

令 地	和 域	7 医	年 療	度 構	1 回	想 飯	調 伊	整 医	会 療	議 圈	資料 2
令	和	7	年	1	0	月	2	7	日		

新たな地域医療構想について

これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

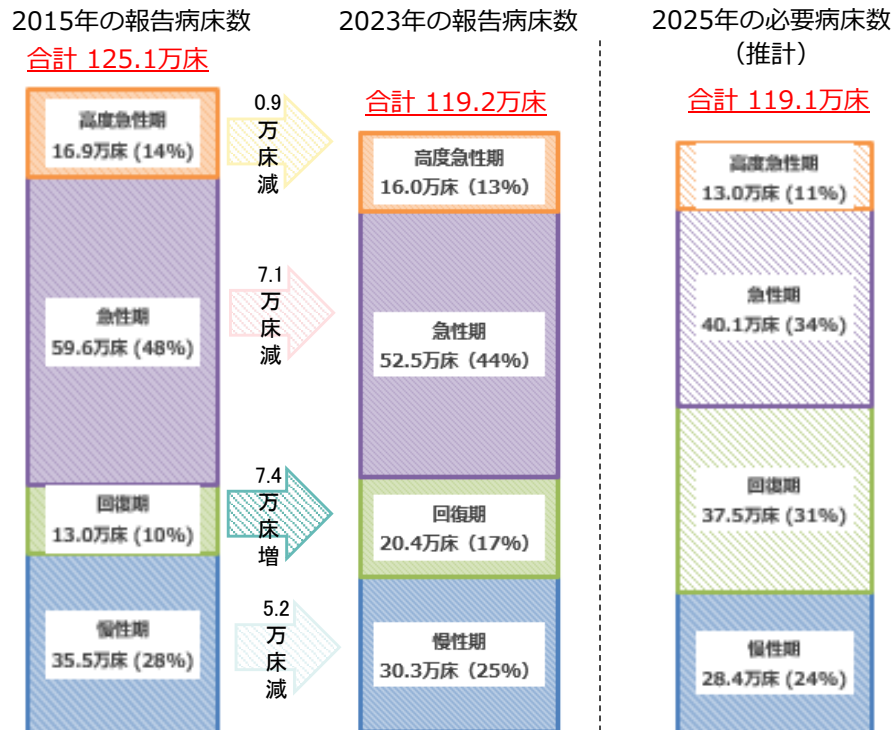
現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

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

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

＜全国の報告病床数と必要病床数＞



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

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

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

こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、**病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。**

＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

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

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

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

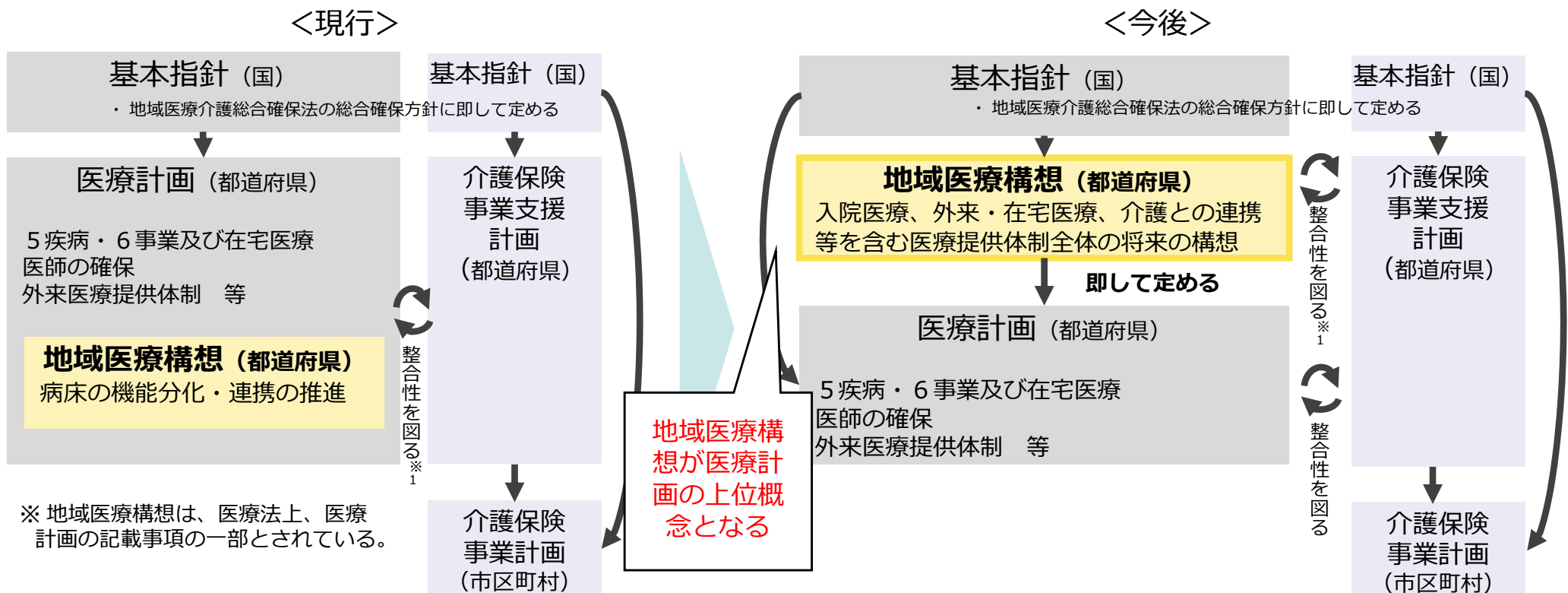
限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

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

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

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
 - 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。



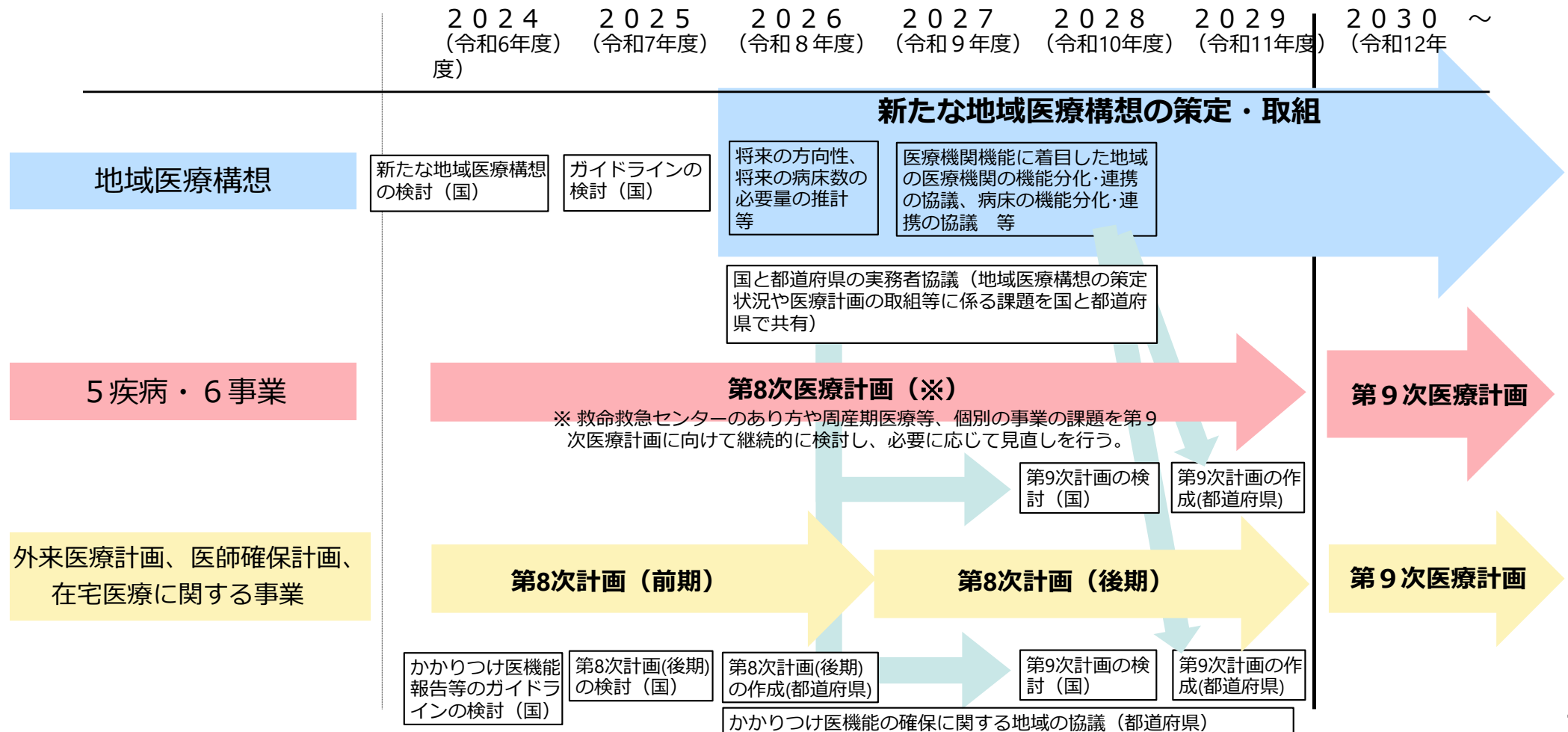
※ 地域医療構想は、医療法上、医療計画の記載事項の一部とされている。

※1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

※1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



1. 本県における地域医療構想の進め方

新たな地域医療構想の策定に向けた今後の進め方

【地域医療構想関係】

- 新たな構想の策定に向けて、令和8年度の本格策定の前に、十分かつ慎重な議論を行うため、令和7年度中に有識者との懇談会を開催し、本県の今後の地域医療提供体制全体の方向性について意見交換を行い、同年度中にとりまとめを行う。
 - 令和8年度には、国の新たな構想の策定ガイドラインや懇談会のとりまとめ等を踏まえ、新たな構想に位置付ける構想区域、将来の病床数の必要量等を検討。（※）
 - 令和9年度～10年度には、地域ごとの医療機関機能・病床機能に着目した医療機関間の役割分担・連携の方向性等について検討し、必要に応じて新たな地域医療構想に取り入れていく。（※）
- ※ 令和8年度以降の検討体制や進め方については、国における新たな構想のガイドライン（令和7年度発出）を踏まえ、改めて検討。

■新たな地域医療構想の策定に係る今後の流れ（予定）

	令和7年度 (2025年度)	令和8年度 (2026年度)	令和9年度 (2027年度)	令和10年度 (2028年度)
国	<div>新構想のガイドライン 検討会</div> <div>ガイドラインの発出</div>	<div>国の動向を注視しながら、適切に 県への検討に取り入れていく</div>		
都道府県	<div>懇談会の開催</div> <div>懇談会とりまとめ</div> <div>新たな地域医療構想の本格策定にあたって、有識者との意見交換</div>	<div>新構想の策定委員会(仮) の開催</div> <div>構想区域、将来の病床数の必要量等の検討</div>	<div>新構想の取組開始</div> <div>新構想の取組を進めながら、必要に応じて、新構想の策定委員会(仮)を随時開催</div> <div>地域ごとの医療機関機能・病床機能に着目した医療機関間の役割分担・連携の方向性等について検討</div>	

新たな地域医療構想に関する懇談会の概要

1 目的

2040年を見据えた新たな地域医療構想の策定に向けて、構想区域のあり方など本県の目指すべき医療提供体制の方向性について議論を行う。

2 スケジュール（予定）

	日 程	内 容
第1回	7月	総論（進め方・論点提示）
第2回	9月	各論①
第3回	11月	各論②
第4回	12月	とりまとめ案
第5回	3月	とりまとめ

3 具体的な議論の進め方（予定）

- 第1回 総論
 - ・ 座長の選出
 - ・ 現行の構想の評価、振り返り
 - ・ 新たな構想の目指す姿について
 - ・ 構想区域について
- 第2回及び第3回 各論
 - ・ 構想区域（入院医療）について
 - ・ 構想区域（外来・在宅、介護との連携）について
- 第4回
 - ・ とりまとめ案の提示
- 第5回
 - ・ とりまとめ
 - ・ 次年度以降の進め方について

新たな地域医療構想に関する懇談会の検討体制

新たな地域医療構想については、2040年頃を視野に入れつつ、入院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、**必要な関係者が参画する新たな懇談会を新設して検討を行う**

新たな地域医療構想に関する懇談会【新設】

【構成員】

区分	役職	氏名
医 歯 薬 科 医 師 薬 師 師	長野県医師会長	若林 透
	長野県歯科医師会長	伊藤 正明
	長野県薬剤師会長	加賀美 秀樹
医療関係団体	長野赤十字病院長 (日本赤十字社長野県支部)	小林 光
	諏訪中央病院院長	佐藤 泰吾
	信州大学医学部附属病院長	花岡 正幸
	長野県立病院機構 理事長	本田 孝行
	公益社団法人 長野県看護協会会長	松本 清美
	長野県病院協議会長	丸山 和敏
	佐久総合病院統括院長 (県厚生連)	渡辺 仁
地域医療構想 アドバイザー	長野県医師会総務理事	森 浩二
介護関係者	長野県介護支援専門員協会会長	小林 広美
	長野県高齢者福祉事業協会副会長	町田 貴志
市町村	青木村住民福祉課課長	小根沢 義行
	諏訪市健康福祉部長	守屋 和則
将来の医療を 担う医師	佐久総合病院小海分院診療部長	小林 和之
	長野県立信州医療センター診療部医長	深井 晴成

【事務局】

(敬称略。)

役職	氏名
長野県健康福祉部長	笹淵 美香
〃 次長	塩原 昭夫
〃 衛生技監	西垣 明子
〃 参事 (地域医療担当)	若月 真也
〃 医療政策課長	塚原 仁
〃 医師・看護人材確保対策課長	田中 徹
〃 疾病・感染症対策課長	鈴木 三千穂
〃 介護支援課長	今井 政文

※ 必要に応じて参考人の出席を要請

2. 懇談会の検討状況

(1) 人口動態・医療ニーズの変化等

人口構成について①

- ・総人口は既にピークを迎えており、2050年に対2020年比で466千人（28%）減少する見込み。
- ・生産年齢人口は2020年に既にピークを迎えているのに対し、75歳以上の高齢者を中心に増加が予想される。

図1：年齢区分別の人口推計

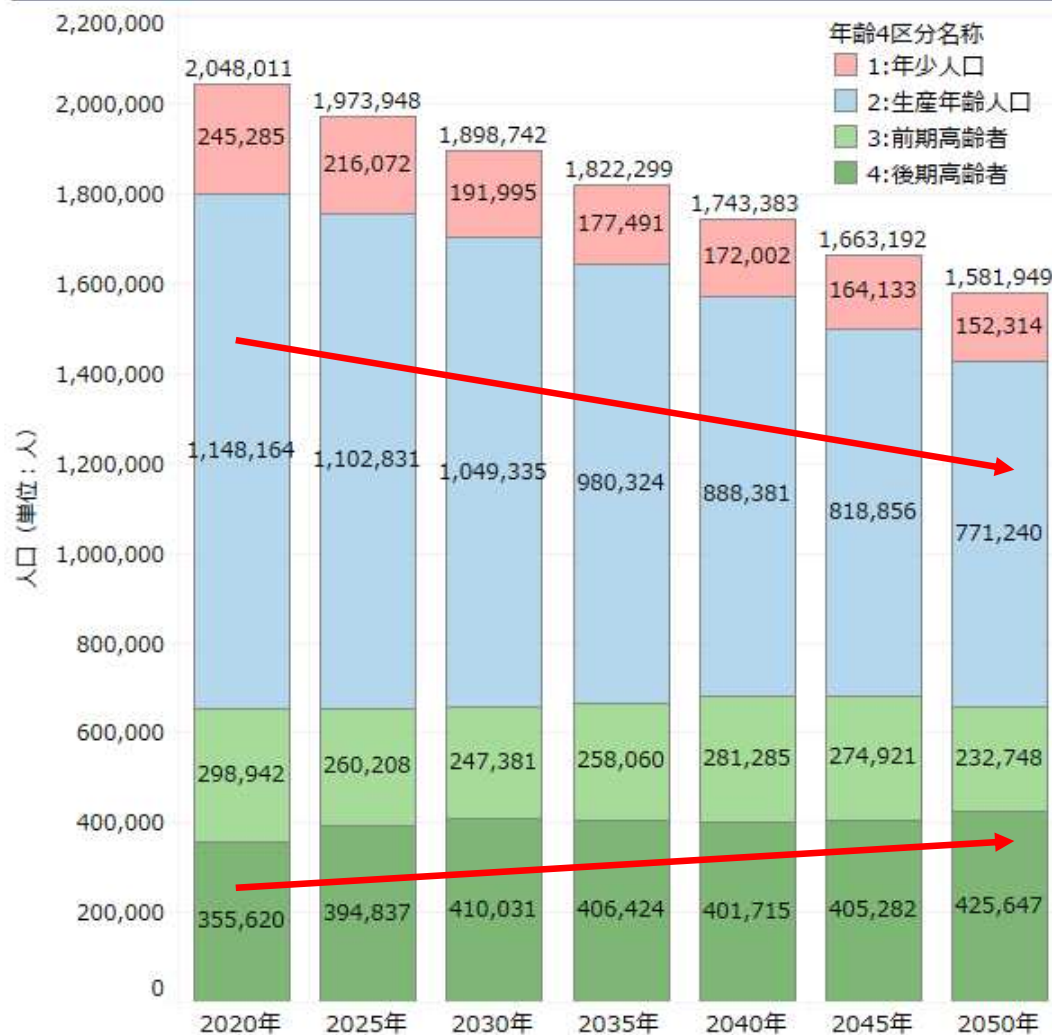


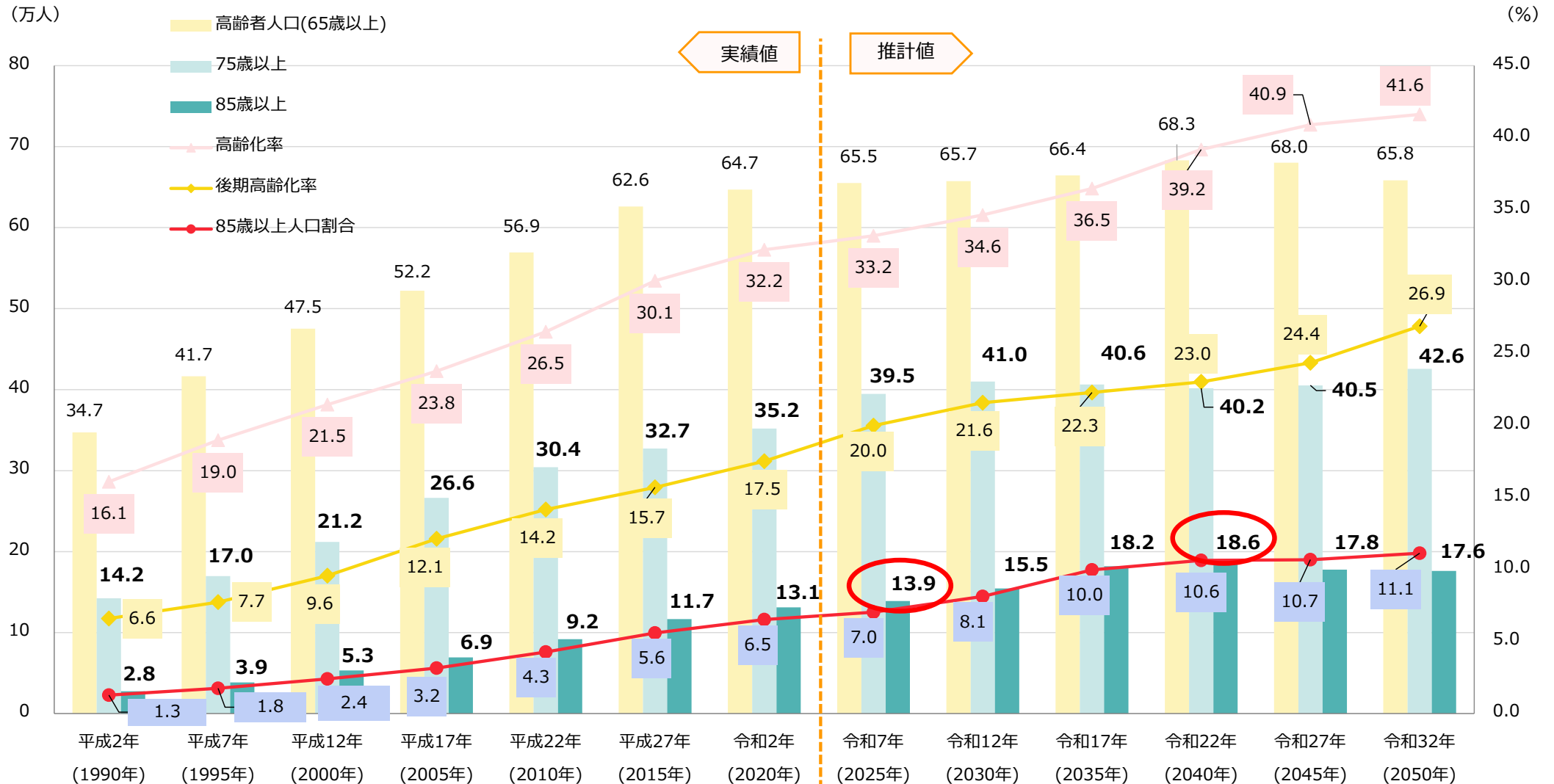
図2：年齢区分別の人口の増減率



出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

人口構成について②

- ・2040年に向けて、特に85歳以上の人口は、引き続き増加が見込まれている。



出典：総務省「国勢調査」令和2年まで、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」令和7年以降
 注：割合は年齢不詳を除いて算出

2040年の医療需要について①（入院）

- 入院医療需要は2035年まで増加し、以降は緩やかに減少することが予想される。
- 一方で外来医療需要は2020年に既にピークを迎えていることが予想される。

図1：入院患者数の将来推計

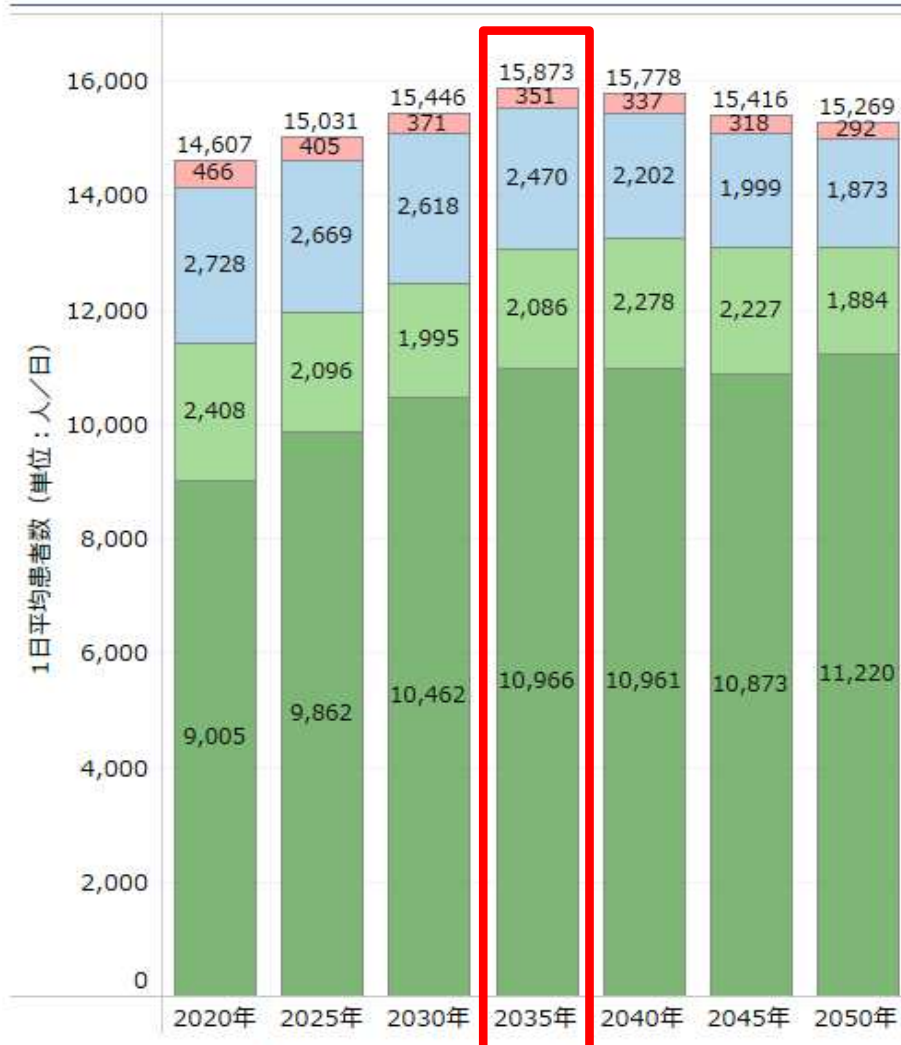
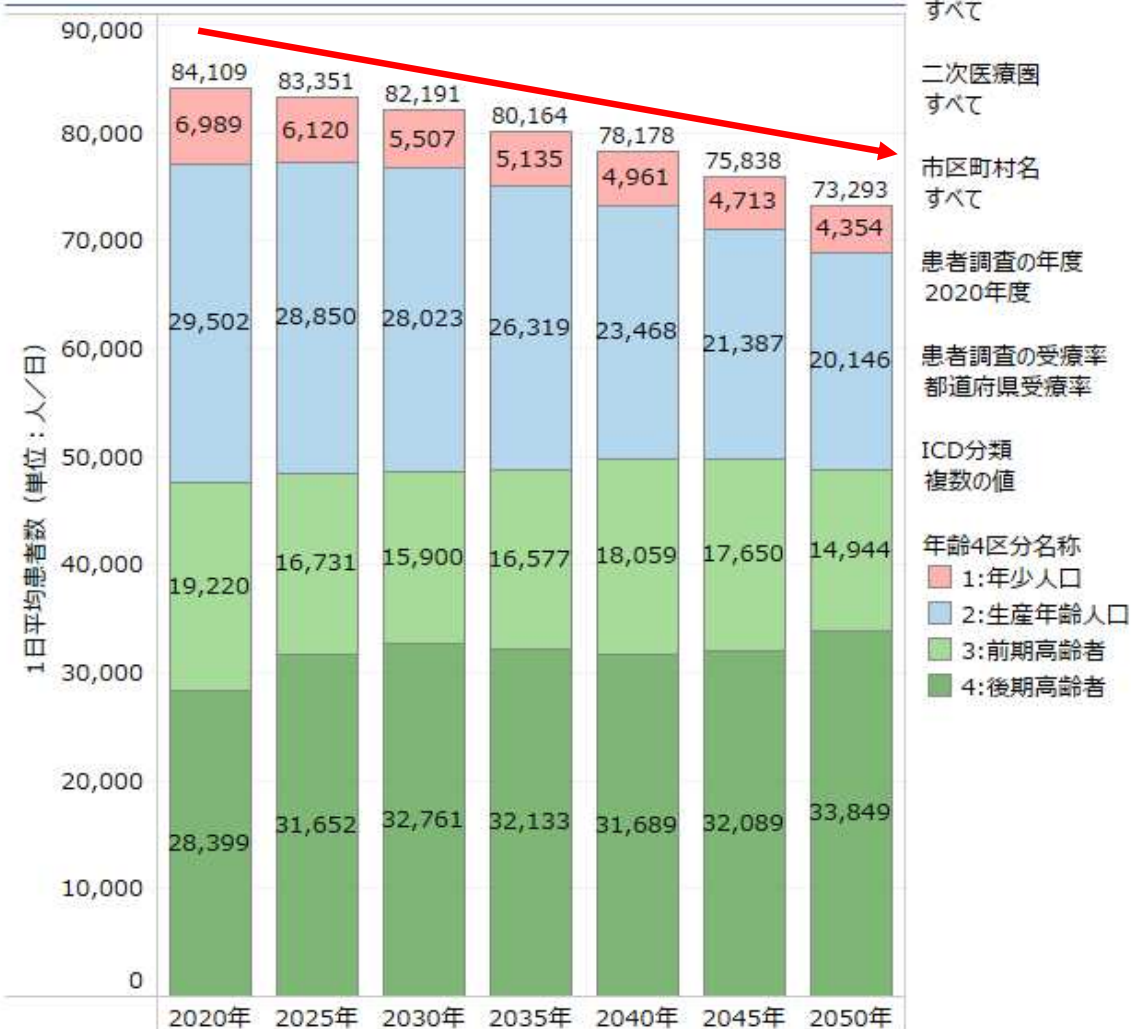


図2：外来患者数の将来推計



出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）及び患者調査（厚生労働省）を用いて推計

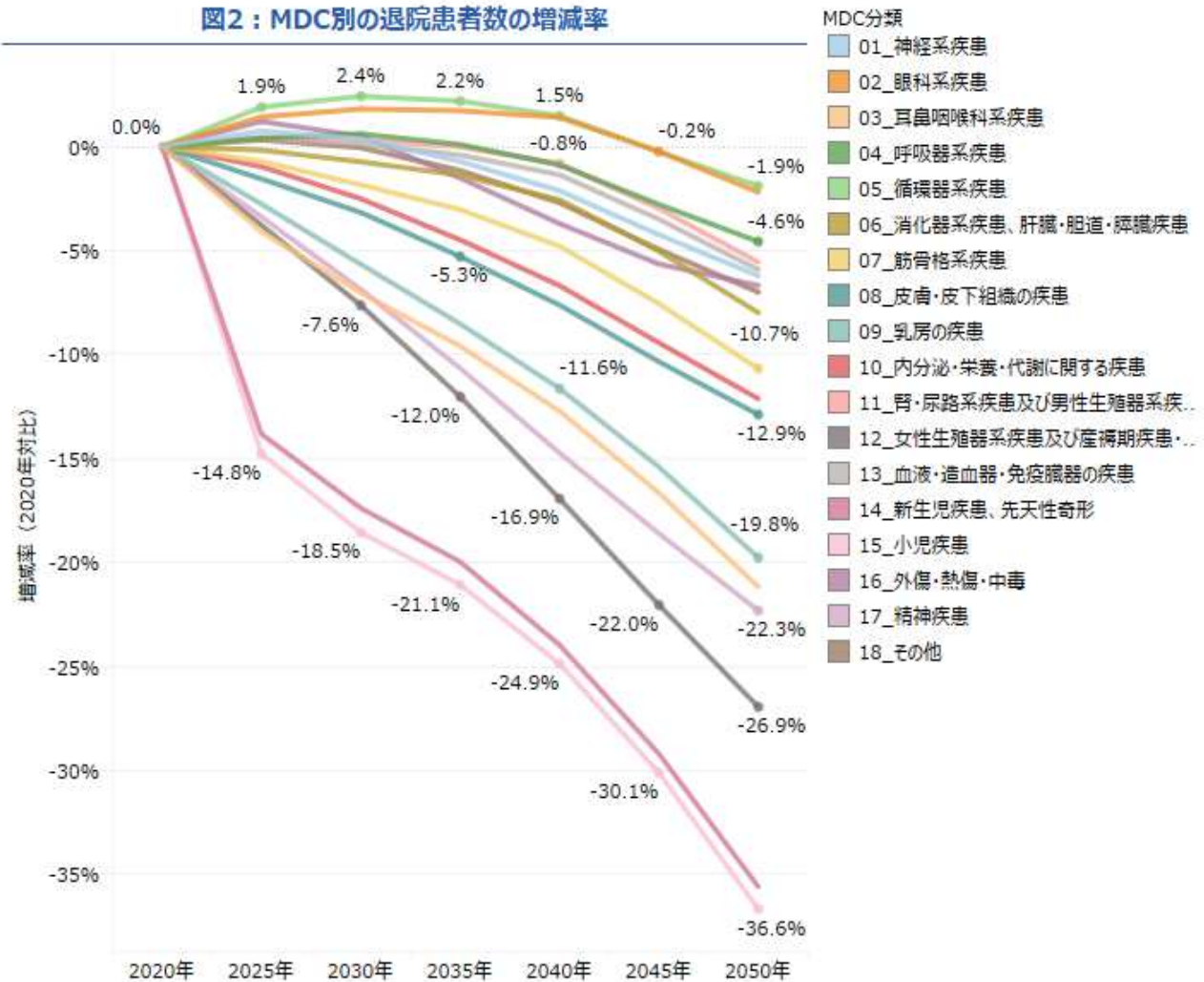
2040年の医療需要について②（急性期）

- 急性期医療需要は2020年に既にピークを迎えている見込み。

図1：MDC別の退院患者数の将来推計



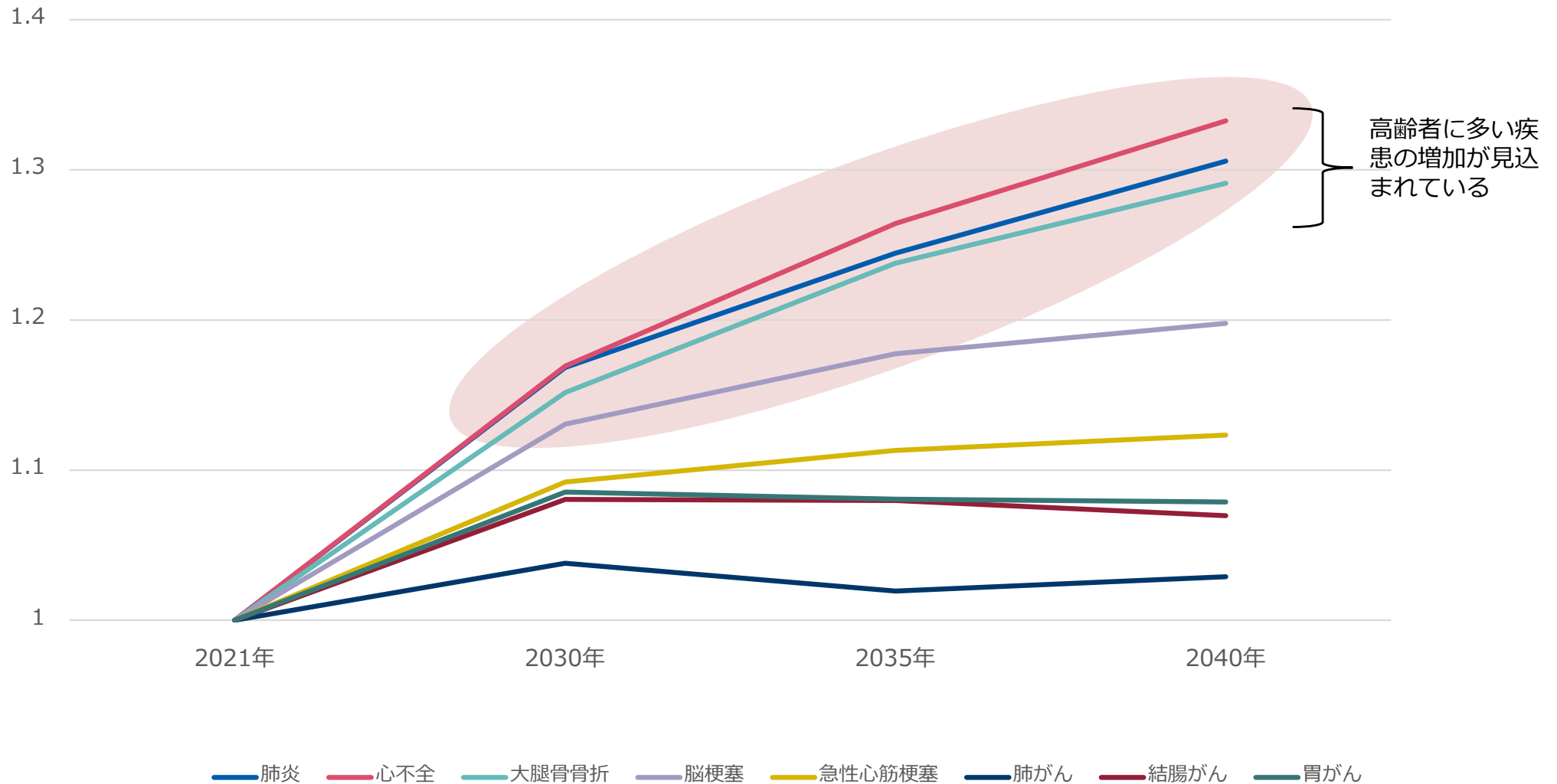
図2：MDC別の退院患者数の増減率



出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度DPC導入の影響評価に係る調査
退院患者調査」（厚生労働省）を用いてDPCコード、年齢別の発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計
1日平均患者数は各DPCコードのDPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して試算

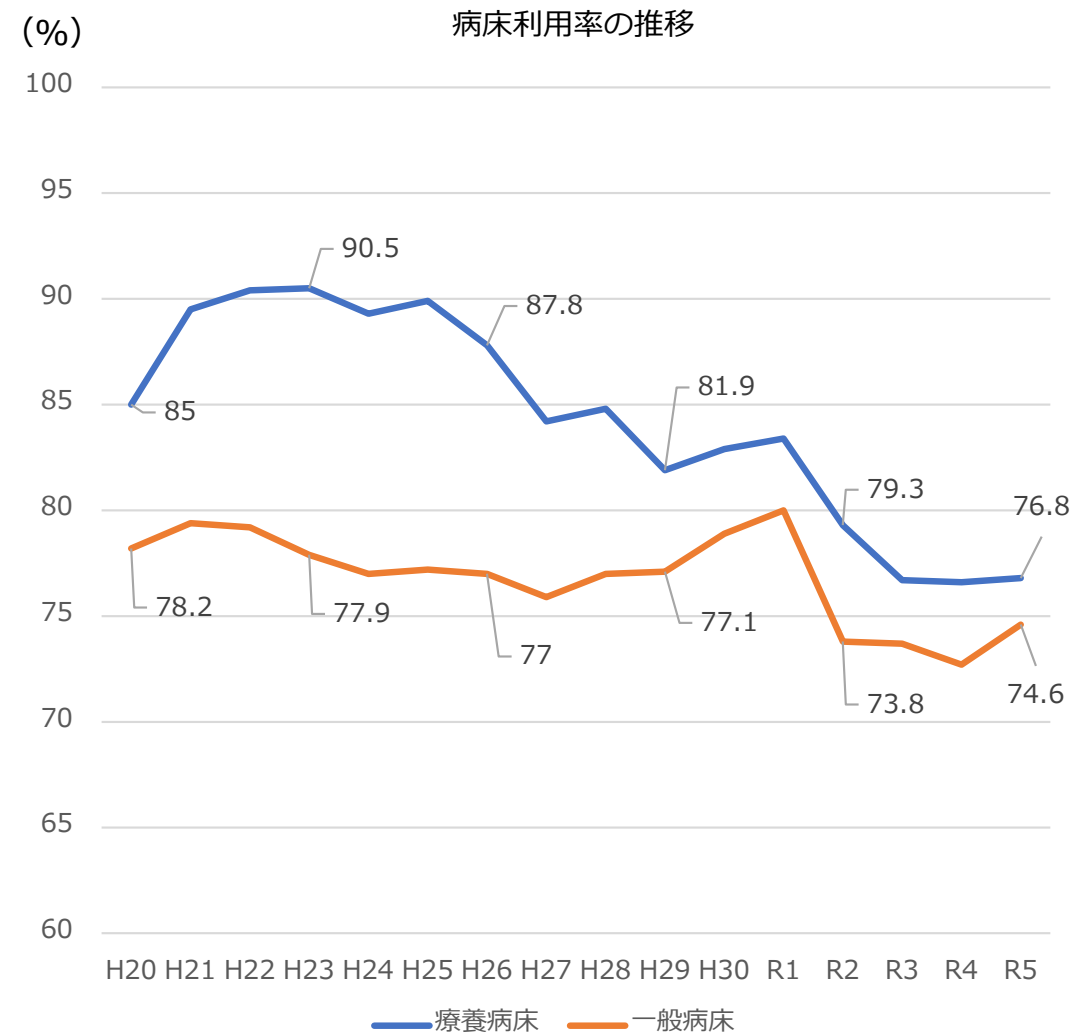
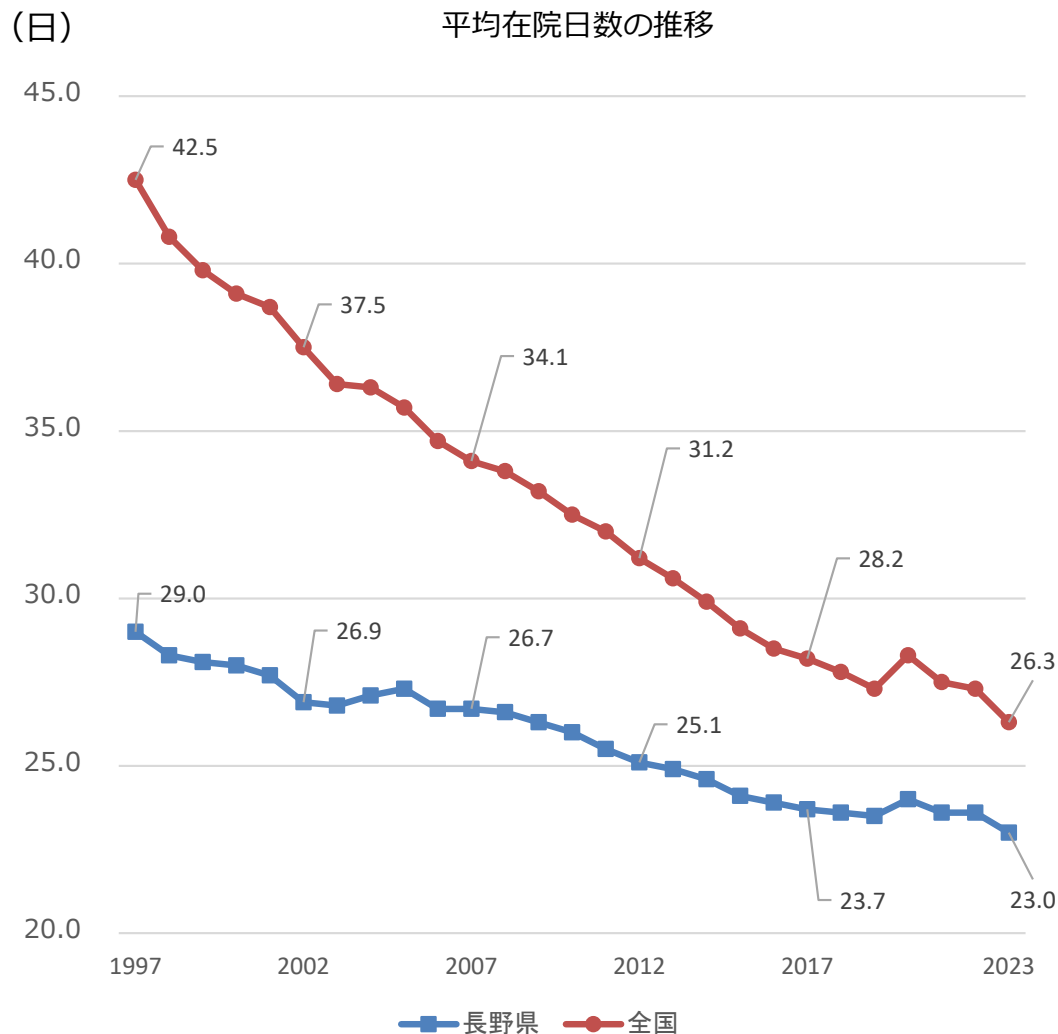
2040年の医療需要について②（急性期の医療ニーズの変化）

- 誤嚥性肺炎や大腿骨骨折などの高齢者に多い疾患のニーズは大きく増加が見込まれる。



平均在院日数及び病床利用率の推移

- 平均在院日数は短縮傾向にあり、病床利用率は、コロナ禍以降においても、一般病床も療養病床も低下傾向にある。



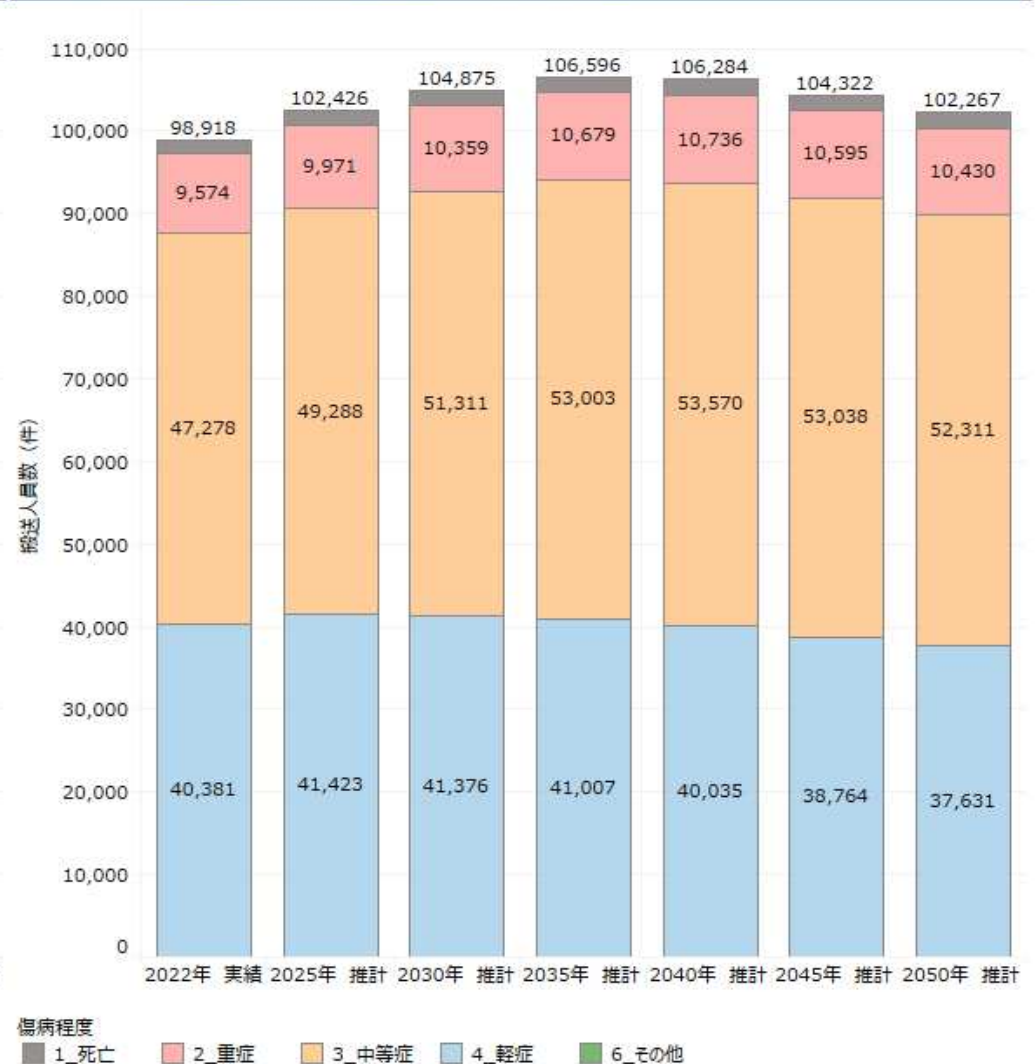
2040年の医療需要について④（救急）

- ・ 救急搬送件数は2035年にピークを迎え、以降減少が見込まれる。
- ・ 2045年まで救急搬送される高齢者が増加し、搬送患者に占める高齢者の割合が増加することが見込まれる。

図1：年齢区分別の搬送人員数



図2：傷病程度別の救急搬送人員数の推計



2040年の医療需要について⑤（在宅）

- ・ 在宅医療の患者数は、2040年にピークを迎えることが見込まれる。
- ・ 2020年から2040年にかけて、85歳以上の在宅医療需要は47%増加することが見込まれる。また、在宅医療患者は自宅及び介護施設ともに2040年にピークを迎えることが見込まれる。

図1：年齢階級別の在宅医療患者数の推計

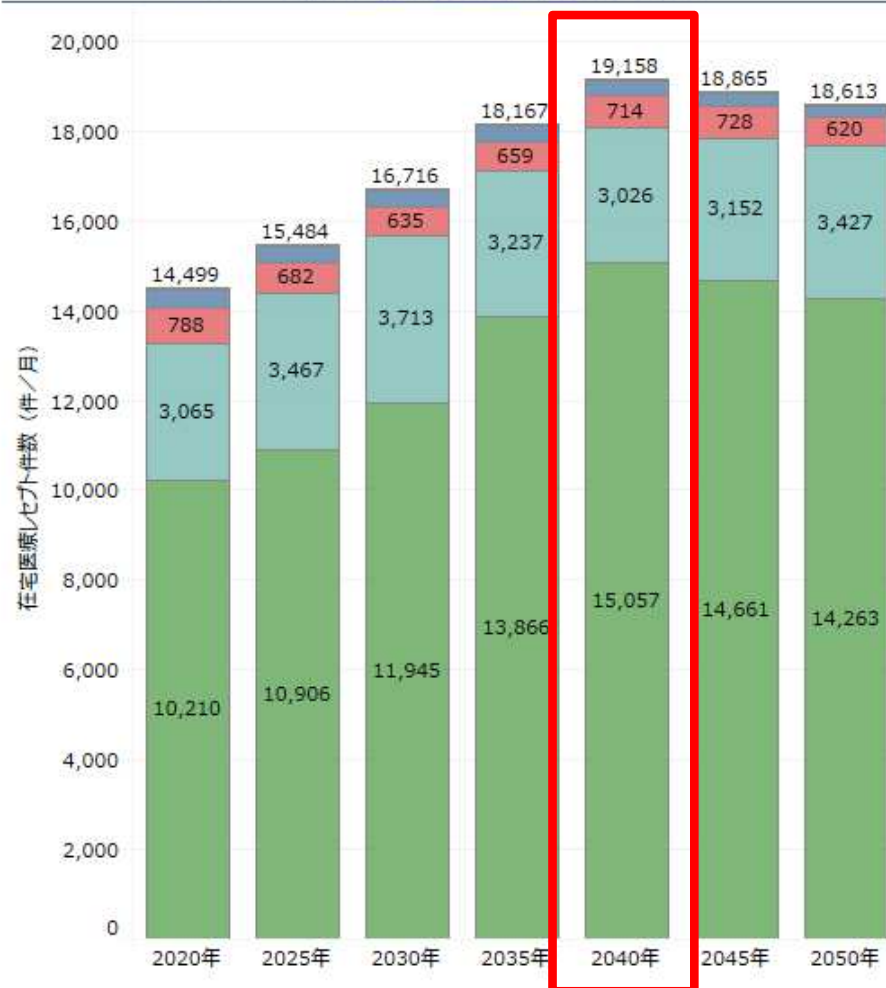
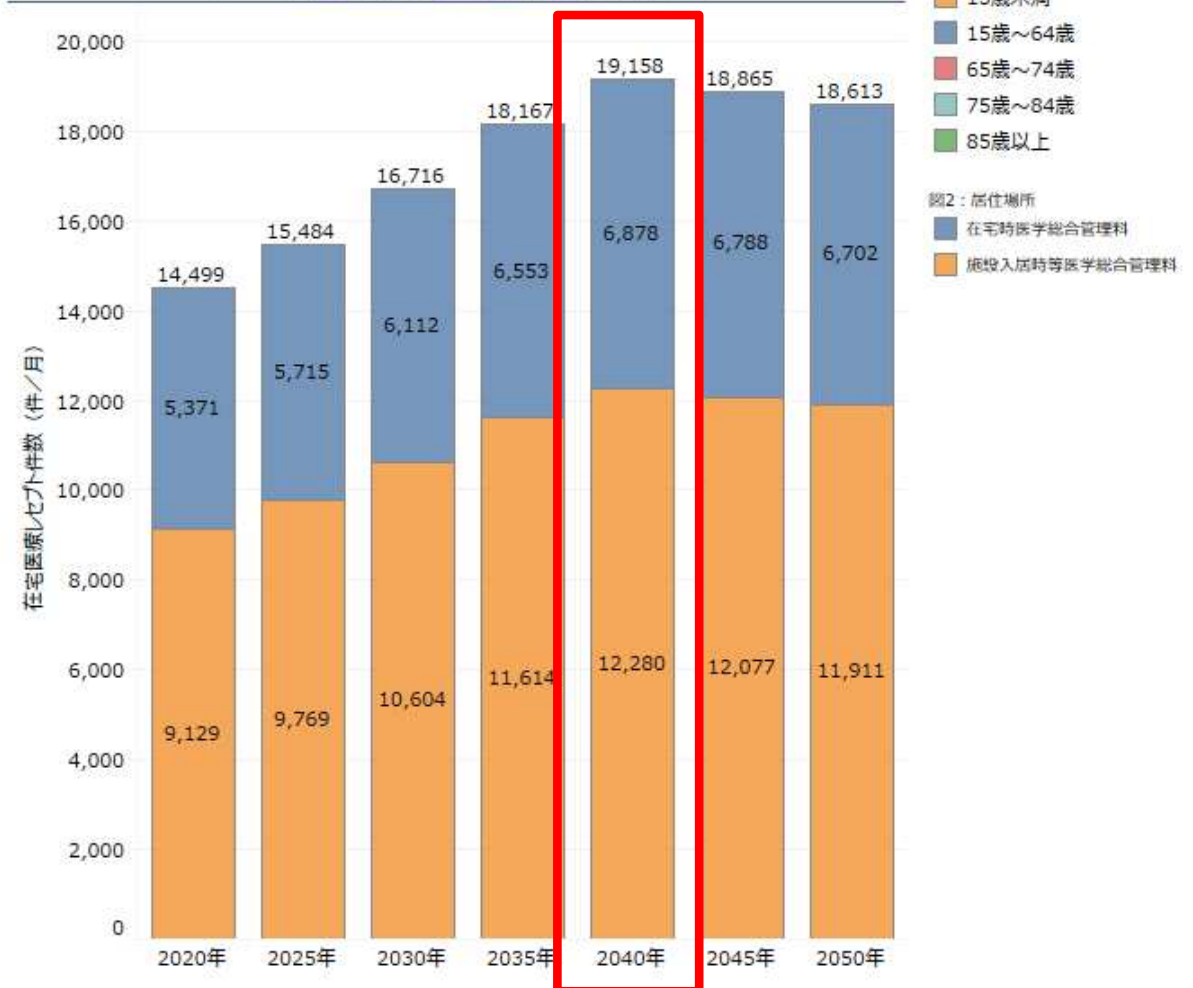


図2：居住場所別の在宅医療患者数の推計

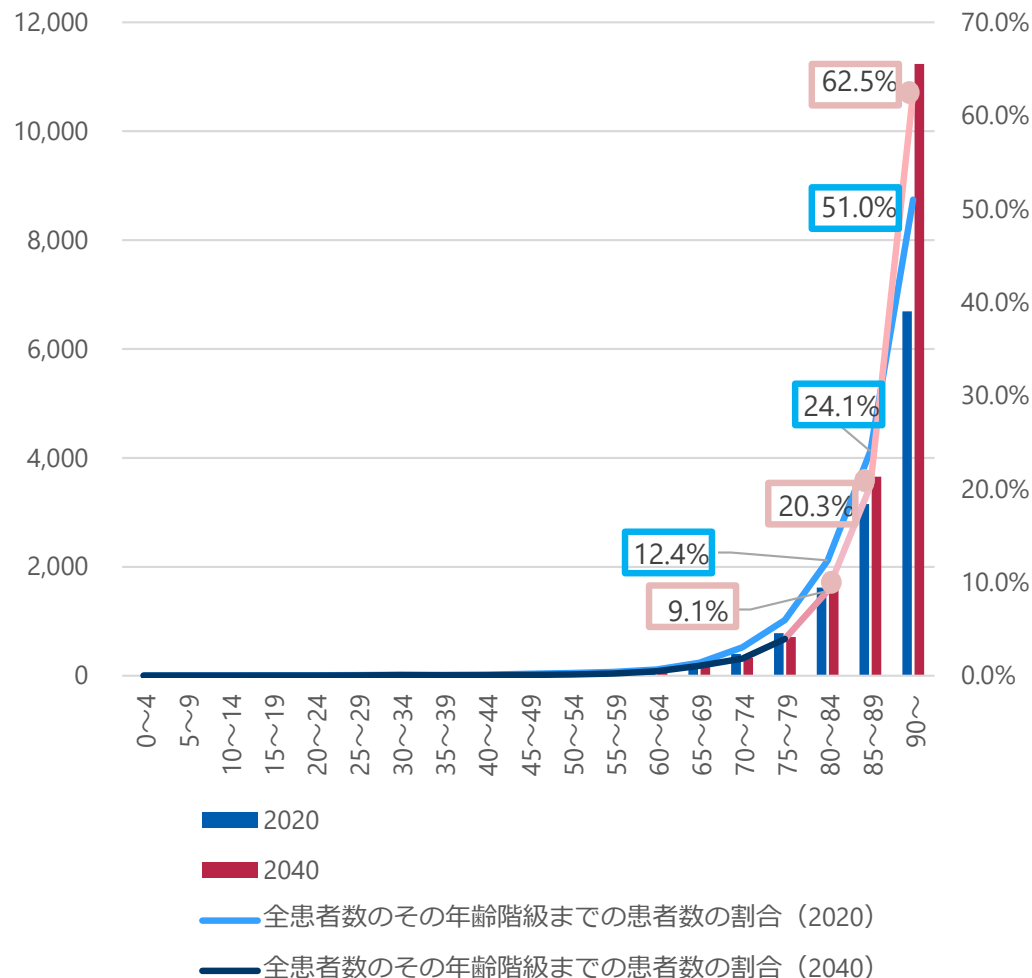


出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び第6回NDBオープンデータ（厚生労働省）：2019年4月～2020年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

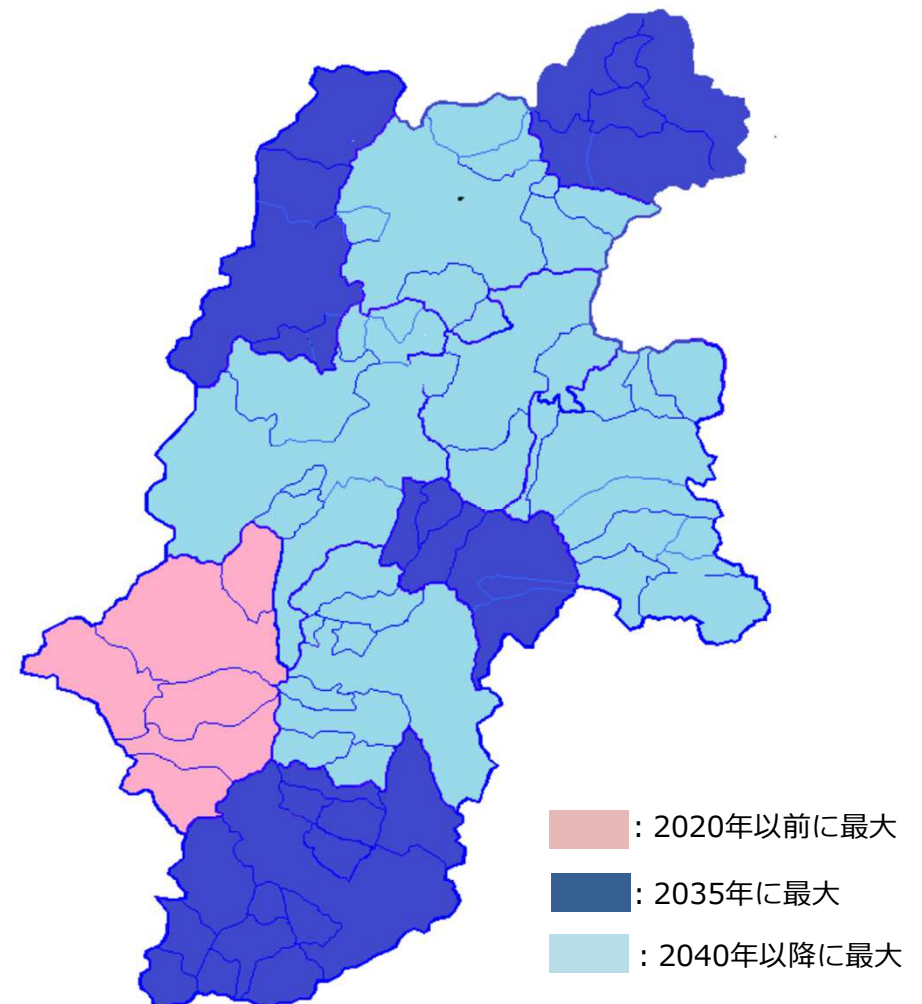
訪問診療（在宅）の患者数について

- ・ 訪問診療を受ける患者の75%以上が85歳以上高齢者であり、2040年になるとその割合は80%を超える。
- ・ 訪問診療の患者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（9の医療圏）において今後ピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療の患者数の推移



訪問診療の患者数が最大になる年



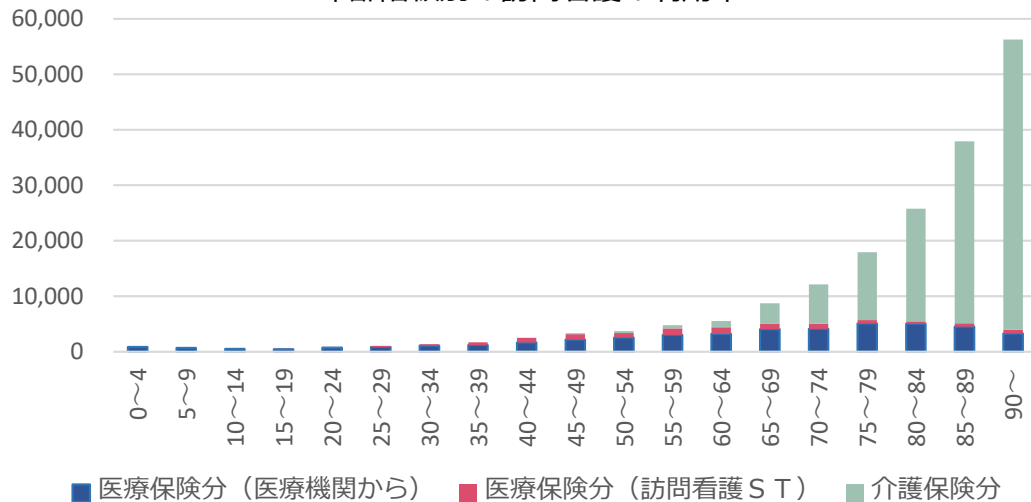
出典：①NDB（2019年度診療分）②住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日）③日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計（出生中位・死亡中位））

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）、総務省「住民基本台帳人口」（2018年）、「人口推計」（2017年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に推計。

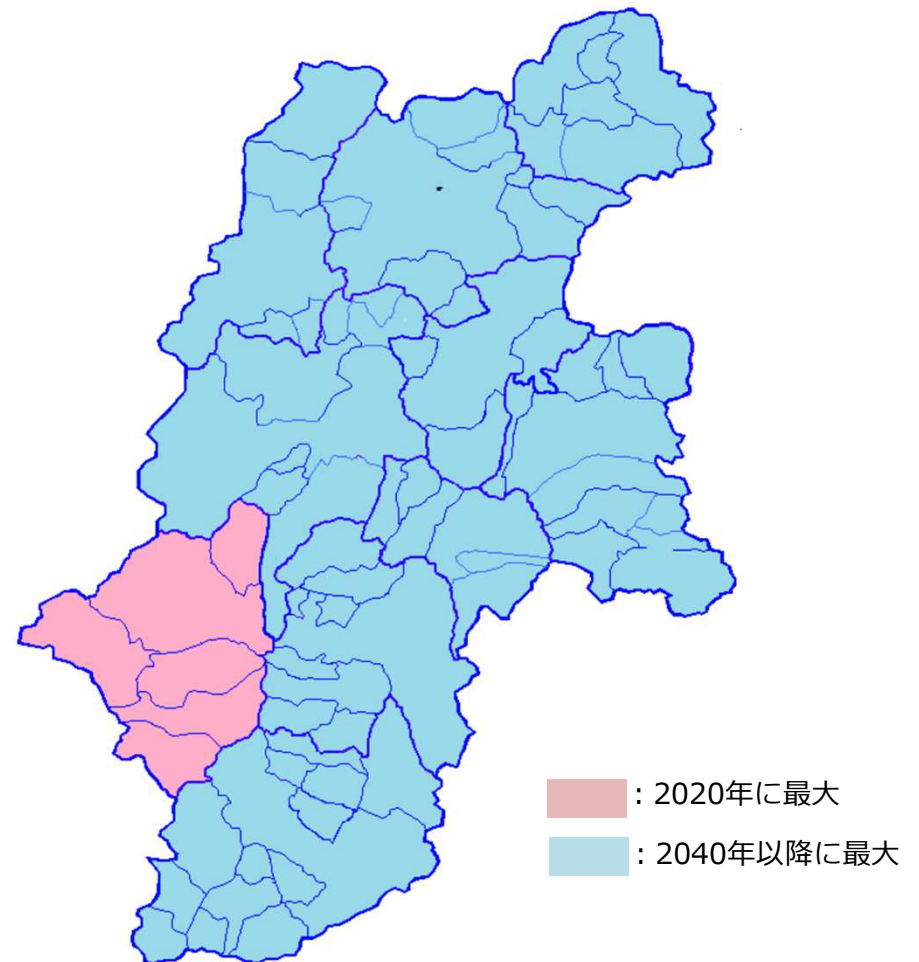
訪問看護の必要量について

- ・訪問看護の利用率は、年齢と共に増加している。
- ・訪問看護の利用者数の推計において、2025年以降に後期高齢者の割合が8割以上となることが見込まれる。
- ・訪問看護の利用者数は、多少の地域差はあるものの、多くの二次医療圏（9の医療圏）において2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。

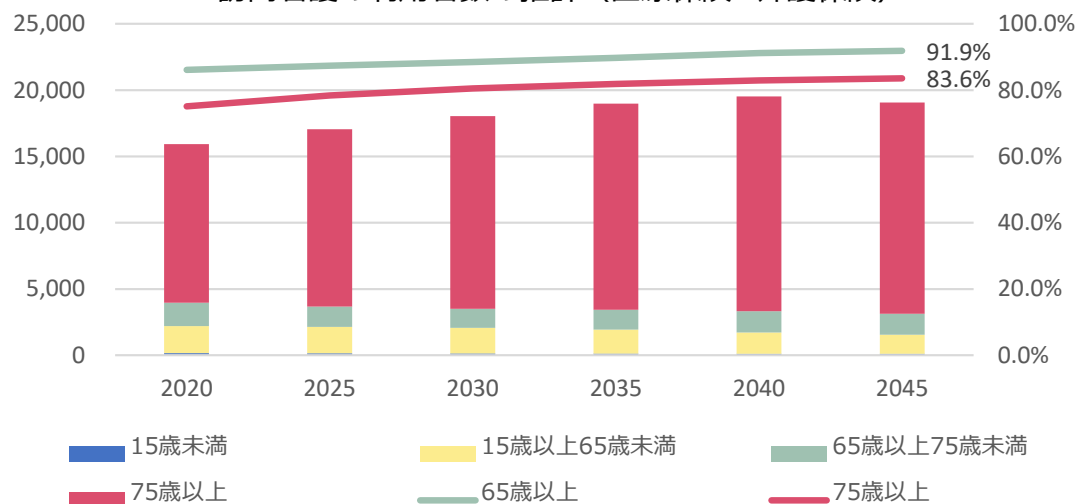
年齢階級別の訪問看護の利用率



訪問看護の利用者数が最大になる年



訪問看護の利用者数の推計（医療保険+介護保険）



【出典】

利用率：NDB,介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

介護需要について（医療と介護の複合ニーズが高まる）

- ・高齢者の増加により介護需要は2040年まで急増すると予想される。
- ・特に85歳以上の要介護認定者数は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

図1：年齢別の要介護者数の推計

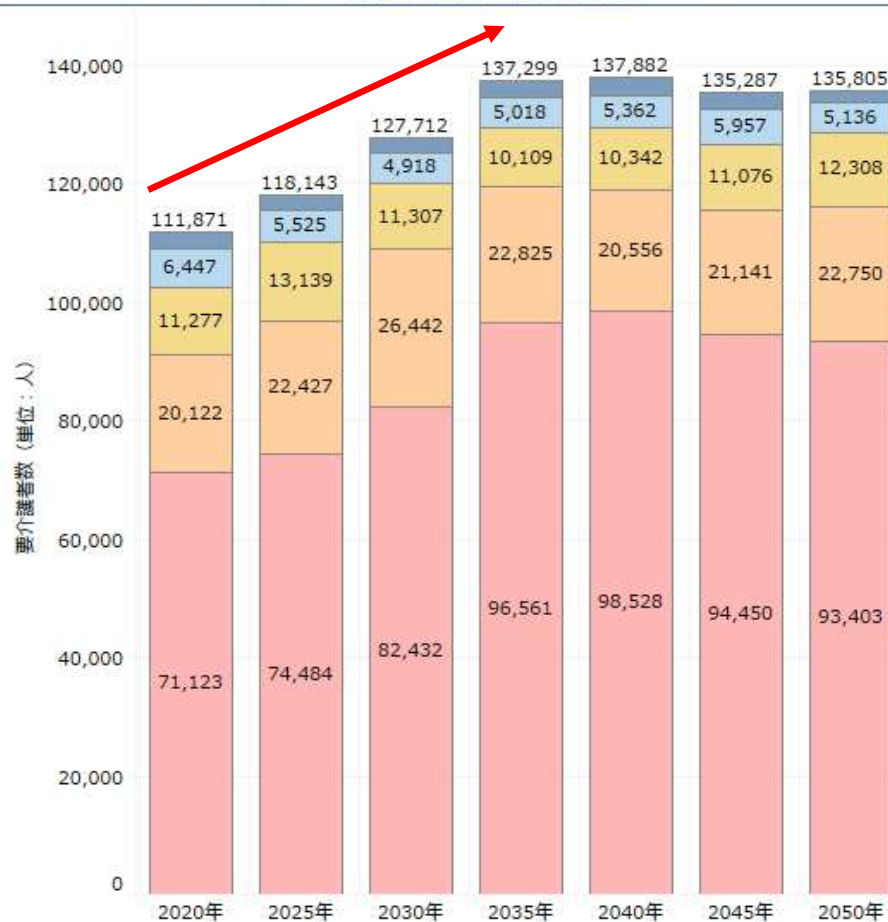


図2：要介護度別の要介護者数の推計



図1：年齢区分
 ■ 65～69歳
 ■ 70～74歳
 ■ 75～79歳
 ■ 80～84歳
 ■ 85歳以上

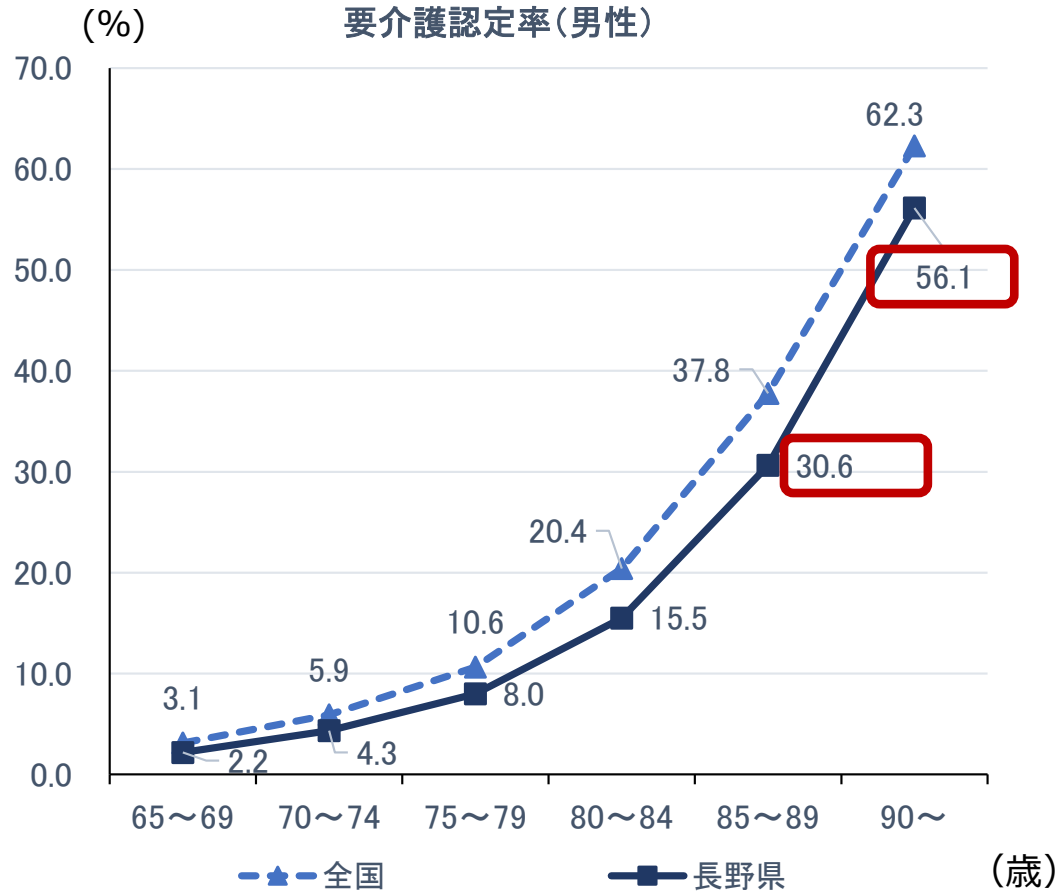
図2：要介護度
 ■ 要支援1
 ■ 要支援2
 ■ 要介護1
 ■ 要介護2
 ■ 要介護3
 ■ 要介護4
 ■ 要介護5

出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度介護保険事業状況報告（年報）表04-1＜都道府県別＞要介護（要支援）認定者数」（厚労省）を用いて発生率を計算
 その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

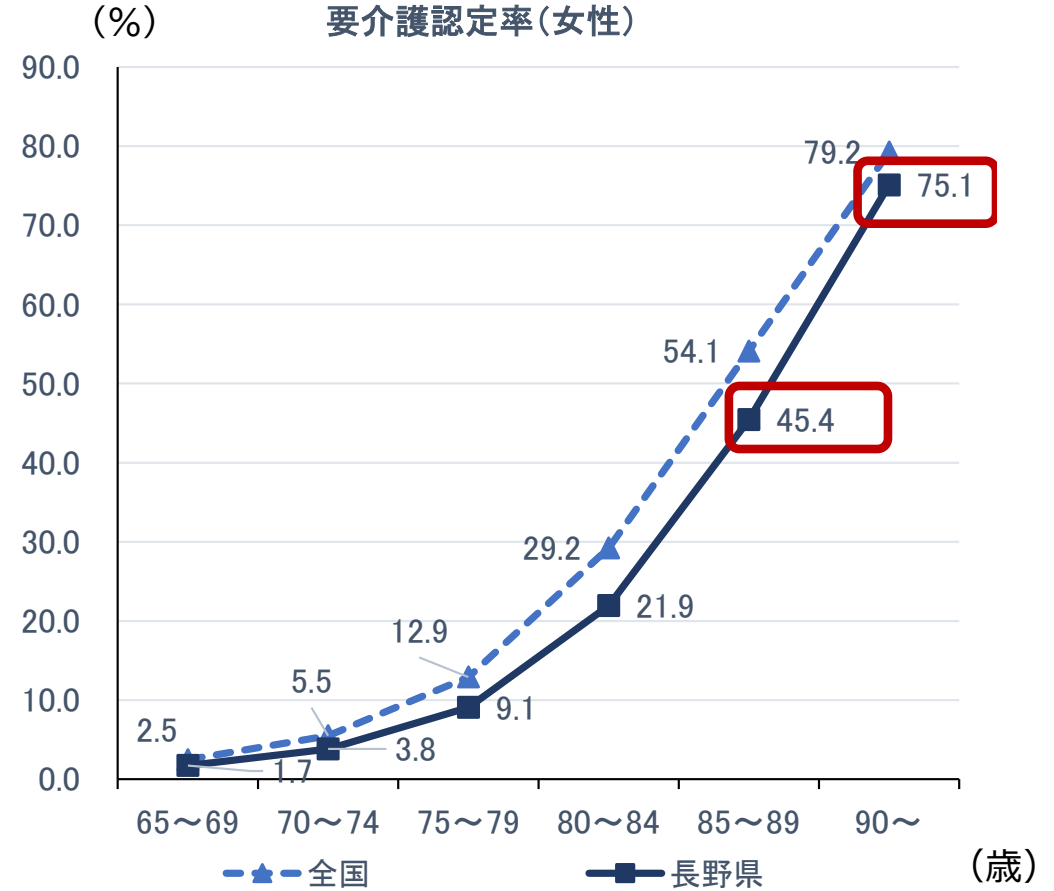
要介護認定率について

- ・要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。

要介護認定率の比較（年齢別、男女別）



	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90～
全国	3.1%	5.9%	10.6%	20.4%	37.8%	62.3%
長野県	2.2%	4.3%	8.0%	15.5%	30.6%	56.1%



	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90～
全国	2.5%	5.5%	12.9%	29.2%	54.1%	79.2%
長野県	1.7%	3.8%	9.1%	21.9%	45.4%	75.1%

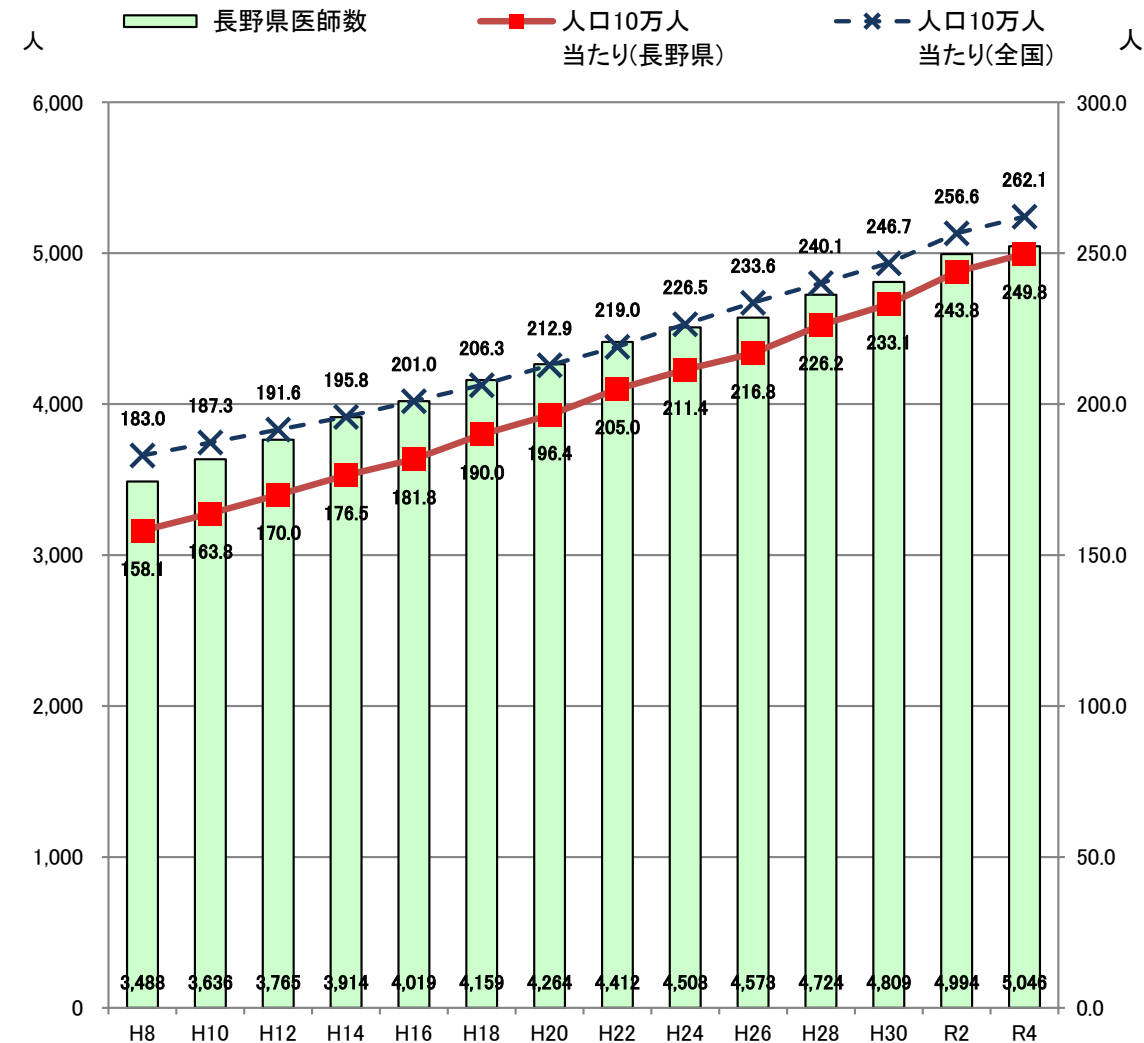
出典:年齢・性別人口:総務省「住民基本台帳に基づく人口R5.1.1現在」
 年齢・性別認定者数:厚生労働省「介護保険事業状況統計(月報)R4.12.31現在」

(2) 医師の状況等

医療施設従事医師数の年次推移

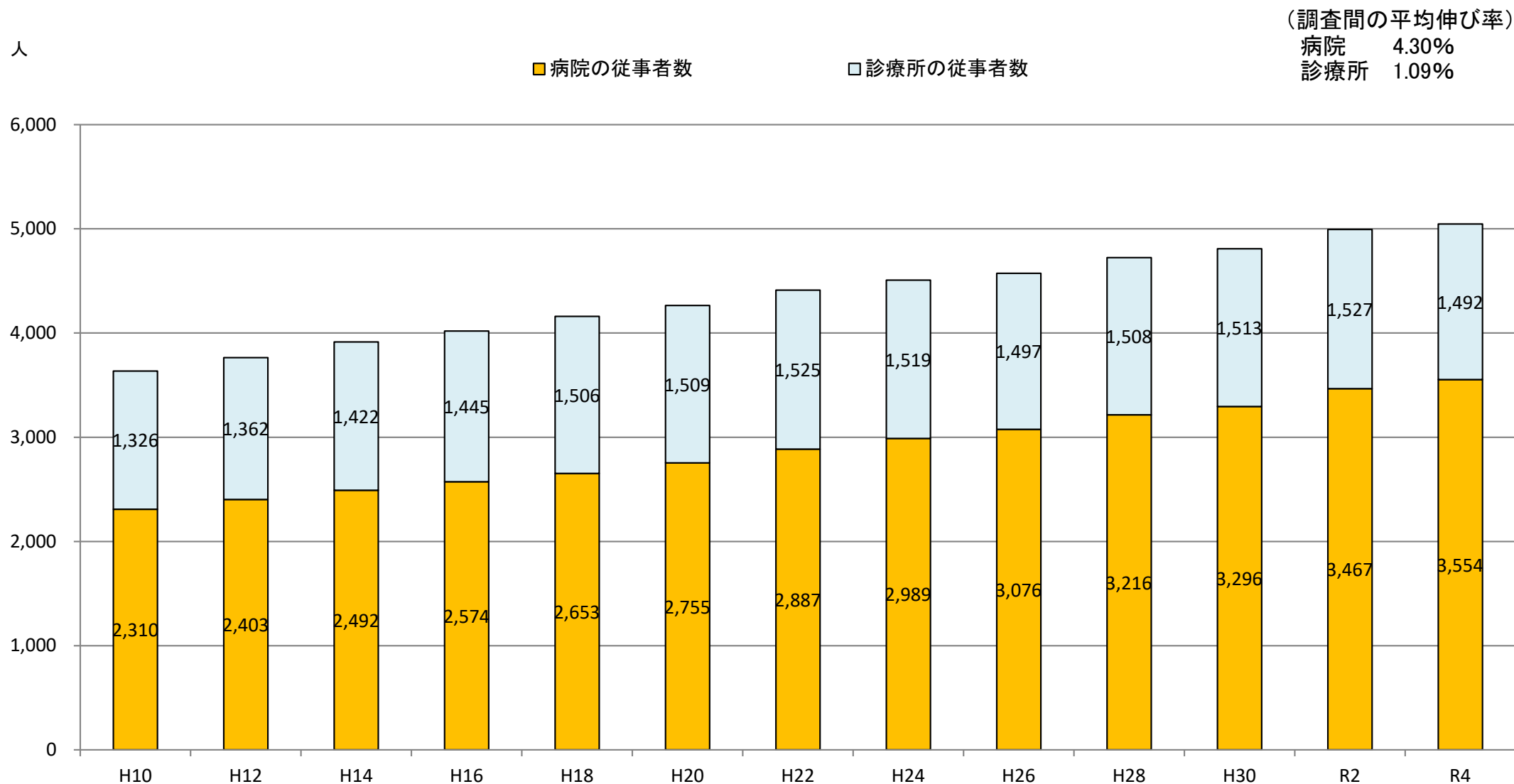
・本県の医療施設従事医師数は人口10万人当たり249.8人で、全国平均の262.1人を下回っている。(全国30位)

区 分	長野県		人口10万人 当たり (長野県)	人口10万人 当たり (全国)	医 師 数	全国との差 (人口10万人当 たり)
	長野県医師数	増減率				
H8	3,488	－	158.1	183.0	230,297	▲ 24.9
H10	3,636	4.2%	163.8	187.3	236,933	▲ 23.5
H12	3,765	3.5%	170.0	191.6	243,201	▲ 21.6
H14	3,914	4.0%	176.5	195.8	249,574	▲ 19.3
H16	4,019	2.7%	181.8	201.0	256,668	▲ 19.2
H18	4,159	3.5%	190.0	206.3	263,540	▲ 16.3
H20	4,264	2.5%	196.4	212.9	271,897	▲ 16.5
H22	4,412	3.5%	205.0	219.0	280,431	▲ 14.0
H24	4,508	2.2%	211.4	226.5	288,850	▲ 15.1
H26	4,573	1.4%	216.8	233.6	296,845	▲ 16.8
H28	4,724	3.3%	226.2	240.1	304,759	▲ 13.9
H30	4,809	1.8%	233.1	246.7	311,963	▲ 13.6
R2	4,994	3.8%	243.8	256.6	323,700	▲ 12.8
R4	5,046	1.0%	249.8	262.1	327,444	▲ 12.3



病院の従事医師数及び診療所の従事医師数の年次推移

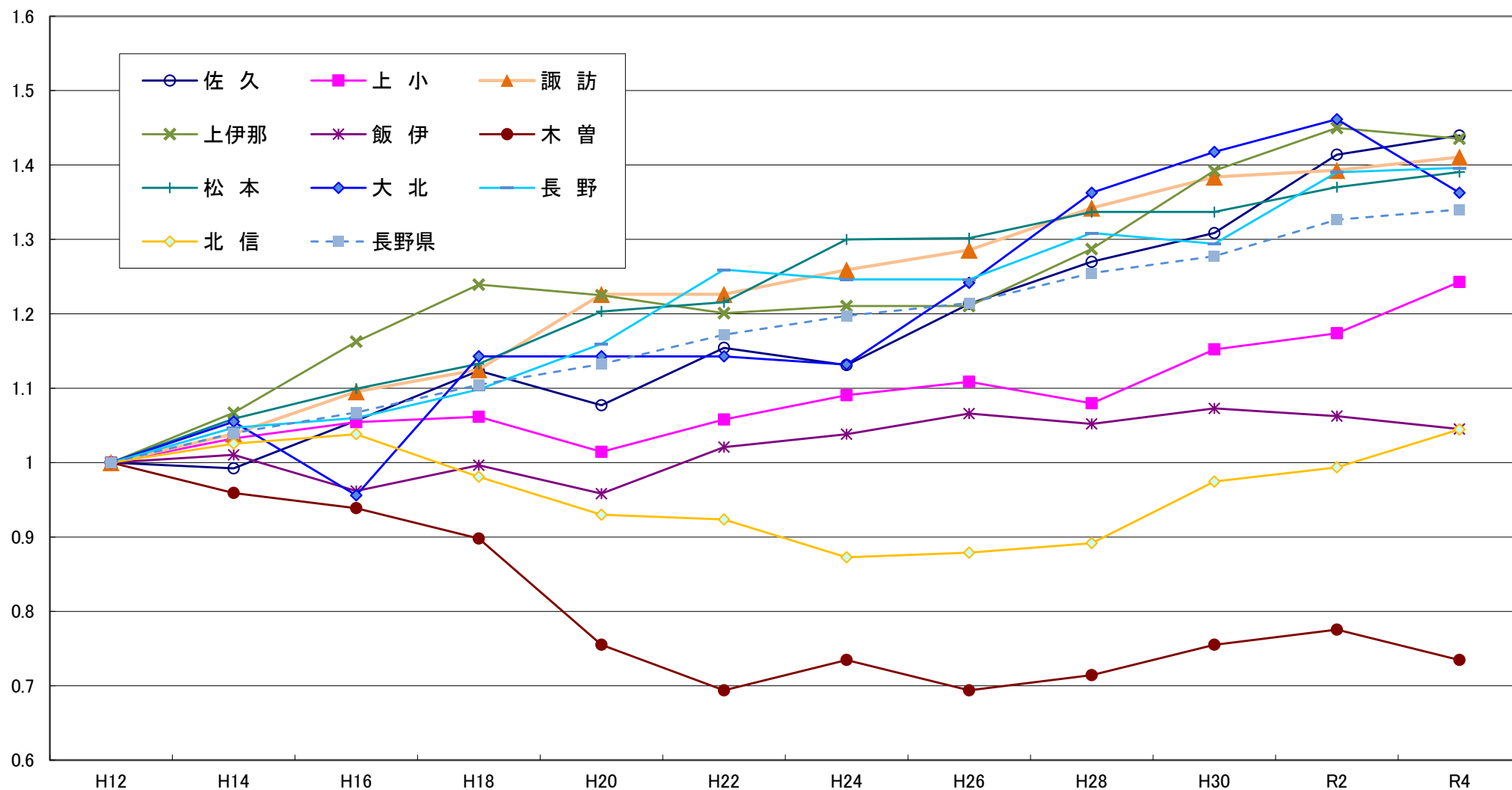
- ・病院の従事医師数は増加傾向にあるが、診療所の従事医師数はほぼ横ばいとなっている。



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（隔年実施）（各年12月31日時点）

医療圏別医療施設従事医師数の推移（平成12年の医療施設従事医師数を1とした場合の増減）

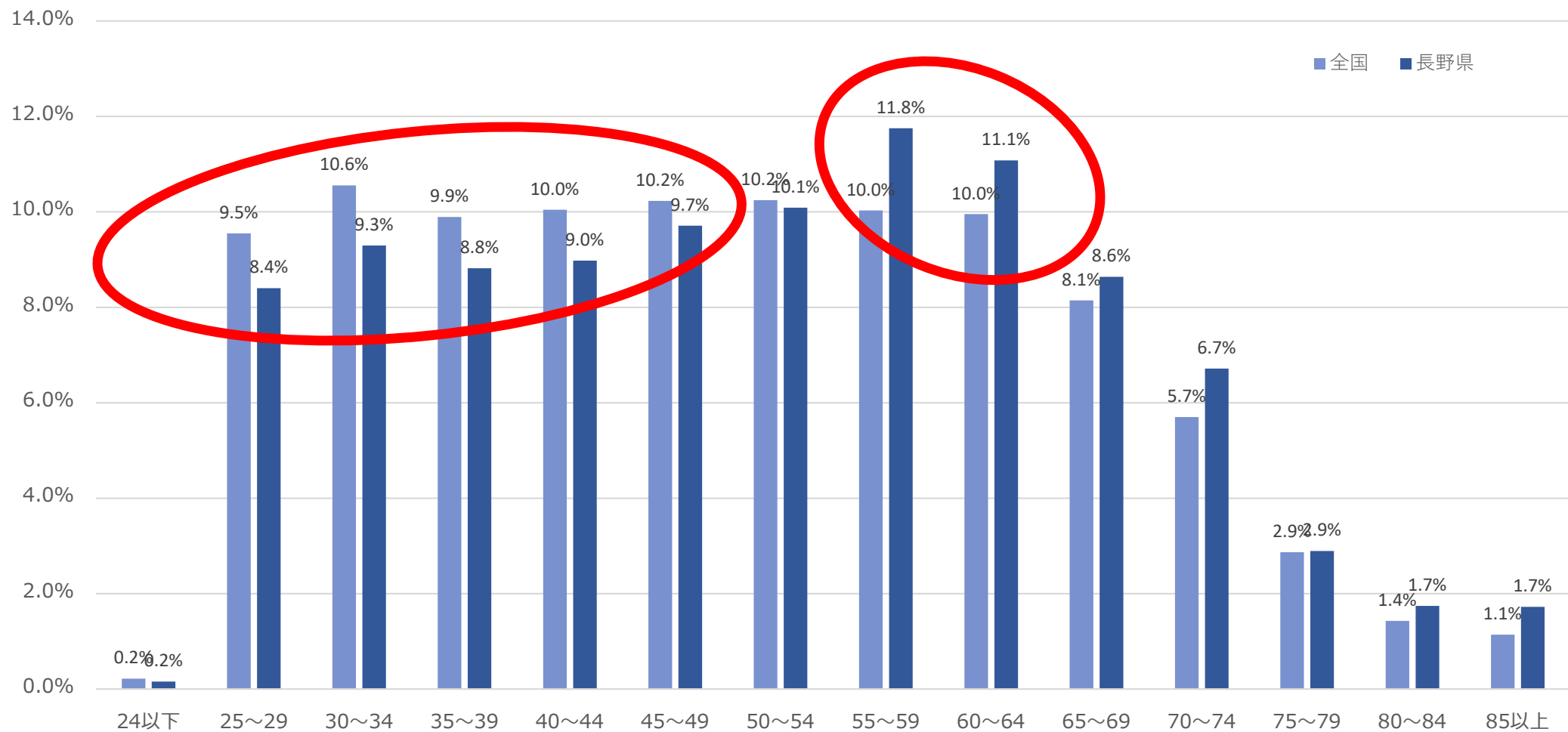
- ・ 佐久（1.44）、上伊那（1.44）、諏訪（1.41）であるものの、木曽（0.73）、北信（1.04）、飯伊（1.05）など県内の中でも差が広がっている状況が見受けられる。



医師の年齢階級別の構成割合①

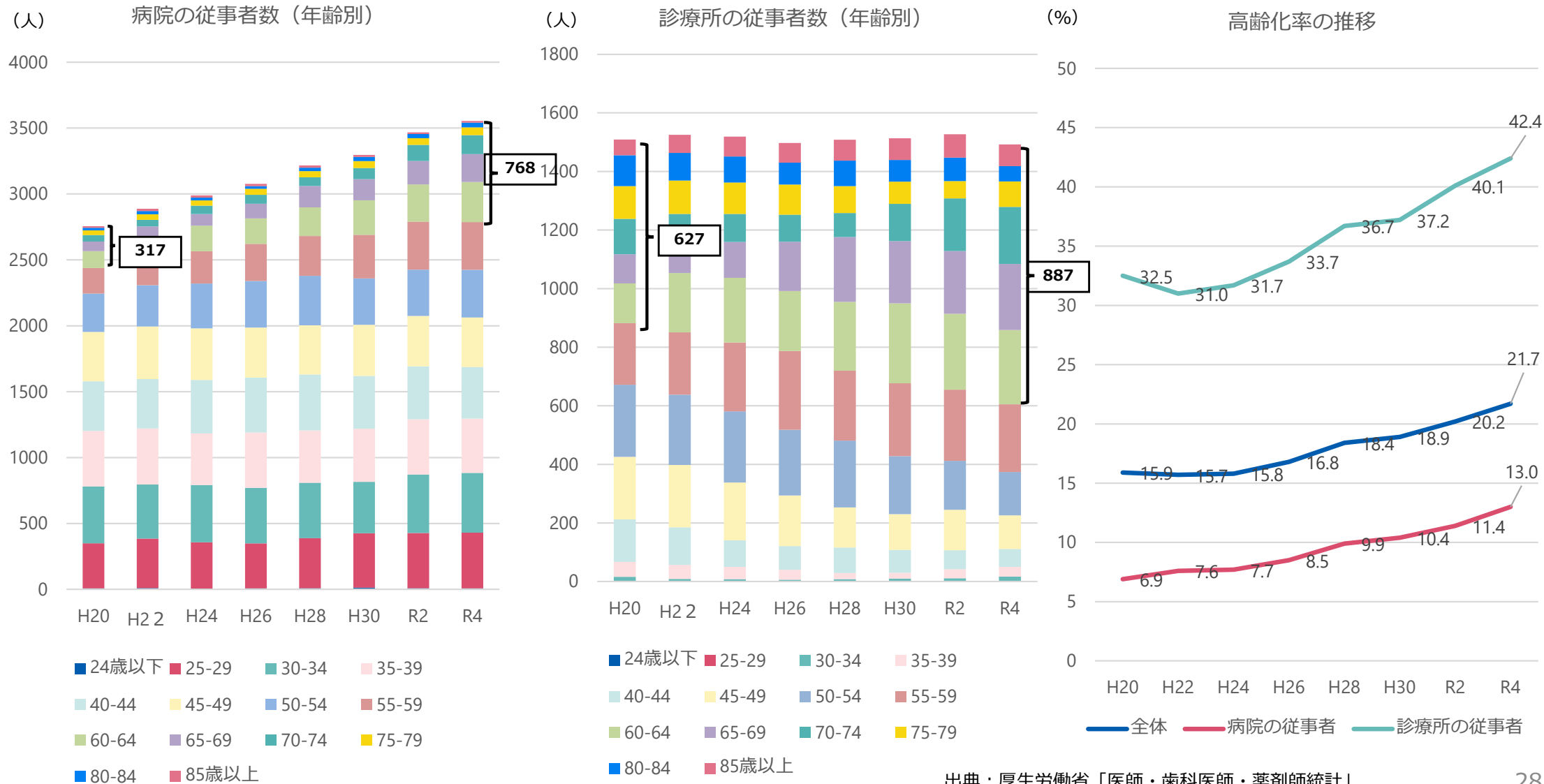
- ・長野県の医師のボリュームゾーンは55歳～64歳。
- ・25歳～49歳の医師は全国よりも少ない傾向にある。

医師の総数を100としたときの5歳階級の構成割合（令和4年）



医師の年齢階級別の構成割合②

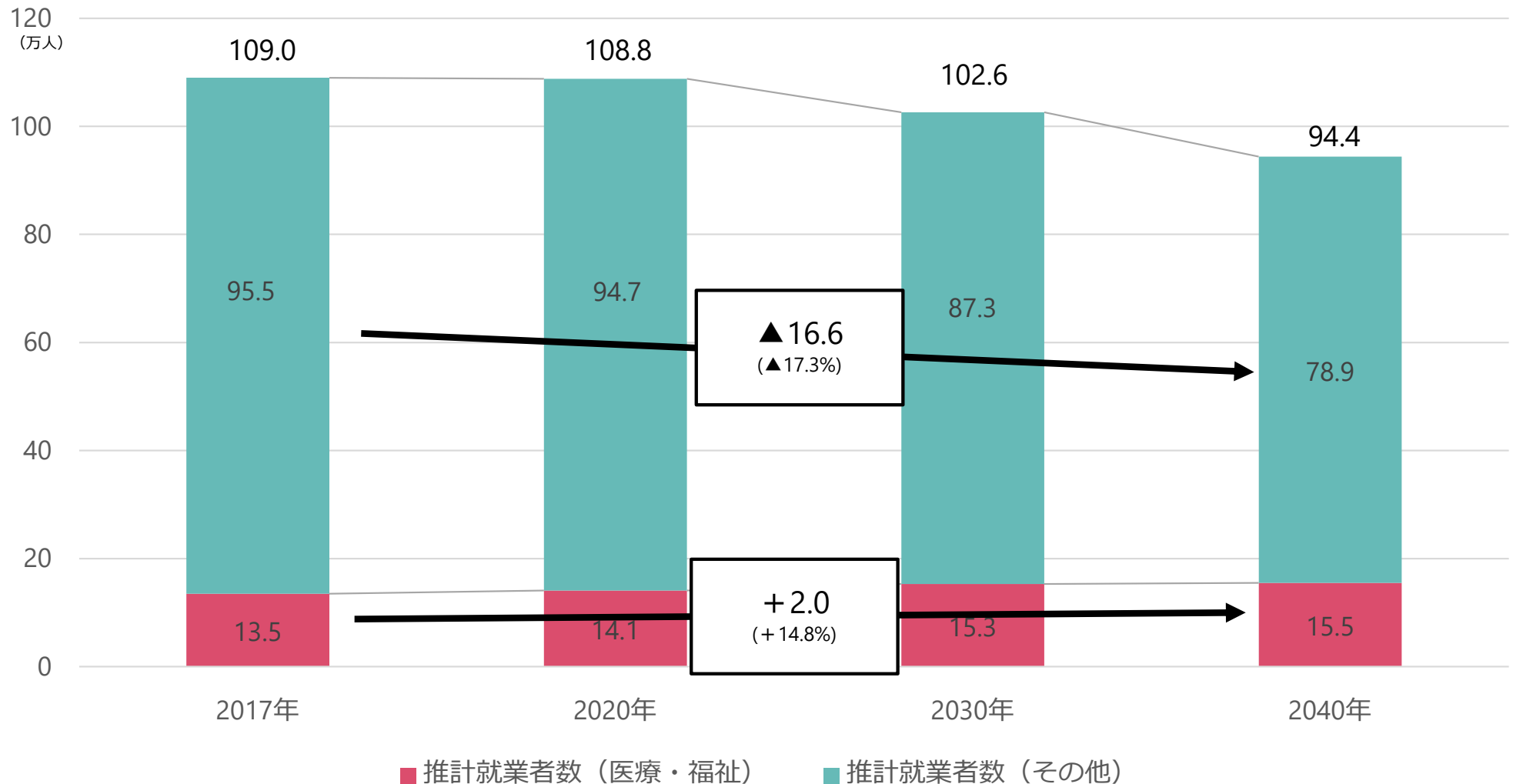
- ・ 病院に従事する医師数は、H20から比べて約1.3倍増加しているが、60歳以上の医師の割合が増加している。
- ・ 診療所に従事する医師数は、H20から横ばいに推移しているが、60歳以上の医師が占める割合は増加している。



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

医療従事者の確保がますます課題

- ・ 本県の労働力需給の推計では、本県の生産年齢人口は2040年までに急減する一方で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。



(3) 【飯伊圏域】 医療提供体制の概況

医療資源の概況

- 飯伊医療圏は病院数が少なく、医師数が少ない傾向にある。看護職員や薬剤師等の他の職種においては全国平均より多い傾向にある。

各医療サービスの需給状況					
医療資源項目	単位	全国	長野県	飯伊医療圏	全国 対 医療圏比
人口	千人	125,417	2,044	155	－
65歳以上人口	千人	35,888	655	53	－
割合	%	28.6%	32.1%	34.1%	－
病院数	病院	8,156	125	9	－
人口10万人対	病院	6.5	6.1	5.8	少
救急告示病院数	病院	3,855	83	9	－
人口10万人対	病院	3.1	4.1	5.8	多
在宅療養支援病院数	病院	1,984	37	5	－
老年人口10万人対	病院	5.5	5.6	9.5	多
在宅療養支援診療所数	診療所	14,696	265	40	－
老年人口10万人対	診療所	40.9	40.4	75.7	多
医師数	人	220,760	3,499	220	－
人口10万人対	人	176.0	171.2	142.1	少
看護師・准看護師数	人	868,899	15,862	1,243	－
人口10万人対	人	692.8	776.1	803.4	多
薬剤師数	人	48,715	882	65	－
人口10万人対	人	38.8	43.1	41.9	多
理学療法士数	人	89,303	1,636	175	－
人口10万人対	人	71.2	80.1	112.7	多
作業療法士数	人	43,655	994	98	－
人口10万人対	人	34.8	48.6	63.3	多
言語聴覚士数	人	18,219	357	39	－
人口10万人対	人	14.5	17.5	25.2	多
管理栄養士数	人	21,300	406	36	－
人口10万人対	人	17.0	19.8	23.0	多

※医療従事者は一般または療養病棟を有する病院勤務者のみで、診療所の勤務者または精神病棟のみの病院の勤務者は含みません。

出典：厚生労働省 医療施設調査（2022年）
厚生労働省 病床機能報告（2022年度）
各地方厚生局（2023年5月1日現在）
総務省 住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（2023年1月1日現在）

【表19】二次医療圏の医師偏在指標等

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
区 域	多数	少数	—	少数	少数	少数	多数	—	—	—
指 標	222.6	155.2	210.2	167.2	164.4	162.3	330.5	200.6	193.9	186.7

〔基準値〕 医師少数区域 179.3 以下、医師多数区域 217.6 以上 (厚生労働省 提供)

【表21】三次医療圏及び二次医療圏別目標設定上限及び必要増加数

医療圏	区域	【計画開始時】 標準化医師数 (2022年) (A)	【計画終了時】 下位33.3%に達する ための医師数 (2026年) (B)	【計画終了時】 2022年指標維持 に必要な医師数 (2026年) (C)	目標設定上限 医師数 (D) ※(A)(B)(C)の うち最大値	必要増加数 (D)－(A)
長野県	少数	4,986	4,873	4,686	4,986	0
佐 久	多数	561	430	534	561	0
上 小	少数	321	349	302	349	28
諏 訪	—	474	374	438	474	0
上伊那	少数	302	298	278	302	0
飯 伊	少数	302	302	277	302	0
木 曽	少数	39	37	33	39	0
松 本	多数	1,541	809	1,491	1,541	0
大 北	—	130	106	118	130	0
長 野	—	1,154	1,025	1,108	1,154	0
北 信	—	160	131	137	160	0

南信における医療提供体制

- 医師数の多い2病院が救急搬送や手術等を主に対応している。飯田市立病院は医師数が100名を超えており、幅広い領域に対応している。

医療機関別の医師数と診療実績

三次医療圏		医療機関略称	医師数区分	救急車の受入件数 (救急医療施設の認定・告示)										医師数 (医師数区分)				許可病床数 (病床機能)			
南信	諏訪			告示なし	救急告示	二次	三次	10人未満	10~19人	20~49人	50~99人	100人以上	10人未満	10~19人	20~49人	50~99人	100人以上	1_高度急性期	2_急性期	3_回復期	4_慢性期
南信	諏訪	諏訪赤十字病院	100人以上	110.2	425	3,573	10,329	5,543	19	143	425										
		諏訪中央病院	50~99人	98.3	360	3,085	11,964	2,783	7	119	30										
		岡谷市民病院	20~49人	46.8	291	1,676	5,667	1,464	0	62	0										
		富士見高原病院	20~49人	30.9	151	833	2,707	1,085	0	0	0										
		諏訪湖畔病院	10~19人	15.8	140	99	360	25	0	0	0										
		諏訪共立病院	10人未満	6.5	164	323	1,273	40	0	0	0										
		祐愛病院	10人未満	5.0	49	0	136	1	0	0	0										
		諏訪マタニティークリニック	10人未満	4.2	33	0	0	151	0	0	0										
		諏訪城東病院	10人未満	3.1	48	0	39	3	0	0	0										
		信濃医療福祉センター	10人未満	0.0	127	0	28	2	0	0	0										
上伊那		伊那中央病院	50~99人	99.7	394	2,476	7,439	4,358	40	123	477										
		昭和伊南総合病院	20~49人	33.1	300	2,036	6,492	1,393	6	79	0										
		町立辰野病院	10~19人	12.5	100	519	1,015	125	0	0	0										
		上伊那生協病院	10~19人	11.9	220	178	364	16	0	0	0										
		田中病院	10~19人	11.0	72	4	176	32	0	0	0										
		仁愛病院	10~19人	10.8	334	195	405	719	0	0	0										
飯伊		飯田市立病院	100人以上	103.7	403	3,908	6,009	5,351	19	134	960										
		飯田病院	20~49人	40.9	212	1,148	3,819	1,980	0	53	0										
		健和会病院	20~49人	26.3	189	795	3,393	553	0	20	0										
		厚生連下伊那厚生病院	10~19人	12.2	73	120	393	278	0	0	0										
		輝山会記念病院	10~19人	12.0	199	441	1,373	237	0	0	0										
		下伊那赤十字病院	10~19人	11.4	72	222	580	192	0	0	0										
		長野県立阿南病院	10~19人	10.7	85	292	1,253	63	0	0	0										
		瀬口脳神経外科病院	10人未満	4.3	66	265	345	133	4	0	0										
		菅沼病院	10人未満	3.1	22	4	471	5	0	0	0										
					0 100 200	0 500	0K 5K	0K 10K 20K	0K 5K 10K	0 20 40	0 100 200	0.5K 1K	経皮的冠動脈 形成術 算定回 数				分娩件数 (正 常分娩、帝王切 開を含む、死..				
			医師数合計 (常勤換算)	許可病床数	救急車の受入件数	夜間休日の受診患者数	手術 総数 算定回数	脳血管内手術 算定回数													

人口動態

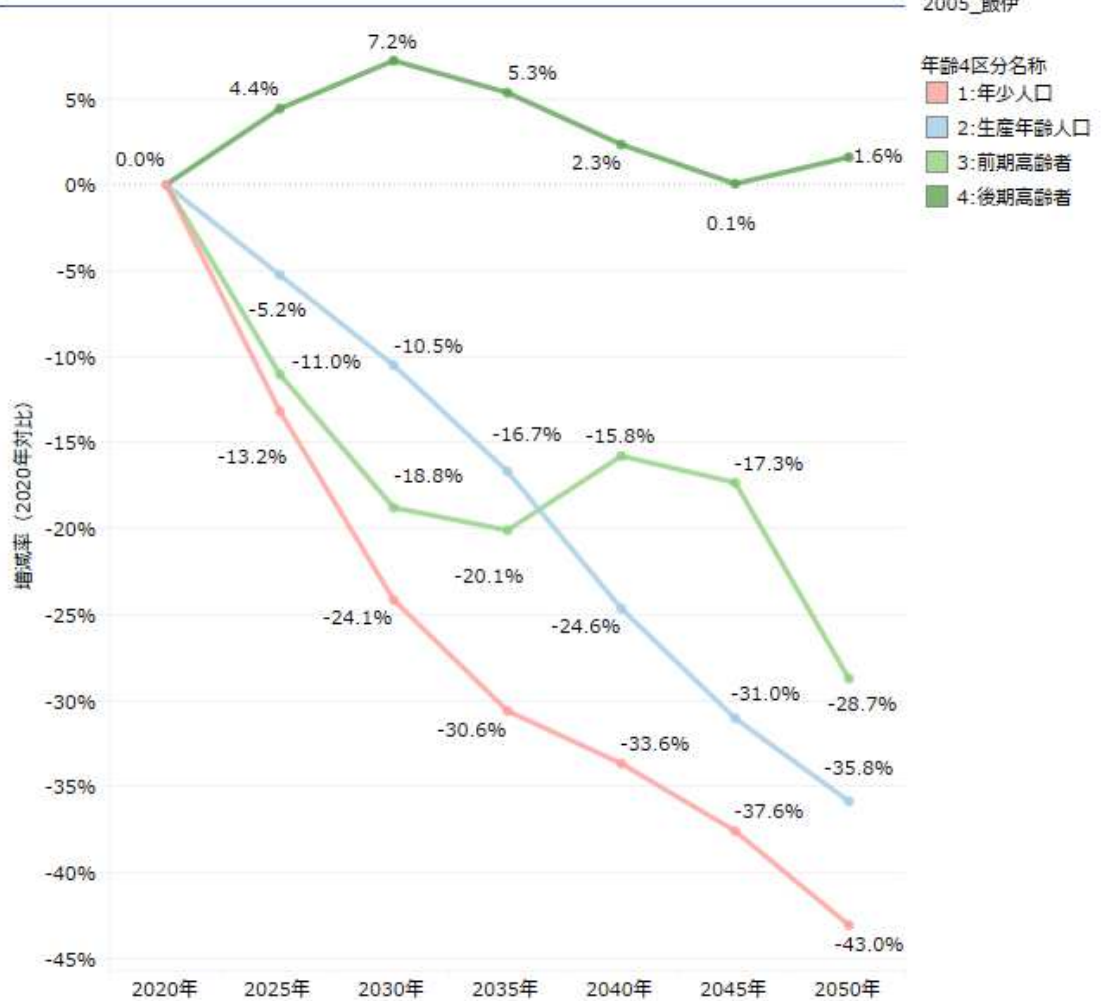
年齢区分別人口推計：飯伊医療圏

- ・ 総人口は既にピークを迎えており、2050年に対2020年比で44千人（28%）減少する見込み。
- ・ 生産年齢人口は既にピークを迎えており、後期高齢者の占める割合が増加することが予想されるため、将来的な医療供給体制の維持に懸念がある。

図1：年齢区分別の人口推計



図2：年齢区分別の人口の増減率



二次医療圏
2005_飯伊

年齢4区分名称
1:年少人口
2:生産年齢人口
3:前期高齢者
4:後期高齢者

出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

医療需要

入院・外来別推計患者数：飯伊医療圏

- 入院医療需要および外来医療需要は2020年に既にピークを迎えていることが予想される。



出典：「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）及び患者調査（厚生労働省）を用いて推計

医療需要

DPC請求を行う推計患者数：飯伊医療圏

- 急性期医療需要は2020年に既にピークを迎えている見込み。
- MDC別では小児・周産期系および女性生殖器系の疾患患者数が著しく減少する見込み。

図1：MDC別の退院患者数の将来推計

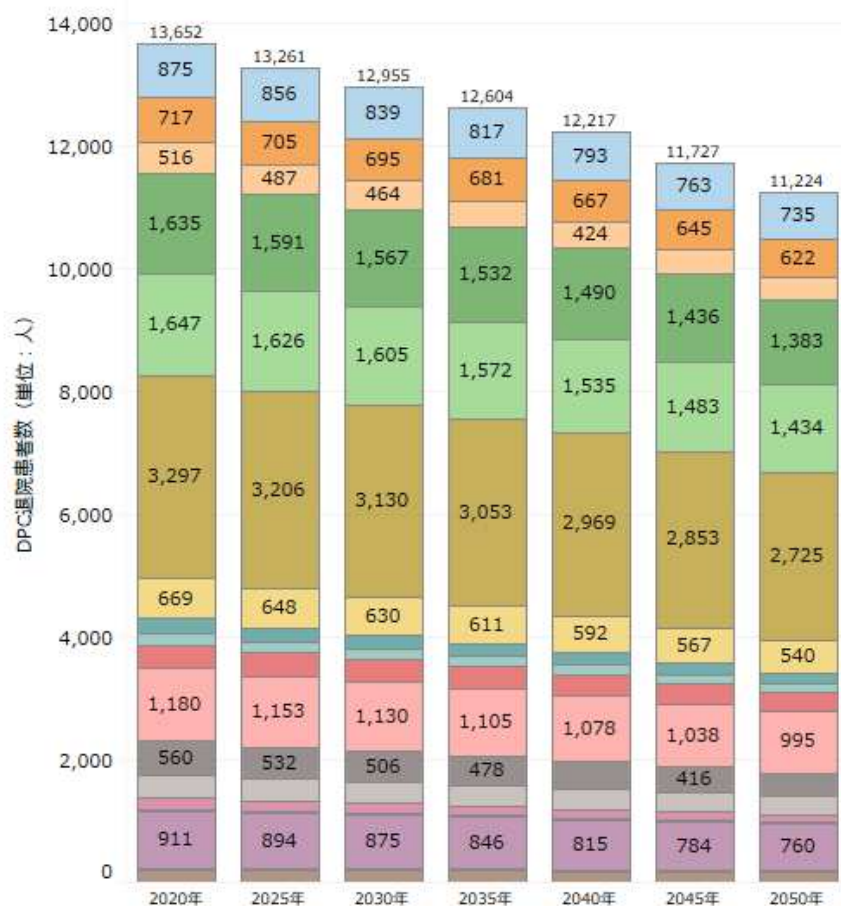
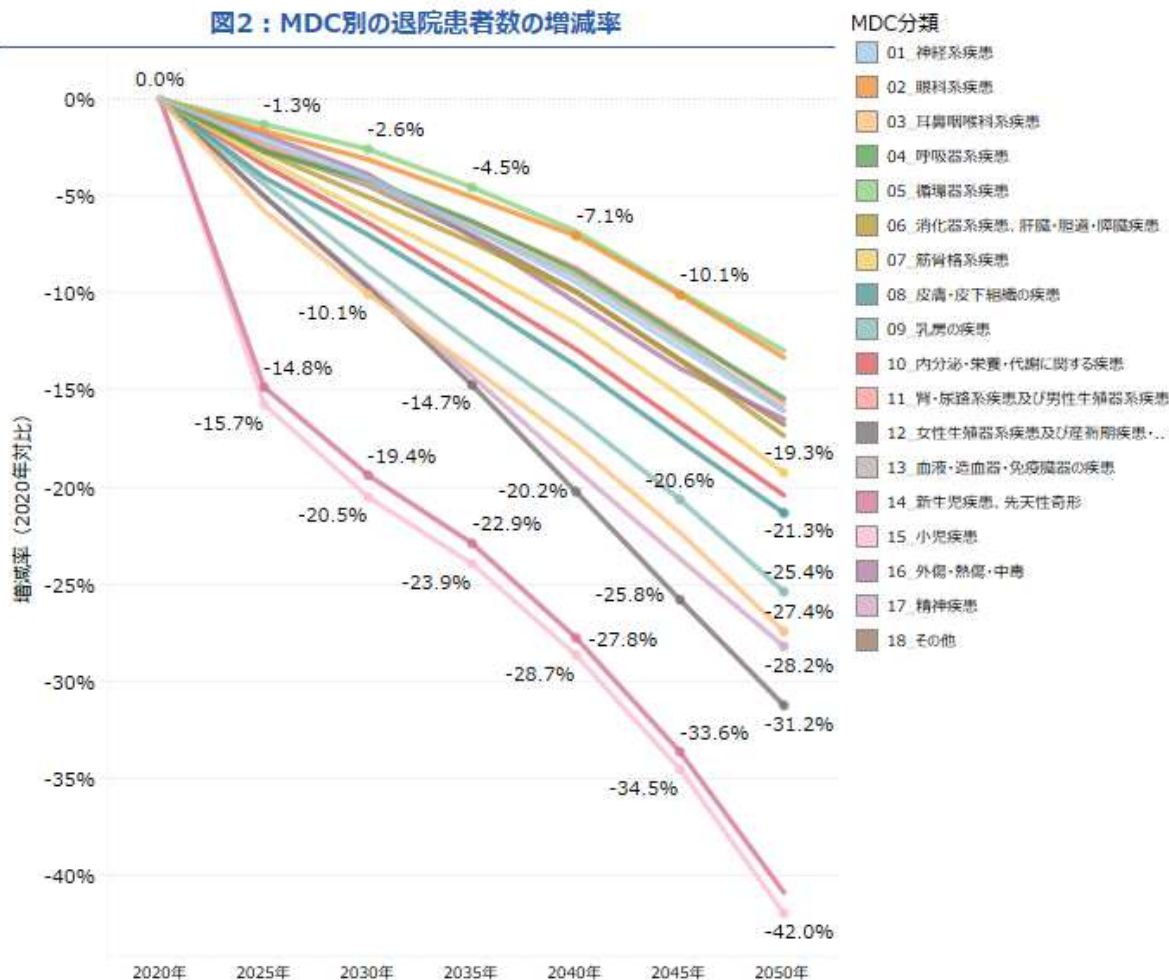


図2：MDC別の退院患者数の増減率



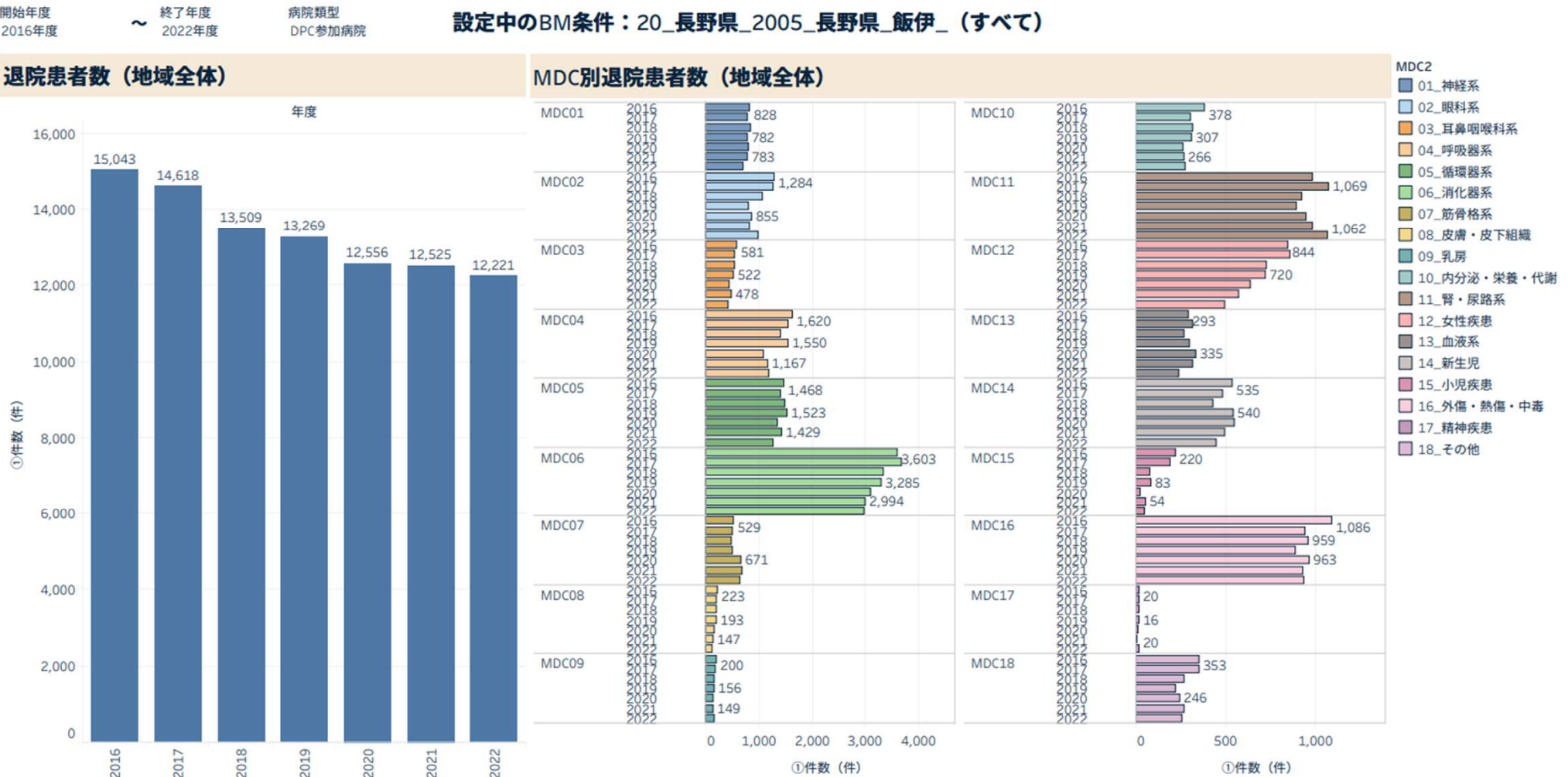
出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度DPC導入の影響評価に係る調査 退院患者調査」（厚生労働省）を用いてDPCコード、年齢別の発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計
1日平均患者数は各DPCコードのDPC別平均入院日数をかけた後に365日で除して試算

医療供給体制

DPC参加病院におけるDPC症例数の推移：飯伊医療圏

- DPC症例数は2016年以降、急激に減少している。

③（地域）MDC別患者数の推移



医療需要 推計手術件数：飯伊医療圏

- 手術需要は既にピークを迎えている見込み。
- 手術分類別では臓器提供や性器の手術件数が特に減少割合が大きくなることが予想される。

図1：部位別の手術件数の推計

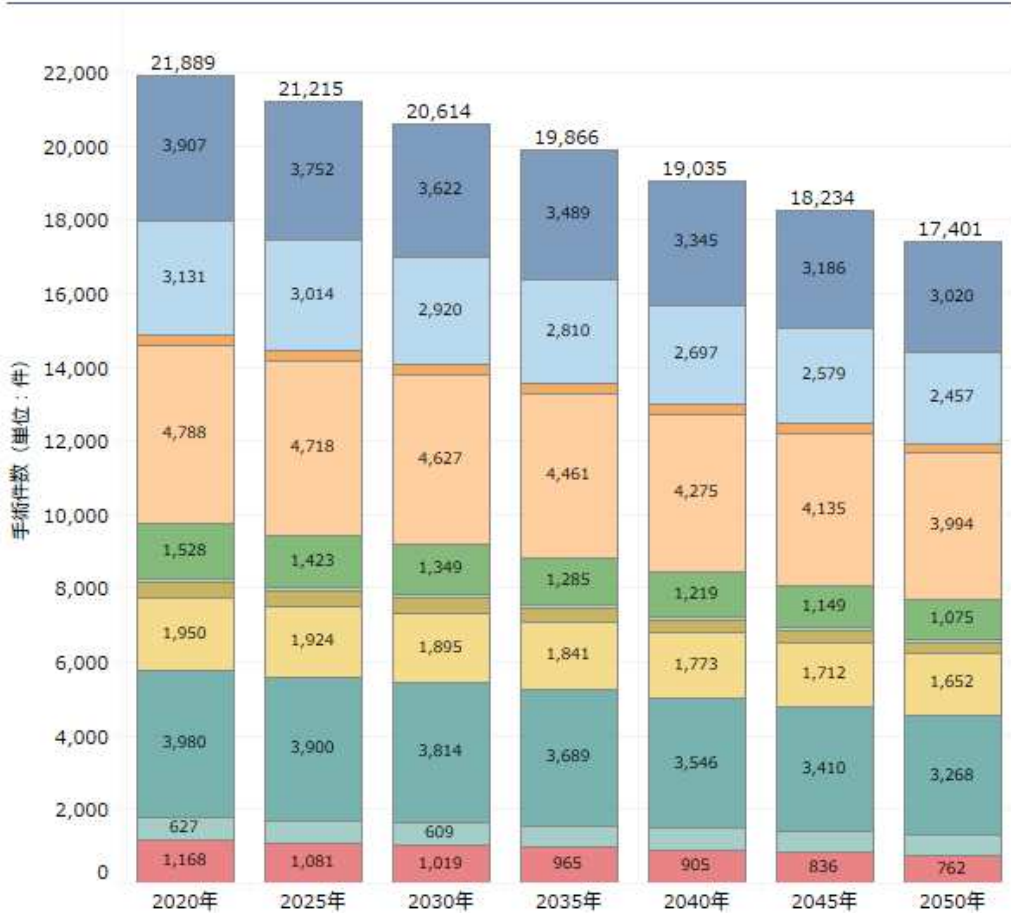
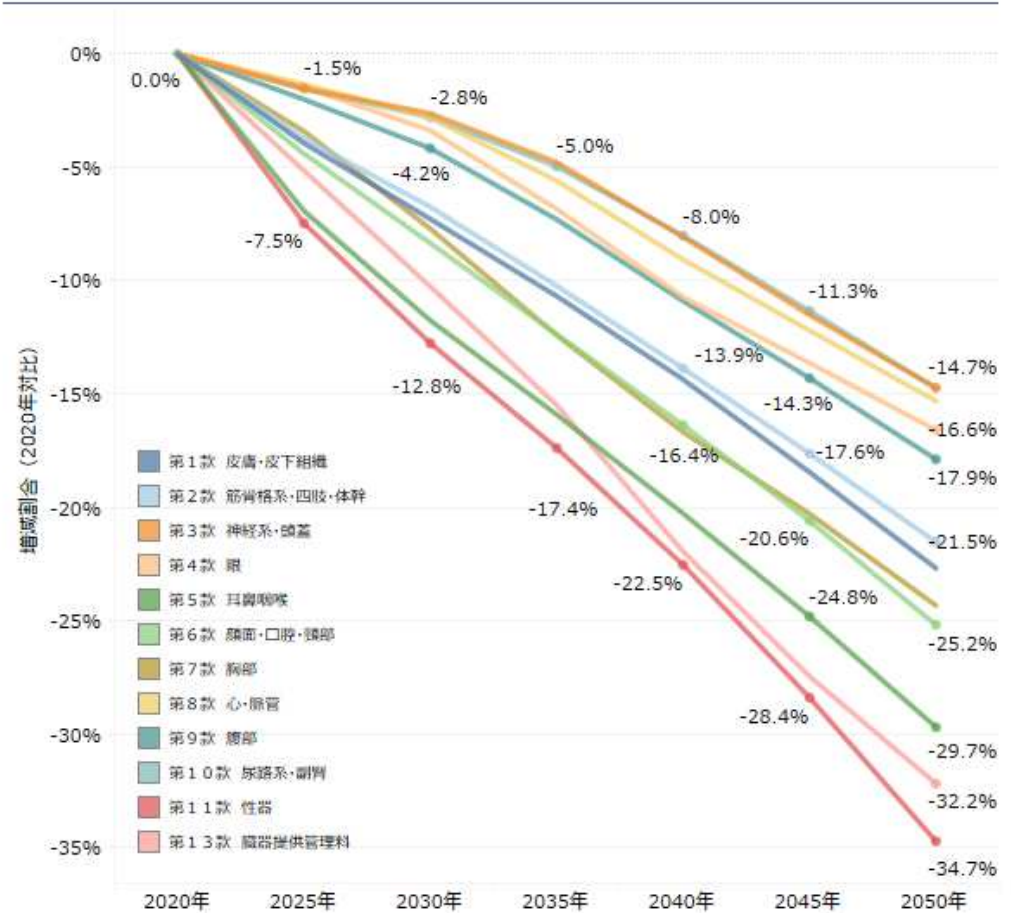


図2：部位別の手術件数の増減率



出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び第6回NDBオープンデータ（厚生労働省）
：2019年4月～2020年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

医療需要

救急搬送件数：飯伊医療圏

- 救急搬送件数は2030年頃にピークを迎え、以降減少傾向がみられる。
- 搬送患者に占める高齢者の割合が増加することが予想される。

図1：年齢区分別の搬送人員数

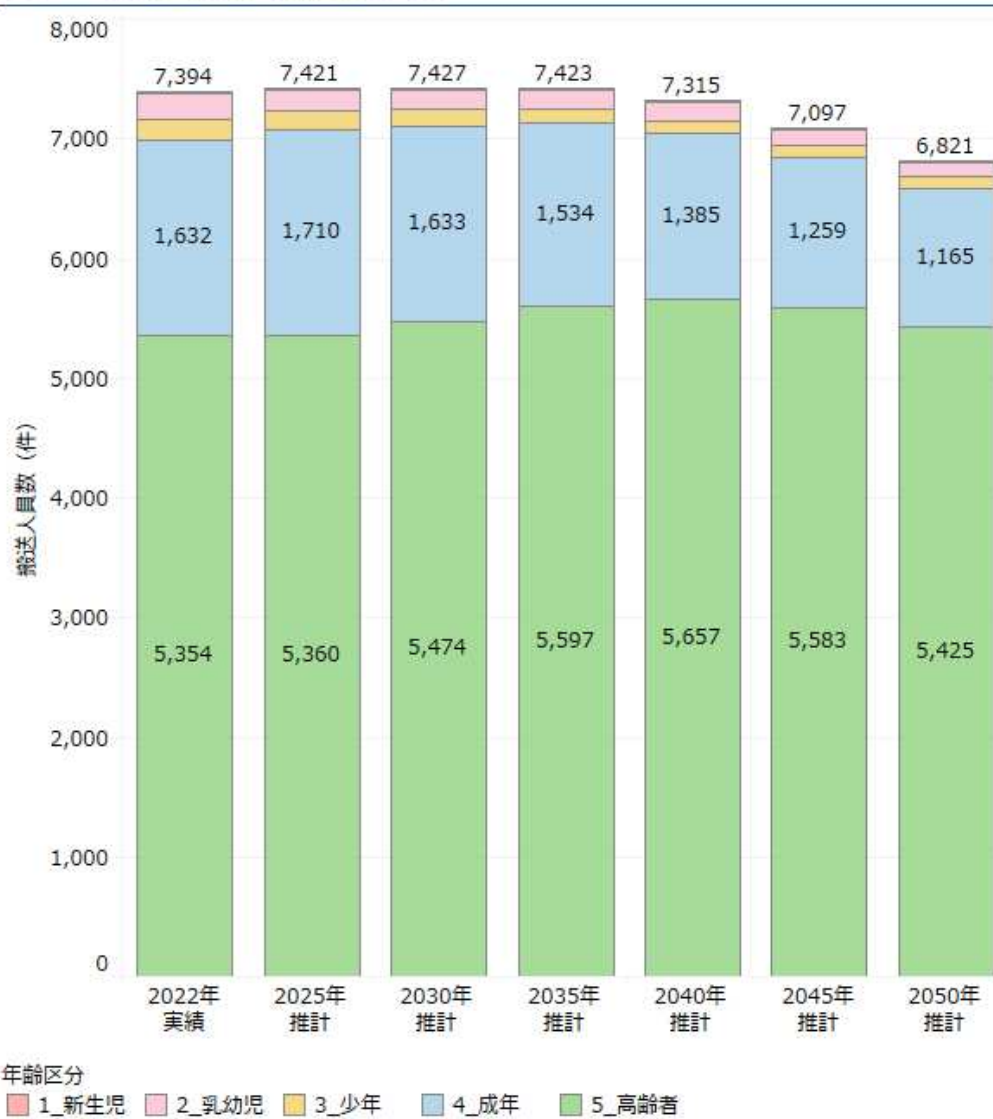
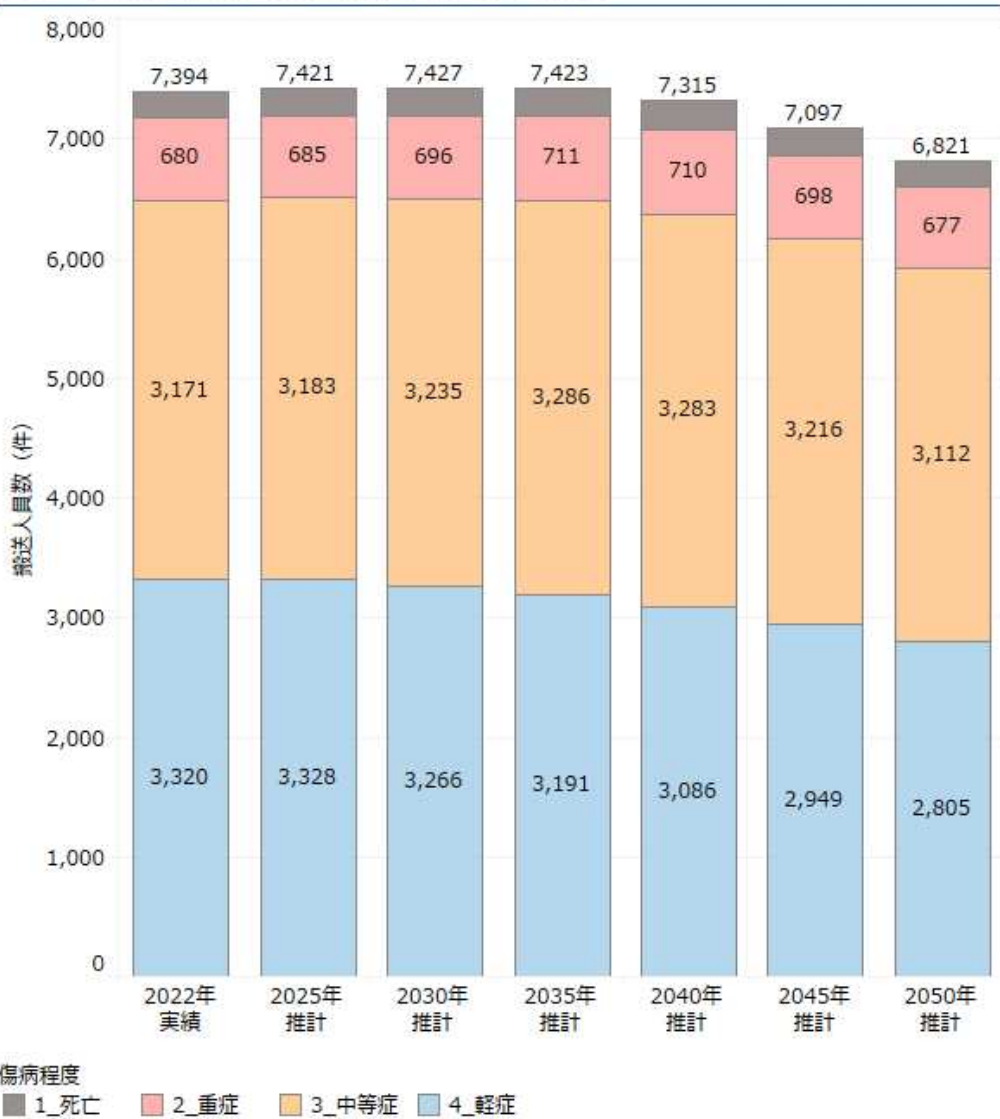


図2：傷病程度別の救急搬送人員数の推計



医療需要 推計在宅患者数：飯伊医療圏

- 後期高齢者の増加により在宅医療需要は2040年まで増加し、その後は緩やかに減少する見込み。

図1：年齢階級別の在宅医療患者数の推計

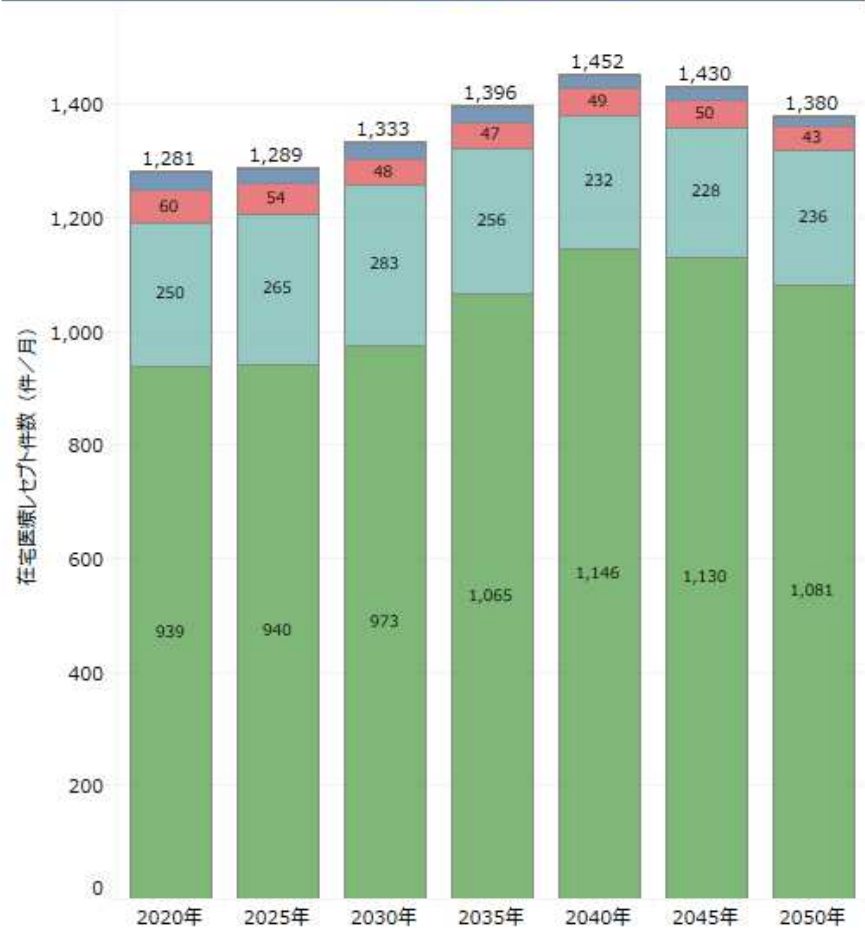


図2：居住場所別の在宅医療患者数の推計

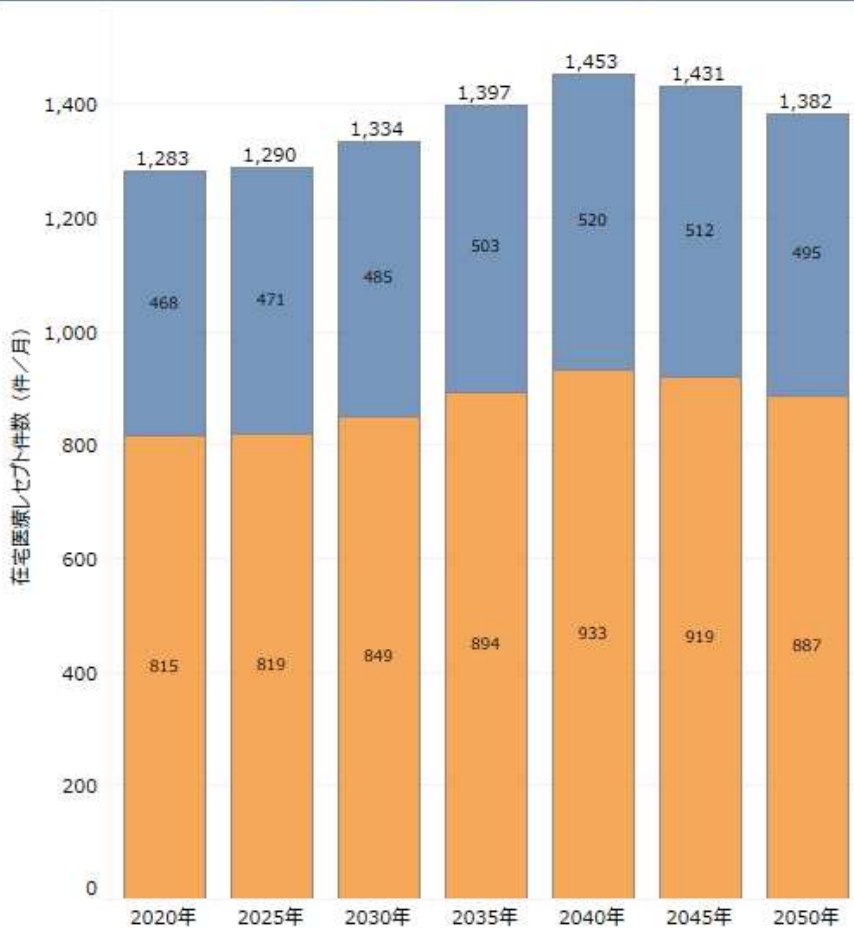


図1：年齢階級
15歳未満
15歳～64歳
65歳～74歳
75歳～84歳
85歳以上

図2：居住場所
在宅時医学総合管理料
施設入居時等医学総合管理料

出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び第6回NDBオープンデータ（厚生労働省）：2019年4月～2020年3月診療分のレセプトデータを用いて全国の性年齢別の発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

医療需要

推計要介護者数：飯伊医療圏

- ・ 高齢者の増加により介護需要は2040年まで増加することが予想される。
- ・ 要介護度の高い患者が増加する中で限られた働き手の中で対応できるのか懸念がある。

図1：年齢別の要介護者数の推計

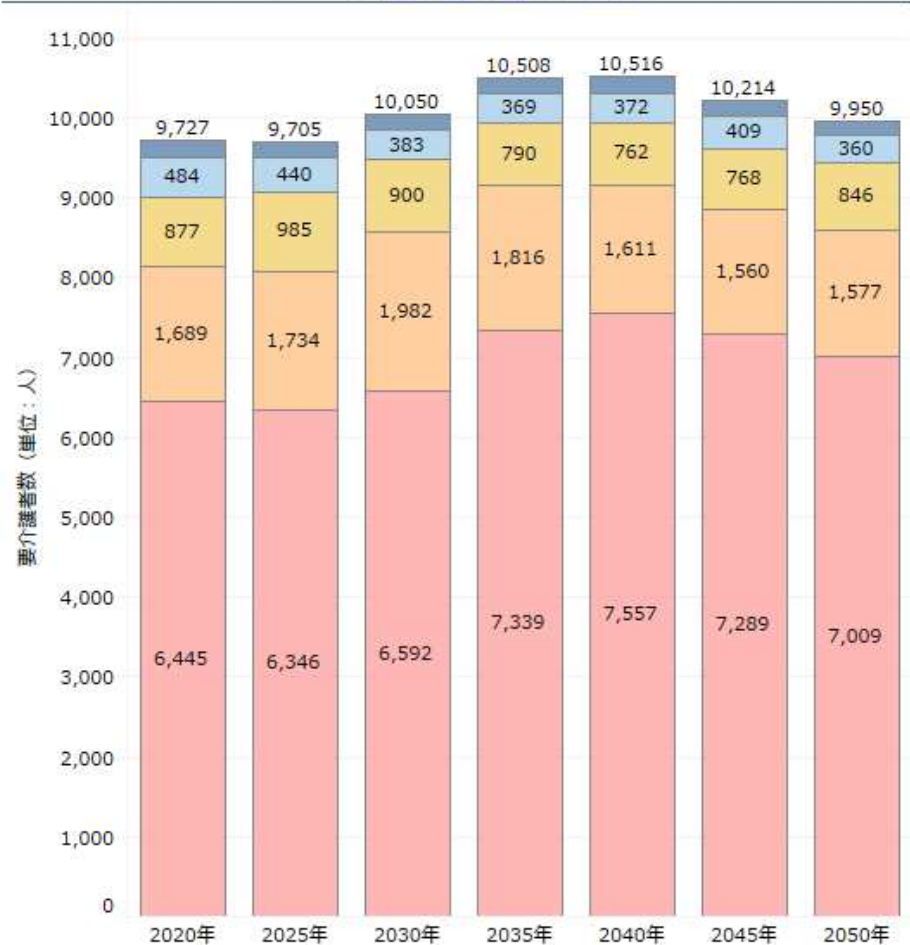


図2：要介護度別の要介護者数の推計

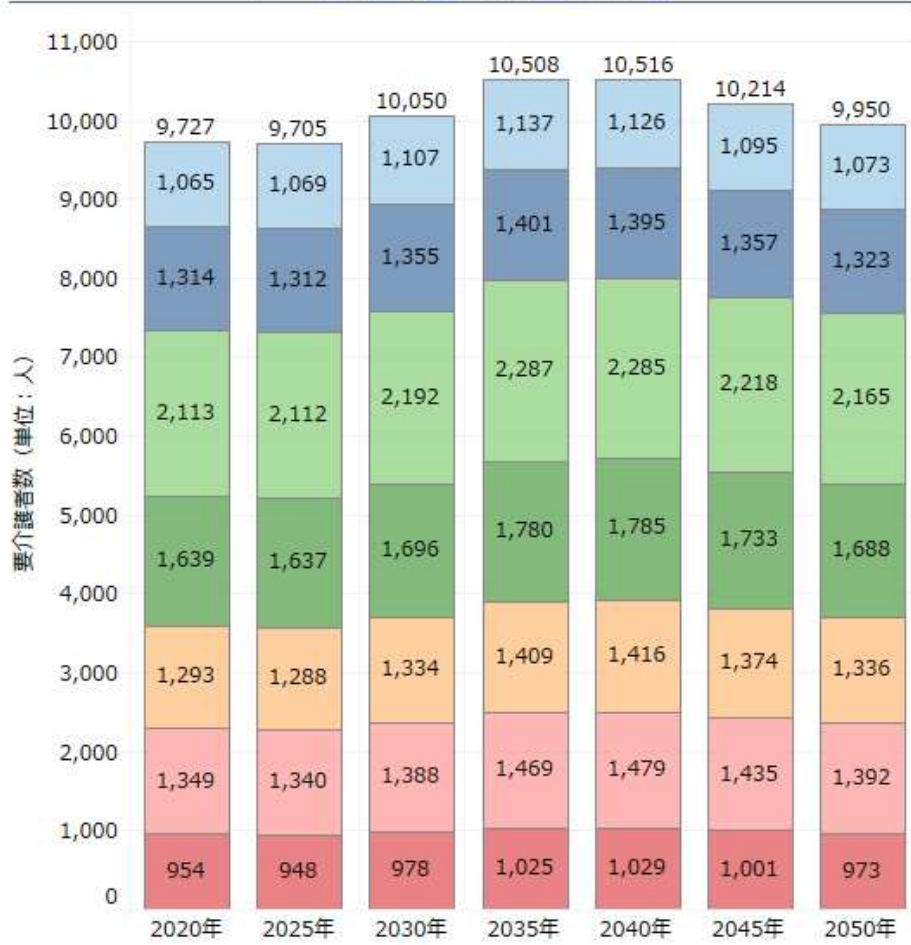


図1：年齢区分
■ 65～69歳
■ 70～74歳
■ 75～79歳
■ 80～84歳
■ 85歳以上

図2：要介護度
■ 要支援1
■ 要支援2
■ 要介護1
■ 要介護2
■ 要介護3
■ 要介護4
■ 要介護5

出典：「人口推計（2019年10月1日現在）」（総務省統計局）及び「令和元年度介護保険事業状況報告（年報）表04-1＜都道府県別＞要介護（要支援）認定者数」（厚労省）を用いて発生率を計算
その発生率と「日本の地域別将来推計人口（令和5年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）を用いて推計

3. 新たな地域医療構想の目指す姿

医療提供体制を取り巻く主な課題

- ◆ 地域によっては、医療需要や医療資源等の状況が大きく異なるため、地域差を考慮する必要がある。
- ◆ 病床機能に着目した議論は、地域の実態を把握するには限界がある。医療機関の役割分担・連携の議論を進めるためには、「病院機能」にも着目していく必要性がある。
- ◆ 多くの医療資源の投入を必要とする高度・専門的な医療需要が減少、誤嚥性肺炎や骨折等の高齢者特有の疾患二一ズの増加等が見込まれている。
- ◆ 高齢者人口の増加に伴い、85歳以上の救急搬送の増加や在宅医療・介護需要の増加が見込まれている。
- ◆ 生産年齢人口の減少や医師の高齢化等により、マンパワーの制約が課題となり、医療提供体制自体の維持が困難になりかねない。
- ◆ 症例数の減少により、若手医師の研修環境の確保が難しくなり、次世代を担う若手医師が
集まらず医療の質の低下につながりかねない。

主な課題を踏まえた方向性（案）

◆ 医療需要や医療資源の変化への対応について

- 地域ごとに異なる医療需要や医療資源の状況に対応した医療提供体制を構築するために、新たな地域医療構想の策定にあたっては、構想区域の設定を適切に行うことが求められる。
- 「高度・専門医療を中心に担う医療機関」と「高齢者疾患等に対応する医療機関」との役割分担を進める必要がある。
- 急性期の医療ニーズが減少が見込まれることから、安定した経営を維持するためにも、高度・専門医療の症例を特定の医療機関へ集約し、一定以上の症例数を確保していく必要がある。

◆ 医療・介護双方のニーズを必要とする高齢者への対応について

- 今後も高齢者のニーズに対応できるよう、在宅医療や医療と介護の連携体制の更なる整備を引き続き進めていく必要がある。
- 救急搬送や円滑な入院につなげるために、高齢者に対する適切な入退院支援体制の整備を一層強化していく必要がある。

◆ 効率的な医療資源の適正な配置の在り方について

- 持続可能な医療提供体制を確保するため、これまで以上に地域全体で効率的な医師配置など医療資源の適正な配置が必要である。

◆ 医療の質の確保について

- 次世代を担う若い医師が集まる育成環境の整備や、医師や症例数を集約し医療従事者にとっても魅力的な病院としていくことが重要になる。

- ◆ 主な課題を踏まえた方向性（案）について、追加したほうがよい視点や対応方策など、幅広くご意見をいただきたい。