

令和6年度 基準病床数の 見直しの検討について

＜基準病床数の見直しの検討について＞ ※第8次大阪府医療計画P81参照

- 一般病床及び療養病床の基準病床数は、高齢化が今後急速に進むことで、将来の病床数の必要量が既存病床数を上回ると見込まれる場合には、基準病床数の見直しについて毎年検討するか、医療法第30条の4第9項の規定に基づく基準病床数算定時の特例措置（都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、厚生労働大臣に協議し、その同意を得た数を加えて基準病床数とすることができる）を活用するか、どちらかによる対応とすることが国から示されています。
- 第8次大阪府医療計画策定にあたり、特例措置の活用を検討した結果、計画期間中に「基準病床数推計値」が「既存病床数」を上回る可能性のある二次医療圏が複数あるものの、新型コロナウイルス感染症の感染拡大以降入院実績が減少しているなど今後の需要動向が不透明であることや、国が令和7年以降に地域医療構想の見直しにあわせて基準病床数の考え方について整理する方向性を示唆していること等から、基準病床数の算定の特例措置は活用せず、毎年基準病床数の見直しを検討することとしました。

基準病床数の算定式及び推計方法について【一般病床】

○基準病床数算定式（一般）

性別・年齢階級別人口×性別・年齢階級別
一般病床退院率の総和

×

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

○算定要件（第8次大阪府医療計画策定時）

項目	数値	出典・備考
性別・年齢階級別人口	2020年；総務省「国勢調査」 【参考】将来推計（2025～45年）；国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口（平成30年推計）」	
性別・年齢階級別 一般病床退院率	国指定	
平均在院日数	14.3日	病院報告（平成27年～令和元年）のデータをもとに算出※ ※近畿ブロックの値を使用せず、大阪府における平均在院日数から算出
流入・流出入院患者数	1日当たりの入院患者数（厚生労働省「病院報告（令和元年）」）×流入（流出）率※ ※厚生労働省「データブック（令和元年NDBデータ（国保、後期高齢者レセプト「一般病床にかかる算定入院料」）」	
病床利用率	豊能79.4%、三島82.7%、北河内82.3%、 中河内81.4%、南河内78.8%、 堺市80.4%、泉州80.8%、大阪市78.6%	厚生労働省告示（一般病床76%）※ ※ただし、圏域の病床利用率（厚生労働省「病院報告（令和元年）」）が 同告示を上回る場合、圏域の病床利用率を使用

○今回の推計方法

最新のデータ等を用いることができる項目について、算出に使用する値を更新し、基準病床数推計値を算出。

性別・年齢階級別人口：使用する値（大阪府推計人口（2024年10月）出典（大阪府総務部統計課公表資料）

病床利用率：使用する値（令和元年（2019年）病院報告）出典（厚生労働省）【更新なし※1】

※1 病院報告は令和4年（2022年）までのデータが公表されているが、コロナの影響を大きく受けられていると考えられるため、コロナ禍前となる令和元年のデータを使用。

基準病床数の算定式及び推計方法について【療養病床】

○基準病床数算定式（療養）

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

○算定要件（第8次大阪府医療計画策定時）

項目	数値	出典・備考
性別・年齢階級別人口	2020年；総務省「国勢調査」 【参考】将来推計（2025～45年）；国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口（平成30年推計）」	
性別・年齢階級別療養病床入院受療率	国指定	
介護施設・在宅医療等対応可能数	厚生労働省「介護施設・在宅医療等の追加的需要（2024年度及び2025年度の2年間分）」から算出	
流入・流出入院患者数	1日当たりの入院患者数（厚生労働省「病院報告（令和元年）」）×流入（流出）率※ ※厚生労働省「データブック（令和元年NDBデータ（国保、後期高齢者レセプト「療養病床にかかる算定入院料）」）	
病床利用率	豊能95.2%、三島90.5%、北河内91.6% 中河内91.1%、南河内88.7%、 堺市90.2%、泉州89.7%、大阪市89.9%	厚生労働省告示（療養病床88%）※ ※ただし、圏域の病床利用率（厚生労働省「病院報告（令和元年）」）が 同告示を上回る場合、圏域の病床利用率を使用

○今回の推計方法

最新のデータ等を用いることができる項目について、算出に使用する値を更新し、基準病床数推計値を算出。

性別・年齢階級別人口：使用する値（大阪府推計人口（2024年10月）出典（大阪府総務部統計課公表資料）

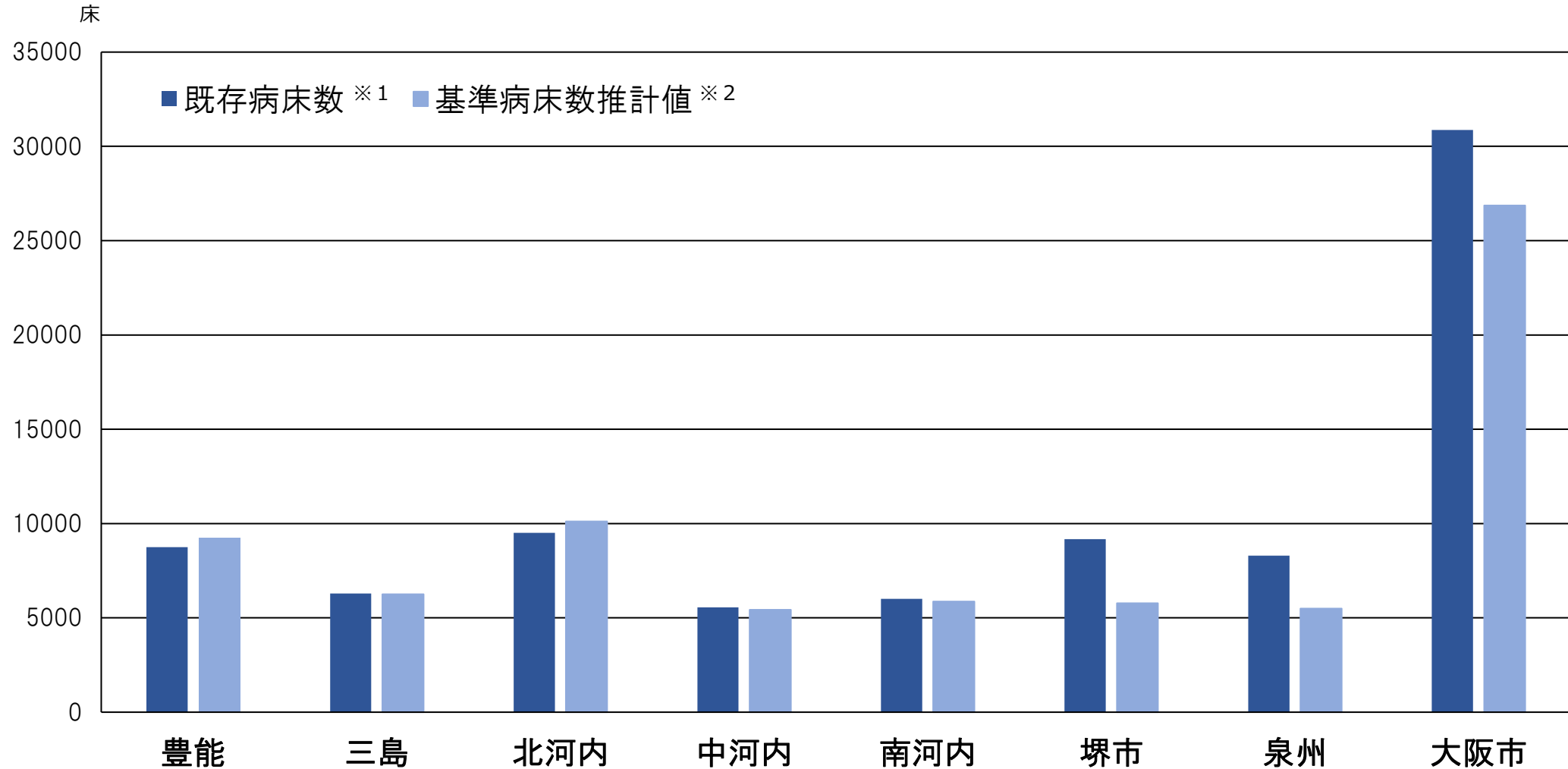
病床利用率：使用する値（令和元年（2019年）病院報告）出典（厚生労働省）【更新なし※1】

※1 病院報告は令和4年（2022年）までのデータが公表されているが、コロナの影響を大きく受けられていると考えられるため、コロナ禍前となる令和元年のデータを使用。

既存病床数（令和 6 年度）と基準病床数推計値との比較

○既存病床数を令和 6 年度の値に更新し、「基準病床数推計値」と比較。

○「豊能」、「北河内」において、「既存病床数」※1 < 「基準病床数推計値」※2 となった。



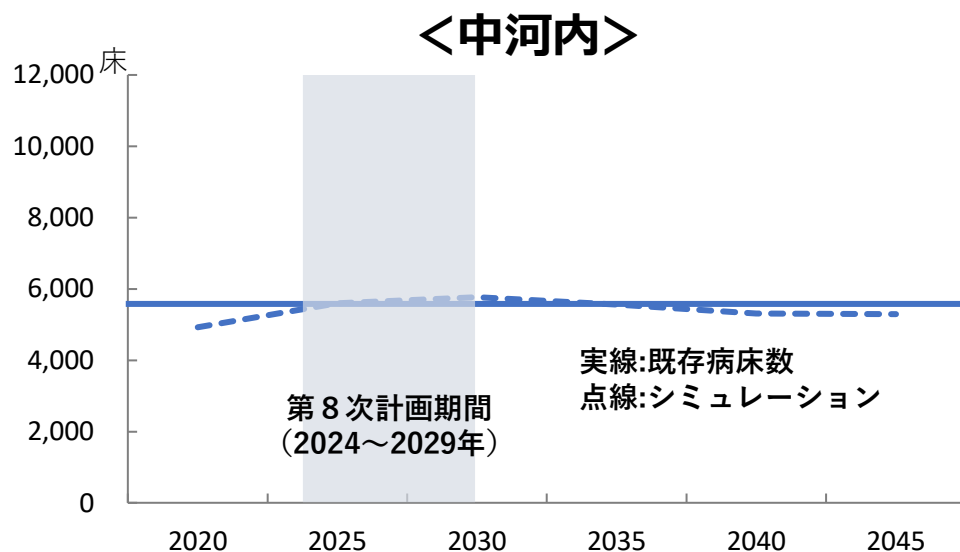
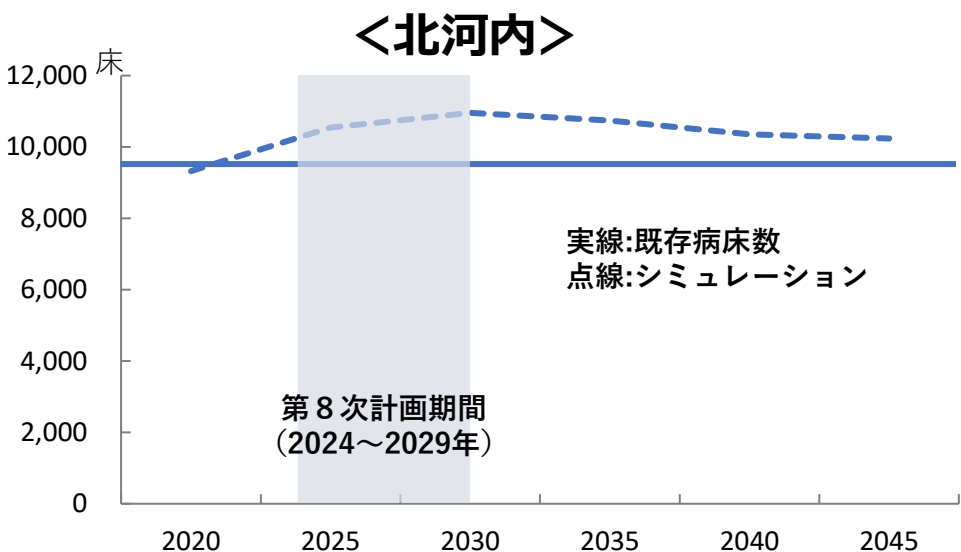
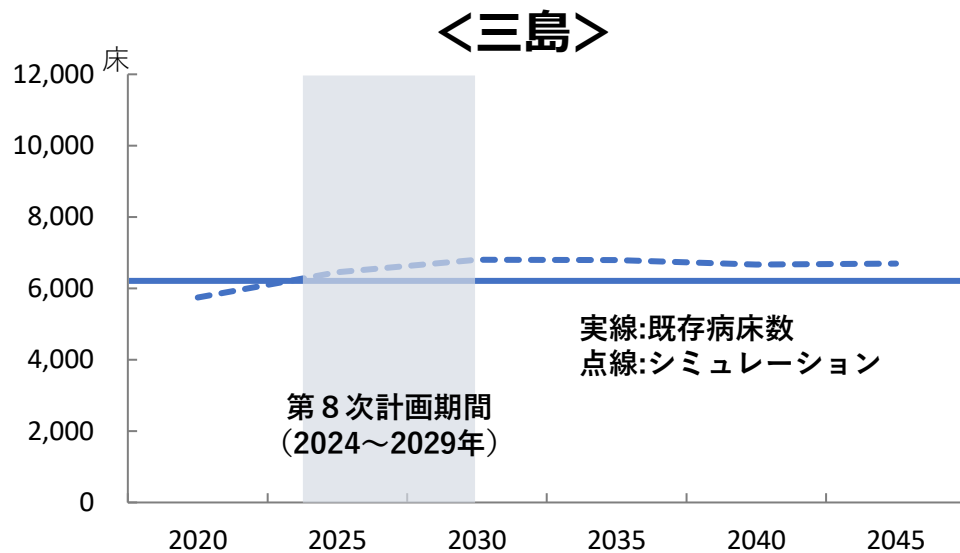
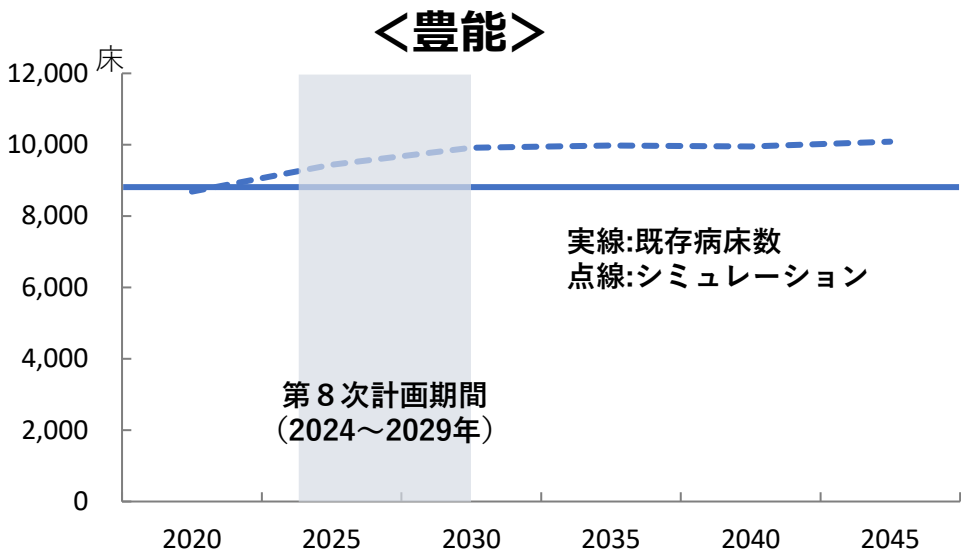
※1 既存病床数は令和 6 年10月31日時点の値。

※2 基準病床数の算定式のうち、性別・年齢階級別人口について、2024年10月1日の大阪府推計人口を使用して算出した値。

将来シミュレーション＜豊能・三島・北河内・中河内＞

- 既存病床数を令和 6 年度の値に更新し、将来推計人口（令和 5 年推計）により算出した「基準病床数推計値」と比較。
- 「豊能」、「三島」、「北河内」、「中河内」において、**2025年時点**で「基準病床数推計値」>「既存病床数」※となる可能性がある。

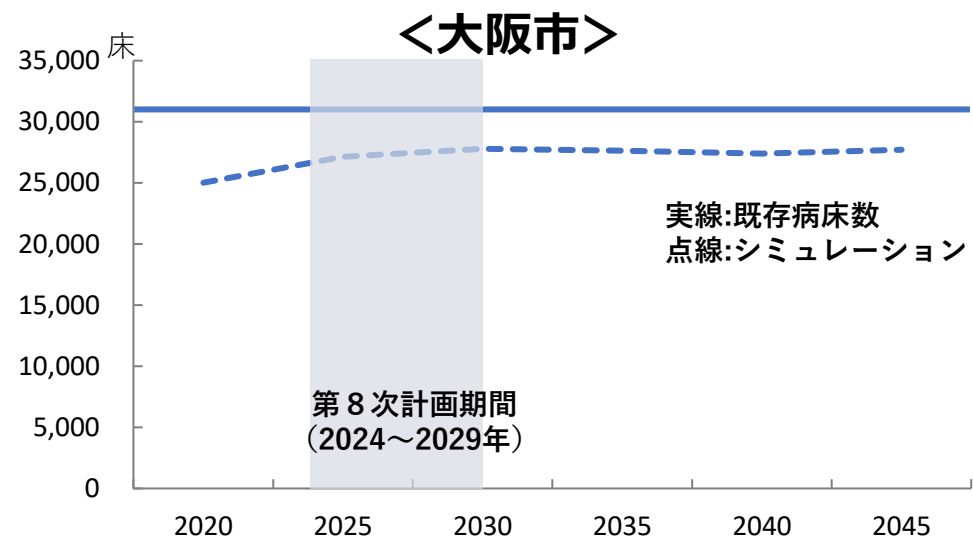
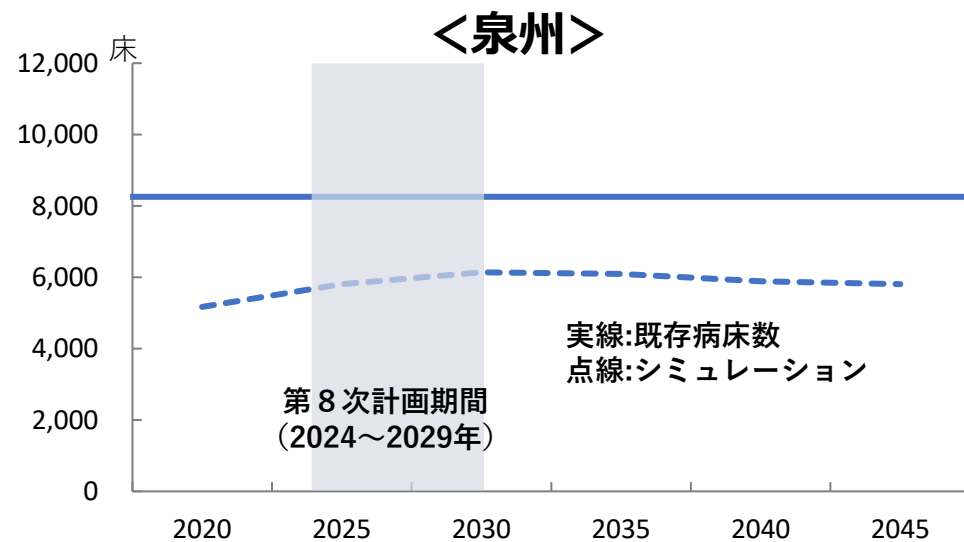
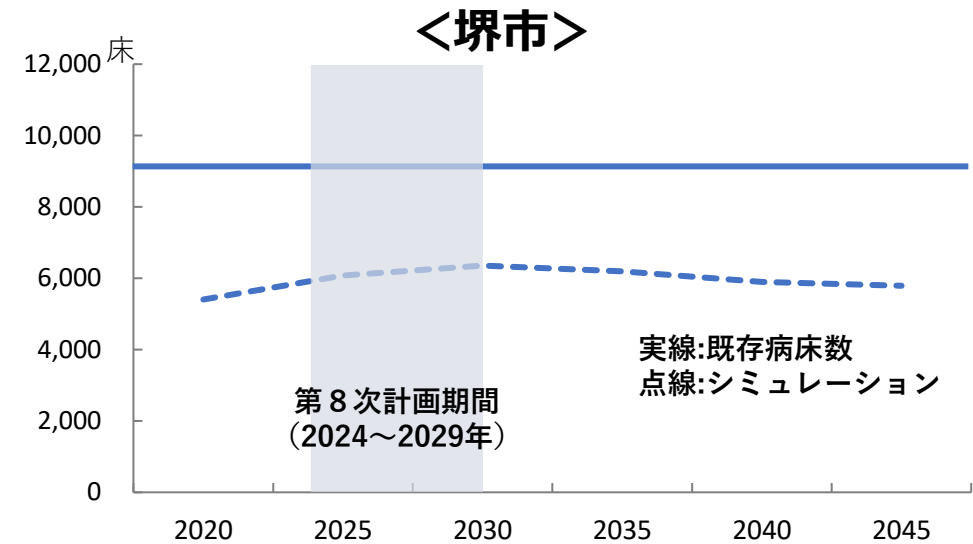
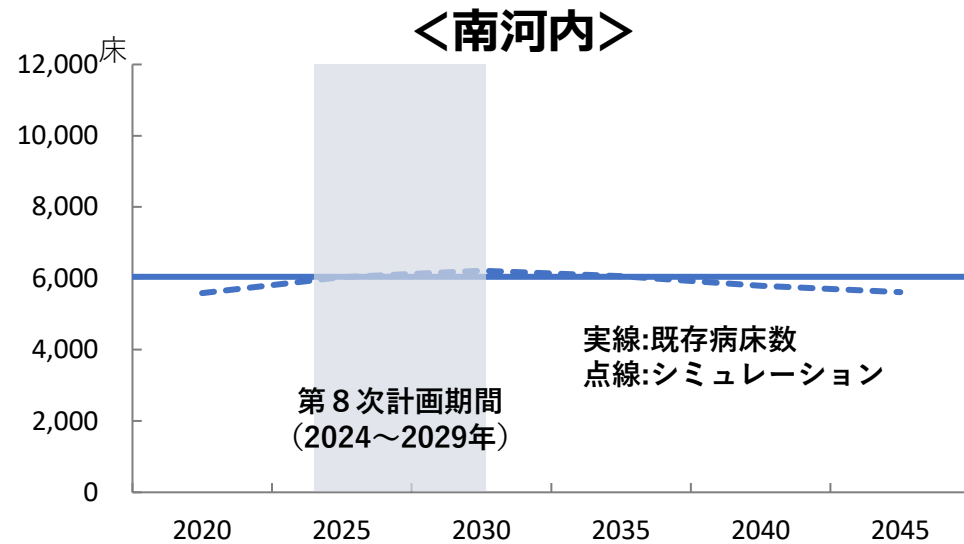
※「既存病床数」は令和 6 年10月31日時点の値。



将来シミュレーション＜南河内・堺市・泉州・大阪市＞

- 既存病床数を令和6年度の値に更新し、将来推計人口（令和5年推計）により算出した「基準病床数推計値」と比較。
- 「南河内」では2025年時点で「基準病床数推計値」>「既存病床数」※となる可能性がある。
- 「堺市」、「泉州」、「大阪市」において、2045年まで「基準病床数推計値」<「既存病床数」※となる見込み。

※「既存病床数」は令和6年10月31日時点の値。



- 基準病床数推計値を算出したところ、豊能・北河内二次医療圏において、「基準病床数推計値」が「既存病床数」※を上回る結果となった。

※「既存病床数」は令和6年10月31日時点の値。

- また、将来推計人口を用いたシミュレーションにおいて、2025年時点で豊能・三島・北河内・中河内・南河内二次医療圏において「基準病床数推計値」が「既存病床数」※を上回る可能性がある。
- このため、第8次大阪府医療計画を改定し、基準病床数を見直すかどうかを検討する。

⇒見直しにあたり、下記の点を考慮する必要がある。

①第8次大阪府医療計画における基準病床数設定に係る経過

②厚生労働省 医療計画作成指針

令和5年度大阪府医療審議会の概要

・第58回大阪府医療審議会（令和5年8月24日開催）

- 平均在院日数を近畿ブロック設定値（15.5日）として、基準病床数（暫定値・概数）を算出。2圏域で基準病床数が既存病床数を上回ることが見込まれた。
- 病床整備の考え方について、病床整備が必要との意見・病床整備について慎重な意見が出された。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大以降、入院実績が減少しているなど今後の需要動向が不透明であることや、国が令和7年以降に地域医療構想の見直しにあわせて基準病床数の考え方について整理する方向性を示唆していること等から、特例措置は活用せず、毎年基準病床の見直しを検討する方針となった。

・第59回大阪府医療審議会（令和6年3月28日開催）

- 第58回大阪府医療審議会における病床整備が必要との意見・病床整備について慎重な意見に対し、府の考え方を整理（スライド9・10参照）。
- 平均在院日数を検証し基準病床数の設定を検討したところ、平均在院日数（一般病床）の値について、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）を使用し算定する方針となった（スライド17参照）。
- 上記の平均在院日数を用い算定した基準病床数を含む第8次大阪府医療計画について、「適当」との答申があった。

⇒ 審議の結果、第8次大阪府医療計画において、大阪府の実態を踏まえた基準病床数を設定

<参考>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)		意見に対する 府の考え方
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】 ・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>
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。 <u>救急医療や感染症医療の対応に必要であるならば、増床を認めるべきでないか。</u>	
感染症医療	病床整備は二次医療圏毎に検討されるているが、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。	【感染症医療（コロナ対応）】 ・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>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

- ・新たに病床を整備するには、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なため、地域医療体制の維持に影響を及ぼす可能性がある。
- ・足元の医療需要減少も踏まえ、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。

● 令和 6 年度基準病床数の見直しの検討に係る主な意見（資料 1 – 3 参照）

＜豊能＞

- 豊能圏域の救急車の出動件数・各病院の断り件数は毎年右肩上がり。圏域内では受け入れができず、患者の流出が多い。地域完結型医療を行うために、力のある病院に増床を認めるべきではないか。
- 急性期だけでなく回復期も病床を増やさないと、今後高齢者救急を受け止められない。
- 基準病床数は、病床利用率が下がれば数が増える計算となるのか。基準病床数という概念でなくとも、地域・時代に応じて本当に必要な病床だけ増床を認めることはできないのか。

＜北河内＞

- 病床整備が可能となると、増床を希望する医療機関は多くあるだろうが、その選定は難しい。
- 今後病床整備を行うことがあるかもしれないが、その際には、二次医療圏内の病床数の偏在の解消について議論すべきでないか。
- 二次医療圏として見ると病床数が足りているように見えるが、部分的に見ると色々な医療事情があるため検討してほしい。

＜中河内＞

- 出生数の減少、人口減少が急激に進み、医療需要も右肩下がりになることが見込まれる。一度肥大化した医療をスケールダウンさせるのは難しいのではないか。

＜泉州＞

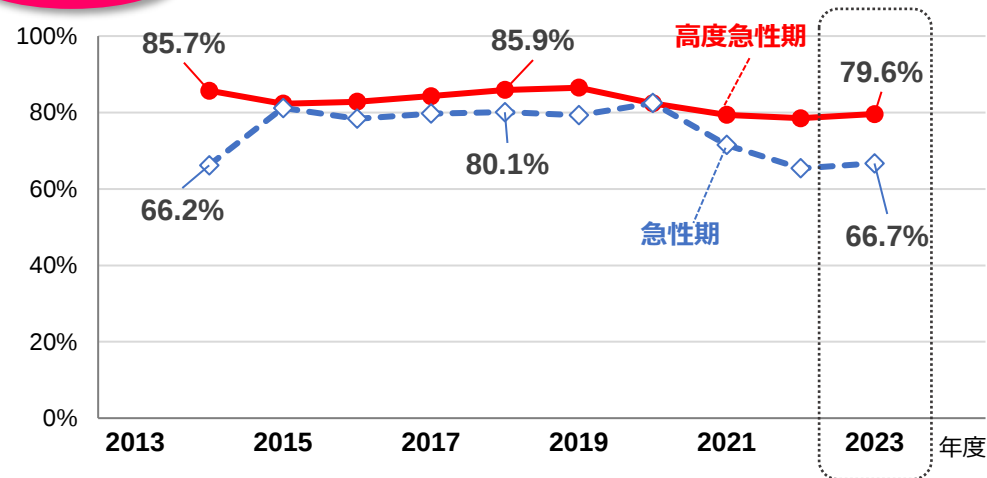
- 新型コロナの影響は続いており、病床稼働率が低下しているなか、既存病床を基準病床に合わせる形は慎重に考えた方がよいのではないか。有事に備え、病床を残しておくという考え方も持っておいてほしい。

<参考> 二次医療圏ごとの病床稼働率の状況（高度急性期・急性期）

- 各圏域において高齢者救急等の機能を担う高度急性期・急性期病床の病床稼働率はコロナ前と比べて低水準となっている。
- 高度急性期病床に比べて急性期病床は、一部圏域を除いて病床稼働率が60～70%程度にとどまっている。

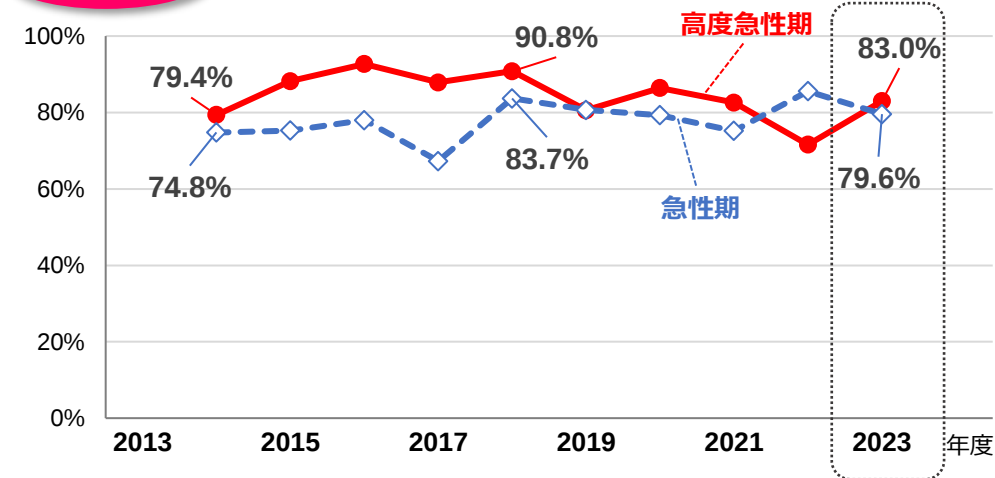
豊能

病床稼働の推移（高度急性期・急性期）



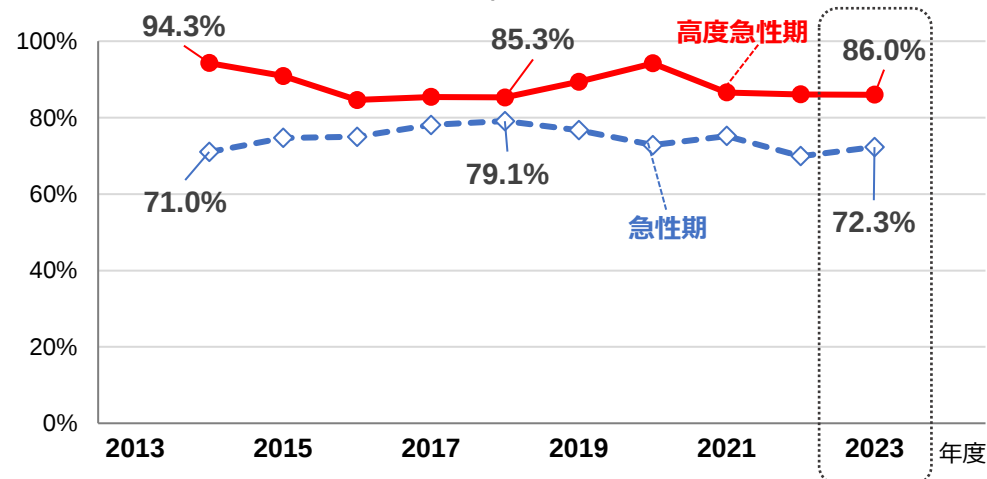
三島

病床稼働の推移（高度急性期・急性期）



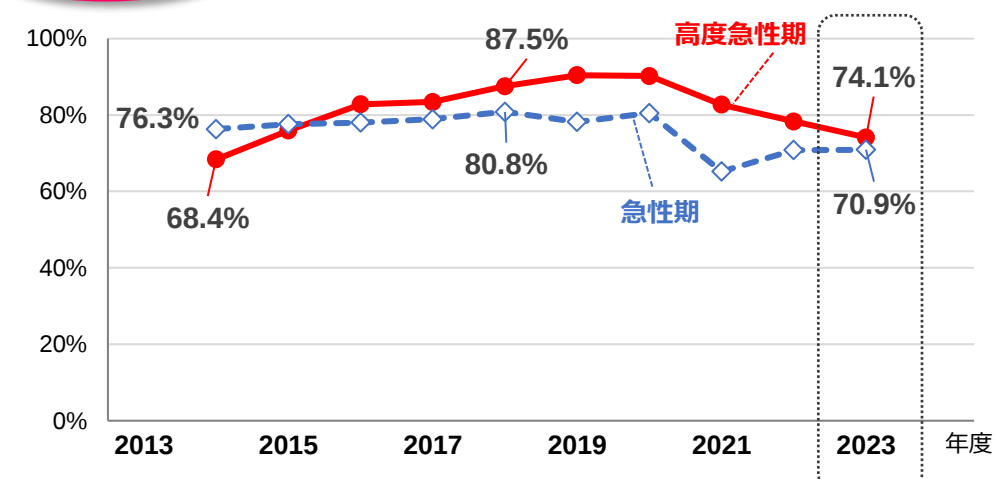
北河内

病床稼働の推移（高度急性期・急性期）



中河内

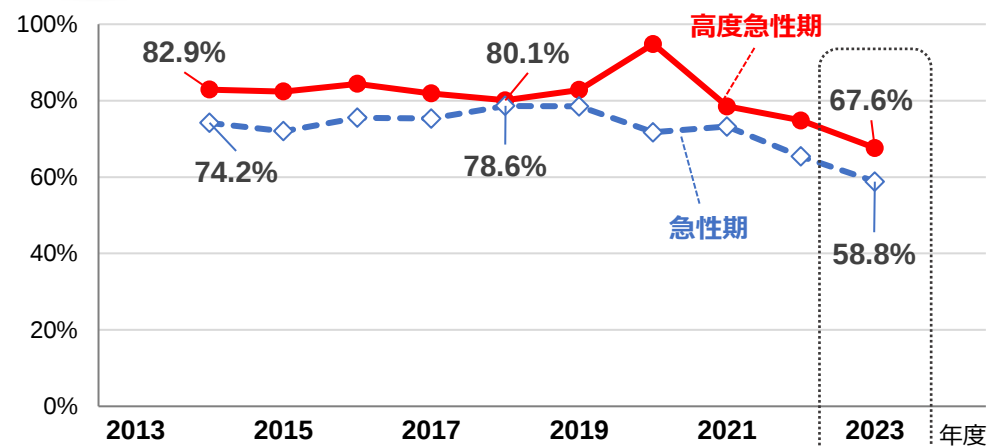
病床稼働の推移（高度急性期・急性期）



<参考> 二次医療圏ごとの病床稼働率の状況（高度急性期・急性期）

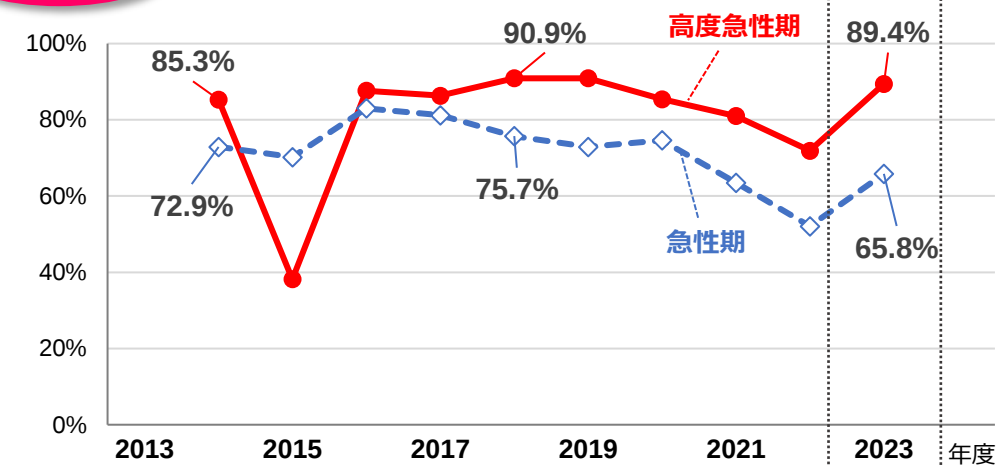
南河内

病床稼働の推移（高度急性期・急性期）



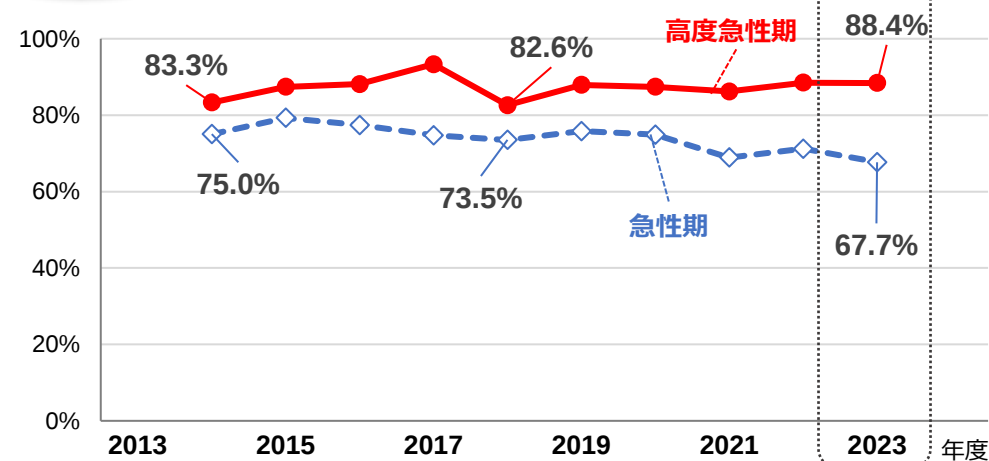
堺市

病床稼働の推移（高度急性期・急性期）



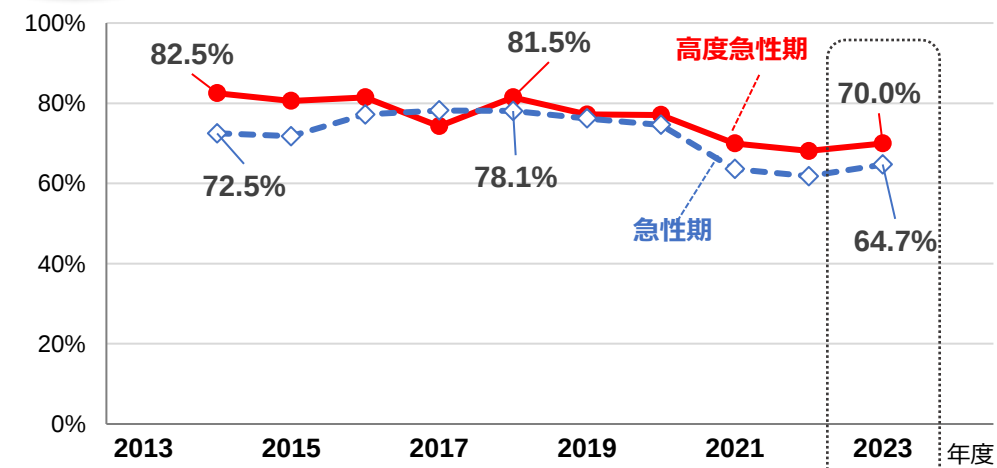
泉州

病床稼働の推移（高度急性期・急性期）



大阪市

病床稼働の推移（高度急性期・急性期）



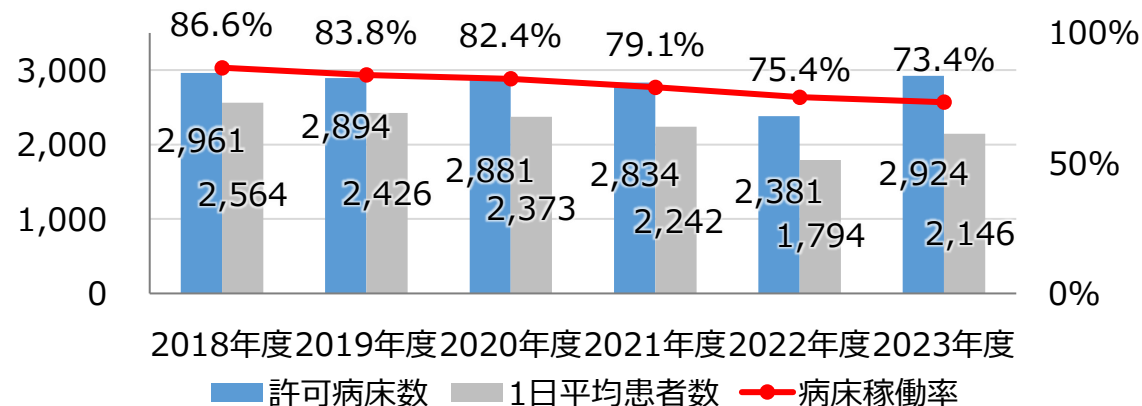
＜参考＞二次医療圏ごとの病床稼働率等の状況（入院料別）

○急性期一般入院料1～3（主に高度急性期から急性期となる入院料）

豊能

●05 急性期一般入院料1～3

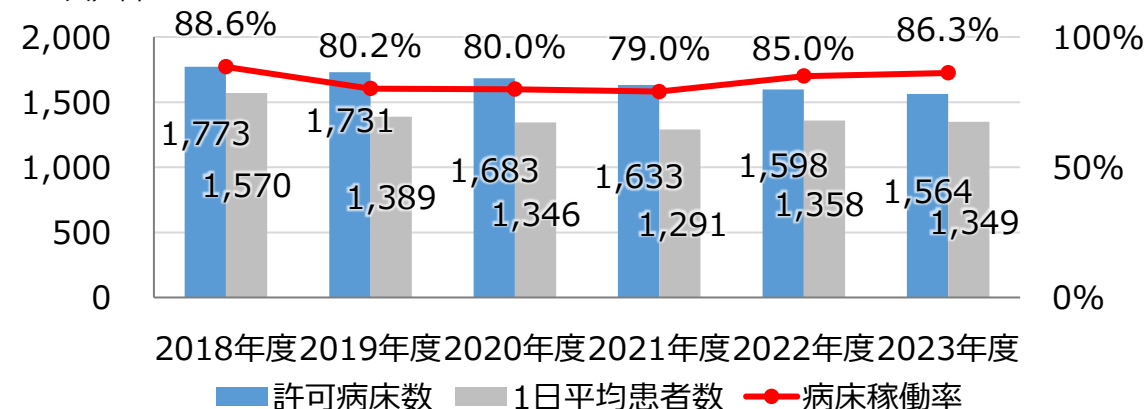
人/日



三島

●05 急性期一般入院料1～3

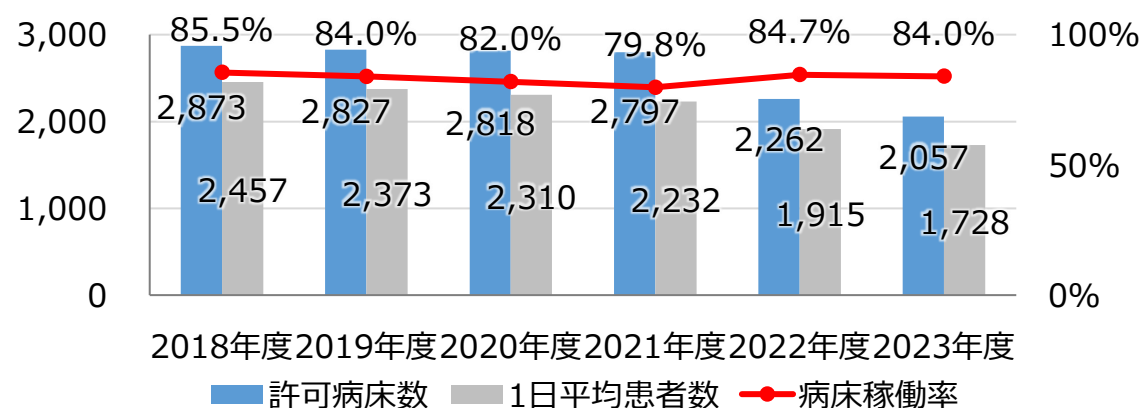
人/日



北河内

●05 急性期一般入院料1～3

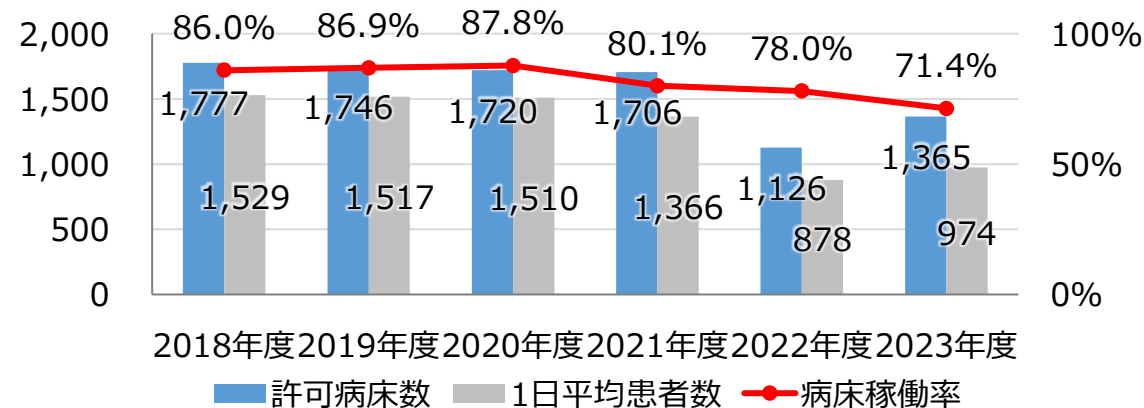
人/日



中河内

●05 急性期一般入院料1～3

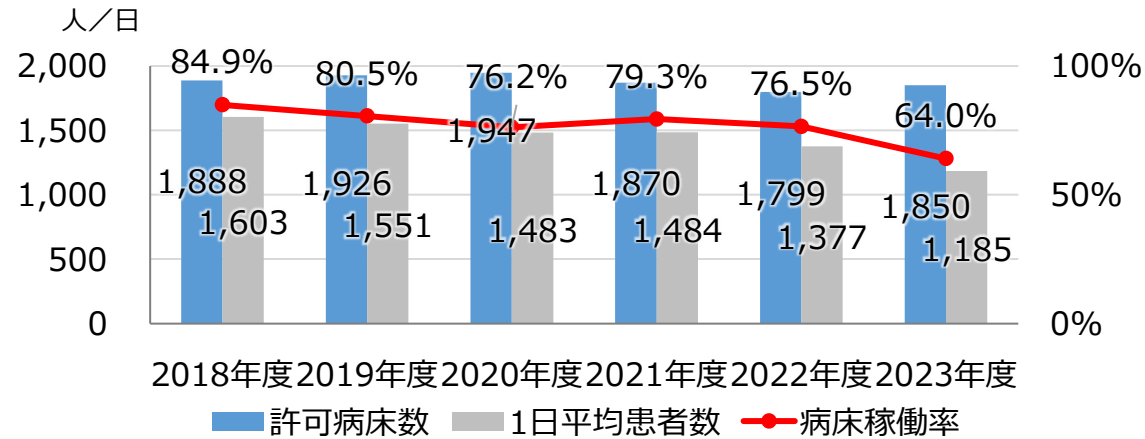
人/日



＜参考＞二次医療圏ごとの病床稼働率等の状況（入院料別）

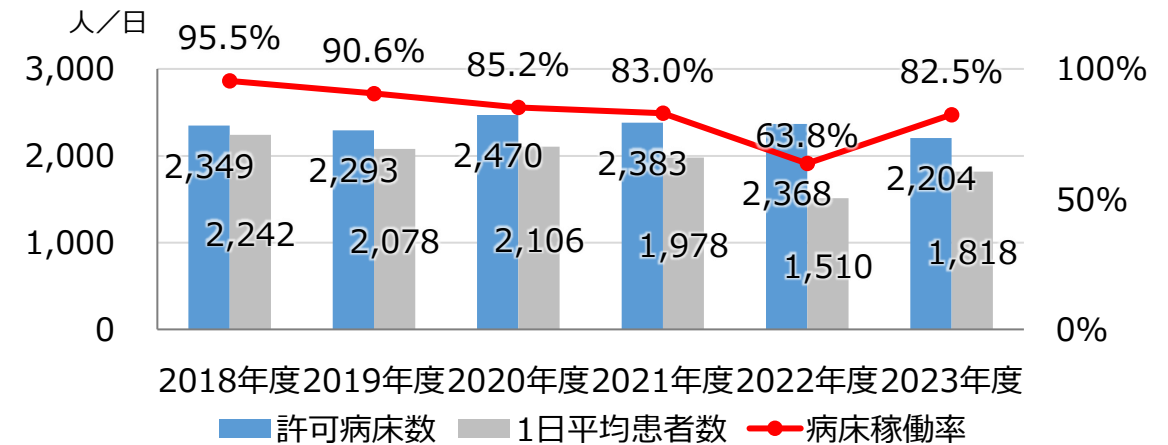
南河内

● 05 急性期一般入院料 1～3



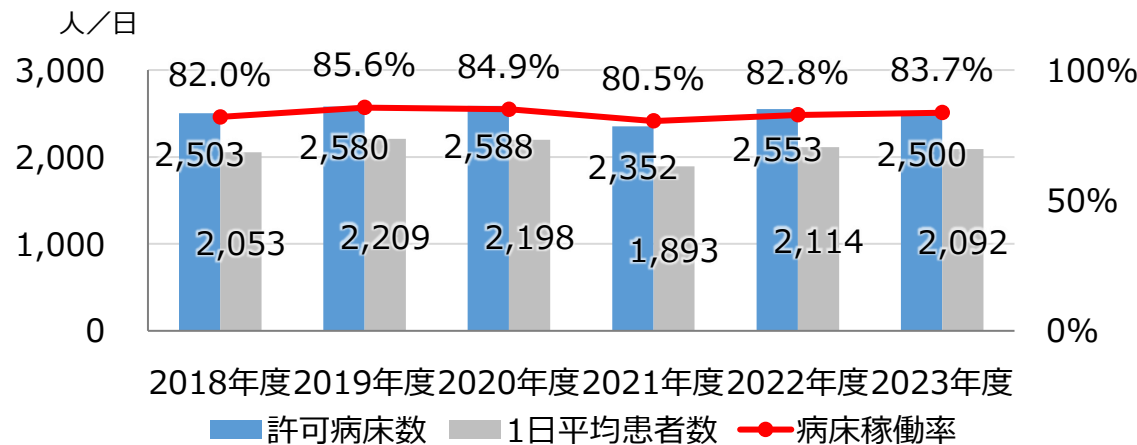
堺市

● 05 急性期一般入院料 1～3



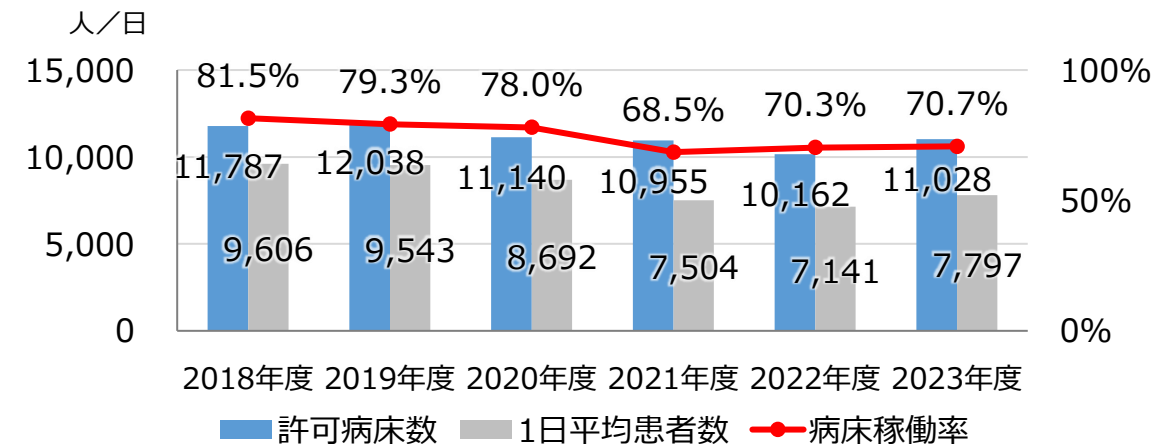
泉州

● 05 急性期一般入院料 1～3



大阪市

● 05 急性期一般入院料 1～3



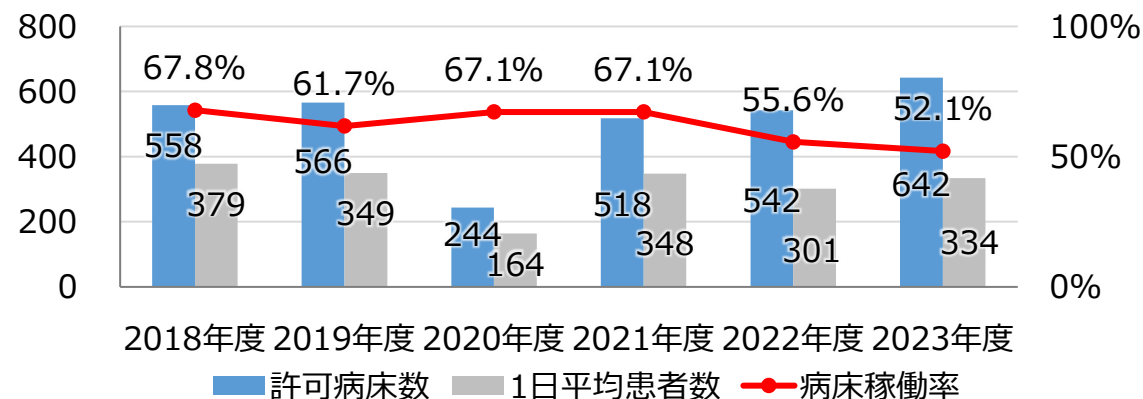
＜参考＞二次医療圏ごとの病床稼働率等の状況（入院料別）

○急性期一般4～6（主に急性期から回復期となる入院料）

豊能

●06 急性期一般4～6

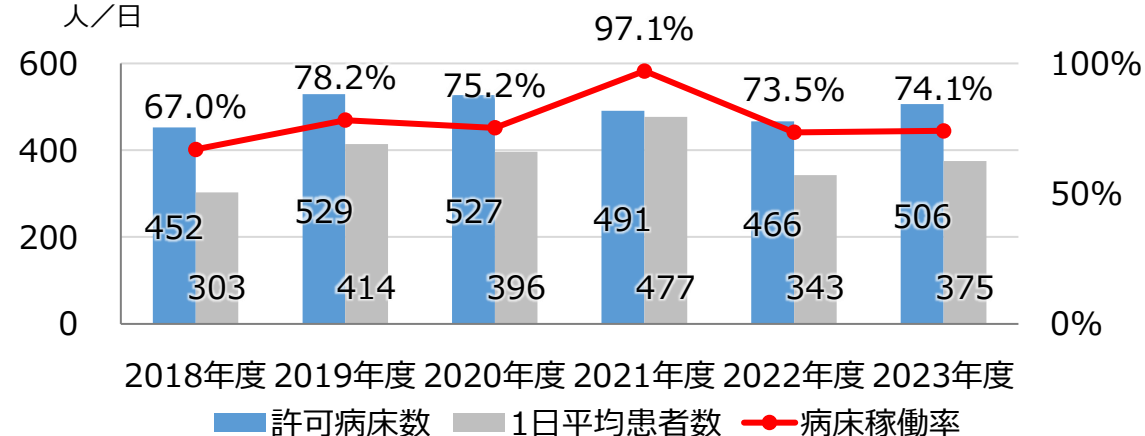
人／日



三島

●06 急性期一般4～6

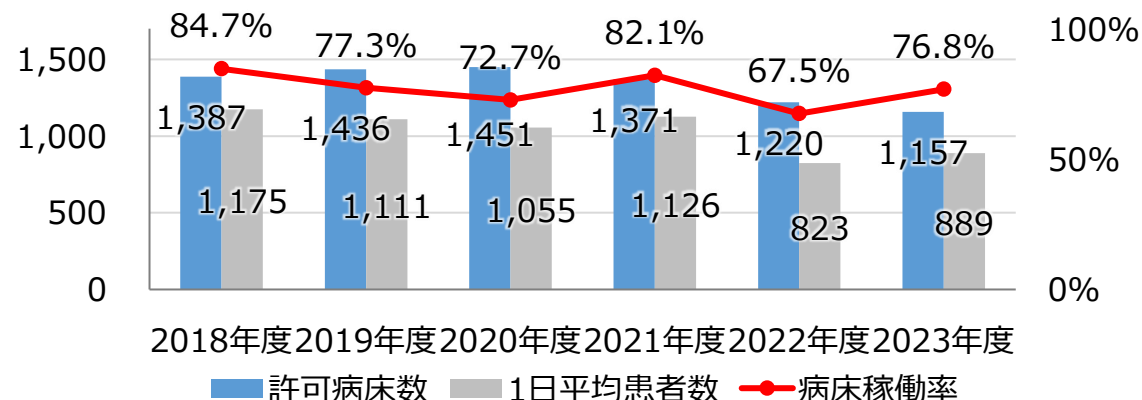
人／日



北河内

●06 急性期一般4～6

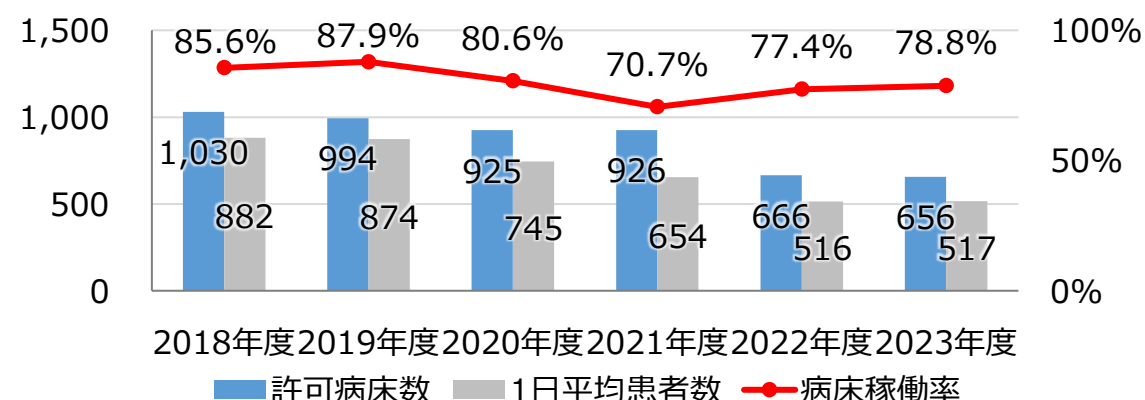
人／日



中河内

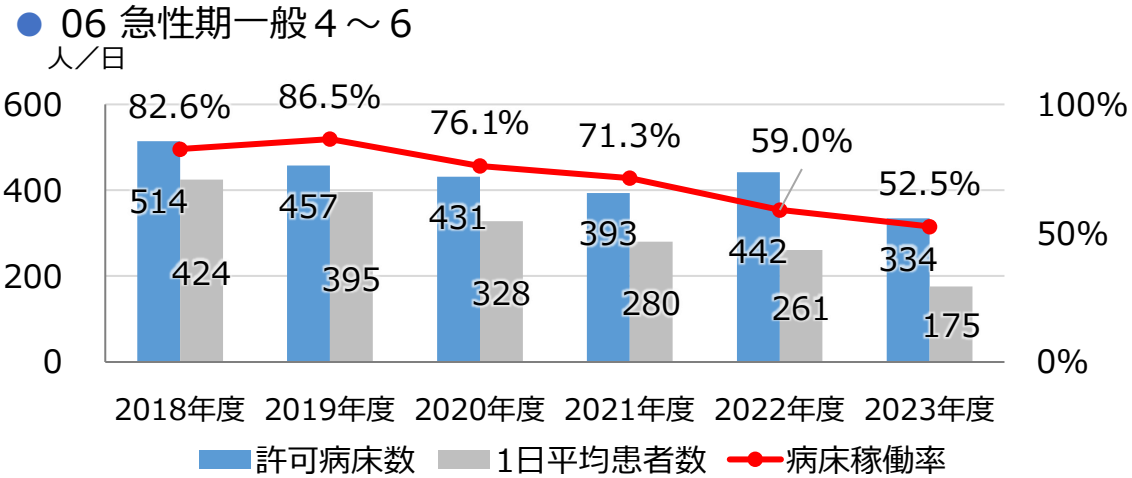
●06 急性期一般4～6

人／日

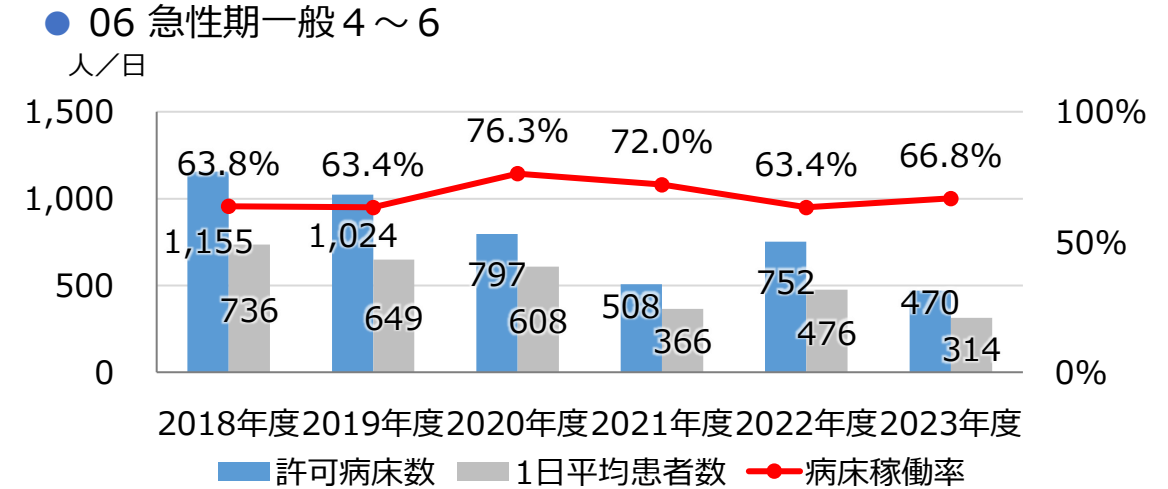


＜参考＞二次医療圏ごとの病床稼働率等の状況（入院料別）

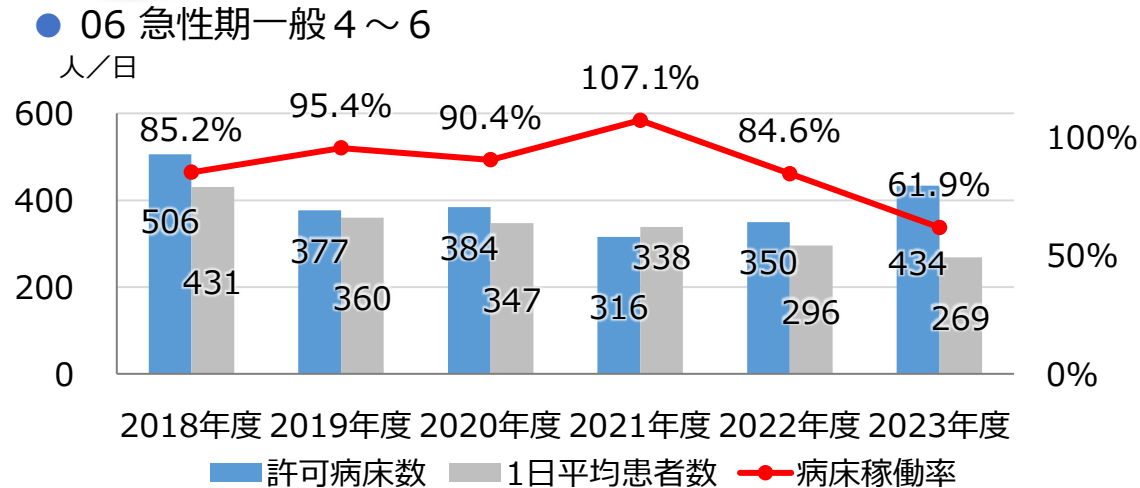
南河内



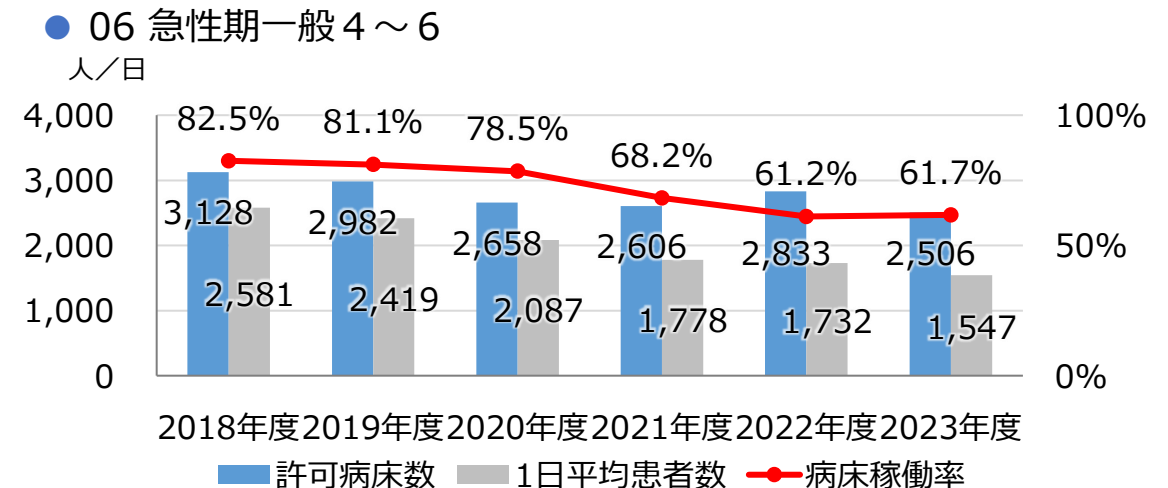
堺市



泉州



大阪市



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。

②厚生労働省 医療計画作成指針

○病床の整備に際しては、次の点を考慮しつつ、地域の実情等を十分に踏まえた上で検討することが示されている。

- (ア) 病床の機能区分ごとの医療需要
- (イ) 高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移
- (ウ) 疾病別の医療供給の状況、各医療圏の患者の流出入、交通機関の整備状況などの地域事情
- (エ) 都道府県内の各医療圏の医療機関の分布 等

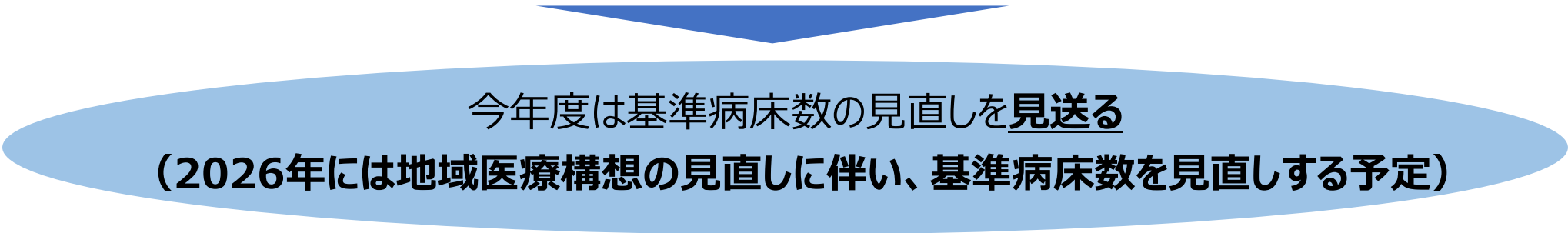
<主な検討事項>

項目	府の考え方
(ア) 病床の機能区分ごとの医療需要	現行の地域医療構想では、特に回復期病床の不足が見込まれていることから、府では回復期への転換を進めている。一方、現在、国では新たな地域医療構想について検討されており、各病床機能の必要量について改めて推計される予定であるとともに、新たに医療機関機能の明確化なども検討されているところ。仮に、現行の地域医療構想に基づき病床整備を行う場合、新たな地域医療構想の方向性と齟齬をきたす可能性がある。
(イ) 高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移	高齢化の進展等に伴い、医療需要は2030年ごろまで増加することが見込まれる。一方で、コロナ禍以降、病床稼働率が減少しているなど今後の需要動向は不透明であることから、新たな病床整備を行った場合、さらなる病床稼働率低下を招く可能性がある。
(ウ) 地域事情 (エ) 都道府県内の各医療圏の医療機関の分布	がん・脳血管疾患・心血管疾患・糖尿病・小児等の各疾病事業において、医療供給の状況は概ね充足している一方、働き方改革等の影響もあり、医療従事者の確保が難しくなっており、新たに病床を整備した場合、地域医療体制の維持に影響を及ぼす可能性がある。また、大阪府は全域で交通網が発達しており、各疾病事業において自宅等から治療を実施する医療機関までの移動時間は概ね30分以内となっていることから、ただちに病床整備を要する地域事情とまでは言えない。

⇒ **医療需要や地域事情を踏まえると、新たに病床整備を行う場合、地域医療体制の維持に影響を及ぼす可能性がある。また、仮に病床整備を行うのであれば、新たな地域医療構想の方向性と齟齬をきたすことがないよう、必要とされる病床機能等を検討することが望ましい。**

今後の対応方針

- 第8次大阪府医療計画における基準病床数は、医療審議会で大阪府の実態を踏まえた審議の結果、設定された。
- コロナ禍以降、病床稼働率が減少しているなど今後の需要動向は不透明であり、新たな病床整備を行った場合、さらなる病床稼働率低下を招く可能性がある。
- 新たに病床整備を行う場合は、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なため、地域医療体制の維持に影響を及ぼす可能性がある。
- 国は、地域医療構想の見直しに伴い、基準病床数の考え方について整理する方向性を示唆している。
また、病床整備を行う場合は、新たな地域医療構想の方向性と齟齬をきたすことがないよう、必要とされる病床機能等を検討することが望ましい。



今年度は基準病床数の見直しを**見送る**
(2026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)

今後の対応方針

- 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。

【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%

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)

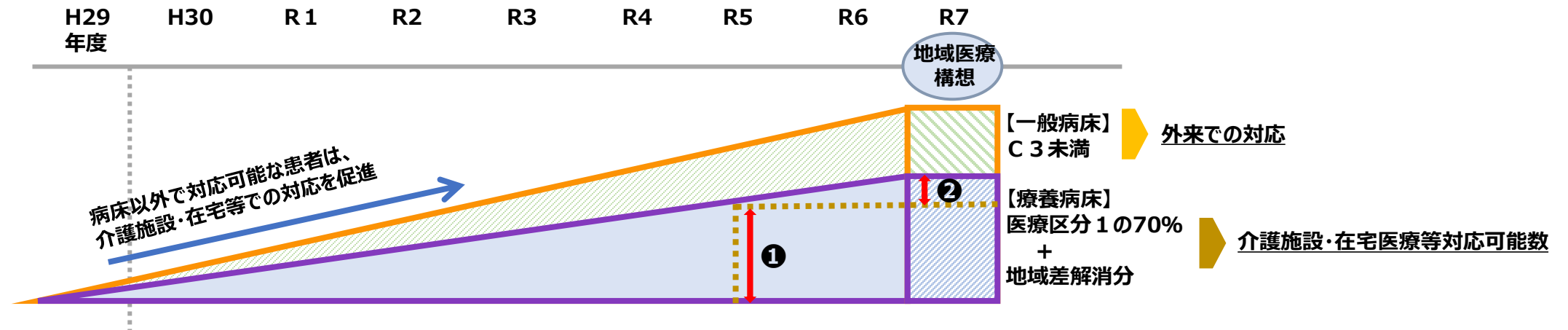
二次医療圏	第8次計画 (令和5年6月30日)	令和6年度 (令和6年10月31日)	第8次計画との差
豊 能	8,879床	8,752床	▲ 127床
三 島	6,301床	6,292床	▲ 9床
北河内	9,572床	9,506床	▲ 66床
中河内	5,693床	5,557床	▲ 136床
南河内	6,352床	6,014床	▲ 338床
堺 市	9,222床	9,173床	▲ 49床
泉 州	8,698床	8,295床	▲ 403床
大阪市	31,235床	30,868床	▲ 367床
大阪府	85,952床	84,457床	▲ 1,495床※¹

※1 うち▲1,017床は、令和6年3月31日まで算定していた、病院又は診療所の療養病床から転換した介護老人施設又は介護医療院の病床を算定しないこととしたことによるもの（医療法附則(平成二九年六月二日法律第五二号)第28条）。

<令和5年度第1回厚労省医療政策研修会資料 一部改変>

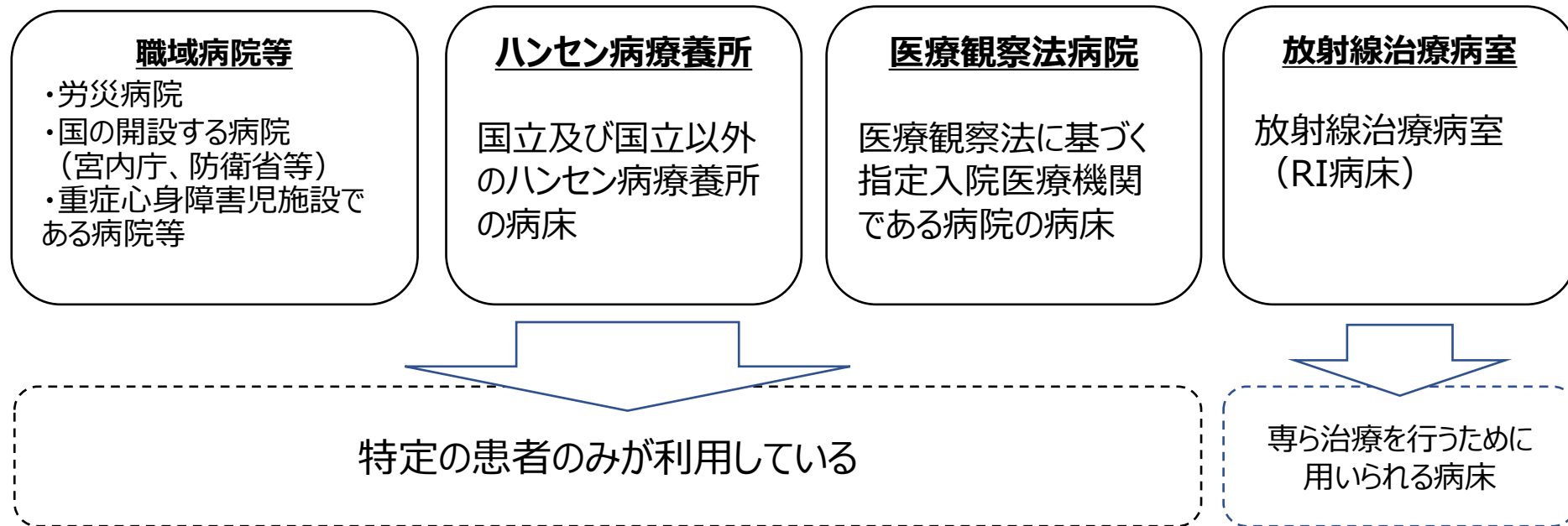
●介護施設・在宅医療等対応可能数

- 「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。

○2024年度から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。

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**

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		義務
B (救急医療等)	※2035年度末を目標に終了		
C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間		
C-2 (高度技能の修得研修)			

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)

31

医療人材確保に対する懸念 ー府算出による必要医師数（2036年）ー

○国算出による必要医師数と府算出の必要医師数は乖離している。実態調査結果等を踏まえ、府独自に算出した必要医師数では、2036年に向け、更なる医師の確保が必要。

二次医療圏	国算出による数値		府算出による数値	
	現在医師数 (2020 年)	2036 年 必要医師数	現在医師数 (2022 年)	2036 年 必要医師数
豊能	3,622	2,978	3,661	4,307
三島	2,079	2,027	2,138	2,393
北河内	2,721	3,002	2,630	2,744
中河内	1,574	1,841	1,502	1,473
南河内	1,775	1,561	1,642	1,739
堺市	2,004	2,329	1,869	1,971
泉州	2,078	2,411	1,992	2,111
大阪市	9,415	6,725	9,572	10,326
大阪府計	25,267(a)	22,944(b)	25,006(c)	27,064(d)

(b)－(a)	▲2,323	(d)－(c)	2,058
---------	--------	---------	-------

<国算出による数値>

※現在医師数：令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計より、主たる従事先を0.8、従たる従事先を0.2換算した医療施設従事医師数

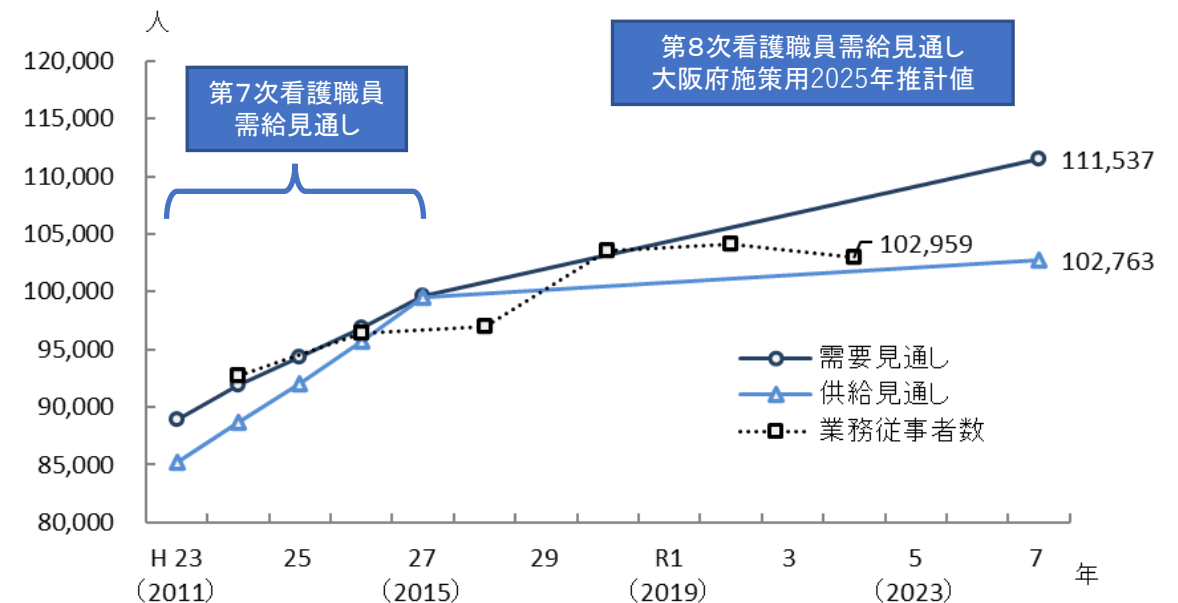
<府算出による数値>

※現在医師数：株式会社日本アルトマークメディカルデータベース2022より、主たる勤務先を0.8、残りの勤務先を0.2換算し日本医療経営機構及び京都大学が集計した医療施設従事医師数

（大阪府医師確保計画（第8次前期）より抜粋）

- 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

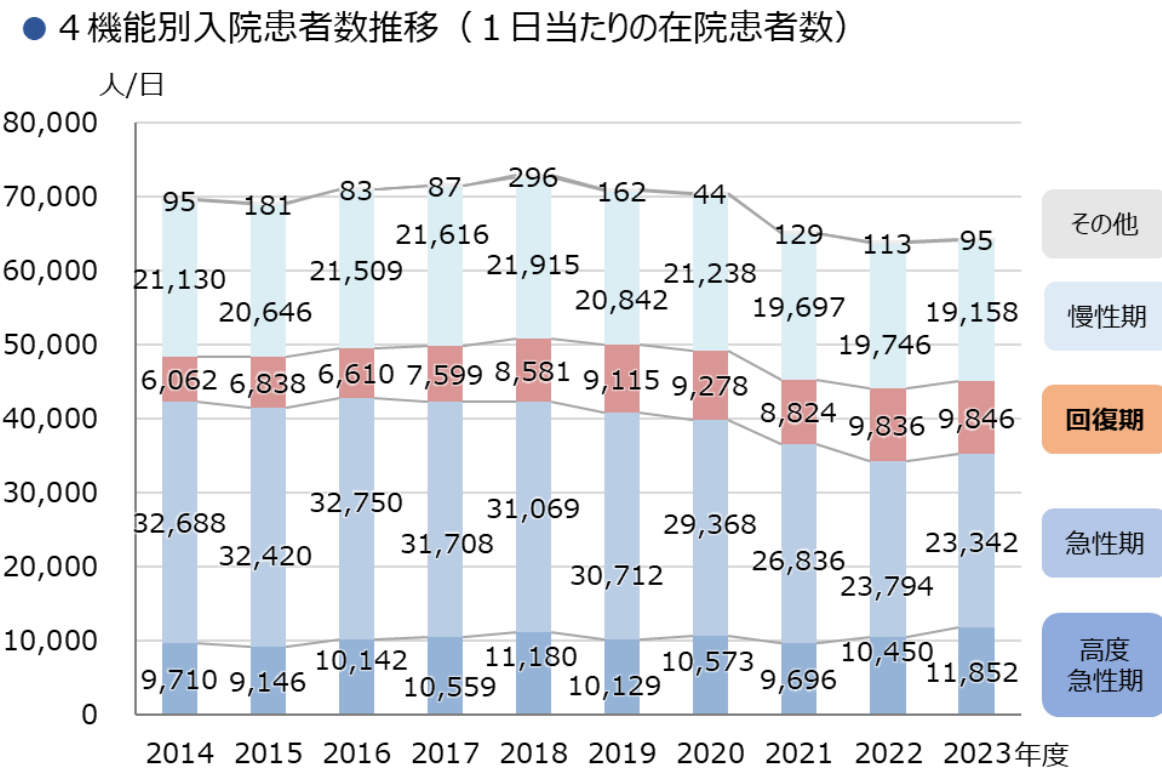
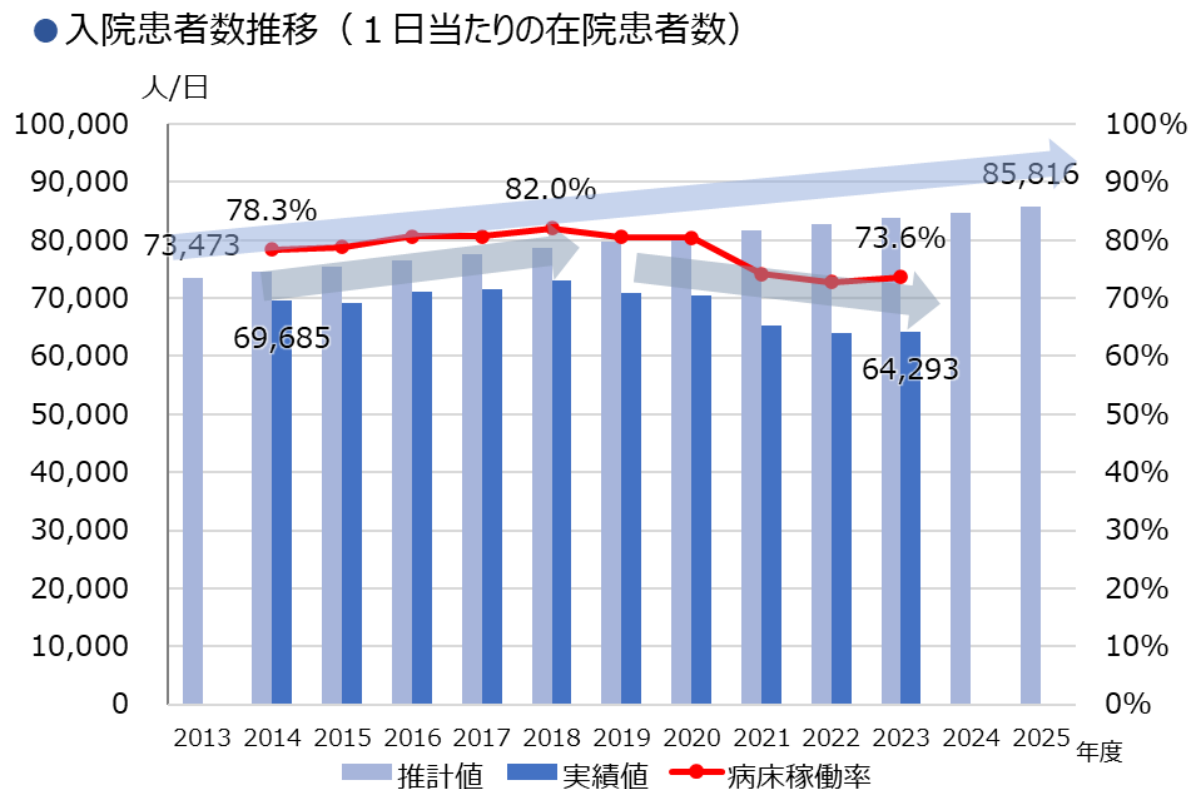


厚生労働省「衛生行政報告例」、大阪府「医療対策課調べ」、令和2年3月大阪府医療審議会資料

(第8次大阪府医療計画より抜粋)

コロナ禍以降の病床稼働率の低下

○ 1日あたりの入院実績はコロナ禍以降減少傾向を示し、病床稼働率もコロナ禍前と比べ、低水準で推移している。



<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（「地域医療提供体制構築に向けた調査及びデータ分析事業」により作成）

地域医療構想の見直し

- 新たな地域医療構想については、2026年度に地域の医療提供体制全体の方角性、必要病床数の推計等を検討・策定する予定。
- 国の検討会では、新たな地域医療構想の実現に向けて、医療計画の基準病床数について、必要病床数も勘案した算定を検討することが適当としている。

新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

第13回新たな地域医療構想等に関する検討会
資料1より抜粋

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方角性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。

