資料１－２

木曽圏域の状況

新たな地域医療構想の検討に当たっては、圏域ごとの医療需要の変化を把握することが重要である。

次ページから、“木曽圏域”の圏域状況について資料を提示する

長野県健康福祉部医療政策課

木曽圏域の医療需要・供給の変化と今後の方向性

① 医療需要は減少するが、高齢者中心の患者構成は継続
- 入院患者数は減少
- 外来患者数は減少
- 高齢者中心の患者構成は継続

② 外来化・在院日数の短縮が進展
- 平均在院日数は短縮傾向
- 白内障等の外来化が進展
- がん治療等の外来・短期入院化が進展

③ 圏域内での医療提供を維持
- 木曽病院を中心に入院医療を提供
- 病床機能間の連携により患者を受入

需要の変化
患者数　↓
患者の高齢化　↑

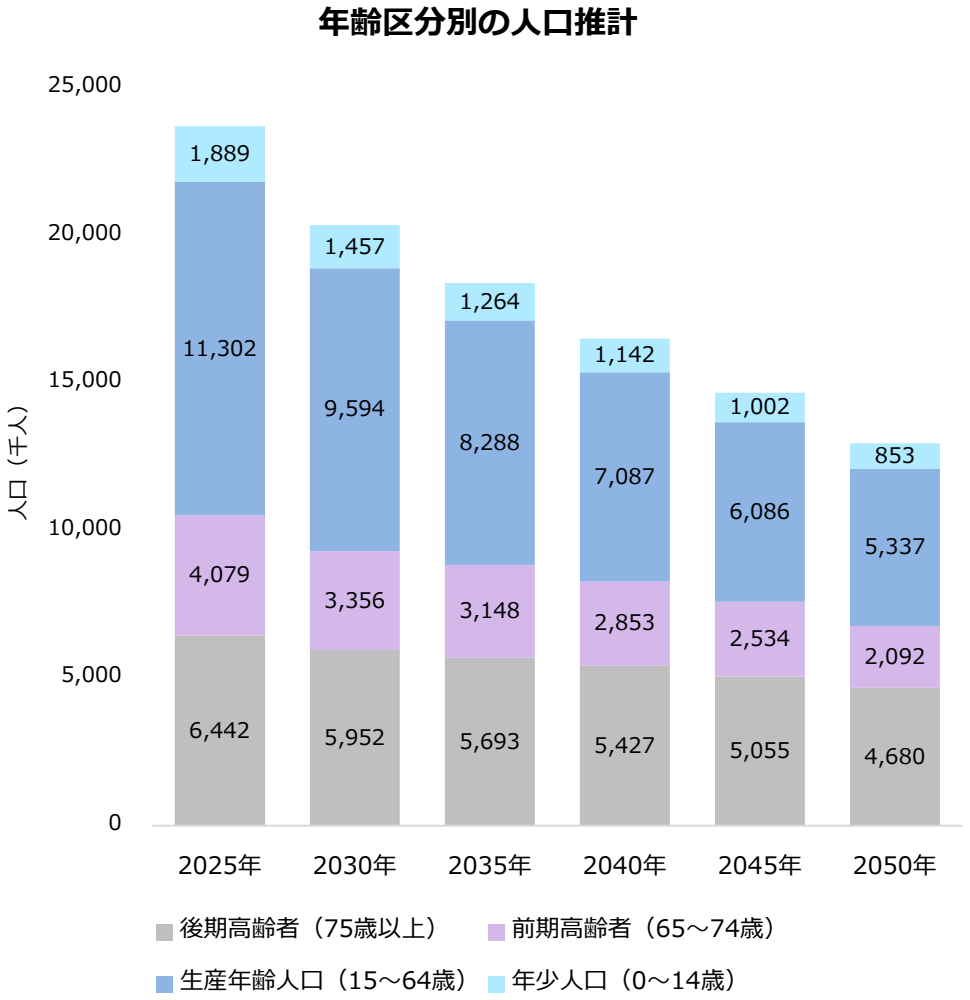
供給の変化
医療人材↓
必要な医療機能の確保が必要

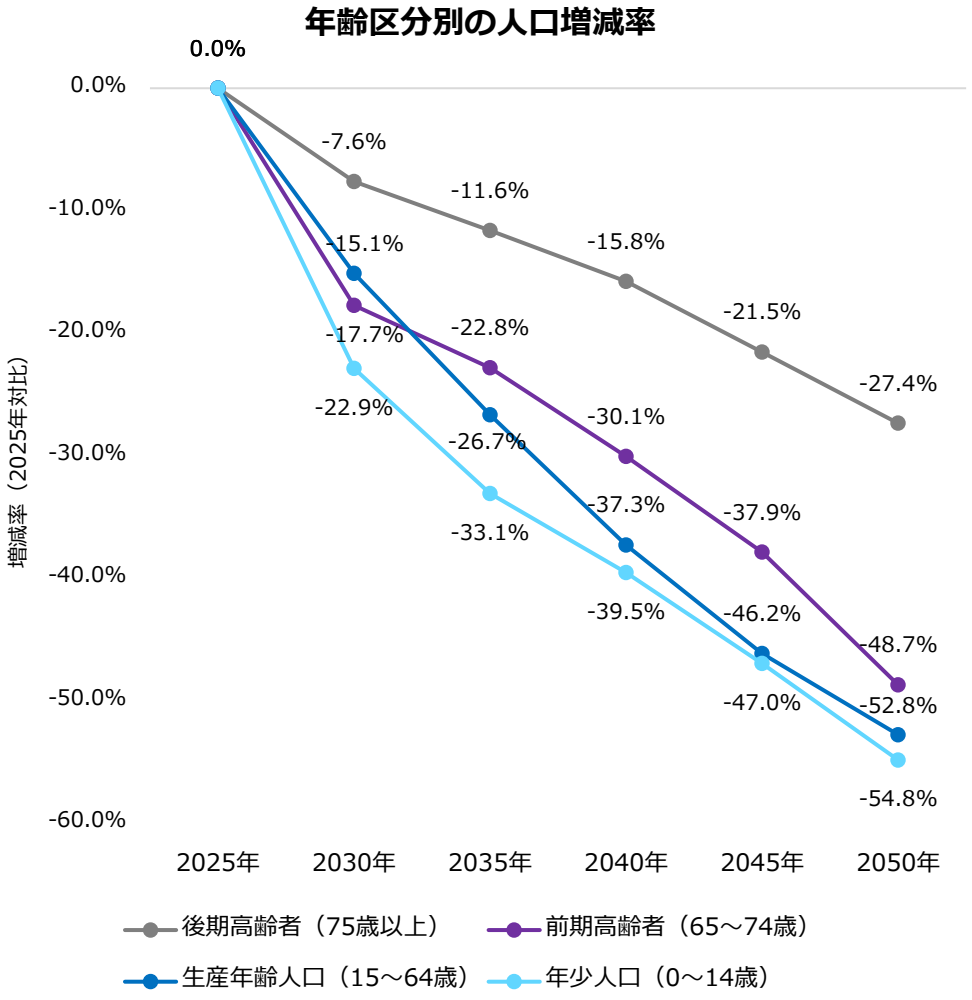
必要な医療機能の維持

1. **入院医療**
   受入体制の維持・確保
2. **在宅医療**
   地域の実情に応じた提供体制の確保
3. **高齢患者への対応**
   予防・治療・リハビリ体制の確保
4. **役割分担・連携**
   木曽病院を中心とした医療提供体制の維持

【木曽】人口推計

・総人口は既にピークを迎えており、2050年に対2025年比で約1万1千人（45.3%）減少する見込み。
・生産年齢人口及び年少人口を中心に、いずれの年齢層においても減少が予想される。



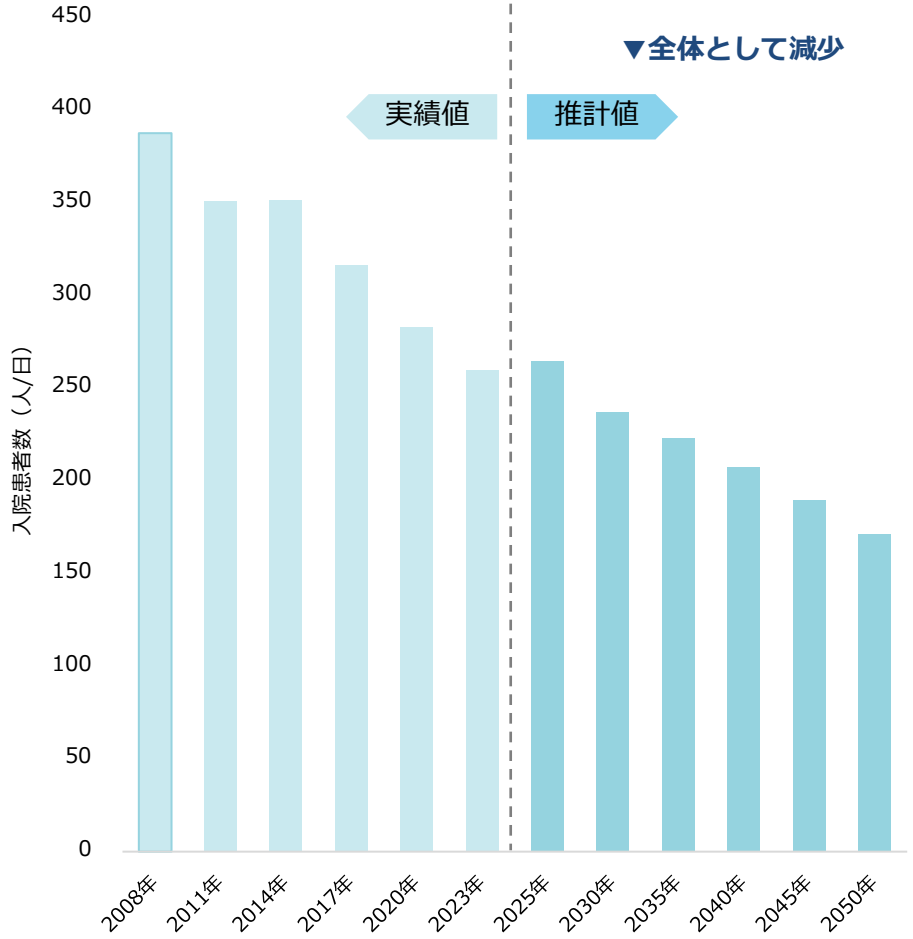


出典：厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」

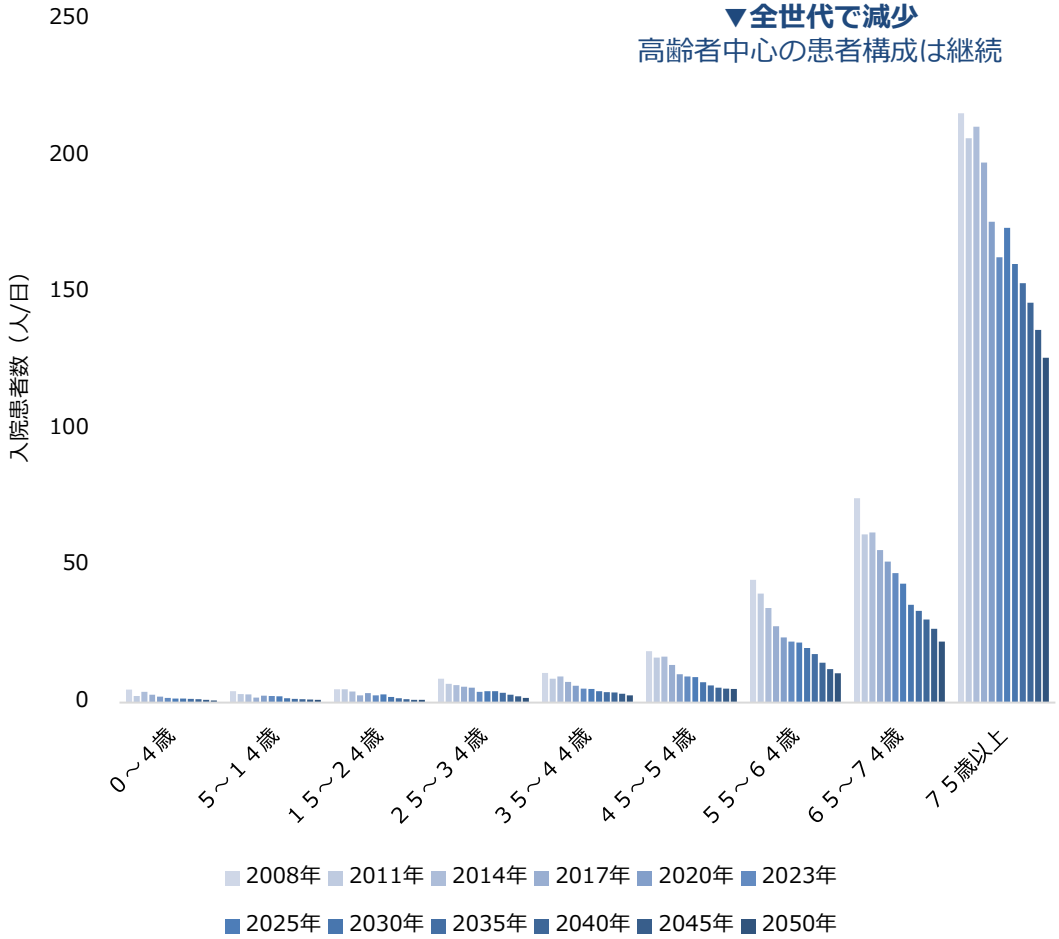
【木曽】入院患者数の推移

入院患者数はこれまで減少傾向にあり、今後もその傾向が続く見込みである。年齢階級別にみると、全ての年齢階級で減少が見込まれ、特に75歳以上の患者数の減少が大きい。患者数が減少する中においても必要な医療機能を維持・確保していくため、医療需要の変化に応じた効率的な医療提供体制の構築が求められる。

入院患者数推移



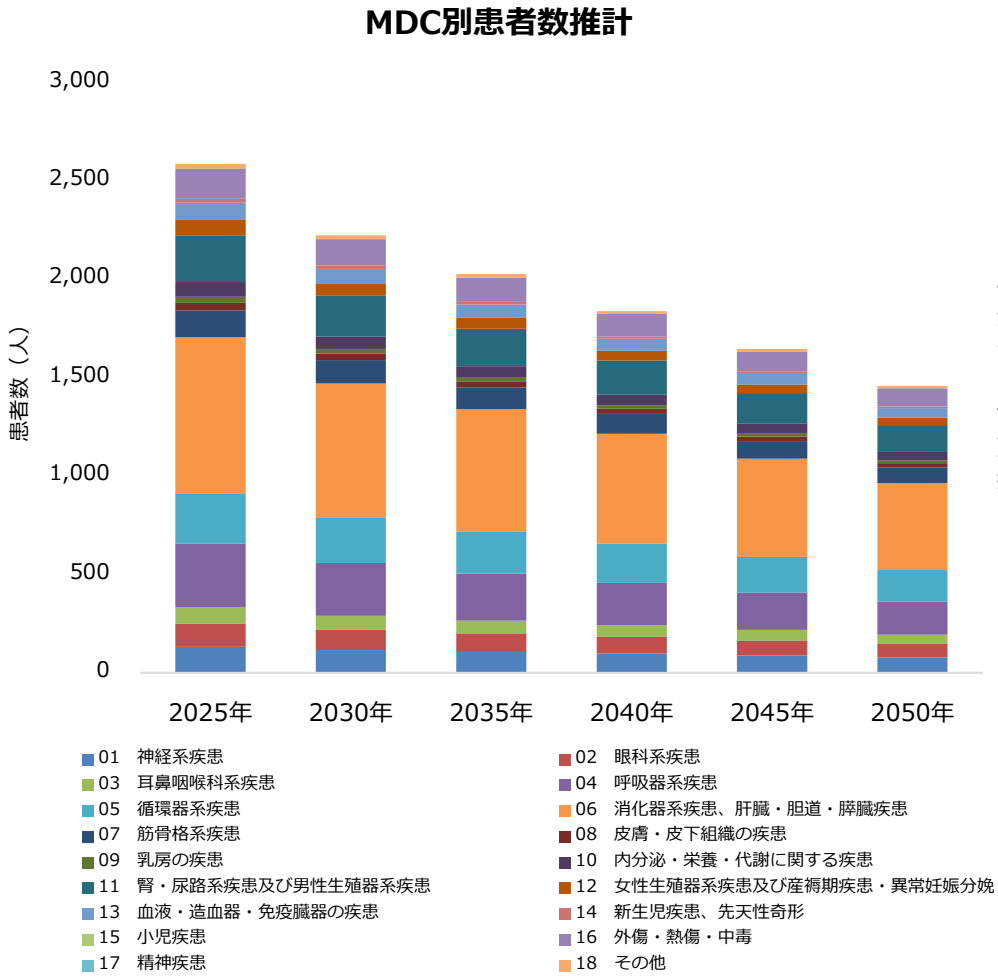
年齢階級別の入院患者数推移（2025年以降は推計値）

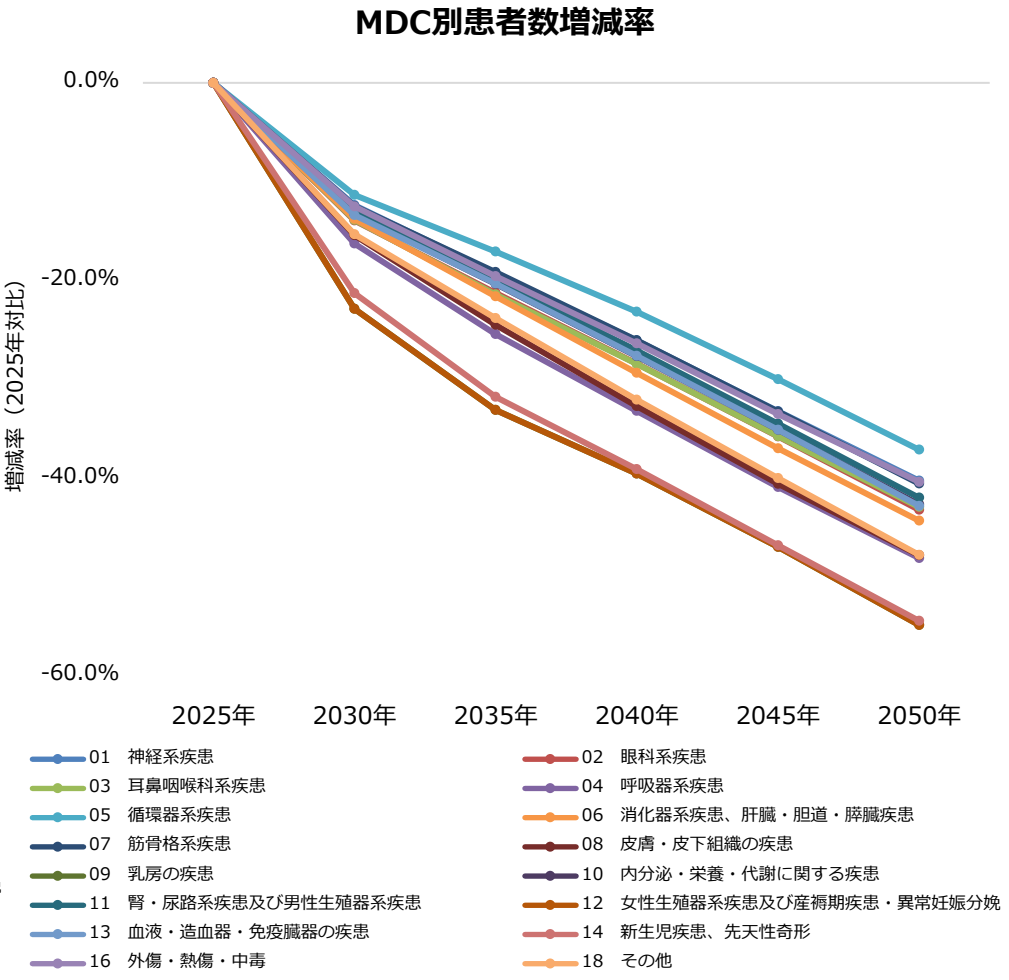


出典：厚生労働省「患者調査」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」、長野県「毎月人口移動調査結果報告」
注：長野県の年齢階級別受療率と圏域の年齢階級別人口を掛け合わせて算出。2025年以降の患者数は、2023年の長野県における年齢階級別の患者発生率を一定と仮定し推計

【木曽】2040年の医療需要（急性期入院）_急性期入院患者数（概況）

・木曽圏域の急性期医療需要は2025年以前に既にピークを迎えていると考えられる。
・疾患別患者数はいずれの疾患も減少見込みである。



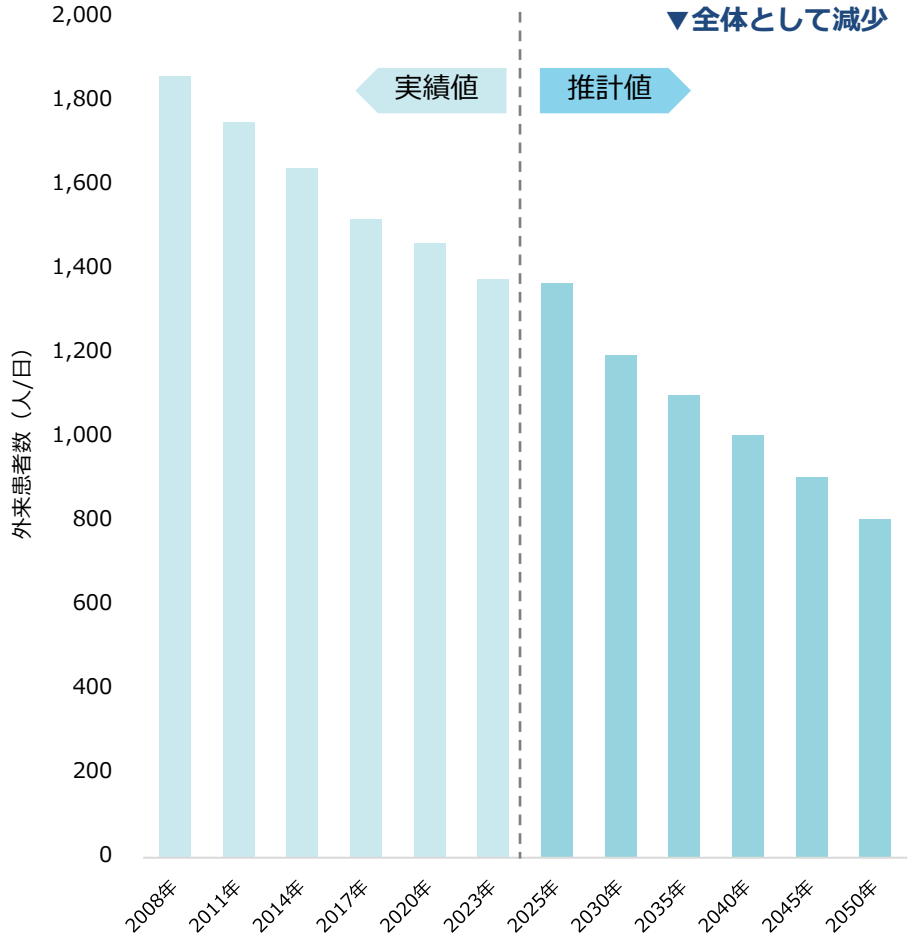


出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」（令和６年度）」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」及び長野県「毎月人口異動調査結果報告（令和６年）」
なお、MDC別患者数のうち、「15小児疾患」及び「17精神疾患」は10症例未満で公開対象外のため算定不可

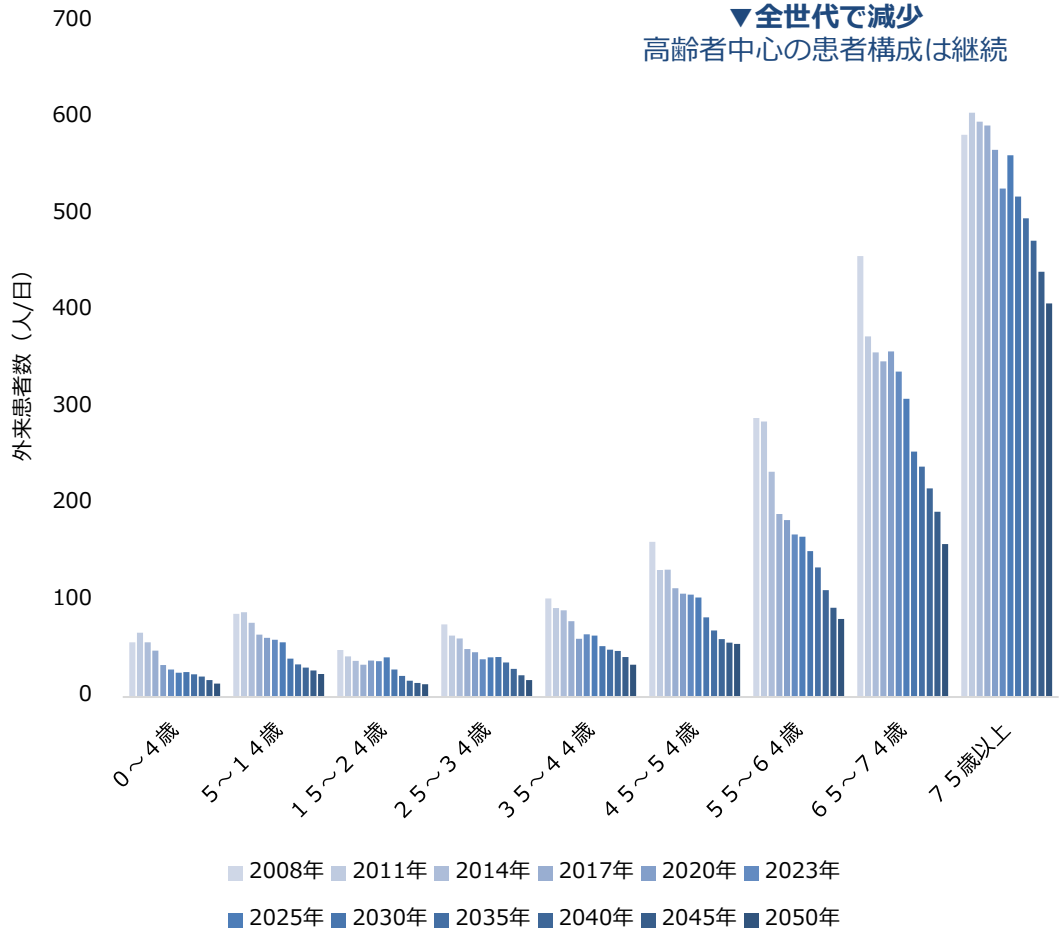
【木曽】外来患者数の推移

外来患者数はこれまで減少傾向にあり、今後もその傾向が続く見込みである。年齢階級別にみると、全ての年齢階級で減少が見込まれるものの、患者の中心は引き続き高齢者層である。今後は患者数の減少と高齢化の進展の双方を踏まえながら、持続可能な外来医療提供体制の確保が求められる。

外来患者数推移



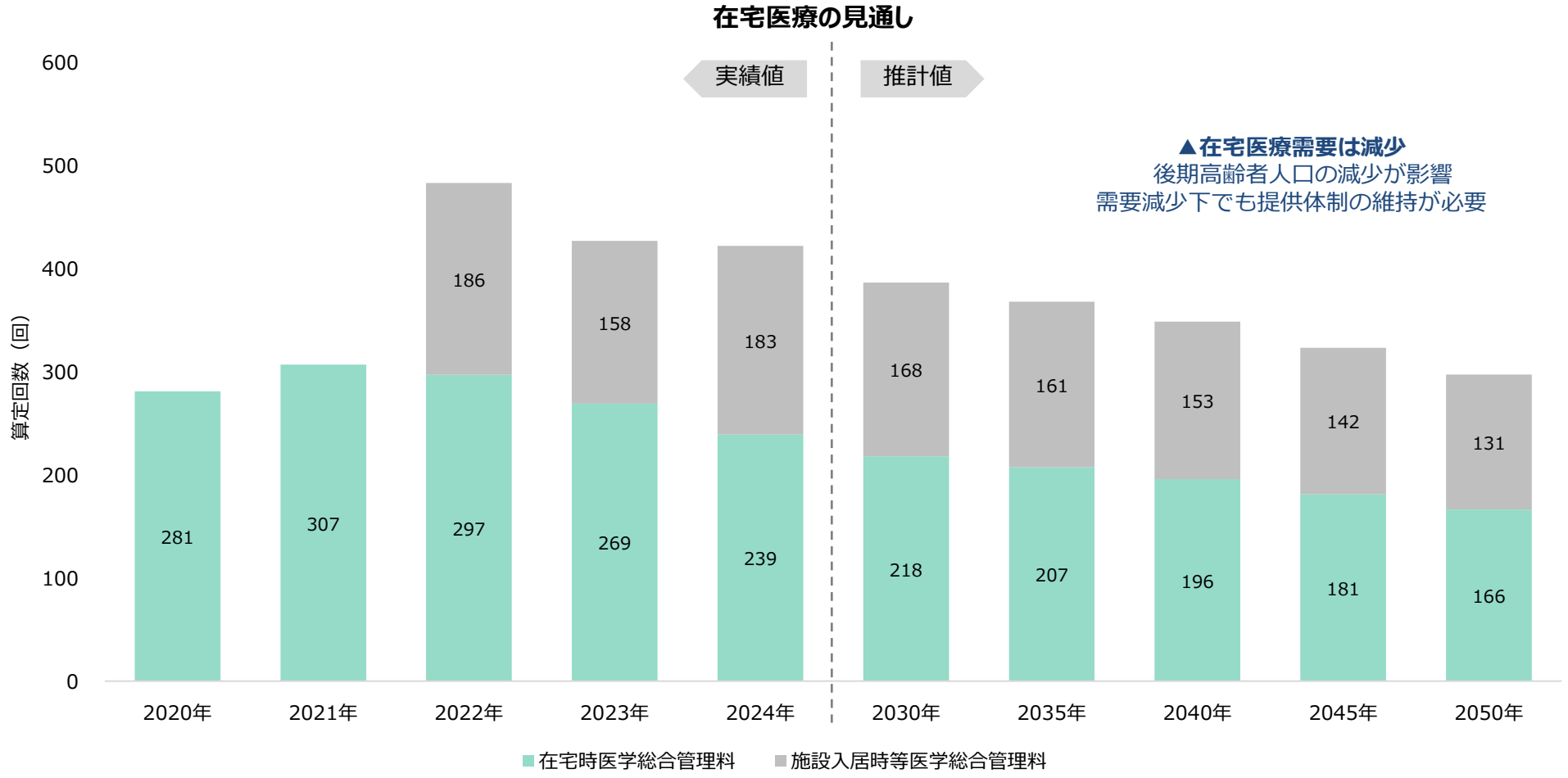
年齢階級別の外来患者数推移（2025年以降は推計値）



出典：厚生労働省「患者調査」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」、長野県「毎月人口移動調査結果報告」
注：長野県の年齢階級別受療率と圏域の年齢階級別人口を掛け合わせて算出。2025年以降の患者数は、2023年の長野県における年齢階級別の患者発生率を一定と仮定し推計

【木曽】在宅（訪問診療）医療実施状況

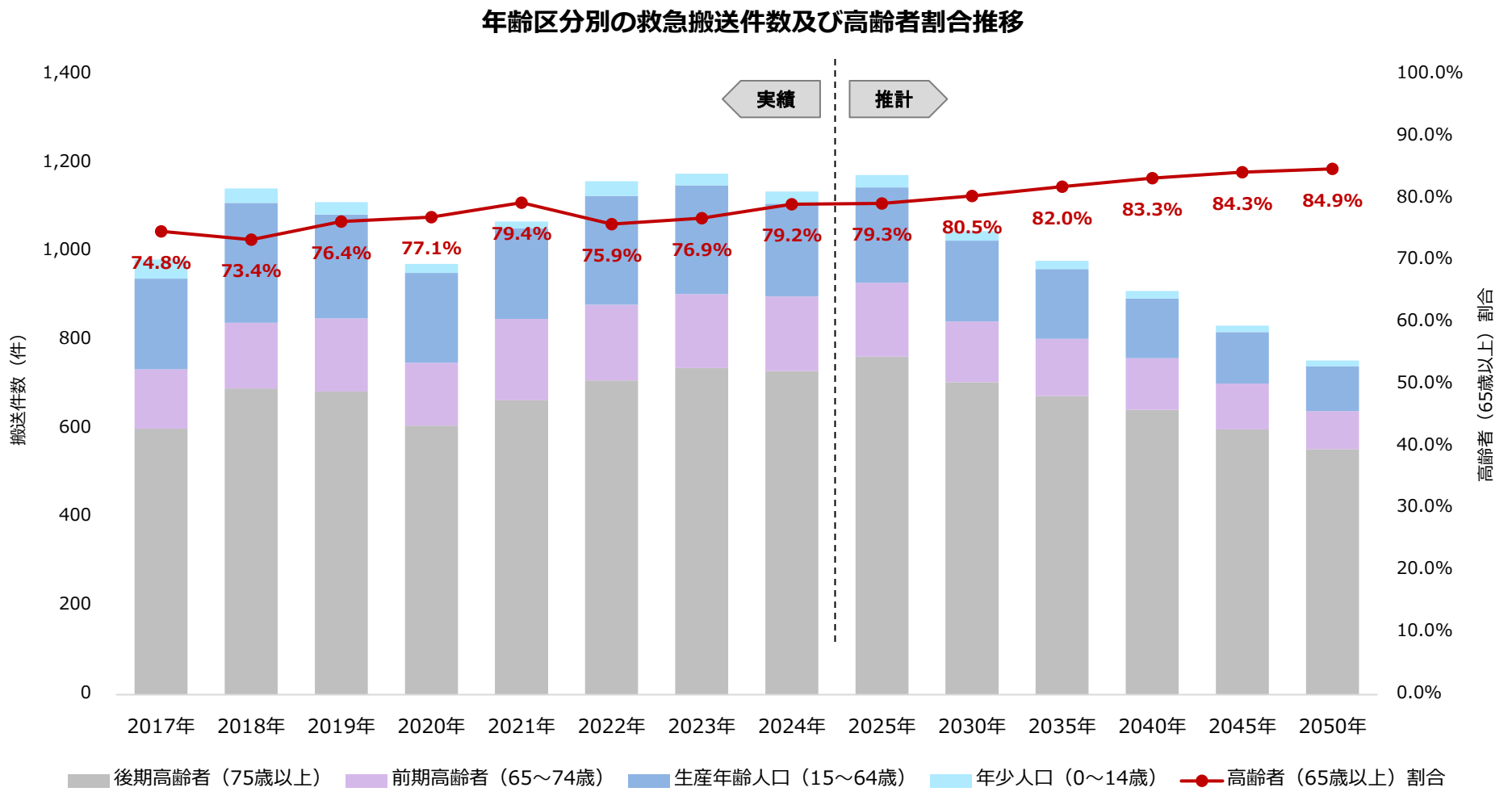
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定回数は、2022年をピークに減少し、今後も減少が見込まれる。在宅医療の利用率が高い後期高齢者人口の減少を背景に、在宅医療需要の縮小が見込まれることから、今後は需要の変化を踏まえた提供体制の確保が求められる。



出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」、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」
注：C002_在宅時医学総合管理料及びC002-2_施設入居時等医学総合管理料の算定回数を合算。2024年の全国における年齢区分別の骨折在宅医療実施率を算出後、各圏域の実施状況を加味して補正を行い、実施率は一定と仮定し推計。2020年及び2021年の施設入居時等医学総合管理料は全項目が秘匿処理の対象となるため欠測

【木曽】2040年の医療需要（救急）_救急搬送件数及び高齢者割合

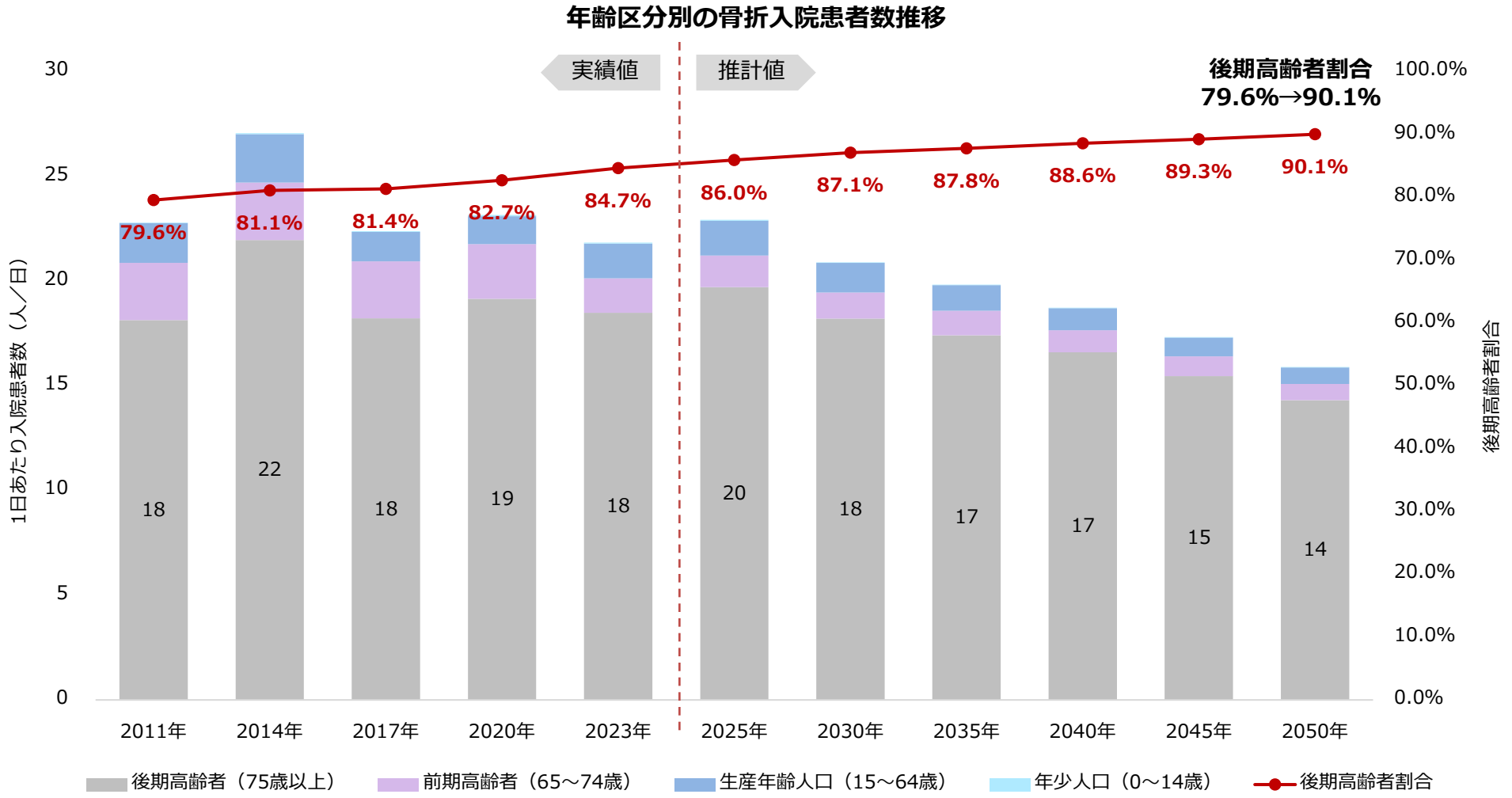
・木曽圏域の救急搬送件数は2025年以降減少する見込み。
・2025年から2050年にかけて、搬送患者に占める高齢者の割合の増加が見込まれるが、患者数は減少する見込み。



出典：長野県「救急搬送データ（平成29年～令和６年）」、「毎月人口移動調査結果報告（令和６年）」及び厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」
注：令和６年における年齢区分別の救急搬送発生率を算出後、発生率は一定と仮定し推計

（参考）【木曽】高齢者の骨折による入院需要の増加について

後期高齢者の骨折入院患者数は今後減少する見込みであるが、骨折入院患者に占める後期高齢者の割合は増加し、2050年には約9割に達する見込みである。骨折患者の高齢化が進むことから、急性期から回復期・在宅までを見据えた高齢者医療体制の確保が重要となることが示唆される。



出典：厚生労働省「患者調査」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」及び長野県「毎月人口移動調査結果報告」
注：患者数は長野県の年齢階級別・傷病分類別受療率と圏域の年齢階級別人口を掛け合わせて算出。2023年における年齢区分別の骨折入院患者発生率を算出後、発生率は一定と仮定し推計

【木曽】医療提供体制の状況

木曽圏域では、限られた医療機関・医療人材によって支えられており、医療需要の減少と患者の高齢化に対応しながら、医療提供体制の維持・確保が重要となる。

【凡例】赤字：全国比で値が小さい数値、青字：全国比で値が大きい数値

医療資源項目	単位	全国	長野県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
人口	人	124,330,690	1,959,494	200,454	185,834	183,946	172,253	144,354	22,377	410,887	53,241	508,963	76,040
65歳以上人口	人	35,916,427	642,311	66,604	60,285	62,913	55,873	51,015	10,031	123,557	20,083	162,830	29,120
割合	%	28.9%	32.8%	33.2%	32.4%	34.2%	32.4%	35.3%	44.8%	30.1%	37.7%	32.0%	38.3%
病院数	病院	8,060	120	13	14	11	9	9	1	26	2	32	3
人口10万人対	病院	6.5	6.1	6.5	7.5	6.0	5.2	6.2	4.5	6.3	3.8	6.3	3.9
救急告示病院数	病院	3,886	82	12	11	6	3	9	1	16	2	20	2
人口10万人対	病院	3.1	4.2	6.0	5.9	3.3	1.7	6.2	4.5	3.9	3.8	3.9	2.6
在宅療養支援病院数	病院	1,664	40	5	6	3	1	5	1	12	1	6	0
老年人口10万人対	病院	4.6	6.2	7.5	10.0	4.8	1.8	9.8	10.0	9.7	5.0	3.7	0.0
在宅療養支援診療所数	診療所	14,725	280	22	18	38	26	42	3	63	8	53	7
老年人口10万人対	診療所	41.0	43.6	33.0	29.9	60.4	46.5	82.3	29.9	51.0	39.8	32.5	24.0
医師数	人	413,122	5,319	628	379	503	317	321	45	1,507	125	1,284	209
人口10万人対	人	332	271	313	204	274	184	223	199	367	235	252	275
歯科医師数	人	100,266	1,685	151	122	161	145	143	13	507	35	371	38
人口10万人対	人	81	86	75	65	87	84	99	56	123	65	73	50
看護師･准看護師数	人	1,152,205	19,730	2,194	1,756	2,038	1,463	1,449	147	4,453	500	4,927	805
人口10万人対	人	927	1,007	1,094	945	1,108	849	1,004	656	1,084	938	968	1,058
薬剤師数	人	56,569	975	109	80	108	71	73	12	245	19	221	38
人口10万人対	人	45	50	54	43	58	41	50	54	60	36	43	50
理学療法士数	人	107,839	1,891	247	228	202	114	164	11	373	62	430	58
人口10万人対	人	87	96	123	123	110	66	114	51	91	116	84	76
作業療法士数	人	53,605	1,127	87	172	129	81	113	5	245	23	240	33
人口10万人対	人	43	58	43	93	70	47	78	22	60	43	47	43
言語聴覚士数	人	18,805	372	31	46	44	31	39	2	90	5	77	7
人口10万人対	人	15	19	15	25	24	18	27	9	22	9	15	9
管理栄養士数	人	27,850	477	44	57	53	32	48	4	98	14	109	17
人口10万人対	人	22	24	22	31	29	19	33	17	24	27	21	22

出典：【人口】＜全国＞住民基本台帳データ（令和7年1月時点）、＜長野県全体・二次医療圏＞毎月人口異動調査（令和8年4月時点）
【病院数】＜全国＞医療施設調査（令和6年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞長野県集計（令和8年6月時点）
【救急告示病院数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞長野県公表集計（令和8年5月時点）
【在宅療養支援病院数】＜全国＞一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会公表値（令和5年3月時点）、＜長野県・二次医療圏＞厚生局医療機関名簿（令和8年3月時点）
【在宅療養支援診療所数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）、＜長野県・二次医療圏＞厚生局医療機関名簿（令和8年3月時点）
【医療従事者数】＜全国＞医療施設調査（令和5年10月時点）（歯科医師数のみ医師・歯科医師・薬剤師統計（令和6年12月時点））、
＜長野県・二次医療圏＞医療情報ネット（令和8年4月時点）（言語聴覚士のみ医療施設調査（令和5年10月時点））

（参考）現行の地域医療構想における医療提供体制の変化

- ✓ **医療提供体制の機能分化・連携が進展**
  病床機能の見直しや外来化・在宅化の進展

- ✓ **新たな課題への対応が必要**
  高齢患者への医療の継続、医療人材確保

新たな地域医療構想の概要

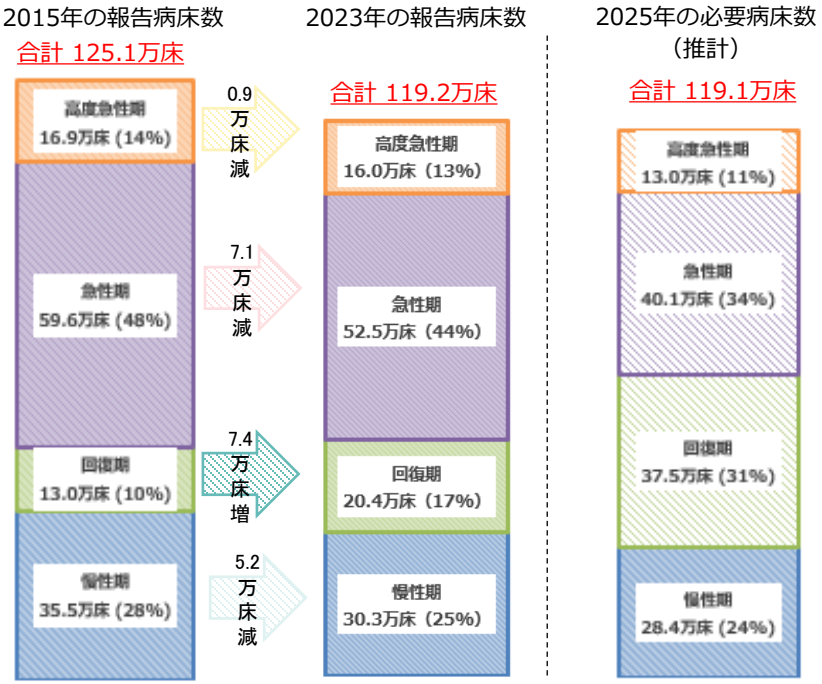
現行の地域医療構想

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。

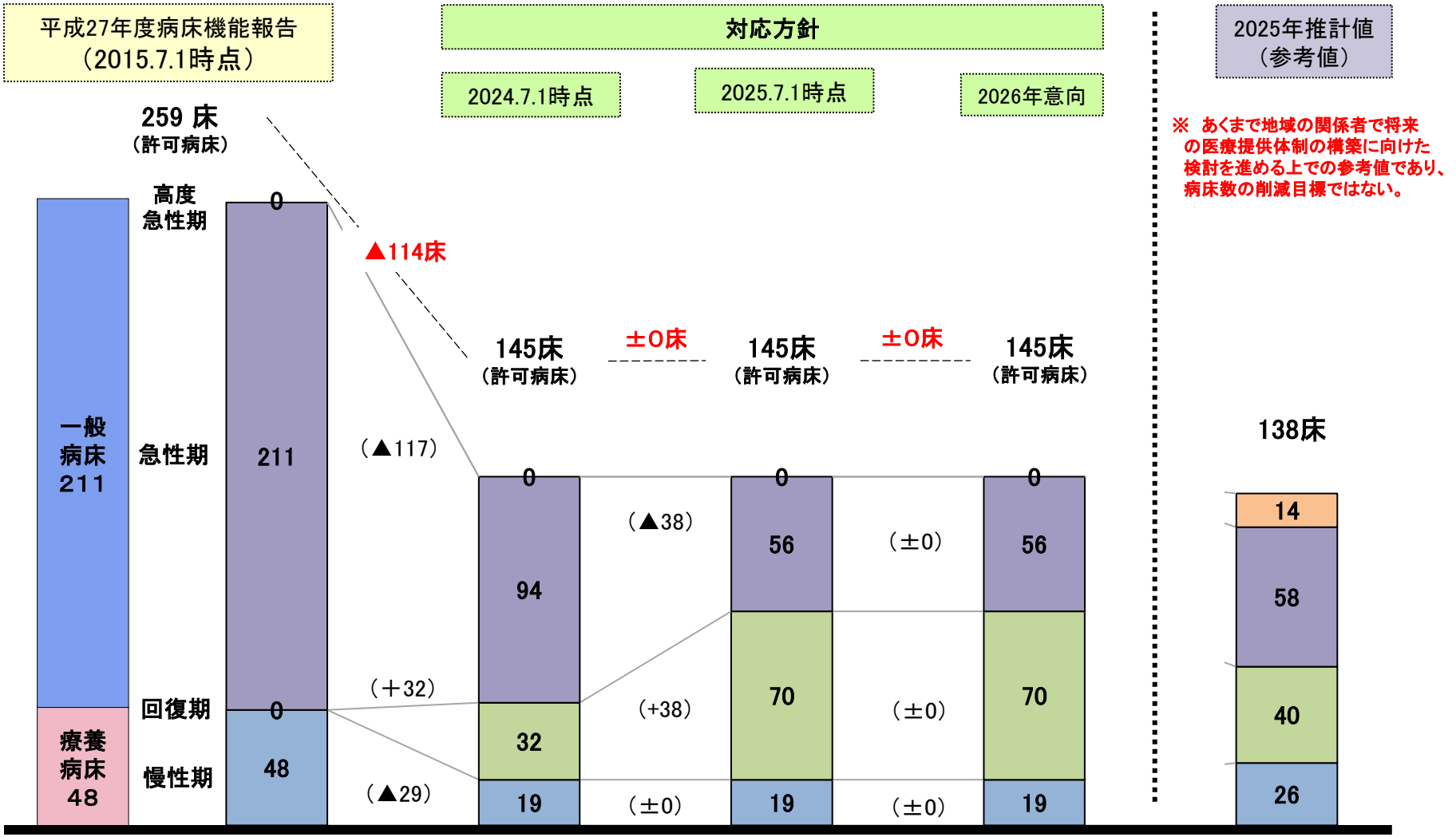
限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

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

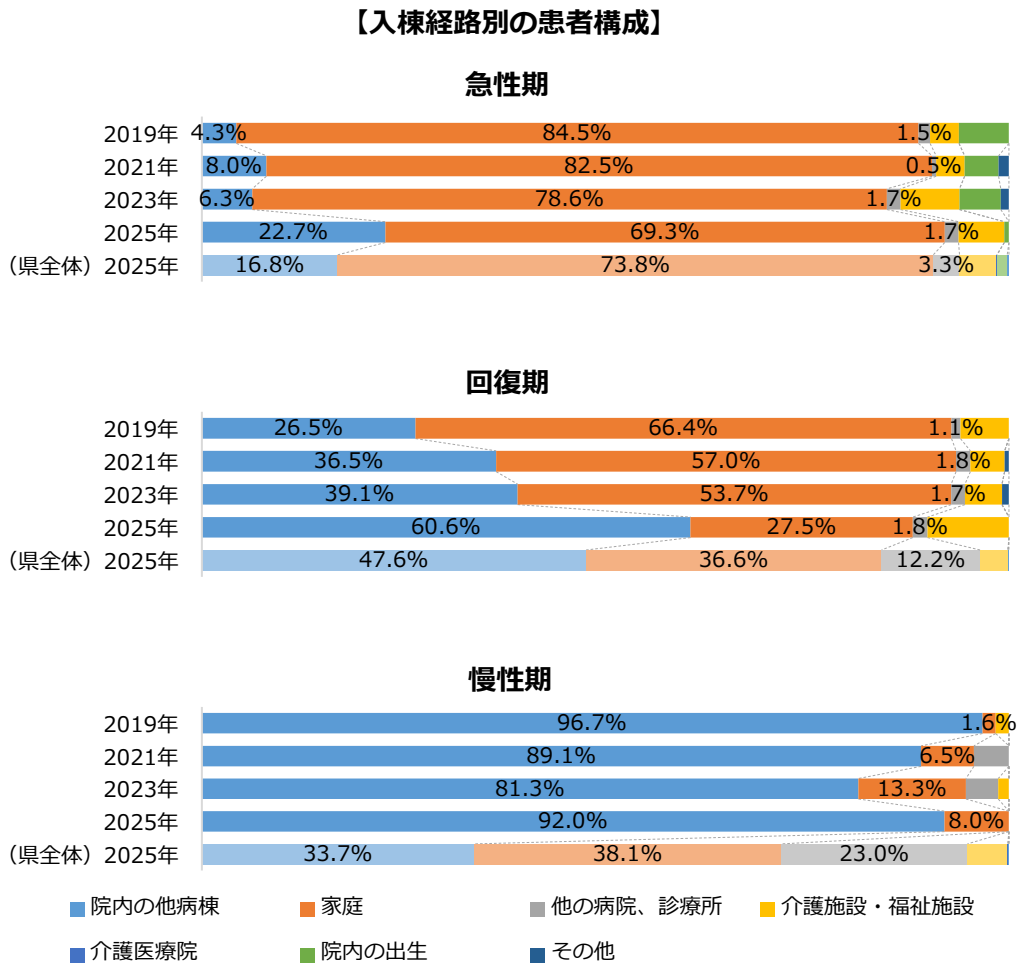
【木曽（県立木曽病院）】病床数の推移

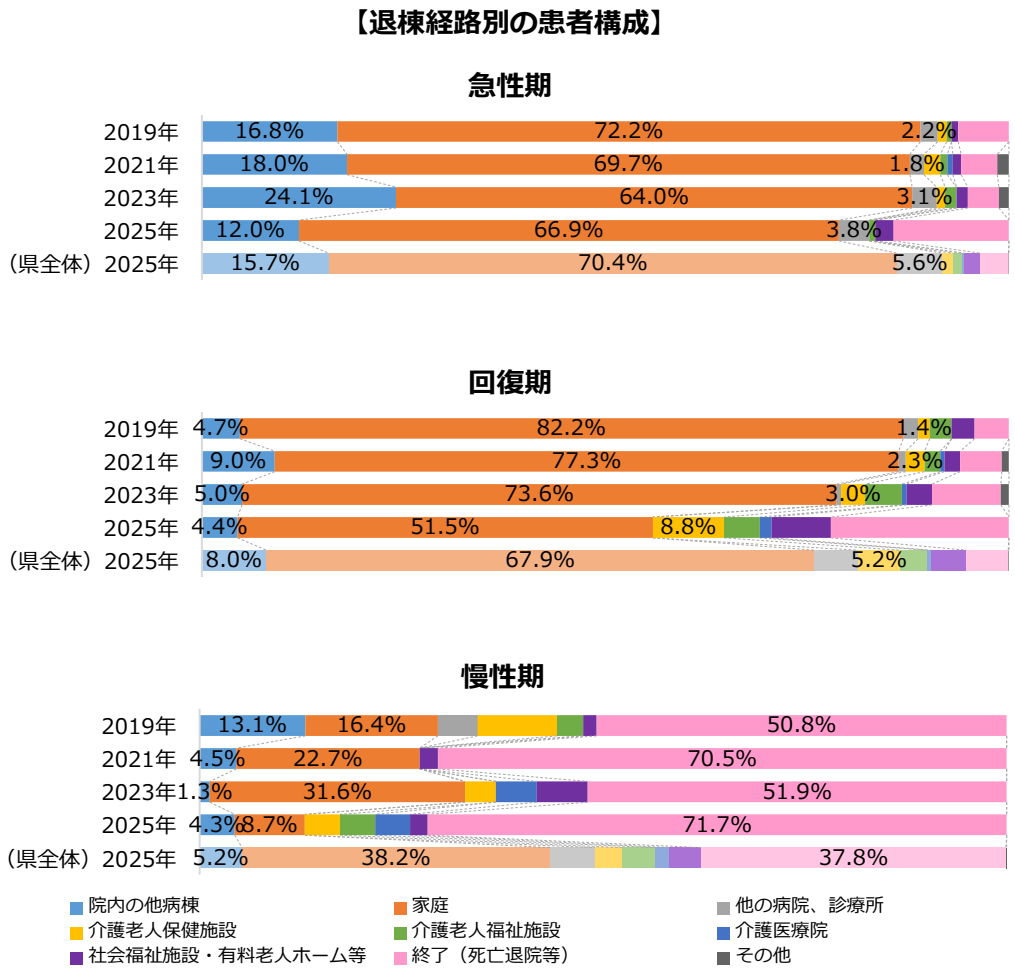
地域医療構想策定前の、2015年７月１日時点と比較すると、総病床数は減少、機能別病床数も急性期・慢性期が減少、回復期が増加。



【木曽】入棟・退棟経路別の患者構成の変化

慢性期病床では院内の他病棟からの患者の受入が大部分を占めており、圏域内において入院医療が継続的に提供されている状況がうかがえる。



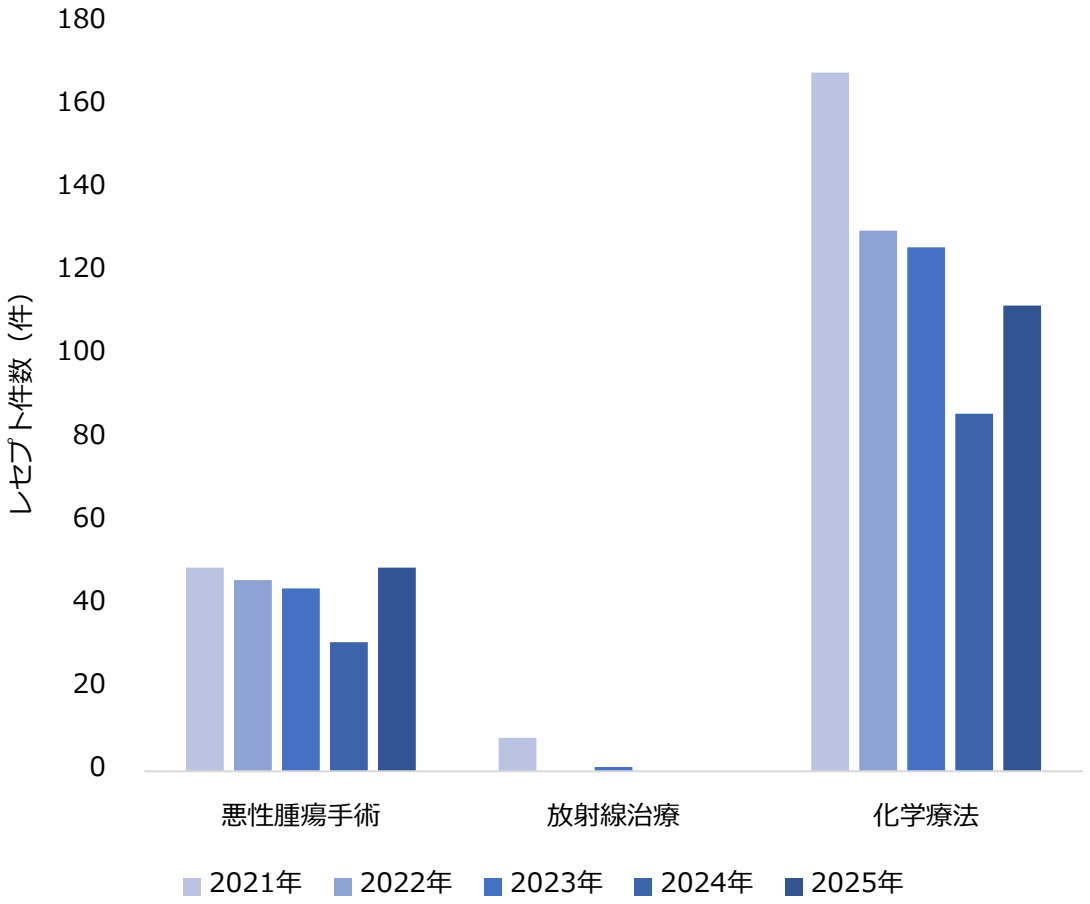


出典：厚生労働省「病床機能報告」

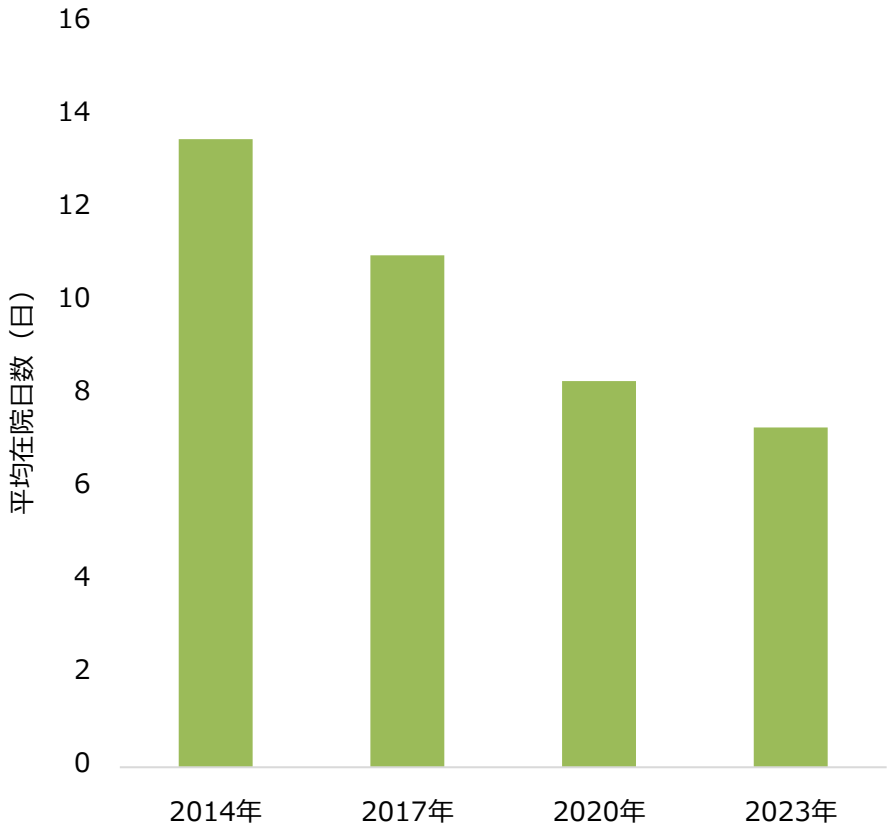
（参考）【木曽】がん診療の変化と在院日数の推移

悪性腫瘍手術や化学療法は引き続き実施されている一方、新生物〈腫瘍〉の退院患者平均在院日数は短縮傾向にある。患者数の減少だけでなく、がん診療の提供形態の変化も入院患者数減少の背景の一つと考えられる。

がんの治療状況の年次推移



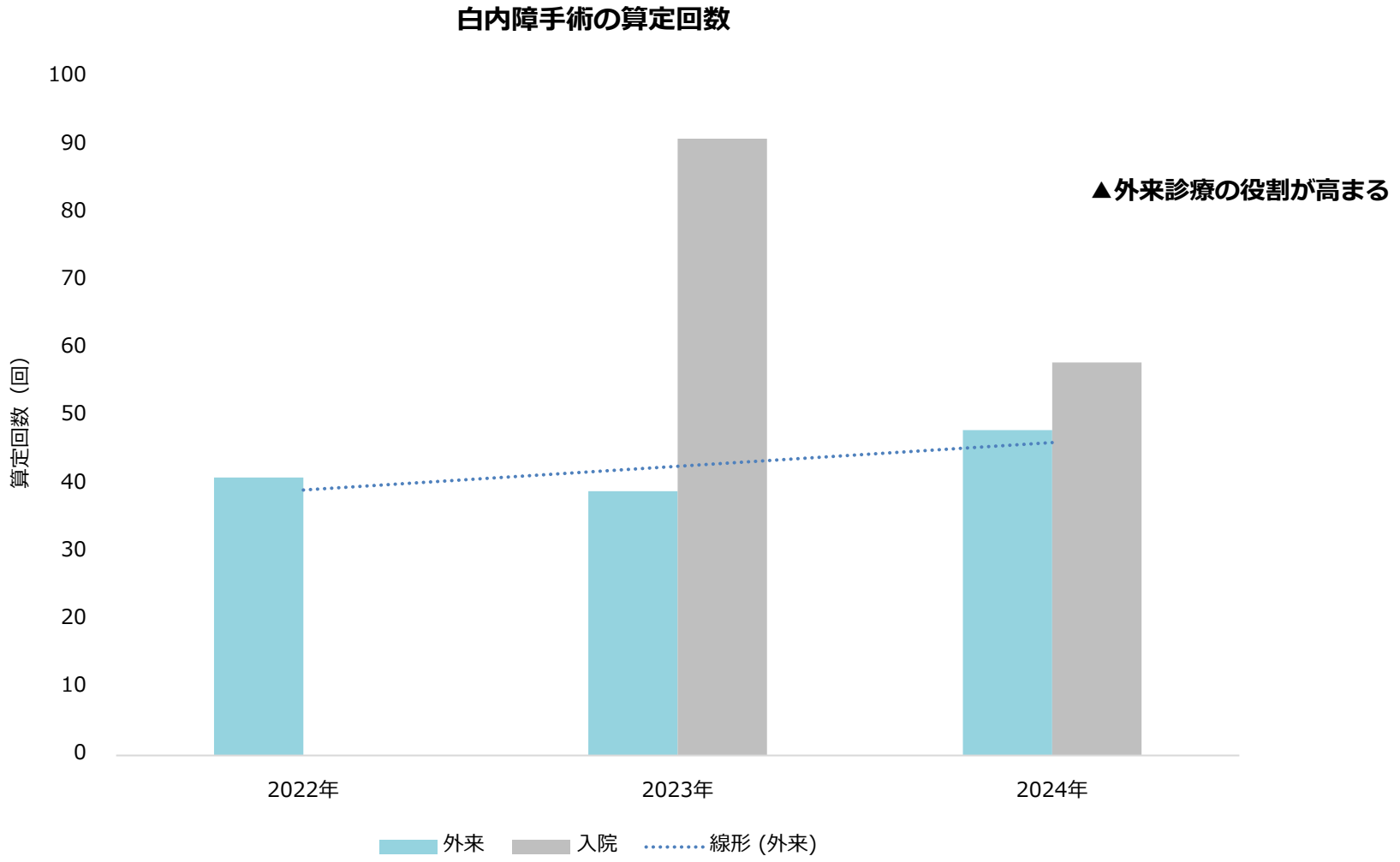
新生物＜腫瘍＞の退院患者平均在院日数



出典：がんの治療状況は長野県「病床機能報告」、退院患者平均在院日数は厚生労働省「患者調査」
注釈：各治療のレセプト値は以下の治療のレセプト件数を合算
・放射線治療：対外照射、ガンマナイフによる定位放射線治療、直線加速器による放射線治療、粒子線治療、全身照射、電磁波温熱療法、密封小線源治療
・化学療法：内服薬を用いている化学療法、注射薬を用いている化学療法

（参考）【木曽】白内障手術の外来移行について

白内障手術の算定回数は、入院では減少する一方、外来では増加していることから、外来での対応が進んでいる可能性が示唆される。

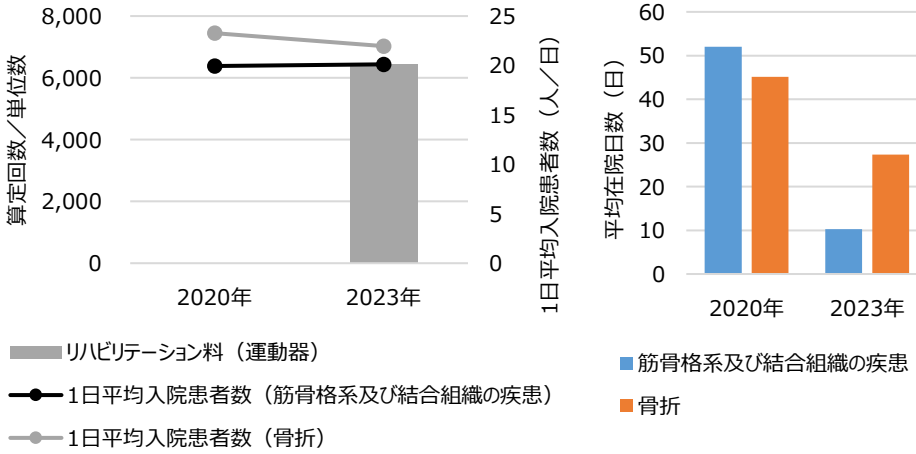


出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」
注： K282_水晶体再建術、 K282-2_後発白内障手術に分類される診療行為の算定回数を合算。 2022年の入院における当該手術の算定回数は秘匿化されているため欠測

（参考）【木曽】リハビリテーション提供体制と在院日数の状況

脳血管疾患、呼吸器疾患、運動器疾患のいずれも平均在院日数は短縮傾向にある。各疾患でリハビリテーションが提供される中で、平均在院日数の短縮がみられる。

運動器疾患のリハビリテーション料、患者数、平均在院日数



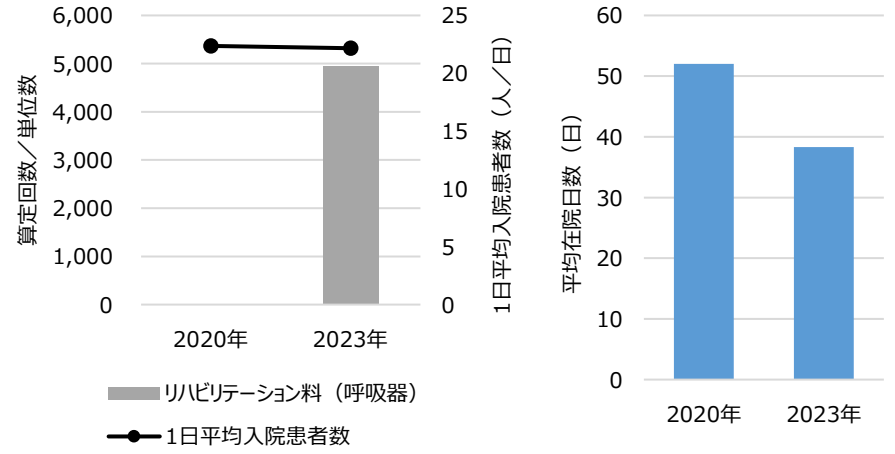
在院日数の変化

✓運動器疾患で大幅に短縮
- 筋骨格系：52.0日→10.3日
- 骨折：45.1日→27.3日

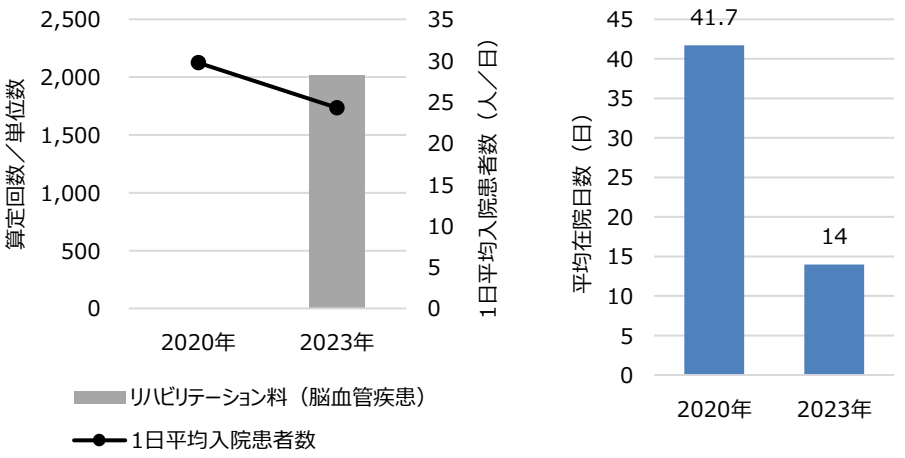
✓呼吸器疾患でも短縮
52日→38.3日

✓脳血管疾患でも短縮
41.7日→14日

呼吸器疾患のリハビリテーション料、患者数、平均在院日数



脳血管疾患のリハビリテーション料、患者数、平均在院日数



出典：厚生労働省「患者調査」、「NDBオープンデータ」
注：2020年のリハビリテーション料算定回数はいずれも秘匿化されているため欠測