

令和元年度第1回長野医療圏地域医療構想調整会議 次第

日 時：令和元年5月27日（月）

午後6時45分～8時45分

場 所：長野保健福祉事務所3階会議室

1 開 会

2 あいさつ

3 会議事項

(1) 昨年度までの議論の整理 【資料1】

(2) 医師確保計画・外来医療計画について 【資料2】

(3) 医師偏在指標等に係る流出入の調整について 【資料3】

(4) 健康長寿ビックデータ分析・活用事業について 【資料4】
令和元年度長野県地域医療・介護総合確保基金事業について

(5) 長野医療圏における病床数の動向について 【資料5】

(6) その他

4 閉 会

長野県長野医療圏地域医療構想調整会議 名簿

【委員】

役 職 等	氏 名	備 考
長野市医師会長	宮 澤 政 彦	
千曲医師会長	安 里 進	
須高医師会長	下 鳥 正 博	
更級医師会長	三 井 慎 一	
上水内医師会長	丸 山 弘 之	
長野市歯科医師会長	澤 口 通 洋	
長野市薬剤師会長	原 澄	欠席
長野県看護協会長野支部長	花 岡 ゆり枝	
独立行政法人国立病院機構東長野病院長	土 屋 拓 司	
長野市民病院長	池 田 宇 一	
長野赤十字病院長	和 田 秀 一	新任
J A長野厚生連長野松代総合病院統括院長	春 日 好 雄	
J A長野厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院統括院長	小 池 健 一	
長野医療生活協同組合長野中央病院長	番 場 誉	
長野県立信州医療センター院長	寺 田 克	
長野寿光会上山田病院長	吉 本 敬 一	
小林病院長	小 林 淳 生	
医療法人財団大西会千曲中央病院長	大 西 禎 彦	
特定医療法人新生病院長	大 生 定 義	
ナカジマ外科病院長	中 島 英 夫	
J A長野厚生連南長野医療センター新町病院長	本 郷 実	
全国健康保険協会長野支部長	清 水 昭	
北野建設健康保険組合常務理事	若 槻 吉 章	
長野市民生児童委員協議会長	伊 藤 篤 志	
長野県食生活改善推進協議会長野支部長	黒 沢 勝 江	新任 欠席

役 職 等	氏 名	備 考
長野市保健福祉部長	樋 口 圭 一	新任
須坂市健康福祉部長	小 林 宇 壱	新任
千曲市健康福祉部長	荒 川 愛 子	
坂城町福祉健康課長	伊 達 博 巳	
小布施町健康福祉課長	林 かおる	
高山村村民生活課長	宮 川 裕 明	
信濃町住民福祉課長	松 木 哲 也	
飯綱町保健福祉課長	山 浦 克 彦	
小川村住民福祉課長	和 田 勝 男	

【オブザーバー】

信越病院長	森 茂 樹	
町立飯綱病院長	伊 藤 一 人	

【医療行政関係機関】

長野市保健所長	小 林 良 清	
長野市保健所 総務課長	西 澤 秀 一	
長野市保健所 総務課課長補佐	島 田 武 昭	
長野市保健所 総務課係長	北 村 和 康	
長野市保健所 総務課主事	宮 島 克 彰	

【事務局】

長野県健康福祉部衛生技監兼保健・疾病対策課長	徳 本 史 郎	
長野県健康福祉部医療推進課医療計画係主任	伊 藤 達 哉	
長野県健康福祉部医療推進課医師確保対策室主事	兒 玉 理	
長野県長野保健福祉事務所（長野保健所）所長	小 松 仁	
長野県長野保健福祉事務所（長野保健所）副所長兼次長兼総務課長	山 崎 敏 彦	
長野県長野保健福祉事務所（長野保健所）総務課課長補佐	熊 井 昭	
長野県長野保健福祉事務所（長野保健所）総務課担当係長	河 野 真 弓	

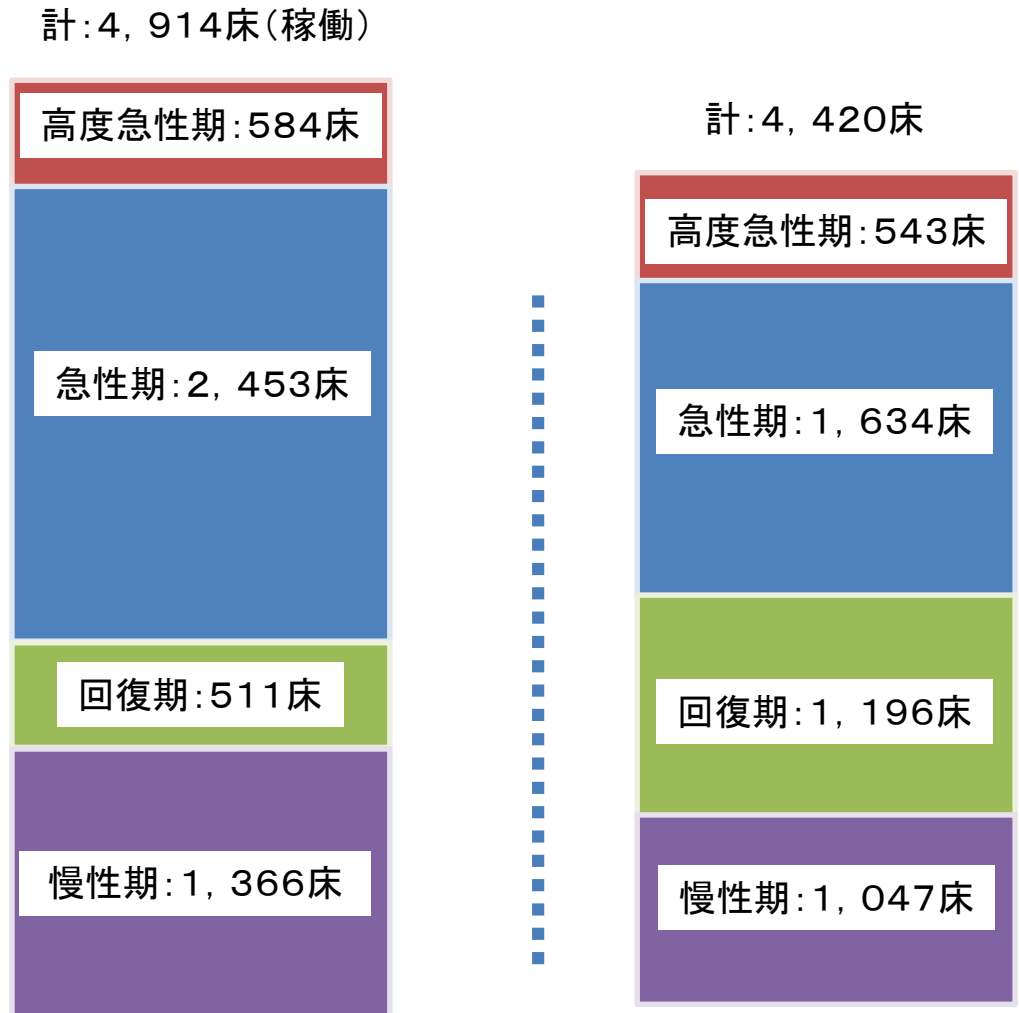
平成30年度病床機能報告結果(速報値)

- 平成30年度の病床機能報告結果と将来の推計値を単純な比較は下記のとおり。
- 下記のうち、療養及び慢性期病床の60床については、H31.3～介護医療院へ移行

現状(2018年)の病床機能の選択状況



2025年の参考値



平成30年度病床機能報告結果(病院ごと、許可病床)

○ 下記のうち、豊野病院の慢性期病床(60床)については、H31.3~介護医療院へ移行

	許可病床数	病床機能				
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	その他
病院計	4,925	608	2,429	510	1,360	18
長野赤十字病院	635	273	362	0	0	0
篠ノ井総合病院	433	41	392	0	0	0
長野市民病院	400	237	163	0	0	0
長野松代総合病院	361	20	341	0	0	0
長野中央病院	322	14	252	56	0	0
信州医療センター	310	23	211	58	0	18
上山田病院	240	0	60	60	120	0
東長野病院	213	0	0	89	124	0
千曲中央病院	195	0	103	52	40	0
朝日ながの病院	161	0	0	0	161	0
飯綱町立飯綱病院	161	0	110	0	51	0
新生病院	155	0	56	40	59	0
新町病院	140	0	58	42	40	0
長野松代総合病院附属若穂病院	120	0	0	0	120	0
信越病院	99	0	49	0	50	0
轟病院	99	0	0	0	99	0
栗田病院	84	0	0	0	84	0
稲荷山医療福祉センター	80	0	0	0	80	0
総合リハビリテーションセンター	80	0	40	40	0	0
小島病院	77	0	0	0	77	0
竹重病院	72	0	42	30	0	0
愛和病院	64	0	0	0	64	0
豊野病院	60	0	0	0	60	0
ナカヅマ外科病院	51	0	21	0	30	0
小林脳神経外科病院	50	0	50	0	0	0
朝日病院	48	0	48	0	0	0
東口病院	47	0	47	0	0	0
田中病院	43	0	0	43	0	0
小林病院	37	0	0	0	37	0
北野病院	35	0	0	0	35	0
東和田病院	29	0	0	0	29	0
吉田病院	24	0	24	0	0	0

平成30年度病床機能報告結果(有床診療所ごと、許可病床)

	許可病床数	病床機能				
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	その他
有床診療所 計	245	0	173	13	57	2
鈴木泌尿器科	19	0	19	0	0	0
中澤ウィメンズライフクリニック	19	0	19	0	0	0
丸山産婦人科医院	19	0	19	0	0	0
南十字脳神経外科	19	0	0	0	19	0
クリニックコスモス長野	19	0	0	0	19	0
星のさとクリニック水野医院	19	0	0	0	19	0
彦坂医院	18	0	18	0	0	0
伊勢宮胃腸外科	17	0	17	0	0	0
山田眼科	13	0	0	13	0	0
清水産婦人科医院	13	0	13	0	0	0
板倉レディースクリニック	12	0	12	0	0	0
産科. 婦人科 矢嶋医院	9	0	9	0	0	0
鳥山眼科医院	9	0	9	0	0	0
ひまわりレディースクリニック	8	0	8	0	0	0
中川産科婦人科医院	8	0	8	0	0	0
池田眼科	6	0	6	0	0	0
おおくぼ眼科須坂クリニック	6	0	6	0	0	0
わかまつ呼吸器内科クリニック	4	0	4	0	0	0
島田内科クリニック	4	0	4	0	0	0
おおくぼ眼科長野クリニック	2	0	2	0	0	0
須高休日緊急診療所	2	0	0	0	0	2
総計(病院+診療所)	5,170	608	2,602	523	1,417	20

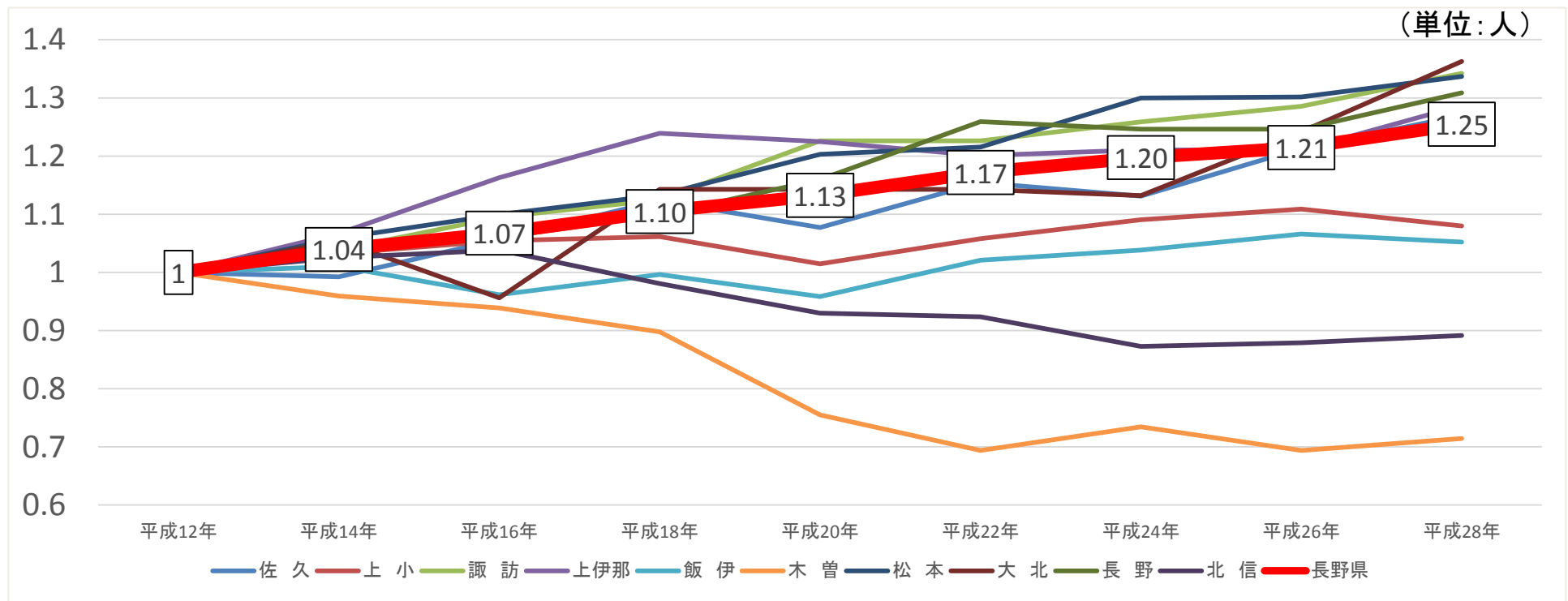
医師確保計画の策定について

県内の医療施設従事医師の推移(平成12年を1とした場合)

- 平成12年の医師数を基に、県内の医療施設従事医師数の推移をみると、県全体では1.25倍に医師が増加している。
- 一方で、地域ごとには医師の推移に違いがある。

【圏域ごとの医師数の推移】(平成12年→平成28年の推移)

佐久:1→1.27 上小:1→1.08 諏訪:1→1.34 上伊那:1→1.29 飯伊:1→1.05
 木曽:1→0.71 松本:1→1.34 大北:1→1.36 長野:1→1.31 北信:1→0.89



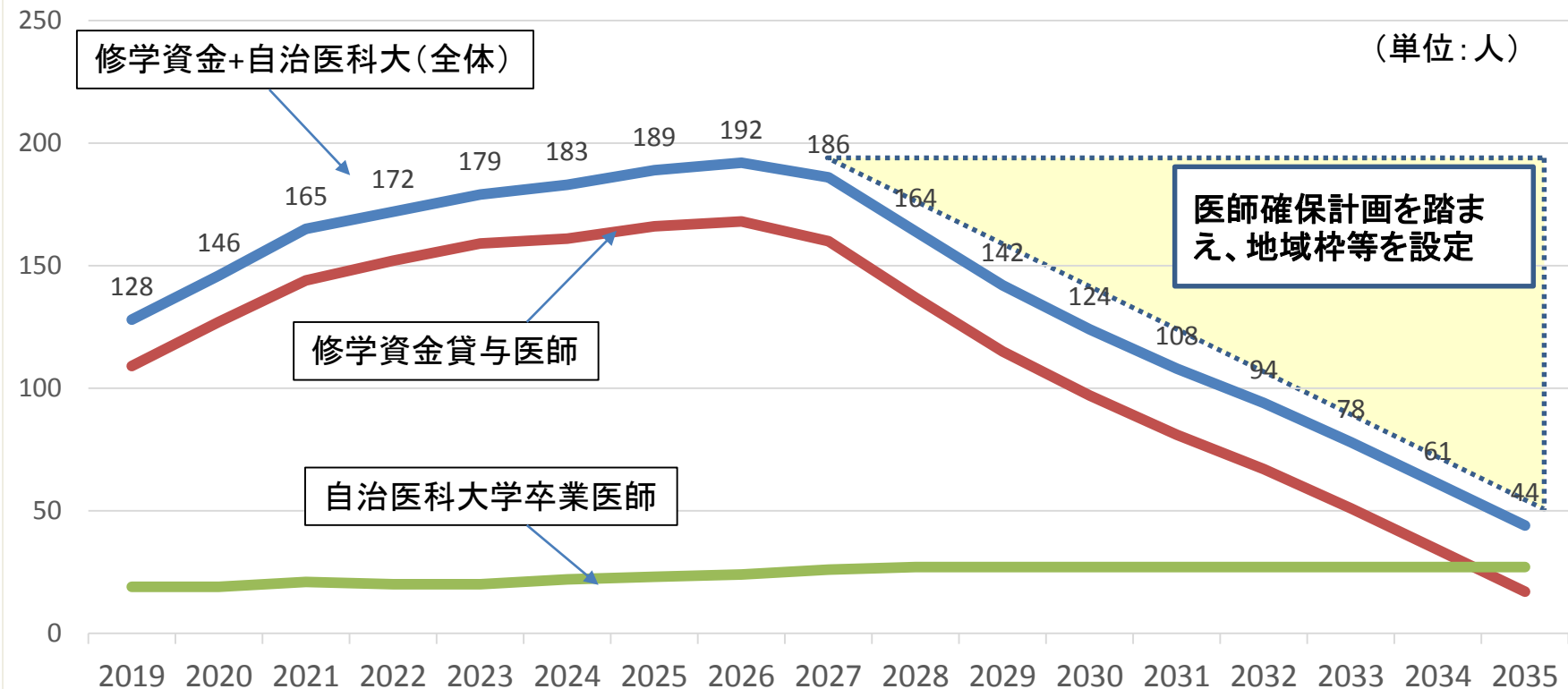
現状の主な医師確保対策について

現在の取組	取組の内容
修学資金の貸与・自治医科大学卒業医師の配置	修学資金の貸与を受けている医師及び自治医科大学の卒業医師については、医師免許取得後の9年間について、県内の臨床研修指定病院及び医師不足病院等に勤務
地域医療人材拠点支援事業	拠点病院から中小医療機関への医師派遣に対し県が財政支援を実施することで、中小医療機関の医師確保を推進
ドクターバンク	Uターン・Iターンを希望する県外医師等の求職と病院の求人について、無料職業紹介を実施
産科医の確保	<ul style="list-style-type: none">産科医療機関が限られている地域において、当該医療機関への財政的支援を行い、身近な地域で安心して出産できる環境を整備2次医療圏において唯一分娩を取り扱う医療機関に対して、県内から又は都道府県を越えての産科医の派遣に係る費用を支援
総合医の育成	<ul style="list-style-type: none">幅広い診療に対応でき、地域医療の現場で活躍する総合医を確保・養成するため、指導医研修会の開催総合医養成の基盤構築、医師のキャリアシフト支援
地域枠・地元枠の設置	信州大学の医学部定員120名のうち、地域枠20名を設定 東京医科歯科大学の医学部定員のうち、2名を長野県の地域枠に設定

修学資金貸与医師・自治医科大学卒業医師の今後の推移

- 以下は、これまでの取組として、県が修学資金を貸与した医師及び自治医科大学の卒業医師のうち、義務年限となる医師の今後の推移を推計したもの。
- 2026年の192人がピークとなっているが、今般の医師確保計画に基づき設定する地域枠等の効果は反映させていない。（推計に含めていないため、2028年以降は以下に示した数値以上の義務年限医師数となる。）

- ・ 修学資金貸与医師：2019年までの修学資金貸与医師数を基礎に推計
- ・ 自治医科大学卒業医師：長野県枠の3名が新たに義務年限医師数に加わるとして推計



医師確保計画を通じた医師偏在対策について

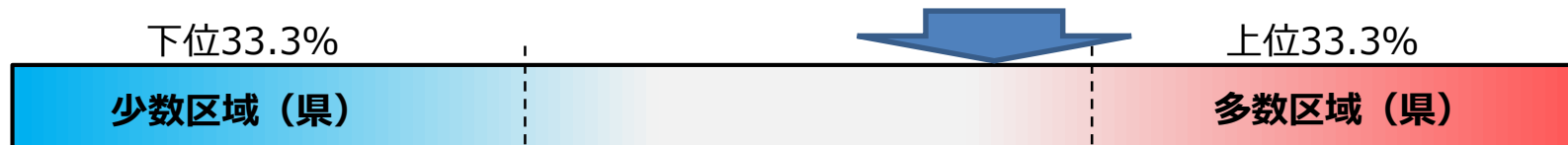
- これまでの医師確保対策に加え、**地域の医療提供体制の整備のため地域間の医師配置の状況を相対的に把握する「医師偏在指標」**を基に、医療計画の一部として「医師確保計画」を策定し**医師の偏在対策を実施**
- 医師偏在対策は、**2036年の全国での需給一致を目標に3年ごと（初回は4年）に見直しを行いながら推進**

医師確保計画の概要

1. 医師多数区域・医師少数区域の設定

- ・全国統一の算定式により算出された「医師偏在指標」を基に、医師多数・医師少数区域（県）を設定
- ・地域の実情を踏まえ、医師少数区域以外の区域の一部を「医師少数スポット」に指定

二次医療圏内の中山間地など、医師少数区域でなくとも医師の確保が必要な地域を「医師少数スポット」に指定



2. 医師確保対策

(1) 地域ごと又は県全体で検討を行うもの

- ① 医師確保の方針・確保目標数
- ② 目標を達成するための施策



※ 医師全体の確保対策の他、産科及び小児の医師確保対策も行う

(2) その他、検討を行うもの

- ① 医学部定員（地域枠・地元枠）
- ② 修学資金貸与医師・自治医科大卒業医師のキャリア形成プログラム

3. 計画の推進

第1次計画	第2次計画	第3次計画	第4次計画	第5次計画
2020年～2023年	2024年～2026年	2027年～2029年	2030年～2032年	2033年～2035年

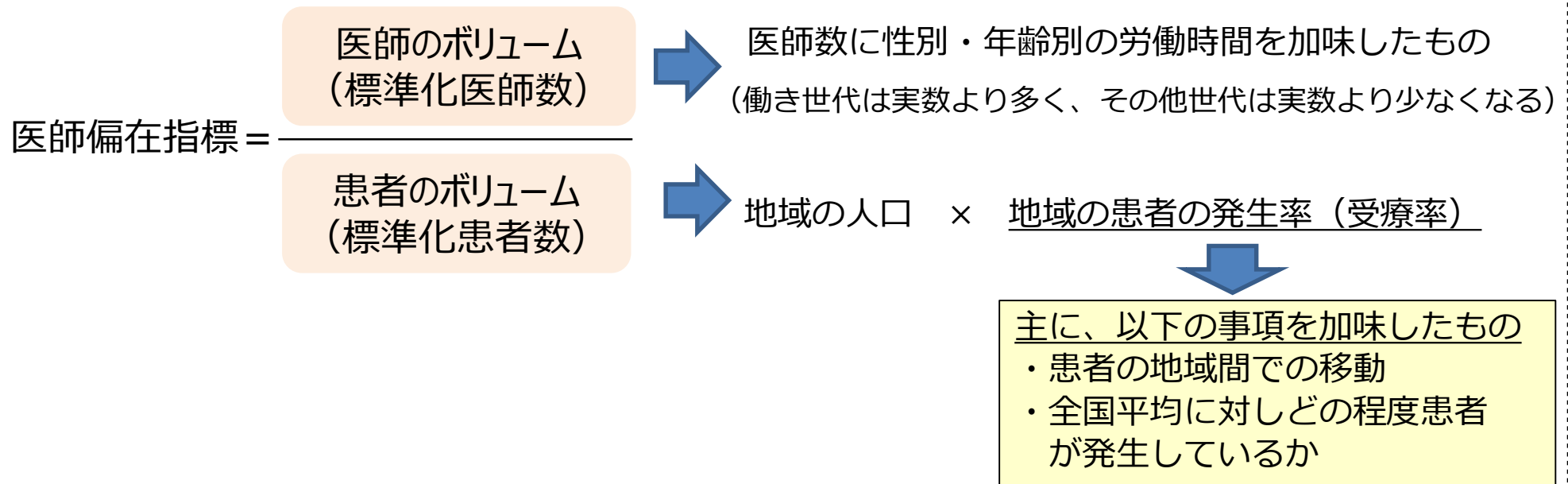
2036年時点での偏在解消を目指し計画を見直しながらか進める

医師偏在指標の考え方について

医師偏在指標：各地域で対応する患者に対し医師がどれだけ配置されているかを地域間で比較するもの

- 医師確保計画に基づき、全国で医師偏在対策を実施するためには、各地域の医師配置の状況を相対的に把握できる指標が必要
- 「医師偏在指標は」地域間の医師配置の状況を比較するための目安であって、指標のみで各地域の医師不足の状況を判断するものではないことに注意

算定式の考え方



医師少数区域等の考え方について

- 「医師偏在指標」に基づき、各医療圏（又はその一部）を医師少数区域等に設定
- 医師少数地域及び医師少数スポットに対し、修学資金貸与医師等の配置を進めることで、医師偏在を解消することを目的とする。

区域	政策的な位置づけ
医師 少数 区域 （全国の医師偏在指標順位における下位33.3%）	<ul style="list-style-type: none">• 地域の医療提供体制を踏まえ、修学資金貸与医師等の配置を進める。• 医師少数区域での勤務経験が評価されるほか、財政支援（確保基金の配分）が優先的に行われる。
医師 多数 区域 （全国の医師偏在指標順位における上位33.3%）	<ul style="list-style-type: none">• 既存の提供体制を確保するため実施している医師確保対策は引き続き実施（医師偏在対策に基づく医師の確保は行わない。）• 医療計画に基づく医療提供体制を確保するため、産科、小児科など、他地域も含め広域的に確保が必要な特定の診療科や、高度救急医療の医師確保対策を実施
医師少数スポット	<ul style="list-style-type: none">• 医師多数区域であっても、区域内で特に医師確保が必要な地域を指定し、医師少数区域と同様に対策を実施 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"><p>（設定することが適切でない場合）</p><ul style="list-style-type: none">• 巡回診療や他の医療機関等でカバーされているなど、既に必要な医師が確保されている地域を設定する場合• 無医地区・準無医地区とされている地域を無条件で設定する場合</div>

医師確保計画に基づく施策の方向性

下記の取組のうち、事業化するものについては、地域医療介護総合確保基金を活用

		現在の取組	今後の方向性
短期的	医師の派遣調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 修学資金貸与医師及び自治医科大卒業医師をキャリア形成プログラムに基づき配置 ・ 地域医療人材拠点病院から中小医療機関に対し医師を派遣 	医師少数区域及び医師少数スポットへの配置を促進
	キャリア形成プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 義務年限中のキャリア形成プログラムを策定 ・ 9年間のうち3年は医師不足病院へ派遣 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 義務年限中、○年は医師少数区域及び医師少数スポットに所在する医療機関に配置するなどをキャリア形成プログラムに位置付けることを検討
	医師の働き方改革	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県が設置する勤務環境支援センターにおいて、各医療機関の勤務環境改善を支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICTを活用した労働時間の適正化に向けた取組などを検討 ・ 働き方改革を進めるにあたっての機器整備への支援税制
長期的	地域枠・地元枠の設定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 信州大学の医学部定員120名のうち、20名を地域枠 ・ 東京医科歯科大学の定員のうち、2名を長野県の地域枠に設定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既存の地域枠及び地元枠の維持を基本としつつ、枠数の増員を検討

計画策定スケジュール

- 2020年3月の計画策定に向け、調整会議は3回程度の開催を予定
- 県全体では、医療審議会・地域医療対策協議会を開催

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
厚生労働省			<ul style="list-style-type: none"> 都道府県からの報告を基に偏在指標を確定 									
県全体			<ul style="list-style-type: none"> 第1回調整会議の協議内容を取りまとめ 患者流出入について厚労省へ報告 				<ul style="list-style-type: none"> 第2回までの調整会議の協議を踏まえ、計画の県全体の方針を決定 				<ul style="list-style-type: none"> パブリックコメント 計画策定・公表 	
	<ul style="list-style-type: none"> 各地での議論を踏まえ、医学部定員の在り方・キャリア形成プログラムについて検討 地域医療構想の推進に向けた、医療機関の機能分化・連携についても検討 											
各地域調会議	第1回会議 <ul style="list-style-type: none"> 計画の概要 患者流出入について 		第2回会議 <ul style="list-style-type: none"> 医師少数区域等、確保目標、方針 外来医療、医療機器 				第3回会議 <ul style="list-style-type: none"> 計画案の検討 					

外来医療計画の策定について

外来医療計画(医療機器)の策定について

- 外来機能及び医療機器に関する情報を可視化したうえで、新規開業者等へ情報提供
- 調整会議において外来医療の機能分化・連携の方針等について協議し結果を公表

外来医療について

・外来医師多数区域の設定

外来医師偏在指標に基づき全国上位1/3の医療圏を外来医師多数区域に設定

- 外来医師多数区域では、新規開業者に医療の提供の協力をお願いしたい事項を計画に定める。(訪問診療、在宅当番医、予防接種等)
- 協力をお願いする事項については、新規開業届に明示するなどの対応を行う。

・地域で確保すべき外来医療機能

地域で不足する外来医療機能の提供体制をデータ等に基づき可視化

- 可視化した情報は、ウェブサイト等で公表し、外来医師多数区域では、新規開業者へ協力をお願いする事項とする。
- 外来医師多数区域であるかを問わず、確保すべき外来医療機能については、その方策や総合確保基金の活用について検討

医療機器について

・医療機器の効率的な利用

医療機器の整備・活用状況についてデータに基づき可視化

- 可視化した医療機器の整備・活用状況を基に、共同利用の方針等を検討し、計画に記載
- 新たに医療機器を整備する場合は、方針に基づき共同利用計画を策定
- 医師とは違い、医療機器の多数(少数)区域という設定はない。

新規開業と外来医療計画の関係

1 医療法上の規定

(1) 開設時の手続（法第7条）

医療法上、新たに医療機関を開設する場合は、許認可等の必要な手続を行うことが必要

許可が必要なもの

- ・ 病院の設置（20床以上）
- ・ 臨床研修を修了した医師以外の診療所の設置
- ・ 診療所への病床の設置

届出により行えるもの

- ・ 臨床研修を修了した医師による診療所の設置
- ・ 一定の要件を満たした診療所への病床の設置

(2) 許可の制限（法第7条の2及び3）

許可事項について、医療機関の所在する二次医療圏が病床過剰地域等である場合は、開設が制限されている。

公的医療機関等

知事は医療審議会の意見を聴いて、開設の許可を与えないことができる。

【病床過剰地域等】

- ① 既存病床数 > 基準病床数となる場合
- ② 許可病床数 > 病床数の必要量となる場合

民間医療機関

知事は医療審議会の意見を聴いて、開設する病床数の削減等を勧告することができる。
(病床の設置は可能だが、その場合、勧告を受けた病床について、健康保険法に基づき、厚労大臣は保険医療機関に指定しないことができる。)

2 外来医療計画との関係

【診療所の設置に関すること】 ※無床診療所が対象

- 指標が上位33.3%以上の二次医療圏を外来医師多数区域に設定
- 多数区域内の外来医療体制で不足する外来機能を計画に明示（救急、在宅医療、公衆衛生等）
※不足する医療機能の検討は全圏域で実施
- 多数区域で届出により診療所を設置する場合は、不足する外来機能を担っていただくことに協力を求める。
- 協力が困難な場合は、調整会議等での意見聴取（結果は公表）を行うことがガイドライン上示されている。

外来医療計画の趣旨は、**地域で不足する機能の提供について、新規開業者へ協力を求めるもの。診療所の開設に新たな規制はかからない。**

外来医師偏在指標(暫定値)

○医師偏在指標と合わせ、患者の流出入で調整したもので確定値を算出したうえで、次会の調整会議以降、各地域の外来機能について検討

順位	区分	医療圏	外来医師偏在指標	診療所医師数(2016年)	昼夜間人口比	外来患者対応割合
-	-	全国	106.3	102,457	1.000	75.5%
30		長野県	99.8	1,508	0.998	67.7%
27	多数区域	松本	127.8	405	1.010	70.9%
29		大北	127.4	48	0.948	55.9%
112	多数いき値	川崎北部(神奈川)	103.9			
134		佐久	101.3	122	0.990	56.1%
160		諏訪	97.1	132	1.002	64.0%
171		飯伊	96.1	108	0.998	62.6%
179		長野	94.3	381	1.004	70.4%
226		上小	85.4	132	1.003	73.0%
229		上伊那	84.5	120	0.983	74.2%
253		木曾	80.7	13	0.993	46.3%
292		北信	74.3	47	0.964	67.3%

昼夜間人口比:国勢調査(2015年)に基づく夜間人口に対する昼間人口の比

外来患者対応割合:地域全体の外来患者数のうち、診療所で対応した外来患者の割合

医療機器の指標

○次回の調整会議以降、現状の医療機器の活用状況を確認したうえで、医療機器の共同利用の方針等を検討

医療圏	調整人口あたり台数				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療機
全国	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91
長野県	10.4	4.7	0.53	4	0.83
佐久	11.7	5.4	0.44	3.9	0.87
上小	11.2	5.3	0	3.1	0.47
諏訪	7.7	3.3	0.46	2.6	0.45
上伊那	11	2.6	0	3.9	0.5
飯伊	6.9	5.6	0.56	5.1	0.54
木曾	5.4	2.9	0	3.7	2.68
松本	12.4	5.7	1.38	5.9	1.58
大北	9.8	4.4	0	3.4	0
長野	11.2	4.9	0.52	3.7	0.68
北信	4.8	3	0	2.3	0.95

CT(全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT)、MRI(1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI)、PET(PET及びPET-CT)、マンモグラフィ並びに放射線治療(リニアック及びガンマナイフ)

医師偏在指標等に係る患者流出入の調整について

新たな計画の策定にあたり調整会議でご検討いただきたいこと

- これまでの地域医療構想の取組を踏まえ、二次医療圏ごとの医療提供体制の整備を目的として医師確保及び外来医療の提供体制について調整会議で検討を行う。

1. 医師の確保について

- 主に修学資金貸与医師及び自治医科大学卒業医師の配置・調整について

検討事項

医師偏在指標の前提となる患者流出入

医療機関の役割分担の状況等を踏まえ、確保が必要な医師の診療科・数

計画への反映

医師少数区域（少数スポット）・多数区域の設定

医師の確保方針

医師の確保目標

2. 外来医療の提供体制について

検討事項

外来医師偏在指標の前提となる患者流出入

一次救急・在宅医療・公衆衛生等の地域に確保すべき外来医療機能

医療機器の活用状況

計画への反映

外来医師多数区域の設定

新規開業の際に協力をお願いする事項
各圏域で確保する外来医療機能の方針

医療機器の共同利用方針

3. 検討スケジュール ※医師確保・外来医療計画に関するもの

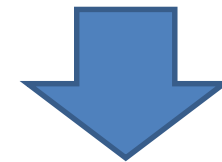
2019.5月	6月	7月～9月	10月	11月～
第1回調整会議 ・計画の概要 ・患者流出入について	・第1回調整会議の協議内容を取りまとめ ・患者流出入について厚労省へ報告	第2回調整会議 ・医師少数区域等、確保目標、方針 ・外来医療、医療機器	・第2回までの調整会議の協議を踏まえ、計画の県全体の方針を決定	第3回調整会議 ・計画案

医師偏在指標(暫定値)※H31.2.18厚生労働省公表値

○以下は、第28回医師需給分科会時において、厚生労働省が公表した医師偏在指標

順位	医師偏在指標		
	上位33.3%[多数] 下位33.3%[少数]	二次医療圏名	医師偏在指標
—	—	全国	238.6
22	多数	松本	339.6
84	多数	佐久	215.8
98	多数	諏訪	201.2
143		長野	178.9
179		大北	160.8
204		飯伊	151.2
269	少数	北信	129.1
270	少数	上伊那	127.7
284	少数	上小	121.7
300	少数	木曾	111.2
38	少数	長野県	199.6

- 厚生労働省が医師需給分科会で示した、左記の医師偏在指標は医療圏間の患者の流出入を反映させていない（患者の流出が起これないと仮定した数値）
- 医師偏在指標を確定させるにあたっては、都道府県及び医療圏間の患者の流出入を見込むことが必要



地域医療構想等の議論を踏まえ、医師偏在指標を確定させるにあたっての患者の流出入をどのように見込むべきか。

医師偏在指標(暫定値2)※H31.4月厚生労働省提示値

- 以下は、医師偏在指標の患者流出入調整係数について、厚生労働省が機械的に算定し、暫定値として都道府県に提示したものの。

【流出入調整係数の機械的算定】

入院患者流出入調整係数：2017年患者調査結果の入院患者の流出入数で算定

無床診療所患者流出入調整係数：2015年国勢調査結果の夜間人口に対する昼間人口の比率で算定

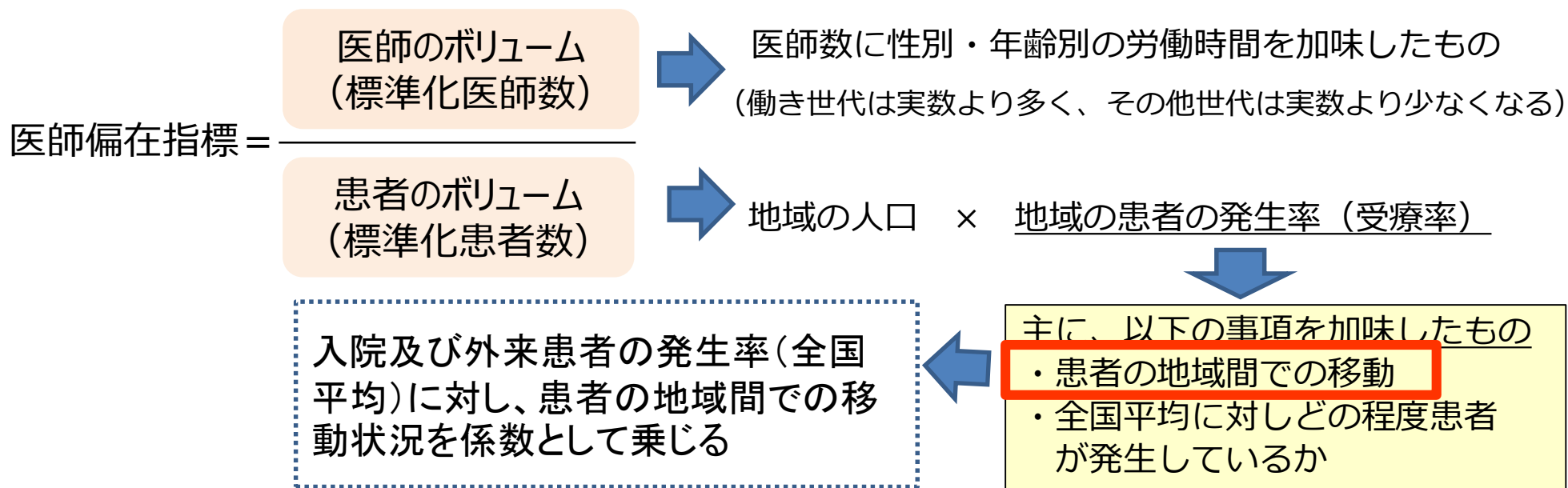
順位 (全国順位)	上位33.3%[多数] 下位33.3%[少数]	医療圏	H31.2.28 公表値	医師偏在指標	入院患者流出入 調整係数	無床診療所患者流 出入調整係数 (昼夜間人口比)
-	-	全国	238.6	238.6	1.000	1.000
1 (28)	多数	松本	339.6	310.0	1.154	1.010
2 (63)	多数	大北	160.8	251.3	0.500	0.948
3 (96)	多数	諏訪	201.2	210.3	0.947	1.002
4 (98)	多数	佐久	215.8	209.2	1.059	0.990
5 (177)		長野	178.9	176.0	1.039	1.004
6 (209)		木曾	111.2	166.3	0.333	0.993
7 (227)	少数	飯伊	151.2	160.8	0.938	0.998
8 (245)	少数	北信	129.1	155.1	0.778	0.964
9 (279)	少数	上伊那	127.7	143.0	0.857	0.983
10 (313)	少数	上小	121.7	127.6	1.000	1.003
(37)	少数	長野県	199.6	201.1	1.005	0.998

医師偏在指標の考え方について

医師偏在指標：各地域で対応する患者に対し医師がどれだけ配置されているかを地域間で比較するもの

- 医師確保計画に基づき、全国で医師偏在対策を実施するためには、各地域の医師配置の状況を相対的に把握できる指標が必要
- 「医師偏在指標は」地域間の医師配置の状況を比較するための目安であって、指標のみで各地域の医師不足の状況を判断するものではないことに注意

算定式の考え方



患者の流出入を見込むにあたっての考え方

- 医師の確保を進める前提となる、県全体及び圏域ごとに整備する医療機能や病床数等の考え方は以下の通り。

1. 地域医療構想における2025年の病床数の整備の考え方

(1) 都道府県間の流出入


山梨県から長野県へ流入している患者、長野県から岐阜県へ流出している患者については、**将来も同様に患者の流出入が続くと仮定し病床数を算定**

(2) 医療圏間の流出入

長年にわたり、民間や公共部門の投資が行われ培われてきた成果であり、2025年までの間に現在の医療提供体制の基盤が大きく変動することは考えにくいことから、**将来も同様に患者の流出入が続くと仮定し病床数を算定**

2. 医療計画における主たる疾病や政策医療の医療体制の整備の考え方

- 現行の各医療圏の医療体制において、**単一圈域で賄うことが難しい医療機能については、複数圏域で連携した体制を構築**する。
- ただし、**単一圈域で賄うことができない医療機能の基本的な体制は、当該圏域でも確保することが可能となるよう、総合確保基金を活用した対策を実施（脆弱二次医療圏対策）**

- 
- これまでの県の医療政策を踏まえ、医師偏在指標についても現行の患者の流出入をレセプトデータを活用し見込むこととする。
 - ただし、医師少数区域でなくとも、医療計画の脆弱二次医療圏対策等において基本的な医療体制を整備するため医師の確保を必要とする地域は、「医師少数スポット」に指定し、必要な対策を行う。
 - また、3年（初回は4年）ごとの計画策定時に、その時点で直近値となる患者の流出入を見込み指標の修正を行う。

患者の流出入の見込み方について(案)

○厚生労働省は、入院患者の流出入を2017年患者調査結果で見込むとしているが、

- 患者調査は、3年ごとに9月の調査日当日の入院患者の状況を調査するものであり、季節性等を加味するには、悉皆性に欠くこと。
- 地域医療構想における病床数の推計、医療計画における基準病床数の算定、二次医療圏の設定の際には、レセプトデータを基にした患者の流出入を踏まえ、政策を立案していること。

を踏まえ、医師偏在指標についても、レセプトデータに基づく流出入を加味する。

○具体的には、2017年の患者調査に基づく(※)入院患者数(流出入前)を、2016年度の国保・後期高齢レセプトデータに基づく医療圏間の患者流出入割合で案分して流出入患者数を見込む。

※入院患者の実数は全国ルールで患者調査を用いるとしている。

○外来患者の流出入は、2017年の患者調査に基づく無床診療所の患者数(流入出前)を、2017年度のレセプトデータを活用し案分するとしており、長野県の入院患者の流出入調整方法と同様なため、当県独自に調整は行わない。

単位：千人/日	入院患者数 施設所在地										患者総数(患者 住所地) 固定値	患者流出入		
	2001 佐久	2002 上小	2003 諏訪	2004 上伊那	2005 飯伊	2006 木曾	2007 松本	2008 大北	2009 長野	2010 北信		患者流出入数 (千人/日)	患者流出入調 整係数	
入院患者数	2001 佐久	1.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	0.2	1.146
患者住所地	2002 上小	0.2	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	1.9	△ 0.1	0.960
	2003 諏訪	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	1.8	0.1	1.055
	2004 上伊那	0.0	0.0	0.1	1.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	1.4	△ 0.2	0.882
	2005 飯伊	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	1.005
	2006 木曾	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	△ 0.1	0.633
	2007 松本	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	0.1	0.0	0.0	3.8	0.3	1.074
	2008 大北	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.0	0.0	0.4	△ 0.0	0.970
	2009 長野	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.9	0.1	5.1	0.2	1.036
	2010 北信	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.7	0.9	△ 0.2	0.804
	患者総数(施設所在地)	1.8	1.8	1.9	1.2	1.5	0.1	4.1	0.4	5.3	0.7	18.6	0.3	1.016

産科・小児科及び外来医師偏在指標の患者の流出入について(案)

- 医師偏在指標は、医師全体の指標の他、産科及び小児科の指標も算出する必要があるが、それぞれ指標の算出に用いるデータに限界があることから、以下の整理で対応

1. 産科の偏在指標

- ・ 指標に活用する分娩件数は、里帰り出産等を加味した医療施設調査の分娩件数を活用
- ・ 妊婦の所在地と分娩を行った医療機関の所在地の両方を把握できるデータは現状存在しないため、患者（妊婦）の流出入調整は行わない。※全国統一の対応

2. 小児科の偏在指標

- ・ 厚労省案では、医師全体の偏在指標における長野県の流出入調整案と同様に、患者調査の患者数をレセプトデータの流出入割合で案分したものを活用するため修正は行わない。

3. 外来医師偏在指標

- ・ 厚労省案では、医師全体の偏在指標における長野県の流出入調整案と同様に、患者調査の患者数をレセプトデータの流出入割合で案分したものを活用するため修正は行わない。

流出入調整の方法・活用データのまとめ

	入院患者の流出入状況	外来患者の流出入状況
医師全体	2017年患者調査に基づく入院患者数（流出入前）を2016年度のレセプトデータの流出入割合で案分	2017年患者調査に基づく外来患者数（流出入前）を2017年度のレセプトデータの流出入割合で案分
産科	指標算出の基となる分娩件数は現状のデータでは流出入調整を実施することが不可能であるため、流出入調整は実施しない。	
小児	2017年患者調査による0-14歳の患者数（流出入前）を2017年度のレセプトデータの流出入割合で案分	
外来医師	—	2017年患者調査に基づく外来患者数（流出入前）を2017年度のレセプトデータの流出入割合で案分

流出入調整後医療圏別医師偏在指標

試算

- 患者の流出入を調整した各医療圏の医師偏在指標
- 確定値は、厚生労働省において、各都道府県の流出入調整結果を踏まえ本年夏を目途に改めて算定を行う。

	調整前		調整後		標準化医師数 (人)	2018年人口 (10万対)	標準化 受療率比	参考	
	暫定値1 (H31.2.18)	暫定値2 (H31.4)	医師偏在指標 ①/ (②×③)	県内順位				入院患者流出 入調整係数	無床診療所流 出入調整係数
佐久	215.8	209.2	196.4	2	504	2.10	1.22	1.146	1.022
上小	121.7	127.6	129.8	10	276	2.00	1.06	0.960	1.031
諏訪	201.2	210.3	195.7	3	449	2.00	1.15	1.055	1.000
上伊那	127.7	143.0	140.7	8	260	1.86	0.99	0.882	0.983
飯伊	151.2	160.8	153.0	7	294	1.64	1.18	1.005	1.007
木曽	111.2	166.3	130.1	9	34	0.28	0.93	0.633	0.777
松本	339.6	310.0	323.7	1	1,534	4.29	1.11	1.074	1.026
大北	160.8	251.3	173.4	5	116	0.60	1.11	0.970	0.870
長野	178.9	176.0	176.5	4	1,070	5.49	1.11	1.036	1.002
北信	129.1	155.1	153.9	6	138	0.90	1.00	0.804	0.946

(参考) 調整前いき値

H31.2.18時点 多数いき値 : 192.2 少数いき値 : 147.0

H31.4時点 多数いき値 : 201.2 少数いき値 : 162.2

健康長寿ビッグデータ分析・活用事業

医療推進課
健康増進課
介護支援課

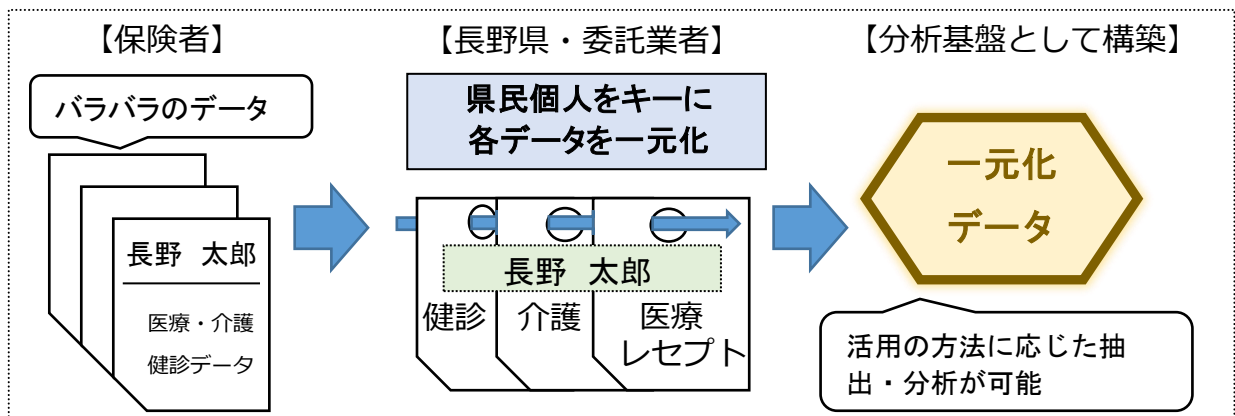
1 目的

医療・介護提供体制の充実及び県民の健康づくり支援のため、県民約90万人分の医療・介護・健診関連データの分析基盤を構築し、県・市町村の関連施策に活用する。

2 事業内容

【分析基盤の構築】

国民健康保険等の保険者から取得したデータを基に、個人の医療・介護ニーズや健康状態の推移を把握できる分析基盤を構築



【活用例】

医療提供体制	疾患ごとの病院への受診状況を把握し、地域医療構想調整会議において、医療機能の分化・連携を推進
地域包括ケア体制	効果的なケアプラン事例やサービスのニーズを把握し、市町村の介護施策へ活用
健康づくり支援	県民の健康課題を把握し、重症化予防等の市町村保健師の健康指導へ活用

3 スケジュール（案）

6月～7月	9月	12月	3月	4月～
入札公告	契約締結	中間報告	納品	分析基盤の活用

令和元年度 長野県地域医療・介護総合確保基金事業(医療分)

※事業区分Ⅰ:病床機能分化・連携推進事業 / 事業区分Ⅱ:在宅医療推進事業 / 事業区分Ⅲ:医療従事者確保事業

(単位:円)

圏域	施設名	区分	県事業名 (基金計画事業名)	事業内容	予算額
長野	南長野医療センター 新町病院	Ⅰ	がん医療提供体制施設設備整備 事業	マンモグラフィ装置の整備	11,000,000
長野	篠ノ井総合病院	Ⅰ	がん医療提供体制施設設備整備 事業	マンモグラフィ装置の整備	11,000,000
長野	長野市医師会	Ⅱ	在宅医療実施拠点整備事業	在宅医療推進のための研修会等 の開催	89,000
長野	山田記念朝日病院	Ⅱ	在宅療養退院支援事業	退院調整を行う支援員の配置	1,200,000
長野	南長野医療センター 新町病院	Ⅱ	在宅療養退院支援事業	退院調整を行う支援員の配置	1,200,000
長野	南長野医療センター 新町病院	Ⅱ	在宅療養退院支援事業	退院調整を行う支援員の体制整 備費	82,000
長野	新生病院	Ⅱ	在宅医療普及啓発・人材育成研 修事業	市民公開講座の開催	325,000
長野	長野赤十字病院	Ⅱ	在宅医療普及啓発・人材育成研 修事業	かかりつけ医普及用のパンフレッ ト作成	100,000
長野	訪問看護ステーショ ン希望	Ⅱ	訪問看護師育成・強化事業	緩和ケア認定看護師の養成	400,000
長野	小島病院	Ⅱ	在宅医療設備整備事業	訪問看護用車両の整備	485,000
長野	南長野医療センター 篠ノ井総合病院	Ⅱ	在宅医療設備整備事業	在宅用透析装置の整備	1,000,000
長野	長野市民病院	Ⅲ	医療従事者救急技能向上支援事 業	BLS・ACLS講習の受講	392,000
長野	県立信州医療セン ター	Ⅲ	医療従事者救急技能向上支援事 業	BLS・ACLS講習の受講	117,000
長野	長野市民病院	Ⅲ	病床機能転換に係る看護体制強 化事業	感染管理認定看護師、脳卒中リ ハ認定看護師の養成	800,000
長野	長野赤十字病院	Ⅲ	病床機能転換に係る看護体制強 化事業	認知症認定看護師の養成	400,000
長野	東長野病院	Ⅲ	医療従事者勤務環境改善施設設 備整備事業	更衣室の整備	6,068,000
全県	長野県医師会	Ⅱ	在宅医療実施拠点整備事業	医師を対象とする在宅医療研修 会 在宅医療を担う医師への同行研	735,000
全県	長野県医師会	Ⅱ	在宅医療実施拠点整備事業	在宅医療を推進するためのシン ポジウム等の開催	5,385,000
全県	長野県医師会	Ⅱ	在宅医療連携推進モデル事業	人生の最終段階における患者の意 思表示を尊重した在宅医療・介護 サービス提供体制モデルの構築	2,425,000
全県	長野県医師会	Ⅱ	在宅医療推進協議会等設置運営 支援事業	県医師会が設置・開催する在宅 医療推進協議会等の開催経費の 支援	1,240,000
全県	公益社団法人長野 県栄養士会	Ⅱ	在宅医療普及啓発・人材育成研 修事業	市民公開講座等の開催	971,000

圏域	施設名	区分	県事業名 (基金計画事業名)	事業内容	予算額
全県	長野県理学療法士会	Ⅱ	在宅医療普及啓発・人材育成研修事業	訪問リハビリ実務者研修会の開催	705,000
全県	長野県歯科医師会	Ⅱ	在宅歯科医療設備整備事業	在宅歯科医療用ポータブルレントゲン機器の整備	2,024,000
全県	長野県歯科衛生士会	Ⅱ	在宅歯科保健医療研修事業	口腔ケア研修会等の開催	690,000
全県	長野県薬剤師会	Ⅱ	薬剤師を活用した在宅医療推進研修会	薬剤師の在宅医療推進研修会等の開催	564,000
全県	長野県医師会	Ⅱ	在宅医療運営総合支援事業	在宅医療に携わる医療機関の運営費支援	75,828,000
全県	長野県歯科医師会	Ⅲ	医科歯科連携研修事業	医科歯科連携のための協議会の設置及び人材育成研修会の開催	1,754,000
全県	長野県歯科衛生士会	Ⅲ	歯科医療関係者人材育成支援事業	職業紹介、相談会及び未就業歯科衛生士研修会の開催	1,064,000
全県	長野県歯科医師会	Ⅲ	歯科医療関係者人材育成支援事業	復職支援研修会等の開催	960,000
全県	長野県歯科衛生士養成校協議会	Ⅲ	歯科医療関係者人材育成支援事業	歯科衛生士確保のための研修会等の開催	253,000
全県	長野県薬剤師会	Ⅲ	薬剤師復職・就業支援事業	薬剤師の復職支援を促進するための研修プログラム及び復職・就業支援相談会の開催	1,757,000

長野医療圏における病床数の動向について

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：社会福祉法人賛育会 豊野病院
病床数 60床（内訳：療養病床60床）
- (2) 所在地：長野市豊野町豊野634
- (3) 廃止の理由：療養病床60床を介護医療院に転換するため。
外来機能は診療所として地域住民の医療活動を継続する。
- (4) 廃止年月日：平成31年2月28日

2. 圏域全体の既存病床数

(単位：床)

	一般 A	療養 B	補正 (※1) C	補正 (※2) D	計 (A+B-C+D)
変更前	3,927	1,050	199	0	4,778
変更後	3,927	990	199	60	4,778

※1 医療法施行規則第30条の33第1項

※2 医療法施行規則附則第48条

(参考)

基準病床 (床)	地域医療構想にお ける病床の必要量 (床)
4,771	4,420

令和元年度第1回長野医療圏 地域医療構想調整会議	資料 5-2
令和元年5月27日	

長野中央病院 地域包括ケア病棟、その他病床への移行

長野中央病院

院長 番場 誉

計画は以下のとおりです。

□地域包括ケア病棟の開始

①目的

- ・急性期を脱し病状が安定した患者に対して在宅復帰に向けた医療管理、リハビリ、退院支援を実施する。
- ・在宅、介護施設からの軽度急性期入院の受入。

②場所

- ・4階西病棟37床(一般病床/DPC)を地域包括ケア病棟に転換。

③時期

- ・2019年7月より算定予定。

□救急病床の設置

①目的

- ・救急患者の円滑な受入のため。
- ・夜間帯の救急入院患者をこの病床で受け入れ、翌日には他の病棟に転棟する。

②場所

- ・一階救急外来となりに4床の救急病床(一般病棟/2階南病床42床を46床)とする。

④時期

- ・2019年7月より開設予定。

*病床数322床の変更はありません。

ICU6床を4床、3階病棟54床を52床にして4床分を確保します。

以上

令和元年度第1回長野医療圏 地域医療構想調整会議	参考 資料
令和元年5月27日	1

参考資料

医師偏在指標の算定方法

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\ast 1) = \text{地域の期待受療率} (\ast 2) \div \text{全国の期待受療率}$$

$$\text{地域の期待受療率} (\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

性年齢階級別調整受療率(流出入反映)

$$= \text{無床診療所医療需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整係数} (\ast 1) \\ + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入係数} (\ast 2)$$

(※1) 無床診療所患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{無床診療所患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数(患者住所地)}}$$

(※2) 入院患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{入院患者数(患者住所地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数(患者住所地)}}$$

産科における医師偏在指標の算定方法

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。

$$\text{産科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数}^{(\ast)} \div 1000\text{件}}$$

$$\text{標準化産科・産婦人科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

(※) 医療施設調査の分娩数は9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用い調整

小児科における医師偏在指標の算定方法

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 医療需要は、15才未満の年少人口に、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{小児科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\text{地域の年少人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比} (\times 1)}$$

$$\text{標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\times 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\times 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\times 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

注1) 「主たる診療科」が「小児科」ではない医師も、小児に対する医療を一定程度提供している場合がある。

注2) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。

産科・小児科における医師偏在指標 (H31.2.18厚生労働省公表ベース)

○産科・小児科における医師偏在指標は次のとおり。

○県全体では「相対的産科医師少数都道府県」となっており、4医療圏が「相対的産科医師少数区域」であり、3医療圏が「相対的小児科医師少数区域」となっている。

順位	産科医師偏在指標		
	下位33.3% [*]	周産期医療圏名	産科医師偏在指標
158		佐久	9.3
259	*	上小	5.6
88		諏訪	11.9
237	*	上伊那	7.1
200	*	飯伊	8.2
23		木曾	17.5
65		松本	13.1
17		大北	19.8
231	*	長野	7.4
120		北信	10.6

38	*	長野県	10.7
----	---	-----	------

順位	小児科医師偏在指標		
	下位33.3% [*]	医療圏	小児科医師偏在指標
89		佐久	105.3
228	*	上小	68.5
91		諏訪	105.2
270	*	上伊那	57.2
286	*	飯伊	49.1
186		木曾	78.6
3		松本	238.9
99		大北	100.5
206		長野	74.3
187		北信	78.4

19		長野県	112.2
----	--	-----	-------

外来医師偏在指標及び医療機器指標の算出式について

外来医師偏在指標

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 1)} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(\ast 3)}}$$

- 標準化診療所医師数 = $\sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全診療所医師の平均労働時間}}$
- 地域の標準化外来受療率比^(※1) = $\frac{\text{地域の期待外来受療率}^{(\ast 2)}}{\text{全国の期待外来受療率}}$
- 地域の期待外来受療率^(※2) = $\frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$
- 地域の診療所の外来患者対応割合^(※3) = $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$

医療機器指標

$$\text{調整人口あたり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化検査率比}^{(\ast 1)}}$$

$$\text{地域の標準化検査率比}^{(\ast 1)} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数 (外来)}}{\text{全国の人口当たり期待検査数 (外来)}}$$

$$\text{地域の人口当たり期待検査数} = \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数 (外来)}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

昨年度までの議論の整理 (国の検討状況を含む)

医療計画制度に基づく地域の医療提供体制の構築

医療計画制度に基づく地域の医療提供体制の構築

○ 県は、医療法に基づき医療提供体制の確保を図るための計画（医療計画）を定めるものとされている。

第7次医療計画（第2期信州保健医療総合計画）

◆計画期間等

策定時期	2018年4月 (現行計画は第7次)
計画期間	2018年4月～2024年3月 (6年計画)

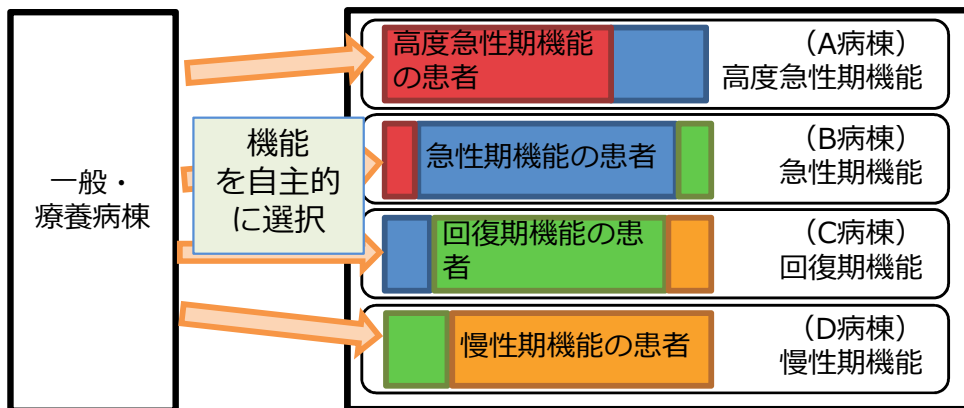
◆主な記載事項

二次医療圏(三次医療圏)	計画の対象となる地域単位(高度なものは県全体)
基準病床数	計画期間中の二次医療圏ごとの病床整備の基準
5疾病・5事業及び在宅医療	5疾病:がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神疾患 5事業:救急、災害、周産期、小児、へき地
医療従事者の確保	医師・看護師等の確保の方針
地域医療構想	2025年に向けた人口減少・少子高齢化等への対応

地域医療構想の内容

医療機関 (病棟機能の役割分担を報告)

都道府県 (医療機関の報告結果等を基に構想を策定・推進)

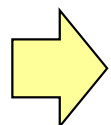


1 2025年の医療需要と病床数の必要量

- 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- 介護施設を含む在宅医療等の医療需要を推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- ① 医療機関の役割分担・連携を進めるための施設設備
- ② 在宅医療等の充実
- ③ 医療従事者の確保・養成



役割分担・連携や病床の整備等について「**地域医療構想調整会議**」で協議・調整

地域医療構想の推進に向けた調整会議の役割

- 地域医療構想の策定及び実現に向けた取組について協議、検討するため、各地域に地域医療構想調整会議を設置

調整会議の概要

1. 会議の構成メンバー

医療関係者、関係団体の代表者、住民代表、医療保険者及び市町村長等のうちから保健福祉事務所長が選任し知事が委嘱

2. 主な議事事項

議事事項	内容
地域医療構想の策定に関すること	<ul style="list-style-type: none">・ 将来の病床数の必要量の算定・ 地域医療構想の推進に関する施策の検討
地域医療構想の推進に関すること	<ul style="list-style-type: none">・ 病床機能報告結果等の共有・ 各医療機関の将来に向けた対応方針の共有・ 増床等の必要性の協議
地域医療介護総合確保基金に関すること	<ul style="list-style-type: none">・ 各医療機関の基金活用計画の共有
医療計画の策定に関すること	<ul style="list-style-type: none">・ 医療計画の策定事項に対し、各圏域の状況を反映

平成30年度病床機能報告結果

- 平成30年度の病床機能報告結果と将来の推計値を単純な比較は下記のとおり。
- 下記のうち、療養及び慢性期病床の60床については、H31.3～介護医療院へ移行

現状（2018年）の病床機能の選択状況

計:5,170床(許可)

計:5,170床(許可)



計:4,914床(稼働)



2025年の参考値

計:4,420床



平成30年度病床機能報告結果(病院ごと、許可病床)

○ 下記のうち、豊野病院の慢性期病床(60床)については、H31.3~介護医療院へ移行

病院 計	許可病床数	病床機能				
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	その他
病院 計	4,925	608	2,429	510	1,360	18
長野赤十字病院	635	273	362	0	0	0
篠ノ井総合病院	433	41	392	0	0	0
長野市民病院	400	237	163	0	0	0
長野松代総合病院	361	20	341	0	0	0
長野中央病院	322	14	252	56	0	0
信州医療センター	310	23	211	58	0	18
上山田病院	240	0	60	60	120	0
東長野病院	213	0	0	89	124	0
千曲中央病院	195	0	103	52	40	0
朝日ながの病院	161	0	0	0	161	0
飯綱町立飯綱病院	161	0	110	0	51	0
新生病院	155	0	56	40	59	0
新町病院	140	0	58	42	40	0
長野松代総合病院附属若穂病院	120	0	0	0	120	0
信越病院	99	0	49	0	50	0
轟病院	99	0	0	0	99	0
栗田病院	84	0	0	0	84	0
稲荷山医療福祉センター	80	0	0	0	80	0
総合リハビリテーションセンター	80	0	40	40	0	0
小島病院	77	0	0	0	77	0
竹重病院	72	0	42	30	0	0
愛和病院	64	0	0	0	64	0
豊野病院	60	0	0	0	60	0
ナカジマ外科病院	51	0	21	0	30	0
小林脳神経外科病院	50	0	50	0	0	0
朝日病院	48	0	48	0	0	0
東口病院	47	0	47	0	0	0
田中病院	43	0	0	43	0	0
小林病院	37	0	0	0	37	0
北野病院	35	0	0	0	35	0
東和田病院	29	0	0	0	29	0
吉田病院	24	0	24	0	0	0

平成30年度病床機能報告結果(有床診療所ごと、許可病床)

	許可病床数	病床機能				
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	その他
有床診療所 計	245	0	173	13	57	2
鈴木泌尿器科	19	0	19	0	0	0
中澤ウィメンズライフクリニック	19	0	19	0	0	0
丸山産婦人科医院	19	0	19	0	0	0
南十字脳神経外科	19	0	0	0	19	0
クリニックコスモス長野	19	0	0	0	19	0
星のさとクリニック水野医院	19	0	0	0	19	0
彦坂医院	18	0	18	0	0	0
伊勢宮胃腸外科	17	0	17	0	0	0
山田眼科	13	0	0	13	0	0
清水産婦人科医院	13	0	13	0	0	0
板倉レディースクリニック	12	0	12	0	0	0
産科. 婦人科 矢嶋医院	9	0	9	0	0	0
鳥山眼科医院	9	0	9	0	0	0
ひまわりレディースクリニック	8	0	8	0	0	0
中川産科婦人科医院	8	0	8	0	0	0
池田眼科	6	0	6	0	0	0
おおくぼ眼科須坂クリニック	6	0	6	0	0	0
わかまつ呼吸器内科クリニック	4	0	4	0	0	0
島田内科クリニック	4	0	4	0	0	0
おおくぼ眼科長野クリニック	2	0	2	0	0	0
須高休日緊急診療所	2	0	0	0	0	2
総計(病院+診療所)	5,170	608	2,602	523	1,417	20

圏域内の基幹病院等の指定状況

- 長野赤十字病院を救命救急センターに位置づけ、地域医療支援病院の機能を担う篠ノ井総合病院及び長野市民病院など、7の医療機関群の連携のもと輪番群体制を敷いている。
- また、長野赤十字病院、篠ノ井総合病院及び長野市民病院については、中小医療機関に対し医師派遣を行うことを主な機能とする地域医療人材拠点病院としての機能も担う。

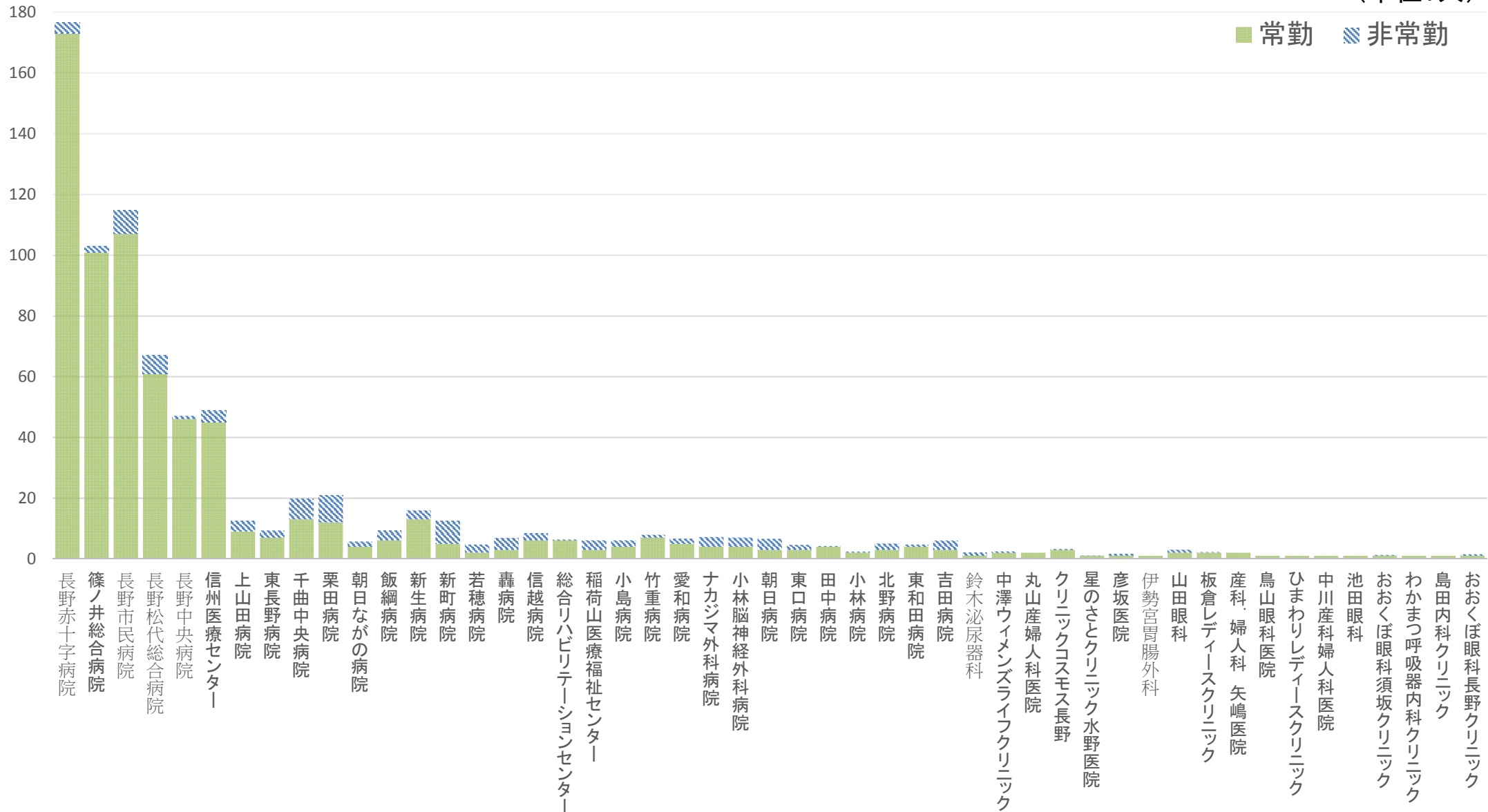
医療機関施設名	許可病床	拠点病院等の指定状況											
		地域医療支援病院	地域医療人材拠点支援病院	救命救急センター	病院輪番群産科病院	災害拠点病院	周産期母子医療センター	小児地域医療センター(又は小児中核病院)	へき地医療拠点病院	がん診療連携拠点病院(地域がん診療病院)	在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	在宅療養支援診療所
2019.4.1													
長野赤十字病院	635	○	○	○	○	○	○	○		○			
篠ノ井総合病院	433	○	○		○		○	○	○※				
長野市民病院	400	○	○		○					○			
長野松代総合病院	361				○							○	
長野中央病院	322				○								
信州医療センター	310				○							○	
千曲中央病院	195				○								
飯綱病院	161												
新生病院	155										○		
新町病院	140								○		○		
轟病院	99										○		
愛和病院	64										○		
小林病院	37												
クリニックコスモス長野	19												○
伊勢宮胃腸外科	17												○

※本年度中に指定予定

圏域内の医師の配置状況（有床医療機関）

○ 平成30年度病床機能報告結果に基づく医師の配置状況は以下のとおり。

（単位：人）



長野医療圏におけるこれまでの議論

1 これまでの協議の経過

- 主な疾病・事業別の患者流出状況を踏まえると、当圏域については概ね圏域内で完結できているが、小児医療と回復期リハビリについては一部流出が見られる。
- 当圏域では急性期医療については恵まれた状況にあり、大きな課題の指摘はない。
- 救急については、消防のメディカルコントロールによる搬送・受入体制が概ね確立されており、受入は円滑に行われている。
- 夜間の初期救急等については、夜間急病センターへの人的支援等により、各医師会としても協力ができている。
- 急性期で処置が必要になった患者については、比較的早期に紹介元の医療機関に逆紹介するなどの連携ができている（回復期との連携）。
- （がんなどについて）診断可能な医療機関による診断確定後、治療施設に紹介し治療を行う連携ができている。
- 在宅医療推進の方針が出ている中、介護施設の不足や介護職、看護職の人材不足、在宅医療を担う医師や医療機関等の負担など様々な課題があり、全体としては在宅移行が困難な状況にある。

2 今後の課題・方向性

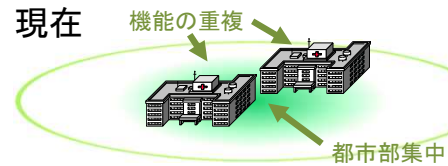
【機能分化・連携に関すること】

- 当医療圏内で急性期・回復期などの機能による役割分担をしっかりとしていくことでより良い医療が提供できる。
- 高齢化に伴う疾病構造の変化を見据える中で、病床機能だけではなく、疾病あるいは診療分野ごとの各医療機関の機能分担、連携の方向性についての明確化が必要。
- 病床機能報告の判断基準は、医療現場で受け入れやすい定義が必要。
- 回復期の充実を図る必要がある。
- 救急医療を維持するためには、看取りを含めた在宅医療の充実が必要である。
- 高齢化が進むことで、在宅や施設での看取りが多くなる。地域住民が、安心して地域で最期を迎えられるような観点で体制を構築する必要がある。

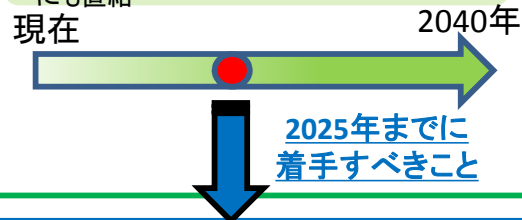
国の検討状況

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も高齢者人口の増加、地域人口の希薄化が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想等の既存の枠組みも新たな課題に対応した形とすることが必要

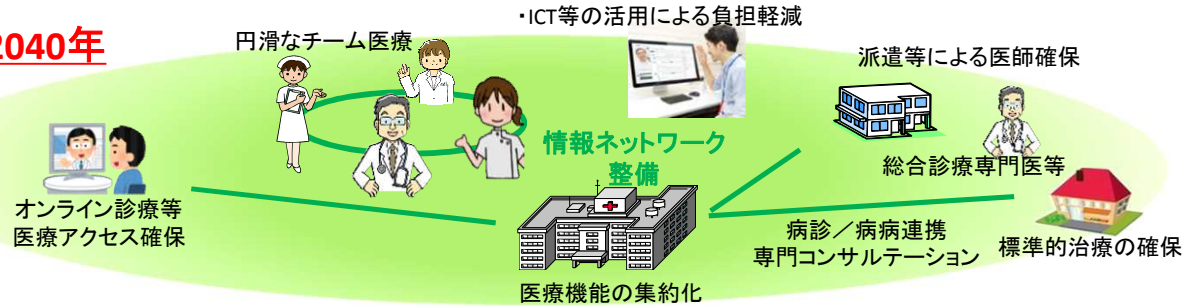
2040年の医療提供体制 (医療ニーズに応じたヒト、モノの配置)



- ◆医療資源の分散・偏在
→都市部での類似の医療機能を持つ医療機関の林立により医療資源の活用が非効率に
→医師の少ない地域での医療提供量の不足・医師の過剰な負担
- ◆疲弊した医療現場は医療安全への不安にも直結



2040年



どこにいても必要な医療を最適な形で

- ・限られた医療資源の配置の最適化(医療従事者、病床、医療機器)
→医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、総合的な医療提供体制改革が可能に
- ・医療情報ネットワークが整備され、病診/病病連携や適切なオンライン診療を実施

医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ

- ・人員配置の最適化やICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化
- ・医療の質や安全の確保に資する医療従事者の健康確保や負担軽減
- ・業務の移管や共同化(タスク・シフティング、タスク・シェアリング)の浸透

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

医療施設の配置の最適化と連携の推進 ~地域医療構想の実現~

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③病診/病病連携のための医療情報ネットワークの構築やオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革(管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化(タスク・シフティングやタスク・シェアリング)、ICT等の技術を活用した効率化 等)
- ③**医師偏在対策**による地域における医療従事者等の確保(地域偏在と診療科偏在の是正)
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進(これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む)⇒**地域医療構想の実現**

実行性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
 - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②地域におけるプライマリ・ケアに対応するための総合診療専門医の確保

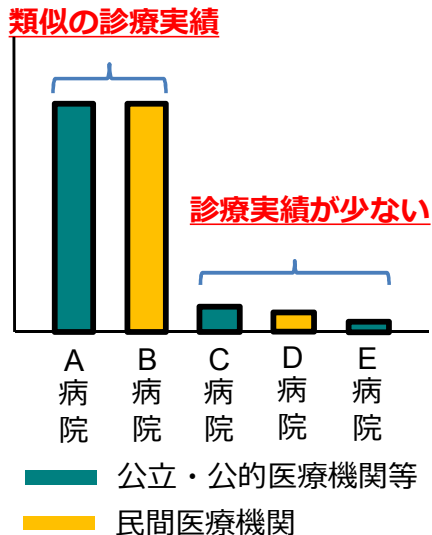
- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進

合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

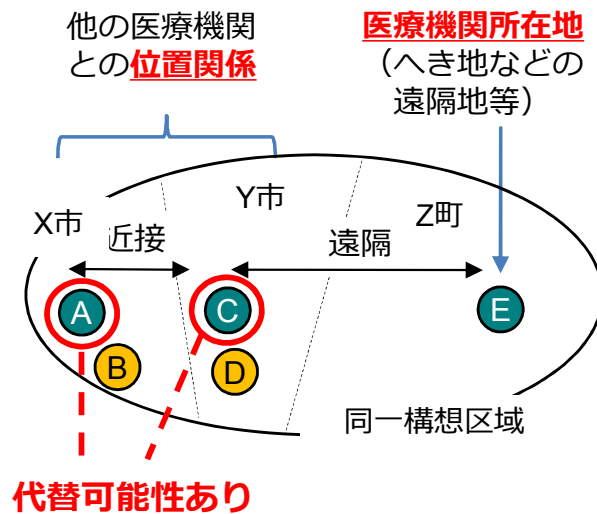
「代替可能性がある」又は**「診療実績が少ない」**公立・公的医療機関等に対して、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合**や**他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請

分析のイメージ

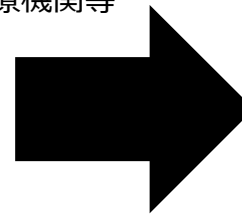
①診療実績のデータ分析



②地理的条件の確認



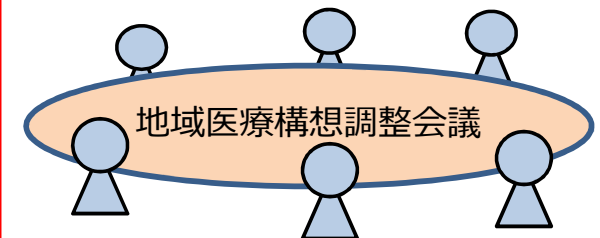
「代替可能性がある」または「病院全体の再編統合の検討の必要」と位置付けられた公立・公的医療機関等



③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における検証

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
 - **病院の再編統合**
- について具体的な協議・再度の合意を要請



法律の改正による医師確保・外来医療への対応

医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）の概要

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、**地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定**、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設

都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設（外来医療計画）

5. その他【医療法等】

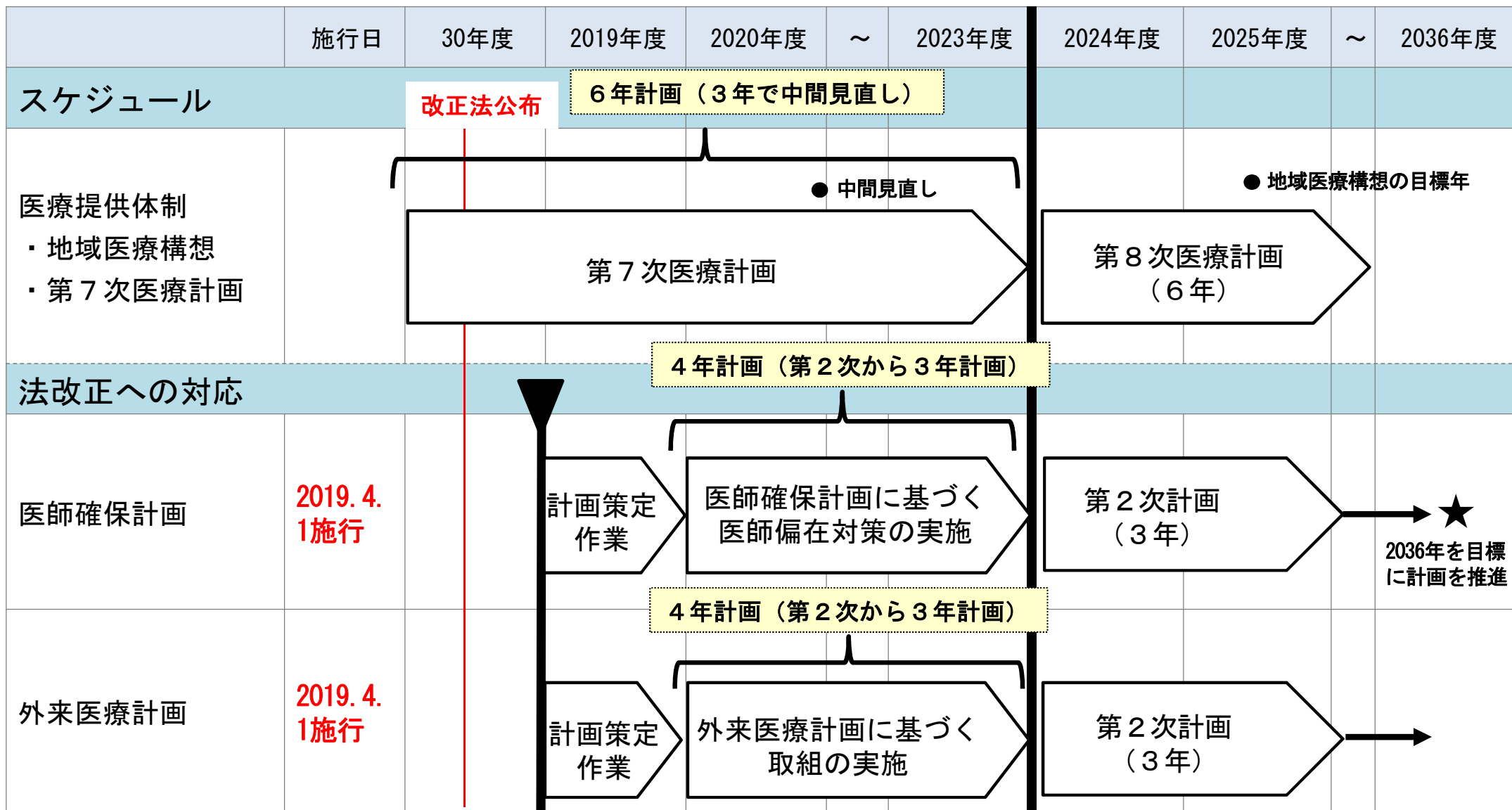
- ・地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・健康保険法等について所要の規定の整備 等

施行期日

2019年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。）

医師確保・外来医療計画の策定・推進スケジュール

- 医師確保及び外来医療計画の第1次計画は既存の医療計画の一部として4年計画
- 第2次計画以降は、医療計画の一部という性格は同様に、3年計画として医療計画（6年）の中間見直しに合わせ策定・推進
- 両計画は、医療計画・地域医療構想と同様、調整会議での協議に基づき策定



新たな計画の策定にあたり調整会議でご検討いただきたいこと

- これまでの地域医療構想の取組を踏まえ、二次医療圏ごとの医療提供体制の整備を目的として医師確保及び外来医療の提供体制について調整会議で検討を行う。

1. 医師の確保について

- 主に修学資金貸与医師及び自治医科大学卒業医師の配置・調整について

検討事項
医師偏在指標の前提となる患者流出入
医療機関の役割分担の状況等を踏まえ、確保が必要な医師の診療科・数

計画への反映
医師少数区域（少数スポット）・多数区域の設定
医師の確保方針
医師の確保目標

2. 外来医療の提供体制について

検討事項
外来医師偏在指標の前提となる患者流出入
一次救急・在宅医療・公衆衛生等の地域に確保すべき外来医療機能
医療機器の活用状況

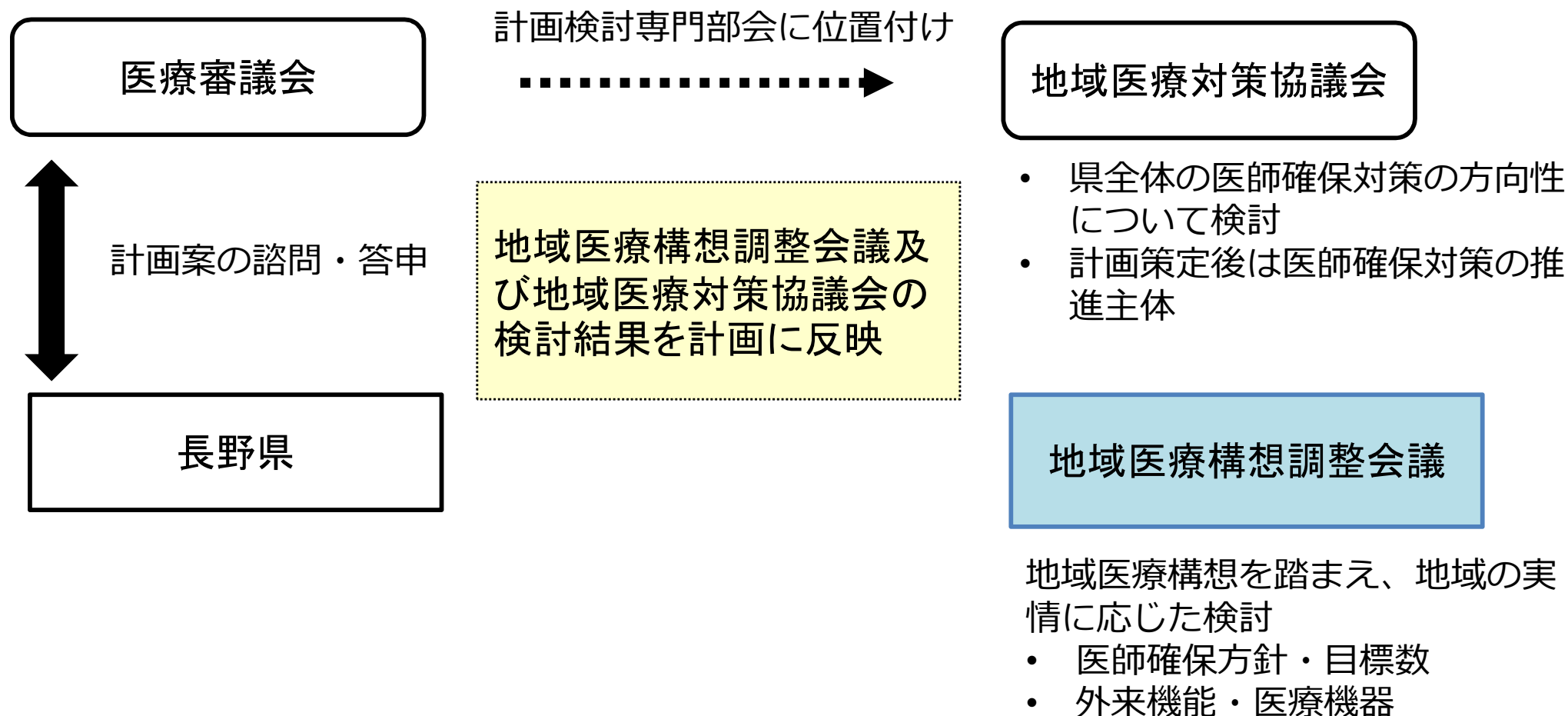
計画への反映
外来医師多数区域の設定
新規開業の際に協力をお願いする事項 各圏域で確保する外来医療機能の方針
医療機器の共同利用方針

3. 検討スケジュール ※医師確保・外来医療計画に関するもの

2019.5月	6月	7月～9月	10月	11月～
第1回調整会議 ・計画の概要 ・患者流出入について	・第1回調整会議の協議内容を取りまとめ ・患者流出入について厚労省へ報告	第2回調整会議 ・医師少数区域等、確保目標、方針 ・外来医療、医療機器	・第2回までの調整会議の協議を踏まえ、計画の県全体の方針を決定	第3回調整会議 ・計画案

計画の策定体制

- 医師確保計画及び外来医療計画は、医療法に基づく医療計画の一部であるため、医療審議会の意見を聴いて計画を策定することが必要
- 国の医療計画作成指針に基づく、計画策定の専門部会は、地域医療対策協議会がその機能を担う。
- また、圏域連携会議は、現行計画の策定と同様に地域医療構想調整会議を活用



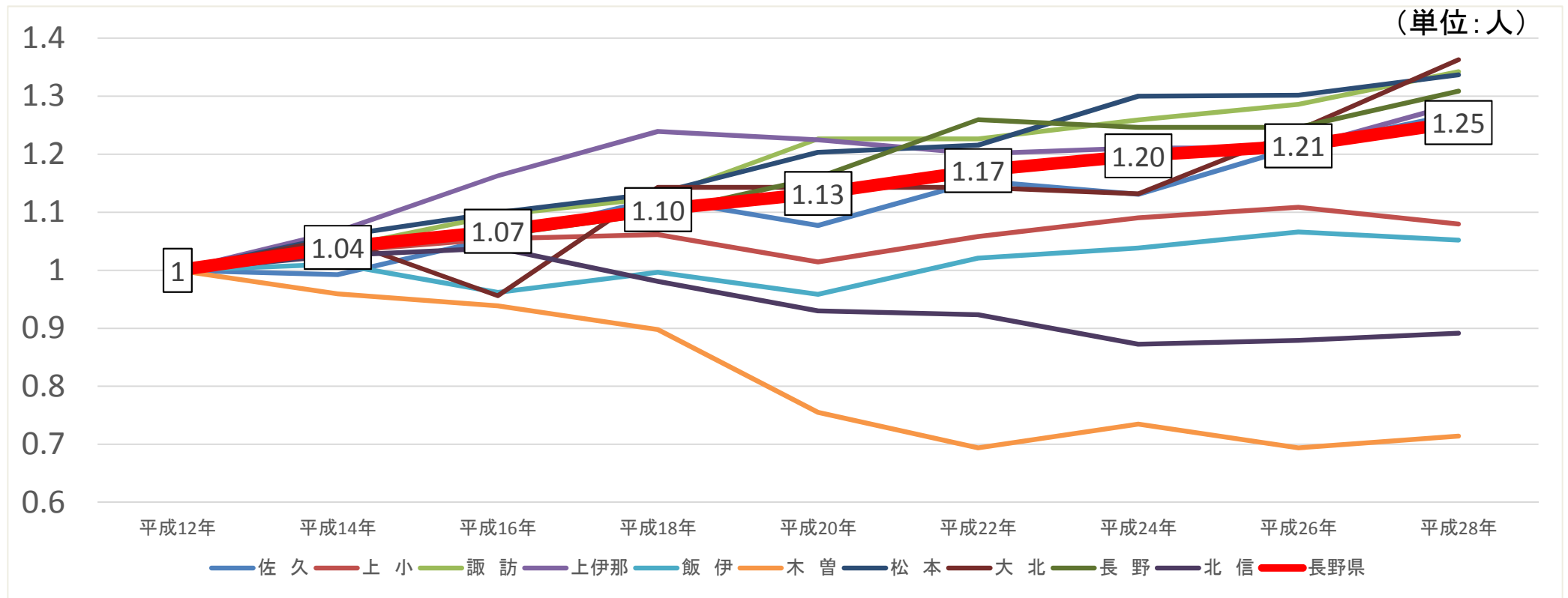
医師確保計画の策定について

県内の医療施設従事医師の推移(平成12年を1とした場合)

- 平成12年の医師数を基に、県内の医療施設従事医師数の推移をみると、県全体では1.25倍に医師が増加している。
- 一方で、地域ごとには医師の推移に違いがある。

【圏域ごとの医師数の推移】(平成12年→平成28年の推移)

佐久:1→1.27 上小:1→1.08 諏訪:1→1.34 上伊那:1→1.29 飯伊:1→1.05
 木曾:1→0.71 松本:1→1.34 大北:1→1.36 長野:1→1.31 北信:1→0.89



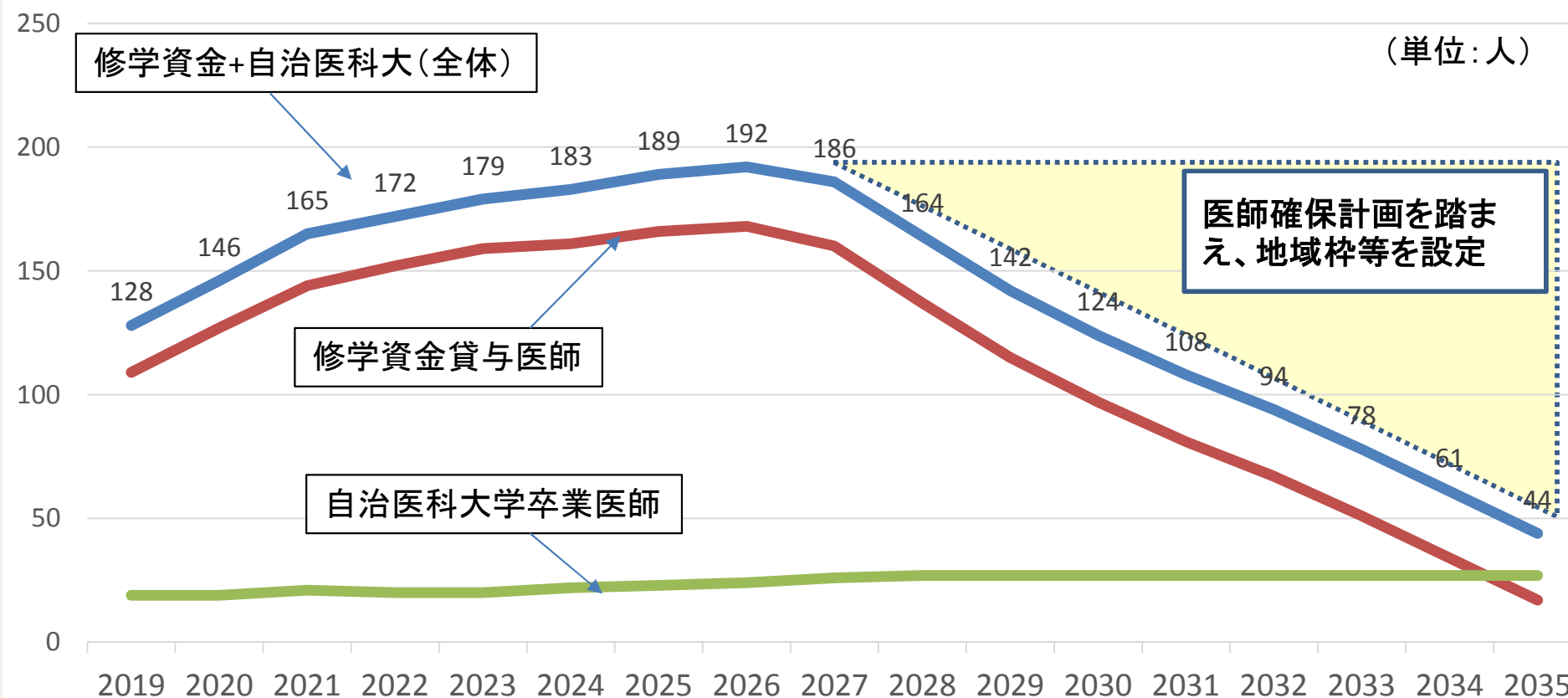
現状の主な医師確保対策について

現在の取組	取組の内容
修学資金の貸与・自治医科大学卒業医師の配置	修学資金の貸与を受けている医師及び自治医科大学の卒業医師については、医師免許取得後の9年間について、県内の臨床研修指定病院及び医師不足病院等に勤務
地域医療人材拠点支援事業	拠点病院から中小医療機関への医師派遣に対し県が財政支援を実施することで、中小医療機関の医師確保を推進
ドクターバンク	Uターン・Iターンを希望する県外医師等の求職と病院の求人について、無料職業紹介を実施
産科医の確保	<ul style="list-style-type: none"> 産科医療機関が限られている地域において、当該医療機関への財政的支援を行い、身近な地域で安心して出産できる環境を整備 2次医療圏において唯一分娩を取り扱う医療機関に対して、県内から又は都道府県を越えての産科医の派遣に係る費用を支援
総合医の育成	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い診療に対応でき、地域医療の現場で活躍する総合医を確保・養成するため、指導医研修会の開催 総合医養成の基盤構築、医師のキャリアシフト支援
地域枠・地元枠の設置	信州大学の医学部定員120名のうち、地域枠20名を設定 東京医科歯科大学の医学部定員のうち、2名を長野県の地域枠に設定

修学資金貸与医師・自治医科大学卒業医師の今後の推移

- 以下は、これまでの取組として、県が修学資金を貸与した医師及び自治医科大学の卒業医師のうち、義務年限となる医師の今後の推移を推計したもの。
- 2026年の192人がピークとなっているが、今般の医師確保計画に基づき設定する地域枠等の効果は反映させていない。（推計に含めていないため、2028年以降は以下に示した数値以上の義務年限医師数となる。）

- ・ 修学資金貸与医師：2019年までの修学資金貸与医師数を基礎に推計
- ・ 自治医科大学卒業医師：長野県枠の3名が新たに義務年限医師数に加わるとして推計



医師確保計画を通じた医師偏在対策について

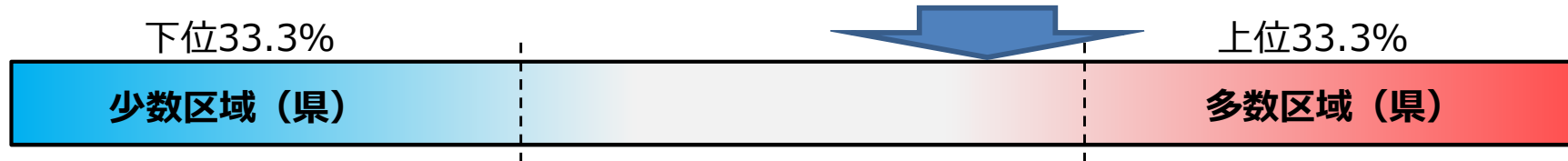
- これまでの医師確保対策に加え、**地域の医療提供体制の整備のため地域間の医師配置の状況を相対的に把握する「医師偏在指標」**を基に、医療計画の一部として「医師確保計画」を策定し**医師の偏在対策を実施**
- 医師偏在対策は、**2036年の全国での需給一致を目標に3年ごと（初回は4年）に見直しを行いながら推進**

医師確保計画の概要

1. 医師多数区域・医師少数区域の設定

- ・全国統一の算定式により算出された「医師偏在指標」を基に、医師多数・医師少数区域（県）を設定
- ・地域の実情を踏まえ、医師少数区域以外の区域の一部を「医師少数スポット」に指定

二次医療圏内の中山間地など、医師少数区域でなくとも医師の確保が必要な地域を「医師少数スポット」に指定



2. 医師確保対策

(1) 地域ごと又は県全体で検討を行うもの

- ① 医師確保の方針・確保目標数
- ② 目標を達成するための施策



※医師全体の確保対策の他、産科及び小児の医師確保対策も行う

(2) その他、検討を行うもの

- ① 医学部定員（地域枠・地元枠）
- ② 修学資金貸与医師・自治医科大卒業医師のキャリア形成プログラム

3. 計画の推進

第1次計画	第2次計画	第3次計画	第4次計画	第5次計画
2020年～2023年	2024年～2026年	2027年～2029年	2030年～2032年	2033年～2035年

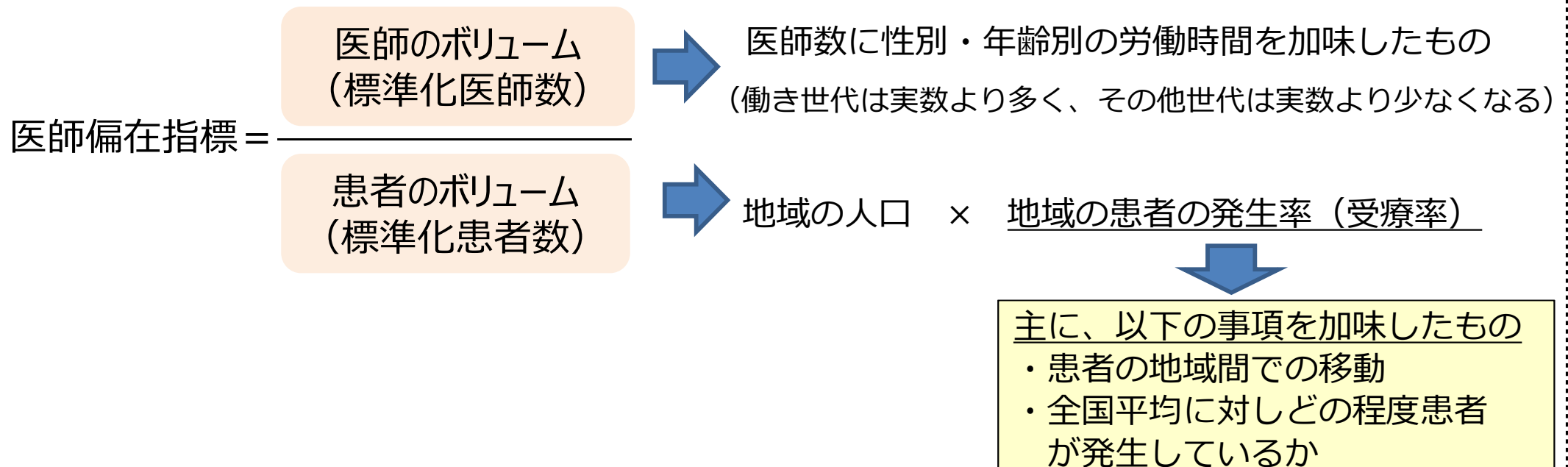
2036年時点での偏在解消を目指し計画を見直しながら進める

医師偏在指標の考え方について

医師偏在指標：各地域で対応する患者に対し医師がどれだけ配置されているかを地域間で比較するもの

- 医師確保計画に基づき、全国で医師偏在対策を実施するためには、各地域の医師配置の状況を相対的に把握できる指標が必要
- 「医師偏在指標は」地域間の医師配置の状況を比較するための目安であって、指標のみで各地域の医師不足の状況を判断するものではないことに注意

算定式の考え方



医師少数区域等の考え方について

- 「医師偏在指標」に基づき、各医療圏（又はその一部）を医師少数区域等に設定
- 医師少数地域及び医師少数スポットに対し、修学資金貸与医師等の配置を進めることで、医師偏在を解消することを目的とする。

区域	政策的な位置づけ
医師 少数 区域 （全国の医師偏在指標順位における下位33.3%）	<ul style="list-style-type: none">・ 地域の医療提供体制を踏まえ、修学資金貸与医師等の配置を進める。・ 医師少数区域での勤務経験が評価されるほか、財政支援（確保基金の配分）が優先的に行われる。
医師 多数 区域 （全国の医師偏在指標順位における上位33.3%）	<ul style="list-style-type: none">・ 既存の提供体制を確保するため実施している医師確保対策は引き続き実施（医師偏在対策に基づく医師の確保は行わない。）・ 医療計画に基づく医療提供体制を確保するため、産科、小児科など、他地域も含め広域的に確保が必要な特定の診療科や、高度救急医療の医師確保対策を実施
医師少数スポット	<ul style="list-style-type: none">・ 医師多数区域であっても、区域内で特に医師確保が必要な地域を指定し、医師少数区域と同様に対策を実施 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"><p>（設定することが適切でない場合）</p><ul style="list-style-type: none">・ 巡回診療や他の医療機関等でカバーされているなど、既に必要な医師が確保されている地域を設定する場合・ 無医地区・準無医地区とされている地域を無条件で設定する場合</div>

医師確保計画に基づく施策の方向性

下記の取組のうち、事業化するものについては、地域医療介護総合確保基金を活用

		現在の取組	今後の方向性
短期的	医師の派遣調整	<ul style="list-style-type: none"> ・ 修学資金貸与医師及び自治医科大卒業医師をキャリア形成プログラムに基づき配置 ・ 地域医療人材拠点病院から中小医療機関に対し医師を派遣 	医師少数区域及び医師少数スポットへの配置を促進
	キャリア形成プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 義務年限中のキャリア形成プログラムを策定 ・ 9年間のうち3年は医師不足病院へ派遣 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 義務年限中、○年は医師少数区域及び医師少数スポットに所在する医療機関に配置するなどをキャリア形成プログラムに位置付けることを検討
	医師の働き方改革	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県が設置する勤務環境支援センターにおいて、各医療機関の勤務環境改善を支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ICTを活用した労働時間の適正化に向けた取組などを検討 ・ 働き方改革を進めるにあたっての機器整備への支援税制
長期的	地域枠・地元枠の設定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 信州大学の医学部定員120名のうち、20名を地域枠 ・ 東京医科歯科大学の定員のうち、2名を長野県の地域枠に設定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既存の地域枠及び地元枠の維持を基本としつつ、枠数の増員を検討

計画策定スケジュール

- 2020年3月の計画策定に向け、調整会議は3回程度の開催を予定
- 県全体では、医療審議会・地域医療対策協議会を開催

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
厚生労働省			<ul style="list-style-type: none"> 都道府県からの報告を基に偏在指標を確定 									
県全体			<ul style="list-style-type: none"> 第1回調整会議の協議内容を取りまとめ 患者流出入について厚労省へ報告 				<ul style="list-style-type: none"> 第2回までの調整会議の協議を踏まえ、計画の県全体の方針を決定 				<ul style="list-style-type: none"> パブリックコメント 計画策定・公表 	
<ul style="list-style-type: none"> 各地での議論を踏まえ、医学部定員の在り方・キャリア形成プログラムについて検討 地域医療構想の推進に向けた、医療機関の機能分化・連携についても検討 												
各地域調会議	第1回会議 <ul style="list-style-type: none"> 計画の概要 患者流出入について 		第2回会議 <ul style="list-style-type: none"> 医師少数区域等、確保目標、方針 外来医療、医療機器 				第3回会議 <ul style="list-style-type: none"> 計画案の検討 					

外来医療計画の策定について

外来医療計画(医療機器)の策定について

- 外来機能及び医療機器に関する情報を可視化したうえで、新規開業者等へ情報提供
- 調整会議において外来医療の機能分化・連携の方針等について協議し結果を公表

外来医療について

・外来医師多数区域の設定

外来医師偏在指標に基づき全国上位1/3の医療圏を外来医師多数区域に設定

- 外来医師多数区域では、新規開業者に医療の提供の協力をお願いしたい事項を計画に定める。(訪問診療、在宅当番医、予防接種等)
- 協力をお願いする事項については、新規開業届に明示するなどの対応を行う。

・地域で確保すべき外来医療機能

地域で不足する外来医療機能の提供体制をデータ等に基づき可視化

- 可視化した情報は、ウェブサイト等で公表し、外来医師多数区域では、新規開業者へ協力をお願いする事項とする。
- 外来医師多数区域であるかを問わず、確保すべき外来医療機能については、その方策や総合確保基金の活用について検討

医療機器について

・医療機器の効率的な利用

医療機器の整備・活用状況についてデータに基づき可視化

- 可視化した医療機器の整備・活用状況を基に、共同利用の方針等を検討し、計画に記載
- 新たに医療機器を整備する場合は、方針に基づき共同利用計画を策定
- 医師とは違い、医療機器の多数(少数)区域という設定はない。

新規開業と外来医療計画の関係

1 医療法上の規定

(1) 開設時の手続（法第7条）

医療法上、新たに医療機関を開設する場合は、許認可等の必要な手続を行うことが必要

許可が必要なもの

- ・ 病院の設置（20床以上）
- ・ 臨床研修を修了した医師以外の診療所の設置
- ・ 診療所への病床の設置

届出により行えるもの

- ・ 臨床研修を修了した医師による診療所の設置
- ・ 一定の要件を満たした診療所への病床の設置

(2) 許可の制限（法第7条の2及び3）

許可事項について、医療機関の所在する二次医療圏が病床過剰地域等である場合は、開設が制限されている。

公的医療機関等

知事は医療審議会の意見を聴いて、開設の許可を与えないことができる。

民間医療機関

知事は医療審議会の意見を聴いて、開設する病床数の削減等を勧告することができる。
（病床の設置は可能だが、その場合、勧告を受けた病床について、健康保険法に基づき、厚労大臣は保険医療機関に指定しないことができる。）

【病床過剰地域等】

- ① 既存病床数 > 基準病床数となる場合
- ② 許可病床数 > 病床数の必要量となる場合

2 外来医療計画との関係

【診療所の設置に関すること】 ※無床診療所が対象

- 指標が上位33.3%以上の二次医療圏を外来医師多数区域に設定
- 多数区域内の外来医療体制で不足する外来機能を計画に明示（救急、在宅医療、公衆衛生等）
※不足する医療機能の検討は全圏域で実施
- 多数区域で届出により診療所を設置する場合は、不足する外来機能を担っていただくことに協力を求める。
- 協力が困難な場合は、調整会議等での意見聴取（結果は公表）を行うことがガイドライン上示されている。

外来医療計画の趣旨は、**地域で不足する機能の提供について、新規開業者へ協力を求めるもの。診療所の開設に新たな規制はかからない。**

外来医師偏在指標(暫定値)

○医師偏在指標と合わせ、患者の流出入で調整したもので確定値を算出したうえで、次会の調整会議以降、各地域の外来機能について検討

順位	区分	医療圏	外来医師偏在指標	診療所医師数(2016年)	昼夜間人口比	外来患者対応割合
-	-	全国	106.3	102,457	1.000	75.5%
30		長野県	99.8	1,508	0.998	67.7%

27	多数区域	松本	127.8	405	1.010	70.9%
29		大北	127.4	48	0.948	55.9%
112	多数いき値	川崎北部(神奈川)	103.9			
134		佐久	101.3	122	0.990	56.1%
160		諏訪	97.1	132	1.002	64.0%
171		飯伊	96.1	108	0.998	62.6%
179		長野	94.3	381	1.004	70.4%
226		上小	85.4	132	1.003	73.0%
229		上伊那	84.5	120	0.983	74.2%
253		木曾	80.7	13	0.993	46.3%
292		北信	74.3	47	0.964	67.3%

昼夜間人口比:国勢調査(2015年)に基づく夜間人口に対する昼間人口の比
 外来患者対応割合:地域全体の外来患者数のうち、診療所で対応した外来患者の割合

医療機器の指標

○次回の調整会議以降、現状の医療機器の活用状況を確認したうえで、医療機器の共同利用の方針等を検討

医療圏	調整人口あたり台数				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療機
全国	11.1	5.5	0.46	3.4	0.91
長野県	10.4	4.7	0.53	4	0.83
佐久	11.7	5.4	0.44	3.9	0.87
上小	11.2	5.3	0	3.1	0.47
諏訪	7.7	3.3	0.46	2.6	0.45
上伊那	11	2.6	0	3.9	0.5
飯伊	6.9	5.6	0.56	5.1	0.54
木曾	5.4	2.9	0	3.7	2.68
松本	12.4	5.7	1.38	5.9	1.58
大北	9.8	4.4	0	3.4	0
長野	11.2	4.9	0.52	3.7	0.68
北信	4.8	3	0	2.3	0.95

CT(全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT)、MRI(1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI)、PET(PET及びPET-CT)、マンモグラフィ並びに放射線治療(リニアック及びガンマナイフ)

医師偏在指標等に係る患者流出入の調整について

新たな計画の策定にあたり調整会議でご検討いただきたいこと

- これまでの地域医療構想の取組を踏まえ、二次医療圏ごとの医療提供体制の整備を目的として医師確保及び外来医療の提供体制について調整会議で検討を行う。

1. 医師の確保について

- 主に修学資金貸与医師及び自治医科大学卒業医師の配置・調整について

検討事項

医師偏在指標の前提となる患者流出入

医療機関の役割分担の状況等を踏まえ、確保が必要な医師の診療科・数

計画への反映

医師少数区域（少数スポット）・多数区域の設定

医師の確保方針

医師の確保目標

2. 外来医療の提供体制について

検討事項

外来医師偏在指標の前提となる患者流出入

一次救急・在宅医療・公衆衛生等の地域に確保すべき外来医療機能

医療機器の活用状況

計画への反映

外来医師多数区域の設定

新規開業の際に協力をお願いする事項
各圏域で確保する外来医療機能の方針

医療機器の共同利用方針

3. 検討スケジュール ※医師確保・外来医療計画に関するもの

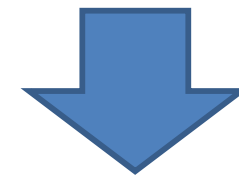
2019.5月	6月	7月～9月	10月	11月～
第1回調整会議 ・計画の概要 ・患者流出入について	・第1回調整会議の協議内容を取りまとめ ・患者流出入について厚労省へ報告	第2回調整会議 ・医師少数区域等、確保目標、方針 ・外来医療、医療機器	・第2回までの調整会議の協議を踏まえ、計画の県全体の方針を決定	第3回調整会議 ・計画案

医師偏在指標(暫定値)※H31.2.18厚生労働省公表値

○以下は、第28回医師需給分科会時において、厚生労働省が公表した医師偏在指標

順位	医師偏在指標		
	上位33.3%〔多数〕 下位33.3%〔少数〕	二次医療圏名	医師偏在指標
—	—	全国	238.6
22	多数	松本	339.6
84	多数	佐久	215.8
98	多数	諏訪	201.2
143		長野	178.9
179		大北	160.8
204		飯伊	151.2
269	少数	北信	129.1
270	少数	上伊那	127.7
284	少数	上小	121.7
300	少数	木曾	111.2
38	少数	長野県	199.6

- 厚生労働省が医師需給分科会で示した、左記の医師偏在指標は医療圏間の患者の流出入を反映させていない(患者の流出が起これないと仮定した数値)
- 医師偏在指標を確定させるにあたっては、都道府県及び医療圏間の患者の流出入を見込むことが必要



地域医療構想等の議論を踏まえ、医師偏在指標を確定させるにあたっての患者の流出入をどのように見込むべきか。

医師偏在指標(暫定値2)※H31.4月厚生労働省提示値

- 以下は、医師偏在指標の患者流出入調整係数について、厚生労働省が機械的に算定し、暫定値として都道府県に提示したものの。

【流出入調整係数の機械的算定】

入院患者流出入調整係数：2017年患者調査結果の入院患者の流出入数で算定

無床診療所患者流出入調整係数：2015年国勢調査結果の夜間人口に対する昼間人口の比率で算定

順位 (全国順位)	上位33.3%〔多数〕 下位33.3%〔少数〕	医療圏	H31.2.28 公表値	医師偏在指標	入院患者流出入 調整係数	無床診療所患者流 出入調整係数 (昼夜間人口比)
-	-	全国	238.6	238.6	1.000	1.000
1 (28)	多数	松本	339.6	310.0	1.154	1.010
2 (63)	多数	大北	160.8	251.3	0.500	0.948
3 (96)	多数	諏訪	201.2	210.3	0.947	1.002
4 (98)	多数	佐久	215.8	209.2	1.059	0.990
5 (177)		長野	178.9	176.0	1.039	1.004
6 (209)		木曾	111.2	166.3	0.333	0.993
7 (227)	少数	飯伊	151.2	160.8	0.938	0.998
8 (245)	少数	北信	129.1	155.1	0.778	0.964
9 (279)	少数	上伊那	127.7	143.0	0.857	0.983
10 (313)	少数	上小	121.7	127.6	1.000	1.003

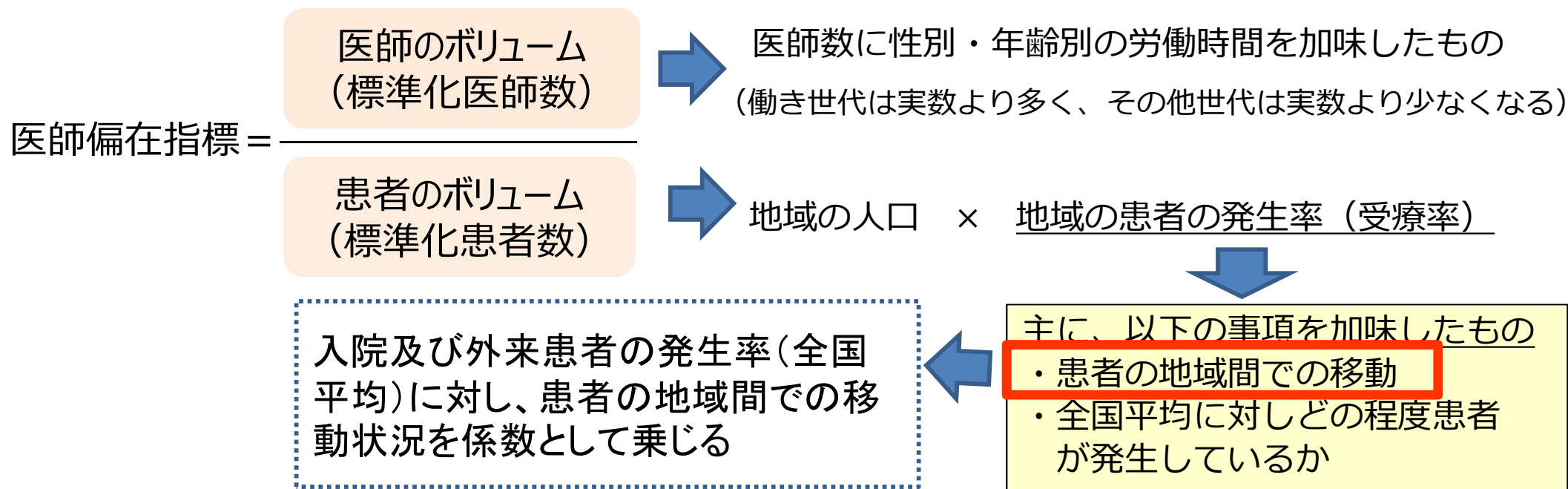
(37)	少数	長野県	199.6	201.1	1.005	0.998
------	----	-----	-------	--------------	-------	-------

医師偏在指標の考え方について

医師偏在指標：各地域で対応する患者に対し医師がどれだけ配置されているかを地域間で比較するもの

- 医師確保計画に基づき、全国で医師偏在対策を実施するためには、**各地域の医師配置の状況を相対的に把握できる指標が必要**
- 「医師偏在指標は」**地域間の医師配置の状況を比較するための目安であって、指標のみで各地域の医師不足の状況を判断するものではない**ことに注意

算定式の考え方



患者の流出入を見込むにあたっての考え方

- 医師の確保を進める前提となる、県全体及び圏域ごとに整備する医療機能や病床数等の考え方は以下の通り。

1. 地域医療構想における2025年の病床数の整備の考え方

(1) 都道府県間の流出入

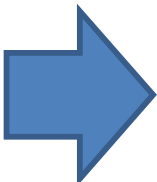
山梨県から長野県へ流入している患者、長野県から岐阜県へ流出している患者については、**将来も同様に患者の流出入が続くと仮定し病床数を算定**

(2) 医療圏間の流出入

長年にわたり、民間や公共部門の投資が行われ培われてきた成果であり、2025年までの間に現在の医療提供体制の基盤が大きく変動することは考えにくいことから、**将来も同様に患者の流出入が続くと仮定し病床数を算定**

2. 医療計画における主たる疾病や政策医療の医療体制の整備の考え方

- 現行の各医療圏の医療体制において、**単一圏域で賄うことが難しい医療機能については、複数圏域で連携した体制を構築**する。
- ただし、**単一圏域で賄うことができない医療機能の基本的な体制は、当該圏域でも確保することが可能となるよう、総合確保基金を活用した対策を実施（脆弱二次医療圏対策）**

- 
- これまでの県の医療政策を踏まえ、医師偏在指標についても現行の患者の流出入をレセプトデータを活用し見込むこととする。
 - ただし、医師少数区域でなくとも、医療計画の脆弱二次医療圏対策等において基本的な医療体制を整備するため医師の確保を必要とする地域は、「医師少数スポット」に指定し、必要な対策を行う。
 - また、3年（初回は4年）ごとの計画策定時に、その時点で直近値となる患者の流出入を見込み指標の修正を行う。

患者の流出入の見込み方について(案)

○厚生労働省は、入院患者の流出入を2017年患者調査結果で見込むとしているが、

- 患者調査は、3年ごとに9月の調査日当日の入院患者の状況を調査するものであり、季節性等を加味するには、悉皆性に欠くこと。
- 地域医療構想における病床数の推計、医療計画における基準病床数の算定、二次医療圏の設定の際には、レセプトデータを基にした患者の流出入を踏まえ、政策を立案していること。

を踏まえ、医師偏在指標についても、レセプトデータに基づく流出入を加味する。

○具体的には、2017年の患者調査に基づく(※)入院患者数(流出入前)を、2016年度の国保・後期高齢レセプトデータに基づく医療圏間の患者流出入割合で案分して流出入患者数を見込む。

※入院患者の実数は全国ルールで患者調査を用いるとしている。

○外来患者の流出入は、2017年の患者調査に基づく無床診療所の患者数(流入出前)を、2017年度のレセプトデータを活用し案分するとしており、長野県の入院患者の流出入調整方法と同様なため、当県独自に調整は行わない。

単位：千人/日	入院患者数 施設所在地										患者総数(患者 住所地) 固定値	患者流出入		
	2001 佐久	2002 上小	2003 諏訪	2004 上伊那	2005 飯伊	2006 木曾	2007 松本	2008 大北	2009 長野	2010 北信		患者流出入数 (千人/日)	患者流出入調整係数	
入院患者数	2001 佐久	1.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	0.2	1.146
	2002 上小	0.2	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	1.9	△ 0.1	0.960
	2003 諏訪	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	1.8	0.1	1.055
	2004 上伊那	0.0	0.0	0.1	1.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	1.4	△ 0.2	0.882
	2005 飯伊	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	1.005
患者住所地	2006 木曾	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	△ 0.1	0.633
	2007 松本	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	0.1	0.0	0.0	3.8	0.3	1.074
	2008 大北	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.0	0.0	0.4	△ 0.0	0.970
	2009 長野	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.9	0.1	5.1	0.2	1.036
	2010 北信	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.7	0.9	△ 0.2	0.804
	患者総数(施設所在地)	1.8	1.8	1.9	1.2	1.5	0.1	4.1	0.4	5.3	0.7	18.6	0.3	1.016

産科・小児科及び外来医師偏在指標の患者の流出入について(案)

- 医師偏在指標は、医師全体の指標の他、産科及び小児科の指標も算出する必要があるが、それぞれ指標の算出に用いるデータに限界があることから、以下の整理で対応

1. 産科の偏在指標

- ・ 指標に活用する分娩件数は、里帰り出産等を加味した医療施設調査の分娩件数を活用
- ・ 妊婦の所在地と分娩を行った医療機関の所在地の両方を把握できるデータは現状存在しないため、患者（妊婦）の流出入調整は行わない。※全国統一の対応

2. 小児科の偏在指標

- ・ 厚労省案では、医師全体の偏在指標における長野県の流出入調整案と同様に、患者調査の患者数をレセプトデータの流出入割合で案分したものを活用するため修正は行わない。

3. 外来医師偏在指標

- ・ 厚労省案では、医師全体の偏在指標における長野県の流出入調整案と同様に、患者調査の患者数をレセプトデータの流出入割合で案分したものを活用するため修正は行わない。

流出入調整の方法・活用データのまとめ

	入院患者の流出入状況	外来患者の流出入状況
医師全体	2017年患者調査に基づく入院患者数（流出入前）を2016年度のレセプトデータの流出入割合で案分	2017年患者調査に基づく外来患者数（流出入前）を2017年度のレセプトデータの流出入割合で案分
産科	指標算出の基となる分娩件数は現状のデータでは流出入調整を実施することが不可能であるため、流出入調整は実施しない。	
小児	2017年患者調査による0-14歳の患者数（流出入前）を2017年度のレセプトデータの流出入割合で案分	
外来医師	—	2017年患者調査に基づく外来患者数（流出入前）を2017年度のレセプトデータの流出入割合で案分

流出入調整後医療圏別医師偏在指標

試算

- 患者の流出入を調整した各医療圏の医師偏在指標
- 確定値は、厚生労働省において、各都道府県の流出入調整結果を踏まえ本年夏を目途に改めて算定を行う。

	調整前		調整後		標準化医師数 (人)	2018年人口 (10万対)	標準化 受療率比	参考	
	暫定値 1 (H31.2.18)	暫定値 2 (H31.4)	医師偏在指標 ①/ (②×③)	県内順位				入院患者流出 入調整係数	無床診療所流 出入調整係数
佐久	215.8	209.2	196.4	2	504	2.10	1.22	1.146	1.022
上小	121.7	127.6	129.8	10	276	2.00	1.06	0.960	1.031
諏訪	201.2	210.3	195.7	3	449	2.00	1.15	1.055	1.000
上伊那	127.7	143.0	140.7	8	260	1.86	0.99	0.882	0.983
飯伊	151.2	160.8	153.0	7	294	1.64	1.18	1.005	1.007
木曽	111.2	166.3	130.1	9	34	0.28	0.93	0.633	0.777
松本	339.6	310.0	323.7	1	1,534	4.29	1.11	1.074	1.026
大北	160.8	251.3	173.4	5	116	0.60	1.11	0.970	0.870
長野	178.9	176.0	176.5	4	1,070	5.49	1.11	1.036	1.002
北信	129.1	155.1	153.9	6	138	0.90	1.00	0.804	0.946

(参考) 調整前いき値

H31.2.18時点 多数いき値 : 192.2 少数いき値 : 147.0
 H31.4時点 多数いき値 : 201.2 少数いき値 : 162.2

健康長寿ビッグデータ分析・活用事業

医療推進課
健康増進課
介護支援課

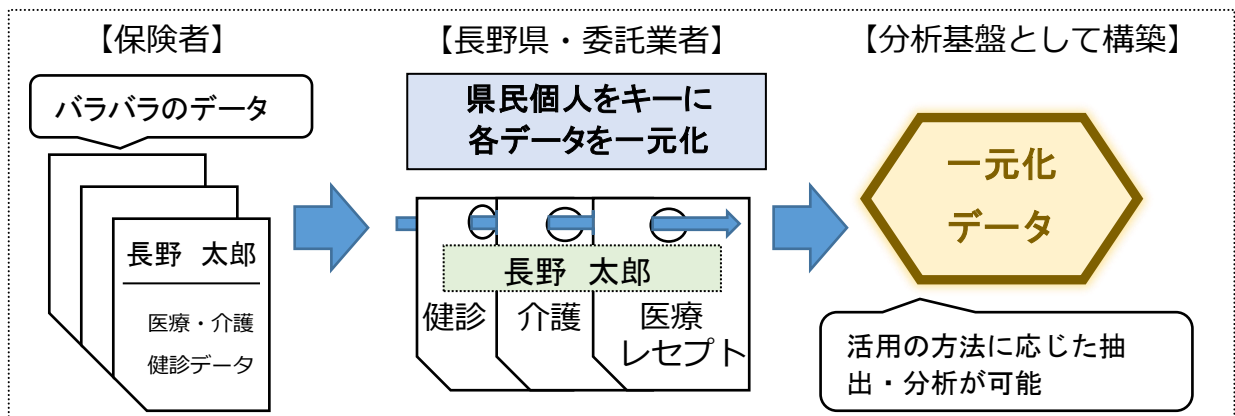
1 目的

医療・介護提供体制の充実及び県民の健康づくり支援のため、県民約90万人分の医療・介護・健診関連データの分析基盤を構築し、県・市町村の関連施策に活用する。

2 事業内容

【分析基盤の構築】

国民健康保険等の保険者から取得したデータを基に、個人の医療・介護ニーズや健康状態の推移を把握できる分析基盤を構築



【活用例】

医療提供体制	疾患ごとの病院への受診状況を把握し、地域医療構想調整会議において、医療機能の分化・連携を推進
地域包括ケア体制	効果的なケアプラン事例やサービスのニーズを把握し、市町村の介護施策へ活用
健康づくり支援	県民の健康課題を把握し、重症化予防等の市町村保健師の健康指導へ活用

3 スケジュール（案）

6月～7月	9月	12月	3月	4月～
入札公告	契約締結	中間報告	納品	分析基盤の活用

令和元年度 長野県地域医療・介護総合確保基金事業(医療分)

※事業区分Ⅰ:病床機能分化・連携推進事業 / 事業区分Ⅱ:在宅医療推進事業 / 事業区分Ⅲ:医療従事者確保事業

(単位:円)

圏域	施設名	区分	県事業名 (基金計画事業名)	事業内容	予算額
長野	南長野医療センター 新町病院	Ⅰ	がん医療提供体制施設設備整備 事業	マンモグラフィ装置の整備	11,000,000
長野	篠ノ井総合病院	Ⅰ	がん医療提供体制施設設備整備 事業	マンモグラフィ装置の整備	11,000,000
長野	長野市医師会	Ⅱ	在宅医療実施拠点整備事業	在宅医療推進のための研修会等 の開催	89,000
長野	山田記念朝日病院	Ⅱ	在宅療養退院支援事業	退院調整を行う支援員の配置	1,200,000
長野	南長野医療センター 新町病院	Ⅱ	在宅療養退院支援事業	退院調整を行う支援員の配置	1,200,000
長野	南長野医療センター 新町病院	Ⅱ	在宅療養退院支援事業	退院調整を行う支援員の体制整 備費	82,000
長野	新生病院	Ⅱ	在宅医療普及啓発・人材育成研 修事業	市民公開講座の開催	325,000
長野	長野赤十字病院	Ⅱ	在宅医療普及啓発・人材育成研 修事業	かかりつけ医普及用のパンフレッ ト作成	100,000
長野	訪問看護ステーショ ン希望	Ⅱ	訪問看護師育成・強化事業	緩和ケア認定看護師の養成	400,000
長野	小島病院	Ⅱ	在宅医療設備整備事業	訪問看護用車両の整備	485,000
長野	南長野医療センター 篠ノ井総合病院	Ⅱ	在宅医療設備整備事業	在宅用透析装置の整備	1,000,000
長野	長野市民病院	Ⅲ	医療従事者救急技能向上支援事 業	BLS・ACLS講習の受講	392,000
長野	県立信州医療セン ター	Ⅲ	医療従事者救急技能向上支援事 業	BLS・ACLS講習の受講	117,000
長野	長野市民病院	Ⅲ	病床機能転換に係る看護体制強 化事業	感染管理認定看護師、脳卒中リ ハ認定看護師の養成	800,000
長野	長野赤十字病院	Ⅲ	病床機能転換に係る看護体制強 化事業	認知症認定看護師の養成	400,000
長野	東長野病院	Ⅲ	医療従事者勤務環境改善施設設 備整備事業	更衣室の整備	6,068,000
全県	長野県医師会	Ⅱ	在宅医療実施拠点整備事業	医師を対象とする在宅医療研修 会 在宅医療を担う医師への同行研	735,000
全県	長野県医師会	Ⅱ	在宅医療実施拠点整備事業	在宅医療を推進するためのシン ポジウム等の開催	5,385,000
全県	長野県医師会	Ⅱ	在宅医療連携推進モデル事業	人生の最終段階における患者の意 思表示を尊重した在宅医療・介護サ ービス提供体制モデルの構築	2,425,000
全県	長野県医師会	Ⅱ	在宅医療推進協議会等設置運営 支援事業	県医師会が設置・開催する在宅 医療推進協議会等の開催経費の 支援	1,240,000
全県	公益社団法人長野 県栄養士会	Ⅱ	在宅医療普及啓発・人材育成研 修事業	市民公開講座等の開催	971,000

圏域	施設名	区分	県事業名 (基金計画事業名)	事業内容	予算額
全県	長野県理学療法士会	Ⅱ	在宅医療普及啓発・人材育成研修事業	訪問リハビリ実務者研修会の開催	705,000
全県	長野県歯科医師会	Ⅱ	在宅歯科医療設備整備事業	在宅歯科医療用ポータブルレントゲン機器の整備	2,024,000
全県	長野県歯科衛生士会	Ⅱ	在宅歯科保健医療研修事業	口腔ケア研修会等の開催	690,000
全県	長野県薬剤師会	Ⅱ	薬剤師を活用した在宅医療推進研修会	薬剤師の在宅医療推進研修会等の開催	564,000
全県	長野県医師会	Ⅱ	在宅医療運営総合支援事業	在宅医療に携わる医療機関の運営費支援	75,828,000
全県	長野県歯科医師会	Ⅲ	医科歯科連携研修事業	医科歯科連携のための協議会の設置及び人材育成研修会の開催	1,754,000
全県	長野県歯科衛生士会	Ⅲ	歯科医療関係者人材育成支援事業	職業紹介、相談会及び未就業歯科衛生士研修会の開催	1,064,000
全県	長野県歯科医師会	Ⅲ	歯科医療関係者人材育成支援事業	復職支援研修会等の開催	960,000
全県	長野県歯科衛生士養成校協議会	Ⅲ	歯科医療関係者人材育成支援事業	歯科衛生士確保のための研修会等の開催	253,000
全県	長野県薬剤師会	Ⅲ	薬剤師復職・就業支援事業	薬剤師の復職支援を促進するための研修プログラム及び復職・就業支援相談会の開催	1,757,000

長野医療圏における病床数の動向について

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：社会福祉法人賛育会 豊野病院
病床数 60床（内訳：療養病床60床）
- (2) 所在地：長野市豊野町豊野634
- (3) 廃止の理由：療養病床60床を介護医療院に転換するため。
外来機能は診療所として地域住民の医療活動を継続する。
- (4) 廃止年月日：平成31年2月28日

2. 圏域全体の既存病床数

(単位：床)

	一般 A	療養 B	補正 (※1) C	補正 (※2) D	計 (A+B-C+D)
変更前	3,927	1,050	199	0	4,778
変更後	3,927	990	199	60	4,778

※1 医療法施行規則第30条の33第1項

※2 医療法施行規則附則第48条

(参考)

基準病床 (床)	地域医療構想にお ける病床の必要量 (床)
4,771	4,420

令和元年度第1回長野医療圏 地域医療構想調整会議	資料 5-2
令和元年5月27日	

長野中央病院 地域包括ケア病棟、その他病床への移行

長野中央病院

院長 番場 誉

計画は以下のとおりです。

□地域包括ケア病棟の開始

①目的

- ・急性期を脱し病状が安定した患者に対して在宅復帰に向けた医療管理、リハビリ、退院支援を実施する。
- ・在宅、介護施設からの軽度急性期入院の受入。

②場所

- ・4階西病棟37床(一般病床/DPC)を地域包括ケア病棟に転換。

③時期

- ・2019年7月より算定予定。

□救急病床の設置

①目的

- ・救急患者の円滑な受入のため。
- ・夜間帯の救急入院患者をこの病床で受け入れ、翌日には他の病棟に転棟する。

②場所

- ・一階救急外来となりに4床の救急病床(一般病棟/2階南病床42床を46床)とする。

④時期

- ・2019年7月より開設予定。

*病床数322床の変更はありません。

ICU6床を4床、3階病棟54床を52床にして4床分を確保します。

以上

令和元年度第1回長野医療圏地域医療構想調整会議 議事録

- 1 日 時 令和元年5月27日(月)午後6時45分から8時45分まで
- 2 場 所 長野保健福祉事務所3階 301～303 会議室
- 3 出席者
委 員 宮澤政彦委員、安里進委員、下鳥正博委員、三井慎一委員、丸山弘之委員、澤口通洋委員、花岡ゆり枝委員、土屋拓司委員、池田宇一委員、和田秀一委員、春日好雄委員、小池健一委員、番場誉委員、寺田克委員、小林淳生委員、大西禎彦委員、大生定義委員、本郷実委員、清水昭委員、若槻吉章委員、伊藤篤志委員、樋口圭一委員、小林宇老委員、荒川愛子委員、伊達博巳委員、林かおる委員、宮川裕明委員、松木哲也委員、山浦克彦委員、和田勝男委員
オブザーバー 森茂樹院長、伊藤一人院長
長野県 長野保健福祉事務所長 小松仁、副所長 山崎敏彦、総務課課長補佐 熊井昭、担当係長 河野真弓
健康福祉部衛生技監兼保健・疾病対策課長 徳本史郎、医療推進課医療計画係主任 伊藤達哉、医療推進課医師確保対策室主事 兒玉理

4 議事録

(小松長野保健福祉事務所長あいさつ)

本年度第1回の長野医療圏地域医療構想調整会議ということで、御出席頂きありがとうございます。委員の皆様には日頃地域医療の推進につきまして御尽力いただきありがとうございます。昨年度のこの会議では、長野医療圏の医療提供体制の状況や今後の方向性について、情報共有していただきました。

本年度は、医療法の改正により医師確保計画や外来医療計画を策定することになっているため、医師偏在指標を含めてその内容についての説明になります。厚生労働省がいろいろな数字を計算して出しているのですが、委員の先生方がみている実際の現状とは少し違って来る部分もあるかと思いますが、そういった部分も御意見として伺えればと思っています。

今後、地域医療の状況が変化していく中での各医療機関の病床の変更や機能の変更等ありましたら、今後の計画策定の段階で、ある程度内容が固まってからでも結構ですので、この調整会議に報告していただきたいと思いますのでよろしくお願い致します。

(事務局)

- ・ 新任委員紹介
- ・ オブザーバー紹介
- ・ 欠席委員報告

(宮澤会長)

新しく就任いただいた委員の皆様、どうぞよろしく申し上げます。

それでは会議次第に従いまして、議事を進めてまいります。スムーズな議事運営に御協力をお願いします。

会議事項（１）「昨年度までの議論の整理」について、事務局から説明をお願いします。

(事務局 資料１について説明)

(宮澤会長)

以上の説明につきまして、皆さんから御質問、御意見等ありましたらお願いします。

国の方で新しい検討課題が決まったということで、これから１年かけて新しい外来機能とか医師確保計画についてこの場で議論するということになります。

今まで病院の方一辺倒で議論してきましたが、これからは診療所、外来機能の方の計画も入ってきて、既に一部法改正がなされているということで、来年の２月に施行されるということです。新しい外来計画では、外来の求められる要件といたしますか、新規開業に関して、新しく県レベルで医師多数区域に関しては新規開業の規制、というわけではないのですが、求められる事項がいくつかあるということですが。

下鳥先生、そのあたりはどうですか。

(下鳥委員)

私もつい最近雑誌で読んだだけで詳しくはわかりませんが、早くも外来が一杯の所は今のうちに開業しなければいけないとあって、逆に開業が増えているという状況らしいです。強制力というのかどういう手段で強制的にするのか全然わからないのですが、いよいよ医師会の方の関係になってきたかなという印象を受けます。あくまでも印象ですが。

(宮澤会長)

ありがとうございました。ここまでのところはよろしいでしょうか。御質問がなければ次の議題に移ります。

会議事項（２）の医師確保計画・外来医療計画について、事務局から説明をお願いします。

(事務局 資料２について説明)

(宮澤会長)

ありがとうございました。ただいま医師確保計画の策定及び外来医療計画の策定について説明をしていただきました。皆様から御意見、御質問等あればお願いします。

す。

(和田委員)

確認になってしまうかもしれませんが、医療法、医師法の改正をもとに医師偏在指標というものが作られて、まず都道府県について医師偏在指標に基づいて医師多数都道府県というのと、医師少数都道府県が作られたということで、今回はそれが二次医療圏に波及というか、おりてきたという状況だと考えていいわけですか。

(医療推進課医師確保計画室 児玉主事)

おっしゃる通り二次医療圏と都道府県別でそれぞれ少数県と二次医療圏の方でも少数区域というように設定されるので、例えば都道府県別 47 並べて下位 33.3%については医師少数県ということになるので、二次医療圏と都道府県別で分けて指標の方は出すこととなります。

(和田委員)

あとは診療科については産科や小児科は別扱いで、それ以外は診療科の偏在ということについてはどのように扱われるのですか。

(医療推進課医師確保計画室 児玉主事)

診療科の偏在については、今回小児科・産科については計画の方を別に作るということになっていますが、それ以外の診療科については、今回はまだ作らずに、ただ国の方も将来的には他の診療科についても偏在があるので、検討をしていくということにはなっています。

(和田委員)

あと具体的な施策とすると、例えば偏在に対する対応は、それぞれの医師、特にこだわらないかもしれませんが、現実的な対応とすると奨学金貸与者に対して行なっていくと、そう考えていいのでしょうか。

(医療推進課医師確保計画室 児玉主事)

修学資金ですが、今現在9年間の義務年限がありますが、最初の2年間の初期臨床とその後の3年間の専門研修については基本的には先生ご自身の行きたい所で勤務していただきますが、最後の4年間の勤務のところは県の方で指定させてもらっている状況です。今現在最後の4年間の勤務に該当する先生がまだ現在18名ですが、これが来年は30人、その次は40人、50人とどんどん増えていくので、そういった先生方を少数区域等に重点的に配置するように考えています。県の方でドクターバンク事業ということで医師の職業紹介という事業もやっていますが、今現在立ち上げから全部で120人ほどの実績がありますが、そのうち50人弱は長野圏域

での就業になっているので、どうしても南信地域だとかそういったところへいって
くれる医師はなかなかいないので、そういった修学資金等を活用して配置できたら
と考えています。

(本郷委員)

いくつかありますが、まず1点目は外来医療体制の提供ということで、外来医師の
偏在化というような意味だと思いますが、外来だけではなくて、私たちのような病院
だと入院やその他健診やドックや、総合病院と違って小さい病院は1人の医師がいろ
いろなことをやっています。そういったところにも目を向けているのでしょうか。

2点目は、県で非常に努力されて今も資金だ云々といわれていますが、ドイツでは
国の方で医師を均等に分けて、不公平がないように地域ごとに人数を割り当ててい
ると、そういうことを聞いたことがあります。もっとドラスティックにやらないと。
私は信州大学にいたが、500人いるというのですよ。うちの病院は常勤医師がたった
5人しかいない。それで140床みえています。そういう専門的な科ではないので入院も
やって外来もやってしかもドックもやって、へき地医療訪問診療やってと、という
形になっていますが、どんどん医師も高齢化して、5年10年なんて待ってられな
い。もっと大きな変革が見られないのか、というような気がしてならないが、いかが
でしょうか。

(医療推進課医療計画係 伊藤主任)

まず外来医療ですが、今回県の方で考えていることは、外来医療ということでは
かなり間口が広がったということにはなっていますが、検討していく時にどこからとい
うのは、先ほど申し上げたように訪問診療だとか、一次救急のような圏域内でも偏在し
ているようなところについて検討ができたかと考えています。中山間地とか中小病院
については機能が専門分化されていないというところがあって、そこで様々なところ
を先生方にやっていただいているので、そこは今回の計画の中で働き方改革というよ
うなこともあるので、そういった中でどう対応ができるのかは検討ができたと思っ
ています。

また、ドラスティックな偏在対策については、現状で考えられているのは今回の偏
在対策の他に、専門医の育成については都道府県ごとにマクロで診療科ごとにシーリ
ングをかけて、都市部から地方部の方に専門医、専攻医の流れができるようにとい
う形で国の方も検討をしています。まずはそういった対応で長野県の方に医師をしっか
りと招聘するというか、長野県でも働いてもらえるような形を、計画も含めて作っ
ていくのが県でできることかと考えています。

(宮澤会長)

はい、池田委員どうぞ。

(池田委員)

今回の医師偏在対策でやはりキーになるのは、奨学金をもらっている医師かなと思います。その中で、先ほどの説明だと最初の5年間はある程度希望するところへ行って、そのあとの4年間は、県が指定する医師不足病院に行ってもらい、確かにそれがいいと思いますが、今の専門医制度というのがあるから、例えば私は内科で循環器ですが、内科専門医なので5年間なんですよね。ですから5年で内科の専門医になれますが、その後、サブスペシャリティの循環器の専門とか消化器の専門になるためには、5年が終わった後さらに専門研修が必要ですが、その時にちょうど4年の義務が出てきます。キャリア形成というのも考えてくれているみたいですが、そこが現実には非常に難しい。実際小さい病院に行けと言われた時に、そこは指定施設ではないので、専門研修にはなりません。現実にはかなりここがやっかいだと思います。もちろん既にお考えだとは思いますが。

(医療推進課医師確保計画室 児玉主事)

先生のおっしゃる通り、今修学資金の貸与を受けている若い先生方は、どうしても早くサブスペシャリティをとりたいという先生方が多いのですが、そこを考慮してしまうと、それなりに規模の大きい病院になってしまうので、やはり県としては、できるだけそういった専門分化していない一般内科を必要としている中小病院に派遣したいという思いがあるので、どうしてもそこに遅れが出てきてしまうということは先生方に御理解いただいて、配置をしている状況です。

(池田委員)

そのひとつの解決策として、先ほどから出ている地域医療人材拠点病院のようなところに派遣して、週の半分はそこで専門研修をして、週の半分は医師不足病院に行ってもらって、専門研修もできるようにすると非常に現実的かと思っています。

(医療推進課医師確保計画室 児玉主事)

今の修学資金貸与制度のキャリア形成プログラムの中で、最後の4年間勤務する先生は、週に一回研究日ということで認めていて、週に一回は規模の大きいところで手術をしたり、そういったつながりを持つことで、どうしてもその中小病院だけでなく、となると情報が入ってこなかったりするということもあるので、研究日などを配慮して我々も先生とキャリア形成プログラムにのっとりながら進めていきたいとは考えています。

(池田委員)

そうすると専門医制度にはのってこない、週一回研修して病院にいても、逆に研修して病院に籍を置いてそこから週半分くらいは医師不足病院に派遣できるようになるといいかなと考えています。

(健康福祉部 徳本衛生技監)

今の話は多分2つあると思っていて、修学資金を貸与された医師の勤務先はどういう施設がいいのか、キャリア形成プログラムの中で9年間のうち4年間程度は医師不足地域で勤務することになっているので、一番緩く考えてしまうと、必ずしも中規模とか小規模の病院でなくても医師不足区域の中核病院に勤務してもキャリア形成プログラムの規定上はよいことになります。提案していただいた地域医療人材拠点病院に所属しながら中小病院に支援に行くという形もあると思います。

ただ、医師不足区域の中小病院の医療ニーズを満たす派遣が行われるかが課題なので、修学資金貸与医師と医師不足区域の勤務と、人材拠点という制度の3つをどう運用するか御意見を賜りたいと思います。

もう一つ専門医制度の話ですが、阿部知事が医道審議会の医師専門研修部会全国知事会の代表として参画していますが、総合診療医のような専門性を明確にする修学資金をもらっている医師が専門医制度においてビハインドにならないよう制度設計等をと意見していますし、多くの他の委員からも言われているところです。

サブスペ領域ではプログラム制の運用は難しく、一定程度カリキュラム制という形でというのが、委員の皆様のだいたいの共通認識になっているので、長野県もそのあたりは各診療科によると思います。信州大学の各医局と相談しつつ、一定程度合理的な範囲で9年の間にサブスペの専門医も目指せるような形というのは課題意識として我々も持っています。

(宮澤会長)

春日委員、どうぞ

(春日委員)

少し今の話とは違いますが、うちの病院は医師の派遣はほとんど信州大学の医局にお願いに行き派遣してもらっていますが、やはり送ってくれる所と送ってくれない所があって、病院間の格差というか偏在というのはあって、外来にもかなり支障をきたしています。なかなか難しい問題だとは思いますが、県は信州大学と話し合いをもつというようなことを考えているのでしょうか。

(医療推進課医師確保対策室 児玉主事)

医学生修学資金についても、そのほとんどの先生が信州大学に入局されている状況です。どうしても大学の関連病院となると行くところが限られてしまうので、県としては信州大学の方に分室があるので、そこにいる専任医師2名と一緒に医局の方を回ってなるべく医局人事からはずしてもらおうようにということで、修学資金貸与制度について説明し、理解をいただきながらこれから配置の方も検討していくようには考えてはいます。

(春日委員)

奨学金の学生だけではなくて、もう少し大きく、なかなか難しいのですが、医局からの派遣があるじゃないですか、奨学生ではない医師、そういったものに関しても偏在といったことを考えれば、県も信州大学と話すことが必要ではないかなと思うのですが、そういった予定があるかどうかをお聞きしたい。

(医療推進課医師確保対策室 児玉主事)

現在修学資金の関係では、各医局回っているのですが、それと合わせてこの医師確保計画ができた際にはそういった計画も含めて医師の配置等に協力してもらい、医師の不足しているところに配置してもらえるように協力を要請するようにできるかと考えています。

(宮澤会長)

大西委員、どうぞ。

(大西委員)

今日、民間の病院からも自分を含めて何人か参加していますが、中小病院に医師を派遣する場合にはどうしても官公立の病院を中心に話をしているようにしか聞こえない部分もあります。そうすると、我々民間病院はこの状況の中でどのように立ち位置を決めていけばいいのか正直不思議に思う部分もあります。そこまで面倒みられないというところだと思いますが、そのあたりを県でどう考えているのかお聞きしたい。

(医療推進課医師確保対策室 児玉主事)

これまでの修学資金貸与医師の配置について、基本的には公立・公的に偏っているというのは指摘のとおりです。修学資金貸与医師で実際に配置できるのが18人という状況です。御理解いただきたいのは、私立に回すほどの人的リソースがないのが事実ということです。ただ今後は人的リソースも徐々に増えてきます。先ほどの資料にも修学資金貸与医師の数が増えていくというのはあるので、そういった意味では県としても何の議論もなしに公立・公的に偏ることはないようにということは考えていますが、現状としてはそういったことで御理解いただきたい。

ただ、一つだけアピールさせていただくと、地域医療人材拠点病院事業を昨年度から実施していますが、今年度から民間病院にも派遣可能なように支援の対象を増やしているのですが、そのあたりは人材拠点病院と相談していただき、必ずしも十分な支援ではなくどの病院も大変とは思いますが、そのような派遣もできるようになったということで紹介させていただきます。

(宮澤会長)

その他いかがでしょうか。この会議は病院の院長先生が多いので病院側からの偏在の課題についてたくさん意見をいただきましたが、これからは外来機能の方でやっていかなければいけないが、医師会の方からどうですか。三井委員いかがでしょうか。

(三井委員)

今日の資料を見ると、これから新規開業するにあたり、ただ開業するのではなくて、予防接種とか訪問診療、夜間の急病センターの手伝いのようなところを積極的にやってもらい、地域の医療のためにやってもらうと約束したら開業させよう、みたいな感じで書いてありますが、最終的には法的にはほとんど研修が終わっている先生が開業するので、実際に開業したいというのをだめだということは誰もできないので、なかなかこれは新規開業を規制する妙案にはならないだろうと。ですからもう少し実効性のある競争力をもって医師なり決めていかないと、これは単なる絵に描いた餅かなという感じはしています。医師会では御存じのように新規開業するにあたって、だめとは言えません。これは独禁法に引っかかるので。ですので、できるだけ開業する前に、あまり近くにあるとお互いに大変なので、適度な距離をおいて、というようなことをアドバイスする程度しかない。この辺は具体的に国の施策が出てくると思うので、その方針を待ちたいと思います。

(宮澤会長)

他にはどうでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは次の議題に移ります。会議事項（３）の「医師偏在指標等に係る流出入の調整について」事務局から説明をお願いします。

(事務局 資料３について説明)

(宮澤会長)

ありがとうございました。以上の説明につきまして、皆様から何か御意見、御質問はありますか。ありましたらお願いします。

よろしいでしょうか。

それでは「医師偏在指標等に係る患者流出入の調整について、当会議で了承することよろしいでしょうか。

それではそのようにさせていただきます。

それでは次の議題に移ります。

会議事項（４）「健康長寿ビックデータ分析・活用事業について」及び「令和元年度長野県地域医療・介護総合確保基金事業について」事務局から説明をお願いします。

(事務局 資料４について説明)

(宮澤会長)

ありがとうございました。以上の説明につきまして、皆さんから御質問、御意見等ありましたらお願いします。いかがでしょうか。

ないようですので、次の議題に移ります。

会議事項（５）「長野医療圏における病床数の動向について」です。

前回の会議後、当医療圏内の病床数に動きがありましたので、まず事務局から説明をお願いします。

(事務局 資料５－１について説明)

(宮澤会長)

続きまして、長野中央病院から、病床機能の変更について情報提供があります。番場委員、お願いします。

(番場委員 資料５－２について説明)

(宮澤会長)

ありがとうございました。

以上の説明について、皆さんから御質問等ありましたらお願いします。いかがでしょうか。

当会議では今後も引き続き病床数の状況について情報共有してまいりますので、よろしくお願いします。

最後に会議事項（６）のその他ですが、全体を通じてでも結構ですので、皆さんから何か御発言ありますでしょうか。

伊藤院長、どうぞ。

(伊藤院長)

全体ということになるかと思いますが、資料１の「昨年度までの議論の整理」の13 ページの資料についてです。新聞報道なども昨今ありましたが、今年の7月にでも全国の公立・公的病院の再編に関して、国が一步踏み込んだ病院名を公表する、という報道があったかと思えます。国の方針なので、県とすればなかなかわからないとか、言えないところもあるかもしれませんが、この長野県の中、特に当医療圏ですと対象になると思われるのは、飯綱病院とか信越病院かと思えますが、具体的に病院名が公表されて、長野県の中でこういう再編を促すということがあり得るのか、ということと、資料に関してはやはり、県から国へあがっているのかどうか、国独自の情報収集なのか、そのあたりを教えていただければありがたいです。

(医療推進課医療計画係 伊藤主任)

13 ページの資料についてはまず考え方というか、今後の手続き的なところですが、国がアナウンスしているのは、この夏の参院選の後にこういった状況がある医療機関を国として公表するようだ、というところです。公表するに当たり、診療実績やそういったものを県の方から国へ提供しているかについては、特に提供はしていませんが、今回の資料の中でも共有した病床機能報告制度は、国で一元的に診療実績ということで集約しているのです、おそらくそういったものを基に分析しているのではないかと考えています。それをもって県で、国から言われたのでやっていくのか、というところについては、もともとこの病床機能報告制度だけで県内の医療提供体制をみるということは限界があると思っていて、例えば病床機能報告制度の中に手術の実績がありますが、それは毎年6月の手術実績だけです、それだけでは全てのものとは言えないと思います。

また、当圏内は特に北信地域も含めると、季節性で医療提供体制が大きく変わってくるところがあるので、仮にこういった数値がでてくるとしても、それだけでものを決めるのではなく、この調整会議の中で今までも様々な議論をしていただいているので、国の分析で足りないところがあれば、県の方でしっかりデータを出したうえで、何が一番長野県にとっていいのか、というところを議論できるような、基となるようなものを使えたらと考えています。

(宮澤会長)

よろしいですか。

その他何かありますか。下鳥委員、どうぞ。

(下鳥委員)

前回か前々回の調整会議で、長野赤十字病院の先生が診療所を開業して、急性期の病床が増えたということで、その時はそのままスルーしたんですが、このご時世に急性期を増やすということに関して、県の方から何か言うとかいうことはないですか。調整会議でOKができればそのまま県は認めるのでしょうか。

(医療推進課医療計画係 伊藤主任)

今先生に御指摘いただいたのは、昨年度の第2回調整会議の中で議論していただいたもので、長野市に一般病床17床をもっている有床診療所を新たに開設したい、そこでは人工関節の置換術などの手術を集中的に高齢者の方々にやるということということで、長野赤十字の整形外科の先生が独立して開業するというところについて、この調整会議で議論をしていただき、開設することになりました。こういったことについて、県ではどうしていくのか、更に何かやることがあるのかというところについては、まず地域医療構想を作成したときに、今後の医療提供体制の構築についてはまず、自主的な判断が一番であるということで策定しており、この考え方は変えてはいけないものだと思っています。ただ、人口減少が進む中で急性期の需要はこれから大きくしぼ

んでくるのではないかというところがあるので、そこをどうしていくのかというのは、県の方でこうだ、というよりはこの調整会議の中でまず議論していただくことが一番だと考えています。その議論がしっかりできるような基となるデータだとか考え方については県の方でしっかりと出していき、それをどう扱うのかというのをどう決めるのかについては、調整会議での議論が一番だと県では考えています。

また、17床の有床診療所の新設については、調整会議後に開催された医療審議会です承を得ているので、県全体でもオーソライズされています。

(宮澤会長)

この地域で診療所の開設ということになれば、医師は皆顔見知りなんですよね。仲間に診療所開設はだめだ、というのはちょっと言いづらいですね。そのあたりの問題はあります。これからも有床診療所の開設が出てくる可能性はありますよね。

その他、いかがですか。よろしいでしょうか。

それでは以上で本日予定していた会議事項は終了となります。

ありがとうございました。

(事務局)

宮澤会長、議事進行ありがとうございました。

今年度は今回を含め3階の会議を開催し、次回の調整会議は概ね9月頃を予定しておりますのでよろしくお願いいたします。

以上をもちまして、令和元年度第1回長野医療圏地域医療構想調整会議を閉会します。本日は大変お疲れ様でした。