

29 介第 360 号
平成 29 年(2017 年)10 月 20 日

一般社団法人 長野県医師会長 様

長野県健康福祉部長

医療及び介護の体制整備に係る協議の場について (依頼)

先般改正された、医療介護総合確保推進法に基づく、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」(平成 26 年厚生労働省告示第 354 号)においては、医療計画、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、都道府県や市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場(以下、「協議の場」という。)を設置する旨が盛り込まれました。

協議の場の設置等については、別添のとおり、厚生労働省からの通知において、必要な事項が示されており、原則として、協議の場を二次医療圏(老人福祉圏域)ごとに設置し、長野県地域医療構想に定めた、2025 年における慢性期機能からの転換分を含めた介護施設・在宅医療等の追加的需要について、第 7 次保健医療計画における在宅医療の整備目標と第 7 期介護保険事業(支援)計画における介護サービスの種類ごとの見込み量の整合性を確保することが求められています。

つきましては、協議の場設置・運営指針について、別紙のとおり定め、別添(写し)のとおり保健福祉事務所長あて通知しましたので、協議の場の設置・運営にご理解・ご協力をお願いしますとともに、郡市医師会への周知を合せてお願いします。

なお、介護保険者である市町村・広域連合介護保険・高齢者福祉担当課長へは、別添(写し)のとおり通知しましたことを申し添えます。

医療推進課医療計画係 (課長)尾島信久 (担当)伊藤達哉 電話:026-235-71431 直通 F A X : 026-223-7106 電子メール:iryō-keikaku@pref.nagano.lg.jp	介護支援課計画係 (課長)小山靖 (担当)社本雅人、花岡沙代 電話:026-235-7111 (直通) F A X : 026-235-7394 電子メール:kaigo-shien@pref.nagano.lg.jp
--	--

医療及び介護の体制整備に係る協議の場設置・運営指針

1 目的

医療介護総合確保推進法に基づく、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（平成 26 年厚生労働省告示第 354 号）に基づき、第 7 次保健医療計画における在宅医療の整備目標（以下、「整備目標」という。）と、第 7 期市町村介護保険事業計画及び長野県高齢者プラン（第 7 期介護保険事業支援計画）における介護サービスの種類ごとの見込み量（以下、「見込み量」という。）の整合性を確保するため、医療及び介護の体制整備に係る協議の場（以下、「協議の場」という。）を設置する。

2 調整を行う区域

二次医療圏単位（老人福祉圏域単位）を原則とする。

3 協議事項

（1）保健医療計画と介護保険事業（支援）計画で対応すべき需要について

2025 年における慢性期機能からの転換分を含めた介護施設・在宅医療等の追加的需要（※）（以下、「追加的需要」という。）について、外来医療・在宅医療・介護サービス（施設サービス、居宅サービス）のいずれで対応するか調整を行う。

（※）長野県地域医療構想に定めた、在宅医療等の必要量のうち、将来においては、適切な受け皿整備を前提に、病床以外の介護施設・在宅医療等で対応するとしたもの。

（2）県と介護保険者の役割分担について

（1）により調整した追加的需要への対応について、整備目標や見込み量への具体的な反映方法の調整を行う。

（3）目標の達成状況の評価について

次期計画（第 7 次保健医療計画の中間見直しと、第 8 期介護保険事業（支援）計画）の策定の際、両計画の目標・見込み量の達成状況を共有する。

4 設置形態

（1）地域医療構想調整会議などの既存の会議体を活用するなどの柔軟な運用を可能とする。

（2）原則として、介護保険者である市町村・広域連合の医療・介護担当部署、郡市医師会で組織し、地域の実情に応じて、高齢者福祉・医療関係団体などを加えることとする。

（3）保健福祉事務所は、協議の場の事務局を務めるものとする。

5 事前協議

協議の場の開催に先立ち、県保健福祉事務所、介護保険者である市町村・広域連合の医療・介護担当部署間において、調整事項に関する協議を行う。

6 設置期間

平成 29 年 10 月以降とし、常設とする。

7 協議の場の設置・運営に係る保健福祉事務所の主な事務

（1）協議の場の設置要綱の策定

- (2) 郡市医師会・介護保険者等関係団体との調整
- (3) 事前協議及び協議の場の運営（司会・進行及び主に次の内容についての説明）
 - ア 地域医療構想、介護医療院、追加的需要の考え方・推計方法等についての説明
 - イ 追加的需要について、外来医療・在宅医療・介護サービスのいずれで対応するかの方案の説明
 - ウ 保健医療計画及び介護保険事業支援計画における整備目標・見込み量の達成状況についての情報提供
- (4) 協議の場の開催後における介護支援課への調整結果の報告

8 その他

- (1) 保健福祉事務所は、医療推進課及び介護支援課に対し、協議の場における調整及び事前調整を行うために必要な情報提供を求めることができる。
- (2) 保健福祉事務所は、郡市医師会からの参集者の協議の場への出席に必要な報償費・旅費について、協議の上、医療推進課に再配当を求めることができる。
- (3) その他、運用上の疑義が生じた場合は、医療推進課又は介護支援課と協議するものとする。

追加的需要及び介護医療院への転換見込等

市町村/圏域	在宅医療等		追加的需要(療養病床分)※1 H37		整備目標(療養病床分)		介護療養病床	介護医療院への転換見込み※2		医療療養病床等の健康保険適用施設から介護保険施設への転換見込み		差分		介護療養病床見込量	追加的需要(一般病床分)	(参考)	
	A+B+M+O	B	医療区分1 70%	H37	H32	H35		H32まで	H35まで	H32まで	H35まで	J-F+H-C	K-G+I-D			訪問診療	老健
					C=B×3/8 【ア】	D=B×6/8	E	F	G	H	I			L	M	N	O
長野市		333.79	204.09	129.69	125	250								199.00	232.91	2,106.55	
須坂市		47.42	29.06	18.36	18	36								23.00	32.55	299.47	
千曲市		57.91	35.52	22.39	22	43								1.00	39.48	365.82	
坂城町		15.08	9.27	5.81	6	11								3.00	10.13	95.33	
小布施町		11.10	6.82	4.27	4	8								4.00	7.44	70.15	
高山村		7.08	4.33	2.75	3	5								4.00	4.88	44.68	
信濃町		9.54	5.86	3.68	4	7								26.00	6.32	60.15	
小川村		3.13	1.94	1.20	1	2								2.00	2.02	19.86	
飯綱町		12.29	7.54	4.75	5	9								14.00	8.22	77.48	
長野圏域	6,271	497.33	304.44	192.89	188	371	215	215	215	-	-	-	-	276.00	343.96	3,139.48	2,290.23
佐久	2,847	174.69	159.23	15.45	65	132	134	94	86	-	-	-	-	116.00	149.16	1,633.76	889.40
上小	2,341	200.64	87.98	112.66	75	151	156	133	133	4	4	4	4	151.00	169.09	1,126.64	844.64
諏訪	2,535	93.47	87.14	6.33	35	70	14	6	6	-	-	-	-	13.00	97.37	1,464.89	879.27
上伊那	2,225	82.40	74.65	7.75	31	61	114	66	66	-	-	-	-	125.00	75.56	1,280.82	786.22
飯伊	2,115	122.86	119.70	3.15	47	92	224	224	224	-	-	-	-	209.00	76.15	1,159.86	756.14
木曾	405	22.14	22.14	-	8	17	24	24	24	-	-	-	-	27.00	21.99	203.14	157.73
松本	5,016	151.24	151.24	-	57	113	159	139	139	-	-	-	-	196.00	232.59	2,931.98	1,700.20
大北	812	14.34	14.34	-	5	11	6	6	6	-	-	-	-	11.00	37.66	476.50	283.49
長野	6,271	497.33	304.44	192.89	188	371	215	215	215	-	-	-	-	276.00	343.96	3,139.48	2,290.23
北信	815	13.91	13.91	-	5	11	17	17	17	-	-	-	-	48.00	57.31	352.66	391.12
県計	25,382	1,373.02	1,034.78	338.24	516	1,029	1,063	924	916	-	-	-	-	1,172.00	1,260.82	13,769.73	8,978.43

※1 追加的需要:2025年の介護施設・在宅医療等の追加的需要の機械的試算(患者住所地ベース)

※2 転換意向調査結果のうち、転換未定分を含めた病床数

介護施設入居状況（介護度別・長野圏域）

平成29年7月1日
介護支援課

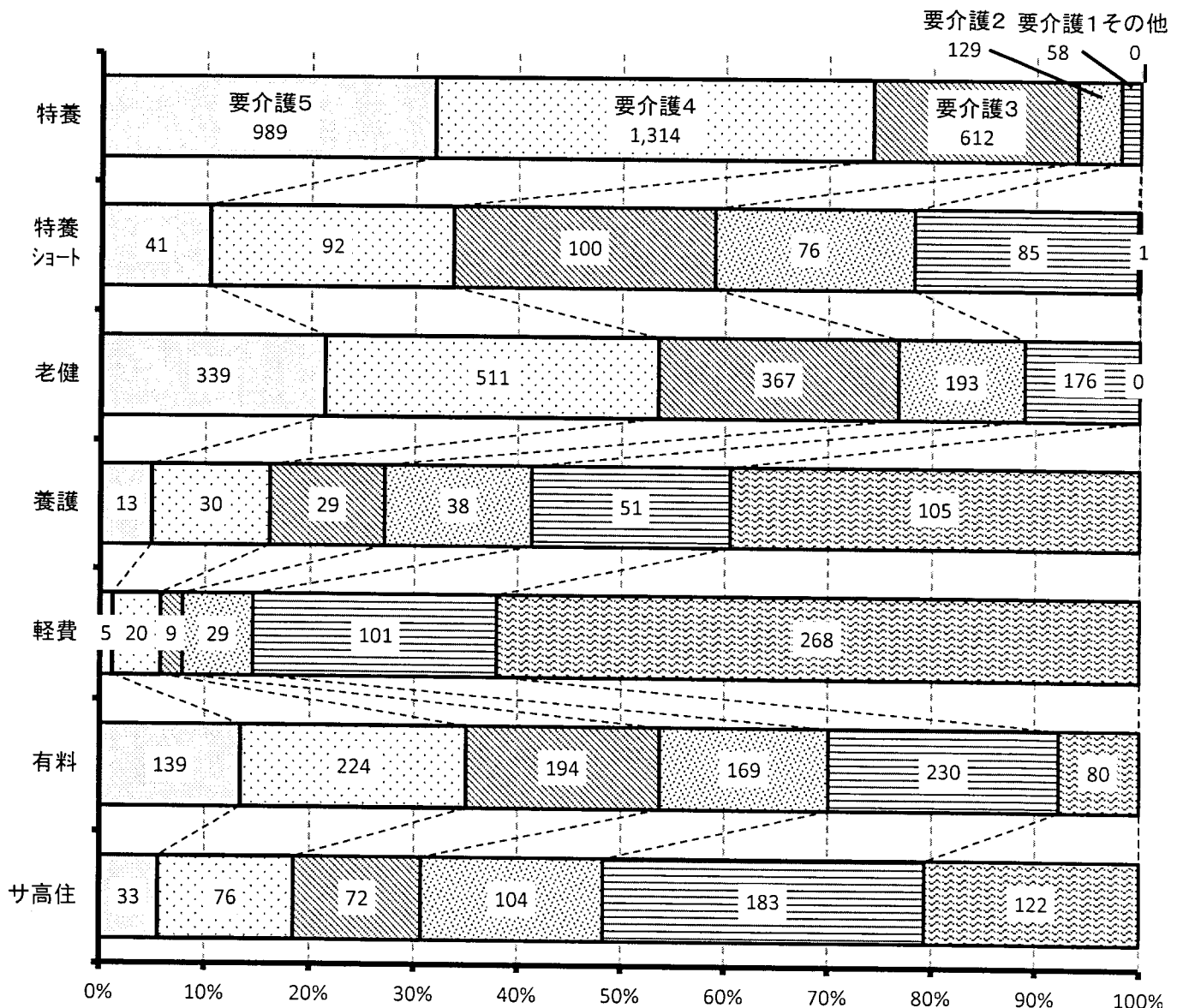
1 稼働率

	施設数	入所定員	入所者数	稼働率	空床
特別養護老人ホーム	64 施設	3,207 人	3,102 人	96.7 %	105 床
併設老人短期入所施設	48 施設	489 人	395 人	80.8 %	94 床
介護老人保健施設	18 施設	1,729 人	1,586 人	91.7 %	143 床
養護老人ホーム	5 施設	290 人	266 人	91.7 %	24 床
軽費老人ホーム	11 施設	449 人	432 人	96.2 %	17 床
有料老人ホーム	40 施設	1,119 人	1,036 人	92.6 %	83 床
サービス付き高齢者住宅	22 施設	591 人	590 人	99.8 %	1 床

※有料、サ高住の入所定員欄は、回答があった施設分のみ

※サ高住は「入所定員」ではなく「居室数」であるため、稼働率が100%を超えている場合あり

2 構成比グラフ



第6編

地域医療構想

第1節 地域医療構想の基本的事項

1 地域医療構想策定の背景

高齢化の進展に伴い、医療や介護を必要とする方がますます増加することから、将来を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要な医療・介護サービスを確保していくことが課題となっています。特に、高齢化が進むと、がんなどを原因とする慢性疾患を中心とする医療ニーズの増大が見込まれるため、ニーズに対応した病床の機能分化と連携を推進することにより入院機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える介護施設・在宅医療等の充実を人材の確保も含めて図ることが求められています。

なお、高齢化の進展には地域差があり、地域によっては既に老年人口が減少期に入っているところもあるため、地域の実情に応じて将来の医療・介護の提供体制を一体的に考えていくことが必要です。

2 地域医療構想策定の意義

誰もが住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、地域に必要とされる医療の維持・充実を図りつつ、将来の医療需要に応じた医療提供体制の構築に向け、関係者が自主的な取組を進めるため、本県では平成29年（2017年）3月に地域医療構想を策定し、第6次保健医療計画に追記しました。

地域医療構想により、医療を受ける側にとっては、地域の医療提供体制が見える化され、自身に最適な受療行動を考えるきっかけとなるとともに、行政や医療提供者による取組により、地域において安心して、安定的に医療を受けられるようになることが期待されます。

また、医療提供者である医療機関にとっては、県が設けた地域医療構想調整会議等において、将来の医療需要の見込みや制度の動向等の情報を共有することにより、地域の医療提供体制を協議し、自主的な取組を進めていくことが期待されます。

3 病床数の必要量の推計値に関する留意点

病床数の必要量の推計については、法令等に定められた推計方法に基づき、レセプトデータ等を活用して行うものです。

国が定めた推計方法は、単に現在の入院患者の状況を将来の推計人口に当てはめるのではなく、比較的医療ニーズの低い患者を病床以外の介護施設等を含む在宅医療等[※]で対応可能としたり、全国的に大きな地域差がある療養病床の入院受療率について、その地域差を縮小させるなど、一定の仮定等を加えて推計します。

病床数必要量の推計値の意義は、将来の医療提供体制について、医療関係者をはじめ、介護関係者や医療を受ける住民の方々に一緒に考え行動していただくための参考値であり、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。

重要な事は、関係者が将来の姿を見据えつつ、医療機関の自主的な選択により地域の病床機能が収れんされていくというアプローチです。

※ 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。

第2節 病床数及び在宅医療等の必要量の推計

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、国の法令通知に従って推計しています。これは平成 25 年度（2013 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、推計値は平成 37 年度（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お願いする。

（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）

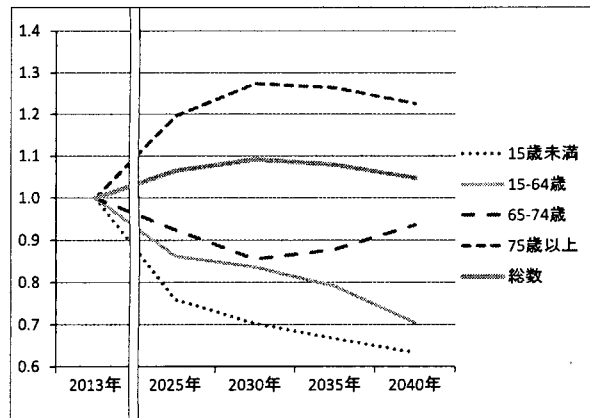
医療需要の推移の見込み

国提供の地域医療構想策定支援ツールを利用して長野県の将来の入院医療需要の変化率を分析すると、

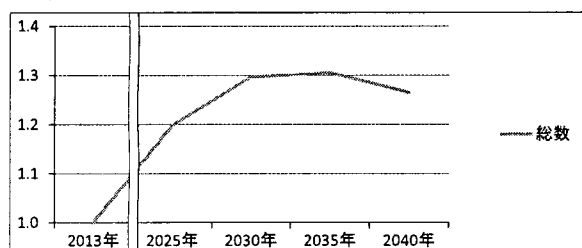
- ・平成 25 年（2013 年）を 1 とした場合、入院患者の総数は、75 歳以上の患者数の増加に連動して平成 42 年（2030 年）頃にピークとなるが、65 歳未満の入院患者数が減少傾向にあることから、増加の幅は平成 25 年の 1 割増程度に留まる。
 - ・75 歳以上の入院患者数は平成 42 年頃に平成 25 年の約 1.3 倍まで増加した後、減少局面に入る。
- と見込まれます。

また、在宅医療等の医療需要は、平成 25 年を 1 とした場合、平成 42 年から平成 47 年頃に平成 25 年の約 1.3 倍になった後、減少局面に入ると見込まれます。

入院医療需要の変化率（2013 年=1）



在宅医療等需要の変化率（2013 年=1）



（「地域医療構想策定支援ツール」により作成）

2 構想区域の設定

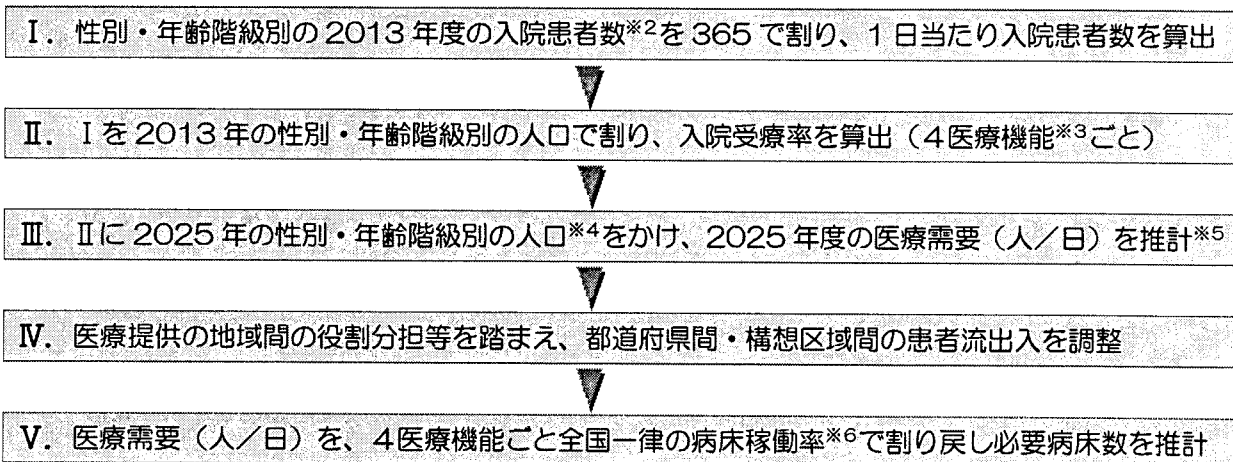
地域医療構想の策定にあたり基本的な単位となる構想区域については、「現行の二次医療圏を基本として、人口構造の変化の見通しその他の医療需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定すること」(医療法施行規則第30条の28の2)とされています。

県では、現行の10の二次医療圏を構想区域として設定し、地域医療構想を推進します。

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) 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}は次のとおりです。



※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：平成25年度(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：高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能

※4：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3月出生中位推計)」を用いる。

※5：推計値には、現在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。

※6：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)

(2) 推計上の仮定

構想区域ごとの将来の医療需要を推計する上での一定の仮定は次のとおりです。

- ・現在の医療機関所在地に各区域からの患者流出入が続いた状態で将来の人口構造に移行する。(医療機関所在地ベース)
- ・医療の必要度が比較的低い患者は、急性期病床でなく回復期病床等で対応する。(医療資源投入量^{*}による区分)
- ・療養病床の入院患者のうち、比較的医療ニーズの低い「医療区分1」の7割の患者は介護施設等を含む在宅医療等で対応可能とする。
- ・療養病床の入院受療率の地域差を一定程度縮小する。
- ・平成26年度(2014年度)以降の構想区域間の患者流出入に影響を与えられとされる医療機関の取組を反映する。

※医療資源投入量：患者に対して行われた診療行為を1日当たりの診療報酬の出来高点数により換算した量

(3) 平成 37 年度 (2025 年度) における病床数の必要量の推計値

先に述べた一定の仮定等を用いて算定すると、平成 37 年度 (2025 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。

- 平成 37 年度 (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 1】平成 37 年度 (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 必要量推計値 (床)	<参考> H28.7.1の稼働 病床数 (床)
佐久	高度急性期	145	193	2,011
	急性期	572	733	
	回復期	444	494	
	慢性期	307	334	
	計	1,468	1,754	
上小	高度急性期	73	98	1,967
	急性期	427	547	
	回復期	627	696	
	慢性期	389	423	
	計	1,516	1,764	
諏訪	高度急性期	161	215	1,765
	急性期	561	719	
	回復期	459	510	
	慢性期	266	289	
	計	1,447	1,733	
上伊那	高度急性期	89	119	1,223
	急性期	337	432	
	回復期	343	381	
	慢性期	203	221	
	計	972	1,153	
飯伊	高度急性期	97	129	1,559
	急性期	433	555	
	回復期	374	416	
	慢性期	219	238	
	計	1,123	1,338	
木曾	高度急性期	11	14	186
	急性期	45	58	
	回復期	36	40	
	慢性期	24	26	
	計	116	138	
松本	高度急性期	377	503	3,887
	急性期	1,117	1,432	
	回復期	987	1,098	
	慢性期	517	562	
	計	2,998	3,595	
大北	高度急性期	27	36	427
	急性期	154	197	
	回復期	98	108	
	慢性期	57	62	
	計	336	403	
長野	高度急性期	407	543	4,975
	急性期	1,275	1,634	
	回復期	1,076	1,196	
	慢性期	964	1,047	
	計	3,722	4,420	
北信	高度急性期	43	57	699
	急性期	190	244	
	回復期	164	182	
	慢性期	53	58	
	計	450	541	
県計	高度急性期	1,430	1,907	18,699
	急性期	5,111	6,551	
	回復期	4,608	5,121	
	慢性期	2,999	3,260	
	計	14,148	16,839	

(「地域医療構築策定支援ツール」を活用して作成)

(4) 平成 37 年度 (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、○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平成 42 年 (2030 年) から平成 47 年 (2035 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 2】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 (平成 37 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

構想区域	医療機能	医療需要 (人/日)	病床数 (床)
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)

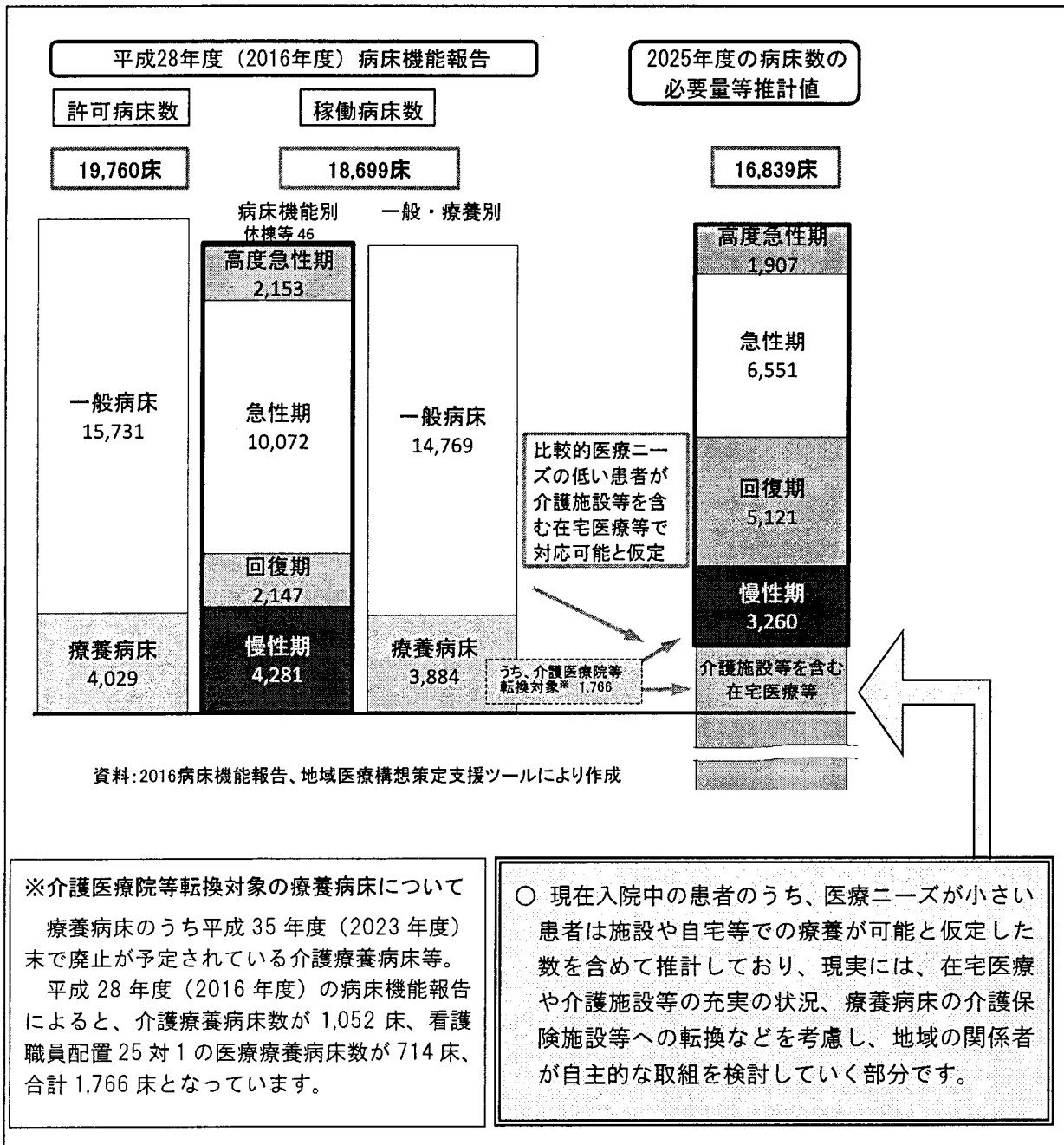
・急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベース(都道府県間調整後)

(「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成)

(5) 平成 28 年度病床機能報告と平成 37 年度の病床数の必要量推計値との比較

平成 28 年度（2016 年度）の病床機能報告による許可病床数は県全体で 19,760 床となっており、平成 37 年度（2025 年度）の病床数の推計値と比較すると 2,921 床多くなっています。また、平成 28 年度の稼働病床数は 18,699 床となっており、推計値との差は 1,860 床となっています。

【図 1】平成 28 年度（2016 年度）の病床数と平成 37 年度（2025 年度）の病床数必要量推計値との比較



病床機能報告と病床数の必要量推計値との比較について

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以下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。

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 ・回復期リハビリテーション病棟	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 ・障害者施設・特殊疾患病棟 ・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。

（「地域医療構想策定ガイドライン」より作成）

(6) 平成 37 年度 (2025 年度) における在宅医療等の必要量の推計

在宅医療等の必要量の推計値は表 3 のとおりです。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。

なお、表 3 に示した①から④の在宅医療等の必要量推計値の構成要素のうち、①から③については、平成 29 年 (2017 年) 3 月の長野県地域医療構想策定時点では内訳が不明でしたが、第 7 次保健医療計画 (平成 30~35 年度) 及び第 7 期介護保険事業 (支援) 計画 (平成 30~32 年度) の策定にあたり必要なことから、平成 29 年 (2017 年) 8 月に国から内訳が示されました。

また、①、②に関しては、通常の人口構造の変動とは別に、病床の機能分化・連携に伴って生じる在宅医療等の追加的な需要 (以下「追加的な需要」という。) とされています。

【在宅医療等の必要量推計値の構成要素】

- ①一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
- ②療養病床の入院患者のうち、医療区分 1 の 7 割の患者数と入院受療率が低い地域との地域差解消分の患者数の合計数
- ③介護老人保健施設入所者数
- ④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。)

【表 3】平成 37 年度 (2025 年度) における在宅医療等の必要量推計値

(単位: 人/日)

構想区域	在宅医療等の必要量	内訳			
		追加的な需要		③介護老人保健施設	④訪問診療分
		①一般病床分	②療養病床分		
佐久	2,847	149	175	889	1,634
上小	2,341	169	201	844	1,127
諏訪	2,535	97	94	879	1,465
上伊那	2,225	76	82	786	1,281
飯伊	2,115	76	123	756	1,160
木曾	405	22	22	158	203
松本	5,016	233	151	1,700	2,932
大北	812	38	14	283	477
長野	6,271	344	497	2,291	3,139
北信	815	57	14	391	353
県計	25,382	1,261	1,373	8,977	13,771

(「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計、①~③は厚労省提供数値)

(7) 第7次保健医療計画（平成 30～35 年度）及び第7期介護保険事業（支援）計画（平成 30～32 年度）で考慮が必要な追加的需要の推計

追加的需要のうち、一般病床から生じると推計される需要（表3の①）については、一般病床から退院する患者の多くが、退院後に通院（外来医療）により医療を受ける傾向にあることを踏まえ、外来医療での対応を基本とし、在宅医療の受け皿整備の対象とはしない考え方が国から示されています。

一方、療養病床から生じる追加的需要（表3の②）については、平成 37 年（2025 年）に向けて病床機能の分化・連携を推進するに当たり、医療と介護それぞれの計画期間内において考慮が必要な見込量を推計し、療養病床から介護保険施設等への転換の場合も含め、**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受け皿の整備を先行して考えていく必要があります。**

推計については、国から示された推計方法のとおり、追加的需要が第7次保健医療計画及び第7期介護保険事業(支援)計画の開始年度となる平成 30 年度(2018 年度)から生じ、平成 37 年度(2025 年度) 末までの 8 年間にわたり毎年度同じ量ずつ増加するものと仮定して、地域医療構想における平成 37 年度（2025 年度）の推計値から次のとおり比例的に推計します。

【表 4】 追加的需要（療養病床分）の推計値

(単位：人/日)

構想区域	追加的需要（療養病床分）		
	平成37年度 (2025年度) A (表3の②)	平成35年度 (2023年度) A×6/8	平成32年度 (2020年度) A×3/8
佐 久	175	132	65
上 小	201	151	75
諏 訪	93	70	35
上伊那	82	61	31
飯 伊	123	92	47
木 曾	22	17	8
松 本	151	113	57
大 北	14	11	5
長 野	497	371	188
北 信	14	11	5
県計	1,373	1,029	516

(8) 療養病床から生じる追加的需要に対する対応

「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成 29 年法律第 52 号）により、介護療養病床の廃止の期限が平成 35 年度（2023 年度）末とされ、新たな介護保険施設のサービス類型として介護医療院が創設されたことから、療養病床から生じる追加的需要への対応については、まずは療養病床から介護医療院等の介護保険施設への移行を念頭に考えます。

その上で、追加的需要のうち療養病床から介護保険施設への移行見込みを超える部分については、在宅医療と介護サービスのどちらで対応するかを明確にしていく必要があります。

県では、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（平成 26 年 9 月 12 日告示、平成 28 年 12 月 26 日一部改正）に基づき、構想区域（二次医療圏）ごとに県及び郡市医師会、介護保険者（市町村）などによる、医療と介護の体制整備に係る協議の場を設置し、療養病床を有する病院・診療所に対して実施した介護保険施設等への転換意向調査結果などを基に検討を行い、第 7 次保健医療計画及び第 7 期介護保険事業（支援）計画の間で在宅医療の整備目標や介護サービス見込量の整合性の確保を図っています。

療養病床を有する病院・診療所の介護保険施設等への転換意向調査結果の概要

調査時期：平成 29 年 8 月～9 月

調査対象：療養病床を有する病院 58、有床診療所 7

調査結果：11 病院、1 診療所から転換等の意向がある旨の回答あり

(単位：床)

医療圏	現行の療養病床				転換意向					
	計	医療	介護	非稼働等	廃止		転換予定		未定等	
医療					介護	医療	介護	医療	介護	
佐久	456	258	134	64					258	134
上小	866	556	156	154			4	6	552	150
諏訪	298	215	14	69					215	14
上伊那	304	188	114	2		14			188	100
飯伊	489	257	224	8					257	224
木曾	48	24	24	0					24	24
松本	521	352	159	10		20			352	139
大北	72	64	6	2					64	6
長野	1,061	819	215	27					819	215
北信	99	74	17	8					74	17
県計	4,214	2,807	1,063	344	0	34	4	6	2,803	1,023

※現行の療養病床：直近（H29.8）の許可病床数。転換意向調査では、非稼働病床や医療療養病床のみの有床診療所は調査対象外としているので、転換意向の合計数と一致しない

転換：療養病床から介護保険施設へ転換するもの。25 対 1 の療養病床入院基本料から 20 対 1 の療養病床入院基本料へ変更するものなどは転換に含めていない

・未定等：現時点では転換の意向が未確定な介護療養病床や転換を行わない医療療養病床

(医療推進課・介護支援課調査)