



# 第 8 次三重県医療計画の 基準病床数について

---

## 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

- 病床の種類に応じて、圏域ごとに基準病床数と既存病床数を比較して、病床の過剰・不足を判断

病床の種類	区分
療養病床・一般病床	二次医療圏
精神病床	県全域
結核病床	県全域
感染症病床	県全域

# 療養病床および一般病床の基準病床数の算定方法 ①

## 療養病床

$$\Sigma (A 1 \times B 1) - G + C 1 - D 1$$

E 1

A 1 : 当該区域の性別及び年齢階級別人口  
(5歳毎)

B 1 : 全国平均の性別及び年齢階級別  
療養病床入院受療率

C 1 : 0～当該区域への他区域からの流入  
入院患者数の範囲内で知事が定める数

D 1 : 0～当該区域から他区域への流出  
入院患者数の範囲内で知事が定める数

E 1 : 病床利用率 (0.88)

G : 介護施設及び在宅医療等で対応可能な数

## 一般病床

$$\Sigma (A 1 \times B 2) \times F 1 + C 2 - D 2$$

E 2

A 1 : 当該区域の性別及び年齢階級別人口  
(5歳毎)

B 2 : 当該区域の性別及び年齢階級別  
一般病床退院率

C 2 : 0～当該区域への他区域からの流入  
入院患者数の範囲内で知事が定める数

D 2 : 0～当該区域から他区域への流出  
入院患者数の範囲内で知事が定める数

E 2 : 病床利用率 (0.76)

F 1 : 平均在院日数 (14.1日)

厚生労働省告示にて示された受療率・退院率等の数値は、新型コロナ禍の影響を除外するよう、令和元年以前の統計をもとにしている

### 二次医療圏間の流出入（C）（D）

- 平成29年のNDBを参考に算出。
- 「県外への流出患者 > 県内への流入患者」の場合は、都道府県協議を行った上で都道府県間を超える患者の流出入について、合意を得た数を各二次医療圏の基準病床数に加減することができる。
  - ⇒ 地域医療構想策定時も調整の結果、患者流出入を前提に必要な病床数を算定しており、今回も都道府県間調整は行わない。

### 療養病床における介護施設及び在宅医療等に対応可能な数（G）

- 国は、地域医療構想の平成30（2018）～令和7（2025）年度の実施のうち、2024・2025年度の2年間分で介護施設等対応可能数を算出することが基本とする一方で、地域医療構想における推計と整合的に設定した値を活用することも考えられると整理している。
- 第7次計画時には、地域医療構想の推進によって平成30年度から介護施設等への移行が起きると仮定して当該数値を算出している。
- また、第8次計画における療養病床の入院受療率は、平成29年患者調査からの値を用いており、まだ介護医療院等への移行が起こっていない時点のデータである。
  - ⇒ 地域医療構想・第7次計画における推計と整合するよう、平成30（2018）年以降の移行分を算定（平成30～令和7年の8年分）する。

# 療養病床および一般病床の基準病床数の算定結果

二次医療圏	基準病床数		既存病床数※1 (令和5年4月1日)	【参考】必要病床数	
	第7次	第8次		ピーク時※2	2025年
北勢	5,520	5,748	5,733	6,084	5,734
中勢伊賀	3,654	3,836	4,249	3,856	3,765
南勢志摩	3,480	3,426	3,783	3,565	3,524
東紀州	561	380	761	561	561
合計	13,215	13,390	14,526	14,066	13,584

※1 令和6年4月以降の算定方法による（医療法施行規則）

※2 三泗、鈴亀：2040年、桑員：2035年、津、伊賀、松阪：2030年、伊勢志摩、東紀州：2025年

- 基準病床数の合計は、一定、2025年の必要病床数の近似値となり、地域医療構想との整合性が図られる。
- 県全体では従前同様、病床過剰であるが、北勢医療圏は「基準病床数 > 既存病床数」になる。
- 北勢医療圏における今後の病床整備については、地域医療構想との整合性（病床の機能分化・連携等）を踏まえた取組であるかどうか引き続き地域医療構想調整会議等で協議のうえ、事案ごとに整備の必要性を判断していくこととしてはどうか。



- 患者数の推計値を、急性期・回復期・慢性期ごとに算出した上、慢性期の患者数の推計値については、認知症以外・認知症のそれぞれについて、政策効果に係る係数を反映させる。
- 基準病床数の算定式においては、更に、病床利用率を考慮する。

都道府県毎の令和8年における基準病床数算定式 =

$$\left( \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{急性期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{回復期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症を除く)} \end{array} \times \text{政策効果} \right. \\
 \left. + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{(認知症)} \end{array} \times \text{政策効果} \right) \\
 + (\text{他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) - (\text{当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数}) \\
 \times (1 / \text{病床利用率})$$

## 政策効果に関する係数

- **政策効果A**：認知症を除く慢性期入院患者に係る係数  
(地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果)
- **政策効果B**：認知症の慢性期入院患者に係る係数  
(認知症施策の推進等に関する政策効果)

※ 精神病床数の地域差に基づく係数とする。

## 病床利用率

- 現行の算定式においては0.95を用いている。
- 新算定式においても0.95を用いる。

(急性期：3か月未満、回復期：3か月以上1年未満、慢性期：1年以上)

三重県における精神病床数・在院患者数の近年の推移などを考慮し、算定式における最大値で基準病床数を算定

## 基準病床数

	基準病床数		既存病床数※ (令和5年4月1日)	過不足
	第7次	第8次		
県全域	3,873	3,748	4,496	748

※ 医療法施行規則の算定方法による



# 結核病床の基準病床数

## 算定方法

$$(A \times B \times C \times D) + E$$

- A : 1日あたり塗沫陽性結核患者の数
- B : 塗沫陽性結核患者の感染性消滅までに要する平均日数
- C : 年間新規塗沫陽性結核患者発生数の区分に応じて定める数値
- D : 都道府県の区域の事情に係る係数(1~1.5の範囲内)
- E : 前年度の慢性排菌患者のうち入院している者の数

## 算定結果

A	B	C	D	E	算定結果
0.159	60	1.8	1	0	17.17

上記の算定結果、県内の結核患者の発生状況、最大入院患者数、現行の基準病床数(60床)等を勘案し、基準病床数を40床とすることが適当との三重県結核医療体制検討会議における意見を受け、三重県感染症連携協議会(令和5年11月6日開催)において、了承されています。

既存病床数については、15床に減少する見込みとなっています。不足する病床数については、結核モデル病床数を42床から52床に増床することで対応する予定です。

## 基準病床数

	基準病床数		既存病床数 (令和5年4月1日)	過不足
	第7次	第8次		
県全域	60	40	30	△10

## 算定方法

- 第1種感染症指定医療機関：各都道府県に1か所（2床）
- 第2種感染症指定医療機関：二次医療圏ごとに
  - 30万人未満：4床
  - 30万人以上100万人未満：6床

## 基準病床数

	基準病床数		既存病床数 (令和5年4月1日)	過不足
	第7次	第8次		
県全域	24	24	24	0