

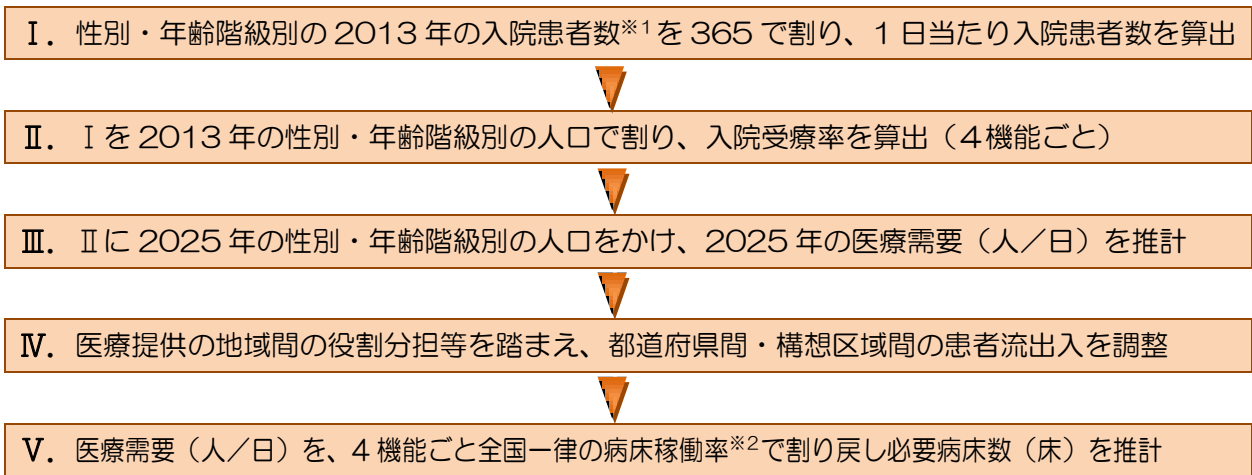
## 必要病床数の推計方法と慢性期入院受療率の目標設定

健康福祉部医療推進課

### 1. 推計方法の根拠

- 医療法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号
- 医療法施行規則第 30 条の 28 の 3
- 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行について」（平成 27 年 3 月 31 日厚生労働省医政局長通知）

### 2. 必要病床数の推計手順



※1: 2013 年の入院患者数等のデータは、国提供の「地域医療構想策定支援ツール」に格納されている

※2: 病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%

表 IV→Vにおける算定イメージ

	2025年における	2025年における医療供給（医療提供体制）		
	医療需要 （当該構想区域に居住する患者の医療需要）(①)	現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(②)※	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したものの(③)	病床の必要量(必要病床数) (③を基に病床利用率等により算出される病床数)(④)
高度急性期 急性期 回復期 慢性期	IIIで算出	→ 現状の患者流入出を将来に投影 →	IV: 地域間の医療需給の調整 →	V: 全国一律の病床稼働率を適用

※ 高度急性期、急性期、回復期及び慢性期それぞれにおける②に関して、厚生労働省がデータ提供の技術的支援

「地域医療構想策定ガイドライン」(平成 27 年 3 月 31 日)に加筆

### 3 機能別の医療需要の推計方法

- ◆ 地域医療構想では、4つの医療機能（高度急性期／急性期／回復期／慢性期）を、主に「医療資源投入量」によって区分し、医療需要を推計する。

#### 地域医療構想における4つの医療機能の定義

しきい値と基本的考え方	定義	機能区分
C1=3000点 救命救急医療や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投入量	・医療資源投入量(※)が3000点以上	高度急性期
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投入量	・医療資源投入量(※)が600～3000点 ・医療資源投入量(※)が175～600点だが、早期リハビリテーション加算を算定し、かつリハビリ分の点数を加えた医療資源投入量が600点以上	急性期
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投入量	・医療資源投入量(※)が175～600点 ・医療資源投入量(※)が175点未満だが、リハビリ分の点数を加えると175点以上 ・回復期リハビリテーション病棟(◇)	回復期
175点 C3に達してから在宅復帰に向けた調整を有する幅の医療需要を見込んだ点数	・リハビリ分の点数を加えた医療資源投入量が175点未満 ・障害者施設・特殊疾患病棟(◇) ・療養病棟(◇) ・介護療養型医療施設・老健 ・訪問診療	慢性期及び在宅医療等
※…入院基本料相当分、一部のリハビリ分の点数を除いた診療報酬点数 ◇…医療資源投入量によらず、当該区分に含まれる		

出典:「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日)より作成

- ◆ 診療報酬が包括算定される療養病床については、医療資源投入量に応じた機能の区分は適用困難であることや、入院受療率が地域によって大きく異なる中でその地域差を縮小する観点などから、慢性期機能については、下記のように、高度急性期・急性期・回復期とは異なる医療需要推計を行う。

#### 慢性期機能の算定方法

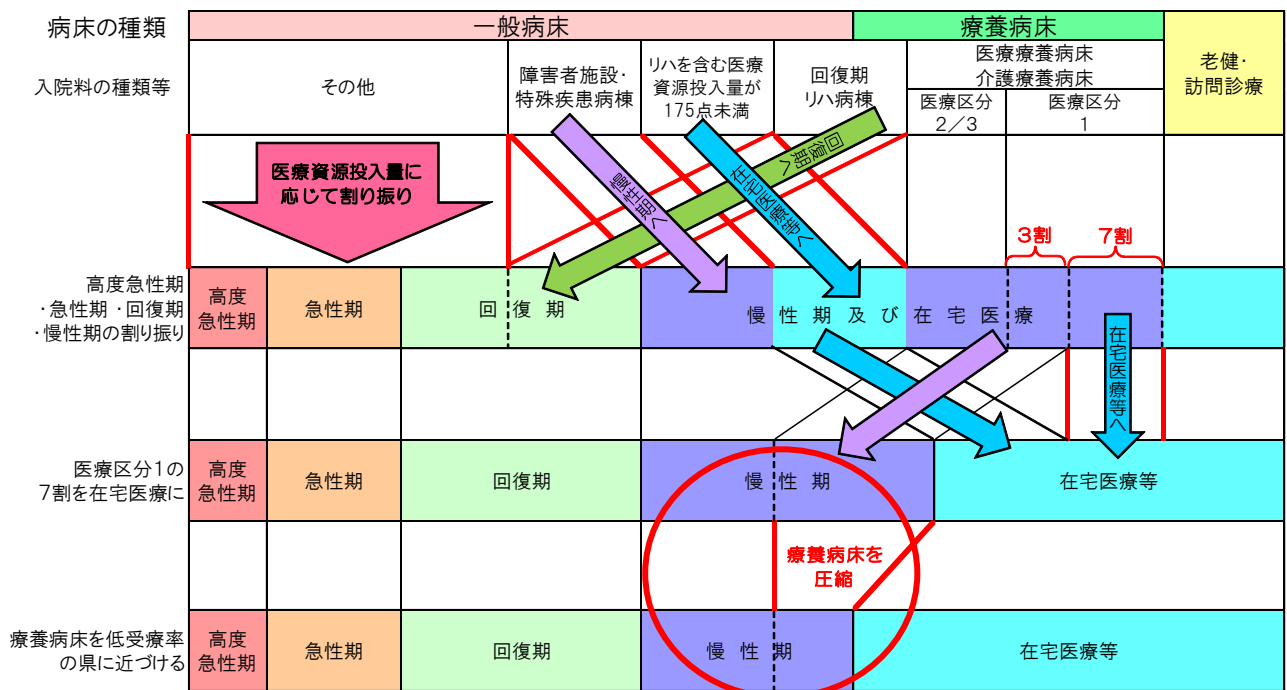
◆ 慢性期の入院医療需要は、在宅医療等需要 <sup>※1</sup> と一体的に推計。
◆ 一般病床のうち、障害者施設・特殊疾患病棟は慢性期に含める。
◆ 一般病床のうち、リハビリを含めた医療資源投入量が175点未満の場合は「在宅医療等」に含める。
◆ 療養病床のうち回復期リハビリテーション病棟(◎)は、回復期に含める。
◆ ◎を除く療養病床(医療療養病床、介護療養病床)は慢性期に含めるが、医療区分1 <sup>※2</sup> の患者の7割(▲)は在宅医療での対応を可能と見なして、「在宅医療等」に含める。
◆ ◎・▲を除く療養病床は、当該部分の入院受療率が最低の都道府県(山形県)に近づくように各構想区域の入院受療率を下げ、低下させた入院受療率分を「在宅医療等」に含める。

※1:「在宅医療等」とは、居宅のほか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、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す。

※2:医療区分とは、療養病棟や有床診療所の療養病床において医療的ニーズの大小によって患者を3区分するものであり、医療区分3が最も医療的ニーズが大きく、医療区分1が医療的ニーズの小さい患者である。

- ◆ 医療需要の推計過程を図で表すと以下のとおりとなる。

図 4 機能区分の振り分けイメージ

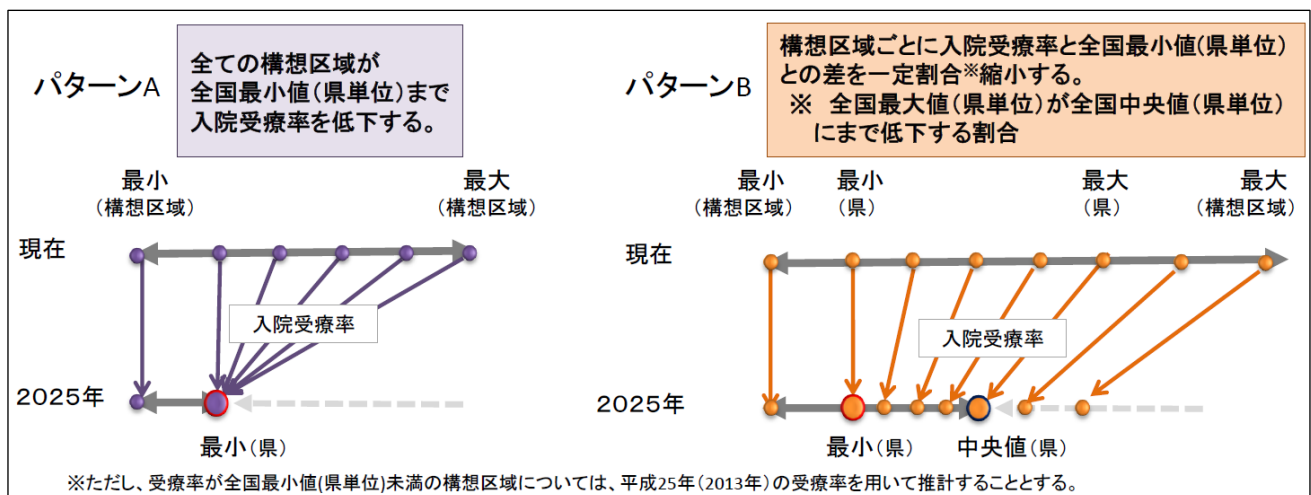


出典:「地域医療構想策定ガイドライン」(平成 27 年 3 月 31 日)より作成

#### 4 慢性期入院受療率の目標設定について

- ◆ 療養病床を低受療率の県に近づける（慢性期の病床数を圧縮する）段階の入院受療率は、医療法施行規則により、都道府県がパターン A（削減幅が大きい）からパターン B（比較的削減幅が小さい）の範囲内で選択することとされている。なお、入院受療率が全国最小の山形県を下回る二次医療圏は、2013 年（平成 25 年）の入院受療率を用いて推計する。

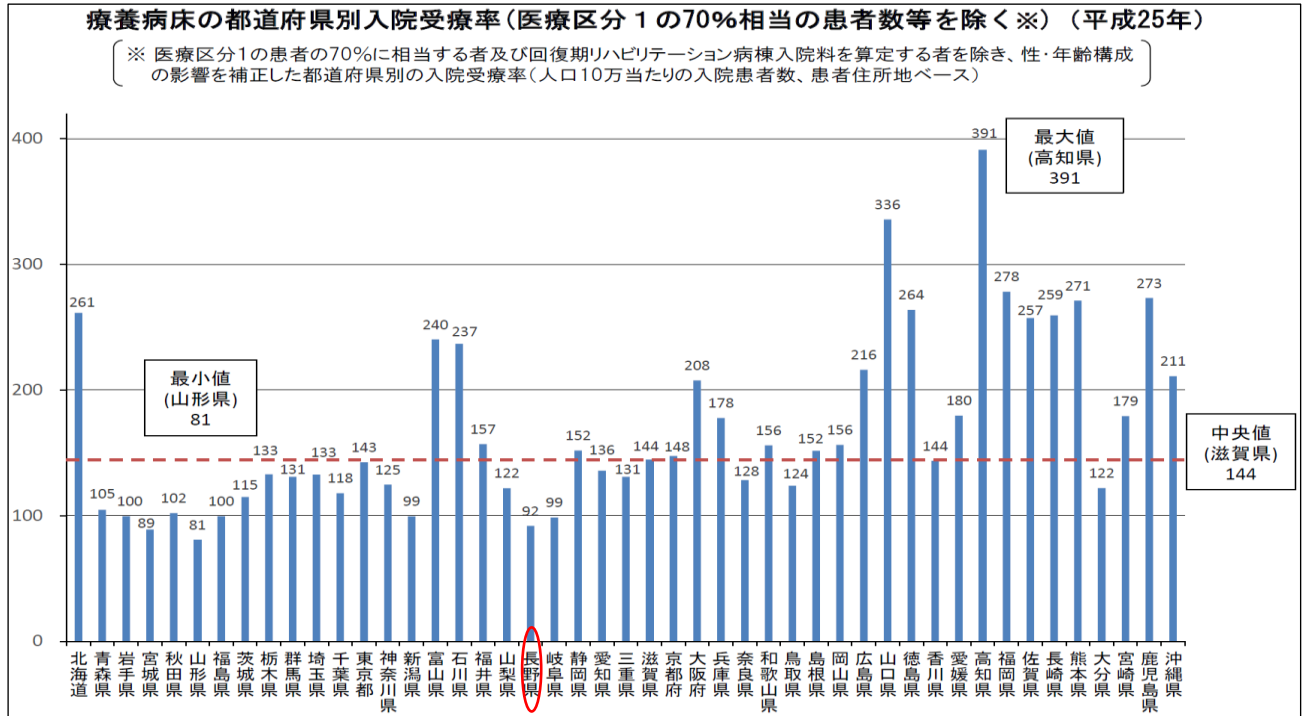
図 慢性期の入院受療率の地域差の解消目標（パターン A・B）



出典:「地域医療構想策定ガイドライン」(平成 27 年 3 月 31 日)

- ◆ 長野県は、性・年齢階級を調整した療養病床の入院受療率が全国最小クラスである。
- ◆ 地域医療構想における慢性期機能の医療需要推計には、「回復期リハビリテーション病棟を除く療養病床に入院する医療区分2・3の患者全員と医療区分1の患者の3割」の受療率(慢性期入院受療率)を用いるが、長野県は山形県、宮城県に続いて全国で3番目に低い。

図 必要病床数の算定に用いられる療養病床の入院受療率の都道府県間比較



出典:「第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」  
資料1「2025年の医療機能別必要病床数の推計結果について」

- ◆ 長野県の中でも、木曽、松本、大北、北信の4医療圏は入院受療率が都道府県単位の全国最小である山形県(人口10万人当たり81人)を下回っている。
- ◆ こうした状況により、療養病床から在宅へ移行できる者は比較的少ないと見込まれることから、長野県では、削減幅が小さい「パターンB」により慢性期の医療需要を推計することとしたい。

<参考> 2025年の慢性期必要病床数のパターンA・Bによる推計

医療圏	入院受療率(人) (人口10万人当たり)			患者住所地ベース(床)			医療機関所在地ベース(床) (現状の流出入が続いた場合)		
	2013年	慢性期 パターンA	慢性期 パターンB	慢性期 パターンA	慢性期 パターンB	差 (B-A)	慢性期 パターンA	慢性期 パターンB	差 (B-A)
佐久	87	81	82.2	311.7	316.1	4.4	328.5	334.0	5.5
上小	130	81	91	270.8	302.6	31.7	412.7	446.5	33.8
諏訪	84	81	81.6	347.4	349.4	2.0	286.4	288.7	2.3
上伊那	85	81	81.8	242.3	244.7	2.3	218.8	220.9	2.2
飯伊	83	81	81.4	240.9	242.0	1.1	236.7	238.1	1.4
木曽	77	77	77	45.3	45.3	0	25.6	25.7	0
松本	80	80	80	636.4	636.4	0	561.1	561.6	0.5
大北	64	64	64	73.6	73.6	0	61.6	61.6	0
長野	111	81	87.1	948.3	1,002.0	53.7	1,015.3	1,067.6	52.3
北信	47	47	47	91.5	91.5	0	14.1	14.1	0
長野県計	92	-	-	3,208.4	3,303.7	95.3	3,160.8	3,258.7	98.0

厚生労働省提供資料及び「地域医療構想策定支援ツール」により作成