令和8(2026)年11月24日	資料３
令和８(2026)年度第２回栃木県地域医療構想調整会議	

2040年における必要病床数について

栃木県保健福祉部医療政策課

１　必要病床数の考え方について（概要説明）

２　本県における検討の進め方

３　2040年における必要病床数に係る議論の方向性

４　まとめ、ご意見をいただきたいこと

１　必要病床数の考え方について（概要説明）

1　必要病床数の考え方について（概要説明）

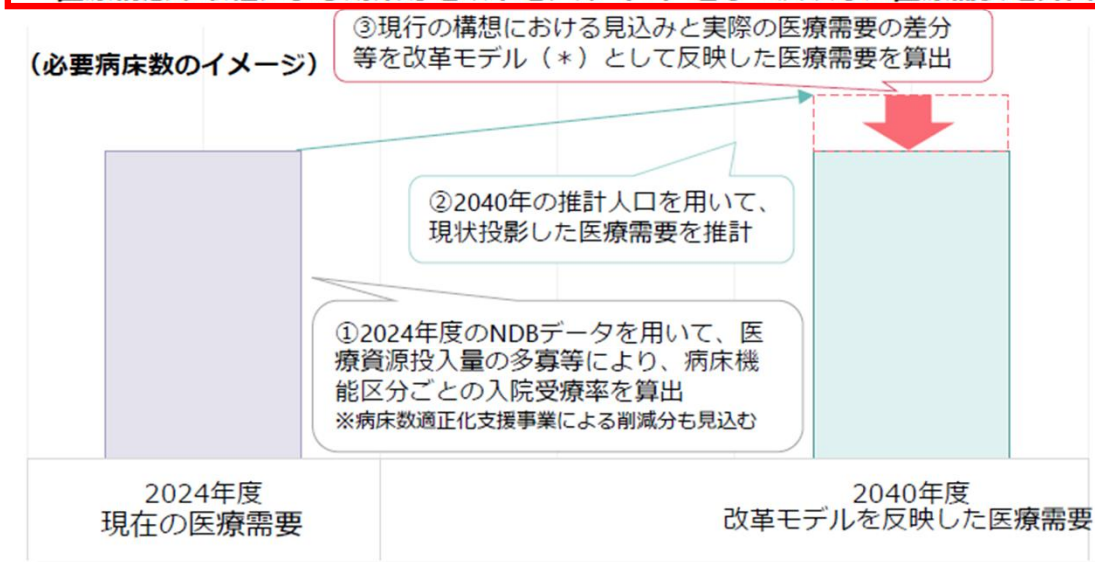
2040年の必要病床数について

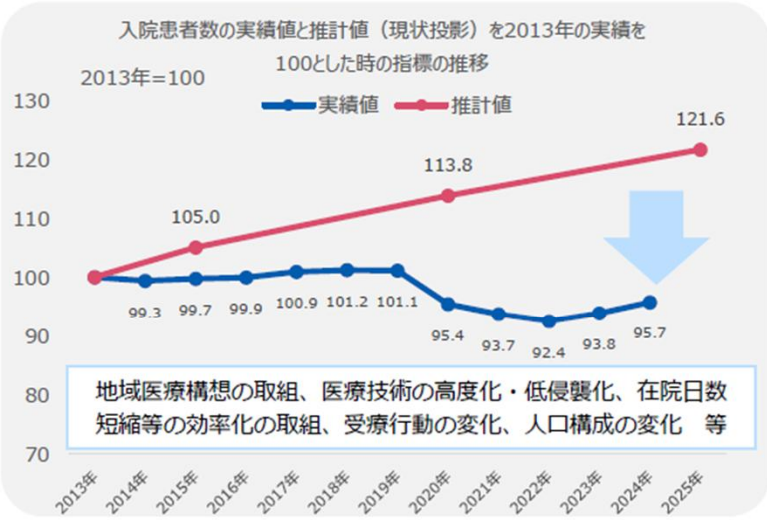
厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」より

必要病床数の考え方

○　2040年の病床機能区分別の必要病床数については、**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**し、**②2040年度の性・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その上で、地域医療構想の取組による効果等を改革モデル（＊）として反映した医療需要を算出**、病床稼働率で割り戻し、病床数に変換する。

（必要病床数のイメージ）





＊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、入院受入時からの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。
- 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等に鑑み、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。
- 回リハ病棟入院料を算定する整形外科患者について、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算出し、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。

必要病床数の留意点

○　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にあわせ、2030年と2036年で見直し**を行う。

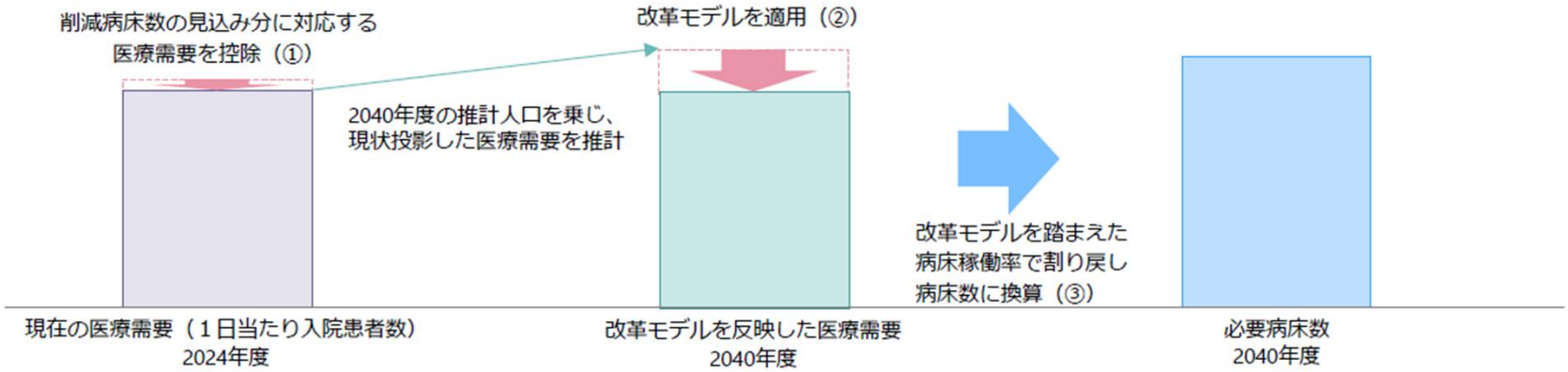
70

1　必要病床数の考え方について（概要説明）

2040年の必要病床数の算出について

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」より

必要病床数の算出のイメージ



	概要	内容
①	病床数適正化支援事業による削減病床数の見込み分の反映	・令和７年度補正予算による病床数適正化支援事業は、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、当該事業趣旨を踏まえ、病床数削減を前提とした推計を行う。 ・一般病床・療養病床の必要病床数を超える約5.6万床のうち、稼働病床と見込まれる約3.2万床分について、一般病床・療養病床の病床利用率を乗じ、入院患者数に換算。 ・一般病床・療養病床の入院患者数から、上記患者数を控除した場合の減少率を算出し、「１－減少率」を性・年齢階級別の一般病床・療養病床の入院患者数に乗じる。
②	改革モデルの適用 （現行構想の効果の反映）	・現行構想の取組等による効果分として、現行構想策定時の2024年度の推計患者数（現状投影）と2024年度の患者数（実績値）の差分の比率を乗ずる。
	（包括期への移行）	・75歳以上の急性期の入院患者の50%を包括期に移行する。
	（回復期リハの効率化）	・回復期リハビリテーション病棟の入院患者数のうち整形外科分の平均在院日数について、地域包括ケア病棟での平均在院日数との差分の減少を見込む。
③	改革モデルを踏まえた病床数への換算	・現在の各病床機能区分ごと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率を高める取組に資するよう、低い病床稼働率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%とする。 ・さらに、今後の医療ＤＸ等の取組等による、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として、高度急性期・急性期＋１%、包括期＋２%、慢性期＋0.5%をそれぞれ加える。

71

1　必要病床数の考え方について（概要説明）

必要病床数の算出

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」より

- 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。

国が**「必要病床数推計ツール」**により計算した**必要病床数の総和は変更不可**（例えば、ある構想区域の必要病床数を100床増やすためには、他の構想区域の必要病床数を100床減らす必要がある）

- 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。

最終的に計算に用いられる病床稼働率は、**高度急性期79%、急性期84%、包括期89%、慢性期92.5%**

- 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。

1　必要病床数の考え方について（概要説明）

病床機能報告における報告の目安

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」より

機能区分	機能の内容	目安となる入院料
高度急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供する機能	・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料 ・ハイケアユニット入院医療管理料 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 ・総合周産期特定集中治療室管理料 ・新生児治療回復室入院医療管理料 ・一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能	・急性期病院A、B一般入院料 ・急性期一般入院料１～６ ・特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） ・専門病院入院基本料（7:1、10:1） ・小児入院医療管理料１～３
包括期機能	・高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 ・急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	・地域一般入院料１～３ ・専門病院入院基本料（13:1） ・有床診療所入院基本料１、４ ・地域包括医療病棟入院料 ・小児入院医療管理料４、５ ・回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 ・特定一般病棟入院料 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	・療養病棟入院料１～２ ・障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） ・有床診療所入院基本料２、３、５、６ ・有床診療所療養病床入院基本料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・特殊疾患病棟入院料 ・緩和ケア病棟入院料

※　診療報酬改定に伴い入院料等の種類が変更された場合は適宜見直しを行う。

23

R7病床機能報告マニュアルでは急性期・回復期の両方に記載されていたが、明確に「包括期」として位置づけられた

必要病床数と病床機能報告について

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」より

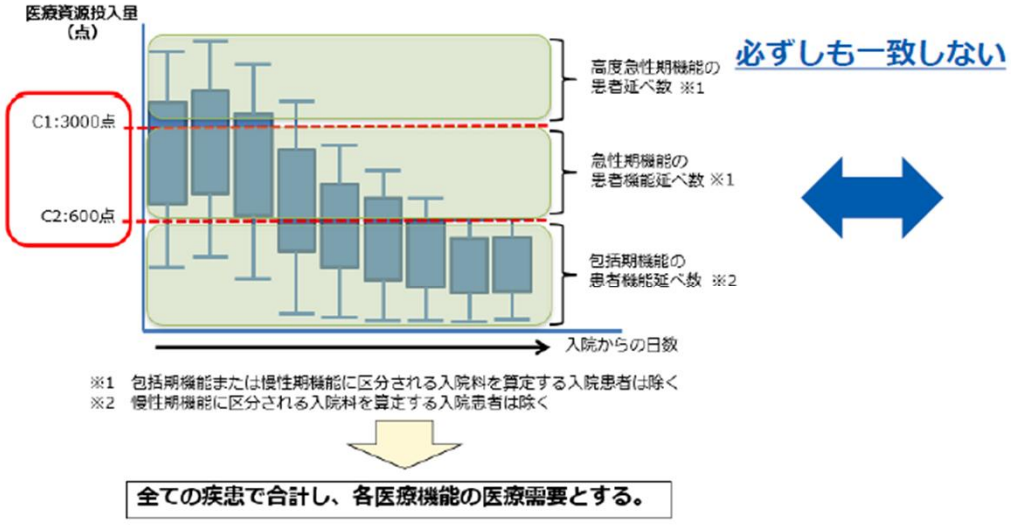
必要病床数と病床機能報告の比較

○　必要病床数については、現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計するものであり、地域ごとに患者の日ごとの医療資源投入量を確認し、医療資源投入量等に応じてどの機能区分に該当するかを精緻に算出している。このため、**医療機関や病棟によらない地域全体で見込まれる医療需要を算出**したものとなる（下記①）。

○　一方、病床機能報告については、医療機関が有する病床が担う役割を明確化するためのものであり、病棟には通常、様々な機能区分に該当する患者が混在することから、**病床機能報告としては、最も適する一つの機能区分を選択**することとしている（下記②）。

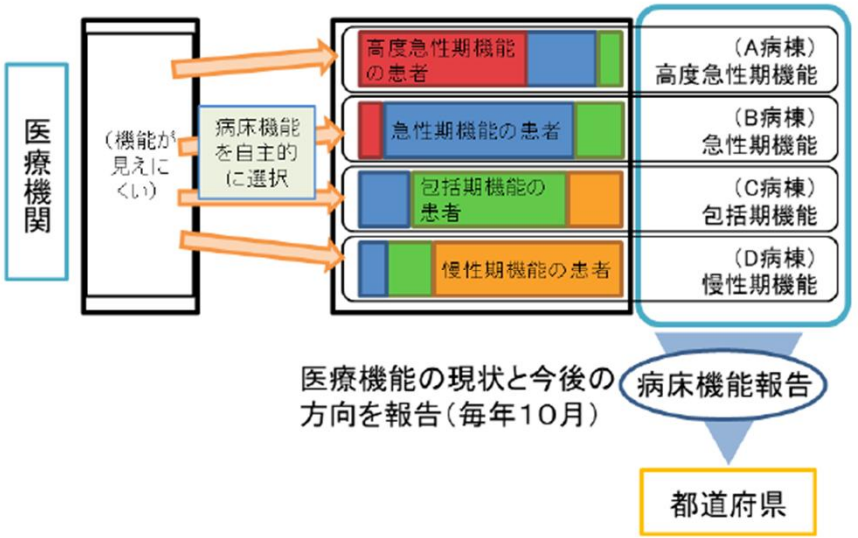
○　このため、**医療機関から報告される病床機能報告における機能区分ごとの病床数の総和**は、サービス提供単位としての病棟ごとの病床数の総和であり、**必ずしも必要病床数と一致しない。**

①必要病床数の算出のイメージ



必ずしも一致しない

②病床機能報告のイメージ



72

1　必要病床数の考え方について（概要説明）

病床整備の考え方について

厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン参考資料」より

病床整備の方向性

○　**入院医療需要が長期的に減少**していくことが見込まれる中、**全体としてはダウンサイズを進め**つつ、今後需要の増加が見込まれる**包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備**していくことが重要である。

○　構想区域ごとに、足元の病床機能報告における病床数と2040年の必要病床数の比較を、病床機能別の比較も含め行っていくとともに、**背景にある医療需要の動向**や**病床の利用実態**等を把握した上で、**医療機関機能の確保の方向性**を踏まえ、**各医療機関が担う役割に応じた形で病床の機能分化・連携を進める。**

病床整備の留意点

①病床機能報告と必要病床数の比較について

○　病床機能報告に基づく病床数と必要病床数については、それぞれ算出方法が異なり、両者の数値を比較し、マクロの病床規模を把握していくことは引き続き重要であるものの、入院受療率が中長期的に低下していくことが見込まれる中、現に病床の不足により入院医療の提供が困難となっているといった状況が確認されていない場合において、**両者に差分があることをもって直ちに増床等が必要と判断することは適当ではない。**

②既存の病床の活用について

○　ある病床機能の不足が課題となる場合であっても、地域における当該病床機能を有する各医療機関の病床稼働率等を踏まえ、増床をせずとも、**既存の病床を有効に活用することで、当該病床機能に係る患者の受入体制を確保できないか等を検討**することも重要である。

③構想区域内の地域差を踏まえた病床整備について

○　構想区域の広域化を行った場合等、構想区域内において医療資源の地域差が見られる場合については、あくまで、区域の中でも相対的に医療資源が少ない地域において病床を確保することが望ましい場合がある。このため、**増床等の必要性を単に構想区域全体で一体的に判断するのではなく**、市区町村単位等の一定の地域ごとに、**機能区分別の病床数や各医療機関の医療機関機能、病床稼働率等を把握・整理**した上で、**特に必要性が認められる地域において、増床等の病床整備を行うといった対応を検討する**ことが重要である。

73

1　必要病床数の考え方について（概要説明）

必要病床数等に係る都道府県知事権限

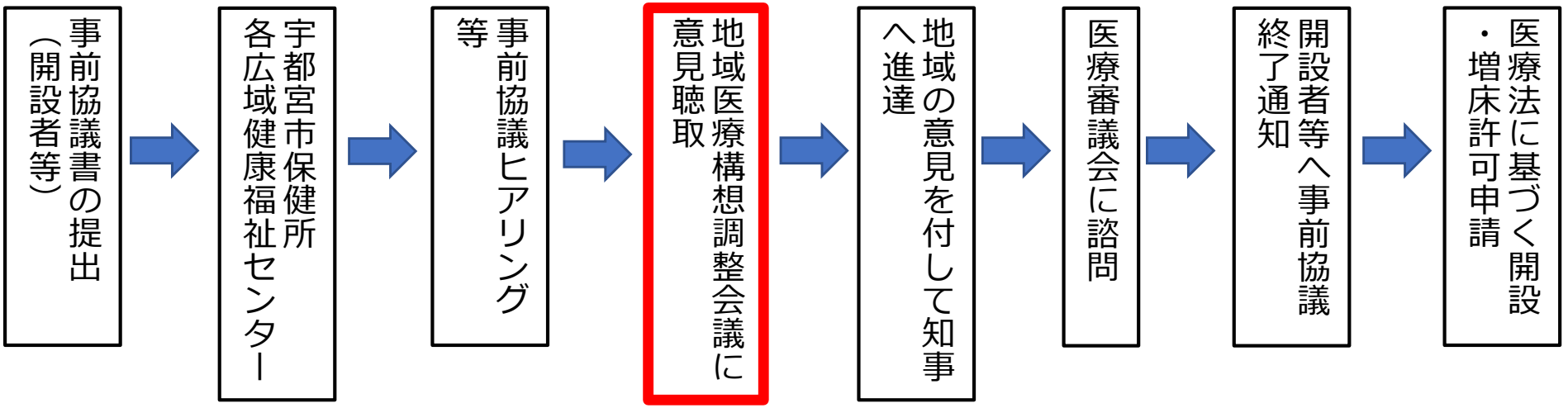
厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」より

- 第８次医療計画においては、基準病床数が必要病床数を大幅に上回る都道府県が一定数存在し、当該都道府県のうち一部において、将来の病床数の必要量を超えた病床整備を行おうとする事例があった。このため、一層効率的な病床整備を実効的に行うことができるよう、改正医療法において、増床の申請があった場合であって、**以下のいずれにも該当するとき**は、申請者に理由等の提出及び地域医療構想調整会議での説明、都道府県医療審議会での説明を求め、これらを踏まえ、**地域医療構想の達成の推進のために当該申請に係る病床を必要としないと認めるときは、増床の許可を与えないことができる**こととした。
  - **当該申請により既存病床数が基準病床数に満たないと認めるとき**
  - **当該申請により既存病床数が将来の病床数の必要量を超えることになると認めるとき**

令和９年４月１日施行の改正内容
- 改正前：調整会議での協議、勧告、公表などはできたが、必要病床数を超えることのみを理由に増床許可をしないことは不可
- 改正後：基準病床数未満であっても必要病床数を超える場合で、地域医療構想の達成の推進のために当該申請に係る病床を必要としないと認めるときは、増床の許可を与えないことができる

【参考】病院等の開設・増床に係る手続の流れ

- 手続の流れは下図のとおりであり、今後も変更なし



２　本県における検討の進め方

2　本県における検討の進め方

2040年における必要病床数の決定までの流れ

第2回 県版調整会議 → 第２回 各地域の調整会議 → 第３回 各地域の調整会議 → 第３回 県版調整会議

① 「必要病床数推計ツール」に基づき算出された構想区域・病床機能ごとの必要病床数を提示

② 必要病床数に係る検討の進め方について整理

③ 構想区域ごとに、「必要病床数推計ツール」に基づき算出された必要病床数について、修正の必要性の有無を協議（※）

④ 構想区域ごとの必要病床数を決定

⑤ 県全体の必要病床数を決定

※「必要病床数推計ツール」に基づき算出された必要病床数は、地域医療構想策定ガイドラインに示されている「病床数適正化支援事業による削減病床数の見込み分」や「改革モデル」の内容を反映したものであり、当該内容自体の変更・修正は不可だが、患者流出入のデータ等に基づき、構想区域間での患者の流出入を加味することは可能

➡今後、病院の再編（移転）等により入院患者の流出入状況に大きな変化が見込まれる場合は、構想区域毎の必要病床数の修正を検討、そうでない場合は国の計算結果のとおり必要病床数を設定（県全体の必要病床数は変更しないことを想定）

協議内容　「今後の入院患者の流出入状況の変化の見込みについて」

さらに、参考として、R4年度DPCデータをもとに県で計算した2040年の病床数の推計結果を確認することで、国から示された必要病床数の値の検証を行う

3　2040年における必要病床数に係る議論の方向性

3(1) 必要病床数(案)の提示

県全体の必要病床数（案）

- 国が「必要病床数推計ツール」により計算した本県の2040年における必要病床数は下表のとおり
- 県全体で見ると、②現時点での病床数は、③2040年の必要病床数（改革モデル反映後）よりも**約250床多い**状況（病床機能毎の内訳についてはR8病床機能報告結果で把握）
- 病床機能別では、①R7病床機能報告と③2040年の必要病床数（改革モデル反映後）を比較すると「包括期」が圧倒的に不足しているように見えるが、①の「急性期」のうち一定数が③では「急性期」ではなく「包括期」に含まれることによる影響もあるため、実際の差異は①と③の比較ほどは大きくないと推察される
- 構想区域ごとの内訳は次ページ以降に記載
  - **宇都宮、県東**では現時点での病床数が2040年の必要病床数より少なく（② ＜③）、その差が最も大きいのは**宇都宮**（約160床）
  - **県北、県西、県南、両毛**では現時点での病床数が2040年の必要病床数より多く（②＞ ③）、その差が最も大きいのは**両毛**（約204床）
  - いずれの地域でも、「包括期」の必要病床数が多く設定されている

	機能区分	①2025年の既存病床数(R7病床機能報告)	②左記からR7,R8病床数適正化支援事業による削減分を差し引いた病床数	③2040年の必要病床数(改革モデル反映後)	④基準病床数(第８期栃木県保健医療計画)	【参考】2040年の必要病床数(現状投影)
県全体	高度急性期	2,987	–	1,996.6	–	2,224.6
	急性期	7,661	–	3,802.0	–	6,525.4
	包括期	（回復期） 1,863	–	5,924.1	–	5,676.0
	慢性期	3,361	–	3,328.7	–	3,999.3
	休棟中	528	–	–	–	–
	計	**16,400**	**15,302**	**15,051.4**	**16,529**	**18,425.4**

※②については、①の合計数から病床数適正化事業による削減分（申請中を含む）を差し引いた病床数を計上している。

3(1) 必要病床数(案)の提示

構想区域ごとの必要病床数（案）

	機能区分	①2025年の既存病床数(R7病床機能報告)	②左記からR7,R8病床数適正化支援事業による削減分を差し引いた病床数	③2040年の必要病床数(改革モデル反映後)	③基準病床数(第８期栃木県保健医療計画)	【参考】2040年の必要病床数(現状投影)
県北	高度急性期	431	–	284.0	–	316.2
	急性期	1,374	–	614.2	–	1,109.7
	包括期	（回復期） 320	–	1,105.3	–	1,037.0
	慢性期	674	–	553.9	–	666.9
	休棟中	51	–	–	–	–
	計	**2,850**	**2,641**	**2,557.4**	**2,797**	**3,129.8**
県西	高度急性期	4	–	106.8	–	119.7
	急性期	864	–	266.8	–	503.6
	包括期	（回復期） 28	–	439.9	–	358.1
	慢性期	279	–	288.7	–	352.0
	休棟中	14	–	–	–	–
	計	**1,189**	**1,113**	**1,102.2**	**1,054**	**1,333.4**
宇都宮	高度急性期	515	–	486.4	–	547.3
	急性期	2,025	–	1,023.3	–	1,739.4
	包括期	（回復期） 776	–	1,724.7	–	1,737.6
	慢性期	1,018	–	1,187.1	–	1,426.8
	休棟中	104	–	–	–	–
	計	**4,438**	**4,262**	**4,421.6**	**4,385**	**5,451.1**

3(1) 必要病床数(案)の提示

構想区域ごとの必要病床数（案）

	機能区分	①2025年の既存病床数(R7病床機能報告)	②左記からR7,R8病床数適正化支援事業による削減分を差し引いた病床数	③2040年の必要病床数(改革モデル反映後)	③基準病床数(第８期栃木県保健医療計画)	【参考】2040年の必要病床数(現状投影)
県東	高度急性期	47	–	86.1	–	94.7
	急性期	495	–	198.2	–	369.4
	包括期	（回復期） 40	–	311.7	–	253.6
	慢性期	148	–	163.3	–	200.6
	休棟中	44	–	–	–	–
	計	**774**	**737**	**759.3**	**759**	**918.3**
県南	高度急性期	1,949	–	835.5	–	924.6
	急性期	1,521	–	1,208.1	–	1,947.8
	包括期	（回復期） 501	–	1,674.0	–	1,723.3
	慢性期	625	–	626.7	–	751.9
	休棟中	272	–	–	–	–
	計	**4,868**	**4,478**	**4,344.2**	**5,216**	**5,347.6**
両毛	高度急性期	41	–	197.7	–	222.1
	急性期	1,382	–	491.6	–	855.6
	包括期	（回復期） 198	–	668.5	–	566.3
	慢性期	617	–	508.9	–	601.2
	休棟中	43	–	–	–	–
	計	**2,281**	**2,071**	**1,866.7**	**2,318**	**2,245.2**

3(2) 各区域における議論の方向性

2040年の必要病床数（現状投影型）の確度の検証（DPCデータを用いた分析）

【状況の整理】

- 厚生労働省「必要病床数推計ツール」に基づき算出された必要病床数は**原則として修正不可**
  （将来的に患者の流出入状況が大きく変化する要因（例：構想区域を越えた病院の移転予定 等）があれば、該当の構想区域間での調整は可）
- 現状投影の推計から修正する**「改革モデル」の内容（計算式）は明示されていない**ことから、**改革モデル反映後の数値との比較検証は不可**
- 当課が保有するデータをもとに独自で病床数の推計を行い、**改革モデル反映前（現状投影）の数値との比較検証**を行う

【対象データ】

- R4年度DPCデータ（EFファイル）　※県内のDPC対象66病院 / 全89病院（精神科単科病院を除く）のデータ

【分析の概要】

1．R4年度DPCデータから入院基本料別、医療資源投入量別に、病床機能毎の総入院数（人日）を集計
※ 医療資源投入量の区分は下表のとおり

病床機能	1日あたりの医療資源投入量	病床機能	1日あたりの医療資源投入量
高度急性期	3,000点～	回復期	175～599点
急性期	600～2,999点	慢性期	～174点

2．患者の居住市町・年齢階級・性別ごとに人口増減率を掛け合わせ、将来の医療需要推計を算出

3．国が算出した2040年の必要病床数（現状投影型）との比較検証を行う

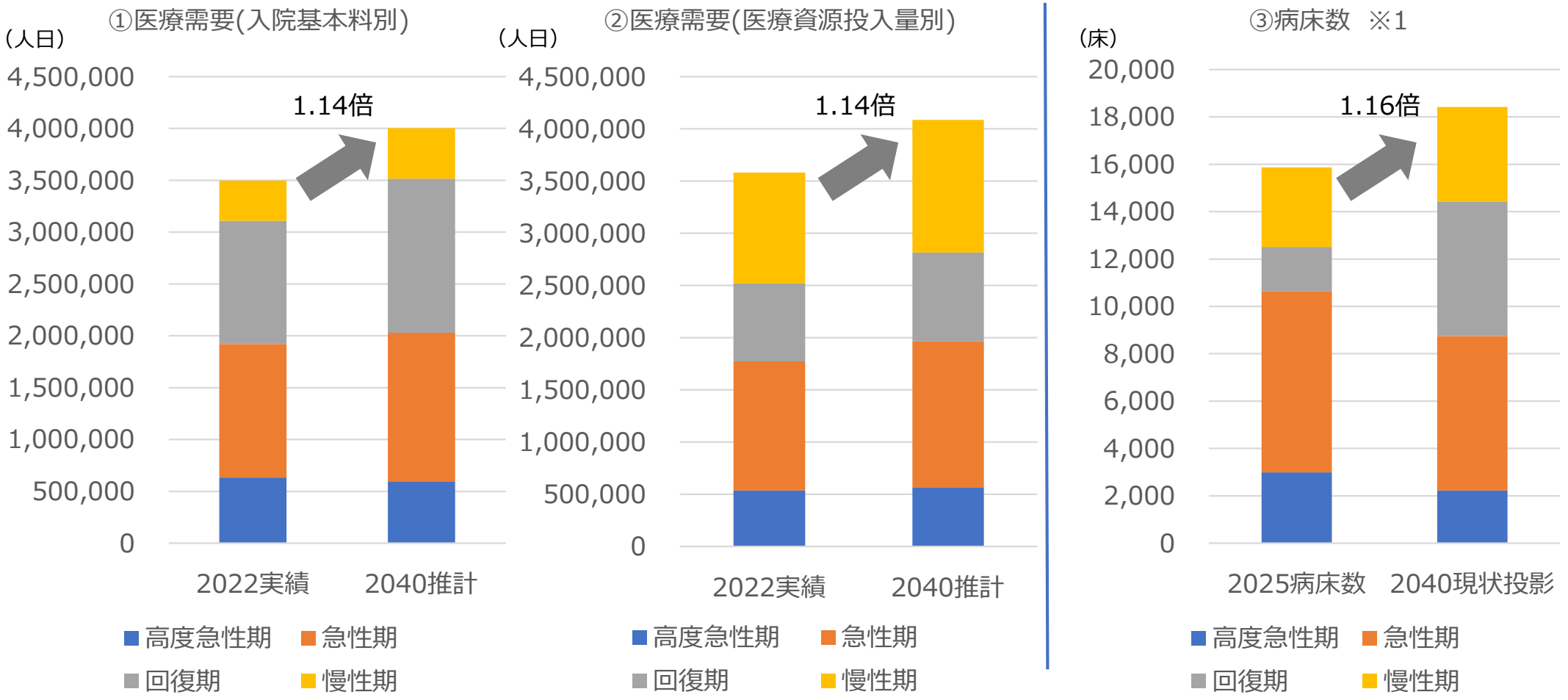
※留意点
- DPCのデータをもとにしているため、全病院のデータではない。
- DPCデータのため急性期の医療を提供している医療機関のデータは網羅されているが、回復期・慢性期は一部除かれたデータとなっている。
- 国から示された必要病床数については、計算の過程が明示されていない点があるため、DPCデータによる分析は病床稼働率で割り戻す前の「医療需要」ベースで示している。国への確認や引き続きやデータ分析を行い、第３回の調整会議では精緻な検証結果を提示したい。

3(2) 各区域における議論の方向性

2040年の必要病床数（現状投影型）の確度の検証（DPCデータを用いた分析）【分析例】

- 今回は県全体のデータを提示（**各区域の調整会議では、区域毎のデータを示して、以下のような観点から議論を行う**）
- 2040年の推計値は、①、②及び③いずれも医療需要の高い高齢者増などにより現状より増加傾向にあり、その増加割合は①、②はいずれも約1.14倍であるのに対して③は約1.16倍となっており、その差は0.02ポイント
- ③2040年の県全体の必要病床数（現状投影型）の合計は18,425.4床であるので、これに0.02を乗じる**と約368床の差異がある**こととなる

➡入院実績のデータと2040年の国推計値とのあいだに、**看過できないほどの大きな差異はない**といえるのではないか



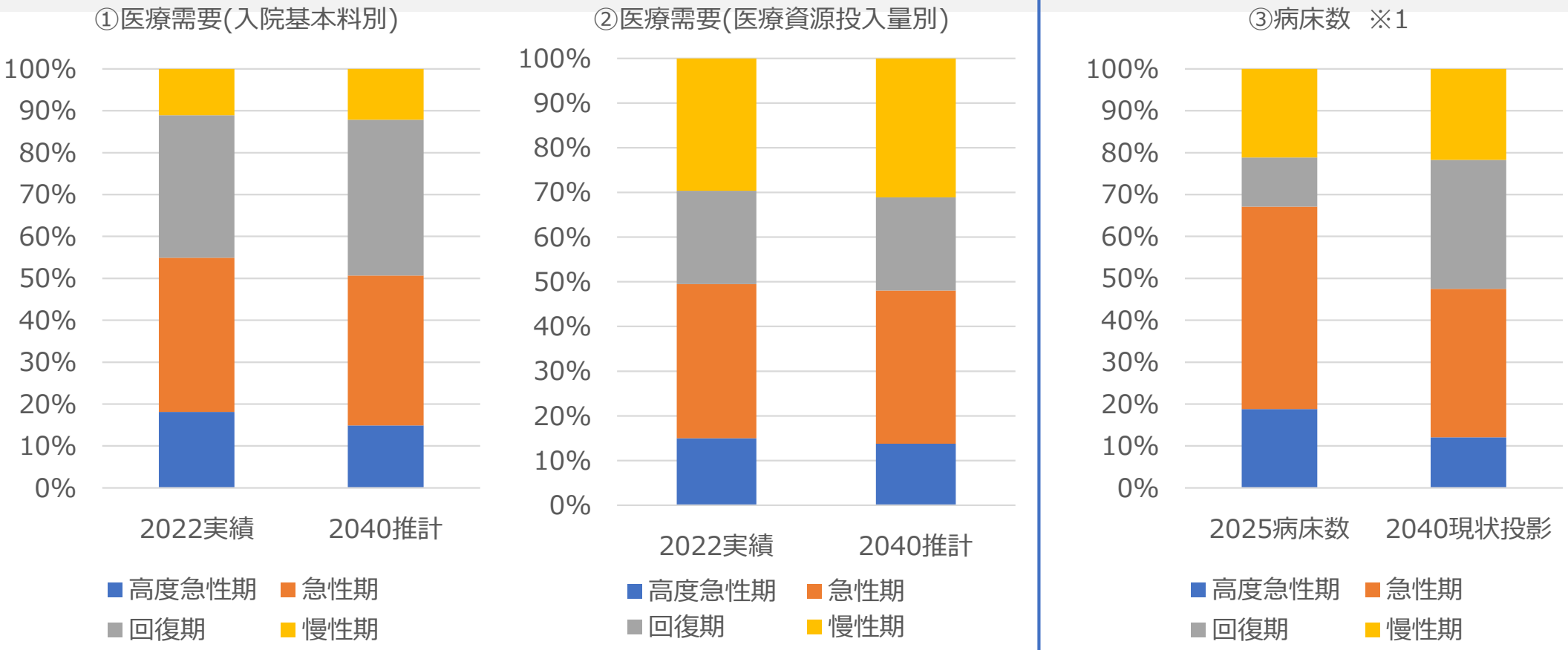
※1 「2025病床数」は令和7年度病床機能報告、「2040現状投影」は国推計結果より

3(2) 各区域における議論の方向性

2040年の必要病床数（現状投影型）の確度の検証（DPCデータを用いた分析）【分析例】

- ①、②はDPCデータの集計結果であり高度急性期・急性期は網羅されていることから、これらの比率が国推計結果と比較して近しい値であれば一定の確度を有していると認められると考え、以下のデータを整理したもの
- 前ページと同一のデータについて、病床機能別の「**割合**」で比較した結果、①と③、②と③を見ると、**（高度急性期＋急性期）の比率はほぼ同じ**となっている
- ③と比較すると②は回復期が少なく慢性期が多くなっているが、②は１日あたりの医療資源投入量で区分しており、急性期の患者でも退院間際の日などは慢性期に分類されうることなどが要因と推察される

➡（高度急性期+急性期）と（回復期+慢性期）の比率については、**①と③、②と③との差異はそれほど大きなものではない**ことから、国の推計結果は一定の確度を有しているのではないか



※1 「2025病床数」は令和7年度病床機能報告、「2040現状投影」は国推計結果より

４　まとめ、ご意見をいただきたいこと

4　まとめ、ご意見をいただきたいこと

(1) まとめ

- 2040年の必要病床数については、国が計算した結果が示されたところ
- 基本的に当該計算結果を修正することは不可だが、患者流出入状況に大きな変化が生じる見込みであれば調整可能とされている（ただし、全体での合計数は変更不可）
- 各区域の地域医療構想調整会議では、**今後の入院患者の流出入状況の変化の見込み**について協議いただく
- DPCデータをもとに2040年の病床数を算出し、**区域毎に検証を行う**（但し、国の推計値の算出方法など明示されていない点があるため、引き続き検証を行い、第３回の各地域の調整会議においてより精緻な分析結果を提示することとしたい）

(2) ご意見をいただきたいこと

- 各区域の地域医療構想調整会議での**議論の方向性**について、本資料のとおりとしてよろしいか
- 各地域で2040年の必要病床数の決定に向けた協議を実施するにあたり、**今回示した手法以外で、具体的にどのようなデータ分析**が有効と考えるか

