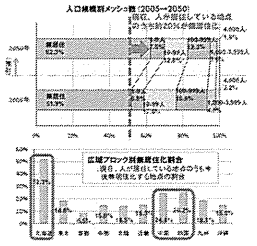
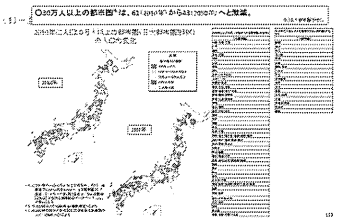
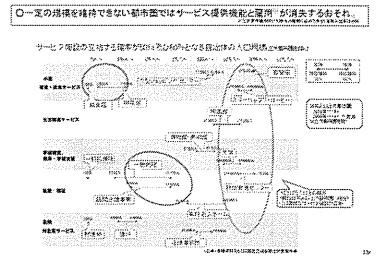
過疎地の事情

（図７）は、わが国と現在の人が住んでいない無居住地の現在の様子と将来予測を示しています。《居住・無居住の別》でみると、現在人が居住している地域のうち約２割が無居住化する。現在国土の５割に人が住んでいるが、それが４割にまで減少。北海道は５割以上無居住地化することが予測されている。

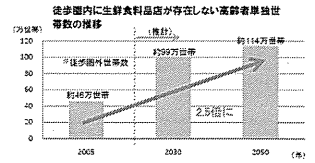


（図７：無居住地比率）



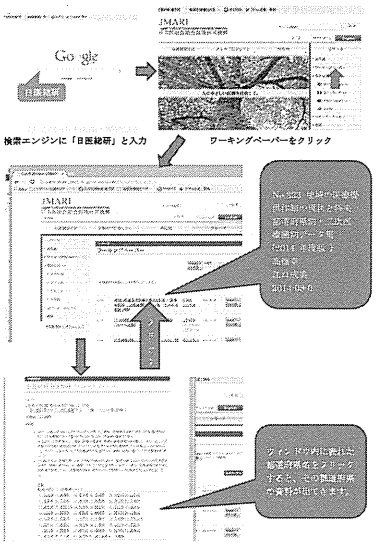


生活便利施設へのアクセスが困難な高齢者が急増する。（図８）に示すように、2005年に、徒歩圏内に食料品店が存在しない高齢者単独世帯数が46万であったが、2030年には100万世帯に増加することが予想される。過疎地の高齢者単独世帯をささえるのが、非常に困難になってきている。



（図８：買い物困難高齢者数の推移予測）

日医総研のワーキングペーパーへのアクセス方法



C. 国や自治体は何をすべきか

地域ごとに目指すべき医療提供体制とは何か（日経ヘルスケア 8,9 月号寄稿）

国際医療福祉大学大学院教授　高橋泰
株式会社ケアレビュー代表取締役　加藤良平

はじめに

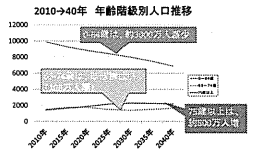
病床機能報告制度がもうすぐ運用され、都道府県ごとに地域医療ビジョンの作成が始まる。今回の小論の目的は、病床機能報告制度および地域医療ビジョンとは、どのような仕組みで、何が目的とするものであるかを明らかにすることと、なぜ、病床機能報告制度や地域医療ビジョンの考えが導入されるようになった社会的背景を紹介することである。

また、国全体では「急性期を減らして亜急性期を増やす方向にある」が、地域によって医療提供体制は大きく異なるため、地域医療ビジョンの実現を向けて、どのような制度改正が必要になっていくかについても考察を加える。

わが国の今後の人口構成の変化

病床機能報告制度や地域医療ビジョンにおける医療提供体制の改革が必要になる根底には、わが国の人口構成が、今後劇的に変化し、その変化に対応するよう医療提供体制が変わる必要があるという事情が存在する。

図１のグラフに、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。まず注目すべきは、青線で示された0-64歳人口が毎年100万人ずつ減少することである。この傾向は、少なくとも今世紀末まで続くと予測されている。一方赤線で示された75歳以上人口は、2025年頃まで年間50万人のスピードで急増し、2025年から増加スピードが鈍り、2030年以降横ばいになる。



（図１：2010年から2040年にかけてのわが国の人口階級別人口推移）

我が国の年齢階級別医療需要の推移予測

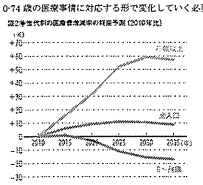
この急増する後期高齢者に対応する医療と、今後毎年100万人ずつ減少を続ける若年向けの医療の調整をどのように行うかが、これからの医療制度改革の最大の争点になる。

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２）は、各年代の

使用する一人当たりの医療費は今後も変わらないと仮定し、（図１）のように人口が推移した場合の医療費の推移の予測を、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２：0-74歳と75歳以上医療費将来予測）

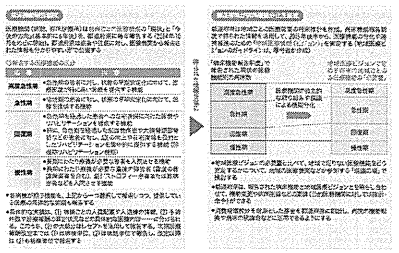
後期高齢者が主に必要とする医療とは

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。

一方、（図３）のグラフの赤色の線で示された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、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。

病床機能報告制度とは、地域医療ビジョンとは

これまで述べてきた人口構造変化に対応する形で医療提供体制を変えていくために国が用意した仕組みが、（図２）に示す病床機能制度報告制と地域医療ビジョンと考えられる。



（図２：病床機能報告制度と地域医療ビジョンの概要）

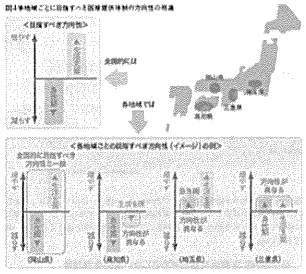
病床機能報告制度とは、「各医療機関（診療所を含む。）が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組み（平成24年6月15日 急性期医療に関する作業グループ）」のことである。この制度が始まると、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の４つのカテゴリーに合わせて、それぞれの病院が、「急性期○○床、回復期○○床、慢性期○○床」という形で自院のベッド数を都道府県に報告することになるだろう。先に述べた従来型の急性期は「高度急性期」「急性期の一部」、生活支援型は「急性期の一部」、「回復期」「慢性期」という対応がつけられる。

一方、地域医療ビジョンとは、「地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たに　医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域ごとのグランドデザイン（平成24年6月15日 急性期医療に関する作業グループ）」のことである。地域医療ビジョン策定するに当たり、まず各地域の将来の「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の４つのカテゴリー別の必要病床数を推定し、その結果を踏まえ、病床区分ごとに基準病床数を設定することになるだろう。地域医療ビジョンは、機能別病床数のコントロールだけが目標ではないが、各病院からの機能別届け出病床数と、機能別の基準病床数との乖離の解消が、地域医療ビジョンの最重要課題になることは間違いない。

今後わが国が目指すべき医療提供体制改革の方向性

わが国では、医療資源量においても、人口動態の推移においても、地域差が大きい。地域差を意識しつつ国全体との整合性を持たせながら医療提供体制改革を進めるときの方向性を（図３）に示す。我が国全体では、図の左上のグラフに示すような「急性期病床を減らし、生活支援型病床を増やす」という転換が必要である。

しかし、我が国の医療機関体制は地域差が非常に大きいので、（図 4）の下のグラフに示すように、例えば、「高知県は、急性期病床も生活支援型病床も過剰で、かつ、人口減少が見込まれるので、両方とも削減する必要がある。一方、埼玉県は、急性期病床も生活支援型床も不足していて、かつ、今後の後期高齢者が倍増するので、両方の病床を大幅に増床する必要がある。・・・」という具合に、地域の状況に応じて地域医療のビジョンを作る必要がある。更に、各都道府県が作成するビジョンの合計が、国の目指すべき合計値と一致させるよう努力することも必要であろう。



（図 4：今後、我が国で行われるべき医療提供体制改革の方向性のイメージ）

地域ごとの病床の過不足感を評価する

地域医療ビジョンが策定される前に、どの都道府県や二次医療圏の急性期病床と生活支援型病床の現在から将来の過不足感を明らかにすることは重要である。それらを明らかにするには各地域の現在の「急性期病床数」と「生活支援型病床数」、および同病床の将来重要見込みが必要となる。

とはいえ、各地域や都道府県の「急性期病床数」や「生活支援型病床数」を示すデータは存在しない。そこで現在（2014 年 2 月）公表されている「一般病床数」を急性期病床の多い少ないの目安をつけるための指標とし、同じく現在公表されている「療養病床数」を生活支援型病床の多い少ないの判断するための指標とし、現在の病床の過不足感を評価した。

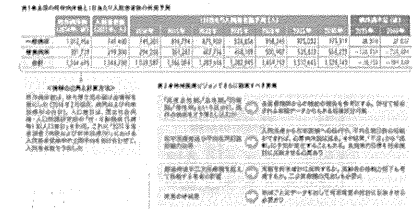
また現在（2011 年 10 月）の「一般病床」「療養病床」別、年齢階級別入院患者数を用い、今後も各年代が現在と同様のパターンで入院を行うと仮定し、各地域の人口構成の推移予測を用いて 2010 年から 2040 年までの全都道府県、および 344 個ある全二次医療圏の入院患者数の推計を行った。その推計結果をケアレビュー社が運営するインターネットサイトである

「（病院情報局）において無償で公開している。興味のある方は、ぜひ病院情報局にアクセスし、集計結果をダウンロードして、参照していただきたい。以下に、その結果の一部を示す。

表 1 は、全国の推計結果である。まず現在（2014 年 2 月）一般病床が 101 万床、療養病床が約 33 万床、合わせて約 134 万床あり、また現在（2011 年 10 月）一般病床に約 75 万人、療養病床に約 30 万人、合計約 104 万人が入院し、約 79%の病床稼働率であることがわかる。1 日当たりの入院患者数は、一般病床も療養病床も増え続け、2025 年には一般病床（＝急性期）は約 92 万人、療養病床（＝生活支援型）は 40 万人となる。現在の一般病床 101 万床から 2025 年の入院患者数 92 万人を引くと、2025 年の病床過不足 88300 床（余裕）が求められる。

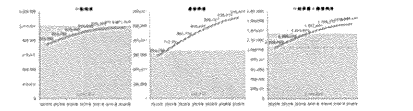
表 1 全国の将来病床数と1日当たり入院患者数の推定予測

	現在病床数（2014年 2月）	入院患者数（2011年 10月）	1日当たり入院患者数予測（人）						病床過不足（床）	
			2010年	2015年	2025年	2030年	2040年	2050年	2015年	2025年
一般病床	1,012,964	748,400	748,200	804,794	875,920	884,654	894,246	895,032	208,170	137,044
療養病床	327,737	297,900	297,900	304,200	304,200	304,200	304,200	304,200	23,537	23,537
合計	1,340,701	1,046,300	1,046,100	1,108,994	1,180,120	1,188,854	1,198,446	1,199,232	231,707	160,581



（表 1：全国の就存病床数、入院患者数、1 日当たり入院患者数予測の推移）

（図 5）は、上記の結果をグラフに示したものである。紺色で示したエリアは現在の病床数を示し、赤色の曲線は、1 日当たり入院患者予測数の推移を表す。左側の一般病床のように赤色の曲線が、紺色のエリアの下にある状況は、一般病床が 2040 年まで全国的に見れば余裕があることを示している。一方中央の療養病床のように、赤い曲線が 2015 年以降紺色の上に出ていることは、療養病床が不足することを意味している。



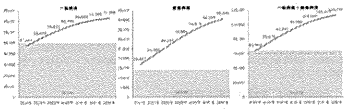
（図 5：全国の一般、療養病床別病床数過不足予想推移）

現在の "一般病床" の多くは、今後「高度急性期病床」と「急性期病床」となり、おそらく平均在位日数は現在よりも相当短くなることが予想される。平均在院日数が例えば 30%短くなると、一般病床への入院患者数も 30%減少することになり、赤色の曲線はより下方に移動する。その結果、一般病床の余裕は、（図 4）の左側の図に示したよりも大きくなることが予想される。また現在の "一般病床" の一部と "療養病床" は、新しい病床区分において「回復期」と「慢性期」の病床に移行するだろう。こちらも平均在院日数がかなり短くなることが予測されるので、2015 年以後の不足量は今よりも少ないものになるだろう。よって、一般病床の余裕部分に相当する病床が、「回復期（地域包括ケア支援病棟を含む）」「慢性期」に転換されれば、全国的に見れば必要な病床の提供が可能になると、筆者らは予測している。

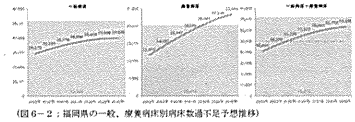
病床の少ない県と多い県の比較

わが国の病床資源の地域格差は大きく、当然将来の病床の過不足においても地域差は大きくなることが予測される。（図 6-1）に、将来病床が不足すると予想される神奈川県の一般、療養病床別病床数過不足予想推移を、（図 6-2）に、将来において病床過剰が予想される福岡県の一般、療養病床別病床数過不足予想推移を示す。

神奈川県（図 6-1）はすでに一般病床も療養病床も不足であり、将来に向けて不足が拡大していくことが予想される。一方福岡県（図 6-2）は、2030 年の時点でも、一般病床も療養病床も余裕がある。このような地域ごとの医療資源の多寡を全国と比較し、平均よりも高い区分のベッドを今後減らす政策がいろいろ用意されることが予想される。



（図 6－1：神奈川県の一般、療養病床別病床数過不足予想推移）



（図 6－2：福岡県の一般、療養病床別病床数過不足予想推移）

都道府県別一般、療養病床別病床数過不足予想推移

巻末の（表 2）に、都道府県別一般、療養病床別病床数過不足予想推移を示す。また、以下に示す（表 2）は、今回の算定方法をもとに評価した将来（2025 年）の一般病床と療養病床の過不足を都道府県レベルで整理したクロス表である。先にも述べたように、今回の予測は、

「病院機能報告」および「医療機能情報」を用いて、病床区分ごとの「一般病床」「療養病床」の平均在院日数を算出した。ただしある程度の新病床区分と現区分の整合性は取れるので、現在「一般病床」の多いと評価された病院は、「高機能病床」や「一般急性期」の病床の余裕が大きいという結果が出るであろう。また現在においても療養病床が不足と評価される地域は、将来「回復期」「長期療養」のベッドの不足が急速に拡大していくことが予想される。

今回は、「一般病床」「療養病床」の年代別利用率に、社人研の人口の推移データを掛け合わせることにより、各都道府県、二次医療圏の患者予測数を算出した。都道府県や二次医療圏において、県境や二次医療圏を超えて移動する患者の影響を考慮していない。疾患ごと年代階級別入院比率を用いて推計を行っているので、疾患の地域差は考慮されていない。将来の平均在院日数の変化も考慮されていない。地域医療ビジョンにおいては、地域ごとにそれらのデータを用意し、これらの要素を組み込んで基準病床数を決めるべきであろう。

病床機能報告制度および地域医療ビジョンは、わが国の医療提供体制を、これまでの人口増加社会に対応して作られた医療提供体制を、人口減少型社会に対応した医療提供体制に変える非常に大切な取り組みである。今後各都道府県が将来の地域の実情を反映しつつ、実現可能な計画を作成されることを切に願う。

国際医療福祉研究の2025年の病床過不足予測（ケアレビュー社提供、病床過不足データは「金井」を緑色の濃淡で示した）

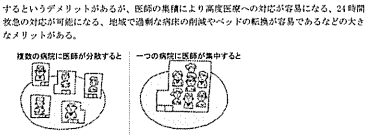
都道府県名	高度急性期	一般	慢性期	合計	一般	療養	合計	一般	療養	合計
北海道	19,645	19,479	22,843	61,967	41,945	21,013	62,958	13,534	1,791	15,325
青森県	11,325	14,402	3,179	17,581	9,640	3,034	12,674	4,843	-1,215	3,628
岩手県	11,157	12,293	2,607	15,104	8,800	5,217	14,017	2,497	-2,610	-113
宮城県	17,174	18,137	3,159	21,296	16,041	6,259	22,301	1,296	-3,100	-1,804
秋田県	8,791	10,025	1,747	11,772	8,211	4,544	12,755	1,787	-2,797	-1,010
山形県	10,150	8,978	2,054	11,732	8,812	4,842	13,655	165	-2,788	-1,623
福島県	18,251	17,896	4,207	21,803	14,651	7,983	22,634	3,245	-3,776	-531
茨城県	19,860	20,992	5,941	26,933	21,104	10,060	31,164	-112	-4,119	-4,231
栃木県	12,440	16,807	4,598	21,405	14,060	6,720	20,780	4,747	-122	2,625
群馬県	16,898	18,180	4,809	21,379	14,004	7,182	21,186	1,676	-2,192	-516
埼玉県	42,707	39,590	11,924	51,374	30,365	21,037	51,402	10,215	-11,233	-1,018
千葉県	48,462	37,469	9,916	47,414	45,256	21,495	66,823	-7,840	-11,579	-19,419
東京都	96,627	80,586	21,189	101,775	84,737	41,731	131,470	-4,148		
神奈川県	59,993	50,128	14,203	64,331	84,105	30,901	115,456	-34,097		
新潟県	21,051	17,965	5,931	23,896	13,848	8,332	22,206	137	-4,371	-4,234
富山県	10,235	9,451	2,261	11,862	8,254	4,315	12,571	1,145	-546	2,091
石川県	9,950	11,842	4,461	16,303	8,872	4,347	12,924	2,305	-114	3,519
福井県	6,471	7,750	2,439	10,223	5,992	3,111	9,103	1,781	-672	1,159
山梨県	6,144	6,621	2,252	8,873	6,312	2,232	8,544	509	-1,505	-496
長野県	17,801	16,458	4,183	20,641	18,715	5,492	24,206	243	-5,325	-5,082
岐阜県	14,522	13,810	3,479	17,289	14,446	3,849	18,295	-1,135	-3,848	-4,983
静岡県	24,128	21,931	10,931	32,862	27,473	11,646	41,119	-3,447	-2,815	-6,262
愛知県	51,195	45,502	12,711	57,731	50,964	23,725	74,689	-9,841	-11,014	-16,855
三重県	13,612	12,005	4,251	17,256	12,286	6,583	18,869	-255	-2,213	-2,470
滋賀県	10,279	9,895	2,780	12,675	8,890	4,605	14,002	45	-2,872	-2,826
京都府	24,280	23,804	8,475	30,279	19,646	9,915	29,607	4,154	-3,436	678
大阪府	81,263	68,358	22,164	90,522	83,391	30,941	94,231	4,977	-9,777	-9,799
兵庫県	34,062	41,331	14,798	56,431	40,454	20,025	60,485	1,177	-5,227	-4,050
奈良県	12,747	10,989	2,414	13,403	10,302	5,182	15,484	685	-2,766	-2,081
和歌山県	8,498	10,095	3,012	13,107	7,847	3,918	11,765	2,868	-905	1,963
鳥取県	5,965	5,813	1,820	7,633	4,218	2,343	6,771	1,239	-523	716
島根県	7,993	8,956	2,211	8,193	5,637	2,038	8,675	1,281	-757	494
岡山県	21,372	20,781	5,285	26,066	14,305	7,398	21,970	6,459	-2,045	4,380
広島県	28,234	24,234	10,614	35,048	21,242	10,970	32,212	2,792	-1,756	2,775
山口県	16,085	15,300	3,867	19,167	11,057	3,946	15,003	2,243	-3,921	-1,164
徳島県	7,029	6,573	4,190	13,153	3,962	3,175	9,136	2,610	-1,409	1,015
香川県	8,826	10,879	3,626	13,959	7,476	3,862	11,338	3,401	-915	2,570
愛媛県	16,165	15,177	5,851	21,028	10,946	5,704	16,650	4,617	-143	4,554
高知県	8,402	8,240	4,637	12,887	5,920	3,278	9,198	3,320	1,278	4,598
福岡県	49,712	51,552	23,321	71,873	34,956	18,341	53,297	14,597	1,736	16,333
佐賀県	9,165	8,772	4,753	13,525	6,138	3,184	9,322	2,633	1,569	4,202
長崎県	18,185	15,419	7,052	22,471	10,567	5,609	16,176	4,852	1,424	6,277
熊本県	19,053	21,936	12,053	31,989	13,435	7,239	20,675	8,503	2,852	10,828
大分県	11,720	10,542	3,276	13,818	8,139	4,535	12,674	5,523	-1,539	3,984
宮崎県	11,242	12,204	4,875	16,479	8,690	4,553	13,243	3,995	-278	3,717
鹿児島県	16,748	20,488	10,247	30,835	12,639	9,770	19,469	7,870	2,457	10,327
沖縄県	10,002	10,823	2,950	14,943	8,130	4,218	12,348	1,307	-264	1,043

地域医療ビジョンを実現する方策

（1）急性期病床過剰地域での統合やダウン・サイジングや転換などに対する補助金交付

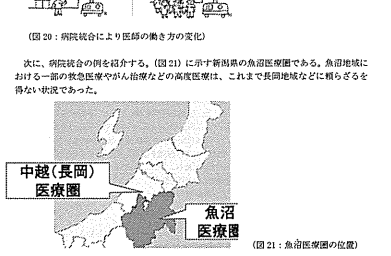
現在急性期を担う病院が複数存在しているが、人口が急速に減少している地域は多い。このような地域では、（図 20）の左上の図に示すように、地域の複数の病院に　分散して医師が勤務をしている。それぞれの病院では医師が少なく、救急の対応が難しい。

ここでもし複数の病院の統合し、（図 20）の右上のように 1 つの病院になったとする。この場合、医師が集中することにより、チームでの対応が可能になり、これまで以上に高度な医療の対応や救急の 24 時間対応も可能になる。病院の統合は、患者の病院への アクセスが悪下するというデメリットがあるが、医師の集積により高度医療への対応が容易になる、24 時間救急の対応が可能になる、地域で過剰な病床の削減やベッドの転換が容易であるなどの大きなメリットがある。



（図 20：病院統合により医師の働き方の変化）

次に、病院統合の例を紹介する。（図 21）に示す新潟県の魚沼医療圏である。魚沼地域における一部の救急医療やがん治療などの高度医療は、これまで長岡地域などに頼らざるを得ない状況であった。



（図 21：魚沼医療圏の位置）

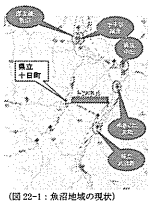
（図 22-1）に魚沼地域の主要病院の名称、位置を示す。この地域には、十日町病院、県立六日町病院、ゆきぐに大和病院、県立小出病院、厚生連魚沼病院、小千谷総合病院という急性期病院がある。ただしこれらの病院はいずれも、高度医療を担うことは難しい状況にある病院である。更にこの地域は人口減少が激しく、将来的には病床過剰になる可能性が高い地域である。また、十日町とゆきぐに大和病院のある浦佐地区を結ぶトンネルが開通する。

この地域では、（図 22-2）に示すように、ゆきぐに大和病院のとなりに魚沼基幹病院を建設、十日町病院、県立六日町病院、ゆきぐに大和病院、県立小出病院の機能を魚沼基幹病院に集中し、それぞれの病院はサテライトとして機能する計画である。また小千谷総合病院の事業を厚生連に事業譲渡する形で、両病院が統合される。

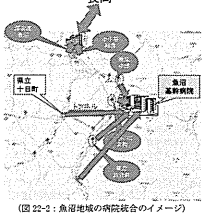
この統廃合計画が予定通り進めば、地域内で高機能医療に対応できるよういなる、人口減少に応じた病床削減を実現できるなどの大きなメリットが見込まれる。この地域は、地域が自発的に地域の統合プランを作成し、実行に移っている。

しかし日本の多くの地域が魚沼地域と同様の悩みを抱えているが、なかなか統廃合が進まないのが現状である。そこで統廃合のプランに補助金を付ければ、統廃合が必要だが実際には進まない地域でも補助金が呼び水となり、統廃合が進む可能性が高まる。

このほか、医療法人と公的・公立病院の統合などを実現するために、医療法人のあり方を変える法律の整備も必要と思われる。市町村の平成大合併の時のように、この機会を逃すと、将来統合やダウン・サイジングを行う機会を逸すると多くの医療機関が感じるような工夫が期待される。



（図 22-1：魚沼地域の現状）



（図 22-2：魚沼地域の病院統合のイメージ）

（2）ネットワーク化（かかりつけ医と病院、医療・福祉連携など）に対し、

医療の基本は、「従来型急性期」医療であり、人口減少型社会に突入しても必要な量の「従来型急性期」医療を確保していくことは、不可欠である。また高度急性期医療を発展させることは、それを必要とする患者さんに対して提供するためにも、世界の医療の発展に貢献するためにも必要がある。高度急性期医療は、アベノミクス「3本の矢」の1つである成長戦略の中の要の分野として取り上げられ、東南アジアなどの新興国に、日本製の医薬品や医療機器を、医療システムやサービスなどとパッケージにして輸出することなどが期待されている。

ただし、今後高機能医療を対象と思われる年齢の患者人口が減少すること、高度急性期医療の現場が低密度であることを解決する必要がある。人口（患者）減少への対応と医療密度を上げるという2つの課題を同時に対処するには、**高機能病院の数を絞込み、某にその病院においてダウン・サイジングを実施する**ことが求められる。高機能病院を認定する今回の医療提供体制改革では、高機能病院を絞込み、ダウン・サイジングを行うラストチャンスであるので、認定の基準決めは極めて重要である。高機能病院を今後認定するときは、例えば、

（1）高密度な看護基準を認める代わりに、病床の一定割合以上のダウン・サイジングを条件付ける、（2）入院対象が高機能病床に適合する患者になるように入院患者の条件を設ける、（3）ポスト・アキュート病棟や一般病棟に早期に転棟や転院がなされるように、入院期間のしばりを厳格に設定し、高機能病床が高回転で使用されることを促すなどが必要であろう。

ダウン・サイジングを行わず現状の高機能病床の数を放置しておくと、医療は、"需要をつくり出す" ことができるので、0－65 歳の需要が減少した分を、90 歳の患者にどんどんステントを入れる、あるいは腰の曲がった患者の腰をまっすぐにする手術を行うといった医療が増えることが予想される。

高機能病院は在院日数が短くなるので、病床数を需要減と入院日数の短縮を織り込んだ形で削減しなければならないだろう。高機能病床の受け皿となる亜急性病床を十分に拡充することができるならば、全国的に見れば高機能病床を3割程度は減らすことが可能であろう。

③－2　医療密度の向上を目指した高度急性期病床の認定、

医療の基本は、「従来型急性期」医療であり、人口減少型社会に突入しても必要な量の「従来型急性期」医療を確保していくことは、不可欠である。また高度急性期医療を発展させることは、それを必要とする患者さんに対して提供するためにも、世界の医療の発展に貢献するためにも必要がある。高度急性期医療は、アベノミクス「3本の矢」の1つである成長戦略の中の要の分野として取り上げられ、東南アジアなどの新興国に、日本製の医薬品や医療機器を、医療システムやサービスなどとパッケージにして輸出することなどが期待されている。

ただし、今後高機能医療を対象と思われる年齢の患者人口が減少すること、高度急性期医療の現場が低密度であることを解決する必要がある。人口（患者）減少への対応と医療密度を上げるという2つの課題を同時に対処するには、**高機能病院の数を絞込み、某にその病院においてダウン・サイジングを実施する**ことが求められる。高機能病院を認定する今回の医療提供体制改革では、高機能病院を絞込み、ダウン・サイジングを行うラストチャンスであるので、認定の基準決めは極めて重要である。高機能病院を今後認定するときは、例えば、

（1）高密度な看護基準を認める代わりに、病床の一定割合以上のダウン・サイジングを条件付ける、（2）入院対象が高機能病床に適合する患者になるように入院患者の条件を設ける、（3）ポスト・アキュート病棟や一般病棟に早期に転棟や転院がなされるように、入院期間のしばりを厳格に設定し、高機能病床が高回転で使用されることを促すなどが必要であろう。

ダウン・サイジングを行わず現状の高機能病床の数を放置しておくと、医療は、"需要をつくり出す" ことができるので、0－65 歳の需要が減少した分を、90 歳の患者にどんどんステントを入れる、あるいは腰の曲がった患者の腰をまっすぐにする手術を行うといった医療が増えることが予想される。

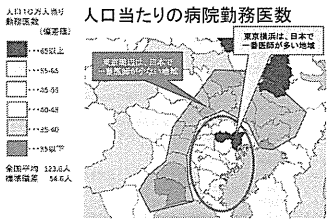
高機能病院は在院日数が短くなるので、病床数を需要減と入院日数の短縮を織り込んだ形で削減しなければならないだろう。高機能病床の受け皿となる亜急性病床を十分に拡充することができるならば、全国的に見れば高機能病床を3割程度は減らすことが可能であろう。

③－3　地域の状況に応じた地域偏在解消策の実施

医師や看護師の偏在に対しては、将来的に医師過剰が予測される地域の医学部の定員を減らし、秘密に不足している地域に対し医学部の新設を認めるなど、全国一律ではなく、地域の実情に応じた形で対策を実施することが必要であろう。

地域偏在、特に医師の偏在を解消するには、**大阪に医師が不足している埼玉県、千葉県、東北地方などに医学部を新設**するのが、有効な対策である。神奈川県などの看護師が極度に不足している地域における看護実成校の新設も同様である。

医学部新設は、医師不足対策というより、医師の偏在を解消する手段として考えるべきである。（図 23）は、東京および周辺部の首都圏の人口当たりの病院勤務医数を示す。東京、横浜地区は日本で最も病院勤務医数の多い地域であるが、その周辺部は日本で最も病院勤務医数の少ない地域である。この病院勤務医の少ない埼玉県や千葉県に医学部が作られるとすると、その地域に基幹病院が作られ、地域の医療提供体制がかなりの即効性を持って強化される。また新設医学部の教員や大学病院で勤務する医師は、東京や横浜地区の主に医学部や大学病院で勤務する医師が埼玉や千葉に移る可能性が高く、東京横浜地区と周辺部の医師数の地域格差の是正にも役立つ可能性が高い。



（図 23：首都圏における二次医療圏ごとの人口当たりの病院勤務医数）

解決策④　診療報酬改定による解決策

今後行うべき医療提供体制改革では、国民からの理解を得、現場の混乱を避けるためにも、まず地域医療ビジョンにより将来の医療提供体制の大枠を示した上で、次に、診療報酬により患者ニーズに応じた病床数の誘導を行うという手順を大切にする必要があると考える。

具体的には、地域医療ビジョンや補助金による誘導等で医療提供体制改革への道筋をつける政策を先行させた後に、診療報酬において、「地域密着型」の医療を必要とする患者比率の高い一般病棟においては、**「従来型急性期」よりも「地域密着型」を選択した方が収益率が高くなるよう配分の見直しを行う**というような手順が考えられる。更に、地域ごとの「従来型急性期」と「地域密着型」の過不足に応じて、**「従来型急性期」と「地域密着型」の病棟の入院基本料を地域ごとに調整できるような仕組み**が診療報酬制度の中に導入されることが望ましい。

今後どのような病床区分が行われるかが不明であるが、「地域密着型」病床に相当する診療報酬の収益率が、「従来型急性期」の病棟を継続した場合の収益率を超えるように診療報酬点数が設定されれば、かなりの数の病院が一般病棟の転換を実施することになるだろう。日本の多くの病院が、どの程度「従来型急性期」病棟から「地域密着型」病棟へ移行するかを決断する決め手は、診療報酬点数であることも忘れてはならない重要なポイントであろう。

D.　病院や施設として、今後どうすべきか

これまで述べてきたように、病院も施設も「人口増加社会対応型」の経営から、「人口減少対応型」経営に、経営方針を完全的に変えていく必要があるだろう。人口減少対応型経営のポイントは、以下の5点にまとめられる。

ポイント1：地域に求められる変化に対応した経営

今後、地域の現状や人口推移に応じた地域医療ビジョンが都道府県ごとに発表され、ビジョンの示した方向には誘導策、ビジョンに反した動きには罰則が用意されることになる。都道府県の言うとおりに経営を行うことは必ずしも勧められる経営のスタンスとは言えないが、地域がどの方向を目指して進み、自院がどの方向に進むと追い風が吹き、どの方向に進むとアゲインストの風が吹くかを見届けることが重要になってくる。曾根の「黄河の流れ」の話に示したように、河の流れている方向を見誤らないことが、何よりも大切である。

ポイント2：減収増益を目指した経営

これから多くの地域で病床のダウン・サイジングを中心とした人口減少社会に向けた縮収縮が求められるだろう。早期に適切な縮収縮戦略を立て、うまく縮収を行えば、ほとんど無傷で済むが、決断が遅れ、体力を消耗してからの縮収は、全滅に近い痛手を負うことが多い。

地域の需要の減少に応じて、見切りをつけるべき領域は早めに諦め、むしろコストを上手く削減することにより、減収増益を目指したビジネスモデルの構築を目指すべきであろう。

ポイント3：スタッフ確保に重点に置いた経営

今後、若年人口の減少により、介護の現場で働く人の確保が急速に難しくなっていくことが予想される。特に、夜勤を行ってくれるスタッフは、非常に貴重になってくる。おそらく、高齢者の増加による収容場所の不足より先に、スタッフが集まらず運営できずユニットや病棟を閉鎖せざるを えない時代が先にやってくるだろう。

スタッフの生産性を挙げること、働く人にとっての職場の魅力を挙げることが、施設運営の最優先課題になってくるだろう。

ポイント4：地域の活性化を視点に入れた経営

住民がいなければ、病院も施設もなりたたない。また、医療・福祉は、地域の生活を支える基本インフラであり、医療・福祉が充実していなければ、人はその地域から去っていくことになる。特に過疎地域では、地域の自治体と協力して、病院や施設が地域の魅力を挙げる存在になるよう施設運営が求められる。

ポイント5：劇的に変化する顧客の価値観に合った経営

今後これまでの高齢者と明らかに好みや行動の異なる団塊の世代が医療や介護の顧客の中心になってくる。まず、彼ら彼女らは、これまでの顧客よりも主張をする顧客である。また、情報収集能力が高く、サービスのコストパフォーマンスにも敏感である。

病院ならば、病気の治療のみならず、入院前のレベルまでの機能維持・復帰が求められるようになるだろう。また、ほとんど手をかけず自然死をサポートする医療が急速に広がっていくだろう。日本人の老い方・死に方が変わり、施設には重介護の入居者はほとんどおらず、自立支援と見取りが、これまでより重要なサービスとなっていくだろう。

E.　個人として、今後どうすべきか

2010 年と 25 年を比較すると、後期高齢者が全国的にみれば 1.6 倍に増加する。首都圏は 100%超の増加の地域も珍しくなく、医療も福祉も厳しい状況になる。このような状況に対処する方向性は、基本的に以下の2つにまとめられる。

基本的な対策の方向性1：後期高齢者の増加に応じて**施設や人員を増強**する

基本的な対策の方向性2：、一人当たりの**医療・介護資源消費量を減らす**

高齢者を支えるべき若年人口の急速な減少と 1000 兆円を超える借金を抱える国家財政を考えると、これまでの延長上である後期高齢者の増加に応じて施設や人員を増強するという方向性1は、遅かれ早かれ破綻する可能性は極めて高い。我々の目指すべき道は、方向性2であろう。

方向性2をもう少し具体的に述べると、一人の高齢者が、自立状態から死亡に至るまでの期間に使用する**医療・介護資源量を現在の 2/3 に程度に減らす**ことであろう。この時の重要な付帯条件は、**「その人の人生のトータルの満足度を下げずに」**ということである。もしこのこれを実現できたとすると、後期高齢者の数が 1.5 倍になり、一人当たりの医療介護資源消費量が 2/3 になり、「1.5×2/3≒1」なので、現在の高齢者に対するインフラでなんとか対応できることになる。方向性2を目指す場合、参考になる事例がある。エンジンと電気モーターの 2 つの動力源を持つハイブリットカーである。1973 年と 1980 年のオイルショックを通し、省エネという考えが国民の間で浮生え、省エネ技術が発達した。その成果の一つがハイブリットカーである。ハイブリットカーは、1980 年頃の車と比較して格段に静かで乗り心地が良いにも関わらず、半分程度の量のガソリンで同じ距離を走行することができる。

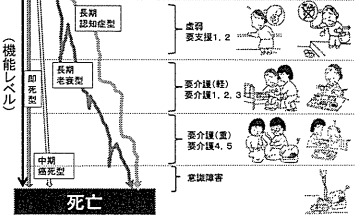
今後の日本社会も、多くの高齢者がこれまで以上に満足でき（少なくともこれまで程度の満足度を保ち）、かつ医療・介護の資源消費量が 2/3 以下で抑えることができるような環境・技術・死生観の国民への提供を社会全体として目指すべきであろう。

省エネ型で質を落とさない老い方を国レベルで実現するには

一人当たりの自立状態から死亡に至るまでの期間に使用する医療・介護資源量を現在の 2/3 に程度に減らすという目的を掲げるだけでは、どのようなことをすべきか対策が見えてこない。このようなときの一つの方法は、自立から死亡に至るプロセスを分類し、また自立状態から死亡に至るまでの期間をいくつかの段階に分割し、それぞれのプロセスの段階ごとの医療介護資源量を評価し、またどのようなことをすると医療介護資源消費量にどのような影響があるかを、一つずつ検討し、どのような状態でどのようなことをする、あるいは行わないことの人生終末期の質や医療資源消費量に及ぼす影響を検討することである。

以下の(図 24)に、筆者が考える、自立状態から死亡に至るまでの期間の質や資源消費量を考えるためのモデル（案）を示す。

このモデルでは、自立から死亡に至るまでのプロセスをY軸（機能レベル軸）とX軸（時間軸）の上で推移する、4つのパターンで表現する。Y軸は、自立、虚弱、要介護（軽）、要介護（重）、意識障害の5段階にわけ、死にいたるパターンを、即死型、中期癌死型、長期老衰型、長期認知症型に分けている。それぞれのパターンのそれぞれの段階でどのような介入を行う、あるいは行わないことによる人生の質に及ぼす影響および医療介護資源量に及ぼす影響を検討し、どのようなことを行う、あるいは行わないことが、人生の質を落とさず、医療介護の資源消費量を減らせるかを検討すればよいと考えている。



（図 24：自立状態から死亡に至るまでの期間の質や資源消費量を考えるためのモデル（案））

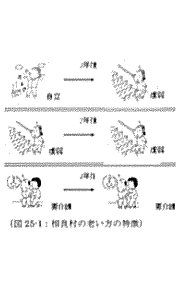
以下に、（1）虚弱から要介護（重）までの期間における介護サービスの多寡が、機能衰退のプロセスや期間に及ぼす影響と、（2）意識障害レベルの高齢者に対する胃瘻が人生の質や医療資源の消費量に及ぼす影響を論じた文章を掲載する。

医療・介護の介入が少なくなると、何が起きるのか

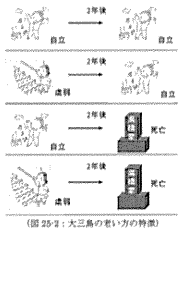
今後一人一人に提供される医療と介護サービスの提供量は減らざるを得ないだろう。それでは医療や介護の提供量が少なくなると何が起きるのであろうか。筆者は、高齢化率・独居率が比較的低く、医療福祉サービス提供量が非常に多い相良村という地域と、高齢化率・独居率が高く、医療福祉サービス提供量が非常に少ない大三島という地域で、人の老い方がどのように違うのか約5年以上にわたり追跡調査を行ったことがある。

（図25-1）に、医療福祉サービス提供量が多い相良村の高齢者の老い方の特徴を示す。相良村では、自立が虚弱に、虚弱が虚弱のまま、要介護状態の人が要介護状態のまま留まる確率が高かった。相良村は、熊本県の山中にある、人も優しく、医療介護も手厚いこれまでの日本社会が目指してきた理想に近い医療介護提供している地域である。しかしこのムラの高齢者に対する優しさや、医療介護の手厚さに意外な落とし穴があるようだ。この調査で明らかになったことは、手厚い介護は、助けてもらう瞬間はうれしいが、虚弱の人が自立に戻るチャンスを奪い、虚弱や要介護の期間を長期化する影響があることである。

（図25-2）に、医療福祉サービス提供量が非常に少ない大三島の高齢者の老い方の特徴を示す。大三島では、自立の人が自立に、虚弱の人が自立に戻る、自立の人が短期間で死亡、虚弱の人が短期間で死亡する確率が高かった。医療・介護の介入が少ない大三島では、虚弱の状態でも人の援助がもらえず、そのときは厳しいが、自分でやっているうちに虚弱から自立に戻る可能性が高い。また、医療介護の介入が少ないほうが、虚弱や要介護の期間が短い人生を送れる可能性も高いようである。介護に頼りすぎない生活を目指せば、ピンピンころり型で老いていく可能性が高いように思われる。



（図25-1：相良村の老い方の特徴）



（図25-2：大三島の老い方の特徴）

フランスのように日本でも胃ろうが行われなくなる？

1990年頃のフランスでは、意識障害や認知症の高齢者が経口摂取困難になったときに、積極的に胃ろうが造設されていた。現在フランスでは、意識障害や認知症の高齢者が経口摂取困難になった場合、胃ろうなどの積極的な延命治療は、ほとんど行なわれていない。文献による確認はできていないが、2008年から13年にかけて行った筆者の6回に渡るフランス医療視察で聞いた話を総合すると、1990年代から2000年の初頭にかけて、決定的な理由がはっきりとは、フランスは、嚥下障害のある高齢者に対して、徐徐的に胃ろう造設を行う国から、行わない国になったようである。

日本でも2010年頃から、胃ろうを希望しないケースが現れ始め、フランスと同様、決定的な理由がはっきりとは、嚥下障害のある高齢者に対する胃ろう造設は減少傾向に向かったように思われる。今後日本も、現在のフランスと同様、意識障害ある高齢者に対する胃ろうによる延命が、ほとんど行われない国になっていくと筆者は、予想している。

ちなみに、胃ろうを造設すると現在平均3年程度延命が図れるようだ。一方、食べられなくなった場合に寿命をとって無理をせずに栄養補給を行わず看取るという選択を行うと、平均10日程度でなくなるようだ。机上の計算であるが、胃ろうを造設して一人の高齢者が3年寿有するベッドに、自然死型でなくなる人が1ヶ月に3人。1年で36人、3年で約100人亡くなる。ベッドの回転率が100倍になるのである。

今後どうすべきか

2010年と25年を比較すると、後期高齢者が全国的にみれば60%ほど増える。首都圏は100%超の地域も多く、医療も福祉も厳しい状況になる。個人としてどうすればよいか。

まず検討すべきは「移住」であろう。遠隔関もない夫婦が首都圏から地方都市に移住すると、お金の余裕ができ、夕食のお品数が増え、住居も広くなり、旅行などに行ける余裕が生まれる。入院も施設入所も容易である。受け入れる側も、地域にお金を落としてくれ、病院に入院してくれれば、病院勤務者の働き口確保に貢献してくれる。首都圏に残った人から見れば、一人当たりの病院や施設の取り分が増える。通り出て自治体から見ても、たとえ移住先での保険料の面倒を見ることしても、首都圏に残る場合より、出費が少なくなる。

遠疎地でも、生活便利施設へのアクセスが困難な高齢者の場合、運転が難しくなった場合、近隣の歩行で生活ができるエリアに引っ越すことが求められるようになるだろう。

高齢者自身が、無いものねだりになる興隆からの援助を期待せず、自分の機能を低下させる可能性の高い介助を断り、福祉器具や住宅改修などをとことん利用し、ときには進んでリハビリを行い、自分でなんとかやれる期間を長くする努力をすることも有用な対策である。また、社会も高齢者の自立期間を伸ばす努力を徹底的に援助することが必要である。

自分の死に方を人任せにせず、自分で死に方を決めることも重要である。興隆もその意思を尊重して、その方の望むような終末期を実現してあげることが求められよう。

この3つを実践する人が増えれば、おそらく現在後期高齢者に提供されている医療・介護費の1/3程度は減らすことができ、現在のインフラでなんとか急速な高齢化の波を乗り切れることになる。更に個人の老い方・死に方に対する満足度も上がるのではないだろうか。

◎地域包括家ケアが寝たきり老人のいない国（北欧）をベースに作られたシステムなので、そもそも寝たきりの高齢者を在宅でケアすることは想定されていない。

―今回の診療報酬が行きつく先の医療・介護の姿とは―（東京都病院会報5月後抜粋）

国際医療福祉大学大学院教授　高橋泰

地域包括ケア支援病棟の今後

今回の改定では、若年人口減少に伴い従来型の急性期医療の主要な担い手である7：1の急性期病床を減らす代わりに、後期高齢者の増加に対応した医療の担い手が期待される地域包括ケア支援病床が新設された。この診療報酬改定の方向性は、人口学的にも理にかなっており、まず評価すべきであろう。

しかし地域包括ケア病棟への転換は進むかというと今回の改定内容で示された点数や算定要件では、難しいように思われる。この病床に期待されている役割を果たすための病院側のコストから考えると、今回の地域包括ケア支援病棟の点数設定は、おそらく1日当たり300点（3000円）程度低いように思われる。この背景にはおそらく財源不足があり、コストに見合う十分な点数を設定できなかったことが推察される。また今回の地域包括ケア支援病棟の算定要件がかなり厳しいので、7：1病棟を死守するための比較的機能の高い病院における7：1病棟の一部を地域包括ケア病棟へ転換するケースを仰けば、他の病床から地域包括ケア病床への転換は、今回はあまり進まないように思われる。

ただし、厚生労働省は2025年を見据え、かなりの長期の視点をもって、今回の改定を行っていることは間違いない。一般病床、特に非DPCの一般病床から地域包括ケア支援病床への転換は時代の要請であるので、今回の改定で非DPC一般病床から転換する病院が少ない場合、次回以降の改定で診療報酬点数が上がったり、要件が緩和されたりする可能性は高いだろう。

地域包括ケアの盲点

次に、今回の診療報酬改定のもう一つの目玉である地域包括ケアに関して筆者が気になっている盲点とどういうべき点について述べる。地域包括ケアシステムは、北欧の高齢者ケアを手本のモデルとしていると思われる。その北欧では、寝たきり高齢者がほとんどいないことが、日本における地域包括ケア導入の意外な盲点になるような気がするのだ。北欧では自らの口で食事を食べられなくなった場合、嚥下訓練は徹底的に行われるが、それでも駄目な場合は、無理な食事介助や水分補給を施さず、そのまま自然な形で看取ることが一般的である。その結果、寝たきりになる前に亡くなることがほとんどであり、北欧には寝たきりの高齢者はほとんどいないことになる。よって北欧の高齢者ケアでは、寝たきりの高齢者への対応は、ほとんど考慮されていない。しかし、驚くほど日本の政策担当者も学者も、寝たきり高齢者がいない国の制度をわが国に導入する場合の影響を気にしていないように見受けられる。筆者の心配することは、地域包括ケアのお手本とした北欧のシステムが、ほとんど寝たきり高齢者のことを考慮していないので、このシステムを日本に導入した場合、当然のことながら独居で寝たきりの高齢者を在宅で看ることはできないだろうことである。

2011年の震災の時、電気が不足し、我々は節電生活を余儀なくされた。これと同様、我々は地域の社会資源に応じた老い方、死に方しかできないことは明らかなので、地域包括ケアを推進するならば、北欧型の食べられなくなった場合、その事実を情報的に受け入れ、静かな死を迎える死に方を受け入れざるをえない状況がやってくることが予想される。

在宅復帰の推進について

厚生労働省は今回の改定で、高齢者の「在宅への復帰」を標明にした。その背景には、高齢者が増えるのにこれまで通りの医療を続けていると、将来的に病院のベッドが飽和状態になり、病院が本来担う急性期医療に大きな支障が生じるという危機感がある。

例えば、今回の改定では、7：1病棟や強化型の療養病床を維持するために、患者をともかく自宅または居住施設に戻すことが強く求められるようになった。また、これまで医療機関に長期間入院し、命を永らえてきた患者が数多くいたが、今回新設された地域包括支援病棟では長期間の入院は認められたなく、ともかく在宅復帰を推進している。

2025年に向けて他の種類の病棟でも、延命治療によって「生かされた」状態のまま、長期間の入院を続けるのは難しく、このようなケースでも病院以外の施設で管理することが求められるようになっていくだろう。今後、自分で嚥下が困難になった高齢者、また治療を行っても自分で食べられるレベルまでの復帰が難しい高齢患者に対する延命的な治療を行う前に、医師が今後の患者の予後予測と、病院において延命処置を継続することが非常に難しくなってきていることを十分に説明することがますます求められるようになるだろう。

地域包括ケアと在宅復帰が進んでいくと

入院医療における在宅復帰の推進と、寝たきりを看ることが非常に難しい地域包括ケアの拡大、この2つが同時並行で進行すると、どのようなことが起きるのであろうか。在宅の後期高齢者が、地域包括ケアで支えることが難しい寝たきり状態になった場合に引き取ってくれる施設が見つからない危機的状況が頻発するだろう。また急性期病院も延命処置で生きながらえている患者の行き先が見つからず、ベッドが飽和状態になり、肝心の若年の急性期患者の対応が出来なくなる機能不全に陥ることが予想される。

このような状況を回避するため今後取りうる方針は、

方針1）寝たきり高齢者の多いわが国に実情を考慮し、寝たきり対応が難しい地域包括ケアを放棄し、今までどおり、後期高齢者の増加に応じて**施設や人員を増強**する

方針2）地域包括ケアに合うように、**日本人の老い方死に方を北欧型に変えていく**

という2つの方針が考えられる。

高齢者を支えるべき若年人口の急速な減少し、２０２０年の東京オリンピックによって最低賃金が上がり、介護の現場に人が集まらないという深刻な状況が出現しつつある。更に、1000兆円を超える借金を抱える国家財政を考えると、これまでの延長上である後期高齢者の増加に応じて施設や人員を増強するという方針1は、遅かれ早かれ破綻する可能性は極めて高い。

それでは方針2）は、どうであろうか。北欧型の老い方・死に方を選択した場合、その人の「QOL（人生の質）」や「QOD（死の質）」が大幅に低下するなら、この選択肢も取り得ないだろう。しかし、現在でも多くの人が「延命してまで、生き長らえたくない」と言っている。特に実際の延命医療の実情をよく知る医療関係者は、「延命してまで、生き長らえたくない」と言う比率が高い。ということは、北欧型の老い方・死に方を選ぶことは、本人の QOL や QOD を下げるというより、むしろ上げる方向に働くということになるだろう。

ただ問題になるのは、患者の延命を望む家族である。今回の診療報酬改定almiの在宅復帰の推進に関連する項目の影響により、先にも述べたように、病院において延命処置を継続しながら入院を継続することができないことを十分に説明することが増えるだろう。この病院の変化は、家族から見れば、これまでと異なり、病院や施設に預けての延命が行いにくくなり、親の延命を望む場合、自らその負担を背負い込む可能性が高まることを感じさせるだろう。この変化は、親の自然死を受け入れる家族の比率を高める方向に働くだろう。

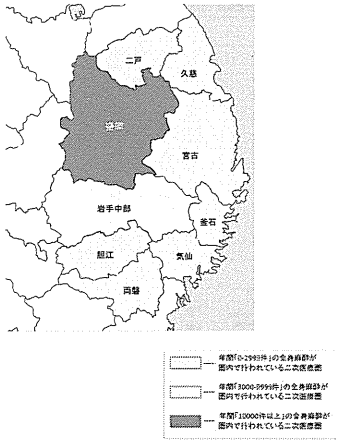
最近多くのメディアが、首都圏の医療や介護が危機的状況に陥る可能性が高いことを報じるようになってきている。また、多くの人々が、胃ろうによる延命が望ましい人生の終末期

の在り様でないことに気付き始めている。その結果、これからの高齢者、特に団塊の世代以降の多くの高齢者は「食べられなくなった場合、自然に亡くなっていきたい」という主張をする人が急速に増え、その子ども世代である団塊ジュニア側も、親の主張を受け入れる人が増える可能性も高くなるだろう。

上記のようなことが進めば、日本人の老い方・死に方が制度の誘導により北欧型に変わるというより、制度に先行して国民の意識が変わり、老い方・死に方が北欧型に変わっていき、結果的に、「基本方針2）地域包括ケアに合うように、**日本人の老い方死に方を北欧型に変えていく**」という方針が、あまり意識しないうちに実現されるということである。日本の現在の高齢者ケアは、寝たきり高齢者への栄養補給、おむつ替え、清拭、褥瘡処置などのイメージが強いが、上記のような変化がおきれば、このようなケアを必要とする高齢者が激減することになる。一方、今後認知症の高齢者が激増することが予想されるので、高齢者施設はねたきりの比率が下がり、その減った部分に認知症高齢者が入ることになるだろう。2025年以降の高齢者医療やケアは、元気および虚弱の高齢者の生活支援と、認知症高齢者の介護が中心になるだろう。このような変化が進めば、地域包括ケアは効果的に機能し始めるだろう。

今回の改定の在宅復帰や地域包括ケアの推進に関係する項目によって、一時的には現場が大きく混乱する可能性が高いが、中長期的に見れば、日本の医療が一度はどうしても通り抜けねばならぬ通過点であると考える。

3. 岩手県



目次

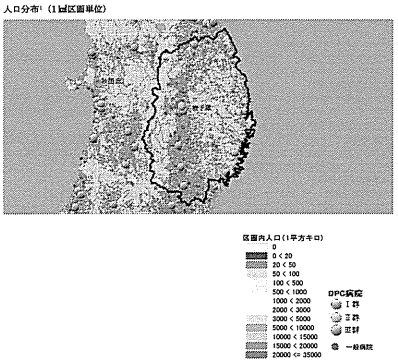
岩手県 ..... 3 - 3

1. 盛岡医療圏 ..... 3 - 9
2. 岩手中部医療圏 ..... 3 - 15
3. 胆江医療圏 ..... 3 - 21
4. 両磐医療圏 ..... 3 - 27
5. 気仙医療圏 ..... 3 - 33
6. 釜石医療圏 ..... 3 - 39
7. 宮古医療圏 ..... 3 - 45
8. 久慈医療圏 ..... 3 - 51
9. 二戸医療圏 ..... 3 - 57

資料編 － 当県ならびに二次医療圏別資料 ..... 3 - 63

3. 岩手県

人口分布[1]（1㎢区画単位）



[1] 岩手県を1㎢区画（1㎢メッシュ）で分割した各区画内の居住人口。赤色系統は人口が多く（10,000人/㎢以上）、黄色系統は中間レベル（1,000～10,000人/㎢）、青色系統は人口が少ない（1,000人/㎢未満）、白色は非居住地。出所：国勢調査（平成22年、総務省）地図情報GIS MarketAnalyzer ver.3.7 地図 PAREA シリーズ

（岩手県） 1. 地域ならびに医療介護資源の総括

（参照： 資料編の図表）

岩手県の特徴は、（1）各医療機関がカバーするべき広い診療圏、（2）病床数と看護師数がやや多めで、医師数は少ない、（3）盛岡への医療資源の集中、盛岡以外は医師不足、（4）盛岡を中心とする県立病院ネットワーク、（5）気仙、釜石、宮古への震災への影響である。

（1）各医療機関がカバーするべき広い診療圏

岩手県は全国2番目の広さを誇る県であり、盛岡、岩手中部、宮古は2000㎢を超える医療圏がある。各医療機関がカバーするべき診療圏も広く、長距離搬送が頻回に行われる。

（2）病床と看護師がやや多めで、医師は少ない

岩手県の人口当たりの病院数の偏差値が51、診療所数が45、病院勤務医数が48、診療所医師43と、他県と比べ病院の比率がやや高い医療提供体制と言える。県全体の偏差値は、病床数51、一般病床54、総看護師数52と高く、総医師数46（病院勤務医数48）、全身麻酔数48と少なく、病床数と看護師数がやや多めで、医師数は少ない県である。

一方、岩手中部、胆江、気仙、宮古、久慈、二戸は、医師のみならず病床数と看護師数も少ない医療資源が全般的に少ない二次医療圏である。

（3）盛岡への医療資源の集中、盛岡以外は医師不足。

盛岡に人口の36%が集中しているのに対し、総医師数の51%（病院勤務医数の55%）、総看護師数の45%、全身麻酔数の58%と、人口比以上に医療資源が集中している。その結果、盛岡以外の全ての医療圏の総医師数の偏差値が45を切り、盛岡以外は医師不足傾向が強い。

（4）盛岡を中心とする県立病院ネットワーク

広範に広がる県全域をカバーするため各地域に地域の基幹病院となるべき県立病院が配置され、高機能の医療が必要な場合、盛岡に集まる県立病院ネットワークが機能している。

（5）気仙、釜石、宮古への震災への影響

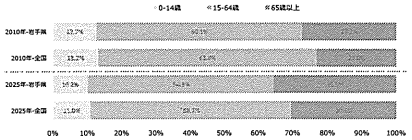
岩手県の三陸地域は、震災前から病院勤務医数、全身麻酔数が少ない地域であったが、震災により、今回のデータが示す状況以上に状況が悪化していることが予想される。また三陸側の医療圏は、盛岡への患者移送に時間がかかる一方、この地域には高度医療に対応できる病院がない。

2. 人口動態(2010年・2025年)[2]

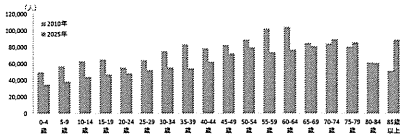
図表 3-1 岩手県の人口増減比較

	岩手県（人）					全国（人）				
	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年（2010年比）	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年（2010年比）
人口総数	1,329,678	-	1,139,825	-	[illegible]	128,057,352	-	120,658,816	-	[illegible]
0-14歳	168,748	12.7%	116,658	10.2%	[illegible]	16,803,444	13.2%	13,240,417	11.0%	[illegible]
15-64歳	798,539	60.1%	619,086	54.3%	[illegible]	81,031,800	63.8%	70,844,912	58.7%	[illegible]
65歳以上	360,331	27.2%	404,081	35.5%	12.1%	29,245,685	23.0%	36,573,487	30.3%	25.1%
75歳以上	192,020	14.5%	234,263	20.6%	22.0%	14,072,210	11.1%	21,785,638	18.1%	54.8%
85歳以上	51,025	3.9%	88,570	7.8%	73.6%	3,794,933	3.0%	7,360,058	6.1%	94.0%

図表 3-2 岩手県の年齢別人口推移（再掲）



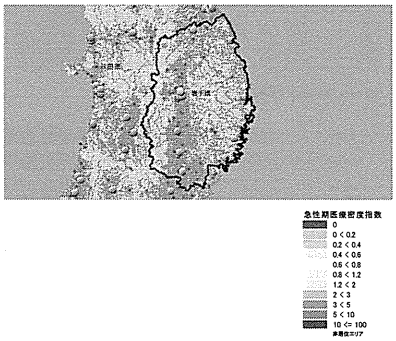
図表 3-3 岩手県の5歳階級別年齢別人口推移



[2] 出所 国勢調査（平成22年、総務省）、日本の地域別将来推計人口（平成25年、国立社会保障・人口問題研究所）

3. 急性期医療（病院）の密度

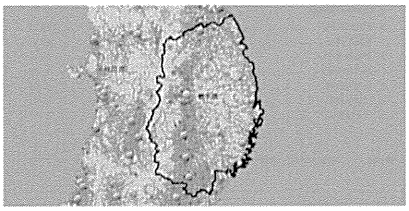
図表 3-4 急性期医療密度指数マップ[3]



図表 3-4 は、岩手県の区画単位の「急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）」を示している。岩手県の「居住面積当たり急性期医療密度指数（人が居住している地域の平均急性期医療密度指数）」は0.34（全国平均は1.0）と非常に低く、急性期病床が分散している都道府県といえる。

[3] 「急性期医療密度指数」は、各1キロ㎡区画（メッシュ）で提供されている急性期入院医療の密度を可視化した指標である。病院の一般病床数、全身麻酔件数、各区画への時間距離で重みづけを行う。病院の一般病床が多いほど、全身麻酔手術件数が多いほど、また各区画から見て当該病院が近いほど指数は高くなる。複数の対象病院が近くにある区画は、複数の病院からの病床が加算される。全国平均を 1.0 とした。「赤系」は急性期医療が提供される密度が全国平均の 20% 以上上回り、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「濃い青色」は平均を 20%以上下回る、「濃いオレンジ色」は平均の 10 倍以上の急性期医療密度で、医療密度が高い都市部に多い。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のさいない地域、「白色」の区画は夜で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域。「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示す。分析には GIS MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

図表 3-5　一人当たり急性期医療密度指数マップ[1]



図表 3-5 は、岩手県の区画単位の「一人当たり急性期医療密度指数（住民一人当たりの急性期医療の提供能力）」を示している。地域の総医療提供能力を総人口で割ることにより求められる岩手県の「一人当たり急性期医療密度指数」は 1.3（全国平均は 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力は高い都道府県といえる。

[1]「一人当たり急性期病床指数」は、各 1 区画の住民一人当たりに提供される急性期入院医療の密度を可視化した指標で、図表 3-4 で示した急性期医療密度を各区画の人口で割ったものである。一人当たり急性期医療密度指数は、各区画の急性期医療密度が高いほど、また各区画の人口が少ないほど高くなる。急性期病院が多く急性期医療密度が高い地域でも、その地域の人口が多ければ、人口当たりの急性期医療密度指数は低くなる。全国平均を 1.0 とし、「赤系統」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回り、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」既分は提供密度が全国平均を 20%以上下回る。「濃いエンジ色」は日本の平均の 3 倍以上の区画であり、急性期医療の提供の過剰を予想させる地域である。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のない地域であり、「緑色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院が近い地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。
分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

4.　推計患者数[2]

図表 3-6　岩手県の推計患者数（5 疾病）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)				全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
悪性新生物	1,667	1,925	1,666	1,917	4%	-0%			18%	13%
虚血性心疾患	196	346	221	319	13%	9%			20%	26%
脳血管疾患	1,140	1,368	1,580	1,512	39%	11%			44%	28%
糖尿病	266	1,440	333	1,414	25%	-1%			31%	12%
精神及び行動の障害	3,216	2,333	3,150	2,081	-2%	-11%			10%	-1%

図表 3-7　岩手県の推計患者数（ICD 大分類）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)				全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
総数（人）	16,828	91,246	17,904	76,664	12%	-16%			27%	9%
1　感染症及び寄生虫症	267	1,827	301	1,604	13%	-12%			28%	-7%
2　新生物	1,783	3,527	1,839	3,491	3%	-1%			17%	10%
3　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	79	237	90	216	14%	-9%			32%	1%
4　内分泌、栄養及び代謝疾患	441	6,796	517	6,832	17%	0%			35%	9%
5　精神及び行動の障害	3,216	2,333	3,150	2,081	-2%	-11%			10%	-1%
6　神経系の疾患	1,368	1,739	1,686	1,793	14%	3%			32%	17%
7　眼及び付属器の疾患	144	3,387	149	3,339	4%	-1%			20%	11%
8　耳及び乳様突起の疾患	31	1,266	30	1,140	-4%	-10%			9%	0%
9　循環器系の疾患	3,144	11,443	3,813	12,242	21%	7%			44%	23%
10　呼吸器系の疾患	1,116	7,323	1,413	8,967	27%	22%			46%	-1%
11　消化器系の疾患	771	14,134	848	12,555	10%	-11%			26%	-1%
12　皮膚及び皮下組織の疾患	191	2,697	223	2,304	17%	-14%			33%	3%
13　筋骨格系及び結合組織の疾患	767	11,879	870	12,998	14%	2%			31%	17%
14　腎尿路生殖器系の疾患	578	2,969	666	2,808	15%	-5%			32%	5%
15　妊娠、分娩及び産じょく	157	104	118	93	-25%	-10%			-7%	-18%
16　周産期に発生した病態	60	25	42	17	-30%	-32%			-17%	-23%
17　先天奇形、変形及び染色体異常	96	115	43	91	-57%	-21%			-15%	-14%
18　症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	228	927	279	865	21%	-7%			30%	4%
19　損傷、中毒及びその他の外因の影響	1,326	3,421	1,814	3,043	19%	-11%			37%	-1%
20　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	86	8,097	86	7,263	0%	-10%			4%	-1%

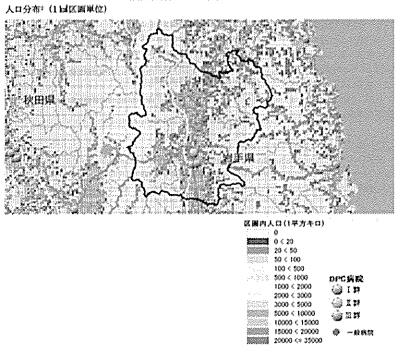
岩手県の 2011 年から 2025 年にかけての入院患者数の増減率は 12%（全国平均 27%）で、全国平均よりも低い伸び率である。外来患者数の増減率は -6%（全国 5%）で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。

[2] 推計患者数は、患者調査(2011 年)に基づき、5 疾病及びに ICD 大分類の入院・外来の年齢構成別発現率に当該医療圏の年齢構成別人口(2011 年・2025 年)を乗じて算出。出所：国勢調査(平成 22 年、総務省)、患者調査(平成 23 年、厚生労働省)、日本の地域別将来推計人口(平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所)

3-1.　盛岡医療圏

構成市区町村[1]　盛岡市,八幡平市,滝沢市,雫石町,葛巻町,岩手町,紫波町,矢巾町

人口分布[2]（1 km区画単位）



[1] 日本医師会 JMAP(地域医療情報システム)で地域別の人口動態、医療機関、介護施設の情報を参照可能 http://map.jp/ ネットで閲覧の場、地域名をクリックするとリンク先に移動します。
[2] 盛岡医療圏を 1 km区画（1 kmメッシュ）で分割した各区画内の居住人口。赤色系統は人口が多く（10,000 人&仁以上）、黄色系統は中間レベル（1,000 - 10,000 人&仁）、青色系統は人口が少ない（1,000 人&仁未満）、白色は非居住地。出所：国勢調査（平成 22 年、総務省）地図情報 GIS　MarketAnalyzer ver.3.7　地図　PAREA シリーズ

（盛岡医療圏）　1.　地域ならびに医療介護資源の総括

（参照：　資料編の図表）

地域の概要：　盛岡（盛岡市）は、総人口約 48 万人（2010 年）、面積 3642 km²、人口密度は 132 人/km²の地方都市型二次医療圏である。

盛岡の総人口は 2015 年に 47 万人へと減少し（2010 年比－2%）、25 年に 44 万人へと減少し（2015 年比－6%）、40 年に 38 万人へと減少する（2025 年比－14%）と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 5.5 万人から 15 年に 6.4 万人へと増加（2010 年比＋16%）、25 年にかけて 7.9 万人へと増加（2015 年比＋23%）、40 年には 8.8 万人へと増加する（2025 年比＋11%）ことが見込まれる。

医療圏の概要：　大学病院、高機能病院や地域の基幹病院が複数あり、急性期医療の提供能力が高く（全身麻酔数の偏差値 55-65）、岩手県全域より多くの患者が集まってくる医療圏である。急性期以後は、療養病床は全国平均レベルであるが、回復期病床は充実している。

＊医師・看護師の現状：　総医師数が 59（病院勤務医数 60、診療所医師数 48）と、総医師数、病院勤務医ともに多い。総看護師数 59 と多い。

＊急性期医療の現状：　人口当たりの一般病床の偏差値 61 で、一般病床は多い。盛岡には、年間全身麻酔件数が 2000 例以上の岩手医科大学（本院、救命）、岩手県立中央病院　（日赤）、盛岡赤十字病院、500 例以上の盛岡友愛病院がある。全身麻酔数 58 と多い。一般病床の流入－流出差が＋21%であり、岩手県全域からの患者の流入が多い。

＊療養病床・リハビリの現状：　人口当たりの療養病床の偏差値は 52 と全国平均レベルである。療養病床の流入－流出差が＋20%であり、周辺医療圏からの患者の流入が多い。総療法士数は偏差値 58 と多く、回復期病床数は偏差値 59 と多い。

＊精神病床の現状：　人口当たりの精神病床の偏差値は 54 とやや多い。

＊診療所の現状：　人口当たりの診療所数の偏差値は 50 と全国平均レベルである。

＊在宅医療の現状：　在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は偏差値 45 とやや少なく、在宅療養支援病院は偏差値 49 と全国平均レベルである。また、訪問看護ステーションは偏差値 54 とやや多い。

＊医療需要予測：　盛岡の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 4%増加、2025 年から 40 年にかけて 3%減少と予測される。そのうち 0-64 歳の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 12%減少、2025 年から 40 年にかけて 20%減少、75 歳以上の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 24%増加、2025 年から 40 年にかけて 11%増加と予測される。

＊介護資源の状況：　盛岡の総高齢者施設ベッド数は、7084 床（75 歳以上 1000 人当たりの偏差値 54）と全国平均レベルをやや上回る。そのうち介護保険施設のベッドが 4327 床（偏差値 60）、高齢者住宅等が 2757 床（偏差値 48）である。介護保険ベッドは全国平均レベルを上回り、高齢者住宅系は全国平均レベルである。

75 歳以上 1000 人当たりベッド数偏差値は、老人保健施設 65、特別養護老人ホーム 52、介護療養型医療施設 53、有料老人ホーム 49、グループホーム 44、高齢者住宅 52 である。

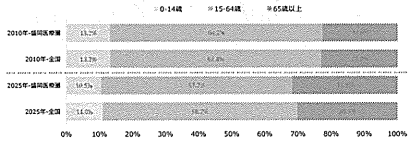
＊介護需要の予測：　介護需要は、2015 年から 25 年にかけて 21%増、2025 年から 40 年にかけて 9%増と予測される。

2.　人口動態(2010 年・2025 年)[3]

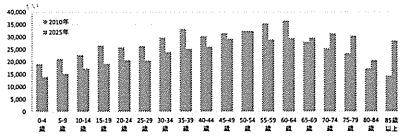
図表 3-1-1　盛岡医療圏の人口増減比較

	盛岡医療圏（人）					全国（人）				
	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)
人口総数	481,699	-	441,523	-	-8.3%	128,057,352	-	120,659,916	-	-7.5%
0-14歳	62,852	13.2%	46,279	10.5%	-26.4%	16,803,444	13.2%	13,240,427	11.0%	-21.2%
15-64歳	307,068	64.2%	254,963	57.7%	-17.0%	81,031,800	63.8%	70,844,912	58.7%	-12.6%
65歳以上	108,031	22.6%	140,277	31.8%	29.8%	29,245,685	23.0%	36,573,487	30.3%	25.1%
75歳以上	54,646	11.5%	79,399	18.0%	44.8%	14,072,210	11.1%	21,285,638	18.1%	54.8%
85歳以上	14,245	3.0%	28,411	6.4%	99.4%	3,794,933	3.0%	7,362,058	6.1%	94.0%

図表 3-1-2　盛岡医療圏の年齢別人口推移（再掲）



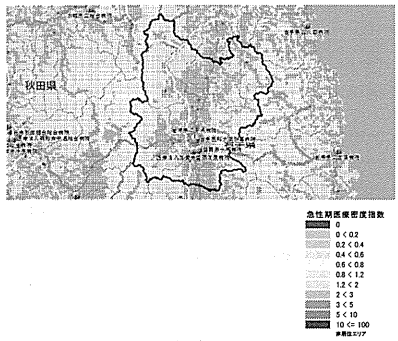
図表 3-1-3　盛岡医療圏の 5 歳階級別年齢別人口推移



[3] 出所　国勢調査（平成 22 年、総務省）、日本の地域別将来推計人口（平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所）

3.　急性期医療（病院）の密度

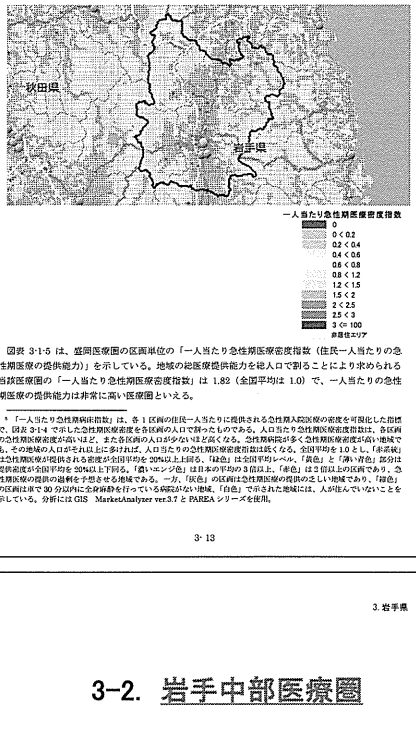
図表 3-1-4　急性期医療密度指数マップ[1]



図表 3-1-4 は、盛岡医療圏の区画単位の「急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）」を示している。当該医療圏の「居住面積当たり急性期医療密度指数（人が居住している地域の平均急性期医療密度指数）」は 0.84（全国平均は 1.0）と全国平均並み、急性期病床が全国平均並みエリアといえる。

[1]「急性期医療密度指数」は、各 1 キロ㎡区画（メッシュ）で提供されている急性期入院医療の密度を可視化した指標である。病院の一般病床数と全身麻酔件数、各区画への距離に重みづけを行う。したがって、その病院の一般病床が多いほど、その病院が多くの全身麻酔手術を行うほど、また各区画から見て当該病院が近いほど指数は高くなる。複数の対象病院が近くにある区画は、複数の病院からの病床が加算される。全国平均を 1.0 とした。「赤系統」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回り、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」は平均を 20%以上下回る。「濃いエンジ色」は平均の 10 倍以上の急性期医療密度で、医療密度が高い都市部に多い。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のない地域、「緑色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院が近い地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

図表 3-1-5　一人当たり急性期医療密度指数マップ[5]



図表 3-1-5 は、盛岡医療圏の区画単位の「一人当たり急性期医療密度指数（住民一人当たりの急性期医療の提供能力）」を示している。地域の総医療提供能力を総人口で割ることにより求められる当該医療圏の「一人当たり急性期医療密度指数」は 1.82（全国平均は 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力は非常に高い医療圏といえる。

[5] 「一人当たり急性期病床指数」は、各 1 区画の住民一人当たりに提供される急性期入院医療の密度を可視化した指標で、図表 3-1-4 で示した急性期医療密度を各区画の人口で割ったものである。人口当たり急性期医療密度指数は、各区画の急性期医療密度が高いほど、または各区画の人口が少ないほど高くなる。急性期病院が多く急性期医療密度が高い地域でも、その地域の人口がそれ以上に多ければ、人口当たりの急性期医療密度指数は低くなる。全国平均を 1.0 とし、「非常に高い」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」部分は提供密度が全国平均の 50%以上下回る、「濃いエンジ色」は日本の平均の 3 倍以上、「赤色」は 2 倍以上の区画であり、急性期医療の提供の過剰を予想させる地域である。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供の乏しい地域であり、「緑色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

4.　推計患者数[6]

図表 3-1-6　盛岡医療圏の推計患者数（5 疾病）

	2011年 入院	2011年 外来	2025年 入院	2025年 外来	増減率(2011年比) 入院	増減率(2011年比) 外来	全国 増減率(2011年比) 入院	全国 増減率(2011年比) 外来
悪性新生物	505	614	592	692	17%	13%	18%	13%
虚血性心疾患	60	228	77	286	28%	25%	29%	26%
脳血管疾患	641	417	910	527	42%	26%	44%	28%
糖尿病	89	782	116	872	30%	12%	31%	12%
精神及び行動の障害	1,063	833	1,153	802	8%	-4%	10%	-2%

図表 3-1-7　盛岡医療圏の推計患者数（ICD 大分類）

	2011年 入院	2011年 外来	2025年 入院	2025年 外来	増減率(2011年比) 入院	増減率(2011年比) 外来	全国 増減率(2011年比) 入院	全国 増減率(2011年比) 外来
総計（人）	5,011	27,275	6,292	28,342	26%	4%	27%	5%
1 感染症及び寄生虫症	83	640	105	608	26%	-5%	28%	-5%
2 新生物	564	826	656	897	16%	9%	17%	10%
3 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	25	84	31	83	27%	-1%	32%	1%
4 内分泌、栄養及び代謝疾患	135	1,353	178	1,690	32%	9%	35%	9%
5 精神及び行動の障害	1,063	833	1,153	802	8%	-4%	10%	-2%
6 神経系の疾患	431	564	552	645	28%	14%	32%	17%
7 眼及び付属器の疾患	45	1,107	53	1,212	18%	10%	20%	11%
8 耳及び乳様突起の疾患	10	430	11	424	7%	-1%	9%	0%
9 循環器系の疾患	934	3,544	1,331	4,313	42%	22%	44%	23%
10 呼吸器系の疾患	334	2,603	478	2,312	43%	-11%	46%	-11%
11 消化器系の疾患	242	4,906	298	4,772	23%	-3%	26%	-1%
12 皮膚及び皮下組織の疾患	58	958	77	910	32%	-5%	33%	-3%
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	236	3,751	303	4,335	28%	16%	31%	17%
14 腎尿路生殖器系の疾患	177	997	231	1,043	30%	5%	32%	5%
15 妊娠、分娩及び産じょく	64	51	50	40	-21%	-21%	-19%	-19%
16 周産期に発生した病態	23	18	17	7	-27%	-61%	-23%	-23%
17 先天奇形、変形及び染色体異常	21	42	17	36	-19%	-15%	-17%	-14%
18 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	69	314	94	322	36%	2%	38%	4%
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	467	1,203	625	1,157	34%	-4%	37%	-1%
20 傷害及び死亡の原因となる外因及び保健サービスの利用	30	2,801	32	2,734	6%	-2%	4%	-1%

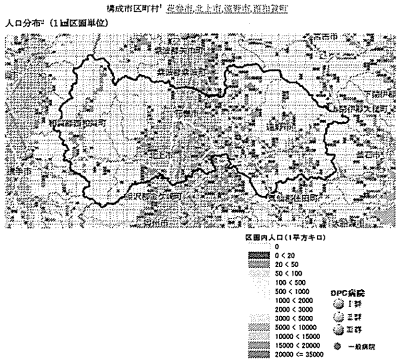
当該医療圏の 2011 年から 2025 年にかけての入院患者数の増減率は 26%(全国平均 27%)で、全国平均並みの伸び率である。外来患者数の増減率は 4%(全国 5%)で、全国平均並みの伸び率である。

[6] 推計患者数は、患者調査(2011 年)に基づき、5 疾病並びに ICD 大分類の入院・外来の年齢構成別受療率に当該医療圏の年齢構成別人口(2011 年・2025 年)を乗じて算出。出所：国勢調査(平成 22 年、総務省)、患者調査(平成 23 年、厚生労働省)、日本の地域別将来推計人口(平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所)

3-2.　岩手中部医療圏

構成市区町村[1]　花巻市、北上市、遠野市、西和賀町

人口分布[2]（1 km区画単位）



[1] 日本医師会 JMAP(地域医療情報システム)で地域別の人口動態、医療機関、介護施設の情報を参照可能 http://jmap.jp/ ネットで国勢の場、地域名をクリックするとリンク先に移動します。
[2] 岩手中部医療圏を 1 km区画（1 kmメッシュ）で分割した各区画内の居住人口。赤色系統は人口が多く（10,000 人nm区上）、黄色系統は中間レベル（1,000－10,000 人nm区）、青色系統は人口が少ない（1,000 人nm区未満）。白色は非居住地。出所：国勢調査（平成 22 年、総務省）地図情報 GIS　MarketAnalyzer ver.3.7　地図　PAREA シリーズ

（岩手中部医療圏）　1.　地域ならびに医療介護資源の総括

（参照：　資料編の図表）

地域の概要：　岩手中部（花巻市）は、総人口約 23 万人（2010 年）、面積 2762 km²、人口密度は 83 人/km²の地方都市型二次医療圏である。

岩手中部の総人口は 2015 年に 22 万人へと減少し（2010 年比－4%）、25 年に 20 万人へと減少し（2015 年比－9%）、40 年に 17 万人へと減少する（2025 年比－15%）と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 3.4 万人から 15 年に 3.7 万人へと増加（2010 年比＋9%）、25 年にかけて 4 万人へと増加（2015 年比＋8%）、40 年には 3.9 万人へと減少する（2025 年比－3%）ことが見込まれる。

医療圏の概要：　高機能病院があり、急性期医療の提供能力は平均レベルであり（全身麻酔数の偏差値 45-55）、盛岡への依存があるが、比較的独立した医療圏である。急性期以後は、療養病床は不足気味だが、回復期病床は全国平均レベルである。

＊医師・看護師の現状：　総医師数が 41（病院勤務医数 41、診療所医師数 44）と、総医師数、病院勤務医、診療所医師はともに少ない。総看護師数 45 とやや少ない。

＊急性期医療の現状：　人口当たりの一般病床の偏差値 50 で、一般病床は全国平均レベルである。岩手中部には、年間全身麻酔件数が 2000 例以上の岩手県立中部病院がある。全身麻酔数 46 とやや少ない。

＊療養病床・リハビリの現状：　人口当たりの療養病床の偏差値は 40 と少ない。療養病床の流入－流出差が－100%であり、周辺医療圏への患者の流出が多い。総療法士数は偏差値 42 と少なく、回復期病床数は偏差値 54 とやや多い。

＊精神病床の現状：　人口当たりの精神病床の偏差値は 50 と全国平均レベルである。

＊診療所の現状：　人口当たりの診療所数の偏差値は 47 とやや少ない。

＊在宅医療の現状：　在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は偏差値 44 と少なく、在宅療養支援病院は存在しない。また、訪問看護ステーションは偏差値 44 と少ない。

＊医療需要予測：　岩手中部の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 2%減少、2025 年から 40 年にかけて 11%減少と予測される。そのうち 0-64 歳の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 13%減少、2025 年から 40 年にかけて 21%減少、75 歳以上の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 8%増加、2025 年から 40 年にかけて 3%減少と予測される。

＊介護資源の状況：　岩手中部の総高齢者施設ベッド数は、3416 床（75 歳以上 1000 人当たりの偏差値 42）と全国平均レベルを下回る。そのうち介護保険施設のベッドが 2343 床（偏差値 53）、高齢者住宅等が 1073 床（偏差値 39）である。介護保険ベッドは全国平均レベルをやや上回るが、高齢者住宅系は全国平均レベルを下回る。

75 歳以上 1000 人当たりベッド数偏差値は、老人保健施設 64、特別養護老人ホーム 49、介護療養型医療施設 44、有料老人ホーム 38、グループホーム 48、高齢者住宅 41 である。

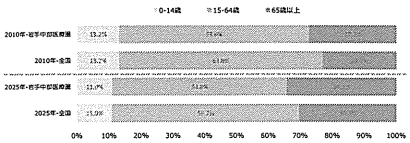
＊介護需要の予測：　介護需要は、2015 年から 25 年にかけて 7%増、2025 年から 40 年にかけて 4%減と予測される。

2.　人口動態(2010 年・2025 年)[3]

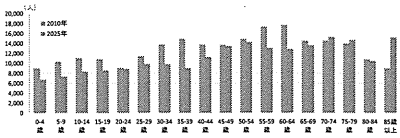
図表 3-2-1　岩手中部医療圏の人口増減比較

	岩手中部医療圏（人） 2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)	全国（人） 2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)
人口総数	230,509	-	201,820	-	-12.4%	128,057,352	-	120,658,816	-	-5.8%
0-14歳	30,291	13.2%	22,241	11.0%	-26.6%	16,803,444	13.2%	13,240,417	11.0%	-21.2%
15-64歳	136,963	59.6%	110,623	54.8%	-19.2%	81,031,800	63.8%	70,844,942	58.7%	-12.6%
65歳以上	62,547	27.2%	68,946	34.2%	10.2%	29,245,685	23.0%	36,573,457	30.3%	25.1%
75歳以上	33,581	14.6%	40,166	19.9%	19.6%	14,072,210	11.1%	21,785,638	18.1%	54.8%
85歳以上	8,933	3.9%	15,134	7.5%	69.4%	3,794,933	3.0%	7,262,058	6.1%	94.0%

図表 3-2-2　岩手中部医療圏の年齢別人口推移（再掲）



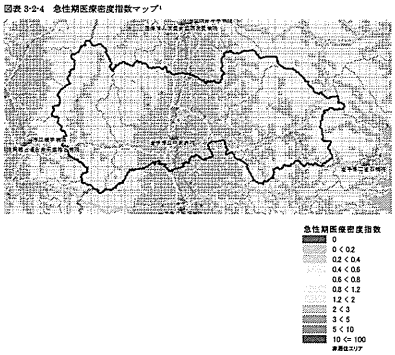
図表 3-2-3　岩手中部医療圏の 5 歳階級別年齢別人口推移



[3] 出所　国勢調査（平成 22 年、総務省）、日本の地域別将来推計人口（平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所）

3.　急性期医療（病院）の密度

図表 3-2-4　急性期医療密度指数マップ[1]



図表 3-2-4 は、岩手中部医療圏の区画単位の「急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）」を示している。当該医療圏の「居住面積当たり急性期医療密度指数（人が居住している地域の平均急性期医療密度指数）」は 0.24（全国平均は 1.0）と非常に低く、急性期病床が分散しているエリアといえる。

[1] 「急性期医療密度指数」は、各 1 キロ㎡区画（メッシュ）で提供されている急性期入院医療の密度を可視化した指標である。病院の一般病床数と急性麻酔件数、各区画への距離に重みづけを行う。したがって、その病院の一般病床が多いほど、その病院が多くの急性麻酔手術を行うほど、また各区画から見て当該病院が近いほど指数は高くなる。複数の対象病院が近くにある区画は、複数の病院からの病床が加算される。全国平均を 1.0 とした。「非常に」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回り、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」は平均を 20%以上下回る。「濃いエンジ色」は平均の 10 倍以上の急性期医療密度で、医療密度が高い都市部に多い。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供の乏しい地域、「白色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示す。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

図表 3-2-5　一人当たり急性期医療密度指数マップ[7]

図表 3-2-5 は、岩手中部医療圏の区画単位の「一人当たり急性期医療密度指数（住民一人当たりの急性期医療の提供能力）」を示している。地域の総医療提供能力を総人口で割ることにより求められる当該医療圏の「一人当たり急性期医療密度指数」は 0.86（全国平均は 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力は全国平均並みの医療圏といえる。

[7] 「一人当たり急性期病床指数」は、各１区画の住民一人当たりに提供される急性期入院医療の密度を可視化した指標で、図表 3-2-4 で示した急性期医療密度を各区画の人口で割ったものである。人口当たり急性期医療密度指数は、各区画の急性期医療密度が高いほど、また各区画の人口が少ないほど高くなる。急性期病院が多く急性期医療密度が高い地域でも、その地域の人口がそれ以上に多ければ、人口当たりの急性期医療密度指数は低くなる。全国平均を 1.0 とし、「非黒紫」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 30%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い黄色」部分は提供密度が全国平均を 20%以上下回る、「濃いエンジ色」は日本の平均を 30%以上、「赤色」は 2 倍以上の区画であり、急性期医療の提供の過剰を予想させる地域である。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供の乏しい地域であり、「緑色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院が無い地域。「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

4.　推計患者数[8]

図表 3-2-6　岩手中部医療圏の推計患者数（5 疾病）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)				全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
悪性新生物	278	332	286	330	2%	-1%			10%	12%
虚血性心疾患	34	135	38	140	11%	8%			29%	26%
脳血管疾患	376	237	459	259	22%	9%			44%	26%
糖尿病	96	422	57	415	-13%	-2%			31%	12%
精神及び行動の障害	554	404	545	366	-2%	-9%			10%	-2%

図表 3-2-7　岩手中部医療圏の推計患者数（ICD 大分類）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)				全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
総数（人）	2,783	14,161	3,096	13,369	11%	-5%			27%	9%
1 感染症及び寄生虫症	46	319	52	304	12%	-11%			28%	-7%
2 新生物	308	436	316	424	2%	-2%			17%	10%
3 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	14	41	16	36	12%	-9%			32%	1%
4 内分泌、栄養及び代謝疾患	77	828	89	798	16%	-3%			39%	9%
5 精神及び行動の障害	554	408	545	366	-2%	-9%			10%	-2%
6 神経系の疾患	241	302	272	319	13%	3%			32%	17%
7 眼及び付属器の疾患	25	588	26	579	3%	-1%			30%	11%
8 耳及び乳様突起の疾患	5	120	5	201	-1%	5%			9%	0%
9 循環器系の疾患	547	1,980	672	2,100	23%	6%			44%	23%
10 呼吸器系の疾患	199	1,291	243	1,079	23%	-16%			40%	1%
11 消化器系の疾患	134	2,445	146	2,197	9%	-10%			26%	-1%
12 皮膚及び皮下組織の疾患	33	469	38	422	13%	-10%			33%	3%
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	133	2,095	150	2,083	12%	1%			31%	17%
14 腎尿路生殖器系の疾患	101	514	114	487	14%	-5%			32%	9%
15 妊娠、分娩及び産じょく	28	22	21	17	-25%	-24%			39%	40%
16 周産期に発生した病態	11	5	8	3	-24%	-40%			-7%	-75%
17 先天奇形、変形及び染色体異常	19	20	8	17	-57%	-15%			-19%	-19%
18 症状、徴候及び異常臨床所見異常検査所見で他に分類されないもの	40	161	47	151	19%	-6%			38%	4%
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	265	394	312	536	18%	35%			37%	-1%
20 傷害の発生要因を示す事項及び保健サービスの利用	19	1,411	15	1,277	-1%	-5%			4%	-1%

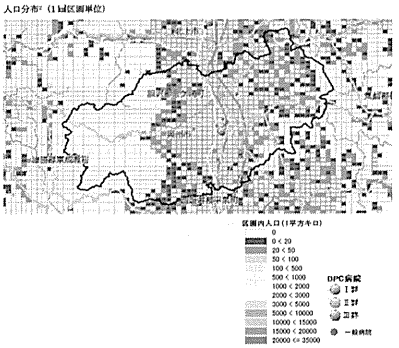
当該医療圏の 2011 年から 2025 年にかけての入院患者数の増減率は 11%(全国平均 27%)で、全国平均よりも低い伸び率である。外来患者数の増減率は-5%(全国 5%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。

[8] 推計患者数は、患者調査(2011 年)に基づき、5 疾病並びに ICD 大分類の入院・外来の年齢構成別受療率に当該医療圏の年齢構成別人口(2011 年・2025 年)を乗じて算出。出所：国勢調査(平成 22 年、総務省)、患者調査(平成 23 年、厚生労働省)、日本の地域別将来推計人口(平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所)

3-3.　胆江医療圏

構成市区町村[1]　奥州市、金ケ崎町

人口分布[2]（1 km区画単位）



[1] 日本医師会 JMAP(地域医療情報システム)で地域別の人口動態、医療機関、介護施設の情報を参照可能 http://jmap.jp/ ネットで閲覧の場。地域名をクリックするとリンク先に移動します。
[2] 胆江医療圏を 1 km区画（1 kmメッシュ）で分割した各区画内の居住人口。赤色系統は人口が多く（10,000 人/km²以上）、黄色系統は中間レベル（1,000～10,000 人/km²）、青色系統は人口が少ない（1,000 人/km²未満）、白色は非居住地。出所：国勢調査（平成 22 年、総務省）地図情報 GIS　MarketAnalyzer ver.3.7　地図　PAREA シリーズ

（胆江医療圏）　1.　地域ならびに医療介護資源の総括

（参照：資料編の図表）

地域の概要：　胆江（奥州市）は、総人口約 14 万人（2010 年）、面積 1173 km²、人口密度は 120 人/km²の過疎地域型二次医療圏である。

胆江の総人口は 2015 年に 13 万人へと減少し(2010 年比－7%)、25 年に 12 万人へと減少し(2015 年比－8%)、40 年に 10 万人へと減少する（2025 年比－17%）と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 2.2 万人から 15 年に 2.4 万人へと増加（2010 年比＋9%）、25 年にかけて 2.5 万人へと増加（2015 年比＋4%）、40 年には 2.5 万人と変わらない（2025 年比±0%）ことが見込まれる。

医療圏の概要：　地域の基幹病院があり、急性期医療の提供能力は全国平均レベルであるが（全身麻酔数の偏差値 45-55）、患者の流入流出が少ない比較的独立した医療圏である。急性期以後は、療養病床は全国平均レベルであるが、回復期病床はない。

＊医師・看護師の現状：　総医師数が 43（病院勤務医数 42、診療所医師数 45）と、総医師数、病院勤務医はともに少ない。総看護師数 46 とやや少ない。

＊急性期医療の現状：　人口当たりの一般病床の偏差値 49 で、一般病床は全国平均レベルである。胆江には、年間全身麻酔件数が 1000 例以上の岩手県立胆沢病院がある。全身麻酔数 46 とやや少ない。

＊療養病床・リハビリの現状：　人口当たりの療養病床の偏差値は 51 と全国平均レベルである。療養病床の流入－流出差が＋23%であり、周辺医療圏からの患者の流入が多い。総療法士数は偏差値 40 と少なく、回復期病床数は存在しない。

＊精神病床の現状：　人口当たりの精神病床の偏差値は 46 とやや少ない。

＊診療所の現状：　人口当たりの診療所数の偏差値は 48 と全国平均レベルである。

＊在宅医療の現状：　在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は偏差値 35 と少なく、在宅療養支援病院は存在しない。また、訪問看護ステーションは偏差値 39 と少ない。

＊医療需要予測：　胆江の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 3%減少、2025 年から 40 年にかけて 12%減少と予測される。そのうち 0-64 歳の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 16%減少、2025 年から 40 年にかけて 21%減少、75 歳以上の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 6%増加、2025 年から 40 年にかけて 2%減少と予測される。

＊介護資源の状況：　胆江の総高齢者施設ベッド数は、2252 床（75 歳以上 1000 人当たりの偏差値 42）と全国平均レベルを下回る。そのうち介護保険施設のベッドが 1511 床（偏差値 51）、高齢者住宅等が 741 床（偏差値 40）である。介護保険ベッドは全国平均レベルであるが、高齢者住宅系は全国平均レベルを下回る。

75 歳以上 1000 人当たりベッド数偏差値は、老人保健施設 47、特別養護老人ホーム 55、介護療養型医療施設 47、有料老人ホーム 42、グループホーム 46、高齢者住宅 48 である。

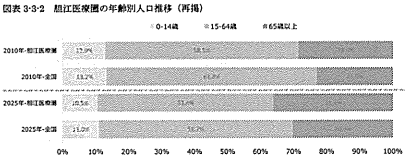
＊介護需要の予測：　介護需要は、2015 年から 25 年にかけて 5%増、2025 年から 40 年にかけて 4%減と予測される。

2.　人口動態(2010 年・2025 年)[3]

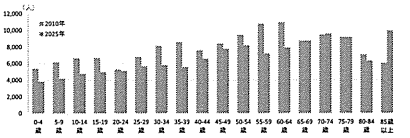
図表 3-3-1　胆江医療圏の人口増減比較

	胆江医療圏（人）					全国（人）				
	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)
人口総数	141,073	-	120,791	-	-14.4%	128,057,352	-	120,650,816	-	-5.8%
0-14歳	18,104	12.9%	12,720	10.5%	-29.7%	16,803,444	13.2%	13,240,412	11.0%	-21.2%
15-64歳	82,436	58.5%	64,462	53.4%	-21.8%	81,031,800	63.3%	70,844,912	58.7%	-12.6%
65歳以上	40,320	28.6%	43,607	36.1%	8.1%	29,245,665	23.0%	36,573,487	30.3%	25.1%
75歳以上	22,182	15.7%	25,322	21.0%	14.2%	14,072,210	11.1%	21,765,638	18.1%	54.6%
85歳以上	6,003	4.3%	9,911	8.2%	65.2%	3,794,933	3.0%	7,362,058	6.1%	94.0%

図表 3-3-2　胆江医療圏の年齢別人口推移（再掲）



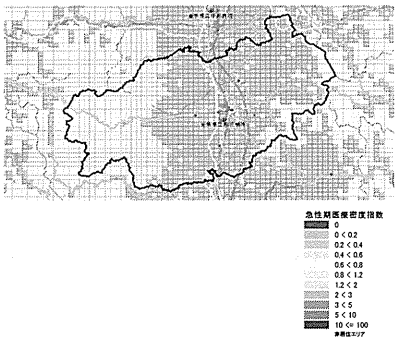
図表 3-3-3　胆江医療圏の 5 歳階級別年齢別人口推移



[3] 出所　国勢調査（平成 22 年、総務省）、日本の地域別将来推計人口（平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所）

3.　急性期医療（病院）の密度

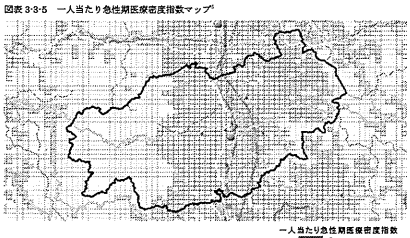
図表 3-3-4　急性期医療密度指数マップ[4]



図表 3-3-4 は、胆江医療圏の区画単位の「急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）」を示している。当該医療圏の「居住面積当たり急性期医療密度指数（人が居住面積当たりの地域の平均急性期医療密度指数）」は 0.28（全国平均は 1.0）と非常に低く、急性期病床が分散しているエリアといえる。

[4] 「急性期医療密度指数」は、各 1 キロ㎡区画（メッシュ）で提供されている急性期入院医療の密度を可視化した指標である。病院の一般病床数と全身麻酔件数、各区画への距離に重みづけを行う。したがって、その病院の一般病床が多いほど、その病院が多くの全身麻酔手術を行うほど、また各区画から見て当該病院が近いほど指数は高くなる。複数の対象病院が近くにある区画は、複数の病院からの病床が加算される。全国平均を 1.0 とした。「非黒紫」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い黄色」は平均を 20%以下回る。「濃いエンジ色」は平均の 10 倍以上の急性期医療密度で、医療密度が高い都市部に多い。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供の乏しい地域。「白色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院が無い地域。「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示す。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

図表 3-3-5　一人当たり急性期医療密度指数マップ[5]



図表 3-3-5 は、胆江医療圏の区画単位の「一人当たり急性期医療密度指数（住民一人当たりの急性期医療の提供能力）」を示している。地域の総医療提供能力を総人口で割ることにより求められる当該医療圏の「一人当たり急性期医療密度指数」は 1.07（全国平均は 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力は全国平均並みの医療圏といえる。

[5]「一人当たり急性期病床指数」は、各 1 区画の住民一人当たりに提供される急性期入院医療の密度を可視化した指標で、図表 3-3-4 で示した急性期医療密度を各区画の人口で割ったものである。人口当たり急性期医療密度指数は、各区画の急性期医療密度が高いほど、また各区画の人口が少ないほど高くなる。急性期病院が多く急性期医療密度が高い地域でも、その地域の人口がそれ以上に多ければ、人口当たりの急性期医療密度指数は低くなる。全国平均を 1.0 とし、「赤系統」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「青い背色」部分は提供密度が全国平均を 20%以上下回る。「濃いエンジ色」は日本の平均の 3 倍以上、「赤色」は 2 倍以上の区画であり、急性期医療の提供の過剰を予想させる地域である。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のない地域であり、「紺色」の区画は東で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

4.　推計患者数[6]

図表 3-3-6　胆江医療圏の推計患者数（5 疾病）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)		全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
悪性新生物	178	211	178	204	0%	-4%	18%	13%
虚血性心疾患	22	84	24	88	8%	5%	29%	26%
脳血管疾患	246	153	291	162	18%	6%	44%	28%
糖尿病	33	268	36	256	10%	-4%	31%	12%
精神及び行動の障害	349	248	335	220	-4%	-11%	10%	-2%

図表 3-3-7　胆江医療圏の推計患者数（ICD 大分類）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)		全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
総計（人）	1,789	8,837	1,938	8,166	8%	-5%	27%	5%
1 感染症及び寄生虫症	30	197	32	171	9%	-13%	28%	-3%
2 新生物	197	275	196	260	-1%	-6%	17%	10%
3 血液及び造血器の疾患及びに免疫機構の障害	9	25	10	23	10%	-9%	32%	1%
4 内分泌、栄養及び代謝疾患	50	522	56	491	13%	-6%	35%	9%
5 精神及び行動の障害	349	248	335	220	-4%	-11%	10%	-2%
6 神経系の疾患	156	191	171	192	10%	0%	32%	17%
7 眼及び付属器の疾患	16	372	16	356	0%	-4%	20%	11%
8 耳及び乳様突起の疾患	3	137	3	122	0%	-11%	9%	0%
9 循環器系の疾患	357	1,273	426	1,311	19%	3%	44%	23%
10 呼吸器系の疾患	127	786	154	640	21%	-19%	46%	12%
11 消化器系の疾患	86	1,515	91	1,328	6%	-12%	26%	-2%
12 皮膚及び皮下組織の疾患	21	289	24	254	12%	-12%	33%	2%
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	86	1,314	94	1,289	9%	-2%	31%	17%
14 腎尿路生殖器系の疾患	65	322	72	298	11%	-7%	32%	5%
15 妊娠、分娩及び産じょく	17	13	12	10	-29%	-23%	-44%	-40%
16 周産期に発生した病態	6	3	5	2	-17%	-33%	-29%	-67%
17 先天奇形、変形及び染色体異常	6	12	5	10	-17%	-17%	-19%	-14%
18 症状、徴候及び異常臨床所見異常検査所見で他に分類されていないもの	26	100	30	92	16%	-8%	38%	4%
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	172	367	197	323	14%	-12%	27%	-1%
20 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	9	875	9	774	0%	-12%	4%	-1%

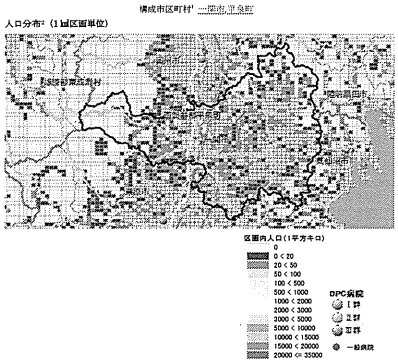
当該医療圏の 2011 年から 2025 年にかけての入院患者数の増減率は 8%(全国平均 27%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。外来患者数の増減率は-8%(全国 5%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。

[6] 推計患者数は、患者調査(2011 年)に基づき、5 疾病並びに ICD 大分類の入院・外来の年齢構成別受療率に当該医療圏の年齢構成別人口(2011 年・2025 年)を乗じて算出。出所：国勢調査(平成 22 年、総務省)、患者調査(平成 23 年、厚生労働省)、日本の地域別将来推計人口(平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所)

3-4.　両磐医療圏

構成市区町村[1]：一関市、平泉町

人口分布[2]（1 km区画単位）



[1] 日本医師会 JMAP(地域医療情報システム)で地域別の人口動態、医療機関、介護施設の情報を参照可能 http://map.jp/ ネットで閲覧の場、地域名をクリックするとリンク先に移動します。
[2] 両磐医療圏を 1 km区画（1 kmメッシュ）で分割した各区画内の居住人口。赤色系統は人口が多く（10,000 人超以上）、黄色系統は中間レベル（1,000～10,000 人超）、青色系統は人口が少ない（1,000 人超未満）、白色は非居住地。出所：国勢調査（平成 22 年、総務省）地図情報 GIS　MarketAnalyzer ver.3.7　地図　PAREA シリーズ

（両磐医療圏）　1.　地域ならびに医療介護資源の総括

（参照：　資料編の図表）

地域の概要：　両磐（一関市）は、総人口約 14 万人（2010 年）、面積 1320 ㎢、人口密度は 103 人/㎢の過疎地域型二次医療圏である。

両磐の総人口は 2015 年に 13 万人へと減少し(2010 年比－7%)、25 年に 11 万人へと減少し(2015 年比－15%)、40 年に 9 万人へと減少する（2025 年比－18%）と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 2.4 万人から 15 年に 2.5 万人へと増加（2010 年比＋4%）、25 年にかけて 2.5 万人と増減なし（2015 年比±0%）、40 年には 2.4 万人へと減少する（2025 年比－4%）ことが見込まれる。

医療圏の概要：　地域の基幹病院が複数あるが、急性期医療の提供能力は低く（全身麻酔数の偏差値 35-45）、患者の流入流出が少ない比較的独立した医療圏である。急性期以後は、療養病床は不足気味だが、回復期病床は全国平均レベルである。

＊医師・看護師の現状：　総医師数が 41（病院勤務医数 42、診療所医師数 40）と、総医師数、病院勤務医、診療所医師はともに少ない。総看護師数 53 とやや多い。

＊急性期医療の現状：　人口当たりの一般病床の偏差値 58 で、一般病床は多い。両磐には、年間全身麻酔件数が 1000 例以上の岩手県立磐井病院がある。全身麻酔数 37 と少ない。

＊療養病床・リハビリの現状：　人口当たりの療養病床の偏差値は 41 と少ない。療養病床の流入－流出差が－62%であり、周辺医療圏への患者の流出が多い。総療法士数は偏差値 40 と少なく、回復期病床数は偏差値 45 とやや少ない。

＊精神病床の現状：　人口当たりの精神病床の偏差値は 51 と全国平均レベルである。

＊診療所の現状：　人口当たりの診療所数の偏差値は 44 と少ない。

＊在宅医療の現状：　在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は偏差値 38 と少なく、在宅療養支援病院は偏差値 53 とやや多い。また、訪問看護ステーションは偏差値 52 と全国平均レベルである。

＊医療需要予測：　両磐の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 7%減少、2025 年から 40 年にかけて 15%減少と予測される。そのうち 0-64 歳の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 20%減少、2025 年から 40 年にかけて 26%減少、75 歳以上の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて増減なし、2025 年から 40 年にかけて 3%減少と予測される。

＊介護資源の状況：　両磐の総高齢者施設ベッド数は、2448 床（75 歳以上 1000 人当たりの偏差値 43）と全国平均レベルを下回る。そのうち介護保険施設のベッドが 1668 床（偏差値 53）、高齢者住宅等が 780 床（偏差値 40）である。介護保険ベッドは全国平均レベルをやや上回るが、高齢者住宅系は全国平均レベルを下回る。

75 歳以上 1000 人当たりベッド数偏差値は、老人保健施設 56、特別養護老人ホーム 56、介護療養型医療施設 40、有料老人ホーム 41、グループホーム 51、高齢者住宅 39 である。

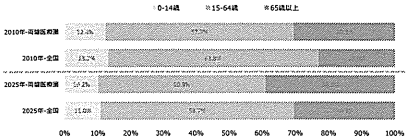
＊介護需要の予測：　介護需要は、2015 年から 25 年にかけて 1%減、2025 年から 40 年にかけて 6%減と予測される。

2.　人口動態(2010 年・2025 年)[3]

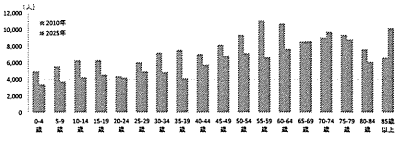
図表 3-4-1　両磐医療圏の人口増減比較

	両磐医療圏（人）					全国（人）				
	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)
人口総数	135,987	-	111,268	-	-18.2%	128,057,352	-	120,658,816	-	-5.8%
0-14歳	16,829	12.4%	11,367	10.2%	-32.5%	16,803,444	13.2%	13,240,417	11.0%	-21.1%
15-64歳	77,750	57.3%	56,655	50.9%	-27.1%	81,031,800	63.3%	70,844,942	58.7%	-12.5%
65歳以上	41,163	30.3%	43,346	38.9%	5.3%	29,245,685	23.0%	36,573,487	30.3%	25.1%
75歳以上	23,614	17.4%	25,054	22.5%	6.1%	14,072,210	11.1%	21,785,638	18.1%	54.8%
85歳以上	6,633	4.9%	10,166	9.1%	53.2%	3,794,913	3.0%	7,362,058	6.1%	94.0%

図表 3-4-2　両磐医療圏の年齢別人口推移（再掲）



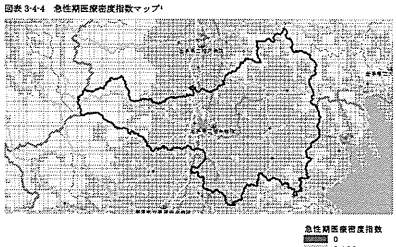
図表 3-4-3　両磐医療圏の 5 歳階級別年齢別人口推移



[3] 出所　国勢調査（平成 22 年、総務省）、日本の地域別将来推計人口（平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所）

3.　急性期医療（病院）の密度

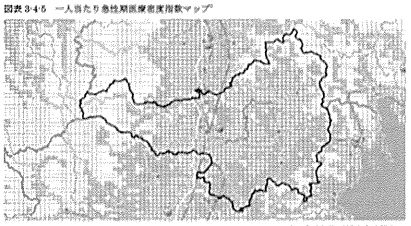
図表 3-4-4　急性期医療密度指数マップ[4]



図表 3-4-4 は、両磐医療圏の区画単位の「急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）」を示している。当該医療圏の「居住面積当たり急性期医療密度指数（人が居住している地域の平均急性期医療密度指数）」は 0.19（全国平均は 1.0）と非常に低く、急性期病床が分散しているエリアといえる。

[4]「急性期医療密度指数」は、各 1 キロ㎡区画（メッシュ）で提供されている急性期入院医療の密度を可視化した指標である。病院の一般病床数と急性期医療密度、各区画への距離に重みづけを行う。したがって、その病院の一般病床が多いほど、その病院が多くの急性期医療を提供を行うほど、また各区画から見て当該病院が近いほど指数は高くなる。複数の対象病院が近くにある区画は、複数の病院からの病床が加算される。全国平均を 1.0 とした。「赤系統」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「青い背色」は平均を 20%以上下回る。「濃いエンジ色」は平均の 10 倍以上の急性期医療密度で、医療密度が高い都市部に多い。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のない地域、「紺色」の区画は東で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示す。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

図表 3-4-5　一人当たり急性期医療密度指数マップ[7]



図表 3-4-5 は、岡崎医療圏の区画単位の「一人当たり急性期医療密度指数（住民一人当たりの急性期医療の提供能力）」を示している。地域の総医療提供能力を総人口で割ることにより求められる当該医療圏の「一人当たり急性期医療密度指数」は 1.07（全国平均は 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力は全国平均並みの医療圏といえる。

[7]「一人当たり急性期病床指数」は、各 1 区画の住民一人当たりに提供される急性期入院医療の密度を可視化した指標で、図表 3-4-4 で示した急性期医療密度を区画の人口で割ったものである。人口当たり急性期医療密度指数は、各区画の急性期医療密度が高いほど、また各区画の人口が少ないほど高くなる。急性期病院が多く急性期医療密度が高い地域でも、その地域の人口が それ以上に多ければ、人口当たりの急性期医療密度指数は低くなる。全国平均を 1.0 とし、「非充足」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」部分は提供密度が全国平均を 20%以上下回る、「濃いエンジ色」は日本の平均の 3 倍以上、「赤色」は 2 倍以上の区画であり、急性期医療の提供の過剰を予想させる地域である。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供の乏しい地域であり、「緑色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 地図　PAREA シリーズを使用。

4.　推計患者数[8]

図表 3-4-6　岡崎医療圏の推計患者数（5 疾病）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)				全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
悪性新生物	161	213	174	198	8%	-7%			18%	13%
虚血性心疾患	23	86	23	87	4%	1%			39%	26%
脳血管疾患	258	198	291	160	12%	-2%			44%	28%
糖尿病	34	279	35	290	3%	4%			21%	12%
精神及び行動の障害	351	241	322	204	-8%	-15%			10%	-1%

図表 3-4-7　岡崎医療圏の推計患者数（ICD 大分類）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)				全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
総数（人）	1,841	8,751	1,906	7,790	4%	-11%			23%	5%
1　感染症及び寄生虫症	31	191	32	160	4%	-16%			28%	-2%
2　新生物	200	276	192	251	-1%	-9%			17%	10%
3　血液及び造血器の疾患及びに免疫機構の障害	9	25	10	21	5%	-13%			32%	1%
4　内分泌、栄養及び代謝疾患	52	523	55	476	7%	-9%			35%	9%
5　精神及び行動の障害	351	241	322	204	-8%	-15%			10%	1%
6　神経系の疾患	161	193	168	186	5%	-3%			32%	17%
7　眼及び付属器の疾患	16	372	16	344	-1%	-7%			20%	11%
8　耳及び乳様突起の疾患	3	134	3	115	-10%	-14%			9%	0%
9　循環器系の疾患	376	1,304	426	1,209	13%	-7%			44%	23%
10　呼吸器系の疾患	134	749	154	587	15%	-21%			46%	-1%
11　消化器系の疾患	68	1,479	89	1,246	2%	-15%			26%	-1%
12　皮膚及び皮下組織の疾患	22	280	24	236	7%	-15%			32%	-3%
13　筋骨格系及び結合組織の疾患	89	1,329	93	1,256	4%	-6%			31%	17%
14　腎尿路生殖器系の疾患	67	319	71	283	6%	-11%			32%	5%
15　妊娠、分娩及び産じょく	13	11	10	8	-19%	-31%			-11%	-21%
16　周産期に発生した病態	6	2	4	2	-32%	-24%			-23%	-15%
17　先天奇形、変形及び染色体異常	6	12	4	9	-39%	-21%			-12%	-24%
18　症状、徴候及び異常臨床所見	27	99	30	87	10%	-12%			38%	4%
19　損傷、中毒及びその他の外因の影響	179	357	195	302	9%	-15%			37%	-1%
20　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	9	854	9	728	-2%	-15%			4%	-12%

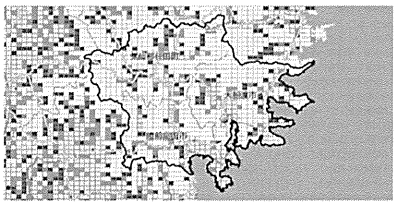
当該医療圏の 2011 年から 2025 年にかけての入院患者数の増減率は 4%(全国平均 27%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。外来患者数の増減率は-11%(全国 5%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。

[8] 推計患者数は、患者調査(2011 年)に基づき、5 疾病および ICD 大分類の入院・外来の年齢構成別受療率に当該医療圏の年齢構成別人口(2011 年・2025 年)を乗じて算出。出所：国勢調査(平成 22 年、総務省)、患者調査(平成 23 年、厚生労働省)、日本の地域別将来推計人口(平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所)

3-5.　気仙医療圏

構成市区町村[1]　大船渡市、陸前高田市、住田町

人口分布[2]（1 km区画単位）



[1] 日本医師会 JMAP(地域医療情報システム)で地域別の人口動態、医療機関、介護施設の情報を参照可能 http://map.jp/ ネットで閲覧の場、地域名をクリックするとリンク先に移動します。
[2] 気仙医療圏を 1 km区画（1kmメッシュ）で分割した各区画内の居住人口。赤色系統は人口が多く（10,000 人nd以上）、黄色系統は中間レベル（1,000－10,000 人nd）、青色系統は人口が少ない（1,000 人nd未満）、白色は非居住地。出所：国勢調査（平成 22 年、総務省）地図情報 GIS　MarketAnalyzer ver.3.7　地図　PAREA シリーズ

（気仙医療圏）　1.　地域ならびに医療介護資源の総括

（参照：資料編の図表）

地域の概要：　気仙（大船渡市）は、総人口約 7 万人（2010 年）、面積 890 km²、人口密度は 79 人/km² の過疎地域型二次医療圏である。

気仙の総人口は 2015 年に 6 万人へと減少し（2010 年比－14%）、25 年に 5 万人へと減少し（2015 年比－17%）、40 年に 4 万人へと減少する（2025 年比－20%）と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 1.2 万人から 15 年に 1.2 万人と増減なし（2010 年比±0%）、25 年にかけて 1.4 万人へと増加（2015 年比＋17%）、40 年には 1.3 万人へと減少する（2025 年比－7%）ことが見込まれる。

医療圏の概要：　地域の中核となる病院があり、急性期医療の提供能力は全国平均レベルであるが（全身麻酔数の偏差値 45-55）、盛岡や周辺医療圏への依存が極めて強い医療圏である。急性期以後は、療養病床は不足しており、回復期病床はない。

＊医師・看護師の現状：　総医師数が 39（病院勤務医数 41、診療所医師数 37）と、総医師数、病院勤務医、診療所医師はともに少ない。総看護師数 42 と少ない。

＊急性期医療の現状：　人口当たりの一般病床の偏差値 45 で、一般病床はやや少ない。気仙には、年間全身麻酔件数が 500 例以上の岩手県立大船渡病院（救命）がある。全身麻酔数 46 とやや少ない。一般病床の流入－流出差が－34%であり、盛岡や周辺医療圏への患者の流出が多い。

＊療養病床・リハビリの現状：　人口当たりの療養病床の偏差値は 41 と少ない。療養病床の流入－流出差が－19%であり、周辺医療圏への患者の流出が多い。総療法士数は偏差値 36 と少なく、回復期病床数は存在しない。

＊精神病床の現状：　人口当たりの精神病床の偏差値は 51 と全国平均レベルである。

＊診療所の現状：　人口当たりの診療所数の偏差値は 38 と少ない。

＊在宅医療の現状：　在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は偏差値 36 と少なく、在宅療養支援病院は存在しない。また、訪問看護ステーションは偏差値 37 と少ない。

＊医療需要予測：　気仙の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 3%減少、2025 年から 40 年にかけて 17%減少と予測される。そのうち 0-64 歳の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 20%減少、2025 年から 40 年にかけて 31%減少、75 歳以上の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 13%増加、2025 年から 40 年にかけて 10%減少と予測される。

＊介護資源の状況：　気仙の総高齢者施設ベッド数は、906 床（75 歳以上 1000 人当たりの偏差値 29）と全国平均レベルを大きく下回る。そのうち介護保険施設のベッドが 738 床（偏差値 44）、高齢者住宅等が 168 床（偏差値 30）である。介護保険ベッドは全国平均レベルを下回り、高齢者住宅系は全国平均レベルを大きく下回る。

75 歳以上 1000 人当たりベッド数偏差値は、老人保健施設 53、特別養護老人ホーム 47、介護療養型医療施設 39、有料老人ホーム 37、グループホーム 44、高齢者住宅 34 である。

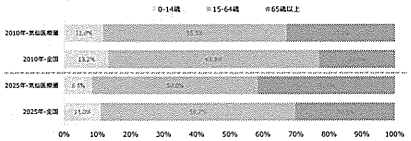
＊介護需要の予測：　介護需要は、2015 年から 25 年にかけて 10%増、2025 年から 40 年にかけて 11%減と予測される。

2.　人口動態(2010 年・2025 年)[3]

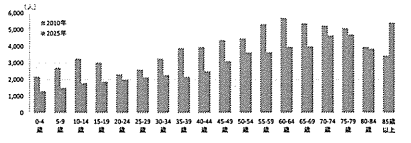
図表 3-5-1　気仙医療圏の人口増減比較

	気仙医療圏（人）					全国（人）				
	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)
人口総数	70,227	-	54,397	-	-22.5%	128,057,352	-	120,658,816	-	-5.8%
0-14歳	8,138	11.6%	4,572	8.4%	-43.8%	16,803,444	13.2%	13,242,417	11.0%	-21.2%
15-64歳	38,920	55.5%	27,215	50.0%	-30.1%	81,031,800	63.3%	70,844,912	58.7%	-12.6%
65歳以上	23,075	32.9%	22,610	41.6%	-2.0%	29,245,685	23.0%	36,573,487	30.3%	25.1%
75歳以上	12,461	17.8%	13,982	25.7%	12.2%	14,072,210	11.1%	21,785,638	18.1%	54.8%
85歳以上	3,417	4.9%	5,421	10.0%	58.6%	3,794,933	3.0%	7,362,058	6.1%	94.0%

図表 3-5-2　気仙医療圏の年齢別人口推移（再掲）



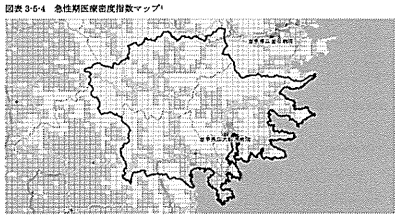
図表 3-5-3　気仙医療圏の 5 歳階級別年齢別人口推移



[3] 出所　国勢調査（平成 22 年、総務省）、日本の地域別将来推計人口（平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所）

3.　急性期医療（病院）の密度

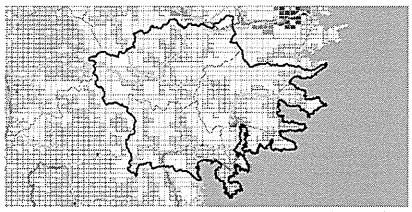
図表 3-5-4　急性期医療密度指数マップ[4]



図表 3-5-4 は、気仙医療圏の区画単位の「急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）」を示している。当該医療圏の「居住面積当たり急性期医療密度指数（人が居住している地域の平均急性期医療密度指数）」は 0.26（全国平均は 1.0）と非常に低く、急性期病床が分散しているエリアといえる。

[4]「急性期医療密度指数」は、各 1 キロ m区画（メッシュ）で提供されている急性期入院医療の密度を可視化した指標である。病院の一般病床数と全身麻酔件数、各区画への距離に重みづけを行う。したがって、その病院の一般病床が多いほど、その病院が多くの全身麻酔手術を行うほど、また各区画から見て当該病院が近いほど指数は高くなる。複数の社会保険病院がひとつの区画は、複数の病院からの病床が加算される。全国平均を 1.0 とした。「非充足」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回り、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」は平均を 20%以上下回る。「濃いエンジ色」は平均の 10 倍以上の急性期医療密度で、医療密度が高い都市部に多い。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のさしい地域、「緑色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示す。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

図表 3-5-5　一人当たり急性期医療密度指数マップ[5]



図表 3-5-5 は、気仙医療圏の区画単位の「一人当たり急性期医療密度指数（住民一人当たりの急性期医療の提供能力）」を示している。地域の総医療提供能力を総人口で割ることにより求められる当該医療圏の「一人当たり急性期医療密度指数」は 1（全国平均は 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力は全国平均並みの医療圏といえる。

[5] 「一人当たり急性期病床指数」は、各 1 区画の住民一人当たりに提供される急性期入院医療の密度を可視化した指標で、図表 3-5-4 で示した急性期医療密度を各区画の人口で割ったものである。人口当たり急性期医療密度指数は、各区画の急性期医療密度が高いほど、また各区画の人口が少ないほど高くなる。急性期病院が多く急性期医療密度が高い地域でも、その地域の人口がそれ以上に多ければ、人口当たりの急性期医療密度指数は低くなる。全国平均を 1.0 とし、「赤系統」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」部分は提供密度が全国平均を 20%以上下回る。「濃いオレンジ色」は日本の平均の 3 倍以上、「赤色」は 5 倍以上の区画であり、急性期医療の提供の過剰を予想させる地域である。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のエリア地域であり、「緑色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

4.　推計患者数[6]

図表 3-5-6　気仙医療圏の推計患者数（5 疾病）

	2011年 入院	2011年 外来	2025年 入院	2025年 外来	増減率(2011年比) 入院	増減率(2011年比) 外来	全国 増減率(2011年比) 入院	全国 増減率(2011年比) 外来
悪性新生物	98	116	92	103	-6%	-11%	18%	13%
虚血性心疾患	32	47	32	46	3%	-1%	29%	26%
脳血管疾患	138	85	157	85	14%	0%	44%	26%
糖尿病	18	147	19	130	5%	-12%	31%	12%
精神及び行動の障害	187	125	167	102	-11%	-19%	10%	-2%

図表 3-5-7　気仙医療圏の推計患者数（ICD 大分類）

	2011年 入院	2011年 外来	2025年 入院	2025年 外来	増減率(2011年比) 入院	増減率(2011年比) 外来	全国 増減率(2011年比) 入院	全国 増減率(2011年比) 外来
総数（人）	978	4,632	1,011	3,957	3%	-15%	27%	5%
1　感染症及び寄生虫症	16	99	17	78	4%	-21%	28%	-2%
2　新生物	108	149	101	129	-7%	-13%	17%	10%
3　血液及び造血器の疾患及びに免疫機構の障害	5	13	5	11	5%	-17%	33%	1%
4　内分泌、栄養及び代謝疾患	27	284	30	246	8%	-13%	35%	9%
5　精神及び行動の障害	187	125	167	102	-11%	-19%	10%	-2%
6　神経系の疾患	86	103	90	97	4%	-6%	32%	17%
7　眼及び付属器の疾患	9	199	8	177	-5%	-11%	20%	11%
8　耳及び乳様突起の疾患	3	70	2	57	-13%	-18%	5%	0%
9　循環器系の疾患	200	705	230	683	15%	-3%	44%	23%
10　呼吸器系の疾患	70	374	83	272	18%	-27%	46%	-11%
11　消化器系の疾患	47	782	47	621	1%	-21%	26%	-1%
12　皮膚及び皮下組織の疾患	12	145	13	116	8%	-20%	33%	-1%
13　筋骨格系及び結合組織の疾患	47	719	49	659	4%	-8%	31%	17%
14　腎尿路生殖器系の疾患	36	170	38	145	6%	-15%	32%	5%
15　妊娠、分娩及び産じょく	7	5	9	4	32%	-20%	-24%	-24%
16　周産期に発生した病態	3	1	2	1	-9%	-9%	-29%	-29%
17　先天奇形、変形及び染色体異常	3	6	2	4	-21%	-29%	-25%	-15%
18　症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	14	52	16	44	12%	-15%	38%	4%
19　傷害、中毒及びその他の外因の影響	95	186	104	150	10%	-20%	37%	-1%
20　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	5	446	4	361	-5%	-19%	4%	-1%

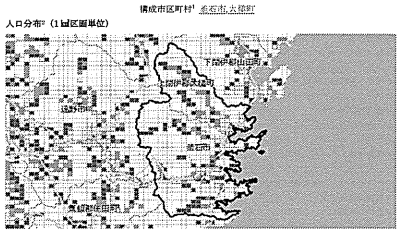
当該医療圏の 2011 年から 2025 年にかけての入院患者数の増減率は 3%(全国平均 27%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。外来患者数の増減率は-15%(全国 5%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。

[6] 推計患者数は、患者調査(2011 年)に基づき、5 疾病並びに ICD 大分類の入院・外来の年齢構成別受療率に当該医療圏の年齢構成別人口(2011 年・2025 年)を乗じて算出。出所：国勢調査(平成 22 年、総務省)、患者調査(平成 23 年、厚生労働省)、日本の地域別将来推計人口(平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所)

3-6.　釜石医療圏

構成市区町村[1]　釜石市、大槌町

人口分布[2]（1 km区画単位）



[1] 日本医師会 JMAP(地域医療情報システム)で地域別の人口動態、医療機関、介護施設の情報を参照可能 http://jmap.jp/ ネットで閲覧の場、地域名をクリックするとリンク先に移動します。
[2] 釜石医療圏を 1 km区画（1 kmメッシュ）で分割した各区画内の居住人口。赤色系統は人口が多く（10,000 人超以上）、黄色系統は中間レベル（1,000～10,000 人超）、青色系統は人口が少ない（1,000 人超未満）、白色は非居住地。出所：国勢調査（平成 22 年、総務省）地図情報 GIS　MarketAnalyzer ver.3.7　地図　PAREA シリーズ

（釜石医療圏）　1.　地域ならびに医療介護資源の総括

（参照：資料編の図表）

地域の概要：　釜石（釜石市）は、総人口約 5 万人（2010 年）、面積 642 km²、人口密度は 85 人/km² の過疎地域型二次医療圏である。

釜石の総人口は 2015 年に 5 万人と減少なし（2010 年比±0%）、25 年に 4 万人へと減少し（2015 年比－20%）、40 年に 3 万人へと減少する（2025 年比－25%）と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 1 万人から 15 年に 0.9 万人へと減少（2010 年比－10%）、25 年にかけて 1 万人へと増加（2015 年比＋11%）、40 年には 0.8 万人へと減少する（2025 年比－20%）ことが見込まれる。

医療圏の概要：　地域の中核となる病院があり、急性期医療の提供能力は低いが（全身麻酔数の偏差値 35-45）、患者の流入流出が少ない比較的独立した医療圏である。急性期以後は、療養病床は全国平均レベルであるが、回復期病床はない。

＊医師・看護師の現状：　総医師数が 41（病院勤務医数 45、診療所医師数 36）と、総医師数と診療所医師は少ない。総看護師数 53 とやや多い。

＊急性期医療の現状：　人口当たりの一般病床の偏差値 70 で、一般病床は非常に多い。釜石には、年間全身麻酔件数が 500 例以上の岩手県立釜石病院がある。全身麻酔数 38 と少ない。

＊療養病床・リハビリの現状：　人口当たりの療養病床の偏差値は 46 とやや少ない。総療法士数は偏差値 41 と少なく、回復期病床数は存在しない。

＊精神病床の現状：　人口当たりの精神病床の偏差値は 55 とやや多い。

＊診療所の現状：　人口当たりの診療所数の偏差値は 38 と非常に少ない。

＊在宅医療の現状：　在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は偏差値 37 と少なく、在宅療養支援病院は存在しない。また、訪問看護ステーションは偏差値 36 と少ない。

＊医療需要予測：　釜石の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 6%減少、2025 年から 40 年にかけて 23%減少と予測される。そのうち 0-64 歳の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 22%減少、2025 年から 40 年にかけて 32%減少、75 歳以上の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 9%増加、2025 年から 40 年にかけて 16%減少と予測される。

＊介護資源の状況：　釜石の総高齢者施設ベッド数は、871 床（75 歳以上 1000 人当たりの偏差値 36）と全国平均レベルを下回る。そのうち介護保険施設のベッドが 619 床（偏差値 47）、高齢者住宅等が 252 床（偏差値 36）である。介護保険ベッドは全国平均レベルをやや下回り、高齢者住宅系は全国平均レベルを下回る。

75 歳以上 1000 人当たりベッド数偏差値は、老人保健施設 58、特別養護老人ホーム 48、介護療養型医療施設 39、有料老人ホーム 41、グループホーム 50、高齢者住宅 34 である。

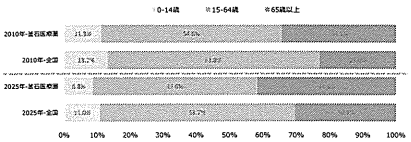
＊介護需要の予測：　介護需要は、2015 年から 25 年にかけて 6%増、2025 年から 40 年にかけて 17%減と予測される。

2.　人口動態(2010 年・2025 年)[3]

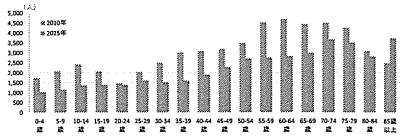
図表 3-6-1　釜石医療圏の人口増減比較

	釜石医療圏（人） 2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)	全国（人） 2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)
人口総数	54,650	-	40,140	-	-26.5%	128,057,352	-	120,656,816	-	-5.8%
0-14歳	6,185	11.3%	3,529	8.8%	-42.9%	16,803,444	13.2%	13,240,417	11.0%	-21.2%
15-64歳	29,938	54.6%	19,898	49.6%	-33.5%	81,031,000	63.8%	70,844,912	58.7%	-12.6%
65歳以上	18,720	34.1%	16,713	41.6%	-10.7%	29,245,685	23.0%	36,573,487	30.3%	25.1%
75歳以上	9,785	17.8%	10,041	25.0%	2.6%	14,072,310	11.1%	21,765,638	18.1%	54.8%
85歳以上	2,469	4.5%	3,726	9.3%	50.9%	3,794,933	3.0%	7,262,058	6.1%	94.0%

図表 3-6-2　釜石医療圏の年齢別人口推移（再掲）



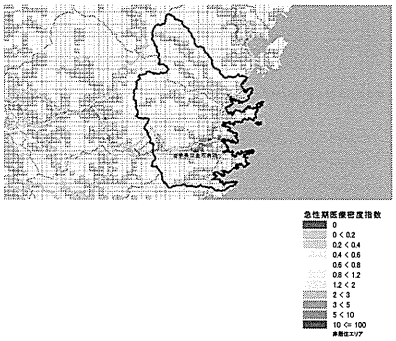
図表 3-6-3　釜石医療圏の 5 歳階級別年齢別人口推移



[3] 出所　国勢調査（平成 22 年、総務省）、日本の地域別将来推計人口（平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所）

3.　急性期医療（病院）の密度

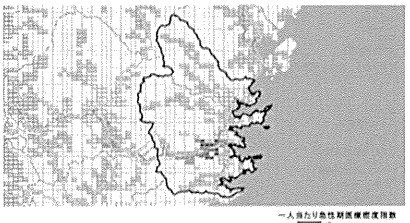
図表 3-6-4　急性期医療密度指数マップ[4]



図表 3-6-4 は、釜石医療圏の区画単位の「急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）」を示している。当該医療圏の「居住面積当たり急性期医療密度指数（人が居住している地域の平均急性期医療密度指数）」は 0.63（全国平均は 1.0）と低く、急性期病床が分散しているエリアといえる。

[4] 「急性期医療密度指数」は、各 1 キロ㎡区画（メッシュ）で提供されている急性期入院医療の密度を可視化した指標である。病院の一般病床数と全身麻酔件数、各区画への距離に重み付けを行う。したがって、その病院の一般病床が多いほど、その病院が多くの全身麻酔手術を行うほど、また各区画から見て当該病院が近いほど指数は高くなる。複数の対象病院が近くにある区画は、複数の病院からの病床が加算される。全国平均を 1.0 とした。「赤系統」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回り、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」は平均を 20%以上下回る。「濃いオレンジ色」は平均の 10 倍以上の急性期医療密度で、医療密度が高い都市部に多い。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のエリア地域、「緑色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示す。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

図表 3-6-5　一人当たり急性期医療密度指数マップ[7]



図表 3-6-5 は、釜石医療圏の区画単位の「一人当たり急性期医療密度指数（住民一人当たりの急性期医療の提供能力）」を示している。地域の総医療提供能力を総人口で割ることにより求められる当該医療圏の「一人当たり急性期医療密度指数」は 1.74（全国平均は 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力は非常に高い医療圏といえる。

[7] 「一人当たり急性期病床指数」は、各 1 区画の住民一人当たりに提供される急性期入院医療の密度を可視化した指標で、図表 3-6-4 で示した急性期医療密度を各区画の人口で割ったものである。人口当たり急性期医療密度指数は、各区画の急性期医療密度が高いほど、また各区画の人口が少ないほど高くなる。急性期病院が多く急性期医療密度が高い地域でも、その地域の人口がそれほど多ければ、人口当たりの急性期医療密度指数は低くなる。全国平均を 1.0 とし、「赤系統」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」部分は提供密度が全国平均を 20%以上下回る。「濃いオレンジ色」は日本の平均の 3 倍以上、「赤色」は 2 倍以上の区画であり、急性期医療の提供の過剰を予想させる地域である。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供の乏しい地域であり、「紺色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

4.　推計患者数[6]

図表 3-6-6　釜石医療圏の推計患者数（5 疾病）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)		全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
悪性新生物	79	94	67	76	-15%	-19%	18%	13%
虚血性心疾患	36	37	8	34	-7%	-8%	29%	26%
脳血管疾患	107	68	112	62	4%	-9%	44%	20%
糖尿病	14	119	14	96	-0%	-19%	31%	12%
精神及び行動の障害	100	98	123	75	23%	-23%	10%	-2%

図表 3-6-7　釜石医療圏の推計患者数（ICD 大分類）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)		全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
総数（人）	771	3,700	731	2,925	-5%	-21%	27%	5%
1　感染症及び寄生虫症	13	78	12	58	-8%	-26%	29%	7%
2　新生物	87	128	74	96	-15%	-25%	17%	10%
3　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	4	10	4	8	-3%	-12%	33%	1%
4　内分泌、栄養及び代謝疾患	22	236	21	182	-1%	-23%	30%	9%
5　精神及び行動の障害	100	98	123	75	23%	-23%	10%	-2%
6　神経系の疾患	67	81	60	71	-9%	-13%	32%	17%
7　眼及び付属器の疾患	7	159	6	131	-13%	-18%	20%	11%
8　耳及び乳様突起の疾患	1	56	1	43	0%	-24%	9%	9%
9　循環器系の疾患	156	367	164	300	5%	-17%	44%	23%
10　呼吸器系の疾患	94	292	98	204	9%	-30%	46%	-11%
11　消化器系の疾患	37	625	34	461	-9%	-26%	26%	5%
12　皮膚及び皮下組織の疾患	9	113	9	86	-1%	-23%	33%	-3%
13　筋骨格系及び結合組織の疾患	37	581	36	487	-3%	-16%	31%	17%
14　腎尿路生殖器系の疾患	28	136	27	107	-7%	-21%	32%	3%
15　妊娠、分娩及び産じょく	5	4	3	3	-34%	-37%	-21%	-21%
16　周産期に発生した病態	2	1	1	1	-62%	-41%	-23%	-23%
17　先天奇形、変形及び染色体異常	2	4	1	3	-75%	-33%	-13%	-14%
18　症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	11	42	11	33	3%	-27%	38%	4%
19　傷害、中毒及びその他の外因の影響	74	146	75	119	1%	-20%	37%	1%
20　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	4	354	3	266	-11%	-41%	4%	-12%

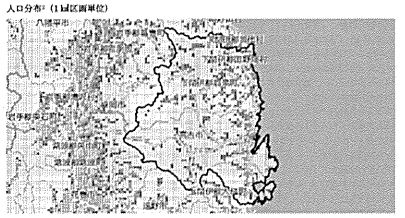
当該医療圏の 2011 年から 2025 年にかけての入院患者数の増減率は-5%(全国平均 27%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。外来患者数の増減率は-21%(全国 5%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。

[6] 推計患者数は、患者調査(2011 年)に基づき、5 疾病並びに ICD 大分類の入院・外来の年齢構成別受療率に当該医療圏の年齢構成別人口(2011 年・2025 年)を乗じて算出。出所：国勢調査(平成 22 年、総務省)、患者調査(平成 23 年、厚生労働省)、日本の地域別将来推計人口(平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所)

3-7.　宮古医療圏

構成市区町村[1]　宮古市,山田町,岩泉町,田野畑村

人口分布[2]（1 km区画単位）



[1] 日本医師会 JMAP(地域医療情報システム)で地域別の人口動態、医療機関、介護施設の情報を参照可能 http://map.jp/ ネットで閲覧の端、地域名をクリックするとリンク先に移動します。
[2] 宮古医療圏を 1 km区画（1 kmメッシュ）で分割した各区画内の居住人口。赤色系統は人口が多く（10,000 人超以上）、黄色系統は中間レベル（1,000～10,000 人超）、青色系統は人口が少ない（1,000 人超未満）、白色は非居住地。出所：国勢調査（平成 22 年、総務省）地図情報 GIS　MarketAnalyzer ver.3.7　地図　PAREA シリーズ

（宮古医療圏）　1.　地域ならびに医療介護資源の総括

（参照：資料編の図表）

地域の概要：　宮古（宮古市）は、総人口約 9 万人（2010 年）、面積 2672 km²、人口密度は 35 人/km² の過疎地域型二次医療圏である。

宮古の総人口は 2015 年に 8 万人へと減少し（2010 年比－11%）、25 年に 7 万人へと減少し（2015 年比－13%）、40 年に 5 万人へと減少する（2025 年比－29%）と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 1.5 万人から 15 年に 1.6 万人へと増加（2010 年比＋7%）、25 年にかけて 1.8 万人へと増加（2015 年比＋13%）、40 年には 1.5 万人へと減少する（2025 年比－17%）ことが見込まれる。

医療圏の概要：　地域の中核となる病院があるが、急性期医療の提供能力は低く（全身麻酔数の偏差値 35-45）、盛岡への依存が極めて強い医療圏である。急性期以後は、療養病床は全国平均レベルであるが、回復期病床は充実している。

＊医師・看護師の現状：　総医師数が 36（病院勤務医数 37、診療所医師数 37）と、総医師数、病院勤務医、診療所医師はともに少ない。総看護師数 59 と全国平均レベルである。

＊急性期医療の現状：　人口当たりの一般病床の偏差値 41 で、一般病床は少ない。宮古には、年間全身麻酔件数が 500 例以上の岩手県立宮古病院がある。全身麻酔数 38 と少ない。一般病床の流入－流出差が－43%であり、盛岡への患者の流出が多い。

＊療養病床・リハビリの現状：　人口当たりの療養病床の偏差値は 45 とやや少ない。療養病床の流入－流出差が－27%であり、周辺医療圏への患者の流出が多い。総療法士数は偏差値 48 と全国平均レベルであり、回復期病床数は偏差値 57 と多い。

＊精神病床の現状：　人口当たりの精神病床の偏差値は 71 と非常に多い。

＊診療所の現状：　人口当たりの診療所数の偏差値は 36 と少ない。

＊在宅医療の現状：　在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は偏差値 35 と少なく、在宅療養支援病院は存在しない。また、訪問看護ステーションは偏差値 48 と全国平均レベルである。

＊医療需要予測：　宮古の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 6%減少、2025 年から 40 年にかけて 21%減少と予測される。そのうち 0-64 歳の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 22%減少、2025 年から 40 年にかけて 30%減少、75 歳以上の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 10%増加、2025 年から 40 年にかけて 14%減少と予測される。

＊介護資源の状況：　宮古の総高齢者施設ベッド数は、1161 床（75 歳以上 1000 人当たりの偏差値 30）と全国平均レベルを大きく下回る。そのうち介護保険施設のベッドが 860 床（偏差値 41）、高齢者住宅等が 301 床（偏差値 33）である。介護保険ベッドは全国平均レベルを下回り、高齢者住宅系は全国平均レベルを大きく下回る。

75 歳以上 1000 人当たりベッド数偏差値は、老人保健施設 38、特別養護老人ホーム 52、介護療養型医療施設 39、有料老人ホーム 37、グループホーム 47、高齢者住宅 34 である。

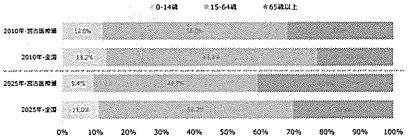
＊介護需要の予測：　介護需要は、2015 年から 25 年にかけて 7%増、2025 年から 40 年にかけて 15%減と予測される。

2.　人口動態(2010 年・2025 年)[3]

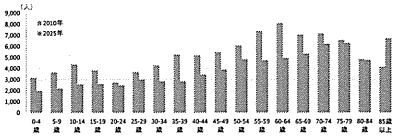
図表 3-7-1　宮古医療圏の人口増減比較

	宮古医療圏（人）					全国（人）				
	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)
人口指数	92,694	-	71,507	-	-22.9%	128,057,352	-	120,658,816	-	-5.8%
0-14歳	11,135	12.0%	6,696	9.4%	-39.9%	16,803,444	13.2%	13,240,417	11.0%	-21.2%
15-64歳	51,879	56.0%	35,542	49.7%	-31.5%	81,031,805	63.3%	70,844,912	58.7%	-12.6%
65歳以上	29,675	32.0%	29,269	40.9%	-1.4%	29,245,605	23.0%	36,573,487	30.3%	25.1%
75歳以上	15,483	16.7%	17,731	24.8%	14.5%	14,072,210	11.1%	21,705,638	18.1%	54.8%
85歳以上	4,114	4.4%	6,693	9.4%	62.7%	3,794,933	3.0%	7,352,958	6.1%	94.0%

図表 3-7-2　宮古医療圏の年齢別人口推移（再掲）



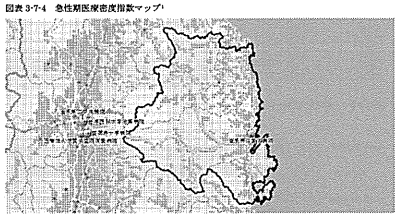
図表 3-7-3　宮古医療圏の 5 歳階級別年齢別人口推移



[3] 出所　国勢調査（平成 22 年、総務省）、日本の地域別将来推計人口（平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所）

3.　急性期医療（病院）の密度

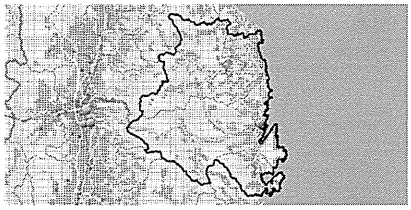
図表 3-7-4　急性期医療密度指数マップ[1]



図表 3-7-4 は、宮古医療圏の区画単位の「急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）」を示している。当該医療圏の「居住面積当たり急性期医療密度指数（人が居住している地域の平均急性期医療密度指数）」は 0.13（全国平均は 1.0）と非常に低く、急性期病床が分散しているエリアといえる。

[1] 「急性期医療密度指数」は、各 1 キロ㎡区画（メッシュ）で提供されている急性期入院医療の密度を可視化した指標である。病院の一般病床数と全身麻酔件数、各区画への距離に重みづけを行う。したがって、その病院の一般病床が多いほど、その病院が多くの全身麻酔手術を行うほど、また各区画から見て当該病院が近いほど指数は高くなる。複数の対象病院が近くにある区画は、複数の病院からの病床が加算される。全国平均を 1.0 とした。「赤系統」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回り、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」は平均を 20%以上下回る。「濃いオレンジ色」は平均の 10 倍以上の急性期医療密度で、医療密度が高い都市部に多い。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供の乏しい地域、「紺色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示す。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

図表 3-7-5　一人当たり急性期医療密度指数マップ[5]



図表 3-7-5 は、宮古医療圏の区画単位の「一人当たり急性期医療密度指数（住民一人当たりの急性期医療の提供能力）」を示している。地域の総医療提供能力を総人口で割ることにより求められる当該医療圏の「一人当たり急性期医療密度指数」は 0.84（全国平均は 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力は全国平均並みの医療圏といえる。

[5] 「一人当たり急性期病床指数」は、各 1 区画の住民一人当たりに提供される急性期入院医療の密度を可視化した指標で、図表 3-7-4 で示した急性期医療密度を各区画の人口で割ったものである。人口当たり急性期医療密度指数は、各区画の急性期医療密度が高いほど、また各区画の人口が少ないほど高くなる。急性期病院が多く急性期医療密度が高い地域でも、その地域の人口がそれ以上に多ければ、人口当たりの急性期医療密度指数は低くなる。全国平均を 1.0 とし、「非示唆」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」部分は提供密度が全国平均を 20%以上下回る、「濃いエンジ色」は日本の平均の 3 倍以上、「赤色」は 2 倍以上の区画であり、急性期医療の提供の過剰を示唆させる地域である。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供の乏しい地域であり、「緑色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

4.　推計患者数[6]

図表 3-7-6　宮古医療圏の推計患者数（5 疾病）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)				全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
悪性新生物	127	152	118	134	-6%	-12%			18%	13%
虚血性心疾患	16	60	16	59	2%	-1%			29%	26%
脳血管疾患	173	110	198	109	14%	0%			44%	28%
糖尿病	23	193	24	168	5%	-13%			31%	12%
精神及び行動の障害	246	165	215	132	-12%	-20%			10%	-2%

図表 3-7-7　宮古医療圏の推計患者数（ICD 大分類）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)				全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
総計（人）	1,253	6,088	1,288	5,160	3%	-15%			27%	5%
1　感染症及び寄生虫症	21	131	22	104	4%	-21%			28%	-3%
2　新生物	141	195	130	168	-8%	-14%			17%	10%
3　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	6	17	6	14	5%	-19%			32%	1%
4　内分泌、栄養及び代謝疾患	35	374	38	319	8%	-15%			35%	9%
5　精神及び行動の障害	246	165	215	132	-13%	-20%			10%	-2%
6　神経系の疾患	108	133	114	125	6%	-6%			32%	17%
7　眼及び付属器の疾患	11	259	11	230	-2%	-11%			20%	11%
8　耳及び乳様突起の疾患	2	93	2	76	-14%	-18%			9%	0%
9　循環器系の疾患	252	913	290	877	15%	-4%			44%	23%
10　呼吸器系の疾患	88	502	104	369	18%	-27%			46%	-11%
11　消化器系の疾患	60	1,036	61	814	0%	-21%			26%	-1%
12　皮膚及び皮下組織の疾患	15	191	16	153	7%	-20%			33%	-2%
13　筋骨格系及び結合組織の疾患	61	936	63	852	4%	-9%			31%	17%
14　腎尿路生殖器系の疾患	46	223	48	188	6%	-15%			32%	5%
15　妊娠、分娩及び産じょく	9	7	6	5	-31%	-31%			-24%	-21%
16　周産期に発生した病態	4	2	2	1	-50%	-50%			-49%	-49%
17　先天奇形、変形及び染色体異常	4	8	2	6	-53%	-27%			-19%	14%
18　症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	18	69	20	58	12%	-16%			38%	4%
19　損傷、中毒及びその他の外因の影響	120	245	132	196	10%	-20%			37%	-1%
20　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	6	590	6	475	-3%	-19%			4%	-1%

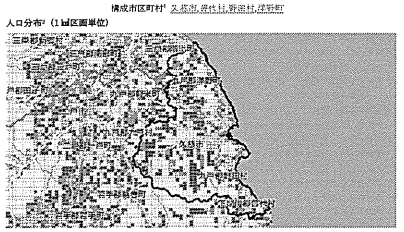
当該医療圏の 2011 年から 2025 年にかけての入院患者数の増減率は 3%(全国平均 27%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。外来患者数の増減率は-15%(全国 5%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。

[6] 推計患者数は、患者調査(2011 年)に基づき、5 疾病並びに ICD 大分類の入院・外来の年齢構成別受療率に当該医療圏の年齢構成別人口(2011 年・2025 年)を乗じて算出。出所：国勢調査(平成 22 年、総務省)、患者調査(平成 23 年、厚生労働省)、日本の地域別将来推計人口(平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所)

3-8.　久慈医療圏

構成市区町村[1]　久慈市,洋野町,野田村,洋野町

人口分布[2]（1 km区画単位）



[1] 日本医師会 JMAP(地域医療情報システム)で地域別の人口動態、医療機関、介護施設の情報を参照可能 http://jmap.jp/ ネットで閲覧の場、地域名をクリックするとリンク先に移動します。
[2] 久慈医療圏を 1 km区画（1 kmメッシュ）で分割した各区画内の居住人口。赤色系統は人口が多く（10,000 人超以上）、黄色系統は中間レベル（1,000～10,000 人超）、青色系統は人口が少ない（1,000 人超未満）、白色は非居住地。出所：国勢調査（平成 22 年、総務省）地図情報 GIS　MarketAnalyzer ver.3.7　地図　PAREA シリーズ

（久慈医療圏）　1.　地域ならびに医療介護資源の総括

（参照：資料編の図表）

地域の概要：　久慈（久慈市）は、総人口約 6 万人（2010 年）、面積 1077 ㎢、人口密度は 58 人/㎢の過疎地域型二次医療圏である。

久慈の総人口は 2015 年に 6 万人と増減なし（2010 年比±0%）、25 年に 5 万人へと減少し（2015 年比－17%）、40 年に 4 万人へと減少する（2025 年比－20%）と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 0.9 万人から 15 年に 1 万人へと増加（2010 年比＋11%）、25 年にかけて 1.1 万人へと増加（2015 年比＋10%）、40 年には 1.1 万人と変わらない（2025 年比±0%）ことが見込まれる。

医療圏の概要：　地域の中核となる病院があるが、急性期医療の提供能力は低く（全身麻酔数の偏差値 35-45）、盛岡や周辺医療圏への依存が強い医療圏である。急性期以後は、療養病床は不足気味だが、回復期病床は全国平均レベルである。

＊医師・看護師の現状：　総医師数が 39（病院勤務医数 42、診療所医師数 35）と、総医師数、病院勤務医、診療所医師はともに少ない。総看護師数 45 とやや少ない。

＊急性期医療の現状：　人口当たりの一般病床の偏差値 46 で、一般病床はやや少ない。久慈には、年間全身麻酔件数が 500 例以上の病院はない。全身麻酔数 35 と少ない。一般病床の流入－流出差が－26%であり、盛岡や周辺医療圏への患者の流出が多い。

＊療養病床・リハビリの現状：　人口当たりの療養病床の偏差値は 44 と少ない。療養病床の流入－流出差が－18%であり、周辺医療圏への患者の流出が多い。総療出士数は偏差値 40 と少なく、回復期病床数は偏差値 54 とやや多い。

＊精神病床の現状：　人口当たりの精神病床の偏差値は 54 とやや多い。

＊診療所の現状：　人口当たりの診療所数の偏差値は 36 と少ない。

＊在宅医療の現状：　在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は存在せず、在宅療養支援病院も存在しない。また、訪問看護ステーションは偏差値 25 と非常に少ない。

＊医療需要予測：　久慈の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 3%減少、2025 年から 40 年にかけて 14%減少と予測される。そのうち 0-64 歳の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 22%減少、2025 年から 40 年にかけて 31%減少、75 歳以上の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 8%増加、2025 年から 40 年にかけて 1%増加と予測される。

＊介護資源の状況：　久慈の総高齢者施設ベッド数は、1046 床（75 歳以上 1000 人当たりの偏差値 46）と全国平均レベルをやや下回る。そのうち介護保険施設のベッドが 806 床（偏差値 66）、高齢者住宅等が 240 床（偏差値 36）である。介護保険ベッドは全国平均レベルを大きく上回るが、高齢者住宅系は全国平均レベルを下回る。

75 歳以上 1000 人当たりベッド数偏差値は、老人保健施設 72、特別養護老人ホーム 61、介護療養型医療施設 42、有料老人ホーム 38、グループホーム 46、高齢者住宅 46 である。

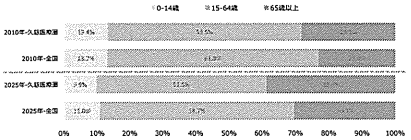
＊介護需要の予測：　介護需要は、2015 年から 25 年にかけて 7%増、2025 年から 40 年にかけて 2%減と予測される。

2.　人口動態(2010 年・2025 年)[3]

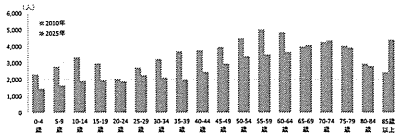
図表 3-8-1　久慈医療圏の人口増減比較

	久慈医療圏（人）					全国（人）				
	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)
人口総数	62,505	-	50,510	-	-19.3%	128,057,352	-	120,658,816	-	-5.8%
0-14歳	8,385	13.4%	4,992	9.9%	-40.5%	16,803,444	13.2%	13,240,417	11.0%	-21.2%
15-64歳	36,569	58.5%	26,039	51.5%	-28.8%	81,031,800	63.3%	70,344,912	58.7%	-13.2%
65歳以上	17,551	28.1%	19,488	38.6%	11.0%	29,246,685	23.0%	36,573,487	30.3%	25.1%
75歳以上	9,355	15.0%	11,089	22.0%	18.5%	14,072,210	11.1%	21,785,638	18.1%	54.8%
85歳以上	2,416	3.9%	4,391	8.7%	81.7%	3,794,933	3.0%	7,862,058	6.1%	94.0%

図表 3-8-2　久慈医療圏の年齢別人口推移（再掲）



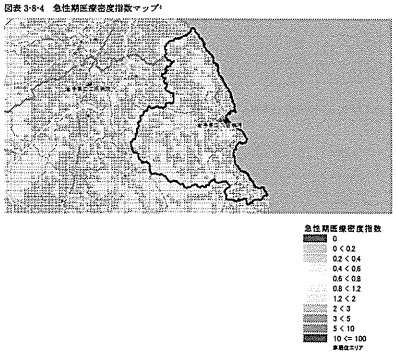
図表 3-8-3　久慈医療圏の 5 歳階級別年齢別人口推移



[3] 出所　国勢調査（平成 22 年、総務省）、日本の地域別将来推計人口（平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所）

3.　急性期医療（病院）の密度

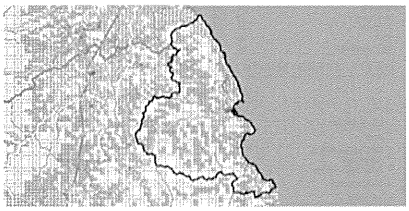
図表 3-8-4　急性期医療密度指数マップ[5]



図表 3-8-4 は、久慈医療圏の区画単位の「急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）」を示している。当該医療圏の「居住面積当たり急性期医療密度指数（人が居住している地域の平均急性期医療密度指数）」は 0.09（全国平均は 1.0）と非常に低く、急性期病床が分散しているエリアといえる。

[5] 「急性期医療密度指数」は、各 1 キロ㎡区画（メッシュ）で提供されている急性期入院医療の密度を可視化した指標である。病院の一般病床と全身麻酔件数、各区画への距離に重みづけを行う。したがって、その病院の一般病床が多いほど、その病院が多くの全身麻酔手術を行うほど、また各区画から見て当該病院が近いほど指数は高くなる。複数の対象病院が近くにある区画は、複数の病院からの病床が加算される。全国平均を 1.0 とした。「非示唆」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」は平均を 20%以上下回る、「濃いエンジ色」は平均の 10 倍以上の急性期医療密度で、医療密度が高い都市部に多い。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のとしい地域、「白色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示す。分析には GIS　MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

図表 3-8-5　一人当たり急性期医療密度指数マップ[7]



図表 3-8-5 は、久慈医療圏の区画単位の「一人当たり急性期医療密度指数（住民一人当たりの急性期医療の提供能力）」を示している。地域の総医療提供能力を総人口で割ることにより求められる当該医療圏の「一人当たり急性期医療密度指数」は 0.6（全国平均は 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力は低い医療圏といえる。

[7]「一人当たり急性期病床指数」は、各 1 区画の住民一人当たりに提供される急性期入院医療の密度を可視化した指標で、図表 3-8-4 で示した急性期医療密度を各区画の人口で割ったものである。人口当たり急性期医療密度指数は、各区画の急性期医療密度が高いほど、また各区画の人口が少ないほど高くなる。急性期病院が多く急性期医療密度が高い地域でも、その地域の人口がそれほど多ければ、人口当たりの急性期医療密度指数は低くなる。全国平均を 1.0 とし、「赤系統」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 30%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」部分は提供密度が全国平均を 30%以上下回る、「濃いオレンジ色」は日本の平均の 3 倍以上、「赤色」は 3 倍以上の区画である。急性期医療の提供の過剰を予想させる地域である。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のない地域であり、「紺色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。分析には GIS　MarketAnalyser ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

4.　推計患者数[6]

図表 3-8-6　久慈医療圏の推計患者数（5 疾病）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)		全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
悪性新生物	78	93	79	90	1%	-3%	18%	13%
虚血性心疾患	9	36	11	39	11%	7%	19%	26%
脳血管疾患	104	66	139	72	34%	9%	44%	20%
糖尿病	14	119	16	114	13%	-4%	31%	12%
精神及び行動の障害	135	110	147	92	9%	-16%	10%	-2%

図表 3-8-7　久慈医療圏の推計患者数（ICD 大分類）

	2011年		2025年		増減率(2011年比)		全国 増減率(2011年比)	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来	入院	外来
総数（人）	771	3,899	853	3,529	11%	-9%	27%	9%
1　感染症及び寄生虫症	13	87	14	72	15%	-12%	29%	-7%
2　新生物	86	122	97	114	1%	-7%	17%	10%
3　血液及び造血器の疾患及び免疫機構の障害	4	11	4	10	12%	-11%	32%	1%
4　内分泌、栄養及び代謝疾患	21	231	23	217	10%	-6%	33%	9%
5　精神及び行動の障害	135	110	147	92	9%	-16%	10%	2%
6　神経系の疾患	67	84	75	84	12%	0%	33%	17%
7　眼及び付属器の疾患	7	163	7	155	1%	-5%	30%	11%
8　耳及び乳様突起の疾患	1	60	1	52	-7%	-14%	9%	0%
9　循環器系の疾患	152	555	189	562	25%	3%	44%	23%
10　呼吸器系の疾患	54	348	68	282	27%	-19%	46%	-11%
11　消化器系の疾患	37	675	40	575	8%	-15%	26%	1%
12　皮膚及び皮下組織の疾患	9	127	11	107	16%	-15%	33%	-3%
13　筋骨格系及び結合組織の疾患	37	577	41	509	12%	-1%	31%	17%
14　腎尿路生殖器系の疾患	38	142	32	129	14%	-9%	32%	5%
15　妊娠、分娩及び産じょくの	7	5	5	4	-31%	-19%	-21%	-21%
16　周産期に発生した病態	3	1	2	1	-21%	-21%	-19%	-3%
17　先天奇形、変形及び染色体異常	3	5	2	4	-31%	-21%	-19%	-14%
18　症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	11	44	13	40	20%	-11%	38%	4%
19　損傷、中毒及びその他の外因の影響	73	163	87	137	18%	-16%	37%	-1%
20　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	4	304	4	329	-7%	15%	9%	-1%

当該医療圏の 2011 年から 2025 年にかけての入院患者数の増減率は 11%(全国平均 27%)で、全国平均よりも低い伸び率である。外来患者数の増減率は-9%(全国 5%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。

[6] 推計患者数は、患者調査(2011 年)に基づき、5 疾病並びに ICD 大分類の入院・外来の年齢構成別受療率に当該医療圏の年齢構成別人口(2011 年・2025 年)を乗じて算出。出所：国勢調査(平成 22 年、総務省)、患者調査(平成 23 年、厚生労働省)、日本の地域別将来推計人口(平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所)

資_図表 3-9　産婦士数と回復期病床数

二次医療圏	妊産婦士数	県内シェア	人口10万当り	偏差値＊全国は標準偏差	回復期病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値＊全国は標準偏差
全国	103,986		81	144	65,470		51	144
岩手県	908	0.9%	68	47	740	1.1%	56	51
盛岡	554	61%	115	58	426	58%	88	59
岩手中部	108	12%	47	43	154	21%	67	54
胆江	55	6%	39	40	0	0%	0	38
両磐	52	6%	38	40	41	6%	25	43
気仙	13	1%	19	38	0	0%	0	38
遠野	23	2%	43	41	0	0%	0	38
宮古	66	7%	77	51	76	10%	82	57
久慈	22	2%	35	40	43	6%	69	54
二戸	13	1%	21	37	0	0%	0	38

出典　平成23年病院報告　厚生労働省　平成23年12月　／　医療施設（静）病院調査　平成23年12月

資_図表 3-10　在宅医療施設（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション）

二次医療圏	在宅療養支援診療所	県内シェア	75歳以上1万人当り	偏差値＊全国は標準偏差	在宅療養支援病院	県内シェア	75歳以上1万人当り	偏差値＊全国は標準偏差	訪問看護ステーション	県内シェア	75歳以上1万人当り	偏差値＊全国は標準偏差
全国	14,417		10.2	(5.5)	693		0.6	(0.4)	7,825		5.6	(4.8)
岩手県	89	0.6%	4.8	40	5	0.6%	0.3	44	90	1.2%	4.7	45
盛岡	42	47%	7.7	51	3	60%	0.5	48	34	38%	6.2	54
岩手中部	24	27%	7.1	44	0	0%	0	40	15	17%	4.5	44
胆江	5	6%	2.3	35	0	0%	0	40	8	9%	3.8	39
両磐	9	10%	3.8	38	2	40%	0.8	53	14	16%	5.9	52
気仙	3	3%	2.4	36	0	0%	0	40	4	4%	3.2	37
遠野	3	3%	3.1	37	0	0%	0	40	3	3%	3.1	36
宮古	3	3%	[illegible]	[illegible]	0	0%	0	40	8	9%	[illegible]	[illegible]
久慈	0	0%	[illegible]	[illegible]	0	0%	0	40	1	1%	[illegible]	[illegible]
二戸	0	0%	[illegible]	[illegible]	0	0%	0	40	3	3%	[illegible]	[illegible]

出典　厚生労働省地域医療情報システム　地方厚生局　平成25年11月　／　厚生労働省地域医療情報システム　厚生労働省　平成25年11月　／　介護サービス情報公表システム　厚生労働省　平成25年12月

（二戸医療圏）　1.　地域ならびに医療介護資源の総括

（参照：資料編の図表）

地域の概要：　二戸（二戸市）は、総人口約 6 万人（2010 年）、面積 1100 ㎢、人口密度は 55 人/㎢の過疎地域型二次医療圏である。

二戸の総人口は 2015 年に 6 万人と増減なし（2010 年比±0%）、25 年に 5 万人へと減少し（2015 年比－17%）、40 年に 4 万人へと減少する（2025 年比－20%）と予想されている。一方、75 歳以上人口は、2010 年 1.1 万人から 15 年に 1.2 万人へと増加（2010 年比＋9%）、25 年にかけて 1.1 万人へと減少（2015 年比－8%）、40 年には 1.1 万人と変わらない（2025 年比±0%）ことが見込まれる。

医療圏の概要：　地域の中核となる病院があり、急性期医療の提供能力は低いが（全身麻酔数の偏差値 35-45）、盛岡への依存が比較的強い医療圏である。急性期以後は、療養病床は全国平均レベルであるが、回復期病床はない。

＊医師・看護師の現状：　総医師数が 42（病院勤務医数 47、診療所医師数 34）と、総医師数は少なく、診療所医師は非常に少ない。総看護師数 48 と全国平均レベルである。

＊急性期医療の現状：　人口当たりの一般病床の偏差値 48 で、一般病床は全国平均レベルである。二戸には、年間全身麻酔件数が 500 例以上の岩手県立二戸病院がある。全身麻酔数 39 と少ない。一般病床の流入－流出差が－19%であり、盛岡への患者の流出が多い。

＊療養病床・リハビリの現状：　人口当たりの療養病床の偏差値は 45 とやや少ない。療養病床の流入－流出差が－60%であり、周辺医療圏への患者の流出が多い。総療法士数は偏差値 37 と少なく、回復期病床数は存在しない。

＊精神病床の現状：　人口当たりの精神病床の偏差値は 55 とやや多い。

＊診療所の現状：　人口当たりの診療所数の偏差値は 37 と少ない。

＊在宅医療の現状：　在宅医療施設については、在宅療養支援診療所は存在せず、在宅療養支援病院も存在しない。また、訪問看護ステーションは偏差値 34 と非常に少ない。

＊医療需要予測：　二戸の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 8%減少、2025 年から 40 年にかけて 18%減少と予測される。そのうち 0-64 歳の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 24%減少、2025 年から 40 年にかけて 29%減少、75 歳以上の医療需要は、2015 年から 25 年にかけて 1%減少、2025 年から 40 年にかけて 7%減少と予測される。

＊介護資源の状況：　二戸の総高齢者施設ベッド数は、1087 床（75 歳以上 1000 人当たりの偏差値 41）と全国平均レベルを下回る。そのうち介護保険施設のベッドが 739 床（偏差値 51）、高齢者住宅等が 348 床（偏差値 39）である。介護保険ベッドは全国平均レベルであるが、高齢者住宅系は全国平均レベルを下回る。

75 歳以上 1000 人当たりベッド数偏差値は、老人保健施設 51、特別養護老人ホーム 57、介護療養型医療施設 39、有料老人ホーム 44、グループホーム 41、高齢者住宅 34 である。

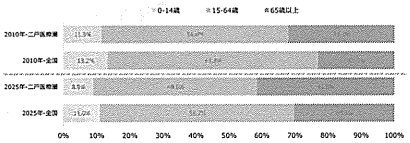
＊介護需要の予測：　介護需要は、2015 年から 25 年にかけて 1%減、2025 年から 40 年にかけて 9%減と予測される。

2.　人口動態(2010 年・2025 年)[3]

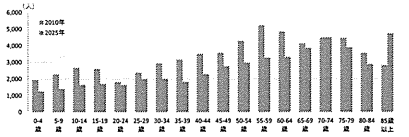
図表 3-9-1　二戸医療圏の人口増減比較

	二戸医療圏（人）					全国（人）				
	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)	2010年	構成比	2025年	構成比	2025年(2010年比)
人口総数	60,605	-	47,769	-	-21.2%	128,057,352	-	120,658,816	-	-5.8%
0-14歳	6,855	11.3%	4,254	8.9%	-37.9%	16,803,444	13.2%	13,240,417	11.0%	-21.2%
15-64歳	34,277	56.6%	23,684	49.6%	-30.9%	81,031,860	63.3%	70,844,912	58.7%	-12.6%
65歳以上	19,416	32.1%	19,829	41.5%	2.1%	29,245,665	23.0%	36,573,487	30.3%	25.1%
75歳以上	10,803	17.8%	11,479	24.0%	6.3%	14,072,210	11.1%	21,785,639	18.1%	54.8%
85歳以上	2,861	4.6%	4,723	9.9%	68.6%	3,794,933	3.0%	7,362,058	6.1%	94.0%

図表 3-9-2　二戸医療圏の年齢別人口推移（再掲）



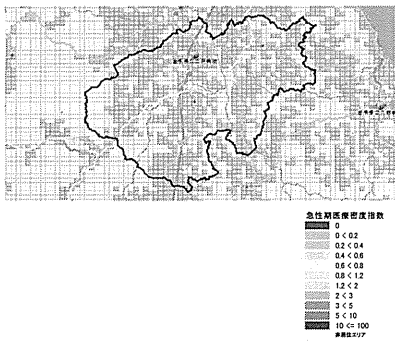
図表 3-9-3　二戸医療圏の 5 歳階級別年齢別人口推移



[3] 出所　国勢調査（平成 22 年、総務省）、日本の地域別将来推計人口（平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所）

3.　急性期医療（病院）の密度

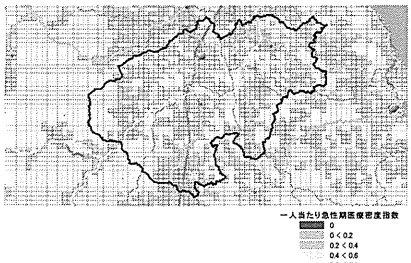
図表 3-9-4　急性期医療密度指数マップ[4]



図表 3-9-4 は、二戸医療圏の区画単位の「急性期医療密度指数（急性期医療の提供能力）」を示している。当該医療圏の「居住面積当たり急性期医療密度指数（人が居住している地域の平均急性期医療密度指数）」は 0.12（全国平均は 1.0）と非常に低く、急性期病床が分散しているエリアといえる。

[4]「急性期医療密度指数」は、各 1 キロ四区画（メッシュ）で提供されている急性期入院医療の密度を可視化した指標である。病院の一般病床数と全身麻酔件数、各区画への距離に重みづけを行う。したがって、その病院の一般病床が多いほど、その病院が多くの全身麻酔手術を行うほど、また各区画から見て当該病院が近いほど指数は高くなる。複数の対象病院が近くにある区画は、複数の病院からの病床が加算される。全国平均を 1.0 とした。「赤系統」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 30%以上上回り、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「薄い青色」は平均を 30%以上下回る。「濃いオレンジ色」は平均の 10 倍以上の急性期医療密度で、医療密度が高い都市部に多い。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のない地域。「紺色」の区画は車で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域。「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示す。分析には GIS　MarketAnalyser ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

図表 3-9-5 一人当たり急性期医療密度指数マップ[5]



図表 3-9-5 は、二戸医療圏の医圏単位の「一人当たり急性期医療密度指数（住民一人当たりの急性期医療の提供能力）」を示している。地域の総医療提供能力を総人口で割ることにより求められる当該医療圏の「一人当たり急性期医療密度指数」は 0.92（全国平均は 1.0）で、一人当たりの急性期医療の提供能力は全国平均並みの医療圏といえる。

[5] 「一人当たり急性期病床指数」は、各 1 区画の住民一人当たりに提供される急性期入院医療の密度を可視化した指標で、図表 3-9-4 で示した急性期医療密度を各区画の人口で割ったものである。人口当たり急性期医療密度指数は、各区画の急性期医療密度が高いほど、または区画の人口が少ないほど高くなる。急性期病院が多く急性期医療密度が高い地域でも、その地域の人口がそれ以上に多ければ、人口当たりの急性期医療密度指数は低くなる。全国平均を 1.0 とし、「未示範」は急性期医療が提供される密度が全国平均を 20%以上上回る、「緑色」は全国平均レベル、「黄色」と「濃い青色」部分は提供密度が全国平均を 20%以上下回る、「濃いコンジ色」は日本の平均の 3 倍以上、「赤色」は 2 倍以上の区画である。急性期医療の提供の過剰を予想させる地域である。一方、「灰色」の区画は急性期医療の提供のさしい地域であり、「紺色」の区画は率で 30 分以内に全身麻酔を行っている病院がない地域、「白色」で示された地域には、人が住んでいないことを示している。分析には GIS MarketAnalyzer ver.3.7 と PAREA シリーズを使用。

4. 推計患者数[6]

図表 3-9-6 二戸医療圏の推計患者数（5 疾病）

	2011年 入院	2011年 外来	2025年 入院	2025年 外来	増減率(2011年比) 入院	増減率(2011年比) 外来	全国 増減率(2011年比) 入院	全国 増減率(2011年比) 外来
急性新生物	84	100	79	90	-5.7%	-10.0%	18%	13%
虚血性心疾患	10	40	11	40	3%	1.1%	29%	26%
脳血管疾患	117	73	134	73	14%	0%	44%	28%
糖尿病	15	127	16	113	5%	-11.1%	31%	12%
精神及び行動の障害	162	109	145	89	-10.7%	-18.3%	10%	-2.1%

図表 3-9-7 二戸医療圏の推計患者数（ICD 大分類）

	2011年 入院	2011年 外来	2025年 入院	2025年 外来	増減率(2011年比) 入院	増減率(2011年比) 外来	全国 増減率(2011年比) 入院	全国 増減率(2011年比) 外来
総数（人）	839	3,994	868	3,447	3%	-13.7%	27%	5%
1 感染症及び寄生虫症	14	85	15	69	4%	-18.7%	28%	-7.7%
2 新生物	93	128	87	112	-6.4%	-12.5%	17%	10%
3 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	4	11	4	9	5%	-11.1%	32%	1%
4 内分泌、栄養及び代謝疾患	23	244	25	214	8%	-12.3%	35%	9%
5 精神及び行動の障害	162	109	145	89	-10.7%	-18.3%	10%	-2.1%
6 神経系の疾患	73	89	77	84	5%	-5.6%	32%	17%
7 眼及び付属器の疾患	8	171	7	154	-12.5%	-9.9%	20%	11%
8 耳及び乳様突起の疾患	2	60	1	50	-50.0%	-16.7%	5%	0%
9 循環器系の疾患	171	606	196	588	15%	-3.3%	44%	23%
10 呼吸器系の疾患	60	322	71	243	18%	-24.5%	46%	-1.7%
11 消化器系の疾患	40	676	41	546	1%	-19.4%	26%	-1.1%
12 皮膚及び皮下組織の疾患	10	125	11	102	7%	-18.7%	33%	-2.1%
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	41	621	42	568	4%	-8.5%	31%	17%
14 腎尿路生殖器系の疾患	31	147	33	126	6%	-14.3%	32%	5%
15 妊娠、分娩及び産じょく	6	5	4	3	-33.3%	-25.0%	24%	20%
16 周産期に発生した病態	2	1	1	1	-50.0%	-50.0%	-7.0%	8.7%
17 先天奇形、変形及び染色体異常	2	5	2	4	-33.3%	-20.0%	-11.0%	-11.1%
18 症状、徴候及び異常臨床所見異常検査所見で他に分類されないもの	12	45	14	39	12%	-13.3%	38%	4%
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	81	161	89	131	10%	-18.6%	37%	-1.2%
20 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	4	384	4	317	-4.9%	-17.4%	4%	-5.9%

当該医療圏の 2011 年から 2025 年にかけての入院患者数の増減率は 3%(全国平均 27%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。外来患者数の増減率は-14%(全国 5%)で、全国平均よりも非常に低い伸び率である。

[6] 推計患者数は、患者調査(2011 年)に基づき、5 疾病並びに ICD 大分類の入院・外来の年齢構成別受療率に当該医療圏の年齢構成別人口(2011 年・2025 年)を乗じて算出。出所：国勢調査(平成 22 年、総務省)、患者調査(平成 23 年、厚生労働省)、日本の地域別将来推計人口(平成 25 年、国立社会保障・人口問題研究所)

資料編 ― 当県ならびに二次医療圏別資料

資_図表 3-1 地理情報・人口動態[1]

二次医療圏	人口	県内シェア	面積	県内シェア	人口密度	地域タイプ	高齢化率	2010→40年 総人口増減率	2010→40年 75歳以上人口増減率
全国	128,057,352		377,923		343.4		23%	-16%	58%
岩手県	1,330,147	32位	15,279	2位	87.1		27%	-29%	22%
盛岡	481,699	36%	3,642	24%	132.3	地方都市型	22%	-21%	60%
岩手中部	230,509	17%	2,762	18%	83.4	地方都市型	27%	-27%	16%
胆江	141,071	11%	1,173	8%	120.3	通勤地域型	29%	-29%	12%
両磐	135,987	10%	1,320	9%	103.0	通勤地域型	30%	-36%	3%
気仙	70,227	5%	856	6%	78.9	通勤地域型	32%	-41%	1%
釜石	54,850	4%	642	4%	85.4	通勤地域型	34%	-46%	-14%
宮古	92,694	7%	2,672	17%	34.7	通勤地域型	32%	-42%	-2%
久慈	62,505	5%	1,077	7%	58.0	通勤地域型	28%	-37%	20%
二戸	60,605	5%	1,100	7%	55.1	通勤地域型	32%	-40%	-1%

出典 <2010年人口>平成22年国勢調査人口等基本集計 総務省統計局 平成23年10月
<面積>都道府県・市区町村別主要統計表 総務省統計局 平成22年
<2040年人口>日本の地域別将来推計人口 国立社会保障・人口問題研究所 平成25年3月

資_図表 3-2 病院数、診療所施設数

二次医療圏	病院数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差	診療所施設数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差
全国	8,565		6.7	(3.9)	100,250		78	(19.4)
岩手県	92	1.1%	6.9	51	918	0.9%	69	45
盛岡	39	43%	8.1	54	380	41%	79	50
岩手中部	13	14%	5.6	47	187	18%	76	49
胆江	10	11%	7.1	51	108	12%	76	49
両磐	10	11%	7.4	52	90	10%	66	44
気仙	3	3%	4.3	44	36	4%	54	38
釜石	5	5%	9.1	56	25	3%	[illegible]	[illegible]
宮古	5	5%	5.4	47	48	5%	52	36
久慈	4	4%	6.4	49	32	3%	51	36
二戸	3	3%	5.0	45	32	3%	53	37

出典 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月 / 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月

[1] 「地域の医療提供体制の現状と将来－都道府県別・二次医療圏別データ集(2013 年版)」を更新。ウェルネス・二次医療圏データベースシステム使用。

資_図表 3-3 病院総病床数、診療所病床数

二次医療圏	病院総病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差	診療所病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差
全国	1,578,254		1,232	(476)	125,599		98	(103)
岩手県	17,856	1.1%	1,242	52	1,930	1.5%	145	54
盛岡	7,712	43%	1,601	58	777	40%	161	58
岩手中部	2,488	14%	1,211	52	299	15%	130	53
胆江	1,672	9%	1,175	49	336	17%	238	63
両磐	1,716	10%	1,262	51	115	6%	[illegible]	[illegible]
気仙	683	4%	972	45	80	4%	114	51
釜石	973	5%	1,694	60	18	1%	29	44
宮古	1,263	7%	1,363	53	105	5%	113	51
久慈	683	4%	1,092	47	74	4%	118	52
二戸	730	4%	1,205	45	128	7%	211	61

出典 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月 / 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月

資_図表 3-4 診療所施設数（全体、無床、有床）

二次医療圏	診療所施設数（再掲）	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差	無床診療所施設数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差	有床診療所施設数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差
全国	100,250		78	(19.4)	90,556		71	(19.2)	9,596		7.5	(8.7)
岩手県	918	0.9%	69	45	775	0.9%	58	44	143	1.5%	10.8	55
盛岡	380	41%	79	50	319	41%	[illegible]	[illegible]	61	43%	12.7	58
岩手中部	167	18%	[illegible]	[illegible]	144	19%	[illegible]	[illegible]	23	16%	10.0	54
胆江	108	12%	[illegible]	[illegible]	85	11%	60	43	21	15%	14.9	61
両磐	90	10%	66	44	80	10%	59	43	10	7%	[illegible]	[illegible]
気仙	36	4%	54	38	32	4%	47	38	5	3%	[illegible]	[illegible]
釜石	25	3%	[illegible]	[illegible]	24	3%	44	36	1	1%	1.8	42
宮古	48	5%	52	36	39	5%	42	35	9	6%	9.7	53
久慈	32	3%	51	36	27	3%	43	36	5	3%	8.0	51
二戸	32	3%	53	37	24	3%	[illegible]	[illegible]	8	6%	13.2	58

出典 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月 / 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月 / 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月

資_図表 3-5 一般病床数、療養病床数、精神病床数

二次医療圏	一般病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差	療養病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差	精神病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差
全国	898,166		701	(221)	328,888		257	(199)	342,194		267	(206)
岩手県	10,601	1.2%	797	54	2,530	0.8%	195	47	4,490	1.3%	338	53
盛岡	4,532	43%	941	61	1,442	56%	299	52	1,708	38%	355	54
岩手中部	1,641	15%	712	50	149	6%	65	40	632	14%	274	50
胆江	957	9%	[illegible]	[illegible]	401	15%	284	51	275	6%	[illegible]	[illegible]
両磐	1,199	11%	882	58	110	4%	81	41	393	9%	289	51
気仙	411	4%	585	45	60	2%	85	41	198	4%	282	51
釜石	623	6%	[illegible]	[illegible]	102	4%	[illegible]	[illegible]	204	5%	373	53
宮古	461	4%	497	41	148	6%	[illegible]	[illegible]	640	14%	[illegible]	[illegible]
久慈	379	4%	[illegible]	[illegible]	85	3%	136	44	215	5%	344	54
二戸	398	4%	[illegible]	[illegible]	93	4%	153	45	225	5%	371	55

出典 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月 / 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月 / 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月

資_図表 3-6 救命救急センター数、がん診療拠点病院数、全身麻酔件数

二次医療圏	救急救命センター	県内シェア	人口100万当り	偏差値 +全国は標準偏差	がん診療拠点病院	県内シェア	人口100万当り	偏差値 +全国は標準偏差	全身麻酔件数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差
全国	265		2.1	(2.4)	397		3.1	(3.6)	2,577,228		2,013	(947)
岩手県	3	1.1%	2.3	51	9	2.3%	6.8	60	24,072	0.9%	1,810	48
盛岡	1	33%	2.1	50	2	22%	4.2	53	13,992	56%	2,780	58
岩手中部	0	0%	0	42	1	11%	4.3	53	2,864	16%	[illegible]	[illegible]
胆江	0	0%	0	42	1	11%	7.1	61	2,340	10%	[illegible]	[illegible]
両磐	0	0%	0	42	1	11%	7.4	62	1,116	5%	821	37
気仙	1	33%	[illegible]	[illegible]	1	11%	[illegible]	[illegible]	1,140	5%	[illegible]	[illegible]
釜石	0	0%	0	42	0	0%	0	41	460	2%	875	38
宮古	0	0%	0	42	1	11%	[illegible]	[illegible]	816	3%	880	38
久慈	1	33%	[illegible]	[illegible]	1	11%	[illegible]	[illegible]	360	1%	[illegible]	[illegible]
二戸	0	0%	0	42	1	11%	[illegible]	[illegible]	364	2%	931	39

出典 救急医学会 平成24年1月 / 独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報センター 平成24年1月 / 平成23年度厚生労働省 厚生労働省 平成23年10月

資_図表 3-7 医師数（総数、病院勤務医数、診療所医師数）

二次医療圏	総医師数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差	病院勤務医数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差	診療所医師数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差
全国	324,685		254	(89)	202,917		158	(64)	121,769		95	(31)
岩手県	2,928	0.9%	220	46	1,857	1.0%	147	48	971	0.8%	73	43
盛岡	1,492	51%	310	56	1,069	58%	222	50	423	44%	88	47
岩手中部	401	14%	174	41	223	12%	98	41	176	18%	76	44
胆江	265	9%	188	43	154	8%	109	42	111	11%	79	45
両磐	238	8%	174	41	148	8%	109	42	89	9%	65	40
気仙	109	4%	155	39	71	4%	101	41	38	4%	54	37
釜石	96	3%	175	41	68	3%	123	45	28	3%	52	36
宮古	120	4%	130	38	71	4%	76	37	50	5%	54	37
久慈	97	3%	155	39	68	3%	108	42	29	3%	[illegible]	[illegible]
二戸	112	4%	184	42	85	4%	[illegible]	[illegible]	27	3%	[illegible]	[illegible]

出典 病院勤務医数と診療所医師数の合計 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月 / 平成23年度厚生労働省 厚生労働省 平成23年10月

資_図表 3-8 看護師数（総数、病院看護師数、診療所看護師数）

二次医療圏	総看護師数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差	病院看護師数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差	診療所看護師数	県内シェア	人口10万当り	偏差値 +全国は標準偏差
全国	1,054,621		824	(271)	873,879		683	(228)	180,742		141	(71)
岩手県	11,497	1.1%	864	52	9,519	1.1%	716	51	1,977	1.1%	145	51
盛岡	5,130	45%	1,065	58	4,348	46%	902	60	784	40%	163	53
岩手中部	1,563	14%	678	45	1,261	13%	547	44	302	15%	[illegible]	[illegible]
胆江	1,025	9%	[illegible]	[illegible]	887	9%	[illegible]	[illegible]	137	7%	97	44
両磐	1,220	11%	897	53	926	10%	[illegible]	[illegible]	294	15%	216	61
気仙	424	4%	602	42	357	4%	508	42	67	3%	95	43
釜石	434	4%	900	53	444	5%	810	56	50	3%	91	43
宮古	752	7%	[illegible]	[illegible]	549	6%	[illegible]	[illegible]	203	10%	219	61
久慈	422	4%	675	45	364	4%	[illegible]	[illegible]	58	3%	92	43
二戸	468	4%	[illegible]	[illegible]	386	4%	[illegible]	[illegible]	83	4%	[illegible]	[illegible]

出典 病院看護師数と診療所看護師数の合計 平成24年医療施設調査 厚生労働省 平成24年10月 / 平成23年度厚生労働省 厚生労働省 平成23年10月

資_図表 3-9　療法士数と回復期病床数

二次医療圏	総療法士数	県内シェア	人口10万当り	偏差値＋全国は標準偏差	回復期病床数	県内シェア	人口10万当り	偏差値＋全国は標準偏差
全国	103,966		81	(44)	96,870		51	(44)
岩手県	808	0.9%	68	47	740	1.1%	56	51
盛岡	564	67%	119	59	426	58%	88	59
岩手中部	108	13%	47	42	154	21%	67	54
胆江	53	6%	39	40	0	0%	0	38
両磐	52	6%	38	40	41	6%	30	40
気仙	13	1%	19	36	0	0%	0	38
釜石	23	3%	42	41	0	0%	0	38
宮古	66	7%	71	48	76	10%	82	57
久慈	22	3%	35	40	43	6%	68	54
二戸	13	1%	21	37	0	0%	0	38

出典　平成23年病院報告　厚生労働省
平成23年10月

出典　全国回復期リハ病棟連絡協議会
平成23年1月

資_図表 3-10　在宅医療施設（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション）

二次医療圏	在宅療養支援診療所	県内シェア	人口1万人当り	偏差値＋全国は標準偏差	在宅療養支援病院	県内シェア	人口1万人当り	偏差値＋全国は標準偏差	訪問看護ステーション	県内シェア	人口1万人当り	偏差値＋全国は標準偏差
全国	14,417		10.2	(38.5)	889		0.6	(39.6)	7,829		5.6	(1.8)
岩手県	89	0.6%	4.8	40	5	0.6%	0.3	44	90	1.2%	4.7	45
盛岡	42	47%	7.7	51	3	60%	0.5	45	34	38%	6.2	54
岩手中部	24	27%	7.1	44	0	0%	0	40	13	17%	4.5	44
胆江	5	6%	2.3	35	0	0%	0	40	5	6%	3.8	39
両磐	9	10%	3.8	38	2	40%	0.8	53	14	16%	5.9	52
気仙	3	3%	2.4	36	0	0%	0	40	4	4%	3.3	37
釜石	3	3%	3.1	37	0	0%	0	40	3	3%	3.1	36
宮古	3	3%	[illegible]	[illegible]	0	0%	0	40	8	9%	5.1	45
久慈	0	0%	[illegible]	[illegible]	0	0%	0	40	1	1%	[illegible]	[illegible]
二戸	0	0%	[illegible]	[illegible]	0	0%	0	40	3	3%	[illegible]	[illegible]

出典　厚生労働省機関調査等　地方厚生局
平成23年11月

出典　厚生労働省機関調査等　地方厚生局
平成23年11月

出典　介護サービス情報公表システム　厚生労働省　平成23年12月

資_図表 3-11　総高齢者ベッド数、介護保険施設ベッド数、総高齢者在宅数

二次医療圏	総高齢者ベッド数	全国シェア	県内シェア	75歳以上1,000人当り	偏差値＋全国は標準偏差	介護保険施設ベッド数	全国シェア	県内シェア	75歳以上1,000人当り	偏差値＋全国は標準偏差	総高齢者在宅数	全国シェア	県内シェア	75歳以上1,000人当り	偏差値＋全国は標準偏差
全国	1,896,587			131	(33.2)	936,747			67	(12.5)	759,810			54	(20.5)
岩手県	20,271	1.1%		106	44	13,611	1.5%		71	53	6,660	0.9%		35	41
盛岡	7,064	35%		109	54	4,327	32%		79	60	2,737	41%		45	49
岩手中部	3,416	17%		100	49	2,343	17%		70	53	1,073	16%		32	39
胆江	2,252	11%		102	42	1,511	11%		68	51	741	11%		33	40
両磐	2,440	12%		104	43	1,666	12%		71	53	780	12%		33	40
気仙	906	4%		[illegible]	[illegible]	736	5%		59	44	168	3%		[illegible]	[illegible]
釜石	871	4%		89	38	619	5%		63	47	252	4%		26	36
宮古	1,161	6%		[illegible]	[illegible]	860	6%		86	64	301	5%		[illegible]	[illegible]
久慈	1,048	5%		127	53	608	4%		74	55	440	7%		54	58
二戸	1,087	5%		101	41	739	5%		68	51	348	5%		32	38

出典　岩村プランニング(平成23年1月データ)
介護保険施設(老健)(介護療養型医療施設)(特別養護老人ホーム)(特養)(認知症、介護療養病床)の合計

出典　岩村プランニング(平成23年1月データ)
老人保健施設(老健)(介護療養型医療施設)(特別養護老人ホーム)(特養)(認知症、介護療養病床)の合計

出典　岩村プランニング(平成23年1月データ)
有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、その他の合計

資_図表 3-12　老人保健施設（老健）収容数、特別養護老人ホーム（特養）収容数、介護療養病床数

二次医療圏	老人保健施設(老健)収容数	全国シェア	県内シェア	75歳以上1,000人当り	偏差値＋全国は標準偏差	特別養護老人ホーム(特養)収容数	全国シェア	県内シェア	75歳以上1,000人当り	偏差値＋全国は標準偏差	介護療養病床数	全国シェア	県内シェア	75歳以上1,000人当り	偏差値＋全国は標準偏差
全国	350,538		2%	(5.8)		501,496			36	(10.0)	84,714			6.0	(5.2)
岩手県	6,030	1.6%	3%	50		7,305	1.5%		38	53	856	0.8%		3.4	45
盛岡	1,834	30%	33	49		2,041	28%		38	53	431	50%		7.9	53
岩手中部	1,101	18%	32	54		1,155	16%		31	50	87	10%		2.6	44
胆江	517	9%	26	47		694	10%		40	55	100	12%		4.7	47
両磐	672	11%	28	50		973	13%		41	56	19	2%		0.8	40
気仙	233	4%	27	53		403	6%		46	61	0	0%		0	39
釜石	288	5%	29	54		331	5%		34	49	0	0%		0	39
宮古	281	5%	18	38		578	8%		37	52	0	0%		0	39
久慈	353	6%	[illegible]	[illegible]		435	6%		46	61	19	2%		2.0	42
二戸	274	5%	26	51		465	6%		43	57	0	0%		0	39

出典　岩村プランニング(平成23年1月データ)

出典　岩村プランニング(平成23年1月データ)

出典　岩村プランニング(平成23年1月データ)

資_図表 3-13　有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅

二次医療圏	有料老人ホーム	全国シェア	県内シェア	75歳以上1,000人当り	偏差値＋全国は標準偏差	グループホーム	全国シェア	県内シェア	75歳以上1,000人当り	偏差値＋全国は標準偏差	高齢者住宅	全国シェア	県内シェア	75歳以上1,000人当り	偏差値＋全国は標準偏差
全国	313,118			22.3	(18.7)	179,031			12.2	(5.9)	88,421			6.3	(4.0)
岩手県	1,850	0.6%		9.8	43	1,869	1.1%		9.9	46	699	0.8%		3.6	43
盛岡	1,157	63%		17.1	57	459	24%		6.4	44	369	53%		7.1	52
岩手中部	95	5%		2.8	38	368	19%		11.0	48	95	14%		2.8	41
胆江	181	10%		8.2	42	216	11%		9.7	45	122	17%		5.7	45
両磐	173	9%		7.4	41	304	16%		12.9	51	48	7%		2.0	39
気仙	0	0%		0	37	108	6%		8.3	44	0	0%		[illegible]	[illegible]
釜石	75	4%		7.7	41	113	6%		11.5	50	0	0%		[illegible]	[illegible]
宮古	21	1%		1.4	37	160	9%		10.7	47	0	0%		[illegible]	[illegible]
久慈	15	1%		1.6	38	80	3%		5.7	45	45	6%		4.7	44
二戸	131	7%		12.1	46	72	4%		6.7	41	0	0%		[illegible]	[illegible]

出典　岩村プランニング(平成23年1月データ)

出典　岩村プランニング(平成23年1月データ)

出典　岩村プランニング(平成23年1月データ)

資_図表 3-14　～64歳人口、75歳以上人口の推移

	総人口		2010年を100としたときの総人口		～64歳人口		2010年を100としたときの～64歳人口		75歳以上人口		2010年を100としたときの75歳以上人口	
二次医療圏	2025	2040	2025	2040	2025	2040	2025	2040	2025	2040	2025	2040
全国	120,599,980	107,420,200	94	84	64,142,531	56,759,974	86	76	21,775,015	22,232,154	155	158
岩手県	1,139,825	938,104	86	71	735,744	590,432	78	63	234,263	233,769	122	122
盛岡	441,523	362,014	92	76	301,246	236,572	81	64	78,299	87,853	145	163
岩手中部	201,820	169,318	85	73	132,614	105,766	79	63	40,165	38,601	129	124
胆江	120,791	99,876	86	71	77,168	60,912	77	61	25,327	24,728	114	112
両磐	111,268	87,410	82	64	68,022	50,812	72	54	25,014	24,259	106	103
気仙	54,397	41,248	77	58	31,787	21,953	68	47	13,582	12,636	112	103
釜石	40,140	29,389	73	54	23,427	16,173	65	45	10,041	8,414	103	88
宮古	71,597	53,425	77	58	42,238	29,725	67	47	17,731	15,245	115	98
久慈	59,510	39,079	81	53	31,022	21,864	69	48	11,009	11,180	119	120
二戸	47,769	34,117	79	60	27,940	19,820	65	46	11,479	10,642	106	98

出典　平成22年国勢調査人口等基本集計　総務省統計局　平成23年10月
日本の地域別将来推計人口　国立社会保障・人口問題研究所　平成23年3月

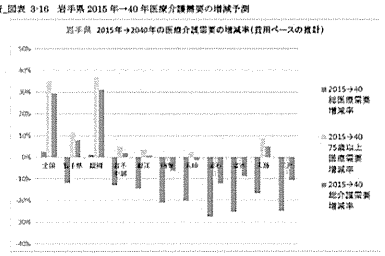
資_図表 3-15　2015年→25年→40年の医療・介護の需要予測

二次医療圏	地域タイプ	2015→25 総医療費増減率	2025→40 総医療費増減率	2015→25 0-64歳 医療費増減率	2025→40 0-64歳 医療費増減率	2015→25 75歳以上 医療費増減率	2025→40 75歳以上 医療費増減率	2015→25 総介護費増減率	2025→40 総介護費増減率
全国		6%	-2%	+7%	+10%	32%	2%	29%	2%
岩手県		-1%	-11%	-16%	-23%	12%	0%	10%	-2%
盛岡	地方都市型	4%	-3%	-12%	-20%	24%	11%	21%	9%
岩手中部	地方都市型	-2%	-11%	-12%	-21%	8%	-2%	7%	-4%
胆江	通勤地域型	-2%	-13%	-16%	-21%	6%	-2%	5%	-4%
両磐	通勤地域型	-7%	-13%	-20%	-26%	0%	-2%	-1%	-6%
気仙	通勤地域型	-3%	-13%	-20%	-31%	12%	-10%	10%	-11%
釜石	通勤地域型	-6%	-23%	-22%	-32%	9%	-16%	6%	-17%
宮古	通勤地域型	-6%	-21%	-22%	-30%	10%	-14%	2%	-15%
久慈	通勤地域型	-3%	-14%	-22%	-31%	8%	1%	7%	-2%
二戸	通勤地域型	-6%	-18%	-24%	-33%	-1%	-7%	-1%	-8%

出典　平成22年国勢調査人口等基本集計　総務省統計局　平成23年10月
日本の地域別将来推計人口　国立社会保障・人口問題研究所　平成23年3月
平成22年度 介護統計最新情報報告　厚生労働省
平成22年度 国民医療費 厚生労働省

※ここでの医療費等とは医療費の予測は実際ベースに年齢別別の人口増加を加味したものであり、入りの医療費増率、介護サービス受給率が平成 22 年時と変わらないことを前提に算出している。

資_図表 3-16　岩手県 2015年→40年医療介護需要の増減率予測



平成26年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発促進研究事業)
研究課題：持続可能な広域医療情報連携ネットワークシステムの構築に関する研究(課題番号：H26・医療-指定-036)
2014.10.7 第2回班会議

気仙医療連携システムの構築に向けた取り組みと課題

未来かなえネット作業部会座長
岩手県立大船渡病院院長
伊藤達朗

今日の予定

- 気仙の現状と将来
- 未来かなえ協議会発足
- ICT推進作業部会
- 構想と課題

わたしたち、けせんのアイドルです!!

大船渡市・おおふなトン　陸前高田市・たかたのゆめちゃん　住田町・すみっこ

気仙の現状と将来

東北地方太平洋沖地震に係る人的被害・建物被害状況（気仙地域）

岩手県総務部総合防災室
平成26年4月30日現在

	死者数(人)			行方不明者数(人)		負傷者数(人)	家屋倒壊数(棟)
	直接死	関連死	計		死亡届の受理件数		
陸前高田市	1,556	43	1,599	207	203	不明	4,045
大船渡市	340	77	417	79	75	不明	3,937
岩手県	4,672	441	5,113	1,132	1,119		25,706

死者数のうち、直接死は岩手県警調べ、関連死は岩手県復興局調べ
家屋倒壊数は、前回および半回数を計上

2市で2182人犠牲となる

大船渡・陸前高田市の人口減少

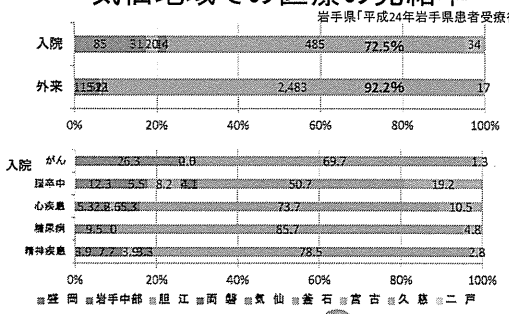
	2010年	2013年	減少率(%)	2040年	減少率(%)
大船渡市	40,737	38,674	5.0	24,969	38.7
陸前高田市	23,300	19,509	16.2	13,088	43.8
沿岸部	274,086	252,780	7.7	159,950	41.6
県全体	1,330,147	1,294,453	2.6	938,104	29.4

社人研による推計

震災・津波後5,854人減少している。

気仙地域での医療の完結率

岩手県「平成24年岩手県患者受療行動調査」



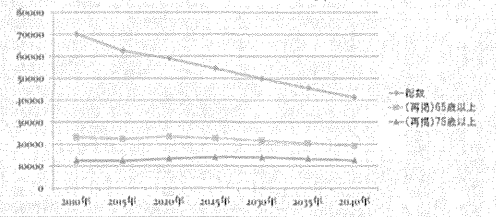
Iwate Prefectural Ofunato Hospital

気仙の医療と介護の現状

- 盛岡への医療資源の集中、勤務医：盛岡57%、気仙4%
  看護師：盛岡45%、気仙4%　療法士：盛岡59%、気仙2%
- 2035年の医療・介護需要予測を2010年対比でみると・・・・
  総医療需要
  岩手県全体：4%減少、盛岡：10%増加、気仙：13%減少
  総介護需要予測
  岩手県全体：23%増加、盛岡：52%増加、気仙：10%増加
- 療養病床、回復期病床は全国平均を下回る。75歳1000人あたりベッド数では61床と全国平均の2/3以下
- 介護保険施設、特養が全国平均を下回る。高齢者住宅、有料老人ホーム、グループホーム数は県内最低

Iwate Prefectural Ofunato Hospital

気仙地域の人口推計

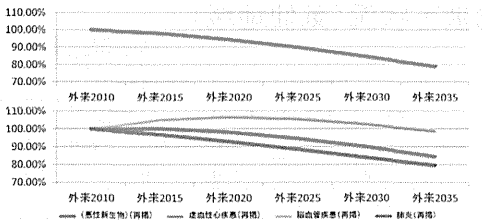


- ✓ 人口は徐々に減少
- ✓ 高齢者人口は2020年に最大になるが、あまり変化ない
- ✓ 高齢化率は徐々に上昇し、2040年には50%まで上昇

➢ 就労者、介護者の減少 → □健康寿命の延長 □高齢者の活用 □少子化対策

気仙地域の外来患者数の変化予測

気仙圏域傷病合計(外来)

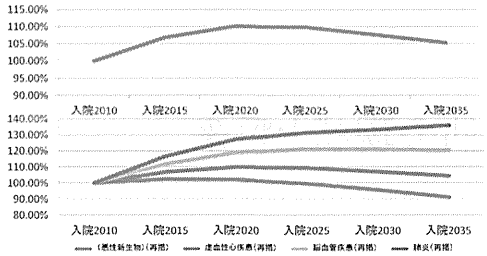


東京医科歯科大学院　医療政策情報学分野　教授　伏見　清秀

Iwate Prefectural Ofunato Hospital

気仙地域の入院患者数の変化予測

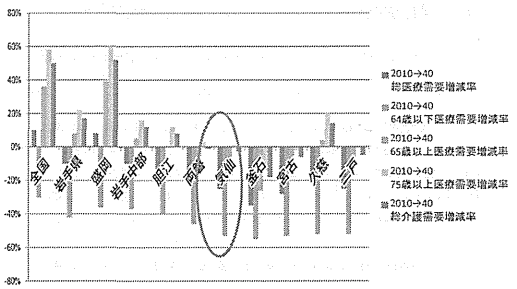
気仙圏域全傷病(入院)



東京医科歯科大学院　医療政策情報学分野　教授　伏見　清秀

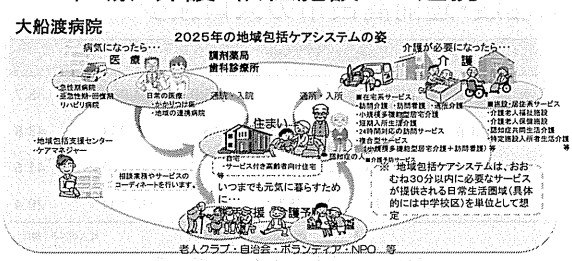
Iwate Prefectural Ofunato Hospital

岩手県における2010年→2040年の医療・介護需要の増減



高橋泰編「地域の医療提供体制　現状と将来 -都道府県別・二次医療圏データ集-」(2013年3月)

医療・介護・福祉施設との連携



多職種との対話促進による情報共有と関係再構築

Iwate Prefectural Ofunato Hospital

地域包括ケアにおける気仙の課題

- それぞれの職種、施設、団体間に信頼関係が希薄
- 住宅事情が悪い
- 介護者が少ない・高齢化…若者の流出
- 市民が医療、介護や地域包括ケアについて知識が少ない
- 急性期病院から退院先の施設が少ない
- 在宅を担う医師も少ない…絶対的医師不足、高齢化
- 介護・福祉施設が少ない
- 看護師、リハビリ療法士、介護士などが少ない

医療の流れに対し先手を打つ

- 細分化から統合
- 業態の変化
- ダウンサイジング

丸山泉

これからの気仙の医療・介護の方向性

1. 地域の社会環境・生活環境を一刻も早く改善
   - ✓ 街創り・・・安心して出産・子育て、仮設住宅から復興住宅へ
   - ✓ 市民への情報発信
2. 急性期病院からの家庭復帰への環境整備
   - ✓ 地域包括ケア病棟、慢性期病床、在宅医療の整備・・・適正な病床
   - ✓ リハビリテーション機能の強化（回復期・維持期）
3. 介護福祉施設を整備・充実
   - ✓ 介護従事者の確保
   - ✓ 施設での看取り
4. 在宅医療の確保
   - ✓ 介護者の育成、確保・・・GP養成
   - ✓ 在宅での看取り
5. 医療者・介護者・市民・自治体の意識改革…対話
   - ✓ 地域チーム医療・介護福祉との連携強化・・・IPW
   - ✓ 地域医療ネットワークの構築・・・ICT

協働・変革・対話
IPW・ICT

自助・互助・共助・公助

Iwate Prefectural Ofunato Hospital

未来かなえ協議会発足

労働力とは

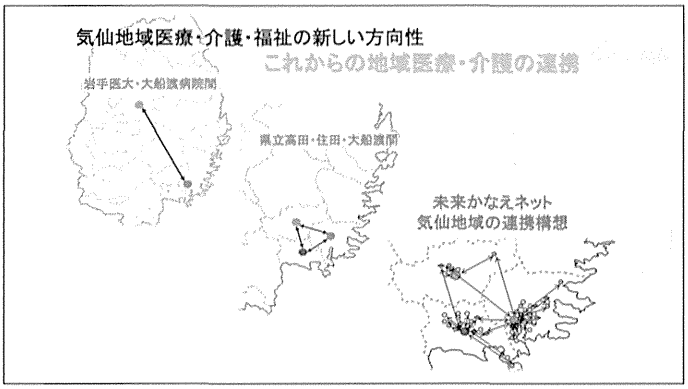
労働力＝頭数×能力×生産性

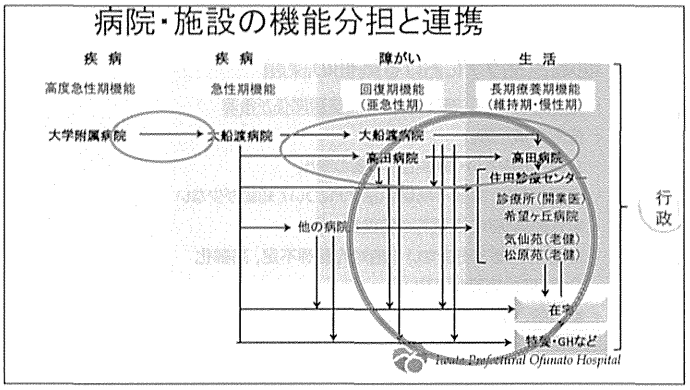
頭数＝中高年層、子育て終了者、若い人
能力＝介護専門性の向上、キャリアパス構築
生産性＝ＩＣＴ、ロボット

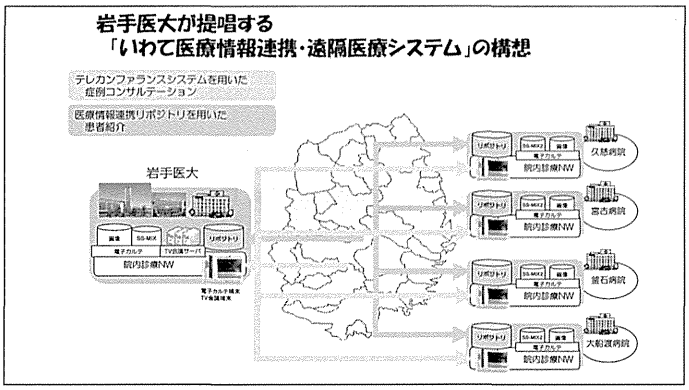
武内和久

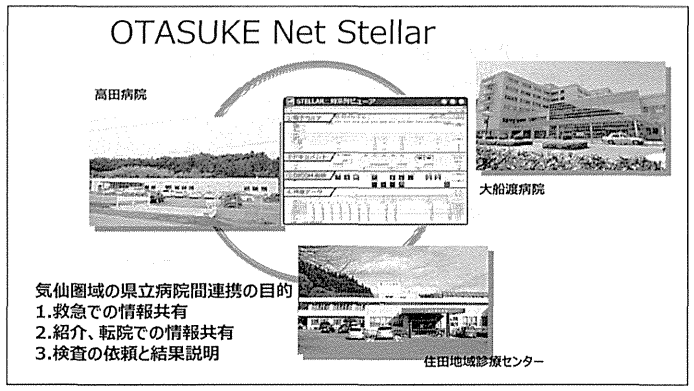
気仙広域環境未来都市　医師会先導
医療・介護・保健・福祉　連携協議会発足　2012年

復興庁「新しい東北」先導モデル事業に採択された。（2013年9月）
①協議会の基盤を整備し、ICTによる連携システム構築を目指す。・・・医療再生基金活用
②行政側に対して規制緩和を促し、医療職・介護職の定着を図る。
復興庁「新しい東北」に継続申請・・・内容の整理おこなう（2014年3月）
①名称を『未来かなえ協議会』に変更
②助っ人コロニーによる医療など専門職の被災地誘致事業
③気仙ジェネラル・パートナー(GP)養成事業
④ICTによる連携システムの構築・・・病診、介護、在宅、救急、健診等









昨年度までの協議会の問題点

①総合コンサルタントの方針、人員が何度も変わり、一貫性がない。
②2年間で実質的成果、プロダクトがない。
③職種別代表者による協議による決定。
④プレゼンテーションに実務担当者の少ない参加。
⑤協議会、行政、現場に大きい温度差。

今年度協議会の動き

① 3市町首長との意見交換会の開催
② 組織変更
- ICT推進作業部会の発足：実務者レベルの作業部会
  メンバー：三師会、介護、訪看、病院、行政(3市町、保健所)
- 多職種でのワークショップ形式でプロダクトを発表
- プロダクトをもとにICTの構想を練る
- 職種間の連携強化も視野に入れる

③ 総合コンサルトとの切り離し