

第8次医療計画における基準病床数(一般療養病床) 設定と今後の対応について

<資料概要>

第58回大阪府医療審議会（令和5年8月24日）における基準病床数の設定等にかかる意見（病床整備が必要との意見・病床整備に慎重な意見）に対し府の考え方を整理し、今後の対応をとりまとめ。

基準病床数(一般療養病床) 算定結果(暫定値・概数)

第58回 大阪府医療審議会
(令和5年8月24日) 資料1-4

二次医療圏	【参考】 第7次医療計画 基準病床数	第8次医療計画 基準病床数 (暫定値・概数)	既存病床数※ (R4年10月31日時点)
豊能	6,711	約9,200	8,864
三島	4,745	約6,100	6,314
北河内	8,342	約9,900	9,495
中河内	4,534	約5,400	5,557
南河内	4,097	約5,900	6,234
堺市	5,695	約5,800	9,133
泉州	4,847	約5,600	8,327
大阪市	21,919	約26,400	31,272
合計	60,890	約74,500	85,196

【凡例】色付けした二次医療圏は、基準病床数が既存病床数を上回ることが見込まれる二次医療圏。

※療養病床から介護医療院へ転換した病床数を除く。
(医療法附則(平成二九年六月二日法律第五二号)第28条に基づき令和6年3月31日まで、介護医療院へ転換した療養病床数は、既存病床数とみなされている)

①病床整備が必要との意見と意見に対する府の考え方

○病床整備が必要との意見は、豊能・北河内の医療関係者から出された。

○意見が出された理由は、「救急医療」「感染症医療」において課題があるため。意見に対する府の考え方は下記のとおり。

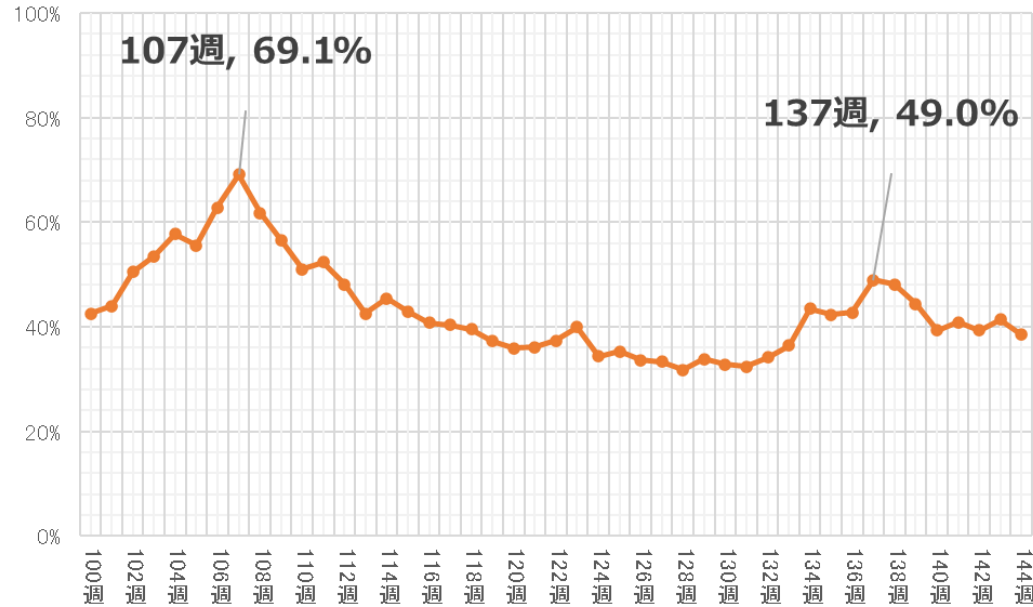
病床整備が必要との意見 (暫定値概数を用いて基準病床数を設定すべきとの意見)	
項目	詳細
救急医療	コロナ禍以前より、豊能圏域は病床数、特に急性期（救急医療）が不足しているという声が多かった。 圏域外の患者を多く受けている特定機能病院2病院の病床数（約1,600床）が既存病床数に計上されており、地域特性を考慮いただきたい。
救急医療・感染症医療	現場では、病床が不足しているという感覚の中、救急医療、感染症医療（主に外来を含むコロナの救急対応）を動かしている。 救急医療や感染症医療の対応に必要なならば、増床を認めるべきでないか。
感染症医療	病床整備は二次医療圏毎に検討されているが、コロナ禍では、守口市にある関西医科大学総合医療センターで圏域を超えて大阪市の重症患者を府の入院調整により受け入れ、北河内の患者を受け入れることができなかった。北河内では増床が必要ではないか。

意見に対する府の考え方
<p>【救急医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基準病床数（暫定値）において、病床の不足が見込まれていない他圏域においても、<u>救急搬送の不应需率が高い圏域が確認</u>できる。 ・そのため、<u>救急医療における課題は、病床整備により解決が期待できない可能性があり、原因分析の上、対応策を検討する必要がある</u>（詳細は後述スライドに記載）。
<p>【感染症医療（コロナ対応）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ対応では、府域全域での入院調整を基本としていたが、第4波においては、重症病床が府内全域でひっ迫した。 ・新たな新興感染症対応にあたっては、医療機関と事前に協定を締結することにより、感染拡大時に対応できる体制の確保をめざし現在取り組みを進めている。

<参考>救急搬送の状況①(不応需率の状況)

○2023年冬期、2023年夏期とも、不応需率が府全体の平均を上回るのは、豊能及び基準病床数暫定値・概数において、病床過剰が見込まれる2圏域となっている。

【大阪府】不応需率



【出典】ORION週別モニタリング指標

【圏域別 不応需率 最大値】

■ 2023年冬期[2023年1月から2月 (105週から114週)]

※太字・下線：大阪府の最大値 (69.1%) 以上の圏域

圏域A	豊能	圏域B	北河内	圏域C	圏域D	圏域E	圏域F
<u>76.9%</u>	<u>74.6%</u>	<u>72.3%</u>	67.7%	58.8%	58.1%	55.7%	53.2%

■ 2023年夏期[2023年7月から8月 (131週から140週)]

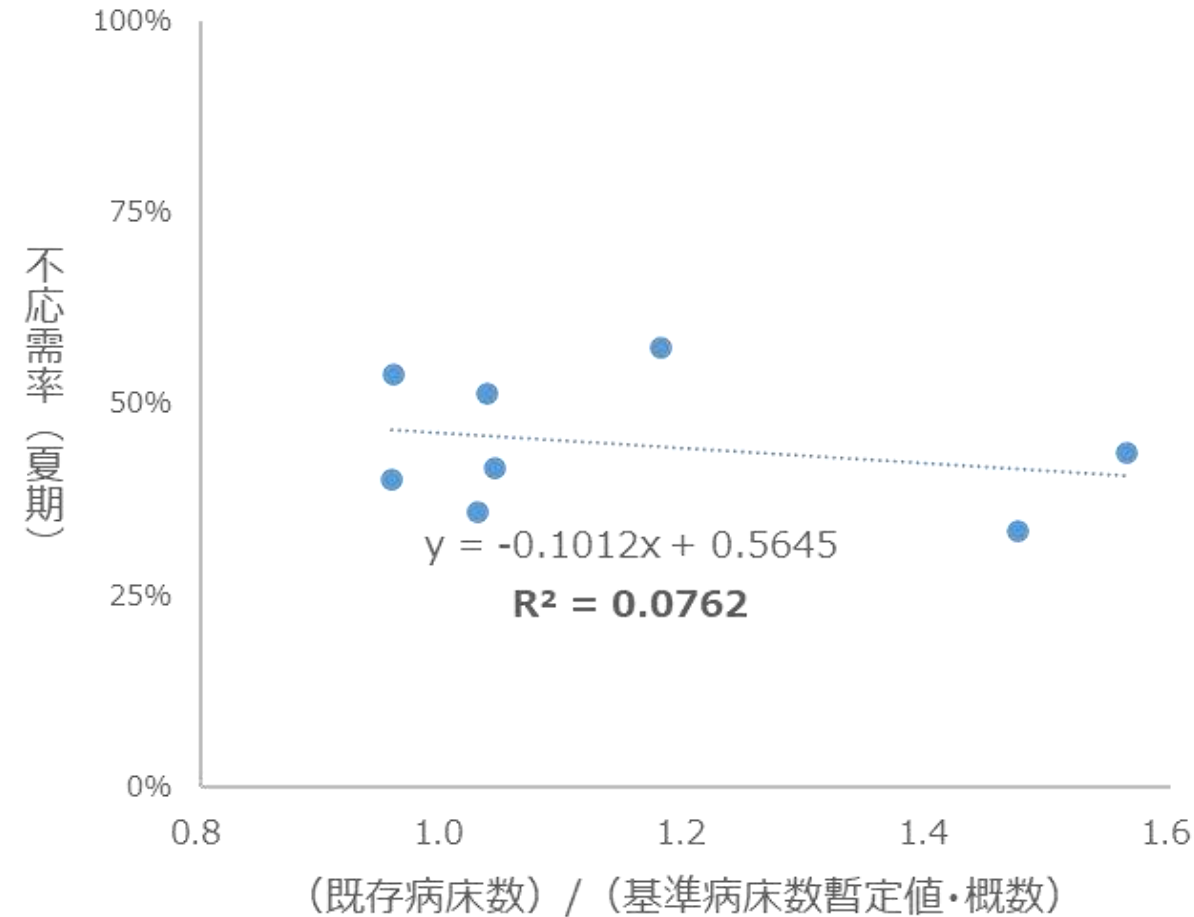
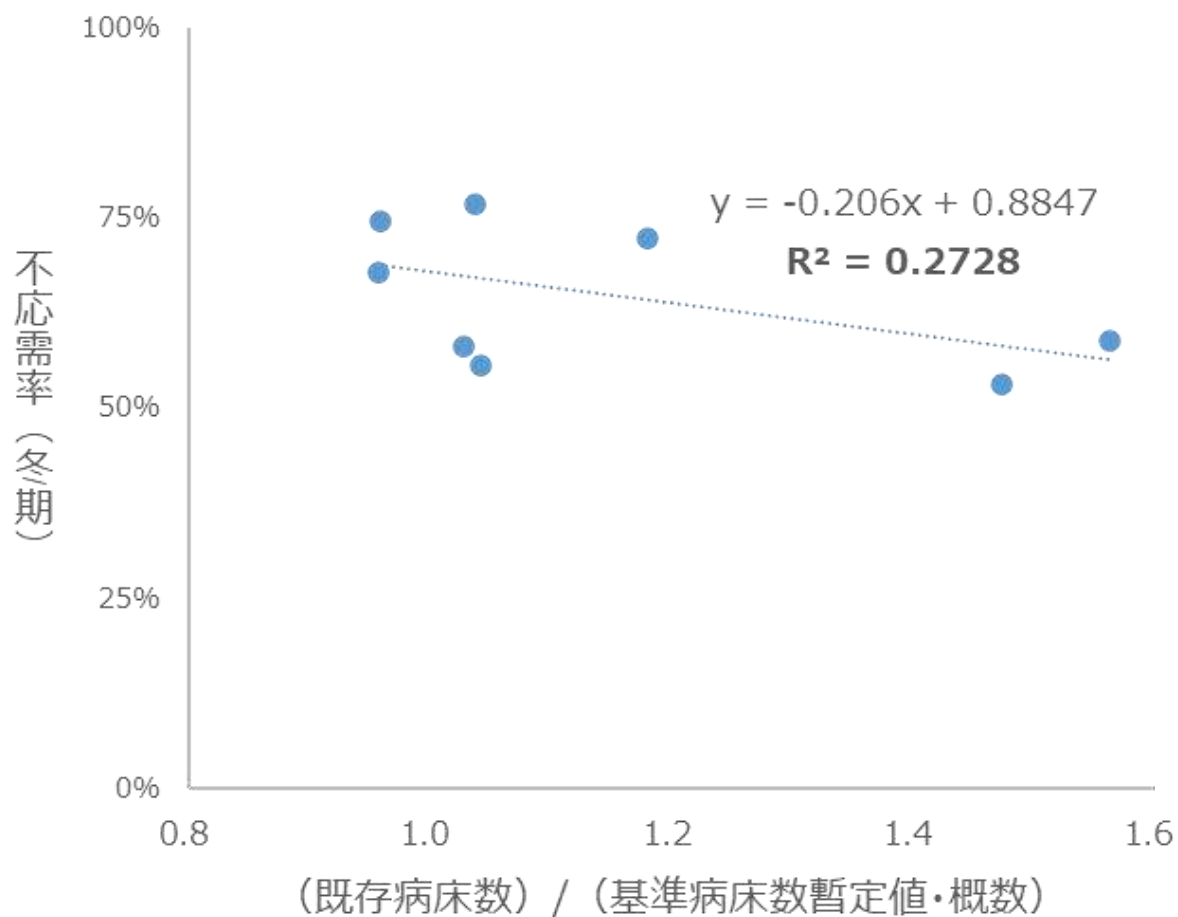
※太字・下線：大阪府の最大値 (49.0%) 以上の圏域

圏域B	豊能	圏域A	圏域C	圏域E	北河内	圏域D	圏域F
<u>57.3%</u>	<u>54.0%</u>	<u>51.5%</u>	43.8%	41.7%	40.3%	35.9%	33.5%

<参考>「不応需率」と「既存病床数/基準病床数暫定値・概数」との関係

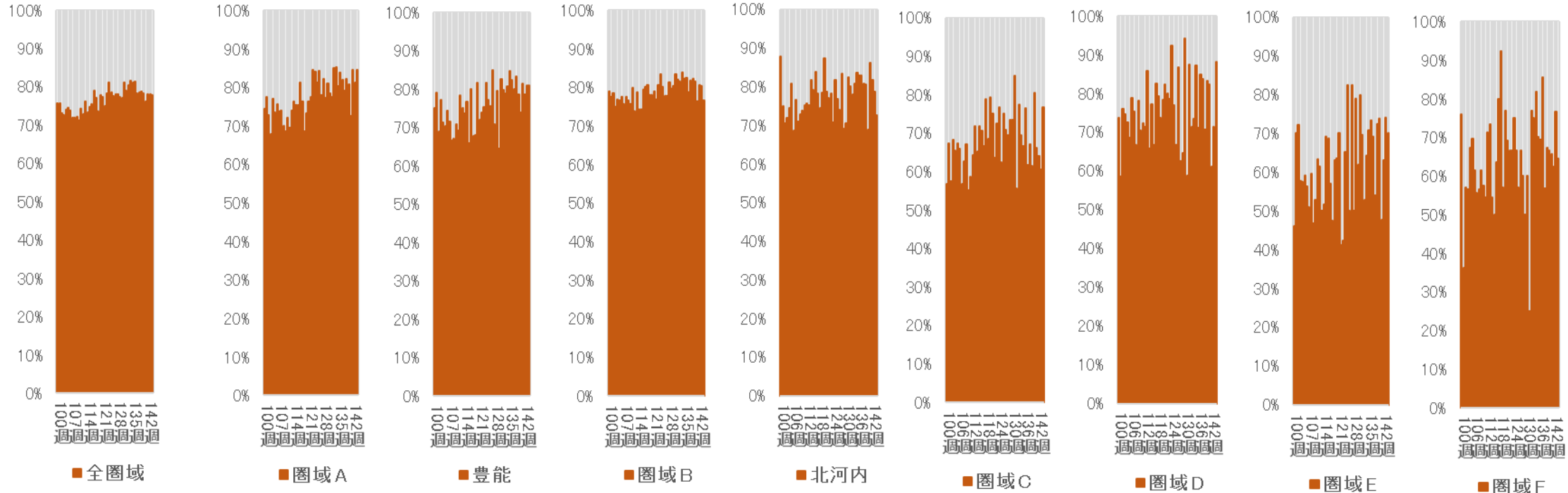
- 2023年冬期、2023年夏期とも、「不応需率」と「(既存病床数) / (基準病床数暫定値・概数)」間の回帰式における決定係数 (R^2) ※の値は高くなく、2変数の関連性は低いものと考えられる。

※決定係数 (R^2) は0と1の間の値をとり、1に近いほど一般的に回帰式の適合度が高く有用な式とされる。



<参考>救急搬送の状況②(緊急度(搬送連絡回数4回以上))

○豊能・北河内や、冬期において不応需率の比較的高かった圏域においては、2023年冬期・夏期とも、搬送連絡回数4回以上の件数に占める緊急度黄以下の割合が高くなっている。



【圏域別 搬送連絡回数4回以上の件数に占める緊急度黄色以下の割合 最大値】

【出典】ORION週別モニタリング指標

■ 2023年冬期 107週 (2023年1月9日から15日:大阪府不応需率最大値の週)

※太字・下線：大阪府平均(72.1%)以上の圏域

圏域B	北河内	圏域D	圏域A	豊能	圏域C	圏域F	圏域E
<u>77.7%</u>	<u>76.6%</u>	<u>75.3%</u>	<u>73.7%</u>	71.4%	56.8%	55.6%	50.9%

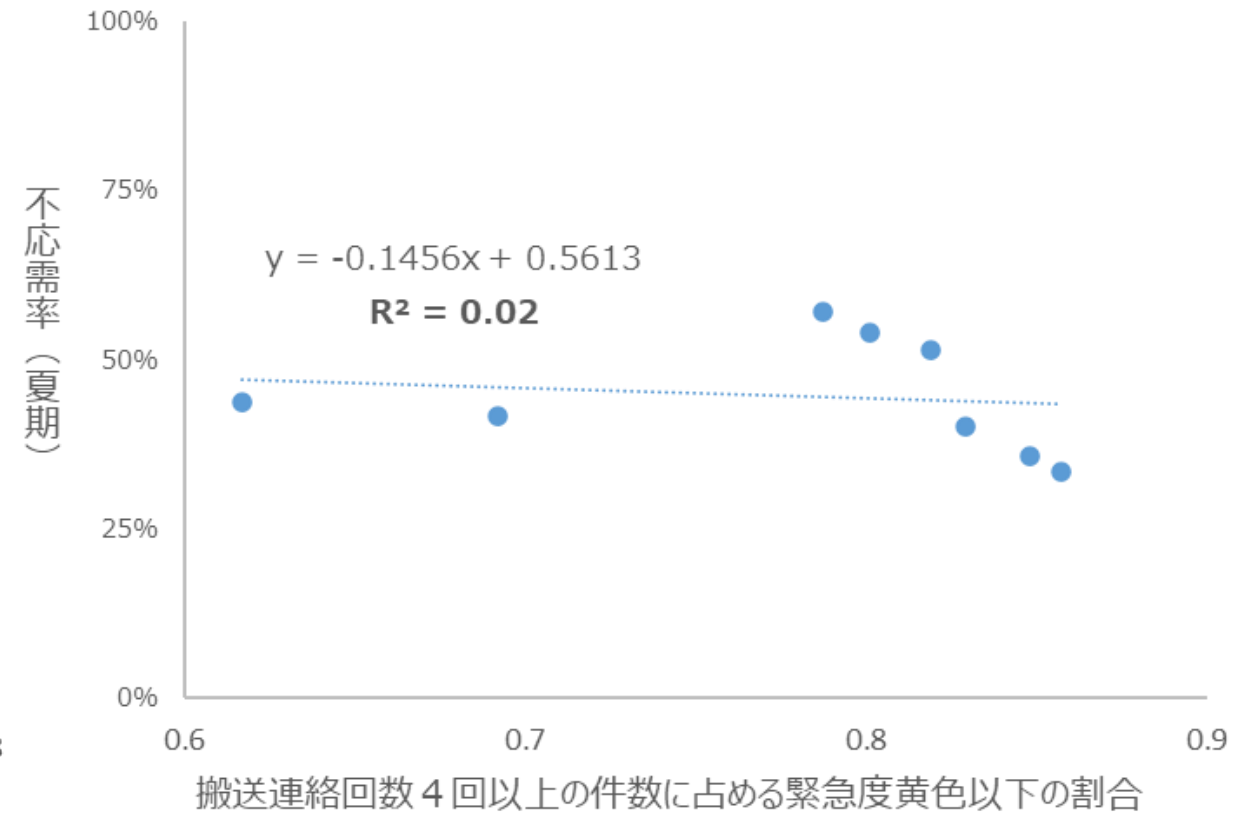
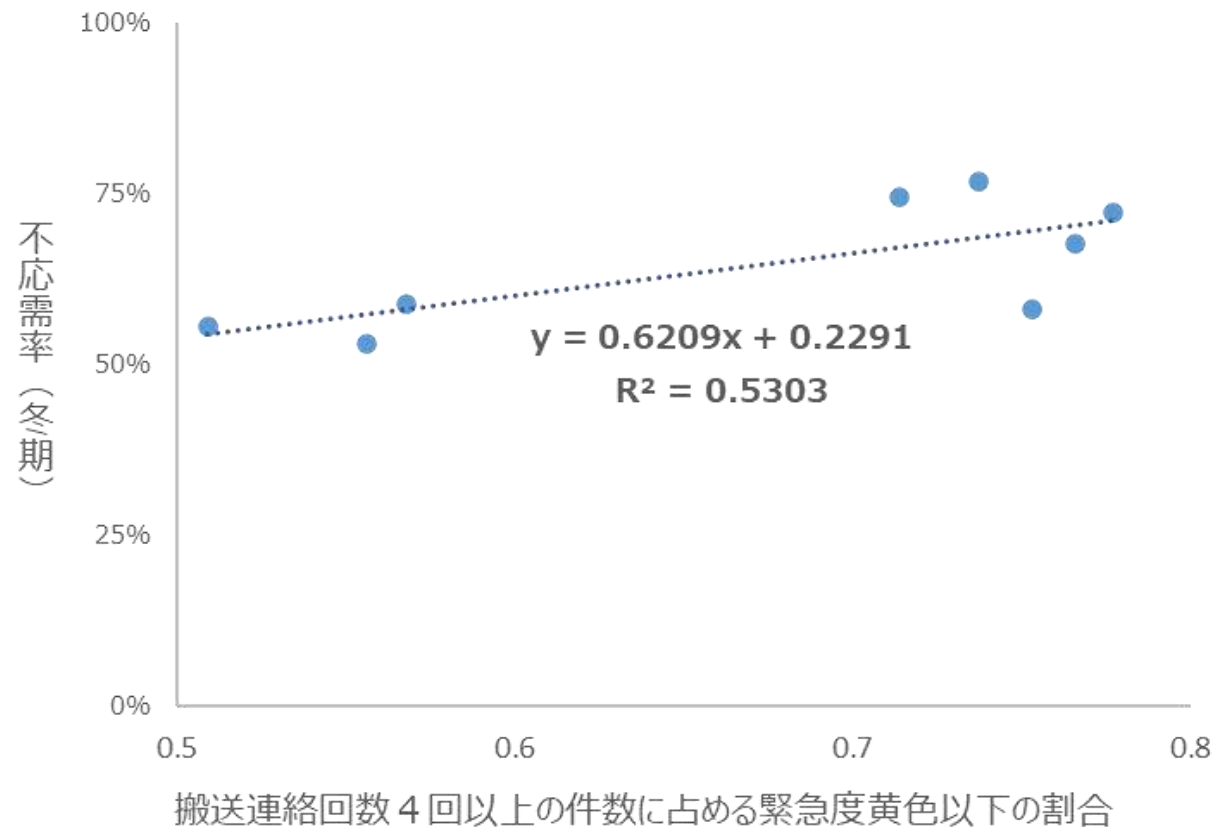
■ 2023年夏期 137週 (2023年8月7日から13日:大阪府不応需率最大値の週)

※太字・下線：大阪府平均(78.4%)以上の圏域

圏域F	圏域D	北河内	圏域A	豊能	圏域B	圏域E	圏域C
<u>85.7%</u>	<u>84.8%</u>	<u>82.9%</u>	<u>81.9%</u>	<u>80.1%</u>	<u>78.7%</u>	69.2%	61.7%

<参考>「不応需率」と「搬送連絡回数4回以上の件数に占める緊急度黄色以下の割合」との関係

- 2023年冬期においては、「搬送連絡回数4回以上の件数に占める緊急度黄色以下の割合」と「不応需率」間の回帰式における決定係数 (R^2) は0.5を上回り、緊急度黄色以下の割合が高いほど不応需率が高くなる傾向が見られる。
- 一方、冬期と比較して不応需率の割合が低い夏期においては、決定係数 (R^2) は0.02と低く、2変数の関連性は低いものと考えられる。



＜参考＞緊急度とその定義

緊急度	定義	サブカテゴリー
赤 (緊急)	<ul style="list-style-type: none"> ◆すでに生理学的に生命危機に瀕している病態。 ◆増悪傾向あるいは急変する可能性がある病態。 <p>※気道・呼吸・循環・意識の異常、ひどい痛み、増悪傾向、急変の可能性から総合的に判定する。</p>	<p>【赤 1】極めて緊急性が高い病態であるため、緊急に搬送する必要がある病態。</p> <p>【赤 2】緊急性が高い病態であるため、緊急に搬送する必要がある病態。</p>
黄 (準緊急)	<ul style="list-style-type: none"> ◆時間経過が生命予後・機能予後に影響を及ぼす病態。 <p>※痛みの程度、訴えや症状の強さについても考慮する。</p>	赤ほど緊急性は高くないが、医療機関への早期受診が必要な病態。
緑 (低緊急)	<ul style="list-style-type: none"> ◆上記には該当しないが、受診が必要な病態。 	
白 (非緊急)	<ul style="list-style-type: none"> ◆上記に該当せず、医療を必要としない状態。 	

【出典】緊急度判定プロトコルver.3 救急現場（総務省消防庁）

②病床整備について慎重な意見と府の考え方

○病床整備について慎重に対応すべきとの意見を踏まえ、平均在院日数を検証し、基準病床数の設定を検討。

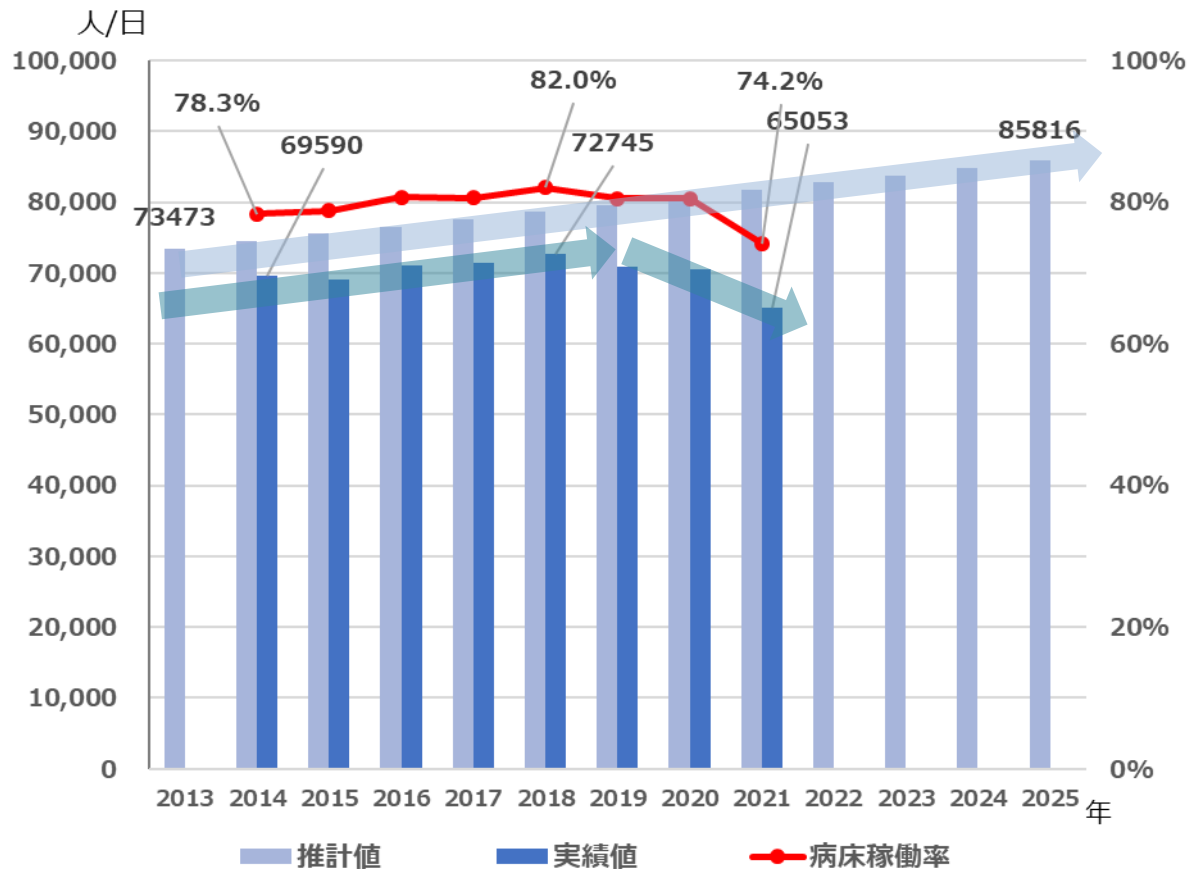
病床整備について慎重に対応すべきとの意見 (暫定値概数を見直し基準病床数を設定すべきとの意見)	
概要	詳細
【慎重な理由】 医療人材の確保に懸念があるため	大阪府は看護師不足であり、離職率も高い。地域のニーズに応じた病床整備は大切なことであるので、継続して検討することは必要だが、 <u>有効に人員を活用する</u> ということを考慮するなら、慎重に様々な側面から病床整備を考える必要がある。
【慎重な理由】 コロナ禍で診療実績が減少しているため	<u>コロナ禍以降、全国の病床稼働率が落ちているので、考慮して議論する必要がある。</u>
【慎重な理由】 地域医療構想の見直し（2025年）とあわせた検討が必要なため	地域医療構想が2025年に改定される（2040年（高齢者増加のピークアウト）を見据えたもの）のであれば、慎重に議論することが必要。
【暫定値の見直し】 暫定値の算出に用いた「平均在院日数」の検証が必要	第7次計画での平均在院日数は14.7日だが、 <u>第8次計画案では15.5日と長くなっている。現場の感覚としては急性期の在院日数は短くなっており、長くなっているのが理解できない。平均在院日数の考え方について整理が必要ではないか。</u> ※厚労省事務連絡（令和5年10月4日付）において、 <u>平均在院日数の短縮の実態等を勘案し基準病床数を設定する</u> ようにとの考えが新たに示された。

意見に対する府の考え方
<p>・新たに病床を整備するには、<u>限られた人材（既存医療機関の人材）の中から人材確保が必要</u>なため、<u>地域医療体制の維持に影響を及ぼす可能性</u>がある。</p> <p>・足元の医療需要減少も踏まえ、<u>基準病床数算定においては、平均在院日数について「大阪府」の現状を把握し設定を検討する。</u></p>

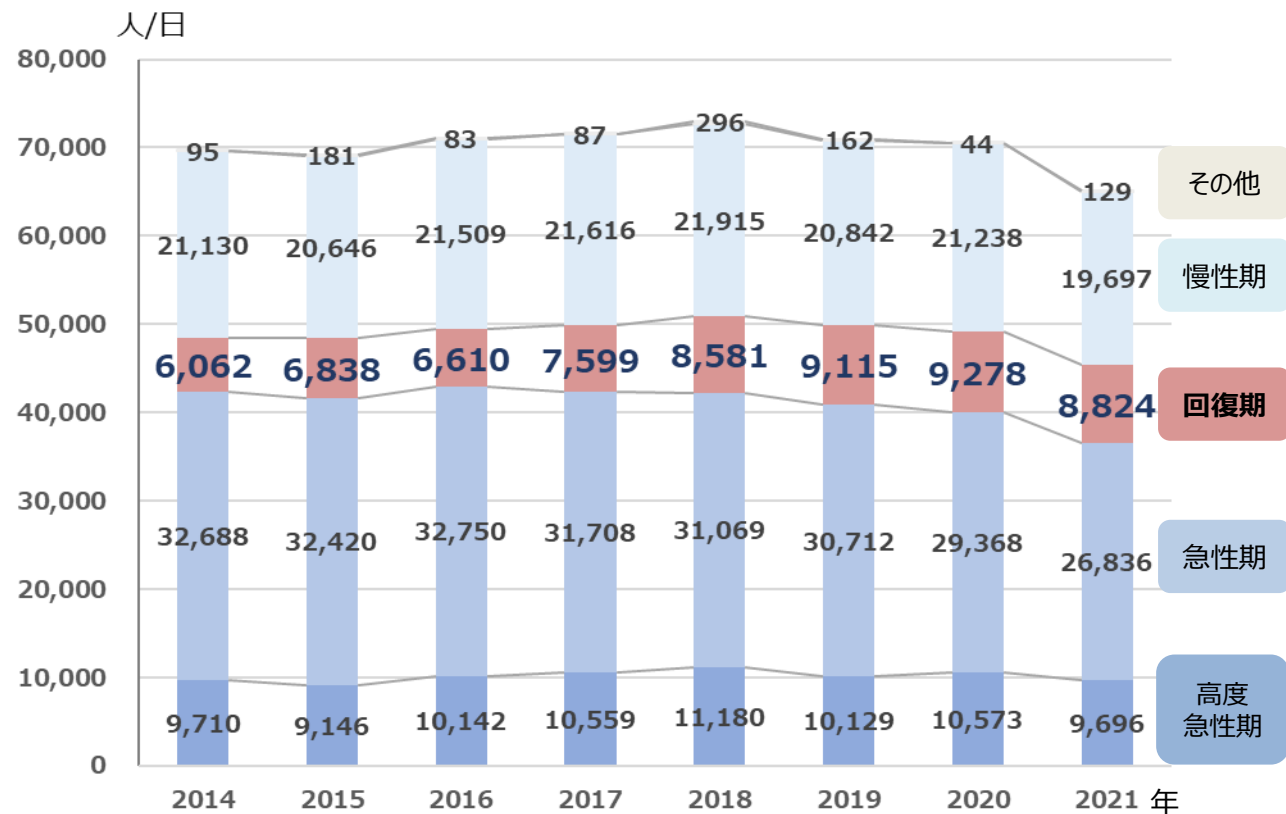
入院実績は、推計値を下回り推移している。

コロナ禍前は増加傾向で推移していたが、コロナ禍以後は減少傾向に転じている

●入院患者数推移（1日当たりの在院患者数）



●4機能別入院患者数推移（1日当たりの在院患者数）



<出典>

推計値：2016年地域医療構想策定による推計値、実績値及び病床稼働率：病床機能報告

<2021年/2014年比> 合計 0.93倍
 高度急性期 1.00倍 急性期 0.82倍
 回復期 1.46倍 慢性期 0.93倍

<参考> 医師の働き方改革

○2024年度からは医師に時間外労働の上限規制が適用され、**限られた人材の中**でより効率的に医療を提供することが必要となる。

医師の働き方改革

■ これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。

■ こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。

■ **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】 病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】 36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】 患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

+

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

+

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

- 医療施設の**最適配置**の推進
(地域医療構想・外来機能の明確化)
- 地域間・診療科間の**医師偏在の是正**
- 国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

- 適切な**労務管理**の推進
- タスクシフト/シェア**の推進
(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～） 法改正で対応

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休憩時間の確保
A（一般労働者と同程度）	960時間	義務	努力義務
連携B（医師を派遣する病院）	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務
B（救急医療等）			
C-1（臨床・専門研修）			
C-2（高度技能の修得研修）	1,860時間		

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医師の健康確保

面接指導

健康状態を医師がチェック

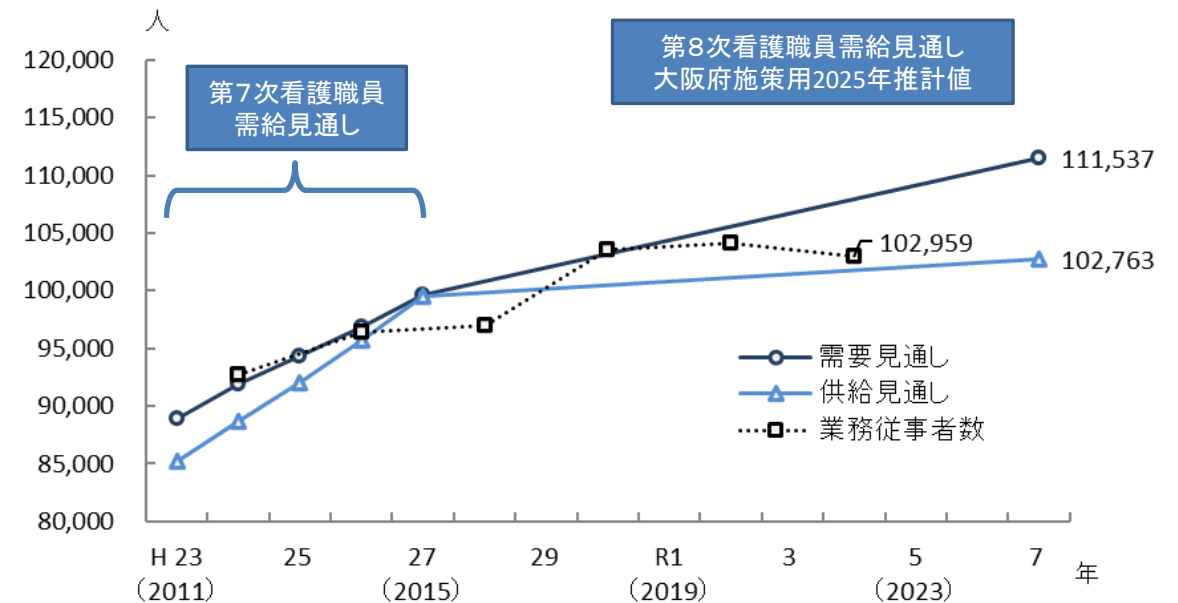
休憩時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

- 第8次看護職員需給見通し（大阪府施策用推計値）では、令和7年（2025年）の需要数（常勤換算数）は111,537人であり、供給数と比較すると8,774人の不足と推計されています。
- 新型コロナウイルス感染症による影響等を受け、令和4年の業務従事者数（医療対策課調べ）は102,959人と令和2年の業務従事者数を下回っており、復職支援などにより、従事者の増加が必要です。

○今後のさらなる高齢化の進展や地域医療構想の推進等による在宅医療の需要増加を踏まえ、多様なニーズに対応できる、看護職員の確保が必要となっています。

図表9-4-6 府内の看護職員需給見通し



厚生労働省「衛生行政報告例」、大阪府「医療対策課調べ」、令和2年3月大阪府医療審議会資料

平均在院日数 設定の検討

- 国における地方ブロックの平均在院日数の設定の考え方（2015年から2019年の平均在院日数の短縮を踏まえ2019年から4年後に予測される値を算出）を踏まえ、大阪府の実績から平均在院日数の設定値を算出。

【算出方法（線形回帰式）】

- 2015年から2019年における平均在院日数の減少傾向を線形回帰式で表し、平均在院日数設定値を算出。
- 府の実態等を踏まえ算出された設定値は14.3日。

	第6次医療計画期間					第7次医療計画期間					設定値案②
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
	H25	H26	H27 (A)	H28	H29	H30	R1 (B)	R2	R3	R4	
大阪府	17.4	16.9	16.5	16.2	16	15.8	15.5	16.1	15.7	15.7	14.3

参考：【地方ブロックにおける平均在院日数の設定方法】

平成27年度から令和元年度における平均在院数の短縮割合を令和元年度の平均在院日数に乘じ算出。

※近畿ブロックの算出に用いた都道府県データ（滋賀県,京都府,大阪府,兵庫県,奈良県,和歌山県）

	第6次医療計画期間					第7次医療計画期間					設定値
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
	H25	H26	H27 (A)	H28	H29	H30	R1 (B)	R2	R3	R4	
近畿ブロック	17.6	17.1	16.7	16.5	16.4	16.3	16.1	16.7	16.3	16.4	15.5
全国	17.2	16.8	16.5	16.2	16.2	16.1	16.0	16.5	16.1	16.2	-

平均在院日数を14.3日として設定し算定した場合の基準病床数(一般療養病床)

二次医療圏	【参考】 第7次医療計画 基準病床数	第8次医療計画 基準病床数 【A】	既存病床数※ (R5年6月30日時点) 【B】	病床数の差 【B】-【A】
豊能	6,711	8,683	8,879	+196
三島	4,745	5,742	6,301	+559
北河内	8,342	9,318	9,572	+254
中河内	4,534	4,924	5,693	+769
南河内	4,097	5,587	6,352	+765
堺市	5,695	5,401	9,222	+3,821
泉州	4,847	5,171	8,698	+3,527
大阪市	21,919	25,001	31,235	+6,234
合計	60,890	69,827	85,952	+16,125

※療養病床から介護医療院へ転換した病床数を除く。
 (医療法附則(平成二九年六月二日法律第五二号)第28条
 に基づき令和6年3月31日まで、介護医療院へ転換した
 療養病床数は、既存病床数とみなされている)

第8次医療計画における基準病床数と救急医療の課題改善に向けた基本的考え方

第8次医療計画における基準病床数

- 基準病床数の算定にあたって使用する平均在院日数（一般病床）は、近畿ブロック設定値（15.5日）ではなく、大阪府の実態を踏まえた値（14.3日）を使用し、算定する。

【第8次医療計画における基準病床数】

豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市	合計
8,683床	5,742床	9,318床	4,924床	5,587床	5,401床	5,171床	25,001床	69,827床

【いずれの二次医療圏においても、「既存病床数」>「基準病床数」となる見込み】

- 今後も高齢化に伴う疾病構造の変化等が予想されるため、毎年、最新の医療需要動向を踏まえ、基準病床数の見直しについて、保健医療協議会（地域医療構想調整会議）等で、検討する。

（2025年には地域医療構想の見直しに伴い、基準病床数を見直しする予定。）

救急医療をとりまく状況と課題改善に向けた基本的考え方

- 救急搬送患者数は、高齢化等に伴い増加傾向となっており、「救急搬送患者数」が「救急患者を受入れる医療機関における受入可能数」を超える場合に、地域医療体制に課題（不応需率が高くなる・搬送困難事例が増加する等）が生じる。
- これら課題を改善し、救急医療を含む高齢者への適切な医療提供体制を確保していくため、「救急搬送患者数」の増加抑制に関する対策と「救急患者を受入れる医療機関における受入可能数」の充実にに向けた対策を進める。

救急医療を含む高齢者への適切な医療提供体制の確保に向けて①

「救急搬送患者数（特に高齢者）」増加の要因分析と増加抑制に関する対策の基本的方向性

分野	要因分析 (救急搬送患者数の増加)	対策の基本的方向性 (第8次医療計画にかかる取組等)
救急搬送にかかる適正利用	<p>○救急医療の適正利用や、体調悪化時の相談窓口等（#7119・救急医療情報C・救急受診アプリなど）の認知度不足により、<u>症状が軽い場合等もすぐに救急車の搬送を要請している事例が多い。</u></p>	<p>○公民連携を図るなど、広報活動を充実させ、救急医療の適正利用に関する啓発 (救急医療情報Cや#7119、#8000等の相談窓口の普及促進) ⇒救急の日、救急医療週間など様々な場面での啓発。</p>
在宅等における医療機関の役割分担・連携	<p>○休日・夜間等、かかりつけ医が急変時に対応できない場合、救急搬送を要請する事例がある。 ○コロナ禍において、<u>高齢者施設の管理・連携医師等が機能していないことが顕在化。急変時には、職員が救急搬送を要請していることが多いと推測される。</u></p>	<p>○居宅・介護施設のかかりつけ患者に対する24時間対応体制の構築 ⇒「連携の拠点」及び「積極的医療機関」を中心とした地域で取組を推進 ・休日・夜間のバックアップ体制、グループ診療等の地域の体制づくり ・急変時等における連携強化に向けた取組の支援</p>
ACPの推進	<p>○<u>本人の意思（最期は家で迎えたい。心肺蘇生はほらない等）の表示がなされていない場合が多い。</u> ○本人の意思表示があっても、<u>意思に反して救急搬送される事例が散見される。</u></p> <p>＜考えられる原因＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意思表示がない、又は、意思表示があるかもわからない ・意思表示があっても家族の理解が得られない ・消防は救急要請があれば病院に搬送 ・病院は、意思表示があっても訴訟リスクを考え、搬送された患者の命を救う 	<p>○ACPにかかる府民への普及啓発（家族を含んだACP実践） ⇒府民のACPをサポートする医療・ケア従事者の育成 ⇒医療機関、老人福祉施設等の関係機関や学校等と連携した普及啓発（啓発資材等を使用）の推進</p> <p>○高齢者救急医療にかかる取組みの推進 ⇒救急搬送時の対応について、在宅医療機関・介護施設等・救急医療機関・消防と連携したルールづくり。 ・ACP実践 及び 記録保管のルール作り ・救急隊の対応方針の決定 ・リスクを踏まえたルール作り (医療審議会在宅医療部会や救急医療対策審議会、各圏域の在宅医療懇話会やMC協議会等での議論)</p>

救急医療を含む高齢者への適切な医療提供体制の確保に向けて②

「救急患者を受入れる医療機関のひっ迫」にかかる要因分析と受入体制充実に向けた対策の基本的方向性

分野	要因分析 (救急患者を受入れる医療機関のひっ迫)	対策の基本的方向性 (第8次医療計画にかかる取組み等)
救急告示医療機関の強化	<p>○救急告示医療機関によって救急患者受入数に偏りがあり（1病床あたりの受入体制にばらつきがある等）、<u>患者受入数が多い医療機関が限られている。</u></p>	<p>○救急告示医療機関の機能強化 ⇒救急告示医療機関（二次）の認定基準見直し （受入実績の評価期間を3か月から1年間（半期ごとに一定件数を受入れ）とし、年間を通じた受入体制の確保を促す。）</p>
医療機関の役割分担・連携	<p>○<u>基幹二次救急機関</u>（脳卒中・心筋梗塞等の治療が可能）において、肺炎、大腿骨骨折、慢性心不全、尿路感染症等の<u>地域急性期患者を多く受けていると考えられ、救急告示医療機関の役割分担・連携が不十分。</u> ※救急搬送人員に占める軽症患者の割合は約60%であるのに対し、基幹二次救急機関において、圏域の救急搬送人員の約70%を受け入れている。</p> <p>○回復期病床の不足が見込まれる中、急性期を脱した患者を受け入れる<u>後方支援病院が十分ではないと</u>考えられる。</p>	<p>○医療機関の機能分化（役割分担）・連携の促進 ⇒地域医療体制にかかるデータ分析の更なる充実 （診療科別の需要推移や需要予測等を図り、地域で必要な医療機能を可視化し、病床機能の分化・連携にかかる協議を促進）</p> <p>⇒地域医療介護総合確保基金を活用した医療機関に対する支援 （病床転換促進事業、病床機能再編支援事業等）</p> <p>⇒医療機関の役割分担等に関する府民理解の促進</p>

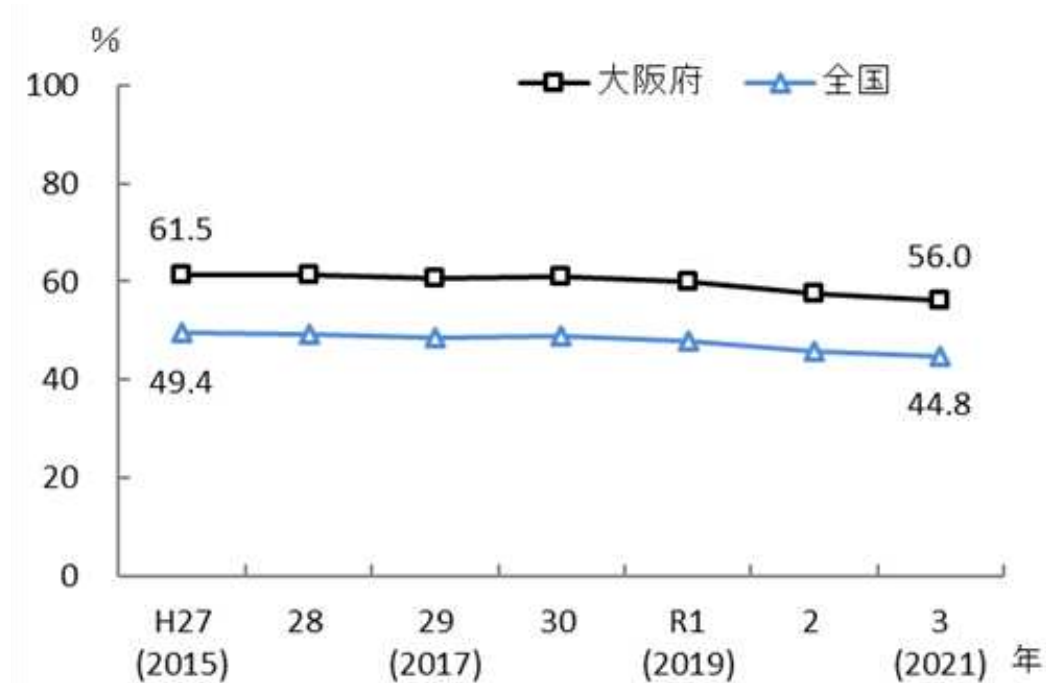
＜参考＞各圏域における救急受入医療機関の状況(令和4年6月)

	救急搬送 件数 【A】	救急搬送 受入医療 機関数 【B】	(参考) 救急告示 医療機関数 (令和5年 10月時点)	1医療機関 当たりの 受入件数 【A】/【B】	救急搬送受入 医療機関 総病床数※ 【C】	1病床当たり の受入件数 【A】/【C】	1病床当たり の受入件数 (圏域の最大値)	脳卒中・ 心筋梗塞 対応医療 機関数	圏域全体に 占める 搬送受入割合 (脳卒中・心筋梗塞 対応医療機関)
豊能	4,152	23	24	180.5	5,432	0.76	2.69	10	71.1%
三島	2,962	21	23	141.0	3,726	0.79	2.18	8	66.1%
北河内	5,419	39	43	138.9	5,979	0.91	3.60	16	69.8%
中河内	3,331	21	20	158.6	3,777	0.88	1.90	9	70.0%
南河内	2,968	22	24	134.9	3,902	0.76	3.34	9	67.3%
堺市	3,886	18	25	215.9	3,616	1.07	2.21	7	73.5%
泉州	3,682	28	32	131.5	3,967	0.93	3.28	9	56.2%
大阪市	15,661	101	93	155.1	19,759	0.79	2.93	38	71.6%
大阪府	42,061	273	284	154.1	50,158	0.84	3.60	106	69.4%

※令和4年度病院プランにおける「高度急性期」もしくは「急性期」もしくは「回復期（地域）」報告病床数

- 救急搬送件数に占める軽症患者の割合は、全国的に低下傾向にあります。これは、救急医療の適正利用に関する啓発の効果も一定あるものの、入院率の高い高齢者の救急搬送が増えていることが理由であると言われています。
- 全国と大阪府を比較すると、軽症患者の占める割合が、全国の44.8%に比べて大阪府は56.0%と高くなっています。全体の救急搬送件数が年々増加するなか、限られた救急医療資源を有効に活用していくためには、引き続き府民に対する救急医療の適正利用、適切な医療機関への受診を啓発していく必要があります。

図表7-6-4 救急搬送人員に占める軽症患者の割合



【参考資料】

目的

病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

仕組み

- 病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事（保健所設置市長、特別区長）に開設等の許可申請を行い、許可を受ける必要。（医療法第7条）
- 開設等の許可に対し、既存の病床数が基準病床数を超える地域（病床過剰地域）では、以下のとおり対応。
 - ① **公的医療機関等**（※）
 - ・ 都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可をしないことができる。（医療法第7条の2）
 - ※ 公的医療機関等： 医療法第31条に定める公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等）の開設する医療機関）及び医療法第7条の2第1項第2号から8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関
 - ② **その他の医療機関**
 - ・ 都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設・増床等に関して、勧告を行うことができる。（医療法第30条の11）
 - ・ 病床過剰地域において、開設許可等に係る都道府県知事の勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。（健康保険法第65条第4項）

特例措置

- 病床過剰地域であっても、一定の条件を満たす場合には、特例として新たに病床を整備することが可能。
<特例が認められるケース>
 - ・ がん又は循環器疾患に係る専門病床など、特定の病床を整備する場合
 - ・ 公的医療機関等を含め、複数の医療機関の再編統合を行う場合 等

基準病床数(一般療養病床)の算定方法

○一般病床・療養病床の基準病床数は、それぞれ計算式が示されているが、合算して「基準病床数」として設定する

算出の仕方

- ① 一般病床、療養病床別に示された算定式に基づき、二次医療圏毎に計算する
- ② 二次医療圏毎で算定した病床数を合算する
- ③ 医療法施行規則に示された「超えてはいけないライン(下記2つの点線部の合計)」を算出する
(二次医療圏毎に算出したものを合算)
- ④ ②と③を比較し、「② ≤ ③」となるよう、都道府県設定項目※を調整し、確定する

※平均在院日数、流入入院患者数、流出入院患者数、病床利用率、性別・年齢階級別療養病床入院受療率

■ 基準病床数算定式 (一般病床)

$$\frac{\text{性別・年齢階級別人口} \times \text{性別・年齢階級別一般病床退院率の総和} \times \text{平均在院日数}}{\text{病床利用率}} + \text{流入入院患者数} - \text{流出入院患者数}$$

■ 基準病床数算定式 (療養病床)

$$\frac{\text{性別・年齢階級別人口} \times \text{性別・年齢階級別療養病床入院受療率の総和} - \text{介護施設・在宅医療等対応可能数}}{\text{病床利用率}} + \text{流入入院患者数} - \text{流出入院患者数}$$

第8次計画 基準病床数（一般病床）算定要件

○算定要件

項目	概要	第8次計画		【参考】第7次計画	
		標準値（国告示等）	府設定値	標準値（国告示等）	府設定値
性別・年齢階級別人口	医療計画作成時における、夜間人口であって最近のもの	—	2020年総務省「国勢調査」	—	2015年総務省「国勢調査」
性別・年齢階級別一般病床退院率	国が地方ブロック毎に設定	後出スライド参照【平成29年患者調査】	—	後出スライド参照	—
平均在院日数	国が設定した、地方ブロック別の値を上限として、知事が設定した値	15.5日【平成27年・令和元年病院報告における近畿ブロックの値から算出】	14.3日【平成27年～令和元年病院報告における大阪府の値から算出】	14.7日	14.7日
流入入院患者数	0～他二次医療圏からの流入患者数の範囲内で知事が設定した値	—	1日当たりの入院患者数（令和元年病院報告）・流入率（令和元年NDB）から算出	—	1日当たりの入院患者数（平成28年病院報告）・流入率（平成27年NDB）等から算出
流出入院患者数	0～他二次医療圏への流出患者数の範囲内で知事が設定した値	—	1日当たりの入院患者数（令和元年病院報告）・流出率（令和元年NDB）から算出	—	1日当たりの入院患者数（平成28年病院報告）・流出率（平成27年NDB）等から算出
病床利用率	国が設定した値を下限として、知事が設定した値	76%【平成28年～令和元年病院報告の平均】	圏域の利用率（令和元年病院報告）が、国告示を上回る場合、圏域利用率を使用	76%	圏域の利用率（平成28年病院報告）が、国告示を上回る場合、圏域利用率を使用

第8次計画 基準病床数（療養病床）算定要件

○算定要件

項目	概要	第8次計画		【参考】第7次計画	
		標準値（国告示等）	府設定値	標準値（国告示等）	府設定値
性別・年齢階級別人口	医療計画作成時における、夜間人口であって最近のもの	—	2020年総務省「国勢調査」	—	2015年総務省「国勢調査」
性別・年齢階級別療養病床入院受療率	国が設定した値を上限として、知事が設定した値	〔 後出スライド参照【平成29年患者調査】 〕	後出スライド参照【平成29年患者調査】	〔 後出スライド参照 〕	後出スライド参照
介護施設在宅医療対応可能数	地域医療構想における推計と整合的に知事が設定した値	—	厚生労働省「2024～2025年の追加的需要」から算出	—	厚生労働省「2018～2023年の追加的需要」、「新類型等転換分」等から算出
流入入院患者数	0～他二次医療圏からの流入患者数の範囲内で知事が設定した値	—	1日当たりの入院患者数（令和元年病院報告）・流入率（令和元年NDB）から算出	—	1日当たりの入院患者数（平成28年病院報告）・流入率（平成27年NDB）等から算出
流出入院患者数	0～他二次医療圏への流出患者数の範囲内で知事が設定した値	—	1日当たりの入院患者数（令和元年病院報告）・流出率（令和元年NDB）から算出	—	1日当たりの入院患者数（平成28年病院報告）・流出率（平成27年NDB）等から算出
病床利用率	国が設定した値を下限として、知事が設定した値	〔 88%【平成28年～令和元年病院報告の平均】 〕	圏域の利用率（令和元年病院報告）が、国告示を上回る場合、圏域利用率を使用	〔 90% 〕	圏域の利用率（平成28年病院報告）が、国告示を上回る場合、圏域利用率を使用

基準病床数の算定に用いる値（一般病床）

①一般病床退院率

		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80≦
第8次	男	56.7	11.6	7.9	10.1	10.1	8.0	8.0	9.6	12.5	15.7	23.7	33.1	47.4	61.9	82.5	106.3	135.0
	女	44.9	8.1	5.5	7.9	12.2	21.2	25.3	20.0	14.8	14.8	18.0	23.6	28.3	38.6	52.4	69.6	99.6
第7次	男	45.9	12.0	8.9	10.3	9.4	7.3	8.6	9.3	12.3	17.1	22.4	31.8	44.9	58.3	79.7	97.2	124.9
	女	36.1	8.6	5.7	7.4	13.4	20.5	25.0	19.3	13.6	13.8	17.3	21.1	27.5	35.6	48.8	64.9	89.6

②平均在院日数

第8次	14.3
第7次	14.7

③病床利用率

	国設定値	豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市
第8次	76%	79.4%	82.7%	82.3%	81.4%	78.8%	80.4%	80.8%	78.6%
第7次	76%	79.4%	83.2%	80.8%	79.5%	77.0%	79.9%	79.3%	77.3%

基準病床数の算定に用いる値（療養病床）

①療養病床入院受療率

		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80≤
第8次	男	0.0	0.0	0.0	3.2	6.2	6.2	8.3	10.0	18.8	33.5	51.2	87.2	140.4	212.6	330.7	541.7	1,395.7
	女	0.0	0.0	0.0	3.4	3.3	3.3	5.7	7.7	8.6	19.2	32.0	55.2	78.3	130.8	242.7	498.7	1,970.2
第7次	男	0.0	0.0	0.0	3.3	3.1	5.9	7.9	9.1	18.2	27.7	51.2	86.8	138.4	215.2	333.4	617.8	1,519.7
	女	0.0	0.0	0.0	3.4	3.3	3.1	5.4	9.4	10.3	16.4	30.9	49.3	80.9	137.1	261.9	591.3	2,239.4

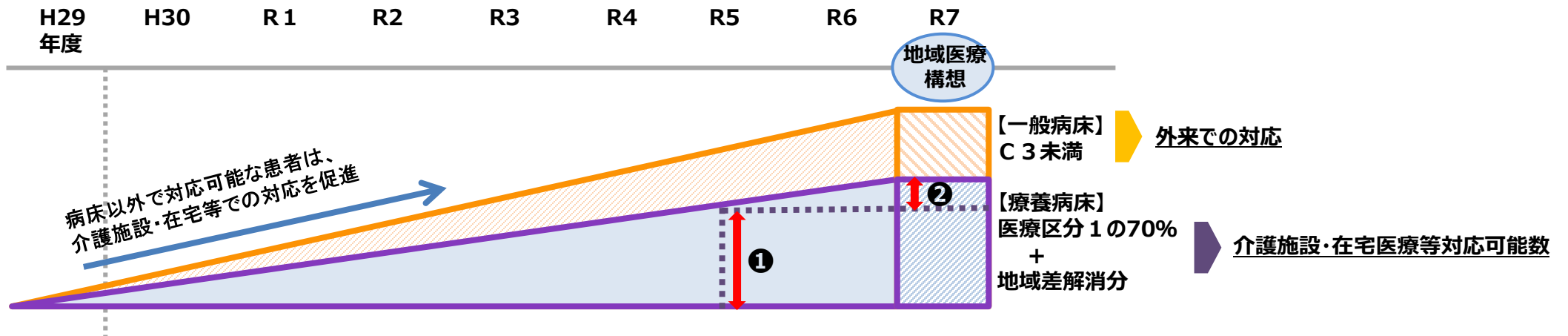
②病床利用率

	国設定値	豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市
第8次	88%	95.2%	90.5%	91.6%	91.1%	88.7%	90.2%	89.7%	89.9%
第7次	90%	91.3%	90%	90%	90.7%	90%	93.0%	90%	91.4%

<令和5年度第1回厚労省医療政策研修会資料 一部改変>

●介護施設・在宅医療等対応可能数

- 「地域医療構想」では、令和7年(一部地域では令和12年)に向けて、病床以外で対応可能な患者は在宅医療等に対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。
- 「医療計画」における基準病床数も、この推計と整合を図るため、計画期間の終期(令和11年度末)時点での対応すべき量を、基準病床数から除外することとした。



- ① 介護施設・在宅医療等対応可能数（第7次医療計画）
- ② 介護施設・在宅医療等対応可能数（第8次医療計画）

既存病床数

○既存病床数※

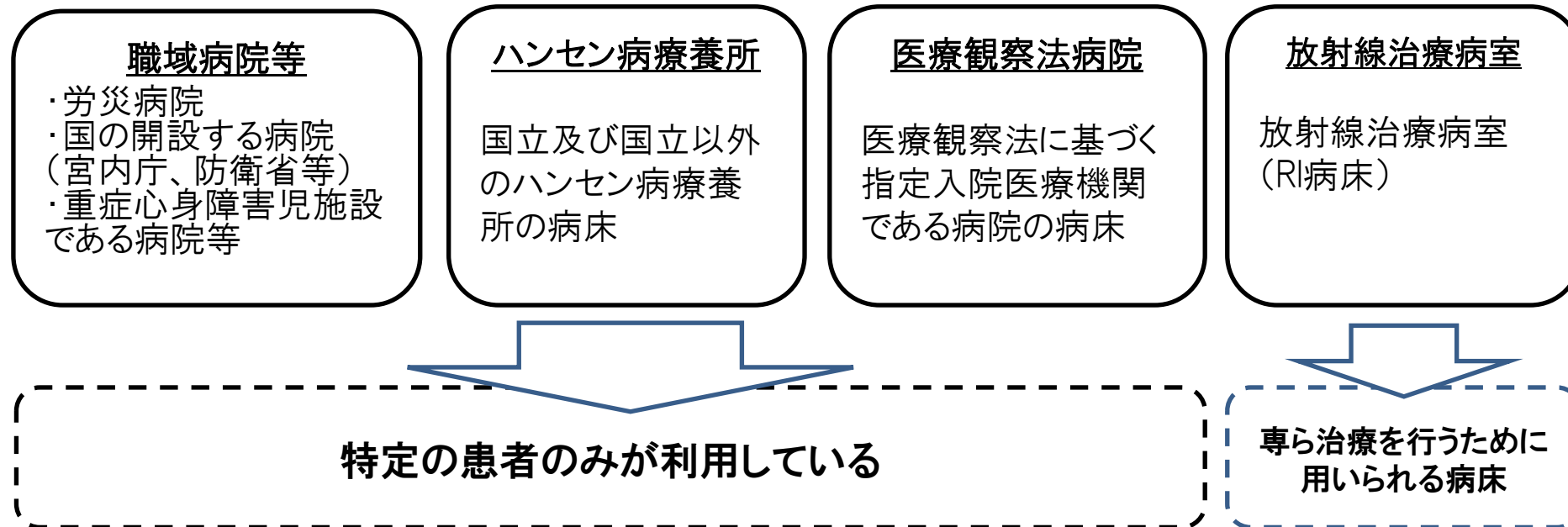
(注:平成18年12月31日以前に開設された有床診療所の病床数は、既存病床数に含めない)

二次医療圏	第7次計画 (平成29年6月30日)	令和5年度 (令和5年6月30日)	第7次計画との差
豊能	9,009床	8,879床	▲ 130床
三島	6,502床	6,301床	▲ 201床
北河内	9,584床	9,572床	▲ 12床
中河内	5,804床	5,693床	▲ 111床
南河内	6,567床	6,352床	▲ 215床
堺市	9,338床	9,222床	▲ 116床
泉州	8,766床	8,698床	▲ 68床
大阪市	31,768床	31,235床	▲ 533床
大阪府	87,338床	85,952床	▲ 1,386床

※療養病床から介護医療院へ転換した病床数を除く。

(医療法附則(平成二九年六月二日法律第五二号)第28条に基づき令和6年3月31日まで、介護医療院へ転換した療養病床数は、既存病床数とみなす)

既存病床数における職域病院等の病床数の補正



職域病院等は、以下の式により補正

当該病院の病床数 × (本来の目的の利用者以外の者の数 ÷ 当該病院の利用者の数) = 補正後病床数として算定

- ・ハンセン病療養所、医療観察法指定入院医療機関、放射線治療病室は、当該病床を既存病床数に算定しない。
- ・病院、診療所の療養病床を介護老人保健施設又は介護医療院に転換した場合は、平成36年3月末までの間、療養病床に係る既存の病床の数として算定する。

「医療法施行規則 第三十条の三十 超えてはいけないライン」にかかる算定の調整

(医療法施行規則)

第三十条の三十 法第三十条の四第二項第十七号に規定する基準病床数（以下「基準病床数」という。）は、次の各号に定める区分ごとに当該各号に定める数とする。

一 療養病床及び一般病床 前条第一号に規定する区域ごとに別表第七の一の項に掲げる式によりそれぞれの病床の種別に応じ算定した数の合計数。この場合において、同一都道府県における当該数の合計数は、同表の二の項に掲げる式により算定した数の当該同一都道府県における合計数に都道府県内対応見込患者数（当該都道府県の区域以外の区域に所在する病院及び診療所の入院患者のうち当該都道府県の区域に住所を有する者の数を上限として、当該都道府県の区域において医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が他の関係都道府県の知事に協議して定める数をいう。以下同じ。）を加えた数から、都道府県外対応見込患者数（当該都道府県の区域に所在する病院及び診療所の入院患者のうち当該都道府県の区域以外の区域に住所を有する者の数を上限として、当該都道府県の区域において医療が提供されると見込まれる患者の数として都道府県知事が他の関係都道府県の知事に協議して定める数をいう。以下同じ。）を減じた数を超えないものとする。

