

医療・介護レポート

「安心して暮らせるちばの再構築～ちばの医療・介護の将来に向けて」

〇はじめに

わが国では高齢化が急速に進行しており、高齢者が主なサービスの受け手となる医療・介護サービスへのニーズも必然的に急増している。特に、戦後一貫して多くの若い転入者を受け入れてきた千葉県は、10年10月国勢調査での平均年齢が44.3歳（全国で8番目に若い）と相対的に見ればまだ比較的「若い県」といえるが、30年後の2040年には51.5歳（13年3月国立社会保障・人口問題研究所が公表した人口推計より当社が算出）となり、裏を返せば将来的にはそれだけ急速かつ確実に高齢者が増加することになる。それだけに、千葉県にとって、将来を見据えた医療・介護サービスの体制整備は喫緊の課題であり、その対応を急ぐ必要がある。

こうした状況を踏まえ、本レポートではまず、今後千葉県の医療・介護サービスにおける人と施設の「量」に焦点を当て、「病床過不足数」、「医師一人・1日当たり入院・外来患者数」、「介護施設定員過不足数」、「介護職員一人当たり介護者数」の4つの項目について、2040年までの推計値の算出を行った。具体的には、現状のサービス供給体制を維持するとした場合に、医療・介護需要が増大する将来の県内医療、介護現場の状態について、12年10月に千葉銀行が実施した30年後の千葉県人口推計調査（3パターン）をベースに算出している。その結果、30年後の2040年には「病床不足数」の例では、千葉県全体で最も楽観的な場合で2,224床、最も悲観的な場合では7,372床となった。この状況を県内の地域ごとに見ると、高齢者の増加スピードが高まる都市部では不足幅が急増する一方、郡部では不足幅は少ないか、充足する見通しとなった。郡部の背景には、地域の人口減少に伴う患者数の減少があるが、この点は医師や看護師等の圏域外への流出により病院や介護施設の運営に支障が出る恐れにつながり、地域の医療・介護体制を維持していく上で大きな課題ともなる。

今回の推計作業で30年後の千葉県の医療・介護現場は一層厳しい状況になることが明らかになったが、本レポートでは、こうした厳しい状況を少しでも和らげる方法はないかや、医療・介護の枠組みを超えて全体としてどのように対応していくのがよいか、などについて調査を進めた。その結果、ちばの医療・介護の将来に向けて、①高齢社会に対応する医療・介護に関する長期ビジョンの策定とその共有化、②長期ビジョンを前提とした医療・介護サービスの充実に向けた体制づくり、③千葉県の特性を活かした、健康を中核に据えたまちづくりの推進、の3つ提言することとした。県や自治体をはじめ、医療・介護関係者にはできるものから早急に取り組んでその状況を県民に幅広く周知して欲しい。高齢化の進展に伴う医療・介護現場の問題が、今回の推計結果で明らかになったように待ったなしの厳しい状況にあり、これに対して本気で地域が一体となって最優先で取り組むべきことを改めて強く感じた次第である。

本レポートが、千葉県内の医療・介護関係のみならず、幅広い方々に今後の方向性や対応策を考えるうえで少しでも参考になれば幸いである。

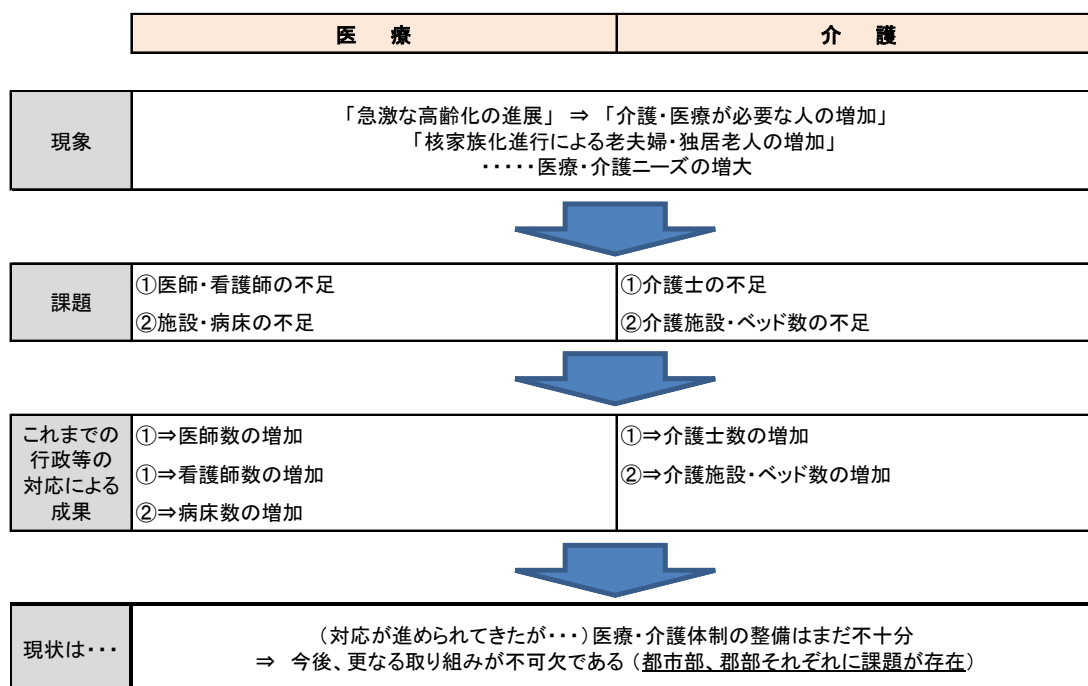
1. 県内の医療・介護分野の現状と課題

近年千葉県内では、高齢化が急速に進展している。2000年に84万人だった65歳以上の高齢者人口は、わずか10年後の2010年には134万人と6割近く増加し、またこの間、全人口に占める高齢者の比率も14.1%から21.5%へと急激に上昇した。

県内では高齢化の急速な進展と、核家族化の進行による老夫婦や独居老人の増加などから、医療・介護分野のニーズが増大している。供給側も対応を進めてはいるものの、需要増のスピードが速いため、供給が需要ニーズの増大に追い付かない状態に陥っており、医療や介護の現場では、サービスを提供する「人」や「施設」が十分ではないという切実な声が多く聞かれる。

こうした点を踏まえ、以下では県内の医療・介護分野の現状と課題について、人と施設の「量」に焦点を当てて整理する。

○医療・介護分野の現状の整理



○二次保健医療・高齢者福祉圏域

圏域	構成自治体
千葉	千葉市
東葛南部	市川市、船橋市、習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、浦安市
東葛北部	松戸市、野田市、柏市、流山市、我孫子市
印旛	成田市、佐倉市、四街道市、八街市、印西市、白井市、富里市、酒々井町、栄町
香取海匠	銚子市、旭市、匝瑳市、香取市、神崎町、多古町、東庄町
山武長生夷隅	茂原市、東金市、勝浦市、山武市、いすみ市、大網白里市、九十九里町、芝山町、横芝光町、一宮町、睦沢町、長生村、白子町、長柄町、長南町、大多喜町、御宿町
安房	館山市、鴨川市、南房総市、鋸南町
君津	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市
市原	市原市

(1) 医療分野

① 医師・看護師数

千葉県内の医療機関等に従事する医師数は、06年：9,662人→10年：10,584人（06年比922人増、9.5%増）と増加し、また人口10万対医師数も、06年：153.5人→10年164.3人（同10.8人増、7.0%増）と増加している。同様に看護師数も、06年：26,656人→10年：32,552人（同5,896人増、22.1%増）、人口10万対就業看護師数も06年：438.9人→10年：523.7人（同84.8人増、19.3%増）と大幅に増加している。

県及び県内の医療関係者は、医師・看護師の養成や確保、定着促進のために、これまでさまざまな取り組みを行っており、そうした活動が近年の医師・看護師の増加につながっているものと考えられる。

○千葉県が実施している医療分野の「人の確保」に関する主な事業

■医師確保対策事業	1.確保対策	・千葉県医師修学資金貸付制度 ・医師キャリアアップ・就職支援センター事業
	2.定着促進対策	・産科等確保支援事業 ・女性医師等就労支援事業
■看護師確保対策事業	1.養成力の拡充強化対策	・看護学校施設・設備整備事業 ・看護師等修学資金貸付事業
	2.定着促進対策	・病院内保育施設運営費補助

（出所）千葉県HPよりちばぎん総合研究所が作成

もっとも、人口10万人当たりのこれらの数値を都道府県別（2010年の統計）にみると、千葉県の医師数は164.3人と全国順位では45位（下から3番目）で、全国平均の219.0人には遠く及ばない状況にあり、就業看護師数も523.7人と全国平均の744.0人を大きく下回り、全国順位も46位（下から2番目）となっており、それぞれになお不足が目立ち、全国でもワーストクラスの状況にある。

② 病床数

病床数については、県内自治体の病床数増加申請への認可が進んだことから、06年の43,649床から10年には48,482床へと4,833床増加（11.1%増）した（千葉県保健医療計画における既存病床数）。これに伴う人口10万対病床数（一般病床）も06年：533.4床→10年：544.3床と増加（2.0%増）している

ただし、人口10万当たりの病床数をみると、やはり全国平均の705.6床を大きく下回っており、都道府県順位も45位（下から3番目）となっている。

人口当たりの医師・看護師数等の数値は、千葉県と同じ首都圏にある神奈川県（10年人口10万対医師数：187.8人で39位、同看護師数：569.2人で45位）や埼玉県（同：142.6人で47位、同：486.9人で47位）でも少ない状況にある。首都圏の3県は、高度成長期を中心に多くの転入者を受け入れてきた経緯があり、医療体制の整備が

人口の増加に追いついてこなかったとみられる。3 県はこれまでは相対的に見て高齢者の比率が少ない「若い県」であったため、こうした状況はさほど大きな問題として認識されてこなかったように思われる。なお、東京都は、生活・交通面の利便性が高いこと、医科系大学数が多いこと、などを背景に同医師数は 285.4 人と全国で 2 番目に高い水準となっている。

○千葉県医師数、看護師数、病床数等の推移

	06年	07年	08年	09年	10年			06年比
					全国平均	全国順位		
医師数(従業地別)【人】	9,662	—	10,228	—	10,584	—	—	922
人口10万対医師数【人】	153.5	—	161.0	—	164.3	219.0	45	10.8
看護師数【人】	26,656	—	29,373	—	32,552	—	—	5896
人口10万対就業看護師数【人】	438.9	—	479.8	—	523.7	744.0	46	84.8
病院数【施設】	287	287	284	284	283	—	—	▲ 4
基準病床数【床】	43,649	—	—	—	48,482	—	—	4833
人口10万対 病院病床数(一般病床)【床】	533.4	547.7	547.2	552.5	544.3	705.6	45	10.9

(出所)厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「介護サービス施設・事業所調査」、千葉県「保健医療計画」

○1 都 3 県の人口 10 万対病院病床数（一般病床）・医師数・就業看護師数の推移

(単位:人、床)

	千葉県			東京都			神奈川県			埼玉県		
	病院病床数(一般病床)	医師数	就業看護師数	病院病床数(一般病床)	医師数	就業看護師数	病院病床数(一般病床)	医師数	就業看護師数	病院病床数(一般病床)	医師数	就業看護師数
06年	533.4	153.5	438.9	656.3	265.5	577.6	540.7	172.1	475.5	490.0	135.5	407.6
08年	547.2	161.0	479.8	641.8	277.4	606.8	527.5	181.3	515.8	489.1	139.9	445.0
10年	544.3	164.3	523.7	625.4	285.4	653.8	514.7	187.8	569.2	484.3	142.6	486.9
全国順位	45	45	46	40	2	42	46	39	45	47	47	47
06年比	10.9	10.8	84.8	▲ 30.9	19.9	76.2	▲ 26.0	15.7	93.7	▲ 5.7	7.1	79.3

(出所)厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、「介護サービス施設・事業所調査」

(参考) 最近の県内における病院診療科の廃止・病院設置等の動向

近年の病院数の推移をみると、06年：287病院⇒10年：283病院と▲4病院減少した。具体的には、この4年間で開設した医療機関は東葛南部・北部を中心に9先に上った一方、閉鎖した病院は、都市部・郡部に関係なく13病院に及んだ。閉鎖した病院のなかには、医師の高齢化や減少、人口減少に伴う患者数の減少で経営が維持できなくなった先もあるようだ。

最近の県内病院における診療科の廃止状況をみても、06年4月から13年5月にかけて県内病院の約4分の1にあたる72病院で149診療科が廃止となった。このうち6割以上の45病院91診療科では、廃止の理由を「医師の退職」や「専門医の不在」、「医師の採用見込みなし」、等による医師不足としている。また医師不足を理由に廃止した診療科には、産科、婦人科、小児科などが目立っている。地域別には、都市部、郡部に関係なく、県内全域にわたっている。

県内における医師不足（県全体では医師の数が増加しているのにも関わらず、医師確保が難しい状況）や患者数（人口）減少に伴う病院の経営環境悪化は既に顕在化しているといえる。

また、救命救急センターの普及状況をみると、これまで圏域内に立地していなかった山武・長生・夷隅圏域において、14年4月に東千葉メディカルセンターが開業予定となっているが、市原圏域では依然として立地していない。

○病院における診療科の廃止・開設状況（2006年4月～10年3月末）

医療圏域	廃止病院数	新設病院数	増減
千葉	2	0	▲2
東葛南部	1	3	2
東葛北部	3	4	1
印旛	0	0	0
香取海匝	0	0	0
山武長生夷隅	2	1	▲1
安房	1	0	▲1
君津	2	1	▲1
市原	2	0	▲2
千葉県全体	13	9	▲4

（出所）千葉県医療整備課資料をもとにちばぎん総合研究所が作成。

○病院における診療科の廃止状況（2006年4月以降）

医療圏域	病院数	主な理由	医師不足を理由として廃止した主な科目
千葉	4(1)	医師不足など	産科
東葛南部	22(15)	医師不足、診療科目の縮小など	婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、小児科など
東葛北部	20(10)	医師不足、患者減少など	小児科、皮膚科、産婦人科など
印旛	10(8)	医師不足、患者減少など	麻酔科、心療内科、神経科、産婦人科など
香取海匝	5(4)	医師不足、患者減少など	眼科、皮膚科、呼吸器科、産科など
山武長生夷隅	5(3)	医師不足、診療所へ移行など	胃腸科、婦人科、産婦人科
安房	2(1)	医師不足、患者数減少など	婦人科
君津	3(2)	医師不足、患者数減少	心療内科、放射線科、泌尿器科など
市原	1(1)	医師不足	麻酔科
千葉県全体	72(45)	—	—

（注）1. 出所：千葉県医療整備課資料をもとにちばぎん総合研究所が作成。

2. 13年5月1日時点。

3. カッコ内は医師不足により診療科を廃止した病院数。

(2) 介護分野

① 高齢者福祉施設従業者数

県内の近年の高齢者福祉施設（指定介護老人福祉施設、介護老人保健福祉施設、介護療養型医療施設）の従業者数（常勤換算数）の動きをみると、06年：17,036人→10年：17,429人（06年比393人増、2.3%増）と小幅な増加にとどまっている。

全般的に雇用情勢が厳しい中で、医療・介護分野では求人者数が求職者数を上回っている（千葉県13年5月の有効求人倍率＝全体：0.57倍、医療・福祉分野：1.69倍）。介護職は「業務が重労働な割に賃金が安い」とのイメージがあり、「需要があるにもかかわらずなかなか人が集まらない」（県内福祉施設関係者）という状態にあるといえる。

○県内の高齢者福祉3施設で勤務している従業者数

	06年	07年	08年	09年	10年	06⇒10年 増加数	06⇒10年 増加率
千葉県の高齢者福祉施設従業者数 （常勤換算数）【人】	17,036	17,559	17,837	17,332	17,429	393	2.3%

（出所）厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

② 指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム等）施設数・入所定員数

県内の指定介護老人福祉施設の施設数・入所定員数の動きをみると、施設数は06年：202施設⇒13年：313施設（06年比111施設増、55.0%増）、入所定員数も06年：13,987人⇒13年：19,958人（同5,971人増、42.7%増）と最近7年間でそれぞれ4割以上の増加となっている。

これだけ大幅に増加しているものの、厚生労働省が公表している介護サービス施設・事業所調査によると、10年中の千葉県の65歳以上人口10万対定員数は1,011.9人で、都道府県別では全国47位（最下位）となっている。

医療分野と同様に、千葉県では介護分野でも体制の整備が高齢者の増加に追いついていないことがみてとれる。

○県内特別養護老人ホームの施設数と入所定員数の推移

	06年	09年	10年	11年	12年	13年	06⇒10年 増加数	06⇒10年 増加率	09⇒13年 増加数	09⇒13年 増加率
施設数【施設】	202	228	234	239	268	313	32	15.8%	85	37.3%
入所定員数【人】	13,987	15,136	15,484	16,075	18,042	19,958	1,497	10.7%	4,822	31.9%

（出所）06年：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、09年以降：千葉県高齢者福祉課の資料より作成

（参考）福祉圏域別要介護（支援）認定者数の割合

県内における高齢者に占める要介護（支援）認定者数（2010年10月現在）の割合をみると、前期高齢者が3.6%、後期高齢者が26.1%となっている。

圏域別には、前期高齢者では、千葉、市原圏域の4.0%が最も高く、後期高齢者では、千葉圏域の27.4%が最も高く、次いで、東葛北部（27.1%）、市原（27.1%）圏域が続いている。前期高齢者、後期高齢者とも印旛、香取・海匝、山武・長生・夷隅圏域の割合が低い。

○県内の前期高齢者・後期高齢者に占める認定者の割合

◆要介護（支援）認定者数の割合

（単位：%）

圏域	前期高齢者に 占める認定者	後期高齢者に 占める認定者
千葉	4.0	27.4
東葛南部	3.5	26.8
東葛北部	3.6	27.1
印旛	3.2	25.4
香取海匝	3.4	22.5
山武長生夷隅	3.4	24.1
安房	3.5	26.8
君津	3.8	25.9
市原	4.0	27.1
千葉県全体	3.6	26.1

（注）1. 出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告」

2. 2010年10月現在

2. 県内の医療・介護分野の将来見通し～病床過不足数等の推計結果

前記1でみてきたように、県内では、医療・介護分野の充実に向けて、これまでさまざまな取り組みが行われてきた結果、医師数や看護師数、病床数、介護施設数の増加といった成果が出てきている。しかしこれらの水準は、全国比では現状でも低位であり、今後の急速な高齢化進展が予想される中で、更なる体制の整備を急ぐ必要がある。

今回、こうした将来の動向を把握するために、医療分野では「病床過不足数」「医師一人・1日当たり入院・外来患者数」、介護分野では「介護施設定員過不足数」「介護職員一人当たり介護者数」の4項目について、2040年までの推計作業を行った。

◇推計の概要

【推計項目】

○医療分野 ①「病床過不足数」 ②「医師一人・1日当たり入院・外来患者数」

○介護分野 ③「介護施設定員過不足数」 ④「介護職員一人当たり介護者数」

*①②③は県全体と圏域別に推計。④は圏域別の数値がないため、県全体の数値のみ推計

【推計の根拠となる将来人口】

○2012年10月に㈱千葉銀行が実施した、2010年10月国勢調査をもとにした将来人口推計結果(3パターン)。これをベースにして3パターン(推計①～③)の想定需要量等を算出。

	2010年 国勢調査	2040年推計結果					
		推計1		推計2		推計3	
	人口(人)	人口(人)	10年比増加率	人口(人)	10年比増加率	人口(人)	10年比増加率
総人口	6,216,289	6,235,155	0.3%	5,627,098	-9.5%	5,305,410	-14.7%
うち老年人口	1,338,094	2,194,205	64.0%	2,119,911	58.4%	2,000,136	49.5%
高齢化率	21.5%	35.2%	—	37.7%	—	37.7%	—

(出所)千葉銀行「千葉県の将来人口の動向と変化を踏まえた今後の対応策」

【推計手法】

	推計項目	推計手法
医療関係	病床過不足数	① 供給量:現在の「保健医療計画」(13年5月)で想定されている既存病床数(48,325床) ② 需要量:各年の「男女別・年齢階層別将来人口推計×入院の受療率」の合計を算出 ③ 過不足数:①－②で算出
	医師一人・1日当たり患者数	① 各年の「男女別・年齢階層別将来人口推計×入院の受療率」で、入院患者数を算出 これを医師数で除し、医師1人・1日当たりの入院患者数を算出 ② 各年の「男女別・年齢階層別将来人口推計×外来の受療率」で、外来患者数を算出 これを医師数で除し、医師1人・1日当たりの外来患者数を算出 (注)2010年の医師数がその後も横ばいで推移すると仮定。
介護関係	介護施設定員過不足数	① 供給量:現在の「千葉県高齢者福祉計画」(12年3月)で想定されている、2014年度までの必要定員総数分までは見込み、その後は増加しないものと仮定(10年:29,191人⇒15年以降:41,818人) ② 需要量:将来人口推計から算出した、各年の要介護2～5者全体の37%(参酌標準)を需要量と仮定 ③ 過不足数:①－②で算出
	介護職員一人当たり介護者数	① 直近(2012年)での「施設従事介護職員数」と「施設入所者数」から、1人の施設従事介護職員が対応している施設入所介護者数を算出 ② 同じく直近の「在宅介護従事介護職員数(総介護職員数－施設従事介護職員数とする)」と、在宅介護サービス受給者数から、1人の在宅介護従事介護職員が対応する在宅介護サービス受給者数を算出 ③ 将来人口推計から算出した要介護者数等から、施設・在宅それぞれに従事する介護職員が対応する施設入所者数、在宅介護サービス受給者数を算出 (注)2010年の介護職員数がその後も横ばいで推移すると仮定。

(1) 今後の人口・需要量の動向

㈱千葉銀行が12年10月に実施した千葉県の将来人口推計（中位推計②）によれば、総人口は10年（6,216千人）から40年（5,627千人）にかけて▲9.5%減少（▲589千人減）する中で、老年人口は、同じ期間で1,338千人から2,120千人へと58.4%増加（782千人増）するという結果となっている。とりわけ75歳以上の老年人口は、10年：561千人⇒40年：1,187千人と約2倍の増加となっている。

老年人口の急増を主因として、県内での医療・介護サービスの需要量は、今後大幅に増加する見込みである。

30年後の医療サービスの想定需要量をみると、入院患者数は10年の35.6千人から40年の53.6千人へと50.6%増加、外来患者数も10年の292.8千人から323.2千人へと10.4%増加するものと予想される。

介護サービスではさらに増加幅が大きく、施設入所者数（10年：38.2千人⇒40年：73.9千人、93.2%増）、在宅介護受給者数（10年：142.7千人⇒40年：275.7千人、93.2%増）とも2倍近くの伸び率を示している。これは、この間に老年人口のなかでも認定者の対象となる比率が高い75歳以上の人口が2倍強増加することによるものである。

○人口と医療・介護サービスの需要量

（単位：人）

		10年	40年	10年⇒40年増加数	10年⇒40年増加率
人 口	人口総数	6,216,289	5,627,098	-589,191	-9.5%
	うち老年人口（65歳以上）	1,338,094	2,119,911	781,817	58.4%
	うち65～74歳人口	776,822	933,025	156,203	20.1%
	うち75歳以上人口	561,272	1,186,886	625,614	111.5%
医 療	入院患者 想定需要数	35,595	53,607	18,012	50.6%
	外来患者 想定需要数	292,849	323,192	30,343	10.4%
介 護	施設入所者 想定需要数	38,247	73,884	35,637	93.2%
	在宅介護受給者 想定需要数	142,729	275,733	133,004	93.2%

（注）1. 各種資料をもとにちばぎん総合研究所が算出

2. 人口は中位の推計②による推計

(2) 医療分野

①「病床過不足数」の推計結果

【県全体】

県の保健医療計画（13年5月）における既存病床数（48,325床）を供給量とし（その後は増加しないものと仮定）、算出された需要量との差異である過不足数を算出すると、千葉県全体の病床数は3つの推計のどのケースでも2025年には不足に転じるという結果となった。

【圏域別】

圏域別では、急激な高齢化の進展が予想される都市部で不足数が急増していく見込み。特に東葛南部、東葛北部圏域では、どの推計でも他圏域より先んじて2020年から不足となり、その幅は拡大していく。推計②で2010年と2040年の比較（過不足数の変化）をみると、相対的に「都市部」と位置づけられる上記両圏域（▲10,204床不足）と千葉圏域（▲3,635床不足）の合計は▲13,839床不足と、県全体（▲18,012床不足）の76.8%を占めている。これらの圏域ほどではないが、印旛、君津圏域の病床数も不足傾向となる。

一方、山武・長生・夷隅、市原圏域は2030年前後にやや不足となるものの、2040年には解消し、香取・海匝、安房圏域は2040年まで不足に陥らないという結果となった。

○病床過不足数の推計

(単位: 床)

	推計	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	10⇒40年
千葉県	推計①	12,730	7,075	1,444	-3,978	-6,526	-6,835	-7,372	-20,101
	推計②	12,730	7,256	1,688	-3,520	-5,703	-5,493	-5,282	-18,012
	推計③	12,730	7,682	2,609	-2,015	-3,638	-2,933	-2,224	-14,954
千葉	推計①	2,450	1,314	172	-864	-1,372	-1,520	-1,760	-4,210
	推計②	2,450	1,360	235	-734	-1,126	-1,123	-1,184	-3,635
	推計③	2,450	1,464	532	-210	-385	-196	-70	-2,520
東葛南部	推計①	2,408	763	-878	-2,423	-3,187	-3,500	-4,108	-6,516
	推計②	2,408	910	-678	-2,107	-2,723	-2,869	-3,248	-5,656
	推計③	2,408	1,021	-414	-1,662	-2,104	-2,090	-2,295	-4,703
東葛北部	推計①	2,145	731	-698	-2,022	-2,626	-2,717	-2,911	-5,055
	推計②	2,145	758	-668	-1,951	-2,478	-2,432	-2,404	-4,548
	推計③	2,145	882	-499	-1,731	-2,215	-2,137	-2,077	-4,222
印旛	推計①	2,006	1,368	677	-53	-483	-588	-615	-2,621
	推計②	2,006	1,354	661	-71	-479	-528	-460	-2,466
	推計③	2,006	1,394	758	100	-229	-205	-70	-2,076
香取海匝	推計①	1,019	935	914	848	854	956	1,097	78
	推計②	1,019	935	914	848	854	956	1,097	78
	推計③	1,019	935	914	848	854	956	1,097	78
山武長生 夷隅	推計①	781	533	319	54	-43	42	215	-566
	推計②	781	531	306	29	-79	-4	163	-617
	推計③	781	542	330	67	-27	60	239	-542
安房	推計①	843	814	799	769	797	880	975	132
	推計②	843	814	799	769	797	880	975	132
	推計③	843	814	799	769	797	880	975	132
君津	推計①	476	241	-4	-225	-324	-292	-246	-722
	推計②	476	209	-40	-265	-359	-314	-246	-722
	推計③	476	241	16	-182	-250	-183	-94	-571
市原	推計①	602	376	142	-61	-143	-96	-19	-621
	推計②	602	385	159	-36	-111	-58	24	-579
	推計③	602	390	172	-12	-78	-18	70	-532

(注 1) 推計結果は、各圏域にて需給を満たす（この場合、特定の圏域にいる住民が同じ圏域内で医療サービスを受ける）と仮定した。

(注 2) 香取海匠、安房圏域については、この推計の元となる人口推計結果が、①～③すべてにおいて同一であるため、本推計においても同じ結果になっている。

(注 3) (注 1) 記載の要因や「救急時用の確保が必要である」「病床があっても入院患者が来ない病院がある」等の要因もあり、本表のプラスが必ずしも「病床数が過剰である」ことを示すものではない。

* (注 1) (注 2) については、P11 以降の推計においても同条件としている。

○千葉県近隣の 1 都 4 県別の動向

茨城県を除く 1 都 3 県では、将来的に大幅な病床不足が生じることが予想される。最も早く病床数が不足するのが埼玉県の 2015 年で、次いで神奈川県（2020 年）、千葉県（2025 年）、東京都（同）の順となっており、1 都 3 県では将来的には高齢化の進展⇒病床数の大幅不足という共通の課題を抱えている。

○1 都 4 県の病床過不足数推計

(単位:床)

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	10年比
千葉県	12,730	7,256	1,688	▲ 3,520	▲ 5,703	▲ 5,493	▲ 5,282	▲ 18,012
東京都	21,758	12,540	4,650	▲ 3,319	▲ 6,745	▲ 8,473	▲ 12,766	▲ 34,524
神奈川県	13,003	5,902	▲ 269	▲ 5,859	▲ 8,237	▲ 8,815	▲ 10,383	▲ 23,386
埼玉県	5,290	▲ 1,167	▲ 7,269	▲ 12,705	▲ 14,504	▲ 13,870	▲ 13,764	▲ 19,054
茨城県	5,356	3,763	2,269	663	▲ 69	253	814	▲ 4,542

(注) 1. 出所: 各種データを元にちばぎん総合研究所が推計。

2. 人口推計は、千葉県は千葉銀行の独自推計②、その他の県は国立保障・人口問題研究所のデータを使用。

②「医師一人・1日当たり患者数」の推計結果

②-a 入院患者数

【県全体】

一人の医師^(注)が1日に対応する入院患者数の推計結果をみると、県全体では2010年の4.7人から、2040年には6.7人～7.4人に大きく増加している（増加率：42.6%～57.4%）。

（注）今回の推計では、医師数を10年のまま横ばいとしたが、以下の見方もある。

- －県内の医師数は近年毎年2～3%ずつ増加しており、今後もこの状況が続けば近い将来には県内の医療需要は充足されとの見方。
- －その一方で、今後若い層の医師比率が高まることで県外へ流出するケースが増加することなどにより、今後も医師の不足感が続くとの見方もある。実際にどのように推移していくかを、注視していく必要がある。
- －なお、過不足の動向に関わらず医師の供給を増やし、適正な競争原理を働かせる状況をつくっていくべき、との指摘もある。

【圏域別】

圏域別でみると、2010年現在では入院患者数は、安房圏域で相対的に少なく、山武・長生・夷隅圏域で多くなっていることがわかる。

2010年と2040年の比較をみると、増加しているのは千葉、東葛南部、東葛北部、印旛、山武・長生・夷隅、君津、市原の各圏域で、特に東葛南部、東葛北部、千葉といった、高齢者数が急増する都市部でその幅が大きい。逆に減少しているのは、郡部で大規模病院が立地している香取・海匝、安房圏域となっている。

全体的に見て、一人の医師が1日に対応する入院患者数は、今後多くの圏域で増加していくといえる。

○医師一人・1日当たり入院患者数の推計

		(単位:人)							
	推計	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	10⇒40年
千葉県	推計①	4.7	5.5	6.2	6.9	7.3	7.3	7.4	2.7
	推計②	4.7	5.5	6.2	6.9	7.2	7.1	7.1	2.4
	推計③	4.7	5.4	6.1	6.7	6.9	6.8	6.7	2.0
千葉	推計①	3.5	4.3	5.0	5.7	6.1	6.2	6.3	2.8
	推計②	3.5	4.3	5.0	5.6	5.9	5.9	5.9	2.4
	推計③	3.5	4.2	4.8	5.3	5.4	5.3	5.2	1.7
東葛南部	推計①	4.9	5.8	6.7	7.6	8.0	8.2	8.5	3.6
	推計②	4.9	5.7	6.6	7.4	7.7	7.8	8.0	3.2
	推計③	4.9	5.6	6.4	7.1	7.4	7.4	7.5	2.6
東葛北部	推計①	4.9	5.8	6.7	7.6	8.0	8.0	8.2	3.3
	推計②	4.9	5.8	6.7	7.5	7.9	7.9	7.8	3.0
	推計③	4.9	5.7	6.6	7.4	7.7	7.7	7.6	2.8
印旛	推計①	4.7	5.4	6.3	7.2	7.7	7.8	7.9	3.2
	推計②	4.7	5.5	6.3	7.2	7.7	7.8	7.7	3.0
	推計③	4.7	5.4	6.2	7.0	7.4	7.4	7.2	2.5
香取海匝	推計①	4.8	5.0	5.0	5.2	5.2	5.0	4.6	-0.2
	推計②	4.8	5.0	5.0	5.2	5.2	5.0	4.6	-0.2
	推計③	4.8	5.0	5.0	5.2	5.2	5.0	4.6	-0.2
山武長生夷隅	推計①	11.4	12.3	13.0	14.0	14.3	14.0	13.4	2.0
	推計②	11.4	12.3	13.1	14.1	14.4	14.2	13.6	2.2
	推計③	11.4	12.2	13.0	13.9	14.2	13.9	13.3	1.9
安房	推計①	2.7	2.8	2.8	2.9	2.8	2.7	2.4	-0.3
	推計②	2.7	2.8	2.8	2.9	2.8	2.7	2.4	-0.3
	推計③	2.7	2.8	2.8	2.9	2.8	2.7	2.4	-0.3
君津	推計①	6.3	7.0	7.8	8.4	8.8	8.7	8.5	2.2
	推計②	6.3	7.1	7.9	8.6	8.9	8.7	8.5	2.2
	推計③	6.3	7.0	7.7	8.3	8.5	8.3	8.0	1.8
市原	推計①	4.2	4.8	5.4	5.9	6.1	6.0	5.8	1.6
	推計②	4.2	4.7	5.3	5.9	6.1	5.9	5.7	1.5
	推計③	4.2	4.7	5.3	5.8	6.0	5.8	5.6	1.4

②-b 外来患者数

【県全体】

一人の医師が1日に対応する外来患者数の推計結果をみると、県全体では2010年の30.2人から、2040年には31.5人～36.0人に増加している。(増加率:4.3%～19.2%)。増加はしているものの、入院患者数と比較するとその率は高くない。

【圏域別】

圏域別でみると、2010年現在では入院患者数と同様に、外来患者数は安房圏域で相対的に少なく、山武・長生・夷隅圏域で多くなっている。

2010年と2040年の比較をみると、患者数が増加している圏域と減少している圏域とははっきりと分けられることがわかる。

増加しているのは千葉、東葛南部、東葛北部、印旛圏域といった、高齢者数が急増する都市部であり、その中でも東葛南部圏域の増加幅が際立っている。逆に減少しているのは、香取・海匝、山武・長生・夷隅、安房圏域といった郡部となっている。なお、君津、市原圏域は、横ばい圏内で推移していく。

全体的に見て、一人の医師が1日に対応する外来患者数は、増加していく圏域（都市部）と減少していく圏域（郡部）に大きく2分されていくといえる。

○医師・1日当たり外来患者数の推計

(単位:人)

	推計	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	10⇒40年
千葉県	推計①	30.2	32.4	34.0	35.0	35.6	35.9	36.0	5.8
	推計②	30.2	32.0	33.3	33.9	34.1	33.8	33.4	3.1
	推計③	30.2	31.7	32.6	33.0	32.8	32.2	31.5	1.2
千葉	推計①	20.3	22.1	23.6	24.6	25.3	25.6	25.8	5.5
	推計②	20.3	21.9	23.1	23.9	24.4	24.4	24.3	4.0
	推計③	20.3	21.5	22.3	22.5	22.4	21.9	21.4	1.1
東葛南部	推計①	33.7	36.7	39.1	41.1	42.8	44.2	45.6	11.8
	推計②	33.7	35.8	37.6	38.9	39.7	40.2	40.5	6.8
	推計③	33.7	35.4	36.8	37.6	38.0	38.0	37.9	4.2
東葛北部	推計①	33.2	36.0	38.2	39.7	40.7	41.2	41.7	8.6
	推計②	33.2	35.5	37.2	38.2	38.5	38.4	38.0	4.9
	推計③	33.2	35.0	36.6	37.4	37.7	37.4	37.0	3.8
印旛	推計①	31.7	34.4	36.5	37.9	38.8	39.2	39.5	7.7
	推計②	31.7	34.2	36.0	37.0	37.3	37.0	36.3	4.6
	推計③	31.7	33.9	35.3	35.9	35.9	35.1	34.2	2.5
香取海匝	推計①	30.8	30.5	29.6	28.4	26.9	25.1	23.1	-7.7
	推計②	30.8	30.5	29.6	28.4	26.9	25.1	23.1	-7.7
	推計③	30.8	30.5	29.6	28.4	26.9	25.1	23.1	-7.7
山武長生 夷隅	推計①	55.0	56.2	56.5	55.8	54.3	51.8	48.9	-6.1
	推計②	55.0	56.2	56.5	56.0	54.5	52.1	49.2	-5.9
	推計③	55.0	56.0	56.2	55.4	53.8	51.2	48.2	-6.8
安房	推計①	15.8	15.6	15.2	14.5	13.6	12.7	11.7	-4.1
	推計②	15.8	15.6	15.2	14.5	13.6	12.7	11.7	-4.1
	推計③	15.8	15.6	15.2	14.5	13.6	12.7	11.7	-4.1
君津	推計①	39.8	41.7	42.9	43.4	43.4	42.8	42.2	2.5
	推計②	39.8	42.1	43.2	43.4	43.1	42.2	41.1	1.4
	推計③	39.8	41.5	42.2	42.1	41.5	40.2	38.8	-1.0
市原	推計①	29.3	30.8	31.6	31.8	31.4	30.3	29.2	-0.1
	推計②	29.3	30.6	31.4	31.5	31.0	29.9	28.7	-0.7
	推計③	29.3	30.6	31.2	31.1	30.5	29.4	28.1	-1.3

(3) 介護分野

①「介護施設定員の過不足数」の推計結果

【県全体】

千葉県全体における介護施設定員数（供給量）と推計した需要量とを比較してみると、2010 年からすでに不足状態になっていると推察される。今後についてもどの推計でも不足幅は拡大していき、2030 年前後にピークに達すると予想される。

【圏域別】

圏域ごとの推計結果をみると、香取・海匝、安房圏域といった大規模な病院が立地する郡部では、2025 年以降は不足となるものの、その幅は少ないものと予想される。

一方、その他の千葉、東葛南部、東葛北部、印旛、山武・長生・夷隅、君津、市原の各圏域では、今後の不足幅が大きくなっている。特に、千葉、東葛南部、東葛北部圏域といった都市部でその傾向は強く、ピークとなる 2030 年には 3 圏域合計で▲24,693 人の不足（推計②）となっている。

○介護施設定員過不足数の推計

（単位：床）

	推計	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	10⇒40年
千葉県	推計①	-9,323	-6,662	-17,313	-28,124	-32,434	-32,376	-33,251	-23,927
	推計②	-9,323	-6,750	-17,631	-28,441	-32,536	-32,026	-32,066	-22,743
	推計③	-9,323	-6,234	-16,426	-26,364	-29,660	-28,486	-27,824	-18,501
千葉	推計①	-1,628	-2,038	-4,162	-6,139	-6,943	-7,093	-7,580	-5,952
	推計②	-1,628	-2,047	-4,210	-6,130	-6,783	-6,705	-6,876	-5,248
	推計③	-1,628	-1,919	-3,814	-5,395	-5,735	-5,400	-5,301	-3,673
東葛南部	推計①	-2,705	-3,074	-6,020	-8,811	-9,783	-9,937	-10,905	-8,201
	推計②	-2,705	-2,991	-5,957	-8,678	-9,552	-9,589	-10,349	-7,644
	推計③	-2,705	-2,859	-5,616	-8,076	-8,715	-8,550	-9,072	-6,367
東葛北部	推計①	-2,462	-1,942	-4,644	-7,230	-8,159	-8,073	-8,314	-5,852
	推計②	-2,462	-2,022	-4,823	-7,443	-8,358	-8,171	-8,172	-5,709
	推計③	-2,462	-1,870	-4,601	-7,138	-7,991	-7,765	-7,721	-5,259
印旛	推計①	-575	-207	-1,499	-2,975	-3,774	-3,896	-3,853	-3,278
	推計②	-575	-244	-1,576	-3,108	-3,933	-4,039	-3,934	-3,359
	推計③	-575	-198	-1,454	-2,877	-3,583	-3,581	-3,379	-2,803
香取海匝	推計①	-165	134	42	-212	-309	-210	-28	137
	推計②	-165	134	42	-212	-309	-210	-28	137
	推計③	-165	134	42	-212	-309	-210	-28	137
山武長生 夷隅	推計①	-705	349	-112	-780	-1,094	-1,043	-813	-108
	推計②	-705	341	-139	-830	-1,169	-1,139	-920	-216
	推計③	-705	355	-107	-775	-1,091	-1,043	-809	-104
安房	推計①	-255	165	94	-32	-26	98	251	507
	推計②	-255	165	94	-32	-26	98	251	507
	推計③	-255	165	94	-32	-26	98	251	507
君津	推計①	-517	314	-170	-647	-846	-781	-683	-166
	推計②	-517	264	-241	-741	-951	-882	-769	-252
	推計③	-517	304	-167	-626	-799	-702	-562	-45
市原	推計①	-312	-362	-842	-1,298	-1,500	-1,441	-1,326	-1,014
	推計②	-312	-352	-821	-1,266	-1,456	-1,390	-1,270	-958
	推計③	-312	-346	-804	-1,233	-1,410	-1,333	-1,204	-892

②「介護職員一人当たり介護者数」の推計結果

千葉県において、一人の介護職員が1日に対応する要介護（支援）者数の推計結果をみると、施設介護サービスは2010年の3.0人から2040年には5.4～5.8人へ、在宅介護サービスは5.7人から10.3～11.9人へ増加するという結果となった。今後、高齢化の進展に伴い要介護（支援）者が急増していく中で、現状のままで推移すると対応する介護職員はさらに繁忙となる。こうした介護事情を考慮すれば、現実的には相当数の介護職員の増員が必要になると考えられる。

○介護職員一人当たり要介護（支援）認定者数の推計

(単位:人)

	推計	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	10⇒40年
3老人福祉 施設介護 サービス	推計①	3.0	3.8	4.6	5.4	5.8	5.8	5.8	2.9
	推計②	3.0	3.8	4.6	5.5	5.8	5.7	5.7	2.8
	推計③	3.0	3.7	4.5	5.3	5.6	5.5	5.4	2.4
在宅介護 サービス	推計①	5.7	7.2	8.8	10.4	11.0	11.0	11.9	6.2
	推計②	5.7	7.2	8.8	10.4	11.0	10.9	11.0	5.3
	推計③	5.7	7.1	8.6	10.1	10.6	10.4	10.3	4.6

(注) 介護施設の指定基準により、施設サービスを行う場合には看護職員又は介護職員を、入所者：職員＝3：1以上の比率で配置することになっているが、ここでは介護職員数が一定と仮定したときの介護対象者数を示している（本来3人以内となるべき数値が、それ以上となっている）。

◇推計結果からいえること

【医療分野】

- 病床数については、2025年より大幅な不足が予想される千葉、東葛南部、東葛北部、印旛圏域など都市部では早急な増床対策を図る必要がある。
- 将来にわたって圏域内の病床数の供給量が需要量を満たしている香取・海匝、安房圏域においても、圏域外からの需要量を把握したうえでの、実態に即した供給量を確保できているか検証する必要がある。
- 医師一人・1日当たり患者数の推計では、現在より将来の医師の負担度が増すことが予想されているため、早急な医師確保対策を図っていくことが求められる。また郡部では医師の負担度が下がると推計される圏域もあるが、前提となる医師数の維持が可能か検証する必要がある。

【介護分野】

- 介護施設定員数は、全ての圏域において2010年時点で既に不足しており、特に今後も急激な高齢化の進展により大幅な不足が見込まれる都市部（千葉、東葛南部、東葛北部、印旛圏域）において、必要な介護施設数の確保、在宅支援サービスの拡充といった対策が必要である。
- たとえ施設があっても、そこでサービスを提供する介護職員がいなければその施設は成り立たない。介護職員の希望者が少ない現状を鑑みても、介護に携わる人材の確保・定着促進のための対策を急ぐ必要がある。

3. ちばの医療・介護と健康づくりの将来に向けての提言

これまで見てきたように、県内の医療・介護分野では、医師・看護師・介護職員などの「人材不足」、病床数や高齢者福祉施設入所者などの「施設不足」が将来的には一層厳しくなることが予想される。本調査を実施するにあたってヒアリング調査を実施した県内の病院や高齢者福祉施設では、人の絶対数不足による繁忙さから「診療患者数が多すぎて昼食を摂る暇もなく、当直明けでも休みが取れない」（医療機関）とか「志を持って就職した介護職員でも、介護現場の重労働が辛くて最終的には心が折れて離職してしまう人もいる」（介護施設）という切実な声も数多く聞かれた。

今回調査に当たっては、医療・介護現場の厳しい状況を少しでも和らげる方法はないかや、医療・介護の枠組みを超えて、全体としてどのように対応していくのがよいかを含めて、地域全体のまちづくり（シルバータウン構想、ヘルスケアによるまちづくりなど）まで考察してみた。その結果、千葉県に住む人たちが将来にわたって安心して暮らせる環境を整備していくために、特に重要と考えられる点として、以下の3点を提言することとした。

- (1) 高齢社会に対応する医療・介護に関する長期ビジョンの策定とその共有化
- (2) 長期ビジョンを前提とした医療・介護サービスの充実に向けた体制づくり
- (3) 千葉県の特性を活かした、健康を中核に据えたまちづくりの推進

提言	具体的内容
(1) 高齢社会に対応する医療・介護に関する長期ビジョンの策定とその共有化	・今後訪れる高齢社会という現実を直視した長期ビジョンの策定 ・長期ビジョンの県民への周知
(2) 長期ビジョンを前提とした医療・介護サービスの充実に向けた体制づくり	①医療・介護に携わる人材の確保・定着促進 ・医科大学や看護師・介護士養成機関の誘致・定員増加 ・「働きやすい職場」の提供 ・医師：質の高い臨床研修が可能な、医師にとって魅力的な職場づくり ・看護師・介護職員：労働環境の改善 ②行政によるスキーム作りを通じた各主体間の地域連携の促進 ・行政の「医療」と「介護」の縦割り意識の解消と連携構築 ・行政主導による介護事業者と民間のNPO、家族との間の連携強化 ・各自治体間での連携が必要なものについては、協議会等の組織を速やかに設置して迅速に行うことが必要 ③健康維持のための具体的な仕組みづくり ・「高齢者毎日ラジオ体操」を県民運動として県内全域で推進
(3) 千葉県の特性を活かした、健康を中核に据えたまちづくりの推進	・「病気」や「介護が必要な状態」にならないこと ～いつまでも元気な身体を維持し続け、最高のQOLを追及すること ・千葉県が持つ「自然や気候」「スポーツ環境」「食」といったポテンシャルを活かした健康増進への取り組みを地域全体で進めていく「千葉県の特性」を活かした、健康を中核に据えたまちづくりの推進

(1) 高齢社会に対応する医療・介護に関する長期ビジョンの策定とその共有化

千葉県の65歳以上の高齢者人口は、今後増加していく。しかもその数は、10年から40年までの30年間で、78万人にのぼる（3推計のうち中位推計②による推計）。この78万人という膨大な高齢者の医療・介護体制にどう取り組んでいくのか、直ちに長期ビジョンを策定し、医療・介護関係者はもとより、全県民で共有化し、今後どのように対応していくか、県全体で本気で取り組んでいくべき課題である。

県では、医療分野では期間5年の「千葉県保健医療計画」、福祉分野では期間3年の「千葉県高齢者保健福祉計画」を制定し、具体的に取り組んでいる。ただ、取り組み期間が3～5年と短期的なもので、20年、30年先を見据えた長期的なビジョンではない。

確かに、不確実な要素が多い現代社会で20年や30年先のことを計画するのは難しいかもしれない。また高齢者対策の分野は、国の政策如何により大きな影響を受けるため、都道府県が独自で将来の絵を描きづらいという面もあるだろう。しかし、「今後30年間で78万人の膨大な高齢者が増加する」ということが、千葉県に突き付けられているのもまた現実である。短期的な計画ももちろん不可欠だが、こと高齢者対策については長期的な視点からこうした現実はどう対峙していくかを明確に示したビジョンを早急に策定し、計画的に対応していかないと手遅れになる可能性がある。高齢者の進展は行政や自治体の対応の遅れを待ってこない。

これに加えて、策定したビジョンを広く県民に周知させていくことも重要である。多くの県民がこの問題の重大さを強く認識し、今後どのような方針で対処していくのかというビジョンを共有化していくことを徹底すべきである。一人でも多くの県民が高齢者を支援していこうという能動的なアクションにつながる。それだけに、高齢者が自らの『終の棲家』を考えるとときに、「県内のどの地域でどのようなサービスを受けたいか」、という充実したセカンドライフを過ごすための重要な情報を県民に広く、公平に提供し、自由に選択できるようにすべきである。

また、こうしたビジョンの周知により、政府の成長戦略とも相まった千葉県における民間活力の活用も期待される。

(2) 長期ビジョンを前提とした医療・介護サービスの充実に向けた体制づくり

上記の長期ビジョンを策定したうえで、それを前提として医療や介護サービスの充実に向けた体制づくりが必要である。ここでは、体制づくりの中で特に重要と考えられる「人材の確保」「地域連携の促進」「具体的な仕組みづくり」の3点について提言したい。

①医療・介護に携わる人材の確保・定着促進

医療・介護に携わる人材や施設が不足しており、将来的には一層厳しい状況が予想されることについて、前述の推計により明らかにした。ただ、仮に施設が確保されていても、そこで患者や要介護者を看る「人」がいなければ、施設を円滑に運営することができない。医療・介護サービスが十分に提供できるかどうかは、最終的には「人の確保」にかかっているといえる。

今回の中位推計②によれば、30年後の医療・介護サービス従事者が2010年時点と同じ負担で済むためには、入院患者に対応する医師数は10年比1.5倍（4.7人⇒7.1人）、外来患者に対応する医師数は同1.1倍（30.2人⇒33.4人）、3老人福祉施設介護サービス職員数は1.9倍（3.0人⇒5.7人）、在宅介護サービス職員数は1.9倍（5.7人⇒11.0人）、それぞれ増やす必要がある。

人の不足の問題には、「人材の絶対数不足」と「人材の偏在による不足」の2つの側面がある。

「絶対数不足」について、医療分野においては今回の推計によれば医師数は将来的には大幅に不足すると予想される。もっとも、医師数は06～10年にかけて9.5%増加しており、今後もこの趨勢で引き続き増えていけば、近い将来には県内の医療需要は充足されとの見方がある。その一方で、高齢化した医師のリタイア、若年層の医師の比率が高まることで今まで以上に若い医師が業務環境が魅力的で優れている都内や他県へ流出するケースが増加することが想定され、今後も医師不足が続くとの見方もある。この点、実際に医師数（供給量）が患者数（需要量）の急増に対してどのように推移していくかについては注視していく必要がある。

なお、現在は医師数が不足していることから、「医師が病院を選ぶ」（売り手市場、需要過多）状態になっているため、医師数の供給を増やして、「病院が医師を選べる」（買い手市場、供給過多）ような、適正な市場原理を働かせる状況をつくっていくべき、との意見も聞かれた。

こうした点を考慮すれば、県内の医師数不足を解消するために、例えば医科大学の誘致に向けた取り組みなどが求められよう。

看護師、介護職員の確保のためには、看護師・介護士養成機関の誘致・定員増加を図っていくとともに、ヒアリングで多く聞かれた「職場における待遇が良くない」という声への対応も必要である。看護や介護の現場では夜勤や長時間労働を強いられ疲弊している向きも多い。労働条件の向上だけでなく、福利厚生の実施、女性の看護師や介護職員の子どものための保育機能を備えた施設を整備するなど、「働きやすい職場」にしていくことが必要であり、対策を対象機関が実施するとともに、県による支援体制も求められる。現在県内全体の求職者数は求人数を上回っており、「働きやすい職場」だと認知されれば、看護や介護への就業を志す人も増えてこよう。

今回の推計作業で明らかになったように、30年後には医療・介護分野では、人も施設も不足状態が一層厳しくなる。ただ、人や施設を増やすのは財政面等の制約から自ずと限界があるので、対象者すべてを施設で対応することは事実上困難である。対応できない部分は在宅医療・介護を推進してカバーする必要がある。

県内でも在宅医療・介護の整備は進みつつあるが、まだ十分とはいえない。千葉県の調査「終末期を自宅で過ごすことについて（インターネットアンケート調査）」（13年2月実施）によれば、治る見込みのない病気になり、死期が迫っていることが分かった場合、77.8%の県民が「自宅で過ごしたい」（「自宅で過ごし

たいし、実現できると思う」と「自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う」の割合の合計）と回答している。また、自分の家族が自宅療養を希望した場合、58.8%の県民が「医療や介護のサポートがあれば可能だと思う」と回答している。こうした結果からみても、今後は在宅医療・介護の整備に力を入れていくべきと考える。

また、介護職員数不足・負担軽減対応策として13年6月14日に政府が掲げた「日本再興戦略」では、「ロボット介護機器開発5カ年計画」について13年度からの開始が盛り込まれている。ロボット介護機器の実用化は、超高齢化社会における在宅介護支援の手段の一つとして大きな効果が見込めるため、県や自治体でも国の推進計画に呼応して導入に向けて後押し支援策等の検討を急ぐ必要がある。

一方、「人材の偏在による不足」は、主に医師に関する問題である。すなわち、県内の医大で学んだ後の臨床研修の場を県外の医療機関（特に都内）に求めるケースが見られ、これが県内での医師不足の要因の1つとされている。

対応策としては、県内医療機関が「質の高い臨床研修が可能な、医師にとって魅力的な職場づくり」を進めていくことがあげられる。現在でも県内の病院の中では、こうした魅力的な環境を有し、県外からも研修医を受け入れている先もある。県内の各医療機関において、こうした条件で業務を行える環境の整備が進めば、そこで従事する医師が増え、医師の県外流出を阻止していくことが可能だと考えられる。

看護師や介護職員に関しては、一部で生活の利便性などを求めて都内等へ人材が流出するという現象も起きている。看護師や介護職員が働く上では、処遇や労働環境の改善がポイントであり、前述のような働きやすい環境を整備していくことが必要である。

また、今回の推計によれば、都市部に比べて郡部は病床数や高齢者福祉施設入所定員数に余裕があるという結果となっているが、その背景には地域の人口減少に伴う患者数の減少がある。これは、医療・介護事業者の経営にはマイナスであり、郡部から医師や看護師、介護職員などの「人材」が都市部や県外に流出して施設運営に支障が出てくれば、病院や介護施設が閉鎖に追い込まれるリスクもある。具体的には、中位推計②において、山武・長生・夷隅圏域では老年人口比率が10年の26.6%から40年には46.6%まで上昇するため、30年後には老年者一人をそれ以外の年齢層一人で支えていかななくてはならない「肩車状態」になるということである。この場合、患者や要介護認定者の需要を満たす施設の供給量があったとしても、医師や看護師、介護職員などの「人材」が不足していれば、十分な医療・介護サービスが提供できない。実際、同圏域における病床過不足数の推計は、10年：781床⇒40年：163床と比較的余裕があるが、医師一人・1日当たりの入院患者数は10年：11.4人⇒40年：13.6人と医師の負担は県内でも突出して重い。

このため、郡部においても、「今回の推計の施設面で不足が生じていないから

医療・介護に関する問題はない」と安易に考えるのではなく、例えば、地域の病院や介護施設で地元の子供や若者向けに職業体験の場を提供して、「将来の医療・介護従業者の育成⇒地元出身の医療・介護従業者の増加」につなげるなど、こうしたリスクを回避していくための長期的、計画的な取り組みや体制作りを行っていくことが重要である。とりわけ、介護職員数については、圏域ごとの数字を図る指標が示されていないため、県はそうしたデータを整備するとともに、圏域ごとに将来必要になる介護職員数についても把握することが重要である。

なお、医師数が増えればそれを支える看護師も増やす必要があり、こうしたバランスを考慮した人材確保も重要である。

②行政によるスキームづくりを通じた各主体間の地域連携の促進

今回の調査で実施した医療機関や介護事業者へのヒアリングでは、1人に提供する在宅医療・介護サービス（介護予防、居住支援、生活支援・見守り、予防医療・健康増進など）は、各主体ともその役割やできる範囲に限りがあるため、「やりたいことはあるが、単独での取り組みには限界がある」との声が複数聞かれた。

特に重度の認定者に対する在宅医療・介護を行うためには、1日24時間のサポート体制整備が不可欠であり、医療機関、介護施設、地域包括支援センター、民間企業、行政のほかに、老人クラブや自治会、NPO、ボランティア団体など地域住民・団体の協力も必要である。また、医療の現場では、遠隔医療や疾病管理をはじめ既に様々なところで積極的にICTが活用されている。ただ、現状はどちらかといえば、医師同士や医師と医療事務従事者との情報共有化、レセプト作成など院内での活用が目立つ。今後は、大規模病院と診療所や、病院と介護専門家（ケアマネージャーなど）間など院外でのICTを活用したネットワーク化による連携強化にも力を入れる必要がある。

地域連携の取り組みにはICTの標準化や低コスト化が大前提だが、現場においては、地域内での各主体の連携を促進するために、まず関係機関同士が連携して取り組んでいこうという意識を持つことが重要である。ただし、実際は各主体間で連携を行うのは容易ではない。そのきっかけを作るのが行政の役割だといえる。行政が間を取り持って連携のスキームを作り、各主体に参加を促して活動が広がっていくという形が望ましい。

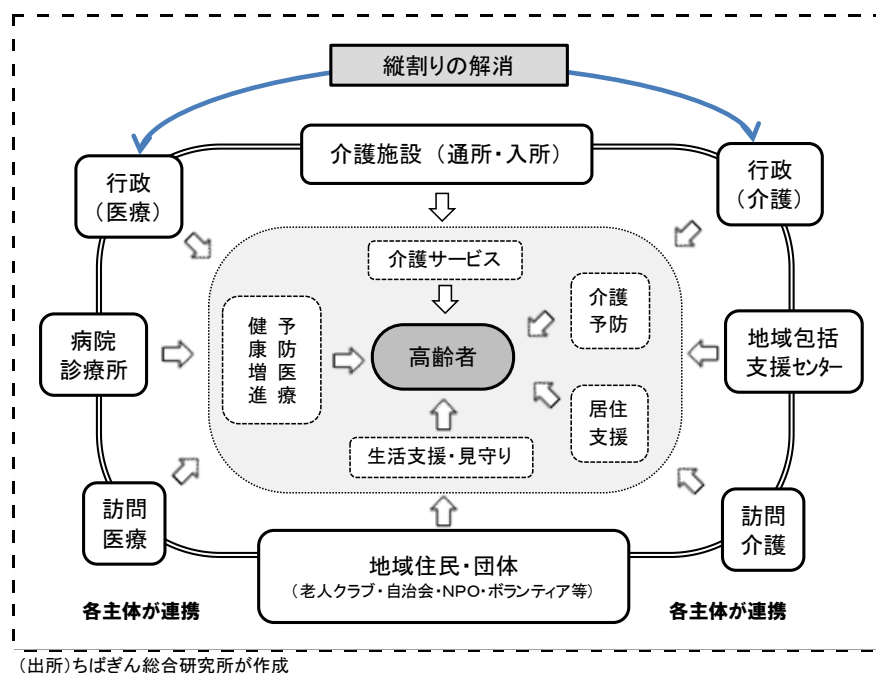
13年度に千葉県では、高齢者福祉分野で、住民組織、NPO、福祉サービス事業者などが協働で高齢者等に対する日常的な支え合い活動の体制づくりを支援する「地域支え合い体制づくり事業」を行っている。同じく医療分野では、各医療機関間の連携、また医療関係者と住民、行政との協働を前提とする「地域医療再生計画」を推進している。このように行政が音頭をとり、それを介してさまざまな地域の関係者が連携して医療・介護サービスの提供に関わっていくことで、それぞれの活動がより活発になり、それが地域住民にとって安心して暮らせる環境づくりにつながっていくと考えられる。

もっとも、県が推奨する地域包括ケアシステム（＝地域連携）の構築は、自治体に委ねられているところが多く、各自治体の高齢者福祉施策も異なっているこ

とから、「施設や訪問介護事業の運営に苦勞している」（県内介護福祉施設運營業者）との向きもある。県においては、縦割りとなっている医療・介護行政のうち、地域連携に向けた取り組み機関を新設して業務の集約等を行うとともに、継ぎ目ない医療・介護サービスを提供するため県や自治体の役割を示す必要がある。

こうした高齢者福祉、医療分野における連携した取り組みを、行政が医療機関や介護事業者、地域住民などとともに進めることが、在宅医療・在宅介護を推進していくうえで基盤となる。

○地域連携のイメージ図



たとえば、柏市では、同市内でも突出して高齢化の進む豊四季台団地およびその周辺地域（豊四季台地域）において、柏市、東京大学高齢社会総合研究機構、UR 都市機構の 3 者が、09 年 6 月に「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」を立ち上げ、地域における各主体が連携して「いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち」、「いつまでも元気で活躍できるまち」、の実現を目指した取り組みを実施している。具体的には、在宅医療の充実や築後約 50 年が経過した（昭和 30 年代に建築）団地の建て替えにより、バリアフリー化やサービス付き高齢者向け住宅の整備等を行い、24 時間対応可能な訪問看護・介護の体制を図っていく方針で、13～14 年度にかけて運用開始を目指している。UR 都市機構では、豊四季台団地のほか、高根台団地でも同様の整備を進めているが、このような取り組みが県内の他の地域でも広がっていくことが期待される。

また、医療・介護ともに、自治体間では人口動態や高齢化の進行具合が異なっているほか、中核病院としての機能を備えた第三次救急医療機関の有無や介護福祉施設の過不足状況など、医療・介護サービスの充実具合に差異がみられるため、将来的には自治体の域を超えた第二次医療・高齢者福祉圏域単位等による広域的

な取り組みにより地域間での医療・介護サービスに格差が生じないようにすることが重要である。こうした場合は、連携の内容を具体的に議論するための協議会を隣接する自治体間で速やかに設置し、課題の整理と対応策の決定を迅速に行う必要がある。自治体間の交渉が難航する場合は、県民全体の利益という視点から、県が長期的なビジョンを持って連携のスキームを作り、地域連携を実現させていくための役割を果たしていくことが求められる。

③健康維持のための具体的な仕組みづくり

～「高齢者毎日ラジオ体操」を県民運動として県内全域に推進

高齢化が進展するなかで、医療・介護需要の増大に歯止めをかける最大の対応策は、医療や介護のお世話にならない健康で元気な高齢者づくりである。

もとより、高齢者が地域社会の中で生き活きと生活するためには、これまでの経験や知識を活かし、元気で活躍できる仕組みづくりが望ましいが、ここでは金をかけずに、誰でも気軽に参加できる「高齢者毎日ラジオ体操」を県民運動として県内全域に広めることをお勧めしたい。

県内の自治体単位では、高齢者の健康増進策として体を動かすための様々な取り組みが行われている。たとえば、君津市の 60 歳以上の市民を対象に習慣化が困難な高齢者の運動を地域ごとに実施する健康増進モデル事業や、柏市の NPO 法人東大スポーツ健康マネジメント研究会による「十坪ジム」事業などが挙げられる。

「高齢者毎日ラジオ体操」を広める効果として、①高齢者が規則正しい生活ができる、②体を動かすことで健康を維持し、病気や介護予防につながる、③毎日、自宅近くの公園や広場等に気軽に集まることで、普段話す機会のない人とも会話ができて友人が増える、④金がかからない、などが期待できる。

千葉県 2011 年度の医療費、介護給付費は約 7,134 億円にのぼる。これら費用は高齢化の進展により毎年高い伸びとなっており、県民や自治体財政面でも大きな負担になっている。

これら費用負担を軽減するため、病気や介護状態にならない健康で元気な高齢者づくりを優先的に取り組む必要があると考える。

(3) 千葉県の特性を活かした、健康を中核に据えたまちづくりの推進

～元気溢れるシルバータウンの推進

1 人ひとりの高齢者が将来にわたって安心して暮らすために最も重要なことは、いつまでも健康で元気な身体を維持し続け、最高の QOL（クオリティー・オブ・ライフ）を追及することである。

千葉県は気候が温暖で三方が海に面して「自然」が豊かな県であり、住みやすく過ごしやすい生活環境に恵まれている。また、平地も多いことから、スポーツ

をするのにも適した環境にあるほか、農業・漁業も盛んで「食」も充実している。これからの県内の、特に海に面し気候が温暖な一方、人口減少と高齢化が過度に進みつつある南房総地域、東総地域の目指すべき方向性の1つとして、(2)で述べた医療・介護人材の確保、地域連携などを図ることを前提に、こうした千葉県が持つ「自然」「スポーツ環境」「食」といったポテンシャルを活かした健康増進への取り組みを地域全体で進めていく「千葉県の特性を活かした、健康を中核に据えたまちづくりの推進」を提言したい。このまちづくりにおけるあるべき姿は、「高齢者だけのまち」というイメージではなく、積極的な意味での「活気あふれるシルバータウン」である。既に県内でも、このようなまちづくりを目指す動きがみられる。鴨川市が亀田総合病院とも連携した取り組みを進めているほか、旭市でも旭中央病院が「ヘルスケアによるまちづくり構想」を打ち出している。

健康がテーマとなるまちづくりであるため、そこでは医療・介護が産業として展開され、シニア世代をはじめとした住民に最高のQOLが提供される。雇用の機会もあるため人口の流入も見込まれるほか、医療・介護の人材育成のための養成機関の設置も考えられる。行政を含めた地域の関係者が一体的に取り組むことができる、このような構想にもとづくまちづくりという考え方も成り立つはずである^(注)。

(注) 上述の定住人口増加策とともに、医療・スポーツツーリズムなどを併せて行うことで、交流人口を増やして地域を活性化していくことが重要。

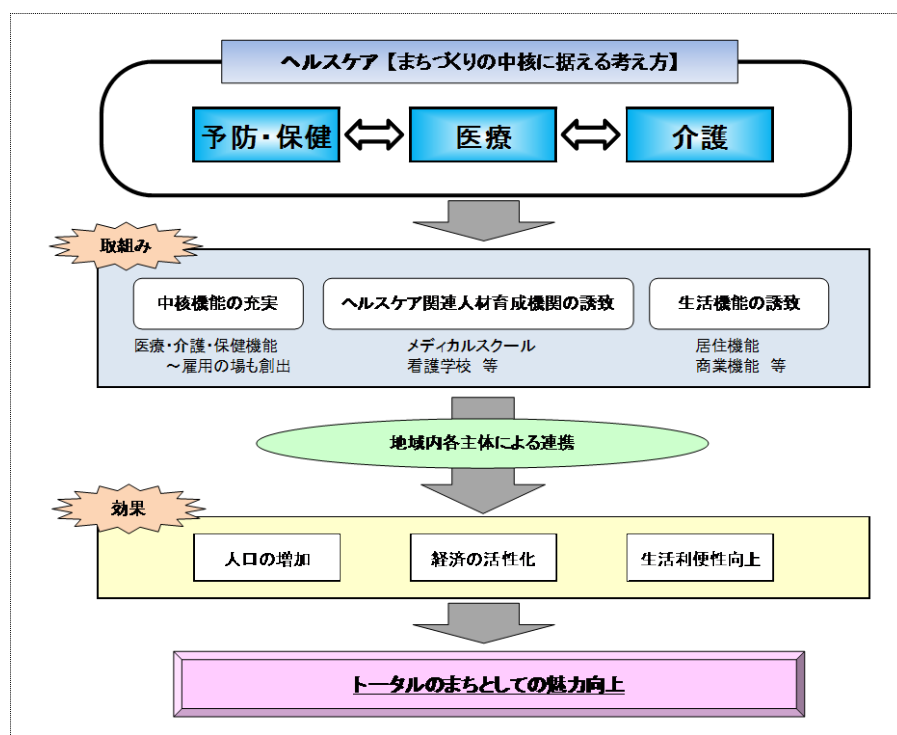
ただしこうした構想は、地域全体、また多くの関係者の利害にかかわる問題であるため、一気に計画を進めようとしてもなかなか進展しない。本構想の狙い、考え方、地域にとってなぜ必要かやその効果(「特区」の活用)などの基本的事項を含めた全体像をはっきりさせたいうえで、優先順位をつけて、できることから1つずつ進めていく姿勢が求められる。具体的には、行政による手続き等の制約が少ないことから積極的にスタートさせていくことが現実的である。

《旭市にある総合病院国保旭中央病院が掲げる事例》

旭中央病院では、「医療」「介護」「予防・保健」を、まちづくりを進めるうえでの中核に据え、医療・介護等の機能の充実、ヘルスケア人材育成機関の誘致を進めるとともに、生活利便性向上のための商業機能の誘致などを行うことで、定住人口増加や経済活性化を促進し、最終的にまち全体の魅力向上を目指している。

ヘルスケアによるまちづくりは、基調的な人口減少、高齢化の進展が続く同市において、新たに地域の活性化を促す有効な手段であり、地域の中核病院として医療の質向上への貢献も併せて、地域活力に溢れるまちづくりを行っていくことが重要といえる。

○「ヘルスケアによるまちづくり」イメージ図



(出所) 旭中央病院へのヒアリングを元にちばぎん総合研究所が作成

以 上