

第4章 将来における医療需要及び必要病床数

第1節 推計方法の概要

1 医療需要の推計

- 地域医療構想では、各医療圏ごとの「病床の機能区分（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）ごとの将来^{*1}の病床数の必要量（必要病床数）」を定めることとなっています（医療法第30条の4第2項第7号）が、そのためには、まず、将来（平成37（2025）年）の医療需要（推計入院患者数）を推計する必要があります。
- 高度急性期、急性期及び回復期の医療需要については、平成25（2013）年度1年間のNDBのレセプトデータ^{*2}及びDPCデータ^{*3}等に基づいて、性・年齢階級別に入院受療率を計算し、この受療率が変動しないものとして、平成37（2025）年の性・年齢階級別の推計人口に当てはめて計算されます。
- 具体的には、医療資源投入量（患者に対して行われた診療行為について1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたもの）により図4-1に基づき各機能別に計算します。

[図4-1 病床の機能別分類の境界点の考え方]

	医療資源投入量	基本的考え方
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における医療資源投入量
急性期		
回復期		
慢性期及び在宅医療等 (※)		
	C2 600点	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における医療資源投入量
	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 ただし、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点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

資料：厚生労働省「地域医療構想ガイドライン」を一部加工。

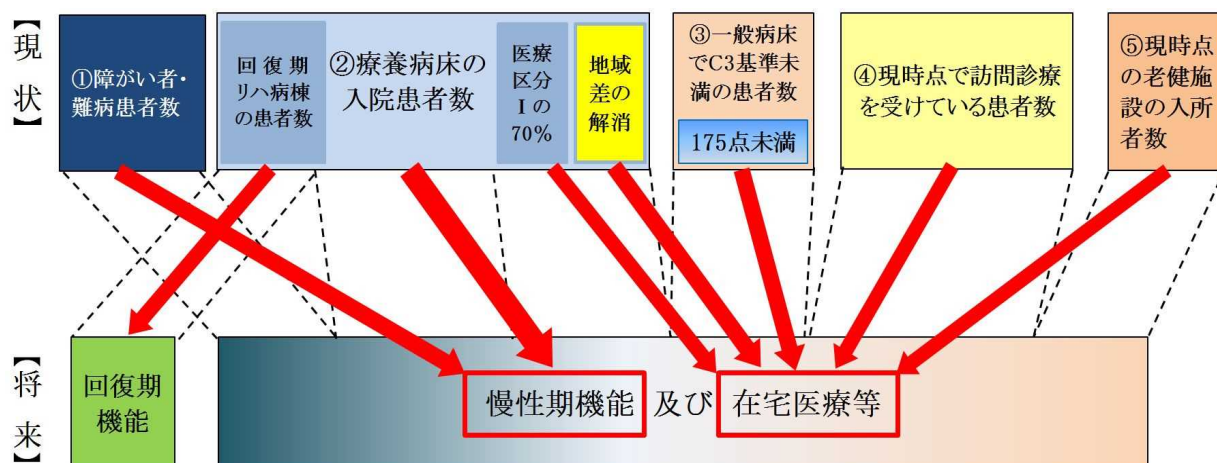
*1 将来…地域医療構想として定める「将来」とは、医療法施行規則第30条の28の3に規定する別表第6の1により「平成37（2025）年」とされている。

*2 NDBのレセプトデータ…NDB（National Database）とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称である。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理している。なお、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書はレセプトとも呼ばれる。

*3 DPCデータ…DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS（Per-Diem Payment System；1日当たり包括支払い制度）という。DPC/PDPS参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。これを、DPCデータと呼んでいる。

- また、慢性期については、①現在、入院により慢性期の医療を受けている患者のうち、医療依存度が比較的低い患者の一定数を、在宅医療や介護施設等、入院以外の医療で対応することが可能であると想定すること、また、②現在、地域によって療養病床の入院受療率の差が大きいことから、この地域差を一定の範囲内で縮小させる（後述）という2つの考え方が推計方法に採り入れられています。
- そのため、慢性期の医療需要については「在宅医療等」*1 と一体的に推計し、一部を在宅医療等の医療需要として推計します（図4-2参照。）。

[図4-2 慢性期及び在宅医療等の医療需要のイメージ]



資料：厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」を一部加工。

- 療養病床の入院受療率の地域差については、以下のパターンAからCまでの範囲内でその縮小幅を選択しますが、将来の医療需要は、パターンAの場合に最も少なくなり、パターンCの場合に最も多くなります（Cは一定の要件*2 に該当する医療圏のみ選択可能。）。

- ・パターンA…全ての医療圏の入院受療率を全国最小県の値にまで低下させる。
- ・パターンB…医療圏ごとに入院受療率と全国最小県の値との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大県の値が全国中央県の値にまで低下する割合を一律に用いる。
- ・パターンC…パターンBの特例。入院受療率の目標の達成年次を平成37(2025)年から平成42(2030)年とし、比例的に逆算して定める。

*1 在宅医療等…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、介護老人保健施設、サービス付き高齢者向け住宅、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いて提供される医療を指し、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。

*2 パターンCを選択できる医療圏の要件…①Bにより入院受療率の目標を定めた場合における当該医療圏の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい、かつ、②当該医療圏の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい場合。本県では西部及び北部医療圏が該当。

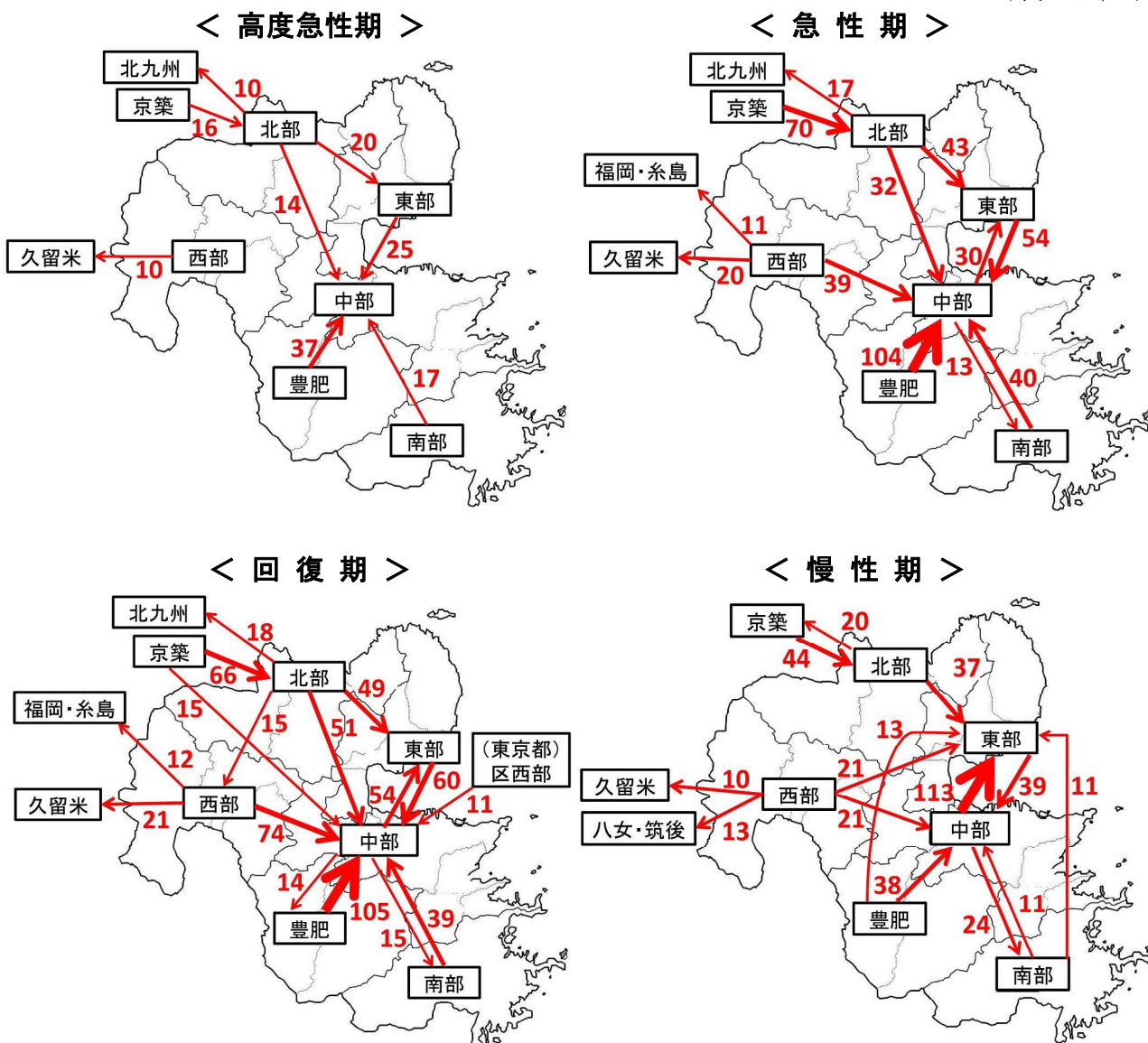
- なお、医療圏ごとの医療需要を推計する場合には、以下の2つの考え方があり、都道府県間、医療圏域間の患者の流出入については、両者の推計値の範囲内で調整することとなります。

- ・患者住所地ベース…すべての患者がその居住する医療圏の医療機関で受診すると想定した場合のその医療圏における医療需要。
- ・医療機関所在地ベース…現在の患者の流出入がそのまま継続すると想定した場合のその医療圏の医療機関が提供する医療需要。現状維持・是認の考え方。

- 本県と他の都道府県との間では、主に福岡県との間で患者の流出入があります（主に西部医療圏から福岡県へ患者の流出が超過、北部医療圏へ福岡県側から患者の流入が超過）が、それぞれの患者をどちらの医療需要とするか定めなければなりません（図4-3参照）。

[図4-3 患者の流出入の状況（大分県）]

（単位：人/日）



資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」を基に大分県医療政策課作成。2025年における1日当たり10人以上の患者の流出入を表示。

2 必要病床数の推計

- 必要病床数については、医療圏ごとに病床の機能区別に推計した医療需要に基づき、都道府県間、医療圏域間それぞれの患者の流出入による増減分を調整したうえで、機能区分ごとに設定された病床稼働率で割り戻すことにより推計されます。

【病床稼働率】（医療法施行規則第30条の28の3及び別表第6）

…高度急性期：75%、急性期：78%、回復期：90%、慢性期：92%

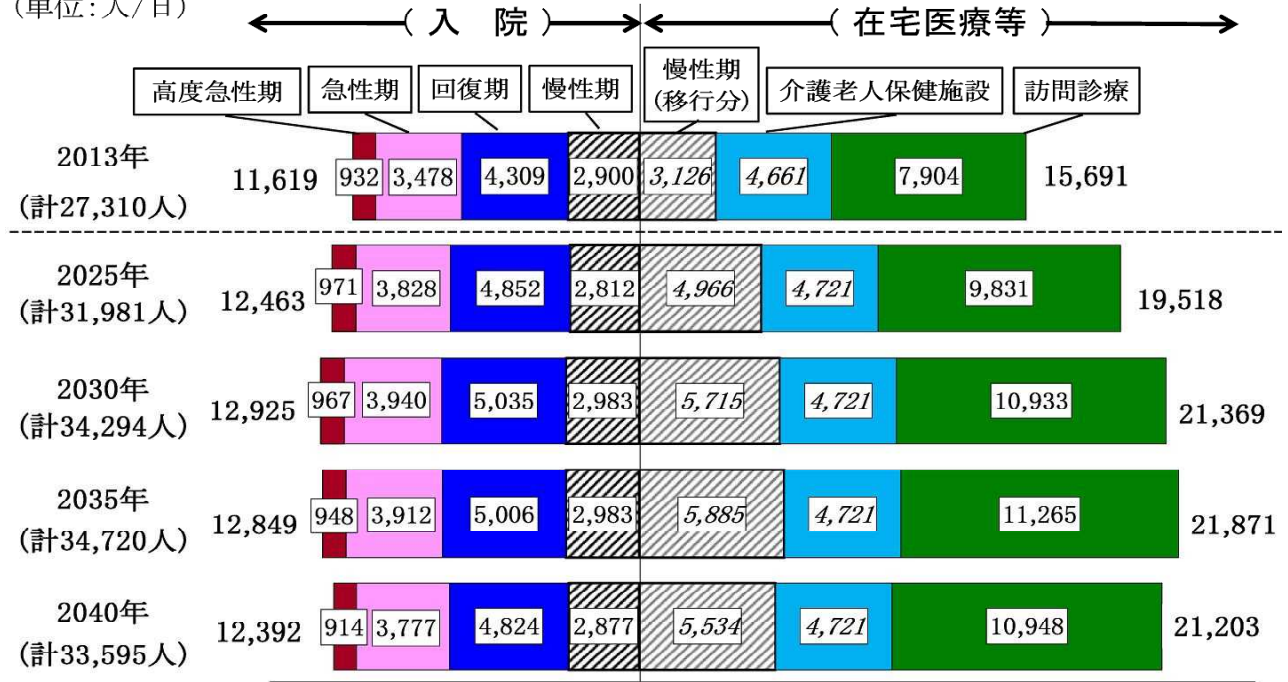
3 推計方法についての考え方

- 推計上の制約として、医療法施行規則等により医療需要や必要病床数の推計方法については詳細に定められているため、それ以外の推計方法により算定することは認められていません。また、推計の際は、必要なデータを含んだ厚生労働省の「必要病床数推計ツール」により計算することとなっています。
- 地域医療構想の推計方法では、高度急性期、急性期及び回復期の各機能については現在の各構想区域の受療率をそのまま将来に投影していることから、各構想区域の患者の実際の受療動向や医療の提供状況等、地域の実情をそのまま反映した精度の高い客観的データになっていると言えます。
- なお、これらの推計方法は、各二次医療圏における医療需要の推計のためのものであるため、この推計方法の考え方が、直ちに、個別の医療機関における機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準になるものではありません。

第2節 県全体の概況

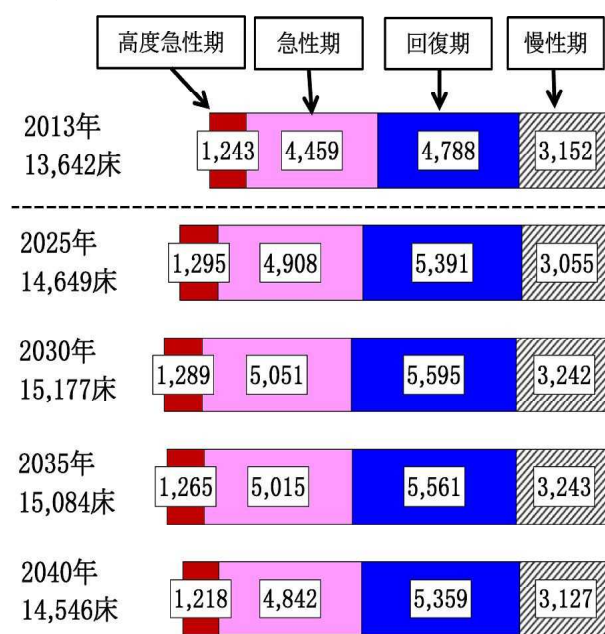
[図4-4 医療需要の推移（大分県）]

(単位:人/日)



[図4-5 必要病床数の推移（大分県）]

(単位:床)



【参考】必要病床数の算出方法

※必要病床数

= 医療需要 ÷ 病床稼働率

(例: 2025年)

○高度急性期

971人/日 ÷ 75% = 1,295床

○急性期

3,828人/日 ÷ 78% = 4,908床

○回復期

4,852人/日 ÷ 90% = 5,391床

○慢性期

2,812人/日 ÷ 92% = 3,055床

4機能合計 14,649床

※ 推計する際は、二次医療圏ごとに必要病床数を算出するため、上記計算結果は四捨五入となっていない場合がある。

1 医療需要の推計結果

- 推計の結果、本県では、全体の人口が減少するものの、高齢者数は今後も増加を続ける見込みであることから、医療需要も増えていく見込みとなっています（図4-4参照）。
- 医療需要について、入院医療と在宅医療等を合わせてみると、平成25(2013)年から平成37(2025)年にかけて、1日当たり約4,700人(約17%)の需要増となっています。

- 地域医療構想では、平成37(2025)年の医療需要や必要病床数を推計することとなっていますが、平成37(2025)年以降も医療需要は増加し、入院医療は平成42(2030)年、在宅医療等は平成47(2035)年頃がピークであると推計されています*1。
- また、訪問診療を含む在宅医療等の需要についても今後、著しく増加する推計結果となっていますが、これは、高齢者の増加に比例して需要が増加することに加え、現在は入院医療で対応している患者の一部について、将来は入院医療以外でも対応が可能という考え方から、一定数を「在宅医療等」の医療需要として見込み、その分の増加が「慢性期（移行分）」として推計されているためです*2。

2 医療需要の推計の考え方

- 図4-4の推計結果は、厚生労働省の必要病床数推計ツールによる推計結果を基に以下の考え方で整理したものです。
- 「在宅医療等」のうち、「慢性期（移行分）」及び「介護老人保健施設」については、必要病床数推計ツールで具体的な数値が示されないため、以下により数値を便宜的に設定しています。
 - ・「介護老人保健施設」…平成25(2013)年については同年における県内の介護老人保健施設の定員数、平成37(2025)年以降については、「おおいた高齢者いきいきプラン＜第6期＞」における平成29(2017)年の定員数（計画値）。
 - ・「慢性期（移行分）」…必要病床数推計ツールで算出された「在宅医療等」の合計値から、「訪問診療*3」及び「介護老人保健施設」の数値を控除したもの。具体的には、
 - ①一般病床の入院患者のうち医療資源投入量175点未満の患者数
 - ②療養病床の入院患者のうち医療区分Ⅰ*4の患者の70%
 - ③療養病床の入院受療率の地域差解消分（平成25(2013)年を除く。）
 の合計であり「現在は入院しているが、地域医療構想の推計の考え方では将来は在宅医療等（入院以外の医療）で対応可能なものとして推計される患者数。」を表す。

<慢性期病床の地域差解消のパターン>

- 上記③の地域差解消分について、本県では、在宅医療等への移行が最も緩やかになるように（必要病床数が最大となるように）定めるという視点に立って、パターンCを適用する要件を満たしている西部及び北部の各医療圏についてはパターンC、東部、中部、南部、豊肥の各医療圏ではパターンBにより推計します。

<患者の流出入を踏まえた区域間調整>

- 医療圏相互の患者の流出入については、どちらの医療需要とするかを調整し、定める必要があります。

*1 なお、入院医療のうち高度急性期、急性期、回復期の医療需要については、高齢者のうち、75歳以上人口の推移にほぼ比例して増加する推計となっている。これは、高齢者の中でも、より医療サービスを必要とするのは75歳以上の後期高齢者であるためと考えられる。

*2 慢性期（移行分）…①一般病床に入院している患者のうち医療資源投入量が175点未満の者、②療養病床の入院患者のうち医療区分Ⅰの70%、③療養病床の入院受療率の地域差縮小分が含まれる。

*3 訪問診療…平成25（2013）年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに推計人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。1か月の間に1回以上、医師が居宅等を訪問して診療を行っている患者数の合計。

*4 医療区分…療養病床の入院患者の病気や医療処置の必要度による分類。「医療区分3」は医師及び看護師により常時監視・管理を実施している状態、「医療区分2」は難病、脊椎損傷、肺炎、褥瘡等の疾患等を有する者、「医療区分1」は医療区分2、3に該当しない、より軽度な者となる。医療区分とADL区分（3段階）と合わせて入院基本料を決定する。

- 他の都道府県間については図4-3(18ページ)のとおり流出入がありますが、現時点では、平成37(2025)年までにこの受療行動が大きく変動するかどうは見通すことは困難であることから、現在の医療提供体制を維持・確保していく観点から、現状の患者の流出入が今後も継続するものと想定する「医療機関所在地ベース」により医療需要を推計しています*1。
- また、同じく県内の各医療圏域間でも患者の流出入がありますが、同様に、「医療機関所在地ベース」により医療需要を推計します。

3 必要病床数の推計

- 本県の平成37(2025)年の必要病床数は、入院に係る医療需要について、機能区分ごとに設定された病床稼働率で割り戻すことにより、14,649床と推計されます(図4-5参照)。
- 必要病床数はその後も増加し、平成42(2030)年頃に15,177床でピークとなります。
- なお、地域医療構想は、二次医療圏(構想区域)単位で定めることとなっており、各医療圏によって人口構造や疾病構造、医療施設や介護関係施設の整備状況等は異なっているため、将来の医療提供体制を検討するにあたっては、各医療圏ごとにみていく必要があります。

*1 東京都から大分県へ流入している医療需要については平成27年12月28日付け、福岡県から大分県へ流入している医療需要については平成27年12月24日付け、大分県から福岡県へ流出している医療需要については平成27年12月28日付けで、いずれも医療機関所在地ベースで算定することとして協議が成立しています。

【参考】患者住所地ベースと医療機関所在地ベースの必要病床数の比較

「患者住所地ベース」及び「医療機関所在地ベース」のそれぞれの場合における必要病床数について、慢性期病床をパターン別に推計した結果は以下のとおりです。

なお、本県では、21から22ページの考え方にに基づき、表4-2の太枠部分の数値を必要病床数の推計値としています。

【表4-1 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（患者住所地ベース）

（単位：床）

二 次 医療圏	必要病床数が最小となる場合（パターンA）					必要病床数が最大となる場合（パターンBまたはC）				
	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期
東 部	2,930	253	945	1,139	593	2,985	253	945	1,139	648
中 部	6,596	637	2,238	2,237	1,484	6,596	637	2,238	2,237	1,484
南 部	1,037	80	350	484	123	1,037	80	350	484	123
豊 肥	935	83	304	328	220	936	83	304	328	221
西 部	1,082	88	342	477	175	1,134	88	342	477	227
北 部	1,745	168	676	637	264	1,859	168	676	637	378
計	14,325	1,309	4,855	5,302	2,859	14,547	1,309	4,855	5,302	3,081

資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」

【表4-2 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（医療機関所在地ベース）】

（単位：床）

二 次 医療圏	必要病床数が最小となる場合（パターンA）					必要病床数が最大となる場合（パターンBまたはC）				
	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期
東 部	3,214	265	996	1,223	730	3,277	265	996	1,223	793
中 部	7,334	759	2,545	2,571	1,459	7,338	759	2,545	2,571	1,463
南 部	940	60	305	447	128	940	60	305	447	128
豊 肥	607	33	177	223	174	608	33	177	223	175
西 部	770	55	245	369	101	810	55	245	369	141
北 部	1,559	123	640	558	238	1,676	123	640	558	355
計	14,424	1,295	4,908	5,391	2,830	14,649	1,295	4,908	5,391	3,055

資料：厚生労働省「必要病床数推計ツール」