資料２－１－２

諏訪圏域の状況

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、“諏訪圏域”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

諏訪圏域の医療需要・供給の変化と今後の方向性

① 入院医療需要は減少するが、高齢者医療の比重は高まる
- 入院患者数は減少
- 外来患者数は減少
- 高齢者医療需要は増加

② 医療の外来化・在宅化が進展
- 在宅医療需要は増加
- 白内障手術等で外来化が進展

③ 在院日数の短縮が進展
- 平均在院日数は短縮
- 限られた入院期間での治療・機能回復支援が重要

需要の変化

高齢者救急需要　↑

在宅需要　↑

高齢者需要　↑

供給の変化

生産年齢人口↓

医療人材確保↓

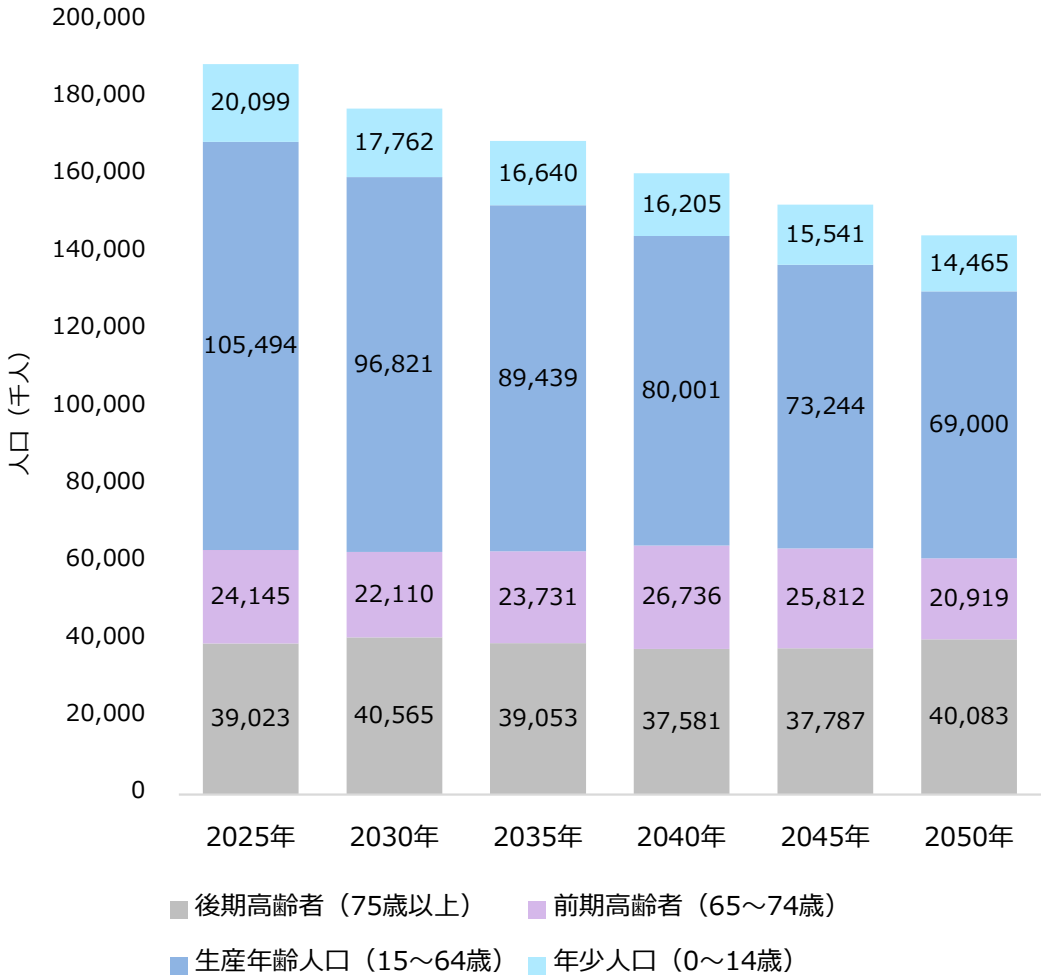
高齢化の進展と人材確保の対応

1. **高齢者救急**
   受入体制の維持・確保
2. **在宅医療**
   需要増加への対応
3. **高齢者患者対応**
   回復支援・在宅復帰支援
4. **役割分担・連携**
   医療機関の機能分化・連携

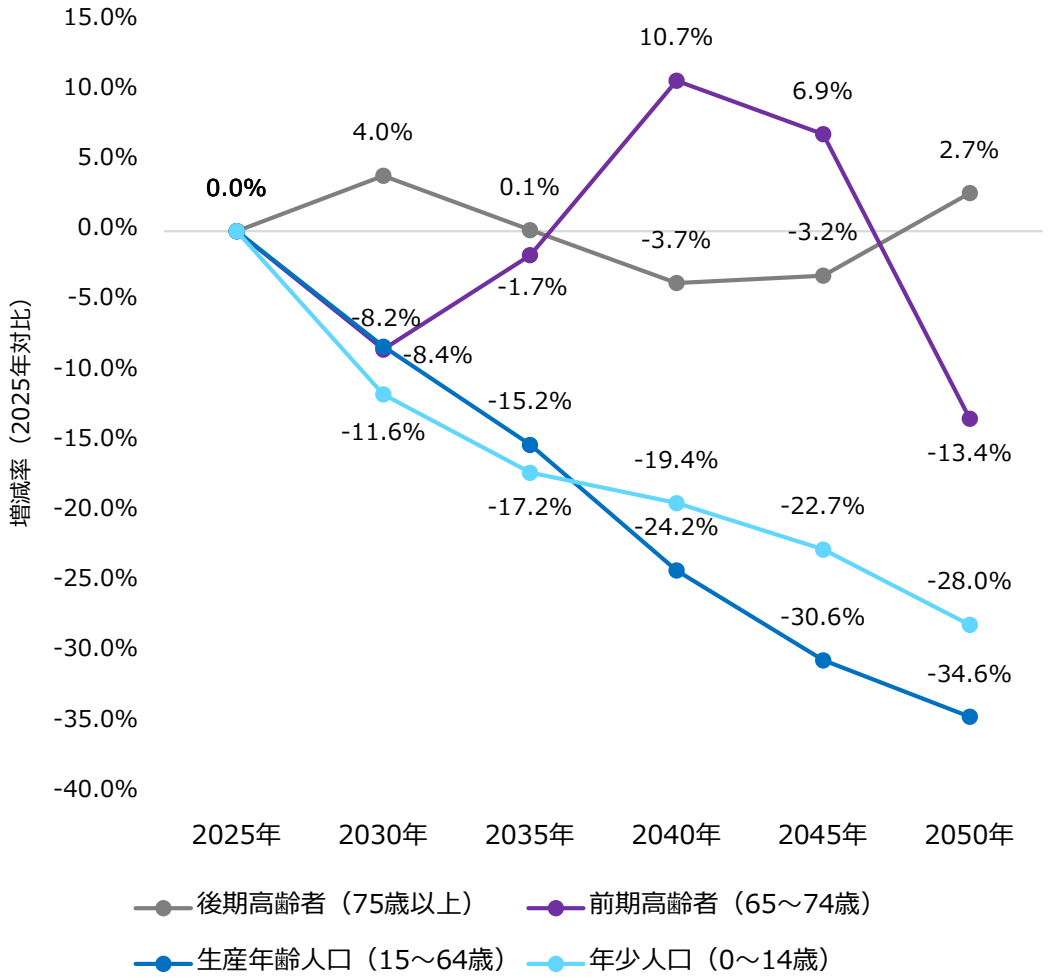
【諏訪】人口減少・高齢化の進展

・総人口は既にピークを迎えており、2050年に対2025年比で約4万4千人（23.5%）減少する見込み。
・生産年齢人口は2050年に対2025年比で34.6%の減少が予想されるのに対し、高齢者人口は主に2040年にかけて増加が予想される。

年齢区分別の人口推計



年齢区分別の人口増減率

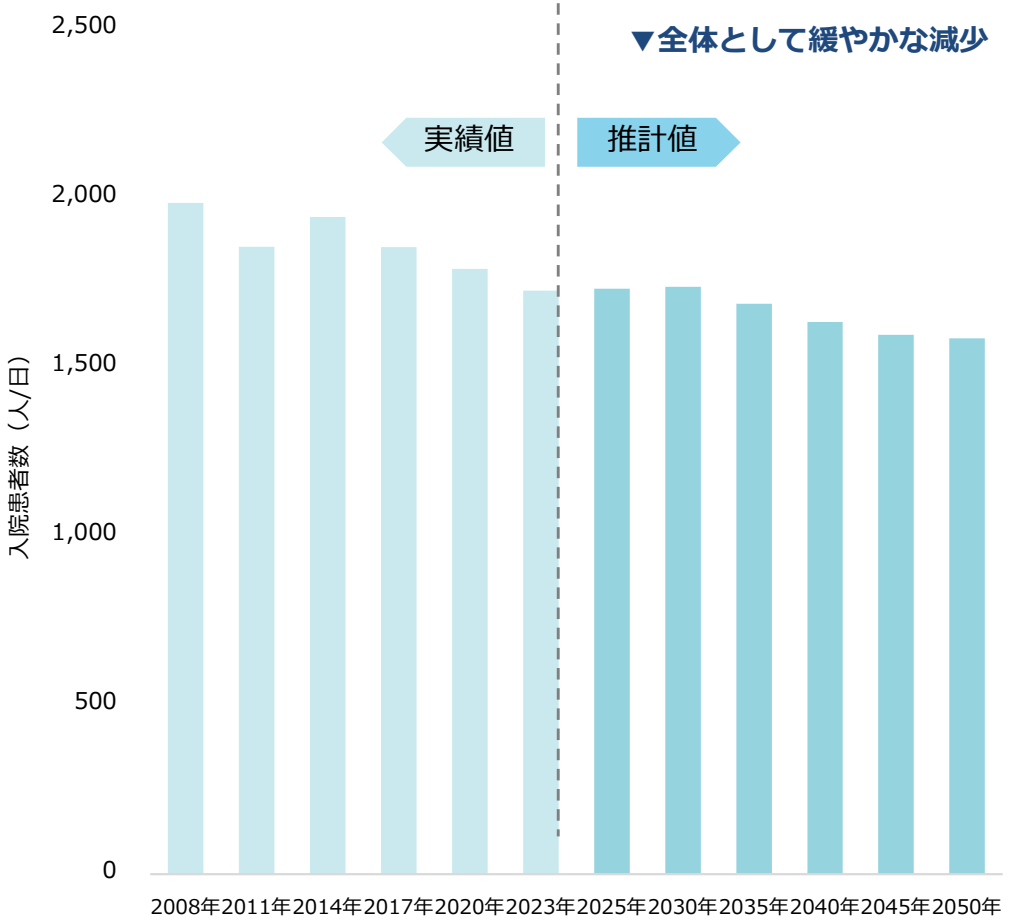


出典：厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」

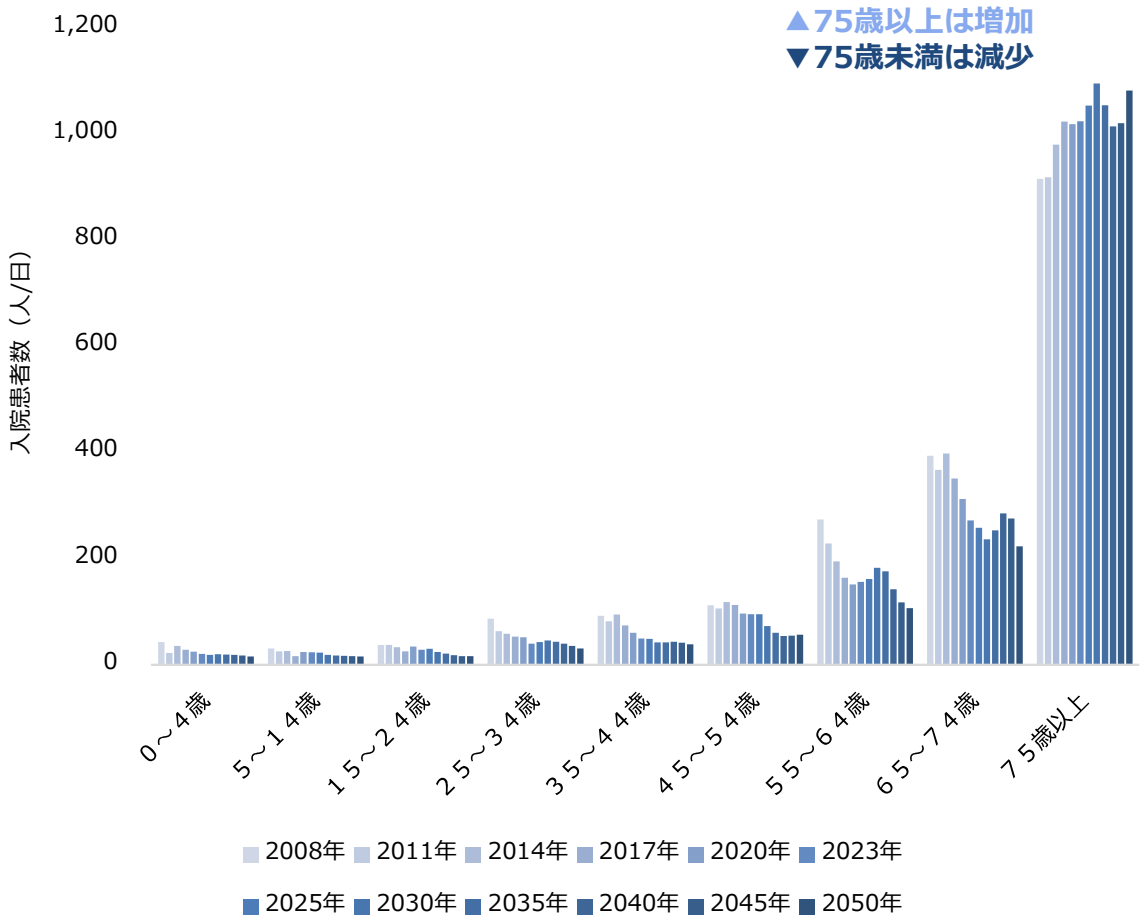
諏訪圏域の入院患者数

入院患者数はこれまで減少傾向にあり、将来推計においても緩やかな減少が見込まれる。年齢階級別にみると、75歳未満の入院患者数は減少傾向にある一方、75歳以上の入院患者数は増加傾向にあり、2030年以降も過去実績と同程度以上の水準で推移する見込みである。今後は入院患者数全体が減少する中でも、高齢者を中心とした医療需要への対応が一層重要となることが示唆される。

入院患者数推移



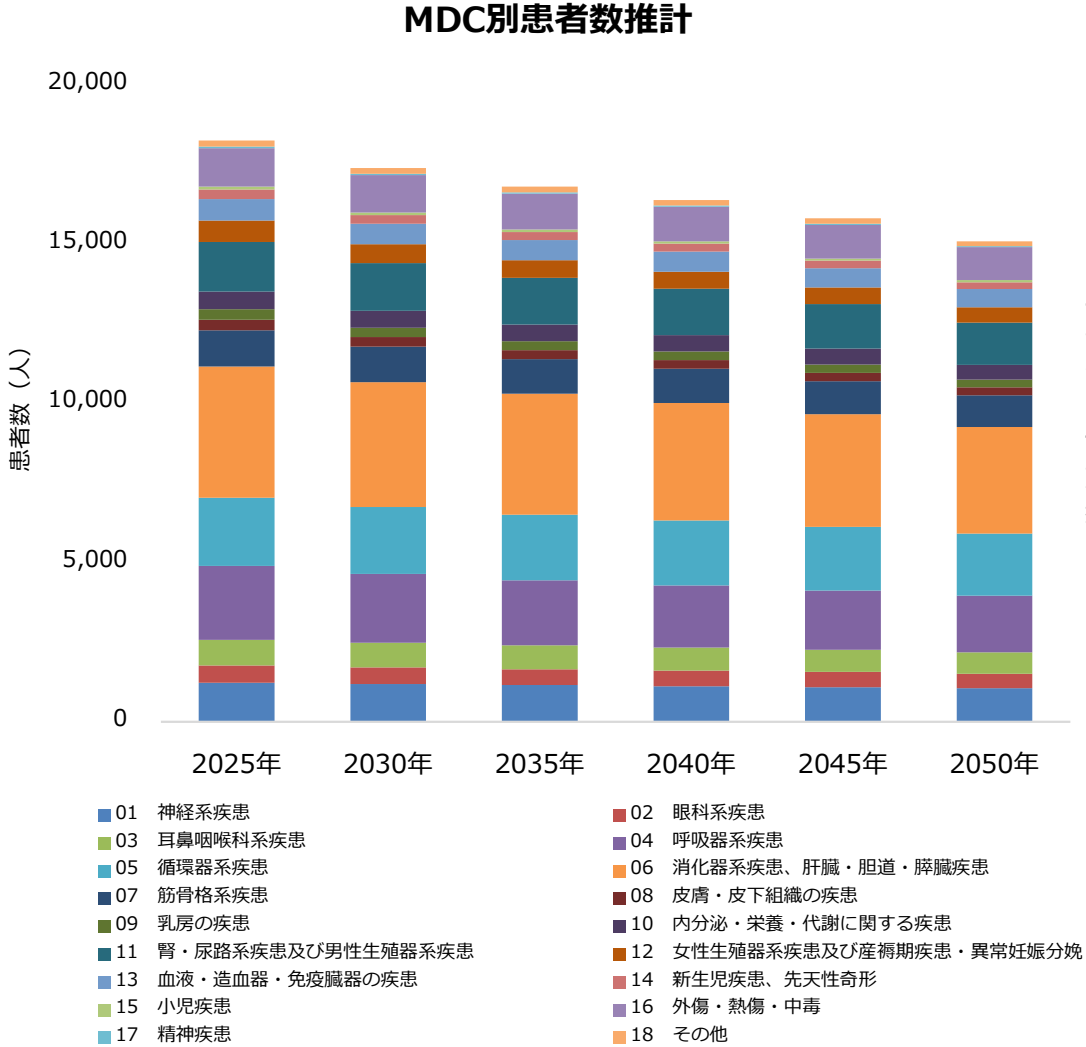
年齢階級別の入院患者数推移（2025年以降は推計値）

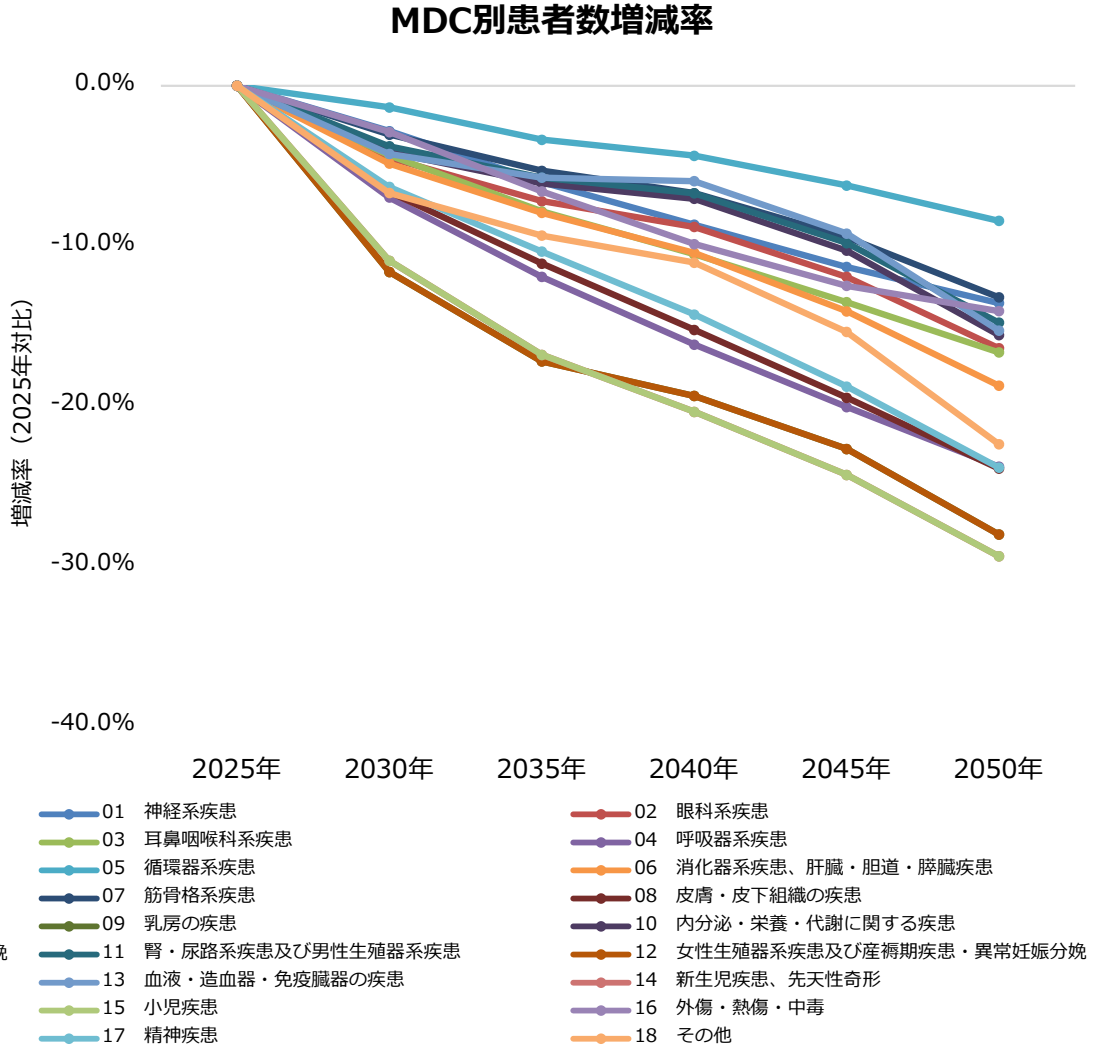


出典：厚生労働省「患者調査」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」、長野県「毎月人口移動調査結果報告」
注：長野県の年齢階級別受療率と圏域の年齢階級別人口を掛け合わせて算出。2025年以降の患者数は、2023年の長野県における年齢階級別の患者発生率を一定と仮定し推計

【諏訪】2040年の医療需要（急性期入院）_急性期入院患者数（概況）

・諏訪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。



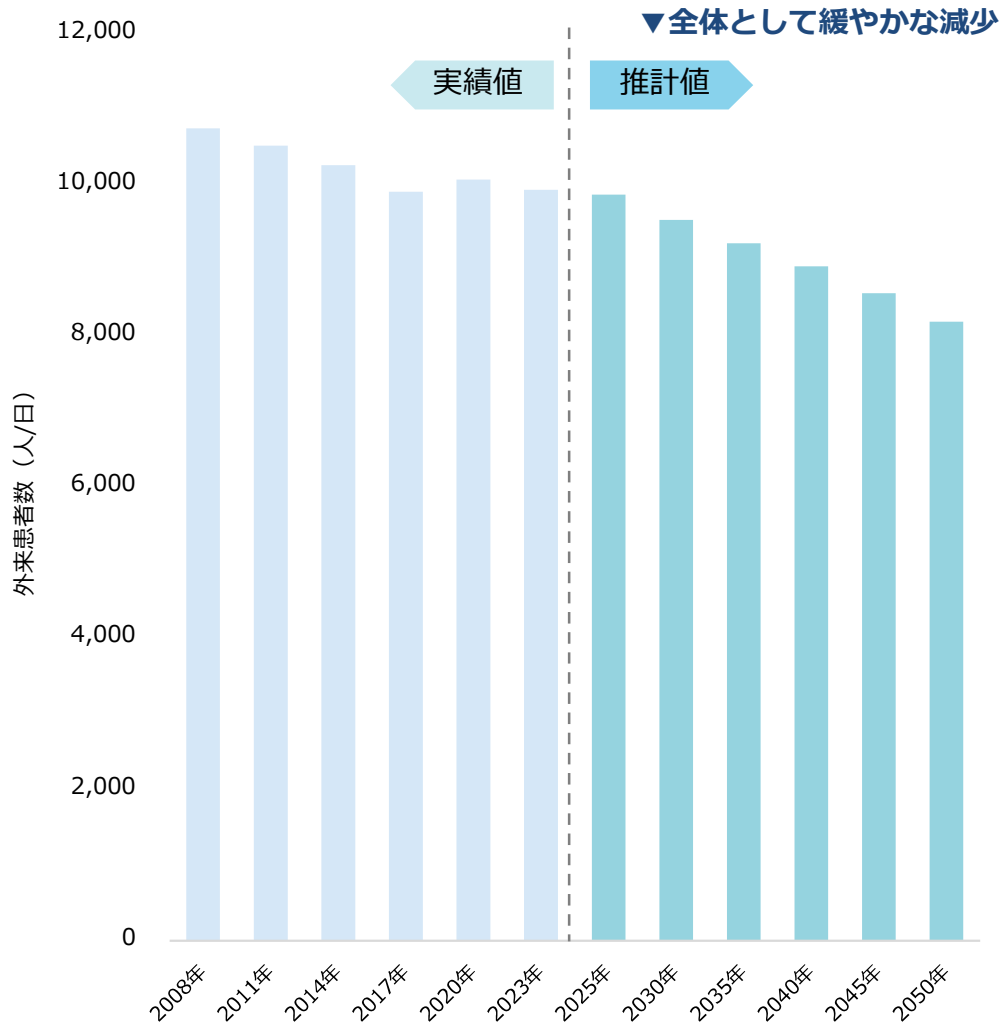


出典：厚生労働省「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」（令和６年度）」、「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」及び長野県「毎月人口異動調査結果報告（令和６年）」

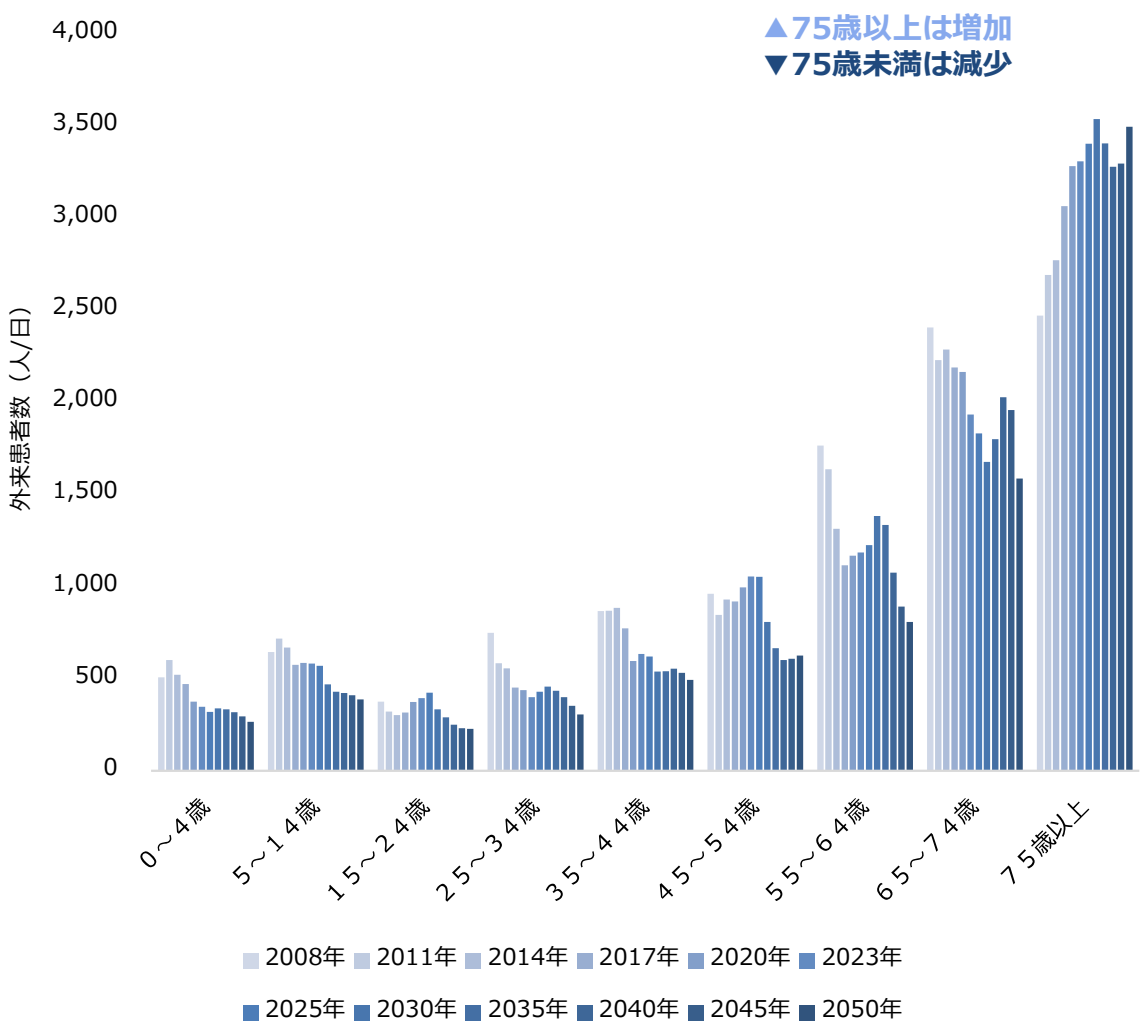
諏訪圏域の外来患者数の推移

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。年齢階級別でみると、75歳未満の外来患者数は概ね減少する一方、75歳以上の外来患者数は増加し、高い水準で推移する見込みである。今後は後期高齢者医療への対応の重要性が一層高まることが示唆される。

外来患者数推移



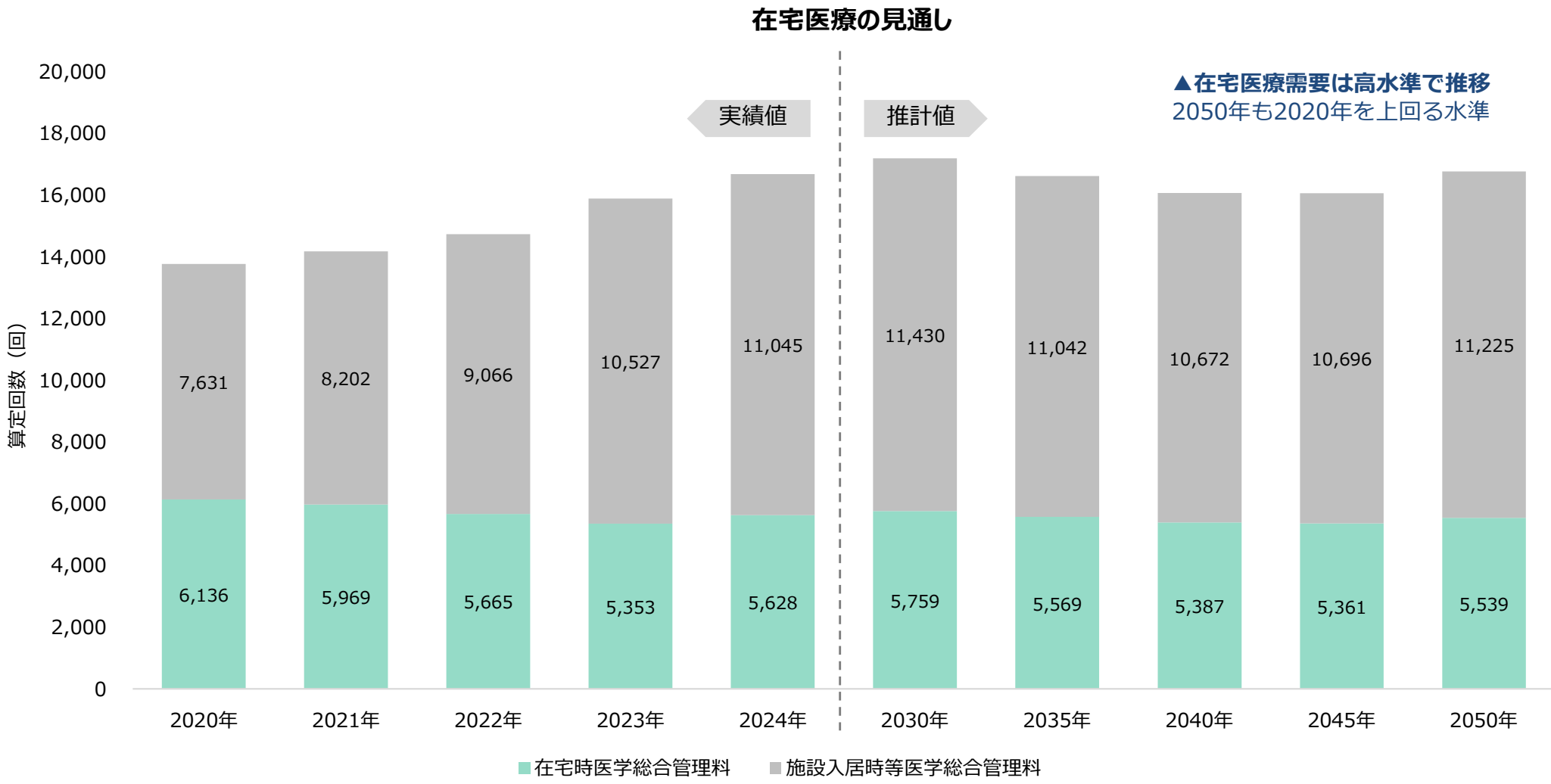
年齢階級別の外来患者数推移（2025年以降は推計値）



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

諏訪圏域の在宅（訪問診療）医療実施状況

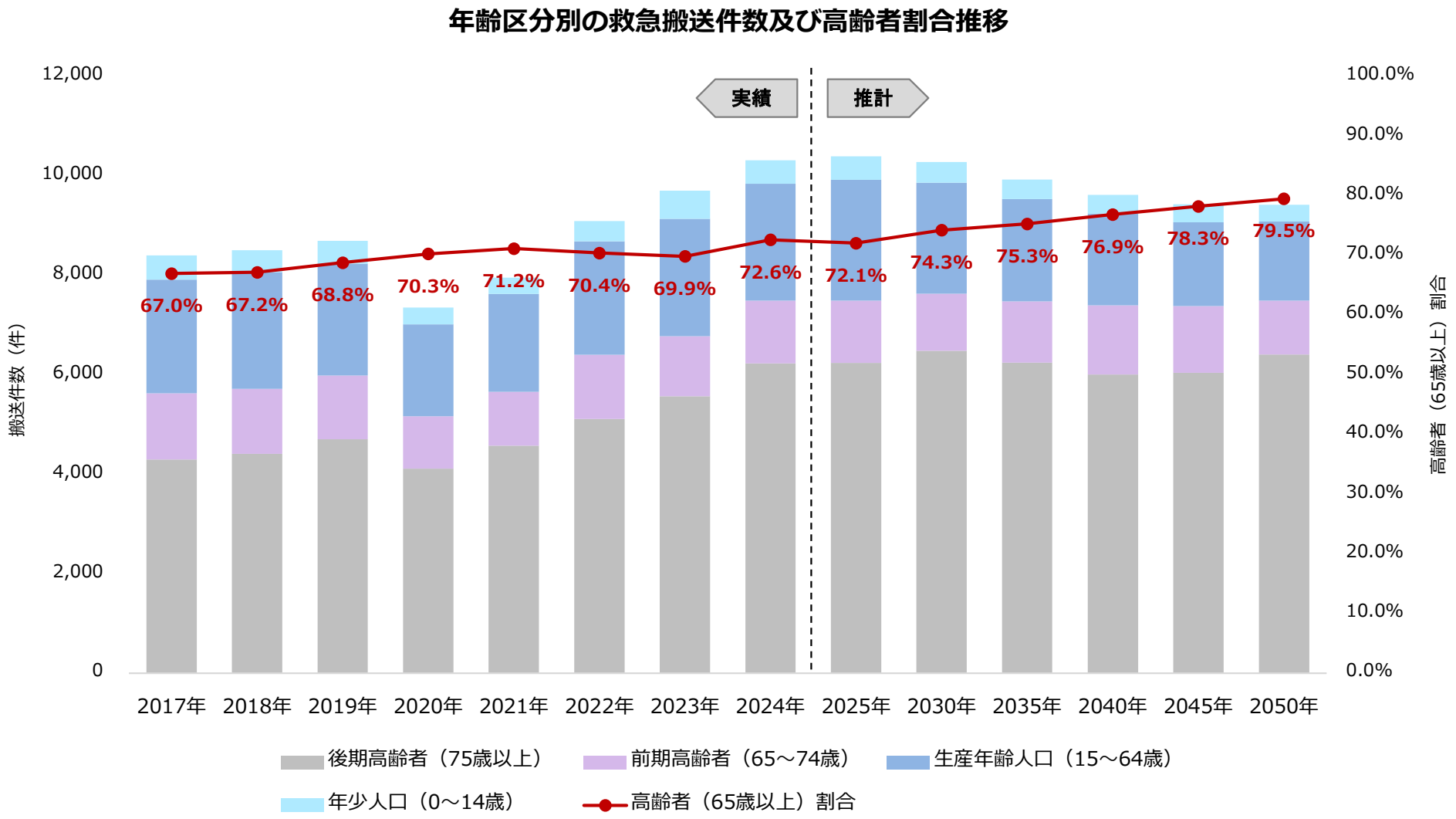
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定回数は、2020年から2030年にかけて増加した後、2045年にかけて緩やかに減少する見込みである。在宅医療の利用率が最も高い後期高齢者の人口が2040年にかけて緩やかに減少することを背景に、在宅医療需要は今後一定程度縮小することが示唆される。



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

【諏訪】2040年の医療需要（救急）_救急搬送件数及び高齢者割合

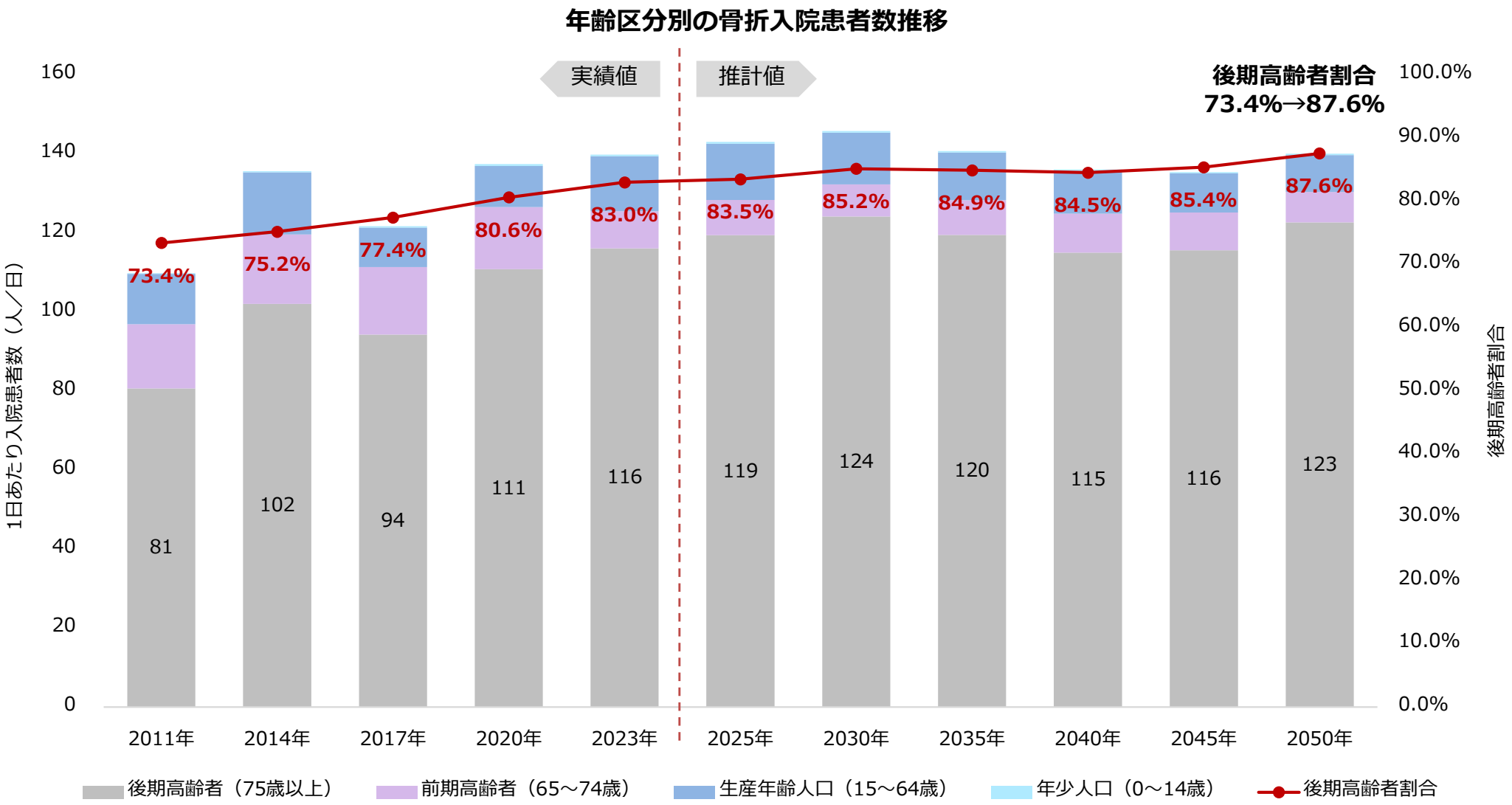
・諏訪圏域の救急搬送件数は2025年以降減少する見込み。
・2025年から2050年にかけて、搬送患者に占める高齢者の割合が増加することが見込まれる。



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）高齢者の骨折による入院需要の増加について（諏訪圏域）

後期高齢者の骨折入院患者数は今後も高い水準で推移する見込みである。一方、骨折入院患者に占める後期高齢者の割合は増加傾向にあり、2050年には約9割に達する見込みである。今後は高齢者の骨折診療やリハビリテーションへの対応の重要性が一層高ま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

医療従事者数等について

諏訪圏域では、救急告示病院数や在宅療養支援病院・診療所が全国平均を上回っており、救急医療や在宅医療を支える基盤が比較的整っている。一方、医師数は全国平均を下回る状況にある。今後は高齢者救急や在宅医療需要の増加が見込まれる中、限られた医療人材で必要な医療提供体制を維持・確保していくことが重要となる。

【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**
  高齢者救急や在宅医療需要の増加、医療人材確保

新たな地域医療構想の概要

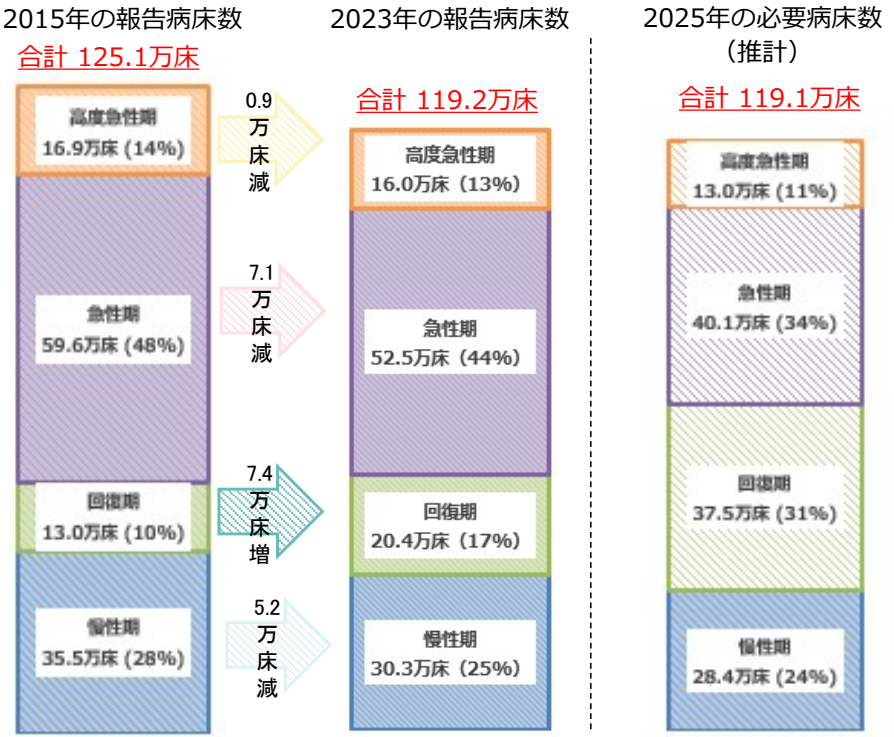
現行の地域医療構想

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。

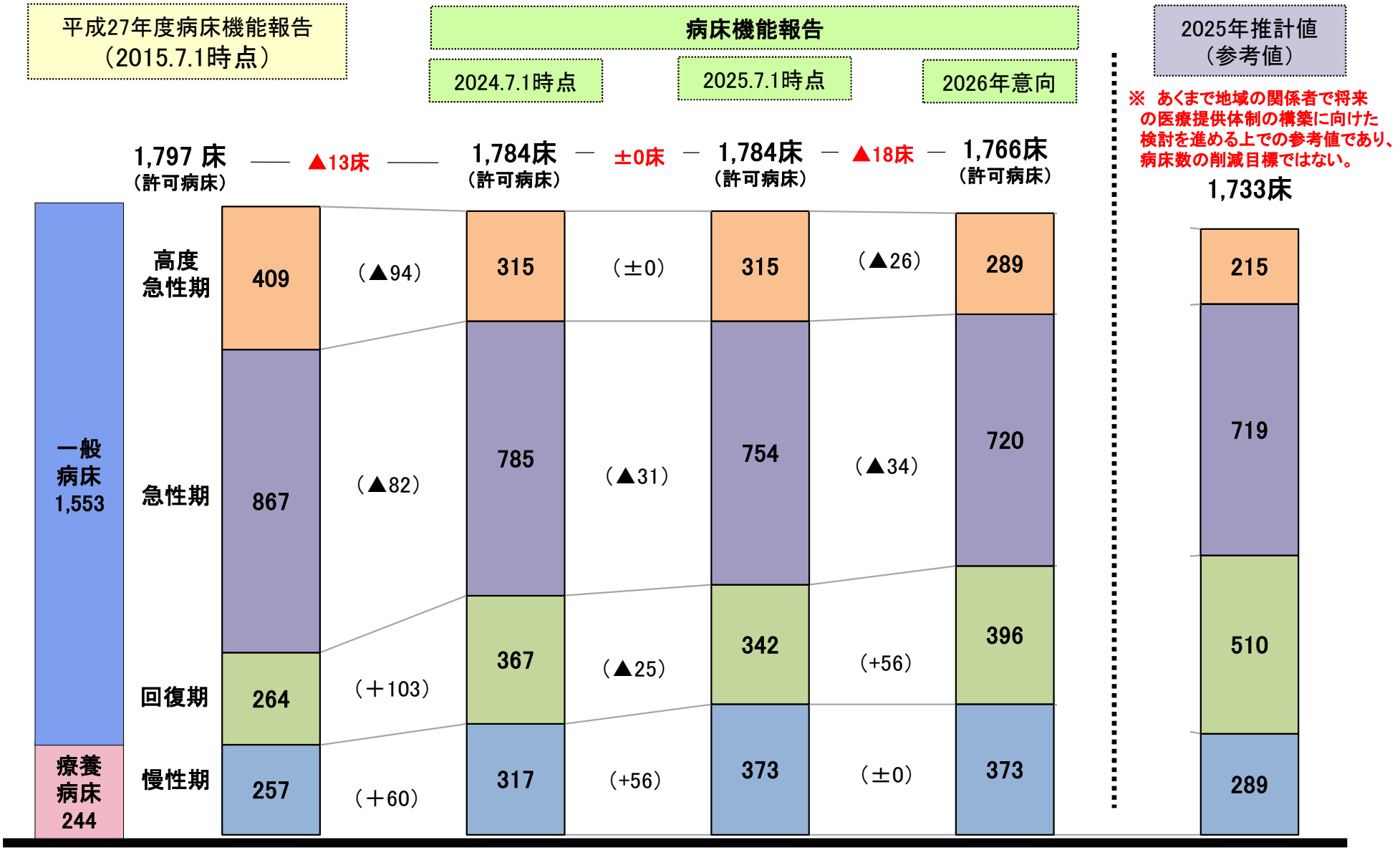
限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

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

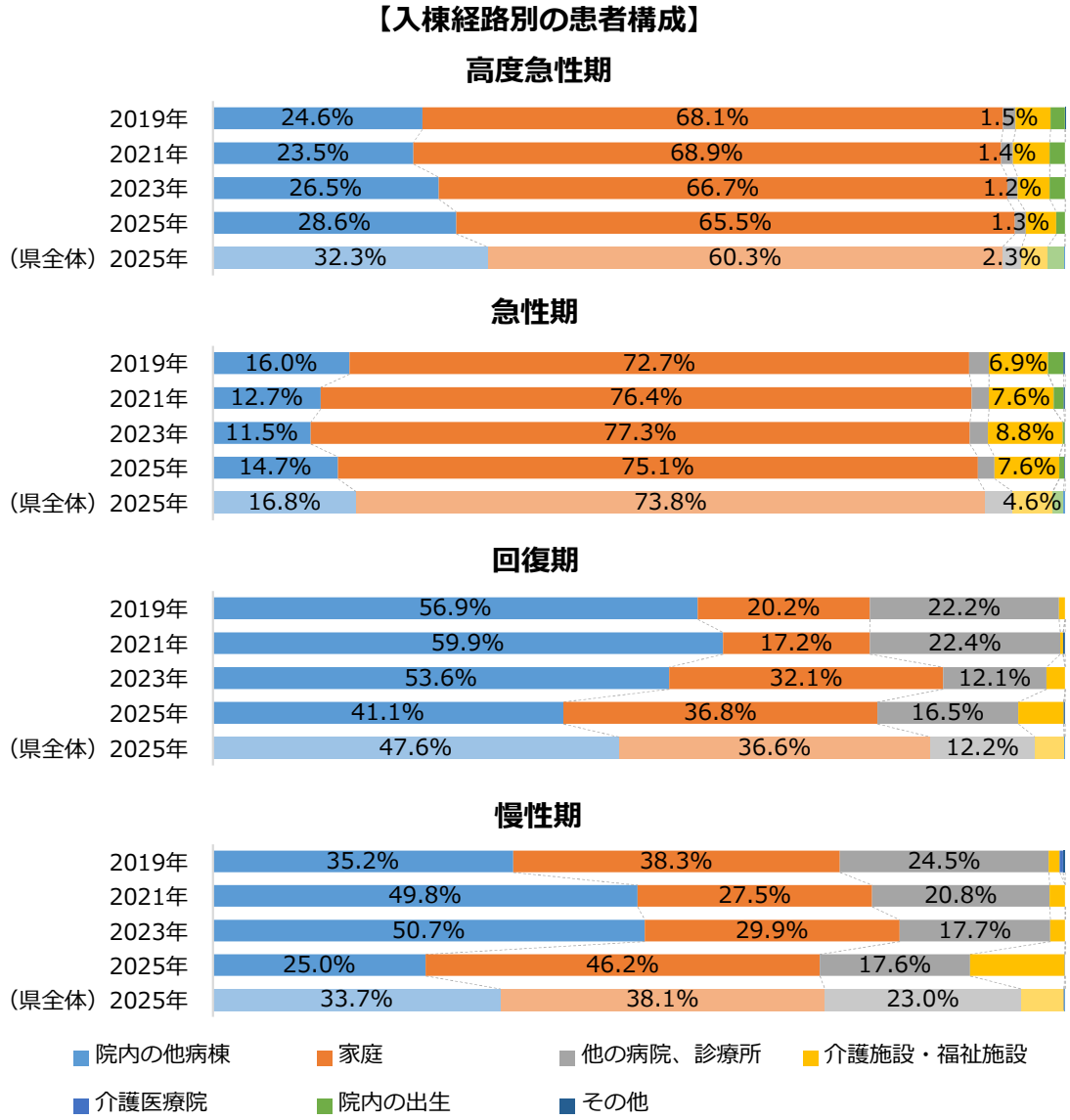
対応方針　－　機能別病床数の意向　－　（諏訪医療圏）

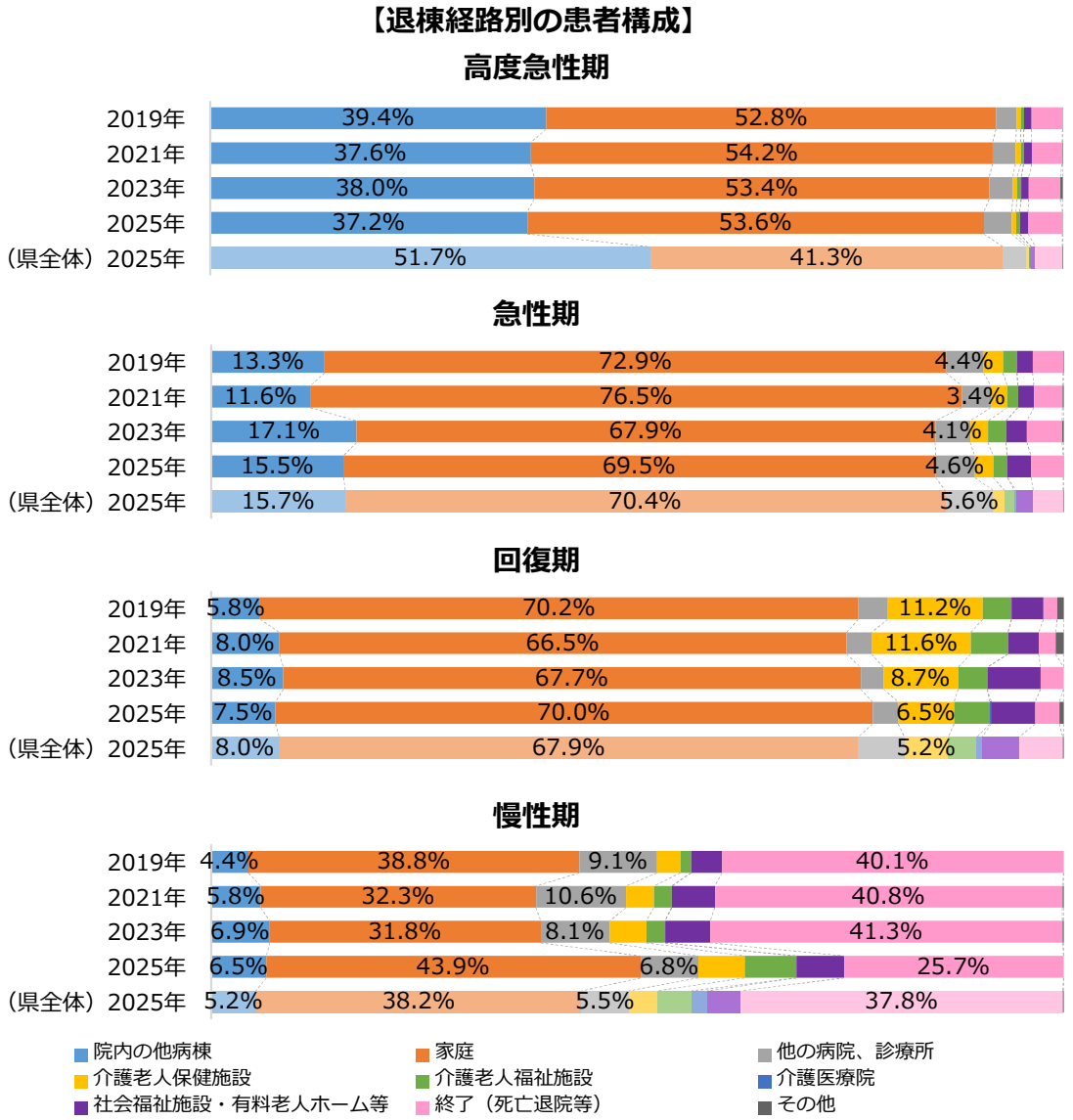
地域医療構想策定前の、2015年７月１日時点と比較すると、総病床数は減少、機能別病床数も急性期・慢性期が減少、回復期が増加。



諏訪圏域の入棟・退棟経路別の患者構成推移

患者の状態に応じて急性期、回復期、慢性期の間で役割分担が図られている。特に回復期病床は、急性期治療後の患者の受入れや在宅・介護への移行を担っており、医療機関間及び介護施設との連携の重要な役割を果たしていることがうかがえる。



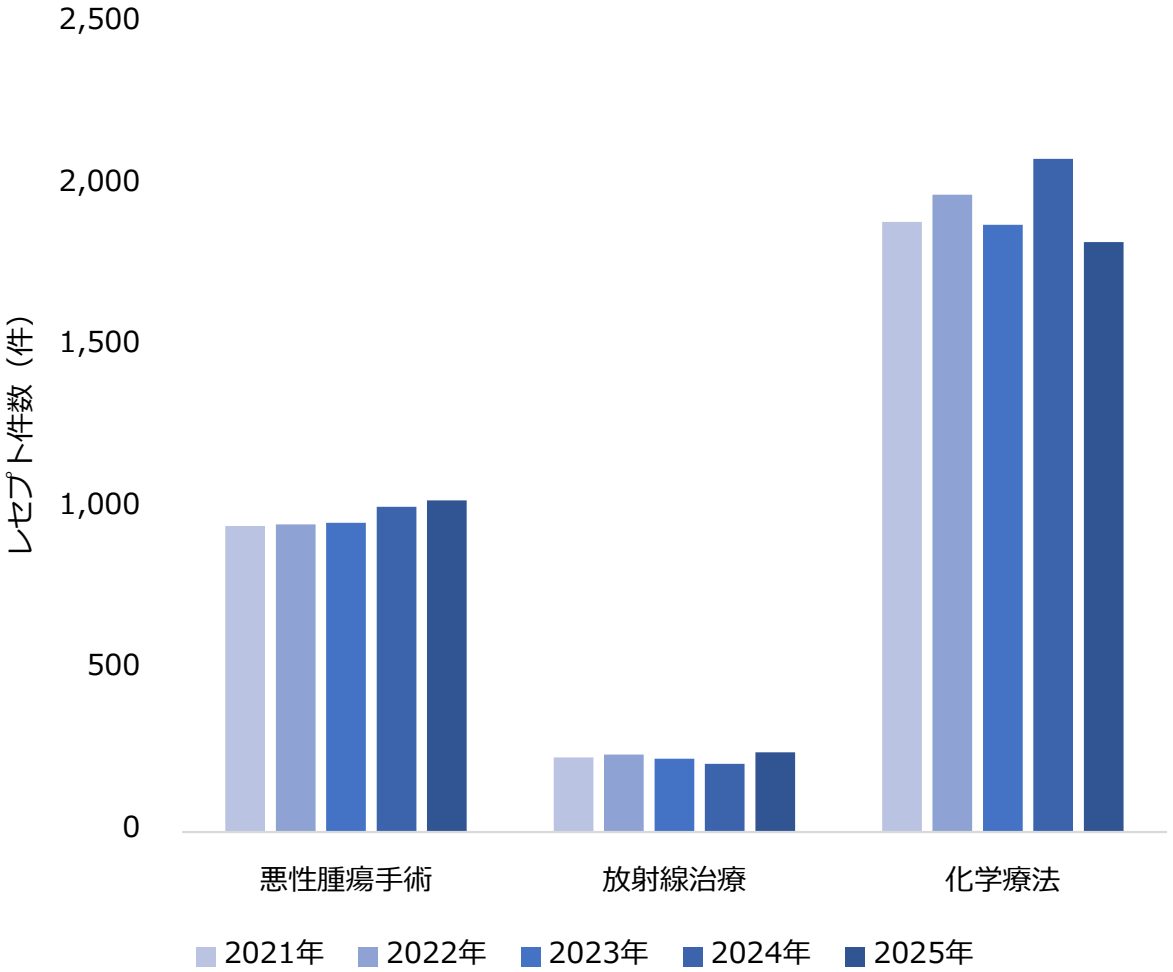


出典：厚生労働省「病床機能報告」

（参考）がん患者の入院患者数減少の背景（諏訪圏域）

悪性腫瘍手術等の治療件数は概ね維持されている一方、新生物＜腫瘍＞の退院患者平均在院日数は短縮傾向にある。がん治療の外来化や医療技術の進歩により入院期間が短縮したことで、入院患者数が減少している可能性が示唆される。

がんの治療状況の年次推移



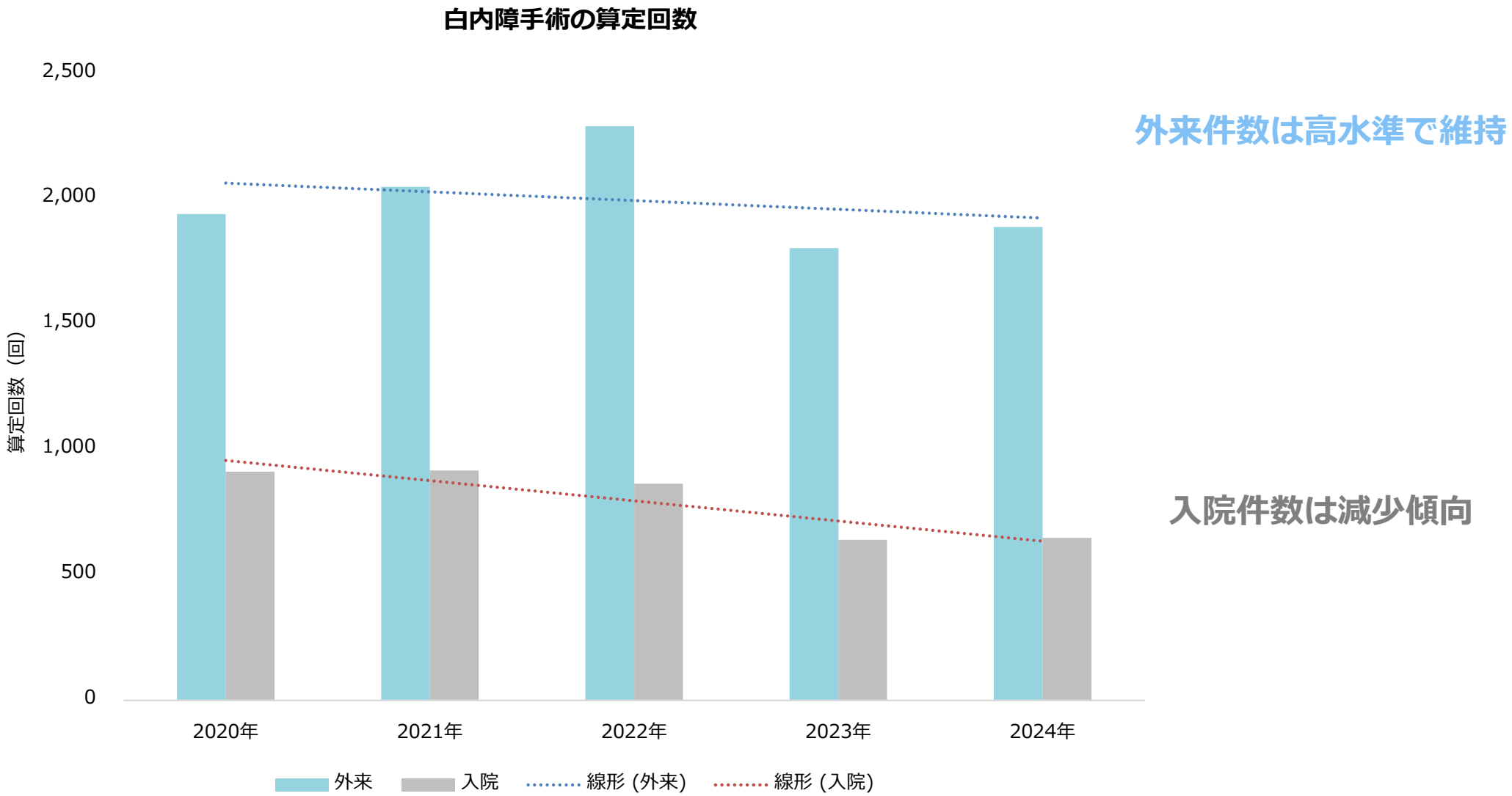
新生物＜腫瘍＞の退院患者平均在院日数



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）白内障手術の外来移行について（諏訪圏域）

白内障手術は入院よりも外来での実施が中心となっている。また、入院での算定回数は減少傾向にある一方、外来での算定回数は高い水準で維持している。諏訪圏域では外来での手術実施が定着しており、これが眼及び付属器の疾患における入院患者数減少の一因となっている可能性が示唆される。

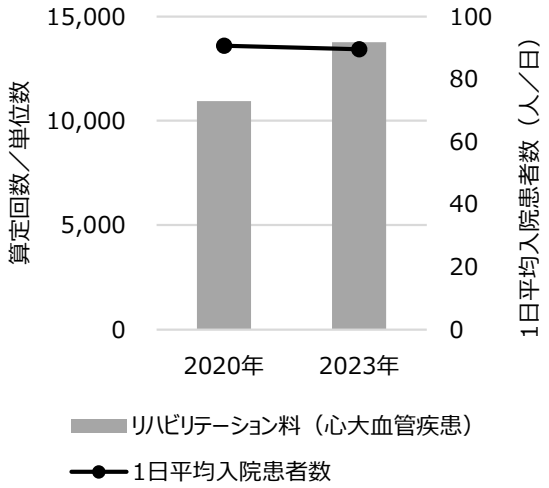


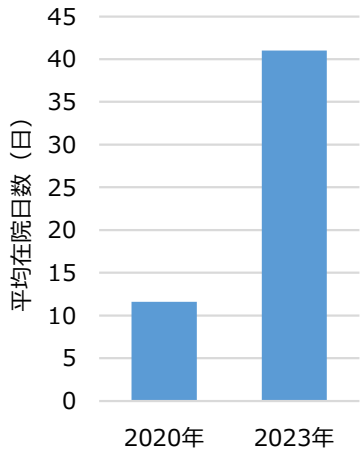
出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」
注： K282_水晶体再建術、 K282-2_後発白内障手術に分類される診療行為の算定回数を合算

（参考）リハビリテーション提供体制と在院日数の状況（諏訪圏域）

心疾患や呼吸器疾患では、患者数の増加にあわせてリハビリテーション料算定回数が増加している。一方、平均在院日数は延長しており、患者の状態に応じた継続的なリハビリテーション提供の重要性が高まっていることがうかがえる。

心疾患のリハビリテーション料、患者数、平均在院日数





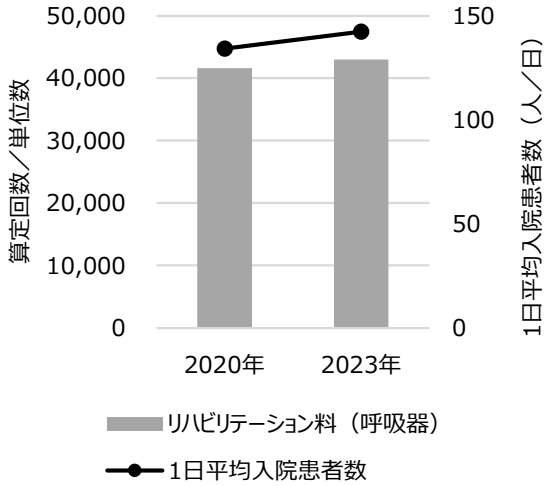
在院日数の状況

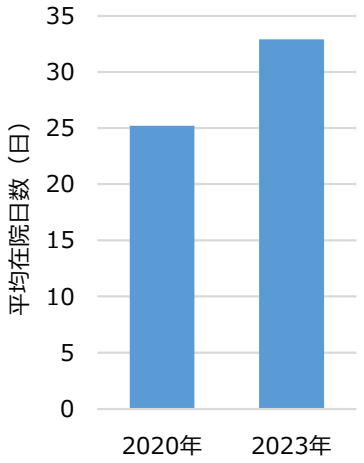
✓ 心疾患・呼吸器疾患・運動器疾患で在院日数が延長
✓ 患者の状態に応じた継続的な支援が重要

リハビリテーション提供体制の状況

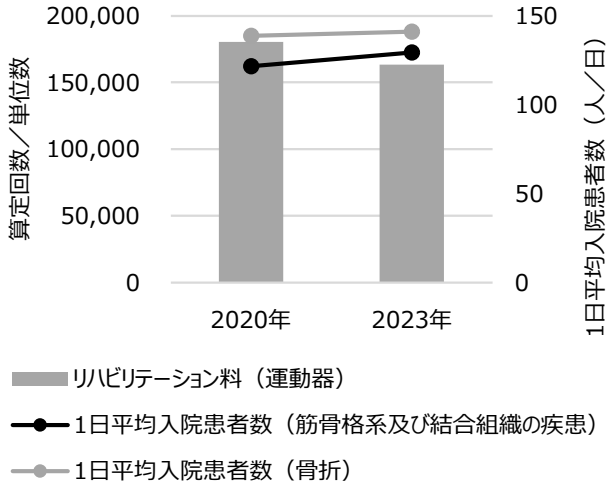
✓ 心疾患・呼吸器疾患のリハビリ料算定回数は増加
✓ 患者数の増加に応じてリハ提供を実施

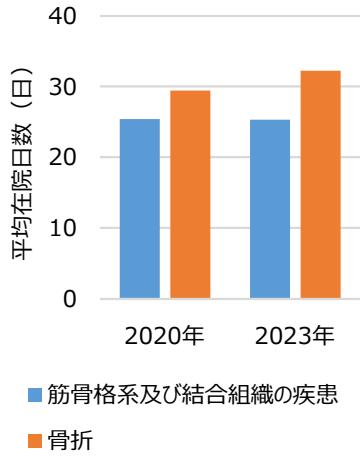
呼吸器疾患のリハビリテーション料、患者数、平均在院日数





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



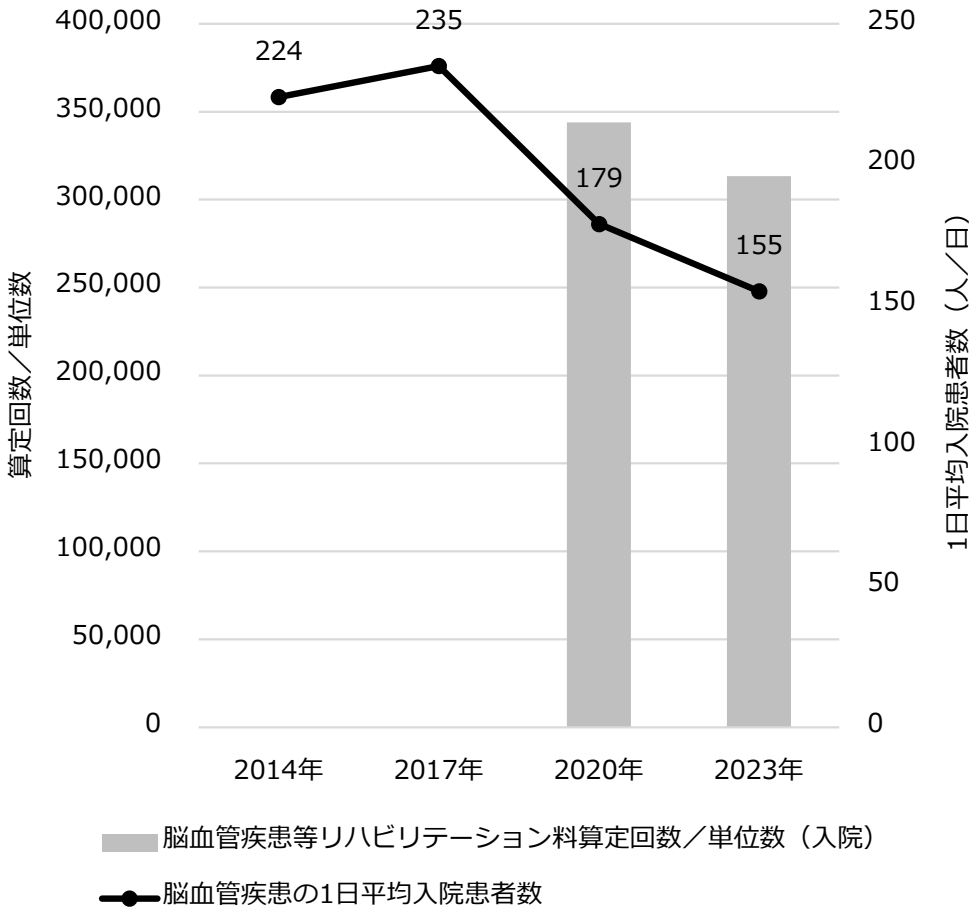


出典：厚生労働省「患者調査」、「NDBオープンデータ」

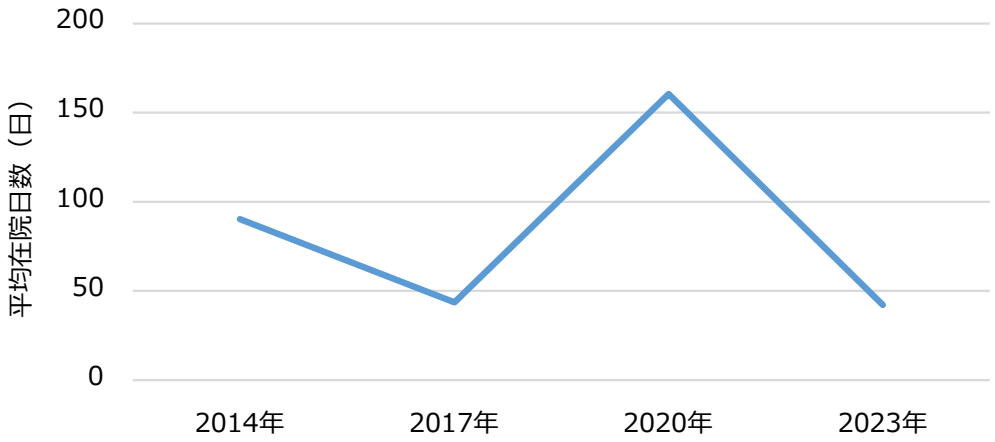
（参考）脳血管疾患における治療・リハビリ提供体制の変化（諏訪圏域）

脳血管疾患の入院患者数やリハビリテーション料算定回数は減少している一方で、退院患者平均在院日数は短縮しており、限られた入院期間の中で治療や機能回復を支える体制の重要性が高まっていることが示唆される。

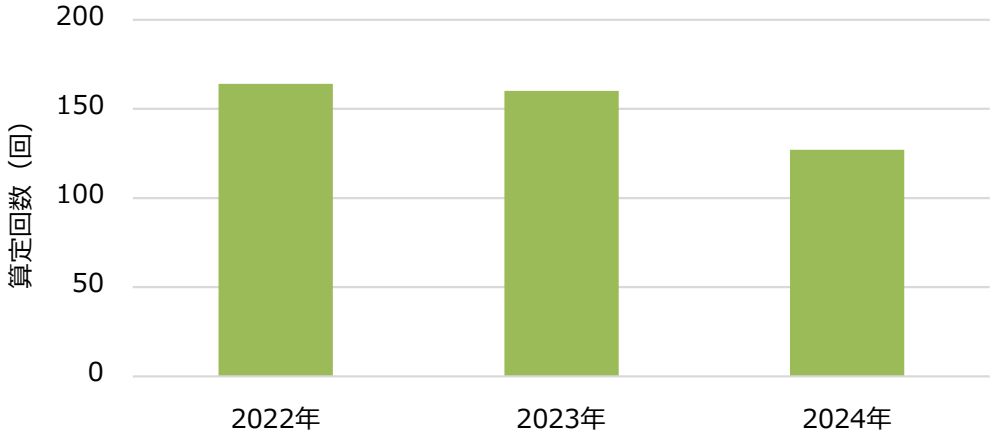
脳血管疾患のリハビリテーション料算定回数（入院）及び1日平均入院患者数



脳血管疾患の退院患者平均在院日数



脳血管疾患関連手術算定回数



出典：リハビリテーション料及び手術の算定回数は「NDBオープンデータ」、退院患者平均在院日数は厚生労働省「患者調査」、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

注： 2014年、2017年の二次医療圏別リハビリテーション料算定回数は非公開のためグラフに表示しない。脳血管疾患等リハビリテーション料及び脳血管疾患関連手術算定回数について、集計対象とした診療行為を次頁に記載