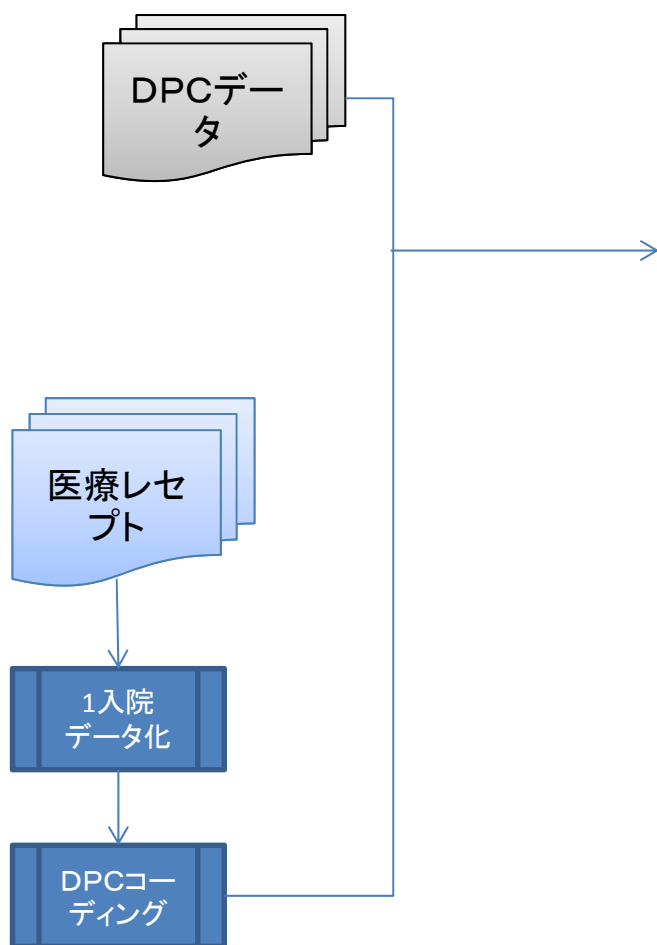
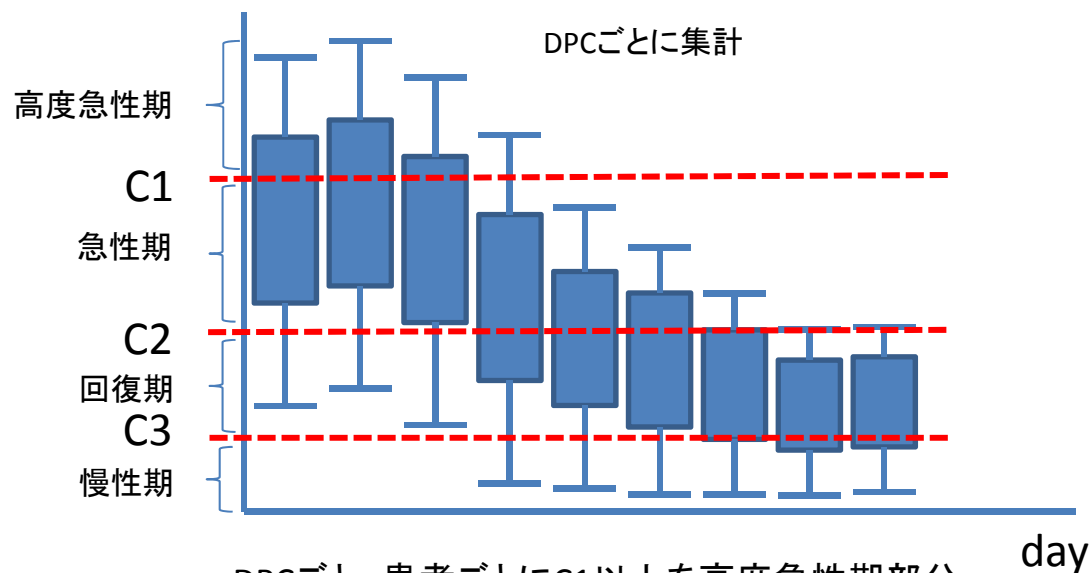


DPCコーディングを活用した機能別病床推計

(1) 一般病床のレセプトを
DPCでコーディング



(2) 1日当たり出来高換算コスト
の入院後日数ごとの分布



DPCごと、患者ごとにC1以上を高度急性期部分、
C2以上C1未満を急性期部分、
C3以上、C2未満を回復期部分
C3未満を慢性期部分に分解し、集計

(3) 病床稼働率で割り戻し、病床数とする

将来推計の方法

DPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別受療率
(1日あたり、生保・労災・自賠償等の補正後)

×

推計年度の患者住所地別・性年齢階級別人口

||

推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別患者数
(1日あたり)

÷

病床利用率(高度急性期=75%、急性期=78%、回復期=90%、慢性期=92%)

||

推計年度のDPC別・病床機能別・性年齢階級別・患者住所地別・医療機関住所地別病床数
(1日あたり)

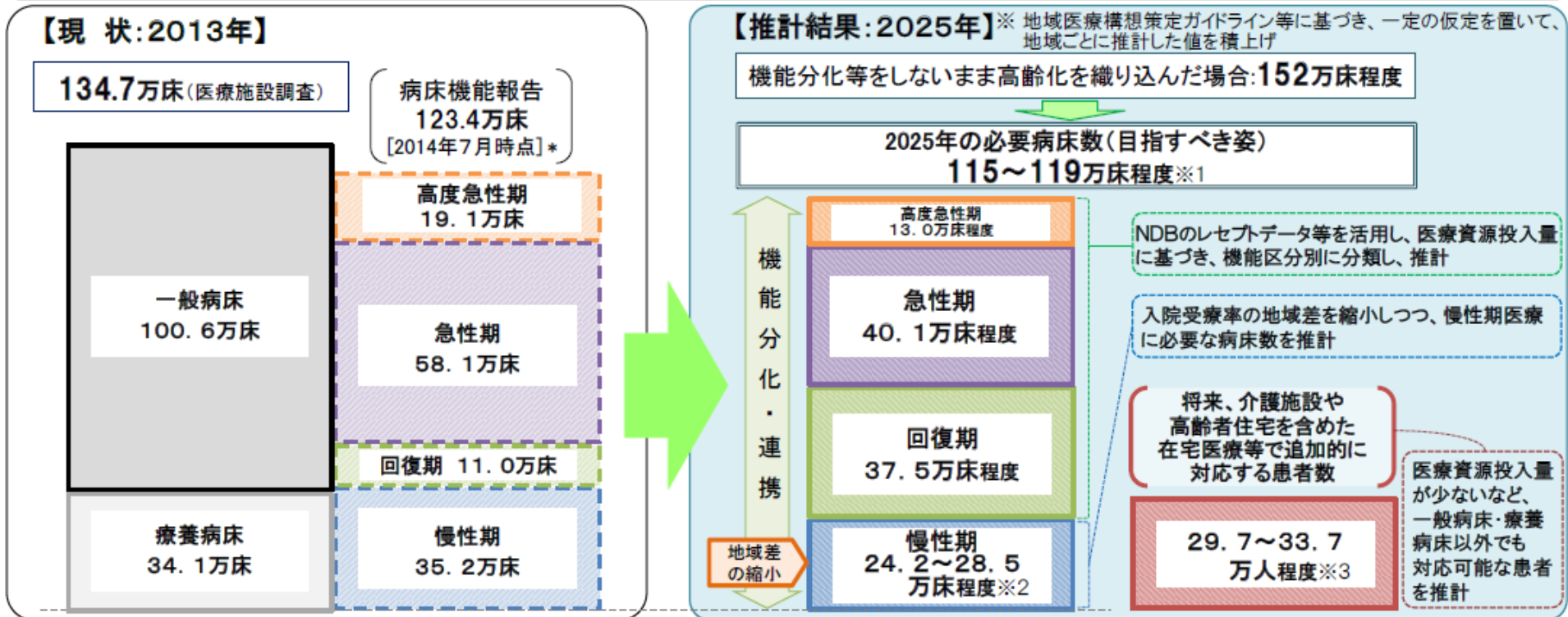
人口構成・傷病構造・受療動向の
地域差を反映させた病床数推計

患者住所地別
病床数

医療機関住所地別
病床数

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

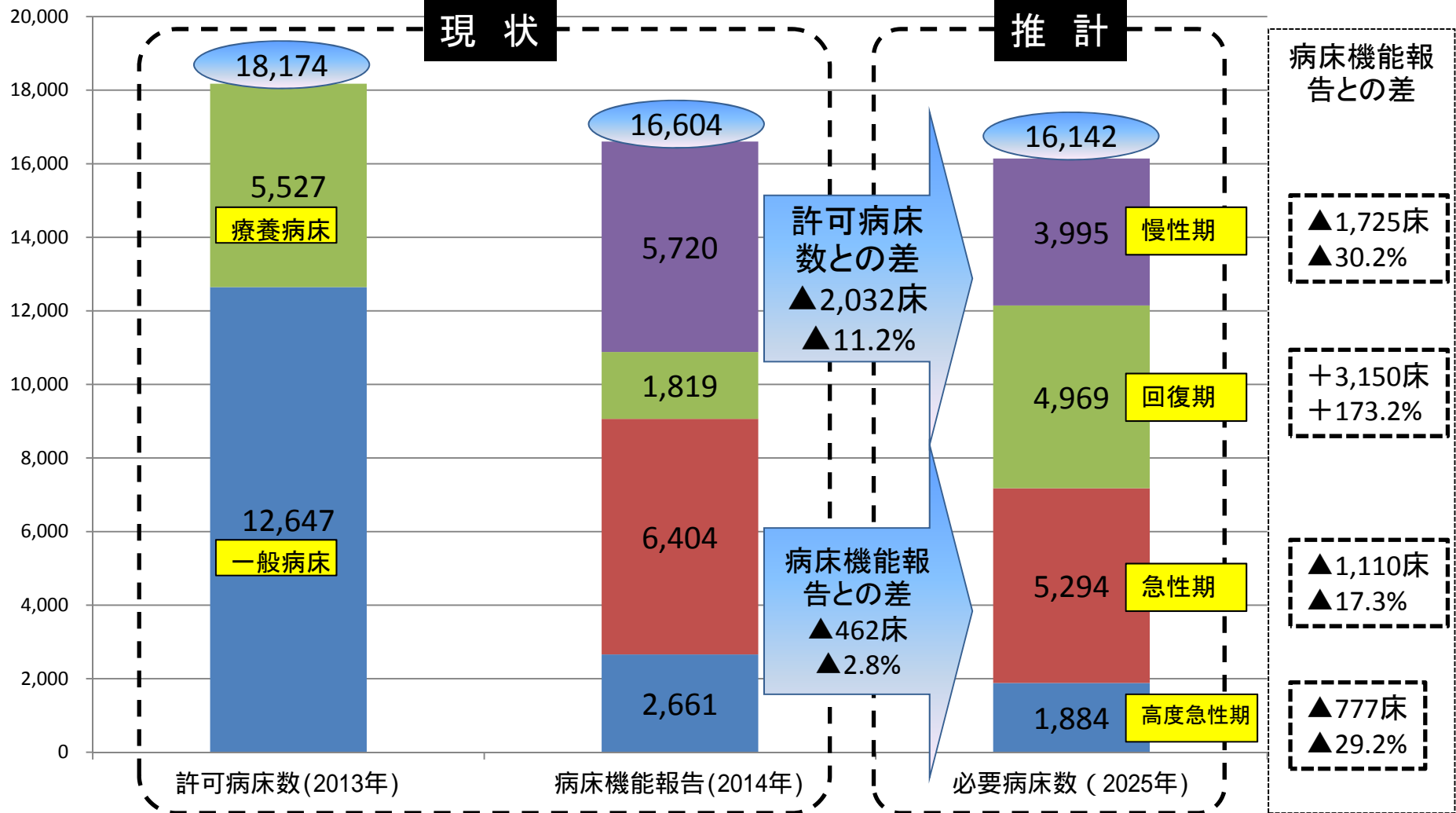
- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 （→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

資料14-3 現状の病床数と必要病床数の推計値の比較【医療機関所在地ベース：北九州】



許可病床数(2013年)は、厚生労働省「医療施設調査」による。

病床機能報告(2014年)については、各医療機関が定性的な基準を参考に自主的に医療機能を選択したもの。また、2014年の集計率は病院94.7%、有床診療所79.4%であり、この他にも医療機能未選択の病床781床がある。

慢性期については、特例適用が可能な医療圏(有明、飯塚、直方・鞍手、北九州、京築)は特例適用の数値を、それ以外の医療圏はパターンBの数値を採用。