

長野県地域医療構想



平成29年3月

長野県

長野県PRキャラクター「アルクマ」
©長野県アルクマ

はじめに

1. 地域医療構想策定の背景

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

高齢化の進展に伴い、今後とも医療や介護を必要とする方がますます増加することから、将来を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要な医療・介護サービスを確保していくことが課題となっています。特に、高齢化が進むと、がんなどを原因とする慢性疾患を中心とする医療ニーズの増大が見込まれるため、ニーズに対応した病床の機能分化と連携を推進することにより入院医療機能の強化を図るとともに、患者の状態に応じて退院後の生活を支える在宅医療等の充実を図ることが求められています。

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

なお、老年人口の増加には地域差があり、地域によっては既に老年人口が減少期に入っているところもあるため、地域の実情に応じて将来の医療・介護の提供体制を一体的に考えていくことが必要です。

2. 地域医療構想策定の意義

地域医療構想は、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らしていくため、地域に必要とされる医療サービスの維持・充実を図りつつ、将来の医療需要に応じた医療提供体制の構築に向け、関係者が自主的な取組を進めるための構想です。

地域医療構想により、医療を受ける側にとっては、地域の医療提供体制が見える化され、自身に最適な受療行動を考えるきっかけとなるとともに、行政や医療提供者による取組により、地域において安心して、安定的に医療サービスを受けられるようになることが期待されます。

また、医療提供者である医療機関にとっては、県が設けた地域医療構想調整会議等において、将来の医療需要の見込みや制度の動向等の情報を共有することにより、地域の医療提供体制をどのようにしていくのか話し合っていくことが期待されます。

3. 病床数の必要量の推計値に関する留意点

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

国が定めた推計方法は、単に現在の入院患者の状況を将来の推計人口に当てはめるのではなく、比較的医療ニーズの低い患者を病床以外の介護施設等での療養を含めた在宅医療等^{*3}で対応可能としたり、全国的に大きな地域差がある療養病床の入院受療率について、その地域差を縮小させるなど、一定の仮定等を加えて推計します。

病床数必要量の推計値の意義は、将来の医療提供体制について、医療関係者をはじめ、介護関係者や医療を受ける住民の方々に一緒に考え行動していただくための参考値であり、病床数の削減目標といった性格を持つものではありません。

重要な事は、関係者が将来の姿を見据えつつ、医療機関の自主的な選択により地域の病床機能が収れんされていくというアプローチです。

第1節 地域医療構想の基本的事項

1. 地域医療構想の位置付け

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

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

2. 地域医療構想に記載する内容

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

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

※1 NDB

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

※2 DPCデータ

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

※3 在宅医療等

居宅のほか特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

※4 機能区分

高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能区分のこと(21ページ参照)。

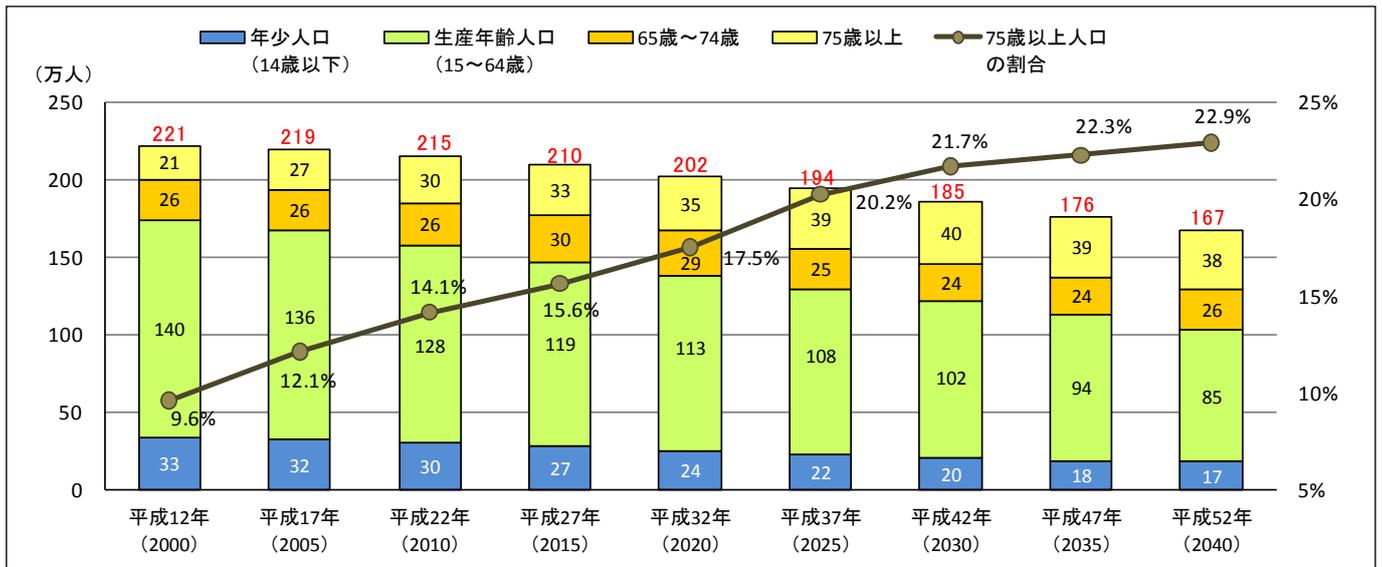
第2節 長野県の概況

1. 長野県の人口推移と医療需要推移の見込み

(1) 長野県の人口

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

図表 長野県の将来の人口・75歳以上人口の割合の推移



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

□ ピークの年

2000~2015年「国勢調査」(総数には年齢不詳者を含むため合計は一致しない)
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013.3月推計)」

人口ピラミッドの推移

図 長野県の人口ピラミッド (2010年、2025年、2040年)



2010年国勢調査、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013.3月推計)」

(2) 医療需要の推移の見込み

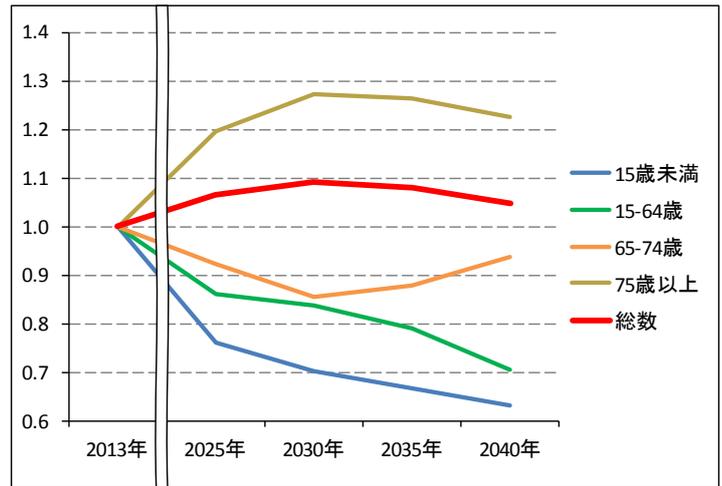
国提供の地域医療構想策定支援ツールを利用して長野県の将来の入院医療需要の変化率を分析すると、

- ・2013年（平成25年）を1とした場合、入院患者の総数は、75歳以上の患者数の増加に連動して2030年（平成42年）頃にピークとなるが、65歳未満の入院患者数が減少傾向にあることから、増加の幅は2013年の1割増程度に留まる。
- ・75歳以上の入院患者数は2030年頃に2013年の約1.3倍まで増加した後、減少局面に入る。

と見込まれます。

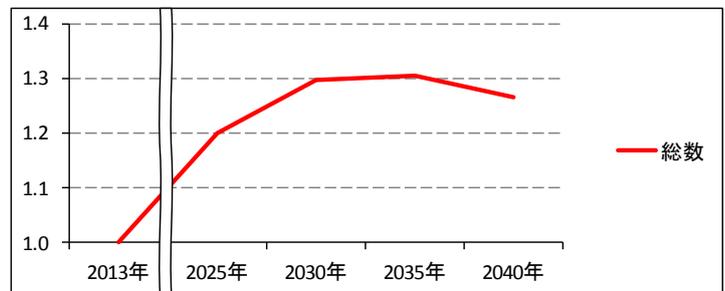
また、在宅医療等の医療需要は、2013年を1とした場合、2030年から2035年頃に2013年の約1.3倍になった後、減少局面に入ると見込まれます。

入院医療需要の変化率（2013年=1）



資料:「地域医療構想策定支援ツール」により作成

在宅医療等需要の変化率（2013年=1）

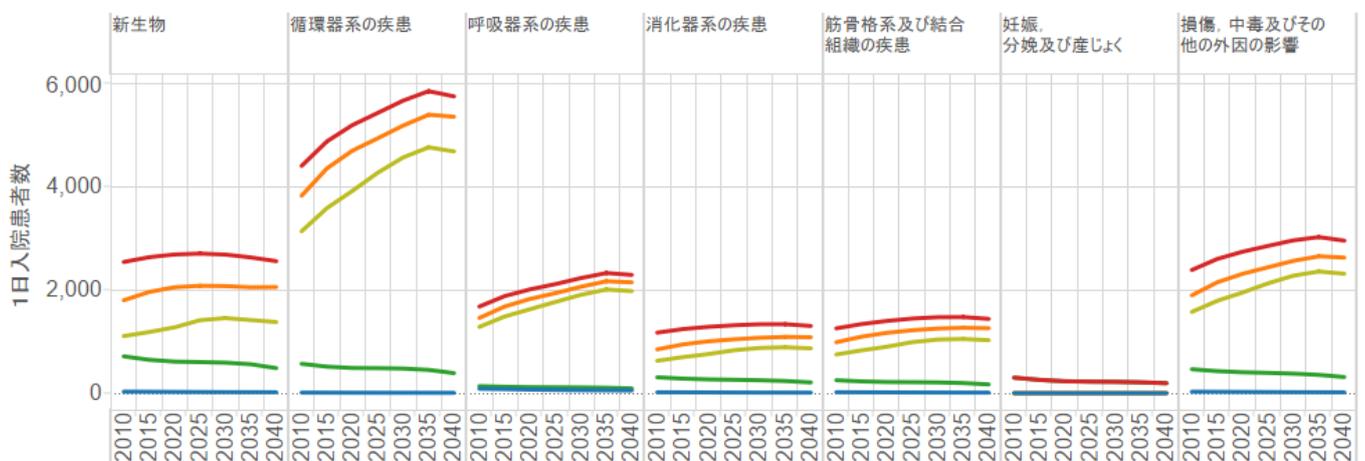


資料:「地域医療構想策定支援ツール」により作成

<参考> 傷病別の入院患者数の推移の見込み

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

図 長野県における診断群分類別入院患者の将来推計



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

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

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

2. 医療提供体制等の現状

(1) 病床数の状況

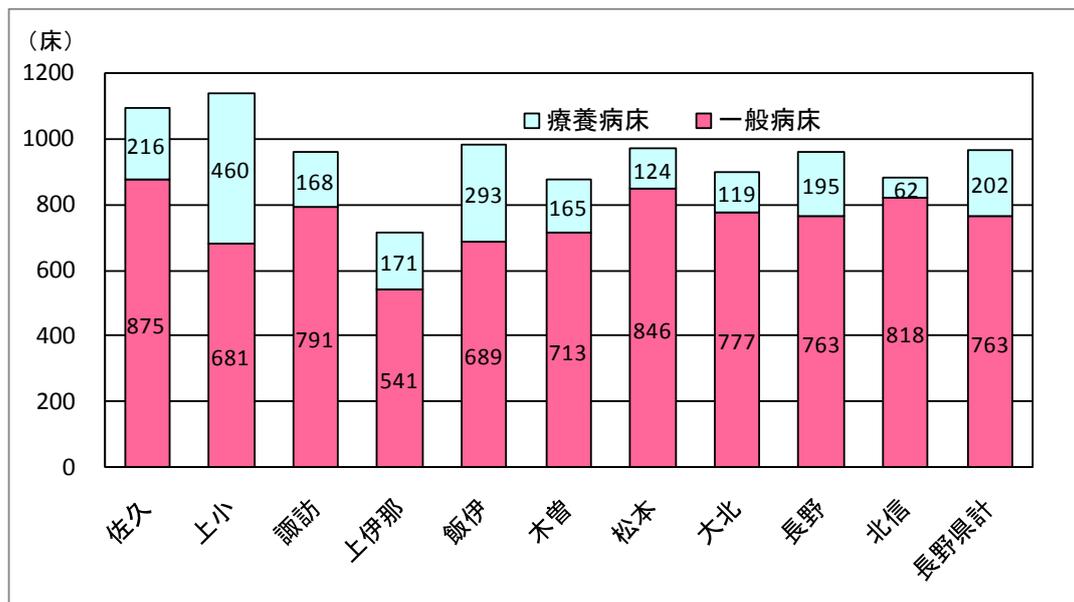
2014年（平成26年）10月現在の人口10万人当たりの一般病床・療養病床の合計数は、上小医療圏が最も多く上伊那医療圏が最も少なくなっています。

表 一般病床数・療養病床数（2014年10月1日）

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

出典：人口……長野県毎月人口異動調査
病床数…長野県 病院・診療所名簿

図 人口10万人当たり一般病床数・療養病床数（2014年）



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

(2) 医療従事者の状況

ア 人口 10 万人当たり医療施設従事医師数

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

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

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

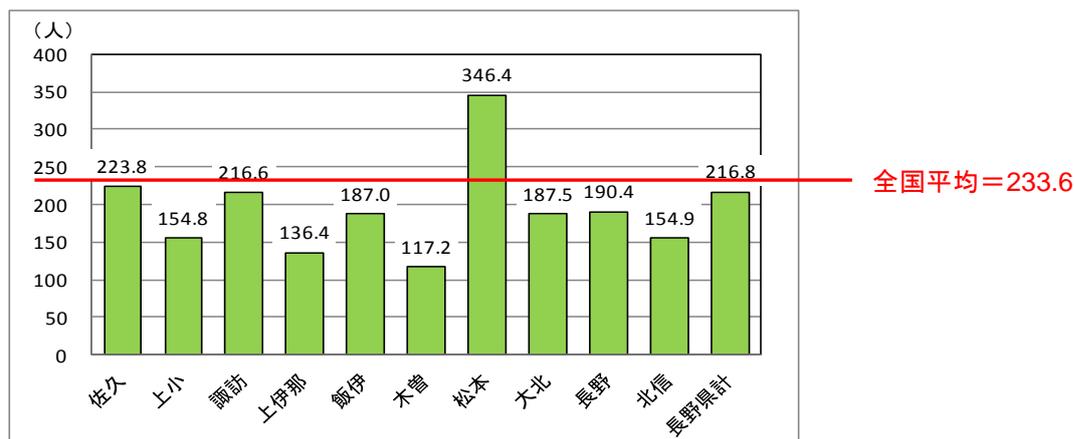
表 二次医療圏別の医療施設従事医師数

単位：人

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

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

図 人口 10 万人当たり医療施設従事医師数（2014 年）



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

イ 看護師等の就業者数の状況

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

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

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

単位：人

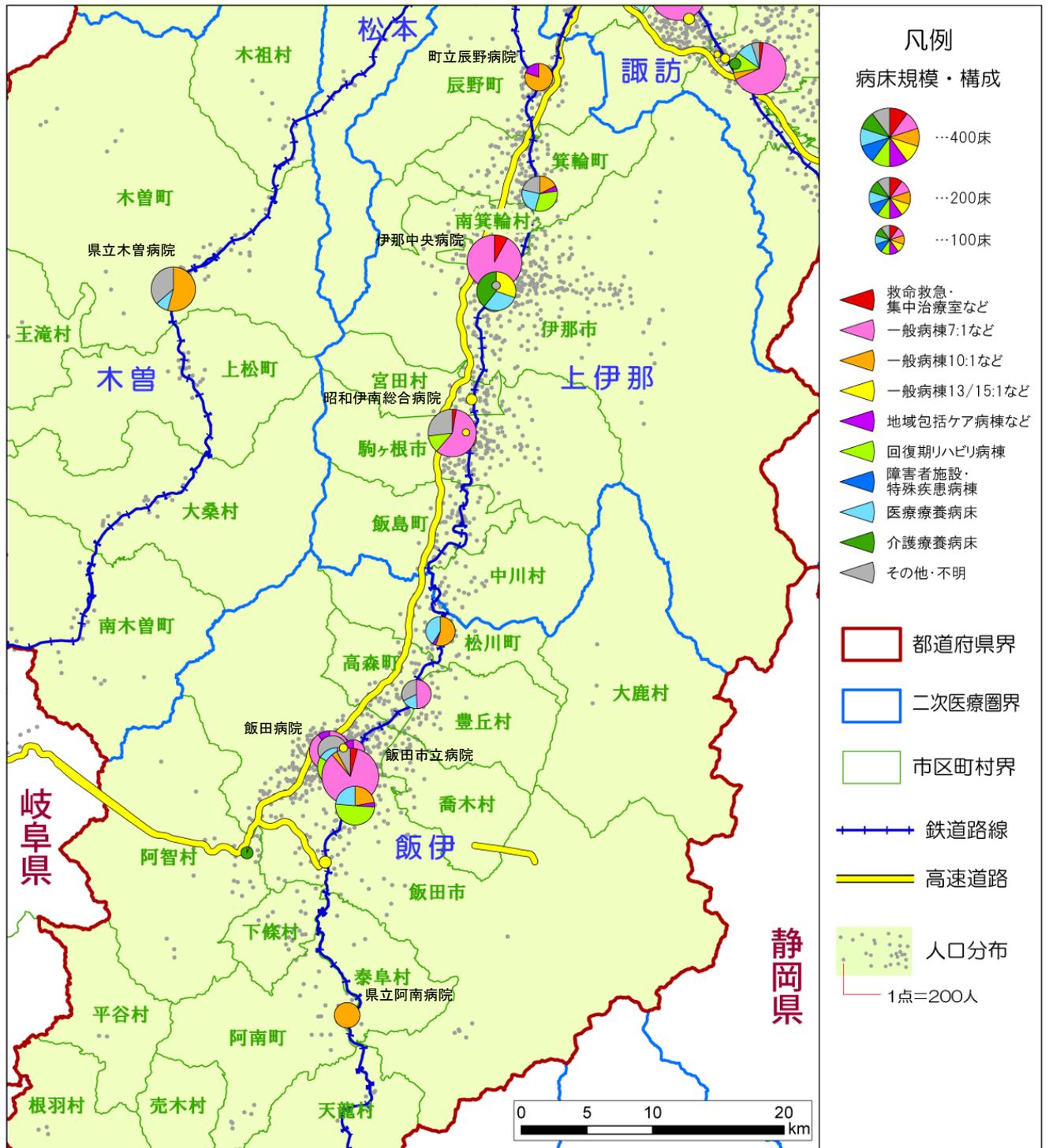
	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	全県	全国
保健師	76.3	59.2	59.7	75.5	77.4	141.3	68.3	112.9	58.5	92.0	69.5	38.1
助産師	41.3	26.8	37.6	29.1	35.9	55.1	51.5	29.9	31.0	51.6	37.8	26.7
看護師	1,110.5	811.2	1,021.7	784.1	904.5	851.1	1,110.1	1,019.0	937.1	902.3	969.1	855.2
准看護師	200.6	400.3	264.2	250.2	348.4	179.2	229.1	219.1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

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

イ 上伊那・飯伊・木曽医療圏

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

図 上伊那・飯伊・木曽医療圏における一般病床及び療養病床の分布



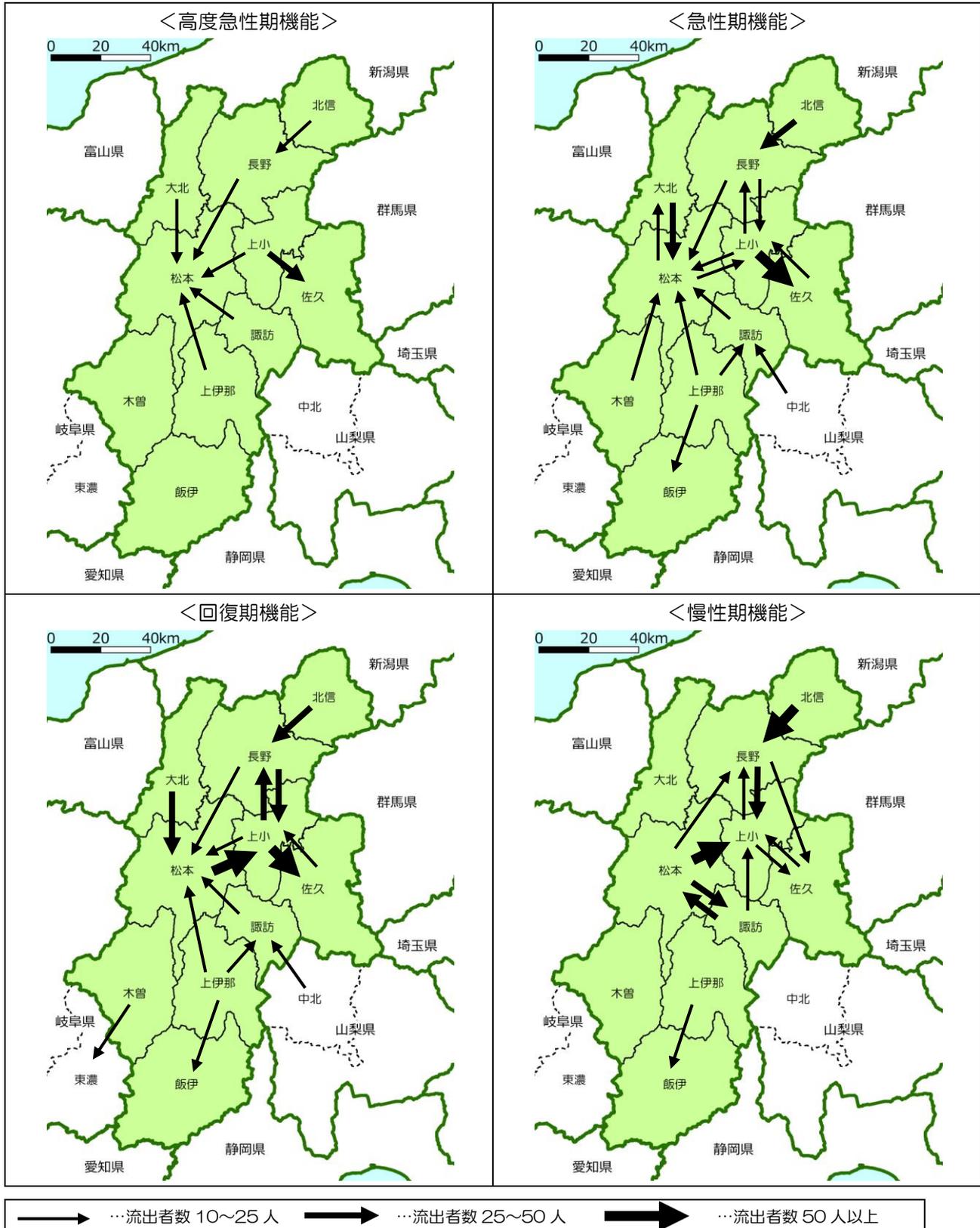
2014 年度病床機能報告、各地方厚生局への医療機関届出情報、国勢調査、国土数値情報より作成

3. 二次医療圏間の入院患者の流出入の状況（2013年度）

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

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

図 4 機能区分別の患者流出入の状況（2013年度、10人/日以上）



「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成

(2) 将来の医療需要及び病床数の必要量の推計手順

国が定めた推計の手順^{※1}は以下のとおりです。

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

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

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

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

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

※1: 在宅医療等の医療需要は表の手順とは別に、在宅患者訪問診療料を算定している患者数と介護老人保健施設の施設サービス需給者数も用いて推計する。

※2: 2013年度の入院患者数等のデータは、国提供の地域医療構想策定支援ツールに格納されている。

※3: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013年3月出生中位推計)」を用いる。

※4: 推計値には、現行の医療機関所在地へ患者流出入が続いたまま将来に移行すると仮定した「医療機関所在地ベース」と、将来、患者住所地の医療圏ですべての医療需要をまかなうと仮定した「患者住所地ベース」の2種類の推計がある。

※5: 病床稼働率は、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%とする。(全国一律の設定)

(3) 病床の機能区分

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

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

なお、地域医療構想の推計に用いる区分と、医療機関が毎年県に報告する病床機能報告制度[※]の区分は21ページの表のとおり定義が異なっているため、単純に比較することはできません。

病床機能報告制度においては、4つの医療機能は定量的な基準ではなく定性的に区分し、また、病床機能の選択は医療機関の自主的な判断に基づき、複数の機能を担っている病棟でも主な機能を1つ選択して病棟単位で報告することとされています。一方、地域医療構想における機能区分は、法令に基づき定量的な診療報酬点数等をもとに区分されています。

※病床機能報告制度

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

報告結果は長野県公式ホームページで公表している。

表 地域医療構想と病床機能報告制度における区分の比較

地域医療構想における区分		病床機能報告における区分	
高度急性期	・医療資源投入量*が 3,000 点以上	高度急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	・医療資源投入量*が 600～3,000 点 ・医療資源投入量*が 175～600 点だが、早期リハビリテーション加算を算定し、かつリハビリ分の点数を加えた医療資源投入量が 600 点以上	急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	・医療資源投入量*が 175～600 点 ・医療資源投入量*が 175 点未満だが、リハビリ分の点数を加えると 175 点以上 ・ <u>回復期リハビリテーション病棟</u>	回復期	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL（日常生活動作）の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期及び在宅医療	・リハビリ分の点数を加えた医療資源投入量*が 175 点未満 ・ <u>障害者施設・特殊疾患病棟</u> ・療養病床 ・介護老人保健施設 ・訪問診療	慢性期	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能
		在宅医療	—

*入院基本料相当分と一部のリハビリ分の点数を除いた診療報酬点数
下線の入院患者数は、医療資源投入量に関わらず、当該区分に含める。

出典:「地域医療構想策定ガイドライン」より作成

(4) 慢性期の推計

ア 慢性期の医療需要推計の考え方

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

※在宅医療等

居宅のほか特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

(7) 2025年度以降の将来に向けた病床数の必要量の推計

病床数の必要量の推計にあたり、佐久、上小、飯伊、松本、長野の5構想区域から「医療機関所在地ベース」、大北区域から「患者住所地ベース」、諏訪、上伊那、木曾、北信区域から「高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベース」での推計が望ましいとの意見がありました。

将来に向けて、各構想区域・医療機関が医師の確保や医療提供体制の充実に取り組むことにより、入院医療が地域で完結する「患者住所地ベース」の推計値に近づくことも考えられるため、「高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期・回復期・慢性期は患者住所地ベース」の推計値も併せて示します。

なお、4ページの医療需要の推移の見込みのとおり、県全体の医療需要は2030年（平成42年）から2035年（平成47年）頃にピークとなり、その後は減少に向かう見込みであること、また、高齢患者の増加に伴い、肺炎、心不全、大腿骨骨折などの増加が見込まれるなど、現在と疾病構造に変化が予想されることにも留意していく必要があります。

表 高度急性期：医療機関所在地ベース、急性期・回復期・慢性期：患者住所地ベース（2025年度）

構想区域	医療機能	医療需要 (人/日)	病床数 (床)
佐久	高度急性期	145	193
	急性期	519	665
	回復期	429	477
	慢性期	287	312
	計	1,380	1,647
上小	高度急性期	73	98
	急性期	480	615
	回復期	565	628
	慢性期	275	299
	計	1,393	1,640
諏訪	高度急性期	161	215
	急性期	550	705
	回復期	464	516
	慢性期	318	346
	計	1,493	1,782
上伊那	高度急性期	89	119
	急性期	405	519
	回復期	405	450
	慢性期	221	240
	計	1,120	1,328
飯伊	高度急性期	97	129
	急性期	430	551
	回復期	373	414
	慢性期	219	238
	計	1,119	1,332
木曾	高度急性期	11	14
	急性期	62	79
	回復期	46	51
	慢性期	41	45
	計	160	189
松本	高度急性期	377	503
	急性期	1,014	1,300
	回復期	946	1,051
	慢性期	577	627
	計	2,914	3,481
大北	高度急性期	27	36
	急性期	175	224
	回復期	127	141
	慢性期	67	73
	計	396	474
長野	高度急性期	407	544
	急性期	1,257	1,612
	回復期	1,058	1,176
	慢性期	911	990
	計	3,633	4,322
北信	高度急性期	43	57
	急性期	218	279
	回復期	196	218
	慢性期	83	90
	計	540	644
県計	高度急性期	1,430	1,908
	急性期	5,110	6,549
	回復期	4,609	5,122
	慢性期	2,999	3,260
	計	14,148	16,839

・高度急性期は医療機関所在地ベース(2014年度以降の病院の取組反映後)
 ・急性期、回復期、慢性期は患者住所地ベース(都道府県間調整後)

「地域医療構想策定支援ツール」を活用して作成

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

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

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

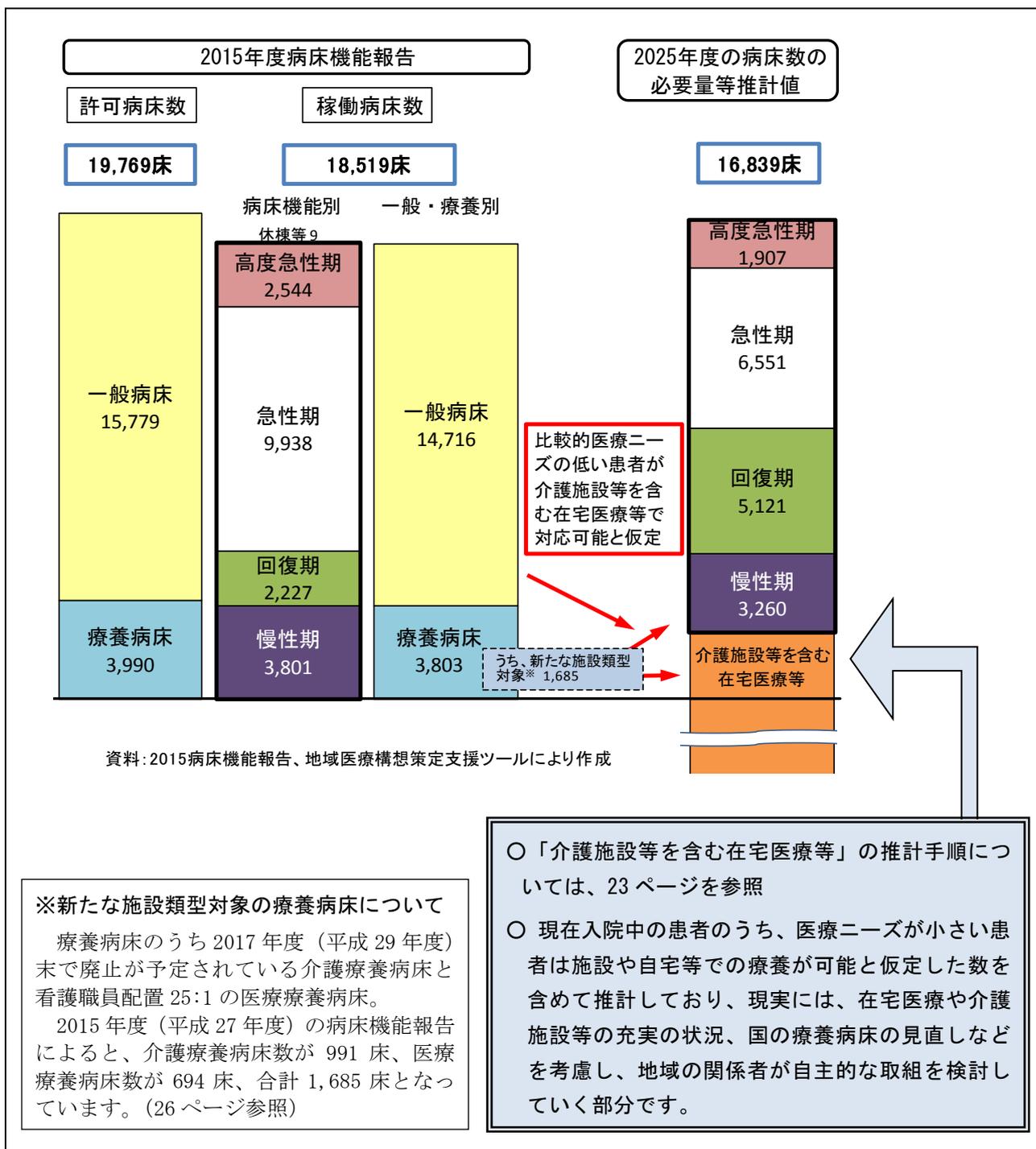
この差31千人の人口増は主に若年層の増加であり、病床数の必要量に換算すると32床程度影響を与えることが見込まれますので、今後の人口の推移にも留意していくことが必要です。

(8) 2015 年度病床機能報告と 2025 年度の病床数の必要量推計値との比較

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

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

図 2015 年度の病床数と 2025 年度の病床数必要量推計値との比較

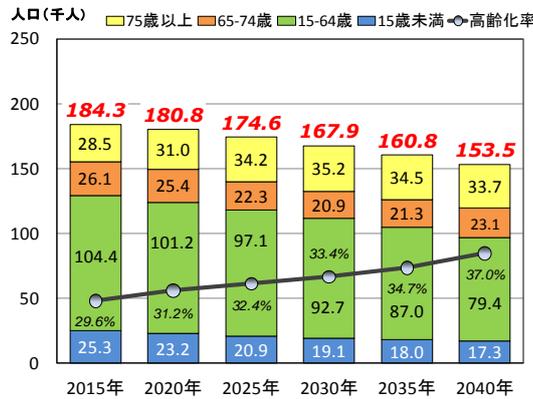


上伊那構想区域

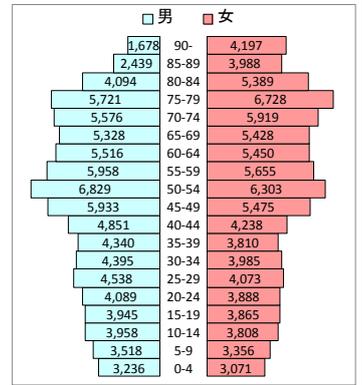
伊那市、駒ヶ根市、辰野町、箕輪町、飯島町、南箕輪村、中川村、宮田村（8市町村）

将来の人口・高齢化率の推移

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

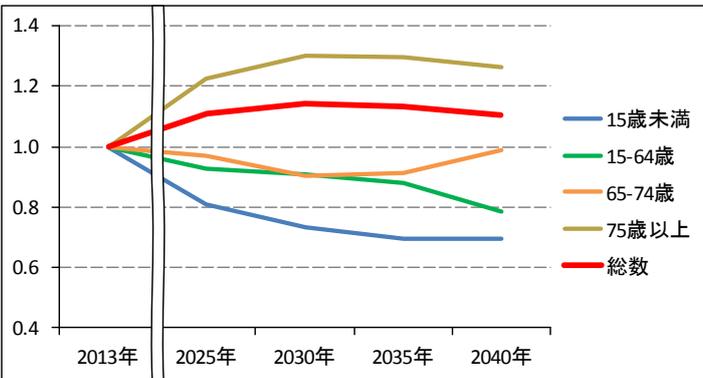


2025年の人口構造



資料:2015年国勢調査「人口等基本集計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(2013.3月推計)より作成

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



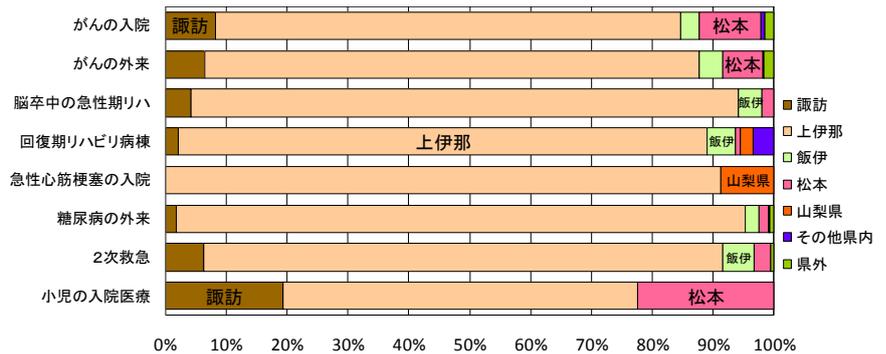
- ・全体として入院患者数は2030年頃にピークを迎える見込みですが、増加は2013年から1割強程度に留まる見込みです。
- ・75歳未満の入院患者数は減少傾向にあります。
- ・75歳以上の入院患者数は2030年頃にピークとなる見込みです。

資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により作成

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

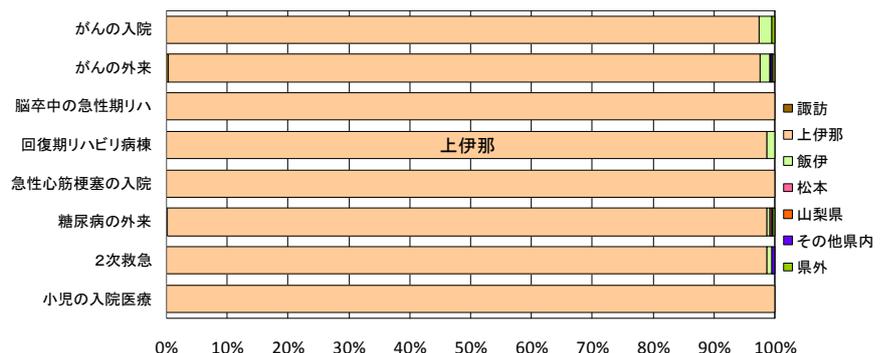
区域内居住者の受診先の所在地

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



区域内医療機関の受診患者の住所

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



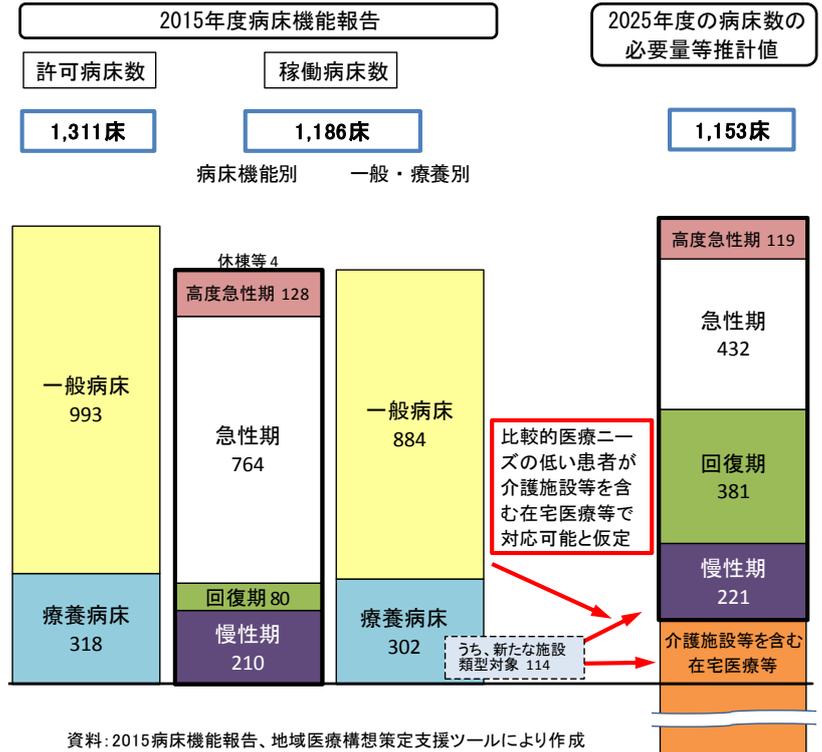
資料:「医療提供体制・受療動向分析ツール」(厚労省)により作成(対象レセプトに限られるため「地域医療構想策定支援ツール」の値とは異なります。)

2025 年度の病床数の必要量の推計

- 2025 年度に必要と推計される病床数は 1,153 床です。
- 「高度急性期は医療機関所在地ベース、急性期・回復期・慢性期は患者住所地ベース」の場合は 1,328 床です。(30 ページ参照)

<病床機能報告による現状>

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



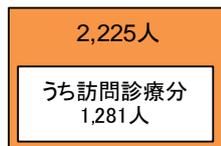
2025 年度の在宅医療等の必要量の推計

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

2013年度推計値



2025年度推計値



資料:「地域医療構想策定支援ツール」(厚労省)により推計

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

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

医療・介護提供体制の現状と課題

(現状)

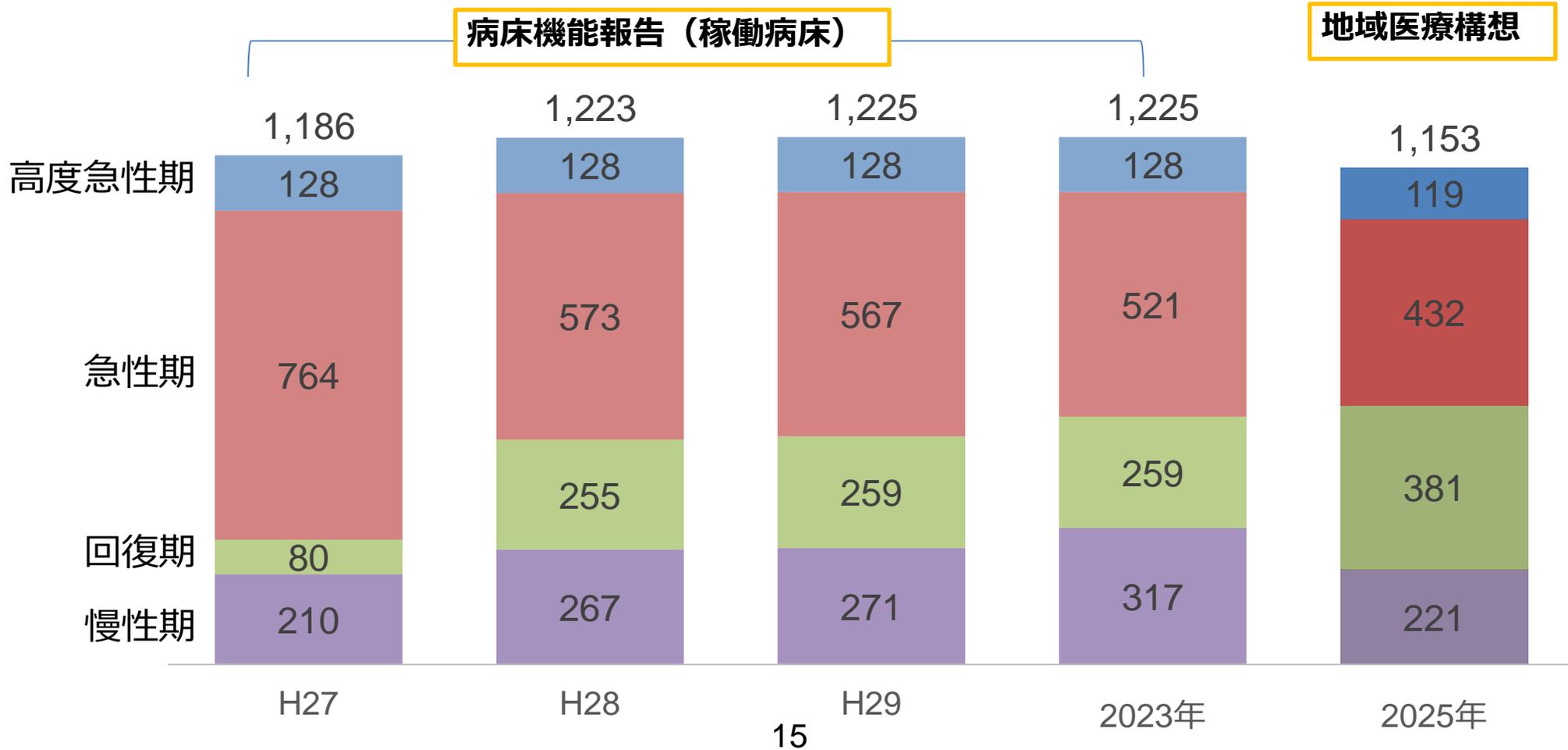
- 平成 21 年度から 25 年度にかけて実施された地域医療再生事業により医療提供体制の充実が図られ、機能分化・連携が進んでいる区域です。南北に長い地理的条件の中で、一部住民からアクセスしやすい松本、諏訪区域や飯伊区域へ患者の流出が一定程度存在するのが現状です。

(課題)

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

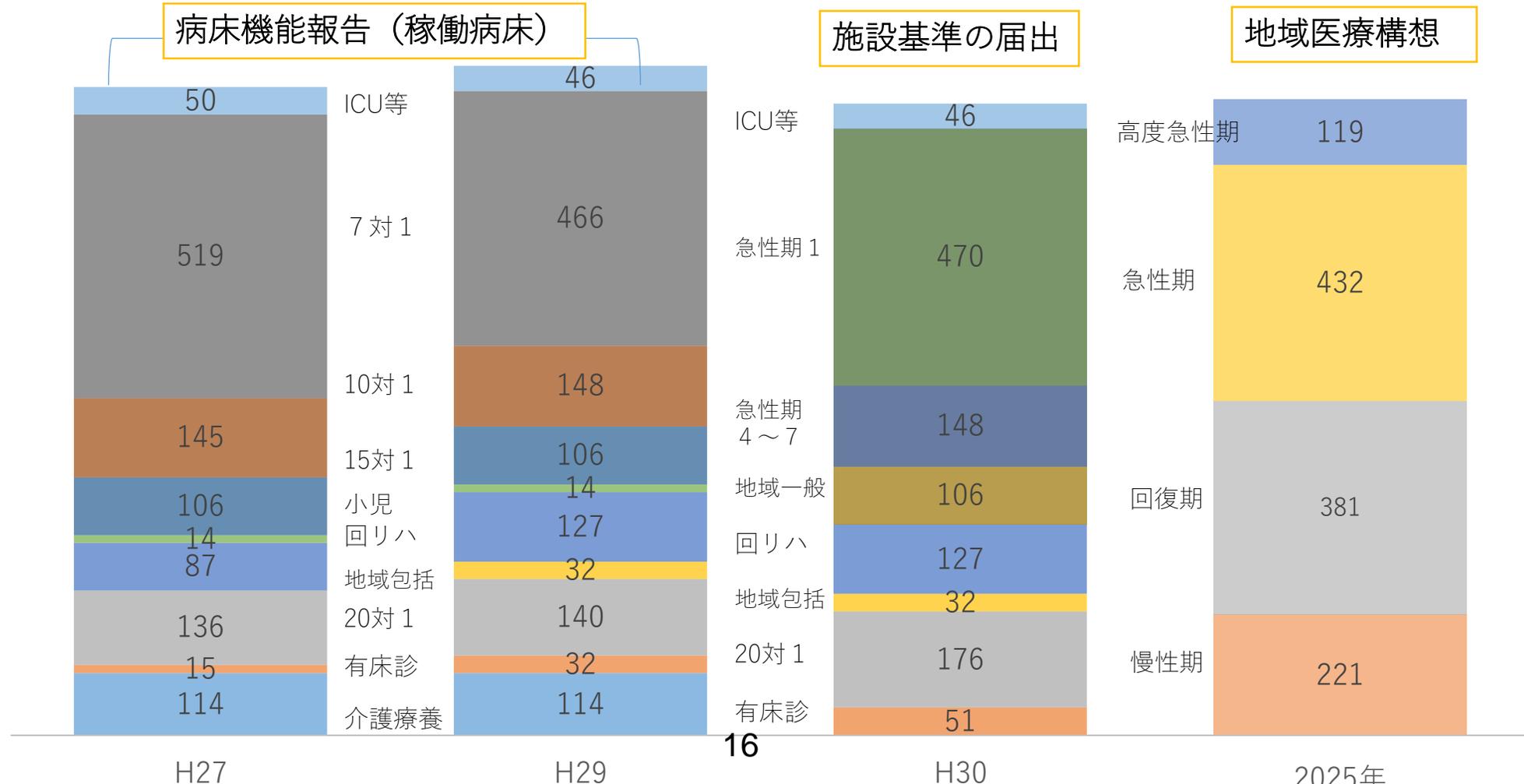
2025年の病床数の推計値と病床機能報告結果の推移

- 2025年の病床数の推計値と平成27～29年度の病床機能報告結果の推移は以下のとおり。平成27年度以降の回復期病床の増加の要因は、回復期リハビリテーション病棟及び地域包括ケア病棟の整備による病床機能の転換が主な理由となっている。
- また、6年間後の慢性期機能の増加は、既存の急性期病棟を慢性期機能へ転換することを検討しているもの。



平成29年度病床機能報告結果の状況 1

- 平成27、29年度の病床機能報告結果における入院基本料ごと届出状況の推移及び平成30年度の診療報酬改定後の関東信越厚生局への施設基準等の届出状況（5/1時点）は以下の通り。
- 平成27年度から平成29年度にかけて、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟の整備が行われた。



上伊那医療圏の課題

【上伊那構想区域の課題（長野県地域医療構想から抜粋）】

（現状）

- 地域医療再生事業により機能分化・連携が進んでいる構想区域。
- 南北に長い地理的条件の中で、アクセスしやすい松本、諏訪圏域や飯伊圏域へ患者が流出している構想区域。

（課題）

- 人口10万人当たりの病床数は県内で最も少なく、医療従事者数についても医師が木曾圏域に次いで2番目に少なく、看護師は県内最少となっていることから、医療従事者の確保を図る。
- 開業医の高齢化などにより往診、訪問診療などの負担が大きくなる中、在宅医療・介護をいかに充実していくかが課題であり、住まいをベースとして在宅医療や介護を継続して提供できる体制を整え、地域包括ケアシステムの充実を図る。

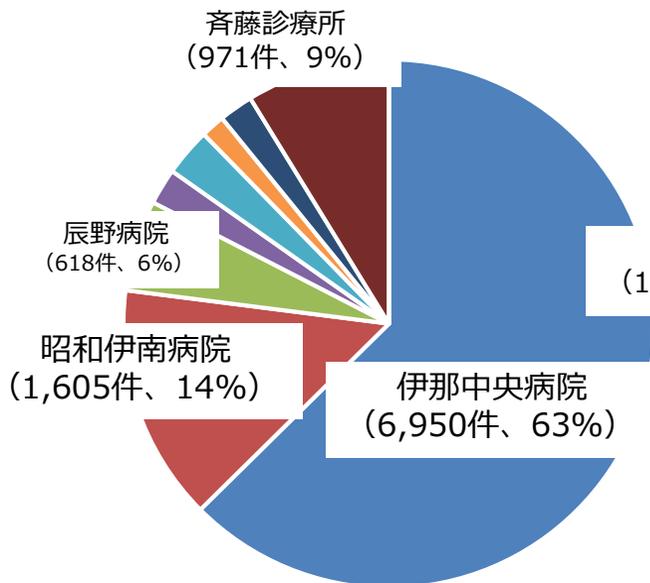
昨年度の調整会議での議論

	議事事項	主な意見
第1回 (H29.10.23)	<ul style="list-style-type: none">・ 病床数の必要量と病床機能報告の関係性の整理・ 急性期医療機関の疾患ごとの役割分担の状況・ 疾患ごとの将来需要推計・ 在宅医療の実施状況・ 患者の受療動向	<ul style="list-style-type: none">・ 病床機能報告上の回復期への転換は、診療内容は変わらず、病床機能の選択を変えたただけの場合もあるので注意が必要・ 正看護師が不足している。定着率を上げるためには、地元での育成体制の整備が必要
第2回 (H29.12.18)	<ul style="list-style-type: none">・ 新公立病院改革プラン・ 総合確保基金事業・ 医療と介護の協議の場	<ul style="list-style-type: none">・ 介護医療院への転換見込については、報酬改定の詳細が出た後の影響を確認することが必要

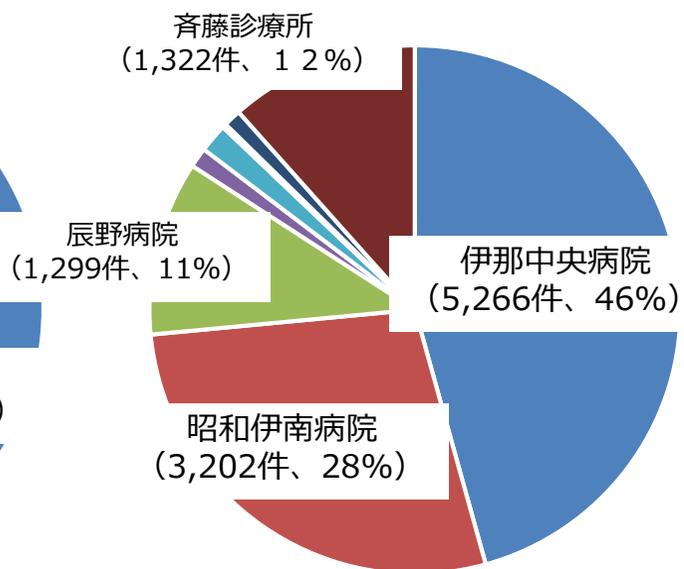
上伊那医療圏の救急医療の実施状況

- 以下は、平成29年度病床機能報告の結果から、救急医療の実施状況の医療圏内シェアを示したものの。
- 休日受診は、伊那中央病院（63%）、昭和伊南総合病院（14%）、斉藤診療所（9%）及び辰野病院（6%）の割合が多く、夜間・時間外の対応も、同様となっている。
- 救急車の受入は、伊那中央病院（49%）、昭和伊南総合病院（36%）が主たる役割を担っている。

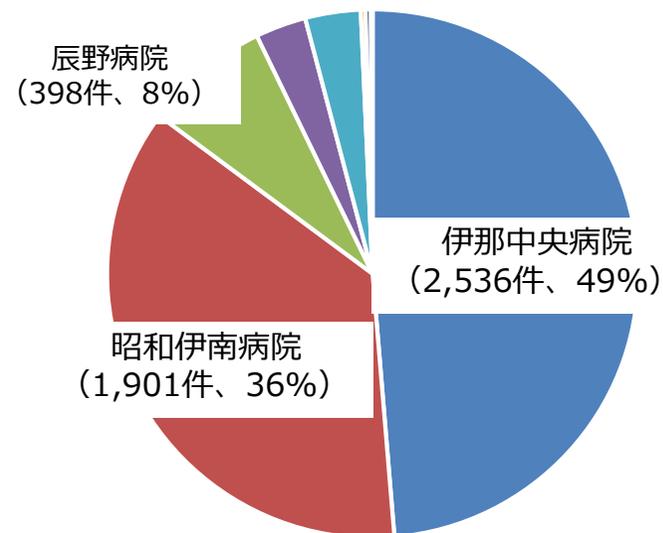
【休日受診】
N = 11,107



【夜間・時間外】
N = 11,522



【救急車受入】
N = 5,209



上伊那医療圏のDPC病院の診療実績

- 厚生労働省の「平成28年度DPC導入の影響評価に関する調査」によると、辰野病院、上伊那生協病院においては、肺炎、白内障等の疾患に対応
- 昭和伊南総合病院は、狭心症・慢性虚血性心疾患及び心不全の循環器疾患の他、消化器系の悪性腫瘍に対応。伊那中央病院は、総合的に各種の疾患に対応している。

