点3（患者の病期）

- 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、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。
- 一方で、急性期の患者（高度急性期医療の提供を受けている急性期の患者を含む）、回復期の患者、慢性期の患者を区分するための基準が不明瞭であることから、現在報告されている内容の妥当性を評価することや、実態を把握することに課題がある。



- 急性期の患者は、入院してから一定期間、状態の早期安定化に向けて医療の提供を受けている患者であることから、例えば、入院してからの在院期間に着目して基準の検討を進めてはどうか。
- 回復期の患者は、急性期を経過した患者であることから、例えば、入院してからの在院期間に着目して基準の検討を進めてはどうか。この際、急性期と回復期を区分する在院期間は、地域医療構想との整合性を踏まえる必要がある。
- 慢性期の患者は、長期にわたり療養が必要な患者であることから、例えば、入院してからの在院期間に着目して基準の検討を進めてはどうか。この際、回復期と慢性期を区分する在院期間は、地域医療構想との整合性を踏まえる必要がある。

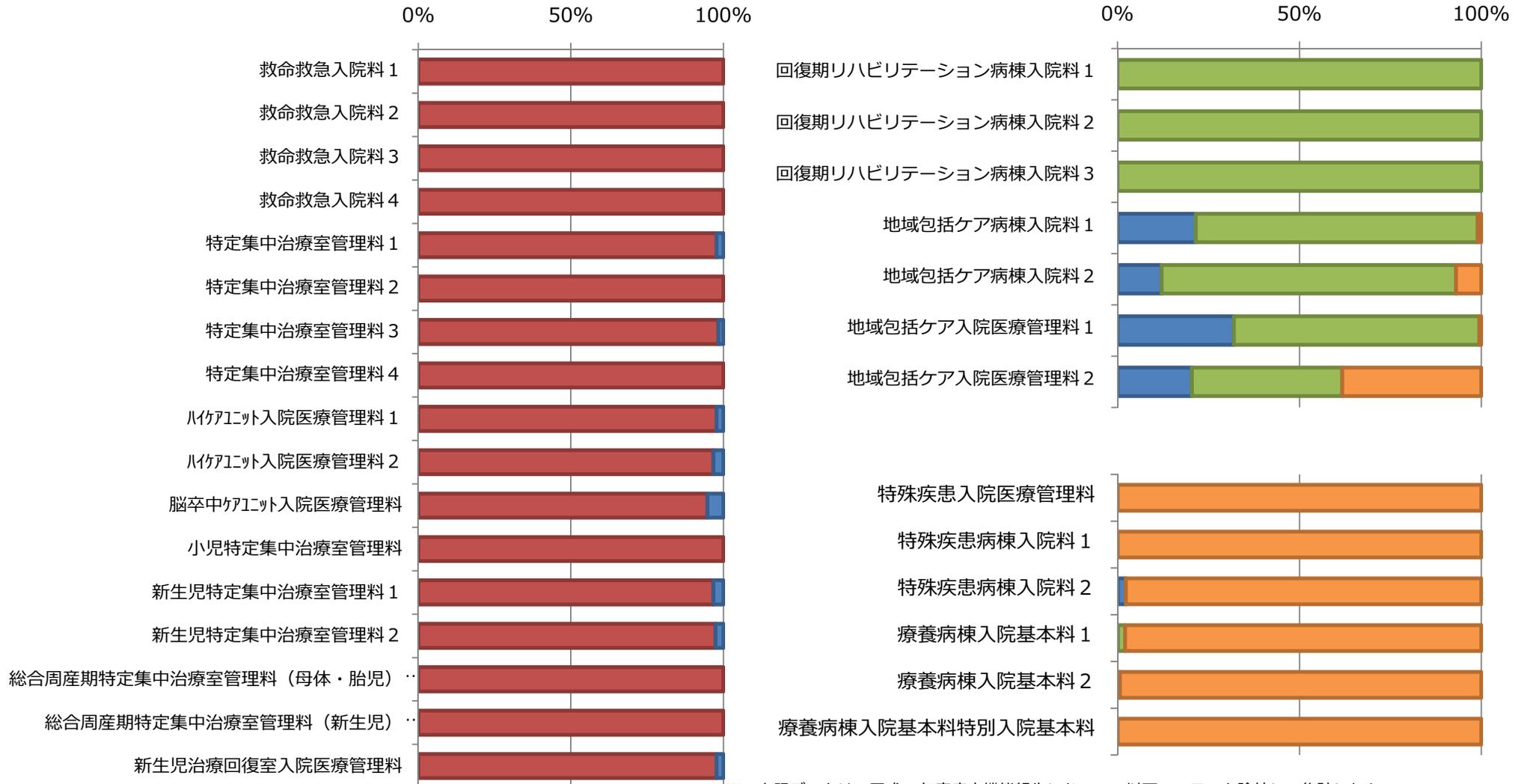
(参考資料)

# 特定入院料等届出病床ごとの医療機能について

第4回地域医療構想に関するWG 資料2  
(H29.5.10)

○ 特定の機能を有する病棟における病床機能報告については、概ね取扱いのとおりとなっている。

■ 高度急性期機能 ■ 急性期機能 ■ 回復期機能 ■ 慢性期機能



※ 上記データは、平成28年度病床機能報告において、以下のエラーを除外し、集計したものの。  
エラー：「報告対象外」、「病院/有床診療所相違」「許可病床数記載不備」、「医療機能記載不備（7月）」

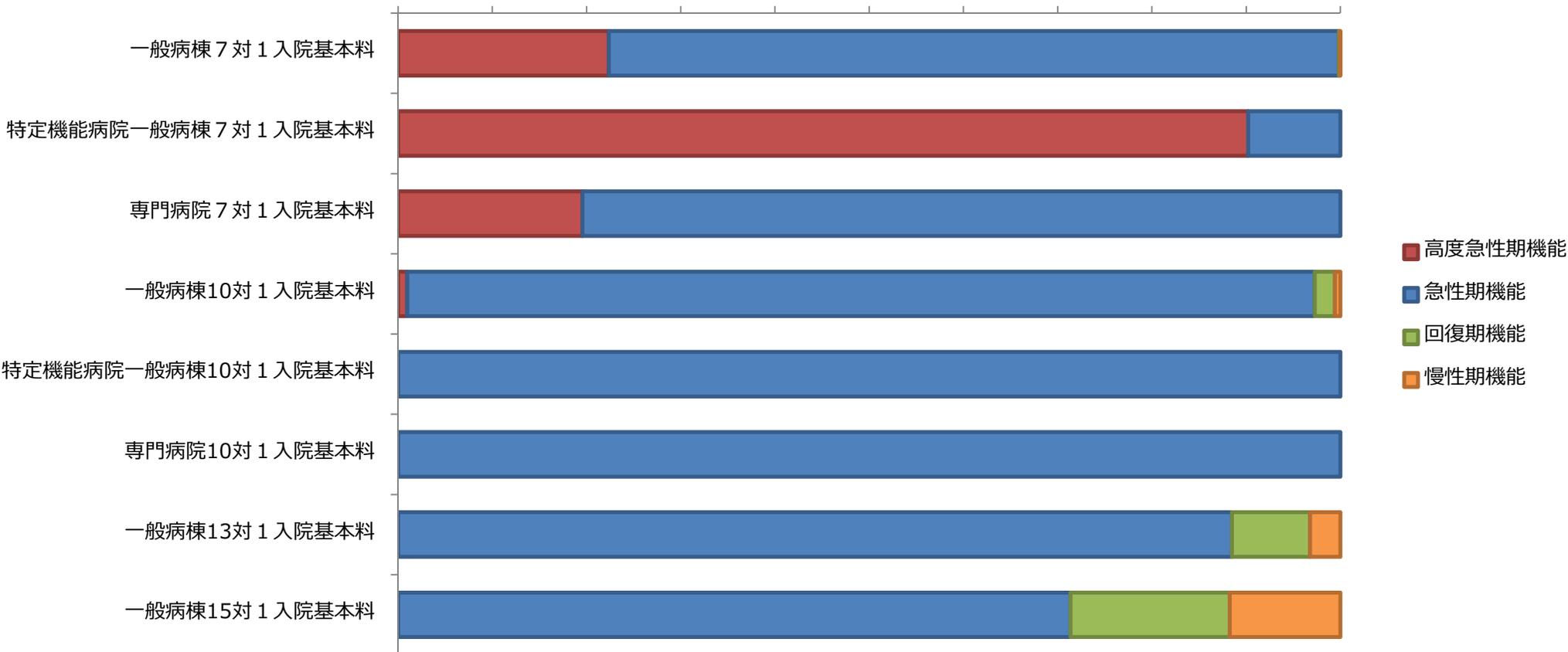
# 入院基本料等×病床機能（病床数）について

第5回地域医療構想に関するWG 資料2  
(H29.6.2)

- 主な入院基本料については、看護職員の配置に準じて、担う機能は急性期から回復期へ移行する傾向がある。特定機能病院（7対1）は、高度急性期が約9割を占める。

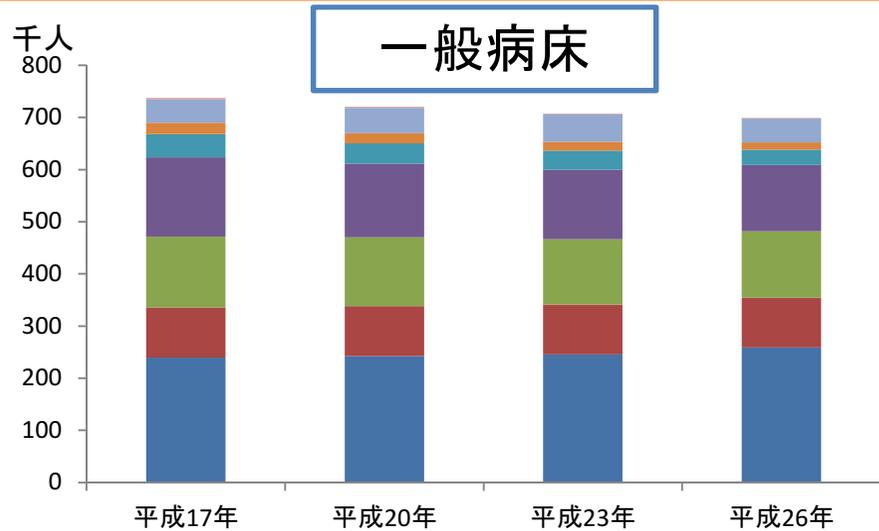
## 入院基本料別の病床機能割合（病床数）

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

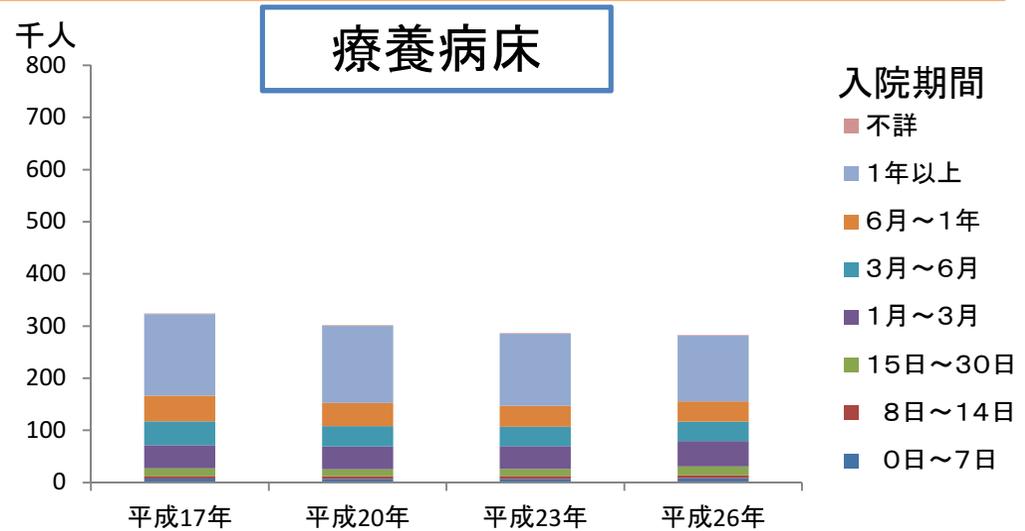


# 在院期間別入院患者数の推移

- 一般病床、療養病床とも入院患者数は緩やかに減少傾向である。
- 一般病床では、
  - 0日～7日の入院患者は増加傾向
  - 8日～14日の入院患者はほぼ横ばい
  - 15日以上入院患者は減少傾向
- 療養病床では、
  - 0日～30日の入院患者は増加傾向
  - 1月～3月の入院患者はほぼ横ばい
  - 3月以上の入院患者は減少傾向



一般病床	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
0日～7日	239.6	242.9	245.7	259.2
8日～14日	96.3	95.4	95.8	95.7
15日～30日	135.5	132.2	125.3	127
1月～3月	152.4	140.8	133	126.8
3月～6月	44.2	39.3	36.4	29.6
6月～1年	21.8	19.3	17.3	13.7
1年以上	44.9	48.3	52.6	45.9
不詳	2.4	1.9	1.2	1.3
総数	737.2	720.3	707.2	699.2



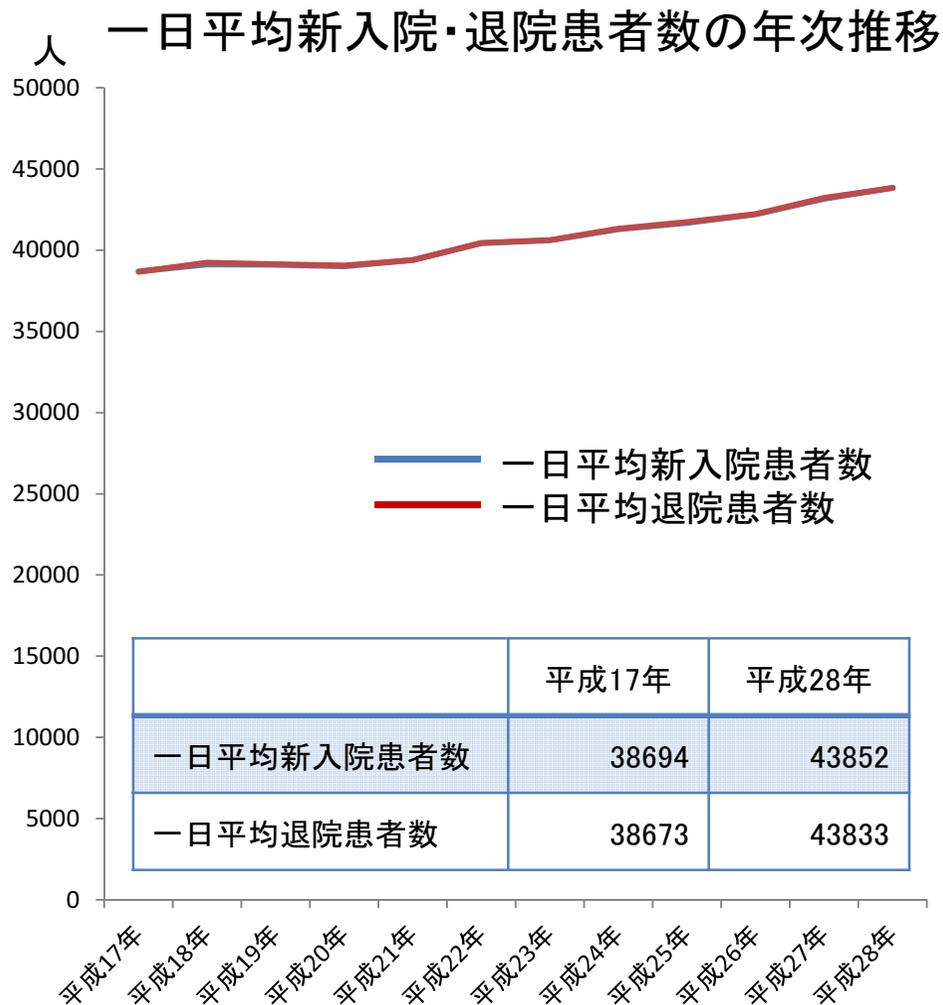
療養病床	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
0日～7日	7.7	7.4	7.4	8.4
8日～14日	5.2	4.8	5.1	5.8
15日～30日	14.1	13.5	13.4	16.6
1月～3月	44.9	43.5	44	48.8
3月～6月	45.3	39.2	37.2	37.1
6月～1年	49.4	44.3	40.3	39.1
1年以上	156.6	147.7	137.9	125.9
不詳	1.2	1.3	1.3	0.9
総数	324.5	301.8	286.6	282.7

- 入院期間
- 不詳
  - 1年以上
  - 6月～1年
  - 3月～6月
  - 1月～3月
  - 15日～30日
  - 8日～14日
  - 0日～7日

出典：患者調査（平成17年、平成20年、平成23年、平成26年）、平成23年は東日本大震災の影響により、宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の医療施設を除く。

# 一日平均新入院・退院患者数の年次推移と転院患者の割合

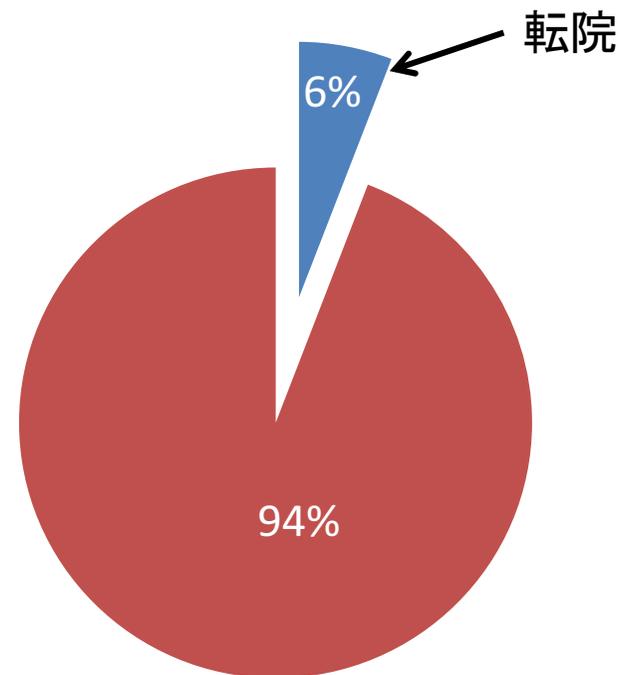
- 一日平均の新入院患者数、一日平均の退院患者数ともに近年増加傾向にある。
- 平成26年9月の退院患者数のうち、転院の占める割合は6%である。



調査対象：全国の病院、療養病床を有する診療所

出典：病院報告（平成17年～平成28年）

平成26年9月退院患者数のうち、  
転院の占める割合



退院患者総数 1,364千人  
 転院 79.9千人

出典：患者調査（平成26年）

# 家庭から入院した患者と他院から入院した患者の状況

- 他院から入院した患者は、家庭から入院した患者よりも退院するまでの日数が長い傾向がある。
- 他院から入院した患者は、家庭から入院した患者よりも家庭に退院する割合が少ない。

## 入院前の場所別の入院日数

	総数	0日-7日	8日-14日	15日-30日	30日-60日	60日-90日	90日-180日	180日-365日	365日以上
家庭から入院	約118万人	53.9%	19.4%	15.0%	7.4%	2.3%	1.4%	0.3%	0.3%
他院から入院	約7.1万人	11.8%	10.5%	17.6%	19.9%	15.0%	15.0%	4.6%	5.5%

## 入院前の場所別の退院後の場所

	総数	退院後					
		家庭	転院	介護老人 保健施設	介護老人 福祉施設	社会福祉施設	死亡・不明等
家庭から入院	約118万人	90.3%	4.4%	0.5%	0.3%	0.2%	4.3%
他院から入院	約7.1万人	43.8%	25.4%	4.9%	2.1%	1.7%	22.1%

第 8 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	参 考 資 料
平 成 2 9 年 1 0 月 2 6 日	2

医政発 0804 第 2 号  
平成 29 年 8 月 4 日

(別記の開設主体の長) 殿

厚生労働省医政局長

地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等 2025 プラン」策定について (依頼)

人口減少や少子高齢化が急速に進展する中で、将来に向けて医療需要が大きく変化することが見込まれており、地域ごとに適切な医療提供体制の再構築に取り組んでいくことが必要となっています。

そのような中、各都道府県は、平成 29 年 3 月までに地域医療構想（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 4 第 2 項第 7 号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）の策定を完了しており、今後、その達成に向けて、構想区域（同号に規定する構想区域をいう。）ごとに、地域医療構想調整会議（同法第 30 条の 14 第 1 項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）を開催し、関係者による議論を進めていくこととなります。

地域医療構想調整会議における具体的な議論の進め方については、平成 28 年 12 月、「医療計画の見直し等に関する検討会」において意見がとりまとめられ、将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有するため、まずは、地域における救急医療、小児医療、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関から、その役割の明確化を図り、その他の医療機関については、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえ、役割の明確化を図ることとされています。

病院事業を設置する地方公共団体においては、「新公立病院改革ガイドライン」（平成 27 年 3 月 31 日付け総財準第 59 号総務省自治財政局長通知）を参考に、平成 28 年度中に「新公立病院改革プラン」を策定することとされており、策定した「新公立病院改革プラン」をもとに、地域医療構想調整会議に参加することで、地域医療構想の達成に向けた具体的な議論が促進されるものと考えております。

また、医療法上、都道府県知事は、地域医療構想の達成を図るため、公的医療機関等（同法第 7 条の 2 第 1 項各号に掲げる者が開設する医療機関をいう。以下同じ。）に対してより強い権限の行使が可能となっております。

さらに、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康安全機構が開設する医療機関、地域医療支援病院及び特定機能病院については、その設立の趣旨や、地域における医療確保等の責務に鑑み、今後も地域に求められる役割を果たしていくことが期待されます。

こうした点を踏まえれば、公的医療機関等を始めとする上記の医療機関が、他の医療機関に率先して、地域医療構想の達成に向けた将来の方向性を示していただくことが重要と考えております。

なお、「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）においても、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針を速やかに策定するため、2 年間程度で集中的な検討を促進することとされたところです。

については、貴殿が設置する医療機関について、地域医療構想調整会議における具体的な議論の促進に資するよう、別添の様式を参考に「公的医療機関等 2025 プラン」を策定するとともに、策定した「公的医療機関等 2025 プラン」を地域医療構想調整会議に提示し、具体的な議論を進めていただくよう、貴殿が設置する医療機関に対し依頼いただきますようお願いいたします。また、策定したプランについては、地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には見直しを行うなど、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性を図っていただくようお願いいたします。

なお、「公的医療機関等 2025 プラン」については、別添「公的医療機関等 2025 プランについて」に示す「地域医療構想調整会議の進め方のサイクル」に沿って、地域で計画的に議論が進められるよう、可能な限り早期に策定を進めることが重要であることから、救急医療や災害医療といった政策医療を主として担う医療機関については、このサイクルで予定されている 3 回目の地域医療構想調整会議における議論に間に合うよう本年 9 月末までに、その他の医療機関においても、遅くとも 4 回目の地域医療構想調整会議において議論できるよう本年 12 月末までに策定を進めていただくようお願いいたします。

また、本件については、国において都道府県へ地域医療構想調整会議における議論の状況等についての進捗確認をする中で策定状況等の把握をいたしますが、これに加え、貴殿に対し直接、貴殿が設置する医療機関の策定状況等について照会をさせて頂く可能性があることを申し添えます。

(別記)

日本赤十字社社長  
社会福祉法人恩賜財団済生会会長  
全国厚生農業協同組合連合会会長  
社会福祉法人北海道社会事業協会会長  
独立行政法人地域医療機能推進機構理事長  
国家公務員共済組合連合会理事長  
公立学校共済組合理事長  
日本私立学校振興・共済事業団理事長  
健康保険組合連合会会長  
独立行政法人国立病院機構理事長  
独立行政法人労働者健康安全機構理事長  
各特定機能病院開設者  
各地域医療支援病院開設者

第 8 回 地 域 医 療 構 想 に 関 する W G	参 考 資 料
平 成 2 9 年 1 0 月 2 6 日	3

事 務 連 絡  
平 成 2 9 年 9 月 2 9 日

各都道府県衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

### 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。

なお、これに関連して、回復期機能に関してこれまで頂いた質問へのQ Aを別紙のとおり取りまとめたので、地域医療構想の達成に向けた取組等の参考としていただきたい。

(担当)

厚生労働省医政局地域医療計画課

藤本、佐藤、竹内、古川

TEL 03-3595-2186

E-mail iryo-keikaku@mhlw.go.jp

(問1) 病床機能報告において、回復期機能を選択する場合の基準はあるか。

(答)

回復期機能については、「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」と定義している。このため、リハビリテーション等を提供していない場合であっても、病棟の患者に対し、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」を提供している病棟については、回復期機能を選択することが適当と考えられる。

こうした考え方は、平成29年度病床機能報告の報告マニュアルにおいてもお示ししている。

(問2) 病床機能報告において回復期機能を選択した病棟では、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料しか算定できず、急性期の入院料や加算等を算定できないのか。

(答)

病床機能報告は、医療機関の各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・連携を進めることを目的として実施しているものであり、いずれの医療機能を選択した場合であっても、診療報酬の選択に影響を与えるものではない。

この点については、平成29年度病床機能報告の報告マニュアルにおいてもお示ししている。

(問3) 「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」策定について(依頼)」(平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知)に添付された2025プランの記載例の中に、「地域に不足する回復期機能を提供する」との文言があるが、2025プランの策定対象となる公的医療機関等は必ず回復期機能を担わなければならないこととなるのか。

(答)

本記載はあくまで記載例としてお示ししたものにすぎず、公的医療機関等が、今後、必ず回復期を担わなければならないという趣旨ではない。

実際の各医療機関の役割については、まずは各医療機関において、診療実績や地域の実情等を踏まえていずれの医療機能をどの程度担うかについて検討いただいた後、地域医療構想調整会議で協議・合意形成をいただいた上で決定することが重要である。