

# 第5編

## 医療提供体制の グラントデザイン



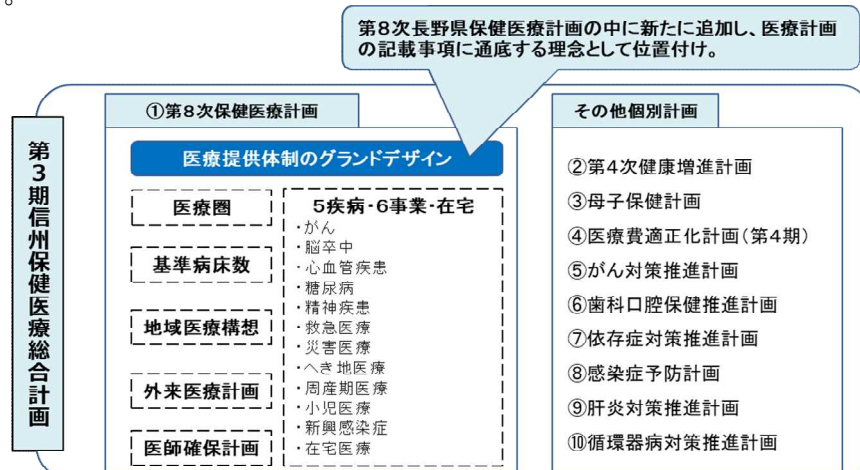
# 第1節 策定の趣旨

## 1 趣旨・目的

- 本県では、第2期信州保健医療総合計画等の推進を通じ、医療関係者をはじめ、県、市町村、関係団体等がそれぞれの役割のもとで協働し、県民の協力も得ながら、誰もが身近なところで安全かつ効率的で質の高い医療を受けることができる体制の構築が進められてきました。
- 一方、県内では少子高齢化が確実に進んでおり、それに伴う医療ニーズの変化への対応に加え、生産年齢人口の減少から更に厳しくなることが見込まれる医療従事者の確保や、2024年4月から適用される医師の時間外労働規制、さらに今般の新型コロナウイルス感染症を含む新興感染症が今後発生・まん延した場合に備えた体制の整備など、短期間では解決が難しい課題が山積している状況です。
- また、2016年度に「地域医療構想」を策定して以来、二次医療圏ごとに設置した地域医療構想調整会議を通じた協議により、各医療機関の自主的な病床の機能分化・連携に向けた取組が進められてきましたが、こうした病床機能に着目した議論だけではなく、地域の実情に沿った患者視点のあるべき医療提供体制の姿を関係者で共有した上で、県がリーダーシップを発揮しながら、地域ごとの課題解決に向けた議論を進めていくことが求められています。
- 全国的にも医療資源が少ない本県においてこれらの課題に対応していくためには、限られた医療資源を最大限有効に活用するとともに、県民も含めた医療に関わる各主体が同じ理念を共有し、これまで以上に協働した取組を中長期的な視点で進めていくことが必要です。
- このため、県内関係者で共有する理念として、いわゆる団塊ジュニア世代が高齢者となり、生産年齢人口の減少が加速していく2040年を含む中長期を見据えた本県の目指すべき医療提供体制のあり方と、その実現に向けた取組の大枠の方向性を示す「医療提供体制のグランドデザイン」を策定します。

## 2 位置付け

- 「医療提供体制のグランドデザイン」は、第8次長野県保健医療計画の記載事項に通底する理念として位置付けます。
- 県、市町村、医療関係者及び県民は、本グランドデザインを念頭に置いた上で、2040年を含む中長期を見据えたあるべき医療提供体制の実現に向けて、主体的な取り組みを進めていくことが望まれます。



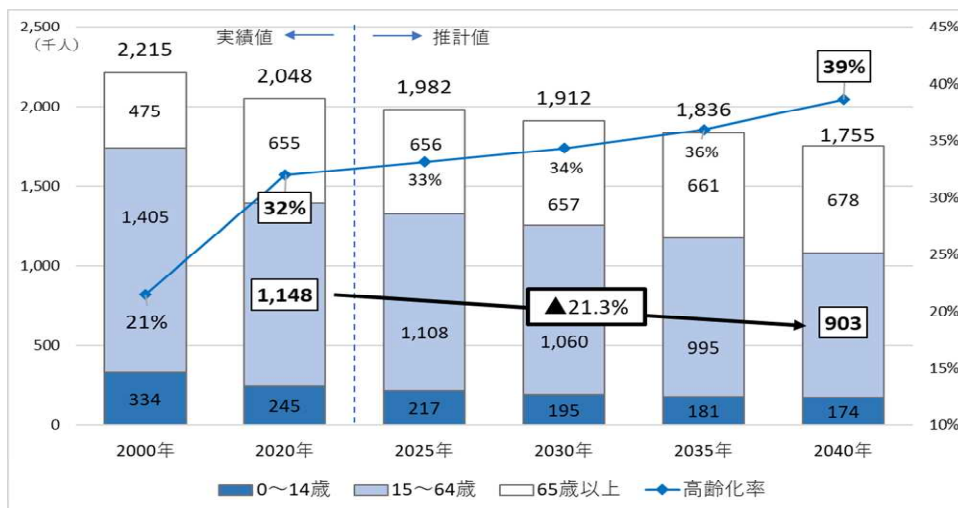
## 第2節 目指すべき医療提供体制の姿とその実現に向けた取組の大枠の方向性

### 1 対応しなければならない課題（共有すべき危機感）

#### (1) 医療ニーズの変化

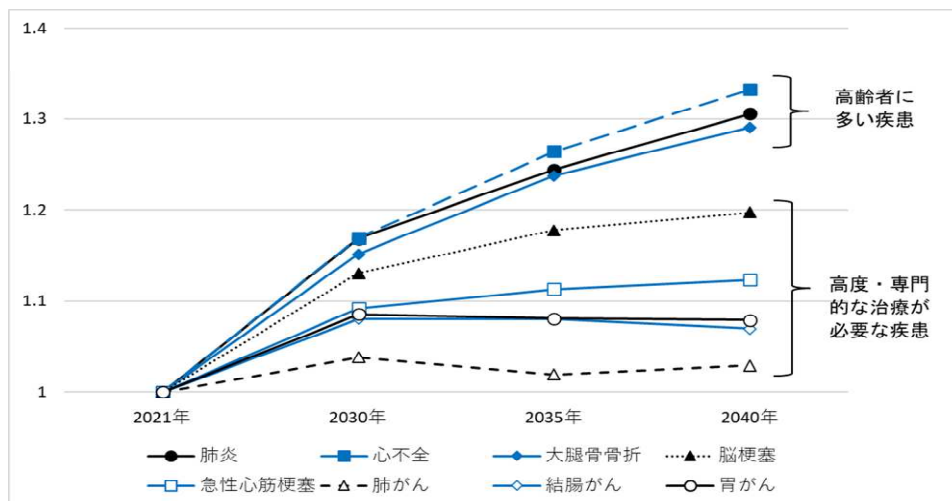
- 本県の将来推計人口をみると、14歳～64歳の人口は2020年から2040年までに約2割減少する一方、65歳以上の人口は増加し続け、2040年には高齢化率が39%まで上昇する見込みです。
- こうした人口構造の変化に伴い、がん等の高度・専門的な治療が求められる疾患のニーズはあまり増加しない一方で、誤嚥性肺炎や骨折等の高齢者に多い疾患のニーズは大きく増加することが見込まれています。
- これらの変化に対応し、限られた医療資源の中で地域に必要な医療の質を維持・向上させるためには、高度・専門医療を中心に担う医療機関と、高齢者疾患に対応する医療機関との役割分担を進める必要があります。

【図1】本県の総人口と高齢化率



(出典) 2020年までは国勢調査(総務省)、2025年以降は長野県企画振興部推計

【図2】本県の疾患別入院需要推計(2021年を1とした場合)

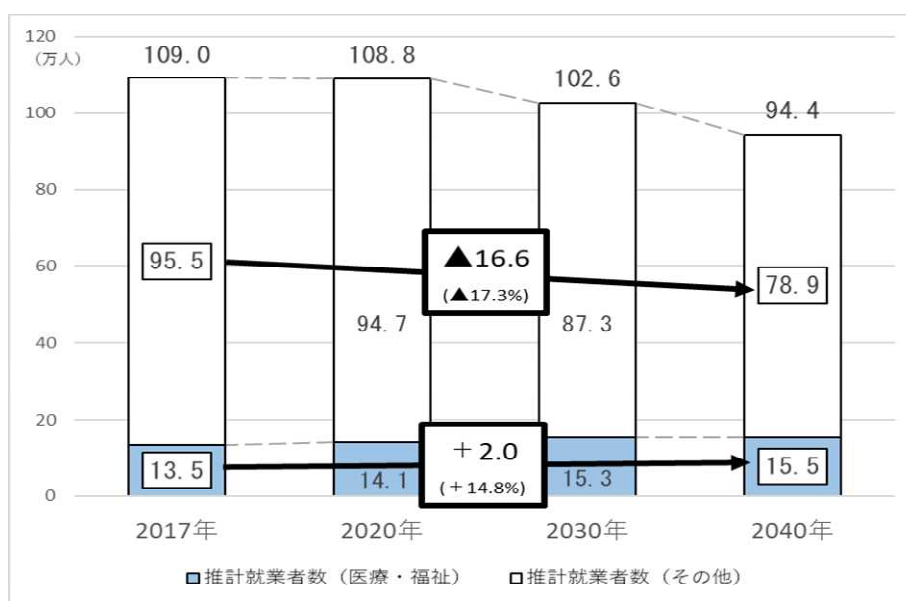


(出典) 長野県レセプトデータベース(対象者:国民健康保険、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会長野支部の加入者)

## (2) 医療従事者の確保

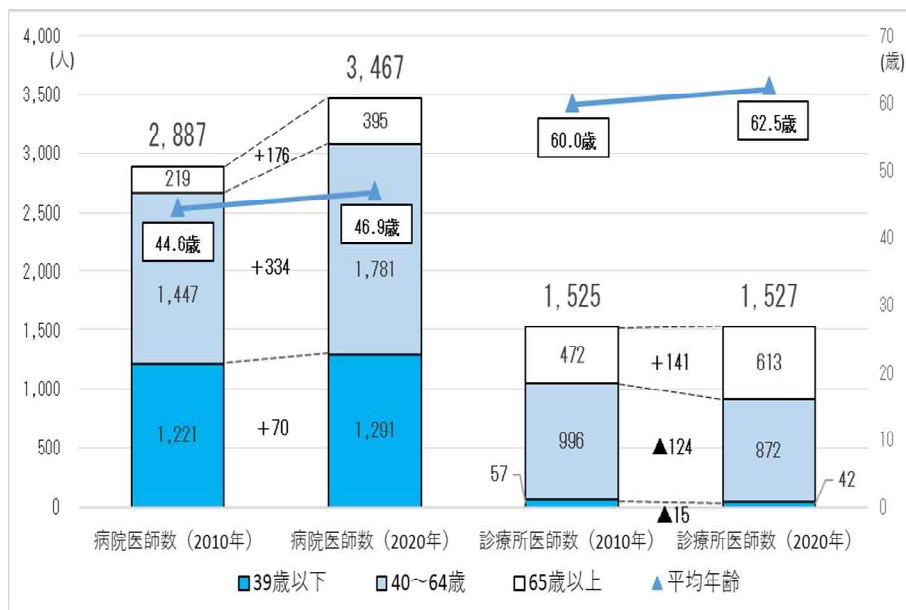
- 本県の労働力需給の推計では、本県の生産年齢人口は 2040 年までに急減する一方、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる見込みであり、医療従事者の確保がますます困難になることが想定されます。
- このうち、特に課題とされている医師については、県では地域枠の定員増や修学資金貸与医師等の配置調整を通じた医師確保・偏在対策に取り組み、その数は増加傾向にありますが、近年の医師の専門医志向やライフスタイルの変化に伴い、地域の医療機関のニーズに対応したきめ細かい医師配置を行うことが徐々に難しくなっている状況です。
- また、県内では医師の高齢化も課題として指摘されており、今後開業医の高齢化に伴う診療機能の縮小や廃業するケースが増加し、地域の初期救急や在宅医療等の重要な医療機能が脆弱になることが懸念されています。

【図3】本県の推計就業者数の推移



(出典) 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2020年3月)

【図4】本県の病院・診療所医師数の推移

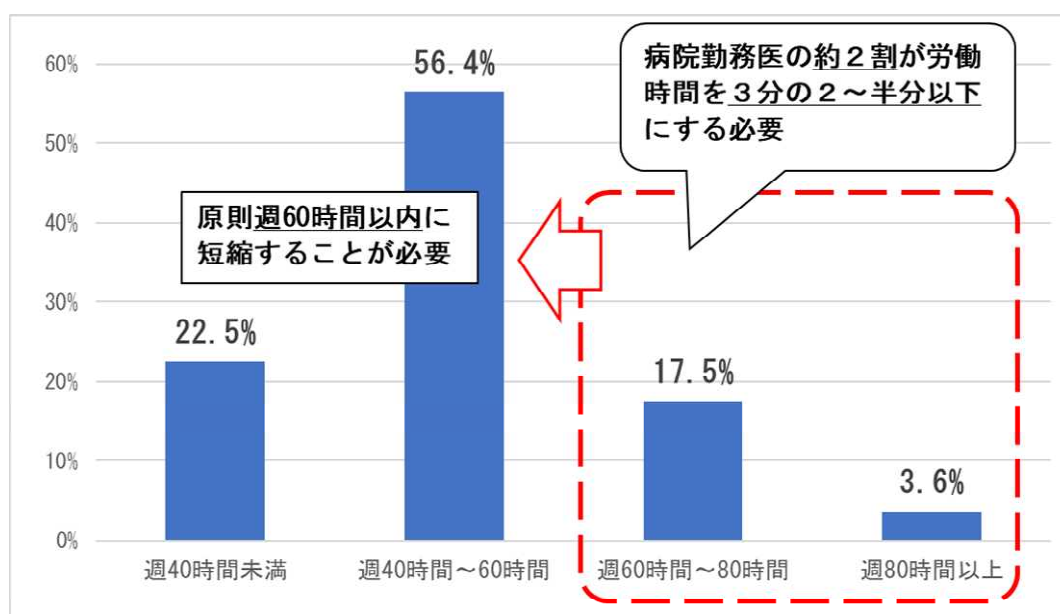


(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」

### (3) 医療従事者の働き方改革

- 本県の医療提供体制は医療従事者の献身的な働きによって支えられている中で、特に過酷な勤務環境にある医師の長時間労働を抜本的に改善し、医療の質と安全性を確保する観点から、2024年4月より、医師の時間外労働時間の上限規制（原則：年間960時間（週労働時間60時間）以内、特例：1,860時間以内）が適用されます。
- このことに伴い、医師1人あたりの実質的なマンパワーが従来よりも制約される可能性があり、一定数以上の医師配置ができない病院では、休日・夜間の救急機能を縮小または廃止せざるを得ない状況に陥ることも危惧され、これまで以上に地域全体で効率的な医師配置を進める必要があります。
- また、医師を含めた医療従事者の働き方改革を進めるためには、業務の効率化等に向けたICTの活用やタスク・シフト／シェア等の医療を提供する側の取組に加え、適正に救急車を利用する等、医療を受ける側の取組も必要不可欠です。

【図5】全国の病院勤務医（常勤）の週労働時間の状況



(出典) 厚生労働省 第18回医師の働き方改革の推進に関する検討会（令和5年10月12日）資料2を基に長野県で作成

### (4) 新興感染症への備え

- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、本県も含めて全国の医療提供体制に多大な影響を与え、救急医療をはじめ地域医療の様々な課題が浮き彫りとなったことから、平時から入院・在宅・外来にわたる医療機能の分化・強化を図りつつ、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療を提供できるようなネットワーク体制を構築しておくことの重要性などが改めて認識されました。
- 国は今回の新興感染症対応の教訓を踏まえ、第8次医療計画より「新興感染症発生・まん延時における医療」を6事業目として追加することとしており、都道府県は、感染症法に基づく医療機関との協定締結等を通じ、平時から新興感染症発生・まん延時における地域の医療機関間の役割分担と連携体制を計画的に整備し、その役割に応じた医療資源の配置を進めることが求められています。

## 2 想定される事態

- 1で挙げた諸課題に早急に対策を打たない場合、以下のような事態を招くことが想定され、県民の暮らしに大きな影響を与えかねないことから、行政、医療関係者、県民が危機感を共有した上で、課題解決に向けた取組を協働して進める必要があります。

想定される事態

人口減少に伴い患者数が減少する中、各地域の医療機関の役割分担が進まず、それぞれ従来通りの医療提供体制・人員体制を維持することが経営を圧迫。

↓  
医療機関及び医師が広く分散し、医師のキャリア形成のための指導環境や症例が確保できず、医療の質が低下するとともに、地域医療を担う医師が減少。

↓  
医療提供体制の縮小に伴う更なる患者の減少や、医師確保の難航等により、経営が維持できず廃業する医療機関が発生。

↓  
結果、地域に必要な医療機能が損なわれ、有事の対応力も低下。県民の暮らしに大きな影響を与える事態に。

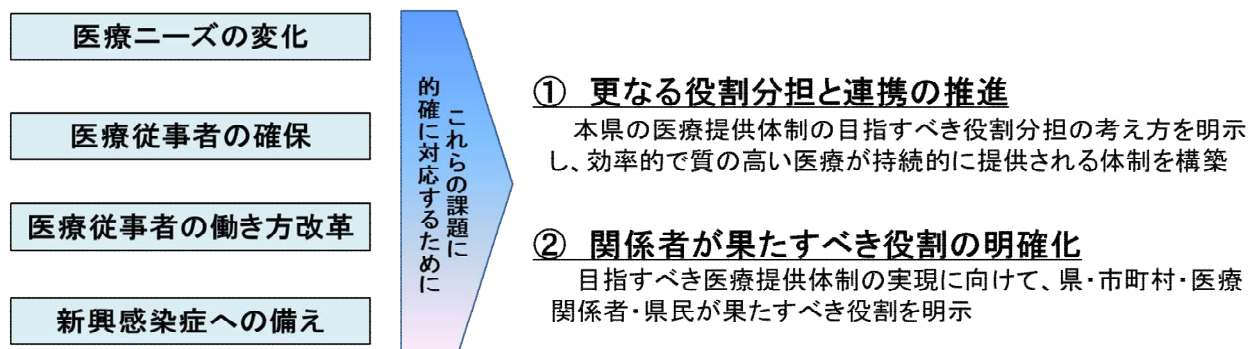
## 3 目指すべき医療提供体制の姿とその実現に向けた取組の大枠の方向性

- 1, 2を踏まえ、2040年を含む中長期を見据えた本県が目指すべき医療提供体制の姿とその実現に向けた取組の大枠の方向性を次のとおりとし、県がリーダーシップを発揮しながら、関係者一丸となってあるべき医療提供体制の実現に向けた取組を推進します。

### 目指すべき医療提供体制の姿

有事・平時を問わず、誰もが高度・専門医療から在宅医療まで、自身の病状に合った質の高い医療を切れ目なく受けることができ、安心して暮らすことができる。

### 目指すべき姿の実現に向けた取組の大枠の方向性



## 4 グランドデザインの見直し

- 本グランドデザインについては、2040年を見据えた新たな地域医療構想を2025年度に策定する予定であることから、その内容を踏まえ、2026年度に行う医療計画の中間見直しの中で、必要に応じて見直しを行います。

## 第3節 更なる役割分担と連携の推進

2040年を含む中長期を見据えた本県の目指すべき医療提供体制の実現に向けて、以下のとおり、入院・在宅・外来医療体制に係る医療機関間の役割分担と連携を推進します。

なお、新興感染症に備えた医療提供体制の考え方については、第9編第7節の感染症対策（長野県感染症予防計画）に詳述します。

### 1 入院医療体制

#### (1) 「地域型病院」と「広域型病院」による役割分担と連携の推進

- 限られた医療資源を最大限有効に活用する観点から、これまでの地域医療構想の取組の中で着目してきた「病床機能」だけではなく、「病院機能」にも焦点を置いた役割分担を図ることが必要であるため、病院を「地域型病院」と「広域型病院」に類型化し、役割分担と連携を推進します。

##### [地域型病院]

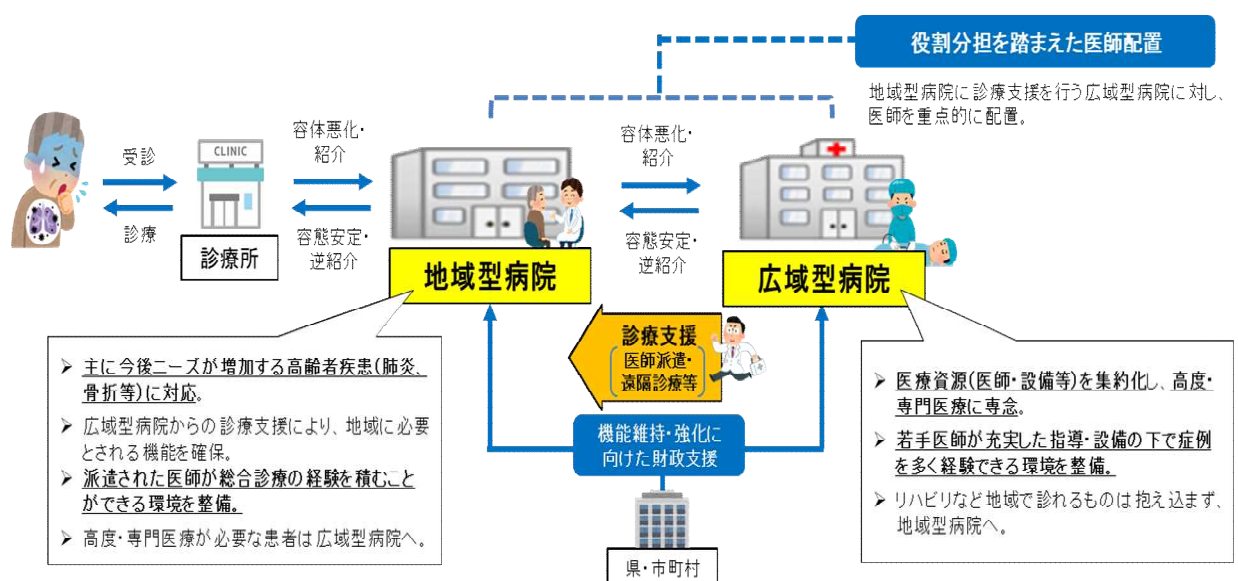
今後増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、骨折等）を中心に対応するなど、地域包括ケア体制の要となる機能の他、地域の平日・休日夜間の救急入院を受け入れる機能や、一部の診療領域に特化した機能等を担う病院。

##### [広域型病院]

高度・専門医療を中心に担い、その機能を発揮できるよう医療資源（医師・設備等）を集約するとともに、「地域型病院」に対する診療支援（医師派遣、遠隔診療等）を実施する病院。

- 県及び市町村は、「地域型病院」と「広域型病院」がそれぞれの役割を発揮できるよう、機能の維持・強化に向けた財政支援を実施します。

【図1】入院医療体制の役割分担と連携のイメージ





【図2】地域型病院・広域型病院が持つ機能として想定するもの



▶ 地域包括ケア体制の要となる機能(地域密着型)

【想定する診療機能】

- ・総合診療を提供する機能
- ・在宅医療を提供する機能(訪問診療、往診、看取り等)
- ・在宅医療を担う診療所や介護施設等を支援する機能(診療所等の医師不在時における支援、レスパイト入院等)
- ・在宅や介護施設等で急変した患者の受入機能
- ・他の急性期病院で治療を受け、引き続き入院医療が必要な患者の受入機能
- ・リハビリテーションを提供する機能
- ・長期療養が必要な患者の受入機能

▶ 平日の二次救急患者や休日・夜間の救急患者を受け入れる機能(地域救急型)

【想定する病院】

救急告示病院、病院群輪番制参加病院

▶ 一部の診療領域に特化した機能(地域専門型)

【想定する診療領域】

脳神経外科、精神科、産婦人科 等

▶ 高度・専門的な医療を提供する機能

【想定する診療機能】

- がん：都道府県がん診療拠点病院、がん診療連携拠点病院 等
- 脳卒中：脳血栓溶解療法(rt-PA)、脳外科手術、脳血管内手術が可能 等
- 心血管疾患：大動脈解離、心臓カテーテル治療が可能 等
- 精神疾患：依存症治療拠点機能、児童思春期精神科医療、災害時精神医療分野等における県の拠点機能 等
- 救急医療：救命救急センター 等
- 災害医療：災害拠点病院
- 周産期医療：総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター
- 小児医療：小児中核病院、小児地域医療センター
- 感染症：第一種、第二種感染症指定医療機関 等
- 医師派遣：医師が多数在籍し、医師派遣等により中小病院・診療所を支援する機能

(2) 役割分担と連携を進める上での留意点

ア 「地域型病院」・「広域型病院」の考え方

- 「地域型病院」及び「広域型病院」の考え方は、各病院をいずれか一方に分類・認定するというものではなく、1病院が「地域型病院」と「広域型病院」双方の機能を持つことも想定した上で、地域の実情に即した役割分担と連携のあり方を検討するための概念です。

イ 開設主体による財政支援や税制上の取扱いの違い

- 公立・公的病院は民間病院に比べ、税制・財政上の措置の面で優遇されていることから、救急・小児・周産期医療等の不採算医療や特殊な医療等に機能を重点化することを原則としつつ、地域の医療資源の実情を踏まえ、役割分担を検討することが必要です。

ウ 集約化を進める症例の範囲

- 「広域型病院」に集約化する症例の範囲を検討する際には、同院からの下り搬送のあり方についても議論し、地域の医療機関が共存できるようにする観点が重要です。
- また、今般の新型コロナウイルス感染症の経験から、一医療機関に複数の機能を集約化した場合に当該医療機関が機能不全に陥った際のリスクを避けるため、その機能を複数の医療機関が持つべきかどうかという観点からの検討も必要です。

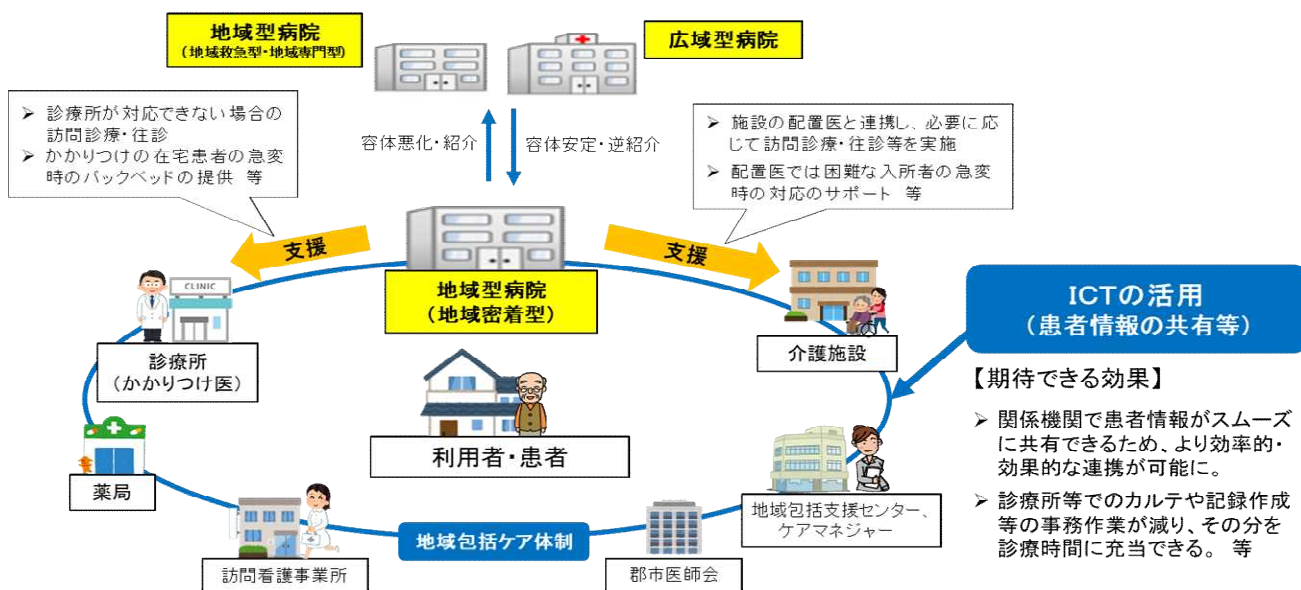
エ 「地域型病院」を評価する意識の醸成

- 「地域型病院」は超高齢社会における地域医療を支える要であり、今後の地域医療の中心であるという共通認識のもとで役割分担の検討を進めることが必要です。

## 2 在宅医療体制

- 開業医の高齢化・廃業に伴う在宅医療機能の低下や、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により顕在化した介護施設等における医療提供体制の課題に対応するため、診療や介護施設等を支援する「地域型病院」（地域密着型）を中心とした連携体制を強化します。
- 連携体制の強化にあたっては、i）多職種連携の更なる推進、ii）業務効率化による一医療機関あたりの訪問診療等に対応する能力の強化、iii）介護施設等における医療提供体制の強化を図る観点から、ICTの活用を積極的に推進します。

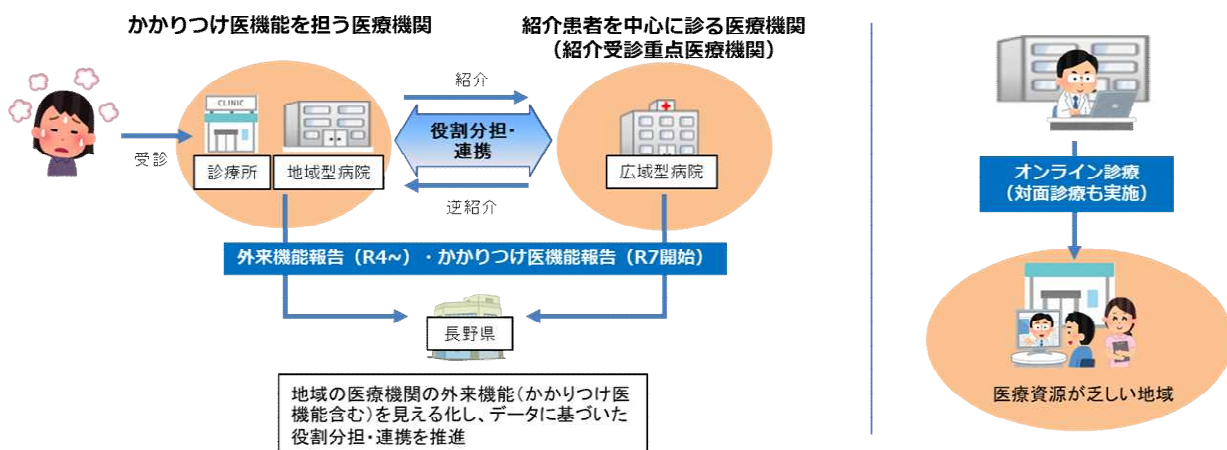
【図3】在宅医療体制の役割分担と連携のイメージ



## 3 外来医療体制

- 限られた医療資源の中で、医療従事者の働き方改革を進めつつ、複数の疾患を抱えた高齢患者の増加に対応していくためには、住民の身近にある医療機関がかかりつけ医機能を発揮し、専門的な治療が必要になった場合は紹介状により専門医療機関につなげる流れを強化していくことが必要であることから、地域の医療資源の状況を踏まえつつ、「かかりつけ医機能を担う医療機関」と、「紹介患者を中心に診る医療機関」（紹介受診重点医療機関）による役割分担を推進します。
- また、医療アクセスが困難な地域については、その地域の外来医療を補完するため、オンライン診療の導入を積極的に推進します。

【図4】外来医療体制の役割分担と連携のイメージ



## 第4節 関係者が果たすべき役割の明確化

2040年を含む中長期を見据えた本県の目指すべき医療提供体制の実現に向けて、以下のとおり、県、市町村、医療関係者、県民が果たすべき役割を明確化します。

### 1 県の役割

#### (1) リーダーシップの発揮

- 本グランドデザインで示す目指すべき医療提供体制のあり方を軸に、地域医療構想調整会議等の協議の場における医療機関間の役割分担と連携の推進に向けた議論を主導します。

#### (2) データ分析

- 地域全体の傾向を把握するデータに加えて、病床機能報告やレセプトデータ等を活用し、「地域型病院」と「広域型病院」の機能に係る医療機関単位の診療実績等を「見える化」することで、地域医療構想調整会議等の協議の場における議論の活性化を図ります。

#### (3) 人材確保

- 医師確保計画や今回新たに策定する薬剤師確保計画等に基づき、不足が指摘されている医師、看護師、薬剤師等の医療従事者の確保に重点的に取り組みます。
- また、信州大学等と連携し、「地域型病院」と「広域型病院」の役割分担と連携体制を踏まえた修学資金貸与医師等の配置調整を実施します。

#### (4) 医療のデジタル化の推進

- 医療資源が乏しい地域においても質の高い医療を確保するため、へき地における医療を補完する仕組みとして「D（医師）to P（患者）with N（看護師）」をはじめとするオンライン診療を普及促進するとともに、医療現場の業務効率化に向けたICTの活用を促進するなど、医療分野におけるデジタル化を推進します。
- また、国は全国医療情報プラットフォームの創設や電子カルテ情報の標準化等のいわゆる「医療DX」を積極的に推進する方針を示していることから、その動向を注視しつつ、本県の実情に合ったデジタル技術を活用した取組を検討・推進します。

#### (5) 財政支援

- 「地域型病院」と「広域型病院」による役割分担と連携体制の構築を推進し、それぞれの機能を維持・強化する観点から、地域医療介護総合確保基金等を活用した財政支援を実施します。

#### (6) 普及啓発

- 「地域型病院」と「広域型病院」による役割分担と連携を推進する観点から、県民に対する受療行動の適正化に向けた取組に加え、医療関係者に対し、「地域型病院」の役割を評価する意識を醸成するための普及啓発を実施します。

## **(7) 県立病院による政策医療の提供**

- 県立病院機構を通じて、他の病院では担うことが困難と考えられる高度・専門医療や、へき地医療等の不採算医療を提供します。

## **(8) 国への提言**

- 地域の課題解決の支障となっている医療制度の改善や求められている支援策について、積極的に国へ提言します。

## **(9) 医療分野以外の施策との連携**

- 地域の医療課題は医療分野の取組だけでは解決が困難なケースがあるため、必要に応じて、地域交通やまちづくり政策等の他の分野との連携を図ります。

# **2 市町村の役割**

## **(1) 保健・医療・介護の連携**

- 郡市医師会等の医療関係者や医療保険者と連携した健康づくり、介護予防などを含め、地域包括ケア体制を深化・推進することが求められます。

## **(2) 公立医療機関の設置・運営による地域医療の提供**

- 民間病院が担うことが困難な不採算医療等の機能に重点化することを原則としつつ、地域の実情を踏まえた役割分担と連携により、必要な医療を継続的に提供することが求められます。
- また、建替え等によりその役割を見直す際には、あらゆる機能を持つのではなく、医療機関間の役割分担や連携を踏まえた上で、必要な機能について検討し、地域の住民に必要な医療機能を確保することが求められます。

## **(3) 財政支援**

- 救急や周産期医療など、まちづくりにとって重要な医療を支えている医療機関への財政支援について、地方交付税措置等を活用し、積極的に実施することが求められます。

## **(4) 医療アクセスの確保**

- 中山間地など、医療アクセスが困難な高齢者等の住民に対して、デマンド交通の実施等を積極的に検討・実施することが求められます。

## **(5) 普及啓発**

- 地域住民に対し、上手な医療のかかり方や在宅医療・介護サービスの情報等について発信することが求められます。

# **3 医療関係者の役割**

## **(1) 医療需要の変化を踏まえた役割分担と連携の推進**

- 医療データを基に地域の医療需要の変化や自院の状況を客観的に把握し、地域に求められる医療を念頭に置いた上で、他の医療機関との役割分担と連携を推進することが求められます。

## **(2) 人材の育成**

- 質が高く安心・安全な医療サービスを提供するため、医療従事者の資質向上のための研修等を実施することが求められます。

## **(3) 医療従事者の働き方改革の推進**

- 医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図る観点から、タスク・シフト／シェア等を通じた勤務環境改善に取り組むなど、医療従事者の働き方改革を推進することが求められます。

## **(4) ICTの積極的な活用**

- 生産年齢人口の減少等により医療従事者の確保が今後更に厳しくなることが見込まれるため、業務の負担軽減・効率化や医療の安全性の確保等を図る観点から、ICTの活用を積極的に進めることが求められます。

## **(5) 行政との連携**

- 県・市町村が実施する保健・医療に関連する事業等への協力や、地域医療構想調整会議等の協議の場に参加して地域課題について意見交換を行う等の行政と連携した取組が求められます。

# **4 県民の役割**

## **(1) かかりつけ医を持つこと**

- 紹介状を持たない患者が大病院に集中することが与える地域医療への影響（大病院が本来持つ高度・専門医療機能の低下、病院勤務医の疲弊、患者の待ち時間の長期化等）を理解し、日常的な医療の提供や健康管理を行い、症状に応じて高度・専門的医療を担う医療機関を紹介する「かかりつけ医」を持つことが求められます。

## **(2) コンビニ受診や安易な救急車の利用はしないこと**

- 本来救急医療が必要な患者への対応の遅れや、医療従事者の過剰労働等につながる「コンビニ受診」や安易な救急車の利用をしないことが求められます。

## **(3) 医療機関の役割分担を踏まえた転院への理解**

- 患者の病状に合った医療を切れ目なく提供する体制づくりを進めるため、限られた医療資源を有効に活用する役割分担の観点を踏まえて医療機関から転院を勧められた場合には、必要に応じて丁寧な説明を依頼した上で、転院に協力することが求められます。

## **(4) 人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の実施**

- 人生の最終段階において自身が受けたい治療や受けたくない治療、最期を迎えたい場所などの意向について家族や医療従事者と考え、話し合う「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」の意義や必要性を理解し、実施することが求められます。



# 第6編

## 医療圏の設定と 基準病床数





# 第1章

## 医療圏の設定

## 第1節 設定の趣旨

- 医療には、県民の日常生活に密接に関わる頻度の高いものから、極めて高度・特殊な医療まで様々な段階があります。限られた医療資源を前提に、医療を県民に適正かつ効率的に提供していくためには、医療機能に応じた医療機関の適正な配置を図るとともに、医療機関が機能を分担し相互に連携していくことが必要です。
- 本計画では、医療機能の連携と施策の効果的な推進を図る上での地域単位として、一次、二次、三次の医療圏をそれぞれ設定し、包括的な医療を提供するための体制整備を目指します。
- なお、医療圏の設定は、医療提供体制を考慮していく上での地域単位であって、県民の受療行動や医療の提供者である医療機関の活動等を規制するものではありません。

## 第2節 医療圏の区分及び設定

### 1 医療圏の区分と設定

- 地域特性や県民の生活行動圏域等に十分配慮しながら、機能に応じた医療圏を下記のとおり設定します。

【表1】本県における医療圏の区分

区 分	機 能	単位地域
一次医療圏	住民一人ひとりの健康管理活動、日常的に多発する一般的な疾病への対応等、住民の日常生活に密着した医療が行われる区域	市町村
二次医療圏 (医療法第30条の4 第2項第14号の区域)	都市と周辺地域を一体とした広域的な日常生活圏で、高度・特殊な医療を除いた入院医療や包括的な医療が行われる区域	10の広域行政圏 (【表2】及び【図1】)
三次医療圏 (医療法第30条の4 第2項第15号の区域)	専門性の高い、高度・特殊な医療が行われる区域	県全域

- なお、後述の4のとおり、疾病・事業によっては、上記に定める二次医療圏と異なる圏域を設定するものとします。
- また、三次医療圏については、必要に応じ、4圏域(【表2】及び【図1】)に区分することができるものとします。

○ 二次医療圏及び三次医療圏の概況は以下のとおりです。

【表2】二次医療圏及び三次医療圏

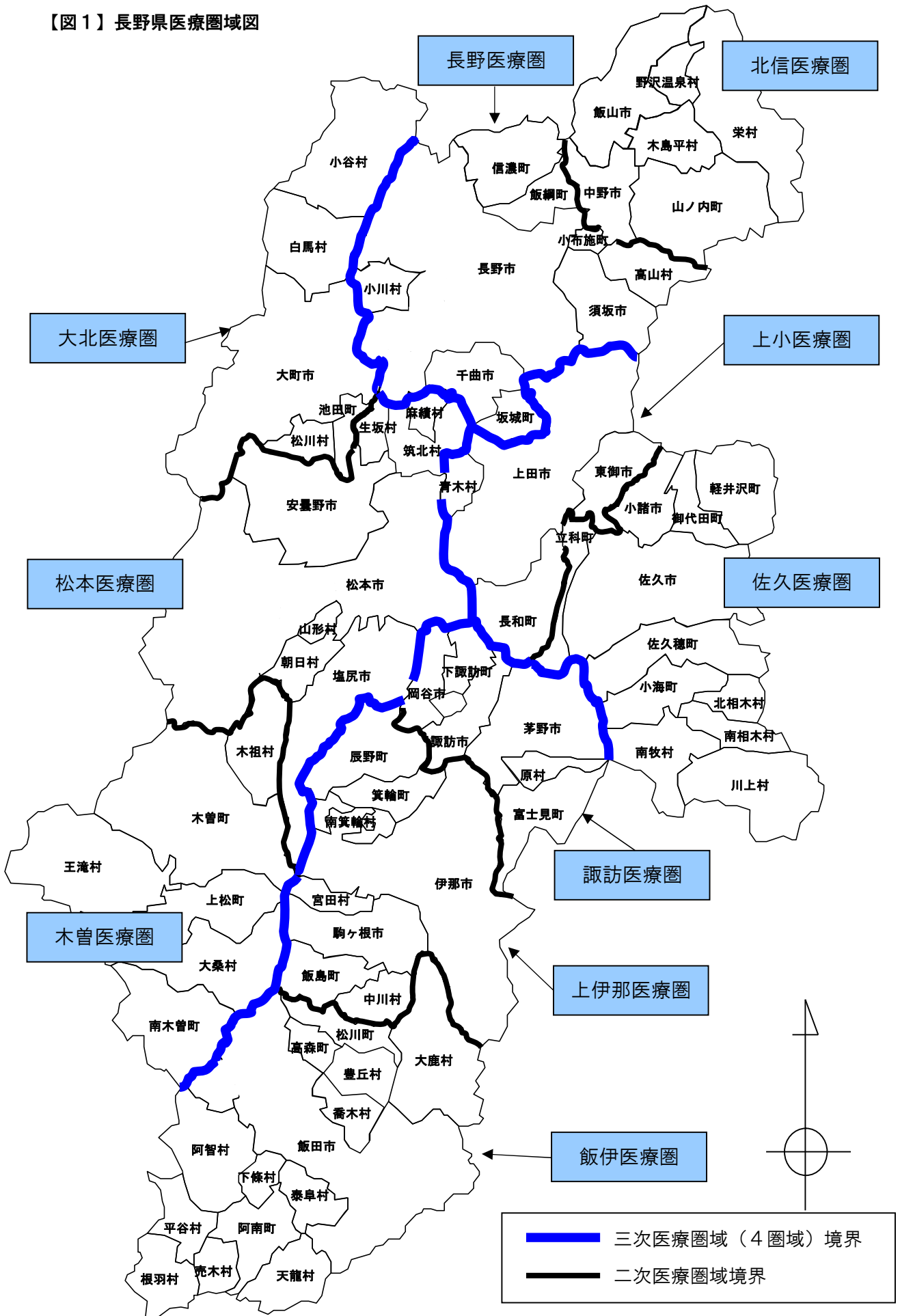
三次医療圏		二次医療圏					
4 圏域	圏 域	区 域	市町村数	人 口 (人)	面 積 (km <sup>2</sup> )	所 管 保健所	
上 小	上田市、東御市、小県郡	4	190,208	905.37	上 田		
南 信	諏 訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡	6	189,178	715.75	諏 訪	
	上伊那	伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡	8	176,235	1,348.40	伊 那	
飯 伊	飯田市、下伊那郡	14	150,288	1,928.89	飯 田		
中 信	木 曾	木曾郡	6	23,980	1,546.15	木 曾	
	松 本	松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡	8	418,541	1,868.74	松 本	
	大 北	大町市、北安曇郡	5	54,525	1,109.65	大 町	
北 信	長 野	長野市、須坂市、千曲市、埴科郡、上高井郡、上水内郡	9	521,874	1,558.00	長 野 長野市	
	北 信	中野市、飯山市、下高井郡、下水内郡	6	79,294	1,009.45	北 信	
県 計			77	2,098,804	13,561.56		

(注) 人口は2023年4月1日現在

(長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」)

県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない。

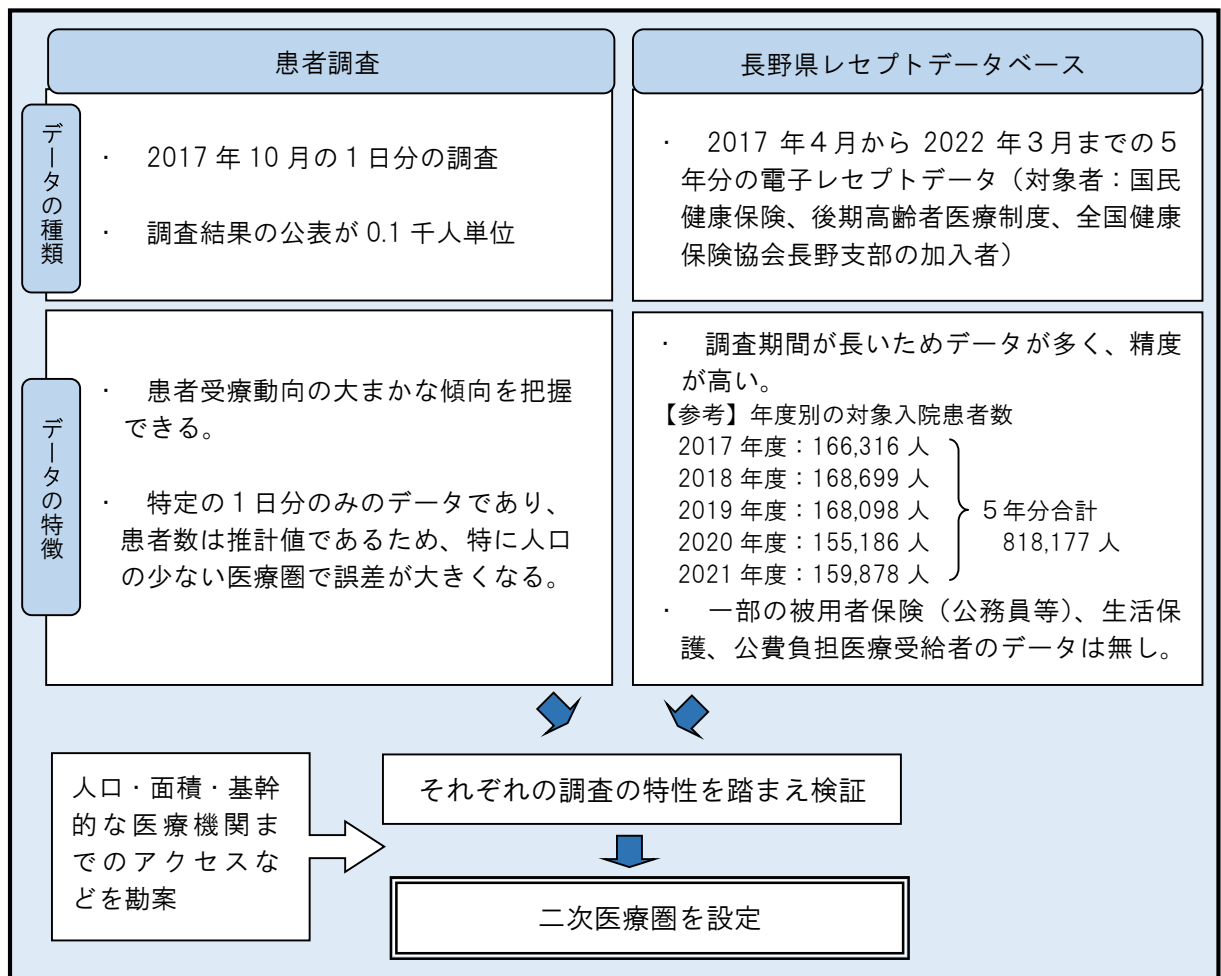
【図1】長野県医療圏域図



## 2 二次医療圏設定の検討

- 二次医療圏の設定に当たり、厚生労働省の医療計画作成指針（以下「作成指針」という。）において、「人口規模が 20 万人未満の二次医療圏について、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（流入患者割合が 20%未満であり、流出患者割合が 20%以上である場合）、設定の見直しについて検討する」こととされていますが、県内では、木曽、大北及び北信の 3 医療圏が該当しています。
- 本県では、二次医療圏の設定に当たり、厚生労働省の患者調査に加え、本県独自に構築したレセプトデータベース（対象：国民健康保険、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会長野支部の加入者）により患者の受療動向を分析するとともに、人口・面積・基幹的な医療機関までのアクセスなどを勘案し、検討を行いました。

【図 2】患者受療動向等に基づく二次医療圏の分析方法



- 検討の結果、面積が広大で過疎地域を多く抱える本県の特徴を考慮すると、二次医療圏の見直しにより統合を進めることは、各疾病・事業に係る拠点機能の見直しなどにより、基幹病院へのアクセス時間が増大することが懸念されるため、本計画においても従来どおり 10 の二次医療圏を設定することとしました。
- なお、疾病・事業ごとの患者の受療動向の分析結果から、医療の高度化・専門化に対応できていない二次医療圏も一部で見受けられるため、隣接する医療圏との連携体制を強化する取組を推進します。

#### 4 疾病・事業ごとの圏域の設定及び二次医療圏相互の連携体制

○ 下表のとおり、疾病・事業ごとに圏域の設定や二次医療圏相互の連携体制を定め、隣接する医療圏との連携体制を強化していきます。

【表4】疾病・事業ごとの圏域の設定及び二次医療圏相互の連携体制

区分	救急医療	災害時における医療*	周産期医療	小児医療	在宅医療	がん	脳卒中	心筋梗塞等の心血管疾患	糖尿病	精神疾患	
										一般	精神科救急
東信圏域	佐久	○	○	○	○	○	●	●	○	◇	◇
	上小	○	○	○	○	■ (松本)	■ (佐久)	■ (佐久)	○		◆ (土(夜間)・日) (北信)
南信圏域	諏訪	○	○	○	○	○	○	○	○	◇	◇
	上伊那	●	○	●	●	○	●	●	○		
	飯伊	○	○	○	○	○	○	○	○		
中信圏域	木曾 (上伊那・松本)	■ (上伊那・松本)	○	■ (上伊那・松本)	■ (上伊那・松本)	■ (松本)	■ (上伊那・松本)	■ (上伊那・松本)	■ (松本)	◇	◇
	松本	●	○	●	●	●	●	●	●		
	大北	○	○	■ (松本)	■ (松本)	■ (松本)	■ (松本)	■ (松本)	■ (松本)		
北信圏域	長野	○	○	○	○	●	●	●	○	◇	◇
	北信	○	○	○	○	■ (長野)	■ (長野)	■ (長野)	○		◆ (土(夜間)・日) (東信)

※ 災害の規模によっては、基幹災害拠点病院を中心に全県的に連携

注1) 「救急医療」列から「糖尿病」列までの各欄の凡例

- 印：当該二次医療圏内で対応する医療圏
- 印：他の二次医療圏と連携し、連携の中心となる医療圏
- 印：他の二次医療圏と連携する医療圏
- ( )内は、主に連携する二次医療圏

注2) 「精神疾患」列の各欄の凡例

- ◇印：当該圏域内で対応する圏域
- ◆印：他の圏域と連携する圏域
- ( )内は、連携の相手方となる圏域

## 第2章 基準病床数

# 第1節 基準病床数

## 1 算定の趣旨

- 基準病床数は、医療法第30条の4第2項第17号の規定により、二次医療圏における療養病床及び一般病床、並びに県全域における精神病床、結核病床及び感染症病床について定めることとされています。
- この基準病床数は、医療圏内の適正な病床配置を促進し、各地域における医療提供体制の確保と医療水準の向上を図るために設定するもので、既存病床数が基準病床数を上回る場合には、原則として病床の新設又は増加が制限されます。
- なお、既存病床数が基準病床数を下回り、追加的な病床の整備が可能な場合でも、人口の減少が進むこと等により、地域医療構想における将来の病床数の必要量推計値が既存病床数を下回る場合には、既存病床数と基準病床数の関係性だけでなく将来の病床数の必要量推計値も勘案し、医療需要の推移や他の二次医療圏との患者の流出入の状況等を考慮し、追加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行う必要があります。

## 2 第8次長野県保健医療計画における基準病床数

- 本計画における基準病床数は次のとおりです。

【表1】二次医療圏における療養病床及び一般病床数

医療圏	基準病床数 A	(参考) 既存病床数 B 2023年10月1日※	(参考) B-A	(参考) 2025年度における病 床数の必要量推計値
佐久	1,824	2,012	188	1,754
上小	1,895	1,977	82	1,764
諏訪	1,815	1,635	△180	1,733
上伊那	1,552	1,244	△308	1,153
飯伊	1,521	1,341	△180	1,338
木曾	186	193	7	138
松本	3,722	3,682	△40	3,595
大北	463	409	△54	403
長野	4,825	4,649	△176	4,420
北信	599	700	101	541
計	18,402	17,842	△560	16,839

※ 2024年4月1日から適用される既存病床数の補正を反映した数



【表2】県全域における病床数

○結核病床、感染症病床数

病床種別	基準病床数 A	(参考) 既存病床数 B 2023年10月1日	(参考) B-A
結核病床	34	45	11
感染症病床	46	46	0

○精神病床数(2026年度末※)

病床種別	基準病床数 A	(参考) 既存病床数 B 2023年10月1日	(参考) B-A
精神病床	3,766	4,468	702

※ 第7期障害福祉計画の最終年度に合わせて設定

## 第2節 有床診療所の特例

- 診療所の病床の設置または病床数の変更には知事の許可が必要であり、基準病床数による設置の制限もあるため、在宅医療の提供のために必要な診療所やへき地に設置される診療所等として医療計画に記載され、または記載されることが見込まれる診療所のみ、届出により病床を設置することが可能とされてきました。
- 平成30年(2018年)4月からは、診療所の病床設置を円滑にするため、次の役割を果たす診療所が療養病床又は一般病床を設ける場合、医療審議会の意見を聴き、知事が必要と認めたときは、医療計画への記載を要せずに、届出で病床を設置できることとされました。
  - (1) 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所として次のいずれかの機能を有している診療所
    - ア 在宅療養支援診療所の機能(訪問診療の実施)
    - イ 急変時の入院患者の受入機能(年間6件以上)
    - ウ 患者からの電話等による問い合わせに対し、常時対応できる機能
    - エ 他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入れを行う機能(入院患者の1割以上)
    - オ 当該診療所内において看取りを行う機能
    - カ 全身麻酔、脊椎麻酔、硬膜外麻酔又は伝達麻酔(手術を実施した場合に限る。)を実施する(分娩において実施する場合を除く。)機能(年間30件以上)
    - キ 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受渡機能
  - (2) へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所



# 第7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しながら、地域の医療提供体制の構築について協議し、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<sup>※</sup>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 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

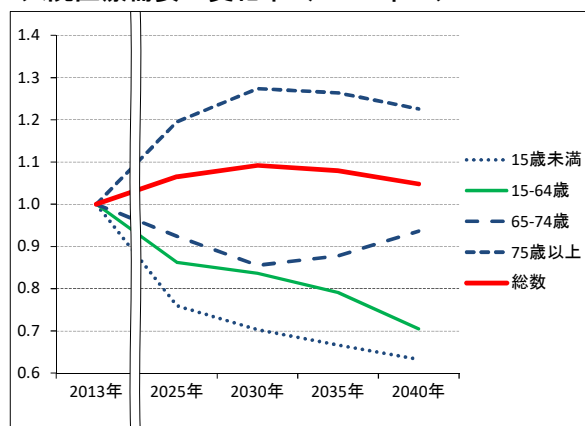
国提供の地域医療構想策定支援ツールを利用して長野県の将来の入院医療需要の変化率を分析すると、

- ・ 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 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（2013 年）の 1 割増程度に留まる。
- ・ 75 歳以上の入院患者数は 2030 年頃に平成 25 年（2013 年）の約 1.3 倍まで増加した後、減少局面に入る。

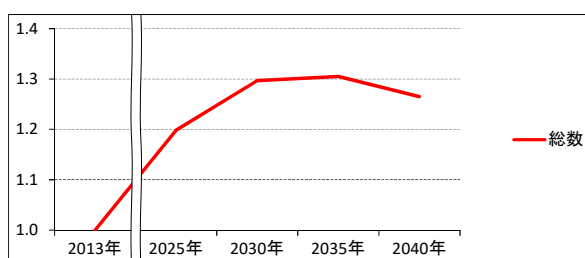
と見込まれます。

また、在宅医療等の医療需要は、平成 25 年（2013 年）を 1 とした場合、2030 年から 2035 年頃に平成 25 年（2013 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

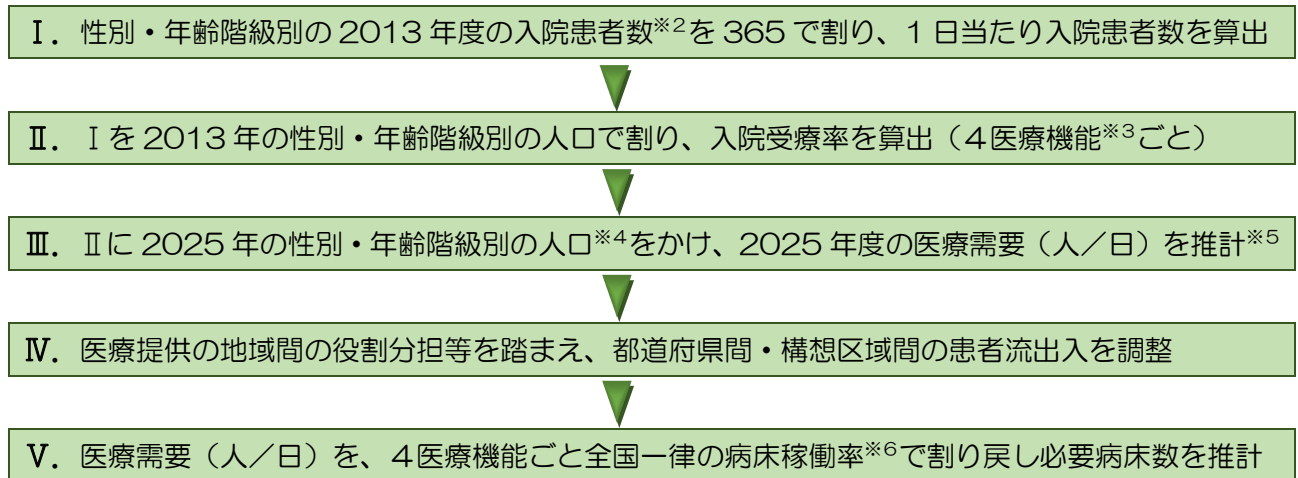
地域医療構想の策定にあたり基本的な単位となる構想区域については、「現行の二次医療圏を基本として、人口構造の変化の見通しその他の医療需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定すること」(医療法施行規則第30条の28の2)とされています。

県では、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<sup>※1</sup>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に対応する。(医療資源投入量<sup>※</sup>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に対応可能とする。
- ・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得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) 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、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。

- 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】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	

(「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成)



#### (4) 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、154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年から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（2025年度）

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

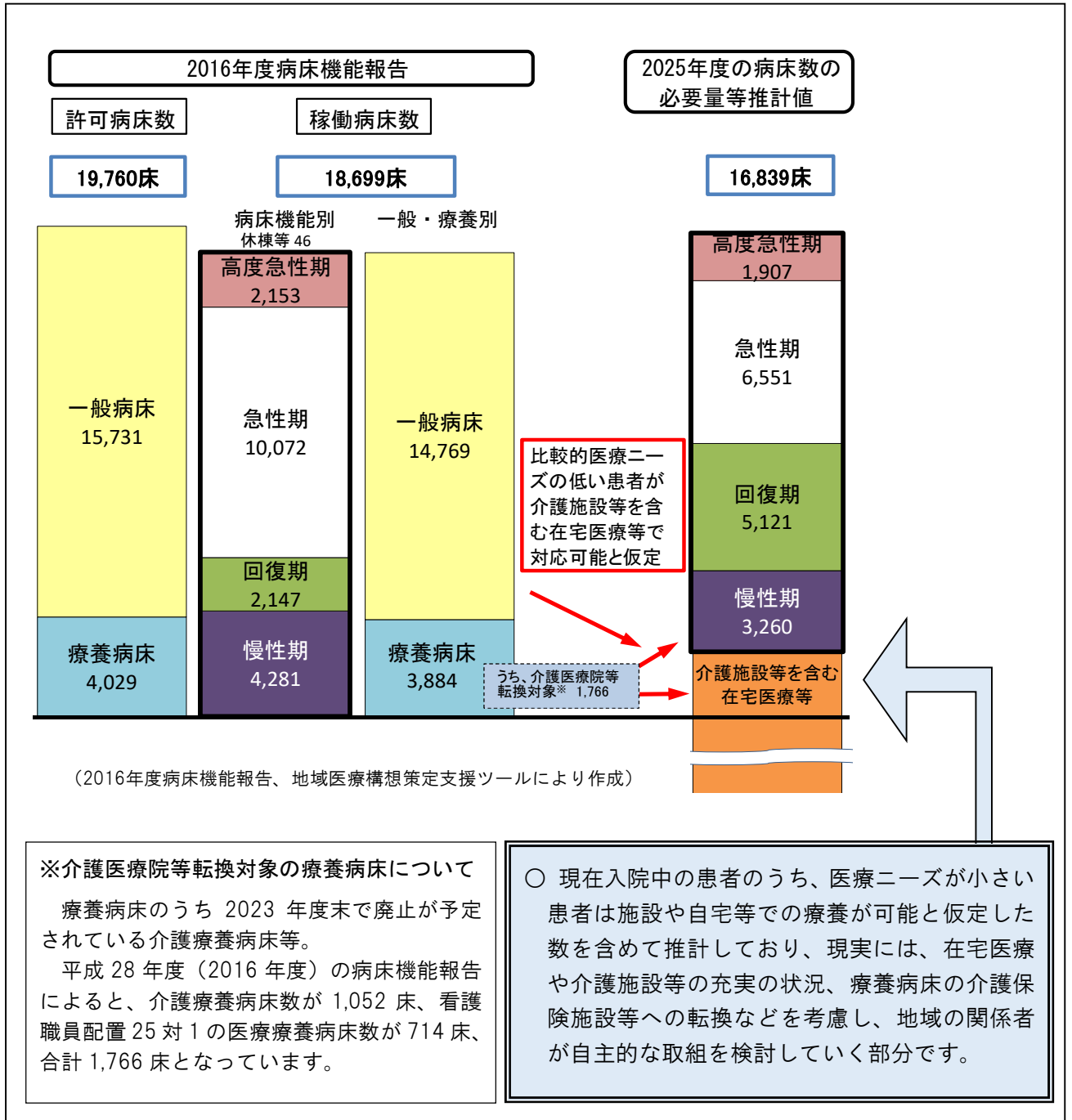
・急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベース(都道府県間調整後)

(「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成)

(5) 2016 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

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、2025 年度の病床数必要量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（2016 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】 2016 年度病床機能報告と 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おける4つの医療機能区分と、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 ・障がい者施設・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がい者（重度の意識障がい者を含む。）、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) 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(2018～2023年度)及び第7期介護保険事業(支援)計画(2018～2020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、通常的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】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（2018～2023年度）及び第7期介護保険事業（支援）計画（2018～2020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と推計される需要（以下「追加的需要（療養病床分）」という。）（表3の②）については、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（療養病床分）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、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）		
	2025年度 A（表3の②）	2023年度 A×6/8	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
<b>県計</b>	<b>1,373</b>	<b>1,029</b>	<b>516</b>

**(8) 追加的需要（療養病床分）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、追加的需要（療養病床分）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（療養病床分）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、国の「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、療養病床を有する医療機関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。

### 療養病床を有する医療機関の介護保険施設等への転換意向調査結果の概要

調査期間：平成 29 年（2017 年）8～9 月

調査対象：療養病床を有する 58 病院、7 有床診療所

調査結果：療養病床から介護医療院への転換のほか、医療療養病床の看護職員配置 20 対 1 や 25 対 1 から回復期リハビリテーション病床への移行、医療療養病床の看護職員配置 25 対 1 や介護療養病床から看護職員配置 20 対 1 の医療療養病床への移行など、11 病院、1 診療所から転換等の意向がある旨の回答がありました。

（単位：床）

医療圏	現行の療養病床 <sup>※1</sup>				転換等の意向 <sup>※3</sup>					
	総数	内訳			廃止予定		介護医療院への転換予定		その他 <sup>※4</sup>	
		医療療養病床	介護療養病床	調査対象外 <sup>※2</sup>	医療療養病床	介護療養病床	医療療養病床	介護療養病床	医療療養病床	介護療養病床
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

※1 平成 29 年（2017 年）8 月現在の許可病床数

※2 転換意向調査では、医療療養病床のみの有床診療所や非稼働病床は調査対象外としているため、現行の療養病床の総数と回答のあった病床数は一致しない。

※3 回答のうち、廃止予定と介護医療院への転換予定を抽出

※4 回答の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等

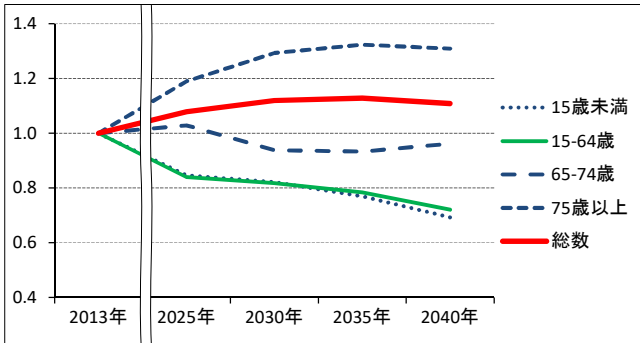
（医療推進課・介護支援課調査）

### 第3節 構想区域ごとの概況

# 佐久構想区域

小諸市、佐久市、小海町、佐久穂町、川上村、南牧村、南相木村、北相木村、軽井沢町、御代田町、立科町（11市町村）

## 区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（H25(2013)年を1とした場合の変化率）



- ・ 佐久区域の全体の入院患者数は 2035 年頃にピークとなる見込みですが、増加は平成 25 年（2013 年）から 1 割強程度に留まる見込みです。
- ・ 65 歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・ 75 歳以上の入院患者数は 2035 年頃にピークとなる見込みです。

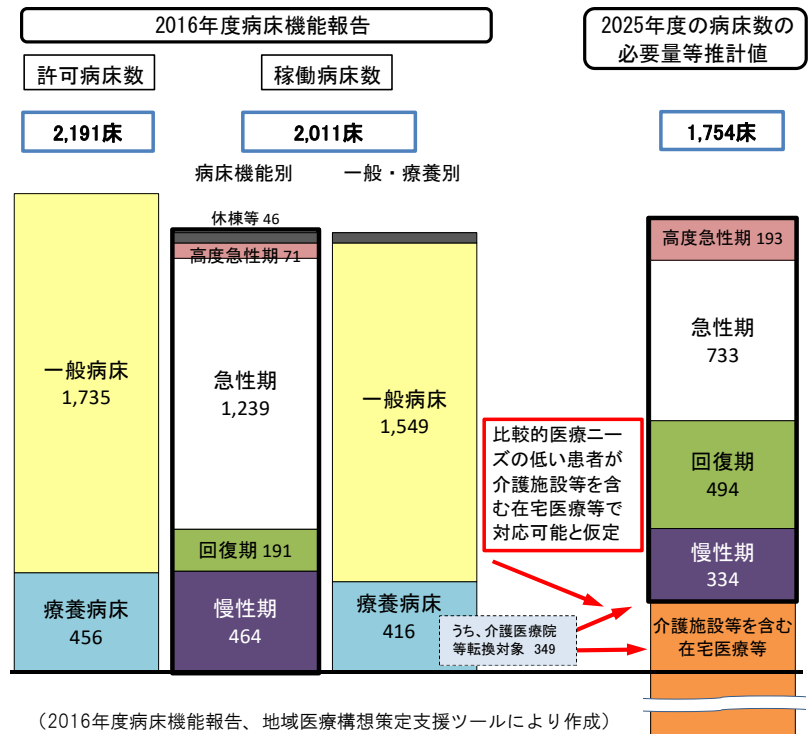
（「地域医療構想策定支援ツール」（厚労省）により作成）

## 2025 年度の病床数の必要量の推計

- ・ 2025 年度に必要と推計される病床数は 1,754 床です。
- ・ 「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」の場合は 1,647 床です。（157 ページ表 2 参照）

### < 病床機能報告による現状 >

- ・ 平成 28 年(2016 年) 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 1,735 床、療養病床 456 床、合計 2,191 床です。
- ・ 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 2,011 床です。
- ・ 療養病床のうち、2023 年度末までに介護医療院等への転換対象となっている病床が 349 床あります。



（2016年度病床機能報告、地域医療構想策定支援ツールにより作成）

## 医療・介護提供体制の現状と課題

### （現状）

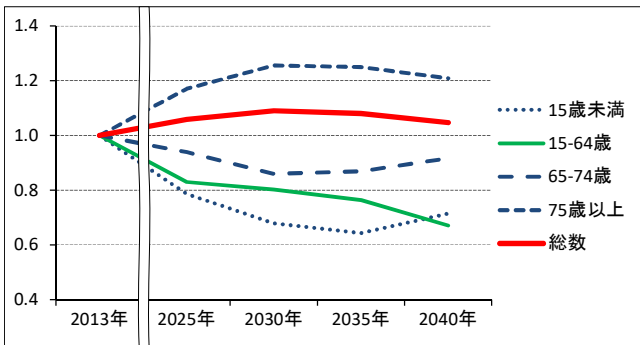
- がんの入院や外来、脳卒中の急性期リハビリ、糖尿病の外来、二次救急医療などの分野で上小区域からの患者の流入がありますが、これは長年かけて上小区域との機能分化・連携体制を進めてきた結果です。

### （課題）

- 回復期リハビリテーション患者の 25%程度が上小区域に流出しており、区域内で回復期機能が不足しています。
- 今後、在宅医療のニーズがかなり増加することが見込まれますが、診療所に従事する医師の高齢化等により訪問診療を行う医師の確保が大きな課題となっており、医療、介護の関係機関、関係者との連携強化を図る必要があります。



## 区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（H25(2013)年を1とした場合の変化率）



- ・上小区域の全体の入院患者数は 2030 年頃にピークを迎える見込みですが、増加は平成 25 年（2013 年）から 1 割程度に留まる見込みです。
- ・75 歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・75 歳以上の入院患者数は 2030 年頃にピークとなる見込みです。

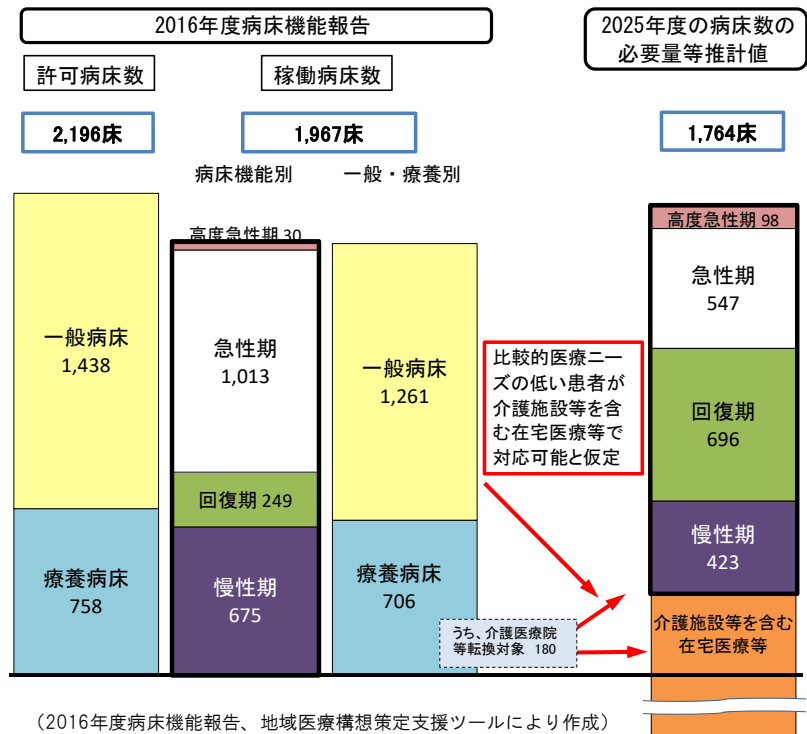
（「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成）

## 2025 年度の病床数の必要量の推計

- ・2025 年度に必要と推計される病床数は 1,764 床です。
- ・「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」の場合は 1,640 床です。（157 ページ表 2 参照）

### <病床機能報告による現状>

- ・平成 28 年(2016 年) 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 1,438 床、療養病床 758 床、合計 2,196 床です。
- ・許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 1,967 床です。
- ・療養病床のうち、2023 年度末までに介護医療院等への転換対象となっている病床が 180 床あります。



（2016年度病床機能報告、地域医療構想策定支援ツールにより作成）

## 医療・介護提供体制の現状と課題

### （現状）

- 平成 25 年度（2013 年度）現在、がん患者の約半数が佐久・松本・長野区域に流出していますが、信州上田医療センターが平成 28 年（2016 年）4 月に地域がん診療病院に指定されたことから流出の減少が見込まれます。
- 東信地区の救命救急センターが佐久区域にあることから、高度急性期の患者の一部は今後とも佐久区域へ流出する見込みです。

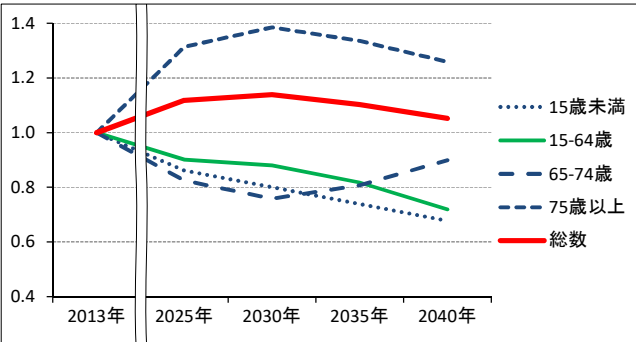
### （課題）

- 高度急性期・急性期の一部を隣接する区域が担う一方、佐久、松本、長野区域等の回復期、慢性期の一部を上小区域が担うという機能分担が図られており、回復期・慢性期の病床については、今後とも一定の病床数を確保していく必要があります。
- 人口 10 万人当たりの医療従事者数は、医師が 151.5 人と 10 区域の中で少ない方から 3 番目、看護師が 884.3 人と少ない方から 2 番目となっており、医療従事者の確保が課題となっています。

# 諏訪構想区域

岡谷市、諏訪市、茅野市、下諏訪町、富士見町、原村（6市町村）

## 区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（H25(2013)年を1とした場合の変化率）



- ・ 諏訪区域の全体の入院患者数は 2030 年頃にピークを迎える見込みですが、増加は平成 25 年（2013 年）から 1 割強程度に留まる見込みです。
- ・ 75 歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・ 75 歳以上の入院患者数は 2030 年頃にピークとなる見込みです。

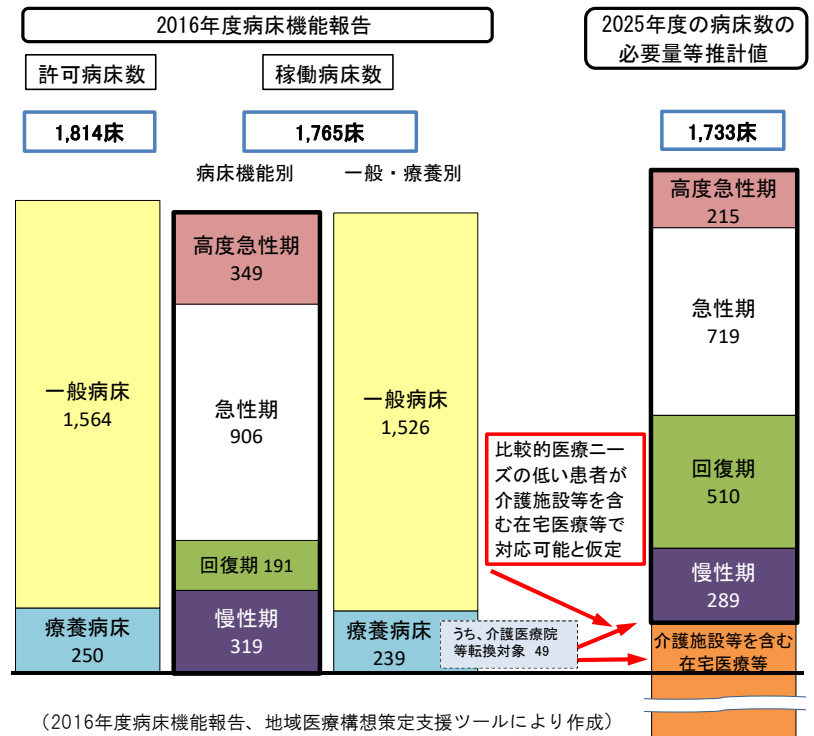
（「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成）

## 2025 年度の病床数の必要量の推計

- ・ 2025 年度に必要と推計される病床数は 1,733 床です。
- ・ 「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」の場合は 1,782 床です。（157 ページ表 2 参照）

### < 病床機能報告による現状 >

- ・ 平成 28 年(2016 年) 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 1,564 床、療養病床 250 床、合計 1,814 床です。
- ・ 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 1,765 床です。
- ・ 療養病床のうち、2023 年度末までに介護医療院等への転換対象となっている病床が 49 床あります。



（2016年度病床機能報告、地域医療構想策定支援ツールにより作成）

## 医療・介護提供体制の現状と課題

### (現状)

- 概ね市町村ごとに基幹病院があり、それぞれに機能の幅を持った診療をしています。また、救急搬送も短時間でできているなど、充実した構想区域です。

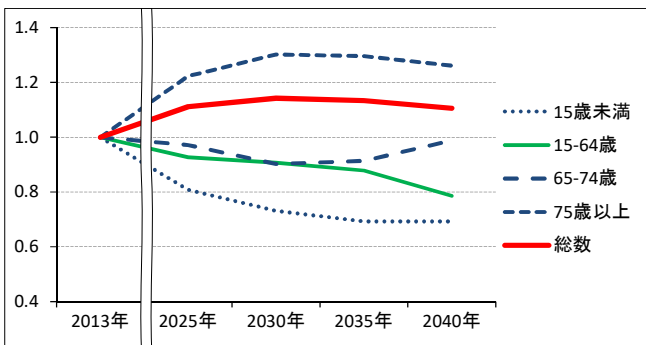
### (課題)

- 今後、高齢者の増加が見込まれる中、回復期や慢性期の病床の不足が見込まれるため、病床維持の方策を探りつつ、必要に応じ高度急性期や急性期からの転換を検討していく必要があります。
- 医師の高齢化等により在宅医療を担う診療所が減少し、医師の負担がさらに増していく悪循環となっており、担い手となる医師を確保するための施策が必要となっています。また、退院時の病院側の情報提供の向上など、病院医師の意識改革等による病診連携の強化や訪問看護の充実が必要です。

# 上伊那構想区域

伊那市、駒ヶ根市、辰野町、箕輪町、飯島町、南箕輪村、中川村、宮田村（8市町村）

## 区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（H25(2013)年を1とした場合の変化率）

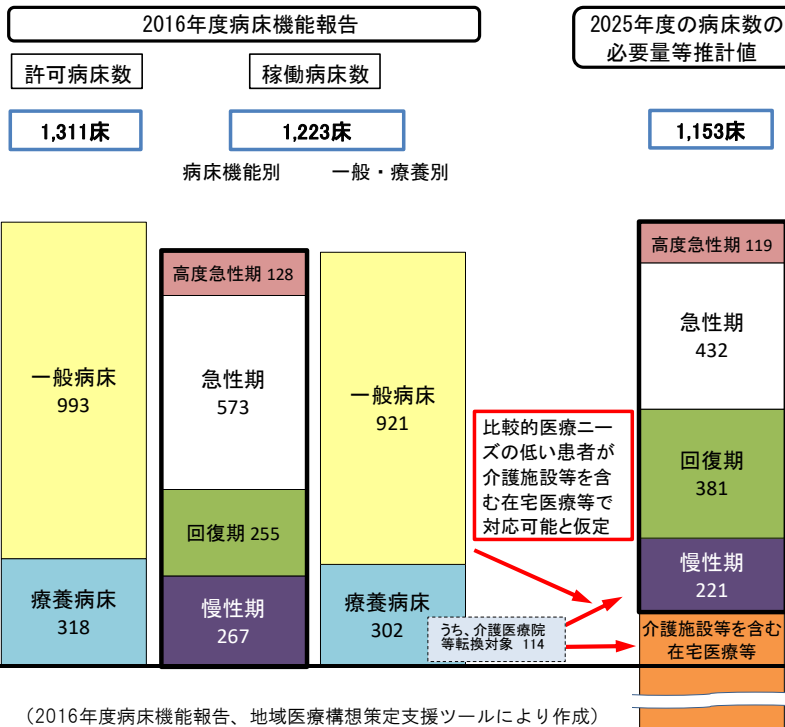


- ・ 上伊那区域の全体の入院患者数は 2030 年頃にピークを迎える見込みですが、増加は平成 25 年（2013 年）から 1 割強程度に留まる見込みです。
- ・ 75 歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・ 75 歳以上の入院患者数は 2030 年頃にピークとなる見込みです。

（「地域医療構想策定支援ツール」（厚労省）により作成）

## 2025 年度の病床数の必要量の推計

- ・ 2025 年度に必要と推計される病床数は 1,153 床です。
- ・ 「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」の場合は 1,328 床です。（157 ページ表 2 参照）



### <病床機能報告による現状>

- ・ 平成 28 年(2016 年) 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 993 床、療養病床 318 床、合計 1,311 床です。
- ・ 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 1,223 床です。
- ・ 療養病床のうち、2023 年度末までに介護医療院等への転換対象となっている病床が 114 床あります。

（2016年度病床機能報告、地域医療構想策定支援ツールにより作成）

## 医療・介護提供体制の現状と課題

### （現状）

- 平成 21 年度（2009 年度）から 25 年度（2013 年度）にかけて実施された地域医療再生事業により医療提供体制の充実が図られ、機能分化・連携が進んでいる区域です。南北に長い地理的条件の中で、一部住民からアクセスしやすい松本、諏訪区域や飯伊区域へ患者の流出が一定程度存在するのが現状です。

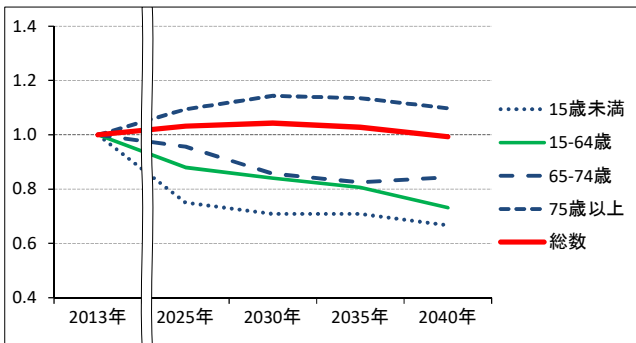
### （課題）

- 人口 10 万人当たりの病床数が県内で最も少なく、人口 10 万人当たりの医療従事者数は、医師が 146.6 人と 10 区域の中で少ない方から 2 番目、看護師が 864.4 人と県内で最少となっており、医療従事者の確保が課題となっています。
- 開業医の高齢化などで往診、訪問診療などの負担が大きくなっている中、在宅医療・介護をいかに充実していくかが課題となっており、住まいをベースとして在宅医療や介護を継続して提供できる体制を整え、地域包括ケアシステムの充実を図っていく必要があります。

# 飯伊構想区域

飯田市、松川町、高森町、阿南町、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、  
 売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村（14市町村）

## 区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（H25(2013)年を1とした場合の変化率）



- ・ 飯伊区域の全体の入院患者数は 2035 年頃まで横ばいで推移する見込みです。
- ・ 75 歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・ 75 歳以上の入院患者数は 2030 年頃にピークとなる見込みです。

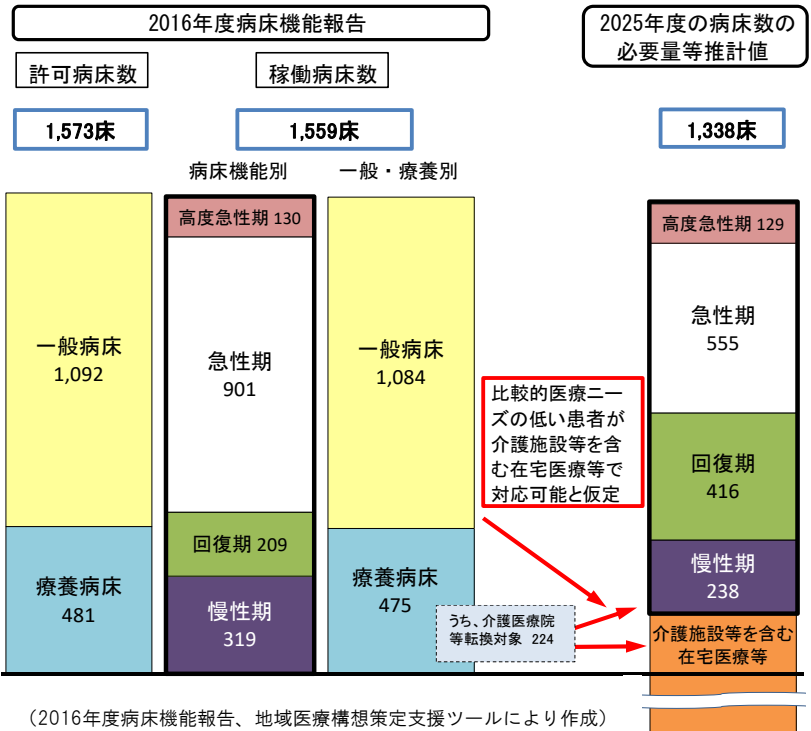
（「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成）

## 2025 年度の病床数の必要量の推計

- ・ 2025 年度に必要と推計される病床数は 1,338 床です。
- ・ 「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」の場合は 1,332 床です。（157 ページ表 2 参照）

### < 病床機能報告による現状 >

- ・ 平成 28 年(2016 年) 7 年 1 日現在の許可病床数は一般病床 1,092 床、療養病床 481 床、合計 1,573 床です。
- ・ 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 1,559 床です。
- ・ 療養病床のうち、2023 年度末までに介護医療院等への転換対象となっている病床が 224 床あります。



（2016年度病床機能報告、地域医療構想策定支援ツールにより作成）

## 医療・介護提供体制の現状と課題

### （現状）

- 患者の流入が少なく、自己完結型が特徴の構想区域となっています。各医療機関のこれまでの努力により、効率的で質の高い医療が提供されています。

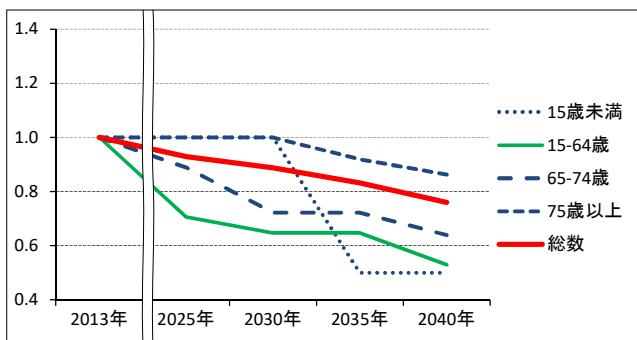
### （課題）

- 回復期機能の不足が見込まれるため、必要に応じて機能転換を進める必要があります。
- 開業医が高齢化しており、交代で行う救急医療の休日夜間急患診療所の運営が厳しい状況にあり、今後、在宅での末期患者や看取り患者が増えた場合は、開業医の負担が増えることも考えられます。
- 構想区域の面積が広大であることから、通院への患者負担の軽減や、限られた医療資源を有効活用するため、ICTを活用した患者情報の共有、医療機関同士の連携や医療と介護の連携促進のためのネットワーク化の促進等を図る必要があります。

# 木曽構想区域

木曽町、上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村（6町村）

## 区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（H25(2013)年を1とした場合の変化率）

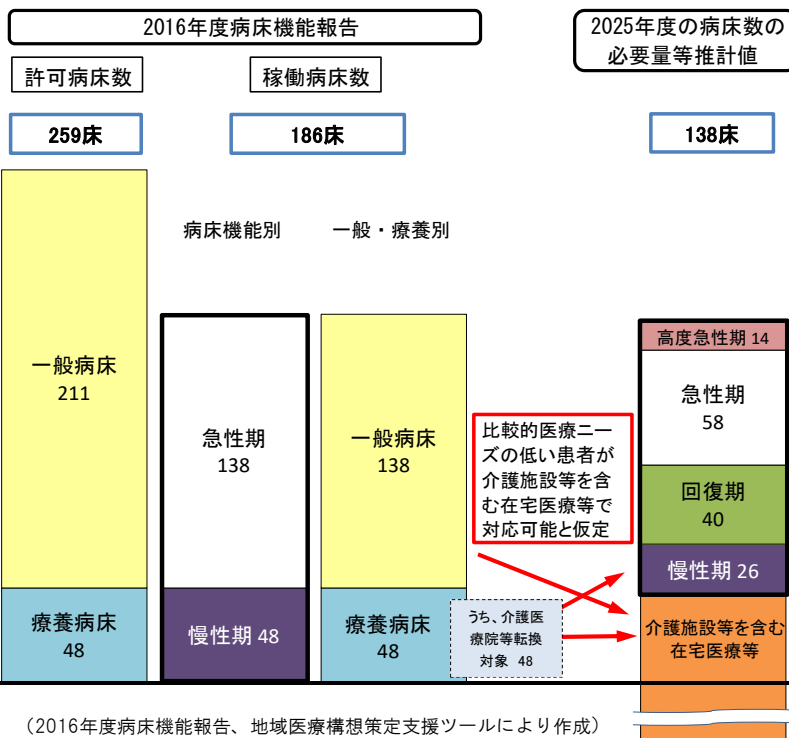


- ・ 木曽区域の全体の入院患者数は減少していく見込みです。
- ・ 75歳以上の入院患者数は2030年頃まで横ばいで推移した後、減少していくことが見込まれます。

（「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成）

## 2025年度の病床数の必要量の推計

- ・ 2025年度に必要と推計される病床数は138床です。
- ・ 「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」の場合は189床です。（157ページ表2参照）



（2016年度病床機能報告、地域医療構想策定支援ツールにより作成）

### <病床機能報告による現状>

- ・ 平成28年(2016年)7月1日現在の許可病床数は一般病床211床、療養病床48床、合計259床です。
- ・ 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて186床です。
- ・ 療養病床のうち、2023年度末までに介護医療院等への転換対象となっている病床が48床あります。

## 医療・介護提供体制の現状と課題

### (現状)

- 入院医療機関は県立木曽病院のみであり、急性期機能から慢性期機能までを担っています。
- 隣接する岐阜県中津川市が国保坂下病院及び中津川市民病院の機能再編を進めており、将来的な木曽区域の患者流出入の動向に影響を与える可能性があります。

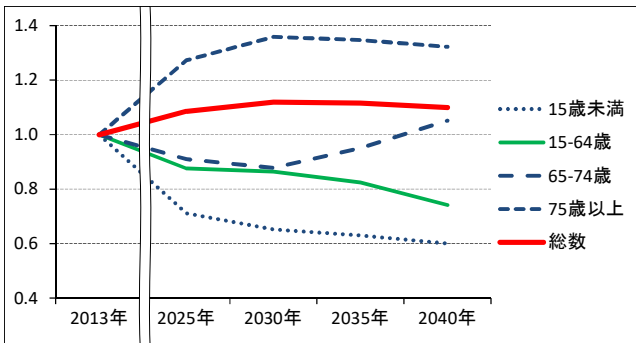
### (課題)

- 地域住民や移住者、旅行者等が、安心して暮らし、訪れることができるよう、救急医療、災害医療、感染症対策、へき地医療等の政策的医療について、引き続き県立木曽病院が拠点病院としての役割を果たすことが求められます。それに伴い、医療機能やアクセスの確保が必要です。
- 人口当たりの医療施設従事医師数及び看護職員数は、共に10医療圏の中で最少であり、医療従事者の確保が大きな課題です。また、開業医師の高齢化等により、診療所を含めて地域医療提供体制を存続させていくための検討を行う必要があります。
- 採算性の低い山間地等の訪問サービスを担う介護事業所の休止、閉鎖が続いており、介護サービス提供事業者及び介護従事者の確保、育成も重要となっています。

# 松本構想区域

松本市、塩尻市、安曇野市、麻績村、生坂村、山形村、朝日村、筑北村（8市村）

## 区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（H25(2013)年を1とした場合の変化率）



- ・松本区域の全体の入院患者数は 2030 年頃にピークを迎える見込みですが、増加は平成 25 年（2013 年）から 1 割強程度に留まる見込みです。
- ・65～74 歳の入院患者数は減少傾向のあと、2030 年頃から再び上昇する見込みです。
- ・75 歳以上の入院患者数は 2030 年頃にピークとなる見込みです。

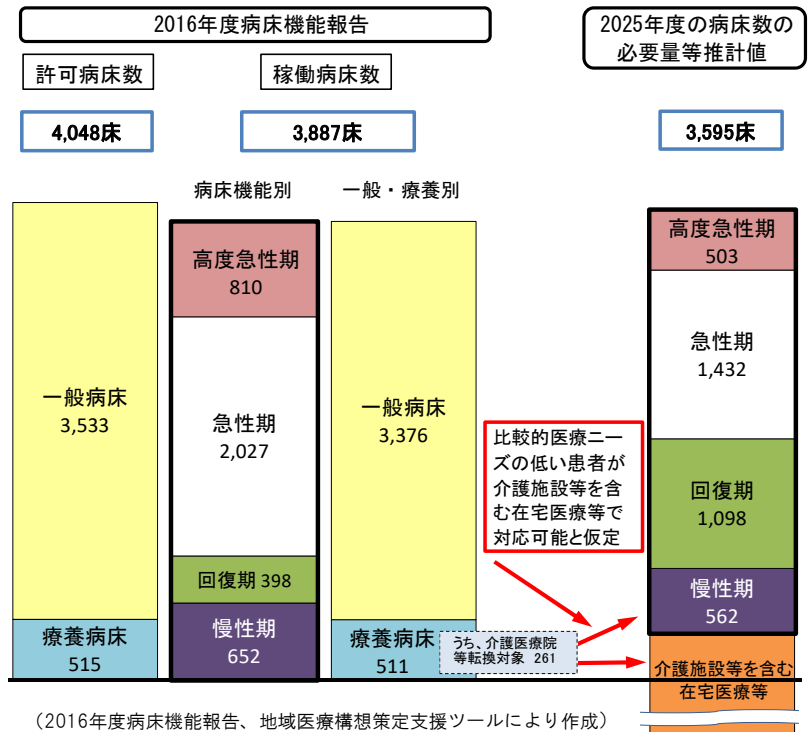
（「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成）

## 2025 年度の病床数の必要量の推計

- ・2025 年度に必要と推計される病床数は 3,595 床です。
- ・「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」の場合は 3,481 床です。（157 ページ表 2 参照）

### <病床機能報告による現状>

- ・平成 28 年(2016 年) 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 3,533 床、療養病床 515 床、合計 4,048 床です。
- ・許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 3,887 床です。
- ・療養病床のうち、2023 年度末までに介護医療院等への転換対象となっている病床が 261 床あります。



（2016年度病床機能報告、地域医療構想策定支援ツールにより作成）

## 医療・介護提供体制の現状と課題

### (現状)

- 全県を対象とした医療機関が複数あり、一般診療だけでなく、医療従事者の養成・育成、研究、高度先進医療の提供等の多くを担っている区域です。
- 医療連携のもと、高度急性期、急性期、回復期の患者が他区域から多く流入しており、回復期と慢性期の患者が、上小区域へと流出しています。

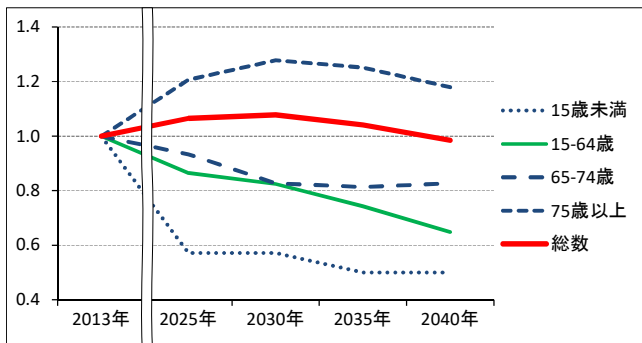
### (課題)

- 在宅医療体制、高齢者向けの施設整備について、関係者が努力しているもののまだ不十分です。
- 全県のハイリスク分娩の多くが松本区域へ搬送される中、分娩を扱う医療機関が減少しており、周産期医療体制の維持が課題となっています。
- 全県の医療の確保と、医療の質を向上させるため、区域内・外に捉われず疾患ごとに診療ネットワークの整備をさらに進める必要があります。

# 大北構想区域

大町市、池田町、松川村、白馬村、小谷村（5市町村）

## 区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（H25(2013)年を1とした場合の変化率）

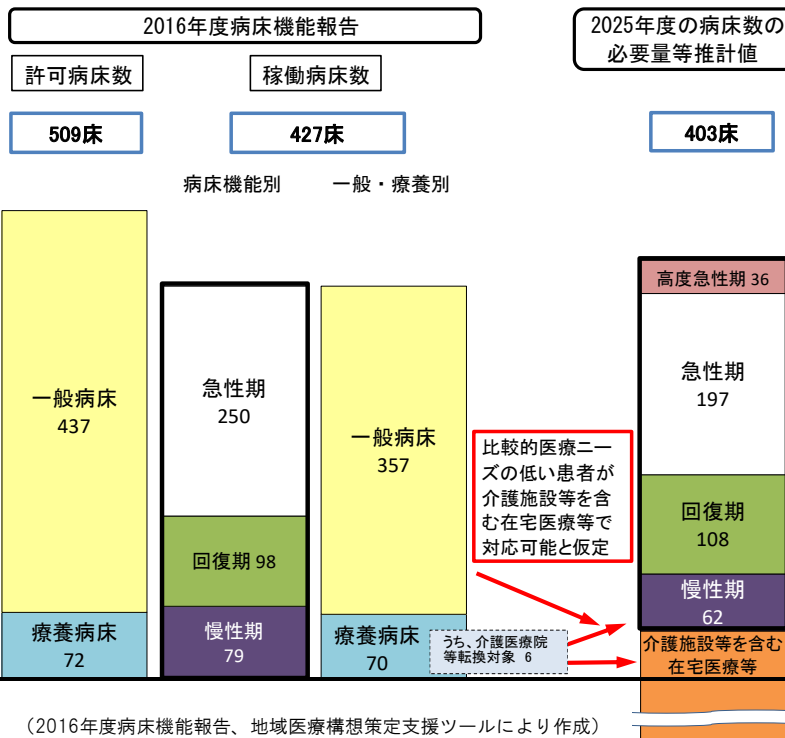


- ・大北区域の全体の入院患者数は2030年頃にピークを迎える見込みですが、増加は平成25年（2013年）から1割弱程度に留まる見込みです。
- ・75歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・75歳以上の入院患者数は2030年頃にピークとなる見込みです。

（「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成）

## 2025年度の病床数の必要量の推計

- ・2025年度に必要と推計される病床数は403床です。
- ・「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」の場合は474床です。（157ページ表2参照）



### <病床機能報告による現状>

- ・平成28年(2016年)7月1日現在の許可病床数は一般病床437床、療養病床72床、合計509床です。
- ・許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて427床です。
- ・療養病床のうち、2023年度末までに介護医療院等への転換対象となっている病床は6床となっています。

（2016年度病床機能報告、地域医療構想策定支援ツールにより作成）

## 医療・介護提供体制の現状と課題

### (現状)

- 人口10万人当たりの医師数は、210.0人で県平均の226.2人を下回っています。また、医師の高齢化も進んでいる状況です。

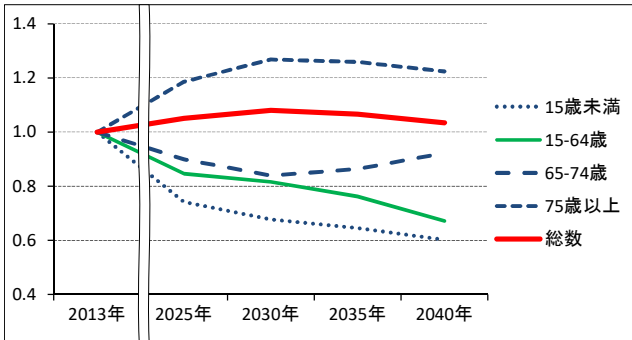
### (課題)

- 医師の確保が急務であり、特に、地域で子どもを安心して産み育てられる環境を維持していくため、産科、小児科診療の充実を図ることが必要です。
- がん診療機能の不足から、がん患者の多くが松本区域に流出しているため、地域におけるがん診療機能の充実を図ることが必要です。
- 大町市以北の2村は特別豪雪地帯であり、冬期間の移動は時間を要することから、二次救急医療が地域内で完結できる救急医療の充実が急務です。
- 地域や居宅に戻る患者をケアするため、介護人材の確保とともに、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の介護基盤を整備することが必要です。

# 長野構想区域

長野市、須坂市、千曲市、坂城町、小布施町、高山村、信濃町、飯綱町、小川村（9市町村）

## 区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（H25(2013)年を1とした場合の変化率）



- ・長野区域の全体の入院患者数は2030年頃にピークを迎える見込みですが、増加は平成25年（2013年）から1割弱程度に留まる見込みです。
- ・65～74歳の入院患者数は減少傾向のあと、2030年頃から再び上昇する見込みです。
- ・75歳以上の入院患者数は2030～2035年頃にピークとなる見込みです。

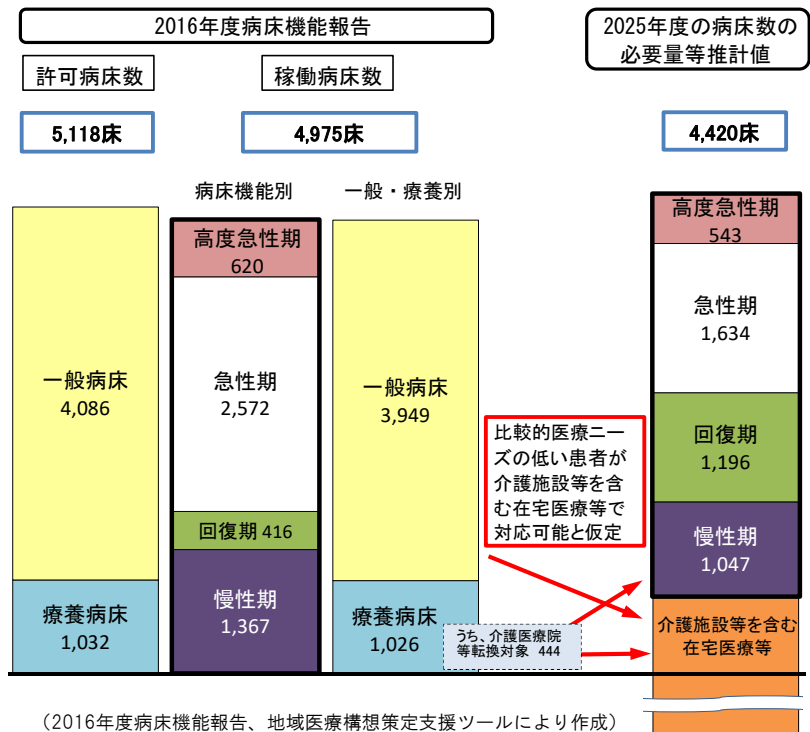
（「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成）

## 2025年度の病床数の必要量の推計

- ・2025年度に必要と推計される病床数は4,420床です。
- ・「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」の場合は4,322床です。（157ページ表2参照）

### <病床機能報告による現状>

- ・平成28年(2016年)7月1日現在の許可病床数は一般病床4,086床、療養病床1,032床、合計5,118床です。
- ・許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて4,975床です。
- ・療養病床のうち、2023年度末までに介護医療院等への転換対象となっている病床が444床あります。



（2016年度病床機能報告、地域医療構想策定支援ツールにより作成）

## 医療・介護提供体制の現状と課題

### (現状)

- 三次救急を担う救命救急センターや他地域の地域がん診療病院と連携している地域がん診療連携拠点病院を有しているなど、他区域を含めた三次医療や高度医療を担っています。

### (課題)

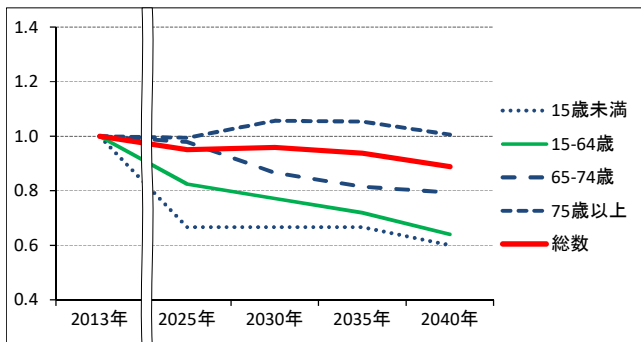
- 回復期の入院医療については上小区域への流出がみられるところであり、区域内において一定程度の回復期機能の充実が必要です。
- 病床を効率的に運用していくため、在宅医療や介護など、患者の退院後の受け皿を充実していくことが必要です。
- 在宅医療推進の方針がある中、介護施設や介護職・看護職の人材が不足するとともに、在宅医療を担う医師や医療機関の負担が増加しています。



# 北信構想区域

中野市、飯山市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村、栄村（6市町村）

## 区域内に住所を有する入院患者数の推移の見込み（H25(2013)年を1とした場合の変化率）



- ・北信区域の全体の入院患者数はゆるやかな減少傾向が続く見込みです。
- ・75歳以上の入院患者数のピークは2030年頃の見込みです。

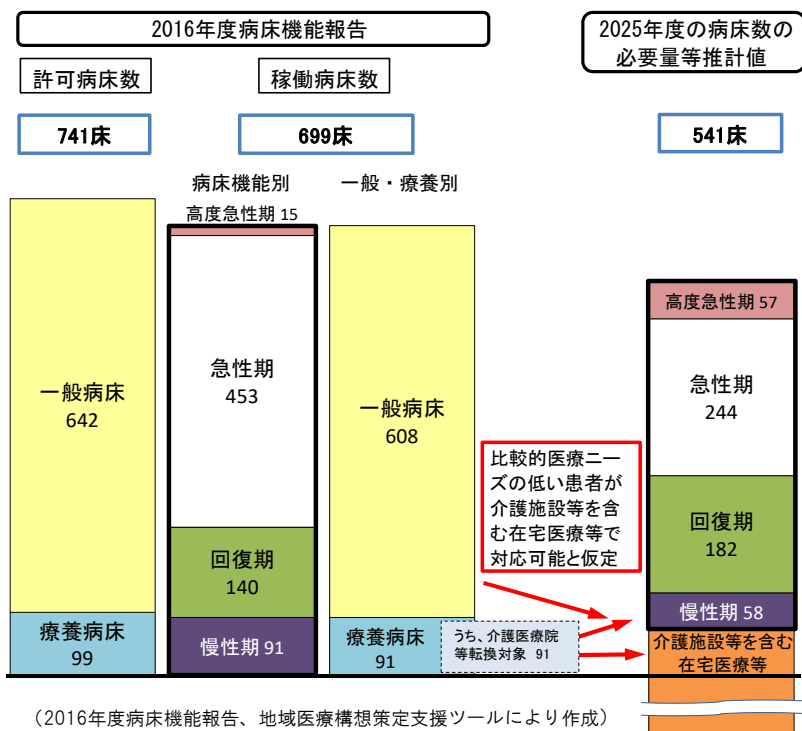
（「地域医療構想策定支援ツール」（厚労省）により作成）

## 2025年度の病床数の必要量の推計

- ・2025年度に必要と推計される病床数は541床です。
- ・「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」の場合は644床です。（157ページ表2参照）

### <病床機能報告による現状>

- ・平成28年(2016年)7月1日現在の許可病床数は一般病床642床、療養病床99床、合計741床です。
- ・許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて699床です。
- ・療養病床のうち、2023年度末までに介護医療院等への転換対象となっている病床が91床あります。



（2016年度病床機能報告、地域医療構想策定支援ツールにより作成）

## 医療・介護提供体制の現状と課題

### （現状）

- 救急医療は県内で最も搬送に時間を要しており、特に飯山市以北の1市3村は特別豪雪地域であり、冬期は移動に要する時間距離が大幅に増えることから、住民に身近な地域における医療の確保が欠かせない状況です。
- 高齢単身世帯の増加や核家族化等により家庭の介護力が低下する中で、住居が点在する中山間地域が多くを占める当区域の在宅医療の確保は容易ではない状況です。

### （課題）

- 少子化対策、定住・移住の促進など地方創生の観点から、子供を安心して産み育てられる環境づくりの一翼を担う産婦人科、小児科等の医療の確保が急務となっています。
- 人口10万人当たりの医療従事者数は、医師が161.5人（県平均226.2人）、看護師が988.7人（県平均1,028.5人）と県平均を下回っており、医療従事者の確保が課題です。

## 第4節 地域医療構想における施策の方向性

地域医療構想における将来の医療提供体制を実現するための施策の方向性は次のとおりです。

以下の方向性を踏まえた具体的な施策については、本計画の第7編、第8編及び長野県高齢者プラン（老人福祉計画・介護保険事業支援計画）に記載しています。

### 1 基本方針

#### （1）医療提供体制の充実・強化

- 医療機能の適切な分化と連携を進め、地域全体で医療を支える体制の構築を目指します。
- 各構想区域における医療提供体制を充実・強化するとともに、必要に応じ、隣接する構想区域との連携を図り、県民誰もが身近なところで安全かつ効率的で質の高い医療を受けることができる体制を目指します。

#### （2）保健・医療・介護（福祉）の連携と自治の力を活かした地域包括ケア体制の構築

- 社会全体の変化に対応し、保健・医療・介護（福祉）が相互に連携し、自治の力を活かして地域住民がお互い支え合うことができる、切れ目のない地域包括ケア体制を目指します。

### 2 施策の方向性

#### （1）病床機能の分化・連携

##### ア 医療機関の連携体制の構築

- 循環器疾患や難治性がん等に対する専門的な医療の提供については、全県及び隣接する医療圏との連携体制の強化を図ります。
- 信州大学医学部附属病院や県立こども病院等が担っている全県を対象とした三次医療については、今後とも維持・充実を図っていきます。
- 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供するため、急性期を脱した後、重度の合併症や後遺症のある患者が救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制や、介護施設・在宅で療養を行う際に医療及び介護サービスが相互に連携できる体制を整備します。
- 病院への患者の集中を防ぐため、かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及を推進します。
- 病院間及び病診連携の強化を図るため、ICTを活用したネットワークシステムによる診療情報の共有化を促進します。

##### イ 地域で不足する病床機能の充実

- 市町村や医療関係者等と地域の病床構成の情報などを共有します。
- 病床機能分化・連携や地域で不足する回復期機能などの病床機能への転換に向けた関係者の自主的な取組を支援します。

#### （2）在宅医療等の体制整備

##### ア 地域包括ケア体制の構築

- 医療・介護・福祉の専門職や関係機関が相互に連携するとともに、近隣住民やNPO等による独自の活動も含め、医療・介護・生活支援等の各サービスが切れ目なく提供されることにより、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を目指します。

## イ 多様な住まいの整備

- 介護保険施設のほか多様な種類の高齢者向け住まいについて、中長期的な将来の利用見込みに配慮しながら整備を進めます。
- 療養病床から介護医療院等への移行については、構想区域の実情やそれに基づく自治体の要望及び国の制度改正を踏まえ、円滑に進むよう医療機関の自主的な取組を支援します。

## ウ 医療と介護との連携

- 可能な限り、住み慣れた地域で療養生活が送れるよう、入院患者への退院支援から退院後の日常療養支援、在宅療養患者の症状が急変した時の対応、人生の最終段階の看取りまで、医療機関や地域包括支援センター等、行政、医療従事者及び介護従事者が連携して、患者や家族を支援していく体制の構築を目指します。

## エ 在宅医療等の提供体制の整備

### (7) 医療・看護

- 24時間体制で、ターミナルケアを含む看取りや急変時対応を実施する医療機関や訪問看護ステーション等の充実を図ります。
- 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、介護支援専門員等の多職種専門性を尊重したチーム医療により、必要な医療・介護サービスが受けられる体制の構築を目指します。

### (イ) 歯科

- 医療・介護（福祉）関係者との連携強化を図り、口腔ケア等訪問歯科診療を必要とする在宅療養患者がサービスを適切に受けられる環境の整備を促進します。

### (ウ) 医薬

- 患者本位の医薬分業を目指して、すべての薬局が患者の服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導が実施できる「かかりつけ薬局」になるよう推進します。

### (エ) 栄養

- 地域における介護予防の取組の充実とともに、多職種連携による食事・栄養の支援ができる体制を目指します。

## オ 県民の理解促進

- 県民が知りたい在宅医療の情報（受けられる支援の内容、かかりつけ医のメリット、急変時の対応）等の周知を図ります。

## (3) 医療従事者・介護人材の確保・養成

### ア 医療従事者

- 身近な地域で安心して医療を受けることができるよう、即戦力医師の確保を図るとともに、医師の育成を進めるなど、医師の絶対数の確保を図ります。
- 看護職員の新規養成への支援、資質の向上・離職防止、再就業促進を図ります。
- 歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、理学療法士、作業療法士などの人材の確保や資質の向上を図ります。

### イ 介護従事者

- 介護従事者の資質向上、キャリア形成等を通じて、介護分野の人材確保・職場定着を図ります。

## 第5節 地域医療構想の推進・見直し

### 1 推進体制

医療審議会のほか、各構想区域において地域医療構想調整会議を定期的に開催し、高齢化等による医療需要の変化や各圏域の課題に応じた医療提供体制が構築されるよう、病床数の必要量や在宅医療等の推計結果、病床機能報告、住民のニーズ等を地域の医療機関、自治体、介護事業者等が共有し、2025年に向けて自主的な取組を推進します。

また、調整会議で議論した内容に関する医療機関等の自主的な取組に対しては、県が地域医療介護総合確保基金等を活用し支援していきます。

### 2 関係機関などに期待される役割

地域医療構想を推進するに当たり、県が主体的に取り組むほか、市町村、医療機関、医療従事者、医療関係団体、介護サービス事業者、介護従事者、医療保険者、そして県民も積極的に参加することが期待されます。

#### (1) 県

医療や介護に関する国の動向や地域の情報などの収集・提供、広域的な視点に立った関係機関等との連携の促進、施策の実施に取り組みます。

#### (2) 市町村

地域包括ケア体制の実現のため、県、医療機関や介護サービス事業者などと連携しつつ、在宅医療・介護連携の推進に取り組むことが期待されます。

#### (3) 医療機関・医療従事者・医療関係団体

地域の患者の動向や病床機能報告等の情報を共有し、人口減少や高齢化等に伴う疾病構造の変化に対応した過不足のない医療提供体制の構築に努めることが期待されます。

#### (4) 介護サービス事業者・介護従事者

医療機関や関係団体等との連携強化により、地域包括ケア体制の構築に努めることが期待されます。

#### (5) 医療保険者

加入者の受療行動のデータ分析等を活用して、加入者の健康づくりや適切な受療行動の啓発に努めることが期待されます。

#### (6) 県民

限られた医療資源を有効に活用していくため、病院への患者の集中やそれに伴う病院勤務医の疲弊といった課題を理解し、かかりつけ医を持つなど、適切な受療行動に努めることが期待されます。

### 3 地域医療構想の見直し（新たな地域医療構想の策定）

国は、2040年を視野に入れた新たな地域医療構想を2025年度中に策定するよう都道府県に要請する方針を示していることから、本県では、2025年度に現行の地域医療構想の見直しを行います。

【参考】二次医療圏における病床機能別の病床数の状況（2022年7月1日時点）

医療圏	医療機能	2025年における病床数の必要量 (A)	2022年7月1日時点 (B)	参考 B-A
佐久	高度急性期	193	86	△107
	急性期	733	1,348	615
	回復期	494	314	△180
	慢性期	334	398	64
	休棟等	—	0	—
	計	1,754	2,146	392
上小	高度急性期	98	86	△12
	急性期	547	956	409
	回復期	696	411	△285
	慢性期	423	478	55
	休棟等	—	150	—
	計	1,764	2,081	317
諏訪	高度急性期	215	313	98
	急性期	719	853	134
	回復期	510	309	△201
	慢性期	289	323	34
	休棟等	—	0	—
	計	1,733	1,798	65
上伊那	高度急性期	119	190	71
	急性期	432	592	160
	回復期	381	300	△81
	慢性期	221	270	49
	休棟等	—	0	—
	計	1,153	1,352	199
飯伊	高度急性期	129	157	28
	急性期	555	755	200
	回復期	416	343	△73
	慢性期	238	117	△121
	休棟等	—	0	—
	計	1,338	1,372	34

医療圏	医療機能	2025年における病床数の必要量 (A)	2022年7月1日時点 (B)	(参考) B-A
木 曽	高度急性期	14	0	△14
	急性期	58	91	33
	回復期	40	83	43
	慢性期	26	19	△7
	休棟等	—	0	—
	計	138	193	55
松 本	高度急性期	503	535	32
	急性期	1,432	2,048	616
	回復期	1,098	713	△385
	慢性期	562	531	△31
	休棟等	—	137	—
	計	3,595	3,964	369
大 北	高度急性期	36	0	△36
	急性期	197	257	60
	回復期	108	98	△10
	慢性期	62	67	5
	休棟等	—	0	—
	計	403	422	19
長 野	高度急性期	543	584	41
	急性期	1,634	2,440	806
	回復期	1,196	676	△520
	慢性期	1,047	1,355	308
	休棟等	—	19	—
	計	4,420	5,074	654
北 信	高度急性期	57	75	18
	急性期	244	343	99
	回復期	182	200	18
	慢性期	58	99	41
	休棟等	—	0	—
	計	541	717	176
全 県	高度急性期	1,907	2,026	119
	急性期	6,551	9,683	3,132
	回復期	5,121	3,447	△1,674
	慢性期	3,260	3,657	397
	休棟等	—	306	—
	計	16,839	19,119	2,280