

第3節 2025年度における医療需要と病床数の必要量等の推計

1. 病床数の必要量の推計値が持つ意義

地域医療構想における病床数の必要量の推計値（必要病床数）は、基本的に国の法令通知に従って推計しています。これは2013年度（平成25年度）のデータを使った一定の仮定等の下での推計であり、推計結果は将来の医療提供体制を検討するための参考値であって、将来の病床数の目標値という位置付けではありません。また、推計値は2025年度に必要とされる病床数の推計値であり、医療計画上の病床の適正配置を促進するための基準である基準病床数とは異なるものです。

なお、推計結果等の取り扱いについては、国から以下の考え方が示されており、県としてもこの考え方により推計結果を取り扱っていきます。

- ・地域医療構想は、都道府県、医療関係者等が、将来の医療需要の変化を共有し、それに適合した医療提供体制を構築するための、自主的な取組が基本である。
- ・医療法改正で都道府県知事の対応の規定を新設したが、不足している医療機能の充足等を求めるものなどであり、稼働している病床を削減させるような権限は存在しない。
- ・在宅医療等も含めた地域医療提供体制を全体として検討される中で、需要に応じた適切な医療提供体制、病床数となっていくものである。
- ・単純に「我が県は〇〇床削減しなければならない」といった誤った理解とならないように願います。

出典：平成27年6月18日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡

2. 構想区域の設定

地域医療構想の策定にあたり基本的な単位となる構想区域については、「現行の二次医療圏を基本として、人口構造の変化の見通しその他の医療需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定すること」（医療法施行規則第30条の28の2）とされています。

県では、第6次保健医療計画（平成25～29年度）で定めた10の二次医療圏を基本に医療提供体制の整備を図っていることから、現行の二次医療圏を構想区域として設定し、地域医療構想を策定することとします。



3. 構想区域における将来の医療需要と病床数の必要量の推計

(1) 推計方法の根拠

将来の医療需要等の推計に当たっては、全国統一的な算定をするため、推計方法が国の法令通知で詳細に定められています。

【根拠法令】

- ・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) 将来の医療需要及び病床数の必要量の推計手順

国が定めた推計の手順^{※1}は以下のとおりです。

I. 性別・年齢階級別の2013年度の入院患者数^{※2}を365で割り、1日当たり入院患者数を算出

II. Iを2013年の性別・年齢階級別の人口で割り、入院受療率を算出(4医療機能ごと)

III. IIに2025年の性別・年齢階級別の人口^{※3}をかけ、2025年度の医療需要(人/日)を推計^{※4}

IV. 医療提供の地域間の役割分担等を踏まえ、都道府県間・構想区域間の患者流出入を調整

V. 医療需要(人/日)を、4医療機能ごと全国一律の病床稼働率^{※5}で割り戻し必要病床数を推計

※1: 在宅医療等の医療需要は表の手順とは別に、在宅患者訪問診療料を算定している患者数と介護老人保健施設の施設サービス需給者数も用いて推計する。

※2: 2013年度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。

※3: 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(2013年3月出生中位推計)」を用いる。

※4: 推計値には、現行の医療機関所在地へ患者流出入が続いたまま将来に移行すると仮定した「医療機関所在地ベース」と、将来、患者住所地の医療圏ですべての医療需要をまかなうと仮定した「患者住所地ベース」の2種類の推計がある。

※5: 病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%とする。(全国一律の設定)

(3) 病床の機能区分

医療需要の推計に当たり、4つの医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)のうち、高度急性期・急性期・回復期は主に医療資源投入量によって区分します。

医療資源投入量とは、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値であり、1点10円として金額に換算されるので、例えば3,000点以上に区分される高度急性期は1日3万円以上の医療行為をする水準と解釈することができます。

なお、地域医療構想の推計に用いる区分と、医療機関が毎年県に報告する病床機能報告制度[※]の区分は21ページの表のとおり定義が異なっているため、単純に比較することはできません。

病床機能報告制度においては、4つの医療機能は定量的な基準ではなく定性的に区分し、また、病床機能の選択は医療機関の自主的な判断に基づき、複数の機能を担っている病棟でも主な機能を1つ選択して病棟単位で報告することとされています。一方、地域医療構想における機能区分は、法令に基づき定量的な診療報酬点数等をもとに区分されています。

※病床機能報告制度

医療法に基づき、医療機関が毎年、その有する病床(一般病床及び療養病床)の現在の機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分から病棟ごとに1つを選択)や6年後の機能区分の予定、構造設備・人員配置に関する項目等を都道府県に報告する制度で平成26年度から開始された。病床の機能区分は医療機関の自主的な判断による報告のため、機能区分の解釈が医療機関によって大きく食い違わないよう制度の見直しを求める意見がある。

報告結果は長野県公式ホームページで公表している。

表 地域医療構想と病床機能報告制度における区分の比較

地域医療構想における区分		病床機能報告における区分	
高度急性期	・医療資源投入量*が 3,000 点以上	高度急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	・医療資源投入量*が 600～3,000 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	・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
回復期	・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 ・ <u>回復期リハビリテーション病棟</u>	回復期	・急性期を経過した患者への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（日常生活動作）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期及び在宅医療	・リハビリ分の点数を加えた医療資源投入量*が 175 点未満 ・ <u>障害者施設・特殊疾患病棟</u> ・療養病床 ・介護老人保健施設 ・訪問診療	慢性期	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・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。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能
		在宅医療	—

*入院基本料相当分と一部のリハビリ分の点数を除いた診療報酬点数
下線の入院患者数は、医療資源投入量に関わらず、当該区分に含める。

出典:「地域医療構想策定ガイドライン」より作成

(4) 慢性期の推計

ア 慢性期の医療需要推計の考え方

主に慢性期機能を担っている療養病床は、診療報酬が包括算定されているため一般病床のように医療資源投入量による機能区分が難しいことや、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の縮小を目指していく観点などから、慢性期の医療需要は介護施設等を含む在宅医療等*と一体的に推計を行うこととされています。

※在宅医療等

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。

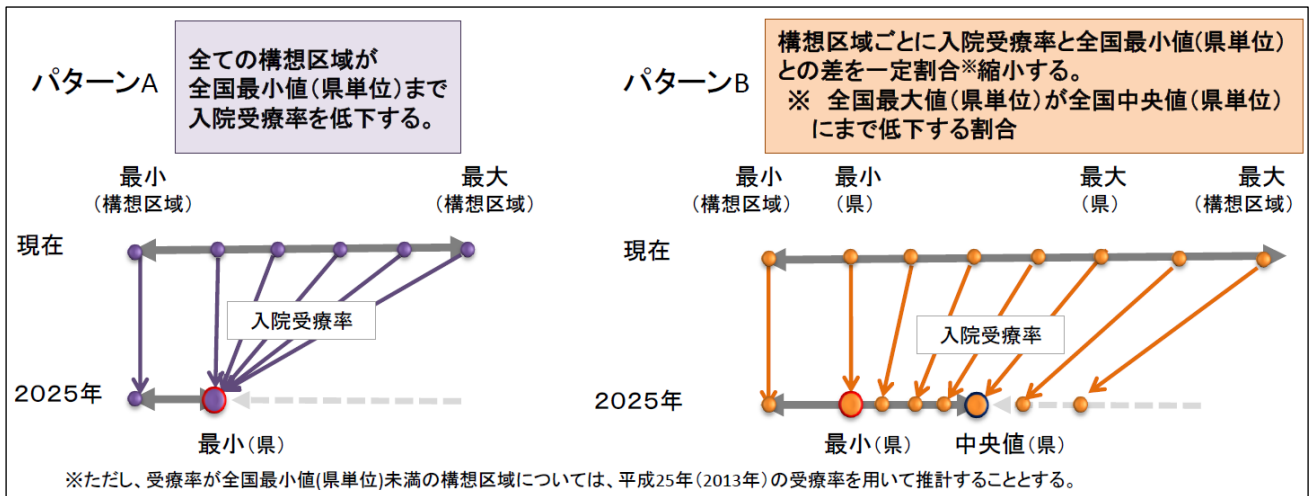
イ 療養病床の入院受療率の設定

地域医療構想では、療養病床の入院受療率の地域差を一定程度縮小するという仮定のもとに慢性期医療需要の推計を行います。推計に当たっては、県がパターンAからパターンBの範囲内で推計方法を設定することが医療法施行規則で定められています。

長野県は、療養病床の入院受療率が山形県、宮城県に続いて全国で3番目に低い状況であることから、病床の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ます。

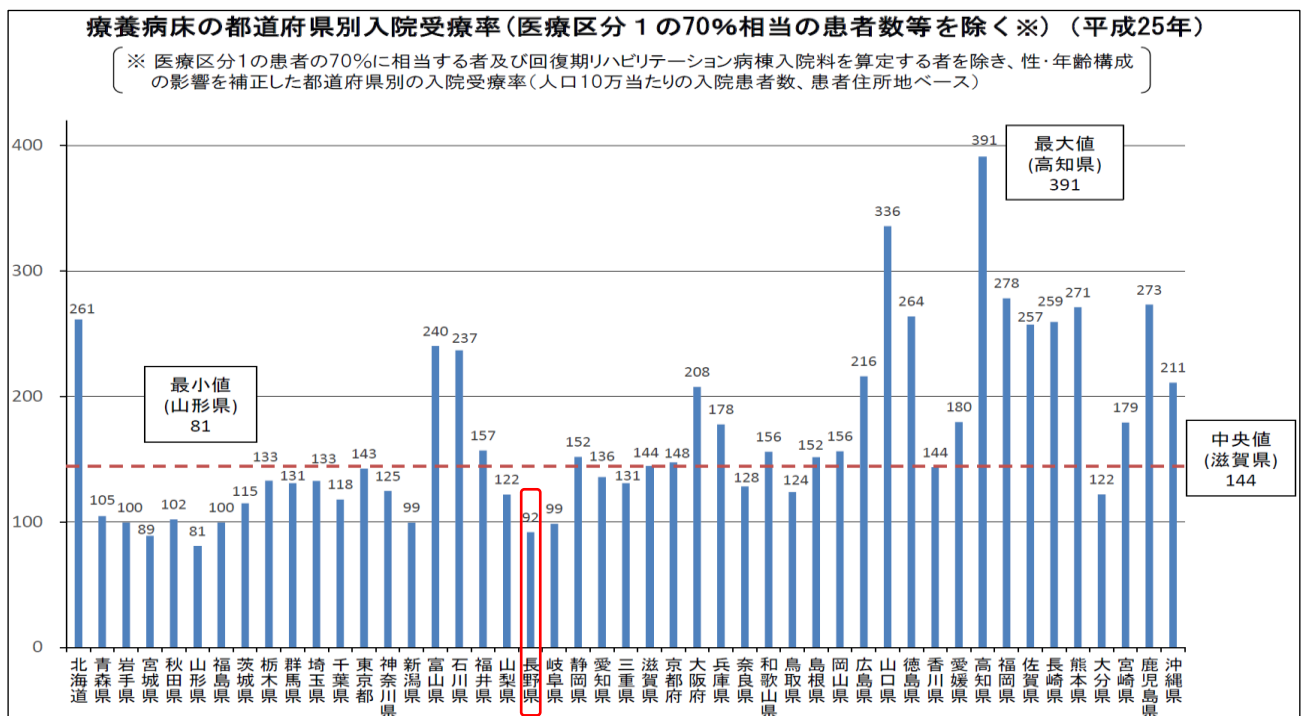
<参考>長野県のパターンAとパターンBの推計を比較すると、パターンBがパターンAより全県で約100床多い推計値となります。

図 入院受療率の地域差の解消方法（パターンA・B）



出典:「地域医療構想策定ガイドライン」

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」

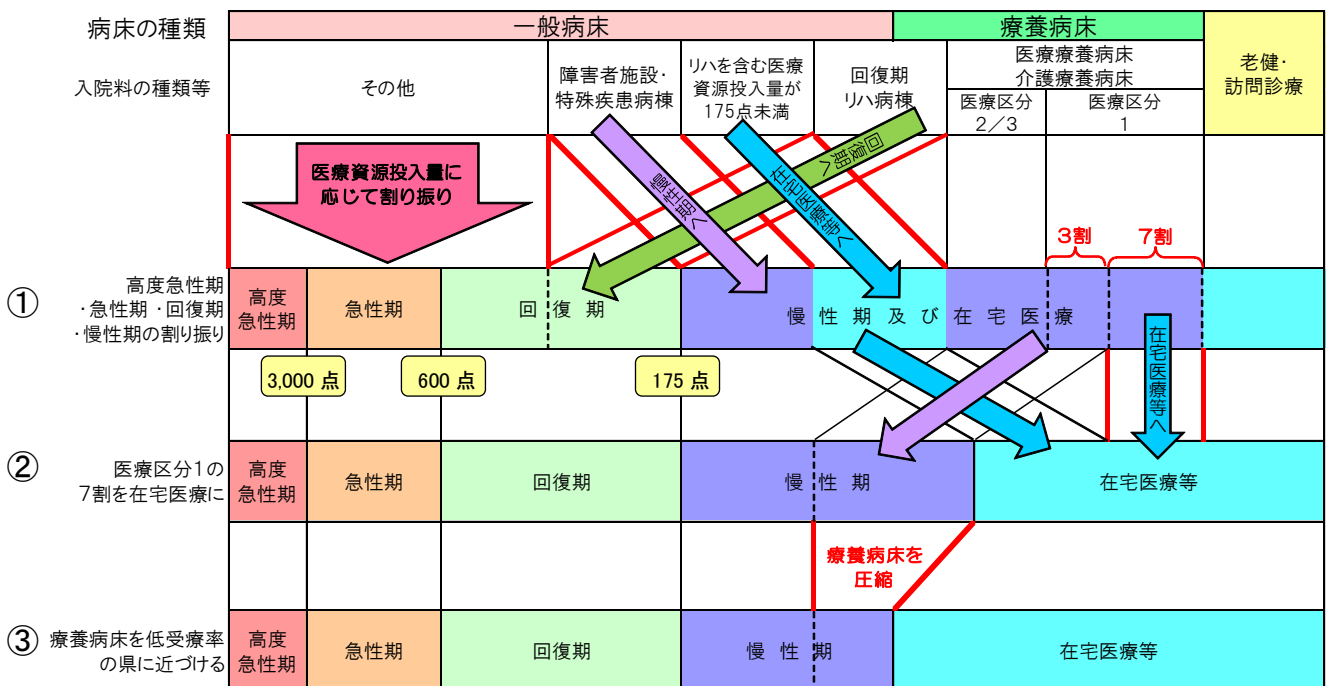
ウ 慢性期の推計手順

前述したアとイを踏まえ、国が定めた以下の手順により医療需要を推計します。

①	<ul style="list-style-type: none"> 一般病床のうち、障害者施設・特殊疾患病棟は慢性期に区分する。 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区分する。 一般病床及び療養病床のうち回復期リハビリテーション病棟は、回復期に区分する。 残りの一般病床は医療資源投入量の点数で高度急性期、急性期、回復期に振り分ける。
②	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟を除く療養病床の入院患者は慢性期に区分するが、そのうち医療区分1*の患者の7割は比較的医療ニーズが低く、将来は病床以外の自宅や介護施設等で対応可能と仮定し、在宅医療等に区分する。
③	<ul style="list-style-type: none"> ②で慢性期に振り分けた療養病床の入院患者について、入院受療率が最低の県に一定割合(全国最大値が全国中央値まで低下する割合)で近づくよう入院受療率を下げ(パターンB)、低下させた入院受療率分を在宅医療等に区分する。

*医療区分1：医療区分とは、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、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となっている。

図 病床の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」より作成

エ 慢性期の病床数推計値の低減に関する考え方

地域医療構想では、療養病床の入院患者のうち医療区分1の7割の患者は介護施設等を含めた在宅医療等では対応可能と仮定して病床数を推計します。これに関して、2015年度（平成27年度）に県内療養病床入院患者の実態を調査したところ、「病状は安定しており退院可能」な患者は医療区分1では63.7%でした。

しかし、退院可能な患者のうち、「在宅復帰準備中（退院日決定）」の患者は13.3%に留まり、「在宅での受け入れ困難のために現実には退院不可能」な患者が58.0%（複数回答）となっており、医学的には退院可能でも、実際の退院は容易ではないことがわかります。

病床の削減については、地域における在宅医療や介護サービスの充実など、患者が病床以外でも療養生活を継続できる地域包括ケア体制の構築を先行して考えていくことが必要です。

<参考> 推計方法決定の根拠となった調査

国では、以下の調査結果を参考にしながら地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会で議論し、医療区分1の7割を在宅対応可能としています。

- 「医療区分」患者状態調査（日本慢性期医療協会、2013年）
 - ・ 医療区分1の患者のうち約30%は医療区分2相当である。
- 「療養病床の再編に関する緊急調査」報告（日本医師会、2006年10月）
 - ・ 医療区分1のうち63.4%は、病状は安定しており退院可能である。

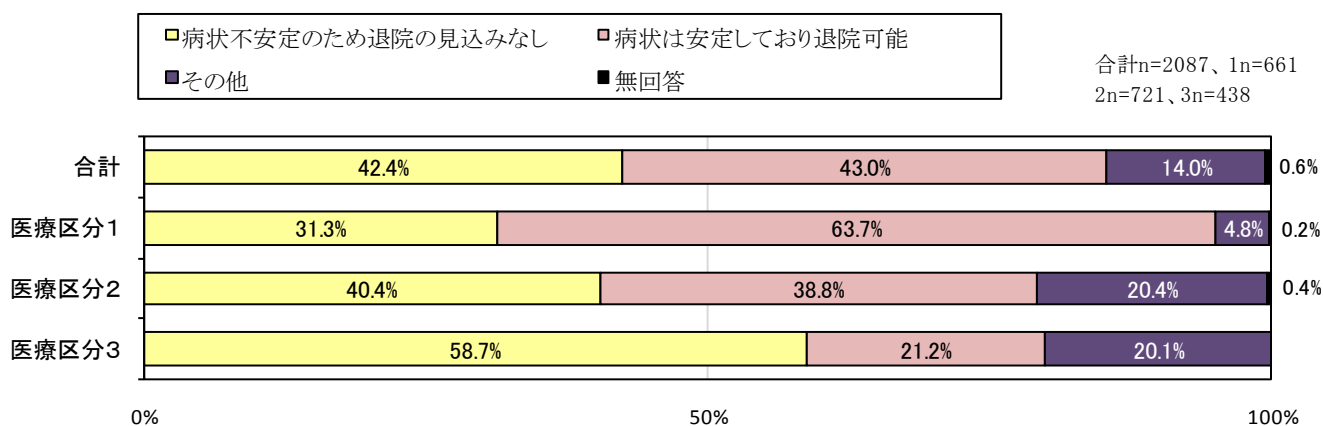
関連データ

～平成27年度長野県療養病床入院患者等実態調査から～

■ 入院患者の退院の可能性

- 入院患者の退院の可能性についてみると、医療区分1の患者については「病状は安定しており退院可能」が63.7%となっています。医療区分2・3の患者については「病状不安定のため退院の見込みなし」が多く、それぞれ40.4%、58.7%となっています。

図 入院患者の退院の可能性

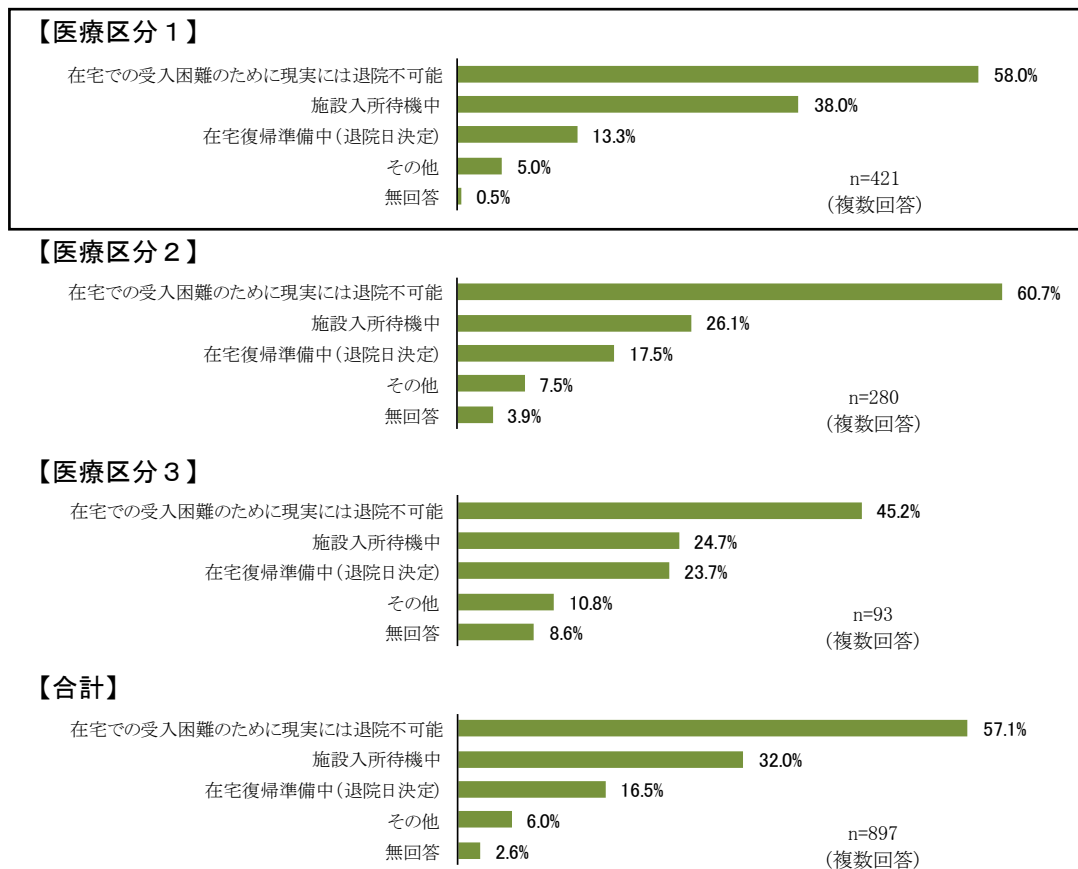


出典：長野県在宅医療等提供体制調査分析業務報告書(2016.3)

■ 退院可能な患者の状況（複数回答）

- 退院可能な患者の状況についてみると、医療区分にかかわらず「在宅での受け入れ困難のため現実には退院不可能」が多くなっています。他の医療区分と比較して、医療区分1の患者では「施設入所待機中」の割合が38.0%と多くなっています。

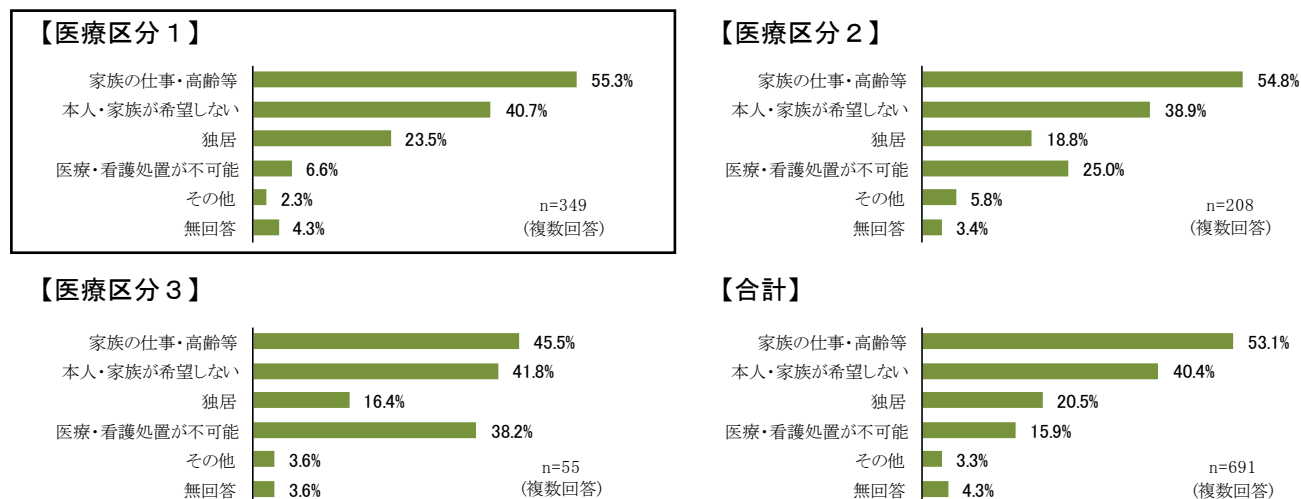
図 退院可能な患者の状況（複数回答）



■ 在宅での受け入れが困難とされる理由

- 在宅での受け入れが困難とされる理由についてみると、「家族の仕事・高齢等」が最も多く、次いで「本人や家族が在宅医療を希望しない」となっています。

図 在宅での受け入れが困難とされる理由

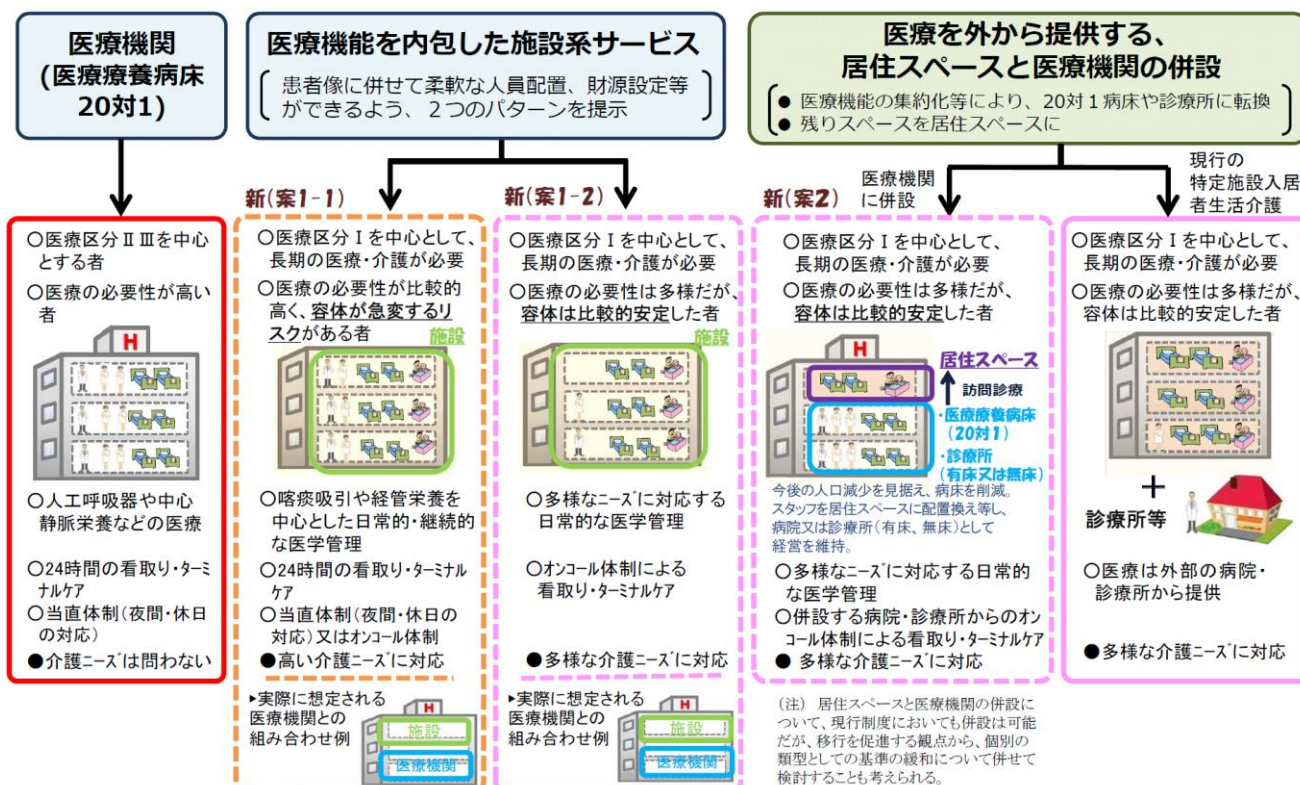


出典：長野県在宅医療等提供体制調査分析業務報告書(2016.3)

＜参考＞国による療養病床の在り方についての検討状況

- ・現在、国において2017年度（平成29年度）末で廃止が予定されている介護療養病床と看護職員配置25:1の医療療養病床について、廃止後の受け皿となる新たな施設類型についての検討が行われているところであり、
 - ①医療機能を内包した施設系サービス
 - ②医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設
 といった案が出されています。
- ・廃止後も、現在ある療養病床自体を取り壊したり、入院している患者を強制的に居宅に移行させるものではありませんが、地域医療構想策定委員会や地域医療構想調整会議では、新たな施設類型への転換を進めるためには、報酬上のメリット等のインセンティブが必要との意見もあります。
- ・今後とも国の動向を注視しながら、それぞれの構想区域の実情を踏まえ、新たな施設類型への転換や看護職員配置20:1の医療療養病床等への移行等を検討していく必要があります。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）



出典：平成28年1月28日 厚生労働省療養病床の在り方等に関する検討会報告書

「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」参考資料

(5) 医療需要推計値の都道府県間調整

地域医療構想の医療需要の推計に当たっては、都道府県間の患者流出入の調整を行い、都道府県ごとの病床数の必要量を確定させます。(実際の患者の行き来を制限するものではありません。) 都道府県間調整の方法については、国が以下のとおり基本的なルールを定めています。

- 4 医療機能別かつ二次医療圏別の 2025 年（平成 37 年）の都道府県間で流出又は流入している医療需要が 10 人未満の場合は調整の対象外とする。(流出先の都道府県の医療需要とする。)
- 他都道府県から流入する患者数を前提とした医療提供体制を維持したいと考える都道府県（医療機関所在地の都道府県）が、流入の相手都道府県に対して調整の協議を持ちかける。
- 平成 27 年 12 月を期限に協議を行うこととし、期限までに調整できない場合には、調整対象の医療需要は、医療機関所在地の都道府県（患者を受け入れている都道府県）の医療需要となる。

長野県における都道府県間調整の対象となる医療需要と病床数の推計値は以下のとおりですが、国が定めたルールに沿い、①に関しては長野県から山梨県に調整の協議を申し入れ、②に関しては岐阜県から調整の協議がありましたが、①②ともに双方の調整がつかなかったため、地域医療構想の策定に際しては①は長野県の医療需要、②は岐阜県の医療需要として推計することとします。

	流出元	流入先（医療機関所在地）	医療機能	医療需要（病床数）
①	山梨県中北医療圏	長野県諏訪医療圏	急性期	25 人／日（32 床）
			回復期	13 人／日（14 床）
②	長野県木曾医療圏	岐阜県東濃医療圏	回復期	17 人／日（19 床）

(6) 2025 年度における病床数の必要量の推計

ア 構想区域ごとの病床数の推計に関する患者流出入の考え方

現在の医療機関の立地や規模などの医療提供体制は、これまで長年にわたり民間や公共部門の投資が行われて培われてきた成果であり、2025 年（平成 37 年）までの短期間に現在の医療提供体制の基盤が大きく変動することは見込みにくいことから、現在の医療機関所在地への患者流出入が続くと仮定する「医療機関所在地ベース」を基本に推計することとします。

表 医療機関所在地ベースによる 2025 年度の医療需要の推計値（都道府県間調整後）

(単位:人/日)

構想区域	医療機能	医療需要	構想区域	医療機能	医療需要	構想区域	医療機能	医療需要
佐久	高度急性期	151	飯伊	高度急性期	97	長野	高度急性期	408
	急性期	589		急性期	433		急性期	1,278
	回復期	457		回復期	374		回復期	1,078
	慢性期	307		慢性期	219		慢性期	982
	計	1,504		計	1,123		計	3,746
上小	高度急性期	65	木曾	高度急性期	10	北信	高度急性期	42
	急性期	405		急性期	43		急性期	187
	回復期	610		回復期	34		回復期	162
	慢性期	411		慢性期	24		慢性期	13
	計	1,491		計	111		計	404
諏訪	高度急性期	161	松本	高度急性期	381	県計	高度急性期	1,430
	急性期	561		急性期	1,129		急性期	5,111
	回復期	459		回復期	997		回復期	4,608
	慢性期	266		慢性期	517		慢性期	2,999
	計	1,447		計	3,024		計	14,148
上伊那	高度急性期	89	大北	高度急性期	26	・医療需要には、在宅医療等分を含まない。	「地域医療構想策定支援ツール」で作成	
	急性期	337		急性期	149			
	回復期	343		回復期	94			
	慢性期	203		慢性期	57			
	計	972		計	326			

イ 2014年度以降の病院の取組による医療需要推計値の修正

推計には2013年度（平成25年度）の入院受療率を用いることから、その後の病床整備や医療機能の充実等が反映されておらず、将来推計が現状を反映したものとなっていないのではないかとこの意見が構想の検討過程で出されたところです。

そこで県では、2014年度（平成26年度）以降の医療機関の取組を調査し、構想区域間の患者流出入に影響を与えると考えられる以下の①②の取組について「医療機関所在地ベース」による推計値の修正を行うこととしました。（この修正は医療法施行規則第30条の28の3の規定に基づき行うものですが、以下に記載した一定の仮定に基づく推計であり、県による構想区域間の患者流出入の目標といったものではありません。）

①上小、木曽、大北、北信区域におけるがん医療充実の取組

- ・がん医療については、がん対策基本法により全国どこの地域でも質の高い医療が提供できるよう、国において均てん化政策が進められており、長野県でも第6次保健医療計画において全ての二次医療圏のがん診療機能の向上を目指しているところです。
- ・2014年度以降、上記区域内で地域がん診療病院が指定されるなど、がん診療機能の充実が進んでいることから、他の区域への患者流出が一定程度改善されるものと推計します。
- ・一方で、がん医療は脳卒中や急性心筋梗塞などと異なり、緊急性が相対的に低い医療であることから、一部の調整会議等では、がん診療機能は集約化を図るべきとの意見もあります。

②北信区域における医療療養病床の整備

- ・北信区域では2014年度以降に新たに医療療養病床が整備されたため、長野区域への患者流出に改善が見込まれます。また、この流出の改善に伴い、長野区域の病床に空きが生じるため長野区域から上小区域への患者流出が一定程度改善されるものと推計します。

表 2014年度以降の病院の取組による医療需要推計値の修正

構想区域	病院の取組等	修正の考え方	医療需要の修正値	
			増	減
上小	【信州上田医療センター】 地域がん診療病院の指定 (H28. 4. 1)	がん入院患者の流出割合（松本区域へ10.6%、佐久区域へ37.8%）が、がん以外の疾患の流出割合（松本区域へ3.7%、佐久区域へ13.7%）まで改善されると推計	上小 47人/日 高度急性期 8 急性期 22 回復期 17	松本 △11人/日 高度急性期 △2 急性期 △5 回復期 △4 佐久 △36人/日 高度急性期 △6 急性期 △17 回復期 △13
木曽	【県立木曽病院】 地域がん診療病院の指定 (H28. 4. 1)	がん入院患者の流出割合（32.9%）が、がん以外の疾患の流出割合（12.5%）まで改善されると推計	木曽 5人/日 高度急性期 1 急性期 2 回復期 2	松本 △5人/日 高度急性期 △1 急性期 △2 回復期 △2
大北	区域内におけるがん医療充実の取組	がん入院患者の流出割合（43.7%）が、がん以外の疾患の流出割合（25.0%）まで改善されると推計	大北 10人/日 高度急性期 1 急性期 5 回復期 4	松本 △10人/日 高度急性期 △1 急性期 △5 回復期 △4
長野	北信区域における医療療養病床増床に伴い北信からの流入が減り病床に空きが生じるため、長野区域から上小区域への流出超過分が長野区域内で対応可能となる	慢性期の流出入の推計値 長野→上小 40.4人/日 上小→長野 18.2人/日 相殺後の 22人/日を修正	長野 22人/日 慢性期 22	上小 △22人/日 慢性期 △22
北信	【北信総合病院】 地域がん診療病院の指定 (H27. 4. 1)	がん入院患者の流出割合（30.3%）が、がん以外の疾患の流出割合（18.3%）まで改善されると推計	北信 6人/日 高度急性期 1 急性期 3 回復期 2	長野 △6人/日 高度急性期 △1 急性期 △3 回復期 △2
	【北信総合病院】 医療療養病床38床整備 (H26. 10. 1) 【飯山赤十字病院】 医療療養病床44床整備 (H27. 7. 1)	休止中の病床を再稼働させた医療療養病床の増床分（44床・医療需要40人/日相当）の流出が改善されると推計	北信 40人/日 慢性期 40	長野 △40人/日 慢性期 △40

「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成

ウ 2025年度の病床数の必要量の推計

これまでに述べた一定の仮定等を用いて算定すると、2025年度（平成37年度）に必要と見込まれる病床数は県全体で16,839床、構想区域ごとの病床数は以下のとおりと推計されます。

- 2025年度の病床数必要量の推計値は、国が定めた一定の仮定等に基づき算出したものであり、あくまで将来の医療提供体制構築に向けた参考値であって、県による病床数の削減目標といった性格を持つものではありません。
- 現在稼働中の病床を県が削減させるものではありません。

表 2025年度の構想区域ごとの病床数必要量の推計値

構想区域	医療機能	医療需要 (人/日)			病床数の必要量 (床)			<参考> 2015.7.1 の稼働病 床数 (床)
		医療機関所在地 ベース	2014年度以降 の取組反映	修正後	医療機関所在地 ベース A	増減 B	2014年度以降の 取組修正後 A+B	
佐久	高度急性期	151	△ 6	145	201	△ 8	193	2,024
	急性期	589	△ 17	572	755	△ 22	733	
	回復期	457	△ 13	444	508	△ 14	494	
	慢性期	307	0	307	334	0	334	
	計	1,504	△ 36	1,468	1,798	△ 44	1,754	
上小	高度急性期	65	8	73	87	11	98	1,999
	急性期	405	22	427	519	28	547	
	回復期	610	17	627	678	18	696	
	慢性期	411	△ 22	389	447	△ 24	423	
	計	1,491	25	1,516	1,731	33	1,764	
諏訪	高度急性期	161		161	215		215	1,725
	急性期	561		561	719		719	
	回復期	459		459	510		510	
	慢性期	266		266	289		289	
	計	1,447	0	1,447	1,733	0	1,733	
上伊那	高度急性期	89		89	119		119	1,186
	急性期	337		337	432		432	
	回復期	343		343	381		381	
	慢性期	203		203	221		221	
	計	972	0	972	1,153	0	1,153	
飯伊	高度急性期	97		97	129		129	1,515
	急性期	433		433	555		555	
	回復期	374		374	416		416	
	慢性期	219		219	238		238	
	計	1,123	0	1,123	1,338	0	1,338	
木曾	高度急性期	10	1	11	13	1	14	186
	急性期	43	2	45	55	3	58	
	回復期	34	2	36	38	2	40	
	慢性期	24	0	24	26	0	26	
	計	111	5	116	132	6	138	
松本	高度急性期	381	△ 4	377	508	△ 5	503	3,828
	急性期	1,129	△ 12	1,117	1,447	△ 15	1,432	
	回復期	997	△ 10	987	1,108	△ 10	1,098	
	慢性期	517	0	517	562	0	562	
	計	3,024	△ 26	2,998	3,625	△ 30	3,595	
大北	高度急性期	26	1	27	35	1	36	471
	急性期	149	5	154	191	6	197	
	回復期	94	4	98	104	4	108	
	慢性期	57	0	57	62	0	62	
	計	326	10	336	392	11	403	
長野	高度急性期	408	△ 1	407	544	△ 1	543	4,902
	急性期	1,278	△ 3	1,275	1,638	△ 4	1,634	
	回復期	1,078	△ 2	1,076	1,198	△ 2	1,196	
	慢性期	982	△ 18	964	1,067	△ 20	1,047	
	計	3,746	△ 24	3,722	4,447	△ 27	4,420	
北信	高度急性期	42	1	43	56	1	57	683
	急性期	187	3	190	240	4	244	
	回復期	162	2	164	180	2	182	
	慢性期	13	40	53	14	44	58	
	計	404	46	450	490	51	541	
県計	高度急性期	1,430	0	1,430	1,907	0	1,907	18,519
	急性期	5,111	0	5,111	6,551	0	6,551	
	回復期	4,608	0	4,608	5,121	0	5,121	
	慢性期	2,999	0	2,999	3,260	0	3,260	
	計	14,148	0	14,148	16,839	0	16,839	

・病床稼働率は国が示している高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%で計算

「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成

(7) 2025 年度以降の将来に向けた病床数の必要量の推計

病床数の必要量の推計にあたり、佐久、上小、飯伊、松本、長野の5構想区域から「医療機関所在地ベース」、大北区域から「患者住所地ベース」、諏訪、上伊那、木曾、北信区域から「高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベース」での推計が望ましいとの意見がありました。

将来に向けて、各構想区域・医療機関が医師の確保や医療提供体制の充実に取り組むことにより、入院医療が地域で完結する「患者住所地ベース」の推計値に近づくことも考えられるため、「高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期・回復期・慢性期は患者住所地ベース」の推計値も併せて示します。

なお、4ページの医療需要の推移の見込みのとおり、県全体の医療需要は2030年（平成42年）から2035年（平成47年）頃にピークとなり、その後は減少に向かう見込みであること、また、高齢患者の増加に伴い、肺炎、心不全、大腿骨骨折などの増加が見込まれるなど、現在と疾病構造に変化が予想されることにも留意していく必要があります。

表 高度急性期：医療機関所在地ベース、急性期・回復期・慢性期：患者住所地ベース（2025年度）

構想区域	医療機能	医療需要 (人/日)	病床数 (床)
佐 久	高度急性期	145	193
	急性期	519	665
	回復期	429	477
	慢性期	287	312
	計	1,380	1,647
上 小	高度急性期	73	98
	急性期	480	615
	回復期	565	628
	慢性期	275	299
	計	1,393	1,640
諏 訪	高度急性期	161	215
	急性期	550	705
	回復期	464	516
	慢性期	318	346
	計	1,493	1,782
上伊那	高度急性期	89	119
	急性期	405	519
	回復期	405	450
	慢性期	221	240
	計	1,120	1,328
飯 伊	高度急性期	97	129
	急性期	430	551
	回復期	373	414
	慢性期	219	238
	計	1,119	1,332
木 曾	高度急性期	11	14
	急性期	62	79
	回復期	46	51
	慢性期	41	45
	計	160	189
松 本	高度急性期	377	503
	急性期	1,014	1,300
	回復期	946	1,051
	慢性期	577	627
	計	2,914	3,481
大 北	高度急性期	27	36
	急性期	175	224
	回復期	127	141
	慢性期	67	73
	計	396	474
長 野	高度急性期	407	544
	急性期	1,257	1,612
	回復期	1,058	1,176
	慢性期	911	990
	計	3,633	4,322
北 信	高度急性期	43	57
	急性期	218	279
	回復期	196	218
	慢性期	83	90
	計	540	644
県 計	高度急性期	1,430	1,908
	急性期	5,110	6,549
	回復期	4,609	5,122
	慢性期	2,999	3,260
	計	14,148	16,839

・高度急性期は医療機関所在地ベース(2014年度以降の病院の取組反映後)
 ・急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベース(都道府県間調整後)

「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成

<参考>長野県人口定着・確かな暮らし実現総合戦略による人口推計との比較について

県では、2015年度（平成27年度）に長野県人口定着・確かな暮らし実現総合戦略を策定し、人口減少に歯止めをかけるべく鋭意施策を推進しているところです。

総合戦略の中で示している人口ビジョンでは、人口の減少を緩和するための政策を講じた場合、2025年（平成37年）に長野県の総人口は1,969千人になると見込まれています。一方で2025年度の病床数必要量の推計に使用した国立社会保障・人口問題研究所の推計人口では1,938千人となっています。

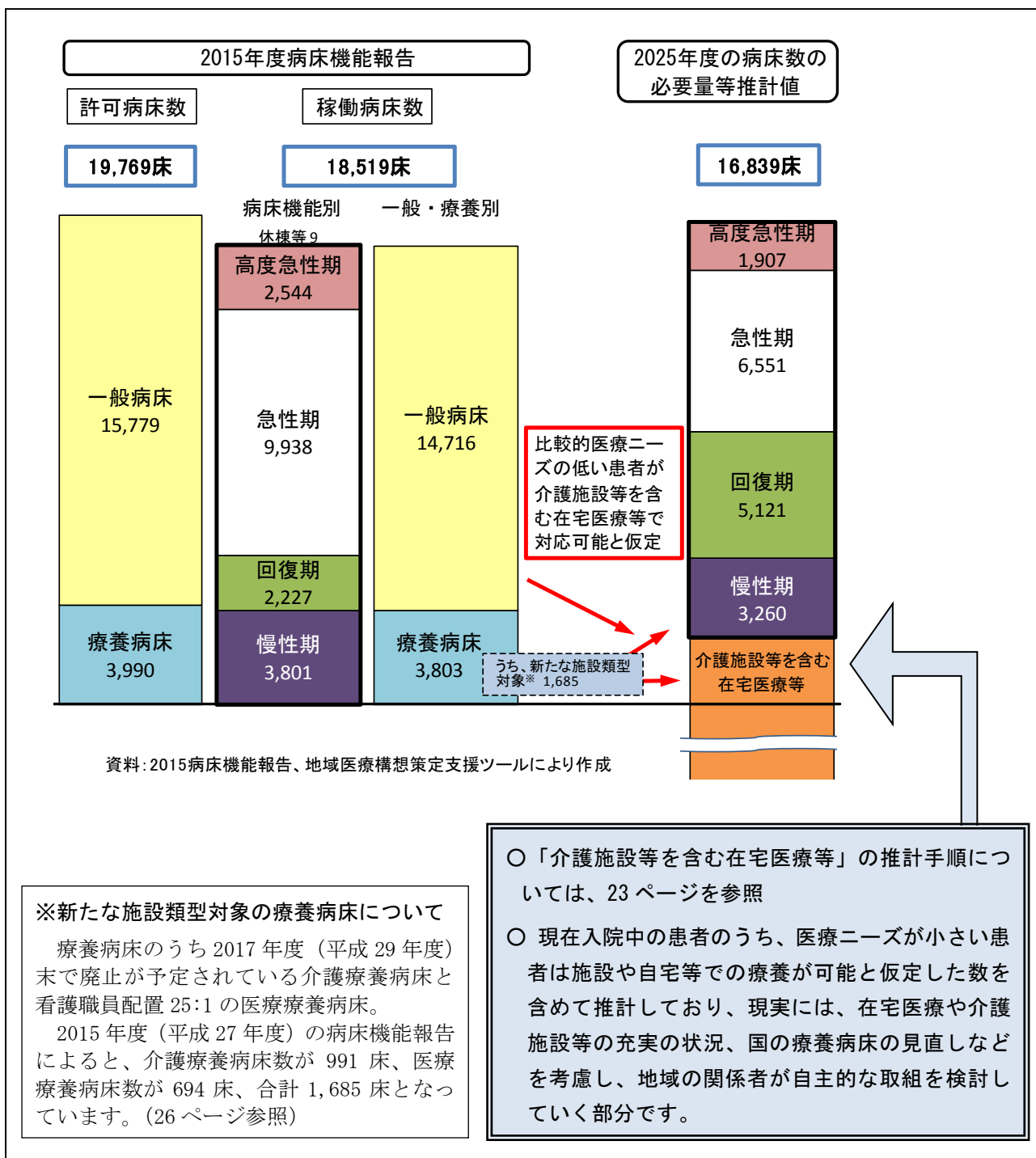
この差31千人の人口増は主に若年層の増加であり、病床数の必要量に換算すると32床程度影響を与えることが見込まれますので、今後の人口の推移にも留意していくことが必要です。

(8) 2015 年度病床機能報告と 2025 年度の病床数の必要量推計値との比較

2015 年度（平成 27 年度）の病床機能報告による許可病床数は県全体で 19,769 床となっており、2025 年度（平成 37 年度）の病床数の推計値と比較すると 2,930 床多くなっています。また、2015 年度の稼働病床数は 18,519 床となっており、推計値との差は 1,680 床となっています。

なお、病床の機能区分について、病床機能報告は定性的な基準による病棟を単位とした医療機関の自己申告、2025 年度の病床数の推計値は医療資源投入量の点数による区分という違いがあります。（20 ページ参照）

図 2015 年度の病床数と 2025 年度の病床数必要量推計値との比較



(9) 2025 年度における在宅医療等の必要量の推計

地域医療構想における在宅医療等とは、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、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しています。

在宅医療等の必要量は、次の①と②の合計により推計します。(慢性期と在宅医療等の医療需要の振り分けイメージは 23 ページの図を参照)

なお、この推計値についても、国が定めた一定の仮定に基づく推計であり、あくまで将来の医療提供体制構築に向けた参考値です。

- ① 2013 年度のレセプトデータ等から比較的医療ニーズが低いと仮定される「一般病床の入院患者のうち、医療資源投入量が 175 点未満の患者数」、「療養病床の入院患者のうち、医療区分 1 の 7 割の患者数」、「療養病床の入院患者のうち、入院受療率が低い地域との地域差解消分の患者数」を算出し、患者の居住地で在宅医療を受けるものと仮定して 2025 年度の推計人口を乗じて 2025 年度の推計値を算出
- ② 2013 年度の介護給付費実態調査による介護老人保健施設入所者数の実績から 2025 年度の入所者数の推計値を算出するとともに、2013 年度のレセプトデータのうち、在宅患者訪問診療料を算定している患者数から 2025 年度の訪問診療を受けている患者数(老人ホーム等の施設への訪問診療を含む。)の推計値を算出

推計の結果、2025 年度(平成 37 年度)は 2013 年度(平成 25 年度)に比べて、全県で約 2 割程度在宅医療等の必要量が増加すると見込まれますが、地域ごとに差異があり、上小、諏訪、長野区域が 25%以上増加する見込みの一方で、木曾や北信区域は概ね横ばいの見込みとなっていることから、国の動向も注視しながらそれぞれの地域にあった在宅医療等の提供体制を目指すことが重要です。

表 在宅医療等の必要量

(単位：人/日)

構想区域	2013年度推計値		2025年度推計値			
	在宅医療等の必要量		在宅医療等の必要量		左のうち訪問診療分	
		うち 訪問診療分		2013年度比		2013年度比
佐久	2,428	1,392	2,847	117.3%	1,634	117.4%
上小	1,873	943	2,341	125.0%	1,127	119.5%
諏訪	2,012	1,157	2,535	126.0%	1,465	126.6%
上伊那	1,859	1,072	2,225	119.7%	1,281	119.5%
飯伊	1,984	1,092	2,115	106.6%	1,160	106.2%
木曾	410	205	405	98.8%	203	99.0%
松本	4,086	2,372	5,016	122.8%	2,932	123.6%
大北	714	417	812	113.7%	477	114.4%
長野	5,002	2,570	6,271	125.4%	3,139	122.1%
北信	806	348	815	101.1%	353	101.4%
県計	21,174	11,568	25,382	119.9%	13,771	119.0%

「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計