令和８年度第１回長野医療圏地域医療構想調整会議	資料１－１
令和８年１０月１５日	

地域医療構想について

長野県健康福祉部医療政策課

人口構造の変化

◆人口は減少し、特に医療や介護を支える世代の減少が顕著に

◆高齢者は増加し、医療や介護の需要は増加

【必要とされる医療の変化】

- 入院需要は減少

  働き手世代を中心とした急性期医療の需要が減少

- 高齢者救急は増加

  肺炎・骨折などへの対応が増加

- 在宅医療の重要性が高まる

  住み慣れた地域で暮らし続けるための支援

【医療を支える体制の変化】

- 医療人材の不足が進む

  医療従事者の確保がこれまで以上に困難に

- 限られた人材を有効活用

  限られた人材で地域の医療を支える仕組みが必要

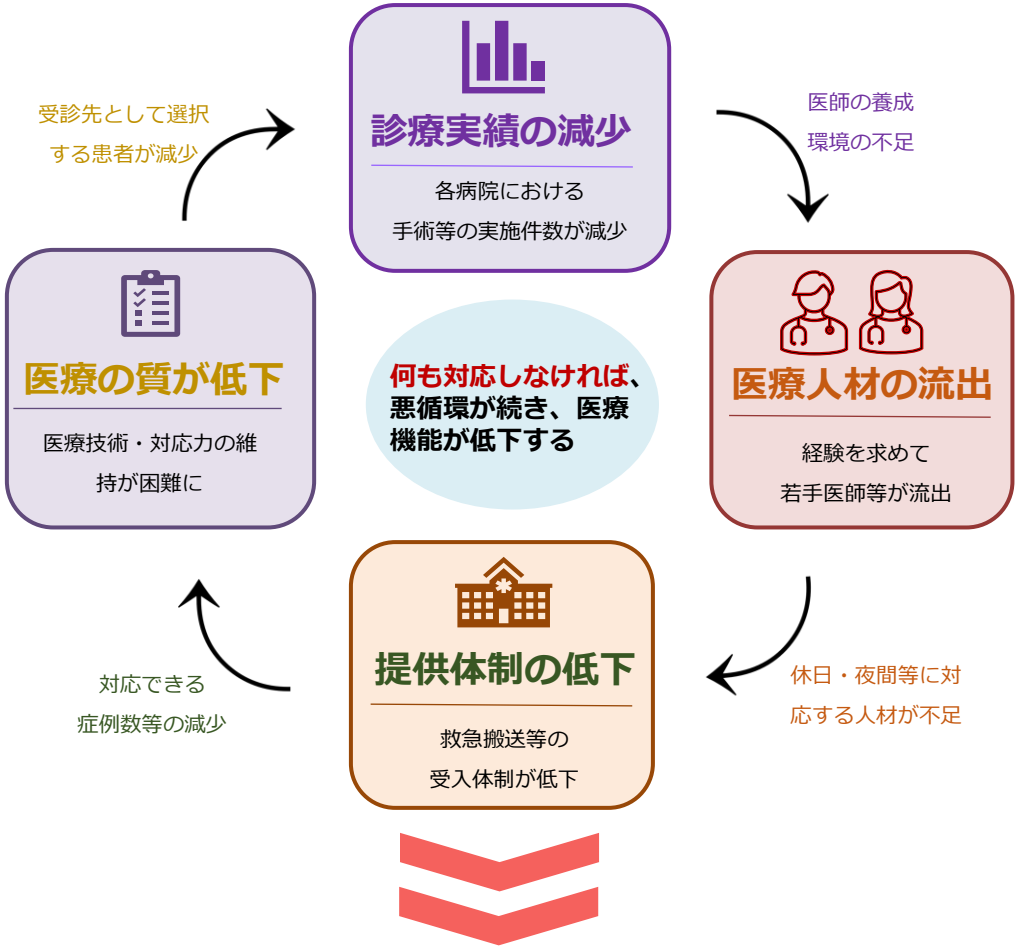
持続可能な医療提供体制の確保が課題

人口構造の変化に対応した医療提供体制の見直しが必要

想定される影響への対応方法（新たな地域医療構想の必要性）

○　なぜ、医療機関における役割分担と連携を進める必要があるのか？　※役割分担と連携 ＝ 新たな地域医療構想

人口構造の変化（生産年齢人口↓・高齢者人口↑）に伴う“医療需要の変化”及び“医療人材の減少”



地域に必要な医療機能が損なわれ、有事の対応力も低下
必要な医療が受けられなくなる事態に。

想定される影響(住民・地域医療)

※人口構造の変化や医療人材の減少に十分対応できない場合

（地域医療への影響）

✓若手医師の県外流出が進み、医師不足がさらに深刻化

✓急性期病床が過剰となる一方、高齢者医療の受け皿が不足

✓経営状況が維持できず廃業がする医療機関が発生

（住民への影響）

✓救急車を呼んでも受入先となる医療機関が見つからない

✓高度ながん治療や専門医療を受けられない

✓災害や感染症流行時の対応が出来ない

必要な医療を受けられなくなる恐れ

どうやって体制を維持していくか？

限られた医療資源を最大限有効に活用するとともに、
医療に関わる全ての関係者が同じ認識を共有した上で、

医療機関の役割分担・連携が必要

持続可能な医療提供体制を確保するために必要な視点

【需要面】

○医療・介護ニーズの変化

☞医療介護の複合ニーズは増加

☞急性期需要は減少

【供給面】

○医療提供体制を支える人材の確保

☞働き手の減少

医療需要と医療資源とのギャップが拡大

現状のままでは医療提供体制の維持が出来ない

持続可能な医療提供体制を確保するために必要な視点

（新たな地域医療構想における視点）

重要な視点①　危機感の共有

✓現状のままでは持続可能な医療提供体制の確保が困難

✓行政、医療関係者、県民が課題認識を共有

重要な視点②　将来を見据えた体制の構築

✓当面の課題への対応

（機能連携の強化、医療人材確保等）

✓2040年、その先を見据えた体制の確保

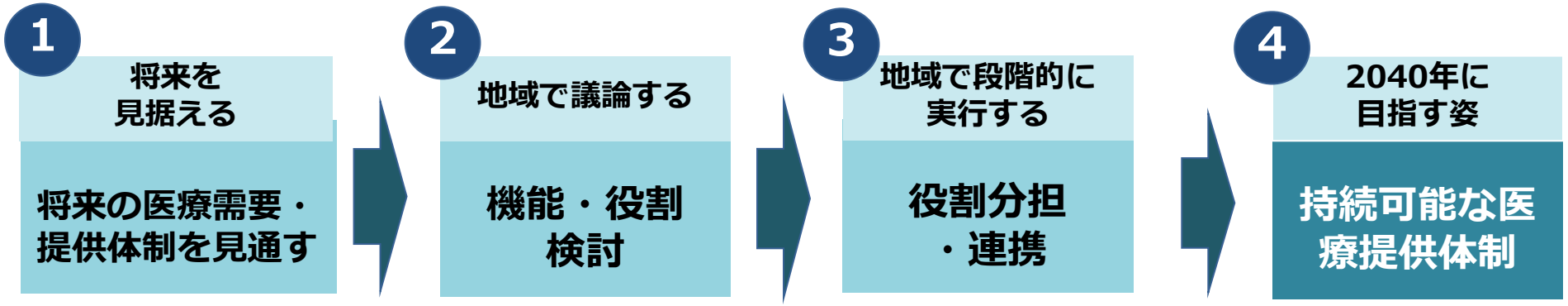
（医療機能・役割分担の検討）

2040年、その先を見据えた「新たな地域医療構想」とは

◆新たな地域医療構想（＝役割分担・連携を進める仕組み）

2040年、その先を見据え、限られた医療資源で持続可能な医療を提供し続けるためには、地域における医療機関の役割分担・連携を進める必要がある

新たな地域医療構想の推進（進め方イメージ）



新たな地域医療構想が目指すものとは？

有事・平時を問わず、**誰もが高度・専門医療から在宅医療まで、自身の病状に合った質の高い医療を切れ目なく受けることができ**、安心して暮らすことができる体制。

役割分担と連携による持続可能な医療提供体制の構築（イメージ）

○　2040年、その先を見据え、限られた医療資源で必要な医療を提供するため、医療機関間の役割分担と連携を一層推進する。

【入院医療体制】

地域で必要な入院医療を持続的に提供するため、医療機能の役割分担と医療機関間の連携を推進。

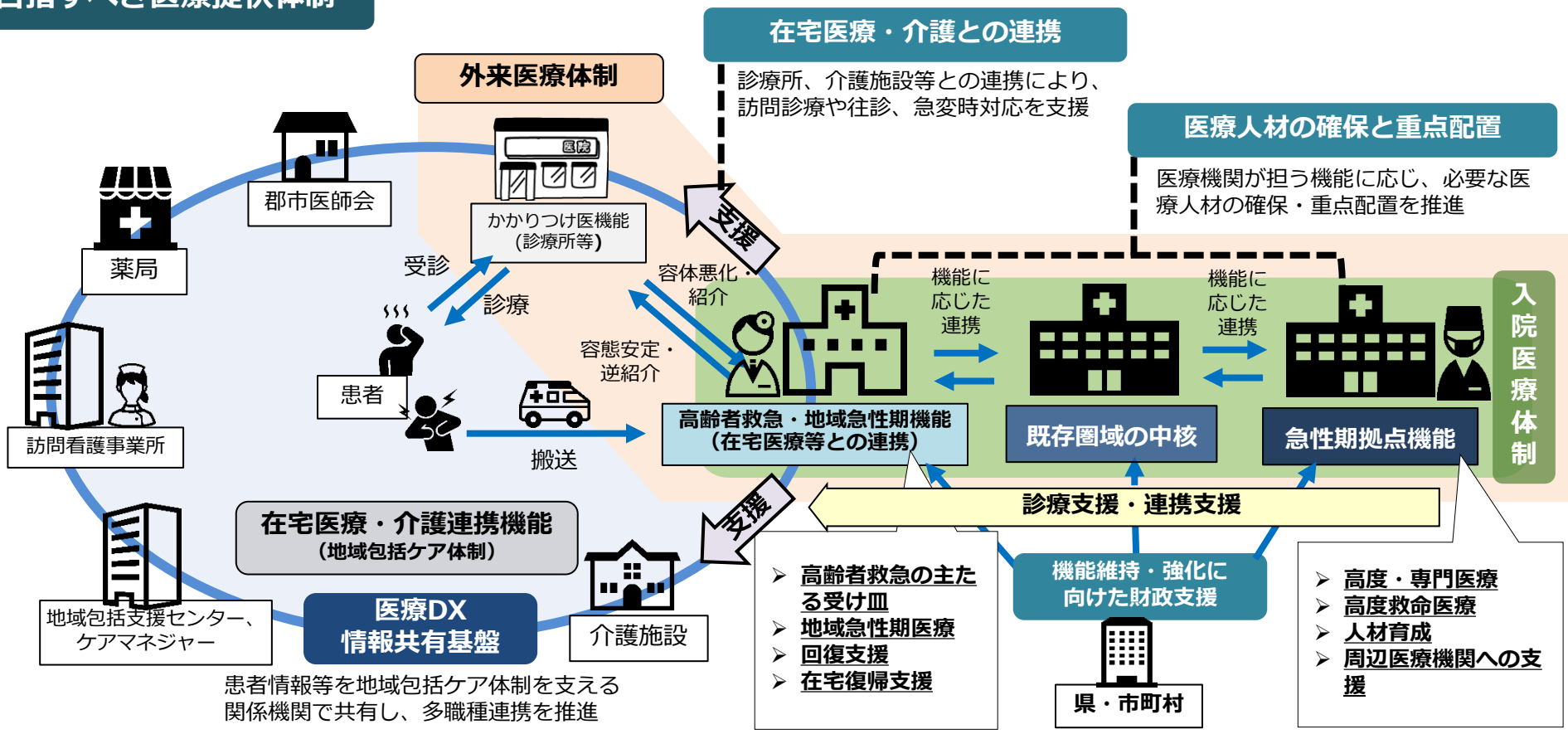
【在宅医療体制】

在宅医療の需要増加に対応するため、病院、診療所、介護サービス事業者等の連携を強化し、切れ目のない在宅医療提供体制を構築。

【外来医療体制】

「かかりつけ医機能を担う医療機関」と「紹介患者を中心に診る医療機関」との役割分担を明確化し、地域における外来医療提供体制の連携を推進。

目指すべき医療提供体制



（補足）“構想区域”及び“急性期拠点機能”を考える上での留意事項

“構想区域”及び“急性期拠点機能”を考える上で、単なる集約化の議論とならぬよう、以下の事項を前提に議論

◆　構想区域においては、「集約する広域型な医療機能（急性期拠点機能）」と「均てん化する地域密着型な医療機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等機能）」の医療機関間の機能分化・連携を図ることにより、面として一体的な医療提供体制の確保を目指す

【集約する広域型な医療機能（急性期拠点機能）】

- 既に減少が見込まれている高度急性期等については、安心・安全な医療を確保するため、一定程度の機能の集約が必要。
  - 症例数集約による医師の養成環境の体制確保
  - 24時間365日の救急医療提供や緊急手術等への体制確保　等

【均てん化する地域密着型な医療機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等機能）】

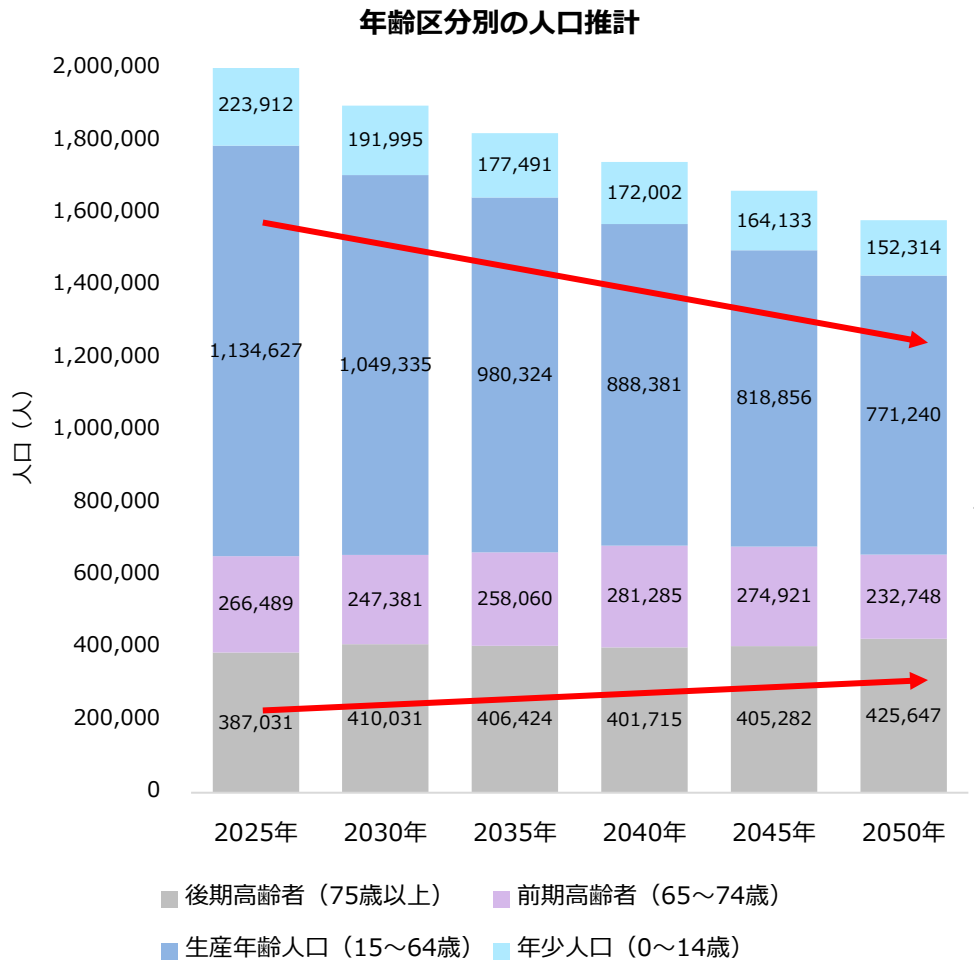
- 今後も一定程度の増加が見込まれている包括期機能等については、県民生活の基盤となるため、機能の均てん化が必要。
  - 二次救急搬送は地域ごとに体制確保
  - 急性期経過後の在宅復帰を目的とした療養環境の体制確保
  - 外来・在宅医療等は日常生活圏での体制確保　等

【その他留意すべき事項】

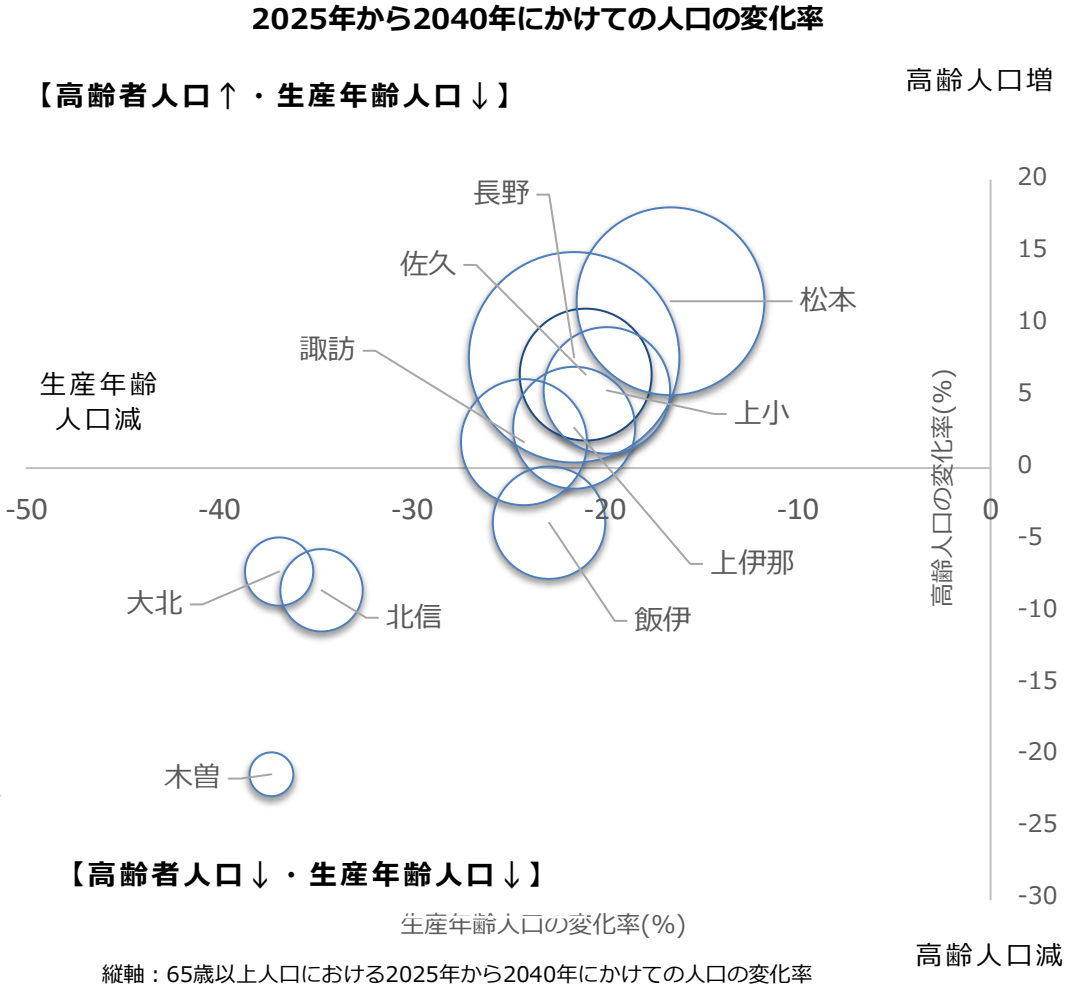
- 中山間地域等の地理的条件を考慮し、県民の医療機関へのアクセスの検討が必要。
  - 関係者が一体となってアクセス方法の確保（地域公共交通計画との整合性確保　等）
  - 対面診療を基本としたオンライン診療の活用、巡回診療等の活用による受診機会確保　等

人口構成の変化について

○　総人口は既にピークを迎えており、2050年に2025年比で43万人（21%）減少する見込み。
○　生産年齢人口が2050年に2025年比32%減少（113万人→77万人）する見込み。一方、75歳以上人口は同期間に10%増加（39万人→43万人）する見込み。高齢化の進展に伴い、医療・介護需要の増加が見込まれる一方で、医療・介護を支える生産年齢人口は約３割減少する。
○　地域別にみると、生産年齢人口は全圏域で減少する一方、高齢者人口は今後増加する地域と減少する地域に分かれる。



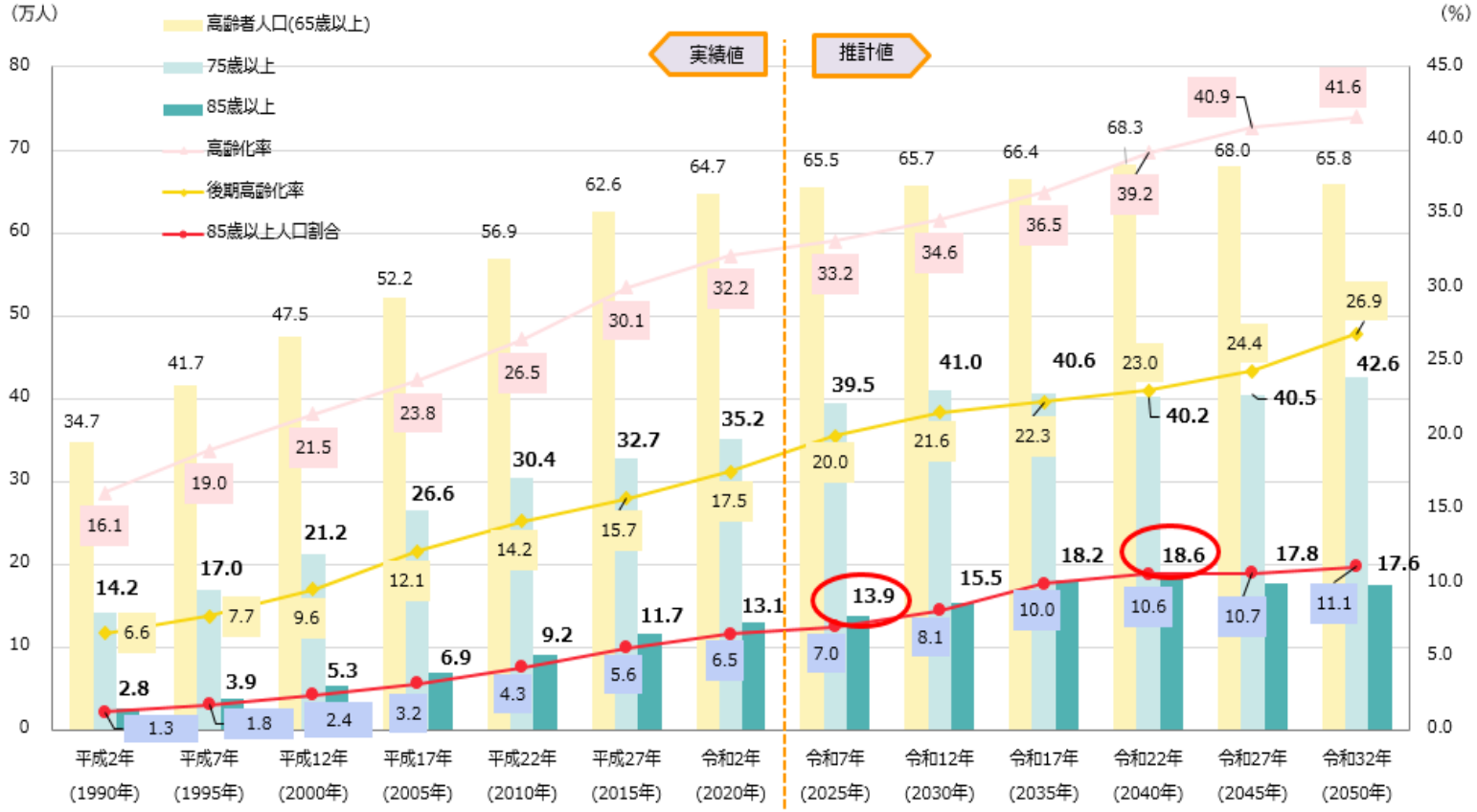
出典：厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」



縦軸：65歳以上人口における2025年から2040年にかけての人口の変化率
横軸：15歳から64歳人口における2025年から2040年にかけての人口の変化率
バブルの大きさ：２０２５年時点の人口規模

2040年頃に向けた医療の課題①-1　－医療需要の変化－

○　人口は、85歳以上を中心に2040年頃まで高齢者数の増加が見込まれる。
○　要介護認定率の高い85歳以上人口の増加に伴い、医療・介護の複合ニーズを有する高齢者が増加する。高齢者の救急搬送や在宅医療の需要増加が見込まれることから、2040年を見据え、地域の実情に応じた医療機関の役割分担や連携体制の強化が求められる。



出典：総務省「国勢調査」令和２年まで、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（令和５（2023）年推計）」令和7年以降
注：割合は年齢不詳を除いて算出

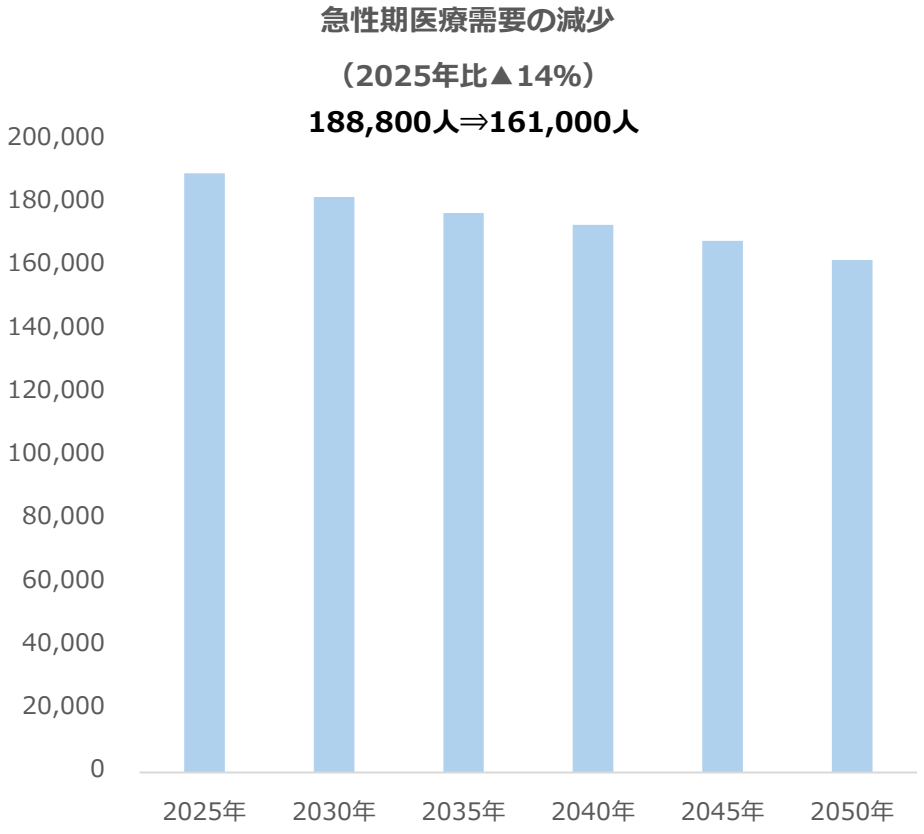
◆2040年頃まで85歳以上人口が増加
13.9万人→18.6万人

◆85歳以上の要介護認定率が高い
男性：56.1%
女性：75.1%

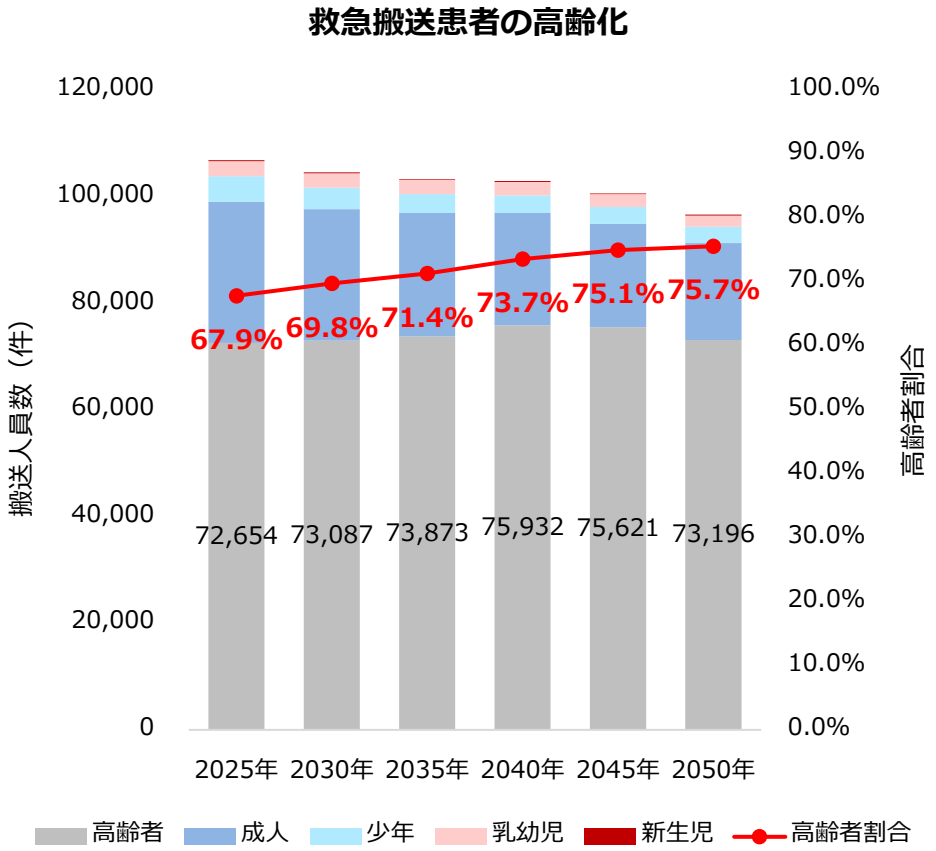
◆医療・介護複合ニーズの増加
・在宅医療需要の増加
・高齢者救急需要への対応強化
・医療と介護の連携強化

2040年頃に向けた医療の課題①-2　－医療需要の変化－

○　急性期医療需要は2025年以前に既にピークを迎えており、患者数の減少が見込まれる。
○　救急搬送件数は総件数は既にピークを迎えているものの、高齢者の搬送件数は増加する見込み。



出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」（令和５年度）」、
「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」及び長野県「毎月人口異動調査結果報告（令和５年）」



出典：長野県「救急統計データ（令和５年）」、「毎月人口移動調査結果報告（令和５年）」及び厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」
注：令和５年における年齢区分別の救急搬送人員発生率を算出後、発生率は一定と仮定し推計

2040年頃に向けた医療の課題②　－供給体制の変化－

○　生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が課題となる。
○　当県は医師少数県であるとともに、全国と比較して50歳代後半から60歳代の医師の割合が高く、将来の担い手確保が課題となっている。

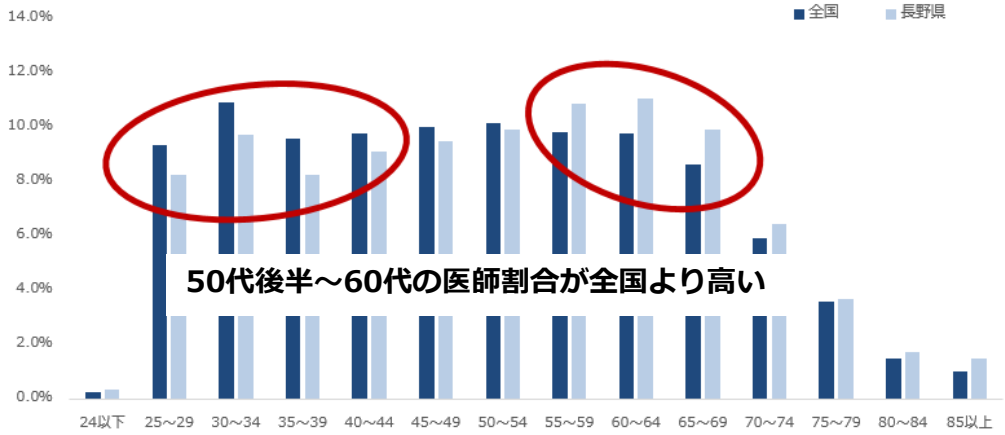
医師偏在指標（令和８年４月公表）

都道府県名	医師偏在指標	都道府県名	医師偏在指標	都道府県名	医師偏在指標
東京都	358.6	鹿児島県	276.7	宮崎県	243
京都府	326.6	香川県	273.4	山口県	241.1
福岡県	320.4	滋賀県	272.1	栃木県	238.7
岡山県	302.7	大分県	270.9	岐阜県	234.2
沖縄県	300.3	熊本県	270.4	**長野県**	**232.6**
長崎県	298.7	宮城県	267.8	群馬県	231.5
高知県	296	福井県	265.5	静岡県	228.8
大阪府	294.7	広島県	264	福島県	222.7
徳島県	293.9	愛媛県	263.6	千葉県	221.9
和歌山県	292.4	山梨県	260.1	山形県	216.5
島根県	284.8	愛知県	258.3	秋田県	211.5
石川県	283.2	神奈川県	254.4	埼玉県	207.2
佐賀県	281.8	富山県	252.5	新潟県	201.7
兵庫県	281.1	三重県	244.4	岩手県	200.4
鳥取県	278.8	北海道	243.6	茨城県	197.5
奈良県	277.1			青森県	194.4

長野県は医師少数県
（医師偏在指標**232.6**）
（全国36位）

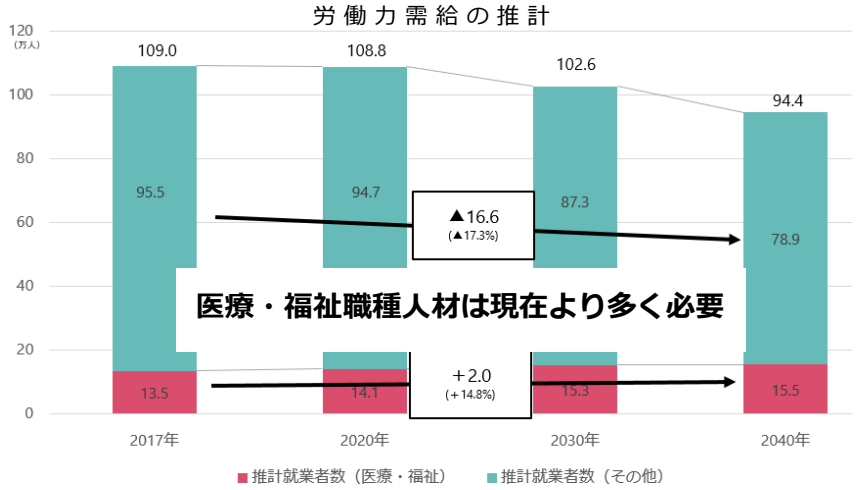
※国の医師偏在指標において医師少数県

医師の年齢階級別の構成割合
（医師の総数を100としたときの５歳階級の構成割合（令和６年））



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

労働力需給の推計



出典：独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2020年３月）

令和８年度第１回長野医療圏地域医療構想調整会議	資料１－２
令和８年１０月１５日	

長野圏域の状況

新たな地域医療構想の検討に当たっては、圏域ごとの医療需要の変化を把握することが重要である。

次ページから、“長野圏域”の圏域状況について資料を提示する

長野県健康福祉部医療政策課

【長野】医療需要・供給の変化と今後の方向性

① 入院医療需要は緩やかに減少するが、高齢者医療の比重は高まる
- 入院患者数は緩やかに減少
- 外来患者数は減少
- 高齢者入院需要は増加

② 医療の外来化・在宅化が進展
- 在宅医療需要は増加
- がん治療等で外来化が進展
- 白内障手術等で外来診療の役割が拡大

③ 治療・回復支援体制の変化
- リハビリテーション提供の拡大
- 在院日数の短縮が進展
- 患者数減少下でも必要な医療機能は維持

需要の変化

高齢者救急需要　↑

在宅需要　↑

急性期医療需要↓

供給の変化

医師確保↓

医療人材確保↓

需給のギャップの拡大

1 高齢者救急
受入体制の維持・確保

2 在宅医療
需要増加への対応

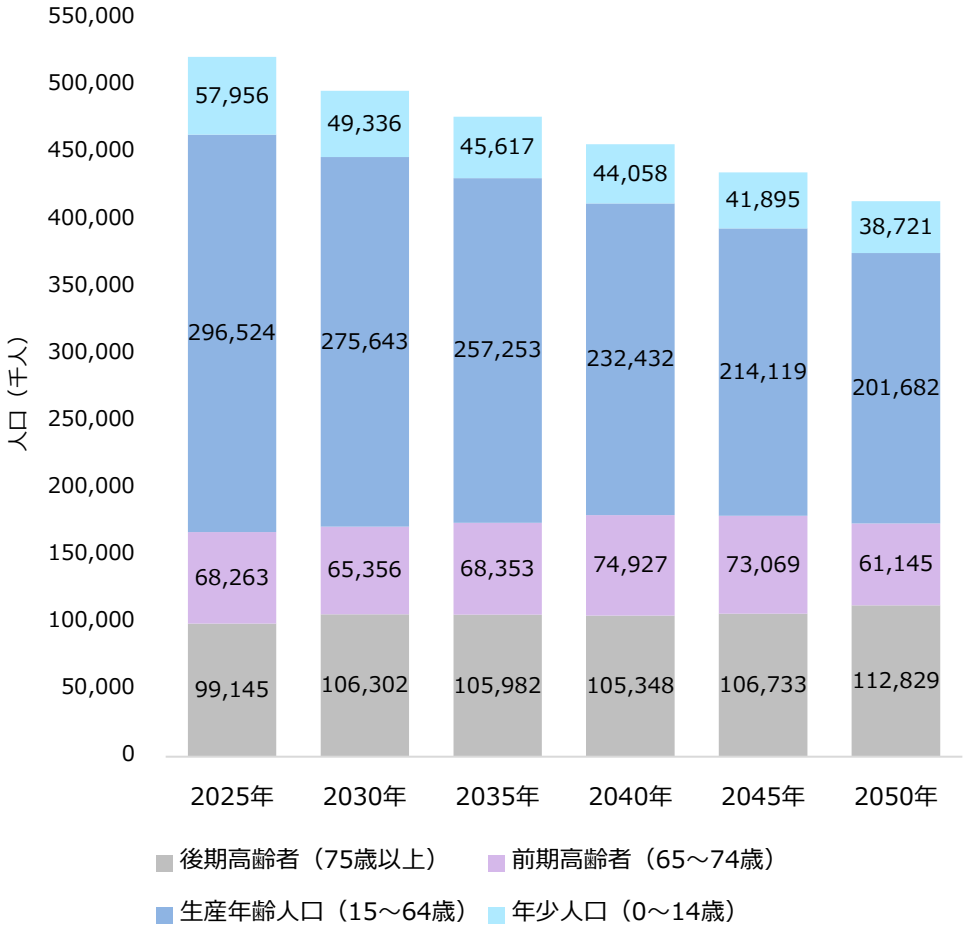
3 高齢患者への対応
受入・回復支援体制

4 役割分担・連携
医療機関の機能分化・連携

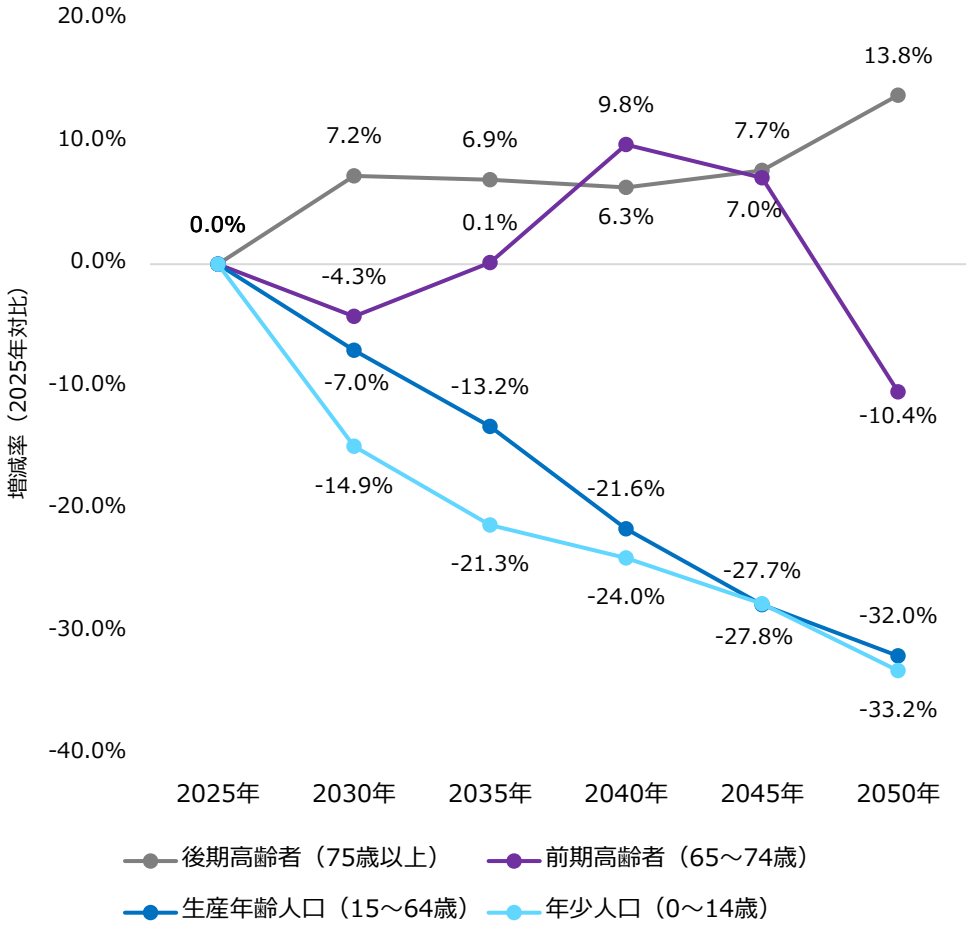
【長野】人口減少・高齢化の進展

総人口は2050年に2025年比で約11万人（20.6%）減少する見込み。 生産年齢人口は2050年に32.0%減少する一方、75歳以上人口は13.8%増加する見込み。 医療・介護需要の増加が見込まれる一方、その担い手は減少していく。

年齢区分別の人口推計



年齢区分別の人口増減率

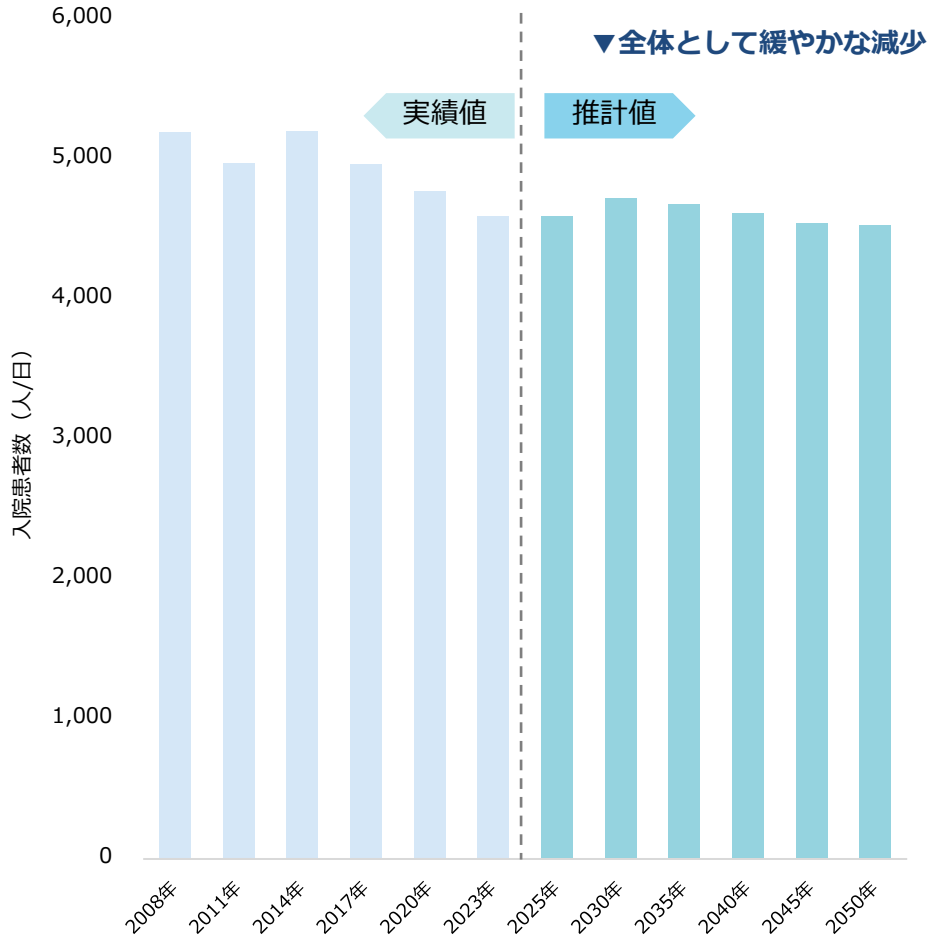


出典：厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」

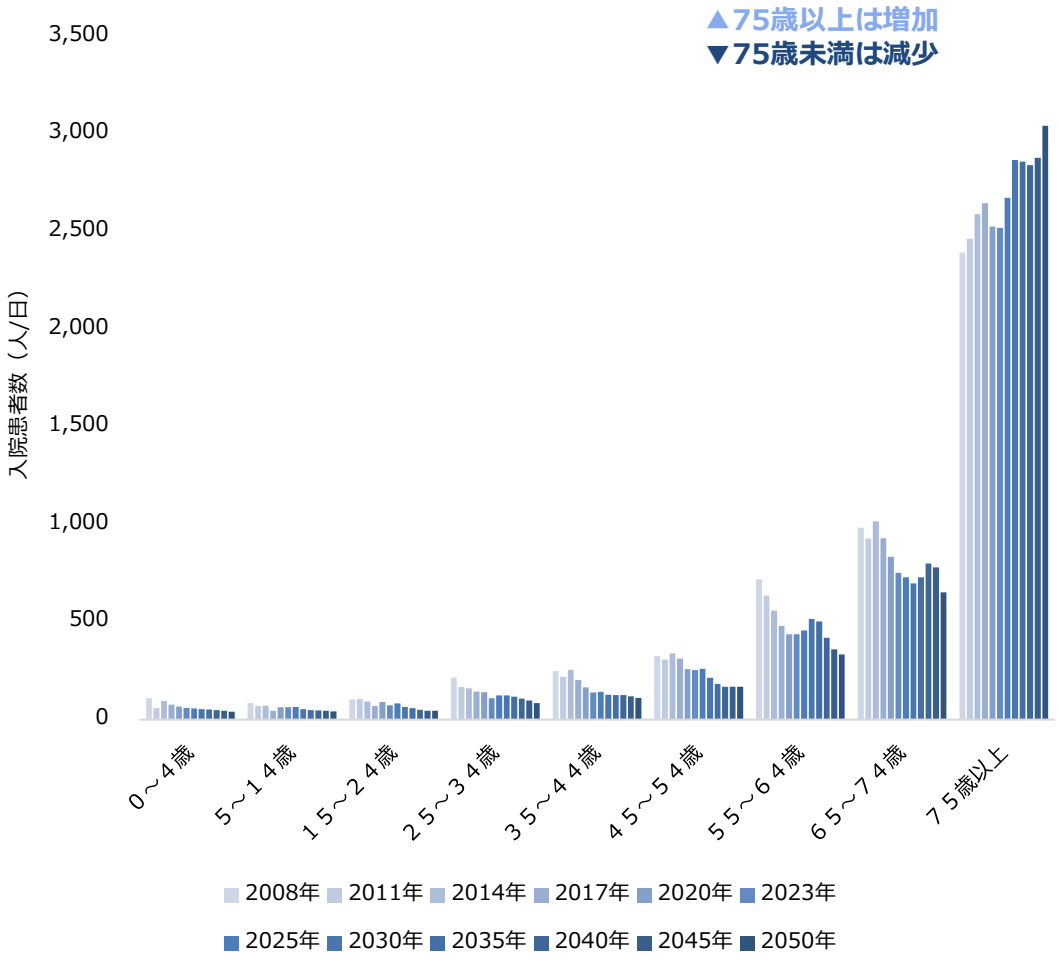
【長野】入院患者数の推移

入院患者数は2023年まで減少傾向にあり、今後も緩やかな減少が見込まれる。年齢階級別でみると、75歳未満の入院患者数は減少傾向にある一方、75歳以上の入院患者数は増加傾向が見込まれる。今後は高齢者医療への対応の重要性が一層高まることが示唆される。

入院患者数推移



年齢階級別の入院患者数推移（2025年以降は推計値）

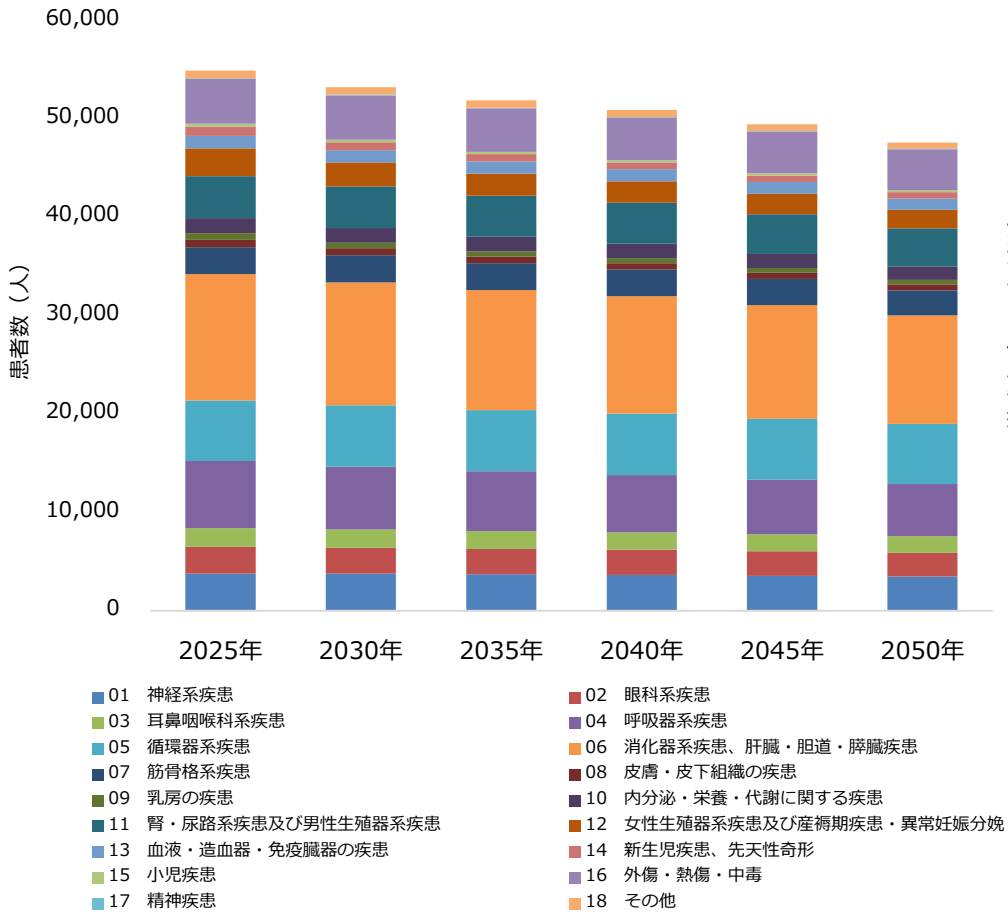


出典：厚生労働省「患者調査」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」、長野県「毎月人口移動調査結果報告」
注：長野県の年齢階級別受療率と圏域の年齢階級別人口を掛け合わせて算出。2025年以降の患者数は、2023年の長野県における年齢階級別の患者発生率を一定と仮定し推計

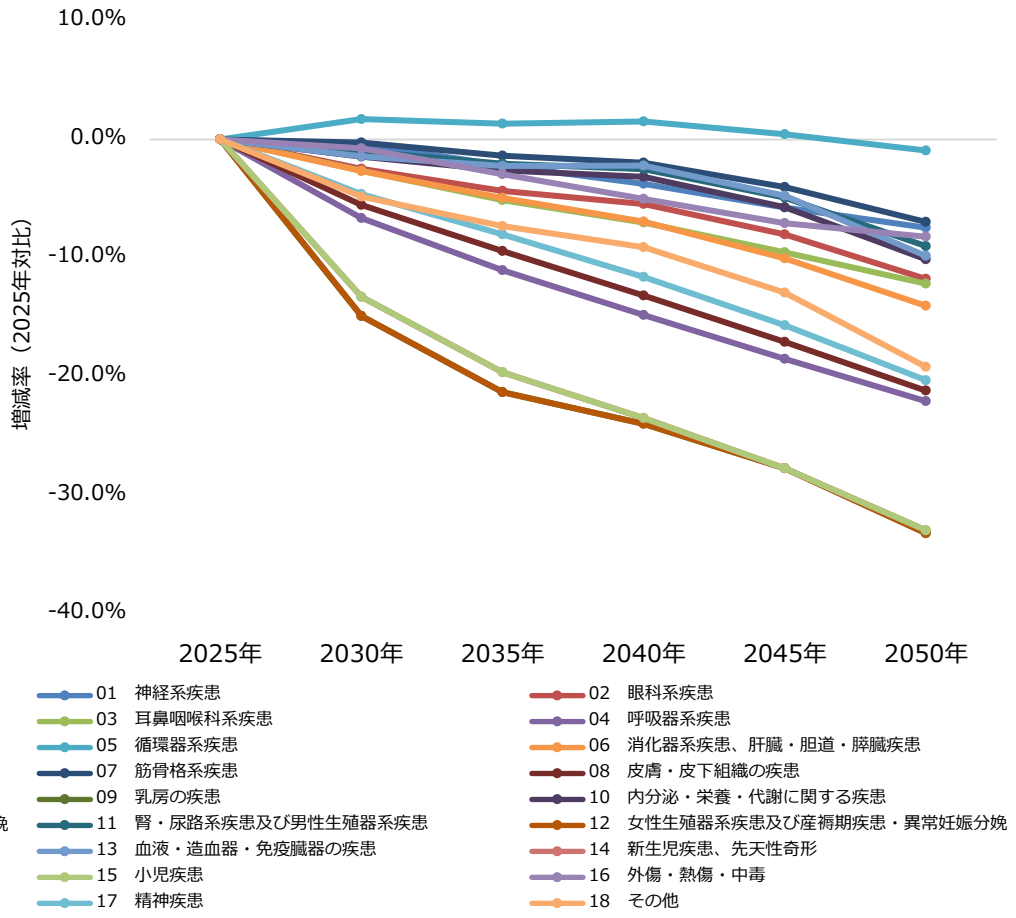
【長野】2040年の医療需要（急性期入院）_急性期入院患者数（概況）

長野圏域の急性期入院医療需要は既にピークを迎え、今後は循環器系疾患を除き患者数の減少が見込まれることから、地域の疾病構造の変化に応じて、診療実績等のデータに基づく医師の重点配置や医療機関間の役割分担を進める必要がある。

MDC別患者数推計



MDC別患者数増減率

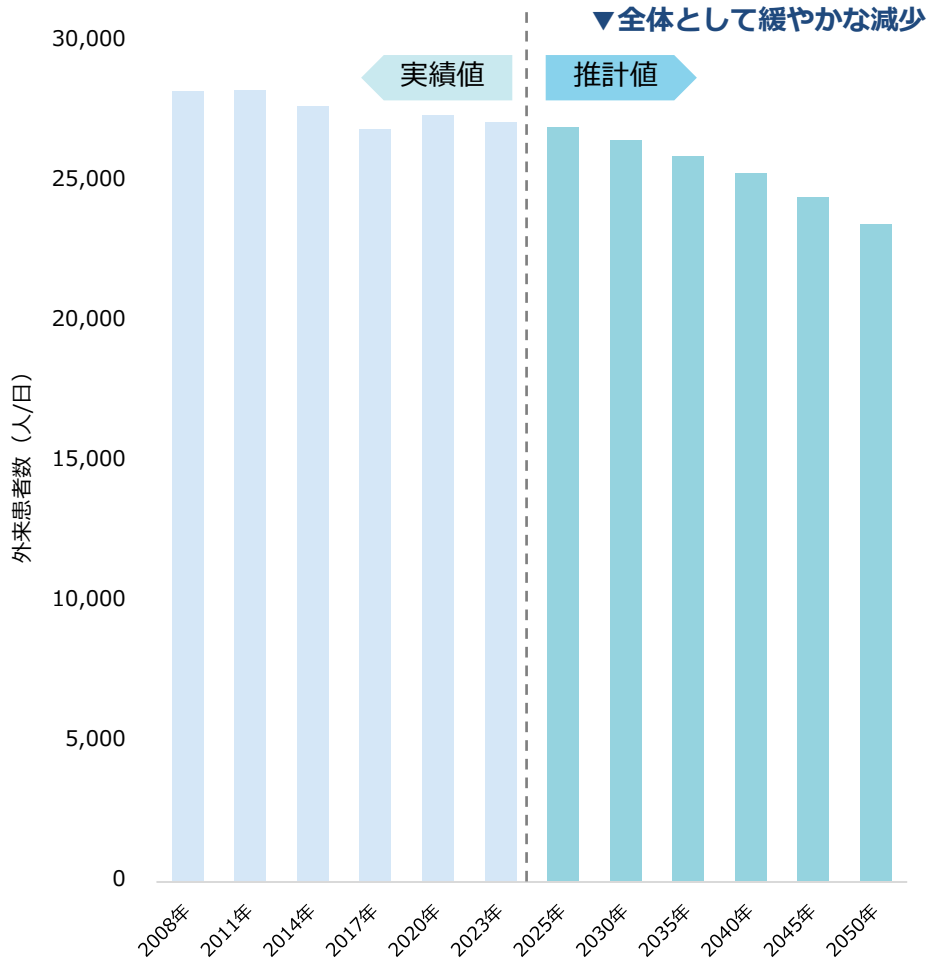


出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」（令和６年度）」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」及び長野県「毎月人口異動調査結果報告（令和６年）」

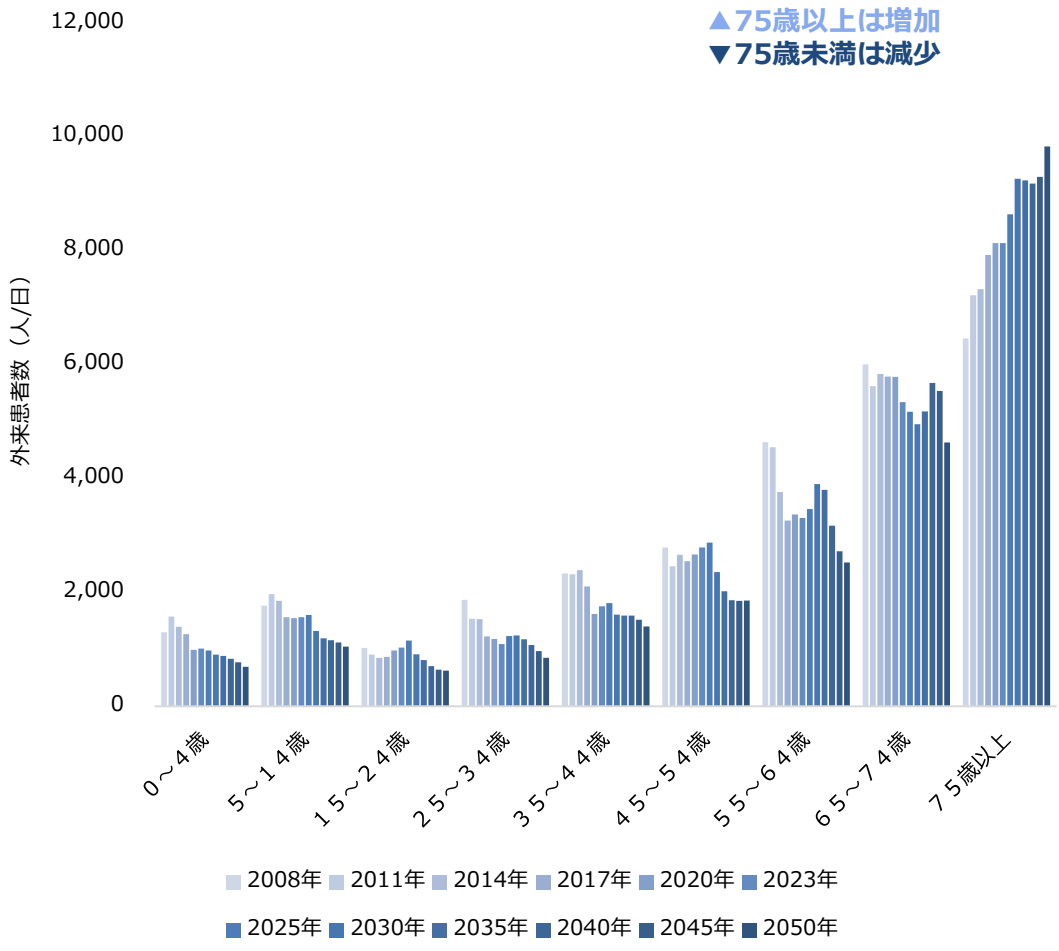
【長野】外来患者数の推移

外来患者数はこれまで減少傾向にあり、今後もその傾向が続く見込みである。年齢階級別でみると、75歳未満の外来患者数は減少傾向にある一方、75歳以上の外来患者数は増加傾向が見込まれる。今後は高齢者医療への対応の重要性が一層高まることが示唆される。

外来患者数推移



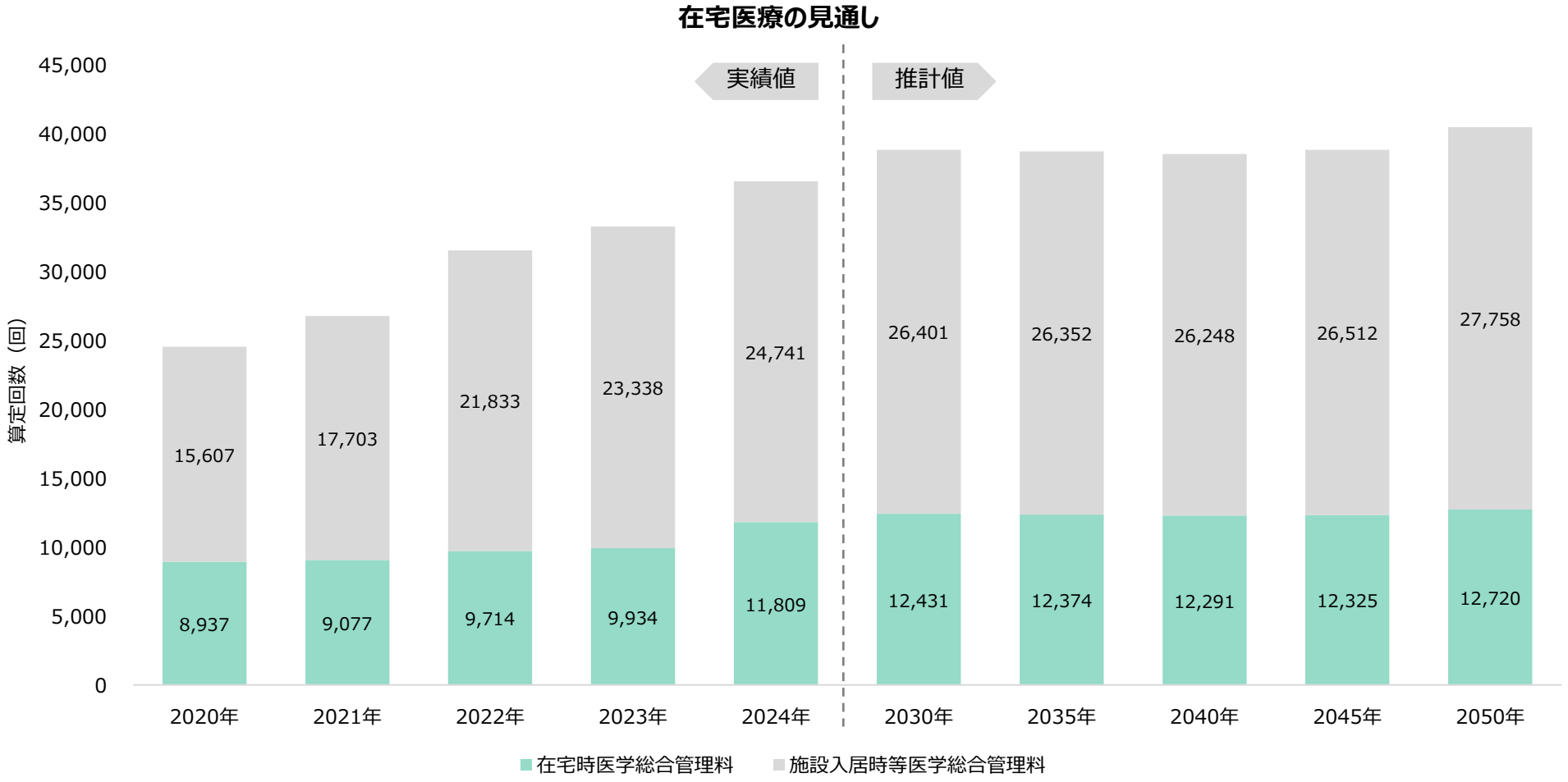
年齢階級別の外来患者数推移（2025年以降は推計値）



出典：厚生労働省「患者調査」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」、長野県「毎月人口移動調査結果報告」
注：長野県の年齢階級別受療率と圏域の年齢階級別人口を掛け合わせて算出。2025年以降の患者数は、2023年の長野県における年齢階級別の患者発生率を一定と仮定し推計

【長野】在宅（訪問診療）医療実施状況

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定回数は、2030年にかけて増加した後も高水準で推移する見込みである。在宅医療の利用率が最も高い後期高齢者の人口が今後も一定規模で推移することを背景に、在宅医療需要は引き続き高い水準が維持されることが示唆される。

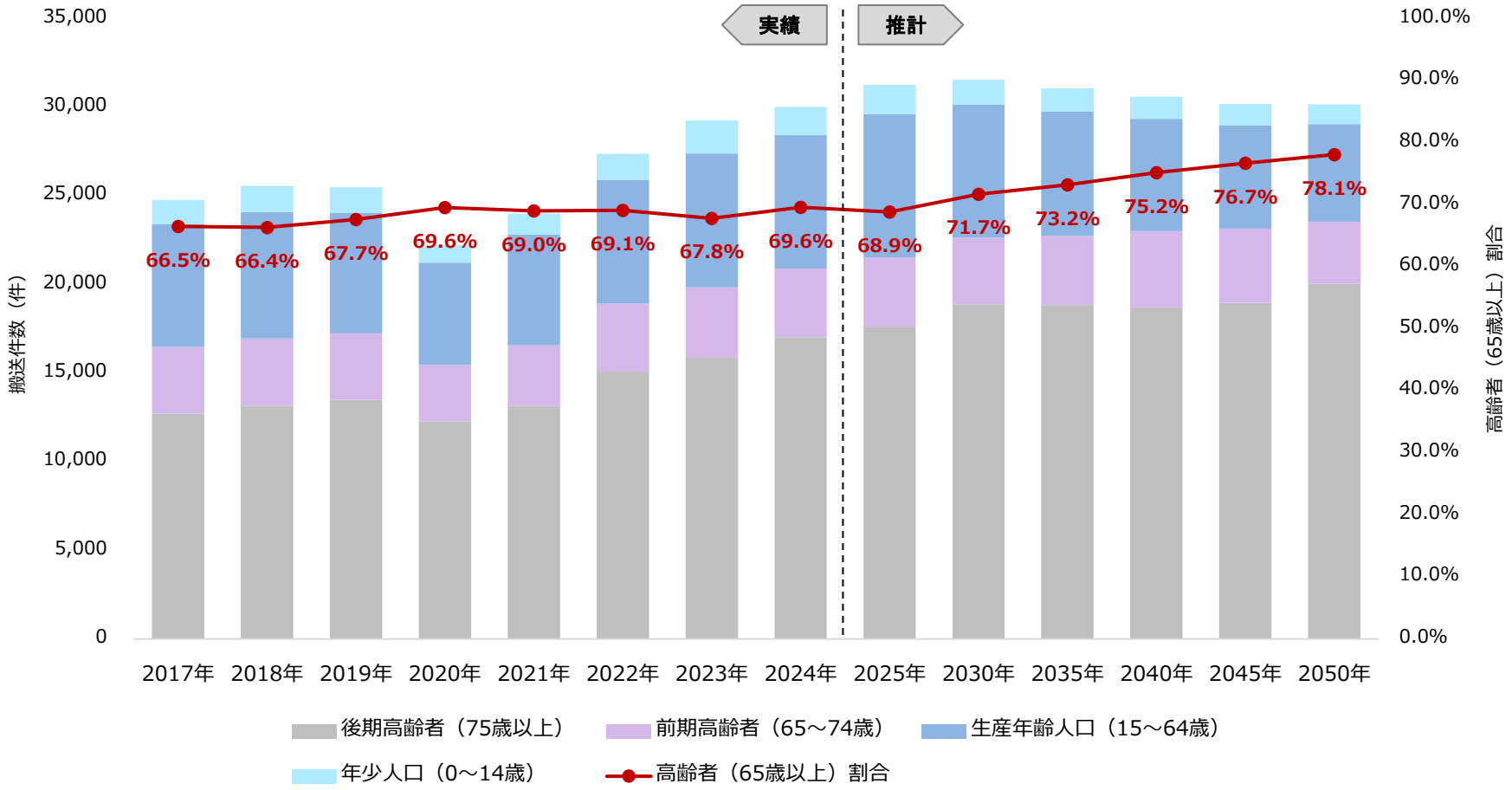


出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」
注：C002_在宅時医学総合管理料及びC002-2_施設入居時等医学総合管理料の算定回数を合算。2024年の全国における年齢区分別の骨折在宅医療実施率を算出後、各圏域の実施状況を加味して補正を行い、実施率は一定と仮定し推計

【長野】2040年の医療需要（救急）_救急搬送件数及び高齢者割合

長野圏域の救急搬送件数は2030年以降緩やかに減少する一方、搬送患者に占める高齢者の割合及び高齢患者数は増加する見込みであり、限られた医療資源の中で質の高い救急医療を持続的に提供するためには、医療機関の機能分担と連携を通じた持続可能な医療提供体制の構築が必要となる。

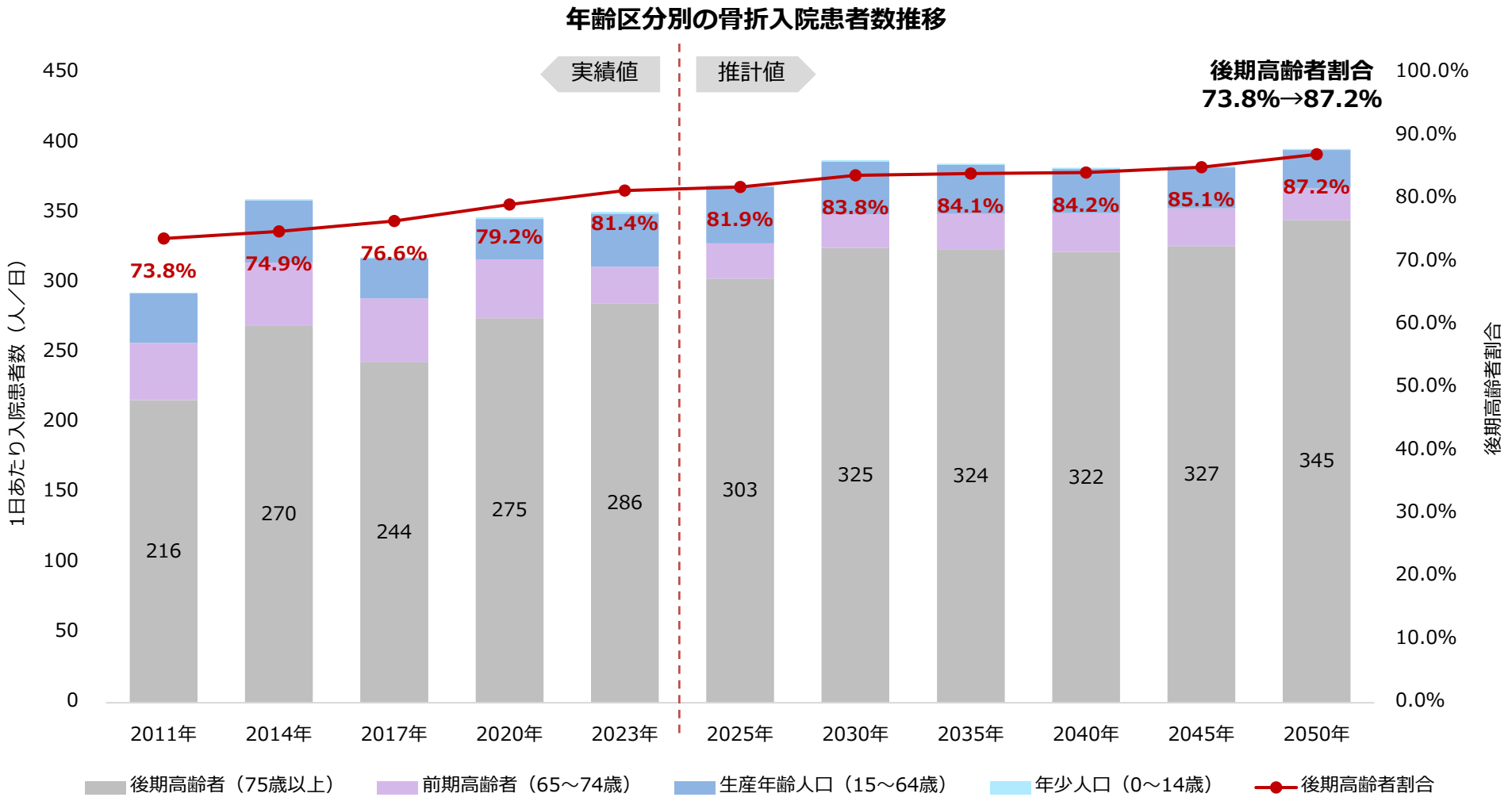
年齢区分別の救急搬送件数及び高齢者割合推移



出典：長野県「救急搬送データ（平成29年～令和６年）」、「毎月人口移動調査結果報告（令和６年）」及び厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」
注：令和６年における年齢区分別の救急搬送発生率を算出後、発生率は一定と仮定し推計

（参考）【長野】高齢者の骨折による入院需要の増加について

後期高齢者の骨折入院患者数は今後増加する見込みであり、骨折入院患者に占める後期高齢者の割合についても、2050年にかけて約９割に達する見込みである。高齢者の骨折患者への対応の重要性が一層高まることが示唆される。



出典：厚生労働省「患者調査」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」及び長野県「毎月人口移動調査結果報告」
注：患者数は長野県の年齢階級別・傷病分類別受療率と圏域の年齢階級別人口を掛け合わせて算出。2023年における年齢区分別の骨折入院患者発生率を算出後、発生率は一定と仮定し推計

【長野】医療提供体制の状況

長野圏域では、県内最大の人口規模を有する一方、医師数は全国平均及び長野県平均を下回る状況にある。今後の高齢化に伴う医療需要の変化を見据え、医療人材の確保を図りながら、持続可能な医療提供体制を維持していくことが重要となる。

【凡例】赤字：全国比で値が小さい数値、青字：全国比で値が大きい数値

医療資源項目	単位	全国	長野県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
人口	人	124,330,690	1,959,494	200,454	185,834	183,946	172,253	144,354	22,377	410,887	53,241	508,963	76,040
65歳以上人口	人	35,916,427	642,311	66,604	60,285	62,913	55,873	51,015	10,031	123,557	20,083	162,830	29,120
割合	%	28.9%	32.8%	33.2%	32.4%	34.2%	32.4%	35.3%	44.8%	30.1%	37.7%	32.0%	38.3%
病院数	病院	8,060	120	13	14	11	9	9	1	26	2	32	3
人口10万人対	病院	6.5	6.1	6.5	7.5	6.0	5.2	6.2	4.5	6.3	3.8	6.3	3.9
救急告示病院数	病院	3,886	82	12	11	6	3	9	1	16	2	20	2
人口10万人対	病院	3.1	4.2	6.0	5.9	3.3	1.7	6.2	4.5	3.9	3.8	3.9	2.6
在宅療養支援病院数	病院	1,664	40	5	6	3	1	5	1	12	1	6	0
老年人口10万人対	病院	4.6	6.2	7.5	10.0	4.8	1.8	9.8	10.0	9.7	5.0	3.7	0.0
在宅療養支援診療所数	診療所	14,725	280	22	18	38	26	42	3	63	8	53	7
老年人口10万人対	診療所	41.0	43.6	33.0	29.9	60.4	46.5	82.3	29.9	51.0	39.8	32.5	24.0
医師数	人	413,122	5,319	628	379	503	317	321	45	1,507	125	1,284	209
人口10万人対	人	332	271	313	204	274	184	223	199	367	235	252	275
歯科医師数	人	100,266	1,685	151	122	161	145	143	13	507	35	371	38
人口10万人対	人	81	86	75	65	87	84	99	56	123	65	73	50
看護師･准看護師数	人	1,152,205	19,730	2,194	1,756	2,038	1,463	1,449	147	4,453	500	4,927	805
人口10万人対	人	927	1,007	1,094	945	1,108	849	1,004	656	1,084	938	968	1,058
薬剤師数	人	56,569	975	109	80	108	71	73	12	245	19	221	38
人口10万人対	人	45	50	54	43	58	41	50	54	60	36	43	50
理学療法士数	人	107,839	1,891	247	228	202	114	164	11	373	62	430	58
人口10万人対	人	87	96	123	123	110	66	114	51	91	116	84	76
作業療法士数	人	53,605	1,127	87	172	129	81	113	5	245	23	240	33
人口10万人対	人	43	58	43	93	70	47	78	22	60	43	47	43
言語聴覚士数	人	18,805	372	31	46	44	31	39	2	90	5	77	7
人口10万人対	人	15	19	15	25	24	18	27	9	22	9	15	9
管理栄養士数	人	27,850	477	44	57	53	32	48	4	98	14	109	17
人口10万人対	人	22	24	22	31	29	19	33	17	24	27	21	22

出典：【人口】＜全国＞住民基本台帳データ（令和7年1月時点）、＜長野県全体・二次医療圏＞毎月人口異動調査（令和8年4月時点）
【病院数】＜全国＞医療施設調査（令和6年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞長野県集計（令和8年6月時点）
【救急告示病院数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞長野県公表集計（令和8年5月時点）
【在宅療養支援病院数】＜全国＞一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会公表値（令和5年3月時点）、＜長野県・二次医療圏＞厚生局医療機関名簿（令和8年3月時点）
【在宅療養支援診療所数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞厚生局医療機関名簿（令和8年3月時点）
【医療従事者数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）（歯科医師数のみ医師・歯科医師・薬剤師統計（令和6年12月時点））、
＜長野県・二次医療圏＞医療情報ネット（令和8年4月時点）（言語聴覚士のみ医療施設調査（令和5年10月時点））

（参考）現行の地域医療構想における医療提供体制の変化

- ✓ **医療提供体制の機能分化・連携が進展**
  病床機能の見直しや外来化・在宅化の進展

- ✓ **新たな課題への対応が必要**
  高齢者救急や在宅医療需要の増加、医療人材確保

新たな地域医療構想の概要

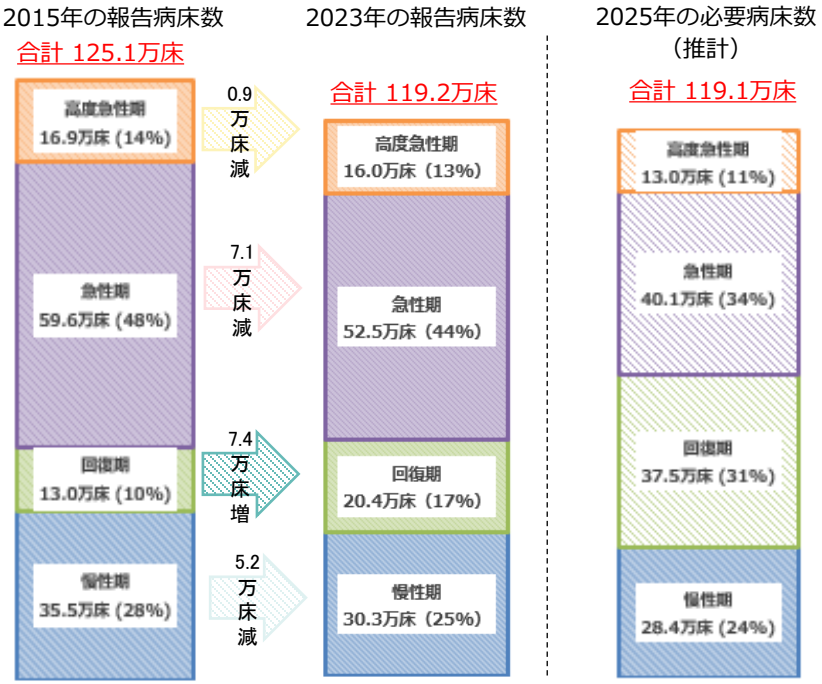
現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、**高齢者の医療需要が増加**することが想定される。

このため、約300の構想区域を対象として、**病床の機能分化・連携を推進**するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

<全国の報告病床数と必要病床数>



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

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課題解決を図るための地域医療構想へ

2040年頃に向けて、**医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大**が想定される。

こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え**、**医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目**し、地域の実情に応じて、**「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・集約化を推進**。

<新たな地域医療構想における基本的な方向性>

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

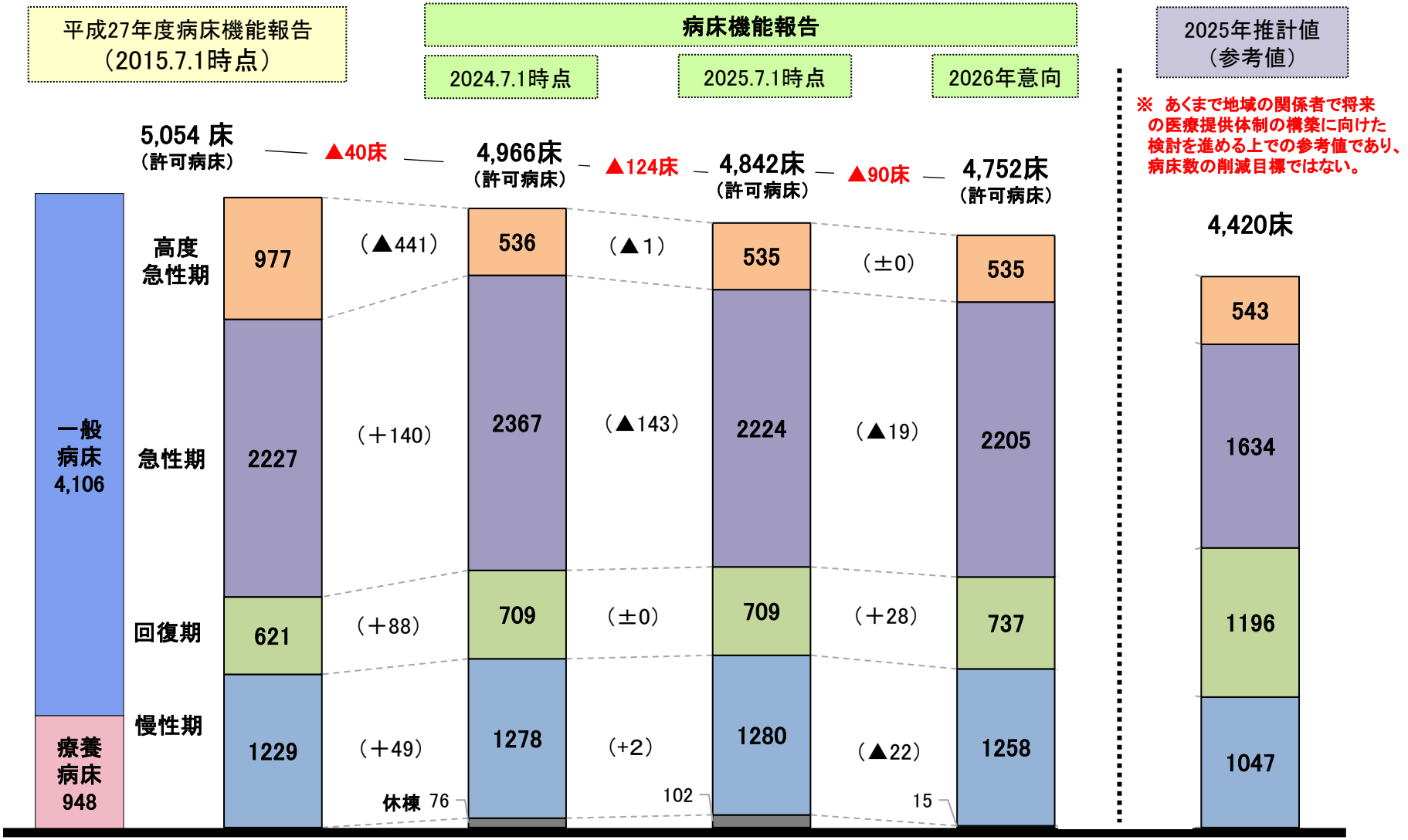
限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和８年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和９年度（2027年度）から取組を開始することを想定

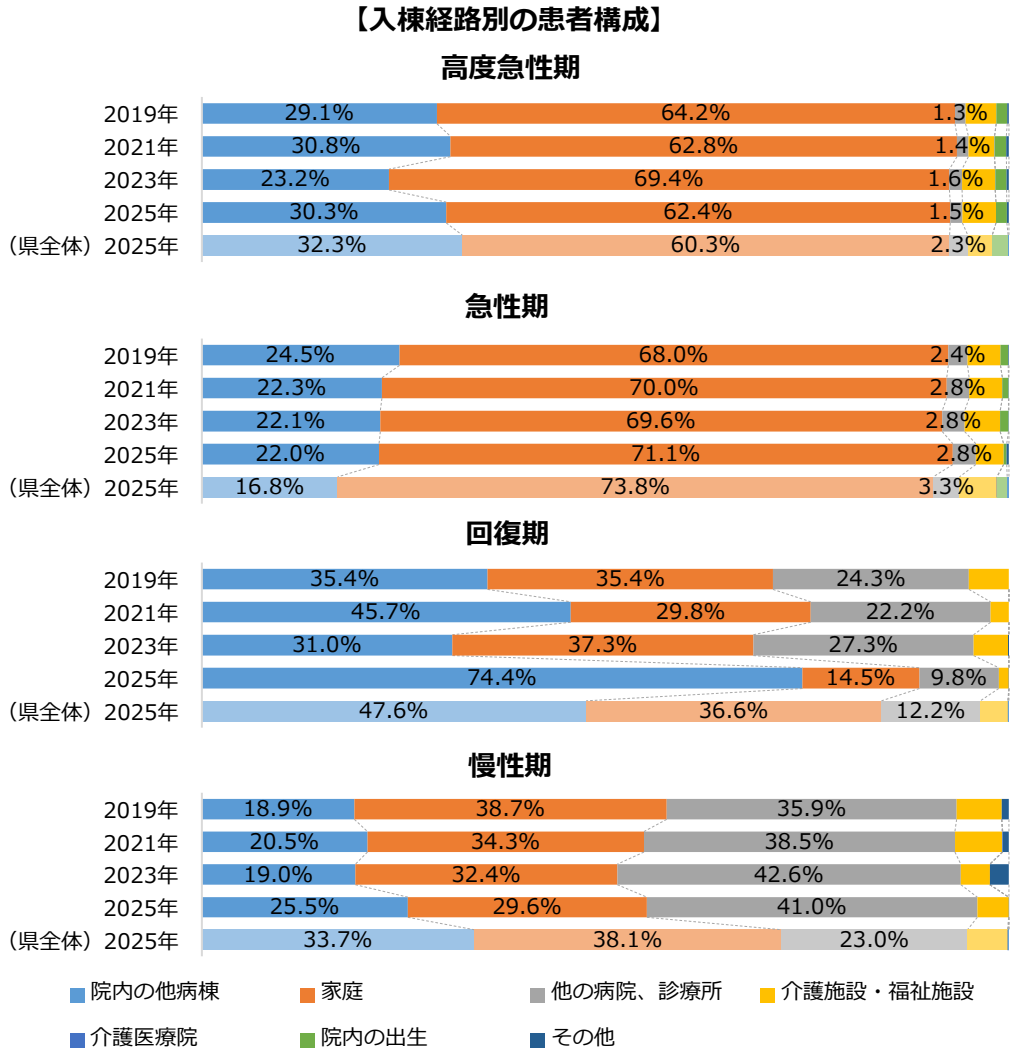
【長野】病床数の推移

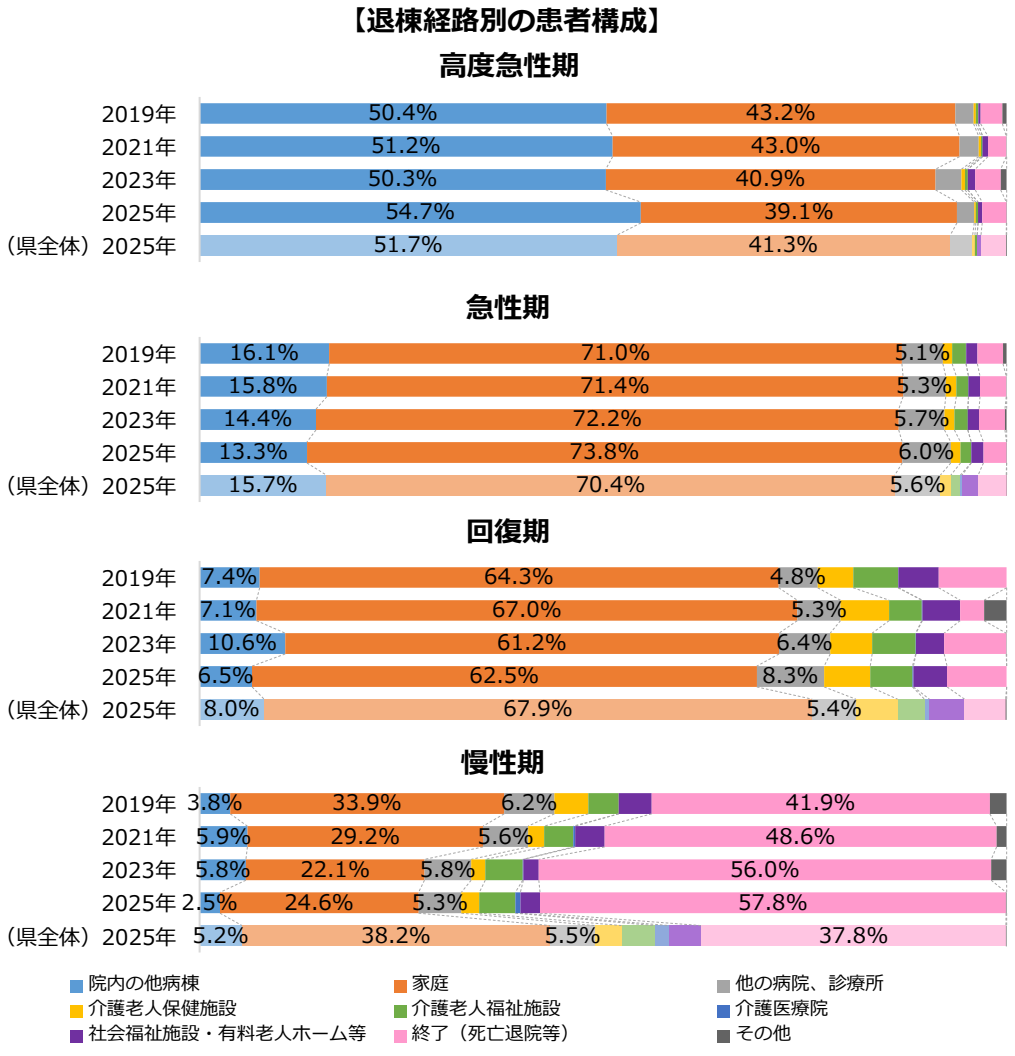
地域医療構想策定前の、2015年７月１日時点と比較すると、総病床数は減少、機能別病床数も急性期・慢性期が減少、回復期が増加。



【長野】入棟・退棟経路別の患者構成の変化

回復期病床及び慢性期病床では、他医療機関からの患者受入れ割合が一定程度みられる。患者の状態に応じた医療機関間の役割分担や連携のもと、患者の受入れや受け渡しが行われていることが伺える。



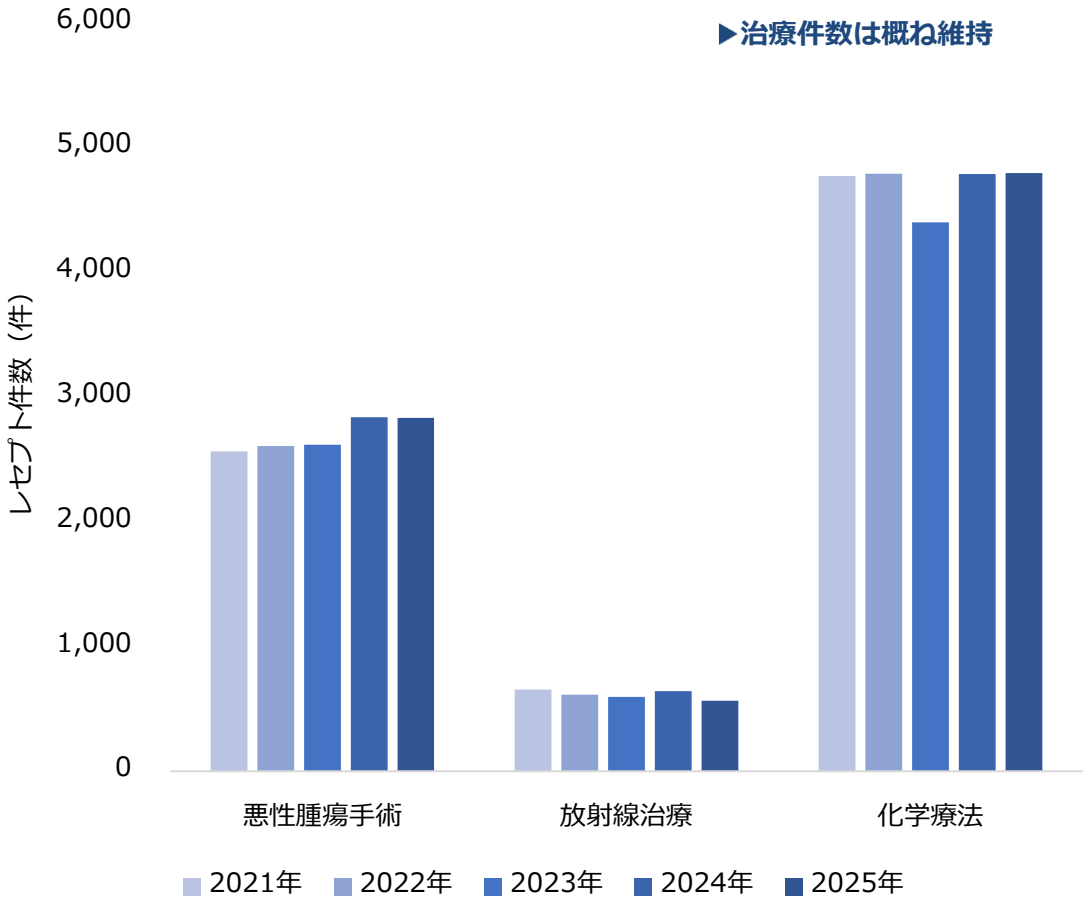


出典：厚生労働省「病床機能報告」

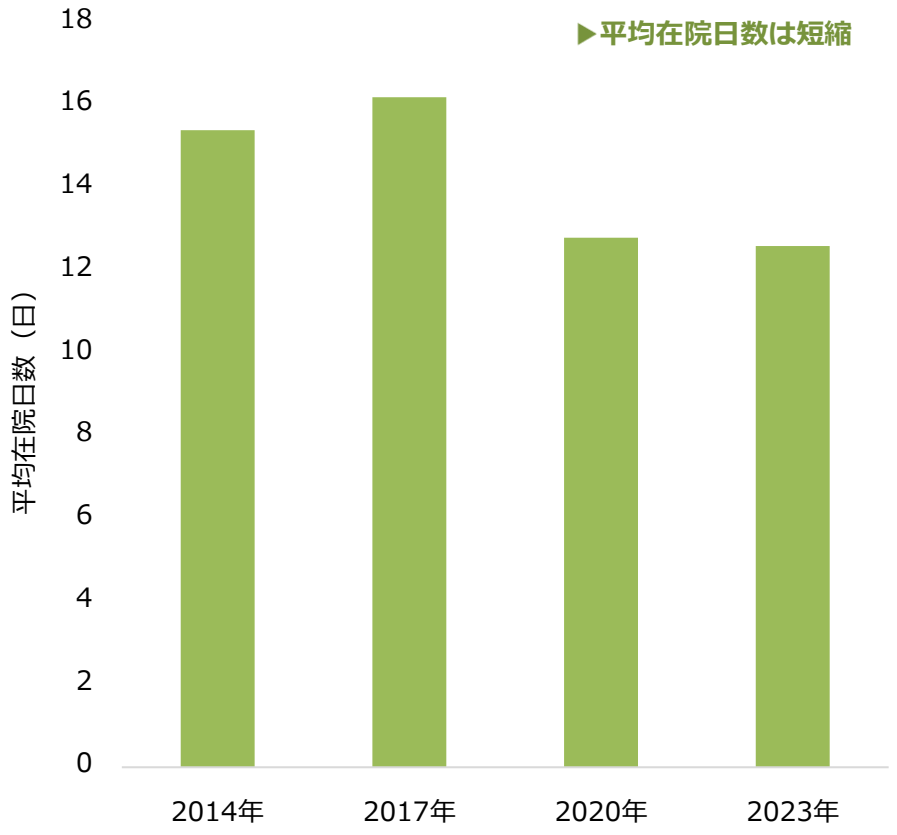
（参考）【長野】がん患者の入院患者数減少の背景

悪性腫瘍手術等の実施件数は概ね維持されている一方、新生物〈腫瘍〉の退院患者平均在院日数は短縮傾向にある。がん治療の外来化や医療技術の進歩、医療機関間の連携等により、短期間で治療を行う体制が進展していることが示唆される。

がんの治療状況の年次推移



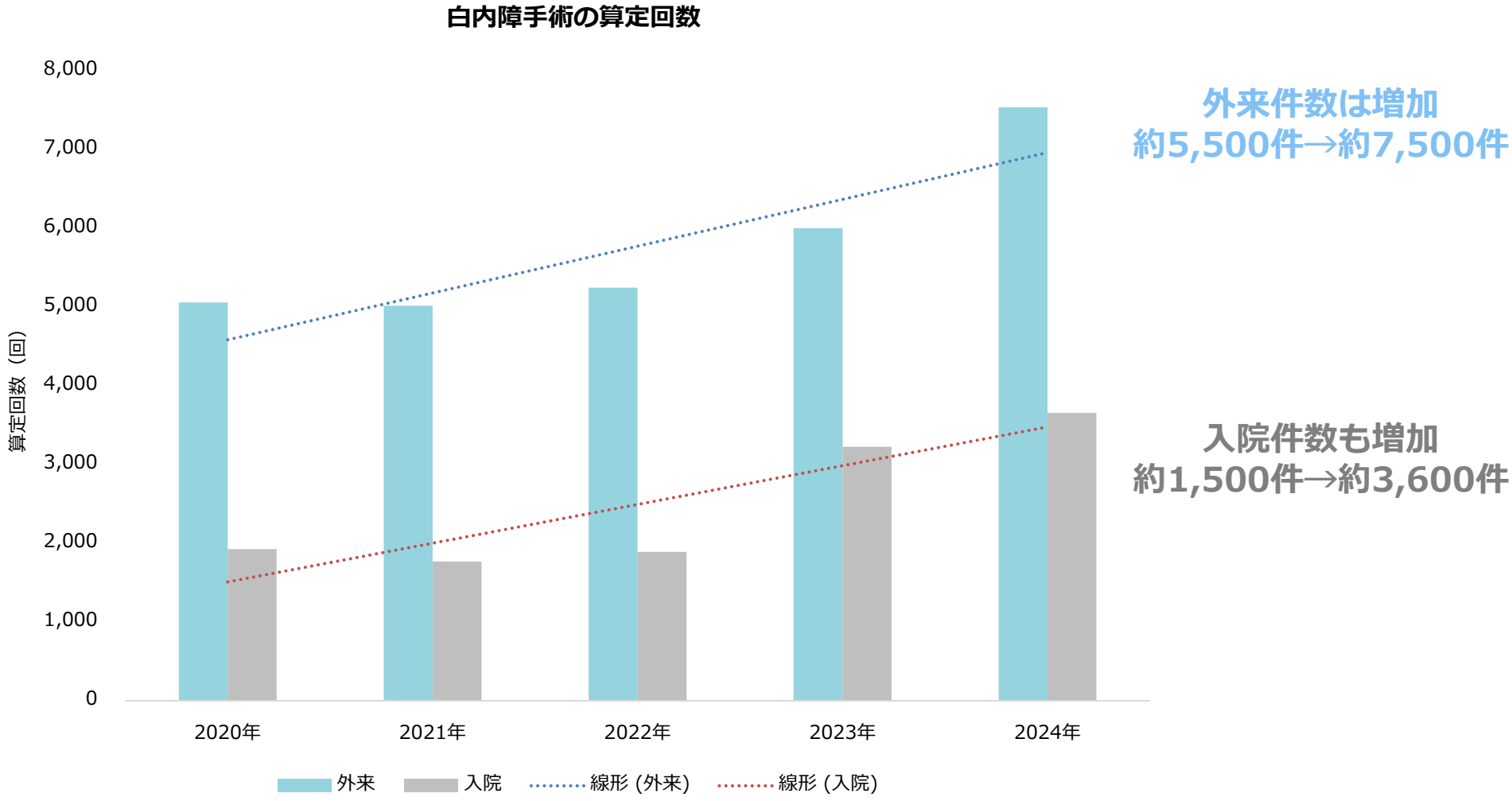
新生物＜腫瘍＞の退院患者平均在院日数



出典：がんの治療状況は長野県「病床機能報告」、退院患者平均在院日数は厚生労働省「患者調査」
注釈：各治療のレセプト値は以下の治療のレセプト件数を合算
・放射線治療：対外照射、ガンマナイフによる定位放射線治療、直線加速器による放射線治療、粒子線治療、全身照射、電磁波温熱療法、密封小線源治療
・化学療法：内服薬を用いている化学療法、注射薬を用いている化学療法

（参考）【長野】白内障手術の外来診療の役割の高まり

白内障の入院患者数は減少しているものの、白内障手術の算定回数は外来・入院ともに増加傾向にある。特に外来手術件数の増加がみられ、白内障手術における外来診療の役割が高まっていることが示唆される。

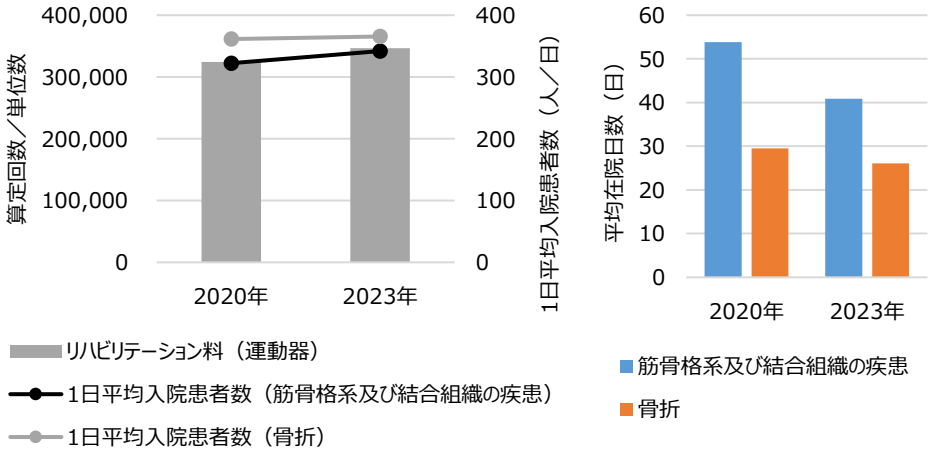


出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」
注： K282_水晶体再建術、 K282-2_後発白内障手術に分類される診療行為の算定回数を合算

（参考）【長野】リハビリテーション提供体制の状況

運動器疾患及び呼吸器疾患では、患者数の推移と比較してリハビリテーション料算定回数の増加率が大きい。特に運動器疾患では平均在院日数が短縮しており、早期回復・早期退院につながっている可能性が示唆される。

運動器疾患関連のリハ料、患者数、平均在院日数

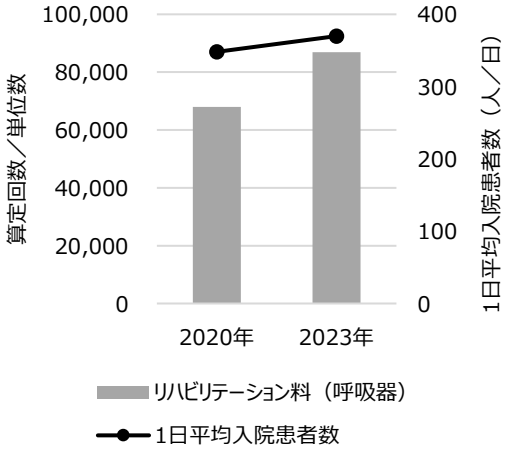


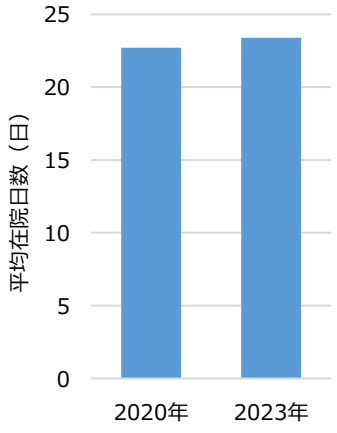
リハビリテーション提供体制の状況

✓リハビリテーション提供量の増加
- 運動器リハ ： 34.2万回→35.0万回
- 呼吸器リハ ： 6.7万回→8.6万回
- 心疾患リハ ： 3.3万回→3.0万回

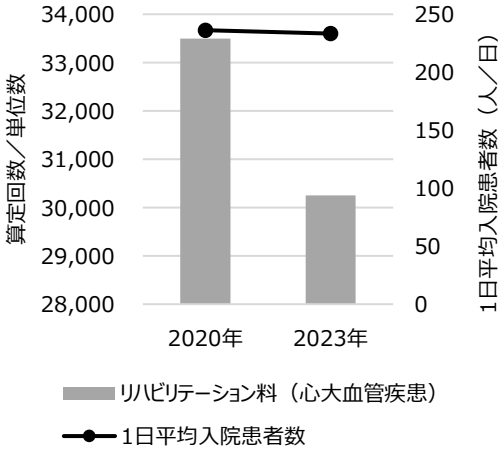
✓患者数に応じたリハビリテーション提供
- 運動器疾患、呼吸器疾患でリハビリ提供量が増加
- 患者数の推移と比較してリハビリ提供量が増加

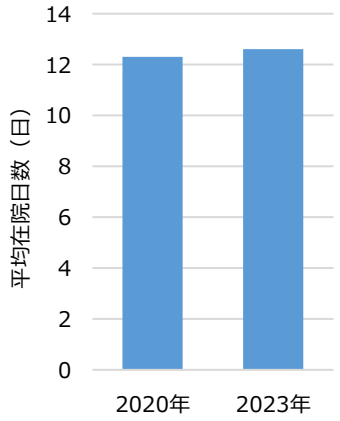
呼吸器疾患関連のリハ料、患者数、平均在院日数





心疾患のリハ料、患者数、平均在院日数推移



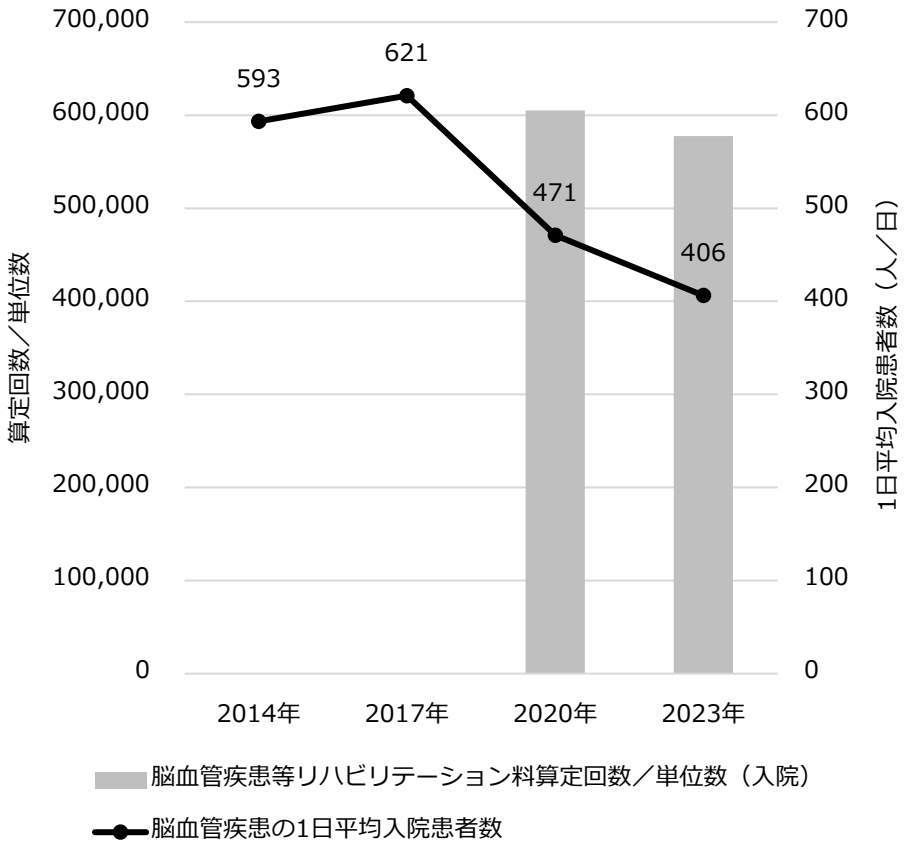


出典：厚生労働省「患者調査」、「NDBオープンデータ」

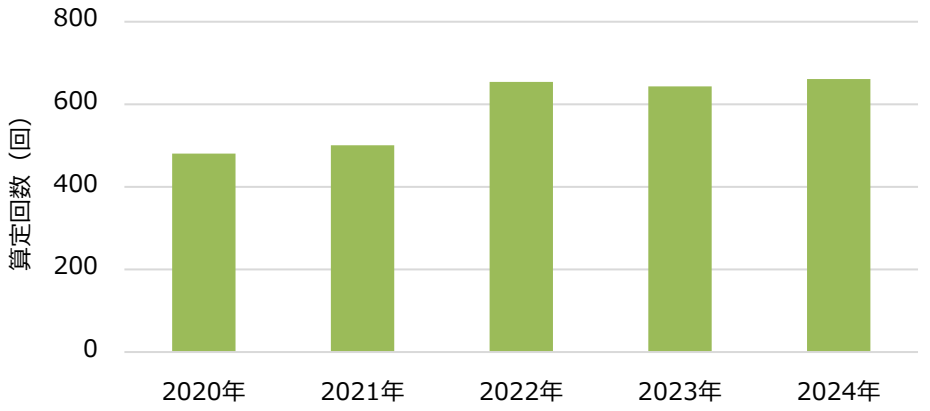
（参考）【長野】脳血管疾患における治療・リハビリ提供体制の変化

脳血管疾患患者数は減少している一方、脳血管疾患関連手術件数は増加している。患者数が減少する中でも必要な治療機能は維持されており、医療提供体制の変化がみられる。

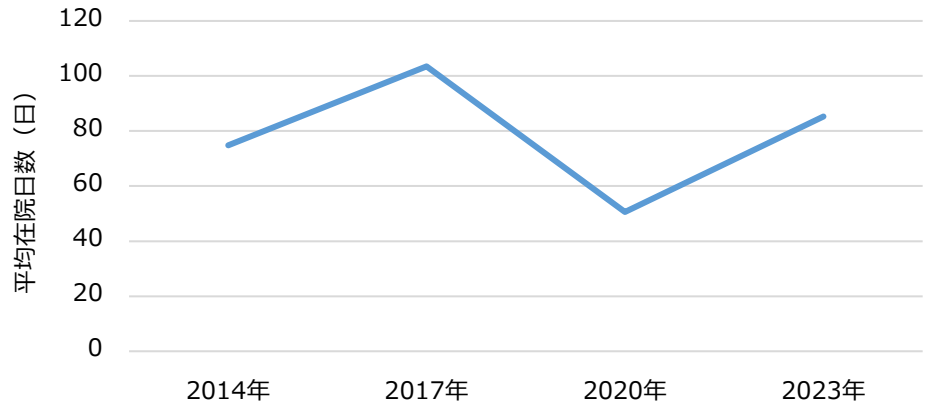
脳血管疾患のリハビリテーション料算定回数（入院）及び1日平均入院患者数



脳血管疾患関連手術算定回数



脳血管疾患の退院患者平均在院日数



出典：リハビリテーション料及び手術の算定回数は「NDBオープンデータ」、退院患者平均在院日数は厚生労働省「患者調査」、患者数は長野県の年齢階級別・傷病分類別受療率と圏域の年齢階級別人口を掛け合わせて算出
注： 2014年、2017年の二次医療圏別リハビリテーション料算定回数は非公開のためグラフに表示しない。脳血管疾患等リハビリテーション料及び脳血管疾患関連手術算定回数について、集計対象とした診療行為を次頁に記載

令和８年度第１回長野医療圏地域医療構想調整会議	資料１－３
令和８年１０月１５日	

参考資料

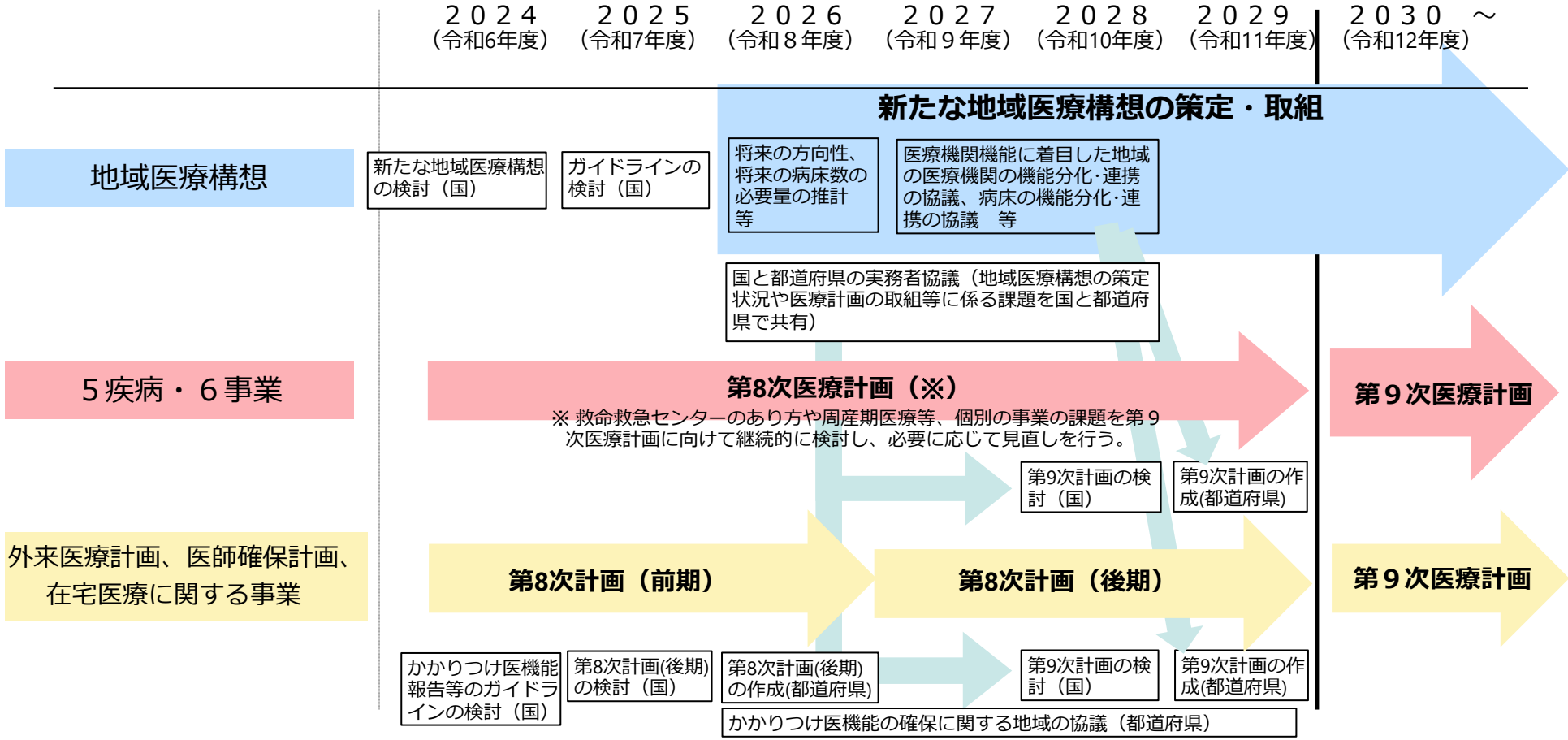
長野県健康福祉部医療政策課

厚生労働省検討会資料

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の策定・推進に向けたスケジュール（イメージ）

年度	地域医療構想の策定と取り組みの進め方	
2026年	現状・課題の把握	• 基本となるデータとして**人口推計、現在の病床数、人材等の医療資源、必要病床数等の将来の見込み等を関係者で共有**する
	区域の設定	• 現在の**構想区域について、必要病床数の議論をするという観点や、医療機関機能の確保を行う単位という観点を踏まえて、構想区域の設定について検討し、必要に応じて見直し** ➢ 医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論 ⇒人口20万人以上を目安としながら検討 ➢ 必要病床数の運用 ⇒区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定 • 設定した構想区域における必要病床数を算出する
	設定した区域の課題の把握	• 入院医療をはじめとした医療提供や人材の確保についての地域における課題をデータに基づき把握し、当該地域で中心となる課題や都道府県全体で取り組むべき課題や目的を設定
2028年	取組の決定と推進	• **遅くとも2028年度までに、急性期拠点機能を報告する医療機関を含めた医療機関の設定など、課題に応じて、対応案を検討・決定**する • その際、病床数等だけでなく、働き方の改善も含めた医療従事者の確保や医療機関へのアクセス等の様々な要素を踏まえた案を複数設定し協議を行う。具体的には、医療提供体制への影響、医療へのアクセス、医療の担い手の確保等の観点に係るメリット・デメリット等を比較考量し、対応案について協議の上、取組方針を決定し、地域医療構想を策定する
2035年	取組の推進	• 2040年を見据えた医療提供体制について、**2035年を目途に、一定の成果を確保**する

※ 議論のために必要なデータ等のうち、国から提供する必要があるものについて、国から都道府県に対し、順次提供。また、国から都道府県に対して、定期的に地域医療構想の策定や推進に資するための研修を実施予定。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ（地域医療構想策定ガイドライン骨子）の概要

厚生労働省検討会資料

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む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よう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に１つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 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実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

※令和８年３月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026年度（令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

＜令和８年度＞新たな地域医療構想の策定にあたっての主な論点

令和８年度は、まず３つの項目について、検討を進めることとしたい。

構想区域	○　2040年やその先を見据えた構想区域（※）の検討 ※　地域医療構想を推進するために、都道府県が設定する「医療機関機能・病床機能の分化・連携」の単位となる区域
医療機関機能	○　令和８年10月から医療機関機能の報告が開始 ○　特に地域で急性期拠点機能を確保・維持できるかを議論できるよう、構想区域とあわせた考え方を整理
病床・在宅医療の必要量等	○　2040年を見据えた病床機能別の病床数や在宅医療の必要量を算出

新たな地域医療構想に関する懇談会とりまとめの概要

1．現行の地域医療構想の取組と今後への課題

これまでの取組
・病床機能の転換や在宅医療・介護施設の整備については、一定程度進捗

評価と課題
・課題としては、グランドデザインと新たな構想の整合や、医療介護の複合ニーズを要する高齢者増への対応（入退院受入体制の整備、高齢者救急など）していく必要

2. 2025年以降の医療を取り巻く変化と課題

医療需要
・2040年に向けた人口構造の変化と医療需要の変化に対応していくため、医療機関機能の分化連携に取り組む必要

医療従事者
・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他専門職等の医療従事者の人材の育成や確保への対応等が必要

3．新たな地域医療構想の目指すべき方向性

- 医療需要等の変化を踏まえ、構想区域の適切な設定や高度専門医療と高齢者疾患等に対応する医療機関の役割分担
- 医療介護双方のニーズを要する高齢者等に対応するための在宅医療や介護との連携体制の更なる整備、高齢者の入退院支援体制の整備
- 地域全体で効率的な医師配置、若手医師の育成環境の整備、医師偏在対策、医師の働き方改革を踏まえた医療人材の確保策　など

4．具体的に検討していくこと

（1）構想区域のあり方

①　構想区域の点検・見直しについて

今後の人口構造の変化と医療需要の変化に対応するため、高度急性期医療の医療提供体制を確保するため適切な構想区域の設定（構想区域の広域化）について検討の必要性

②　構想区域を検討するにあたっての検討事項

2040年の人口構成・医療需要の見通し、患者流出入の状況及び医療従事者の状況、地理的条件、急性期拠点病院の設定等、複合的に検討

（2）急性期拠点病院の考え方

救急医療や多くの医療資源を要する手術等について、今後の医療を取り巻く変化を見据えた集約化等の検討が必要

（3）外来医療・在宅医療・医療と介護との連携

今後、外来・在宅医療、介護連携を推進していくにあたり、急変時の後方支援体制、看取り体制、退院支援体制の構築並びに患者の日常生活圏域での協議の場の必要性等について記載

（4）医療提供体制のグランドデザインと新たな地域医療構想の整合性

新たな構想を策定するにあたっては、県独自に策定したグランドデザインを新たな構想の医療機関機能に収れんしていくことが必要

（5）協議の場について

地域で協議を進めるにあたっては、当該地域の現状や課題を踏まえ、目指すべき姿や方策について関係者が認識共有の上、役割分担を議論

令和８年度第１回長野医療圏地域医療構想調整会議	資料２－１
令和８年１０月１５日	

新たな地域医療構想について（構想区域・急性期拠点機能）

令和８年７月29日長野県医療審議会新たな地域医療構想及び保健医療計画に関する委員会資料

長野県健康福祉部医療政策課

目次

○　令和８年度から「新たな地域医療構想」の策定を開始。

○　「新たな地域医療構想」の策定に向け、初めに構想区域の設定及び急性期拠点機能の整理を行う。

○　本資料では、本県の構想区域（案）及び急性期拠点機能の考え方の整理（案）を提示するので、議論いただきたい。

１．構想区域について　・・・P. 3

２．急性期拠点機能の協議の方向性等　・・・P.30

３．本日ご意見いただきたいこと　・・・P.37

１．構想区域について

新たな地域医療構想とは

○　新たな地域医療構想は、医療と介護の複合ニーズを抱える**85 歳以上の高齢者**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・全ての世代の患者が、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て、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を目的とするもの。

○　上記を踏まえ、各都道府県において、

- 2040年の医療需要と機能別（高度急性期、急性期、包括期、慢性期）の病床数の必要量の推計値
- 医療機関機能の確保の協議を通じた将来の医療提供体制の取組
- 慢性期の必要量の推計等を参考に、地域の医療・介護資源により一体的に受け止める体制の確保
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

を「地域医療構想」として策定し、地域の関係者間の協議に基づく医療機関の自主的な取組によって、医療機関機能及び病床の機能の分化・連携の推進を図る。

○　目標時期

2040年

○　主な検討事項（例）

➢　構想区域

・2040年やその先を見据えた構想区域（※）の検討

※　地域医療構想を推進するために、都道府県が設定する「医療機関機能・病床機能の分化・連携」の単位となる区域

➢　医療機関機能

・令和８年10月から医療機関機能の報告が開始

・特に地域で急性期拠点機能を確保・維持できるかを議論できるよう、構想区域とあわせた考え方を整理

➢　病床・在宅医療の必要量等

・2040年を見据えた病床機能別の病床数（必要量）や在宅医療の必要量を算出

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ（地域医療構想策定ガイドライン骨子）の概要

厚生労働省検討会資料

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が更に進む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よう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護のニーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に１つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 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実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

※令和８年３月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、 2026年度（令和８年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める

構想区域とは

構想区域は、地域医療構想に基づき医療提供体制を構築するための区域。

厚生労働省検討会資料

- 構想区域については、①医療提供体制構築のため、②必要病床数運用のための、大きく２つの役割がある。
- それぞれ、医療提供体制構築のため、急性期拠点機能等が確保・維持できる単位であるか、必要病床数の議論等が可能な単位であるか等について、区域の人口や医療機関数、患者の流出入等を踏まえ、適切な規模で設定する必要がある。

構想区域の役割

①　医療機関の連携・再編・集約化など、医療提供体制構築のための議論

- 区域内に所在する病院等が急性期、高齢者救急等について議論する単位
- 特に、急性期拠点機能の確保に係る議論のため、緊急手術等の急性期医療の需要が一定程度発生し、急性期拠点機能を確保・維持できるよう設定し、地域での議論や取組を推進できる必要

⇒**人口20～30万人以上を目安としながら検討する必要**

②　必要病床数の運用

- 入院医療の需要が減少することも踏まえながら、2040年に必要な病床数を確保するために設定する単位
- 特に、機能別に適切な病床数が確保できるよう、都道府県が適切に、調整会議や医療審議会での議論の進行や法令上の権限行使ができる必要

⇒**都道府県が区域の人口や医療機関数、流出入等を踏まえて設定**

新たな構想区域と二次医療圏の違いについて

新たな地域医療構想における構想区域と二次医療圏は、以下のとおり整理される。

	新たな構想区域（地域医療構想）	二次医療圏（医療計画）
根拠法令	・改正医療法　第30 条の３の３第２項第２号	・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29 第１号
設定に関する基準（法令の規定）	地域における医療機関機能及び病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域	地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域
趣旨・役割	**2040年を見据えた区域**であり、病床機能や医療機関機能を考慮し、医療機関の役割分担と連携を進めることとされている。 ※新たな地域医療構想は、医療計画の上位概念となり、本県における医療提供体制の在り方と大枠の方向性を示すビジョン	**６年間ごとに定める区域**であり、基準病床数制度や医師確保計画等といった医療計画の取組みを進めることとされている。 ※医療計画は、新たな地域医療構想を踏まえ、6年ごとに策定する実行計画といった建付けのイメージ
要件	人口規模、患者の受療動向等、**将来における要素を勘案**して検討	地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向を考慮
参考（現構想の状況等）	全県10区域 ※H29年からの地域医療構想で設定	全県10圏域 ※R6からの第8次医療計画で設定
	全国339区域（令和６年４月時点） ※H28~29において、各都道府県で設定	全国330区域（令和６年４月時点） ※Ｒ5において、各都道府県で設定

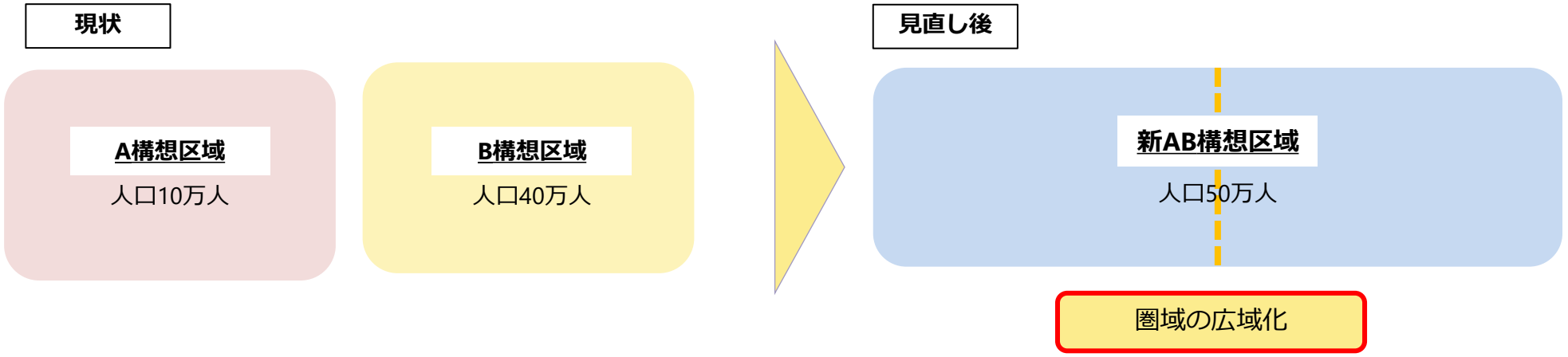
構想区域の見直しについて（方向性）

国の「地域医療構想ガイドライン」では、地域の実情を踏まえ必要な場合は、以下のような観点から構想区域の見直しを行うよう方向性が提示されている

- 2040年を見据え、人口規模（20万人未満等）、医療需要の変化、医療従事者の確保等の観点から、医療提供体制を確保していく上での課題がある場合は、必要に応じて構想区域の拡大を検討
- 構想区域では、「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」を確保

当県においては、構想区域の見直し（広域化）の検討が必要

見直しイメージ



構想区域の見直し（広域化）を検討するにあたっての主な観点

① 将来人口について

・2040年における将来推計を踏まえ、将来の人口規模が小さくなる区域については、当該区域のみで医療提供体制を維持することが困難となっていないか/将来そうした状況にならないか。
※人口規模については、高度な急性期医療を持続的に維持させるために、20万人以上が基本とされている。

② 区域間の受療動向について

・現状の受療動向を考慮し、実際の患者の流れと反した設定になっていないか。
※特に、機能集約の必要性がある高度～急性期需要を中心に考慮が必要

③ 既存施策等との整合性について

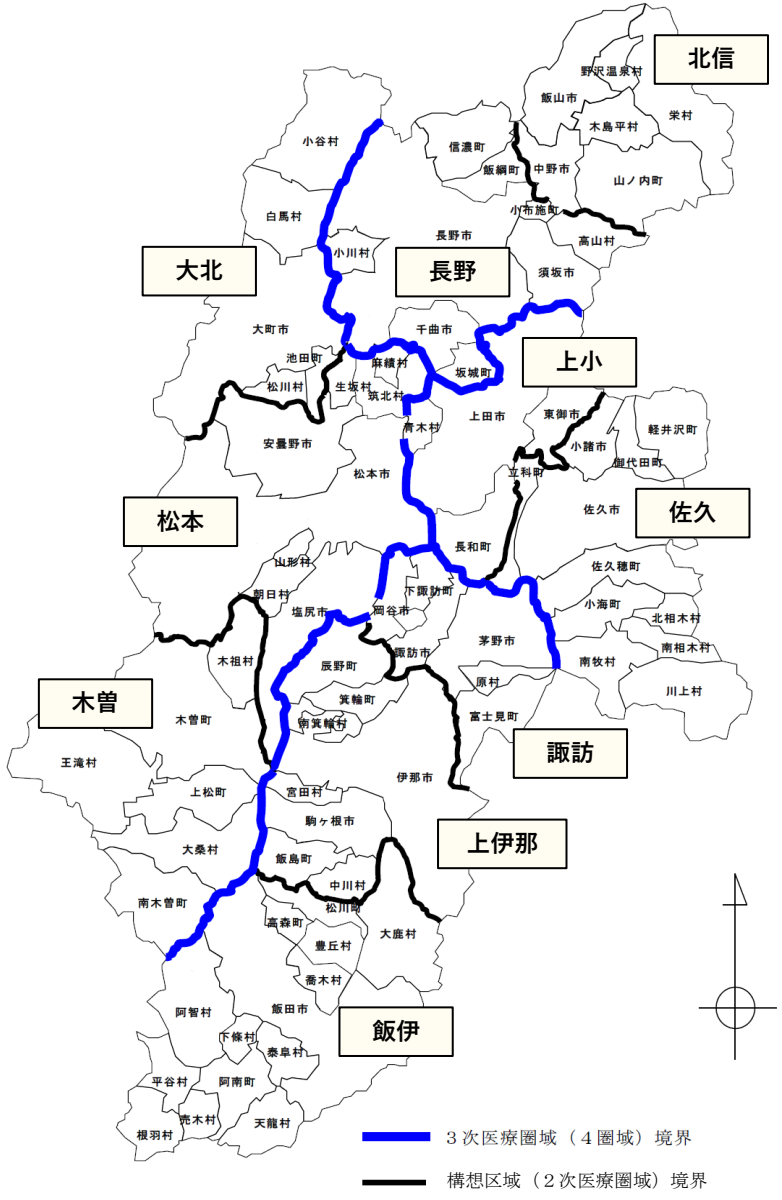
・現状の区域単位は分割せずに維持することで、既存施策等（医療計画に基づく施策等）との整合性を確保
※“2040年を見据えている構想区域”と“足元を見ている二次医療圏”に留意が必要

④ 現状の医療資源等について

・高度～急性期需要の中核となる医療機関が確保できているか
・全国的にも医師数が少ない状況を踏まえ、区域で医療提供体制を維持できるか
・地理的条件（アクセス等）を考慮できているか

本県における現行の地域医療構想における構想区域の設定状況

		構想区域					
		圏　域	区　　域	市町村数	人　口（人）	面　積（㎢）	所　在保健所
県全域	東信	佐　久	小諸市、佐久市、南佐久郡、北佐久郡	11	200,454	1,571.18	佐　久
		上　小	上田市、東御市、小県郡	4	185,834	905.37	上　田
	南信	諏　訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡	6	183,946	715.75	諏　訪
		上伊那	伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡	8	172,253	1,348.40	伊　那
		飯　伊	飯田市、下伊那郡	14	144,354	1,928.89	飯　田
	中信	木　曽	木曽郡	6	22,377	1,546.15	木　曽
		松　本	松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡	8	410,887	1,868.74	松　本 松本市
		大　北	大町市、北安曇郡	5	53,241	1,109.65	大　町
	北信	長　野	長野市、須坂市、千曲市、埴科郡、上高井郡、上水内郡	9	508,963	1,558.00	長　野 長野市
		北　信	中野市、飯山市、下高井郡、下水内郡	6	76,040	1,009.45	北　信
県　計				77	1,959,494	13,561.58	

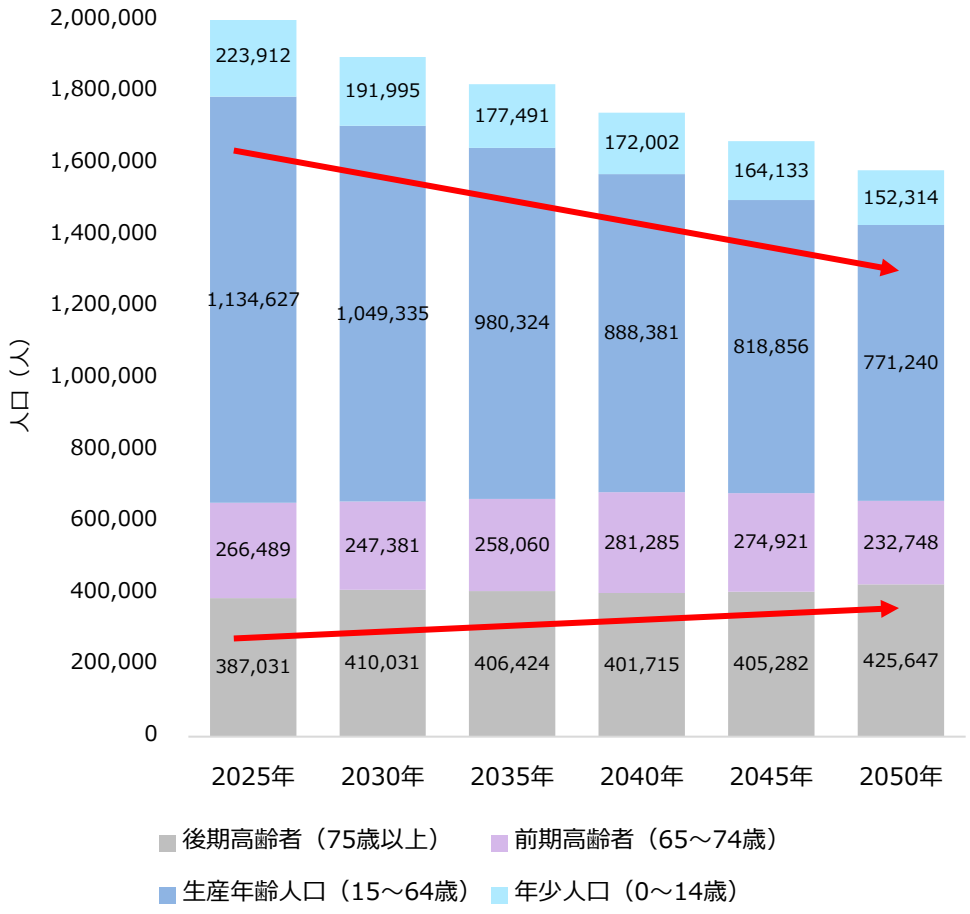


出典：人口は令和８年４月１日現在（長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」）。県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない

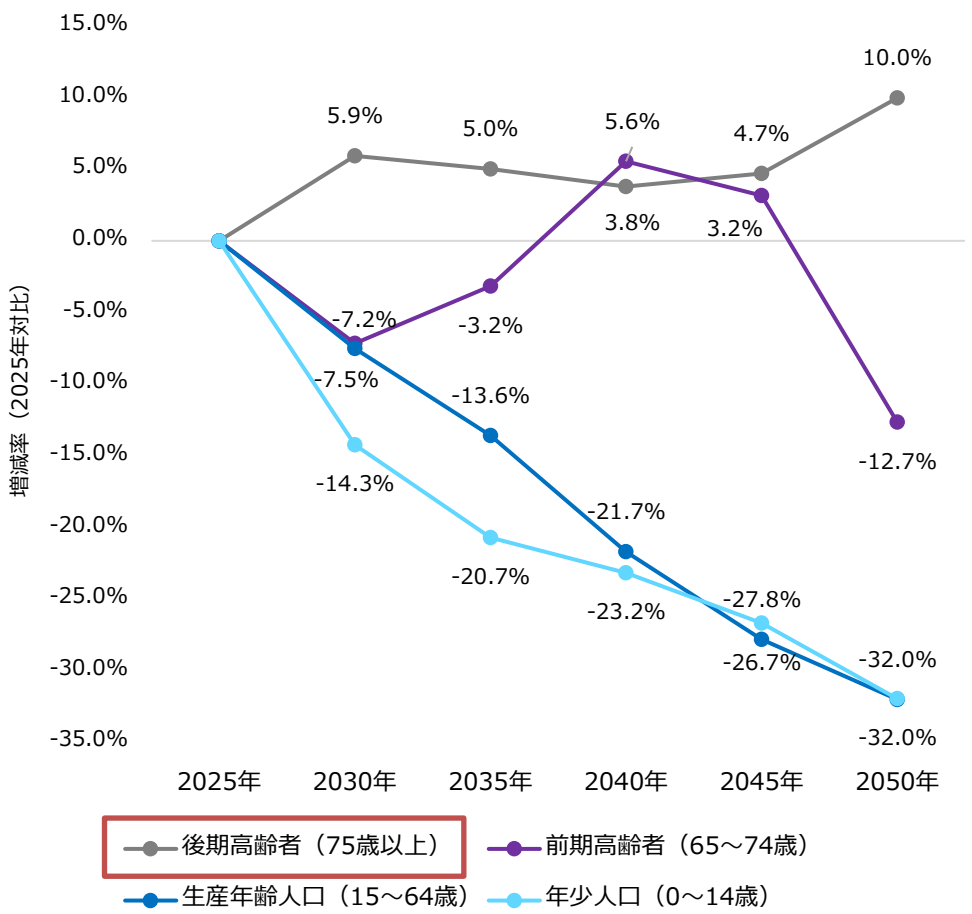
人口構成について

総人口は既にピークを迎えており、2050年に対2025年比で430千人（21%）減少する見込み。生産年齢人口が2050年に対2025年比で32%減少することが予想されるのに対し、75歳以上の高齢者を中心に高齢者人口の増加が予想される。

年齢区分別の人口推計



年齢区分別の人口増減率



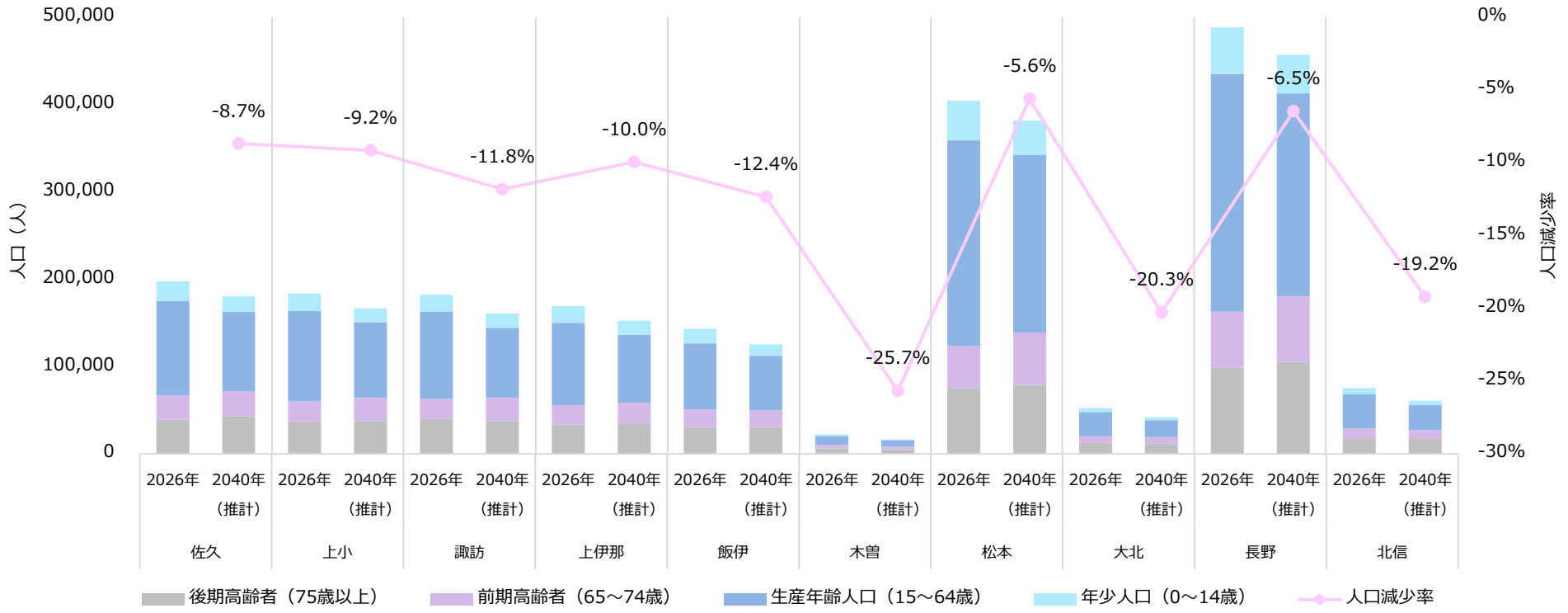
出典：厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」

2040年の圏域ごとの人口状況

圏域ごとの人口動態をみると、全圏域が現状から人口が減少することが見込まれる。特に木曽、大北は、20%以上減少すると見込まれる。

構想区域名	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	計
2026年人口（人）	200,454	185,834	183,946	172,253	144,354	22,377	410,887	53,241	508,963	76,040	1,959,494
2040年推計人口（人）	180,353	166,815	160,523	152,409	125,437	16,509	381,639	41,915	456,765	61,018	1,743,383

2026年人口、2040年推計人口及び人口減少率



出典：2026年人口は令和８年４月１日現在（長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」）。県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない
2040年推計人口は厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」

医療従事者数等について

長野県全体として人口に対する医療従事者数は医師は全国平均より少ないが他の職種は全国平均と同程度である。
一方で、圏域により偏りが見られる。大学病院がある松本圏域は全ての職種において全国平均を上回っているが、高度急性期・急性期医療機能が集中する長野圏域においても医療従事者が不足している状況と言える。

【凡例】赤字：全国比で値が小さい数値、青字：全国比で値が大きい数値

医療資源項目	単位	全国	長野県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
人口	千人	124,330,690	1,959,494	200,454	185,834	183,946	172,253	144,354	22,377	410,887	53,241	508,963	76,040
65歳以上人口	千人	35,916,427	642,311	66,604	60,285	62,913	55,873	51,015	10,031	123,557	20,083	162,830	29,120
割合	%	28.9%	32.8%	33.2%	32.4%	34.2%	32.4%	35.3%	44.8%	30.1%	37.7%	32.0%	38.3%
病院数	病院	8,060	120	13	14	11	9	9	1	26	2	32	3
人口10万人対	病院	6.5	6.1	6.5	7.5	6.0	5.2	6.2	4.5	6.3	3.8	6.3	3.9
救急告示病院数	病院	3,886	82	12	11	6	3	9	1	16	2	20	2
人口10万人対	病院	3.1	4.2	6.0	5.9	3.3	1.7	6.2	4.5	3.9	3.8	3.9	2.6
在宅療養支援病院数	病院	1,664	40	5	6	3	1	5	1	12	1	6	0
老年人口10万人対	病院	4.6	6.2	7.5	10.0	4.8	1.8	9.8	10.0	9.7	5.0	3.7	0.0
在宅療養支援診療所数	診療所	14,725	280	22	18	38	26	42	3	63	8	53	7
老年人口10万人対	診療所	41.0	43.6	33.0	29.9	60.4	46.5	82.3	29.9	51.0	39.8	32.5	24.0
医師数	人	413,122	5,319	628	379	503	317	321	45	1,507	125	1,284	209
人口10万人対	人	332	271	313	204	274	184	223	199	367	235	252	275
看護師・准看護師数	人	1,152,205	19,730	2,194	1,756	2,038	1,463	1,449	147	4,453	500	4,927	805
人口10万人対	人	927	1,007	1,094	945	1,108	849	1,004	656	1,084	938	968	1,058
薬剤師数	人	56,569	975	109	80	108	71	73	12	245	19	221	38
人口10万人対	人	45	50	54	43	58	41	50	54	60	36	43	50
理学療法士数	人	107,839	1,891	247	228	202	114	164	11	373	62	430	58
人口10万人対	人	87	96	123	123	110	66	114	51	91	116	84	76
作業療法士数	人	53,605	1,127	87	172	129	81	113	5	245	23	240	33
人口10万人対	人	43	58	43	93	70	47	78	22	60	43	47	43
言語聴覚士数	人	18,805	372	31	46	44	31	39	2	90	5	77	7
人口10万人対	人	15	19	15	25	24	18	27	9	22	9	15	9
管理栄養士数	人	27,850	477	44	57	53	32	48	4	98	14	109	17
人口10万人対	人	22	24	22	31	29	19	33	17	24	27	21	22

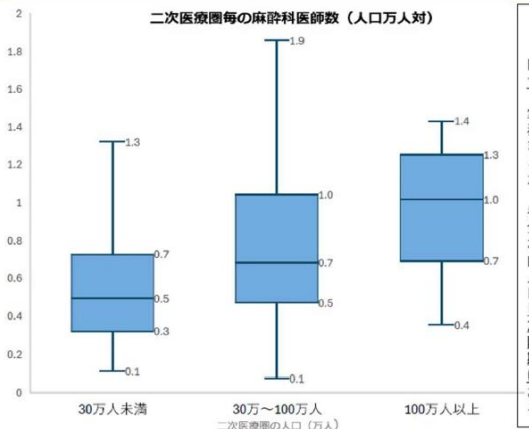
出典：【人口】＜全国＞住民基本台帳データ（令和7年1月時点）、＜長野県全体・二次医療圏＞毎月人口異動調査（令和8年4月時点）
【病院数】＜全国＞医療施設調査（令和6年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞長野県集計（令和8年6月時点）
【救急告示病院数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞長野県公表集計（令和8年5月時点）
【在宅療養支援病院数】＜全国＞一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会公表値（令和5年3月時点）、＜長野県・二次医療圏＞厚生局医療機関名簿（令和8年3月時点）
【在宅療養支援診療所数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞厚生局医療機関名簿（令和8年3月時点）
【医療従事者数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞医療情報ネット（令和8年4月時点）（言語聴覚士のみ医療施設調査（令和5年10月時点））

（参考：厚生労働省資料）一定の集約化の必要性について

<厚生労働省検討会資料抜粋>

麻酔科医の確保について

- 全身麻酔手術等の実施に必要な麻酔科医については、人口あたり医師数で比較しても、人口が多い地域に、より多く集まる傾向にある。また、日本麻酔科学会からは、小規模な外科診療の縮小や急性期病院の集約化を進めることについて指摘されている。
- 都市部においては、急性期拠点機能を担う医療機関以外の医療機関であっても、増加する高齢者の骨折をはじめとした手術を実施する必要があり、一定の集約の議論は進めつつも、急性期拠点機能以外の病院も含めた手術の実施体制の確保が必要であるなど、人材確保の観点も踏まえながら地域ごとの事情に応じた連携・再編・集約化の議論が必要である。



公益社団法人日本麻酔科学会要望書（抜粋）

この度，急激な少子高齢化ならびに人口減に伴ういわゆる2040年問題に関して，我々麻酔科医が主に勤務する急性期病院のさらなる集約化の推進について要望させていただきます。

（略）　一方，麻酔科医の増加に伴い，その周辺領域，例えば救急医療，集中治療，ペインクリニック，緩和医療，無痛分娩対応，そして病院管理業務など，本来の周術期麻酔科診療以外での活躍の場が広がってきています。また，麻酔科は他診療科と比べ多様なライフスタイルへの対応を迫られることが多く，一部の麻酔科医に当直や夜間/休日緊急手術対応など負荷がかかっております。

2024年度から，医療現場でも働き方改革が法的に導入され，多職種医療者へのタスク・シフト/シェアが推進されています。国民の周術期医療の安全性を担保しながら，麻酔科医の労働環境を改善することも重要な課題となっています。一方，本邦の超少子高齢化は深刻で、コロナ禍によりこの傾向が助長されることが危惧されます。総務省の報告では，2040年に日本の人口はピーク時より2000万人以上が減少し，高齢化率は35%以上，そして日本の50%の居住地域で人口が40%以上減少することが示されています。**ヒューマンリソースが相対的に減少する中、増加する医療ニーズに対応するためには本邦の特徴でもある小規模の外科診療を縮小し，いわゆる急性期病院の集約化・再編を進めることが喫緊の課題であると感じております。急性期病院の集約化は麻酔科医師のマンパワーを効率的に最大限に活用するためにも極めて重要**であると考えます。一方で集約化に伴い，起こりうる地域における医療アクセスも課題であり集約化と均てん化はバランスを持って進めることも重要と考えます。

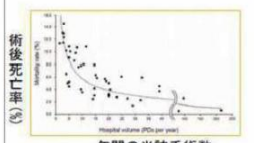
令和６年11月８日第11回新たな地域医療構想等に関する検討会

＜医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会における議論の内容＞

日本消化器外科学会提出資料

令和6年10月30日第７回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料（資料２）

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
-集約化によって見込まれる短期成績の向上-

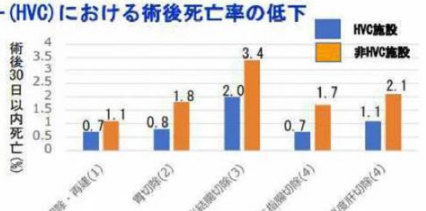




超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。
厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
（藤原俊義ら、2020）

年間手術数の多いハイボリュームセンター（HVC）における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター（HVC）の基準 成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上



(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.
(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.

消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

例えば、麻酔科・外科については、各学会からも一定の集約化を進めることが指摘をされているなど、地域で医療提供体制を維持できる人材を確保し続けていくことができるかの観点も重要。

【参考】R6長野県の区域別・診療科別医療施設従事者医師数（人）

区分	医師数（実数）（主たる診療科）	
区域	麻酔科	外科
佐　久	13	24
上　小	6	23
諏　訪	13	21
上伊那	8	21
飯　伊	9	20
木　曽	1	4
松　本	65	55
大　北	4	3
長　野	42	40
北　信	6	8
県　計	167	219

出典：R6三師統計

患者流出入（急性期、高度急性期、救急搬送）（10区域）の状況

上小圏域は佐久圏域、上伊那圏域は諏訪・松本圏域と、木曽及び大北圏域は松本圏域と、北信圏域は長野圏域と一定の患者の受療動向が見受けられる。

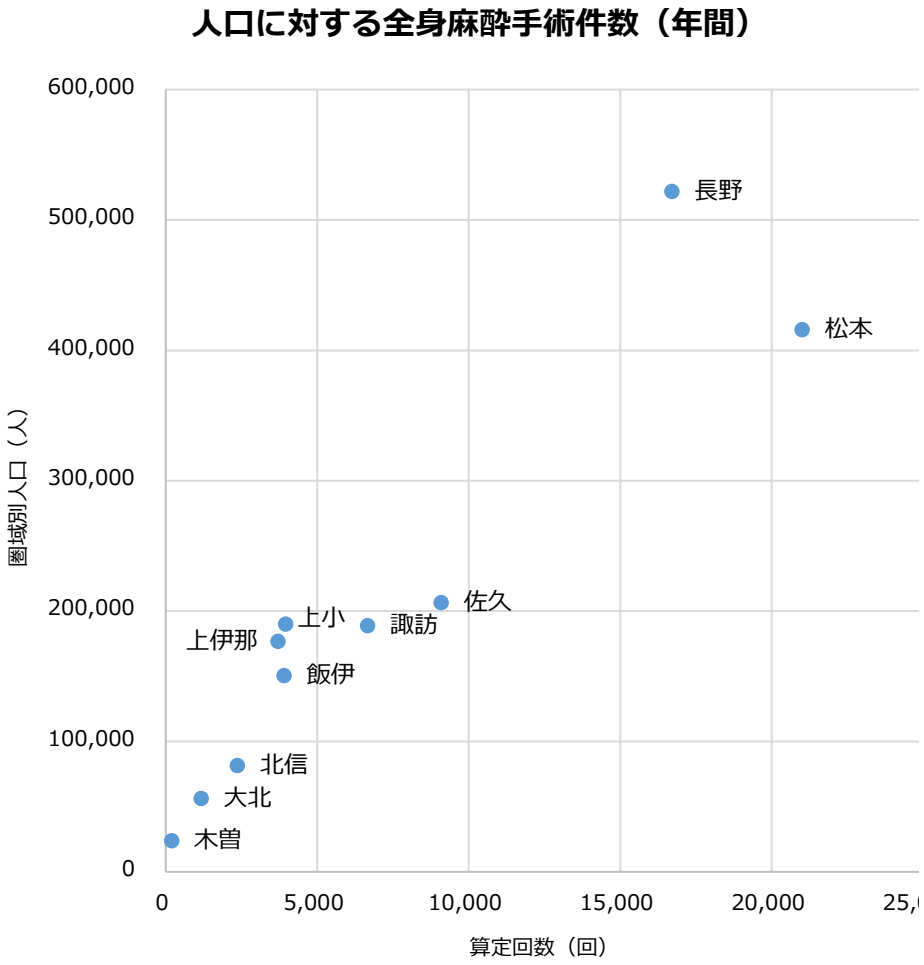
【凡例】**赤字**：県内他圏域への計10%以上の流出がある圏域。

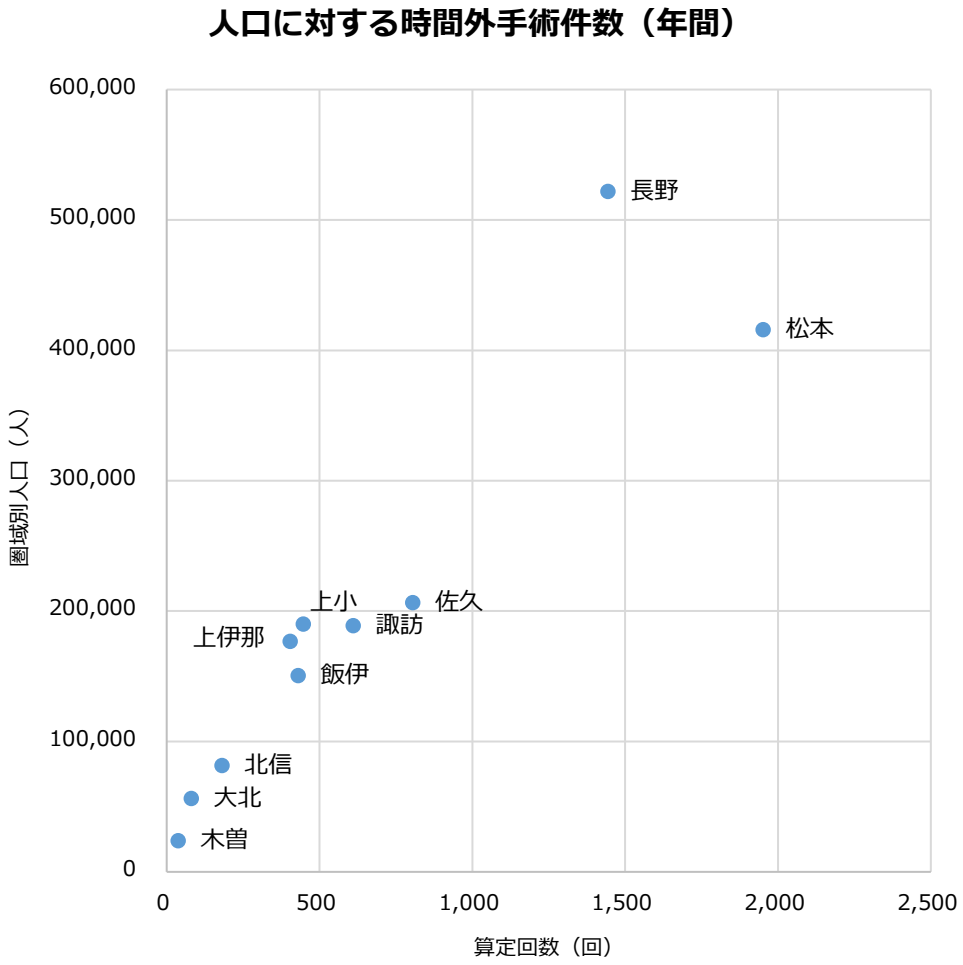
3次医療圏	構想区域				流出状況（最多または5%以上の流出先を記載）		
	2次医療圏	構想区域	人　口（人）	可住面積（km²）	主な流出先へのDPCの流出割合	主な流出先への高度急性期の流出割合	主な流出先への救急搬送の圏域外搬送割合
東信	佐　久	佐　久	200,454	453.37	1.4% （上小圏域）	0.5% （松本圏域）	0.8% （上小圏域）
	上　小	上　小	185,834	249.15	**21.1%（佐久圏域）** **5.5%（松本圏域）**	**38.4%（佐久圏域）** **7.8%（松本圏域）** **5.9%（長野圏域）**	8.9% （佐久圏域）
南信	諏　訪	諏　訪	183,946	199.98	5.1% （松本圏域）	6.5% （松本圏域）	0.9% （松本圏域）
	上伊那	上伊那	172,253	324.9	**8.0%（松本圏域）** **7.4%（諏訪圏域）** **5.8%（飯伊圏域）**	**8.3%（松本圏域）** **5.8%（諏訪圏域）**	3.2% （諏訪圏域）
	飯　伊	飯　伊	144,354	282.21	2.3% （松本圏域）	2.5% （松本圏域）	0.6% （松本圏域）
中信	木　曽	木　曽	22,377	178.88	**21.4%（松本圏域）** 10.2%（東濃圏域）※岐阜県 **9.7%（上伊那圏域）**	**52.9%（上伊那圏域）** **47.1%（松本圏域）**	11.1%（東濃圏域）※岐阜県 **10.4%（松本圏域）** **6.9%（上伊那圏域）**
	松　本	松　本	410,887	498.34	2.2% （大北圏域）	0.3% （長野圏域）	1.0% （大北圏域）
	大　北	大　北	53,241	286.28	**24.6%** **（松本圏域）**	**100%** **（松本圏域）**	**16.8%** **（松本圏域）**
北信	長　野	長　野	508,963	539.69	1.6% （松本圏域）	2.1% （松本圏域）	0.7% （北信圏域）
	北　信	北　信	76,040	201.58	**14.9%** **（長野圏域）**	**27.6%** **（長野圏域）**	7.5% （長野圏域）

出典：人口は令和８年４月１日現在（長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」）。県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない。
流出入割合は厚生労働省「医療計画作成支援データブック　エクストラデータ　受療動向データ（2023）」の二次医療圏別データ、救急搬送の圏域外搬送割合は救急搬送データ（2024）をもとに作成

人口に対する全身麻酔手術件数及び時間外手術件数

人口に応じて、全身麻酔の手術件数や時間外の緊急手術日数は増加している。一方で、全身麻酔の手術や時間外の緊急手術があまり実施されていない圏域もあり、今後の人口減少を考慮すると、実施数はますます少なくなっていくと考えられる。



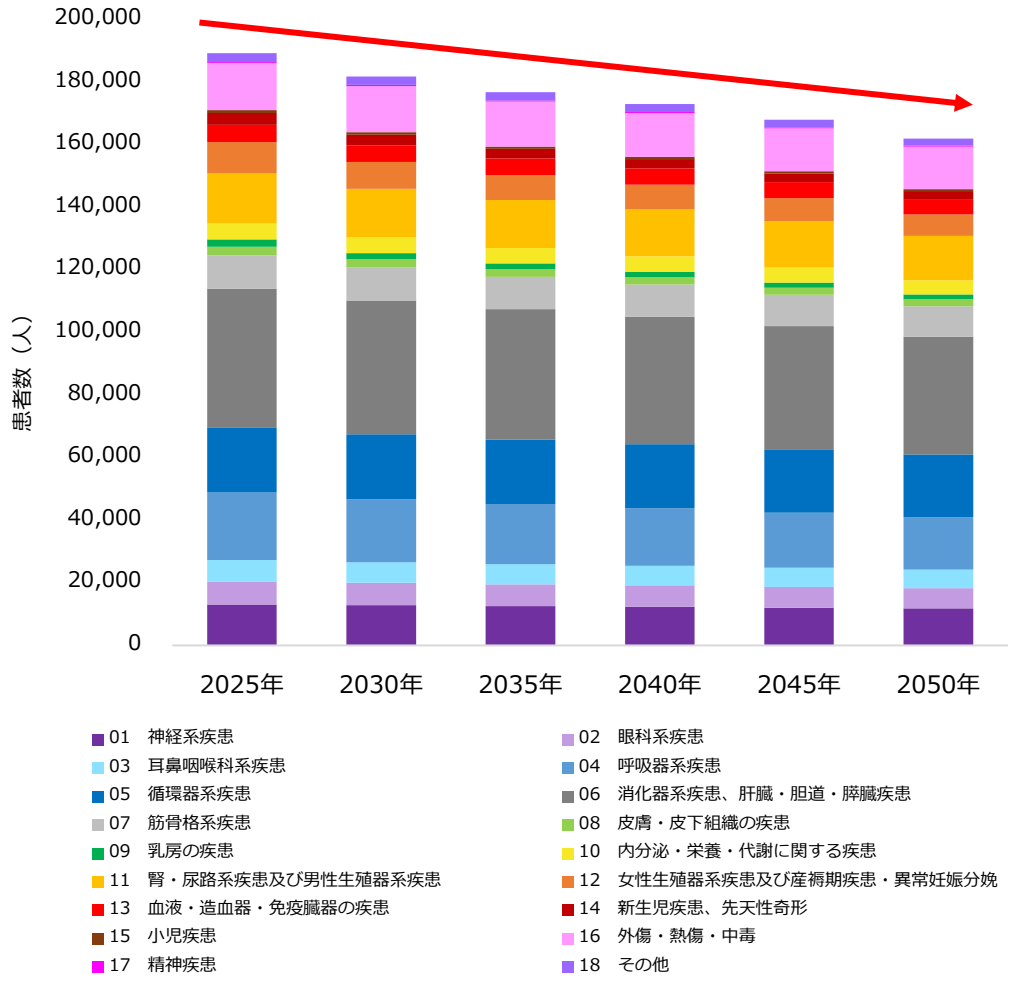


出典：厚生労働省「病床機能報告（令和７年）」より算出。なお、時間外手術の算定回数は、手術の深夜加算１及び２、手術の休日加算１及び２及び手術の時間外加算１及び２の算定回数を合算して算出

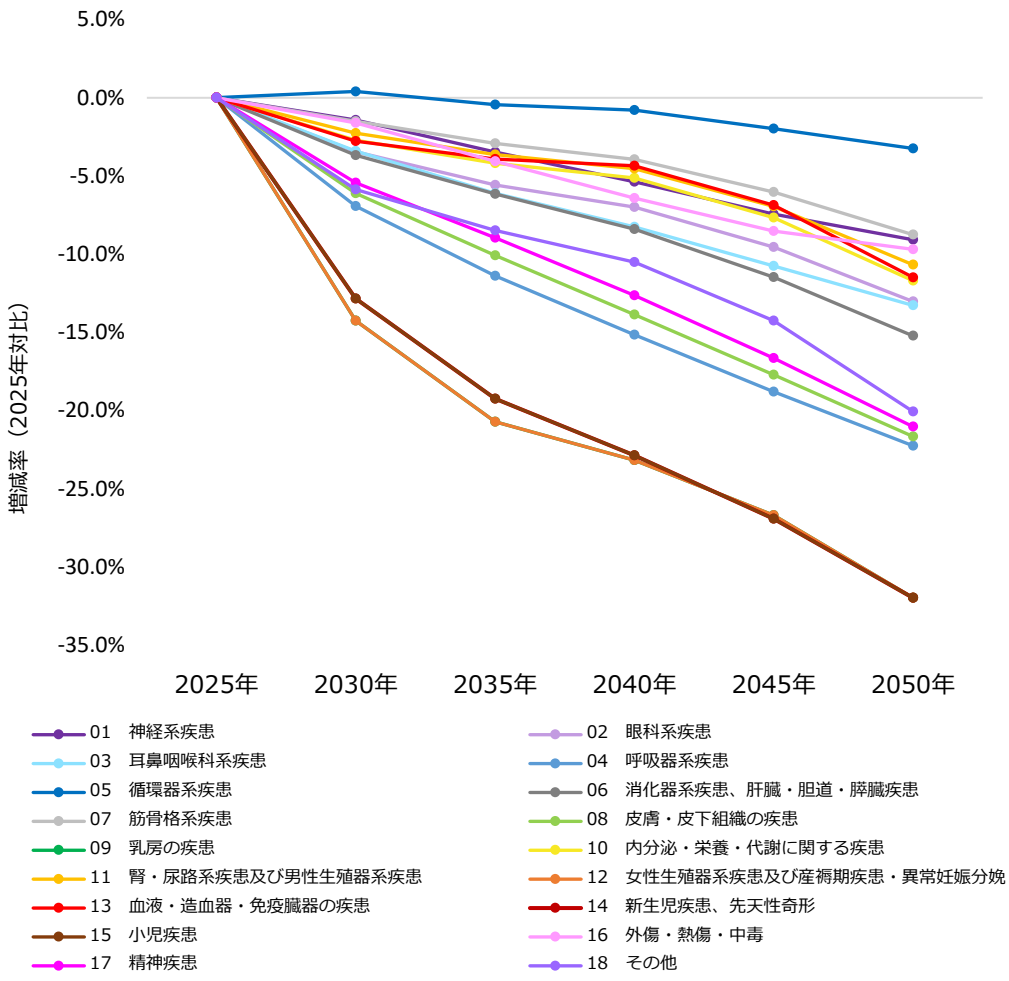
2040年の医療需要について（急性期）

急性期医療需要は2025年以前に既にピークを迎えており、疾病別の患者数も減少が見込まれる。

MDC別の患者数推計

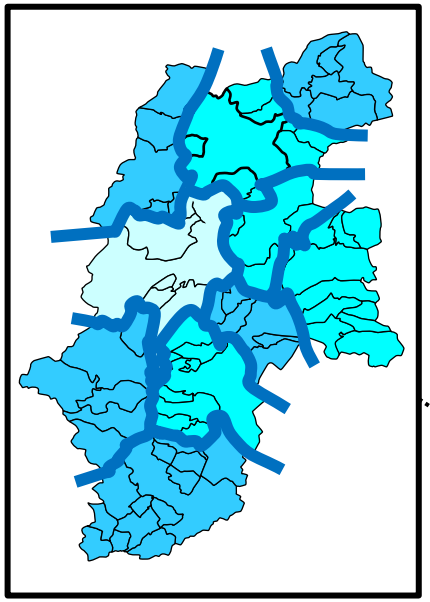


MDC別の患者数増減率



出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」（令和５年度）」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」及び長野県「毎月人口異動調査結果報告（令和５年）」

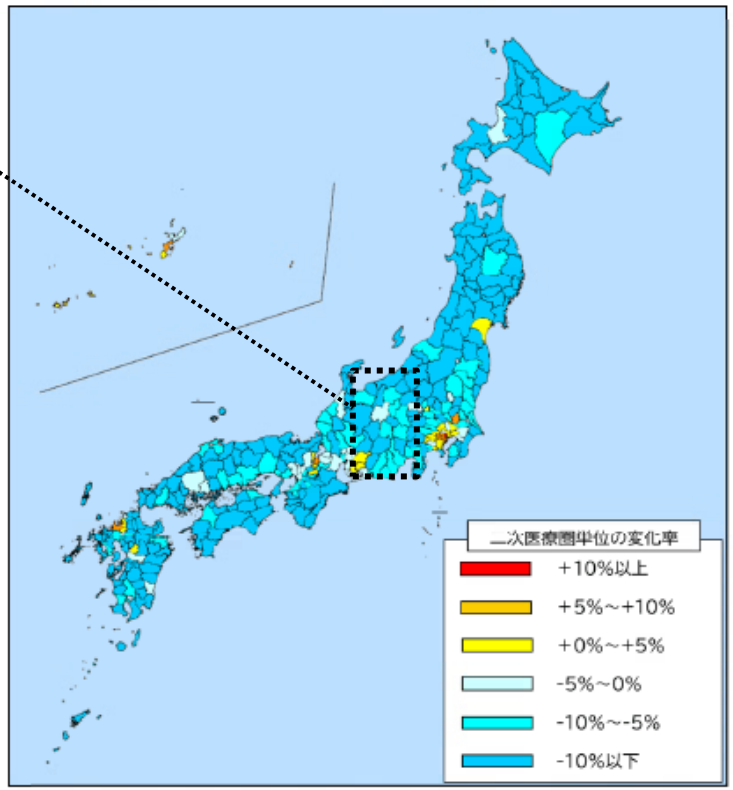
（参考：厚生労働省資料）がん患者における手術療法の需要推計



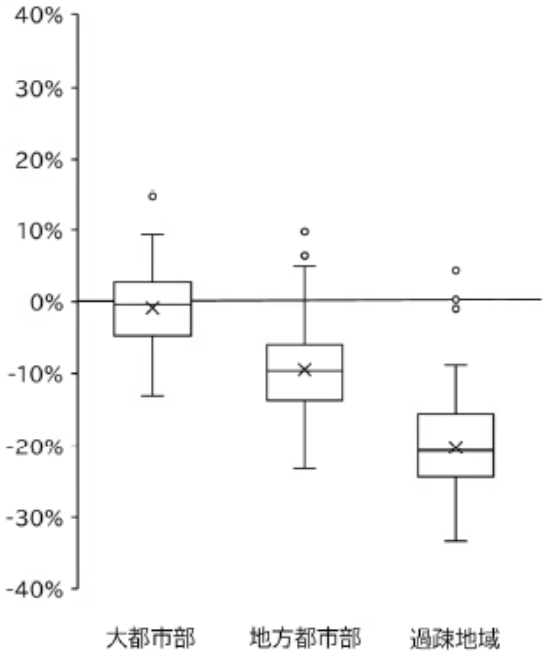
がん患者における手術療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 手術療法の需要は、2040年に向けて、二次医療圏単位では、大都市部の54%、地方都市部の92%、過疎地域の98%で需要が減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の手術療法需要の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患者における手術療法需要変化率（都市型分類別※）

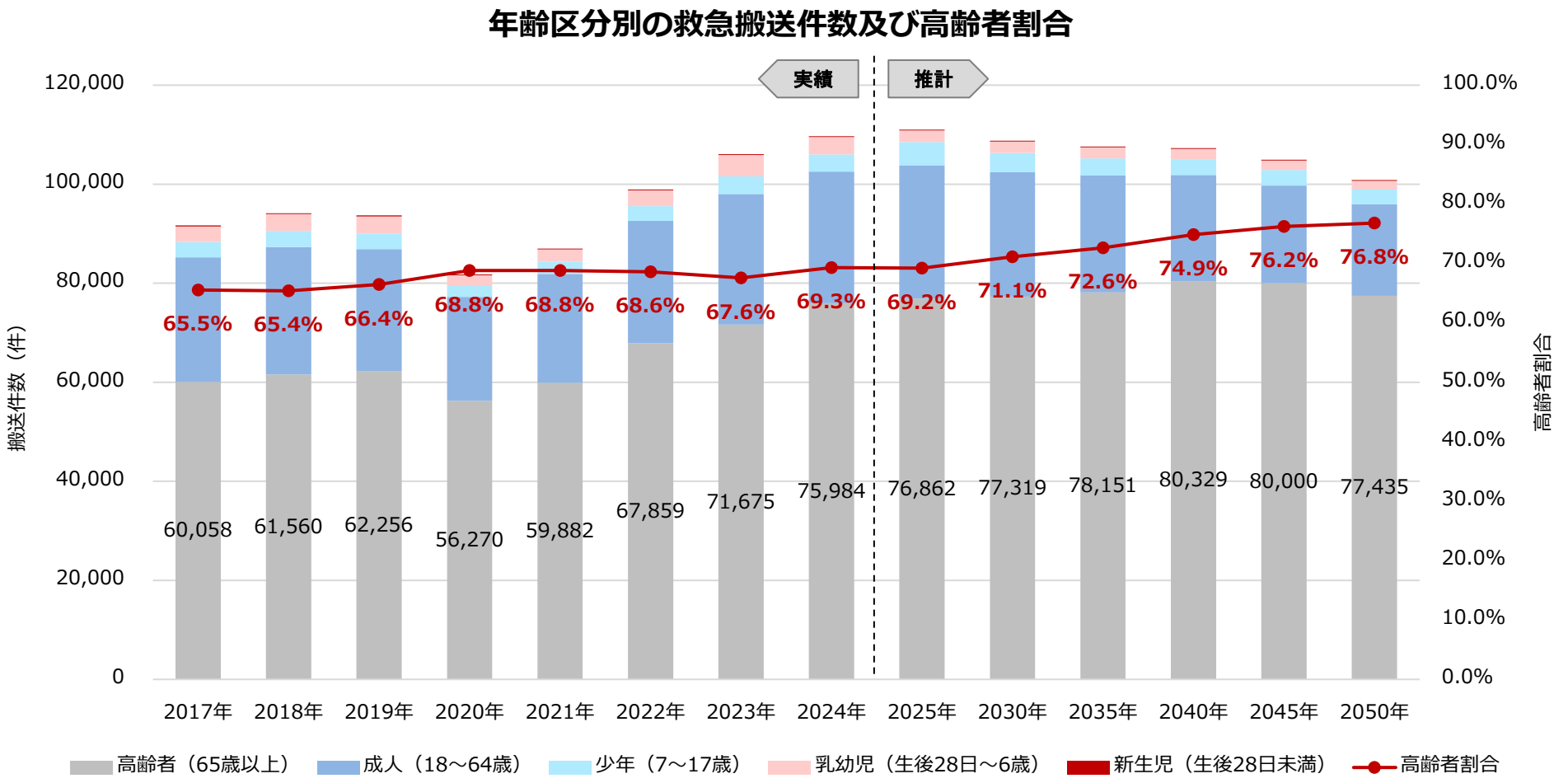


※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

出典：厚生労働省「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関する参考資料」

2040年の医療需要について（救急）

救急搬送件数の総件数は現在がピークに近い状況。また、高齢者の搬送件数は今後増加する見込みであることから、搬送患者に占める高齢者の割合が増加することが見込まれる。

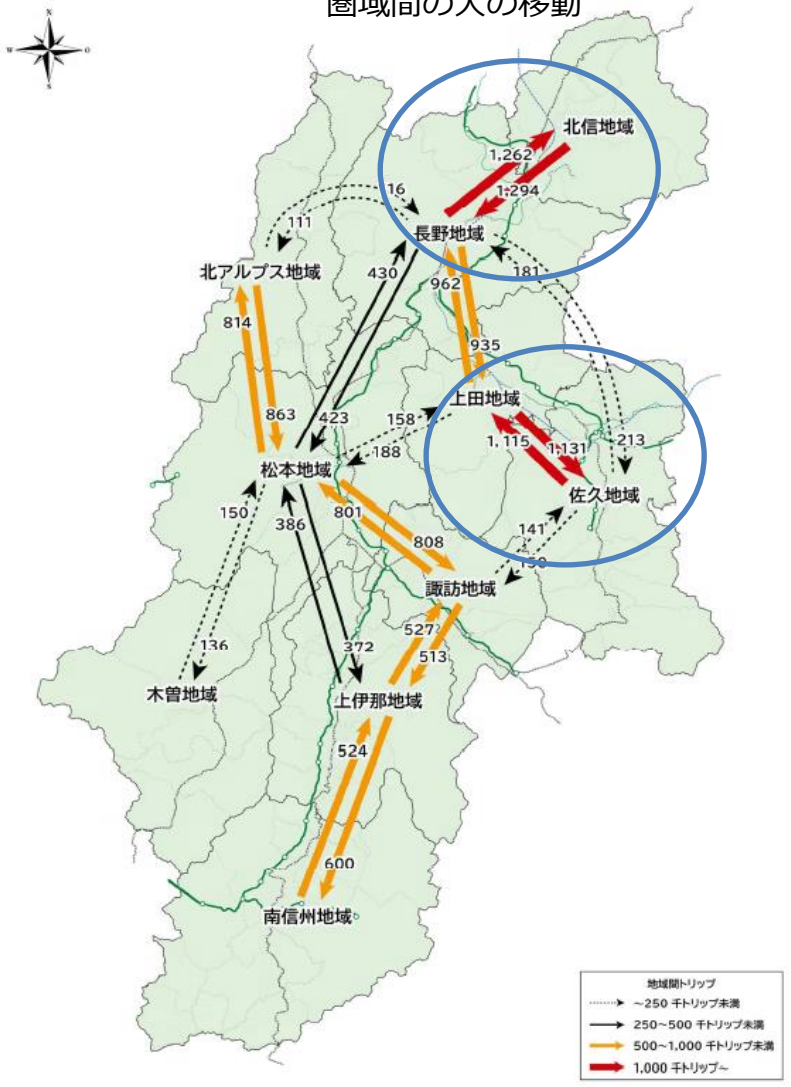


出典：長野県「救急統計データ（平成29年～令和６年）」、「毎月人口移動調査結果報告（令和６年）」及び厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」

圏域間での移動状況

圏域間での人の移動状況を見ると、「長野圏域～北信圏域」並びに「上田圏域～佐久圏域」が比較的多い状況。その他も隣接する圏域間同士で、特に鉄道で連絡された圏域間での移動が多い状況にある。

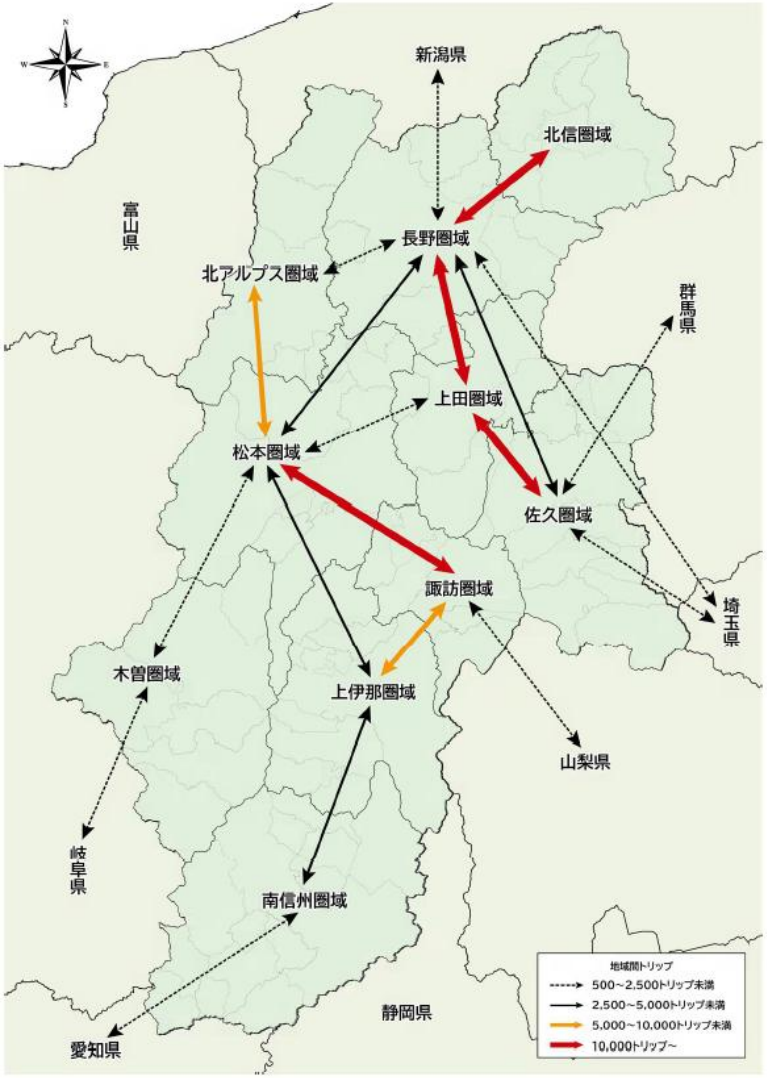
圏域間の人の移動



※移動数が地域間 100 千トリップ未満については非表示

出典：携帯電話位置情報データ(2021.10)より長野県交通政策課作成

圏域間および圏域他県間の通勤・通学流動



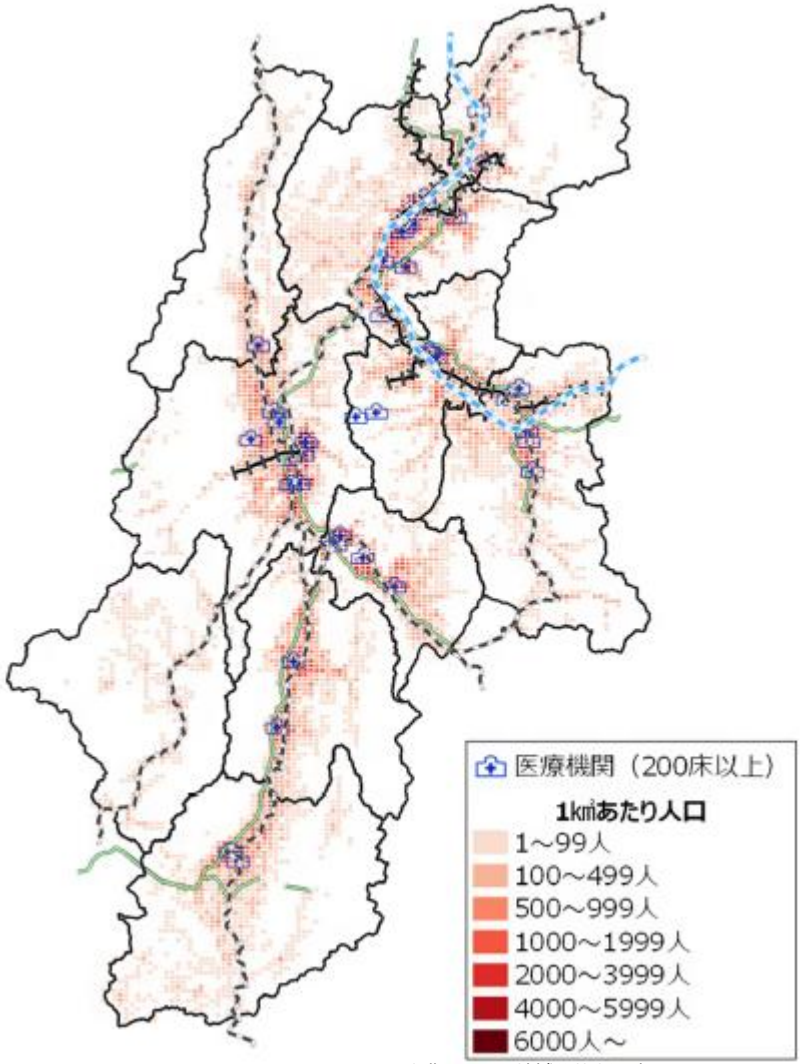
出典：令和２年国勢調査より長野県交通政策課作成

出典：長野県地域公共交通計画

【参考】人口分布や交通状況について

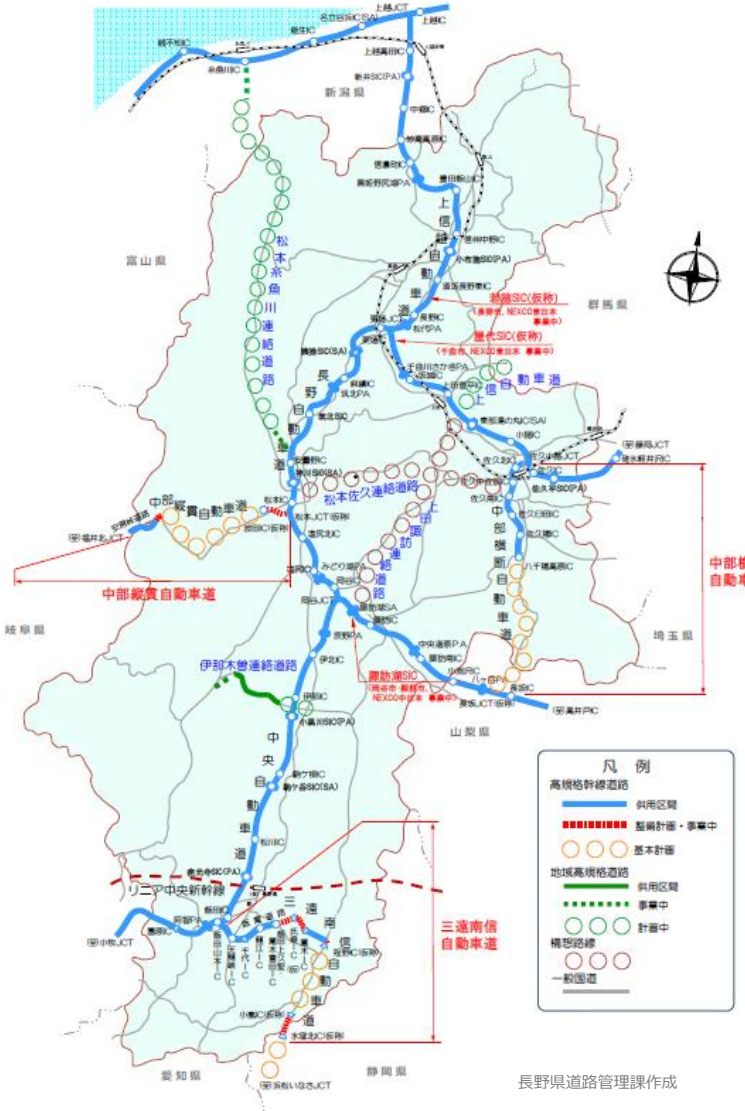
人口の分布及び200床以上の医療機関の立地状況、県内の高規格道路の整備状況は以下のとおり。

人口分布及び200床以上の医療機関の立地



出典：長野県地域公共交通計画

県内の高規格道路の整備状況



長野県道路管理課作成

【参考】地理的条件（通勤・通学の状況）

長野県は居住地と同じ構想区域内で通勤・通学する県民の割合が全体的に高いが、他圏域との結びつきが強い圏域も見られ、特に大北圏域から松本圏域へ17.8%、北信圏域から長野圏域へ15.1%が通勤・通学している。

【居住地の構想区域別の通勤・通学地割合（令和２年）】

【凡例】：居住地と通勤・通学先の構想区域が一致

		通勤・通学地											
		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県外	不明
居住地	佐久	90.8%	5.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	1.1%	0.0%	2.2%	0.4%
	上小	5.1%	87.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	5.2%	0.0%	1.1%	0.3%
	諏訪	0.2%	0.1%	90.9%	1.8%	0.1%	0.0%	4.5%	0.0%	0.2%	0.0%	1.8%	0.4%
	上伊那	0.0%	0.0%	3.1%	91.2%	2.0%	0.2%	2.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.8%	0.5%
	飯伊	0.0%	0.0%	0.1%	2.2%	95.9%	0.0%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.9%	0.4%
	木曽	0.0%	0.0%	0.2%	1.2%	0.1%	90.1%	3.3%	0.0%	0.1%	0.0%	4.4%	0.5%
	松本	0.1%	0.2%	1.8%	0.6%	0.1%	0.2%	93.3%	1.5%	0.9%	0.0%	0.9%	0.4%
	大北	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	17.8%	79.1%	1.2%	0.0%	0.9%	0.4%
	長野	0.4%	1.9%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.1%	93.5%	1.9%	1.0%	0.3%
	北信	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	15.1%	82.8%	0.9%	0.6%

出典：国勢調査「従業地・通学地による人口・就業状態等集計（令和２年）」より算出

医療提供体制の状況について（まとめ）

【人口動態】
- 長野県の総人口は既にピークを迎えており、生産年齢人口は減少が見込まれているのに対し、高齢者人口は増加する見込みである。
- 2040年における人口規模（推計）は、全圏域で減少。特に、８圏域において、人口20万人を下回ることが見込まれる。

【医療需要】
- 急性期の医療需要は人口減少により、既にピークを迎えたと見込まれる。
- 人口に対する全身麻酔手術件数及び時間外手術件数は、人口に応じて、全身麻酔の手術件数や時間外の緊急手術日数は増加している。一方で、全身麻酔の手術や時間外の緊急手術があまり実施されていない圏域もあり、今後の人口減少を考慮すると、実施数はますます少なくなっていくと考えられる。
- 救急搬送の総件数は、既にピークを迎えたと見込まれる。

【医療従事者】
- 長野県は医師少数県とされ、医師は大学病院がある松本以外の区域は全国平均より少なく、限られた人材のなかで、持続的・効率的な体制の確保が求められる。
- 医師以外の医療従事者についても、区域による偏在や今後の生産年齢人口の減少等を踏まえた体制確保が求められる。

【地理的な条件】
- 圏域間での人の移動状況を見ると、「長野圏域～北信圏域」並びに「上田圏域～佐久圏域」が比較的多い状況。その他も隣接する圏域間同士で、特に鉄道に連絡された圏域間での移動が多い状況にある。

【懇談会とりまとめ抜粋】構想区域のあり方について①

懇談会において、新たな地域医療構想における構想区域のあり方について論点を提示し、以下のような意見があった。

【論点（構想区域のあり方）】

構想区域を検討するに当たり、人口規模、患者の受療動向、交通事情等の様々な条件を踏まえ、今後どのような視点から見直しを行っていくか検討

※懇談会の主な意見

- 上位の構想区域をどこに設定するのか、特に急性期拠点機能の病院をどこにするのかの話がみえてこないと、在宅・外来等の問題は、議論がしにくいものと考える。どこに拠点病院を設定するかは、県を中心に広いエリアで議論しなければならないと考えるが、ひとまずは、北信・東信・中信・南信の４ブロックでいったんの線引きをしたうえで、その枠組みのなかで考えていくことが必要ではないか。
- 医療は基本的にピラミッドを作らなければならないため、高度医療を担う病院、圏域の中核病院、続いて地域の病院・診療所と骨格をどのように作っていくかが一番大きな課題。
- 二つの視点があり、患者と医療者の両方の視点で考えるべき。アクセスの良さ、時間距離は長野県では重要であり、患者側からみれば、より近くでよりよい医療を受けられるのが一番よいが、医療者は医療資源が限られる中で、効率化していかなければならないという相反する部分もあるため、両者の視点が重要と考える。

※　懇談会：新たな地域医療構想に関する懇談会（県で令和７年度に開催し、新たな地域医療構想の策定に向け、とりまとめを行ったもの）

【懇談会とりまとめ抜粋】構想区域のあり方について②

【構想区域のあり方】

人口減少や医療需要の動向、地理的条件、急性期拠点機能（広域型病院）の状況等を踏まえ、区域の統合（広域化）も含め見直しの検討が必要

＜構想区域の見直しに当たっての具体的検討事項＞

- 2040年以降の人口構成
- 2040年人口を踏まえた医療需要の見通し
  - ー緊急性や症例数（頻度）等医療提供の内容も重要
  - ー圏域別の全身麻酔手術の件数、時間外緊急手術の状況
- 患者の流出入
  - ー圏域ごとの流出入の患者数、割合
  - ー流入患者の居住地、年齢の割合
  - ー流出した患者の流出先市町村、年齢、疾患の割合
  - ー各消防、重症度別の救急搬送の状況　等
- 県内全体の医療従事者の状況
- 地理的条件
  - ー人口200万人前後の都道府県の面積と構想区域（他都道府県の圏域の設定状況）
  - ー交通アクセス、移動手段の状況
- 急性期拠点病院の設定

※　多様な視点、関係者からの意見が重要であり、かつ、地域の状況によって状況が異なることにも留意が必要。

※　懇談会：新たな地域医療構想に関する懇談会（県で令和７年度に開催し、新たな地域医療構想の策定に向け、とりまとめを行ったもの）

構想区域のパターン案について

国の発出した新構想GLや本県の医療を取り巻く状況、懇談会の意見等を踏まえ、2040年を見据えた構想区域の検討にあたり、議論の土台としてパターン案を提示するもの。

<パターン案の前提>
・構想区域を検討するにあたっては、新構想GL及び懇談会の内容を踏まえつつ、p.９の考え方を基本とする。
・なお、2040年人口が10万人未満の区域については、広域化を前提としてパターン案を提示。

パターン名	区域数	構成区域	観点
パターン①	７区域	1. 佐久 2. 上小 3. 諏訪 4. 上伊那 5. 飯伊 6. 木曽・松本・大北（中信） 7. 長野・北信（北信）	2040年人口が10万人未満となる区域以外は現状維持
パターン②	５区域	1. 佐久・上小（東信） 2. 諏訪・上伊那 3. 飯伊 4. 木曽・松本・大北（中信） 5. 長野・北信（北信）	現在の患者流出入状況が限定的な飯伊区域を考慮
パターン③	４区域	1. 佐久・上小（東信） 2. 諏訪・上伊那・飯伊（南信） 3. 木曽・松本・大北（中信） 4. 長野・北信（北信）	新構想GL及び懇談会の内容を考慮（人口規模、患者流出入等）

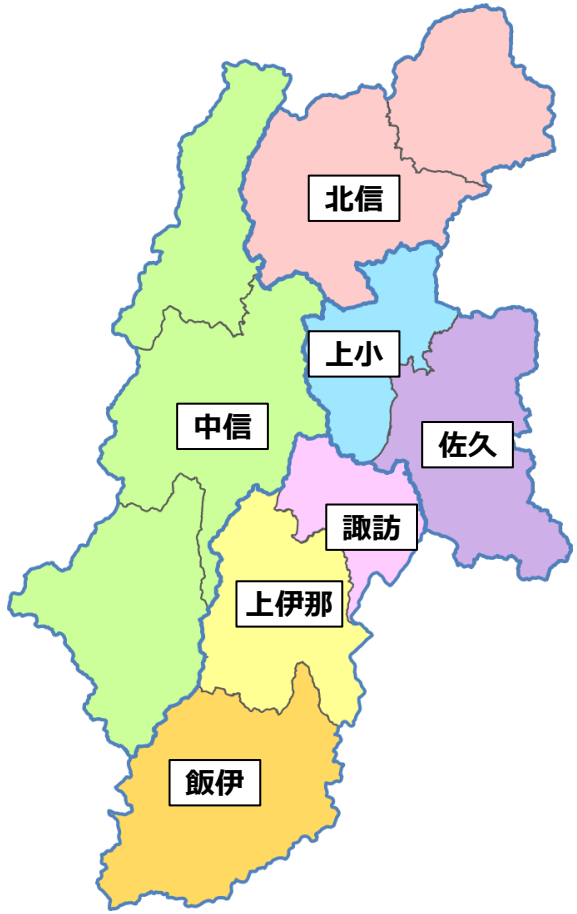
※新構想GL：地域医療構想策定ガイドライン（令和８年７月３日付け厚生労働省医政局長通知：医政発0703第４号）
懇談会：新たな地域医療構想に関する懇談会（県で令和７年度に開催し、新たな地域医療構想の策定に向け、とりまとめを行ったもの）

パターン①（７区域）

・５区域において人口20万人以下となり、急性期医療需要の減少等により高度・専門医療を中心とした医療提供体制の確保が困難になる可能性が高い
・上小及び上伊那からの流出割合が他圏域より高く、上小からの高度急性期患者の圏域外流出割合は50%を超えている
・上伊那のDPC(※)においては合計20%近くの患者が圏域外に流出している　(※)DPCとは、一定の基準を満たした急性期病院で導入されている医療費の計算方式

【凡例】**赤字**：県内他圏域への計10%以上の流出がある圏域。

圏　域	人　口（人）		可住面積（km²）	流出状況（最多または5%以上の流出先を記載）		
	2026年	2040年推計		主な流出先へのDPCの流出割合	主な流出先への高度急性期の流出割合	主な流出先への救急搬送の圏域外搬送割合
佐　久	200,454	180,353	453.4	1.4%（上小）	0.5%（中信）	0.7%（上小）
上　小	185,834	166,815	249.2	**21.1%（佐久）** **5.7%（中信）**	**38.4%(佐久)** **7.8%（中信）** **5.9%（北信）**	8.9%（佐久）
諏　訪	183,946	160,523	200.0	5.2%（中信）	6.5%（中信）	0.7%（中信）
上伊那	172,253	152,409	324.9	**8.1%（中信）** **7.4%（諏訪）** **5.8%（飯伊）**	**8.3%（中信）** **5.8%（諏訪）**	3.2%（諏訪）
飯　伊	144,354	125,437	282.2	2.3%（中信）	2.5%（中信）	0.6%（中信）
中　信	486,505	440,063	963.5	0.6%（上伊那）	1.9%（上伊那）	0.7%（東濃） ※岐阜県
北　信	585,003	517,783	741.3	1.6%（中信）	2.0%（中信）	0.5%（上小）



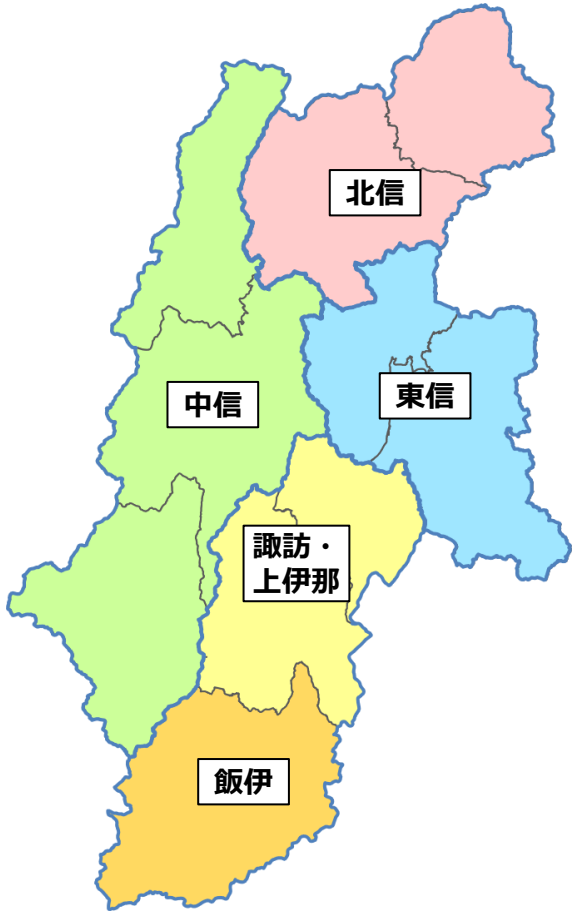
出典：人口は令和８年４月１日現在（長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」）。県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない
可住面積は総務省「社会・人口統計体系」より算出
流出入割合は厚生労働省「医療計画作成支援データブック　エクストラデータ　受療動向データ（2023）」の二次医療圏別データ、救急搬送の圏域外搬送割合は救急搬送データ（2024）をもとに作成

パターン②（５区域）

・飯伊圏域のみ2040年において12.5万人程度となり、急性期医療需要の変化等により高度・専門医療を中心とした医療提供体制の確保が困難になる可能性が高い
・ DPC及び高度急性期いずれも８％未満に抑えられており、圏域内にて急性期医療は概ね対応可能な状況にある

【凡例】**赤字**：県内他圏域への計10%以上の流出がある圏域。

圏　域	人　口（人）		可住面積（㎢）	流出状況（最多または5%以上の流出先を記載）		
	2026年	2040年推計		主な流出先へのDPCの流出割合	主な流出先への高度急性期の流出割合	主な流出先への救急搬送の圏域外搬送割合
東　信	386,288	347,168	702.5	3.2%（中信）	3.6%（中信）	0.7%（中信）
諏　訪・上伊那	356,199	312,932	524.9	6.4%（中信）	7.5%（中信）	1.2%（中信）
飯　伊	144,354	125,437	282.2	2.3%（中信）	2.5%（中信）	0.6%（中信）
中　信	486,505	440,063	963.5	0.9%（諏訪・上伊那）	1.9%（諏訪・上伊那）	0.7%（東濃）※岐阜県
北　信	585,003	517,783	741.3	1.6%（中信）	2.0%（中信）	0.7%（東信）



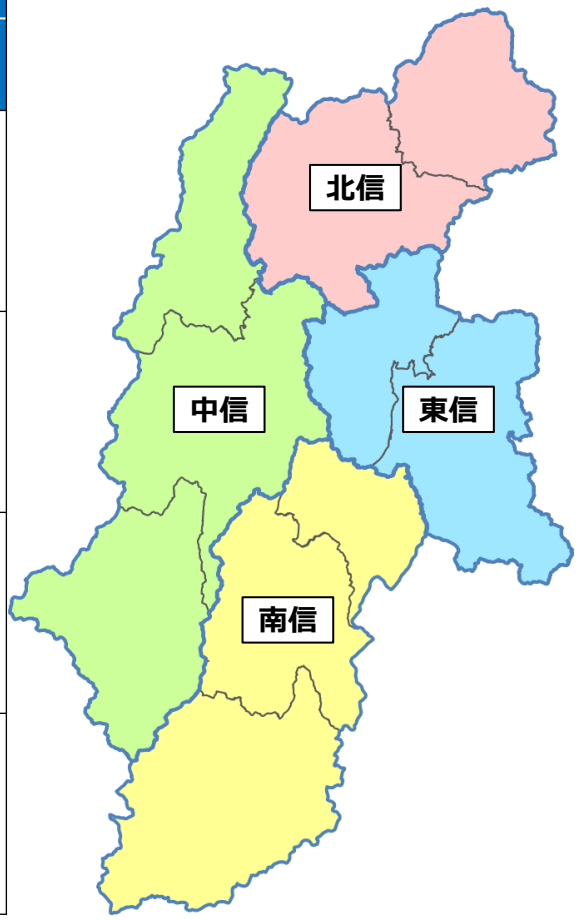
出典：人口は令和８年４月１日現在（長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」）。県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない
可住面積は総務省「社会・人口統計体系」より算出
流出入割合は厚生労働省「医療計画作成支援データブック　エクストラデータ　受療動向データ（2023）」の二次医療圏別データ、救急搬送の圏域外搬送割合は救急搬送データ（2024）をもとに作成

パターン③（４区域）

・人口は、各圏域で2040年においても20万人以上を確保
・DPC及び高度急性期いずれも６％未満に抑えられており、圏域内にて急性期医療は概ね対応可能な状況にある

【凡例】**赤字**：県内他圏域への計10%以上の流出がある圏域。

圏域	人口（人）		可住面積（km²）	流出状況（最多または5%以上の流出先を記載）		
	2026年	2040年推計		主な流出先へのDPCの流出割合	主な流出先への高度急性期の流出割合	主な流出先への救急搬送の圏域外搬送割合
東信	386,288	347,168	702.52	3.2% (中信)	3.6% (中信)	0.7% (中信)
南信	500,553	438,369	807.09	5.1% (中信)	5.9% (中信)	1.0% (中信)
中信	486,505	440,063	963.50	0.9% (南信)	1.9% (南信)	0.7% (東濃圏域) ※岐阜県
北信	585,003	517,783	741.27	1.6% (中信)	2.0% (中信)	0.8% (東信)



出典：2025年人口は令和８年４月１日現在（長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」）。なお、県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない。
2040年推計人口、高齢化率は厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」、可住面積は総務省「社会・人口統計体系」より算出

６．急性期拠点機能の協議の方向性等

医療機関機能について

医療機関機能の考え方

○ 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「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	• **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**。 ※　地域の実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	• 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。 ※　地域の実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	• 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実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	• 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、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、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

医育及び広域診療機能	• 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。

医療機関機能と病床機能の整理イメージ

医療機関機能に対応する病床機能については、以下のイメージとなる。

医療機関機能 機能区分	病床機能 機能区分	機能の内容	目安となる入院料（一部抜粋）
急性期拠点機能	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、診療密度の特に高い医療を提供する機能	• 救命救急入院料 • 特定集中治療室管理料 • ハイケアユニット入院医療管理料 • 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 • 小児特定集中治療室管理料 • 新生児特定集中治療室管理料
高齢者救急・地域急性期機能	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	• 急性期病院A、B一般入院料 • 急性期一般入院料１～６ • 特定機能病院A～C入院基本料（7:1、10:1） • 専門病院入院基本料（7:1、10:1） • 小児入院医療管理料１～３
在宅医療等連携機能	包括期機能	・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テーション等を行い、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 ・急性期を経過した患者に対し、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頚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の提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む	• 地域一般入院料１～３ • 専門病院入院基本料（13:1） • 有床診療所入院基本料１、４ • 地域包括医療病棟入院料 • 小児入院医療管理料４、５ • 回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 • 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 • 特定一般病棟入院料 • 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
	慢性期機能	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・特に、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。）や筋ジストロフィー患者、難病患者等を入院させる機能を含む	• 療養病棟入院料１～２ • 障害者施設等入院基本料（7:1～15:1） • 有床診療所入院基本料２、３、５、６ • 有床診療所療養病床入院基本料 • 特殊疾患入院医療管理料 • 特殊疾患病棟入院料 • 緩和ケア病棟入院料

【懇談会とりまとめ抜粋】急性期拠点機能について①

懇談会において、新たな地域医療構想における急性期拠点機能について論点を提示し、以下のような意見があった。

【論点（急性期拠点機能）】

今後、地域の中核となる急性期拠点機能を有する病院（広域型病院）に求められる機能等について検討

※懇談会の主な意見

- 急性期拠点病院に求められる要件として、救急を断らないこと、自己完結できること、全身麻酔の手術ができること、高難度の手術ができる必要がある。具体的には心臓大血管の手術、肝胆膵の手術ができないと広域型と言えないのではないか。がん診療もエキスパートパネルを行い、ある程度自己完結できる病院。周産期医療もある程度完結できる。そういった総合力を備えた病院が地域にあれば、周りの病院がサポートすることでやっていけるのではないかと考える。
- 重要なことのひとつは、研修指定病院であること。学会の認定施設になっており、そこの病院にいけば専門医資格が取れることが必要。
- 大学病院からの医師派遣だけではなく、広域型病院からも周囲の病院へ派遣ということも必要な観点になるのではないか。

【懇談会とりまとめ抜粋】急性期拠点機能について②

【急性期拠点機能】

求められる機能について、以下のとおり検討

- 24時間365日体制の救急対応等患者を断らない「最後の砦」として『治す医療』を提供すること
- 高度・専門医療を中心に担い、地域型病院に対する診療支援を行うこと
- 医師の養成や派遣などの役割を担うこと

＜具体的な指標案＞

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

急性期拠点機能の協議の方向性（案）

協議の方向性

構想区域ごと、高度急性期機能の中核となる医療機関を確保

・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
・集約化の中心として、構想区域ごとに高度急性期機能の中核となる医療機関を１つ確保（＝急性期拠点病院）

2040年の医療需要等の推計から、高度急性期医療の提供体制に過不足がないかを確認

・区域ごとに急性期拠点病院を確保したうえで、区域における高度・専門医療需要に対し、当該医療機関のみに集約可能（対応可能）かを確認。
・その際、2040年における人口規模やそれに基づく医療需要等を加味。

＜（参考）国が示す目安＞
2040年の人口推計をもとに、人口20万～30万人に１か所程度

高度・専門医療の役割分担・連携の体制を確保

・上記確認の結果、医療需要の規模や地理的条件等により、急性期拠点病院のみでは対応しきれない場合には、別途、急性期拠点機能を支援する医療機関を確保。
・なお、支援する医療機関は、単独での高度急性期機能の更なる機能強化を目指すのではなく、区域内で連携・話合いの上、機能集約等を行っていくことを基本とする。【競争ではなく協調】

高度急性期の中核となる急性期拠点機能の在り方について

国がまとめた「急性期拠点機能に求められる具体的な機能や体制」や、昨年度県で開催した新たな地域医療構想に関する懇談会で出された意見を踏まえ、以下のとおり基本的な考え方と具体的な要件を整理。

基本的な考え方

① 幅広い医療ニーズに対応するため、相当規模の病床数を有し、安定的な入院医療を提供できる。
② 24時間365日体制の救急対応等患者を断らない「最後の砦」として『治す医療』を提供し、県民の命を守ることができる。
③ 死因の多くを占める、がん・脳卒中・心筋梗塞に対する手術等の高度医療の提供を中心に行うことができ、他の病院に対する診療支援を行うこと
④ 相当数の医師数を有し、医師の派遣により中小医療機関を支援できるだけでなく、地域医療を担う医師を育成することができる。

具体的な項目

項目	要件
医療提供機能	・400床以上（特定機能病院の承認要件以上） ・高度急性期病床を有すること ・療養病床がないこと ・幅広い診療科に対応していること
救命救急	・救急救命センターであること
総合的な診療機能(手術等の集積性)	・全身麻酔手術が1,200件以上/年 ・以下の診療機能を有すること
↳ が　ん	・がん診療連携拠点病院であること
↳ 脳卒中	・一次脳卒中センター（PSC）であること
↳ 心血管疾患	・心臓血管外科手術を実施できる体制があること ・大動脈解離の手術が可能であること
↳ 小児周産期	・地域周産期母子医療センターであること ・小児地域医療センターであること ※専門分野として中核を担う県立こども病院が属する中信ブロックは除く
その他	・災害拠点病院であること ・医療措置協定を締結していること ・地域医療人材拠点病院であること

第２回委員会の議論

本日ご意見いただきたいこと

委員会の内容等を踏まえ、以下の観点についてご意見をいただきたい。

◆ 構想区域（案）について

➢ 人口規模や患者の流出入状況等を踏まえ、４区域（パターン③）を土台として議論を進めていくのはどうか

◆ 急性期拠点機能の考え方について

➢ “協議の進め方（p.35）”及び“中核となる機能の考え方（p.36）”についてどう考えるか

＜参考：中核となる機能に該当すると考えられる医療機関（p.36）＞

【北信】長野赤十字病院　【東信】佐久医療センター　【中信】相澤病院　【南信】諏訪赤十字病院
※信州大学医学部附属病院は、大学病院本院が担う医育及び広域診療機能を担うため、上記該当病院からは除く

（参考）今後のスケジュール

本日いただいたご意見等を踏まえ、次回以降の委員会において更なる議論を予定。

（補足）“構想区域”及び“急性期拠点機能”を考える上での留意事項

“構想区域”及び“急性期拠点機能”を考える上で、単なる集約化の議論とならぬよう、以下の事項を前提に議論

◆　構想区域においては、「集約する広域型な医療機能（急性期拠点機能）」と「均てん化する地域密着型な医療機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等機能）」の医療機関間の機能分化・連携を図ることにより、面として一体的な医療提供体制の確保を目指す

【集約する広域型な医療機能（急性期拠点機能）】

- 既に減少が見込まれている高度急性期等については、安心・安全な医療を確保するため、一定程度の機能の集約が必要。
  - 症例数集約による医師の養成環境の体制確保
  - 24時間365日の救急医療提供や緊急手術等への体制確保　等

【均てん化する地域密着型な医療機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等機能）】

- 今後も一定程度の増加が見込まれている包括期機能等については、県民生活の基盤となるため、機能の均てん化が必要。
  - 二次救急搬送は地域ごとに体制確保
  - 急性期経過後の在宅復帰を目的とした療養環境の体制確保
  - 外来・在宅医療等は日常生活圏での体制確保　等

【その他留意すべき事項】

- 中山間地域等の地理的条件を考慮し、県民の医療機関へのアクセスの検討が必要。
  - 関係者が一体となってアクセス方法の確保（地域公共交通計画との整合性確保　等）
  - 対面診療を基本としたオンライン診療の活用、巡回診療等の活用による受診機会確保　等

令和８年度第１回長野医療圏地域医療構想調整会議	資料２－２
令和８年１０月１５日	

第２回委員会の議論状況について

○　**本県の構想区域及び急性期拠点機能の考え方に関する事務局案について、議論いただいたもの。**

本日ご意見いただきたいこと

新構想GLや懇談会の内容を踏まえ、以下の観点についてご意見をいただきたい。

◆ 構想区域（案）について

➢ 人口規模や患者の流出入状況等を踏まえ、４区域（パターン③）を土台として議論を進めていくのはどうか

◆ 急性期拠点機能の考え方について

➢ “協議の進め方（p.35）”及び“中核となる機能の考え方（p.36）”についてどう考えるか

＜参考：中核となる機能に該当すると考えられる医療機関（p.36）＞

【北信】長野赤十字病院　【東信】佐久医療センター　【中信】相澤病院　【南信】諏訪赤十字病院
※信州大学医学部附属病院は、大学病院本院が担う医育及び広域診療機能を担うため、上記該当病院からは除く

（参考）今後のスケジュール

本日いただいたご意見等を踏まえ、各圏域の地域医療構想調整会議において各関係者よりご意見をいただく予定。

（補足）“構想区域”及び“急性期拠点機能”を考える上での留意事項

令和8年7月29日長野県医療審議会新たな地域医療構想及び保健医療計画に関する委員会資料

“構想区域”及び“急性期拠点機能”を考える上で、単なる集約化の議論とならぬよう、以下の事項を前提に議論

◆　構想区域においては、「集約する広域型な医療機能（急性期拠点機能）」と「均てん化する地域密着型な医療機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等機能）」の医療機関間の機能分化・連携を図ることにより、面として一体的な医療提供体制の確保を目指す

【集約する広域型な医療機能（急性期拠点機能）】

- 既に減少が見込まれている高度急性期等については、安心・安全な医療を確保するため、一定程度の機能の集約が必要。
  - 症例数集約による医師の養成環境の体制確保
  - 24時間365日の救急医療提供や緊急手術等への体制確保　等

【均てん化する地域密着型な医療機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等機能）】

- 今後も一定程度の増加が見込まれている包括期機能等については、県民生活の基盤となるため、機能の均てん化が必要。
  - 二次救急搬送は地域ごとに体制確保
  - 急性期経過後の在宅復帰を目的とした療養環境の体制確保
  - 外来・在宅医療等は日常生活圏での体制確保　等

【その他留意すべき事項】

- 中山間地域等の地理的条件を考慮し、県民の医療機関へのアクセスの検討が必要。
  - 関係者が一体となってアクセス方法の確保（地域公共交通計画との整合性確保　等）
  - 対面診療を基本としたオンライン診療の活用、巡回診療等の活用による受診機会確保　等

第２回委員会における「構想区域のパターン案」に関する意見

● ４区域案に関する主な意見

・人材確保や広域的な連携を考えると一定の広域化は必要。**基本的には４区域案を支持**。
・一定の人口規模を維持しないと、経済的にもかなり厳しい
・一方で飯伊地域など**地理的特性には十分配慮が必要**
・2040年はゴールではなく通過点であり、 2050年、2060年と先を見据えて考える必要がある。

● ５区域案に関する主な意見

・飯伊地域は山間部が多いため、移動時間が長く、**高度急性期医療へのアクセス悪化を懸念**
・飯伊地域は地域完結型の医療が一定程度機能している
・リニア開業による人口減少緩和への期待もある

●その他（ガイドラインを踏まえた意見）

・人口規模が小さい地域は単独で急性期拠点を持つのではなく、隣接区域との一体的確保も選択肢
・地域内では高齢者救急や地域急性期機能を担う体制を検討すべき

【新構想GL 47ページ】
　人口規模が限られた構想区域であって、構想区域に係る協議を踏まえてもなお、地理的な要因等により広域化等の見直しを行わないこととした場合には、当該区域において一定の医療の完結を見込むことが困難であると考えられる。当該区域内においては、急性期拠点機能の確保は前提とせず、隣接する区域と一体的に確保することを検討する。この場合、当該区域内では、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関を確保することとし、当該医療機関が一部の頻度の高い疾患等を中心に、一定程度の急性期医療を担えるよう、連携・再編・集約化の取組や医師の確保等の取組を検討する。

第２回委員会における「急性期拠点機能の考え方」に関する意見

● 急性期機能の集約化の必要性に関する主な意見

・人口減少と医療従事者不足を考えると、従来の体制維持は困難
・高度急性期機能はある程度集約しないと質の維持ができない
・医師教育・研修機能も集約が必要
・大規模病院の方が24時間体制や高度医療を担いやすい

● 急性期機能の集約化に伴う留意点

・一足飛びではなく、地域事情を踏まえた段階的な対応が必要
・全ての急性期機能を拠点病院へ集中させるべきではない
・脳卒中など時間依存性の高い疾患はアクセスも考慮し、地域で一定機能を維持すべき
・三次救急への患者集中による医療機関の疲弊を防ぐ必要がある

● その他（住民・患者の視点）

・「集約化」という言葉だけが独り歩きすると住民が不安に感じる。住民への丁寧な説明と理解醸成が必要。
・医療の将来像を分かりやすく提示する必要がある

第２回委員会における委員からの主な意見①

2040年以降を見据えた持続可能性

- 持続可能な医療提供体制は絶対条件
- 2040年はゴールではなく通過点。 2050年、2060年と先を見据えた制度設計が必要。
- 将来的な人口減少と働き手不足は避けられない
- 医療提供体制は「持続可能性」を最優先に考えるべき

医師・看護師不足への危機感

- 長野県は全国平均より医師数が少ない医師少数県。医師不足である
- 今後さらに生産年齢人口が減少し、医療従事者確保は一層困難になる
- 看護師数も数字上は確保されていても、育休・短時間勤務等を考慮すると実働人員は不足している
- 医療従事者の養成校でも学生確保が難しくなっている

第２回委員会における委員からの主な意見②

一次・二次医療との連携

- 三次医療だけを議論するのでは不十分
- 一次・二次医療を強化しなければ急性期拠点病院へ患者が集中する
- 在宅医療、地域医療、予防医療との連携が重要
- 地域での相談機能や重症化予防体制を充実させるべき

医師・看護師等の医療従事者の確保・育成や循環・広域活用

【医師の育成】
- 初期研修医のマッチング状況などを重要な評価指標にすべき
- 若手医師を集められる病院づくりが重要

【看護師の育成】
- 集約化によりキャリア形成を明確化できる可能性がある
- 高度急性期経験を積める環境を整えるべき
- 特定行為看護師や認定看護師の活用を進めるべき

【医療従事者の循環・広域活用】
- 医師だけでなく看護師も含め、施設間をローテーションできる仕組みが必要
- 地域全体で人材育成する考え方が重要
- 経験を積んだ人材が地域内を循環する仕組みを構築すべき

令和８年度第１回長野医療圏地域医療構想調整会議	資料3
令和８年１０月１５日	

心臓カテーテル室を有する有床診療所開設について

河野　恆輔

1. 背景

人口の高齢化に伴い、本邦における心房細動をはじめとする不整脈疾患は増加の一途をたどっています。また、心不全患者も増加しており、今後、いわゆる心不全パンデミックの到来が懸念されていることは周知のとおりです。心房細動は心不全の発症および増悪と関連することが知られており、心房細動を含む不整脈疾患に対する適切な治療体制の確保は、今後の地域医療における重要な課題です。

日本循環器学会が公表している JROAD データによると、本邦における経皮的カテーテル心筋焼灼術（以下アブレーション）の実施件数は、COVID-19 の影響を受けた 2021 年を除き、増加傾向にあります。厚生労働省が公表している NDB オープンデータから抽出した長野県内のアブレーション件数の推移においても、同様の増加傾向が認められます。

アブレーションは、根治が期待できる低侵襲治療として需要が増加しており、全国的にもアブレーションを専門的に実施する有床診療所の開設が増えています。長野県においても治療件数は増加しており、今後もさらなる需要の増加が見込まれます。

一方、長野医療圏においても、NDB オープンデータから抽出した件数では増加傾向が認められるものの、全国および長野県全体と比較すると、その増加傾向はやや低い状況です。このため、長野医療圏におけるアブレーション治療の需給バランスは、今後さらに逼迫する可能性があります。（グラフ参照）

株式会社日本経営が公開しているデータによると、長野医療圏における救急車受入れ件数の上位 5 施設は、長野赤十字病院、長野市民病院、南長野医療センター篠ノ井総合病院、長野中央病院および長野松代総合病院です。このうち、長野松代総合病院を除く医療機関ではアブレーションが実施されており、救急医療とアブレーションのような専門医療が同一施設内で提供されています。

前述のとおり、長野医療圏では、増加するアブレーション需要に十分対応できているとは言い難く、治療までに一定の待機期間が生じています。さらに、長野医療圏におけるアブレーション件数の大部分を担っている医療機関では、救急医療の確保および地域におけるポストアキュートへの対応を進めるため、今後、アブレーションの実施件数を減らさざるを得ない可能性も考えられます。その結果、長野医療圏におけるアブレーション治療の需給バランスが、さらに悪化することが懸念されます。

このような状況を踏まえ、救急医療および急性期医療を担う病院と、アブレーションを中心とした予定性の高い専門治療を担う施設との役割分担を進めることにより、地域全体の医療提供体制の効率化および既存医療機関の負担軽減が期待されます。

以上の観点から、不整脈治療を専門とする有床診療所の新規開設を計画するものです。

2. 長野医療圏における課題

(1) アブレーション治療の需要増加に対し、長野医療圏における治療提供体制が十分ではありません。

(2) 救急医療の確保および地域におけるポストアキュート機能への対応を進めるため、既存医療機関では、地域で必要とされるアブレーション需要に十分対応できなくなる可能性があります。

3. 本計画の効果

(1) 急性期医療機能の維持・強化

長野医療圏では、急性期医療を担う病院において病床が逼迫し、救急患者の受入れ調整を要する場面があります。不整脈治療を専門的に行う有床診療所を新設し、予定性の高い

アブレーション治療を一定程度担うことで、既存の急性期病院において、病床、人員および検査・治療設備を救急医療やポストアキュート機能に振り向ける余地が生じます。

これにより、三次救急医療機関である長野赤十字病院や、多くの救急車を受け入れている二次救急医療機関の負担軽減に寄与し、地域全体の急性期医療提供体制の維持・強化につながることが期待されます。

(2) 専門医療の効率化

不整脈および心不全治療に特化した体制を構築することで、医療資源の集約化を図り、効率的かつ質の高い専門医療を提供します。また、地域の医療機関との連携のもと、病院および診療所との役割分担に基づく医療提供体制の強化を図ります。

(3) 地域における心不全診療連携への貢献

本計画では、不整脈と密接に関連する心不全に対する入院治療も実施する予定です。地域の医療機関と連携し、不整脈治療に加えて心不全患者の診療を担うことにより、地域における心不全診療連携にも貢献できるものと考えています。

(4) 患者負担の軽減および医療経済上の効果

専門治療に特化した効率的な診療体制を構築することで、在院日数の短縮および医療費の抑制が期待されます。また、専門治療から治療後の一定期間における外来診療までを一貫して実施できる体制を整えることにより、患者の通院および入院に伴う身体的、時間的および経済的負担の軽減にも資するものと考えています。

(5) 地域医療における役割

専門性の高い有床診療所を開設することにより、低侵襲で実施可能なアブレーション治療を、安全かつ効率的に提供します。アブレーション実施後は、再発等のフォローアップを目的として一定期間の外来診療を継続し、その後は紹介元医療機関へ逆紹介することを基本とします。

紹介元医療機関において循環器内科領域のフォローが困難な場合には、通常診療および処方は紹介元医療機関で継続していただきながら、心電図や心エコー等の循環器領域の専門的フォローをこちらで継続するなど、それぞれの医療機関の機能に応じた連携を図ります。

このような紹介・逆紹介を基本とした医療連携を通じて、地域における不整脈診療の受け皿として機能し、地域住民の健康増進に貢献します。

4. 安全管理体制

アブレーションを診療所で実施するに当たっては、安全性について十分な検討を行い、必要な体制を整備することが重要です。

カテーテルアブレーションの合併症リスクについては、日本不整脈心電学会から公表されており、重篤な合併症として、院内死亡 0.04%、心タンポナーデ 1.2%と報告されています。これは 2012 年から 2018 年までのデータであり、近年はデバイスおよび治療方法の進歩により、安全性が向上しています。また、当該データは、手技の習熟度や体制の異なる施設を含めた全国平均値です。

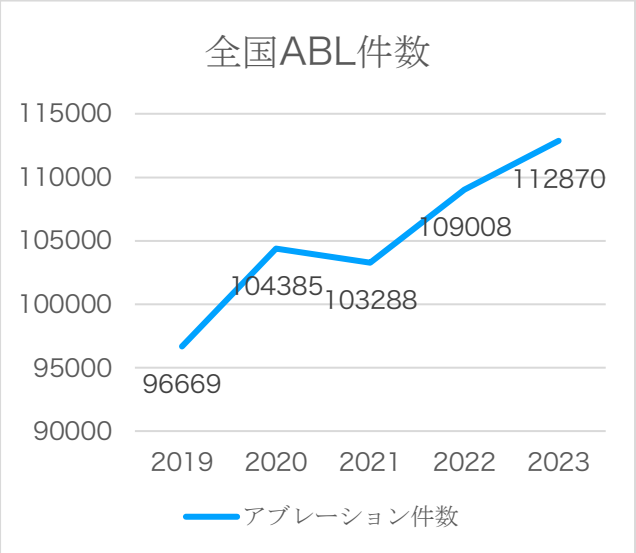
開設予定者の現勤務先における直近 5 年間の心タンポナーデ発生率は、0.3%程度です。しかしながら、合併症の発生を 0 にすることはできません。そのため、心臓血管外科や脳神経外科などアブレーションにおける合併症に対する治療が可能な医療機関との連携、合併症発生時の搬送体制、緊急時の医師対応体制および院内スタッフの教育体制について、十分に整備します。また、予定手術を中心とした診療体制とし、患者の状態および急変リスクに応じて、医師の宿直または速やかに対応可能なオンコール体制を整備し、安全性の確保に努めます。

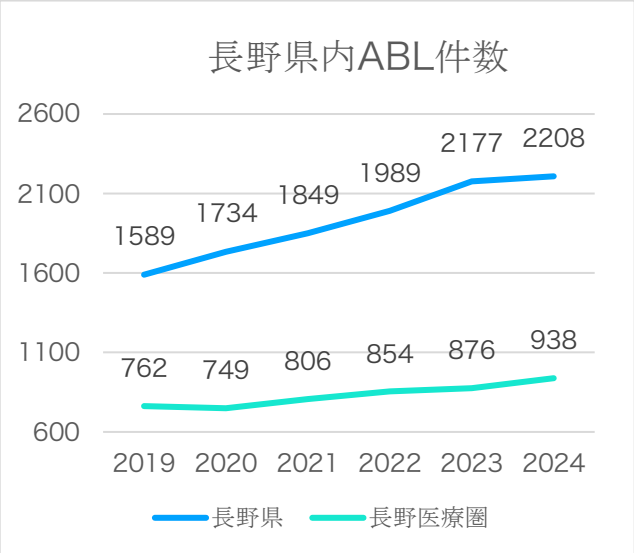
5. まとめ

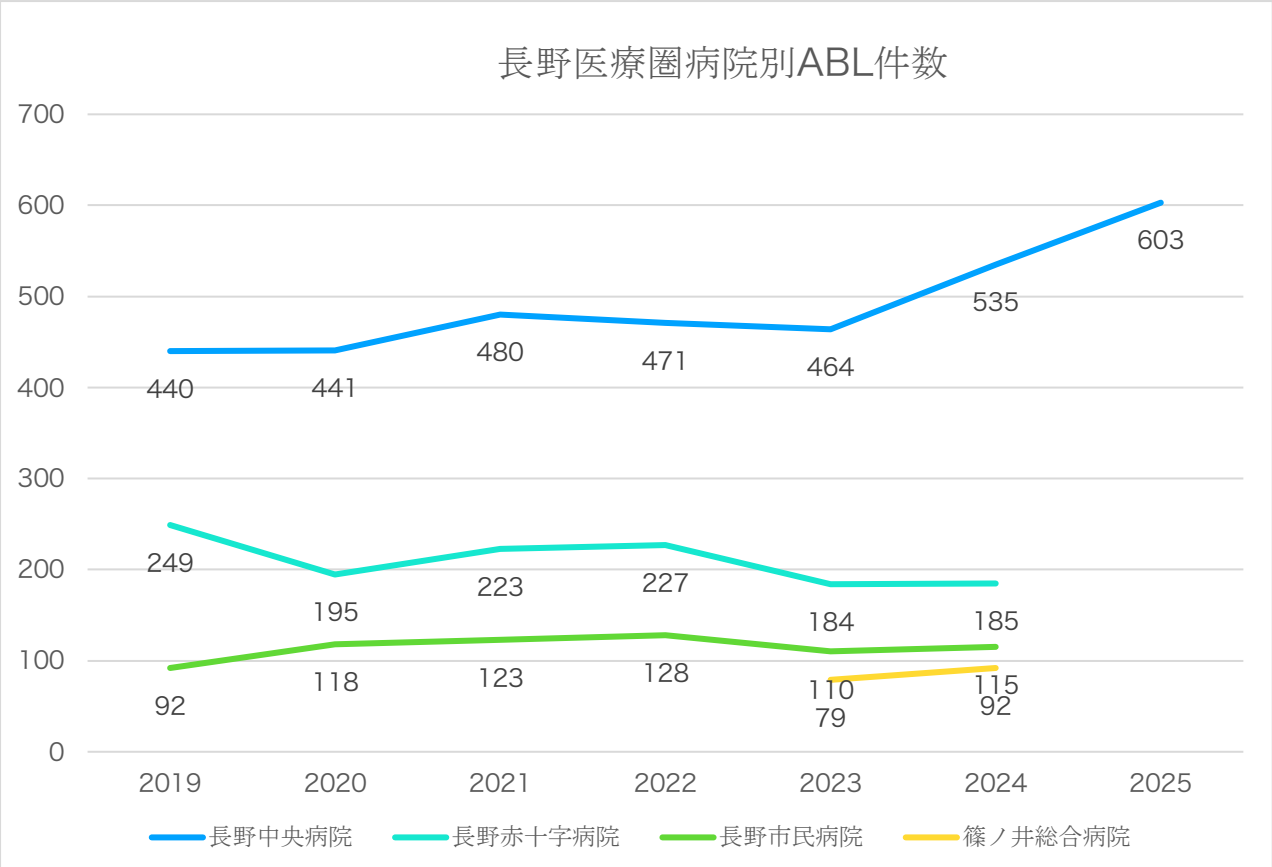
全国的に不整脈治療の需要が高まる中、不整脈治療に特化した有床診療所の開設は増加しています。

本計画では、専門性の高い医師および医療スタッフを集約し、効率的な診療体制を構築することにより、増加する不整脈治療需要に対応します。また、予定性の高い専門治療を担う施設と、救急医療および急性期医療を担う病院との機能分化を進めることにより、地域における急性期医療機能の維持・強化にも寄与するものと考えています。

以上から、本計画は、地域における医療機関の連携を推進し、地域医療構想の実現に資する取組であると考えています。新規有床診療所の開設について、特段のご理解とご配慮を賜りますよう、お願い申し上げます。







全国 ABL 件数：日本循環器学会 JROAD より、長野県内 ABL 件数：厚生労働省 NDB オープンデータより
長野医療圏病院別 ABL 件数：各病院 DPC 病院指標より（長野中央病院のみ DPC 指標が不明確のため内部データより）

事業計画概要
新規有床診療所の開設
開設予定者：河野　恆輔
運営形態：新規医療法人の設立を目指します。
予定地：長野市内
※新規建設物件を予定していますが、認可前であるため、現時点では用地を取得していません。
開院時期：2027 年秋～冬を目標とします。
※建築資材の不足その他の外的要因により、2028 年春～夏となる可能性もあります。
病床の分類：一般病床
厚生労働省病床機能報告上の機能区分：急性期
病床数：10～15 床
標榜予定診療科：循環器内科、内科
常勤医師体制
以下の専門医資格等を有する医師２～３名の配置を予定しています。
・日本内科学会総合内科専門医
・日本循環器学会認定循環器内科専門医
・日本不整脈心電学会認定不整脈専門医
夜間については、患者の状態および急変リスクに応じて医師の宿直を実施します。通常時は、速やかに来院可能なオンコール体制を基本とします。
休日については、患者の状態に応じて交代勤務または時間外対応を行います。また、長野市内の医療機関との連携体制の構築も目指します。
医師以外の人員体制
病棟看護師・准看護師
10～12 名の配置を予定しています。
2 交代制とし、常時 2 名体制を基本とします。
日中は、看護助手 1～2 名の配置を予定しています。
有床診療所入院基本料 1、看護師配置加算 1 および夜間看護師配置加算 1 の算定を目指します。保険制度上求められる看護配置を上回る体制を基本とし、安全性を確保します。
外来・カテーテル室兼務看護師
4～5 名の配置を予定しています。
日勤のみとし、外来 1 名、カテーテル室 1 名、フリー業務数名の配置を想定しています。
その他職種
・臨床工学技士 4～5 名
・臨床検査技師 1 名（パートの可能性あり）
・事務職員 1～2 名（正職員とは別に派遣医療事務職員を必要数配置）
見込まれる手術件数
平日に 1 日 2～3 件、週 10～15 件を実施し、年間 500～700 件を見込んでいます。
見込まれる手術内容
・経皮的カテーテル心筋焼灼術
・ペースメーカー植込み術
入院期間
・経皮的カテーテル心筋焼灼術 3 日前後
・ペースメーカー植え込み術 5 日前後
想定している患者確保
長野医療圏内外の医療機関からの紹介および患者の自発的受診を基本とします。
現勤務先を含む各医療機関とは、通常の医療連携に基づく紹介・逆紹介の関係を構築し、長野医療圏における不整脈診療の受け皿として機能することを目指します。
現在の勤務先との関係について

新設を希望する有床診療所は、開設予定者による個人開設または開設予定者を理事長とした新規医療法人の設立により運営する予定です。個人開設、医療法人による開設のいずれの場合においても、開設予定者である河野恆輔の現勤務先である長野中央病院および長野医療生活協同組合との間に、資本関係または経営上の資本提携等を有するものではなく、サテライト施設として開設するものではありません。長野中央病院とは、紹介および逆紹介を基本とした、他の医療機関と同様の連携関係の構築を目指します。

本計画は、既存医療機関との競合を目的とするものではありません。紹介・逆紹介を前提とした機能分化を進めることにより、地域内で必要とされる不整脈専門治療を安定的に提供することを目的としています。

有床診療所開設に関する資料

① 長野中央病院（現勤務先）との関係

・サテライトとしての開設ではなく、出資や資金提供などは一切受けません。

・長野中央病院は、通常の外来診療を行わない方針なので、現在河野が診療している既存の患者は本人の意向を尊重しつつ、他院へ紹介になると考えます。

・開業後の関係性としては後述する他のアブレーション実施病院と同等と考えます。

② 他のアブレーション実施病院との関係

長野赤十字病院

・関係性：医療機関として通常の紹介逆紹介を主とした関係。循環器疾患と関連の深い診療科への通常時の紹介のみでなく、緊急時の対応を依頼しました。

長野市民病院

・関係性：医療機関として通常の紹介逆紹介を主とした関係を目指します。

篠ノ井総合病院

・関係性： 医療機関として通常の紹介逆紹介を主とした関係を目指します。

本施設開業による上記施設への影響

基本的に影響ないと見込みます。ただしクリニックではなく、病院での対応が必要な患者の紹介等により、患者増加の可能性はあります。

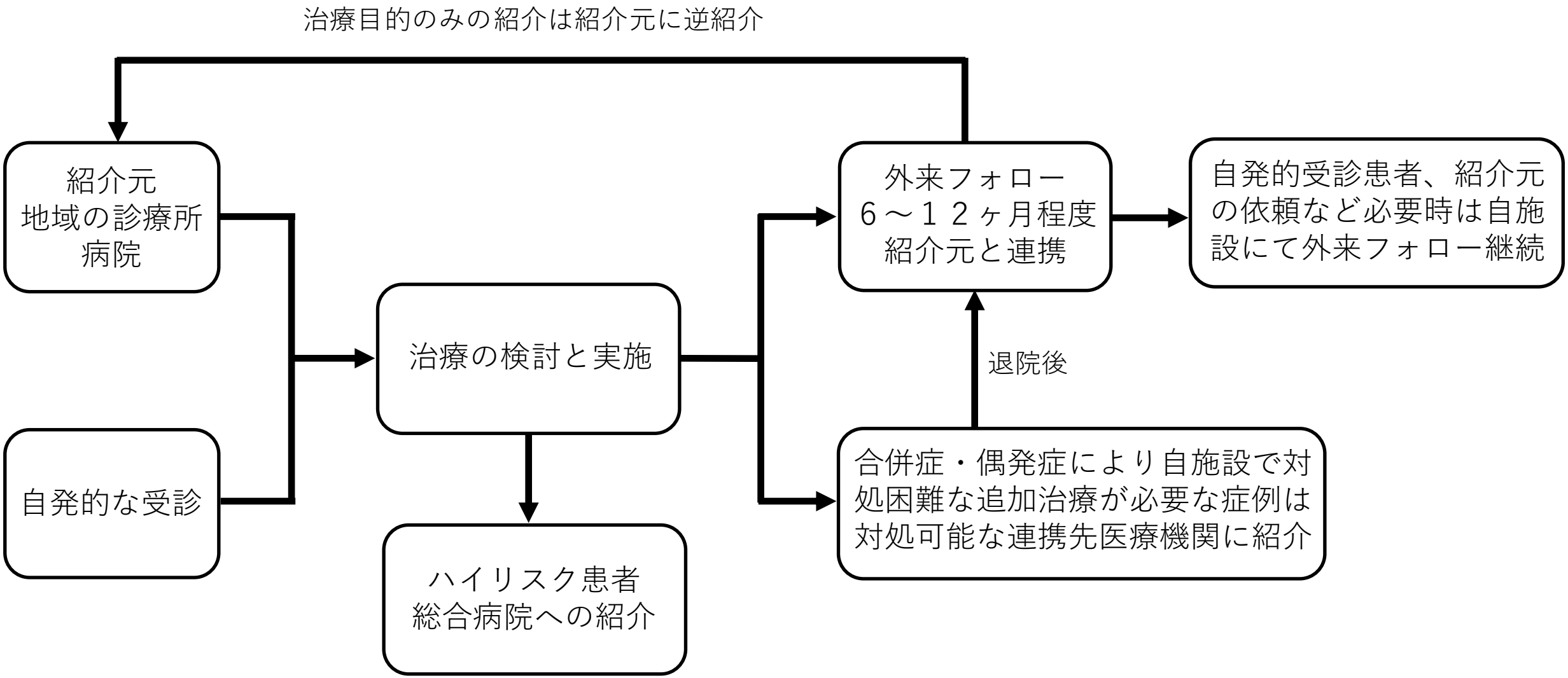
③ 合意形成の状況

長野中央病院、長野赤十字病院、長野市民病院、篠ノ井総合病院、長野市医師会については、各病院長及び医師会長に事前説明を行い理解を得ました。

④ 本施設の役割について

本施設は、待機的なアブレーションや入院診療は必要だが比較的安定した心不全患者など、緊急性の低い患者の入院診療を担い、緊急性の高い患者や重症の患者は既存医療機関に紹介します。また地域内の他のアブレーション実施施設とは、競合するのではなく、それぞれの特徴を生かした施設間連携を目指す方向で整理したいと考えています。

新設予定診療所の患者フロー図



令和８年度第１回長野医療圏地域医療構想調整会議	資料4
令和８年１０月１５日	

病院の廃止について

長野保健福祉事務所

１．病院の廃止について

（１）病 院 の 名 称：医療法人慈恵会　吉田病院
病床数 24 床（内訳：一般病床 24 床）

（２）所　　在　　地：長野市吉田２－１－２６

（３）廃止予定年月日：令和９年１月 31 日

第８次長野県保健医療計画の中間評価等について

長野県健康福祉部医療政策課

現在の長野県保健医療計画（第８次医療計画）の概要

◆ 策定年月日　令和６（2024）年３月

◆ 根拠法令
「都道府県は、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療計画を定めるものとする」（医療法第30条の４）

◆ 計画期間　令和６(2024)年度～令和11(2029)年度（６年間）

◆ 記載必須項目
(1) 都道府県において達成すべき、５疾病・６事業及び在宅医療の目標に関する事項
(2) ５疾病・６事業及び在宅医療に係る医療連携体制に関する事項
(3) 医療連携体制における医療機能に関する情報提供の推進に関する事項
(4) 医療従事者の確保に関する事項
(5) 医療の安全の確保に関する事項
(6) 病床の整備を図るべき区域の設定に関する事項
(7) 基準病床数に関する事項
(8) 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項
(9) 地域医療構想に関する事項
(10)病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項
(11)その他医療提供体制の確保に関し必要な事項

◆ 長野県独自項目
2040年を見据え、病院機能にも着目した役割分担を進め、外来・在宅も含めた地域の医療提供体制全体を考えるものとして、医療計画の記載事項に通底する理念として「医療提供体制のグランドデザイン」を策定

保健医療計画の中間評価等の方向性

関係法令

○　在宅医療その他必要な事項については、３年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更することとされている。
○　医師確保計画や外来医療計画等は３年ごとの計画期間であり、後期計画を策定する必要がある。（医療法第 30 条の６）

中間評価等の方向性

国の考え

○厚生労働省が設置している「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」（以下、国検討会という。）において、国検討会の進め方として、５疾病・６事業について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、その中でも医師確保計画や外来医療計画等の３か年の計画が、令和９年度からの後期計画に向けて必要な検討を行う方向性が示されている。

県の方向性

・**令和８年度中に保健医療計画の中間評価等を行う**。※医師確保計画等は後期計画（R9～R11）の策定
・主な内容としては以下を想定。
　○医療提供体制のグランドデザインの建付けを新たな地域医療構想の土台とする
　○第８次保健医療計画における計画期間の中間年として、ロジックモデルを活用した進捗評価を行い、推進している施策の効果測定を実施（第9次保健医療計画策定に向けた検討事項の把握等を含む）
　○新たな地域医療構想及び第9次保健医療計画を見据えた検討事項の認識共有

具体的な検討事項

今年度は第８次医療計画の中間年であることから、５疾病・６事業等の中間評価を通じて前期計画期間の取組を振り返るとともに、有識者等からのご意見を伺いながら、後期計画及び次期医療計画を見据えた課題の整理・共有を行う。また、国から見直し等が求められている事項について対応する。

本県独自のグランドデザインと新たな地域医療構想の整理	医療法上、新たな地域医療構想が医療計画の上位概念になったことに伴い、医療提供体制の将来ビジョンを一体的に整理
５疾病・６事業及び在宅医療の中間評価等	ロジックモデルを活用した進捗評価 （指標が目標に進捗しているかや、ボトルネックとなるような課題等がないか等の確認を実施）
医師確保計画等の策定	第８次医療計画の後期期間（令和９年度～令和11年度）の計画策定 ※医師確保計画、薬剤師確保計画、外来医療計画及び在宅医療については計画期間が３年間のため
基準病床数	医療法関係法令の改正に伴う必要な見直し （一般・療養病床、精神病床）

８医第 344 号
令和８年（2026 年）10 月８日

対象医療機関の管理者　様

長野県健康福祉部医療政策課長
（　公　印　省　略　）

新たな地域医療構想の検討に係る DPC データの提供について（依頼）

日頃より、本県の医療行政の推進につきまして、格別なる御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

本県における新たな地域医療構想に関する議論を本格化していくにあたり、今後の医療提供体制のあり方や患者の受療動向等に関する分析・検討の基礎資料とするため、下記 DPC データの提供について、特段のご配意とご協力をお願いいたします。

記

１　データ提供をお願いする医療機関

「別添１」をご確認ください。

※救急告示病院であり、データ提出加算を取得している病院

２　提供いただきたいデータ

（１）対象期間

令和６年４月から令和８年９月

（２）データの内容

以下の DPC データをご提供ください。

1. 様式 1 ファイル　（例：FF1_123456789_2609.txt）
2. D ファイル　（例：Dn_123456789_2609.txt）
3. 入院 EF 統合ファイル　（例：EFn_123456789_2609.txt）
4. 外来 EF 統合ファイル　（例：EFg_123456789_2609.txt）
5. H ファイル　（例：Hn_123456789_2609.txt）
6. 様式 3 ファイル　（例：FF3_202404.xlsx、FF3_All_2609.ff3）

※ファイル名中の「123456789」は施設コード、「2609」は対象年月（令和８年９月）を示します。

※作成していないファイルについては提出不要です。

※厚生労働省への提出用データ（例：「123456789_2609_1_提出用データ」）は、本分析には使用できないため、上記 1～6 の各ファイルをご提出ください。

※エラー削減のため、Excel 等で開かず、出力直後のデータをご送付ください。

３　提供期限　令和８年 11 月 13 日（金）

4　提供方法

下記提供先宛てに、県からお送りする記録媒体（DVD-R）にデータを保存し、同封している返信用レターパックにて郵送（又は持参）にてご提出願います。

【提供先】〒380-8570　長野市大字南長野字幅下６９２－２
長野県健康福祉部医療政策課　企画管理係　宛て

5　データの活用方法

「別紙２」をご確認ください。

6　その他

提供いただいたデータは、個人情報の保護に関する法律、地方公務員法その他関係法令に基づき適正に取り扱い、当該目的以外には使用いたしません。

なお、個人情報に係る事項については、集計・分析後、当方の責任において適切に消去いたします。

（問合せ先）
健康福祉部医療政策課　企画管理係　宮坂、井口
TEL：026-235-7145（内線 2683）
E-mail：kikaku-kanri@pref.nagano.lg.jp

【別紙１】DPCデータ提供依頼先（病院一覧）

提供依頼先については、「救急告示病院であり、データ提出加算を取得している病院」になります。

No	区域	名　　称	郵便番号	住　　所	救急告示	データ提出加算
1	佐久	長野県厚生農業協同組合連合会　浅間南麓こもろ医療センター	384-8588	小諸市相生町３－３－21	○	○
2	佐久	長野県厚生農業協同組合連合会　佐久総合病院	384-0393	佐久市臼田197	○	○
3	佐久	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	385-0051	佐久市中込3400－28	○	○
4	佐久	川西赤十字病院	384-2292	佐久市望月318	○	○
5	佐久	医療法人三世会　金澤病院	385-0022	佐久市大字岩村田807	○	○
6	佐久	くろさわ病院	385-0051	佐久市中込1-17-8	○	○
7	佐久	医療法人　雨宮病院	384-0303	佐久市小田切城下73	○	○
8	佐久	佐久市立国保　浅間総合病院	385-8558	佐久市岩村田1862-1	○	○
9	佐久	長野県厚生農業協同組合連合会　佐久総合病院小海分院	384-1103	南佐久郡小海町大字豊里78	○	○
10	佐久	佐久穂町立千曲病院	384-0698	南佐久郡佐久穂町大字高野町328	○	○
11	佐久	軽井沢町国民健康保険　軽井沢病院	389-0111	北佐久郡軽井沢町大字長倉2375番地1	○	○
12	佐久	軽井沢西部総合病院	389-0206	北佐久郡御代田町御代田4107-40	○	○
13	上小	独立行政法人国立病院機構　信州上田医療センター	386-8610	上田市緑が丘1-27-21	○	○
14	上小	国民健康保険　依田窪病院	386-0603	小県郡長和町古町2857	○	○
15	上小	東御市民病院	389-0502	東御市鞍掛198	○	○
16	上小	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	386-0396	上田市鹿教湯温泉1308	○	○
17	上小	医療法人健救会　柳澤病院	386-0023	上田市中央西1-2-10	○	○
18	上小	医療法人慈善会　安藤病院	386-8543	上田市中央西1-1-20	○	○
19	上小	医療法人健静会　上田病院	386-0012	上田市中央1-3-3	○	○
20	上小	医療法人共和会　塩田病院	386-1325	上田市大字中野29-2	○	○
21	上小	整形外科上田花園病院	386-0023	上田市中央西1-15-25	○	○
22	上小	医療法人健和会　小林脳神経外科・神経内科病院	386-0018	上田市常田3-15-41	○	○
23	上小	丸子中央病院	386-0405	上田市中丸子1771番地１	○	○
24	諏訪	岡谷市民病院	394-8512	岡谷市本町4-11-33	○	○
25	諏訪	組合立諏訪中央病院	391-8503	茅野市玉川4300	○	○
26	諏訪	諏訪赤十字病院	392-8510	諏訪市湖岸通り５丁目11番50号	○	○

27	諏訪	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	399-0214	諏訪郡富士見町落合11100	○	○
28	諏訪	医療法人研成会　諏訪湖畔病院	394-8515	岡谷市長地小萩1-11-30	○	○
29	諏訪	諏訪共立病院	393-0077	諏訪郡下諏訪町矢木町214	○	○
30	上伊那	伊那中央病院	396-8555	伊那市小四郎久保1313-1	○	○
31	上伊那	昭和伊南総合病院	399-4117	駒ケ根市赤穂3230	○	○
32	上伊那	町立辰野病院	399-0496	上伊那郡辰野町大字辰野1445番地5	○	○
33	飯伊	長野県立阿南病院	399-1501	下伊那郡阿南町北条2009-1	○	○
34	飯伊	飯田市立病院	395-8502	飯田市八幡町438番地	○	○
35	飯伊	下伊那赤十字病院	399-3303	下伊那郡松川町元大島3159-1	○	○
36	飯伊	長野県厚生農業協同組合連合会　下伊那厚生病院	399-3102	下伊那郡高森町吉田481番地13	○	○
37	飯伊	社会医療法人栗山会　飯田病院	395-8505	飯田市大通1-15	○	○
38	飯伊	健和会病院	395-8522	飯田市鼎中平1936	○	○
39	飯伊	瀬口脳神経外科病院	395-0004	飯田市上郷黒田218-2	○	○
40	飯伊	菅沼病院	395-0801	飯田市鼎中平1970	○	○
41	飯伊	輝山会記念病院	395-8558	飯田市毛賀1707	○	○
42	木曽	長野県立木曽病院	397-8555	木曽郡木曽町6613-4	○	○
43	松本	長野県立こども病院	399-8288	安曇野市豊科3100	○	○
44	松本	安曇野赤十字病院	399-8292	安曇野市豊科5685	○	○
45	松本	医療法人仁雄会　穂高病院	399-8303	安曇野市穂高4634番地	○	○
46	松本	医療法人元山会　中村病院	399-0703	塩尻市大字広丘高出1614-2	○	○
47	松本	医療法人　雄久会　塩尻病院	399-0731	塩尻市大門6-4-36	○	○
48	松本	医療法人社団敬仁会　桔梗ケ原病院	399-6461	塩尻市宗賀1295	○	○
49	松本	塩尻協立病院	399-0716	塩尻市桟敷437	○	○
50	松本	独立行政法人国立病院機構　まつもと医療センター	399-8701	松本市村井町南2-20-30	○	○
51	松本	国立大学法人　信州大学医学部附属病院	390-8621	松本市旭3-1-1	○	○
52	松本	松本市立病院	390-1401	松本市波田4417番地180	○	○
53	松本	社会医療法人城西医療財団　城西病院	390-8648	松本市城西１丁目５番16号	○	○
54	松本	藤森病院	390-0811	松本市中央2-9-8	○	○

55	松本	社会医療法人財団　慈泉会　相澤病院	390-8510	松本市本庄2-5-1	○	○
56	松本	松本協立病院	390-8505	松本市巾上9-26	○	○
57	松本	一之瀬脳神経外科病院	390-0852	松本市大字島立2093番地	○	○
58	松本	社会医療法人抱生会　丸の内病院	390-8601	松本市渚１丁目７番45号	○	○
59	大北	市立大町総合病院	398-0002	大町市大字大町3130	○	○
60	大北	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	399-8695	北安曇郡池田町大字池田3207-1	○	○
61	長野	長野県立信州医療センター	382-0091	須坂市大字須坂1332	○	○
62	長野	信越病院	389-1305	上水内郡信濃町柏原2437番地	○	○
63	長野	飯綱町立飯綱病院	389-1211	上水内郡飯綱町大字牟礼2220	○	○
64	長野	社会医療法人大西会　千曲中央病院	387-8512	千曲市大字杭瀬下58	○	○
65	長野	医療法人公仁会　轟病院	382-0000	須坂市大字須坂1239	○	○
66	長野	特定医療法人　新生病院	381-0295	上高井郡小布施町851	○	○
67	長野	長野寿光会　上山田病院	389－0821	千曲市上山田温泉３丁目34番地３号	○	○
68	長野	独立行政法人国立病院機構　東長野病院	381-8567	長野市上野２丁目477番地	○	○
69	長野	長野県厚生農業協同組合連合会　長野松代総合病院	381-1231	長野市松代町松代183	○	○
70	長野	医療法人公生会　竹重病院	380-0815	長野市田町2099	○	○
71	長野	長野県厚生農業協同組合連合会　南長野医療センター新町病院	381-2404	長野市信州新町上条137	○	○
72	長野	長野県厚生農業協同組合連合会　南長野医療センター篠ノ井総合病院	388-8004	長野市篠ノ井会666-1	○	○
73	長野	長野医療生活協同組合　長野中央病院	380-0814	長野市西鶴賀町1570	○	○
74	長野	長野赤十字病院	380-8582	長野市若里５丁目22番1号	○	○
75	長野	医療法人健成会　小林脳神経外科病院	380-0803	長野市三輪1-5-21	○	○
76	長野	長野市民病院	381-8551	長野市大字富竹1333番地1	○	○
77	長野	北野病院	380-0803	長野市三輪3-6-10	○	○
78	長野	山田記念朝日病院	381-0016	長野市大字南堀135-1	○	○
79	北信	飯山赤十字病院	389-2295	飯山市大字飯山226-1	○	○
80	北信	長野県厚生農業協同組合連合会　北信総合病院	383-8505	中野市西1-5-63	○	○

【別紙２】データ提供依頼の概要

＜目的＞

本県における新たな地域医療構想に関する議論を本格化していくにあたり、今後の医療提供体制のあり方や患者の受療動向等に関する分析・検討の基礎資料とします。

＜提供いただきたいデータ＞

◯対象期間：令和６年４月から令和８年９月

◯データの内容

DPCデータ（様式１ファイル、Dファイル、入院EF統合ファイル、外来EF統合ファイル、Hファイル、様式3ファイル）

※作成していないファイルについては提出不要です。

※エラー削減のため、Excel等で開かず、出力直後のデータをご送付ください。

＜提供方法＞

県からお送りする記録媒体（DVD-R）にデータを保存し、同封している返信用レターパックにて郵送（又は持参）にてご提出をお願いします。

【提出先】　〒380-8570　長野市大字南長野字幅下６９２－２

長野県健康福祉部医療政策課　企画管理係　宛て

＜提供期限＞

令和８年11月13日（金）

データ分析イメージ案（予定）

- 各区域内の医療機関における主要な実績を可視化し比較可能な状態にする。
- また、各疾患の受療動向について可視化する。
- DPCデータに含まれる性・年齢区分情報より、疾患別や行為別の将来推計を実施することが可能。

診療実績

	A病院				
病床数	XXX				
1日あたり患者数	XXX				
入院手術件数	XXX				
全身麻酔件数	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
心臓カテーテル手術	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
内視鏡手術	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
腹腔鏡下手術	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
胸腔鏡下手術	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
心臓胸部血管手術	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
脳神経外科手術	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
入院化学療法・入院放射線治療					
入院化学療法	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
放射線治療	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
代表的な高齢者疾患					
肺炎等	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
心不全	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
狭心症	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
尿路感染症	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
慢性腎不全	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
脳梗塞	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
虫垂炎	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
胆のう炎	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
鼠経ヘルニア	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
大腿骨頸部骨折	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
悪性腫瘍	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX

分析イメージ案

受療動向

		A病院	B病院	C病院	D病院	E病院
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
地	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
肺炎等		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
患者住所地	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
心不全		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
患者住所地	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
狭心症		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
患者住所地	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
尿路感染症		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
患者住所地	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
	XXX市	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX

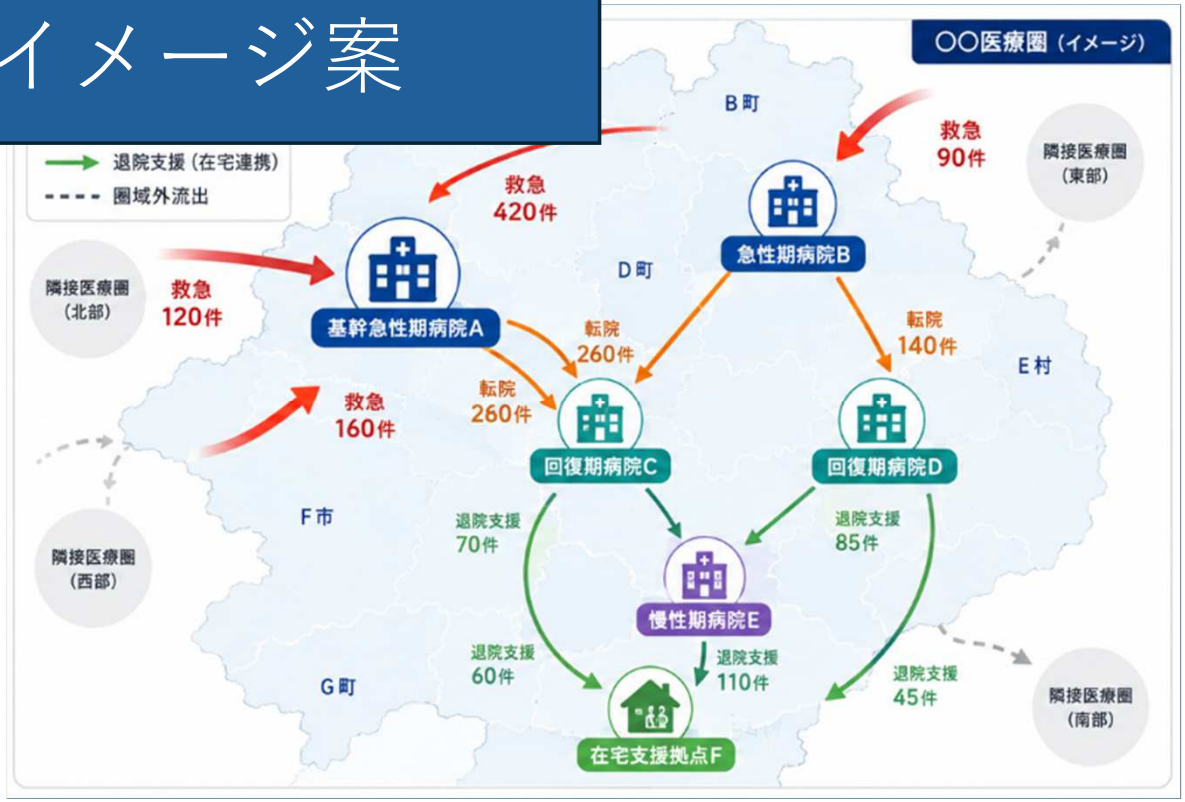
データ分析イメージ案（予定）

- DPCデータに含まれる入退院情報を活用し、地域全体の患者の流れを可視化する。

入退院情報の整理

	A病院	B病院			
新入院患者数					
自宅					
うち救急搬送					
うち救急搬送以外の緊急入院					
うち予定入院					
介護施設					
うち救急搬送					
うち救急搬送以外の緊急入院					
うち予定入院					
転院					
A病院への転院					
B病院への転院					
C病院への転院					
D病院への転院					
E病院への転院					
退院患者数					
自宅等					
介護施設等					
転院					
A病院への転院					
B病院への転院					
C病院への転院					
D病院への転院					
E病院への転院					

分析イメージ案



（参考）データ分析体制について

- 県が回収するDPCデータについては、令和８年度病院機能再編・連携強化支援事業の受託者である株式会社日本経営が管理・分析します。
- なお、株式会社日本経営は、長野県から提供を受けたDPCデータについて、長野県が指定する目的及び分析項目の範囲内で集計・分析を行い、その結果については長野県へ報告します。
- 日本経営が提供を受けたデータは、本業務の目的の範囲内でのみ利用し、目的外利用、第三者への提供及び他のデータとの照合・連結は行いません。また、本業務の遂行に必要な範囲を超えるデータの複製、加工、持ち出し等は行いません。法令に基づく開示義務が生じた場合には、法令上許される範囲で事前に長野県へ連絡し、対応について協議します。

DPCデータの授受におけるイメージ

