

地域医療構想における2025年に向けた対応方針の変更について

医療機関名	病床数変更前	病床数変更後	備考
医療法人信愛会 田中病院	43床 (回復期43床)	39床 (回復期39床)	時期：2024年11月1日 内容：病床稼働率が低いため4床減床し、運用済み。 【詳細は別紙1のとおり】
長野県立 信州医療センター	292床 急性期235床 回復期57床	261床 急性期218床 回復期0床 休棟43床	時期：2025年3月31日（予定） 内容：急性期病床については、稼働する見込みのない17床について減床。回復期病床は令和5年10月以降休棟しており、現在、急性期病棟での効率的な運用を行っているため14床減床し、43床休棟する。 【詳細は別紙2のとおり】
飯綱町立飯綱病院	140床 急性期110床 慢性期30床	103床 急性期52床 回復期26床 慢性期25床	時期：2025年4月1日 内容：病棟・病床を再編するにあたり、急性期病床を52床、慢性期病床を25床に減床し、新たに回復期病床26床を設置。 【詳細は別紙3のとおり】
JA長野厚生連 長野松代総合病院	361床 高度急性期20床 急性期302床 回復期39床	361床 高度急性期20床 急性期297床 回復期44床	時期：2025年4月 内容：急性期5床を回復期病床へ転換。 【詳細は別紙4のとおり】

※ 別紙「対応方針」の変更箇所を朱書きで表記

許可病床数の変更について

医療法人信愛会 田中病院
院長 田中 昌彦

1. 変更内容

許可病床数 43 床を 39 床に変更する。

病床機能	2023.7.1 時点	2024.7.1 時点	2025 年
急性期			
回復期	43 床	43 床	39 床
慢性期			
合計（許可病床数）	43 床	43 床	39 床

2. 変更理由

病床稼働率が低いため減床することに致しました。

3. 変更時期

2024 年 11 月 1 日

以上

地域医療構想における2025年に向けた対応方針

医療機関番号

78

医療機関名：

田中病院

1. 自院の現状

(1) 許可病床数 (令和6年 (2024年) 11月1日時点)

① 病床の種別毎の病床数

合計	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
39	39	0	0	0	0

② 病床機能毎の病床数 ※一般・療養病床のみを算定

合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中
39	0	0	39	0	0

(2) 医師・看護職員の職員数 (令和5年 (2023年) 7月1日時点)

職種	医師		看護師		准看護師		看護補助者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
人数	4	0.25	14	1.4	5	1.6	3	0

(3) 診療科目 (令和5年 (2023年) 7月1日時点)

内科,消化器内科 (胃腸内科),外科,肛門外科,小児科

(4) 自院の特徴と課題

① 特徴

当院では、1. 当院通院患者の肺炎や高齢の方の一時的な心不全など一時増悪に対応する入院医療を提供。2. 長野赤十字病院、長野市民病院などの基幹病院からの、後方支援的な転院を引き受け、可能な場合は介護施設、老人福祉施設など状態にあった施設への転所を促し、不可能な場合は、看取りを行う。3. 開業の医師から、老人施設や在宅療養中の一時増悪に対応する入院を行っている。4. 消化器科にて、内視鏡下でのポリープ切除など、可能な範囲での内視鏡治療を行っている。5. 基幹病院にて入院後、褥瘡治療を要する患者について、転院後褥瘡治療の継続を行っている。褥瘡治療は、長期の治療を要することが多く、基幹病院では、治療の継続が困難であり、施設での受け入れも困難なためである。以上のように多様な入院治療を行っている。

② 課題

入院医療の提供は、いろいろなパターンがあり、一概に急性期のみではないが、さりとて慢性期や回復期とも言い難く、表現が難しい。今後の課題としては、リハビリを視野に入れていきたいが、入院患者に認知症患者や終末期の患者が多く、リハビリの提供がコスト的に見合うことになるのか、無理なりハビリの提供になるかが、不明な部分があり、課題と考えている。

2. 今後の方針

(1) 自院の今後の方針

2025年・2030年を見据え、貴医療機関が圏域の中で担う役割について以下から該当するものを選択いただくとともに、具体的な今後の方針について記載してください。（該当する役割すべてに「○」、そのうち主たる役割を1つ選択のうえ「◎」を記載願います。）

今後の圏域における役割	回答欄
① 重症の救急患者への対応や手術など、高度・専門医療を中心とした急性期医療を担う医療機関	
② 救急患者の初期対応や比較的症状が軽い患者に対する急性期医療を担う医療機関	○
③ 在宅や介護施設等で急性増悪した患者（サブアキュート）や、急性期経過後に引き続き入院医療を要する患者（ポストアキュート）の受入機能を担う地域包括ケアの拠点となる医療機関	◎
④ 回復期リハビリテーション医療を提供する医療機関	
⑤ 長期にわたり療養が必要な患者（重度の障がい者（児）を含む）に対する入院医療を担う医療機関	
⑥ 特定の診療に特化した役割を担う医療機関（例：産婦人科、精神科等）	
⑦ かかりつけ医としての役割や在宅医療における中心的な役割を担う医療機関	○

【具体的な今後の方針】

当院通院中の患者の急性増悪や近医よりの紹介患者の入院加療や、高度急性期病院よりの、後方支援、介護施設への橋渡し内視鏡治療の継続を考えている。リハビリを行うか考慮中である。
今後の社会情勢や当院での入院医療の提供が不要な場合は、病棟の閉鎖も視野に入れている。

(2) 2025年における非稼働病棟への対応

①非稼働病棟の有無（2023.7.1時点）

非稼働病棟の有無
無

②非稼働となっている理由

※ 上記設問の(2),①にて、非稼働病棟が「有」となっている場合に回答

③非稼働病棟における2025年の方針

※ 上記設問の(2),①にて、非稼働病棟が「有」となっている場合に回答

方針	
再稼働	←再稼働する場合、再稼働後の病床機能を選択（一部のみ再稼働する場合もこちらを選択）
廃止	←廃止する場合、こちらを選択（非稼働病棟を全床廃止する場合のみ選択）
検討中	←非稼働病棟の方針が未定の場合のみ選択

④ {再稼働} を選択した場合：再稼働後の当該病棟における役割等を記載（担う役割、医療従事者の確保見込み等）

{検討中} を選択した場合：方針が決まらない要因、いつまでに方針が決まる見込みかを記載

※ 上記設問の(2),③にて、「再稼働」・「検討中」を選択した場合に回答

(3) 2025年・2030年における許可病床数の予定

病床機能	2023.7.1時点 (A)	2025年 (B)	現在との差 (B-A)	変更時期1 (※)	2030年 (C)	現在との差 (C-A)	2025年との差 (C-B)	変更時期2 (※)
高度急性期	0	0	0		0	0	0	
急性期	0	0	0		0	0	0	
回復期	43	39	-4		39	-4	0	
慢性期	0	0	0		0	0	0	
休棟	0	0	0		0	0	0	
廃止		0	0		0	0	0	
介護施設等への転換		0	0		0	0	0	
合計	43	39	-4		39	-4	0	

※ 左欄で「0」以外の数値が入っている欄に変更予定時期を記入してください。（記入例：2027年7月）

許可病床数の変更について

長野県立信州医療センター
院長 竹内敬昌

1. 変更内容

許可病床数 292 床を 261 床に変更する。

病床機能	2025.2.1 時点	2025 年 4 月	2030 年
高度急性期	23	0	0
急性期	212	218	218
回復期	57	0	0
慢性期	0	0	0
休 棟	0	43	43
合計（許可病床数）	292	261	261

2. 変更理由

高度急性期については、急性期病棟として運用するため 23 床削減したい。また、急性期については、高度急性期として運用していた 23 床を増床し、運用上、過去 1 年間一度も入院患者を収容しておらず、今後も稼働する見込みのない 17 床を減床したい。

回復期については、令和 5 年 10 月以降休棟しており、現在、急性期病棟での効率的な運用を行っているため 14 床減床し、43 床休棟したい。

3. 変更時期

2025 年 3 月 31 日（予定）

地域医療構想における2025年に向けた対応方針

医療機関番号

98

医療機関名：長野県立信州医療センター

1. 自院の現状

(1) 許可病床数（令和5年（2023年）7月1日時点）

①病床の種別毎の病床数

合計	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
320	292	0	0	24	4

②病床機能毎の病床数 ※一般・療養病床のみを算定

合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中
292	0	235	57	0	0

(2) 医師・看護職員の職員数（令和5年（2023年）7月1日時点）

職種	医師		看護師		准看護師		看護補助者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
人数	49	6.6	225	12.6	1	0	12	6.4

(3) 診療科目（令和5年（2023年）7月1日時点）

内科,呼吸器内科,循環器内科,消化器内科（胃腸内科）,神経内科,血液内科,感染症内科,外科,血管外科,呼吸器外科,脳神経外科,整形外科,形成外科,小児科,産婦人科,眼科,耳鼻いんこう科,皮膚科,泌尿器科,精神科,リハビリテーション科,放射線科,麻酔科,病理診断科,救急科

(4) 自院の特徴と課題

①特徴

当院は、患者中心のチーム医療を理念に掲げ、須坂市、小布施町、高山村からなる須高地域の地域基幹病院として、地域医療ならびに専門医療の提供を行っている。また、県立病院機構の中核的病院としての役割とともに、政策医療としての、県内唯一の第一種感染症指定医療機関、結核指定医療機関、エイズ治療中核拠点病院としての責務を担っている。日々の診療では、25の診療科のほか、専門外来、在宅診療部、内視鏡センターや健康管理センター等を設け、地域の保健・医療・福祉関係機関との連携のもと、多面的な診療機能を発揮している。特に、感染症指定医療機関として感染症センターの機能を活かし、行政や他の医療機関との連携のもと、新型コロナウイルス感染症の早期終息に向けての取り組みに可能な限り対応している。また、当院は、自治医科大学卒業生を含めた初期臨床研修指定病院として、他の県立病院のほか、信州大学医学部附属病院や近隣病院とも連携し、豊富な選択肢による研修プログラムを組み、研修医の育成を行うとともに、呼吸器、感染症、消化器、総合診療などを中心に、各分野の専門医の育成に積極的に参画している。

②課題

- ・地域の人口構造の変化に対応した医療の提供
- ・政策医療の提供と収益の確保
- ・診療報酬改定に対する対応
- ・医師はじめ医療従事者の働き方改革と人材育成について
- ・医療機器及び施設の老朽化への対応
- ・新興感染症に対する対応

2. 今後の方針

(1) 自院の今後の方針

2025年・2030年を見据え、貴医療機関が圏域の中で担う役割について以下から該当するものを選択いただくとともに、具体的な今後の方針について記載してください。（該当する役割すべてに「○」、そのうち主たる役割を1つ選択のうえ「◎」を記載願います。）

今後の圏域における役割	回答欄
① 重症の救急患者への対応や手術など、高度・専門医療を中心とした急性期医療を担う医療機関	
② 救急患者の初期対応や比較的症状が軽い患者に対する急性期医療を担う医療機関	◎
③ 在宅や介護施設等で急性増悪した患者（サブアキュート）や、急性期経過後に引き続き入院医療を要する患者（ポストアキュート）の受入機能を担う地域包括ケアの拠点となる医療機関	○
④ 回復期リハビリテーション医療を提供する医療機関	○
⑤ 長期にわたり療養が必要な患者（重度の障がい者（児）を含む）に対する入院医療を担う医療機関	
⑥ 特定の診療に特化した役割を担う医療機関（例：産婦人科、精神科等）	○
⑦ かかりつけ医としての役割や在宅医療における中心的な役割を担う医療機関	○

【具体的な今後の方針】

長野医療圏において急性期病院が多く存在する中、当院は、一般急性期医療を主軸に回復機能も保有することで、求められる役割を果たしていきたいと考えている。

上記②に関しては一部の疾患の三次救急にも対応する。⑥は産科医療の提供を継続する。⑦は須高地域の在宅医療・看護などの需要に対応していく。

また、感染症センターを活用し、長野県内の感染症対策の中核病院としての位置づけを図っていくことも検討している。

なお、コロナ陽性者対応に係る国の方針、病棟運営の効率化の観点から、2023年10月からコロナ専用病棟（49床）を休止している。必要な機能、病床数については、新規の医療ニーズに応じ、検討していく。

(2) 2025年における非稼働病棟への対応

①非稼働病棟の有無（2023.7.1時点）

非稼働病棟の有無
無

②非稼働となっている理由

※ 上記設問の(2),①にて、非稼働病棟が「有」となっている場合に回答

③非稼働病棟における2025年の方針

※ 上記設問の(2),①にて、非稼働病棟が「有」となっている場合に回答

方針	
再稼働	←再稼働する場合、再稼働後の病床機能を選択（一部のみ再稼働する場合もこちらを選択）
廃止	←廃止する場合、こちらを選択（非稼働病棟を全床廃止する場合のみ選択）
検討中	←非稼働病棟の方針が未定の場合のみ選択

④ {再稼働} を選択した場合：再稼働後の当該病棟における役割等を記載（担う役割、医療従事者の確保見込み等）

{検討中} を選択した場合：方針が決まらない要因、いつまでに方針が決まる見込みかを記載

※ 上記設問の(2),③にて、「再稼働」・「検討中」を選択した場合に回答

(3) 2025年・2030年における許可病床数の予定

病床機能	2023.7.1時点 (A)	2025年 (B)	現在との差 (B-A)	変更時期1 (※)	2030年 (C)	現在との差 (C-A)	2025年との差 (C-B)	変更時期2 (※)
高度急性期	0	0	0	2025年4月	0	0	0	
急性期	235	218	-17	2025年4月	218	-17	0	
回復期	57	0	-57	2025年4月	0	-57	0	
慢性期	0	0	0		0	0	0	
休棟	0	43	43	2025年4月	43	43	0	
廃止		0	0		0	0	0	
介護施設等への転換		0	0		0	0	0	
合計	292	261	-31		261	-31	0	

※ 左欄で「0」以外の数値が入っている欄に変更予定時期を記入してください。（記入例：2027年7月）

許可病床数の変更について

飯綱町立飯綱病院
院長 伊藤 一人

1. 変更内容

許可病床数 140 床を 103 床に変更する。

病床機能	2023.7.1 時点	2024.7.1 時点	2025 年
急性期	110	110	52
回復期	0	0	26
慢性期	51	30	25
合計（許可病床数）	161	140	103

2. 変更理由

医療構造改革法（2006 年）で決定した介護療養型医療施設の廃止について、経過措置の終了に伴い、2024 年 3 月末に介護療養病床 21 床を廃止した。

今回、2024 年 3 月策定の「飯綱町立飯綱病院経営強化プラン」に基づき病棟・病床を再編するに当たり、急性期病床を 52 床に、慢性期病床を 25 床に変更し、新たに回復期病床 26 床を設置するもの。

3. 変更時期

2025 年 4 月 1 日

以上

地域医療構想における2025年に向けた対応方針

医療機関番号

105

医療機関名：

飯綱町立飯綱病院

1. 自院の現状

(1) 許可病床数 (令和6年(2024年)7月1日時点)

① 病床の種別毎の病床数

合計	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
140	110	30	0	0	0

② 病床機能毎の病床数 ※一般・療養病床のみを算定

合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中
140	0	110	0	30	0

(2) 医師・看護職員の職員数 (令和6年(2024年)7月1日時点)

職種	医師		看護師		准看護師		看護補助者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
人数	8	7.7	69	11.3	3	1.3	15	2.6

(3) 診療科目 (令和6年(2024年)7月1日時点)

内科,循環器科,外科,消化器科,脳神経外科,整形外科,形成外科,小児科,眼科,耳鼻いんこう科,泌尿器科,歯科,矯正歯科,リウマチ科,リハビリテーション科,麻酔科

(4) 自院の特徴と課題

① 特徴

一般病床110床、療養病床30床、計140床、診療科16科で、飯綱町民と近隣市町村の中核病院として一次救急から二次救急及び救急告示病院として、地域住民の安心のため信頼される医療を提供している。
また、飯綱町の「保健・医療・福祉」の中心的施設として町民の疾病予防、各種健診、医療相談、認知症予防等の各種活動を行うとともに、一部施設を医療防災管理棟として位置づけ、災害時の医療拠点としている。

② 課題

全国的に医師不足が深刻化している中、当院も例外ではなく、医師不足は、日常の診療から当直業務にいたるまで、勤務する医師に大きな負担を与えている。医療従事者の負担軽減が課題となっている。

2. 今後の方針

(1) 自院の今後の方針

2025年・2030年を見据え、貴医療機関が圏域の中で担う役割について以下から該当するものを選択いただくとともに、具体的な今後の方針について記載してください。（該当する役割すべてに「○」、そのうち主たる役割を1つ選択のうえ「◎」を記載願います。）

今後の圏域における役割	回答欄
① 重症の救急患者への対応や手術など、高度・専門医療を中心とした急性期医療を担う医療機関	
② 救急患者の初期対応や比較的症状が軽い患者に対する急性期医療を担う医療機関	◎
③ 在宅や介護施設等で急性増悪した患者（サブアキュート）や、急性期経過後に引き続き入院医療を要する患者	○
④ 回復期リハビリテーション医療を提供する医療機関	
⑤ 長期にわたり療養が必要な患者（重度の障がい者（児）を含む）に対する入院医療を担う医療機関	
⑥ 特定の診療に特化した役割を担う医療機関（例：産婦人科、精神科等）	
⑦ かかりつけ医としての役割や在宅医療における中心的な役割を担う医療機関	

【具体的な今後の方針】

救急告示病院として、当地域の1次～2次救急を行い、地域住民の安心安全を守っていく。

(2) 2025年における非稼働病棟への対応

①非稼働病棟の有無（2024.7.1時点）

非稼働病棟の有無
無

②非稼働となっている理由

※ 上記設問の(2),①にて、非稼働病棟が「有」となっている場合に回答

③非稼働病棟における2025年の方針

※ 上記設問の(2),①にて、非稼働病棟が「有」となっている場合に回答

方針	
再稼働	←再稼働する場合、再稼働後の病床機能を選択（一部のみ再稼働する場合もこちらを選択）
廃止	←廃止する場合、こちらを選択（非稼働病棟を全床廃止する場合のみ選択）
検討中	←非稼働病棟の方針が未定の場合のみ選択

④ {再稼働} を選択した場合：再稼働後の当該病棟における役割等を記載（担う役割、医療従事者の確保見込み等）

{検討中} を選択した場合：方針が決まらない要因、いつまでに方針が決まる見込みかを記載

※ 上記設問の(2),③にて、「再稼働」・「検討中」を選択した場合に回答

(3) 2025年・2030年における許可病床数の予定

病床機能	2024.7.1時点 (A)	2025年 (B)	現在との差 (B-A)	変更時期1 (※)	2030年 (C)	現在との差 (C-A)	2025年との差 (C-B)	変更時期2 (※)
高度急性期	0	0	0		0	0	0	
急性期	110	52	-58	2025年4月	52	-58	0	
回復期	0	26	26	2025年4月	26	26	0	
慢性期	30	25	-5	2025年4月	25	-5	0	
休棟	0	0	0		0	0	0	
廃止		0	0		0	0	0	
介護施設等への転換		0	0		0	0	0	
合計	140	103	-37		103	-37	0	

※ 左欄で「0」以外の数値が入っている欄に変更予定時期を記入してください。（記入例：2027年7月）

医療機関番号

85

医療機関名： 長野県厚生農業協同組合連合会長野松代総合病院

1. 自院の現状

(1) 許可病床数 (令和4年(2022年)7月1日時点)

①病床の種別毎の病床数

合計	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
365	361	0	0	0	4

②病床機能毎の病床数

合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中
361	20	302	39	0	0

(2) 医師・看護職員の職員数 (令和4年(2022年)7月1日時点)

職種	医師		看護師		准看護師		看護補助者	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
人数	53	5.9	298	7.4	4	1.2	23	2.6

(3) 診療科目 (令和4年(2022年)7月1日時点)

内科,呼吸器内科,循環器内科,消化器内科,神経内科,外科,呼吸器外科,心臓血管外科,脳神経外科,整形外科,形成外科,小児科,産婦人科,眼科,耳鼻咽喉科,皮膚科,泌尿器科,精神科,心療内科,歯科口腔外科,アレルギー科,リウマチ科,リハビリテーション科,放射線科,麻酔科

(4) 自院の特徴と課題

①特徴

・当院は、急性期から回復期まで対応しており、病院群輪番制参加病院として軽症～中等症の入院を要する救急患者に24時間対応している。また、関連施設である附属若穂病院（医療療養病床）や地域の他医療機関との連携により地域完結型医療を進めている。また、当院の位置する地域は開業医が少ないため近隣の患者にとってのかかりつけ医的な役割を担っている。これまでの脳卒中・脳血管疾患や筋骨格系・外傷疾患、乳房系疾患にくわえ、ダイエット科やエイジングケア科の開始により、生活習慣病等に対して病気が重篤になる前の自費診療を含めた治療や、美容診療を開始する等、特色ある診療をおこなっている。2021年には長野県内で初めて「地域密着臨床研修病院」に指定された。また、医師だけではなくナースプラクティショナーの資格取得等、医療スタッフが働きながら資格を取得できる環境体制を整え、医師の働き方改革にも取り組んでいる。

②課題

・新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、感染症指定病院として同感染症の対応を進めてきたが、勤務医の減少などにより一般診療との両立に厳しさを増している状況。
 ・医師を中心とする医療従事者の確保（高齢化や開業などによる勤務医の減少）・患者ニーズ・経営状況等を見極めながら今後の適正病床数を視野に急性期病床数のダウンサイジングも検討しなければならない。

2. 今後の方針

(1) 自院の今後の方針

2025年・2030年を見据え、貴医療機関が圏域の中で担う役割について以下から該当するものを選択いただくとともに、具体的な今後の方針について記載してください。（該当する役割すべてに「○」、そのうち主たる役割を1つ選択のうえ「◎」を記載願います。）

今後の圏域における役割	回答欄
① 重症の救急患者への対応や手術など、高度・専門医療を中心とした急性期医療を担う医療機関	○
② 救急患者の初期対応や比較的症状が軽い患者に対する急性期医療を担う医療機関	◎
③ 在宅や介護施設等で急性増悪した患者（サブアキュート）や、急性期経過後に引き続き入院医療を要する患者（ポストアキュート）の受入機能を担う地域包括ケアの拠点となる医療機関	○
④ 回復期リハビリテーション医療を提供する医療機関	○
⑤ 長期にわたり療養が必要な患者（重度の障がい者（児）を含む）に対する入院医療を担う医療機関	
⑥ 特定の診療に特化した役割を担う医療機関（例：産婦人科、精神科等）	
⑦ かかりつけ医としての役割や在宅医療における中心的な役割を担う医療機関	○

【具体的な今後の方針】

これまでの方針に大きな変化はないが、加えて2020年に病床転換した回復期リハビリテーションの役割を担っていく。**2025年4月を目途に回復期病床を5床増床させていきたい。**

(2) 2025年における非稼働病床への対応

①非稼働病床の有無（2022.7.1時点）

非稼働病床の有無
無

②非稼働となっている理由

※ 上記設問の(2),①にて、非稼働病床が「有」となっている場合に回答

③非稼働病床における2025年の方針

※ 上記設問の(2),①にて、非稼働病床が「有」となっている場合に回答

方針		
再稼働		←再稼働する場合、再稼働後の病床機能を選択（一部のみ再稼働する場合もこちらを選択）
廃止		←廃止する場合、こちらを選択（非稼働病床を全床廃止する場合のみ選択）
検討中		←非稼働病床の方針が未定の場合のみ選択

④ {再稼働} を選択した場合：再稼働後の当該病床における役割等を記載（担う役割、医療従事者の確保見込み等）

{検討中} を選択した場合：方針が決まらない要因、いつまでに方針が決まる見込みかを記載

※ 上記設問の(2),③にて、「再稼働」・「検討中」を選択した場合に回答

(3) 2025年・2030年における許可病床数の予定

病床機能	2022.7.1時点 (A)	2025年 (B)	現在との差 (B-A)	変更時期1 (※)	2030年 (C)	現在との差 (C-A)	2025年との差 (C-B)	変更時期2 (※)
高度急性期	20	20	0		20	0	0	
急性期	302	297	-5	2025年4月	297	-5	0	
回復期	39	44	5	2025年4月	44	5	0	
慢性期	0	0	0		0	0	0	
休棟	0	0	0		0	0	0	
廃止			0			0	0	
介護施設等への転換		0	0		0	0	0	
合計	361	361	0		361	0	0	

※ 左欄で「0」以外の数値が入っている欄に変更予定時期を記入してください。（記入例：2027年7月）

「地域医療構想に関する医療機関
との意見交換」
実施結果について（概要）

長野保健福祉事務所
長野市保健所

1. 調査目的

長野医療圏地域医療構想調整会議では、これまでに2025年を想定した圏域の病床機能の在り方について検討が行われてきた。

今後は、より高齢化並びに人口減少に伴う医療ニーズの変化が顕在化することが予想される2040年に向けた医療提供体制の構築について議論することが予定されている。

そこで、当圏域の医療提供体制の現状と課題並びにあるべき将来像などについて、圏域内の医療機関の病院長等の意見交換を実施し、**今後、圏域において議論すべき論点の整理を行う。**

2. 実施方法

長野保健福祉事務所並びに長野市保健所において、圏域内の主たる医療機関に訪問(一部立入検査時等を活用)し、下記項目を中心に、病院長等よりヒアリングを実施。(実施医療機関: 長野圏域内の24病院)

【意見交換項目】

① 地域医療構想について:

これまでの長野医療圏地域医療構想調整会議に対する所感や課題、圏域として目指すべき医療提供体制の在り方等

② 病床機能連携について

(主として圏域内のポストアキュート患者の病病連携について):

ポストアキュート患者の回復期病床への転院等の病病連携状況(圏域内における回復期病床の過不足感)、転院調整に関する課題、今後のあるべき姿について等

③ 圏域における救急について:

当圏域における救急体制(特に高齢者救急の受入れ)の課題について

3. 調査結果

(留意点)

- ◆ 今回のヒアリングでは、様々な角度より多様なご意見をいただきました。
- ◆ 今回まとめました調査結果の概要は、事務局として、頂いたご意見の中から、最大公約数的な共通項と捉えました事項について整理をしております。
- ◆ 項目によっては、相反するご意見もあり、必ずしも頂いたご意見を要約に反映できていない点もありますので、質的評価の限界としてあらかじめご了承ください。
- ◆ 資料の記載については、なるべく生の声をそのまま反映すべく、私共のヒアリング時のメモから、原則、そのまま表現しておりますことも前提としてご理解いただければと存じます。

3. (1) 地域医療構想について (要約)

【会議・議論の在り方について】

- 地域医療構想調整会議については、**参集メンバーの数が多く、また団体や職種も幅広い**ため、**活発な意見交換を行う場になっていない。**
- 圏域全体の病床数や、定義が不明確な病床機能報告による4区分別病床数など**「数」の議論が中心で、具体的な機能分担や連携などの現実的な議論が行われていない。**
- 昨年度の地域医療構想調整会議が、各医療機関の対応方針に基づく病床数のみに着目した話になっており、**患者の流れや、民間病院等の病院経営も含め、より広い観点から詳細な分析により議論する必要がある。**

3. (1) 地域医療構想について (要約)

【圏域の現状・今後の課題等について】

- コロナ後の患者数変化や高齢者ニーズのピークアウトが見えてきているなど**医療ニーズの変化が具現化してきており、病床数を維持していくことが難しい現状**になりつつあり、**病床数削減に取り組む医療機関も多く、一定の流れではないか**。一方で、**救急機能の維持等を考えると、一定の病床数確保は必要**。
- 医療経営の面では、今後さらに厳しくなることが予測されるため、**経営の観点からの議論が必要**。地域医療構想の観点より診療報酬による誘導により進まざるを得ない。
- 長野圏域は、人口・面積ともに大きく、**圏域一律で連携等を議論することには限界がある**。圏域を、千曲坂城、長野市、須高(上水内郡)などの単位に分けた連携体制構築の観点も必要
- 今後、地域医療構想の推進、圏域内の病床再編・連携体制の構築にあたっては、**県のリーダーシップを求める**。

3. (1) 地域医療構想について (要約)

【今後、圏域として目指すべき医療提供体制の在り方】

- 圏内における各医療機関の位置づけや役割分担の明確化、限られた医療資源の集約化が必要。
- 急性期、回復期、慢性期のニーズを踏まえた病床数確保と連携が重要。
- 医療連携を強化するにあたっては、空床情報などのリアルタイムで「見える化」できるシステムや利便性のある画像共有などのICTプラットフォームの構築が求められる。
- 県医療計画におけるグランドデザインについては、圏域内では、ある程度広域型病院と地域型病院が整理され、連携ができてきているのではないかと見られる。広域型病院から地域型病院への人材支援を求める。

3. (1) 地域医療構想について

ご意見を踏まえて今後の議論の在り方（事務局案）

- 地域医療構想調整会議以外にも、**議論すべきテーマを限定し、内容ごとに参集者を設定した地域医療情勢等連絡会議を開催するなど、より具体的な意見交換を可能とする場**を設定
- 病床数確保の議論だけではなく、県のグランドデザインに基づき、**病院を単位とした機能分担及び人材確保を含めた連携体制の構築に向けた具体的な議論を実施**。議論にあたっては、**医療ニーズだけでなく、医療経営面を反映したデータの可視化を検討する**。
- 機能分担・連携構築にあたっては、**圏域を細分化した議論の場の設定も必要に応じて検討**（例：千曲坂城地域、須高地域、上水内郡、長野市等）
- 医療連携体制の効率化にむけた、**ICTシステムの運用について国や県の動向を踏まえつつ研究をしていく**（ニーズ分析、運営主体・方法、予算確保等）。

3. (2) 病床機能連携 (主として圏域内の回復機能の過不足を評価)

【高度急性期(急性期)で受入れた患者のポストアキュート(回復期)の動向】

- 回復期病床の過不足感について、**不足感はないとする病院が多数ある一方**で、不足感があるとする病院もあり、**過不足両者の意見あり**。
エリアごとによる状況や急性期病院側と回復期病院側とで認識が異なる可能性あり。
- 現状では、**各病院の地域医療連携室を介した連携体制が構築されており、比較的円滑に患者紹介が行われている。**

3. (2) 病床機能連携 (主として圏域内の回復機能の過不足を評価)

【急性期から回復期に移行する患者の調整に関する課題】

- 急性期から回復期に移行する患者の調整に際しては、医療的要因(高度な医療ケアや高額な治療薬が必要等)に加えて、社会的要因(老々介護、独居など社会的サポートが望めないなど)により難航するケースが見られる。
- 受入側病院では、特段の条件を付けず極力受け入れるスタンスとしている病院が多い。
- 転院に際して、患者情報等の共有などが円滑にできていない。
- 家族に、転院することについて理解してもらえず、調整が困難となるケースが多い。
- 入院によって患者のADLが低下してしまうことがあり、早めにリハビリで改善するなど、在宅等に向けて少しでも元の生活に戻せるようにすることが大切。

3. (2) 病床機能連携（主として圏域内の回復機能の過不足を評価）

【急性期から回復期に移行する患者の調整に関する課題】（つづき）

○ 介護施設等との連携について

- 介護施設等との連携(急性期治療後の施設復帰、施設復帰後の急変時対応等)については、比較的円滑であるという意見が多数。
- 一方で、施設で尿路感染等が重症化してしまった後に医療機関に搬送されるケースもあり、もう少し早く医療機関に送ってくればADLも下がらずに済んだケースもある。
- 施設との調整あたっては、入所待機期間が長い、あるいは入院中に空きがなくなり同じ施設に帰すことが難しくなるケースがあるなどの指摘もあり。
- 高齢者施設との勉強会を開催し、連携を強化する取り組みも始まっている。

○ 在宅医療との連携について

- 退院時の調整について、ケースワーカーを中心に円滑に調整されている。
- 今後、さらに開業医との紹介・逆紹介の連携を深める必要があるが、今後、開業医の確保自体に不安がある。

3. (2) 病床機能連携（主として圏域内の回復機能の過不足を評価）

【圏域の急性期から回復期・慢性期の機能分担・連携のあるべき姿について議論すべきこと】

- 医療連携を強化するにあたっては、空床情報などのリアルタイムで「見える化」できるシステムや利便性のある画像共有などのICTプラットフォームの構築が求められる。
- 病院間や病院・施設間の当事者だけでなく、長野圏域の行政、福祉関係者など様々な関係機関の連携について議論してほしい。
- 医療連携における転院の必要性、適正受診の呼びかけ、ACPの普及など行政が連携して圏域内の周知啓発が求められている。

3. (2) 病床機能連携（主として圏域内の回復機能の過不足を評価）

ご意見を踏まえて今後の議論の在り方（事務局案）

- 回復期病床のニーズについて過不足両者の意見があることから、病床数確保の観点だけでなく、**空床情報等の情報共有などを含めた医療機関間のマッチングなどや転院ルールなどについて圏域全体で連携体制の課題抽出および連携策について議論**を実施。
- **在宅医療や高齢者施設などの連携についても議論をおこない、地域包括ケア体制を構築する議論と平行して検討していく**。これらの議論にあたっては、必要に応じて医療関係者以外の福祉関係者や市町村など多職種の参画も検討する。
- **行政が連携し、ACPの活用、病院間連携による医療提供体制への理解（転院への理解促進）などの住民への発信を強化していく**。

3. (3) 救急に関する課題 (主として二次救急以降)

【救急に関する現状と課題】

○ 病院群輪番制病院の立場から

- **二次医療機関への救急搬送件数は増加傾向が続き、その多くが入院に至らない軽症者が占め、重症者受け入れへの影響やスタッフの負担の増加につながっている。**
- 現状では、医療機関の負担は大きくなっているが、**消防のメディカルコントロールによる搬送調整が適切に行われており、圏域内では「たらい回し」が回避できている。**
- 二次医療機関の救急受診者数の**増加要因は、「高齢者の軽症患者」や「ウォークインの軽症患者」といった初期救急で対応可能な患者が増加していること。**
- **高齢者救急の増加要因は、高齢者人口増加により、高齢者施設からの救急要請などが増えていることにもよるが、移動手段のない高齢者が救急を要請せざるを得ない状況もある。**

(つづく)

3. (3) 救急に関する課題 (主として二次救急以降)

【救急に関する現状と課題】

○ 病院群輪番制病院の立場から (つづき)

- 郡市医師会の開業医の高齢化等に伴い初期救急体制の維持が難しくなっており、輪番病院が初期救急患者に対応しなければならず、本来の役割である二次救急に影響が出ている。
- 高齢者救急を受け入れてくれる病院の増加や、積極的な下り搬送の受け入れに協力いただきたい。その上で、重症度に応じた搬送体制が構築されるべき。

○ 救急告示医療機関等(輪番群病院以外)の立場から

- 高齢者救急を受け入れていく必要性を認識している医療機関は多い。
- 一方で、特に夜間休日などの医療従事者のマンパワー確保が課題であり、対応が難しい現状。
- 下り搬送について、積極的に受け入れる意思を示す病院は多い。
- 下り搬送の受入れ強化や、日中の高齢者救急の受入れなどで急性期病院の負担を軽減したい。

3. (3) 救急に関する課題 (主として二次救急以降)

【今後の方向性の整理について】

- メディカルコントロール協議会の場を活用するなど、**圏域の救急体制を具体的に協議する場の設定が必要。**
- 議論のポイントとしては、**高齢者救急の受入医療機関と高度救急受入医療機関(現:病院群輪番病院等)との機能分担と連携体制(搬送調整、受入医療機関の確保、高度救急受入医療機関から急性期後の速やかな転院促進(下り搬送))の構築**などを体系化していくこと。
- 圏域内で、救急外来受診時の処方ルール(例:1日処方のみ)や救急搬送時の費用徴収などの適正利用促進のためのルール化の可否についての議論も必要。
- **初期救急体制の維持についての議論**も重要。
- **時間外救急の在り方を含む県民への適正受診、ACP普及などの周知啓発の促進が必要**

3. (3) 救急に関する課題 (主として二次救急以降)

ご意見を踏まえて今後の議論の在り方 (事務局案)

- 救急体制の確保については、**当圏域としては優先度の高い課題**であり、市町村や消防関係者を含めた**議論を行う場の設定を調整**する必要がある。
- 検討にあたっては、**高齢者救急を含む軽症者受入れを担う医療機関と高度救急を担う医療機関の機能分担や下り搬送の受入体制構築などによる機能分担の可否**について整理が必要。
- また、**二次救急の負担軽減のためにも、夜間休日の一次救急体制(夜間休日救急センターや当番医体制)などの確保・維持について、医師会や市町村と検討が必要**。
- **行政が連携して、住民への適正受診の啓発等を強化する取り組み**を検討

令和 6 年度第 1 回医療情勢等連絡会 概要

1 日 時 令和 7 年 2 月 13 日 (木) 17 時 00 分～18 時 40 分

2 場 所 Zoom 開催

3 内 容

【会議趣旨】 (○：構成員意見等、⇒：事務局(長野保健福祉事務所・医療政策課))

⇒ 2040 年に向けた次期地域医療構想に向けて、ヒアリング結果等を通じて、当圏域の課題を整理・共有していただき、課題解決そのものではなく、**今後議論すべき論点を抽出することを目的**として意見交換をお願いしたい。

【地域医療構想に関する医療機関との意見交換実施結果について】

○ 病院に個別に意見を聞く機会がなかったため、今回の意見交換はよい機会となった。今回の資料をもとに、来年度以降圏域としての医療のあり方を議論していきたい。(長野市保健所)

○ さまざまな意見が出るので地域医療構想調整会議は総論的な話になりがち。もっとポイントをしばって色々なことを議論していければよい。具体的には(医療機能の)集約化や、救急でのウォークインの問題を地域としてどのように解決していくかなど、ポイントをしばって議論していく必要がある。

⇒ 今回のヒアリングでは様々な課題をお聞きしたが、優先順位をつけながら今後の個別議論の参考にさせていただきたい。

○ 集約化については、病院ごととはもとより、診療科ごとに地域で話し合う機会が必要ではないかとお話しさせていただいたところ。病院ごとの単位では分からないところがあるので、疾病ごと、診療科ごとどのように分担していくか、集約化していくか議論できるのではないかと。

⇒ 疾病ごとというのも大きな観点なので、今後ご意見を参考にさせていただく。

○ 救急について、当院は二次救急が中心だが、そこに一次救急が入ってきてどうしても制限がかかってしまう場合がある。メディカルコントロールの場合という話もあったが、メディカルコントロールでは救急搬送が主な話になってしまうので、特に休日夜間の一次救急を圏域でどう対応していくか、地域医療構想調整会議で方向性が決まればよいと考えている。

⇒ 救急の議論の場合もメディカルコントロールがよいのか、他の場がよいのかという話も今後ご相談させていただきながら最適化を図っていきたい。

○ 下り搬送含めポストアキュートを受け入れるにあたって、民間病院はどれも人材不足の状況。看護師・介護士がいないことで病床に空きがあっても受入が出来ないという状況があることはご理解いただきたい。

⇒ グランドデザインにおいても広域型病院からの人材支援といったところも要望として出てきており、人材確保も今後大きな観点となると思っているところ。

○ 長野医療圏は広いので、総論ではよいが各論では実感が無い議題もあるところ。エリアごとに分けて議論していくのがよろしいと感じている。

⇒ ヒアリングを実施している中で我々としても長野圏域一律では検討できない部分があ

と感じており、他圏域との連携といったことも含めてエリアごとの議論についても課題に応じて考えていかなければいけないと改めて認識させていただいた。

【長野圏域の医療提供体制のデータ分析結果について】

- 入院需要のピークについて、ピークは2035年から2040年がピークになると思っていたが、DPC請求を行う患者推計では2025年がピークとなっている。これは従前から言われていたものなのか、最近の推計で分かってきたものか。
⇒ 推計の都合上、長いレンジで分析するとぼやけてしまっていたが、最近の分析でこういった傾向があるとより明確になってきたと考える。従前から言われていたかという圏域によってさまざまではある。また、そもそも地域医療構想がなぜ2025年をターゲットにしているかという団塊の世代が後期高齢者に入ってくるのが2025年であるからであり、全国的には2025年が急性期需要の大きな転換点の目安になるのではないかという仮説のもとに2025年がターゲットになってきた。なお、入院需要のピークと急性期需要のピークが必ずしも一致するものではないことには留意が必要。
- 急性期病床の中にある地域包括ケア病床の稼働率が悪いのは、患者の需要がないのか、自院内の転棟に縛りがあるという制度的なものなのか、どのように考えたらよいか。
⇒ 医療機関ごとによって複合的な要因があると思うが、共通的な要因の1つとして考えられるのが、厚労省の考えている制度的な方向性があると思う。方向性は、病院内で転棟等での機能の完結というよりは、病院ごとの役割に応じて、病院間での転棟といった方に誘導するように診療報酬改定をしている。そもそもそういった診療報酬制度が根底にある状況であるため、そういったことが要因の1つとしてあるのではないかととらえている。
- 回復期についての病床稼働率が低いということがあるが、回復期リハ・地域包括ケアはともに稼働率が低いのか。
⇒ 分析資料を確認すると、回復期機能の全ての入院基本料が総じて稼働率が低いという傾向ではなく、入院基本料ごとに若干違った傾向があると見て取れる状況。

【次期地域医療構想について】

- ⇒ 来年度以降ガイドラインが示される予定となっているが、圏域としてもガイドラインに沿った議論や今回伺った課題を踏まえた議論の構築が重要と思っているので、また具体的な進め方についてはご相談させていただきながら進めさせていただきたい。

【まとめ】

- ⇒ 来年度以降、医療機関相互の連携や集約化、救急体制の確保など、テーマをしぼった議論や活発な意見が交わされるような取組（場の設定等）について、いただいた意見を参考にさせていただき検討する所存。引き続きご協力をお願いしたい。

長野医療圏における地域医療構想に関する医療機関との意見交換

1. 背景

昨年度までの長野医療圏地域医療構想調整会議においては、2025年を想定した圏域内の病床機能の在り方について議論されてきた。昨年度の同会議においては、2025年に向けた各医療機関の基本方針が示され、当圏域としては大きな議論はなく承認された。しかしながら、基本方針に基づく圏域全体の病床機能別病床数については、当初より示されている推計値に対して、依然として全体病床数の過剰であり、機能別では、急性期が過剰である一方で、回復期が不足している。この乖離を、現状において圏域として容認すべきものかについて、同会議において検証し住民に説明可能な議論が必要である。

また、さらなる人口減少並びに少子高齢化の進展と、それに伴い疾病構造のさらなる変化が予想される2030年、2040年に向けた圏域の病床機能の在り方、特に第3期信州保健医療総合計画に示されたグランドデザインに基づく医療機能の分化・連携を推進するための議論を始めていく必要がある。

2. 目的

圏域内の主たる医療機関の病院長等と個別に意見交換を実施し、各医療機関（病院長等）の立場から捉えている圏域の医療提供体制の現状と課題並びにあるべき将来像を把握し、今年度の地域医療調整会議における論点整理を行う。

- ① これまでの調整会議での議論に基づく当圏域の地域医療構想の捉え方（推計値との乖離（特に回復期）の妥当性や計画推進における現状課題）
- ② 今後の2030年並びに2040年を見据えた圏域の機能連携・分担の在り方（今後、どのような議論や調整が必要か、解決策の方向性への所感など）
- ③ ②を踏まえた自院の果たす役割等

3. 対象医療機関

- ① 主として高度急性期～急性期を担う医療機関
- ② 主として急性期以降を担う医療機関

4. 意見交換項目

(1) 地域医療構想について

- ① 2025年に向けた地域医療構想に対する所感と対応すべき課題（推計値との乖離を含めた圏域の在り方について）
- ② 2030～40年に向けた自院の病床機能等の方向性（将来像）（昨年度示された対応方針の見直しの可能性の有無）
- ③ 今後、圏域として目指すべき医療提供体制の在り方（今後構築すべき圏域内の医療連携体制の姿、それに向けた課題と今後の議論の在り方等）

(2) 病床機能連携について（主として圏域内の回復期機能の過不足を評価）

- ① 高度急性期（急性期）で受け入れた患者のポストアキュート（回復期）の動向（自院での地域包括ケア病床等で受け入れ、他院の回復期病床への転院（具体的な紹介先）⇒ 提供可能なデータがあれば御患与願いたい
- ② 急性期から回復期に移行する患者の調整に関する課題

(調整困難事例が、どの程度あるか。 転院調整に関する条件等)

- ③ 他院での回復期・慢性期患者の急変時の受入れ状況と課題
 - ④ 在宅医療との連携状況
 - ⑤ 圏域としての回復期機能の過不足感
 - ⑥ 今後の圏域の急性期から回復期・慢性期の機能分担・連携のあるべき姿、議論すべきこと
- *回復期移行に関しては、総合的な回復期としての機能を評価するためベースとなる疾患を問わず議論したい。議論の中で疾病別や年齢区分別な意見があればお聞かせ願いたい。

(3) 救急に関する課題 (主として2次救急以降)

- ① 救急受入れに関する課題と現状
- ② 現在の圏域の救急体制(輪番体制等)の課題
- ③ 課題解決に向けてあるべき姿、それに向けて議論・調整すべきこと(特に高齢者救急)

5. 意見交換内容の取扱

本意見交換は、本年度1回目の地域医療構想調整会議の代替として実施するものとし、意見交換で得られた内容については、当所において整理・統括し、共有すべき事項や課題抽出を行い、原則として、第2回会議で公表・共有することを前提とさせていただきます。

地区診断結果（長野医療圏）

0. 地区診断の結果概要

0. 地区診断の結果概要①

1. 地域の概況および患者の受療動向

(1) 流出入の状況等

- **医療圏内で発生した入院患者のうち96%が医療圏内に入院**されており、いずれの入院機能においても比較的、**流入流出が少ない傾向**がみられる。ただし、北信医療圏で発生した患者数の20%は長野医療圏へ流入しているため、その点については考慮する必要がある。
- **長野市内のDPCレセプト患者は97%長野市内の医療機関で入院**しており、**須坂市内のDPCレセプト患者は55%が須坂市内、41%が長野市内**で入院している。

(2) 救急搬送等の状況

- 管外搬送2~5%程度と管外搬送は限られている。管外搬送がみられる消防本部は、千曲坂城消防本部、須坂市消防本部であるため、医療機関への搬送時間を考慮した管外搬送であると考えられる。
- 長野市消防本局、須坂市消防本部における平均搬送時間は県内においても短い搬送時間となっているが、**千曲坂城消防本部は比較的搬送時間が長い傾向**がみられる。**長くなる要因としては、搬送時間（現場出発～収容）の時間が長いことから医療機関へのアクセス**によるものと考えられる。また、それに伴い**搬送困難割合も長野市消防本局、須坂市消防本部と比較し、若干高い傾向**がみられる。

0. 地区診断の結果概要②

2. 医療提供体制の概況

- 人口あたりの病院数が少なく、医師数・薬剤師も少ない傾向が見られ、医療資源の効率的な配置が求められる医療圏となっている。

3. 医療介護の需要推計

- 入院医療需要は2035年まで増加することが予想される。急性期医療（DPC）における需要は2025年にピークを迎える見込みであり、実際にDPC症例はコロナ禍以前からも減少傾向にある。

4. 地域医療構想の進捗状況

- 地域医療構想における2025年病床の必要量と2023年病床機能報告の結果の差は594床多い状況であり、特に急性期、慢性期において多い傾向が見られる。
- 急性期の看護師数は急性期の患者数減少に伴い、減少しており、他方で慢性期、回復期における看護師が増加している。
- 医師数が10人未満の中小規模の病院において、稼働率が低い傾向が見られる。
- 療養病棟入院基本料においては3分の1程度の病床が療養病棟入院基本料2を届け出ており、慢性期の地域医療構想の必要数と2023年時点の病床数に259床の乖離があるというところも踏まえて、医療区分1の患者すなわち在宅・介護移行への可能性のある患者層が療養病棟に多く入院している可能性があると考えられる。
- DPC対象病院において比較的入院日数が長期化している医療機関も確認できる。他方で、地域包括ケア病棟入院料2、障害者施設等10対1入院基本料および療養病棟入院基本料2を届出ている病院の稼働率は低い傾向があることから、急性期を担う医療機関と、回復期・慢性期を担う医療機関の連携体制の強化は必要と考えられる。
- なお、地域包括ケア病棟入院料を届出る病棟の稼働率は、高度急性期を有する医療機関が有する地域包括ケア病棟入院料の稼働率が低い点が特徴的、令和6年度診療報酬改定での見直しも踏まえて今後の方針に影響があると考えられる。

0. 地区診断の結果概要③

地区診断結果まとめ

- 急性期医療（DPC）における需要は2025年にピークを迎える見込みであり、実際にDPC症例はコロナ禍以前からも減少傾向にあることから、引き続き急性期機能における適正規模の検討は必要になると思われる。
- 慢性期機能としては、地域医療構想における必要量との差がみられること、現に稼働率が低い病棟が複数確認されたこと、また療養病棟入院基本料2を届出る医療機関が多く、在宅・介護適応となる患者層が医療機関に入院している可能性があること等から検討を進めていく必要性が考えられる。
- 他方で、DPC対象病院において比較的入院日数が長期化している医療機関も確認できるものの、地域包括ケア病棟入院料2、障害者施設等10対1入院基本料および療養病棟入院基本料2を届出ている病院の稼働率は低い傾向があることから、急性期を担う医療機関と、回復期・慢性期を担う医療機関の連携体制についての課題がみられないかなどの協議が必要と考えられる。

1. 地域の概況および患者の受療動向

地域の概況①圏域の設定

- 長野医療圏は全国と比較して人口密度が高く、可住地面積割合が高い。

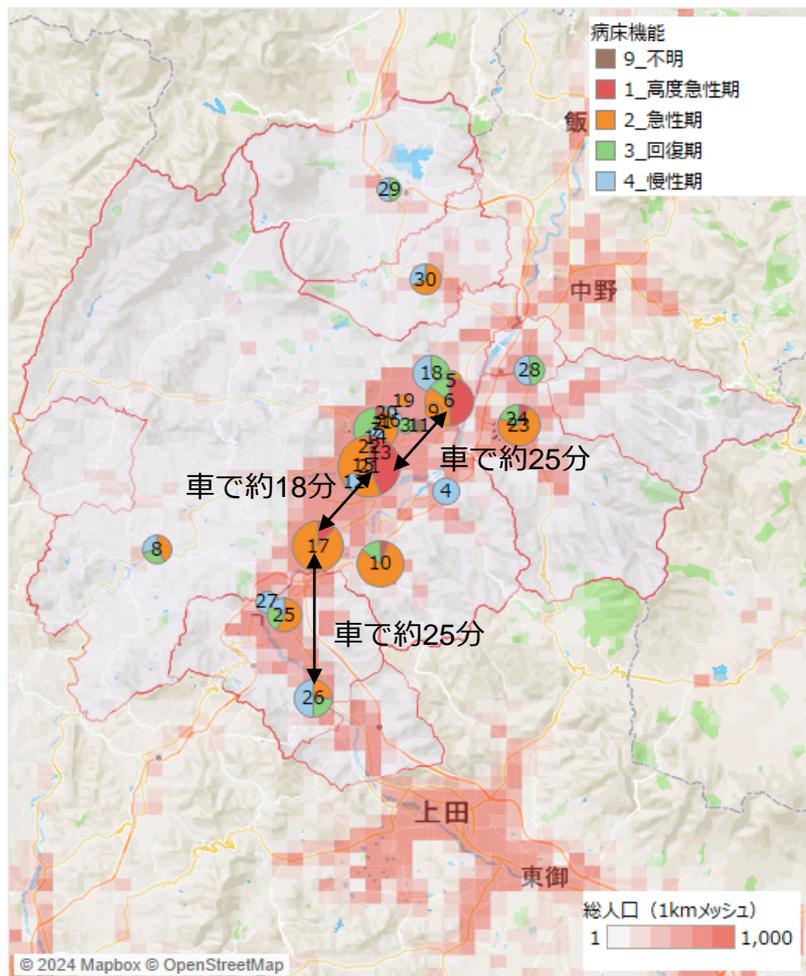
三次医療圏	二次医療圏	人口(人)	面積(km ²)	人口密度(人/km ²)	可住地面積割合(%)
東信	佐久	204,416	1,571.2	130.1	29%
	上小	193,898	905.4	214.2	28%
南信	諏訪	193,838	715.8	270.8	28%
	上伊那	179,892	1,348.4	133.4	24%
	飯伊	155,346	1,928.9	80.5	15%
中信	木曾	25,476	1,546.2	16.5	12%
	松本	423,668	1,868.7	226.7	27%
	大北	56,232	1,109.7	50.7	26%
北信	長野	532,702	1,558.0	341.9	35%
	北信	82,543	1,009.5	81.8	23%
県合計		2,048,011	13,561.6	151.0	24%
全国		126,146,099	377,976.4	333.7	33%



地域の概況②医療機関の位置状況と立地状況

- 高度急性期の病床をもつ病院は6病院あり、主要な病院は20分程度の離れており、医療圏全体に急性期医療が提供される体制となっている。

長野医療圏の医療機関



医療機関別の病床数

医療機関略称	圏域内 No	市区町村	医療圏					総計
			1_高度急性期	2_急性期	3_回復期	4_慢性期	9_不明	
長野赤十字病院	21	長野市	278	357				635
厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院	17	長野市	51	377				428
長野市民病院	6	長野市	194	143	56			393
厚生連長野松代総合病院	10	長野市	20	289	52			361
長野中央病院	7	長野市	12	205	105			322
長野県立信州医療センター	23	須坂市	23	212	57			292
長野寿光会上山田病院	26	千曲市		60	60	120		240
NHO東長野病院	18	長野市			89	130		219
千曲中央病院	25	千曲市		113	52	30		195
飯綱町立飯綱病院	30	飯綱町		110		51		161
朝日ながの病院	1	長野市				161		161
特定医療法人新生病院	28	小布施町			76	79		155
厚生連新町病院	8	長野市		58	42	40		140
厚生連若穂病院	4	長野市				120		120
轟病院	24	須坂市				99		99
信越病院	29	信濃町			47	50		97
栗田病院	13	長野市				84		84
県立総合リハビリテーションセンター	5	長野市		40	40			80
稲荷山医療福祉センター	27	千曲市				80		80
小島病院	15	長野市				77		77
竹重病院	2	長野市		42	30			72
愛和病院	14	長野市				64		64
小脳神経外科病院	16	長野市		50				50
山田記念 朝日病院	9	長野市		48				48
ナカジマ外科病院	12	長野市				48		48
東口病院	22	長野市		47				47
田中病院	3	長野市			43			43
北野病院	20	長野市				35		35
東和田病院	11	長野市					29	29
吉田病院	19	長野市		24				24
総計			578	2,175	749	1,268	29	4,799

地域の概況③医療機関の指定状況

- 医療計画に定める5疾病6事業等において、病床数の多い上位3病院が地域の中核的機能を担っている。

医療機関略称	許可病床 (一般+療養)	DPC	地域医療 支援病院	医師派遣	救命救急 センター	病院群輪 番制参加 病院	災害拠点 病院	周産期	小児	がん診療	脳卒中	在宅医療
長野赤十字病院	635	○	○	○	○	○	○	地域	地域医療C	連携病院	PSCコア	
厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院	428	○	○	○		○	○	地域	地域医療C		PSC	
長野市民病院	393	○	○	○		○	○		連携病院	連携病院	PSCコア	
厚生連長野松代総合病院	361	○				○			連携病院		PSC	
長野中央病院	322	○				○			連携病院			
長野県立信州医療センター	292	○				○		連携病院	連携病院			○
長野寿光会上山田病院	240											
NHO東長野病院	219								連携病院			
千曲中央病院	195					○						○
朝日ながの病院	161											
飯綱町立飯綱病院	161											○
特定医療法人新生病院	155								連携病院			○
厚生連新町病院	140											○
厚生連若穂病院	120											
轟病院	99											○
信越病院	97											○
栗田病院	84											
県立総合リハビリテーションセンター	80											
稲荷山医療福祉センター	80								連携病院			
小島病院	77											
竹重病院	72								連携病院			
愛和病院	64											○
小林脳神経外科病院	50	○									PSC	
山田記念 朝日病院	48											
ナカジマ外科病院	48											
東口病院	47											
田中病院	43											
小林病院	37											
北野病院	35											
東和田病院	29											
吉田病院	24											

患者の受療動向①主な入院基本料の流出状況（患者住所地が長野医療圏の患者の受診先）

- 長野医療圏は概ね地域内で完結しており、他の医療圏への流出は4%程度である。

流出状況

入院料	長野	他の医療圏への流出											
		上小	松本	北信	佐久	大北	上伊那	諏訪	飯伊	木曾	県外		
救命救急入院料	100%												
特定集中治療室管理料（ICU）	97%	3%		2%	2%								
ハイケアユニット	98%	2%	1%	1%	0%								
脳卒中ケアユニット入院医療管理料（SCU）	100%												
新生児特定集中治療室管理料（NICU）	100%												
DPCまたは7対1入院基本料（特定、専門、障害含む）	96%	4%	1%	2%	1%	0%	0%						0%
小児入院医療管理料	61%	39%		39%									
一般入院基本料（10対1）（再掲、特定、専門、障害含む）	92%	8%	6%				1%						1%
一般入院基本料（13, 15対1）（再掲）	95%	5%	2%		3%								
回復期リハビリテーション病棟入院料	94%	6%	6%										
地域包括ケア病棟	95%	5%	3%	0%	2%								
療養病棟・障害者病棟・特殊疾患病棟	95%	5%	3%	0%	1%	1%	0%	0%					1%
緩和ケア病棟入院料	99%	1%	1%										
上記計	96%	4%	2%	1%	1%	0%	0%	0%					0%

患者の受療動向①主な入院基本料の流入状況（**施設所在地**が長野医療圏の患者の住所地）

- 他の医療圏から患者が一部流入しており、特に北信からの流入が多い。

流入状況

入院料	長野	他の医療圏からの流入											
			上小	松本	北信	佐久	大北	上伊那	諏訪	飯伊	木曾	県外	
救命救急入院料	99%	1%			1%								
特定集中治療室管理料（ICU）	96%	4%	2%		2%								
ハイケアユニット	96%	4%	1%	0%	2%								
脳卒中ケアユニット入院医療管理料（SCU）	100%												
新生児特定集中治療室管理料（NICU）	100%												
DPCまたは7対1入院基本料（特定、専門、障害含む）	94%	6%	1%	0%	3%	0%	0%		0%	0%	0%	0%	
小児入院医療管理料	100%												
一般入院基本料（10対1）（再掲、特定、専門、障害含む）	95%	5%	1%	0%	3%	0%	0%					0%	
一般入院基本料（13, 15対1）（再掲）	96%	4%		1%	1%				1%				
回復期リハビリテーション病棟入院料	88%	12%	7%	1%	4%								
地域包括ケア病棟	91%	9%	2%	0%	6%								
療養病棟・障害者病棟・特殊疾患病棟	88%	12%	2%	1%	6%	1%	0%		0%	1%	0%	1%	
緩和ケア病棟入院料	90%	10%			10%								
上記計	93%	7%	2%	0%	4%	0%	0%		0%	0%	0%	0%	

患者の受療動向②市町村別の動向：医療圏内に住所地をおくDPCレセプト患者の受療動向

- 長野医療圏はDPC病院が長野市に集中しているため、DPC請求の患者の長野市への流出が多い。

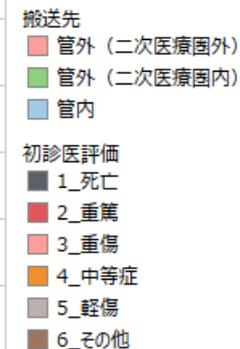
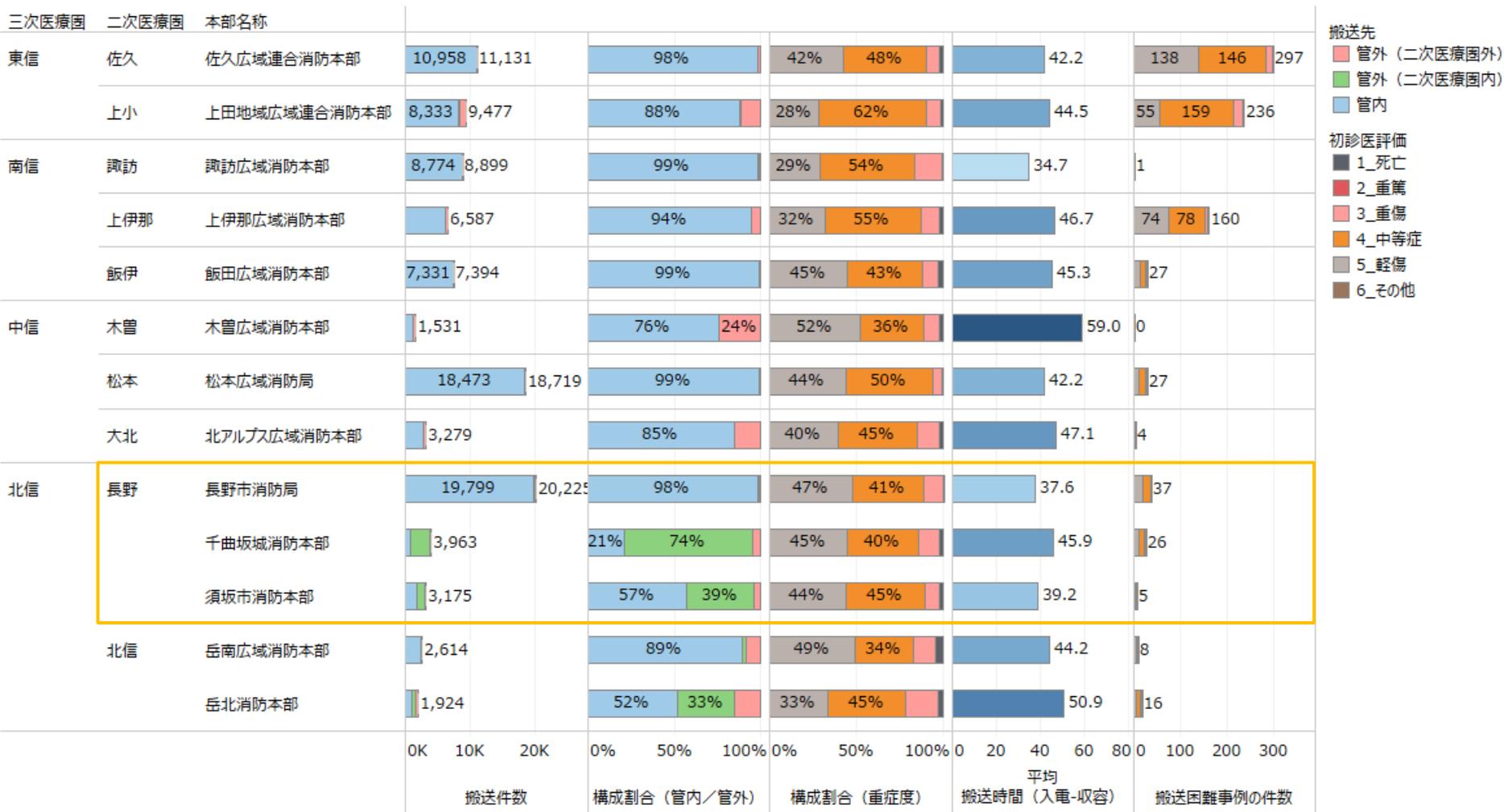
患者住所地	該当病院	医療機関所在地			
		長野市	須坂市	医療圏外	県外
長野市	長野市民病院、長野中央病院、厚生連長野松代総合病院、小林脳神経外科病院、厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院、長野赤十字病院	97%	1%	2%	0%
須坂市	長野県立信州医療センター	41%	55%	4%	
千曲市		95%	0%	5%	
坂城町		76%		24%	
小布施町		49%	39%	12%	
高山村		36%	61%	3%	
信濃町		94%		6%	
小川村		100%			
飯綱町		92%	3%	5%	
総計		89%	8%	3%	0%

患者の受療動向③救急搬送：消防署別の搬送状況

- 基本的に長野医療圏内で完結しており、千曲坂城および須坂市の救急搬送も長野市でカバーをしていると考えられる。
- 搬送時間は短い傾向であり、搬送困難件数は少ない。

消防本部別の管内搬送状況

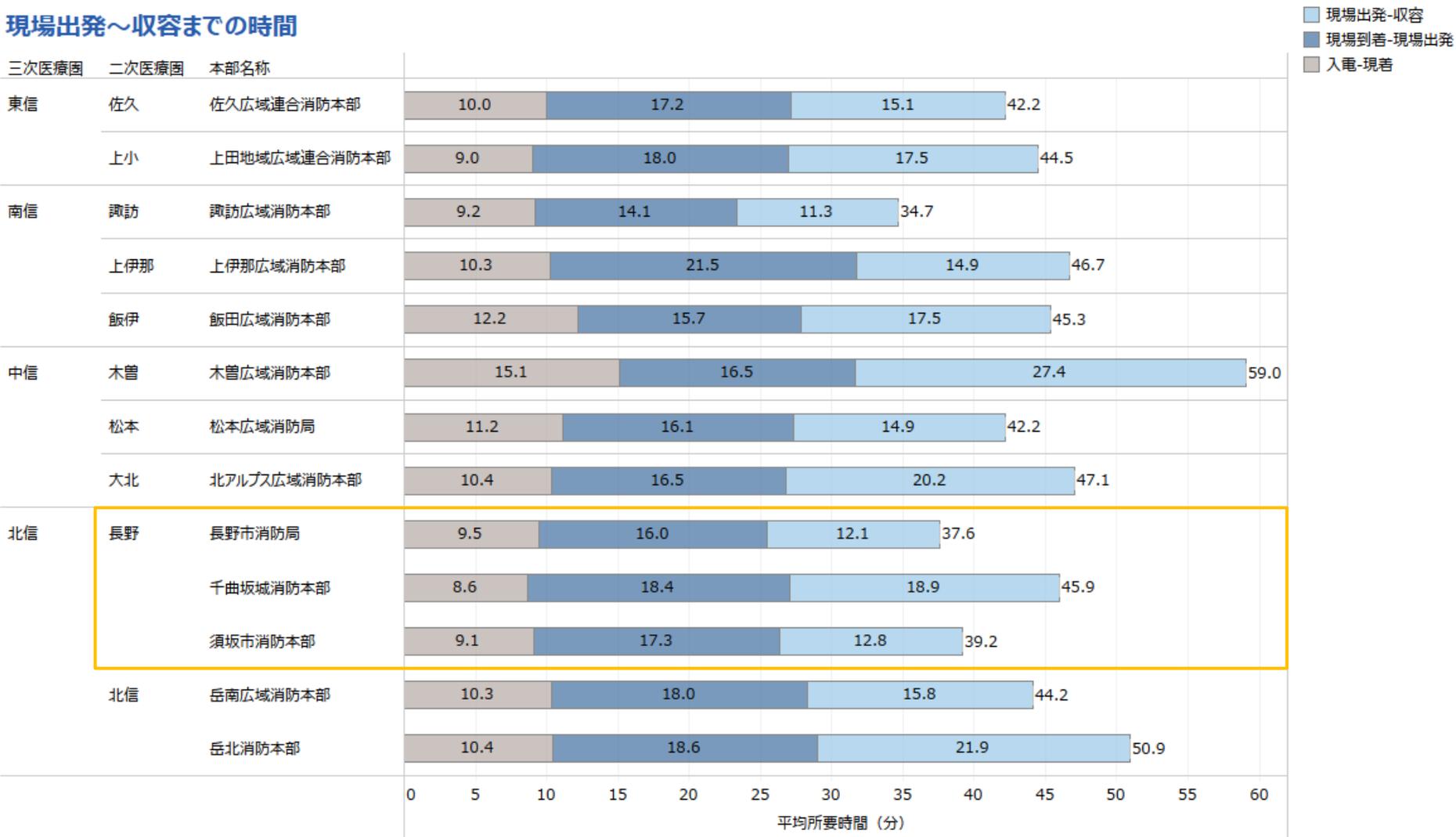
年度
2022



患者の受療動向③救急搬送：搬送時間の状況（平均値）

- 現場到着から現場出発までの時間も短く、医療機関が円滑に受入ができていると考えられる。

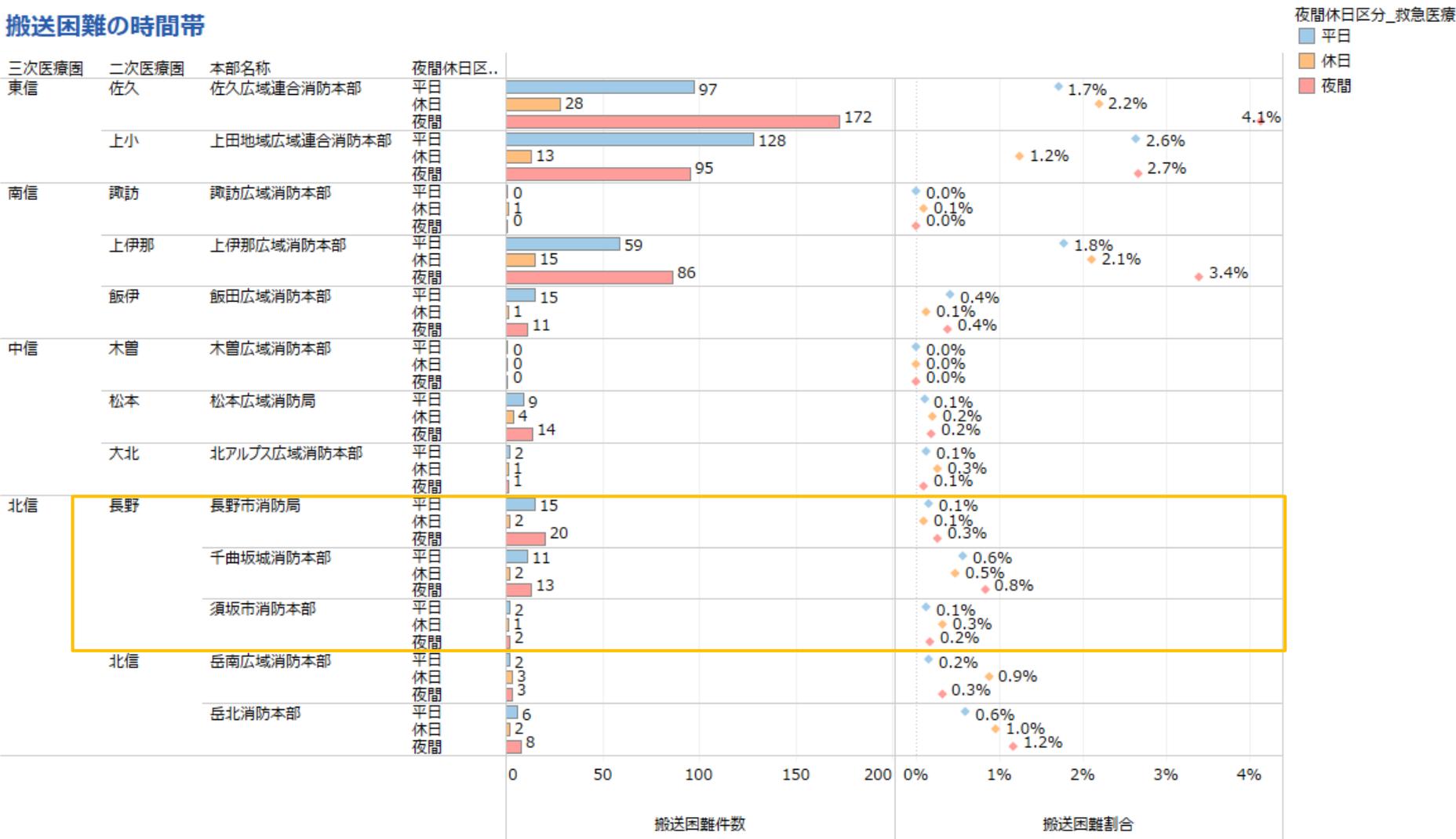
現場出発～収容までの時間



患者の受療動向③救急搬送：搬送困難事例の時間帯

- どの時間帯においても搬送困難の割合は低いが、千曲坂城消防本部のみ若干高い傾向にある。

搬送困難の時間帯

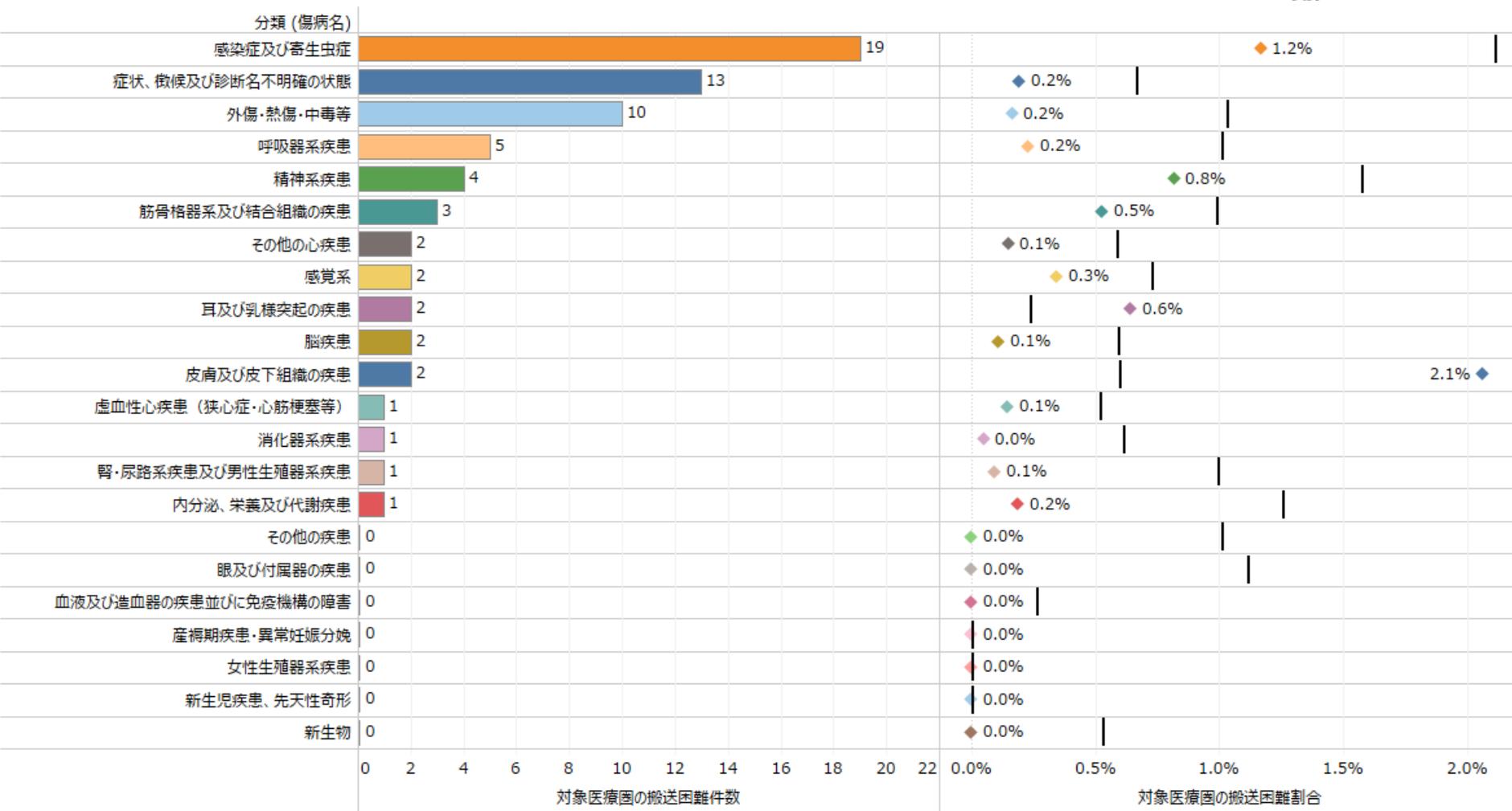


患者の受療動向③救急搬送：搬送困難事例の疾患内容

- どの疾患においても搬送困難件数の割合は県平均より低い傾向にある。

搬送困難の疾患（分類別）

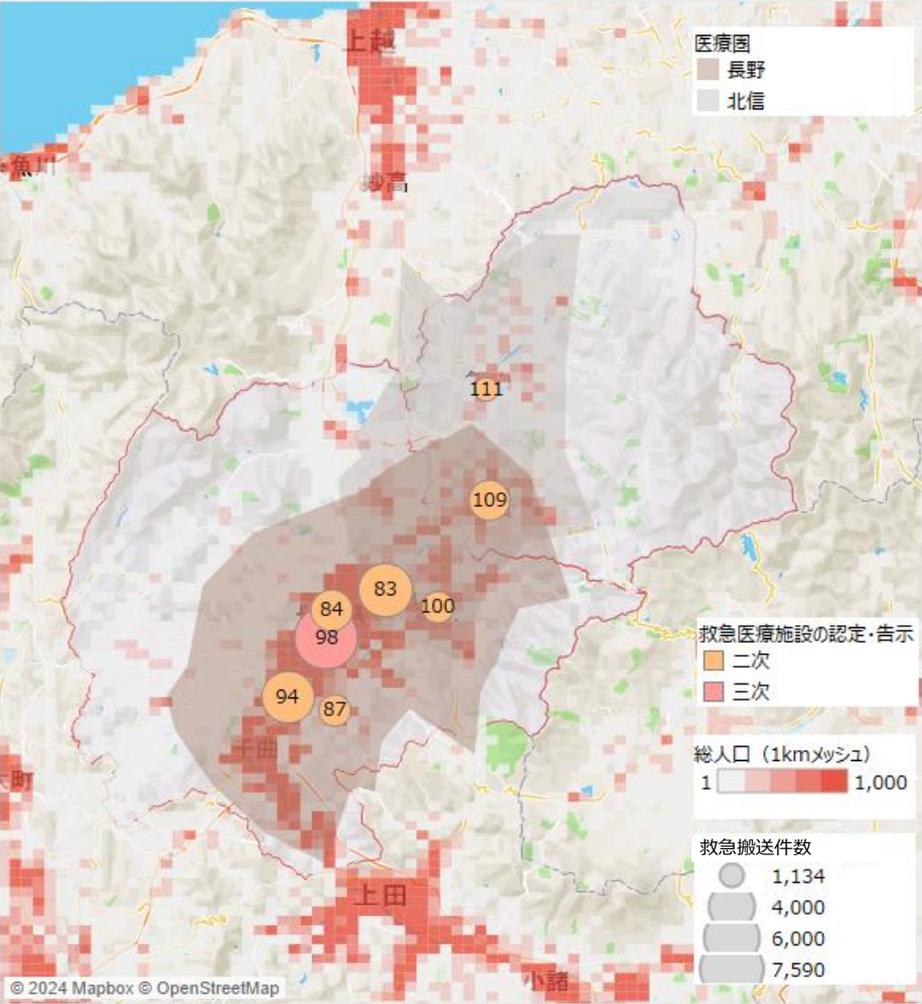
分析対象の二次医療圏
長野



患者の受療動向③救急搬送：搬送件数1,000台以上のカバー範囲 | 北信（長野・北信）

- 三次医療圏内では各医療圏が救急の基幹病院を配置し、概ねカバーできている。

救急1,000台以上の病院（二次医療圏）

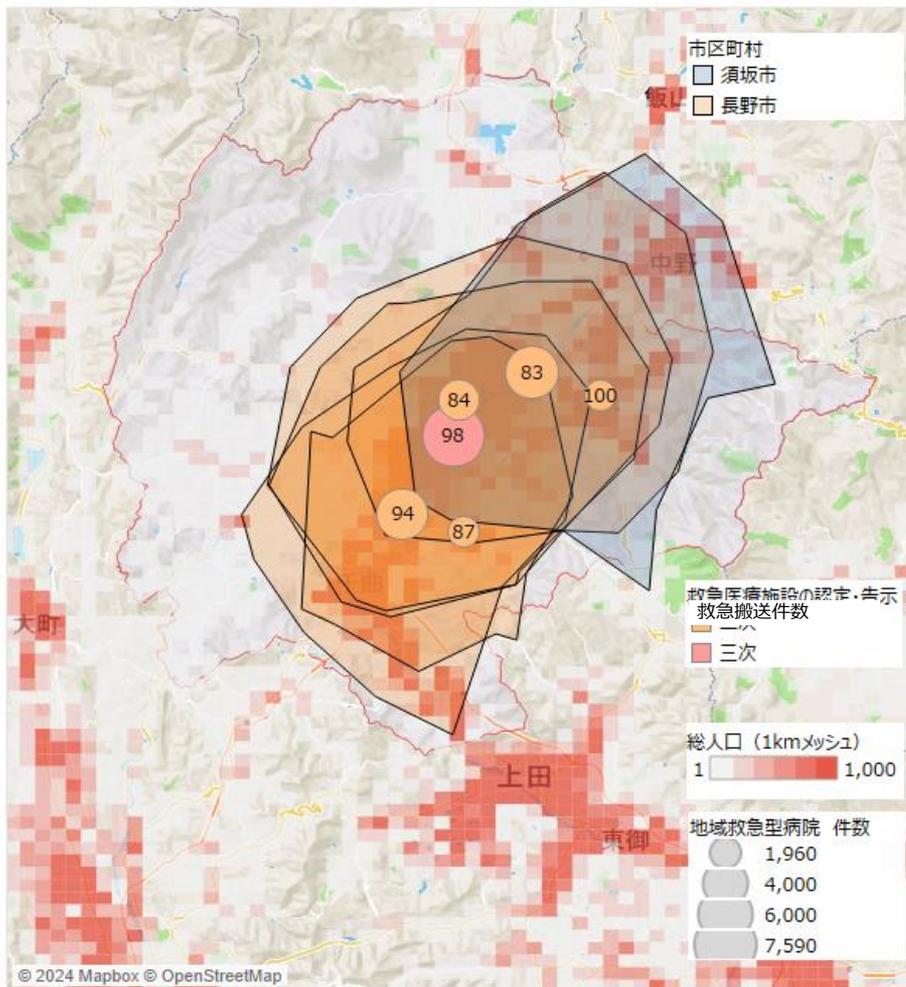


三次医療圏	医療圏	県全体 No.	医療機関略称	救急搬送件数	医療圏
北信	長野	83	長野市民病院	5,563	<input type="checkbox"/> 佐久
		84	長野中央病院	3,333	<input type="checkbox"/> 上小
		87	厚生連長野松代総合病院	2,065	<input type="checkbox"/> 諏訪
		94	厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院	5,230	<input type="checkbox"/> 上伊那
		98	長野赤十字病院	7,590	<input type="checkbox"/> 飯伊
		100	長野県立信州医療センター	1,960	<input type="checkbox"/> 木曾
		109	厚生連北信総合病院	3,199	<input type="checkbox"/> 松本
北信		109	厚生連北信総合病院	3,199	<input checked="" type="checkbox"/> 大北
		111	飯山赤十字病院	1,134	<input checked="" type="checkbox"/> 長野
		111	飯山赤十字病院	1,134	<input checked="" type="checkbox"/> 北信

患者の受療動向③救急搬送：搬送件数1,000台以上のカバー範囲 | 北信_長野医療圏

- 長野医療圏内では車で30分圏内のエリアで概ねカバーできているが、長野市内はカバーエリアに重複がある。

救急1,000台以上の病院（市町村）



医療圏	市区町村	県全体 No.	医療機関略称	救急搬送件数
長野	須坂市	100	長野県立信州医療センター	1,960
	長野市	83	長野市民病院	5,563
		84	長野中央病院	3,333
		87	厚生連長野松代総合病院	2,065
		94	厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院	5,230
		98	長野赤十字病院	7,590

医療圏
 佐久
 上小
 諏訪
 上伊那
 飯伊
 木曾
 松本
 大北
 長野
 北信

患者の受療動向③救急搬送：医療機関所在地別の受入れ状況（実数）

単位：件

	人口	1次救急※					救急搬送受入件数		
		件数	在宅当番医制	休日夜間 急患センター	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設	件数	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設
佐久	204,416	38,797	3,521	1,060	29,598	4,618	10,132	6,366	3,766
上小	193,898	13,670	0	1,134	12,536	0	6,730	6,730	0
諏訪	193,838	37,507	10,490	922	15,061	11,034	8,700	5,233	3,467
上伊那	179,892	13,696	0	4,909	3,771	5,016	4,802	2,387	2,415
飯伊	155,346	21,126	6,542	1,668	7,596	5,320	11,196	2,316	8,880
木曾	25,476	2,392	120	0	2,272	0	1,012	1,012	0
松本	423,668	83,795	16,583	2,780	35,923	28,509	16,856	8,238	8,618
大北	56,232	7,027	0	0	7,027	0	2,507	2,507	0
長野	532,702	74,446	13,953	12,144	40,847	7,502	22,902	16,107	6,795
北信	82,543	11,492	0	217	11,275	0	3,765	3,765	0
県合計	2,048,011	303,948	51,209	24,834	165,906	61,999	88,602	54,661	33,941

※2次救急医療施設および3次救急医療施設は「ウォークイン（独歩、自家用車、民間救急車等）の受入」の件数

患者の受療動向③救急搬送：医療機関所在地別の受入れ状況（人口10万人当たり）

単位：件

	人口	1次救急※					救急搬送受入件数		
		件数	在宅当番医制	休日夜間 急患センター	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設	件数	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設
佐久	204,416	18,979	1,722	519	14,479	2,259	4,957	3,114	1,842
上小	193,898	7,050	0	585	6,465	0	3,471	3,471	0
諏訪	193,838	19,350	5,412	476	7,770	5,692	4,488	2,700	1,789
上伊那	179,892	7,613	0	2,729	2,096	2,788	2,669	1,327	1,342
飯伊	155,346	13,599	4,211	1,074	4,890	3,425	7,207	1,491	5,716
木曾	25,476	9,389	471	0	8,918	0	3,972	3,972	0
松本	423,668	19,778	3,914	656	8,479	6,729	3,979	1,944	2,034
大北	56,232	12,496	0	0	12,496	0	4,458	4,458	0
長野	532,702	13,975	2,619	2,280	7,668	1,408	4,299	3,024	1,276
北信	82,543	13,922	0	263	13,660	0	4,561	4,561	0
県合計	2,048,011	14,841	2,500	1,213	8,101	3,027	4,326	2,669	1,657

※2次救急医療施設および3次救急医療施設は「ウォークイン（独歩、自家用車、民間救急車等）の受入」の件数

2. 医療提供体制の概況

医療資源の概況

- ・ 長野医療圏は病院数が少なく、医師数が少ない傾向にある。
- ・ 看護職員等の他の職種においては全国平均より多い傾向にある。

各医療サービスの需給状況

医療資源項目	単位	全国	長野県	長野医療圏	全国 対 医療圏比
人口	千人	125,417	2,044	531	—
65歳以上人口	千人	35,888	655	168	—
割合	%	28.6%	32.1%	31.6%	—
病院数	病院	8,156	125	34	—
人口10万人対	病院	6.5	6.1	6.4	少
救急告示病院数	病院	3,855	83	21	—
人口10万人対	病院	3.1	4.1	4.0	多
在宅療養支援病院数	病院	1,984	37	6	—
老年人口10万人対	病院	5.5	5.6	3.6	少
在宅療養支援診療所数	診療所	14,696	265	45	—
老年人口10万人対	診療所	40.9	40.4	26.8	少
医師数	人	220,760	3,499	805	—
人口10万人対	人	176.0	171.2	151.6	少
看護師・准看護師数	人	868,899	15,862	4,130	—
人口10万人対	人	692.8	776.1	778.2	多
薬剤師数	人	48,715	882	193	—
人口10万人対	人	38.8	43.1	36.3	少
理学療法士数	人	89,303	1,636	342	—
人口10万人対	人	71.2	80.1	64.5	少
作業療法士数	人	43,655	994	204	—
人口10万人対	人	34.8	48.6	38.4	多
言語聴覚士数	人	18,219	357	70	—
人口10万人対	人	14.5	17.5	13.1	少
管理栄養士数	人	21,300	406	91	—
人口10万人対	人	17.0	19.8	17.1	多

※医療従事者は一般または療養病棟を有する病院勤務者のみで、診療所の勤務者または精神病棟のみの病院の勤務者は含みません。

出典：厚生労働省 医療施設調査（2022年）
 厚生労働省 病床機能報告（2022年度）
 各地方厚生局（2023年5月1日現在）
 総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（2023年1月1日現在）

【表19】二次医療圏の医師偏在指標等

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
区域	多数	少数	—	少数	少数	少数	多数	—	—	—
指標	222.6	155.2	210.2	167.2	164.4	162.3	330.5	200.6	193.9	186.7

〔基準値〕 医師少数区域 179.3 以下、医師多数区域 217.6 以上

(厚生労働省 提供)

【表21】三次医療圏及び二次医療圏別目標設定上限及び必要増加数

医療圏	区域	【計画開始時】 標準化医師数 (2022年) (A)	【計画終了時】 下位33.3%に達する ための医師数 (2026年) (B)	【計画終了時】 2022年指標維持 に必要な医師数 (2026年) (C)	目標設定上限 医師数 (D) ※(A)(B)(C)の うち最大値	必要増加数 (D)-(A)
長野県	少数	4,986	4,873	4,686	4,986	0
佐久	多数	561	430	534	561	0
上小	少数	321	349	302	349	28
諏訪	—	474	374	438	474	0
上伊那	少数	302	298	278	302	0
飯伊	少数	302	302	277	302	0
木曾	少数	39	37	33	39	0
松本	多数	1,541	809	1,491	1,541	0
大北	—	130	106	118	130	0
長野	—	1,154	1,025	1,108	1,154	0
北信	—	160	131	137	160	0

北信における医療提供体制

- 医師数の多い3病院が救急搬送や手術等を主に対応している。医師数が50人程度の病院においても救急医療や急性期医療の診療実績が一定数見られる。

医療機関別の医師数と診療実績

三次医療圏	医療圏	医療機関略称	医師数区分	救急車の受入件数 (救急医療施設の認定・告示)											
北信	長野			告示なし	救急告示	二次	三次								
		長野赤十字病院	100人以上	197.2	635	7,590	12,600	7,559	52	251	411				
		長野市民病院	100人以上	124.2	393	5,563	10,352	5,827	78	147	0				
		厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院	100人以上	115.0	428	5,230	9,203	5,111	55	352	672				
		厚生連長野松代総合病院	50~99人	56.1	361	2,065	6,904	2,853	0	0	0				
		長野県立信州医療センター	50~99人	55.6	292	1,960	13,210	1,971	0	30	0				
		長野中央病院	50~99人	54.7	322	3,333	11,553	2,583	0	268	0				
		栗田病院	20~49人	24.1	84	1	31	0	0	0	0				
		千曲中央病院	20~49人	21.2	195	866	1,515	741	0	0	0				
		特定医療法人新生病院	10~19人	16.0	155	88	434	17	0	0	0				
		厚生連新町病院	10~19人	14.6	140	97	372	20	0	0	0				
		長野寿光会上山田病院	10~19人	14.0	240	3	29	107	0	0	0				
		飯綱町立飯綱病院	10~19人	13.2	161	289	1,278	309	0	0	0				
		吉田病院	10~19人	12.0	24	0	0	585	0	0	0				
		NHO東長野病院	10~19人	10.6	219	0	204	3	0	0	0				
		信越病院	10人未満	8.2	97	172	956	134	0	0	0				
		愛和病院	10人未満	8.0	64	0	443	0	0	0	0				
		竹重病院	10人未満	7.5	72	40	517	8	0	0	0				
		朝日ながの病院	10人未満	7.4	161	0	0	31	0	0	0				
		小林脳神経外科病院	10人未満	7.2	50	287	736	326	67	0	0				
		稲荷山医療福祉センター	10人未満	7.1	80	0	83	6	0	0	0				
		東口病院	10人未満	6.6	47	0	44	213	0	0	0				
		県立総合リハビリテーションセンター	10人未満	6.4	80	12	0	15	0	0	0				
		山田記念 朝日病院	10人未満	6.3	48	20	262	133	0	0	0				
		轟病院	10人未満	5.8	99	2	398	32	0	0	0				
		厚生連若穂病院	10人未満	5.3	120	0	0	8	0	0	0				
		北野病院	10人未満	5.1	35	3	12	47	0	0	0				
		ナカジマ外科病院	10人未満	3.2	48	3	0	1	0	0	0				
		東和田病院	10人未満	0.0	29	0	0	0	0	0	0				
		田中病院	10人未満	0.0	43	5	328	152	0	0	0				
		小島病院	10人未満	0.0	77	0	0	1	0	0	0				
北信		厚生連北信総合病院	50~99人	93.7	375	3,199	9,637	3,523	13	82	325				
		飯山赤十字病院	20~49人	27.1	284	1,134	4,410	691	0	0	0				
		佐藤病院	10人未満	5.1	20	8	0	0	0	0	0				

救急車の受入件数
(救急医療施設の認定・告示)

- 告示なし
- 救急告示
- 二次
- 三次

医師数 (医師数区分)

- 10人未満
- 10~19人
- 20~49人
- 50~99人
- 100人以上

許可病床数 (病床機能)

- 9_不明
- 1_高度急性期
- 2_急性期
- 3_回復期
- 4_慢性期
- 5_休棟予定

0	200	400	0	500	5K	10K	10K	20K	5K	10K	0	50	100	0	200	400	0K	0.5K	1K
医師数合計 (常勤換算)				許可病床数	救急車の受入件数		夜間休日の受診患者数		手術 総数 算定回数		脳血管内手術 算定回数		経皮的冠動脈形成術 算定回数		分娩件数 (正常分娩、帝王切開を含む..)				

3. 医療介護の需要推計

人口動態

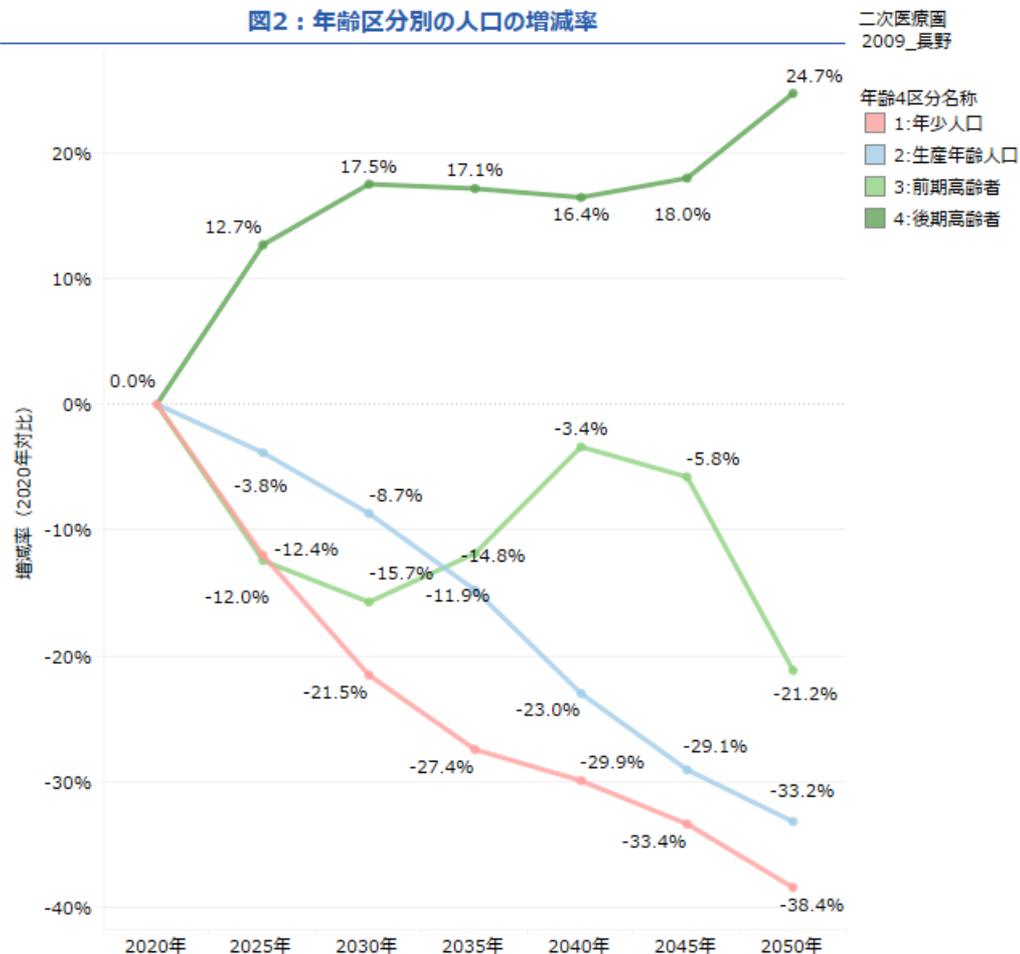
年齢区分別人口推計：長野医療圏

- ・ 総人口は既にピークを迎えており、2050年に対2020年比で118千人（22%）減少する見込み。
- ・ 生産年齢人口は既にピークを迎えているのに対して、後期高齢者を中心に増加することが予想されるため、将来的な医療供給体制の維持に懸念がある。

図1：年齢区分別の人口推計



図2：年齢区分別の人口の増減率



二次医療圏
2009_長野

年齢4区分名称
■ 1:年少人口
■ 2:生産年齢人口
■ 3:前期高齢者
■ 4:後期高齢者

出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

医療需要

入院・外来別推計患者数：長野医療圏

- 入院医療需要は2035年まで増加することが予想される。
- 一方で外来医療需要は2020年に既にピークを迎えていることが予想される。

図1：入院患者数の将来推計

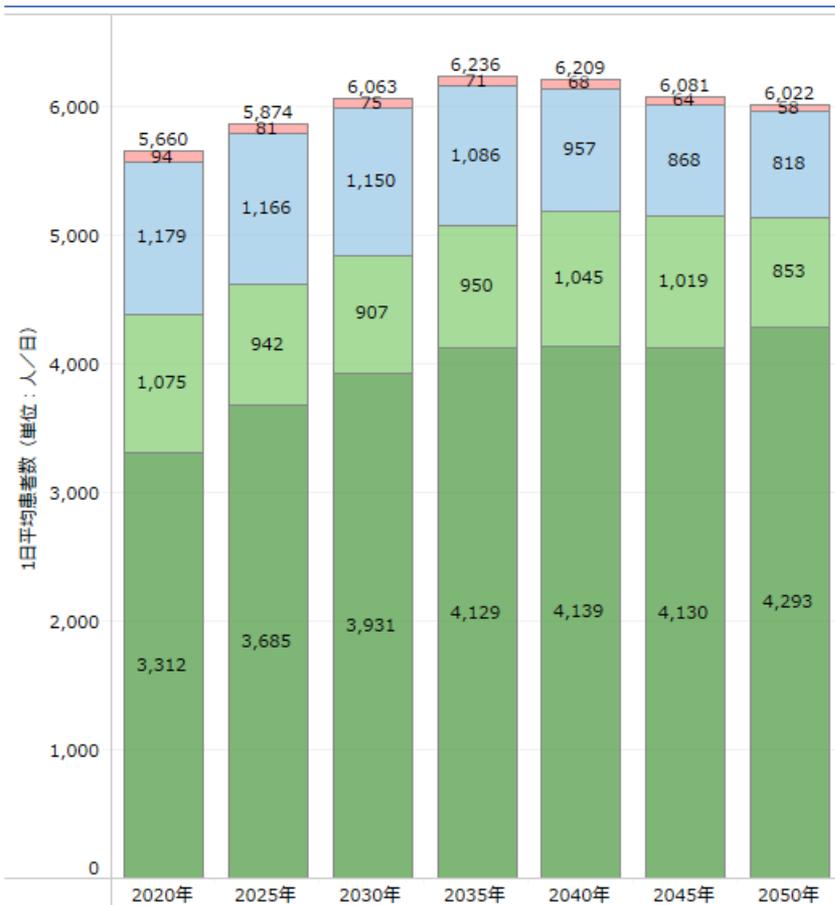


図2：外来患者数の将来推計



出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）及び患者調査（厚生労働省）を用いて推計

医療需要

DPC請求を行う推計患者数：長野医療圏

- 急性期医療需要は2025年にピークを迎える見込み。
- MDC別では小児・周産期系および女性生殖器系の疾患患者数が著しく減少する見込み。
- 循環器系、眼科系、呼吸器系などでは、2050年まで需要の増加が見込まれる疾患も存在する。

図1：MDC別の退院患者数の将来推計

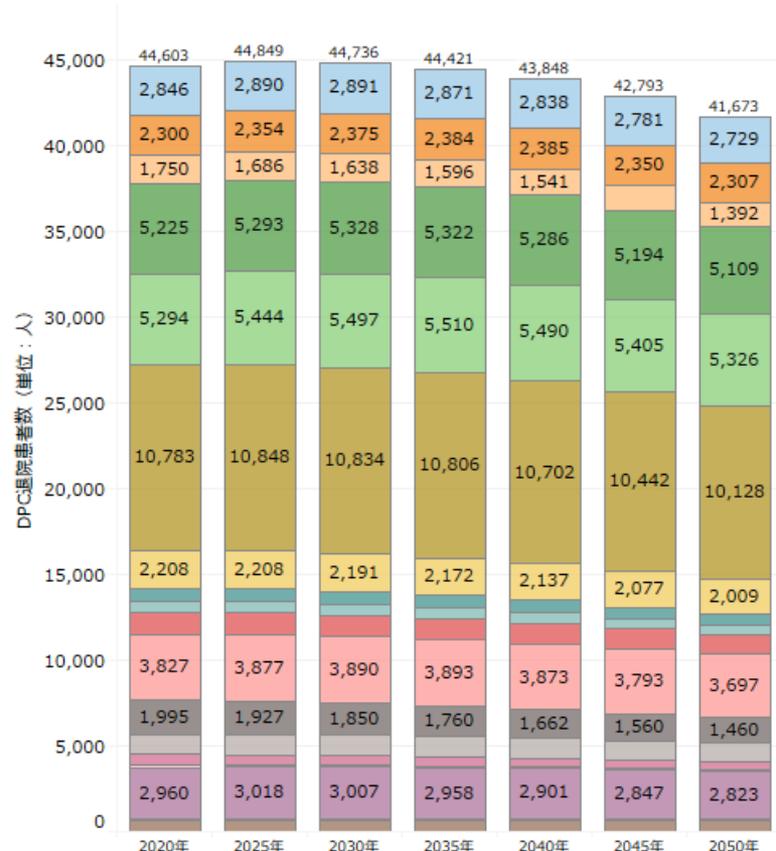
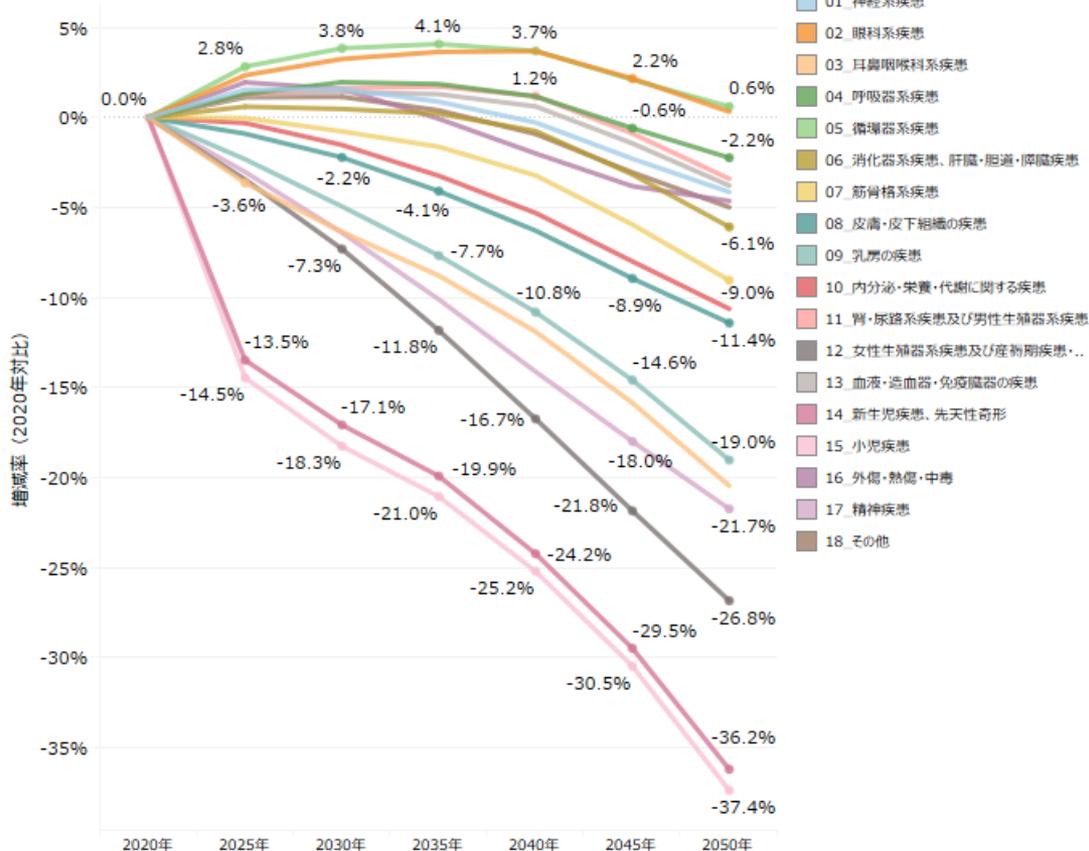


図2：MDC別の退院患者数の増減率



出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度DPC導入の影響評価に係る調査 退院患者調査」（厚生労働省）を用いてDPCコード、年齢別の発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計
1日平均患者数は各DPCコードのDPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して試算

医療供給体制

DPC参加病院におけるDPC症例数の推移：長野医療圏

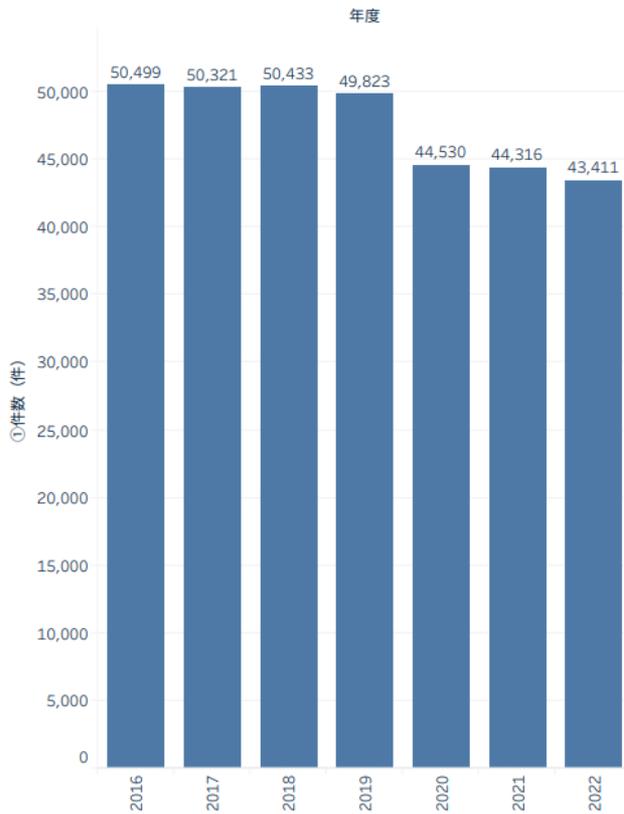
- DPC症例数は2019年までほぼ横ばいに推移していたが、2020年度から新型コロナ流行の影響もあり、急激に減少した。

③ (地域) MDC別患者数の推移

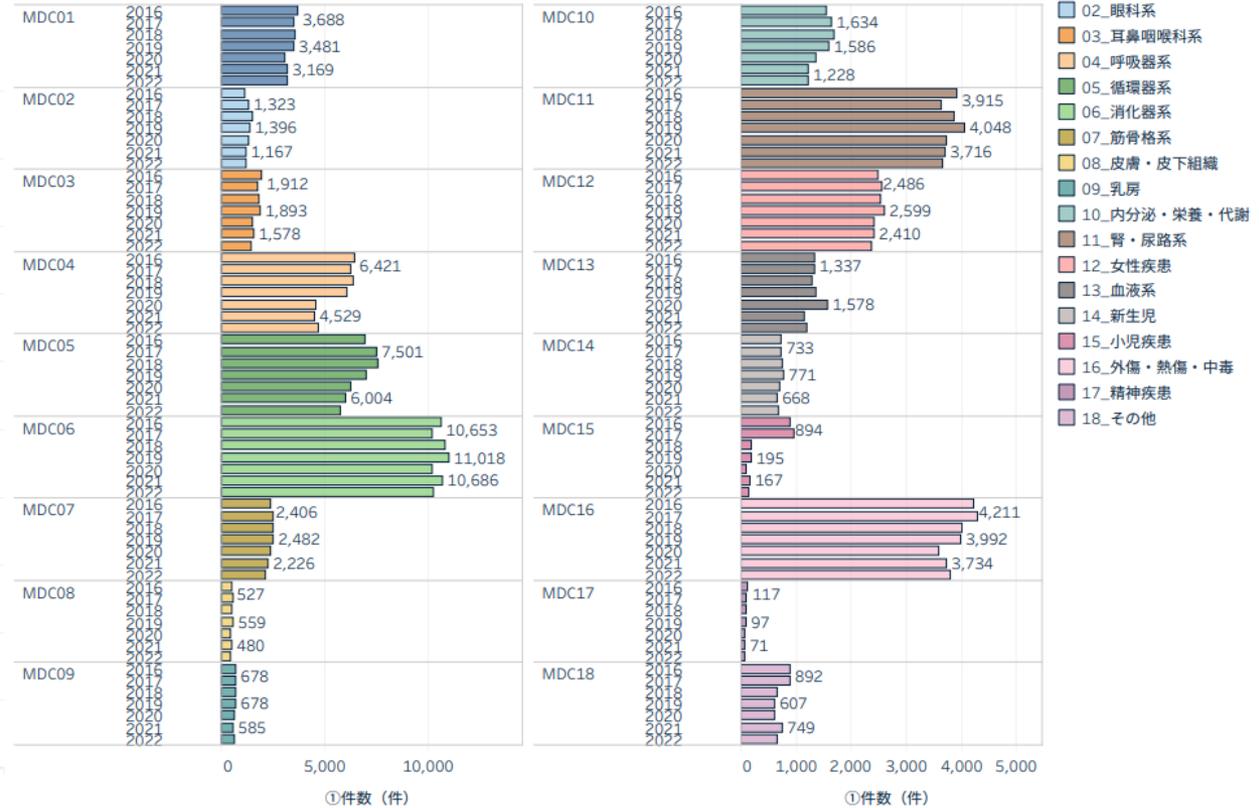
開始年度 2016年度
 ~ 終了年度 2022年度
 病院類型 DPC参加病院

設定中のBM条件：20_長野県_2009_長野県_長野_ (すべて)

① 退院患者数 (地域全体)



② MDC別退院患者数 (地域全体)



医療需要 推計手術件数：長野医療圏

- 手術需要は2020年に既にピークを迎えている見込み。
- 手術分類別では臓器提供や性器の手術件数が特に減少割合が大きくなることが予想される。

図1：部位別の手術件数の推計

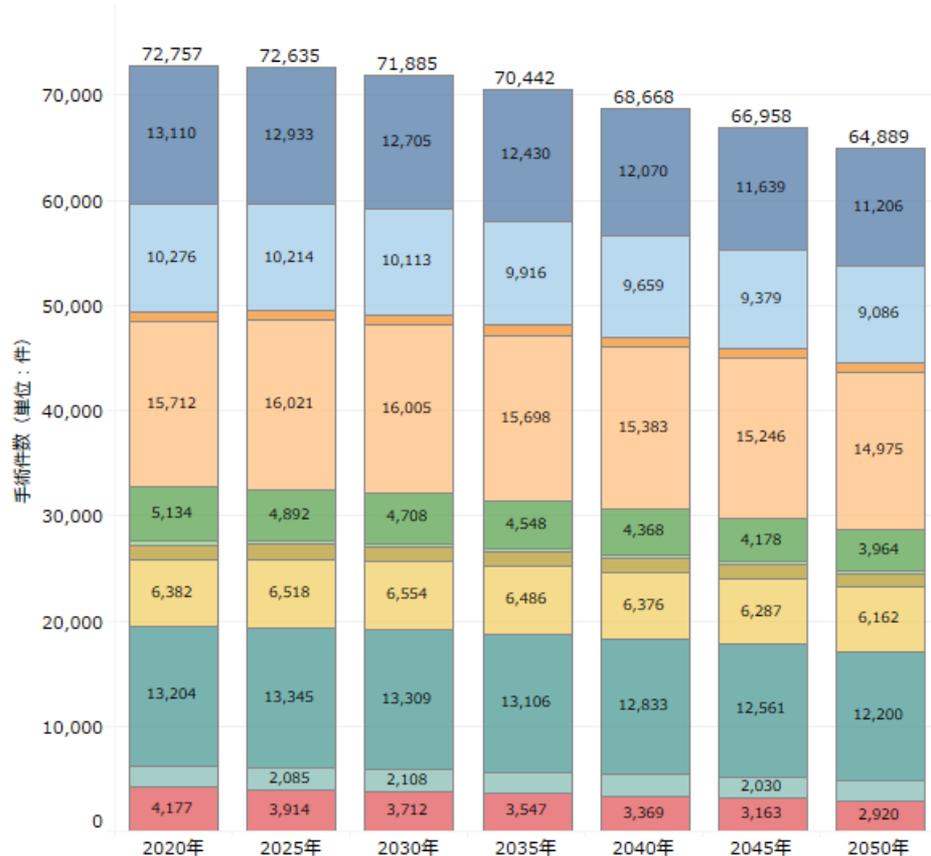
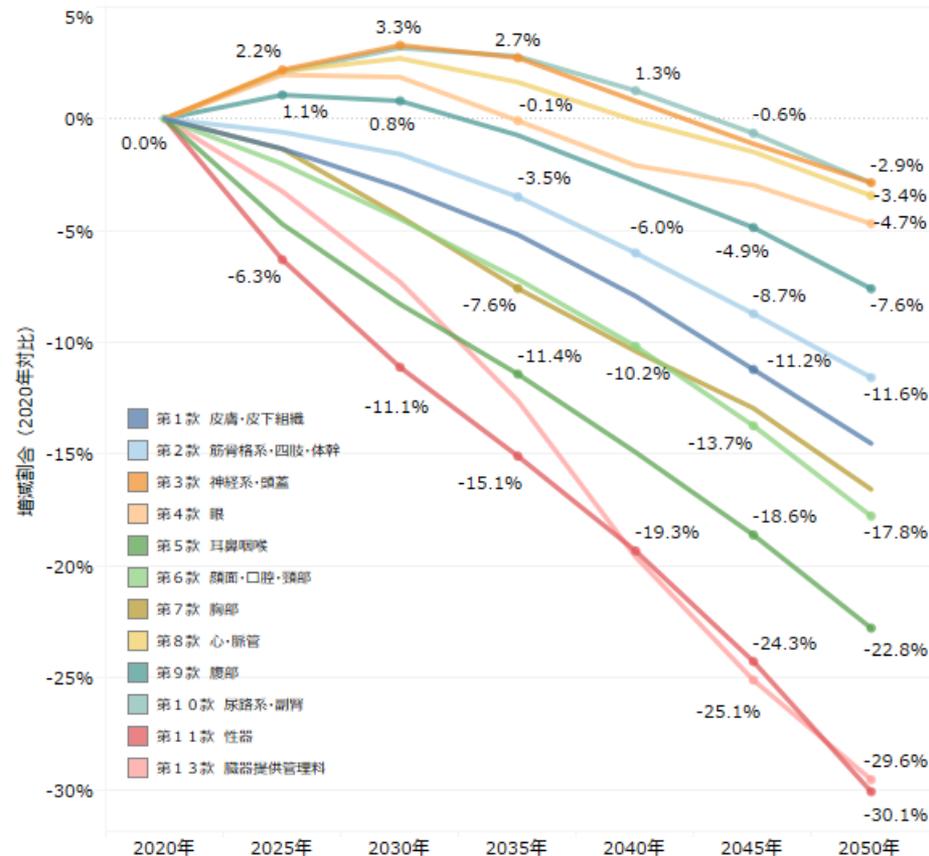


図2：部位別の手術件数の増減率



出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び第6回NDBオープンデータ（厚生労働省）
 ：2019年4月～2020年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算
 その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

医療需要

救急搬送件数：長野医療圏

- 救急搬送件数は2040年頃にピークを迎え、その後は緩やかに減少していく見込み。
- 搬送患者に占める高齢者の割合が増加することが予想される。

図1：年齢区別の搬送人員数

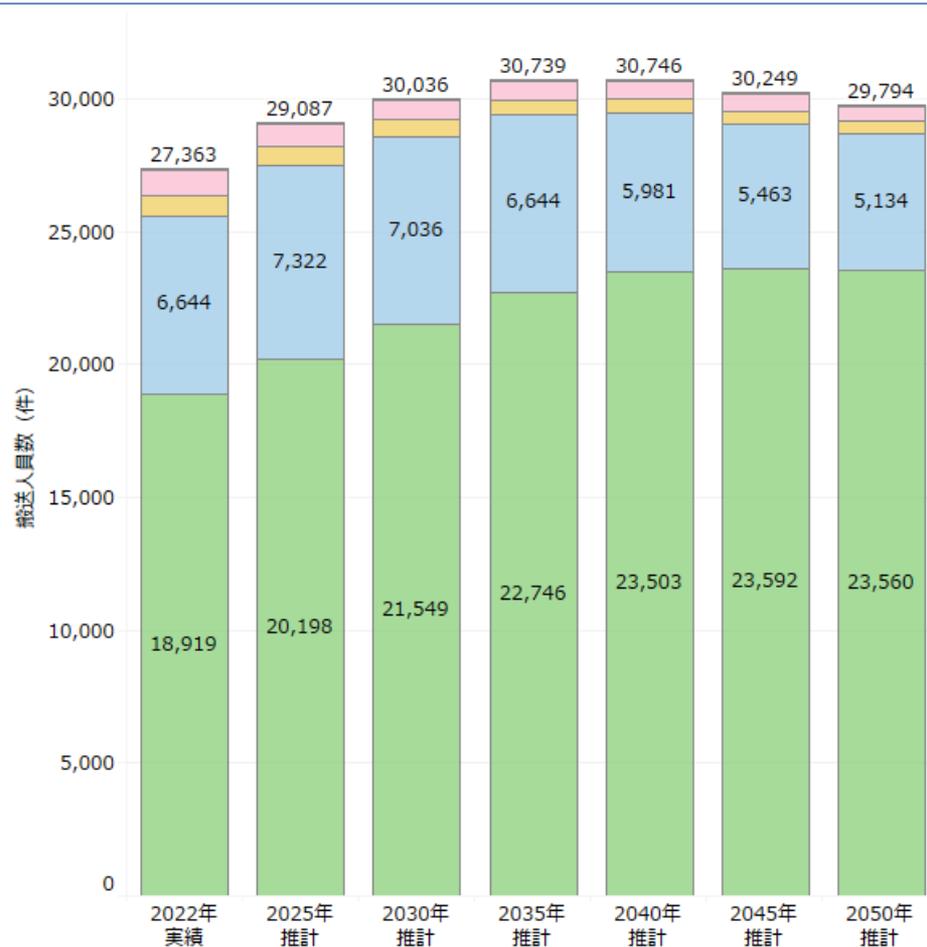
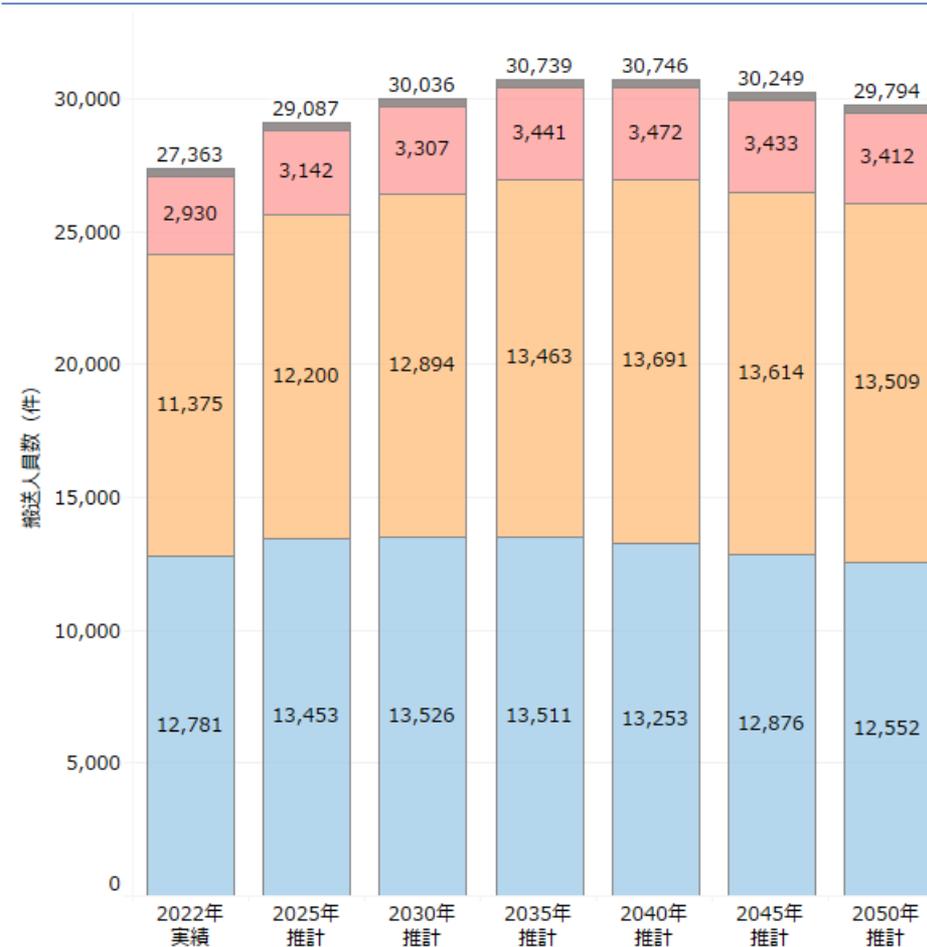


図2：傷病程度別の救急搬送人員数の推計



年齢区分
 1_新生児 2_乳幼児 3_少年 4_成人 5_高齢者

傷病程度
 1_死亡 2_重症 3_中等症 4_軽症 6_その他

医療需要 推計在宅患者数：長野医療圏

- 後期高齢者の増加により在宅医療需要は2040年まで増加し、以降も2050年まで同水準となることが予想される。

図1：年齢階級別の在宅医療患者数の推計

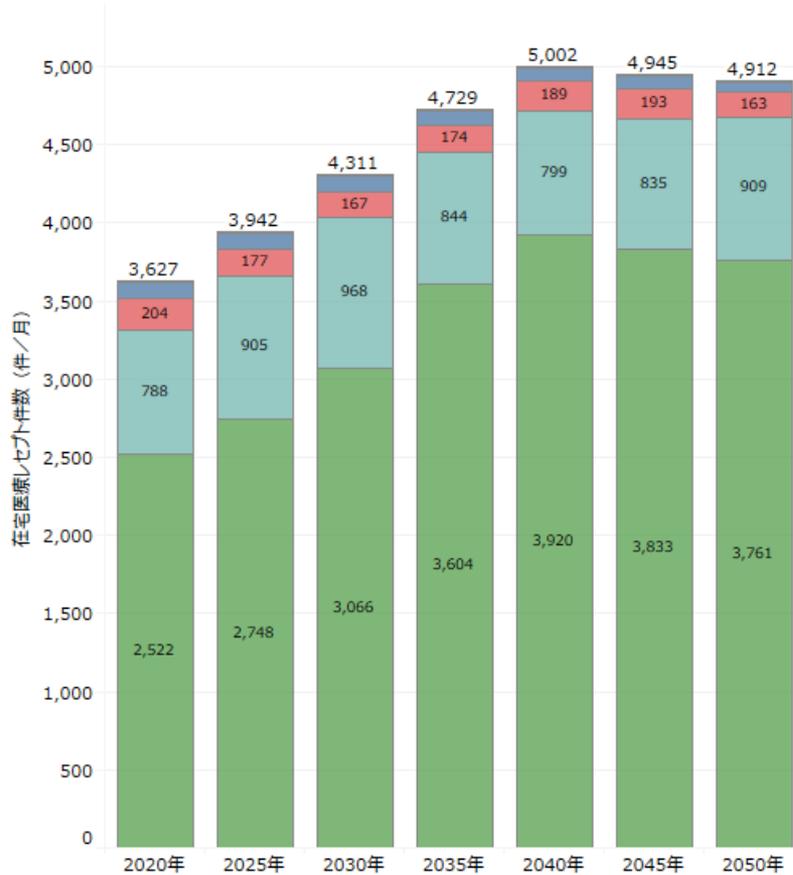


図2：居住場所別の在宅医療患者数の推計

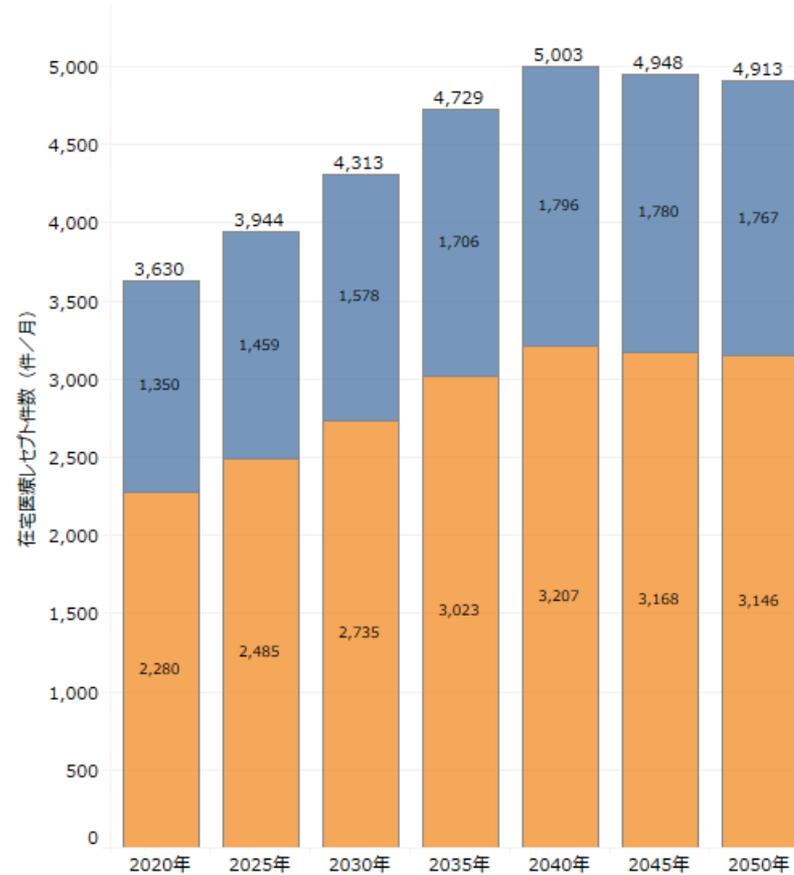


図1：年齢階級

- 15歳未満
- 15歳～64歳
- 65歳～74歳
- 75歳～84歳
- 85歳以上

図2：居住場所

- 在宅時医学総合管理料
- 施設入居時等医学総合管理料

出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び第6回NDBオープンデータ（厚生労働省）：2019年4月～2020年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算
その発生率と日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

医療需要

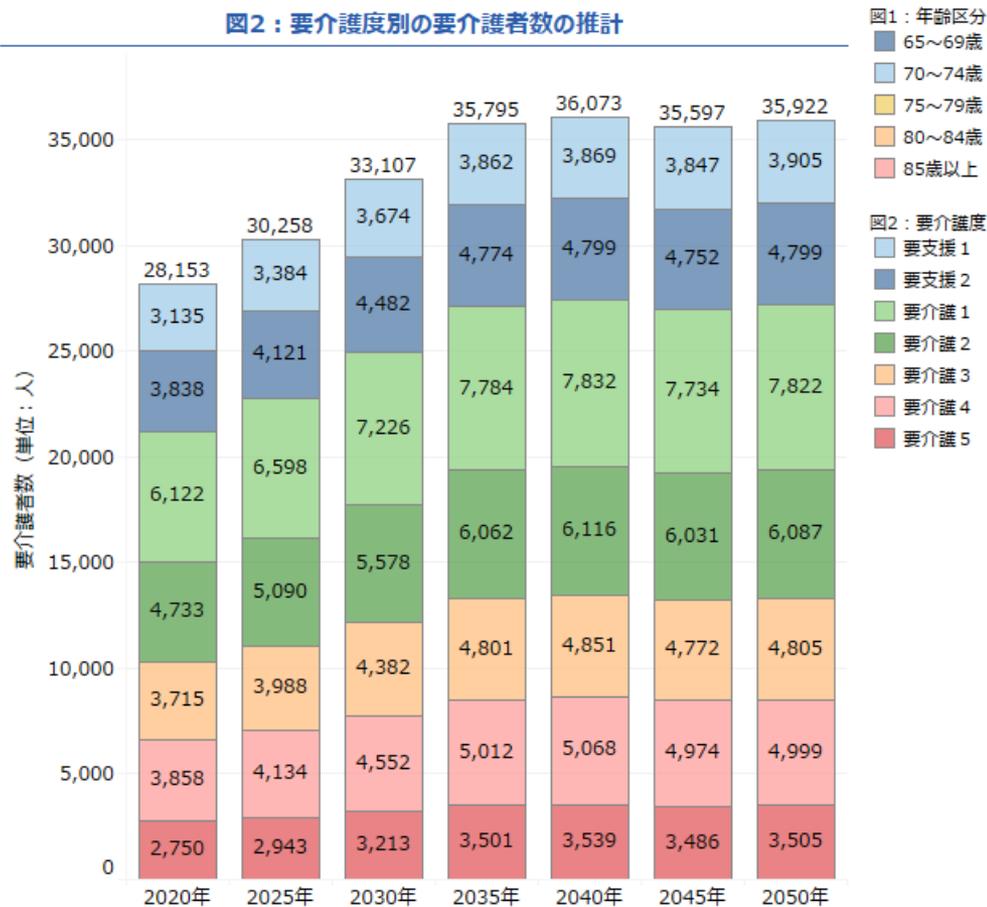
推計要介護者数：長野医療圏

- ・ 高齢者の増加により介護需要は2040年にピークを迎える見込み。
- ・ 要介護度の高い患者が増加する中で限られた働き手の中で対応できるのか懸念がある。

図1：年齢別の要介護者数の推計



図2：要介護度別の要介護者数の推計



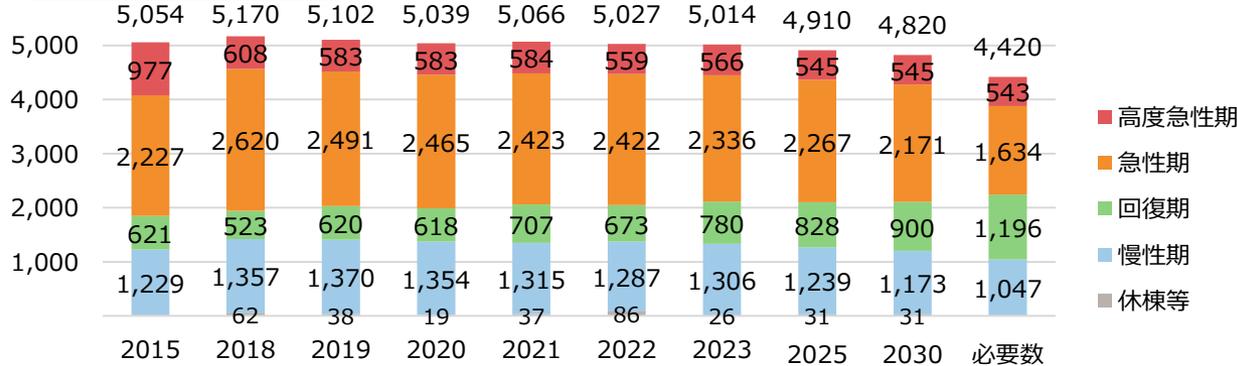
出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度介護保険事業状況報告（年報）表04-1<都道府県別>要介護（要支援）認定者数」（厚労省）を用いて発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

4. 地域医療構想の進捗状況

地域医療構想の状況①

- 機能別では高度急性期・急性期・慢性期が余剰、回復期が不足している。

病床機能別病床数の推移

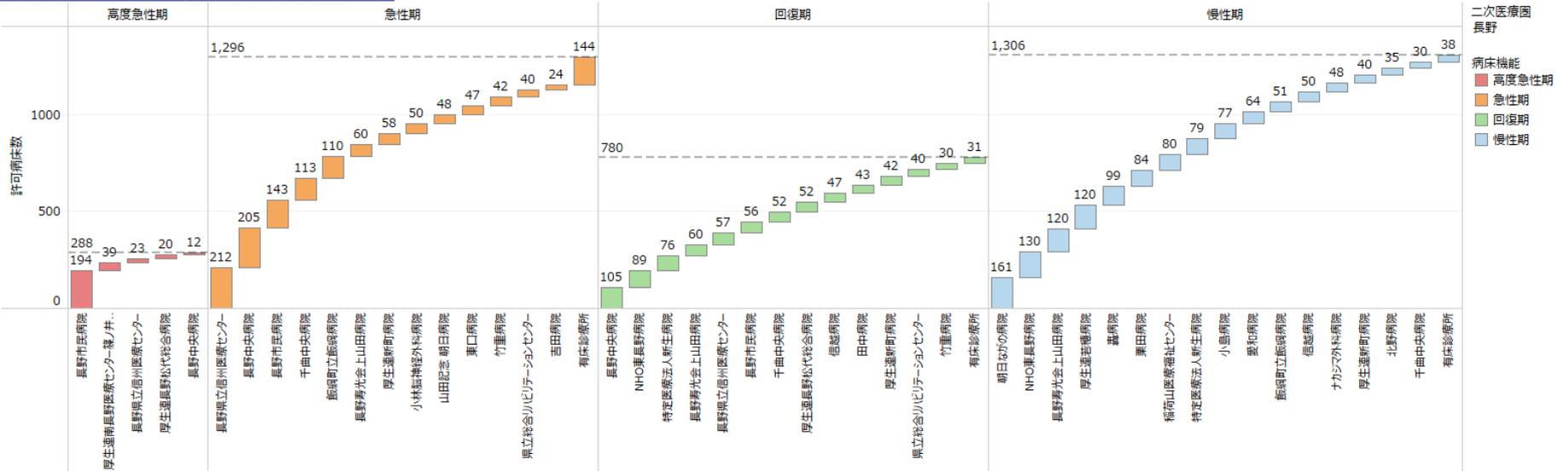


※2022年、2023年、2025年、2030年は対応方針の報告内容を使用 意向 意向

必要病床数との差異

病床機能	2023年 7月時点	2025 必要量	差分
高度急性期	566	543	+23
急性期	2,336	1,634	+702
回復期	780	1,196	▲416
慢性期	1,306	1,047	+259
休棟等	26		+26
合計	5,014	4,420	+594
合計 (休棟除く)	4,988	4,420	+568

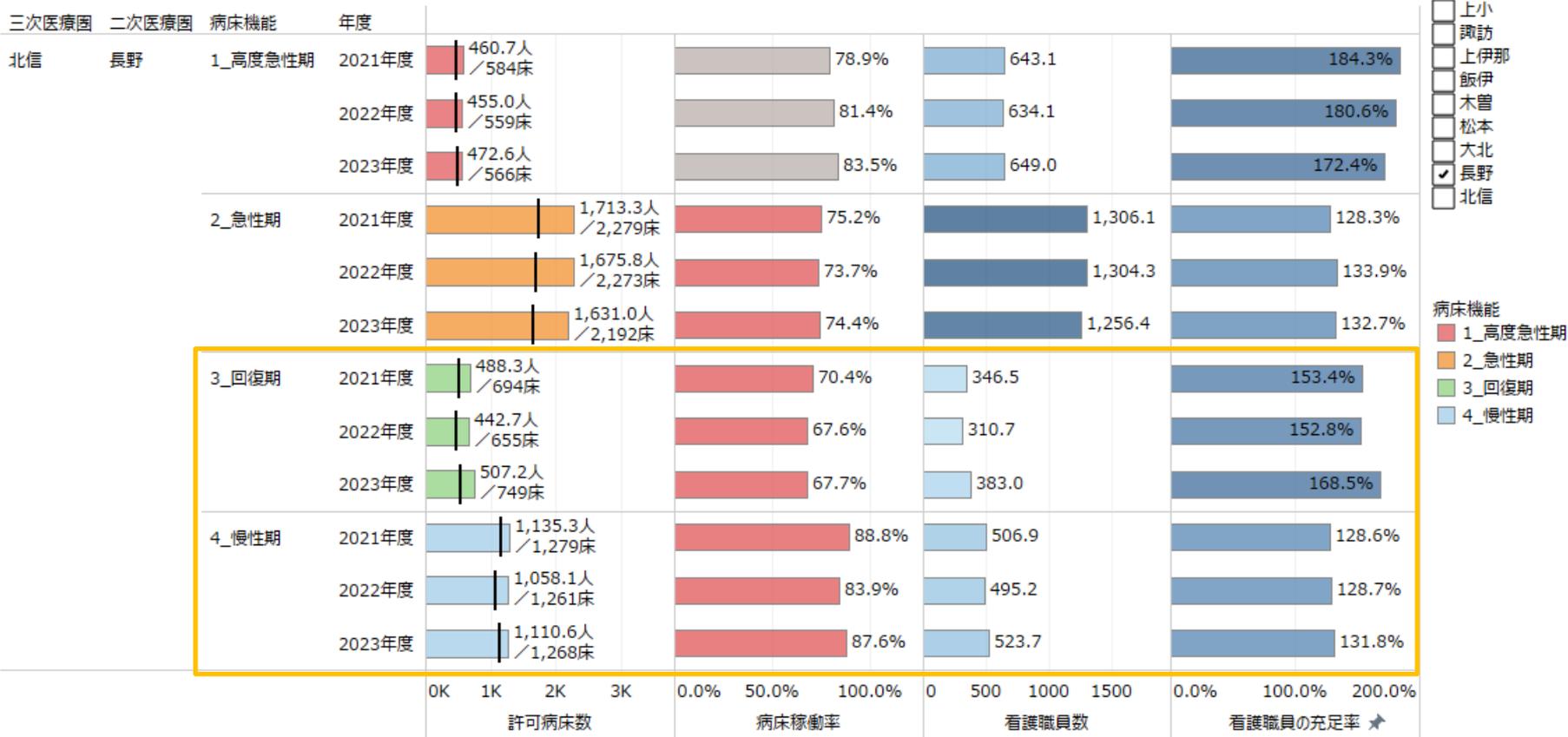
病床機能別医療機関別の病床数の推移



地域医療構想の状況②圏域別、病床機能別の病床稼働率

- 長野医療圏は高度急性期病棟の稼働率が高く、看護職員の充足度も高い傾向にある。
- 回復期と慢性期については病床稼働率は低いが、看護職員の充足度は高い状態にある。

病床機能ごとの看護配置



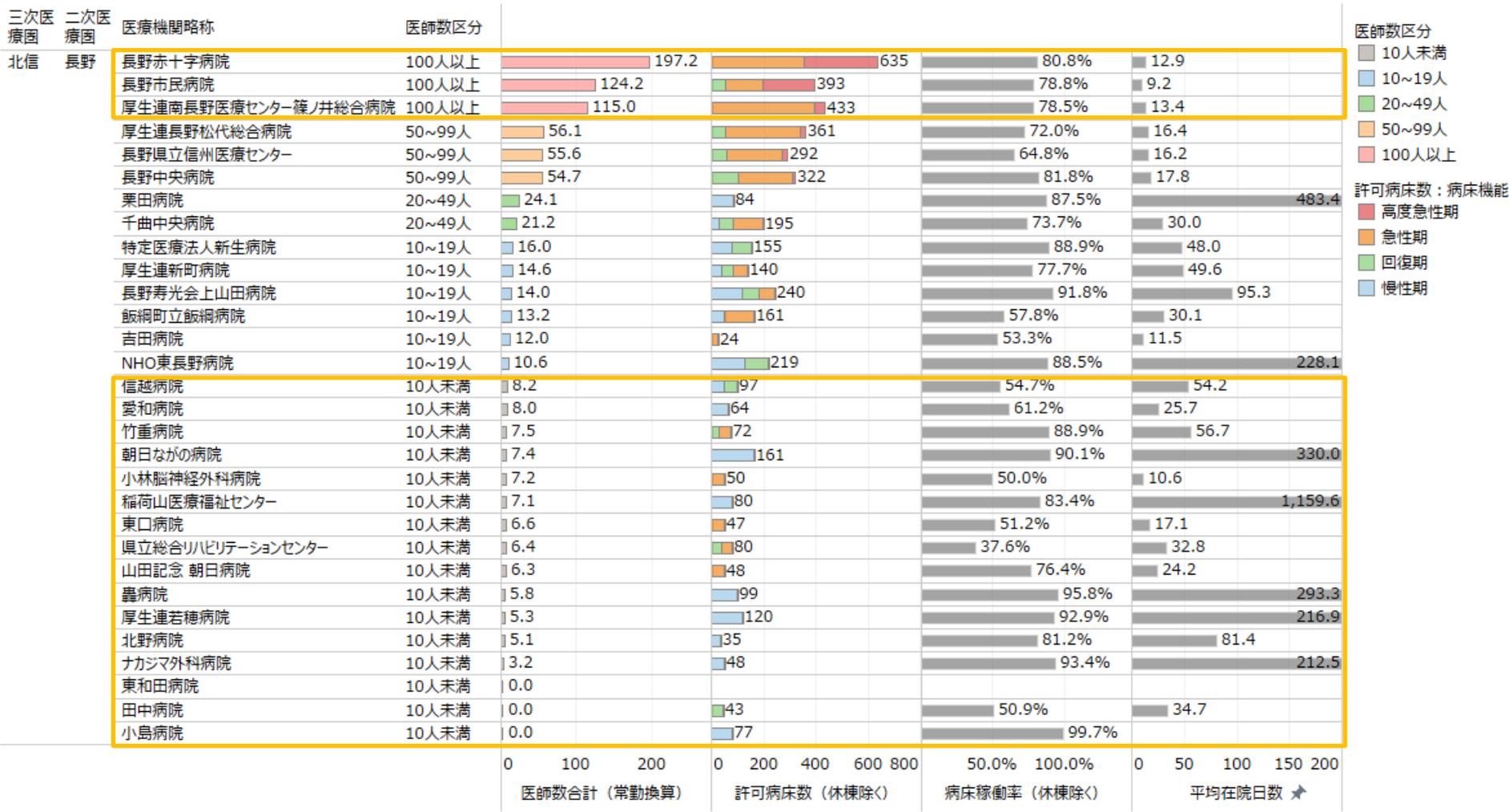
※地域医療構想で必要病床数の計算で設定されている病床稼働率より低ければ赤
 設定された病床稼働率：高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%
 ※病床稼働率が150%を超える医療機関は異常値として除外

※看護職員の充足率は以下の計算式にて試算
 ①看護職員の勤務時間=看護職員数(常勤換算)×150時間
 ②1日あたりの看護職員の配置数=①÷8時間÷31日
 ③看護配置(実績)=1日あたり延べ患者数÷②×3交代
 ④看護職員の配置基準※急性期一般入院料1なら7対1
 ⑤看護職員の充足率=④÷③

地域医療構想の状況③医療機関別の病床稼働率

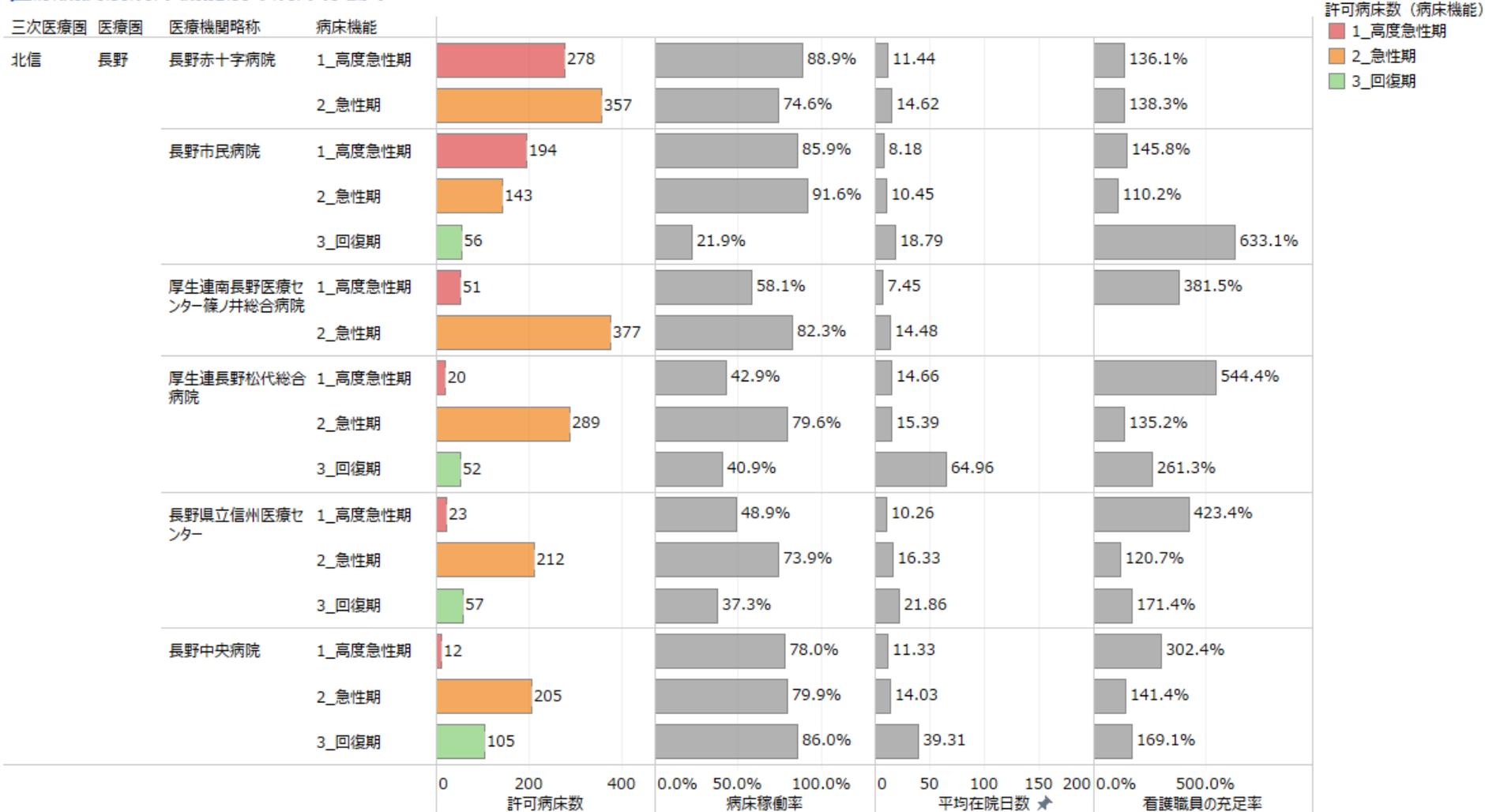
- 急性期病床を有する病院は医師数が多いと稼働率が安定している傾向にある。
- 医師数が10人未満の病院は病床稼働率が低い傾向にある、または、平均在院日数が長い傾向にある。

医療機関別の病床稼働率



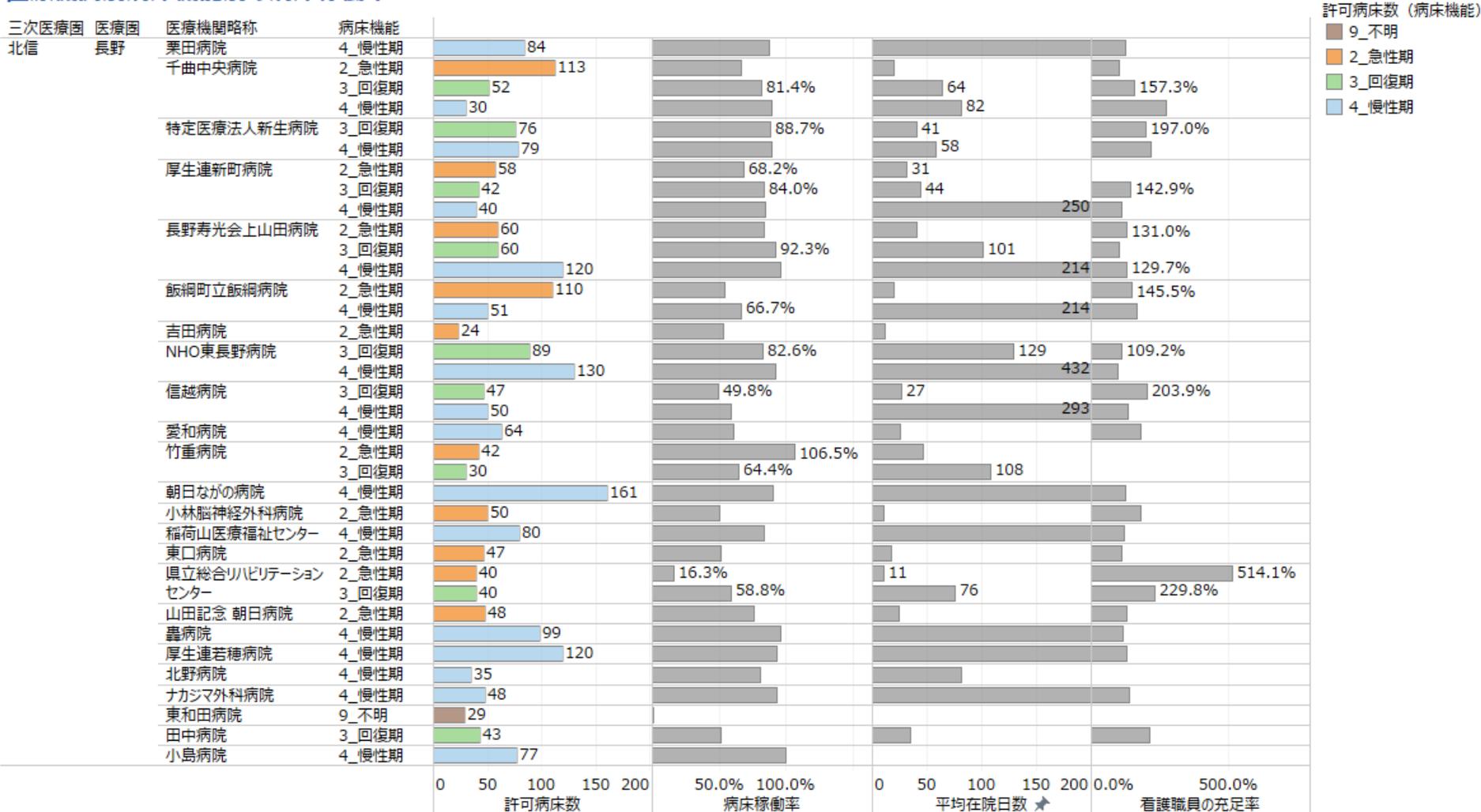
地域医療構想の状況④医療機関別病床機能別の病床稼働率（高度急性期を有する病院）

医療機関別病床機能別の病床稼働率



地域医療構想の状況④医療機関別病床機能別の病床稼働率（高度急性期を有しない病院）

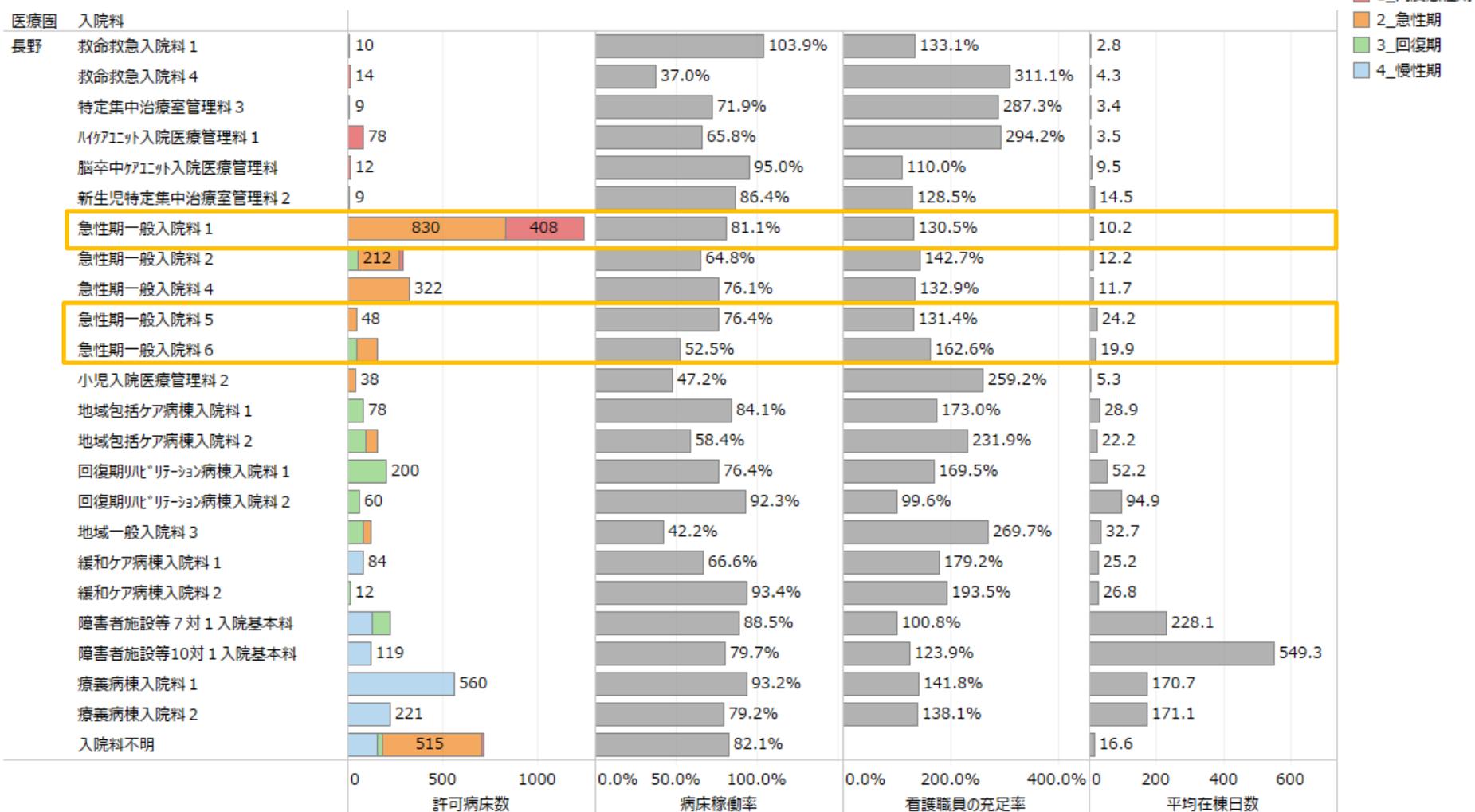
医療機関別病床機能別の病床稼働率



地域医療構想の状況⑤長野医療圏の入院料別実績

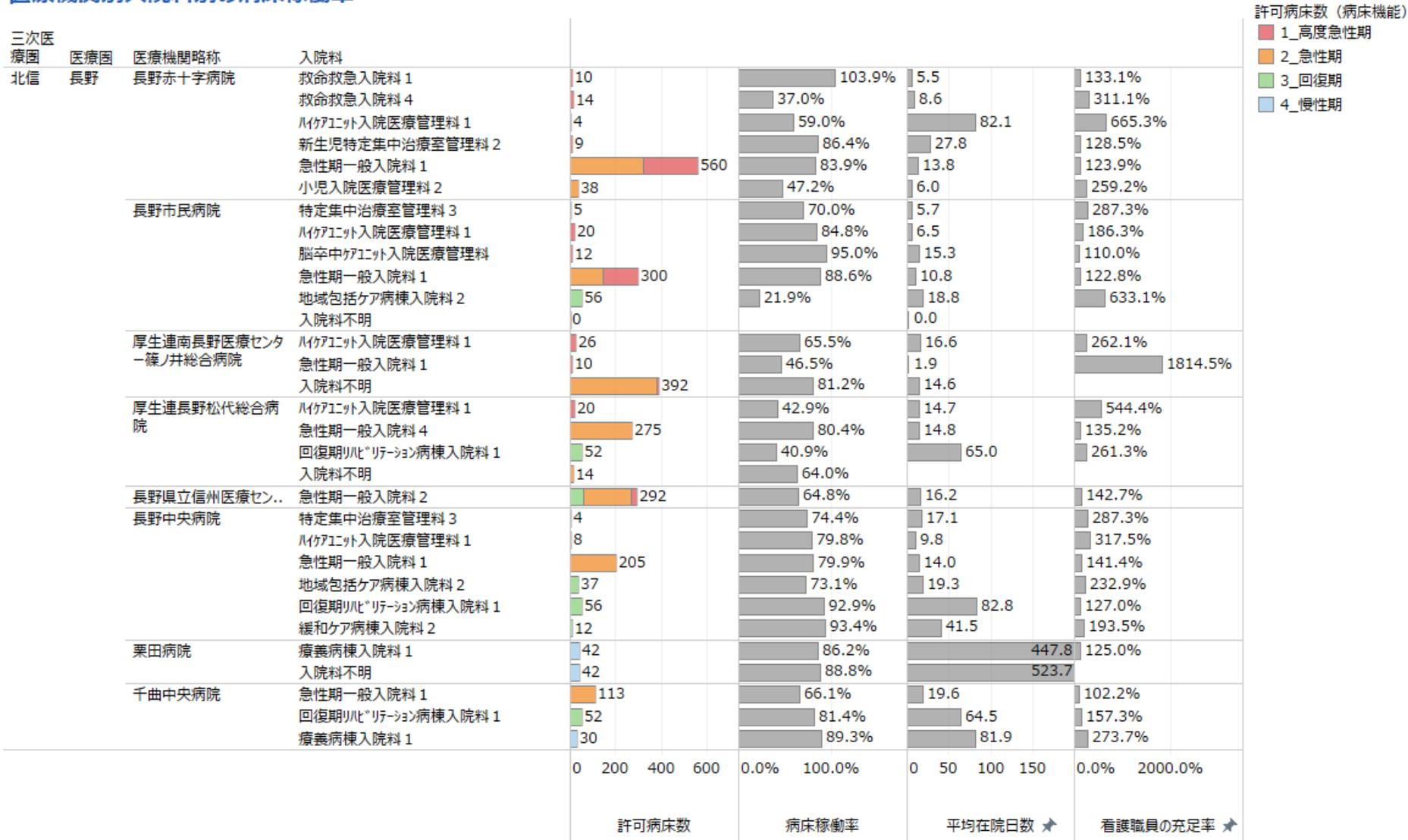
- 急性期一般入院料1の病床稼働率は高いが、看護職員の配置が基準に対して余剰は少ない。
- 急性期一般入院料5~6の病棟においては平均在院日数が長く、看護職員の余剰率が高い傾向にある。

入院料別の病床稼働率



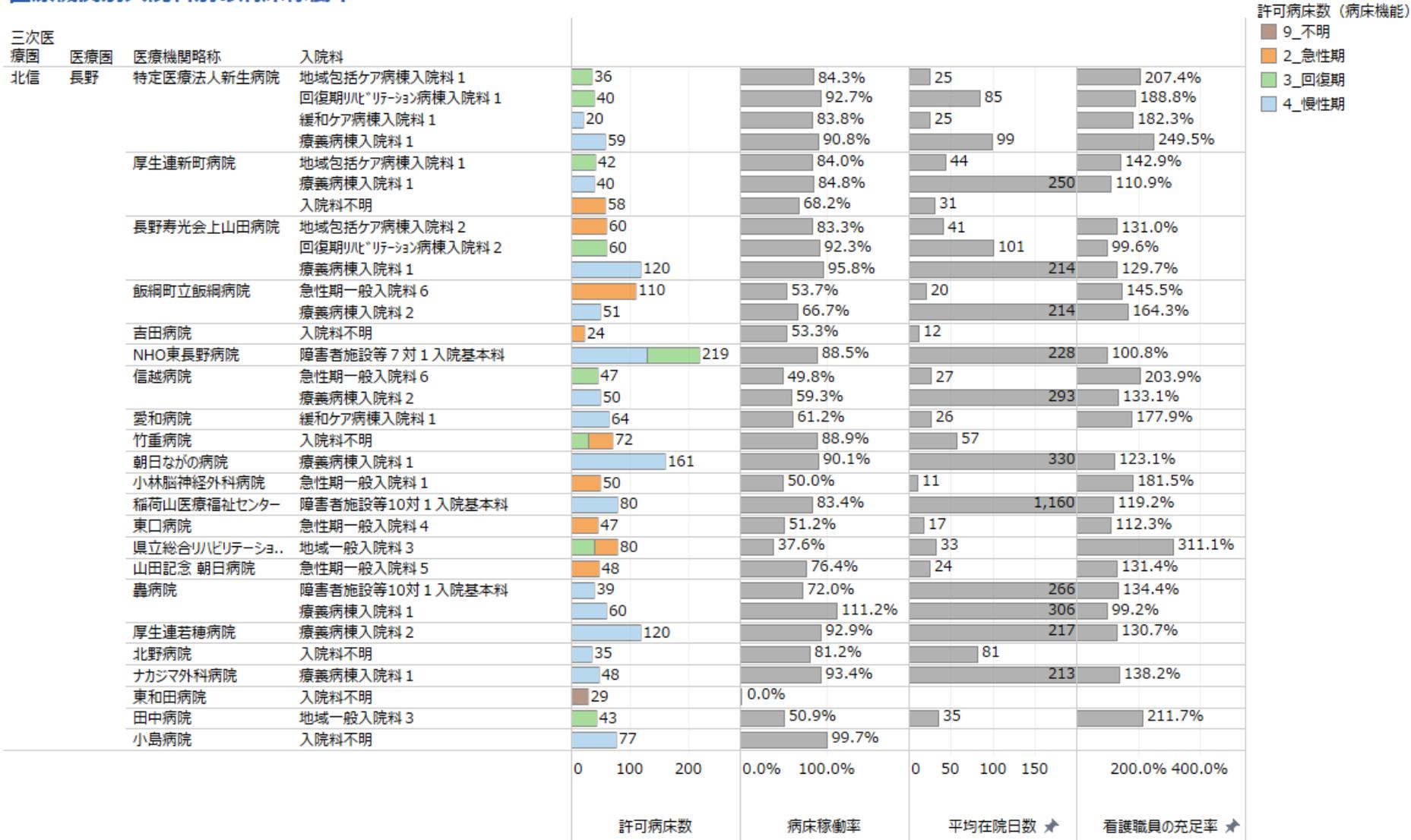
地域医療構想の状況⑥入院料別の病床稼働率と看護職員の充足率（1/2）

医療機関別入院料別の病床稼働率



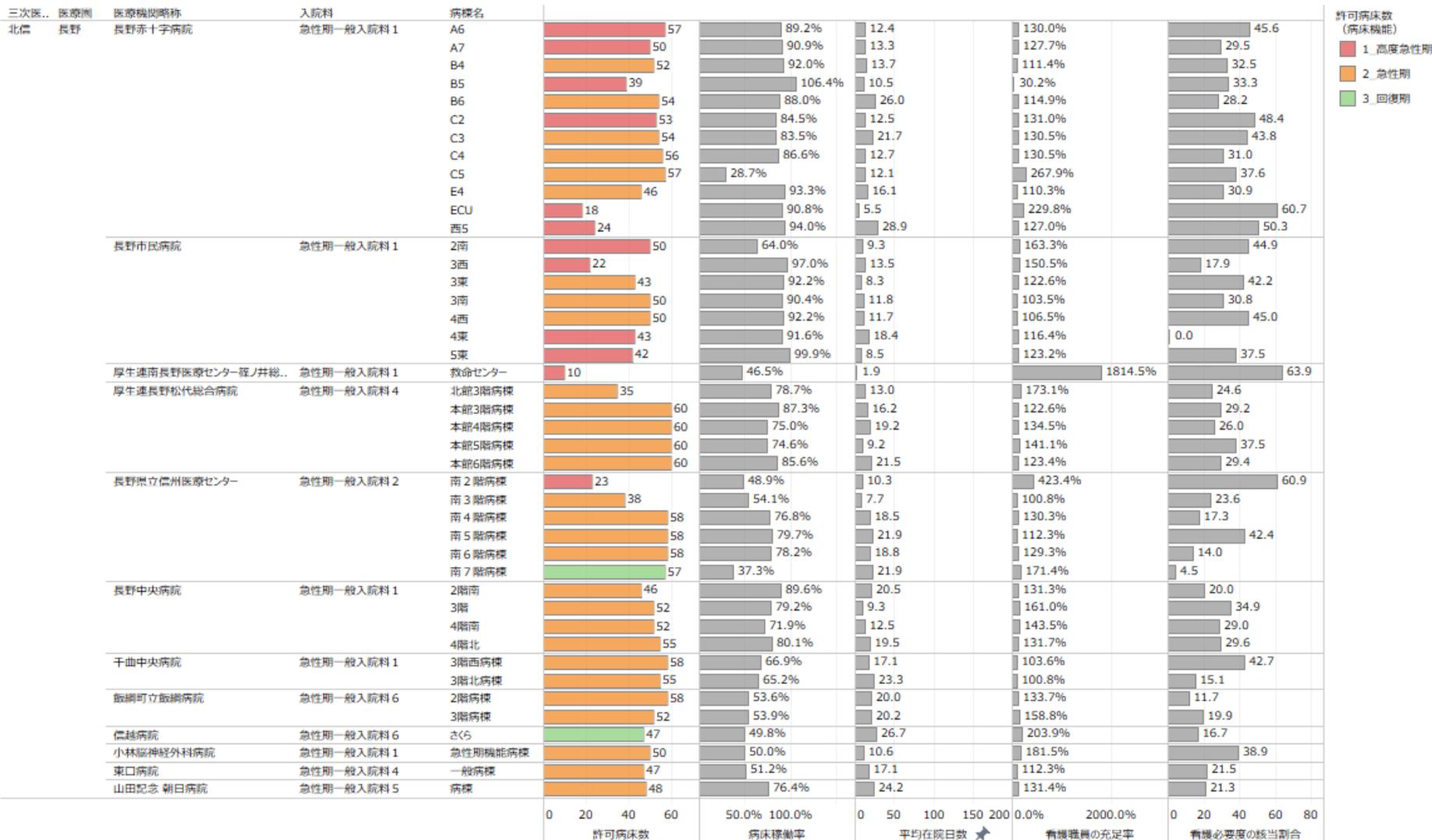
地域医療構想の状況⑥入院料別の病床稼働率と看護職員の充足率（2/2）

医療機関別入院料別の病床稼働率



地域医療構想の状況⑦急性期一般入院料を算定する病棟の実績

急性期一般入院料を算定する病棟の実績



参考 | 長野県内のDPC対象病院の平均在院日数

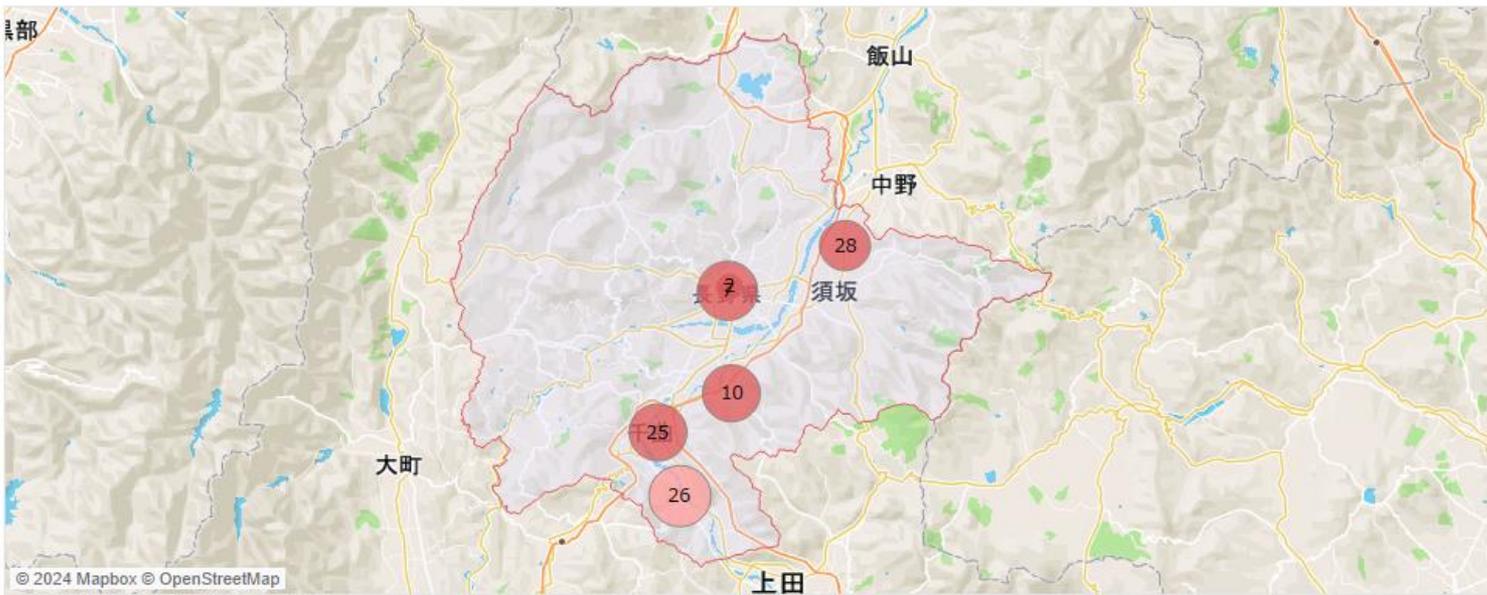
告示番号	名称	医療圏	医療機関群	一般病棟の入院料	DPC病床割合	件数	医療機関別在院日数の平均(日)	全国の疾患構成に補正した場合(日)
30680	飯山赤十字病院	北信	標準病院群	急性期一般1	21.1%	782	8.76	8.32
30667	松本市立病院	松本	標準病院群	急性期一般1	56.8%	1,209	8.30	8.60
30681	組合立諏訪中央病院	諏訪	標準病院群	急性期一般1	52.8%	4,130	8.81	8.62
30690	長野県立こども病院	松本	標準病院群	急性期一般1	100.0%	3,220	11.02	9.40
30685	国民健康保険 依田窪病院	上小	標準病院群	急性期一般4	32.8%	657	10.39	9.97
30679	市立大町総合病院	大北	標準病院群	急性期一般1	51.8%	1,797	9.50	10.10
30691	安曇野赤十字病院	松本	標準病院群	急性期一般1	69.5%	3,359	11.02	10.29
20083	厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター	佐久	特定病院群	急性期一般1	100.0%	10,763	11.23	10.30
30688	長野県立木曽病院	木曽	標準病院群	急性期一般4	55.6%	1,040	10.29	10.56
30665	松本協立病院	松本	標準病院群	急性期一般1	70.4%	2,541	10.66	10.70
30664	相澤病院	松本	標準病院群	急性期一般1	90.9%	9,846	11.95	10.71
30666	一之瀬脳神経外科病院	松本	標準病院群	急性期一般1	61.0%	831	12.93	10.74
10042	信州大学医学部附属病院	松本	大学病院本院群	特定機能7対1	95.0%	13,773	10.79	10.88
20080	長野赤十字病院	長野	特定病院群	急性期一般1	93.4%	12,515	12.44	11.14
30672	健和会病院	飯伊	標準病院群	急性期一般1	33.9%	1,117	12.67	11.22
30662	藤森病院	松本	標準病院群	急性期一般1	56.5%	754	9.14	11.24
30670	飯田市立病院	飯伊	標準病院群	急性期一般1	88.3%	7,643	11.84	11.32
30689	厚生連 北アルプス医療センターあづみ病院	大北	標準病院群	急性期一般1	51.3%	2,840	10.43	11.55
20082	諏訪赤十字病院	諏訪	特定病院群	急性期一般1	93.4%	9,561	11.99	11.55
20081	長野市民病院	長野	特定病院群	急性期一般1	88.6%	8,512	11.55	11.58
30692	穂高病院	松本	標準病院群	急性期一般1	46.5%	1,453	8.24	11.59
30663	丸の内病院	松本	標準病院群	急性期一般1	65.3%	2,155	10.70	11.78
30694	NHOまつもと医療センター	松本	標準病院群	急性期一般1	51.7%	3,693	13.17	11.83
30678	厚生連 北信総合病院	北信	標準病院群	急性期一般1	70.9%	4,735	11.92	11.85
30676	伊那中央病院	上伊那	標準病院群	急性期一般1	90.9%	6,643	13.25	11.91
30659	厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院	長野	標準病院群	急性期一般1	100.0%	9,529	12.05	11.93
30660	長野中央病院	長野	標準病院群	急性期一般1	67.4%	4,165	11.29	11.99
30683	浅間総合病院	佐久	標準病院群	急性期一般1	76.9%	2,897	11.56	12.05
30677	昭和伊南総合病院	上伊那	標準病院群	急性期一般1	72.0%	2,627	12.33	12.10
30661	小林脳神経外科病院	長野	標準病院群	急性期一般1	100.0%	814	11.29	12.12
30668	丸子中央病院	上小	標準病院群	急性期一般1	49.7%	1,356	12.58	12.30
30686	厚生連 富士見高原病院	諏訪	標準病院群	急性期一般4	64.2%	1,454	13.60	12.41
30693	NHO信州上田医療センター	上小	標準病院群	急性期一般1	100.0%	7,617	12.22	12.67
30669	岡谷市民病院	諏訪	標準病院群	急性期一般1	55.6%	2,199	12.46	12.69
30674	長野県立信州医療センター	長野	標準病院群	急性期一般2	75.7%	3,215	14.65	12.94
30682	厚生連 佐久総合病院	佐久	標準病院群	急性期一般4	44.7%	1,451	15.16	13.03
30673	輝山会記念病院	飯伊	標準病院群	急性期一般5	18.1%	352	12.63	13.07
30671	飯田病院	飯伊	標準病院群	急性期一般1	35.8%	2,486	15.03	13.55
30684	厚生連 佐久総合病院小海分院	佐久	標準病院群	急性期一般4	42.4%	305	16.39	13.66
30658	厚生連 長野松代総合病院	長野	標準病院群	急性期一般4	88.5%	4,661	14.32	14.01
30687	厚生連 上伊那厚生病院	飯伊	標準病院群	急性期一般1	68.0%	623	13.23	14.23
30675	厚生連 浅間南麓こもろ医療センター	佐久	標準病院群	急性期一般1	87.4%	3,190	14.37	14.34

地域医療構想の状況⑧回復期リハビリテーション病棟の整備状況

回復期リハビリテーション病棟の提供体制

医療圏	No.	医療機関略称	回復期リハ病床数	リハビリスタッフ(病院全体)	病床稼働率	平均リハ単位数	入棟時から改善した退棟患者数	改善割合
長野	7	長野中央病院	56	64.7	82%	5.1	93	66.9%
	10	厚生連長野松代総合病院	52	78.8	72%	0		
	25	千曲中央病院	52	54.0	74%	3.7	89	56.0%
	26	長野寿光会上山田病院	60	51.0	92%	5.5	52	43.3%
	28	特定医療法人新生病院	40	71.6	89%	7.4	37	49.3%
			0 20 40 60 80	0.0 50.0 100.0	50% 100%	0.0 5.0 10.0	0 50 100	50.0%

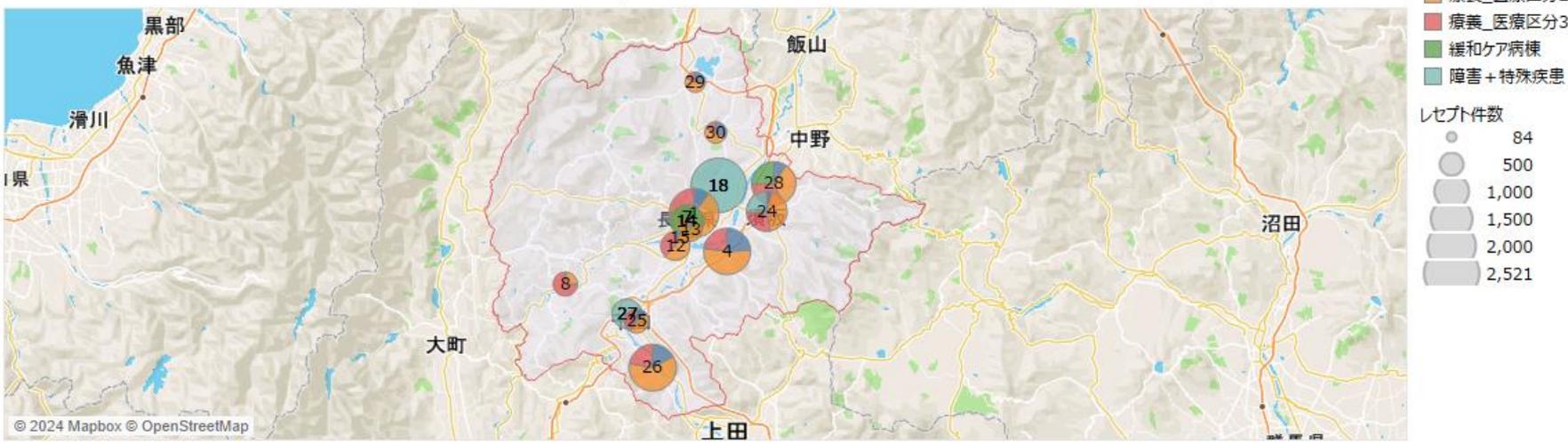
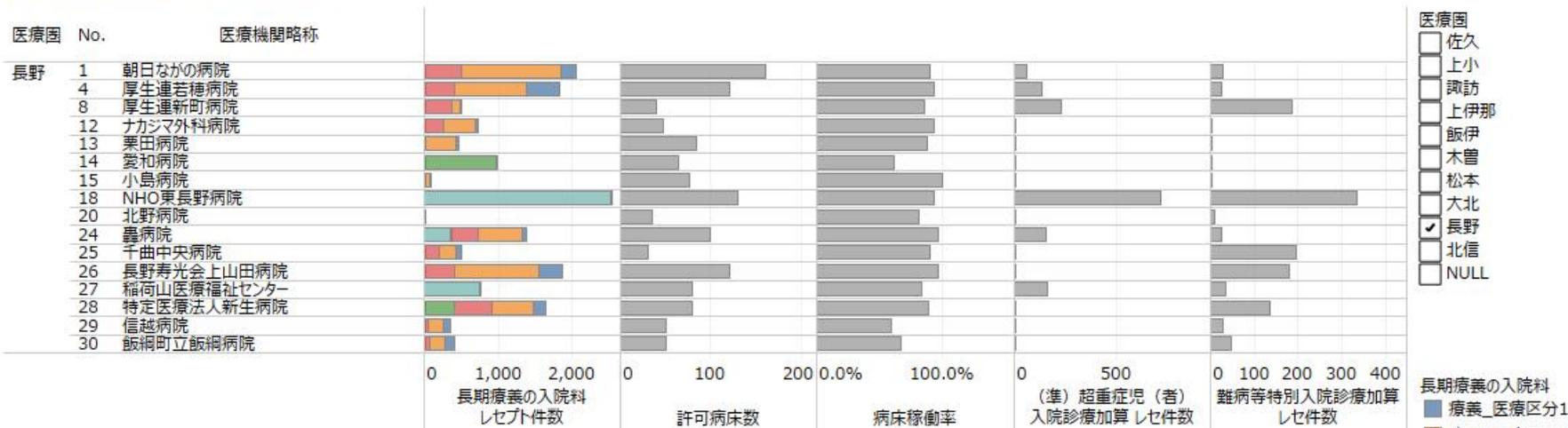
- 医療圏
- 佐久
 - 上小
 - 諏訪
 - 上伊那
 - 飯伊
 - 木曾
 - 松本
 - 大北
 - 長野
 - 北信
 - NULL



- 入院料 (入院料)
- 回復期リハリハビリテーション病棟入院料 1
 - 回復期リハリハビリテーション病棟入院料 2
 - 回復期リハリハビリテーション病棟入院料 3
 - 回復期リハリハビリテーション病棟入院料 4
 - 回復期リハリハビリテーション病棟入院料 5
 - 回復期リハリハビリテーション病棟入院料 6
- 回復期リハ病床数
- 30
 - 100
 - 150
 - 180

地域医療構想の状況⑨長期療養の対応状況

長期療養を対応する医療機関



■ 免責事項

本資料は入手し得る資料及び情報に基づいて作成したものであり、その内容の正確性を保証するものではありません。また、法律面、会計面、税務面についての検証は行っておりませんので、顧問先（税理士、会計士、弁護士等）へご相談の上、ご判断頂きますよう宜しくお願い申し上げます。

次期地域医療構想について

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(生育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

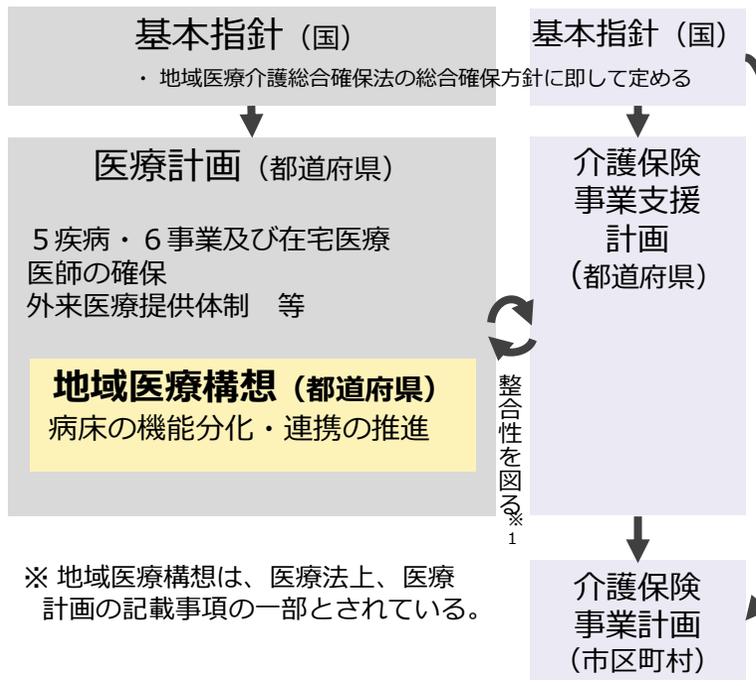
(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
 - ・ 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
 - ・ 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。

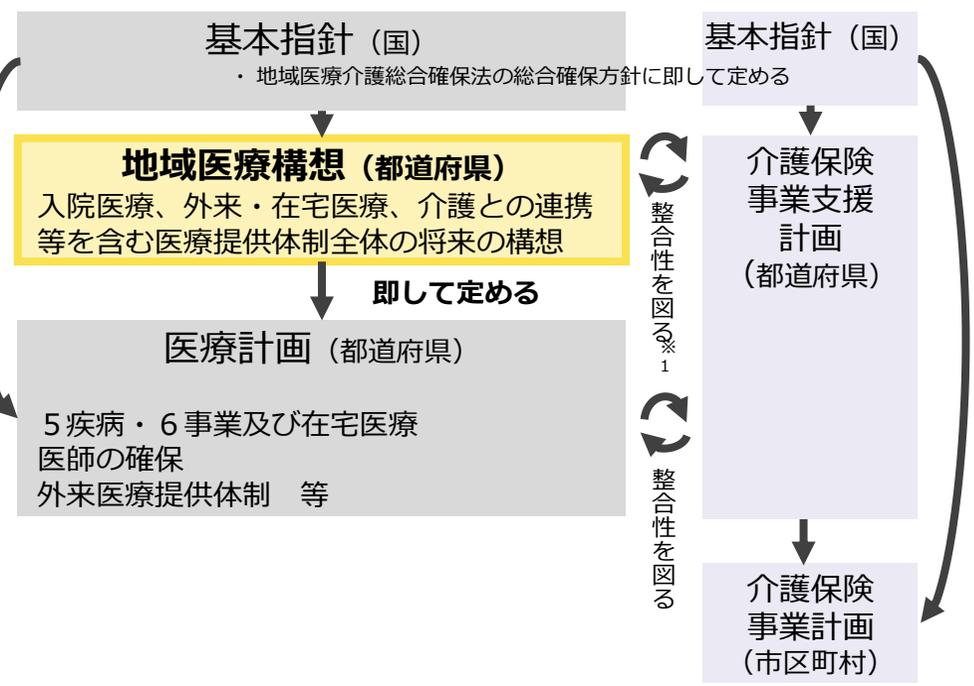
<現行>



※ 地域医療構想は、医療法上、医療計画の記載事項の一部とされている。

※ 1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

<今後>



※ 1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

新たな地域医療構想の記載事項（案）

- 現行の地域医療構想は将来の病床数の必要量、病床の機能分化・連携の推進に関する取組等を定めるものであるが、新たな地域医療構想においては、これらに加えて、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、将来の医療機関機能の確保のあり方、医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組等を定めることとしてはどうか。

※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

現行の地域医療構想の主な記載事項

- 構想区域における将来の病床数の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 病床機能の情報提供の推進

新たな地域医療構想の主な記載事項（案）

- **地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性**
 - ※ 入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含む医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
- **構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方**
- 構想区域における将来の病床数の必要量
- **地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組**
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- **医療機関機能の情報提供の推進**
- 病床機能の情報提供の推進
 - ※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

※ 医療計画において、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定める。

※ 新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。

病床機能・医療機関機能の整理（イメージ）

これまでの地域医療構想では、病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい、病床機能報告において必ずしも客観的でない報告がなされる、必要病床数と基準病床数の関係性がわかりにくい等の課題があった。



新たな地域医療構想においては、以下の3つの観点に基づき、病床機能・医療機関機能の整理を行い、医療提供体制を構築していく。

病床区分毎の必要量

基本的に診療実績データをもとに、病床区分毎に2040年における地域の病床の必要量を推計。将来の病床の必要量と基準病床数との関係を整理し、位置づけを明確化。

医療機関機能の明確化

地域での医療提供体制を検討・議論するにあたり、連携・再編・集約化に向けて、地域で求められる役割を担う医療機関機能を新たに地域医療構想に位置づける。

医療機関の報告等

地域の状況・取組進捗等を把握し、地域で協議を行って取組を推進するとともに、国民・患者に共有することを目的に、病床機能や医療機関機能を報告する。その際、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みを創設。

病床機能について（案）②

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 現行制度では、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、将来の病床数の必要量を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保し、基準病床数制度による効率的な病床整備を図ることが重要である。このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、原則6年ごとに策定する医療計画の基準病床数について、連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に置いて設定するものとし、基準病床数の算定においては、将来の病床数の必要量を上限とすることとしてはどうか。その際、地域の実情に応じて、医療機関の再編・集約化に伴い必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合等には、特例措置により都道府県は増床等の許可を行うことができることとしてはどうか。（再掲）
- 将来の病床数の必要量の推計については、合計の病床数を上記の基準病床数の設定に活用することとし、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表毎に）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	• 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
急性期機能	• 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
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • <u>高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能</u> • 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）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 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

これまでの【回復期機能】については、その内容を見直し、【包括期機能】として位置づけ

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

※医療機関機能の報告については、法改正を踏まえ、R8年度から報告開始となる見込み

- 医療機関機能に着目して、地域の实情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|---------------|---|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の实情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の实情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の实情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 |

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

構想区域について（案）

- 構想区域については、二次医療圏を原則としており、ほぼ同数が整備されている。
- 第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏や100万人以上の二次医療圏については、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。三次医療圏については、先進的技術を必要とする医療等の提供等のため、基本的に都道府県の単位を区域として設定することとしている。
- 人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数や手術件数が少なく、脳血管内手術が実施されていない二次医療圏も一定数存在する。
- 人口規模の大小等により地域毎に課題が異なり、それぞれの特性に応じた医療提供体制の確保が必要となる。
- 人口や地理的な要因など様々な状況下で、医療機関の機能転換・再編等の先行事例が存在する。
- 在宅医療の圏域については、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。

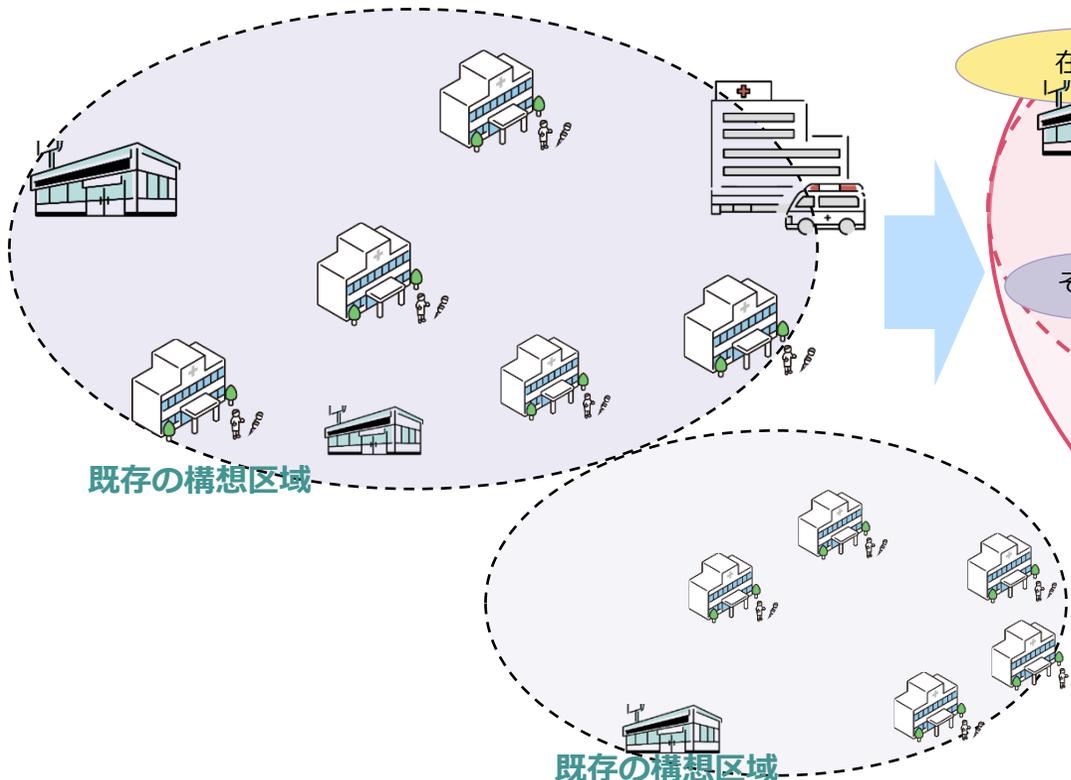


- 構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を原則として、急性期拠点機能等の医療機関機能の確保に向けて、アクセスの観点も踏まえつつ、人口規模が20万人未満の構想区域や100万人以上の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を見直すこととしてはどうか。
 - ※ 二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併・分割等を先行して行うこともあり得る。
- 広域な観点での区域については、都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定することとしてはどうか。
- 在宅医療等については必要に応じて二次医療圏より狭い区域での議論が必要であり、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所圏域等、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することとしてはどうか。
- 具体的な区域の検討については、区域全体の医療資源に応じて確保する医療内容や、区域内で確保が困難な医療について隣接区域等との連携のあり方等、地域の特性を踏まえた医療提供体制の構築に向けて検討が必要な事項を含めて、ガイドラインを検討する際に検討することとしてはどうか。

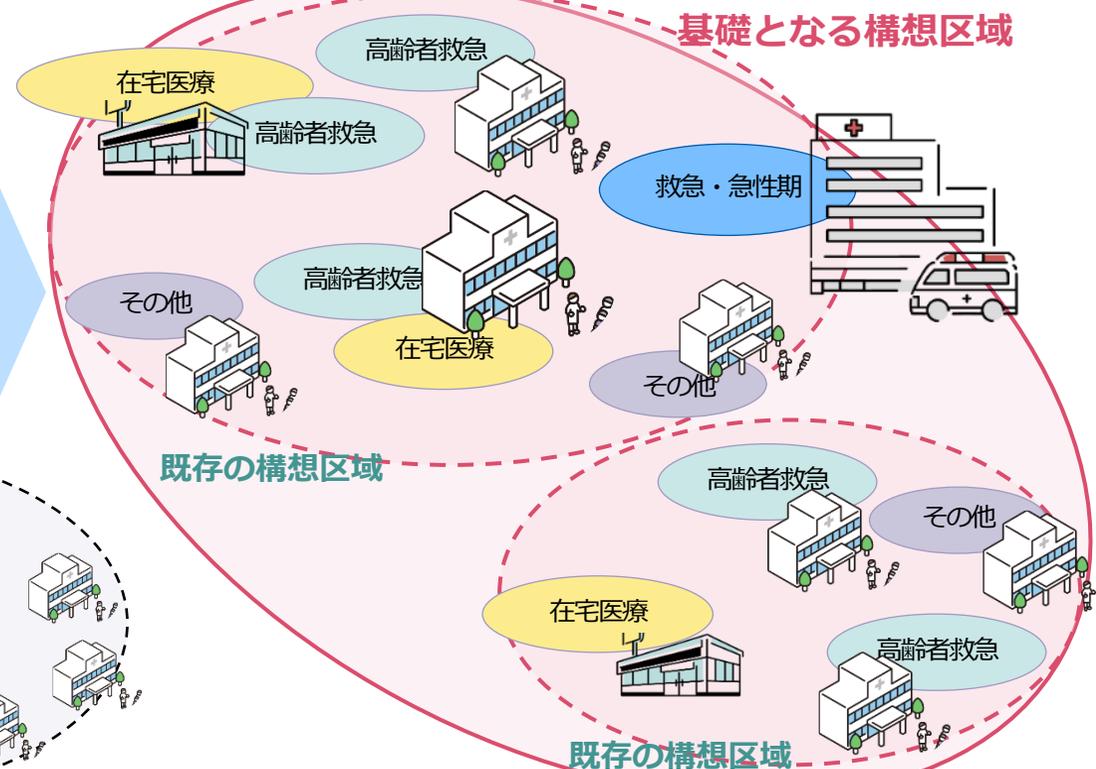
2040年に求められる基礎となる構想区域（イメージ）（案）

- 2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大するとともに、地域の実情に応じて、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられるのではないかと。
- 地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が【その他地域を支える機能】を発揮する。

これまでのイメージ



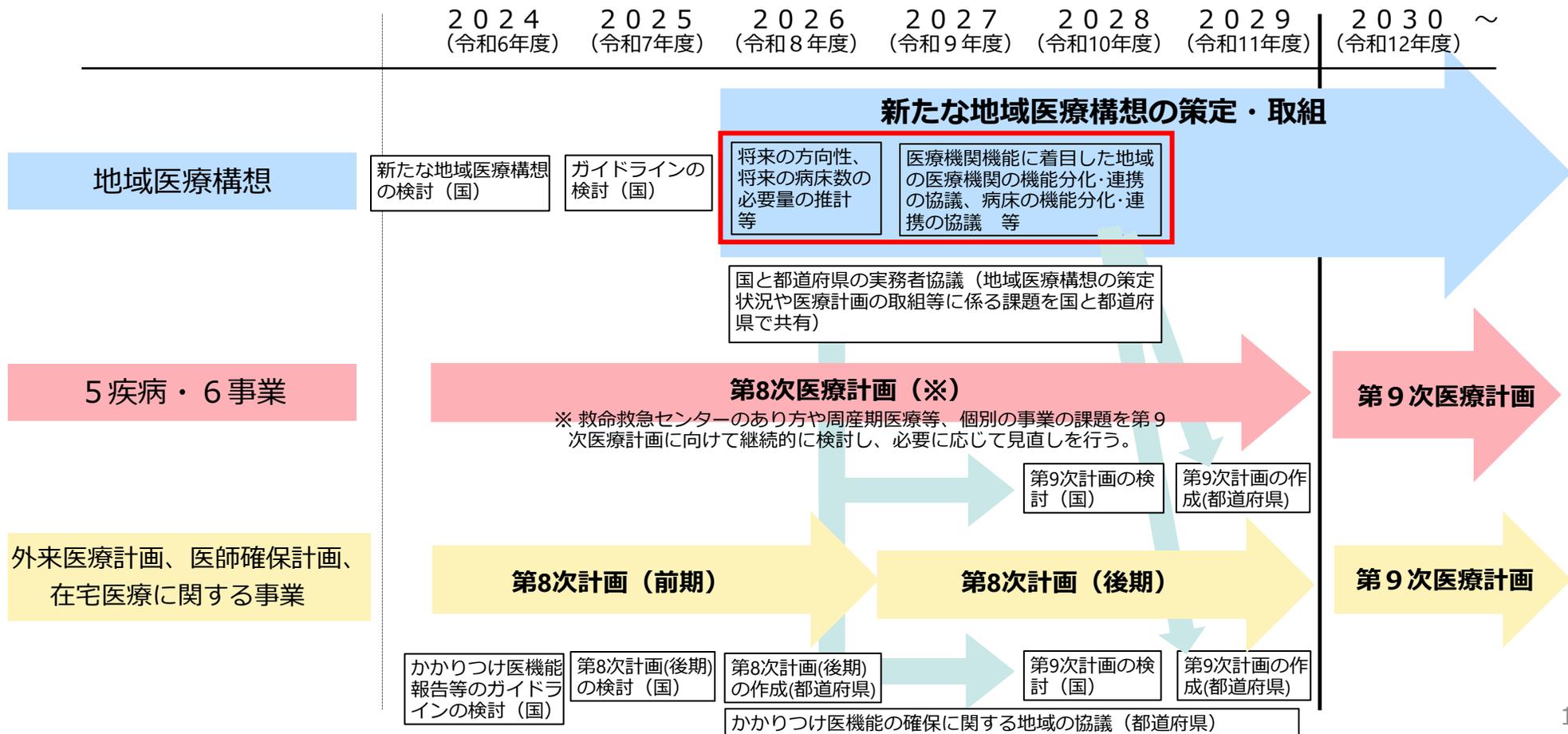
2040年におけるイメージ



その他：専門医療の提供等を通じ、地域を支える機能

新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する 検討プロジェクトチーム 取りまとめ概要

新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 以下の観点から、**新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当**。
 - 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を進めている。
 - **地域の医療提供体制全体の中には、精神医療も含めて考えることが適当**
 - 新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下の意義が考えられる。
 - ・ 2040年頃の**精神病床数の必要量を推計** → **中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制の推進**
 - ・ **病床機能報告の対象に精神病床を追加** → **データに基づく協議・検討が可能**
 - ・ **精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画**
→ 身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における**精神医療と一般医療との連携等**の推進
 - ・ **地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使** → 精神病床等の適正化・機能分化の推進
- 新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容※は、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要がある、精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが必要。

※ 病床数の必要量の推計方法、精神病床の機能区分、病床機能報告の報告事項、精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者、精神科医療機関の医療機関機能等



国において、R7法改正後に精神医療に関する各種議論（機能区分・報告制度等）を開始予定

かかりつけ医機能報告制度について

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

○かかりつけ医機能が発揮される制度整備としては、（１）医療機能情報提供制度の刷新、（２）かかりつけ医機能報告の創設、（３）患者に対する説明で構成される。

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

（１）医療機能情報提供制度の刷新（令和６年４月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

（２）かかりつけ医機能報告の創設（令和７年４月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

（３）患者に対する説明（令和７年４月施行）

- ・ 都道府県知事による（２）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能報告概要

- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- 都道府県知事は、報告をした医療機関がかかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表。
- 都道府県知事は、外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表。



① かかりつけ医機能の報告

◆継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能の有無・内容

(第30条の18の4第1項)

<報告項目イメージ>

- 1: 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能
- 2: 1を有する場合、
(1)時間外診療、(2)入退院支援、(3)在宅医療、(4)介護等との連携、(5)その他厚生労働省令で定める機能



② 報告の内容

(第30条の18の4第7項)

③ 都道府県の確認

2(1)~(4)等の機能の確保に係る体制を確認(※)。
(第30条の18の4第2項)

- ・体制に変更があった場合は、再度報告・確認
(第30条の18の4第4項)

⑤ 確認結果の報告

(第30条の18の4第3項、第5項)

④ 確認結果

公表



⑥ 地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討 (第30条の18の5)

具体的方策の例

- ◆地域で不足する機能を担うための研修や支援の企画・実施
- ◆地域の医療機関に地域で不足する機能を担うよう働きかけ
- ◆地域の医療機関間の連携の強化 など

※介護等に関する事項を協議する場合には、市町村の参加を求め、介護等に関する各種計画の内容を考慮。

※高齢者保健事業や地域包括ケアシステムの構築に向けた取組の状況に留意。

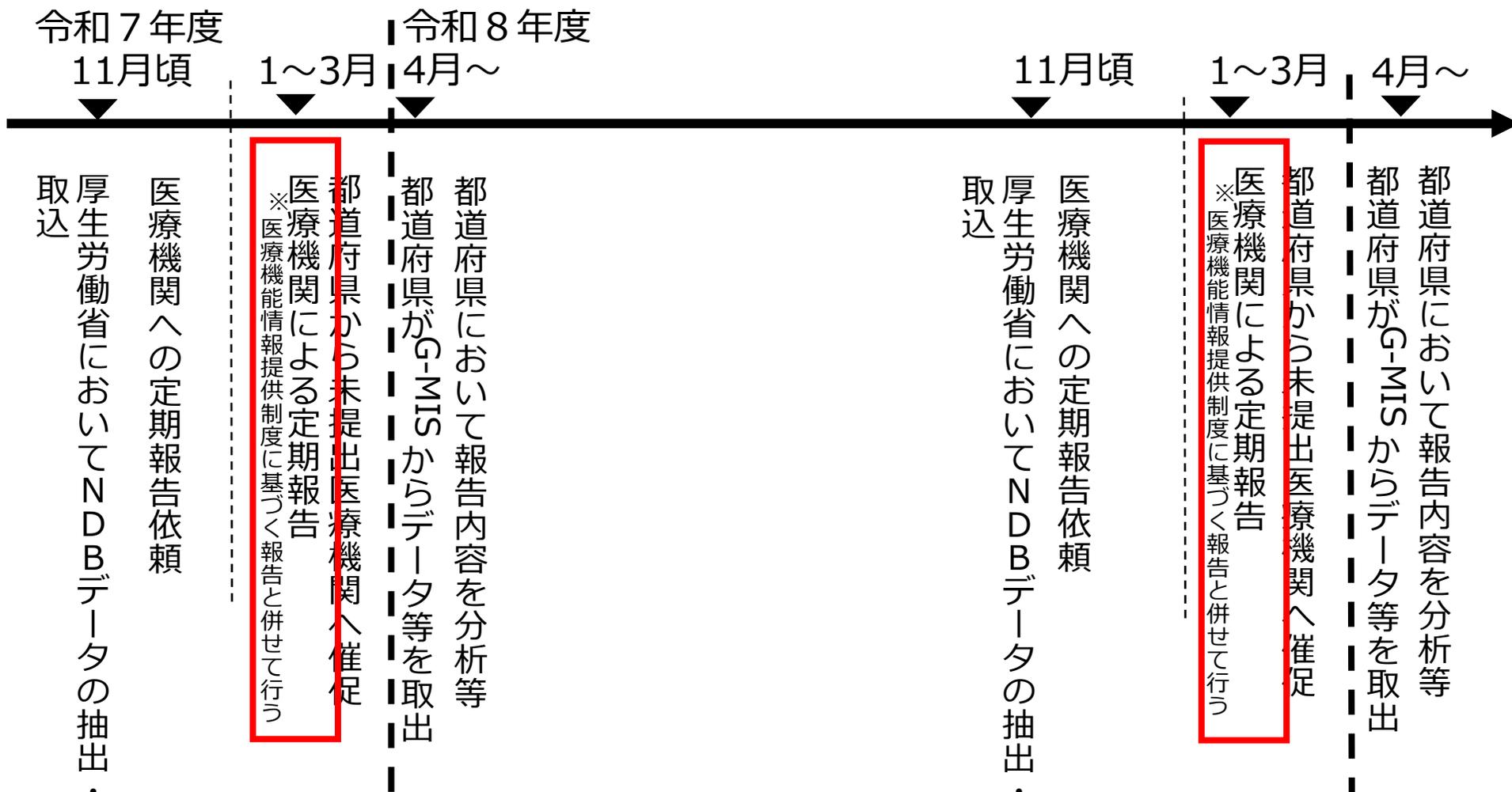
⑦ 協議結果

公表

※医療機関の報告内容について、実際には体制を有していないことが明らかになった場合は、その機能については都道府県による公表の対象外
医療機関の報告懈怠・虚偽報告等の場合は報告・是正の命令等(第30条の18の4第6項等)

令和7年度以降の実施スケジュール

- かかりつけ医機能報告について、医療機能情報提供制度に基づく報告と併せて行えるよう、以下のようなスケジュールとする。



- かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関は、特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所とする。
- 報告を求めるかかりつけ医機能（1号機能）の概要は以下のとおり。1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

■ かかりつけ医機能報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、病院・診療所

■ 具体的な機能（1号機能）

- 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療を行うとともに、継続的な医療を要する者に対する日常的な診療において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する機能

■ 医療機関からの報告事項（1号機能）

- 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること
- かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無
- 17の診療領域※1ごとの一次診療の対応可能な有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること
- 一次診療を行うことができる疾患
- 医療に関する患者からの相談に応じることができること

※1 皮膚・形成外科領域、神経・脳血管領域、精神科・神経科領域、眼領域、耳鼻咽喉領域、呼吸器領域、消化器系領域、肝・胆道・膵臓領域、循環器系領域、腎・泌尿器系領域、産科領域、婦人科領域、乳腺領域、内分泌・代謝・栄養領域、血液・免疫系領域、筋・骨格系及び外傷領域、小児領域

※ 上記の1号機能に係る報告事項がいずれも可の場合は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行う。

※ かかりつけ医機能に関する研修及び一次診療・患者相談対応に関する報告事項については、改正医療法施行後5年を目途として、研修充実の状況や制度の施行状況等を踏まえて、改めて検討する。

(例) 一次診療に関する報告できる疾患案（40疾患）

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
高血圧	590.1	9. 循環器系
腰痛症	417.5	16. 筋・骨格系及び外傷
関節症(関節リウマチ、脱臼)	299.4	16. 筋・骨格系及び外傷
かぜ・感冒	230.3	6. 呼吸器、17.小児
皮膚の疾患	221.6	1.皮膚・形成外科、17.小児
糖尿病	210	14. 内分泌・代謝・栄養
外傷	199.1	16. 筋・骨格系及び外傷、17.小児
脂質異常症	153.4	14. 内分泌・代謝・栄養
下痢・胃腸炎	124.9	7. 消化器系
慢性腎臓病	124.5	10. 腎・泌尿器系
がん	109.2	-
喘息・COPD	105.5	6. 呼吸器、17.小児
アレルギー性鼻炎	104.8	6. 呼吸器、17.小児
うつ(気分障害、躁うつ病)	91.4	3. 精神科・神経科
骨折	86.6	16. 筋・骨格系及び外傷
結膜炎・角膜炎・涙腺炎	65	4. 眼
白内障	64.4	4. 眼
緑内障	64.2	4. 眼
骨粗しょう症	62.9	16. 筋・骨格系及び外傷
不安・ストレス(神経症)	62.5	3. 精神科・神経科
認知症	59.2	2. 神経・脳血管
脳梗塞	51	2. 神経・脳血管

傷病名	推計外来患者数(千人)	主な診療領域
統合失調症	50	3. 精神科・神経科
中耳炎・外耳炎	45.8	5. 耳鼻咽喉、17.小児
睡眠障害	41.9	3. 精神科・神経科
不整脈	41	9. 循環器系
近視・遠視・老眼	39.1	4. 眼、17.小児
前立腺肥大症	35.3	10. 腎・泌尿器系
狭心症	32.3	9. 循環器系
正常妊娠・産じよくの管理	27.9	11. 産科
心不全	24.8	9. 循環器系
便秘	24.2	7. 消化器系
頭痛(片頭痛)	19.9	2. 神経・脳血管
末梢神経障害	17.2	2. 神経・脳血管
難聴	17.1	5. 耳鼻咽喉
頸腕症候群	17	16. 筋・骨格系及び外傷
更年期障害	16.8	12. 婦人科
慢性肝炎(肝硬変、ウイルス性肝炎)	15.3	8. 肝・胆道・膵臓
貧血	12.3	15. 血液・免疫系
乳房の疾患	10.5	13. 乳腺

※ 一次診療を行うことができるその他の疾患を報告できる記載欄を設ける。

出典：厚生労働省令和2年「患者調査」全国の推計外来患者数
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032211984&fileKind=1>

【上記例の設定の考え方】

- ・ 一次診療に関する報告できる疾患は、患者調査による推計外来患者数が多い傷病を基に検討して設定する。
- ・ 推計外来患者数が1.5万人以上の傷病を抽出。該当する傷病がない診療領域は最も推計外来患者数の多い傷病を追加。ICD-10中分類を参考に類似する傷病を統合。
- ・ XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用、その他の大分類の疾患、歯科系疾患は除く。

- 報告を求めるかかりつけ医機能（2号機能等）の概要は以下のとおり。
- 各報告事項のうち、いずれかが「有」の場合は「当該機能有り」として報告を行う。

■ 具体的な機能（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ・通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能
- （2）入退院時の支援
 - ・在宅患者の後方支援病床を確保し、地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスに参加し、入退院時に情報共有・共同指導を行う機能
- （3）在宅医療の提供
 - ・在宅医療を提供する機能
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ・介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する機能

■ その他の報告事項

- 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動等
- 1号機能及び2号機能の報告で「当該機能有り」と現時点でならない場合は、今後担う意向の有無

■ 医療機関からの報告事項（2号機能）

- （1）通常の診療時間外の診療
 - ① 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日 夜間急患センター等に参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況
- （2）入退院時の支援
 - ① 自院又は連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
 - ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
 - ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状により紹介を受けた外来患者数
- （3）在宅医療の提供
 - ① 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応等）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
 - ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
 - ④ 自院における在宅看取りの実施状況
- （4）介護サービス等と連携した医療提供
 - ① 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議等への参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定等）
 - ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
 - ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
 - ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
 - ⑤ ACPの実施状況

協議の場のイメージ（例：時間外対応）

【目指すべき姿】

- 地域での時間外（休日・夜間）の医療機関間の連携体制を構築し、患者が時間外に体調の悪化等があった場合にも、身近な地域で適切な診療や相談を受けられるようにする。

市町村等（協議の場の基本的な圏域）

<参加者の例>

※協議内容に応じて参加者は異なることに留意

- ・ 郡市区医師会
- ・ 都道府県・保健所
- ・ 市町村
- ・ 関係する診療所
- ・ 関係する病院
- ・ 薬剤師会
- ・ 看護協会 など

【協議の場】



時間外対応の
連携先を見つけたい

【課題解決の具体策の例】

- ・ 時間外対応の連携先の確保
- ・ 休日夜間急患センターの参加調整・促進

(例) 在支診・かかりつけ医機能を支援する診療所



(例) 在支病・後方支援病院、かかりつけ医機能を支援する病院



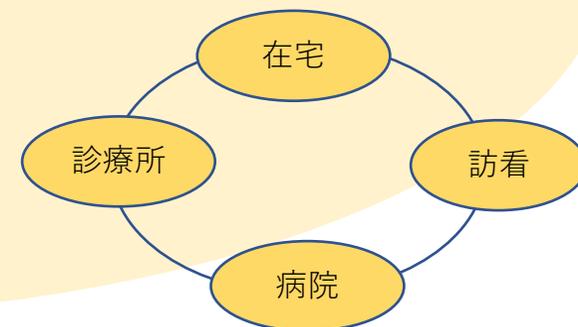
調整・マッチング

<協議事項>

- ・ かかりつけ医機能報告により得られた情報を基に、地域での時間外（休日・夜間）の医療機関間の連携体制の構築状況を把握
 - ・ 在宅当番医制・休日夜間急患センター等に参加している医療機関
 - ・ 自院の連絡先を渡して随時対応している医療機関
 - ・ 他の医療機関と連携して随時対応している医療機関 等
- ・ 地域において連携体制が構築できていない場合は、その課題を把握（例えば、連携先の不足、患者情報の共有が不十分 等）
- ・ 課題を踏まえ、連携体制の構築についての具体策を検討

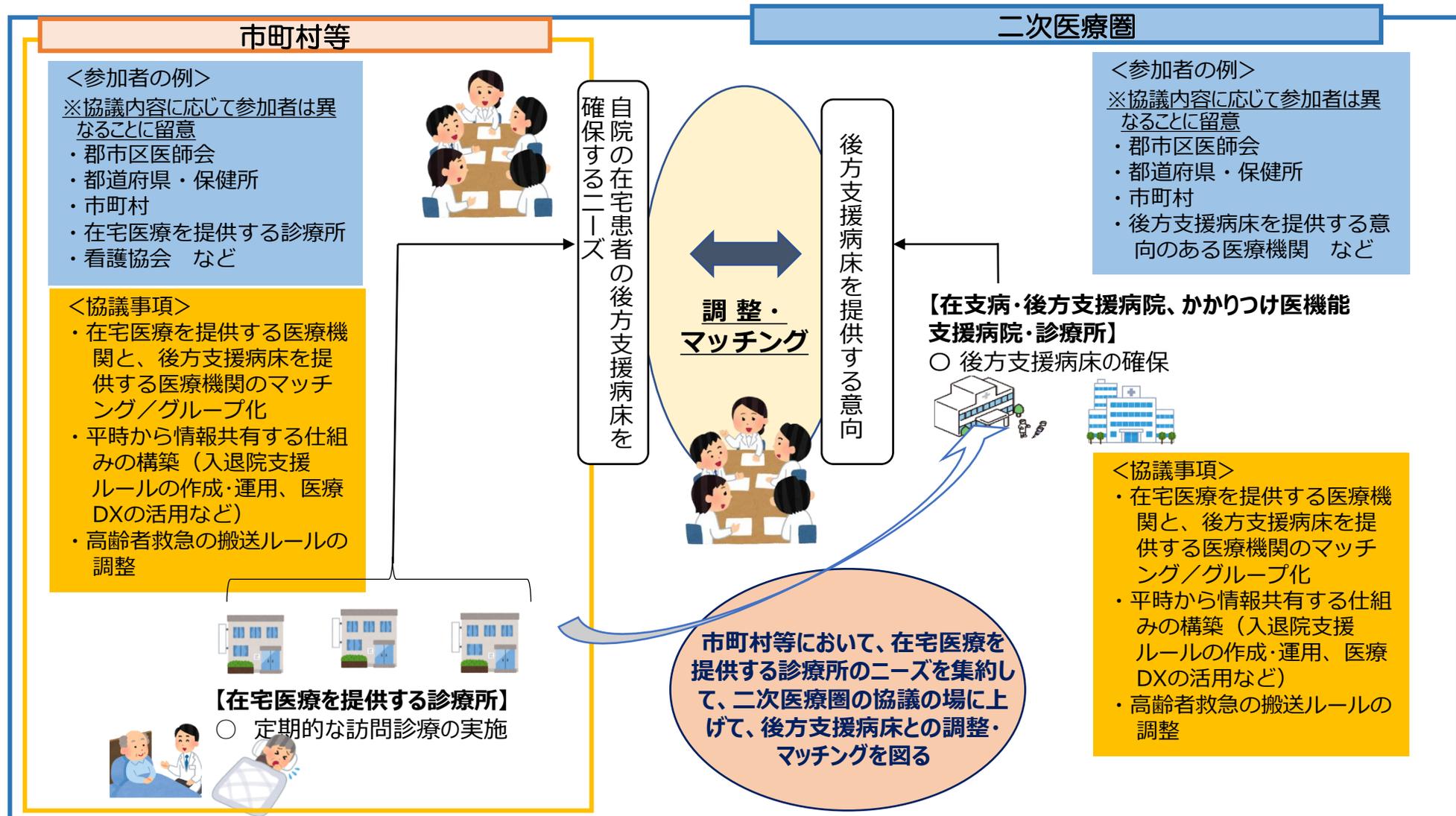
【課題解決の具体策の例】

- ・ ICTの活用による患者情報の共有



【目指すべき姿】

- 地域の在宅療養中の高齢者が、病状の急変等により突発的入院が必要となった場合に受け入れられる後方支援病床を地域で確保する。入院しても早期に在宅復帰して住み慣れた地域で継続して生活できるよう、入院前から在宅療養を担う医療機関と後方支援を担う医療機関との情報共有を強化する。



令和7年度実施予定の地域医療介護総合確保基金事業(医療分)について

1 趣旨

医療提供体制の改革を推進するため、地域医療介護総合確保基金(医療分)(国:3分の2、県:3分の1の負担割合(区分Ⅰ-2のみ国:10分の10)で造成)を活用し、県が策定する計画に基づき事業を実施する。

※なお、計画内容は予算案の状況であり、事業の採否を示すものではありません。

2 事業概要

(1) 対象(実施)事業

I-1 病床機能分化・連携推進事業

- 回復期病床への転換や地域の医療提供体制における脆弱な分野または専門性の高い分野の強化を行う医療機関の施設整備等の支援 《別紙一覧 No.5》
- 三次医療圏の基幹病院の強化や二次医療圏の医療提供体制が脆弱な分野の強化に係る施設・設備整備への支援 《別紙一覧 No.6》
- 医療提供体制のグランドデザインを推進し、高齢者疾患など今後増加が見込まれる医療ニーズに的確に対応するため、地域に密着した病院の機能維持や連携強化の取組等を支援 《別紙一覧 No.7、10》

I-2 病床機能再編支援事業

- 地域医療構想を推進するため、医療機関が行う病床機能再編の支援 《別紙一覧 No.19》

II 在宅医療推進事業

- 在宅医療を支える医療機関の運営費の支援 《別紙一覧 No.32》
- 訪問看護体制の充実のため、訪問看護師の資質向上研修や事業所へのコンサルティングを実施 《別紙一覧 No.26》

III 医療従事者確保事業

- 医学生修学資金貸与者等のキャリア形成支援や医師不足の医療機関等への配置調整 《別紙一覧 No.34》
- 産科医等の処遇改善のため医療機関が支給する分娩手当等に対して支援 《別紙一覧 No.40》
- 看護職員の確保のため、看護師等養成所の運営費に対し支援 《別紙一覧 No.57》
- 県内の病院で薬剤師として勤務しようとする学生に対する修学資金の貸与等による支援 《別紙一覧 No.59》

IV 勤務医労働時間短縮事業

- チーム医療やICT化の推進による医師の働き方改革に取り組む医療機関を支援 《別紙一覧 No.69》

(2) 補助事業に係る補助率

原則として ソフト事業1/2以内又は定額 ハード(施設・設備整備)事業1/3以内

3 令和7年度計画額

単位:千円

事業区分	R7	R6	増減
I-1 病床機能分化・連携推進事業	565,515	1,315,986	△750,471
I-2 病床機能再編支援事業	156,408	86,640	+69,768
II 在宅医療推進事業	125,173	114,108	+11,065
III 医療従事者確保事業	934,589	611,518	+323,071
IV 勤務医労働時間短縮事業	58,375	42,879	+15,496
計	1,840,060	2,171,131	△331,071

令和7年度 地域医療介護総合確保基金事業(医療分)一覧

※計画内容は予算案の状況であり、事業の採否を示すものではありません。

(単位:千円)

No.	事業名(事業概要)	予算案
事業区分 I-1 病床機能分化・連携推進事業		565,515
(1)医療提供体制の改革に向けた施設・設備の整備 等		412,423
1	地域医療ネットワーク活用推進事業 (地域における医療情報連携を目的としたネットワークシステム整備への支援)	14,260
2	がん医療提供体制施設設備整備事業 (がん診療連携拠点病院等のがん診療に要する施設・設備整備への支援)	33,758
3	がん診療施設設備整備事業 (脆弱二次医療圏における病院のがん診療に要する施設・設備整備への支援)	14,081
4	歯科口腔保健医療機器整備事業 (専門的口腔ケアの充実及び口腔機能管理体制強化のための機器整備の支援)	6,061
5	病床機能分化・連携基盤整備事業 (再編・統合による建替、回復期等・他用途への転換等要する施設・設備整備の支援)	2,831
6	三次医療圏・脆弱二次医療圏体制強化事業 (二次医療圏の医療提供体制が脆弱な分野や三次医療圏の基幹病院の強化に係る施設・設備整備への支援)	281,648
7	地域型病院機能維持・強化支援事業 (地域型病院が有する機能維持・強化のための施設・設備整備への支援)	59,784
(2)病床機能分化に向けた関係機関との連携促進に必要な事業 等		150,717
8	地域医療構想推進事業 (県単位の地域医療構想調整会議等を開催)	4,416
9	医療提供体制のグランドデザイン普及啓発事業 (地域型病院における役割や魅力発信の取組に対する支援)	2,000
10	病院機能再編・連携強化支援事業 (医療機関間の役割分担と連携を推進するため、県データ分析体制を強化+病院機能の見直し等を支援)	29,700
11	在宅医療実施拠点整備事業 (在宅医療を担う医師・訪問看護師等との連携体制構築や拠点整備に要する機器整備等への支援)	14,014
12	在宅医療推進協議会等設置運営支援事業 (多職種による地域の在宅医療に係る協議会、連携体制整備のための検討会等への支援)	1,240
13	在宅医療介護連携推進支援事業 (在宅医療介護連携推進の取組を促進するための高齢者施設における研修会等の実施)	268
14	在宅医療人材育成基盤整備事業 (多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成の好事例の情報共有と地域への普及活動)	4,970
15	在宅歯科口腔保健医療研修事業 (在宅療養患者のための口腔ケアや摂食嚥下訓練等に関する研修会等の実施に対する支援)	1,285
16	地域医療人材ネットワーク構築支援事業 (地域の拠点病院への医師の集約、医師不足病院を支援するネットワークの構築)	91,678
17	長野県地域医療対策協議会 (医師の確保・定着及び地域医療の充実を図るための対策について検討する協議会の運営)	1,146
(3)病床機能転換に向けた人材の確保に必要な事業		2,375
18	病床機能転換に係る看護体制強化事業 (認知症、皮膚・排泄ケア、感染管理などの看護技術の取得に要する経費への補助)	2,375
事業区分 I-2 病床機能再編支援事業(地域医療構想を推進するため、病床機能再編を支援する事業)		156,408
地域医療構想を推進するため、病床機能再編を支援する事業		156,408
19	病床機能再編支援事業 (地域医療構想を推進するため、医療機関が行う病床機能再編の支援)	156,408
事業区分 II 在宅医療推進事業(在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業)		125,173
(1)在宅医療を支える体制整備 等		42,968
20	在宅療養退院支援事業 (患者の退院・在宅療養への移行調整を行う専任職員の配置等への支援)	3,600
21	精神障がい者在宅アセスメントセンター事業 (緊急医療相談の受付、医療機関の紹介、支援プログラムの策定等による在宅患者への支援)	16,009
22	在宅医療普及啓発・人材育成研修事業 (在宅医療に対する医療関係者の知識等の充実、地域住民への普及啓発活動への支援)	2,355
23	在宅難病患者支援者育成事業(旧.在宅難病患者コミュニケーション支援事業) (在宅難病患者支援を行う医療機関等向けの研修の実施及び支援に必要な機器の貸出等)	1,710
24	生活習慣病医療連携体制基盤整備事業 (脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病等の生活習慣病における地域連携クリティカルパスの導入推進)	159
25	医療提供体制のグランドデザイン普及啓発事業【拡充】 (外来医療に関する普及・啓発のため、県による広報事業、広域連合等が実施する普及啓発活動への支援)	13,000
26	訪問看護支援事業 (訪問看護師向けの研修実施、訪問看護事業者からの相談対応、ネットワーク構築支援等)	6,135

	(2)在宅医療(歯科)を推進するために必要な事業 等	3,311
27	在宅歯科口腔医療連携室整備事業 (在宅歯科診療や口腔ケア指導等の相談を受け付ける窓口の運営等)	2,007
28	地域在宅歯科口腔医療実施拠点事業 (在宅歯科診療に関する相談や地域支援センターとの連携等を行う拠点の整備に対する支援)	360
29	在宅歯科口腔医療設備整備事業 (在宅歯科診療用の医療機器等の整備に対する支援)	944
	(3)在宅医療(薬剤)を推進するために必要な事業 等	870
30	薬剤師を活用した在宅医療推進研修等事業 (薬剤師のフィジカルアセスメントに係る実習形式の研修会等の実施に対する支援)	870
	(4)事業区分Ⅱに属する(1)から(3)以外の事業	78,024
31	在宅医療設備整備事業 (訪問診療・看護に必要な医療機器・車両・情報端末等の整備に対する支援)	8,232
32	在宅医療運営支援事業 (県医師会が行う、往診や看取りを実施・支援している医療機関への支援)	66,650
33	保健医療計画策定事業<<県民医療意識調査>> (患者ニーズに沿った質の高い医療提供体制を確保するための調査)	3,142
	事業区分Ⅲ 医療従事者確保事業(医師、看護師等の確保・養成のための事業)	934,589
	(1)医師の地域偏在対策のための事業 等	442,758
34	信州医師確保総合支援センター運営事業 (医師等のキャリア形成支援、医学生修学資金貸与者等の研修先や勤務先の配置調整)	33,408
35	長野県ドクターバンク事業 (医師の無料職業紹介)	7,950
36	長野県医学生修学資金等貸与事業 (将来県内の医療機関で医師として勤務・研修しようとする医学生に対する修学資金の貸与等)	392,400
37	医師研究資金貸与事業 (即戦力となる産科医やがん専門医を確保するための医師研究資金等の貸与等)	9,000
	(2)診療科の偏在対策、医科・歯科連携のための事業 等	53,572
38	発達障がい診療人材育成事業 (発達障がいを診療できる医師の養成)	10,130
39	発達障がい診療地域ネットワーク整備事業 (発達障がいを診療できる医師の育成)	8,862
40	産科医等確保支援事業 (分娩を取扱う産科医の処遇改善のための手当等支給への支援)	32,356
41	長期連休時における精神保健指定医待機事業 (医療機関の休診日が連続する特定期間における精神保健指定医の確保)	1,104
42	医科歯科連携研修事業 (医科分野と歯科分野が連携した歯周病等による疾患増に関する研修会等の実施)	1,120
	(3)女性医療従事者支援のための事業 等	5,597
43	長野県女性医師総合支援事業 (女性医師のライフステージや希望に添った勤務・キャリア形成・生活に関する総合的支援)	790
44	歯科口腔医療関係者人材育成支援事業 (離職した歯科医療関係者の復職支援等の取組に対する支援)	2,855
45	薬剤師復職・就業支援事業 (薬剤師復職支援策を検討する協議会の開催、未就業薬剤師向け広報活動、相談会等の実施)	1,952
	(4)看護職員等の確保・育成のための事業 等	368,919
46	新人看護職員研修指導体制整備事業 (教育指導者や新人看護職員数に応じた教育担当者の配置等への助成)	35,594
47	新人看護職員研修事業 (新人看護職員向けの集合研修や新人看護職員の教育担当者向けの研修の実施)	5,531
48	ナースセンター運営事業 (定年退職者など豊富な経験を有する看護職員の再就業に向けた研修やマッチングを実施)	18,622
49	特定行為研修受講支援事業 (訪問看護師が医師の判断を待たずに行える特定行為の研修受講経費に対する支援)	15,605
50	看護人材育成推進事業 (看護職の研修体系を検討する協議会の運営、研修に係る相談・支援のためのアドバイザー派遣)	3,811
51	助産師支援研修会 (助産師のスキルアップに必要な知識・技術の習得のための研修会開催)	1,097
52	看護学生等実習指導者養成講習会 (看護師等養成所の実習指導者を養成するための研修会を実施)	2,504
53	中堅期保健師研修 (地域住民の多様な健康ニーズや課題に対応できる保健師を養成するための研修を実施)	278
54	医療従事者救急技能向上支援事業 (医療従事者の救命措置に関する資格取得に要する経費への補助)	2,672
55	医療的ケア児等の支援医療人材育成事業 (医療的ケア児等に対する支援体制の構築及び支援人材の育成)	6,828
56	看護補助者活用推進研修事業 (看護補助者の効果的な活用に関する研修や看護補助者の教育研修の実施)	329
57	看護師等養成所運営費補助金 (看護専門学校等の運営費に対する支援)	132,537

58	感染管理認定看護師養成支援事業 (感染管理認定看護師の養成を行う医療機関等に対する支援)	2,800
59	長野県看護大における教育ICT環境整備事業【新規】 (県看護大学における学習環境の改善)	32,772
60	看護師等養成所施設整備事業 (看護師等養成所の施設整備に対する支援)	101,459
61	病院薬剤師確保事業 (県内の病院で薬剤師として勤務しようとする学生に対する修学資金の貸与等)	6,480
(5)医療従事者の勤務環境改善のための事業		60,698
62	医療勤務環境改善支援センター運営事業 (勤務環境の改善に向けた取組を行う医療機関に対する総合的な支援体制の構築)	7,797
63	病院内保育所運営費補助金 (病院内保育所の運営費に対する支援)	33,151
64	小児救急電話相談事業 (小児急病時における電話相談体制の確保や対処法に関する普及啓発)	16,500
65	タスク・シフト等推進事業 (医師の労働時間短縮及び健康確保に向けたタスク・シフティングの推進)	3,250
(6)事業区分Ⅲに属する(1)から(5)以外の事業		3,045
66	がん医療提供体制人材育成事業 (がんの検診・診療に従事する臨床検査技師の能力向上に対する支援)	431
67	災害医療体制整備事業 (長野県DMAT及び災害医療関係者に対する研修会の実施や資格取得支援)	2,614
68	医療機関入院時食材料費高騰支援事業	0
事業区分Ⅳ 勤務医労働時間短縮事業(勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備に関する事業)		58,375
勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業		58,375
69	地域医療勤務環境改善体制整備事業 (医師の労働時間短縮に向けた体制整備への総合的な取組に対する支援)	58,375
合計		1,840,060

事業区分Ⅰ-1	病床機能分化・連携推進事業	565,515
事業区分Ⅰ-2	病床機能再編支援事業	156,408
事業区分Ⅱ	在宅医療推進事業(在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業)	125,173
事業区分Ⅲ	医療従事者確保事業(医師、看護師等の確保・養成のための事業)	934,589
事業区分Ⅳ	勤務医労働時間短縮事業(勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備に関する事業)	58,375
計		1,840,060

外来医療計画の進捗について

○地域で不足する外来医療機能への対応について

- ・ 県は医療機関(無床診療所)に対し、地域で不足する外来医療機能を担うことについての意向を確認。
- ・ 意向確認は医療機関が開設手続きを行う際、保健福祉事務所(保健所)に届出を提出することで行う。
- ・ 届出状況については、圏域ごとの協議の場(地域医療構想調整会議)へ報告。

【意向確認の対象となる医療機能】

- ①初期救急医療 ②在宅医療 ③公衆衛生に係る医療 ④その他、協議の場で不足すると認められた医療

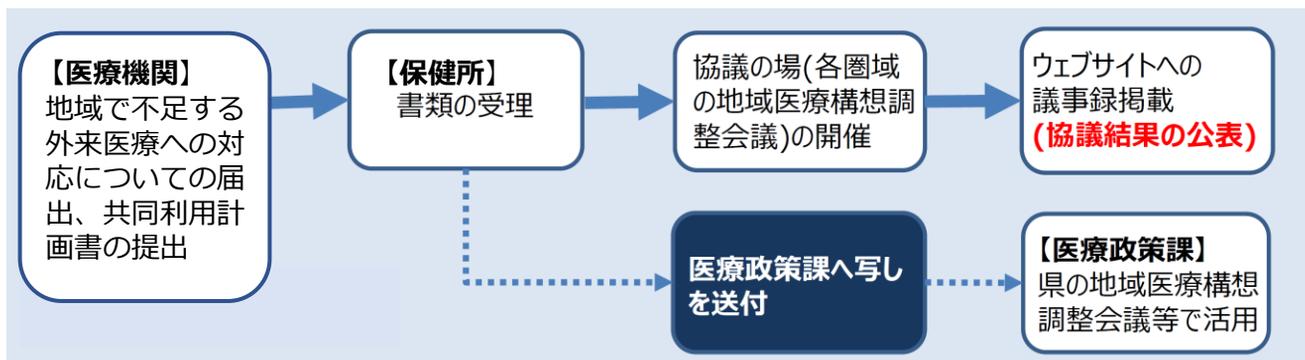
○医療機器の共同利用計画書の提出について

- ・ 県は、外来医療計画に定める医療機器を新たに設置又は更新する医療機関に対し、共同利用の意向を確認。
- ・ 意向確認は、医療機関が機器の設置から10日以内に保健福祉事務所(保健所)に届出を提出することで行う。
- ・ 届出状況については圏域ごとの協議の場(地域医療構想調整会議)へ報告。

【共同利用計画の対象となる医療機器】

- ①CT ②MRI ③PET(PET-CTを含む) ④マンモグラフィ
⑤放射線治療機器(リニアック、ガンマナイフ等)

【手続きフロー】



地域で不足する外来医療機能への対応状況

年度	圏域	届出日	開設者	開設者住所	施設名	対応可能な医療				(対応が不可能な場合)その理由	
						初期救急	在宅医療	公衆衛生	その他		
									その他の内容		
R5	上小	R5.5.17	相澤 充	小諸市大字諸303	Aiクリニック整形外科・リハビリテーション科	○		○			
		R5.4.26	医療法人佐藤胃腸科内科	上田市中央1-8-21	佐藤胃腸科内科	○		○			
		R5.5.1	小林 彩	上田市神畑29-1	あや皮フ科クリニック			○		公衆衛生等で求めにに応じ協力	
		R5.5.1	増谷 朋英	上田市国分1-1-1	上田国分糖尿病内科クリニック			○			
	諏訪	R5.9.12	村上 真基	上田市常田3-15-58	あゆみ緩和ケアクリニック		○				
		R5.9.7	矢崎 利典	茅野市ちの315-6	やざき内視鏡クリニック			○			
	諏訪	R5.10.12	渡邊 達夫	茅野市豊平三井の森赤松平5-11-23	わたなべ小児科医院	○					
		R5.11.2	北原 順一郎	諏訪市高島1-14-1	すわ内科糖尿病クリニック	○		○			
	上伊那	R5.5.2	医療法人みなみみのわ内科クリニック	上伊那郡南箕輪村1548-2	みなみみのわ内科クリニック			○			
	飯伊	R5.4.4	倉橋 眞理	飯田市上郷別府3373-3	エルムクリニック	○		○	○		
		R5.11.20	横田 大介	飯田市上郷黒田1022-1	南信州ハートクリニック	○	○		○	発熱外来の実施等	
	松本	R5.4.4	医療法人優愛会	安曇野市穂高5705番地1	おひさまクリニック		○	○			
		R5.4.7	唐沢 善幸	松本市大手1-2-20	唐沢整形外科麻酔科医院	○		○			
		R5.4.11	田越 貴史	松本市村井町南2-21-45	まつもと内科・診療内科クリニック			○			
		R5.5.11	松本市	松本市丸の内3-7	松本市国民健康保険奈川診療所			○			
		R5.9.25	濱 峰幸	塩尻市大字広丘高出1948-24	はま内科呼吸器クリニック	○	○	○			
	R5.11.22	医療法人社団メディカルフロンティア	福島県福島市置賜町1-29佐平ビル103	TCB東京中央美容外科松本院						美容クリニックであり、診療内容・外来医療体制から、対応が困難である為。	
	大北	R5.11.13	医療法人社団Taak	北安曇郡白馬村大字北城字新田3020-1393	白馬インターナショナルクリニック	○		○	○	外相診療等	
	長野	R5.2.8	医療法人エミフル	福岡県福岡市中央区大名1-14-15	エミナルクリニック長野院						美容クリニックであり、診療内容・外来医療体制から、対応が困難である為。
		R5.2.21	一般社団法人青空よつば会	長野市南千歳1-3-7	PRECIA Beauty Clinic						美容クリニックであり、診療内容・外来医療体制から、対応が困難である為。
		R5.3.9	医療法人淳和会	長野市七瀬20-6	小林クリニック七瀬	○	○	○	○	特養への訪問診療、小川村診療所への医師派遣等	
		R5.3.29	公益財団法人倉石地域振興財団	長野市栗田695	ドイルメンタルヘルスクリニック			○			
		R5.4.3	境澤 隆夫	長野市吉田1-7-13-3	さかいざわクリニック	○					
		R5.4.14	養和 路子	長野市西長野450-5	みわ発達クリニック				○	児童・思春期精神疾患に対応	
		R5.5.1	医療法人ヘッジホッグ	長野市徳間544-16	しおいら小児科医院				○	小児外来医療を提供	
		R5.5.1	塚本 旬	長野市三輪1-5-19	MAMORU内科クリニック	○	○	○			
		R5.9.6	國井 健司郎	石川県金沢市本町2-18-28	クリスタルメンズクリニック 長野院						美容クリニックであり、診療内容・外来医療体制から、対応が困難である為。
		R5.10.4	林 卓也	長野市東和田704-1	みすずレディースクリニック	○	○		○	近隣の運動公園で発生した熱中症への応急対応等	
		R5.11.4	小澤 魁	東京都千代田区岩本町1-5-13-1801	東京AGAクリニック長野院				○	コロナワクチン等の予防接種事業に協力	
		R5.11.10	医療法人あい友会	群馬県太田市新井町578番地3	あい長野クリニック	○	○	○			
R5.11.16		福田 真	山梨県北杜市明野町上手12695-20	南長野眼科						診療日が限られており、対応が困難である	
R5.12.4		医療法人社団雅和会	佐久市取出町127-3	博愛こばやし眼科 長野院	○						
R5.12.6		医療法人entc	長野市栗田2081	きたの耳鼻咽喉科クリニック			○				
R6.1.10		医療法人新緑会	長野市福田2-7-31	中村医院	○						
R6.2.21		医療法人社団温心会	長野市東和田723番地	東和田クリニック	○	○	○				
R6.2.28		医療法人おかだクリニック	千曲市稲荷山580	おかだクリニック	○	○	○	○	予防接種、へき地医療等		
R6.2.28	室賀 千英子	長野市稲里町中央3丁目3-43	在宅クリニックともに	○	○	○					
R6.3.21	医療法人YAC	長野市大字北長池字山王南沖1998番1	矢彦沢内科・脳神経クリニック			○	○				
北信	R5.11.6	医療法人社団孝和会	東京都渋谷区宇田川町20-11	湘南美容クリニック長野木島平リゾート院						美容クリニックであり、診療内容・外来医療体制から、対応が困難である為。	
R6	佐久	R6.4.24	萩原 正大	佐久市塚原74-7	ほしまち診療所		○				
		R6.5.14	一般社団法人アサマ・メディシア	小諸市田町二丁目3番12号	こどもクリニックこもろ				○	小児外来医療、学校医や予防接種等	
		R6.7.10	一般社団法人ACT	佐久市佐久平駅北2番地1	ACT内視鏡クリニック			○	○	予防接種	
		R6.8.8	半田 喜美也	佐久市取出町711-5	AYA乳腺クリニック			○			
	諏訪	R6.4.3	相澤 万象	諏訪市小和田南17-26	あいざわ内科循環器クリニック	○					
		R6.10.1	林 健次郎	諏訪郡下諏訪町6170番地11	高浜医院	○	○	○	○	小児外来医療、予防接種等	
		R6.11.8	堀井 敦史	茅野市ちの245-7	ちの家庭医療クリニック			○	○	予防接種、発達障害等	
	R6.12.1	医療法人赤岳	諏訪郡原村15739番地2	大槻医院			○				
	松本	R6.4.24	医療法人久堅会	安曇野市豊科5462-4	いけだ内科・脳神経内科クリニック	○	○	○	○	予防接種	
		R6.8.9	宮嶋 宏樹	松本市大字島内2491	はれのひ耳鼻咽喉科クリニック			○	○	予防接種等	
		R6.12.14	医療法人中萱医院	安曇野市三郷明盛3007	中萱医院	○	○	○	○	予防接種等	
	長野	R6.5.30	医療法人蒼	千曲市大字内川785番地1	あおぞら整形外科クリニック	○					
		R6.5.17	医療法人鶴沢眼科	千曲市大字小島3160番地1	医療法人鶴沢眼科	○					
		R6.4.17	佐藤 清隆	須坂市大字須坂1224番地20	佐藤医院	○	○	○			
		R6.5.1	医療法人かみじょうリハビリ整形外科クリニック	長野市徳間1丁目27番4号	かみじょうリハビリ整形外科クリニック	○					
		R6.5.7	安里 龍一	千曲市小島2867-18	いろとりどりの診療所		○	○	○	予防接種、小児訪問診療等	
		R6.11.1	中島 周子	千曲市上山田温泉1-1-2	中島産婦人科小児科				○	小児外来医療	
	R6.11.26	医療法人SKC	長野市福田二丁目28番17号	さかいざわクリニック	○		○				

医療機器の共同利用計画書提出状況

年度	圏域	1. 医療機器の情報			2. 設置する医療機器			3. 共同利用の実施について								
		届出日	開設者	施設名	区分	機器の種類	メーカー及び型式	共同利用の可否	共同利用の方法			CD DVD	紙	ネットワーク	その他	
									相手方による機器の利用	相手方からの患者受入、画像情報等の提供	その他					
R5	上小	R5.5.23	医療法人健救会柳澤病院	柳澤病院	新規購入	マルチスライスCT (64列以上)	フジフィルム Supria Optica	行う		○		○				
	諏訪	R5.4.3	日本赤十字社	諏訪赤十字病院	更新	MRI (3テスラ以上)	シーメンス MAGNETOM Vida	行う		○		○				
		R5.4.28	岡谷市	岡谷市民病院	新規購入	MRI (1.5テスラ以上3テスラ未満)	ECHELON RX	行う		○		○				
	上伊那	R6.3.29	医療法人暁会仁愛病院	仁愛病院	更新	マルチスライスCT (64列以上)	富士フィルム SCENARIA View	行う		○		○				
	飯伊	R6.2.15	横田 大介	南信州ハートクリニック	新規購入	マルチスライスCT (16列以上64列未満)	キャノンメディカルシステムズ TSX-037A/1B	要望があれば対応可		○		○				
	松本	R5.12.8	医療法人優愛会	おひさまクリニック	新規購入	マルチスライスCT (16列以上64列未満)	キャノンメディカルシステムズ Aquilion Start	行う		○		○				
	長野	R5.10.24	医療法人コスモスライフ	ながの県庁前クリニック	更新	マルチスライスCT (16列以上64列未満)	富士フィルムヘルスケア Supria Advancee	要望があれば対応可		○		○				
		R5.12.21	信濃町	信越病院	更新	マンモグラフィ	GEヘルスケア Senographe Pristina	要望があれば対応可		○		○				
R6	佐久	R6.6.5	下村 一之	下村クリニック軽井沢	新規購入	マルチスライスCT (16列以上64列未満)	富士フィルムヘルスケア Supria	行う		○				○		
		R6.6.6	医療法人三世会	金澤病院	新規購入	MRI (1.5テスラ未満)	富士フィルムヘルスケア AIRIS Vento	行う		○		○				
		R6.8.8	半田 喜美也	AYA乳腺クリニック	新規購入	マンモグラフィ	キャノンメディカルシステムズ MGU-1000D/NT	行う		○		○				
	飯伊	R6.10.8	医療法人輝山会	輝山会記念病院	更新	マルチスライスCT (64列以上)	キャノンメディカルシステムズ TSX-307A	行う		○		○				
	長野	R6.4.10	医療法人YAC	矢彦沢内科・脳神経クリニック	新規購入	MRI (1.5テスラ以上3テスラ未満)	富士フィルム ESHERON Smart Plas	行う		○		○				
		R6.4.15	医療法人社団温心会	東和田クリニック	更新	マルチスライスCT (16列以上64列未満)	GE横河メディカルシステム(株)Eu	要望があれば対応可					○			
		R6.5.7	医療法人信愛会	田中病院	新規購入	マルチスライスCT (64列以上)	Supria Optica	要望があれば対応可		○		○				
		R6.8.23	日本赤十字社	長野赤十字病院	更新	マンモグラフィ	富士フィルム(株) FDR MS-4000	行う		○		○				