

愛知県地域医療構想（案）〈概要版〉

1 策定の趣旨

- 急速に少子高齢化が進行する中、平成37年(2025年)にはいわゆる団塊の世代が75歳以上となり、**医療や介護を必要とする高齢者が大幅に増加**。
- 高齢化の進行に伴い、**医療ニーズの増加**・慢性的な疾病や複数の疾病を抱える患者の増加による**疾病構造の変化**が見込まれている。
- こうした状況に対応するため、平成26年6月に医療介護総合確保推進法が制定され、**都道府県は「地域医療構想」を策定し、平成37年(2025年)における地域の医療提供体制の姿を明らかにし、その地域にふさわしいバランスのとれた病床の機能の分化と連携を推進**する。

2 本県の人口見通し及び医療資源等の状況

(1)人口の見通し

- 本県の総人口は、平成25年(2013年)を1とした場合、平成37年(2025年)には0.99、平成52年(2040年)には0.92に減少するが、**全国よりも緩やかな減少率**。
- 65歳以上人口は、平成37年(2025年)には1.18、平成52年(2040年)には1.35に、また、**75歳以上人口は、平成37年(2025年)には1.57、平成52年(2040年)には1.62に増加し、全国を上回る増加率**。

| 区分 | 総人口 | | |
|-----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 平成25年 | 平成37年 | 平成52年 |
| 全国 | 127,298,000 (1.00) | 120,658,000 (0.95) | 107,276,000 (0.84) |
| 愛知県 | 7,434,996 (1.00) | 7,348,135 (0.99) | 6,855,632 (0.92) |

| 区分 | 65歳以上人口 | | | 75歳以上人口 | | |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 平成25年 | 平成37年 | 平成52年 | 平成25年 | 平成37年 | 平成52年 |
| 全国 | 31,898,000 (1.00) | 36,573,000 (1.15) | 38,678,000 (1.21) | 15,603,000 (1.00) | 21,786,000 (1.40) | 22,230,000 (1.42) |
| 愛知県 | 1,647,063 (1.00) | 1,943,329 (1.18) | 2,219,223 (1.35) | 741,801 (1.00) | 1,165,990 (1.57) | 1,203,230 (1.62) |

(2)医療資源の状況

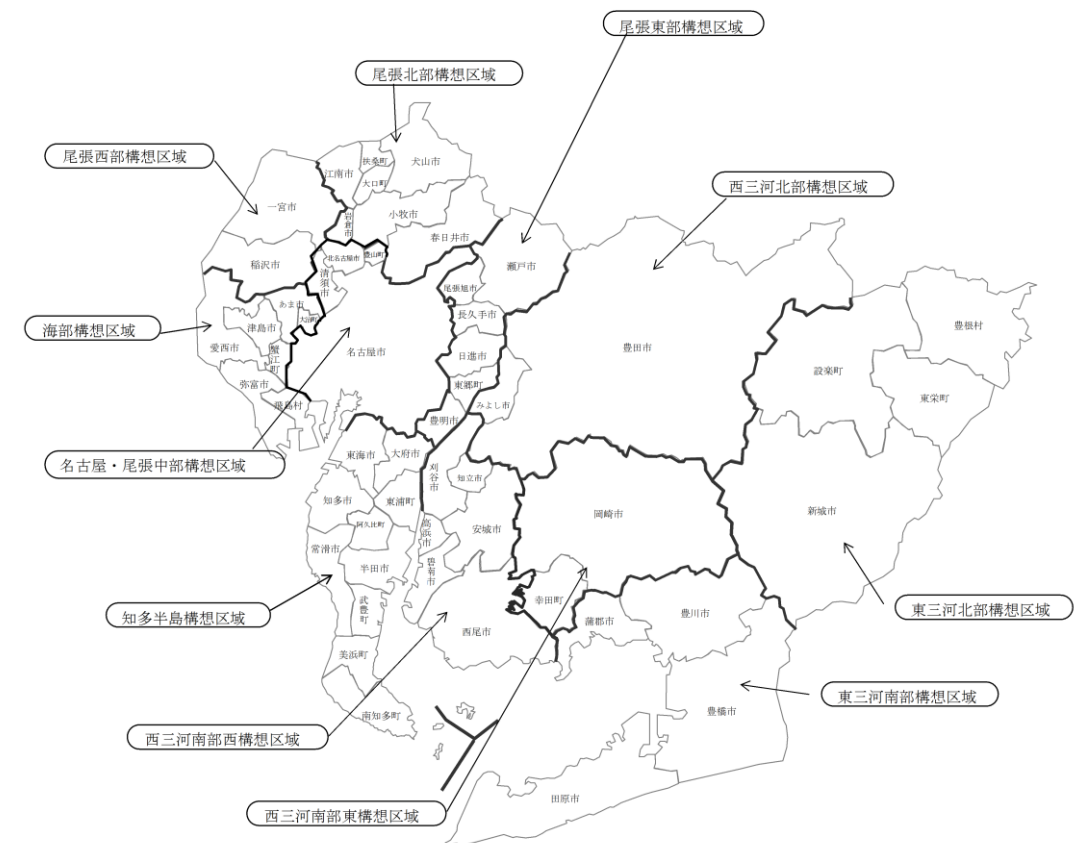
- 人口10万対の病院等の医療施設数、病床数及び医療施設従事者数は全国よりも低い水準。
- 病床100床対の医療施設従事医師数及び病院従事看護師数は全国を上回る。
- 救命救急センター数は全国で2番目の設置数。

| 区分 | 全国① | 愛知県② | ②/① |
|----------|-----------|--------|-------|
| 病院数 | 8,540 | 325 | — |
| 人口10万対 | 6.7 | 4.4 | 65.7% |
| 診療所数 | 100,528 | 5,259 | — |
| 有床診療所 | 9,249 | 408 | — |
| 人口10万対 | 7.3 | 5.5 | 75.3% |
| 歯科診療所数 | 68,701 | 3,707 | — |
| 人口10万対 | 54.0 | 49.9 | 92.4% |
| 病院病床数 | 1,537,772 | 67,579 | — |
| 人口10万対 | 1,236.3 | 908.9 | 73.5% |
| 一般病床数 | 897,380 | 40,437 | — |
| 人口10万対 | 704.9 | 543.9 | 77.2% |
| 療養病床数 | 328,195 | 13,806 | — |
| 人口10万対 | 257.8 | 185.7 | 72.0% |
| 精神病床数 | 339,780 | 13,010 | — |
| 人口10万対 | 266.9 | 175.0 | 65.6% |
| 有床診療所病床数 | 121,342 | 4,801 | — |
| 人口10万対 | 95.3 | 64.6 | 67.8% |

| 区分 | 全国① | 愛知県② | ②/① |
|----------------------|------------|----------|--------|
| 医療施設従事医師数 | 288,850 | 14,712 | — |
| 人口10万対 | 226.5 | 197.9 | 87.4% |
| 病床100床対 | 17.0 | 20.3 | 119.4% |
| 医療施設従事歯科医師数 | 99,659 | 5,410 | — |
| 人口10万対 | 78.2 | 72.8 | 93.1% |
| 薬局・医療施設従事薬剤師数 | 205,716 | 10,525 | — |
| 人口10万対 | 161.3 | 141.6 | 87.8% |
| 病院従事看護師数 | 747,009 | 36,145 | — |
| 人口10万対 | 586.8 | 486.1 | 82.8% |
| 病床100床対 | 47.5 | 49.9 | 105.1% |
| 特定機能病院 | 84 | 4 | — |
| 救命救急センター数 | 271 | 22 | — |
| 面積(km ²) | 377,972.28 | 5,169.83 | — |

3 構想区域の設定

- 尾張中部医療圏は面積が著しく小さく患者の多くが名古屋医療圏へ流出していることから**名古屋医療圏と統合して1つの構想区域とする**。
- 他は現状の2次医療圏をそれぞれ**構想区域として設定**。



4 各構想区域の状況及び課題

(1) 名古屋・尾張中部構想区域

- 人口は県全体と同様に減少。65歳以上人口は増加し、**県全体より増加率は高い**。
- 病院数が多く、大学病院が2病院、救命救急センターが6か所ある。人口10万対の病院の一般病床数や医療従事者数は県平均を大きく上回っており、**医療資源が豊富**。
- 名古屋医療圏は入院患者の**自域依存率が高い**。また、他の2次医療圏や県外からの患者の**流入が多い**。
- 高度な医療を広域に支える役割**があり、他の構想区域との適切な連携体制を構築していく必要がある。

(2) 海部構想区域

- 人口は平成52年(2040年)に向け減少し、**減少率は県全体より高い**。
- 65歳以上人口は増加するが、**県全体より増加率は低い**。
- 人口10万対の病院の病床数について、**一般病床数は県平均より少なく、療養病床数は県平均より多い**。
- 入院患者の**自域依存率が低く**、名古屋医療圏へ多くの患者が流出。
- 緊急性の高い救急医療について、**名古屋・尾張中部構想区域との連携体制を維持**していく必要がある。

(3) 尾張東部構想区域

- 人口は平成37年(2025年)には**微増**し、平成52年(2040年)には**微減**する。
- 65歳以上人口は増加し、**県全体より増加率は高い**。
- 大学病院が2病院、救命救急センターが3か所ある。人口10万対の病院の一般病床数や精神病床数、医師数や看護師数は県平均を大きく上回っており、**医療資源が豊富**。
- 高度な医療を広域に支える役割**があり、他の構想区域との連携体制を維持していく必要がある。

(4) 尾張西部構想区域

- 人口は平成52年(2040年)に向け減少し、**減少率は県全体より高い**。
- 65歳以上人口は増加するが、**県全体より増加率は低い**。
- 人口10万対の**療養病床数は、県平均を大きく下回る**。
- 入院患者の**自域依存率は、慢性期がやや低いものの、他の機能区分は高い水準**にある。
- 診療制限をしている病院の割合が高い**が、関係機関の連携でカバーされており、今後も見守っていく必要がある。

(5) 尾張北部構想区域

- 人口は県全体と同様に減少。
- 75歳以上人口は平成37年(2025年)には大きく増加し、その後、**平成52年(2040年)には減少**。
- 人口10万対の病院数は県平均を下回るが、**有床診療所数は県平均を大きく上回る**。
- 入院患者の**自域依存率が高い**。また、県外からの流入も多く見られる。
- 回復期機能の病床を確保**する必要がある。

(6) 知多半島構想区域

- 人口は県全体と同様に減少。
- 65歳以上人口は増加するが、**県全体より増加率は低い**。
- 人口10万対の**病院の病床数及び医療従事者は県平均を下回り、特に療養病床数が非常に少ない**。
- 入院患者の**自域依存率が低い**。名古屋医療圏や西三河南部西医療圏へ多くの患者が流出。
- 構想区域内で治療困難な特殊症例の対応等について、**他の区域との適切な連携体制を構築**していく必要がある。

(7) 西三河北部構想区域

- 人口は平成37年(2025年)には**微増**し、平成52年(2040年)には**微減**する。
- 65歳以上人口は**県全体の増加率を大きく上回って増加**。
- 人口10万対の**病院の病床数は県平均を下回り、特に療養病床数が少ない**。
- 入院患者の**自域依存率が高い**。
- 平成52年(2040年)まで見据えた**医療提供体制**を中・長期的に考えていく必要がある。

(8) 西三河南部東構想区域

- 人口は平成37年(2025年)までは**横ばい**で推移し、平成52年(2040年)には**減少**する。
- 65歳以上人口は増加し、**県全体より増加率は高い**。
- 人口10万対の**病院の病床数及び医療従事者は県平均を下回り、特に一般病床数が少ない**。
- 入院患者の**自域依存率が低く**、主に西三河南部西医療圏へ患者が流出。
- 平成52年(2040年)まで見据えた**医療提供体制**を中・長期的に考えていく必要がある。

(9) 西三河南部西構想区域

- 人口は平成37年(2025年)には**微増**し、平成52年(2040年)には**微減**する。
- 65歳以上人口は**県全体の増加率を上回って増加**。
- 人口10万対の病院の病床数について、**療養病床数は県平均より多く、精神病床数は県平均を大きく下回る**。
- 入院患者の**自域依存率が高く**、また、近隣の2次医療圏からの流入が多い。
- 平成52年(2040年)まで見据えた**医療提供体制**を中・長期的に考えていく必要がある。

(10) 東三河北部構想区域

- 人口は平成52年(2040年)に向け大きく減少。
- 65歳以上人口は平成37年(2025年)には**微増**し、**平成52年(2040年)には減少**する。
- 人口10万対の病院の病床数について、**療養病床数は県平均を大きく上回り、精神病床は未整備**である。
- 入院患者の**自域依存率が低く**、東三河南部医療圏へ多くの患者が流出。
- へき地医療、救急医療及び在宅医療の充実のため、医療従事者確保と区域内医療機関の連携を進める必要がある。

(11) 東三河南部構想区域

- 人口は平成52年(2040年)に向け減少し、**減少率は県全体より高い**。
- 65歳以上人口は増加するが、**県全体より増加率は低い**。
- 人口10万対の**病院の病床数は県平均を上回り、特に療養病床数が非常に多い**。
- 入院患者の**自域依存率が高い**。
- 療養病床が多い**ため、不足する**機能への転換**を図るとともに、**在宅医療への移行**を進める必要がある。

5 必要病床数の推計

(1) 構想区域ごとの医療需要の推計

- 高度急性期・急性期・回復期機能の医療需要については、平成25年度(2013年度)のレセプトデータや将来推計人口等に基づき、病床の機能区分ごとに1日当たりの入院患者数を推計する。機能区分ごとの医療需要は、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高で換算した値により推計する。
- 慢性期機能の医療需要については、療養病床の入院受療率の全国格差が大きいことから、入院受療率の地域差を解消するための目標を定め、長期で療養を要する患者のうち一定割合を在宅医療等に移行する前提で算定する。

(2) 都道府県間の医療需要の調整

- 1日当たり10人以上の患者の流入・流出が見込まれる岐阜県、三重県、静岡県、東京都、福岡県と協議を行い、医療機関所在地の医療需要として算出することで調整。

(3) 構想区域間における入院患者の流入・流出の調整

- 本県においては、現在の医療提供体制が変わらないと仮定し、現在の流入・流出の状況が平成37年(2025年)も続くものとして、医療機関所在地ベースで必要病床数を推計する。

(4) 必要病床数の推計

- 平成37年(2025年)の医療機関所在地ベースの医療供給量を病床の稼働率で除して得た数を、各構想区域における病床の必要量とする。

(単位 床)

| 構想区域 | 機能区分 | 平成37年における 病床の必要量 (必要病床数推計) |
|----------|-------|----------------------------------|
| 名古屋・尾張中部 | 高度急性期 | 2,885 |
| | 急性期 | 8,067 |
| | 回復期 | 7,509 |
| | 慢性期 | 3,578 |
| | 計 | 22,039 |
| 海部 | 高度急性期 | 192 |
| | 急性期 | 640 |
| | 回復期 | 772 |
| | 慢性期 | 377 |
| | 計 | 1,981 |
| 尾張東部 | 高度急性期 | 799 |
| | 急性期 | 2,309 |
| | 回復期 | 1,374 |
| | 慢性期 | 786 |
| | 計 | 5,268 |
| 尾張西部 | 高度急性期 | 407 |
| | 急性期 | 1,394 |
| | 回復期 | 1,508 |
| | 慢性期 | 613 |
| | 計 | 3,922 |
| 尾張北部 | 高度急性期 | 565 |
| | 急性期 | 1,822 |
| | 回復期 | 1,789 |
| | 慢性期 | 1,209 |
| | 計 | 5,385 |
| 知多半島 | 高度急性期 | 319 |
| | 急性期 | 1,108 |
| | 回復期 | 1,209 |
| | 慢性期 | 674 |
| | 計 | 3,310 |

| 構想区域 | 機能区分 | 平成37年における 病床の必要量 (必要病床数推計) |
|--------|-------|----------------------------------|
| 西三河北部 | 高度急性期 | 368 |
| | 急性期 | 1,128 |
| | 回復期 | 990 |
| | 慢性期 | 578 |
| | 計 | 3,064 |
| 西三河南部東 | 高度急性期 | 231 |
| | 急性期 | 706 |
| | 回復期 | 902 |
| | 慢性期 | 486 |
| | 計 | 2,325 |
| 西三河南部西 | 高度急性期 | 585 |
| | 急性期 | 1,703 |
| | 回復期 | 1,770 |
| | 慢性期 | 940 |
| | 計 | 4,998 |
| 東三河北部 | 高度急性期 | 19 |
| | 急性期 | 103 |
| | 回復期 | 70 |
| | 慢性期 | 75 |
| | 計 | 267 |
| 東三河南部 | 高度急性期 | 537 |
| | 急性期 | 1,633 |
| | 回復期 | 1,587 |
| | 慢性期 | 1,457 |
| | 計 | 5,214 |
| 愛知県合計 | 高度急性期 | 6,907 |
| | 急性期 | 20,613 |
| | 回復期 | 19,480 |
| | 慢性期 | 10,773 |
| | 計 | 57,773 |

(5) 在宅医療等の必要量の推計

(単位 人/日)

| 構想区域 | 区分 | 医療需要 | | 構想区域 | 区分 | 医療需要 | |
|----------|-------------------|--------|--------|--------|-------------------|--------|--------|
| | | 平成25年度 | 平成37年 | | | 平成25年度 | 平成37年 |
| 名古屋・尾張中部 | 在宅医療等 | 26,736 | 43,976 | 西三河北部 | 在宅医療等 | 2,163 | 3,782 |
| | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 18,847 | 30,570 | | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 1,015 | 1,686 |
| 海部 | 在宅医療等 | 1,812 | 2,997 | 西三河南部東 | 在宅医療等 | 2,378 | 3,724 |
| | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 791 | 1,220 | | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 1,219 | 1,827 |
| 尾張東部 | 在宅医療等 | 4,021 | 7,092 | 西三河南部西 | 在宅医療等 | 3,810 | 6,054 |
| | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 2,745 | 4,630 | | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 1,957 | 2,912 |
| 尾張西部 | 在宅医療等 | 3,750 | 5,950 | 東三河北部 | 在宅医療等 | 728 | 877 |
| | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 2,260 | 3,591 | | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 325 | 419 |
| 尾張北部 | 在宅医療等 | 4,999 | 8,522 | 東三河南部 | 在宅医療等 | 4,982 | 8,329 |
| | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 3,026 | 5,000 | | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 2,288 | 3,201 |
| 知多半島 | 在宅医療等 | 4,345 | 6,542 | 愛知県合計 | 在宅医療等 | 59,724 | 97,845 |
| | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 2,622 | 3,955 | | (再掲)在宅医療等のうち訪問診療分 | 37,095 | 59,011 |

6 本構想を実現するための方策

(1) 基本的な考え方

- 各構想区域ごとに設置する地域医療構想推進委員会(仮称)などの場を活用し、医療機関の自主的な取組を促すとともに、医療機関相互の協議を行う。
- 病床の機能の分化と連携等を推進するため、地域医療介護総合確保基金を積極的に活用する。

(2) 今後の主な方策

ア 病床の機能の分化及び連携の推進

- 病床機能報告などを活用し、各医療機関が担っている病床機能を把握する。
- 不足する病床機能が充足できるよう病床の転換等を支援する。
- ICT(情報通信技術)を活用した地域医療ネットワーク基盤の整備を推進する。
- 医療機関の機能分化と相互連携を推進するため、病診連携システムの整備を推進する。

イ 在宅医療の充実

- 24時間365日対応可能な在宅医療提供体制の構築を推進する。
- 市町村が行うICT(情報通信技術)による在宅医療連携システムの導入を支援する。
- 市町村が主体となり、医療福祉従事者がチームとなって患者・家族をサポートする体制を支援する。
- 地域包括ケアシステムの構築を図る。

ウ 医療従事者の確保・養成

- 大学と連携した医師の育成、医師不足の病院等への派遣強化を図り、医師の地域偏在の解消を図る。
- 医療勤務環境改善支援センターを設置し、働きやすい職場づくりに取り組む医療機関を支援する。
- 認知症サポート医の養成等を進め、認知症の容態に応じた適切な医療・介護の提供を行う。
- 「チーム医療」に対応できるよう資質の高い保健医療従事者の養成を推進する。

エ その他の取組

- 生活習慣病の発症予防と早期発見に取り組み、将来の医療需要の増加を抑制する。
- 国民皆保険を堅持し続けていくため、医療費適正化計画を着実に推進する。