

平成27年6月13日
日本医療経営学会第7回夏季セミナー

地域医療構想と地域包括ケア をどう進めるか？



厚生労働省医政局
福島 靖正

本日お話しすること

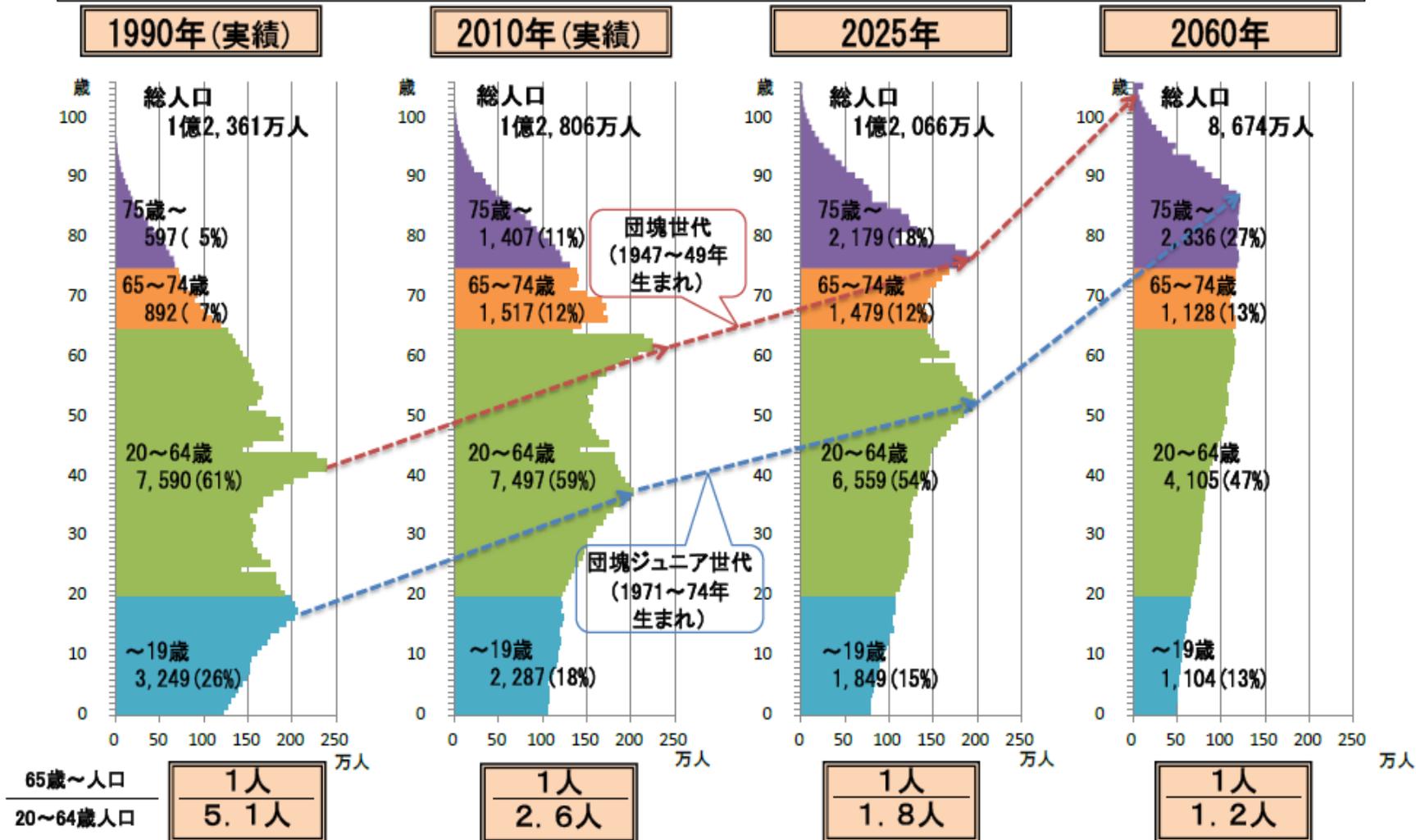
- 高齢化の進展の状況
- 社会保障改革の流れ
- 地域医療構想
- 高齢化の地域差

本日お話しすること

- 高齢化の進展の状況
- 社会保障改革の流れ
- 地域医療構想
- 高齢化の地域差

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

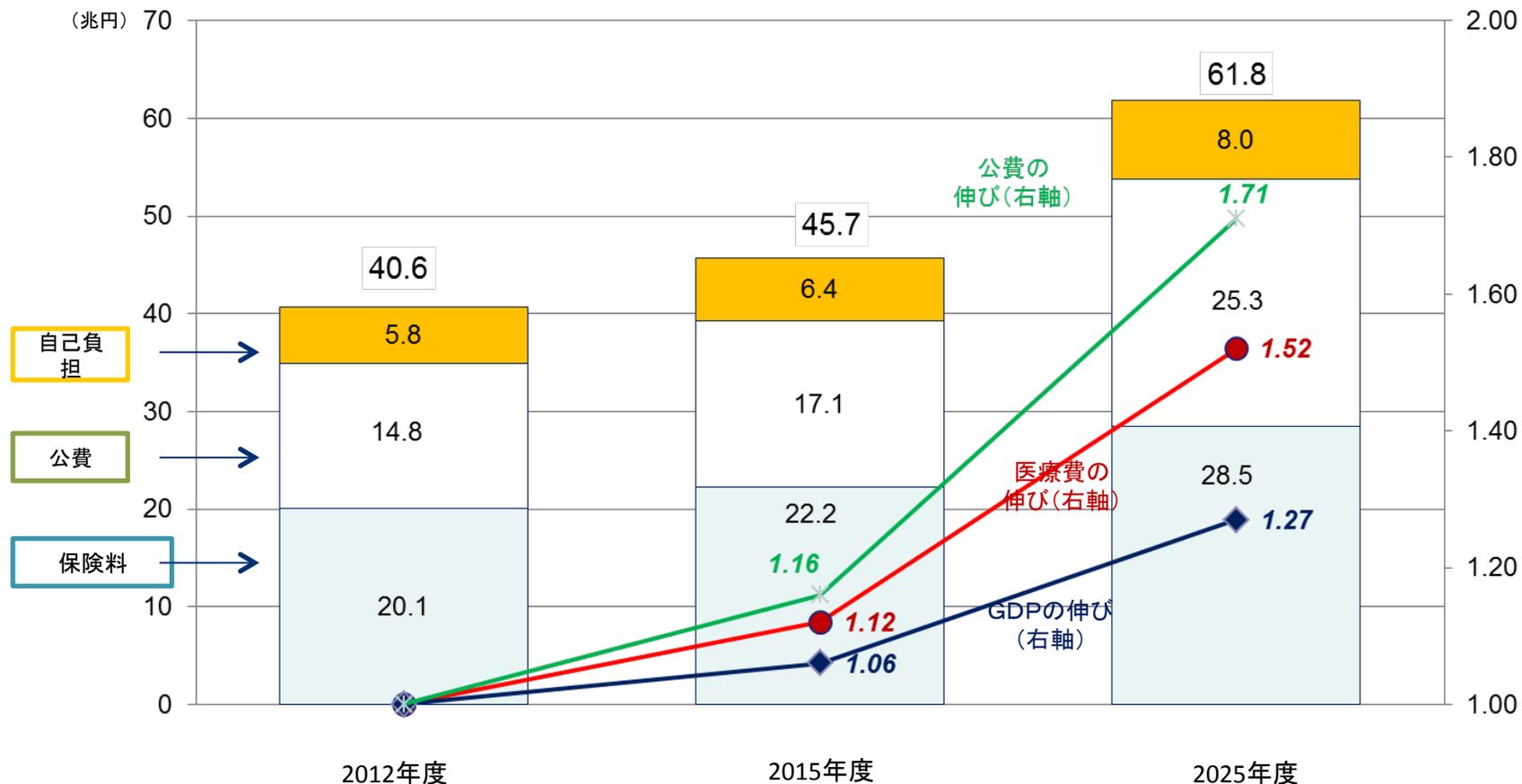
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

医療費の将来推計

○ 医療費は、急速な高齢化や医療の高度化等によって、今後、GDPの伸びを大きく上回って増大。
 これに伴い、保険料、公費、自己負担の規模も、GDPの伸びを大きく上回って増大する見込み。
 特に公費の増大は著しい。



注) 医療費の伸び、GDPの伸びは、対2012年度比。

【参考】 認知症の人の将来推計について

○ 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3% 6

本日お話しすること

- 高齡化の進展の状況
- **社会保障改革の流れ**
- 地域医療構想
- 高齡化の地域差

社会保障制度改革推進法に基づく改革の流れ

社会保障国民会議 (H20.11中間報告・最終報告)

- 社会保障の「機能強化」に向けて、医療・介護・福祉サービス分野では、病床機能分化とネットワーク化、地域包括ケアなどについて、具体的な将来シミュレーションとともに提言。

平成24年社会保障・税一体改革 = 社会保障制度改革推進法 (自民・公明・民主の3党合意に基づく議員立法)

- 社会保障改革の「基本的な考え方」、年金、医療、介護、少子化対策の4分野の「改革の基本方針」を明記。

社会保障制度改革国民会議 (会長＝清家篤 慶応義塾塾長) 報告書とりまとめ (H25.8.6)

- 改革推進法により設置され、「少子化」「医療・介護」「年金」の各分野の改革の方向性を提言。
- 医療・介護制度改革については、医療・介護提供体制の改革と地域包括ケアシステムの構築、国民健康保険の財政運営の責任を都道府県が担うことなど医療保険制度の改革、難病対策の法制化などを提言。

いわゆる社会保障改革プログラム法 (H25.12.13公布・施行)

- 社会保障4分野の講ずべき改革の措置等について、スケジュール等を規定
- 社会保障制度改革推進会議の設置

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律 (いわゆる「医療介護総合確保推進法」: H26.6.25公布)

1. 新基金創設と医療介護連携の基本方針策定 <医療・介護総合確保促進法>
2. 医療機関の機能分化と連携: 病床機能報告制度の創設、都道府県地域医療構想(ビジョン)の策定<医療法>
3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化: 地域支援事業の見直し<介護保険法>

国民会議報告書「医療・介護分野」(H25.8.6)のポイント

- 1) 医療から介護まで一貫した提供体制改革を主眼
 - 「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療・介護へ
 - 地域包括ケアシステムは介護保険制度の枠内では完結しない
- 2) 地域に根差し、まちづくりまで視野にいれる
 - 地域の関係者によるネットワーク化・連携を通じた改革
 - 地域づくり(まちづくり)としての医療・介護・福祉・子育て
- 3) 「データに基づくシステム制御」を提唱
 - 地域サービスの「データ」を充実。課題は使い方・使い手。
- 4) 改革推進手法としての報酬／財政支援
 - 診療報酬・介護報酬と都道府県基金の組合せ
- 5) 医療の在り方
- 6) 「都道府県」の役割の強化

(参考1) 一体改革全体の枠組み

1) 社会保障・税一体改革として「社会保障の機能強化のための安定財源としての消費税」を前提。

→ 福田～麻生内閣当時の議論を踏まえ、かつ、社会保障制度改革推進法（H24年法律64号）に結実した自公民3党合意を実質的出発点として、**時々**の政治状況にかかわらず、**持続可能な社会保障制度の確立を志向**。

2) 消費税引上げ(負担増)分をすべて社会保障財源とすることと一体で、社会保障の姿・改革の方向性を明確にし、さらに政府の改革スケジュールを法定化することで、**負担・給付に対する納得感**を高める。

→ 『持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律』（いわゆる**プログラム法**）の背景として、有識者が示した「**国民会議報告書**」。
→ プログラム法に基づく進捗を政府全体（改革推進本部：総理＋関係大臣）でフォローアップ。さらに「中長期的な改革」については、新たな「改革推進会議（有識者）」で2025年を展望しつつ議論。

(参考2) 社会保障制度改革全体の財政フレーム

- 1) 社会保障給付費110兆円は、①保険料60兆円強、②国庫負担30兆円強、③地方負担10兆円強 と ④年金積立金からの資産収入で賄っている。

※ 社会保障のための国の税金30兆円強

= 一般会計歳出の3割／一般会計歳出(国債費と地方交付税を除く)の5割強

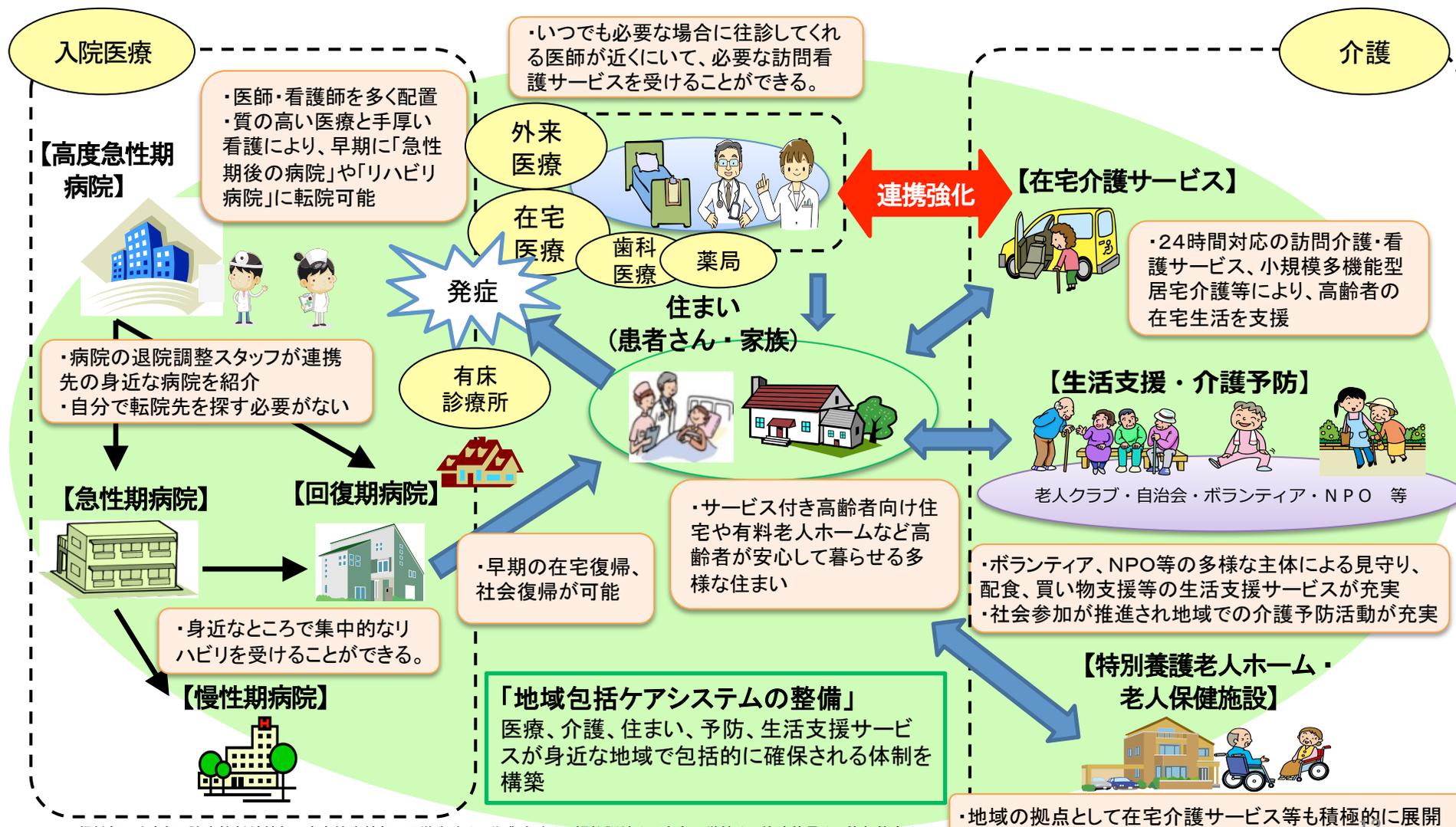
国の歳入全体の4割強(公債金43%)を「将来世代の負担」で賄っていることと併せて考えると、「現世代に必要な社会保障給付」は「現世代の負担」のみならず、「将来世代の負担」と両方あわせて賄われている状況。

→ 消費税引上げ財源により「社会保障が生み出す将来負担」を圧縮する。
= 「**社会保障の安定化**」

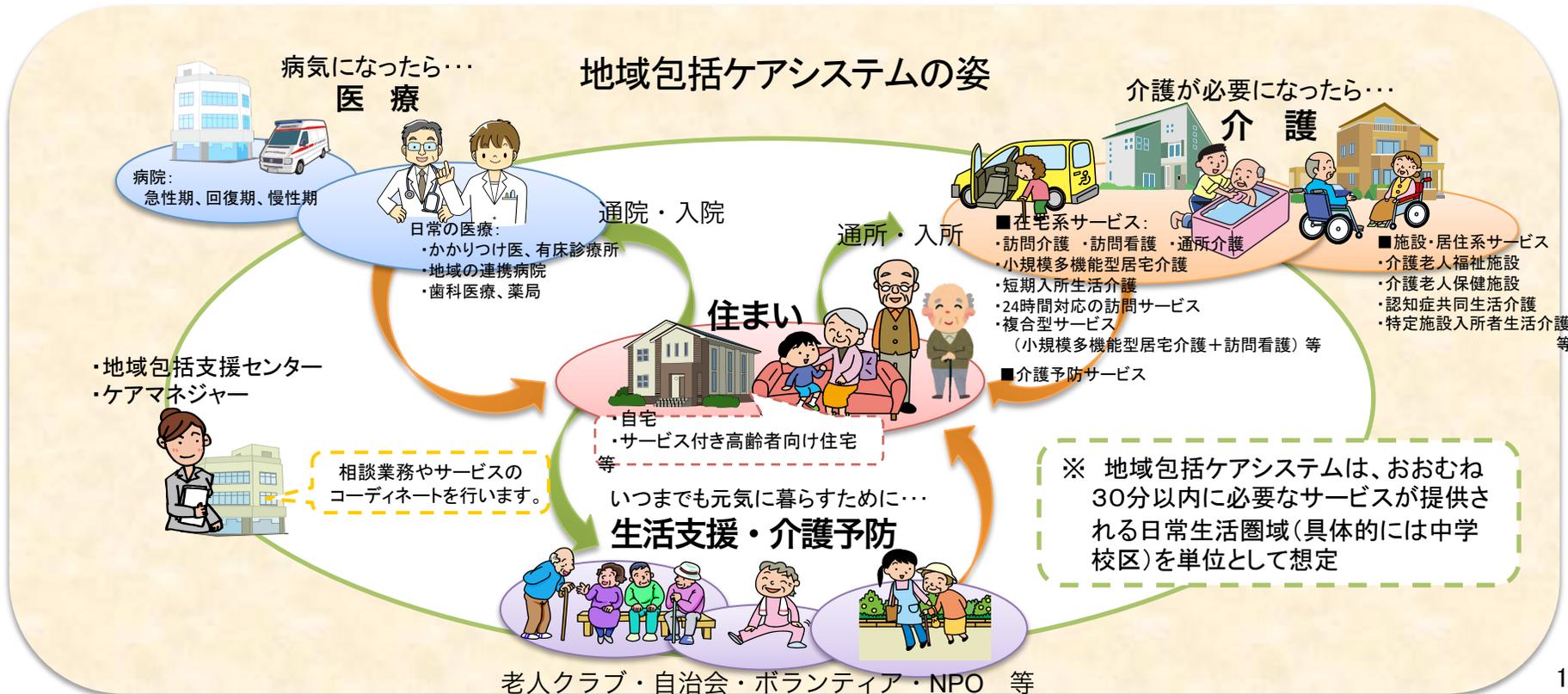
- 2) 社会保障の機能強化、とりわけ喫緊の課題である少子化対策などに必要な新たな財源として、消費税引上げ分を充当。 = 「**社会保障の充実**」

- 3) **消費税引上げ分は全て社会保障財源に充当。**

消費税10%(5%引上げ時) 1) = 引上げ4%分 + 2) = 引上げ1%分



※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等



本日本話すること

- 高齢化の進展の状況
- 社会保障改革の流れ
- **地域医療構想**
- 高齢化の地域差

なぜ地域医療構想が必要なのか？

医療における2025年問題

- 2025年とは団塊の世代が75才になる年
 - 医療・介護需要の最大化
- 高齢者人口の増加には大きな地域差
 - 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。

医療・介護機能の再編(将来像)

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



【取組の方向性】

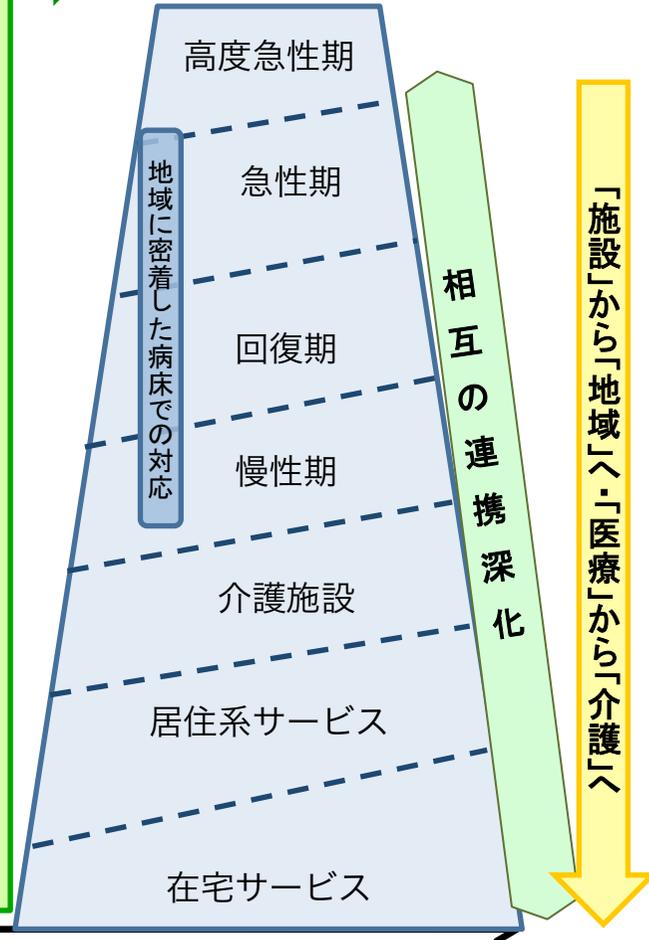
- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための 関係法律の整備等に関する法律(抜粋)

効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築すること

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)

①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、

消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)

①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想(ビジョン)(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画において策定

②**医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け**

3. その他

①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

施行期日

公布日(平成26年6月25日)。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

地域医療構想の医療法での規定ぶり

都道府県は、医療計画の中で「地域医療構想」を定める。

◎医療法 ※医療介護総合確保推進法による改正後の医療法

第30条の4（略）

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一～六（略）

七 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（以下「構想区域」という。）における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（以下「地域医療構想」という。）に関する事項

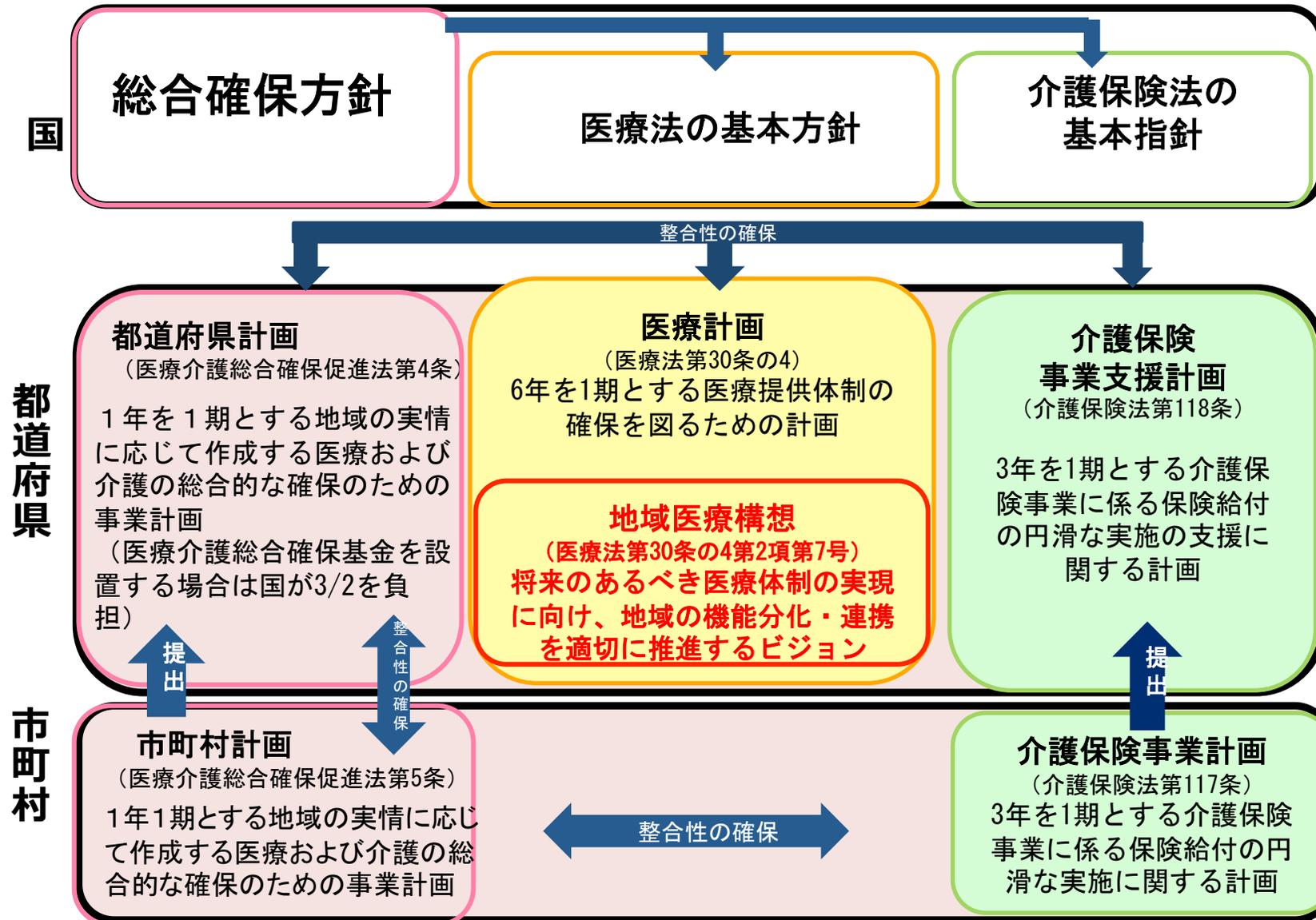
イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十条の十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量（以下単に「将来の病床数の必要量」という。）

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項

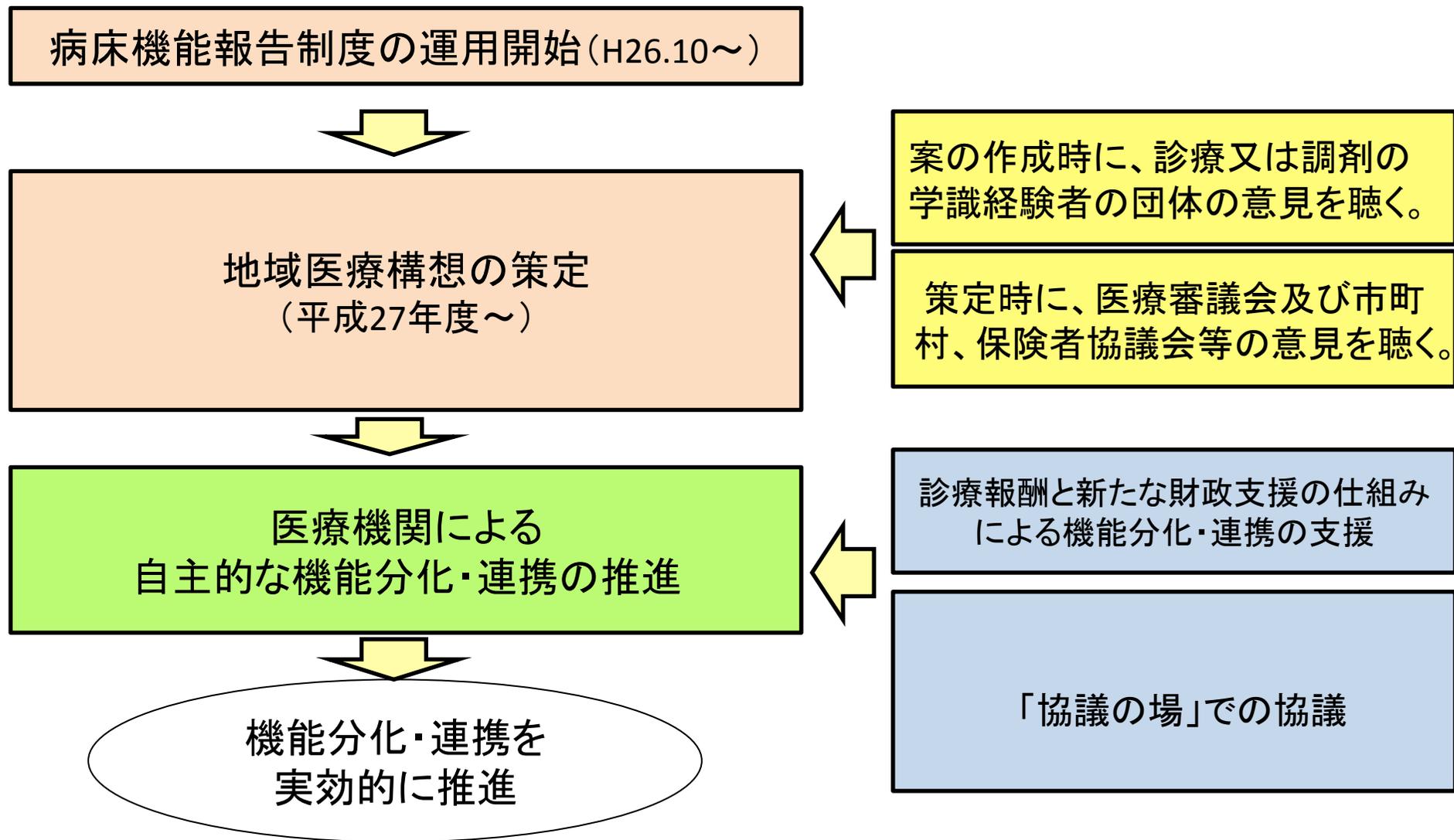
八～十四（略）

3～15（略）

地域医療における計画



医療機能の分化・連携に係る取組みの流れ



病床機能報告制度（H26.10 施行）

- 各医療機関（有床診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度
- 医療機能を選択する際の判断基準
 - 病棟単位の医療の情報が不足している現段階では定量的基準を示すことは困難
 - 報告制度導入当初は、医療機関が、定性的基準を参考に医療機能を選択

医療機能の名称と内容

- **高度急性期機能**

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

- **急性期機能**

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

- **回復期機能**

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。

- **慢性期機能**

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

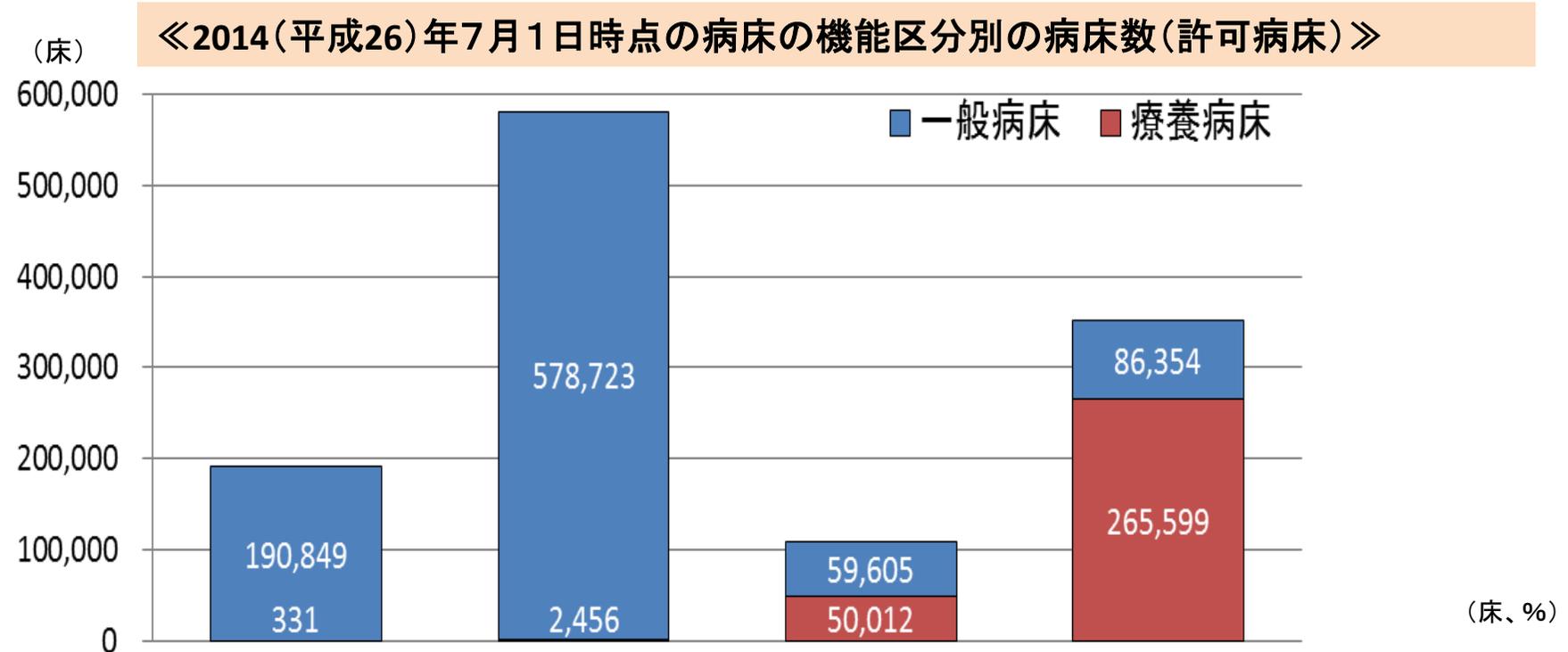
病床機能報告制度における主な報告項目

構造設備・人員配置等に関する項目

具体的な医療の内容に関する項目

病床数・人員配置・機器等	医療機能(現在/今後の方向) ※ 任意で2025年時点の医療機能の予定	幅広い手術の実施 (全身麻酔の)手術件数(臓器別) 胸腔鏡下手術件数/腹腔鏡下手術件数 内視鏡手術用支援機器加算 がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療 悪性腫瘍手術件数 病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製 放射線治療件数、化学療法件数 がん患者指導管理料 抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 分娩件数 超急性期脳卒中加算、経皮的冠動脈形成術 入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算 重症患者への対応 ハイリスク分娩管理加算/妊産婦共同管理料 救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定 持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンポンピング法 経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓 頭蓋内圧測定1日につき、人工心肺 血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合 救急医療の実施 院内トリアージ実施料 夜間休日救急搬送医学管理料 精神科疾患患者等受入加算 救急医療管理加算 在宅患者緊急入院診療加算 救急搬送患者地域連携紹介加算、地域連携診療計画管理料 救命のための気管内挿管 体表面/食道ペーシング法 非開胸的心マッサージ、カウンターショック 心膜穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法 休日又は夜間に受診した患者の数(うち診察後、直ちに入院となった患者数) 救急車の受入件数	急性期後・在宅復帰への支援 退院調整加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算 救急搬送患者地域連携受入加算 地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料 介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料 退院前訪問指導料 全身管理 中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入 観血的動脈圧測定 1日につき ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工呼吸 1日につき、人工腎臓、腹膜灌流 経管栄養カテーテル交換法 疾患に応じた/早期からのリハビリテーション 疾患別リハ料、早期リハ加算、初期加算、摂食機能療法 リハ充実加算、体制強化加算、休日リハ提供体制加算 入院時訪問指導加算、リハを要する患者の割合 平均リハ単位数/患者・日、1年間の総退院患者数 1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数 長期療養患者・重症の障害者等の受入 療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算 重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算 難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 強度行動障害入院医療管理加算 有床診療所の多様な機能 往診患者数、訪問診療数、在宅/院内看取り件数 有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料 急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合 有床診療所の多様な役割 (①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能、②専門医療を担って病院を役割を補完する機能、③緊急時に対応する機能、④在宅医療の拠点としての機能、⑤終末期医療を担う機能)
	許可病床数、稼働病床数		
	一般病床、療養病床の別		
	医療法上の経過措置に該当する病床数		
	看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数		
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数		
	主とする診療科		
	算定する入院基本料・特定入院料		
	DPC群		
	在宅療養支援病院/診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無(有の場合、医療機関以外/医療機関での看取り数)		
二次救急医療施設/救急告示病院の有無			
高額医療機器の保有状況 (CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置等)			
退院調整部門の設置・勤務人数			
入院患者の状況	新規入棟患者数		
	在棟患者延べ数		
	退棟患者数		
	入棟前の場所別患者数		
	予定入院・緊急入院の患者数		
	退棟先の場所別患者数		
退院後に在宅医療を必要とする患者数			

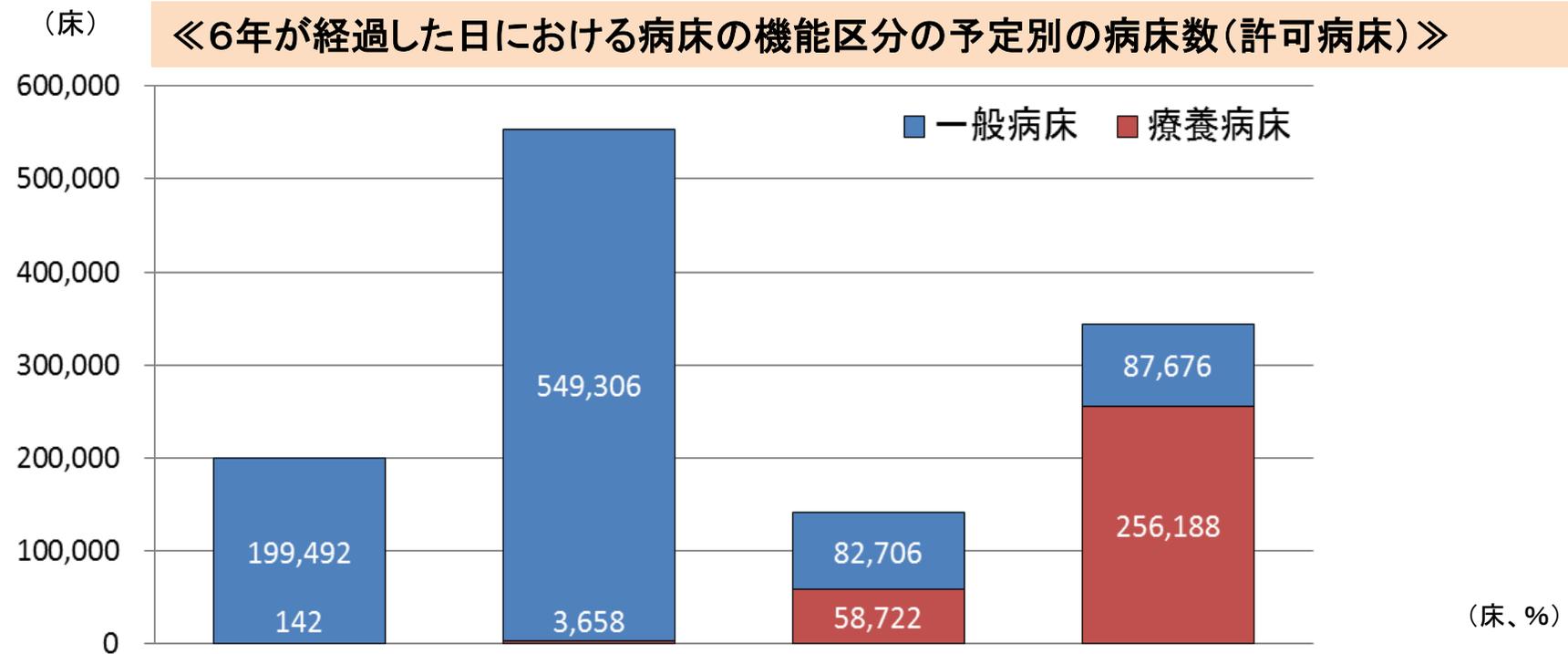
病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況【速報値(第3報)】



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	190,849	578,723	59,605	86,354	915,531
療養病床	331	2,456	50,012	265,599	318,398
合計	191,180	581,179	109,617	351,953	1,233,929
構成比	15.5%	47.1%	8.9%	28.5%	100.0%
前回速報(H27.1.26 時点)の構成比	15.6%	47.2%	9.1%	28.1%	100.0%

(注)集計対象1,247,363床のうち、現時点の病床の機能区分について未選択の病床が13,434床分あり、上表には含めていない。

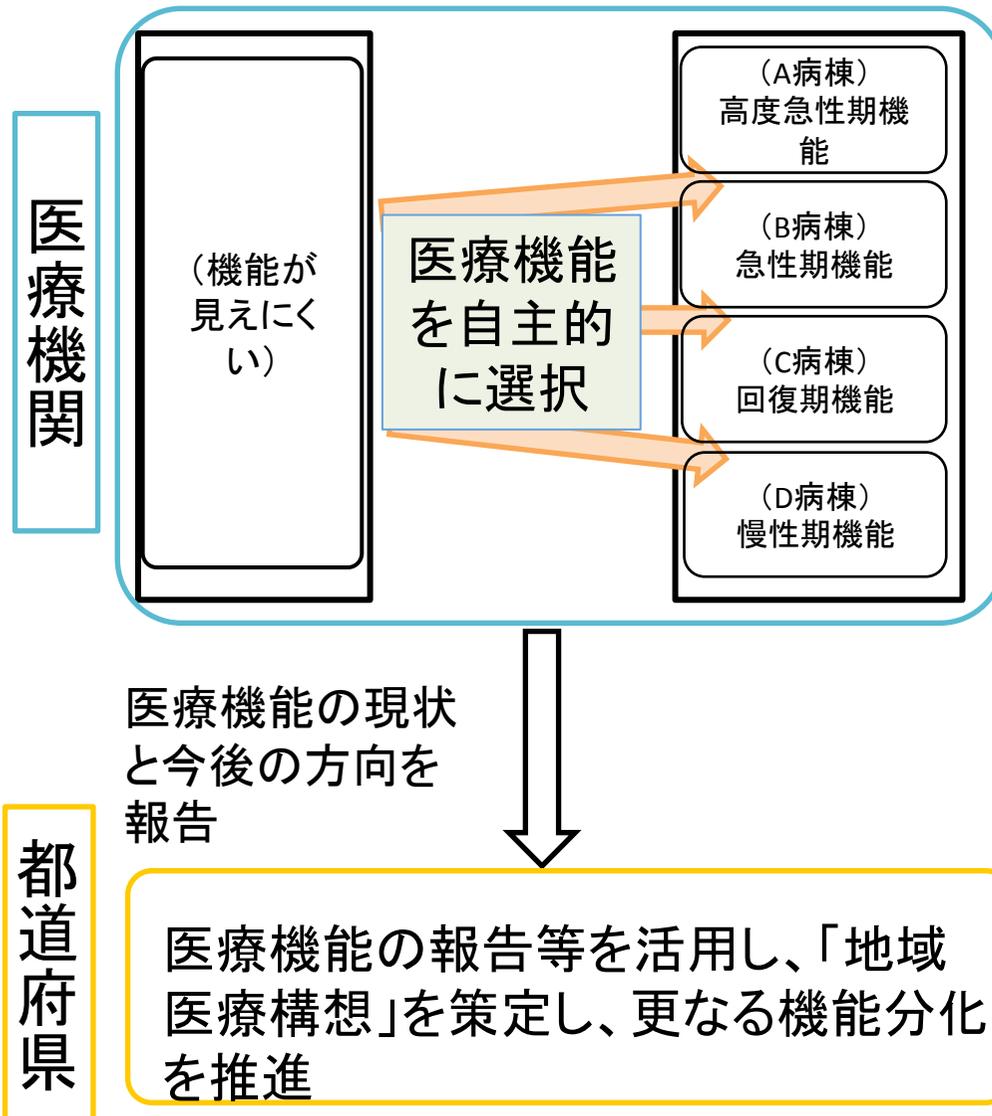
病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況【速報値(第3報)】



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	199,492	549,306	82,706	87,676	919,180
療養病床	142	3,658	58,722	256,188	318,710
合計	199,634	552,964	141,428	343,864	1,237,890
構成比	16.1%	44.7%	11.4%	27.8%	100.0%
前回速報(H27.1.26 時点)の構成比	16.3%	44.7%	11.7%	27.3%	100.0%

(注)集計対象1,247,363床のうち、現時点の病床の機能区分について未選択の病床が13,434床分あり、上表には含めていない。

地域医療構想について



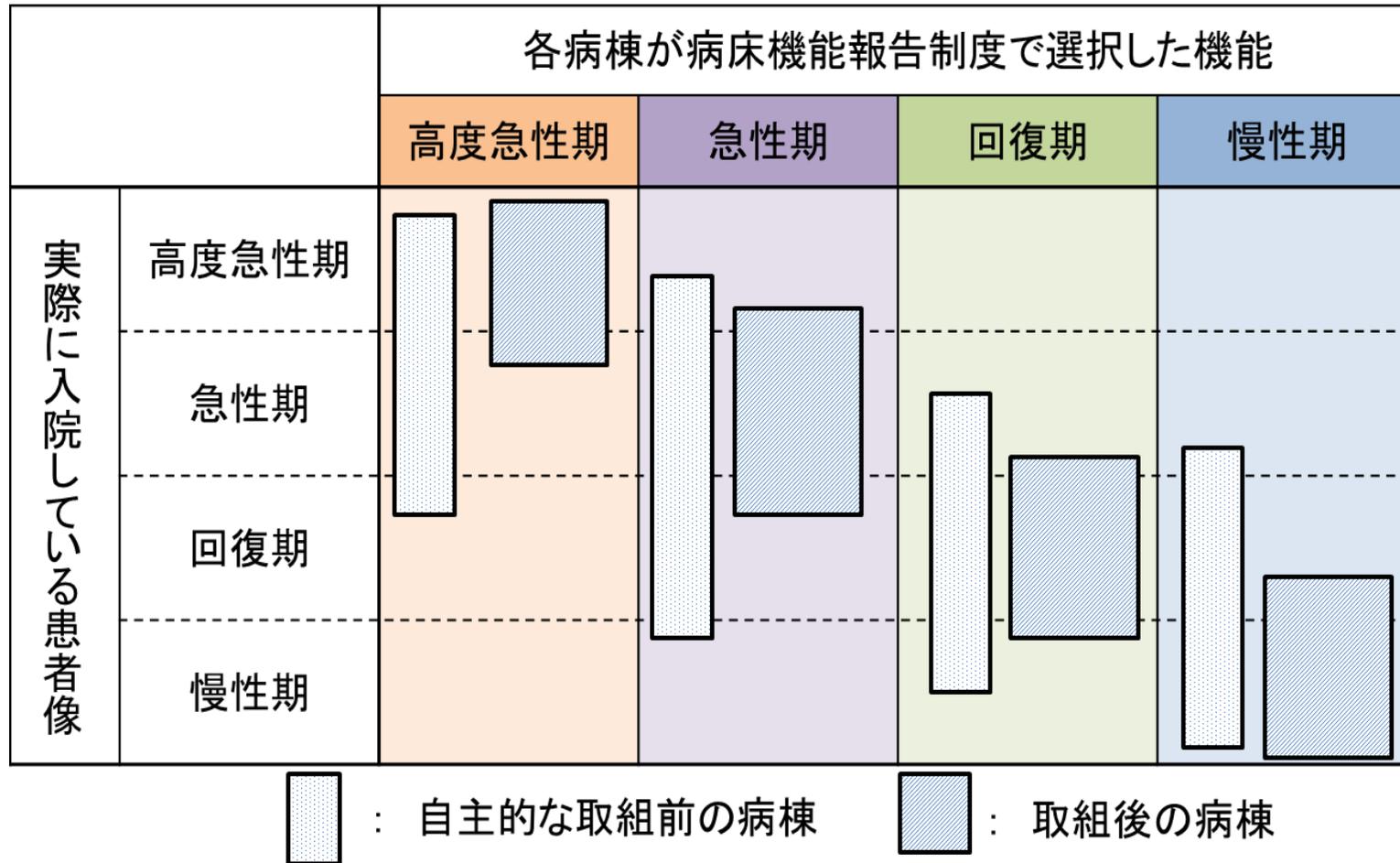
○ 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。
(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)

※「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。

○ 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。

厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。

地域医療構想が実現すると どのような医療供給体制になるか？



地域医療構想の策定（平成27年度～）

- 都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、構想区域ごとの各医療機能の将来必要量を含めた、地域医療構想を策定し、医療計画に新たに盛り込み、医療機関のさらなる機能分化を推進
- 国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを平成26年度に策定

地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

- 案の策定段階で、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴く。
- 策定段階から地域の医療関係者、保険者及び住民の意見を聴くことが望ましい。
- 在宅医療の課題や目指すべき姿については、市町村介護保険事業計画との整合性に留意する必要があることから、地域医療構想の策定段階から市町村の意見を聴取することが必要。
 - 既存の圏域連携会議等を活用することが望ましい。
- 案の決定段階で、都道府県医療審議会、市町村及び保険者協議会の意見を聴く。

地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

2.地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有

- 病床機能報告制度に基づく医療提供体制の状況
- 各医療機能別の医療需要に対する医療提供の状況
- 疾病別医療需要に対する医療提供の状況
- 疾病別アクセスマップと人口カバー率
- 介護保険関係サービスの整備状況
- 2025年の性・年齢階級別推計人口

地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. **構想区域の設定**
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

3.構想区域の設定

- 現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、2025年における下記の要素を勘案して設定
 - 人口規模
 - 患者の受療動向
 - 疾病構造の変化
 - 基幹病院までのアクセス時間の変化 等

地域医療における区域の概念

医療における区域

医療圏

構想区域

地域医療構想区域

(医療法第30条の4第2項第7号)

地域医療構想の実現のために設定するものであり、二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向等将来における要素を勘案して検討

3次医療圏 (55ヶ所)

2次医療圏

(医療法第30条の4第2項第9号)
(344ヶ所)

地理的条件等の自然条件や交通事情等の社会的条件、患者の受療動向を考慮して、一体の区域として入院等に係る医療を提供する体制の確保を図るための区域

医療介護 総合確保区域

都道府県確保区域

(医療介護総合確保促進法第4条第2項)

都道府県が地理的条件、人口、交通事情、医療機関の施設、介護施設等の整備状況等から設定

市町村確保区域

(医療介護総合確保促進法第5条第2項)

市町村が地理的条件、人口、交通事情、医療機関の施設、介護施設等の整備状況等から設定

介護における区域

老人福祉圏域

(介護保険法第118条第2項)
(343ヶ所)

介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定める区域として設定

日常生活圏域

(介護保険法第117条第2項)
(5,712ヶ所)

おおむね中学校区を基本とし、必要なサービスが適用される地域包括ケアシステムの単位

※ 2次医療圏と老人福祉圏域が完全に一致している区域は、41都道府県(平成25年12月現在)。

※ 2次医療圏及び老人福祉圏域数については、平成25年12月現在、日常生活圏域数については、平成24年4月1日現在。

地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

4. 構想区域ごとの医療需要の推計

- 推計方法の基本的考え方
- 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方
- 地域の実情に応じた慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方

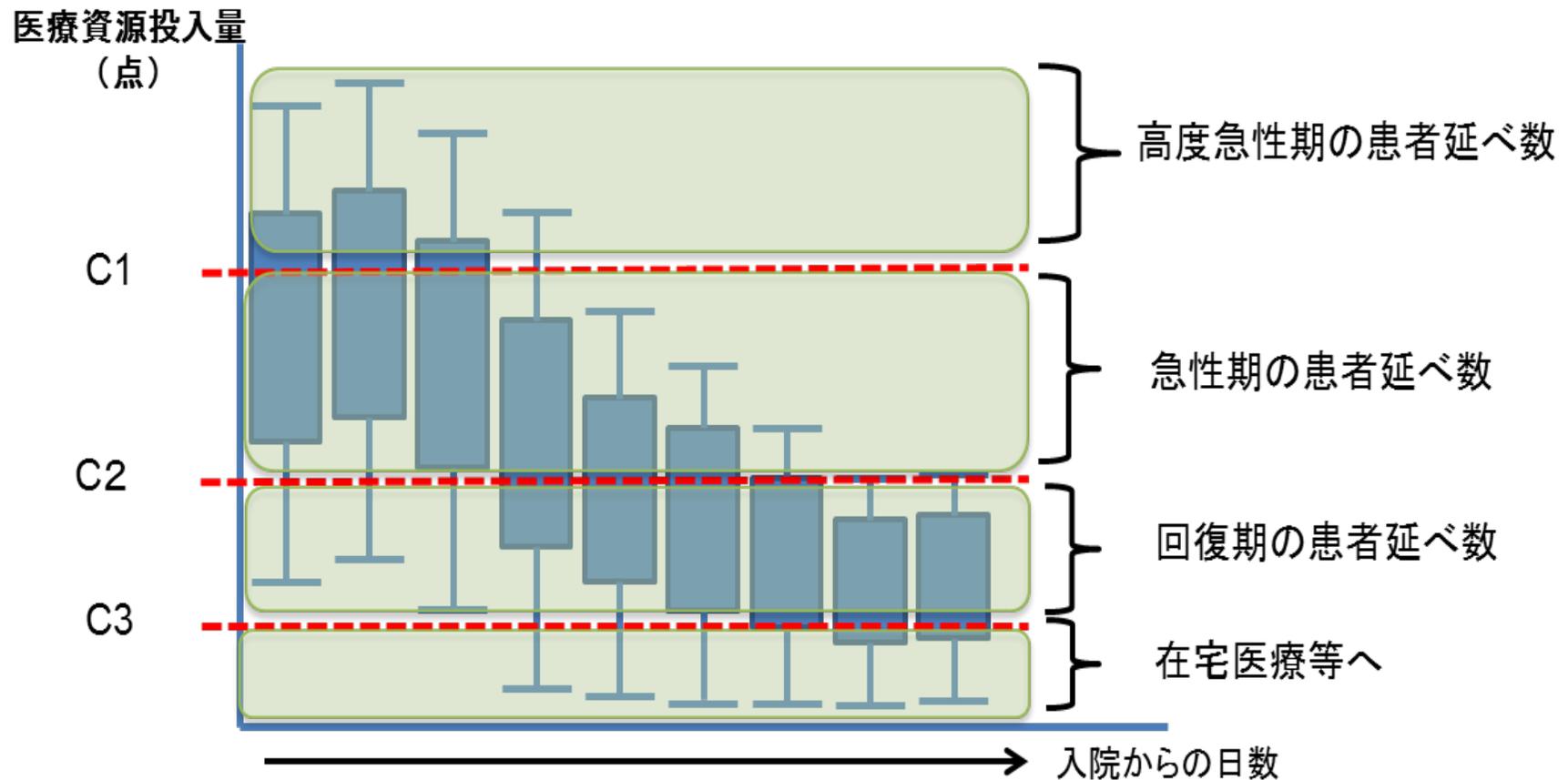
4-1. 推計方法の基本的考え方

- 2025年における医療需要（推計入院患者数）は、患者住所地を基にした基礎データを厚生労働省が提示し、これを基に都道府県が構想区域ごとに推計
- 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能及び慢性期機能別に算出

4-2.高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計の考え方

- 高度急性期、急性期及び回復期については、
 - 構想区域における2025年の医療需要 = 当該構想区域の2013年度性年齢階級別・医療機能別入院受療率 × 当該構想区域の2025年の性年齢階級別推計人口
- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、DPC病院の医療行為に関するDPCデータやNDBのレセプトデータを分析。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算したものの（医療資源投入量）の多寡を観察。

4-2.高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

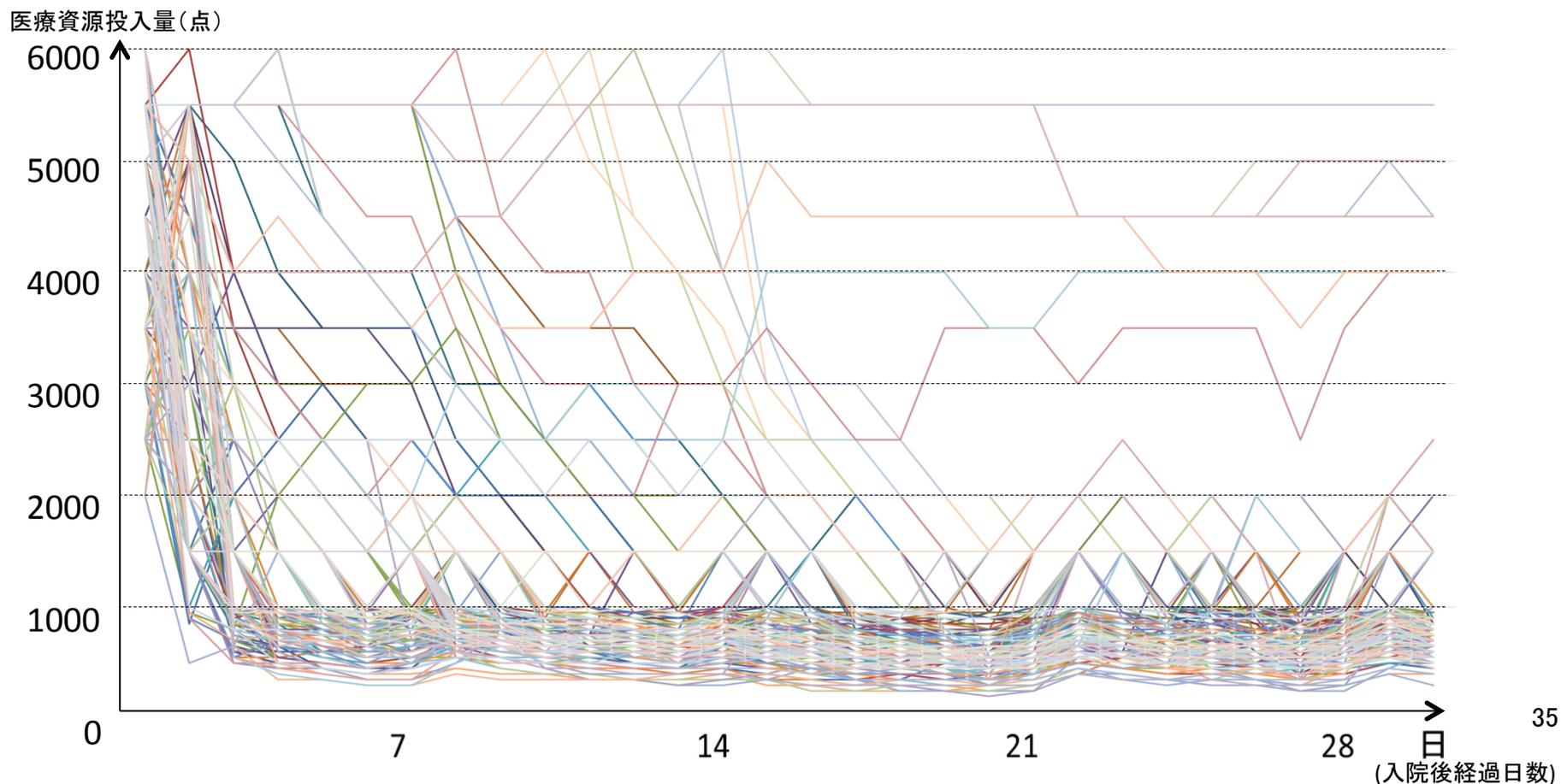


医療資源投入量(中央値)の推移

(入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)

○ 推計入院患者数の多い傷病小分類上位255の疾患を選び、DPCにおいて対応する255の疾患について入院後桂花実施。(当該255疾患の入院患者の合計入院数(人・日)が、全疾患の入院患者の合計入院数(人・日)に対して占める割合は63.1%であった。)

○入院初日から2~3日は、医療資源投入量が特に高い状態がある。
その後、一定の水準で医療資源投入量が落ち着き、安定している。



病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

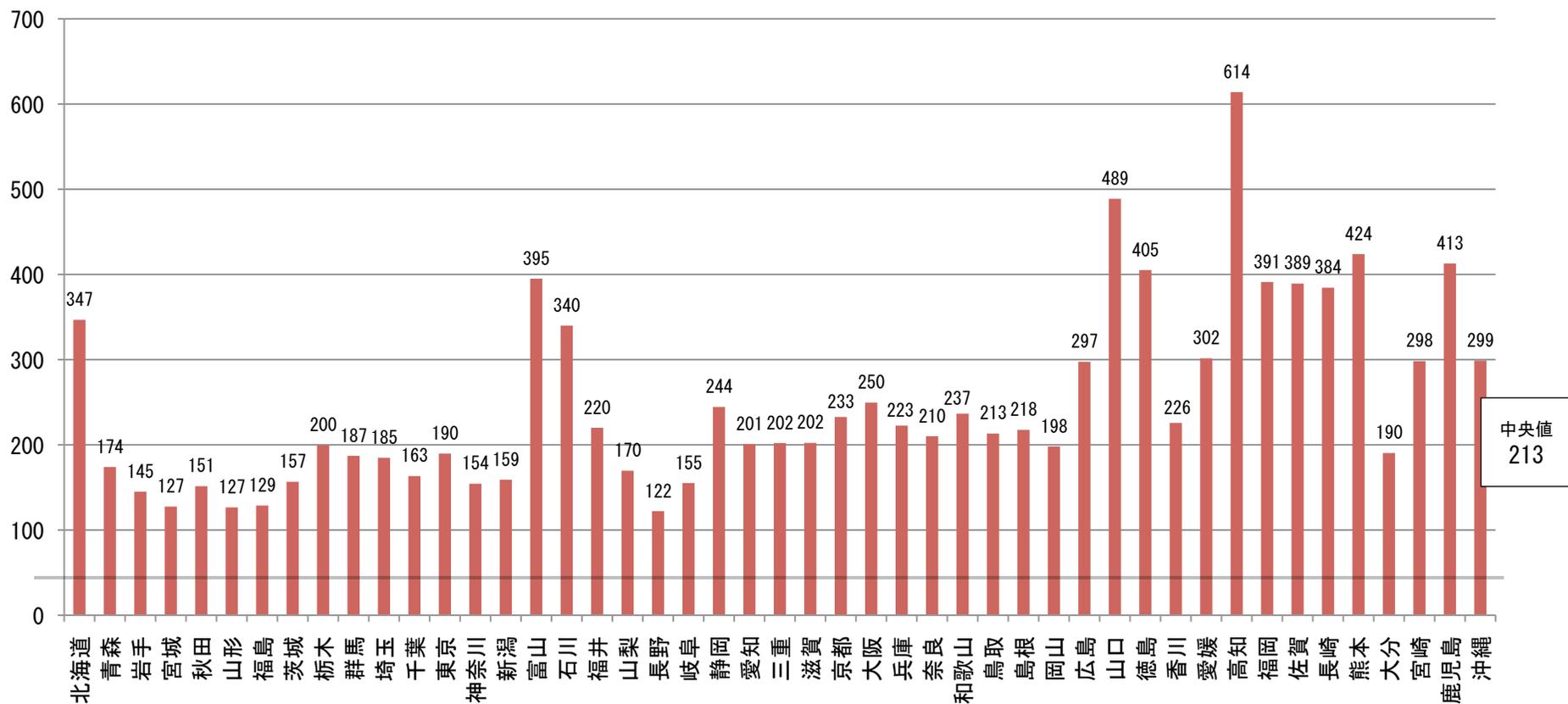
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

慢性期機能および在宅医療等の 医療需要の考え方について

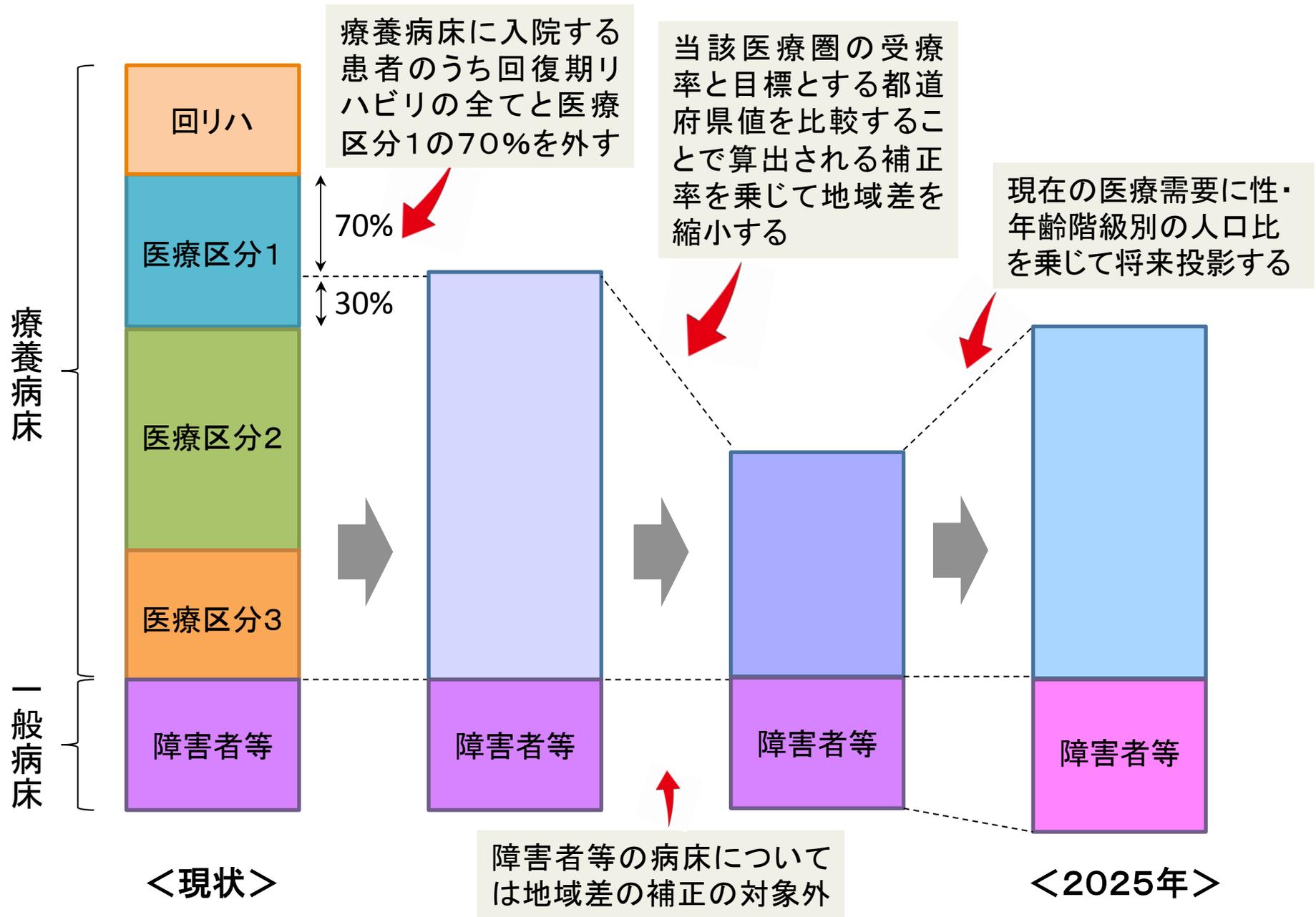
- 慢性期については、
 - 入院受療率の地域差を一定の幅の中で縮小させる目標を設定することとする。このため、上記の他医療機能の算定方法を基に、目標設定を加味することにより、慢性期の医療需要を推計

都道府県別にみた療養病床の年齢調整入院受療率 (間接法で年齢調整)



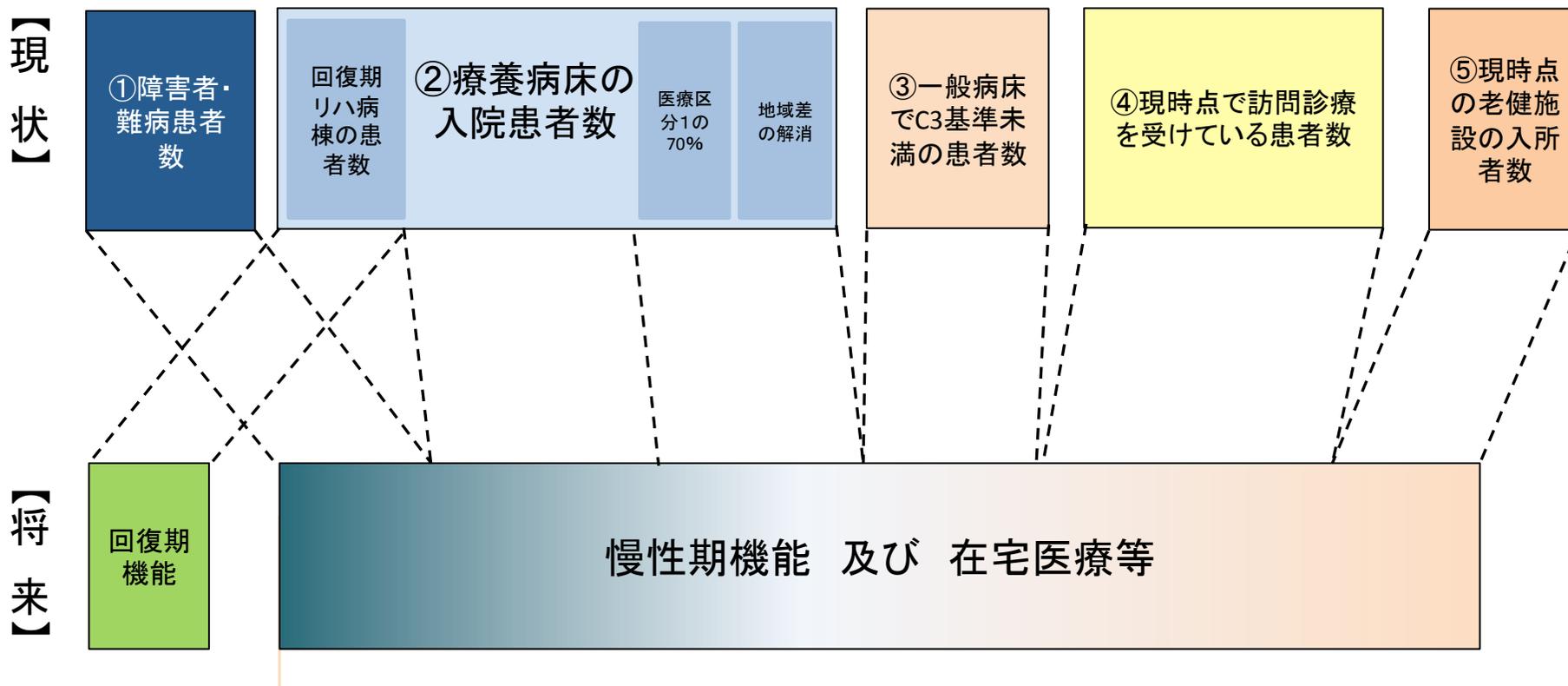
- 注：1) 都道府県の推計入院患者数は、患者住所別に算出したものである。
 2) 福島県の数値については、東日本大震災の影響で平成23年患者調査実施しなかったため、平成24年福島県患者調査の結果を用いている。
 3) 宮城県については石巻医療圏、気仙沼医療圏を除いた数値である。

慢性期機能の医療需要の推計について



慢性期機能および在宅医療等の需要の将来推計の考え方について

慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ図※



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

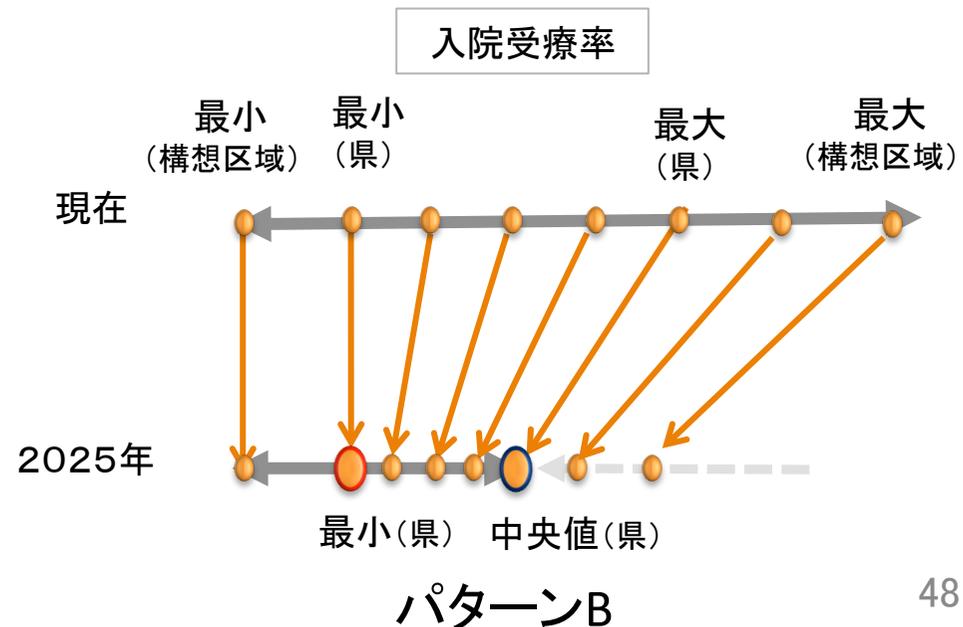
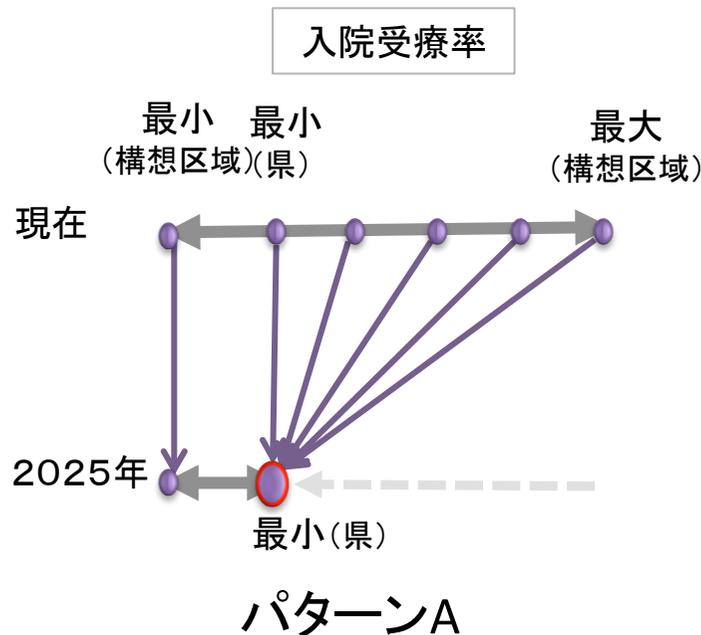
地域の実情に応じた慢性期機能及び在宅医療等の需要推計の考え方

全ての構想区域が
全国最小値(県単位)まで
入院受療率を低下する。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未達の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値(県単位)が全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

※ただし、受療率が全国最小値(県単位)未達の構想区域については、平成25年(2013年)の受療率を用いて推計することとする。



地域の実情に配慮した慢性期病床の推計の特例について

(一定の地域は2030年に目標達成を延長可能)

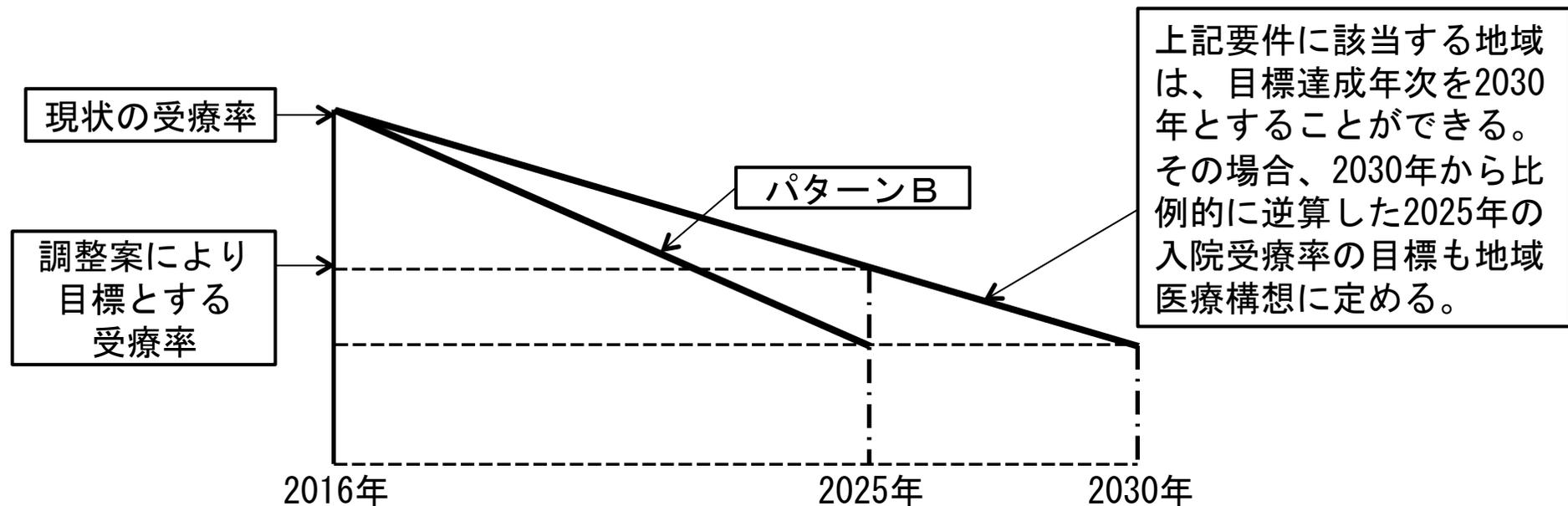
- 以下の要件に該当する構想区域は目標達成年次を2025年から2030年とすることができることとする。
その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とし、当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定めることとする。

【要件】 以下の①かつ②に該当する構想区域

- ① 当該構想区域の慢性期病床の減少率が、全国中央値(34%)よりも大きい
- ② 高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

※1 2030年に延長した場合でも、2025年時点で、減少率が中央値の34%を下回らないようにする。

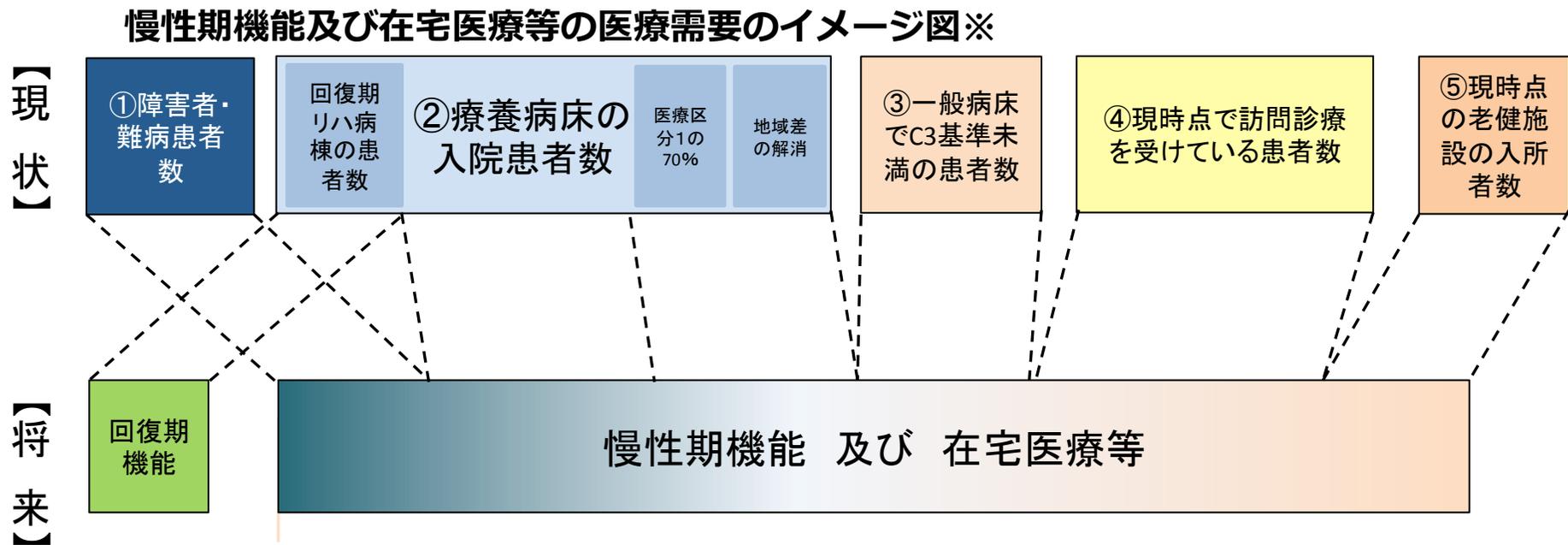
※2 高齢者単身世帯の割合と入院受療率との相関については、弱い相関が見られる。(相関係数 0.62)



地域の実情に応じた慢性期及び在宅医療等の 需要推計の考え方

- 地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- 地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
- その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小させる。
- 療養病床の受け皿となる、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等への移行が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域についての配慮は要検討。

4-3.慢性期機能および在宅医療等の医療需要の考え方について



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

地域の実情に応じた慢性期及び在宅医療等の 需要推計の考え方

- 地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の整備状況等は異なっている。
- 地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の病床で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するかについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。
- その際、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この地域差を一定の目標まで縮小させる。
- 療養病床の受け皿となる、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等への移行が着実に図られるよう、一定の要件に該当する地域についての配慮は要検討。

地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

5-0.医療需要に対する医療提供体制の検討

- 都道府県は、構想区域ごとの医療需要を推計
- この医療需要を当該構想区域内で対応するのか、それとも他の構想区域で対応するか(すなわち患者の流入流出をどこまで認めるか)について検討。その際、同一都道府県内だけでなく、他の都道府県との間での医療需要のやりとりを考えることも必要
- 増減を見込む構想区域双方の供給数の合計が一致することを原則に、供給数の増減を調整

5-1.医療需要に対する医療提供体制の検討

- 各都道府県の構想区域ごとに下記の2つを比較する。
 - ①患者住所地に基づき推計した医療需要と、
 - ②現在の医療提供体制が変わらないと仮定した推定供給数(他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの)
 - ※現在の医療供給体制の状況については、DPCデータ、患者調査、救急搬送件数等を用いて把握

5-2.医療需要に対する医療提供体制の検討

- 都道府県間の①と②の乖離が大きい場合や都道府県間の医療提供体制の分担が課題になっている場合には、まず、関係する都道府県との間で供給数の増減を調整する必要がある。
- この際、地域医療の連携の観点からはすべての場合について行うことが望ましい。少なくとも、平成37年(2025年)の医療需要に対する増減のいずれかが概ね20%又は千人を超える場合は、調整のための協議を行う。

関東地方の入院患者流出入量

- 首都圏(1都3県)間の入院患者の流出入量は、日あたり2千～5千人と大規模。
- 関東地方で500人以上の県間流出入を持つペアとしては、1都3県以外に、茨城-栃木、茨城-千葉、群馬-埼玉、神奈川-静岡。

		(千人/日)									
	医療機関所在地	茨城	栃木	群馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	静岡	その他	流出率
患者住所地	総数	26.4	18.7	21.2	54.3	48.1	105.2	59.8	32.5	974.8	
茨城	26.1	23.9	0.6	0.0	0.1	0.8	0.4	0.0	0.0	0.3	8.4%
栃木	17.9	0.4	16.9	0.3	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	5.6%
群馬	20.3	0.0	0.3	19.4	0.3	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	4.4%
埼玉	54.2	0.3	0.2	0.9	46.3	0.7	5.2	0.2	0.1	0.3	14.6%
千葉	46.3	0.7	0.0	0.0	0.5	42.5	2.0	0.2	0.0	0.4	8.2%
東京	106.0	0.6	0.2	0.3	5.8	3.1	90.7	3.5	0.3	1.5	14.4%
神奈川	61.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.4	4.1	54.8	0.6	0.8	10.2%
静岡	32.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	30.8	0.6	3.8%
その他	977.2	0.4	0.5	0.3	1.0	0.6	2.3	0.8	0.7	970.6	
流入率		9.5%	9.6%	8.5%	14.7%	11.6%	13.8%	8.4%	5.2%		

※ 平成23年患者調査(平成23年10月18～20日(指定された1日)に実施)より
精神・結核・感染症・療養・一般病床の全病床を含む

関東地方以外の入院患者流出入量

関東地方以外で千人以上の県間流出入を持つペアとしては、岐阜－愛知、大阪－兵庫、大阪－奈良、福岡－佐賀。

(千人/日)

医療機関所在地	岐阜	静岡	愛知	三重	その他	流出率	
患者住所地 総数	17.8	32.5	58.5	16.9	1215.3		
岐阜	18.5	17.0	0.0	1.1	0.1	0.3	8.1%
静岡	32.0	0.0	30.8	0.4	0.0	0.8	3.8%
愛知	57.4	0.5	0.3	55.8	0.3	0.5	2.8%
三重	17.3	0.0	0.0	0.4	16.0	0.9	7.5%
その他	1215.8	0.3	1.4	0.8	0.5	1212.8	
流入率	4.5%	5.2%	4.6%	5.3%			

医療機関所在地	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	その他	流出率	
患者住所地 総数	12.5	29.9	92.0	53.1	12.9	12.4	1128.2		
滋賀	12.9	11.8	0.6	0.1	0.0	0.0	0.4	8.5%	
京都	29.8	0.2	27.6	0.9	0.4	0.0	0.3	7.4%	
大阪	88.0	0.1	0.6	84.3	1.3	0.6	0.4	4.2%	
兵庫	54.3	0.0	0.2	2.7	50.4	0.1	0.0	0.9	7.2%
奈良	13.0	0.0	0.1	1.1	0.0	11.4	0.1	0.3	12.3%
和歌山	12.4	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	11.6	0.2	6.5%
その他	1130.6	0.4	0.8	2.3	1.0	0.4	0.3	1125.4	
流入率	5.6%	7.7%	8.4%	5.1%	11.6%	6.5%			

医療機関所在地	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	その他	流出率	
患者住所地 総数	80.8	14.0	26.0	34.1	19.4	17.4	32.6	1116.7		
福岡	79.0	76.6	1.0	0.1	0.4	0.5	0.0	0.4	3.0%	
佐賀	13.6	1.0	12.4	0.2	0.0	0.0	-	0.0	8.8%	
長崎	26.4	0.5	0.4	25.4	0.0	0.0	0.0	0.1	3.8%	
熊本	33.7	0.7	0.0	0.0	32.8	0.0	0.1	0.1	2.7%	
大分	19.5	0.7	0.0	0.0	0.1	18.6	0.0	0.1	4.6%	
宮崎	17.4	0.1	0.0	0.0	0.2	0.0	16.7	0.3	0.1	4.0%
鹿児島	33.2	0.1	-	0.0	0.3	0.0	0.6	32.0	0.2	3.6%
その他	1118.2	1.1	0.2	0.3	0.3	0.3	0.1	0.2	1115.7	
流入率	5.2%	11.4%	97.7%	3.8%	4.1%	4.0%	1.8%			

※ 平成23年患者調査(平成23年10月18～20日(指定された1日)に実施)より

5-3.医療需要に対する医療提供体制の検討

- 都道府県間で供給数の増減を調整する場合には、都道府県の企画部局（地方自治法の総合計画を所管）や介護部局（介護保険事業支援計画を所管）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめる。
- また、自都道府県内の構想区域間の供給数の増減を調整する場合も同様に、医療関係者や市町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめる。

5-4.医療需要に対する医療提供体制の検討

- 医療計画において二次医療圏における医療提供体制が定められている、がん、脳卒中及び急性心筋梗塞については、医療計画を踏まえて構想区域ごとに改めて確認・検討。
- 認知症疾患医療センターや難病医療拠点病院(予定)等についても、構想区域ごとに確認・検討することが望ましい。
- これら以外の疾病(例えば、発生頻度の高い、肺炎や骨折等)についても、適宜、地域の実情に応じて、構想区域における医療提供体制に関して検討。

5-5.医療需要に対する医療提供体制の検討

- 以上の考え方を踏まえ、各都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で供給数の増減を調整し、将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数を確定する。

地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

6.医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計

- 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数は、当該構想区域で対応することになる病床機能別患者数を、それぞれの病床稼働率で割り戻して計算。

都道府県
が構想区
域ごとに
推計

医療機能	2025年の医療需要
高度急性期機能	〇〇〇〇人／日
急性期機能	□□□□人／日
回復期機能	△△△△人／日
慢性期機能	▲▲▲▲人／日



病床稼働率で割り戻して、病床数に変換

2025年の病床数の必要量
〇〇〇〇床
□□□□床
△△△△床
▲▲▲▲床

地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. **構想区域の確認**
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

7. 構想区域の確認

- 人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の設定の妥当性について確認する。



地域医療構想の策定プロセス

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の推計
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

8.将来のあるべき医療提供体制を 実現するための施策の検討

- 施策の基本的考え方
- 必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較
- 病床の機能の分化及び連携の推進
- 在宅医療の充実
- 医療従事者の確保・養成

Ⅱ 地域医療構想策定後の取組

1. 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
2. 地域医療構想調整会議の設置・運営
3. 都道府県知事による対応
4. 地域医療構想の実現に向けたPDCA

Ⅱ 地域医療構想策定後の取組

1. 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
2. 地域医療構想調整会議の設置・運営
3. 都道府県知事による対応
4. 地域医療構想の実現に向けたPDCA

Ⅱ-1.地域医療構想の策定後の 実現に向けた取組

1. 基本的な事項
2. 各医療機関での取組
3. 都道府県の取組
 - ア 病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較
 - イ 各医療機能における構想区域内の医療機関の状況の把握
 - ウ 地域医療構想調整会議の促進に向けた具体策の検討
 - エ 平成37年(2025年)までのPDCA

Ⅱ 地域医療構想策定後の取組

1. 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
2. 地域医療構想調整会議の設置・運営
3. 都道府県知事による対応
4. 地域医療構想の実現に向けたPDCA

Ⅱ-2.地域医療構想調整会議の設置・運営

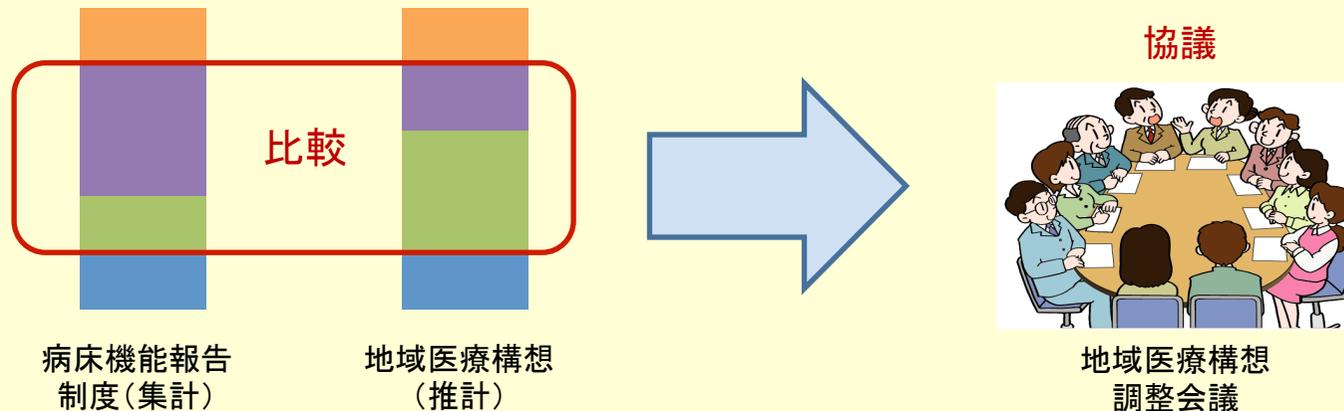
1. 議事
2. 開催時期
3. 設置区域等
4. 参加者の範囲・選定、参加の求めに応じない関係者への対応
5. 合意の方法及び履行担保

地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。



都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

地域医療における会議

都道府県

医療計画

地域医療構想

地域医療対策協議会

(医療法第30条の17)

- ・救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保 等必要とされる医療の確保について協議
- ・都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

二次医療圏

圏域連携会議

- (医療計画作成指針 平成24年3月30日付)
- ・必要に応じて圏域ごとに関係者が具体的な連携等について協議する場

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

構想区域

地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・医療機関が担うべき病床機能に関する協議
- ・病床機能報告制度による情報の共有
- ・都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
- ・地域医療構想の達成の推進

※地域医療構想の策定段階から設置し、策定に関与することが望ましい
※協議が調わない場合は都道府県が必要に応じ措置を講じる

地域医療
構想調整
会議

地域医療
構想調整
会議

地域医療
構想調整
会議

下部組織

特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合に専門部会等を設置

Ⅱ 地域医療構想策定後の取組

1. 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
2. 地域医療構想調整会議の設置・運営
3. 都道府県知事による対応
4. 地域医療構想の実現に向けたPDCA

Ⅱ-3.都道府県知事による対応

1. 病院・有床診療所の開設・増床等への対応
2. 既存医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合の対応
3. 地域医療構想調整会議における協議が調わない等、自主的な取組だけでは病床の機能分化・連携が進まない場合の対応
4. 稼働していない病床への対応

地域医療構想（ビジョン）を実現する仕組み

都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

○ 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

○ 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

○ 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

○ 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

○ 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

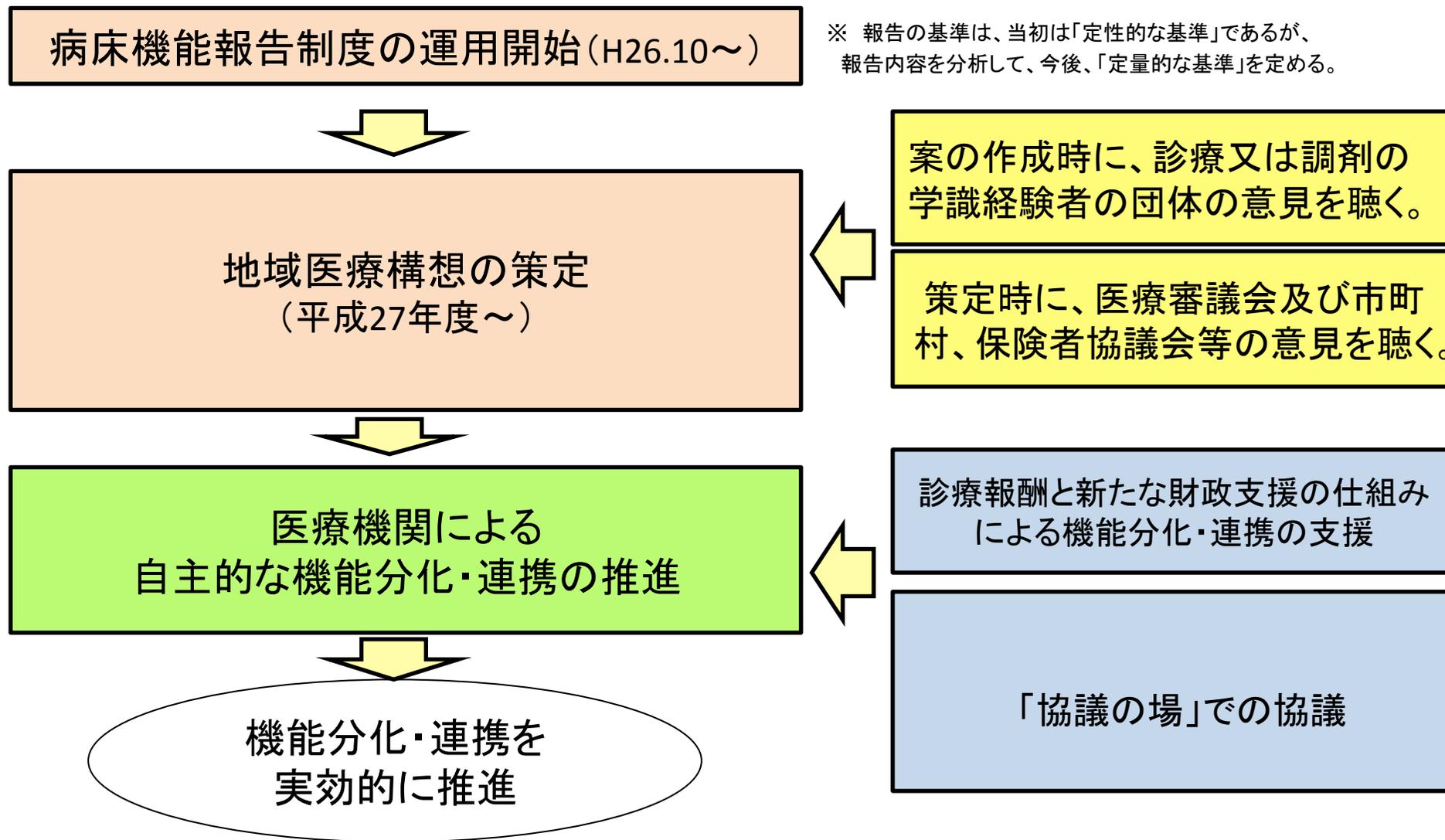
イ 医療機関名の公表

ロ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

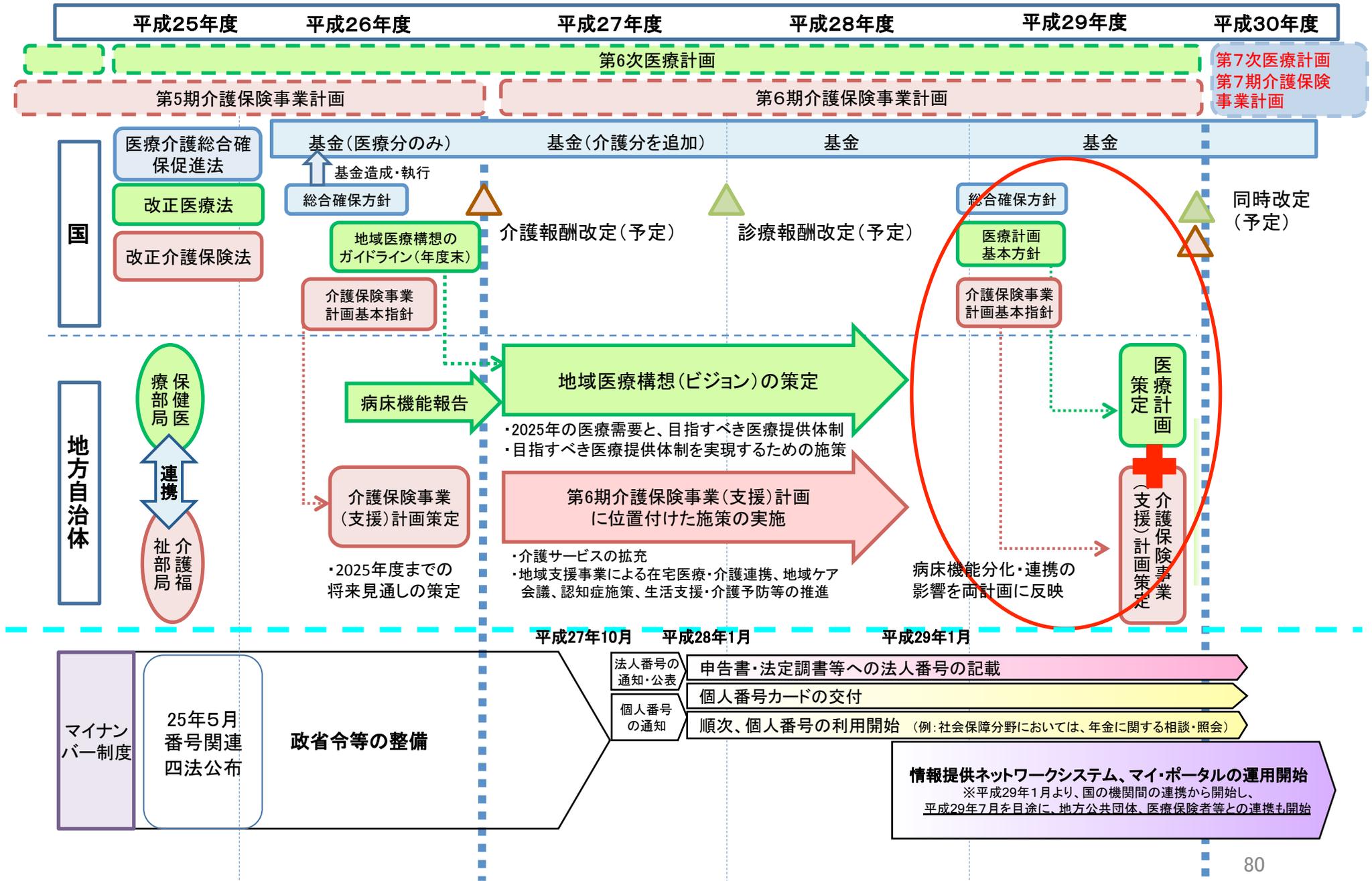
Ⅱ 地域医療構想策定後の取組

1. 地域医療構想の策定後の実現に向けた取組
2. 地域医療構想調整会議の設置・運営
3. 都道府県知事による対応
4. 地域医療構想の実現に向けたPDCA

医療機能の分化・連携に係る取組みの流れ



医療・介護提供体制の見直し等に係る今後予想されるスケジュール



本日お話しすること

- 高齢化の進展の状況
- 社会保障改革の流れ
- 地域医療構想
- **高齢化の地域差**

地域ごとに高齢化の進展に差

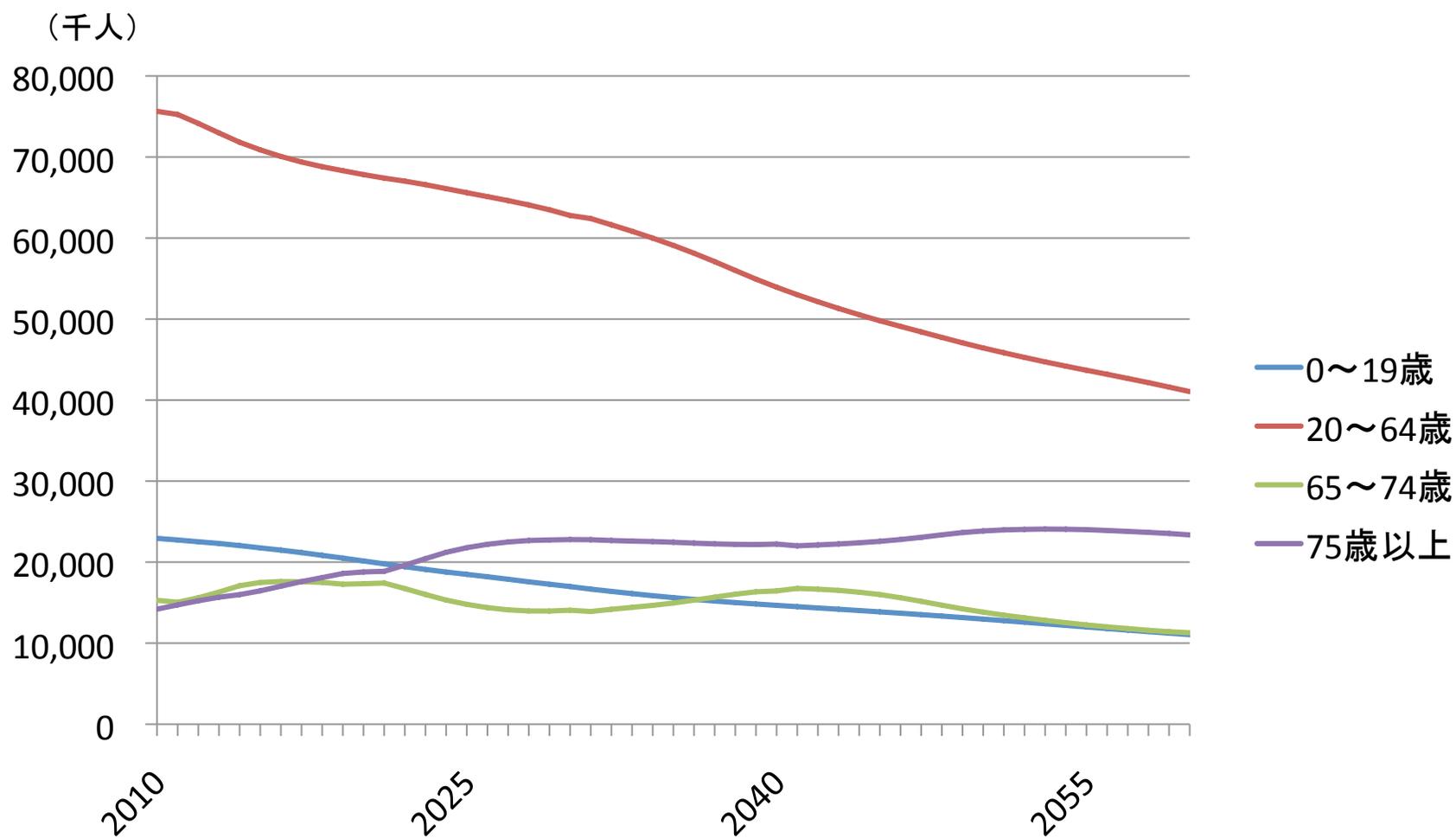
- 足下の状況にも大きな違い
- 将来推計の状況も様々
 - ピークを迎える時期にずれがある
 - 既に減少し始めている地域もある
 - 疾病別患者数にも地域差がある

地域によって疾病別患者数の変化に差

$$\text{将来の需要} = \text{性・年齢階級別将来推計人口} \\ \times \text{性・年齢階級別受療率}$$

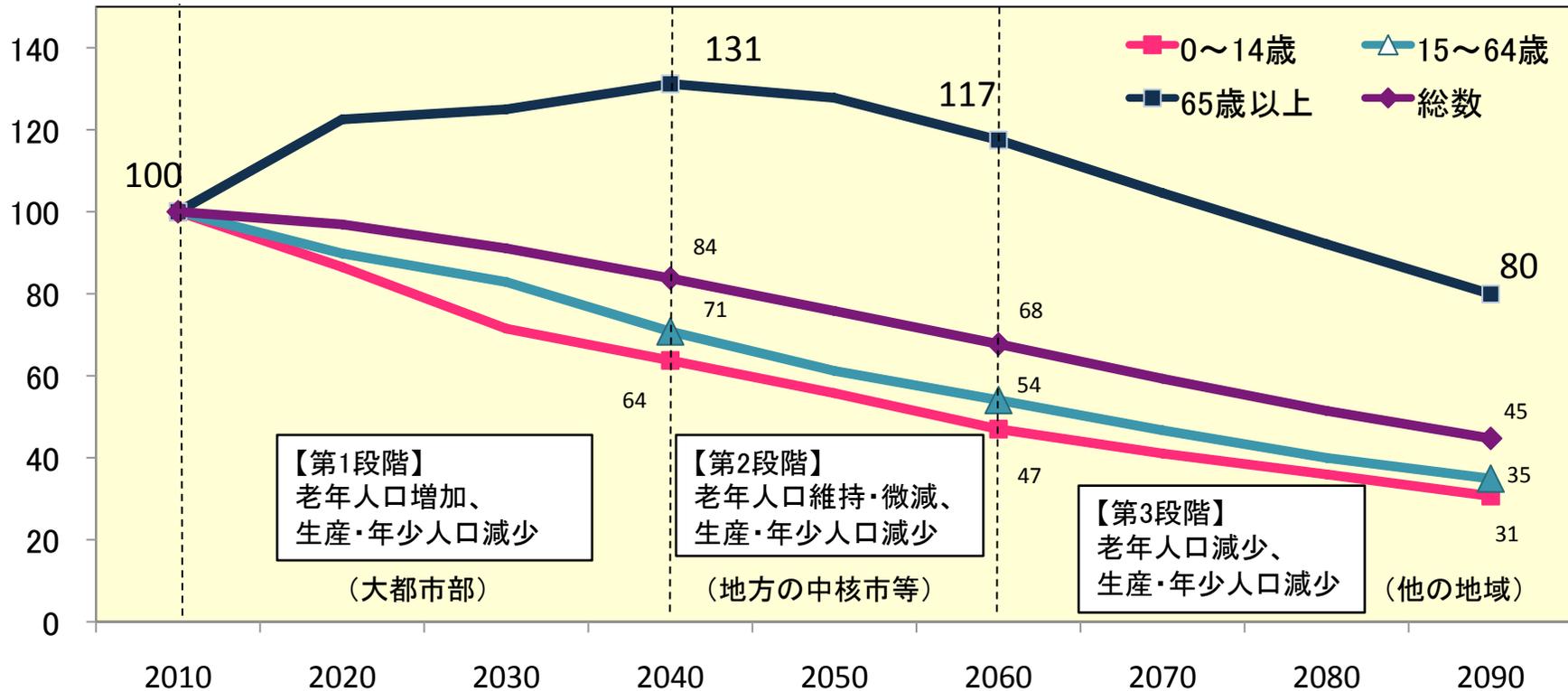
- 増えるもの
 - 脳卒中、心筋梗塞、がん
 - 肺炎、骨折
- 減るもの
 - 分娩

全国の将来推計人口の推移



将来人口動向:「3つの減少段階」

我が国の人口動向は、大きく「3つの減少段階」を経て、人口減少に至る。



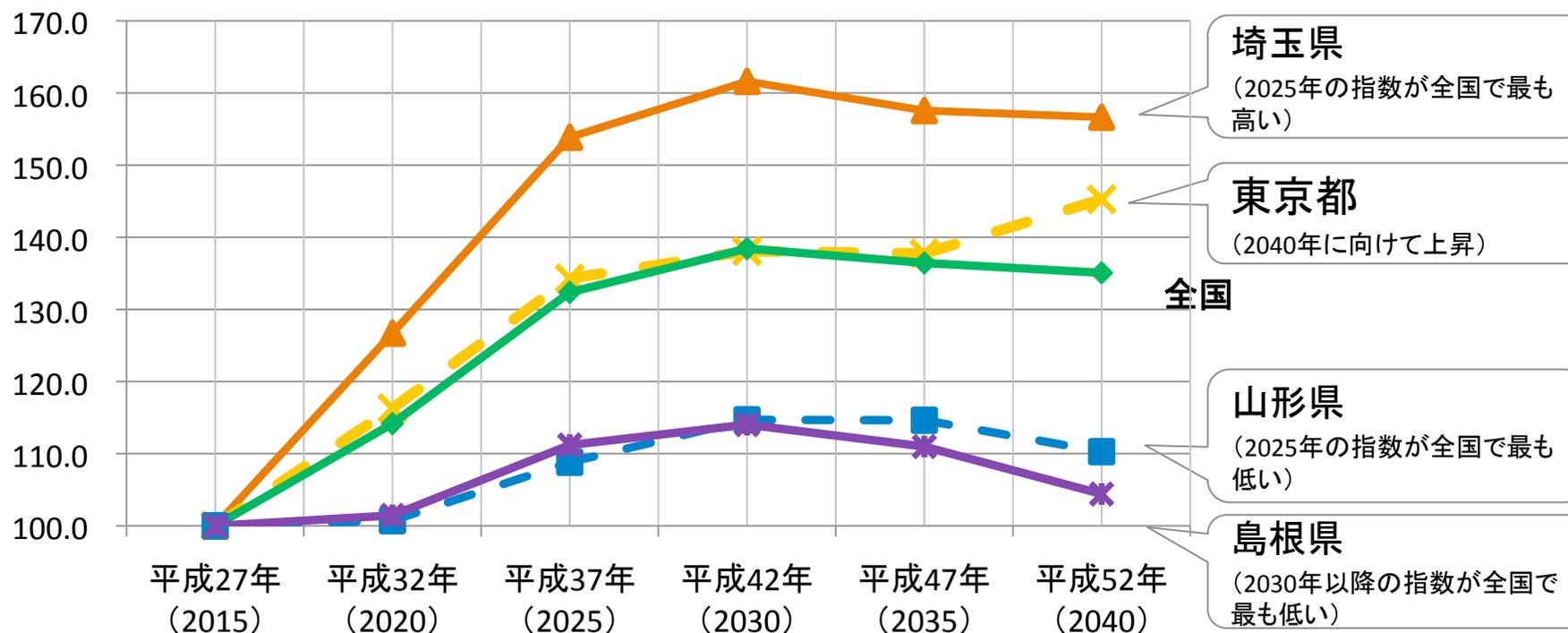
(備考)

1. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」より作成。
2. 2010年の人口を100とし、各年の人口を指数化した。

2015年～2025年～2040年の各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
 ※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
 ※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)

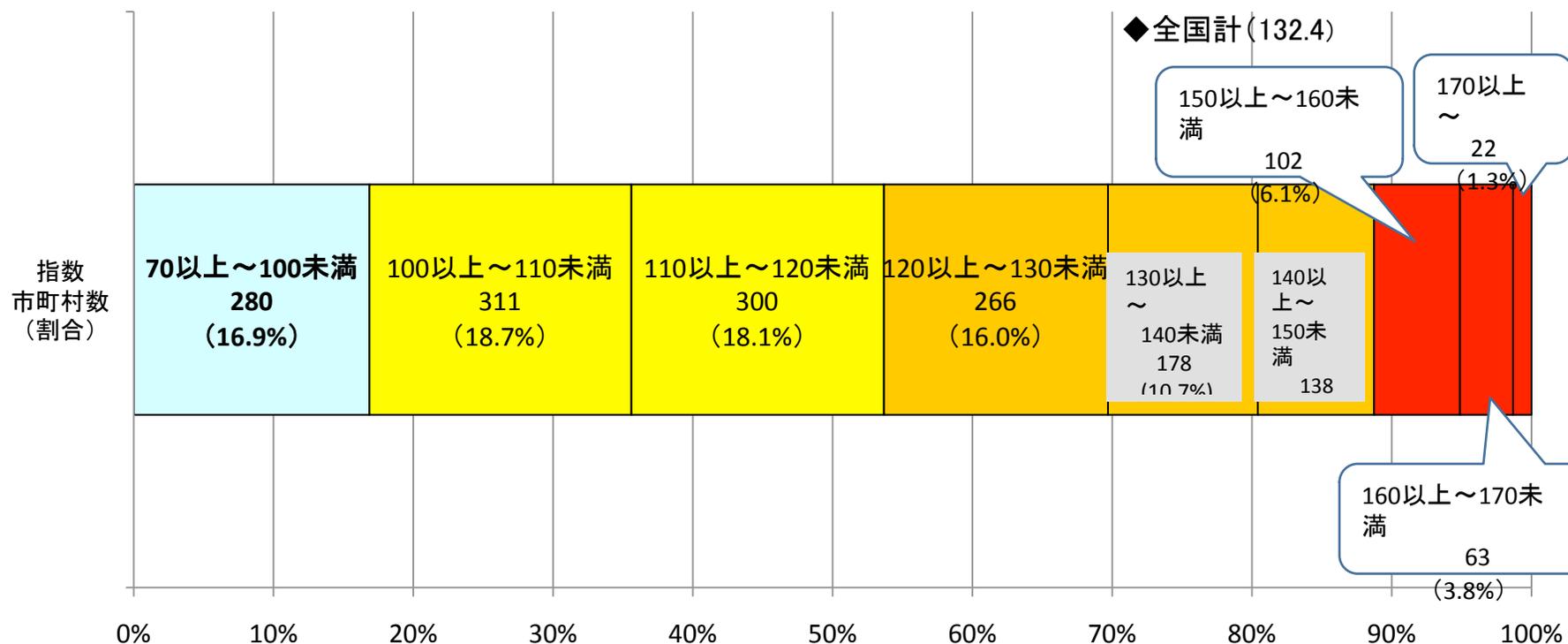


国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

75歳以上人口の伸び指数別にみた市町村割合

平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数

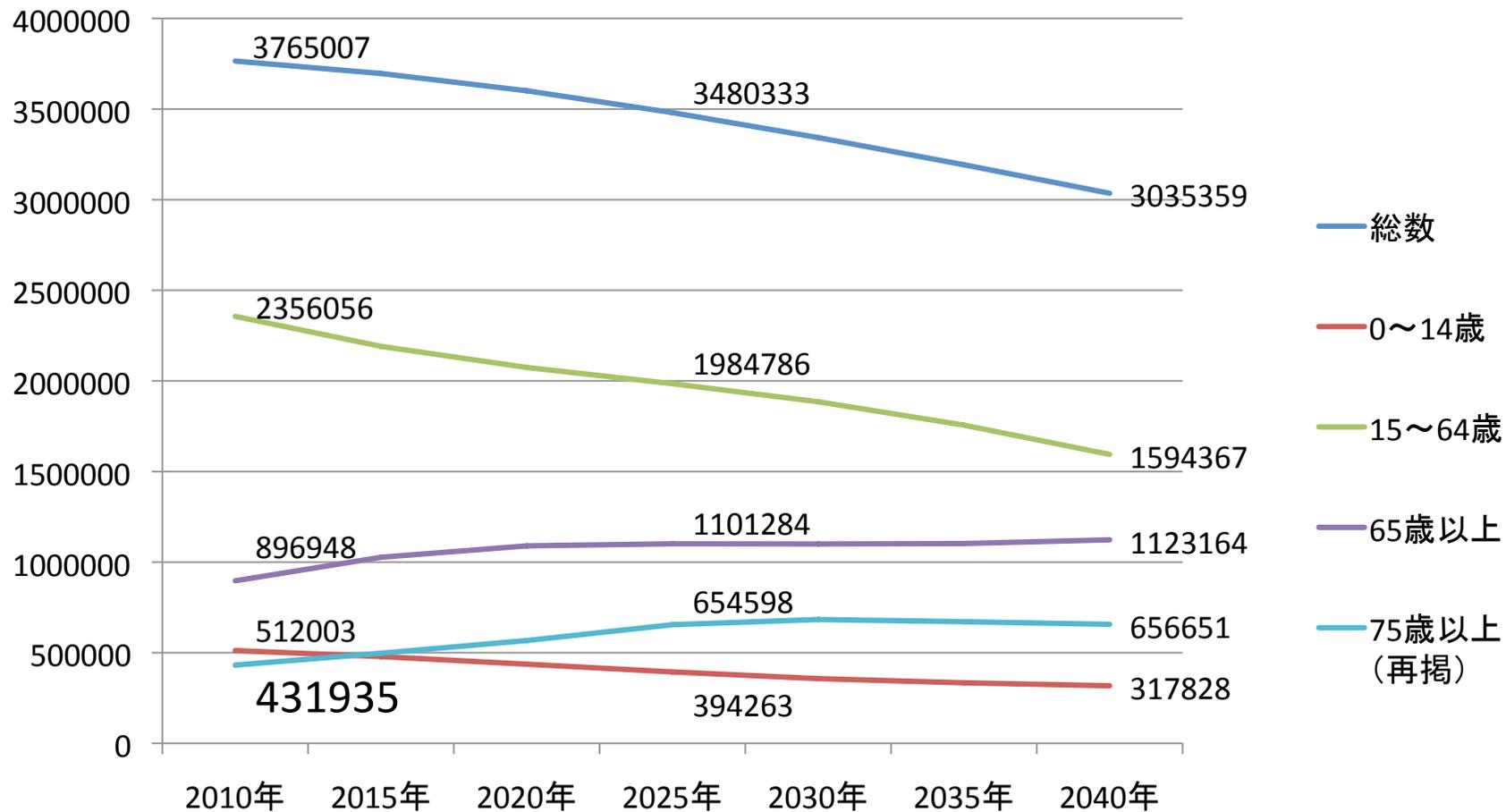
75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びは全国計で1.32倍だが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

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(平成25(2013)年3月推計)」より作成

静岡県年齢区分別将来推計人口



静岡県2次医療圏別推計人口

医療圏	総数			(再掲)75才以上		
	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
静岡県	3,765,007	3,480,333	3,035,359	431,936	654,598	656,651
加茂	73,713	57,954	42,795	13,452	16,733	13,161
熱海伊東	111,048	92,272	70,746	18,149	26,895	21,151
駿東田方	673,454	623,116	544,853	71,688	111,290	110,557
富士	386,028	362,643	320,945	38,523	62,468	64,283
静岡	716,197	652,514	558,931	83,652	126,176	120,612
志太榛原	472,584	438,727	384,241	56,892	84,228	84,817
中東遠	471,010	442,880	393,809	53,163	78,630	86,545
西部	860,973	810,227	719,039	96,417	148,178	155,525

熊本県の2次医療圏別推計人口

医療圏	総数			(再掲)75才以上		
	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
熊本	1,816,957	1,666,017	1,467,142	80,209	117,061	133,583
宇城	110,993	99,030	84,764	17,252	20,816	21,506
有明	168,821	148,269	125,230	26,857	31,901	30,547
鹿本	55,391	47,216	38,898	10,016	11,224	10,628
菊池	174,164	178,831	174,997	19,806	27,676	32,240
阿蘇	67,836	58,808	49,126	12,523	14,186	14,128
上益城	87,402	78,026	67,077	14,346	17,188	17,425
八代	144,981	124,094	101,585	22,763	26,921	25,768
芦北	51,356	40,378	30,541	10,017	10,584	9,477
球磨	94,727	77,632	61,617	17,093	18,242	17,373
天草	127,281	98,972	74,174	25,096	25,254	23,641

2025年問題の後に来ること

- 2040年、そして、その後を見据えて、今からの方向性を考えなければなりません。
- 子どもだけでなく、高齢者も減っていく時代がやってきます。
- その時に困らないように、みんなで話し合しましょう。

本日お話ししたこと

- 高齢化の進展の状況
- 社会保障改革の流れ
- 地域医療構想
- 高齢化の地域差