

参考資料5 病床規模・病床機能の検討

(令和7年10月31日 特別委員会使用資料)

第6回 士別市立病院のあり方検討特別委員会

病床規模・病床機能の検討

2025年10月31日

本資料の構成

目的 | 再整備後の病床数・病棟構成の方針設定

01 病床検討の 3つの視点

① 健全経営・採算性

② 医療ニーズとの整合

③ 院内体制の実現性

02 前提条件の整理

① 入院需要の減少

② 回復期病床の不足

③ 圏外への患者流出

03・04 パターン検証・まとめ

入院料

×

病床数

複数パターンの簡易収支シミュレーション

補足データ
※ 別添資料

上川北部医療圏
回復期リハビリテーション病棟の需要推計

病床規模別・稼働率別
必要看護師数の考え方

1. 病床検討の3つの視点

① 健全経営・採算性

- ・ 市内唯一の病院として、将来にわたり存続していくためには、**健全経営**が求められます。
- ・ 病院の収益のうち、入院収益が占める割合が最も高いため、入院患者が見込まれる場合は、入院収益の原資となる**病床数は可能な範囲で維持**することが望ましいです。
- ・ 一方で、建築費の高騰が続いており、延べ床面積を抑えた**効率的な再整備計画**が求められます。

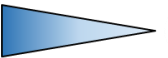
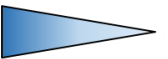
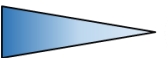
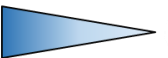
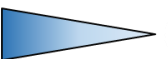
② 医療ニーズとの整合

- ・ **将来的な医療需要（患者数）**にマッチした病床規模の設定が求められます。
- ・ 将来的な供給側（医療機関）の変化にも対応できるような病床規模の設定が求められます。
- ・ 土別市立病院として**担うべき機能を維持**することが求められます。
- ・ 再整備のタイミングで**地域に不足する機能を強化**する選択肢も考えられます。

③ 院内体制の実現性

- ・ 生産年齢人口の減少、医療従事者の偏在（政策的な要因）など、**様々な外的要因**の影響を受け、**働き手の確保・維持**のハードルが高まります。

病床数と採算性の関係

病床数	多い  少ない
必要職員数	多い  少ない
設備投資	高額  少額
受入可能な患者数	多い  少ない
入院収益	多い  少ない

入院需要の減少予測

高齢者医療・救急受け入れ

回復期病床の不足

リハビリテーションの充実化

供給量不足の懸念

2. 前提条件の整理 | 基本的な考え方

10月3日
特別委員会資料

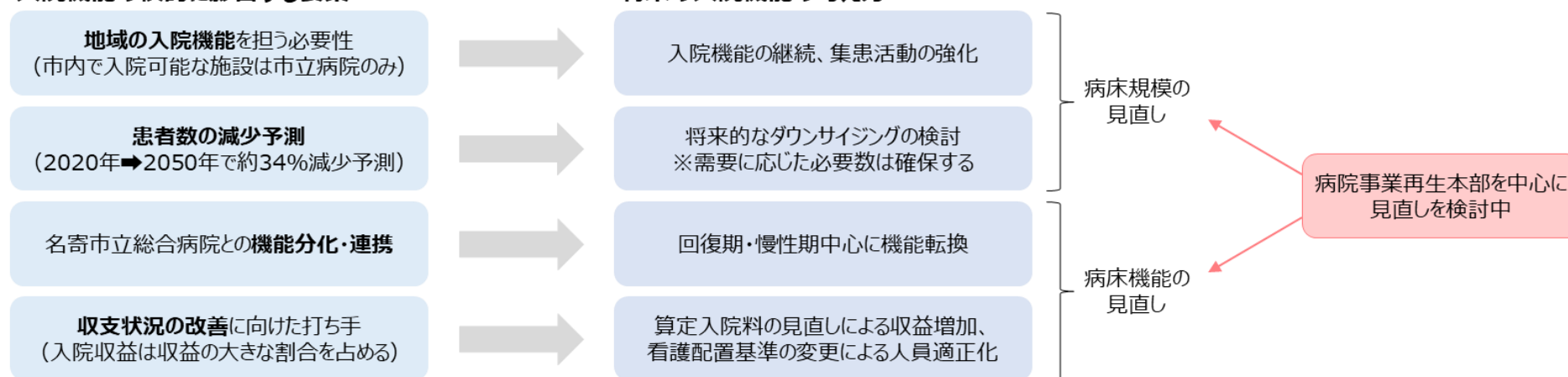
- 入院機能については、将来的な**患者数の減少**予測や、名寄市立総合病院との**機能分化・連携**の方針をふまえ、病床規模・病床機能を考える必要があります。
- また、**収支状況の改善**に向けては、収益の中で大きな割合を占める入院収益を増やすことが重要です。
- 現在、士別市病院事業再生本部を中心として、**病床規模・病床機能の見直し**に向けて検討を実施しています。

病床機能の考え方と、現在士別市立病院が担っている機能

病床機能	各病床機能で主に対応する患者	現在士別市立病院が担っている機能
高度急性期	病態が特に不安定であり、 急性期よりも密度の高い医療 の提供が必要な患者	(なし)
急性期	病気や怪我になり始め、病態が不安定であり、 密度の高い医療 の提供が必要な患者	急性期一般入院料 4 : 50床 (看護配置10:1)
回復期	容体が急性期を脱し、リハビリテーションを中心として、 身体機能の回復 を図ることが必要な患者	地域包括ケア病床入院医療管理料 1 : 39床 (看護配置13:1)
慢性期	容体は安定しているが、病気が緩やかに進行しており、 長期療養 を必要とする患者	療養病棟入院基本料 1 : 40床 (看護配置20:1)

入院機能の検討に影響する要素

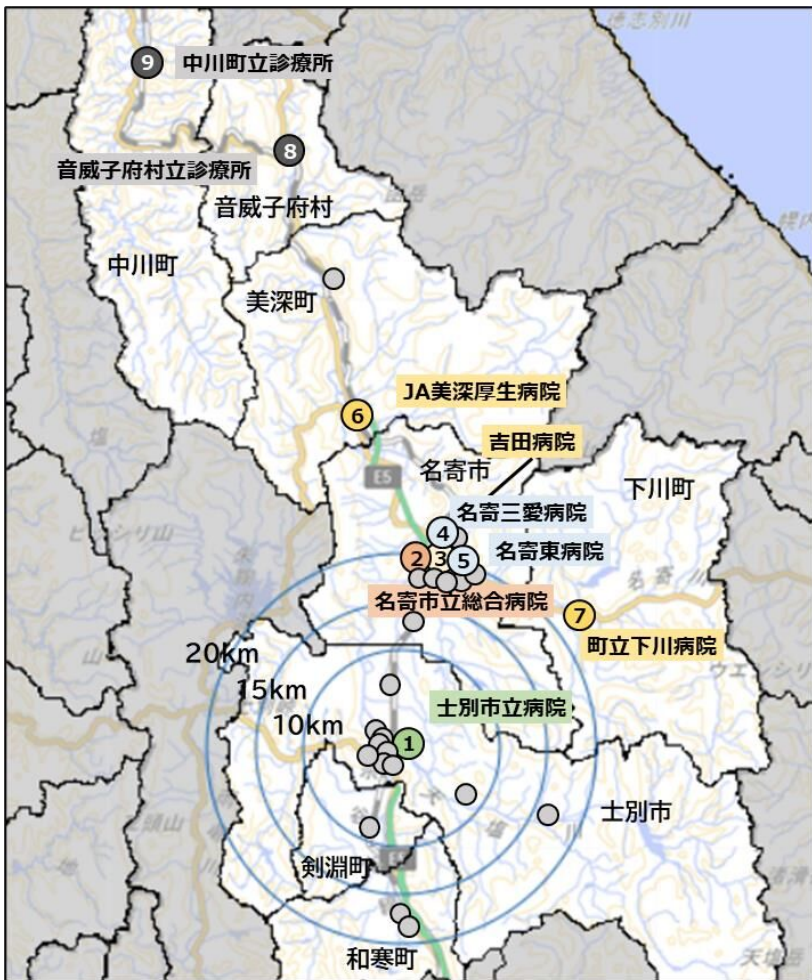
将来の入院機能の考え方



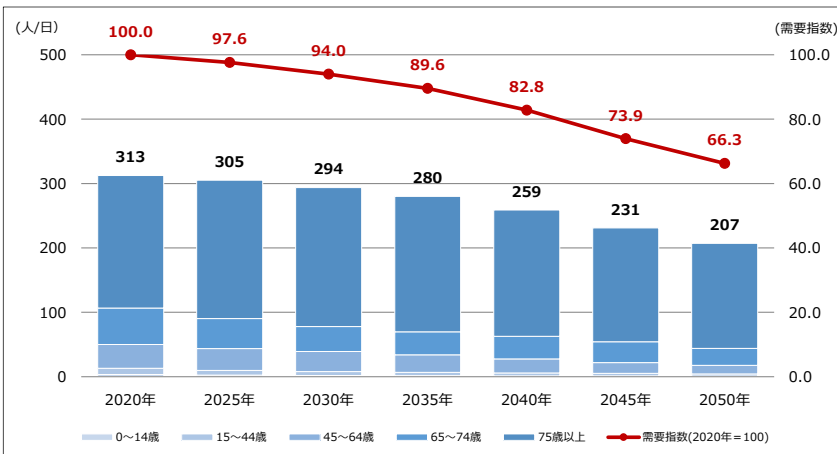
2. 前提条件 ①入院需要の減少

- ・ 士別市立病院の半径15km圏内には他に入院可能な医療機関がありません。
- ・ 人口減少の影響を受け、士別市の将来入院患者数は、既に減少傾向にあり、今後も減少する予測となっています。
- ・ 当院の入院患者数は2024年度実績は103.7人/日となっています。患者住所地別では、士別市民が約79%を占めています。

地域の入院可能な医療施設の状況

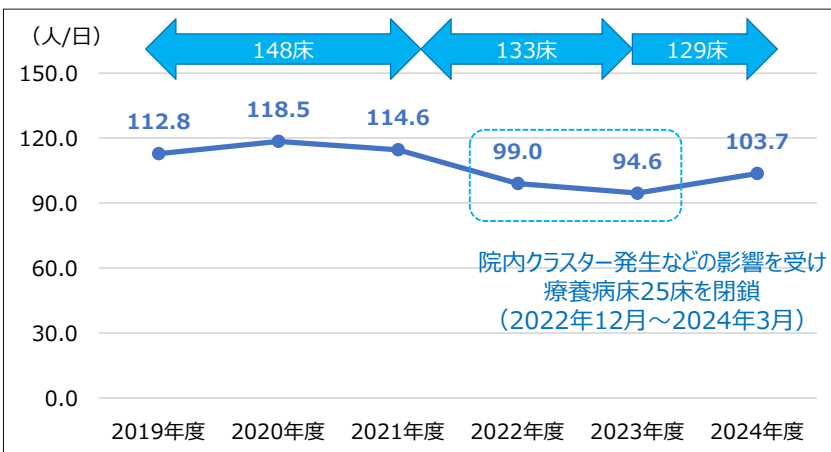


士別市の入院需要予測（1日当たり入院患者数）



出典：
人口問題研究所(2023年推計)、患者調査(2023年)

士別市立病院の1日当たり入院患者数の推移



出典：
院内データ

2. 前提条件 ②回復期病床の不足・③患者流出状況

- ・ 士別市が属する上川北部医療圏では、**高度急性期・回復期病床が不足**しています。
- ・ 士別市の入院患者は、同一医療圏内の名寄市以外にも流出しており、**医療圏外への流出率は50%程度**、そのうち旭川市などが属する上川中部医療圏への流出がもっとも多く、約44%（3,000人）となっています。
- ・ 疾患別では、脳血管障害の流出が最も多く、上川中部医療圏へ約77%（1,170人）流出しています。

上川北部医療圏の必要病床数と病床機能報告との差

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
必要病床数 2025年	63	229	251	249	792
病床機能報告 2023年	11	322	230	265	828
過不足	-52	93	-21	16	36

出典：北海道地域医療構想、病床機能報告（2023年度）

上川北部医療圏 入院患者流出状況

市町村	医療機関市町村名（受診した医療機関の所在地）					
	士別市	名寄市	上川中部	札幌	その他	総計
士別市	1,169	2,629	3,300	323	111	7,532
名寄市	44	12,268	1,782	335	138	14,567
その他	267	3,711	3,316	161	956	8,411
総数	1,480	18,608	8,397	819	1,206	30,510

市町村	医療機関市町村名（受診した医療機関の所在地）					
	士別市	名寄市	上川中部	札幌	その他	総計
士別市	15.52%	34.90%	43.81%	4.29%	1.48%	100.00%
名寄市	0.30%	84.22%	12.23%	2.30%	0.95%	100.00%
その他	3.18%	44.12%	39.42%	1.91%	11.37%	100.00%
総数	4.85%	60.99%	27.52%	2.68%	3.95%	100.00%

士別市 入院患者流出状況

疾患分類	医療機関市町村名（受診した医療機関の所在地）					
	士別市	名寄市	上川中部	札幌	総計(人)	上川中部(人)
がん全体	14.13%	61.07%	24.80%		750	186
骨折	2.16%	79.65%	11.69%	6.49%	231	27
心疾患	55.56%	18.52%	25.93%		27	7
精神疾患	12.15%	39.27%	25.91%	8.10%	247	64
糖尿病	18.92%	62.85%	6.42%	2.08%	576	37
脳血管障害	6.86%	14.51%	77.18%	1.45%	1,516	1,170
入院全体	15.52%	34.90%	43.81%	4.29%	7,532	3,300

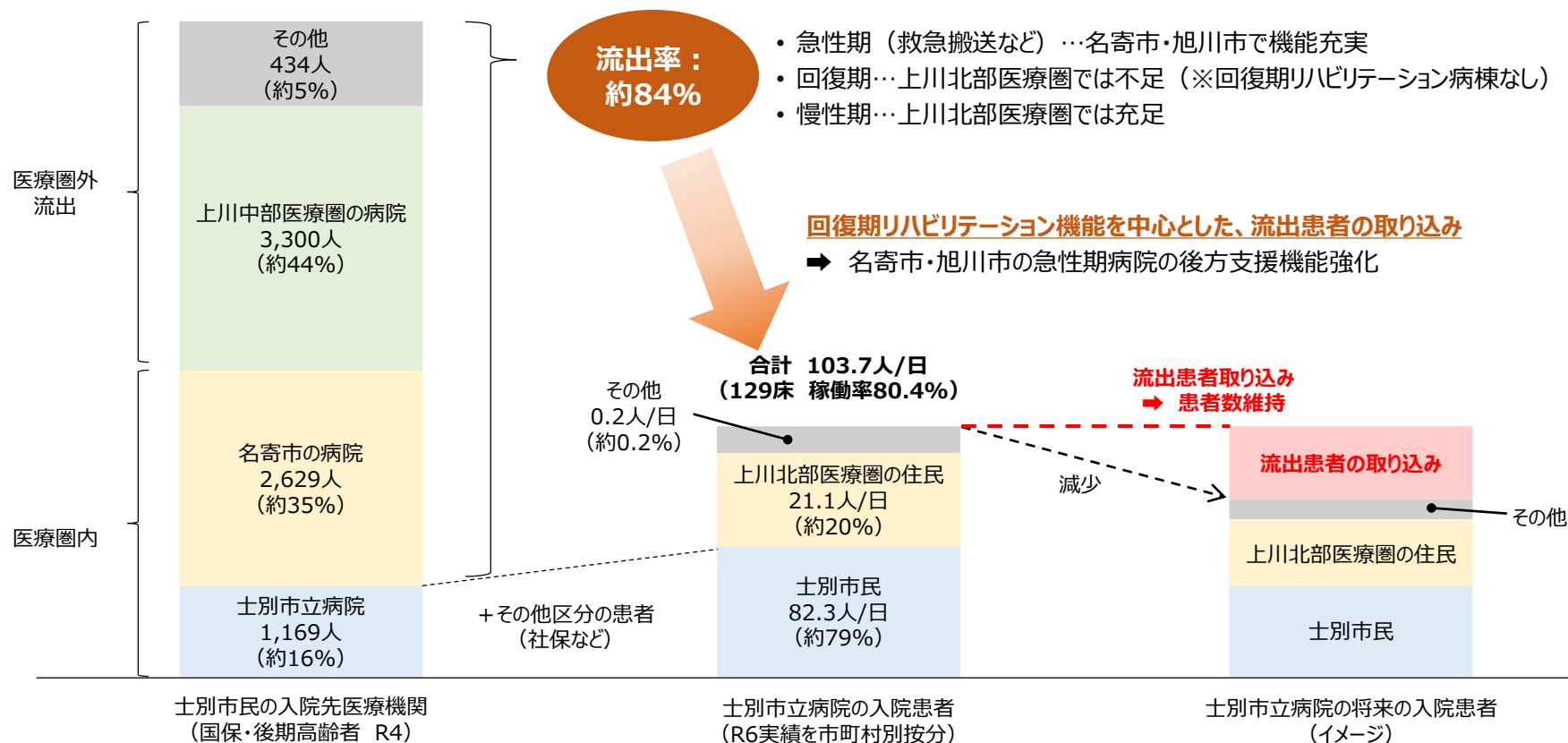
出典：医療データ分析センター(国立大学法人北海道大学)より作成
令和4年度北海道国民健康保険・退職国保、後期高齢者医療制度レセプトデータ

【士別市入院患者 流出状況の整理】

- ・ 士別市外への流出（名寄市を含む） 84.48%（6,363人）
- ・ 士別市から医療圏外への流出 49.58%（3,734人）
- ・ 士別市から上川中部医療圏への流出 43.81%（3,300人）

2. 前提条件 まとめ

- 将来人口推計と令和5年度の北海道受療率に基づく需要予測では、**士別市の入院需要は減少予測**となっています。
- 一方で、士別市民で入院が必要となった方（令和4年国民健康保険、後期高齢者医療制度レセプトデータ）のうち、士別市立病院以外に入院した割合が多く、特に**上川中部医療圏へ入院患者が多く流出**している状況です。
- この流出患者のうち、専門的治療や急性期の治療を終えた患者が、在宅復帰前に居住地にある士別市立病院で回復期のリハビリテーションや療養を受けることには意義があります。
- 士別市立病院の病床数設定においては、需要予測に従い単純にダウンサイズするのではなく、現在、流出している患者層の取り込みも踏まえた設定が重要と考えます。



3. パターン検証 ①入院料・病床数のパターン設定

- 現在の士別市立病院は、急性期50床、回復期39床、慢性期40床の合計129床という病床構成となっています。
- 前頁までの内容をふまえ、**病床数は現状を維持し、病床機能の変更により集患を行う**ことを想定します。
- 地域の高齢化の状況等をふまえると、長期療養の必要な入院患者が今後も発生すると想定されることから、**療養病棟は現在の病床規模・病床機能を維持**することを想定します。
- また、前頁の通り、他施設に流出している患者が、士別市で入院できるような仕組みづくりとして、**地域に不足している回復期機能の強化（回復期リハビリテーション病棟の設置）**を想定します。
- 急性期機能については、今後需要が減少する一方で、士別市を中心とした二次・一次救急搬送への対応など、**求められる機能を維持できる病床規模・入院料**を保つことを想定します。

<現状>

医療法上の区分	病床機能	入院料	2024年度患者数実績
一般病床（50床）	急性期（50床）	急性期一般入院基本料 4	39.7人/日（79.4%）
療養病床（79床）	回復期（39床）	地域包括ケア病床入院医療管理料 1	32.2人/日（82.5%）
	慢性期（40床）	療養病棟入院基本料 1	31.8人/日（79.5%）

<将来の考え方>

将来の病床機能	将来の入院料の候補
急性期（縮小）	A) 急性期一般入院基本料 B) 地域包括医療病棟入院料
回復期・包括期（維持 or 拡大）	a) 地域包括ケア病床入院医療管理料 b) 回復期リハビリテーション病棟入院料
慢性期（維持 or 拡大）	療養病棟入院基本料

※ 各病床規模は、地域の入院機能に変化がない場合の想定であり、地域全体の供給量の変動により見直しの可能性がある

3. パターン検証 ①入院料・病床数のパターン設定

- 129床を維持する場合の入院料の組み合わせとして、以下のパターンを想定します。
- ⑤では、1病棟内で急性期病棟入院料（40床、急性期）と、地域包括ケア病床入院医療管理料（10床、回復期）を算定し、回復期リハビリテーション病棟入院料（39床、回復期）と合わせ、**急性期機能の縮小・回復期機能の強化**を図ります。
- 各入院料の特徴を整理し、運用上非効率と考えられるパターンを省いたうえで、収支・必要人員シミュレーションを行い比較します。

1病棟 50床（一般）

2病棟 39床（療養）

3病棟 40床（療養）※各案共通

①

急性期病棟入院料（50床、急性期）

地域包括ケア病棟入院料（39床、回復期）

療養病棟入院料（40床、慢性期）

②

急性期病棟入院料（50床、急性期）

回復期リハビリテーション病棟入院料（39床、回復期）

療養病棟入院料（40床、慢性期）

③

地域包括医療病棟入院料（50床、急性期）

地域包括ケア病棟入院料（39床、回復期）

療養病棟入院料（40床、慢性期）

④

地域包括医療病棟入院料（50床、急性期）

回復期リハビリテーション病棟入院料（39床、回復期）

療養病棟入院料（40床、慢性期）

⑤

急性期病棟入院料（40床、急性期）
地域包括ケア病床入院医療管理料（10床、回復期）

回復期リハビリテーション病棟入院料（39床、回復期）

療養病棟入院料（40床、慢性期）

3. パターン検証 ①入院料・病床数のパターン設定 | 急性期病棟の考え方

- 急性期機能としては、現在算定している急性期一般入院基本料のほか、2024年度の診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟入院料が考えられます。
- 地域包括医療病棟入院料の算定には、在宅復帰率、救急搬送患者の割合、職員配置（リハビリテーション職員）などの要件を満たす必要があります。

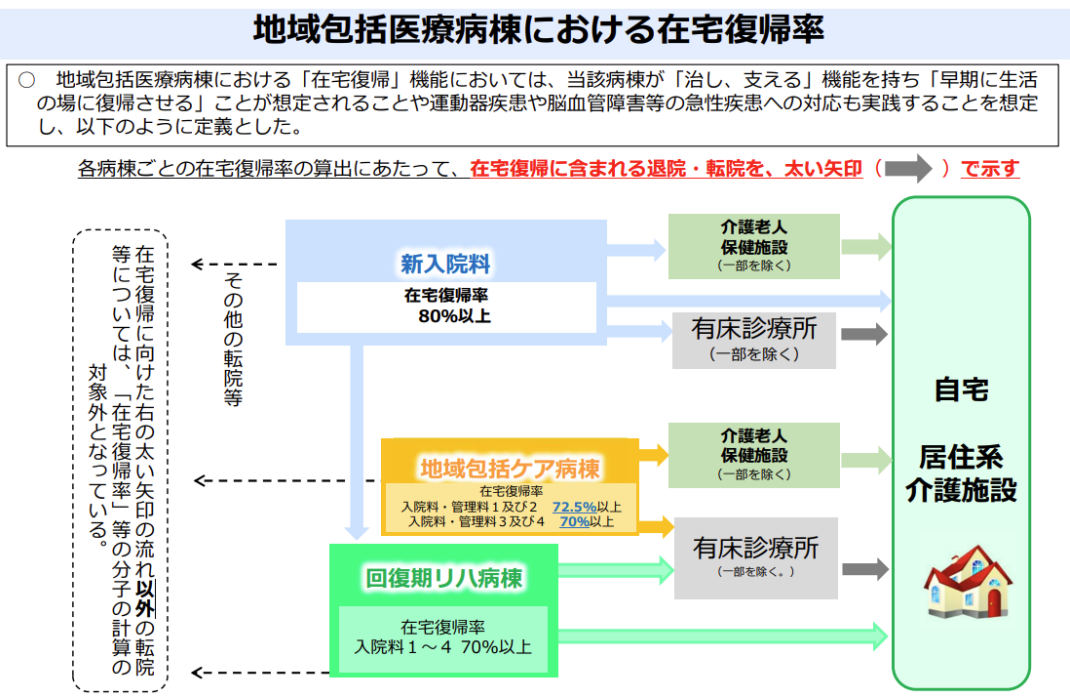
急性期一般入院基本料と地域包括医療病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料（参考）の比較

区分	急性期一般入院基本料 4 ※現在算定中	地域包括医療病棟入院料
病棟の趣旨	急性期医療	高齢者の救急患者等に対して、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供
看護配置	10:1以上	10:1以上
重症度、医療・看護必要度	<ul style="list-style-type: none"> A 3点以上の患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 2点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上
在院日数	平均在院日数 21日以内	平均在院日数 21日以内 ※90日まで算定可能
救急医療体制	（規定なし）	<ul style="list-style-type: none"> 24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価
救急実績	（規定なし）	入院患者に占める緊急入院割合が15%以上
リハビリ	（規定なし）	<ul style="list-style-type: none"> 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 合計2名以上配置 専任・常勤の管理栄養士 1名以上配置 入院患者のADL（日常生活動作）指標の維持 その他、リハビリ実施に必要な設備、体制の整備
在宅復帰率	（規定なし）	80%以上（回復期リハビリテーション病棟への転棟は含むものとする） ➡ 直近の急性期病棟の在宅復帰率を確認（次頁）

3. パターン検証 ①入院料・病床数のパターン設定 | 急性期病棟の考え方

- 地域包括医療病棟入院料の算定要件の1つに、「在宅復帰率80%以上」があります。
- 「在宅復帰」と見なすのは、①在宅復帰、②介護施設（介護老人保健施設など）への退院、③回復期リハビリテーション病棟への転棟であり、療養病棟や地域包括ケア病棟への転棟は「在宅復帰」と見なされません。
- 土別市立病院の急性期病棟における直近の在宅復帰率は約70%程度となっており、地域包括医療病棟入院料の算定に向けては、**在宅復帰率を増加させる必要があります。**

地域包括医療病棟入院料 在宅復帰率の考え方



土別市立病院 急性期病棟の在宅復帰率調査（直近実績）

区分	退棟時の状況	患者数	割合
①	在宅復帰	282	53.9%
②	各種介護施設への転院	83	15.9%
対象外A	院内での転棟（地ケア病床、療養病床）	80	15.3%
対象外B	他施設への転院	29	5.5%
対象外C	その他（死亡など）	49	9.4%
合計		523	100.0%

「在宅復帰」に該当するもの（①+②）	365	69.8%
「在宅復帰」に該当しないもの（対象外A～C）	158	30.2%

※ 調査対象：2024年9月～2025年3月の一般病棟退棟患者（院内データより）

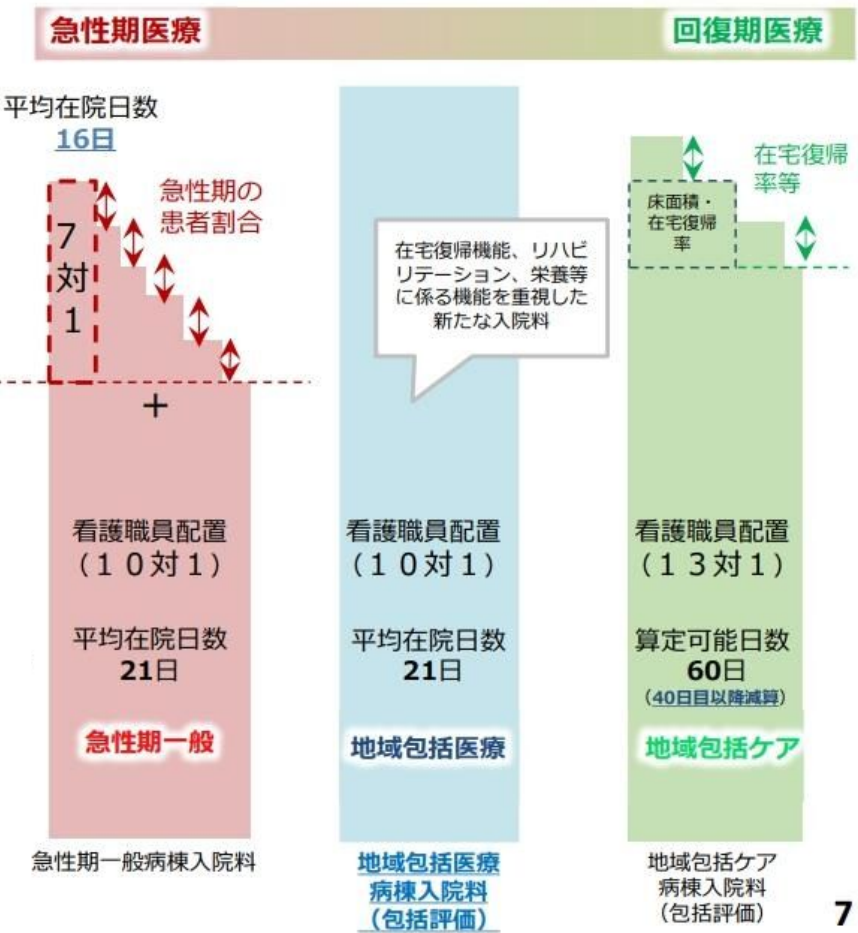
- 直近実績では、「在宅復帰」と見なす患者数は69.8%で、**地域包括医療病棟入院料の算定要件を下回っている**
- ➡ **地域包括医療病棟入院料の算定には在宅復帰率の増加が必要**
- ※ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定することで、対象外Aの患者の一部を「在宅復帰」と見なすことができる可能性がある

- 地域包括医療病棟を退棟する患者のうち、①在宅復帰、②介護施設（介護老人保健施設など）への退院、③回復期リハビリテーション病棟への転棟が80%以上である必要
- 地域包括ケア病棟への転棟は対象外となり、**同時算定は効率的ではない**

3. パターン検証 ①入院料・病床数のパターン設定 | 急性期病棟の考え方

- 地域包括医療病棟入院料については、急性期～回復期の機能を幅広く担うという立ち位置にあり、後述する地域包括ケア病棟入院料と役割が近い状況であり、両入院料を同時算定することで運用上の課題が懸念されます。

急性期～回復期 各入院料の考え方



急性期～回復期 各入院料の算定要件

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	・「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上 ・「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上	・「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） ・入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上	・「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制 救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含まない)

出典：
厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」

3. パターン検証 ①入院料・病床数のパターン設定 | 地域包括ケア病棟

- 回復期機能としては、現在算定している地域包括ケア病床入院医療管理料のほか、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が考えられます。
- 地域包括ケア機能は、病棟単位での算定（地域包括ケア病棟入院料）のほか、他の入院料を算定している病棟の中で**病床単位での算定（地域包括ケア病床入院医療管理料）**も可能です。
- リハビリの提供や在宅復帰率、救急医療実施の要件など、**地域包括医療病棟入院料と役割の近い入院料**となっています。

地域包括ケア病棟入院料の比較

	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を 1 名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については 1 日平均 2 単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		－	○	○		－	○
室面積	6.4平方メートル以上				－			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	－		6割5分未満 （許可病床数200床以上の場合） （満たさない場合85／100に減算）		－		6割5分未満 （許可病床数200床以上の場合） （満たさない場合85／100に減算）	
自宅等から入棟した患者割合※1	2割以上 （管理料の場合、10床未満は3月で8人以上）		いずれか1つ以上 （満たさない場合90／100に減算） （「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい）		2割以上 （管理料の場合、10床未満は3月で8人以上）		いずれか1つ以上 （満たさない場合90／100に減算） （「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい）	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率 ※1※2	7割2分5厘以上				7割以上（満たさない場合90／100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） （満たさない場合90／100に減算）							
療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が6割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100								

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料 3 の算定要件を満たす患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

出典：
厚生労働省「令和 6 年度診療報酬改定の概要」

3. パターン検証 ①入院料・病床数のパターン設定 | 回復期リハビリテーション病棟

- 回復期機能としては、現在算定している地域包括ケア病床入院医療管理料のほか、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が考えられます。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料には**専従・常勤のリハビリテーション職員の配置が必須**となっているほか、自宅等への退院率70%以上、休日リハビリテーションの実施（※入院料1、2のみ）などの要件があります。

回復期リハビリテーション病棟入院料の比較

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※ 1)
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上		
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ 専従常勤 1 名以上		－		
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリ テーション の提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	○		－		
	FIMの測定に関する 院内研修会	年 1 回以上開催	－	年 1 回以上開催	－	－
	リハビリ計画書への栄養項目 記載／GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		－		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	－	受けていることが 望ましい	－	－
	地域貢献活動	参加することが望ましい		－		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		－
	自宅等に退院する割合	7割以上				
	リハビリテーション実績指数	40以上	－	35以上	－	－
	入院時に重症であった患者の 退院時の日常生活機能評価 （）内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16 点）以上改善		3 割以上が 3 点（12 点）以上改善		－
点数 （）内は生活療養を受ける場合		2,229点 (2,215点)	2,166点 (2,151点)	1,917点 (1,902点)	1,859点 (1,845点)	1,696点 (1,682点)

コメディカル職員の配置が必要

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

出典：
厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要」

3. パターン検証 ①入院料・病床数のパターン設定 | 回復期リハビリテーション病棟

- 回復期リハビリテーション病棟入院料は、算定の対象となる疾患が定められており、入院料の算定には、「回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している」必要があります。このため、該当疾患の患者を継続的に確保する必要があります。
- 特に脳血管疾患や心疾患など、急性期の治療が必要となる疾患については、患者が急性期を脱した後も、回復期リハビリテーション病棟でリハビリを受けることが想定されています。

回復期リハビリテーション病棟入院料の対象疾患について

対象疾患	入院期間
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷（わんしんけいそうそんしょう）等の発症後もしくは手術後、または義肢装着訓練を要する状態	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷および頭部外傷を含む多部位外傷の場合	180日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折、または2肢以上の多発骨折の発症後、または手術後の状態	90日
外科手術または肺炎などの治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後の状態	90日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節または膝関節の神経、筋または靱帯損傷後の状態	60日
股関節または膝関節の置換術後の状態	90日
急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後の状態	90日

3. パターン検証 ①入院料・病床数のパターン設定 | 回復期リハビリテーション病棟

- 旭川市の回復期リハビリテーション病棟の稼働状況は、概ね**85%～100%**と高稼働の状況となっています。
- 上川中部医療圏では、**回復期病床が738床不足**となっています。
- 先述の通り、士別市から上川中部圏域への入院患者流出は、**3,300人で特に脳血管障害の患者が多い**状況です。

旭川市の回復期リハビリテーション病棟の稼働状況（病床機能報告(2023年度)より）

施設名	入院料	病床数	病床区分	病床機能 (2024年7月)	入院患者	延べ患者	退棟患者	稼働率	平均在院日数
森山メモリアル病院	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	54床	療養病床	回復期	207人	16,927人	203人	86.7%	82.57日
整形外科進藤病院	回復期リハビリテーション病棟入院料 5	45床	療養病床	回復期	145人	4,911人	181人	30.9%	30.13日
道北勤医協一条通病院	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	60床	療養病床	回復期	348人	20,316人	352人	94.1%	58.05日
旭川三愛病院	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	58床	療養病床	回復期	246人	19,463人	243人	92.8%	79.60日
旭川リハビリテーション病院	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	36床	療養病床	回復期	180人	13,179人	177人	101.4%	73.83日
旭川リハビリテーション病院	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	60床	療養病床	回復期	275人	20,224人	276人	93.4%	73.41日
森山病院	回復期リハビリテーション病棟入院料 3	58床	一般病床	回復期	376人	19,023人	373人	91.4%	50.80日
整形外科進藤病院 (稼働病床数、休床期間を反映)	回復期リハビリテーション病棟入院料 5	28床	療養病床	回復期	145人	4,911人	181人	66.1%	30.13日

※整形外科新藤病院は45床中28床稼働。2024年1月より休床し、2024年6月より地域包括ケア病床へ移行している

上川中部医療圏の医療機能別病床過不足状況

	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
必要病床数 2025年	689	1795	1613	1528	5,625
病床機能報告 2023年	1,305	2,215	875	1,639	6,034
過不足	616	420	-738	111	409

出典：北海道地域医療構想、病床機能報告（2023年度）

士別市からの入院患者流出状況（再掲）

疾患分類	医療機関市町村名（受診した医療機関の所在地）					
	士別市	名寄市	上川中部	札幌	総計(人)	上川中部(人)
がん全体	14.13%	61.07%	24.80%		750	186
骨折	2.16%	79.65%	11.69%	6.49%	231	27
心疾患	55.56%	18.52%	25.93%		27	7
精神疾患	12.15%	39.27%	25.91%	8.10%	247	64
糖尿病	18.92%	62.85%	6.42%	2.08%	576	37
脳血管障害	6.86%	14.51%	77.18%	1.45%	1,516	1,170
入院全体	15.52%	34.90%	43.81%	4.29%	7,532	3,300

出典：医療データ分析センター(国立大学法人北海道大学)より作成
令和4年度北海道国民健康保険・退職国保、後期高齢者医療制度レセプトデータ

3. パターン検証 ①入院料・病床数のパターン設定 | 条件整理の結果

- 地域包括医療病棟入院料の対象患者層や、在宅復帰率要件から、**案③（地域包括医療病棟入院料+地域包括ケア病棟入院料）は運用が非効率**と想定されるため、検討から省き、**残る4パターンで収益・必要人員数シミュレーションを実施**します。

	1病棟 50床（一般）	2病棟 39床（療養）	3病棟 40床（療養）※各案共通
①	急性期病棟入院料（50床、急性期）	地域包括ケア病棟入院料（39床、回復期）	療養病棟入院料（40床、慢性期）
②	急性期病棟入院料（50床、急性期）	回復期リハビリテーション病棟入院料（39床、回復期）	療養病棟入院料（40床、慢性期）
③	地域包括医療病棟入院料（50床、急性期）	地域包括ケア病棟入院料（39床、回復期）	療養病棟入院料（40床、慢性期）
④	地域包括医療病棟入院料（50床、急性期）	回復期リハビリテーション病棟入院料（39床、回復期）	療養病棟入院料（40床、慢性期）
⑤	急性期病棟入院料（40床、急性期） 地域包括ケア病床入院医療管理料（10床、回復期）	回復期リハビリテーション病棟入院料（39床、回復期）	療養病棟入院料（40床、慢性期）

想定患者層や算定要件が重なっており運用上非効率

3. パターン検証 ②シミュレーション条件 | 収益の条件

- 急性期一般入院基本料 4 の稼働率は、将来的な患者数の減少を見込み、患者数34人/日、50床に対する稼働率としては68%と設定します。
- パターン④では、地域包括医療病棟入院料の稼働率は、急性期機能に加えリハビリなど回復期機能を持っていることから、急性期一般入院基本料 4 よりも高くなると想定し、患者数40人/日、50床に対する稼働率としては80%と設定します。
- パターン①では、地域包括ケア病棟の稼働率は直近の実績をふまえ患者数32人/日、39床に対する稼働率としては82%と設定します。
- 回復期リハビリテーション病棟の稼働率は、集患対策を実施後の目標値として、90%と設定します。
- 療養病棟の稼働率は、集患対策を実施後の目標値として、患者数37.2人/日、稼働率93%と設定します。
- パターン⑤では、急性期40床の稼働率は85%（※患者数は34人/日となり、50床の場合と変わらない）、地域包括ケア病床10床の稼働率は95%と設定します。
- 入院単価は、現在算定している入院料では直近実績を使用し、現在算定していない地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料では、他施設事例を参照して設定します。

区分	パターン①		パターン②		パターン④		パターン⑤	
病床構成	急性期 4	50 床	急性期 4	50 床	地域包括医療	50 床	急性期 4	40 床
							地域包括ケア 1（病床）	10 床
	地域包括ケア 1	39 床	回復期リハ 1	39 床	回復期リハ 1	39 床	回復期リハ 1	39 床
	療養 1	40 床	療養 1	40 床	療養 1	40 床	療養 1	40 床
将来の需要減少を想定								
患者数	急性期 4	34人/日	急性期 4	34人/日	地域包括医療	40人/日	急性期 4	34人/日
							地域包括ケア 1（病床）	9.5人/日
	地域包括ケア 1	32人/日	回復期リハ 1	35.1人/日	回復期リハ 1	35.1人/日	回復期リハ 1	35.1人/日
	療養 1	37.2人/日	療養 1	37.2人/日	療養 1	37.2人/日	療養 1	37.2人/日
入院単価 （円）	急性期一般入院基本料 4		39,703		2024年度実績			
	地域包括ケア病床入院医療管理料 1		33,023					
	療養病棟入院基本料 1		22,290					
	地域包括医療病棟入院料		41,000		他施設事例を参照し設定			
	回復期リハビリテーション病棟入院料 1		36,000					

3. パターン検証 ②シミュレーション条件 | 職員の配置要件

- 必要看護職員数は、下記の計算式を用い、①看護配置基準上の必要数と②夜勤配置上の必要人数のうち、多いほうを必要最低人数として設定します。
- 地域包括ケア病床入院医療管理料 1、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 では、**病棟に常勤のリハビリテーション職員の配置が必要**となります。特に回復期リハビリテーション病棟入院料 1 では、患者1人当たり1日2単位以上のリハビリを実施する必要がある、リハビリ職員の大幅な増員が必要です。
- また、地域包括医療病棟入院料では常勤の管理栄養士の配置が、回復期リハビリテーション病棟入院料 1 では常勤の管理栄養士と社会福祉士等の配置が必要となります。
- 各職種の人件費は、直近実績をもとに設定します。

【必要看護職員数の考え方】

①基準上配置数と②夜勤配置上必要な人員数の多いほうを必要最低人員数として設定

①の計算式 = (1日当たり患者数 ÷ 配置基準) × 2 (日勤・夜勤) × (年間日数 ÷ (年間勤務日数 - 想定有給取得日数)) + 師長 (※看護職員のみ)

②の計算式 = 夜勤配置数 × (月日数 (30日) ÷ 夜勤上限回数) + 師長 (※看護職員のみ)

※ 夜勤回数は現状の2交代制・1回当たり16時間をもとに、4週間で最大4回まで実施すると設定 (妊娠や育児など、個別の事情により夜勤対応できない職員の存在は想定していないことに留意が必要)

※ 年間勤務日数は245日 (年間休日120日)、有給休暇の取得日数は12日と設定

各入院料で定められている必要職員数

	急性期一般入院料 4	地域包括ケア病床 入院医療管理料 1	療養病棟入院基本料 1	地域包括医療病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟 入院料 1
リハビリ職員	(不要)	理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士が合計1名以上	(不要)	理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士が合計2名以上	理学療法士3名以上、 作業療法士2名以上、 言語聴覚士1名以上
管理栄養士	(不要)	(不要)	(不要)	1名以上	1名以上
社会福祉士	(不要)	(不要)	(不要)	(不要)	1名以上

3. パターン検証 ③シミュレーション結果まとめ

- 各パターンのシミュレーションの結果は以下の通りです。
- パターン⑤は入院収益から発生人件費を引いた差引額が最も高くなります。
- パターン②、パターン④、パターン⑤は、回復期リハビリテーション病棟の設置による収益増加の一方で、リハビリ職員を中心としてコメディカルの必要人数が多く、パターン①と比べ人件費の増加する予測となっています。


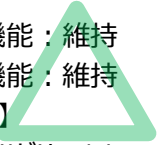
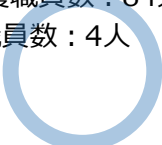

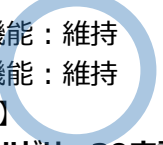
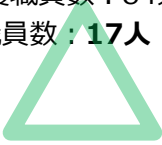
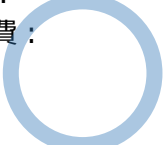
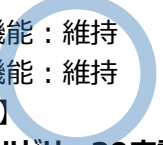


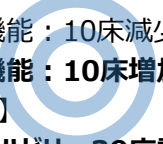

	パターン①		パターン②		パターン④		パターン⑤		
算定入院料	急性期 4	50 床	急性期 4	50 床	地域包括医療	50 床	急性期 4	40 床	職員数 (R7.10.1)
	地域包括ケア 1	39 床	回復期リハビリ 1	39 床	回復期リハビリ 1	39 床	地域包括ケア 1 (病床)	10 床	
	療養 1	40 床	療養 1	40 床	療養 1	40 床	回復期リハビリ 1	39 床	
1日当たり患者数	急性期 4	34.0人/日	急性期 4	34.0人/日	地域包括医療	40.0人/日	急性期 4	34.0人/日	
	地域包括ケア 1	32.0人/日	回復期リハビリ 1	35.1人/日	回復期リハビリ 1	35.1人/日	地域包括ケア 1 (病床)	9.5人/日	
	療養 1	37.2人/日	療養 1	37.2人/日	療養 1	37.2人/日	回復期リハビリ 1	35.1人/日	
看護職員数	82 人		82 人		82 人		84 人		85 人
うち看護職員	56 人		56 人		56 人		56 人		54 人
うち看護補助	26 人		26 人		26 人		28 人		31 人
リハビリ職員数	4 人		17 人		24 人		19 人		17 人
管理栄養士数	0 人		1 人		2 人		1 人		2 人
社会福祉士数	0 人		1 人		1 人		1 人		2 人

合計入院収益	1,180,835 千円	1,256,582 千円	1,362,468 千円	1,371,089 千円
発生人件費	504,600 千円	593,400 千円	639,900 千円	614,200 千円
差引	676,235 千円	663,182 千円	722,568 千円	756,889 千円

回復期リハビリテーション病棟の設置
➡ 収益増加・人件費増加

最も採算性がよい

3. パターン検証 ④シミュレーション結果まとめ

区分	病床機能	視点① 健全経営・採算性	視点② 医療ニーズとの整合	視点③ 院内体制の実現性
評価基準		差引収益の額、人件費の増加	回復期機能の強化	必要職員数が増加しているか
パターン①	急性期 4 : 50床 地域包括ケア 1 : 39床 療養 1 : 40床	入院収益 : 11.8億円 発生人件費 : 5.0億円 差引 : 6.8億円 	【病床数】 ・急性期機能：維持 ・回復期機能：維持 【病床機能】 ・回復期リハビリ：なし 	・必要看護職員数：84人 ・リハビリ職員数：4人 
パターン②	急性期 4 : 50床 回復期リハビリ 1 : 39床 療養 1 : 40床	入院収益 : 12.6億円 発生人件費 : 5.9億円 差引 : 6.6億円 	【病床数】 ・急性期機能：維持 ・回復期機能：維持 【病床機能】 ・回復期リハビリ：39床設置 	・必要看護職員数：84人 ・リハビリ職員数：17人 
パターン④	地域包括医療：50床 回復期リハビリ 1 : 39床 療養 1 : 40床	入院収益 : 13.6億円 発生人件費 : 6.4億円 差引 : 7.2億円 	【病床数】 ・急性期機能：維持 ・回復期機能：維持 【病床機能】 ・回復期リハビリ：39床設置 	・必要看護職員数：82人 ・リハビリ職員数：24人 
パターン⑤	急性期 4 : 40床 地域包括ケア 1 (病床) : 10床 回復期リハビリ 1 : 39床 療養 1 : 40床 1病棟	入院収益 : 13.7億円 発生人件費 : 6.1億円 差引 : 7.6億円 	【病床数】 ・急性期機能：10床減少 ・回復期機能：10床増加 【病床機能】 ・回復期リハビリ：39床設置 	・必要看護職員数：84人 ・リハビリ職員数：19人 

3. パターン検証 補足：ダウンサイジングの検証

- 将来的な患者数の減少に伴い、病床数の削減（ダウンサイジング）の可能性があります。急性期病棟（看護配置10:1）においてはダウンサイジングを実施しても、必要看護職員数は変わらないと試算されます（夜勤配置上の必要人数が、看護配置基準上の必要人数よりも多くなるため）。
- **単純なダウンサイジングではなく、急性期機能から他の機能へ転換するなど、集患に向けて効果的な施策をとることが重要です。**

ダウンサイジングの考え方と必要看護職員数について

<シミュレーション上の設定>

急性期一般4 50床



- ① 患者：34人/日
※患者数の減少を見込む設定
➡ 稼働率：68%



- ② 必要看護職員数：23人
※ 夜勤配置（3人/日）上必要な人数が看護配置基準上の必要人数よりも多い



<単純なダウンサイジング>

急性期一般4 40床



- ① 患者：34人/日 ➡ **変わらない**
※患者数の減少を見込む設定
➡ 稼働率：85%（相対的には増加）



- ② 必要看護職員数：23人 ➡ **変わらない**
※ 夜勤配置（3人/日）上必要な人数が看護配置基準上の必要人数よりも多い

返上
10床

**単純なダウンサイジングでは、採算性の向上にはつながらない
（必要看護職員数が変わらず、人件費が変わらないため）
➡ 他の機能に転換するなど、集患に向けて効果的な施策が重要**

4. まとめ

- 医療需要の減少や職員確保状況に伴い、**将来的なダウンサイジング**を念頭に置きつつ、現在は士別市の入院患者の約50%が医療圏外へ流出するなど、**士別市立病院が対応すべき患者の流出が課題**となっています。
- 病床数を削減しても看護職員の必要人数はほぼ変わらず（※夜勤配置上の必要人数が変わらないため）、**採算性に大きな影響はない**という試算結果となります。
- 回復期リハビリテーション病棟の設置は、リハビリ職員を多数確保する必要がありますが、現在上川北部医療圏にない機能を設置することで、他地域に流出している患者の**集患効果**が見込めます。
- これらの検討結果をふまえ、現段階では将来の病床規模・病床機能の方針について、「**当面は現在の129床を維持し、回復期リハビリテーション機能を強化することで患者数の増加をねらう（25頁 パターン⑤）**」ものとします。
- ただし、今後の診療報酬改定の状況（各入院料の算定要件の変更など）や、周辺環境の変動（他施設の診療機能の変化など）、院内体制の変動（職員確保の見込みなど）などにより、**適宜方針の見直し**を行うものとします。

<入院機能検討の視点>

A)病床規模

① 健全経営・採算性

- 病床数の削減
➡ 必要職員数はほぼ変化なし
➡ **採算性への影響はない**

② 医療ニーズとの整合

- 病床数の削減
➡ 医療ニーズに合わせた減床が必要
➡ 他方、現在は**患者流出が過多**

③ 院内体制の実現性

- 病床数の削減
➡ **職員確保**状況をふまえ減床検討

B)病床機能

- 回復期リハビリテーション病棟の設置
➡ 現状の入院料と比べて採算性が向上する見込み（パターン⑤）

- 回復期リハビリテーション病棟の設置
➡ 患者流出の状況の改善
➡ **集患効果**が期待される

- 回復期リハビリテーション病棟の設置
➡ **リハビリ職員の増員**が必要

<現段階の方向性>

A)病床規模 : 当面は129床を維持

B)病床機能 : 回復期リハビリ強化

ただし…

- 診療報酬改定の状況（算定要件の変更など）
 - 周辺環境の変動（他施設の変化など）
 - 院内体制の変動（職員確保の見込みなど）
- をふまえ、**適宜方針を見直す**