

## 地域医療構想における平成 37 年（2025 年）の必要病床数について

### 1 平成 37 年（2025 年）の必要病床数について

#### （1）必要病床数の算出

必要病床数は、「2025 年の医療ニーズの将来推計に基づく推計値」である。

その計算式は、厚生労働省令で次のとおり決められており、**県や地域の裁量権はほとんどない（ ）**。

なお、必ずしも将来の医療提供体制の変動要素（例：交通網の発達、医療技術の進歩等）をすべて勘案して算出されたものではないことに留意が必要。

<厚生労働省令で決められた計算式>

ア 平成 25 年（2013 年）の NDB データ等を基にした性年齢階級別の入院受療率に平成 37 年（2025 年）の性年齢階級別人口を乗じて構想区域ごとの医療需要（入院患者数）を算出

イ 高度急性期、急性期、回復期の医療需要は、入院患者の 1 日あたりの診療報酬の出来高点数の多寡により一定の値で区分して算出

ウ 慢性期の医療需要は、療養病床の入院患者数（回復期リハビリテーション病棟の患者数及び医療区分 1 の 70%を除く患者数）＋一般病床に入院している障害者・難病者数に慢性期の入院受療率の地域差解消分を見込んで算出

エ 病床数は、医療需要を病床稼働率で割り戻した値としており、病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%で算出

*各地域の地域医療構想調整会議において検討可能な要素*

*病床機能ごとの「医療機関所在地ベース」か「患者住所地ベース」かの検討  
都道府県間調整、県内の構想区域間調整（国が定める調整ルールによる）*

#### （2）必要病床数と基準病床数の関係

国は「齟齬のないようにする」とだけコメントしている。

今後、第 7 次（平成 30～35 年）及び第 8 次（平成 36～41 年）の医療計画作成指針を策定する中で検討する予定と聞いている。

### 2 県内の構想区域間調整

#### （1）実施方法（第 3 回会議で提示）

構想区域間調整にあたっての構想区域ごとの 4 機能別の流出入の考え方（医療機関所在地又は患者住所地を選択）は、第 2 回会議で決めた都道府県間調整の地域の方向性を基に考える。（たたき台として提示）

構想区域間で流出入がある場合、双方の考え方が一致している場合には、それぞれの考え方に沿って患者数を算出する。

一方、双方の考え方が不一致の場合は、双方の患者数は、医療機関所在地の患者数で算出する。

<算出イメージ>

相手区域 の対応	患者住所地	医療機関所在地
自区域の 対応	患者住所地	医療機関所在地
患者住所地	お互い患者住所地で算出	お互い医療機関所在地の医療需要で算出
医療機関所在地	お互い医療機関所在地の医療需要で算出	お互い医療機関所在地で算出

(2) 第3回会議後における県内の構想区域間調整の考え方

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	備考
横浜北部	医	患	患	患	構想区域を1つにする方向で調整中
横浜西部	医	患	患	患	
横浜南部	医	患	患	患	
川崎北部	医	医	医	医	
川崎南部	医	医	医	医	
相模原	医	医	医	医	
横須賀三浦	医	患	患	患	
湘南東部	医	医	医	患	
湘南西部(※)	(医)	(患)	(患)	(患)	
県央	患	患	患	患	
県西	医	患	患	患	

湘南西部は、考え方は第4回会議までに決定

必要病床数の算出には、県の基本的な考え方である高度急性期：医療機関所在地、急性期・回復期・慢性期：患者住所地で算出

3 流出入調整を踏まえた平成37年(2025年)の必要病床数(仮)

資料4-2のとおり

4 地域医療構想策定後の病床整備等に係る県の考え方

**各医療機関の自主的な取組み及び地域医療構想調整会議を通じた地域の関係団体等による取組みを基本とする**とともに、毎年<sup>1</sup>の病床機能報告結果を見ながら、2025年以降の医療ニーズの変化も見通しつつ、**段階的に整備を支援しながら推進していく。**

在宅医療等の充実による地域包括ケアシステムの構築や医療従事者等の確保・養成も必要不可欠であり、地域医療介護総合確保基金も活用しながら取り組んでいく。**(地域医療構想に記載する施策の方向性が、基金活用の基本方針となる。)**