

「八ヶ岳西南麓地域医療構想 2025」

～与え合い、引き受けあう未来～

諏訪中央病院 院長

佐藤泰吾

2025 年 4 月 1 日 初版

【はじめに】

高齢者人口がほぼピークをむかえる 2040 年に向けて、地域医療の在り方を再度検討する「新たな地域医療構想」¹⁾ が動き出した。2025 年には「新たな地域医療構想」のガイドラインが厚生労働省から提示され、圏域ごとに地域医療の在り方について検討する予定が計画されている。

このことから諏訪中央病院組合が受け止めなければならない大切なメッセージは、日本全国を見渡した時、地域ごとに人口減少の程度とスピードが異なり、直面する問題も異なるため、それぞれの地域ごとに国や県のサポートのもと、各地域の在り方を考えなければならないということである。歴史的、地理的事情も地域ごとに異なる。だからこそ現在の諏訪二次医療圏の未来は自分たちで構想し、実行し作り上げていかなければならない。諏訪中央病院の在り方もこの地域全体の在り方と密接にかかわっていることはいうまでもない。

諏訪中央病院組合が地域住民の生活を守っていくために、「新たな地域医療構想」を通じて圏域の各行政機関、各医療機関、介護・福祉に携わる諸組織と議論を深め、未来を構想し実行していく必要がある。ここに示すのは「あたたかな急性期病院」をスローガンに、「やさしく、あたたかい、たしかな医療を目指す」という基本理念を掲げる諏訪中央病院がひとつひとつの困難を発展的に乗り越えていくための作業仮説である。

これを通じて議論がなされ、新たな構想が生まれ、諏訪中央病院組合が未来へむけての実行を成し遂げることを目指す。

この作業仮説を「八ヶ岳西南麓地域医療構想 2025」と名付ける。

【時間軸の取り方】

2025 年時点での諏訪二次医療圏の人口は約 18 万 5 千人と推定されている（図 1）。2040 年の推定人口は約 16 万人である。諏訪二次医療圏全体でみると全国と比して、医療需要も介護需要も減少傾向にあることがわかる（図 2）。人口 20 万人を下回る圏域はその圏域拡大の検討も行う必要があるとされている¹⁾。日本全体に目を向けると 2050 年以降は人口動態、医療・介護需要に関しては何らかの定常状態に向かっていくものと考えられる（図 3）。2040 年に至るまで期間を、2040 年以降も見据えながら、どのような枠組みで社会を構築すべきかを検討することが直近の課題である。2025 年からの 15 年間は移行期としての混乱の中を進まなければならない。その混乱を発展的に未来に繋げ、次世代にバトンをわたし

ていくためには、現在の二次医療圏を基盤としながら、新しい枠組みを検討する必要がある。
2025 年から 2040 年までの 15 年間で時間軸を設定した時に構想すべき空間軸（表 1）につ
いて考えたい。

図 1：2025 年時点での諏訪二次医療圏とその周辺地域の人口推定

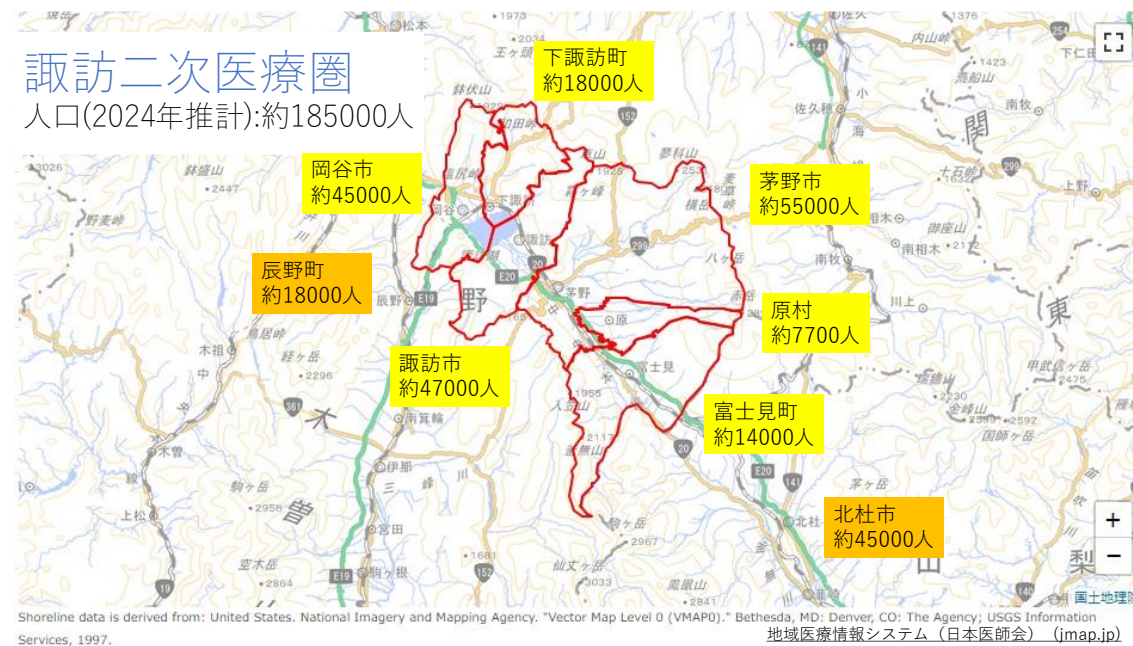


図 2：諏訪二次医療圏の医療・介護需要の推移予測

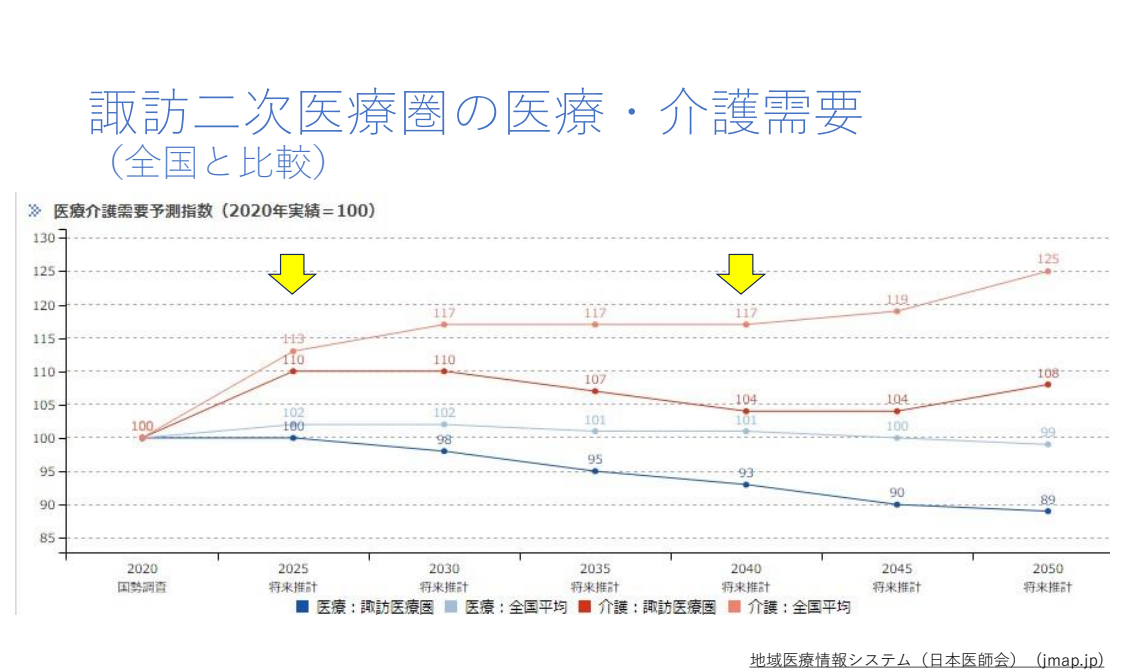


図3：日本人口の推移（第3回社会保障審議会年金部会 2023年5月8日資料3より引用）

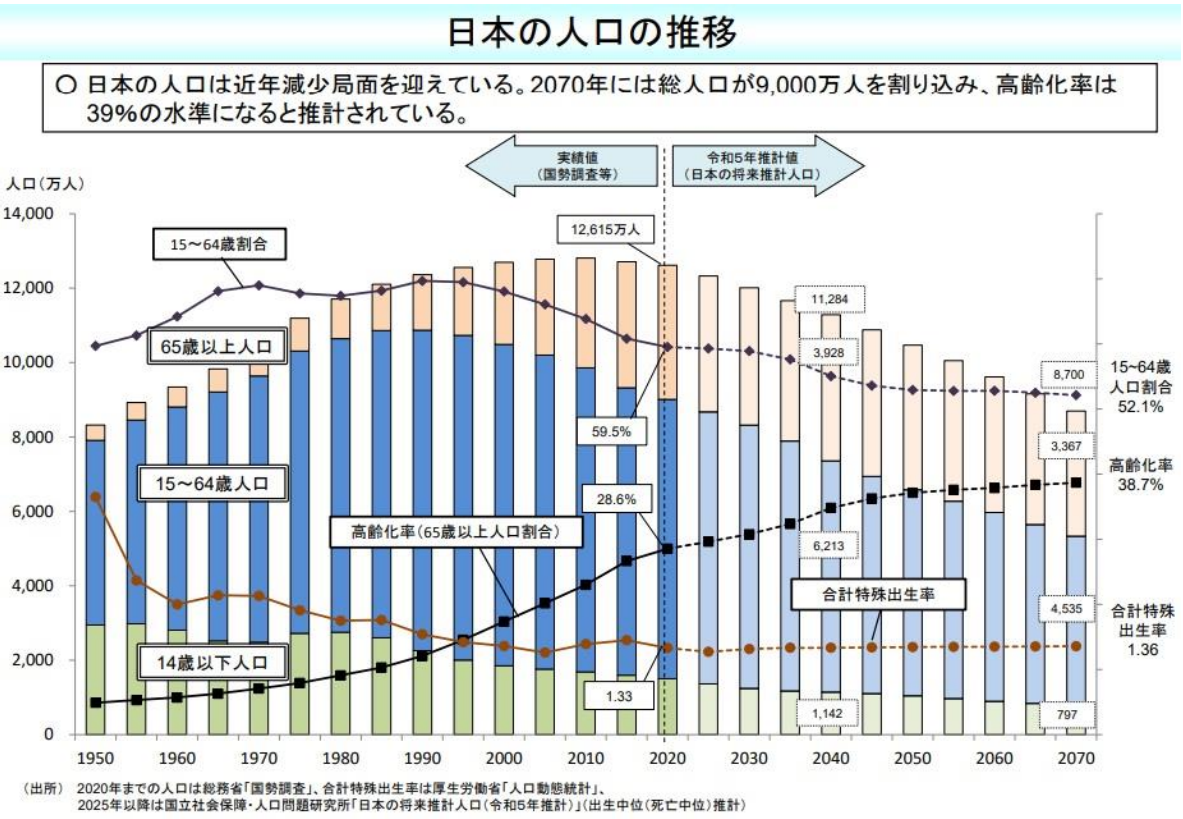


表1：構想すべき空間軸の整理

構想すべき空間軸

諏訪二次医療圏を越えた圏域 (急性期拠点機能)	諏訪広域圏域における二つの圏域 (高齢者救急・地域急性期機能)	八ヶ岳西南麓圏域における二つの圏域 (在宅医療等連携機能)
諏訪広域圏域	諏訪湖周圏域	
	八ヶ岳西南麓圏域	八ヶ岳西南麓在宅圏域①
		八ヶ岳西南麓在宅圏域②

【諏訪広域圏域（試案）】

2040 年における諏訪二次医療圏の人口予測（約 16 万人）を考慮すると、今の諏訪医療圏よりもより広域の「諏訪広域圏域」を仮定する必要がある（図 4）。これは急性期拠点機能（＊１）を検討する際の圏域である。少なくとも、現在の二次医療圏の圏域外からの流入（図 5，図 6）を検討すると、上伊那医療圏の一部（辰野町）や山梨県中北医療圏北部（北杜市の一部である小淵沢や長坂周辺）まで「諏訪広域圏域」は含んでいる可能性が高い。それ以上の圏域の拡大については、これから予定されている長野県の「2040 年を見据えた構想区域の検討」議論を踏まえる必要がある。

この圏域における医療の中心は急性期拠点機能（＊１）の中心である諏訪赤十字病院となる。諏訪中央病院は「諏訪広域圏域」において、諏訪赤十字病院が単独ではすべてを担うことが難しいと考えられる救急医療や高度医療、小児産科医療に協力し取り組むことが必要と考えている。すなわち諏訪中央病院は急性期拠点機能（＊１）の一部を担うことにも積極的に取り組まなければならない。

図 4：諏訪広域圏域（試案）

諏訪広域圏域（試案）

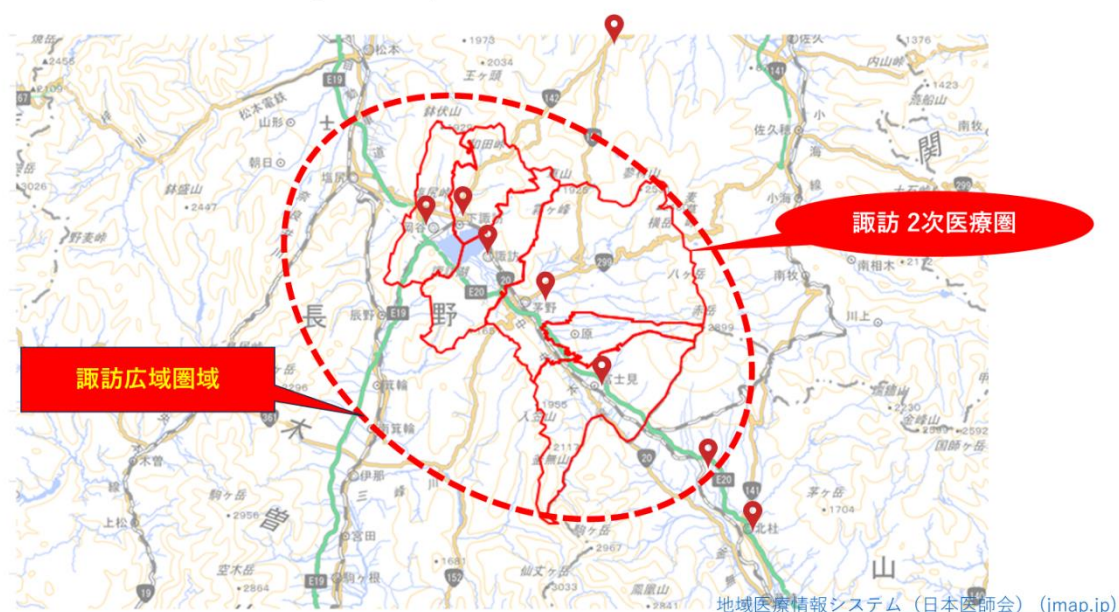


図 5：長野県 2 次医療圏への 2 次救急の流入
(2024 年 9 月 6 日諏訪地域病院長連絡会)

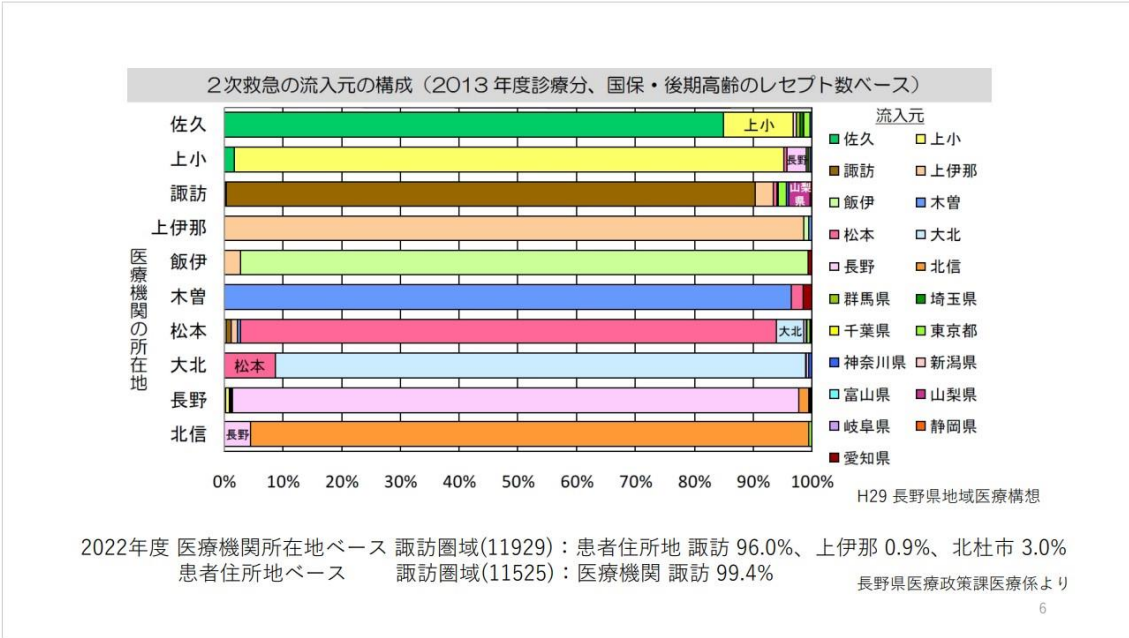
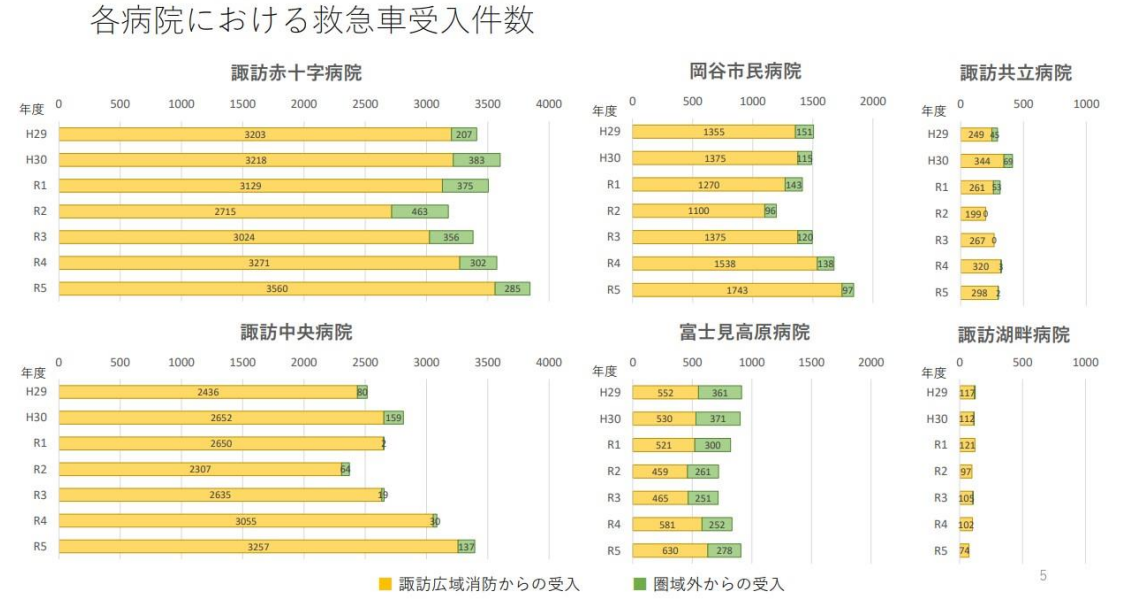


図 6：諏訪地域各病院の圏内、圏外からの救急車受入件数
(2024 年 9 月 6 日諏訪地域病院長連絡会)



【諏訪広域圏域における二つの圏域（試案）】

諏訪広域圏域には二つの圏域が存在すると仮説をたてて考えてみる必要がある。この圏域は主に高齢者救急・地域急性期機能（＊１）を担うための圏域である。この二つを「諏訪湖周囲圏域」と「八ヶ岳西南麓圏域」と名付ける（図７）。現状の分析からも、高齢者救急・地域急性期機能はこの枠組みを中心に動いている（図８，９）。そしてこの枠組みは実際の生活圏とも深くかかわっている。医療機関への近接性と急性期以降の包括期機能（＊２）・介護・福祉の連携を考えたときに高齢者救急・地域急性期機能はこの枠組みで連携しながら、役割分担をしていくことが望ましいと考える。

諏訪中央病院は富士見高原病院と協力して、「八ヶ岳西南麓圏域」における高齢者救急・地域急性期機能を守って行くことが必要であり、このことは地域における当院の中心的使命となる。

上記は主に二次救急を中心とした分析に基づいて整理している。しかし高齢者救急の問題を考える時に、一次救急の負担についても検討しなければならない。「諏訪湖周囲圏域」において諏訪赤十字病院が、「八ヶ岳西南麓圏域」において諏訪中央病院が担っている一次救急機能について、それぞれの圏域を考える時に念頭に置く必要がある（図１０）。特に夜間休日の診療体制を考えるときの現状把握は重要だと考える（図１１）。

生活圏とは、人が生まれ、育ち、衰え、亡くなっていく時間を過ごす地域であることを考えると、産科、小児科領域においても可能な限りこの圏域において、どのような体制を模索すべきかについて検討される必要がある。

図７：諏訪広域圏域における二つの圏域（試案）

諏訪広域圏域における二つの圏域（試案）

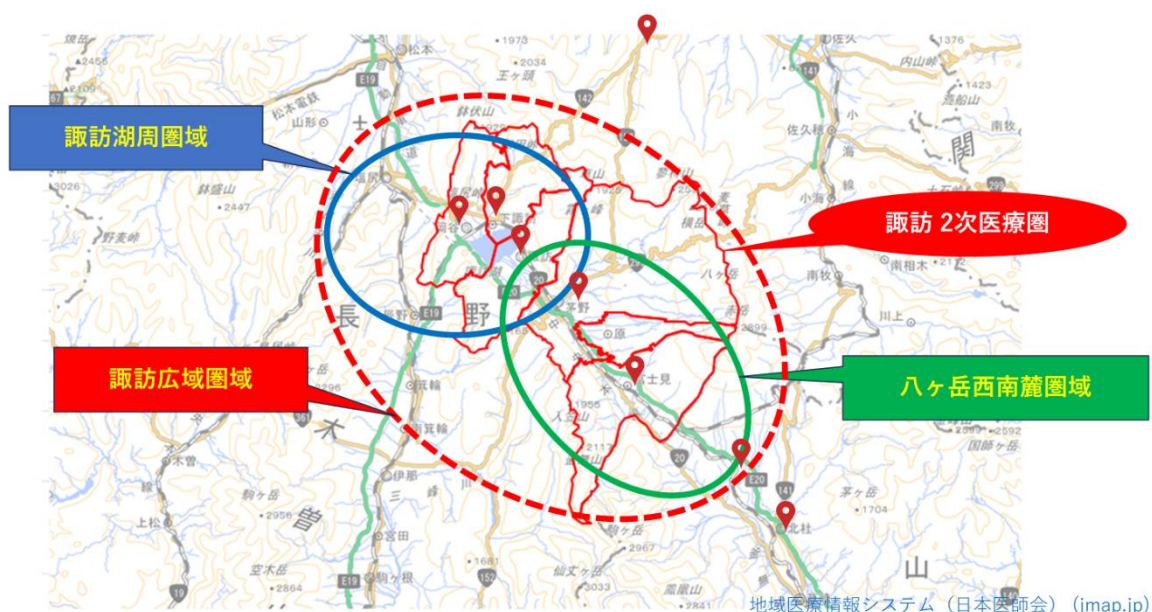


図 8：諏訪圏域にける 2 次救急と医療機関所在地、患者所在地①
(2025 年 1 月 29 日諏訪地域病院長連絡会)

【追加1】 諏訪圏域における2次救急の状況（医療機関所在地×患者所在地）

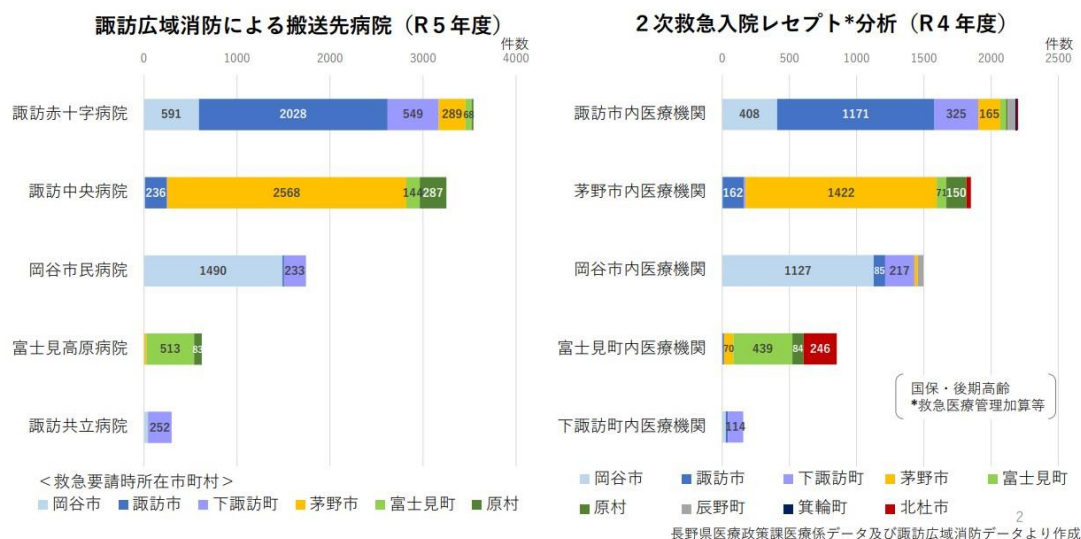


図 9：諏訪圏域にける 2 次救急と医療機関所在地、患者所在地②
(2025 年 1 月 29 日諏訪地域病院長連絡会)

【追加2】 諏訪圏域における2次救急の状況（医療機関所在地×患者所在地）

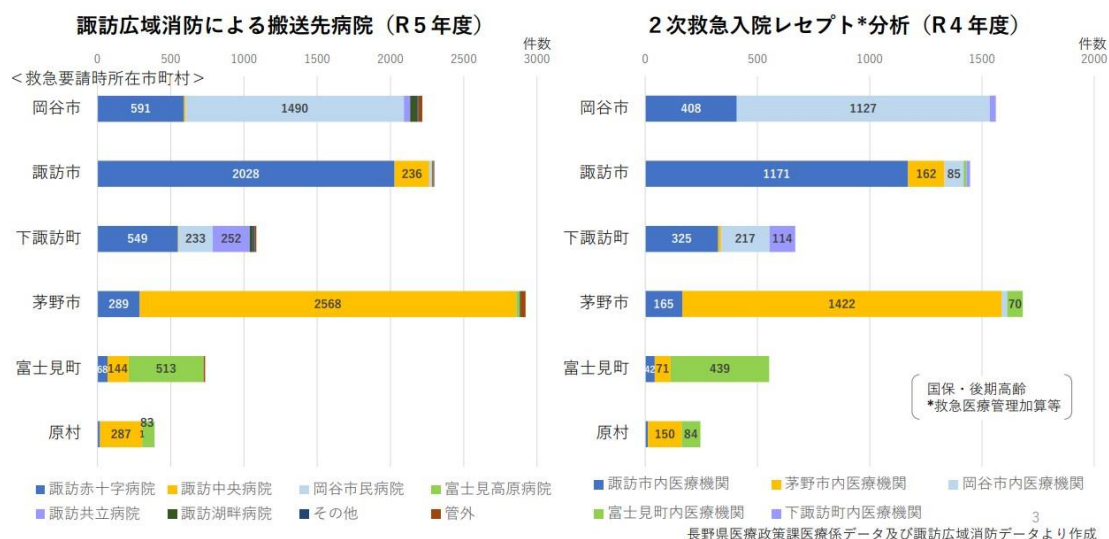


図 10：1 次救急の対応状況（2025 年 1 月 29 日諏訪地域病院長連絡会）

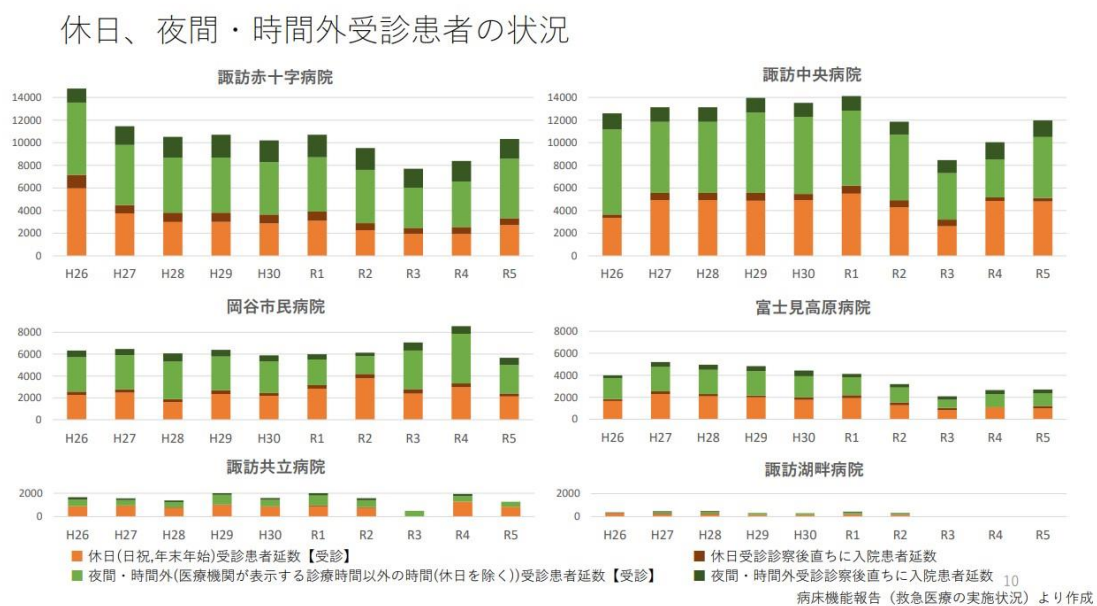
患者の受療動向③救急搬送：医療機関所在地別の受入れ状況（人口10万人当たり）

単位：件

	人口	1次救急※					救急搬送受入件数		
		件数	在宅当番医制	休日夜間 急患センター	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設	件数	2次救急 医療施設	3次救急 医療施設
佐久	204,416	18,979	1,722	519	14,479	2,259	4,957	3,114	1,842
上小	193,898	7,050	0	585	6,465	0	3,471	3,471	0
諏訪	193,838	15,715	1,777	476	7,770	5,692	4,488	2,700	1,789
上伊那	179,892	7,613	0	2,729	2,096	2,788	2,669	1,327	1,342
飯伊	155,346	13,599	4,211	1,074	4,890	3,425	7,207	1,491	5,716
木曽	25,476	9,389	471	0	8,918	0	3,972	3,972	0
松本	423,668	19,778	3,914	656	8,479	6,729	3,979	1,944	2,034
大北	56,232	12,496	0	0	12,496	0	4,458	4,458	0
長野	532,702	13,975	2,619	2,280	7,668	1,408	4,299	3,024	1,276
北信	82,543	13,922	0	263	13,660	0	4,561	4,561	0
県合計	2,048,011	14,497	2,156	1,213	8,101	3,027	4,326	2,669	1,657

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

図 11：各病院の休日、夜間、時間外受診患者の状況
（2024 年 9 月 6 日諏訪地域病院長連絡会）



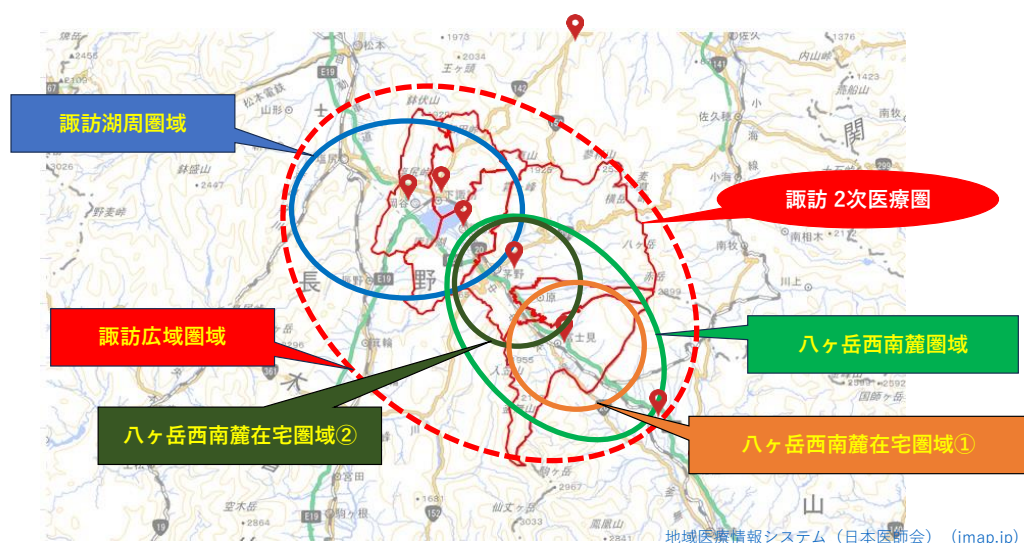
【八ヶ岳西南麓圏域における二つの圏域（試案）】

在宅医療を念頭に医療・介護・福祉の連携を考えると、八ヶ岳西南麓圏域は「八ヶ岳西南麓在宅圏域①」と「八ヶ岳西南麓在宅圏域②」の二つのエリアに分けて考えることになる（図 12）。富士見町を中心とした、原村の一部と山梨県北杜市の一部を含んだエリア（①）と、茅野市と原村の一部を含むエリア（②）である。在宅圏域とは在宅医療等連携機能（＊１）を検討する際の圏域として仮定したい。

「八ヶ岳西南麓在宅圏域①」における在宅医療の中心は富士見高原病院医療福祉センター（在宅支援病院・診療所）が主に担っている。「八ヶ岳西南麓在宅圏域②」における在宅医療の中心は複数の診療所（在宅支援診療所）が協力し、主に担っている。諏訪中央病院組合としても診療所群（リバーサイドクリニック、北山診療所）や訪問看護ステーション（いろは）を介して積極的に関与していく必要がある。また諏訪中央病院組合は茅野市や原村の行政と力を合わせ、このエリアにおける在宅医療を診療所や介護福祉施設と協力して考える必要がある。

図 12：八ヶ岳西南麓圏域における二つの在宅圏域（試案）

八ヶ岳西南麓圏域における二つの在宅圏域（試案）



【具体的課題 1～諏訪広域圏域～】

上伊那医療圏（辰野町）からの患者流入や山梨県中北医療圏（北杜市の一部）からの患者流入を考えたときに、現時点で設定されている二次医療圏や都道府県（長野県/山梨県）境を越えた協力体制が求められる。つまり市町村や都道府県の枠組みを越えた連携構築が必要となる。諏訪広域圏域は長野県の信州大学、山梨県の山梨大学の二つの大学からの医師派遣によって支えられている。この地域が必要とする医師を安定的に確保するために、両県が

もつ地域枠医師派遣の在り方についても、県や大学などの協力を得て、検討をしていただく必要があると考えている。

現状では心臓血管外科、呼吸器外科領域、また救急における多発外傷や重症熱傷においては諏訪赤十字病院が諏訪広域圏域の中心的な役割を果たしている。また整形外科領域は諏訪湖周囲圏域の岡谷市民病院、諏訪赤十字病院、八ヶ岳西南麓圏域の諏訪中央病院がそれぞれ分担して手術加療を担当している（表 2）。循環器内科領域手術件数では諏訪赤十字病院と諏訪中央病院が分け合う形になっている（表 3）。産科領域に関しては諏訪赤十字病院と開業産科医院がこのエリアの中心的役割を果たしているが、開業産科医院の動向によってはこの地域の出産の在り方も変化していく可能性がある。眼科領域手術に関して諏訪広域圏域は不十分な体制であることも確認されており、白内障手術待機時間や緊急網膜剥離手術なども課題となっている。他の外科系各科領域にもこのような広域圏域における問題が存在することが予想される。

特に広域圏域で検討しなければならない医療は、設備投資の問題とも大きく関連するために、諏訪広域圏域で定期的に各々の病院の現状を共有しあい、この圏域で協力して解決する問題である。「諏訪地域病院長連絡会」はこのような諏訪広域圏域にかかわる問題を話し合う場と考えられる。

表 2：医療機関別の手術件数（筋骨格系、四肢、体幹）（2025 年 1 月 29 日諏訪地域病院長連絡会）

医療機関別の手術件数：筋骨格系、四肢、体幹							
解剖番号	診療報酬名称	諏訪赤十字病院	諏訪中央病院	岡谷市民病院	富士見高原病院	諏訪湖野病院	合計
総計		639	742	615	347	7	2,350
1	K0461 骨折脱臼の手術（肩甲骨）	97	79	104	80		360
2	K0821 人工関節置換術（肩）	123	76	32	8		239
3	K0462 骨折脱臼の手術（前腕）	45	72	73	20		210
4	K0483 骨内異物（挿入物を含む）除去術（前腕）	10	76	54	23		163
5	K0591 骨折縫合（軟骨移植術を含む、自家骨移植）	80	32	26			138
6	K047-3 超音波骨折治療法	5	6	1	119		131
7	K0811 人工骨挿入術（肩）	25	47	40	5		117
8	K05930 骨折縫合（軟骨移植術を含む、同種骨移植、非生体、その他）	46	26			1	73
9	K0463 骨折脱臼の手術（鎖骨）	16	17	15	13		61
10	K1423 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方椎体固定）	17	40				57
11	K1422 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（後方又は後側方固定）	16	21				37
12	K1421 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方椎体固定）	12	21				33
13	K1425 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（椎弓切除）	8	23				31
14	K0731 関節内骨折脱臼の手術（肩）	3	13	6	7		29
15	K068-2 関節鏡下半月板切除術	2	24	2			28
16	K1424 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（前方後方同時固定）	10	17				27
17	K093 手根管開放手術	1	1	14	11		27
18	K0484 骨内異物（挿入物を含む）除去術（鎖骨）	6	3	13	4		26
19	K0732 関節内骨折脱臼の手術（前腕）	5	6	9	6		26
20	K073-22 関節鏡下半月板骨折脱臼の手術（前腕）	7	1	18			26
21	K0482 骨内異物（挿入物を含む）除去術（肩甲骨）	5	9	7	4		25
22	K1342 椎間板摘出術（後方摘出術）	4	14	5			23
23	K046-3 一時的前方固定骨折治療術	6	8	9			23
24	K037-2 アキレス腱断裂手術	5	5	9	2		21
25	K0542 骨切り術（前腕）		18				18
26	K066-21 関節鏡下半月板摘出術（肩）	2	3	12			17
27	K083 鋼線等による直達牽引	1	6	3	7		17
28	K0611 関節脱臼骨折脱臼の手術（肩）		3	6	6	1	16
29	K046-21 脱臼の整復固定術（インプラント周囲骨折）（肩甲骨）	5	3	4	1		13
30	K069-3 関節鏡下半月板縫合術		5	8			13

表3：医療機関別の手術件数（心脈管）（2025年1月29日諏訪地域病院長連絡会）

医療機関別の手術件数：心脈管

解剖番号	診療報酬名称	諏訪赤十字病 院	諏訪中央病院	諏谷市民病院	富士見高原病 院	諏訪公立病院	諏訪湖岸病院	総計
	総計	792	507	148	25	1	1	1,474
1	K5493 経皮的冠動脈ステント留置術（その他）	65	72	25				162
2	K5951 経皮的カテーテル心臓病術（心房内腫瘍、心外膜アプローチ）	84	60					144
3	K5972 ペースメーカー移植術（経静脈電極）	40	34	23			1	98
4	K617-6 下腔静脈血栓留置術		89					89
5	K6121 末梢動脈静脈造設術（内シャント造設術）（単純）	43	19		6			68
6	K5492 経皮的冠動脈ステント留置術（不安定狭心症）	25	28	14				67
7	K6002 大動脈/ルーン/ペンギン法（I A B P法）（2日以後）	35	24	7				66
8	K6113 抗血栓性薬剤動脈内持続注入用輸込型カテーテル設置（頭部部その他）	40	10	6	1			57
9	K5491 経皮的冠動脈ステント留置術（急性心筋梗塞）	22	14	18				54
10	K555-22 経カテーテル弁置換術（経皮的冠動脈弁置換術）	46						46
11	K616 四肢の血管拡張術・血栓除去術	19	23	2				44
12	K6011 人工心臓（初回）	41						41
13	K6153 血管置換術（頭部、胸部、腹部内血管等）（その他）	38						38
14	K597-2 ペースメーカー交換術	14	9	8	4			35
15	K616-41 経皮的シャント拡張術・血栓除去術（初回）	9	15	4	2	1		31
16	K6152 血管置換術（頭部、胸部、腹部内血管等）（選択的動脈化学置換術）		17	4	7			28
17	K617-4 下腔静脈血栓留置術	26	1					27
18	K6001 大動脈/ルーン/ペンギン法（I A B P法）（初回）	14	5	3				22
19	K5952 経皮的カテーテル心臓病術（その他）	13	9					22
20	K596 体外ペースメーカー移植術	7	7	6	2			22
21	K5463 経皮的冠動脈形成術（その他）	11	4	3				18
22	K56120 スtentグラフト内挿術（腹部大動脈）	16						16
23	K6182 中心静脈注射用輸込型カテーテル設置（頭部部その他）	7	1	6	1			15
24	K5522 冠動脈、大動脈/バイパス移植術（2物以上）	12						12
25	K5481 経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル）	11						11
26	K597-3 輸込型心電図記録計移植術	9	9	1				10
27	K5551 弁置換術（1弁）	10						10
28	K6261 リンパ管摘出術（長さ3cm未満）	8	2					10
29	K5607 大動脈瘤切除術（腹部大動脈（その他））	10						10
30	K616-8 吸着式凝固治療法			9				9

【具体的課題2～八ヶ岳西南麓圏域～】

八ヶ岳西南麓圏域においては諏訪中央病院と富士見高原病院の連携の在り方が問われる。「組合立」と「厚生連」という組織存立の枠組みを越えてどのような連携ができるかを、未来に向けて構想する必要がある。

一つ目の課題はこの10年弱の期間取り組んできた富士見高原病院への職員派遣（表4）である。富士見高原病院は山梨県中北医療圏からの高齢者救急患者を多数受け入れている。富士見高原病院は高齢者救急・地域急性期機能を守るために重要な仕事に取り組んでいる。この構造を継続するためには救急外来から入院診療まで臓器別対応を越えた医療を展開できる医師グループが必要となる。現時点では富士見高原病院は諏訪中央病院からの専攻医研修派遣や若いスタッフ医師派遣で高齢者救急・地域急性期機能を維持することが出来ている。今後も「内科・総合診療専門医制度における研修連携」を中心とした協力体制を維持、発展させることが高齢者救急・地域急性期機能を守る圏域として求められる。

次の課題は専門科の連携である。病理診断科による病理解剖における連携、外科系診療科における人事交流も現場から求められてきており、具体的調整も病院幹部間では始まっている。八ヶ岳西南麓圏域の枠組みにおいては、可能な限り高齢者を転院搬送させるのではなく、何らかの専門的処置が必要な際に医師が移動して、それぞれの病院で活躍できるような体制が構築されることも大切な選択肢になる。高齢患者のみならず、その家族の負担を考えた医療の在り方も、この15年間で模索される必要がある。

2024年11月に諏訪保健福祉事務所と富士見高原病院の主催で「諏訪圏域南部・中北圏域北部における医療・介護連絡会議」が開催された。北杜市立甲陽病院、北杜市立塩川病院、

諏訪中央病院、富士見高原病院、北杜市（健康増進課、介護支援課、地域包括支援センター）、山梨県中北保健福祉事務所、長野県諏訪保健福祉事務所（オブザーバー案内：諏訪赤十字病院、富士見町、原村）が参加する枠組みになっており、今後も八ヶ岳西南麓圏域における高齢者救急・地域急性期機能を検討するために大切な枠組みであると考えている。

表４：富士見高原病院への職員派遣実績（主に入院支援派遣、外来支援は除く）

医師	氏名	期間			備考
	佐藤 泰吾	H29.8.1	～	H30.7.31	週１回諏訪中央病院勤務
	水間 悟氏	H30.4.1	～	H30.12.31	週１回諏訪中央病院勤務
	胡田 健一郎	H31.4.1	～	R1.12.31	週１回諏訪中央病院勤務
	中田 理佐	R2.4.1	～	R2.9.30	
	水間 悟氏	R5.4.1	～	R6.3.31	週１回諏訪中央病院勤務
	出口 慧人	R6.4.1	～	R6.9.30	週１回諏訪中央病院勤務
	司馬 照	R6.10.1	～	R7.3.31	週１回諏訪中央病院勤務
専攻医	氏名	期間			備考
R1年度	松尾 明大	R1.9.30	～	R1.12.31	
	八代 敏嗣	R1.9.30	～	R2.3.31	
	久保 赴人	R2.1.6	～	R2.3.31	
R2年度	高野 凌	R2.4.6	～	R2.7.5	
	石川 直樹	R2.4.6	～	R2.10.4	
	浅川 知彦	R2.7.6	～	R2.10.4	
	高橋 美紀	R2.10.5	～	R2.12.31	
	丸山 創	R2.10.5	～	R2.12.31	
	加藤 誉章	R3.1.4	～	R3.3.31	
R3年度	吉見 大輔	R3.4.5	～	R3.10.3	
	高橋 聖彦	R3.7.5	～	R3.12.31	
	山口 俊大	R3.10.4	～	R4.3.31	
R4年度	野原 瑛里	R4.4.4	～	R4.10.2	
	平田 千尋	R4.10.3	～	R5.3.31	
R5年度	白井 拓哉	R5.4.3	～	R5.10.1	
	中村 考志	R5.10.2	～	R6.3.31	
R6年度	青木 文哉	R6.4.1	～	R6.10.6	
	瀧宮 龍一	R6.4.1	～	R6.10.6	
	上野 裕美子	R6.10.7	～	R7.3.31	
看護師	氏名	期間			備考
	平田 理	H30.4.1	～	H31.3.31	
	柴田 真由	H30.4.1	～	H31.3.31	
	原 南美	H30.4.1	～	H31.3.31	
	杉田 悦子	H31.4.1	～	R2.3.31	
	松村 亮	H31.4.1	～	R2.3.31	
	伊藤 唯	H31.4.1	～	R2.3.31	
	伊藤 さち子	R2.4.1	～	R3.3.31	
	大澤 和平	R2.4.1	～	R3.3.31	
	宮沢 紗也加	R2.4.1	～	R3.3.31	

【具体的課題３～八ヶ岳西南麓在宅圏域②～】

直近では原村診療所の運営体制が問題となる。これから１５年間、国保診療所の医師確保

が深刻な課題となる。また1診療所1名常勤医師体制は、働き方改革や若い医師層の働き方に対する意識の変化からその維持継続が困難になる可能性が高い。諏訪中央病院組合の診療所群と原村診療所が協力しあい、複数診療所複数医師体制で在宅支援診療所群を形成し、地域の開業診療所と協力し合いながら、在宅診療を維持発展させる体制を模索する必要がある。

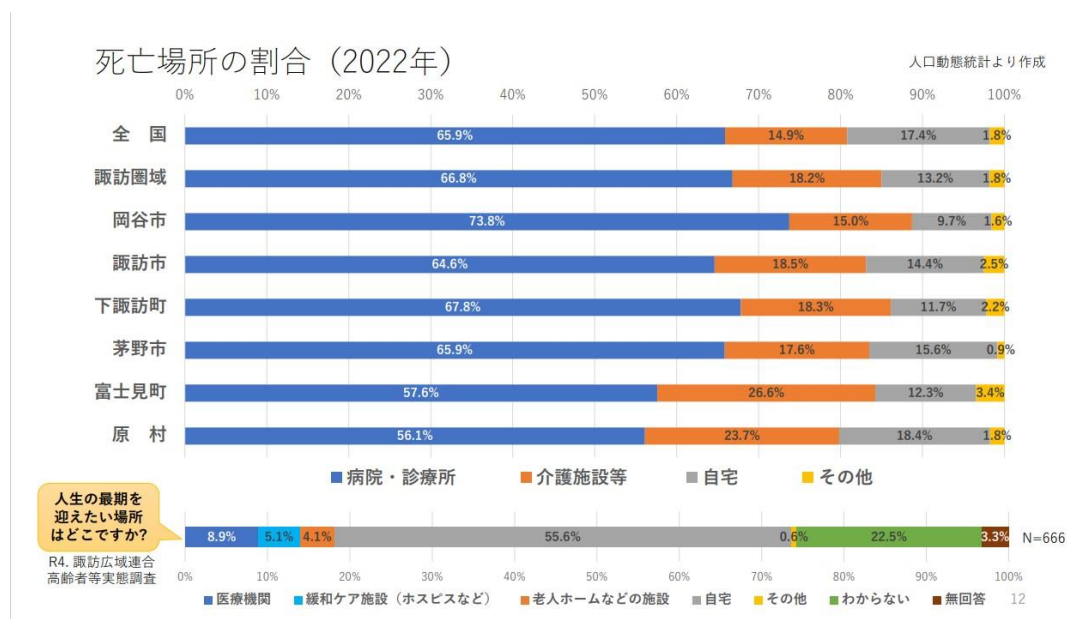
原村や富士見町では自宅や介護施設での死亡率が高い(図13)。原村においては原村診療所ではなく、富士見高原医療福祉センターの中新田診療所(在宅支援診療所)が在宅診療の中心的な役割を担っていると考えられる。中新田診療所に併設された老健施設(さくらの)の存在も重要だと考えられる。原村診療所の運営体制を考えていく中で、中新田診療所との連携についても検討する必要がある。

八ヶ岳西南麓在宅圏域①と②の接点に原村があり、この境界の在宅医療の役割分担が今後の議論の論点となっていく。原村保健福祉課が中心となり「地域医療を考える会」を2024年度から開催している。この枠組みが諏訪中央病院組合、富士見高原医療福祉センター(含・中新田診療所)、原村診療所、そしてこれに関連した自治体関係者などが協議する場として二つの在宅圏域の関係を強化するように発展することが望ましい。またそれぞれの在宅圏域では医師会などとも協力を深める話し合いの場が持たれる必要がある。

諏訪中央病院組合は介護老人保健施設「やすらぎの丘」と介護老人福祉施設「ふれあいの里」を運営している。組合としてこれら施設の未来の在り方を、この圏域の視点で考えることも大切な課題である。

また人口減少を背景とした高齢化社会の中では、「フレイル」に対する予防活動事業も大切になり、この圏域の中で求められている大切な課題と考えている。

図13：諏訪地域市町村別、死亡場所の割合(2025年1月29日諏訪地域病院長連絡会)



【具体的課題4～病院増改築および病床機能再編について～】

いままで示してきたような空間軸で、これから15年間の時間軸における諏訪二次医療圏の在り方を検討していく必要がある。それはすなわち諏訪中央病院が、2040年までにどのような医療体制を目指していくかの議論である。いわばソフトに関する議論になる。これを踏まえて、ハードの在り方も検討を始める必要がある。

諏訪中央病院は現在地への移転以来、増改築を重ね（図14）、ケアミックス型の病床機能により運営を行っている（図15）。「八ヶ岳西南麓地域医療構想」を検討していく中で、諏訪中央病院のハードの在り方についても検討をすべき時期が来ている。特に1986年に建設された中央棟の耐用年数を明確にすることが急務となる。そして病院の在り方とともにそれを具現化するための病院増改築および病床機能再編についても検討を始める必要がある。15年後を構想し、実行する過程で、病院増改築および病床機能再編は避けて通れない課題になる。

15年先を見据えたときに諏訪広域圏域の各病院や介護福祉施設でも現在の建築物の建て替え、増改築などの課題を抱えている。これらのハードの在り方が現実的なソフトの在り方を規定する側面もあるために、各施設間の計画に関しての情報共有も必要だと考える。

図14：諏訪中央病院組合、病院増改築の歴史

諏訪中央病院増改築の歴史

		築年数
・1986年	現在地に移転新築（200床）	39年
・1990年	老健 50床 開設	35年
・1992年	特養 90床 開設	33年
・1993年	看護学校開設	32年
・1998年	第2次マスタープラン終了（366床）	27年
・2017年	第3次マスタープラン終了（360床）	8年

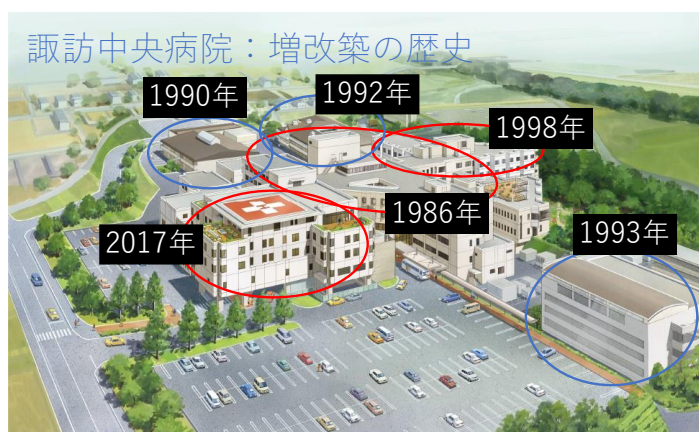


図 15：諏訪中央病院ケアミックス型の病棟構成（2025 年 1 月時点）

諏訪中央病院病棟の配置と病床機能・病床数

	北棟	中央棟		南棟
5F	緩和ケア病棟 (急性期 12床)	食堂		
4F	4階北病棟 (急性期 40床)	4階東病棟 回復期リハ (回復期 36床)	4階西病棟 医療療養 (慢性期 36床)	4階南病棟 (急性期 42床)
3F	3階北病棟 (急性期 40床)	リハビリフロア	3階西病棟 地域包括ケア (急性期 38床)	3階南病棟 地域包括ケア (回復期 48床)
2F	ICU運用病棟 (高度急性期 8床)	医局	医局	2階南病棟 (高度急性期 26床)
	手術センター	検査科	臨床工学科	小児産科女性病棟 (急性期 34床)
1F	救急総合診療センター、各科外来、透析センター、外来リハビリ 内視鏡室、放射線科、検査科、患者サポートセンター、薬剤部、事務部			
B1F	栄養科			

【「組合立」について】

地域医療を守るためには医療機関と関係自治体の緊密な連携が求められる時代となっている。「組合立」で支えられる医療提供体制はこれからの時代においてますます大切な意味を持つと考えられる。ひとつひとつの自治体では自然環境やインフラストラクチャー、制度資本がまもれない時代になってきている。環境問題しかり、交通の問題しかり、ごみ処理の問題しかり、高校再編の問題しかり、複数の自治体が協力し合い「社会的共通資本」²⁾を守るための模索が全国津々浦々ではじまっている。医療の問題も例外ではない。自治体の枠組みを越え、社会の基盤として必要なものを守り続ける。そんな社会を作り上げるために「組合立」の構造を大切に、発展的に運営していく必要があると考えている。具体的課題1, 2, 3, 4を解決するための方法として「組合立」の枠組みを再検討することも必要となりうる。積極的に複数の自治体が協力し合い「社会的共通資本」を守るための関係構築には挑戦しなければならない。

【現時点でのまとめ】

奪い合い、押し付けあう形では未来は構想できなくなっている。与え合い、引き受けあう形で未来を構想し実行したい。2025 年度以降は諏訪二次医療圏において様々な協議が、様々なレベルで行われる。顔が見えない相手は敵になる。そのようにして人類が悲慘な歴史を繰り返してきたことを振り返らなければならない。諏訪中央病院組合職員が力を合わせ、内向きに閉じることなく、地域にひらき、お互いの顔をみながら、「八ヶ岳西南麓地域医療構想」を作業仮説として、新しい未来を構想し、実行していきたい。

【参考文献】

- 1) [新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめ | 厚生労働省](#)
- 2) 宇沢弘文 社会的共通資本 岩波新書 2000 年 11 月

【注】

* 1 : 「急性期拠点機能」「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」

「新たな地域医療構想」においては、医療機関機能に着目して地域医療構想を 策定・推進することに伴い、新たに、医療機関（病床機能報告の対象となる医療機関）から都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設することが適当である、として検討されている。高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能の 4 機能が提案されている。

* 2 : 包括期機能

聞きなれない用語であるが以下のように「新たな地域医療構想等に関する検討会取りまとめ」のなかでは定義づけられている。

「病床機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性を踏まえ、引き続き 4 区分としつつ、2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの【回復期】に代えて、『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』及びこれまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、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）として位置づけ、適切に理解されるよう周知に努めるべきである」