

### 第3期信州保健医療総合計画パブリックコメント等結果一覧

- 1 期 間 令和5年12月25日（月）～令和6年1月23日（火）
- 2 意見等件数 103件
- 3 項目別（意見等があった項目のみを掲載）

編	項 目	件数
2	長野県の現状	3
3	目指すべき姿	4
4	健康づくり	1
	身体活動・運動、休養	2
	たばこ	13
	歯科口腔保健	1
	母子保健	4
5	医療提供体制のグランドデザイン	8
6	医療圏の設定	4
	基準病床数	3
7	地域医療構想	3
8	医師	4
	薬剤師	1
	看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）	2
	救急医療	3
	災害時における医療	1
	周産期医療	4
	小児医療	1
	在宅医療	3
	外来医療	1
	その他の医療施策（移植医療）	1
	医療費の適正化	7
	9	がん対策
脳卒中対策・心筋梗塞等の心血管疾患対策		2
糖尿病対策		2
精神疾患対策		3
感染症対策		1
肝疾患対策		9
COPD（慢性閉塞性肺疾患）対策		1
その他	7	
合 計		103

#### 4 提出者別

番号	項 目	件数
1	保健医療計画策定委員会	6
2	地域医療構想調整会議（圏域連携会議）	36
3	パブリックコメント	45
4	関係団体意見（長野県保険者協議会）	7
5	事務局独自修正	9
合 計		103

### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
1	第2編第1章第2節	20～25	人口動態と平均寿命	パブリックコメント	<p>「男性全国2位、女性全国4位となっており、本県の長寿を裏付けている」と記載されているが、男性が連続5回、女性が連続2回、全国1位であった長野県が単に「2位、4位で長寿」と総括するのは、危機感が足りず、「健康長寿世界を目指す」計画として不十分ではないか。</p> <p>なぜ、1位だった平均寿命の全国順位がここに来て後退しているのか、その要因分析と改善のための対策がなければ、世界においてのみならず日本においても平均寿命や健康寿命のトップという目標の実現につながらない。</p> <p>日本公衆衛生雑誌第65巻第10号(2018年10月15日)、信州公衆衛生雑誌第17巻第2号(2023年7月)において20代までの若年者の死亡の多さが長野県の平均寿命全国順位後退の要因である可能性が指摘されている。</p> <p>信州保健医療総合計画の推進のみならず、子ども真ん中社会の実現を目指すためにもこうした視点の分析、評価をしっかりと実施し、そのために必要な対策を計画する必要があるのではないか。</p>	<p>施策の推進にあたり分析・評価を進め、長野県自殺対策推進計画等の関連計画とも連携しながら、平均寿命及び健康寿命の延伸を図ってまいります。</p>	
2	第2編第1章第2節	20～25	人口動態と平均寿命	事務局独自修正		<p>「本県の全死亡に占める3大死因の割合」について、最新値(2022)を記載しました。<b>(計画案P23)</b></p>	修正あり
3	第2編第2章第3節	43～47	保健医療従事者の状況	パブリックコメント	<p>医療法施行規則の一部を改正する省令の施行により、医療従事者として管理栄養士・栄養士の数が県に報告されることとなった。</p> <p>ついては、「保健医療従事者の状況」の中に管理栄養士・栄養士の状況についても記載していただきたい。</p>	<p>ご意見を踏まえ、管理栄養士・栄養士の状況について記載しました。<b>(計画案P46)</b></p>	修正あり
4	第3編第1節	64～67	目指すべき姿	パブリックコメント	<p>厚生労働省から健康日本21(第3次)が告示された。その中では、「すべての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」をビジョンとし、そのために、①誰一人取り残さない健康づくりの展開、②より実効性を持つ取組の推進を行うとされている。また、そのためには、個人の行動と健康状態の改善のみが健康増進につながるのではなく、社会環境の質の向上も健康寿命の延伸・健康格差の縮小のための重要な要素であることに留意が必要と記されている。</p> <p>健康で長生きを目指す取り組みの基本方針として重要な内容と考えるが、「3基本方針」のうち、1番目と2番目の2つの〇項目について、現計画の記載と変わらないと読み取れるため、国が示す新たな視点を取り入れた方針を示すべきと考える。</p>	<p>ご意見を踏まえ、「3基本方針」に「誰一人取り残さない健康づくり」を記載しました。<b>(計画案P65)</b></p>	修正あり
5	第3編第1節	64～67	目指すべき姿	パブリックコメント	<p>「4 目標」の表において3つの目の健康寿命のみ【全国1位】と記載されているが、平均寿命(男性2位・女性4位)、上2つの健康寿命(それぞれ、男性30位・女性37位、男性23位・女性18位)にも全国順位を記載すべきではないか。</p> <p>また、それらの全国順位の目標も3つの健康寿命にのみ設定されているが、「日常生活に制限のない期間の平均(及び「自分が健康であると自覚している期間の平均)」の目標も全国1位とすべきではないか。</p>	<p>ご意見を踏まえ、平均寿命の全国順位を記載しました。<b>(計画案P66)</b></p> <p>なお、健康寿命については、介護保険の要介護度で算定される「日常生活動作が自立している期間の平均」が、より客観性の高いものと考えられることから、長野県ではこの指標を主指標とし、全国1位を目指すこととしています。</p>	修正あり

### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
6	第3編第1節	64～67	目指すべき姿	パブリックコメント	厚生労働省は、「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」で、「日常生活に制限のない期間の平均（及び「自分が健康であると自覚している期間の平均）」は、身体的要素・精神的要素・社会的要素を総合的に包含しており、「健康」という状態を表す指標としては妥当と考えられる。これに加えて、新たに介護保険データを用いた「日常生活動作が自立している期間の平均」を補完的指標として活用することによって、毎年の算出や、現行指標の算出が困難な自治体での算出も一定程度可能となる。ただし、（中略）、現行指標である「日常生活に制限のない期間の平均」とは異なる指標である「要介護2以上」を「不健康」と定義している点に留意が必要である。」としている。 したがって、【参考】の記載は上記を踏まえたものに差し替えるべきではないか。 その際、信州保健医療総合計画の理念が「健康長寿世界を目指して」としていることを踏まえると、上記報告書にあるとおり、3種類ある健康寿命の中で「日常生活に制限のない期間の平均（及び「自分が健康であると自覚している期間の平均）」に近い指標が国際的にも広く用いられていること、また、令和6年4月に施行される健康日本21（第3次）においても「日常生活に制限のない期間の平均」が指標として用いられ、さらに、健康格差を縮小するとの目標において都道府県ごとの「日常生活に制限のない期間の平均」が用いられていることなども明記すべきではないか。 この2つの健康寿命を主指標とし、3つ目の介護保険を用いた健康寿命は副指標とすべきではないか。	ご意見を踏まえ、「健康寿命」のコラムに国の考え方等を記載しました。（計画案P67） なお、介護保険の要介護度で算定される「日常生活動作が自立している期間の平均」は、より客観性の高いものと考えられることから、長野県ではこの指標を主指標とし、全国1位を目指すこととしています。	修正あり
7	第3編第2節	68	基本的な方向性	木曾圏域連携会議	概要版6頁の「第3編 目指すべき姿 第2節 基本的な方向性」の本文中、「提供体制 医療と介護サービスの一体的な提供体制の構築等に取り組む。」の前置に「地域の実情に応じて」を挿入していただき、方向性の記述欄において画一的な計画とならないよう、地域性に配慮した旨を明記していただきたい。	ご意見を踏まえ、「第2節 基本的な方向性」の「2 医療提供体制の充実」に、地域の実情に応じて取組を進める旨明記しました。（計画案P68）	修正あり
8	第4編第1章	71～137	健康づくり	パブリックコメント	健康日本21には<4>として飲酒が掲載されているが、県の計画の健康づくりの部分では「飲酒」に係る課題がない。どこか他の課題に包含されているのか。（当市では、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人が男性に多く課題となっている。）	第9編6節「依存症対策」にて「生活習慣病のリスクを高める量の飲酒」（計画案P569（イ））を記載し、数値目標（計画案P578）にも計上しています。飲酒に係る課題には健康づくり及び依存症対策双方の面から対策に取り組んでまいります。	
9	第4編第1章第3節	89～94	身体活動・運動、休養	パブリックコメント	県の課題として肥満・やせ、適正体重の維持（P70）があり、指標（P78）にも適正体重を維持している者の割合とあるが、目指すべき方向（P76）の中で、体重管理（測定）による自己管理やその周知啓発を入れ込んでよいのではないかと。	適正体重の維持につきましては数値目標にもなっており、今後施策を展開していく中で、県民および関係機関・団体と連携しながら周知啓発を進めてまいります。	
10	第4編第1章第3節	89～94	身体活動・運動、休養	パブリックコメント	気軽に運動ができる環境をつくってほしい。 現在、体育館などを好きな時に借りられることをあまり知られていないので、もう少し多くの発信をしてほしい。	引き続き、県民が気軽に運動できる場の環境整備・情報発信に取り組んでまいります。	
11	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	すでに飲食店等で受動喫煙対策を進めている中、国の目標を上回る「飲食店での受動喫煙0%」の目標には反対。	国の現行計画である「健康日本21（第2次）」にて、「望まない受動喫煙のない社会の実現」の最終評価を、0%を基準に評価しているため、当該目標を設定したところですが、国の次期計画である健康日本21（第3次）の通り、指標を「望まない受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の機会を有する者の割合」、目標値を「望まない受動喫煙のない社会の実現」と変更し、評価方法については国に準じて行う旨を記載しました。（計画案P100）	修正あり
12	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	受動喫煙防止のため、行政として、喫煙所の設置や事業者への経費の補填など、分煙環境の整備を進めてほしい。	関係機関と連携しながら、引き続き分煙対策を進めてまいります。	
13	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	たばこは個人の嗜好品であり、度が過ぎれば健康や個人の生活を害するものであるが、適度の嗜好は日々のストレス発散や明日への活力にもつながると考える。 健康増進法や受動喫煙防止法の意味も分かるが、一律にたばこは体に悪いものと決めつけるのではなく、たばこを吸う人、吸わない人がともに楽しめる社会的環境や制度を設け、日本は双方が飲食店や社会で十分楽しめるモデル地域であると国際社会にアピールすることも有益ではないか。 なによりたばこは地方自治体の重要な財源になっていることを理解し、たばこ産業の衰退化にならないような配慮をお願いしたい。	ご意見を踏まえ、引き続きたばこ対策に取り組んでまいります。	

### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
14	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	私はたばこを全く吸わないし、どんな種類があるかも分からない。当然店舗も改正健康増進法どおり禁煙対策を講じている。 今回の計画について理解できる部分はあるが、多くの客の中には「何故たばこが吸えないの」という方もいる。 色々な方々の意見を聞いてほしいが、喫煙者のたばこ税をこんな方法で活用している等のアピールをすればよいのではないか。（具体的には、分煙対策強化・喫煙ブース設置）	ご意見を踏まえ、引き続きたばこ対策に取り組んでまいります。	
15	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	たばこと健康、肺がんとの関連をもっと鮮明にしてほしい。 ここ何年かの禁煙運動を受け喫煙者は大幅に減り続けている一方、肺がんはますます増えている現実をどう捉えたらいいのかわからない。本来ならばそのがん患者は目覚ましく減少するはずではないか。 私は喫煙者ではないが、心おだやかにたばこを幸せそうにくゆらすその時間を行政が奪い取ることに反対。 イライラする心を鎮める働きも確実にあると思うし、何より高額品を買い求め我々に貴重な税金を提供してくれる優良な市民であるとも考える。節度をもって喫煙マナーを守る人々を、そして笑顔の喫煙者をこれ以上苦しめないでいただきたい。	健康づくり及びがん対策において、喫煙は重要な要素の一つととらえており、がん対策（第9編第1節）の章に関連事項を記載しております。	
16	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	現在、たばこが吸えるお店に限られる中、喫煙環境にあることを同意して入店しているわけであり、受動喫煙の機会を自身で選択していることから、飲食店に対して働きかけることでない。県民にしっかり訴えていくことの方がよい。	改正健康増進法、健康日本21（第3次）に基づき、「望まない受動喫煙のない社会の実現」を目指して取り組んでまいります。	
17	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	たばこ病による早死にをなくすための取組を一層進めていただきたい。 また、受動喫煙の危害ゼロの施策をより一層進めていただきたい。	望まない受動喫煙のない社会の実現に向け、引き続きたばこ対策に取り組んでまいります。	
18	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	飲食店における受動喫煙対策については、2020年改正健康増進法の施行以来、受動喫煙を防止すべく様々な対策を講じてきているものと認識している。長野県においても受動喫煙の機会を有する者の割合は減少しており、飲食店における受動喫煙対策が順調に推移しているものと考えられる。 このような状況の中、今回の素案では2029年に飲食店での受動喫煙の割合を「ゼロ」にするという数値目標を掲げているが、国の目標は「望まない受動喫煙の機会を有する者の減少」という表現にとどまっている。 改正健康増進法でも飲食店への多大な影響を考慮し、喫煙目的施設を認めるなど一定の配慮がされている中で、「ゼロ」目標が設定された場合、飲食店を全面禁煙にすることになりかねないものとする。 したがって、長野県が独自に国を上回る目標値「ゼロ」を設定することに反対する。	国の現行計画である「健康日本21（第2次）」にて、「望まない受動喫煙のない社会の実現」の最終評価を、0%を基準に評価しているため、当該目標を設定したところですが、国の次期計画である健康日本21（第3次）の通り、指標を「望まない受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の機会を有する者の割合」、目標値を「望まない受動喫煙のない社会の実現」と変更し、評価方法については国に準じて行う旨を記載しました。（ <b>計画案P100</b> ）	修正あり
19	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	観光県を掲げる上で、環境の整備（強制的な）は必要不可欠であり、「屋外での喫煙禁止」や「禁煙エリアの設定」、「歩きたばこの禁止条例」等、具体的な施策が必要と考える。	いただいたご意見は今後のたばこ対策に関する施策展開において、参考にさせていただきます。	
20	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	喫煙に関する数値目標で、受動喫煙の割合を全て0%に設定していただいた。健康日本21では自然に健康になれる環境づくりの課題に対して、望まない受動喫煙の機会を有する者の減少が指標とされているものの、数値目標が設定されておらず、実際の状況やどの程度達成できているのか評価しづらいため、数値目標を決めたことはとても良かったと思う。また、地区の集会施設等で望まない受動喫煙の苦情が寄せられ、その状況を改善するためにも0%という数値目標が効果的だと思う。たとえ中間評価で達成できなくとも、今後も0%を目指して推進していただきたい。	・国の現行計画である「健康日本21（第2次）」にて、「望まない受動喫煙のない社会の実現」の最終評価は、0%を基準に評価しています。 ・国の次期計画である健康日本21（第3次）の通り、指標を「望まない受動喫煙（家庭・職場・飲食店）の機会を有する者の割合」、目標値を「望まない受動喫煙のない社会の実現」としますが、評価方法については国に準じて行う旨を記載しました。（ <b>計画案P100</b> ） ・ご意見を踏まえ、たばこ対策に取り組む方々に上記の評価方法をきちんと周知してまいります。	修正あり
21	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	喫煙率の目標値が男性18%、女性4% 男女計11%とあるが、よく読まないとい見18%くらいなら喫煙していい・・・というような印象を受ける。嗜好品という考え方もあるが、導入の文章からは様々な疾患の影響が大きいとされているので、間違えた捉え方にならないよう十分配慮があってもいいかと思う。	・目標数値の考え方の欄に「現在の喫煙率から禁煙希望者が禁煙できたとした場合の喫煙率とする」と記載しております。 ・ご意見を踏まえて、普及啓発の際には間違えた捉え方にならないよう十分配慮してまいります。	



### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
22	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	「分煙」や「完全分煙」は無理なので削除してほしい。喫煙室からは人の出入りの際などに必ずタバコ煙が漏れるので、受動喫煙を防止することは不可能。	・改正健康増進法にて、喫煙可能室の基準が定められており、分煙による望まない受動喫煙が生じない環境が定められています。 ・県としても望まない受動喫煙のない社会の実現に向け、引き続きたばこ対策に取り組んでまいります。	
23	第4編第1章第4節	95～100	たばこ	パブリックコメント	「(2)市町村・関係機関・団体」に「○コンビニ等のタバコ小売店はタバコの陳列販売や広告の表示をしない」を追加してほしい。目に触れるから20歳未満者や非喫煙者が興味を持つきっかけとなるのである。	・小売店におけるたばこ販売は、たばこ事業法等関係法令の趣旨に鑑み行われるものと認識しています。 ・たばこの健康影響等について引き続き県民に周知し、20歳未満者等の喫煙防止教育にも努めてまいります。	
24	第4編第1章第5節	101～111	歯科口腔保健	パブリックコメント	当県の「嚙んで食べられる時の状態」のデータは、全国と比較したフレイル予防の指標となり非常に有意義であると思うが、今後オーラルフレイル予防を強化する際には、もう少し具体的に口腔周囲筋や舌の機能、嚥下機能を評価しておく必要があるかと思う。 長野県後期高齢者医療広域連合及び長野県歯科医師会が主催する後期高齢者歯科口腔健康診査では、舌機能の評価としてオーラル・ディアドコネシスを、嚥下機能では反復唾液嚥下テストを実施している。これらのデータを集積できれば、全国との比較はできなくても、時系列での評価が可能となりオーラルフレイル予防に有効と考える。	・口腔機能の維持向上とオーラルフレイル対策については、県としてもその重要性を十分認識するところです。 ・当該指標項目は、国が示す「歯と口腔の健康づくりプラン」に挙げられた項目と対応するよう設定したため、次期計画における指標項目については現状通りとするものの、いただいたご意見を踏まえ、今後、実施主体（長野県後期高齢者医療広域連合、長野県歯科医師会）等と連携を図りつつ、後期高齢者歯科口腔健康診査結果の活用について、検討してまいります。	
25	第4編第2章第1節	139～158	母子保健	保健医療計画策定委員会(第5回)	女性の健康問題について計画に盛り込んでいただきたい。	女性の健康問題は多岐にわたるため、本計画では母子保健に関する、妊娠・出産及びプレコンセプションケアについて記載しています。計画に記載のない健康問題等については、施策を進める中で配慮してまいります。	
26	第4編第2章第1節	139～158	母子保健	保健医療計画策定委員会(第5回)	増加傾向にある特定妊婦への取組を入れていただきたい。	特定妊婦への支援は主に市町村で取組まれているため、母子保健計画において、市町村の取組に対する人材育成や地域の体制整備への支援を施策の展開に位置づけております。また、特定妊婦の支援に関わる指標として、母子保健計画の「第3 2 施策の展開」の指標に「低所得の妊婦への初回産科受診料支援事業を実施している市町村数」を設定しました。	
27	第4編第2章第1節	139～158	母子保健	パブリックコメント	妻が妊娠中だが、信州大学主催の育児セミナーや地域主催の食育セミナー等に参加させていただき環境に感謝。引き続き、子育てしやすい環境を整備していただけると嬉しい。	引き続き、市町村をはじめとする関係機関との連携により、安心して育児ができる環境整備に取り組んでまいります。	
28	第4編第2章第1節	139～158	母子保健	パブリックコメント	「未成年」が5ヶ所使用されているが、18歳と19歳にも喫煙、飲酒薬物乱用の防止教育は必要と考えるので、「20歳未満」に変更すべきである。	ご意見を踏まえ、「20歳未満」と記載しました。(計画案P153)	修正あり
29	第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	上伊那圏域連携会議	「地域型病院」を中心とした連携体制の強化について、広域型病院、地域型病院を担うのはどの医療機関か、どのように体制をつくり、強化していくのか、医療圏ごとに県の考えを具体的に示した方が医療機関ごとの役割が分かりやすい。	グランドデザインを踏まえた医療圏ごとの医療機関間の具体的な役割分担のあり方については、地域医療構想調整会議等の協議の場で丁寧に議論を進め、地域の関係者の合意を得ながら具体化してまいります。	
30	第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	佐久圏域連携会議	「第3節 更なる役割分担と連携の推進」の説明で地域型病院と広域型病院に類型化することが述べられ、図の中で広域型病院から地域型病院に診療支援を行うように記載されています。 機能分化については賛成ですが、一つ気になる点があります。広域型病院で働くことを希望している医師は急性期や高度・専門的医療を担うことを希望しているため、地域型病院に診療支援に行くことを喜んで行く医師はいません。喜んで行く医師であれば最初から地域型病院に就職するでしょう。広域型病院には医師が多くいるから数的には地域型病院に回せるとお考えなのかもしれませんが、医師は数字ではなく一人の人間なので無理に地域型病院に診療援助をさせると辞めるか気持ちの乗らない診療になってしまい、どなたにもメリットのないことになると思います。 従って広域型病院から地域型病院の診療支援という文言は外すべきと考えます。	・全国的にも医師等の医療資源が乏しい本県において、医療ニーズの変化や医療従事者の確保等の課題に的確に対応し、目指すべき医療提供体制の姿を実現するためには、広域型病院から地域型病院への診療支援による連携は重要と認識していることから、ご指摘の文言を記載しております。 ・しかしながら、その実施に当たっては、ご指摘のような医師個人のキャリア形成やモチベーション、個別の診療科の状況等を十分考慮しながら進める必要があると考えております。	

### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
31	第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	諏訪圏域連携会議	長野県の現状および今後の予測を踏まえれば、今回の保健医療計画(案)の方向性は妥当なものと考えます。 「目指すべき医療提供体制の姿」での役割分担(広域型病院・地域型病院・かかりつけ医など)もそのとおりと思いますが、実際にその姿を実現するまでには多くの課題があるものと思います。各医療機関での自主的・自発的な連携・取り組みには限界があるかと思っております。関係各位への計画全体像の周知・浸透、段階的な目標設定、必要な支援(医療機関間の調整、財政援助など)につき、長野県が強力なリーダーシップを発揮して推進いただくことを期待します。	ご指摘のとおり、各医療機関の自主的な取組のみでは本県の目指すべき医療提供体制の実現は困難であるため、県としては、医療に関わる各主体が果たすべき役割を認識・共有し、これまで以上に協働した取組が進められるよう、グランドデザインを含めた計画内容の周知をはじめ、県の果たすべき役割であるデータ分析や財政支援等に取り組んでまいります。	
32	第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	北信圏域連携会議	北信医療圏での病院機能役割分担については、すでに当院と北信総合病院で、地域型と広域型病院に近い実態となっています。それぞれの病院機能維持し医療崩壊を防ぐには、病院のハード機能更新が必要です。しかし、全国病院会の調査では、コロナ禍後全国の70%以上病院で赤字収支であり、当院も例外ではありません。今後の電子カルテ、CT、MRIや透析設備の更新には、合計10億を越える大きな費用が見込まれるため、ぜひ自治体からの財政支援をお願いします。	県としては、今後、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することが重要と考え、グランドデザインにもその旨明記しているところです。今後、地域型病院に対する具体的な支援策を検討してまいります。	
33	第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	北信圏域連携会議	概要版8～9ページの広域型病院と地域型病院の概念図であるが、当院は、地域医療人材拠点病院に指定されており、北信医療圏の他病院を支援すべく、信州大学は人材派遣を当院に集約しており、その点で8ページ下段の入院医療体制については、当院が広域型病院に該当すると受け取れる。しかしながら、9ページ下段の外来医療体制では、広域型病院イコール紹介受診重点医療機関のような記載がされており、これは、当医療圏の現状にそぐわない。当院としては、紹介受診重点医療機関を目指すものであるが、広域型病院の要件として必須とらえられると、この医療圏に広域型病院が存在しないことになる。この点について、県のお考えを伺いたい。	・地域型病院・広域型病院という考え方はあくまで概念であり、県が指定するものではなく、紹介受診重点医療機関であることが広域型病院の要件ということはありません。 ・ご意見を踏まえ、外来医療体制を示すイメージ図における表現を修正(「紹介受診重点医療機関」⇒「紹介受診重点医療機関など」)しました。(計画案P167)	修正あり
34	第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	北信圏域連携会議	1. 県の強力なリーダーシップへの期待 概要 10p 以降に関連して、県がリーダーシップを発揮されることに、大いに期待するところです。特に以下の分野について、更に強力な推進を希望します。 ①地域中核医療機関(公立・公的を問わず)への県からの財政支援と国への働きかけ ②医師確保対策として、研修機能を持たない(指導医不在)医療機関も含めた修学資金貸与医師の配置調整等への関与 ③へき地医療、在宅医療における訪問診療システムなど ICT の活用、デジタル化の促進	ご意見をいただきました内容については、概ねグランドデザインで明記した県の役割として列挙した事項(計画案P168～169)に含まれているものと理解しており、グランドデザインで示した目指すべき医療提供体制の実現に向けて、県としての役割をしっかりと果たせるよう取り組んでまいります。	
35	第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	北信圏域連携会議	2. 市町村および県民の役割 概要 10p 以降に関連して、市町村と県民の役割の望ましいあり方について、以下の点も広く共有したい。 ①地域包括ケア体制を推進・深化するための、医師会・医療機関・介護との連携構築に向けた地域全体の意識共有 ②県民は地域医療提供体制や自分の地域の医療機関の状況について関心を持ち、現状の体制維持向上のため、自らの健康づくりや予防(未病)に努める	ご意見をいただきました内容については、グランドデザイン(計画案P169～170)及び第1編第4節の「推進体制とそれぞれの役割」(計画案P9～10)に記載されている市町村及び県民の役割の内容で概ね網羅されていると理解しており、今後、各主体に求める役割が果たされるよう、次期計画の周知徹底に努めてまいります。	
36	第5編	159～170	医療提供体制の「グランドデザイン」	北信圏域連携会議	[第5編 医療提供体制のグランドデザイン] ・基本的には、シンプルによくまとまった内容となっている。 ・広域型病院 高度医療の密度をより上げること、転院(下り搬送)の連携を進めることが必要。 ・地域型病院 今後の主体であり、重要な役割を担うことの認識が肝要。 ・このグランドデザインを進めるに当たっては、市町村と県民の理解と協力が必須。 ・このグランドデザインを基本骨子として、それぞれの医療圏に適したモディファイを加えた医療体制を協議していくことが大切。	ご指摘いただいた内容はいずれも大変重要であると認識しており、今後県として必要な支援策を検討するとともに、グランドデザインで示した医療機関間の更なる役割分担のあり方を骨子として、各医療圏固有の課題解決に向けた取組が進められるよう、調整会議における議論の活性化等に取り組んでまいります。	

### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
37	第6編第1章第2節	174～178	医療圏の区分及び設定	諏訪圏域連携会議	(2次医療圏の設定に関して) 県境を越えた往来が日常的である生活圏における地域住民にとって、県境を境とした2次医療圏の設定は現実的ではない。限られた医療資源の効率的な運用と、地域における各病院の役割分担も考慮し、生活圏を考慮した2次医療圏の考えを取り入れるべき。	・2次医療圏の設定に当たっては、患者の受療動向を踏まえて設定することが不可欠であることから、今回県独自に構築したレセプトデータベースにより患者の受療動向を分析・確認した上で、従来の10医療圏を維持する方針としております。 ・ご指摘の患者の生活圏を考慮するという観点は重要であると認識しており、それらを踏まえた諏訪医療圏における病院の役割分担のあり方については、地域医療構想調整会議等の協議の場で議論していくべきものと考えております。	
38	第6編第1章第2節	174～178	医療圏の区分及び設定	北信圏域連携会議	概要版12ページの疾病・事業ごとの圏域の設定および2次医療圏相互の連携体制であるが、脳卒中と心筋梗塞等の心血管疾患の項目であるが、長野医療圏に依存するかの記載(■)となっていることには異議を申し立てたい。当院は、循環器内科の常勤医師6名、血管造影室2室を有し、急性心筋梗塞に対応している。心臓血管外科も常勤医師4名を有し(ちなみに、市民病院は1名、南長野医療センターは2名)、急性大動脈解離や大動脈破裂の緊急手術を受け入れている。脳神経外科は、4名の常勤医を有し、一次脳卒中センターの認定も取得している。また、3名の脳神経内科医とともに脳卒中センター(ホットラインあり)を運用し、すでにt-PA治療、脳血管内治療、外科的治療等の脳卒中急性期の治療は当院で完結できる体制をとっている。これらの診療科は、いずれも365日24時間体制で急患の受け入れを行っている。こうした緊急性を要する循環器疾患こそ、この2次医療圏で自己完結を目指すべき疾病であり、特に冬季に豪雪地域から長野圏域への短時間での搬送は困難であるため、私どもの病院の一つの重要な使命と考えて、診療体制の拡充を図ってきた。従って、この両領域について、(○)の記述への変更を求める。	・ご意見をいただきました疾病・事業ごとの圏域の設定及び2次医療圏相互の連携体制(計画案P178)は、疾病・事業ごとに、現状の患者の受療動向(新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない2018年度のレセプトデータに基づく2次医療圏間の流入)や医療資源の状況等を分析して設定しております。 ・ご指摘を踏まえ、北信医療圏の「脳卒中」及び「心筋梗塞等の心血管疾患」に関する医療提供体制の現状を改めて確認した結果、両領域を当該圏域内で対応する圏域(○)に修正させていただきます。(その他、本文や注釈等も修正)( <b>計画案P178</b> ) ・これに伴い、脳卒中対策の本文( <b>計画案P463</b> )及び心筋梗塞等の心血管疾患対策の本文( <b>計画案P498</b> )を修正しました。	修正あり
39	第6編第1章第2節	174～178	医療圏の区分及び設定	木曾圏域連携会議	2次医療圏について 木曾地域でこのまま2次医療圏としておくことが望ましいと考えます。ただし、松本、伊那、あるいは中津川市等の他の地域との連携がますます必要になると考えます。2次医療圏相互の連携を強化し、隣接医療圏との連携をすすめることは第一としながらも、県境地域にはそれにも増して医療体制の充実に特段の配慮をお願いしたい。	・ご指摘のとおり、木曾医療圏などの患者の流出が多くみられる医療圏については、隣接する医療圏との連携を強化していくことが重要と考えており、計画案P178で明記している「疾病・事業ごとの圏域の設定及び2次医療圏相互の連携体制」に基づき、隣接する医療圏との連携体制を強化する取組を推進してまいります。 ・なお、木曾医療圏と岐阜県東濃医療圏との連携のあり方については、木曾医療圏地域医療構想調整会議等の場を活用し、関係者の意見を丁寧に伺いながら検討してまいります。	
40	第6編第1章第2節	174～178	医療圏の区分及び設定	パブリックコメント	各地域に2次医療を司る病院が複数ある中で、救急対応、悪性新生物治療、循環器系疾患の急性増悪時、有事の対応等、「質の高い医療」を地域住民のために対応しているとは言い難い医療機関があることも事実であり、2次医療圏間の格差の是正、統合・見直しが重要ではないかと考える。	・次期医療計画の2次医療圏の設定に当たっては、県独自に構築したレセプトデータベースによる患者の受療動向の分析結果や基幹病院へのアクセス状況等を確認した上で、従来の10医療圏を維持する方針としております。 ・全国的にも医療資源が乏しい本県では、医療資源の状況等から患者の流出が多くみられる医療圏も一部存在しており、県としては、質が高く効率的な医療提供体制を構築する観点から、これらの医療圏と隣接する医療圏との連携を強化していくことが重要と考えているため、計画案P178で明記している「疾病・事業ごとの圏域の設定及び2次医療圏相互の連携体制」に基づき、2次医療圏相互の連携体制を強化する取組を推進してまいります。	
41	第6編第2章第1節	180～181	基準病床数	大北圏域連携会議	P13「基準病床数」 大北は△54となっているが、病床が多く削減の予定だったのではなかったか？	・次期計画における大北医療圏の一般病床及び療養病床に係る基準病床数は、国の算定式に基づき計算した結果463床となり、既存病床数と比較して、54床の非過剰地域となる見込みです。 ・なお、大北医療圏は、計画案P209に記載のとおり、2025年における病床数の必要量と許可病床数(2022年7月1日時点)を比較すると、許可病床数が22床上回る地域となっていますが、病床数の必要量は病床数の削減目標ではなく、参考値であることに留意が必要です。	
42	第6編第2章第1節	180～181	基準病床数	パブリックコメント	基準病床数が形骸化しており、以下の内容を医療計画に規定すべき。 (案) ・結核病床については、基準病床の減少に伴い、今後の結核患者実績の推移等を注視し、引き下げまたは一般病床、感染症病床との弾力的な運用を可能にするなど、新興感染症に係る緊急事態に即応できるよう検討する。	・結核病床については、基準病床数を参考としながら、本文P612に記載のとおり、結核患者の発生状況や病床利用率等を考慮し、適正な病床数となるよう検討してまいります。 ・なお、新興感染症対策としての結核病床の利用については、第一種協定指定医療機関における患者受入病床数に計上可能とされるなど、弾力的な対応が可能とされています。	



### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
43	第6編第2章第1節	180～181	基準病床数	事務局独自修正		・既存病床数について、2024年1月1日現在の数値がまとまったことから、素案に記載していた2023年10月1日の数値を更新しました。 <b>(計画案P180～181)</b> ・その結果、上小医療圏は、次期計画の療養病床及び一般病床の基準病床数と2024年1月1日現在の既存病床数を比較した場合、75床の非過剰地域となる見込みです。	修正あり
44	第7編	183～209	地域医療構想	諏訪圏域連携会議	第7編 地域医療構想 第8次保健医療計画(素案)は第7次保健医療計画と同様の内容になっておりますが、現在に至るまで各医療機関では自主的な取組による病床数の削減・機能の見直しを実施してきました。2025年度に見直しが予定されている地域医療構想については、各医療圏における病床数の必要量の推計のみならず、医療機関がこれまで行ってきた削減・機能の見直しや今後担う役割を踏まえた計画の策定を検討していただきたい。	ご意見をいただきました内容については、2025年度に予定している現行の地域医療構想の見直しの実施段階で参考にさせていただきます。	
45	第7編	183～209	地域医療構想	北信圏域連携会議	3. 次期地域医療構想について 概要6p、13 pにおいて、次期地域医療構想は2025年度中に見直すこととされており、従来の病床数に基づく議論にとどまることなく、地域の実情に沿って県がリーダーシップを発揮して議論を進めるとの方針が示されている。圏域の調整会議において地域と現状や意識の共有を一層進められ、議論が深まることを期待します。	県としては、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議論を活性化することで、各医療圏固有の課題解決に向けた取組が関係者の協働により進められるよう、取り組んでまいります。	
46	第7編	183～209	地域医療構想	木曾圏域連携会議	地域包括ケア体制を下支えする役割として介護及び福祉人材の確保充実は不可欠と思われる。介護人材確保に関する記載として、「資質向上等による職場定着」よりも、「絶対数確保などの人材の裾野を広げるための取り組み」の記載の方が現状に即していると考え。(第7編 地域医療構想 第4節)	・ご意見をいただきました内容については、2025年度に予定している現行の地域医療構想の見直しの実施段階で参考にさせていただきます。 ・なお、介護人材の確保につきましては、現在策定中の「第9期長野県高齢者プラン」において、アクティブシニアの活躍支援など、ご指摘の人材の裾野を広げるための取り組みについて、施策の方向性を定める予定です。	
47	第8編第2章第1節	226～249	医師(医師確保計画)	北信圏域連携会議	医師不足は深刻です。医学部地域枠入学者の増加と医師不足地域への派遣強化を強くお願いします。県の医師人材バンク機能の強化をお願いします。県からの信州大学病院医局への働きかけも重要です。地域病院対大学のパワーバランスでは、医局員派遣交渉はむずかしい事を経験します。県で、例えば“地域医療研究費助成金”など新設検討いただき、医師派遣についてインセンティブを大学医局に与えてはどうか？	・本項目の「第5 医師の確保に関する施策」に記載のとおり、地域枠等のさらなる増員や、医師少数区域等における修学資金貸与医師及び自治医科大学卒業医師の優先的な配置に取り組むとともに、県内就業を希望する医師に対し、長野県ドクターバンク事業により県内医療機関への就業斡旋を行います。 ・なお、信州大学の各医局とは定期的に意見交換を行いながら修学資金貸与医師の派遣先を決定するなど、連携を図っているところですが、引き続き最適な医師派遣となるよう取り組んでまいります。	
48	第8編第2章第1節	226～249	医師(医師確保計画)	大北圏域連携会議	・大北医療圏の医師数は少数でも多数でもない区域に分類されていますが、医師の年齢は考慮に入れていないのはおかしい。働き盛りの年齢層の分布を示してほしい。	医師少数区域・医師多数区域の設定に用いられる医師偏在指標は、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、医師の性別・年齢分布をはじめ、医療需要(ニーズ)及び人口・人口構成とその変化、患者の流出入等の要素を考慮して、国において算出されたものです。	
49	第8編第2章第1節	226～249	医師(医師確保計画)	大北圏域連携会議	・医師の確保に関して、大学医学部地域枠の増員や修学資金の貸与者の増員について、診療科の指定をすべきです。耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科などマイナー診療科を選ばれては困ります。	ご指摘のような診療科の医師を求める地域や医療機関があること、また、医学部入学段階で診療科を限定することの影響等を見極める必要があることなどから、修学資金貸与者に診療科の制限を設けておりません。しかしながら、医師不足地域等で需要の高い診療科の選択に向け、修学資金貸与者のキャリア形成過程において診療科誘導等に取り組んでいるほか、医師不足病院等での勤務に当たっては、一般内科など専門科以外の業務への従事となる場合もあります。	
50	第8編第2章第1節	226～249	医師(医師確保計画)	パブリックコメント	信州大学医学部に地域枠があり、他の大学の医学部に進学しても県の「長野県医学生修学資金貸与制度」を受けられる仕組みづくりはできているが、実際、現役の高校生がこの制度を知っていることは少ないと思われる。 医師偏在を解消するためのこの制度を、中学生、高校生の早い段階で広く広報し、医学部を目指す学生が増え、これまで以上に活用できるようにする必要があると思われる。	「第8編 医療施策 第2章 保健医療従事者の養成・確保 第1節 医師(医師確保計画) 第5 医師の確保に関する施策 2医師の養成体制の充実」の「○ 医学部進学を目指す高校生等を対象に、県の制度(地域枠、医学生修学資金貸与制度、自治医科大学入試など)を紹介し、多様な進路の提示を行います。」という記載に基づいて、制度周知に取り組んでまいります。	



### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
51	第8編第2章第3節	253～263	薬剤師（薬剤師確保計画）	パブリックコメント	上小地域での偏在指標は「多数」と評価されているが、現実はどこも薬剤師が足りない状況である。薬剤師の免許を持っている者ではなく、働ける薬剤師をカウントすることが重要であり、今後の指標にも反映していただきたい。 また、確保に係る施策の見直しが必要であり、薬剤師業務の変化に対応した施策でなければ無意味である。	地域ごとの薬剤師数の比較には、医療ニーズに基づき、地域、業務種別（病院、薬局）等を考量して薬剤師数の過不足状況を統一的・客観的に把握できる、「薬剤師偏在指標」により示すことになりました。 薬剤師確保については、地方薬事審議会の意見なども参考にしながら、関係団体等と協力し、効果的な取組を実施してまいります。	
52	第8編第2章第4節	264～269	看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）	保健医療計画策定委員会（第5回）	看護職員について、計画素案176ページでは特定行為研修修了者のみ記載されているが、177ページの施策の展開では、様々な専門看護師等の養成についても記載されているので、特定行為研修だけではなく、専門看護師、認定看護師、診療看護師等の数値、人数についても可能であれば追加していただきたい。	専門性の高い看護師については、それぞれの専門分野と関連する医療や疾病に関する各項目において、必要に応じて施策や指標として位置づけております。 本項目では、慢性期・在宅医療の推進のほか、新興感染症等の感染拡大時における対応、看護の質の向上と医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアの推進を図るなど総合的な観点から、特定行為研修修了者全体に着目して目標数としてまいります。	
53	第8編第2章第4節	264～269	看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）	諏訪圏域連携会議	長野県の人口10万人当たりの就業看護師は、全国と比較すると高いとなっているが、医療や介護現場の実感では、充足しているとは感じられない。生産人口減少に伴い就業看護師の減少が明かである。 育児中の看護師が働き続けられる職場環境整備や支援、潜在看護師の復職支援、看護補助者の確保支援の充実をお願いしたい。 子供たちの多くが、将来医療職を選択してもらえるように医療職の処遇を含めた働き方改革を推進してほしい。	・在宅医療の推進等により介護・福祉分野等における看護の需要が高まる一方で、人口減少及び少子化等が進む中、看護職員の確保対策がますます重要になっていると認識しております。 ・本項目の「第2 施策の展開」に記載のとおり、院内保育所の運営や勤務環境改善のための施設整備に対する支援、ナースセンターにおける潜在看護職員の再就業相談や研修、看護補助者活用推進のための研修会等に取り組むとともに、アドバイザーの派遣等による医療従事者全般の勤務環境改善への支援を行ってまいります。	
54	第8編第3章第1節	284～295	救急医療	木曾圏域連携会議	一次救急医療は市町村の責務ではありますが、町村の財政負担も小さくないことから、今後、国・県の財政支援等各種支援があるとよいと考えます。	初期救急については、特別交付税等により一定の条件のもと財政措置が行われているところですが、今後も初期救急体制への支援等について検討してまいります。	
55	第8編第3章第1節、第5節	284～295、339～349	救急医療 へき地医療	木曾圏域連携会議	過疎化の進行する山間地域における地域医療の確保、特に救急医療体制の確保（対応可能な救急医療機関までの移動距離&移動時間への配慮、夜間・休日対応等）について、県全体での特段の対策と配慮を要望します。（第8編第3章ノ救急ノへき地医療等関連）	中山間地域における地域医療の確保、救急医療体制の確保については重要な課題と認識しております。いただいたご意見を踏まえ、へき地においても必要な医療が受けられる体制整備を進めてまいります。	
56	第8編第3章第1節	284～295	救急医療	パブリックコメント	上小地区の医療体制における問題は、救急医療受入体制及び医師不足であり、このままの状態が続くと、他医療圏への搬送の増加、医療崩壊の危険性をはらんでいると考えられる。特に、上小地域の医師不足は医療圏の崩壊につながる大きな問題であり、県全体での調整など公的な支援が必要と考えられる。 また、救急患者の受入については、医師不足の中、輪番で救急を受け入れている状況であり、働き方改革による労働時間の短縮等様々な要因で現体制での維持は難しいと思われる。救急センターの設置や、公的な援助の拡充等、足枷となっている基準病床数の議論を超えた処置が必要な状況である。	ご意見をいただきました上小医療圏における救急医療体制等の課題については、現在、上小地域医療構想調整会議の場等で議論を進めているところであり、今後も引き続き、課題解決に向けた取組を関係者と連携しながら進めてまいります。	
57	第8編第3章第2節	296～310	災害時における医療	パブリックコメント	災害時の急性期を脱し、避難所などが設置された段階では、口腔衛生管理等が必要となる。今回の震災についても実際に要請がありJDATを編成して災害地に向向いている。災害時歯科医療について、なんらか一文追加して欲しい。	ご意見を踏まえ、JDATに関する記述を追加しました。（計画案P301）	修正あり
58	第8編第3章第3節	311～325	周産期医療	大北圏域連携会議	周産期医療については、引き続き力を注いでほしい。子育て世代の皆さんが近隣で安心して子供を産み育てる環境を当村としては強く望んでいます。	ご意見をいただいた内容については、計画の中間成果及び施策の展開において記載の通り、妊（産）婦が出来る限り身近な地域で妊娠・出産に向けた健康管理、正常分娩やリスクの低い帝王切開術、産前産後の相談を受けることができるよう取り組んでまいります。	
59	第8編第3章第3節	311～325	周産期医療	パブリックコメント	近所の医療機関で妊娠や出産の相談ができる体制を強化してほしい	目指すべき方向の中間成果(3)として「できる限り身近な地域で妊娠から出産、産後の不安に対する相談を受けることができる」を設定しました。 一般の周産期医療を担う医療機関の連携や助産師による妊産婦支援を通じて、できる限り身近な地域で妊娠や出産の相談が受けられるよう体制整備を進めていきます。	
60	第8編第3章第3節	311～325	周産期医療	パブリックコメント	高齢出産のリスクなどを高校でしっかり教えるべき	各保健所が高校等に向向いて実施する成育保健セミナー等の場を通じて、妊娠に適した年齢があることなど、高校生への啓発を行ってまいります。	

### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
61	第8編第3章第3節	311～325	産産期医療	パブリックコメント	一般産産期医療の数値目標を現状維持でなく「以上」とするべき	・第1 現状と課題「1 産産期医療をとりまく状況」に記載の通り、本県の出産数は全国と同様、大きく減少しています。 ・このような現状を踏まえ、出産が減っていく中でも現在の体制が維持できることを目標としました。	
62	第8編第3章第4節	326～338	小児医療	事務局独自修正		・第4数値目標の「#8000を知っている親の割合」について、出典元である「すこやか親子21(第二次)」の調査項目から無くなるため、指標から削除しました。 ・また、第3施策の展開で記載した「小児とその家族への事故や病気に対する適切な予防行動を促す情報発信」の指標として「#8000応答率」を「#8000相談件数」へ変更しました。(計画案P336)	修正あり
63	第8編第3章第6節	350～367	在宅医療	北信圏域連携会議	・在宅医療について 資料に「退院支援から日常生活の療養、急変時の対応、在宅看取りまでの在宅医療提供体制を充実させることは課題で、多職種による在宅チーム医療体制の構築を促進するとともに、在宅医療を担う人材の育成を行う」とあるが、医師についてポイントを絞ると、一人医師の診療所にとって急変時や看取りの訪問診療・往診を行う患者を一人でも担当することは、時間的・精神的負担が大きい。勤務医の働き方改革が取り上げられるなか、診療所医師の働き方について話題にならないが、診療所の医師にとって看取りの医療を行うことは実質24時間、365日オンコール体制となる。しかし今後の入院病床数の減少等医療情勢の変化に対応するために診療所は、かかりつけの患者が在宅・看取り医療が必要となった際には可能な限り在宅医療に係わるべきである。かかりつけ医が対応困難の際には当番制で医療提供を行う診診連携という考えもあるが、在宅医療・看取りの医療といっても、癌の末期や脳梗塞や高齢による老衰等と患者背景は異なり、かかりつけ医でない経営の異なる複数の診療所が輪番で急変時や看取りの医療を行うことは、患者家族とトラブルに発展することも予想され診診連携については慎重にならざるを得ない。複数の診療所医師が一人の在宅患者を診て在宅医療を拡充させるためには、この点を解決する必要がある。何にしても多くの診療所が在宅医療を提供するよう整備づくりをすることが医師会の責務と考える。	ご指摘のとおり、在宅医療においては、医療従事者や介護事業者をはじめとした関係者が在宅療養者の生活に密接に関わることから、特に規模の小さな医療機関等における負担は大きいと認識しております。県では、在宅医療を提供する医療機関への支援を行うとともに、限られた医療資源の中で在宅医療を提供していくために、地域で在宅医療を支える体制構築を進めているところです。今後も引き続き、関係機関との連携を図りながら、より良い体制づくりを進めてまいります。	
64	第8編第3章第6節	350～367	在宅医療	大北圏域連携会議	「情報共有システム」 地域包括システムを推進する上で、情報共有ツールが非常に大事。 患者の情報が、集約され必要な人が見れるネットワークを行政で作成してほしい。 在宅チーム医療の確立に必須だと考えます	・「第8編第3章第6節 在宅医療」の施策の展開に記載のとおり、多職種連携が必須である在宅医療においては、ICTを活用した情報共有ツールの導入により、必要な情報共有はもろんのこと、業務の効率化、医療資源の有効活用、機能強化など様々な面でのメリットが期待されることから、ICTの活用は有効な手段であると認識しております。 ・現在、国においても全国医療情報プラットフォームの創設など、医療DXの取組を進めているところであり、本県としても、国の動きも注視しながらICT化に向けた施策を推進してまいります。	
65	第8編第3章第6節	350～367	在宅医療	大北圏域連携会議	「在宅医療」 訪問看護ステーションが設立されていますが、まだまだマンパワー不足だと感じる。夜間休日の電話・呼び出し対応がある中、休暇も取りづらくぎりぎりで行っている現状。チームとして動いているが、医師も、外来診療・病棟患者管理の中で、往診に出るので大変。	訪問看護職員等の人材確保に向けた取組を推進するとともに、より有機的に多職種連携が図られるよう施策を展開してまいります。	
66	第8編第3章第7節	368～380	外来医療	事務局独自修正		・第4数値目標の「#8000を知っている親の割合」について、出典元である「すこやか親子21(第二次)」の調査項目から無くなるため、指標から削除し、「#8000相談件数」へ変更しました。(計画案P379) ・コラム「紹介受診重点医療機関」について、新たに公表となった医療機関があったため、一覧表を更新しました。(計画案P380)	修正あり
67	第8編第3章第10節	390～393	その他の医療施策(移植医療)	保健医療計画策定委員会(第5回)	臓器提供の意思表示については、運転免許証、保険証、マイナンバーカード等で行われているが、その記入率がなかなか増えておらず、臓器提供も進まないことが課題となっている。その対策として、15歳以上が意思表示できるので、学校教育の中で臓器提供について普及していくような施策を考えていただきたい。	ご指摘のとおり、臓器移植を行うにはドナー等の意思表示が欠かせないことから、意思表示している人が少ないことは課題であると認識しています。ご提案いただきましたように、若年層への普及啓発は、命の大切さを学ぶ大切な機会でもあり、将来の意思表示にもつながることから、関係機関と連携しながら、若年層へ普及啓発を図ってまいります。	

### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
68	第8編第5章第1節	403～405	医療費の適正化(県民の健康の保持推進)	長野県保険者協議会	長野県の全保険者が共通で取り組めるもので、県の特徴としてアピールできることを一つに絞って強調して展開したらどうでしょうか。記載された4項目を柱としながら、長野県としては空気の良さをアピールするために喫煙者を減らす取組みを最も強調するのも一案かと思えます。あるいは、女性の健康維持に強く、子育てしやすさにもつながる健診の充実などいいのではないかと思います。	様々な年代の県民の健康保持増進を考慮し、この4項目の施策としました。なお、たばこ対策及び健診の充実に関しては、第4編「健康づくり」の第4節たばこ及び第7節生活習慣病予防に詳細な取組について記載しています。いただいた御意見は、実際の事業展開に際し参考とさせていただきます。	
69	第8編第5章第2節	406～408	医療費の適正化(医療の効率的な提供の推進)	長野県保険者協議会	当協会が過去に行った試験的の事業では、バイオ後続品は患者よりも医療関係者への働きかけの方が効果的との結果が出ました。患者は公費該当の方もおり公費該当者であれば自己負担は変わりません。そうでなくとも、高額療養費制度によりほとんど変わらないこともあり、場合によっては自己負担が増えることもあります。患者・県民へのバイオ後続品の周知は必要ですが、置き換えを進めるためには、医療関係者へのアプローチも必要だと思います。	計画本文へ、「医療関係者への周知」について追加しました。(計画案P407)	修正あり
70	第8編第5章第2節	406～408	医療費の適正化(医療の効率的な提供の推進)	長野県保険者協議会	お薬手帳については、紙から電子化あるいはマイナポータル連携の普及が進むと思われます。「重要性の周知」にあたってはこれまでと同様のままではなく、その点を考慮した記述とする必要があると思います。	ご意見を踏まえ、電子版お薬手帳及びそのメリットについて追加し、本文を修正しました。(計画案P407)	修正あり
71	第8編第5章第2節	406～408	医療費の適正化(医療の効率的な提供の推進)	長野県保険者協議会	かかりつけ薬剤師・薬局の推進に、重複投薬の是正の取組みのほか、残薬解消に向けた取組みについても追加していただきたい。	ご意見を踏まえ、「残薬解消」及び「ポリファーマシー」を追加しました。(計画案P407)	修正あり
72	第8編第5章第2節	406～408	医療費の適正化(医療の効率的な提供の推進)	長野県保険者協議会	電子処方箋の取組推進について、「医療機関及び薬局で、処方されている薬が確認できる」との説明は適切ではないのではないかと。	ご意見を踏まえ、電子処方箋のメリットを追加しました。(計画案P407)	修正あり
73	第8編第5章第2節	406～408	医療費の適正化(医療の効率的な提供の推進)	長野県保険者協議会	①「品目」を「成分」に変更した方がよいと思います。国の資料によると、政府目標は「成分」数の置換率になっています。 ②※2の説明では、2023年9月に追加承認となった「2成分」は除外すると捉えることができます。曖昧な内容にならないよう、今後も追加承認があることを想定した記述に変更した方がよいと思います。	①「品目」を「成分」に変更しました。(計画案P408) ②※2について、承認状況による対象成分の変動を想定した内容に変更しました。(計画案P408)	修正あり
74	第8編第5章第3節	409～410	医療費の適正化(適正な受診の促進等)	長野県保険者協議会	ポリファーマシーの解説として( )内に記載されている内容は、※表記として、別に記載していただきたい。	ご意見を踏まえ、本文とは別に記載しました。(計画案P407)	修正あり
75	第9編第1節	414～454	がん対策(がん対策推進計画)	諏訪圏域連携会議	P334[表16]放射線治療の実施件数(2020年9月)ですが、長野・松本と他の地域に差があり過ぎです。報告の方法が(人)(件)など異なっているのではありませんか。御確認ください。	・厚生労働省の医療施設調査の公表数値にて掲載していますが、実施件数については医療圏毎の正確な実態を把握しているか疑問があることから、医療提供体制の現状を示す表としては表15(医療圏毎の実施医療機関数)のみとし、表16については削除しました。(計画案P437) ・合わせて、悪性腫瘍の手術についても医療圏毎の実施件数を、医療圏毎の実施病院数に修正しました。(計画案P436)	修正あり
76	第9編第1節	414～454	がん対策(がん対策推進計画)	上伊那圏域連携会議	概要版p.22 第1節がん対策(がん対策推進計画)について、5大がん(胃、大腸、肺、肝、乳)を中心にして体制構築されている現状が記載されているが、5大がんの根拠についてご教示願いたい(クリティカルパスを整えているものか?)。	・肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・乳がんについては日本で多い、主要ながんであり国において平成19年に策定した「がん対策推進基本計画」において「5大がん」とされ、対策の中心とされてきました。長野県においても、これまで県計画において国の計画をふまえて5大がんとして対策を進めており、次期県計画においても現行県計画を踏襲し記載していました。 ・しかしながら、国の最新の計画である「第4期がん対策推進基本計画」には、「5大がん」と定義した記載はなく、本県次期計画において「5大がん」という表現は不適切と考え修正しました。(計画案P432)	修正あり
77	第9編第1節	414～454	がん対策(がん対策推進計画)	パブリックコメント	口腔がんは稀ながんに分類されると思うが、口腔がん(舌がんなど)の具体的な傷病名記載がない。「口の中にがんが出来るとは知らなかった」といって受診のタイミングを逃してしまった方が多いことを経験しているので、何らかの記載をご検討いただきたい。	・いただいたご意見を踏まえ検討しましたが、希少がんについては200種類近いがん種が分類され、その中で個別のがん種を計画に記載することは難しいと判断しました。 ・口腔がん(舌がん含む)については、定期的な歯科検診受診やかかりつけ歯科医を持つこと等が、その予防や早期発見につながると考えられることから、そうした機会の充実や重要性等の周知に努めてまいります。	



### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
78	第9編第1節	414～454	がん対策(がん対策推進計画)	事務局独自修正		・主な検診機関のチェックリストの実施率について、2020年の数値を公表したことにより、素案に記載していた2019年の数値を更新しました。(計画案P428、431)	修正あり
79	第9編第2節、第3節	455～489、490～531	脳卒中対策、心筋梗塞等の心血管疾患対策(循環器病対策推進計画)	保健医療計画策定委員会(第5回)	計画素案357ページの脳卒中と393ページの心疾患の部分の中間アウトカムの部分について、運動不足、不適切な食生活、禁煙等の記載があるが、ロジックモデルの中間評価のところには、運動習慣のある者と喫煙率はある一方、不適切な食生活の部分の評価がロジックモデルには入っていないため、入れていただきたい。	運動不足、不適切な食生活、禁煙を含め循環器病予防に関連する複数の要素について第4編「健康づくり」に記載しております。第9編脳卒中対策、心血管対策の予防分野は第4編と重なるため、第5回策定委員会以降県で検討し、そのうち特に循環器病に関わる要素を選抜して食塩摂取量、喫煙率の2つを挙げています。	
80	第9編第2節、第3節	455～489、490～531	脳卒中対策、心筋梗塞等の心血管疾患対策(循環器病対策推進計画)	大北圏域連携会議	県境に位置する小谷村では、一旦新潟県に入ってから地区に入る場所を有している。まさに二次医療圏を超えた救急対応等が必要であり、県をまたぐ医療の実態把握に努めていただきたい。	患者の受療動向についてレセプトデータを基に他県や他医療圏への流出状況の把握を行うとともに、早期に治療開始できる体制を検討してまいります。	
81	第9編第4節	532～545	糖尿病対策	事務局独自修正		・糖尿病の血糖コントロール目標について、治療中の患者の状況を把握することが難しいため、参考に2020年度に実施された特定健診の結果(HbA1c値)について記載しました。(計画案P535) ・また、糖尿病・糖尿病合併症患者の腎機能を把握することは難しいので、参考に2020年度に実施された特定健診の結果(尿蛋白、eGFR値)を記載しました。(計画案P538、545)	修正あり
82	第9編第4節	532～545	糖尿病対策	事務局独自修正		県民の腎機能の状況を分かりやすく表現するため、2020年度に実施された特定健診の結果(尿蛋白、eGFR値)を記載しました。(計画案P538、545)	修正あり
83	第9編第5節	546～567	精神疾患対策	佐久圏域連携会議	県の精神科病床は基準を702床上回ると記載がありました。身近に精神科病院があり、大変ありがたいですが、精神疾患や発達障害を抱える方は増加しており、初診、入院ともに待つ期間が長くなっていると感じております。早期に受療でき、入院等が長期化せず地域に戻れる体制が進むとありがたいと思います。	精神疾患には様々な疾患がありますが、発達障がいやうつ病などをはじめ、初診待ちの待機期間の長さが課題となっている疾患があります。今回の計画においては、こうした待機時間の長さを疾患の課題として明記することで、関係者との認識の共有を図り、問題の解消につなげたいと考えております。また、「早期に受療でき、入院等が長期化せず地域に戻れる体制」については、計画で目指す「にも包括」の実現と方向性を同じくしていると認識しております。市町村の皆さんも含め、関係者の皆さまと一緒に取り組んでまいります。	
84	第9編第5節	546～567	精神疾患対策	事務局独自修正		・計画案547ページ【表2】の2022年の合計値に誤り(誤:8,818⇒正:9,637)があったため修正し、本文の精神保健福祉相談の状況を修正しました。(計画案P547) ・また、計画案547ページ【表4】、552ページ【表7】、【表8】の数値を最新のデータに更新し、合わせて本文の記載も修正しました。(計画案P547、552)	修正あり
85	第9編第5節	546～567	精神疾患対策	事務局独自修正		・計画案564～567ページ以降の数値目標について、目標設定が適さない次の指標を削除しました。 <削除した項目> 自立支援医療受給者証交付数、精神科救急医療体制整備事業による入院件数、救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数 ・また、「救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定する医療機関」等の一部の指標について、現状値を最新のデータに更新し、その結果を踏まえた目標値の修正等を行いました。	修正あり
86	第9編第7節	582～637	感染症対策(感染症予防計画)	パブリックコメント	新興感染症対策については、より具体的な方策を規定することで、新型コロナ対応のような緊急事態に備えられるよう、以下の内容を医療計画に規定すべき。 (案) ・新興感染症発生時には、保健所が主導して医療が必要な者(医療機関)と医療が必要でない者(収容施設)を速やかにトリアージし、医療機関及び収容施設を確保するとともに受入要請を行う。	・新型コロナにおいては、入院要否の判断(トリアージ)について、医療機関に目安を提供するとともに、必要に応じて精密検査(二次診察)を実施しました。 ・新興感染症への対応にあたっては、入院要否の判断の体制に限らず、地域の医療体制について、圏域の実情も踏まえた検討を要することから、別途整理してまいります。	



### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
87	第9編第8節	638～646	肝炎対策(肝炎対策推進計画)	パブリックコメント	ユニバーサルワクチンに留まらず、一般の方々へB型肝炎ワクチンをPRしたり、ワクチン代補助または安くして多くの方々へ摂取していただくことを希望する。	県としても、B型肝炎ワクチンの接種は有効であると考えており、乳幼児に対する定期接種やウイルス感染のリスクがある方に対し、B型ワクチン接種の周知に努めてまいります。	
88	第9編第8節	638～646	肝炎対策(肝炎対策推進計画)	パブリックコメント	肝炎医療コーディネーターは、個々の活動になっていることが多い。コーディネーターの質の向上やつながりづくりのため、コーディネーター同士の情報共有や勉強会等の機会が必要。	県としても、コーディネーターのスキルアップや連携強化は非常に重要であると認識しています。コーディネーター間の情報共有・勉強会等について、どういった取組が効果的であるか、他県の事例等も参考にしながら研究してまいります。	
89	第9編第8節	638～646	肝炎対策(肝炎対策推進計画)	パブリックコメント	医療機関にて無料で肝炎ウイルス検査を実施することができれば受検者が増えるのではないかと。健康診断以外でも、医療機関での肝炎ウイルス検査実施を望む。	無料の肝炎ウイルス検査は県の保健所で実施しています。県としては、まずは保健所における肝炎ウイルス検査の受検を呼びかけてまいります。	
90	第9編第8節	638～646	肝炎対策(肝炎対策推進計画)	パブリックコメント	関係機関・団体の取組として望まれることとして、肝疾患のかかりつけ医の増加が掲げられている。かかりつけ医が増えてほしいと思うが、すでにかかりつけ医になっている病院の先生の息子さんか後を継いでおられる場合、その報告はなされているのか。肝炎の知識はあるのか疑問に思ってしまう。	現在、かかりつけ医については医師の交代等の場合に報告は求めておりませんが、県医師会を通じ、毎年実施している肝炎に関する研修会への参加を呼びかけております。引き続き、適切な医療が提供されるよう努めてまいります。	
91	第9編第8節	638～646	肝炎対策(肝炎対策推進計画)	パブリックコメント	ウイルス肝炎医療費給付事業については、ありがたく思っている。今後も継続していただくようお願いしたい。	今後も患者さんが安心して治療を受けられるよう、医療費給付事業の継続に努めてまいります。	
92	第9編第8節	638～646	肝炎対策(肝炎対策推進計画)	パブリックコメント	肝炎医療コーディネーターが増えることはとてもいいことだと思う。専門医療機関には、必ず肝炎医療コーディネーターがいてほしいと思うし、できればソーシャルワーカーにも肝炎医療コーディネーターになっていただきたい。 また、「この病院には肝炎医療コーディネーターがいて、どんなことでも相談できます」という患者さん向けの広報も実施してほしい。 せっかくできた肝炎医療コーディネーターという制度が、患者にとって「よかった、助かった、ありがたい」存在になることを切に願っている。	県では、様々な職種の肝炎医療コーディネーターを認定しており、ソーシャルワーカーのコーディネーターも数名活動しています。また県ホームページでは肝炎医療コーディネーターの所属機関を公表しております。今後も幅広い職種におけるコーディネーターの認定や、より多くの患者さんにコーディネーターの活動を知っていただけるよう、制度の周知に努めてまいります。	
93	第9編第8節	638～646	肝炎対策(肝炎対策推進計画)	パブリックコメント	2021年のB型肝炎定期予防接種実施率(3回目)は99.0%である。 「国で目標数値が示されているワクチンに準ずる」ということで目標数値を「95%以上を維持」としてはいるが、「99.0%以上」で良いのではないかと。	本文P622に記載のとおり、B型肝炎定期予防接種は、接種完了までに一定の期間を要することから、その実施率は年度によりバラツキが生じ、計算上100%を超える年度もあります。また、その翌年は実施率が低下する傾向があります。こうした点も考慮し、目標数値を「95%以上を維持」としております。	
94	第9編第8節	638～646	肝炎対策(肝炎対策推進計画)	パブリックコメント	「ウイルス肝炎検査の実施市町村数」及び「ウイルス検査陽性者へのフォローアップ等を行う市町村数」の数値目標は、77市町村としてほしい。	肝炎検査等実施は市町村それぞれの事情に応じて判断しているものと認識しており、目標値としては現状以上としております。県としては、引き続き、全市町村が実施するよう未実施市町村に対して働きかけてまいります。	
95	第9編第8節	638～646	肝炎対策(肝炎対策推進計画)	パブリックコメント	市町村や保健所へのコーディネーター配置についても、現在の設置数(設置率)を明らかにするとともに、目標値として掲げるよう要望する。	・ご意見を踏まえ、市町村や保健所へのコーディネーターの配置状況について本文に記載するとともに、まずは保健所への配置を目標値として設定します。(計画案P646) ・県としても市町村・保健所におけるコーディネーターの配置に努めてまいります。	修正あり
96	第9編第11節	664～667	COPD(慢性閉塞性肺疾患)対策	パブリックコメント	海外と日本では喫煙マナーが異なるので、外国人向けの案内板や広報も必要だと思う。	ご意見を踏まえ、引き続きたばこ対策に取り組んでまいります。	
97	その他	2～3	目次	保健医療計画策定委員会(第5回)	目次について、第8編第2章第4節の看護職員の部分で、⑥の歯科口腔に○がついていないため、つけてほしい。	ご指摘を踏まえ、目次を修正しました。(計画案P3)	修正あり

### 第3期信州保健医療総合計画（案）に対するパブリックコメント等の意見と対応について

寄せられたご意見とそれに対する県の考え方は以下のとおりです。

No.	編	計画案の該当箇所		意見提出区分	意見・提言要旨	県の考え方	備考
		計画案のページ	項目				
98	その他	—	計画の実行	木曽圏域連携会議	人口減少が著しい中で、どの分野もマンパワー不足であり、どこかに偏りが出てしまう現状である。開業医も高齢化で閉業していくことが余儀なくされ、かかりつけ医を持つことも難しいと感じる。高齢者も子育て世代も生活や健康への不安が大きく、地域住民を包括的に支える仕組みが必要と考えるが、今後はさらに深刻な状況になっていくことが予想される。この計画が「実行」されていくことが大切と感じる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本県の医療提供体制を取り巻く環境は厳しさを増しており、県としても今回新たに医療提供体制のグランドデザインを次期計画の中に位置付け、行政・医療関係者・県民が一体となって目指すべき医療提供体制の実現に向けて取り組んでいく方針を示しております。</li> <li>・県としても、グランドデザインを含めた次期計画が着実に「実行」されているという認識を持っていただけるよう、施策の実施等に努めてまいります。</li> </ul>	
99	その他	—	医療の質の向上	木曽圏域連携会議	木曽医療圏、Dr(医師).Ns(看護師),etc.不足は改善していない状況。医療圏10より8にしたらとの意見があるが、素案はよくできていると思う。要は医療システムの質を向上させることだと思う。米国の医療の質委員会報告書(2002)に記載されている安全性、有効性、患者中心、適時性、効率性、公正性、(統合性、WHOが追加)の7項目を目標に各自役割を果たすことが重要かと思う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療の質の向上を図ることは重要と認識しており、ご意見をいただきました事項については、今後計画を推進していく上で参考とさせていただきます。</li> </ul>	
100	その他	—	木曽医療圏における受療のあり方	木曽圏域連携会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域外近隣の病院へ紹介状を持たず受診する場合の「選定療養費」制度は、効率的で質の高い医療を目指すものというところは理解しますが、木曽地域の実情を考えた場合、何か対応策の検討ができないかと考えます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「選定療養費」制度の弾力的運用等は難しいと考えますが、2025年度に開始予定のかかりつけ医機能報告制度等を活用し、身近な地域において日常的な医療提供の機能が発揮される体制整備に努めてまいります。</li> </ul>	
101	その他	—	介護との連携	大北圏域連携会議	<p>「介護との連携」 急性期で入院された患者さんが、治療を終え包括病棟で満了日を迎えても退院できない要因として、退院調整の困難さがあり、退院調整ナース・MSWの人が限られており、マンパワー不足である。施設調整も難航するのは、介護施設の整備が間に合っていないのではないかと考える。</p> <p>病院は治療の場であり、DPCもあるので期間がくれば自宅か施設へ退院となる。ケアマネさんや訪問看護ステーションとの連携は非常に重要であり、切れ目のない看護を目指しているが、受け皿の介護施設の整備が必要である。地域の介護の方々や病院との温度差も感じる。それぞれが役割を遂行しつつ、連携をとることが大切であると考えている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護施設については、介護需要がピークとなると推計される2040年に向け、ピークアウトも見据え、在宅サービス・施設サービスなど、計画的に整備することとし、現在策定しております「第9期長野県高齢者プラン」において整備目標を設定しているところです。</li> <li>・圏域ごとに関係者で、医療介護連携に関する検討を行う場を設けており、課題や圏域ごとに定めた入退院調整ルールの運用状況等について情報共有を行っているため、入退院調整が円滑に行われるよう、引き続きそのような機会を活用し、医療と介護の情報共有を図ってまいります。</li> </ul>	
102	その他	—	介護との連携	北信圏域連携会議	<p>北信医療圏での地域包括ケアシステムの中核である当院は、入院患者の90%が70才以上、平均年齢86才という超高齢化病院です。このため、入退院後も介護が必要な患者がほとんどであり、退院調整に30日ほど要する患者さんが多く、病床回転が悪化しています。現保険制度では、在院期間が長いほど入院料は低くなっているため、平均在院日数の延長は、新入院患者の制限だけでなく医業収入減少をもたらしています。病院の介護施設化を避けるため、後方介護病床を増やす必要があります。</p> <p>第9期長野県高齢者プランの策定に向けた北信圏域調整会議では、令和8年北信医療圏では介護施設定員はニーズに対して93人/月不足し、長野医療圏の介護病床は720床/月ほど過剰と予測されています。退院施設として、長野市内介護施設を利用できるよう、長野市介護施設空床状況を把握できるネットワーク構築を希望します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護施設については、介護需要がピークとなると推計される2040年に向け、ピークアウトも見据え、在宅サービス・施設サービスなど、計画的に整備することとし、現在策定しております「第9期長野県高齢者プラン」において整備目標を設定しているところです。</li> <li>・医療と介護との連携を強化し、入退院時の情報共有のための「入退院調整ルール」を主に二次医療圏を範囲として圏域ごとに設定・運用いただいているところです。</li> <li>・当該ルールの実施状況を把握しつつ、ご指摘の圏域をまたいだ入退院調整がより円滑に行われるよう、情報提供に使用する様式の統一を検討するなど、改善を図ってまいります。</li> </ul>	
103	その他	—	医療アクセスの確保	北信圏域連携会議	<p>地域包括ケアシステムにおいて、治療やリハビリのため超高齢患者患者が通院するには、通院の足を確保が必須です。運転手不足は深刻かもしれませんが、自宅まで迎えられような通院介助も含めたデマンド交通網の整備が望まれます。医療Dxによる地域交通網整備が必要です。冬季は、COVID19、インフルエンザ入院患者増も加わり病床運用が難しくなります。通院利便性の向上により、降雪のため通院できないので、春まで入院したいという社会的入院による病床圧迫の軽減をお願いします。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ご意見をいただきました医療アクセスの確保については、介護・福祉との連携や医療DXの推進など、多角的な観点で検討が必要と考えており、北信医療圏における課題の一つとして、地域の自治体も参画する地域医療構想調整会議の場で議論する方向で検討します。</li> </ul>	