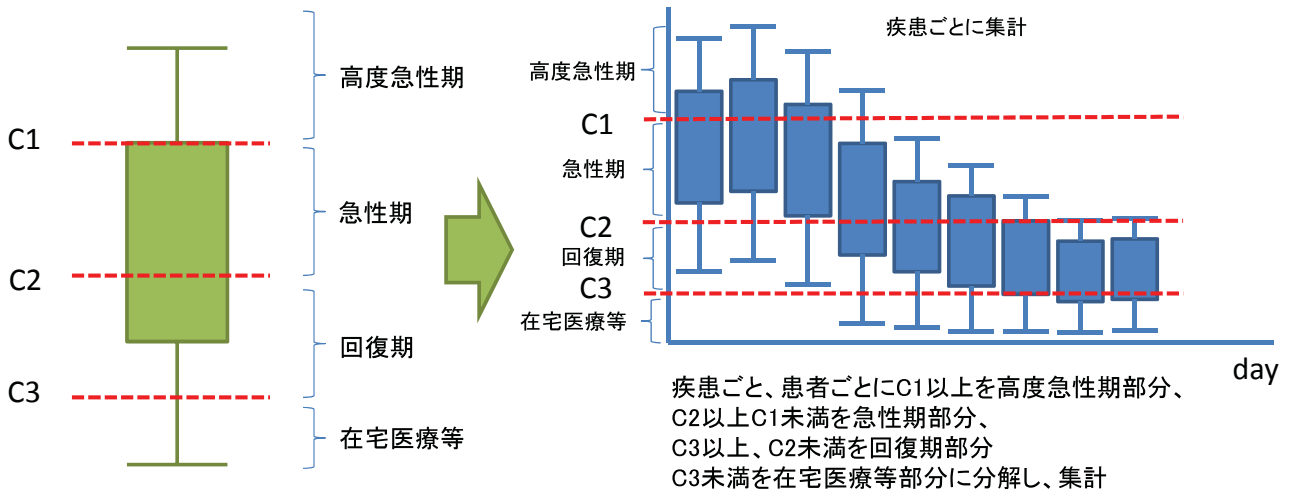


## 医療需要及び必要病床数の推計方法

# 推計方法①(病床の機能別分類)

○ DPCデータについて、以下の分析を実施。

- ① 1日当たりの医療資源投入量(入院期間の平均ではなく、入院1日ごとに計算。入院基本料、リハビリテーション料の一部を除く。)を入院経過日数順に並べて、高度急性期と急性期の境界点(C1)、急性期と回復期の境界点(C2)、回復期と在宅医療等(通院を含む。以下同じ)の境界点(C3)となる医療資源投入量を分析。
- ② リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分。

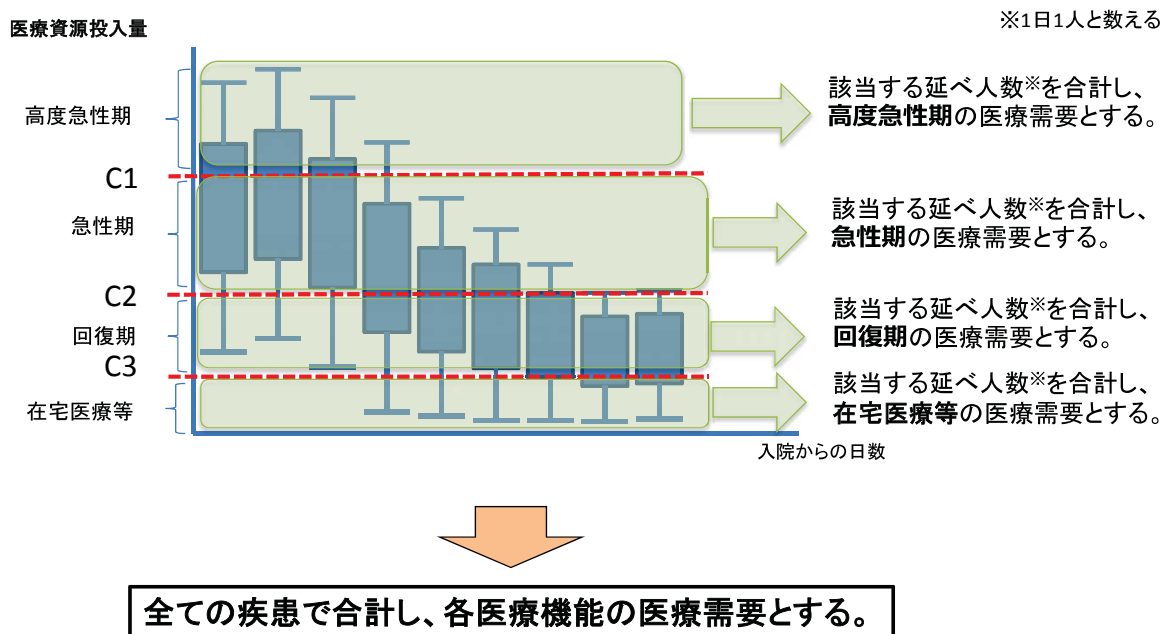


## 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)について

	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療(一般病棟等で実施する診療を含む。)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。</li> </ul>
急性期			<ul style="list-style-type: none"> <li>急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。</li> <li>尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。</li> </ul>
回復期	C2 600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。</li> <li>大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。</li> </ul>
在宅等	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量  ○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で区分。	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。</li> <li>大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。</li> </ul>

## 推計方法②(高度急性期、急性期、回復期の医療需要について①)

- DPCデータについて、疾患ごとに、当該疾患の全患者の1日当たりの医療資源投入量を入院経過日数順に並べて、C1～C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。



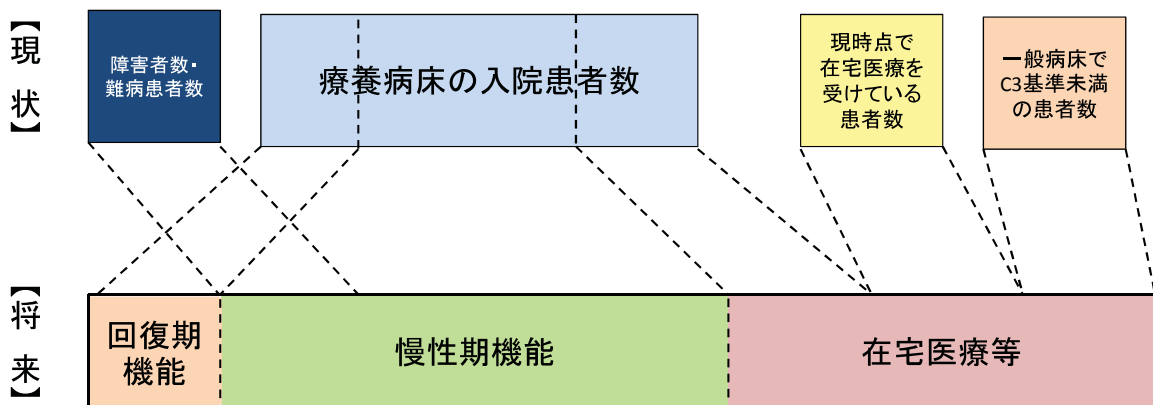
## 推計方法②(高度急性期、急性期、回復期の医療需要について②)

- NDBのデータについては、以下の作業を実施。

- ① 対象は、非DPC病院または有床診療所に入院した患者とし、結核病床、感染症病床、精神病床の入院分は除外。
- ② レセプトには、日計表があり、その日に行われた診療行為が記録されていることから、各患者の1日毎の入院基本料・リハビリテーション料の一部を除いた出来高点数(医療資源投入量)を計算。  
DPCデータと同様に、C1、C2、C3の基準に該当する患者数(人・日)を計算し、合計。
- ③ なお、リハビリテーション料を含んだ医療資源投入量がC3を超えている場合は、回復期に配分。ただし、医療資源投入量によらず、回復期リハビリテーションは回復期に、療養病床は慢性期に配分。

### 推計方法③(慢性期及び在宅医療等の医療需要について)

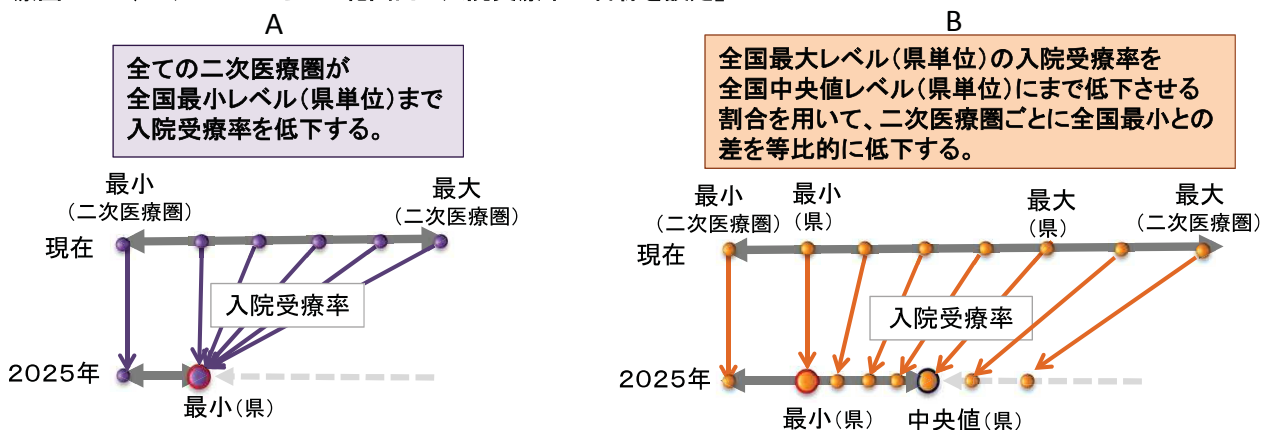
- 慢性期機能の医療需要及び在宅医療等(※)の患者数の推計は、以下の考え方に基づき実施する。
    - ① 一般病床の障害者数・難病患者数(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数)は、慢性期機能の医療需要とする。
    - ② 療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を推計する。
      - ・ 医療区分1の患者の70%は、将来時点で在宅医療等の医療需要とする。
      - ・ その他の入院患者数について、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを解消していくことで、将来時点の在宅医療等の医療需要を推計する。(次頁参照)
    - ③ 一般病床でC3基準未満の医療資源投入量の患者数については、在宅医療等の医療需要とする。
- ※ 居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、老人保健施設、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所における医療等を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。



### 療養病床の入院受療率の地域差への対応①(基本的な対応)

- 医療機能の分化・連携により、現在では療養病床で入院している状態の患者数のうち、将来において、どの程度、慢性期の病床で対応し、どの程度、在宅医療・介護施設で対応するかについて、各二次医療圏において目標を定めることとして、医療需要を推計する。
- 現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を縮小していく観点から、都道府県は、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を定めることとする。
  - パターンA：全ての二次医療圏が全国最小レベル(県単位)まで入院受療率を低下する。
  - パターンB：全国最大レベル(県単位)の入院受療率を全国中央値レベル(県単位)にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小との差を等比的に低下する。
- その際、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等での対応が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域については配慮する。(次頁参照)

【二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲内で入院受療率の目標を設定】



## 療養病床の入院受療率の地域差への対応②(地域の実情への配慮)

○ 原則、二次医療圏ごとに、パターンAからBの範囲で入院受療率の目標を定めることとするが、以下の要件に該当する二次医療圏は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。(パターンC)

- 【要件】① 当該二次医療圏の減少率がパターンBによる療養病床の減少率の全国中央値よりも大きい、かつ  
② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

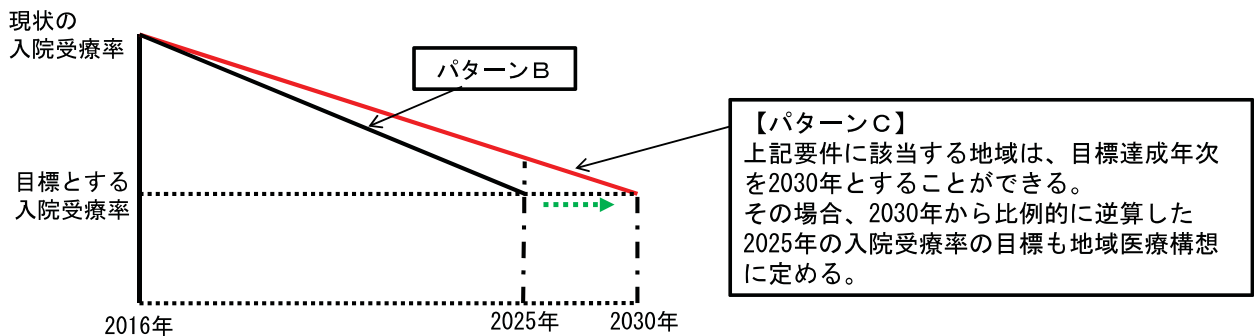
[高齢者単身世帯の割合と入院受療率との関係について]

- ・ 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)
- ・ 上記の相関からも、今後、高齢者単身世帯の割合が大きい地域は、在宅医療等への移行を進めにくいと考えられるため、一定の配慮を行う。

○ その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率の目標とし、当該目標と2030年の目標の双方を地域医療構想に定めることとする。

※上記要件に該当する二次医療圏が2030年に目標を設定した場合に、上記要件①を下回らないように対応する。

○ なお、地域医療構想の策定後、やむを得ない事情により、必要量の達成が著しく困難となった際は、一定の範囲で目標を修正することができる枠組みを設けることが適当。



## 推計方法④(病床数の必要量の推計について)

○ 上記により算出した医療機能ごと(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)の医療需要(1日当たりの入院患者延数)を病床稼働率で割り戻して、医療機能別の病床数の必要量を推計。

○ なお、病床稼働率については、現状を踏まえ、高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%と設定。

