

病床機能の分化と連携について

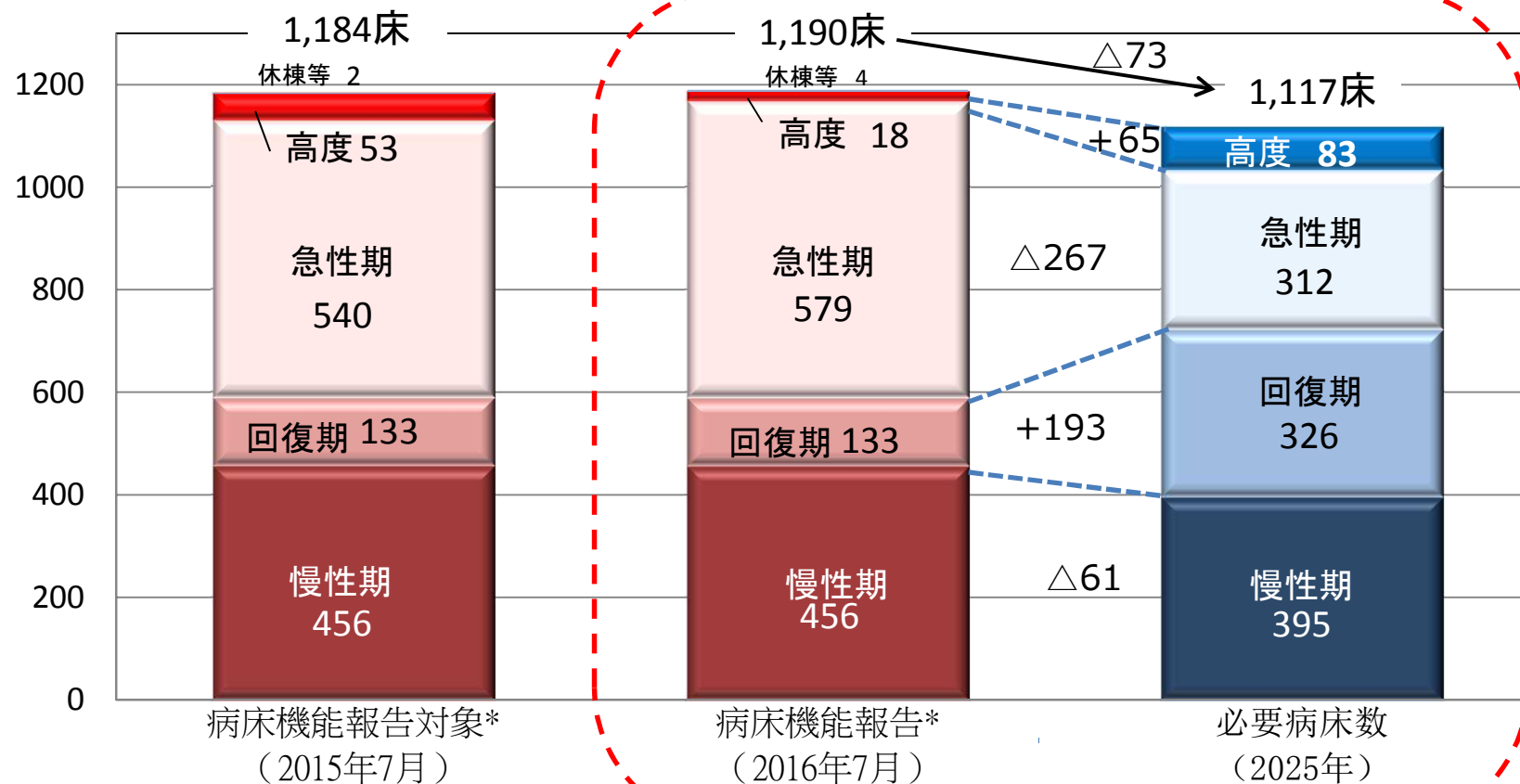
(北部地区版)

沖縄県保健医療部

将来必要となる病床数と病床機能報告との比較

2 『将来必要となる病床数』と『病床機能報告』との比較

- 推計した医療需要をもとに、将来必要となる病床数を推計
- 2016年の病床機能報告の集計結果と、2025年に必要となる病床数を比較すると、全体で73床が過剰となる。機能別では、高度急性期、回復期が不足する一方、急性期及び慢性期が過剰となる。



※未報告等の医療機関があり報告対象の病床数と一致しない。

※国立療養所沖縄愛楽園の一般開放していない病床を除いた数。

病床機能の考え方

病床機能報告における医療機能

供給

異なる基準

需要

国の医療需要推計における医療機能

定性的な基準に基づく自己申告

性格

患者の1入院をNDBレセプトデータやDPCデータに基づき医療資源投入量で分析した、延べ患者数により算出した医療需要

医療法施行規則により国が位置づけ

位置づけ

地域医療構想策定ガイドライン(算定式は省令)により国が位置づけ

病棟

単位

延べ患者数⇒病床(延べ患者数を病床稼働率で割り戻して算出)

医療機能

○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

医療資源投入量 3,000点以上

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医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階

C1 3000点

○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

急性期

医療資源投入量 600点～3,000点未満

急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階

C2 600点

○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)

回復期

医療資源投入量

175点～600点未満

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数

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

175点

退院調整等を行う機関の医療需要を見込む

○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

慢性期

一体的に推計

<一般病床>
障害者施設等、特殊疾患病棟入院基本料等を算定している患者

<療養病床>
療養病床(回復期リハ病棟除く)
- 医療区分Iの患者数の70%
- 地域差解消分

在宅医療等

医療資源投入量

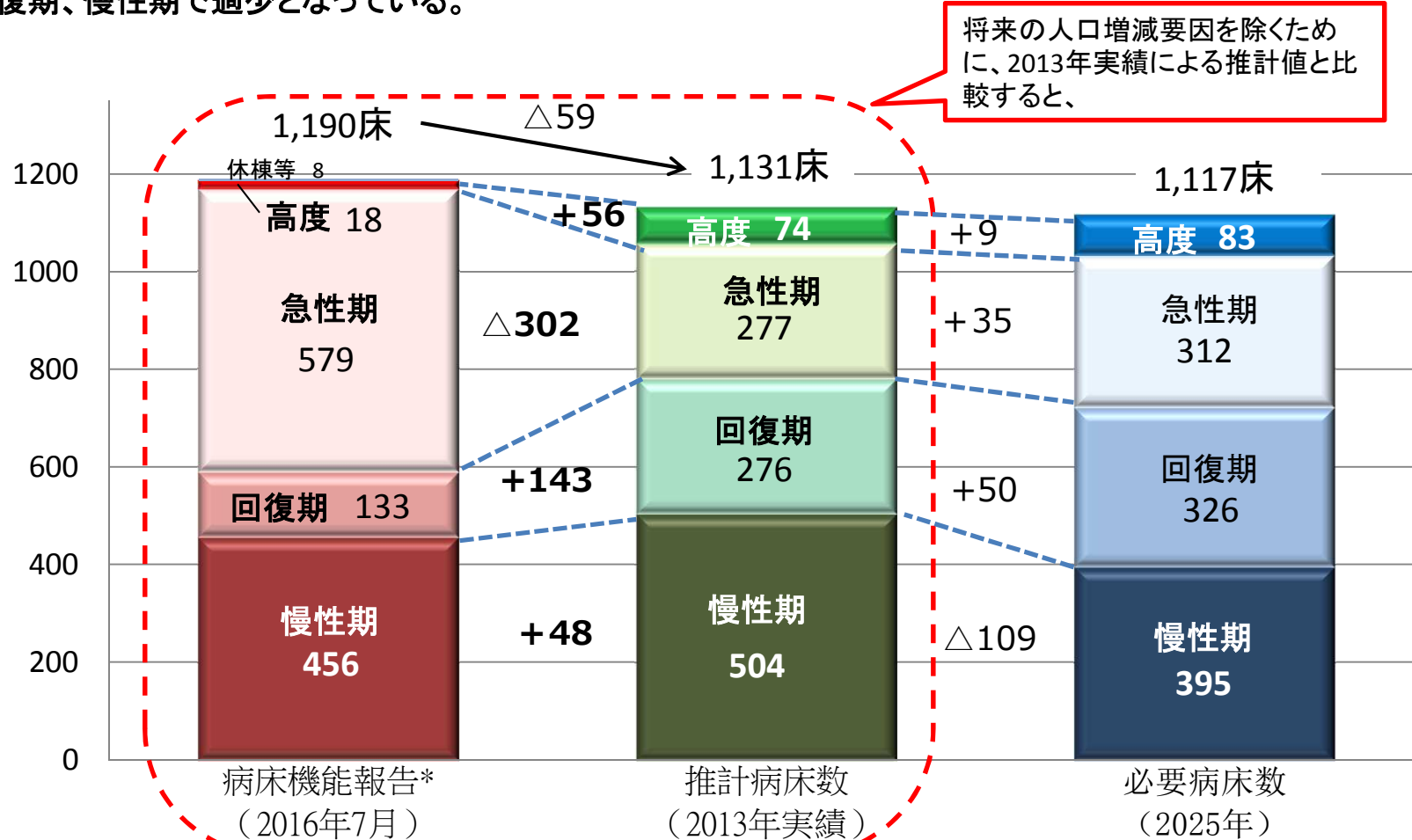
C3 (175点) 未満

医療区分Iの患者数の70%
+ 地域差解消分

2013年推計値と病床機能報告との比較

『2013年の提供医療実績から推計する病床数』と『病床機能報告』との比較

- 国の推計ツールを用いて、2013年の提供医療実績に対応する病床数を推計。
- 2016年の病床機能報告の集計結果と推計した病床数を比較すると、報告数が急性期で過大、高度急性期、回復期、慢性期で過少となっている。



※未報告等の医療機関があり報告対象の病床数と一致しない。
 ※国立療養所沖縄愛楽園の一般開放していない病床を除いた数。

推計値と病床機能報告が乖離している理由

➤ 2013年推計病床数（緑のグラフ）

- ⇒ ①2013年の沖縄県の実際の入院患者について、レセプト等のデータを分析し、4機能別に分類し、1日あたりの機能別入院患者数を算定。
②①で算定した1日あたりの入院患者数を、機能別の病床稼働率で割り、病床換算。

各病期の患者の発生量

大きく乖離
・急性期
・回復期

乖離している理由

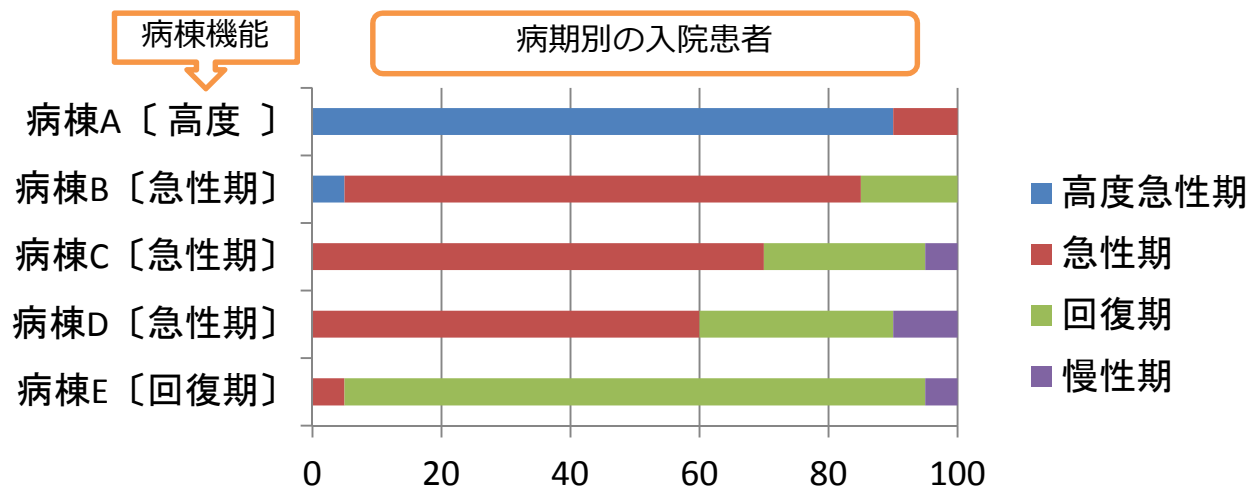
- (1)実際の急性期病棟においても、治療により病状が安定した患者が一定数いるが、病床機能報告では全て急性期として報告されるため。
(2)「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」の定義があいまいなため、とりあえず急性期で報告。

➤ 2016年病床機能報告（赤のグラフ）

- ⇒ 医療機関が、病棟ごとに報告した機能別の病床数。

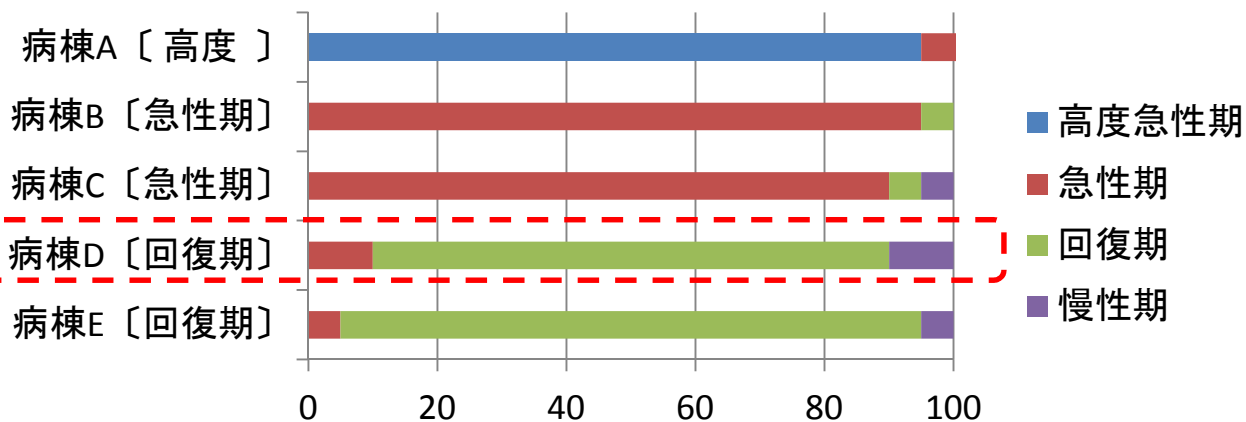
医療機関の選択による病棟の主な機能を積み上げた数

病院内での「病床機能の分化と連携」の例（回復期への転換）



転換

病棟Dを回復期に転換し、病棟Bと病棟Cの回復期患者を集約し、病棟Bと病棟Cは急性期に特化。



機能転換の効果

【患者側】

- ① 回復期病棟でのリハビリにより、早期の在宅復帰が可能となる。

【病院側】

- ② 病院内の人材を必要な病棟に集約でき、病院の提供する医療の質が高まる。
- ③ 早期退院の増加により、急性期の受入余地も増える。

上記は『病院内』の機能分化と連携の例であるが、『病院間』でも考え方は同じ。

「病床機能の分化と連携」に向けて

【ステップ1：現状把握】

1. 自院で提供している医療内容の把握
2. 圏域内での自院の相対的な位置付けの把握

【ステップ2：現状での機能分化と連携の検討】

4. 自院内での機能分化と連携の検討
5. 圏域内での機能分化と連携の検討

回復期の不足
を念頭に。

【ステップ3：病床機能の転換】

6. 個別の医療機関による具体的な病床機能転換に係る整備計画の策定
7. 個別の整備計画を圏域内で協議
8. 県の補助等を活用した具体的な整備の実施

