資料２－２－１

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

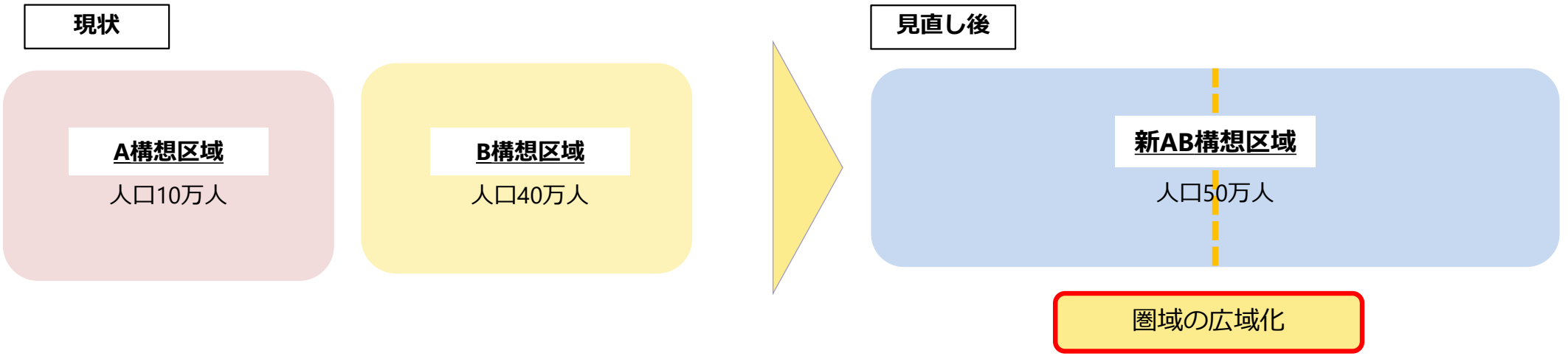
構想区域の見直しについて（方向性）

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

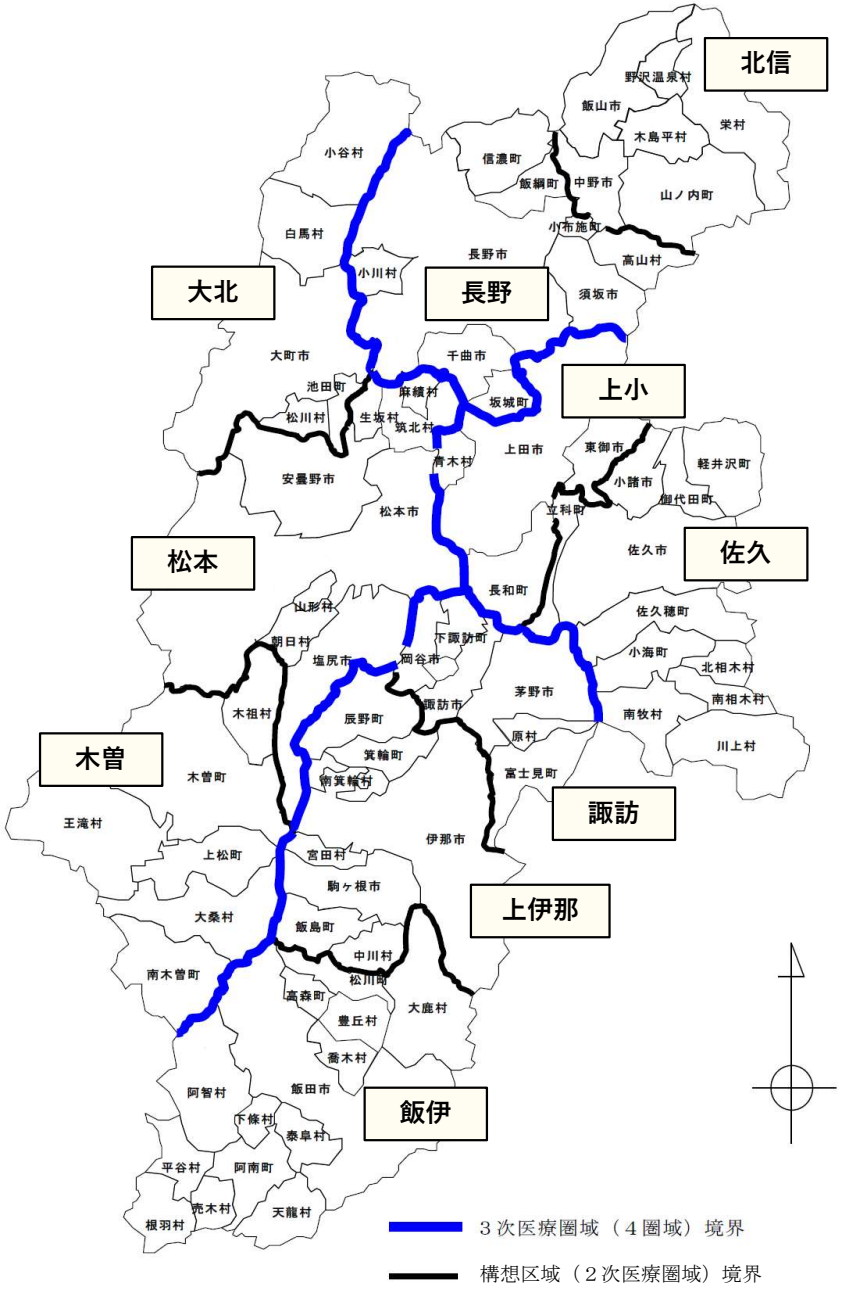
・現状の区域単位は分割せずに維持することで、既存施策等（医療計画に基づく施策等）との整合性を確保
※“2040年を見据えている構想区域”と“足元を見ている二次医療圏”に留意が必要

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

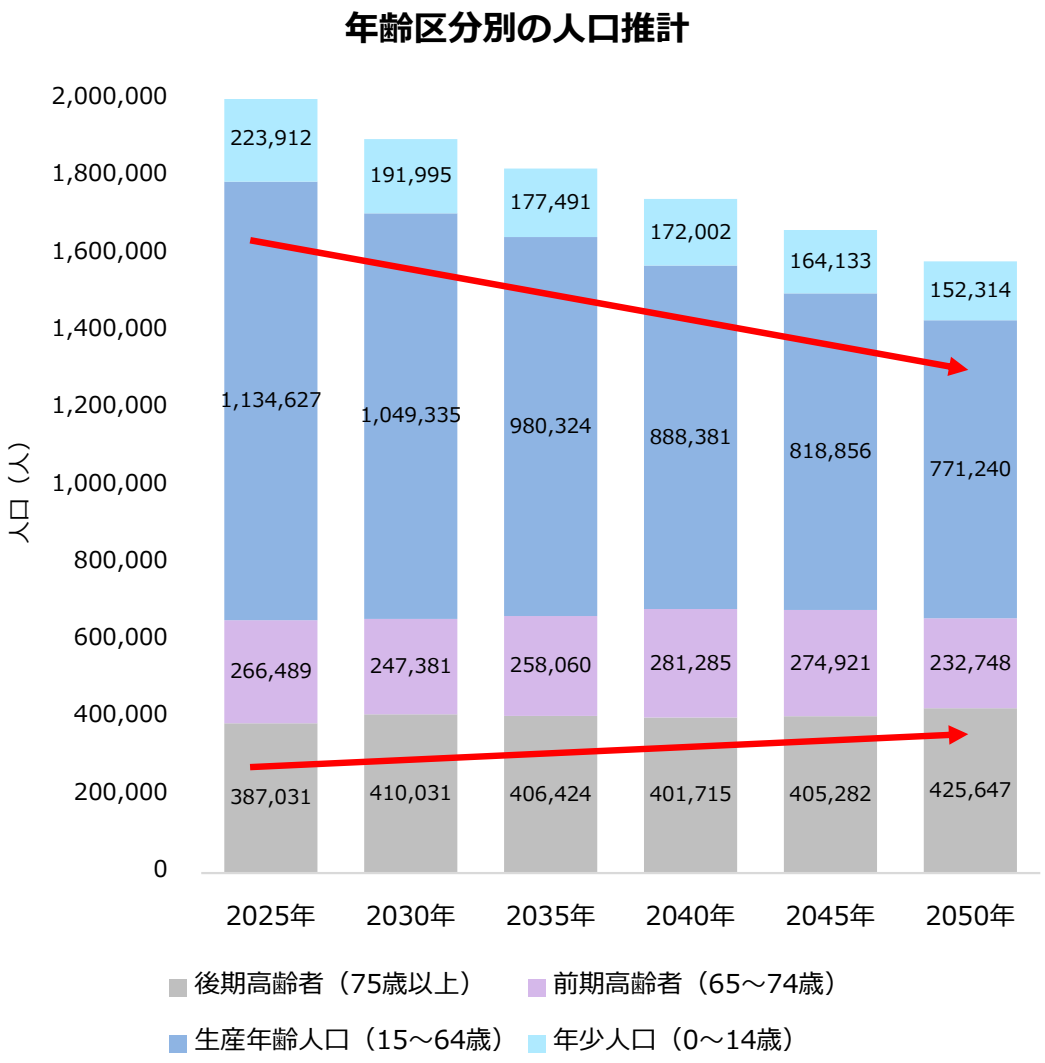
		構想区域					
		圏　域	区　　域	市町村数	人　口（人）	面　積（㎢）	所　在保健所
県全域	東信	佐　久	小諸市、佐久市、南佐久郡、北佐久郡	11	200,454	1,571.18	佐　久
		上　小	上田市、東御市、小県郡	4	185,834	905.37	上　田
	南信	諏　訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡	6	183,946	715.75	諏　訪
		上伊那	伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡	8	172,253	1,348.40	伊　那
		飯　伊	飯田市、下伊那郡	14	144,354	1,928.89	飯　田
	中信	木　曽	木曽郡	6	22,377	1,546.15	木　曽
		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	

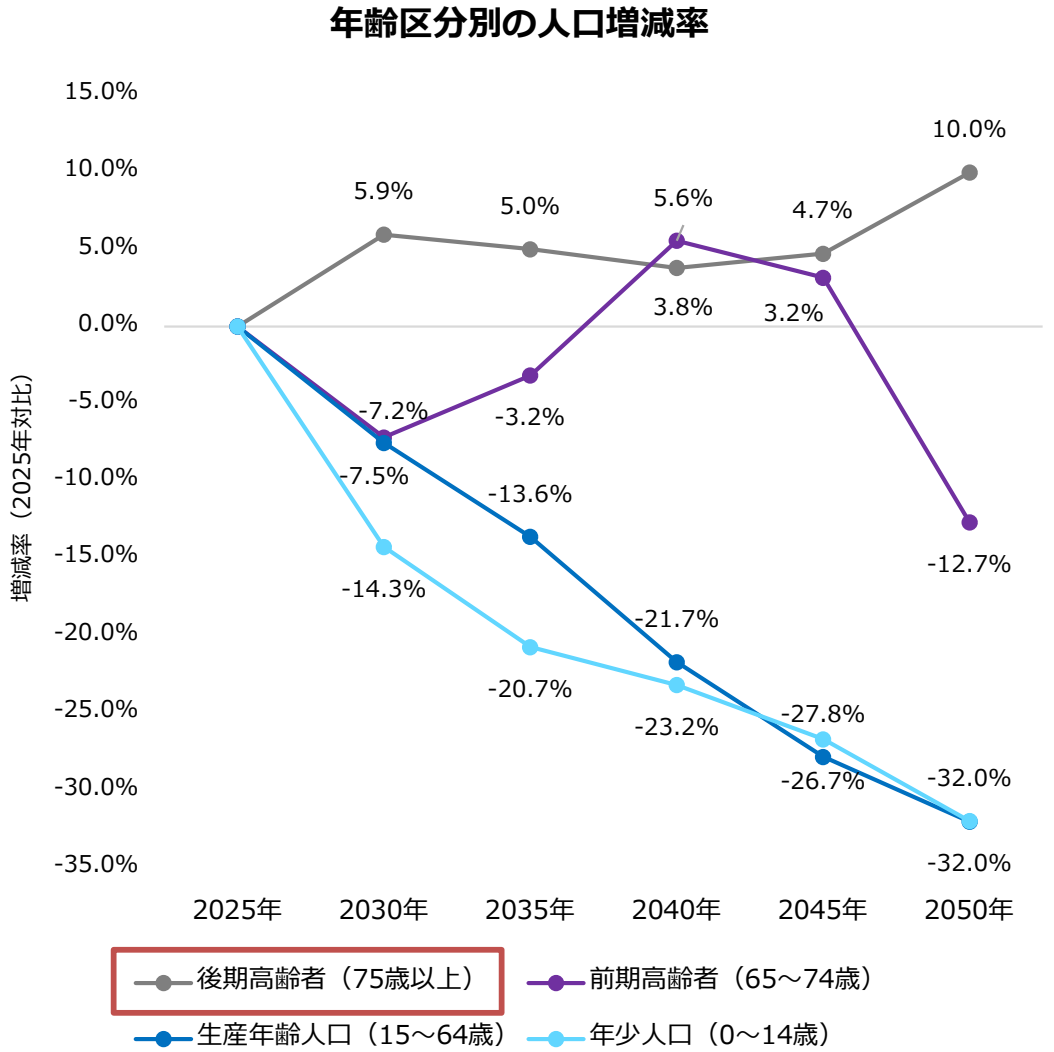


出典：人口は令和８年４月１日現在（長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」）。県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない

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。





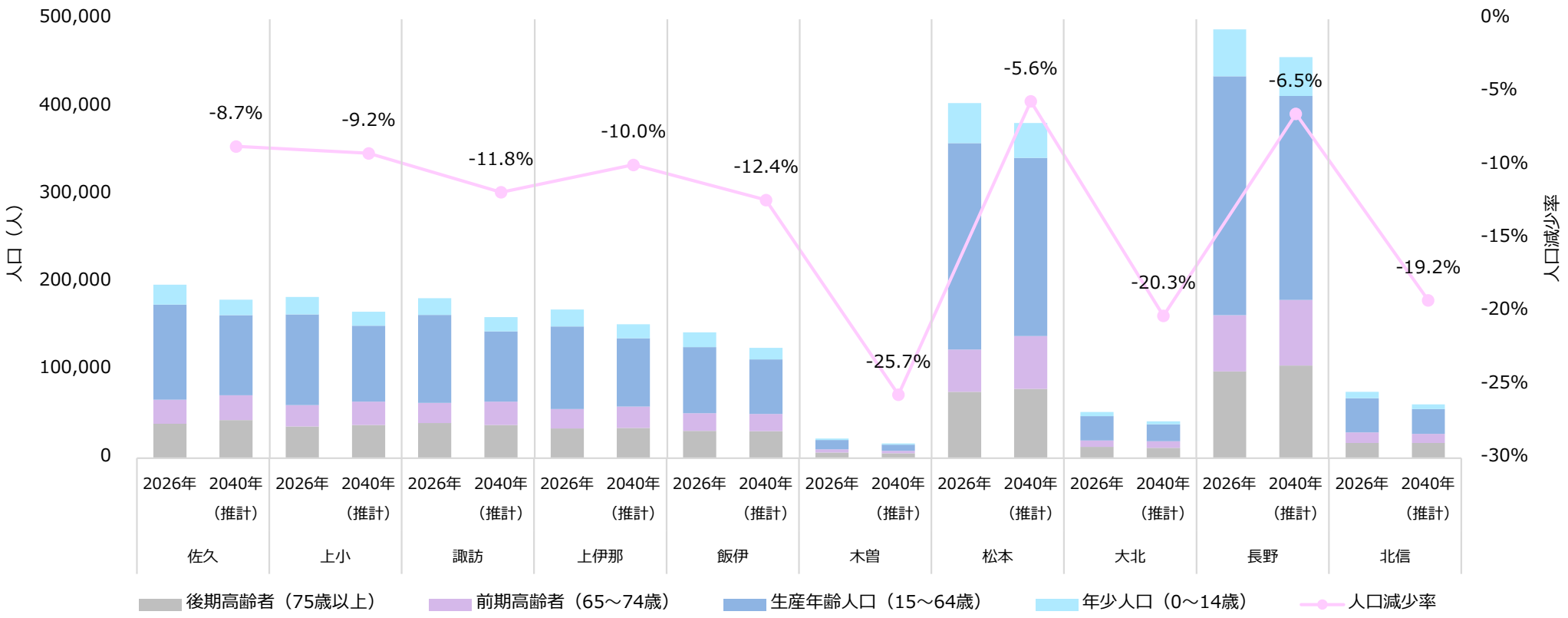
出典：厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」

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

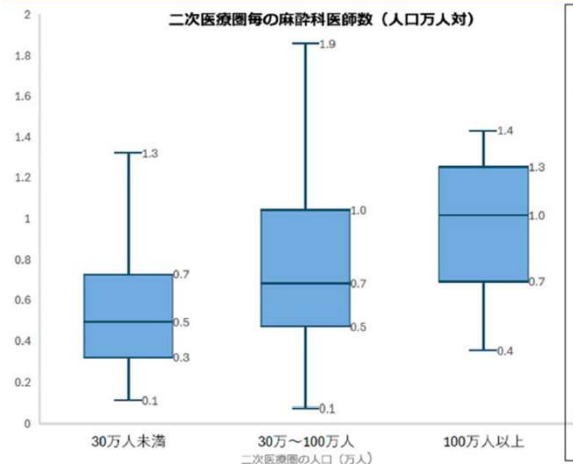
出典：【人口】＜全国＞住民基本台帳データ（令和7年1月時点）、＜長野県全体・二次医療圏＞毎月人口異動調査（令和8年4月時点）
【病院数】＜全国＞医療施設調査（令和6年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞長野県集計（令和8年6月時点）
【救急告示病院数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞長野県公表集計（令和8年5月時点）
【在宅療養支援病院数】＜全国＞一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会公表値（令和5年3月時点）、＜長野県・二次医療圏＞厚生局医療機関名簿（令和8年3月時点）
【在宅療養支援診療所数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）、＜長野県・二次医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

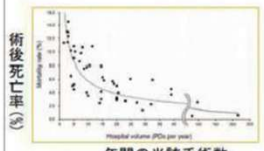
令和６年11月8日第11回新たな地域医療構想等に関する検討会資

<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>

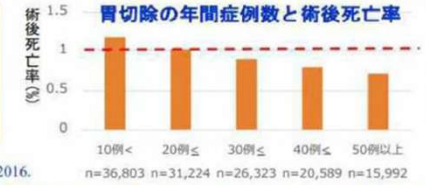
令和6年10月30日第７回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料（資料２）

日本消化器外科学会提出資料

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-



Hata T, et al. Ann Surg 2016.

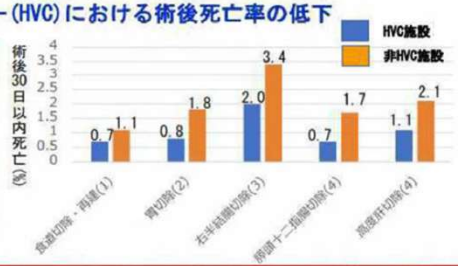


超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。

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。

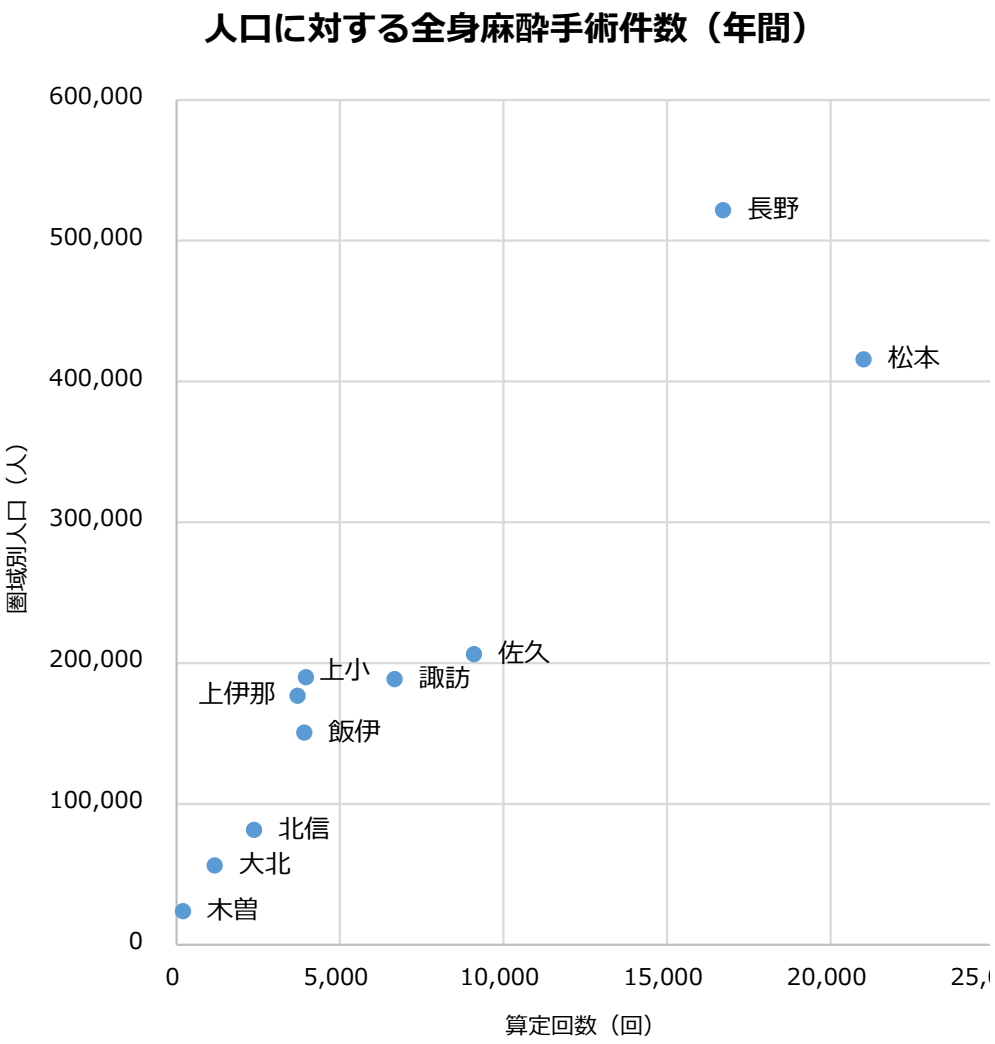
【凡例】**赤字**：県内他圏域への計10%以上の流出がある圏域。

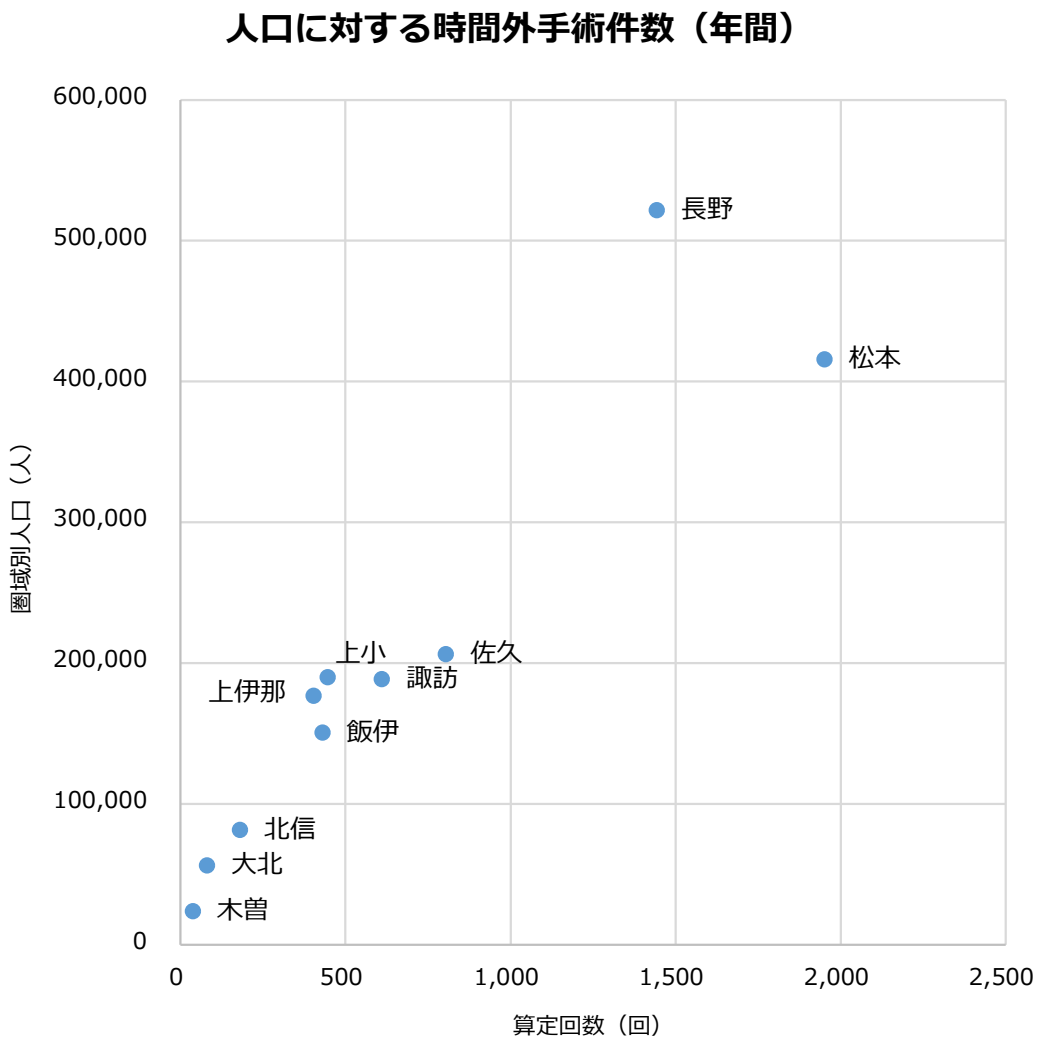
3次医療圏	構想区域				流出状況（最多または5%以上の流出先を記載）		
	2次医療圏	構想区域	人　口（人）	可住面積（㎢）	主な流出先へのDPCの流出割合	主な流出先への高度急性期の流出割合	主な流出先への救急搬送の圏域外搬送割合
東信	佐　久	佐　久	200,454	453.37	1.4% （上小圏域）	0.5% （松本圏域）	0.8% （上小圏域）
	上　小	上　小	185,834	249.15	**21.1%（佐久圏域）** **5.5%（松本圏域）**	**38.4%（佐久圏域）** **7.8%（松本圏域）** **5.9%（長野圏域）**	8.9% （佐久圏域）
南信	諏　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。



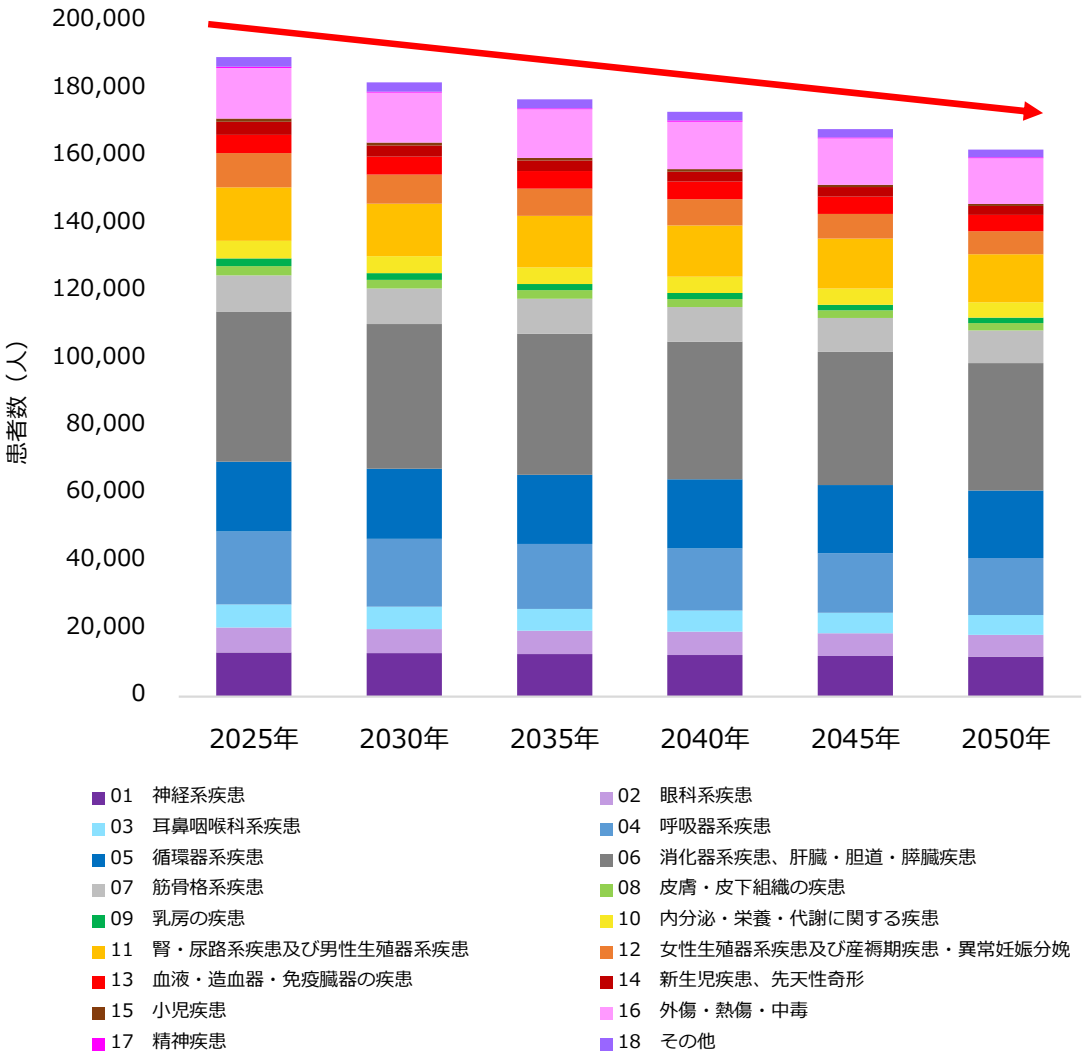


出典：厚生労働省「病床機能報告（令和７年）」より算出。なお、時間外手術の算定回数は、手術の深夜加算１及び２、手術の休日加算１及び２及び手術の時間外加算１及び２の算定回数を合算して算出

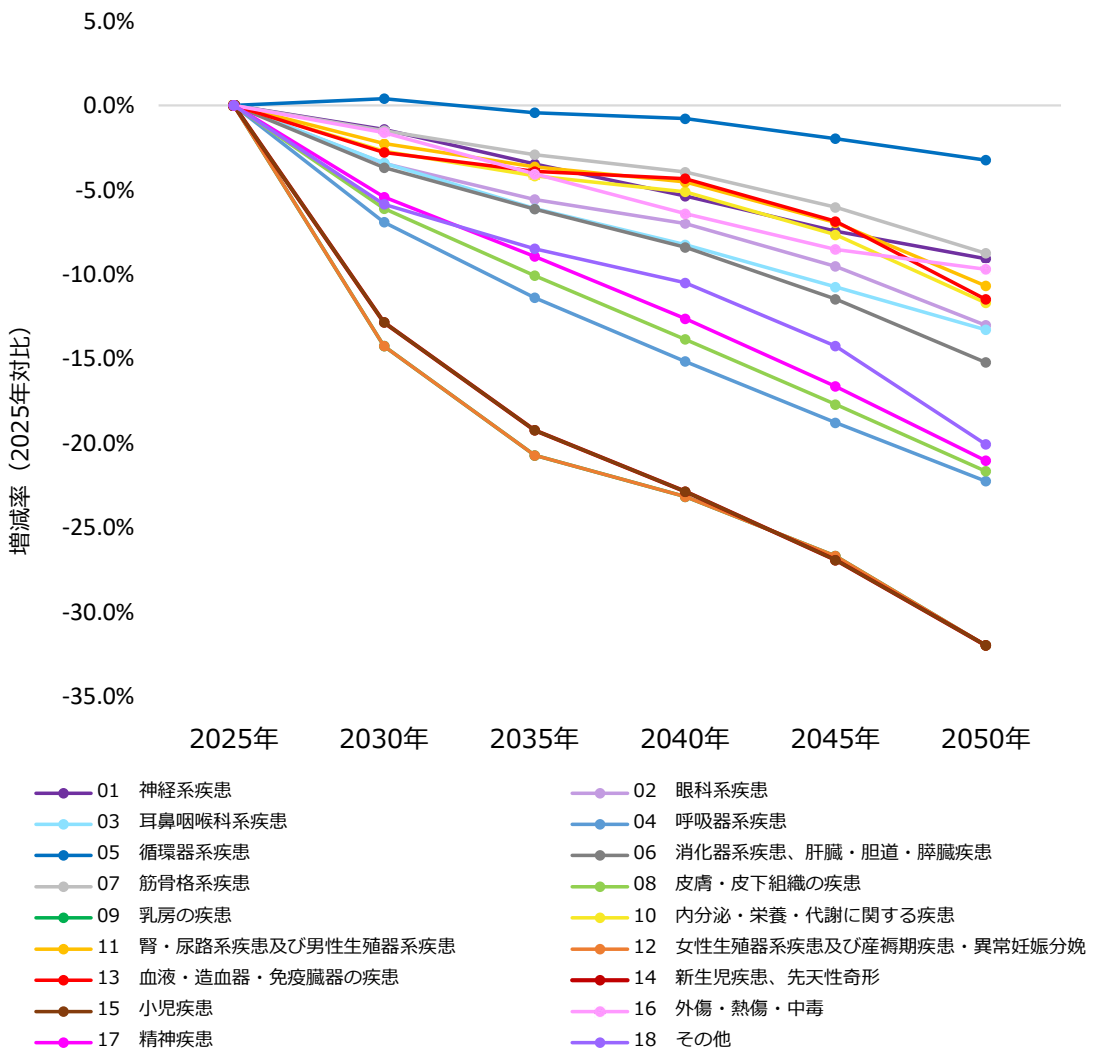
2040年の医療需要について（急性期）

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

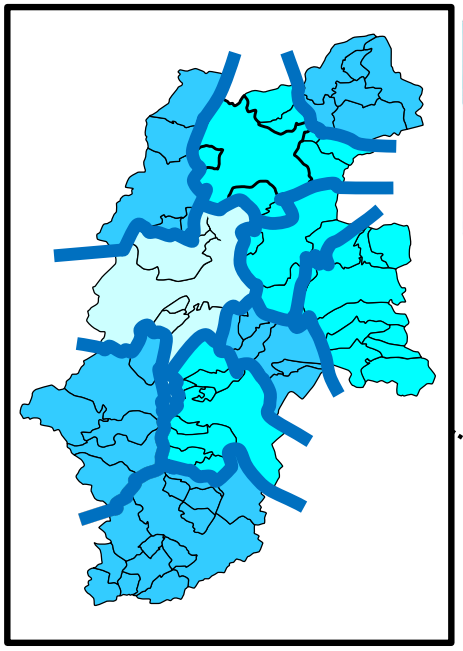


MDC別の患者数増減率



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）」

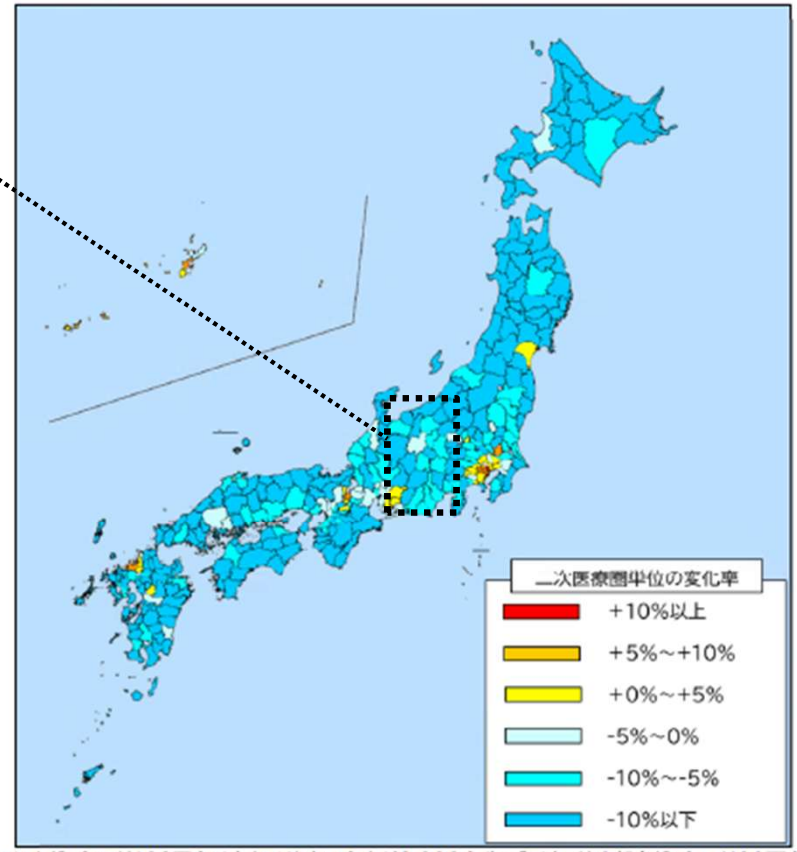
（参考：厚生労働省資料）がん患者における手術療法の需要推計



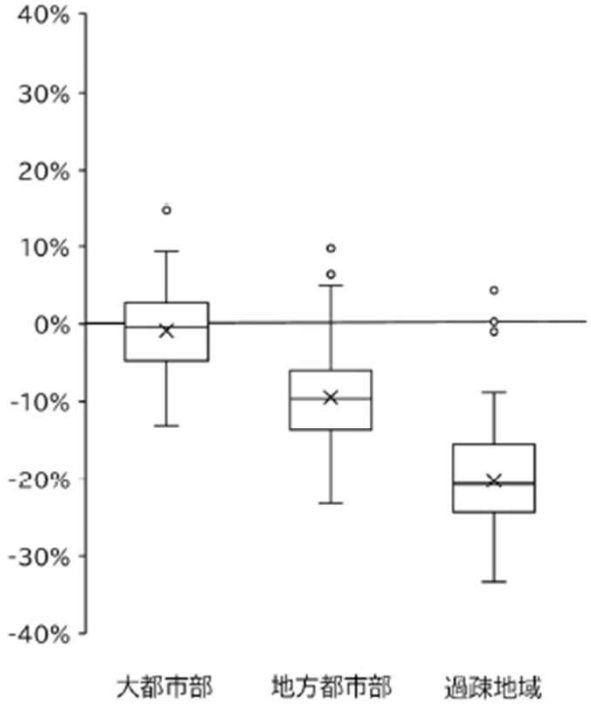
がん患者における手術療法の需要推計（二次医療圏単位）

- 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※）

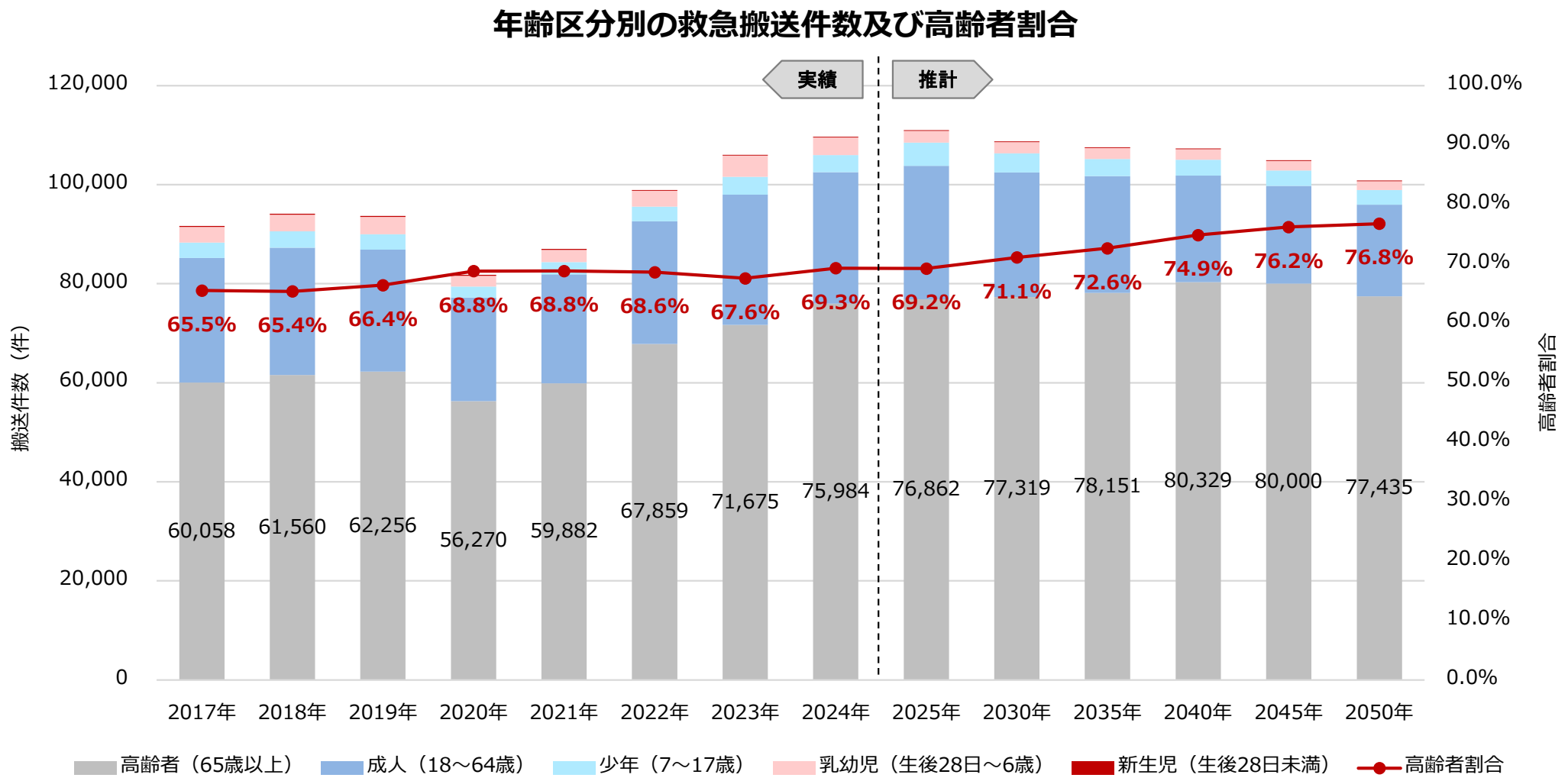


※大都市部：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上、過疎地域：上記以外
出典：全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

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。

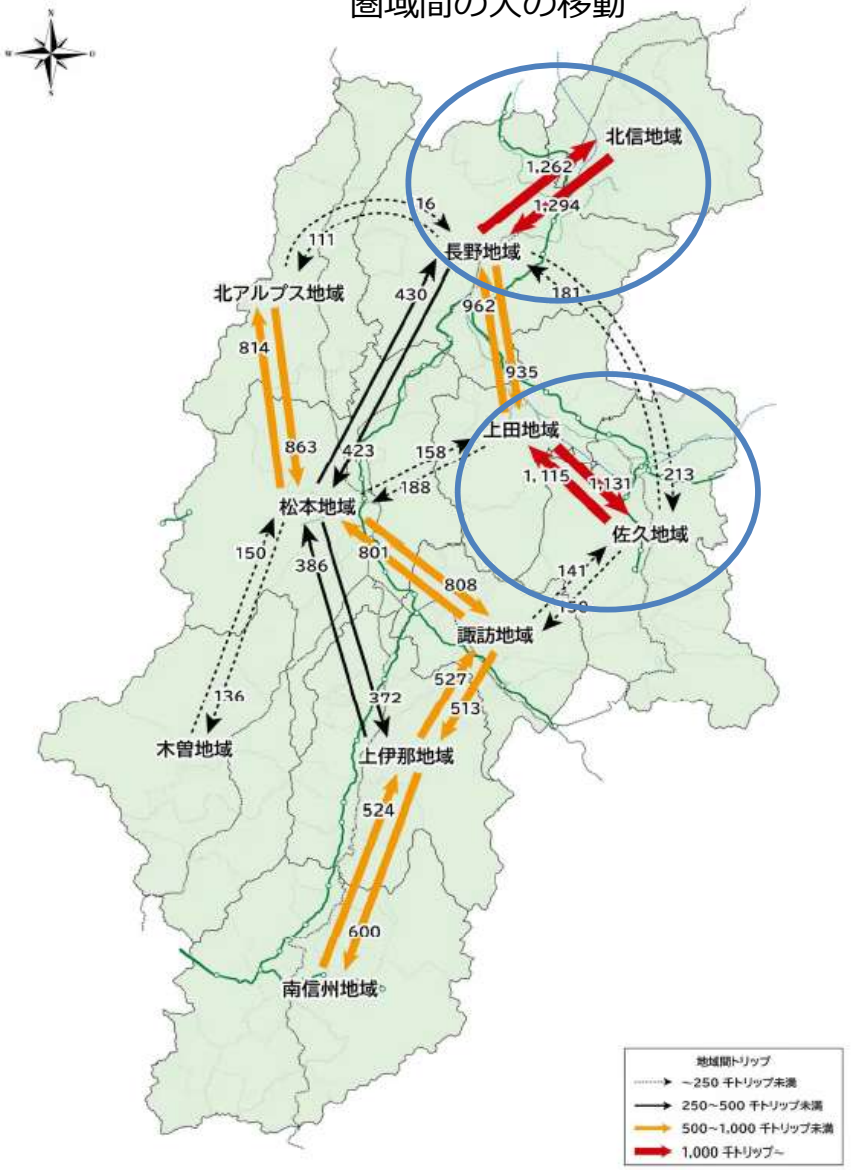


出典：長野県「救急統計データ（平成29年～令和６年）」、「毎月人口移動調査結果報告（令和６年）」及び厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」

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。

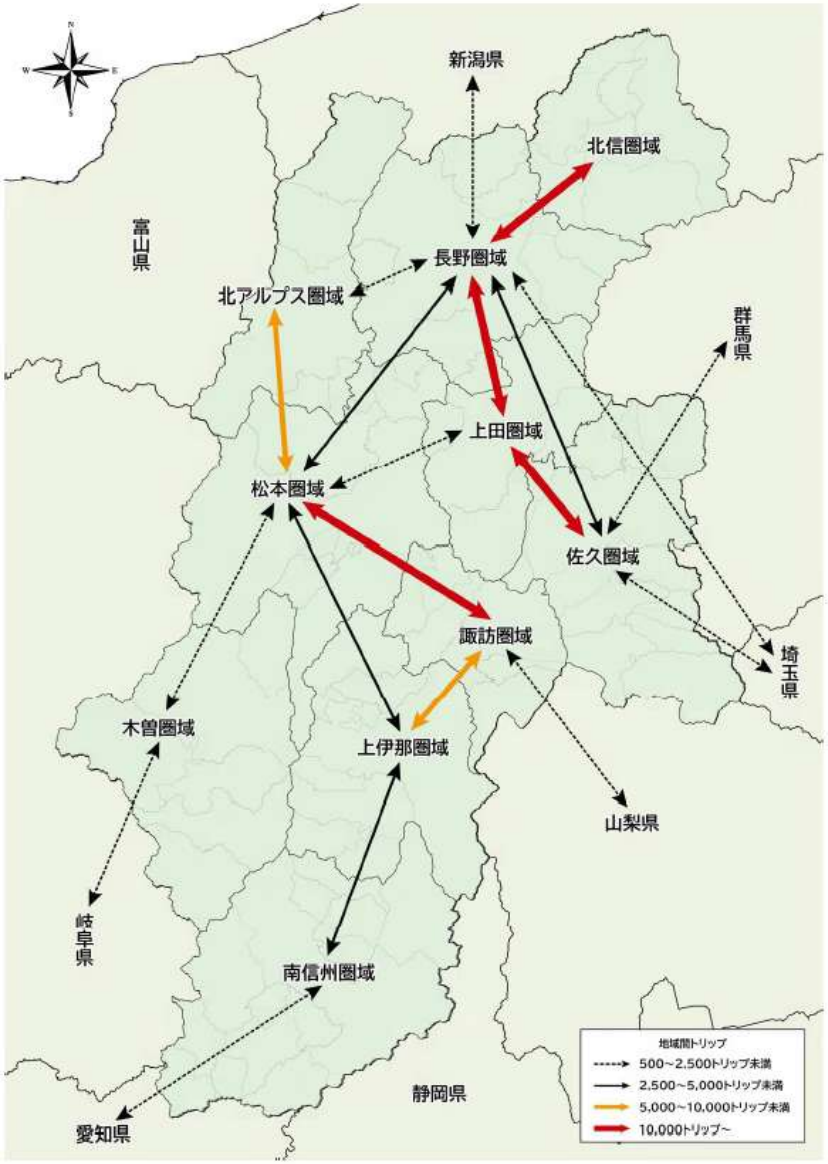
圏域間の人の移動



※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



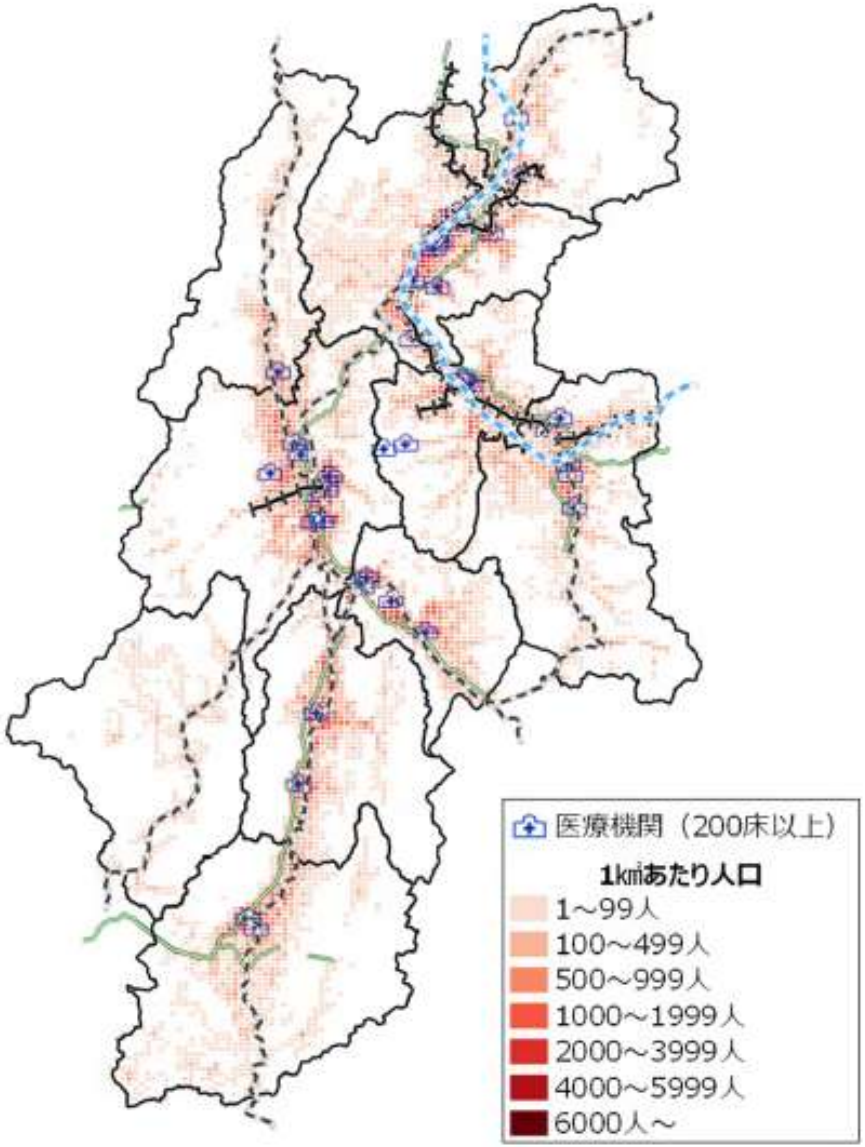
出典：令和２年国勢調査より長野県交通政策課作成

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

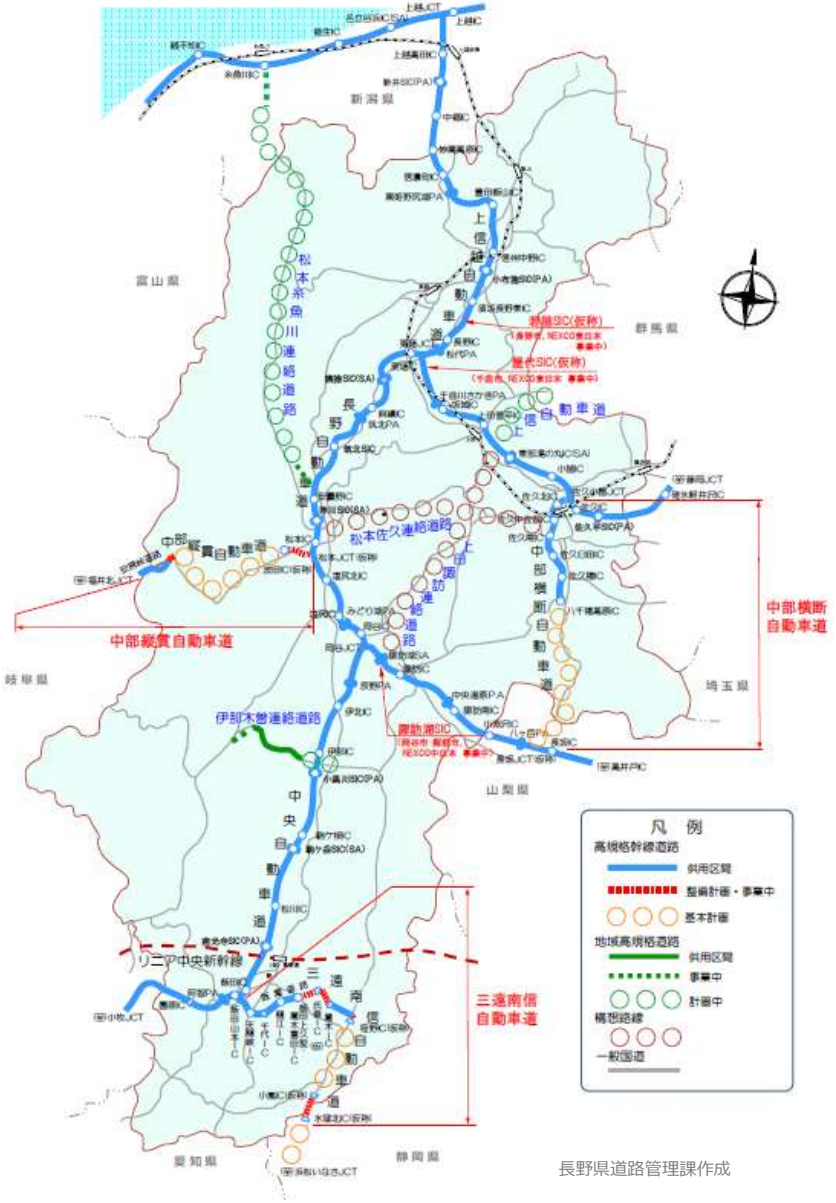
人口の分布及び200床以上の医療機関の立地状況、県内の高規格道路の整備状況は以下のとおり。

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）

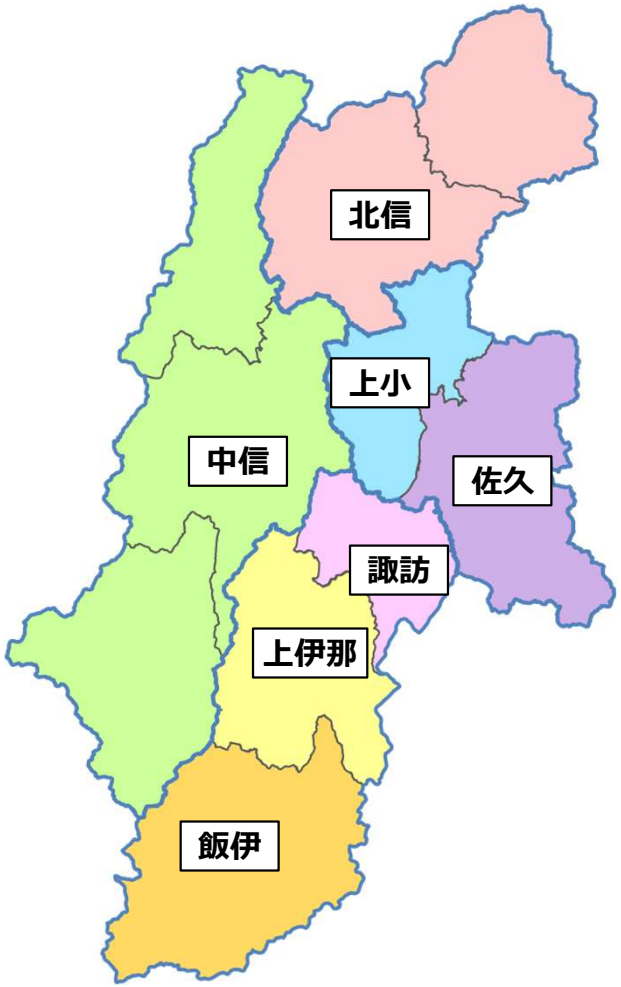
※新構想GL：地域医療構想策定ガイドライン（令和８年７月３日付け厚生労働省医政局長通知：医政発0703第４号）
懇談会：新たな地域医療構想に関する懇談会（県で令和７年度に開催し、新たな地域医療構想の策定に向け、とりまとめを行ったもの）

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）



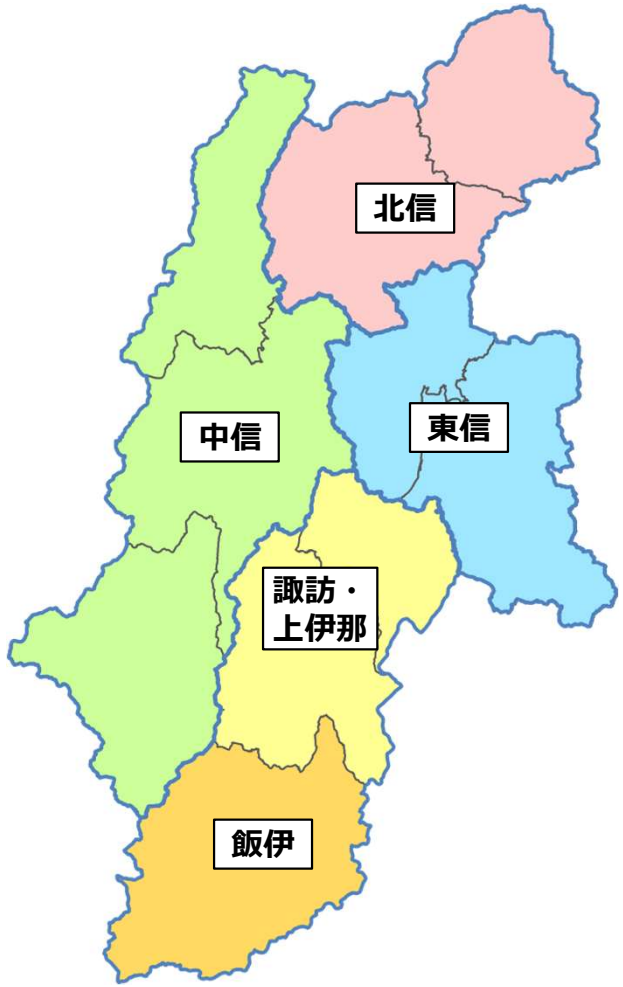
出典：人口は令和８年４月１日現在（長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」）。県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない
可住面積は総務省「社会・人口統計体系」より算出
流出入割合は厚生労働省「医療計画作成支援データブック　エクストラデータ　受療動向データ（2023）」の二次医療圏別データ、救急搬送の圏域外搬送割合は救急搬送データ（2024）をもとに作成

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）



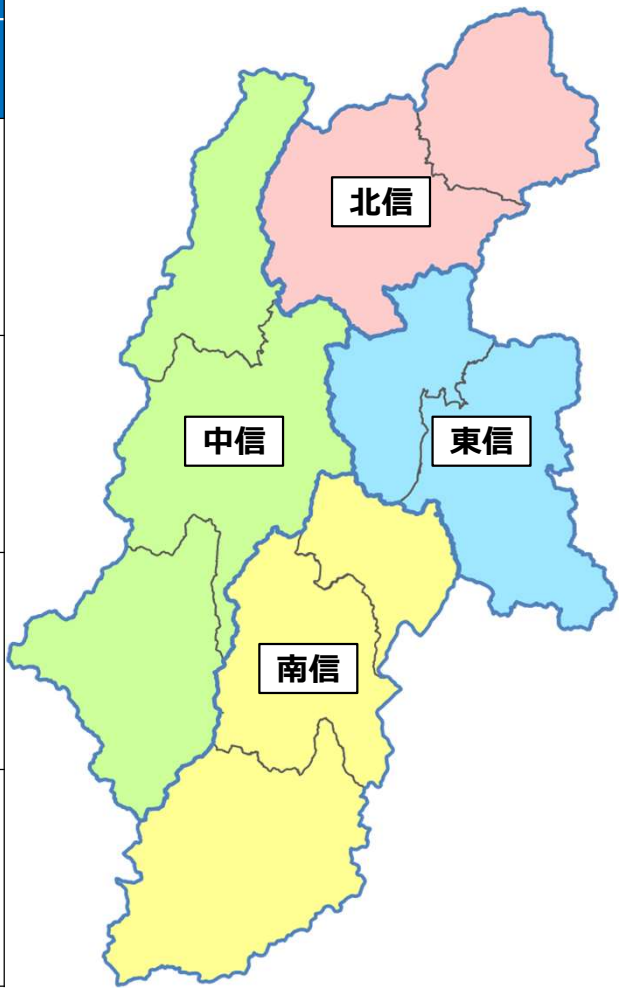
出典：人口は令和８年４月１日現在（長野県総合政策課統計室「毎月人口異動調査」）。県計人口と市町村人口との推計方法が異なるため、地域計を合算しても県計とは一致しない
可住面積は総務省「社会・人口統計体系」より算出
流出入割合は厚生労働省「医療計画作成支援データブック　エクストラデータ　受療動向データ（2023）」の二次医療圏別データ、救急搬送の圏域外搬送割合は救急搬送データ（2024）をもとに作成

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	病床機能		
機能区分	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