

# 1. わが国の人口の推移

(図1) に示すグラフは、2010年から40年にかけてのわが国全体の人口の動向を示す。

## 2010→40年 年齢階級別人口推移



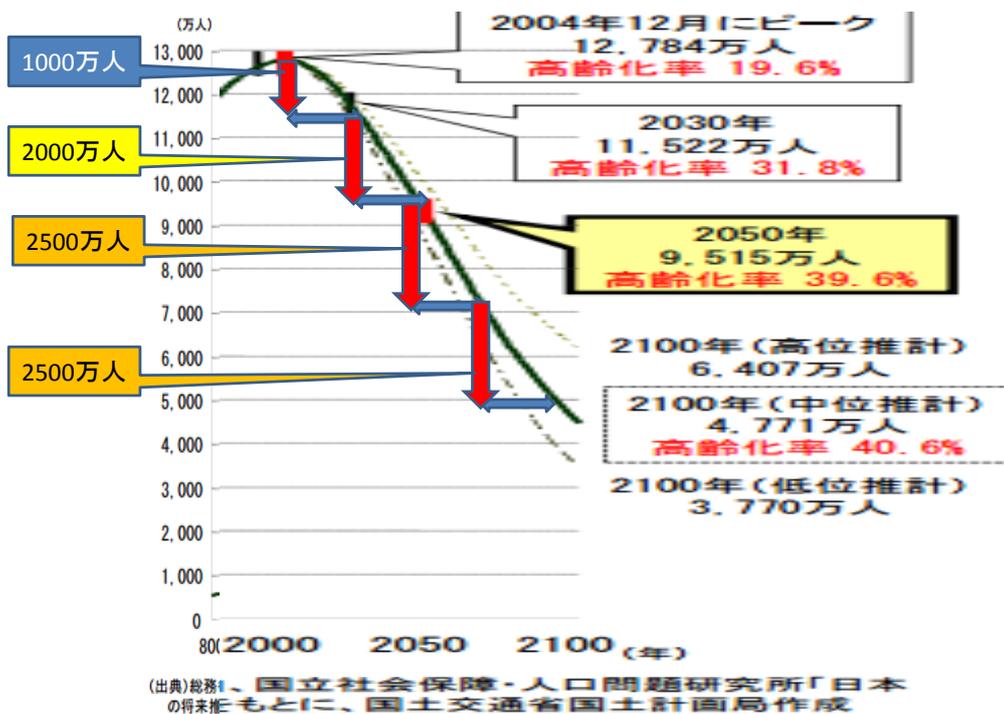
(図1：年代別人口推移)

(今後の大まかな年代別の人口推移)

**0-64歳** 今世紀末まで毎年100万人ずつ減少する

**75歳以上** 2030年まで毎年50万人増加、30-50年横ばい、50年以降25万人減少

以下の(図2)は、今後100年間のわが国人口の動向を表す。2005年頃がわが国人口のピークである。その後25年間、0-64歳人口は年間100万のペースで減少するが、後期高齢者が年間50万人平均で増加で人口減少スピードは比較的緩やかで、2030年は11500万人である。2030年以降、後期高齢者の増加が止まり、年間100万人の若年人口減少のみが残り、2050年には、わが国の人口は1億を下回っている。その後、後期高齢者の人口減少が始まり、総人口の減少スピードが加速され、今世紀末は、5000万人台になることが予想される。

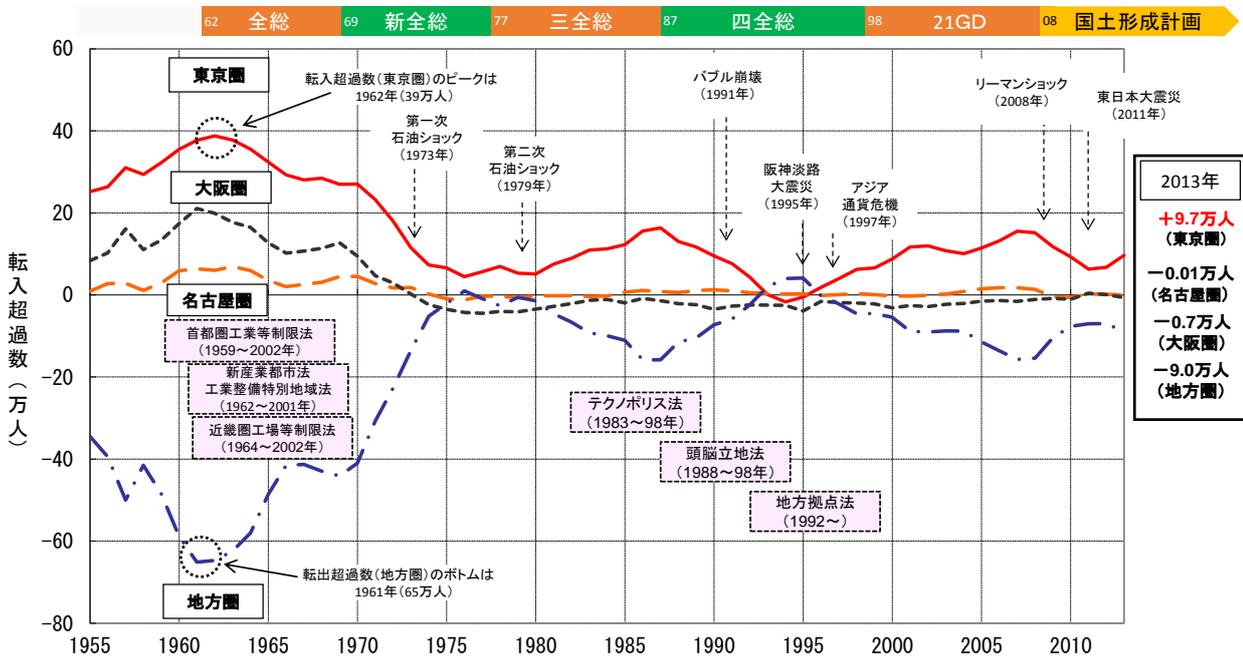


(図2：我が国の人口推移)

図3：50年前に地方から大都市に800万人が移動

三大都市圏・地方圏の人口移動の推移

○高度経済成長期には三大都市圏に人口が流入した。  
 ○1980年頃にかけて人口流入は沈静化した、その後、バブル期にかけて東京圏に人口が流入。○バブル崩壊後は東京圏が一時的に転出超過となったが、2000年代には再び流入が増加した。



(出典) 総務省「住民基本台帳人口移動報告」をもとに国土交通省国土政策局作成。  
 (注) 上記の地域区分は以下のとおり。  
 東京圏：埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県 名古屋圏：岐阜県、愛知県、三重県 大阪圏：京都府、大阪府、兵庫県、奈良県  
 三大都市圏：東京圏、名古屋圏、大阪圏 地方圏：三大都市圏以外の地域

(出典：国土交通省長期ビジョン)

その結果、以下のような現象が現れた  
 (大都市部で後期高齢者の爆発的増加)

(過疎地での若年層の大幅減少)

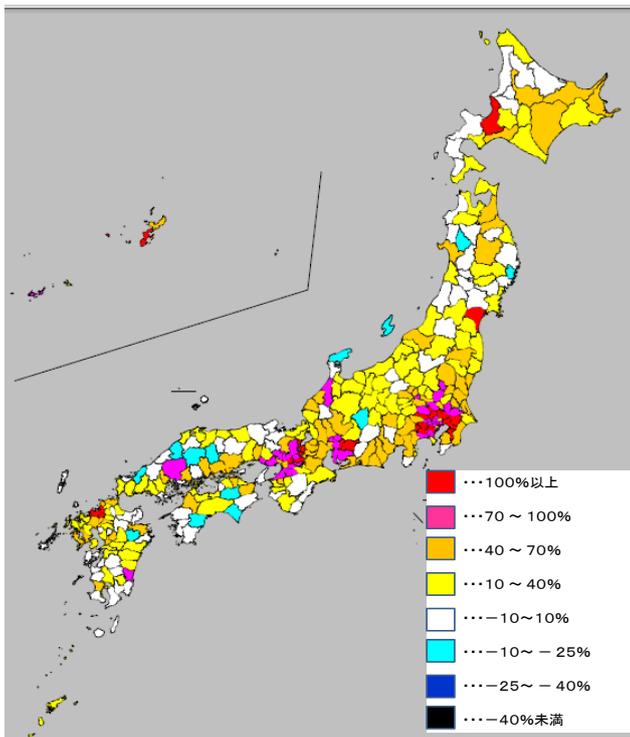


図4：2010→40年、後期高齢者増加率

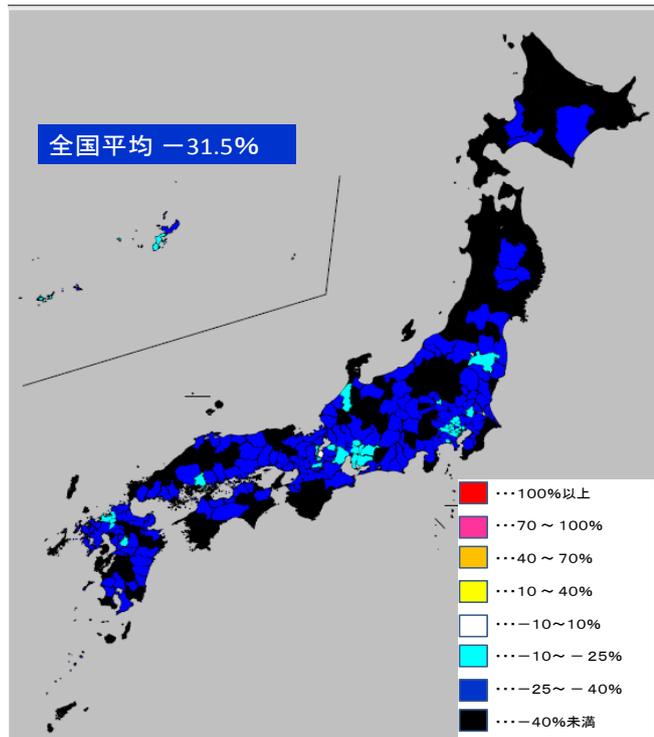
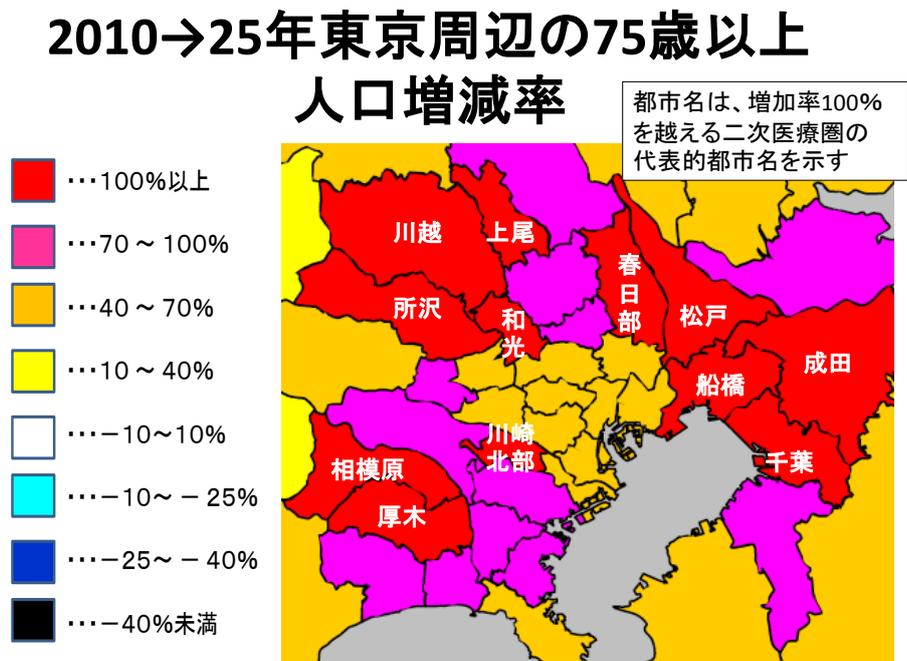


図5：2010→40年、0-64歳減少率

## 2. 首都圏の医療と介護の需給バランス

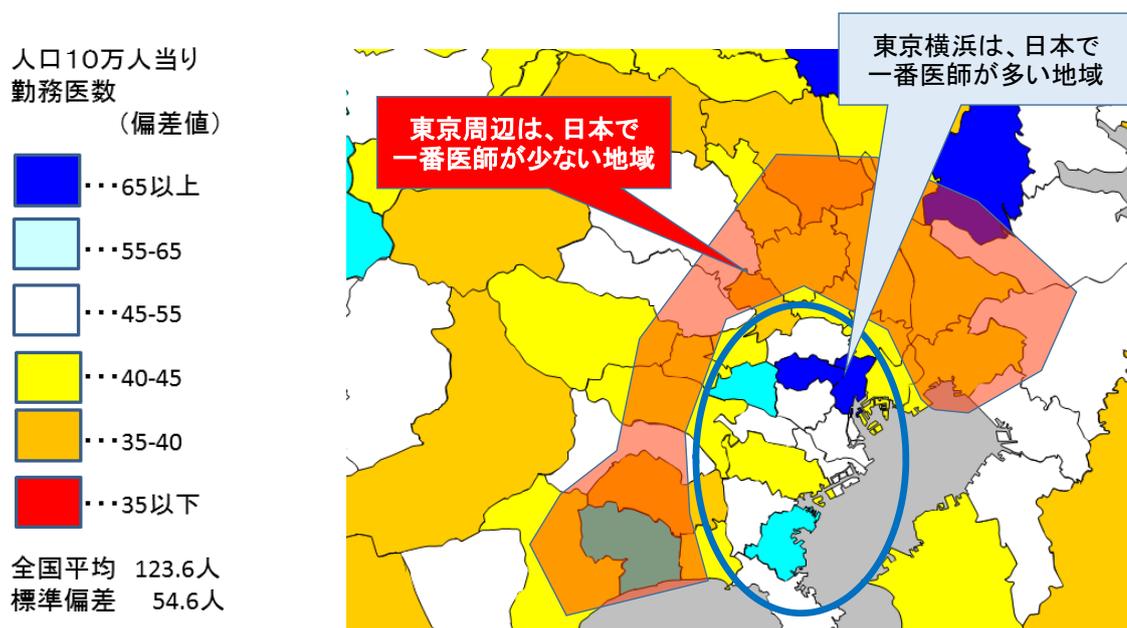
### とても大変、東京周辺の医療事情

2025年にむけて後期高齢者が激増し、その増え方が最も激しい地域は、東京周辺部（埼玉県、千葉県、神奈川県などの東京のベッドタウン）であることは、最近多くの人が知るようになった。(図6)は、2010年から25年にかけての75歳以上人口の伸びが特に激しい東京周辺の様子を示す。千葉県西部、埼玉県東部・中央部、神奈川県県央部は、2010年から25年にかけて、75歳以上人口が100%以上増加する。

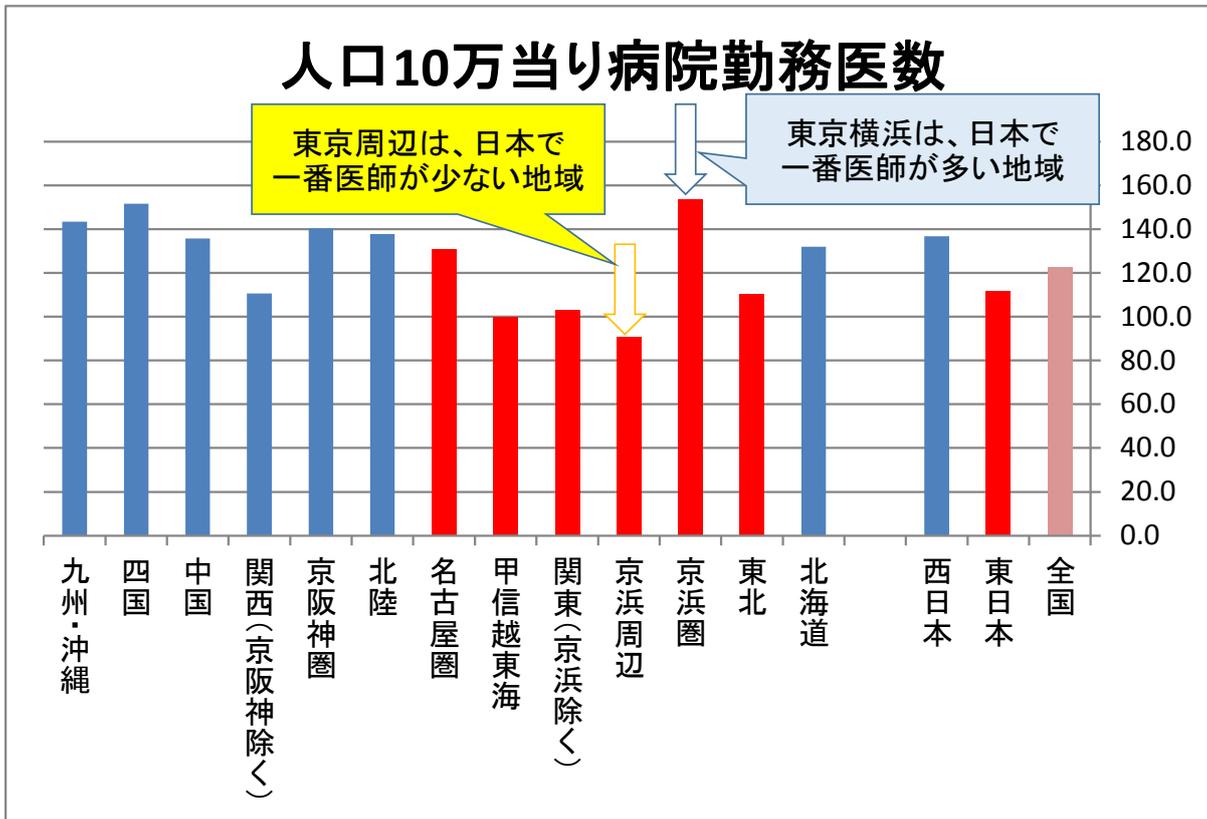


(図6：2010年→25年の後期高齢者の地域別増加率)

更に困ったことに、(図7)で透明の赤色で示される東京周辺部は人口当たりの医師数は、(図8)に示すように、人口10万人当たりの病院勤務医数が日本で最も少ない。



(図7)



(図8：地域別人口10万人当たりの勤務医数)

この地域がこれまで少ない医師（医療提供体制）でやってこられたのは、この地域の住民の多くが1970年前後に地方から首都圏にやってきた当時の若者（団塊の世代）であり、これまでこれらの地域の有病率が低かったことと、住民の多くが東京に出勤し、病気になったら東京の病院を使用していたからである。

ところが2022年から24年にかけて団塊の世代が75歳になり、この頃から地域の有病率が急速に上昇する。しかも東京の病院へ通院するのも大変になってくる。この結果、これまで比較的健康的で地元で受診しなかった地域住人が、突然しかも頻回に地元の病院を受診するようになり、ただでさえ少ない医療機関が、更に混雑することが予測される。東京周辺は、医療がたいへんな時代を迎える。

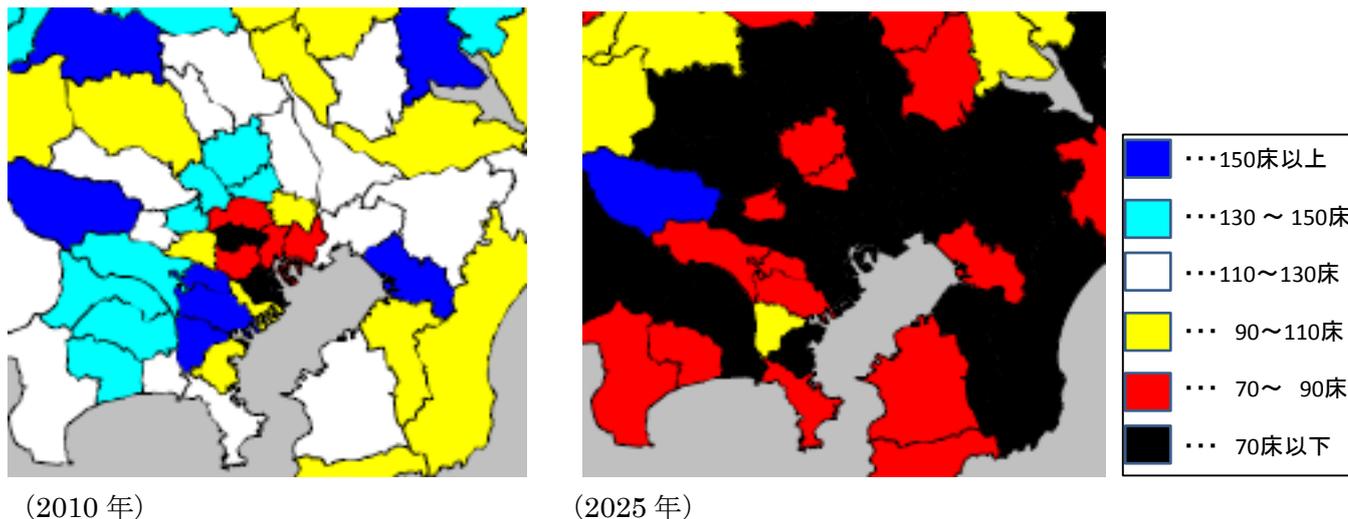
## これから東京周辺部は

- ただでさえ少ない医療機関が、更に混雑することが予測される。

- 東京周辺は、**医療がたいへん**な時代を迎える。

### 都心(23区内)は介護が特にたいへん

次に、都心(23区内)は介護がたいへんという話を行う。(図9)の左側は、2010年において後期高齢者1000人に対して老健、特養、介護療養、高齢者住宅などの要介護の高齢者に対応した施設の収容能力(全国平均が120人)の地域ごとのレベルを表している。濃い青色が1000人に対して150人以上、水色130人以上で高齢施設の充実した地域、黄色が90-110人でやや少なく、赤色が70-90人で不足、黒色が70人以下で危機的状況であることを表している。2010年では、新宿・中野・杉並地区と太田・品川地区が黒色、他の23区内が赤色と、23区内の要介護の高齢者に対応した施設の収容能力が、際立って引くことがわかるだろう。一方周辺、神奈川県、埼玉県や千葉県、東京湾周辺地域の収容能力が高いことがわかるだろう。また、これらの東京周辺地域が、現在の東京の収容しきれない高齢者の多くを引き受けていることが予想される。



(2010年)

(2025年)

(図9: 2010年→25年の後期高齢者1000人に対する総高齢者ベッド数の推移予測)

(図9)の右側は、今後高齢者施設が新たに建設されないと仮定し、後期高齢者のみが増加した場合の、2025年の各地域の後期高齢者千人当たりの収容能力を表す。

東京周辺の収容能力の高い地域は、今後十数年で後期高齢者の倍増する地域でもある。今後もこれらの地域で後期高齢者対応施設や住居の建設は続くので、2025年の予測図が示すレベルまで低下しないと思われる。しかし、今後の後期高齢者の増加スピードほどには新築が進むとも思えないので、現在のような水色や青色のレベルを保つのも難しいだろう。その結果、周辺部の東京都心からの受け入れ余力が今ほどにはなくなることを予測される。

一方東京都心部は、2010年から40年にかけて平均6割程度後期高齢者が増加する。東京都心では、この増加スピードに合わせて高齢者対応の施設を作られることは、ほとんど期待できない。よって2010年に赤色レベルの地域が黒色レベルに変わり、黒色の地域ではより厳しい状況に陥る。更に東京周辺地域の受け入れ能力も低下することが強く予想されるため、東京の施設による介護は、そう遠くない将来、とてとても厳しい状況になることが強く予想される。西日本を中心に日本には余力を期待できる地域がたくさんあるので、危険な首都圏から余力のある地域に引っ越す選択肢も考慮する価値があるだろう。

2015年75歳以上1000人に対する市区町村収容能力過不足順リスト (表1)

市区町村名	2015年			2015年75歳1000人当り			75歳1000人に91床を提供する場合					
	75歳以上	75歳以上	75歳以上	定員合計	収容能力	偏差値	2015年		2025年		2040年	
							必要数	過不足	必要数	過不足	必要数	過不足
全国	16,458,195	21,785,638	22,229,933	1,495,813	91	44	1,495,813	0	1,980,001	-484,188	2,020,381	-524,568
1 杉並区	73,450	95,815	104,114	3,312	45	40	6,676	-3,364	8,708	-5,396	9,462	-6,150
2 北区	43,718	54,106	49,381	2,305	53	41	3,973	-1,668	4,917	-2,612	4,488	-2,183
3 市川市	48,979	76,934	82,746	2,805	57	42	4,451	-1,646	6,992	-4,187	7,520	-4,715
4 品川区	37,684	49,702	52,479	1,809	48	40	3,425	-1,616	4,517	-2,708	4,770	-2,961
5 中野区	35,090	44,096	47,482	1,650	47	40	3,189	-1,539	4,008	-2,358	4,315	-2,665
6 大田区	75,682	101,133	105,939	5,348	71	45	6,878	-1,530	9,192	-3,844	9,628	-4,280
7 世田谷区	91,113	116,972	139,588	6,815	75	46	8,281	-1,466	10,631	-3,816	12,687	-5,872
8 新宿区	34,590	44,414	48,250	1,692	49	40	3,144	-1,452	4,037	-2,345	4,385	-2,693
9 豊島区	29,181	40,349	47,228	1,264	43	39	2,652	-1,388	3,667	-2,403	4,292	-3,028
10 横浜市鶴見区	26,560	38,859	43,347	1,171	44	39	2,414	-1,243	3,532	-2,361	3,940	-2,769
11 目黒区	29,617	39,226	43,308	1,453	49	40	2,692	-1,239	3,565	-2,112	3,936	-2,483
12 一宮市	44,341	61,852	59,243	2,810	63	44	4,030	-1,220	5,621	-2,811	5,384	-2,574
13 船橋市	63,719	96,802	98,612	4,635	73	46	5,791	-1,156	8,798	-4,163	8,962	-4,327
14 練馬区	84,998	124,525	155,546	6,661	78	47	7,725	-1,064	11,318	-4,657	14,137	-7,476
15 豊橋市	41,297	58,631	62,175	2,712	66	44	3,753	-1,041	5,329	-2,617	5,651	-2,939
16 東大阪市	62,999	90,697	82,937	4,742	75	46	5,726	-984	8,243	-3,501	7,538	-2,796
17 全国	289,530	344,208	365,202	25,337	88	49	26,314	-977	31,284	-5,947	33,192	-7,855
18 川越市	36,993	58,194	56,293	2,388	65	44	3,362	-974	5,289	-2,901	5,116	-2,728
19 那覇市	32,946	40,257	50,064	2,047	62	43	2,994	-947	3,659	-1,612	4,550	-2,503
20 横浜市南区	24,717	31,929	31,545	1,330	54	42	2,246	-916	2,902	-1,572	2,867	-1,537
21 江東区	41,777	57,629	65,211	2,882	69	45	3,797	-915	5,238	-2,356	5,927	-3,045
22 尼崎市	55,125	72,862	64,395	4,106	74	46	5,010	-904	6,622	-2,516	5,853	-1,747
23 江戸川区	64,231	87,461	91,181	4,951	77	47	5,838	-887	7,949	-2,998	8,287	-3,336
24 高槻市	44,461	66,086	60,555	3,176	71	46	4,041	-865	6,006	-2,830	5,504	-2,328
25 渋谷区	22,787	28,521	32,838	1,228	54	42	2,071	-843	2,592	-1,364	2,985	-1,757
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1,774 福岡市西区	22,524	33,484	40,577	3,036	135	60	2,047	989	3,043	-7	3,688	-652
1,775 川崎市麻生区	18,771	28,203	34,111	2,745	146	63	1,706	1,039	2,563	182	3,100	-355
1,776 横浜市緑区	21,131	32,409	38,052	2,961	140	61	1,921	1,040	2,946	15	3,458	-497
1,777 水戸市	33,692	45,192	49,826	4,117	122	57	3,062	1,055	4,107	10	4,528	-411
1,778 京都市伏見区	36,142	53,105	52,608	4,351	120	57	3,285	1,066	4,826	-475	4,781	-430
1,779 三浦市	7,996	10,415	9,171	1,808	226	81	727	1,081	947	861	834	974
1,780 川崎市多摩区	20,288	30,212	37,608	2,940	145	62	1,844	1,096	2,746	194	3,418	-478
1,781 倉敷市	58,954	82,935	79,092	6,500	110	54	5,358	1,142	7,538	-1,038	7,188	-688
1,782 福岡市博多区	21,665	32,357	39,367	3,124	144	62	1,969	1,155	2,941	183	3,578	-454
1,783 川崎市宮前区	20,131	32,314	40,106	2,994	149	63	1,830	1,164	2,937	57	3,645	-651
1,784 横浜市泉区	20,862	30,993	32,585	3,114	149	63	1,896	1,218	2,817	297	2,962	152
1,785 佐世保市	38,453	45,618	44,259	4,713	123	57	3,495	1,218	4,146	567	4,023	690
1,786 函館市	41,456	49,389	43,641	5,046	122	57	3,768	1,278	4,489	557	3,966	1,080
1,787 足立区	81,280	104,067	98,154	8,690	107	54	7,387	1,303	9,458	-768	8,921	-231
1,788 日の出町	2,614	3,618	3,009	1,593	609	169	238	1,355	329	1,264	273	1,320
1,789 八王子市	65,275	97,051	102,190	7,307	112	55	5,933	1,374	8,821	-1,514	9,288	-1,981
1,790 札幌市中央区	25,995	37,408	48,617	3,753	144	62	2,363	1,390	3,400	353	4,419	-666
1,791 浜松市	104,745	138,148	145,122	11,022	105	53	9,520	1,502	12,556	-1,534	13,190	-2,168
1,792 横浜市旭区	36,287	49,649	49,610	4,871	134	60	3,298	1,573	4,512	359	4,509	362
1,793 横浜市都筑区	16,184	25,642	38,182	3,159	195	74	1,471	1,688	2,330	829	3,470	-311
1,794 町田市	51,033	74,061	76,844	6,420	126	58	4,638	1,782	6,731	-311	6,984	-564
1,795 横浜市青葉区	28,625	47,317	63,992	4,571	160	66	2,602	1,969	4,300	271	5,816	-1,245
1,796 青梅市	17,149	23,834	24,315	3,557	207	77	1,559	1,998	2,166	1,391	2,210	1,347
1,797 岡山市	85,000	113,956	116,560	9,749	115	55	7,725	2,024	10,357	-608	10,594	-845
1,798 松山市	64,963	86,976	93,691	8,911	137	61	5,904	3,007	7,905	1,006	8,515	396
1,799 川口市	55,686	81,280	82,081	8,096	145	62	5,061	3,035	7,387	709	7,460	636
1,800 さいたま市	126,829	190,612	211,494	15,932	126	58	11,527	4,405	17,324	-1,392	19,222	-3,290

上記の表は、75歳1000人に対し全国平均の91床分の高齢者施設提供能力を標準とし、それよりも供給能力を高い場合を過剰、少ない場合を不足とみなし、2015年の過剰数の多いから不足分の大きい市町村順に並べたものである。不足ベッド数の多い首都圏の埼玉県川越市、千葉県市川市、船橋市、23区内の13区(杉並区、北区、品川区、中野区、大田区、世田谷区、新宿区、豊島区、目黒区、練馬区、江東区、江戸川区、渋谷区)、神奈川県2区(横浜市鶴見区、横浜市南区)の不足を、埼玉県の2市(さいたま市、川口市)、東京の5市町村(足立区、日の出町、八王子市、町田市、青梅市)、神奈川県の9区市(川崎市麻生区、川崎市宮前区、川崎市多摩区、横浜市緑区、横浜市泉区、横浜市旭区、横浜市都筑区、横浜市青葉区、三浦市)が補っている。

2040年75歳以上1000人に対する市区町村収容能力過不足順リスト (表2)

		75歳1000人に91床を提供する場合											
		2015年	2025年	2040年	2015年75歳1000人当り			2015年		2025年		2040年	
市区町村名	75歳以上	75歳以上	75歳以上	定員合計	収容能力	偏差値	必要数	過不足	必要数	過不足	必要数	過不足	
全国	16,458,195	21,785,638	22,229,933	1,495,813	91	44	1,495,813	0	1,980,001	-484,188	2,020,381	-524,568	
1 全県(福島)	289,530	344,208	365,202	25,337	88	49	26,314	-977	31,284	-5,947	33,192	-7,855	
2 練馬区	84,998	124,525	155,546	6,661	78	47	7,725	-1,064	11,318	-4,657	14,137	-7,478	
3 杉並区	73,450	95,815	104,114	3,312	45	40	6,676	-3,364	8,708	-5,396	9,462	-6,150	
4 世田谷区	91,113	116,972	139,588	6,815	75	46	8,281	-1,466	10,631	-3,816	12,687	-5,872	
5 市川市	48,979	76,934	82,746	2,805	57	42	4,451	-1,646	6,992	-4,187	7,520	-4,715	
6 船橋市	63,719	96,802	98,612	4,635	73	46	5,791	-1,156	8,798	-4,163	8,962	-4,327	
7 大田区	75,682	101,133	105,939	5,348	71	45	6,878	-1,530	9,192	-3,844	9,628	-4,280	
8 相模原市	74,132	119,561	130,498	7,604	103	53	6,738	866	10,866	-3,262	11,860	-4,256	
9 鹿児島市	74,871	97,058	112,119	6,144	82	48	6,805	-661	8,821	-2,677	10,190	-4,046	
10 熊本市	90,560	117,061	133,583	8,158	90	50	8,231	-73	10,639	-2,481	12,141	-3,983	
11 堺市	99,807	146,298	134,768	8,501	85	49	9,071	-570	13,296	-4,795	12,248	-3,747	
12 大分市	54,764	79,074	88,664	4,375	80	47	4,977	-602	7,187	-2,812	8,058	-3,683	
13 豊田市	35,909	59,167	65,315	2,425	68	45	3,264	-839	5,377	-2,952	5,936	-3,511	
14 宇都宮市	55,248	80,407	89,447	4,622	84	48	5,021	-399	7,308	-2,686	8,129	-3,507	
15 江戸川区	64,231	87,461	91,181	4,951	77	47	5,838	-887	7,949	-2,998	8,287	-3,336	
16 さいたま市	126,829	190,612	211,494	15,932	126	58	11,527	4,405	17,324	-1,392	19,222	-3,290	
17 新潟市	108,900	141,500	148,322	10,349	95	51	9,897	452	12,860	-2,511	13,480	-3,131	
18 西宮市	51,511	73,557	80,944	4,274	83	48	4,682	-408	6,685	-2,411	7,357	-3,083	
19 江東区	41,777	57,629	65,211	2,882	69	45	3,797	-915	5,238	-2,356	5,927	-3,045	
20 豊島区	29,181	40,349	47,228	1,264	43	39	2,652	-1,388	3,667	-2,403	4,292	-3,028	
21 所沢市	37,974	59,717	63,106	2,716	72	46	3,451	-735	5,427	-2,711	5,735	-3,019	
22 宮崎市	50,377	69,050	78,235	4,148	82	48	4,579	-431	6,276	-2,128	7,110	-2,962	
23 品川区	37,684	49,702	52,479	1,809	48	40	3,425	-1,616	4,517	-2,708	4,770	-2,961	
24 豊橋市	41,297	58,631	62,175	2,712	66	44	3,753	-1,041	5,329	-2,617	5,651	-2,939	
25 枚方市	47,521	78,979	80,051	4,402	93	50	4,319	83	7,178	-2,776	7,275	-2,873	
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
1,775 伊東市	12,605	16,744	13,551	1,582	126	58	1,146	436	1,522	60	1,232	350	
1,776 津山市	15,813	18,254	17,619	1,953	124	57	1,437	516	1,659	294	1,601	352	
1,777 三好市	6,860	5,916	5,080	814	119	56	623	191	538	276	462	352	
1,778 横浜市旭区	36,287	49,649	49,610	4,871	134	60	3,298	1,573	4,512	359	4,509	362	
1,779 松山市	64,963	86,976	93,691	8,911	137	61	5,904	3,007	7,905	1,006	8,515	396	
1,780 あきる野市	10,123	14,194	13,390	1,618	160	66	920	698	1,290	328	1,217	401	
1,781 奥多摩町	1,312	1,217	849	484	369	114	119	365	111	373	77	407	
1,782 南島原市	9,719	10,066	9,806	1,301	134	60	883	418	915	386	891	410	
1,783 川場村	1,066	1,148	1,220	526	493	142	97	429	104	422	111	415	
1,784 別府市	19,418	23,396	20,565	2,305	119	56	1,765	540	2,126	179	1,869	436	
1,785 上牧町	3,015	4,621	4,466	858	285	94	274	584	420	438	406	452	
1,786 福智町	4,049	4,749	4,523	880	217	79	368	512	432	448	411	469	
1,787 安芸高田市	6,769	7,267	6,457	1,069	158	65	615	454	660	409	587	482	
1,788 宮若市	5,099	5,581	5,258	970	190	73	463	507	507	463	478	492	
1,789 君津市	11,315	15,429	15,447	1,938	171	68	1,028	910	1,402	536	1,404	534	
1,790 河合町	2,709	3,989	3,288	841	310	100	246	595	363	478	299	542	
1,791 熱海市	8,505	10,151	7,600	1,248	147	63	773	475	923	325	691	557	
1,792 大阪市西成区	20,295	23,684	16,026	2,043	101	52	1,845	198	2,153	-110	1,457	586	
1,793 湯河原町	4,816	6,226	5,424	1,104	229	82	438	666	566	538	493	611	
1,794 川口市	55,686	81,280	82,081	8,096	145	62	5,061	3,035	7,387	709	7,460	636	
1,795 佐世保市	38,453	45,618	44,259	4,713	123	57	3,495	1,218	4,146	567	4,023	690	
1,796 小樽市	22,548	26,125	20,636	2,583	115	55	2,049	534	2,374	209	1,876	707	
1,797 三浦市	7,996	10,415	9,171	1,808	226	81	727	1,081	947	861	834	974	
1,798 函館市	41,456	49,389	43,641	5,046	122	57	3,768	1,278	4,489	557	3,966	1,080	
1,799 日の出町	2,614	3,618	3,009	1,593	609	169	238	1,355	329	1,264	273	1,320	
1,800 青梅市	17,149	23,834	24,315	3,557	207	77	1,559	1,998	2,166	1,391	2,210	1,347	

上の表は、後期高齢者が1646万人である2010年から2223万に増える2040年の間に、各市町村が2010年の全国平均レベルである後期高齢者1000人に対して91人レベルの高齢者施設ベッドを用意するために、どの程度のベッドを用意するべきかを計算し、最も多く用意すべき市町村(1位の福島県全県は、例外)から、全国平均ならばより多くのベッドの余裕がある市区町村順に並べた表である。

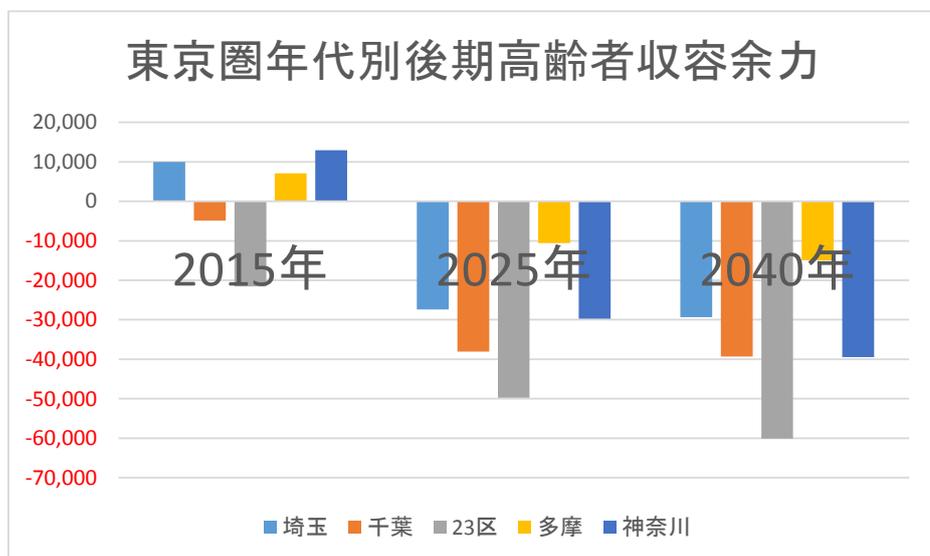
さいたま市は、2040年の不足数3290床で16位であるが、2015年に過剰ベッド数4405床で全国1位で全国で最も多くの過剰高齢者ベッドを持つ市町村であった。2015年で不足ベッド数が3000を超えたのが、杉並のみであったが、2040年はトップ20の市町村が全て3000床以上の不足である。

	2015年	2015年	2025年	2040年	施設全				
医療圏名	総人口	75歳以上	75歳以上	75歳以上	施設数	定員合計	収容能力	偏差値	2015年75歳1000人 当り
	126,597,298	16,458,195	21,785,638	22,229,933	34,931	1,495,813	91		44
東京圏	35,895,924	4,495,089	6,521,320	6,884,007	7,904	417,375	93		50
首都圏	43,600,302	5,482,009	7,829,184	8,244,132	10,179	504,588	92		50
広域首都圏	53,597,509	6,958,796	9,646,600	10,073,661	13,163	637,318	92		50
福島	1,912,609	289,530	344,208	365,202	604	25,337	88		49
茨城	2,921,890	361,904	493,012	513,183	847	35,524	98		52
栃木	1,973,738	242,492	322,360	346,950	501	18,756	77		47
群馬	1,971,225	261,665	343,916	345,318	697	23,832	91		50
埼玉	7,206,014	764,829	1,176,765	1,198,031	1,468	79,516	104		53
千葉	6,192,487	716,692	1,082,206	1,095,361	1,263	60,276	84		48
23区	9,084,451	986,859	1,297,678	1,410,992	1,235	68,167	69		45
多摩	4,265,002	1,011,006	1,479,327	1,587,273	1,962	104,156	103		53
神奈川	9,147,970	1,015,703	1,485,344	1,592,350	1,976	105,260	104		53
山梨	837,525	120,859	148,576	154,674	230	9,101	75		46
新潟	2,297,441	362,604	426,909	425,783	743	32,913	91		50
長野	2,090,658	327,310	391,701	381,893	696	28,153	86		49
静岡	3,696,499	497,343	654,598	656,651	941	46,327	93		51

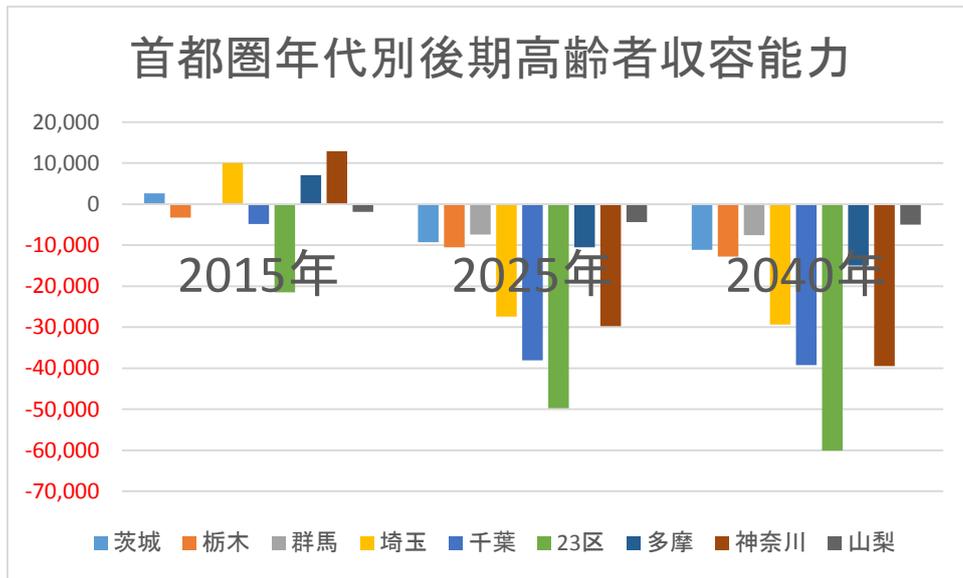
(表 4)

医療圏名	2015年		2025年		2040年	
	必要数	過不足	必要数	過不足	必要数	過不足
	1,495,813	0	1,980,001	-484,188	2,020,381	-524,568
東京圏	360,792	3,655	520,024	-155,577	547,572	-183,125
首都圏	450,489	1,171	638,890	-187,230	671,188	-219,528
広域首都圏	584,708	-318	804,067	-219,677	837,465	-253,075
福島	26,314	-977	31,284	-5,947	33,192	-7,855
茨城	32,892	2,632	44,808	-9,284	46,641	-11,117
栃木	22,039	-3,283	29,298	-10,542	31,533	-12,777
群馬	23,782	50	31,257	-7,425	31,384	-7,552
埼玉	69,512	10,004	106,951	-27,435	108,884	-29,368
千葉	65,137	-4,861	98,357	-38,081	99,553	-39,277
23区	89,691	-21,524	117,940	-49,773	128,239	-60,072
多摩	44,139	7,089	61,779	-10,551	66,175	-14,947
神奈川	92,313	12,947	134,996	-29,736	144,722	-39,462
山梨	10,984	-1,883	13,503	-4,402	14,058	-4,957
新潟	32,955	-42	38,800	-5,887	38,698	-5,785
長野	29,748	-1,595	35,600	-7,447	34,709	-6,556
静岡	45,201	1,126	59,494	-13,167	59,680	-13,353

(表 4 続き)



(図 11)



(図 12)

(分析よりみえてくる現状および課題)

- ① 現在は、**23区、千葉の不足分は、多摩、神奈川、埼玉+茨城でカバー**している（茨城のカバーは僅か）。それ以外の地域は、**ほぼ自地域の施設で自地域のニーズをカバー**している。
- ②しかし、2025年になると、23区、千葉の不足分をカバーしていた地域でも、不足となり、**不足がさらに加速する23区、千葉の不足分をカバーできなくなる**。特に、**埼玉、神奈川は、自地域も大幅な不足状態に陥る**。東京圏以外の地域でも、不足は大きくなり、**東京圏の不足をカバーする余裕はない**。東京圏以外でも介護施設の増大が不可欠
- ③2040年になると、東京、神奈川は、不足分がさらに拡大するが、首都圏全体のそれ以外の地域では、2025年と比較して不足分に大きな違いはない（つまり、**2025年までに不足分をカバーできれば、2040年不足問題はほぼない**。）。

(対策)

対策① 首都圏全域における高齢者受け入れ可能施設の建設促進

2025年まで、**広域首都圏全域で、とまかく介護施設の建設を加速**させる。特に、**東京圏では、絶対的不足の度合いが大きくなることから、東京圏のニーズを東京圏だけではカバーしきれなくなる**と考えられ、首都圏、さらには広域首都圏全体で介護施設の建設を加速する必要がある。勿論、広域首都圏だけでは供給が限られるので、**中国や九州等地方の活用も必要**。（同じ施設建設でも、東京圏以外の方が、建設コストが安く、人件費も安く、国庫負担、結果、国民負担を軽減できる。）

2025年以降、不足分は、東京、神奈川で拡大する。一方、それ以外の地域、特に、東京圏の不足をカバーした**東京圏以外の首都圏で介護施設に余裕が出てくるはずなので、移住に力点を置いた政策を進める**。

対策② 集住の促進

介護施設の建設に当たっては、どの地域でも施設建設以上に、**介護の担い手不足に悩まされる**。如何に限られた労力で、効率的に介護できるかが重要。このため、**できる限り、まとまって住んでもらうことを促進**。

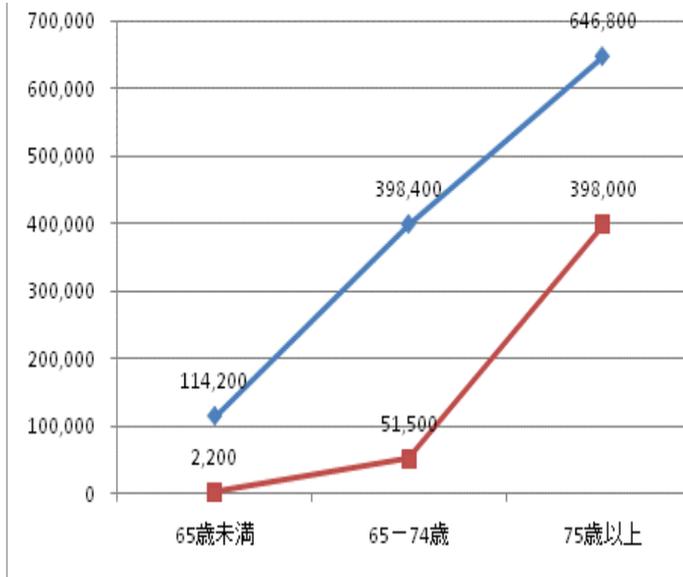
対策③ 空き家の活用

世田谷区だけで約3万戸の空き家が存在。世田谷区は、毎年介護施設を380人分建設しなければならないが、現在は、280人分の建設のペース。100人分足りず、空き家を上手く活用できれば、解決可能なレベル。しかしいずれにしても、**空き家を不足する介護施設建設のリソース**としていくことは不可欠。

### 3. わが国全体の医療と介護の需要予測

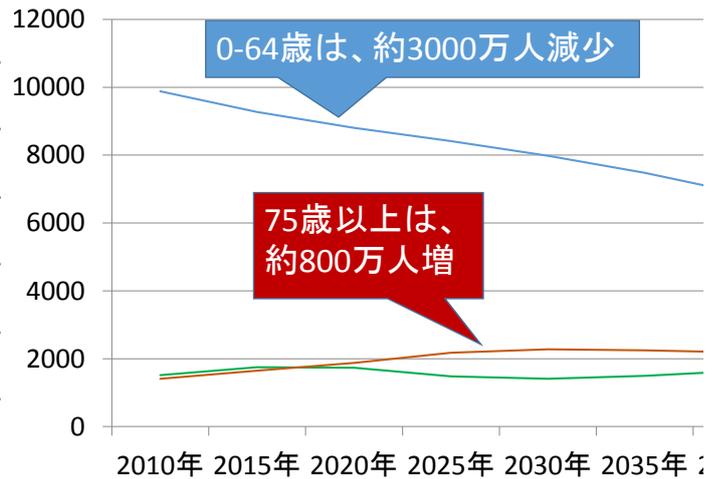
介護の需要ピークは2030年49.7%増、医療は2025年11.1%増

(図14)に、年齢階級別一人当たり医療費と介護費を示す。介護は、若年層がほとんど使わず、75歳を超えると費用が急増する。一方医療費は、若年もそれなりに使われる。また、(図15:図1の再掲)にわが国の年代階級別の人口の推移を示す。



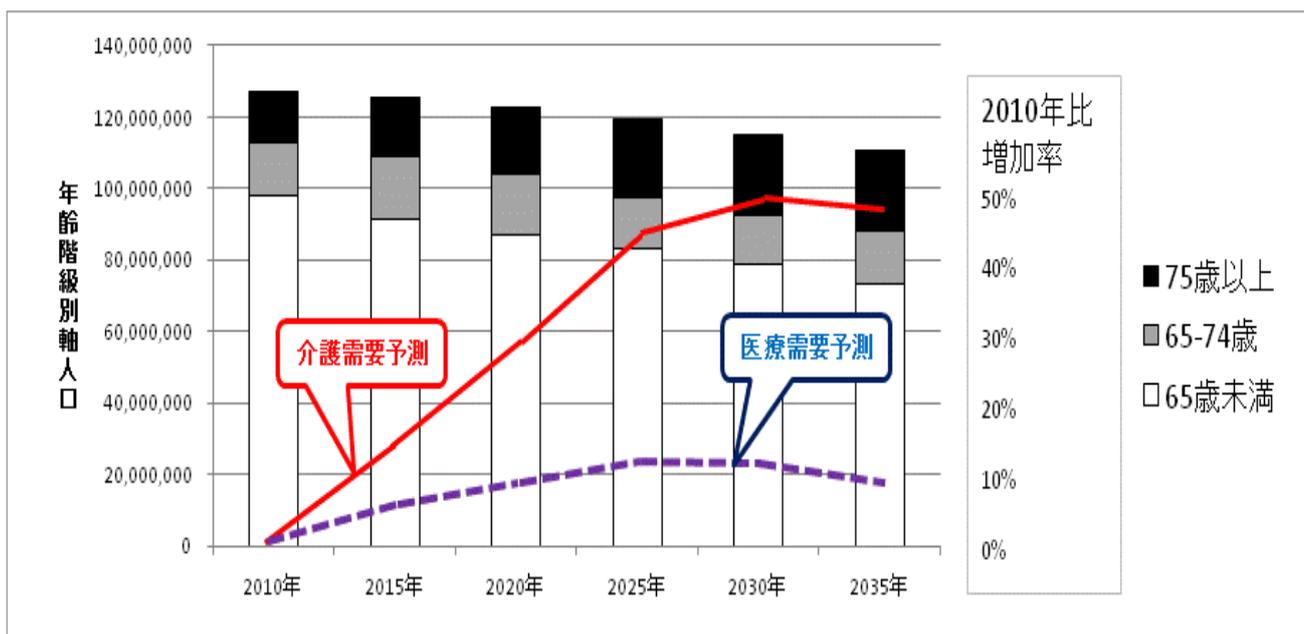
(図15:年齢階級別医療費と介護費:2010年)

#### 2010→40年 年齢階級別人口推移



(図16:年齢階級別人口推移)

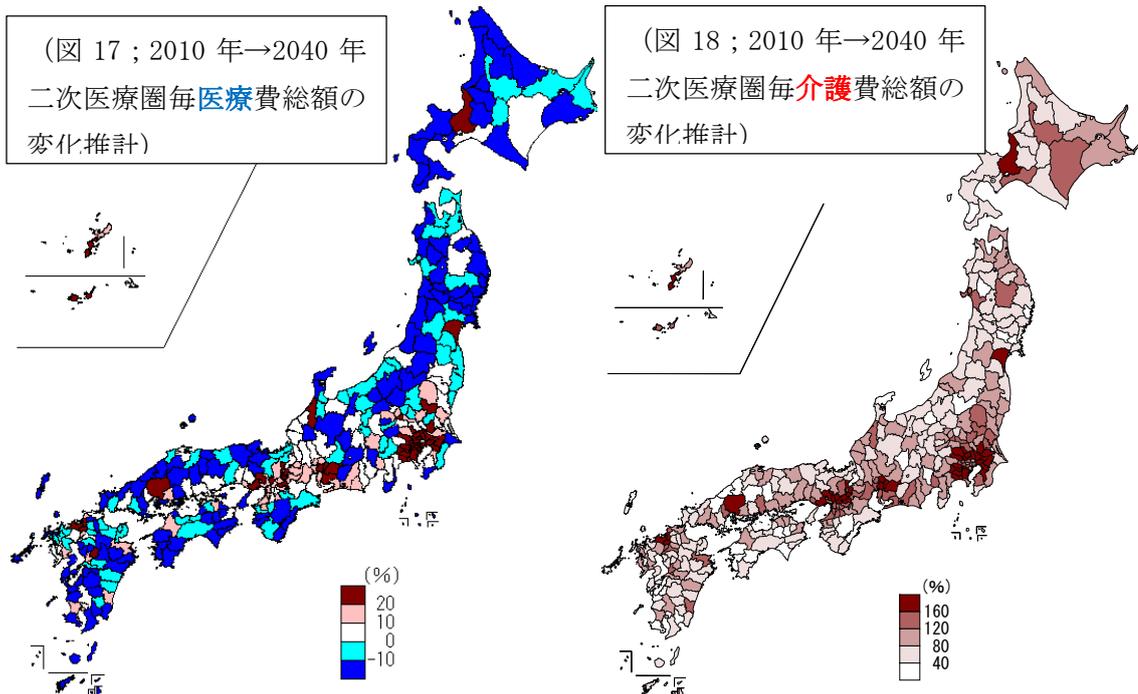
(図14)に示す医療と介護の費用に、(図15)に示す人口を掛け合わせると、将来の医療費と介護費を計算することができる。今後(図14)に示す医療と介護の消費動向が続き、(図15)に示すような人口の推移が起きるとすると、医療と介護の需要は(図16)に示すような推移で進行し、「**介護の需要は2030年ピークで49.7%増、医療は2025年ピークで11.1%増**」となることが予想される。



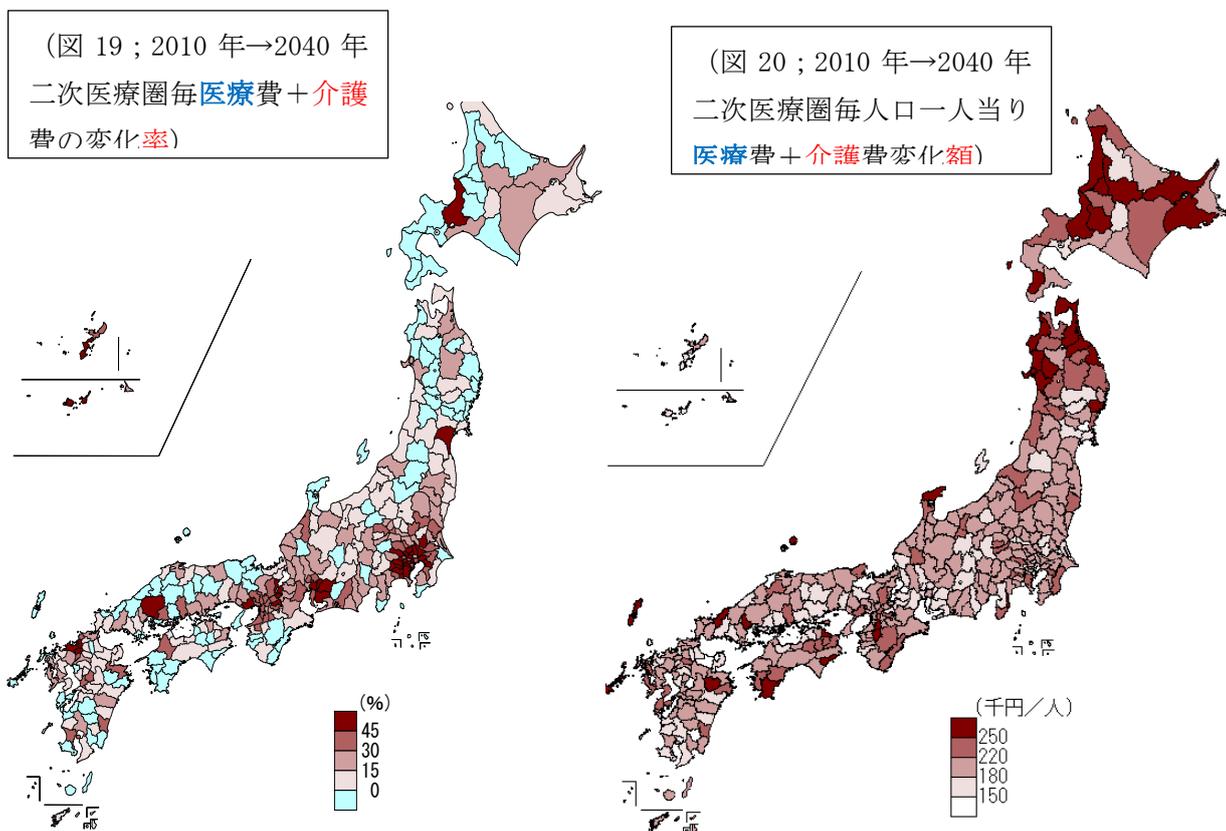
(図16:医療と介護の需要予測)

2040年までの医療費・介護費の変化(医療費・介護費別)

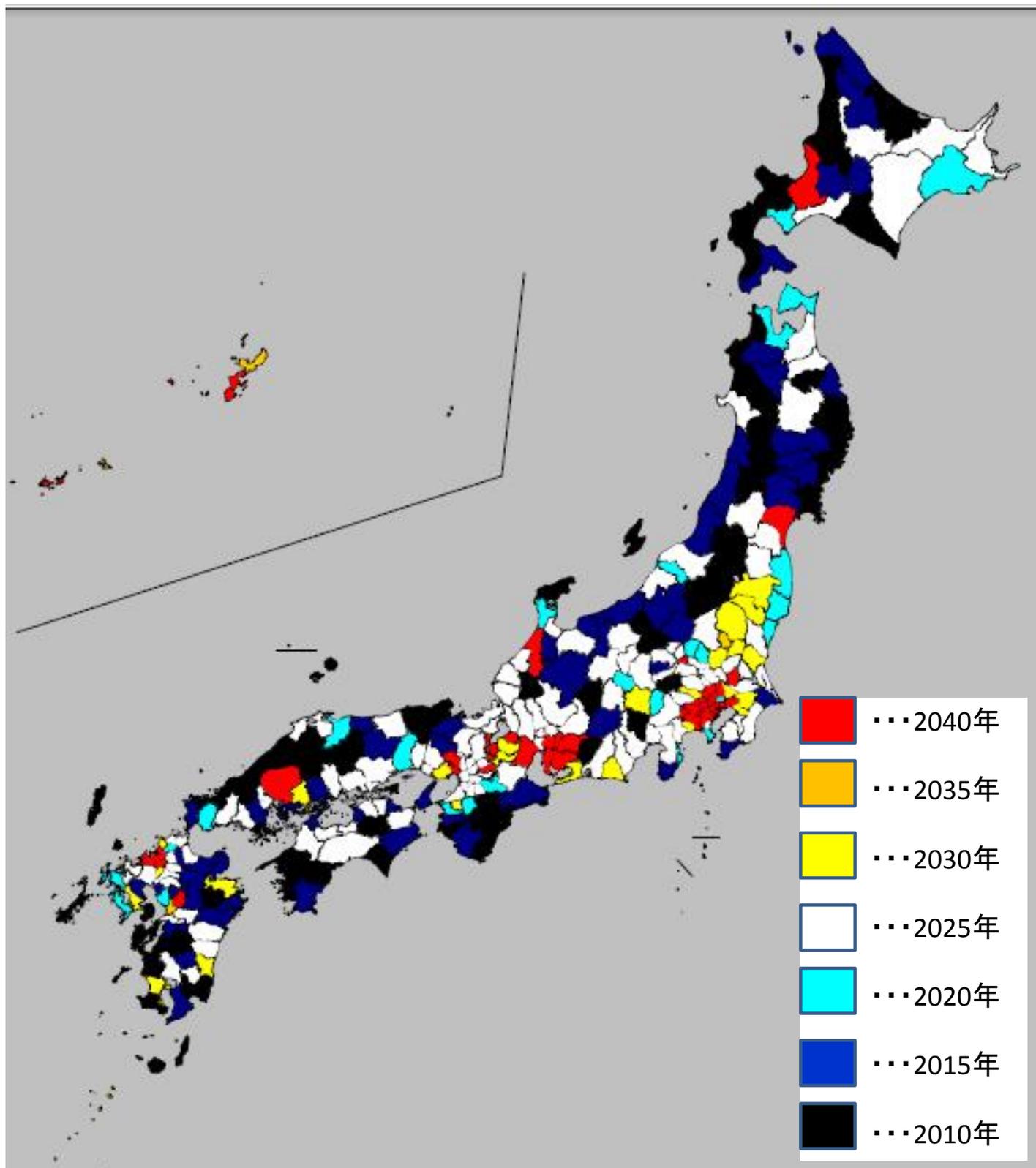
年齢階層別の一人あたり医療費・介護費を一定と仮定し、将来の人口動態にあわせて費用変化を推計すると、(図17)に示すように、**医療費**は人口減少の影響で**地方は減少**、**都市部**は高齢化の影響で増加。他方、(図18)に示すように、**介護費**は**ほとんどの地域で増加**、特に都市部で増加額が大きい。



(図19)に示す医療費・介護費**合算**の**変化率**を見ると、**都市部を中心に増加**する地域が多い。また(図20)に示す、人口**一人あたり**医療費・介護費の**変化額**でみると、20万円以上の増加になる地域もあるなど、費用の負担は重くなる。



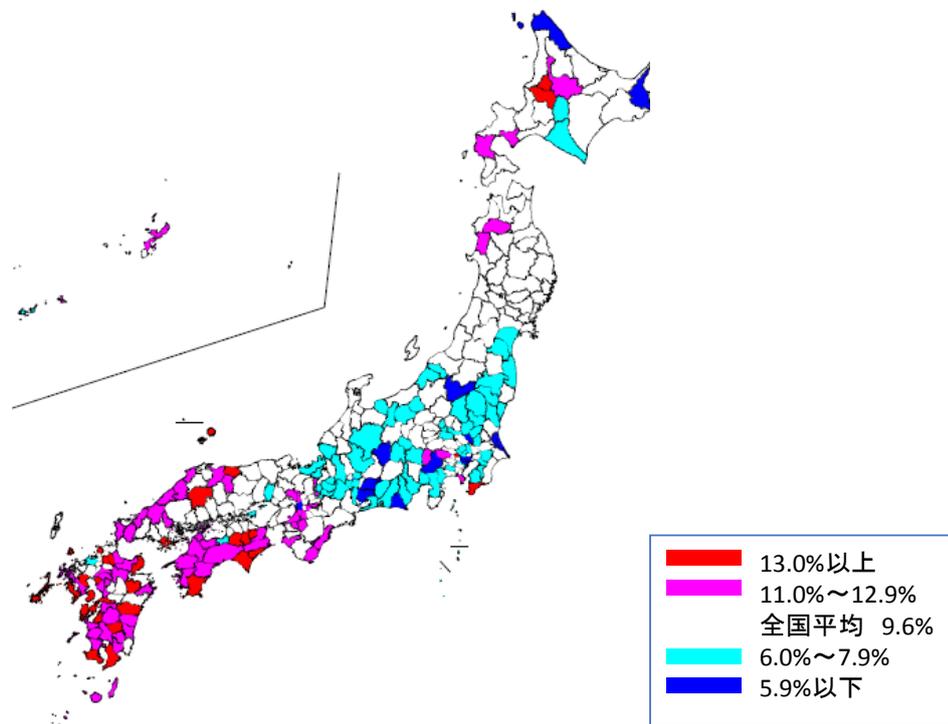
### 地域により医療介護需要のピークの時期が大きく異なる



(図 21 : 各二次医療圏の医療需要のピークの時期)

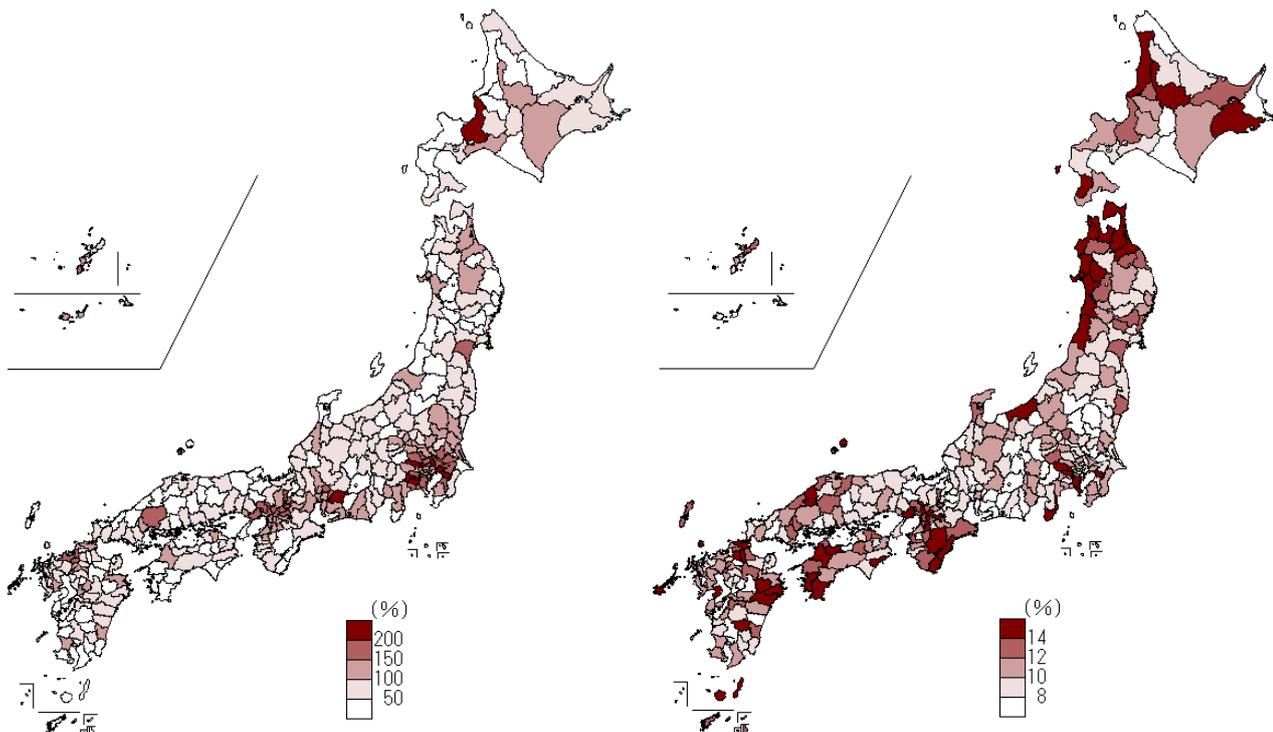
## わが国の医療・介護と地域別供給能力

・(図22)に、二次医療圏毎の全就業者に占める**医療・介護就業者の割合**を示す。特に地方においては**10%を超えている地域もある**。医療・介護は地域の雇用を支えている面がある。



(図22 二次医療圏毎 全就業者に占める医療・介護就業者割合 (2009年))

・(図23)に、2040年までの高齢人口変化を踏まえて介護就業者数の推計を示す。**都市部で介護就業者が大幅に増加**。介護就業者の割合は、北海道・東北・西日本に加え、都市近郊等でも**10%を超える地域がある**。

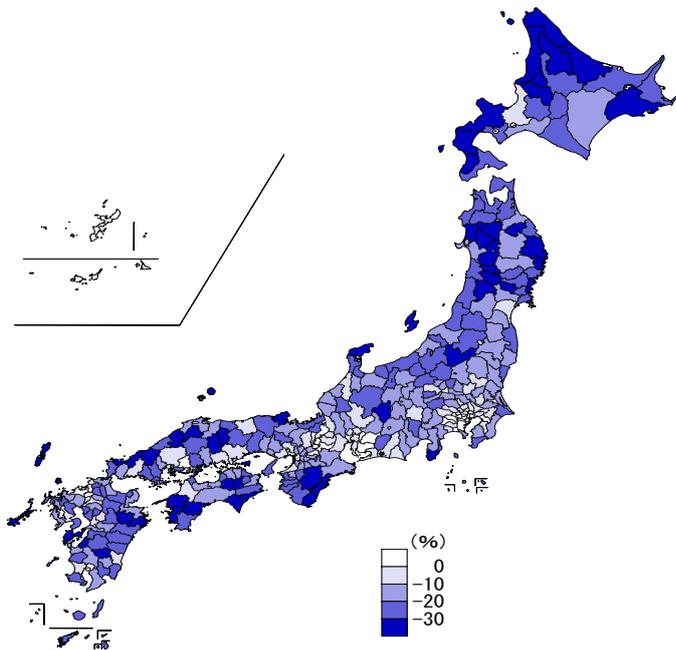


(図23-1) 二次医療圏毎「介護従事者の変化割合」(2009年→2040年)

(図23-2) 二次医療圏毎「全就業者に占める介護従事者の割合」(2040年)

### 2035年までの地域の消費額の変化

他方、一世帯あたりの消費支出を一定と仮定し、将来の世帯数変化にあわせて消費支出の総額変化を推計すると、(図24)に示すように、**地方部では30%以上の減少を見込む地域**もある。



(図24：二次医療圏毎 消費支出総額の変化率 (2010年→2035年))

現在のままの状況を維持しようとする、

- 各地域の**総消費が10%～30%程度低下**するにも関わらず、一人当たり**医療介護費が10万円～20万円程度増加**する。
- **都市部で介護就業者が大幅に増加**。介護就業者の割合は、北海道・東北・西日本に加え、都市近郊等でも**10%を超える地域**がある。

### 我が国の年齢階級別医療需要の推移予測

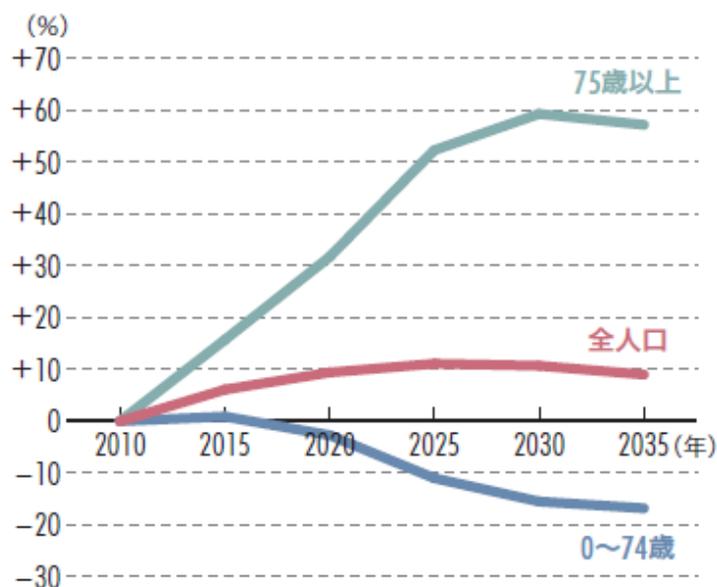
今後急増する後期高齢者に対応する医療と、今後毎年100万人ずつ減少を続ける若年向けの医療の調整をどのように行うかが、これからの医療制度改革の最大の争点になる。

人口構成が大きく変化すれば、医療や介護の需要は大きく変化する。(図25)は、(図16)に示した医療費の推移を、0-74歳と75歳以上に分けて示したグラフである。

真ん中の太い黒線は、総医療費の推移予測である。2025年の11.1%増がピークであり、その後減少に転じる。一番上の赤色の破線は、75歳以上の医療費の推移予測を示す。75歳以上は、2025年に向けて急増、2030年のピーク値は2010年比59.3%増という結果になった。一番下に位置する青線は、0-74歳の医療需要の推移を示す。0-74歳の医療需要は、2015年から2020年まで微減、2020年から急激に減少する。2010年から2035年にかけて医療需要は16.8%減少し、0-74歳の医療需要は、その後も一貫して減少を続ける。2020年から急激な減少が始まるのは、2022年から24年にかけて団塊の世代が75歳を超えるからである。

わが国の医療提供体制は、今後短期間で急増する75歳以上の医療事情と、今後減り続ける0-74歳の医療事情に対応する形で変化していく必要がある。

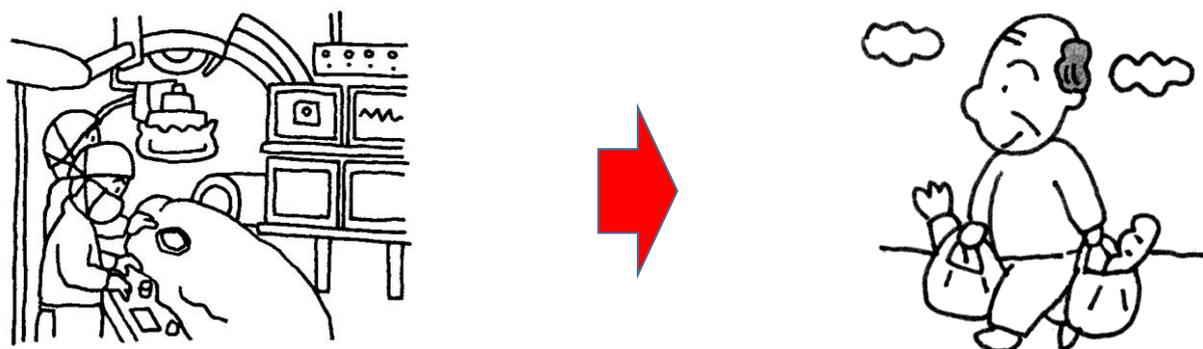
図2●世代別の医療費増減率の将来予測(2010年比)



(図25: 0-74歳と75歳以上医療費将来予測)

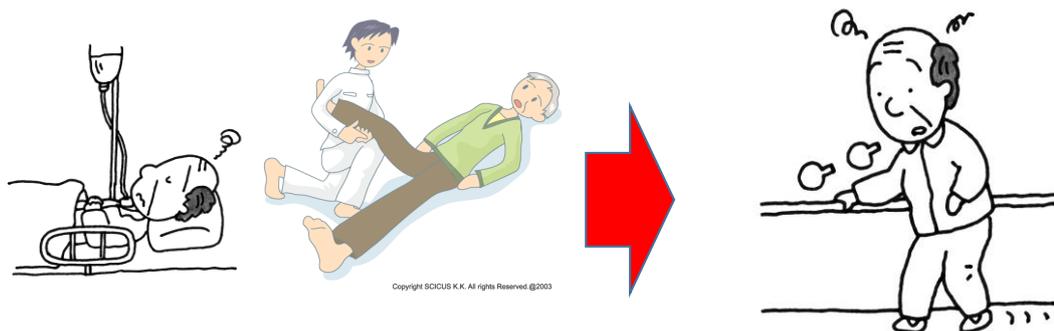
### 後期高齢者が主に必要とする医療とは

それでは、0-74歳が必要とする医療とは、どのような医療であろうか。これは従来の急性期医療、言い方を変えれば、治癒を目的とする医療である。ほとんどが、治癒が至上目的であり、徹底的に治療を行おうとする「とことん型」の急性期医療である。0-74歳の患者さんの多くは、(図26)に示すように、治療さえ終了すれば、自宅に退院し、普段の生活に戻っていく。



(図26)

一方、(図25)のグラフの緑色の線で示された75歳以上が必要とする医療とは、どのような医療であろうか。75歳以上の後期高齢者も、従来型の急性期医療を必要とする場面も多いが、後期高齢者が主に必要とする医療とは、(図27)に示すように、病気は完全に治らなくとも、地域で生活を続けられるよう身体も環境も整えてくれるような「生活支援型医療」であり、年齢が進めば進むほど、この傾向は強まる。このような医療の主な担い手は、かかりつけ医と今年度の診療改定で新設された地域包括ケア支援病棟であろう。地域包括ケア支援病棟では、患者(主に後期高齢者)が家や施設で調子が悪くなった時に、地域での生活復帰を意識したリハビリを行いながら、病気と年齢や体力などを考慮した治療が行なわれる。更に、高度医療機関からの在宅復帰を目指した患者を受け入れ、リハビリや継続的治療の提供を行ないながら在宅復帰を目指すことや、地域での看取り医療も地域包括ケア支援病棟の重要な役割である。



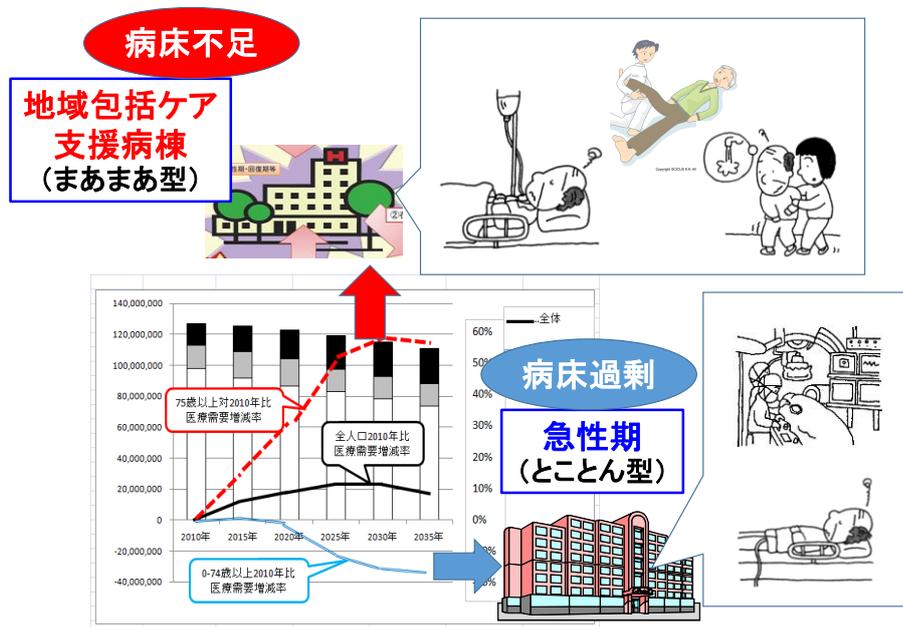
(図27)

### 「高度急性期・一般急性期」病床の過剰と「地域包括ケア支援」病床の不足

日本の病院の現状および今後の人口構成の変化を考えると、「とことん型」急性期医療を提供する高度急性期・一般急性期病床の過剰と、「まあまあ型」の医療を提供する「地域包括ケア支援病」の不足は、明らかである。「とことん」型病床から「まあまあ」型病床への転換が不可欠である。

### 医療需要のピークの時期の地域差

以下の(図28)は、今後も現在と同じ医療が提供される(価格も内容も変化しない)と仮定し、人口構成のみが変化した場合、我が国の医療需要ピークがいつどの時期にくるのかを示したものである。地域により医療需要のピークの時期が大きく異なることが分かる。



(図28)

滋賀県東近江市で、自宅のベッドに横たわる98歳の女性。1週間前から寝たきりとなり、前日から食事もほとんどとれなくなった。3月上旬のことだ。

往診に来た永源寺診療所の医師、花戸哲司所長(44)が問いかける。「病院行こうか? 家にいたい?」「……ここがええんや」。かすかにまぶたを開けた女性が答えた。

近くに住む孫(44)も「家族で最期の時間を大切に過ごしたい」。花戸所長は苦痛をとるための方法などを訪問看護師や薬剤師、介護ヘルパーらと話し合った。2日後、女性は自宅で静か

# 国 出づる 医

⑤「資源」を生かす

## 完治せずとも

## 穏やかな人生

とても命や人生の役割について深く考えるきっかけになる」と花戸所長はいう。兵庫県尼崎市の長尾クリニックの長尾和宏院長(66)はこれまでに約800人を在宅でみとった。過剰な投薬や治療をやめ、穏やかな最期を迎える「平穏死」を実践する。

ただ、あらゆる治療に消極的なわけではない。長尾院長は、胃に穴を開けてチ

過剰な治療せず

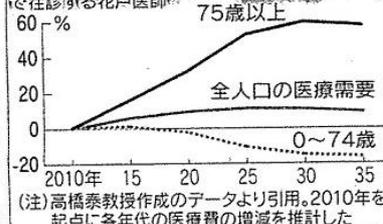
診療所がある東近江市の永源寺地区は人口約6千人の3割以上を高齢者が占める。自宅で最期を迎えることを9割が希望し、半数が実現している。「家族にと

### 限界と向き合う

ユープで栄養剤などを入れる胃瘻(いろう)を勧めることもある。胃瘻は「必要な延命措置」の代表ととらわれないもの、治さないとはいえないもの、そうではないものを、はっきり説明したうえで対応する必要がある」という。

「まあまあ型」と「とことん型」。近年、医療現場でこんな言葉がしばしば聞かれる。病気の完治を目指す「とことん」に対し、完治せずとも地域で生活ができるようにする「まあまあ」。病気が問題とみる。将来推計人口などによる「75歳を過ぎるとまあまあ型を必要とする比率が急増で75歳以上の人が800

75歳以上の医療需要は急速に増加する



(注)高橋泰教授作成のデータより引用。2010年を起点に各年代の医療費の増減を推計した

万人増え、税金や保険料など医療費を支える65歳未満は3千万人減る。毎年1人の意思が優先される。と兆円ずつ増え続ける社会保障費をどう抑制するか。一つの解が「まあまあ」と「とことん」の使い分けだ。患者の声に配慮

「とことん」「まあまあ」を提唱した永生病院(東京都八王子市)の安藤高明理事長によると、カギを握るのは患者のトリアージ(治療の優先度を決める緊急度判定)だ。病状に加えて本人や家族の希望を聞き、高み出す時は今しかない。この項わり(関連記事を社会面と電子版に▼Web刊▼コラム)

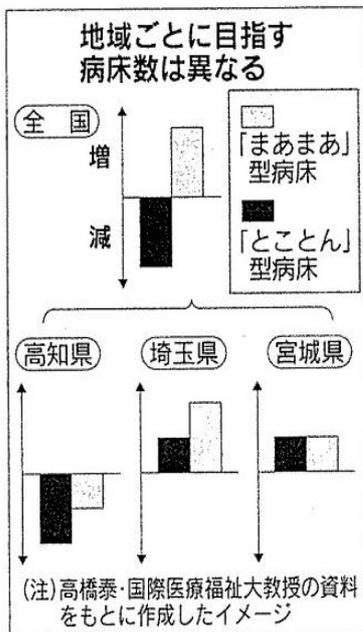
# 国出づる医 Q&A

⑤

厚生労働省は昨年、「病床機能報告制度」を導入した。都道府県が将来的に必要なと推計した病床数になるよう、医療機関に機能の変更を要請する。地域の実情に合わせて必要な病床数を検討するのが目的だ。(1面参照)

Q 病床をどのような機能に分けるのか。

## 病床の機能見直しへ



## 高齢化、必要な対応見極め

「急性期」は通常の救急医療を想定している。「回復期」は急性期を脱し、自宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する。「慢性期」は長期療養が必要で患者が対象となる。

「急性期」は通常の救急医療を想定している。「回復期」は急性期を脱し、自宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する。「慢性期」は長期療養が必要で患者が対象となる。

Q なぜ都道府県ごとに調整するのか。

A 全国的には高度急性期や急性期に相当する「とことん」型の病床が過剰となる見込みだが、都道府県ごとに状況は異なる。高橋泰・国際医療福祉大学教授によると、高知県ではいずれの病床も余り気味だが、埼

玉県や宮城県ではともに不足する。

ただ調整がうまくできるかは不透明だ。民間の医療機関はそれぞれの経営方針に関わるため難航する可能性がある。都道府県の命令や指示に正当な理由がなく従わない場合は医療機関名の公表などもできるが、「地域医療を支える医療機関に強権は発動しにくい」と懸念も上がっている。

木村彰、山口聡、吉野真由美、岡田直子、江口博文、山崎大作、平野慎太郎、武田敏英、村上徒紀郎、近藤佳宜、後藤宏光、大西康平、塩崎健太郎、井上みなみが担当しました。

## 医療の『まあまあ』型推進を」高橋泰・国際医療福祉大学教授

### 「資源」を生かす(5)

2015/4/20 2:00

日本経済新聞 電子版

人口減少と少子高齢化で、医療の在り方が変化を迫られている。これからの医療の提供体制はどうあるべきなのか。医療経営に詳しい国際医療福祉大学の高橋泰教授に聞いた。

——医療の供給体制において、いわゆる「とことん」型の限界を指摘し、「まあまあ」型の推進を訴えています。



[画像の拡大](#)

国際医療福祉大学の高橋泰教授

「治癒を目的として技術を尽くして診断・治療する従来型の急性期医療の特性を一般の方々に感覚的にわかってもらうために『とことん』型と表現している。一方、複数の病気を抱えながら肺炎、脱水、骨折などの急性疾患にかかった高齢者を、マイルドな治療とリハビリにより身体状況を整え、在宅の環境整備支援をすることで居住地域で暮らせるようにする生活支援型急性期医療の特性を『まあまあ』型と表現している。今後わが国の医療提供体制が向かうべき方向性を、分かりやすい言葉で表現すると、『まあまあ』型を増やし『とことん』型を減らすということになる。このような変革が必要な理由は、日本の人口構成の大きな変化により生じる医療需要の変化に合わせて、医療の提供体制も変わっていく必要があるからだ」

「わが国の今後の人口構成の変化には2つの大きな流れがある。一つは今世紀末まで0～74歳の人口が毎年100万人ずつ減少する流れ。もう一つは2025年ごろまで75歳以上の人口が年間50万人ずつ増える流れ。日本の医療の供給体制は、今後この短期間で急増する75歳以上の医療需要と、今世紀末まで減少を続ける0～74歳の医療需要に対応する必要があるだろう」

「0～74歳に必要な医療は主に『とことん』型だ。一方、75歳を超えるあたりから『とことん』型より『まあまあ』型を必要とする機会が増え始める。更に高齢になるにつれ『まあまあ』型の医療を必要とする比率が急速に高まる。現在の日本には、『とことん』型を提供しようとする病院が多く、『まあまあ』型を提供しようとする病院がまだまだ少ない。現状の体制が維持されたままならば近い将来、国民が求める医療と、医療機関が提供しようとする医療の需給のバランスが大きく乖離(かいり)することになる」

——解決策はありますか。

「2点ある。一つは医療制度改革による地域の病床数の調整だ。『とことん』型急性期病床は過剰で、『まあまあ』型急性期病床は不足が予測される地域では、『とことん』型から『まあまあ』型への転換が必要になる。『とことん』型も『まあまあ』型も過剰が予測される地域では、病床の数を縮小するダウンサイジングを強く求められる。特に高機能病床が過剰な地域では、ダウンサイジングすることなく現状の高機能病床の数を放置しておく、0～74歳の需要が減少した分を、75歳以上で補うため、これまで以上に75歳以上の患者に高価な高機能医療を提供することになる。高機能病床の多くは、大学、公立、公的病院が占めており、国や地方自治体の財政から見てもダウンサイジングは避けて通れない問題でもある」

「一方、『まあまあ』型急性期病床と療養病床の過剰に関しては、その病床の多くが民間病院のため、都道府県知事の権限では削減が難しい。個人的な意見としては、『まあまあ』型病床と療養病床の削減には、税金を投入して病床を買い取る『減反政策』が最も効果的だと思う。一時的に税による買い取り資金が必要になるが、その後の医療費の確実な削減効果が見込め、比較的短期に投入した資金の回収が期待できるだろう」

「もう一つは診療報酬の改定だ。地域ごとに高齢者数の増加ペースやピークは大きく異なる。地域の特性を踏まえ、長期的視点で再編を進める必要がある。『とことん』型と『まあまあ』型の病棟の過不足に応じて、地域ごとに病棟の入院基本料を調整できる仕組みを診療報酬制度の中に導入するというのは、誘導のための一つの有力な選択肢だ。『とことん』型の病棟から『まあまあ』型への移行の決め手として、診療報酬点数は重要なポイントになる」

——患者側に求められるものは何ですか。

「患者側も、例えば40歳の患者に適した医療と、80歳の患者に適した医療の違いを理解する必要がある。何でもかんでも完治を目指して『とことん』型を志向するのではなく、退院後の生活を考えながら医療を提供してくれる、地域に根ざした病院を見つけ出すような医療機関との付き合い方を探してほしい」

「自らの死に方を考えることも重要だ。特に口から物を食べられなくなった高齢患者に対して、これまでの日本の病院は長期に入院をさせて命を永らえさせてきた。しかし、今後は全ての人間が長期入院できる環境は望めないだろう。咀嚼(そしゃく)できなくなると生命を維持する力は格段に落ちる。自分の力で生きる力がなくなった時、その事実を積極的に受け入れ、静かな死を迎えるのを支援することも『まあまあ』型病床の重要な役割になるだろう」

たかはし・たい 金沢大学医学部卒。国際医療福祉大教授。専門は医療提供体制、病院経営管理など。55歳。