

第5編

医療提供体制の 「グラントデザイン」

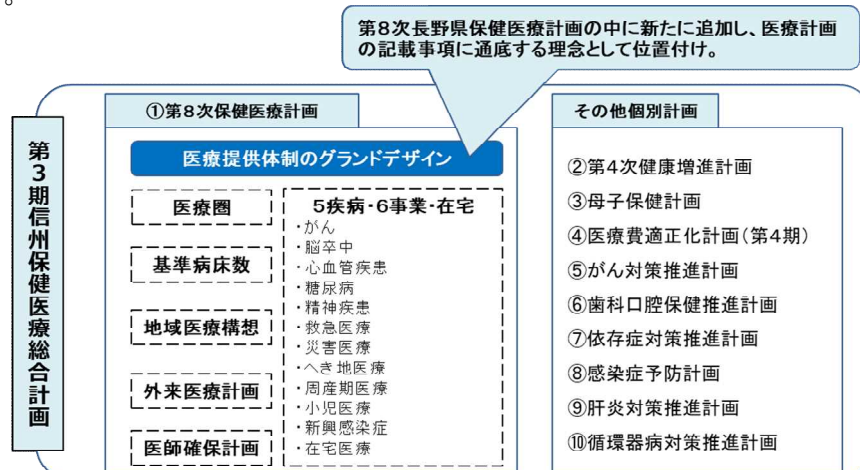
第1節 策定の趣旨

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「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「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。



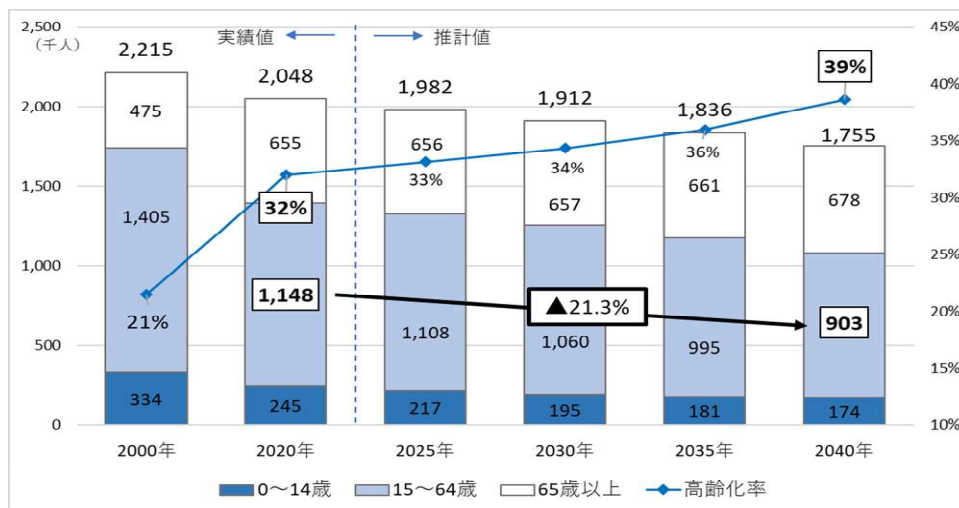
第2節 目指すべき医療提供体制の姿とその実現に向けた取組の大枠の方向性

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

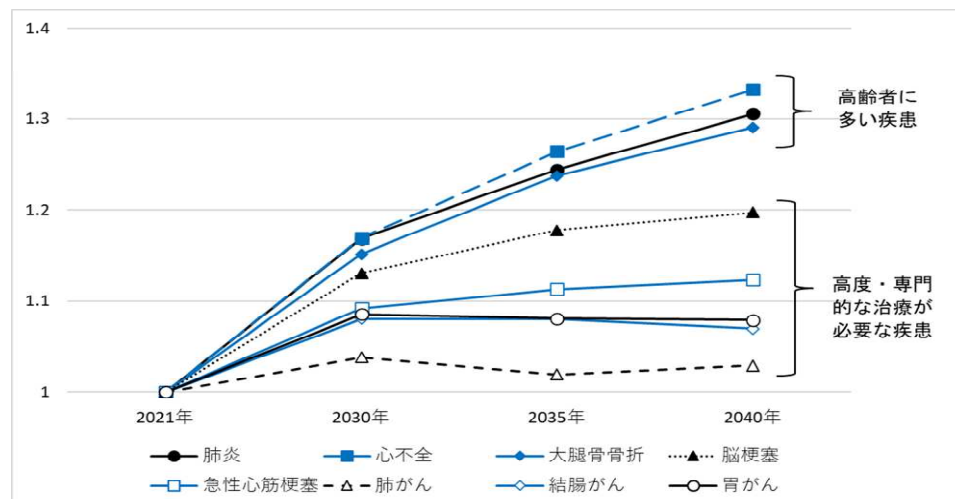
- 本県の将来推計人口をみると、14歳～64歳の人口は2020年から2040年までに約2割減少する一方、65歳以上の人口は増加し続け、2040年には高齢化率が39%まで上昇する見込みです。
- こうした人口構造の変化に伴い、がん等の高度・専門的な治療が求められる疾患のニーズはあまり増加しない一方で、誤嚥性肺炎や骨折等の高齢者に多い疾患のニーズは大きく増加することが見込まれています。
- これらの変化に対応し、限られた医療資源の中で地域に必要な医療の質を維持・向上させるためには、高度・専門医療を中心に担う医療機関と、高齢者疾患に対応する医療機関との役割分担を進める必要があります。

【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)

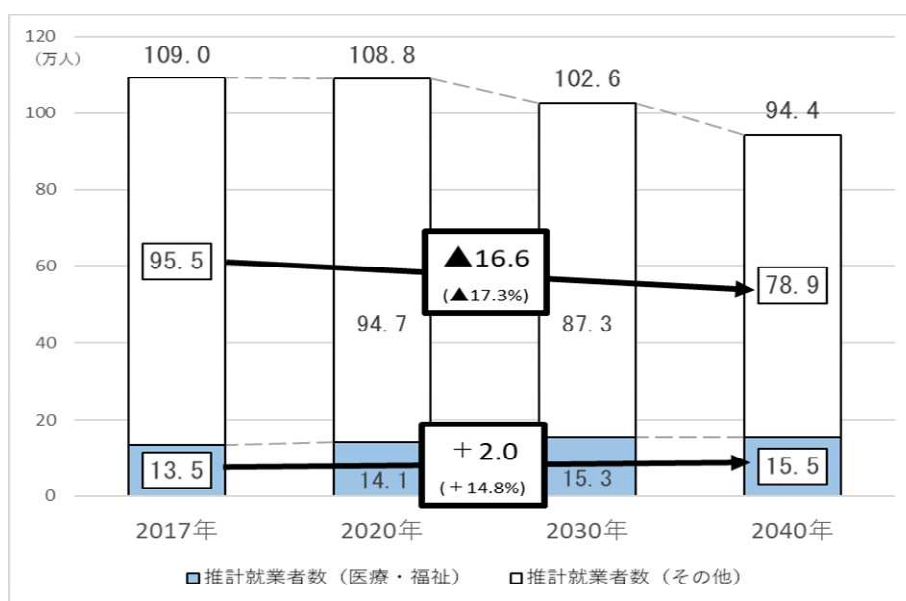


(出典) 長野県レセプトデータベース(対象者:国民健康保険、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会長野支部の加入者)

(2) 医療従事者の確保

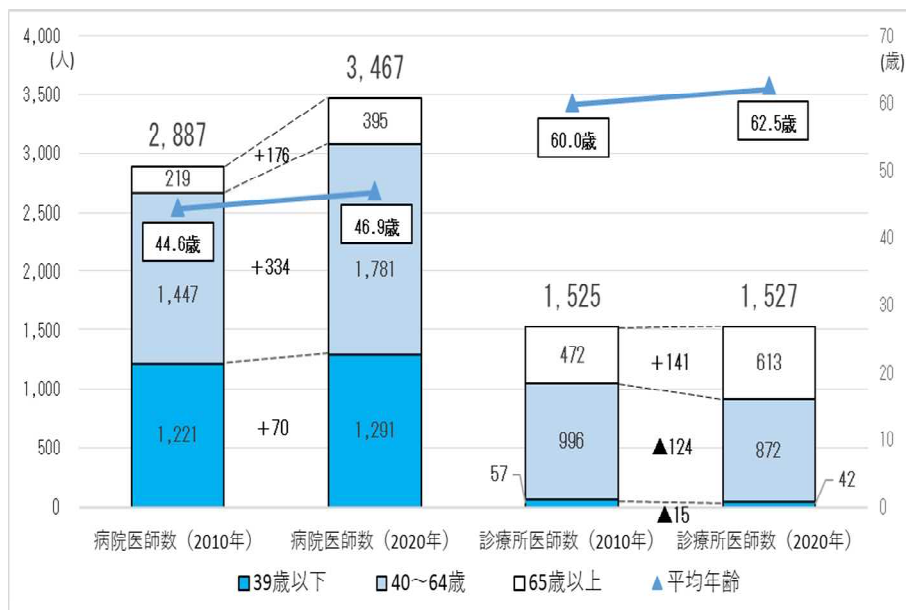
- 本県の労働力需給の推計では、本県の生産年齢人口は 2040 年までに急減する一方、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる見込みであり、医療従事者の確保がますます困難になることが想定されます。
- このうち、特に課題とされている医師については、県では地域枠の定員増や修学資金貸与医師等の配置調整を通じた医師確保・偏在対策に取り組み、その数は増加傾向にありますが、近年の医師の専門医志向やライフスタイルの変化に伴い、地域の医療機関のニーズに対応したきめ細かい医師配置を行うことが徐々に難しくなっている状況です。
- また、県内では医師の高齢化も課題として指摘されており、今後開業医の高齢化に伴う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

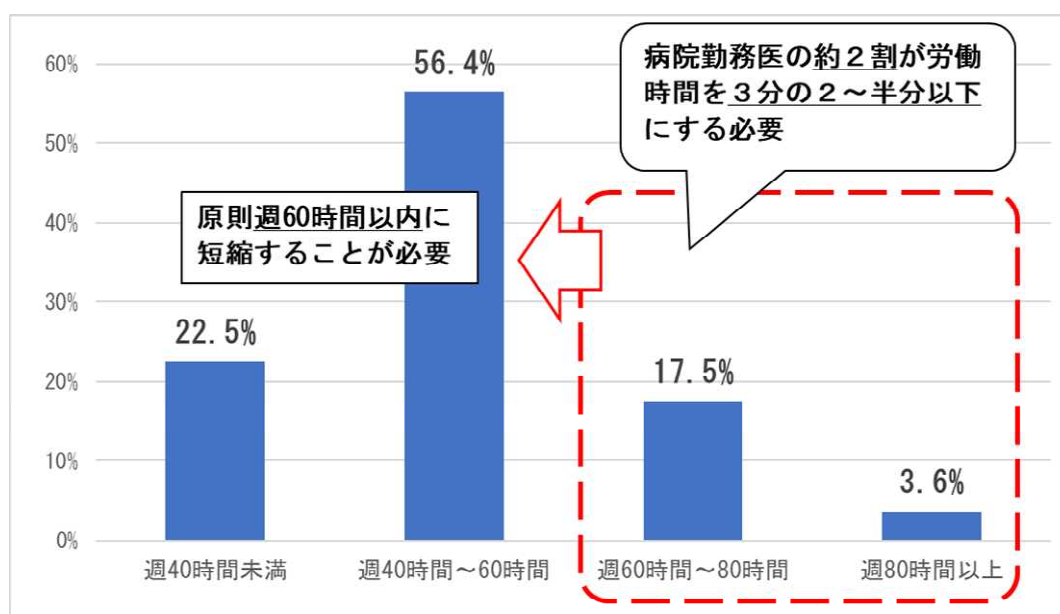


(出典) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」

(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。

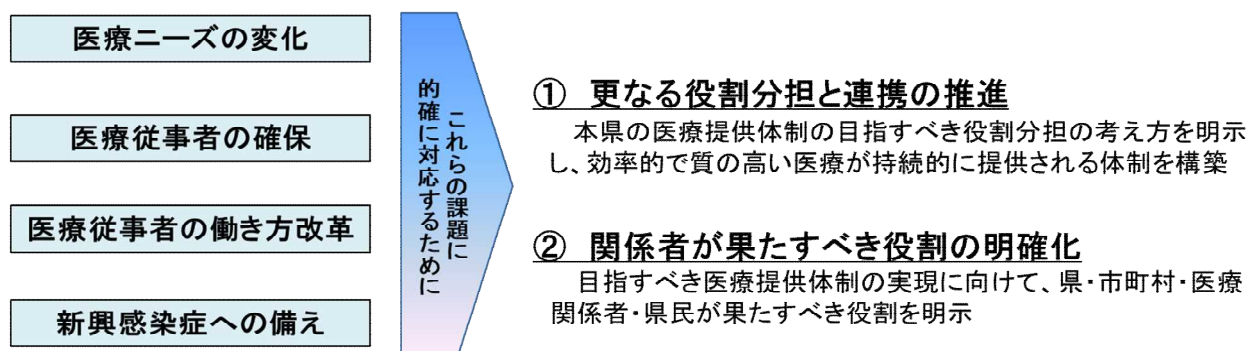
3 目指すべき医療提供体制の姿とその実現に向けた取組の大枠の方向性

- 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）を中心に対応し、以下の機能等を担う病院。

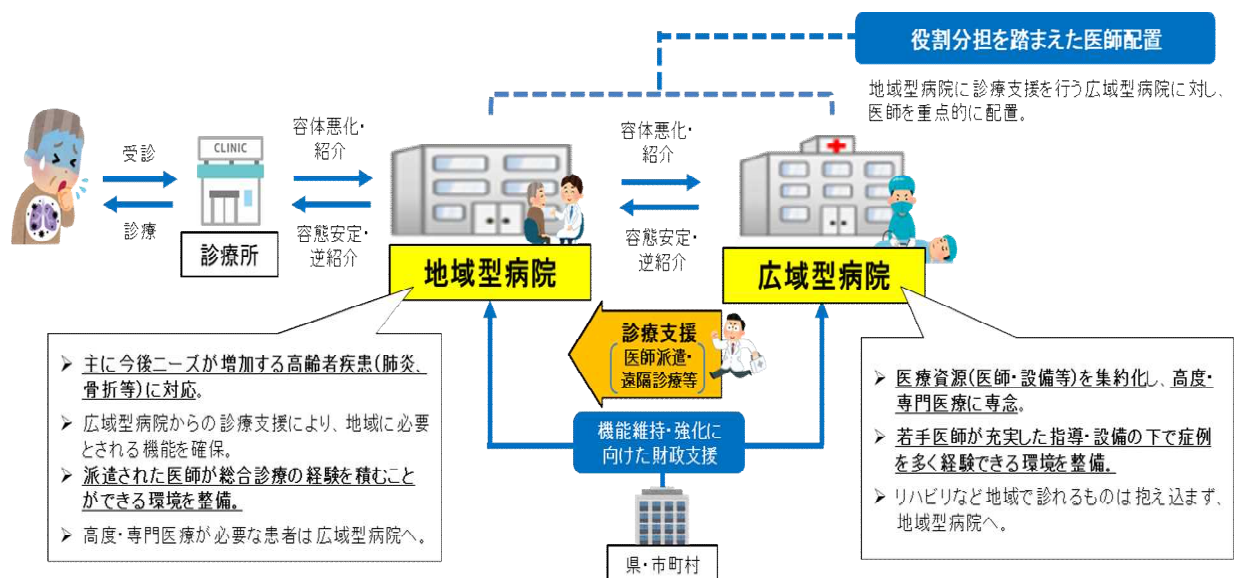
- 地域包括ケア体制の要となる機能（地域密着型）
- 平日の二次救急患者や休日・夜間の救急患者を受け入れる機能（地域救急型）
- 一部の診療領域に特化した機能（地域専門型）

[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。

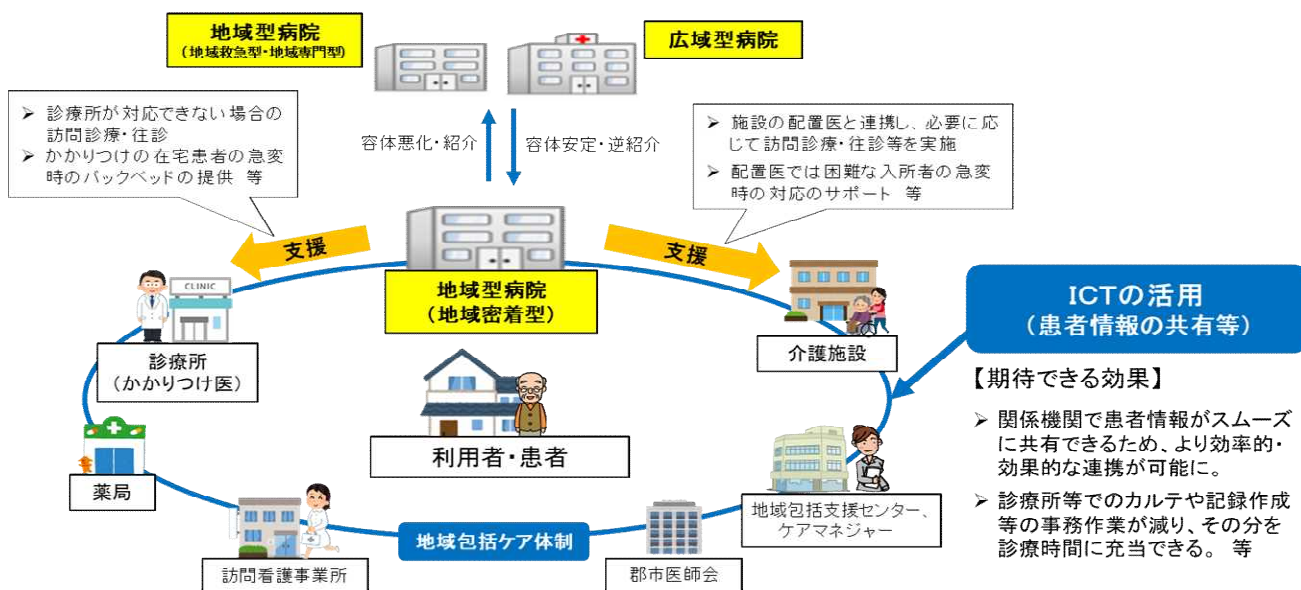
エ 「地域型病院」を評価する意識の醸成

- 「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。

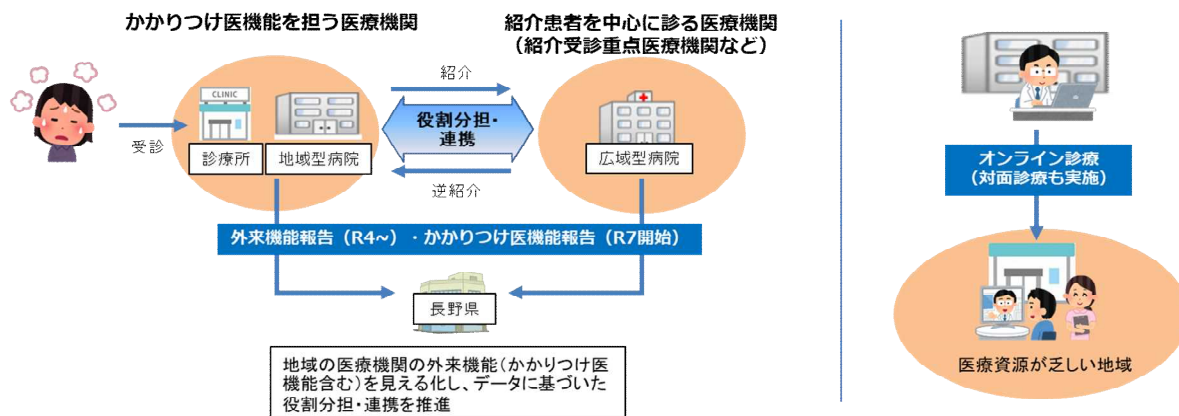
【図3】在宅医療体制の役割分担と連携のイメージ



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など）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

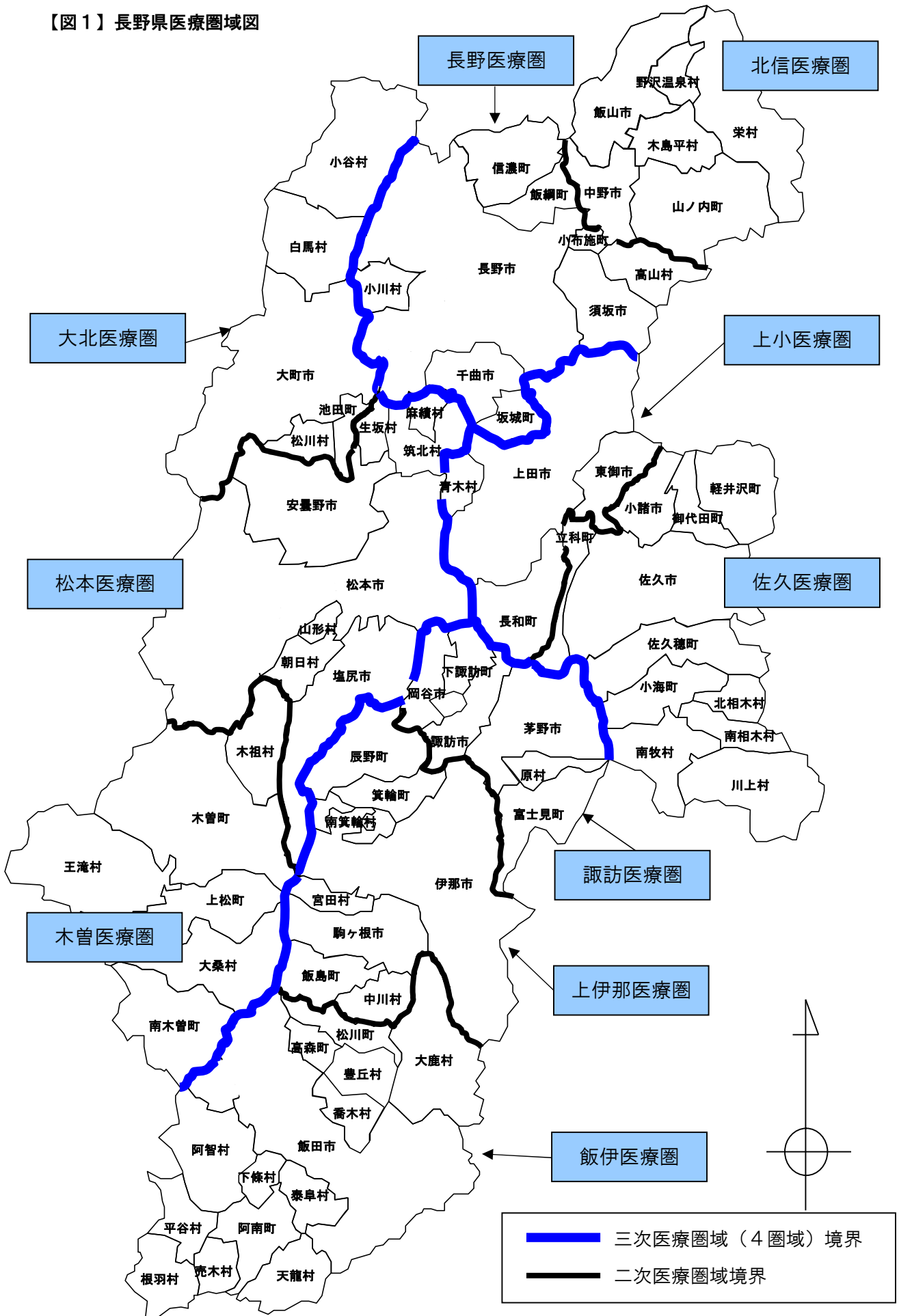
三次医療圏		二次医療圏					
4 圏域	圏 域	区 域	市町村数	人 口 (人)	面 積 (km ²)	所 管 保健所	
上 小	上田市、東御市、小県郡	4	190,208	905.37	上 田		
南 信	諏 訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡	6	189,178	715.75	諏 訪	
	上伊那	伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡	8	176,235	1,348.40	伊 那	
	飯 伊	飯田市、下伊那郡	14	150,288	1,928.89	飯 田	
中 信	木 曾	木曾郡	6	23,980	1,546.15	木 曾	
	松 本	松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡	8	418,541	1,868.74	松 本 松本市	
	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。

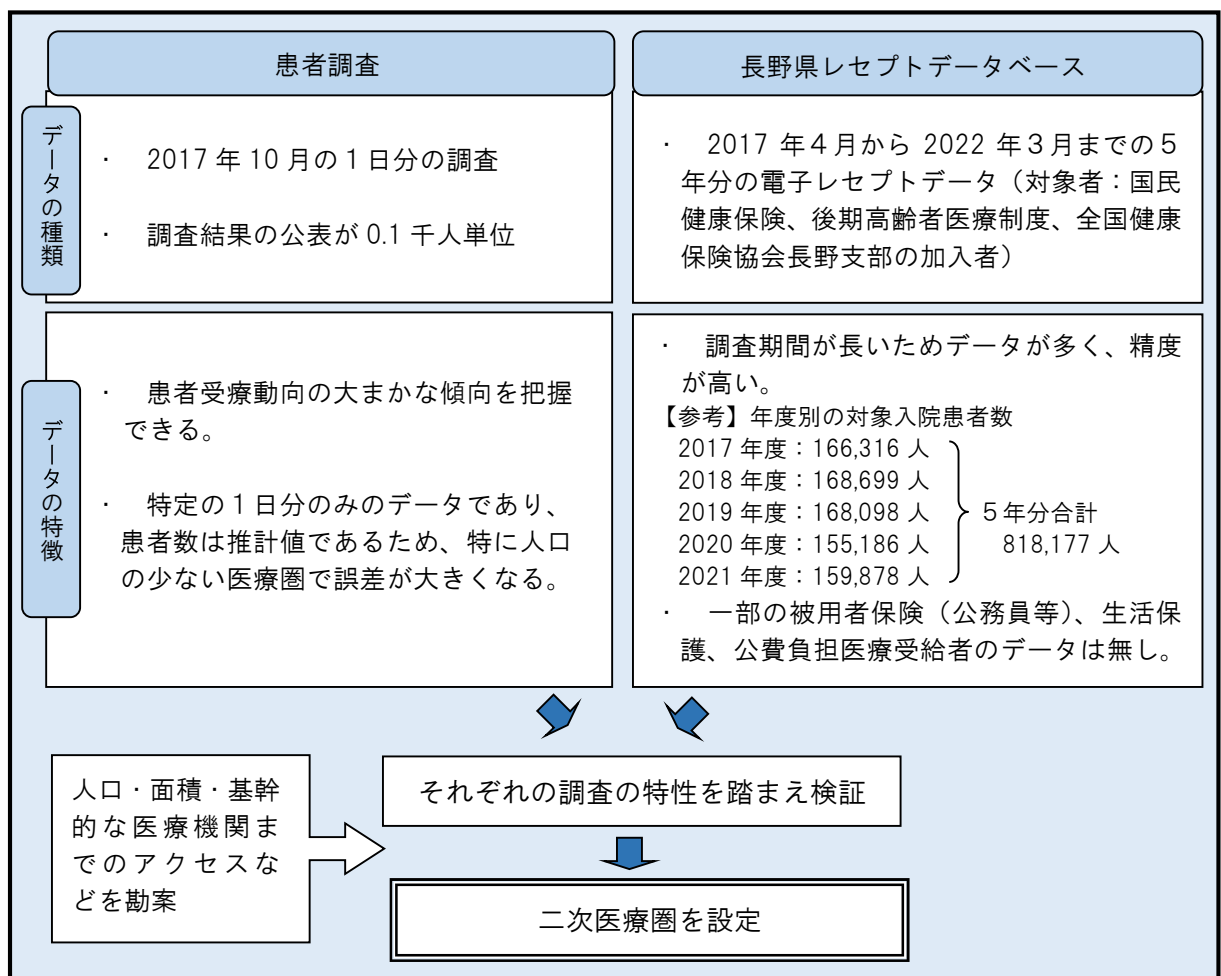
【図1】長野県医療圏域図



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。

3 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

○ 二次医療圏については表2及び図1のとおり10の医療圏を設定することとしますが、疾病・事業ごとの患者の受療動向（二次医療圏間の流入）や医療資源の状況等を踏まえ、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、必要な医療を確保していきます。

【表3】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(※1)

圏域		救急医療	災害時における医療(※2)	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	佐久	○	○	○	○	原則として市町村を単位とし、実情に応じて隣接する市町村が相互に連携	○	○	○	○	○	○
	上小	○	○	○	○		● (松本)	● (佐久)	● (佐久)	○		● (土(夜間)・日) (北信)
南信	諏訪	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
	上伊那	○	○	○	○		○	○	○	○		
	飯伊	○	○	○	○		○	○	○	○		
中信	木曾	● (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	長野	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
	北信	○	○	○	○		● (長野)	○	○	○		● (土(夜間)・日) (東信)

※1 長野県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）による2018年度（新型コロナウイルス感染症の流行による影響を受ける前）のレセプトデータ等を活用して設定

※2 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

(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（括弧内は、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 2024年1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	1,970	146	1,754
上小	1,895	1,820	△75	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	1,339	△182	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	△761	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 2024年1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 2024年1月1日	(参考) B-A
精神病床	3,766	4,459	693

※ 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

