

平成 26 年 10 月 17 日 (金)
16 時 00 分～18 時 00 分
厚生労働省 9 階省議室

第 2 回

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

議 事 次 第

- 構想区域の設定の考え方について
- 2025 年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法について
- その他

【資料】

- 資料 1 第 1 回検討会の主な意見
- 資料 2 構想区域の設定の考え方について (案) (第 1 回検討会資料 6 を一部加筆)
- 資料 3 社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」(平成 23 年 6 月)における 2025 年の医療の需要 (1 日当たり利用者数等) と供給 (必要ベッド数) の推計方法について
- 資料 4 地域医療構想における将来の医療需要と病床の必要量の推計に当たっての留意点 (案)
- 資料 5 医療情報の活用 (第 1 回検討会参考資料 2)

【参考資料】

- 参考資料 1 二次医療圏の状況について (第 1 回検討会参考資料 8)
- 参考資料 2 五疾病・五事業及び在宅医療における圏域の設定について
- 参考資料 3 二次医療圏の将来人口について
- 参考資料 4 医療・介護に係る長期推計 (第 1 回検討会参考資料 5 より抜粋)

【構成員提出資料】

西澤構成員提出資料

- ・ 医療提供体制のあり方 (2013 年 8 月 8 日 日本医師会・四病院団体協議会合同提言)
- ・ 医療提供体制のあり方～地域包括ケアシステムの構築に向けて～ (2013 年 11 月 18 日 四病院団体協議会 追加提言)

山口構成員提出資料

- ・ 「資料 2 構想区域の設定の考え方について」に対する意見

第2回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

平成26年10月17日(金)

16:00~18:00

厚生労働省省議室(9階)

議 記

中川
構成員

土居
構成員

座
長

相澤
構成員

安部
構成員

西澤構成員

花井構成員

邊見構成員

本多構成員

松田構成員

渡辺構成員

和田構成員

高山専門官

松本専門官

石田構成員

尾形構成員

加納構成員

齋藤構成員

櫻木構成員

清水構成員

武久構成員

渡辺医療介護
連携政策課長

随
行
者
席

随
行
者
席

三田隆雄
副知事

佐々木医師確保等
地域医療対策室長

北波地域医療計画
課長

福島審議官

二川医政局長

吉田審議官

土生総務課長

田中隆雄
副知事

事 務 局

傍聴者席

出
入
口

地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会 構成員名簿

(敬称略。五十音順)

あいざわ 相澤	たかお 孝夫	一般社団法人日本病院会副会長
あべ 安部	よしひろ 好弘	公益社団法人日本薬剤師会常任理事
いしだ 石田	みつひろ 光広	稲城市福祉部長
えんどう 遠藤	ひさお 久夫	学習院大学経済学部長
おがた 尾形	ひろや 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授
かのう 加納	しげあき 繁照	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
さいとう 齋藤	のりこ 訓子	公益社団法人日本看護協会常任理事
さくらぎ 櫻木	しょうじ 章司	公益社団法人日本精神科病院協会政策委員会委員長
しみず 清水	のぶゆき 信行	奥多摩町福祉保健課長
たけひさ 武久	ようぞう 洋三	一般社団法人日本慢性期医療協会会長
どい 土居	たけろう 丈朗	慶應義塾大学経済学部教授
なかがわ 中川	としお 俊男	公益社団法人日本医師会副会長
にしざわ 西澤	ひろとし 寛俊	公益社団法人全日本病院協会会長
はない 花井	けいこ 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
へんみ 邊見	きみお 公雄	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
ほんだ 本多	のぶゆき 伸行	健康保険組合連合会理事
まつだ 松田	しんや 晋哉	産業医科大学医学部教授
やまぐち 山口	いくこ 育子	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
わたなべ 渡辺	けんいちろう 顕一郎	奈良県医療政策部長
わだ 和田	あきと 明人	公益社団法人日本歯科医師会副会長

第1回検討会の主な意見

【検討会で議論すべき論点等について】

- 地域医療構想は、医療計画の一部であることから策定に当たっては都道府県医療審議会が主導的役割を果たすのではないかと考える。そうであれば、地域医療構想ができて、突然、構想区域の単位で協議の場で議論するというのは難しいと考える。協議の場を前倒しして設置し、地域医療構想の策定段階から関係者による協議を行っていくべきである。
- ガイドラインは都道府県が地域医療構想を策定する際の参考であり、都道府県は地域の実情を反映しながら地域医療構想を作り、協議の場で議論しながら、2025年の医療提供体制を構築していくべきである。
- 国のガイドラインは、各都道府県・市町村が納得できるものでなければならない。そのためには、都道府県・市町村から実情等を聞き、反映させ、都道府県・市町村が本当にそれを尊重できるものをつくる努力が必要である。
- 歯科医療についても医療提供体制の中で考慮すべき。医科・歯科の連携の下で必要な歯科医療が提供されるよう、さまざまな連携の仕組みが確保されるよう検討を願いたい。また、早期からの歯科医療、発症予防の観点も入れるべき。
- 地域医療構想では、医療提供側、国民、行政の将来あるべき姿をイメージできるようにすべき。提供側の状況だけでなく、医療を受ける国民の役割といった観点もガイドラインの考え方に入れてはどうか。
- 地域医療構想の策定に当たっては、現状にとらわれずに、地域住民のためにということが第一義。そのため、行政、医療提供者、保険者、住民など関係者が一体となって作成に関与することが必要である。
- 住民の理解を得るためには、病床機能の分化など関係者が使い慣れた言葉も改めて説明することをガイドラインには盛り込んでいただきたい。
- 今後の地域の医療提供体制の方向性についての視点に、例えば、重症化予防を追加すべきである。

【今後の地域の医療体制の方向性について】

病床の機能分化・連携の推進、患者の状態に応じた質が高く効率的な医療提供体制の構築

- 財源がなければ医療提供体制も支えられない。与えられた財源を有効活用するため、病床の機能分化・連携の推進、患者の状態に応じた質が高く効率的な医療提供体制の構築を実現できるようにしていくべき。
- 各地で実情があるが、地域差がどういう原因で生じているのかという要因の精査・分析を行って、それを的確に地域医療構想にも反映する必要がある。
- 医療提供体制の改革は時間的にもラストチャンス。このラストチャンスを活かすよう、地域医療構想は、限られた医療資源を有効活用できるよう、また、地域によって医療提供量の過不足がないよう、人口動態や医療需要などを推計によって見極め、現状の医療提供体制にあまりこだわらず、推計結果を反映した実効性のあるものにすべき。
- 2025年の医療需要と各病床機能の必要量だけでなく医療提供体制の方向性も定める必要がある。しっかりと国民に示すことを通じて、我が国の医療がどの方向に向かっているかを、各地で議論を深めながら示していくことが求められる。
- 高齢者救急も含め、回復期・慢性期も、民間医療機関がしっかりと担っているという現状を認識して、ガイドラインを検討していただきたい。
- 地域医療において、医科入院患者や在宅患者に対する重症化予防の観点から、早期から歯科医療が連携できる視点も明記していただきたい。

地域包括ケアシステムを支える病床の整備や在宅医療の充実

- 在宅生活を支えるためには、医療依存度の高い高齢者が在宅で生活することを前提とする必要がある。地域の高齢者の医療を支える診療所、診療所を後方から支援する病院の役割が期待される。このため、こうした後方支援の機能をもった病院を地域に速やかに増やしていくことが必要である。

- 在宅医療・介護連携を支える地域の病床機能については、一定程度、市町村の意見が反映できる仕組みが必要である。
- 在宅医療の充実を進める上で、訪問看護が重要な機能。訪問看護の拡充に取り組む視点を明確にする必要がある。
- 在宅医療で最も重要なことは、在宅医療を支える病院との連携・協働である。このことを書き込んでいただきたい。
- 在宅医療の患者の多くは医薬品を使用していることを踏まえ、地域の薬局、薬剤師が安心・安定した医薬品の供給・管理に関与できるような体制整備について、ガイドラインに盛り込んでいただきたい。
- 在宅医療の充実を進めるためには、地域に何が足りなくて、将来どういったことが予想されるのか、地域の事情を踏まえるべきことを住民側と一緒に考えられるようにガイドラインに盛り込んでいただきたい。
- 小児や難病の方々への在宅医療は非常に重要であり、もう少し書き込んでいただきたい。

認知症高齢者、単身や夫婦のみの高齢者世帯の増加を踏まえた、地域の中で医療と介護サービスが一体的に提供される体制の構築

- まちづくりの視点を追加すべき。地域における医療・介護サービスの提供体制の確保をまちづくりの一環として位置づけていく視点を盛り込んではどうか。
- 総合確保方針を受け、医療提供体制と介護サービスの充実は一体的に行うこと。また、サービスが切れ目無く適時適切に提供される必要があることを明示すべき。
- 地域医療では、精神疾患は救急医療との連携や、認知症や鬱病に関する特にかかりつけ医との連携が非常に重要であるので、精神科も含んだ視点で今後の医療提供体制を議論していただきたい。

関係団体と連携し、病床の機能に応じた医療人材の確保

- マンパワーも有限であるから、各医療機能に合わせた医療従事者の適正配置、質の高い医療従事者の養成・確保の視点が重要である。
- 地方では医師も看護師も集まらない。地域をどうするかを描かないと、意味がないのではないか。
- 病床区分の特性を踏まえ、病院・診療所で勤務する薬剤師の配置等に関して整備を進めていただきたい。

都道府県内においても、地域によって、人口動態や医療・介護需要のピークの時期や程度が異なることや、医療・介護資源の現状に差があることを踏まえ、地域にふさわしい医療提供体制の構築

- 医療機関の需要の変化、人口推移、年齢構成の変化など自分たちの住んでいる地域で見えるように示していくべき。
- 在宅医療などそれぞれの地域でなぜ実現しないか、何が必要かを住民側と一緒に考えることができる共通のものを盛り込むべき。

国民（患者）が医療機関の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けられるような医療機関に関する十分な情報の国民（患者）への提供

- どのような病状のときに、どのような機能をもった医療機関を選ぶのがよいか、具体的に患者が理解できるように解説していただきたい。

構想区域の設定の考え方について（案）

- 医療法上、都道府県は、構想区域ごとに地域医療構想を定めることとなっているため、地域医療構想を定めるに当たっては、構想区域を設定することが必要。よって、構想区域の設定の考え方について、検討する必要がある。

◎ 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）

<構想区域の設定の考え方>

- 構想区域については、医療法上、「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」とされており、病床の機能分化・連携を推進する区域として、どのような区域が適当か。
- これまで、都道府県においては、機能分化・連携を含め、地域の医療提供体制の確保を図る区域として、医療計画の中で二次医療圏を定めている。
また、医療介護総合確保促進法では、都道府県は医療介護総合確保区域を定めて、基金を活用した地域の医療介護の総合的な確保を図ることとしている。この総合確保区域については、本年9月12日に公布された「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（平成26年厚生労働省告示第354号）において、「二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定するものとする」とされている。

○ これらを踏まえ、構想区域は、二次医療圏を原則としつつも、現行の二次医療圏は、

- ・ 人口規模や面積に大きな差がある圏域があること、
- ・ 大幅な患者の流出が発生している圏域があること、
- ・ 圏域によっては、基幹病院へのアクセスに大きな差が生じていることに留意する必要があるのではないか。

※ 二次医療圏と5疾病・5事業の圏域との関係については、5疾病・5事業の圏域は、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしており、地域の実情に応じて、柔軟に設定している都道府県もある。

○ また、地域医療構想は「将来の医療提供体制に関する構想」であることから、構想区域については、現時点の医療提供体制の確保を図る圏域である二次医療圏域と異なり、将来（2025年）における

- ①人口規模
- ②患者の受療動向（流出率・流入率）
- ③疾病構造の変化
- ④基幹病院までのアクセス時間等の変化

等の要素を勘案して、地域の実態を踏まえ、定める必要があるのではないか。

※ 現行の二次医療圏については、医政局長通知において、以下のような圏域の見直し基準を示している。

【参考】医療計画について（医政発 0330 第 28 号／平成 24 年 3 月 30 日）

特に、人口規模が 20 万人未満であり、且つ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が 20%未満、推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が 20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要である。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

○ 以上のような点を踏まえて、都道府県においては、病床の機能の分化及び連携を推進するための区域としての構想区域を定めることが必要ではないか。

社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」（平成23年6月）
における2025年の医療の需要（1日当たり利用者数等）と供給（必要ベッ
ド数）の推計方法について

※ これは平成23年6月に行われた社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」の内容を説明する資料である。

- 社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」（平成23年6月）においては、平成37年度（2025年度）の現状投影シナリオと改革シナリオにおける医療の需要（1日当たり利用者数等）と供給（必要ベッド数）の長期推計を行っている。
- その推計方法については、以下のとおり。
（推計はパターン1とパターン2の2通りで行われているが、以下はパターン1の説明。）

[推計方法について]

1. まず、現在の1日当たりの一般病床の入院患者80万人/日*について、現在の性・年齢階級別のサービス利用状況をそのまま将来に投影した場合（現状投影シナリオ）、2025年における1日当たりの一般病床入院患者数は97万人/日となる。

また、長期療養の患者については、療養病床の現在の1日当たりの患者数21万人/日が、現状投影シナリオでは31万人/日となる。

よって、入院患者の合計は128万人/日となる。

* 平成20年の患者調査のデータを「医療費の動向～MEDIAS」で補正して計算。

2. 次に、1. で算出した一般病床の入院患者を高度急性期患者、一般急性期患者、亜急性期・回復期リハ等患者に按分する。

その結果、高度急性期患者19万人/日、一般急性期患者49万人/日、亜急性期・回復期リハ等患者29万人/日となる。（長期療養患者は、31万人/日）

→ 按分の比率としては、社会保障国民会議における医療・介護費用シミュレーション（平成20年10月）の仮定（改革シナリオ（B3シナリオ））の2：5：3を用いている。

- ・ まず、一般病床の基準病床数に占める「急性期病床（高度急性期・一般急性期）必要数」を算出。

DPC 及び DPC 準備病院を急性期（高度急性期・一般急性期）の病院全体の代表と仮定。当該病院における各疾患（MDC 主要疾患群 16 分類）の患者発生数に各疾患の平均在院日数（例：眼科 8.6 日、脳神経疾患 20.3 日等）を乗じたものの合計を、病床稼働率（0.8）で割り戻し、「急性期病床（高度急性期・一般急性期）必要数」を算出。その結果、一般病床の基準病床数に占める割合が約 7 割となった。

- ・ 次に、「急性期病床（高度急性期・一般急性期）必要数」のうち、高度急性期病床数を算出。高度急性期医療ニーズについて、特定機能病院の平均入院医療費収入程度以上の医療を行っているケース（4,400 点/日/人）と仮定。それを上回っているケースが入院全体の 15.6%（件/日ベース）であったので、一般病床の入院患者のうちの高度急性期医療ニーズを約 2 割と仮定。
- ・ 以上から、高度急性期患者：一般急性期患者：亜急性期・回復期リハ等患者の比率を 2：5：3 と仮定。

3. 次に、2. で按分した高度急性期、一般急性期、亜急性期・回復期リハ等及び長期療養の患者について、それぞれ、政策により、平均在院日数の短縮等が起こると仮定（改革シナリオ）し、患者数を推計。

- ・ 高度急性期については、平均在院日数を 2 割短縮することとし、患者数も 2 割短縮し、19 万人から 16 万人となる。（減少分の患者は、亜急性期・回復期リハ等、在宅医療・外来対応にそれぞれ 1/2 ずつ移行と仮定）
- ・ 一般急性期については、平均在院日数を 3 割短縮することとし、患者数も 3 割短縮し、49 万人から 33 万人となる。（減少分の患者は、亜急性期・回復期リハ等、在宅医療・外来対応にそれぞれ 1/2 ずつ移行と仮定）
- ・ 亜急性期・回復期リハ等については、高度急性期と一般急性期から患者が約 11 万人移行するが、全体として平均在院日数を 2 割短縮することとし、患者数は 29 万人から 31 万人となる。（減少分の患者は、長期療養・介護・外来に移行と仮定）
- ・ 長期療養については、亜急性期・回復期リハ等からの移行が 2 万人/日、介護施設への移行で 5 万人/日の減少。全体として平均在院日数を 1 割短縮することとし、25 万人/日となる。

4. 3. で算出した高度急性期患者 16 万人/日、一般急性期患者 33 万人/日、亜急性期・回復期リハ等患者 31 万人/日、長期療養患者 25 万人/日、の患者数について、それぞれの病床稼働率で割り戻し、必要病床数を算出。

- ・ 高度急性期病床 $16 \text{ 万人} / \text{病床稼働率 } 70\% = 22 \text{ 万床}$
- ・ 一般急性期病床 $33 \text{ 万人} / \text{病床稼働率 } 70\% = 46 \text{ 万床}$
- ・ 亜急性期・回復期リハ等 $31 \text{ 万人} / \text{病床稼働率 } 90\% = 35 \text{ 万床}$
- ・ 長期療養 $25 \text{ 万人} / \text{病床稼働率 } 90\% = 28 \text{ 万床}$

※ なお、高度急性期、一般急性期、亜急性期・回復期リハ等、長期療養の他に、「地域一般病床」を設けた場合の病床数を推計。

→ 「地域一般病床」については、概ね人口 5～7 万人未満の自治体において整備され、高度急性期から亜急性期・回復期リハ等までの医療を提供する病床とし、高度急性期病床の 1/6 と一般急性期病床の 1/4 と亜急性期・回復期リハ等の 1/4 で構成すると仮定。

- ・ 高度急性期病床 $22 \text{ 万床} \times 5/6 = 18 \text{ 万床}$
- ・ 一般急性期病床 $46 \text{ 万床} \times 3/4 = 35 \text{ 万床}$
- ・ 亜急性期・回復期リハ等病床 $35 \text{ 万床} \times 3/4 = 26 \text{ 万床}$
- ・ 地域一般病床 $4 \text{ 万床} + 11 \text{ 万床} + 9 \text{ 万床} = 24 \text{ 万床}$

5. 在宅医療の患者については、患者調査から 65 歳以上人口の在宅医療受療割合を 0.56% とし、それを将来の 65 歳以上人口に乗じて、推計。改革シナリオで 2025 年の在宅医療の患者 29 万人と推計。

- ・ 在宅医療の患者には、往診、訪問診療、医師・歯科医師以外の訪問が含まれている。
- ・ 平成 20 年の患者調査から、65 歳以上の在宅医療患者数 16.3 万人/65 歳以上人口 2899 万人=0.56% と計算。
- ・ これを現状投影した場合、2025 年の高齢者の在宅医療患者推計値は 65 歳以上人口 3635 万人 $\times 0.56\% = 20.4$ 万人。
- ・ 改革シナリオでは、在宅医療患者数は 2015 年に 1.2 倍、2020 年に 1.3 倍、2025 年に 1.4 倍に増加すると仮定し、2025 年の在宅医療患者数は、2025 年の 65 歳以上人口 $3635.3965 \text{ 万人} \times 0.5623\% \times 1.4 = 28.6$ 万人と計算。

【推計に使用している主なデータ】

- ・ 患者調査（平成 20 年）
- ・ 医療費の動向～MEDIA（平成 21 年度）
- ・ 病院報告（平成 23 年）
- ・ 日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計）
- ・ 社会医療診療行為別調査（平成 21 年）

等

地域医療構想における将来の医療需要と病床の必要量の推計に当たっての留意点（案）

- 地域医療構想では、都道府県が、都道府県及び構想区域を単位として、将来の医療需要と各医療機能の病床の必要量の推計を行うことから、以下のような点に留意すべきではないか。

- ① 社会保障・税一体改革の推計では、各医療機能の将来の患者数について、一定の仮定を置いて推計を行っているが、DPCデータやレセプトデータなどのデータを活用して、できる限り、患者の状態や診療実態により即した推計を行う必要があるのではないか。
- ② 社会保障・税一体改革の推計では、平均在院日数や在宅・外来等への移行について、一定の仮定を置いて推計を行っているが、DPCデータやレセプトデータなどのデータを活用して、できる限り、患者の状態や診療実態を踏まえた前提のもとに推計を行う必要があるのではないか。
- ③ 都道府県間・構想区域間の患者の流出入や地域差の要因分析等を踏まえた推計をどのように行うか。

- その他、どのような留意点があるか。

(第1回医療・介護情報の分析・
検討ワーキンググループ資料)

医療情報の活用

NDBの概要

レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB) の概要

利用目的

全国医療費適正化計画及び都道府県医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため
[高齢者の医療の確保に関する法律 第16条]

保有主体

厚生労働大臣

(注)外部事業者に維持管理を委託

収載データ

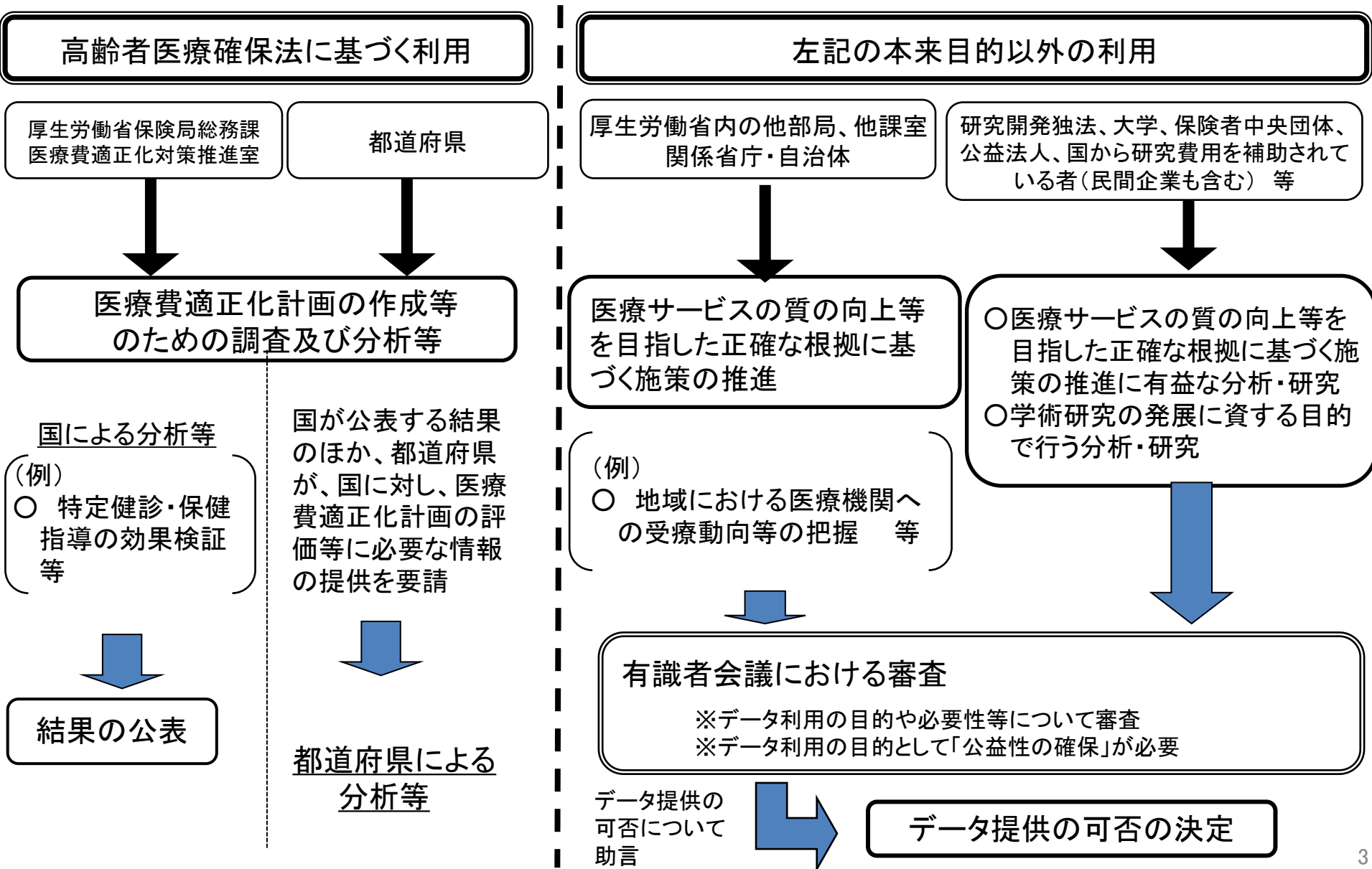
- ・レセプトデータ 約80億5,200万件 [平成21年4月～平成26年5月診療分]
※平成26年8月時点
- ・特定健診・保健指導データ 約1億2,000万件 [平成20年度～平成24年度実施分]

(注1)レセプトデータについては、電子化されたデータのみを収載

(注2)特定健診等データについては、全データを収載

(注3)個人を特定できる情報については、固有の暗号に置換することで、個人の診療履歴の追跡可能性等を維持しつつ、匿名化

レセプト情報・特定健診等情報データベースの利用概念図



高齢者医療確保法に基づく利用

厚生労働省保険局総務課
医療費適正化対策推進室

都道府県

医療費適正化計画の作成等
のための調査及び分析等

国による分析等

- (例)
- 特定健診・保健指導の効果検証等

国が公表する結果のほか、都道府県が、国に対し、医療費適正化計画の評価等に必要な情報の提供を要請

都道府県による
分析等

結果の公表

左記の本来目的以外の利用

厚生労働省内の他部局、他課室
関係省庁・自治体

研究開発独法、大学、保険者中央団体、
公益法人、国から研究費用を補助されて
いる者(民間企業も含む) 等

医療サービスの質の向上等
を目指した正確な根拠に基
づく施策の推進

- 医療サービスの質の向上等を目指した正確な根拠に基づく施策の推進に有益な分析・研究
- 学術研究の発展に資する目的で行う分析・研究

- (例)
- 地域における医療機関への受療動向等の把握 等

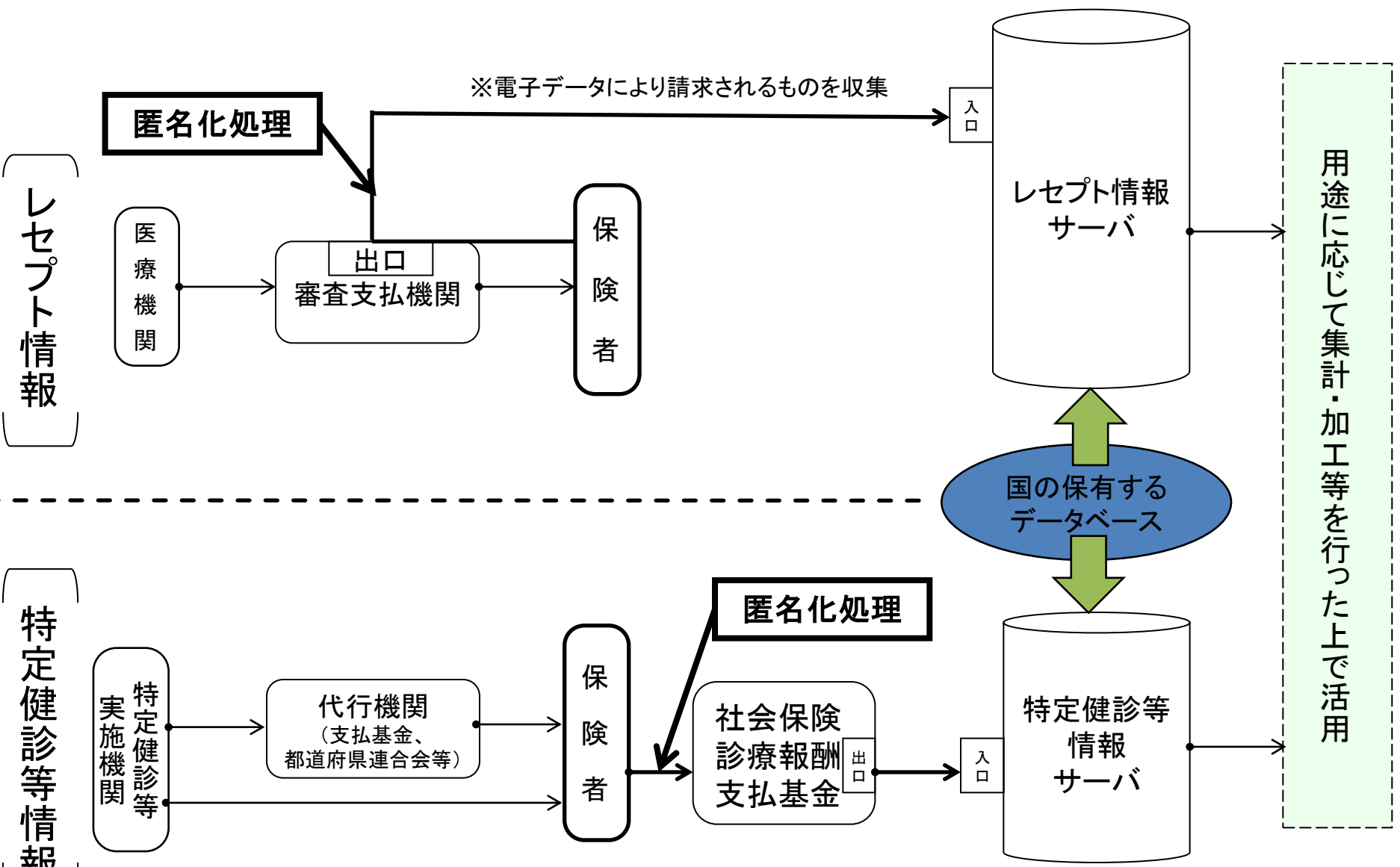
有識者会議における審査

- ※データ利用の目的や必要性等について審査
- ※データ利用の目的として「公益性の確保」が必要

データ提供の
可否について
助言

データ提供の可否の決定

レセプト情報・特定健診等情報(レセプト情報等)の収集経路



レセプト情報・特定健診等情報データベースのデータ件数 (平成26年8月現在)

●レセプト (21年4月～26年5月診療分)

格納件数 約80億5,200万件

(内訳)	21年度	約12億1,700万件
	22年度	約15億1,100万件
	23年度	約16億1,900万件
	24年度	約16億8,100万件
	25年度	約17億2,800万件
	26年度	約2億9,600万件

●特定健診・特定保健指導 (20年度～24年度分)

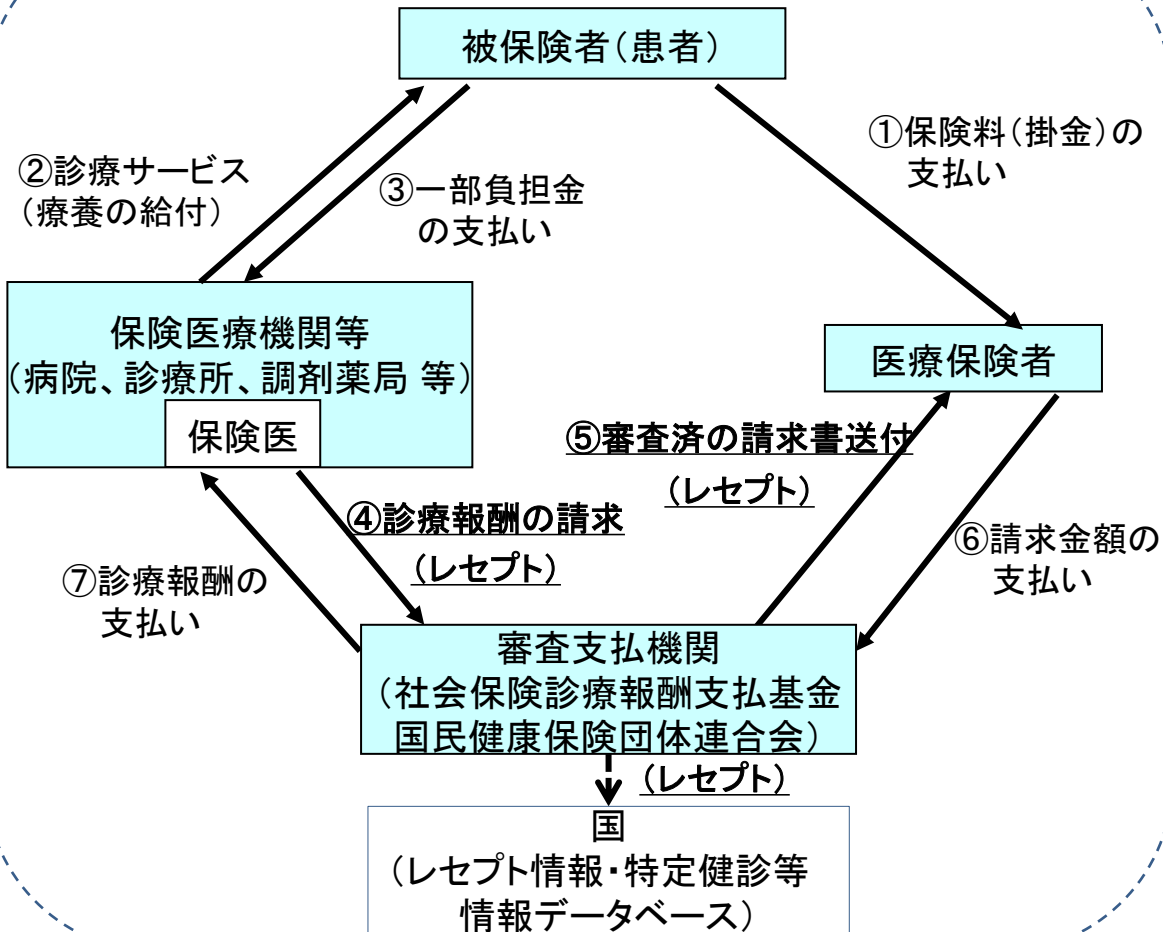
格納件数 約1億2,000万件

(内訳)	特定健診	約1億1,000万件	特定保健指導	約315万件	
・	20年度	約2,000万件	・	20年度	約39万件
・	21年度	約2,200万件	・	21年度	約58万件
・	22年度	約2,300万件	・	22年度	約61万件
・	23年度	約2,400万件	・	23年度	約72万件
・	24年度	約2,500万件	・	24年度	約84万件

レセプトデータについて

- 保険診療を行った医療機関は、診療報酬点数表に基づいて計算した診療報酬(医療費)を毎月の月末に患者一人一人について集計した上で、患者一人につき、外来と入院を別々にした明細書を作成し、審査支払機関を経由して保険者へ診療報酬を請求する。この請求書類をレセプト(診療報酬請求書・診療報酬明細書)という。

保険診療の概念図



レセプト(診療報酬明細書)の主な記載項目

- 診療開始日、診療実日数
- 医療機関コード
- 初診・再診、時間外等
- 医学管理(医師の指導料等)
- 疾病名
- 投薬
- 注射
- 処置
- 手術
- 検査
- 画像診断
- 請求点数(1点につき10円)
- など

※ 診療報酬明細書であるため、検査結果や重症度といった、患者の状態に関する診療情報は基本的に含まれていない。

レセプトの記載内容

レセプトの主な記載項目

- 傷病名
- 診療開始日、診療実日数
- 医療機関コード
- 初診・再診、時間外等
- 医学管理(医師の指導料等)
- 投薬
- 注射
- 処置
- 手術
- 検査
- 画像診断
- 請求点数(1点につき10円) など

- (注1) 診療報酬明細書としての性格から、医療機関の経営状況等の情報は記載されていない。
- (注2) 請求点数については、審査支払機関の査定後の点数が保存される。査定の有無はデータとして保存されない。

レセプトデータのうち、以下の項目は、同一人を特定する方策を講じた上で、匿名化のため削除されてデータベースに収集される。

○患者の氏名 ○生年月日の「日」 ○保険医療機関の所在地及び名称 ○カルテ番号等 ○国民健康保険一部負担金減額、免除、徴収猶予証明書の証明書番号 ○被保険者証(手帳)等の記号・番号

レセプト共通
レコード

カルテ番号: sample-079 受付番号: 2205-00,002,138 000000-00-0000 ページ番号: 000,001-000
レセプト番号: 000,023 診療報酬明細書 平成 22年 4月分 13 医科: 9999913 1医科 1社保 1単独 8高外一

医療機関情報
レコード

保険者番号 06132013 記号・番号 123456779

保険者レコード

氏名 サンプル 79 性別 男 年齢 3 誕生日 昭 12. 6. 28 生 保険医 東京都港区新橋 療機関の所在地及び名称 サンプル医科クリニック1

傷病名レコード

傷病名 ①糖尿病(主) ②肝障害 ③高血圧症(主) 診 ①平14年 6月19日 ②平14年 6月19日 ③平15年 7月16日

診療行為
レコード

①初診	回数	点数	公費負担率①	公費負担率②	12 01 再診	69 × 1
②再診	1回	69			02 外来管理加算	52 × 1
③外来管理加算	1回	52			13 01 特定疾患療養管理料(診療所)	225 × 1
④時間外	回				21 01 調剤料(内服薬・注射薬・点眼薬)	9 × 1
⑤休日	回				02 ティオパン錠 30mg 1錠	
⑥深夜	回				ノルバスクOD錠 5mg	
⑦医学管理		225			アペマイド錠 250mg	19 × 35
⑧在宅					0.5錠	2 × 35
⑨①内服薬剤	70単	735			03 ジベトス錠 50mg 2錠	42 × 1
⑨②内服調剤	1回	9			25 01 処方料(その他)	65 × 1
⑨③点眼薬剤	単				02 長期投薬加算(処方料)	8 × 1
⑨④外用薬剤	単				27 01 調基(その他)	
⑨⑤外用調剤	回				60 01 尿一般	26 × 1
⑩①処方	2回	107			02 HbA1c	50 × 1
⑩②麻薬	回				03 AST ALT γ-GT グルコース	56 × 1
⑩③調基	8				04 B-v	13 × 1
⑪①皮下筋内内	回				05 生化学的検査(1)判断料	144 × 1
⑪②静脈内	回				06 血液学的検査判断料	125 × 1
⑪③その他	回					
⑫①処置	回					
⑫②手術	回					
⑫③麻酔	回					
⑬①検査・病理	6回	414				
⑬②画像診断	回					
⑬③その他	回					

医薬品レコード

請求	1,619点	※決定	1,619点	一部負担金額	円
①	点	点	点	※高額療養費	円
②	点	点	点	※公費負担率①	点

患者名「サンプル
79」の紙レセプト

注)上記は、紙レセプトと各レコードの関係をイメージするために図示したものであり、細部は正確ではない。

特定健診・特定保健指導データについて

特定健診、特定保健指導は、データベース上に別々のファイルで保管。主な記録されている項目は以下のとおり。

- 受診情報(実施日等)
- 保険者番号
- 特定健診機関情報(機関番号のみ)
- 受診者情報の一部(男女区分、郵便番号)
- 健診結果・問診結果
- 保健指導レベル
- 支援形態
- 特定保健指導のポイント数 など

以下の項目は、同一人を特定する方策を講じた上で、匿名化のため削除されて、データベースに収集される。

- 特定健診・保健指導機関の郵便番号、所在地、名称、電話番号
- 医師の氏名
- 被保険者証の記号及び番号
- 受診者の氏名
- 受診券有効期限

(参考) 同一人として特定する方策：ハッシュ関数の採用

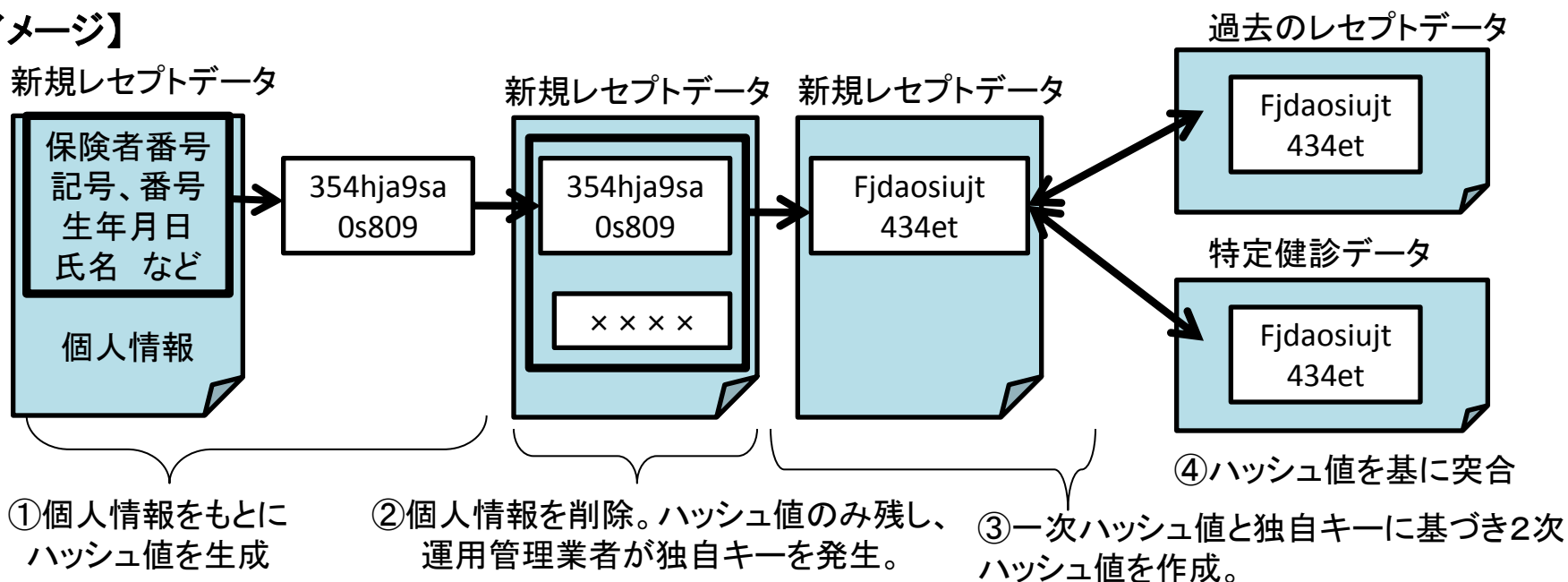
以下の特徴を持つ「ハッシュ関数」を用いることで、個人の特定につながる情報を削除(「匿名化」)した上で、同一人物の情報であることを識別できるようにし、データベースへ保管している。

【ハッシュ関数の特徴】

- ①与えられたデータから固定長の疑似乱数(ハッシュ値)を生成する。
- ②異なるデータから同じハッシュ値を生成することは極めて困難。
- ③生成された値(ハッシュ値)からは、元データを再現することは出来ない。

※ 個人情報(氏名、生年月日等)を基にしてハッシュ値を生成し、それをIDとして用いることで個人情報を削除したレセプト情報等について、同一人物の情報として特定することが可能。

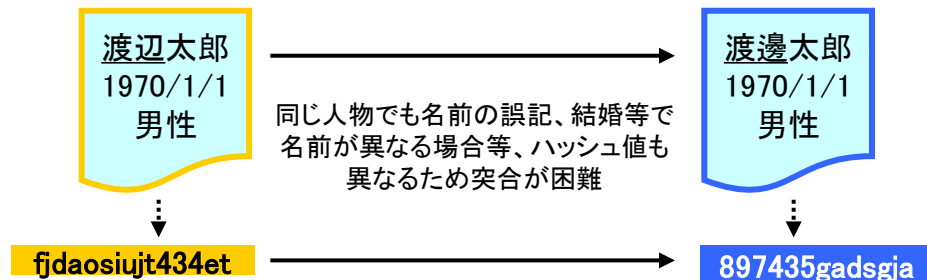
【イメージ】



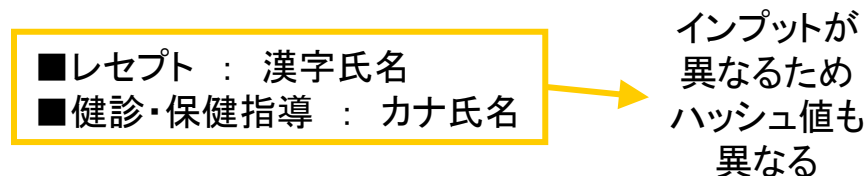
(参考) ハッシュ関数についての留意点

ハッシュ関数自体、及びそのインプットとなる個人情報の管理状況から、同一人物の情報の紐付けを完全には行うことが困難である。

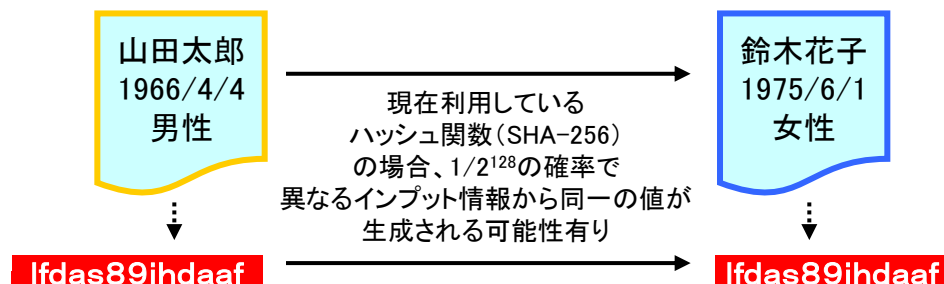
- ① 個人情報(保険者番号、被保険者証等記号・番号、生年月日、性別、氏名)をもとにハッシュ値を生成するため、これらの情報に変化があった場合、突合が困難



- ② レセプト情報と健診・保健指導データでは氏名の記載ルールが異なる



- ③ ハッシュ関数の技術的特性として、極めて小さい確率ではあるが、異なる入力情報から同一のハッシュ値が生成される可能性がある。



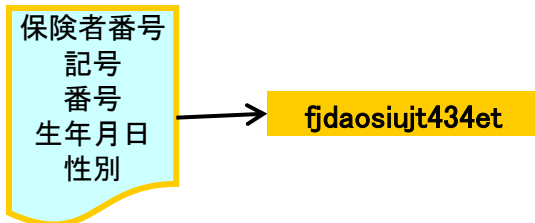
※ データ提供時には、ハッシュ関数の限界を踏まえたうえで、可能な範囲でデータを紐付けして提供することとしている。

(参考) ハッシュ関数の課題への対応

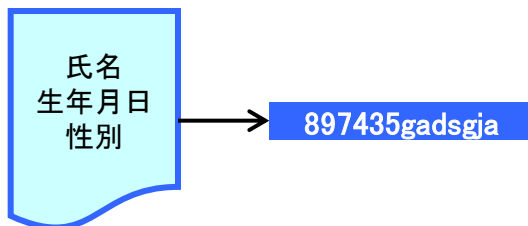
前ページの留意点に対応するため、現在、情報が変化する「保険者番号／被保険者証等記号・番号」及び「氏名」について、それぞれ別のハッシュ関数を生成させ、データの突合の精度を向上させている。

ハッシュ値を2つ生成させる

- 1) 「保険者番号」「被保険者証等記号・番号」「生年月日」「性別」からハッシュ値①を生成させる。



- 2) 「氏名」「生年月日」「性別」からハッシュ値②を生成させる。



対応可能なケース

ケース1(記号・番号変更)

転職などで保険者番号、記号・番号が変更になった場合

ハッシュ値②により紐付けが可能

※ ただし、年月日・性別・氏名について同一の人物がいた場合、紐付けが不可能となる。

ケース2(氏名変更)

氏名の記載ミス、結婚などで氏名が変更になった場合

ハッシュ値①により紐付けが可能

※ ただし、生年月日、性別について同じ人物が同一記号・番号内に2名以上、存在した場合、紐付けが不可能となる。(双子など)

ケース3(レセプトと健診・保健指導データの紐付け)

氏名の記載ルールが異なるレセプトと健診・保健指導データを紐付ける場合

ハッシュ値①により紐付けが可能

※ ただし、生年月日、性別について同じ人物が同一記号・番号内に2名以上、存在した場合、紐付けが不可能となる。(双子など)

対応不可能なケース

記号・番号と氏名ともに変更があった場合

- ・結婚などで保険者が変更、氏名が変更になった場合
- ・転職などで保険者が変更、氏名の記載ミスがあった場合

KDBの概要

国保データベース（KDB）システムについて

- 「国保データベース(KDB)システム」とは、国保保険者や後期高齢者医療広域連合における保健事業の計画の作成や実施を支援するため、国保連合会が「**健診・保健指導**」、「**医療**」、「**介護**」の各種データを利活用して、①「**統計情報**」・②「**個人の健康に関するデータ**」を作成するシステム。(平成25

年10月稼働開始)



- KDBシステムを活用することにより、以下のような取組を行うことが可能となる。

※KDBシステム運用状況 「市町村数1,742中 1,305市町村（75%）」

①「統計情報」の利活用

(その地域の疾病別医療費分析等)



- **その地域の健康状況**(特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費、一人当たり医療費等)を確認するとともに、**他の地域の健康状況と比較**することにより、**自らの地域の特徴を把握し、優先すべき課題(健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等)を明確化**

②「個人の健康に関するデータ」の利活用

(健診結果・受診状況に関する個人別の履歴等)



- **適正受診が望まれる者や、優先的に保健指導の対象とすべき者を判断し、個人に対する効率的・効果的な保健事業(糖尿病性腎症の重症化予防等)を実施**

KDBシステムが保有する情報

○健診・保健指導情報

- ・健診結果情報
- ・保健指導結果情報 等

○医療情報(国保・後期高齢者医療)

- ・傷病名
- ・診療内容
- ・診療実日数 等

歯科レセプトへの対応は、平成27年3月予定

○介護情報

- ・要介護(要支援)状態区分
- ・利用サービス 等

国保データベース(KDB)システムの主な対象データ

○ 国保データベース(KDB)システムは、国保連合会において健診・医療・介護情報を取り扱う各システムと連携し、統計情報等の作成に必要な下記のデータを取得する。

健診・保健指導

特定健診等データ管理システム

<健診等データ(月次)>

- 健診台帳データ
- 健診結果台帳データ
- 検査問診結果台帳データ
- 特定健診結果データ
- 指導台帳データ
- 指導結果台帳データ
- 継続支援台帳データ
- 特定保健指導結果データ
- 被保険者マスタ
- 除外対象者データ
- 健診等機関マスタ

<保険者別集計帳票データ(年次)>

- 特定健診リスクパターン別集計表
- 質問票項目別集計表
- 特定健診結果総括表
- 特定保健指導結果総括表(動機付け)
- 特定保健指導結果総括表(積極的)
- 特定健診・保健指導実施結果総括表
- 特定健診・保健指導進捗・実績管理表

医療(国保・後期)

国保総合システム

- 医科レセプト
 - ・レセプト管理情報、患者情報、傷病名情報、摘要欄情報
- ODPCLレセプト
 - ・レセプト管理情報、総括管理、包括評価部分、傷病、診断群分類、摘要、傷病名、資格、CDレコード
- 調剤レセプト
 - ・レセプト管理情報、患者情報、医薬品、処方、調剤、指導管理料
- 被保険者台帳データ
 - ・被保険者マスタ(世帯情報)、被保険者マスタ(個人情報)

後期高齢者医療請求支払システム

- 被保険者台帳データ
 - ・被保険者マスタ(個人情報)

介護

介護保険審査支払等システム

- 保険者向け給付管理票情報
- 国保連合会保有給付実績情報
 - ・基本情報レコード
 - ・明細情報レコード
 - ・緊急時施設療養情報レコード
 - ・所定疾患施設療養費等情報レコード
 - ・特定診療費・特別療養費情報レコード
 - ・食事費用情報レコード
 - ・居宅サービス計画費情報レコード
 - ・福祉用具購入費情報レコード
 - ・住宅改修費情報レコード
 - ・高額介護サービス費情報レコード
 - ・特定入所者介護サービス費用情報レコード
 - ・社会福祉法人軽減額情報レコード
 - ・集計情報レコード
- 保険者台帳情報
- 市町村固有情報
- 広域連合情報(行政区情報)
- 事業所台帳情報
 - ・基本情報、サービス情報、介護支援専門員情報
- 受給者台帳情報

国保データベース(KDB)システムにおけるデータの取扱範囲(電子データにより管理しているものに限る)

	0歳～	40歳～	65歳～	75歳～
健診	妊婦健康診査・乳幼児健康診査・学校健康診断・がん検診・生活習慣病予防健康診断等			
		特定健康診査・特定保健指導情報		後期高齢者健康診査情報
医療	国民健康保険医療情報			
			※3 後期高齢者医療情報	
※1	KDB 取扱範囲			
介護		※2	介護保険情報	

※1: 歯科情報除く

※2: 第2号被保険者(受給については、要介護、要支援状態が加齢に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定)

※3: 65歳以上74歳以下で一定の障害がある者

国保データベース(KDB)システム 画面イメージ その2

<明確化した健康課題をもとに保健指導対象者の絞込み>

健診受診者と未受診者について、腹囲リスクの有無や服薬有無、リスクパターン(腹囲、血糖、脂質、血圧、喫煙)別に該当人数や割合を見る

健診ツリー図

検査年月 : 1994年10月
検査期間 : 1994年03月27日
対象者数 : 9,999/9,999

健診受診者の健診結果からリスク数、リスク内容、服薬の有無による人数を確認することで、保健指導の必要性が高い集団を確認します。

健診受診者 19,252人 43.0%										未受診者 25,663人 57.0%																				
腹囲等のリスクあり 4,721人 25.0%										腹囲等のリスクなし 14,531人 75.0%																				
服薬あり 2,685人 14.0%					服薬なし 2,036人 11.0%					服薬あり 4,610人 24.0%					服薬なし 9,921人 51.0%															
血糖+血圧+脂質	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	血糖のみ	血圧のみ	脂質のみ	腹囲等のみ	血糖+血圧+脂質	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	血糖のみ	血圧のみ	脂質のみ	腹囲等のみ	血糖+血圧+脂質	血糖+血圧	血糖+脂質	血圧+脂質	血糖のみ	血圧のみ	脂質のみ	リスクなし							
42	50	50	50	50	50	50	0	50	37	32	40	40	50	70	0	42	70	57	70	101	100	147	54	50	50	50	10	24	10	204
(30)	(30)							(50)	(30)	(50)	(30)	(30)	(30)	(30)	(50)	(50)	(30)	(50)	(30)	(30)	(30)	(30)	(30)	(30)	(30)	(30)	(30)	(30)	(30)	(30)
127	100						30,000	100	200	210	210	200	200	200	0															5,000
(57)	(30)						(30,000)	(50)	(57)	(50)	(50)	(50)	(50)	(50)																(1,000)

保健指導対象者の絞込みをします

非肥満であってもリスクを複数持っている人、服薬していてもコントロールの悪い人などを保健指導の対象として検討します。

医療機関への受診勧奨の必要性を検討します。

※次頁に対象者詳細リスト

国保データベース(KDB)システム 画面イメージ その3

＜保健指導対象者を特定し、ハイリスクアプローチを行う＞

保健指導対象者の検査結果、医療機関への受診の有無、介護認定の有無から、医療機関への受診勧奨をすべき者または特に優先的に保健指導の対象とすべき者を把握

保険者番号 : 99999999
 保険者名 : NNNNNNNNNN
 地区 :

保健指導対象者一覧(メタボ・予備群)

3因子(血糖・血圧・脂質)保有者の一覧表

作成年月 : H24年06月
 印刷日 : H24年06月27日
 ページ : 9,999 / 9,999

絞り込み条件

- 1. 腹囲等のリスク : 腹囲等のリスクあり・服薬なし
- 2. 性別 : 両方
- 3. 年齢別 : 全年齢
- 4. 因子
 - 血糖・HbA1c: 5.6 ~ 6.4
 - 血圧・収縮期: 130 ~ 139
 - 脂質
 - ・中性脂肪: 150 ~ 299
 - ・HDL : 39 ~ 34
 - ・LDL : 120 ~ 139
 - 拡張期: 85 ~ 89

番号	氏名	性別	年齢	腹囲	身長	体重	BMI	空腹時血糖	HbA1c	中性脂肪	HDL	LDL	収縮期血圧	拡張期血圧	喫煙等	既往歴	服薬歴	メタボ	予備群	GOT	GPT	YIGTP	尿酸	尿糖	血清クレア	eGFR	尿蛋白	心電図	眼底検査	クリット	ヘマト	血色素	受診勧奨者	保健指導有無	医療機関受診	介護
1	あいうえおかきくけこさしすせそたちつてと あいうえおかきくけこさしすせそたちつてと	男	63	88.0	161.9	66.3	25.3	94	6.3	168	36	136	139	89	有	心血管 脳血管 肝不全・人工透析	血糖 血圧 脂質	○		24	23	27				1		1	2		47.5	15.8				
2	い	男	53	99.0	172.8	89.2	29.9	80	5.6	199	38	132	130	86	有	無	無	○		83	154	86				1		1	2		46.9	16.3				
3	う	男	69	90.0	178.0	69.3	21.9	90	5.3	176	35	131	132	89	有	無	無	○		28	24	22				1		1	2		50.2	15.9				
4	え	男	52	99.8	172.4	80.7	27.2	88	6.0	164	34	120	130	88	有	無	無	○		22	24	30				1		2	2		39.6	13.0				
5	お	男	67	89.0	165.0	67.0	24.6	80	5.6	248	36	126	136	86	有	無	無	○		27	33	126				1		1	2		44.3	15.4				
6	か	男	66	87.0	172.0	65.5	22.1	90	6.0	169	36	136	138	89	有	脳血管	無	○		18	26	32				3		2	2		57.2	18.7				
7	き	女	69	94.0	155.2	62.3	25.9	90	5.9	185	35	133	136	88	無	無	無	○		15	11	17				1		1	2		40.0	12.8				
8	く	男	74	86.0	166.5	67.0	24.2	84	6.1	263	37	130	134	86	無	無	無	○		36	50	242				1		1	2		45.4	15.1			○	
9	け	男	44	94.5	176.9	82.4	26.3	92	5.9	223	38	126	134	89	無	無	無	○		35	62	127				1		1	2		47.8	15.3			○	
10															無	無	無	○		44	41	38				1		1	2		44.3	12.9			○	
11															無	無	無	○		18	24	50				3		1	2		44.9	15.0			○	
12															無	無	無	○		24	18	99				1		1	1		42.2	13.6				
13															無	無	無	○		30	18	347				4		3	2		48.6	16.5			○	

ハイリスクアプローチ
 個人の検査データ等を活用

- 生活習慣病の発症予防、重症化予防に向けた保健指導
- 医療機関への受診勧奨

DPCデータの概要

DPCデータとは

利用目的

DPC制度の導入の影響評価及び今後のDPC制度の見直し（診断群分類毎の点数の設定及び診断群分類の見直しを含む）

活用方法

提出された調査結果は、厚生労働省に帰属し、診断群分類点数表の作成、医療機関別係数の設定等に活用され、個別患者が特定できないように集計した後、医療機関毎に公開される。

急性期医療を担う医療機関等の機能や役割を適切に分析・評価するため、中央社会保険医療協議会の要請により適宜活用される。

保有主体

厚生労働大臣

（注）外部事業者に維持管理を委託

DPCデータを提出する病院

DPC対象病院数 1,585病院（平成26年4月現在）

DPC準備病院数 278病院（平成26年4月現在）

DPCデータに含まれる内容

様式名	内容	説明
様式1	簡易診療録情報	カルテのサマリーのような情報。 (例:入院経路、退院時転帰、退院日、ADL)
様式3	施設情報(月1回提出)	届出されている入院基本料等に関する情報。
様式4 (※)	医科保険診療以外の診療情報	保険以外診療(公費、先進医療等)の実施状況に関する情報。
Dファイル	診断群分類点数表により算定した患者に係る診療報酬請求情報	DPCレセプトの情報。
EF統合ファイル	医科点数表に基づく出来高点数情報	出来高レセプトの情報。 (例:実施された診療行為の内容・実施日等)
外来EF統合ファイル	外来診療患者の医科点数表に基づく出来高点数情報	外来の出来高レセプトの情報。

毎年集計・公表されている内容一覧

(※概ね、調査年度の次年度の秋頃に結果が公表している)

参考資料①(経年変化に関する集計)

)

- 医療機関別集計
 - 平均在院日数
 - 救急車による搬送の有無
 - 救急医療入院
 - 他院よりの紹介、退院先、退院時転帰の状況
 - 再入院の状況
 - 手術件数 等
- 精神病棟の集計
- 医療圏別MDC患者数 等

参考資料②(当該年度データの集計)

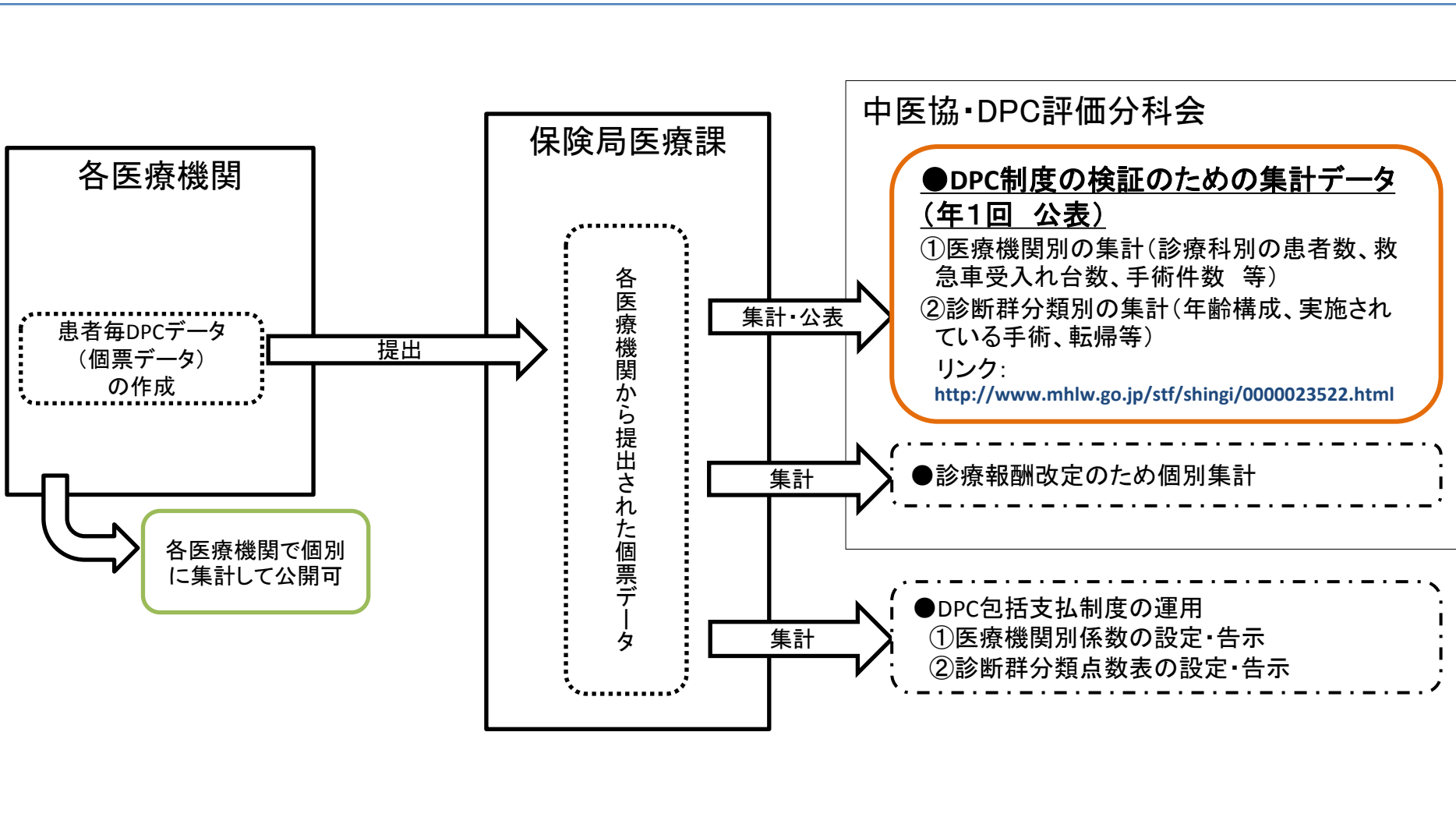
- 診断群分類別集計
 - 年齢別件数
 - 退院時転帰
 - 在院日数
 - ICD10内訳
 - 実施された手術 等
- 医療機関別集計
 - 疾患別・手術別集計
 - MDC別・手術有無別・処置1有無別集計 等

公表されている集計データ(例)

・施設別在院日数

施設名	平成24年度(12カ月)					
	平均値	最小値	パーセンタイル			最大値
			25	50	75	
〇〇医科大学附属病院	17.47	1	6.00	10.00	21.00	276
△△大学病院	16.36	1	5.00	10.00	20.00	264
□□医科大学病院	13.82	1	4.00	9.00	17.00	274
●●大学医学部附属病院	15.54	1	4.00	10.00	19.00	240
▲▲医科大学附属病院	14.64	1	4.00	9.00	17.00	299
■ ■大学病院	16.89	1	5.00	10.00	20.00	284
◇◇大学医学部附属病院	16.17	1	4.00	10.00	19.00	293
☆☆大学医学部附属病院	15.78	1	5.00	10.00	19.00	301
◆◆県立医科大学附属病院	14.81	1	5.00	9.00	18.00	323
★★大学附属病院	15.18	1	4.00	9.00	18.00	281
●▲医科大学附属病院	13.23	1	4.00	9.00	16.00	263
.....

DPCデータの活用の流れ



DPCデータに係るデータベース構築計画(平成26年度～)

現 状

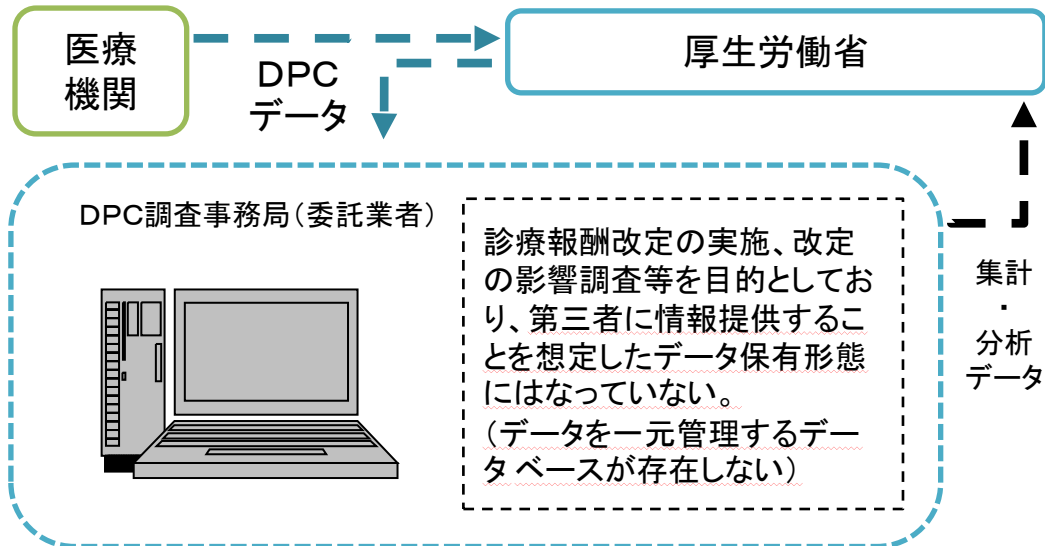
- DPCデータは、DPC導入の影響評価を目的とする「退院患者調査」に基づき収集されているデータであり、診療報酬改定(DPC導入の影響評価、DPC包括払いの点数設定等)に活用されている。
- 一方、当該データは、診療報酬改定に活用された後は外付けハードディスクに保存されており、第三者提供に利用するのは困難な状況にある。

事 業 概 要

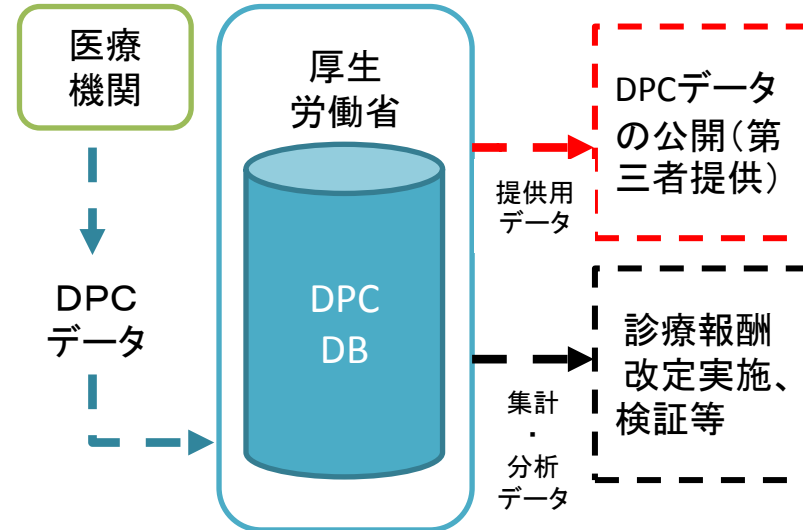
- DPCデータの一元管理及びDPCデータの利活用を可能とするためのデータベースを構築する。(平成29年度運用開始予定)
- データベース構築スケジュール
平成26年度：データベース構築に向けての調査・仕様検討
平成27、28年度：データベース構築

DPCデータに係るデータベースの構築後の活用イメージ(案)

〔 現 状 〕



〔 構 築 後 〕



二次医療圏の状況について

医療圏について

概要

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

三次医療圏

52医療圏（平成25年4月現在）

※都道府県ごとに1つ
北海道のみ6医療圏

【医療圏設定の考え方】

都道府県の区域を単位として設定
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

特殊な医療を提供

特殊な医療とは…

（例）

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療 等

二次医療圏

344医療圏（平成25年4月現在）

【医療圏設定の考え方】

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

一般の入院に係る医療を提供

医療計画の見直しについて

(医療計画の見直し等に関する検討会取りまとめ意見(平成23年12月16日))

1. 二次医療圏の設定について

二次医療圏の人口規模が医療圏全体の患者の受療動向に大きな影響を与えており、二次医療圏によっては当該圏域で医療提供体制を構築することが困難なケースもある。

「医療計画作成指針」において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、都道府県に対して、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合は、見直しを行うよう促すことが必要である。

2. 疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実効性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
 - ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策等を策定すること
 - ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策等の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策等を見直すこと
 - ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること
- といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示することが必要である。

二次医療圏の見直しについて

- 医療計画の見直しに際しては、医療圏の現状について検証を行い、現在の医療圏の設定が適切かどうか検討を行う必要があるが、今回の医療計画においては、特に、以下の要件を全て満たす医療圏について、検証を行うことを求めた。
 - ・人口20万人未満
 - ・流入率が20%未満
 - ・流出率が20%以上
- 該当する医療圏を有する都道府県は32都道府県、87医療圏であった(平成20年患者調査)。

推計流入患者割合 (当該地域内の医療施設で受療した推計患者数のうち、当該地域外に居住する患者の割合)

$$\text{推計流入患者割合 (流入率)} = \frac{\text{当該地域内の医療施設で受療した当該地域外に居住する推定患者数}}{\text{当該地域内の医療施設で受療した推計患者数(住所不詳を除く)}} \times 100$$

推計流出患者割合 (当該地域内に居住する推計患者数のうち、当該地域外の医療施設で受療した患者の割合)

$$\text{推計流出患者割合 (流出率)} = \frac{\text{当該地域外の医療施設で受療した当該地域内に居住する推定患者数}}{\text{当該地域内の居住する推計患者数}} \times 100$$

- 医療圏の見直しの判断は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。
- 検証の結果、第6次医療計画において医療圏を見直した都道府県は、宮城県、栃木県、徳島県であった。

二次医療圏の見直しについて(見直しを行った県)

宮城県

- ・宮城県独自の「患者調査」を県内医療機関に対して実施。
- ・旧二次医療圏ごとの人口面積等の特徴、医療提供体制の状況等について、分析。特に、救急医療提供体制、小児科・産科医療などについて、中核となる医療機関別の名称をあげながら丁寧
- ・第6次医療計画における今後の医療提供体制やインフラ整備の見直しについても考慮に入れている。
- ・結果を踏まえ、有識者の会議(宮城県地域医療計画策定懇話会)において検討を行った。また、地元自治体首長、各県域の中核病院長、群市医師会長等から意見を聴取。
- ・最終的には、「向こう5年のみならず、10年先も見据えた上で、将来にわたる震災復興や連携も踏まえ、より広域的な視点で医療提供体制を構築していくことが必要である」として、医療圏を再編。

【表4-1-2】平成23年度宮城県患者調査の主な傾向及び二次医療圏の体制整備等の見直し

医療圏名 (人口)	患者調査の主な傾向		第6次計画期間(H25~H29)における 二次医療圏内の見直し(予定)	
	他医療圏からの流入	他医療圏への流出	医療体制整備等	その他(インフラ整備等)
◎ 仙南医療圏 (182,504人)	流入率: 9.3% ○仙台医療圏(7.5%)	流出率: 32.9% ○仙台医療圏(32.9%)	○みやぎ県南中核病院救命救急センター整備(H25)	
仙台医療圏 (1,488,608人)	流入率: 19.0% ○全医療圏から流入	流出率: 1.8% ○流出ほぼなし	○東北大学病院中央診療棟整備(H27) ○仙台市立病院移転新築(H26) ○仙台医療センター新築(H28)	
大崎医療圏 (210,443人)	流入率: 17.5% ○栗原医療圏(5.0%) ○登米医療圏(4.1%) ○仙台医療圏(3.7%) ○石巻医療圏(3.4%)	流出率: 20.9% ○仙台医療圏(18.8%)	○大崎市長病院移転新築(H25)	
華房医療圏 (73,944人)	流入率: 23.0% ○登米医療圏(14.8%)	流出率: 32.9% ○仙台医療圏(18.5%) ○大崎医療圏(13.2%)		
◎ 登米医療圏 (83,801人)	流入率: 15.4% ○気仙沼医療圏(8.5%) ○石巻医療圏(3.1%)	流出率: 44.8% ○仙台医療圏(17.3%) ○栗原医療圏(10.6%) ○大崎医療圏(9.0%) ○石巻医療圏(8.0%)	○登米市医師院救急外来棟、地域医療連携センター整備(H25)	○南三陸町仮設住宅(2年間) 高層化の可能性あり ○米山地区に公立志津川病院(38床)が移転 ○南三陸町内に新築まで ○三陸縦貫自動車道: 登米東和IC~本吉IC(仮称) 事業化済(完成時期未定)
◎ 石巻医療圏 (199,526人)	流入率: 12.2% ○登米医療圏(5.2%) ○気仙沼医療圏(3.7%)	流出率: 29.8% ○仙台医療圏(24.5%) ○大崎医療圏(3.9%)	○石巻市十字病院救急医療体制等整備(H27) ○石巻市立病院新築(H27)	○三陸縦貫自動車道: 登米東和IC~本吉IC(仮称) 事業化済(完成時期未定)
◎ 気仙沼医療圏 (84,398人)	流入率: 3.4% ○流入ほぼなし	流出率: 30.9% ○仙台医療圏(17.7%) ○石巻医療圏(5.9%) ○登米医療圏(5.8%)	○気仙沼市立病院移転新築(H29) ○公立志津川病院新築(H27)	○公立志津川病院(38床)が登米医療圏に移転 ○南三陸町内に新築まで ○三陸縦貫自動車道: 登米東和IC~本吉IC(仮称) 事業化済(完成時期未定)

出典:「平成23年度宮城県患者調査」(県保健福祉部)

医療計画の内容

医療計画作成指針(医療計画について(医政発0330第28号 平成24年3月30日)別紙)

1 医療計画の基本的な考え方

医療計画作成の趣旨、基本理念、医療計画の位置づけ、期間等、医療計画を作成するに当たって、都道府県における基本的な考え方を記載する。

2 地域の現状

医療計画の前提条件となる地域の現状について記載する。
(指標の例)

地勢と交通、人口構造(その推移、将来推計を含む。)、人口動態(その推移、将来推計を含む。)、住民の健康状況、住民の受療状況、医療提供施設の状況

3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれにかかる医療連携体制

5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、以下の内容を患者や住民にわかりやすいように記載する。

- (1) 患者動向や、医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状
- (2) 必要となる医療機能
- (3) 課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策
- (4) 原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称
- (5) 評価・公表方法等

なお、記載に当たっては、公的医療機関及び社会医療法人の役割、歯科医療機関(病院歯科、歯科診療所)の役割、薬局の役割にも留意する。

4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療

5 医療従事者の確保

- 地域医療対策協議会の議論の経過等及びその結果定められた施策
- 地域医療対策協議会の定めた施策に沿って臨床研修医を含む医師の地域への定着が図られるよう、例えば、地域医療支援センター事業等の具体的な事業について記載する。
- 医療従事者の確保の現状及び目標について、可能な限り具体的に記載する。

6 医療の安全の確保

7 基準病床数

8 医療提供施設の整備の目標

- 地域医療支援病院の整備の目標
- その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標
5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについて、それぞれの医療圏ごとに、都道府県が必要とする医療機能を有する医療提供施設の施設、設備、症例数、平均在院日数等の実態調査を行い、その結果を踏まえ、不足している医療機能についての整備の方法及び目標等について記載する。

9 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

障害保健対策、結核・感染症対策、臓器移植対策、難病等対策、歯科保健医療対策、血液の確保・適正使用対策、医薬品の適正使用対策、医療に関する情報化、保健・医療・介護(福祉)の総合的な取組などに考慮して、都道府県における疾病等の状況に照らして特に必要と認める医療等について、記載する。

10 施策の評価及び見直し

設定した数値目標等を基に、施策の達成状況を検証し、次の医療計画の見直しに反映させることが求められることから、施策の目標等、推進体制と役割、目標の達成に要する期間、目標を達成するための方策、評価及び見直し、進捗状況及び評価結果の広報・周知方法をあらかじめ医療計画に記載する。

地域の現状の把握

1 医療計画策定の前提条件となる地域の現状

(1) 地勢と交通

地域の特殊性、交通機関の状況、地理的状況、生活圏等

(2) 人口構造(その推移、将来推計を含む。)

人口、年齢三区分別人口、高齢化率、世帯数等

(3) 人口動態(その推移、将来推計を含む。)

出生数、死亡数、平均寿命等

(4) 住民の健康状況

生活習慣の状況、生活習慣病の有病者・予備群の数等

(5) 住民の受療状況

入院・外来患者数、二次医療圏又は都道府県内における患者の受療状況(流入患者割合及び流出患者割合を含む。)、病床利用率、平均在院日数等

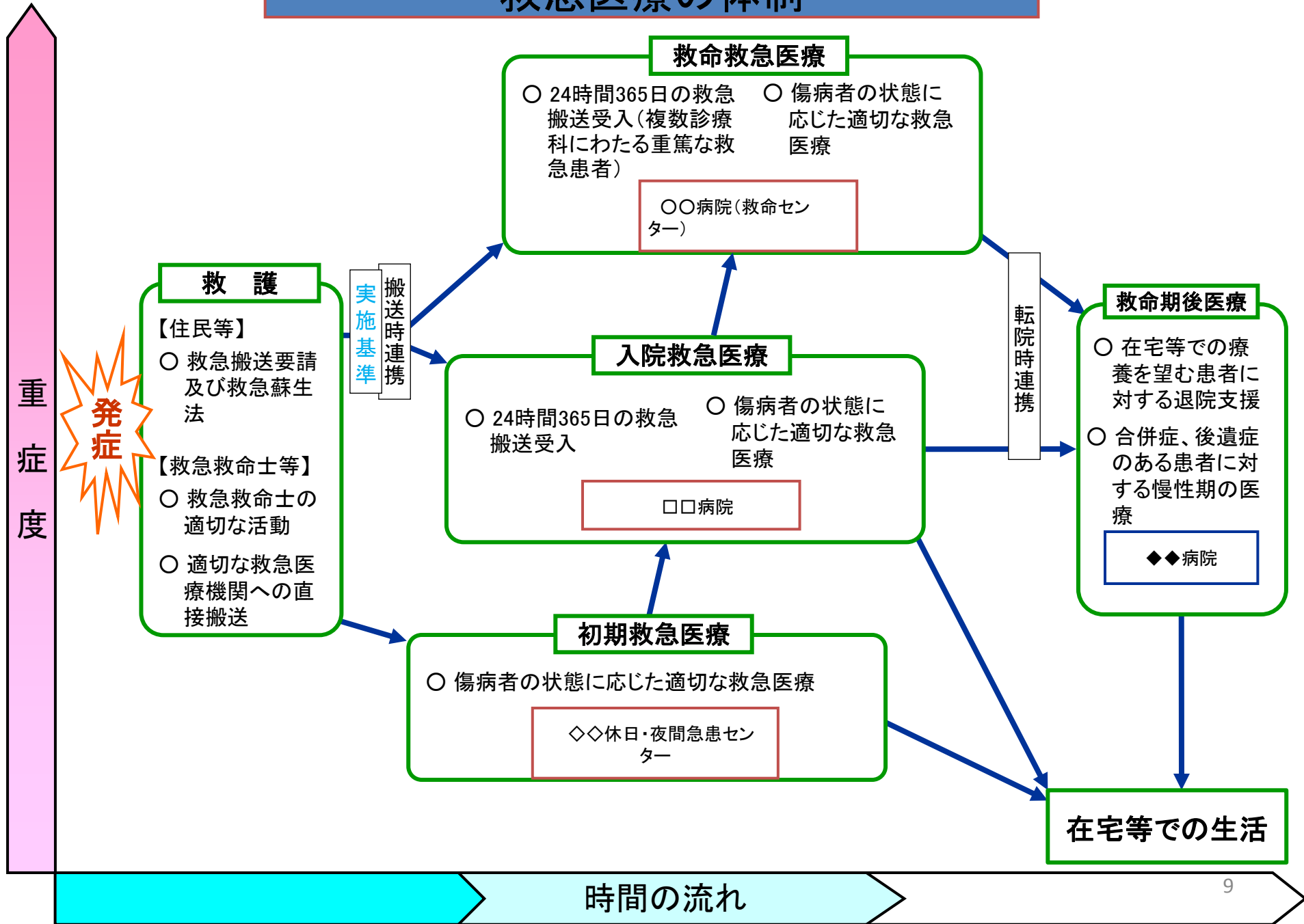
(6) 医療提供施設の状況

① 病院(施設数、病床種別ごとの病床数)

② 診療所(有床及び無床診療所、歯科診療所の施設数、有床診療所の病床数)

③ 調剤を実施する薬局

救急医療の体制



在宅医療の体制

退院支援

○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

- ・病院・診療所
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点

等

日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

病院・診療所、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所、
地域包括支援センター、介護老人保健施設
短期入所サービス提供施設
在宅医療において積極的役割を担う医療機関
在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

急変

急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

- ・病院・診療所
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

看取り

○住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

- ・病院・診療所
- ・訪問看護事業所
- ・薬局
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点 等

目標の設定

○ 現状を踏まえた具体的な目標の設定

岩手県保健医療計画

地域の実情を踏まえた医療圏単位等での具体的な目標を設定し、それを達成するための具体的な施策を記載する。

目標項目	現状値 (H24)	目標値 (H29)	
心源性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1か月後生存率	㊦ 7.5%	11.4%	
救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	岩手県	㊦ 40.5分	38.1分
	盛岡	㊦ 35.5分	33.4分
	岩手中部	㊦ 40.3分	37.9分
	胆江	㊦ 43.2分	40.6分
	西磐	㊦ 45.1分	42.4分
	気仙	㊦ 39.8分	37.4分
	釜石	㊦ 47.8分	45.0分
	宮古	㊦ 51.0分	48.0分
	久慈	㊦ 40.3分	37.9分
	二戸	㊦ 38.1分	35.8分
	AEDを用いた心肺蘇生法の普及率	㊦ 25.4%	40.4%
ドクターヘリによる年間救急搬送件数	盛岡	㊦ 25.1%	40.1%
	岩手中部	㊦ 32.1%	47.1%
	胆江	㊦ 17.3%	32.3%
	西磐	㊦ 30.4%	45.4%
	気仙	㊦ 26.7%	41.7%
	釜石	㊦ 17.9%	32.9%
	宮古	㊦ 13.5%	28.5%
	久慈	㊦ 29.1%	44.1%
二戸	㊦ 29.6%	44.6%	
ドクターヘリによる年間救急搬送件数	㊦ 〇件	403件	

<主な取組>

(病院前救護活動の充実)

- 県民による病院前救護技能の向上を図り、傷病者がよりよい状態で医師の治療を受けることができるよう、保健所や消防等の関係機関が連携して書く医療圏で講習会を開催するなど、AEDの機能や利用方法、家庭における対応等を含めた心肺蘇生法の普及・啓発を推進します。なお、住民の講習受講率が低い地域については、特に重点的に普及・啓発活動に取り組めます。等

高知県保健医療計画

医療機関が取り組むべき具体的な目標を設定し、それを達成するための具体的な施策を記載する。

項目	直近値	目標(平成29年度)	直近値の出典
発症から受診まで6時間以内の割合	73%	80%以上	平成23年度高知県医療政策・医師確保課調べ
病院到着からバルーン拡張までの時間(door to balloon time)90分以内の割合が8割以上	急性心筋梗塞治療センター3病院で実施可能	全ての急性心筋梗塞治療センター機関で実施可能	平成23年高知県医療政策・医師確保課調べ
一般市民により心肺機能停止が目撃された心原性的心肺停止症例の1か月後の生存率(5年間平均)	12.3%	13.0%	平成23年救急・救助の現況(総務省消防庁)
再灌流療法実施率	90%	90%以上	平成23年度高知県医療政策・医師確保課調べ
虚血性心疾患年齢調整死亡率(人口10万人当たり)	男性 40.5 女性 15.0	男性 36.8 女性 13.9	平成22年人口動態調査(厚生労働省)

<主な取組>

(急性期の医療提供体制)

急性心筋梗塞治療センターは、急性心筋梗塞の治療成績の向上につなげるため、来院から治療までの時間の短縮に取り組むとともに、急性心筋梗塞センターの標準的な治療成績の公表を行います。

県は、安芸保健医療圏で心臓カテーテル検査などが実施できるよう、あき総合病院に心臓カテーテル治療室の整備など、治療体制の強化を図ります。

二次医療圏間の人口・面積について

人口

	二次医療圏名(都道府県名)	人口数(千人)
1	大阪市(大阪府)	2,665
2	札幌(北海道)	2,342
3	名古屋(愛知県)	2,269
4	区西北部(東京都)	1,872
5	東葛南部(千葉県)	1,715
∴	∴	∴
340	壱岐(長崎県)	28
341	島しょ(東京都)	28
342	南檜山(北海道)	26
343	上五島(長崎県)	24
344	隠岐(島根県)	22
	全国平均	372

面積

	二次医療圏名(都道府県名)	面積(km ²)
1	十勝(北海道)	10,828
2	釧路(北海道)	5,997
3	北網(北海道)	5,542
4	遠紋(北海道)	5,148
5	日高(北海道)	4,812
∴	∴	∴
340	北多摩北部(東京都)	77
341	区西部(東京都)	68
342	川崎南部(神奈川県)	64
343	区中央部(東京都)	64
344	尾張中部(愛知県)	42
	全国平均	1,112

※ 北海道を除く二次医療圏で最大 飛騨(岐阜県)10位(4,178km²)

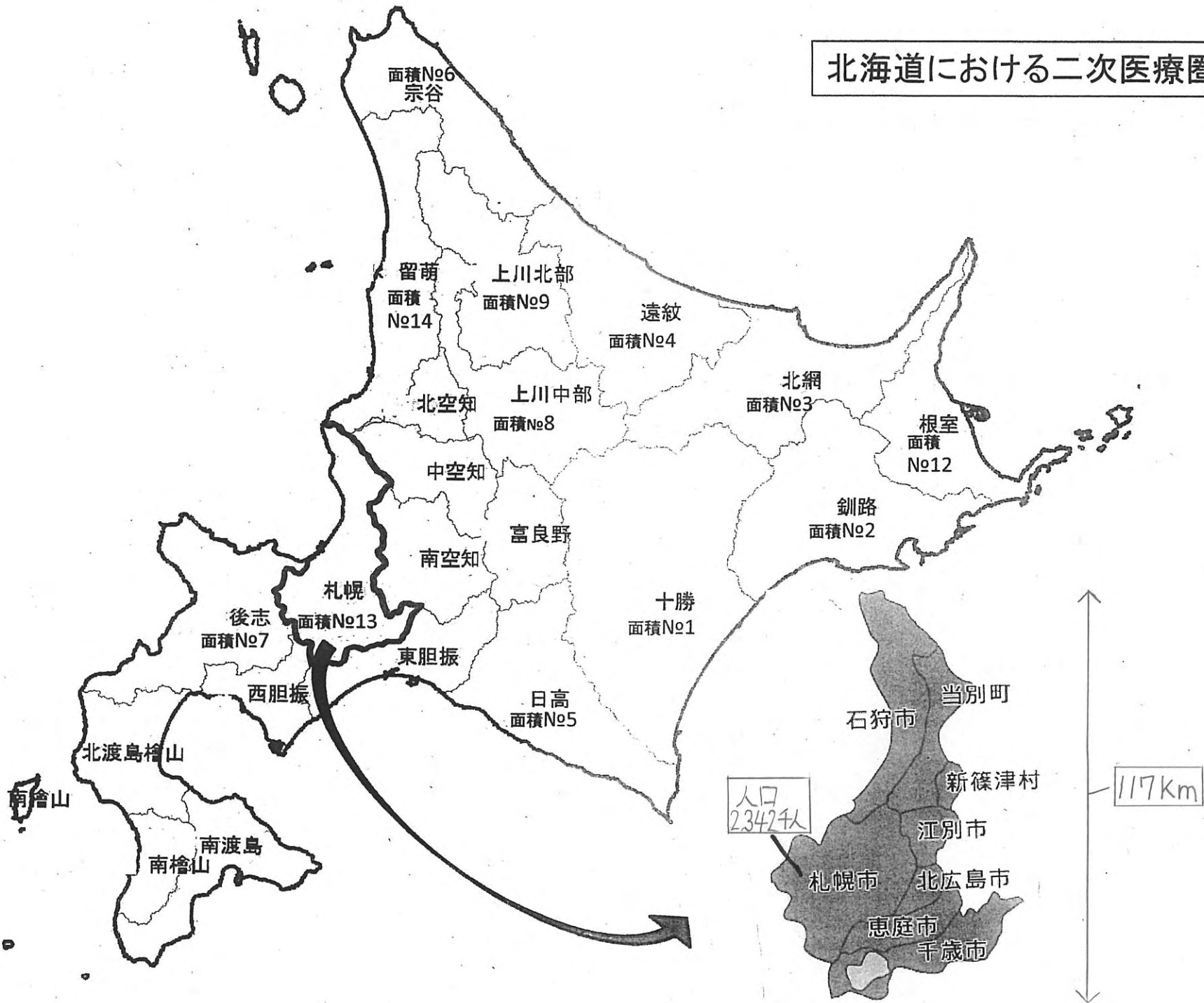
※厚生労働省調べ

愛知県における二次医療圏(名古屋圏域周辺)

- ・面積最小
- ・清須市、北名古屋市、豊山町で構成
- ・患者の流入率57.1%
- ・患者の流出率69.5%



北海道における二次医療圏



東京都の二次医療圏と老人保健福祉圏域の現状

- 東京都の二次医療圏は制定時から現在まで変更がなく、現在は老人保健福祉圏域と一致している。
- 以前の第1期東京都高齢者保健福祉計画（平成12年3月策定）においては、老人保健福祉圏域は3つとなっており、二次医療圏と一致していなかった。

【現在の二次医療圏及び東京都老人保健福祉圏域】

※第2期東京都高齢者保健福祉計画（平成15年3月策定）

より老人保健福祉圏域が見直され二次医療圏と一致。



【以前の東京都老人保健福祉圏域（第1期東京都高齢者保健福祉計画）】



【二次医療圏の設定の考え方について】

◎ 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）（抄）

第三十条の四 （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。

一～八 （略）

九 主として病院の病床（次号に規定する病床並びに精神病床、感染症病床及び結核病床を除く。）及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域の設定に関する事項

十・十一 （略）

3・4 （略）

5 第二項第九号及び第十号に規定する区域の設定並びに同項第十一号に規定する基準病床数に関する気お順（療養病床及び一般病床に係る基準病床数に関する標準にあつては、それぞれの病床の種別に応じ算定した数の合計数を基にした基準）は、厚生労働省令で定める。

6～13 （略）

◎ 医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）（抄）

（区域の設定に関する基準）

第三十条の二十九 法第三十条の四第五項に規定する区域の設定に関する基準は、次のとおりとする。

一 法第三十条の四第二項第九号に規定する区域については、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療（前条に規定する特殊な医療並びに療養病床及び一般病床以外の病床に係る医療を除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること。

二 （略）

＜医療計画作成指針（平成 24 年 3 月 30 日 医政発 0330 第 28 号）＞抜粋

2 医療圏の設定方法

(1) 二次医療圏の設定に当たっては、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療（三次医療圏で提供することが適当と考えられるものを除く。）を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域を単位として認定することとなるが、その際に参考となる事項を次に示す。

① 人口構造、患者の受療の状況（流入患者割合及び流出患者割合を含む。）、医療提供施設の分布など、健康に関する需要と保健医療の供給に関する基礎的事項については、二次医療圏単位又は市町村単位で地図上に表示することなどを検討する。なお、患者の受療状況の把握については、患者調査の利用の他、統計学的に有意な方法による諸調査を実施することが望ましい。

人口規模が 20 万人未満の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられる場合（特に、流入患者割合が 20%未満であり、流出患者割合が 20%以上である場合）、その設定の見直しについて検討する。なお、設定の見直しを検討する際は、二次医療圏の面積や基幹となる病院までのアクセスの時間等も考慮することが必要である。

また、設定を変更しない場合には、その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた具体的な検討を行うこと。

② 既存の圏域、すなわち、広域市町村圏、保健所・福祉事務所等都道府県の行政機関の管轄区域、学校区（特に高等学校に係る区域）等に関する資料を参考とする。

(2) 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

(3) 三次医療圏については、概ね一都道府県の区域を単位として設定するが、その区域が特に広大であることその他特別の事情がある都道府県にあっては、一都道府県内に複数の三次医療圏を設定しても差し支えない。

また、一般的に三次医療圏で提供することが適当と考えられる医療としては、例えば、特殊な診断又は治療を必要とする次のものが考えられる。

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

(4) 都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に照らし、隣接する都道府県の区域を含めた医療圏を設定することが地域の実情に合い、合理的である場合には、各都道府県の計画にその旨を明記の上、複数の都道府県にまたがった医療圏を設定しても差し支えない。なお、その際は関係都道府県間での十分な協議や調整を行うとともに必要に応じ厚生労働省にも連絡されたい。

五疾病・五事業及び在宅医療における圏域の設定について

医療計画作成指針においては、都道府県が五疾病・五事業における各圏域を設定する際は、それぞれの“医療機関とその連携”を基に“現状の把握”のため収集した情報を分析し、各医療機能を明確にして設定することとしている。

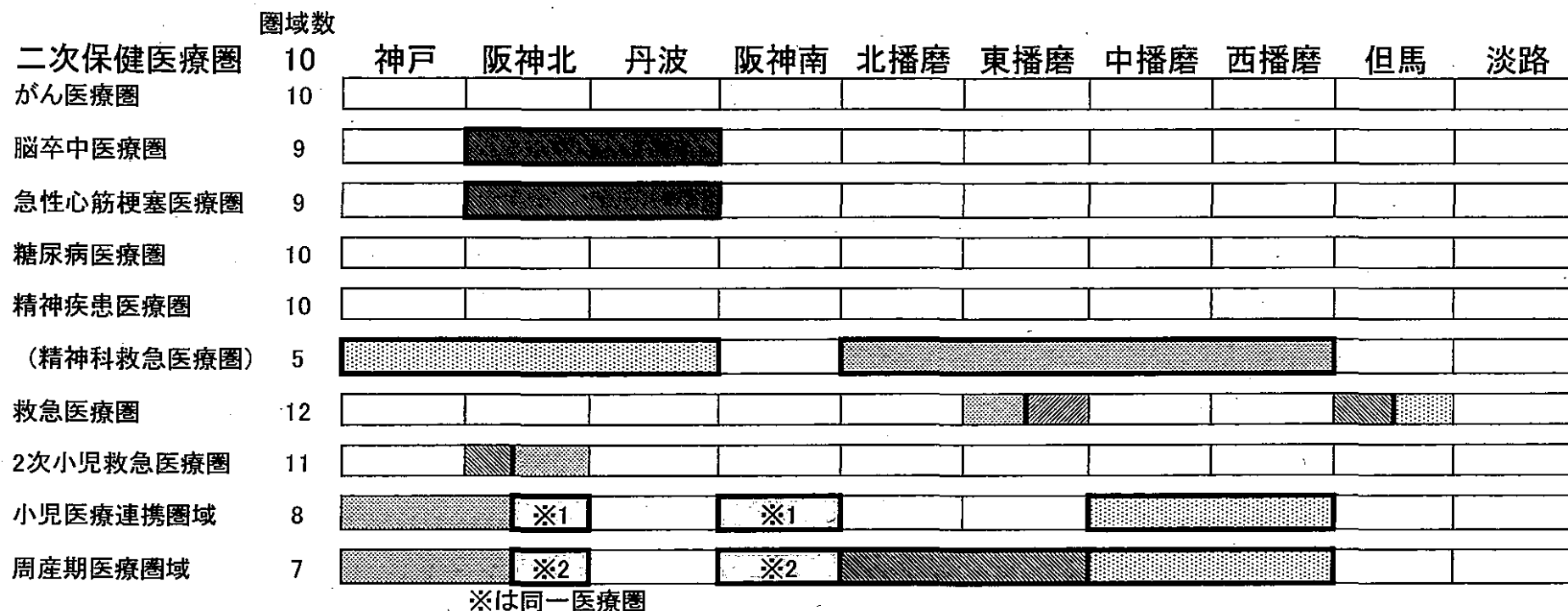
五疾病	圏域の設定(特記事項)	医療機関とその連携(目指すべき方向)
がん		<ul style="list-style-type: none"> ・手術療法、放射線療法及び化学療法等を単独で行う治療やこれらを組み合わせた集学的治療が実施可能な体制 ・がんと診断された時から緩和ケアを実施する体制 ・地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上
脳卒中	発症後3時間以内の脳梗塞における血栓溶解療法の有用性が確認されている現状に鑑みて、それらの恩恵を住民ができる限り公平に享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。	<ul style="list-style-type: none"> ・発症後速やかな搬送と専門的な治療が可能な体制 ・発症後2時間以内の専門的な治療が開始可能 ・医療機関到着後1時間以内に専門的な治療が開始可能 ・病気に応じたリハビリテーションが可能な体制 ・在宅療養が可能な体制
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることを勘案し、住民ができる限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制のもと実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。	<ul style="list-style-type: none"> ・発症後、速やかな救命処置の実施と搬送可能な体制 ・発症後、速やかな専門的治療診療が可能な体制 ・合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテーションが可能な体制 ・在宅療養が可能な体制
糖尿病		<ul style="list-style-type: none"> ・治療及び合併症予防が可能な体制 ・血糖コントロール不可例の治療や合併症の治療が可能な体制 ・糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制
精神疾患	二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域等との連携も考慮し、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定する。	<ul style="list-style-type: none"> ・保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受信できる機能 ・患者の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉と連携して地域生活や社会生活を支える機能 ・精神科救急患者、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供等を提供できる機能 ・うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能 ・認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能

五事業	圏域の設定(特記事項)	医療機関とその連携(目指すべき方向)
救急医療	救命救急医療について、一定のアクセス時間内に当該医療機関に搬送できるように圏域を設定することが望ましい。	<ul style="list-style-type: none"> ・病院前救護活動 ・救命救急医療機関 ・入院を要する救急医療をになう医療機関 ・初期救急医療をになう医療機関 ・精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携
周産期医療	重症例(重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等)を除く産科症例の診療が圏域内で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。	<ul style="list-style-type: none"> ・正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携 ・周産期の救急対応が24時間可能な体制 ・新生児医療の提供が可能な体制 ・NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制
小児医療	一般小児医療、地域小児医療センター、中核病院といった各種機能を明確にして、圏域を設定。地域小児医療センターを中心とした診療状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの健康を守るために家族を支援する体制 ・小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制 ・地域の小児いえようが確保される体制 ・療養・療育支援が可能な体制
災害医療	原則として都道府県全体を圏域として、災害拠点病院が災害時に担うべき役割を明確にするとともに、大規模災害を想定し、都道府県をまたがる広域搬送等の広域連携体制を定める。 また、想定する災害の程度に応じ、災害拠点病院に加え、地域の実情に応じ、一般の医療機関(救命救急センターを有する病院、第二次救急病院、日本赤十字社の開設する病院等)の参画も得ることとする。	<ul style="list-style-type: none"> ・災害急性期において必要な医療が確保される体制 ・急性期を脱した後も住民の健康管理が実施される体制
へき地医療		
在宅医療	退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。 医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを見出し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。	<ul style="list-style-type: none"> ・円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制 ・日常の療養支援が可能な体制 ・急変時の対応が可能な体制 ・患者が望む場所での看取りが可能な体制 <p>上記の体制を構築するにあたり、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要である。こうした観点から、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付けていくことが望まれる。</p>

兵庫県における五疾病・五事業の圏域について

兵庫県には2次保健医療圏域は10圏域あるが、疾患・事業ごとに地域の実情に応じて圏域を柔軟に設定している。

- ・心筋梗塞、脳卒中医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち阪神北と丹波を1つとした9圏域
- ・救急医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち但馬を北但馬、西南但馬の2つに、東播磨を東播磨と明石の2つに分けた12圏域
- ・2次小児救急医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち阪神北を2つに分けた11圏域
- ・周産期医療圏域 : 2次保健医療圏域のうち神戸と阪神北の一部を、阪神北の一部と阪神南を、北播磨と東播磨を中播磨と西播磨をそれぞれ統合した7圏域



二次医療圏の将来人口について

総人口(減少順)

	二次医療圏名 (都道府県名)	2010年を100と した場合の 2025年指数
1	上五島(長崎県)	69.8
2	能登北部(石川県)	72.0
3	南檜山(北海道)	72.8
4	北秋田(秋田県)	73.0
5	釜石(岩手県)	73.2
⋮	⋮	⋮
340	区中央部(東京都)	105.0
341	横浜北部(神奈川県)	105.9
342	山城南(京都府)	106.4
343	川崎北部(神奈川県)	107.2
344	湖南(滋賀県)	107.9
	全国平均	94.2

65歳以上人口(増加順)

	二次医療圏名 (都道府県名)	2010年を100と した場合の 2025年指数
1	福岡・糸島(福岡県)	151.9
2	八重山(沖縄県)	151.7
3	川崎北部(神奈川県)	151.5
4	筑紫(福岡県)	150.6
5	札幌(北海道)	150.4
⋮	⋮	⋮
340	北秋田(秋田県)	93.4
341	木曾(長野県)	92.5
342	能登北部(石川県)	92.2
343	佐渡(新潟県)	90.8
344	釜石(岩手県)	89.3
	全国平均	124.1

75歳以上人口(増加順)

	二次医療圏名 (都道府県名)	2010年を100と した場合の 2025年指数
1	東部(埼玉県)	241.1
2	千葉(千葉県)	227.8
3	県央(神奈川県)	221.3
4	相模原(神奈川県)	220.0
5	南西部(埼玉県)	216.8
⋮	⋮	⋮
340	湯沢・雄勝(秋田県)	95.7
341	高梁・新見(岡山県)	95.2
342	佐渡(新潟県)	94.9
343	大田(島根県)	93.3
344	西部(徳島県)	93.2
	全国平均	153.5

※ 国立社会保障・人口問題研究所 男女・年齢(5歳)階級別データ『日本の地域別将来推計人口』(出生中位・死亡中位仮定)(平成25年3月推計)を使用して厚生労働省にて算出。

※ 福島県の市区町村の人口推計が付されていないので、福島県の二次医療圏は含まれていない。

※ 2025年時点で、2010年時点より下回る二次医療圏は、総人口で313カ所、65歳以上人口で28カ所、75歳以上人口で7カ所。

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数(単位:人)			人口 65歳以上(単位:人)			人口 75歳以上(単位:人)			
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	
			(100.0)	(90.1)	(76.1)	(100.0)	(126.1)	(125.5)	(100.0)	(152.5)	(156.3)	
北海道	6医療圏	21医療圏 (対2010年指数)	5,508,419	4,961,637	4,191,370	1,362,458	1,718,409	1,709,295	673,402	1,026,654	1,052,496	
		南渡島	402,525	333,448	260,233	110,787	122,223	108,787	55,781	71,920	65,118	
		南檜山	26,282	19,126	13,061	8,624	8,448	6,429	4,603	5,158	4,235	
	道 央	北渡島檜山	41,058	32,222	24,505	12,926	12,953	10,434	7,225	7,778	6,903	
		札幌	2,342,338	2,293,364	2,066,933	484,042	728,150	820,072	228,501	430,119	497,474	
		後志	232,940	183,571	136,791	71,911	72,271	60,045	37,615	44,268	36,651	
		南空知	181,886	144,999	109,303	55,978	59,309	50,338	29,481	36,393	32,642	
		中空知	118,662	91,602	66,971	39,183	38,812	31,072	20,382	24,465	20,168	
		北空知	35,706	27,113	19,239	12,729	12,528	9,826	6,834	8,164	6,672	
		西胆振	200,231	170,061	136,598	59,747	63,533	54,006	29,229	40,045	33,215	
		東胆振	216,058	197,344	168,979	50,437	64,877	62,916	23,842	37,372	37,573	
		日高	75,321	60,568	46,415	20,510	21,937	19,110	10,711	12,850	11,860	
		道 北	上川中部	403,246	353,914	288,102	109,770	133,714	124,901	54,067	81,624	78,056
			上川北部	71,630	59,011	46,889	22,117	22,273	18,710	11,811	13,925	11,943
			北富良野	45,489	39,081	32,141	12,206	13,357	12,542	6,463	8,023	7,642
			留萌	53,105	40,151	28,567	16,897	16,979	13,578	8,857	10,482	8,847
			宗谷	73,447	59,908	46,508	19,374	21,663	18,783	9,876	12,456	11,774
	オホーツク		北網	233,658	202,032	163,862	61,305	74,071	69,555	31,238	44,501	44,376
		遠紋	76,351	60,635	45,905	23,431	23,849	19,833	12,332	14,560	12,738	
	十	勝十勝	348,597	317,110	272,361	86,982	108,226	108,714	43,662	64,569	67,876	
		釧路・根室	釧路	247,320	204,457	158,284	63,039	74,441	66,033	30,072	42,794	41,080
	根室		80,569	70,267	58,426	18,463	22,581	21,644	8,820	12,569	13,224	
	青森県	6医療圏	6医療圏	1,373,839	1,161,851	932,364	354,788	415,942	387,704	180,926	237,746	240,676
			津軽地域	305,342	258,423	208,632	81,017	90,581	83,109	42,140	51,676	51,137
			八戸地域	335,415	290,563	237,823	82,476	102,616	99,233	40,489	58,502	61,318
			青森地域	325,458	275,028	218,394	80,081	95,962	90,428	39,593	54,282	54,739
			西北五地域	143,817	112,589	84,405	43,592	45,051	38,362	23,513	26,230	24,866
上十三地域			183,764	158,286	129,992	46,452	56,442	53,376	24,166	32,533	33,829	
下北地域			79,543	66,542	52,782	20,670	24,709	22,657	10,525	13,873	14,130	

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数 (単位: 人)			人口 65歳以上 (単位: 人)			人口 75歳以上 (単位: 人)		
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
			(100.0)	()	()	(100.0)	()	()	(100.0)	()	()
岩手県		9医療圏	1,330,947 (100.0)	1,140,480 (85.7)	938,624 (70.5)	362,768 (100.0)	404,929 (111.6)	373,424 (102.9)	193,712 (100.0)	235,193 (121.4)	234,662 (121.1)
		盛岡	481,699 (100.0)	441,523 (91.7)	382,024 (79.3)	109,149 (100.0)	140,277 (128.5)	143,452 (131.4)	55,464 (100.0)	79,399 (143.2)	87,853 (158.4)
		岩手中部	230,509 (100.0)	201,820 (87.6)	169,316 (73.5)	62,719 (100.0)	68,946 (109.9)	63,548 (101.3)	33,670 (100.0)	40,166 (119.3)	38,801 (115.2)
		胆江	141,071 (100.0)	120,791 (85.6)	99,876 (70.8)	40,374 (100.0)	43,603 (108.0)	38,964 (96.5)	22,210 (100.0)	25,322 (114.0)	24,738 (111.4)
		両磐	135,987 (100.0)	111,368 (81.9)	87,610 (64.4)	41,238 (100.0)	43,346 (105.1)	36,798 (89.2)	23,655 (100.0)	25,054 (105.9)	24,259 (102.6)
		気仙	70,227 (100.0)	54,397 (77.5)	41,268 (58.8)	23,097 (100.0)	22,610 (97.9)	19,315 (83.6)	12,472 (100.0)	13,982 (112.1)	12,639 (101.3)
		釜石	54,850 (100.0)	40,140 (73.2)	29,389 (53.6)	18,721 (100.0)	16,713 (89.3)	13,216 (70.6)	9,786 (100.0)	10,041 (102.6)	8,411 (85.9)
		宮古	92,694 (100.0)	71,507 (77.1)	53,425 (57.6)	29,686 (100.0)	29,269 (98.6)	23,699 (79.8)	15,488 (100.0)	17,731 (114.5)	15,245 (98.4)
		久慈	62,505 (100.0)	50,510 (80.8)	39,079 (62.5)	17,551 (100.0)	19,488 (111.0)	17,395 (99.1)	9,355 (100.0)	11,089 (118.5)	11,180 (119.5)
		二戸	60,605 (100.0)	47,769 (78.8)	36,117 (59.6)	19,433 (100.0)	19,829 (102.0)	16,285 (83.8)	10,812 (100.0)	11,479 (106.2)	10,643 (98.4)
宮城県		4医療圏	2,348,465 (100.0)	2,210,393 (94.1)	1,972,811 (84.0)	524,702 (100.0)	678,530 (129.3)	715,316 (136.3)	267,012 (100.0)	385,135 (144.2)	429,837 (161.0)
		仙南	183,679 (100.0)	159,606 (86.9)	132,652 (72.2)	48,666 (100.0)	58,011 (119.2)	52,820 (108.5)	27,034 (100.0)	33,081 (122.4)	34,216 (126.6)
		仙台	1,490,098 (100.0)	1,487,516 (99.8)	1,386,041 (93.0)	287,901 (100.0)	416,323 (144.6)	484,175 (168.2)	136,803 (100.0)	237,965 (173.9)	282,560 (206.5)
		大崎・栗原	285,721 (100.0)	242,465 (84.9)	197,315 (69.1)	79,016 (100.0)	87,894 (111.2)	75,841 (96.0)	45,256 (100.0)	47,950 (106.0)	48,623 (107.4)
		石巻・登米・気仙沼	388,667 (100.0)	320,534 (82.5)	256,569 (66.0)	108,819 (100.0)	115,927 (106.5)	102,107 (93.8)	57,619 (100.0)	65,737 (114.1)	63,997 (111.1)
秋田県		8医療圏	1,086,697 (100.0)	893,786 (82.2)	700,246 (64.4)	321,727 (100.0)	353,316 (109.8)	307,050 (95.4)	176,035 (100.0)	206,205 (117.1)	199,835 (113.5)
		大館・鹿角	119,473 (100.0)	96,716 (81.0)	75,337 (63.1)	38,596 (100.0)	38,844 (100.6)	32,223 (83.5)	20,899 (100.0)	23,413 (112.0)	20,909 (100.0)
		北秋田	39,114 (100.0)	28,555 (73.0)	19,876 (50.8)	14,472 (100.0)	13,514 (93.4)	9,975 (68.9)	8,180 (100.0)	8,318 (101.7)	6,972 (85.2)
		能代・山本	90,028 (100.0)	69,428 (77.1)	50,744 (56.4)	30,279 (100.0)	30,600 (101.1)	24,427 (80.7)	16,720 (100.0)	18,444 (110.3)	16,165 (96.7)
		秋田周辺	416,186 (100.0)	359,151 (86.3)	290,720 (69.9)	106,409 (100.0)	131,483 (123.6)	125,337 (117.8)	54,719 (100.0)	76,119 (139.1)	78,762 (143.9)
		由利本荘・にかほ	112,773 (100.0)	93,758 (83.1)	74,470 (66.0)	32,836 (100.0)	36,504 (111.2)	31,157 (94.9)	18,130 (100.0)	21,055 (116.1)	20,550 (113.3)
		大仙・仙北	139,543 (100.0)	111,415 (79.8)	85,463 (61.2)	44,699 (100.0)	46,048 (103.0)	37,299 (83.4)	25,503 (100.0)	26,655 (104.5)	24,988 (98.0)
		横手	98,367 (100.0)	80,422 (81.8)	63,466 (64.5)	30,880 (100.0)	32,630 (105.7)	27,247 (88.2)	17,832 (100.0)	18,635 (104.5)	18,089 (101.4)
		湯沢・雄勝	70,513 (100.0)	53,779 (76.3)	39,738 (56.4)	22,856 (100.0)	22,954 (100.4)	18,768 (82.1)	13,352 (100.0)	12,778 (95.7)	12,661 (94.8)
		山形県		4医療圏	1,169,224 (100.0)	1,006,104 (86.0)	835,762 (71.5)	322,989 (100.0)	359,137 (111.2)	328,841 (101.8)	180,898 (100.0)
村山	563,473 (100.0)			504,022 (89.4)	432,937 (76.8)	148,482 (100.0)	172,819 (116.4)	165,239 (111.3)	82,316 (100.0)	100,421 (122.0)	104,725 (127.2)
最上	84,319 (100.0)			67,536 (80.1)	52,572 (62.3)	24,816 (100.0)	26,545 (107.0)	22,257 (89.7)	14,319 (100.0)	14,646 (102.3)	15,028 (105.0)
置賜	226,989 (100.0)			190,869 (84.1)	156,405 (68.9)	63,729 (100.0)	67,573 (106.0)	60,450 (94.9)	36,275 (100.0)	38,523 (106.2)	38,456 (106.0)
庄内	294,143 (100.0)			243,423 (82.8)	193,640 (65.8)	85,662 (100.0)	91,871 (107.2)	80,599 (94.1)	47,688 (100.0)	53,182 (111.5)	51,326 (107.6)

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数 (単位: 人)			人口 65歳以上 (単位: 人)			人口 75歳以上 (単位: 人)				
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年		
福島県		7医療圏	2,029,064 (100.0)	1,780,166 (87.7)	1,485,158 (73.2)	504,451 (100.0)	614,859 (121.9)	583,952 (115.8)	274,680 (100.0)	344,208 (125.3)	365,202 (133.0)		
		県北	497,059			124,128							
		県中	551,745			121,257							
		県南	150,117			35,660							
		会津	262,051			76,461							
		南会津	29,893			11,018							
		相双	195,950			50,417							
		いわき	342,249			85,510							
茨城県		9医療圏	2,970,570 (100.0)	2,764,859 (93.1)	2,423,396 (81.6)	668,989 (100.0)	863,078 (129.0)	882,780 (132.0)	317,315 (100.0)	494,257 (155.8)	514,480 (162.1)		
		水戸	474,770 (100.0)	447,379 (94.2)	398,117 (83.9)	109,127 (100.0)	139,210 (127.6)	146,075 (133.9)	54,307 (100.0)	80,487 (148.2)	86,695 (159.6)		
		日立	271,172 (100.0)	235,892 (87.0)	192,453 (71.0)	68,924 (100.0)	80,679 (117.1)	77,376 (112.3)	31,301 (100.0)	48,176 (153.9)	46,179 (147.5)		
		常陸大田・ ひたちなか	370,239 (100.0)	341,119 (92.1)	298,826 (80.7)	90,376 (100.0)	110,698 (122.5)	115,045 (127.3)	44,901 (100.0)	64,185 (142.9)	67,589 (150.5)		
		鹿行	279,189 (100.0)	259,918 (93.1)	228,049 (81.7)	61,395 (100.0)	80,210 (130.6)	79,099 (128.8)	29,052 (100.0)	43,628 (150.2)	45,493 (156.6)		
		土浦	267,079 (100.0)	244,151 (91.4)	209,303 (78.4)	62,590 (100.0)	79,143 (126.4)	79,840 (127.6)	29,815 (100.0)	46,650 (156.5)	47,011 (157.7)		
		つくば	324,371 (100.0)	334,161 (103.0)	323,255 (99.7)	59,308 (100.0)	84,109 (141.8)	100,038 (168.7)	28,521 (100.0)	47,225 (165.6)	54,751 (192.0)		
		取手・ 竜ヶ崎	473,930 (100.0)	448,887 (94.7)	392,725 (82.9)	101,502 (100.0)	142,011 (139.9)	143,824 (141.7)	41,896 (100.0)	82,514 (196.9)	82,439 (196.8)		
		筑西・下妻	274,787 (100.0)	241,947 (88.0)	202,409 (73.7)	64,421 (100.0)	79,615 (123.6)	75,686 (117.5)	33,343 (100.0)	43,765 (131.3)	45,280 (135.8)		
		古河・坂東	234,233 (100.0)	210,661 (89.9)	177,607 (75.8)	50,546 (100.0)	66,373 (131.3)	64,739 (128.1)	23,379 (100.0)	36,382 (155.6)	37,746 (161.5)		
		栃木県		6医療圏	2,008,183 (100.0)	1,867,655 (93.0)	1,643,775 (81.9)	443,470 (100.0)	576,131 (129.9)	597,148 (134.7)	218,564 (100.0)	323,087 (147.8)	347,746 (159.1)
				県北	393,065 (100.0)	364,184 (92.7)	320,378 (81.5)	88,013 (100.0)	116,579 (132.5)	119,287 (135.5)	45,694 (100.0)	63,762 (139.5)	71,512 (156.5)
県西	192,414 (100.0)			168,575 (87.6)	140,299 (72.9)	48,766 (100.0)	57,900 (118.7)	56,129 (115.1)	25,368 (100.0)	33,038 (130.2)	33,907 (133.7)		
宇都宮	511,739 (100.0)			503,047 (98.3)	464,117 (90.7)	101,612 (100.0)	140,255 (138.0)	160,174 (157.6)	46,449 (100.0)	80,407 (173.1)	89,447 (192.6)		
県東	149,779 (100.0)			136,092 (90.9)	118,492 (79.1)	33,012 (100.0)	43,339 (131.3)	42,344 (128.3)	17,864 (100.0)	23,247 (130.1)	26,007 (145.6)		
県南	484,907 (100.0)			454,501 (93.7)	401,261 (82.8)	102,561 (100.0)	137,386 (134.0)	142,382 (138.8)	48,840 (100.0)	75,321 (154.2)	82,113 (168.1)		
両毛	275,779 (100.0)			240,793 (87.3)	198,821 (72.1)	69,006 (100.0)	80,018 (116.0)	76,157 (110.4)	33,849 (100.0)	46,585 (137.6)	43,964 (129.9)		

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数 (単位: 人)			人口 65歳以上 (単位: 人)			人口 75歳以上 (単位: 人)		
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
			(100.0)	(92.5)	(81.2)	(100.0)	(122.8)	(125.9)	(100.0)	(146.6)	(147.2)
群馬県		10医療圏	2,008,968 (100.0)	1,858,708 (92.5)	1,630,652 (81.2)	474,452 (100.0)	582,754 (122.8)	597,490 (125.9)	235,366 (100.0)	345,147 (146.6)	346,549 (147.2)
		前橋	340,291 (100.0)	317,897 (93.4)	280,179 (82.3)	80,171 (100.0)	100,226 (125.0)	104,455 (130.3)	39,835 (100.0)	59,907 (150.4)	61,769 (155.1)
		高崎・安中	432,379 (100.0)	413,783 (95.7)	373,864 (86.5)	101,696 (100.0)	127,189 (125.1)	134,847 (132.6)	49,813 (100.0)	76,519 (153.6)	77,467 (155.5)
		渋川	117,501 (100.0)	106,385 (90.5)	91,425 (77.8)	28,845 (100.0)	35,795 (124.1)	34,962 (121.2)	14,669 (100.0)	20,710 (141.2)	21,388 (145.8)
		藤岡	71,633 (100.0)	63,687 (88.9)	53,410 (74.6)	18,083 (100.0)	21,804 (120.6)	21,137 (116.9)	9,147 (100.0)	12,917 (141.2)	12,650 (138.3)
		富岡	77,022 (100.0)	64,815 (84.2)	52,124 (67.7)	22,224 (100.0)	25,110 (113.0)	22,677 (102.0)	12,278 (100.0)	14,958 (121.8)	14,561 (118.6)
		吾妻	61,109 (100.0)	49,068 (80.3)	37,581 (61.5)	19,042 (100.0)	20,318 (106.7)	17,669 (92.8)	10,570 (100.0)	12,145 (114.9)	11,559 (109.4)
		沼田	89,032 (100.0)	74,302 (83.5)	59,825 (67.2)	25,444 (100.0)	28,203 (110.8)	25,351 (99.6)	14,352 (100.0)	16,304 (113.6)	16,308 (113.6)
		伊勢崎	244,757 (100.0)	240,208 (98.1)	223,149 (91.2)	48,511 (100.0)	64,055 (132.0)	73,461 (151.4)	23,274 (100.0)	36,560 (157.1)	40,171 (172.6)
		桐生	173,603 (100.0)	148,925 (85.8)	120,873 (69.6)	46,350 (100.0)	51,090 (110.2)	47,962 (103.5)	22,765 (100.0)	31,292 (137.5)	27,714 (121.7)
		太田・館林	400,741 (100.0)	378,838 (94.5)	337,544 (84.2)	83,186 (100.0)	107,896 (129.7)	113,919 (136.9)	37,763 (100.0)	62,604 (165.8)	61,731 (163.5)
		埼玉県		10医療圏	7,195,456 (100.0)	6,991,918 (97.2)	6,305,390 (87.6)	1,471,152 (100.0)	1,983,711 (134.8)	2,202,986 (149.7)	590,078 (100.0)
南部	756,087 (100.0)			765,610 (101.3)	722,948 (95.6)	140,746 (100.0)	180,000 (127.9)	223,617 (158.9)	55,692 (100.0)	105,676 (189.8)	110,492 (198.4)
南西部	689,961 (100.0)			698,833 (101.3)	658,180 (95.4)	132,521 (100.0)	176,258 (133.0)	216,395 (163.3)	50,030 (100.0)	108,489 (216.8)	111,817 (223.5)
東部	1,118,182 (100.0)			1,088,980 (97.4)	975,469 (87.2)	223,322 (100.0)	305,697 (136.9)	341,159 (152.8)	77,575 (100.0)	187,072 (241.1)	178,751 (230.4)
さいたま	1,222,434 (100.0)			1,240,702 (101.5)	1,168,491 (95.6)	235,360 (100.0)	323,951 (137.6)	394,935 (167.8)	98,514 (100.0)	190,612 (193.5)	211,494 (214.7)
県央	529,658 (100.0)			510,256 (96.3)	453,143 (85.6)	110,635 (100.0)	150,626 (136.1)	162,588 (147.0)	41,613 (100.0)	89,958 (216.2)	88,837 (213.5)
川越比企	799,470 (100.0)			761,534 (95.3)	671,417 (84.0)	169,873 (100.0)	232,854 (137.1)	239,760 (141.1)	67,973 (100.0)	137,508 (202.3)	134,652 (198.1)
西部	788,545 (100.0)			753,821 (95.6)	665,211 (84.4)	168,219 (100.0)	233,856 (139.0)	250,676 (149.0)	67,541 (100.0)	141,968 (210.2)	145,730 (215.8)
利根	659,459 (100.0)			604,461 (91.7)	510,384 (77.4)	144,841 (100.0)	197,566 (136.4)	192,328 (132.8)	61,005 (100.0)	113,085 (185.4)	111,728 (183.1)
北部	522,534 (100.0)			477,922 (91.5)	409,173 (78.3)	114,532 (100.0)	149,433 (130.5)	151,357 (132.2)	53,212 (100.0)	83,992 (157.8)	86,865 (163.2)
秩父	108,226 (100.0)			88,927 (82.2)	70,191 (64.9)	30,203 (100.0)	32,255 (106.8)	28,826 (95.4)	16,023 (100.0)	18,405 (114.9)	17,665 (110.2)
千葉県				9医療圏	6,217,089 (100.0)	5,987,768 (96.3)	5,358,832 (86.2)	1,340,093 (100.0)	1,798,796 (134.2)	1,957,540 (146.1)	563,492 (100.0)
		千葉	961,749 (100.0)	966,503 (100.5)	886,472 (92.2)	205,941 (100.0)	294,069 (142.8)	332,845 (161.6)	80,830 (100.0)	184,110 (227.8)	187,747 (232.3)
		東葛南部	1,710,000 (100.0)	1,692,211 (99.0)	1,568,300 (91.7)	324,059 (100.0)	437,841 (135.1)	534,184 (164.8)	126,160 (100.0)	266,302 (211.1)	278,533 (220.8)
		東葛北部	1,341,961 (100.0)	1,321,842 (98.5)	1,199,242 (89.4)	284,655 (100.0)	388,617 (136.5)	431,184 (151.5)	112,694 (100.0)	240,149 (213.1)	239,493 (212.5)
		印旛	704,476 (100.0)	686,101 (97.4)	614,625 (87.2)	139,807 (100.0)	208,390 (149.1)	219,176 (156.8)	56,309 (100.0)	117,799 (209.2)	124,581 (221.2)
		香取海匝	299,558 (100.0)	247,264 (82.5)	193,353 (64.5)	81,813 (100.0)	90,932 (111.1)	79,984 (97.8)	43,300 (100.0)	51,505 (118.9)	49,303 (113.9)
		山武長生夷隅	455,111 (100.0)	398,473 (87.6)	326,381 (71.7)	121,189 (100.0)	149,574 (123.4)	139,277 (114.9)	60,511 (100.0)	87,169 (144.1)	86,311 (142.6)
		安房	136,110 (100.0)	114,000 (83.8)	91,013 (66.9)	46,168 (100.0)	48,217 (104.4)	40,583 (87.9)	25,046 (100.0)	30,426 (121.5)	25,720 (102.7)
		君津	326,808 (100.0)	298,648 (91.4)	253,697 (77.6)	76,534 (100.0)	98,106 (128.2)	96,634 (126.3)	34,111 (100.0)	57,822 (169.5)	56,574 (165.9)
		市原	280,416 (100.0)	261,985 (93.4)	225,108 (80.3)	59,127 (100.0)	82,019 (138.7)	82,611 (139.7)	23,731 (100.0)	46,924 (197.7)	47,099 (198.5)

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数 (単位: 人)			人口 65歳以上 (単位: 人)			人口 75歳以上 (単位: 人)				
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年		
			(100.0)	(100.1)	(93.5)	(100.0)	(124.0)	(153.7)	(100.0)	(160.2)	(173.3)		
東京都	13医療圏	区中央部	757,562 (100.0)	795,712 (105.0)	758,202 (100.1)	144,205 (100.0)	175,335 (121.6)	248,378 (172.2)	69,646 (100.0)	100,372 (144.1)	116,946 (167.9)		
		区南部	1,058,675 (100.0)	1,074,021 (101.4)	1,016,459 (96.0)	212,116 (100.0)	257,518 (121.4)	318,965 (150.4)	98,201 (100.0)	150,835 (153.6)	158,418 (161.3)		
		区西南部	1,349,960 (100.0)	1,361,068 (100.8)	1,281,960 (95.0)	253,427 (100.0)	313,972 (123.9)	418,983 (165.3)	125,994 (100.0)	184,719 (146.6)	215,734 (171.2)		
		区西部	1,190,628 (100.0)	1,164,925 (97.8)	1,067,142 (89.6)	249,524 (100.0)	305,291 (122.3)	372,670 (149.4)	122,872 (100.0)	184,325 (150.0)	199,846 (162.6)		
		区西北部	1,872,170 (100.0)	1,901,726 (101.6)	1,771,023 (94.6)	387,534 (100.0)	506,287 (130.6)	631,409 (162.9)	183,791 (100.0)	303,812 (165.3)	339,650 (184.8)		
		区東北部	1,329,308 (100.0)	1,243,907 (93.6)	1,098,218 (82.6)	293,580 (100.0)	329,439 (112.2)	373,140 (127.1)	130,018 (100.0)	197,230 (151.7)	189,879 (146.0)		
		区東部	1,387,392 (100.0)	1,432,511 (103.3)	1,402,683 (101.1)	264,078 (100.0)	304,877 (115.4)	404,762 (153.3)	111,560 (100.0)	176,385 (158.1)	190,519 (170.8)		
		西多摩	395,785 (100.0)	361,840 (91.4)	310,059 (78.3)	90,491 (100.0)	111,621 (123.4)	116,918 (129.2)	40,893 (100.0)	66,326 (162.2)	65,710 (160.7)		
		南多摩	1,419,575 (100.0)	1,441,077 (101.5)	1,353,199 (95.3)	296,026 (100.0)	394,817 (133.4)	466,146 (157.5)	124,397 (100.0)	240,831 (193.6)	251,698 (202.3)		
		北多摩西部	641,246 (100.0)	638,003 (99.5)	590,212 (92.0)	131,728 (100.0)	170,607 (129.5)	201,920 (153.3)	57,668 (100.0)	101,490 (176.0)	107,803 (186.9)		
		北多摩南部	1,001,519 (100.0)	1,016,764 (101.5)	965,375 (96.4)	190,528 (100.0)	249,271 (130.8)	324,757 (170.5)	91,373 (100.0)	148,541 (162.6)	171,992 (188.2)		
		北多摩北部	727,753 (100.0)	723,675 (99.4)	674,402 (92.7)	157,858 (100.0)	194,724 (123.4)	232,048 (147.0)	73,249 (100.0)	117,531 (160.5)	126,411 (172.6)		
		島しょ	27,815 (100.0)	23,443 (84.3)	18,707 (67.3)	8,171 (100.0)	8,720 (106.7)	7,467 (91.4)	4,423 (100.0)	5,029 (113.7)	4,498 (101.7)		
		神奈川県	11医療圏	横浜北部	1,518,277 (100.0)	1,608,309 (105.9)	1,575,909 (103.8)	259,007 (100.0)	386,205 (149.1)	526,090 (203.1)	114,930 (100.0)	227,968 (198.4)	283,720 (246.9)
				横浜西部	1,109,522 (100.0)	1,088,394 (98.1)	991,686 (89.4)	243,736 (100.0)	318,461 (130.7)	369,807 (151.7)	108,273 (100.0)	200,648 (185.3)	209,489 (193.5)
横浜南部	1,060,974 (100.0)			1,017,084 (95.9)	899,242 (84.8)	238,472 (100.0)	309,005 (129.6)	342,312 (143.5)	104,535 (100.0)	191,071 (182.8)	193,034 (184.7)		
川崎北部	820,047 (100.0)			878,812 (107.2)	868,173 (105.9)	134,179 (100.0)	203,284 (151.5)	282,936 (210.9)	57,995 (100.0)	120,126 (207.1)	149,523 (257.8)		
川崎南部	605,465 (100.0)			623,803 (103.0)	607,414 (100.3)	106,085 (100.0)	130,200 (122.7)	171,475 (161.6)	48,105 (100.0)	75,080 (156.1)	82,869 (172.3)		
横須賀・三浦	732,059 (100.0)			666,951 (91.1)	569,572 (77.8)	193,143 (100.0)	216,902 (112.3)	220,241 (114.0)	90,643 (100.0)	137,646 (151.9)	123,338 (136.1)		
湘南東部	692,410 (100.0)			695,166 (100.4)	649,635 (93.8)	141,166 (100.0)	184,624 (130.8)	220,655 (156.3)	60,572 (100.0)	111,714 (184.4)	117,373 (193.8)		
湘南西部	594,518 (100.0)			571,974 (96.2)	508,511 (85.5)	126,574 (100.0)	172,569 (136.3)	186,502 (147.3)	53,400 (100.0)	104,268 (195.3)	105,770 (198.1)		
県央	838,464 (100.0)			823,140 (98.2)	747,152 (89.1)	160,095 (100.0)	222,568 (139.0)	256,862 (160.4)	60,061 (100.0)	132,921 (221.3)	135,904 (226.3)		
相模原	717,544 (100.0)			711,310 (99.1)	650,993 (90.7)	139,040 (100.0)	198,298 (142.6)	236,252 (169.9)	54,341 (100.0)	119,561 (220.0)	130,498 (240.1)		
県西	359,051 (100.0)			324,724 (90.4)	275,208 (76.6)	88,513 (100.0)	105,788 (119.5)	105,775 (119.5)	40,662 (100.0)	64,341 (158.2)	60,832 (149.6)		

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数 (単位: 人)			人口 65歳以上 (単位: 人)			人口 75歳以上 (単位: 人)		
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
新潟県		7医療圏	2,375,050 (100.0)	2,112,999 (89.0)	1,791,358 (75.4)	624,554 (100.0)	725,288 (116.1)	694,148 (111.1)	335,482 (100.0)	427,655 (127.5)	426,522 (127.1)
		下越	219,581 (100.0)	185,626 (84.5)	150,333 (68.5)	62,072 (100.0)	68,297 (110.0)	60,359 (97.2)	34,445 (100.0)	39,557 (114.8)	37,982 (110.3)
		新潟	925,314 (100.0)	855,268 (92.4)	745,491 (80.6)	221,627 (100.0)	275,564 (124.3)	280,741 (126.7)	113,819 (100.0)	162,632 (142.9)	168,673 (148.2)
		県央	235,303 (100.0)	207,003 (88.0)	172,420 (73.3)	61,302 (100.0)	71,332 (116.4)	67,829 (110.6)	31,257 (100.0)	41,610 (133.1)	40,830 (130.6)
		中越	464,294 (100.0)	412,810 (88.9)	350,067 (75.4)	121,819 (100.0)	140,616 (115.4)	134,197 (110.2)	66,052 (100.0)	82,504 (124.9)	82,049 (124.2)
		魚沼	180,173 (100.0)	152,488 (84.6)	125,003 (69.4)	53,576 (100.0)	59,261 (110.6)	52,190 (97.4)	31,150 (100.0)	34,815 (111.8)	34,824 (111.8)
		上越	287,058 (100.0)	250,506 (87.3)	210,495 (73.3)	80,456 (100.0)	88,546 (110.1)	81,850 (101.7)	44,204 (100.0)	52,544 (118.9)	50,450 (114.1)
		佐渡	62,727 (100.0)	48,777 (77.8)	37,109 (59.2)	23,102 (100.0)	20,985 (90.8)	16,338 (70.7)	13,955 (100.0)	13,247 (94.9)	10,975 (78.6)
富山県		4医療圏	1,093,547 (100.0)	986,157 (90.2)	841,658 (77.0)	286,556 (100.0)	332,075 (115.9)	323,511 (112.9)	147,912 (100.0)	205,963 (139.2)	189,948 (128.4)
		新川	127,644 (100.0)	111,170 (87.1)	91,908 (72.0)	36,118 (100.0)	39,670 (109.8)	37,139 (102.8)	19,163 (100.0)	24,974 (130.3)	22,366 (116.7)
		富山	508,027 (100.0)	472,771 (93.1)	415,550 (81.8)	125,478 (100.0)	149,015 (118.8)	152,588 (121.6)	62,667 (100.0)	91,504 (146.0)	86,862 (138.6)
		高岡	321,375 (100.0)	283,228 (88.1)	235,313 (73.2)	86,099 (100.0)	99,264 (115.3)	93,197 (108.2)	43,980 (100.0)	61,886 (140.7)	54,942 (124.9)
		砺波	136,201 (100.0)	118,720 (87.2)	98,660 (72.4)	38,561 (100.0)	43,782 (113.5)	40,254 (104.4)	21,802 (100.0)	27,182 (124.7)	25,398 (116.5)
		石川県		4医療圏	1,170,088 (100.0)	1,096,443 (93.7)	974,606 (83.3)	277,854 (100.0)	342,159 (123.1)	351,468 (126.5)	141,517 (100.0)
南加賀	235,147 (100.0)	218,368 (92.9)		192,947 (82.1)	56,873 (100.0)	67,339 (118.4)	68,609 (120.6)	28,185 (100.0)	41,808 (148.3)	39,246 (139.2)	
石川中央	723,223 (100.0)	712,603 (98.5)		658,916 (91.1)	149,509 (100.0)	201,919 (135.1)	225,900 (151.1)	73,179 (100.0)	120,567 (164.8)	128,129 (175.1)	
能登中部	135,960 (100.0)	110,893 (81.6)		85,618 (63.0)	41,488 (100.0)	45,179 (108.9)	37,612 (90.7)	22,530 (100.0)	27,852 (123.6)	24,039 (106.7)	
能登北部	75,458 (100.0)	54,306 (72.0)		36,889 (48.9)	29,684 (100.0)	27,360 (92.2)	18,985 (64.0)	17,323 (100.0)	17,327 (100.0)	13,120 (75.7)	
福井県		4医療圏		806,614 (100.0)	731,295 (90.7)	633,460 (78.5)	203,527 (100.0)	240,313 (118.1)	237,854 (116.9)	109,179 (100.0)	143,128 (131.1)
福井・坂井		409,332 (100.0)	377,935 (92.3)	331,206 (80.9)	99,778 (100.0)	122,052 (122.3)	124,692 (125.0)	52,210 (100.0)	73,145 (140.1)	75,548 (144.7)	
奥越		60,757 (100.0)	49,295 (81.1)	38,304 (63.0)	18,437 (100.0)	19,564 (106.1)	16,339 (88.6)	10,462 (100.0)	11,566 (110.6)	10,882 (104.0)	
丹南		190,821 (100.0)	174,588 (91.5)	153,399 (80.4)	47,319 (100.0)	55,610 (117.5)	55,439 (117.2)	25,532 (100.0)	33,246 (130.2)	33,555 (131.4)	
嶺南		145,404 (100.0)	129,212 (88.9)	110,327 (75.9)	37,693 (100.0)	42,741 (113.4)	41,053 (108.9)	20,675 (100.0)	24,790 (119.9)	24,935 (120.6)	
山梨県			4医療圏	863,375 (100.0)	776,167 (89.9)	666,369 (77.2)	213,110 (100.0)	252,792 (118.6)	258,939 (121.5)	111,203 (100.0)	148,950 (133.9)
中北	473,854 (100.0)		443,143 (93.5)	392,894 (82.9)	110,078 (100.0)	136,178 (123.7)	146,340 (132.9)	55,863 (100.0)	80,603 (144.3)	85,461 (153.0)	
峡東	141,288 (100.0)		123,472 (87.4)	102,833 (72.8)	37,311 (100.0)	42,803 (114.7)	42,308 (113.4)	19,784 (100.0)	25,587 (129.3)	25,522 (129.0)	
峡南	58,137 (100.0)		45,139 (77.6)	34,138 (58.7)	19,587 (100.0)	18,948 (96.7)	16,077 (82.1)	11,624 (100.0)	11,661 (100.3)	10,689 (92.0)	
富士・東部	189,796 (100.0)		164,154 (86.5)	136,290 (71.8)	45,834 (100.0)	54,528 (119.0)	53,886 (117.6)	23,632 (100.0)	30,725 (130.0)	32,992 (139.6)	

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数 (単位: 人)			人口 65歳以上 (単位: 人)			人口 75歳以上 (単位: 人)		
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
長野県		10医療圏	2,153,349 (100.0)	1,938,416 (90.0)	1,669,087 (77.5)	571,758 (100.0)	643,912 (112.6)	641,915 (112.3)	306,154 (100.0)	392,829 (128.3)	382,973 (125.1)
		佐久	213,724 (100.0)	196,169 (91.8)	172,587 (80.8)	56,338 (100.0)	65,583 (116.4)	66,416 (117.9)	31,221 (100.0)	38,695 (123.9)	40,445 (129.5)
		上小	201,682 (100.0)	179,612 (89.1)	152,170 (75.5)	53,438 (100.0)	61,270 (114.7)	60,440 (113.1)	28,595 (100.0)	37,118 (129.8)	36,543 (127.8)
		諏訪	204,875 (100.0)	182,709 (89.2)	155,069 (75.7)	54,967 (100.0)	60,780 (110.6)	59,431 (108.1)	27,766 (100.0)	38,454 (138.5)	34,663 (124.8)
		上伊那	190,402 (100.0)	174,568 (91.7)	153,548 (80.6)	49,936 (100.0)	56,485 (113.1)	56,792 (113.7)	26,799 (100.0)	34,234 (127.7)	33,695 (125.7)
		飯伊	169,504 (100.0)	148,924 (87.9)	127,626 (75.3)	50,124 (100.0)	52,313 (104.4)	48,966 (97.7)	28,640 (100.0)	32,055 (111.9)	30,618 (106.9)
		木曾	31,042 (100.0)	23,877 (76.9)	17,764 (57.2)	11,109 (100.0)	10,276 (92.5)	8,099 (72.9)	6,385 (100.0)	6,501 (101.8)	5,397 (84.5)
		松本	430,447 (100.0)	403,013 (93.6)	359,682 (83.6)	105,697 (100.0)	122,240 (115.7)	130,167 (123.2)	55,151 (100.0)	74,757 (135.5)	74,355 (134.8)
		大北	62,649 (100.0)	52,366 (83.6)	41,689 (66.5)	18,333 (100.0)	20,036 (109.3)	18,454 (100.7)	10,032 (100.0)	12,484 (124.4)	11,482 (114.5)
		長野	554,256 (100.0)	497,646 (89.8)	424,425 (76.6)	143,471 (100.0)	164,941 (115.0)	166,300 (115.9)	75,002 (100.0)	100,347 (133.8)	98,497 (131.3)
		北信	93,868 (100.0)	78,739 (83.9)	63,855 (68.0)	27,445 (100.0)	28,986 (105.6)	25,887 (94.3)	15,663 (100.0)	17,056 (108.9)	16,198 (103.4)
		岐阜県		5医療圏	2,081,173 (100.0)	1,908,184 (91.7)	1,659,842 (79.8)	502,190 (100.0)	598,316 (119.1)	600,711 (119.6)	245,512 (100.0)
岐阜	807,571 (100.0)			765,662 (94.8)	685,185 (84.8)	182,433 (100.0)	219,510 (120.3)	232,694 (127.6)	83,013 (100.0)	131,718 (158.7)	127,560 (153.7)
西濃	385,021 (100.0)			350,130 (90.9)	302,553 (78.6)	90,291 (100.0)	108,593 (120.3)	107,817 (119.4)	43,860 (100.0)	63,711 (145.3)	62,597 (142.7)
中濃	382,570 (100.0)			352,118 (92.0)	307,865 (80.5)	92,123 (100.0)	114,745 (124.6)	113,537 (123.2)	47,562 (100.0)	68,024 (143.0)	69,499 (146.1)
東濃	348,085 (100.0)			306,542 (88.1)	255,843 (73.5)	90,441 (100.0)	105,368 (116.5)	101,015 (111.7)	45,780 (100.0)	63,876 (139.5)	62,091 (135.6)
飛騨	157,526 (100.0)			133,366 (84.7)	108,079 (68.6)	46,502 (100.0)	49,618 (106.7)	45,166 (97.1)	24,897 (100.0)	31,519 (126.6)	28,448 (114.3)
静岡県				8医療圏	3,765,707 (100.0)	3,480,959 (92.4)	3,035,888 (80.6)	897,651 (100.0)	1,102,113 (122.8)	1,123,972 (125.2)	432,636 (100.0)
加茂		73,713 (100.0)	57,954 (78.6)	42,795 (58.1)	26,022 (100.0)	28,134 (100.4)	20,745 (79.7)	13,452 (100.0)	16,733 (124.4)	13,161 (97.8)	
熱海伊東		111,048 (100.0)	92,272 (83.1)	70,746 (63.7)	38,995 (100.0)	40,844 (104.7)	35,008 (89.8)	18,149 (100.0)	26,895 (148.2)	21,151 (116.5)	
駿東田方		673,454 (100.0)	623,116 (92.5)	544,853 (80.9)	155,182 (100.0)	188,680 (121.6)	195,775 (126.2)	71,688 (100.0)	111,290 (155.2)	110,557 (154.2)	
富士		386,028 (100.0)	362,643 (93.9)	320,945 (83.1)	85,279 (100.0)	108,128 (126.8)	113,767 (133.4)	38,523 (100.0)	62,468 (162.2)	64,283 (166.9)	
静岡		716,197 (100.0)	652,514 (91.1)	558,931 (78.0)	176,830 (100.0)	207,619 (117.4)	209,470 (118.5)	83,652 (100.0)	126,176 (150.8)	120,612 (144.2)	
志太榛原		472,584 (100.0)	438,727 (92.8)	384,241 (81.3)	115,084 (100.0)	142,289 (123.6)	142,021 (123.4)	56,892 (100.0)	84,228 (148.0)	84,817 (149.1)	
中東遠		471,010 (100.0)	442,880 (94.0)	393,809 (83.6)	103,266 (100.0)	138,396 (134.0)	141,783 (137.3)	53,163 (100.0)	78,630 (147.9)	86,545 (162.8)	
西部		860,973 (100.0)	810,227 (94.1)	719,039 (83.5)	196,293 (100.0)	249,194 (127.0)	264,595 (134.8)	96,417 (100.0)	148,178 (153.7)	155,525 (161.3)	

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数 (単位: 人)			人口 65歳以上 (単位: 人)			人口 75歳以上 (単位: 人)				
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年		
			(100.0)	(99.2)	(92.5)	(100.0)	(129.0)	(147.4)	(100.0)	(176.7)	(182.3)		
愛知県		12医療圏	7,411,819 (100.0)	7,349,216 (99.2)	6,856,636 (92.5)	1,507,073 (100.0)	1,944,738 (129.0)	2,220,816 (147.4)	660,995 (100.0)	1,167,954 (176.7)	1,205,225 (182.3)		
		名古屋	2,263,894 (100.0)	2,247,647 (99.3)	2,088,107 (92.2)	481,004 (100.0)	617,541 (128.4)	713,029 (148.2)	219,812 (100.0)	376,891 (171.5)	397,259 (180.7)		
		海部	331,326 (100.0)	315,544 (95.2)	282,567 (85.3)	72,415 (100.0)	87,587 (121.0)	95,238 (131.5)	29,324 (100.0)	54,023 (184.2)	49,601 (169.1)		
		尾張中部	161,733 (100.0)	166,044 (102.7)	160,280 (99.1)	32,671 (100.0)	39,934 (122.2)	45,985 (140.8)	12,626 (100.0)	24,709 (195.7)	22,771 (180.4)		
		尾張東部	461,219 (100.0)	474,542 (102.9)	456,764 (99.0)	90,525 (100.0)	120,027 (132.6)	143,954 (159.0)	37,354 (100.0)	73,343 (196.3)	75,993 (203.4)		
		尾張西部	515,008 (100.0)	494,710 (96.1)	447,403 (86.9)	112,789 (100.0)	137,451 (121.9)	150,728 (133.6)	47,264 (100.0)	83,241 (176.1)	79,971 (169.2)		
		尾張北部	730,973 (100.0)	718,415 (98.3)	661,337 (90.5)	151,073 (100.0)	192,086 (127.1)	214,504 (142.0)	60,007 (100.0)	118,470 (197.4)	112,653 (187.7)		
		知多半島	614,794 (100.0)	612,917 (99.7)	577,457 (93.9)	124,470 (100.0)	156,954 (126.1)	175,473 (141.0)	53,351 (100.0)	93,367 (175.0)	93,181 (174.7)		
		西三河北部	481,585 (100.0)	492,104 (102.2)	472,773 (98.2)	78,334 (100.0)	116,031 (148.1)	139,375 (177.9)	31,651 (100.0)	66,429 (209.9)	74,440 (235.2)		
		西三河南部東	410,287 (100.0)	414,317 (101.0)	394,398 (96.1)	73,709 (100.0)	104,387 (141.6)	122,870 (166.7)	33,257 (100.0)	58,819 (176.9)	66,943 (201.3)		
		西三河南部西	674,213 (100.0)	685,700 (101.7)	660,648 (98.0)	120,676 (100.0)	161,553 (133.9)	195,504 (162.0)	54,878 (100.0)	92,781 (169.1)	103,525 (188.6)		
		東三河北部	60,726 (100.0)	50,004 (82.3)	39,635 (65.3)	18,947 (100.0)	20,115 (106.2)	17,137 (90.4)	10,828 (100.0)	12,125 (112.0)	11,372 (105.0)		
		東三河南部	704,961 (100.0)	676,191 (95.9)	614,263 (87.1)	149,360 (100.0)	189,663 (127.0)	205,426 (137.5)	69,543 (100.0)	111,792 (160.8)	115,521 (166.1)		
		三重県		4医療圏	1,855,024 (100.0)	1,714,799 (92.4)	1,507,897 (81.3)	450,666 (100.0)	528,343 (117.2)	542,775 (120.4)	223,100 (100.0)	314,781 (141.1)	312,830 (140.2)
				北勢	840,179 (100.0)	820,324 (97.6)	755,484 (89.9)	177,310 (100.0)	221,625 (125.0)	249,778 (140.9)	81,606 (100.0)	129,743 (159.0)	134,548 (164.9)
中勢伊賀	463,237 (100.0)			420,574 (90.8)	361,935 (78.1)	115,615 (100.0)	137,576 (119.0)	134,563 (116.4)	58,064 (100.0)	82,289 (141.7)	81,447 (140.3)		
南勢志摩	471,730 (100.0)			411,573 (87.2)	343,800 (72.9)	129,648 (100.0)	142,058 (109.6)	136,300 (105.1)	68,047 (100.0)	85,474 (125.6)	82,301 (120.9)		
東紀州	79,578 (100.0)			62,052 (78.0)	46,437 (58.4)	27,793 (100.0)	26,730 (96.2)	21,772 (78.3)	15,083 (100.0)	16,849 (111.7)	14,108 (93.5)		
滋賀県		7医療圏	1,411,377 (100.0)	1,398,910 (99.1)	1,309,846 (92.8)	292,412 (100.0)	385,482 (131.8)	429,813 (147.0)	142,513 (100.0)	224,603 (157.6)	243,402 (170.8)		
		大津	337,634 (100.0)	344,534 (102.0)	326,627 (96.7)	69,550 (100.0)	98,024 (140.9)	114,195 (164.2)	32,453 (100.0)	57,842 (178.2)	65,219 (201.0)		
		湖南	321,044 (100.0)	346,275 (107.9)	348,277 (108.5)	54,586 (100.0)	79,271 (145.2)	99,281 (181.9)	23,406 (100.0)	46,174 (197.3)	51,151 (218.5)		
		甲賀	147,318 (100.0)	137,257 (93.2)	120,695 (81.9)	29,552 (100.0)	39,716 (134.4)	41,323 (139.8)	14,449 (100.0)	22,307 (154.4)	24,387 (168.8)		
		東近江	233,003 (100.0)	220,522 (94.6)	199,039 (85.4)	50,551 (100.0)	63,839 (126.3)	65,986 (130.5)	25,813 (100.0)	36,613 (141.8)	38,683 (149.9)		
		湖東	155,101 (100.0)	150,806 (97.2)	139,752 (90.1)	33,196 (100.0)	41,484 (125.0)	45,475 (137.0)	16,985 (100.0)	23,874 (140.6)	25,627 (150.9)		
		湖北	164,191 (100.0)	152,714 (93.0)	136,187 (82.9)	39,729 (100.0)	45,518 (114.6)	46,958 (118.2)	20,962 (100.0)	26,882 (128.2)	27,349 (130.5)		
		湖西	52,486 (100.0)	46,214 (88.1)	38,723 (73.8)	14,648 (100.0)	16,844 (115.0)	15,723 (107.3)	7,845 (100.0)	9,970 (127.1)	9,967 (127.0)		
京都府		6医療圏	2,636,592 (100.0)	2,499,908 (94.8)	2,223,967 (84.4)	617,455 (100.0)	770,312 (124.8)	809,717 (131.1)	292,643 (100.0)	484,253 (165.5)	467,766 (159.8)		
		丹後	104,850 (100.0)	84,578 (80.7)	66,281 (63.2)	33,254 (100.0)	33,407 (100.5)	28,851 (86.8)	18,665 (100.0)	20,877 (111.9)	18,448 (98.8)		
		中丹	204,157 (100.0)	178,181 (87.3)	150,598 (73.8)	56,086 (100.0)	58,585 (104.5)	54,293 (96.8)	30,512 (100.0)	36,454 (119.5)	31,963 (104.8)		
		南丹	143,345 (100.0)	127,336 (88.8)	106,900 (74.6)	35,167 (100.0)	43,095 (122.5)	40,810 (116.0)	17,755 (100.0)	25,289 (142.4)	24,942 (140.5)		
		京都・乙訓	1,623,308 (100.0)	1,564,641 (96.4)	1,408,489 (86.8)	372,976 (100.0)	473,155 (126.9)	515,517 (138.2)	175,321 (100.0)	301,475 (172.0)	297,473 (169.7)		
		山城北	445,855 (100.0)	422,830 (94.8)	370,607 (83.1)	97,275 (100.0)	128,706 (132.3)	131,647 (135.3)	39,942 (100.0)	80,356 (201.2)	73,361 (183.7)		
		山城南	114,577 (100.0)	121,894 (106.4)	120,711 (105.4)	22,197 (100.0)	32,777 (147.7)	38,026 (171.3)	9,948 (100.0)	19,055 (191.5)	20,882 (209.9)		

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数(単位:人)			人口 65歳以上(単位:人)			人口 75歳以上(単位:人)				
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年		
			(100.0)	(94.9)	(84.1)	(100.0)	(123.8)	(135.3)	(100.0)	(181.3)	(174.6)		
大阪府	8医療圏	豊能	1,012,902 (100.0)	968,191 (95.6)	864,684 (85.4)	216,067 (100.0)	277,862 (128.6)	311,437 (144.1)	93,627 (100.0)	172,959 (184.7)	174,113 (186.0)		
		三島	744,836 (100.0)	730,980 (98.1)	666,959 (89.5)	159,987 (100.0)	207,374 (129.6)	229,935 (143.7)	65,134 (100.0)	131,051 (201.2)	125,155 (192.2)		
		北河内	1,185,935 (100.0)	1,108,862 (93.5)	955,657 (80.6)	265,731 (100.0)	341,621 (128.6)	366,599 (138.0)	101,397 (100.0)	215,325 (212.4)	201,001 (198.2)		
		中河内	855,766 (100.0)	779,398 (91.1)	659,383 (77.1)	201,164 (100.0)	240,073 (119.3)	253,555 (126.0)	81,249 (100.0)	149,768 (184.3)	136,543 (168.1)		
		南河内	636,008 (100.0)	574,652 (90.4)	484,010 (76.1)	149,233 (100.0)	185,578 (124.4)	189,832 (127.2)	63,281 (100.0)	115,745 (182.9)	110,596 (174.8)		
		堺市	841,966 (100.0)	814,289 (96.7)	738,923 (87.8)	190,199 (100.0)	231,357 (121.6)	250,924 (131.9)	78,991 (100.0)	146,298 (185.2)	134,768 (170.6)		
		泉州	922,518 (100.0)	880,500 (95.4)	792,196 (85.9)	197,719 (100.0)	247,064 (125.0)	272,061 (137.6)	85,610 (100.0)	148,297 (173.2)	147,533 (172.3)		
		大阪市	2,665,314 (100.0)	2,553,167 (95.8)	2,291,714 (86.0)	604,756 (100.0)	726,306 (120.1)	810,394 (134.0)	273,611 (100.0)	448,358 (163.9)	442,134 (161.6)		
		兵庫県	10医療圏	神戸	1,544,200 (100.0)	1,501,306 (97.2)	1,356,556 (87.8)	357,900 (100.0)	468,701 (131.0)	509,611 (142.4)	167,548 (100.0)	288,856 (172.4)	299,963 (179.0)
				阪神南	1,029,626 (100.0)	989,640 (96.1)	895,390 (87.0)	222,728 (100.0)	271,939 (122.1)	311,891 (140.0)	99,410 (100.0)	163,797 (164.8)	164,143 (165.1)
阪神北	724,205 (100.0)			702,851 (97.1)	637,060 (88.0)	156,283 (100.0)	207,165 (132.6)	234,832 (150.3)	68,460 (100.0)	125,282 (183.0)	133,025 (194.3)		
東播磨	716,006 (100.0)			670,123 (93.6)	586,567 (81.9)	152,337 (100.0)	194,439 (127.6)	203,369 (133.5)	64,423 (100.0)	114,956 (178.4)	111,161 (172.5)		
北播磨	284,769 (100.0)			255,476 (89.7)	217,357 (76.3)	72,120 (100.0)	85,746 (118.9)	82,908 (115.0)	35,980 (100.0)	51,861 (144.1)	50,182 (139.5)		
中播磨	581,677 (100.0)			544,321 (93.6)	483,497 (83.1)	128,298 (100.0)	162,584 (118.9)	160,252 (124.9)	58,859 (100.0)	89,675 (152.4)	86,549 (147.0)		
西播磨	272,476 (100.0)			240,956 (88.4)	203,097 (74.5)	70,481 (100.0)	80,466 (114.2)	74,225 (105.3)	35,617 (100.0)	48,088 (135.0)	43,999 (123.5)		
但馬	180,607 (100.0)			150,718 (83.5)	122,037 (67.6)	54,695 (100.0)	57,971 (106.0)	51,564 (94.3)	31,482 (100.0)	35,025 (111.3)	33,489 (106.4)		
丹波	111,020 (100.0)			94,572 (85.2)	77,772 (70.1)	31,877 (100.0)	34,639 (108.7)	31,177 (97.8)	18,045 (100.0)	20,538 (113.8)	19,705 (109.2)		
淡路	143,547 (100.0)			118,732 (82.7)	94,376 (65.7)	43,186 (100.0)	46,013 (106.5)	40,444 (93.7)	24,637 (100.0)	28,265 (114.7)	25,781 (104.6)		
奈良県	5医療圏			奈良	366,591 (100.0)	337,163 (92.0)	287,715 (78.5)	87,175 (100.0)	111,781 (128.2)	114,444 (131.3)	39,957 (100.0)	68,746 (172.0)	68,412 (171.2)
				東和	219,669 (100.0)	192,696 (87.6)	160,663 (73.1)	54,975 (100.0)	63,781 (116.0)	59,666 (108.5)	27,262 (100.0)	38,339 (140.6)	36,366 (133.4)
				西和	350,407 (100.0)	324,968 (92.7)	278,686 (79.5)	83,018 (100.0)	106,358 (128.1)	106,148 (127.9)	35,808 (100.0)	65,892 (184.0)	61,748 (172.4)
		中和	382,012 (100.0)	362,457 (94.9)	323,372 (84.6)	85,010 (100.0)	109,133 (128.4)	115,896 (136.3)	37,720 (100.0)	65,562 (173.8)	66,404 (176.0)		
		南和	81,849 (100.0)	62,434 (76.3)	45,726 (55.9)	26,080 (100.0)	26,013 (99.7)	20,953 (80.3)	14,609 (100.0)	15,382 (105.3)	13,904 (95.2)		
		5医療圏	1,401,128 (100.0)	1,280,085 (91.4)	1,096,478 (78.3)	336,658 (100.0)	417,567 (124.0)	417,611 (124.0)	155,756 (100.0)	254,592 (163.5)	247,487 (158.9)		

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数 (単位: 人)			人口 65歳以上 (単位: 人)			人口 75歳以上 (単位: 人)		
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
和歌山県		7医療圏	1,002,798 (100.0)	869,701 (86.7)	719,857 (71.8)	274,793 (100.0)	303,580 (110.5)	287,512 (104.6)	141,380 (100.0)	184,508 (130.5)	174,004 (123.1)
		和歌山	435,538 (100.0)	384,398 (88.3)	321,481 (73.8)	116,721 (100.0)	128,872 (110.4)	124,112 (106.3)	57,002 (100.0)	79,401 (139.3)	72,476 (127.1)
		那賀	118,722 (100.0)	110,522 (93.1)	97,481 (82.1)	26,458 (100.0)	33,831 (127.9)	36,141 (136.6)	13,022 (100.0)	19,415 (149.1)	21,036 (161.5)
		橋本	93,529 (100.0)	78,908 (84.4)	63,152 (67.5)	25,169 (100.0)	29,195 (116.0)	26,270 (104.4)	12,895 (100.0)	17,143 (132.9)	16,781 (130.1)
		有田	78,678 (100.0)	65,217 (82.9)	52,024 (66.1)	22,228 (100.0)	23,869 (107.4)	21,678 (97.5)	12,116 (100.0)	14,405 (118.9)	13,639 (112.6)
		御坊	67,243 (100.0)	56,861 (84.6)	46,815 (69.6)	19,363 (100.0)	20,298 (104.8)	18,711 (96.6)	10,763 (100.0)	12,025 (111.7)	11,536 (107.2)
		田辺	134,822 (100.0)	115,714 (85.8)	95,656 (70.9)	38,572 (100.0)	41,565 (107.8)	39,637 (102.8)	20,799 (100.0)	25,232 (121.3)	24,489 (117.7)
		新宮	73,666 (100.0)	57,562 (78.1)	42,818 (58.1)	25,682 (100.0)	25,276 (98.4)	20,319 (79.1)	14,183 (100.0)	16,114 (113.6)	13,291 (93.7)
鳥取県		3医療圏	588,867 (100.0)	520,036 (88.3)	441,186 (74.9)	155,333 (100.0)	179,085 (115.3)	168,682 (108.6)	86,175 (100.0)	105,051 (121.9)	105,792 (122.8)
		東部	239,829 (100.0)	213,294 (88.9)	181,951 (75.9)	58,946 (100.0)	70,823 (120.1)	68,563 (116.3)	32,821 (100.0)	40,015 (121.9)	42,908 (130.7)
		中部	108,737 (100.0)	93,606 (86.1)	78,060 (71.8)	31,144 (100.0)	34,330 (110.2)	30,697 (98.6)	17,939 (100.0)	20,141 (112.3)	19,820 (110.5)
		西部	240,101 (100.0)	212,961 (88.7)	181,027 (75.4)	65,043 (100.0)	73,702 (113.3)	69,207 (106.4)	35,215 (100.0)	44,661 (126.8)	42,823 (121.6)
鳥根県		7医療圏	717,997 (100.0)	622,386 (86.7)	521,069 (72.6)	209,146 (100.0)	226,774 (108.4)	204,154 (97.6)	120,042 (100.0)	137,828 (114.8)	129,406 (107.8)
		松江	250,449 (100.0)	227,905 (91.0)	197,106 (78.7)	64,292 (100.0)	75,771 (117.9)	75,017 (116.7)	34,669 (100.0)	45,828 (132.2)	45,767 (132.0)
		雲南	61,907 (100.0)	49,737 (80.3)	38,990 (63.0)	21,267 (100.0)	21,400 (100.6)	17,408 (81.9)	13,217 (100.0)	13,313 (100.7)	12,005 (90.8)
		出雲	171,485 (100.0)	156,545 (91.3)	138,028 (80.5)	44,611 (100.0)	50,819 (113.9)	48,471 (108.7)	25,004 (100.0)	30,322 (121.3)	29,547 (118.2)
		大田	59,206 (100.0)	46,218 (78.1)	35,583 (60.1)	21,909 (100.0)	20,542 (93.8)	15,956 (72.8)	13,742 (100.0)	12,824 (93.3)	10,903 (79.3)
		浜田	87,410 (100.0)	71,685 (82.0)	56,967 (65.2)	27,030 (100.0)	27,369 (101.3)	23,015 (85.1)	15,634 (100.0)	16,380 (104.8)	14,530 (92.9)
		益田	65,252 (100.0)	52,924 (81.1)	41,400 (63.4)	21,705 (100.0)	22,194 (102.3)	17,659 (81.4)	12,559 (100.0)	13,524 (107.7)	11,731 (93.4)
		隠岐	21,688 (100.0)	16,868 (77.8)	12,584 (58.0)	7,732 (100.0)	8,049 (104.1)	6,081 (78.6)	4,617 (100.0)	4,977 (107.8)	4,316 (93.5)
岡山県		5医療圏	1,945,676 (100.0)	1,811,624 (93.1)	1,611,283 (82.8)	489,896 (100.0)	567,372 (115.8)	560,824 (114.5)	252,979 (100.0)	346,395 (136.9)	328,877 (130.0)
		県南東部	921,716 (100.0)	879,061 (95.4)	796,707 (86.4)	216,726 (100.0)	259,246 (119.6)	267,871 (123.6)	108,672 (100.0)	156,931 (144.4)	153,226 (141.0)
		県南西部	714,202 (100.0)	674,085 (94.4)	603,449 (84.5)	175,854 (100.0)	209,850 (119.3)	209,352 (119.0)	86,583 (100.0)	129,581 (149.7)	121,459 (140.3)
		高梁・新見	68,833 (100.0)	53,920 (78.3)	41,652 (60.5)	24,254 (100.0)	22,796 (94.0)	18,027 (74.3)	14,853 (100.0)	14,136 (95.2)	12,300 (82.8)
		真庭	49,921 (100.0)	41,059 (82.2)	33,092 (66.3)	16,821 (100.0)	16,855 (100.2)	13,665 (81.2)	10,198 (100.0)	10,360 (101.6)	9,374 (91.9)
		津山・英田	190,604 (100.0)	163,149 (85.6)	136,085 (71.4)	55,842 (100.0)	58,193 (104.2)	51,511 (92.2)	32,273 (100.0)	34,896 (108.1)	32,063 (99.3)

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数 (単位: 人)			人口 65歳以上 (単位: 人)			人口 75歳以上 (単位: 人)		
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
			(100.0)	(94.0)	(83.6)	(100.0)	(123.0)	(126.0)	(100.0)	(151.3)	(149.0)
広島県	7医療圏	広島	1,349,266 (100.0)	1,329,204 (98.5)	1,226,247 (90.9)	283,745 (100.0)	384,558 (135.5)	430,471 (151.7)	132,593 (100.0)	234,587 (176.9)	246,810 (186.1)
		広島西	142,874 (100.0)	128,917 (90.2)	108,490 (75.9)	35,206 (100.0)	46,251 (131.4)	45,096 (128.1)	17,655 (100.0)	27,421 (155.3)	28,219 (159.8)
		呉	267,004 (100.0)	221,612 (83.0)	175,770 (65.8)	79,941 (100.0)	78,691 (98.4)	66,503 (83.2)	40,728 (100.0)	50,584 (124.2)	39,105 (96.0)
		広島中央	227,227 (100.0)	222,702 (98.0)	207,977 (91.5)	49,011 (100.0)	61,234 (124.9)	65,842 (134.3)	24,598 (100.0)	36,573 (148.7)	37,509 (152.5)
		尾三	263,260 (100.0)	226,245 (85.9)	186,019 (70.7)	79,069 (100.0)	84,328 (106.7)	72,833 (92.1)	42,952 (100.0)	52,098 (121.3)	45,673 (106.3)
		福山・府中	514,270 (100.0)	479,994 (93.3)	422,117 (82.1)	126,233 (100.0)	156,538 (124.0)	156,229 (123.8)	62,173 (100.0)	94,283 (151.6)	92,636 (149.0)
		備北	96,849 (100.0)	80,126 (82.7)	64,856 (67.0)	33,018 (100.0)	32,683 (99.0)	27,392 (83.0)	20,425 (100.0)	20,694 (101.3)	18,284 (89.5)
		山口県	8医療圏	1,452,038 (100.0)	1,275,790 (87.9)	1,070,276 (73.7)	406,841 (100.0)	452,234 (111.2)	410,246 (100.8)	212,299 (100.0)	278,988 (131.4)
山口県	8医療圏	岩国	150,235 (100.0)	128,851 (85.8)	106,196 (70.7)	43,408 (100.0)	46,611 (107.4)	41,431 (95.4)	22,967 (100.0)	29,046 (126.5)	25,825 (112.4)
		柳井	86,623 (100.0)	70,455 (81.3)	55,493 (64.1)	31,306 (100.0)	30,214 (96.5)	24,901 (79.5)	17,673 (100.0)	19,534 (110.5)	15,914 (90.0)
		周南	257,503 (100.0)	234,369 (91.0)	201,830 (78.4)	68,217 (100.0)	78,382 (114.9)	73,320 (107.5)	32,604 (100.0)	48,667 (149.3)	42,635 (130.8)
		山口・防府	313,239 (100.0)	291,887 (93.2)	259,904 (83.0)	76,379 (100.0)	92,157 (120.7)	92,239 (120.8)	39,832 (100.0)	55,519 (139.4)	55,275 (138.8)
		宇部・小野田	266,952 (100.0)	234,351 (87.8)	195,395 (73.2)	72,316 (100.0)	82,367 (113.9)	74,938 (103.6)	37,720 (100.0)	50,225 (133.2)	45,619 (120.9)
		下関	280,947 (100.0)	241,519 (86.0)	197,301 (70.2)	80,749 (100.0)	88,049 (109.0)	77,337 (95.8)	41,895 (100.0)	54,351 (129.7)	47,761 (114.0)
		長門	38,349 (100.0)	29,893 (77.9)	22,087 (57.6)	13,259 (100.0)	13,440 (101.4)	10,084 (76.1)	7,440 (100.0)	8,207 (110.3)	6,765 (90.9)
		萩	57,490 (100.0)	43,862 (76.3)	31,573 (54.9)	20,507 (100.0)	20,250 (98.7)	15,317 (74.7)	11,468 (100.0)	12,540 (109.3)	10,196 (88.9)
		徳島県	3医療圏	東部	540,942 (100.0)	488,496 (90.3)	416,323 (77.0)	134,960 (100.0)	166,100 (123.1)	163,597 (121.2)	71,152 (100.0)
南部	156,580 (100.0)			131,173 (83.8)	105,522 (67.4)	47,096 (100.0)	50,319 (106.8)	43,076 (91.5)	25,721 (100.0)	30,880 (120.1)	27,539 (107.1)
西部	87,969 (100.0)			66,663 (75.8)	49,171 (55.9)	30,366 (100.0)	29,531 (97.3)	23,147 (76.2)	18,607 (100.0)	17,335 (93.2)	15,863 (85.3)
徳島	785,691 (100.0)			686,506 (87.4)	571,160 (72.7)	212,622 (100.0)	246,180 (115.8)	230,033 (108.2)	115,680 (100.0)	146,267 (126.4)	142,887 (123.5)
香川県	5医療圏	大川	86,625 (100.0)	71,069 (82.0)	54,746 (63.2)	26,881 (100.0)	29,070 (108.1)	25,179 (93.7)	14,417 (100.0)	18,339 (127.2)	16,006 (111.0)
		小豆	31,275 (100.0)	24,230 (77.5)	17,902 (57.2)	10,903 (100.0)	11,034 (101.2)	8,690 (79.7)	6,418 (100.0)	6,790 (105.8)	5,855 (91.2)
		高松	451,218 (100.0)	423,370 (93.8)	373,782 (82.8)	105,083 (100.0)	133,807 (127.3)	138,847 (132.1)	53,377 (100.0)	79,680 (149.3)	80,457 (150.7)
		中讃	295,522 (100.0)	268,686 (90.9)	233,886 (79.1)	76,594 (100.0)	88,931 (116.1)	84,482 (110.3)	41,211 (100.0)	53,925 (130.9)	50,398 (122.3)
		三豊	131,202 (100.0)	112,504 (85.7)	92,760 (70.7)	38,161 (100.0)	40,938 (107.3)	36,106 (94.6)	21,464 (100.0)	24,718 (115.2)	22,500 (104.8)
		香川	996,242 (100.0)	900,203 (90.4)	773,358 (77.6)	258,022 (100.0)	304,233 (117.9)	293,720 (113.8)	137,287 (100.0)	183,965 (134.0)	175,691 (128.0)

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数（単位：人）			人口 65歳以上（単位：人）			人口 75歳以上（単位：人）		
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
愛媛県		6医療圏	1,431,993 (100.0)	1,269,886 (88.7)	1,074,980 (75.1)	382,035 (100.0)	440,146 (115.2)	416,366 (109.0)	202,792 (100.0)	264,323 (130.3)	255,774 (126.1)
		宇摩	90,187 (100.0)	79,432 (88.1)	66,687 (73.9)	23,597 (100.0)	27,609 (117.0)	26,070 (110.5)	12,522 (100.0)	16,166 (129.1)	15,920 (127.1)
		新居浜・西条	233,826 (100.0)	211,721 (90.5)	183,676 (78.6)	63,059 (100.0)	71,154 (112.8)	67,738 (107.4)	33,547 (100.0)	43,523 (129.7)	41,187 (122.8)
		今治	174,180 (100.0)	146,927 (84.4)	117,473 (67.4)	50,738 (100.0)	54,689 (107.8)	47,520 (93.7)	26,222 (100.0)	34,197 (130.4)	29,058 (110.8)
		松山	652,485 (100.0)	610,640 (93.6)	540,172 (82.8)	150,832 (100.0)	191,374 (126.9)	198,150 (131.4)	76,429 (100.0)	112,126 (146.7)	118,606 (155.2)
		八幡浜・大洲	156,534 (100.0)	123,084 (78.6)	93,495 (59.7)	52,823 (100.0)	52,502 (99.4)	42,599 (80.6)	30,635 (100.0)	32,095 (104.8)	28,251 (92.2)
		宇和島	124,281 (100.0)	97,647 (78.6)	73,115 (58.8)	40,486 (100.0)	42,254 (104.4)	33,765 (83.4)	22,937 (100.0)	25,575 (111.5)	22,144 (96.5)
高知県		4医療圏	764,756 (100.0)	654,983 (85.6)	536,702 (70.2)	220,635 (100.0)	241,879 (109.6)	219,832 (99.6)	121,917 (100.0)	149,190 (122.4)	138,065 (113.2)
		安芸	53,576 (100.0)	40,549 (75.7)	29,533 (55.1)	19,118 (100.0)	17,945 (93.9)	13,374 (70.0)	10,519 (100.0)	11,235 (106.8)	8,832 (84.0)
		中央	555,072 (100.0)	491,685 (88.6)	415,044 (74.8)	148,227 (100.0)	169,014 (114.0)	162,189 (109.4)	80,226 (100.0)	103,525 (129.0)	99,174 (123.6)
		高橋	61,406 (100.0)	47,794 (77.8)	35,812 (58.3)	21,982 (100.0)	21,711 (98.8)	17,005 (77.4)	13,065 (100.0)	13,736 (105.1)	11,748 (89.9)
		幡多	94,402 (100.0)	74,713 (79.1)	56,125 (59.5)	31,008 (100.0)	32,902 (106.1)	27,007 (87.1)	17,807 (100.0)	20,353 (114.3)	18,013 (101.2)
		福岡県		13医療圏	5,073,168 (100.0)	4,856,832 (95.7)	4,380,459 (86.3)	1,133,641 (100.0)	1,482,927 (130.8)	1,547,400 (136.5)	558,789 (100.0)
福岡・糸島	1,562,178 (100.0)			1,602,927 (102.6)	1,522,493 (97.5)	280,632 (100.0)	426,208 (151.9)	516,117 (183.9)	131,287 (100.0)	244,717 (186.4)	292,981 (223.2)
粕屋	272,487 (100.0)			285,755 (104.9)	281,600 (103.3)	50,000 (100.0)	72,944 (145.9)	81,677 (163.4)	22,645 (100.0)	41,142 (181.7)	45,450 (200.7)
宗像	150,932 (100.0)			143,852 (95.3)	128,139 (84.9)	35,871 (100.0)	48,294 (134.6)	47,366 (132.0)	17,443 (100.0)	28,070 (160.9)	29,568 (169.5)
筑紫	422,301 (100.0)			426,037 (100.9)	402,852 (95.4)	75,273 (100.0)	113,325 (150.6)	132,045 (175.4)	33,782 (100.0)	63,917 (189.2)	74,556 (220.7)
朝倉	87,942 (100.0)			76,947 (87.5)	64,227 (73.0)	23,393 (100.0)	28,130 (120.2)	25,548 (109.2)	12,752 (100.0)	16,360 (128.3)	16,447 (129.0)
久留米	459,623 (100.0)			424,744 (92.4)	371,102 (80.7)	106,516 (100.0)	134,308 (126.1)	135,866 (127.6)	53,248 (100.0)	78,232 (146.9)	81,507 (153.1)
八女・筑後	137,822 (100.0)			123,597 (89.7)	106,652 (77.4)	36,448 (100.0)	42,435 (116.4)	39,987 (109.7)	19,914 (100.0)	24,787 (124.5)	25,100 (126.0)
有明	235,745 (100.0)			195,314 (82.8)	154,607 (65.6)	69,531 (100.0)	74,432 (107.0)	63,032 (90.7)	37,852 (100.0)	44,642 (117.9)	40,678 (107.5)
飯塚	187,944 (100.0)			166,186 (88.4)	140,610 (74.8)	49,238 (100.0)	58,039 (117.9)	50,357 (102.3)	26,354 (100.0)	33,604 (127.5)	31,863 (120.9)
直方・鞍手	113,457 (100.0)			98,057 (86.4)	80,931 (71.3)	32,196 (100.0)	36,061 (112.0)	30,717 (95.4)	16,949 (100.0)	21,644 (127.7)	19,552 (115.4)
田川	134,548 (100.0)			114,342 (85.0)	93,997 (69.9)	39,086 (100.0)	42,076 (107.6)	34,373 (87.9)	21,156 (100.0)	24,717 (116.8)	21,483 (101.5)
北九州	1,117,725 (100.0)			1,027,674 (91.9)	887,900 (79.4)	284,719 (100.0)	347,240 (122.0)	335,100 (117.7)	139,195 (100.0)	213,185 (153.2)	204,239 (146.7)
京築	189,264 (100.0)			170,292 (90.0)	144,376 (76.3)	49,538 (100.0)	57,923 (116.9)	53,720 (108.4)	25,012 (100.0)	34,346 (137.3)	32,392 (129.5)

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数(単位:人)			人口 65歳以上(単位:人)			人口 75歳以上(単位:人)		
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
佐賀県		5医療圏	850,188 (100.0)	775,045 (91.2)	680,530 (80.0)	209,410 (100.0)	251,222 (120.0)	242,018 (115.6)	113,943 (100.0)	143,035 (125.5)	151,186 (132.7)
		中部	353,347 (100.0)	324,222 (91.8)	284,969 (80.6)	82,733 (100.0)	101,232 (122.4)	101,334 (122.5)	44,090 (100.0)	57,474 (130.4)	62,028 (140.7)
		東部	122,310 (100.0)	121,484 (99.3)	114,679 (93.8)	27,054 (100.0)	35,609 (131.6)	37,356 (138.1)	13,493 (100.0)	20,628 (152.9)	22,042 (163.4)
		北部	133,305 (100.0)	117,309 (88.0)	99,832 (74.9)	34,456 (100.0)	39,943 (115.9)	35,951 (104.3)	19,070 (100.0)	22,430 (117.6)	22,964 (120.4)
		西部	78,090 (100.0)	70,170 (89.9)	61,037 (78.2)	20,394 (100.0)	23,900 (117.2)	21,459 (105.2)	11,286 (100.0)	13,407 (118.8)	13,834 (122.6)
		南部	162,736 (100.0)	141,491 (86.9)	119,686 (73.5)	44,373 (100.0)	50,051 (112.8)	45,448 (102.4)	25,604 (100.0)	28,576 (111.6)	29,771 (116.3)
長崎県		8医療圏	1,427,479 (100.0)	1,250,593 (87.6)	1,049,189 (73.5)	372,150 (100.0)	440,341 (118.3)	412,601 (110.9)	200,697 (100.0)	253,083 (126.1)	261,269 (130.2)
		長崎	547,587 (100.0)	491,367 (89.7)	417,976 (76.3)	135,032 (100.0)	167,380 (124.0)	162,417 (120.3)	70,754 (100.0)	96,040 (135.7)	101,569 (143.6)
		佐世保県北	334,750 (100.0)	289,589 (86.5)	240,767 (71.9)	89,471 (100.0)	101,317 (113.2)	91,529 (102.3)	48,573 (100.0)	58,977 (121.4)	57,050 (117.5)
		県央	270,050 (100.0)	252,766 (93.6)	225,146 (83.4)	61,509 (100.0)	80,876 (131.5)	82,810 (134.6)	31,915 (100.0)	45,536 (142.7)	51,286 (160.7)
		県南	145,063 (100.0)	119,325 (82.3)	94,633 (65.2)	43,787 (100.0)	47,859 (109.3)	41,912 (95.7)	25,056 (100.0)	27,582 (110.1)	28,074 (112.0)
		五島	40,622 (100.0)	30,529 (75.2)	21,987 (54.1)	13,554 (100.0)	13,992 (103.2)	11,329 (83.6)	7,869 (100.0)	8,024 (102.0)	7,816 (99.3)
		上五島	24,923 (100.0)	17,405 (69.8)	11,624 (46.6)	8,619 (100.0)	8,349 (96.9)	6,374 (74.0)	4,868 (100.0)	4,763 (97.8)	4,390 (90.2)
		杵岐	29,377 (100.0)	23,617 (80.4)	18,657 (63.5)	9,343 (100.0)	9,270 (99.2)	7,531 (80.6)	5,480 (100.0)	5,528 (100.9)	4,959 (90.5)
		対馬	34,407 (100.0)	25,418 (73.9)	17,938 (52.1)	10,135 (100.0)	10,521 (103.8)	8,008 (79.0)	5,482 (100.0)	5,822 (106.2)	5,311 (96.9)
		熊本県		11医療圏	1,818,426 (100.0)	1,666,901 (91.7)	1,467,897 (80.7)	467,742 (100.0)	555,548 (118.8)	534,729 (114.3)	256,978 (100.0)
熊本	734,474 (100.0)			714,761 (97.3)	659,133 (89.7)	155,060 (100.0)	205,408 (132.5)	223,470 (144.1)	80,209 (100.0)	117,061 (145.9)	133,583 (166.5)
宇城	110,993 (100.0)			99,030 (89.2)	84,764 (76.4)	30,815 (100.0)	35,523 (115.3)	32,863 (106.6)	17,252 (100.0)	20,816 (120.7)	21,506 (124.7)
有明	168,821 (100.0)			148,269 (87.8)	125,230 (74.2)	48,621 (100.0)	54,303 (111.7)	46,697 (96.0)	26,857 (100.0)	31,901 (118.8)	30,547 (113.7)
鹿本	55,391 (100.0)			47,216 (85.2)	38,898 (70.2)	17,175 (100.0)	18,487 (107.6)	15,767 (91.8)	10,016 (100.0)	11,224 (112.1)	10,628 (106.1)
菊池	174,164 (100.0)			178,831 (102.7)	174,997 (100.5)	36,935 (100.0)	49,623 (134.4)	53,315 (144.3)	19,806 (100.0)	27,676 (139.7)	32,240 (162.8)
阿蘇	67,836 (100.0)			58,808 (86.7)	49,126 (72.4)	21,482 (100.0)	23,933 (111.4)	20,819 (96.9)	12,523 (100.0)	14,186 (113.3)	14,128 (112.8)
上益城	87,402 (100.0)			78,026 (89.3)	67,077 (76.7)	25,254 (100.0)	29,240 (115.8)	26,079 (103.3)	14,346 (100.0)	17,188 (119.8)	17,425 (121.5)
八代	144,981 (100.0)			124,094 (85.6)	101,585 (70.1)	41,743 (100.0)	45,857 (109.9)	40,180 (96.3)	22,763 (100.0)	26,921 (118.3)	25,768 (113.2)
芦北	51,356 (100.0)			40,378 (78.6)	30,541 (59.5)	17,567 (100.0)	17,631 (100.4)	13,827 (78.7)	10,017 (100.0)	10,584 (105.7)	9,477 (94.6)
球磨	94,727 (100.0)			77,632 (82.0)	61,617 (65.0)	29,502 (100.0)	31,119 (105.5)	25,865 (87.7)	17,093 (100.0)	18,242 (106.7)	17,373 (101.6)
天草	127,281 (100.0)			98,972 (77.8)	74,174 (58.3)	42,588 (100.0)	43,280 (101.6)	34,781 (81.7)	25,096 (100.0)	25,254 (100.6)	23,641 (94.2)

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

二次医療圏別人口データ

都道府県名	三 次 医療圏数	二 次 医療圏数	人口 総数 (単位：人)			人口 65歳以上 (単位：人)			人口 75歳以上 (単位：人)		
			2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年	2010年	2025年	2040年
			(100.0)	(91.4)	(79.8)	(100.0)	(116.8)	(110.0)	(100.0)	(130.3)	(127.7)
大分県	6医療圏		1,197,029	1,094,065	955,781	319,292	373,014	351,082	170,648	222,393	217,918
		東部	219,880	194,977	167,271	64,371	67,826	61,090	34,904	41,987	37,581
		中部	570,182	552,631	503,706	127,314	171,160	175,855	63,365	99,130	106,276
		南部	76,951	63,713	49,942	24,904	26,894	22,232	13,609	16,495	14,866
		豊肥	63,875	50,512	38,819	24,688	23,708	18,173	15,103	15,260	12,959
		西部	98,415	82,278	66,276	29,644	31,643	27,135	16,685	18,763	17,677
		北部	167,226	149,523	129,410	47,871	51,232	46,110	26,482	30,147	27,983
宮崎県	7医療圏		1,135,833	1,034,199	900,955	293,390	355,195	334,218	158,093	205,726	213,246
		宮崎東諸県	428,716	413,459	375,301	93,942	129,627	136,565	47,596	74,578	83,999
		都城北諸県	194,402	180,094	161,422	49,870	58,605	54,343	27,269	32,953	34,314
		延岡西臼杵	153,795	132,232	109,432	43,842	48,398	41,840	24,225	28,617	27,252
		日南串間	78,142	63,662	49,879	25,240	26,298	20,893	14,333	15,390	14,258
		西諸	79,876	67,147	54,505	25,447	27,671	23,079	14,757	16,250	15,991
		西部児湯	107,003	93,518	78,289	29,137	33,916	29,656	15,714	19,857	19,232
		日向入郷	93,299	83,559	71,680	25,312	29,985	27,217	13,599	17,341	17,455
鹿児島県	9医療圏		1,707,042	1,522,679	1,314,635	453,118	524,236	493,997	254,676	295,609	315,071
		鹿児島	688,887	648,351	578,843	153,660	201,685	207,032	80,446	112,229	127,236
		南薩	145,803	116,902	92,006	48,666	48,578	38,638	28,785	27,921	26,198
		川薩	123,698	108,078	92,804	35,522	37,942	34,748	21,038	21,679	22,333
		出水	89,880	75,032	61,371	26,865	28,134	24,499	15,370	16,193	15,841
		姶良・伊佐	243,195	224,204	200,051	62,685	74,034	72,801	35,399	41,754	45,518
		葦原	86,470	69,754	54,732	28,195	28,796	22,933	16,135	16,304	15,668
		肝属	164,082	142,135	120,973	48,158	51,100	45,167	27,960	29,102	29,582
		熊毛	45,454	38,008	30,998	13,943	14,768	12,655	7,772	8,274	8,214
		奄美	118,773	99,527	82,279	34,624	38,324	34,739	20,971	21,279	23,585
沖縄県	5医療圏		1,393,218	1,414,546	1,369,777	242,910	353,936	416,067	121,778	181,919	241,007
		北部	101,272	96,913	89,627	21,409	29,631	30,812	12,262	15,498	20,049
		中部	478,619	491,221	480,517	79,873	117,005	140,853	39,145	60,547	79,950
		南部	707,219	723,891	703,934	119,687	177,523	212,381	57,684	91,304	121,074
		宮古	53,270	48,460	43,136	12,406	15,361	15,173	7,287	7,483	9,734
		八重山	52,438	53,669	52,194	9,135	13,859	16,228	5,000	6,545	9,489
合計	323医療圏	128,086,452	120,684,938	107,298,228	29,509,109	36,607,976	38,712,325	14,222,722	21,826,898	22,271,121	

注1) 人口については、国立社会保障・人口問題研究所 男女・年齢(5歳)階級別データ『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計)

※人口の下の数字は、2010年を100とした場合の各年の指数

医療・介護に係る長期推計

(主にサービス提供体制改革に係る改革について)

平成23年 6月

(目次)

1. 趣旨等	3
2. 改革の考え方	5
3. 人口・経済前提等	12
4. 結果	14
(参考1) 足下の計数整理等	40
(参考2) 改革の具体的シナリオ	44
(参考3) 医療の伸び率の補足	52

1. 趣旨等

(趣旨)

- 今後の医療・介護の目指すべき方向性についての検討結果を踏まえ、社会保障国民会議で行われた医療・介護費用のシミュレーションを基礎として、2025年頃までの医療・介護サービスの需給の状況、そのために必要な費用やマンパワーについて、一定の仮定に基づく推計を行うもの。

(本推計の対象)

- 本推計は、主に医療・介護のサービス提供体制について一定の改革のシナリオに基づき行うものであり、保険制度の機能強化や低所得者対策等に関する事項は含んでいない。また、東日本大震災の発生前の状況を足下としており、これに関連する様々な影響や復興の道筋に関連する事項も含んでいない。これらについては、別途考慮する必要がある。

(方法)

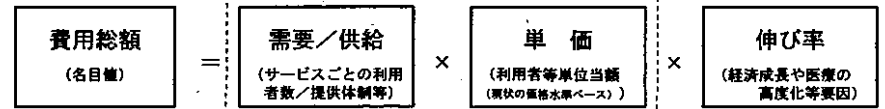
- まず、現在の性・年齢階級別のサービス利用状況をそのまま将来に投影したケース(現状投影シナリオ)におけるサービスごとの利用者数や単価等を作成。次に、これから、一定の改革シナリオに基づきサービス利用状況や単価等を変化させたケース(改革シナリオ)を作成。費用総額については、経済前提等を踏まえて設定した伸び率を乗じて推計。

【改革のシナリオの概要】

改革シナリオ：一般病床について、急性期と亜急性期・回復期等とに機能分化、医療資源を集中投入。また、亜急性期や回復期のリハビリテーションなどについて、状態像に応じた適切な設備・人員配置。さらに、居住系サービス、在宅医療・介護サービスの充実などを織り込み。

※ 主に一般病床の機能分化の進捗度について、2通りのシナリオを設定(パターン1、パターン2)

医療・介護費用推計の基本的な考え方



【需要/供給、単価、伸び率の考え方】

本推計では、年齢階級別人口×同一人当たり医療費による方法に比べて、提供体制改革の政策効果を加味・反映しやすく、病床数やマンパワー等供給量の推計を行いやすい方法(社会保障国民会議で使用された方法)を使用。

現状投影シナリオ

(現状の年齢階級別・サービス類型別利用状況がそのまま続いたとした場合の機械的計算)

→ 現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点が解決されないまま今後も推移していくシナリオ)

需要：病床ごとの入院、外来・在宅医療、介護施設や居住系サービス、在宅介護サービス等について、仮に、現状の年齢階級別利用状況が続いたとした場合を仮定(サービスの需要について、人口増減及び人口構造の高齢化による変化のみ織り込んだもの)

供給：上記のように仮定した需要に見合うよう、現状と同水準で各サービスの供給が行われるとした場合を仮定

単価：現在の各サービスにおける単位当たり費用(例えば入院1日当たり費用)が続くとした場合を仮定

伸び率：経済成長(賃金や物価の上昇等に対応)や医療の高度化等による伸び率を仮定

改革シナリオ

(現状と集中により、医療・介護サービスのあるべき姿を踏まえた場合のシミュレーション)

需要：急性期の重点化、亜急性期・慢性期の充実、在宅医療や介護の強化など、各種サービス提供体制の改革を前提として、疾病や状態像にふさわしい医療・介護のサービスを受けたとした場合における、各サービスごとの利用の見込み(サービスの需要について、人口増減及び人口構造の高齢化による変化に加え、提供体制の改革を織り込んだもの)

供給：疾病や状態像にふさわしい医療・介護を適用することができるようなサービス提供体制の改革・整備が行われることを仮定

単価：急性期病床における人員配置の重点化、亜急性期・回復期・慢性期や精神病床の人員強化など、各サービス提供体制の改革を踏まえた各サービスの単位当たり費用を仮定

伸び率：現状投影シナリオと同様

第2回地域医療構想策定会
資料
平成26年10月17日

2. 改革の考え方

(医療・介護提供体制に関する問題認識)

- 現状は、医療・介護を担う人材が不足・偏在し、医療・介護の提供体制の機能分化が不十分であり、連携も不足している。医療・介護ニーズに対して、必ずしも効率的で最適なサービス提供体制とはなっておらず、一方で過剰需要（供給誘発需要や必要性の低い需要）が生じ、他方で必要なサービスが十分には提供されていないとの指摘もある。

【課題の例】

- ・ 医療・介護を担う人材の不足・偏在と、不十分な機能分化・・・諸外国に比べても多い人口当たり病床数・少ない病床当たり職員数・長い在院日数（医療密度の薄さと表裏）、救急医療等の課題
- ・ 居住系サービスの不足、在宅医療・介護サービスの不足、医療と介護の連携不足
- ・ 生活習慣病予防等の推進による健康度の向上、ICTの活用によるサービス提供の効率性向上など

(目指すべき改革の方向性)

- 概ね今後15年間で（平成37(2025)年頃までに）、現在指摘されている課題を解決し、機能分化と連携により、重層的・一体的に住民を支える医療・介護サービス体系を構築。

【改革の具体的な方向性】

- ・ 医師確保、介護職員等の人材確保と資質の向上
- ・ 病院・病床の機能分化・強化、専門職種間の協働と役割分担
- ・ 在宅医療体制の強化・地域包括ケアシステムの確立
- ・ 認知症ケアに対する体制の強化、介護予防・重点化予防 など

【改革による国民のQOLの向上】

- ・ 急性期医療における医療資源の集中投入、亜急性期・回復期や慢性期におけるケアやリハビリ、地域移行支援等の機能強化とサービスの整備による、回復・地域生活への復帰の明確化
- ・ 居住系サービスや在宅医療・介護サービスの一層の充実、医療と介護の連携強化による、ニーズに応じた医療・介護サービスを一体的に受ける地域ケア体制の整備

別案(パターン2)

〔 〇充実 ◆重点化・効率化 〕

- ・ 急性期医療（現行一般病床の7割程度）を、さらに、高度急性期（同2割程度）、一般急性期（同3割程度）、軽度急性期（2割程度）の3つに区分し（パターン1よりも一般急性期の対象を絞り込み）、機能分化と強化を図る。
- ・ また、現行一般病床の長期入院を、長期療養ニーズとして、現行の医療療養とあわせて、慢性期として整理。

	(医療・介護ニーズ)		パターン2の整理	(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)	
	(パターン1の整理)				
医療病床	一般病床(10割)	高度急性期(約2割)	一般急性期(約3割)	(パターン1と同じ)	
		一般急性期(約5割)		〇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の経快(在宅・外来)	
		(軽度急性期(約2割))		軽度急性期及び亜急性期・回復期リハ等(約4割)	〇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の経快(在宅・外来)
		亜急性期・回復期リハ等(約3割)			
	長期療養(慢性期)	(長期入院(約1割))	長期療養(慢性期)	〇◆現行一般病床の長期入院については、亜急性期・回復期その他と同様 〇◆現行医療療養にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療 〇◆現行医療療養にあつては、在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮	
介護施設	特養			(パターン1と同じ)	
	老健+介護療養				
居住系(介護)					
在宅・外来	医療				
	介護				

※ パターン1における ※ と同じ。

具体的な改革のイメージ(パターン1)

〔 〇充実 ◆重点化・効率化 〕

(医療・介護ニーズ)		(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)	
医療病床	一般病床(10割)	高度急性期(約2割)	〇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の経快(在宅・外来)
		一般急性期(約5割)	〇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の経快(在宅・外来)
		亜急性期・回復期リハ等(約3割)	〇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の経快(在宅・外来)
	長期療養(慢性期)	〇◆医療区分1は介護、2・3は医療 〇◆在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮	
精神病床		〇◆機能に応じた体制の充実やアウトリーチ（訪問支援）等の推進により、平均在院日数1割程度短縮、入院も2割程度減少。減少するニーズは、アウトリーチ（訪問支援）、早期の経快(在宅・外来)、介護サービスの利用	
介護施設	特養	〇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下	
	老健+介護療養	〇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下 〇◆現行の介護療養にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療	
居住系(介護)		〇◆グループホームについては、約37万人分を確保（小規模多機能等の在宅サービスと合わせて認知症に相当程度対応できる水準）	
在宅・外来	医療	〇◆在宅医療・訪問看護の充実（利用者の大増大） ◆生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ（上記入院ニーズからの移行分を除く）が5%程度減少	
	介護	〇◆比較的中重度や認知症等のケースで、さらにサービス利用が進むものと仮定 〇◆小規模多機能については、約40万人分を確保（グループホームと同量）。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実 ◆介護予防等リスクを軽減する取り組みにより要介護者等が3%程度減少	

※ 薬や医療機器等に係る効率化として伸び率として年率△0.1%程度を織り込み（医療の伸び率ケース①の場合）（◆）
（現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。）
地域連携推進のためにMSW等の増を仮定（〇）、介護職員の処遇改善（賃金アップ）を仮定（〇）

(参考)改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素(2025年)

		2025年
充	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・高度急性期の職員等 2倍程度増(単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性期の職員等 6割程度増(単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度増(単価15%程度増)
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度増(単価15%程度増)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回・随時対応 約15万人/日分程度増
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増
重点化・効率化	その他各サービスにおける充実、サービスの連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など
	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・高度急性期 平均在院日数 15～16日程度 ・一般急性期 平均在院日数 9日程度 ・亜急性期・回復期等 平均在院日数 60日程度(パターン1の場合) (現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度(急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度)とみられる。)
	※ 早期の退院・在宅復帰に伴い患者のQOLも向上	
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携・ICTの活用等	・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少
医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、△0.1%程度(医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)	
医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)	

経済前提（案）

平成35(2023)年度までの経済前提については、内閣府「経済財政の中長期試算(平成23年1月)」の「慎重シナリオ」に準拠、平成36(2024)年度以降は平成35(2023)年度と同じとした場合。

	H22 2010	H23 2011	H24 2012	H25 2013	H26 2014	H27 2015	H28 2016	H29 2017	H30 2018	H31 2019	H32 2020	H33 2021	H34 2022	H35 2023 ~
名目経済 成長率(%)	1.1	1.0	1.3	1.3	1.5	1.3	1.5	1.8	1.8	2.0	1.8	1.7	1.8	1.7
賃金上昇率(%)	0.2	0.4	1.8	1.8	1.8	1.8	2.1	2.7	2.9	3.1	2.8	2.4	2.6	2.5
物価上昇率(%)	-0.6	0.0	0.5	0.7	0.8	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2

(注) 社会保障試算本数における推計は各分野における改革の方向性を示した上で、それに基づく費用額等を推計するものである。また、経済情勢によって改革の方向性は大きく変わらないことから、社会保障試算本数の推計においては「経済財政の中長期試算」の試算前提を考慮せず、所与の前提(出生率)として推計に用いることとした。

4. 結果

【ニーズとサービス提供】

- 現状投影シナリオでは、平成23(2011)年度に80万人/日程度の病院・診療所の一般病床（急性期入院）における患者数が、平成37(2025)年度には100万人/日程度となる。入院全体では130万人/日程度から160万人/日程度へと増加。この入院ニーズに対応するためには、現状の病床区分と病床稼働率を前提とすれば、現在の一般病床は110万床程度から130万床程度に、病床総数は170万床程度から200万床程度に増加する計算となる。
- しかし、医療の機能分化と機能強化（病床当たり医療資源投入の増加、在宅医療や在宅ケアの充実等）を行い、平均在院日数の大幅短縮を実現すると（改革シナリオ）、平成37(2025)年度の急性期入院の患者数は70~80万人/日程度、入院全体では130万人/日程度となり、現状と同程度の概ね160万床程度の病床で、増大する医療ニーズに対応することができる計算となる。
- 介護については、急速な高齢化や医療の効率化に伴って、施設・居住系、在宅ともにニーズが増大するが、施設への入所を重度者中心とし、居住系、小規模多機能や定期巡回・随時対応サービスを充実させることで、平成37(2025)年度に600万人/日を超える介護ニーズについて、施設130万人/日程度、居住系60万人/日程度、小規模多機能や定期巡回・随時対応等も含む在宅介護で450万人/日程度のケアが行われることとなる。
- こうした医療・介護サービスに対応するために必要な人員は、平成37(2025)年度において、医師30~34万人程度、看護職員180~210万人/日程度、介護職員230~240万人/日程度、その他OT、PTなどのコメディカル、看護補助者、介護支援専門員、相談員、事務職員等を合わせて、全体で700万人規模となる。

【費用と財源】

- 平成23(2011)年度の医療・介護の費用は、合わせて48兆円程度、対GDP比は9.8%程度、財源の内訳（対GDP比）は、保険料4.7%、公費3.9%、自己負担1.3%となっている。医療・介護の提供体制に係る機能強化と効率化を同時に進めた場合、平成37(2025)年度には、在宅ケアなどの介護サービスを中心に、現状投影シナリオに比べて改革シナリオの方が費用が大きくなり、保険料6.0~6.1%、公費5.9%、自己負担1.6%となっている。
- 平成23(2011)年度からの公費負担の対GDP比の変化分について、仮に消費税率1%が概ねGDP比0.5%程度に相当すると仮定して消費税率に換算すると、平成27(2015)年度1%程度、平成37(2025)年度3~4%程度に相当する計算となる。
また、同じく公費負担の対GDP比の変化分について、仮に現行の所得税総額が概ねGDP比2.8%に相当すると仮定して所得税額に換算すると、現行の所得税の水準に対して、平成27(2015)年度は約2割程度、平成37(2025)年度は約6~8割程度に相当する計算となる。

【留意点その他】

- 本試算の足下には東日本大震災の影響を織り込んでいない。今後の経済前提等をはじめ、本来、相当程度の影響があるものと考えられる。
- 本試算は、相当大胆な仮定をおいて行ったものであり、結果は相当程度の幅をもってみる必要がある。
- 本試算は、社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションを考え方等の基礎とした。
なお、仮定の置き方が異なる主な点は以下の通り。
 - ・ 医療ニーズの推計に際し、社会保障国民会議のシミュレーションでは織り込まれていなかった精神科入院の改革（平均在院日数短縮、入院減少）や長期療養における平均在院日数の短縮を織り込み、また、急性期についても、平均在院日数の短縮に伴う入院ニーズの減少の半分程度は早期の退院により在宅医療・外来に切り替わるものと仮定したこと。
 - ・ 介護ニーズの推計に際し、上記の様に入院から在宅医療・外来への切り替わりを多めに見込んだことや医療における長期療養のニーズを新たな調査を基礎として推計したこと等により、医療から介護施設に移行する者が少なめとなり、結果として改革後の介護施設ニーズも少なめとなったこと。また、社会保障国民会議のシミュレーションでは、施設・居住系を65歳以上人口の5%程度整備することを仮定し、特定施設の大規模な増加を見込んでいたが、本推計では、整備対象としてサービス付高齢者住宅等も考慮し、在宅の増加を重視したこと。
 - ・ 介護予防等要介護となるリスクを軽減する取り組み等により、平成37(2025)年度に要介護者等が現状投影シナリオに比べて3%程度減少することを仮定したこと。
 - ・ 介護職員の賃金が平成21年度からの積算で月4万円増となるよう引き上げたこと。（平成21年度介護報酬改定で既に0.9万円引き上げられていることから、計算上は残りの月3.1万円分引き上げている。）
 - ・ 人口増減・高齢化による需要の変化とは別に織り込む医療の伸び率の、ケース①(Ⅱ)の要素（経済成長率の1/3程度を伸び率に反映させる部分）について、統計上は概ね5年前の経済成長率との強い相関が確認されているものの、今回は、平成20(2008)年秋以降の大規模なマイナス成長（平成20(2008)年度△4.2%、平成21(2009)年度△3.7%）の影響を除く観点から、当年度の経済成長率の1/3程度を伸び率に反映させるモデル式を設定したこと。
仮に、5年前の経済成長率を機械的に適用すると、本試算における医療の伸び率ケース①の場合の医療費の名目額が、平成27(2015)年度で3.8%程度、平成37(2025)年度で4.4%程度減少する計算となる。（医療の伸び率ケース②には影響しない。）

○ 本試算（医療部分）と厚生労働省が平成22（2010）年10月の高齢者医療制度改革会議に提出した「医療費等の将来見通し及び財政影響試算」（以下、改革会議試算）との関係は次の通り。

（基本的考え方）

- 本試算では、サービス提供体制改革を前提としていることから、その影響をみるため医療費の推計において「現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオ」と「サービス提供体制改革を前提とした改革シナリオ」を推計している。
- また、サービス提供体制改革の効果を織り込むとともに病床数やマンパワー等の推計も行うために、病床の種類別等の利用者数の将来見通しを基礎に推計をしている。
- 一方、改革会議試算では、サービス提供体制改革を前提としていなかったため、医療費の推計においては「過去の傾向を将来に投影したもの」を推計している。
- また、高齢者医療制度改革による各医療保険制度の財政影響をみることを目的としていたため、医療保険制度別の加入者数の将来見通しを基礎に推計をしている。

（経済成長の仮定）

- 本試算では、給付や負担のGDP比等をみるため、経済成長率などの前提を置き、経済成長等の医療費に与える影響を見込んでいるが、改革会議試算の基本的ケースでは、経済成長の仮定を置かず、診療報酬改定もない場合を推計している。なお、改革会議試算においては機械的に各目経済成長率3%、診療報酬改定1%とした場合を参考試算として示している。

（機能強化と平均在院日数の短縮の関係についての仮定、伸び率の設定）

- 改革会議試算では、平成17（2005）～21（2009）年度の医療費の実績から、高度化等による医療費の伸び率を1.5%程度としているが、この伸び率は、算定期間中の平均在院日数の短縮の影響が含まれている。すなわち、近年の平均在院日数の短縮傾向とその効果が将来も続くとの仮定をおいたもの。
- 一方、本試算では、平均在院日数の短縮等がないと仮定した現状投影シナリオを基礎に、機能強化等の効果を織り込む改革シナリオを推計していることから、改革会議で用いた医療費の伸び率（1.5%）から平均在院日数の短縮等の影響を除去した1.9%を高度化等による医療費の伸び率として用いている。

（参考）国民医療費の伸びの要因別内訳

今回の試算・・・2011～2025年度の伸び率

		伸び率 計	医療の高度化等	診療報酬改定等	高齢化の影響	人口の減少	提供体制の見直し等
医療の伸び率：ケース①	現状投影シナリオ	3.2%	1.9%	0.4%	1.1%	△0.3%	—
	改革シナリオ	3.3%					0.1%
	パターン2	3.2%					0.0%
医療の伸び率：ケース②	現状投影シナリオ	3.2%	2.4%	—	—	—	—
	改革シナリオ	3.3%					0.1%
	パターン2	3.2%					0.0%

※医療費の高度化等は、平成17(2005)～21(2009)年度の医療費の増減を基に1.5%から、この間の平均在院日数の短縮及びそれに対応する一日当たり医療費の増減の率の影響等を除いて、1.9%と設定。
 ※診療報酬改定等は、第1段階等に算入率等(△0.1%)分を含む。
 ※出生率等(死亡中絶)の人口推計を使用している。

高齢者医療制度改革会議試算

<高齢者医療制度改革会議の試算>・・・2010～2025年度の伸び率(年平均)

	伸び率 計	医療の高度化等	診療報酬改定	高齢化の影響	人口の減少
基本ケース	2.2%	1.5%	0.0%	1.3%	△0.5%
参考試算	3.3%	—	1.0%	—	—

改革シナリオ(パターン1)による結果

医療・介護サービスの需要と供給（1日当たり利用者数等）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	80万人/日	86万人/日	16万人/日	97万人/日	16万人/日
一般急性期		39万人/日	33万人/日		
至急性期・回復期等		27万人/日	31万人/日		
(急性期小計)	(80万人/日)	(86万人/日)	(82万人/日)	(97万人/日)	(79万人/日)
長期療養(慢性期)	21万人/日	24万人/日	21万人/日	31万人/日	25万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	29万人/日	34万人/日	24万人/日
(入院小計)	(133万人/日)	(143万人/日)	(133万人/日)	(162万人/日)	(129万人/日)
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人/日 48万人/日 44万人/日	115万人/日 61万人/日 54万人/日	106万人/日 57万人/日 49万人/日	161万人/日 86万人/日 75万人/日	131万人/日 72万人/日 59万人/日
(入院・介護施設小計)	(225万人/日)	(257万人/日)	(238万人/日)	(323万人/日)	(250万人/日)
居住系 特定施設 グループホーム	31万人/日 15万人/日 16万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	52万人/日 25万人/日 27万人/日	61万人/日 24万人/日 37万人/日
在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応	304万人/日 5万人/日 —	342万人/日 6万人/日 —	352万人/日 10万人/日 1万人/日	434万人/日 8万人/日 —	449万人/日 40万人/日 15万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(335万人/日) (21万人/日)	(380万人/日) (26万人/日)	(391万人/日) (30万人/日)	(486万人/日) (35万人/日)	(510万人/日) (77万人/日)
外来・在宅医療 うち在宅医療等	794万人/日 17万人/日	812万人/日 19万人/日	807万人/日 23万人/日	828万人/日 20万人/日	809万人/日 29万人/日
上記利用者(重複あり)	(1353万人/日)	(1449万人/日)	(1436万人/日)	(1637万人/日)	(1580万人/日)
(参考)総人口	1億2729万人	1億2623万人	—	1億2157万人	—

(参考) 仮に、平成27(2015)年の各サービスの利用者数から機械的に病床数等を計算した場合

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 114万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 73~74%程度 27万A/M 18~19日程度	【高度急性期】 18万床 73~74%程度 22万A/M 18~19日程度	
一般急性期	125万A/M	15日程度 19~20日程度 13~14日程度 75日程度 57~58日程度 190日程度	【一般急性期】 53万床 73~74%程度 97万A/M 12日程度	【一般急性期】 40万床 73~74%程度 73万A/M 12日程度	
亜急性期・回復期リハ等		134万A/M	【亜急性期等】 34万床 79~80%程度 11万A/M 70~71日程度	【亜急性期等】 25万床 79~80%程度 9万A/M 70~71日程度	
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	27万床、91%程度 150日程度	23万床、91%程度 150日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	36万床、90%程度 300日程度	33万床、90%程度 291~292日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	178万床、80%程度 30~31日程度	165万床、80%程度 28~29日程度	165万床、80%程度 29~30日程度	
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	115万人分 61万人分 54万人分	106万人分 57万人分 49万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分		

(注1) 平成27(2015)年度に仮に注を参照。
(注2) この改革シナリオは、仮に、平成27(2015)年度において、ニーズに応じた機能分化が行われているものと仮定した場合の病床数等となっている。(実際には、改革途中であり、従来の一般病床等も残っている(その分、各機能分化した病床等が少なくなる)ものと考えられる。

(注1) 人数(人/日)は、1日当たりの各サービスの利用者数の計算値である。具体的には、入院や入所はある日の入院・入所者数、外来・在宅医療はある日に外来・在宅医療を受けた患者数(通院等をしていないがその日に医療機関にアクセスしていない者は含まない。)である。在宅介護と在宅医療等(外来・在宅医療の内数のように表示しているものは、ある月に在宅サービスを受給した者をベースに計算したもの(例えば、介護保険の在宅サービスは基本的に受給者個々に作られるケアプランに基づいて提供されるので、ある日における在宅サービスのプランをもっている者と考えてもよい)。

(注2) 入院患者数、外来患者数の総数等は、「医療費の動向(MEDIAS)」(厚生労働省)による年間受診延日数を基礎に実績ベースの値を推計している。具体的には、入院患者数は総数が年間受診延日数の概ね365分の1となるよう設定、外来患者数は年間受診延日数の概ね270分の1(平日を1日、祝祭日以外の土曜日を0.5日と仮定して計算した場合の医療機関の1年間の稼働日数に相当)となるよう設定している。

※ 社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションでは、この表に相当する表の表裏の間に、患者調査(抽出調査)による数値を基礎として作成された数値がそのまま表裏されており(上記のような調整を行っていません)。また、注4の通り本推計では外来・在宅医療に属する患者数を含めていることから、本推計の外来・在宅医療の患者数の表裏の方が大きくなり(留意が必要(費用推計上は影響しない))。

また、在宅介護は、表中の数値に12(月)を乗じることで概ね年間延べ受給者数に相当することとなる(概ね年間延べケアプラン数に相当するという見方も可能)。

(注3) 外来・在宅医療は、予防、連携、ICTの活用等による受診の効率化、として現状を投影して推計した医科外来患者の減少を5%程度見込む一方、医療機関や介護施設から在宅に移る者の数を外来・在宅医療の1日当たり患者数に換算して加えたものである。

(注4) 感染症等の病床は入院小計に含み、歯科に係る患者数は外来・在宅医療に含む。

(注5) 介護については、施設サービスの重点化、居住系や在宅サービス等の充実等のほか、各種予防への取り組み等介護が必要となるリスクを軽減する取り組みにより、施設・在宅を通じて要介護者・サービス利用者が改革シナリオでは平成37(2025)年度には現状投影シナリオよりも3%程度減少することを見込んでいる。

(注6) 介護療養型病床は、平成29(2017)年度末に全て療養型の老人保健施設となり、単価は従来型の老人保健施設+5万円程度と設定している。

医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万A/M 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万A/M 15~16日程度	
一般急性期	125万A/M	15日程度 19~20日程度 13~14日程度 75日程度 57~58日程度 190日程度	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 8万A/M 9日程度	
亜急性期・回復期リハ等		152万A/M	【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万A/M 60日程度	【亜急性期等】 26万床 77%程度 12万A/M 60日程度	
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「日」は平均稼働率、「人/月」は月当たりの延べ患者数、介護については、利用者数を表す。
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。ここでは、地域一般病床は、概ね人口5~7万人未満の自治体に専ら(今後2000~3000万人程度で推移)10人当たり1床程度の整備量を仮定。

医療・介護サービスごとの単価の見込み

※各単価は月額単価(2011年度価格)である。

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期			約199万円/月		約247万円/月
一般急性期	【一般病床】 約129万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約145万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約191万円/月
亜急性期・回復期等			約104万円/月		約115万円/月
長期療養(慢性期)	約53万円/月	約53万円/月	約59万円/月	約53万円/月	約62万円/月
精神病床	約47万円/月	約47万円/月	約49万円/月	約47万円/月	約54万円/月
介護施設 特養 老健(療養含)	約29万円/月 約32万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約33万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約34万円/月
居住系 特定施設 グループホーム	約18万円/月 約28万円/月	約18万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/月	約19万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/月
在宅介護	約11万円/月	約11万円/月	約13万円/月	約11万円/月	約17万円/月
外来・在宅医療 外来等 在宅医療等	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月

(注1) 介護の単価は、実際には要介護度の単価であるが、ここでは加重平均値を表示している。
(注2) 外来等の単価は受診1日当たりの費用額(薬料調剤費等を含む)であり、在宅医療等については1人1月当たりの費用額である。

マンパワーの必要量の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影 シナリオ	改革シナリオ	現状投影 シナリオ	改革シナリオ
医師	29万人	30~32万人	30~31万人	33~35万人	32~34万人
看護職員	141万人	151~158万人	155~163万人	172~181万人	195~205万人
介護職員	140万人	161~169万人	165~173万人	213~224万人	232~244万人
医療その他職員	85万人	91~95万人	91~95万人	102~107万人	120~126万人
介護その他職員	66万人	76~80万人	79~83万人	100~105万人	125~131万人
合計	462万人	509~534万人	520~546万人	620~651万人	704~739万人

- (注1) 医療機関及び介護サービス事業所に従事する全ての職員を対象として、実数として推計したものである。医師及び看護職員については、行政、研究機関、産科医、他の福祉施設等で従事する者も含んでいる。
※ 社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションでは、医療や介護の他の職員には一定の職種のみを含む形で表されており、本推計の表裏値が比較的大きく異なることに留意が必要。
- (注2) 非常勤の割合について現行から変動する可能性があるため、5%程度幅のある推計値となっている。(医療については現状+5%程度の幅を仮定、介護については現状±2.5%程度の幅を仮定。)
- (注3) 医師及び看護職員については、病床については病床当たりの職員配置を基本に配置増を繰り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計した。また、在宅の看取りケアの体制強化を一定程度見込んだ。さらに、急性期等の病床に勤務する医師及び看護職員については、役割分担による負担軽減を見込んでいる。医師については、他の職種との役割分担により、20%業務量が増えることを見込んだ。看護職員については、医師の業務を分担する分と、他の職員に分担してもらう分とが相殺すると仮定した。
- (注4) 介護職員は、施設・居住系については利用者数の伸びにより、在宅については利用者数及び利用回数の伸びにより推計している。また、改革シナリオでは、施設のユニット化推進による職員増と、訪問介護員については非正社員(1月の労働時間61.0時間)が介護職員の非正社員(1月の労働時間117.2時間)並に勤務すると仮定して推計している。(「(附)介護労働安定センター」平成21年度介護労働実態調査)による。)
- (注5) 医療その他職員には、病院・診療所に勤務する薬剤師、OT、PTなどのコメディカル職種、医療ソーシャルワーカー(MSW)、看護補助者、事務職員等が含まれ、介護その他職員には、介護支援専門員、相談員、OT、PTなどのコメディカル職種等が含まれる。

(参考) 充実、重点化・効率化の内訳

パターン1	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
現状投影シナリオから改革シナリオへの変化	+1.3兆円(+0.3%)	+1.3兆円(+0.3%)	+4.6兆円(+0.8%)	+4.6兆円(+0.8%)
【医療】 -入院医療の機能強化 -訪問診療の充実・入院減少に伴う外来増 -平均入院日数の減少等 -外来受診の適正化等(予防、連携、ICT等)	(計 +0.5 兆円程度) +1.7 兆円程度 +0.3 兆円程度 △ 1.2 兆円程度 △ 0.3 兆円程度	(計 +0.6 兆円程度) +1.7 兆円程度 +0.3 兆円程度 △ 1.1 兆円程度 △ 0.3 兆円程度	(計 +0.8 兆円程度) +6.6 兆円程度 +1.1 兆円程度 △ 5.4 兆円程度 △ 1.5 兆円程度	(計 +0.8 兆円程度) +6.7 兆円程度 +1.1 兆円程度 △ 5.4 兆円程度 △ 1.6 兆円程度
【介護】 -介護職員の処遇改善 -高齢介護のユニット化 -施設から在宅への移行 -グループホームの整備 -居宅サービスの充実 -予防・改善効果 -入院医療の効率化にともない費削減	(計 +0.8 兆円程度) +0.5 兆円程度 +0.1 兆円程度 △ 0.2 兆円程度 +0.01 兆円程度 +0.4 兆円程度 △ 0.1 兆円程度 +0.2 兆円程度	(計 +3.9 兆円程度) +0.8 兆円程度 +0.2 兆円程度 △ 0.8 兆円程度 +0.2 兆円程度 +3.3 兆円程度 △ 0.6 兆円程度 +0.8 兆円程度		

- (注1) 費用の見込みに関する注を参照。
- (注2) %表示は、対GDP比である。
- (注3) 一定の経済成長を見込んでいるので、本来、名目額をみる際には留意が必要。また、例えば、入院医療の機能強化と平均入院日数の短縮等の効率化等とは一体的なものである等、充実と重点化・効率化とは相互に関連するものであるが、ここでは、現状投影シナリオから改革シナリオへの変化額について、相当程度の仮定の下で、要素ごとの影響を計算。

医療・介護サービス費用の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
		医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
医療+介護 対GDP比 (%程度)	9.8	10.8	10.7	11.1	11.0	12.8	12.9	13.6	13.7
対NI比 (%程度)	13.6	14.9	14.8	15.3	16.1	17.7	17.8	18.7	18.8
名目額 (兆円程度)	48	55	55	57	56	78	78	83	83
医療 対GDP比 (%程度)	8.1	8.7	8.6	8.8	8.7	9.9	10.0	10.1	10.1
対NI比 (%程度)	11.1	12.0	11.9	12.2	12.0	13.7	13.8	13.9	14.0
名目額 (兆円程度)	39	45	44	45	45	60	61	61	62
介護 対GDP比 (%程度)	1.8	2.1	2.2	2.2	2.3	2.9	2.9	3.5	3.5
対NI比 (%程度)	2.4	2.9	3.1	3.1	3.1	4.0	4.0	4.8	4.8
名目額 (兆円程度)	9	11	11	11	11	17	17	21	21
(参考) GDP (兆円程度)	484	511				607			
NI (兆円程度)	351	371				441			

- (注1) 年度ベースの数値である。
- (注2) 「医療」は、国民医療費ベースの費用である。なお、2008年度の国民医療費は34.8兆円(対GDP比7.0%、対NI比9.9%)、2007年度のOECDベースの総保健医療支出は対GDP比8.1%程度となっている。
- (注3) 2015、2025年の「現状投影シナリオ」は現状のサービス利用状況や単価をそのまま将来に投影(将来の人口構成に適用)した増減、「改革シナリオ」はサービス提供体制等について機能強化や効率化等の改革を行った場合である。
- (注4) 2015、2025年の「ケース①」は医療の伸び率(人口増減や高齢化除く)について伸びの要素を積み上げて仮定した場合、「ケース②」は賃金と物価の伸びの平均に一定率を加えて仮定した場合である。

医療・介護サービス費用の財源(対GDP比)のごく粗い見込み

○ 本推計における医療・介護費用の財源構造は、次のような一定の仮定をおいてごく粗く計算を行ったもの。本来は提供体制の改革等に伴い年齢別の医療費や介護費用の比率等に変化が生じる可能性があるが、そこまでの詳細な推計は行っていない。

・ 医療については、高齢者医療改革会議(第11回(2010年10月)、厚生労働省)で示された医療費の将来推計の足下を平成23(2011)年度予算ベースにおきかえたもの(改革案のうち、現行制度(高齢者保険料負担率の見直し)をベース)を使用。なお、医療に係る公費には、70~74歳の一部負担を補填する分や後期高齢者医療制度における被扶養者の保険料軽減分(の一部)及び所得割5割軽減分など補正予算により対応がなされている分(年度によって0.3~0.5兆円、対GDP比で0.1%弱程度)が含まれている。(ただし、本推計のようなオーダーでみられる場合、改革や補正予算で対応がなされている分の影響は比較的小さいと考えられる。)

・ 介護については、現行制度の公費や保険料の負担の仕組みに基づき計算(第1号被保険者と第2号被保険者の保険料負担割合は将来人口推計に基づき、第2号被保険者保険料に占める公費の割合は2011年度予算に基づき設定)。

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
		医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
医療+介護 保険料 (%程度)	9.8	10.8	10.7	11.1	11.0	12.8	12.9	13.6	13.7
公費 (%程度)	4.7	5.0	5.0	5.2	5.1	5.8	5.8	6.1	6.1
自己負担 (%程度)	3.9	4.3	4.3	4.5	4.4	5.5	5.6	5.9	5.9
医療 保険料 (%程度)	8.1	8.7	8.6	8.8	8.7	9.9	10.0	10.1	10.1
公費 (%程度)	4.0	4.2	4.2	4.3	4.2	4.6	4.6	4.8	4.7
自己負担 (%程度)	2.9	3.3	3.2	3.3	3.3	4.0	4.1	4.1	4.1
介護 保険料 (%程度)	1.8	2.1	2.2	2.2	2.3	2.9	2.9	3.5	3.5
公費 (%程度)	0.7	0.8	0.9	0.9	1.2	1.2	1.4	1.8	1.8
自己負担 (%程度)	0.9	1.1	1.1	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4
(参考) GDP (兆円程度)	484	511				607			
NI (兆円程度)	351	371				441			

(注) 費用の見込みに関する注を参照。

(参考) 財源(対GDP比)の平成23(2011)年度からの変化、シナリオ間の差等

パターン1	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
	現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
医療十介護	1.0	0.9	1.2	1.1	3.0	3.1	3.8	3.8
保険料	0.4	0.3	0.5	0.5	1.1	1.1	1.4	1.4
公費 (単独)	0.5	0.5	0.6	0.6	1.7	1.7	2.1	2.1
自己負担 (%負担)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3
医療	0.7	0.6	0.8	0.7	1.9	1.9	2.0	2.1
保険料	0.3	0.2	0.3	0.3	0.6	0.6	0.7	0.7
公費 (単独)	0.3	0.3	0.4	0.3	1.1	1.1	1.2	1.2
自己負担 (%負担)	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
介護	0.3		0.5		1.1		1.9	
保険料	0.1		0.2		0.6		0.7	
公費 (単独)	0.2		0.2		0.6		0.9	
自己負担 (%負担)	0.0		0.0		0.1		0.1	
(参考) GDP NI (単独)	511 371				607 441			

(注)平成23(2011)年度からの変化分を表示している。また、改革シナリオの[]内は現状投影シナリオからの変化分を表示したものの、その他、費用の見込みに関する注を参照。

医療・介護サービスの需要と供給(1日当たり利用者数等)の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期			16万人/日		16万人/日
一般急性期	80万人/日	86万人/日	23万人/日	97万人/日	20万人/日
低度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等			42万人/日		36万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(86万人/日)	(82万人/日)	(97万人/日)	(72万人/日)
長期療養(慢性期)	21万人/日	24万人/日	21万人/日	31万人/日	34万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	29万人/日	34万人/日	24万人/日
(入院小計)	(133万人/日)	(143万人/日)	(133万人/日)	(162万人/日)	(130万人/日)
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人/日 48万人/日 44万人/日	115万人/日 61万人/日 54万人/日	106万人/日 57万人/日 49万人/日	161万人/日 86万人/日 75万人/日	132万人/日 73万人/日 59万人/日
(入院・介護施設小計)	(225万人/日)	(257万人/日)	(238万人/日)	(323万人/日)	(261万人/日)
居住系 特定施設 グループホーム	31万人/日 15万人/日 16万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	38万人/日 18万人/日 20万人/日	52万人/日 25万人/日 27万人/日	61万人/日 24万人/日 37万人/日
在宅介護 うち小規模多機能 うち定期巡回・随時対応	304万人/日 5万人/日 -	342万人/日 6万人/日 -	352万人/日 10万人/日 1万人/日	434万人/日 8万人/日 -	450万人/日 40万人/日 15万人/日
(居住系・在宅介護小計 うちGH・小規模多機能)	(835万人/日) (21万人/日)	(380万人/日) (26万人/日)	(391万人/日) (30万人/日)	(486万人/日) (35万人/日)	(511万人/日) (77万人/日)
外来・在宅医療 うち訪問診療等	794万人/日 17万人/日	812万人/日 19万人/日	807万人/日 23万人/日	828万人/日 20万人/日	809万人/日 29万人/日
上記利用者(重複あり)	(1353万人/日)	(1449万人/日)	(1436万人/日)	(1637万人/日)	(1581万人/日)
(参考)総人口	1億2729万人	1億2623万人		1億2157万人	

(注)パターン1に係る注を参照。

別案(パターン2)による結果

医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)	現状投影シナリオ	平成37(2025)年度	
			改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15~16日程度 30万人/月	【高度急性期】 19万床 70%程度 15~16日程度
一般急性期	【その他】 125万人/月	【その他】 150万人/月	【一般急性期】 28万床 70%程度 9日程度 66万人/月	【一般急性期】 21万床 70%程度 9日程度 49万人/月
低度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等		【その他】 152万人/月	【その他】 41万床 90%程度 19~20日程度 58万人/月	【その他】 30万床 90%程度 19~20日程度 43万人/月
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	37万床、91%程度 139日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	155万床、83~84%程度 24日程度	155万床、83~84%程度 25日程度
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	132万人分 73万人分 59万人分	
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分	

(注)パターン1に係る注を参照。

(参考) 仮に、平成27(2015)年の各サービスの利用者数から機械的に病床数等を計算した場合

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単様な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 114万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 73~74%程度 27万A月 18~19日程度	【高度急性期】 18万床 73~74%程度 22万A月 18~19日程度	
一般急性期	通院患者数 125万A月	(参考) 性 15日程度 高度急性性 19~20日程度 一般急性性 13~14日程度 亜急性性等 25日程度 亜急性性(WS) 57~58日程度 長期-2 190日程度 ※推計値 134万A月	【一般急性期】 32万床 73~74%程度 58万A月 12日程度	【一般急性期】 24万床 73~74%程度 44万A月 12日程度	
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等			【その他等】 53万床 79~80%程度 60万A月 25~26日程度 (うち亜急性期等6月 未満は254日程度)	【その他等】 40万床 79~80%程度 36万A月 25~26日程度 (うち亜急性期等6月 未満は254日程度)	
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	27万床、91%程度 150日程度	23万床、91%程度 150日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	36万床、90%程度 300日程度	33万床、90%程度 291~292日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	178万床、80%程度 30~31日程度	164万床、81%程度 28~29日程度	164万床、83%程度 29~30日程度	
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	115万人分 61万人分 54万人分	106万人分 57万人分 49万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分		

(注) パターン1に係る注を参照。

33

マンパワーの必要量の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
医師	29万人	30~32万人	29~30万人	33~35万人	30~32万人
看護職員	141万人	151~158万人	151~158万人	172~181万人	184~192万人
介護職員	140万人	161~169万人	165~173万人	213~224万人	232~244万人
医療その他職員	85万人	91~95万人	90~95万人	102~107万人	112~117万人
介護その他職員	66万人	76~80万人	79~84万人	100~105万人	125~131万人
合計	462万人	509~534万人	514~540万人	620~651万人	683~717万人

(注) パターン1に係る注を参照。

35

医療・介護サービスごとの単価の見込み

※各単価は診療報酬(2011年度標準)である。

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期			約199万円/月		約247万円/月
一般急性期	【一般病床】 約129万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約145万円/月	【一般病床】 約129万円/月	約191万円/月
軽度急性期及び 亜急性期・回復期リハ等			約116万円/月		約140万円/月
長期療養(慢性期)	約53万円/月	約53万円/月	約59万円/月	約53万円/月	約65万円/月
精神病床	約47万円/月	約47万円/月	約49万円/月	約47万円/月	約54万円/月
介護施設 特養 老健(療養含)	約29万円/月 約32万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約33万円/月	約29万円/月 約31万円/月	約32万円/月 約34万円/月
居住系 特定施設 グループホーム	約18万円/月 約28万円/月	約18万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/月	約19万円/月 約28万円/月	約20万円/月 約30万円/月
在宅介護	約11万円/月	約11万円/月	約13万円/月	約11万円/月	約17万円/月
外来・在宅医療 外来等 在宅医療等	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月	約1万円/日 約32万円/月

(注) パターン1に係る注を参照。

34

医療・介護サービス費用の見込み

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ		改革シナリオ		現状投影シナリオ		改革シナリオ	
		医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
医療+介護 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目値 (億円程度)	9.8 13.6 48	10.8 14.9 55	10.7 14.8 55	11.0 15.2 56	10.9 15.1 59	12.8 17.7 78	12.9 17.8 78	13.5 18.6 82	13.6 18.7 82
医療 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目値 (億円程度)	8.1 11.1 39	8.7 12.0 45	8.6 11.9 44	8.8 12.1 45	8.7 12.0 44	9.8 13.7 60	10.0 13.8 61	10.0 13.7 61	10.0 13.8 61
介護 対GDP比 (%程度) 対NI比 (%程度) 名目値 (億円程度)	1.8 2.4 9	2.1 2.9 11		2.2 3.1 11		2.9 4.0 17		3.5 4.9 21	
(参考) GDP (億円程度) NI (億円程度)	484 351		511 371			607 441			

(注) パターン1に係る注を参照。

36

パターン2	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②	医療の伸び率 ケース①	医療の伸び率 ケース②
現状投影シナリオから改革シナリオへの差	+1.1 差(+0.2%)	+1.1 差(+0.2%)	+4.0 差(+0.7%)	+4.0 差(+0.7%)
【医療】	(計 +0.3 米円年度) + 1.6 米円年度 + 0.3 米円年度 Δ 1.1 米円年度 Δ 0.3 米円年度	(計 +0.3 米円年度) + 1.5 米円年度 + 0.3 米円年度 + 1.1 米円年度 Δ 1.1 米円年度 Δ 0.1 米円年度	(計 +0.1 米円年度) + 6.5 米円年度 + 1.1 米円年度 Δ 5.9 米円年度 Δ 1.6 米円年度	(計 +0.1 米円年度) + 6.5 米円年度 + 1.1 米円年度 Δ 5.9 米円年度 Δ 1.5 米円年度
【介護】	(計 +0.8 米円年度) + 0.5 米円年度 + 0.1 米円年度 Δ 0.2 米円年度 + 0.01 米円年度 + 0.1 米円年度 Δ 0.1 米円年度 + 0.2 米円年度	(計 +0.8 米円年度) + 0.5 米円年度 + 0.1 米円年度 Δ 0.2 米円年度 + 0.2 米円年度 + 0.1 米円年度 Δ 0.1 米円年度 + 0.2 米円年度	(計 +3.9 米円年度) + 0.8 米円年度 + 0.2 米円年度 Δ 0.8 米円年度 + 0.2 米円年度 + 0.2 米円年度 + 0.6 米円年度 + 0.9 米円年度	(計 +3.9 米円年度) + 0.8 米円年度 + 0.2 米円年度 Δ 0.8 米円年度 + 0.2 米円年度 + 0.2 米円年度 + 0.6 米円年度 + 0.9 米円年度

(注)パターン1に係る注を参照。

パターン2	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
	現状投影シナリオ 医療の伸び率 ケース①	現状投影シナリオ 医療の伸び率 ケース②	改革シナリオ 医療の伸び率 ケース①	改革シナリオ 医療の伸び率 ケース②	現状投影シナリオ 医療の伸び率 ケース①	現状投影シナリオ 医療の伸び率 ケース②	改革シナリオ 医療の伸び率 ケース①	改革シナリオ 医療の伸び率 ケース②
医療+介護	1.0	0.9	1.2	1.1	3.0	3.1	3.7	3.7
医療	0.4	0.3	0.6	0.4	1.1	1.1	1.4	1.4
介護	0.5	0.5	0.6	0.7	1.7	1.7	2.0	2.0
自己負担	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3
医療	0.7	0.6	0.7	0.6	1.9	1.9	1.9	2.0
介護	0.3	0.2	0.3	0.2	0.6	0.6	0.6	0.7
公費	0.3	0.3	0.4	0.3	1.1	1.1	1.1	1.1
自己負担	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
介護	0.3	0.3	0.5	0.5	1.1	1.1	1.8	1.8
医療	0.1	0.1	0.2	0.2	0.5	0.5	0.7	0.7
公費	0.2	0.2	0.1	0.1	0.6	0.6	0.9	0.9
自己負担	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
(参考) GDP NI	511 371				607 441			

(注)パターン1に係る注を参照。

医療・介護サービス費用の財源(対GDP比)のごく粗い見込み

○パターン1に係る記述を参照。

パターン2	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度				平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ 医療の伸び率 ケース①	現状投影シナリオ 医療の伸び率 ケース②	改革シナリオ 医療の伸び率 ケース①	改革シナリオ 医療の伸び率 ケース②	現状投影シナリオ 医療の伸び率 ケース①	現状投影シナリオ 医療の伸び率 ケース②	改革シナリオ 医療の伸び率 ケース①	改革シナリオ 医療の伸び率 ケース②
医療+介護	9.8	10.8	10.7	11.0	10.9	12.8	12.9	13.5	13.5
医療	4.7	5.1	5.0	5.2	5.1	5.8	5.6	6.0	6.1
介護	3.9	4.3	4.3	4.4	4.4	5.5	5.6	5.9	5.9
自己負担	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.5	1.6	1.6	1.6
医療	8.1	8.7	8.6	8.8	8.7	9.9	10.0	10.0	10.0
介護	4.0	3.2	3.2	3.3	3.2	4.0	4.1	4.0	4.1
公費	2.2	1.2	1.2	1.3	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3
自己負担	1.2	1.2	1.2	1.3	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3
介護	1.8	2.1	2.1	2.2	2.2	2.9	2.9	3.5	3.5
医療	0.7	0.8	0.8	0.9	0.9	1.2	1.2	1.4	1.4
公費	0.9	1.1	1.1	1.2	1.2	1.5	1.5	1.8	1.8
自己負担	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3
(参考) GDP NI	484 351	511 371				607 441			

(注)パターン1に係る注を参照。

(参考1) 足下の計数整理等

足下の計数の整理等

- 本推計では、平成22(2010)年度途中までの各種実績統計及び平成23(2011)年度予算における医療・介護費用の見込み等を踏まえて計数を整理し、費用推計等の足下としている。また、入院患者数等の計数整理に関して、ある日の入院患者数 = ある日の新規入(退)院患者数 × 平均在院日数 という関係式を使用する等、一定の計算上のモデル式を使用している。

(具体的な方法)

- 医療の、入院、入院外、歯科等別の患者数や単価等
 - ・ 「医療費の動向」(厚生労働省、全数統計)における、平成21(2009)年度の入院や入院外の受診延日数を、入院は365日で除することで、入院外は270日(平日を1、土曜日を0.5として数えた医療機関の稼働日数の概算値)で除することで、ある日の患者数を推計。医療費についても、同調査から平成21(2009)年度の実績ベースの値を把握。
 - ・ 食事や生活療養の費用は入院の費用に含め、薬局調剤医療費は「社会医療診療行為別調査」(厚生労働省)の処方せん発行枚数の比で病院、一般診療所及び歯科診療所別の医療費に按分して加算、訪問看護医療費は同調査の訪問看護指示料等の算定回数比で病院及び診療所の医療費に按分して加算。
 - ・ 上記で作成した平成21(2009)年度実績ベースの数値に、「医療費の動向」による平成22(2010)年度上半期の対前年同期比を乗じ、近年の動向を踏まえて平成22(2010)年度から平成23(2011)年度の患者数は横ばいと仮定し、医療費総額(国民医療費ベース)が平成23(2011)年度予算ベースの見込み値に一致するよう全体を補正。
 - ・ 一般病床、療養病床、精神病床等ごとの患者数、単価及び平均在院日数等の仮定については、「医療施設調査」「病院報告」「社会医療診療行為別調査」(いずれも厚生労働省)等から設定。
- 介護の、施設・在宅別サービス利用者数や単価等
 - ・ 「介護保険事業状況報告」及び「介護給付費実施調査」(いずれも厚生労働省、全数統計)における、平成22(2010)年度途中までの実績を踏まえて、施設・在宅別、要介護度別等のサービス利用者数及び単価等を設定。
 - ・ 平成23(2011)年度末までに行うこととされている施設の充実強化策(年度末までに施設・居住系の定員数の16万人分程度増加)については、予定通りに進むことを前提として施設利用者数等を推計し、平成23(2011)年度予算ベースの介護費用に一致するよう全体を補正。

41

○ 将来推計の現状投影シナリオに用いる性・年齢階級別・サービス別の利用者割合

- ・ 医療については、「患者調査」(厚生労働省、平成20(2008)年)の入院(病床)・外来別、性・年齢階級別の患者数を使用し、介護については「介護給付費実施調査」(厚生労働省)の施設(施設類型)・在宅別、要介護度別、性・年齢階級別の利用者数を使用して人口に対するサービス別の利用者割合を作成。
- ・ これを、平成23(2011)年度までの性・年齢計の利用者数等で補正して、足下の性・年齢階級別・サービス別の利用者割合を作成。(これを将来人口推計に適用して現状投影シナリオを推計。)
- 主に病床の機能分化を考える際に必要となる現行の一般病床の内訳
 - ・ 現行の一般病床入院患者のニーズとして、社会保障国民会議の仮定等を踏まえて、高度急性期：一般急性期：亜急性期・回復期リハ等=2：5：3であることを基本的な前提として仮定。
 - ・ また、機能分化についての別案として、退院患者のうち手術、放射線治療を受けた者は4～5割程度であることや、一般病床の1割程度6月以上入院があることを踏まえ、一般急性期(5割相当)のうち概ね2割相当は軽度の急性期のニーズであること、亜急性期・回復期リハ等(3割相当)のうち概ね1割相当程度は慢性期入院ニーズであることを仮定。
 - ・ 高度急性期相当の現状については、「医療費の動向」(平成21(2009)年度)における大学病院の医療費が5.5万円/日程度であることを踏まえて、平成23(2011)年度180万円/月程度と仮定。平均在院日数は社会保障国民会議の仮定等を踏まえて19～20日程度と仮定。
 - ・ 亜急性期・回復期リハ等については、一般病床全体の8割程度の単価と仮定し、平成23(2011)年度100万円/月程度と仮定。平均在院日数は社会保障国民会議の仮定等を踏まえて75日程度と仮定。
 - ・ 一般急性期については、全体から高度急性期及び亜急性期・回復期リハ等の費用を差し引く形で推計される(平成23(2011)年度127万円/月程度)。また、平均在院日数は社会保障国民会議の仮定等を踏まえて13～14日程度と仮定。結果として、一般病床全体の平均在院日数は19～20日程度と計算される(最新の「病院報告」では、18日台で推移しているが、内訳と合計が整合する仮定のセットとして全体でみた場合、一定のものと考えられる)。
 - ・ 一般急性期のうちの軽度急性期のニーズについては単価及び平均在院日数ともに一般急性期と同程度と仮定、亜急性期・回復期リハ等のうちの長期療養ニーズ(概ね6月以上入院)については、医療療養と同程度から若干高めめの単価と、6月以上入院であることから190日程度の平均在院日数を仮定。

42

【足下(2011年度)の計数の整理～本推計のために一定の仮定をおいて整理したもの～】

	利用者数/日 (万人)	新入院発生数/日 (万人)	平均在院日数 (日)	単価 (万円)	費用総額 (兆円)
医療十介護					47.6
医療計					39.1
入院計	133	4.4	30.5	9.6	15.6
一般病床	80	4.1	19.5	12.9	12.4
(急性期)	(56)	(3.8)	(14.8)	(14.2)	(9.6)
(高度急性期)	(16)	(0.8)	(19.5)	(18.0)	(3.5)
(一般急性期)	(40)	(3.0)	(13.5)	(12.7)	(6.1)
(軽度急性期)	(24)	(1.8)	(13.5)	(12.7)	(3.7)
(亜急性期・回復期リハ等)	(16)	(1.2)	(13.5)	(12.7)	(2.4)
(6月未満)	(16)	(0.3)	(74.9)	(100)	(2.9)
(6月以上入院)	(8)	(0.0)	(57.5)	(118)	(2.3)
(6月以上入院)	(8)	(0.0)	(190.0)	(65)	(0.6)
長期療養	21	0.1	150.0	53	1.4
精神病床	31	0.1	300.0	4.7	1.8
結核・感染症病床	0.3	0.0	70.0	9.8	0.0
外来計	794			1.1	23.9
病院系	165			2.0	8.8
一般診療所系	478			0.9	12.0
歯科	151			0.7	2.7
介護計	428			1.7	8.5
施設・居住系計	123			2.9	4.2
施設計	52			3.1	3.4
特養	48			2.9	1.7
老健(従来型)	35			3.0	1.2
老健(療養型) / 介護療養	9			3.9	0.4
特定施設	15			1.8	0.3
GI	16			2.8	0.9
居宅系	304			1.1	4.1
地域支援事業					0.2

43

(参考2) 改革の具体的シナリオ

44

サービス利用・単価等に係る具体的なシナリオ

具体的な改革のイメージ(パターン1)

※平成27(2025)年度における改革のイメージ
※単価等の数値は平成20(2011)年度数値

	サービス利用	単価等
重症急性期	<p>重症急性期に医療資源をより手厚く集中投入することにより、平均在院日数について、現状19～20日程度(医療機関+NC病院の平均)から、15～16日程度に短縮(2割程度短縮)を図る。これを実現するために、医師、看護職員を拡充し、チーム医療、早期リハビリ等のためのスタッフの充実強化、医療クローラ、地域連携や診療情報の担当者など診療支援・調整体制の強化など、現在の一般病棟平均と比較しておおよそ2倍とする。</p> <p>これにより、1日あたりの患者や訪問患者減少し、重症急性期医療ニーズは、現状投影シナリオの19万人/日程度から16万人/日程度となる。</p> <p>減少した3万人/日程度は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることと併せて、病棟の在院日数の短縮が図られることによる減少分であり、概ね半分程度は重症急性期等の病棟で対応するニーズに切り替わり、概ね半分程度は在宅医療や外来診療に切り替わることによる入院患者減少と想定する。</p>	<p>平均在院日数を2割程度短縮するために、1割当たり1割増しの看護職員など医療資源投入量と、ハイケアユニットと比較して1.2倍程度とする。</p> <p>また、ハイケアユニットや看護職員も増えるので、調整改革のほか、役割分担(4キリミック入)も、他の医療機関等との連携も進めなくてはなる。</p> <p>これは、現在の一般病棟平均(約)129万円/月程度)と比較すると、2割程度(1割相当)の増減で済むと想定する。単価で分けてみると、現在のハイケアユニットの単価(219万円/月程度)×(1+0.2×0.8(※2))=約2417万円/月程度</p> <p>※(※1)ハイケアユニット入院時診療管理料4500点/日、検査・投薬・手術等の点数が2000～3000点/日あるものとして、7000点/月程度と仮定</p> <p>(※2)人件費、医薬品、材料及び医療機器等の割合が約8割と仮定</p>

	サービス利用	単価等
一般急性期	<p>一般急性期に医療資源を集中投入することにより、平均在院日数について、現状13～14日程度(急性期全体が現状15日程度)であることから、重症急性期を19～20日程度(※1)と13～14日程度(※2)に短縮(39%程度短縮)を図る。これを実現するために、医師、看護職員を拡充し、チーム医療について、医療クローラ、早期リハビリ等のためのスタッフの充実強化、医療クローラ、地域連携や診療情報の担当者など診療支援・調整体制の強化など、現在の一般病棟平均と比較しておおよそ1.6倍とする。</p> <p>これにより1日あたりの患者も、39%程度減少し、一般急性期医療ニーズは、現状投影シナリオの49万人/日程度から33万人/日程度となる。</p> <p>減少した16万人/日程度は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることと併せて、病棟の在院日数の短縮が図られることによる減少分であり、概ね半分程度は重症急性期等の病棟で対応するニーズに切り替わり、概ね半分程度は在宅医療や外来診療に切り替わることによる入院患者減少と想定する。</p>	<p>平均在院日数を39%程度短縮するために、1割当たり1割増しの看護職員など医療資源投入量と、現在の一般病棟平均と比較して1.6倍程度とする。</p> <p>現在の一般病棟の平均単価(129万円/月程度)×(1+0.6×0.8(※2))=約191万円/月程度</p> <p>(※1)人件費、医薬品、材料及び医療機器等の割合が約8割と仮定</p> <p>(※2)人件費、医薬品、材料及び医療機器等の割合が約8割と仮定</p>
重症急性期・回復期リハ等	<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病棟を退院することになるが、医療必要度が十分に満たない状態で退院することとなるので、その受け皿として重症急性期等の病棟の機能強化が重要となる。</p> <p>また、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と調整体制の強化、24時間対応可能な在宅医療等の体制整備等により、重症急性期病棟の在院日数の短縮を図る。そのほか、リハビリ、地域連携、遠隔診療支援等の観点から、ハイケアユニットに3割程度の増員を図る。</p> <p>重症急性期のニーズは、29万人/日程度の現状投影ニーズに、重症急性期及び一般急性期から移行する11万人/日程度を加え、39万人/日程度となるが、2割程度の期間短縮効果により16万人/日が確保される。あるいは重症急性期(急性期)や介護療養施設等へ移すものと想定する。</p> <p>減少した9万人/日程度は、1/4程度は在宅医療(慢性期)、1/4程度は分室(主に一般病棟)、1/2程度は早期の病棟により外来対応等に切り替わることによる入院患者減少と仮定する。</p>	<p>重症急性期等においては医療・看護・リハビリの必要量が異なること、また、おおよそ2割程度の在院日数の短縮を及ぼすため、ハイケアユニットに3割程度の増員を図るものと想定する。</p> <p>現在の重症急性期の平均単価100万円/月程度×(1+0.3×0.8(※2))=115万円/月程度</p> <p>(※1)人件費の割合を5割程度と仮定</p> <p>(※2)人件費の割合を5割程度と仮定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
長期療養(慢性期)	<p>医療費のうち、医療区分1に該当する約25%が介護施設(介護施設から移行した者)及び3施設に移行する一方、介護施設(介護施設から移行した者)を除く医療区分2及び3に該当する約75%が医療費に充当するものと仮定する。(2015年度まで)</p> <p>現状として平均的な介護費が高まり、医療に重点を置いた長期ケアが提供される。また、リハビリ、栄養管理、口腔ケアなどの向上を図りつつ、地域の診療所・介護サービス等との連携による退院支援の強化を図る。24時間対応可能な在宅医療の体制を整備することによって、本人の希望により在宅での生活が実現可能となる体制を強化することにより、概ね1割程度の在院日数の短縮を図る。(平成27(2025)年度から)</p> <p>地域連携の担当者など1割程度の増員を図る。</p> <p>長期療養のニーズは、31万人/日程度の現状投影ニーズに、重症急性期からの2万人/日程度を加え、介護施設との間の移行による25万人/日程度の減少を控えて28万人/日程度となり、さらに在院日数の1割程度の短縮により、25万人/日程度となる。</p> <p>平均在院日数の短縮に伴い減少した3万人/日は、在宅医療のほか、介護サービスで対応されるものと想定する。</p>	<p>長期療養のニーズは、31万人/日程度の現状投影ニーズに、重症急性期からの2万人/日程度を加え、介護施設との間の移行による25万人/日程度の減少を控えて28万人/日程度となり、さらに在院日数の1割程度の短縮により、25万人/日程度となる。</p> <p>平均在院日数の短縮に伴い減少した3万人/日は、在宅医療のほか、介護サービスで対応されるものと想定する。</p>
精神科入院	<p>精神科については、現状に比べて体制の充実とともに、遠隔診療、アウトリーチ(訪問支援)等の充実により、在院日数の1割程度短縮及び入院数の2割程度の増員を図る。このうち医療費の削減に資するため、ハイケアユニットを拡充し、ハイケアユニットの増員を図る。</p> <p>精神科のニーズは、34万人/日程度の現状投影ニーズから、概ね10万人/日程度減少した24万人/日程度となる。減少した2万人のうち、認知症5万人/日は介護サービスで対応、5万人/日は主に在宅ケア・外来対応等と想定する。</p>	<p>現状に比べて体制の充実、遠隔診療やアウトリーチ(訪問支援)等に資するため、ハイケアユニットを中心に3割程度の増員を図るものと仮定する。</p> <p>■47万円/月程度×(1+0.3×0.5(※1))=54万円/月程度</p> <p>(※1)人件費の割合を5割程度と仮定</p>

パターン1	サービス利用	単価等
医療から介護への移行等	<p>上記の結果、医療機関の入院ニーズは、102万人/日程度の現状投影ニーズから、33万人/日程度が介護や外来・在宅医療で対応に移行する。このうち、14万人/日程度は、介護ニーズが必要となるものと考えられる。</p>	<p>医療機関に比べて単価を低減し、移行の要介護度の平均で、概ね老齢10万円/月程度、介護療養施設25万円/月程度を基準として設定</p> <p>療養型の老人介護施設は従来の介護施設より介護費が低減されることにより介護療養施設の削減を促進し、介護費を低減させる</p>
介護施設(特養・老健)	<p>特養・老健施設シナリオにおいては、要介護度別介護施設利用者数(特養・老健)が、現状より約1割増しの約10万人/日程度となるものと想定する。このうち、約5万人/日は2015年度から施設利用者数が増加するものと想定する。</p> <p>その上で、特養は重症急性期、老健は在宅医療施設であることとを考慮し、重症急性期の要介護度別利用者数(特養・老健)は現状より約1割増しの約10万人/日程度となるものと想定する。このうち、約5万人/日は2015年度から施設利用者数が増加するものと想定する。</p> <p>また、介護施設(特養・老健)は重症急性期利用者数(特養・老健)が、現状より約1割増しの約10万人/日程度となるものと想定する。</p> <p>さらに、ユニケアケアが普及し、老健では5割(平成27(2025)年度)は3割程度が、特養では7割程度がユニケアケアとなるものと想定する。</p> <p>医療から介護に移行する者については、6割が介護施設を利用するものと仮定する。</p> <p>介護予防等リスクを軽減する取り組みにより、利用者が3%程度減少するものと仮定する。</p>	<p>要介護施設に比べて単価を低減し、移行の要介護度の平均で、特設施設18～19万円/月程度、グループホーム20～25万円/月程度を基準として設定</p> <p>改正シナリオにおいてはユニケアケアの普及に伴い単価が上昇すること及び介護療養施設の削減を促進させる</p>
居住系(特定介護-GH)	<p>認知症への対応のため、グループホームについて施設費を削減することを仮定する。</p> <p>居住系については、今後発生する認知症の増加に伴って、認知症対応施設を増やすこと、また、おおよそ2割程度の在院日数の短縮を及ぼすため、ハイケアユニットに3割程度の増員を図るものと想定する。</p> <p>(※)約300万円/月程度を削減と想定される。</p> <p>介護予防等リスクを軽減する取り組みにより、利用者が3%程度減少するものと仮定する。</p>	<p>認知症への対応のため、グループホームについて施設費を削減することを仮定する。</p> <p>居住系については、今後発生する認知症の増加に伴って、認知症対応施設を増やすこと、また、おおよそ2割程度の在院日数の短縮を及ぼすため、ハイケアユニットに3割程度の増員を図るものと想定する。</p> <p>(※)約300万円/月程度を削減と想定される。</p> <p>介護予防等リスクを軽減する取り組みにより、利用者が3%程度減少するものと仮定する。</p>

パターン1	サービス利用	単価等
外来・在宅医療	<p>医療・介護の機能分化を進め、早期の退院やなるべく入所の必要性を低くするためには、外来や在宅医療、在宅ケアの充実強化が不可欠となる。また、精神障害者へのアウトリーチ支援(訪問支援)体制の整備も必要となる。</p> <p>医療については、在宅医療の充実を図ることを仮定する。具体的には、現状約16万人程度の在宅医療・訪問看護の利用者を平成37(2025)年度に29万人程度まで増加するものと仮定する。</p> <p>一方、一層効率化を進める要素として、生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、既科外転ニーズ(上記入院ニーズからの外来への移行分を除く)が、5%程度減少するものと仮定する。</p> <p>さらに、病院と診療所との役割分担を仮定し、病院の外来・在宅医療の最寄数の半分程度が診療所に移行するものと仮定する。</p>	<p>外来に係る単価は、訪問診療・訪問看護・薬局調剤医療費も含めて、現行と同様病院2万円/日程度、診療所0.9万円/日程度と仮定(※) ※既科の平均1.2万円/日程度、歯科(0.7万円/日程度と仮定)を合わせて全体の平均で1.1万円/日程度</p> <p>在宅医療・訪問看護については、現行の利用状況から32万円/月程度を仮定</p> <p>精神科入院から外来・在宅医療に移行するニーズについては、平均1.0万円/日程度(週3日程度の対応)と仮定</p>
医療・介護の連携と在宅介護	<p>医療・介護の機能分化を進め、効率化をはかるためには、早期の退院やなるべく入所の必要性を低くすることができるような、外来や在宅医療、在宅ケアの充実強化が不可欠となる。</p> <p>まず、医療に關して、入院医療に関する職員の増員により地域連携に関わる職員も増員となることに加え、中学校区1〜2程度に1人程度の割合でMSW等地域における在宅医療連携に関わる職員の増加を仮定する。</p> <p>介護については、比較的中重度や認知症のケースでは、限度額に近い利用となるものと仮定する一方、小規模多機能と定期巡回・随時対応の訪問介護を推進することにより、在宅でのケアを推進することを仮定する。</p> <p>小規模多機能については、約40万人分(平成27(2015)年度に10万人分、平成32(2020)年度に20万人分)を確保。これにより、グループホームの充実と合わせて、認知症対応の充実強化を図る。定期巡回・随時対応については、15万人分(平成27(2015)年度に1万人分、平成32(2020)年度に5万人分)を確保し、小規模多機能と合わせて50〜60万人程度の在宅ケアを支えることを仮定する。</p> <p>介護予防等リスクを軽減する取り組みにより、要介護者等が3%程度減少するものと仮定する。</p>	<p>要介護度ごとの単価設定</p> <p>中重度者や認知症のある者を中心に、サービス利用に対する利用割合が、要支援1、2については毎年1%、要介護1〜6については平成27(2015)年度までは毎年1.5%程度、平成32(2020)年度までは毎年2.5%程度、平成27(2025)年度までは毎年2.5%程度、80%を上層に上昇するものと仮定。ただし要介護4、5の単価は限度額相当まで引き上げると仮定</p> <p>介護職員の処遇改善(賃金の上昇)を織り込み</p>

(注)この改革のシナリオは、平成37(2025)年度時点の改革の効果等について整理したものである。平成23(2021)年度(足下)から平成37(2025)年度の間にについては、基本的には、平成37(2025)年における改革の効果(例えば、平均在院日数の短縮割合、それと表裏となる機能強化の程度(単価の上昇割合))を線形で補間して推計。

パターン2	サービス利用	単価等
長期療養(慢性期)	(長期療養のうち、現行の医療費に係る部分については、パターン1に同じ)	(長期療養のうち、現行の医療費に係る部分については、パターン1に同じ)
精神病床	(パターン1に同じ)	(パターン1に同じ)
医療から介護への移行等	上記の結果、医療機関の入院ニーズは、162万人/日程度の現状ニーズから、32万人/日程度が介護や外来・在宅医療での対応に移行する。このうち、15万人/日程度は、介護ニーズが必要になるものと考えられる。	
介護施設(特養・老健)	(基本的に、パターン1に同じ)	(基本的に、パターン1に同じ)
居住系(GH・特定施設)		
外来・在宅医療		
在宅ケアその他		

(注)パターン1に係る注を参照。

別案(パターン2)		※平成37(2025)年度における改革のイメージ ※単価等の価格は平成23(2021)年度価格
	サービス利用	単価等
高度急性期	(パターン1に同じ)	(パターン1に同じ)
一般急性期(軽度急性期を除く)	<p>(平均在院日数短縮とその表裏の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>一般急性期医療ニーズは、現状投影シナリオの29万人/日程度から20万人/日程度となる。</p> <p>減少した10万人/日程度のニーズは、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで病後の在院期間の短縮が図られることによる減少分であり、概ね半分程度は重症急性期等の病床に対応するニーズに移り、概ね半分程度は早期の転院により外来対応等に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>(平均在院日数短縮とその表裏の機能強化については、パターン1に同じ)</p> <p>重症急性期においては医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね2割程度の在院日数の短縮を見込むため、コアメディカルを中心に3割程度の増員を図るものと仮定する。</p> <p>■ここでの重症急性期の平均単価112万円/月程度×(1+0.3×0.5(※))=128万円/月程度(※)人員費の割合を5割程度と仮定</p>
軽度急性期及び重症急性期・回復期リハ等(以下では「重症急性期等」と表記)	<p>在宅療養患者を含む地域住民の軽症等を中心とする軽度急性期ニーズについて、連携の観点から重症急性期・回復期等とあわせて、医療資源の投入強化を図る。</p> <p>特に、急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として重症急性期等の病床の機能強化が重要になる。併せて、在宅療養患者の急性増悪時の対応等も重要になる。</p> <p>また、政策目標として、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化により、概ね2割程度の在院日数の短縮を見込む。</p> <p>重症急性期等のニーズは、49万人/日の現状投影ニーズに加え、高度急性期及び一般急性期から移行する7万人/日に加え、55万人/日となるが、2割程度の期間短縮効果により11万人/日が軽快する。あるいは長期療養(慢性期)や介護施設等に移るものと見込む。</p> <p>減少した11万人/日は、1/4程度は長期療養(慢性期)、1/4程度は介護(主に施設)、1/2程度は早期の転院により外来対応等に切り替わることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>■移行により重症急性期等の平均単価=140万円/月程度を仮定</p>
	さらに、このうち長期療養ニーズに相当すると考えられる8万人/日程度は、順次、長期療養(従来の医療費とは多少異なるカテゴリーになる)に移行するものと仮定する。(平成27(2015)年頃から)	

(参考3) 医療の伸び率の補足

医療について人口増減・高齢化とは別に織り込む伸び率の考え方

(医療の伸び率ケース①のAについて)

- 近年(平成17(2005)~21(2009)年度)の医療費の伸び率から人口増減及び高齢化の影響を除いた部分(医療の高度化等や自然増といわれる)をみると、年率1.5%程度。【資料1参照】
- これには、同期間における、平均在院日数の減少(全病床でみて36日程度→33日程度)、後発医薬品の使用促進(調剤医療費の数量ベースでみて14%程度→19%程度)、長期投薬の制限緩和等を背景とした外来受診日数の減少等の影響が含まれており、この伸び率で伸ばすと、これらの傾向も将来に投影することとなる。
- 本シミュレーションでは、社会保障国民会議におけるシミュレーションの仮定を踏襲し、
 - ・ 今後の平均在院日数の短縮は病床当たり医療資源の投入量の相当な強化により行われるものと、
 - ・ 今後の外来受診日数については、近年の減少傾向は織り込まず、別途生活習慣病対策の推進等により適正化を図るものと、
 仮定するので、平成17~21年における平均在院日数の短縮や外来受診日数の減少が医療費の伸び率に及ぼしたと考えられる大きさのうち、一定の仮定のもとで推計可能な部分を見込んで加えると、年率1.9%程度。

(※1) 平均在院日数の短縮については【資料2】を参照。

(※2) 外来受診日数の減少については、

- ・ 平成17~平成21年度の外来(医科入院外)受診日数の対前年減少数を累計すると8千万日程度。これが長期投薬の制限緩和を背景としたものと考えれば、全体としてみた場合の診療や投薬の量にはそれほど変化はない可能性がある。一方、少なくとも、受診日数の減少に対応する再診料は減少している可能性がある。
- ・ 1回当たり再診料は平均で900円程度なので、上記8千万日程度にこれを受けて5で割り、医療費総額(この間30兆円台前半から半ばで推移)に対する割合をみると、概ね0.05%程度

- 後発医薬品の使用促進の効果については、現時点において明確な目標年次と目標値を設定しにくいですが、上記の伸び率の仮定の中に、今後も、調剤医療費の数量ベースでみたときに、年率1%ポイント程度は後発医薬品の割合の上昇が続いていくという仮定が含まれていることとなる。

(医療の伸び率ケース①のBについて)

- 過去、診療報酬改定と経済成長率との間には、5年程度のタイムラグのもとで、一定の相関があることが明らかになっている。昭和60(1985)~平成22(2010)年のデータを用いて、2年移動平均の処理を行ってみると、概ね次のようになる。【資料3参照】

$$\text{診療報酬改定率(本体, \%)} = 1/3 \times \text{経済成長率(5年前, \%)} + 0.2\% \text{程度}$$

$$\text{診療報酬改定率(ネット, \%)} = 0.27 \times \text{経済成長率(5年前, \%)} - 0.7\% \text{程度}$$
- 今回、将来の経済成長率を診療報酬改定率に反映させるモデルを仮定するにあたっては、
 - ・ 5年前の経済成長率に機械的に連動すると仮定すると、平成24(2012)~26(2014)年頃の改定には平成20(2008)年秋以降の大幅なマイナスの経済成長率(名目GDP成長率でみて、平成20(2008)年度△4.2%程度、平成21(2009)年度△3.7%程度)を機械的に反映することを仮定することになること、
 - ・ 過去については、経済成長率の高い時期と薬価差が相当程度大きな時期が重なっており、ネットでみた場合の回帰式の傾きが相対的に小さくなっている要因となっていること、
 - ・ 近年は経済成長率が極めて小さい中で改定を行ってきたこと、薬価差は減少し近年は横ばい傾向であること、今後後発医薬品の使用が進む等の変化が考えられることなどを考えると、今後の中長期的な改定の詳細を予め予測することは困難なこと、
 - ・ 等を勘案して、次のようなモデルを設定。(当年度の経済成長率がゼロならネットの改定率もゼロ、プラスならプラス、マイナスならマイナスという仮定をおいていることとなる。)
$$\text{診療報酬改定率(ネット, \%)} = 1/3 \times \text{経済成長率(当年度, \%)}$$

(医療の伸び率ケース①のCについて)

- 前期Aの考え方にある通り、Aの中に、今後とも後発医薬品の使用量が傾向的に増大するという一定の効率化の要素が含まれていることとなるが、社会保障国民会議のシミュレーションにおいて仮定されていた、医薬品や医療機器等に係るさらなる効率化努力として年率0.1%程度の伸び率の低減を仮定。

資料1
(第11回高齢者医療制度改革会議資料)

医療費の伸びの要因分解 -メディアスによる伸び率分析

	平成13年度 (2001)	平成14年度 (2002)	平成15年度 (2003)	平成16年度 (2004)	平成17年度 (2005)	平成18年度 (2006)	平成19年度 (2007)	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成17~ 21年度平均 (2005~2009)
1人当たり医療費 ①	3.0%	-0.9%	1.9%	1.9%	3.1%	0.1%	3.1%	1.9%	3.6%	2.4%
診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
高齢化の影響 ③	1.6%	1.7%	1.6%	1.6%	1.9%	1.5%	1.6%	1.5%	1.5%	1.6%
その他(①-②-③) -医療の高度化 -患者負担の見直し等	1.4%	0.1%	0.3%	1.3%	1.2%	1.8%	1.4%	1.2%	2.1%	1.7%
70歳未満 1人当たり医療費 ①	2.1%	-1.2%	0.4%	0.9%	1.5%	-0.9%	1.6%	1.9%	2.7%	1.4%
診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
高齢化の影響 ③	0.5%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	0.2%	0.6%	0.7%	0.9%	0.6%
その他(①-②-③) -医療の高度化 -患者負担の見直し等	1.5%	0.8%	-0.2%	1.3%	0.8%	2.1%	1.0%	2.0%	1.7%	1.5%
70歳以上 1人当たり医療費 ①	1.3%	-3.6%	0.9%	0.2%	2.0%	-1.5%	2.1%	-0.1%	2.5%	1.0%
診療報酬改定 ②		-2.7%		-1.0%		-3.16%		-0.82%		-0.8%
高齢化の影響 ③	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	0.3%
その他(①-②-③) -医療の高度化 -患者負担の見直し等	1.0%	-1.1%	0.7%	1.0%	1.8%	1.4%	1.8%	0.4%	2.1%	1.5%
備考			H14.10 高齢者1割 負担の軽減	H15.4 利用者本人 3割負担等		H18.10 薬性並み所 得を有する 高齢者3割負 担等		H20.4 米数字書割 負担		

注1:70歳以上、70歳未満は医療保険分、総計は医療保険と公費負担医療の合計。

2:老人保健又は後期高齢者医療に適用される65~69歳の障害認定者は、70歳以上に含まれており70歳未満には含まれていない。

3:高齢化の影響は、平成19年度の年齢階級別(5歳階級)医療保険医療費と年齢階級別(5歳階級)人口から推計。

4:医療費の伸び率は審査支払機関で審査した医療費であり、現金払いの療養費等を含まず。

資料2
(平均在院日数と医療費の伸び率~近年の状況)

- 平成17年度から平成21年度までの平均在院日数の短縮及びそれに対応する1日当たり医療費の増加が医療費の伸びに及ぼした影響を一定の前提の元で見込むと、ネットのみで、年率△0.3%程度

平均在院日数短縮による国民医療費の伸び率への影響

○ 平均在院日数の短縮(概数推計)

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成17~21年 平均
平均在院日数 全病床	35.7	34.7	34.1	33.6	33.2	-
介護療養病床C		32.2	31.7	31.8	31.3	-
平均在院日数の短縮率 A	-1.3%	-2.3%	-1.8%	-2.3%	-2.3%	-1.9%

注:平均在院日数の短縮率は、平成17(1985)年度を100と仮定し、平成18~21年(2006~2009)年を100と仮定して算出。

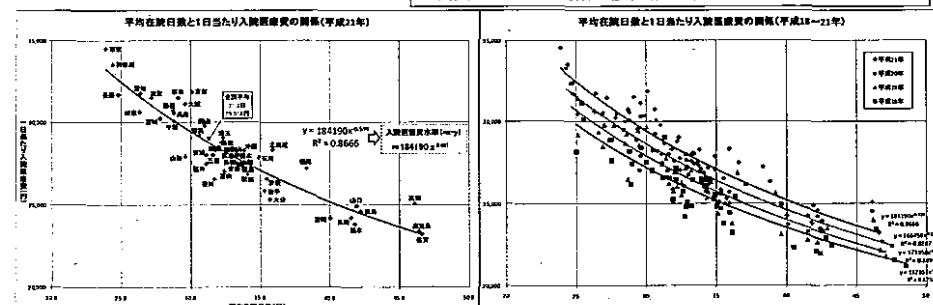
○ 平均在院日数短縮による医療費への影響

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成17~21年 平均
入院医療費の減少率 B(%)	-0.8%	-1.3%	-0.7%	-0.1%	-0.4%	-0.7%
入院医療費の削減率(億円)	1,000	1,700	1,000	200	660	300
国民医療費の減少率(=B+A)(%)	-0.2%	-0.5%	-0.2%	-0.1%	-0.2%	-0.2%

(注) 平均在院日数と入院医療費の関係

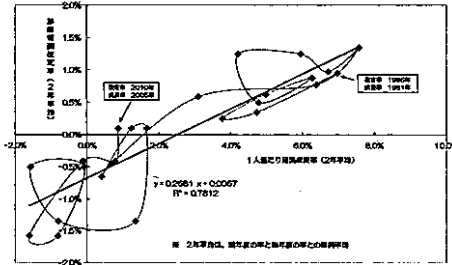
○ 平均在院日数が短い施設等は、1日当たり入院医療費が高い傾向があり、基準値をみると上の両者がみられる。
 $y = 184190 x^{-0.28}$ (x:平均在院日数, y:1日当たり医療費, 決定係数R²:0.886, (平成21年))

→ よって、入院医療費の水準(=y)と平均在院日数の関係は $y = 184190 x^{-0.28}$ とおり、この関係式に代入し、平均在院日数が5倍になると入院医療費は約0.8倍になることが推定される。



資料3 (診療報酬改定と経済の相関等)

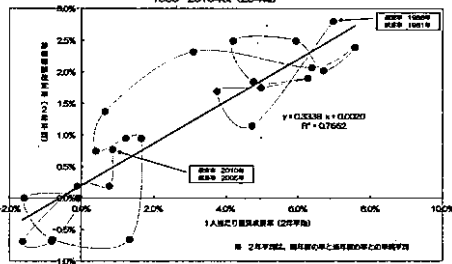
診療報酬改定率と1人当たり経済成長率の相関 (タイムラグ: 5年)
- 1966~2010年度 (25年観) -



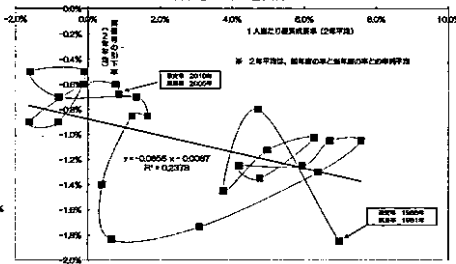
○ 医療費の伸びのうち、診療報酬改定率と経済成長率との間には、5年程度のタイムラグの元で強い相関があることが明らかになっている。

○ ただし、この回帰式は、
・ 経済成長率の概ね3割程度のみの反映
・ 過去には、最近の状況に比べて、業価差が相当程度大きかった時期があること
等に留意が必要。

診療報酬改定率 (本体) のみでみた場合 (タイムラグ: 5年)
- 1966~2010年度 (25年観) -

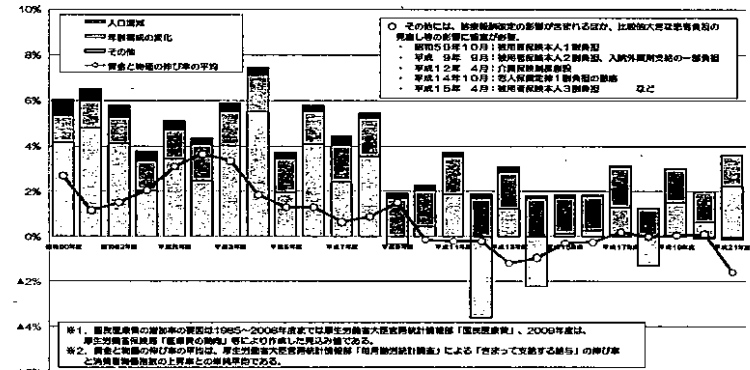


業価等の引下率 (医療費ベース) でみた場合 (タイムラグ: 5年)
- 1966~2010年度 (25年観) -



資料5 (国民医療費の増加率の要因と賃金・物価の動向)

国民医療費の増加率の要因、賃金・物価の伸び率の平均



※ 1. 国民医療費の増加率の要因は1965~2006年度までは厚生労働省大蔵省統計情報提供「国民医療費」、2007年度は厚生労働省医務局「国民医療費の動向」等により作成した数値と一致する。
※ 2. 賃金と物価の伸び率の平均は、厚生労働省大蔵省統計情報提供「毎月労働統計調査」による「各業種ごとの給与」と消費者物価指数の上昇率との単純平均である。

項目	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009							
国民医療費 (増減率)	6.1%	6.6%	5.9%	3.8%	0.2%	4.6%	6.6%	7.0%	3.8%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%				
人口増加	0.7%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%		
製剤構成の変化	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%
賃金と物価の伸び率の平均	4.2%	4.6%	4.1%	2.1%	0.6%	3.2%	4.0%	3.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%		

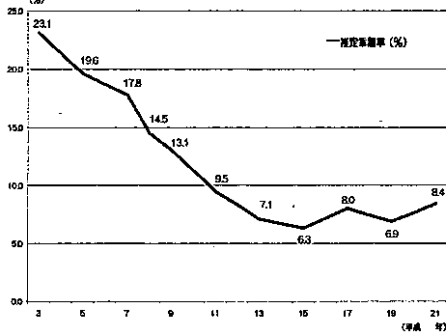
【注】1. 国民医療費: 1965~2006年度は厚生労働省大蔵省統計情報提供「国民医療費」、2007年度は厚生労働省医務局「国民医療費の動向」等により作成した数値と一致する。
2. 人口増加: 国勢調査による人口増加率。
3. 製剤構成の変化: 製剤構成比率の年次変動率。
4. 賃金と物価の伸び率の平均: 毎月労働統計調査による「各業種ごとの給与」と消費者物価指数の上昇率との単純平均。
5. 国民医療費の増加率: 国民医療費の年次変動率。
6. 賃金と物価の伸び率の平均: 毎月労働統計調査による「各業種ごとの給与」と消費者物価指数の上昇率との単純平均。
7. 製剤構成の変化: 製剤構成比率の年次変動率。
8. 人口増加: 国勢調査による人口増加率。
9. 国民医療費の増加率: 国民医療費の年次変動率。
10. 賃金と物価の伸び率の平均: 毎月労働統計調査による「各業種ごとの給与」と消費者物価指数の上昇率との単純平均。

資料4 (最近の業価差等の動向)

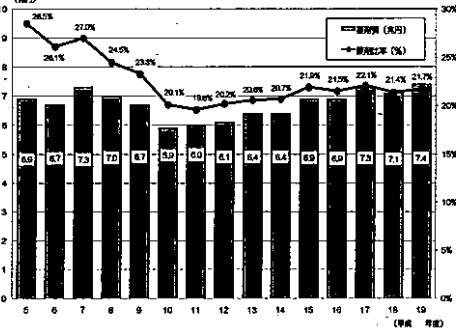
(最近の業価差、薬剤費、薬剤比率の動向)

- 近年業価差は縮小し、下げ止まり傾向。
- 累次の業価改定により薬剤比率は低下してきたが、近年は概ね横ばいから微増。

業価差 (規定率) の推移



薬剤費と薬剤比率の推移



医療提供体制のあり方

日本医師会・四病院団体協議会合同提言

2013年8月8日

日本医師会・四病院団体協議会

目 次

1. 基本方針	1
2. かかりつけ医	3
2.1. かかりつけ医の定義	3
2.2. かかりつけ医と在宅医療	5
3. 医療・介護の再編	6
3.1. 大きな方向性	6
3.2. 病床の区分	8
3.3. 病院と病床機能との関係	10
3.4. 有床診療所の意義	12

1. 基本方針

日本医師会・四病院団体協議会は、医療提供体制のあり方については、全国画一的な方向性を目指すのではなく、地域の実情にあわせて構築していくべきであるとする。地域住民が、地域の実情に応じて安心して医療を受けられるようにするためである。ここに、医療提供体制構築に向けての基本方針を示す。

医療提供体制構築にむけての基本方針

日本医師会・四病院団体協議会

1. 現在の超高齢社会にあっても、世界最高水準の健康水準を守り、国民の生活の安心を支えるため、国民とビジョンを共有しながら、新たな時代にふさわしい体制構築に向けて、国民とともに取り組む。
2. このため、発症からリハビリテーション、在宅復帰支援までどのような病期にあっても、患者の病態にあわせて、最善の医療を切れ目なく提供する体制を構築する。
3. 患者の命を守る質の高い医療を目指すとともに、生活の質を重視し、患者を支える医療を実践する。このため、地域の医療・介護・福祉との連携の下、地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めた地域特性にあわせた柔軟な医療提供体制を構築する。

基本方針における私たちの考え方

上記基本方針を掲げるに当たっての、我々の考え方を表明しておきたい。

我が国は、WHOにおいても世界最高の保健医療水準と評価されているが、医療介護に対するニーズの急激な増大の一方で医療現場は負担の増大など様々な問題が顕在化しており、今後の超高齢社会において引き続きこの水準を維持し、国民の期待に応えて続けていくことは決して容易なことではない。

しかし、75歳以上人口が急速に増加する2025年までに残された時間は少なく、必要な体制構築は、医療界だけではなくまさに国民的、国家的課題と言える。重要なことは、医療提供者、国民、行政の三者が将来の姿のビジョンを共有しながら一体となって取り組むことである。

特に、従来の医療提供体制が急性疾患モデルを中心としたものだったのに対して、今後増大する慢性疾患モデルでは急性期対応後のリハビリテーションや治療、重症化予防を視野に入れた体制が不可欠となっている。この受け皿づくりと流れの道筋づくりに関係者が一致して取り組まなければならない。国民の理解も必要不可欠である。

これは病院だけの改革ではなく、「かかりつけ医」と病院の連携が必要になり、さらに介護、地域サービスとの連携も必要になる。現在、「地域包括ケア」の重要性が叫ばれているが、医療提供者としても積極的に参画していくものである。

このような、ビジョンと改革実行には、医療提供者の自主的取り組みに加え、制度的、財源的支援は必要不可欠である。

中長期的なビジョンと医療法をはじめとする制度的枠組みの整備、枠組みに沿った医療機関の自主的な改革努力と機能強化等に対する公的支援、必要な体制構築に取り組む全ての医療機関の経営努力を公平に支える適切な診療報酬体系の実現、及びこれらのための財源措置を強く求めたい。

2. かかりつけ医

超高齢社会では、高齢者の日常生活の不具合も含む早期発見、早期治療（対応）、長期にわたる慢性期かつ複数疾患の医学的管理の必要性がさらに高まり、身近で頼りになる「かかりつけ医」の役割、機能はますます重要になる。また、「かかりつけ医」には、国民の疾病予防や健康管理を支える役割も担っている。

国が推進している地域包括ケアシステム（住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる地域での体制）においても、「かかりつけ医」がその中心的な役割を担う仕組みの構築が重要である。

日本医師会・四病院団体協議会は、こうした背景を踏まえ、患者・国民の健康に、生涯にわたって幅広く対応していくことを目指して、「かかりつけ医」の養成、「かかりつけ医機能」の充実に努める。

なお「かかりつけ医」のほか、「総合医」「総合診療医」などの名称があるが、今後も引き続き議論し、国民がどのように受け止めているかを見極めつつ、あらためて整理する¹。

2.1. かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

¹ 厚生労働省 専門医の在り方に関する検討会『中間まとめ』（2012年9月）「総合的な診療能力を有する医師の名称については、「総合医」、「総合診療医」、「一般医」、「プライマリ・ケア医」、「家庭医」などの定義を明確にした上で、国民にとって分かりやすい名称、例えば「総合医」に統一して整理することについて」は引き続き議論が必要とされている。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002jbsf-att/2r9852000002jbtw.pdf>

また同検討会は、『専門医の在り方に関する検討会 報告書』（2013年4月）で、総合診療医（総合的な診療能力を有する医師）を「総合診療専門医」として基本領域の専門医に位置づけることを提案している。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

2.2. かかりつけ医と在宅医療

高齢社会の進展などにより、在宅医療の中心的役割を担う「かかりつけ医」の重要性はますます高まる。今後は「かかりつけ医」がより主体的に在宅医療に取り組んでいく必要がある。

また、希望する患者が安心して在宅医療を受けることができるような環境整備も重要である。そして、在宅医療は、患者や家族の選択を尊重するものでなければならない。他職種との連携による環境整備、患者や家族の選択の支援についてもかかりつけ医の役割は大きい。

日本医師会・四病院団体協議会は、在宅医療を推進するため、今後率先して、「かかりつけ医」をはじめとする在宅医療に携わる医師および医療関係職種の養成、研修を支援する。

3. 医療・介護の再編

3.1. 大きな方向性

医療資源、介護資源が一定以上整備されている地域において機能が重複している場合には、その整理が必要である。一方、医療資源が十分整備されていない地域では、医療に切れ目が生じないように、地域性に応じた機能の見直しと整備が必要である。医療提供体制はこうした点を踏まえて構築していく必要があり、そのために病床機能情報の報告・提供制度を活用する。この制度の下で、都道府県が情報の収集、分析を行い、これを踏まえて地域の医療提供者、関係者等が主体的に医療提供体制を構築していく。

現時点では、医療提供体制のあり方について、大きな方向性として、以下のとおり提言する。

1. 地域の人口等に応じて一定数確保すべき病床は、医療計画に適切に組み込んでいく。
2. 急性期病床は地域における医療ニーズの実態と客観的な将来見込みを踏まえて再編を行う。病期としての急性期には、病態として重症・中等症・軽症が含まれる。このうち、救命救急センター、集中治療室等、専門医が常時配置されている病床は高度急性期病床として独立させる。高度急性期を担う病院はより急性期に集中できるように、人員・設備を充実する必要がある。また、軽症ほど早期に回復期に移行できる。一方、超高齢社会においては医療ニーズも変化し、さまざまな病期に適時・適切に対応する必要があることから、急性期、回復期、慢性期を担う医療機関が適切に役割分担と連携をすることも必要である。なお、ここでいう回復期には、ポストアキュート（急性期を脱したいいわゆる亜急性期の入院医療）および回復期のリハビリテーションが含まれる。なお、医療の効率化や集約化は、各地域の実情に合わせた提供体制構築の結果として進むものである。

3. 慢性期病床は地域の高齢化の実情と客観的な将来予測等を踏まえて他の提供体制と合わせて適切に構築されていくべきものであり、介護療養病床の廃止は見直していく必要がある。

4. 今後の超高齢社会では、これまで以上に在宅医療の充実が必要である。かかりつけ医による在宅医療を推進するとともに、身近なところにいつでも入院できる病院等を用意して、自宅や居住系施設、介護施設など、どこにいても医療が適切に確保できるように、地域毎に医師会や医療機関が行政や住民と協力しながら、介護など連携した地域包括ケアシステムを確立していく。

3.2. 病床の区分

現在、医療法では、一般病床は、いわゆる「その他の病床」（精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床）という位置づけであり、明確には定義されていない。また、「亜急性期」という名称はポストアキュートか、サブアキュートかを明確にしないまま用いられている。そこで、あらためて以下のように病期に応じて病床区分を整理する必要がある。また、ここでの区分を用いて、病床機能情報の報告・提供制度で報告を行っていくことを提案する。

表 報告する病床の区分（案）

名称（仮称）	内 容
高度急性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている病床。
急性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療を提供する機能を持つ病床。 ・急性期の病態として重症・中等症・軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供する。 ・多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床と、地域の医療ニーズに応じてそれぞれが必要とされているため、きめ細かな報告制度が必要。 ・在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する。 ・二次救急を担う。 ・地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も有する。
回復期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能を持つ病床。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。一般病床でも療養病床でもこの機能を報告できることとすべき。
慢性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供する病床。

3.3. 病院と病床機能との関係

地域の医療・介護・福祉資源を有効に活用するためには、適切な機能分化と連携が必要である。

機能分化と連携の目指すものは、患者が適時・適切に必要な医療を適切な場所で十分に受けることができる体制を構築することにある。したがって、機能分化は、各地域それぞれの医療資源等を踏まえて、地域の実情を十分に反映し柔軟に進めるべきである。

ここでは、主な例を示すが、これに限定されるわけではなく、地域ごとの将来ニーズを踏まえ、それぞれの病院が効率よく機能を発揮し、地域の連携体制が働き、かつ病院の経営が安定するような体制構築が求められる。

こうした体制構築に向け、各病院が機能構築を適切に判断できるための制度・財源両面にわたる支援が必要であり、医療法をはじめとする制度的枠組みの整備、医療機関に対する公的支援に加え、どのような機能を選択しても地域や患者ニーズに応じている限り経営が安定して成り立つよう、体制構築に取り組む全ての医療機関を公平に支える、それぞれの機能のコストを適切に反映した診療報酬体系の実現がきわめて重要である。



3.4. 有床診療所の意義

有床診療所は、地域の「かかりつけ医」として外来診療、在宅医療、そして在宅介護への受け渡し機能を担っている。有床診療所は、「かかりつけ医」自らが入院医療も担っており、今後は「地域密着多機能型」の入院機能を担っていくことも期待される。また、専門医療を提供するための小規模入院施設としての役割を担う有床診療所もあり、まさに地域の実情に応じて柔軟に活用できるようにすることが求められる。

地域密着多機能型の入院施設としての有床診療所、専門医療を中心に提供する有床診療所がそれぞれ地域で必要な役割を果たすためには、それぞれを適切に評価していくことも必要である。

有床診療所の5つの機能

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機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する医療機能
4. 在宅医療拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能

医療提供体制のあり方

～地域包括ケアシステム構築に向けて～

四病院団体協議会 追加提言

2013年11月18日

四病院団体協議会

一般社団法人	日本病院会
公益社団法人	全日本病院協会
一般社団法人	日本医療法人協会
公益社団法人	日本精神科病院協会

目 次

はじめに—国民が安心できる地域包括ケアの構築—	1
1. 基本方針	2
2. 地域包括ケアシステムについての私たちの基本的考え方	3
3. 病床機能と病院機能の整理	5
4. 地域医療・介護支援病院（仮称）	6
5. 地域医療・介護支援病院の医療法・診療報酬上の扱い	7
6. おわりに	10

はじめに—国民が安心できる地域包括ケアの構築—

政府は、先般閣議決定された社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」の骨子の中において、「今後の高齢化の進展に対応し、地域包括ケアシステム（医療、介護、住まい予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制）を構築することを通じ、地域で必要な医療を確保する」としている。（平成25年8月21日閣議決定）

高齢化が急速に進行する中で、地域では、多くの疾患と多彩な愁訴を抱えた要支援・要介護の高齢者を対象とする医療需要が急速に増加している。地域包括ケアシステムは、この問題を解決できるシステムとして構築されることが求められる。

在宅療養者とその家族が安心して療養生活を送るためには、かかりつけ医（在宅医療）と病院・有床診療所（入院医療）の連携や在宅医療チームと入院医療チームの協働が極めて重要であり、このことなくしては、「地域包括ケアシステム」は機能しないといっても過言ではない。

傷病の急性増悪も含めた高齢者の急性期医療は従来型の生産年齢層を対象とした急性期医療と異なり、傷病の治療・安定化のみに治療目標を定めるのではなく、全体の病態や患者の生活などを総合的に考慮した治療目標を設定して対処することが必要となる。高齢者は、急性増悪も含めた急性期においては可能な限り素早く入院し、できる限り早く生活の場に退院することが高齢者の介護重度化予防と生活機能低下防止にとって重要である。

これを実現するためには、かかりつけ医機能の充実とともに、在宅療養高齢者の受け皿としての入院機能を有する病院・病棟の創設と入院医療・在宅医療・介護の多職種チームが連携して機能を有する円滑な入退院システムの構築を早急に実現する必要がある。

1. 基本方針

日本医師会・四病院団体協議会は、医療提供体制のあり方について、先般、合同提言「医療提供体制について」を公表した。

その提言において、医療提供体制構築に向けた以下の基本方針を示した。

医療提供体制構築にむけての基本方針

日本医師会・四病院団体協議会

1. 現在の超高齢社会にあっても、世界最高水準の健康水準を守り、国民の生活の安心を支えるため、国民とビジョンを共有しながら、新たな時代にふさわしい体制構築に向けて、国民とともに取り組む。
2. このため、発症からリハビリテーション、在宅復帰支援までどのような病期にあっても、患者の病態にあわせて、最善の医療を切れ目なく提供する体制を構築する。
3. 患者の命を守る質の高い医療を目指すとともに、生活の質を重視し、患者を支える医療を実践する。このため、地域の医療・介護・福祉との連携の下、地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めた地域特性にあわせた柔軟な医療提供体制を構築する

この基本方針の第3点は、今後の急速な高齢化に対応するために、地域包括ケアシステムの構築が求められていることを真剣に受け止め、医療・介護・福祉との連携の下で、医療団体としてもこれにふさわしい体制構築に取り組む決意を示したものである。

このため、以下の追加提言を行う。

2. 地域包括ケアシステムについての私たちの基本的考え方

今回、追加提言を行うに当たっての、我々の考え方を表明しておきたい。

医療は、今、大きく変化してきている。75歳以上の高齢者が増えることにより、多くの疾患と愁訴（老年症候群）を抱えた要支援・要介護の高齢者を対象とする医療需要が急激に増加するが、高齢者は傷病のみに着目して治療目標を定めるのではなく、全体の病態や患者の生活などを総合的に考慮した治療目標を設定して対処することが必要であるため、従来型の急性期医療体制では解決を図れなくなっている。

このため、先般の合同提言で、地域包括ケアシステム（住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる地域での体制）において「かかりつけ医」がその中心的な役割を担う仕組みの構築が重要である、と宣言し、この「かかりつけ医」と「かかりつけ医」の定義を明らかにした上で、その養成と充実に努めることを表明した。

幸い、この提言は、各方面の理解と支持を得られている。

しかし、かかりつけ医と病院病床の機能分化だけではまだ十分ではない。

在宅医療の中心的役割を果たすのは在宅医療を担当する「かかりつけ医」であるが、「かかりつけ医」により適時的確な診療と判断の下、「かかりつけ医」と連携して患者を円滑に受け入れる入院医療が機能していることが在宅医療にとって極めて重要である。また、急性期治療後であっても合併症や障害などにより直ちに退院することが困難な患者も増えているが、在宅医療までの入院病床が明確でなく、やむなく急性期病床に入院している実態もある。従来の病院には求められなかった、転退院支援機能、介護との連携機能の強化された病院が身近な地域に存在することがかつてなく重要になっている。

すなわち、医療・介護を通じたシステムの再構築、「かかりつけ医」と病院とを視野に入れた医療提供体制全体の新たな構築が求められている。

以上を踏まえ、日本医師会・四病院団体協議会の合同提言の骨子を基に、以下の基本的考え方を提唱する。

地域包括ケアシステム実現のための医療提供体制構築の基本的考え方

1. 医療・介護が必要な人に、その人がどのような場においても、その人にふさわしい適切な支援を行うことができるよう、地域包括ケアシステムの実現に向け、地域医師会等と連携し国民とともに取り組む。
2. 介護においては、ケアマネジャーや地域包括支援センターなど、医療・介護が必要な人を支援するための仕組みが制度化されているが、医療において、このような機能は必須となっていなかった。今後、医療提供体制全体として、患者を支える機能と役割を担う。
3. このため、地域包括ケアシステムに必要な在宅医療支援や医療・介護連携などの新たな病院機能を明らかにし、地域の実情に応じ、地域医療機関が積極的に担う。この医療機関が「かかりつけ医」と連携し、医療ニーズに24時間対応するとともに、介護、福祉等と連携して、地域の医療・介護のケアマネジメントを支援する。

このような、ビジョンと改革の実行には、先般の合同提言でも強調したように、医療提供者の自主的取り組みに加え、制度的、財源的支援は必要不可欠である。繰り返しになるが、中長期的なビジョンと医療法をはじめとする制度的枠組みの整備、枠組みに沿った医療機関の自主的な改革努力と機能強化等に対する公的支援、必要な体制構築に取り組む全ての医療機関の経営努力を公平に支える適切な診療報酬体系の実現、及びこれらのための財源措置が必要である。

特に診療報酬議論においては、「あるべき姿」をまず議論し、それにふさわしい報酬体系を議論する、という進め方を強く求めたい。

3. 病床機能と病院機能の整理

現在、医療法において病床機能の報告を求める仕組みについての議論が進められている。これは、病院病床において果たしている医療機能について、病期に沿って大きな分類を示し、医療機関に対して報告を義務付けるものである。

これは、病院病床の機能分化・機能連携の一つの方策として制度化が議論されているものであり、医療の効率化・機能強化の一環として議論されているものである。

しかし、一方で、我が国の75歳以上人口がピークに達する2025年頃までに最も体制構築が迫られているのが、地域包括ケアシステムであり、そのためのネットワークであり、医療においては在宅医療の推進・医療介護連携の推進である。これらの課題に対応するためには、「かかりつけ医」の普及と新たな病院機能が不可欠であるが、これは従来の急性期型の医療機能を分化するだけでは対応することはできない。治療目的以外の職種、体制、機能を病院に付加していくことが求められるためである。

病床機能の報告の分類と求められる病院機能の関係を以下に示す。

病床機能と病院が果たす機能の整理

(病床の機能) ※報告制度で議論されてきたもの	(病院の種類)	(医療機能に付加して病院が持つべき機能)	(診療報酬のイメージ)
高度急性期	(三次救急病院等)	(例:臨床研修機能)	診断群に応じた支払い(DPC、機能評価)
急性期	(急性期病院等)	(例:二次救急)	診断群に応じた支払い等(DPC等)
	地域医療・介護支援病院	高齢者の救急受入れ、在宅医療支援、医療・介護連携、ケアマネジメント支援	診断群に応じた支払い等(DPC等) +機能強化
回復期	(回復期リハ病院等)		包括支払い
慢性期	(療養病床の病院等)		包括支払い(+リハ評価等)
			包括支払い(+リハ評価等)
			包括支払い(重症度評価等)

4. 地域医療・介護支援病院（仮称）

「地域医療・介護支援病院」（仮称、以下同じ）は、「かかりつけ医」とともに、患者に身近で地域に密着した医療機関として、自ら積極的にその機能を果たしていく病院である。

具体的には、以下に示すような機能・要件を備えた病院である。

「地域医療・介護支援病院」とは（機能）

急性期病床からの転院を受け入れ在宅復帰を支援するとともに、在宅医・介護施設と連携して在宅患者・施設入所者等の急変を24時間体制で受け入れ、在宅療養を支援する。また、地域における医療・介護連携においてネットワーク構築、情報共有、多職種連携支援など、責任ある役割を果たす。

「地域医療・介護支援病院」の要件

- 地域包括ケアを担う、地域に密着した病院である。
（概ね200床未満、ただし地域特性を考慮する）
- 24時間体制で高齢者等の入院に対応する。
- 地域医療連携室、医療介護連携室、等、他機関との連携を図るための専門の部署を持ち、それを機能させることのできる一定数の連携担当専門職を配置する。
- 認知症に対応できる。
- 一定の急性期医療に対応できる職員配置を行う。
- 患者や家族に対して、医療・介護に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行い、在宅医療等の相談に対応する。必要に応じ、地域のかかりつけ医を紹介する。

5. 地域医療・介護支援病院の医療法・診療報酬上の扱い

現在、医療法の改正議論が行われている。このうち、「報告制度」においては、4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について病棟ごとに報告すべきことが議論されている。

しかし、この4分類は、患者の病期による分類であり、国民にとって分かりやすく、病院にとって追求しやすい「病院類型」を併せて議論し、その支援策を講じていくことが、地域包括ケアシステムの構築（そのための医療提供体制の構築）には必要不可欠である。今回の改革は、各病院が国民ともに進めるべきものであるのに、この議論が遅れていることが危惧される。我が国の医療提供体制は、先の社会保障改革国民会議でも触れられているように、民間医療機関が非常に大きな役割を担っており、医療提供体制の再構築は、全国の病院経営者に対して明確な指針を指し示すものでなければならない。

病院類型と地域医療・介護支援病院の位置づけとしては、以下のような整理が考えられる。ここでは主な例を示すが、これに限定されるわけではない。



（補論）病院と病床の関係

上記のように、地域医療・介護支援病院は、病床機能としては急性期病床（病棟）と回復期病床（病棟）をそれぞれ持ち、病院全体として在宅療養支援・医療介護連携支援の機能を持つものである。

しかし、一方で、これらの機能は、高齢者の身近な地域に拠点として置かれ、患者や他の連携機関と顔の見える関係を持つていなければならない。このため、地域医療・介護支援病院には、規模の中小にかかわらず多機能であることが求められ、現実的には1病棟で複合的機能を持つ「地域支援病棟」（仮称）を認めることが必要不可欠となる。病床報告制度において、病棟単位で急性期か回復期の報告が求められる場合、報告上急性期病棟、回復期病棟いずれであっても、必要な機能を持つことにより、「地域支援病棟」（仮称）と位置付けることができることとすべきである。

一方、患者は通常病院の機能で受診選択することから、「地域支援病棟」（仮称）を持つ病院を「地域医療・介護支援病院」として表示できることとすべきである。

診療報酬上の評価については、以上のような特色を踏まえた評価が必要不可欠となる。この機能を今後各地に普及させていくことが、地域包括ケアの推進に必要であることに鑑み、その望ましい評価について、早急に掘り下げた議論が行われることが必要であることを強調しておきたい。

(早急に議論すべき診療報酬上の論点)

在宅療養患者などの急性増悪は先の合同提言でも急性期の病床機能で対応すべきものと位置づけており、患者に着目すれば、急性期患者の診療にふさわしい報酬体系でなければならない。

- ・病院全体の機能の適切な評価のあり方
(必要な人員配置とそのコストを反映した機能評価の点数設定について)
- ・地域密着型の病院にあつて、1病棟に急性期患者と回復期患者が混在する場合の評価の方法

※病棟単位の報酬評価と、患者単位での報酬評価の組み合わせ。(例：DPC対象期間はDPC算定(+加算)、DPC対象期間外については重症度評価を加えた新たな包括算定等、コストと患者特性等を適正に評価した体系について早急に検討)

6. おわりに

繰り返しになるが、我が国の医療提供体制は、歴史的に民間医療機関が非常に大きな役割を担ってきた。我が国医療の発展を支え、歴史的経緯を経て形成された地域の民間中小病院という貴重な既存資源を、未曾有の超高齢社会を乗り切るために活用すべきである。この既存資源を活用・強化すれば、高齢の救急患者が一律に三次救急や高度急性期病院に搬送されることなく、地域で情報共有や医療連携が確保され、最も地域の高齢者等に適した体制を持つ医療機関で受け入れることが可能となる。

今回の我々の提案は、このような地域の受け入れ体制を強化することにより、患者や国民から見ても分かりやすく、病院従事者の過重な負担も避けることができる提案であると考えます。我々自身もまた、自らの提案を実現すべく、自ら積極的に改革に取り組んでいく覚悟である。

以上、四病院団体協議会として、今後の地域包括ケアにおける病院の使命を考え、以上のような追加提言を行った。しかし、提言している地域包括ケア支援機能の全部又は一部を担う主体は、病院に限定されるものではない。厚生労働省が行った「在宅医療連携拠点事業」も病院、診療所、地区医師会などが主体となってモデル実施され、いずれも所期の成果を上げていることを考えれば、有床診療所・無床診療所などが地域包括ケアに一定の機能を果たしている場合、又は療養病床が同様の機能を果たしている場合には、この医療機関としての機能の評価を行う必要があると考えます。

今回の四病院団体協議会の追加提案の実現を強く期待するものである。

「資料2 構想区域の設定の考え方について」に対する意見

4つ目の○にあるように、構想区域は現行の二次医療圏ではなく、2025年時点での人口規模、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等の変化を勘案し、それぞれの地域の実態を踏まえて定めることが大切だと思います。

5つ目の○にある、4項目の中の「疾病構造の変化」は、特に住民の年齢構成が大きく変化する都市部で著しく異なってくると考えられます。また、年齢構成が変化すれば、基幹病院へのアクセス時間だけでなく、アクセス方法も変化すると予想されます。また、在宅医療の大きな担い手である診療所も、医師の高齢化によって数が変化する地域もあるでしょうから、それが在宅医療の提供に影響を及ぼす可能性も否めないと考えます。そのような各地域で考えられる変化に合わせて、構想区域を考えていくことが重要だと思います。

NPO 法人 ささえあい医療人権センターCOML
山口 育子