

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業(統計情報総合研究事業)）  
我が国における望ましい医療・介護提供体制の在り方に関する保健医療データベースの  
リンケージを活用した課題の提示と実証研究  
分担研究報告書

「病床機能報告」における病床機能区分の統計について

研究分担者 大津 唯 埼玉大学大学院人文社会科学研究所

**要旨**

**目的：**「団塊の世代」がすべて75歳以上の後期高齢者になる2025年に向けて推進されている地域医療構想では、医療需要と病床の必要量を構想区域ごとに推計し、それを踏まえて病床の機能分化・連携を推進することが求められている。その基礎となる統計が「病床機能報告」（2014年度より毎年度実施）であるが、病床の機能区分の選択があくまで医療機関の自主的な判断に委ねられていることから、経時的な比較や地域医療構想における必要病床量推計との比較が困難となっている。そこで本研究では、「病床機能報告」の集計データおよびマイクロデータを分析することにより、病床機能区分の統計をどのように解釈すべきかを検討した。

**方法：** 全国の機能区分別病床数の集計データ（2014～18年度）、全国の病棟ごとの機能区分別病床数のデータ（2016、17年度）、埼玉県医療機関ごとの機能区分別病床数のデータ（2015～18年度）を分析することにより、病床機能区分の統計をどのように解釈すべきかを検討した。

**結果：** 2014年度から18年度にかけて、回復期病床が6.1万床（4.9%ポイント）増加する一方、高度急性期病床が3.4万床（2.7%ポイント）減、急性期病床が1.8万床（1.4%ポイント）減、慢性期病床が1.0万床（0.8%ポイント）であった。2016年度と2017年度の2年連続で同じ病床機能を選択した割合を病床機能区別にみると、最も割合が高い慢性期でも82.3%、最も割合が低い回復期では58.9%で、医療機関による病床機能の選択が年度によって大幅に異なることが分かった。埼玉県の2015～18年度のデータでは、8割の医療機関で病床数が横ばいであったが、そのうち2割程度で、病床機能の選択に変化が見られた。変化のパターンは複雑で、より高度な病床機能に変化するケースもあった。

**考察・結論：** 全国の病床機能区分別病床数の集計値をみると、回復期病床が増加し、その代わりに高度急性期病床、急性期病床、慢性期病床が減少する傾向にある。しかし、医療機関による病床機能の選択が年度によって大幅に異なり、病床機能の変化のパターンは極めて多様である。病床機能区分の統計の解釈にあたっては、こうした複雑な実態を十分に踏まえる必要がある。

## A 研究目的

わが国の医療・介護サービス提供体制に関しては、2025 年を当面の目標年次として、その将来像が議論されてきた（いわゆる「2025 年モデル」）。2025 年は、いわゆる「団塊の世代」がすべて 75 歳以上の後期高齢者になる象徴的な年で、質・量両面で医療・介護サービスに対するニーズが大きく変化する可能性があり、これに対応した医療・介護提供体制の再構築が求められている（大津・尾形 2016）。

こうした状況の中、2014 年に成立した「医療介護総合確保推進法」に基づき、都道府県による地域医療構想の策定が始まった。地域医療構想は、2025 年の医療需要と病床の必要量を構想区域ごとに推計するものであり、それを踏まえて病床の機能分化・連携を推進することが求められている。

この地域医療構想における病床の必要量の現状値を把握するために、2014 年に「医療介護総合確保推進法」に基づいて新たに設けられたのが病床機能報告制度である。これにより、一般病床または療養病床を有する医療機関は、病棟ごとに病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つの区分）を選択して、毎年報告する義務を負うこととなった。

しかし、病床の機能区分の選択はあくまで医療機関の自主的な判断に委ねられ、その選択基準が当初は明確化されていなかったため（厚生労働省 2018）病床機能報告

における病床機能区分別の病床数の数値の変化が、病床機能の実際の変化の反映であるとは限らない。また、病床機能報告における病床機能区分は、地域医療構想における 2025 年の必要病床数の推計における病床機能区分の定義と一致していないため、両者を単純に比較することもできない。

そこで本研究は、「病床機能報告」の集計データおよびマイクロデータを分析することにより、病床機能区分の統計をどのように解釈すべきかを検討した。

## B 研究方法

本研究では、「病床機能報告」に関する以下 ~ のデータを分析することにより、病床機能区分の統計をどのように解釈すべきかを検討した。

全国の機能区分別病床数の集計データ（2014～18 年度）（厚生労働省（2015）および厚生労働省（2019））

全国の病棟ごとの機能区分別病床数のデータ（2016、17 年度）<sup>1</sup>

埼玉県医療機関ごとの機能区分別病床数のデータ（2015～18 年度）

は、の全国データが 2016 年度および 2017 年度に限られていることから、より長期間の変化を検討するために、埼玉県を事例として取り上げたものである。なお、分析に際しては、は病棟単位、は医療機関単

<sup>1</sup> 厚生労働省「平成 28 年度病床機能報告の報告結果」  
[ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html> ] (2020 年 3 月 15 日最終閲覧) および、厚生労働省

「平成 29 年度病床機能報告の報告結果」  
[ [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open\\_data\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00002.html) ]  
(同)。

位のバランスド・パネルデータとした。

## C 結果

(1) 全国の病床機能区分別病床数および構成比の変化（2014～18年度）

全国の全ての一般病床及び療養病床（約125万床）の病床機能区分別病床数および構成比の2014年度から18年度の変化は、次の通りである（詳細は図1）。

- ・高度急性期：19.4万床（15.5%） 16.0万床（12.8%）
- ・急性期：58.7万床（47.1%） 56.9万床（45.7%）
- ・回復期：11.0万床（8.8%） 17.1万床（13.7%）
- ・慢性期：35.6万床（28.6%） 34.6万床（27.8%）

この間、回復期病床は6.1万床（4.9ポイント）増加し、その代わりに高度急性期病床は3.4万床（2.7ポイント）減、急性期病床は1.8万床（1.4ポイント）減、慢性期病床は1.0万床（0.8ポイント）減であった。一見、医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（2015）で提示された2025年の必要病床数の機能区分別推計値（高度急性期13.0万床、急性期40.1万床、回復期37.5万床、慢性期24.4～28.5万床）に向かって病床機能の転換が進んでいるように見える。

しかし、2016年度に厚生労働省が特定の機能を有する病棟における病床機能の選択基準を提示するなど、医療機関による病床

機能の選択基準は試行錯誤が続いており、こうした変化は単にそうした選択基準の変化の結果に過ぎない可能性もある。また、病床機能報告の集計結果と2025年の必要病床量は、病床機能の定義の違いから単純比較することはできず、「現状の急性期病床を回復期病床に転換すべきである」のかどうかといった基本的な方向性すら判然としない<sup>2</sup>。

(2) 全国の病棟ごとの機能区分別病床数の変化（2016、17年度）

そこで、厚生労働省がウェブサイト上で公開している2016年度および2017年度の病床機能報告の病棟単位のデータを用い、実際に医療機関がどのように病床機能区分の選択を変化させているかを確認した。データはバランスド・パネルデータとし、両年度のデータが利用可能な119.3万床分のデータについて集計した（表1）。

結果の概要は次の通りである。まず、2016年度に高度急性期を選択した16.7万床のうち、翌年度も高度急性期を選択したのは12.9万床（77.4%）であった。3.5万床（20.9%）は急性期を選択していた。

次に、2016年度に急性期を選択した56.2万床のうち、翌年度も急性期を選択したのは42.3万床（75.2%）で、6.4万床（11.3%）は高度急性期を、4.0万床（7.1%）は回復期を、3.6万床（6.4%）は慢性期を選択していた。

2016年度に回復期を選択した13.3万床

る<sup>3</sup>、と指摘している。また、『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<sup>4</sup>、とも指摘している。

<sup>2</sup> 厚生労働省（2018）は、病床機能報告の集計結果と必要病床数の将来推計の関係について、両者を『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

のうち、翌年度も回復期を選択したのは7.8万床(58.9%)の過ぎず、3.2万床(24.4%)は急性期を、2.0万床(14.7%)は慢性期を選択していた。

最後に、2016年度に慢性期を選択した33.1万床については、27.3万床(82.3%)が翌年度も慢性期を、3.3万床(9.9%)は急性期を、2.4万床(7.3%)は回復期を選択していた。

以上のように、2016年度と2017年度の2年連続で同じ病床機能を選択したのは、最も割合が高い慢性期でも82.3%、最も割合が低い回復期では58.9%で、医療機関による病床機能の選択が年度によって大幅に異なることが分かった。わずか1年の間に実際の医療機能がこれほど大きく変化するのは考えにくく、病床機能報告における機能区分別病床数の集計結果の推移は、医療機関による病床機能の選択基準が年度によって大きくぶれている可能性が示唆された。

### (3) 埼玉県の医療機関ごとの機能区分別病床数の変化(2015~18年度)

厚生労働省が作成している全国の病棟単位のデータは2016、17年度しか整備されていない。しかし、病床機能報告の結果は都道府県によって公表されている。

そこで本研究では、埼玉県を事例として、県がウェブサイト上で公開している2015~18年度の医療機関単位のデータを用い、その間の機能区分別病床数がどのように変化しているのかを分析した。データはバランスド・パネルデータとし、4カ年度全ての機能区分別病床数が分かる382の医療機関について集計した(表1)。

結果の概要は次の通りである。まず、集計

対象である382の医療機関のうち87.2%は、2015~18年度の病床数が横ばい(維持)であった。しかし、病床数が横ばいであった医療機関のうち2割程度は、病床機能区分別でみると病床数に変化が見られた。その多くは急性期病床が回復期病床や慢性期病床に変わるパターンであった。一方で、急性期病床が高度急性期病床に、回復期病床が急性期病床に、慢性期病床が回復期病床に変わるケースもあった。

また、2015~18年度に増床した医療機関は28(集計対象である382の医療機関のうち7.3%)で、その大半は高度急性期病床または急性期病床の増床であった。2015~18年度に減床した医療機関は21(集計対象である382の医療機関のうち5.5%)で、大半は急性期病床の減少であった。

## D 考察 E 結論

以上のように、全国の病床機能別病床数の集計値をみると、回復期病床が増加し、その代わりに高度急性期病床、急性期病床、慢性期病床が減少する傾向にある。しかし、医療機関による病床機能の選択が年度によって大幅に異なっており、医療機関による病床機能の選択基準が年度によって大きくぶれている可能性が示唆された。また、埼玉県の例では、病床機能の変化のパターンが極めて多様であることが示されており、病床機能区分の統計は、こうした複雑な実態を十分に踏まえた上で解釈がなされる必要がある。

## F 健康危険情報

特に記載すべき点はありません。

## G 研究発表

なし

## H 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 参考文献

医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会(2015)「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告 医療機能区分別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって」, 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会(第5回)資料1(2015年6月15日)。

大津唯・尾形裕也(2016)「地域医療構想と医師需給推計の動向と課題」『社会保障研究』1(3): 514-522.

厚生労働省(2015)「平成26年度病床機能報告制度における病床の機能区分の報告

状況【平成26年度末まとめ】」, 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会第10回(2015年7月29日)資料3。

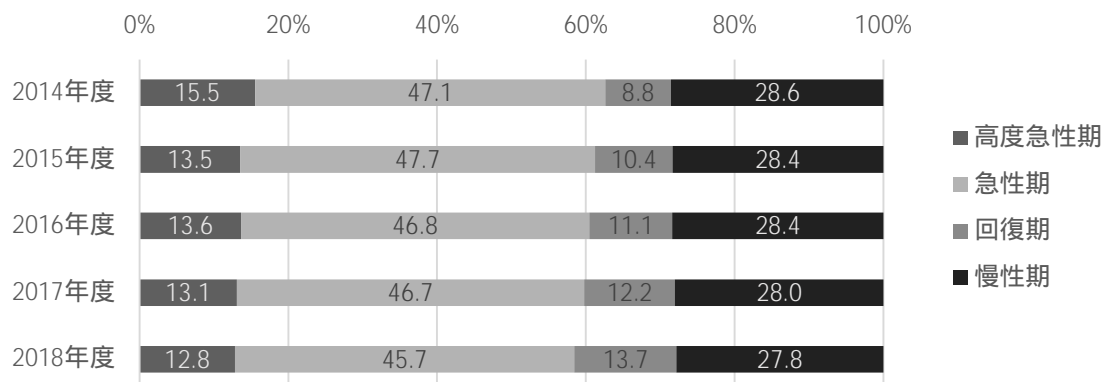
厚生労働省(2016)「病床機能報告制度の改善に向けて」, 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会第14回(2016年3月10日)資料2。

厚生労働省(2018)「平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」, 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(2018年6月22日)。

厚生労働省(2019)「平成30年度(2018年度)病床機能報告について」, 地域医療構想に関するワーキンググループ第21回(2019年5月16日)資料4。

清水沙友里(2017)「平成27年度病床機能報告データ(全国版)の公開」『Monthly IHEP』267: 26-28.

図1 全国の機能区分別病床数の構成比の変化



(単位：万床)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
2014年度	19.4	58.7	11.0	35.6	124.7
2015年度	16.9	59.6	13.0	35.5	125.1
2016年度	17.0	58.4	13.9	35.4	124.8
2017年度	16.4	58.3	15.2	35.0	124.9
2018年度	16.0	56.9	17.1	34.6	124.6

(参考)

2025年の必要病床数	13.0	40.1	37.5	24.4~ 28.5	115~ 119
-------------	------	------	------	---------------	-------------

(出所) 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会(2015)、厚生労働省(2015)、厚生労働省(2019)より作成。

表1 全国の機能区分別病床数の遷移(2016年度 2017年度)

病床機能 (2016)	病床機能(2017)				計
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	
実数 (万床)					
高度急性期	12.9	3.5	0.2	0.1	16.7
急性期	6.4	42.3	4.0	3.6	56.2
回復期	0.3	3.2	7.8	2.0	13.3
慢性期	0.2	3.3	2.4	27.3	33.1
計	19.7	52.3	14.4	32.9	119.3
割合					
高度急性期	77.4	20.9	1.0	0.7	100.0
急性期	11.3	75.2	7.1	6.4	100.0
回復期	2.0	24.4	58.9	14.7	100.0
慢性期	0.5	9.9	7.3	82.3	100.0
計	16.5	43.8	12.1	27.6	100.0

(注) 2016年度と2017年度のいずれかが不明または欠損の病棟を除く。

(出所) 厚生労働省「病床機能報告」(2016、17年度)より集計。

表2 埼玉県機能区別病床数の変化(2015年度 2018年度)

(a) 総病床数の変化

	医療機関数		病床機能別の病床数の変化量				
	実数	構成比(%)	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
増床	28	7.3	-343	941	187	108	893
維持	333	87.2	332	-1,029	580	117	0
減床	21	5.5	-40	-266	40	-69	-335
計	382	100.0	-51	-354	807	156	558

(b) 総病床数が維持の場合

病床機能別の病床数の増減				病床機能別の病床数の変化量				実数		構成比(%)	
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	医療機関数	総病床数の変化量	医療機関数	総病床数の変化量
増床	減床	増床	維持	202	-338	136	0	2	0	0.6	-
増床	減床	増床	減床	4	-4	42	-42	1	0	0.3	-
増床	減床	維持	維持	133	-133	0	0	3	0	0.9	-
維持	増床	増床	減床	0	23	10	-33	1	0	0.3	-
維持	増床	維持	減床	0	8	0	-8	1	0	0.3	-
維持	増床	減床	維持	0	179	-179	0	6	0	1.8	-
維持	維持	増床	減床	0	0	201	-201	9	0	2.7	-
維持	維持	維持	維持	0	0	0	0	276	0	82.9	-
維持	維持	減床	増床	0	0	-124	124	4	0	1.2	-
維持	減床	増床	維持	0	-494	494	0	18	0	5.4	-
維持	減床	維持	増床	0	-277	0	277	10	0	3.0	-
減床	増床	維持	維持	-7	7	0	0	2	0	0.6	-
計				332	-1,029	580	117	333	0	100.0	-

(c) 増床の場合

病床機能別の病床数の増減				病床機能別の病床数の変化量				実数		構成比(%)	
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	医療機関数	総病床数の変化量	医療機関数	総病床数の変化量
増床	増床	増床	維持	85	56	80	0	2	221	7.1	24.7
増床	増床	維持	維持	34	80	0	0	4	114	14.3	12.8
増床	減床	維持	維持	89	-52	0	0	2	37	7.1	4.1
維持	増床	増床	減床	0	83	31	-31	1	83	3.6	9.3
維持	増床	維持	維持	0	211	0	0	10	211	35.7	23.6
維持	維持	増床	維持	0	0	48	0	2	48	7.1	5.4
維持	維持	維持	増床	0	0	0	50	1	50	3.6	5.6
維持	減床	増床	増床	0	-56	28	56	1	28	3.6	3.1
維持	減床	維持	増床	0	-9	0	33	1	24	3.6	2.7
減床	増床	維持	維持	-551	628	0	0	4	77	14.3	8.6
計				-343	941	187	108	28	893	100.0	100.0

(d) 減少の場合

病床機能別の病床数の増減				病床機能別の病床数の変化量				実数		構成比(%)	
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	医療機関数	総病床数の変化量	医療機関数	総病床数の変化量
維持	増床	維持	減床	0	2	0	-14	1	-12	4.8	3.6
維持	維持	増床	減床	0	0	4	-122	1	-118	4.8	35.2
維持	維持	減床	維持	0	0	-5	0	1	-5	4.8	1.5
維持	減床	増床	増床	0	-146	45	90	1	-11	4.8	3.3
維持	減床	維持	増床	0	-48	0	44	2	-4	9.5	1.2
維持	減床	維持	維持	0	-65	0	0	10	-65	47.6	19.4
維持	減床	維持	減床	0	-6	0	-5	1	-11	4.8	3.3
維持	減床	減床	維持	0	-28	-5	0	1	-33	4.8	9.9
維持	減床	減床	減床	0	-34	-10	-8	1	-52	4.8	15.5
減床	増床	増床	減床	-2	31	11	-54	1	-14	4.8	4.2
減床	増床	維持	維持	-38	28	0	0	1	-10	4.8	3.0
計				-40	-266	40	-69	21	-335	100.0	100.0

(注) 埼玉県で 2015～2018 年度の 4 力年度全ての病床機能報告が公表されている医療機関を対象とした集計である。

(出所) 埼玉県「病床機能報告制度による報告結果」(2015～18 年度)をもとに筆者集計。