令和８年度第２回佐久医療圏 地域医療構想調整会議	資料 1−1
令和８年１０月２１日	

地域医療構想について

長野県健康福祉部医療政策課

人口構造の変化

◆人口は減少し、特に医療や介護を支える世代の減少が顕著に

◆高齢者は増加し、医療や介護の需要は増加

【必要とされる医療の変化】

- 入院需要は減少

  働き手世代を中心とした急性期医療の需要が減少

- 高齢者救急は増加

  肺炎・骨折などへの対応が増加

- 在宅医療の重要性が高まる

  住み慣れた地域で暮らし続けるための支援

【医療を支える体制の変化】

- 医療人材の不足が進む

  医療従事者の確保がこれまで以上に困難に

- 限られた人材を有効活用

  限られた人材で地域の医療を支える仕組みが必要

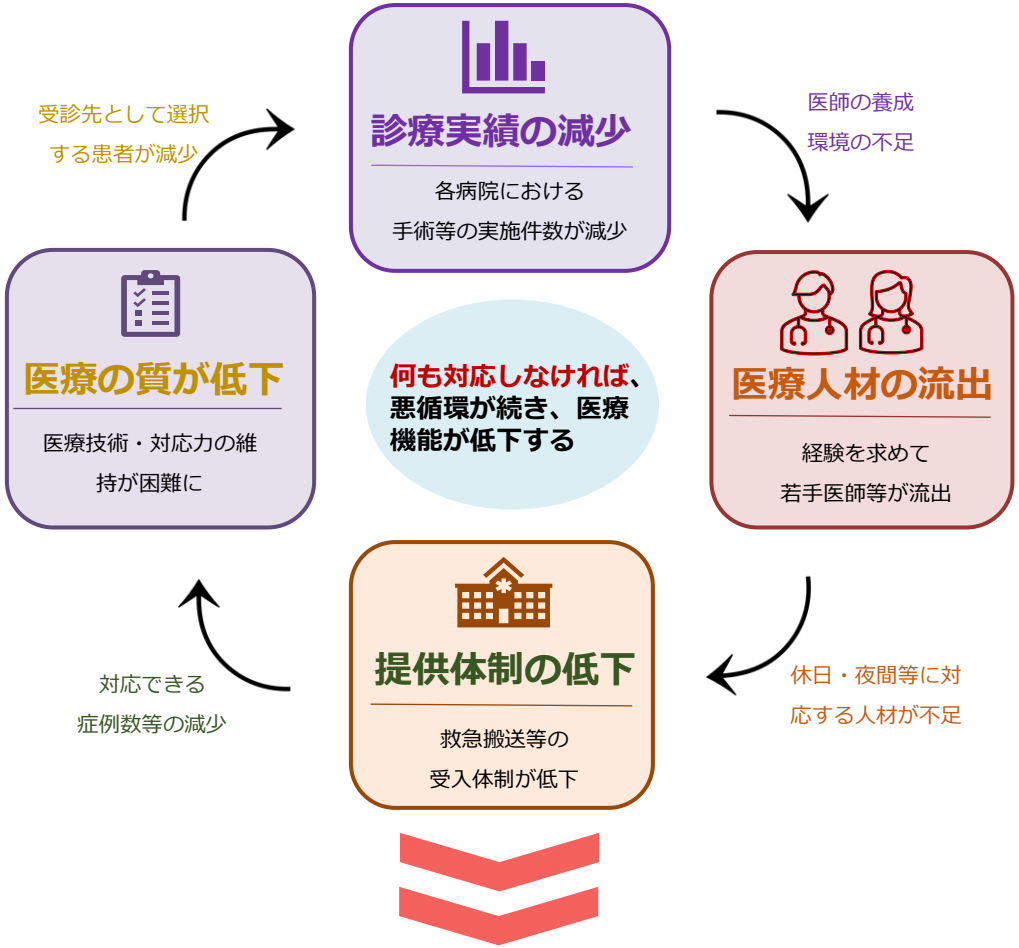
持続可能な医療提供体制の確保が課題

人口構造の変化に対応した医療提供体制の見直しが必要

想定される影響への対応方法（新たな地域医療構想の必要性）

○　なぜ、医療機関における役割分担と連携を進める必要があるのか？　※役割分担と連携 ＝ 新たな地域医療構想

人口構造の変化（生産年齢人口↓・高齢者人口↑）に伴う“医療需要の変化”及び“医療人材の減少”



地域に必要な医療機能が損なわれ、有事の対応力も低下
必要な医療が受けられなくなる事態に。

想定される影響(住民・地域医療)

※人口構造の変化や医療人材の減少に十分対応できない場合

（地域医療への影響）

✓若手医師の県外流出が進み、医師不足がさらに深刻化

✓急性期病床が過剰となる一方、高齢者医療の受け皿が不足

✓経営状況が維持できず廃業がする医療機関が発生

（住民への影響）

✓救急車を呼んでも受入先となる医療機関が見つからない

✓高度ながん治療や専門医療を受けられない

✓災害や感染症流行時の対応が出来ない

必要な医療を受けられなくなる恐れ

どうやって体制を維持していくか？

限られた医療資源を最大限有効に活用するとともに、
医療に関わる全ての関係者が同じ認識を共有した上で、

医療機関の役割分担・連携が必要

持続可能な医療提供体制を確保するために必要な視点

【需要面】

○医療・介護ニーズの変化

☞医療介護の複合ニーズは増加

☞急性期需要は減少

【供給面】

○医療提供体制を支える人材の確保

☞働き手の減少

医療需要と医療資源とのギャップが拡大

現状のままでは医療提供体制の維持が出来ない

持続可能な医療提供体制を確保するために必要な視点

（新たな地域医療構想における視点）

重要な視点①　危機感の共有

✓現状のままでは持続可能な医療提供体制の確保が困難

✓行政、医療関係者、県民が課題認識を共有

重要な視点②　将来を見据えた体制の構築

✓当面の課題への対応

（機能連携の強化、医療人材確保等）

✓2040年、その先を見据えた体制の確保

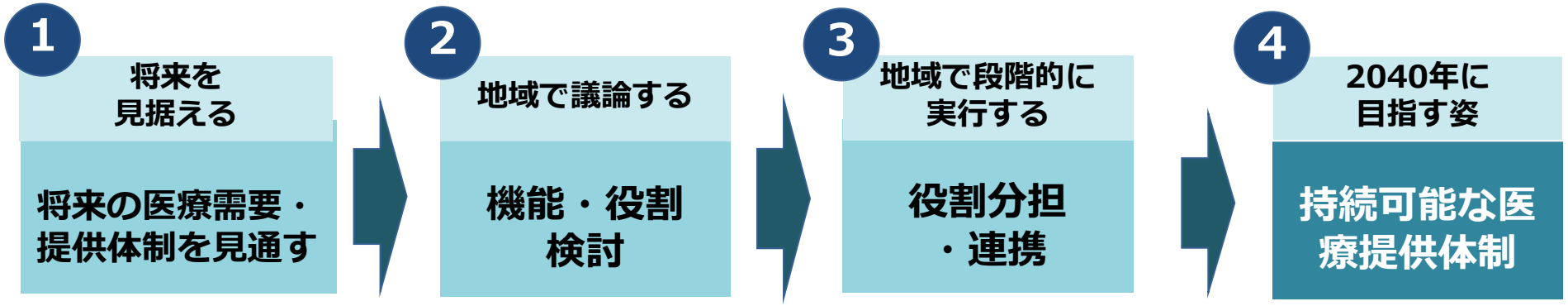
（医療機能・役割分担の検討）

2040年、その先を見据えた「新たな地域医療構想」とは

◆新たな地域医療構想（＝役割分担・連携を進める仕組み）

2040年、その先を見据え、限られた医療資源で持続可能な医療を提供し続けるためには、地域における医療機関の役割分担・連携を進める必要がある

新たな地域医療構想の推進（進め方イメージ）



新たな地域医療構想が目指すものとは？

有事・平時を問わず、**誰もが高度・専門医療から在宅医療まで、自身の病状に合った質の高い医療を切れ目なく受けることができ**、安心して暮らすことができる体制。

役割分担と連携による持続可能な医療提供体制の構築（イメージ）

○　2040年、その先を見据え、限られた医療資源で必要な医療を提供するため、医療機関間の役割分担と連携を一層推進する。

【入院医療体制】

地域で必要な入院医療を持続的に提供するため、医療機能の役割分担と医療機関間の連携を推進。

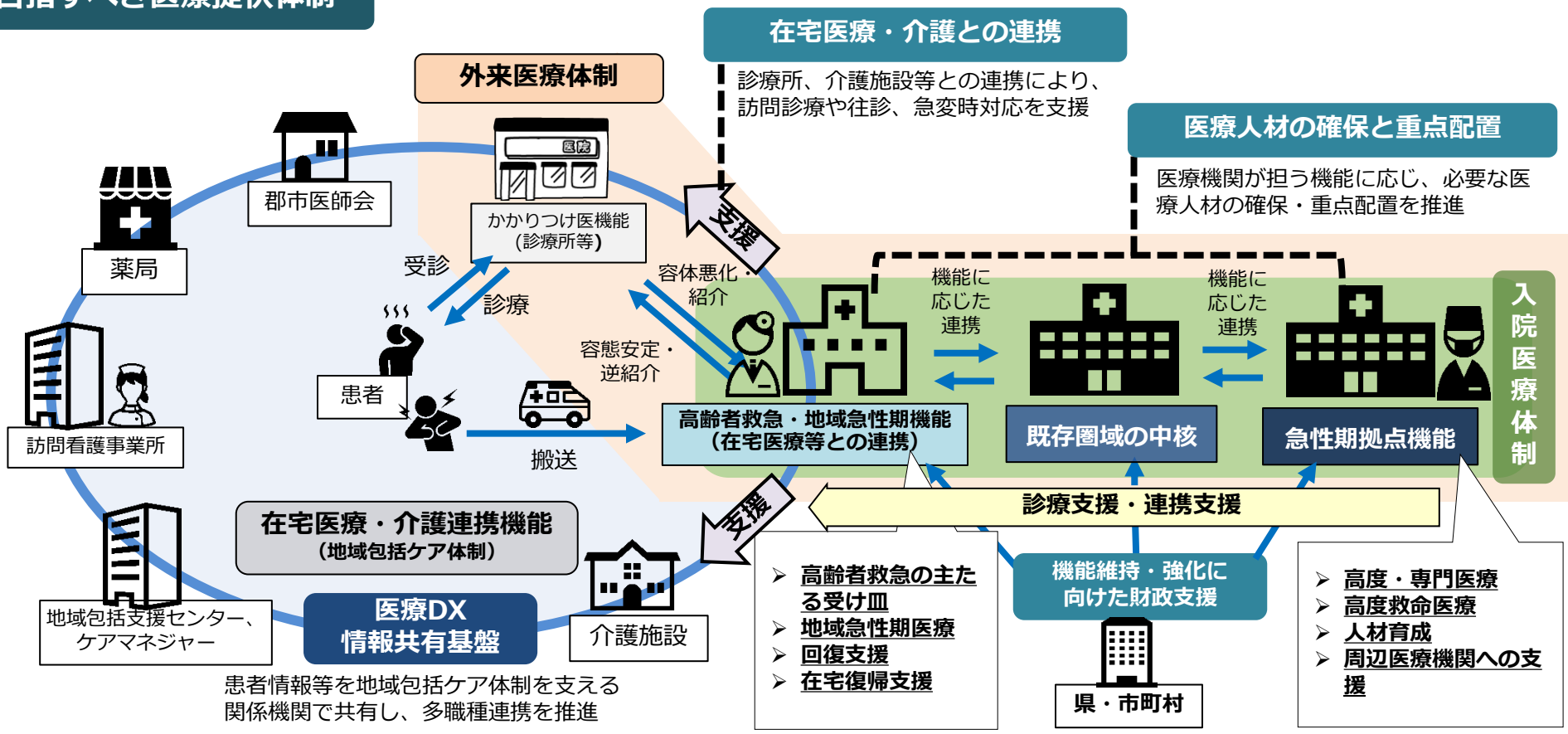
【在宅医療体制】

在宅医療の需要増加に対応するため、病院、診療所、介護サービス事業者等の連携を強化し、切れ目のない在宅医療提供体制を構築。

【外来医療体制】

「かかりつけ医機能を担う医療機関」と「紹介患者を中心に診る医療機関」との役割分担を明確化し、地域における外来医療提供体制の連携を推進。

目指すべき医療提供体制



（補足）“構想区域”及び“急性期拠点機能”を考える上での留意事項

“構想区域”及び“急性期拠点機能”を考える上で、単なる集約化の議論とならぬよう、以下の事項を前提に議論

◆　構想区域においては、「集約する広域型な医療機能（急性期拠点機能）」と「均てん化する地域密着型な医療機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等機能）」の医療機関間の機能分化・連携を図ることにより、面として一体的な医療提供体制の確保を目指す

【集約する広域型な医療機能（急性期拠点機能）】

- 既に減少が見込まれている高度急性期等については、安心・安全な医療を確保するため、一定程度の機能の集約が必要。
  - 症例数集約による医師の養成環境の体制確保
  - 24時間365日の救急医療提供や緊急手術等への体制確保　等

【均てん化する地域密着型な医療機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等機能）】

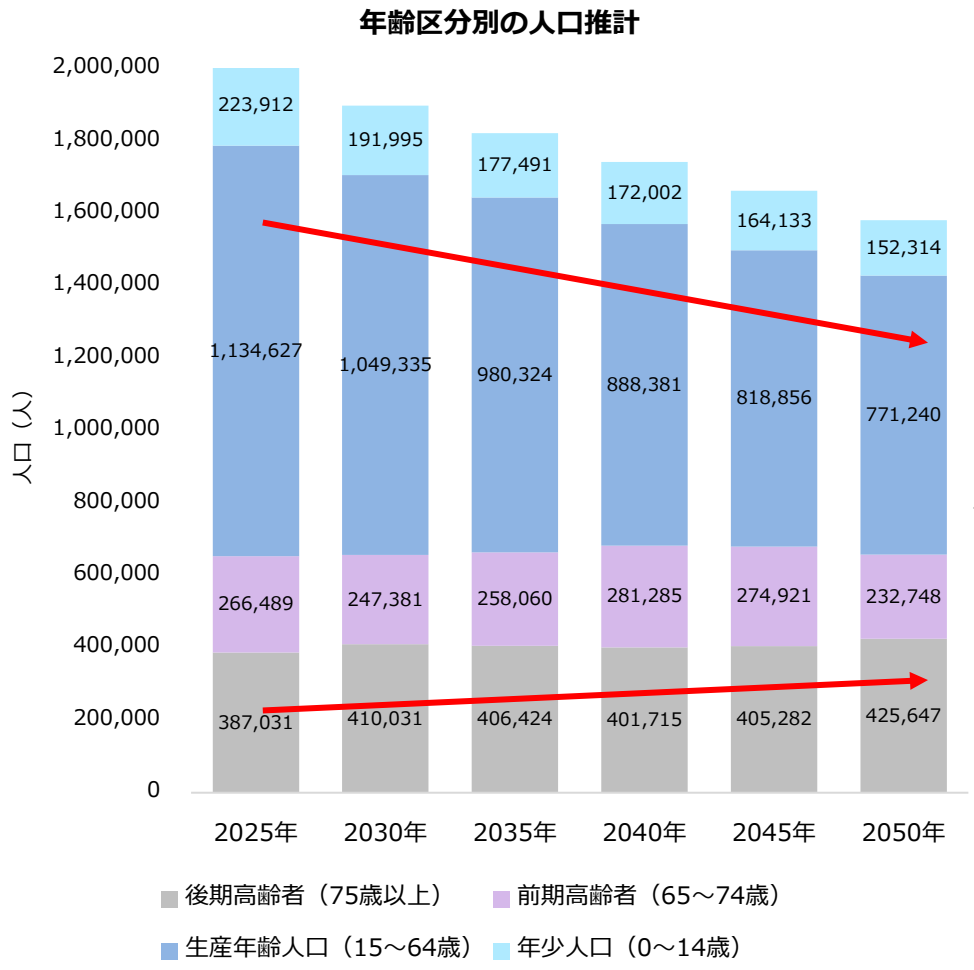
- 今後も一定程度の増加が見込まれている包括期機能等については、県民生活の基盤となるため、機能の均てん化が必要。
  - 二次救急搬送は地域ごとに体制確保
  - 急性期経過後の在宅復帰を目的とした療養環境の体制確保
  - 外来・在宅医療等は日常生活圏での体制確保　等

【その他留意すべき事項】

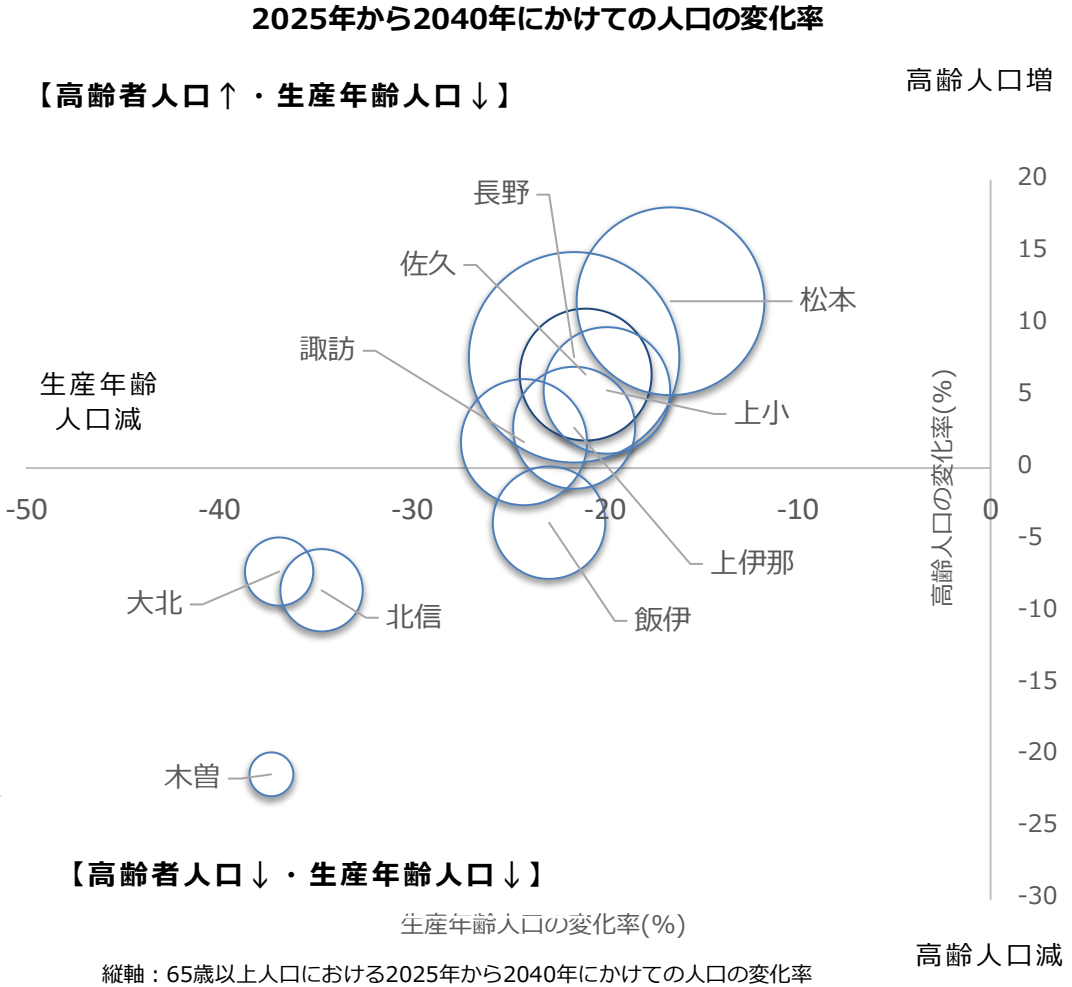
- 中山間地域等の地理的条件を考慮し、県民の医療機関へのアクセスの検討が必要。
  - 関係者が一体となってアクセス方法の確保（地域公共交通計画との整合性確保　等）
  - 対面診療を基本としたオンライン診療の活用、巡回診療等の活用による受診機会確保　等

人口構成の変化について

○　総人口は既にピークを迎えており、2050年に2025年比で43万人（21%）減少する見込み。
○　生産年齢人口が2050年に2025年比32%減少（113万人→77万人）する見込み。一方、75歳以上人口は同期間に10%増加（39万人→43万人）する見込み。高齢化の進展に伴い、医療・介護需要の増加が見込まれる一方で、医療・介護を支える生産年齢人口は約３割減少する。
○　地域別にみると、生産年齢人口は全圏域で減少する一方、高齢者人口は今後増加する地域と減少する地域に分かれる。



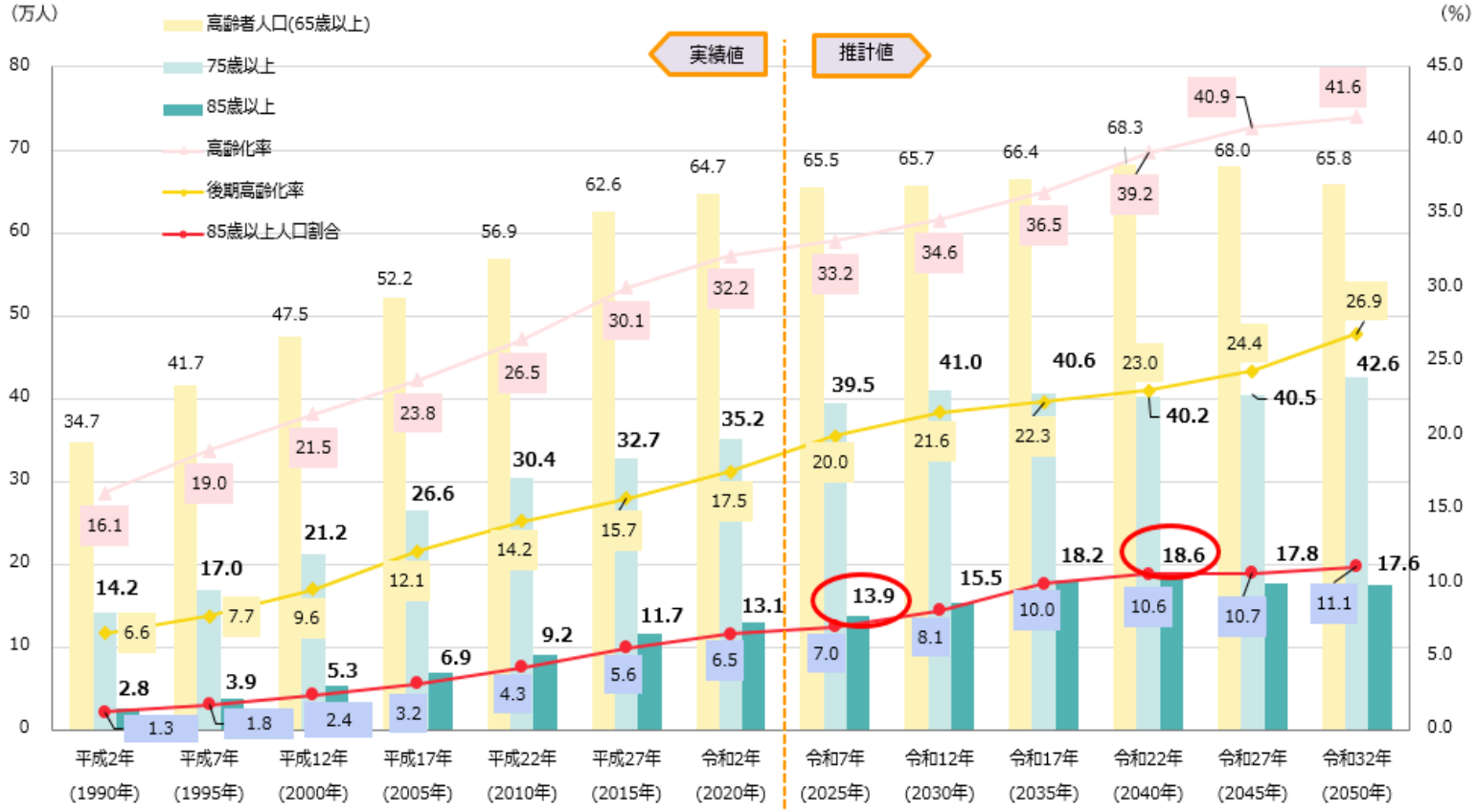
出典：厚生労働省「令和７年度版医療計画作成支援データブック　長野県の人口推移」



縦軸：65歳以上人口における2025年から2040年にかけての人口の変化率
横軸：15歳から64歳人口における2025年から2040年にかけての人口の変化率
バブルの大きさ：２０２５年時点の人口規模

2040年頃に向けた医療の課題①-1　－医療需要の変化－

○　人口は、85歳以上を中心に2040年頃まで高齢者数の増加が見込まれる。
○　要介護認定率の高い85歳以上人口の増加に伴い、医療・介護の複合ニーズを有する高齢者が増加する。高齢者の救急搬送や在宅医療の需要増加が見込まれることから、2040年を見据え、地域の実情に応じた医療機関の役割分担や連携体制の強化が求められる。



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

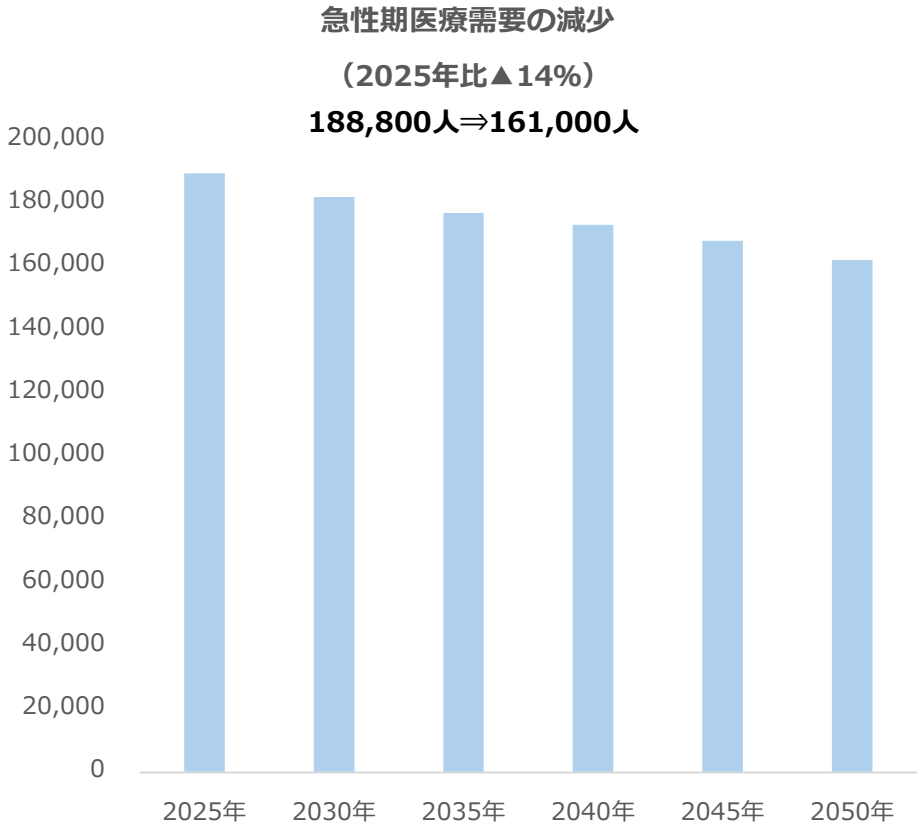
◆2040年頃まで85歳以上人口が増加
13.9万人→18.6万人

◆85歳以上の要介護認定率が高い
男性：56.1%
女性：75.1%

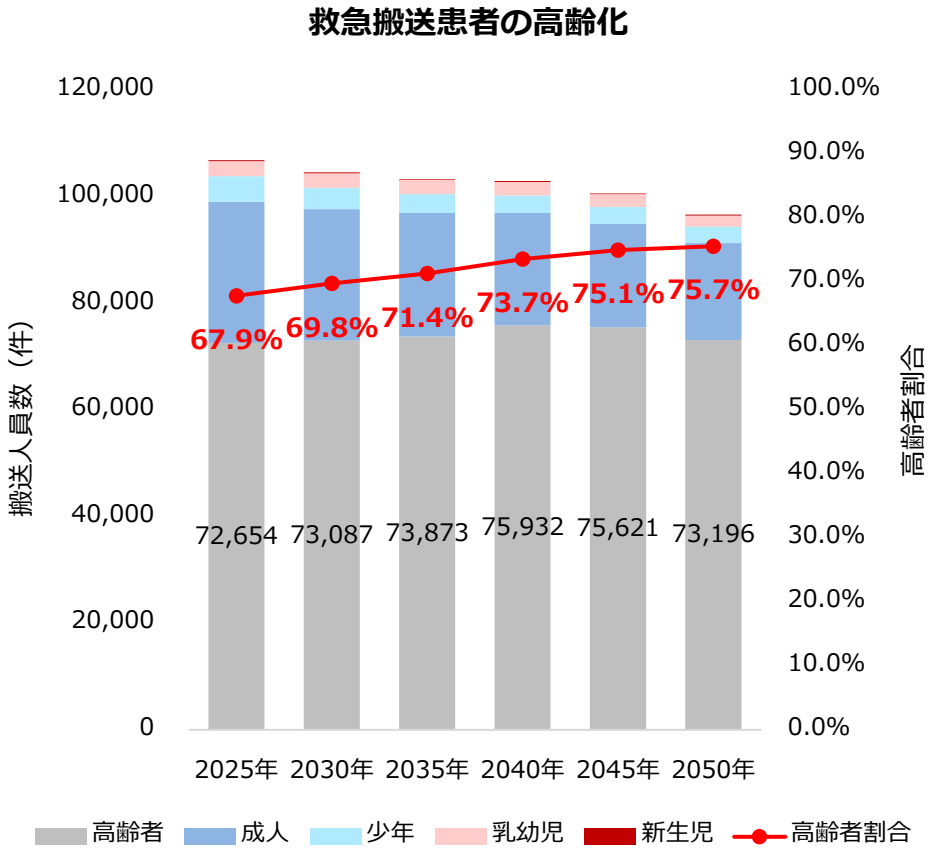
◆医療・介護複合ニーズの増加
・在宅医療需要の増加
・高齢者救急需要への対応強化
・医療と介護の連携強化

2040年頃に向けた医療の課題①-2　－医療需要の変化－

○　急性期医療需要は2025年以前に既にピークを迎えており、患者数の減少が見込まれる。
○　救急搬送件数は総件数は既にピークを迎えているものの、高齢者の搬送件数は増加する見込み。



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５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５年）」



出典：長野県「救急統計データ（令和５年）」、「毎月人口移動調査結果報告（令和５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５年における年齢区分別の救急搬送人員発生率を算出後、発生率は一定と仮定し推計

2040年頃に向けた医療の課題②　－供給体制の変化－

○　生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者の確保が課題となる。
○　当県は医師少数県であるとともに、全国と比較して50歳代後半から60歳代の医師の割合が高く、将来の担い手確保が課題となっている。

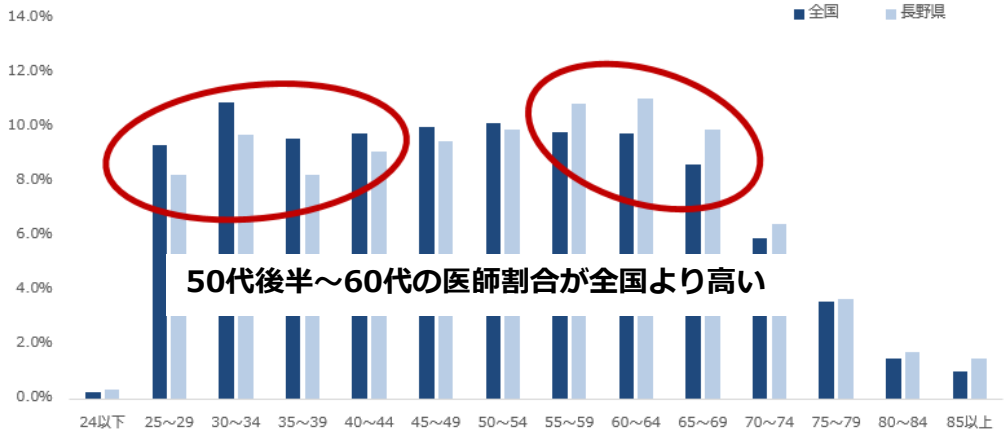
医師偏在指標（令和８年４月公表）

都道府県名	医師偏在指標	都道府県名	医師偏在指標	都道府県名	医師偏在指標
東京都	358.6	鹿児島県	276.7	宮崎県	243
京都府	326.6	香川県	273.4	山口県	241.1
福岡県	320.4	滋賀県	272.1	栃木県	238.7
岡山県	302.7	大分県	270.9	岐阜県	234.2
沖縄県	300.3	熊本県	270.4	**長野県**	**232.6**
長崎県	298.7	宮城県	267.8	群馬県	231.5
高知県	296	福井県	265.5	静岡県	228.8
大阪府	294.7	広島県	264	福島県	222.7
徳島県	293.9	愛媛県	263.6	千葉県	221.9
和歌山県	292.4	山梨県	260.1	山形県	216.5
島根県	284.8	愛知県	258.3	秋田県	211.5
石川県	283.2	神奈川県	254.4	埼玉県	207.2
佐賀県	281.8	富山県	252.5	新潟県	201.7
兵庫県	281.1	三重県	244.4	岩手県	200.4
鳥取県	278.8	北海道	243.6	茨城県	197.5
奈良県	277.1			青森県	194.4

長野県は医師少数県
（医師偏在指標**232.6**）
（全国36位）

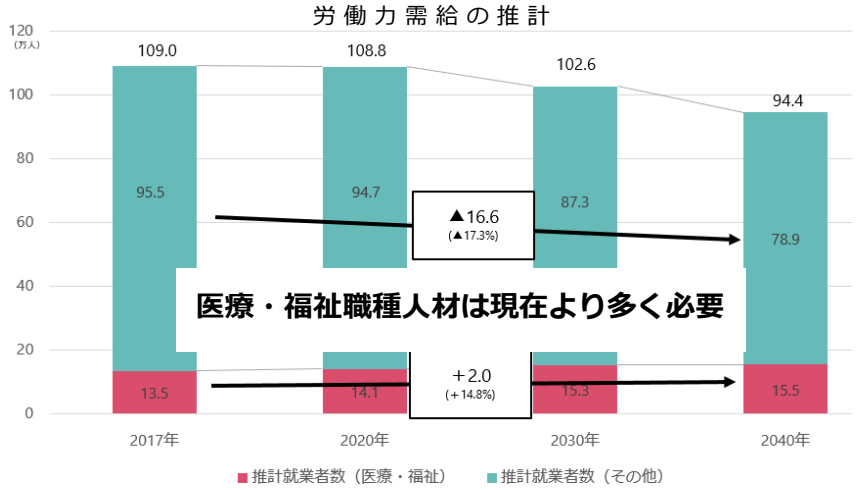
※国の医師偏在指標において医師少数県

医師の年齢階級別の構成割合
（医師の総数を100としたときの５歳階級の構成割合（令和６年））



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

労働力需給の推計



出典：独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」（2020年３月）