

新たな地域医療構想の本格策定に向けた議論の整理

令和8年3月31日
新たな地域医療構想に関する懇談会

目次

1. はじめに
2. 現行の地域医療構想の取組と今後への課題
 - (1) これまでの取組
 - (2) 評価と課題
3. 2025年以降の医療を取り巻く環境変化と課題
 - (1) 医療需要
 - (2) 医療従事者
4. 新たな地域医療構想の目指すべき方向性
5. 新たな地域医療構想で具体的に検討していくこと
 - (1) 構想区域のあり方
 - ・ 構想区域の点検・見直しについて
 - ・ 構想区域検討に当たっての検討事項
 - (2) 急性期拠点病院の考え方
 - ・ 急性期拠点機能を有する病院に求められる機能
 - (3) 外来医療・在宅医療・医療と介護との連携
 - ・ 外来医療、在宅医療及び介護との連携を維持・推進する上での主な課題
 - (4) 医療提供体制のグランドデザインと新たな地域医療構想の整合性
 - (5) 協議の場について
6. 終わりに

1. はじめに

新たな地域医療構想については、国で策定ガイドラインの検討が進められているところであり、令和7年度中に発出が予定されている。

当県においては、令和8年度から2040年ごろを見据えた新たな地域医療構想の本格的な策定作業に向け、「新たな地域医療構想の策定に係る懇談会」を設置し、昨年7月以降、4回にわたって現状の医療提供体制の状況や、今後の医療需要や医療供給体制を取りまく状況を踏まえた今後の当県の方向性等について議論を重ねたところであり、これまでの議論を整理し、報告書として取りまとめる。

2. 現行の地域医療構想の取組と今後への課題

(1) これまでの取組

- 現行の地域医療構想は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、医療・介護需要の増加が見込まれる中、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を目的とし、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り組みを進めるための構想として、本県では平成28年度に策定をした。
- 地域医療構想の推進により、医療を受ける側と医療の供給側で、それぞれ以下のような取組が自主的に進んでいくことが期待された。
 - ・ 医療を受ける側
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、安定的に医療サービスを受けられるようになること
 - ・ 医療の供給側
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どのようにしていくのか話し合っていくこと
- 具体的には、以下のような取組を進めることにより、医療機関の自主的な行動変容を促し、将来にわたって良質で適切な医療を効率的に提供できる体制を整えていくことを目標としてきた。
 - ① 将来推計による2025年における病床数の必要量の可視化
 - ② 病床機能報告による地域の入院医療資源の把握
 - ③ 協議の場（地域医療構想調整会議）における機能分化・連携に係る合意形成
 - ④ 医療介護総合確保基金を活用した取組
 - ⑤ 都道府県知事の医療法上の権限による合意形成の促進

(2) 評価と課題

(評価)

- 2025年に向けて、医療需要の増加が見込まれた中、総病床数を減らしながらも、医療需要に対応している。また、機能別の病床数についても、急性期病床及び慢性期病床は減り、回復期病床は増えるなど、一定の進捗が見受けられる。
- 在宅医療についても、在宅に係る必要量を推計し、その推計値等を参考に、医療・介護の体制整備を進めてきた。在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院、訪問看護ステーションは県全体で増加傾向にあり、また在宅医療等の提供先として想定される高齢者向けの施設も県全体で増加するなど、需要が増加する中、医療・介護の整備も一定程度進んでいることが見受けられる。

(今後への課題)

- 病床機能報告の4区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の病床数は、医療機関側からの自主的な報告によるもので、明確な基準に基づくものではないことから地域の実態把握の方法として限界がある。引き続き医療機関機能に着目したグランドデザインに基づく議論を継続していく必要がある。
- 「新たな地域医療構想」と本県の「グランドデザイン」は、医療計画上の位置づけや広域的・地域的な視点に基づく考え方に共通点があるため、新たな地域医療構想の策定にあたっては、両者の整合性を確保する必要がある。
- 今後増大する医療・介護双方のニーズがある高齢者等を支えるため、
 - ① 退院後の受入体制の整備や、
 - ② 施設等からの救急搬送増加に備えた体制の整備など医療機関と介護施設等の緊急時の対応も含めた連携体制の構築を更に進める必要がある。

3. 2025年以降の医療を取り巻く環境変化と課題

(1) 医療需要

- 2025年以降の人口動態の大きな変化として、以下のような点が見込まれる。
 - ・ 2025年以降、75歳以上人口がほぼ増えない一方、85歳以上人口の増加が顕著になること
 - ・ 2040年に向けて、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、生産年齢人口が急減すること
 - ・ 圏域ごとの人口動態をみると、全医療圏で人口が減少する。うち、3医療圏では20%以上の減少が見込まれること。
 - ・ 2015年から2025年にかけてほぼ全ての地域で生産年齢人口が減少し高齢者人口が増えていた一方、2025年から2040年にかけては、地域に

よって高齢者人口のピークが異なることが見込まれ、人口動態の変化における地域差は大きくなることが予測される。

- 現行の地域医療構想は、75 歳以上人口の増大による医療需要の量的な変化に対応するものであったが、2040 年に向けた新たな地域医療構想は、要介護認定率が上昇する 85 歳以上人口の増大による医療需要の質的な変化への対応が求められる。

具体的には、多くの医療資源の投入を必要とする高度・専門的な医療需要が減少、誤嚥性肺炎や骨折等の高齢者特有の疾患ニーズの増加等が見込まれている。高齢者人口の増加に伴い、85 歳以上の救急搬送の増加や在宅医療・介護需要の増加が見込まれ、これらに対応していく必要がある。

- そのため、新たな地域医療構想では、医療機関において、「病床」の機能分化・連携のみならず、外来医療・在宅医療・介護といった高齢者の日常的な生活を支える包括的な支援を行う機能と、特に急性期における広域的な対応が必要な医療を確保する拠点機能のような「医療機関」単位での機能分化・連携を図ることで、こうした変化に対応していくことが必要となっていく。

- 医療需要の変化の地域差は大きく、2040 年に向けて、引き続き医療需要が増大する地域、今後医療需要が減少し続ける地域がある。

前者については、2040 年頃をピークに医療需要が減少に転ずることが見込まれている中、病床数を増やすことなく医療需要の量的なピークを乗り切るかの対応が求められ、後者については、地域で最低限必要な医療機能をどのように維持・確保するかの対応が求められる。

(2) 医療従事者

- 本県の労働力需給の推計では、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、現在よりも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る。持続可能な医療提供体制の確保においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他専門職等の医療従事者の人材の育成や確保に取り組んでいく必要がある。

- このうち、医師については、医師数自体は増加傾向にあるものの、4つの偏在課題（①総数としての都道府県格差、②都道府県内の地域格差、③若手医師の不足・医師の高齢化、④診療科の偏在）が複合的に存在することで、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が難しい状況になっている。

- また、症例数の減少により、若手医師の研修環境の確保が難しくなり、次世代を担う若手医師が集まらず、医療の質の低下につながりかねない状況である。

- その他にも 2024 年 4 月からは、医師の時間外労働の上限規制の運用が始まっており、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もあり、一定数以上の医師配置が確保できない病院では、例えば、休日・夜間の救急機能を縮小又は廃止せざるを得ない状況に陥ることも危惧される。

4. 新たな地域医療構想の目指すべき方向性

- 今後の地域医療構想の目指すべき方向性について、本懇談会において以下のような意見があった。

<本懇談会の意見>

- ・ 今後の一番のポイントは、構想区域をしっかり作り上げていくところ。区域の見直しの検討にあたっては、病院としては、高齢者救急を担うような医療と、主に高度医療を提供する病院を分けて考えていくことが求められていると考える。
- ・ 地域での役割分担においては、その規模に応じて、高度・専門的な医療を担う病院、普通の疾患であれば地域で完結する医療を担う病院をどのように構成するのか、どう医療を配分するのが重要と考える。
- ・ 関連病院を見渡しても医師が不足している。その状況は、高齢化においてはますます拍車がかかると考える。消化器外科医が減っている状況の中、おのずと手術ができる病院に限られる。急性期医療について、今後を見据えると、医療の均てん化では持たないため、集約化にかじをきるべき。いかに資源を有効活用するか。新たな地域医療構想に当たっては、急性期医療の集約化にしっかりかじをきり、その中で医療の提供体制を構築する方策を検討いただきたいし、それが喫緊の課題だと考える。
- ・ 専門医療と地域医療が対比関係にならないよう、専門医療の先生も地域医療を担っているとみえるよう、広域型病院と地域型病院が一体的に地域医療を行っている姿が重要。
- ・ 今後高齢者、特に 85 歳以上の後期高齢者が増えていく中、介護施設や在宅医療を含め、地域で生活する方の日常を支える医療提供体制の構築が重要と考える。
- ・ 地域医療は、医療・介護・福祉だけでなく、教育や交通等の地域のリソース、他の分野との連携も必要。
- ・ 総合診療（家庭医療、在宅医療）など集約化できない医療が今後多くなる。将来も見据え、広域型病院の研修だけでなく、地域型での研修も視野に入れた検討が必要と考える。
- ・ 医師のみならず医療従事者全体の確保も重要。
- ・ 在宅医療においては、訪問看護がますます必要になる。事業所数は相対的に増えているが、経営がうまくいかない、赤字を抱える事業所も多い。2040 年に向けては、訪問看護をどう増やしていくか等も地域で考えていくべき。計画的に増やしていかないと地域で支えるのが難しくなる

ため、地域ごとにどのように在宅医療を支えるかも、ぜひ検討してほしい。

- ・ 全国的に多くの病院が赤字であることも考慮し、現実的な経営面も踏まえた検討を進めたほうがよい。
- ・ 今後は、「治し支える医療」を地域で一丸となって提供できる体制構築を進めていくことが必要。そのためには、急性期医療だけでなく、在宅医療や高齢者救急など地域で必要とされる医療も踏まえた医療資源の適正配置なども必要ではないか。
- ・ 高齢者救急には広義の捉え方と狭義の捉え方の2つが混在しており、実際の場面では、単純に区分できるものでもない。広義の捉え方としての高齢者の救急では、脳卒中や心筋梗塞など高度な病院で対応する疾患が含まれる一方、狭義の捉え方、誤嚥性肺炎の救急など一般の内科的疾患等での対応が軸となっているものがある。高齢者の救急ニーズには、広い意味と、狭い意味ということの2つがあり、意識した使い分けが必要。高齢者の救急として、急性期拠点機能的な病院で対応する疾患も相当数生じる一方、高齢者救急・地域急性期機能的な病院で対応し得る疾患も相当数生じる。その双方の機能の確保に取り組むというのが、この地域医療構想の課題。その観点で地域のなかで『治す医療』と『治し支える医療』を確保していくための総合的な施策を講じてほしい。

(新たな地域医療構想の目指すべき方向性)

- 上記意見を踏まえ、高度・専門的な医療から、外来・在宅医療等に至るまで患者に必要な医療が関係機関の切れ目ない連携により、地域全体で一体的に提供される体制を確保していくため、本県の目指すべき方向性を以下のとおり取りまとめた。
 - ① 医療需要や医療資源の変化への対応について
 - ・ 地域ごとに異なる医療需要や医療資源の状況に対応した医療提供体制を構築するために、新たな地域医療構想の策定に当たっては、構想区域の設定を適切に行っていく必要がある。
 - ・ 「高度・専門医療を中心に担う医療機関」と「高齢者疾患等に対応する医療機関」との役割分担を進める必要がある。
 - ・ 急性期の医療ニーズの減少が見込まれることから、安定した経営を維持するためにも、高度・専門医療の症例を特定の医療機関へ集約し、一定以上の症例数を確保していく必要がある。
 - ② 医療・介護双方のニーズを必要とする高齢者への対応について
 - ・ 今後も高齢者のニーズに対応できるよう、在宅医療や医療と介護の連携体制の更なる整備を引き続き、進めていく必要がある。
 - ・ 救急搬送や円滑な入院につなげるために、高齢者に対する適切な入退院支援体制の整備を一層強化していく必要がある。
 - ③ 安心・安全な医療提供体制構築するための効率的な医療資源の適正な

配置の在り方について

- ・ 安心・安全で持続可能な医療提供体制を確保するため、これまで以上に地域全体で効率的な医師配置など、医療資源の適正な配置が必要である。
- ④ 医療の質の確保について
 - ・ 次世代を担う若い医師が集まる育成環境の整備や、医師や症例数を集約し医療従事者にとっても魅力的な病院としていくことが重要になる。
- なお、医療需要の増大・減少いずれの対応に際しても、医師の偏在対策・医師の働き方改革等を含め、地域の今後の医療需要に即した医療従事者の確保が不可欠であり、育成・就労環境等の確保・改善を通じた医療従事者確保策を示すことが重要である。また、人口減少により医療従事者の不足が顕著となっていく中では、医療DX等の推進により、生産性の向上を図り、地域で不可欠な医療機能を維持することも重要である。
- 併せて、統合・再編・集約化など、今後の医療を取り巻く状況を踏まえた医療機関の取組は、財政的な裏付けがなければ議論が進みにくいという課題もあることから、今後、新たな地域医療構想の検討に当たっては、病院の経営状況も念頭に置きながら進めていく必要がある。
- 加えて、今後の医療を取り巻く状況を踏まえると、医療の観点だけでなく、地域としてどう医療を考えていくのか、多様な視点での検討が必要であり、県には、さまざまな施策と連携させながら進めていくことを期待したい。

5. 新たな地域医療構想で具体的に検討していくこと

(1) 構想区域のあり方

(構想区域の点検・見直しについて)

- 現行の地域医療構想では、構想区域は「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、二次医療圏と原則一致する」という考え方が示されている。
また、従前より国では、人口 20 万人未満・患者流入率 20%未満・患者流出率 20%以上の二次医療圏・構想区域で入院医療を一体的に提供する区域として成り立っていないと考えられる場合は、圏域設定の見直しを求めてきた。
- このような中、当県では、現行の二次医療圏・構想区域を 10 区域と設定し、疾病・事業ごとの患者の受療動向や医療資源の状況等を踏まえ、圏域の設定や圏域相互の連携体制を定め、必要な医療を確保してきたところ。

- 今後 2040 年には、人口 20 万人未満となる二次医療圏・構想区域が 8 つとなることを見込まれる。今後の人口動態の変化は極めて大きく、その変化は医療需要・医療供給体制双方に多大な影響を及ぼすとともに、圏域設定にも重大な影響を与えると考えられる。
このような状況を踏まえ、県は、新たな地域医療構想の策定に先立ち、将来を見据えた構想区域の設定を適切に行うことが求められる。
- なお、構想区域の設定にあたっては、二次医療圏と構想区域の違いを理解することが重要である。
 - ・ 二次医療圏は、医療計画において、6 年ごとに定める区域であり、基準病床数制度や医師確保計画等といった医療計画の取組みを進める区域である。
 - ・ 一方、新たな地域医療構想の構想区域は、将来の人口規模、患者の受療動向等を勘案した 2040 年の将来を見据えた区域として、病床機能や医療機関機能を考慮の上、医療機関の役割分担と連携を進める区域である。
 - ・ 二次医療圏と構想区域では、時点の違いから、その趣旨・役割、勘案する要件も異なるため、検討に当たり留意が必要である。
- また、特に人口が減少する地域において、区域を統合していくことは、以下の点において留意が必要と考える。
 - ・ 地理的条件や交通事情等を考慮すると一定の限界があること
 - ・ 地域に残していかなければならない医療が存在すること
 - ・ 区域を統合することで患者流出入率は改善するが、そのことが必ずしも地域医療の課題解決に直結するわけではなく、また区域の広域化により地域固有の課題を見えにくくする可能性もあること
 - ・ 区域の見直しにより、保健所圏域や郡市医師会の設置単位などと一致しない部分が出てくること

(構想区域検討に当たっての検討事項)

- 今後、構想区域の検討を進めるに当たっての基本的な検討事項として、本懇談会においては、以下のような意見があった。

<本懇談会の意見>

- ・ 流出入自体が問題というわけではなく、病院の立地状況や交通の便等の様々な要因をみるべき。
- ・ アクセシビリティをどうするかはひとつ重要な論点であり、その視点で急性期拠点病院を検討することが重要。患者の受療行動、患者流出入については、今後の受療行動の変化があるかもしれないので、どこまで加味するのか、できるのかは検討が必要。
- ・ 人口動態や交通事情のほか、外部要因の検討については、例えば、PESTLE 分析（政治・経済・社会・技術・法・環境）など、こういった多角的な分析も必要ではないか。技術革新により可能になる部分もあり、

今後どこまでの外部要因を考慮するのかは、さらに検討が必要と考える。

- 二つの視点があり、患者と医療者の両方の視点で考えるべき。アクセスの良さ、時間距離は長野県では重要であり、患者側からみれば、より近くでよりよい医療を受けられるのが一番よいが、医療者は医療資源に限られる中で、効率化していかなければならないという相反する部分もあるため、両者の視点が重要と考える。
- 長野県全体で議論するのはエリアが大きすぎて細かいところはわからないため、議論が進まないところがある。何らかのエリア設定は物事を考えるうえでせざるを得ないと考えられ、今回示されたデータから読み取れるのは、北信・中信・東信・南信の中で物事を考えていくこと。ただし、エリア設定をすれば、必ず境界問題も生じる。一つは、他県との境界、もう一つは他の構想区域の境界であり、後者は、それぞれの構想区域の中で話し合っていくものとする。前者は、県の支援がないと、今の枠組みのなかでは考えにくいいため、県の積極的な関与のなかで、交渉・協力の枠組みを作っていく必要があるものとする。
- 役割分担や機能分担は必要だが、住民の理解も重要。住民がどこで最期を迎えたいかに寄り添うことが基本になると考える。人材面で言えば、自団体の研修も10圏域単位だけでなく、隣接圏域と合同で研修を行うなど連携を強化しているところ。
今後、人材に限られる中では、ブロック単位といった議論の場も重要になってくると考える。
- 急性期の専門医療を行うに当たっては、二次医療圏内の医療と二次医療圏を超えた医療を検討しなければならないので、それぞれの二次医療圏内での状況を考えつつ、より広域的な対応を求めるものを考えていくことが必要。また協議の場では、各医療機関の設置主体が異なる中、県にイニシアティブを取ってもらう必要がある。
- 上位の構想区域をどこに設定するのか、特に急性期拠点機能の病院をどこにするのかの話がみえてこない、在宅・外来等の問題は、議論がしにくいものとする。どこに拠点病院を設定するかは、県を中心に広いエリアで議論しなければならないと考えるが、ひとまずは、北信・東信・中信・南信の4ブロックでいったんの線引きをしたうえで、その枠組みのなかで考えていくことが必要ではないか。
- 医療は基本的にピラミッドを作らなければならないため、高度医療を担う病院、圏域の中核病院、続いて地域の病院・診療所と骨格をどのように作っていくかが一番大きな課題。その際、マンパワーに偏りがあると、各自が機能を果たせなくなる。マンパワーをどう調整するかは、骨格がないと考えようがない。また、少人数で県全体の医療をどうするか、それを上から見ていくのか、下から見ていくのかがあると思うが、下から積み上げるのはなかなか難しいため、まずは、根幹を決めて、それを支える病院を考えていくのではないか。

- 上記意見を踏まえ、新たな構想区域の検討に当たっての具体的な検討事項例を以下のとおり整理した。

構想区域の点検・検討にあたっての具体的な検討事項例

- ・ 2040年以降の人口構成
 - ・ 2040年人口を踏まえた医療需要の見通し
 - － 緊急性や症例数（頻度）等医療提供の内容も重要
 - － 圏域別の全身麻酔手術の件数、時間外緊急手術の状況
 - ・ 患者の流出入
 - － 圏域ごとの流出入の患者数、割合
 - － 流入患者の居住地、年齢の割合
 - － 流出した患者の流出先市町村、年齢、疾患の割合
 - － 各消防、重症度別の救急搬送の状況 等
 - ・ 県内全体の医療従事者の状況
 - ・ 地理的条件
 - － 人口200万人前後の都道府県の面積と構想区域（他都道府県の圏域の設定状況）
 - － 交通アクセス、移動手段の状況
 - ・ 急性期拠点病院の設定
-
- なお構想区域の議論は、多様な視点、関係者からの意見を踏まえながら、地域の状況も踏まえながら進めていくことに留意が必要である。
 - また、高度・専門的な医療から外来・在宅医療等に至るまで、構想区域内で安定した医療体制を確保していくためには、急性期拠点機能を有する病院を中心に、体制構築を図っていくことが重要であり、急性期拠点機能をどのように考えていくかが求められる。

（2）急性期拠点病院の考え方

- 急性期拠点病院の要件に当たって、本懇談会において以下のような意見があった。

＜本懇談会の意見＞

- ・ 急性期拠点病院に求められる要件として、救急を断らないこと、自己完結できること、全身麻酔の手術ができること、高難度の手術ができる必要がある。具体的には心臓大血管の手術、肝胆膵の手術ができないと広域型と言えないのではないかと考える。がん診療もエキスパートパネルを行い、ある程度自己完結できる病院。周産期医療もある程度完結できる。そういった総合力を備えた病院が地域にあれば、周りの病院がサポートすることでやっていけるのではないかと考える。
- ・ 重要なことのひとつは、研修指定病院であること。学会の認定施設にな

- っており、その病院にいけば専門医資格が取れることが必要。
- ・ 大学病院からの医師派遣だけではなく、広域型病院からも周囲の病院へ派遣ということも必要な観点になるのではないか。

(急性期拠点機能を有する病院に求められる機能)

- 上記の意見等を踏まえ、急性期拠点機能を有する病院に求められる機能としては以下①から③を総合的に有していることが考えられる。
 - ① 24時間365日体制の救急等患者を断らない「最後の砦」として『治す医療』を提供すること
 - ② 高度・専門医療を中心に担い、地域型病院に対する診療支援を行うこと
 - ③ 医師の養成や派遣などの役割を担うこと

また、上記①から③の機能を有しているかの指標としては、

- ・ 緊急で重症の患者を24時間365日受け入れられる
- ・ 許可病床数400床以上(特定機能病院クラスの病床数)でICU等を持ち、全身麻酔手術2,000件以上受入、急性期充実体制加算や総合入院体制支援加算の取得(一定の症例数を確保)
- ・ 紹介・逆紹介率が、紹介受診重点医療機関の参考値以上
- ・ 地域医療人材拠点病院かつ(基幹型)臨床研修病院であることなどが考えられる。

なお、国においても新たな地域医療構想に関するガイドライン等で急性期拠点機能に求められる具体的な機能や体制等を示す方向で検討されており、かつ次期診療報酬改定においても医療機関の機能に応じた改定が予定されていることから、県では、その内容や客観的なデータに基づきながら地域の実情も踏まえ、議論の活性化のためのデータ分析等に対応されたい。

- また、その他にも本懇談会では、都道府県をまたいだ医療提供のあり方についても意見があり、県境の医療提供体制についても引き続き検討を進めていくことに留意が必要である。

<本懇談会の意見>

- ・ 長野県は地理的にも他県との県境が多く、患者の受療行動、流出入をどう考えるかについては、一定の見解が必要。
- ・ 県境については、介護や福祉の分野では分断が起きている。ケアマネは、普段関連がない地域では、連携がとれない等の課題が生じるため、こういった観点については議論が必要と考える。

(3) 外来医療・在宅医療・医療と介護との連携

- 外来医療・在宅医療・医療と介護との連携について、本懇談会では、以下のような意見があった。

＜本懇談会の意見＞

- ・ 外来・在宅医療は、高齢者救急も受けながらそれぞれの医療に対応している。それぞれを分けて対応することは現実的に難しいため、二次医療圏毎に関係者間で対応していくしかない。地域の医療・介護の両資源を一体的に調整することが必要となる。
 - ・ 二次医療圏ごとにデータを出して、お互いに議論すると見えてくるものもあると考える。一方で、在宅、介護の問題を考えるにあたっては、二次医療圏ではエリア設定が広すぎる場合もあり、データをどう活用していくかを二次医療圏毎に考えていかなければならない。
 - ・ 今後在宅の問題を考えていくにあたっては、在宅療養支援病院・診療所がどのくらい機能しているのかのデータが重要と考える。かかりつけ医機能報告の結果についても、来年度以降、期待をしたい。
 - ・ 訪問看護については、訪問看護ステーションの数自体は増えてはいるが、新たに立ち上げても、24時間対応が難しく、閉じていく訪問看護ステーションも多い現状がある。基盤整備でいえば、24時間体制や機能強化と併せて、訪問看護ステーション全体への支援が必要。看護だけでなくケアマネとの連携など介護も含めて検討が必要。また、今後、訪問看護がますます重要となる中、中山間地域の訪問看護ステーションについても整備が必要であり、県で支援を検討いただきたい。
 - ・ 介護で働く看護師も増えてはいるものの、希望する看護職が少ない。看取り対応の強化などを今後さらに図っていくのであれば、看護職はまだまだ必要となるものと考え。どれくらいの人が必要で、どのように確保していくかを描いていただくとよいのではないかと考える。
 - ・ 医療と介護の部分は、どの職種も人材不足であるが、ケアマネも人材不足。過疎地域では、人材を確保していくことが難しく、連携というだけでも難しい。どの職種も人材不足の中で、今後さらにICTを使ってどう連携をしていくかが重要であり、ICTをどう地域で広めていくか、活用していくかという視点も必要と考える。
 - ・ 医療と介護の連携はとても重要であり、実際連携を通して入院期間をかなり短縮することができている。お互いの制度を知ることが非常に重要になってくるため、勉強会の開催などを検討いただきたい。また医療側に協力できる部分は協力していきたいので、県には、制度の周知や意識付けの機会づくりをぜひお願いしたい。
- 地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制が地域包括ケアシステムであり、地域医療構想は地域包括ケアを実現するために効率的な医療提供体制を目指すものである。今後は、病床の機能分化・連

携のみならず、外来・在宅医療、介護連携等も対象に含めた議論が重要であり、「治す医療」と「治し支える医療」を実現させ、地域完結型の医療・介護提供体制の構築に努めていく必要がある。

(外来医療、在宅医療及び介護との連携を維持・推進する上での主な課題)

- 上記意見を踏まえ、外来医療、在宅医療及び介護との連携を維持・推進する上での主な課題として、以下のとおり整理した。
 - ・ 外来・在宅医療に携わるマンパワーの確保
 - ・ 急変時等に対応するための後方支援体制の整備
 - ・ 家族による看護・介護の負担を軽減するサービスの整備
 - ・ 医療従事者の看取りや急変時対応等の在宅医療に係る知識・経験・技術の向上
 - ・ 在宅医療や医療と介護の連携の仕組みや対応可能な支援等に関する普及啓発
 - ・ 在宅医療で対応可能な病院等の医療従事者の確保
 - ・ 円滑な在宅移行に向けた退院支援体制の構築
 - ・ 介護施設等における看取りの推進
 - ・ 訪問診療を行う診療所や訪問看護ステーション等の在宅医療基盤の整備
 - ・ 医療機関と介護施設等との連携（医療機関と介護施設等の平時からの連携による対応力の強化等の取組）
 - ・ 医療・介護分野における ICT の活用による取組等の推進
 - ・ 日頃の健康管理から在宅療養が必要になった場合の疾病管理までを行うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等の普及
 - ・ 介護予防の取組の推進

- また上記以外にも、外来医療、在宅医療及び介護との連携体制については、患者の生活の場である日常生活圏域を主として整備していく必要があることから、日常生活圏域や二次医療圏の範囲で、地域特有の課題に応じて協議ができる場を県は検討すべきである。

(4) 医療提供体制のグランドデザインと新たな地域医療構想の整合性

- 現行の地域医療構想は、病床機能に着目したものであり、病床数の増減が議論の中心となるなど、実際の現場感から離れたものとなっており、地域における役割分担の議論を行う上でなじまない部分があった。その点を踏まえ、県では、病床数だけでなく「病院」の機能にも着目した議論を行うため、独自にグランドデザインを策定し、地域の実情に合った形での議論に取り組んでいる。

- 新たな地域医療構想は、病床数に着目した現在の地域医療構想の反省点や、各都道府県の取組を踏まえ、「医療機関」機能にも着目し、外来・在宅も含めた地域全体の医療提供体制を考慮したものとして検討が進められており、

県独自のグランドデザインと同様の方向性である。

(参考)

- ・ 現在の地域医療構想
2025年を見据え、病床機能に着目し、医療機関における機能の見直しや役割分担を考えるもの
 - ・ 医療提供体制のグランドデザイン
2040年を見据え、医療機関の機能に着目した役割分担を進め、外来・在宅も含めた地域の医療提供体制全体を考えるもの（県独自に策定）
 - ・ 新たな地域医療構想
2040年を見据え、医療機関の機能にも着目した役割分担を進め、外来・在宅も含めた地域の医療提供体制全体を考えるもの
- 一方で、医療機関機能の細かい部分を見ていくと、一部整合を図っていく必要がある部分もあることから、地域に混乱が生じないように配慮しながら、医療提供体制のグランドデザインを新たな地域医療構想の医療機関機能に収れんしていくよう整理が必要である。

(5) 協議の場について

- 都道府県は、医療法に基づき、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成するために必要な協議を行うこととされており、当県においても平成28年度から10圏域で地域医療構想調整会議を開催してきたところである。
- また、平成30年度からは、地域医療構想の実現に向けた取組の推進を図るため、長野県地域医療構想調整会議を開催してきたところである。
- 病院の建替えや医療機能の集約等、経営に関する事項については、公開の場である調整会議において具体的な議論を行うことは困難である。調整会議の議論を活性化していくためには、各医療機関の今後の医療機能や地域の医療情報の変化等について、タイムリーかつ、非公開で関係者の意見を共有できる場が必要であることから、令和元年度からは医療情勢等連絡会の活用を促している。
- 協議の場について、本懇談会において、以下のような意見があった。
- <本懇談会の意見>**
- ・ 現在の調整会議は、圏域によっては参加者が多いため、意見を言う雰囲気にならない状況もあり、まずは少人数で議論をすることが必要。各現場の代表が集まって少人数で意見交換できる場を持つことが重要だと考える。
 - ・ 県全体の調整会議も非常に重要。各圏域で状況が異なるので、話し合う

内容に違いはあるものの、県全体で俯瞰して地域医療構想をどうしていくのか、ビジョンを持つことはとても重要。それに当たっては、県がリーダーシップを取って進めていく必要があり、県全体の調整会議を開催していくことが望ましいと考える。

- これからの社会を医療機関同士が協力して乗り切っていくためには、少人数でまず原案を作るような場が必要だと考える。個別の疾病や事業ごとに、医局の考え方や、経営面のことなど、様々な側面があり一領域だけをとっても非常に大変なことと考える。どこかの病院に集約をしていかないといけないが、全部個々で聞いていくと話がまとまらないため、少し上の立場、病院長クラスが少人数で集まり、自院の状況もあるだろうが、一定の公平性を持って議論したほうがよい。まとまらない時は、県全体の調整会議が機能した方がいい。圏域の考え方は、最初は4ブロックくらいから入った方がいい。

- 新たな地域医療構想は、入院医療のみならず、外来医療、在宅医療、介護との連携等、医療提供体制全体の構想となる。

地域での協議を円滑に進めるためには、まず地域の関係者がデータを適切に活用し、現状や課題について認識を共有したうえで、地域として目指すべき姿を明確にし、その共通理解を形成することが重要である。

その上で、把握された課題に対し、具体的な方策を検討するとともに、誰が何を担うのかといった役割分担について議論し整理していく必要がある。

- 県は、関係者が一丸となって本県が目指すべき医療提供体制を実現していくため、県全体の協議の場を適切に運用していくことを期待する。

その上で、県がリーダーシップを発揮しながら、県全体に共通する目指すべき医療提供体制や、その取組の方向性等を関係者間で共有するとともに、構想区域を超えた広域的な調整等を行っていくことが県には求められる。

- 地域における協議が実効的に進むよう、特定の議題については、当該議題の関係者との間でより具体的かつ踏み込んだ議論を行うなど、柔軟に協議を重ねられるよう工夫をすることが求められる。

また、地域医療構想は幅広い関係者の理解を得て推進する必要があるため、議論の過程においては、各関係者の意見が適切に反映される体制についても県は検討すべきである。

6. 終わりに

- 上記の内容は、本懇談会における検討状況を整理したものであり、県におかれては、本懇談会のとりまとめ等を踏まえつつ、新たな地域医療構想の策定作業を進められたい。

○ 高度・専門的な医療から、外来・在宅医療等に至るまで、関係機関の役割分担と切れ目のない連携により、患者に重要な医療が地域全体で一体的に提供される体制を構築することが重要である。

県は、医療機関の厳しい経営状況も踏まえながら必要な財政的支援に努めつつ、2040年を見据えた医療を取り巻く状況にどう対応していくのか検討を行っていく必要がある。

○ また、県に対しては、医療を受ける患者・住民が、現在の医療提供体制の窮状を理解し、危機感と将来のあるべき医療体制の姿を共有する取組を期待するとともに、新たな地域医療構想の策定に当たっては、患者・住民の声を適切に反映できるよう検討されたい。

○ 今後も、県、医療関係者、市町村、介護関係者、保険者、そして住民が、それぞれの立場から役割分担と連携に取り組み、中長期的に質が高く効率的な医療提供体制が確保されることを期待する。

<参考：懇談会開催日程>

| 開催日 | 主な検討内容 |
|------------|--|
| 令和7年7月30日 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 現行の地域医療構想の振り返り ・ 2025年以降の医療をとりまく変化と課題 ・ 新たな地域医療構想の目指すべき方向性 |
| 令和7年9月10日 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 新たな地域医療構想における構想区域について ・ 急性期拠点病院（広域型病院）の考え方について① |
| 令和7年12月24日 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期拠点病院（広域型病院）の考え方について② ・ 外来・在宅医療、介護との連携について ・ 協議の場について |
| 令和8年2月4日 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 懇談会のとりまとめ（案）の検討 |