資料２－４

議題　２　：新たな地域医療構想について

2040年の必要病床数について

埼玉県保健医療部保健医療政策課

2040年の必要病床数について

令和７年１０月１５日
第５回地域医療構想と医療計画等に関する検討会資料

基準病床数と必要病床数

- 基準病床数と必要病床数は基本的な算定式の考え方は同様であるが、これらの病床数の利用目的の違いに応じ、算定に当たって目標とする時期や織り込まれている効果等が異なる。

		基準病床数	必要病床数
目的		病床の整備を過剰地域から非過剰地域へ誘導することにより、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の確保を目的とするもの。	2040年（現構想では2025年）の医療機能別の病床数の必要量を推計した上で、将来における病床の機能分化・連携の推進を目的とするもの。
算定式の考え方		性・年齢階級別受療率に性・年齢階級別人口を乗じることにより患者数を推計し、病床利用率（稼働率）※で割り戻すことにより病床数を算定。 ※　必要病床数算定に当たっての患者数には、入院患者数に加えて退院患者数を含むことから、病床稼働率（＝病床利用率＋退院患者による病床の利用率）を用いることとしている。	
主な相違点	地域	二次医療圏	構想区域
	区分	一般病床・療養病床（２区分）	病床機能（４機能区分）
	時期	医療計画期間の最終年（６年後）	将来のある時点（2040年/2025年）
	織り込まれる効果	一般病床の平均在院日数の短縮等	目指すべき将来の姿（改革モデル）等
	比較対象	既存病床数	許可病床数

2040年の必要病床数について

必要病床数の考え方

①2024年度のNDBデータを用いて、医療資源投入量の多寡等により、病床機能区分ごとの入院受療率を算出
②2040年の性・年齢階級別人口に乗じることで、現状投影した医療需要を推計
③地域医療構想の取組による効果等を改革モデル(※1)として反映した医療需要を算出
④病床稼働率(※2)で割り戻し、病床数に変換

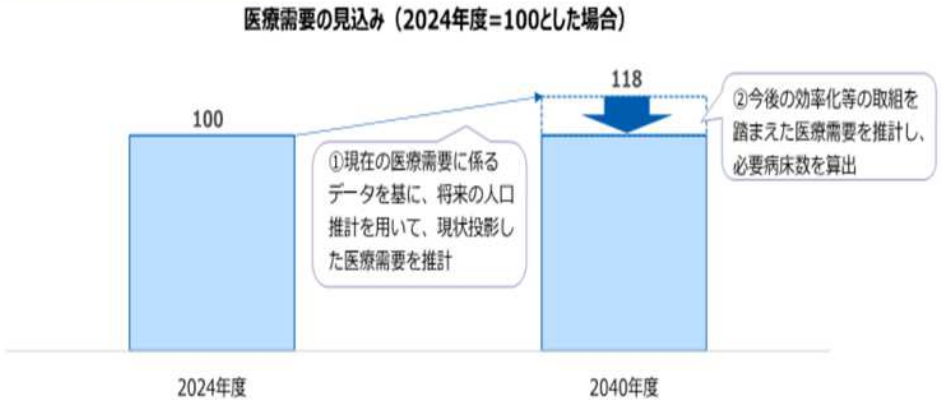
※2 病床稼働率

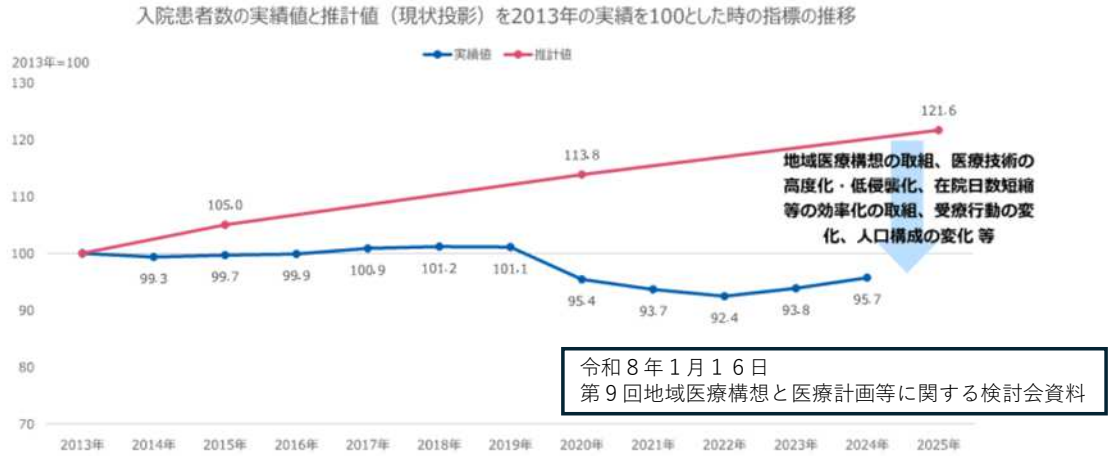
	①	②	①+②
高度急性期	78%	+1%	79%
急性期	83%	+1%	84%
包括期	87%	+2%	89%
慢性期	92%	+0.5%	92.5%

① 現在の病床稼働率(外れ値を除く)
② 医療DX,入退院円滑化等による効率化分

留意点 ○ 地域での協議においては、高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。
○ 人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングとあわせ、2030年と2036年で見直しを行う。

■必要病床数の算出のイメージ





令和８年１月１６日
第９回地域医療構想と医療計画等に関する検討会資料

※1 改革モデル
・入院受療率の低下傾向や、現行の地域医療構想の取組等の効果を反映するあため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院受け入れ時からリハビリ等の提供による早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現行の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映する。
・増加が見込まれる高齢者救急について、一定割合を包括期機能の病床で対応する必要性等を踏まえ、75歳以上の患者のうち4割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることに鑑み、急性期の75歳以上の入院患者の5割を引き続き急性期として、残り5割を包括期の需要として見込む。
・また、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する整形外科患者について、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を見込む。
・病床稼働率について、現在の各病床機能区分ごとの病床稼働率を基本とし、さらに、今後の医療DX等の取組、入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化分を見込む。

2040年の必要病床数について

【参考】新ガイドラインにおける「必要病床数」に関する内容（抜粋）

Ⅰ．地域医療構想の考え方

P20　４．医療需要の推計について

○　病床については、入院医療の協議の主な議題の一つとして、引き続き地域において協議を行うことが重要である。推計方法としては、これまでの推計方法を基本として、2040年の性・年齢階級別人口について、2024年のNDBデータを用いて算出した入院受療率を乗じるとともに、NDBデータに含まれない自然分娩、労災保険、自賠責保険の患者についても、機能区分ごとの医療需要に比例するよう按分して追加することで地域医療構想の取組がない場合の病床数を計算する。
　さらに、現時点での人口規模が同じような地域であっても、人口変化の度合いや医療資源のあり方は多様であり、地域特有の課題がある。そうした課題も踏まえて、地域ごとにデータを踏まえながら個別に課題を整理していく必要がある。

○　その後、地域医療構想の取組による効果等（改革モデル）を反映させ、必要病床数を算出する。具体的には、

・　入院受療率の低下傾向やこれまでの地域医療構想の取組等による効果を反映させるため、医療機関の連携・再編・集約化等に伴う病床利用の効率化分、入院の受入時からリハビリ等を提供し早期退院による効率化分、在宅医療や介護との連携による効率化分として、現在の地域医療構想における見込みと実際の医療需要との差分を反映させる。

・　令和７年度補正予算において、病床数適正化緊急支援事業として、令和８年度末までに病床数の適正化に対する支援を行うこととしている。本事業については、新たな地域医療構想の取組開始前に病床数の適正化に取り組むことを目的としており、この事業趣旨を踏まえると、必要病床数の推計に当たっては、病床が削減されることを前提として検討することが必要である。このため、当該事業において削減が見込まれる病床について、病床利用率を乗じて入院患者数に換算し、NDBデータから算出される医療需要のデータから、これらを控除した場合の減少率を算出し、「１－減少率」を性・年齢階級別の入院患者数に乗じることで反映する。

・　75歳以上の患者のうち４割程度の患者において、急性期医療として主に実施されることが想定される手術や処置が実施されていることや、そういった治療は行わないものの引き続き急性期入院医療として実施される患者が存在することに鑑み、これまで急性期と区分してきた75歳以上の患者のうち５割を引き続き急性期の需要として見込み、残りの５割の患者を包括期の需要として見込む。

・　回復期リハビリテーション入院料を算定している整形外科疾患の患者について、入院後からの速やかなリハビリテーションの提供や、入院での集中的なリハビリテーションを要さない状態となった後に速やかに外来・在宅等でも切れ目なく必要なリハビリテーションを提供する体制を構築し、さらなる効果的・効率的な提供の推進による平均在院日数の短縮を進めることを見込む。

・　必要病床数の算出にあたり用いる値（以下「算出に用いる病床稼働率」という。）については、これまでの地域医療構想においては、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%としてきたところ、実際の病床稼働率としては、急性期78%といった数字では医療機関の経営は成り立たないことや、新興感染症等に対応できるよう、一定の余裕が必要であることが指摘されている。

・　医療需要が変化している中で、低下している現在の病床利用率をそのまま算出に用いる病床稼働率として用いて必要病床数を算出することは、実際よりも過大に病床数が推計されるおそれがある。このため、現在の各機能区分の病床稼働率を基本として、効率的な病床の運用により病床稼働を高める取組に資するよう、現在の病床利用率のうち、低い外れ値を除いた上で中央値により算出した、高度急性期78%、急性期83%、包括期87%、慢性期92%を算出に用いる病床稼働率とする。

・　さらに、今後の医療ＤＸ等の取組を進め、特に高齢者救急への対応が期待される包括期の病床を中心として、急性期や慢性期においても入退院の円滑化や病床管理の質の向上等による効率化の取組や病床数の適正化を進める必要がある。このため、必要病床数の算出にあたり用いる病床稼働率について、高度急性期・急性期＋１%、包括期＋２%、慢性期＋0.5%をそれぞれ加算することで、これらの取組による効率化分を見込むこととする。

・　この数値は、必要病床数の算定のために用いるものであり、医療機関が目指すべき数値ではないことに留意する必要がある。

2040年の必要病床数について

【参考】新ガイドラインにおける「必要病床数」に関する内容（抜粋）

Ⅰ．地域医療構想の考え方

P20　4．医療需要の推計について（つづき）

○　このほか、必要病床数については、人口推計や今後の受療率の変化を反映するため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030年、2036年に、都道府県ごとの取組状況等を踏まえて見直しを行う。その際、国においても、病床数の適正化を含めた医療提供の効率化の取組の進展その他の医療を取り巻く環境の変化を踏まえ、必要に応じて、必要病床数の見直しについて検討を行うこととする。

○　高度急性期及び急性期については、急性期一般入院料を算定している病棟のうち高度急性期として報告されている割合について、都道府県ごとに差があることや、医療機関内で同じ入院料を届け出ている場合、高度急性期と急性期を区別して報告することが難しいといった指摘もある。こうしたことを踏まえ、高度急性期及び急性期について、医療需要の推計や病床機能の報告に当たってはこれまでどおり、高度急性期及び急性期のそれぞれを報告することとするが、地域での協議においては、高度急性期及び急性期の病床数を一体として取り扱う。

Ⅱ．地域医療構想の策定について

3．構想区域

P.38　（2）協議事項
p.41　③必要病床の算出

○　構想区域を設定した後、区域ごとに必要病床数の算出を行う。
（式のイメージ）
必要病床数 ＝［当該構想区域に所在する医療機関に入院する患者の2040年の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の2040年の性・年齢階級別推計人口］の総和を（病床稼働率）で除したもの

○　なお、必要病床数は、構想区域に所在する医療機関に入院する患者数をもとに入院受療率を算出しているものである。一方、国から提供するデータを用いて、各構想区域に居住している患者が他の構想区域に所在する医療機関に流出している数や、構想区域に所在する医療機関に他の構想区域に居住する患者が流入している数等を踏まえた必要病床数を算出することも可能であり、各構想区域の実情に応じた算出を行うことは差し支えない。ただし、こうした場合においても、患者の流出入のいずれかの数字のみを考慮して必要病床数を算出するのではなく、都道府県をまたぐ場合も含めて、流出先又は流入先となる構想区域と連携し、流出入の両方の数字を加味して算出することとする。

○　構想区域の見直しを行った場合は、2026年度から2028年度までの間においては、都道府県からの求めに応じて、見直し後の区域の将来推計人口等を踏まえたデータの提供を行う予定である。このほか、簡易的に、区域の見直し前に算出した必要病床数に対して、人口比率等に応じて按分する等の手法も考えられる。

2040年の必要病床数について

1 県の全体像（医療圏別）

圏域	① 改革モデル反映後	② 現状投影	①－② 改革モデル反映分	③ 2025年必要病床数	①－③ 2040年-2025年	④ 現在の許可等病床数	①－④ 整備可能病床数
南部	4,691	5,699	▲1,008	5,025	▲334	4,898	▲207
南西部	5,266	6,293	▲1,027	4,777	489	4,753	513
東部	7,425	9,024	▲1,599	8,935	▲1,510	8,620	▲1,195
さいたま	7,744	9,204	▲1,460	7,664	80	7,063	681
県央	3,213	3,880	▲ 667	3,534	▲321	3,430	▲217
川越比企	7,075	8,479	▲1,404	7,652	▲577	7,435	▲360
西部	8,024	9,641	▲1,617	7,951	73	7,959	65
利根	4,469	5,350	▲ 881	4,630	▲161	4,670	▲201
北部	3,775	4,526	▲ 751	3,442	333	3,903	▲128
秩父	553	669	▲ 116	600	▲47	754	▲201
全県	52,235	62,765	▲10,530	54,210	▲1,975	53,485	▲1,250

2040年の必要病床数について

1 県の全体像（病床機能別）

機能区分	① 改革モデル反映後	② 現状投影	① - ② 改革モデル反映分	③※1 2025必要病床数	① - ③ 2040年-2025年	④※2 R6定量基準分析	① - ④
高度急性期	6,928	7,630	▲702	5,528	1,400	6,539	389
急性期	12,442	21,296	▲8,854	17,954	▲5,512	16,947	▲4,505
包括期	18,888	17,427	1,461	16,717	2,171	14,349	4,539
慢性期	13,977	16,412	▲2,435	14,011	▲34	12,254	1,723
合計	52,235	62,765	▲10,530	54,210	▲1,975	52, 928	▲693

※1 包括期欄には、回復期の病床数を記載
※2 包括期欄には、回復期の病床数を記載。合計の病床数は、休棟・未報告等2,689床を含む

2040年の必要病床数について

2　医療圏別

圏域	機能区分	① 改革モデル 反映後	② 現状投影	①－② 改革モデル 反映分	③※ 2025 必要病床数	①－③ 2040年- 2025年
南部	高度急性期	686	760	▲74	609	77
	急性期	1,282	2,127	▲845	1,922	▲640
	包括期	1,917	1,860	57	1,623	294
	慢性期	806	952	▲146	871	▲65
	合計	4,691	5,699	▲1,008	5,025	▲334
南西部	高度急性期	752	828	▲76	425	327
	急性期	1,330	2,296	▲966	1,685	▲355
	包括期	1,865	1,620	245	1,356	509
	慢性期	1,319	1,549	▲230	1,311	8
	合計	5,266	6,293	▲1,027	4,777	489
東部	高度急性期	898	997	▲99	831	67
	急性期	1,768	2,999	▲1,231	2,783	▲1,015
	包括期	2,834	2,760	74	2,734	100
	慢性期	1,925	2,268	▲343	2,587	▲662
	合計	7,425	9,024	▲1,599	8,935	▲1,510

圏域	機能区分	① 改革モデル 反映後	② 現状投影	①－② 改革モデル 反映分	③※ 2025 必要病床数	①－③ 2040年- 2025年
さいたま	高度急性期	1,487	1,607	▲120	1,039	448
	急性期	2,180	3,629	▲1,449	2,770	▲590
	包括期	2,558	2,183	375	2,301	257
	慢性期	1,519	1,785	▲266	1,554	▲35
	合計	7,744	9,204	▲1,460	7,664	80
県央	高度急性期	448	502	-54	344	104
	急性期	844	1,407	-563	1,273	▲429
	包括期	1,121	1,028	93	1,120	1
	慢性期	800	943	-143	797	3
	合計	3,213	3,880	▲667	3,534	▲321
川越比企	高度急性期	835	917	▲82	802	33
	急性期	1,419	2,384	▲965	2,260	▲841
	包括期	2,317	2,263	54	2,518	▲201
	慢性期	2,504	2,915	▲411	2,072	432
	合計	7,075	8,479	▲1,404	7,652	▲577

※ 2025年必要病床数の包括期欄には、回復期の病床数を記載

2040年の必要病床数について

2　医療圏別

圏域	機能区分	① 改革モデル 反映後	② 現状投影	①－② 改革モデル 反映分	③※ 2025 必要病床数	①－③ 2040年- 2025年
西部	高度急性期	861	954	▲93	694	167
	急性期	1,664	2,918	▲1,254	2,249	▲585
	包括期	2,751	2,526	225	2,370	381
	慢性期	2,748	3,243	▲495	2,638	110
	合計	8,024	9,641	▲1,617	7,951	73
利根	高度急性期	543	598	▲55	426	117
	急性期	1,065	1,950	▲885	1,580	▲515
	包括期	1,834	1,602	232	1,448	386
	慢性期	1,027	1,200	▲173	1,176	▲149
	合計	4,469	5,350	▲881	4,630	▲161

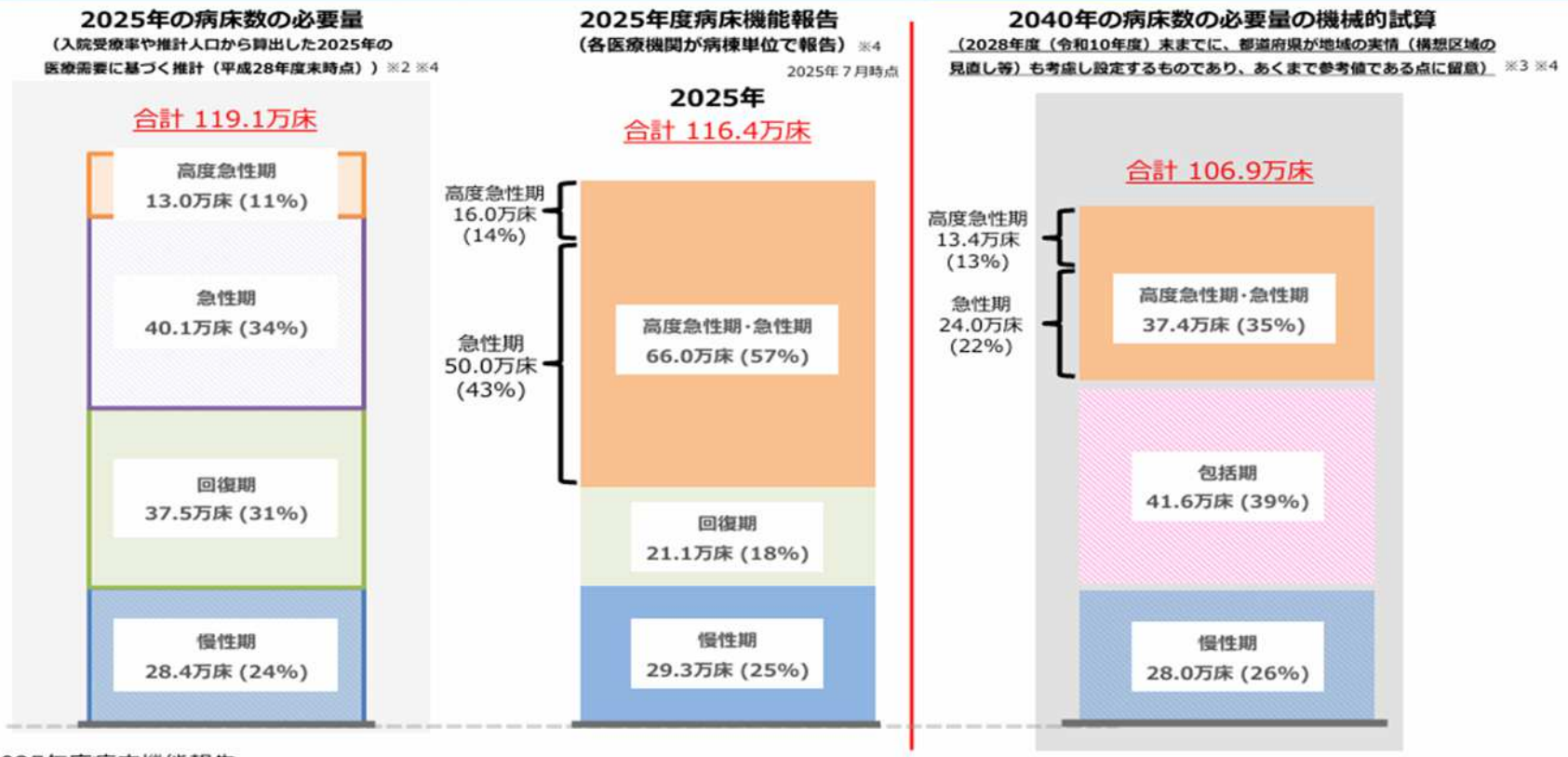
圏域	機能区分	① 改革モデル 反映後	② 現状投影	①－② 改革モデル 反映分	③※ 2025 必要病床数	①－③ 2040年- 2025年
北部	高度急性期	385	430	▲45	327	58
	急性期	806	1,425	▲619	1,258	▲452
	包括期	1,471	1,370	101	1,066	405
	慢性期	1,113	1,301	▲188	791	322
	合計	3,775	4,526	▲751	3,442	333
秩父	高度急性期	33	37	▲4	31	2
	急性期	84	161	▲77	174	▲90
	包括期	220	215	5	181	39
	慢性期	216	256	▲40	214	2
	合計	553	669	▲116	600	▲47

※ 2025年必要病床数の包括期欄には、回復期の病床数を記載

2040年の必要病床数について

3　国の必要病床数

２０２５年度病床機能報告について



出典：2025年度病床機能報告

※1：端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
※2：平成25年度(2013年度) のＮＤＢのレセプトデータ 、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年) ３月中位推計）』等を用いて推計
※3：令和６年度(2024年度) のＮＤＢのレセプトデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（令和５年(2023年) 推計）』等を用いて、現在の構想区域（令和６年度）を前提に機械的に試算したもの
※4：病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。