

上伊那圏域の状況

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、“上伊那圏域”の圏域状況について資料を提示する

【上伊那】圏域の医療需要・供給の変化と今後の方向性

① 入院医療需要は緩やかに減少の一方、高齢者医療の比重は高まる

- ・入院患者数は緩やかに減少
- ・外来患者数は減少
- ・高齢者入院医療需要は増加

② 医療の外来化・在宅化が進展

- ・在宅医療需要は増加
- ・がん治療等で外来化が進展

③ 在院日数の短縮が進展

- ・平均在院日数は短縮
- ・リハビリ提供の拡大等により在院日数が短縮

需要の変化

高齢者救急需要 ↑

高齢患者対応 ↑

急性期医療需要 ↓

供給の変化

医師確保の困難化

医療人材確保の困難化

需給のギャップの拡大

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

高齢患者への
対応

受入・回復
支援体制

4

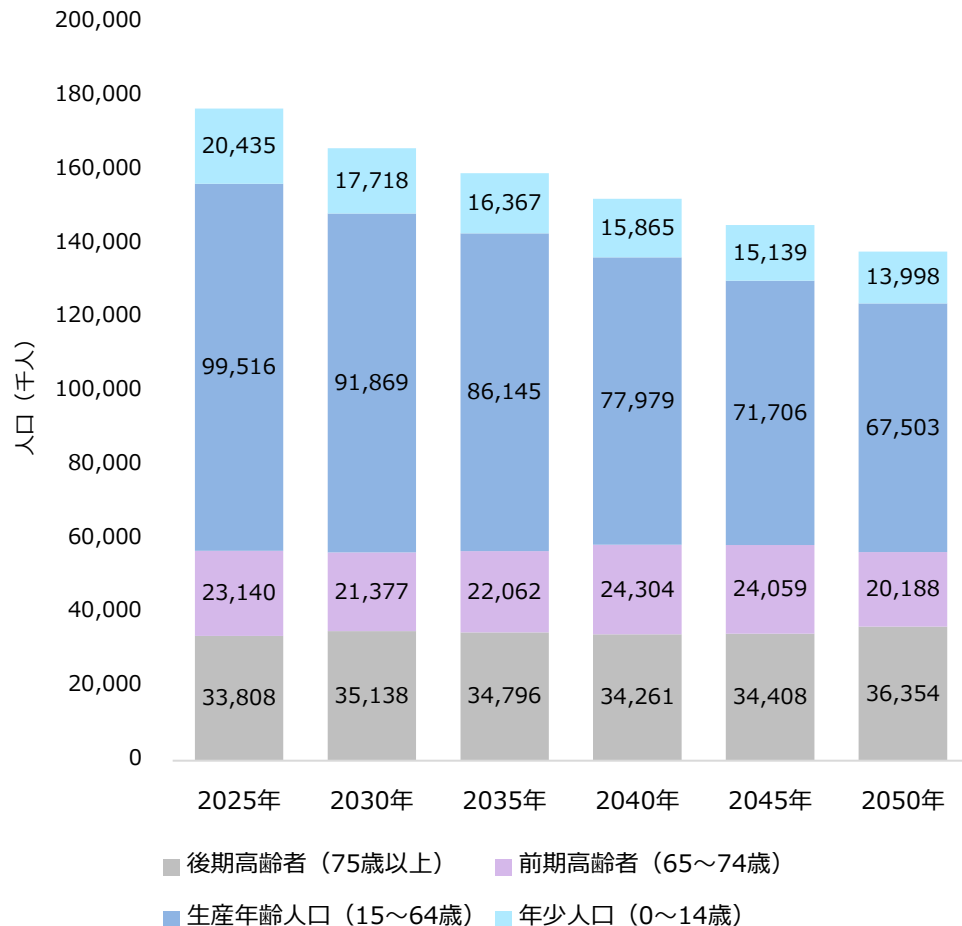
役割分担・連携

医療機関の
機能分化・連携

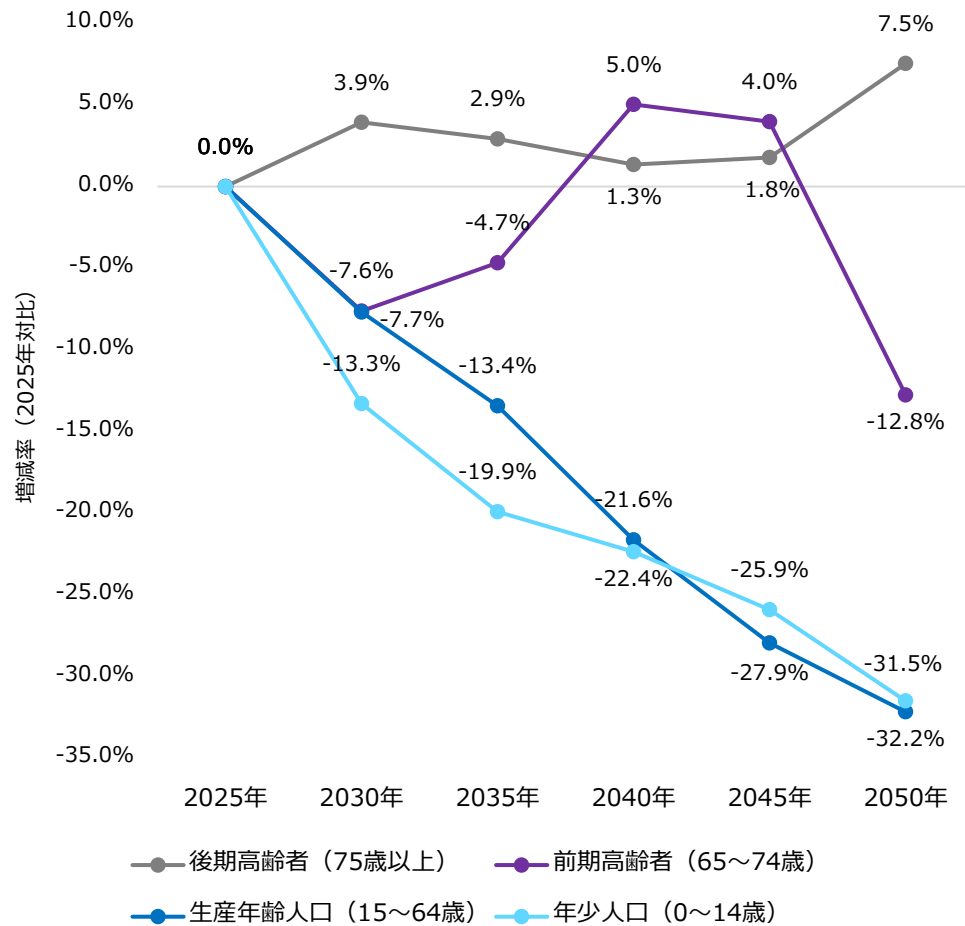
【上伊那】人口減少・高齢化の進展

- ・総人口は既にピークを迎えており、2050年には、2025年比で約3万9千人（22.0%）減少する見込み。
- ・64歳以下の人口は減少が予想されるのに対し、75歳以上の高齢者は2050年には2025年比で7.5%増加する見込み。

年齢区分別の人口推計



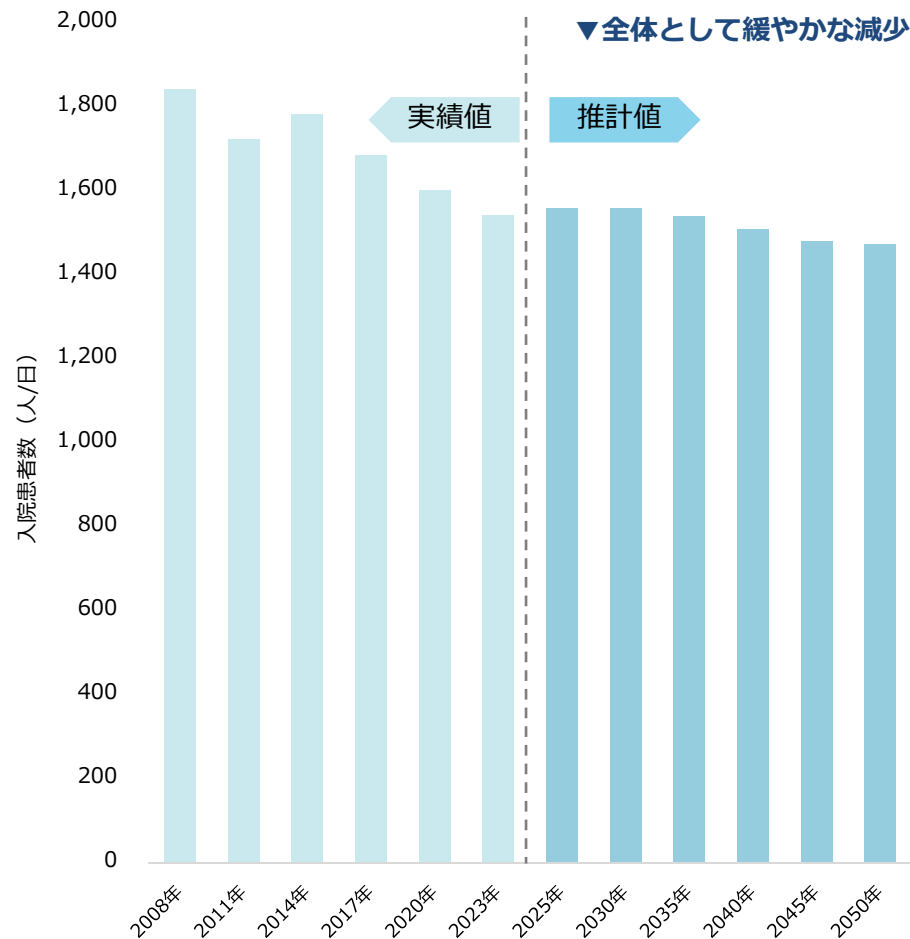
年齢区分別の人口増減率



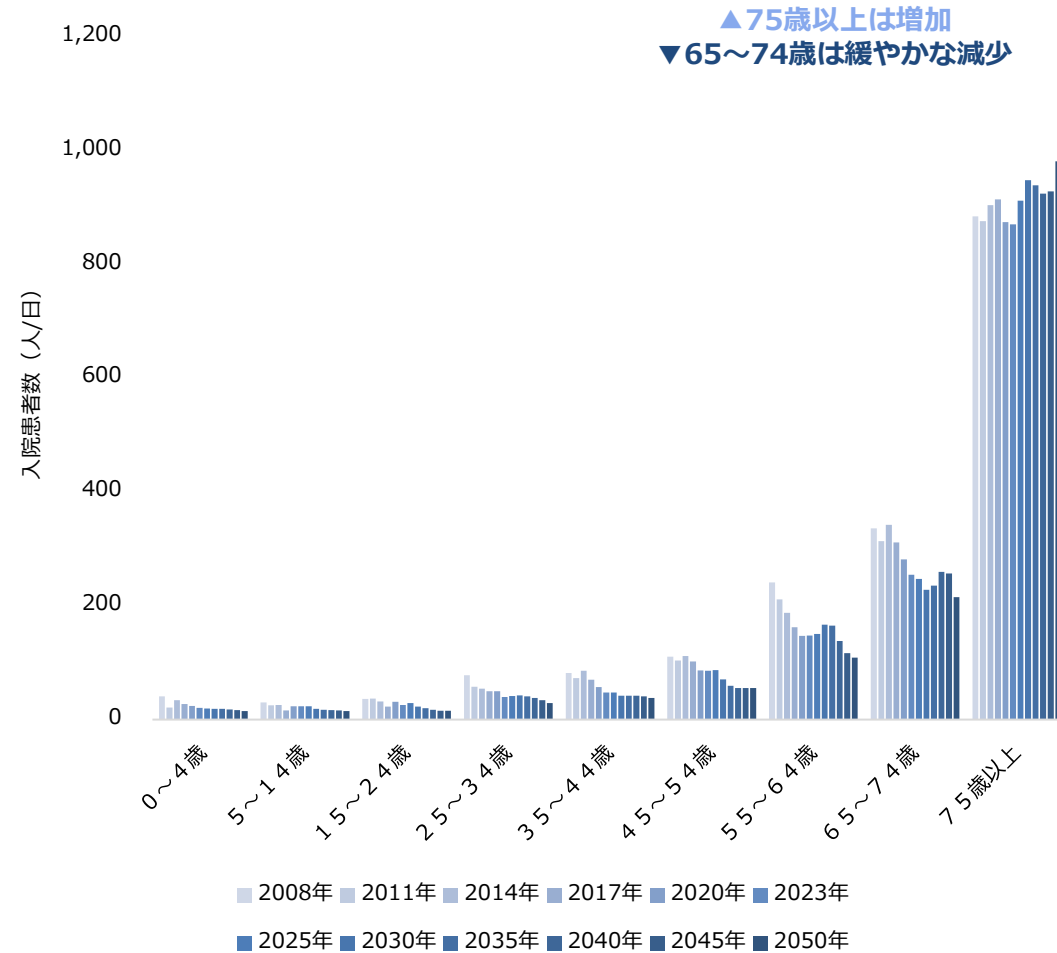
【上伊那】入院患者数の推移

入院患者数は減少傾向にあり、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今後も高い水準で推移する見込みである。今後は高齢者医療や高齢者救急への対応の重要性が一層高ま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)



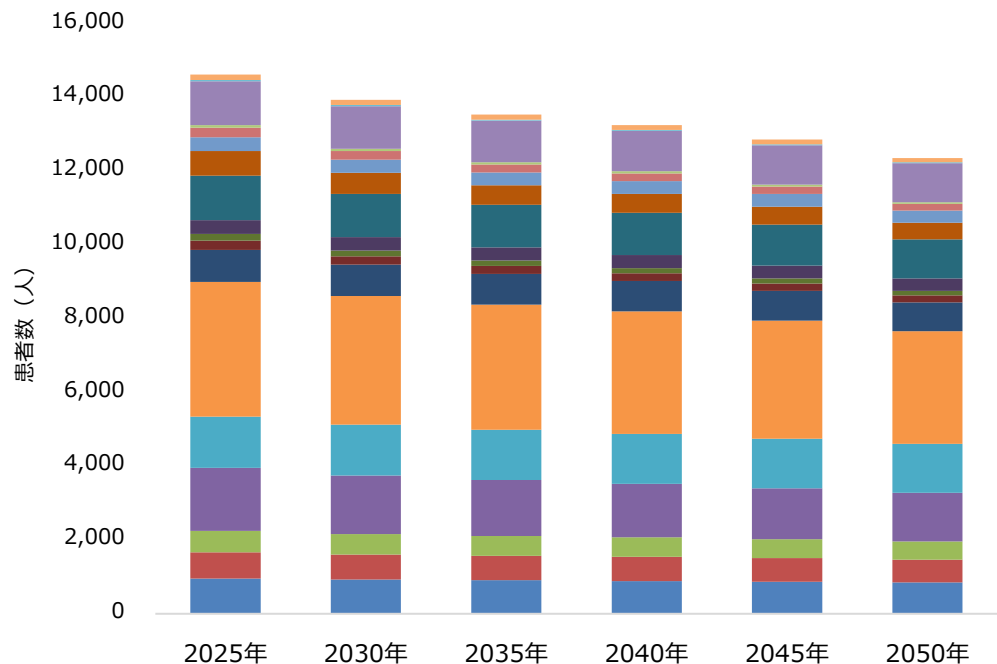
出典：厚生労働省「患者調査」、「令和7年度版医療計画作成支援データブック 長野県の人口推移」、長野県「毎月人口移動調査結果報告」

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

【上伊那】2040年の医療需要（急性期入院）_急性期入院患者数（概況）

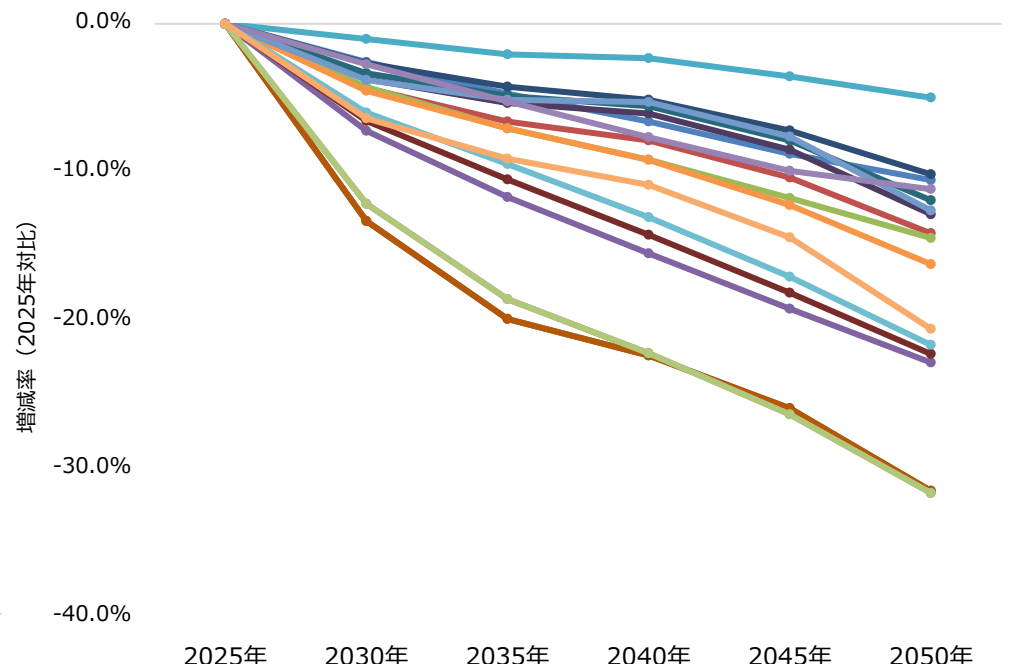
- ・上伊那圏域の急性期医療需要は2025年以前に既にピークを迎えていると考えられる。
- ・疾患別患者数はいずれの疾患も減少見込みである。

MDC別患者数推計



- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 01 神経系疾患 | 02 眼科系疾患 |
| 03 耳鼻咽喉科系疾患 | 04 呼吸器系疾患 |
| 05 循環器系疾患 | 06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 |
| 07 筋骨格系疾患 | 08 皮膚・皮下組織の疾患 |
| 09 乳房の疾患 | 10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患 |
| 11 腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患 | 12 女性生殖系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩 |
| 13 血液・造血器・免疫臓器の疾患 | 14 新生児疾患、先天性奇形 |
| 15 小児疾患 | 16 外傷・熱傷・中毒 |
| 17 精神疾患 | 18 その他 |

MDC別患者数増減率

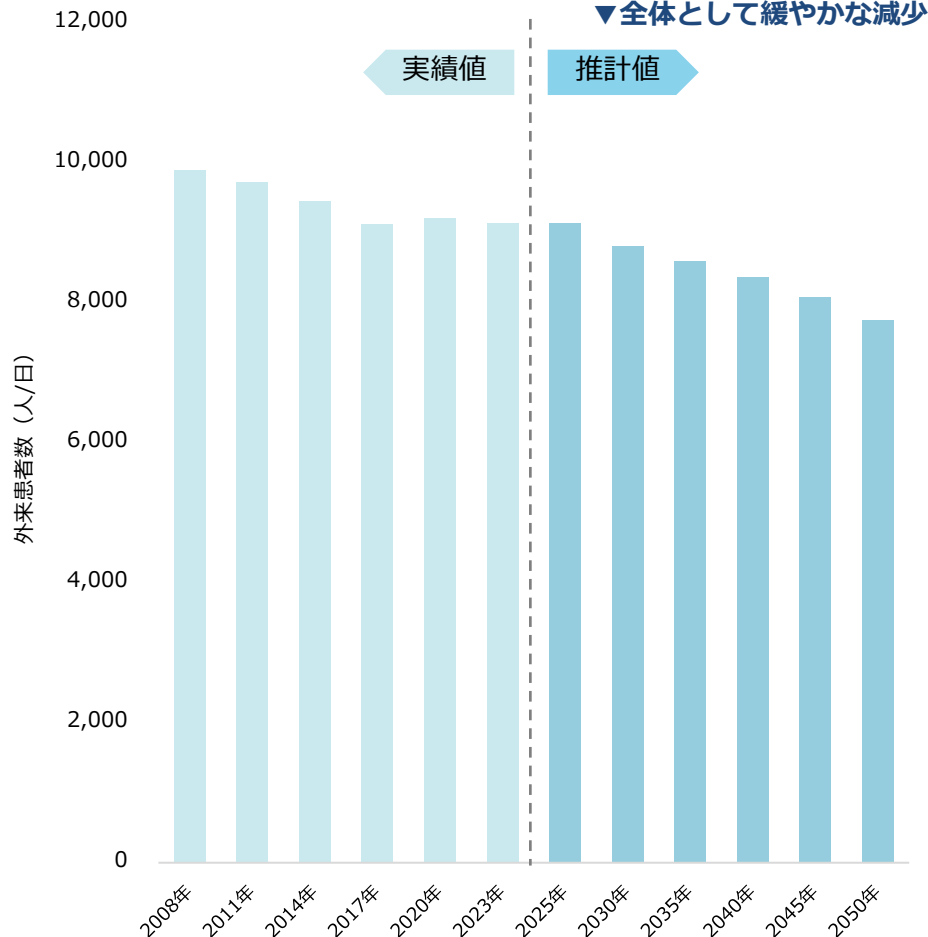


- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 01 神経系疾患 | 02 眼科系疾患 |
| 03 耳鼻咽喉科系疾患 | 04 呼吸器系疾患 |
| 05 循環器系疾患 | 06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 |
| 07 筋骨格系疾患 | 08 皮膚・皮下組織の疾患 |
| 09 乳房の疾患 | 10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患 |
| 11 腎・尿路系疾患及び男性生殖系疾患 | 12 女性生殖系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩 |
| 13 血液・造血器・免疫臓器の疾患 | 14 新生児疾患、先天性奇形 |
| 15 小児疾患 | 16 外傷・熱傷・中毒 |
| 17 精神疾患 | 18 その他 |

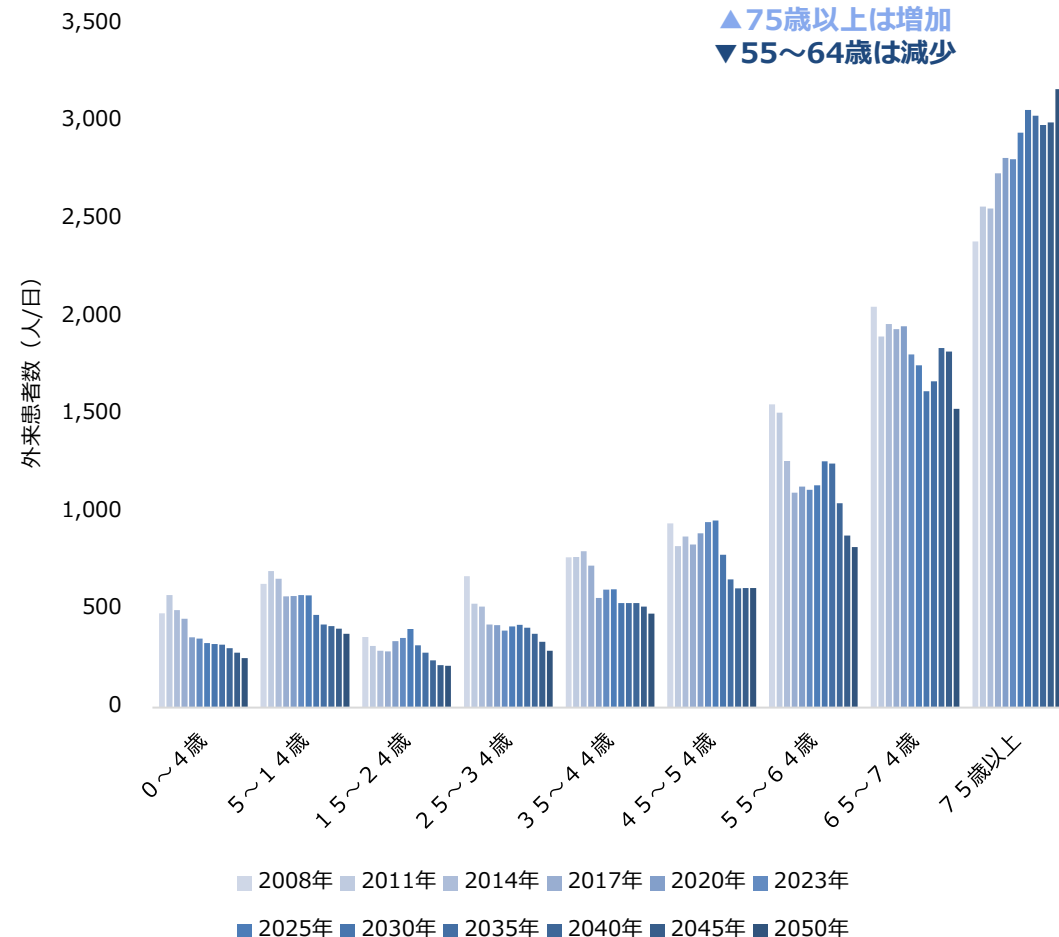
【上伊那】 外来患者数の推移

外来患者数は減少傾向にあり、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、生産年齢人口を中心に外来患者数は減少する一方、75歳以上の外来患者数は増加する見込みである。今後は後期高齢者医療や在宅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)

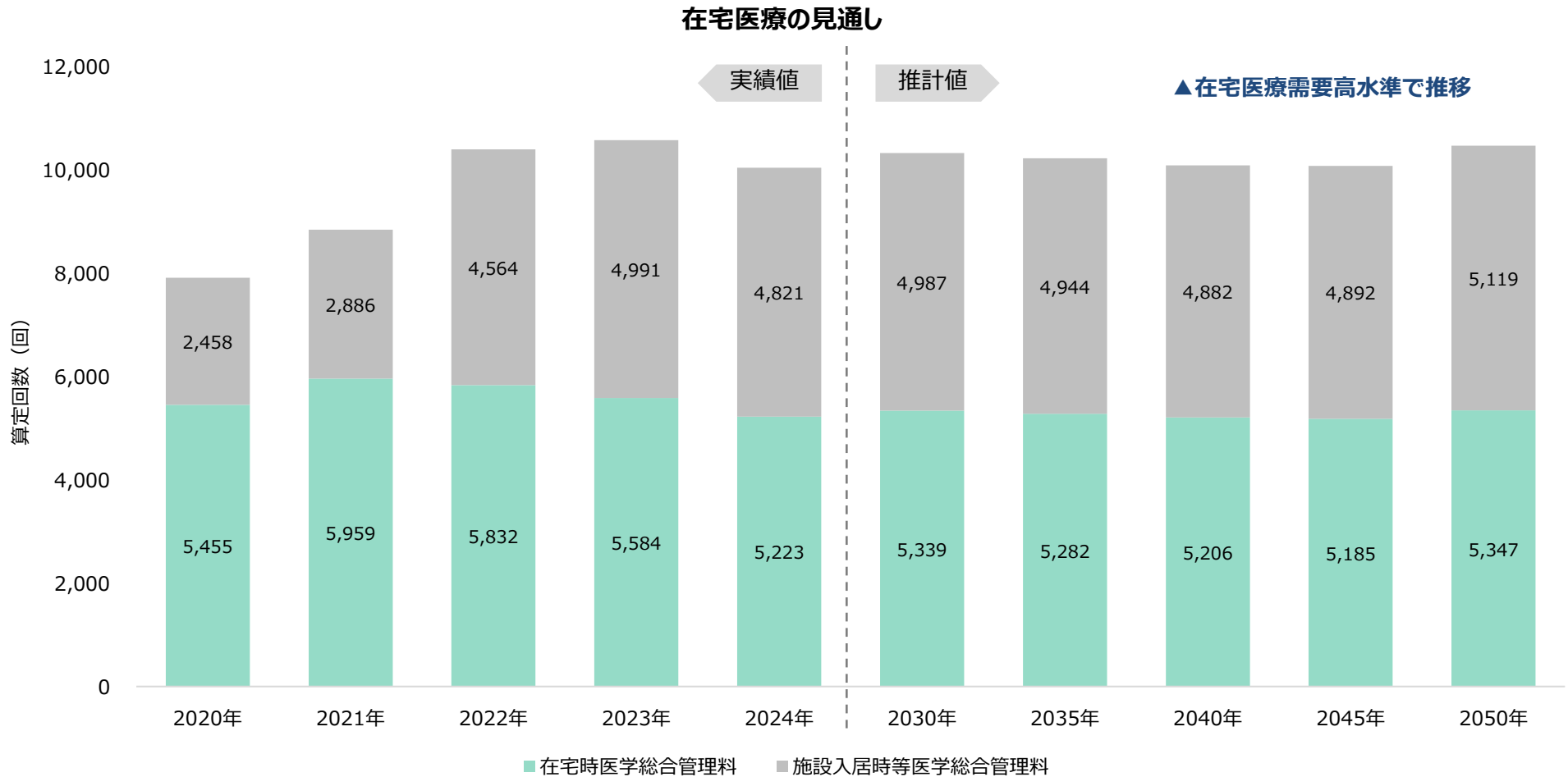


出典：厚生労働省「患者調査」、「令和7年度版医療計画作成支援データブック 長野県の人口推移」、長野県「毎月人口移動調査結果報告」

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

【上伊那】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2022年にかけて増加した後、2050年にかけて概ね横ばいで推移する見込みである。在宅医療需要は今後も高い水準で推移することが見込まれ、在宅医療提供体制の維持・確保が引き続き重要となることが示唆される。

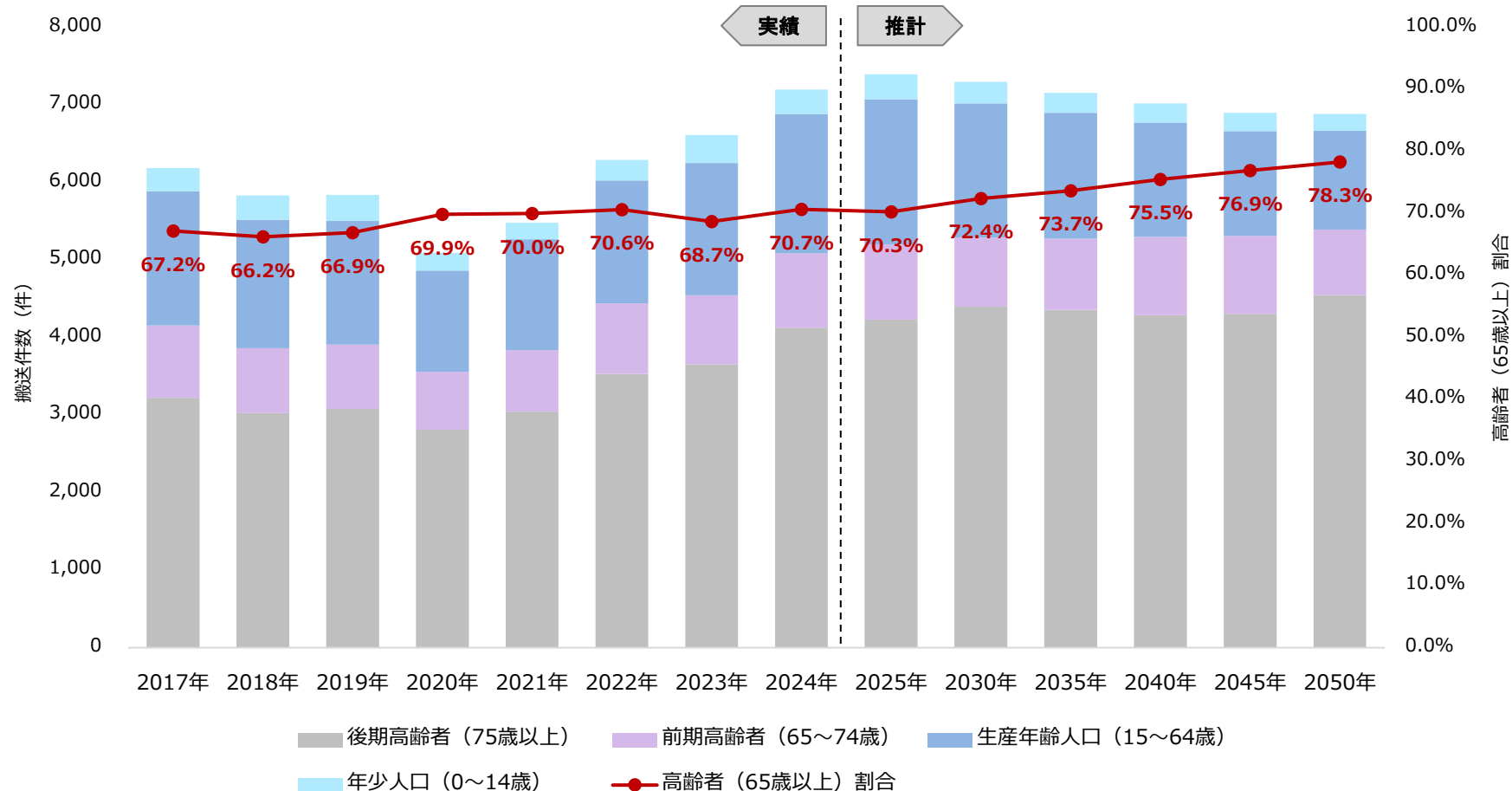


出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」、「令和7年度版医療計画作成支援データブック 長野県の人口推移」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査」
注：C002_在宅時医学総合管理料及びC002-2_施設入居時等医学総合管理料の算定回数を合算。2024年の全国における年齢区分別の骨折在宅医療実施率を算出後、各圏域の実施状況を加味して補正を行い、実施率は一定と仮定し推計

【上伊那】 2040年の医療需要（救急）_救急搬送件数及び高齢者割合

上伊那圏域の救急搬送件数は2025年以降減少する見込み。また、2025年から2050年にかけて、搬送患者に占める高齢者の割合・患者数ともに増加することが見込まれる。

年齢区分別の救急搬送件数及び高齢者割合推移



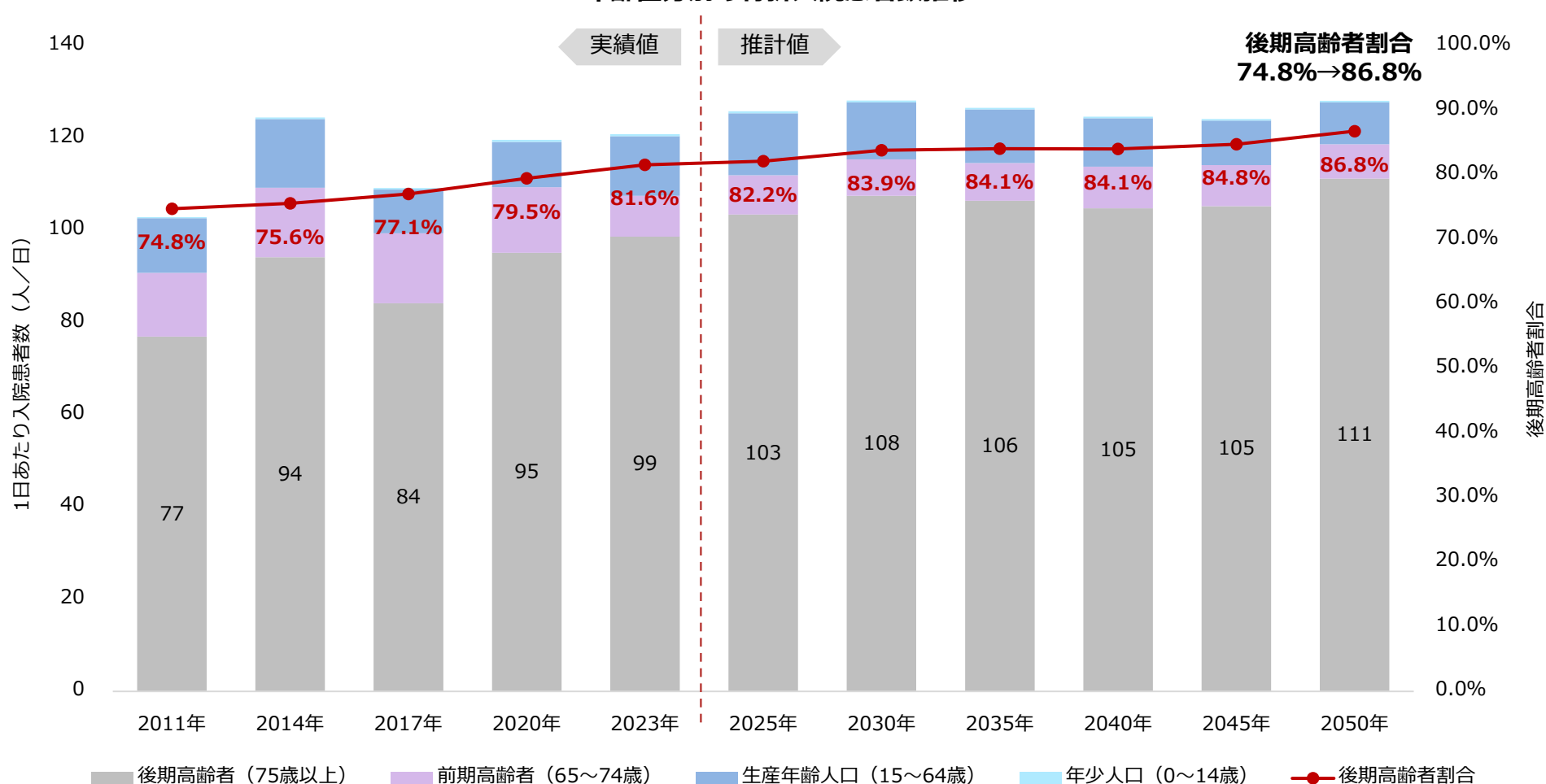
出典：長野県「救急搬送データ（平成29年～令和6年）」、「毎月人口移動調査結果報告（令和6年）」及び厚生労働省「令和7年度版医療計画作成支援データブック 長野県の人口推移」

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）【上伊那】骨折入院患者に占める後期高齢者割合の増加について

後期高齢者の骨折入院患者数は増加傾向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2050年に約9割まで上昇する見込みであり、骨折医療において、高齢者の救急受入れやリハビリテーション、在宅復帰支援の重要性が一層高まることが示唆される。

年齢区分別の骨折入院患者数推移



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

【上伊那】医療供給体制の状況

上伊那圏域では、医師数や看護師数等の医療人材が全国平均及び長野県平均を下回る状況にある。今後の高齢化に伴う医療需要の変化への対応と、持続的な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

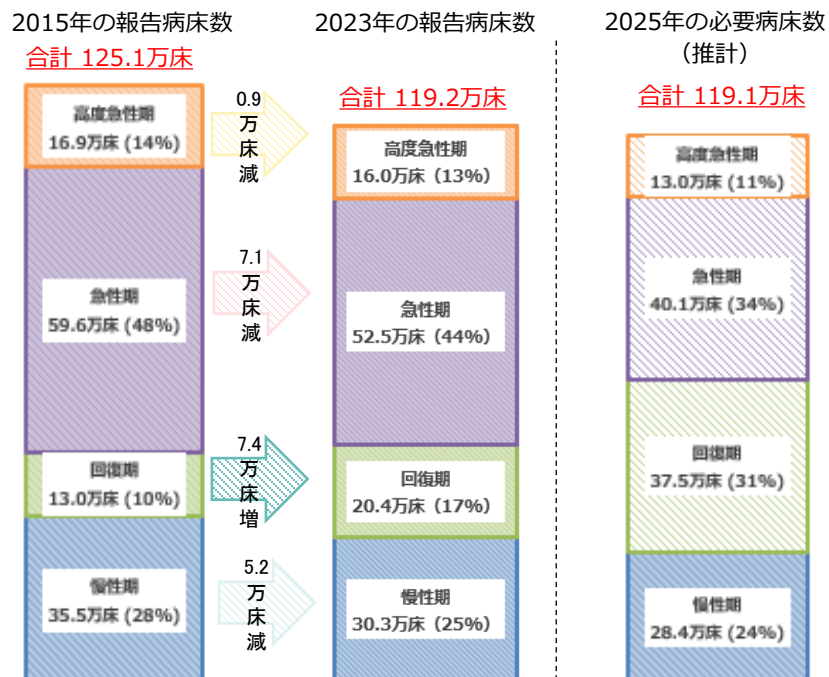
現行の地域医療構想

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。

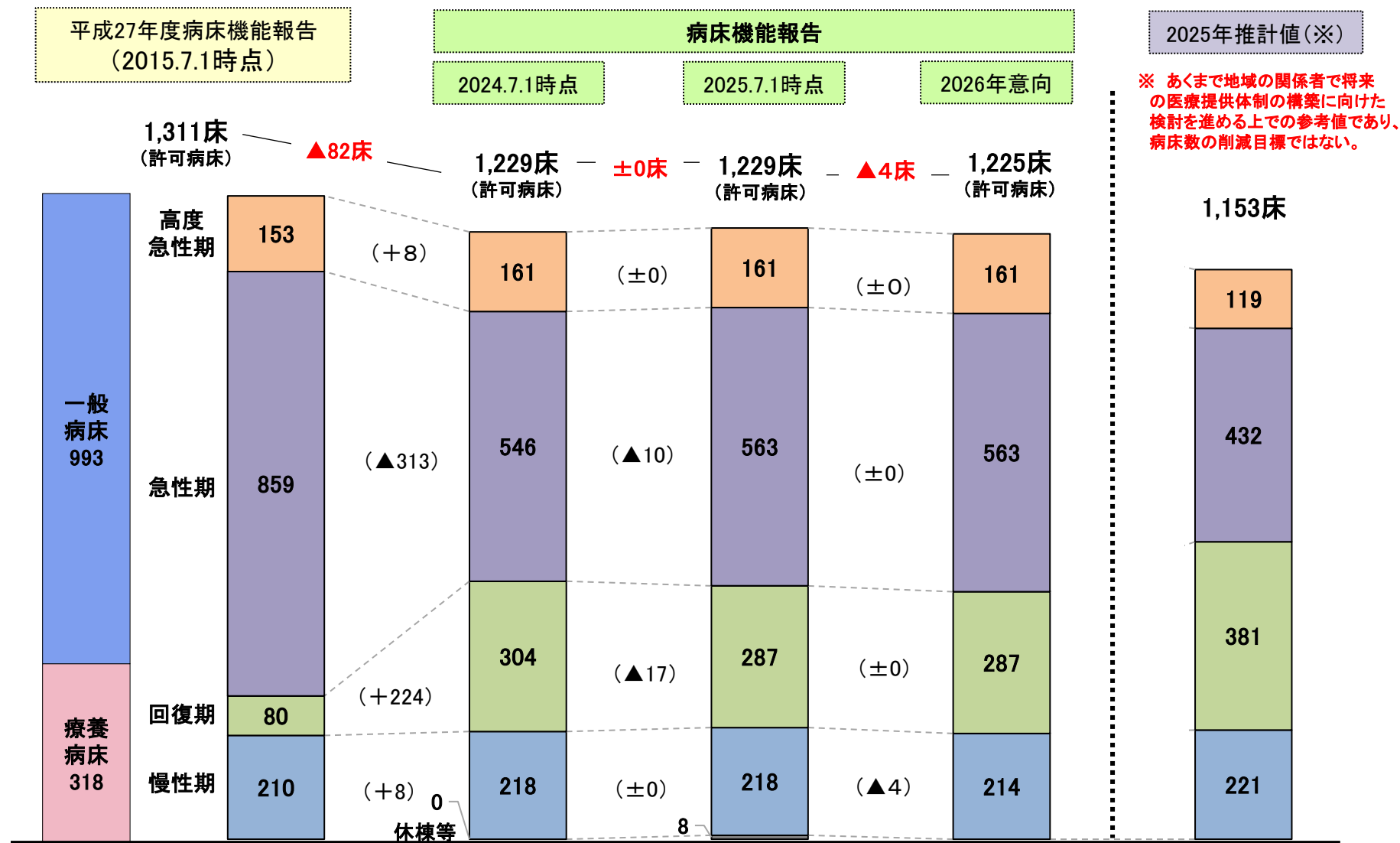
限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

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

【上伊那】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。



【上伊那】入棟・退棟経路別の患者構成の変化

高度急性期病床では院内での病棟間移行の割合が比較的低い。一方、回復期・慢性期病床では他医療機関からの患者受入れがみられ、特に慢性期病床ではその割合が増加している。患者の状態に応じた受入れ・移行を支える医療機関間の役割分担や連携が行われていることがうかがえる。

【入棟経路別の患者構成】

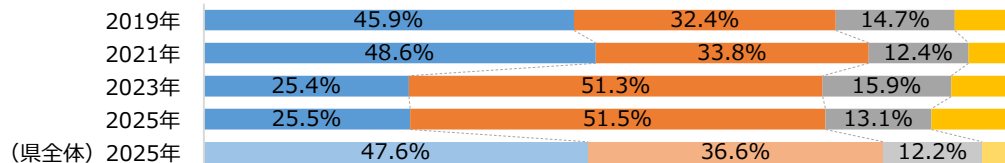
高度急性期



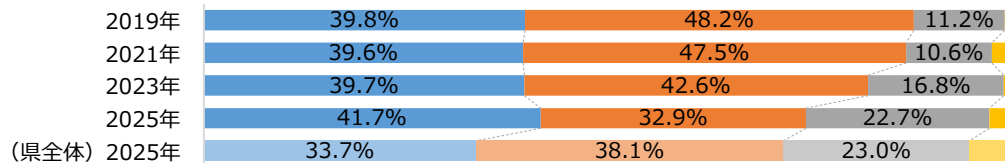
急性期



回復期



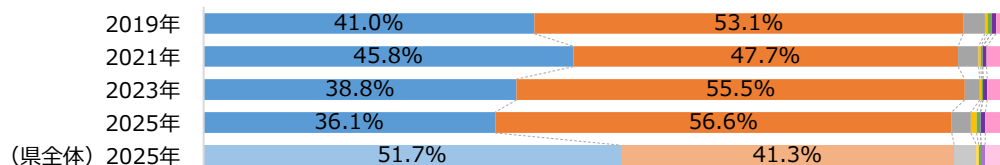
慢性期



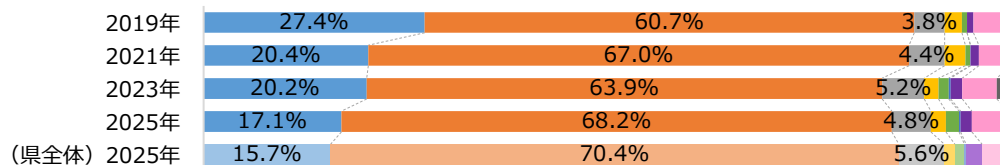
■ 院内の他病棟 ■ 家庭 ■ 他の病院、診療所 ■ 介護施設・福祉施設
■ 介護医療院 ■ 院内の出生 ■ その他

【退棟経路別の患者構成】

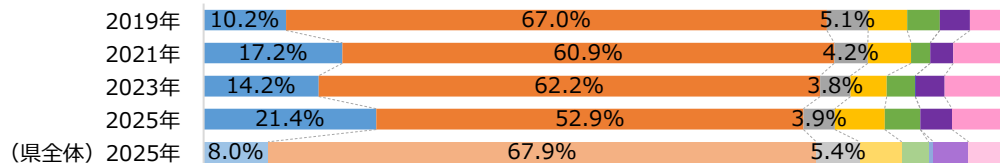
高度急性期



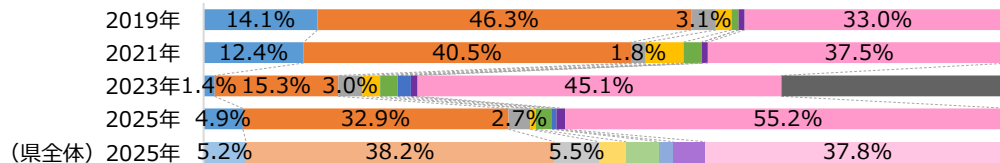
急性期



回復期



慢性期

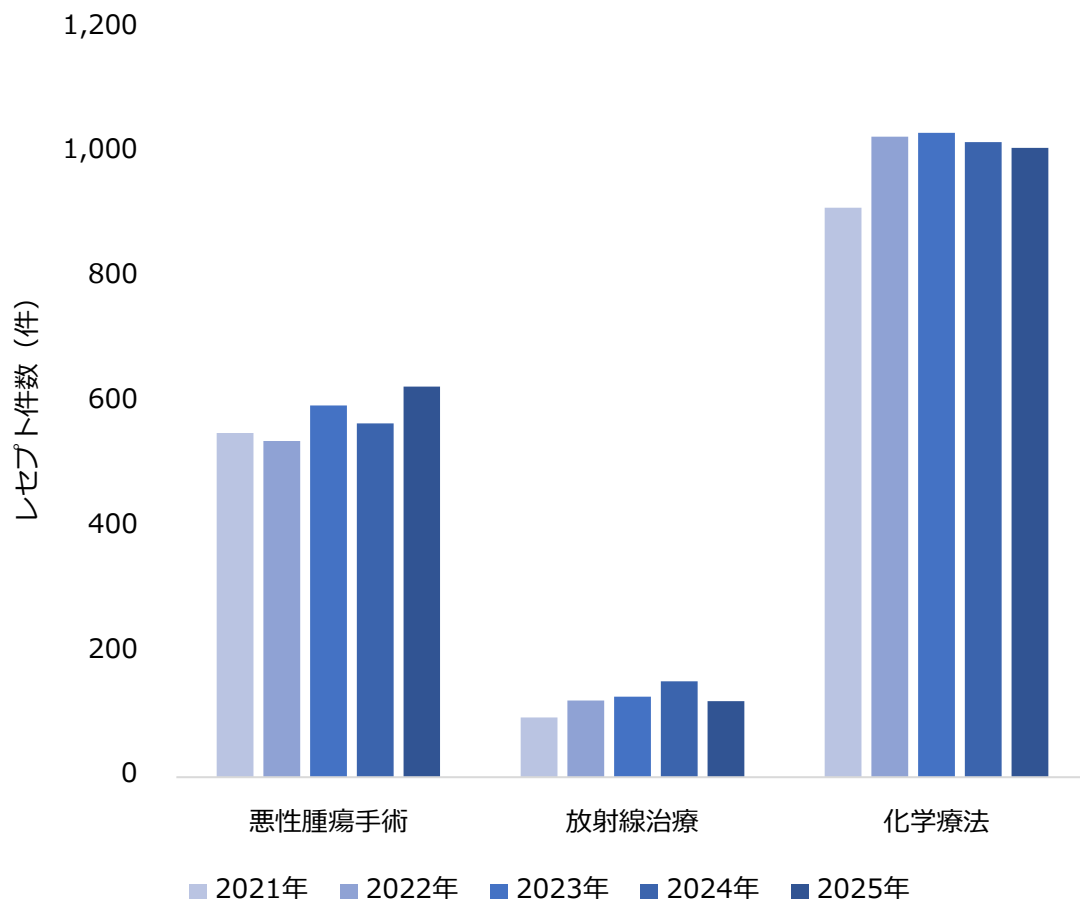


■ 院内の他病棟 ■ 家庭 ■ 他の病院、診療所 ■ 介護施設・福祉施設
■ 介護老人保健施設 ■ 介護老人福祉施設 ■ 介護医療院 ■ その他
■ 社会福祉施設・有料老人ホーム等 ■ 終了（死亡退院等）

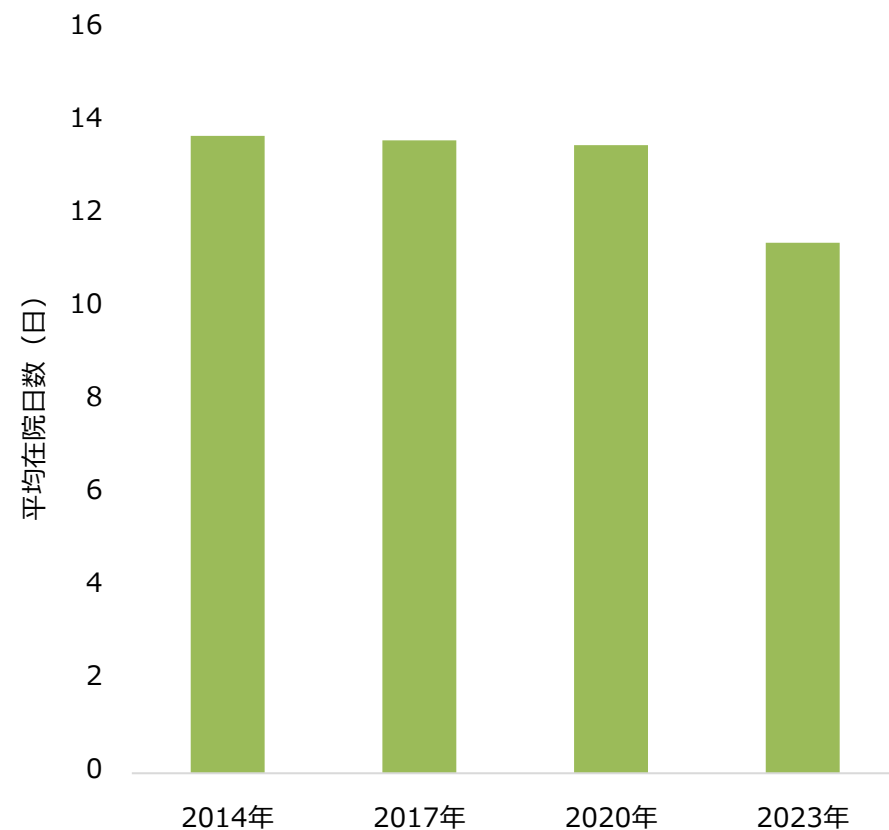
(参考) 【上伊那】がん患者の入院患者数減少の背景

悪性腫瘍手術の件数は増加傾向にある一方、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等により在院日数の短縮が進んでおり、これらががん患者の入院患者数減少の一因となっていることが示唆される。

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



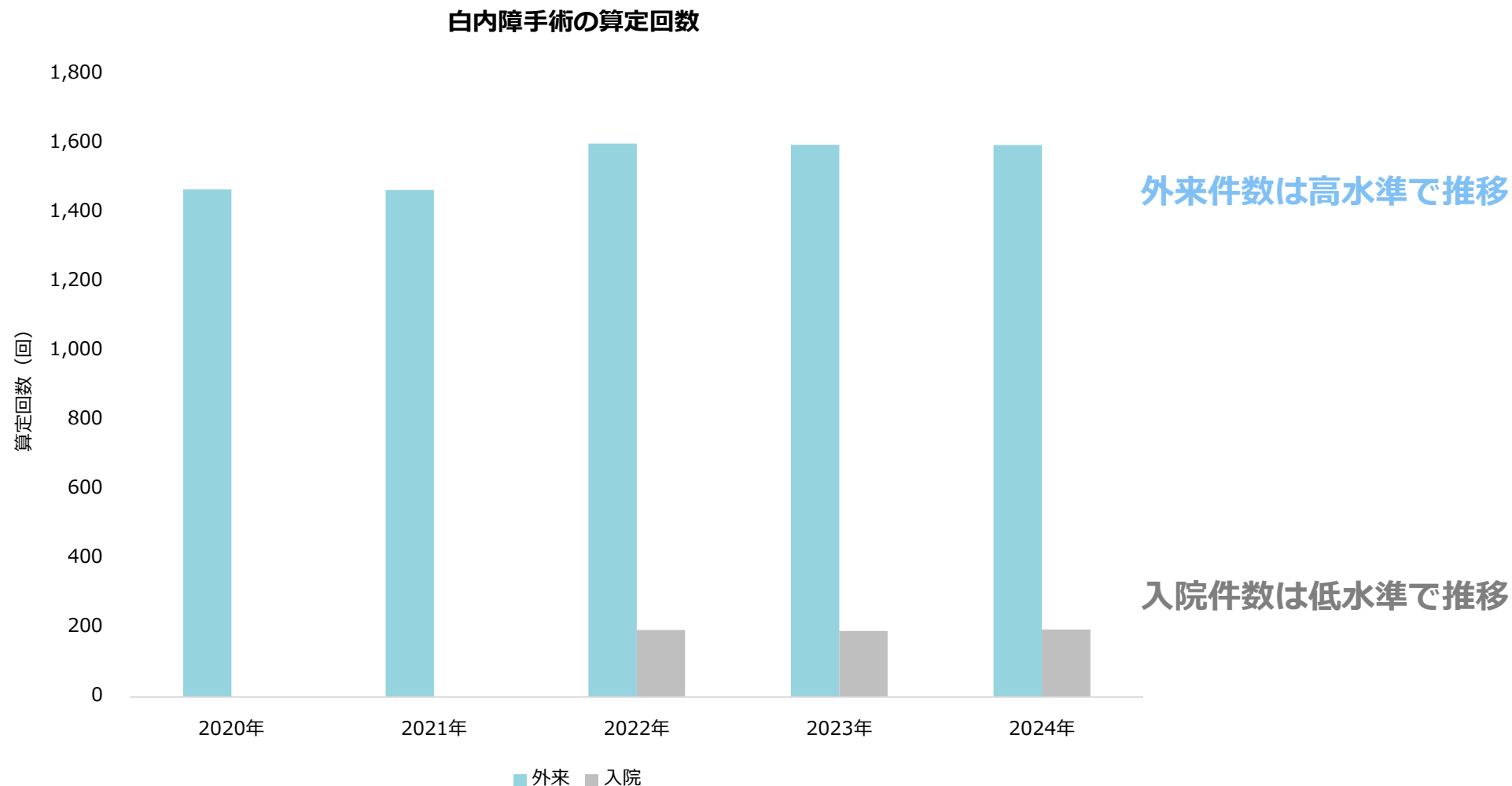
出典：がんの治療状況は長野県「病床機能報告」、退院患者平均在院日数は厚生労働省「患者調査」

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) 【上伊那】 白内障手術の外来移行について

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、外来における白内障手術の算定回数が増加傾向にあることから、圏域内において外来での実施が定着していることが示唆される。



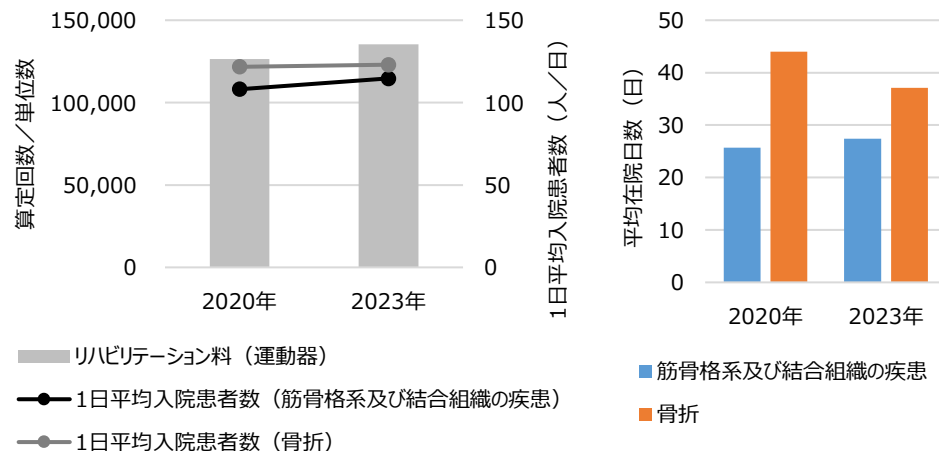
出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」

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。2020年及び2021年は、入院における当該診療行為の算定回数が秘匿化されているため欠測

（参考）【上伊那】リハビリテーション提供体制と在院日数の状況

リハビリテーション料の算定回数は増加傾向にあり、運動器関連及び呼吸器疾患では平均在院日数が短縮している。リハビリテーション提供体制の充実と在院日数の短縮が確認されており、患者の早期回復・早期退院が進展している可能性が示唆される。

運動器疾患関連のリハ料、患者数、平均在院日数



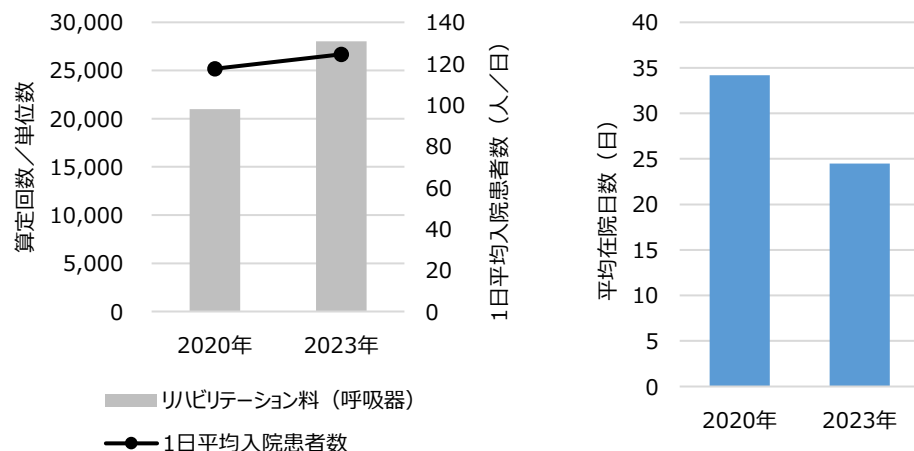
在院日数の状況

- ✓ 運動器疾患：34.2日 → 24.5日
- ✓ 呼吸器疾患：32.6日 → 27.0日
- ✓ 心疾患：25.7日 → 27.4日

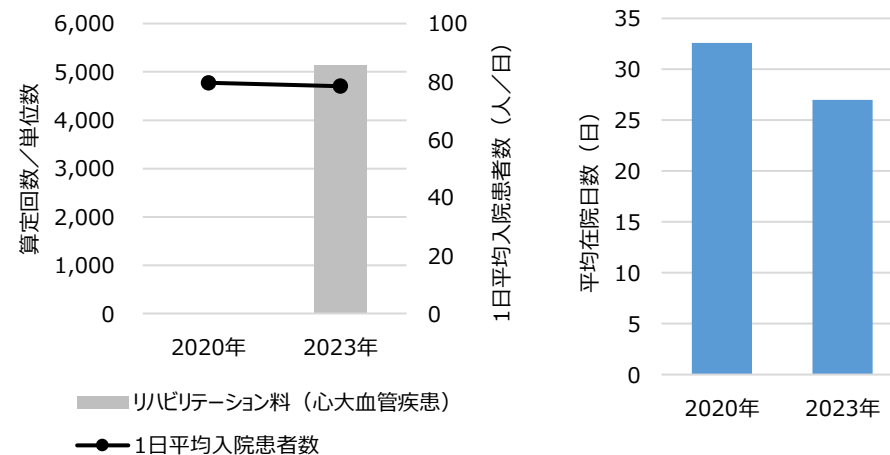
リハビリテーション提供体制の状況

- ✓ リハビリテーション提供体制の拡充
 - ・ 運動器リハ：126,449回 → 135,296回
 - ・ 呼吸器リハ：21,005回 → 28,039回
 - ・ 心疾患リハ：5,143回（2023年）

呼吸器疾患関連のリハ料、患者数、平均在院日数



心疾患関連のリハ料、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」

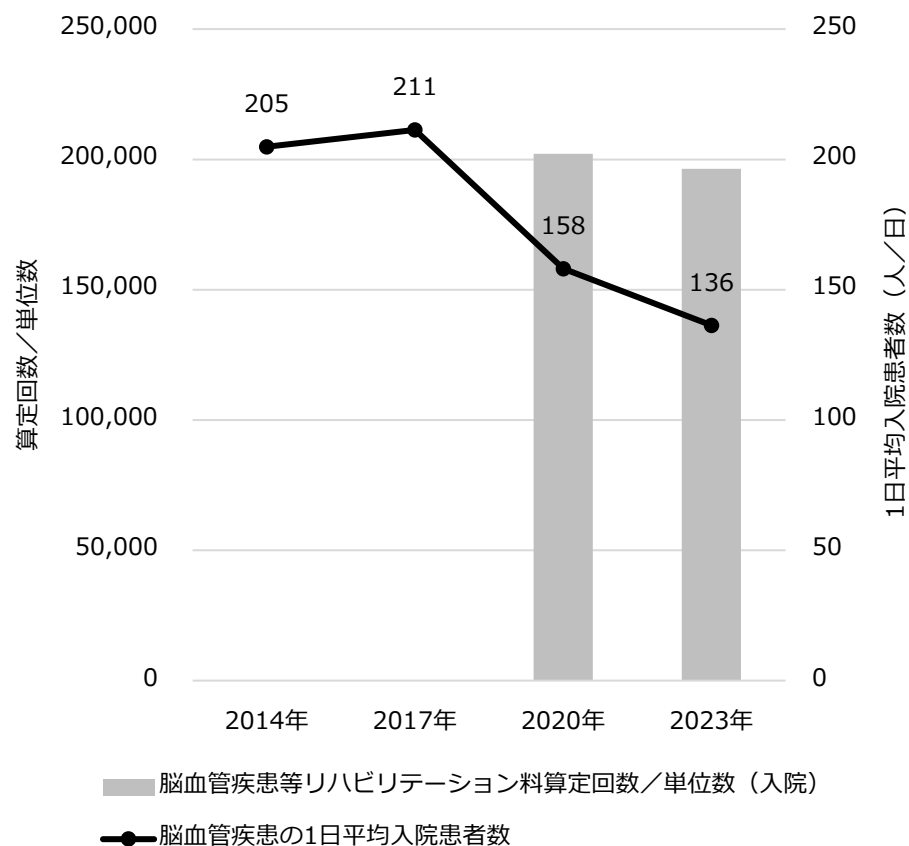
注：2020年の心大血管疾患リハビリテーション料算定回数はいずれも秘匿化されているため欠測

(参考) 【上伊那】脳血管疾患における治療・リハビリ提供体制の変化

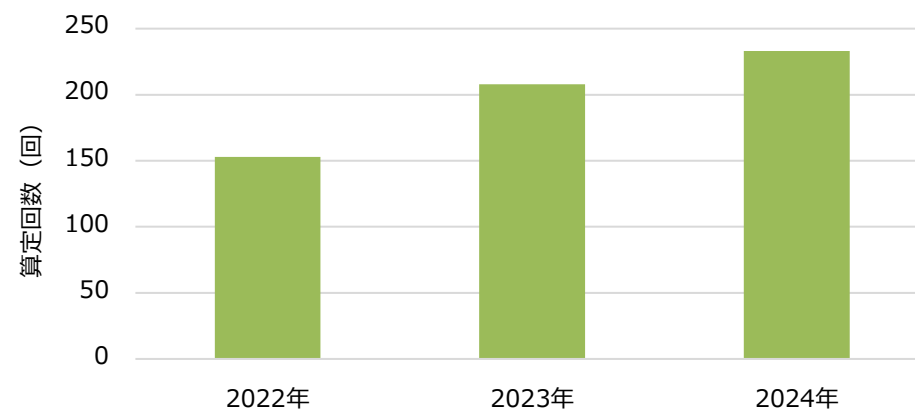
脳血管疾患患者数が減少している一方、リハビリテーション料算定回数は概ね維持されている。また、平均在院日数は2020年から2023年にかけて短縮している。患者数が減少する中でもリハビリテーション提供量が維持されるとともに、関連手術件数は増加し、平均在院日数も短縮していることから、早期回復支援が進展している可能性が示唆される。

脳血管疾患のリハビリテーション料算定回数（入院）

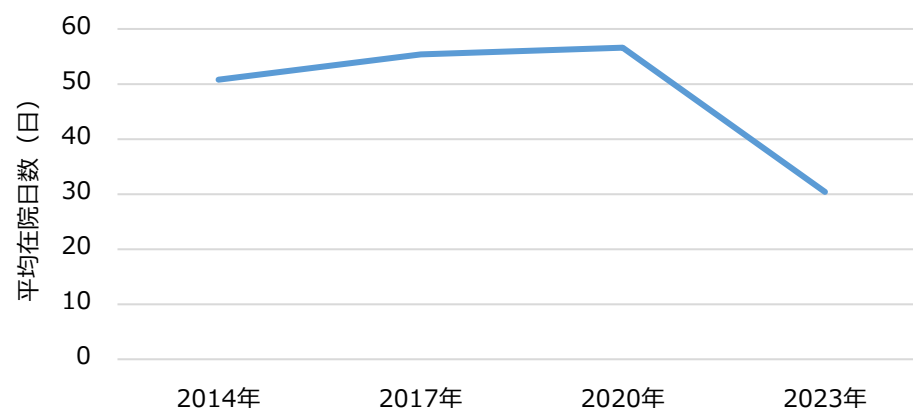
及び1日平均入院患者数



脳血管疾患関連手術件数



脳血管疾患の退院患者平均在院日数



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