

長野県地域医療構想



平成29年 3月

長野県

長野県PRキャラクター「アルクマ」
©長野県アルクマ

長野県地域医療構想

目 次

はじめに	1
1. 地域医療構想策定の背景	1
2. 地域医療構想策定の意義	1
3. 病床数の必要量の推計値に関する留意点	1
第1節 地域医療構想の基本的事項	2
1. 地域医療構想の位置付け	2
2. 地域医療構想に記載する内容	2
第2節 長野県の概況	3
1. 長野県の人口推移と医療需要推移の見込み	3
(1) 長野県の人口	3
(2) 医療需要の推移の見込み	4
2. 医療提供体制等の現状	5
(1) 病床数の状況	5
(2) 医療従事者の状況	6
(3) 入院医療機関（一般病床・療養病床）の分布状況	7
(4) 救急医療の状況	11
3. 二次医療圏間の入院患者の流出入の状況（2013年度）	13
4. 医療費と介護費の全国比較（65歳以上）	14
5. 在宅医療提供体制の状況	16
(1) 二次医療圏ごとの在宅医療（訪問診療・往診）実施状況	16
(2) 在宅医療を実施していない理由	16
(3) 医療機関による訪問看護の実施状況	17
(4) 在宅にて対応可能な疾患	17
(5) 在宅にて対応可能な主な診療内容	17
6. 高齢者向け施設の整備状況	18
第3節 2025年度における医療需要と病床数の必要量等の推計	19
1. 病床数の必要量の推計値が持つ意義	19
2. 構想区域の設定	19
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	19
(1) 推計方法の根拠	19
(2) 将来の医療需要及び病床数の必要量の推計手順	20
(3) 病床の機能区分	20
(4) 慢性期の推計	21
(5) 医療需要推計値の都道府県間調整	27
(6) 2025年度における病床数の必要量の推計	27
(7) 2025年度以降の将来に向けた病床数の必要量の推計	30
(8) 2015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	31
(9) 2025年度における在宅医療等の必要量の推計	32

第4節 構想区域ごとの概況	33
佐久構想区域	34
上小構想区域	36
諏訪構想区域	38
上伊那構想区域	40
飯伊構想区域	42
木曾構想区域	44
松本構想区域	46
大北構想区域	48
長野構想区域	50
北信構想区域	52
第5節 将来の医療提供体制を実現するための施策	54
1. 施策の基本方針	54
2. 現状・課題と施策の方向性	54
(1) 病床機能の分化・連携	54
(2) 在宅医療等の体制整備	56
(3) 医療従事者・介護人材の確保・養成	60
第6節 地域医療構想の推進・見直し	62
1. 推進体制	62
2. 関係機関などに期待される役割	62
3. 地域医療構想の見直し	62
地域医療構想の策定経過	63
長野県医療審議会地域医療構想策定委員会委員名簿	65
地域医療構想調整会議委員名簿	66

はじめに

1. 地域医療構想策定の背景

長野県では、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年（平成37年）に、総人口に占める75歳以上の割合が初めて20%を超え、5人に1人が75歳以上になると見込まれています。一方で、15歳から64歳までの生産年齢人口は2010年（平成22年）から2025年までの15年間で128万人から108万人へと20万人減少すると推計されています。

高齢化の進展に伴い、今後とも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医療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在宅医療等の充実を図ることが求められています。

また、生産年齢人口の減少により、今後とも不足が懸念される医療・介護人材の確保を図っていく必要があります。

なお、老年人口の増加には地域差があり、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

地域医療構想は、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らしていくため、地域に必要とされる医療サービスの維持・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の構想です。

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、安定的に医療サービス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、NDB^{*1}やDPCデータ^{*2}等により医療に関する様々なデータが国に蓄積され、将来の医療需要について実績に基づいた推計ができるようになったことを踏まえて行うものです。

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での療養を含めた在宅医療等^{*3}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。

第1節 地域医療構想の基本的事項

1. 地域医療構想の位置付け

- 地域医療構想は、2014年（平成26年）6月に制定された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の施行に伴う医療法の改正により医療計画に定める事項として位置付けられました。
- 医療計画は、地域の実情に応じて都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するものであり、5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）と5事業（救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急を含む。））及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策等について定めるものです。
- 本県では、医療計画として第6次長野県保健医療計画（平成25～29年度）を推進していることから、地域医療構想はその一部（追記）とします。

- 地域医療構想は以下の県計画と整合性を図ります。
 - ・長野県高齢者プラン
 - ・長野県医療費適正化計画
 - ・医療介護総合確保促進法に基づく県計画

2. 地域医療構想に記載する内容

地域医療構想では医療法第30条の4により次の事項を定めることとされています。

- 構想区域ごと2025年度（平成37年度）における機能区分^{※4}ごとの病床数の必要量
- 構想区域ごと2025年度の施設などを含む居宅等における在宅医療等の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携の推進に関する事項

※1 NDB

NDB(National Database)とは、レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称のこと。高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報をNDBに格納し管理している。

※2 DPCデータ

DPC(Diagnosis Procedure Combination)とは、診断と処置の組み合わせによる診断群分類のこと。DPCを利用した1日当たり包括支払い制度参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出している。

※3 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。

※4 機能区分

高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能区分のこと(21ページ参照)。

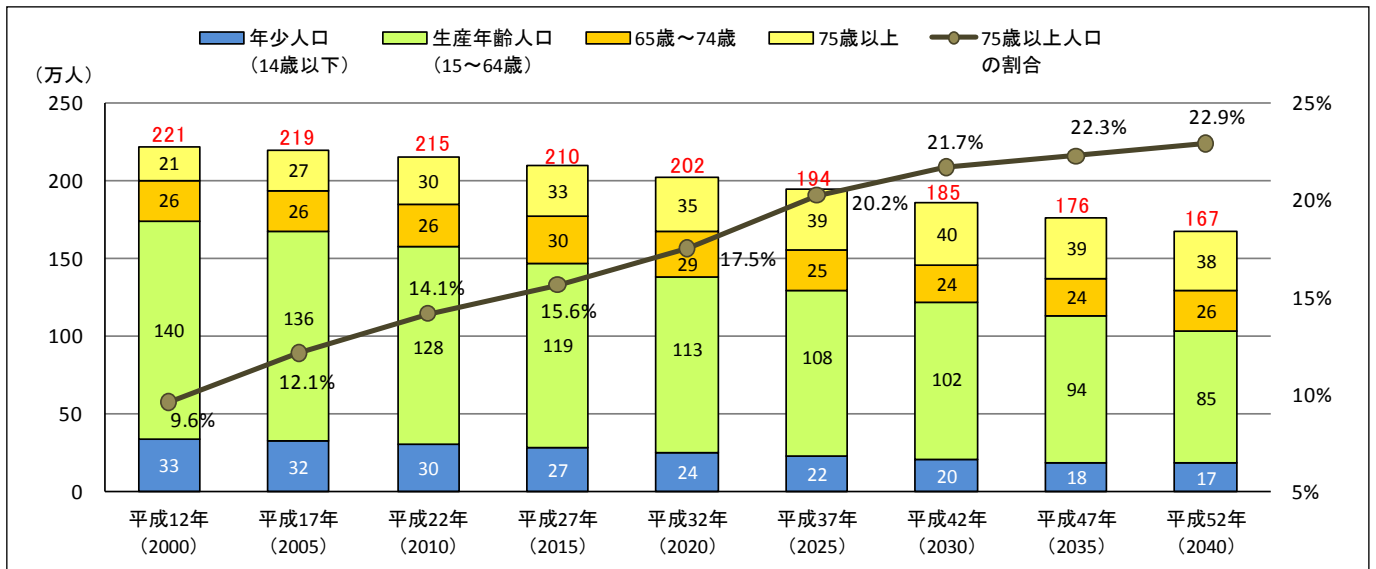
第2節 長野県の概況

1. 長野県の人口推移と医療需要推移の見込み

(1) 長野県の人口

県の人口は、2015年（平成27年）の210万人から、2040年（平成52年）には167万人へと減少していく一方、75歳以上人口の割合は年々増加し、2025年（平成37年）には20%を超えるなど今後とも高齢化が進展する見込みです。

図表 長野県の将来の人口・75歳以上人口の割合の推移



	平成12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成47年 (2035)	平成52年 (2040)
年少人口 (14歳以下)	334,306	316,368	295,742	269,752	242,286	217,705	196,359	183,320	174,499
生産年齢人口 (15~64歳)	1,404,575	1,356,317	1,281,683	1,186,865	1,131,042	1,076,998	1,017,763	943,775	852,964
65歳~74歳	263,042	256,335	264,938	298,778	292,224	251,219	235,642	241,944	259,059
75歳以上	212,085	265,649	304,363	327,307	353,270	391,701	401,360	391,866	381,893
75歳以上人口の割合	9.6%	12.1%	14.1%	15.6%	17.5%	20.2%	21.7%	22.3%	22.9%
総数	2,215,168	2,196,114	2,152,449	2,098,804	2,018,822	1,937,623	1,851,124	1,760,905	1,668,415

□ ピークの年

2000~2015年「国勢調査」(総数には年齢不詳者を含むため合計は一致しない)
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(2013.3月推計)」

人口ピラミッドの推移

図 長野県の人口ピラミッド (2010年、2025年、2040年)



2010年国勢調査、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(2013.3月推計)」

(2) 医療需要の推移の見込み

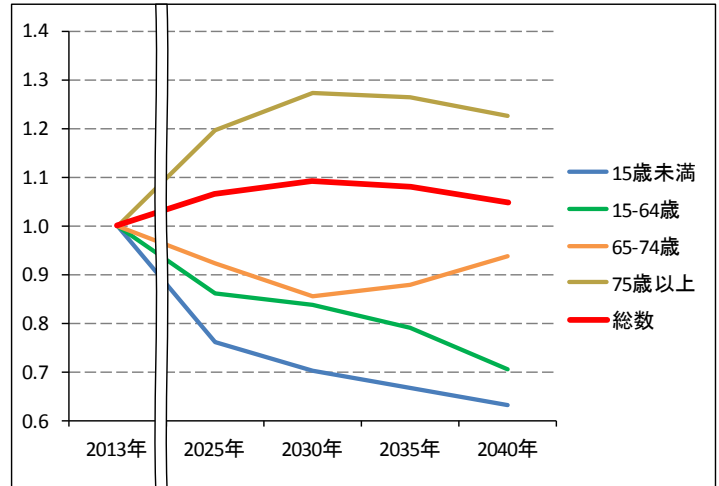
国提供の地域医療構想策定支援ツールを利用して長野県の将来の入院医療需要の変化率を分析すると、

- ・2013年（平成25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（平成42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。

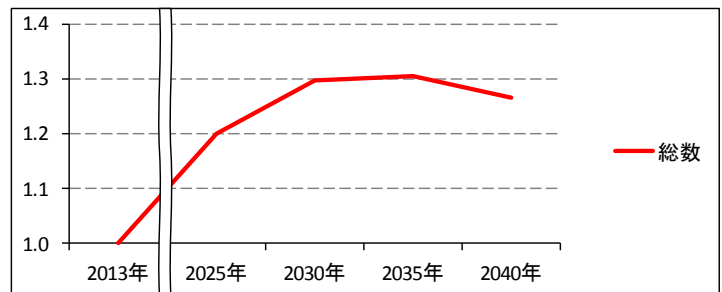
また、在宅医療等の医療需要は、2013年を1とした場合、2030年から2035年頃に2013年の約1.3倍になった後、減少局面に入ると見込まれます。

入院医療需要の変化率（2013年=1）



資料:「地域医療構想策定支援ツール」により作成

在宅医療等需要の変化率（2013年=1）

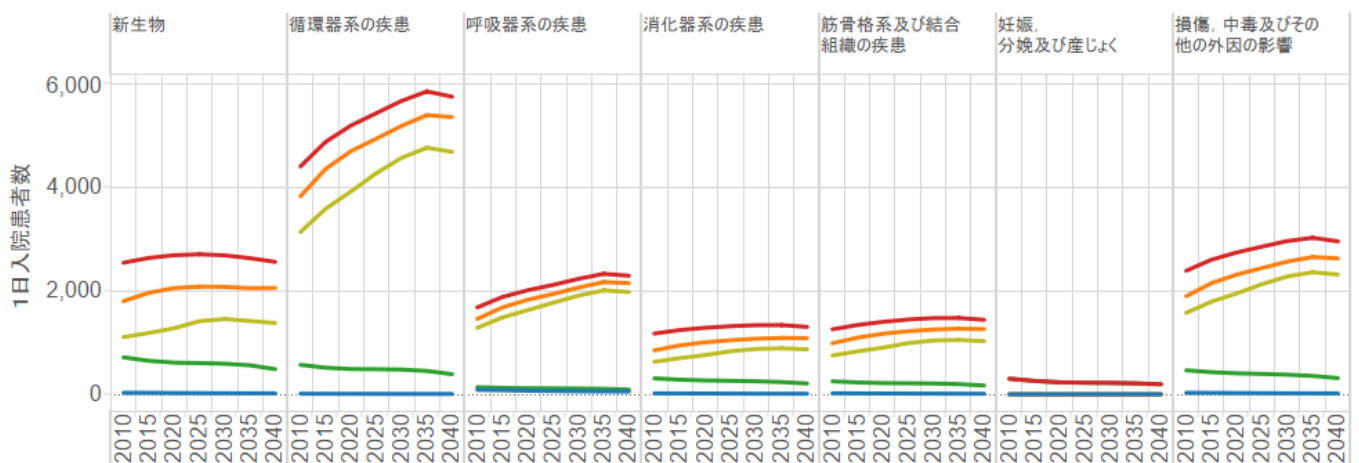


資料:「地域医療構想策定支援ツール」により作成

<参考> 傷病別の入院患者数の推移の見込み

2014年度（平成26年度）の患者調査を活用した推計によると、長野県における傷病別の1日当たり入院患者数は、循環器系疾患が最も多く、2035年（平成47年）頃まで増加すると見込まれます。

図 長野県における診断群分類別入院患者の将来推計



H26患者調査-入院受療率(全国)/社人研人口推計に基づく簡易版入院患者推計 - kishikaw@ncc.go.jp 総数/15歳未満/15-64歳/65歳以上/75歳以上(再掲)

出典: Koichi B. Ishikawa 「人口・患者数推計/簡易版(H26/2014)」

<http://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/vizhome/EstPat2014/sheet2>

2. 医療提供体制等の現状

(1) 病床数の状況

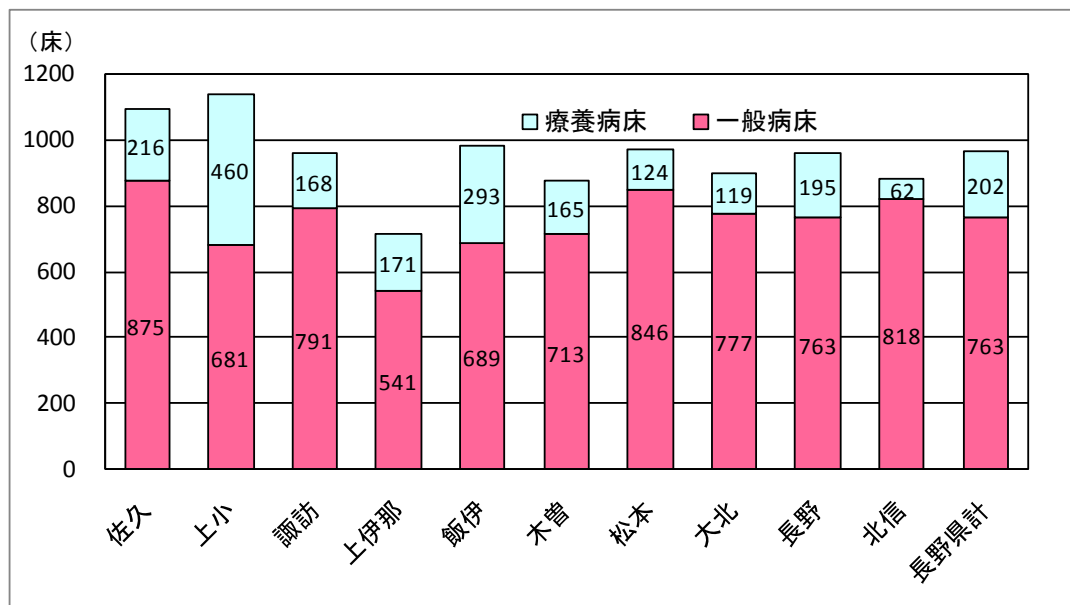
2014年（平成26年）10月現在の人口10万人当たりの一般病床・療養病床の合計数は、上小医療圏が最も多く上伊那医療圏が最も少なくなっています。

表 一般病床数・療養病床数（2014年10月1日）

	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	長野県計
人口	210,899	197,618	199,481	185,440	164,178	29,021	427,269	60,256	545,178	89,101	2,108,441
一般病床数	1,846	1,345	1,578	1,004	1,131	207	3,614	468	4,160	729	16,082
人口10万人当たり	875.3	680.6	791.1	541.4	688.9	713.3	845.8	776.7	763.1	818.2	762.7
療養病床数	456	909	335	318	481	48	530	72	1,061	55	4,265
人口10万人当たり	216.2	460.0	167.9	171.5	293.0	165.4	124.0	119.5	194.6	61.7	202.3

出典：人口……長野県毎月人口異動調査
病床数…長野県 病院・診療所名簿

図 人口10万人当たり一般病床数・療養病床数（2014年）



出典：人口……長野県毎月人口異動調査、病床数…長野県 病院・診療所名簿より作成

(2) 医療従事者の状況

ア 人口 10 万人当たり医療施設従事医師数

○ 2014 年（平成 26 年）末時点における、長野県の二次医療圏別の人口 10 万人当たり医療施設従事医師数は、多い順に松本 346.4 人、佐久 223.8 人、諏訪 216.6 人となっています。

一方、少ない順では、木曾 117.2 人、上伊那 136.4 人、上小 154.8 人となっています。

全国との比較では、松本医療圏を除く全ての二次医療圏で全国平均の数値を下回っています。

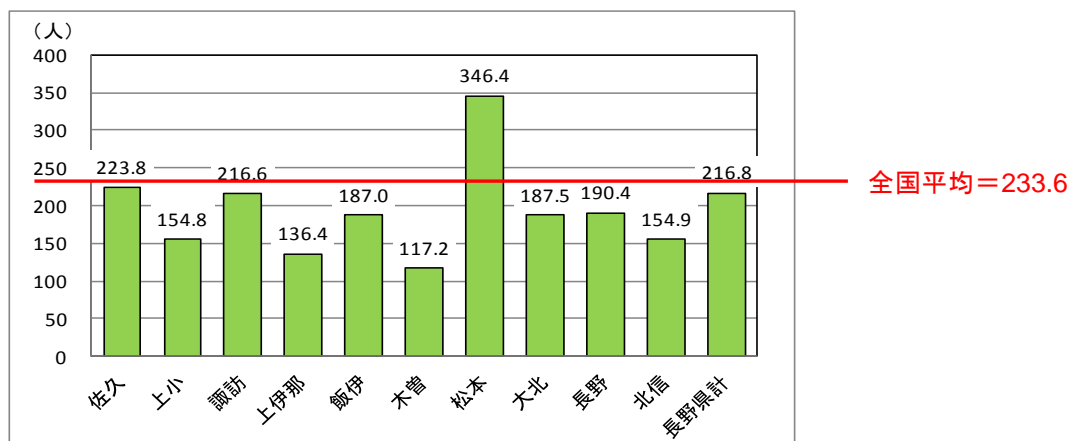
表 二次医療圏別の医療施設従事医師数

単位：人

区分		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
H26 (2014)	医師数	472	306	432	253	307	34	1,480	113	1,038	138
	対人口 10 万人	223.8	154.8	216.6	136.4	187.0	117.2	346.4	187.5	190.4	154.9
	対前回	16.8	4.3	7.6	1.7	7.8	▲2.4	2.9	20.0	1.7	5.1
H24 (2012)	医師数	440	301	423	253	299	36	1,478	103	1,038	137
	対人口 10 万人	207.0	150.5	209.0	134.7	179.2	119.6	343.5	167.5	188.7	149.8

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図 人口 10 万人当たり医療施設従事医師数（2014 年）



出典：長野県毎月人口異動調査、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

イ 看護師等の就業者数の状況

○ 2014 年（平成 26 年）末現在の県内就業者数は 28,041 人、人口 10 万人当たりの就業者数では、保健師、助産師、看護師で全国より高く、准看護師で下回っています。なお、保健師数は全国 2 位、助産師数は全国 3 位に位置しています。

○ 各二次医療圏の人口 10 万人当たりの就業者数には、地域間の偏在が見られ、看護師数では上小、上伊那及び木曾で全国平均を下回っています。

表 二次医療圏別の人口 10 万人当たり保健師、助産師、看護師、准看護師数（2014 年）

単位：人

	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	全県	全国
保健師	76.3	59.2	59.7	75.5	77.4	141.3	68.3	112.9	58.5	92.0	69.5	38.1
助産師	41.3	26.8	37.6	29.1	35.9	55.1	51.5	29.9	31.0	51.6	37.8	26.7
看護師	1,110.5	811.2	1,021.7	784.1	904.5	851.1	1,110.1	1,019.0	937.1	902.3	969.1	855.2
准看護師	200.6	400.3	264.2	250.2	348.4	179.2	229.1	219.1	219.7	225.6	253.2	267.7

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

(3) 入院医療機関（一般病床・療養病床）の分布状況

地図上に広域的に人口や入院医療機関の分布状況を表示しています。病床数の規模を円の大きさ、集中治療室や回復期リハビリテーション病棟といった機能を色で表しました。

ア 佐久・上小・諏訪医療圏

- 佐久医療圏には、救命救急センターを有する佐久医療センターをはじめとして高度急性期・急性期を担う病床が多く分布しています。
- 上小医療圏には、鹿教湯病院、三才山病院という回復期リハビリテーション病棟と療養病床を有する大規模な病院が分布しています。
- 諏訪医療圏には、概ね市町村ごとに基幹病院があります。

図 佐久・上小・諏訪医療圏における一般病床及び療養病床の分布

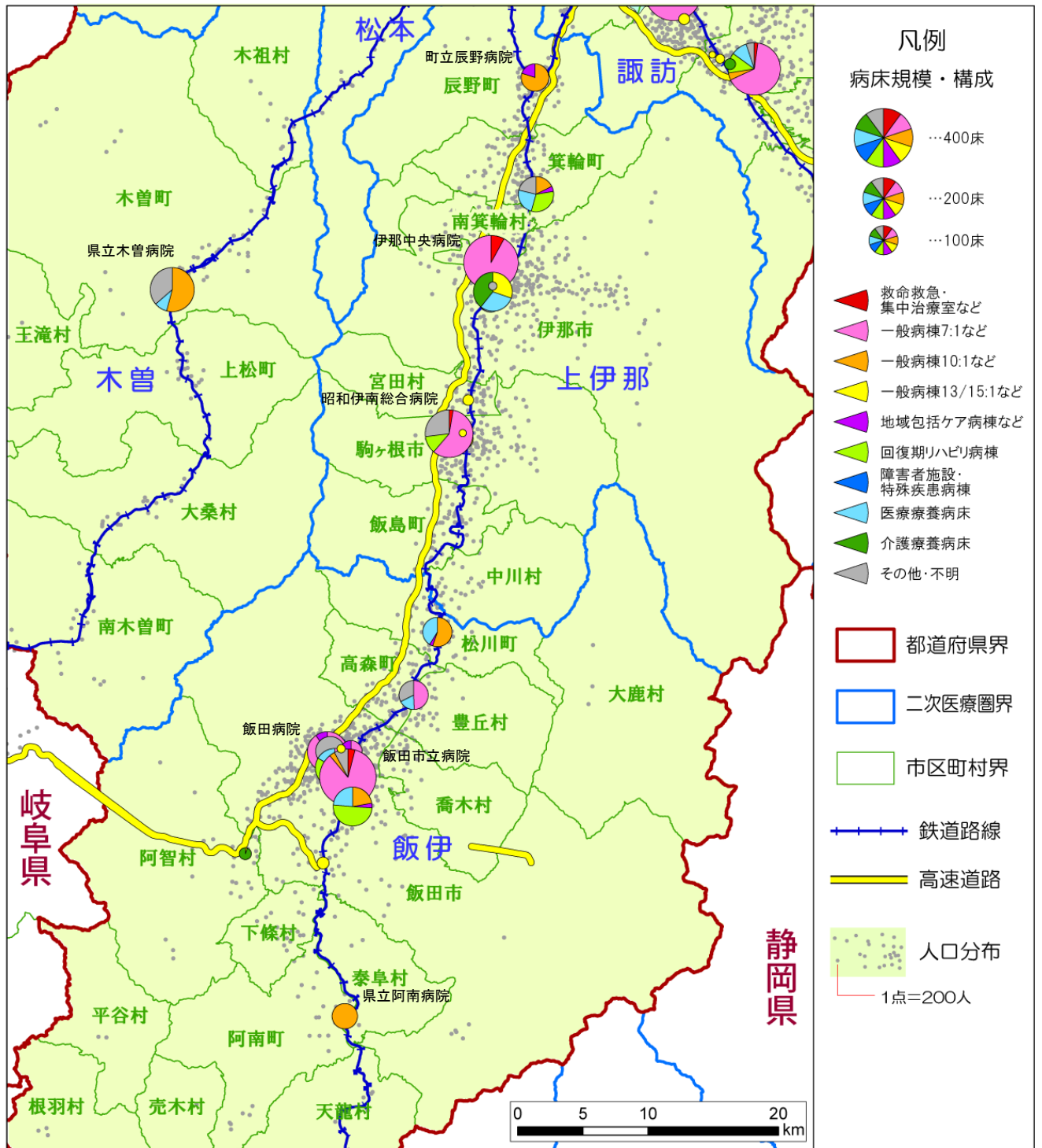


2014 年度病床機能報告、各地方厚生局への医療機関届出情報、国勢調査、国土数値情報より作成

イ 上伊那・飯伊・木曽医療圏

- 上伊那医療圏は、平成 21 年度から 25 年度にかけて実施された地域医療再生事業により、伊那中央病院、昭和伊南総合病院、町立辰野病院の公立 3 病院を中心に機能分化・連携が進んだ地域です。
- 飯伊医療圏は、中心部の飯田市内に集中して病院が分布しています。
- 木曽医療圏は、広い面積の中に入院医療機関は県立木曽病院のみであり、急性期から慢性期までの機能を担っています。

図 上伊那・飯伊・木曽医療圏における一般病床及び療養病床の分布

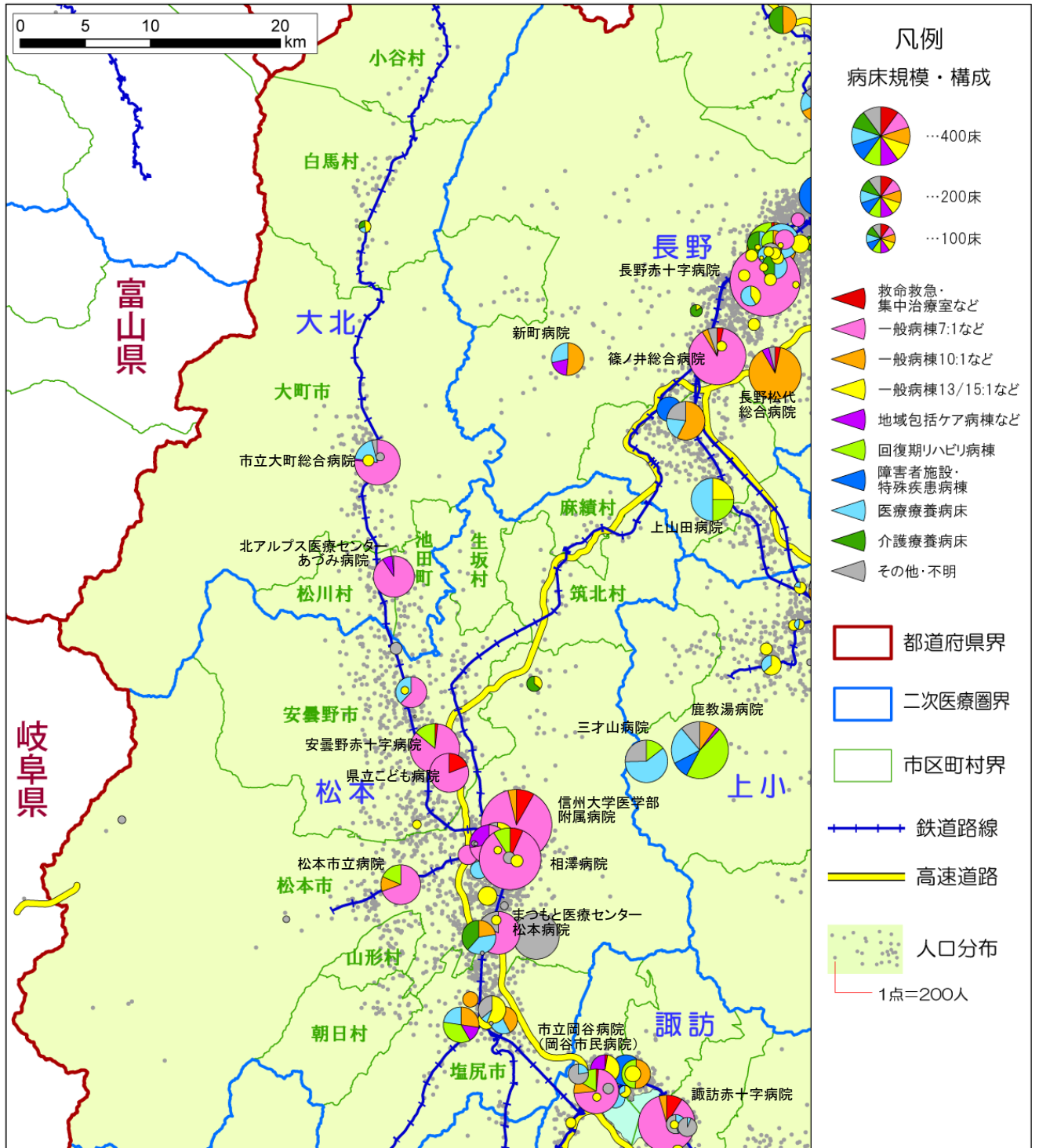


2014 年度病床機能報告、各地方厚生局への医療機関届出情報、国勢調査、国土数値情報より作成

ウ 松本・大北医療圏

- 松本医療圏には、信州大学医学部附属病院や相澤病院をはじめとした高度急性期・急性期を担う病院が分布しています。信州大学医学部附属病院は高度な医療の提供などを行う特定機能病院として、また県立こども病院は総合周産期母子医療センターとして、全県を対象とした医療を担っています。
- 大北医療圏の病院は、松本医療圏とも近い位置にある圏域の中・南部に集中しています。

図 松本・大北医療圏における一般病床及び療養病床の分布

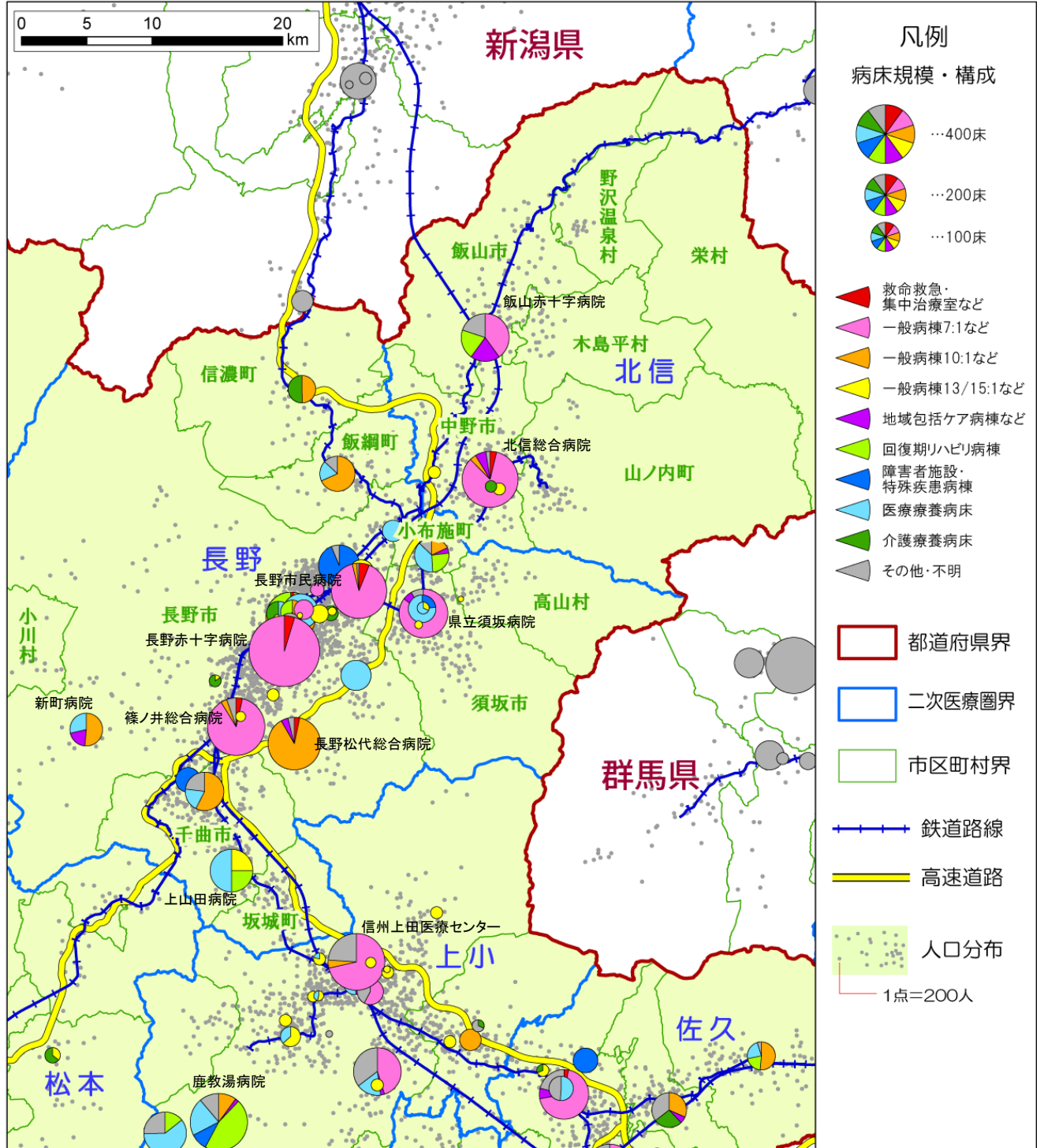


2014 年度病床機能報告、各地方厚生局への医療機関届出情報、国勢調査、国土数値情報より作成

エ 長野・北信医療圏

- 長野医療圏では、長野市中心部に高度急性期・急性期を担う多くの病院があります。
- 北信医療圏では、長野医療圏に近い圏域西部に人口と病床が集中しています。

図 長野・北信医療圏における一般病床及び療養病床の分布

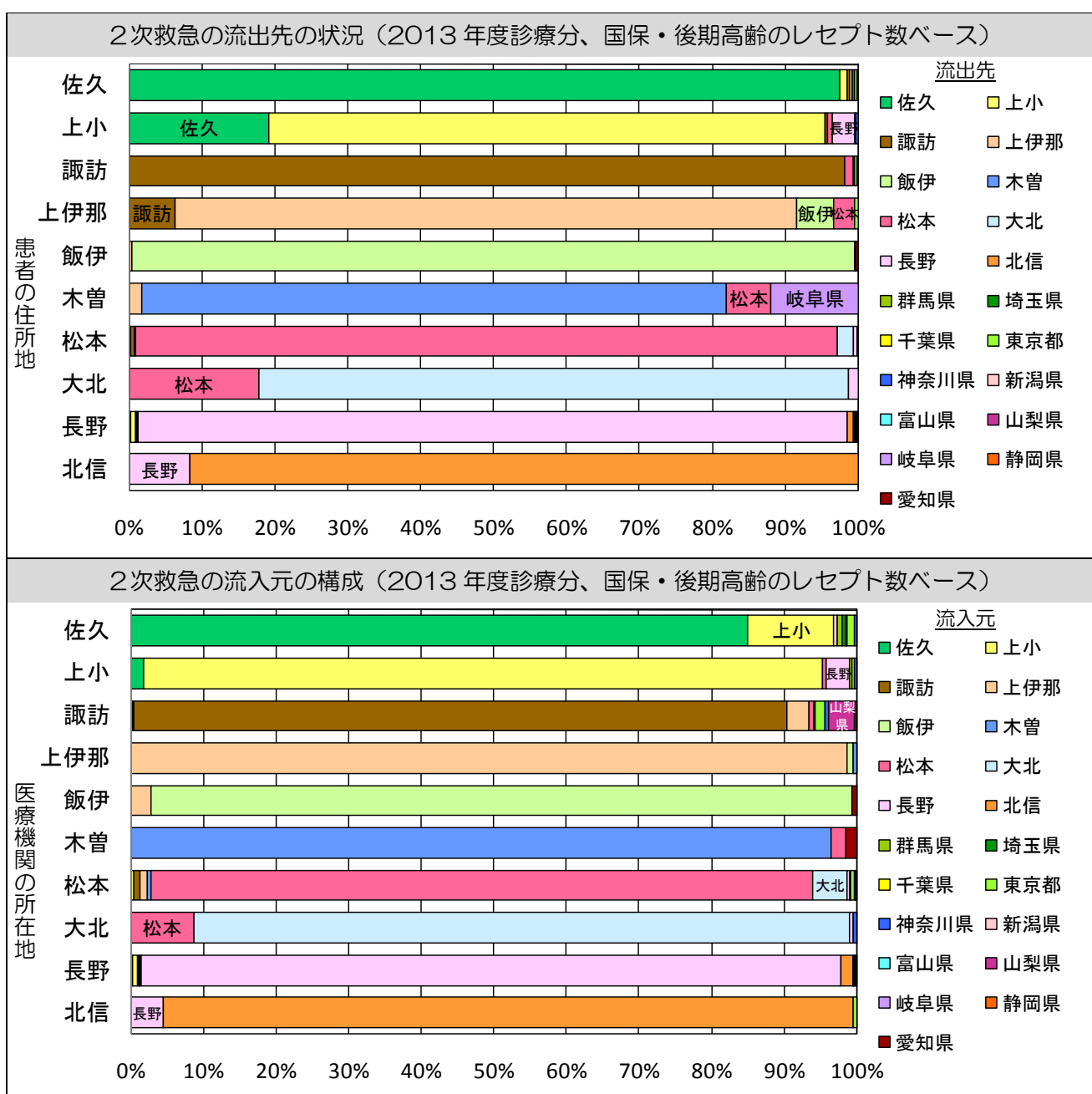


2014 年度病床機能報告、各地方厚生局への医療機関届出情報、国勢調査、国土数値情報より作成

(4) 救急医療の状況

ア 2次救急医療の患者流出入

- 医療機関への入院医療については、救急搬送から入院につながることも多く、救急医療の分析が医療圏を越えた入院患者流出入の動向の参考となります。
- 2013年度（平成25年度）の国民健康保険・後期高齢者医療保険のレセプトデータを用いて医療圏を越えた救急患者の動向を分析したところ、いずれの医療圏においても、80%程度が圏域内で完結しています。
- 圏域外への流出は、上小医療圏から佐久医療圏及び大北医療圏から松本医療圏へ約20%の流出が見られるほか、木曾医療圏からは松本医療圏へ約5%、岐阜県に約10%の流出が見られます。
- 圏域内への流入は、佐久医療圏へ上小医療圏から約10%、大北医療圏には松本医療圏から約10%が流入しているほか、諏訪医療圏には山梨県から、北信医療圏には長野医療圏から約5%の流入が見られます。

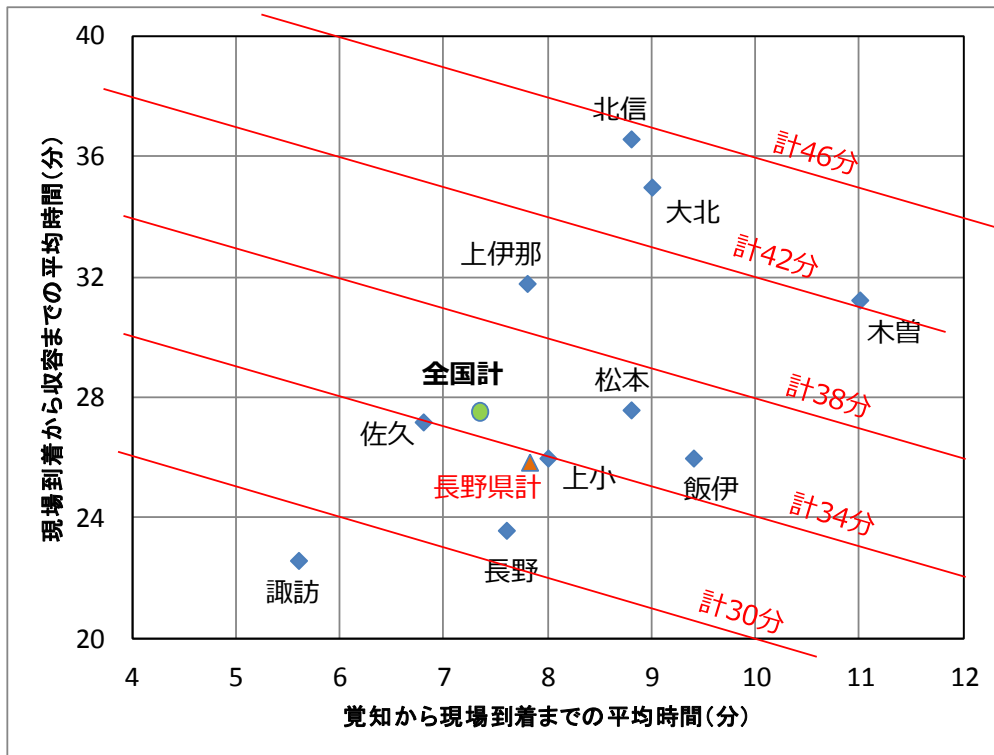


厚生労働省提供「医療提供体制(SCR)・受療動向分析ツール」より作成

イ 救急搬送時間

- 2012 年度（平成 24 年度）の各二次医療圏の平均搬送時間を全国と比較すると、長野県は、全国に比べて「覚知から現場到着までの平均時間」はやや長いものの、「現場到着から収容までの平均時間」はやや短くなっています。
- 全体の搬送時間が同程度でも、グラフの右下ほど現場到着までの時間がかかる傾向が強く、左上ほど現場到着から収容までの時間がかかる傾向が強くなります。長野県では、木曾や飯伊医療圏において現場到着までの時間がかかる傾向があり、北信・大北・上伊那などで現場到着から収容までの時間がかかる傾向があります。
- 近年、救命士による処置が拡大されたことにより現場滞在時間が延び、現場到着から収容までの時間は長くなる傾向があります。

図 長野県の二次医療圏別 救急搬送の平均時間（2012 年度）



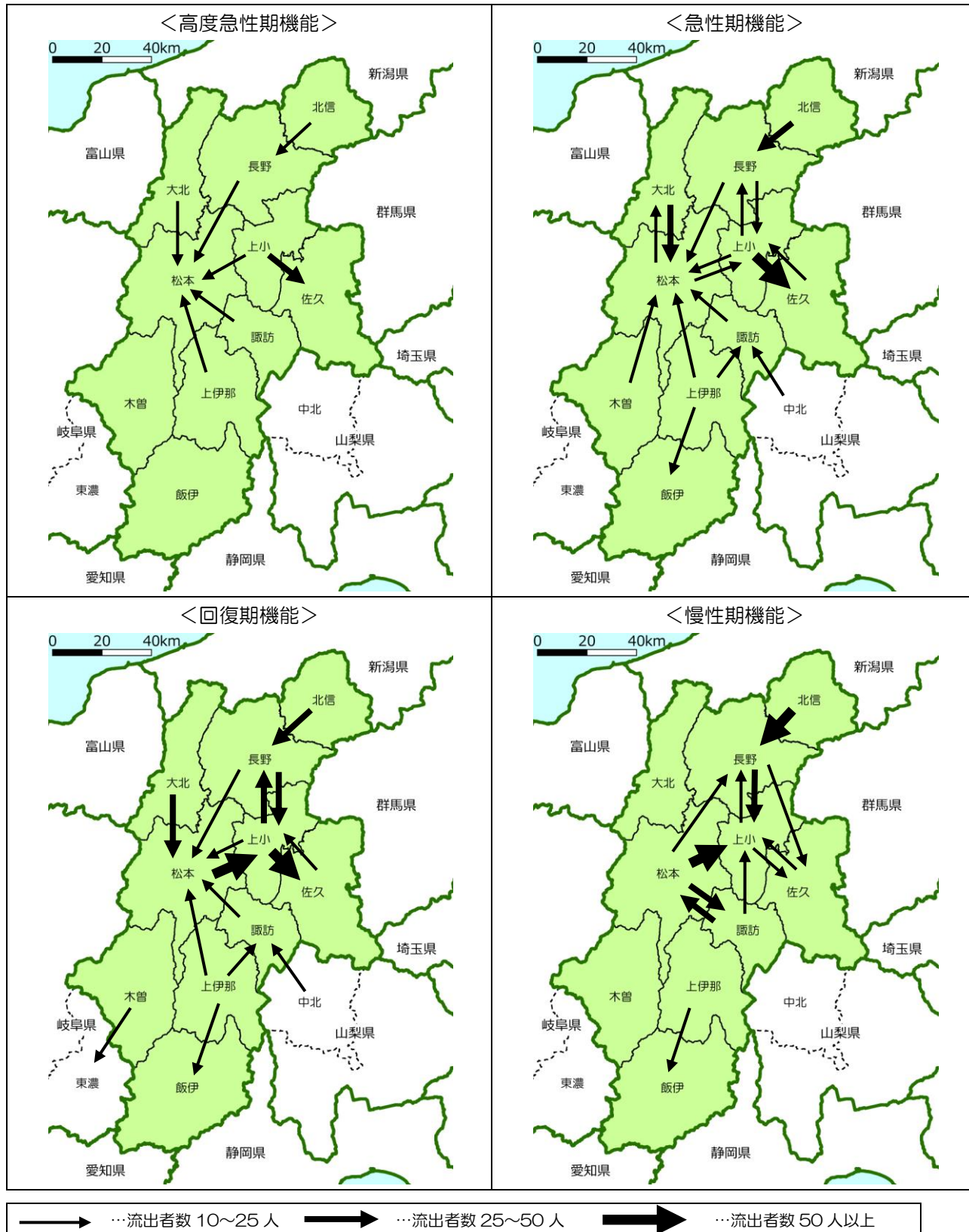
厚生労働省提供「医療計画作成支援データブック」より作成

3. 二次医療圏間の入院患者の流出入の状況（2013年度）

将来の医療需要推計の基礎となる2013年度（平成25年度）のデータを用いて、入院患者の圏域を越えた1日当たりの流出入の状況を4機能区分（21ページ参照）ごとに地図上に矢印で表しました。

全局的な傾向として、主に高度な医療の提供を行う大学病院等の医療機関がある佐久・松本医療圏には周辺の医療圏から高度急性期・急性期の入院患者が流入しています。また、上小医療圏には、回復期や慢性期の患者が流入しているという傾向が見られます。

図 4 機能区分別の患者流出入の状況（2013年度、10人/日以上）



「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成

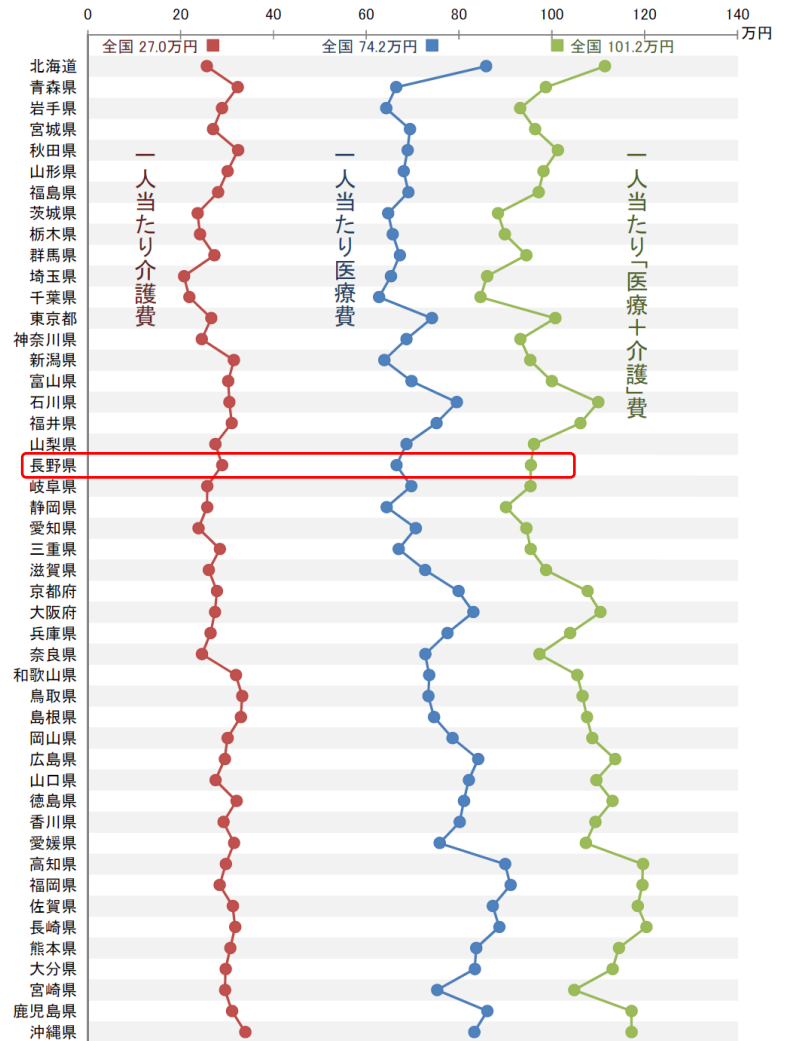
4. 医療費と介護費の全国比較（65歳以上）

2013年度（平成25年度）の65歳以上被保険者の一人当たり医療費の全国平均は74.2万円、一人当たり介護費の全国平均は27万円となっています。長野県は、介護費は全国平均を上回る一人当たり29万円ですが、一人当たりの医療費は全国平均を下回る66.5万円となっており、一人当たりの「医療＋介護」費でも全国平均を下回っています。

図 被保険者一人当たりの医療費と介護費（都道府県別 65歳以上）（2013年度）

【表】一人当たり医療費・介護費の都道府県別順位

順位	医療＋介護費	医療費	介護費
1	長崎県	福岡県	沖縄県
2	高知県	高知県	鳥取県
3	福岡県	長崎県	島根県
4	佐賀県	佐賀県	秋田県
5	沖縄県	鹿児島県	青森県
6	鹿児島県	北海道	徳島県
7	熊本県	広島県	和歌山県
8	広島県	熊本県	長崎県
9	大分県	大分県	愛媛県
10	徳島県	沖縄県	新潟県
11	北海道	大阪府	佐賀県
12	大阪府	山口県	鹿児島県
13	石川県	徳島県	福井県
14	山口県	香川県	熊本県
15	香川県	京都府	石川県
16	岡山県	石川県	富山県
17	京都府	岡山県	山形県
18	島根県	兵庫県	岡山県
19	愛媛県	愛媛県	高知県
20	鳥取県	宮崎県	大分県
21	福井県	福井県	宮崎県
22	和歌山県	島根県	広島県
23	宮崎県	東京都	香川県
24	兵庫県	和歌山県	長野県
25	秋田県	鳥取県	岩手県
26	東京都	奈良県	三重県
27	富山県	滋賀県	福岡県
28	滋賀県	愛知県	福島県
29	青森県	富山県	京都府
30	山形県	岐阜県	山口県
31	奈良県	宮城県	山梨県
32	福島県	福島県	大阪府
33	宮城県	秋田県	群馬県
34	山梨県	山梨県	宮城県
35	長野県	神奈川県	東京都
36	三重県	山形県	兵庫県
37	岐阜県	群馬県	滋賀県
38	新潟県	三重県	岐阜県
39	愛知県	長野県	静岡県
40	群馬県	青森県	北海道
41	神奈川県	栃木県	奈良県
42	岩手県	埼玉県	神奈川県
43	静岡県	茨城県	栃木県
44	栃木県	静岡県	愛知県
45	茨城県	岩手県	茨城県
46	埼玉県	新潟県	千葉県
47	千葉県	千葉県	埼玉県



※ 医療費は、市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の合計であり、平成25年3月診療分から平成26年2月診療分である。

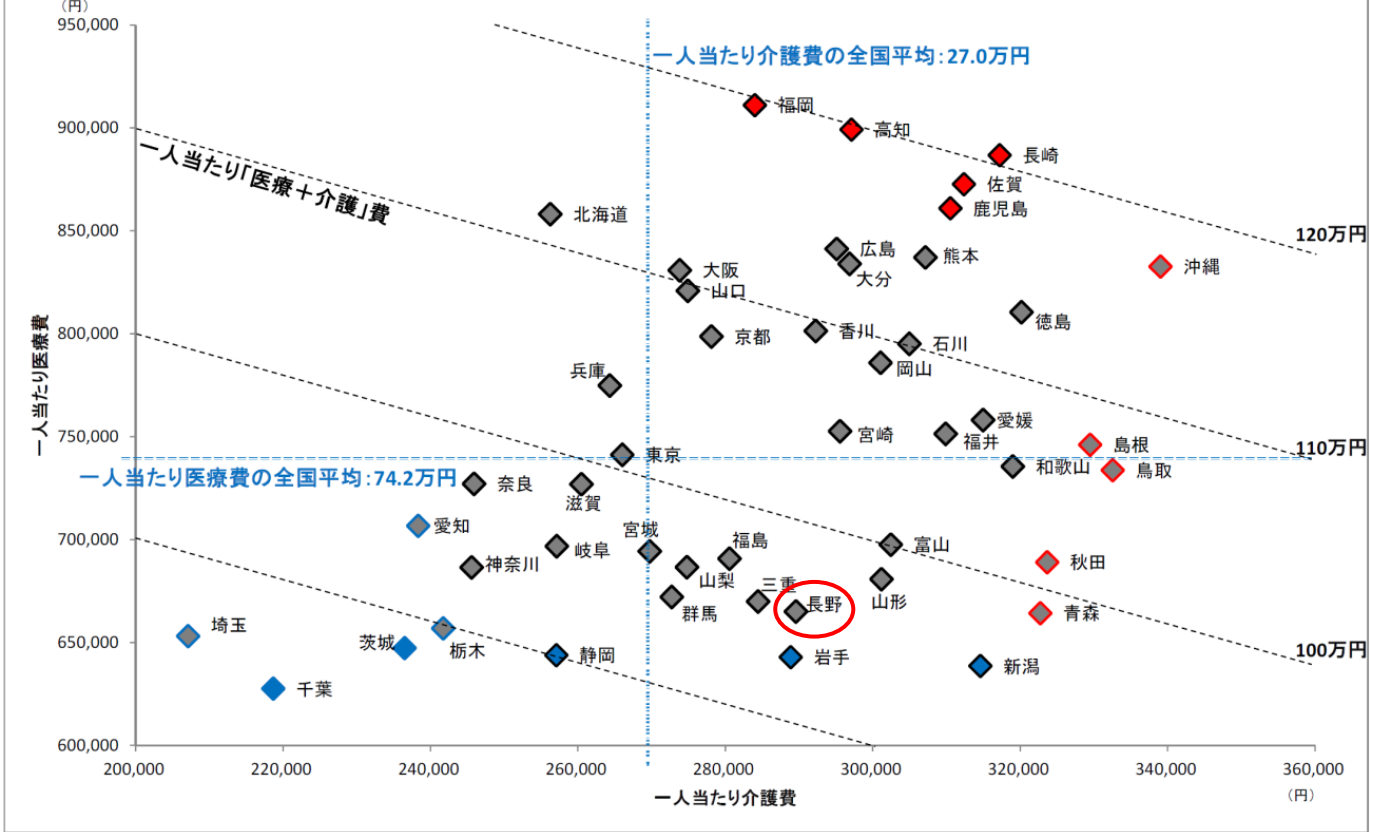
※ 介護費は、平成25年4月審査分から平成26年3月審査分（平成25年3月から平成26年2月サービス分）である。

※ 一人当たり「医療＋介護」費は、一人当たり医療費と一人当たり介護費を単純に合計したものである。

【出典】医療費は、「国民健康保険事業年報」、「後期高齢者医療事業年報」及び「医療給付実態調査」を基に推計
介護費は、「介護保険総合データベース」等を基に集計

出典：2016.2.12 内閣府経済・財政一体改革推進委員会 第7回社会保障WGへの厚生労働省提出資料

一人当たり介護費と一人当たり医療費のバランス(65歳以上)



- ◆ 内側が赤 : 医療費が上位5位以内
- ◆ 外側が赤 : 介護費が上位5位以内
- ◆ 内側が青 : 医療費が下位5位以内
- ◆ 外側が青 : 介護費が下位5位以内

図 被保険者一人当たりの医療費と介護費 (都道府県別) (平成 25 年度)

	(単位: 万円)								
	一人当たり医療費			一人当たり介護費			一人当たり「医療+介護」費		
	65	65~74	75	65	65~74	75	65	65~74	75
	歳以上	歳	歳以上	歳以上	歳	歳以上	歳以上	歳	歳以上
全国計	74.2	54.8	90.2	27.0	5.1	50.3	101.2	59.8	140.5
北海道	85.8	63.0	103.9	25.6	4.9	46.8	111.4	67.8	150.6
青森	66.4	52.5	76.8	32.3	6.6	56.3	98.7	59.1	133.2
岩手	64.3	50.5	73.4	28.9	5.2	48.7	93.2	55.7	122.0
宮城	69.4	53.4	81.3	27.0	5.0	48.2	96.4	58.3	129.5
秋田	68.9	53.7	78.1	32.4	5.2	53.8	101.3	58.8	131.9
山形	68.1	52.5	77.2	30.1	4.8	49.8	98.2	57.3	127.0
福島	69.1	53.2	79.7	28.1	4.9	48.0	97.1	58.1	127.6
茨城	64.7	50.6	77.2	23.6	4.6	45.4	88.4	55.2	122.6
栃木	65.7	50.5	78.6	24.2	4.3	45.9	89.9	54.9	124.4
群馬	67.2	50.1	81.7	27.3	4.8	51.4	94.5	54.9	133.1
埼玉	65.3	49.7	82.6	20.7	4.6	43.4	86.0	54.3	126.0
千葉	62.8	48.0	78.1	21.9	4.6	44.4	84.6	52.6	122.5
東京	74.1	53.3	91.5	26.6	5.5	49.8	100.7	58.8	141.3
神奈川	68.6	51.0	85.5	24.6	5.1	48.6	93.2	56.2	134.1
新潟	63.9	50.0	73.0	31.5	4.9	54.5	95.3	54.9	127.5
富山	69.8	52.8	82.6	30.2	4.7	56.1	100.0	57.5	138.6
石川	79.5	58.0	96.7	30.5	4.4	58.4	110.0	62.4	155.1
福井	75.1	54.4	88.7	31.0	4.4	55.2	106.1	58.8	143.9
山梨	68.7	51.6	81.1	27.5	4.2	49.4	96.1	55.8	130.5
長野	66.5	50.1	77.7	29.0	4.3	51.0	95.5	54.4	128.7
岐阜	69.7	52.9	83.3	25.7	4.5	48.2	95.4	57.4	131.5
静岡	64.4	49.4	77.1	25.7	4.9	48.0	90.1	54.3	125.1
愛知	70.7	54.0	87.0	23.8	5.0	47.2	94.5	59.0	134.2
三重	67.0	51.6	79.1	28.4	4.8	52.8	95.4	56.4	131.9
滋賀	72.7	53.3	88.8	26.0	4.2	50.2	98.7	57.6	139.0
京都	79.9	57.9	97.7	27.8	4.9	53.4	107.7	62.8	151.2
大阪	83.1	59.9	105.3	27.4	6.6	53.3	110.5	66.5	158.6
兵庫	77.5	56.9	95.0	26.4	4.9	50.4	103.9	61.9	145.3
奈良	72.7	53.5	89.4	24.6	4.3	48.2	97.3	57.8	137.6
和歌山	73.6	54.8	87.9	31.9	5.7	56.8	105.5	60.5	144.8
鳥取	73.4	54.3	85.6	33.3	5.5	56.5	106.6	59.9	142.1
島根	74.6	55.3	85.8	32.9	5.0	54.5	107.6	60.3	140.3
岡山	78.6	57.3	94.3	30.1	5.1	54.5	108.7	62.4	148.8
広島	84.1	61.1	102.6	29.5	5.0	55.2	113.6	66.2	157.8
山口	82.1	58.2	99.7	27.5	4.4	49.3	109.6	62.5	149.0
徳島	81.0	60.7	93.9	32.0	5.5	55.7	113.1	66.2	149.6
香川	80.1	59.0	95.0	29.2	4.7	52.7	109.4	63.7	147.6
愛媛	75.8	55.5	90.3	31.5	5.7	55.2	107.3	61.3	145.5
高知	89.9	60.7	109.6	29.7	5.1	51.2	119.6	65.8	160.8
福岡	91.1	64.7	112.2	28.4	5.2	52.7	119.5	69.9	164.9
佐賀	87.3	62.4	103.5	31.2	4.8	54.3	118.5	67.2	157.7
長崎	88.7	62.2	106.9	31.7	5.4	54.6	120.4	67.5	161.5
熊本	83.7	58.8	100.0	30.7	4.6	52.3	114.4	63.5	152.3
大分	83.4	58.5	100.4	29.7	4.8	52.0	113.1	63.3	152.3
宮崎	75.3	55.3	89.1	29.6	5.1	50.8	104.8	60.4	139.9
鹿児島	86.1	60.9	102.1	31.1	4.8	51.7	117.1	65.6	153.8
沖縄	83.3	59.4	100.6	33.9	7.1	58.3	117.2	66.6	159.0

出典: 2016.2.12 内閣府経済・財政一体改革推進委員会 第7回社会保障WGへの厚生労働省提出資料

5. 在宅医療提供体制の状況

(1) 二次医療圏ごとの在宅医療（訪問診療・往診）実施状況

2015年度（平成27年度）に県内の医療機関を対象に実施した在宅医療提供体制に関する調査によると、多くの医療圏で「訪問診療・往診のいずれか、または双方を実施している医療機関」が、「実施していない医療機関」よりも多くなっています。

特に、木曽医療圏では全ての医療機関で在宅医療を実施しています。

【病院】

(単位:件)

医療圏	医療機関数	訪問診療・往診のいずれか、または双方を実施している	実施していない	無回答
佐久	11	9 (81.8%)	2 (18.2%)	
上小	10	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)
諏訪	8	7 (87.5%)	1 (12.5%)	
上伊那	6	3 (50.0%)	3 (50.0%)	
飯伊	7	5 (71.4%)	2 (28.6%)	
木曽	1	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
松本	18	11 (61.1%)	6 (33.3%)	1 (5.6%)
大北	2	2 (100.0%)	0 (0.0%)	
長野	26	15 (57.7%)	11 (42.3%)	
北信	2	1 (50.0%)	1 (50.0%)	
合計	91	60 (65.9%)	29 (31.9%)	2 (2.2%)

【診療所】

(単位:件)

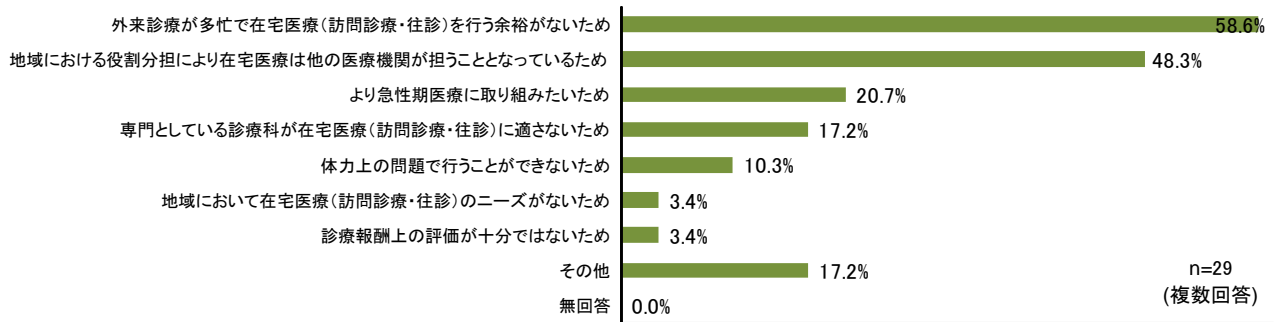
医療圏	医療機関数	訪問診療・往診のいずれか、または双方を実施している	実施していない	無回答
佐久	71	44 (62.0%)	27 (38.0%)	
上小	74	39 (52.7%)	33 (44.6%)	2 (2.7%)
諏訪	77	47 (61.0%)	28 (36.4%)	2 (2.6%)
上伊那	65	37 (56.9%)	27 (41.5%)	1 (1.5%)
飯伊	73	56 (76.7%)	17 (23.3%)	
木曽	7	7 (100.0%)	0 (0.0%)	
松本	212	139 (65.6%)	69 (32.5%)	4 (1.9%)
大北	28	23 (82.1%)	4 (14.3%)	1 (3.6%)
長野	208	99 (47.6%)	105 (50.5%)	4 (1.9%)
北信	33	20 (60.6%)	13 (39.4%)	
合計	848	511 (60.3%)	323 (38.1%)	14 (1.7%)

出典:長野県在宅医療等提供体制調査分析業務報告書(2016.3)

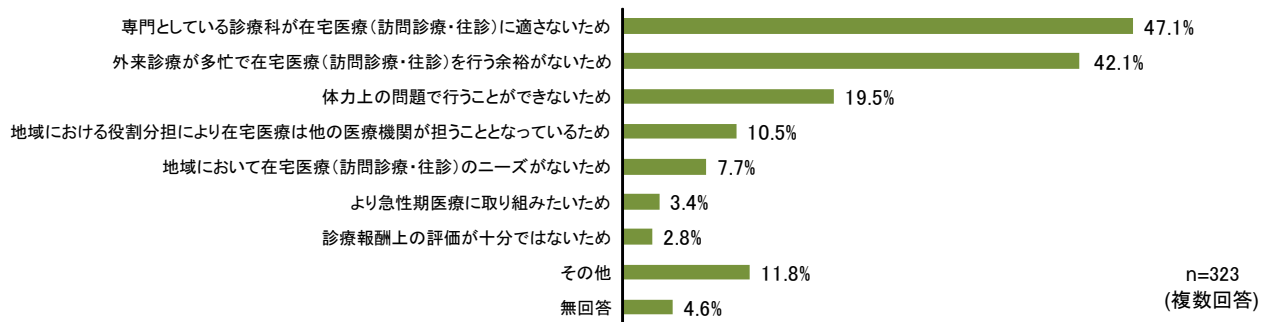
(2) 在宅医療を実施していない理由（複数回答）

在宅医療を実施していない理由は、病院では「外来診療が多忙で在宅医療を行う余裕がないため」、「地域における役割分担により在宅医療は他の医療機関が担うこととなっているため」の順となっており、診療所では「専門としている診療科が在宅医療（訪問診療・往診）に適さないため」、「外来診療が多忙で在宅医療を行う余裕がないため」の順となっています。

【病院】



【診療所】

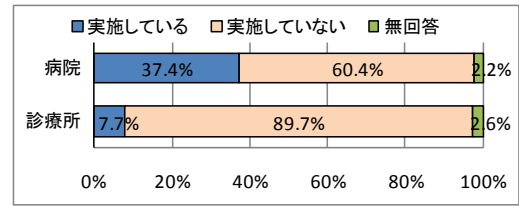


出典:長野県在宅医療等提供体制調査分析業務報告書(2016.3)

(3) 医療機関による訪問看護の実施状況

回答した医療機関のうち、34 病院 (37.4%)、65 診療所 (7.7%) が訪問看護を実施しています。

	医療機関数	実施している	実施していない	無回答
病院	91	34	55	2
診療所	848	65	761	22
合計	939	99	816	24

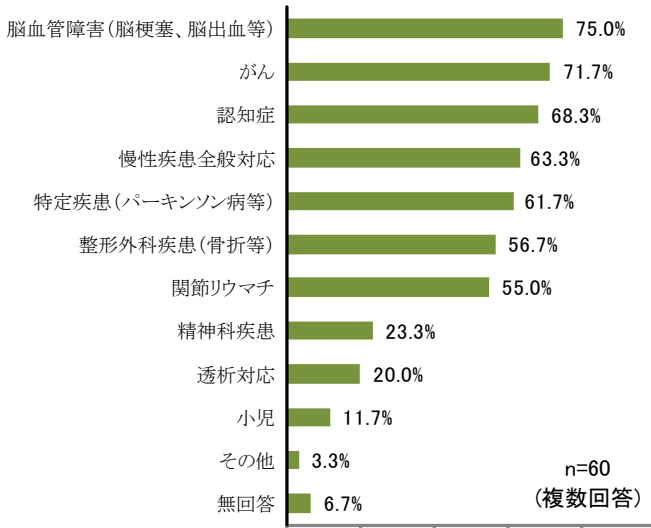


出典:長野県在宅医療等提供体制調査分析業務報告書(2016.3)

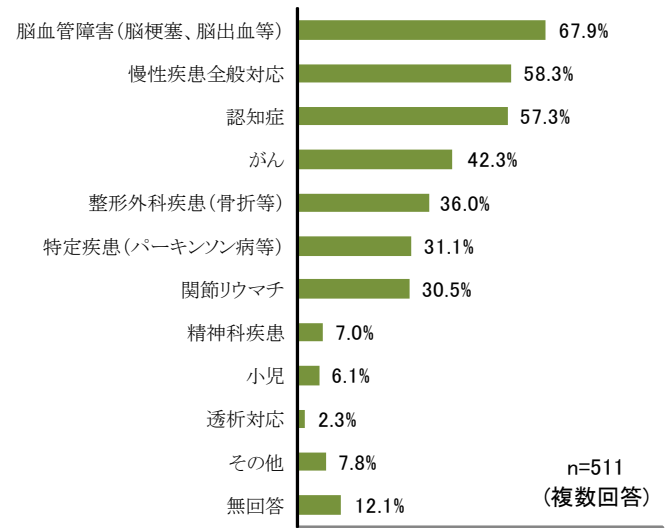
(4) 在宅にて対応可能な疾患 (複数回答)

在宅で対応可能な疾患としては、脳血管障害、がん、認知症などが挙げられています。

【病院】



【診療所】

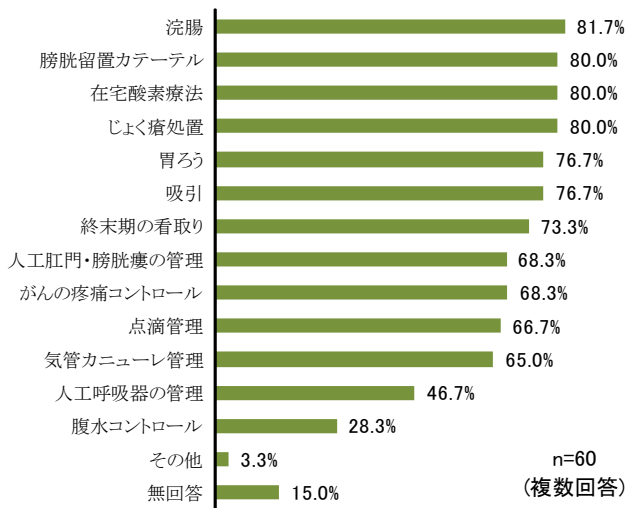


出典:長野県在宅医療等提供体制調査分析業務報告書(2016.3)

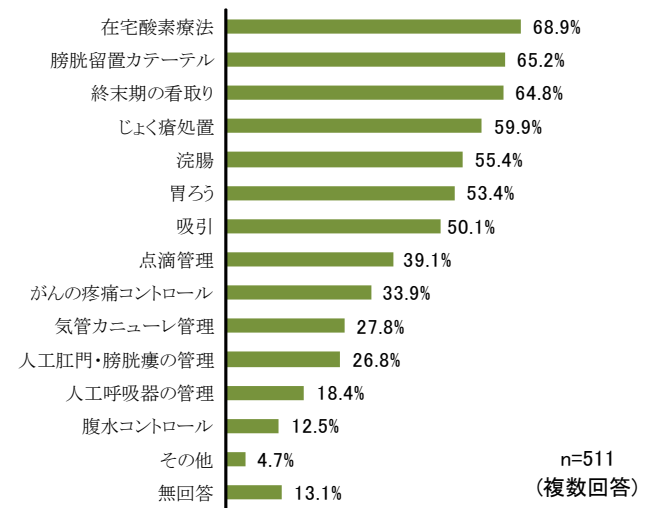
(5) 在宅にて対応可能な主な診療内容 (訪問看護の指示を含む。) (複数回答)

在宅で対応可能な診療内容は、病院では浣腸、膀胱留置カテーテル、在宅酸素療法、じょく瘡処置などが上位にあり、診療所では在宅酸素療法、膀胱留置カテーテル、終末期の看取り、じょく瘡処置などが可能となっています。

【病院】



【診療所】



出典:長野県在宅医療等提供体制調査分析業務報告書(2016.3)

6. 高齢者向け施設の整備状況

在宅医療等の提供先として想定されている高齢者向けの施設は、2015年度（平成27年度）末現在、県全体で約3万8千人分整備されています。（病床にカウントする介護療養病床を含む。）

（単位：床）

施設区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
①特別養護老人ホーム （小規模特養を含む）	1,282	1,110	1,087	1,373	1,230	312	1,951	453	3,073	632	12,503
②介護老人保健施設	926	799	924	733	719	50 (130)	1,400	290	1,681	340	7,862
③介護療養病床	158	156	34	114	224	24	209	6	335	17	1,277
④認知症高齢者 グループホーム	213	245	360	321	222	81	592	57	970	192	3,253
⑤養護老人ホーム	230	166	190	120	280	76	250	50	290	100	1,752
⑥ケアハウス （軽費老人ホーム）	245	55	147	60	80	0	380	52	457	50	1,526
⑦有料老人ホーム	1,161	565	1,001	176	105	0	2,036	54	1,458	9	6,565
⑧サービス付き 高齢者向け住宅	164	147	315	126	231	0	579	87	725	230	2,604
⑨生活支援ハウス （高齢者生活福祉センター）	58	39	8	25	106	18	25	0	61	20	360
⑩シルバーハウジング	10	16	0	46	0	0	0	0	39	0	111
合計	4,447	3,298	4,066	3,094	3,197	561 (641)	7,422	1,049	9,089	1,590	37,813

（）介護保険事業計画で圏域外の塩尻市と中津川市所在の介護老人保健施設利用を見込む

65歳以上人口 (H28.4.1) (人)	62,933	59,102	61,692	55,149	52,636	11,240	119,329	20,529	160,759	29,241	632,610
65歳以上千人当たり 高齢者向け施設床数	70.7	55.8	65.9	56.1	60.7	49.9 (57.0)	62.2	51.1	56.5	54.4	59.8
65歳以上千人当たり 介護施設(①～③)床数	37.6	34.9	33.1	40.3	41.3	34.3 (41.5)	29.8	36.5	31.7	33.8	34.2

出典：介護支援課資料、2016版社会福祉施設名簿から作成

図 65歳以上千人当たり高齢者向け施設床数

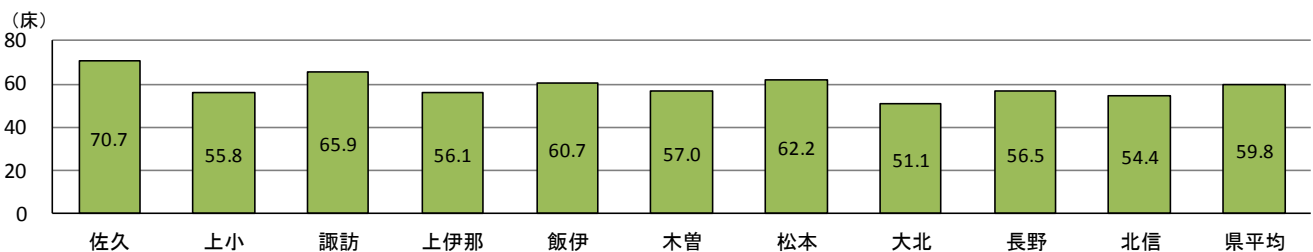
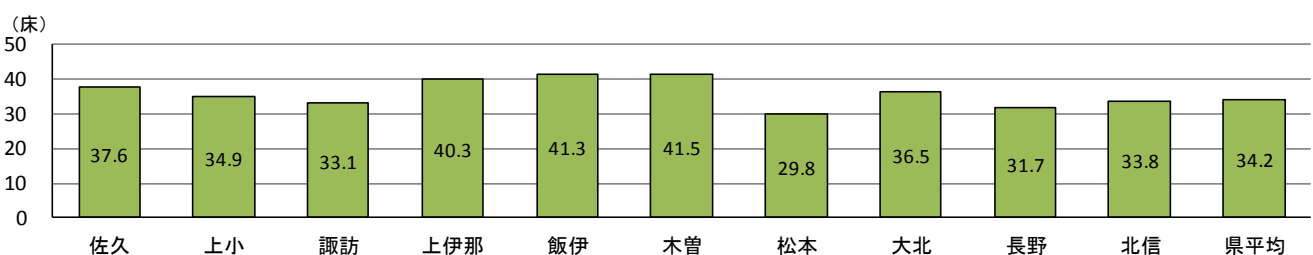


図 65歳以上千人当たり介護施設(①～③)床数



第3節 2025年度における医療需要と病床数の必要量等の推計

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、基本的に国の法令通知に従って推計しています。これは2013年度（平成25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に願います。

出典：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

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、第6次保健医療計画（平成25～29年度）で定めた10の二次医療圏を基本に医療提供体制の整備を図っていることから、現行の二次医療圏を構想区域として設定し、地域医療構想を策定することとします。



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) 推計方法の根拠

将来の医療需要等の推計に当たっては、全国統一的な算定をするため、推計方法が国の法令通知で詳細に定められています。

【根拠法令】

- ・医療法第30条の4第2項第7号
- ・医療法施行規則第30条の28の3
- ・「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一部の施行について（平成27年3月31日厚生労働省医政局長通知）

(2) 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^{※1}は以下のとおりです。

I. 性別・年齢階級別の2013年度の入院患者数^{※2}を365で割り、1日当たり入院患者数を算出

II. Iを2013年の性別・年齢階級別の人口で割り、入院受療率を算出(4医療機能ごと)

III. IIに2025年の性別・年齢階級別の人口^{※3}をかけ、2025年度の医療需要(人/日)を推計^{※4}

IV. 医療提供の地域間の役割分担等を踏まえ、都道府県間・構想区域間の患者流出入を調整

V. 医療需要(人/日)を、4医療機能ごと全国一律の病床稼働率^{※5}で割り戻し必要病床数を推計

※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: 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: 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(2013年3月出生中位推計)」を用いる。

※4: 推計値には、現行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。

※5: 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)

(3) 病床の機能区分

医療需要の推計に当たり、4つの医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)のうち、高度急性期・急性期・回復期は主に医療資源投入量によって区分します。

医療資源投入量とは、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値であり、1点10円として金額に換算されるので、例えば3,000点以上に区分される高度急性期は1日3万円以上の医療行為をする水準と解釈することができます。

なお、地域医療構想の推計に用いる区分と、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21ページ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。

※病床機能報告制度

医療法に基づき、医療機関が毎年、その有する病床(一般病床及び療養病床)の現在の機能区分(高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分から病棟ごとに1つを選択)や6年後の機能区分の予定、構造設備・人員配置に関する項目等を都道府県に報告する制度で平成26年度から開始された。病床の機能区分は医療機関の自主的な判断による報告のため、機能区分の解釈が医療機関によって大きく食い違わないよう制度の見直しを求める意見がある。

報告結果は長野県公式ホームページで公表している。

表 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 ・ <u>回復期リハビリテーション病棟</u>	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 ・ <u>障害者施設・特殊疾患病棟</u> ・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害者（重度の意識障害者を含む。）、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。

出典:「地域医療構想策定ガイドライン」より作成

(4) 慢性期の推計

ア 慢性期の医療需要推計の考え方

主に慢性期機能を担っている療養病床は、診療報酬が包括算定されているため一般病床のように医療資源投入量による機能区分が難しいことや、入院受療率が地域によって大きく異なる中でその地域差の縮小を目指していく観点などから、慢性期の医療需要は介護施設等を含む在宅医療等*と一体的に推計を行うこととされています。

※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。

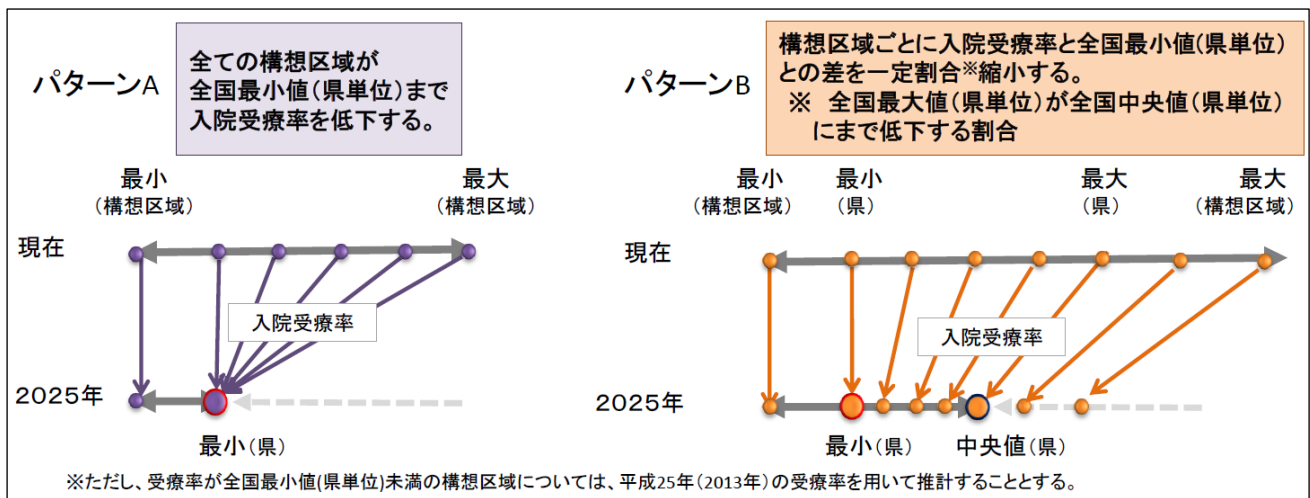
イ 療養病床の入院受療率の設定

地域医療構想では、療養病床の入院受療率の地域差を一定程度縮小するという仮定のもとに慢性期医療需要の推計を行います。推計に当たっては、県がパターンAからパターンBの範囲内で推計方法を設定することが医療法施行規則で定められています。

長野県は、療養病床の入院受療率が山形県、宮城県に続いて全国で3番目に低い状況であることから、病床の削減幅が小さいパターンBにより慢性期の医療需要を推計することとします。

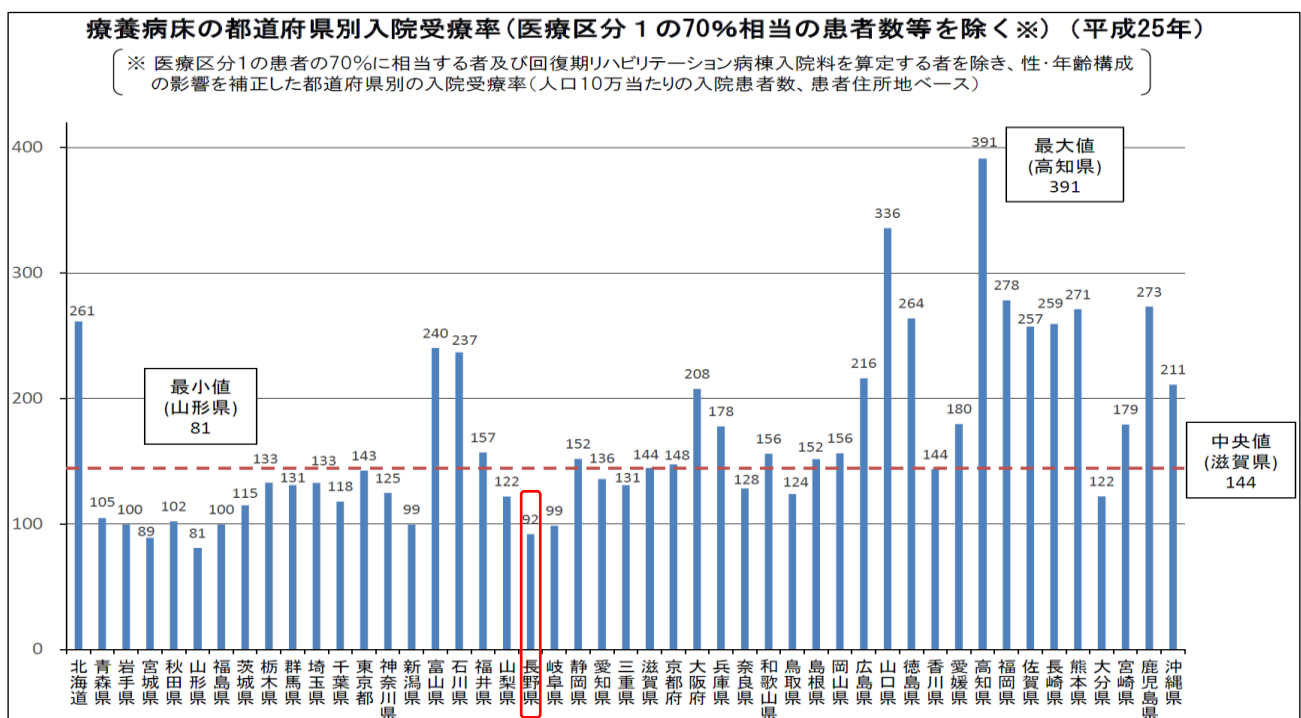
<参考>長野県のパターンAとパターンBの推計を比較すると、パターンBがパターンAより全県で約100床多い推計値となります。

図 入院受療率の地域差の解消方法（パターンA・B）



出典:「地域医療構想策定ガイドライン」

図 必要病床数の算定に用いられる療養病床の入院受療率の都道府県間比較



出典:「第5回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」
資料1「2025年の医療機能別必要病床数の推計結果について」

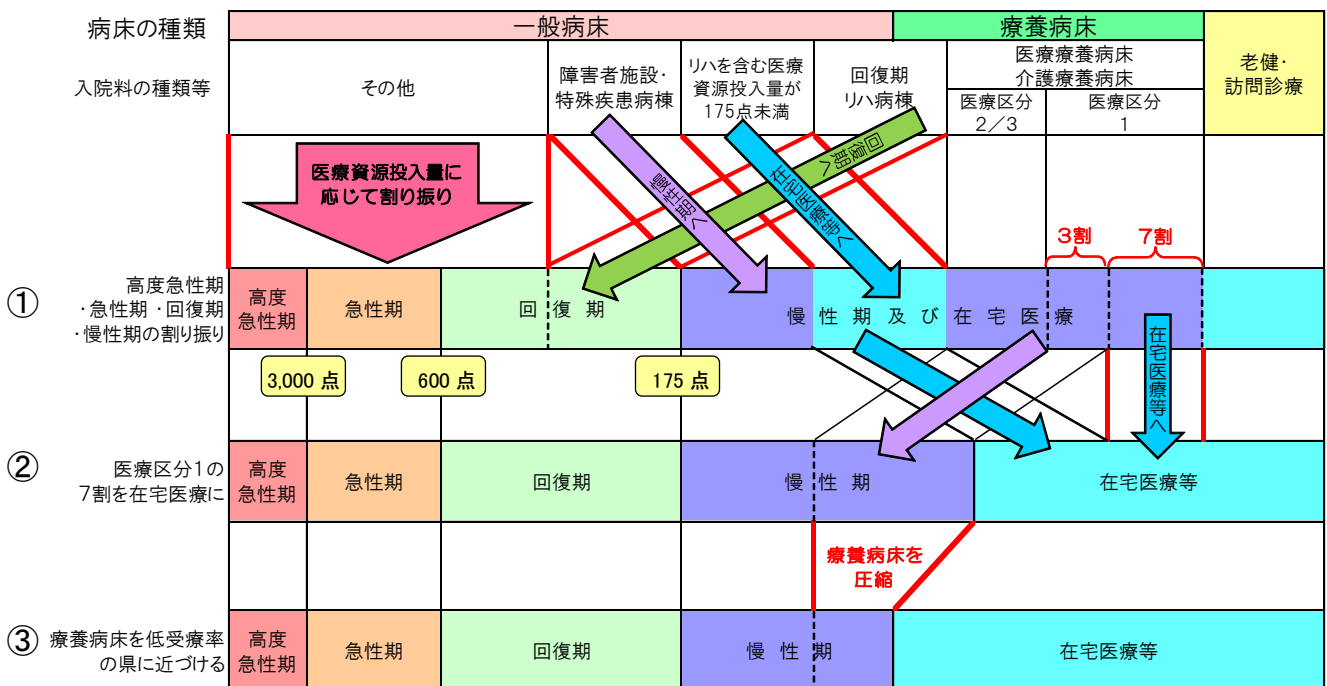
ウ 慢性期の推計手順

前述したアとイを踏まえ、国が定めた以下の手順により医療需要を推計します。

①	<ul style="list-style-type: none"> 一般病床のうち、障害者施設・特殊疾患病棟は慢性期に区分する。 一般病床のうち、リハビリを含めた医療資源投入量が175点未満の場合は在宅医療等に区分する。 一般病床及び療養病床のうち回復期リハビリテーション病棟は、回復期に区分する。 残りの一般病床は医療資源投入量の点数で高度急性期、急性期、回復期に振り分ける。
②	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟を除く療養病床の入院患者は慢性期に区分するが、そのうち医療区分1*の患者の7割は比較的医療ニーズが低く、将来は病床以外の自宅や介護施設等で対応可能と仮定し、在宅医療等に区分する。
③	<ul style="list-style-type: none"> ②で慢性期に振り分けた療養病床の入院患者について、入院受療率が最低の県に一定割合(全国最大値が全国中央値まで低下する割合)で近づくよう入院受療率を下げ(パターンB)、低下させた入院受療率分を在宅医療等に区分する。

*医療区分1：医療区分とは、療養病床において医療的ニーズの大小によって患者を3区分するもので、医療区分3が最も医療的ニーズが大きく、医療区分1が医療的ニーズの小さい患者となっている。

図 病床の機能区分の振り分けイメージ



出典：「地域医療構想策定ガイドライン」より作成

エ 慢性期の病床数推計値の低減に関する考え方

地域医療構想では、療養病床の入院患者のうち医療区分1の7割の患者は介護施設等を含めた在宅医療等では対応可能と仮定して病床数を推計します。これに関して、2015年度（平成27年度）に県内療養病床入院患者の実態を調査したところ、「病状は安定しており退院可能」な患者は医療区分1では63.7%でした。

しかし、退院可能な患者のうち、「在宅復帰準備中（退院日決定）」の患者は13.3%に留まり、「在宅での受け入れ困難のために現実には退院不可能」な患者が58.0%（複数回答）となっており、医学的には退院可能でも、実際の退院は容易ではないことがわかります。

病床の削減については、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地域包括ケア体制の構築を先行して考えていくことが必要です。

<参考> 推計方法決定の根拠となった調査

国では、以下の調査結果を参考にしながら地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会で議論し、医療区分1の7割を在宅対応可能としています。

- 「医療区分」患者状態調査（日本慢性期医療協会、2013年）
 - ・ 医療区分1の患者のうち約30%は医療区分2相当である。
- 「療養病床の再編に関する緊急調査」報告（日本医師会、2006年10月）
 - ・ 医療区分1のうち63.4%は、病状は安定しており退院可能である。

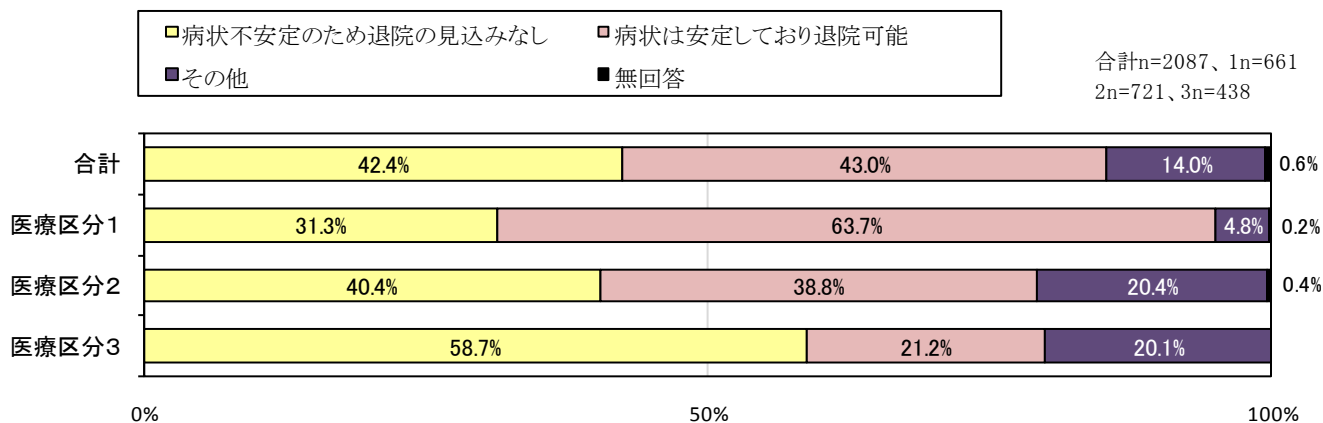
関連データ

～平成27年度長野県療養病床入院患者等実態調査から～

■ 入院患者の退院の可能性

- 入院患者の退院の可能性についてみると、医療区分1の患者については「病状は安定しており退院可能」が63.7%となっています。医療区分2・3の患者については「病状不安定のため退院の見込みなし」が多く、それぞれ40.4%、58.7%となっています。

図 入院患者の退院の可能性

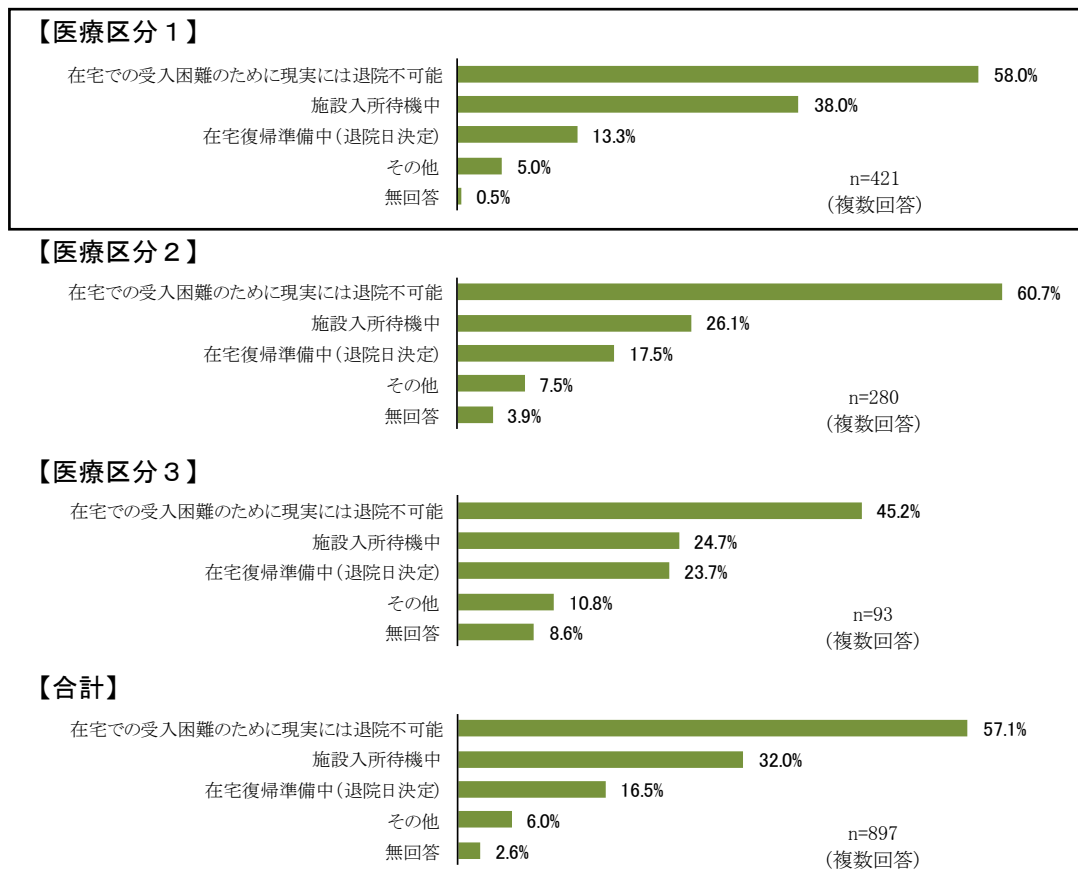


出典：長野県在宅医療等提供体制調査分析業務報告書(2016.3)

■ 退院可能な患者の状況（複数回答）

- 退院可能な患者の状況についてみると、医療区分にかかわらず「在宅での受け入れ困難のため現実には退院不可能」が多くなっています。他の医療区分と比較して、医療区分1の患者では「施設入所待機中」の割合が38.0%と多くなっています。

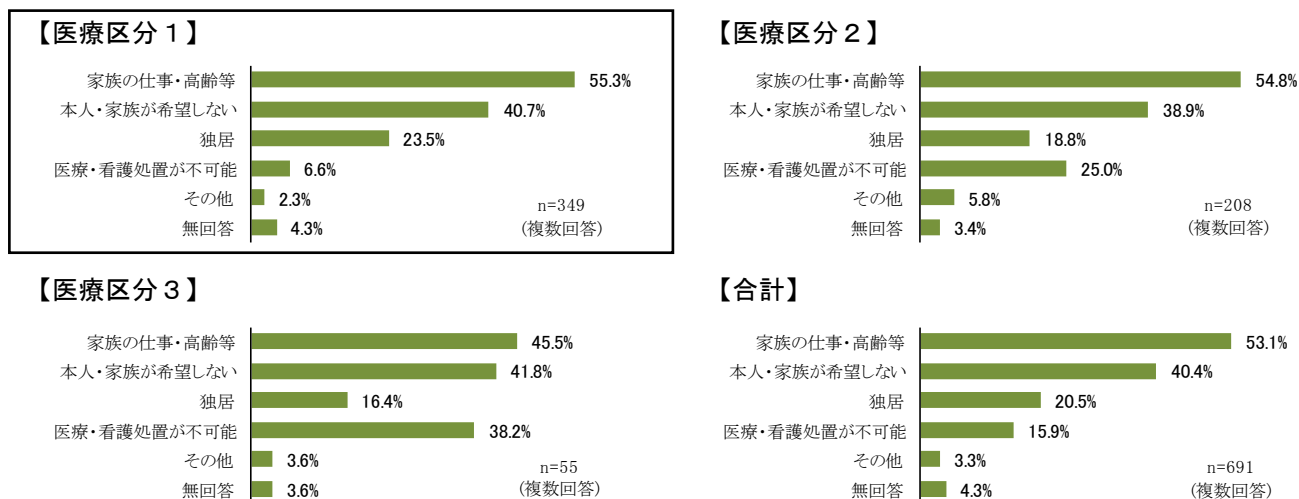
図 退院可能な患者の状況（複数回答）



■ 在宅での受け入れが困難とされる理由

- 在宅での受け入れが困難とされる理由についてみると、「家族の仕事・高齢等」が最も多く、次いで「本人や家族が在宅医療を希望しない」となっています。

図 在宅での受け入れが困難とされる理由

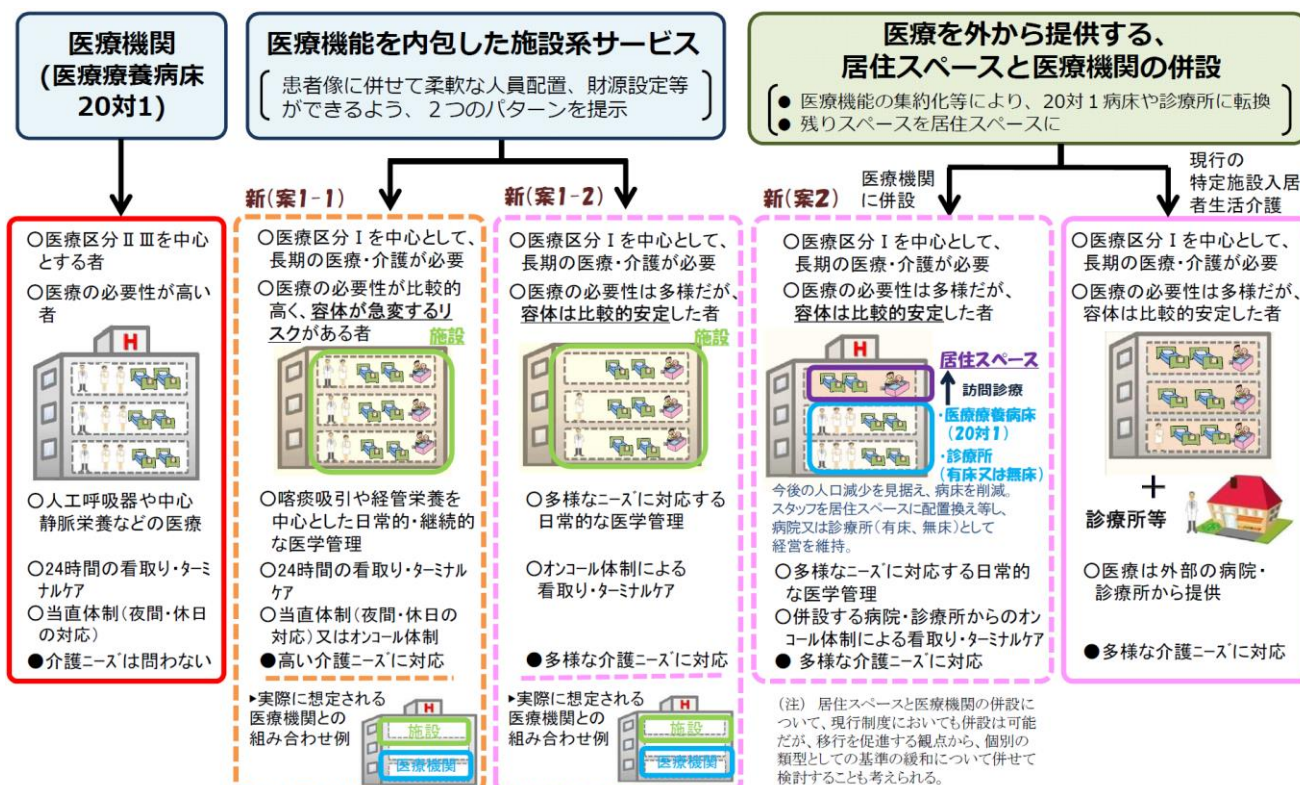


出典：長野県在宅医療等提供体制調査分析業務報告書(2016.3)

＜参考＞国による療養病床の在り方についての検討状況

- ・現在、国において2017年度（平成29年度）末で廃止が予定されている介護療養病床と看護職員配置25:1の医療療養病床について、廃止後の受け皿となる新たな施設類型についての検討が行われているところであり、
 - ①医療機能を内包した施設系サービス
 - ②医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設
 といった案が出されています。
- ・廃止後も、現在ある療養病床自体を取り壊したり、入院している患者を強制的に居宅に移行させるものではありませんが、地域医療構想策定委員会や地域医療構想調整会議では、新たな施設類型への転換を進めるためには、報酬上のメリット等のインセンティブが必要との意見もあります。
- ・今後とも国の動向を注視しながら、それぞれの構想区域の実情を踏まえ、新たな施設類型への転換や看護職員配置20:1の医療療養病床等への移行等を検討していく必要があります。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）



出典：平成28年1月28日 厚生労働省療養病床の在り方等に関する検討会報告書

「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」参考資料

(5) 医療需要推計値の都道府県間調整

地域医療構想の医療需要の推計に当たっては、都道府県間の患者流出入の調整を行い、都道府県ごとの病床数の必要量を確定させます。(実際の患者の行き来を制限するものではありません。) 都道府県間調整の方法については、国が以下のとおり基本的なルールを定めています。

- 4 医療機能別かつ二次医療圏別の 2025 年（平成 37 年）の都道府県間で流出又は流入している医療需要が 10 人未満の場合は調整の対象外とする。(流出先の都道府県の医療需要とする。)
- 他都道府県から流入する患者数を前提とした医療提供体制を維持したいと考える都道府県（医療機関所在地の都道府県）が、流入の相手都道府県に対して調整の協議を持ちかける。
- 平成 27 年 12 月を期限に協議を行うこととし、期限までに調整できない場合には、調整対象の医療需要は、医療機関所在地の都道府県（患者を受け入れている都道府県）の医療需要となる。

長野県における都道府県間調整の対象となる医療需要と病床数の推計値は以下のとおりですが、国が定めたルールに沿い、①に関しては長野県から山梨県に調整の協議を申し入れ、②に関しては岐阜県から調整の協議がありましたが、①②ともに双方の調整がつかなかったため、地域医療構想の策定に際しては①は長野県の医療需要、②は岐阜県の医療需要として推計することとします。

	流出元	流入先（医療機関所在地）	医療機能	医療需要（病床数）
①	山梨県中北医療圏	長野県諏訪医療圏	急性期	25 人／日（32 床）
			回復期	13 人／日（14 床）
②	長野県木曾医療圏	岐阜県東濃医療圏	回復期	17 人／日（19 床）

(6) 2025 年度における病床数の必要量の推計

ア 構想区域ごとの病床数の推計に関する患者流出入の考え方

現在の医療機関の立地や規模などの医療提供体制は、これまで長年にわたり民間や公共部門の投資が行われて培われてきた成果であり、2025 年（平成 37 年）までの短期間に現在の医療提供体制の基盤が大きく変動することは見込みにくいことから、現在の医療機関所在地への患者流出入が続くと仮定する「医療機関所在地ベース」を基本に推計することとします。

表 医療機関所在地ベースによる 2025 年度の医療需要の推計値（都道府県間調整後）

(単位:人/日)

構想区域	医療機能	医療需要	構想区域	医療機能	医療需要	構想区域	医療機能	医療需要
佐久	高度急性期	151	飯伊	高度急性期	97	長野	高度急性期	408
	急性期	589		急性期	433		急性期	1,278
	回復期	457		回復期	374		回復期	1,078
	慢性期	307		慢性期	219		慢性期	982
	計	1,504		計	1,123		計	3,746
上小	高度急性期	65	木曾	高度急性期	10	北信	高度急性期	42
	急性期	405		急性期	43		急性期	187
	回復期	610		回復期	34		回復期	162
	慢性期	411		慢性期	24		慢性期	13
	計	1,491		計	111		計	404
諏訪	高度急性期	161	松本	高度急性期	381	県計	高度急性期	1,430
	急性期	561		急性期	1,129		急性期	5,111
	回復期	459		回復期	997		回復期	4,608
	慢性期	266		慢性期	517		慢性期	2,999
	計	1,447		計	3,024		計	14,148
上伊那	高度急性期	89	大北	高度急性期	26	・医療需要には、在宅医療等分を含まない。	「地域医療構想策定支援ツール」で作成	
	急性期	337		急性期	149			
	回復期	343		回復期	94			
	慢性期	203		慢性期	57			
	計	972		計	326			

イ 2014年度以降の病院の取組による医療需要推計値の修正

推計には2013年度（平成25年度）の入院受療率を用いることから、その後の病床整備や医療機能の充実等が反映されておらず、将来推計が現状を反映したものとなっていないのではないかとこの意見が構想の検討過程で出されたところです。

そこで県では、2014年度（平成26年度）以降の医療機関の取組を調査し、構想区域間の患者流出入に影響を与えると考えられる以下の①②の取組について「医療機関所在地ベース」による推計値の修正を行うこととしました。（この修正は医療法施行規則第30条の28の3の規定に基づき行うものですが、以下に記載した一定の仮定に基づく推計であり、県による構想区域間の患者流出入の目標といったものではありません。）

①上小、木曾、大北、北信区域におけるがん医療充実の取組

- ・がん医療については、がん対策基本法により全国どこの地域でも質の高い医療が提供できるよう、国において均てん化政策が進められており、長野県でも第6次保健医療計画において全ての二次医療圏のがん診療機能の向上を目指しているところです。
- ・2014年度以降、上記区域内で地域がん診療病院が指定されるなど、がん診療機能の充実が進んでいることから、他の区域への患者流出が一定程度改善されるものと推計します。
- ・一方で、がん医療は脳卒中や急性心筋梗塞などと異なり、緊急性が相対的に低い医療であることから、一部の調整会議等では、がん診療機能は集約化を図るべきとの意見もあります。

②北信区域における医療療養病床の整備

- ・北信区域では2014年度以降に新たに医療療養病床が整備されたため、長野区域への患者流出に改善が見込まれます。また、この流出の改善に伴い、長野区域の病床に空きが生じるため長野区域から上小区域への患者流出が一定程度改善されるものと推計します。

表 2014年度以降の病院の取組による医療需要推計値の修正

構想区域	病院の取組等	修正の考え方	医療需要の修正値	
			増	減
上小	【信州上田医療センター】 地域がん診療病院の指定 (H28. 4. 1)	がん入院患者の流出割合（松本区域へ10.6%、佐久区域へ37.8%）が、がん以外の疾患の流出割合（松本区域へ3.7%、佐久区域へ13.7%）まで改善されると推計	上小 47人/日 高度急性期 8 急性期 22 回復期 17	松本 △11人/日 高度急性期 △2 急性期 △5 回復期 △4 佐久 △36人/日 高度急性期 △6 急性期 △17 回復期 △13
木曾	【県立木曾病院】 地域がん診療病院の指定 (H28. 4. 1)	がん入院患者の流出割合（32.9%）が、がん以外の疾患の流出割合（12.5%）まで改善されると推計	木曾 5人/日 高度急性期 1 急性期 2 回復期 2	松本 △5人/日 高度急性期 △1 急性期 △2 回復期 △2
大北	区域内におけるがん医療充実の取組	がん入院患者の流出割合（43.7%）が、がん以外の疾患の流出割合（25.0%）まで改善されると推計	大北 10人/日 高度急性期 1 急性期 5 回復期 4	松本 △10人/日 高度急性期 △1 急性期 △5 回復期 △4
長野	北信区域における医療療養病床増床に伴い北信からの流入が減り病床に空きが生じるため、長野区域から上小区域への流出超過分が長野区域内で対応可能となる	慢性期の流出入の推計値 長野→上小 40.4人/日 上小→長野 18.2人/日 相殺後の22人/日を修正	長野 22人/日 慢性期 22	上小 △22人/日 慢性期 △22
北信	【北信総合病院】 地域がん診療病院の指定 (H27. 4. 1)	がん入院患者の流出割合（30.3%）が、がん以外の疾患の流出割合（18.3%）まで改善されると推計	北信 6人/日 高度急性期 1 急性期 3 回復期 2	長野 △6人/日 高度急性期 △1 急性期 △3 回復期 △2
	【北信総合病院】 医療療養病床38床整備 (H26. 10. 1) 【飯山赤十字病院】 医療療養病床44床整備 (H27. 7. 1)	休止中の病床を再稼働させた医療療養病床の増床分（44床・医療需要40人/日相当）の流出が改善されると推計	北信 40人/日 慢性期 40	長野 △40人/日 慢性期 △40

「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成

ウ 2025年度の病床数の必要量の推計

これまでに述べた一定の仮定等を用いて算定すると、2025年度（平成37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 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 (床)			<参考> 2015.7.1 の稼働病 床数 (床)
		医療機関所在地 ベース	2014年度以降 の取組反映	修正後	医療機関所在地 ベース A	増減 B	2014年度以降の 取組修正後 A+B	
佐久	高度急性期	151	△ 6	145	201	△ 8	193	2,024
	急性期	589	△ 17	572	755	△ 22	733	
	回復期	457	△ 13	444	508	△ 14	494	
	慢性期	307	0	307	334	0	334	
	計	1,504	△ 36	1,468	1,798	△ 44	1,754	
上小	高度急性期	65	8	73	87	11	98	1,999
	急性期	405	22	427	519	28	547	
	回復期	610	17	627	678	18	696	
	慢性期	411	△ 22	389	447	△ 24	423	
	計	1,491	25	1,516	1,731	33	1,764	
諏訪	高度急性期	161		161	215		215	1,725
	急性期	561		561	719		719	
	回復期	459		459	510		510	
	慢性期	266		266	289		289	
	計	1,447	0	1,447	1,733	0	1,733	
上伊那	高度急性期	89		89	119		119	1,186
	急性期	337		337	432		432	
	回復期	343		343	381		381	
	慢性期	203		203	221		221	
	計	972	0	972	1,153	0	1,153	
飯伊	高度急性期	97		97	129		129	1,515
	急性期	433		433	555		555	
	回復期	374		374	416		416	
	慢性期	219		219	238		238	
	計	1,123	0	1,123	1,338	0	1,338	
木曾	高度急性期	10	1	11	13	1	14	186
	急性期	43	2	45	55	3	58	
	回復期	34	2	36	38	2	40	
	慢性期	24	0	24	26	0	26	
	計	111	5	116	132	6	138	
松本	高度急性期	381	△ 4	377	508	△ 5	503	3,828
	急性期	1,129	△ 12	1,117	1,447	△ 15	1,432	
	回復期	997	△ 10	987	1,108	△ 10	1,098	
	慢性期	517	0	517	562	0	562	
	計	3,024	△ 26	2,998	3,625	△ 30	3,595	
大北	高度急性期	26	1	27	35	1	36	471
	急性期	149	5	154	191	6	197	
	回復期	94	4	98	104	4	108	
	慢性期	57	0	57	62	0	62	
	計	326	10	336	392	11	403	
長野	高度急性期	408	△ 1	407	544	△ 1	543	4,902
	急性期	1,278	△ 3	1,275	1,638	△ 4	1,634	
	回復期	1,078	△ 2	1,076	1,198	△ 2	1,196	
	慢性期	982	△ 18	964	1,067	△ 20	1,047	
	計	3,746	△ 24	3,722	4,447	△ 27	4,420	
北信	高度急性期	42	1	43	56	1	57	683
	急性期	187	3	190	240	4	244	
	回復期	162	2	164	180	2	182	
	慢性期	13	40	53	14	44	58	
	計	404	46	450	490	51	541	
県計	高度急性期	1,430	0	1,430	1,907	0	1,907	18,519
	急性期	5,111	0	5,111	6,551	0	6,551	
	回復期	4,608	0	4,608	5,121	0	5,121	
	慢性期	2,999	0	2,999	3,260	0	3,260	
	計	14,148	0	14,148	16,839	0	16,839	

・病床稼働率は国が示している高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%で計算

「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成

(7) 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、4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（平成42年）から2035年（平成47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 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)
佐 久	高度急性期	145	193
	急性期	519	665
	回復期	429	477
	慢性期	287	312
	計	1,380	1,647
上 小	高度急性期	73	98
	急性期	480	615
	回復期	565	628
	慢性期	275	299
	計	1,393	1,640
諏 訪	高度急性期	161	215
	急性期	550	705
	回復期	464	516
	慢性期	318	346
	計	1,493	1,782
上伊那	高度急性期	89	119
	急性期	405	519
	回復期	405	450
	慢性期	221	240
	計	1,120	1,328
飯 伊	高度急性期	97	129
	急性期	430	551
	回復期	373	414
	慢性期	219	238
	計	1,119	1,332
木 曾	高度急性期	11	14
	急性期	62	79
	回復期	46	51
	慢性期	41	45
	計	160	189
松 本	高度急性期	377	503
	急性期	1,014	1,300
	回復期	946	1,051
	慢性期	577	627
	計	2,914	3,481
大 北	高度急性期	27	36
	急性期	175	224
	回復期	127	141
	慢性期	67	73
	計	396	474
長 野	高度急性期	407	544
	急性期	1,257	1,612
	回復期	1,058	1,176
	慢性期	911	990
	計	3,633	4,322
北 信	高度急性期	43	57
	急性期	218	279
	回復期	196	218
	慢性期	83	90
	計	540	644
県 計	高度急性期	1,430	1,908
	急性期	5,110	6,549
	回復期	4,609	5,122
	慢性期	2,999	3,260
	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

<参考>長野県人口定着・確かな暮らし実現総合戦略による人口推計との比較について

県では、2015年度（平成27年度）に長野県人口定着・確かな暮らし実現総合戦略を策定し、人口減少に歯止めをかけるべく鋭意施策を推進しているところです。

総合戦略の中で示している人口ビジョンでは、人口の減少を緩和するための政策を講じた場合、2025年（平成37年）に長野県の総人口は1,969千人になると見込まれています。一方で2025年度の病床数必要量の推計に使用した国立社会保障・人口問題研究所の推計人口では1,938千人となっています。

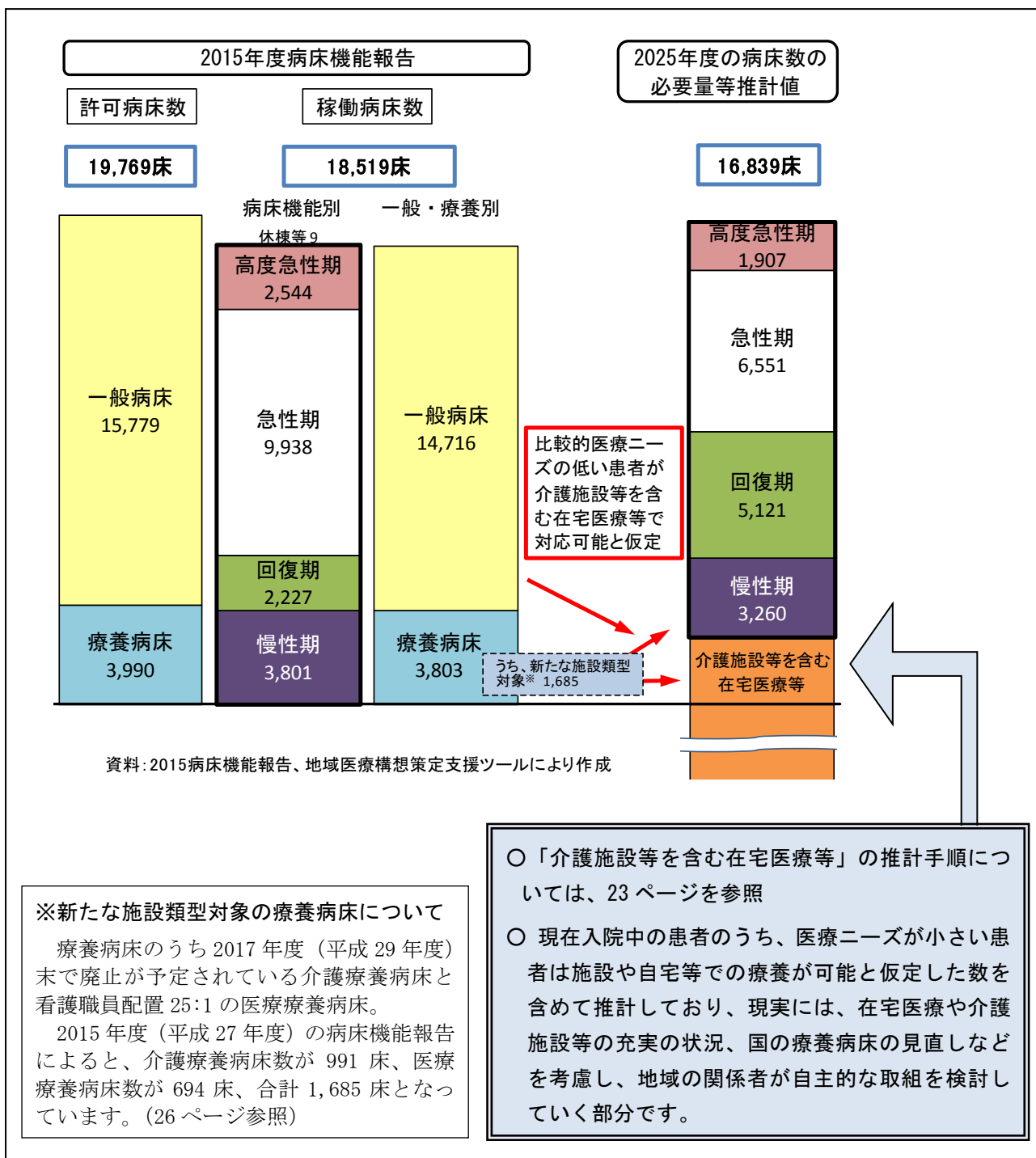
この差31千人の人口増は主に若年層の増加であり、病床数の必要量に換算すると32床程度影響を与えることが見込まれますので、今後の人口の推移にも留意していくことが必要です。

(8) 2015 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

2015 年度（平成 27 年度）の病床機能報告による許可病床数は県全体で 19,769 床となっており、2025 年度（平成 37 年度）の病床数の推計値と比較すると 2,930 床多くなっています。また、2015 年度の稼働病床数は 18,519 床となっており、推計値との差は 1,680 床となっています。

なお、病床の機能区分について、病床機能報告は定性的な基準による病棟を単位とした医療機関の自己申告、2025 年度の病床数の推計値は医療資源投入量の点数による区分という違いがあります。（20 ページ参照）

図 2015 年度の病床数と 2025 年度の病床数必要量推計値との比較



(9) 2025 年度における在宅医療等の必要量の推計

地域医療構想における在宅医療等とは、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、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しています。

在宅医療等の必要量は、次の①と②の合計により推計します。(慢性期と在宅医療等の医療需要の振り分けイメージは 23 ページの図を参照)

なお、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。

- ① 2013 年度のレセプトデータ等から比較的医療ニーズが低いと仮定される「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」、「療養病床の入院患者のうち、医療区分 1 の 7 割の患者数」、「療養病床の入院患者のうち、入院受療率が低い地域との地域差解消分の患者数」を算出し、患者の居住地で在宅医療を受けるものと仮定して 2025 年度の推計人口を乗じて 2025 年度の推計値を算出
- ② 2013 年度の介護給付費実態調査による介護老人保健施設入所者数の実績から 2025 年度の入所者数の推計値を算出するとともに、2013 年度のレセプトデータのうち、在宅患者訪問診療料を算定している患者数から 2025 年度の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。)の推計値を算出

推計の結果、2025 年度(平成 37 年度)は 2013 年度(平成 25 年度)に比べて、全県で約 2 割程度在宅医療等の必要量が増加すると見込まれますが、地域ごとに差異があり、上小、諏訪、長野区域が 25%以上増加する見込みの一方で、木曾や北信区域は概ね横ばいの見込みとなっていることから、国の動向も注視しながらそれぞれの地域にあった在宅医療等の提供体制を目指すことが重要です。

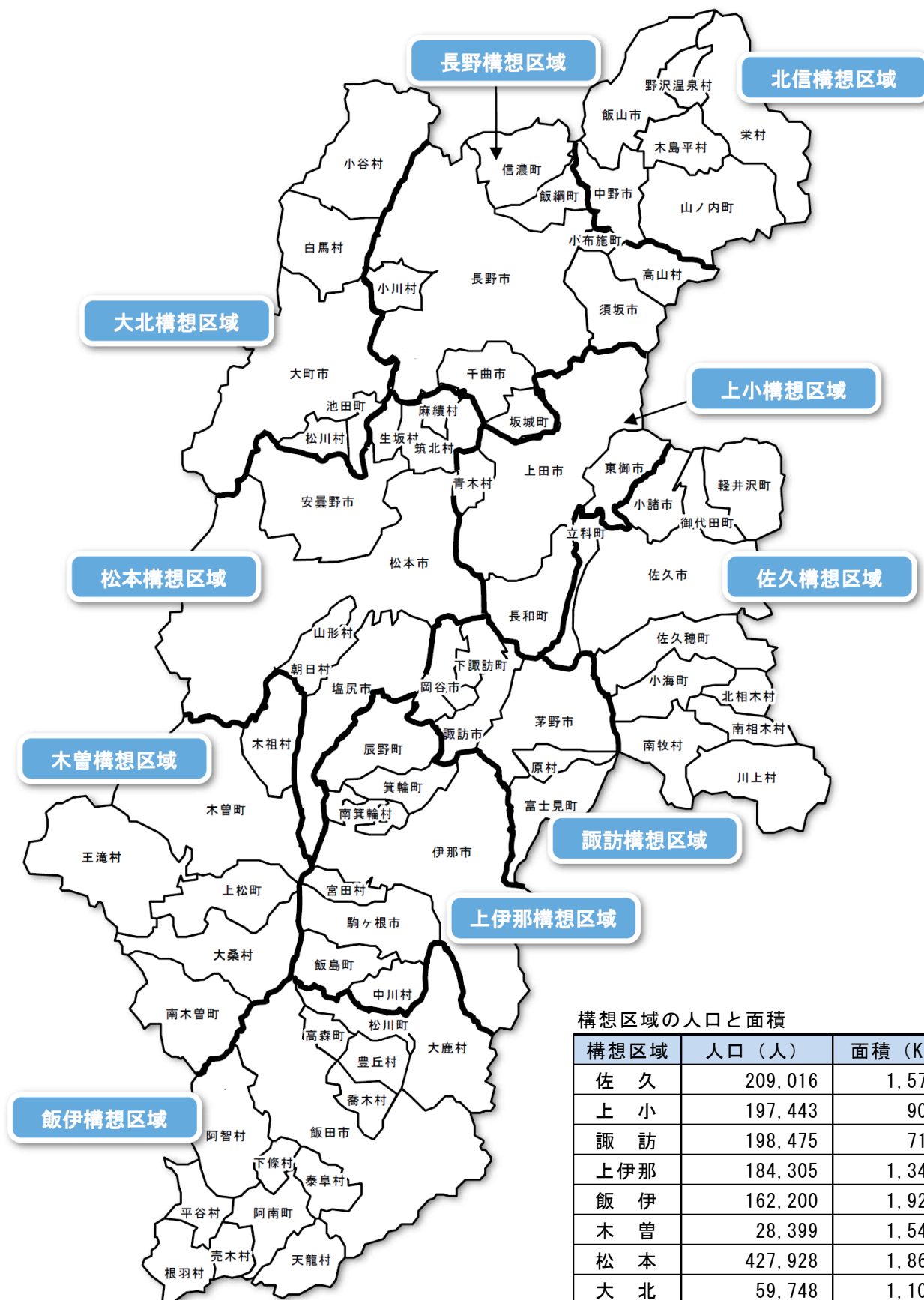
表 在宅医療等の必要量

(単位：人/日)

構想区域	2013年度推計値		2025年度推計値			
	在宅医療等の必要量		在宅医療等の必要量		左のうち訪問診療分	
		うち 訪問診療分		2013年度比		2013年度比
佐久	2,428	1,392	2,847	117.3%	1,634	117.4%
上小	1,873	943	2,341	125.0%	1,127	119.5%
諏訪	2,012	1,157	2,535	126.0%	1,465	126.6%
上伊那	1,859	1,072	2,225	119.7%	1,281	119.5%
飯伊	1,984	1,092	2,115	106.6%	1,160	106.2%
木曾	410	205	405	98.8%	203	99.0%
松本	4,086	2,372	5,016	122.8%	2,932	123.6%
大北	714	417	812	113.7%	477	114.4%
長野	5,002	2,570	6,271	125.4%	3,139	122.1%
北信	806	348	815	101.1%	353	101.4%
県計	21,174	11,568	25,382	119.9%	13,771	119.0%

「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

第4節 構想区域ごとの概況



構想区域の人口と面積

構想区域	人口 (人)	面積 (Km ²)
佐久	209,016	1,571.18
上小	197,443	905.37
諏訪	198,475	715.75
上伊那	184,305	1,348.40
飯伊	162,200	1,928.89
木曾	28,399	1,546.15
松本	427,928	1,868.74
大北	59,748	1,109.65
長野	543,424	1,558.00
北信	87,866	1,009.45
	2,098,804	13,561.56

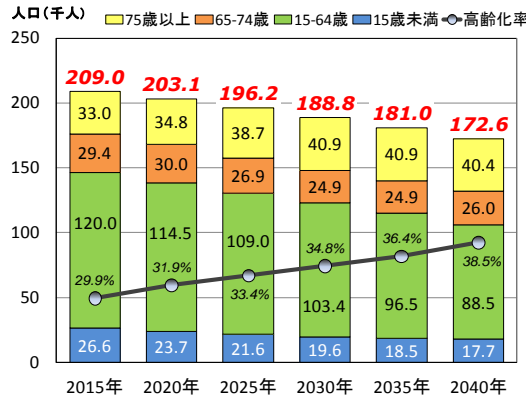
出典: 2015年国勢調査「人口等基本集計」

佐久構想区域

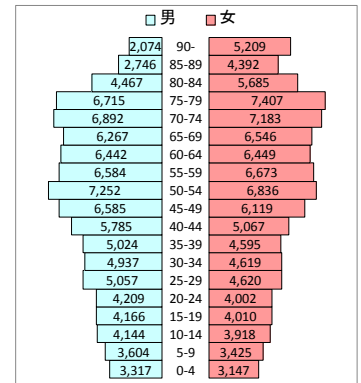
小諸市、佐久市、小海町、佐久穂町、川上村、南牧村、南相木村、北相木村、軽井沢町、御代田町、立科町 (11市町村)

将来の人口・高齢化率の推移

・佐久区域の総人口は減少傾向にあります。75歳以上人口は2030年頃まで増加し、その後ほぼ横ばいで推移していくことが見込まれます。

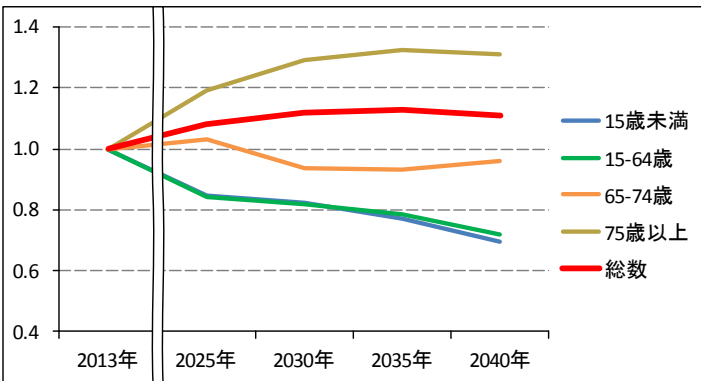


2025年の人口構造



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

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



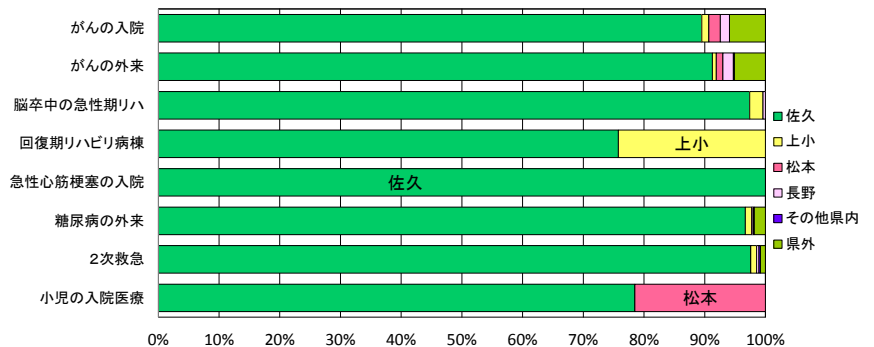
- ・全体として入院患者数は2035年頃にピークとなる見込みですが、増加は2013年から1割強程度に留まる見込みです。
- ・65歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・75歳以上の入院患者数は2035年頃にピークとなる見込みです。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況 (2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析)

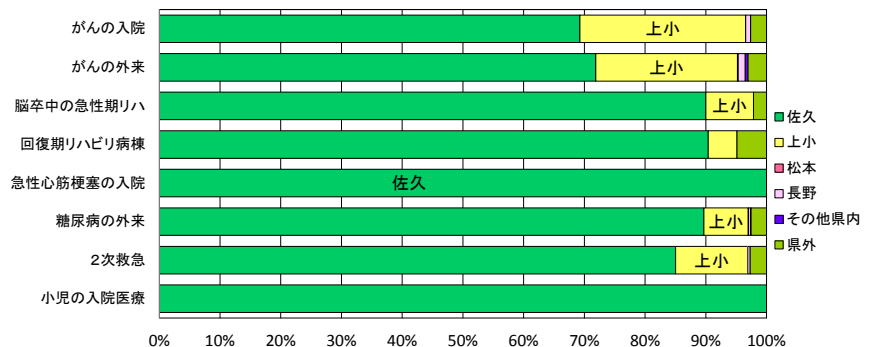
区域内居住者の受診先の所在地

- ・回復期リハビリテーション病棟入院患者の25%が上小区域に流出しています。
- ・小児の入院医療は20%が松本区域へ流出しています。



区域内医療機関の受診患者の住所

- ・がんの入院と外来は25%ほどが上小区域から流入しています。
- ・脳卒中の急性期、糖尿病の外来、2次救急などの分野で上小区域から流入しています。



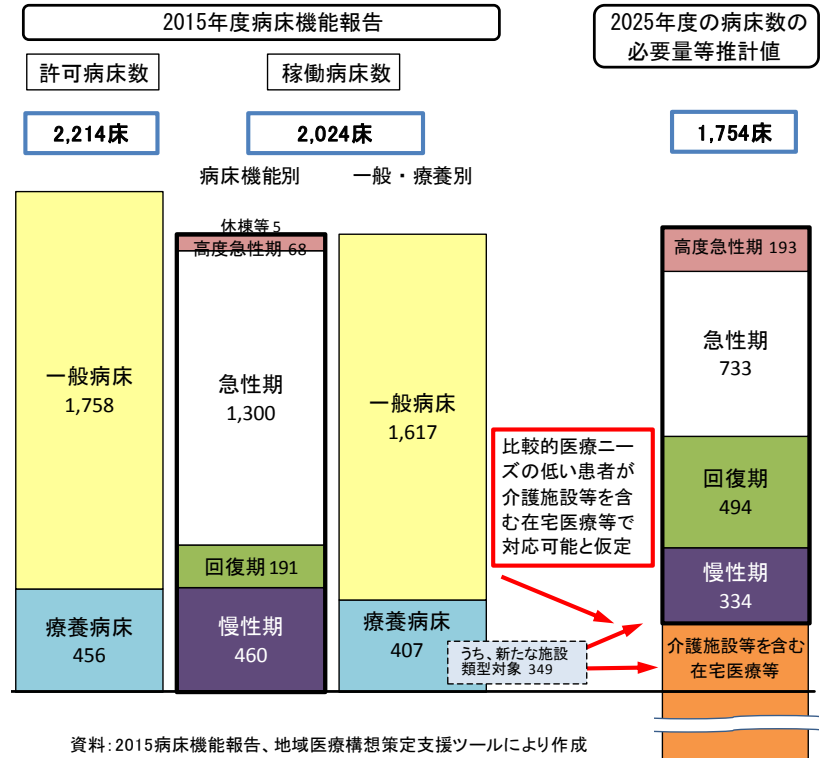
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

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。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

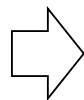
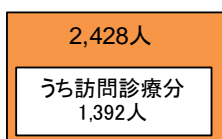
- 2015 年 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 1,758 床、療養病床 456 床、合計 2,214 床です。
- 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 2,024 床です。
- 療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床が 349 床あります。



2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- 2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり 2,847 人と、2013 年度と比べて約 17% 増加することが見込まれます。
- 訪問診療分の医療需要は 1,634 人と見込まれます。

2013年度推計値



2025年度推計値



資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

<参考>在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況(2015年度末現在)

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	1,282
介護老人保健施設	926
認知症高齢者グループホーム	213
養護老人ホーム	230
ケアハウス(軽費老人ホーム)	245
有料老人ホーム	1,161
サービス付き高齢者向け住宅	164
生活支援ハウス・シルバーハウジング	68
合計	4,289

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、2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)

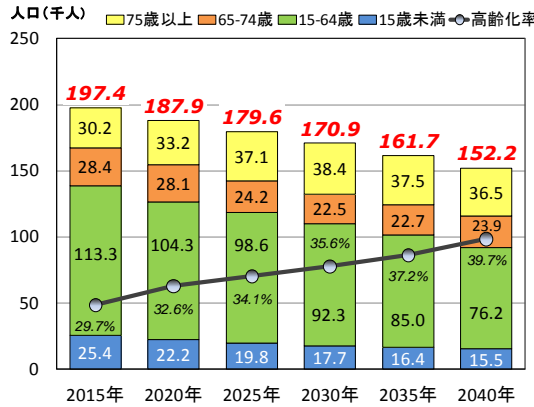
- 回復期リハビリテーション患者の 25%程度が上小区域に流出しており、区域内で回復期機能が不足しています。
- 今後、在宅医療のニーズがかなり増加することが見込まれますが、診療所に従事する医師の高齢化等により訪問診療を行う医師の確保が大きな課題となっており、医療、介護の関係機関、関係者との連携強化を図る必要があります。

上小構想区域

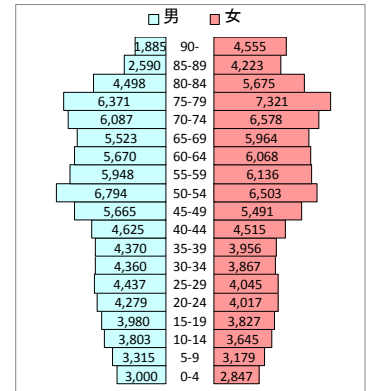
上田市、東御市、長和町、青木村 (4市町村)

将来の人口・高齢化率の推移

・上小区域の総人口は減少傾向にあります。75歳以上人口は2030年頃まで増加したのち、減少に転じることが見込まれます。

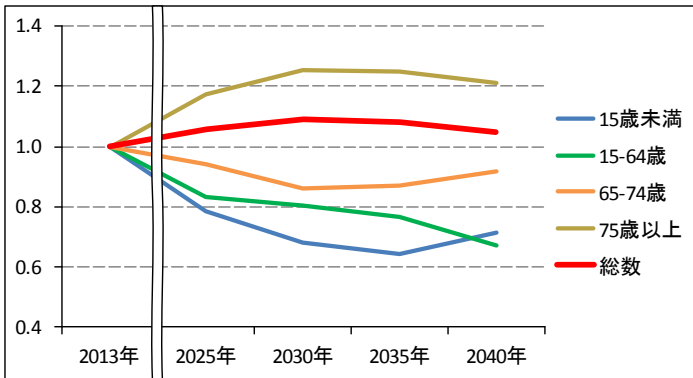


2025年の人口構造



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

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



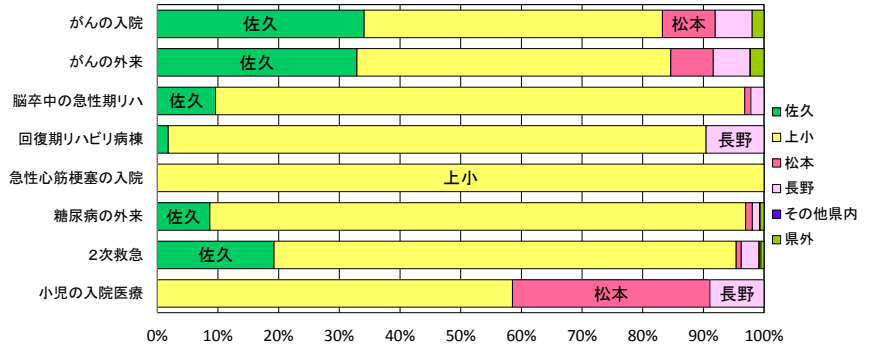
- ・全体として入院患者数は2030年頃にピークを迎える見込みですが、増加は2013年から1割程度に留まる見込みです。
- ・75歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・75歳以上の入院患者数は2030年頃にピークとなる見込みです。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況 (2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析)

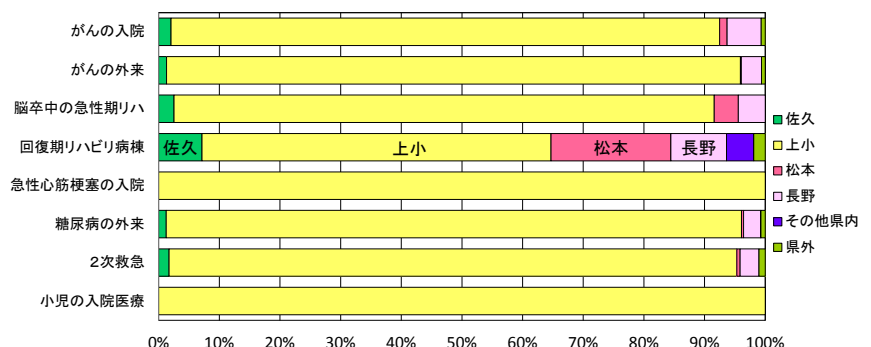
区域内居住者の受診先の所在地

- ・がんは、多くの患者が隣接する佐久・松本・長野の各区域に流出しています。
- ・小児の入院医療は、30%が松本区域、10%が長野区域に流出しています。



区域内医療機関の受診患者の住所

- ・回復期リハビリテーション病棟への入院患者は、松本区域から20%、佐久・長野区域から約10%ずつなど、多くの患者が隣接区域から流入しています。



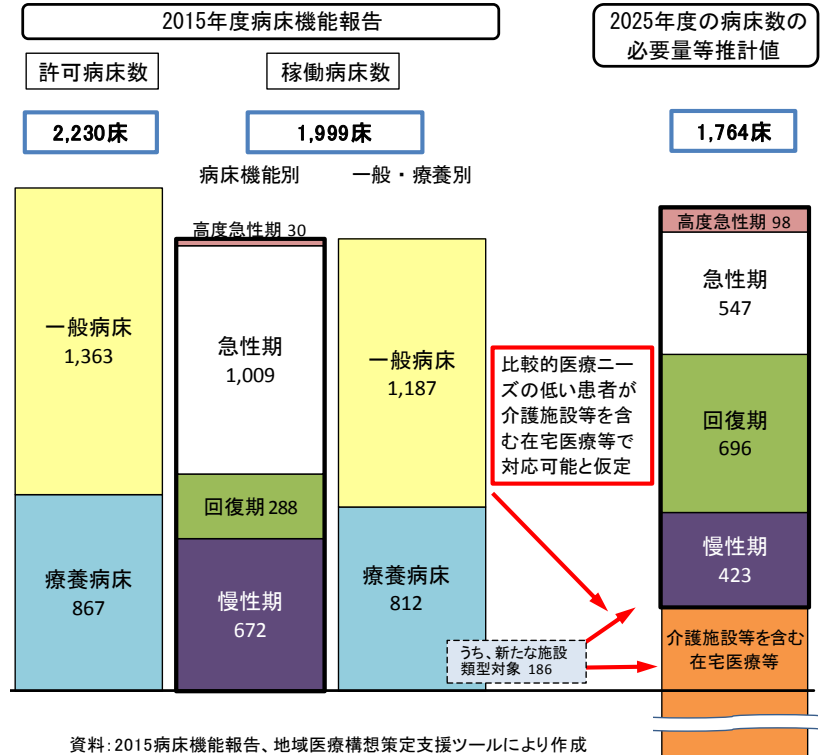
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

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。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

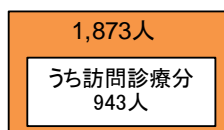
- 2015 年 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 1,363 床、療養病床 867 床、合計 2,230 床です。
- 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 1,999 床です。
- 療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床が 186 床あります。



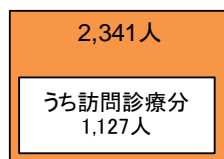
2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- 2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり 2,341 人と、2013 年度と比べて 25%増加することが見込まれます。
- 訪問診療分の医療需要は 1,127 人と見込まれます。

2013年度推計値



2025年度推計値



資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

<参考>在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況(2015年度末現在)

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	1,110
介護老人保健施設	799
認知症高齢者グループホーム	245
養護老人ホーム	166
ケアハウス(軽費老人ホーム)	55
有料老人ホーム	565
サービス付き高齢者向け住宅	147
生活支援ハウス・シルバーハウジング	55
合計	3,142

医療・介護提供体制の現状と課題

(現状)

- 2013 年度(平成 25 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 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)

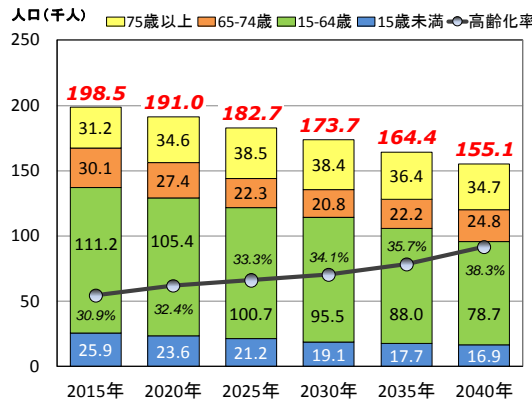
- 高度急性期・急性期の一部を隣接する区域が担う一方、佐久、松本、長野区域等の回復期、慢性期の一部を上小区域が担うという機能分担が図られており、回復期・慢性期の病床については、今後とも一定の病床数を確保していく必要があります。
- 人口 10 万人当たりの医療従事者数は、医師が 154.8 人と 10 区域の中で少ない方から 3 番目、看護師が 811.2 人と少ない方から 2 番目となっており、医療従事者の確保が課題となっています。

諏訪構想区域

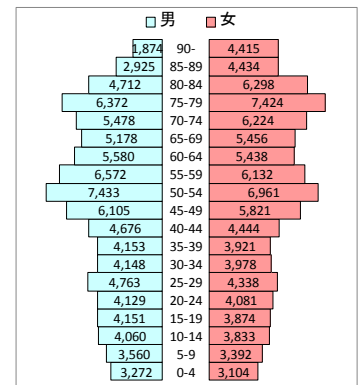
岡谷市、諏訪市、茅野市、下諏訪町、富士見町、原村（6市町村）

将来の人口・高齢化率の推移

・諏訪区域の総人口は減少傾向にあります。75歳以上人口は2025~30年頃にピークとなったあと減少に転じることが見込まれます。

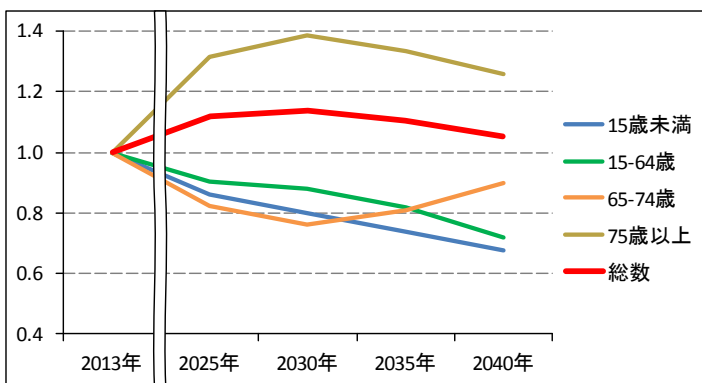


2025年の人口構造



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

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



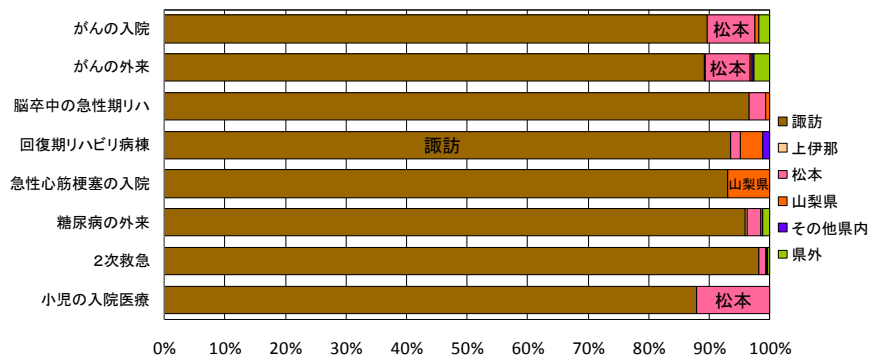
- ・全体として入院患者数は2030年頃にピークを迎える見込みですが、増加は2013年から1割強程度に留まる見込みです。
- ・75歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・75歳以上の入院患者数は2030年頃にピークとなる見込みです。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況 (2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析)

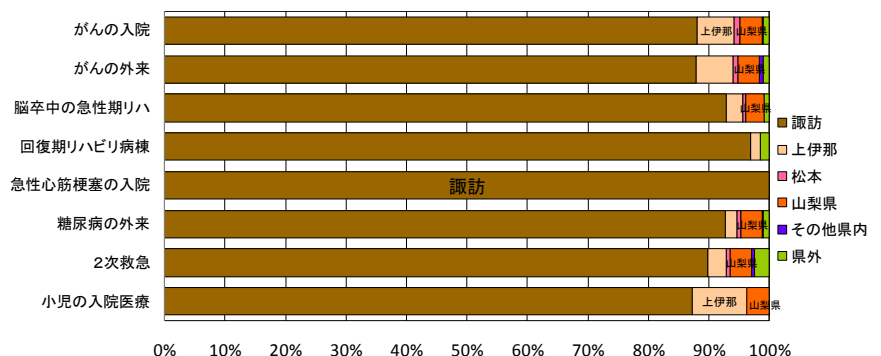
区域内居住者の受診先の所在地

- ・がんの入院・外来について、10%弱が隣接する松本区域へ流出しています。
- ・小児の入院医療は、10%程度、松本区域へ流出しています。



区域内医療機関の受診患者の住所

- ・比較的流入の少ない区域です。
- ・山梨県との間で、患者の流出入がみられます。
- ・小児の入院医療は、10%程度が上伊那区域から流入しています。



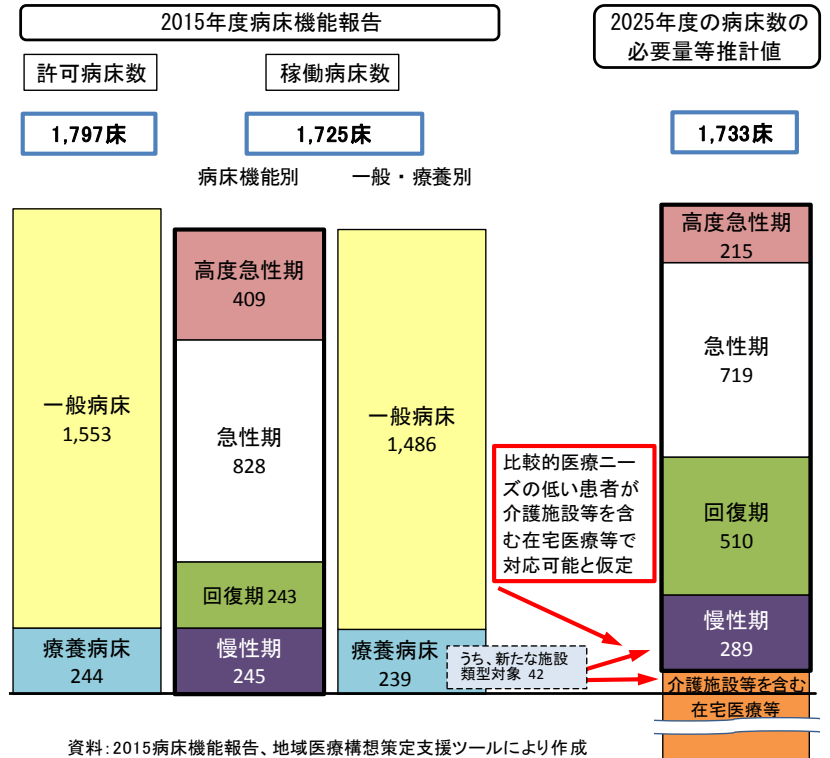
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

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。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

- 2015 年 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 1,553 床、療養病床 244 床、合計 1,797 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 1,725 床です。
- 療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床が 42 床あります。



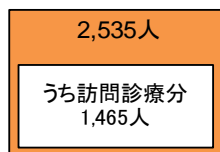
2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- 2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり 2,535 人と、2013 年度と比べて 26% 増加することが見込まれます。
- 訪問診療分の医療需要は 1,465 人と見込まれます。

2013年度推計値



2025年度推計値



資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

<参考>在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況(2015年度末現在)

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	1,087
介護老人保健施設	924
認知症高齢者グループホーム	360
養護老人ホーム	190
ケアハウス(軽費老人ホーム)	147
有料老人ホーム	1,001
サービス付き高齢者向け住宅	315
生活支援ハウス・シルバーハウジング	8
合計	4,032

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)

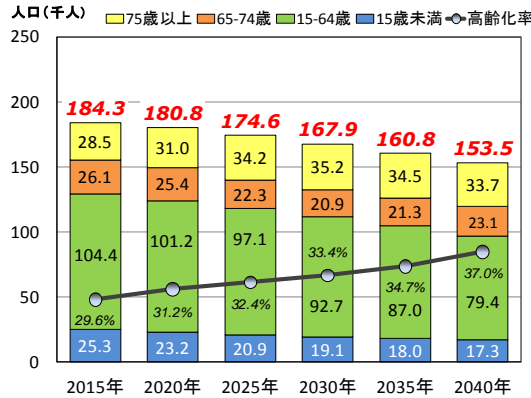
- 今後、高齢者の増加が見込まれる中、回復期や慢性期の病床の不足が見込まれるため、病床維持の方策を探りつつ、必要に応じ高度急性期や急性期からの転換を検討していく必要があります。
- 医師の高齢化等により在宅医療を担う診療所が減少し、医師の負担がさらに増していく悪循環となっており、担い手となる医師を確保するための施策が必要となっています。また、退院時の病院側の情報提供の向上など、病院医師の意識改革等による病診連携の強化や訪問看護の充実が必要です。

上伊那構想区域

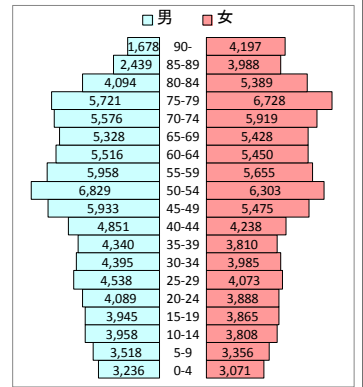
伊那市、駒ヶ根市、辰野町、箕輪町、飯島町、南箕輪村、中川村、宮田村（8市町村）

将来の人口・高齢化率の推移

・上伊那区域の総人口は減少傾向にあります。75歳以上人口は2030年頃にピークとなったあと減少に転じることが見込まれます。

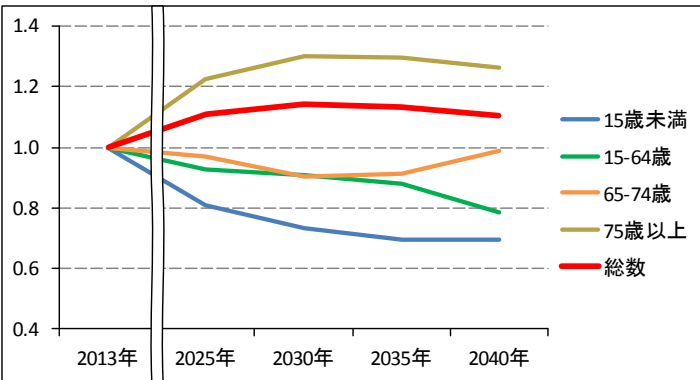


2025年の人口構造



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

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



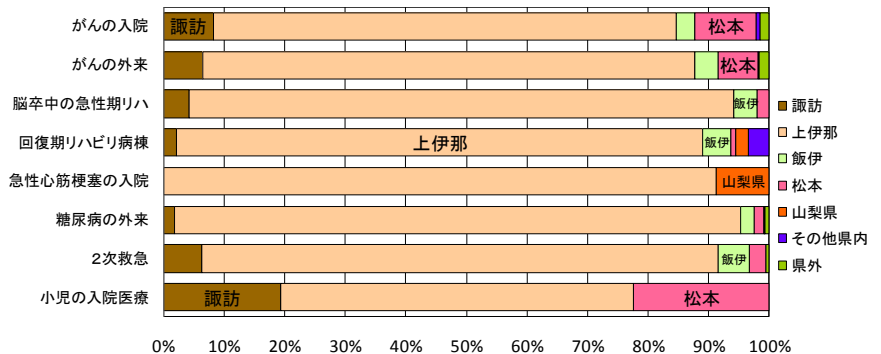
- ・全体として入院患者数は2030年頃にピークを迎える見込みですが、増加は2013年から1割強程度に留まる見込みです。
- ・75歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・75歳以上の入院患者数は2030年頃にピークとなる見込みです。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況 (2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析)

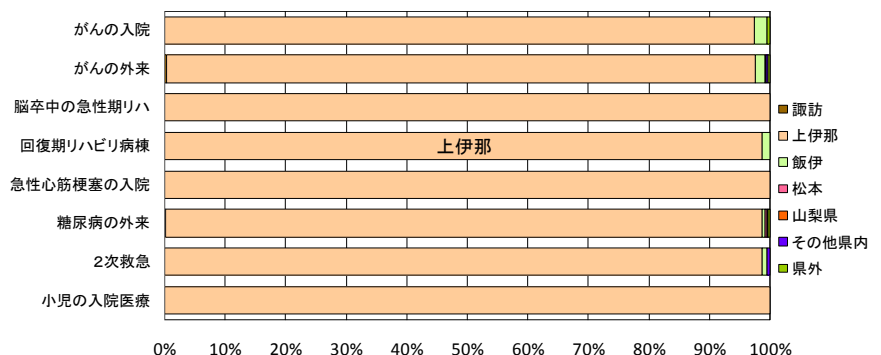
区域内居住者の受診先の所在地

- ・がんの入院、外来や小児の入院医療について、松本や諏訪区域への患者の流出がみられます。
- ・小児の入院医療について、諏訪と松本区域にそれぞれ20%程度流出しています。



区域内医療機関の受診患者の住所

- ・他の構想区域から上伊那区域への入院患者の流入はほとんどみられない状況です。



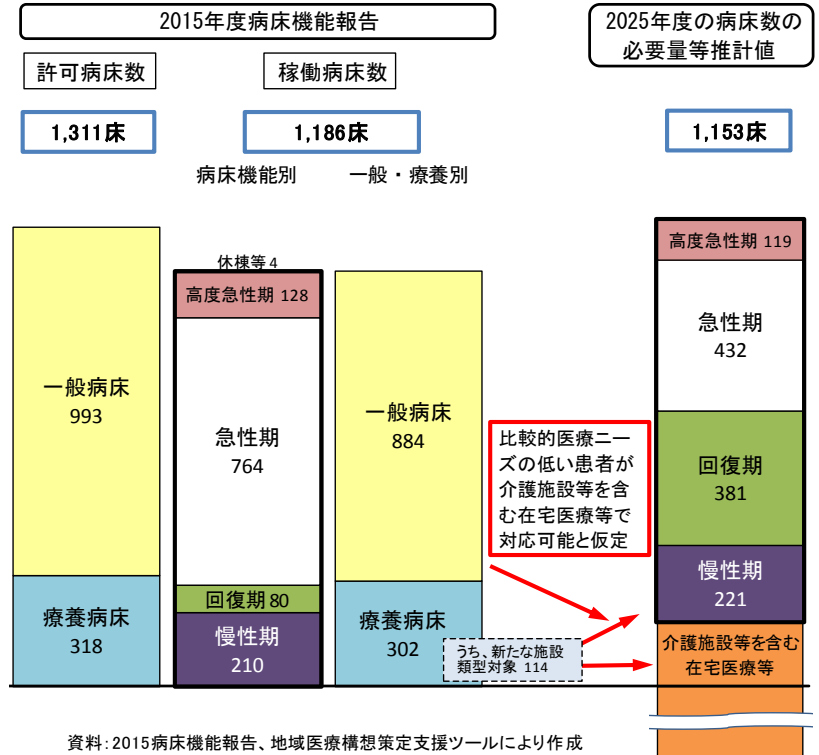
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

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。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

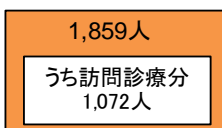
- 2015 年 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 993 床、療養病床 318 床、合計 1,311 床です。
- 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 1,186 床です。
- 療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床が 114 床あります。



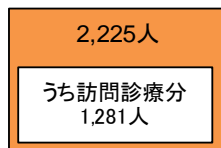
2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- 2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり 2,225 人と、2013 年度と比べて約 20% 増加することが見込まれます。
- 訪問診療分の医療需要は 1,281 人と見込まれます。

2013年度推計値



2025年度推計値



資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

<参考>在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況(2015年度末現在)

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	1,373
介護老人保健施設	733
認知症高齢者グループホーム	321
養護老人ホーム	120
ケアハウス(軽費老人ホーム)	60
有料老人ホーム	176
サービス付き高齢者向け住宅	126
生活支援ハウス・シルバーハウジング	71
合計	2,980

医療・介護提供体制の現状と課題

(現状)

- 平成 21 年度から 25 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)

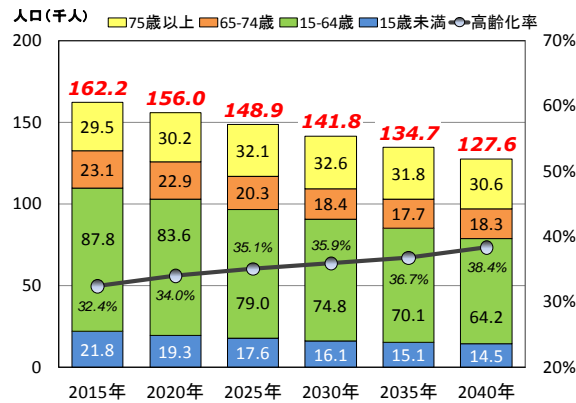
- 人口 10 万人当たりの病床数が県内で最も少なく、人口 10 万人当たりの医療従事者数は、医師が 136.4 人と 10 区域の中で少ない方から 2 番目、看護師が 784.1 人と県内で最少となっており、医療従事者の確保が課題となっています。
- 開業医の高齢化などで往診、訪問診療などの負担が大きくなっている中、在宅医療・介護をいかに充実していくかが課題となっており、住まいをベースとして在宅医療や介護を継続して提供できる体制を整え、地域包括ケアシステムの充実を図っていく必要があります。

飯伊構想区域

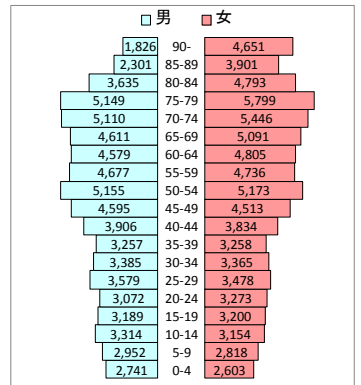
飯田市、松川町、高森町、阿南町、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村（14市町村）

将来の人口・高齢化率の推移

・飯伊区域の総人口は減少傾向にあります。75歳以上人口は2030年頃にピークとなったあと、減少に転じることが見込まれます。

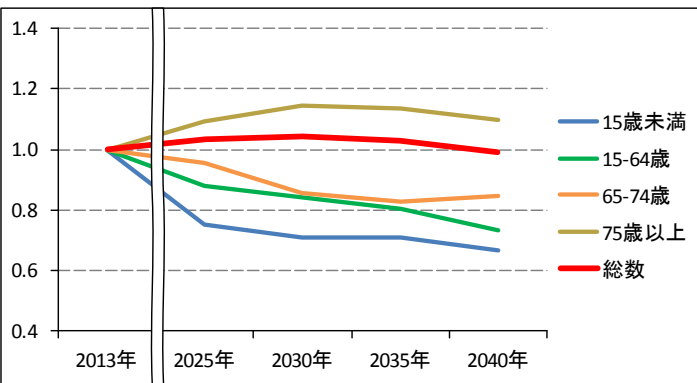


2025年の人口構造



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

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



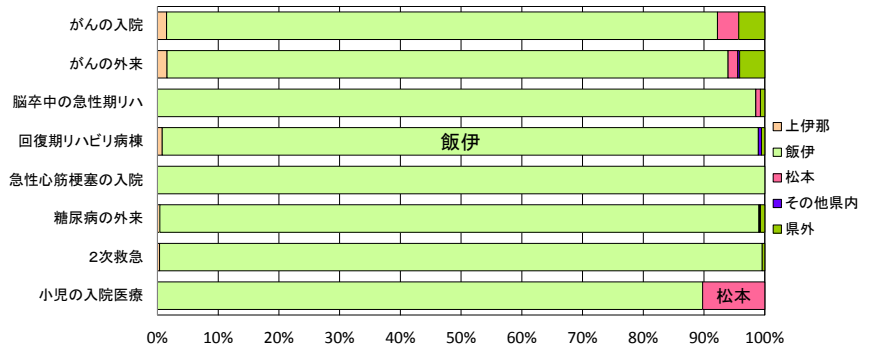
- ・全体として入院患者数は2035年頃まで横ばいで推移する見込みです。
- ・75歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・75歳以上の入院患者数は2030年頃にピークとなる見込みです。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況 (2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析)

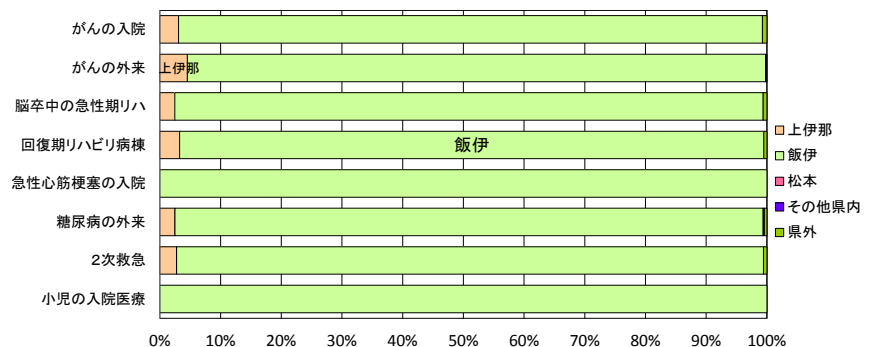
区域内居住者の受診先の所在地

- ・飯伊区域は患者の流出が比較的少ない区域です。
- ・小児の入院医療について、10%程度、松本区域へ流出しています。



区域内医療機関の受診患者の住所

- ・がんや回復期リハビリテーション病棟への入院等、多少上伊那区域から流入していますが、患者の流入が比較的少ない区域となっています。



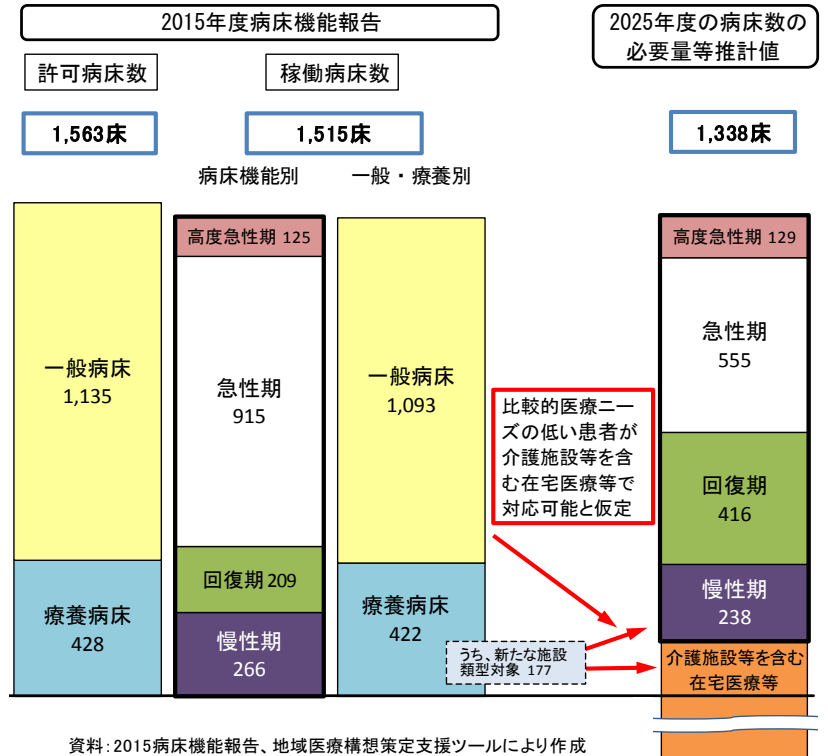
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

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。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

- 2015 年 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 1,135 床、療養病床 428 床、合計 1,563 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 1,515 床です。
- 療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床が 177 床あります。



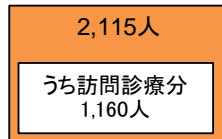
2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- 2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり 2,115 人と推計され、2013 年度と比べてほぼ横ばいのため、在宅医療等の提供体制を着実に維持していく必要があります。
- 訪問診療分の医療需要は 1,160 人と見込まれます。

2013年度推計値



2025年度推計値



資料：「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

<参考>在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況(2015年度末現在)

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	1,230
介護老人保健施設	719
認知症高齢者グループホーム	222
養護老人ホーム	280
ケアハウス(軽費老人ホーム)	80
有料老人ホーム	105
サービス付き高齢者向け住宅	231
生活支援ハウス・シルバーハウジング	106
合計	2,973

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)

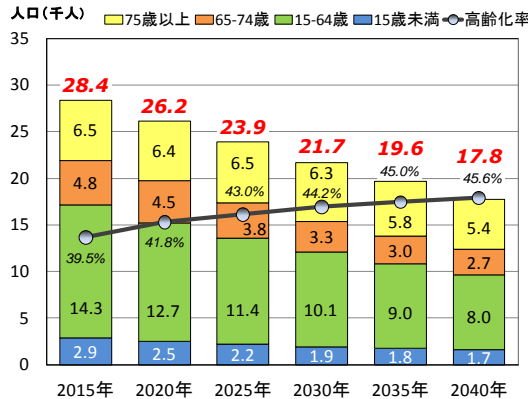
- 回復期機能の不足が見込まれるため、必要に応じて機能転換を進める必要があります。
- 開業医が高齢化しており、交代で行う救急医療の休日夜間急患診療所の運営が厳しい状況にあり、今後、在宅での末期患者や看取り患者が増えた場合は、開業医の負担が増えることも考えられます。
- 構想区域の面積が広大であることから、通院への患者負担の軽減や、限られた医療資源を有効活用するため、ICTを活用した患者情報の共有、医療機関同士の連携や医療と介護の連携促進のためのネットワーク化の促進等を図る必要があります。

木曽構想区域

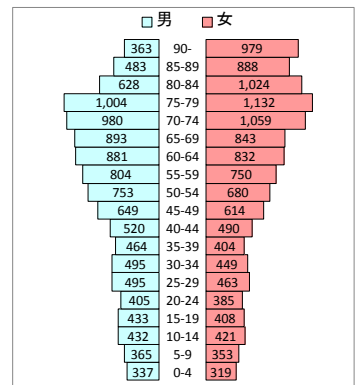
木曽町、上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村（6町村）

将来の人口・高齢化率の推移

- 木曽区域では総人口の減少傾向が続くことが見込まれます。
- 75歳以上人口は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。

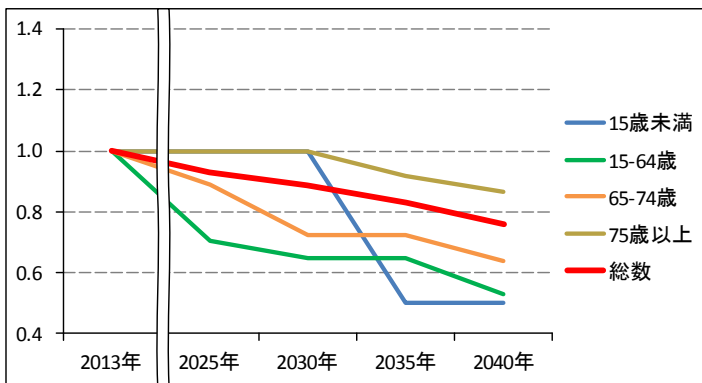


2025年の人口構造



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

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



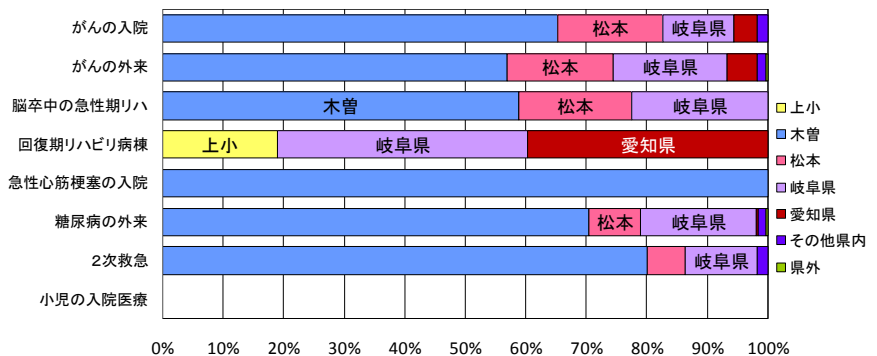
- 全体として入院患者数は減少していく見込みです。
- 75歳以上の入院患者数は2030年頃まで横ばいで推移した後、減少していくことが見込まれます。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況 (2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析)

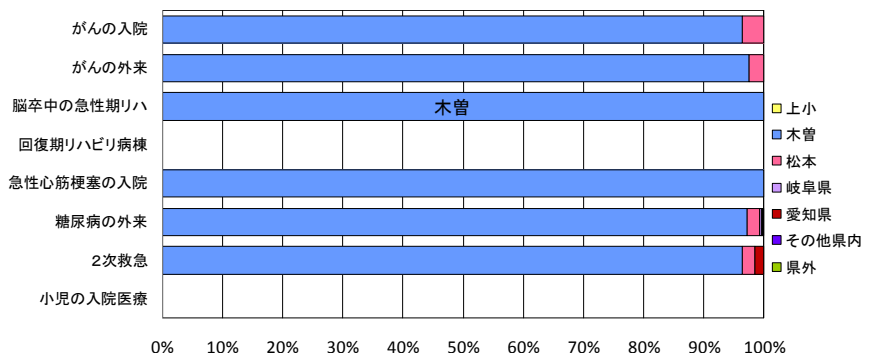
区域内居住者の受診先の所在地

- 木曽区域からは、入院患者が松本区域や岐阜県等に流出する傾向があります。



区域内医療機関の受診患者の住所

- 他の構想区域から木曽区域への患者の流入は少ない状況です。
- しかし、他県の医療提供体制の変動によっては、他県への流出が止まり、流入に転じる可能性があります。



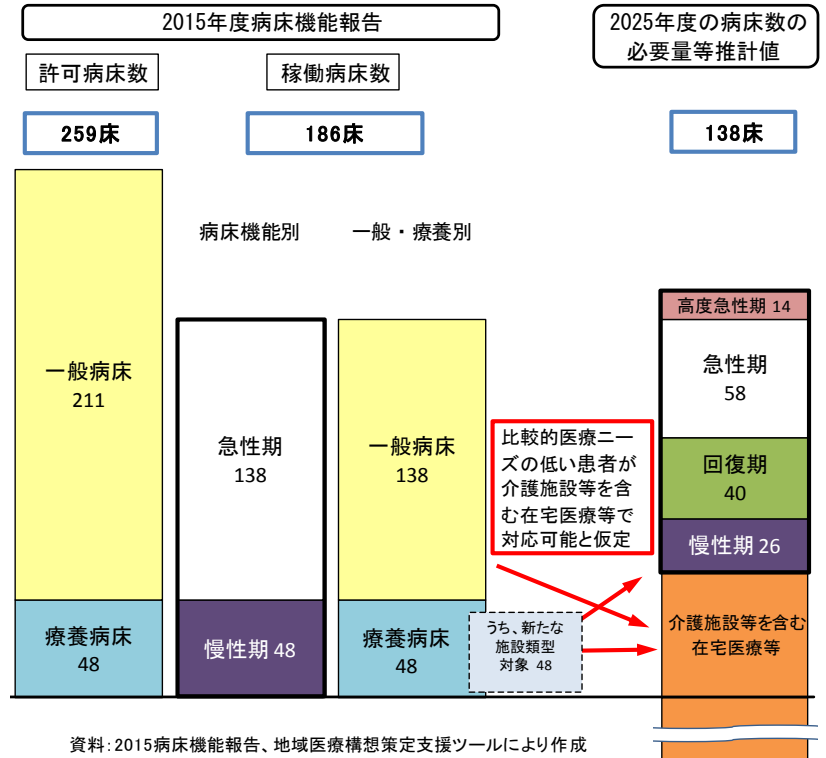
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

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。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

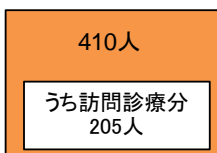
- 2015 年 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 211 床、療養病床 48 床、合計 259 床です。
- 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 186 床です。
- 療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床が 48 床あります。



2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- 2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり 405 人と推計され 2013 年度と比べてほぼ横ばいのため、在宅医療等の提供体制を着実に維持していく必要があります。
- 訪問診療分の医療需要は 203 人と見込まれます。

2013年度推計値



2025年度推計値



資料: 「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

<参考>在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況(2015年度末現在)

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	312
介護老人保健施設	50(130)
認知症高齢者グループホーム	81
養護老人ホーム	76
生活支援ハウス・シルバーハウジング	18
合計	537(617)

() 介護保険事業計画で区域外の塩尻市と中津川市所在の介護老人保健施設を含む床数

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)

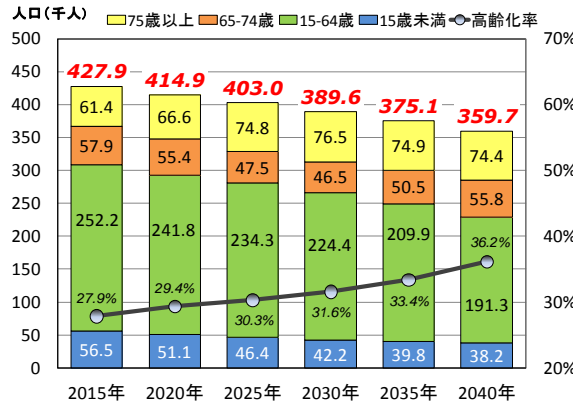
- 地域住民や移住者、旅行者等が、安心して暮らし、訪れることができるよう、救急医療、災害医療、感染症対策、へき地医療等の政策的医療について、引き続き県立木曽病院が拠点病院としての役割を果たすことが求められます。それに伴い、医療機能やアクセスの確保が必要です。
- 人口当たりの医療施設従事医師数及び看護職員数は、共に 10 医療圏の中で最少であり、医療従事者の確保が大きな課題です。また、開業医師の高齢化等により、診療所を含めて地域医療提供体制を存続させていくための検討を行う必要があります。
- 採算性の低い山間地等の訪問サービスを担う介護事業所の休止、閉鎖が続いており、介護サービス提供事業者及び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

松本構想区域

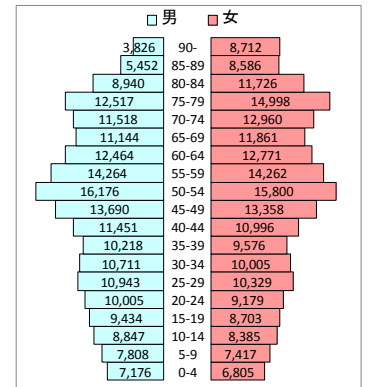
松本市、塩尻市、安曇野市、麻績村、生坂村、山形村、朝日村、筑北村（8市村）

将来の人口・高齢化率の推移

・松本区域では総人口は減少傾向にあります。75歳以上人口は2030年頃まで増加したのちに横ばいとなることを見込まれます。

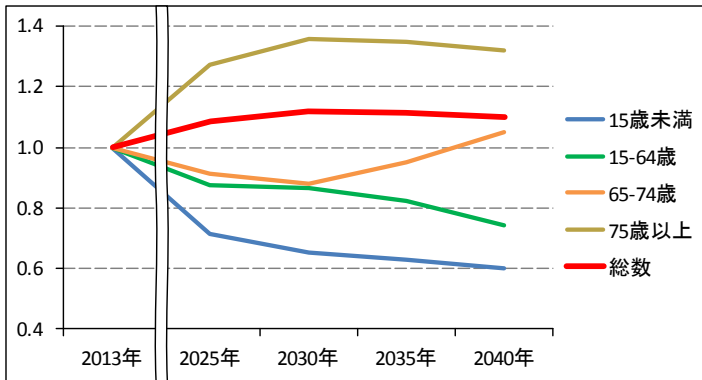


2025年の人口構造



資料: 2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

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



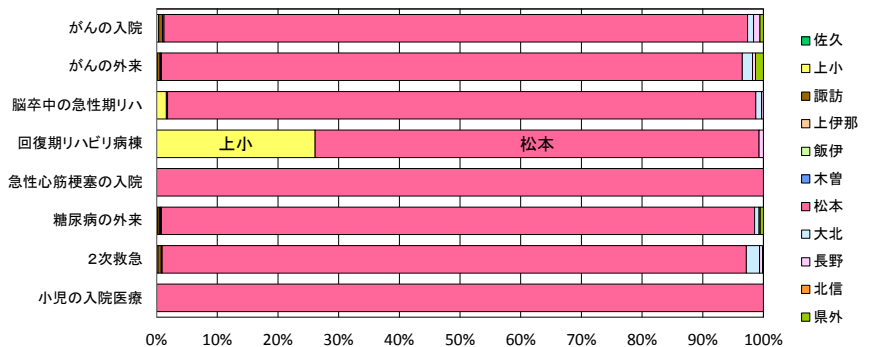
- ・全体として入院患者数は2030年頃にピークを迎える見込みですが、増加は2013年から1割強程度に留まる見込みです。
- ・65～74歳の入院患者数は減少傾向のあと、2030年頃から再び上昇する見込みです。
- ・75歳以上の入院患者数は2030年頃にピークとなる見込みです。

資料: 「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況 (2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析)

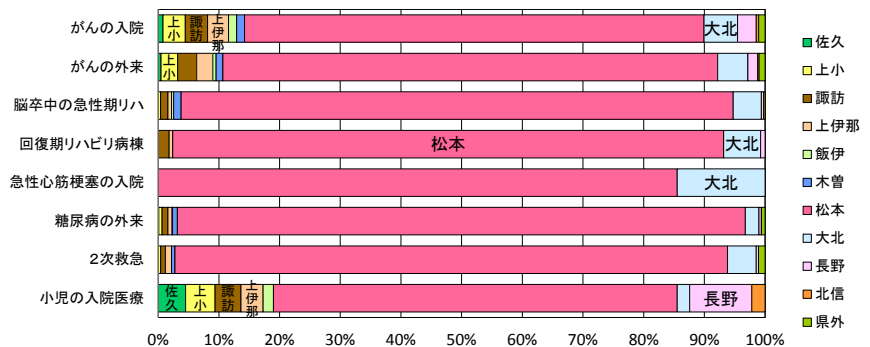
区域内居住者の受診先の所在地

・回復期リハビリテーション病棟への入院は、隣接する上小区域へ25%程度の患者流出がみられます。



区域内医療機関の受診患者の住所

- ・がんの入院・外来など、県内の他の構想区域から患者が流入する傾向が強い区域です。
- ・急性心筋梗塞は大北区域からの流入が多くなっています。
- ・小児の入院医療等について、全県からの流入が見られます。



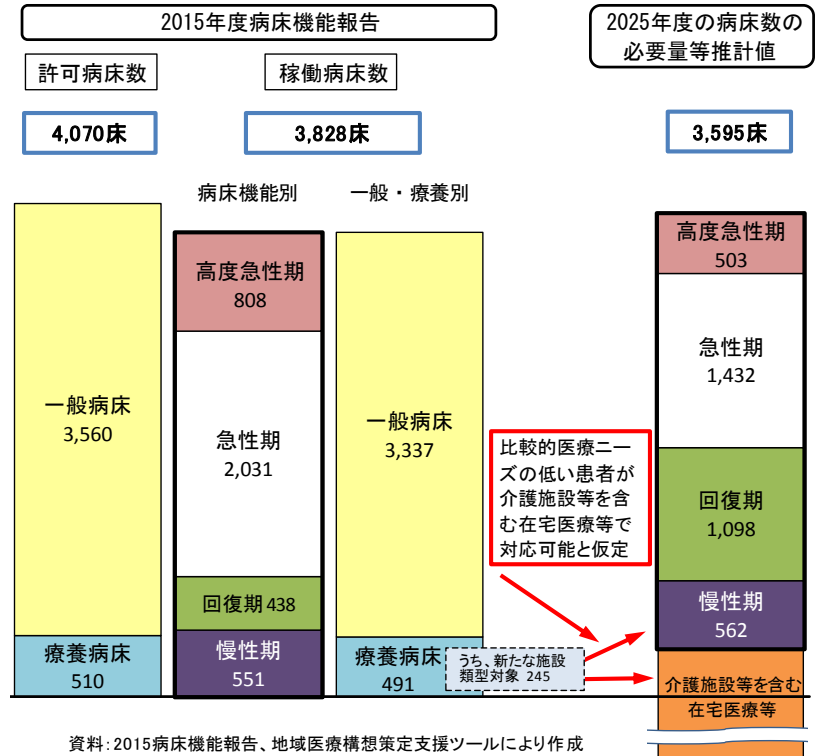
資料: 「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

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。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

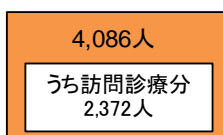
- 2015 年 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 3,560 床、療養病床 510 床、合計 4,070 床です。
- 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 3,828 床です。
- 療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床が 245 床あります。



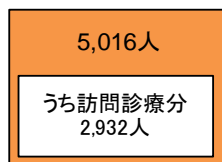
2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- 2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり 5,016 人と、2013 年度と比べて約 23% 増加することが見込まれます。
- 訪問診療分の医療需要は 2,932 人と見込まれます。

2013年度推計値



2025年度推計値



資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

<参考>在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況(2015年度末現在)

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	1,951
介護老人保健施設	1,400
認知症高齢者グループホーム	592
養護老人ホーム	250
ケアハウス(軽費老人ホーム)	380
有料老人ホーム	2,036
サービス付き高齢者向け住宅	579
生活支援ハウス・シルバーハウジング	25
合計	7,213

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)

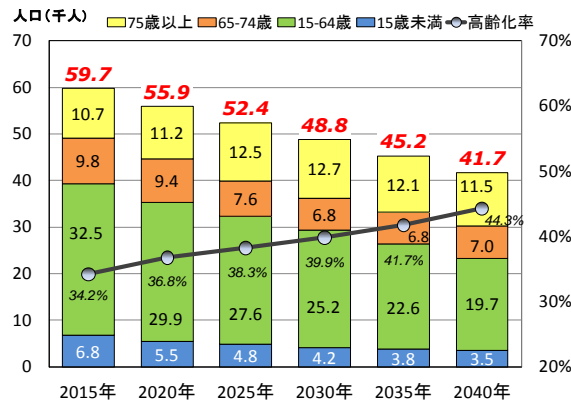
- 在宅医療体制、高齢者向けの施設整備について、関係者が努力しているもののまだ不十分です。
- 全県のハイリスク分娩の多くが松本区域へ搬送される中、分娩を扱う医療機関が減少しており、周産期医療体制の維持が課題となっています。
- 全県の医療の確保と、医療の質を向上させるため、区域内・外に捉われず疾患ごとに診療ネットワークの整備をさらに進める必要があります。

大北構想区域

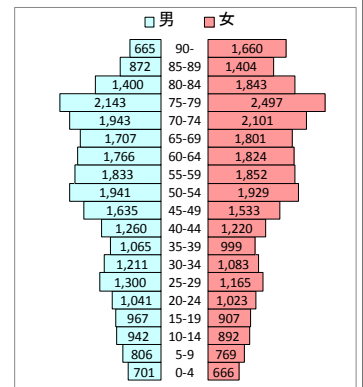
大町市、池田町、松川村、白馬村、小谷村（5市町村）

将来の人口・高齢化率の推移

・大北区域では総人口は減少傾向にあります。75歳以上人口は2030年頃にピークとなったあと、減少に転じることが見込まれます。

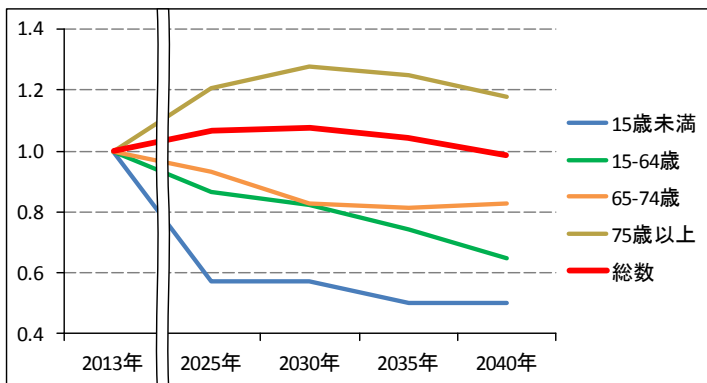


2025年の人口構造



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

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



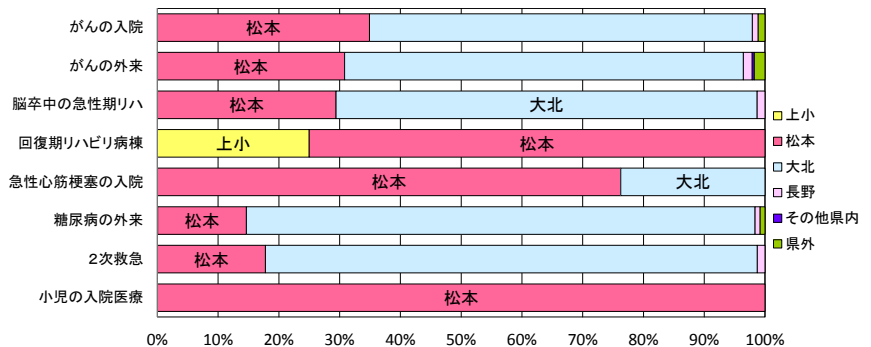
- ・全体として入院患者数は2030年頃にピークを迎える見込みですが、増加は2013年から1割弱程度に留まる見込みです。
- ・75歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・75歳以上の入院患者数は2030年頃にピークとなる見込みです。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況 (2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析)

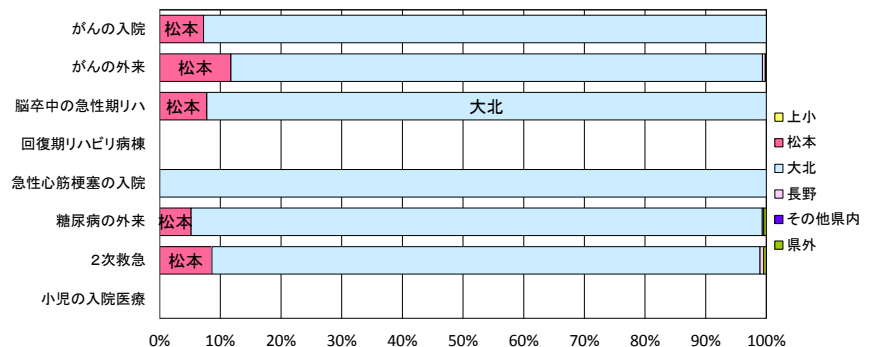
区域内居住者の受診先の所在地

・多くの診療分野について、隣接する松本区域へと流出する傾向にあります。特に回復期・小児の入院の流出割合が非常に高い状況です。



区域内医療機関の受診患者の住所

・がんの入院・外来や2次救急などについては、松本区域からの流入もみられます。



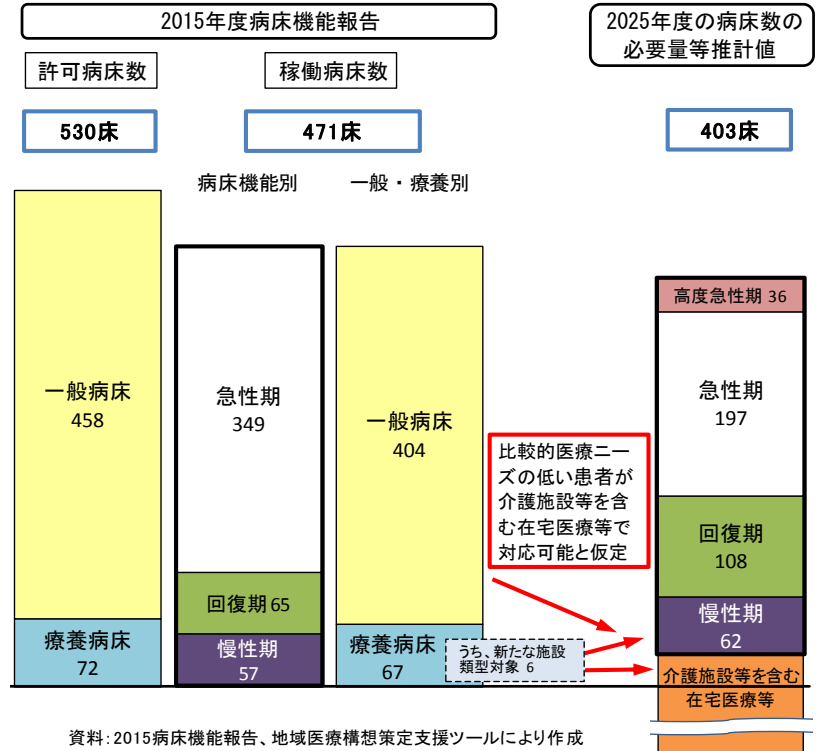
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

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。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

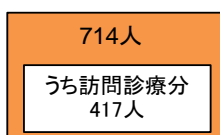
- 2015 年 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 458 床、療養病床 72 床、合計 530 床です。
- 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 471 床です。
- 療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床は 6 床となっています。



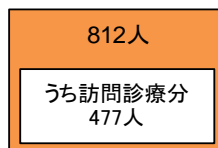
2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- 2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり 812 人と、2013 年度と比べて約 14% 増加することが見込まれます。
- 訪問診療分の医療需要は 477 人と見込まれます。

2013年度推計値



2025年度推計値



資料：「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

<参考>在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況（2015 年度末現在）

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	453
介護老人保健施設	290
認知症高齢者グループホーム	57
養護老人ホーム	50
ケアハウス(軽費老人ホーム)	52
有料老人ホーム	54
サービス付き高齢者向け住宅	87
生活支援ハウス・シルバーハウジング	0
合計	1,043

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、187.5 人で県平均の 216.8 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)

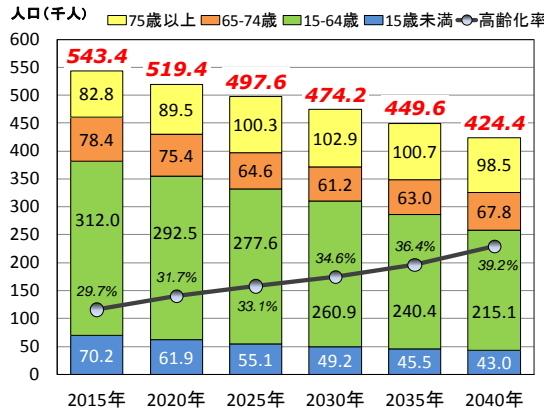
- 医師の確保が急務であり、特に、地域で子どもを安心して産み育てられる環境を維持していくため、産科、小児科診療の充実を図ることが必要です。
- がん診療機能の不足から、がん患者の多くが松本区域に流出しているため、地域におけるがん診療機能の充実を図ることが必要です。
- 大町市以北の 2 村は特別豪雪地帯であり、冬期間の移動は時間を要することから、2 次救急医療が地域内で完結できる救急医療の充実が急務です。
- 地域や居宅に戻る患者をケアするため、介護人材の確保とともに、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の介護基盤を整備することが必要です。

長野構想区域

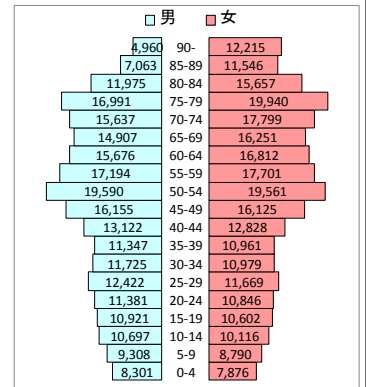
長野市、須坂市、千曲市、坂城町、小布施町、高山村、信濃町、飯綱町、小川村（9市町村）

将来の人口・高齢化率の推移

・長野区域では総人口は減少傾向にあります。75歳以上人口は2030年頃にピークとなったあと、減少に転じることが見込まれます。

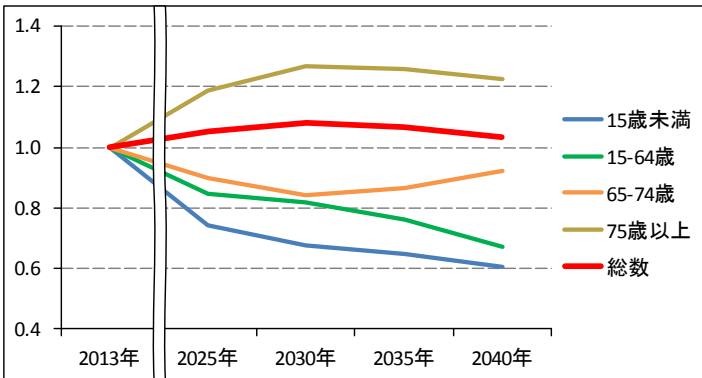


2025年の人口構造



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

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



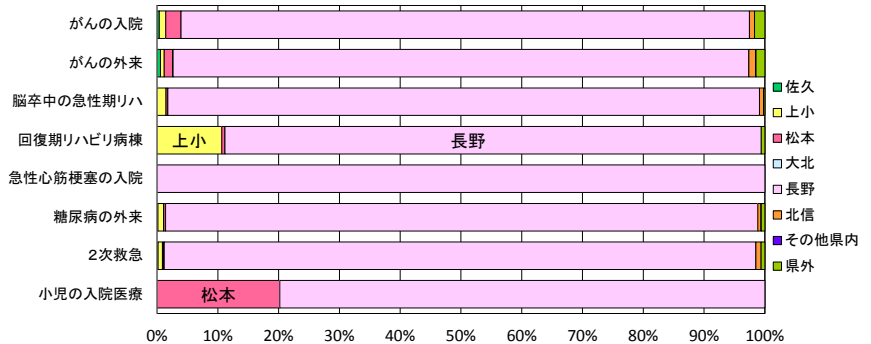
- ・全体として入院患者数は2030年頃にピークを迎える見込みですが、増加は2013年から1割弱程度に留まる見込みです。
- ・65～74歳の入院患者数は減少傾向のあと、2030年頃から再び上昇する見込みです。
- ・75歳以上の入院患者数は2030～2035年頃にピークとなる見込みです。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況 (2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析)

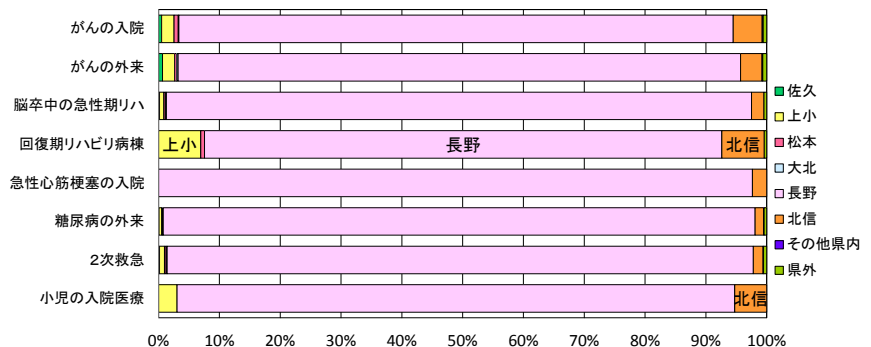
区域内居住者の受診先の所在地

- ・回復期リハビリテーション病棟への入院医療は、上小区域へ10%程度の流出がみられます。
- ・小児の入院医療は、20%程度が松本区域へ流出しています。



区域内医療機関の受診患者の住所

- ・回復期リハビリテーション病棟への入院患者は、上小と北信区域から10%弱ずつ流入しています。



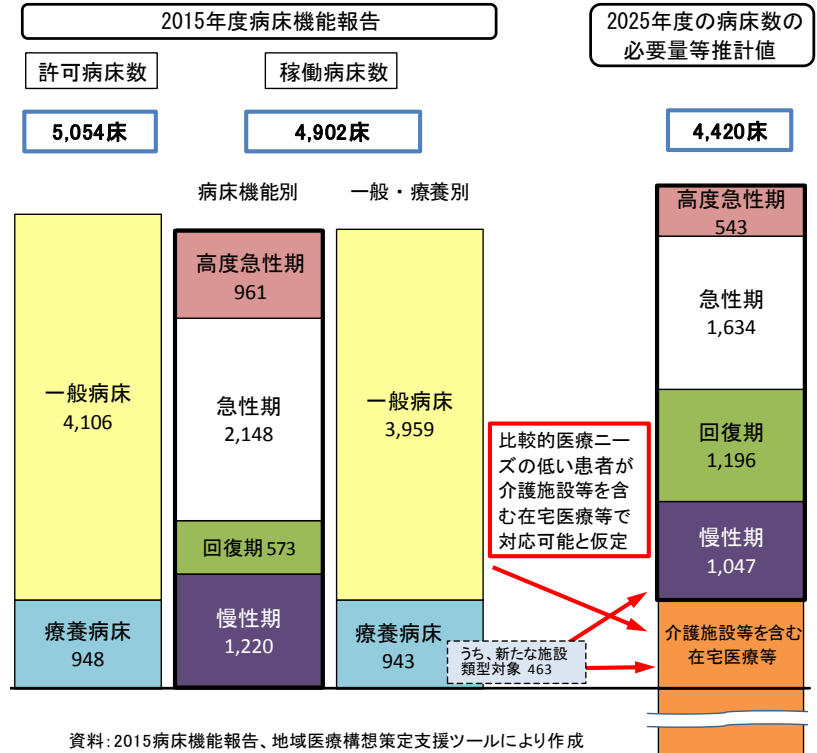
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

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。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

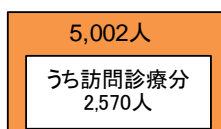
- 2015 年 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 4,106 床、療養病床 948 床、合計 5,054 床です。
- 許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 4,902 床です。
- 療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床が 463 床あります。



2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- 2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり 6,271 人と、2013 年度と比べて約 25% 増加することが見込まれます。
- 訪問診療分の医療需要は 3,139 人と見込まれます。

2013年度推計値



2025年度推計値



資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

<参考>在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況(2015年度末現在)

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	3,073
介護老人保健施設	1,681
認知症高齢者グループホーム	970
養護老人ホーム	290
ケアハウス(軽費老人ホーム)	457
有料老人ホーム	1,458
サービス付き高齢者向け住宅	725
生活支援ハウス・シルバーハウジング	100
合計	8,754

医療・介護提供体制の現状と課題

(現状)

- 3 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 3 次医療や高度医療を担っています。

(課題)

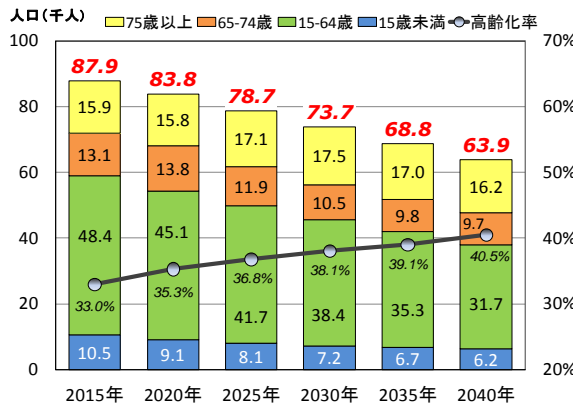
- 回復期の入院医療については上小区域への流出がみられるところであり、区域内において一定程度の回復期機能の充実が必要です。
- 病床を効率的に運用していくため、在宅医療や介護など、患者の退院後の受け皿を充実していくことが必要です。
- 在宅医療推進の方針がある中、介護施設や介護職・看護職の人材が不足するとともに、在宅医療を担う医師や医療機関の負担が増加しています。

北信構想区域

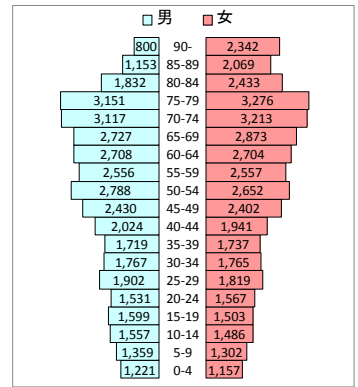
中野市、飯山市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村、栄村
(6市町村)

将来の人口・高齢化率の推移

・北信区域では総人口は減少傾向にあります。75歳以上人口は2030年頃まで増加したのち、減少に転じることが見込まれます。

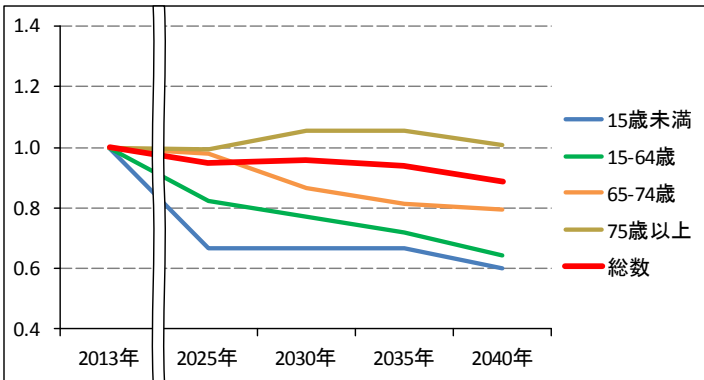


2025年の人口構造



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、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」(2013.3月推計)より作成

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



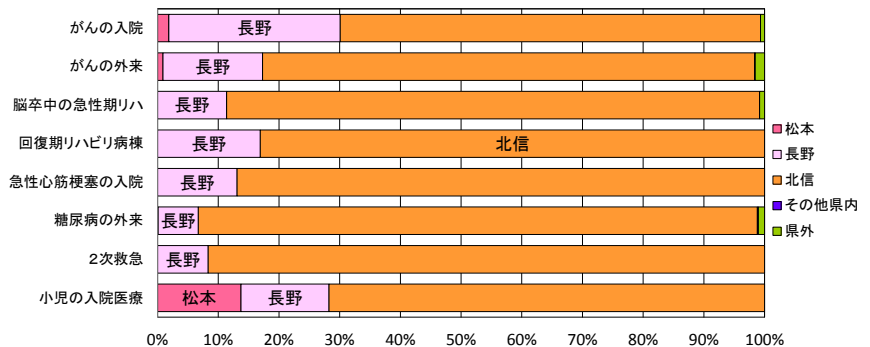
- ・全体として入院患者数はゆるやかな減少傾向が続く見込みです。
- ・75歳以上の入院患者数のピークは2030年頃の見込みです。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

患者の流出入の状況 (2013年度診療分、国保と後期高齢のレセプトによる分析)

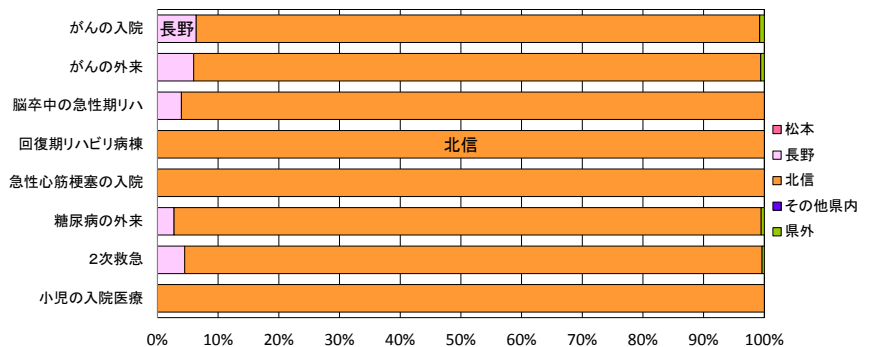
区域内居住者の受診先の所在地

・がんの入院・外来、2次救急、糖尿病の外来など、幅広い診療分野において、長野区域への患者流出がみられます。



区域内医療機関の受診患者の住所

・がんの入院・外来や2次救急については、長野区域からの流入もみられます。



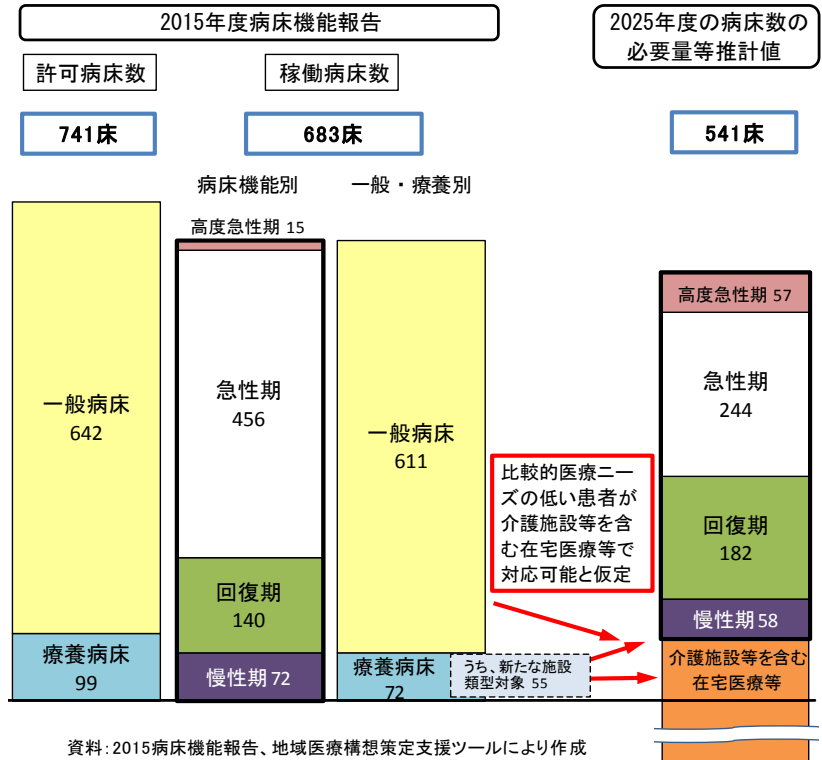
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

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。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

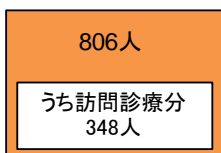
- ・2015 年 7 月 1 日現在の許可病床数は一般病床 642 床、療養病床 99 床、合計 741 床です。
- ・許可病床のうち、稼働している病床は一般病床と療養病床を合わせて 683 床です。
- ・療養病床のうち、2018(H30)年度から制度的に新たな施設類型への移行対象となっている病床が 55 床あります。



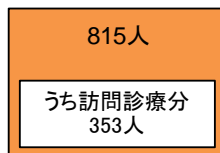
2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

- ・2025 年度の在宅医療等の必要量は、1 日当たり 815 人と推計され、2013 年度と比べてほぼ横ばいのため、在宅医療等の提供体制を着実に維持していく必要があります。
- ・訪問診療分の医療需要は 353 人と見込まれます。

2013年度推計値



2025年度推計値



資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

<参考>在宅医療等の提供先として想定されている施設等の整備状況(2015年度末現在)

施設区分	床数
特別養護老人ホーム(小規模特養含む)	632
介護老人保健施設	340
認知症高齢者グループホーム	192
養護老人ホーム	100
ケアハウス(軽費老人ホーム)	50
有料老人ホーム	9
サービス付き高齢者向け住宅	230
生活支援ハウス・シルバーハウジング	20
合計	1,573

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154.9人(県平均216.8人)、看護師が902.3人(県平均969.1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5節 将来の医療提供体制を実現するための施策

1. 施策の基本方針

これまでに述べた長野県の状況及び現行の第6次保健医療計画を踏まえ、地域医療構想における施策の基本方針を以下のとおりとして、将来の医療提供体制の実現に向けて取り組めます。

○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、構想区域全体で医療を支える体制の構築を目指します。
- ・必要に応じ、他の区域との連携を図り、県民が安全かつ効率的で質の高い医療サービスを受容できる体制を目指します。

○医療と介護との連携

- ・社会全体の変化に対応し、医療・介護が相互に連携した切れ目のない医療提供体制を目指します。

2. 現状・課題と施策の方向性

(1) 病床機能の分化・連携

ア 医療機関の連携体制の構築

現状と課題

- 限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、圏域内外の医療機関が連携を図り、急性期から回復期を経て慢性期に至るまで、切れ目なく必要な医療を提供する体制を整備することが必要となっています。
- 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3次医療については、今後とも維持・充実を図っていく必要があります。

施策の方向性

- 専門的な治療を必要とする疾病等については、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。
- 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供するため、必要に応じてより高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制の構築、脳卒中・心筋梗塞・重症外傷等のそれぞれの疾患に応じた医療体制の整備等に取り組めます。
- 救命期を脱した後、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。

主な取組

- 医療機関の連携を支援するため、5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）、5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）及び在宅医

療について、急性期や回復期などの機能を担う具体的な医療機関名を記載した機能別医療機関一覧を作成し、毎年、最新の状況を公表します。

- 地域連携クリティカルパスの活用などにより、急性期、回復期、慢性期といった患者の病態変化に応じ、より適した医療が受けられるよう、医療機関相互の連携強化を推進します。
- 現状で地域がん診療連携拠点病院のない上小、木曾、大北及び北信医療圏において、集学的治療（チーム医療）等が提供できるよう、地域がん診療連携拠点病院の指定への努力に加え、他の医療圏との連携などを支援します。
- 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及びそれに準ずる施設の運営を支援し、周産期医療体制の確保に努めます。
- ドクターヘリ等のより効率的な活用を図るため、ドクターヘリ運航調整委員会において運用体制を検討します。
- 適切な救命救急医療（3次救急医療）体制を確保するため、救命救急センターの運営を支援するとともに、必要な施設・設備の整備を支援します。
- 県民に対して、身近な診療所をかかりつけ医・かかりつけ歯科医とすることや適切な受療行動をとることについて普及啓発を行うとともに、ながの医療情報ネットにより診療情報等を提供します。
- 医療機関における電子カルテの導入や医療機関相互の情報を共有するシステムの構築など、ICTを活用した連携を促進します。

イ 地域で不足する病床機能の充実

現状と課題

- 本県はこれまで、平均寿命が長い一方で1人当たり医療費が低いという、健康長寿と医療費との高いバランスを実現してきましたが、高齢化の進展により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、患者の需要に応じた適切な医療が提供できるような病床機能へ転換していく必要があります。

施策の方向性

- 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。

主な取組

- 医療機関の自主的な取組の検討に資するため、病床機能報告やDPCデータ等を活用して地域の現状を分析し、地域医療構想調整会議等を通じて提供する方策を検討します。
- 地域で不足する病床機能への転換及び必要な設備等の充実強化に向け、地域医療介護総合確保基金を活用し積極的に支援します。

(2) 在宅医療等の体制整備

ア 地域包括ケア体制の構築

現状と課題

- 高齢者の多くが住み慣れた自宅や地域で暮らし続けたいと考えている中、身近な生活圏域で様々な主体により高齢者を支えることのできる地域包括ケア体制を構築していくことが求められています。

施策の方向性

- 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。

主な取組

- すべての日常生活圏域で地域ケア会議が設置されるよう、運営のアドバイスをを行う支援員、弁護士や理学療法士など専門職の派遣、市町村職員等に対する実践的な研修などを行います。
- 高齢者のニーズや地域の実情に応じて、訪問看護・通所介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護など必要な在宅介護サービスを確保する市町村の取組を支援します。
- 多様な主体による通院、買物支援、配食等の生活支援サービスの充実に向けて、先行事例の紹介や市町村と事業者のマッチングなど市町村の取組を支援します。
- 市町村が推進する認知症の早期発見・早期対応や切れ目のない適切な支援が提供できる体制の整備・充実を図るため、研修等による人材育成・資質向上、情報の提供、医療体制の整備などの支援を行います。
- 各地域における地域包括ケア体制構築の進捗状況が明確になるよう、構築状況の可視化に取り組みます。

イ 多様な住まいの整備

現状と課題

- 高齢化に伴い、高齢世帯や単身世帯の増加が見込まれることから、介護保険施設のほか、軽費老人ホーム（ケアハウス）、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など、多様な種類の高齢者向け住まいの整備を促進する必要があります。
- 2017年度（平成29年度）末で廃止が予定されている介護療養病床と看護職員配置25:1の医療療養病床については、受け皿として新たな施設系サービス等への移行が国において検討されています。

施策の方向性

- 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。
- 療養病床から新たな施設系サービス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。

主な取組

- 特別養護老人ホーム等介護保険施設については、施設サービスと在宅サービスのバランスに配慮しながら、圏域ごとのサービス見込量に基づいて策定した高齢者プランや市町村介護保険事業計画に基づく計画的な整備を支援します。

- 高齢者が多様な住まい方を選択できるよう、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの高齢者向けの住まいの整備を促進します。

ウ 医療と介護との連携

現状と課題

- 近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した患者や何らかの医療処置を必要とする患者が増えてきたことから、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援や介護との連携の重要性が高まっています。

施策の方向性

- 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（終末期）の看取りまで、医療機関や地域包括支援センター等、医療従事者と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。

主な取組

- 二次医療圏ごとに設置した、病院、診療所、介護、市町村等関係者による協議の場を活用し、入退院時の情報共有の仕組みの策定・運用や在宅医療・介護連携の相談支援体制の整備などを進めます。
- 市町村、医療・介護関係機関等と連携し、地域の医療・介護資源の把握・情報発信や、医療・介護関係者の研修など在宅医療・介護連携の推進に取り組みます。
- 在宅や介護施設等で医療を受けている方の病状変化や介護の情報を、医療・介護関係者や家族が共有するためのシステム構築を支援します。

エ 在宅医療等提供体制の整備

(7) 医療・看護

現状と課題

- 在宅医療等のニーズは、2025年度（平成37年度）には2013年度（平成25年度）に比べて、全県で約2割程度増加すると見込まれます。
- 在宅医療や介護に重要な役割を果たす訪問看護の提供体制をみると、訪問看護ステーション数は県全体では2012年度（平成24年度）の140か所から2016年度（平成28年度）は162か所へと増加していますが、一部の構想区域では横ばいの地域もみられます。一方、訪問看護師数は多くの構想区域で増加していますが、北信区域で減少しています。

【訪問看護ステーション数、訪問看護師数の推移】

（上段：訪問看護ステーション数(か所)、下段：訪問看護師数(人)）

	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
平成24年度 (2012)	21 119	20 104	10 58	10 51	10 59	2 7	31 203	7 28	23 111	6 41	140 781
平成28年度 (2016)	25 130	22 122	11 74	12 69	11 71	2 8	39 218	7 38	26 173	7 31	162 934

（介護支援課調べ）

施策の方向性

- 24 時間体制で、ターミナルケアを含む看取り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の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。

主な取組

- 自ら 24 時間対応の在宅医療を提供しつつ、他の医療機関や医療・介護の現場での多職種連携の支援を行う在宅医療支援病院・診療所の整備を支援します。
- 公益社団法人長野県看護協会と連携し、訪問看護に携わる看護職の確保、訪問看護事業所の運営等に関する体制強化への支援、訪問看護に関する専門研修を実施します。

(イ) 歯科

現状と課題

- 口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の予防のためには、在宅療養者への訪問歯科診療や専門的口腔ケアを実施する体制の整備が必要です。

施策の方向性

- 医療・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。

主な取組

- 一般社団法人長野県歯科医師会に委託して設置している長野県在宅歯科医療連携室において、県民を対象に訪問歯科診療に関する相談や必要に応じて在宅歯科医療を実施している歯科医院との橋渡しを行います。

(ウ) 医薬

現状と課題

- 医薬分業は進んできていますが、患者本位の医薬分業を実現するためには、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・指導などを充実させる必要があります。
- 薬剤師の在宅医療に対応する資質の不足や薬局の体制の不備等から、実際に在宅医療へ参画している薬局・薬剤師は多くありません。

施策の方向性

- 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。

主な取組

- 薬剤師会等関係団体と連携し、訪問薬剤管理指導業務に係る研修を実施するなど、薬局・薬剤師が在宅医療に参画するための体制づくりに取り組みます。

(I) 栄養

現状と課題

- 地域の高齢者や在宅療養者等が健康・栄養状態を適切に保つためには、医療・介護関係施設と住まいをできるだけ切れ目なくつなぐことができる、食事・栄養等に関する支援が必要です。
- 療養者に対する食事・栄養支援を行う人材は不足しており、訪問栄養指導等を行う医療機関等は多くありません。

施策の方向性

- 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。

主な取組

- 栄養士会等関係団体と連携し、在宅療養者等に対する訪問による栄養・食事指導ができる人材育成等に取り組みます。

オ 県民の理解促進

現状と課題

- 県民の中には、在宅医療についての知識が少なく、仮に知っていたとしてもどのような在宅医療がどの程度受けられるのかわからない方も多いなど、県民の在宅医療についての情報が不足しています。

施策の方向性

- 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。

主な取組

- 県民が在宅医療を主体的に選択できるよう、県がホームページに開設している「ながの医療情報ネット」などを通じ、在宅医療に関わる医療機関等の情報を提供します。
- 在宅医療を含めた地域における医療提供体制の課題等について県民に広く理解していただくため、地域医療構想調整会議で行われている議論の内容等をホームページに掲載し情報を提供します。
- 在宅医療や人生の最終段階における医療（終末期医療）・看取りのあり方等について、医師会や医療機関等が行う県民への普及啓発の取組を支援します。

(3) 医療従事者・介護人材の確保・養成

ア 医療従事者

現状と課題

- 2014年（平成26年）末現在、本県の人口10万人当たり医療施設従事医師数は、全国平均を下回っています。また、人口10万人当たり看護職員の県内就業者数は、保健師、助産師、看護師は全国平均より高い状況ですが、准看護師は下回っています。医療機関における短時間勤務の増加、夜勤者の確保が困難なことや、保健師の確保が困難な小規模町村があるなど、今後とも人材確保と定着を図ることが課題となっています。（6ページ参照。）
- 回復期機能と関係の深い理学療法士（PT）、作業療法士（OT）の実態について、2014年（平成26年）末現在の長野県における人口10万人当たりの従事者数は、理学療法士が68.7人、作業療法士が43.2人となっており、双方とも全国平均を上回っています。今後、回復期機能の病床の充実が求められていることから、引き続き確保・養成を図ることが重要です。
- 医学、医療技術の進歩に伴い、保健医療サービスの範囲が拡大するとともに、内容の専門化が進んでいるため、医療従事者の高度な専門知識や技術の研修、養成体制整備が求められます。

【病院・診療所における理学療法士、作業療法士の従事者数の推移】

（単位：人）

区分	理学療法士				作業療法士			
	長野県		全国		長野県		全国	
	従事者数 [常勤換算]	人口 10万対	従事者数 [常勤換算]	人口 10万対	従事者数 [常勤換算]	人口 10万対	従事者数 [常勤換算]	人口 10万対
平成20年	828	38.1	45,358	35.5	565	26.0	26,261	20.6
平成23年	1,132	52.9	61,621	48.2	757	35.8	35,427	27.7
平成26年	1,450	68.7	77,138	60.7	912	43.2	42,136	33.2

注)介護サービス事業所従事者は含まない。

（厚生労働省「医療施設調査・病院報告」）

施策の方向性

- 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。

主な取組

- 長野県ドクターバンク事業や医師研究資金貸与事業、臨床研修医研修資金貸与事業等の活用により即戦力医師の確保を図ります。
- 将来、地域医療の現場で活躍する人材を育成するため、医学生修学資金貸与者に対するキャリア形成支援を行い、地域の医療状況等を踏まえた勤務先の指定を行います。
- 医師の絶対数を確保するため、臨床研修病院合同説明会などを開催します。
- 離職防止や人材確保を図るため、長野県医療勤務環境改善支援センターを活用し、医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関を支援します。

- 長野県看護大学において、看護の専門性に基づいた知識と卓越した看護実践能力を習得したリーダーの育成及び優れた知識と熟練した看護技術を持つ認定看護師の養成を図ります。
- 新規看護師養成数の確保を図るため、民間看護師等養成所の運営費に対して補助を行うとともに、新人研修を実施する医療機関の研修経費に対して支援します。
- 長野県ナースセンター事業（ナースバンク事業、看護学生向けU・Iターン事業等）や看護職員修学資金の活用により、中小規模の医療機関への看護職の確保や町村等への保健師の確保などを図ります。
- 在宅医療の中で大きな役割を果たす訪問看護師の確保・資質向上を図るため、訪問看護師専門研修に参加しやすい環境を整えます。
- 薬剤師や歯科衛生士等の医療従事者について、養成施設における教育の充実が図られるよう、必要により関係機関と協力し適切な運営を指導します。
- 医療従事者の資質向上のため、各職種の関係団体が実施する知識・技能の向上を目指した学術研究会・研修会を支援します。

イ 介護従事者

現状と課題

- 2014年（平成26年）に介護現場で働く介護職員数は3.4万人（推計）ですが、介護サービスの利用者の増加が見込まれる中、2025年（平成37年）には1.2万人多い、約4.6万人が必要になると推計されています。
- 病院から在宅等への移行を進めるには、経管栄養や痰の吸引など医療的ケアが必要になる患者の受け入れ体制整備のための介護職員の教育が必要です。

施策の方向性

- 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。

主な取組

- 求人求職のマッチングや資格取得費用の助成により多様な人材の入職を促進します。
- 職場定着（離職防止）を図るため、福祉職員生涯研修等の実施による資質向上や、キャリアパス構築等の支援による労働環境・処遇改善に取り組みます。
- 介護職員が喀痰吸引・経管栄養などの医療的ケアを安全かつ適切に提供するための研修の実施などにより、介護施設等での安全な体制づくりを進めます。

第6節 地域医療構想の推進・見直し

1. 推進体制

各構想区域において、現在の医療サービスの維持・充実を図りつつ、医療需要に応じた医療提供体制が構築されるよう、医療審議会や地域医療構想調整会議を通じ、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（平成37年）に向けて自主的な取組を推進します。

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

県内の医療提供体制の状況や国の動向（療養病床の見直し、診療報酬改定等）、国による推計データの提供状況などを踏まえ、将来的に医療提供体制が大きく変化する場合や医療計画の改定時などに、必要に応じ地域医療構想の見直しを行います。

地域医療構想の策定経過

○ 長野県医療審議会

開催日	主な会議内容
①平成 27 年 6 月 11 日	地域医療構想策定委員会の設置について
②平成 27 年 10 月 16 日	長野県地域医療構想の策定について（諮問）
③平成 29 年 2 月 10 日	長野県地域医療構想について（答申）

○ 長野県医療審議会地域医療構想策定委員会

開催日	主な検討内容
①平成 27 年 10 月 16 日	委員長選出、長野県の人口推移と医療提供体制の現状把握
②平成 28 年 3 月 25 日	構想区域間の患者流出入の調整の考え方を検討
③平成 28 年 6 月 9 日	地域医療構想調整会議からのヒアリング、構想骨子案検討
④平成 28 年 9 月 2 日	地域医療構想素案検討、将来の医療提供体制を実現するための施策検討
⑤平成 28 年 11 月 4 日	地域医療構想案検討
⑥平成 29 年 2 月 10 日	地域医療構想案決定

○ 地域医療構想調整会議

医療圏（構想区域）	開催日等	主な検討内容
佐久	①平成 28 年 2 月 26 日	（各調整会議共通） ①第 1 回調整会議 ・会長選出 ・医療提供体制の課題 ・地域医療構想の策定に向けた今後の取組の方向性の検討 ②第 2 回調整会議 ・策定委員会へ提出する意見案検討 ③第 3 回調整会議 ・地域医療構想素案に対する意見
	②平成 28 年 5 月 12 日	
	③平成 28 年 10 月 6 日	
上小	①平成 28 年 2 月 10 日	
	②平成 28 年 5 月 31 日	
	③平成 28 年 10 月 11 日	
諏訪	①平成 28 年 2 月 2 日	
	②平成 28 年 5 月 17 日	
	③平成 28 年 10 月 24 日	
上伊那	①平成 28 年 3 月 7 日	
	②平成 28 年 5 月 23 日	
	③平成 28 年 9 月 23 日	
飯伊	①平成 28 年 2 月 17 日	
	②平成 28 年 5 月 20 日	
	③平成 28 年 10 月 6 日	
木曾	①平成 28 年 3 月 3 日	
	②平成 28 年 5 月 12 日	
	③平成 28 年 10 月 6 日	
松本	①平成 28 年 2 月 1 日	
	②平成 28 年 5 月 16 日	
	③平成 28 年 10 月 24 日	
	病院・有床診療所部会を 4 回開催	
大北	①平成 28 年 2 月 18 日	
	②平成 28 年 5 月 23 日	
	③平成 28 年 10 月 17 日	
長野	①平成 28 年 2 月 16 日	
	②平成 28 年 5 月 17 日	
	③平成 28 年 10 月 14 日	
北信	①平成 28 年 2 月 2 日	
	②平成 28 年 5 月 19 日	
	③平成 28 年 10 月 19 日	

○ 県民等からの意見募集

区 分	期 間	意見提出状況
パブリックコメント	平成 28 年 12 月 14 日	9 者から 25 件の意見
医療法に基づく市町村、関係団体からの意見聴取	～平成 29 年 1 月 12 日	13 団体から 24 件の意見

○ 調 査

調査名	調査時期	調査内容
地域医療構想の策定に向けた医療機関の実態調査	平成 27 年 12 月	医療圏を越えた患者流出入に影響を与える医療機関の取組、病棟の建替え予定等
在宅医療提供状況等に関する調査		病院、診療所、訪問看護ステーションの在宅医療等の提供状況
療養病床入院患者実態調査		療養病床入院患者の医療区分や退院の可能性等の実態

長野県医療審議会 地域医療構想策定委員会 委員名簿

(委員数21名)

(五十音順、敬称略)

氏 名	役 職 等	備 考
相 澤 孝 夫	長野県病院協議会長	H27. 10～H28. 3
伊 澤 敏	佐久総合病院統括院長	
井 上 憲 昭	長野県病院協議会長	H28. 6～
上 原 明	長野県保険者協議会副会長	
牛 越 徹	長野県市長会 社会環境部会長 (大町市長)	
大 澤 麻 美	全国心臓病の子どもを守る会 長野県支部長	
大 淵 律 子	佐久大学看護学部教授	H27. 10～H28. 3
奥 野 ひろみ	信州大学医学部教授	
春 日 司 郎	長野県歯科医師会長	
唐 木 一 直	長野県町村会 社会環境部会長 (南箕輪村長)	H28. 3～
久 保 惠 嗣	長野県立病院機構理事長	
高 坂 宗 昭	長野県町村会 社会環境部会長 (飯島町長)	H27. 10～H28. 3
関 隆 教	長野県医師会長	委員長
園 原 規 子	長野県栄養士会長	
竹 重 王 仁	医療法人公生会 竹重病院理事長	専門委員
竹 前 紀 樹	長野市民病院名誉院長	
日 野 寛 明	長野県薬剤師会長	
細 谷 たき子	佐久大学看護学部教授	H28. 6～
保 谷 ハルエ	ほやっこサロン アドバイザー	
本 郷 一 博	信州大学医学部附属病院長	委員長代理
宮 坂 圭 一	医療法人清風会 宮坂医院理事長	専門委員
三 輪 百合子	長野県看護協会会長	
山 田 一 尋	松本歯科大学教授	
吉 岡 二 郎	長野赤十字病院長	

(地域医療構想策定委員会設置期間：平成27年10月16日から平成29年3月31日まで)

地域医療構想調整会議 委員名簿

○佐久医療圏地域医療構想調整会議（36名）

（順不同、敬称略）

氏名	役職	備考
坂口 宇多彦	小諸北佐久医師会長	会長
多田 博行	佐久医師会長	
山口 康弘	北佐久歯科医師会副会長	
甘利 光治	佐久歯科医師会副会長	
樽澤 清子	小諸北佐久薬剤師会長	
花岡 幹郎	佐久薬剤師会長	
中山 まゆみ	長野県看護協会佐久支部長	H28. 2～H28. 6
細萱 信予	長野県看護協会佐久支部長	H28. 8～
有馬 邦正	独立行政法人国立病院機構小諸高原病院長	
高木 桂三	医療法人山月会小諸病院長	
黒柳 隆之	長野県厚生農業協同組合連合会小諸厚生総合病院長	
伊澤 敏	長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院統括院長	
渡辺 仁	長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院佐久医療センター院長	
田村 泰夫	川西赤十字病院長	
金澤 秀典	医療法人三世会金澤病院長	
黒澤 一也	社会医療法人恵仁会くろさわ病院長	
雨宮 雷太	医療法人雨宮病院長	
村島 隆太郎	佐久市立国保浅間総合病院事業管理者	
山口 博	長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院小海分院長	
小林 正明	佐久穂町立千曲病院長	H28. 2～H28. 3
植竹 智義	佐久穂町立千曲病院長	H28. 5～
牧山 尚也	軽井沢町国民健康保険軽井沢病院長	
小塚 裕	医療法人社団御代田中央記念病院長	
五十川 光信	全国健康保険協会長野支部企画総務部長	H28. 2～H28. 12
川村 英紀	佐久地区賛助会長	
依田 秀幸	小諸市健康づくり課長	
工藤 絹子	佐久市健康づくり推進課長	H28. 2～H28. 3
佐々木 和弘	佐久市健康づくり推進課長	H28. 5～
中島 行男	小海町町民課長	
岡部 豊一	佐久穂町健康福祉課長	
新海 貴	川上村保健福祉課長	
津金 昇三	南牧村住民課長	H28. 2～H28. 3
高見澤 澄一	南牧村住民課長	H28. 5～
柳澤 猛	南相木村住民課長	
倉根 弘文	北相木村住民福祉課長	
原 富士子	軽井沢町保健福祉課長	
古畑 洋子	御代田町健康福祉課長	
青井 義和	立科町町民課長	H28. 2～H28. 3
齊藤 明美	立科町町民課長	H28. 5～
林 忠幸	佐久広域連合消防本部消防長	H28. 2～H28. 3
小平 学	佐久広域連合消防本部消防長	H28. 5～
和田 徹	佐久地方事務所地域政策課長	

（任期：平成28年2月26日から2年間）

○上小医療圏地域医療構想調整会議（24名）

（順不同、敬称略）

氏名	役職	備考
森 寛夫	上田市医師会長	会長
佐藤 和英	上田市医師会副会長	
丸山 和敏	小県医師会長	
関 勇治	上田小県歯科医師会長	
飯島 康典	上田薬剤師会長	
尾美 友子	長野県看護協会上田支部長	H28.2～H28.6
三井 美千代	長野県看護協会上田支部長	H28.8～
安藤 豪隆	安藤病院長	
田幸 健司	長野県厚生農業協同組合連合会鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院長	
森 哲夫	独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター院長	H28.2～H28.3
吉澤 要	独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター院長	H28.5～
遠藤 謙二	千曲荘病院長	
勝山 努	丸子中央病院長	
泉 従道	長野県厚生農業協同組合連合会鹿教湯三才山リハビリテーションセンター三才山病院長	
廣瀬 健	上田市立産婦人科病院長	H28.2～H28.3
村田 昌功	上田市立産婦人科病院長	H28.5～
結城 敬	東御市民病院長	
三澤 弘道	国民健康保険依田窪病院長	
池田 正憲	池田クリニック院長	
岸 秀幸	岸医院長	
五十川 光信	全国健康保険協会長野支部企画総務部長	H28.2～H28.12
宮本 智夫	上田市自治会連合会長	
柳原 渉	上田市健康推進課長	H28.2～H28.3
石井 正俊	上田市健康推進課長	H28.5～
吉澤 健二	東御市健康保健課長	
小林 文江	長和町町民福祉課長	H28.2～H28.3
山浦 純一	長和町こども・健康推進課長	H28.5～
花見 陽一	青木村住民福祉課長	
中部 通男	上田地域広域連合事務局長	

（任期：平成28年2月10日から2年間）

○諏訪医療圏地域医療構想調整会議（20名）

（順不同、敬称略）

氏名	役職	備考
山田 雄三	岡谷市医師会長	
小松 郁俊	諏訪市医師会長	
小口 晋平	諏訪郡医師会長（長野県包括医療協議会支部諏訪地区協議会長）	会長
大滝 祐吉	岡谷下諏訪歯科医師会長	
藤森 和良	諏訪薬剤師会長	
佐藤 文子	長野県看護協会諏訪支部長	H28. 2～H28. 6
森林 美恵	長野県看護協会諏訪支部長	H28. 8～
大和 眞史	諏訪赤十字病院長	
濱口 實	諏訪中央病院長	
天野 直二	岡谷市民病院長	
井上 憲昭	長野県厚生農業協同組合連合会富士見高原医療福祉センター富士見高原病院統括院長	
稲村 いづみ	諏訪湖畔病院長	
岩間 智	諏訪共立病院長	
岩崎 眞明	エプソン健康保険組合常務理事	
金田 照俊	茅野市社会福祉協議会長	
宮澤 順	岡谷市健康福祉部長	
土田 雅春	諏訪市健康福祉部長	H28. 2～H28. 10
関 隆雄	諏訪市健康福祉部長	H28. 12～
小林 孝司	茅野市健康福祉部長	
増澤 功生	下諏訪町健康福祉課長	
金井 誠	富士見町住民福祉課長	
宮坂 道彦	原村保健福祉課長	

（任期：平成28年2月2日から2年間）

○上伊那医療圏地域医療構想調整会議（27名）

（順不同、敬称略）

氏名	役職	備考
北原 敏久	上伊那地域包括医療協議会長	会長
前澤 毅	上伊那地域包括医療協議会地域医療充足委員長	
河野 宏	上伊那医師会副会長	
春日 貴	上伊那歯科医師会常務理事	
有賀 直実	上伊那薬剤師会副会長	
伊藤 徹	伊那中央病院事務部長	
新村 義弘	昭和伊南総合病院事務長	H28. 3
市瀬 憲治	昭和伊南総合病院事務長	H28. 5～
今福 孝枝	町立辰野病院事務長	
森腰 孝之	県立こころの医療センター駒ヶ根事務部長	
柴 英章	田中病院事務長	H28. 5～
中村 杏子	上伊那郡市保健師連絡協議会副会長	
増田 仁美	長野県看護協会伊那支部副支部長	H28. 3～H28. 6
北沢 つな子	長野県看護協会伊那支部長	H28. 8～
鹿野 恵美	長野県助産師会上伊那地区長	
山崎 恭子	伊那市医療政策審議会委員	
廣野 裕美	駒ヶ根市保健補導員連合会長	H28. 3
野村 貴子	駒ヶ根市保健補導員連合会長	H28. 5～
杉村 桂子	中川村保健補導員連絡協議会副会長	
土村 みどり	栄養士会伊那支部長	
五味 一人	チノン健康保険組合常務理事	
城取 誠	伊那市保健福祉部長	
倉田 俊之	駒ヶ根市民生部長	
守屋 英彦	辰野町保健福祉課長	
百瀬 喜美子	箕輪町健康推進課長	
宮下 寛	飯島町健康福祉課長	
藤田 貞文	南箕輪村健康福祉課長	
中平 仁司	中川村保健福祉課長	
福澤 武	宮田村福祉課長	H28. 3
田中 耕民	宮田村福祉課長	H28. 5～
西垣 明子	伊那保健福祉事務所長（上伊那地域包括医療協議会委員）	H28. 3～H28. 9
松岡 裕之	伊那保健福祉事務所長（上伊那地域包括医療協議会委員）	H28. 10～

（任期：平成28年3月7日から2年間）

○飯伊医療圏地域医療構想調整会議（18名）

（順不同、敬称略）

氏名	役職	備考
市瀬 武彦	飯伊地区包括医療協議会長	会長
古田 仁志	飯田医師会長	
大鹿 和完	飯田下伊那歯科医師会長	
市瀬 光一	飯田下伊那薬剤師会長	H28.2～H28.6
熊谷 均	飯田下伊那薬剤師会長	H28.8～
篠田 守	長野県看護協会飯田支部（飯田病院看護部長）	
金子 源吾	飯田市立病院長	
原 重樹	飯田病院長	
牛山 雅夫	健和会病院長	
原 修	輝山会記念病院長	
網野 章由	下伊那赤十字病院長	
社浦 康三	長野県厚生農業協同組合連合会下伊那厚生病院長	H28.2～H28.8
朔 哲洋	長野県厚生農業協同組合連合会下伊那厚生病院長	H28.8～
西澤 良斉	医療法人龍川会西澤病院長	
田中 雅人	県立阿南病院長	
瀬口 達也	瀬口脳神経外科病院長	
菅沼 哲夫	菅沼病院長	
有賀 克明	コア健康保険組合	
森本 サカエ	飯田市連合婦人会長	
松島 貞治	南信州広域連合環境福祉医療部会長（泰阜村長）	H28.2～H28.10
大久保 憲一	南信州広域連合環境福祉医療部会長（根羽村長）	H28.10～

（任期：平成28年2月17日から2年間）

○木曽医療圏地域医療構想調整会議（19名）

（順不同、敬称略）

氏名	役職	備考
奥原 佐	木曽医師会長	会長
蘆澤 則文	木曽医師会理事	
古谷 久徳	木曽郡歯科医師会長	
小林 泰彦	木曽薬剤師会長	
重盛 るり子	長野県看護協会木曽支部長	H28.3～H28.6
小林 明美	長野県看護協会木曽支部長	H28.10～
井上 敦	県立木曽病院長	
篠崎 隆	医療法人篠崎医院理事長	
長谷川 裕	キッセイ健康保険組合常務理事	
井口 利夫	木曽病院・木曽地域の医療を守る会代表	
久保田 禎子	木曽保健師会長	
羽毛田 盛雄	木曽郡町村社会福祉協議会連絡会長	
田上 正男	上松町長	
宮川 正光	南木曽町長	H28.3～H28.5
向井 裕明	南木曽町長	H28.5～
原 久仁男	木曽町長	
唐澤 一寛	木祖村長	
瀬戸 普	玉滝村長	
貴舟 豊	大桑村長	
古幡 勝彦	木曽広域連合副管理者兼事務局長	
楯 啓二	木曽広域消防本部消防長	H28.3
湯川 秀俊	木曽広域消防本部消防長	H28.5～

（任期：平成28年3月3日から2年間）

○松本医療圏地域医療構想調整会議（20名）

（順不同、敬称略）

氏名	役職	備考
杉山 敦	松本市医師会長	会長 H28.8～
百瀬 英司	松本市医師会長	H28.2～H28.6
高橋 千治	安曇野市医師会長	
百瀬 篤	塩筑医師会副会長	
竹淵 哲	松本市歯科医師会長	
加藤 祐美子	長野県看護協会松本支部長	H28.2～H28.6
下村 陽子	長野県看護協会松本支部長	H28.8～
加賀美 秀樹	松本薬剤師会長	
池田 修一	信州大学医学部長	H28.2～H28.9
田中 榮司	信州大学医学部長	H28.10～
本郷 一博	信州大学医学部附属病院長	
相澤 孝夫	社会医療法人財団慈泉会相澤病院長	
北野 喜良	独立行政法人国立病院機構まつもと医療センター松本病院長	
中野 武	安曇野赤十字病院長	
高木 洋行	松本市立病院長	
原田 順和	県立こども病院長	
中土 幸男	社会医療法人抱生会丸の内病院長	
具志堅 進	松本協立病院長	
上原 明	全国健康保険協会長野支部長	
小川 憲一	長野県自動車販売店健康保険組合常務理事	
井上 真由巳	松本市健康づくり推進員連合会長	
菅谷 昭	松本市長	
中村 武雄	東筑摩郡村長会長（朝日村長）	

（任期：平成28年2月1日から2年間）

○大北医療圏地域医療構想調整会議（18名）

（順不同、敬称略）

氏名	役職	備考
小野 壽太郎	大北医師会長	会長
若林 透	大北医師会副会長	
横澤 厚信	大北医師会（前大北医師会長）	
平林 昭光	大北歯科医師会副会長	
林 もと子	大北薬剤師会長	
市川 貴代	長野県看護協会大町支部長	H28.2～H28.6
酒井 陽子	長野県看護協会大町支部長	H28.8～
井上 善博	市立大町総合病院長	
西澤 理	長野県厚生農業協同組合連合会北アルプス医療センターあづみ病院統括院長	
中井 和男	小谷村国民健康保険小谷村診療所長	
西澤 頼雄	全国健康保健協会長野支部業務部長	H28.2～H28.6
飯高 良造	全国健康保健協会長野支部業務部長	H28.7～
牛越 徹	大町市長	
甕 聖章	池田町長	H28.5～
平林 明人	松川村長	
下川 正剛	白馬村長	
松本 久志	小谷村長	
二條 孝夫	北アルプス広域連合議会議長	
宮坂 佳宏	北アルプス広域連合所長	
倉科 孝志	北アルプス広域消防本部消防長	

（任期：平成28年2月18日から2年間）

○長野医療圏地域医療構想調整会議（34名）

（順不同、敬称略）

氏名	役職	備考
宮澤 政彦	長野市医師会長	会長
飯島 健司	千曲医師会長	
下鳥 正博	須高医師会長	
飯島 富士雄	更級医師会長	
長崎 忠悦	上水内医師会長	
北川原 穰	長野市歯科医師会長	
谷 憲昭	長野市薬剤師会長	
小山 幹子	長野県看護協会長野支部長	H28.2～H28.6
酒井 京子	長野県看護協会長野支部長	H28.8～
岡本 講平	独立行政法人国立病院機構東長野病院長	
竹前 紀樹	長野市民病院長	H28.2～H28.3
池田 宇一	長野市民病院長	H28.5～
吉岡 二郎	長野赤十字病院長	
秋月 章	長野県厚生農業協同組合連合会長野松代総合病院統括院長	
木村 薫	長野県厚生農業協同組合連合会篠ノ井総合病院長	H28.2～H28.3
小池 健一	長野県厚生農業協同組合連合会篠ノ井総合病院長	H28.5～
山本 博昭	長野医療生活協同組合長野中央病院長	
寺田 克	県立須坂病院長	
石川 自然	長野寿光会上山田病院長	
小林 淳生	小林病院長	
大西 禎彦	医療法人財団大西会千曲中央病院長	
宮尾 陽一	特定医療法人新生病院長	
中島 英夫	ナカジマ外科病院長	
小瀬川 和雄	長野県厚生農業協同組合連合会新町病院長	
上原 明	全国健康保険協会長野支部長	
田々井 芳雄	北野建設健康保険組合常務理事	
伊藤 篤志	長野市民生児童委員協議会長	
三井 澄子	長野県食生活改善推進協議会長野支部長	
田中 幸廣	長野市保健福祉部長	
樽井 寛美	須坂市健康福祉部長	
宮島 葉子	千曲市健康福祉部長	H28.2～H28.3
宮入 明美	千曲市健康福祉部長	H28.5～
大井 裕	坂城町福祉健康課長	
八代 良一	小布施町健康福祉課長	
善哉 政雄	高山村村民生活課長	
高橋 徹	信濃町住民福祉課長	
吉澤 文子	飯綱町保健福祉課長	H28.2～H28.3
高橋 明彦	飯綱町保健福祉課長	H28.5～
伊藤 一芳	小川村住民福祉課長	

（任期：平成28年2月16日から2年間）

○北信医療圏地域医療構想調整会議（11名）

（順不同、敬称略）

氏名	役職	備考
丸谷 和洋	中高医師会長	会長
高橋 智子	飯水医師会長・佐藤病院長	
平井 和夫	飯水歯科医師会長	
山崎 正衛	中高薬剤師会長	
常田 徳子	長野県看護協会北信支部長	H28.2～H28.6
川口 恵美子	長野県看護協会北信支部長	H28.8～
古川 賢一	飯山赤十字病院長	
洞 和彦	長野県厚生農業協同組合連合会北信総合病院長	
外川 善夫	全国健康保険協会長野支部企画総務グループ長	H28.2～H28.3
久保敷 隆	全国健康保険協会長野支部企画総務グループ長	H28.5～
大口 とし子	野沢温泉村民生児童委員	
足立 正則	飯山市長	
池田 茂	中野市長	

（任期：平成28年2月2日から2年間）

長野県地域医療構想

平成 29 年 3 月発行

お問い合わせ先

〒380-8570 長野県長野市大字南長野字幅下 692-2

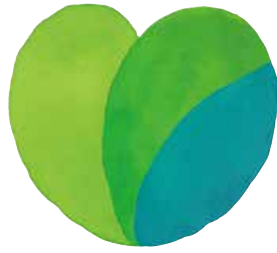
長野県健康福祉部医療推進課

TEL 026-235-7131

FAX 026-223-7106

E-mail iryu@pref.nagano.lg.jp

長野県ホームページアドレス <http://www.pref.nagano.lg.jp/>



しあわせ
信州