

IV 医療需要の見通し

1 医療需要と必要病床数

(1) 医療需要と必要病床数

医療需要は、厚生労働省令に従い、平成 25 (2013) 年度の NDB のレセプトデータ及び DPC データを基にした厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」を活用し、見込みます。

医療需要を病床機能別に推計した結果、平成 37 (2025) 年には、入院患者と在宅医療等の患者の総数は、平成 25 (2013) 年から 15.8% 増加し、21,343 人となる見込まれます。

機能別には、回復期の入院患者は、構想区域ごとの人口構成や伸びの違い等から、伸び率に違いはあるものの、全ての構想区域で伸びが見込まれます。一方、在宅医療等で対応できる入院患者が、増加すると見込んでいることから、慢性期の入院患者は、全ての構想区域で 30% 前後、減少すると見込んでいます。

医療需要を見込むにあたっては、一定の患者流出入が現に存在し、また今後も見込まれる福岡県と長崎県との間で協議を行い、両県との患者流出入の傾向は今後とも続くことを確認しています。

この平成 37 (2025) 年の医療需要を病床稼働率で除して必要病床数を算定すると、平成 37 (2025) 年の必要病床数は、県全体で 9,078 床となります。

参考として、平成 42 (2030) 年の医療需要を推計したところ、平成 37 (2025) 年から平成 42 (2030) 年にかけても医療需要は伸びていくことが見込まれます。平成 37 (2025) 年には、団塊の世代が全員 75 歳以上になりますが、「Ⅲ 人口の推移」で示したように、75 歳以上の人口はその後も増え続け、平成 47 (2035) 年がピークとなることが、医療需要が一定期間伸び続ける要因です。

医療需要に応じた効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するためには、平成 37 (2025) 年だけではなく、その後の医療需要についても、見据えた取組が重要になります。

医療需要と必要病床数

	医療機能	平成25年	平成37(2025)年		需要の伸び (H25→37)	【参考】平成42(2030)年		需要の伸び (H25→42)
		医療機関所在地 医療需要	医療機関所在地 医療需要 ①	必要病床数 ①÷稼働率		医療機関所在地 医療需要 ②	必要病床数 ②÷稼働率	
佐賀県 全体	高度急性期	516	523	697	1.4	523	696	1.4
	急性期	1,904	2,057	2,638	8.0	2,115	2,712	11.1
	回復期	2,473	2,790	3,099	12.8	2,915	3,238	17.9
	慢性期	3,522	2,432	2,644	▲ 30.9	2,569	2,792	▲ 27.1
	在宅医療等	10,021	13,541		35.1	14,879		48.5
	合計	18,436	21,343	9,078	15.8	23,001	9,438	24.8
中部	高度急性期	280	279	372	▲ 0.4	276	368	▲ 1.4
	急性期	843	911	1,168	8.1	931	1,194	10.4
	回復期	1,136	1,287	1,430	13.3	1,344	1,493	18.3
	慢性期	1,134	787	855	▲ 30.6	824	896	▲ 27.3
	在宅医療等	3,810	5,112		34.2	5,633		47.8
	小計	7,203	8,376	3,825	16.3	9,008	3,951	25.1
東部	高度急性期	19	23	31	21.1	25	33	31.6
	急性期	176	223	286	26.7	240	308	36.4
	回復期	324	425	472	31.2	460	511	42.0
	慢性期	776	514	559	▲ 33.8	541	588	▲ 30.3
	在宅医療等	1,645	2,783		69.2	3,168		92.6
	小計	2,940	3,968	1,348	35.0	4,434	1,440	50.8
北部	高度急性期	76	76	101	0.0	76	101	0.0
	急性期	288	295	378	2.4	301	386	4.5
	回復期	233	242	269	3.9	246	273	5.6
	慢性期	542	402	437	▲ 25.8	430	467	▲ 20.7
	在宅医療等	1,650	1,989		20.5	2,156		30.7
	小計	2,789	3,004	1,185	7.7	3,209	1,227	15.1
西部	高度急性期	23	24	32	4.3	25	33	8.7
	急性期	124	133	171	7.3	138	177	11.3
	回復期	200	220	244	10.0	231	257	15.5
	慢性期	351	250	272	▲ 28.8	269	292	▲ 23.4
	在宅医療等	930	1,187		27.6	1,282		37.8
	小計	1,628	1,814	719	11.4	1,945	759	19.5
南部	高度急性期	118	121	161	2.5	121	161	2.5
	急性期	473	495	635	4.7	505	647	6.8
	回復期	580	616	684	6.2	634	704	9.3
	慢性期	719	479	521	▲ 33.4	505	549	▲ 29.8
	在宅医療等	1,986	2,470		24.4	2,640		32.9
	小計	3,876	4,181	2,001	7.9	4,405	2,061	13.6

○慢性期の医療需要は、中部・東部はパターンB、北部・西部・南部は特例適用(地域医療構想策定ガイドラインp17~18参照)。
○北部、西部、南部がパターンBを適用した場合の2025年必要病床数は北部353床、西部196床、南部377床となる。

(2) 病床機能報告と必要病床数の比較

平成 37 (2025) 年の必要病床数を、平成 26 (2014) 年の病床機能報告と比較すると、平成 37 (2025) 年には必要病床数に対して、急性期病床が過剰(約 3,000 床)となる一方、回復期病床が不足(約 2,000 床)するなど、全ての構想区域において、急性期と回復期の間に大きな需給ギャップが見られます。また、慢性期病床については、在宅医療等への移行を見込んでいることから、必要病床数は現在の半数強と見込まれます。

現在の病床構成と、平成 37 (2025) 年の必要病床数の構成には、著しいかい離があります。平成 37 (2025) 年の医療需要に応じた医療提供体制を構築するため、医療機関の自主的な取組のもと、このかい離を埋める必要があります。

ただし、同じ病床機能であっても、医療需要・必要病床数の算定基準と、病床機能報告の基準が異なっていることや、病床機能報告の基準そのものも毎年度修正が加えられることに留意する必要があります。また、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟の施設基準を有しつつも、病床機能報告で回復期と回答していない病床数が約 400 床あることも留意する必要があります。

必要病床数と病床機能報告の比較

	医療機能	平成26年	平成37年	【参考】平成42年
		病床機能報告	必要病床数	必要病床数
佐賀県 全体	高度急性期	674	697	696
	急性期	5,752	2,638	2,712
	回復期	1,213	3,099	3,238
	慢性期	4,731	2,644	2,792
	合計	12,370	9,078	9,438
中部	高度急性期	187	372	368
	急性期	2,730	1,168	1,194
	回復期	437	1,430	1,493
	慢性期	1,532	855	896
	小計	4,886	3,825	3,951
東部	高度急性期		31	33
	急性期	557	286	308
	回復期	173	472	511
	慢性期	1,025	559	588
	小計	1,755	1,348	1,440
北部	高度急性期	15	101	101
	急性期	784	378	386
	回復期	238	269	273
	慢性期	683	437	467
	小計	1,720	1,185	1,227
西部	高度急性期	6	32	33
	急性期	546	171	177
	回復期	158	244	257
	慢性期	514	272	292
	小計	1,224	719	759
南部	高度急性期	466	161	161
	急性期	1,135	635	647
	回復期	207	684	704
	慢性期	977	521	549
	小計	2,785	2,001	2,061

2 慢性期と在宅医療等の医療需要

在宅医療等というと、「自宅での医療」を連想しがちですが、ここでいう在宅医療等とは、「自宅」に限らず、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、介護老人保健施設など、「現在の病院・診療所以外の場所において、提供される医療」を言います。

平成 37（2025）年の在宅医療等の医療需要は、全国一律の算定方法により、現在の療養病床の入院患者のうち、医療区分 1 の患者数の 70%の退院と、療養病床の入院受療率の地域差解消を反映することから、県全体で 3,500 人ほど増加すると見込みます。とりわけ、療養病床から「自宅や他の施設等への移行」が、約 2,300 人見込まれます（現在の療養病床数と、将来の慢性期医療需要の差）。

医療の必要度が必ずしも高くない患者について、在宅医療等で対応することは、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築の観点からは必要です。しかし、行き場のない患者を作ることには許されません。限られた医療資源を活かしながら、住民が安心して医療を受けられるよう、医療・介護の連携、高齢者の住まいの確保など在宅医療等の整備を先行させることが重要です。

厚生労働省の「療養病床のあり方等に関する検討会」は、平成 28 年 1 月に、現行の介護療養病床・医療療養病床（25 対 1）が提供している機能を担う選択肢として、従来より「住まい」の機能の強化を中心とし、「医療を内包した施設類型」と「医療を外から提供する住まいと医療機関の併設類型」の 2 つを示しました。

現在、療養病床を有する個々の病院・診療所の選択肢としては、

- ・引き続き療養病床として、慢性期医療を提供する
- ・新しい類型に移行する
- ・介護老人保健施設、有料老人ホーム等の既存の類型に移行する
- ・あるいは複数の類型と組み合わせで移行する

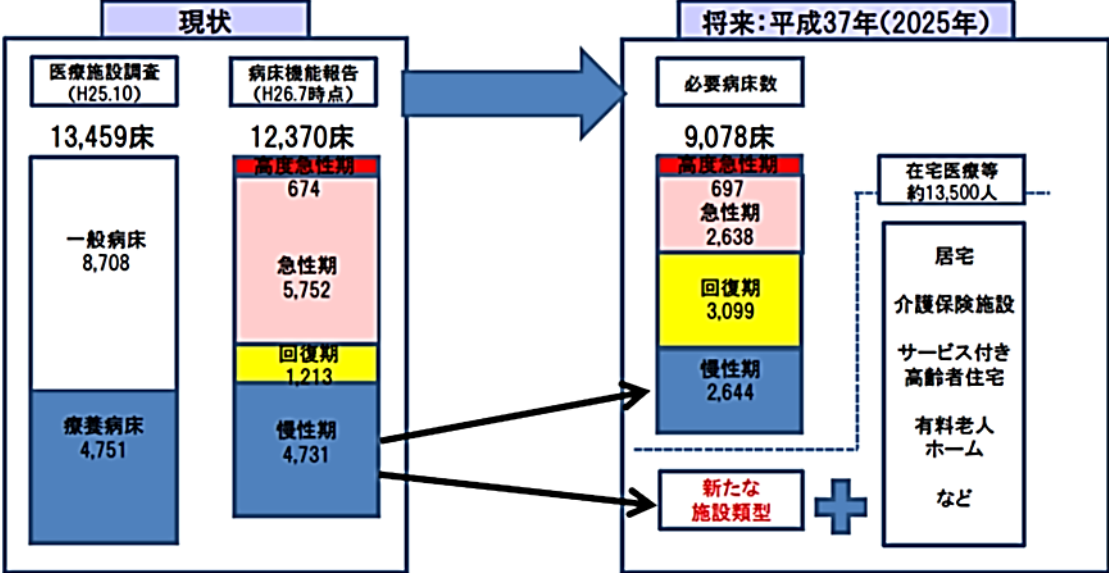
等、多様な選択肢があることから、各医療機関が、入院する患者像や経営状況などを勘案して、自ら選択することが求められます。

高齢者の単独世帯と夫婦のみの世帯は、今後も増加します。在宅医療等の整備を先行するためには、こうした住まいや生活支援も考えなければなりません。

慢性期・在宅医療等の医療需要の伸び(再掲)

		平成25年	平成37年	需要の伸び
佐賀県 全体	慢性期	3,521	2,432	▲ 30.9
	在宅医療等①	10,021	13,541	35.1
	訪問診療分②	5,305	6,467	21.9
	老健入所者③	2,917	2,917	0.0
	①-②-③	1,799	4,157	131.1
	小計	13,542	15,973	18.0
中部	慢性期	1,134	787	▲ 30.6
	在宅医療等①	3,810	5,112	34.2
	訪問診療分②	2,006	2,451	22.2
	老健入所者③	1,267	1,267	0.0
	①-②-③	537	1,394	159.6
	小計	4,944	5,899	19.3
東部	慢性期	775	514	▲ 33.7
	在宅医療等①	1,645	2,783	69.2
	訪問診療分②	1,100	1,578	43.5
	老健入所者③	270	270	0.0
	①-②-③	275	935	240.0
	小計	2,420	3,297	36.2
北部	慢性期	542	402	▲ 25.8
	在宅医療等①	1,650	1,989	20.5
	訪問診療分②	913	1,014	11.1
	老健入所者③	440	440	0.0
	①-②-③	297	535	80.1
	小計	2,192	2,391	9.1
西部	慢性期	351	250	▲ 28.8
	在宅医療等①	930	1,187	27.6
	訪問診療分②	429	481	12.1
	老健入所者③	240	240	0.0
	①-②-③	261	466	78.5
	小計	1,281	1,437	12.2
南部	慢性期	719	479	▲ 33.4
	在宅医療等①	1,986	2,470	24.4
	訪問診療分②	857	943	10.0
	老健入所者③	700	700	0.0
	①-②-③	429	827	92.8
	小計	2,705	2,949	9.0

- 人口構造の変化とNDBデータ等から将来の医療需要を見通し、必要病床数を機能別に推計。
- 2025年における「効率的かつ質の高い医療提供体制」に向けて、急性期等から回復期への病床機能の転換、高齢者住宅等を含む在宅医療の基盤整備を、10年程度かけて合意形成を図り、推進。
- 「病院完結型」から「地域完結型」に向け、医療・介護の連携、必要となる人材確保などに取り組む。



病床機能報告は、未報告医療機関があるため、現状の病床数とは一致しない

新たな施設類型は、現在厚労省で審議中。29年通常国会に法案提出予定。

3 主要疾患の医療需要の推移

医療需要全体は、平成 42 (2030) 年までは着実に伸びることが見込まれますが、主要疾患の伸びを示すと次のとおりになります。

(1) がん

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」に基づく推計（以下、ツール推計）と国立がん研究センターの石川ベンジャミン光一氏による推計（以下、石川氏推計）の2つの推計を示すこととします。

2つの推計は、ツール推計がレセプトデータを基にしているのに対して、石川氏推計が患者調査を基にしていることや、推計の基礎となる調査年次などの違いはありますが、両推計ともに、平成 37 年に県全体で今後のがん入院患者は、1 割程度増加するとともに、平成 37 年がピークとなることを示しています。

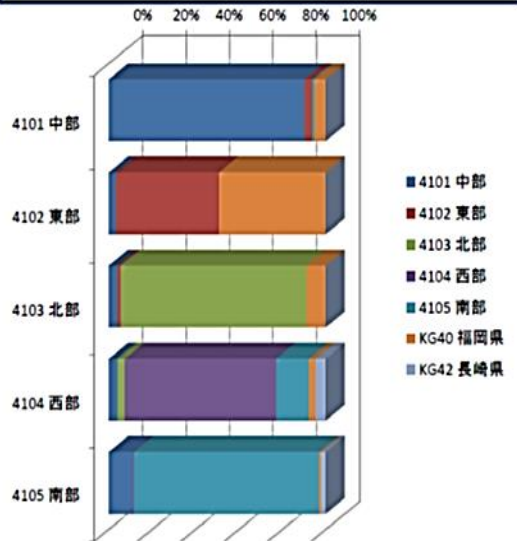
厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計					
(人・日)					
	平成25年	平成37年	平成42年	H25→37	H25→42
中部	353	372	367	1.05	1.04
東部	—	21	22	—	—
北部	118	120	117	1.02	0.99
西部	11	13	13	1.18	1.18
南部	136	143	142	1.05	1.04
県全体	618	669	661	1.08	1.07

国立がん研究センター・石川ベンジャミン光一氏による推計 https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/					
(人・日)					
	平成23年	平成37年	平成42年	H23→37	H23→42
中部	424	469	472	1.11	1.11
東部	142	169	172	1.19	1.21
北部	174	180	177	1.03	1.02
西部	104	108	107	1.04	1.03
南部	221	225	222	1.02	1.00
県全体	1,065	1,151	1,150	1.08	1.08

また、患者流出入の状況を見ると、東部ではがん患者の半数近くが福岡県（主に久留米圏域）に入院していますが、東部と久留米は、相互補完関係にある圏域であり、今後とも東部と久留米の連携が地域医療の観点から重要であることがうかがえます。また、西部でも一定数が南部に流出しているおり、圏域間の連携が必要です。

がん患者流出入の状況(2013)

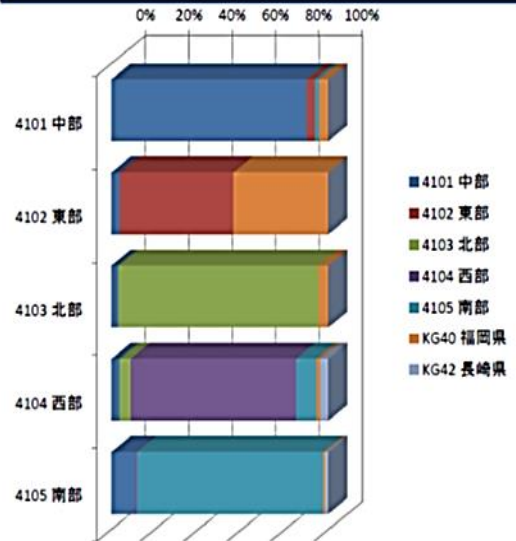
肺がん



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名							
医療機関二次医療圏名	4101 中部	4102 東部	4103 北部	4104 西部	4105 南部	KG40 福岡県	KG42 長崎県	総計
4101 中部	4,186	162			50	240		4,638
4102 東部	48	677				700		1,425
4103 北部	54	22	1,173			120		1,369
4104 西部	47		41	810	177	34	56	1,165
4105 南部	292		22	2,316	27	50		2,713
総計	4,927	861	1,214	832	2,543	1,124	112	11,213

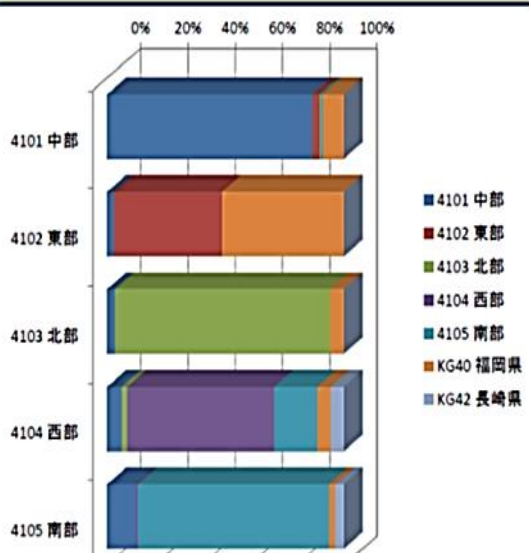
出典：厚生労働省提供「受療動向可視化ツール」

胃がん



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名							
医療機関二次医療圏名	4101 中部	4102 東部	4103 北部	4104 西部	4105 南部	KG40 福岡県	KG42 長崎県	総計
4101 中部	2,640	110			60	127		2,937
4102 東部	36	498				414		948
4103 北部	37		1,363			54		1,434
4104 西部	31		43	819	78	16	31	938
4105 南部	169			16	1,360	17	21	1,563
総計	2,913	608	1,426	855	1,498	628	52	7,483

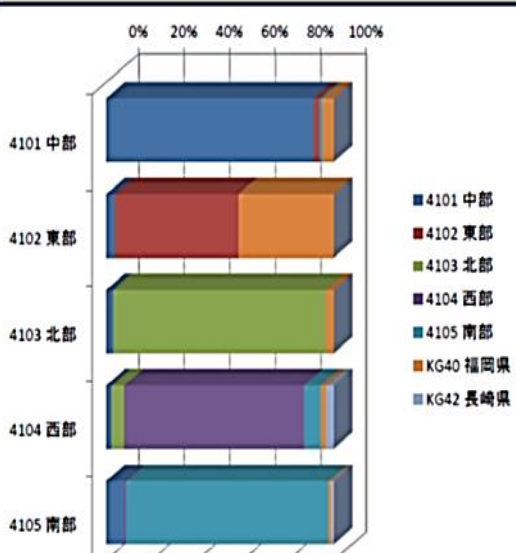
肝がん



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名							
医療機関二次医療圏名	4101 中部	4102 東部	4103 北部	4104 西部	4105 南部	KG40 福岡県	KG42 長崎県	総計
4101 中部	2,309	106	18		30	289		3,352
4102 東部	35	567				636		1,238
4103 北部	32		808			56		974
4104 西部	35		14	353	104	32	31	569
4105 南部	132			17	1,301	45	56	1,611
総計	3,203	673	818	370	1,435	1,058	87	7,744

出典：厚生労働省提供「受療動向可視化ツール」

大腸がん



合計 / 総件数	医療機関二次医療圏名							
医療機関二次医療圏名	4101 中部	4102 東部	4103 北部	4104 西部	4105 南部	KG40 福岡県	KG42 長崎県	総計
4101 中部	3,600	116			45	201		3,962
4102 東部	32	472				363		867
4103 北部	46		1,432			54		1,532
4104 西部	23		55	775	71	24	33	881
4105 南部	146			23	1,679	22	21	1,891
総計	3,877	588	1,487	798	1,795	664	54	9,253

(2) 脳卒中

脳卒中については、平成 37（2025）年に 2 割程度の入院患者の増加が見込まれます。増加は、平成 42（2030）年まで続き、その後、北部、西部、南部では需要は減少局面に入ると見込まれます。

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による推計					
（人・日）					
	平成25年	平成37年	平成42年	H25→37	H25→42
中部	109	127	133	1.17	1.22
東部	11	15	16	1.36	1.45
北部	32	45	46	1.41	1.44
西部	23	26	27	1.13	1.17
南部	58	64	67	1.10	1.16
県全体	233	277	289	1.19	1.24

国立がん研究センター・石川ベンジャミン光一氏による推計 https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/					
（人・日）					
	平成23年	平成37年	平成42年	H23→37	H23→42
中部	325	403	424	1.24	1.30
東部	109	153	161	1.40	1.48
北部	147	167	173	1.14	1.18
西部	88	101	105	1.15	1.19
南部	193	211	219	1.09	1.13
県全体	862	1,035	1,082	1.20	1.26

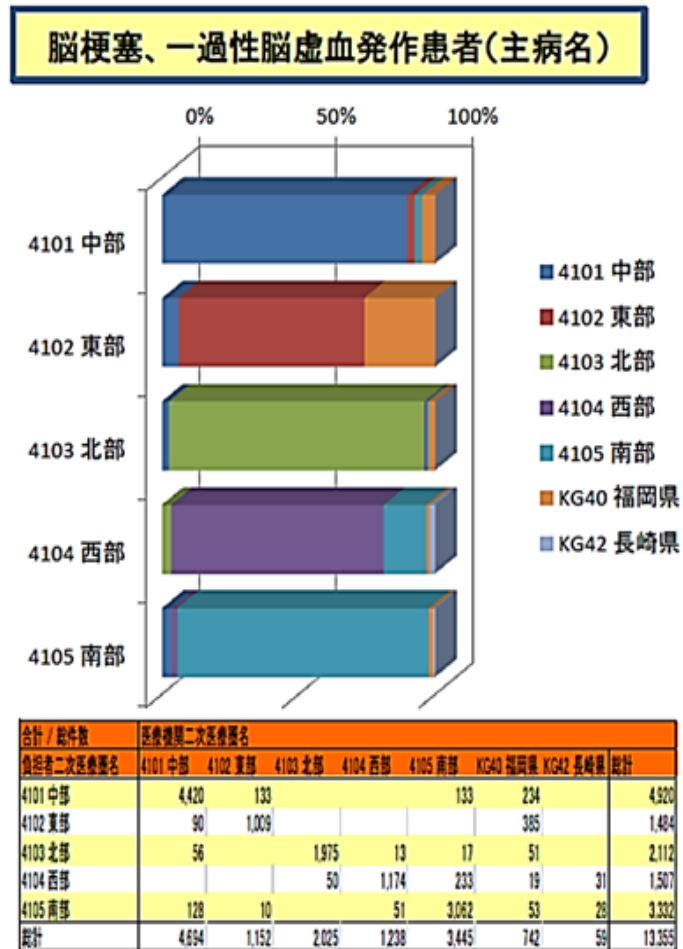
患者流出入の状況を見ると、東部地区では福岡県（主に久留米）、西部区域からは、南部区域への流出が見られます。

脳卒中については、発症後、2 時間以内に専門的な治療が可能な医療機関への救急搬送が必要となります。年 10 症例以上の診療実績がある D P C 病院へのアクセス時間を見ると、くも膜下出血では県内の 96% の人口が、また脳梗塞では県内の 99% の人口が、1 時間以内に到達可能と見込まれます。

九州全体では、くも膜下出血の場合、人口の 84.7% が 1 時間以内に到達可能であることと比較してみると、佐賀県は、脳卒中についての医療提供体制は確保されていると言えます。

しかし、死亡を免れても、脳卒中は後遺症が残ることがあり、平成 25 年国民生活基礎調査によると、要介護者の介護が必要となった理由の第 1 位は脳血管疾患（脳卒中）であり、要介護者全体の 21.7% を占めます。また、要介護 4・5 では、30% 以上が脳血管疾患を理由としています。

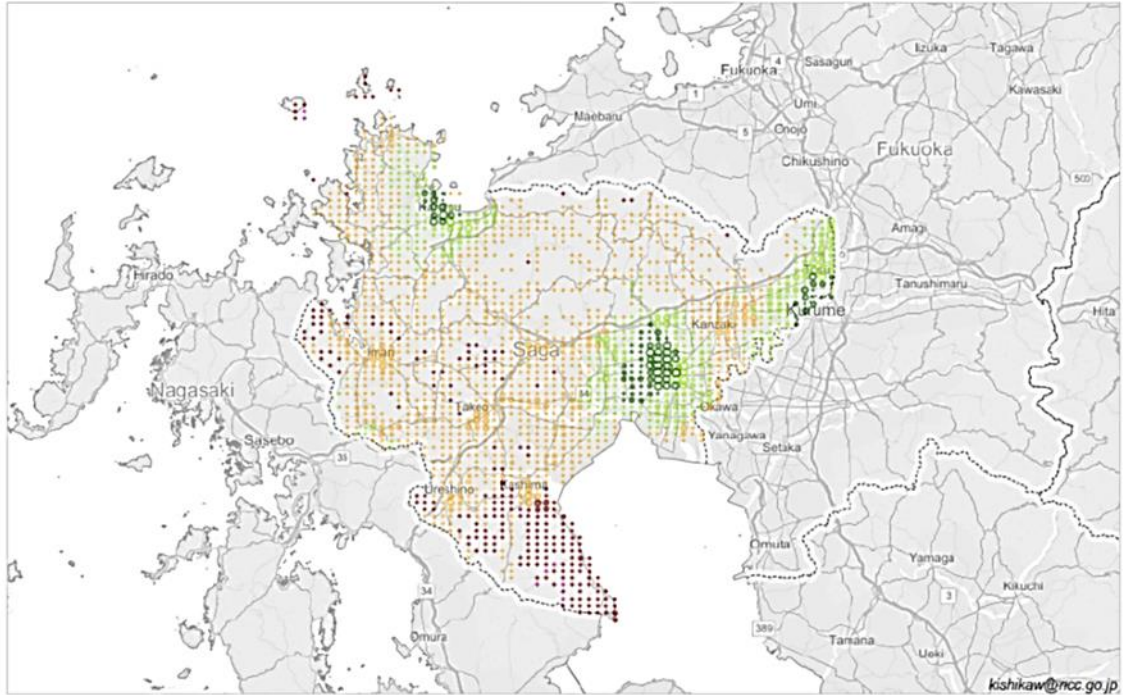
脳卒中の入院患者の伸びは、脳卒中リハビリテーションの需要の伸びや、在宅医療等や介護需要の伸びにも結びつくと考えられます。



出典:厚生労働省提供「受療動向可視化ツール」

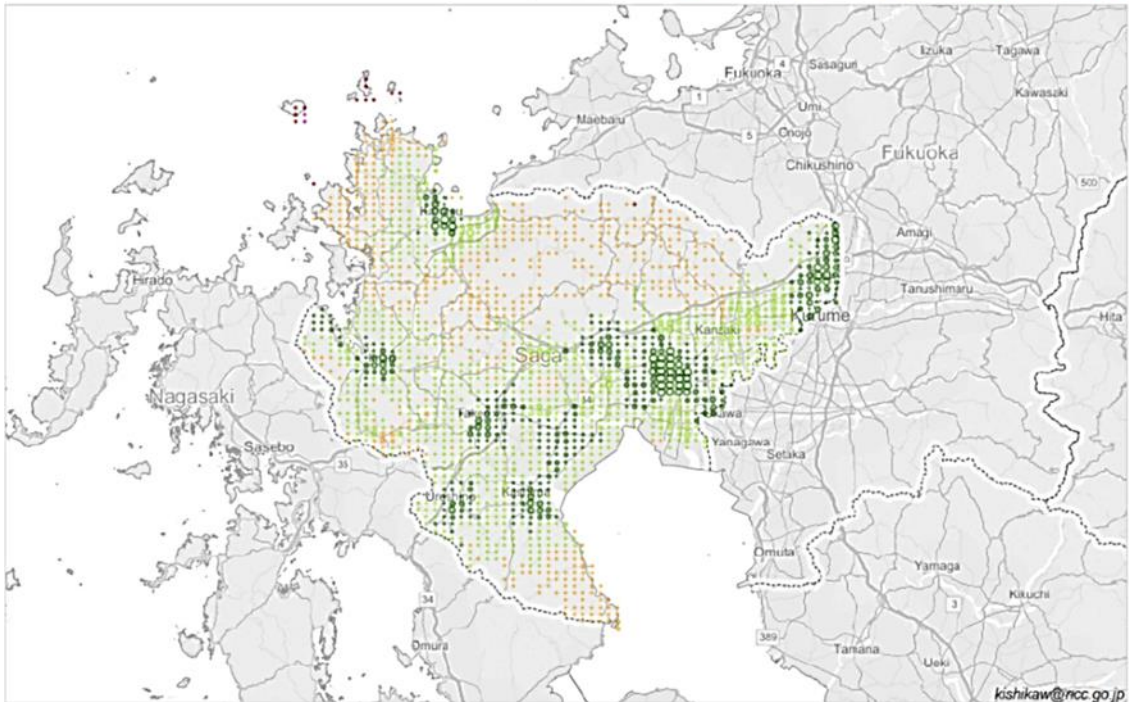
運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

都道府県 41佐賀県	2次医療圏 All	市区町村 All	有料道路利用あり		傷病分類			
			15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超	
			人口	184,337	285,873	350,955	33,305	296
			カバー率	21.6%	55.0%	96.1%	100.0%	100.0%



運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

都道府県 41佐賀県	2次医療圏 All	市区町村 All	有料道路利用あり		傷病分類			
			15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超	
			人口	470,653	297,734	85,196	1,003	180
			カバー率	55.1%	89.9%	99.9%	100.0%	100.0%



(3) 急性心筋梗塞等

急性心筋梗塞については、ツール推計では技術的に不可能ですが、石川氏推計で急性心筋梗塞・狭心症・心不全を合計した需要の伸びをみると、平成 37 (2025) 年に 2 割程度の入院患者の増加が見込まれます。増加は、平成 42 (2035) 年まで続き、平成 47 (2040) 年以降減少に入るものと見込まれます。

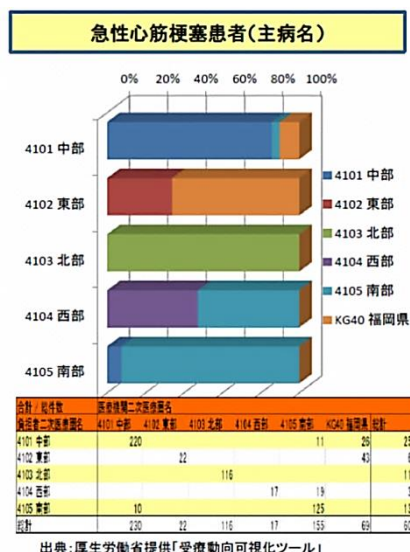
国立がん研究センター・石川ベンジャミン光一氏による推計 https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/					
(人・日)					
	平成23年	平成37年	平成42年	H23→37	H23→42
中部	136	168	176	1.24	1.29
東部	43	60	64	1.40	1.49
北部	58	65	68	1.12	1.17
西部	35	39	41	1.11	1.17
南部	77	83	86	1.08	1.12
県全体	349	415	435	1.19	1.25

患者流出入の状況を見ると、東部地区では福岡県（主に久留米）、西部区域からは、南部区域への流出が見られます。

急性心筋梗塞について、年 10 症例以上の診療実績がある D P C 病院へのアクセス時間を見ると、狭心症・急性心筋梗塞ともに県内の 99% の人口が、1 時間以内に到達可能と見込まれます。

九州全体では、急性心筋梗塞の場合、人口の 95.2% が 1 時間以内に到達可能であることと比較してみると、佐賀県は、急性心筋梗塞についての医療提供体制は確保されていると言えます。

しかし、急性心筋梗塞等の入院患者の伸びは、心臓リハビリテーションの需要の伸びに結びつくだけでなく、在宅復帰後においても、基礎疾患や危険因子の管理など、継続した長期の治療が必要となることから、入院治療を行った医療機関とかかりつけ医の連携の強化などがより必要となります。



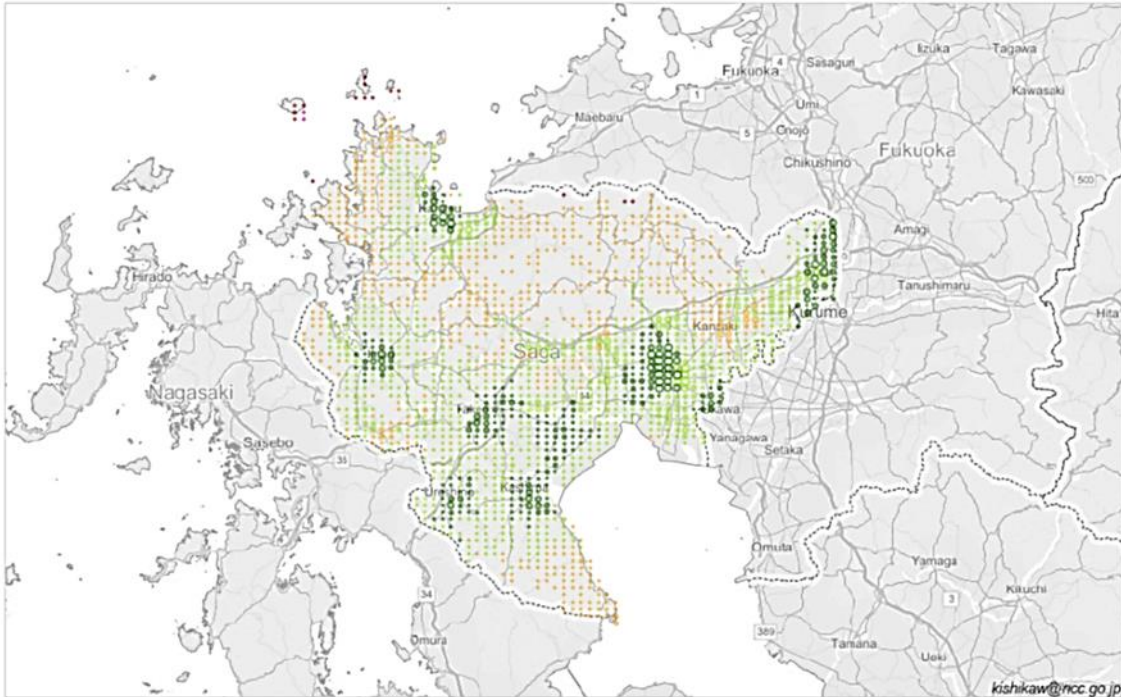
運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

都道府県
41佐賀県

2次医療圏
All

市区町村
All

	有料道路利用あり		傷病分類 050050狭心症、慢性虚血性..		
	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口	377,513	354,859	121,211	1,003	180
カバー率	44.2%	85.7%	99.9%	100.0%	100.0%



運転時間に基づくカバーエリア / 厚労省DPC調査-2013(H25)年度

都道府県
41佐賀県

2次医療圏
All

市区町村
All

	有料道路利用あり		傷病分類 050030急性心筋梗塞、再発..		
	15分以内	30分以内	60分以内	90分以内	90分超
人口	226,596	313,076	306,875	8,039	180
カバー率	26.5%	63.1%	99.0%	100.0%	100.0%

