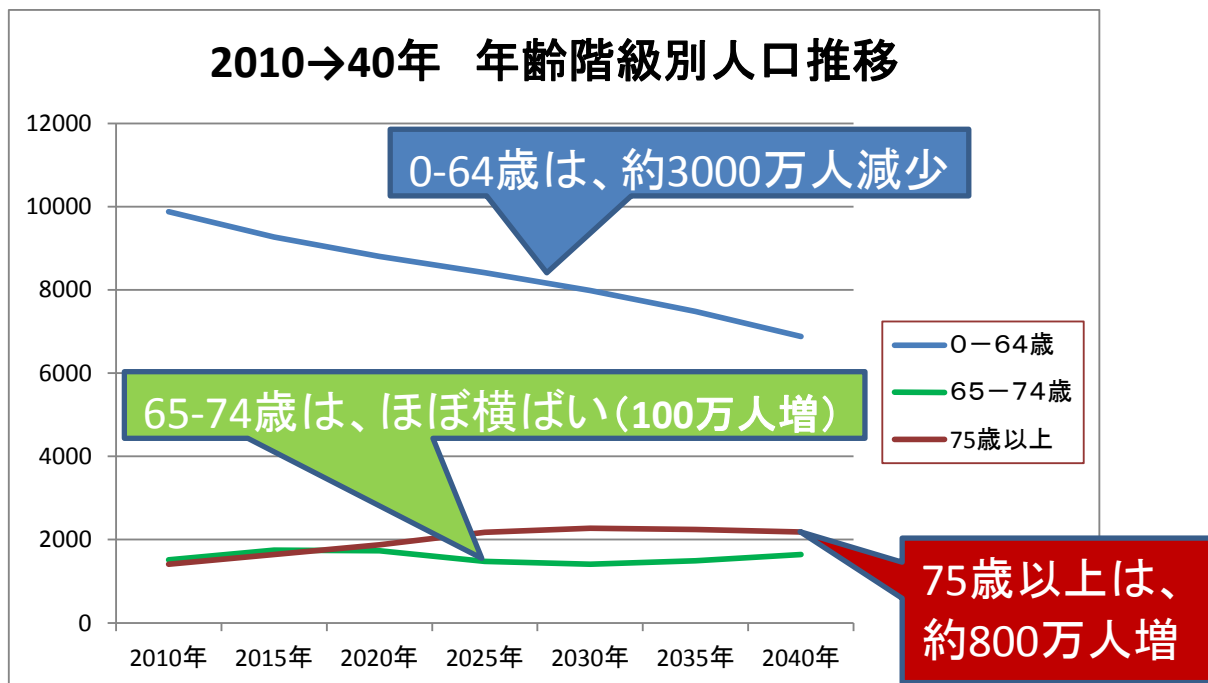


I. 今後の人口変動をどのように捉えるべきか

I-①わが国全体では、若年層が激減、高齢者が急増

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	(単位:万人) 2010→40 年の増減
総人口	12806	12666	12413	12070	11667	11219	10707	-2099
0-64歳	9881	9271	8802	8414	7983	7479	6876	-3005
65-74歳	1517	1749	1733	1478	1406	1495	1645	127
75歳以上	1407	1646	1878	2178	2277	2245	2186	779

(2010年人口は平成22年国勢調査、2015年以降人口は国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口 平成25年3月推計)

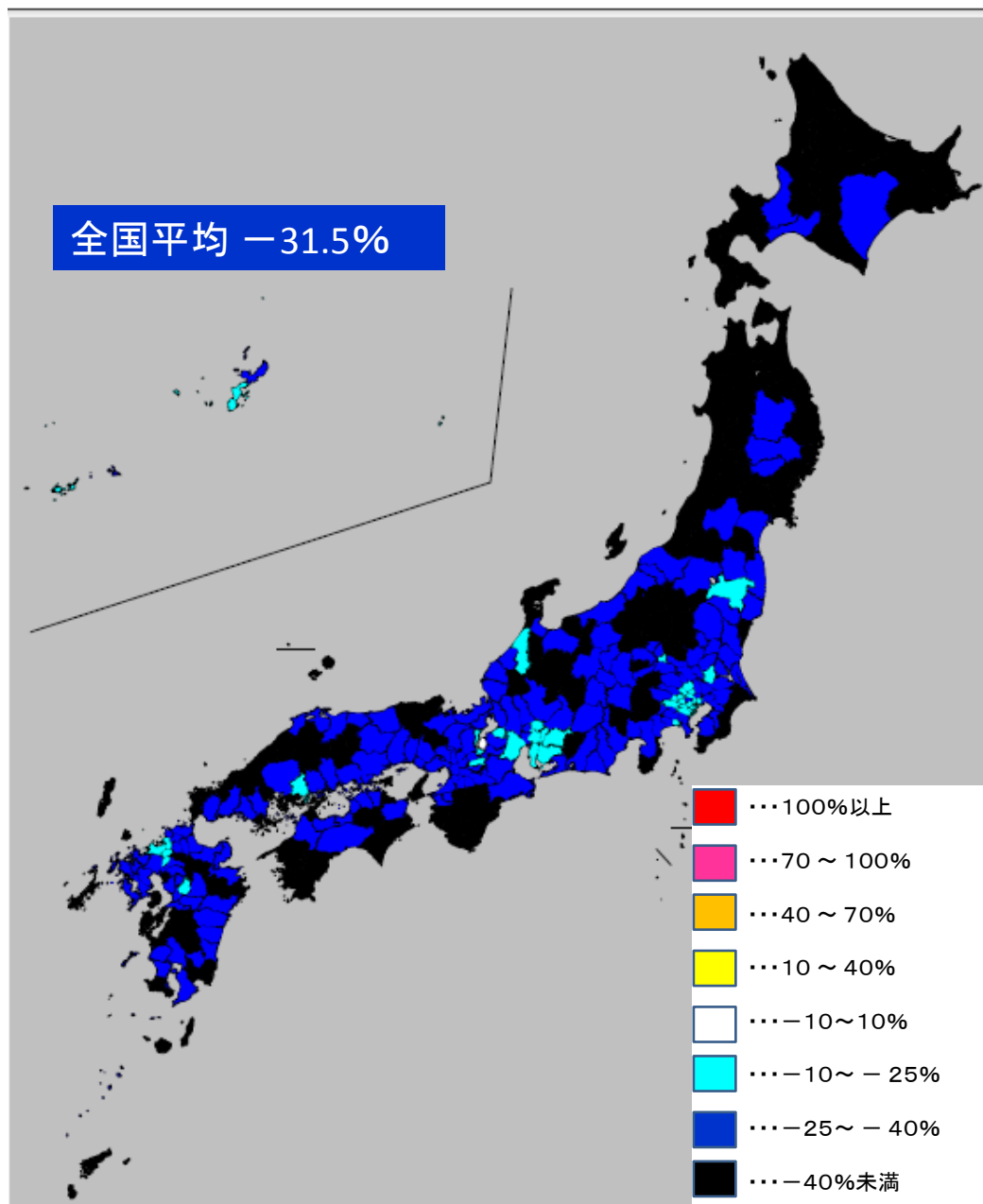


- ・0-64歳は、2010→40年にかけて、一貫して減り続け約 **3000万人減少** する
- ・65-74歳は、2010→40年にかけて、ほぼ横ばいで約 **100万人増加** する
- ・75歳以上は、2030年まで増え続け、その後ほぼ横ばいで、約 **800万人増加** する
- ・国全体は、若年層が3000万人減、高齢者が900万人増で、約 **2100万減少** する

◎今後30年、75歳以上は急増だが、0-64歳の大幅減で、総人口2100万人減少

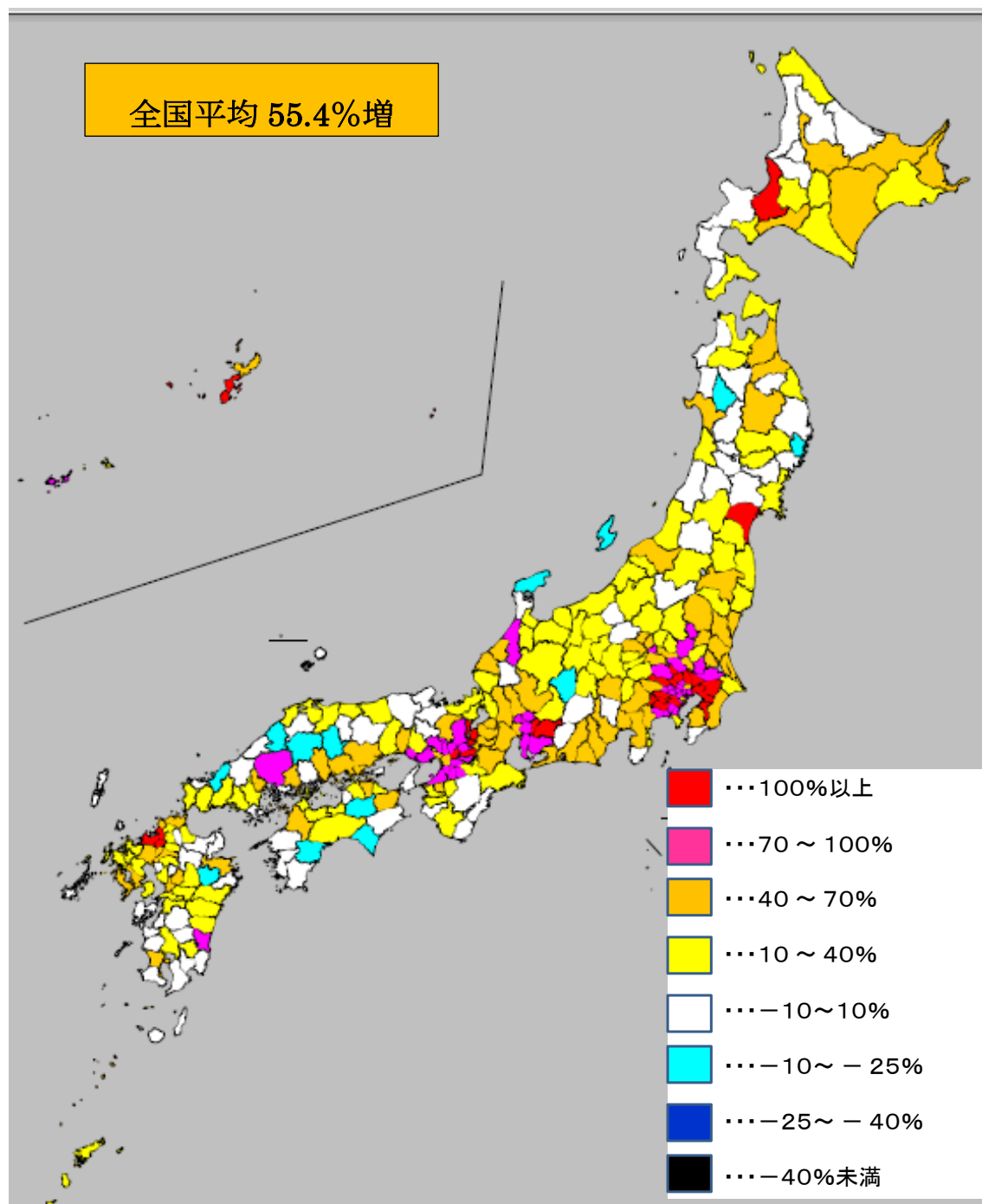
I-②地域により人口変動のパターンが大きく異なる

2010→40 年における二次医療圏別 0-64 歳人口増減率



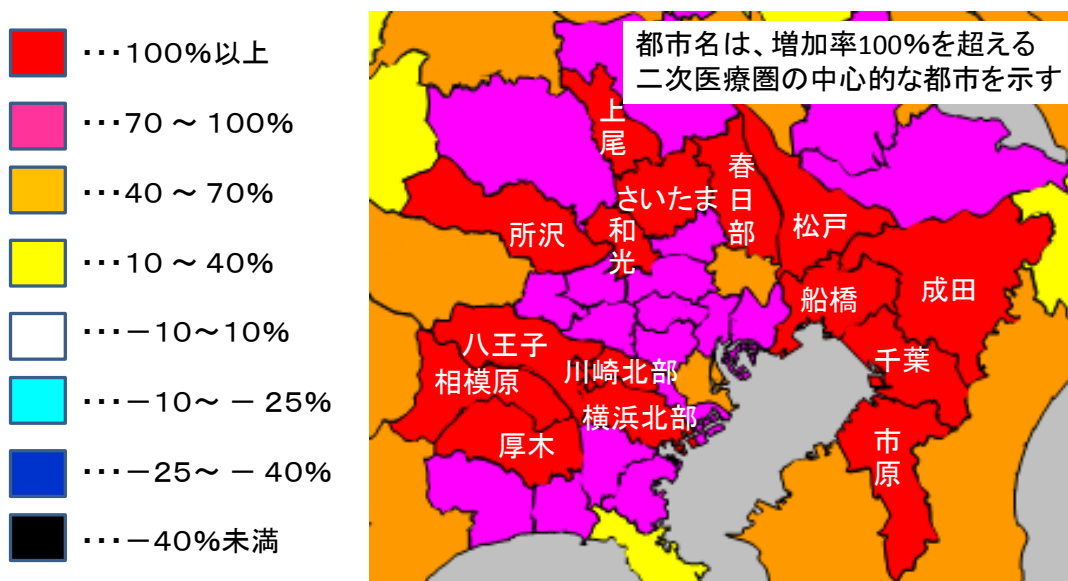
10年から40年にかけて0-64歳人口は減少を続け、2040年には2010年と比べ我が国の0-64歳人口は、31.5%減少する。25-40%の減少を意味する青色や、40%以上の減少を意味する黒色の地域が全国的に広がっているが、減少率の地域差は大きい。深刻な減少（40%以上）を意味する黒色の地域は、北海道、東北、中部山間地、南紀、山陰、四国南部、南九州に多い。

2010→40年 75歳以上増減率



75歳以上人口は、10年から25年にかけて急増し、その後微増から微減傾向に転じる。2010年から40年の間に我が国の75歳以上人口は**55.4%増加**し、全国的に、黄色またはオレンジ色の地域が広がる。人口の変動が少ない白色の地域が、北海道・東北・山陰等に広がる一方、100%を超える増加である赤色の地域が、東京の周辺部に広がるなど、**75歳以上人口の増加率の地域差は大きい**。

2010→40年東京周辺の75歳以上人口増減率

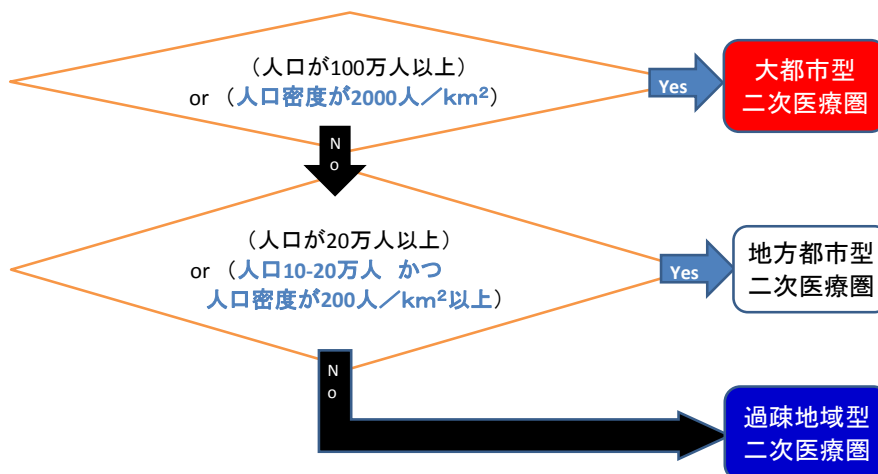


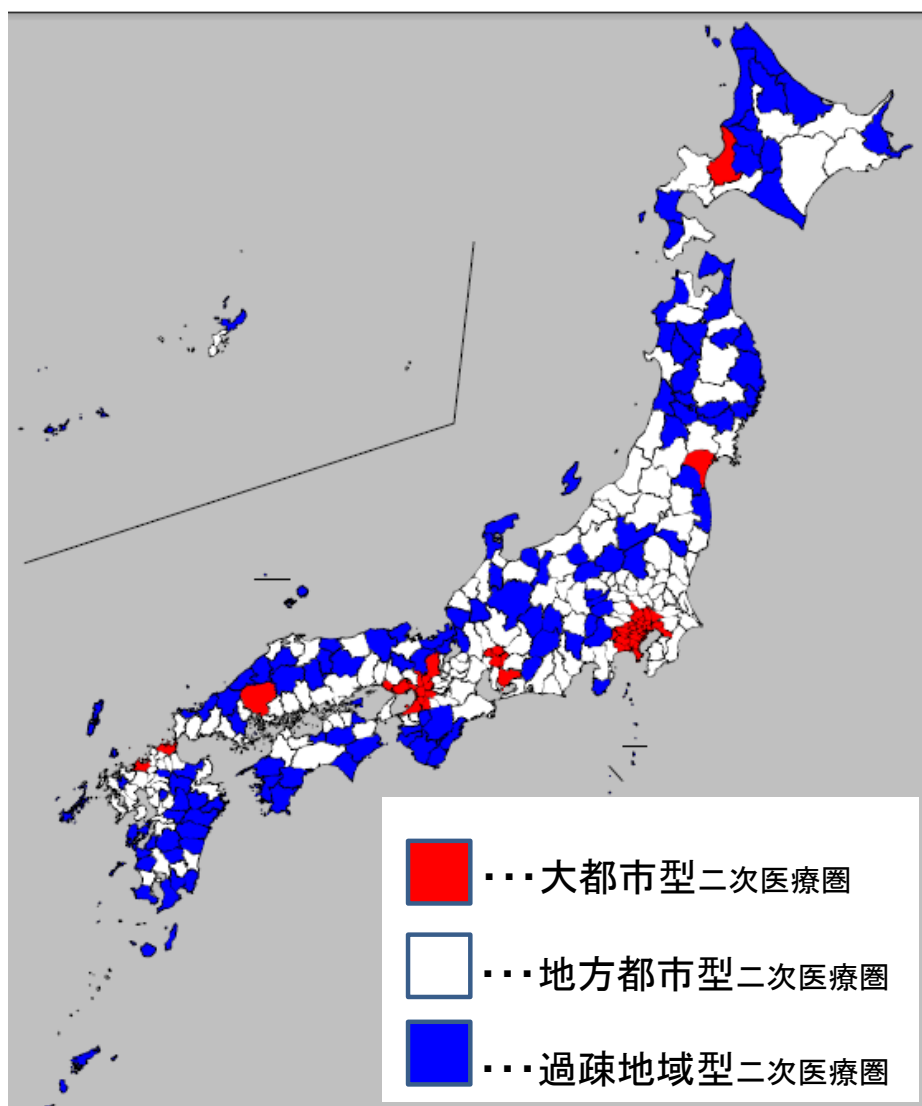
2010年から40年にかけての75歳以上人口の伸びが特に激しい、東京周辺の様子を示す。**千葉県西部、埼玉県東部・中央部、神奈川県北部**は、2010年から40年にかけて、**75歳以上人口が100%以上増加する**。

◎ 地域により人口変動のパターンが大きく異なる

I-③大都市、地方都市、過疎地域に分ける

343個ある二次医療圏を、(人口が100万人以上) または (人口密度が2000人/ km^2) の条件を満たす二次医療圏を**大都市型**二次医療圏に、(人口が20万人以上) または (人口10-20万人 かつ 人口密度200人/ km^2 以上) の条件を満たす二次医療圏を**地方都市型**二次医療圏に、その他を**過疎地域型**二次医療圏に分けると、以下の地図に示すように日本を三つのグループに分けることができる。





このルールに従うと、以下の表に示すように、53個の大都市型、163個の地方都市型、127個の過疎地域型の二次医療圏に分かれる。

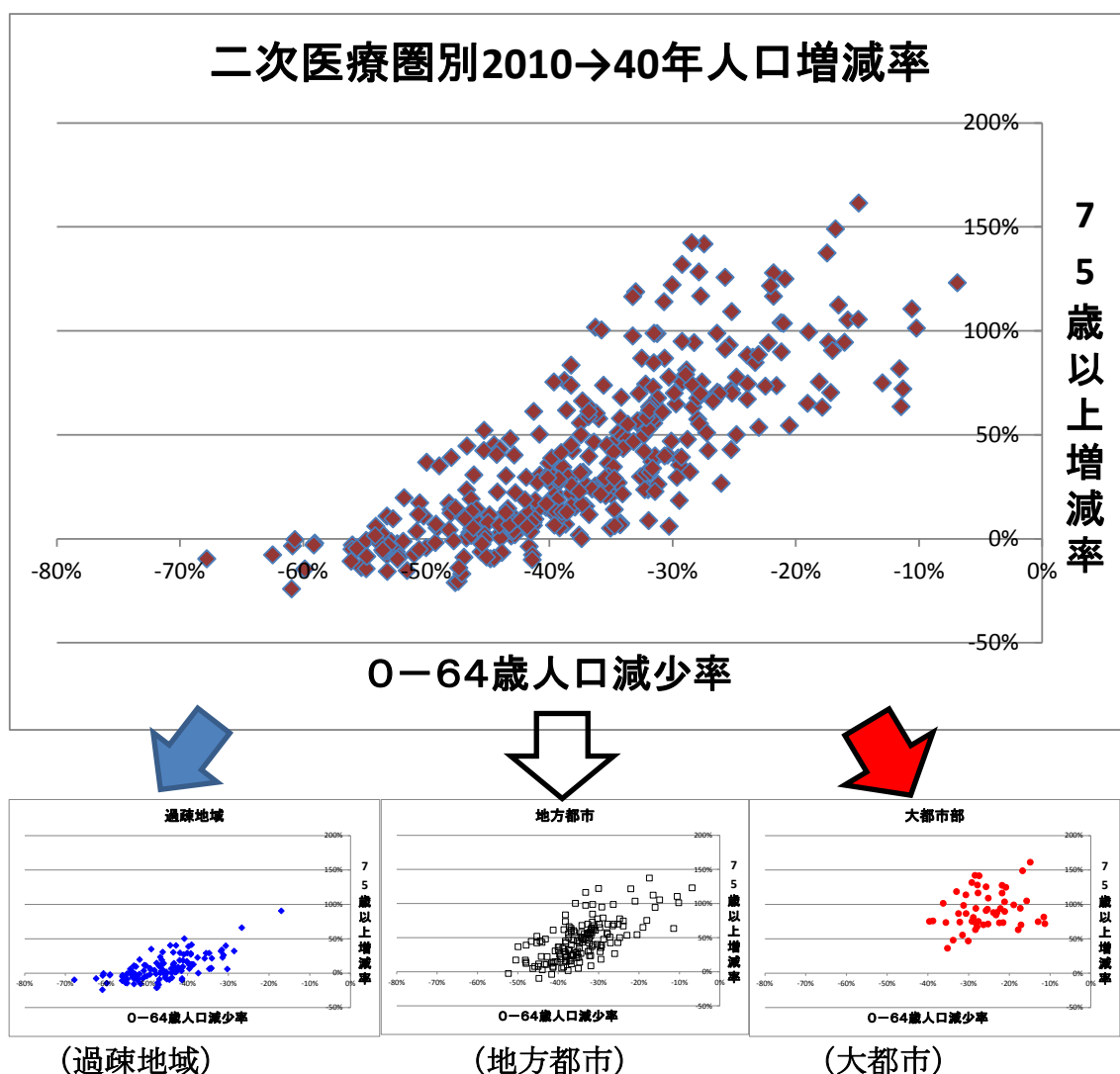
大都市型には、我が国の5%の面積を占めるが、そこに全人口の44%が住み、平均の人口密度が2942人/㎢である。地方都市型は、我が国の面積の50%を占め、人口の46%が住んでおり、平均人口密度が約315人である。過疎地域型は、我が国の面積の45%を占めるが、人口のわずか9%としか住まず、人口密度が73人/㎢である。

	地域数	面積		人口		人口密度 (人/㎢)
		(㎢)	(%)	(万人)	(%)	
全国	343	372903	100%	12806	100%	343.4
大都市型	53	19.362	5%	5696	44%	2942.1
地方都市型	163	187.534	50%	5903	46%	314.8
過疎地域型	127	166.008	45%	1206	9%	72.6

(大都市型、地方都市型、過疎地域型の面積、人口、人口密度)

以下のグラフは、横軸が2010年から40年にかけての0-64歳の人口減少率、縦軸が2010年から40年にかけての75歳以上人口の増減率を、各プロットは、二次医療圏の状況を表す。

下の3つのグラフは、人口規模と人口密度をもとに分けた「過疎地域」、「地方都市」、「大都市」別に、同様のグラフを描いたものである。



大都市型の二次医療圏は、0-64歳の人口減少が少ないかわりに、75歳以上の人口は大幅に増える。逆に、過疎地型の二次医療圏では、75歳以上の人口はほとんど増えないが、0-64歳の人口が大幅に減少する。

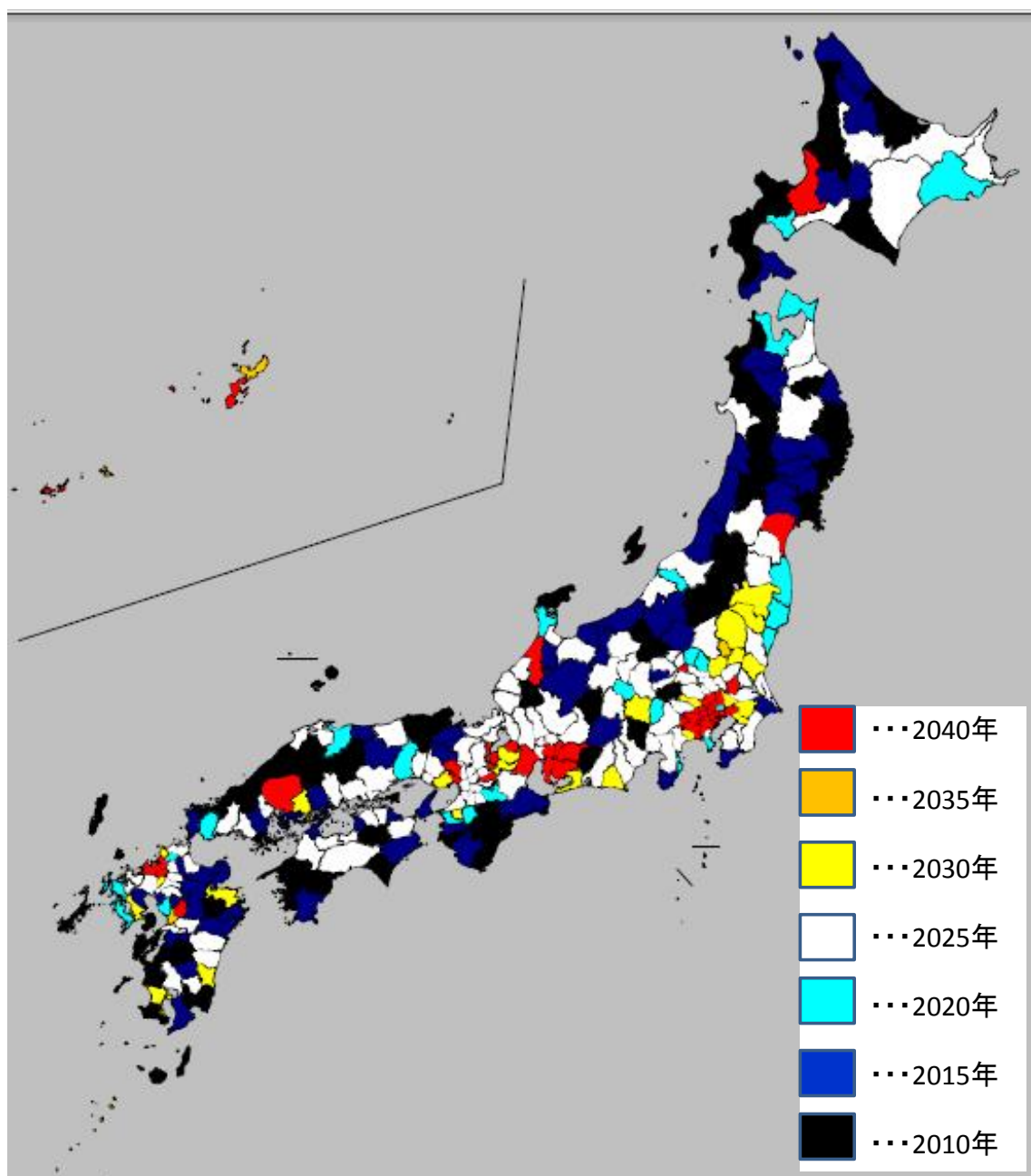
◎人口動態は、地域により大きく異なるが、大都市、地方都市、過疎地域と分けることにより、今後の人口動態の動向をある程度把握できるようになる。

◎我が国の全体の人口の今後の推移を解説した「高齢化社会にまつわる3つの勘違い」(WEDGE 2012年4月号)を、巻末資料1として掲載しておく

Ⅱ.医療福祉の再構築にむけて

Ⅱ-①地域により医療需要ピークの時期が大きく異なる

以下の図は、今後も現在と同じ医療が提供される（価格も内容も変化しない）と仮定し、人口構成のみが変化した場合、我が国の医療需要ピークがいつどの時期にくるのかを示したものである。地域により医療需要のピークの時期が大きく異なることが分かる。



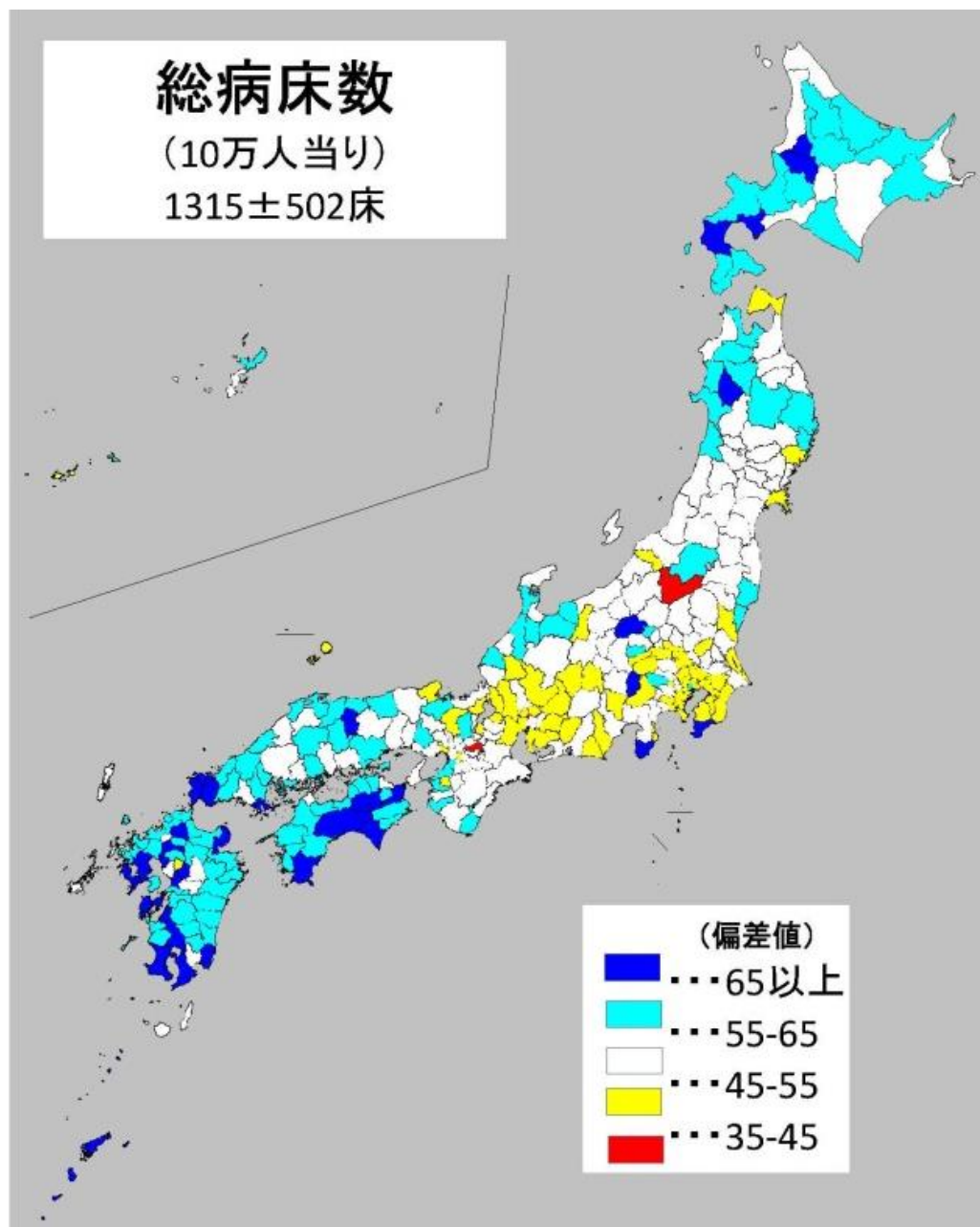
(各二次医療圏の医療需要のピークの時期)

Ⅱ-②地域により医療福祉資源レベルが大きく異なる

医療資源の地域差は、大きい。以下、病床数と看護師数の地域差を示す。

(1) 総病床数

総病床数は、**関東・甲信越・東海が少なく**、**北海道・北部東北・北陸・中国・四国・九州に多く**、大きな地域差が見られる。



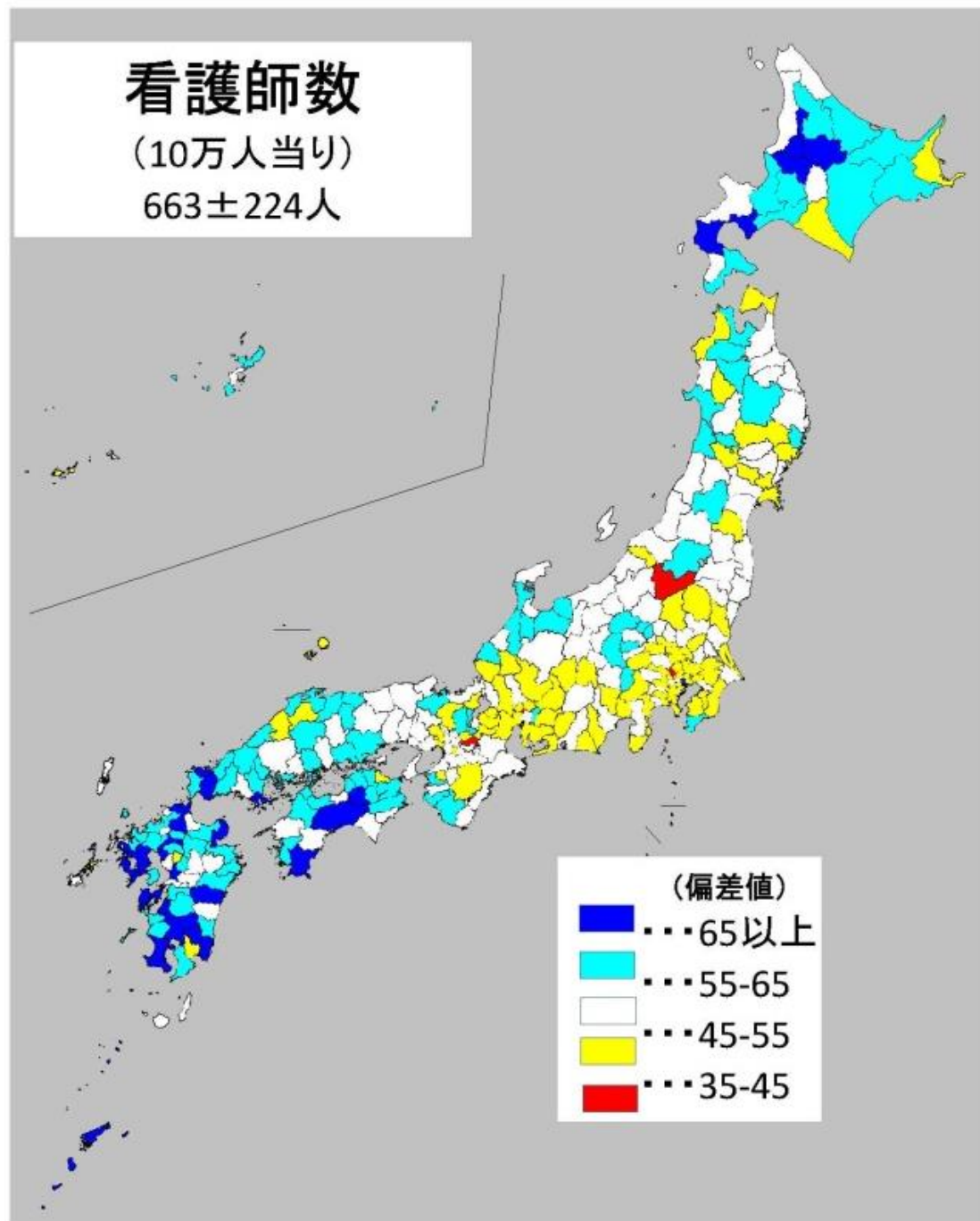
(人口当たりの病床数の多寡のレベルを偏差値で表示)

(総病床数) = 一般病床数 + 療養病床数 + 精神病床数 + 結核病床数 + 感染症病床数。

(平成23年10月地方厚生局 保険医療機関の指定一覧) 報告を用いて計算

(2) 病院看護師数

病院看護師数は、**関東・甲信越・東海が少なく**、**北海道・北陸・中国・四国・九州に多く**、大きな地域差が見られる。



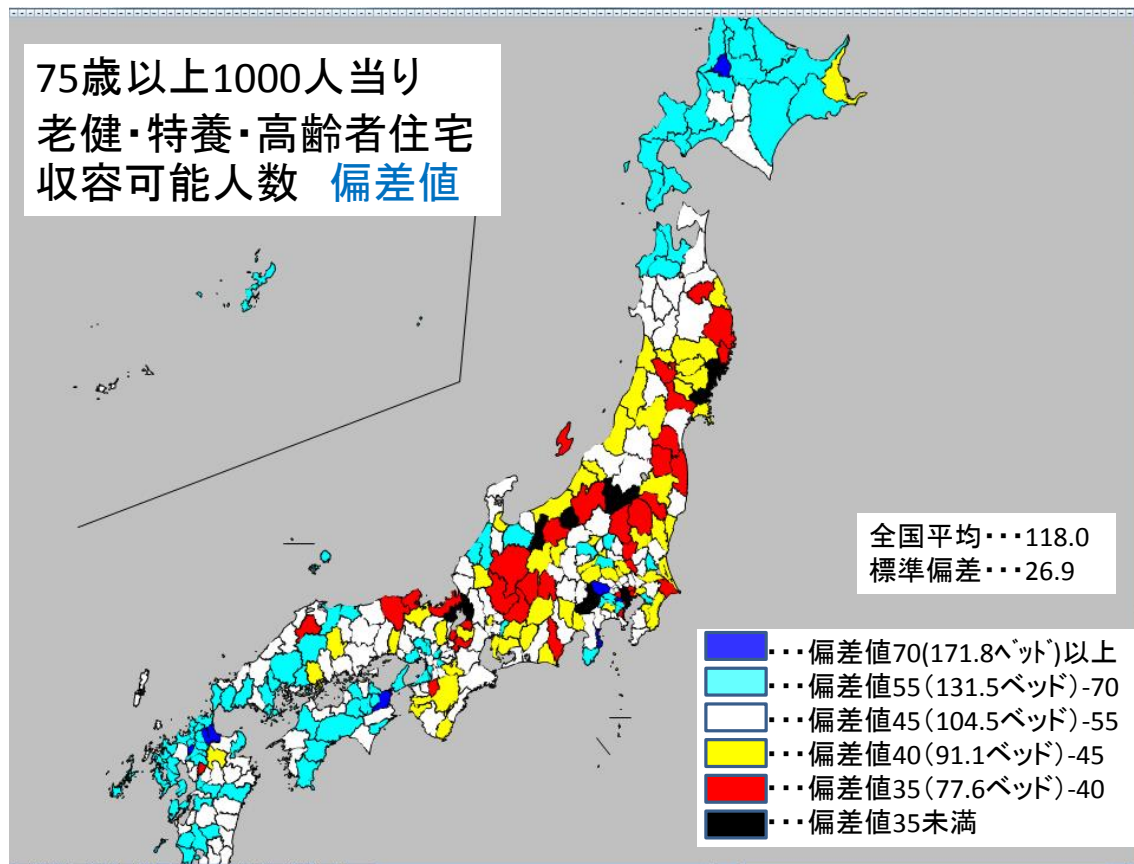
(人口当たりの看護師数の多寡のレベルを偏差値で表示)

病院看護師数は、病院勤務の看護師+准看護師数の和。(平成 22 年 10 月 1 日病院) 報告

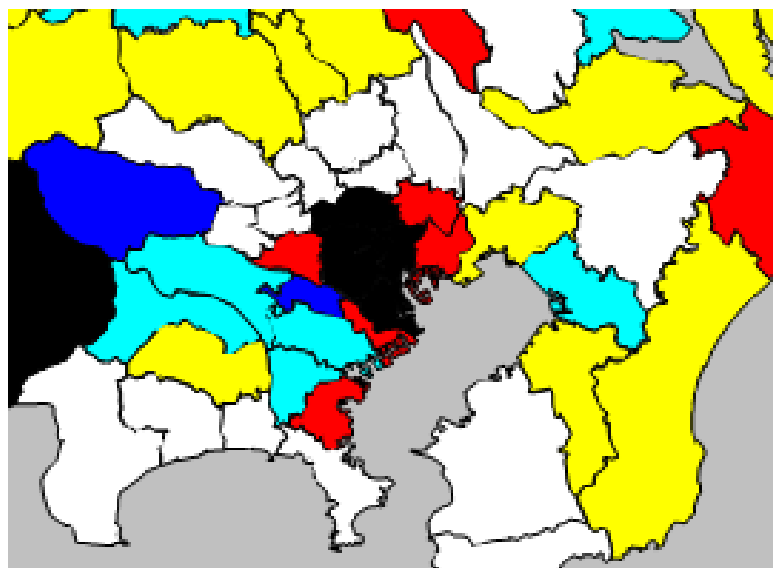
◎医療福祉資源レベルも、地域差が大きい

(3) 老健・特養・高齢者住宅の収容可能人数

老健・特養・高齢者住宅は、東北・関東・甲信越・東海・大阪を除く関西が少なく、北海道・北陸・中国・四国・九州に多く、大きな地域差が見られる。



(75歳以上1000人当り老健・特養・高齢者住宅収容可能人数を偏差値表示)



(東京地区拡大)

◎医療福祉資源レベルも、地域により大きく異なる

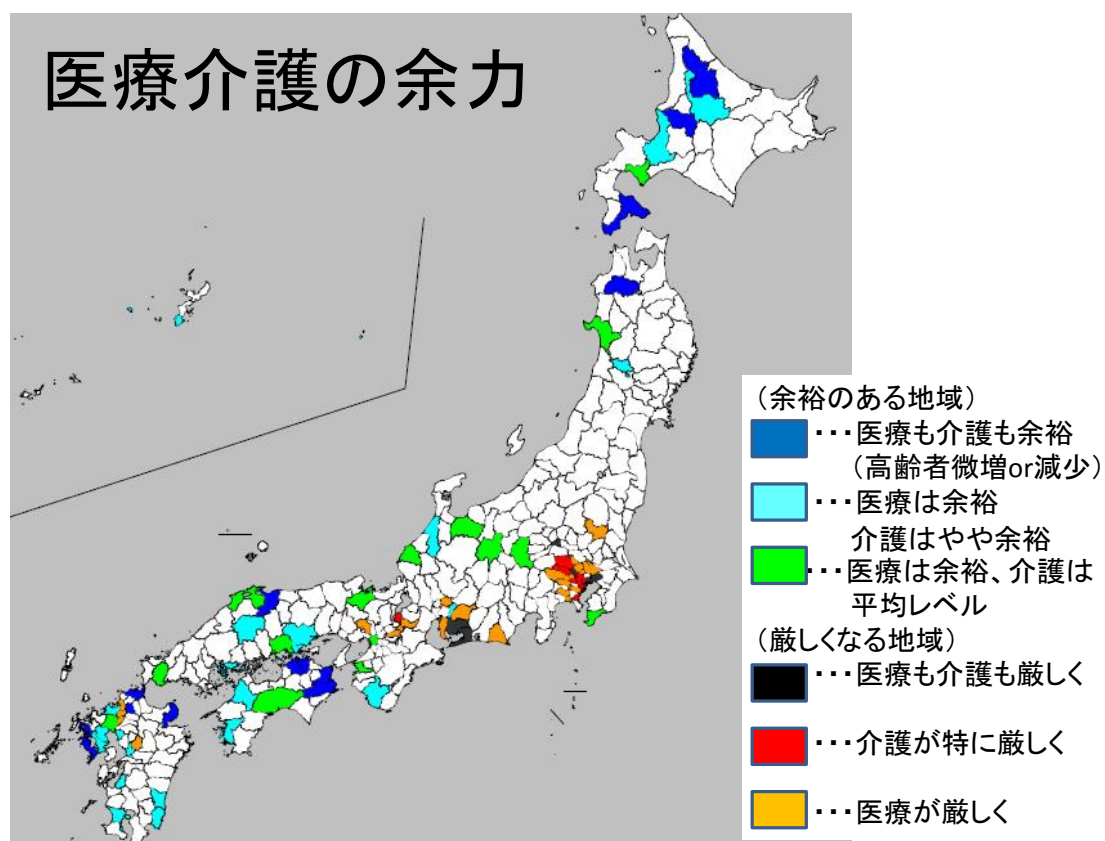
Ⅱ-③各地域の医療需要ピークや現在の資源レベルを

考慮した医療福祉提供体制の再構築

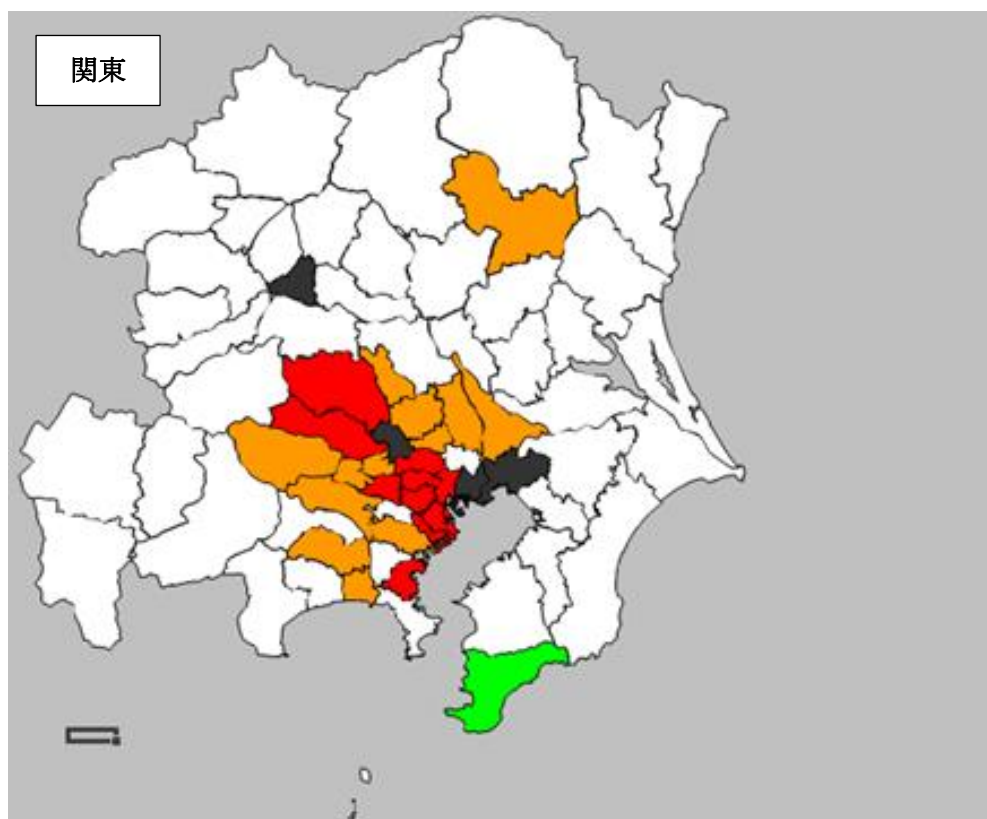
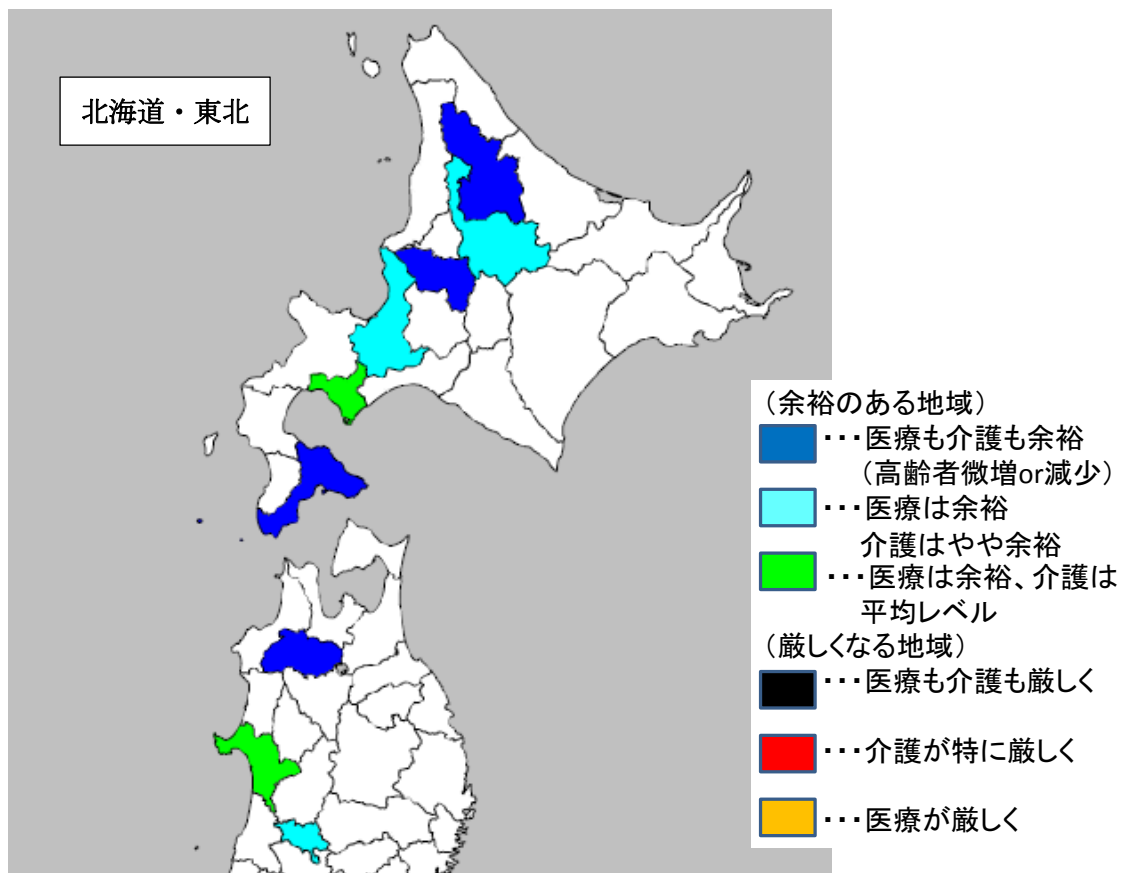
現在の資源量（人口当たり「病院勤務医数」と75歳以上人口1000人当たり「老健・特養・高齢者住宅のベッド数」）と将来の人口動態から予測される医療や介護の需要量より、以下のような考え方に沿って、各地域の医療や介護の余力を評価した。

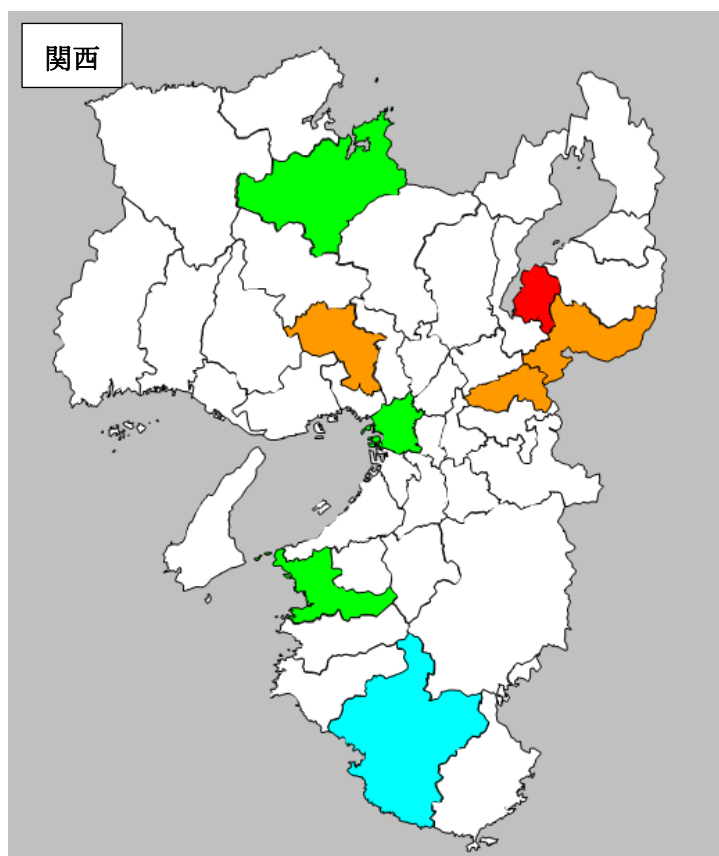
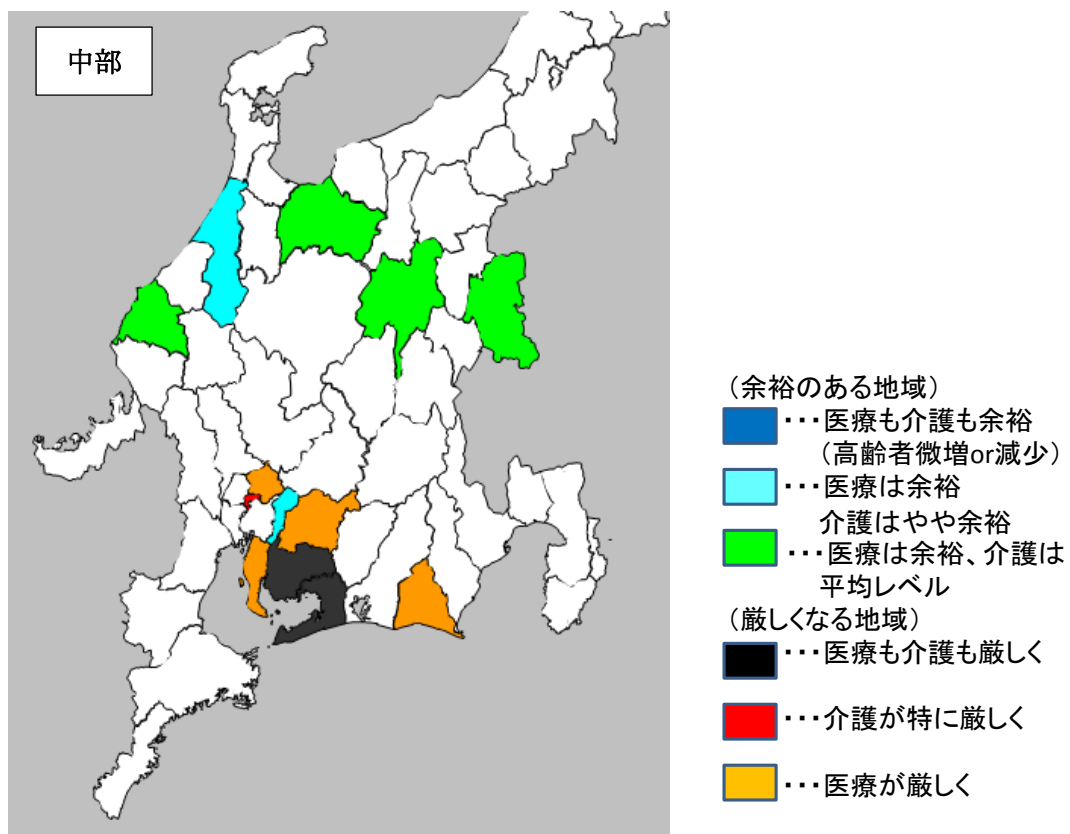
余力有り→現在資源が豊富にあり、人口動態予測より、将来的に需要があまり伸びない、あるいは減少することが予測される場合（地域）

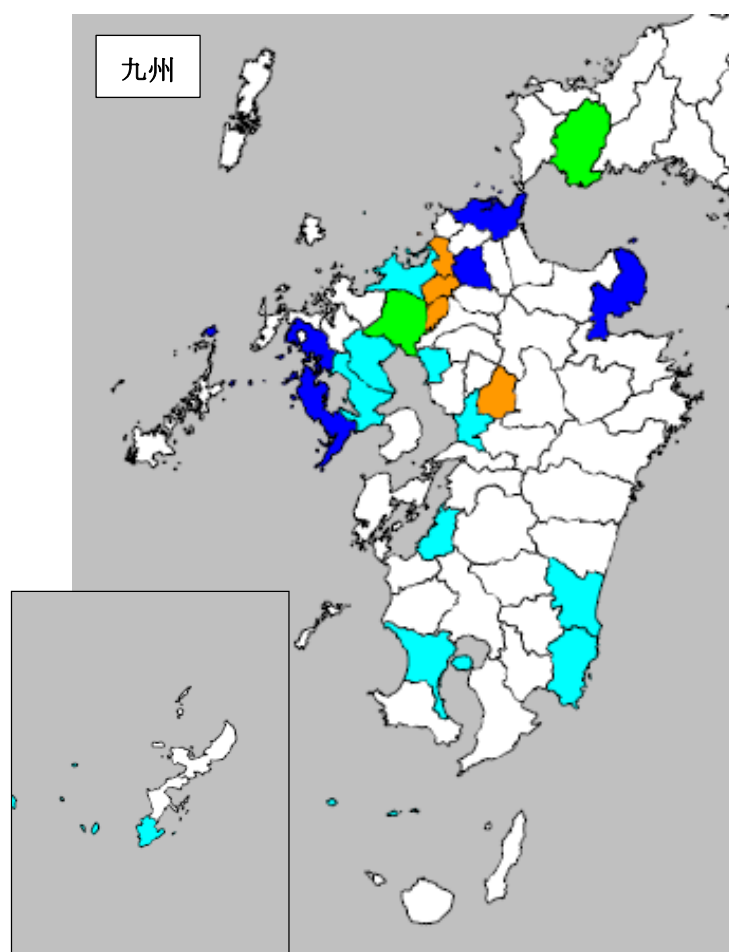
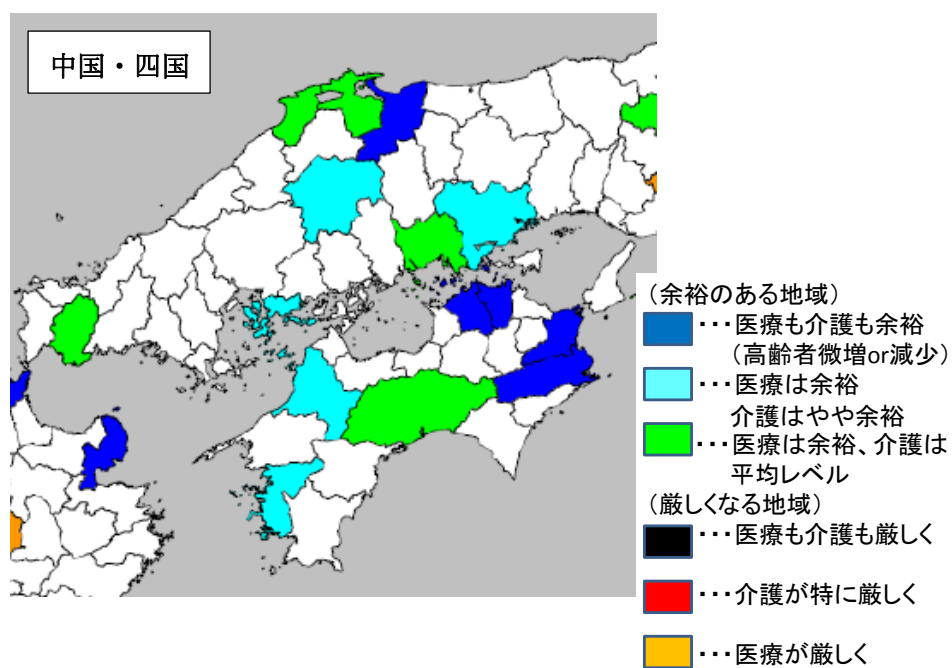
余力なし→現在資源が不足で、人口動態予測より、将来的に需要が大きくなる場合（地域）



（現在の資源レベルと需要予測をもとに各地域の将来の医療介護の余力を評価）







◎今回の試算は全て、二次医療圏データベース（巻末資料3）を用いて行った。

◎各二次医療圏の評価は、日医総研ワーキングペーパー（巻末資料4）で行っている。

結語

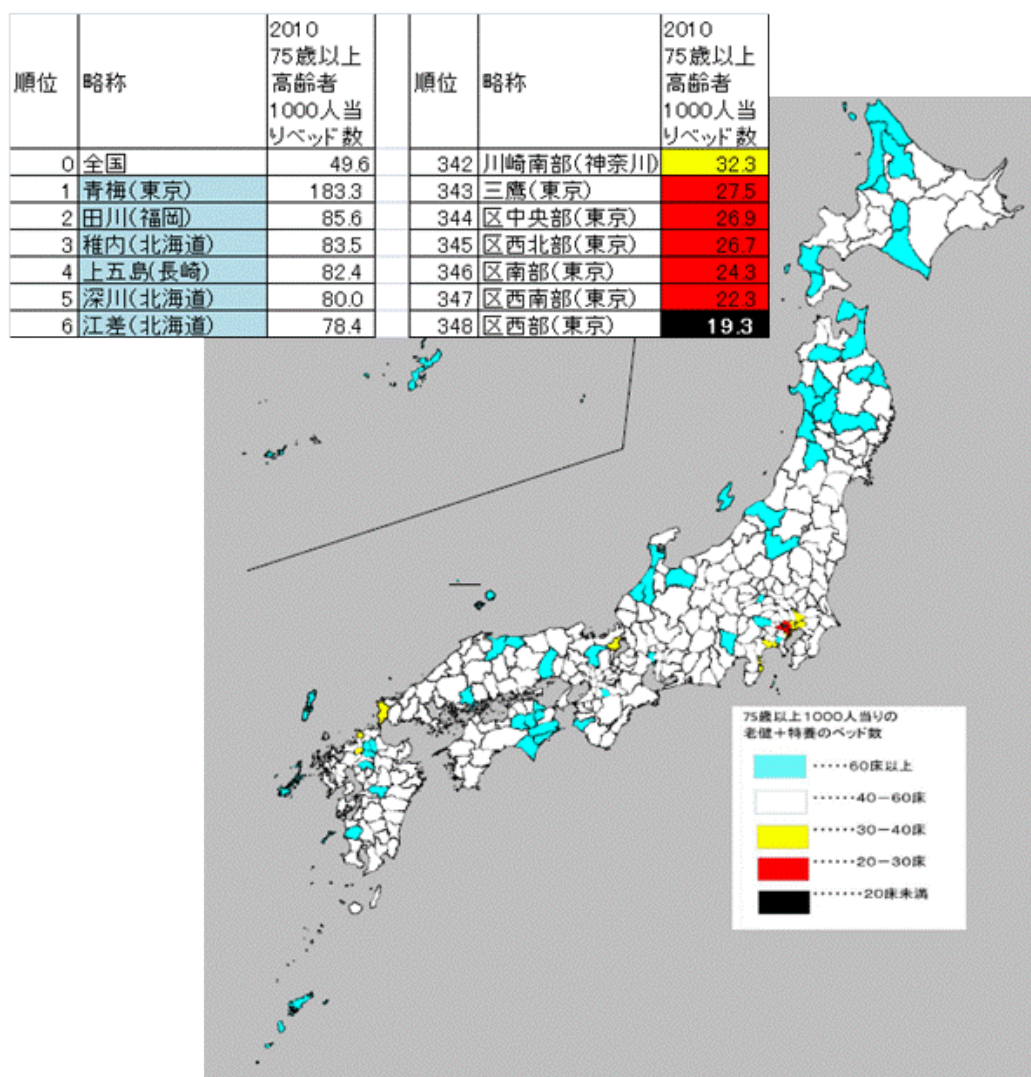
- 地域により、人口動態が大きく異なり、医療需要のピークの時期や程度も大きく異なる。また施設や人員レベルも地域差が大きい。
- まず、それぞれの地域が大都市型なのか、地方都市型なのか、過疎地域型なのかを把握し、更に他の二次医療圏と比較して、医療需要のピークが来るのが早いか遅いか、施設や人員レベルは充実しているかなど、「自分の地域の特性」を踏まえた対応を検討することが重要である。
- また、これまでのような「短期（5年）の医療福祉整備計画」だけでなく、「20～30年先までの予測を考慮した中長期の医療福祉整備構想」を検討する必要がある。

（2次医療圏別に見た医療・介護の供給体制の現状）

ポイント3 現在、介護保健施設（老健＋特養）ベッド数の地域格差は小さい

図8に、2010年の「75歳以上1000人当りの老健＋特養のベッド数」をもとにした、2次医療圏別のベッド数レベルの分布を示す。水色が60床以上（61個の2次医療圏）、黄色が30床以上40床未満（12個の2次医療圏）、赤が20床以上30床未満（5個の2次医療圏）、黒が20床未満（1個の2次医療圏）である。348個ある2次医療圏のうち269個を占める白色が40床以上60床未満であり、全国の多くの地域がこのレベルに属する。

図の左上に、ベッド数の多い地域と少ない地域を示す。183.3床と際立って多い青梅（東京）、逆に少ない都心部の5つの地域および三鷹の東京の7つの2次医療圏を除く341個の2次医療圏が、32.3床から85.6床の範囲に収まる。東京都の一部を除くと、現時点では医療に比べ、介護保険施設の地域差は極めて小さいと言える。図8は、参酌標準を設定し、施設整備を進めてきた介護保険の運営が、マクロ的に見れば成功した証といえるだろう。

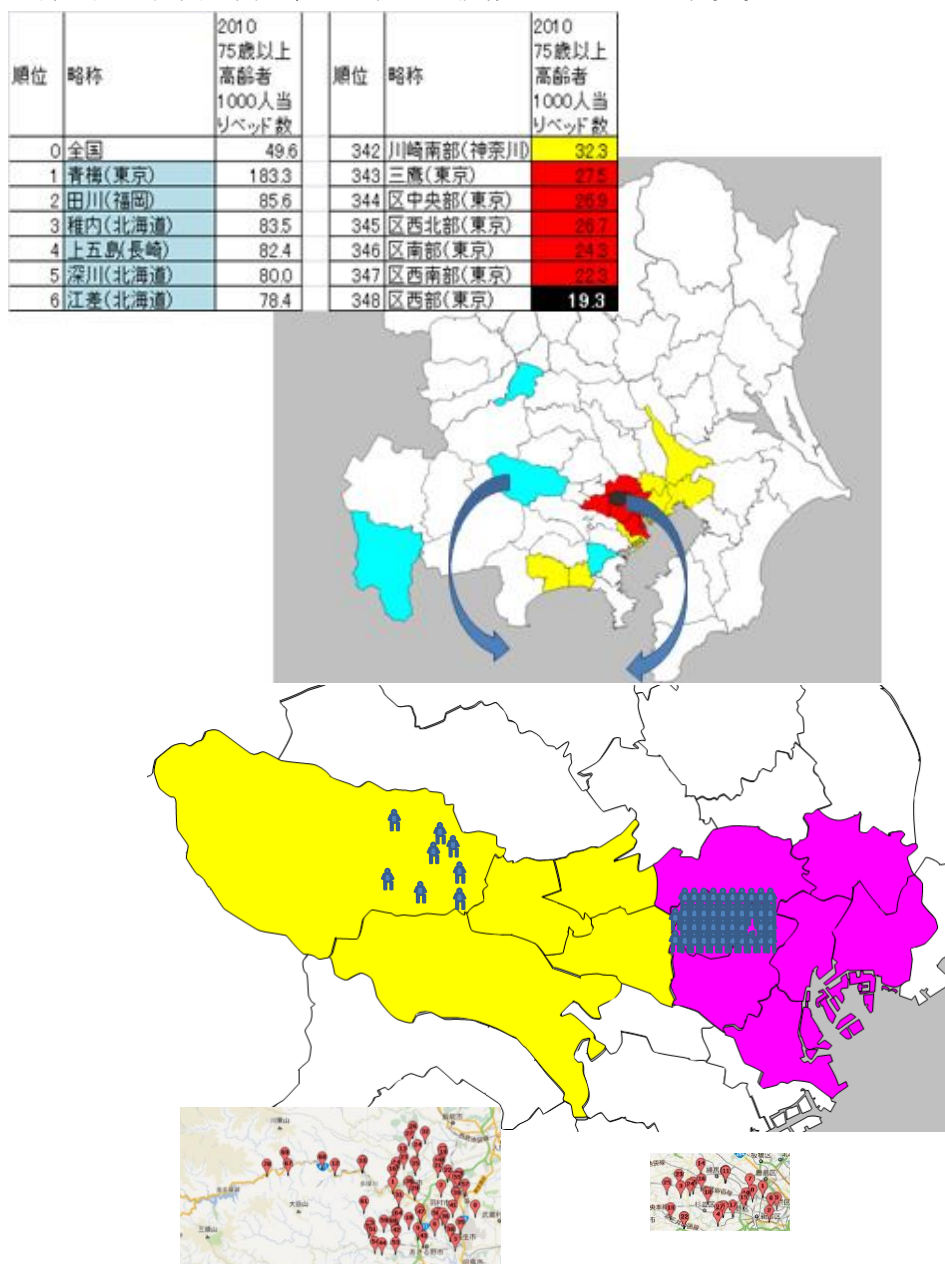


（図8：2010年75歳以上1000人当りの老健＋特養のベッド数）

東京の施設は本当に少ないのか？

ここで一度確認しておかなければならないのは、東京 23 区内は本当に施設が少ないのかということである。以下の図 16 は、75 歳高齢者 1000 人当りの老健+特養の最も多い青梅と最も少ない区西部（新宿、中野区、杉並区）の施設の分布の比較である。一番下の地図上のドットが、老健や特養の位置を表す。この図で明らかなように、青梅地区より区西部の方が、明らかに施設の密度が高いことがわかるだろう。

まん中の地図の人間は一人が 5 万人を表している。まん中の地図から明らかなように区西部の人口密度が高く、その割に施設数が少ないという現状であることがわかるだろう。



(図 16 : 青梅と区西部の施設分布と人口の比較)

第2回 都市部の高齢化対策に関する検討会 (2013.06.13)

今後の施設整備などで重要になってくるのが、単位面積当たりの施設(ベッド)数である。そこで、2次医療圏別の単位面積(1平方キロ)当たりの老健+特養のベッド数を計算し、ランキングを作成した。その結果を、(表14)に示す。この表のランキング1位の大阪の医療圏は、大阪市が一つの2次医療圏を形成する巨大な医療圏であり、222km²のエリアに261万を超える人が住んでいる。このエリアには1万3343床の老健と特養のベッドがあり、1平方キロあたり60.1床の計算になる。2010年時点で1平方キロに1267人の後期高齢者が住んでおり、2010年時点の後期高齢者1000人に対する老健と特養のベッド数が47床ある。しかし2030年には後期高齢者が1平方キロあたり1944人に増加するので、現在の老健と特養のベッド数が維持されるとすると1000人当りのベッド数が47床が31床まで減少する。

ランキング第2位の横浜西部は、1平方キロ当たりのベッド数は53.3床と大阪より少ないが、1平方キロ当たりの後期高齢者数が大阪の約半分の763人(≒街が若い)なので、2010年75歳以上1000人当りの老健・特養のベッド数が70床と大阪を大幅に上回っている。

青梅は、1平方キロあたりのベッド数は全国37位の13床、大阪の1/5程度のレベルであるが、75歳以上の高齢者が1平方キロ当り71人と大阪の1/18と少ないので、後期高齢者1000人当りのベッド数は、極めて高い数値になる。

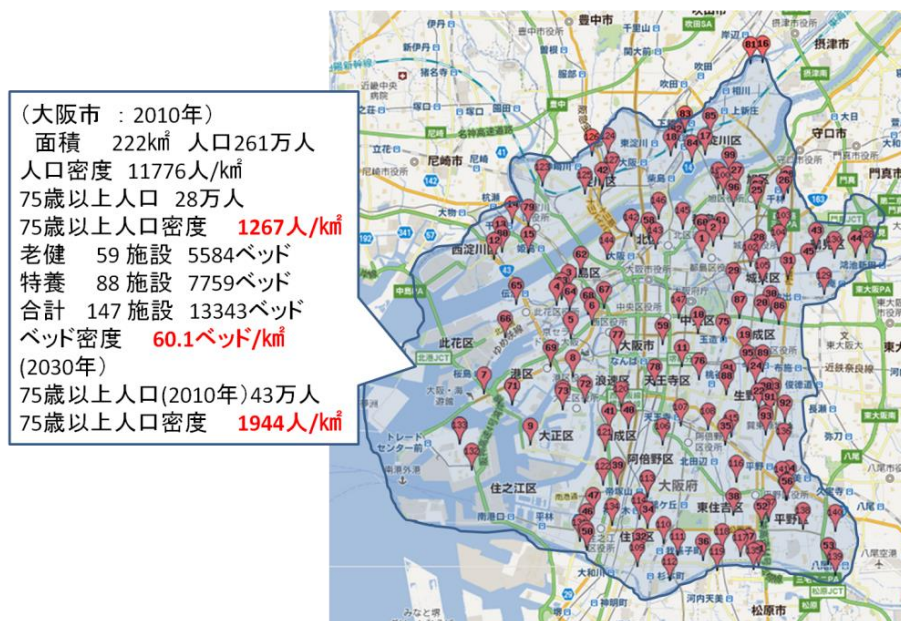
この表で最も注目すべきは、東京の特別区に所属する7つの医療圏全てが、区西北部4位、区東北部5位、区東部6位、区西部8位、区西南部10位、区中央部15位、区南部16位と、全ての医療圏が16位内にあることである。面積当たりで考えると東京の施設は多い。

順位	二次医療圏略称	1平方キロ 当りの 老健+特 養ベッド 数	老健+特 養のベッド 数	面積	2010年 (総人口)	2010年 人口密 度	2010年 (75歳人 口密度)	2010年 75歳以 上1000 人当介 護保険 ベッド数	2030年 (75歳人 以上口 密度)	2030年 75歳以 上1000 人当介 護保険 ベッド数
0	全国	1.9	704693	369271	127176445	344	39	50	61	31
1	大阪(大阪)	60.1	13343	222	2,614,324	11776	1267	47	1944	31
2	横浜西部(神奈川)	53.5	7389	138	1,110,653	8048	769	70	1463	37
3	小平(東京)	49.1	3778	77	727,109	9443	974	50	1675	29
4	区西北部(東京)	48.7	5547	114	1,837,598	16119	1826	27	3143	15
5	区東北部(東京)	46.3	4540	98	1,243,918	12693	1275	36	1900	24
6	区東部(東京)	41.4	4309	104	1,352,218	13002	1041	40	1758	24
7	横浜南部(神奈川)	34.9	4263	122	1,086,544	8906	870	40	1654	21
8	区西部(東京)	34.4	2337	68	1,165,457	17139	1779	19	2682	13
9	立川(東京)	33.7	3033	90	637,141	7079	654	51	1221	28
10	区西南部(東京)	33.6	2961	88	1,351,453	15357	1506	22	2296	15
11	横浜北部(神奈川)	33.3	5901	177	1,483,143	8379	647	52	1231	27
12	名古屋(愛知)	32.5	10583	326	2,231,130	6844	677	48	1106	29
13	川崎北部(神奈川)	32.2	2544	79	790,599	10008	670	48	1270	25
14	東大阪(大阪)	30.8	3976	129	851,341	6600	620	50	1108	28
15	区中央部(東京)	29.6	1895	64	713,223	11144	1101	27	1633	18
16	区南部(東京)	29.2	2392	82	1,024,983	12500	1202	24	1872	16
37	青梅(東京)	13.0	7462	573	400,598	699	71	183	130	101
348	紋別(北海道)	0.1	650	4,987	76,940	15	2	53	3	45
349	根室(北海道)	0.1	360	3,540	80,998	23	2	41	4	27

(表14: 2次医療圏別の単位面積当たりの老健+特養のベッド数ランキング)

(大阪と東京の比較)

ここで現在まで余裕があると思われる大阪と、現在すでにかなり大変になってきている東京の中心部の比較を行う。図17は、現在の大阪の老健と特養の位置を配置した地図である。図18は、大阪の医療圏とほぼ同じ面積であり東京中心部の区中央部、区西南部、区西部の医療圏内の老健と特養の位置をプロットした図である。一目見て、大阪の施設が多いことが分かるであろう。この東京中心部と大阪の施設の密度の差が、現在の2つの地域の余裕の差になっている。



(図17：大阪市内の老健と特養の分布)



(図18：東京中心部（区中央、区西部、区南西部）の老健と特養の分布)

（東京と大阪の介護の将来予測）

今回の分析でたどり着いた結論は、以下に示す極めてシンプルなものである。

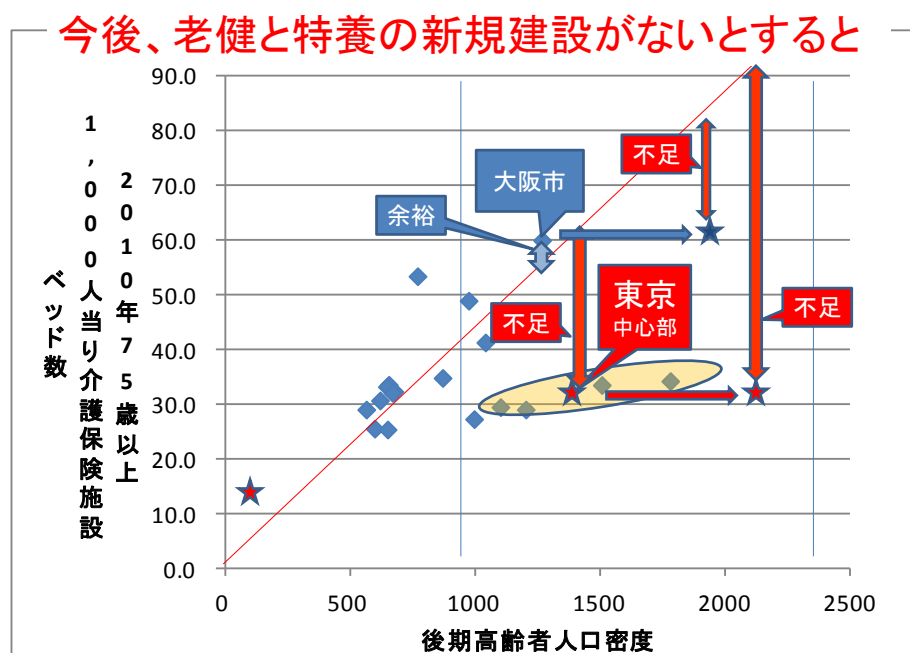
（今回の結論）

（人々がこれまでと同様の老い方、死に方を続けると仮定すると、）

単位面積当たりの施設の利用者（≡後期高齢者）が n 倍になれば、

単位面積当たりの施設(ベッド)の必要数が n 倍になる

（図19）は、X軸が後期高齢者の各医療圏の人口密度（≡単位面積当たりの施設の利用者および利用予備軍）、Y軸が2010年時点の75歳以上高齢者1000人に対する老健と特養のベッド数を表す。グラフ上の青いひし形プロットは、表14に示した単位面積当たりのベッド数が上位20位の医療圏の状況であり、赤い線は後期高齢者の人数に見合った施設のベッド密度（後期高齢者1000人に対して40人程度）をしめしている。ポイント3で述べたように、東京を除く他の自治体は国が示す参酌標準を参考に施設整備を進め、結果的に、図19の赤い線の上になるよう施設整備を続けてきた。大阪も他の医療圏と同様に参酌標準に沿う形で整備を続けられた結果、現在（1267人、60.1ベッド）という位置にとどまっている。この位置は、赤い線より少し上に位置するので、現在まだ後期高齢者を受け入れる余裕がある。しかし大阪と言えど、今後老健と特養の新設がなければ、2030年には、（1949人、60.1ベッド）に移動するので、この場合、1000人当り20ベッド程度の不足が予測される。東京中心部は、現段階で最低60ベッド欲しいところであるが32.7ベッドしか供給できていない。今後更に、不足の幅が拡大していくだろう。



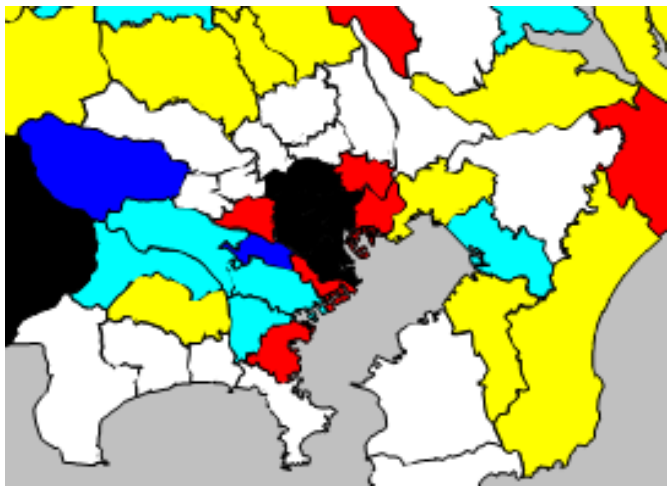
（図19：後期高齢者の人口密度と単位面積当たりのベッド数）

75歳以上1000人当り全施設+住宅ベッド数（東京都と大阪府の比較）

◎東京都と大阪府の状況は、大きく異なる

75歳以上1000人当り
全施設+住宅ベッド数
(東京圏)

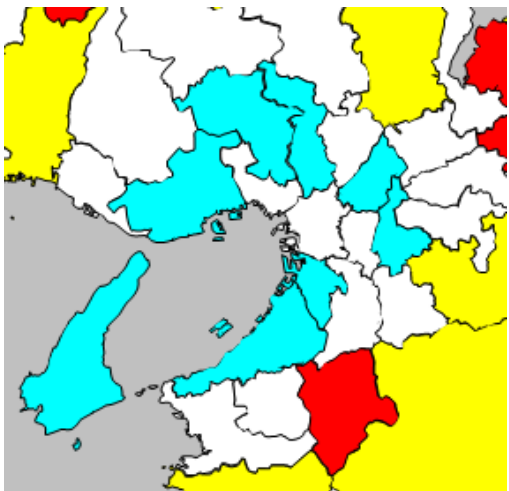
全国平均・・・118.0
標準偏差・・・26.9



二次医療圏略称	全施設住宅数	75歳以上1000人当り全施設住宅数	75歳以上1000人当り全施設住宅数偏差値
さいたま(埼玉)	11,663	118	50
上尾(埼玉)	4,373	105	45
所沢(埼玉)	7,774	111	47
春日部(埼玉)	8,715	113	48
和光(埼玉)	5,331	107	46
川口(埼玉)	6,305	114	48
千葉(千葉)	12,720	162	66
船橋(千葉)	12,333	98	43
松戸(千葉)	11,980	107	46
区中央部(東京)	5,158	73	33
区南部(東京)	6,452	65	30
区西南部(東京)	9,174	69	32
区西部(東京)	7,262	60	28
区西北部(東京)	14,963	72	33
区東北部(東京)	11,248	90	40
区東部(東京)	9,514	88	39
青梅(東京)	11,182	275	108
八王子(東京)	17,091	135	56
立川(東京)	7,078	120	51
三鷹(東京)	8,200	86	36
小平(東京)	9,487	127	53
横浜北部(神奈川)	17,523	153	63
横浜西部(神奈川)	16,717	157	65
横浜南部(神奈川)	9,105	86	38
川崎北部(神奈川)	9,621	182	74
川崎南部(神奈川)	4,196	83	37
横須賀(神奈川)	9,862	110	47
藤沢(神奈川)	6,850	112	48
平塚(神奈川)	6,413	119	50
厚木(神奈川)	6,262	103	45
相模原(神奈川)	7,858	143	59

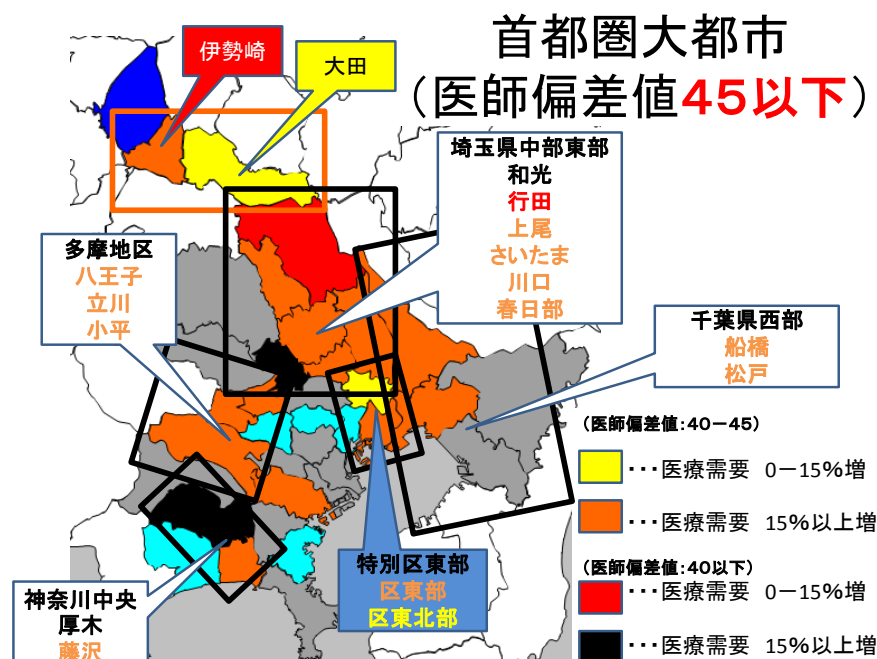
75歳以上1000人当り
全施設+住宅ベッド数
偏差値(大阪圏)

全国平均・・・118.0
標準偏差・・・26.9



二次医療圏略称	全施設住宅数	75歳以上1000人当り全施設住宅数	75歳以上1000人当り全施設住宅数偏差値
京都(京都)	17,773	101	44
宇治(京都)	4,264	105	45
木津川(京都)	1,067	106	46
池田(大阪)	12,843	136	57
高槻(大阪)	7,803	119	50
枚方(大阪)	13,217	132	55
東大阪(大阪)	8,641	108	46
松原(大阪)	7,847	122	52
堺(大阪)	11,663	144	60
和泉(大阪)	12,728	148	61
大阪(大阪)	30,514	108	46
神戸(兵庫)	24,317	141	58
尼崎(兵庫)	12,376	123	52
宝塚(兵庫)	9,374	134	56
奈良(奈良)	4,566	115	49
天理(奈良)	2,673	98	43
大和郡山(奈良)	4,849	136	57
和歌山(和歌山)	6,617	118	50

(首都圏の地域別医療事情)



①埼玉県中央部・東部の医療事情・予測と将来に向けての対策

(南部、西南部、東部、さいたま、県央)

この5つの医療圏を合わせた面積 836 平方キロメートル（佐渡島とほぼ同じ広さ）の地域に、約 432 万人が住んでおり、人口密度は 5000 人/㎢を超える。この地域の人口当たりの病床数の偏差値が 38～42、一般病床数 37～41、病院勤務医 36～41、全身麻酔数が 40～47、総看護師数が 35～40 と、共通して医療資源が少ない。これらの地域がこれまでこのような少ない医療資源でやってこられたのは、(1)住民が比較的若く、有病率が低かった、(2)多くの人々が東京都心で勤務し、病気になった時に東京の医療機関を受診し、地元の医療機関の利用率が他の地域より低かったことによる。

ところが今後、この地域の住民の年齢が上がり、(1)住民の有病率も上がる、(2)多くの人々が定年を迎え、これまで東京の医療機関を受診していた人が地元の医療機関を受診するようになり、地元の医療機関の利用率が上がる。更に 2010→35 年にかけて 75 歳以上人口が 99%から 141%と後期高齢者を中心とする高齢者が激増する時代を迎え、介護の需要が 81～108%増、医療需要も 18～24%増と、医療も介護も需要が急速に高まる。

この地域は、まず高齢者向けの医療や介護にかかわる医師と看護師と介護職員などの養成、他の地域からのリクルートなど、あらゆる手を尽くしての人材の確保が不可欠である。医療病床の増床、高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期病床の増強も必要である。

(利根、北部)

この地域も、南部、西南部、東部、さいたま、県央と同程度に、人口当たりの医療資源の少ない地域である。ただし、人口密度が 1000 人/㎢程度で、上記の5つの医療圏の人口

密度の1/5程度であること、2010年→35年の後期高齢者の増加率が96%、72%と、後期高齢者の増加率が多少低いことが異なる。この地域も、現在の医療や介護の資源ではとても対応しきれないくらい医療も介護も需要が急速に高まるので、医療・福祉の人材の確保、高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期病床の増強、地域内のネットワークの強化などが必要である。

②千葉県東部の医療事情・予測と将来に向けての対策

（千葉）

千葉大学医学部があるが、人口当たりの病院勤務医の偏差値が（47）と50を下回り、全身麻酔数（50）、総看護師数（46）と、医学部のある都市としては少ない。千葉県全体の医師不足、看護師不足を考えると、千葉大学をはじめ他の教育機関の増強を検討する必要がある。介護需要101%増、医療の総需要26%増、0-64歳の需要26%減から考えると、現在の医療資源ではとても対応しきれない。医療・福祉の人材の確保、療養、亜急性期、回復期病床や高齢者施設の増強などが必要である。

（東葛南部、東葛北部、印旛）

この地域の人口当たりの病床数の偏差値が38～42、一般病床数37～41、病院勤務医42～45、全身麻酔数が46～48、総看護師数が38～42と、共通して医療資源が少ない。各地域に複数の基幹病院があるが、それ以上に住民が多すぎる。これらの地域がこれまで少ない医療資源でやってこられたのは、(1)住民が比較的若く、有病率が低い、(2)病気になった時に勤務先の東京の医療機関を受診したことによる。今後、住民の年齢が上がり、(1)住民の有病率も上がる、(2)多くの人が定年を迎え、地元の医療機関の利用率が上がる。更に2010→35年にかけて75歳以上人口が99%から141%と後期高齢者が激増する時代を迎え、介護の需要が81～108%増、医療需要も18～24%増と、医療も介護も需要が急速に高まる。

この地域は、まず高齢者向けの医療や介護にかかわる医師と看護師と介護職員などの養成、他の地域からのリクルートなど、あらゆる手を尽くしての人材の確保が不可欠である。医療病床の増床、高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期病床の増強も必要である。

③区東北部、区東部の医療事情・予測と将来に向けての対策

（区東北部、区東部）

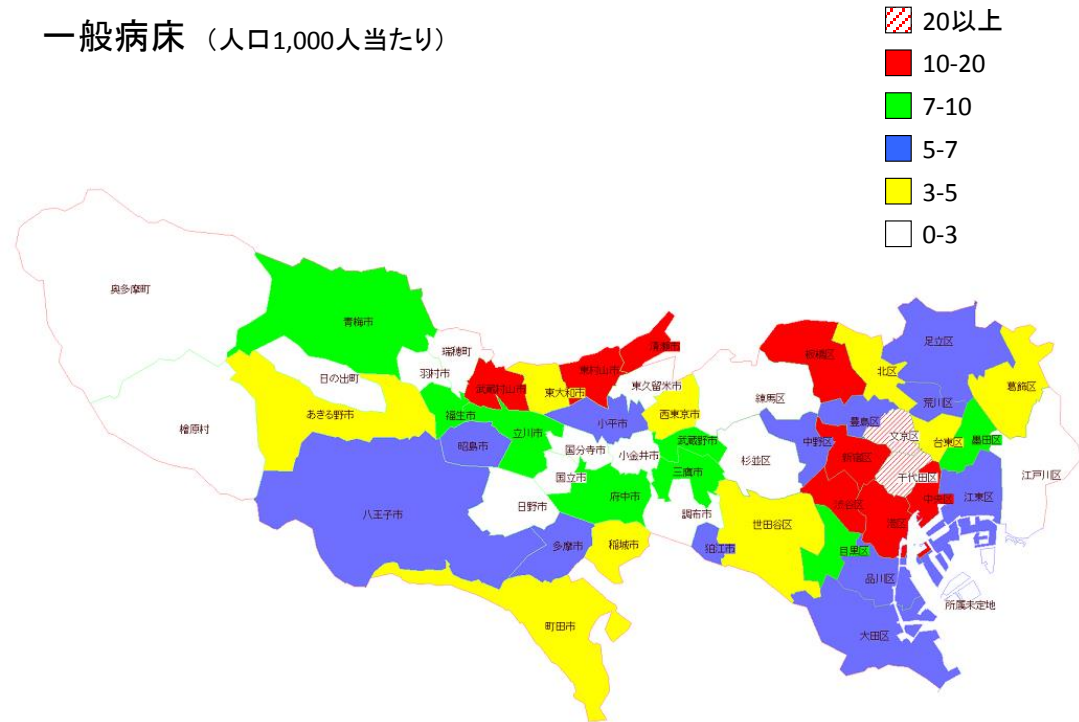
この2つの医療圏は、医学部がなく、高機能病院も少なく、人口当たりの病院勤務医、全身麻酔数、看護師が極めて少ない地域である。区東北部の2010年から35年にかけての総人口は16%の減少と都内では飛び抜けて減少率が高く、区東部は1%の減少である。一方、75歳以上の人口は、区東北部が38%増と都内で最も低く、区東部は60%増である。その結果、医療の総需要は、区東北部は0%増、区東部は17%増、75歳以上の医療需要が区東北部38%増、区東部60%増である。この地域は、療養病棟や高齢者を受け入れる非高機能一般病床が都内では豊富なほうだが全国平均より低く、回復期や後期高齢者向けの医療提供

体制の充実が求められる。

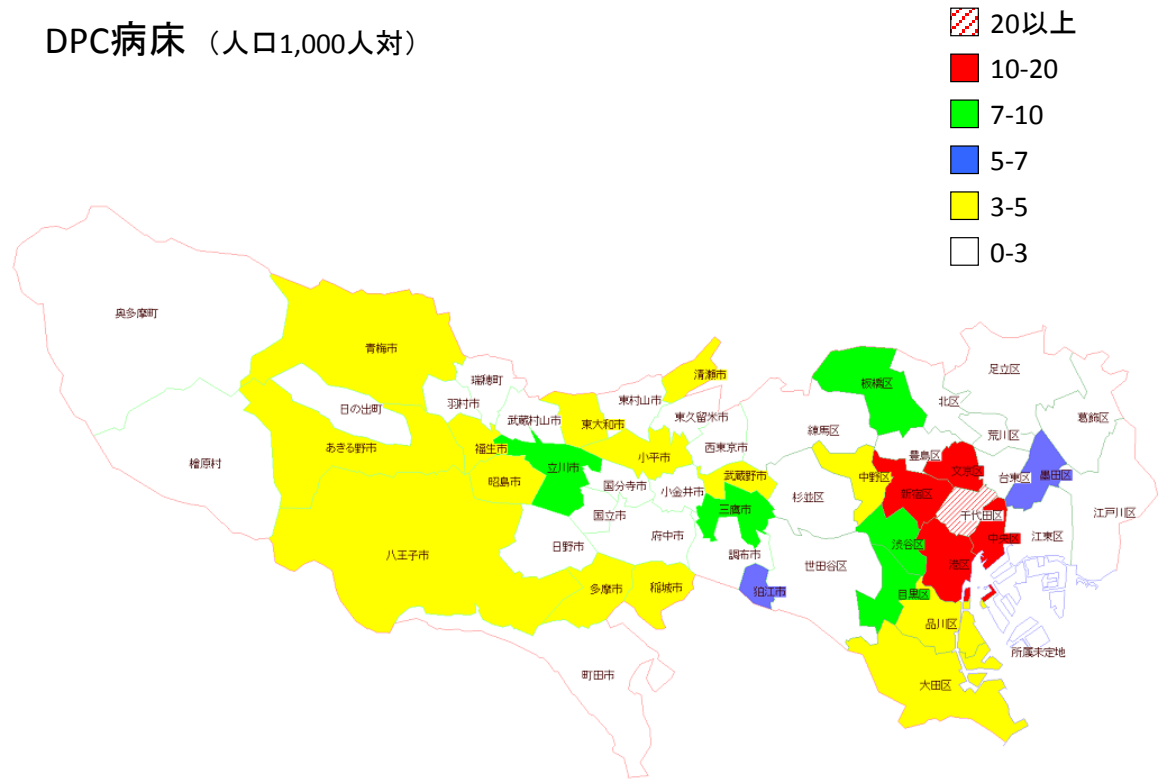
一方、0-64歳の医療需要は、区豊北部が25%減少、区東部が10%減少である。現在は不足気味だが、現状を維持すれば、不足感が緩和される可能性が高い。



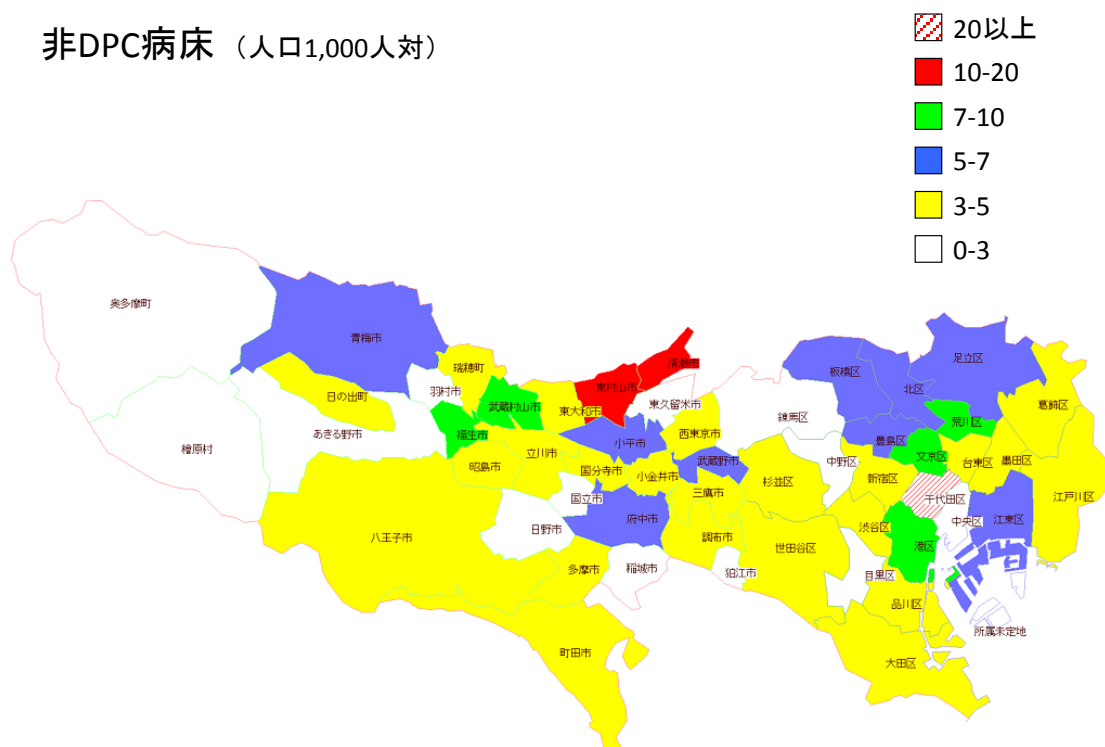
一般病床 (人口1,000人当たり)



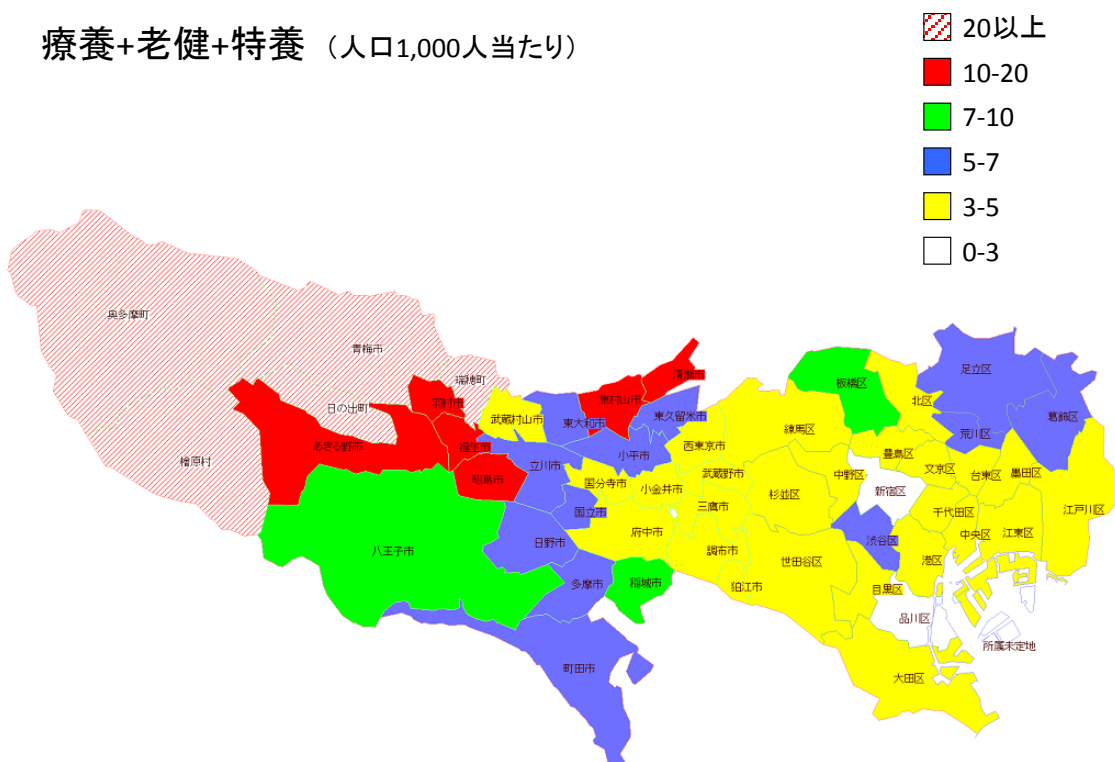
DPC病床 (人口1,000人対)



非DPC病床（人口1,000人対）



療養+老健+特養（人口1,000人当たり）





④多摩地区の医療事情・予測と将来に向けての対策

（南多摩、北多摩西部、北多摩北部）

この3地域の人口当たりの病院勤務医数、全身麻酔数、看護師数ともに少ない。更に、特別区で仕事をし、病気になったら都心の医療機関を受診していた団塊の世代以降の人達が、大量に定年で退職するようになり、急に地元の医療機関を受診するようになり、しかも有病率の高まる年齢になっていく。更に、この3地域の2010年から35年にかけての総人口の変動は少なく、後期高齢者が激増するので、他の地域からの流入がなくとも、2010年から35年にかけての医療需要は、2割から3割程度増加する。特に75歳以上医療需要は78%から111%という高い伸びを示す一方、0-74歳の2010医療需要は、3%以下の減少に留まる。よってこの地域の医療資源不足が、今後ますますひどくなることが予測される。よって高機能病床も、この地域では増強が必要と思われる。

この地域には、特別区から長期の入院を必要とする高齢者が、数多く流入してくる。回復期や高齢者向けの病床は、現在でも比較的高いレベルであるが、更なる強化されることが望まれる。

⑤神奈川県中部の医療事情・予測と将来に向けての対策

（湘南東部、県央）

この2つの地域の人口当たりの偏差値は、病院勤務医が42と37、全身麻酔数が44と42、看護師が35と37であり、医療提供体制の弱い地域といえる。特に湘南東部の看護師の偏差値35、県央の病院勤務医37は、県内最低の水準である。2010→35年の後期高齢者が、湘南東部95%、県央142%と高い。この地域も、現在の医療や介護の資源ではとても対応しきれないくらい医療も介護も需要が急速に高まるので、医療・福祉の人材の確保と養成、高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期病床の増強、地域内のネットワークの強化などが必要である。

（参考：首都圏で医療の比較的充実した地域について）

（区中央部、区西部）

医学部が、区中央部に5つ、区西部に3つあり、日本を代表する高機能病院が数多く存在する日本で一番の医療が集積された地域である。区中央部の2010年から35年にかけての総人口は1%の減少、区西部は6%の減少であり、人口減少が極めて少ない地域である。一方、75歳以上の人口は、区中央部が54%増、区西部が62%増である。その結果、医療の総需要は、区中央部は21%増、区西部は18%増、75歳以上の医療需要が区中央部54%増、区西部62%増である。この地域は、療養病棟や高齢者を受け入れる非高機能一般病床が少ないので、後期高齢者向けの医療提供体制の充実が求められる。

一方、0-64歳の医療需要は、区中央部が13%減少、区西部が19%減少である。この地域は、関東を中心に日本各地から患者が集まり医療需要の推移予測が、最も難しい地域であ

るが、日本全体の0-64歳の医療需要が26%減少であることから、この地域の高度医療機関を利用する患者数は、この地域の人口推移から予測される値よりも更に下振れし、0-64歳の医療需要は、この地域の人口動態を元にした予測値以上に減少することが予想される。高機能病床の一部を、回復期や高齢者向けの病床に転換されることが望ましい。

（区南部、区西南部、区西北部）

区南部と区西北部には、それぞれ医学部が2つあり、区西南部は医学部はないが、日本を代表するような医療機関が林立する地域である。この3つの医療圏は、区中央部、区西部のように日本の各地から患者が集まってくるようなことは少ないが、高機能の医療提供体制は充実した地域である。

2010年から35年にかけての総人口は、区南部が9%減、区西南部が1%増、区西北部が6%の減少であり、全国平均と比べて人口減少の少ない地域である。一方、75歳以上の人口は、区南部が55%増、区西南部が68%増、区西北部が62%増であり、現在の1.5倍以上に後期高齢者が増えることが予想される。

総人口があまり変わらず後期高齢者が増える結果、医療の総需要は、区南部は11%増、区南西部は26%増、区西北部は27%増が見込まれる。75歳以上の医療需要が、区南部は55%増、区南西部は68%増、区西北部は98%増である。この地域は、療養病床や高齢者を受け入れる非高機能一般病床が全国平均よりはるかに少なく、回復期や後期高齢者向けの医療提供体制の充実が求められる。一方、0-64歳の医療需要は、区南部は20%減、区南西部は12%減、区西北部は24%の減である。高機能医療提供の過剰が予測されるので、高機能病床の一部が、高齢者向けの病床に転換されることが望ましい。

（横浜北部、川崎北部）

この2つの地域は、高齢者向けの施設が多く（偏差値70と79）、一般病床が少なく（偏差値36と37）、看護師も少ない（偏差値36と35）。現在医療の提供能力が低いうえに、将来的には東京の介護が必要な高齢者の受け皿となる可能性が高い地域でもあるので、まず高齢者向けの医療や介護にかかわる看護師と介護職員などの養成、他の地域からのリクルートなど、あらゆる手を尽くしての人材の確保が不可欠である。医療病床の増床、療養、亜急性期、回復などの整備も必要である。

（横浜西部、横浜南部、川崎南部）

この3つの地域は、一般病床（偏差値43、45、52）、病院勤務医（47、57、50）、全身麻酔数（54、54、59）、看護師数（43、43、45）と、東京特別区の区中央部、区西部以外の5つの医療圏と比べ、充実した医療が提供されている。ただしこれらの地域も看護師不足が著明である。

この地域の2010→35年の総人口は、2%減、0%、-5%と少なく、75歳以上の高齢者が88%増、96%増、105%増と高い伸びを示すので、高齢者向けの医療や介護にかかわる看護師や介護職員などの養成、人材の確保が不可欠である。療養、亜急性期、回復などの整備も必要である。

愛知県の医療提供体制の現状と地域別の将来に向けた整備の方向性

A. 医療提供体制の現状

愛知県の特徴は、（１）少ない医療資源、（２）全県にわたり医療の拠点都市が分散し、効率的に医療を提供していることである。

（１）少ない医療資源、多い流入

全県を通しての人口当たりの偏差値が、病床数（４３）、一般病床（４３）、病院勤務医数（４７）、全身麻酔数（４７）、看護師数（４４）と全てが全国平均レベルを大きく下回っている。更に愛知県には、岐阜県や三重県などの患者の流入も多い。

（２）全県にわたり医療の拠点都市が分散し、効率的に医療を提供

名古屋市のみならず、豊明、刈谷、岡崎、豊橋、豊田、小牧、一宮などに高機能病院が分散し、東海地方の医療を支えている。医療資源が少ない割に、効率的に高度な医療が全県的に提供されている。

B. 人口動向と将来に向けた地域の医療福祉の整備の方向性

（名古屋）

名古屋には、名古屋大学と名古屋市立大学があり、一般病床（５１）、病院勤務医（５４）、全身麻酔件数（５３）、総看護師数（５０）であり、周囲や近隣県からの患者の流入も多く、東海地方の医療の拠点である。2010→35年の医療の総需要が13%増、0-64歳が17%減、75歳以上が65%増であるので、急性期病床の一部を後期高齢者に対応する療養病棟や回復期・亜急性期病棟に転換する必要があるだろう。

（海部（津島）、尾張西部（一宮）、尾張北部（小牧））

一般病床（３６）と（４３）と（３８）、病院勤務医（４１）と（４３）と（４１）、全身麻酔件数（４２）と（４３）と（４６）、総看護師数（３７）と（４２）と（４０）であり、医療資源レベルの低い地域である。2010→35年の医療の総需要が10%増、10%増、18%増、0-64歳が20%減、21%減、18%減、75歳以上が73%増、70%増、98%増であり、現在の医療や介護の資源では対応困難な高齢者向けの医療・介護の需要増が見込まれるので、医療・福祉の人材の確保、高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期病床の増強、地域内や名古屋とのネットワークの強化などが必要である。

（尾張中部）

面積が日本最少、人口当たりの病院勤務医数も日本最低であり、名古屋への依存度が極めて高い。一般病床（２７）、病院勤務医（３０）、全身麻酔件数（３２）、総看護師数（２９）という数字を見れば、医療提供に困難をきたしている地域となるが、現実には、名古屋の一部として医療提供がなされているため、大きな問題は発生していない。医療提供の実態と合うように、医療圏を見直すことが望ましい。

（尾張東部）

この地域には、愛知医大と藤田保健衛生大学があり、一般病床（55）、病院勤務医（76）、全身麻酔件数（62）、総看護師数（56）と、極めて医療提供体制が充実している。非常に多いこの地域の勤務医を医師の少ない地域に分散し、病院勤務医数の平準化が進むような誘導が行われなければ、この地域は明らかに医師過剰になるだろう。2010→35年の医療の総需要が25%増、0-64歳が15%減、75歳以上が107%増であり、周辺の医療介護需要も高いので、医療・福祉の人材の確保、高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期病床の増強、地域内や名古屋とのネットワークの強化などが必要である。

（知多半島、西三河北部（豊田）、西三河南部（岡崎）、東三河南部（豊橋））

知多半島、西三河北部（豊田）、西三河南部（岡崎）、東三河南部（豊橋）の偏差値は、一般病床（39）、（38）、（37）、（40）、病院勤務医（39）、（43）、（42）、（42）、全身麻酔件数（35）、（42）、（45）、（44）、総看護師数（37）、（40）、（40）、（45）であり、医療資源レベルの低い地域である。2010→35年の医療総需要が16%増、36%増、28%増、16%増、0-64歳が16%減、9%減、9%減、19%減、75歳以上が78%増146%増、92%増、74%増であり、埼玉県、千葉県、滋賀県と並び、日本で最も高齢者の医療介護の需要の伸びが予測される地域である。現在の医療や介護の資源では対応困難な高齢者向けの医療・介護の需要増が見込まれるので、医療・福祉の人材の確保、高齢者向けの施設や療養、亜急性期、回復期病床の増強、地域内や名古屋とのネットワークの強化などが必要である。

（東三河北部）

愛知県の東部の長野県に連なる山中に広がる愛知県唯一の過疎地域であり、ドクターヘリによる移送が行われることも少なくない。一般病床（45）、病院勤務医（35）、全身麻酔件数（32）、総看護師数（39）と、極めて医療提供体制が弱い。2010→35年の医療の総需要が8%減、0-64歳が37%減、75歳以上が19%増であるので、集約とネットワークを基本に、東三河南部との連携、ドクターヘリの有効活用を中心に医療機能を維持することが求められる。