

令和2年度 地域保健総合推進事業

「地域における医療・介護ケアシステムの安定化を目指した  
その適正化に関する総合的研究」

## 報 告 書

令和3年3月

一般財団法人 日本公衆衛生協会

分担事業者 松本啓俊

公益社団法人 医療・病院管理研究協会

## 目 次

はじめに .....	1
第 I 部 埼玉県 61 保険者の認知症高齢者のレベル別居住場所別・要 介護(支援)度別の認定に基づく地域医療と介護ケアシステム の包括的構築に関する研究 .....	3
第 II 部 介護予防を目指すデイサービスセンター、デイケアセンター、 ショートステイ施設等の居宅及び地域密着型サービスの地域的 設置計画とその施設構成に関する総合的研究 .....	17
第 III 部 全国二次医療圏単位の病床数の相対指標化に関する研究 ..	127



はじめに

ここの調査・研究は3部構成である。

第Ⅰ部 埼玉県 61 保険者の認知症高齢者のレベル別居住場所別・要介護（支援）度別の認定に基づく地域医療と介護ケアシステムの包括的構築に関する研究

担当 松本 啓俊 公益社団法人 医療・病院管理研究協会 理事  
田中 良明 埼玉県保健医療部 感染症対策課 感染症対策幹  
柳澤 大輔 埼玉県幸手保健所長

第Ⅱ部 介護予防を目指すデイサービスセンター、デイケアセンター、ショートステイ施設等の居宅及び地域密着型サービスの地域的設置計画とその施設構成に関する総合的研究

担当 竹宮 健司 東京都立大学 都市環境学部 建築学科教授

第Ⅲ部 全国二次医療圏単位の病床数の相対指標化に関する研究

担当 西野 辰哉 金沢大学理工研究域地球社会基礎学系 教授

第Ⅰ部では、地域医療と介護の連携システムの構築は、いわゆる地域包括ケア計画とその達成のための不可欠な要件である。そのためには埼玉県 61 保険者の要介護（支援）度別、及び認知症の程度別対応関係、さらには高齢者の居場所別及び認知症の程度別対応関係からそれらの適確な構造的把握が求められる。そのことによって第1段階の保険者単位、そして第2段階の保健医療圏ごとの地域包括ケア計画の達成につなげることができる。

第Ⅱ部では、介護予防を目指すデイサービスセンター等の地域密着型サービスの施設利用実態を明らかにし、同施設の地域的設置と施設構成に関する計画案を提示した。

第Ⅲ部については、都道府県が策定した地域医療構想による病床再編計画を集約し、全国の二次医療圏毎の病床構造を明らかにし、その地域特性の比較分析を行う。また新型コロナウイルスの流行による各医療圏への影響を病床数の観点から把握した。

なお、編集に当たっての責任は、上記松本啓俊にあることを付記する。

最後に、この研究事業の推進に当たっては、一般財団法人 日本公衆衛生協会 事務局 米山克俊次長に、多大なご支援をいただくとともに、公益社団法人 医療・病院管理研究協会の事務局職員に多大なご支援をいただいた。ここに深甚な謝意を捧げる。

## 第 I 部

埼玉県 61 保険者の認知症高齢者のレベル別居住場所  
別・要介護（支援）度別の認定に基づく地域医療と介護  
ケアシステムの包括的構築に関する研究



第 I 部 埼玉県 61 保険者の認知症高齢者のレベル別居住場所別・要介護(支援)度別の認定に基づく地域医療と介護ケアシステムの包括的構築に関する研究

目 次

A. 目的	7
B. 方法	7
C. 結果	7
(1) 埼玉県 (55 保険者) の認知症高齢者の居住場所と認知症の程度別高齢者との対応関係	8
(2) 埼玉県 (55 保険者) の認知症高齢者程度別・要介護(支援)度別の対応関係	10
(3) 埼玉県 4 保険者の認知症の程度別と居住場所別との対応関係	11
(4) 居宅居住認知症高齢者の経年的動向	12
D. 考察と今後の課題	15



## 第 I 部 埼玉県 61 保険者の認知症高齢者のレベル別居住場所別・要介護(支援)度別の認定に基づく地域医療と介護ケアシステムの包括的構築に関する研究

### A. 目的

地域医療と介護の連携システムの構築は、いわゆる地域包括ケア計画とその達成のための不可欠な要件である。

そのためには埼玉県 61 保険者の要介護（支援）度別、及び認知症の程度別対応関係、さらには高齢者の居場所別及び認知症の程度別対応関係からそれらの適確な構造的把握が求められる。そのことによって第 1 段階の保険者単位、そして第 2 段階の保健医療圏ごとの地域包括ケア計画の達成につなげることができる。

### B. 方法

厚生労働省より提供された「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の集計表情報を用いて分析した。

なお、蒐集できた資料は 2012 年～2017 年の各 10 月 1 ケ月間の認知症の程度別及び居住場所、認知症の程度別及び要介護（支援）度別の認定高齢者数等である。その他、年齢階級別構成等の関連情報である。なお、今回主対象としている 2017 年の資料は埼玉県 61 保険者のうち不明 6 保険者がある。したがって 55 保険者がその対象である。注 1)

注1) 一般に居宅居住には自宅居住はもとより、有料老人ホーム、サービスケア付住宅等の施設に居住している人たちも含む。ここでは、居宅居住を施設系居宅居住と非施設系居宅居住とに分けて後者をいわゆる自宅居住とみなして考察するが達成できていない。

提供された資料は既述のように、2012～2017 年の 6 年間の 10 月に新規認定された高齢者が対象となっているため、各年とも 10 月以前に認定された高齢者は含まれていない。そのことを前提として解析、考察を行う。

### C. 結果

既述の 6 年間の各種資料を入手し、今回は最新の 2017 年の資料をもとに整理・考察し、ついで 2012 年～2017 年の資料をもとに、経年的推移について一部の解析を行った。

(1) 埼玉県（55 保険者）の認知症高齢者の居住場所と認知症の程度別高齢者との対応関係

①表 1-1 が認知症の高齢者の居住場所と認知症の程度別高齢者の対応関係を示したものである。対象高齢者数は 18,523 人である。このうち認知症がない自立の人は 3,859 人（20.8%）であるから、認知症を有する人は 14,664 人である。認知症Ⅰ、Ⅱa、Ⅱb の人を軽度認知症として合わせると 10,090 人（68.8%）となる。これに対して中等度認知症の人はⅢa とⅢb を合わせると 3,550 人、重度認知症の人はⅣとⅤを合わせると 1,024 人となる。このように軽度認知症の人が 70%弱、中等度認知症の人 24%強、重度認知症の人 7%程度である。注 2)

注2) 以下、文中の軽度・中等度・重度の認知症の各割合は、自立の人を除いた認知症の人の総数に対する割合である。

表1-1 埼玉県55保険者の認知症高齢者のレベル別居住場所別

	I・IIa・IIb	IIIa・IIIb	IV・V	認知症	自立	合計
<b>居宅</b>	<b>7,338</b>	<b>1,568</b>	<b>212</b>	<b>9,118</b>	<b>3,142</b>	<b>12,260</b>
*1(横割合)	(80.5%)	(17.2%)	(2.3%)	(100.0%)	(25.6%)	(100.0%)
*2(縦割合)	(72.7%)	(44.2%)	(20.7%)	(62.2%)	(81.4%)	(66.2%)
<b>指定介護老人福祉施設</b>	<b>288</b>	<b>580</b>	<b>294</b>	<b>1,162</b>	<b>29</b>	<b>1,880</b>
(横割合)	(24.8%)	(49.9%)	(25.3%)	(100.0%)	(1.5%)	(100.0%)
(縦割合)	(2.9%)	(16.3%)	(28.7%)	(7.9%)	(0.8%)	(10.1%)
<b>介護老人保健施設</b>	<b>312</b>	<b>257</b>	<b>71</b>	<b>640</b>		
(横割合)	(48.8%)	(40.2%)	(11.1%)	(100.0%)		
(縦割合)	(3.1%)	(7.2%)	(6.9%)	(4.4%)		
<b>指定介護療養型医療施設</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>49</b>		
(横割合)	(26.5%)	(24.5%)	(49.0%)	(100.0%)		
(縦割合)	(0.1%)	(0.3%)	(2.3%)	(0.3%)		
<b>医療機関Ⅰ (医療保険適用)</b>	<b>63</b>	<b>71</b>	<b>75</b>	<b>209</b>	<b>567</b>	<b>2,726</b>
(横割合)	(30.1%)	(34.0%)	(35.9%)	(100.0%)	(20.8%)	(100.0%)
(縦割合)	(0.6%)	(2.0%)	(7.3%)	(1.4%)	(14.7%)	(14.7%)
<b>医療機関Ⅱ (療養病床以外)</b>	<b>1,251</b>	<b>503</b>	<b>196</b>	<b>1,950</b>		
(横割合)	(64.2%)	(25.8%)	(10.1%)	(100.0%)		
(縦割合)	(12.4%)	(14.2%)	(19.1%)	(13.3%)		
<b>グループホーム</b>	<b>96</b>	<b>166</b>	<b>52</b>	<b>314</b>	<b>66</b>	<b>1,048</b>
(横割合)	(30.6%)	(52.9%)	(16.6%)	(100.0%)	(6.3%)	(100.0%)
(縦割合)	(1.0%)	(4.7%)	(5.1%)	(2.1%)	(1.7%)	(5.7%)
<b>ケアハウス等</b>	<b>402</b>	<b>206</b>	<b>60</b>	<b>668</b>		
(横割合)	(60.2%)	(30.8%)	(9.0%)	(100.0%)		
(縦割合)	(2.8%)	(5.8%)	(5.9%)	(4.6%)		
<b>その他の施設</b>	<b>327</b>	<b>187</b>	<b>40</b>	<b>554</b>	<b>55</b>	<b>609</b>
(横割合)	(59.0%)	(33.8%)	(7.2%)	(100.0%)	(9.0%)	(100.0%)
(縦割合)	(3.2%)	(5.3%)	(3.9%)	(3.8%)	(1.4%)	(3.3%)
<b>合計</b>	<b>10,090</b>	<b>3,550</b>	<b>1,024</b>	<b>14,664</b>	<b>3,859</b>	<b>18,523</b>
(横割合)	(68.8%)	(24.2%)	(7.0%)	(100.0%)	(20.8%)	(100.0%)
(縦割合)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)

\*1(横割合):居住場所別、認知症レベル別割合(自立も含む)

\*2(縦割合):認知症レベル別、居住場所別割合(自立も含む)

これらを居場所別にみると、居宅居住が 9,118 人のうち、軽度認知症の人が 7,338 人（80.5%）と多くを占め、中等度認知症の人が 1,568 人（17.2%）、重度認知症の人が 212 人（2.3%）となる。ついで多いのが医療機関Ⅱ（療養病床以外）利用で軽度認知症の人が 1,251 人（64.2%）、中等度認知症の人が 503 人（25.8%）、重度認知症の人が 196 人（10.1%）

となる。また指定介護老人福祉施設の利用で軽度認知症の人は288人(24.8%)、中等度認知症の人は580人(49.9%)、重度認知症の人は294人(25.3%)と中・重度認知症の人で75%強を示す。つぎに介護老人保健施設の利用は、軽度認知症の人で312人(48.8%)、中等度の認知症の人は257人(40.2%)、重度認知症の人は71人(11.1%)となる。ケアハウス等の利用で、軽度認知症の人の利用は402人(60.2%)、中等度の認知症の人は206人(30.8%)、重度の認知症の人は60人(9.0%)である。またグループホームの利用で軽度認知症の人は96人(30.6%)と多く、ついで中等度認知症の人は166人(52.9%)、重度認知症の人は52人(16.6%)である。医療機関Ⅰ(医療保険適用)の利用で軽度認知症の人は63人(30.1%)、中等度認知症の人は71人(34.0%)、重度認知症の人は75人(35.8%)で少なくない。指定介護療養型医療施設の利用で、軽度認知症の人は13人(26.5%)、中等度認知症の人が12人(24.5%)のほか、重度認知症の人が24人(49.0%)と多い。

このように重度認知症の人で利用が少なくないのは、指定介護療養型医療施設、医療機関Ⅰ(医療保険適用)、指定介護老人福祉施設のなどである。

なお既述のように、認知症を有する人14,664人のうち、軽度認知症の人は10,090人(68.8%)、中等度認知症の人は3,550人(24.2%)、重度認知症の人は1,024人(7.0%)である。また、認知症レベル別Ⅰの人のうち、居宅利用が3,391人(77.8%)と多く、Ⅱaでは居宅利用が1,154人(74.4%)、Ⅱb居宅利用が2,793人(66.8%)と多い。しかし、Ⅲaの人で居宅利用1,312人(44.9%)、Ⅲbで256人(40.7%)、Ⅳで191人(20.1%)、Mで21人(28.0%)と減少する。このほか医療機関Ⅱ(療養病床以外)の利用が認知症レベルMで18人(24.0%)である。そのほか認知症レベルⅠからⅣまでのこの施設の利用は11.7~18.8%である。

②自立の高齢者(認知症をもたない人)は、居宅の場合が3,142(25.6%)、医療機関Ⅱ(療養病床以外)が544人(21.8%)で多く、医療機関Ⅰ(医療保険適用)が23人(9.9%)、その他施設が55(9.0%)、その後ケアハウス等、介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設とつづく。居宅及び各種施設への入居状況をみると居宅が81.4%を示して最も多い。また総数18,523人のうち、自立の高齢者は3,859人(20.8%)である(表1-1)。

## (2) 埼玉県（55 保険者）の認知症高齢者程度別・要介護（支援）度別の対応関係

表 1-2 が認知症高齢者の要介護（支援）度と認知症の程度別高齢者との対応関係を示したものである。

認知症レベルと要介護（支援）度別構成をみると、認知症レベルⅠの認定者は 4,356 人である。そのうち、割合で見ると、要支援 2 が最も高く、次いで、要支援 1 と要介護 1 がほぼ同数である。介護度が高くなるにつれ、漸減する。認知症レベルⅡa でもほぼ同様である。認知症レベルⅡb では、要支援 1、要支援 2、要介護 1 の計で 45.6%。要介護 2～要介護 5 で 54.4%を示して漸次高介護度でその割合は増す。認知症レベルⅢa では、要支援 1～要介護 1 の計の割合は 10%以下で、介護度が高まるにつれて増加し 90%以上となる。認知症レベルⅢb でも同様の傾向を示す。認知症レベルⅣでは、要支援 1、2 及び要介護 1 の該当がなく、要介護 2、3 で 10%、要介護 4、5 で 90%を示す。認知症レベルⅤでもほぼ同様の傾向を示す。このように認知症レベルが高まるにつれて要介護度が高まる。しかし軽度認知症でも高い要介護度を示す人たちが 17～28%を示している。

**表 1-2 埼玉県 55 保険者の認知症高齢者のレベル別（程度）別要介護（支援）度別認定高齢者数【2017 年 10 月】**

	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	Ⅴ	自立
要支援 1	935	129	150	10未満	10未満	0	0	1,374
要支援 2	1,199	191	145	10未満	0	0	0	1,038
要介護 1	931	664	1,608	200	10未満	0	10未満	623
要介護 2	565	283	1,112	599	74	19	10未満	415
要介護 3	315	133	532	828	201	76	10未満	182
要介護 4	287	101	436	742	197	221	13	159
要介護 5	124	51	199	543	146	633	51	68

### (3) 埼玉県 4 保険者の認知症の程度別と居住場所別との対応関係

#### ① 保険者 (A) の場合

認定高齢者のうち自立している人は25%で、認知症を有する人は75%である。さらに認知症の程度別にみると、軽度の人は71.4%、中等度の人は21.9%、重度の人は6.8%である。これらを居場所別にみると居宅居住の人が63.8%で最も多い。認知症の程度別では、軽度の人は82.7%を示して多い。中等度の人は15.1%、重度の人は2.2%である。ついで多いのは医療機関2の10.9%である。認知症の程度別では、軽度の人は67.5%、中等度の人は20.0%、重度の人は12.5%である。つぎに多いのは介護老人福祉施設の7.8%である。認知症の程度別では、軽度が26.5%、中等度が50.5%、重度が23.0%である。上記の2施設でみると、介護老人福祉施設での中等度・重度の人の割合が高い。

#### ② 保険者 (B) の場合

認定高齢者のうち自立している人は15%、認知症を有する人は85%である。さらに認知症の程度別にみると、軽度の人は66.1%、中等度の人は28.2%、重度の人は5.7%である。これらを居場所別にみると居宅居住の人が60.4%で最も多い。認知症の程度別では、軽度の人は74.9%を示して多い。中等度の人は23.6%、重度の人は1.5%である。ついで多いのは医療機関2の15.4%である。認知症の程度別では、軽度の人は74.0%、中等度の人は19.3%、重度の人は6.7%である。つぎに多いのは介護老人福祉施設の8.7%である。認知症の程度別では、軽度の人は21.1%、中等度の人は52.6%、重度の人が26.3%である。上記の2施設でみると、介護老人福祉施設での中等度・重度の人の割合が高い。

#### ③ 保険者 (C) の場合

認定高齢者数のうち自立している人は22%であり、認知症を有する人は78%である。さらに認知症の程度別にみると、軽度の人は61.5%、中等度の人は26.7%、重度の人は11.8%である。これらを居場所別にみると居宅居住の人が57.8%で最も多い。認知症の程度別では、軽度の人は73.1%を示して多い。中等度の人は20.5%、重度の人は6.4%で

ある。ついで多いのは医療機関2の13.3%である。認知症の程度別では、軽度の人61.1%、中等度の人22.2%、重度の人16.7%ある。つぎに多いのは介護老人福祉施設の11.9%である。認知症の程度別では、軽度の人25%、中等度の人25%、重度の人50%である。上記の2施設でみると、介護老人福祉施設での中等度・重度の人の割合が高い。

#### ④ 保険者（D）の場合

認定高齢者数のうち自立している人は25%、認知症を有する人は75%である。さらに認知症の程度別にみると、軽度の人67.2%、中等度の人23.1%、重度の人9.8%である。これらを居場所別にみると居宅居住の人が63.0%で最も多い。認知症の程度別では、軽度の人79.5%を示して多い。中等度の人18.0%、重度の人2.4%である。ついで多いのは医療機関2の13.3%である。認知症の程度別では、軽度の人53.6%、中等度の人29.0%、重度の人17.4%である。つぎに多いのは介護老人福祉施設の6.4%である。認知症の程度別では、軽度の人33.3%、中等度の人42.4%、重度の人が24.3%である。上記の2施設でみると、介護老人福祉施設での中等度・重度の人の割合が高い。以上4保険者の例示ではあるが、その他の保険者についてもそれぞれが相応の特性を示していることが把握できた。（①～④の表は紙面の都合で省略）

### (4) 居宅居住認知症高齢者の経年的動向

在宅医療・介護サービスの提供計画の原点は居宅・居住認知症高齢者の構造的把握にある。ここでは2012～2017年の6年間の貸与された基礎資料をもとに、第1号被保険者の要介護（支援）認定者10,000人当りを算出して、これを指標値として考察する。

#### ① 保険者（A）の場合

2012～2017年の6年間の第1号被保険者による要介護（支援）認定者数は2012年を100とすると、2017年は123.7%と経年的に漸増傾向を示す（表1-3）。

居宅居住の軽度、中等度、重度の認知症高齢者数から第1号被保険者による要介護（支援）

認定者 10,000 人当りに算出した結果、軽度の認知症については 6 年間の範囲値は 265.1～288.0、中等度認知症については 51.1～63.0、重度の認知症については、7.5～12.8 の範囲値を示す。このように軽度、中等度については大きい格差は示していないといえる（図 1-1）。

## ② 保険者（B）の場合

2013～2017 年の 5 年間の第 1 号被保険者による要介護（支援）認定者数は 2013 年を 100 とすると、2017 年は 117.4%と経年的に漸増傾向を示す（表 1-4）。

居宅居住の軽度・中等度・重度の認知症者数から第 1 号被保険者による要介護（支援）認定者 10,000 人当りに算出した結果、軽度認知症については 5 年間の範囲値は 219.1～318.2、中等度の認知症については 64.1～69.4、重度の認知症については 4.4～12.3 の範囲値を示す（図 1-2）。このように中等度の範囲値はきわめて狭域である。

## ③ 保険者（C）の場合

2012～2017 年の 6 年間の第 1 号被保険者による要介護（支援）認定者数は 2012 年を 100 とすると、2017 年は 127.5%と経年的に漸増傾向を示す（表 1-5）。

居宅居住の軽度・中等度・重度の認知症者数から第 1 号被保険者による要介護（支援）認定者 10,000 人当りに算出した結果、軽度認知症については 6 年間の範囲値は 261.6～399.6、中等度の認知症については 49.8～89.3、重度の認知症については 5.3～23.3 の範囲値を示す（図 1-3）。

## ④ 保険者（D）の場合

2012～2017 年の 6 年間の第 1 号被保険者による要介護（支援）認定者数は 2012 年を 100 とすると、2017 年は 142.0%と経年的に漸増傾向を示す（表 1-6）。

居宅居住の軽度・中等度・重度の認知症者数から第 1 号被保険者による要介護（支援）認定者 10,000 人当りに算出した結果、軽度認知症については 6 年間の範囲値は 225.6～279.3、中等度の認知症については 41.2～51.9、重度の認知症については 5.9～10.3 の範囲値を示す（図 1-4）。このように中等度の範囲値は狭域である。

このように第1号被保険者数及び要介護（支援）認定者数の規模が大きい場合には、認知症の程度別に経年的に範囲値は比較的狭域である。これに対して、第1号被保険者数及び要介護（支援）認定者数の規模が小さい場合には、認知症の程度別範囲値は比較的広範囲を示す。居宅居住認知症高齢者数の単位人口当り指標の経年的動向によって、その推計の可能性の一端を示すことができた。

保険者 (A) 表1-3 居宅居住の認知症高齢者のレベル別第1号被保険者による要介護(支援)度認定者数10000人当りの経年変化

年度	*認定者数の指標値	軽度	中等度	重度	自立
2017	123.7	279.3	51.1	7.5	150.5
		57.2	10.5	1.5	30.8
2016	119.9	285.4	59.0	11.3	149.7
		56.5	11.7	2.2	29.6
2015	115.8	288.0	63.0	8.8	172.4
		54.1	11.8	1.7	32.4
2014	111.2	277.6	58.9	8.3	156.3
		55.4	11.8	1.7	31.2
2013	105.5	265.1	56.6	9.5	153.2
		54.7	11.7	2.0	31.6
2012	100.0	287.3	62.0	12.8	153.6
		55.7	12.0	2.5	29.8

上段:要介護(支援)認定者10,000人当り人数  
下段:調査月日の自立度別居宅居住認知症者数の構成率(%)

保険者 (C) 表1-5 居宅居住の認知症高齢者のレベル別第1号被保険者による要介護(支援)度認定者数10000人当りの経年変化

年度	*認定者数の指標値	軽度	中等度	重度	自立
2017	127.5	265.9	74.6	23.3	158.6
		50.9	14.3	4.5	30.4
2016	119.8	277.9	89.3	9.9	74.4
		61.5	19.8	2.2	16.5
2015	114.0	375.4	73.0	15.6	125.1
		63.7	12.4	2.7	21.2
2014	111.6	399.6	63.9	5.3	95.9
		70.8	11.3	0.9	17.0
2013	107.4	376.3	49.8	22.1	182.6
		59.6	7.9	3.5	28.9
2012	100.0	261.6	77.3	11.9	118.9
		55.7	16.5	2.5	25.3

上段:要介護(支援)認定者10,000人当り人数  
下段:調査月日の自立度別居宅居住認知症者数の構成率(%)

保険者 (B) 表1-4 居宅居住の認知症高齢者のレベル別第1号被保険者による要介護(支援)度認定者数10000人当りの経年変化

年度	*認定者数の指標値	軽度	中等度	重度	自立
2017	117.4	219.1	69.0	4.4	66.2
		61.1	19.2	1.2	18.5
2016	113.8	295.1	67.2	8.5	112.2
		61.1	13.9	1.8	23.2
2015	111.0	318.2	67.7	8.8	118.0
		62.1	13.2	1.7	23.0
2014	107.3	305.2	64.1	9.1	124.5
		60.7	12.7	1.8	24.8
2013	100.0	304.7	69.4	12.3	114.1
		60.9	13.9	2.5	22.8

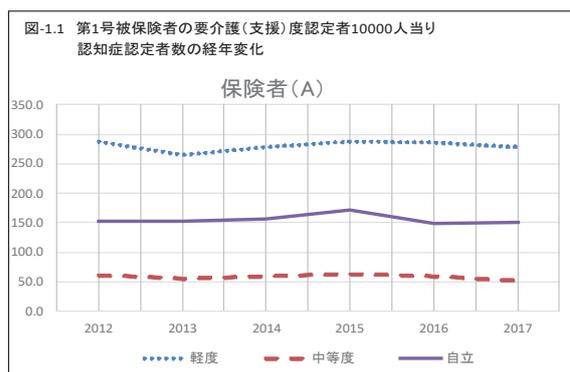
上段:要介護(支援)認定者10,000人当り人数  
下段:調査月日の自立度別居宅居住認知症者数の構成率(%)

保険者 (D) 表1-6 居宅居住の認知症高齢者のレベル別第1号被保険者による要介護(支援)度認定者数10000人当りの経年変化

年度	*認定者数の指標値	軽度	中等度	重度	自立
2017	142.0	225.6	51.2	6.9	112.8
		56.9	12.9	1.8	28.4
2016	131.7	278.0	41.2	8.4	145.1
		58.8	8.7	1.8	30.7
2015	125.8	279.3	51.9	5.9	140.1
		58.5	10.9	1.2	29.4
2014	119.4	255.0	50.6	10.3	132.1
		56.9	11.3	2.3	29.5
2013	111.1	266.3	46.6	7.8	146.4
		57.0	10.0	1.7	31.4
2012	100.0	268.7	48.1	9.9	115.9
		60.7	10.9	2.2	26.2

上段:要介護(支援)認定者10,000人当り人数  
下段:調査月日の自立度別居宅居住認知症者数の構成率(%)

\*表 1-3~1-6 の認定者数の指標値とは、2012(2013)年を100とした場合の指標値である。



## D. 考察と今後の課題

### ① 居宅居住の認知症高齢者に関するケアの実態の解明

非施設系の居宅（いわゆる自宅とみなす）に居住している認知症を有する人が、どの程度おられるのか、自宅居住の人が単独居住か、高齢夫婦のみの居住か等の形態等によって提供すべきケアの様々な様態が考えられるからである。

### ② 各種ケア施設の実態の解明

指定介護老人福祉施設には、中・重度の認知症を有する人は75%強みられ、同様に介護老人保健施設には50%強とその半数がみられる。指定介護療養型医療施設には70%強、グループホーム70%弱、ケアハウス等では40%、医療機関Ⅰ（医療保険適用）では70%近くが、医療機関Ⅱ（療養病床以外）では36%弱、その他の施設では40%強を示す。各種施設のそれぞれの機能に準じて相応の役割を果していると考えられる。今後これらについて、県内55保険者を対象として保険者ごとに解析し、考察する必要がある。



## 第Ⅱ部

介護予防を目指すデイサービスセンター、デイケアセンター、  
ショートステイ施設等の居宅及び地域密着型サービスの  
地域的設置計画とその施設構成に関する総合的研究



## 目次

## 第1章 研究の背景と目的

1-1 研究の背景	25
1-1-1 日本における高齢化の現状	
(1) 高齢化の現状と将来推計	
(2) 高齢者のいる世帯の構成	
1-1-2 日本の自立高齢者支援	
(1) 自立高齢者とは	
(2) 自立高齢者の割合	
(3) 自立高齢者をめぐる環境	
1-1-3 介護予防・日常生活支援総合事業	
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業の概要	
(2) 総合事業の対象者、利用の流れ	
(3) 総合事業の構成	
1-2 既往研究	35
1-2-1 介護予防を目的とした通所型施設に関する既往研究	
1-2-2 通所型サービスに関する既往研究	
1-2-3 既往研究の未到達点	
1-3 研究の目的と方法	37
1-3-1 研究の目的	
1-3-2 研究の構成	
1-3-3 研究対象・用語の定義	
(1) 「自立高齢者」	
(2) 「介護予防事業実施施設」	

## 第2章 通所型サービスの概要、事業所整備状況

2-1 本章の目的と調査概要	39
2-1-1 目的	
2-1-2 調査概要	
2-2 通所型サービスの概要	40
2-2-1 通所型サービスの類型	
2-2-2 通所型サービスの人員・設備基準（典型的な例）	
2-3 通所型サービス事業所の整備状況	42
2-3-1 資料収集調査の概要	
2-3-2 結果	
2-3-3 都道府県ごとにみた通所型サービス事業所の整備状況	
(1) 通所型サービス事業所数の推移	
(2) 都道府県別通所型サービス事業所の整備状況	
2-4 多様なサービスの事業実施場所	44
2-4-1 資料収集調査の概要、分類方法	
(1) 資料収集調査の概要	
(2) 分類方法	
2-4-2 結果	

- (1) 通所型サービス A
- (2) 通所型サービス B
- (3) 通所型サービス C
- 2-5 小 括 ..... 52
  - 2-5-1 通所型サービスの概要
  - 2-5-2 通所型サービス事業所の整備状況
  - 2-5-3 多様なサービスの事業実施場所

**第3章 専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用**

- 3-1 本章の目的と調査概要 ..... 54
  - 3-1-1 用語の定義
  - 3-1-2 目的
  - 3-1-3 調査概要
- 3-2 訪問見学・ヒアリング調査結果 ..... 56
  - 3-2-1 事業所 b
    - (1) 施設概要
    - (2) スタッフ
    - (3) 利用者
    - (4) サービス
    - (5) 空間構成
    - (6) 各スペースの使われ方
    - (7) 〈参考〉江戸川区の通所型サービス A に関する基準
  - 3-2-2 事業所 y
    - (1) 施設概要
    - (2) スタッフ
    - (3) 利用者
    - (4) サービス
    - (5) 空間構成
    - (6) 各スペースの使われ方
    - (7) 〈参考〉相模原市の通所型サービス A に関する基準
  - 3-2-3 事業所 c
    - (1) 施設概要
    - (2) スタッフ
    - (3) 利用者
    - (4) サービス
    - (5) 空間構成
    - (6) 各スペースの使われ方
    - (7) 〈参考〉春日部市の通所型サービス A に関する基準
  - 3-2-4 事業所 h
    - (1) 施設概要
    - (2) スタッフ
    - (3) 利用者
    - (4) サービス
    - (5) 空間構成

(6) 各スペースの使われ方	
(7) 〈参考〉草加市の通所型サービス B に関する基準	
3-2-5 事業所 m	
(1) 施設概要	
(2) スタッフ	
(3) 利用者	
(4) サービス	
(5) 空間構成	
(6) 各スペースの使われ方	
(7) 〈参考〉練馬区の通所型サービス B に関する基準	
3-2-6 事業所 s	
(1) 施設概要	
(2) スタッフ	
(3) 利用者	
(4) サービス	
(5) 空間構成	
(6) 各スペースの使われ方	
(7) 〈参考〉「高齢者生きがい活動支援通所事業」実施時の平面構成	
3-3 専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用に見られる特徴	92
3-3-1 運営面	
(1) 人員	
(2) 通所手段	
3-3-2 空間利用	
(1) 施設類型	
(2) 活動スペース	
(3) 事務室	
(4) 定員 1 人あたりの活動スペース面積	
3-4 小 括	96
3-4-1 訪問見学・ヒアリング調査結果	
3-4-2 専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用に見られる特徴	
<b>第 4 章 地域包括ケアの先駆的事例及び介護予防拠点整備事例</b>	
4-1 本章の目的と調査概要	97
4-1-1 目的	
4-1-2 調査概要	
4-1-3 調査対象地域の概要	
4-2 和光市の地域包括ケアシステム	99
4-2-1 和光市における地域包括ケアシステム計画の概要	
4-2-2 日常生活圏域ニーズ調査	
(1) 調査の概要	
(2) 調査の結果（一部）	
4-2-3 地域包括ケアマネジメントの支援体制	
4-2-4 ケアマネジメントによる効果	

4-3 和光市の介護予防拠点整備	105
4-3-1 市内の地域包括支援センター及び介護予防拠点	
4-3-2 介護予防拠点配置の分析	
(1) 介護予防拠点配置と地区別高齢化率	
(2) 介護予防拠点配置と徒歩圏域	
(3) 介護予防拠点配置とボロノイ分割	
4-3-3 市内介護予防拠点の見学調査結果	
(1) 介護予防拠点 Ms	
(2) 介護予防拠点 Mh	
(3) 介護予防拠点 Mg	
(4) 介護予防拠点 Mp	
4-4 小 括	117
4-4-1 和光市の地域包括ケアシステム	
4-4-2 和光市の介護予防拠点整備	

## 第5章 総括

5-1 各章のまとめ	118
5-1-1 第1章 研究の背景と目的	
5-1-2 第2章 通所型サービスの概要、事業所整備状況	
5-1-3 第3章 専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用	
5-1-4 第4章 地域包括ケアの先駆的事例及び介護予防拠点整備事例用	
5-2 本研究の到達点と今後の課題	120
5-2-1 本研究の到達点	
5-2-2 介護予防事業実施施設の施設計画に関する留意点・提案	
(1) 活動スペース	
(2) 静養スペース	
(3) スタッフスペース	
(4) 収納	
(5) トイレ	
(6) 併設機能	
(7) 外部との関係	
5-2-3 今後の課題	

## 図表目次

### 第1章 研究の背景と目的

1-1 研究の背景	
図 1.1.1 高齢化の現状と将来推計	25
図 1.1.2 高齢者のいる世帯の構成	26
図 1.1.3 65歳以上の要介護認定状況	27
図 1.1.4 地域包括ケアシステムの姿	29
図 1.1.5 介護予防・日常生活支援総合事業の構成	30
図 1.1.6 介護サービス利用の流れ（総合事業導入前）	31
図 1.1.7 介護サービスの利用の流れ（総合事業導入後）	32
図 1.1.8 基本チェックリストの質問項目	33
図 1.1.9 総合事業の構成	34
1-3 研究の目的と方法	
図 1.3.1 研究フロー	37

### 第2章 通所型サービスの概要、事業所整備状況

2-1 本章の目的と調査概要	
表 2.1.1 調査概要	39
2-2 通所型サービスの概要	
表 2.2.1 類型別 通所型サービスの実施方法及び人員・設備基準（典型的な例）	41
2-3 通所型サービス事業所の整備状況	
図 2.3.1 通所型サービスの類型別事業所数と実施市町村数の推移	42
図 2.3.2 都道府県別類型別 通所型サービス事業所数と 65歳以上人口 10万人あたりの事業所数	43
2-4 多様なサービスの事業実施場所	
表 2.4.1 事業所一覧収集の概況	44
表 2.4.2 事業実施場所分類の詳細	45
図 2.4.1 分類別事業所数（通所型サービス A）	46
表 2.4.3 分類別都道府県別事業所数（通所型サービス A）	47
図 2.4.2 分類別事業所数（通所型サービス B）	48
表 2.4.4 分類別都道府県別事業所数（通所型サービス B）	49
図 2.4.3 分類別事業所数（通所型サービス C）	50
表 2.4.5 分類別都道府県別事業所数（通所型サービス C）	51

### 第3章 専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用

3-1 本章の目的と調査概要	
表 3.1.1 調査概要	55
3-2 訪問見学・ヒアリング調査結果	
表 3.2.1 事業所 b 施設概要	56
図 3.2.1 事業所 b 平面図	58
図 3.2.2 事業所 b 内観写真	59
表 3.2.2 事業所 y 施設概要	62
図 3.2.3 事業所 y 平面図	64
図 3.2.4 事業所 y 内観写真	65

## 図表目次

表 3.2.3	事業所 c 施設概要	68
図 3.2.5	事業所 c 平面図	70
図 3.2.6	事業所 c 内観写真	71
表 3.2.4	事業所 h 施設概要	74
図 3.2.7	事業所 h 平面図	76
図 3.2.8	事業所 h 内観写真	77
表 3.2.5	事業所 m 施設概要	80
図 3.2.9	事業所 m 平面図	82
図 3.2.10	事業所 m 内観写真	83
表 3.2.6	事業所 s 施設概要	86
図 3.2.11	事業所 s 平面図	88
図 3.2.12	事業所 s 内観写真	89
3-3	専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用に見られる特徴	
表 3.3.1	専用の実施場所を持つ通所型サービス事業所の運営概	93
表 3.3.2	専用の実施場所を持つ通所型サービス事業所の空間利用の概要	95

## 第4章 地域包括ケアの先駆的事例及び介護予防拠点整備事例

4-1	本章の目的と調査概要	
表 4.1.1	調査概要	97
表 4.1.2	和光市の概要	98
図 4.1.1	和光市における人口と高齢化率の推移	98
4-2	和光市の地域包括ケアシステム	
図 4.2.1	地域包括ケアシステムの計画期間	99
表 4.2.1	日常生活圏域ニーズ調査の回収結果	100
図 4.2.2	認知機能リスク者の属性別内訳	101
図 4.2.3	利用したい介護予防サービス	102
図 4.2.4	和光市における地域包括ケアシステムの構築	103
表 4.2.2	ケアマネジメントによる効果	104
図 4.2.5	要介護認定率の推移（全国・埼玉県・和光市）	104
4-3	和光市の介護予防拠点整備	
表 4.3.1	和光市内の介護予防拠点概要	105
図 4.3.1	和光市内の地域包括支援センター及び介護予防拠点の配置	105
図 4.3.2	介護予防拠点配置と地区別高齢化率	106
図 4.3.3	介護予防拠点配置と徒歩圏域	107
図 4.3.4	介護予防拠点配置とポロノイ分割	108
表 4.3.2	介護予防拠点 Ms 概要	109
表 4.3.3	介護予防拠点 Mh 概要	111
表 4.3.4	介護予防拠点 Mg 概要	113
表 4.3.5	介護予防拠点 Mp 概要	115

## 第5章 総括

5-2	本研究の到達点と今後の課題	
図 5.2.1	介護予防事業実施施設の施設計画に関する提案ダイアグラム	118

## 第1章 研究の背景と目的

### 1-1 研究の背景

#### 1-1-1 日本における高齢化の現状

##### (1) 高齢化の現状と将来推計

今日我が国では、平均寿命の伸びと少子化の影響により、先進諸国の中でも最も高い水準で少子高齢化が進んでいる。

1970年に高齢化率（全人口における65歳以上人口の割合）が7%を超え「高齢化社会」となった後、1995年には「高齢社会」（高齢化率14%～21%）、2007年には「超高齢社会」（同21%以上）を迎えた。高齢化率はその後も上昇を続け、2019年10月1日時点で、28.4%に達している。

今後も高齢化率は上昇を続け、2036年には33.3%で国民の3人に1人が65歳以上となることが予測されている。また、2042年以降は65歳以上人口が減少に転じるが、高齢化率は上昇を続け2065年には38.4%に達し国民の約2.6人に1人が65歳以上となることが推計されている（図1.1.1）。

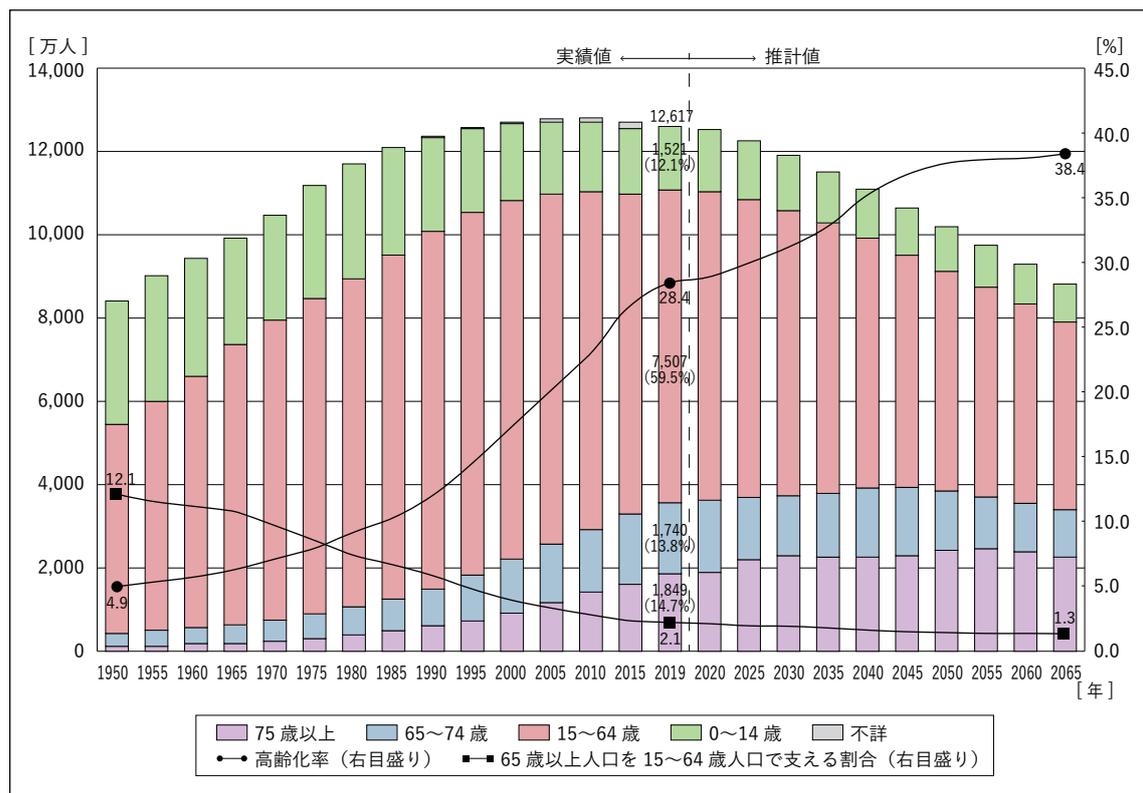


図 1.1.1 高齢化の現状と将来推計

※文1に基づき著作作成

# 第1章 研究の背景と目的

## 1-1 研究の背景

### (2) 高齢者のいる世帯の構成

65歳以上の高齢者がいる世帯について見ると、1980年では「3世代世帯」の割合が全体の半数(50.1%)を占めていたが、年々、「夫婦のみ世帯」「単独世帯」が増加しており、2018年では合わせて6割近くを占めている。また、全世界帯に占める65歳以上の者がいる世帯の割合も増加を続けており、2018年には48.9%となっている(図1.1.2)。

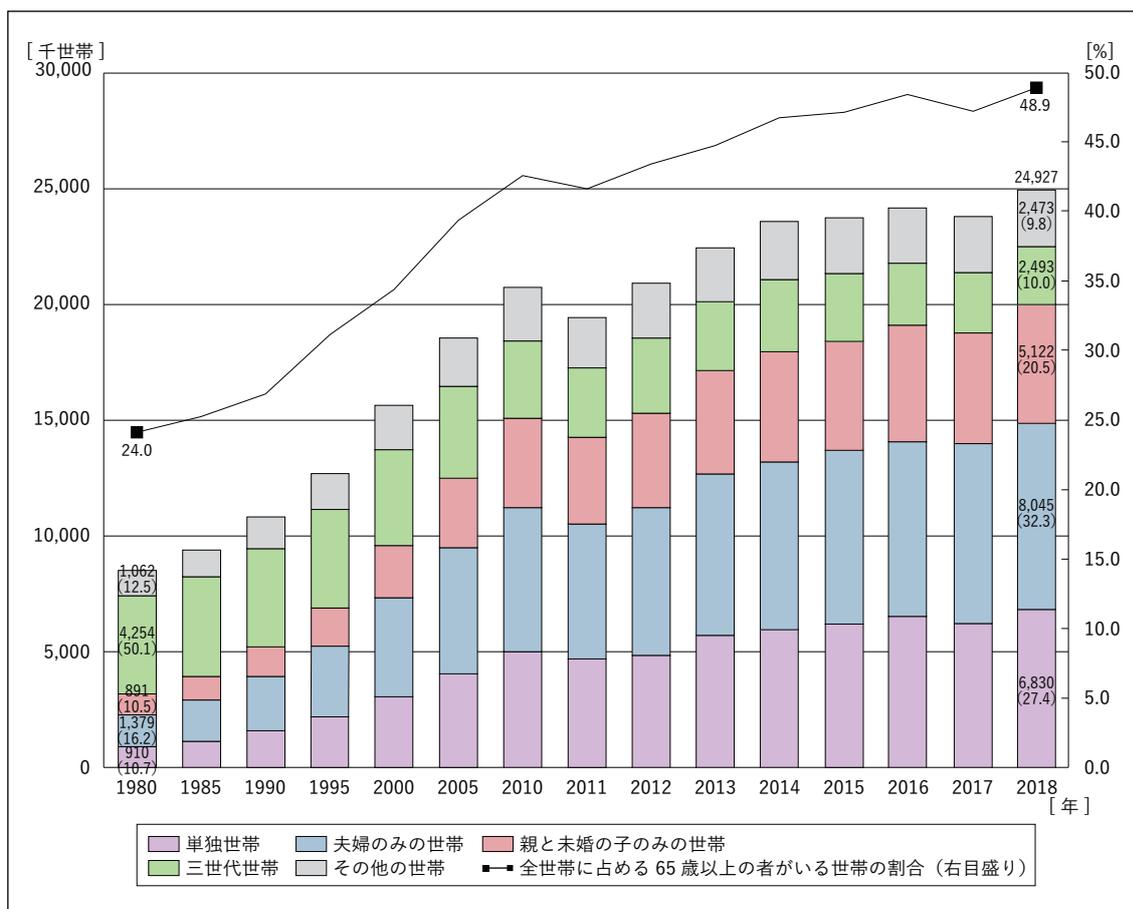


図 1.1.2 高齢者のいる世帯の構成

※文1に基づき著者作成

1-1-2 日本の自立高齢者支援

(1) 自立高齢者とは

我が国では、人口の高齢化が進むにつれ、要介護者の増加や長寿化に伴う介護期間の長期化などにより、介護ニーズが増加してきた。一方で、核家族化や高齢者飲み世帯の増加、介護者である家族自身の高齢化など、中心的に介護を担ってきた家族の状況も変化し、家庭内だけで介護を完結させることが困難となりつつあった。このような状況から、高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、2000年4月に介護保険制度が導入された。

介護保険制度では、65歳以上の者を「第1号被保険者」、40～64歳の者のうち医療保険加入者を「第2号被保険者」とし、被保険者からの申請に応じて、自立（非該当）、要支援1から要介護5までの8段階に認定を行い、要支援1以上のいずれかに該当した者に対して介護給付等によるサービスを提供している<sup>文2)</sup>。介護保険の開始以降、要介護認定を受けていない高齢者は「自立（非該当）高齢者」という位置付けがされた。

(2) 自立高齢者の割合

要介護認定者の数は年々増加しているが、内閣府の調査によれば、2018年時点で、前期高齢者（65～74歳）の97%以上、後期高齢者（75歳以上）においても76%以上が、要介護認定を受けていない「自立」の状態である。これらの自立高齢者が、要支援・要介護状態になることを防ぐことが課題となっている（図1.1.3）。

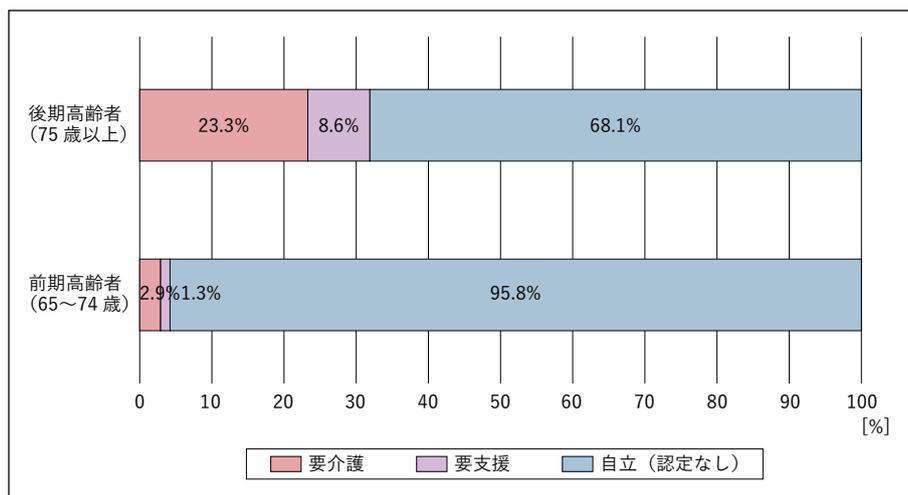


図 1.1.3 65歳以上の要介護認定状況

※文1に基づき著者作成

### (3) 自立高齢者をめぐる環境

長寿命化が進んだ我が国では、長い高齢期をいかに元気に、その人らしく過ごすかが個人・社会のどちらにおいても重要な課題である。高齢期には、多くの人にとって居住地周辺での活動が生活の中心となる。そのため、自立高齢者の元気な暮らしを支えるための地域体制の整備が重要視され、地域での自立高齢者の居場所づくりの重要性が高まっている。このような自立高齢者を支える地域施設は、生きがいづくりや介護予防の観点からも、高齢者の地域継続居住のための重要な空間であることが知られている<sup>文7)</sup>。

介護保険制度においては、2005年の改正以降介護予防の重要性が認められ、予防重視型システムへの転換が目指されている。

2005年の改正では、要支援者への給付である「予防給付」や、各市町村が介護予防事業や包括的支援事業を行う「地域支援事業」が新たに創設された。「地域支援事業」とは、被保険者が要介護状態等になることを予防するとともに、要介護状態等になった場合でも、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業である。

2011年の改正では、「地域包括ケアシステム」の構築が推進されるようになった(図1.1.4)。「地域包括ケアシステム」とは、日常生活圏域(中学校区程度)の単位で住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムのことで、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に構築が進められている。この中で介護予防拠点も日常生活圏域あたりに1カ所程度整備することが目標とされており、「住民運営の通いの場の充実」が1つの目標として挙げられている。

2014年の改正では、全国一律であった予防給付(訪問介護・通所介護)が、市町村が取り組む地域支援事業に段階的に移行されることになった。これにより、既存の介護事業署による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による「多様なサービス」の提供が可能になった。この改正に伴い、予防給付(訪問介護・通所介護)と従来各市町村で行われていた介護予防事業が合体・再編成され「介護予防・日常生活支援総合事業」が新たに創設された。

近年では、制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人一人の暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指した「地域共生社会」の実現が目標に掲げられている。

この流れを受け、2018年の介護保険改正では、「共生型サービス」が新たに創設された。「共生型サービス」とは、高齢者と障害者が同一の事業所でサービスを受けやすくするための新しいサービスの形であり、この改正によって、障害福祉サービス事業所等でも、介護事業所としてサービスを提供することが可能となった。

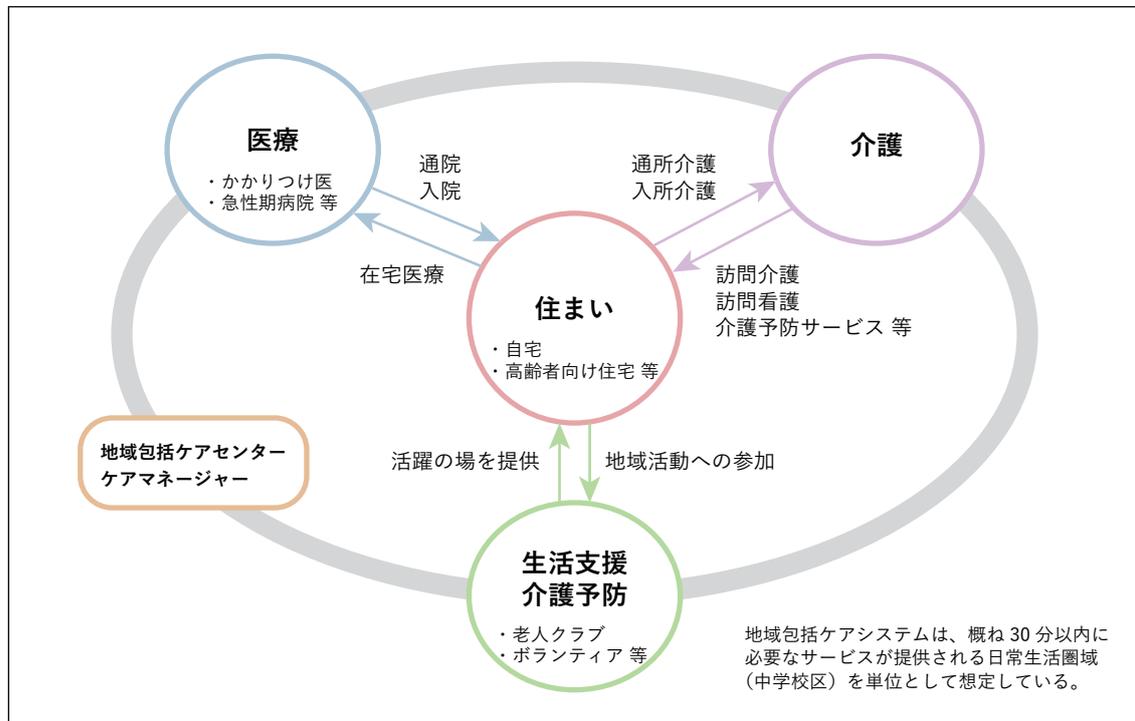


図 1.1.4 地域包括ケアシステムのイメージ

※文2に基づき著者作成

# 第1章 研究の背景と目的

## 1-1 研究の背景

### 1-1-3 介護予防・日常生活支援総合事業

#### (1) 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が進められている。しかし、人口は横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、一方で75歳以上人口の増加は緩やかで人口が減少する町村部などと、高齢化の進展状況には大きな地域差がみられる。そこで、地域包括ケアシステムには、保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが求められている<sup>文5)</sup>。

そこで国では、2015年4月から「介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業)」が実施されている。総合事業は地域支援事業の一部であり、「介護予防事業・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」で構成される。市町村が中心となり、地域の実情に応じて住民等の多様な主体が参画し多様なサービスを充実させることで、地域の支え合い体制づくりの推進、要支援者等に対する効果的・効率的な支援を目指すものとされている(図1.1.5)。

介護保険改正前後の介護保険の構成を図に示す。主な変更点としては以下の2点が挙げられる。

- ・改正前の地域支援事業のうち介護予防事業が、総合事業へ移行
- ・改正前の介護予防給付のうち訪問介護・通所介護が、総合事業の中の「介護予防・生活支援サービス事業」へ移行

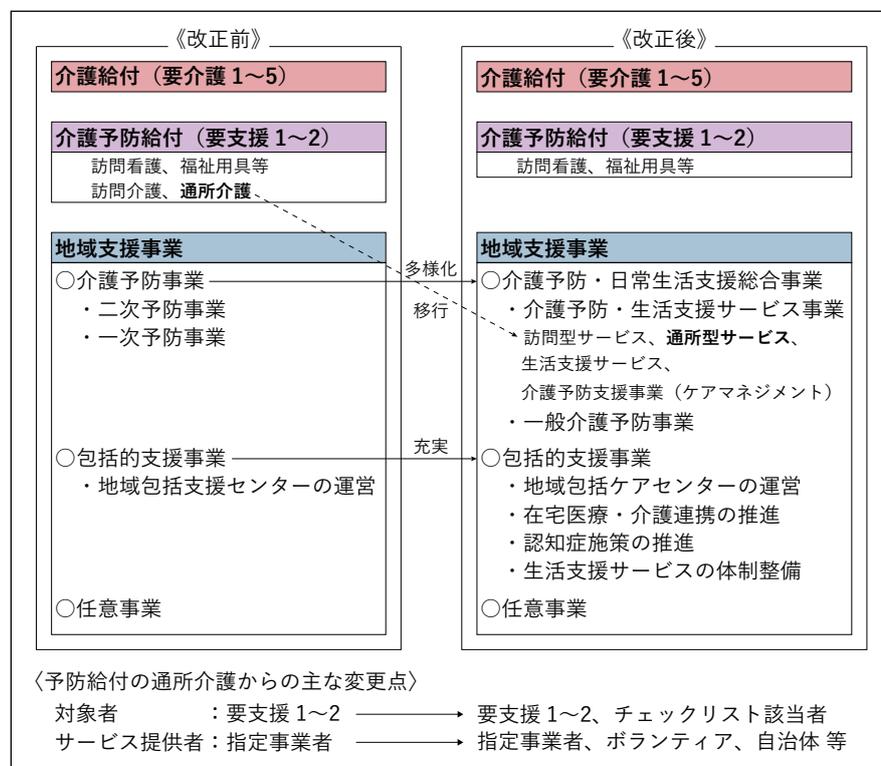


図 1.1.5 介護予防・日常生活支援総合事業の構成

※文 3 に基づき著者作成

(2) 総合事業の対象者、利用の流れ

2-1) 介護サービス利用の流れ（総合事業導入前）

総合事業導入前の介護サービス利用の流れを図 1.1.6 に示す。以前は各市区町村の窓口にて要介護認定申請を行った後、認定調査および医師の意見書によって要介護（要支援）認定が行われていた。そこで要介護となった者は介護給付によるサービス、要支援となった者は予防給付によるサービス、非該当となった者は地域支援事業を利用することができた。

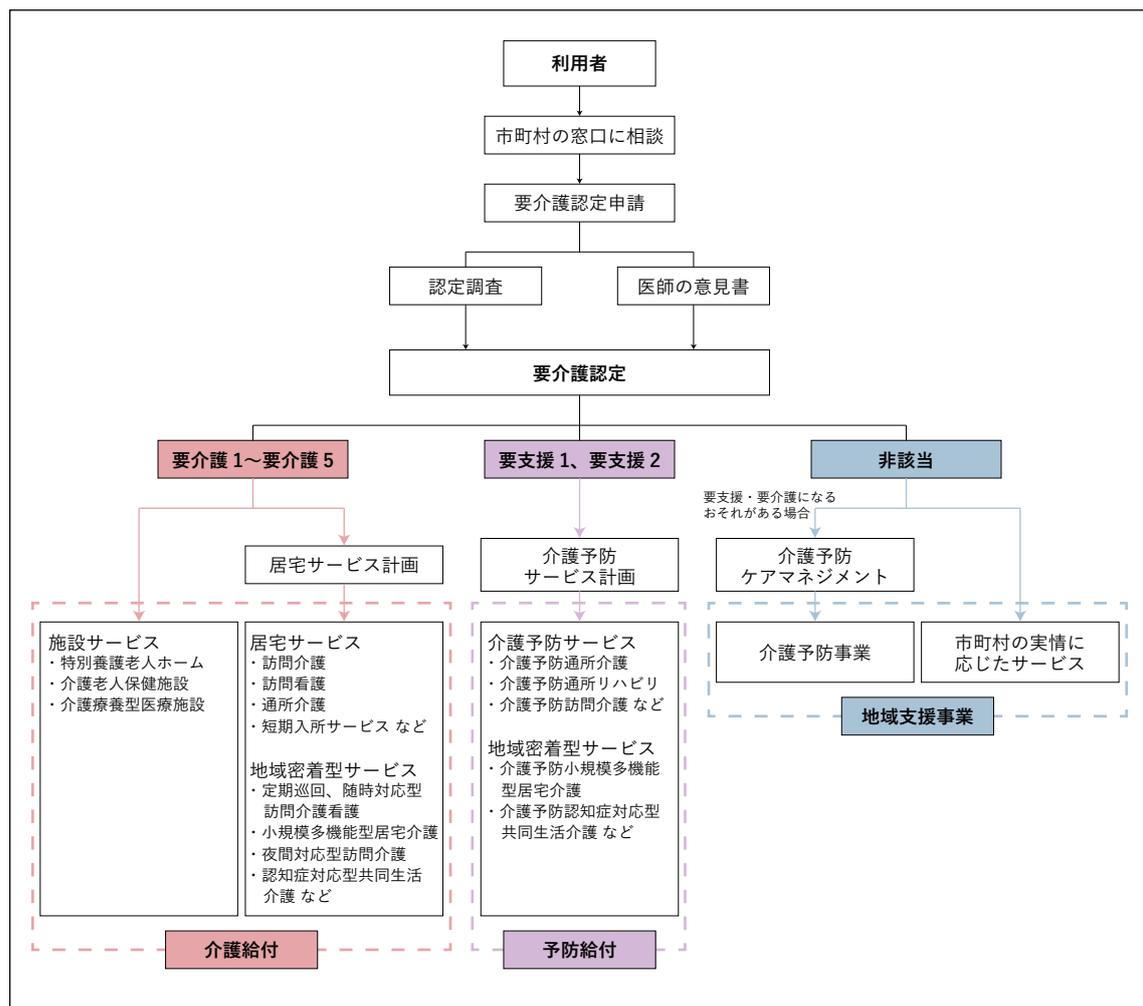


図 1.1.6 介護サービス利用の流れ（総合事業導入前）

※文 4 に基づき著者作成

2-2) 介護サービス利用の流れ（総合事業導入後）

総合事業導入後の介護サービス利用の流れを図1.1.7に示す。総合事業の対象者は、65歳以上の高齢者のうち、要支援1・2の者、また要介護認定では非該当だが基本チェックリストにて該当となった者である。要介護認定や基本チェックリスト（図1.1.8）による認定等は各市区町村の窓口（多くは地域包括支援センター）で受け取ることができる。

総合事業では、既存の介護予防の訪問介護事業者や通所介護事業者がみなし指定事業者として利用可能なほか、多様なサービスを利用することができる。

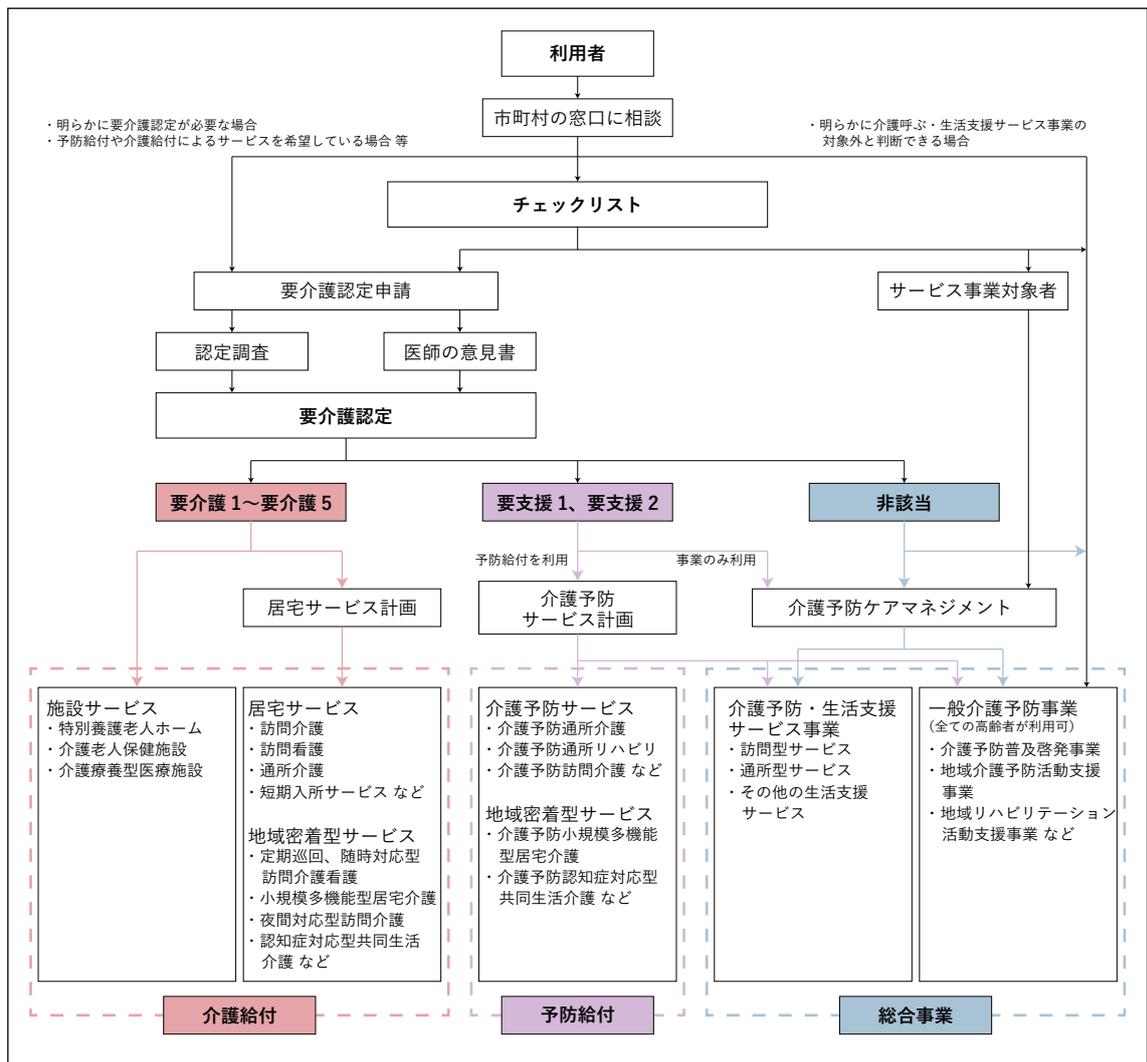


図1.1.7 介護サービスの利用の流れ（総合事業導入後）

※文4に基づき著者作成

No.	質問項目	回答 (数字が点数)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI= )←18.5未満は該当 ※BMI= 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)	1. はい	0. いいえ
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできたことが今はおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

●事業対象者に該当する基準  
 ①No.1～20の合計が10点以上  
 ②No.6～10の合計が3点以上  
 ③No.11～12の合計が2点。  
 ④No.13～15の合計が2点以上

図 1.1.8 基本チェックリストの質問項目

※厚生労働省掲載の基本チェックリスト (pdf) に基づき著者作成

(3) 総合事業の構成

総合事業は、「介護予防・生活支援サービス事業」「一般介護予防事業」の2つで構成されている。総合事業導入前、予防給付であった訪問介護・通所介護は「介護予防・生活支援サービス事業」の中の「訪問型サービス」「通所型サービス」に移行された。「訪問型サービス」「通所型サービス」には移行してきた訪問介護・通所介護（以下、従前相当）の他に、多様なサービス（訪問型サービス A,B,C,D 型、通所型サービス A,B,C 型）が新たに設けられた（図 1.1.9）。

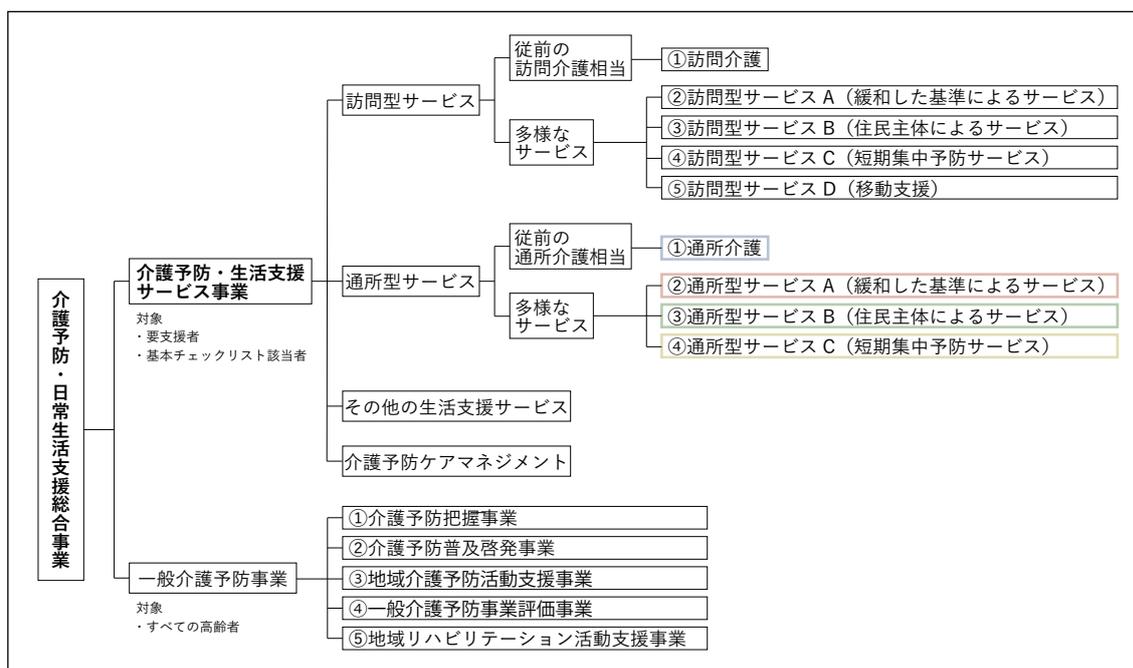


図 1.1.9 総合事業の構成

※文 3 に基づき著者作成

## 1-2 既往研究

### 1-2-1 介護予防を目的とした通所型施設に関する既往研究

介護予防を目的とした通所型施設の施設計画に関する既往研究には、事例研究が多く見られる。以下に既往研究の一部と、研究によって明らかにされたことを示す。

田中ら<sup>文5)</sup>は、多摩市のコミュニティセンター内の高齢者スペースについて、利用実態調査および活動展開の把握を行い、利用圏域は小学校と同程度であるが、周辺環境や建物自体の魅力など利用者の好みに応じて使い分けがみられること、基本生活行為に関わるサービスと高齢者専用のフリースペースの組み合わせが訪れやすさにつながることで、内部空間は、多様な交流様態を選択できるよう、一体感のある空間に家具などの設えによって性格の異なる場をつくることを重要であることを明らかにした。

西野ら<sup>文6)</sup>は、自己通所が可能な高齢者を対象とした武蔵野市独自の事業を対象に、利用実態調査、空間の使われ方の把握を行い、通所施設には要介護の有無を問わず、独居や日中独居の高齢者の社会的ニーズがあること、「異なる活動が同じ場において混合する」という状態は、通所施設が「社会的な接触の場」として機能する重要なあり方の1つであることを把握した。

鄭ら<sup>文7)</sup>は、多摩市内全6カ所の「いきがいデイサービス」実施施設を対象に、利用者の属性調査、終日観察調査、1週間の連続観察調査(2カ所)等を行い、いきがいデイサービスは利用者にとっていきがい・自己実現の場であり、多様なプログラムの場として用いることができる空間と、異なる活動が同時に展開できる空間の確保が必要であること、利用回数の多い人や施設の利用が生活の一部になっている人にとっては、日常生活の延長という視点で固有の居場所を持つことができるよう、選択できる場所の用意が重要であること、住み慣れた地域で気軽に利用ができるよう地域性にも配慮した立地とするのが望ましいことを明らかにした。

また、山田ら<sup>文8)</sup>は9年後に多摩市内全3カ所のいきがいデイサービスを対象に、ヒアリング、活動の見学、1週間の観察調査及びアンケート調査を行い、9年前と比べ、月数回が半数程であった利用頻度が1割程度になり、週1～2回定期的に通う利用者が増加したこと、動的・静的プログラム、1人でいたい利用者や交流したい利用者、小規模グループ・大規模グループなど、様々な行為に対応できる場の形成様態が必要であることを明らかにした。

田ら<sup>文9)</sup>は、東京都内53市区町村を対象に、資料収集、アンケートによる自立高齢者を対象とした施設の整備状況の把握を行い、施設数が多い自治体は小規模な施設、施設数が少ない自治体は大規模な施設が占める割合が高い傾向にあること、1施設あたりの自治体面積の中央値は2.2km<sup>2</sup>/カ所であり、利用者は何らかの交通手段を用いる必要があること、コミュニティ施設併設が最も多い一方で、1日平均利用人数は福祉施設併設型が顕著に多い(地域の福祉拠点として大規模なプログラムが頻繁に提供されるため)ことを等明らかにした。

村田ら<sup>文10～16)</sup>は、2005年から継続して大阪府の「街かどデイハウス」を対象とした研究を行っており、利用者13名への聞き取り調査(2005年・2008年)、全施設へのアンケート調査、訪問調査(10カ所)など、様々な観点から、街かどデイハウスが果たしている役割や、利用者の心身機能や生活の経年変化を明らかにしてきた。2018年には、総合事業開始後の街かどデイハウスの現状と課題についてアンケート調査を行い、約半数の施設が総合事業へ移行しているまたはする予定であること、総合事業への移行のために事業内容の見直しが求められ閉鎖を考える施設もあること等を把握している。

### 1-2-2 通所型サービスに関する既往研究

総合事業の通所型サービスに関する既往研究は、理学療法学において通所型サービス C（短期集中型）を対象としたものが多くみられる。

黒澤<sup>文17)</sup>は、通所型サービス C の参加者に対し事業終了時とその3ヶ月後にアンケート調査によって事業の効果の検証を行い、事業が生活行為や外出などの行動の広がりにつながったことや、事業終了後の通いの場や通所型サービスの利用を勧めることが有効であることなどを把握している。

花谷<sup>文18)</sup>は、従来の介護予防通所介護から通所型サービス A に移行し1年以上継続した利用者を対象に、運動機能の変化の検証を行い、機能維持が認められること、利用者のニーズや体調の変化への対応、情報共有に重点を置くことで、利用者離れや運動機能および ADL・IADL の低下を阻止できつつあることを把握している。

河野<sup>文19)</sup>は、通所型サービス C 利用者の事業開始前の LSA 測定結果から生活の広がりにも影響する要因について調査を行い、人とのつながり、敏捷性、痛みの有無が生活の広がりにも影響を及ぼすことを把握している。

一方で、建築学における総合事業の通所型サービスに関する既往研究は数が少ない。

徐<sup>文20)</sup>は、東京都における通所型サービス A 施設を対象に、施設整備状況の把握や、アンケート調査、訪問・ヒアリング調査を行った。アンケート調査は2017年及び2018年に実施し、計83施設（回収率22.3%）から回答を得た。定員数は20人以下を設定している施設が多いこと、実施面積は、8割以上の施設がガイドラインで示されている1人あたり3.0㎡で実施しているが、自治体によって1人あたり2.3㎡～10.0㎡とばらつきがみられることなどが明らかにされている。訪問・ヒアリング調査は東京都内の10施設を対象に行われた。通所型サービスの実施方法は、単独型、同時開催型、機能訓練特化型の3パターンあり、プログラムの実施方法は、一斉実施と個別実施の2パターンあること、これらの組み合わせによって6パターンの空間の使われ方があることが把握されている。また、全ての施設で機能訓練室の面積の割合が20%以上であること、特に、単独型と機能訓練特化型では70%以上であることなどが把握されている。

### 1-2-3 既往研究の未到達点

総合事業の通所型サービスを対象とした建築学の立場からの研究は十分になされておらず、既往研究の未到達点として以下の点があげられる。

- ・通所型サービス A,B,C 全てを対象とした整備状況、空間利用の調査
- ・総合事業の通所型サービスに特化した先駆的な施設での実態調査

## 1-3 研究の目的と方法

### 1-3-1 研究の目的

本研究では、多様化が進む介護予防事業を実施する施設の施設整備計画に関する知見を得ることを目的とする。

具体的な課題として以下の3点を設定した。

- ①通所型サービス事業所の整備状況・実施場所の把握。
- ②専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用の把握。
- ③地域包括ケアの先駆的事例および介護予防拠点整備事例の把握。

### 1-3-2 研究の構成

研究フローを図1.3.1に示す。

本研究は各課題に対応した3つの章を含む5章構成である。資料収集調査により通所型サービス事業所の整備状況および事業実施場所を把握した。また、専用の事業実施場所をもつ通所型サービス事業所5ヶ所について、訪問見学・ヒアリング調査を行い、運営および空間利用について把握した。さらに、先駆的な地域包括ケアシステムの構築に取り組む埼玉県和光市を対象に、ヒアリング・資料収集調査、介護予防拠点の見学調査を行い、地域包括ケアの先駆的事例および介護予防拠点整備事例の把握を行った。

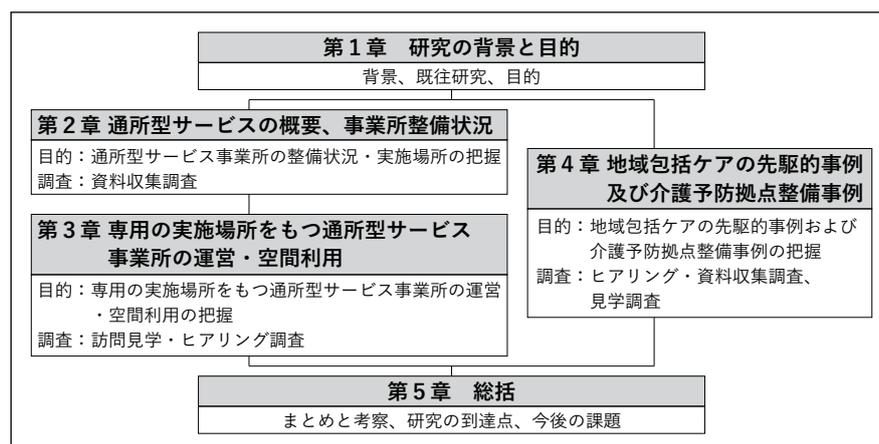


図 1.3.1 研究フロー

## 第1章 研究の背景と目的

### 1-3 研究の目的と方法

---

#### 1-3-3 研究対象・用語の定義

##### (1) 「自立高齢者」

本研究では、「自立高齢者」を以下のように定義する。

- ・自立高齢者:介護保険制度において、要介護認定を受けていない(要支援または非該当)65歳以上の者。

##### (2) 「介護予防事業」「介護予防事業実施施設」

本研究では「介護予防事業」を以下のように定義する。

- ・介護予防事業:自立高齢者等を対象とした、心身・生活機能低下の予防または悪化の防止を目的とする事業。介護保険法に基づき、国・都道府県・市町村・被保険者が費用を負担し、市町村が実施する。

また、研究対象である「介護予防事業実施施設」は、上記の「介護予防事業」を、市町村の指定、委託、または補助を受けて実施している施設とする。

## 第2章 通所型サービスの概要、事業所整備状況

### 2-1 本章の目的と調査概要

#### 2-1-1 目的

本章の目的は、以下の3点である。

- ・通所型サービスの実施方法および人員・設備等の基準を、類型ごとに把握すること。
- ・通所型サービス事業所の全国的な整備状況を把握すること。
- ・通所型サービスが実施されている場所の傾向を、類型ごとに明らかにすること。

各節の具体的な課題を以下に示す。

2-2 では、通所型サービスの実施方法および人員・設備等の基準を把握し、類型ごとの特徴を明らかにする。その上で、通所型サービスと、予防給付の通所介護および一般介護予防との違いを明らかにする。

2-3 では、全国を対象とした資料収集調査に基づき、通所型サービス事業所数の推移、都道府県ごとの事業所整備状況を把握する。

2-4 では、1都3県を対象とした事業所一覧収集に基づき、通所型サービス事業所の実施場所分類を行う。その上で、通所型サービスの実施場所について、類型ごとの傾向を明らかにする。

2-5 では、第2節から第4節までの内容を踏まえ、本章で得られた知見を整理する。

#### 2-1-2 調査概要

本章で行った調査の概要を表2.1.1に示す。

表 2.1.1 調査概要

調査	調査方法	調査対象	調査日
資料収集調査	厚生労働省 HP 掲載情報の収集	全国（都道府県別）	2020/4～5
	自治体 HP・窓口での通所型サービス事業所一覧収集	東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県（市区町村別）	2019/10～12 2020/7～9

## 2-2 通所型サービスの概要

### 2-2-1 通所型サービスの類型と実施方法

類型別の通所型サービスの実施方法、および人員・設備基準を表 2.2.1 に示す。

通所型サービスは、予防給付の通所介護に相当するもの（「通所介護」）と、それ以外の多様なサービスによって構成される。多様なサービスには、主に雇用労働者が緩和した基準によるサービスを提供する「通所型サービス A」、住民主体でサービスを提供する「通所型サービス B」、保健・医療の専門職により短期集中で行われる「通所型サービス C」の 3 類型がある。

多様なサービスでは、サービスの内容・実施方法がそれぞれ異なる。通所型サービス A は実施を希望する団体（民間事業者、NPO 等）が手続きによって自治体から指定を受ける場合と、自治体から実施を委託を受けた団体が実施する場合がある。通所型サービス B は、NPO やボランティア団体などが、立ち上げ経費や活動経費の補助を自治体から受けて実施する。通所型サービス C は、3～6ヶ月の短期集中で行われる機能向上・栄養改善等のプログラムであり、市町村の職員が直接支援等を実施する場合と、自治体から委託を受けた団体が実施する場合がある。

総合事業の利用者は、住んでいる自治体を実施しているサービスの中で、本人の希望・相談員の判断を踏まえて利用するサービスを決める。また、自治体の指定があれば隣接した自治体等のサービスを受けることも可能である。

### 2-2-2 通所型サービスの人員・設備基準（典型的な例）

「通所介護の基準は予防給付の通所介護と同様であり、人員は管理者や生活相談員、介護職員の専従が定められている設備については、食堂や機能訓練室（3㎡×利用定員以上）や、静養室・相談室・事務室等の設置が定められている。

一方で、多様なサービスの基準は、市町村が地域の実情に応じて定めることとなっている。

基準の典型的な例を表 2.2.1 に示す。

通所型サービス A は通所介護の基準を緩和したものになっており、生活相談員や介護職員の配置、静養室・相談室・事務室の設置等は必ずしも必要ではない。通所型サービス B は人員、設備ともにサービスを提供するために必要な数や場所を設けることとなっている。通所型サービス C についても、内容に応じた独自の基準となっており、市町村がサービス内容を決めた上で、それに応じた基準を定めるという流れになっている。

表 2.2.1 類型別 通所型サービスの実施方法と人員・設備基準（典型的な例）

サービス類型	多様なサービス			
	従前の通所介護相当	通所型サービスA （緩和した基準によるサービス）	通所型サービスB （住民主体による支援）	通所型サービスC （短期集中予防サービス）
内容	通所介護と同様のサービスの 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション等 事業者指定 / 委託	体操・運動等の活動など 自主的な通いの場 補助（助成）	生活機能を改善するための運動器の 機能向上や栄養改善等のプログラム 直接実施 / 委託
実施方法	事業者指定	主に雇用労働者 + ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）
提供者（例）	通所介護事業者の従事者			
基準	人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者：常勤、専従 1 以上※</li> <li>生活相談員：専従 1 以上</li> <li>看護職員：専従 1 以上</li> <li>介護職員：～15 人 専従 1 以上</li> <li>15 人～ 利用者 1 人に専従 0.2 以上</li> <li>機能訓練指導員：1 以上</li> <li>（生活相談員、介護職員の 1 人以上は常勤）</li> </ul> <small>※支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の職務に従事可能</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>従事者：必要数</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○内容に応じた独自の基準</li> <li>例) 機能訓練指導員、看護職員、介護職員等を必要数配置</li> </ul>
	設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>食堂、機能訓練室（3㎡×利用定員以上）</li> <li>静養室、相談室、事務室</li> <li>消火設備その他の非常災害に必要な設備</li> <li>必要なその他の設備、備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービスを提供するために必要な場所</li> <li>必要な設備、備品</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>例）・機能訓練室（3㎡×利用定員以上）</li> <li>・必要な設備、備品</li> </ul>

※文 3 に基づき著者作成

## 2-3 通所型サービス事業所の整備状況

### 2-3-1 資料収集調査の概要

本節では、厚生労働省 HP 掲載の「介護予防・日常生活支援総合事業報告」(2015～2018年度)に基づき、日本全国を対象とした通所型サービス事業所の整備状況について、集計・分析を行った。

### 2-3-2 結果

#### (1) 通所型サービス事業所数の推移

図 2.3.1 に、通所型サービスの類型別事業所数と実施市町村数の推移を示す。

2015年の制度開始以降、全国の通所型サービス事業所数は増加しており、予防給付からの移行が全自治体で完了した2017年度末には、全国で59,865ヶ所の事業所が整備されている。

2018年度末には61,148ヶ所の事業所が整備されており、サービス類型別に事業所の割合を見ると、通所介護が最も多く(73.8%)、次いで通所型サービスA(15.4%)、通所型サービスC(3.5%)、通所型サービスB(2.8%)となっている。

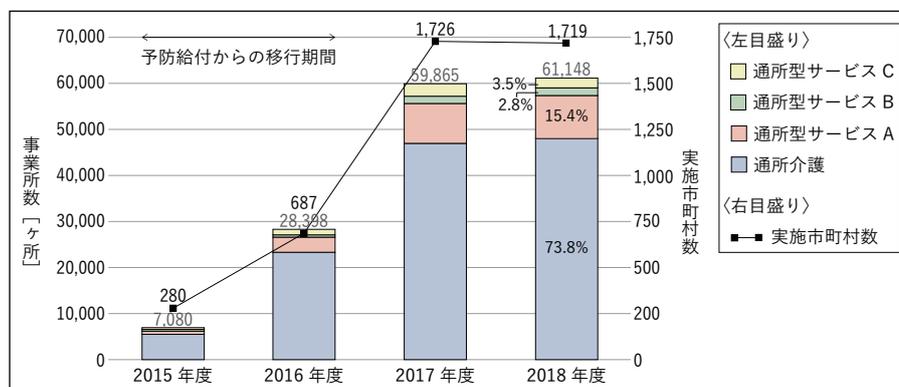


図 2.3.1 通所型サービスの類型別事業所数と実施市町村数の推移

※出典：文 21～24  
(各年度末集計)

(2) 都道府県別通所型サービス事業所の整備状況

図 2.3.2 に、都道府県別類型別の通所型サービス事業所数と 65 歳以上人口 10 万人あたりの事業所数（2018 年度）を示す。

都道府県別の事業所数を見ると、大阪や東京、福岡などの大都市で事業所数が多い傾向が見られる。事業所数が最も多い大阪府（5364 カ所）は、最も少ない高知県（375 カ所）の約 14.3 倍の事業所数となっている。

一方で、65 歳以上人口 10 万人あたりの事業所数を求めると、通所型サービス合計では最多で 292.36 カ所（沖縄県）、最少で 105.31 カ所（神奈川県）となっている。また、多様なサービスの合計では最多で 103.28 カ所（石川県）、最少で 4.46 カ所（千葉県）となっており、事業所整備には各都道府県によって大きなばらつきがあることが明らかになった。

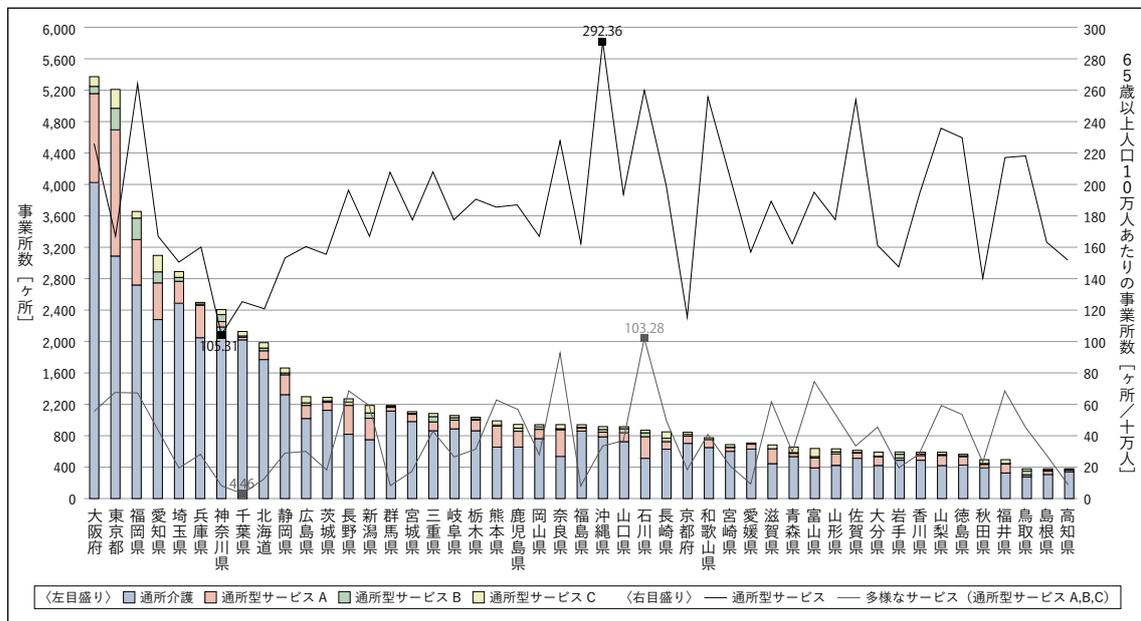


図 2.3.2 都道府県別類型別 通所型サービス事業所数と 65 歳以上人口 10 万人あたりの事業所数

※出典  
 ・事業所数：文 24  
 （2019 年 3 月末時点）  
 ・65 歳以上人口：文 25  
 （2019 年 1 月 1 日時点）

## 2-4 多様なサービスの事業実施場所

### 2-4-1 資料収集調査の概要、分類方法

#### (1) 資料収集調査の概要

本節では、多様なサービス（通所型サービス A,B,C）について、東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県（以下、1都3県）を対象に、各自治体の HP 掲載の事業所一覧の収集を行った。東京都 23 区の通所型サービス B については、一部 2019 年度に自治体窓口での事業所一覧収集を行ったものが含まれる。

事業所一覧収集の概況を表 2.4.1 に示す。

表 2.4.1 事業所一覧収集の概況

		通所型サービス A		通所型サービス B		通所型サービス C	
		実施※1	収集※2	実施	収集	実施	収集
東京都	自治体数	38	29	19	15	32	15
	事業所数（ヶ所）	1601	1029	276	185	234	113
神奈川県	自治体数	7	5	10	5	16	2
	事業所数（ヶ所）	64	38	86	110	54	5
千葉県	自治体数	11	2	3	2	8	3
	事業所数（ヶ所）	28	13	11	15	36	16
埼玉県	自治体数	37	21	7	5	31	9
	事業所数（ヶ所）	272	161	34	26	83	28
計	自治体数	93	57	39	27	87	29
	事業所数（ヶ所）	1965	1241	407	336	407	162

※1：2018 年度にサービスが実施されていた自治体及び事業所数。

※2：資料収集調査（表 2.1.1）時点で事業所一覧を収集することができた自治体及び事業所数。

(2) 分類方法

分類は、収集した事業所一覧に記載されている事業所名・住所を基に、事業所 HP や地図等を参考に  
して行った。大分類（「住宅」・「教育」・「医療」・「福祉」・「地域・公共」・「その他」・「不明」）と、それ  
をさらに細分化した小分類で、事業実施場所の分類を行った。

事業実施場所分類の詳細を表 2.4.2 に示す。

表 2.4.2 事業実施場所分類の詳細

大分類	小分類	詳細
住宅	戸建て住宅	個人所有の戸建て住宅
	集合住宅	集合住宅の一室
	不明	個人宅で住所が特定できないもの
教育	小学校	小学校の空き教室、家庭科室
	専門学校	専門学校の会議室
医療	診療所	小規模医療施設（病床数 19 以下）
	病院	大規模医療施設（病床数 20 以上）
	その他医療施設	接骨院、整骨院、リハビリテーション病院
福祉	通所型サービス専用施設	通所型サービス専用の実施場所をもつ施設
	入所介護施設	特別養護老人ホーム、有料老人ホーム 等
	通所介護施設	通所介護（デイサービス）、小規模多機能型居宅介護 等
	福祉系事務所	訪問介護、地域包括支援センター、障害福祉サービス事業所 等
	高齢者・介護予防センター	高齢者の介護予防や健康増進、多世代交流などを目的とする施設
	障害・福祉センター	各種障害・福祉サービスを提供する複合施設
	その他福祉施設	保育園、シルバー人材センター 等
地域・公共	集会所・会館	自治体や団地内の小規模集会施設
	コミュニティセンター	自治体が設置する多目的集会施設
	生涯学習センター	自治体が設置する学習・文化活動施設
	スポーツ施設	自治体が設置するスポーツ施設、公園
	ホール	音楽ホール、劇場 等
	地域交流スペース	多世代交流などを目的とする地域施設、高齢者施設内の交流スペース
	コミュニティカフェ	地域活性化、保健福祉などを目的とするカフェ
	高齢者サロン	高齢者向けの地域交流の場
	その他地域施設	民間団体所有の集会施設、協働スペース 等
その他	店舗	団地内店舗、飲食店、薬局 等
	事務所	NPO 法人の事務所、貸事務所 等
	レンタルスペース	貸スタジオ、空き家を利用した貸スペース 等
	スポーツジム	民間のスポーツ施設
	教会・寺院・神社	教会・寺院のホール、社務所
不明	-	住所・地図から実施場所が判断できなかったもの

2-4-2 結果

(1) 通所型サービス A

分類別の事業所数を図 2.4.1 に、都道府県別の分類別事業所数を表 2.4.3 に示す。

大分類では「福祉」が 96.1% と大部分を占めている。「福祉」の中では、通所介護施設が 97.8% を占めている。多くの事業所が通所介護と通所型サービス A を一体で実施しているため、このような傾向が見られると考えられる。時間を短縮した通所介護や、新規事業として通所型サービス A のみを実施する事業所（通所型サービス専用施設）も、数は少ないが見られた。

「福祉」以外では、接骨院（その他の医療施設）や、団地内店舗（店舗）、地域包括ケアセンター（福祉系事務所）を利用した例などが見られた。中には、自治体独自で実施していた介護予防事業を、通所型サービス A へ移行している自治体も見られた。

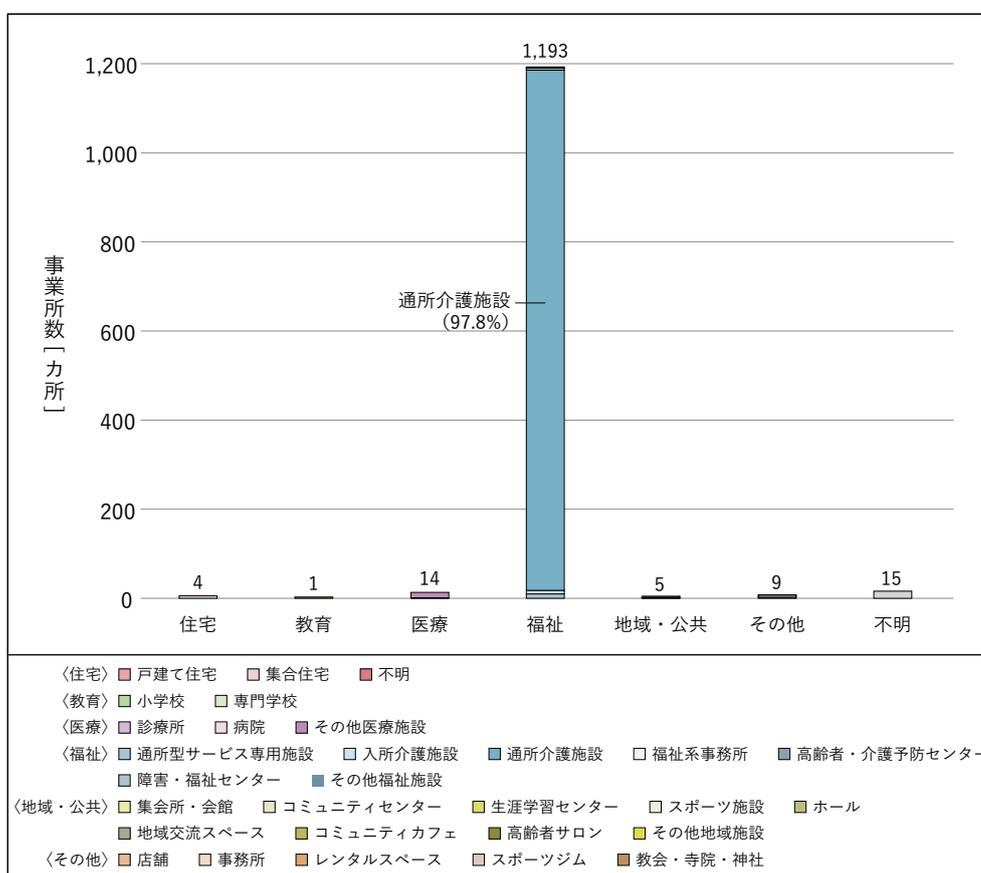


図 2.4.1 分類別事業所数（通所型サービス A）

表 2.4.3 分類別都道府県別事業所数（通所型サービス A）

大分類	小分類	東京都	神奈川県	千葉県	埼玉県	小分類計	大分類計	割合 [%]
住宅	戸建て住宅						4	0.3
	集合住宅	1		2	1	4		
	不明							
教育	小学校	1				1	1	0.1
	専門学校							
医療	診療所			1		1	14	1.1
	病院							
	その他医療施設	10			3	13		
福祉	通所型サービス専用施設	4	5		1	10	1,193	96.1
	入所介護施設	5		1	2	8		
	通所介護施設	986	31	8	142	1,167		
	福祉系事務所	2	1		1	4		
	高齢者・介護予防センター				1	1		
	障害・福祉センター				1	2		
	その他福祉施設	1			1	1		
地域・公共	集会所・会館						5	0.4
	コミュニティセンター							
	生涯学習センター							
	スポーツ施設	1				1		
	ホール							
	地域交流スペース		1			1		
	コミュニティカフェ							
	高齢者サロン	3				3		
	その他地域施設							
その他	店舗	2		1		3	9	0.7
	事務所	4			1	5		
	レンタルスペース	1				1		
	スポーツジム							
	教会・寺院・神社							
不明	-	8			7	-	15	1.2
計		1,029	38	13	161	1,241	1,241	100

(2) 通所型サービスB

分類別の事業所数を図 2.4.2 に、都道府県別の分類別事業所数を表 2.4.4 に示す。

大分類では、「地域・公共」が 59.2% を占める。他にも「福祉」が 18.2%、「住宅」が 8.9% など、実施場所は比較的各分類に分散していることが明らかになった。

「地域・公共」の中では、集会所・会館の利用が 40.2% を占める。自治体が設置している集会所や団地内の集会所などを一時的に借り、実施しているものである。他にはコミュニティセンターが 24.6%、地域交流スペースが 18.1% を占める。空き家等を活用した地域交流スペースの利用も多く見られた。

通所型サービス B の専用施設は 1 カ所のみであった。通所型サービス B はボランティアによるサービス提供であるため、常設ではなく公共施設などを借りて実施されることが多いと考えられる。

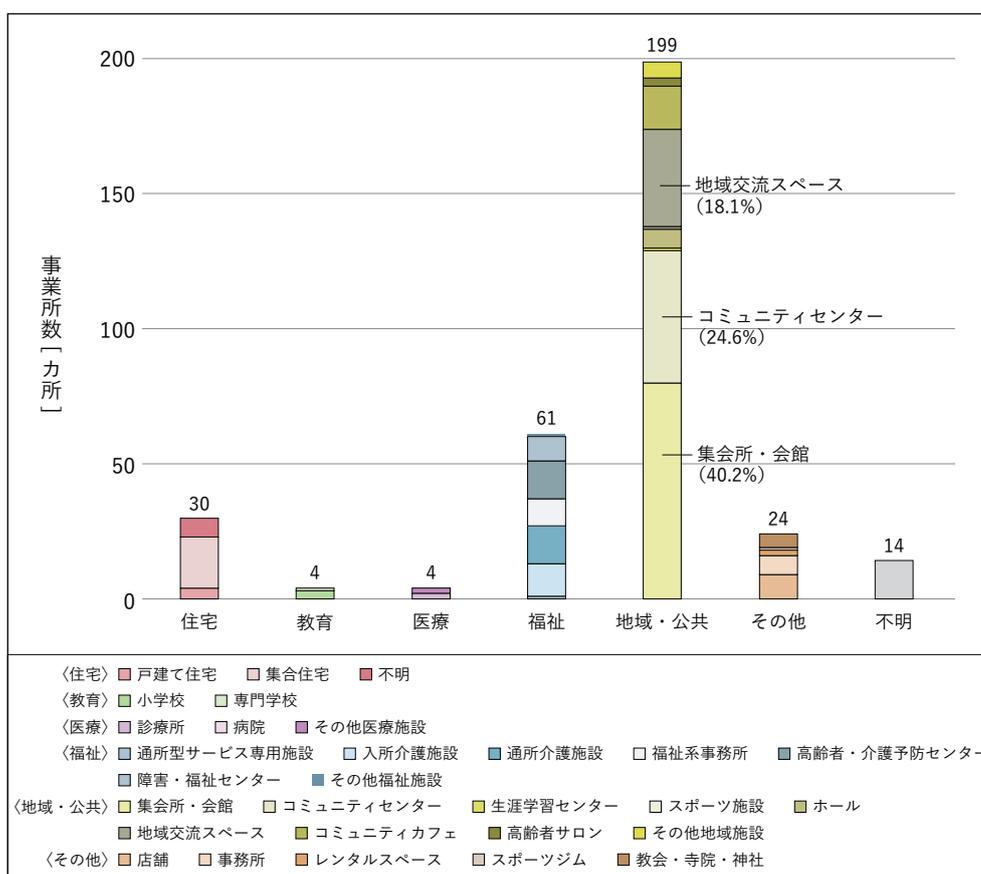


図 2.4.2 分類別事業所数 (通所型サービス B)

表 2.4.4 分類別都道府県別事業所数（通所型サービス B）

大分類	小分類	東京都	神奈川県	千葉県	埼玉県	小分類計	大分類計	割合 [%]
住宅	戸建て住宅	2		2		4	30	8.9
	集合住宅	5	12		2	19		
	不明	3	3	1		7		
教育	小学校	2	1			3	4	1.2
	専門学校	1				1		
医療	診療所	1		1		2	4	1.2
	病院							
	その他医療施設		1	1		2		
福祉	通所型サービス専用施設				1	1	61	18.2
	入所介護施設	6	5		1	12		
	通所介護施設	9	4		1	14		
	福祉系事務所	2	7	1		10		
	高齢者・介護予防センター	11	3			14		
	障害・福祉センター	7	1		1	9		
	その他福祉施設		1			1		
地域・公共	集会所・会館	34	39	1	6	80	199	59.2
	コミュニティセンター	43	5		1	49		
	生涯学習センター	1				1		
	スポーツ施設	4		2	1	7		
	ホール	1				1		
	地域交流スペース	24	8	2	2	36		
	コミュニティカフェ	5	9	1	1	16		
	高齢者サロン		2		1	3		
	その他地域施設	2	2		2	6		
その他	店舗	5	2		2	9	24	7.1
	事務所	6	1			7		
	レンタルスペース	2				2		
	スポーツジム		1			1		
	教会・寺院・神社	5				5		
不明	-	4	3	3	4	-	14	4.2
計		185	110	15	26	336	336	100

(3) 通所型サービス C

分類別の事業所数を図 2.4.3 に、都道府県別の分類別事業所数を表 2.4.5 に示す。  
大分類では、「医療」と「福祉」が同数である、合わせて 86.4% を占めている。

「医療」では接骨院や整骨院、リハビリテーション病院（その他の医療施設）が 90.0% を占めている。  
昨日訓練が主となる通所型サービス C の特徴が現れた結果であると考えられる。

「福祉」では高齢者・介護予防センターが最も多く 42.9% を占める。1 年中実施しているというよりは、  
1 年に 2 クール（各 3～6 ヶ月）など、定期的に行われている例が多く見られた。

通所型サービス C についても、専用施設は 1 カ所のみであった。

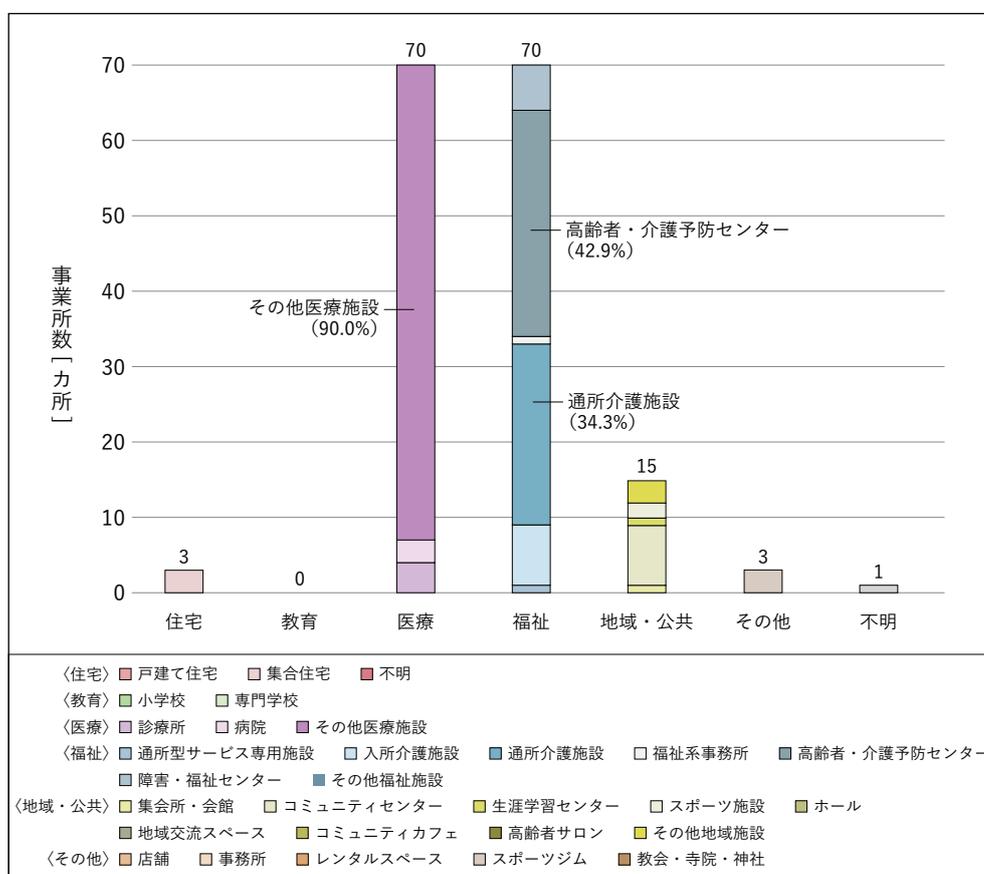


図 2.4.3 分類別事業所数（通所型サービス C）

表 2.4.5 分類別都道府県別事業所数（通所型サービス C）

大分類	小分類	東京都	神奈川県	千葉県	埼玉県	小分類計	大分類計	割合 [%]
住宅	戸建て住宅						3	1.9
	集合住宅	2			1	3		
	不明							
教育	小学校						0	0.0
	専門学校							
医療	診療所	1			3	4	70	43.2
	病院			1	2	3		
	その他医療施設	44		5	14	63		
福祉	通所型サービス専用施設	1				1	70	43.2
	入所介護施設	5		2	1	8		
	通所介護施設	14		6	4	24		
	福祉系事務所				1	1		
	高齢者・介護予防センター	28	1		1	30		
	障害・福祉センター	3	2	1		6		
	その他福祉施設							
地域・公共	集会所・会館		1			1	15	9.3
	コミュニティセンター	7		1		8		
	生涯学習センター	1				1		
	スポーツ施設	2				2		
	ホール							
	地域交流スペース							
	コミュニティカフェ							
	高齢者サロン							
その他地域施設	2	1			3			
その他	店舗						3	1.9
	事務所							
	レンタルスペース							
	スポーツジム	3				3		
	教会・寺院・神社							
不明	-				1	-	1	0.6
計		113	5	16	28	162	162	100

#### 2-5 小括

本章では、最初に通所型サービスの概要および事業所整備状況の把握を行った。その次に、多様なサービスの実施場所について、サービス類型ごとに見られる傾向を明らかにした。

各節のまとめと考察を以下に示す。

##### 2-5-1 通所型サービスの概要

通所型サービスは、「通所介護」「通所型サービス A」「通所型サービス B」「通所型サービス C」の4類型からなり、類型ごとにサービス内容や実施方法が異なっている。

人員・設備等の基準は、市町村が地域の実情に応じて定めることとなっており、通所型サービス A は従前の通所介護相当の基準を緩和した基準で実施することが可能である。また、ボランティア主体の提供である通所型サービス B は、サービスを提供するのに必要な従事者数や場所・設備とされている。機能訓練が中心となる通所型サービス C は、機能訓練指導員や看護職員の配置、機能訓練室の設置等が典型的な例となっている。

##### 2-5-2 通所型サービス事業所の整備状況

2015 年の導入以降、全国の通所型サービス事業所数は増加しており、2018 年度末には全国で 61,148 ケ所の事業所が整備されている。サービス類型別の割合では通所介護が最も多く（73.8%）、次いで通所型サービス A（15.4%）、通所型サービス C（3.5%）、通所型サービス B（2.8%）となっている。

都道府県別の事業所数を見ると、大阪や東京、福岡などの大都市で事業所数が多い。一方で、65 歳以上人口 10 万人あたりの事業所数を求めると、通所型サービス合計で最多 292.36 カ所（沖縄県）、最少 105.31 カ所（神奈川県）、多様なサービス合計で最多 103.28 カ所（石川県）、最少 4.46 カ所（千葉県）となり、事業所整備には各都道府県によって大きなばらつきがあることが明らかになった。

通所型サービス以外の介護予防事業を目的とした通いの場を充実させている都道府県や、通所型サービスの中でも、通所介護の事業所数が多い都道府県など、実施は市町村であるものの、都道府県ごとに介護予防事業に関する基本方針の違いがあることで、このようなばらつきが生じるのではないかを考えられる。

### 2-5-3 多様なサービスの事業実施場所

東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県の1都3県について、自治体ごとに多様なサービスの事業所一覧を収集し、サービス類型別に事業実施場所の分類を行った。「住宅」・「教育」・「医療」・「福祉」・「その他」・「不明」の6つに分類を行ったところ、通所型サービスAは「福祉」が大部分（96.1%）を占め、通所型サービスBは「地域・公共」が59.2%と多いが、「住宅」「その他」等比較的各分類に分散していること、C型は「医療」と「福祉」が同数で、合わせて86.4%を占めることが明らかになった。

このような傾向が見られる理由として、通所型サービスAは通所介護の基準緩和であること、通所型サービスBはボランティアによるサービス提供であること、通所型サービスCは昨日訓練に特化したプログラムであることなど、各類型の基準・提供者・サービス内容が影響していることが考えられる。

## 第3章 専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用

### 3-1 本章の目的と調査概要

#### 3-1-1 用語の定義

本章の調査対象である「専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所」を以下のように定義する。

- ・専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所：通所型サービスの実施場所が「通所介護施設」ではなく、且つ常設である事業所。

#### 3-1-2 目的

本章の目的は、以下の2点である。

- ・専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所について、運営（人員・プログラム等）や空間利用を把握すること。
- ・専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所について、サービスや施設類型による施設計画の特徴を明らかにすること。

各節の具体的な課題を以下に示す。

3-2では、第2章で行った実施場所分類を踏まえ選定した、事業所6ヶ所を対象に行った訪問見学・ヒアリング調査の結果を事業所ごとにまとめる。

3-3では、訪問見学・ヒアリング調査を行った事業所6ヶ所のうち、専用の実施場所をもつと定義することができる5ヶ所について、運営・空間利用の比較を行い、サービスや施設類型ごとの特徴・共通点を明らかにする。

3-4では、第2節から第3節までの内容を踏まえ、本章で得られた知見を整理する。

3-1-2 調査概要

本章で行った調査の概要を表 3.1.1 に示す。

第2章で行った実施場所分類を踏まえ、通所型サービス専用の事業所および特徴的な事業所を選定した。そのうち、調査協力が得られた6事業所について、事業所内の見学、事業所スタッフへのヒアリングを行い、運営・空間利用の把握を行った。

事業所 s については、事業所内の見学は実施せず、オンラインでのヒアリング調査のみ実施した。

表 3.1.1 調査概要

調査	調査方法	調査対象	調査日
訪問見学・ ヒアリング調査	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所内の見学</li> <li>・事業所スタッフへのヒアリング</li> </ul>	事業所 b	2020/10/14
		事業所 h	2020/11/17
		事業所 y	2020/11/25
		事業所 m	2020/11/26
		事業所 c	2020/12/8
		事業所 s <sup>※</sup>	2020/12/16

※：事業所 s はオンラインでのヒアリング調査のみ実施

3-2 訪問見学・ヒアリング調査結果

3-2-1 事業所 b

事業所 b の施設概要を表 3.2.1 に示す。

表 3.2.1 事業所 b 施設概要

事業所名		事業所 b	
サービス類型		通所型サービス A	
所在地		東京都江戸川区	
運営団体		社会福祉法人 H	
事業開始年月		2018 年 4 月	
調査日時		2020 年 10 月 14 日 (水) 14:00-15:30	
スタッフ※1	人員 / 回	2~3 名	
	資格等	初任者研修, ヘルパー 2 級, 介護福祉士 等	
利用者※1	定員	15 名 / 回	
	登録者数	35 名	
	通所手段	送迎, 徒歩	
サービス※1	実施日時	月~土 10:00-15:00	月・火・金・土 10:00~15:00
		内容 バイタルチェック, 昼食, 活動 (クラフト, 脳トレ 等)	
	料金※2	約 1000 円 / 回	
配置図			
外観写真			

※1: 情報は調査日時時点のもの。 ※2: 介護保険負担 1 割、事業所がある自治体在住の場合の料金。

斜線…新型コロナウイルス感染拡大防止による変更後の情報

#### (1) 施設概要

事業所bは、通所型サービスA専用の実施場所をもつ事業所である。運営団体の社会福祉法人Hは、特別養護老人ホームやデイサービスセンター、小規模多機能型居宅介護など、多岐にわたる介護サービスを提供する法人であり、その中の1つが事業所bで実施される通所型サービスAである。同法人では他にも、特別養護老人ホーム内や地域包括支援センター内で通所型サービスAを実施している。

事業所bは、建設会社や学習塾が入るビルの1階部分にある。通所型サービスA開始以前は、同法人の特別養護老人ホームが、逆デイサービス用の施設として使用していた場所を改修し使用している。

#### (2) スタッフ

スタッフは常時2～3名配置している。初任者研修の受講、ヘルパー2級、介護福祉士などの資格を持ったスタッフが従事している。

#### (3) 利用者

利用者の定員は各回15名で、調査日時点での登録者数は35名であった。新型コロナウイルス感染症の拡大により、利用を控えている利用者も多いとのことであった。通所手段はほとんどの人が送迎サービスを利用しており、数名は徒歩で通所しているとのことであった。

#### (4) サービス

基本的には月曜日から土曜日の週6日、10:00から15:00の実施である。現在は新型コロナウイルス感染症の拡大による利用者の減少を受け、週4日の実施となっている。サービスの提供は利用者1人につき週1回であり、バイタルチェックや体操、クラフトなどの活動を行う。新型コロナウイルス感染症拡大前は、月に1度、遠方への外出も行われていた。料金は1回あたりおよそ1000円である。

事業所bで実施している通所型サービスAの内容は、趣味活動に近いものが多い。一方で、同法人が特別養護老人内や地域包括支援センター内で実施している通所型サービスAでは、トレーニングなど、運動がメインの内容であるとのことであった。

(5) 空間構成

事業所bの平面図（改修前後）を図3.2.1に、内観写真を図3.2.2に示す。平面図内の番号は写真番号と一致している。

逆デイサービスからの改修の際に、和室をなくしフローリングとし、キッチン静養スペースであった場所へ移動した。このことにより、活動スペースを広く一体的に確保している。また、収納の一部を改修し、トイレを1つから2つへ増やしている。



図 3.2.1 事業所 b 平面図（改修前後）



図 3.2.2 事業所 b 内観写真

(6) 各スペースの使われ方

事業所bの見学及びスタッフへのヒアリングによって明らかとなった、事業所内各スペースの使われ方、改善したい点などを以下に述べる。

6-1) 活動スペース

活動スペースでは、机を並べた状態でクラフトや脳トレなどのプログラムが行われる。体操を行う際には、机を片付け椅子のみの状態としている。体操を行う際には、少し狭さを感じるということであった。また、和室をなくし一体的なスペースとしたことにより、利用者に公平にサービスが行き届くようになったということであった。

また、新型コロナウイルス感染症対策として、調査時には自作の亚克力板や、ハンガーラックを活用したビニール間仕切りが置かれていた。

6-2) キッチン

キッチンはL字で周囲がカウンターになっている。キッチンはオレンジカフェ（認知症の方やその家族等が自由に参加・交流できる集いの場）として設けられており、活動スペースとの間には間仕切りカーテンが設けられているが、調査日時点では利用者はいないということであった。そのため、通所型サービスAの昼食を作ったり、料理が得意な利用者が手料理を振舞ったりする際に使用されているということであった。

6-3) トイレ

トイレは2つとも利用者・スタッフ兼用である。2つに増やしたことで、トイレの利用が混み合うことが減ったということであった。

6-4) 浴室

通所型サービスAでは入浴のサービスがないため、浴室は使われておらず、物置となっている。浴室のスペースを活動スペースに充てることができれば、定員をもっと増やすことができるのではないか、ということであった。

(7) 〈参考〉江戸川区の通所型サービス A に関する基準<sup>文26)</sup>

江戸川区が実施する通所型サービス A について、独自に定めている基準の一部を示す。

<b>人員基準</b>	<p>相対にて決定していく</p> <p>●最低基準</p> <p>①管理者：専従 1 以上（非常勤可） ※管理者は、支障がない場合に限り他の職務に従事可能。 （同一敷地内ではない他事業所等の職務にも従事可能）</p> <p>②従事者：必要な数 区主催の研修*または同等の研修（例：OJT 研修）を受講した者 （雇用者、有償ボランティア等は問わず）</p>
<b>設備基準</b>	サービスを安全かつ継続的に提供するために必要な場所、及び設備・備品

※区主催の研修概要

日程	講義内容	講義時間
1 日目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・江戸川区の総合事業の考え方について</li> <li>・コミュニケーションマナー</li> <li>・職業倫理</li> <li>・個人情報保護及び守秘義務について</li> </ul>	4 時間
2 日目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・援助（ケア）の基本 清潔の保持、緊急時の対応、認知症の理解等</li> </ul>	4 時間

3-2-2 事業所 y

事業所 y の施設概要を表 3.2.2 に示す。

表 3.2.2 事業所 y 施設概要

事業所名		事業所 y	
サービス類型		通所型サービス A	
所在地		神奈川県相模原市	
運営団体		一般財団法人 S	
併設機能		カフェ, 岩盤浴	
事業開始年月		2019年10月	
調査日時		2020年11月25日(水) 15:00-16:00	
スタッフ <sup>※1</sup>	人員/回	管理者, 生活相談員, 従事者2名	
	資格等	ケアマネージャー, 健康運動指導士等	
利用者 <sup>※1</sup>	定員	20名/回	15名/回
	登録者数	10名	
	通所手段	徒歩, 送迎	
サービス <sup>※1</sup>	実施日時	火・金 9:30-11:30 水 14:00-16:00	
	内容	健康チェック, 運動プログラム(ヨガ, 筋力アップ等), 趣味活動	
	料金 <sup>※2</sup>	344円/回 + 実費	
配置図			
外観写真			

※1: 情報は調査日時点のもの。 ※2: 介護保険負担1割、事業所がある自治体在住の場合の料金。

斜線表示…新型コロナウイルス感染拡大防止による変更後の情報

(1) 施設概要

事業所 y は、団地内の銀行を改修し、通所型サービス A 専用の実施場所と、カフェやワークショップスペースからなる地域交流の場、岩盤浴を併設した事業所である。建物内のドアや家具には、他の団地建て替えにより不要となった建て具や木材が使用されている。

(2) スタッフ

スタッフは管理者、生活相談員の他に、従事者 2 名の配置としている。生活相談員はケアマネージャーの資格が必要であり、プログラムを提供する従事者は、健康運動指導士等の資格を持っている。

(3) 利用者

運営団体の一般社団法人 S は、事業所 y 開設以前、同団地内のサービス付き高齢者住宅において、介護予防サービスを実施していた。そのため、現在の事業所 y の利用者は、以前からの継続利用者が多い。調査日時点での登録者数は 10 名であった。定員は 各回 20 名としているが、調査日時点では、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、各回 15 名に減らしていた。利用者は団地や周辺の居住者が多いため、徒歩による通所が大半を占め、送迎サービスを利用している利用者は 1 名であった。

(4) サービス

週 3 日、午前もしくは午後の実施となっている。内容は曜日ごとに異なり、全て別の指導者が担当している。健康チェックや、ヨガ、筋力アップ等の運動プログラムの他に、利用者が主体的に活動内容を決める趣味活動が行われる。

(5) 空間構成

事業所yの平面図を図3.2.3に、内観写真を図3.2.4に示す。平面図内の番号は写真番号と一致している。

活動スペースは中央にあり、北側がカフェスペース、南側が岩盤浴となっている。活動スペースへ行くにはカフェスペースを通り、スロープを昇る。また岩盤浴へは活動スペースを通らなければ行けないため、通所型サービスA実施時間中は岩盤浴の使用はできないという運営規則になっている。

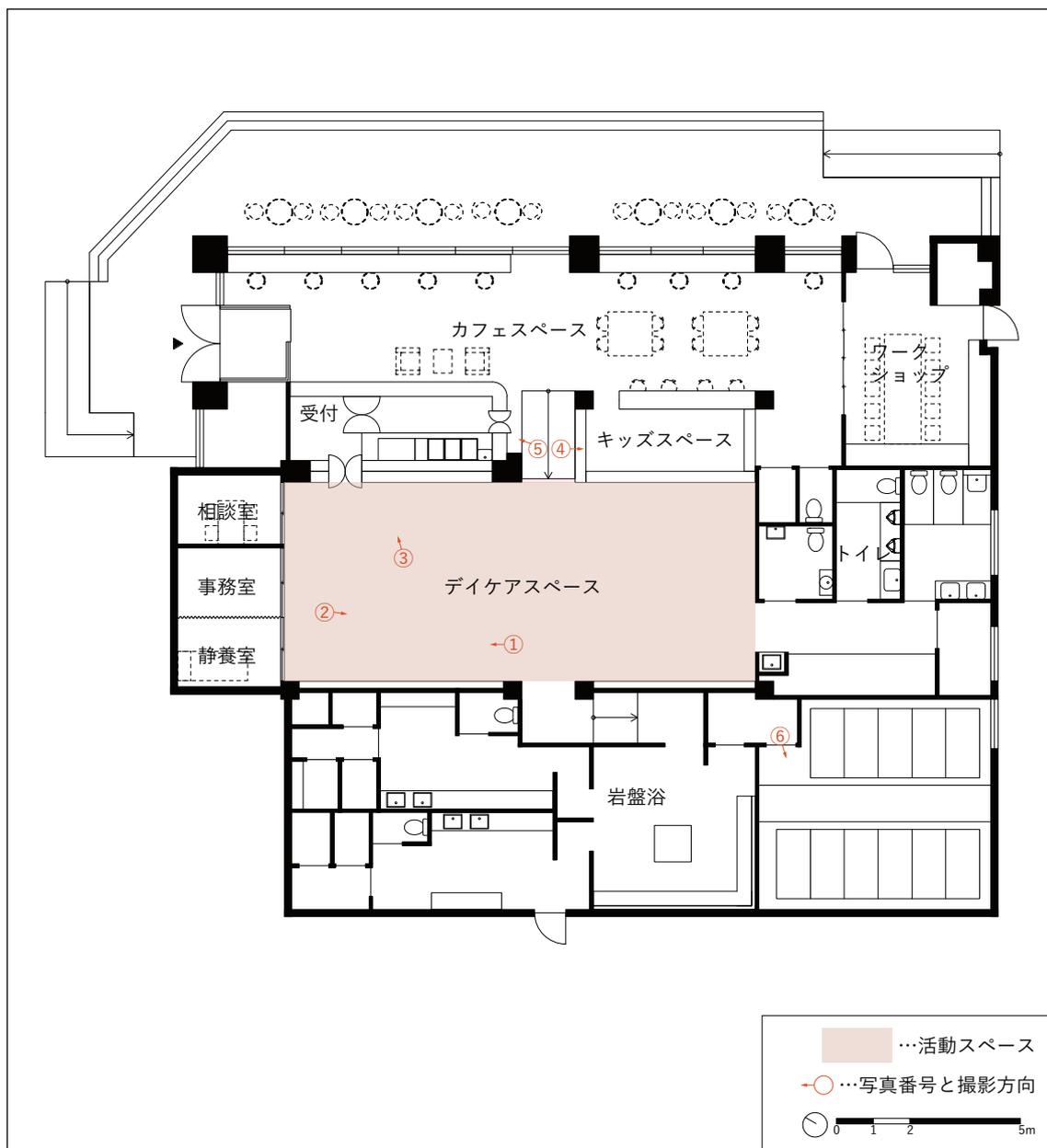


図 3.2.3 事業所 y 平面図



図 3.2.4 事業所 y 内観写真

(6) 各スペースの使われ方

事業所 y の見学及びスタッフへのヒアリングによって明らかとなった、事業所内各スペースの使われ方、改善したい点などを以下に述べる。

6-1) 活動スペース（デイケアスペース）

活動スペース内の南西側の壁には柵が取り付けられており、ヨガなどを行う際は柵からマットを取り出し、床に敷いて行う。また、南東側にはソファや机が置かれており、利用者の休憩・談話の場所として利用されていた。

活動スペースはカフェスペースより 20cm 高くつくられており、カフェの利用者と通所型サービス A の利用者が、互いの活動を意識しすぎることがないように工夫がされているように感じられた。

また今後は事業所前の芝生広場を利用したプログラムも考えているとのことであった。

6-2) 相談室・事務室・静養室

活動スペース北西側に相談室・事務室・静養室が並んで配置されている。相談室はプライバシーに配慮し壁で仕切られているが、事務室と静養室の間は、見守りができるよう間仕切りとなっている。相談室や事務室は常時使用されているわけではなく、カフェなどで働くスタッフが相談員などを兼任しており、必要に応じて部屋を使用する。

6-3) トイレ

トイレは併設機能と共用である。カフェスペース側にはトイレが1つと、授乳室が設けられている。デイケアスペース側には多目的トイレ、男子トイレ、女子トイレが設けられている。

6-4) 併設機能

カフェでは、勉強する小学生の姿が多く見られた。また、テラス前には芝生の広場があり、多くの子供が遊んでいる姿や、テラスで保護者が談笑する姿が見られた。

岩盤浴は、運営団体が行っている高齢者のニーズ調査によって、高齢者からはお風呂のニーズが高いという傾向から、つくられたものである。調査日時点では、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため使用中止となっていたが、再開した際には、通所型サービス A の利用者をはじめ多くの方が利用するであろうとのことであった。

(7) 〈参考〉相模原市の通所型サービス A に関する基準<sup>文27)</sup>

相模原市では、通所型サービス A の基本方針を、「基準緩和通所型サービスは、通所介護相当サービスよりも人員等の基準を緩和することにより担い手の幅を広げ、その担い手により短時間のサービスを提供することで、要支援者等が自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指す。」と定めている。

以下に、相模原市が実施する通所型サービス A について、独自に定めている基準の一部を示す。

人員基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者（資格要件なし） 常勤専従 1 人</li> <li>・生活相談員（有資格者・一定の研修<sup>※</sup>修了者） 1 人以上（提供日に配置）</li> <li>・従事者（資格要件なし） 専従 1 人以上 （利用定員 20 人まで 1 人、1 人増えるごとに常勤換算 0.1 人）</li> </ul> <p>※管理者は、支障がない場合は他の職務の兼務可能</p>
設備基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービスを提供するために必要な場所（3 m<sup>2</sup> × 定員）</li> <li>・静養室、相談室、便所、洗面設備、事務室、消化設備</li> <li>その他の非常災害に必要な設備</li> </ul>
運営主体	通所介護事業所・スポーツクラブ等
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練</li> <li>・レクリエーション</li> <li>・（入浴）…原則実施しない。ただし、必要に応じ実施することが可能（加算・減算なし）</li> <li>・（食事）…原則実施しない。ただし、必要に応じ実施することが可能（食材費等を実費徴収可）</li> </ul>
提供時間	原則 2～5 時間 ※原稿相当サービスよりも短時間でのサービス提供を原則とする。
提供回数	提供回数の限度を設定 (1) 要支援 1, 事業対象者：週 1 回 (2) 要支援 2, 事業対象者（要支援 2 相当）：週 2 回

※区主催の研修概要

研修項目	内容	時間
市が作成するテキストによる研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険制度の理解</li> <li>・介護予防・日常生活支援総合事業について</li> <li>・法令遵守について</li> <li>・基準緩和サービスの開始に当たって</li> <li>・接遇について</li> <li>・認知症の理解について</li> <li>・人員・設備・運営基準について</li> <li>・介護報酬請求上の注意点について</li> </ul>	3～4 時間
事業所で実施する専門的な研修	<p>通所介護実地研修</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・既に指定を受けている通所介護、地域密着型通所介護事業所のサービス提供に携わりスキルを身につける。</li> </ul>	2～3 時間

3-2-3 事業所 c

事業所 c の施設概要を表 3.2.3 に示す。

表 3.2.3 事業所 c 施設概要

事業所名		事業所 c
サービス類型		通所型サービス A
所在地		埼玉県春日部市
運営団体		株式会社 G
併設機能		カフェ, 保育所
事業開始年月		2020 年 2 月
調査日時		2020 年 12 月 8 日 (火) 9:30-10:30
スタッフ <sup>※1</sup>	人員 / 回	管理者, 従事者 2 名
	資格等	社会福祉士, 介護福祉士 等 従事者: 初任者研修 (推奨)
利用者 <sup>※1</sup>	定員	10 名 / 回
	登録者数	26 名
	通所手段	送迎
サービス <sup>※1</sup>	実施日時	月～金 9:00-11:00
	内容	朝の歌, ストレッチ, 脳トレ, 運動, 食事
	料金 <sup>※2</sup>	1191 円 / 月
配置図		
外観写真		

※1: 情報は調査日時点のもの。 ※2: 介護保険負担 1 割、事業所がある自治体在住の場合の料金。

…新型コロナウイルス感染拡大防止による変更後の情報

(1) 施設概要

事業所cは、通所型サービスA専用の実施場所と、カフェ、保育所を併設する事業所である。事業所の北側には大規模な団地がある。

運営団体である株式会社Gは、以前、通所型サービスAとカフェ、保育所の3事業をワンルームで同時に実施していたが、動線や目線の交わりによって、それぞれの活動に集中できないという問題があった。そのため事業所cでは、通所型サービスAとカフェとを時間で分け、保育所とは動線で分けるという工夫をして事業所実施している。

(2) スタッフ

スタッフは管理者1名、および従事者2名で構成される。管理者は社会福祉士や介護福祉士の資格を持っており、従事者には初任者研修を受けることが推奨されている。

(3) 利用者

定員は各回10名で登録者すうは調査日時点で26名であった。通所手段については、全員が送迎による通所である。

(4) サービス

月曜日から金曜日の週5日、9:00～11:00の2時間で実施される。朝の歌やストレッチ、脳トレ、運動などをした後、カフェ厨房で作ったお弁当をその場で食べる。家へ持ち帰り食べる利用者もいるとのことであった。

(5) 空間構成

事業所cの平面図を図3.2.5に、内観写真を図3.2.6に示す。平面図内の番号は写真番号と一致している。

エントランスでは、惣菜や地元で採れた野菜などが販売されている。通所型サービスAの実施場所とカフェは同じスペースであるり、午前は通所型サービスA、午後はカフェとして運営している。食堂内の螺旋階段を上がると事務室があり、吹き抜けで下を見下ろすことができる。保育室はエントランスと別の入り口があり、保護者による送り迎えと、カフェ、通所型サービスA利用者の動線は交わらないような計画となっている。

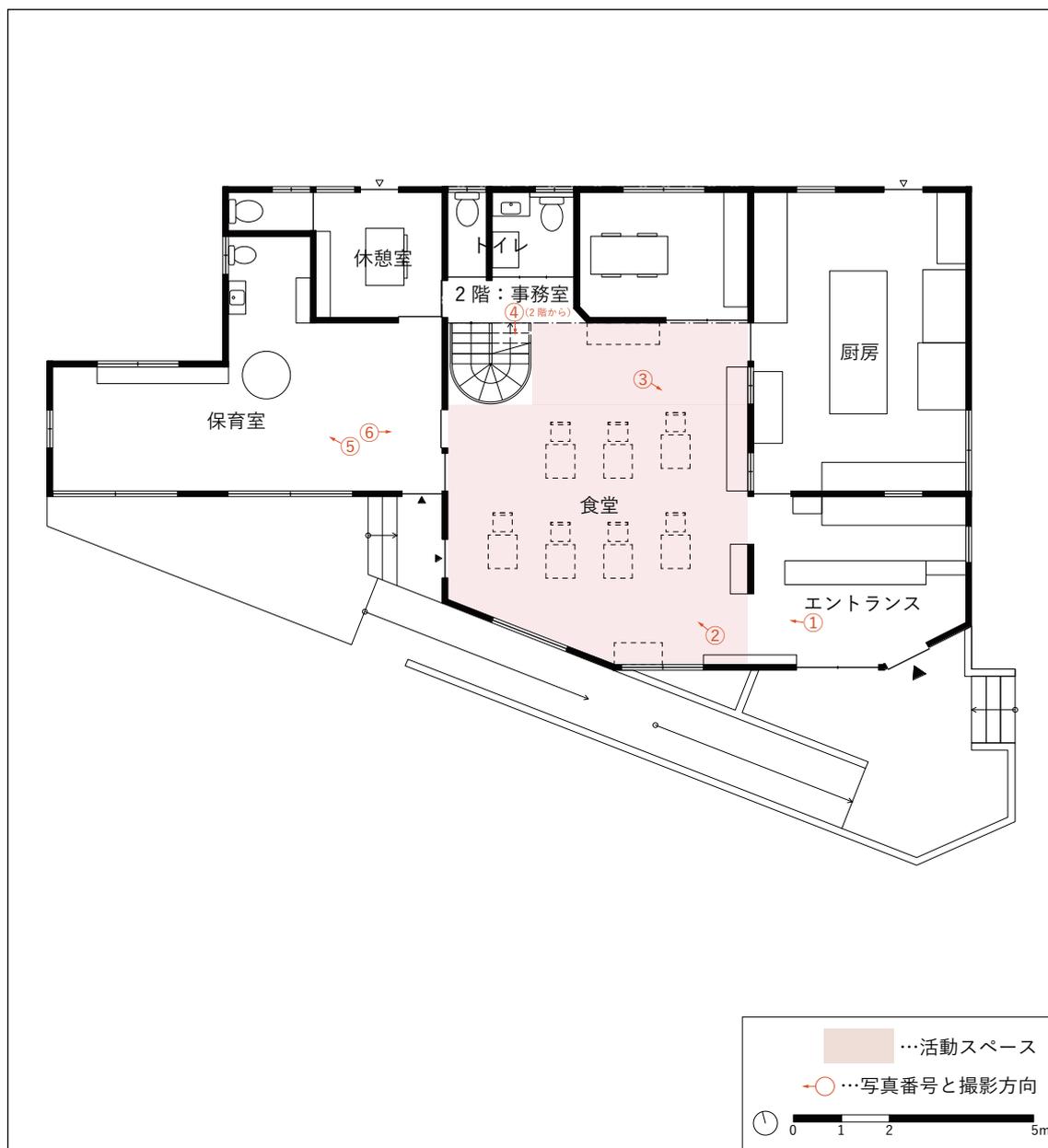


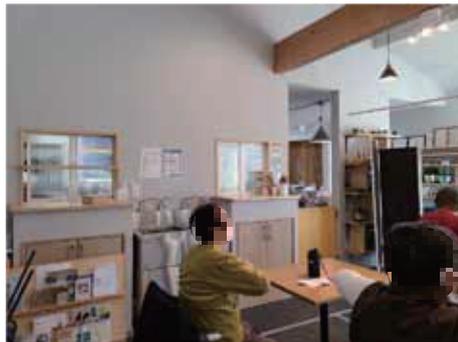
図 3.2.5 事業所 c 平面図



写真① エントランスから活動スペースを見る



写真② 活動スペース



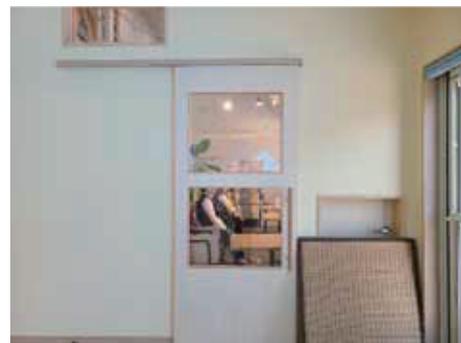
写真③ 活動スペース・厨房



写真④ 事務室から活動スペースを見る



写真⑤ 保育室



写真⑥ 保育室から活動スペースを見る

図 3.2.6 事業所 c 内観写真

#### (6) 各スペースの使われ方

事業所cの見学及びスタッフへのヒアリングによって明らかとなった、事業所内各スペースの使われ方、改善したい点などを以下に述べる。

##### 6-1) 活動スペース

活動スペースには1人に1つの机と椅子が並べてあり、調査時にはそれぞれ間隔が空けられていた。新型コロナウイルス感染症拡大以前には、机を片付け椅子を円に並べて、利用者同士が触れあうようなプログラムも実施していたとのことであった。

また、事業所内に静養室はないが、緊急時の対応場所として、階段下のスペースを使用することを想定し、スタッフ同士でも共有しているとのことであった。

##### 6-2) 事務室

事務室は吹き抜けの上部にあり、活動スペースを見下ろすことができる。運営団体が以前通所型サービスAを実施していた施設では、事務室から活動スペースが見えないような配置となっており、利用者の状態に合わせプログラム作成などできないという問題があった。そのことから事業所cでは、利用者の活動の様子を直接見て、プログラムに活かすことができるような配置になっているとのことであった。

また、事務室からは保育所内の様子も見ることができるよう、保育所側の壁上部には窓が設けられている。

##### 6-3) 休憩室

休憩室は、通所型サービスAと保育所のスタッフの共用スペースである。休憩室内にスタッフ用のトイレがあり、気兼ねなく使用することができる点で良いとのことであった。また、保育所と休憩室が共用であることにより、スタッフ同士の交流が促され、情報共有や気分転換に繋がっているとのことであった。

##### 6-4) トイレ

利用者用のトイレは2つ設けられており、1つは多目的トイレである。

##### 6-5) 併設機能

活動スペースと保育所とは、入り口が別に設けられているが、事業所内での行き来もできるように開口が設けられている。普段はドア上部の窓からお互いの様子が見えるようになっており、交流をする際にはドアを開けるとのことであった。

また、通所型サービスAと保育所それぞれの声が聞こえるなど、動線や空間は分けられているものの、お互いの活動が感じられるような工夫がなされていた。

(7) 〈参考〉春日部市の通所型サービス A に関する基準<sup>文28)</sup>

春日部市は、通所型サービス A の基本方針を、「通所型サービス A の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。」と定めている。

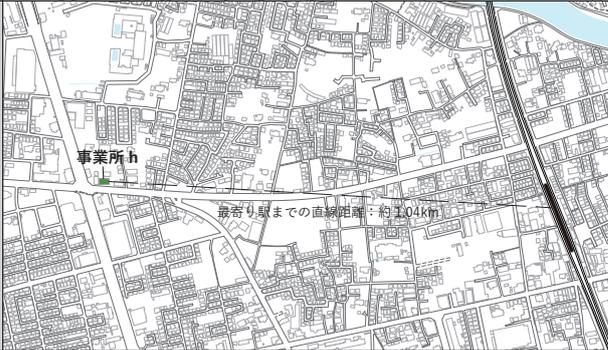
以下に、春日部市が実施する通所型サービス A について、独自に定めている基準の一部を示す。

<p><b>人員基準</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・従事者 利用者の数が 15 人まで→1 人以上 15 人以上→15 人を超える部分の利用者 1 人当たりに対して必要と認められる員数</li> <li>・管理者：通所型サービス A 事業所ごとに専らその職務に従事する管理者を置かなければならない。 ただし、管理上支障がない場合は、当該通所型サービス A 事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</li> </ul>
<p><b>設備基準</b></p>	<p>事業の運営を行うために必要な広さを有する専用区画（3 m<sup>2</sup> × 定員）を設けるほか、必要な設備並びに消化設備その他の非常災害に際して必要な設備及び備品を備えなければならない。</p>

3-2-4 事業所 h

事業所 h の施設概要を表 3.2.4 に示す。

表 3.2.4 事業所 h 施設概要

事業所名		事業所 h	
サービス類型		通所型サービス B	
所在地		埼玉県草加市	
運営団体		医療生協 S	
事業開始年月		2017年4月	
調査日時		2020年11月17日(火) 11:00-12:00	
スタッフ <sup>※1</sup>	人員/回	6~7名	3名
	資格等	ボランティア(計30名)	
利用者 <sup>※1</sup>	定員	—	8名/回
	登録者数	—(登録制でない)	
	通所手段	徒歩, 自転車	
サービス <sup>※1</sup>	実施日時	火・水・金 10:00-12:00/13:00-15:00	火・水・金 10:00~11:30/13:00~14:30
	内容	健康体操, 手芸, 歌, 脳トレ, ハンドベル等	
	料金 <sup>※2</sup>	お茶代100円+手芸の材料費	
配置図			
外観写真			

※1: 情報は調査日時時点のもの。 ※2: 介護保険負担1割、事業所がある自治体在住の場合の料金。

…新型コロナウイルス感染拡大防止による変更後の情報

(1) 施設概要

事業所 h は、通所型サービス B 専用の実施場所を持つ事業所である。集合住宅一階の一室を使用している。以前は集合住宅の大家が営むカラオケ喫茶であったが、閉店することになり、事業所 h の運営団体である医療生協 S が譲り受けることとなった。改修は行わず、以前の状態のまま使用している。

(2) スタッフ

計 30 名のボランティアがスタッフとして従事している。サービス 1 回のスタッフ数は 6～7 名としているが、調査日時点では、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、スタッフ数を 3 名に減らしていた。

月に一度ボランティア会議が行われ、利用者の情報共有等を行っている。

(3) 利用者

調査日時点では、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、定員を各回 8 名と定めていた。以前は定員を定めておらず、イベント時などには 30 名ほどの利用者がくることもあった。

通所型サービス B を利用している利用者は調査日時点で 1 名のみであり、その他ののはサロンとしての利用や介護保険認定を受けた利用者であるとのことであった。

通所手段は徒歩または自転車で、およそ 500m 範囲の人が利用しているとのことであった。

(4) サービス

週 3 日、午前・午後 2 回に分けての実施としている。以前は各回 2 時間の実施であったが、調査日時点では、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、各回 30 分短縮しての実施であった。

サービス内容は、健康体操や手芸、歌、脳トレの他に、スタッフの特技を活かした、ハンドベルなどのプログラムが行われている。

料金はお茶代 100 円に手芸等の材料費を加算したものである。

(5) 空間構成

事業所hの平面図を図3.2.7に、内観写真を図3.2.8に示す。平面図内の番号は写真番号と一致している。

以前がカラオケ喫茶であったことから、カフェテーブルが並んだスペースと、防音のガラスで仕切られたカラオケスペースがあり、2つのスペースを活動スペースとして使用している。また、キッチンが広いこともカラオケ喫茶であったことによる特徴である。



図 3.2.7 事業所 h 平面図



図 3.2.8 事業所 h 内観写真

(6) 各スペースの使われ方

事業所hの見学及びスタッフへのヒアリングによって明らかとなった、事業所内各スペースの使われ方、改善したい点などを以下に述べる。

6-1) 活動スペース

基本的にはカフェ側のスペースを活動スペースとして使用する。調査時には、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、机を6つから4つへ減らし、間隔を空けて配置していた。また、自作の亚克力板が設置されていた。

カラオケ側のスペースは、利用者が多い場合などに使用するが、防音ガラスがあることにより、声が通りづらく、不便しているとのことであった。また、事業所内に収納スペースがないため、カラオケ側スペースには季節のイベント時の備品や、利用者からの貰い物などが置かれている。

6-2) キッチン

草加市の通所型サービスBでは、食べ物の提供が禁止されているため、キッチンは飲み物を入れる他、スタッフの居場所として使用されていた。キッチンの必要性がないため、広い活動スペースやスタッフの休憩室が確保できるような場所へ事業所を変更することも考えているとのことであった。

6-3) トイレ

トイレは1つであり、利用者、スタッフ共用である。

(7) 〈参考〉草加市の通所型サービス B に関する基準<sup>文29)</sup>

草加市は、通所型サービス B の基本方針を、「通所型サービス B の事業は、その利用者の状態等を踏まえながら、主に住民が主体となって、高年者の居場所づくりを行い、利用者の閉じこもりの予防に配慮することにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上に資するものでなければならない。」と定めている。

以下に、草加市が実施する通所型サービス B について、独自に定めている基準の一部を示す。

<b>人員基準</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所型サービス B 実施場所ごとに、事業を実施するのに必要と認められる 1 以上の従事者を配置する。</li> <li>・通所型サービス B 実施場所ごとに、外部との連絡及び内部の調整を図る連絡・調整役を置かなければならない。 ただし、管理上支障がない場合は、当該通所型サービス B 実施場所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</li> <li>・連絡・調整役は、上記の従事者との同一時間帯での兼務はできないものとする。</li> </ul>
<b>設備基準</b>	通所型サービス B の提供に必要な場所、設備（消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を含む。）、備品等を備えなければならない。

※市から受けられる補助の概要

補助対象	内容	上限額
初期費用	事業を開始するのに当たり要する費用 例) ・空家等を借り上げる際の敷金、礼金等 ・事業に必要な備品の購入費 ・事業実施に必要な環境の整備に要する費用	通所型サービス B のみ実施する場合 20 万円
保険に係る経費	利用者及び従事者に係る事故等に対応する保険加入に要する費用	保険加入に要する費用の額／年
家賃的経費	事業の実施場所の確保に係る費用 例) ・賃借料 ・施設使用料	通所型サービス B のみ実施する場合 5 万円 / 月
事務的経費	事業の実施に要する費用 例) ・連絡・調整役に係る人件費 ・需要費（光熱水費、消耗品費等） ・役務費（通信運搬費）	通所型サービス B のみ実施する場合 10 万円 / 月

3-2-5 事業所 m

事業所 m の施設概要を表 3.2.5 に示す。

表 3.2.5 事業所 m 施設概要

事業所名		事業所 m
サービス類型		通所型サービス B
所在地		東京都練馬区
運営団体		NPO 法人 H
併設機能		地域交流スペース, 図書室
事業開始年月		2018 年 4 月
調査日時		2020 年 11 月 26 日 (木) 10:30-11:30
スタッフ※1	人員 / 回	3~4 名 / 日
	資格等	ボランティア
利用者※1	定員	-
	登録者数	-
	通所手段	徒歩
サービス※1	実施日時	第 2 月, 第 4 金 12:00-14:00
	内容	食事, 口の体操, 健康講座 等
	料金※2	620 円 / 回
配置図		
外観写真		

※1: 情報は調査日時点のもの。 ※2: 介護保険負担 1 割、事業所がある自治体在住の場合の料金。

…新型コロナウイルス感染拡大防止による変更後の情報

(1) 施設概要

事業所 m は、2つ並んだ空き店舗を活用し、1つは地域交流スペース、1つは地域の図書室として解放している事業所である。通所型サービス B は、地域交流スペース側で実施される。運営団体である NPO 法人 H は、空き店舗を地域に役立てたいという大家と共に、近所に住む高齢者が集まる場所として地域交流スペースを開設した。また、男性が利用しやすい場所を作りたい、という大家の思いから、図書室を開設し運営している。

(2) スタッフ

スタッフは地域交流スペース・図書室合わせて各日 3～4 名配置しており、責任者は、地域交流スペース・図書室それぞれに 1 人ずつ配置している。スタッフ全体では、事業所の運営委員 10 名、図書を管理する図書委員 5 名、協力員数名がおり、全員がボランティアである。

(3) 利用者

通所型サービス B の利用者は 15～16 名ほどであり、全員が徒歩で通所している。認知症の人の利用もあるとのことであった。

(4) サービス

通所型サービス B は、月に 2 回、12:00～14:00 の 2 時間で実施されている。練馬区では通所型サービス B を「食のほっとサロン」として実施しており、プログラム内容は、食事、口の体操、健康講座等と、食を中心とした介護予防プログラムになっている。

食事は、事業所内で作るのではなく、買ってきたものをみんなで食べることになっている。調査日時点では、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、通所型サービス B を実施していないとのことであった。

(5) 空間構成

事業所 m の平面図を図 3.2.9 に、内観写真を図 3.2.10 に示す。平面図内の番号は写真番号と一致している。

地域交流スペースと図書室は入り口が別々に設けられており、事業所内での行き来はできない。開設の際、壁の一部を抜いても良いという話があったが、図書室にしたいという思いから、静かで閉じられた空間になるようにしたとのことであった。一方で、雨の日は行き来の際に濡れるという問題があるとのことであった。



図 3.2.9 事業所 m 平面図



図 3.2.10 事業所 m 内観写真

(6) 各スペースの使われ方

事業所 m の見学及びスタッフへのヒアリングによって明らかとなった、事業所内各スペースの使われ方、改善したい点などを以下に述べる。

6-1) 活動スペース

活動スペースは、長机を並べ、通所型サービス B およびその他の活動を実施している。活動の中で、机を寄せてヨガなどを行うこともあるとのことであった。奥には小さなキッチンがあり、お茶などを淹れることができる。

調査時には、近隣の住民が、外出自粛期間に行った家の片付けによって出たリサイクル品を持ち寄った、リサイクルショップとしての役割を果たしていた。

6-2) トイレ

トイレは地域交流スペース内に 1 つ、図書室内に 1 つ設けられている。

6-3) 併設機能

図書室には、手作りの本棚が並べられている。本は運営団体が用意したものだけでなく、近隣の住民によって持ち寄られたものも多くある。定期的な本の入れ替えも行っている。

図書室奥にはギャラリースペースがあり、利用者や近隣住民の作品を飾るスペースとなっている。

(7) 〈参考〉練馬区の通所型サービス B に関する基準<sup>文30)</sup>

練馬区は、通所型サービス B の基本方針を、「本事業は、高齢者等に対する共食の場づくりを進めることにより、閉じこもり予防を図るとともに、健康で自立した生活を送ることができるよう支援し、もって介護予防を推進することを目的とする。」としている。

以下に、練馬区が実施する通所型サービス B について、独自に定めている基準の一部を示す。

実施内容	65 歳以上の高齢者を対象に、月 2 回から週 1 回程度、会食や口腔体操を行い、介護予防を図る。
人員基準	事業の代表者を定めるほか、利用者の受け入れ、食事の手配、事業の運営に関する連絡および調整等を行う従事者を、利用者数または事業内容に応じて、必要数配置する。

※区から受けられる補助の概要

補助項目	内容	上限額
活動支援経費	事業実施に要する経費のうち、つぎに掲げるもの ・事業の利用調整にかかる人件費 ・利用者、活動スタッフ等に係る傷害等補償保険の保険料 ・ミニ講座等にかかる外部講師謝礼 ・活動スタッフ等の交通費 ・物品の購入費、レンタル料、印刷費等 ・通信費、その他事務経費	活動 1 回あたり 5000 円
保存食経費	事業で提供される食事にかかる保存食経費	活動 1 回あたり 食費相当分 (上限 650 円)
会場費	事業を実施する場所の確保に要する経費または実施する場所にかかる光熱費	活動 1 回あたり 600 円
活動準備費	事業の立ち上げ準備に要する経費のうち、つぎに掲げるもの（新規開始時のみ） ・物品の購入費 ・その他相当と認めるもの	年間 30,000 円 (新規開始時のみ)

3-2-6 事業所 s

事業所 s の施設概要を表 3.2.6 に示す。

表 3.2.6 事業所 s 施設概要

事業所名		事業所 s
サービス類型		通所型サービス C
所在地		東京都多摩市
運営団体		社会医療法人 K
事業開始年月		2016 年 4 月
調査日時		2020 年 12 月 16 日 (水) 10:00-11:00
スタッフ <sup>※1</sup>	人員 / 回	2~3 名
	資格等	リハビリ専門職員, ボランティア
利用者 <sup>※1</sup>	定員	15 名 / 回
	登録者数	6 名
	通所手段	徒歩, バス
サービス <sup>※1</sup>	実施日時	月・木 9:45-11:45/13:00-15:00 火・金 9:45-11:45
	内容	バイタルチェック, 筋トレ, 介護予防体操, ミニ講義, お茶等
	料金 <sup>※2</sup>	無料 (実費除く)
配置図		
外観写真		

※1: 情報は調査日時時点のもの。 ※2: 介護保険負担 1 割、事業所がある自治体在住の場合の料金。

…新型コロナウイルス感染拡大防止による変更後の情報

(1) 施設概要

事業所sは、通所型サービスC専用の実施場所をもつ事業所である。以前は、「高齢者生きがい活動支援通所事業（介護保険によらず高齢者の介護予防や日常の趣味・交流を支援する取り組み<sup>文2)</sup>」の事業所であったものを、通所型サービスC専用の事業所として使用している。多摩市には、同様の通所型サービスC専用施設が3ヶ所整備されている。

(2) スタッフ

スタッフは各回2～3名配置しており、リハビリ専門職員やボランティアによって構成されている。

(3) 利用者

定員は各回15名としている。通所型サービスCは短期集中のサービスのため、期間ごとに利用者が変化する。また、冬期は夏期に比べて利用者が少ない傾向がある。調査日時点の登録者数は6名であった。

利用者は男性よりも女性が多く、通所手段は徒歩またはバスであるとのことであった。

(4) サービス

週4回、月・木曜日または火・金曜日に実施しているが、利用者はどちらかを選び週2回利用する。利用期間は4ヶ月間である。

サービス内容はバイタルチェック、筋トレ、介護予防体操の他に、ミニ講義やお茶の時間が設けられている。機能訓練以外に利用者同士が交流する機会を設けることで、互いに励ましあい、切磋琢磨する関係となり、モチベーションの維持・向上につながるとのことであった。

(5) 空間構成

事業所sの平面図を図3.2.11に、内観写真を図3.2.12に示す。平面図内の番号は写真番号と一致している。

活動スペースが広くとられており、スペース内には和室も設けられている。

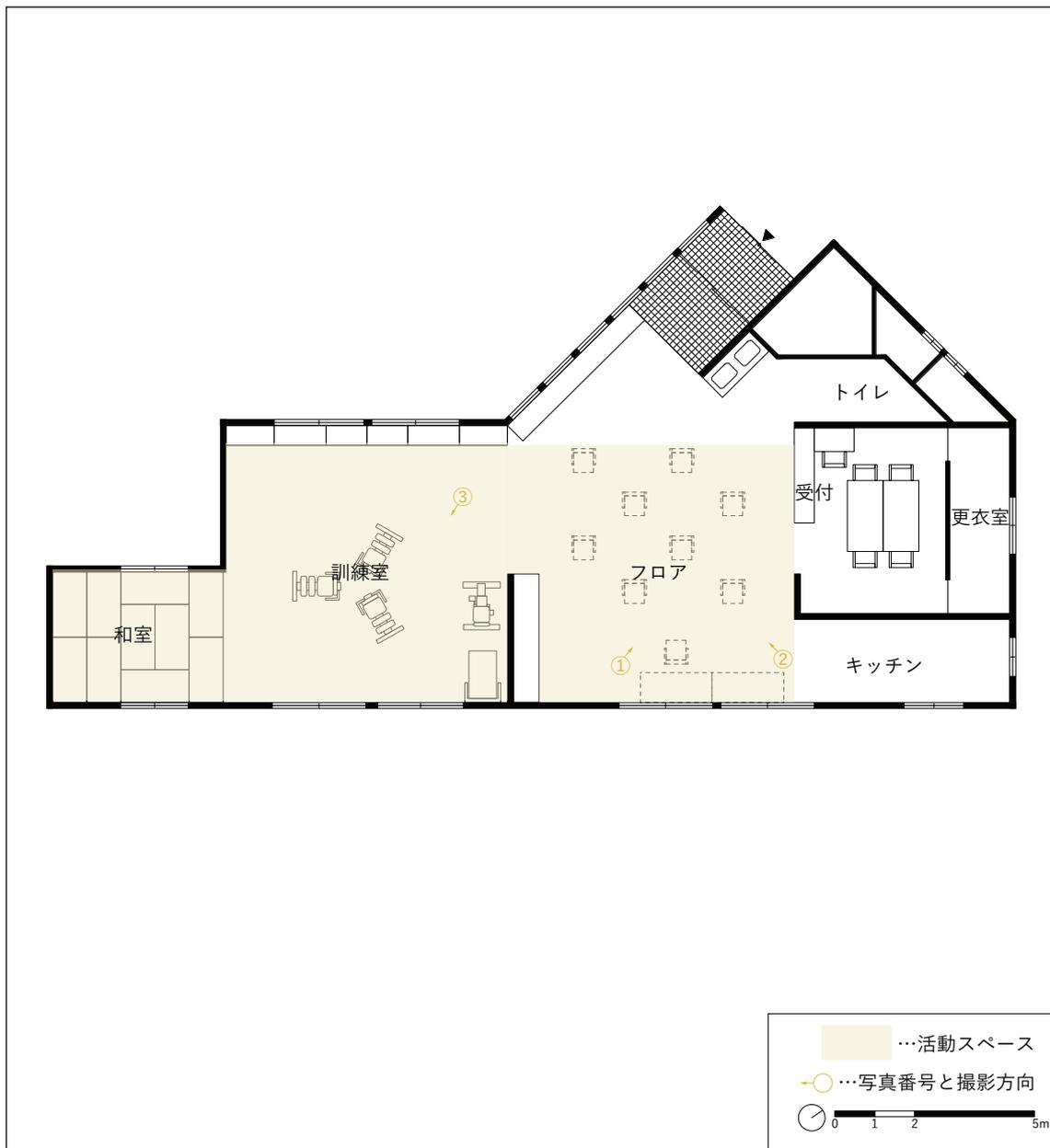


図 3.2.11 事業所 s 平面図



写真① 活動スペース (1)

写真② 活動スペース (2)

写真③ 活動スペース (3)

図 3.2.12 事業所 s 内観写真

(6) 各スペースの使われ方

事業所sの見学及びスタッフへのヒアリングによって明らかとなった、事業所内各スペースの使われ方、改善したい点などを以下に述べる。

6-1) 活動スペース

活動スペースはフロア・機能訓練室・和室の3つに分かれており、プログラムによって場所を使い分けている。マシーンを使ったトレーニングは機能訓練室で行われ、床に寝そべっての体操などは、和室を使用して行われる。また、介護予防体操やミニ講座、お茶の時間などには、フロアが使われている。

3つのスペースは壁によってしきられてはならず、連続した空間である。

フロア、機能訓練室の屋根は中間に向かって切妻屋根となっている。天井には天窓が設けられており、体操などで上を向いた際に日光が直接入りまぶしいという問題があるとのことであった。

6-2) 事務室

事務室は活動スペースの北東側に設けられており、活動スペースの様子を見渡することができるようになっている。事務室奥にはスタッフ用の更衣室が設けられている。

6-3) トイレ

トイレは3つ設けられており、1つは多目的トイレである。

6-4) キッチン

キッチンは以前の「高齢者生きがい活動支援通所事業」で使用されていたが、通所型サービスCでは使用されていない。

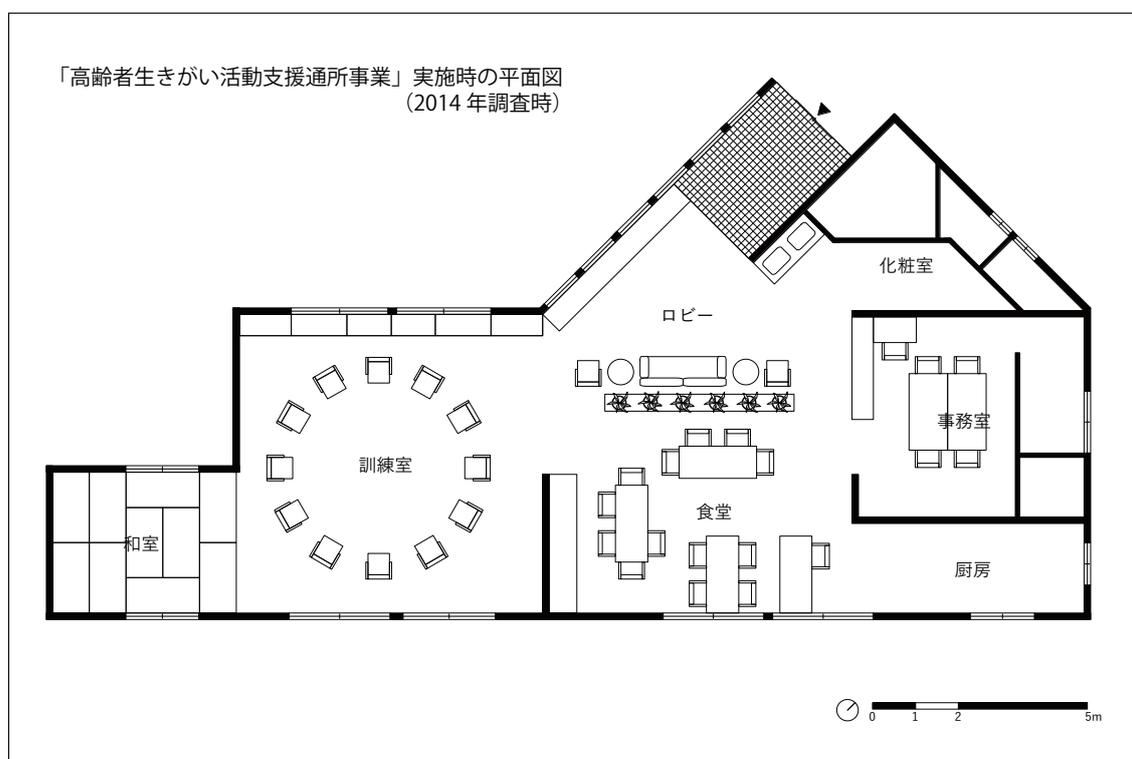
(7) 〈参考〉「高齢者生きがい活動支援通所事業」実施時の平面構成<sup>文32)</sup>

「高齢者生きがい活動支援通所事業」実施時の平面図及び空間利用の変化を以下に示す。

事業所sのフロアスペースにおける家具の配置が異なり、ロビーにはソファや植物が置かれていた。また、ロビー南東側は食堂となっており、厨房で作った昼食を食べていた他、プログラム活動やバイタルチェックにも使用されていた。

訓練室、和室ともに大きな変化はないが、訓練室では椅子やマットを使った体操が行われており、和室は物置になっていた。

実施事業が通所型サービスCへ変わったことにより、プログラムの内容も、趣味活動や昼食を含む介護予防プログラムから、機能訓練に特化したものへ変化した。それに伴い、家具の配置など空間利用にも変化が現れたと考えられる。



### 3-3 専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用に見られる特徴

2節で訪問・ヒアリング調査を実施した通所型サービス事業所6ヶ所のうち、サービスの実施が月に2回のみであり、専用の実施場所を持つと定義することができない事業所mを除いた5ヶ所(b・y・c・h・s)について、運営および空間利用の比較を行い、特徴・共通点等の整理を行った。

以下に、明らかとなった特徴および共通点等をまとめる。

#### 3-3-1 運営面

専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所5ヶ所の運営概要を表3.3.1に示す。

##### (1) 人員

通所型サービスAの事業所である事業所b・y・cは、介護や福祉に関わる資格を持った管理者や従事者、または市町村が実施する初任者研修を受けた従事者など、介護に関する知識を必要最低限持っている者による人員配置としている。

一方で、通所型サービスBの事業所である事業所hは全員がボランティアであり、通所型サービスcの事業所である事業所sは、リハビリ専門職員の他にボランティアを配置しているなど、介護や福祉に関わる資格を持っていない従事者の配置が見られた。

##### (2) 通所手段

通所型サービスAの事業所である事業所b・y・cは、送迎サービスを実施しており、通所型サービスBの事業所である事業所hおよび通所型サービスcの事業所である事業所sは、送迎サービスを実施していない。

送迎を実施している事業所の中でも、事業所b・cの利用者は多くが送迎を利用しているが、事業所が団地内にある事業所yについては、多くの利用者が徒歩で通所しており、送迎の利用は1名のみであるという特徴が見られた。

表 3.3.1 専用の実施場所を持つ通所型サービス事業所の運営概要

サービス類型	通所型サービスA			通所型サービスB			通所型サービスC		
	事業所名	事業所b	事業所y	事業所c	事業所h	事業所s	事業所名	事業所s	事業所s
事業所名		東京都江戸川区	神奈川県相模原市	埼玉県春日部市	埼玉県草加市	東京都多摩市		東京都多摩市	
所在地		社会福祉法人H	一般財団法人S	株式会社G	医療生協S	社会医療法人K		社会医療法人K	
運営団体		2018年4月	2019年10月	2020年2月	2017年4月	2016年4月		2016年4月	
事業開始年月		2~3名	管理者、生活相談員、従事者2名	管理者、従事者2名	6~7名	2~3名		2~3名	
スタッフ <sup>※1</sup>		初任者研修、ヘルパー2級、介護福祉士等	ケアマネージャー、健康運動指導士等	社会福祉士、介護福祉士等 従事者：初任者研修（推奨）	ボランティア（計30名）	リハビリ専門職員、ボランティア		リハビリ専門職員、ボランティア	
資格等		15名/回	20名/回	10名/回	8名/回	15名/回		15名/回	
定員		35名	10名	26名	—	6名		6名	
登録者数		送迎、徒歩	徒歩、送迎	送迎	徒歩、自転車	徒歩、バス		徒歩、バス	
通所手段		月～土 10:00-15:00	火・金 9:30-11:30 水 14:00-16:00	月～金 9:00-11:00	火・水・金 10:00-12:00 /13:00-15:00	火・水・金 10:00-11:30 /13:00-14:30		月・木 9:45-11:45/13:00-15:00 火・金 9:45-11:45	
実施日時		バイタルチェック、昼食、活動（クラフト、脳トレ等）	健康チェック、運動プログラム（ヨガ、筋力アップ等）、趣味活動	朝の歌、ストレッチ、脳トレ、運動、食事	健康体操、手芸、歌、脳トレ、ハンドベル等	バイタルチェック、筋トレ、介護予防体操、ミニ講義、お茶等		無料（実費除く）	
内容		約1000円/回	344円/回 + 実費	1191円/月	お茶代100円 + 手芸の材料費				
料金 <sup>※2</sup>									

※1：情報は調査日（表2）時点のもの。 ※2：介護保険負担1割、事業所がある自治体在住の場合の料金。  
 [斜線]…新型コロナウイルス感染拡大防止による変更後の情報

##### 3-3-2 空間利用

専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所5ヶ所の空間利用の概要を表3.3.2に示す。

###### (1) 施設類型

5事業所は、事業所内で通所型サービスのみを実施する「単独型」の事業所b・h・sと、他の事業を併設している「併設型」の事業所y・cの、2類型に分けることができる。併設型の事業所y・cでは、併設機能と事業実施場所とを、動線・時間・高さなどで区切っているという共通点が見られた。

###### (2) 活動スペース

活動スペースについては、ワンルームまたは連続した空間としている事業所が多い。その中で、活動スペースが防音ガラスによって分けられている事業所hのスタッフからは、声が届かず不便しているとの意見が聞かれた。

また、連続した空間を持つ事業所sでは、活動に応じてスペースを使い分けていた。体操などの動的なプログラムと、手芸や講座などの静的なプログラムを、机を片付けたり椅子を並べ替えたりして実施している事業所も多く見られた。

###### (3) 事務室

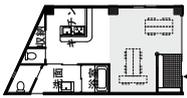
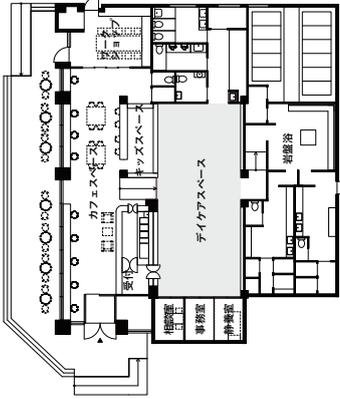
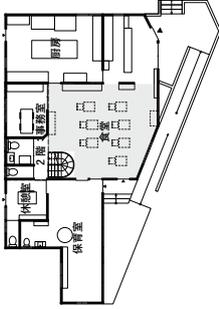
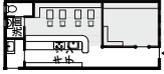
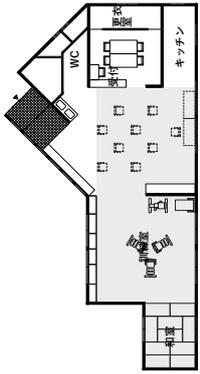
事務室を設けている事業所y・c・sでは、いずれも事務室から利用者の活動を見ることができるよう配置としているという共通点が見られた。

###### (4) 定員1人あたりの活動スペース面積

市町村が基準として、予防給付の通所介護と相当の「1人あたり3㎡以上」と定めている、事業所y・cについては、それを満たす面積が確保されている。また、事業所sについては、1人あたり約7㎡と広く確保されているが、活動スペース全体を同時に使用することはないため、実際には1人あたりおよそ半分ほどの面積となっているのではないかと考える。

1人あたりの面積が3㎡に満たない事業所b・hのスタッフからは、もう少し広いスペースが欲しいという意見が聞かれた。

表 3.3.2 専用の実施場所を持つ通所型サービス事業所の空間利用の概要

事業所名	事業所 b	事業所 y	事業所 c	事業所 h	事業所 s
平面図					
単独型 / 併設型 [併設機能]	単独型	併設型 [カフェ、岩盤浴]	併設型 [カフェ、保育所]	単独型	単独型
新築 / 改修 / 用途変更 [以前の用途]	改修 [逆デイサービス]	改修 [団地内銀行]	新築 (同事業の建て替え)	用途変更 [カラオケ喫茶]	用途変更 [デイサービス]
活動スペースの面積	22.22 m <sup>2</sup>	69.69 m <sup>2</sup>	41.59 m <sup>2</sup>	21.59 m <sup>2</sup>	104.43 m <sup>2</sup>
定員 1 人あたりの面積	1.48 m <sup>2</sup>	3.48 m <sup>2</sup>	4.16 m <sup>2</sup>	-	6.96 m <sup>2</sup>
		4.65 m <sup>2</sup>		2.70 m <sup>2</sup>	
		…活動スペース	…活動スペース	…活動スペース	…活動スペース
		…新型コロナウイルス感染症拡大防止による変更後の情報	…活動スペース	…活動スペース	…活動スペース

### 3-4 小括

本章では、通所型サービスの事業所6ヶ所を対象とした訪問見学・ヒアリング調査の結果をまとめ、そのうち専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所について、運営・空間利用に見られる特徴を明らかにした。

以下に、各節のまとめと考察を示す。

#### 3-4-1 訪問見学・ヒアリング調査結果

通所型サービスA事業所3ヶ所、通所型サービスB事業所2ヶ所、通所型サービス事業所1ヶ所について、訪問見学・ヒアリング調査を行った。人員やサービスなどの運営面、空間構成やスペースの使い方などの空間利用について、各事業所内の見学およびスタッフへのヒアリングを通して把握したことをまとめた。

#### 3-4-2 専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用に見られる特徴

運営面では、サービス提供者や人員、設備など、多様なサービスならではの基準で各施設が事業を実施していることが把握できた。また、同じサービス類型でも、市町村によって基準が異なることで、人員やサービス内容等に違いがあることが明らかになった。

空間利用については、通所型サービスのみを実施する単独型の事業所と、他の事業を併設している併設型に分けられ、併設型の事業所では、併設機能と事業実施場所とを、動線または時間、高さで区切るという工夫が見られた。

また、活動スペースについては、ワンルームまたは連続した空間としている事業所が多いことや、事務室を設けている事業所では、いずれも事務室から利用者の活動を見ることができるといった配置としているという共通点が見られることが明らかになった。

## 第4章 地域包括ケアの先駆的事例及び介護予防拠点整備事例

### 4-1 本章の目的と調査概要

#### 4-1-1 目的

本章の目的は、以下の2点である。

- ・先駆的に地域包括ケアに取り組む自治体について、その仕組みやケアマネジメントによる効果を把握すること
- ・介護予防拠点の役割や、空間利用を把握すること。

各節の具体的な課題を以下に示す。

4-2 では、和光市の介護予防事業担当者へのヒアリング・資料収集に基づき、地域包括ケアシステムの特徴や介護予防拠点整備、ケアマネジメントによる効果を把握する。

4-3 では、和光市内介護予防拠点の見学調査に基づき、介護予防拠点が地域に果たす役割や、空間利用について明らかにする。

4-4 では、第2節から第3節までの内容を踏まえ、本章で得られた知見を整理する。

#### 4-1-2 調査概要

本章で行った調査の概要を表4.1.1に示す。

表 4.1.1 調査概要

調査	調査方法	調査対象	調査日
ヒアリング・資料収集調査	・和光市介護予防事業担当者へのヒアリング ・介護予防事業に関する資料収集	埼玉県和光市	2020/12/1
見学調査	和光市内介護予防拠点の見学	介護予防拠点 Ms,Mh,Mp,Mg	2020/12/17

4-1-3 調査対象地域の概要

調査対象である、埼玉県和光市の概要を表4.1.1に、和光市における高齢化の現状を図4.1.1に示す。

和光市は埼玉県の南部に位置する人口約84,000人の市であり、理化学研究所本部や司法研修所、税務大学校など、国の機関が多く設置されている。

東京圏のベッドタウンとして発展してきたため、人口は一貫して増加傾向にある。高齢化率は、全国平均(28.1%)と比較すると約10%低くなっているが、毎年上昇しており、高齢者数も増え続けている。自立高齢者の割合は2019年度末時点で90.7%となっている。

表 4.1.2 和光市の概要

自治体名	和光市	位置	
面積	11.04 km <sup>2</sup>		
人口 <sup>※1</sup>	83,810 人		
65歳以上人口 <sup>※1</sup>	14,831 人		
高齢化率 <sup>※1</sup>	17.7%		
自立高齢者の割合 <sup>※2</sup>	90.7%		

※出典  
1) 文 30  
(2020年1月1日時点)  
2) 文 31  
(2019年3月末時点)

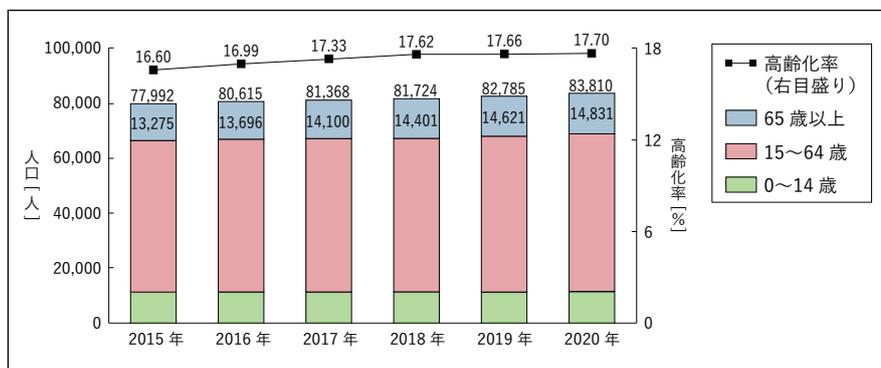


図 4.1.1 和光市における人口と高齢化率の推移

※出典：文 30  
(各年1月1日現在)

## 4-2 和光市の地域包括ケアシステム

和光市は国（2005年）に先駆けて2002年から介護予防事業を開始したほか、地域包括ケアシステムの構築における先駆的な取り組みを行っている。

本節では、和光市の介護予防事業担当者へのヒアリング・資料収集調査によって把握した、和光市の地域包括ケアシステムの概要および先駆的な取り組みについてまとめる。

### 4-2-1 和光市における地域包括ケアシステム計画の概要

地域包括ケアシステムの計画期間を図4.2.1に示す。

地域包括ケアシステムは2018年度から2020年度までが第7期計画となっており、和光市では第7期計画において、以下の基本方針を定めている。

- 1) コミュニティケア会議による生活課題の解決に資する包括ケアマネジメント手法の定着
- 2) 予防前置主義に立脚した介護予防と重度化防止の徹底及び要介護認定の軽度から中・重度まで全ての状態において疾病の重症化予防を含む在宅介護と在宅医療の連携を強化
- 3) 2040年に向けて介護ニーズが急増することを見据え、元気高齢者を増やすための基盤となる介護予防拠点の充実及び介護予防・日常生活支援総合事業の効果をさらに高める地域互助力の強化
- 4) 認知症高齢者の全ての状態に対応するサービス提供基盤整備の推進と認知症初期集中支援チーム等による支援体制の強化
- 5) 住まいの自立が困難な高齢者に対する住宅確保支援施策の充実と高齢者の居住安定に係る施策との連携

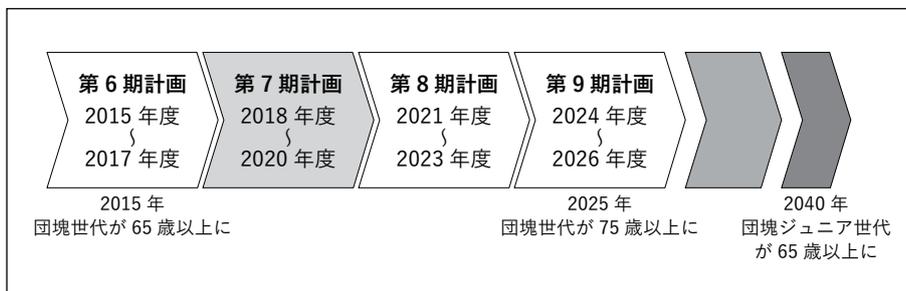


図 4.2.1 地域包括ケアシステムの計画期間

※文 33 に基づき著者作成

#### 4-2-2 日常生活圏域ニーズ調査

和光市の地域包括ケアシステムにおける大きな特徴の1つが、全国に先駆けて2013年度から日常生活圏域ニーズ調査を実施してきたことが挙げられる。日常生活圏域ニーズ調査は、「どの圏域に、どのようなニーズを持った住民が、どの程度生活しているのか」といった地域ごとの課題を抽出することを目的に、市内の高齢者を対象に実施されている。

以下に、調査の概要および第7期計画策定の前段階として行われた調査の結果の一部を示す。

##### (1) 調査の概要

和光市においては、3年ごとの介護保険事業計画作成の前段階として行われることが義務付けられている。対象者は、市内の施設入所者及び要介護3～5を除く、65歳以上の高齢者である。調査票はおよそ100項目（基本チェックリスト＋市独自の質問）からなる。郵送による回収（表4.2.1）に加え、未回収者への訪問調査によって、回収率は約90%（郵送70%＋訪問20%）となっている。

調査は市が実施し、結果は各地域包括支援センターへ共有される。記名式であるため、調査結果をケアプランへ反映することができる。

表 4.2.1 日常生活圏域ニーズ調査の回収結果

区分	調査対象者数 [人]	有効回収数	有効回収率 [%]	
一般高齢者	4,323	3,251	75.2	
認定者	要支援	256	25	71.4
	要介護	35	136	53.1
	計	291	161	55.3
総数	4,614	3,142	73.9	

※2017年8月末時点

※文33に基づき著者作成

(2) 調査の結果（一部）

2-1) 認知機能リスク者の属性別内訳

調査票には、認知機能の障害程度の指標として有用とされる CPS (Cognitive Performance Scale) に準じた設問が含まれており、設問に対する回答により、0 レベル (障害なし) から 6 レベル (最重度の障害がある) までに評価される。

1 レベル以上の認知機能リスク者の属性別内訳結果を図 4.2.2 に示す。() 内の人数は全体のリスク者数の推計値である。

1 レベル以上のリスク者のうち、独居、低所得、賃貸入居者のいずれにも該当するのは、40 人であり、和光市全体では 162 人と推計されている。

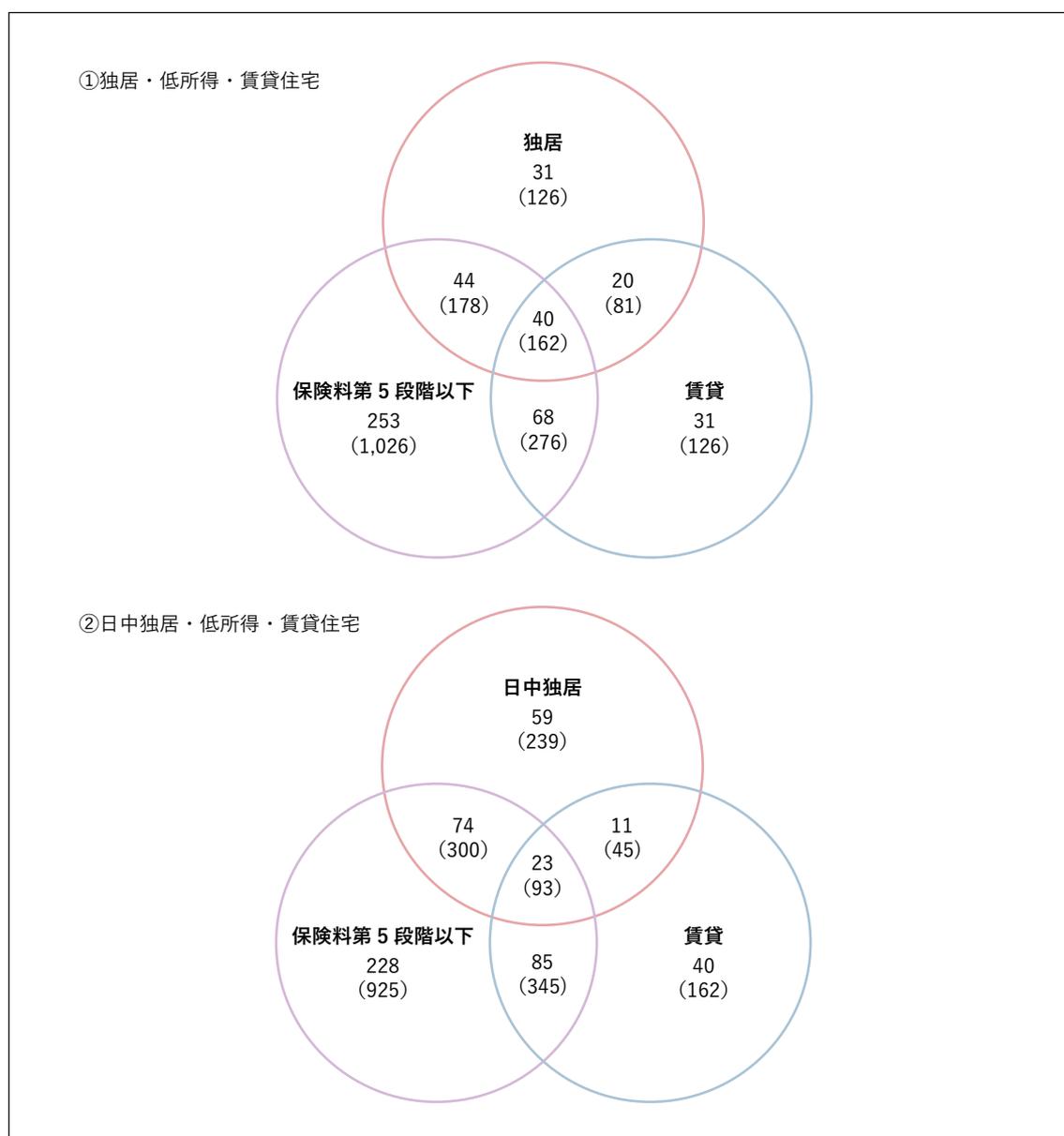


図 4.2.2 認知機能リスク者の属性別内訳

※文 33 に基づき著者作成

2-2) 利用したい介護予防サービス

介護を必要とする状態にならないようにするために、利用したい介護予防サービスに関する設問では、「足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい」を選択した人が全体の52.7%で最多となっている。中でも、要支援者は76.0%と、最も多くの人が利用してみたいと回答しており、次いで基本チェックリストによる総合事業の該当者が56.5%となっている。

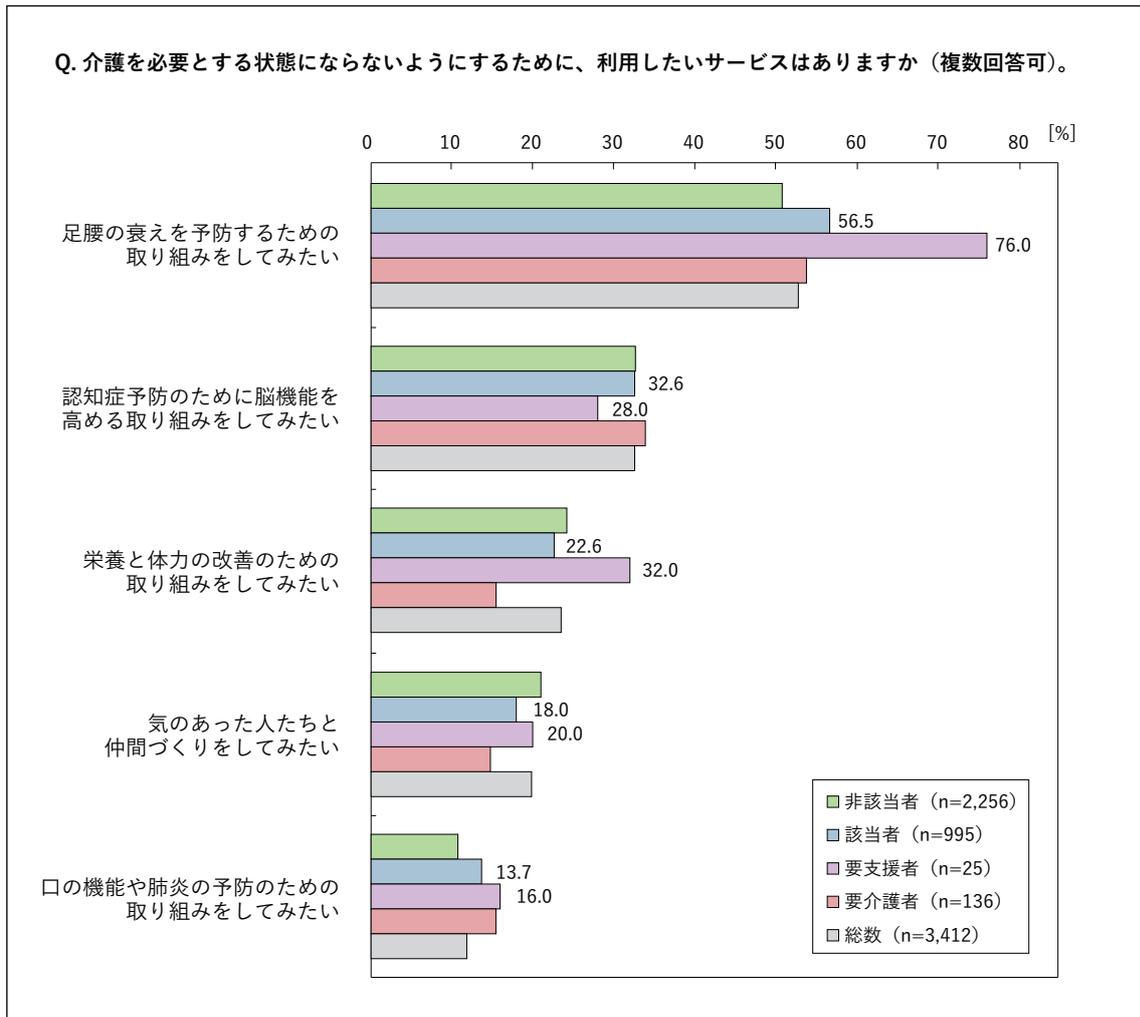


図 4.2.3 利用したい介護予防サービス

※文 33 に基づき著者作成

4-2-3 地域包括ケアマネジメントの支援体制

和光市における地域包括ケアシステムの構築を図4.2.4に示す。

全国に先駆けて地域ケア会議が実施されていることも、和光市の地域包括ケアシステムにおける特徴の1つである。地域ケア会議とは、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法であり、和光市では「コミュニティケア会議」の名称で設置されている。

コミュニティケア会議は、地域包括センターが主に主催し、市の担当者・事業者・ケアマネージャーなど、地域包括ケアに関わる様々な職種が参加する。会議では、個人・地域課題の共有、解決に向けた検討が行われており、多職種間でのチームケアを支援する役割を担っている。

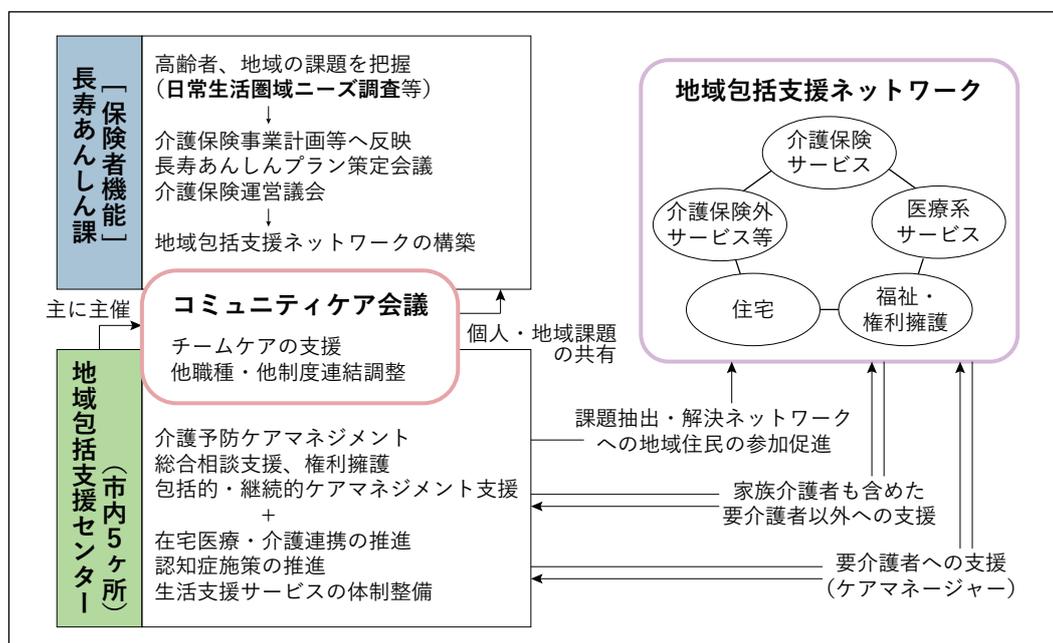


図 4.2.4 和光市における地域包括ケアシステムの構築

※文 33 に基づき著者作成

4-2-4 ケアマネジメントによる効果

和光市におけるケアマネジメントの効果を表4.2.2に、全国・埼玉県・和光市における要介護認定率の推移を図4.2.5に示す。

2019年度のケアプラン作成件数（159件）のうち、年度末にかけて要支援状態から自立へと状態が改善した人数が56人（35.2%）であり、維持者と合わせると合計で124人（78.0%）となっている。

要介護認定率（1号被保険者に対する要介護・要支援認定者の割合）については、全国や埼玉県の平均が増加している一方で、和光市では減少傾向にあり、ここ5年間では9%台半ばで推移している。

表 4.2.2 ケアマネジメントによる効果

地域包括支援センター	ケアプラン作成件数	改善者 <sup>※2</sup>		維持者		悪化者 <sup>※3</sup>		死亡等
		人数	割合 [%]	人数	割合 [%]	人数	割合 [%]	
南	30	9	30.0	12	40.0	9	30.0	0
北	28	9	32.1	13	46.4	6	21.4	0
北第2	38	17	44.7	13	34.2	8	21.1	0
中央	48	15	31.3	23	47.9	10	18.7	0
中央第2	15	6	40.0	7	46.7	2	13.3	0
合計/平均	159	56	35.2	68	42.8	35	22.0	0

※1：介護予防サービス導入前から年度末時点への状態変化を示す。

※2：要支援1,2から自立（非該当）となった者。

※3：要支援1から要支援2,または要支援1,2から要介護へ移行した者。

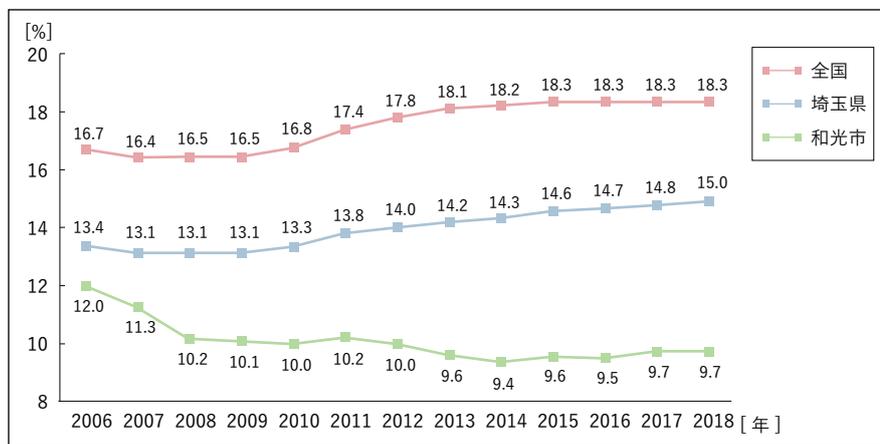


図 4.2.5 要介護認定率の推移（全国・埼玉県・和光市）

※出典  
・2006～2017年：文33  
・2018年：文32

### 4-3 和光市の介護予防拠点整備

#### 4-3-1 市内の地域包括支援センター及び介護予防拠点

和光市内の介護予防拠点の概要を表 4.3.1 に、地域包括支援センターおよび介護予防拠点の配置を図 4.3.1 に、示す。

和光市内の地域包括エリアは北・中央・南の3エリアに分かれており、地域包括ケアセンターが市内に5ヶ所、介護予防拠点は中央・南エリアで合わせて5ヶ所整備されている。

介護予防拠点とは、高齢者の介護予防教室などの多様な通いの場であり、要介護認定を受けていない高齢者の受け皿としての役割を持っている。

表 4.3.1 和光市内の介護予防拠点概要

名称	介護予防拠点 Ms	介護予防拠点 Mh	介護予防拠点 Mk	介護予防拠点 Mp	介護予防拠点 Mg
運営者	NPO 法人 P	株式会社 U	株式会社 H	株式会社 T	株式会社 W
開設年月	2014 年 4 月	2015 年 4 月	2016 年 12 月	2017 年 7 月	2020 年 2 月
実施事業	一般介護予防		一般介護予防, 通所型サービス C		
包括エリア	中央エリア			南エリア	

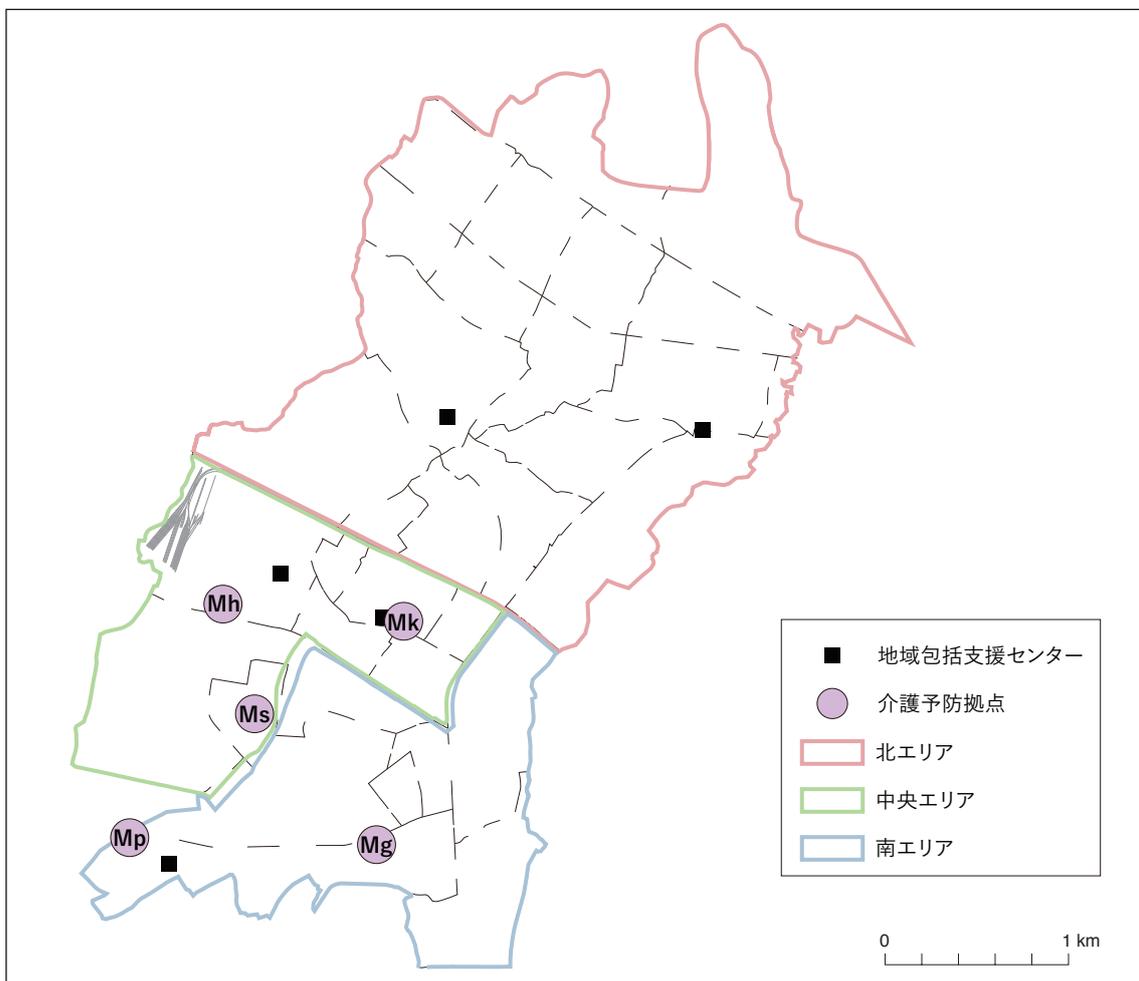


図 4.3.1 和光市内の地域包括支援センター及び介護予防拠点の配置

4-3-2 介護予防拠点配置の分析

和光市内の介護予防拠点について、地区別高齢化率、徒歩圏域、およびボロノイ分割によって配置の分析を行った。以下にその結果を示す。

(1) 介護予防拠点配置と地区別高齢化率

町丁目（以下、地区）別の高齢化率によって色分けを行い、介護予防拠点配置と地区別高齢化率の関係を分析した。介護予防拠点配置と地区別高齢化率を図4.3.2に示す。

担当者によると、介護予防拠点は、団地など的高齢化率が高い地点に近接するように配置されているとのことであり、Msは団地内、MhやMgは集合住宅群や団地に近接して配置されていることが把握できた。

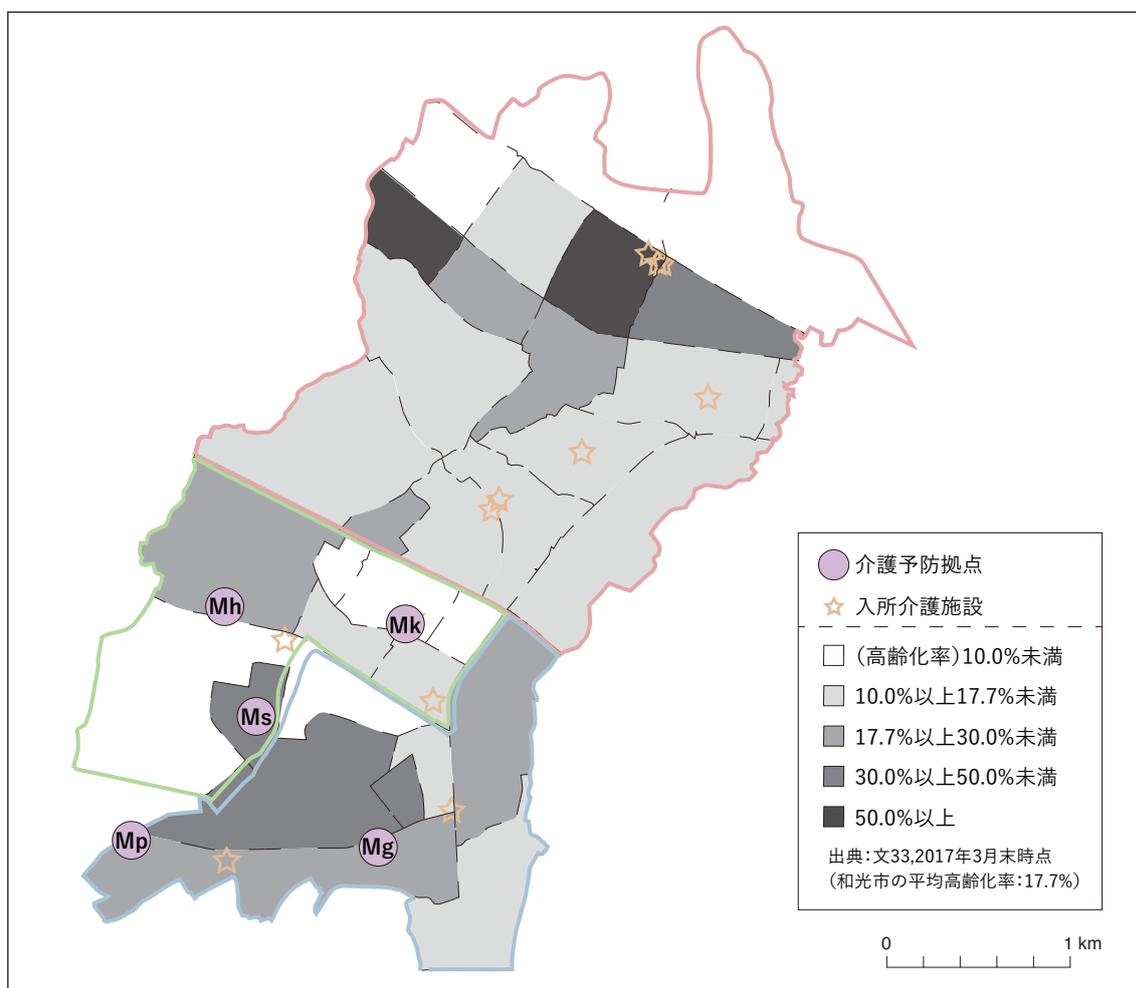


図 4.3.2 介護予防拠点配置と地区別高齢化率

(2) 介護予防拠点配置と徒歩圏域

自立高齢者の徒歩圏域を半径500mの円とし、介護予防拠点配置と徒歩圏域について分析を行った。介護予防拠点配置と徒歩圏域を図4.3.3に示す。

介護予防拠点5ヶ所の徒歩圏域を合わせた外周によって、中央・南エリアを合わせたエリアが覆われる面積（中央・南エリア内徒歩圏域面積）は、約3.02km<sup>2</sup>であり、中央・南エリアを合わせた面積4.7km<sup>2</sup>の約64.3%をカバーしていることが明らかになった。

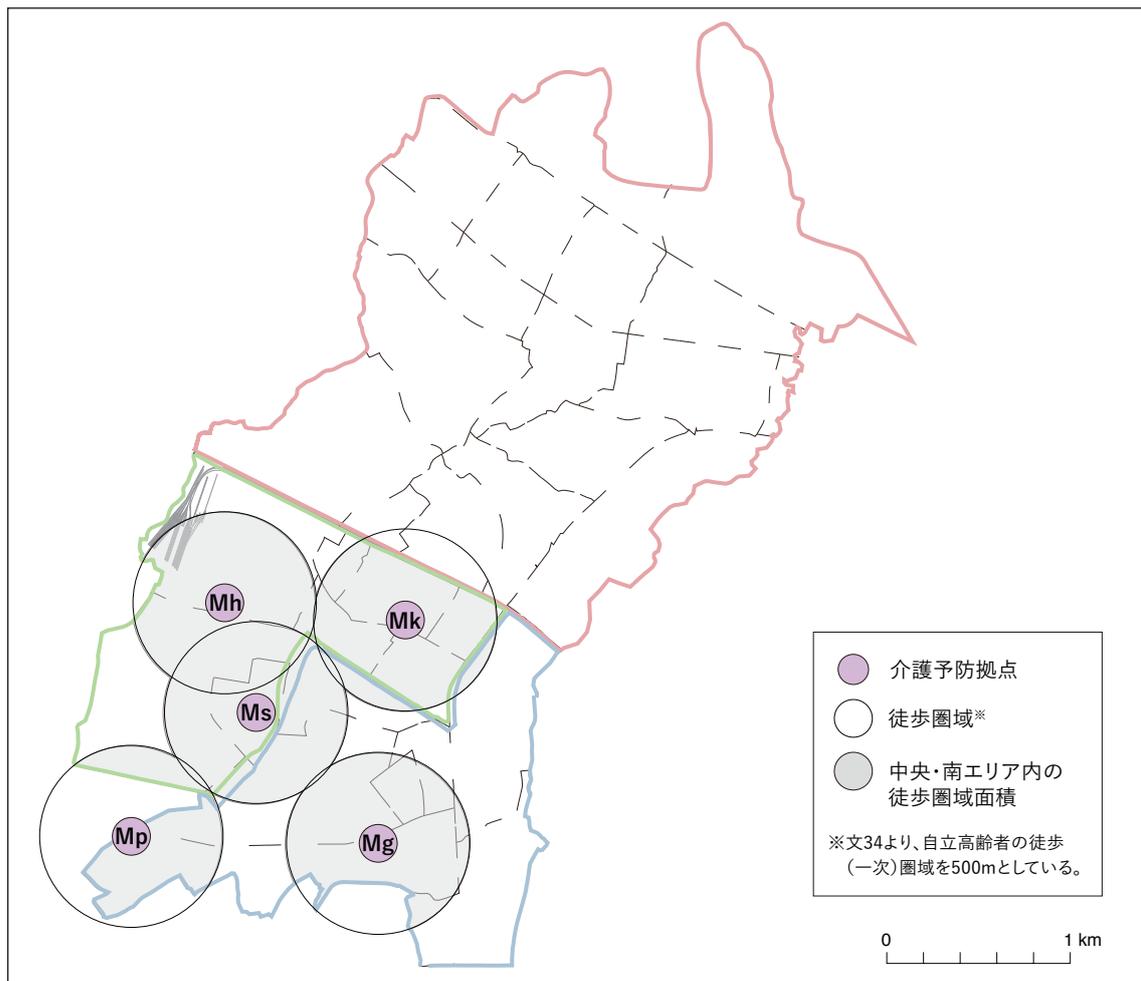


図 4.3.3 介護予防拠点配置と徒歩圏域

(3) 介護予防拠点配置とボロノイ分割

介護予防拠点5ヶ所について、中央・南エリア内でボロノイ分割を行い、エリア内から介護予防拠点までの距離に関する分析を行った。介護予防拠点配置とボロノイ分割を図4.3.4に示す。

中央・南エリア内で介護予防拠点までの距離が最長であるのは、市南東端から介護予防拠点 Mg までであり、その距離は0.99kmであった。このことから、中央・南エリアの居住者は、自宅等から1km以内に、少なくとも1ヶ所は介護予防拠点があるということが明らかになった。

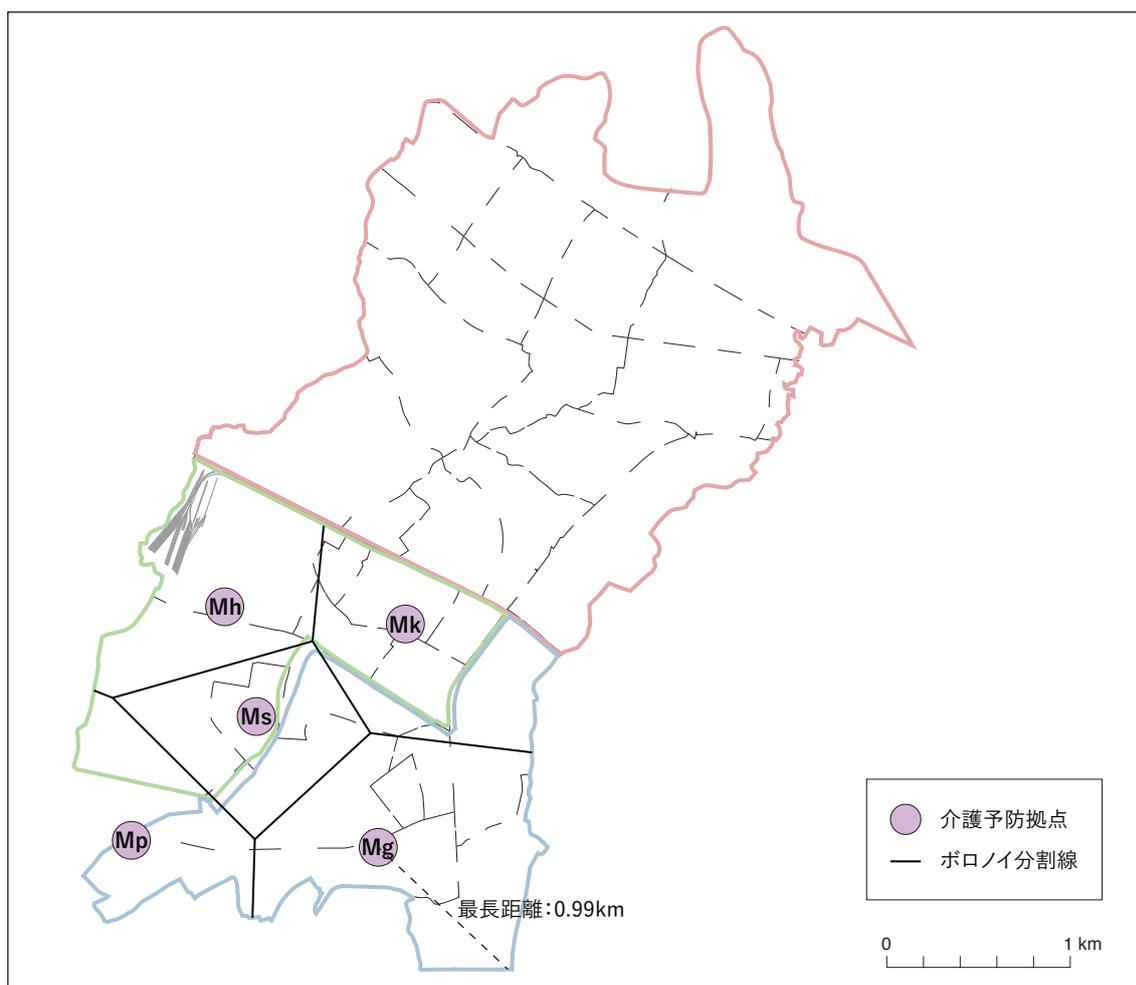


図 4.3.4 介護予防拠点配置とボロノイ分割

4-3-3 市内介護予防拠点の見学調査結果

和光市内の介護予防拠点4ヶ所（Ms・Mh・Mg・Mp）について、見学調査を実施した。

各介護予防拠点の周辺環境や活動内容、空間利用について、調査によって把握したことを以下にまとめる。

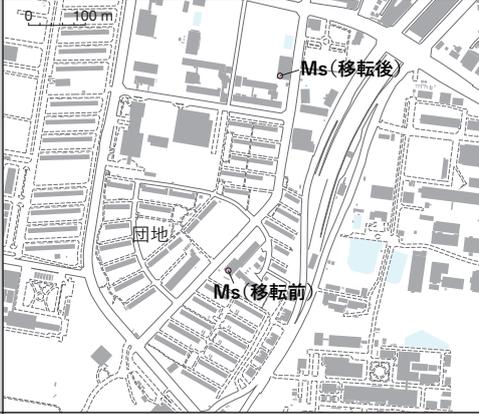
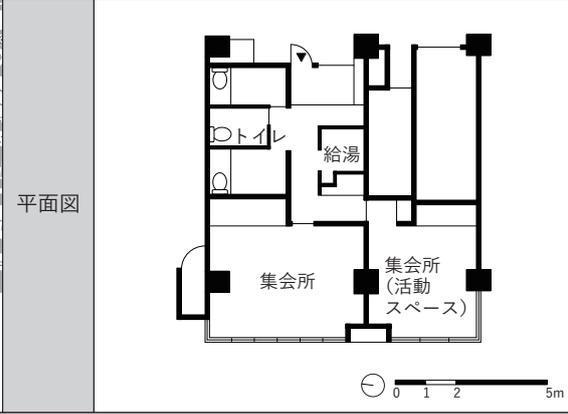
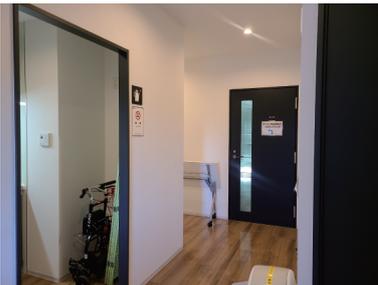
(1) 介護予防拠点 Ms

介護予防拠点 Ms の概要を表 4.3.2 に示す。

介護予防拠点 Ms は元々、団地内店舗スペースを活用した孤立予防、世代間交流推進の場であった。しかし、調査時は団地建替の最中であったため、新設された住棟1階部分の集会所を一時的な実施場所として使用していた。表内の平面図は、集会所のものである。

運営団体はNPO法人P、実施事業は一般介護予防事業である。

表 4.3.2 介護予防拠点 Ms 概要

名称	介護予防拠点 Ms		調査日時
配置図			2020年12月17日 13:50-14:00 
外観・内観写真	 <p>写真① 外観（活動時間外）</p>  <p>写真② 活動の様子</p>  <p>写真③ 集会所内</p>		

#### 1-1) 周辺環境

介護予防拠点 Ms が設置されている団地は、築約 55 年が経過している。居住者の高齢化が進んでおり、2017 年 3 月末時点での高齢化率は 39.4% と高くなっている。

#### 1-2) 活動内容

平日の 10:00 から 15:00 まで、サロン活動を行っている。プログラムは、栄養・健康・生活等に関する講座、体操、散歩、趣味サークル（手芸・絵画・歌等）である。

高齢者に限らず、子育て世代、障害者、要介護者や介護者家族の相談も受け付けている。

#### 1-3) 空間利用

現在は集会所を仮の実施場所として使用しているため、ワンルームに椅子を丸く並べ、歌や軽い体操を行っていた。

集会所は道路に面しており掃き出し窓であるため、利用者が外部の様子、外部から利用者の活動の様子が、お互いによく見えるようになっていた。

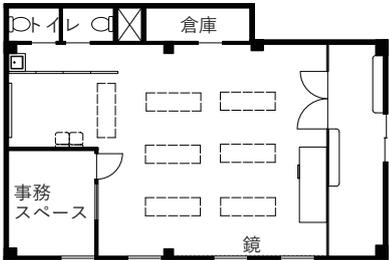
(2) 介護予防拠点 Mh

介護予防拠点 Mh の概要を表 4.3.3 に示す。

介護予防拠点 Mh は、集合住宅の1階部分に位置する。以前学習塾であった場所を、実施場所として使用している。

運営団体は株式会社 U、実施事業は一般介護予防事業および通所型サービス C である。

表 4.3.3 介護予防拠点 Mh 概要

名称	介護予防拠点 Mh		調査日時
配置図		<p data-bbox="823 667 895 701">調査日時</p> <p data-bbox="986 629 1310 663">2020年12月17日 14:15-14:25</p> <p data-bbox="823 846 895 880">平面図</p>  <p data-bbox="1171 1032 1385 1066">0 1 2 5m</p>	
外観・内観写真	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p data-bbox="549 1429 683 1462">写真① 外観</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p data-bbox="963 1429 1230 1462">写真② 活動の様子 (ヨガ)</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p data-bbox="517 1832 735 1865">写真③ トイレ・倉庫</p> </div>		

#### 2-1) 周辺環境

介護予防拠点 Mh の北側には築約 40 年の集合住宅群があり、北側の地区は高齢化率が 25.8 % と、和光市の平均高齢化率に比べ高くなっている。

#### 2-2) 活動内容

一般高齢者、特定高齢者向けの介護予防教室（歌・骨盤矯正・ヨガ・レクリエーション）に他に、介護予防啓蒙のためのイベントや講座が定期的に開催される。

#### 2-3) 空間利用

入り口を入ると、靴を履き替えるスペースがあり、ソファが置かれている。活動スペースには鏡張りの面があり、ヨガなどを行う際に使用している。事務スペースには活動スペース側に窓が設けられており、利用者の様子を見ることができる。活動スペース奥には、使用しない机や椅子などの備品が置かれていた。

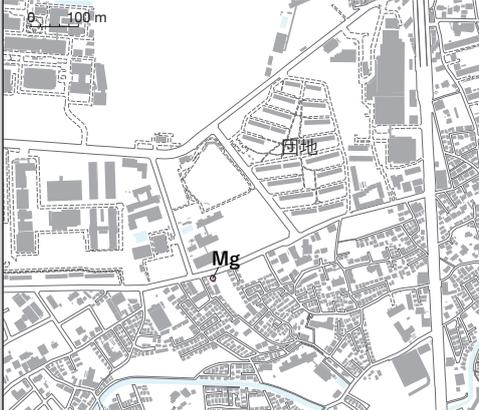
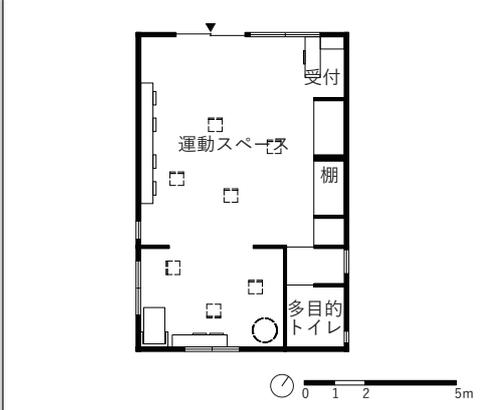
(3) 介護予防拠点 Mg

介護予防拠点 Mg の概要を表 4.3.4 に示す。

介護予防拠点 Mg は、住宅の1階部分に位置する。和光市内介護予防拠点の中で最も新しい介護予防拠点である。

運営団体は株式会社 W、実施事業は一般介護予防事業および通所型サービス C である。

表 4.3.4 介護予防拠点 Mg 概要

名称	介護予防拠点 Mg		調査日時	2020年12月17日 14:40-14:50	
配置図			平面図		
外観・内観写真	 <p data-bbox="549 1413 683 1442">写真① 外観</p>		 <p data-bbox="970 1413 1225 1442">写真② 運動スペース (1)</p>		
	 <p data-bbox="507 1809 746 1839">写真③ 運動スペース奥</p>		 <p data-bbox="970 1809 1225 1839">写真④ 運動スペース (2)</p>		

#### 3-1) 周辺環境

介護予防拠点 Mg の北東側には築約 55 年の大規模団地があり、高齢化率が 35.4% と高い。

#### 3-2) 活動内容

通所型サービス C としてを 2 教室、一般介護予防事業として 5 教室を、月～木曜日に 2 部制で実施している。プログラムは、ヨガ、運動器具を使用した体操、「ボディー・スパイダー」という複数名で行うマシンを使用したトレーニングなどがある。それぞれに運動レベルが設定されており、利用者のレベルに合わせたプログラムを選択することができる。

#### 3-3) 空間利用

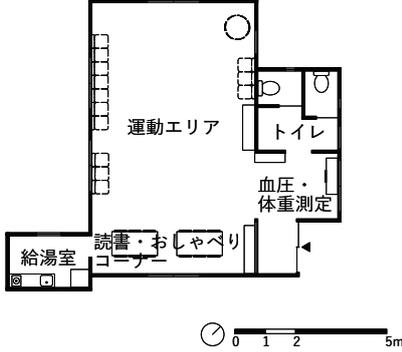
入り口を入るとすぐに運動スペースがあり、靴の履き換えはマットの上で行う。運動スペース片側の壁には棚が取り付けられており、運動器具などが収納されている。また、運動スペース奥には、マシンや、体重・血圧測定器具などが置かれている。

(4) 介護予防拠点 Mp

介護予防拠点 Mp の概要を表 4.3.5 に示す。

介護予防拠点 Mg は、和光市内の介護予防拠点の中で唯一、新築の建物を実施場所としている。  
運営団体は株式会社 T、実施事業は一般介護予防事業および通所型サービス C である。

表 4.3.5 介護予防拠点 Mp 概要

名称	介護予防拠点 Mp		調査日時
配置図		<p data-bbox="820 600 1377 607">2020年12月17日(木) 15:05-15:20</p> 	
外観・内観写真	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%; text-align: center;">  <p data-bbox="560 1368 692 1397">写真① 外観</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;">  <p data-bbox="999 1368 1195 1397">写真② 運動エリア</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;">  <p data-bbox="464 1767 788 1796">写真③ スパイダーを広げた様子</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: center;">  <p data-bbox="927 1767 1267 1796">写真④ 読書・おしゃべりコーナー</p> </div> </div>		

#### 1-1) 周辺環境

介護予防拠点 Mp は、住宅街の中にある。建物は切妻屋根の平屋建てであり、周囲の住宅と調和するような外観となっている。

#### 1-2) 活動内容

月～金曜日、65 歳以上の高齢者を対象に介護予防を中心とした運動を実施している。その他に自主事業として、週に 1 度、建物を予約制で地域住民に開放している。

#### 1-3) 空間利用

運動エリアの他に、血圧・体重測定スペースや、読書・おしゃべりコーナー、給湯室が設けられていることが特徴的である。読書・おしゃべりコーナーは、利用者の休憩・談話の他、地域住民への開放の際にも利用されるにではないかと考えられる。

## 4-4 小括

本章では、地域包括ケアの先駆的事例として、埼玉県和光市の介護予防事業を対象とし、地域包括ケアシステムの仕組みやケアマネジメントによる効果の把握を行った。また、和光市内の介護予防拠点について、役割や空間利用の把握を行った。

各節のまとめと考察を以下に示す。

### 4-4-1 和光市の地域包括ケアシステム

和光市の介護予防事業担当者へのヒアリング・資料収集を通し、和光市の地域包括ケアでは全国に先駆けた取り組みとして、65歳以上の市民を対象とした日常生活圏域ニーズ調査が実施されており、その結果を踏まえた個人へのケアマネジメントが行われていること、また、地域包括センターが主に主催するコミュニティケア会議において、市役所や他の職種間でのチームケア支援や個人・地域課題の共有が行われていることを把握した。

また、ケアマネジメントによる効果として、2019年度のケアプラン作成件数(159件)のうち、年度末にかけて要支援状態から自立へと状態が改善した人数が56人(35.2%)であり、維持者と合わせると合計で124人(78.0%)となっていること、要介護認定率は、全国や埼玉県の平均が増加している一方で、和光市では減少傾向にあり、ここ5年間は9%台半ばで推移していることを把握した。

### 4-4-2 和光市の介護予防拠点整備

地域包括エリアは北・中央・南の3つに分かれており、中央・南エリアに合わせて5ヶ所の介護予防拠点が整備されている。5ヶ所の介護予防拠点について地区別高齢化率・徒歩圏域・ボロノイ分割による配置分析を行った結果、中央・南エリア内の徒歩圏域面積は、中央・南エリアを合わせた面積の約64.3%をカバーしていること、中央・南エリアの居住者は、自宅等から1km以内に、少なくとも1ヶ所は介護予防拠点があるということが明らかになった。

市内介護予防拠点4ヶ所の見学調査では、介護予防拠点は、大規模団地などの高齢化率が高い地点に近接するよう設けられていることや、高齢者のみでなく、子育て世代や介護者家族などの相談や、介護予防啓発のための講座・イベントなどを行う役割があることが明らかになった。また、空間利用としては、活動スペースの他に、体操などに使用する器具の収納スペースや、血圧・体重測定を行うスペースを確保している施設が多く見られた。

## 第5章 総括

### 5-1 各章のまとめ

#### 5-1-1 第1章 研究の背景と目的

高齢化が進む日本では、2005年の介護保険改正以降、介護予防の重要性が認められ、予防重視型システムへの転換、地域包括ケアシステムの構築が目指されている。また、2014年の改正では、全国一律であった予防給付と従来各市町村で行われていた介護予防事業が合体・再編成され、「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」が新たに創設された。総合事業の中の「通所型サービス」には、予防給付から移行してきた通所介護の他に、NPO、民間企業、住民ボランティア等による「多様なサービス（通所型サービス A,B,C 型）」が新たに設けられた。

通所型の介護予防事業実施施設に関する建築計画分野での既往研究は事例研究が多くあり、施設の役割や望ましい計画などが明らかにされている。総合事業導入後では、徐らによる東京都の通所型サービス A 施設を対象とした研究があり、定員やサービス実施面積、プログラム実施方法と空間利用の関係を明らかにしている。しかし、通所型サービス A,B,C 全てを対象とした調査や、全国的な施設整備に着目した研究はなされていない。

そこで本研究では、多様化が進む介護予防事業を実施する施設の施設整備計画に関する知見を得ることを目的とする。具体的な課題として以下の3点を設定した。

- ①通所型サービス事業所の整備状況・実施場所の把握。
- ②専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用の把握。
- ③地域包括ケアの先駆的事例および介護予防拠点整備事例の把握。

#### 5-1-2 第2章 通所型サービスの概要、事業所整備状況

通所型サービスは、「通所介護」「通所型サービス A」「通所型サービス B」「通所型サービス C」の4類型からなり、類型ごとにサービス内容や実施方法が異なっている。

人員・設備等の基準は、市町村が地域の実情に応じて定めることとなっており、通所型サービス A は従前の通所介護相当の基準を緩和した基準で実施することが可能である。また、ボランティア主体の提供である通所型サービス B は、サービスを提供するのに必要な従事者数や場所・設備とされている。機能訓練が中心となる通所型サービス C は、機能訓練指導員や看護職員の配置、機能訓練室の設置等が典型的な例となっている。

2015年の導入以降、全国の通所型サービス事業所数は増加しており、2018年度末には全国で61148ヶ所の事業所が整備されている。サービス類型別の割合では通所介護が最も多く（73.8%）、次いでA型（15.4%）、C型（3.5%）、B型（2.8%）となっている。都道府県別の事業所数を見ると、大阪や東京、福岡などの大都市で事業所数が多くなっている。一方で、65歳以上人口10万人あたりの事業所数を求めると、通所型サービス合計で最大292.36カ所（沖縄県）、最小105.31カ所（神奈川県）、多様なサービス合計で最大103.28カ所（石川県）、最小4.46カ所（千葉県）となり、大きなばらつきがあることが明らかになった。

東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県の1都3県について、自治体ごとに多様なサービスの事業所一覧を収集し、サービス類型別に事業実施場所の分類を行った。住宅・教育・医療・福祉・その他・不明の6つに分類を行ったところ、A型は福祉が大部分（96.1%）を占め、B型は地域・公共が59.2%と多いが、住宅・その他等比較的各分類に分散していること、C型は医療と福祉が同数で、合わせて86.4%を占めることが明らかになった。

### 5-1-3 第3章 専用の事業実施場所をもつ通所型サービス事業所の運営・空間利用

通所型サービス A 事業所 3 ヶ所、通所型サービス B 事業所 2 ヶ所、通所型サービス事業所 1 ヶ所について、訪問見学・ヒアリング調査を行った。人員やサービスなどの運営面、空間構成やスペースの使い方などの空間利用について、各事業所内の見学およびスタッフへのヒアリングを通して把握したことをまとめ、専用の実施場所をもつ通所型サービス事業所 5 ヶ所について、運営および空間利用の比較を行い、特徴・共通点等の整理を行った。

運営面では、サービス提供者や人員、設備など、多様なサービスならではの基準で各施設が事業を実施していることが把握できた。また、同じサービス類型でも、市町村によって基準が異なることで、人員やサービス内容等に違いがあることが明らかになった。

空間利用については、通所型サービスのみを実施する単独型の事業所と、他の事業を併設している併設型に分けられ、併設型の事業所では、併設機能と事業実施場所とを、動線または時間で区切るという工夫が見られた。

また、活動スペースについては、ワンルームまたは連続した空間としている事業所が多いことや、事務室を設けている事業所では、いずれも事務室から利用者の活動を見ることができるよう配置としているという共通点が見られることが明らかになった。

### 5-1-4 第4章 地域包括ケアの先駆的事例及び介護予防拠点整備事例用

和光市の介護予防事業担当者へのヒアリング・資料収集を通し、和光市の地域包括ケアでは、65 歳以上の市民を対象とした日常生活圏域ニーズ調査が実施されており、その結果を踏まえた個人へのケアマネジメントが行われていること、また、地域包括センターが主に主催するコミュニティケア会議において、市役所や他の職種間でのチームケア支援や個人・地域課題の共有が行われていることを把握した。

また、ケアマネジメントによる効果として、2019 年度のケアプラン作成件数 (159 件) のうち、年度末にかけて要支援状態から自立へと状態が改善した人数が 56 人 (35.2%) であり、維持者と合わせると合計で 124 人 (78.0%) となっていること、要介護認定率は、全国や埼玉県の平均が増加している一方で、和光市では減少傾向にあり、ここ 5 年間は 9% 台半ばで推移していることを把握した。

地域包括エリアは北・中央・南の 3 つに分かれており、中央・南エリアに合わせて 5 ヶ所の介護予防拠点が整備されている。5 ヶ所の介護予防拠点について地区別高齢化率・徒歩圏域・ボロノイ分割による配置分析を行った結果、中央・南エリア内の徒歩圏域面積は、中央・南エリアを合わせた面積の約 64.3% をカバーしていること、中央・南エリアの居住者は、自宅等から 1km 以内に、少なくとも 1 ヶ所は介護予防拠点があるということが明らかになった。

市内介護予防拠点 4 ヶ所の見学調査では、介護予防拠点は、大規模団地などの高齢化率が高い地点に近接するよう設けられていることや、高齢者のみでなく、子育て世代や介護者家族などの相談や、介護予防啓発のための講座・イベントなどを行う役割があることが明らかになった。また、空間利用としては、活動スペースの他に、体操などに使用する器具の収納スペースや、血圧・体重測定を行うスペースを確保している施設が多く見られた。

以上のように、介護予防拠点等の整備に加え、地域・高齢者個々人の課題の把握や、地域包括ケアに関わる多職種の連携を推進することが、介護予防の効果向上につながることを把握した。

## 5-2 本研究の到達点と今後の課題

### 5-2-1 本研究の到達点

本研究では、多様化が進む介護予防事業を実施する施設の施設整備計画に関する知見を得ることを目的として、3つの課題を設定し、調査・分析を行った。以下に課題に対する本研究の到達点をまとめる。

#### (1) 通所型サービス事業所の整備状況・実施場所

全国の通所型サービス事業所数は、2018年度末で61,148ヶ所整備されており、サービス類型別の割合では通所介護が最も多く(73.8%)、次いでA型(15.4%)、C型(3.5%)、B型(2.8%)となっていることを把握した。都道府県別の事業所数では、大都市で事業所数が多くなっている一方で、65歳以上人口10万人あたりの事業所数を求めると、事業所整備には各都道府県によって大きなばらつきがあることが明らかになった。

多様なサービスのサービス類型別の事業実施場所分類では、A型は福祉が大部分(96.1%)を占めること、B型は地域・公共が59.2%と多いが、住宅・その他等比較的各分類に分散していること、C型は医療と福祉が同数で、合わせて86.4%を占めることなどを明らかにした。このような傾向が見られる理由として、各類型の提供者・サービス内容が影響していることが考えられる。

#### (2) 専用の実施場所をもつ通所型サービス事業の運営・空間利用

運営面では、サービス提供者や人員、設備など、多様なサービスならではの基準で各施設が事業を実施していることが把握できた。空間利用については、スタッフスペースを設けている事業所では、利用者の様子が見渡せるような配置となっていることや、併設型の事業所では、併設機能と事業実施場所とを、動線・時間・高さなどで区切っていることなどの共通点が明らかになった。

#### (3) 地域包括ケアの先駆的事例および介護予防拠点整備事例

和光市の地域包括ケアでは、65歳以上の市民を対象とした日常生活圏域ニーズ調査が実施されており、その結果を踏まえた個人へのケアマネジメントが行われていること、また、コミュニティケア会議において、多職種間でのチームケア支援や、個人・地域課題の共有が行われていることを把握した。

また、市内5ヶ所の介護予防拠点は、大規模団地などの高齢化率が高い地点に近接するよう設けられており、中央・南エリア内では、介護予防拠点に最も遠い地点でその距離が約1kmであることなどが明らかになった。

---

---

## 5-2-2 介護予防事業実施施設の施設計画に関する留意点・提案

本研究の到達点を踏まえた、介護予防事業実施施設の施設計画に関する留意点を以下に述べ、介護予防事業実施施設の施設計画に関する提案ダイアグラムを図5.2.1に示す。

### (1) 活動スペース

体を動かすプログラムが多いため、ある程度余裕を持った面積・定員設定とする。面積に余裕がある場合は、体操などの動的なプログラムを行うスペースと、手芸などの静的なプログラムを行うスペースを分けることで、プログラムごとの家具の移動などの手間を少なくすることができると考えられる。介護予防事業では、利用者が居場所を選択するというよりは、プログラムに沿ってスペースを使い分けることが多い。

### (2) 静養スペース

室として設けない場合でも、利用者の体調悪化時に対応できる場所や物資をあらかじめ確保しておく必要がある。スペースは、スタッフスペースから近い場所や、活動スペースからは少し離れた場所に設けることが望ましい。

### (3) スタッフスペース

スタッフスペースは事務作業や休憩の場として、室として設けることが望ましい。その際、利用者の状態に応じたプログラム提供などができるよう、事務室からは利用者の様子を見渡すことができるような配置とする。

また、スタッフのプライバシー等に配慮し、休憩の場はカーテンで仕切るなど、利用者の視線が届かないスペースとすることも必要である。

### (4) 収納

介護予防事業実施施設では、季節のイベントや介護予防講座などを行うことが多くある。そのため、一時的に必要な物をしまっておくことができる収納スペースが必要である。また、マシーンや測定器など、日常的に使用する機器がある場合は、設置するスペースを設けるか、収納するスペースの確保が必要となる。

### (5) トイレ

利用者用に2つ以上、余裕があれば、スタッフ用のトイレは別で設けることが望ましい。介護予防事業実施施設の利用者には、車椅子利用者は少ないが、イベント時や緊急時などのため、余裕がある場合は、利用者用のトイレには多目的トイレを設けることが望ましい。

(7) 外部との関係

活動スペースと外部とは、お互いの様子が見えるように工夫をすることで、モチベーションの維持や介護予防の啓発に繋がるのではないかと考える。

(6) 併設機能

併設機能がある場合は、各事業の利用者同士の動線が交わらないよう、動線や高さなどの配置、また事業実施時間を考慮する必要がある。その際、お互いの視線や声など、活動の様子が伝わるようにすることで、利用者同士やスタッフ間の交流・情報共有が促され、併設による介護予防効果の向上が期待できるのではないかと考える。

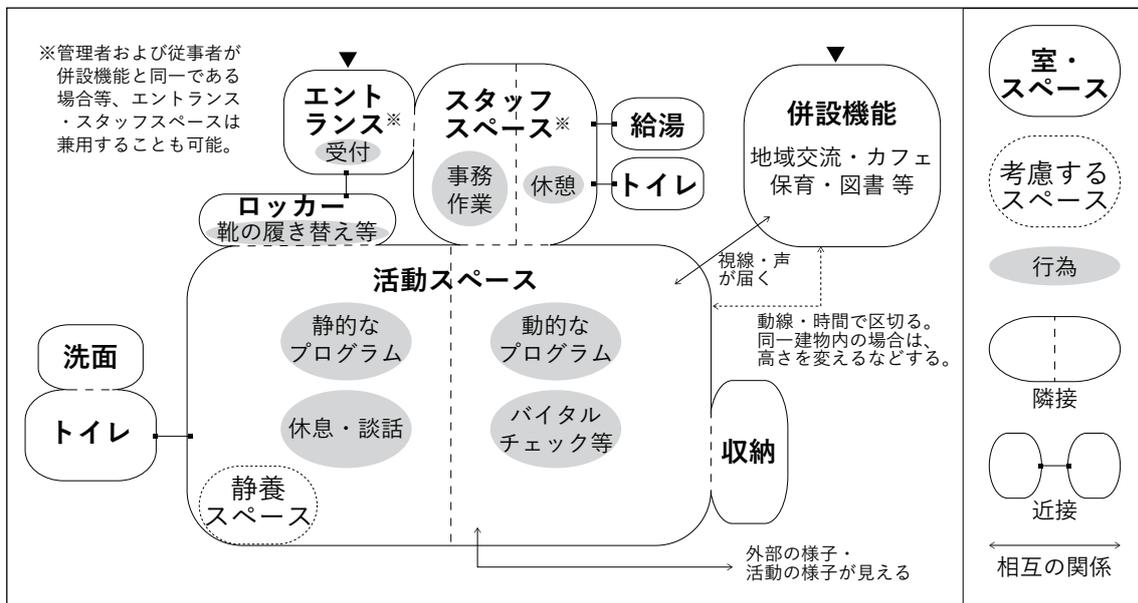


図 5.2.1 介護予防事業実施施設の施設計画に関する提案ダイアグラム

---

---

### 5-2-3 今後の課題

本研究では介護予防事業実施施設の事例として、通所型サービス事業所5ヶ所、および和光市の介護予防拠点4ヶ所の見学調査を行った。より詳細かつ具体的な施設整備の把握を行うために、以下の課題が挙げられる。

- ・全国を対象としたより多くの事例調査による空間利用の把握
- ・施設利用の実態調査による利用者の様子の把握、利用実態分析

## 参考文献

番号の先頭に\*が付くものは再掲

## 第1章

- 1) 内閣府,「令和2年度版高齢者白書(全体版)」,〈[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/02pdf\\_index.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/02pdf_index.html)〉,(2021.01.19 参照)
- 2) 厚生労働省老健局振興課,「地域包括ケアシステムの構築に向けた取組み」,〈[https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20180330\\_1.pdf](https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20180330_1.pdf)〉,(2020.01.21 参照)
- 3) 厚生労働省老健局総務課,「介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン(概要)」,〈<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088276.pdf>〉,(2020.01.21 参照)
- 4) 介護事業所・生活関連情報検索 介護サービス情報公表システム,「全国版トップ>介護保険の解説>介護予防・日常生活支援総合事業のサービス利用の流れ」,〈[https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/commentary/flow\\_synthesis.html](https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/commentary/flow_synthesis.html)〉,(2020.01.21 参照)
- 5) 田中裕基,登張絵夢,上野淳,竹宮健司:「自立高齢者の地域生活支援施設のあり方に関する研究-多摩市コミュニティセンター内の高齢者スペースにおけるケーススタディー」,日本建築学会計画系論文集第562号,pp165-172,2002年12月
- 6) 西野達也,長澤泰:「小規模高齢者通所施設の利用実態と空間の使われ方について」,日本建築学会計画系論文集第581号,pp41-48,2004年7月
- 7) 鄭ソイ,山田あすか,上野淳:「自立高齢者の地域支援施設のあり方に関する考察-多摩市いきがいデイサービスセンターの利用実態と利用者の特性-」,日本建築学会計画系論文集第608号,pp35-42,2006年10月
- 8) 山田優子,竹宮健司:「T市いきがいデイサービスセンターの施設運営・利用実態に関する研究」,日本建築学会大会学術講演梗概集,pp.21-22,2015年9月
- 9) 田龍一,関根千紗乃,金聖龍,竹宮健司:「東京都における自立高齢者支援施設の整備実態-自立高齢者のための余暇・支援施設の計画に関する研究(その3)-」,日本建築学会大会学術講演梗概集,pp.45-46,2015年9月
- 10) 村田順子,田中智子,瀬渡章子:「在宅高齢者の生活支援要求に関する考察-東大阪市の街かどデイハウスが果たす役割を中心に-」,日本建築学会計画系論文集第614号,pp.9-16,2007年4月
- 11) 村田順子,田中智子:「高齢者の在宅生活を支援する街かどデイハウスの役割:その1 街かどデイハウスの現状と課題」,平成21年度日本建築学会近畿支部研究報告集,pp.29-32,2009年5月
- 12) 田中智子,村田順子:「高齢者の在宅生活を支援する街かどデイハウスの役割:その2 街かどデイハウスの利用者の健康状態と活動内容による分類」,平成21年度日本建築学会近畿支部研究報告集,pp.33-36,2009年5月
- 13) 田中智子,村田順子:「街かどデイハウス利用者の心身機能や生活の経年変化:高齢者の在宅生活を支えるための諸条件に関する研究 その1」,平成22年度日本建築学会近畿支部研究報告集,pp.89-92,2010年5月
- 14) 村田順子,田中智子:「街かどデイハウス利用者の事例考察:高齢者の在宅生活を支えるための諸条件に関する研究 その2」,平成22年度日本建築学会近畿支部研究報告集,pp.93-96,2010年5月
- 15) 田中智子,村田順子:「街かどデイハウスの運営の現状 高齢者の地域居住に関する研究その1」,平成30年度日本建築学会近畿支部研究報告集,pp.21-24,2018年6月
- 16) 村田順子,田中智子:「街かどデイハウスの課題 高齢者の地域居住に関する研究その2」,平成30年度日本建築学会近畿支部研究報告集,pp.25-28,2018年6月

## 参考文献

---

- 17) 黒澤由佳：「介護予防・日常生活支援総合事業における短期集中通所型サービスでの取り組み サービス利用終了後の運動習慣・活動・参加に着目して」, 第 52 回日本理学療法学会大会抄録集 ,P-YB-01-4,2017 年
- 18) 花谷子乃：「総合事業におけるデイサービス利用者の握力、5m 歩行能力の検討 - 逆風でリハビリ専門職の強みを生かす -」 第 53 回日本理学療法学会大会抄録集 ,P-7-5,2018 年
- 19) 河野桃子, 天久拓哉, 岸本愛莉, 山内裕樹, 比嘉清志郎, 立津統, 津覇健太郎：「通所型サービス C 参加者の生活の広がりに影響する因子について」, 第 53 回日本理学療法学会大会抄録集 ,P-095,2018 年
- 20) 徐錫俊, 竹宮健司：「自立高齢者通所施設の施設計画に関する研究-東京都における通所型サービス A の施設運営・整備の現状分析-」, 日本建築学会大会学術講演梗概集 ,pp.143-144,2019 年 9 月

## 第 2 章

- \*3) 厚生労働省老健局総務課, 「介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン (概要)」, <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000088276.pdf>>, (2021.01.21 参照)
- 21) 厚生労働省, 「平成 27 年度 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業 (地域支援事業) の実施状況に関する調査結果>生活支援サービス事業」, <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576.html>> (2021/01/21 参照)
- 22) 厚生労働省, 「平成 28 年度 介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業 (地域支援事業) の実施状況に関する調査結果>生活支援サービス事業」, <[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00004.html)> (2021/01/21 参照)
- 23) 厚生労働省, 「平成 29 年度 介護予防・日常生活支援総合事業 (地域支援事業) の実施状況に関する調査結果>生活支援サービス事業」, <[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00005.html)> (2021/01/21 参照)
- 24) 厚生労働省, 「平成 30 年度 介護予防・日常生活支援総合事業 (地域支援事業) の実施状況に関する調査結果>生活支援サービス事業」, <[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000141576_00006.html)> (2021/01/21 参照)
- 25) e-Stat 政府統計の総合窓口, 「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 (2019 年) > 【総計】 都道府県別年齢階級別人口」 (2021/01/21 参照)

## 第 3 章

- 26) 江戸川区, 「江戸川区介護予防・日常生活支援総合事業についての説明資料」, <[https://www.kaigo.city.edogawa.tokyo.jp/topics/pdf/180911\\_setumeikaisiryu.pdf](https://www.kaigo.city.edogawa.tokyo.jp/topics/pdf/180911_setumeikaisiryu.pdf)> (2021.01.21 参照)
- 27) 相模原市, 「介護サービス事業者のための運営の手引き (令和元年度版)」, <[https://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/\\_res/projects/default\\_project/\\_page\\_/001/007/036/2019\\_tebiki/tuusyokaigo\\_h30\\_2s.pdf](https://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/007/036/2019_tebiki/tuusyokaigo_h30_2s.pdf)> (2021.01.21 参照)
- 28) 春日部市, 「春日部市介護予防・日常生活支援総合事業に係る指定事業者の指定等に関する要綱」 <<http://www.city.kasukabe.lg.jp/kurashi/hoken/kaigo/yobo/sogojigyosHITEI.files/sougoujigyosHITEIyoukou.pdf>> (2021.01.21 参照)
- 29) 草加市, 「草加市介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービスの人員、設備及び運営等に関する基準を定める要綱」, <<http://www.city.soka.saitama.jp/cont/s1508/sougouzigyoutuusyokizyun.pdf>> (2021.01.21 参照)

- 30) 練馬区, 「練馬区食のほっとサロン事業の手引き」, 〈<https://www.city.nerima.tokyo.jp/hokenfukushi/koreisha/kenko/shokusaro.html>〉 (2021.01.21 参照)
- \*8) 山田優子, 竹宮健司: 「T市いきがいデイサービスセンターの施設運営・利用実態に関する研究」, 日本建築学会大会学術講演梗概集, pp.21-22, 2015年9月

#### 第4章

- 31) e-Stat 政府統計の総合窓口, 「住民基本台帳の基づく人口、人口動態及び世帯数調査＞【総計】市区町村別年齢階級別人口」 (2021/01/24 参照)
- 32) 厚生労働省, 「平成30年度介護保険事業状況報告(年報)」, 〈<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyosyo/18/index.html>〉 (2021/01/24 参照)
- 33) 和光市, 「和光市長寿あんしんプランー第7期和光市介護保険事業計画・高齢者保険福祉計画ー」, 2018年3月
- 34) 鈴木成文ほか: 『建築計画』, 実数出版株式会社, pp.236-243, 1975年10月

## 第Ⅲ部

### 全国二次医療圏単位の病床数の相対指標化に関する研究



## 第Ⅲ部 全国二次医療圏単位の病床数の相対指標化に関する研究

### 目 次

第1章 序論	131
1-1. 研究の背景	131
1-2. 研究の目的	132
1-3. 研究の位置づけ	132
第2章 研究の方法	133
2-1. 研究の構成	133
2-2. 資料蒐集の方法	133
2-3. 研究対象	133
2-4. 用語の説明	136
第3章 二次医療圏単位での病床数(対10万人)の比較結果と考察	140
3-1. 地域医療構想前後の病床数の分析	140
3-2. 二次医療圏の個別分類	165
第4章 新型コロナウイルス対策病床数の対急性期病床比較(2020年度現在)	178
4-1. 都道府県別新型コロナウイルス対策病床数の対急性期病床比較	178
4-2. 二次医療圏別新型コロナウイルス対策病床数の対急性期病床比較	180
第5章 まとめ	186
参考文献	187



## 第1章 序論

### 1-1 研究の背景

#### 1) 社会的背景

我が国は2010年から人口減少傾向にある一方、高齢人口は増加の一途を辿っている<sup>1)</sup>。2025年には団塊の世代が75歳以上となり、後期高齢者医療制度の対象となる。そのため、医療介護需要がピークを迎え、医療費等の増加が一層加速する。ここで生じる財政問題に備えて医療保険制度等の社会保障の持続可能性を確保することが求められている<sup>2)</sup>。

また高齢化とそれに深く関連する医療需要には地域差が見られ、需要に対する整備の遅れ、或いは供給過多が問題視されている<sup>1)</sup>。具体的には、過疎地域ではすでに高齢人口のピークを迎えている一方、都市部ではまだ増加している地域が存在しており、全国一律で医療施設の削減・配備に関する判断はできない。

政府はこれらの社会背景に対応すべく、2015年から地域医療構想<sup>3)</sup>を進めており、その政策目標年は2025年である。膨大な医療・介護需要に対応できる病床や設備を確保し、医療提供の地域格差を是正、医療機能の分化・連携を図ると同時に全国的な病床数の削減と医療資源の効率的な利用による医療費の適正化を掲げている。そのために全国二次医療圏の2025年の医療需要と必要病床数を病床機能別（高度急性期病床、急性期病床、回復期病床、慢性期病床）に推計した。そして現在、公立病院を対象に病床数再編を実施している。これは余剰床が目立っていた急性期病床を削減しつつ、高齢化によって最も需要が高まる回復期病床を増強していく計画で、2025年までに全国で8万6千床を削減する計画である。また慢性期病床も高齢化によって需要が高まるが、できる限り在宅医療や地域の介護施設などへ転換し、療養患者を病院ではなく住み慣れた地域で連携して支援する地域包括ケアシステムの構築を図っている<sup>4)</sup>。

しかし、コロナ禍に見舞われた現在、状況が一変した。政府も医療現場も新型コロナウイルス感染者の救命と感染拡大防止の早急な対応に迫られている。削減対象であった急性期病床の需要が新型コロナウイルス流行によって全国的かつ急激に増大したのである。現在も感染者の増加とともに新型コロナウイルス対策病床数も増加している。日本医師会会長の中川俊男氏は、地域医療構想について「これまでの議論で感染症に備えるという視点はなかった」と述べ、その欠落点を認めている<sup>5)</sup>。すなわち、地域医療構想の一部を見直し、感染症対応を含めて、再構築する必要がある。

#### 2) 問題提起

このような社会的背景において、新たな医療体制実現に向けた政策が実施されてきたが、そのほとんどが都道府県に委ねられている。すなわち、国全体における各医療圏の相対的特徴が分からないまま、医療・介護の具体的方針策定が行われている。効果的な病床削減や地域格差の是正、医療介護の分化、連携の実現のために、地域医療構想による機能別病床の需要推計等の客観的データに基づいて二次医療圏の特性を比較・分析すべきだと

考える。

また、(株)ウェルネスが二次医療圏データベース<sup>6)</sup>を開発、公開しているものの、これまで二次医療圏を病床数の観点から網羅的かつ明示的に分析し地域特性や医療・介護の病床数、施設設備数などの施設計画の検討、報告の事例は少ない。

## 1-2 研究の目的

本研究の目的は、都道府県が策定した地域医療構想による病床再編計画を集約し、日本の現在や今後の病床構造を明らかにすること、さらに対10万人病床数から二次医療圏毎の地域特性を全国横断的に把握し比較分析を行うことである。必要病床数の推計値はその圏域の中期的な将来人口や医療需要から導かれる(具体的な算定方法は2-4の3))にて説明する)。その値は今後必要となる診療所、病院の規模や数量、医師や看護師数、在宅医療関連施設等の医療介護施設全般の一つの重要な指標となる。本研究の意義は二次医療圏毎に病床数を対指標化し、その医療圏の相対的特性を整理することで、今後の医療介護施設計画の基礎的指針に資することにある。また2019年からの新型コロナウイルスの流行により、その対策病床が急遽確保、運用されることとなり、現時点で地域医療構想の難航が示唆される。感染症対策病床数の観点からも病床数の検討を行い、各二次医療圏が受ける影響を整理、把握することも加えて、本研究の目的とする。

## 1-3 研究の位置づけ

石川、高橋ら(2013)<sup>7)</sup>は、行政や事業者等により調査、公開され、大量かつ分散して存在していた医療提供体制に係る情報を体系的なデータとして取り纏め、株式会社ウェルネスと協力して「二次医療圏データベース<sup>6)</sup>」を公開している。またそれを用いて、二次医療圏の人口構造や医療資源供給による特性分析を行なっている。

松田(2020)<sup>8)</sup>は地域医療構想によって地域における医療提供体制の混乱を避けるためにも当該地域の現状について、客観的なデータに基づいて問題意識を共有することが必要としている。また、地域医療構想のデータを元にした地区診断のポイントの一つとして、現在の病床数と必要病床数の推計値の比較や当該医療圏における慢性期(=療養病床+介護施設入所+在宅)の患者数の把握等を挙げている。

本研究では、以上を参考にして、二次医療圏の機能病床別の対人口病床数による特性分析を行なっていく。

## 第2章 研究の方法

### 2-1 研究の構成

本研究の構成は以下の通りである。

まず本章で本研究の研究対象や用語について述べる。

第3章の3-1では、二次医療圏単位での病床数（対10万人）比較として、地域医療構想の前後である2015年の病床数と2025年の必要病床数の対人口比較を行う。我が国の病床構成をより詳しく解析するため、1) 全医療圏での分析と2) 東日本と西日本に分けた分析、3) 都市規模別の分析を行う。次に3-2では、2025年の必要病床数の対人口比較の結果から各二次医療圏の地域特性を把握するため、個別分類を行う。

第4章の4-1では、都道府県別の新型コロナウイルス対策病床数の急性期病床比較を行う。4-2の1)では二次医療圏ごとの2015年値を用いた現在と2025年の対策病床数を算出する。2)では新型コロナウイルス対策病床の対急性期病床比較として、1)の算出結果と地域医療構想の2015年、2025年必要病床数（急性期病床）とを比較する。どれほど急性期病床が圧迫されるかを推計し、コロナ禍の地域医療構想の実現性にふれる。

### 2-2 資料蒐集の方法

病床数の対人口比較で用いる各医療圏の2015年機能別病床数や2025年機能別病床数推計値、在宅医療等数は各都道府県が策定、公開している地域医療構想<sup>9)-55)</sup>から収集した。また、人口データについて、2015年値は平成27年国勢調査人口等基本集計<sup>56)</sup>から収集した。2025年推計値は国立社会保障・人口問題研究所の市区町村別将来推計人口2025年（平成30年3月推計）<sup>57)</sup>より収集した。面積は平成27年国勢調査人口等基本集計<sup>56)</sup>から収集した。

新型コロナウイルス対策病床の確保数と使用数は、厚労省が公開している2020年4月28日～2021年1月13日の各都道府県の感染症対策病床数データ<sup>58)</sup>を用いた。

### 2-3 研究対象

#### 1) 比較圏域

本研究では地域医療構想の構想圏域である全国二次医療圏を対象とする。二次医療圏とは一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定されている圏域である。二次医療圏は地域医療構想下で地理的条件や社会的条件を踏まえて、一部の地域で統合、分割がなされているが、本研究では、各都道府県の地域医療構想策定時（2014年～2015年）の二次医療圏とし、341圏域を対象とする。

## 2) 二次医療圏の一覧

以下に二次医療圏の基本情報を示す。

表 2-1 二次医療圏の基本情報 東日本（新潟県，長野県，静岡県以東）

東日本（新潟県，長野県，静岡県以東）																	
No.	二次医療圏名	都道府県	市町村	面積 (km <sup>2</sup> )	都市規模	No.	二次医療圏名	都道府県	市町村	面積 (km <sup>2</sup> )	都市規模	No.	二次医療圏名	都道府県	市町村	面積 (km <sup>2</sup> )	都市規模
1	南渡島	北海道	南渡島	2,670	地方都市型	53	奥北	福島県	奥北	1,753	地方都市型	103	区中央部	東京都	中央区	64	大都市型
2	南相模	北海道	南相模	1,423	過疎地域型	54	奥中	福島県	奥中	2,406	地方都市型	104	区南部	東京都	港区	82	大都市型
3	北渡島	北海道	北渡島	2,474	過疎地域型	55	奥南	福島県	奥南	1,233	地方都市型	105	区西南部	東京都	港区	88	大都市型
4	札幌	北海道	札幌	3,540	大都市型	56	会津・南会津	福島県	会津・南会津	5,421	地方都市型	106	区西部	東京都	港区	68	大都市型
5	後志	北海道	後志	4,306	地方都市型	57	相双	福島県	相双	1,738	地方都市型	107	区西北部	東京都	港区	114	大都市型
6	南空知	北海道	南空知	2,583	地方都市型	58	いわき	福島県	いわき	1,231	地方都市型	108	区東北部	東京都	港区	98	大都市型
7	中空知	北海道	中空知	2,181	地方都市型	59	水戸	茨城県	水戸	909	地方都市型	109	区東部	東京都	港区	103	大都市型
8	北空知	北海道	北空知	1,067	過疎地域型	60	日立	茨城県	日立	606	地方都市型	110	西多摩	東京都	西多摩郡	573	地方都市型
9	青森県	北海道	青森県	1,356	地方都市型	61	常陸太田・ひ	茨城県	常陸太田・ひ	1,281	地方都市型	111	南多摩	東京都	南多摩郡	325	大都市型
10	東青森	北海道	東青森	2,342	地方都市型	62	鹿行	茨城県	鹿行	755	地方都市型	112	北多摩西部	東京都	北多摩郡	90	大都市型
11	日高	北海道	日高	4,812	過疎地域型	63	土浦	茨城県	土浦	495	地方都市型	113	北多摩南部	東京都	北多摩郡	96	大都市型
12	中川中部	北海道	中川中部	4,238	地方都市型	64	つくば	茨城県	つくば	487	地方都市型	114	北多摩北部	東京都	北多摩郡	77	大都市型
13	上川北部	北海道	上川北部	4,197	過疎地域型	65	取手・浦ヶ所	茨城県	取手・浦ヶ所	656	地方都市型	115	豊しよ	東京都	豊島区	401	過疎地域型
14	青森県	北海道	青森県	2,184	過疎地域型	66	筑西・下妻	茨城県	筑西・下妻	591	地方都市型	116	横浜	神奈川県	横浜市	437	大都市型
15	釧路	北海道	釧路	3,446	過疎地域型	67	吉河・坂東	茨城県	吉河・坂東	316	地方都市型	117	川崎北部	神奈川県	川崎市	79	大都市型
16	岩谷	北海道	岩谷	4,625	過疎地域型	68	鹿北	栃木県	鹿北	2,230	地方都市型	118	川崎南部	神奈川県	川崎市	64	大都市型
17	北網走	北海道	北網走	5,542	地方都市型	69	奥北	栃木県	奥北	1,872	地方都市型	119	相模原	神奈川県	相模原市	329	大都市型
18	遠軽	北海道	遠軽	5,148	過疎地域型	70	宇都宮	栃木県	宇都宮	964	地方都市型	120	横浜東部・三浦	神奈川県	横浜市	207	大都市型
19	十勝	北海道	十勝	10,828	地方都市型	71	鹿東	栃木県	鹿東	617	過疎地域型	121	湘南東部	神奈川県	湘南市	119	大都市型
20	胆路	北海道	胆路	5,997	地方都市型	72	奥南	栃木県	奥南	492	地方都市型	122	湘南西部	神奈川県	湘南市	253	大都市型
21	摩多	青森県	摩多	3,540	過疎地域型	73	碓氷	群馬県	碓氷	534	地方都市型	123	厚央	神奈川県	厚木市	293	大都市型
22	津軽	青森県	津軽	1,598	地方都市型	74	群馬	群馬県	群馬	312	地方都市型	124	横浜	神奈川県	横浜市	635	大都市型
23	八戸	青森県	八戸	1,347	地方都市型	75	渋川	群馬県	渋川	289	過疎地域型	125	下越	新潟県	下越市	2,320	地方都市型
24	青森	青森県	青森	1,477	地方都市型	76	伊勢崎	群馬県	伊勢崎	165	地方都市型	126	新潟	新潟県	新潟市	2,224	大都市型
25	東北五	青森県	東北五	1,753	地方都市型	77	高崎・安中	群馬県	高崎・安中	105	地方都市型	127	厚岸	新潟県	厚岸市	734	地方都市型
26	上十三	青森県	上十三	2,955	地方都市型	78	碓氷	群馬県	碓氷	477	過疎地域型	128	中越	新潟県	中越市	1,637	地方都市型
27	下北	青森県	下北	1,415	過疎地域型	79	富岡	群馬県	富岡	489	過疎地域型	129	魚沼	新潟県	魚沼市	2,649	地方都市型
28	碓氷	群馬県	碓氷	3,642	地方都市型	80	吾妻	群馬県	吾妻	1,278	過疎地域型	130	上越	新潟県	上越市	2,185	地方都市型
29	岩手中部	岩手県	岩手中部	2,762	地方都市型	81	浪田	群馬県	浪田	1,766	過疎地域型	131	佐渡	新潟県	佐渡市	855	過疎地域型
30	胆野	岩手県	胆野	1,173	地方都市型	82	桐生	群馬県	桐生	483	過疎地域型	132	中北	新潟県	中北町	1,336	地方都市型
31	奥平	岩手県	奥平	1,320	地方都市型	83	太田・鹿林	群馬県	太田・鹿林	369	地方都市型	133	越前	山梨県	越前市	756	地方都市型
32	奥仙	岩手県	奥仙	890	過疎地域型	84	善部	埼玉県	善部	86	大都市型	134	横南	山梨県	横南町	1,060	過疎地域型
33	釜石	岩手県	釜石	642	過疎地域型	85	南西部	埼玉県	南西部	111	大都市型	135	富士・東部	山梨県	富士市	1,309	地方都市型
34	宮古	岩手県	宮古	2,672	過疎地域型	86	東部	埼玉県	東部	230	大都市型	136	佐久	長野県	佐久市	1,572	地方都市型
35	久慈	岩手県	久慈	1,077	過疎地域型	87	さいたま	埼玉県	さいたま	217	大都市型	137	上小	長野県	上小市	905	過疎地域型
36	二戸	岩手県	二戸	1,100	過疎地域型	88	奥央	埼玉県	奥央	173	大都市型	138	諏訪	長野県	諏訪市	715	過疎地域型
37	仙南	宮城県	仙南	1,551	地方都市型	89	川越北企	埼玉県	川越北企	627	地方都市型	139	上伊那	長野県	上伊那市	1,348	地方都市型
38	仙台	宮城県	仙台	1,649	大都市型	90	西部	埼玉県	西部	406	地方都市型	140	飯伊	長野県	飯伊市	1,929	地方都市型
39	大崎・栗原	宮城県	大崎・栗原	2,329	地方都市型	91	利根	埼玉県	利根	474	地方都市型	141	未曽	長野県	未曽市	1,546	過疎地域型
40	石巻・登米	宮城県	石巻・登米	1,757	地方都市型	92	北部	埼玉県	北部	250	地方都市型	142	松本	長野県	松本市	1,889	地方都市型
41	大館・鹿角	秋田県	大館・鹿角	1,823	地方都市型	93	碓氷	埼玉県	碓氷	893	地方都市型	143	大北	長野県	大北市	1,110	過疎地域型
42	北秋田	秋田県	北秋田	1,409	過疎地域型	94	千葉	千葉県	千葉	272	大都市型	144	長野	長野県	長野市	1,558	地方都市型
43	能代・山本	秋田県	能代・山本	1,191	過疎地域型	95	東葛南部	千葉県	東葛南部	254	大都市型	145	北信	長野県	北信市	1,009	過疎地域型
44	秋田周辺	秋田県	秋田周辺	1,694	地方都市型	96	東葛北部	千葉県	東葛北部	398	大都市型	146	賀茂	静岡県	賀茂町	585	過疎地域型
45	由利本荘・仁	秋田県	由利本荘・仁	1,450	地方都市型	97	印旛	千葉県	印旛	682	地方都市型	147	熱海・伊東	静岡県	熱海市	186	過疎地域型
46	大仙・仙北	秋田県	大仙・仙北	2,129	地方都市型	98	香取海浜	千葉県	香取海浜	717	地方都市型	148	駿東田方	静岡県	駿東市	1,278	地方都市型
47	横手	秋田県	横手	693	過疎地域型	99	山武長生夷俣	千葉県	山武長生夷俣	1,161	地方都市型	149	富士	静岡県	富士市	634	地方都市型
48	湯沢・雄勝	秋田県	湯沢・雄勝	1,225	過疎地域型	100	安房	千葉県	安房	577	過疎地域型	150	静岡	静岡県	静岡市	1,412	地方都市型
49	村山	山形県	村山	2,619	地方都市型	101	君津	千葉県	君津	758	地方都市型	151	志太橋原	静岡県	志太町	1,210	地方都市型
50	上山	山形県	上山	1,804	過疎地域型	102	市原	千葉県	市原	368	地方都市型	152	中津島	静岡県	中津島町	832	地方都市型
51	置賜	山形県	置賜	2,496	地方都市型							153	西部	静岡県	静岡市	1,645	地方都市型
52	庄内	山形県	庄内	2,405	地方都市型							154					

表 2-2 二次医療圏の基本情報 西日本（富山県，岐阜県，愛知県以西）

西日本（富山県，岐阜県，愛知県以西）																	
No.	二次医療圏名	都道府県名	市町村	面積 (km <sup>2</sup> )	都市規模	No.	二次医療圏名	都道府県名	市町村	面積 (km <sup>2</sup> )	都市規模	No.	二次医療圏名	都道府県名	市町村	面積 (km <sup>2</sup> )	都市規模
132	新川	富山県	新川町	925	地方都市型	211	神戸	兵庫県	神戸市	553	大都市型	269	宇摩	愛媛県	宇摩町	421	過疎地域型
133	富山	富山県	富山市	1,844	地方都市型	212	阪神南	兵庫県	明石市・西宮市・芦屋市	168	大都市型	270	新居浜・西条	愛媛県	新居浜市	743	地方都市型
134	高岡	富山県	高岡市	549	地方都市型	213	阪神北	兵庫県	川西市・茨木市・八尾市・日根町・墨江町	481	地方都市型	271	今治	愛媛県	今治市	450	過疎地域型
135	砺波	富山県	砺波市	930	地方都市型	214	東播磨	兵庫県	朝来市・加西市・高砂市・姫路市	266	大都市型	272	松山	愛媛県	松山市	1,541	地方都市型
136	南加賀	石川県	加賀市	776	地方都市型	215	北播磨	兵庫県	加西市・高砂市・高岡市・赤松町	896	地方都市型	273	八幡浜・大洲	愛媛県	八幡浜市	1,474	地方都市型
137	石川中央	石川県	石川町	1,432	地方都市型	216	中播磨	兵庫県	高砂市・高岡市・赤松町	865	地方都市型	274	宇和島	愛媛県	宇和島市	1,050	地方都市型
138	能登中部	石川県	能登町	846	地方都市型	217	西播磨	兵庫県	加西市・高砂市・高岡市・赤松町	1,567	地方都市型	275	安芸	高知県	高知市	1,129	過疎地域型
139	能登北部	石川県	能登町	1,130	過疎地域型	218	但馬	兵庫県	豊後市・豊前市・豊後町	2,134	地方都市型	276	中央	高知県	高知市	3,009	地方都市型
140	福井・坂井	福井県	福井市	957	地方都市型	219	丹波	兵庫県	丹波市	871	地方都市型	277	高橋	高知県	高知市	1,405	過疎地域型
141	奥越	福井県	福井市	1,126	過疎地域型	220	淡路	兵庫県	淡路市	241	過疎地域型	278	幡多	高知県	高知市	1,562	過疎地域型
142	丹南	福井県	丹南町	1,007	地方都市型	221	奈良	奈良県	奈良市	277	地方都市型	279	福岡・糸島	福岡県	福岡市	257	大都市型
143	福南	福井県	福井市	1,099	地方都市型	222	東和	奈良県	和歌山市	658	地方都市型	280	柏屋	福岡県	福岡市	507	地方都市型
158	岐阜圏域	岐阜県	岐阜市	993	地方都市型	223	西和	奈良県	和歌山市	169	大都市型	281	宗像	福岡県	福岡市	172	過疎地域型
159	西濃圏域	岐阜県	岐阜市	1,433	地方都市型	224	中和	奈良県	和歌山市	241	地方都市型	282	長狭	福岡県	福岡市	233	地方都市型
160	中濃圏域	岐阜県	岐阜市	2,465	地方都市型	225	南和	奈良県	和歌山市	2,347	地方都市型	283	研倉	福岡県	福岡市	366	過疎地域型
161	東濃圏域	岐阜県	岐阜市	1,563	地方都市型	226	和歌山	和歌山県	和歌山市	438	地方都市型	284	久留米	福岡県	福岡市	468	地方都市型
162	飛騨圏域	岐阜県	岐阜市	4,178	地方都市型	227	那賀	和歌山県	和歌山市	267	過疎地域型	285	八女・筑後	福岡県	福岡市	562	過疎地域型
171	名古屋・尾張	愛知県	名古屋	368	大都市型	228	桃本	和歌山県	和歌山市	153	過疎地域型	286	有明	福岡県	福岡市	284	地方都市型
172	海部	愛知県	名古屋	204	地方都市型	229	和歌山	和歌山県	和歌山市	475	過疎地域型	287	飯塚	福岡県	福岡市	369	過疎地域型
173	尾張東部	愛知県	名古屋	236	大都市型	230	柳井	和歌山県	和歌山市	579	過疎地域型	288	直方・鞍手	福岡県	福岡市	252	過疎地域型
174	尾張西部	愛知県	名古屋	193	大都市型	231	田辺	和歌山県	和歌山市	1,580	地方都市型	289	田川	福岡県	福岡市	364	過疎地域型
175	尾張北部	愛知県	名古屋	296	大都市型	232	新宮	和歌山県	和歌山市	923	過疎地域型	290	北九州	福岡県	福岡市	597	大都市型
176	知多半島	愛知県	名古屋	391	地方都市型	233	東部	鳥取県	鳥取市	1,164	過疎地域型	291	京築	福岡県	福岡市	566	過疎地域型
177	西三河北部	愛知県	名古屋	951	地方都市型	234	中部	鳥取県	鳥取市	781	地方都市型	292	中部	佐賀県	佐賀市	793	地方都市型
178	西三河南部東	愛知県	名古屋	362	地方都市型	235	西部	鳥取県	鳥取市	1,208	地方都市型	293	東部	佐賀県	佐賀市	159	過疎地域型
179	西三河南部西	愛知県	名古屋	444	地方都市型	236	松江	鳥取県	鳥取市	994	地方都市型	294	北部	佐賀県	佐賀市	523	過疎地域型
180	東三河北部	愛知県	名古屋	1052	過疎地域型	237	雲南	鳥取県	鳥取市	1,164	過疎地域型	295	西部	佐賀県	佐賀市	321	過疎地域型
181	東三河南部	愛知県	名古屋	688	地方都市型	238	出雲	鳥取県	鳥取市	1,624	過疎地域型	296	南部	佐賀県	佐賀市	644	過疎地域型
182	濃員	三重県	津市	395	地方都市型	239	大田	鳥取県	鳥取市	1,245	過疎地域型	297	長崎	長崎県	長崎市	688	地方都市型
183	三頭	三重県	津市	328	地方都市型	240	浜田	鳥取県	鳥取市	958	過疎地域型	298	佐世保東北	長崎県	佐世保市	825	地方都市型
184	鈴鹿	三重県	津市	384	地方都市型	241	益田	鳥取県	鳥取市	1,377	過疎地域型	299	博央	長崎県	佐世保市	615	地方都市型
185	津	三重県	津市	711	地方都市型	242	勝城	鳥取県	鳥取市	346	過疎地域型	300	博南	長崎県	佐世保市	460	過疎地域型
186	伊賀	三重県	津市	688	過疎地域型	243	県南東部	岡山県	岡山市	1,848	地方都市型	301	五島	長崎県	長崎市	407	過疎地域型
187	松坂	三重県	津市	1,364	地方都市型	244	高南西部	岡山県	岡山市	1,124	地方都市型	302	上五島	長崎県	長崎市	239	過疎地域型
188	伊勢市庁	三重県	津市	912	地方都市型	245	高梁・新見	岡山県	岡山市	1,240	過疎地域型	303	舌坂	長崎県	長崎市	138	過疎地域型
189	東紀州	三重県	津市	990	過疎地域型	246	真庭	岡山県	岡山市	896	過疎地域型	304	村黒	長崎県	長崎市	709	過疎地域型
190	大津	滋賀県	大津市	464	地方都市型	247	津山・美田	岡山県	岡山市	1,848	地方都市型	305	熊本・上益城	熊本県	熊本市	1,174	地方都市型
191	湖南	滋賀県	大津市	257	地方都市型	248	広島	広島県	広島市	2,505	大都市型	306	宇城	熊本県	熊本市	407	過疎地域型
192	甲賀	滋賀県	大津市	552	過疎地域型	249	広島西	広島県	広島市	568	過疎地域型	307	有明	熊本県	熊本市	421	過疎地域型
193	奥近江	滋賀県	大津市	728	地方都市型	250	島	広島県	広島市	455	地方都市型	308	鹿本	熊本県	熊本市	300	過疎地域型
194	湖東	滋賀県	大津市	392	過疎地域型	251	広島中央	広島県	広島市	797	地方都市型	309	菊池	熊本県	熊本市	466	過疎地域型
195	湖北	滋賀県	大津市	931	地方都市型	252	尾三	広島県	広島市	1,034	地方都市型	310	阿蘇	熊本県	熊本市	1,079	過疎地域型
196	湖西	滋賀県	大津市	693	過疎地域型	253	福山・府中	広島県	広島市	1,096	地方都市型	311	八代	熊本県	熊本市	714	地方都市型
197	丹後	京都府	京都市	840	過疎地域型	254	備北	広島県	広島市	2,025	過疎地域型	312	芦北	熊本県	熊本市	431	過疎地域型
198	丹丹	京都府	京都市	1,242	地方都市型	255	岩国	山口県	岩国市	884	地方都市型	313	球磨	熊本県	熊本市	1,537	過疎地域型
199	南丹	京都府	京都市	1,144	地方都市型	256	柳井	山口県	岩国市	396	過疎地域型	314	天草	熊本県	熊本市	876	地方都市型
200	京都・乙訓	京都府	京都市	286	大都市型	257	周南	山口県	岩国市	838	地方都市型	315	東部	大分県	大分市	803	地方都市型
201	山城北	京都府	京都市	851	地方都市型	258	山口・防府	山口県	岩国市	1,212	地方都市型	316	中部	大分県	大分市	1,191	地方都市型
202	山城南	京都府	京都市	263	過疎地域型	259	宇都・小野田	山口県	岩国市	893	地方都市型	317	南部	大分県	大分市	904	過疎地域型
203	豊能	大阪府	大阪市	275	大都市型	260	下関	山口県	岩国市	716	地方都市型	318	豊能	大分県	大分市	1,081	過疎地域型
204	三島	大阪府	大阪市	213	大都市型	261	長門	山口県	岩国市	358	過疎地域型	319	西部	大分県	大分市	1,224	過疎地域型
205	北河内	大阪府	大阪市	177	大都市型	262	萩	山口県	岩国市	815	過疎地域型	320	北部	大分県	大分市	1,173	地方都市型
207	南河内	大阪府	大阪市	290	大都市型	264	南	山口県	岩国市	1,724	地方都市型	322	都城北播磨	宮崎県	宮崎市	763	過疎地域型
206	中河内	大阪府	大阪市	128	大都市型	263	東部	山口県	岩国市	1,016	地方都市型	321	宮崎東播磨	宮崎県	宮崎市	871	地方都市型
208	堺市	大阪府	大阪市	150	大都市型	265	西部	山口県	岩国市	1,406	過疎地域型	323	福岡西臼杵	宮崎県	宮崎市	1,555	地方都市型
209	泉州	大阪府	大阪市	441	大都市型	266	東部	香川県	高松市	777	地方都市型	324	日南串間	宮崎県	宮崎市	831	過疎地域型
210	大坂市	大阪府	大阪市	222	大都市型	267	小豆	香川県	高松市	176	過疎地域型	325	西郷	宮崎県	宮崎市	931	過疎地域型
						268	西部	香川県	高松市	929	地方都市型	326	西都児津	宮崎県	宮崎市	1,154	地方都市型
												327	日向入郷	宮崎県	宮崎市	1,630	過疎地域型
												328	鹿兒島	鹿児島県	鹿児島市	1,045	地方都市型
												329	南薩	鹿児島県	鹿児島市	865	地方都市型
												330	川薩	鹿児島県	鹿児島市	967	地方都市型
												331	出水	鹿児島県	鹿児島市	581	過疎地域型
												332	仙良・伊佐	鹿児島県	鹿児島市	1,372	地方都市型
												333	曾於	鹿児島県	鹿児島市	781	過疎地域型
												334	肝属	鹿児島県	鹿児島市	1,323	地方都市型
												335	熊毛	鹿児島県	鹿児島市	995	過疎地域型
												336	奄美	鹿児島県	鹿児島市	1,240	地方都市型
												337	北部	沖縄県	那覇市	705	地方都市型
												338	中部	沖縄県	那覇市	366	地方都市型
												339	南部	沖縄県	那覇市	387	地方都市型
												340	宮古	沖縄県	那覇市	226	過疎地域型
												341	八重山	沖縄県	那覇市	592	過疎地域型

表 2-3 二次医療圏数の種別の集計

二次医療圏		地域タイプ	
全国	341	大都市型	49
		地方都市型	181
		過疎地域型	111
東日本	153	大都市型	29
		地方都市型	85
		過疎地域型	39
西日本	188	大都市型	20
		地方都市型	96
		過疎地域型	72

表 2-4 二次医療圏の面積の集計

面積 (km <sup>2</sup> )			
全国	372,900	大都市型	18,556
		地方都市型	239,682
		過疎地域型	114,662
東日本	216,191	大都市型	9,894
		地方都市型	145,115
		過疎地域型	61,182
西日本	156,709	大都市型	8,662
		地方都市型	94,567
		過疎地域型	53,480

表 2-3 や表 2-4 に、表 2-1,2-2 の二次医療圏の都市規模や面積をまとめた。本研究では東西を区切る際に、医療圏数が半分になるように区切っていないため、東日本よりも西日本の方が 35 圏域多い。しかし、面積は東日本の方が大きい。大都市型の医療圏は 49 圏域、地方都市型の医療圏は 181 圏域、過疎地域型の圏域が 111 圏域である。西日本に比した東日本の過疎地域数の少なさが目立っている。都市規模の分類基準については次節の 7) に示す。

## 2-4 用語の説明

### 1) 地域医療構想<sup>2)</sup>

地域医療構想とは政府が 2025 年を政策目標年として、膨大な医療・介護需要に対応できる病床や設備を確保し、医療提供の地域格差を是正、医療機能の分化・連携を図る政策である。同時に、団塊の世代が後期高齢者制度の対象となる 2025 年に向けた医療費の適正化を目指している。政策の中心は全国の病床の再編である。全国二次医療圏ごとの 2025 年の病床機能別病床数（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を推計し、2025 年までに全国で約 86,000 床を削減予定としている。また、慢性期病床はできる限り在宅医療や地域の介護施設などへ転換し、療養患者を病院ではなく住み慣れた地域で連携して支援する地域包括ケアシステムの構築も同時に行なっている。

### 2) 機能別病床について<sup>59)</sup>

機能別病床は以下の 4 機能に分けられている。

高度急性期病床…診療密度が特に高い医療を提供する機能を備える病床。

急性期病床…急性期の患者へ状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能を備える病床。

回復期病床…在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能を備える病床。

慢性期病床…長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能を備える病床。

これらの機能の境界は表 2-5 に示すとおり医療資源投入量で規定されている。医療資源投入量とは患者の 1 日当たりの診療報酬の出来高点数の合計（入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたもの）である。医療資源投入量が 3000 点以上の患者は高度急性期病床、3000 点～600 点の患者が急性期病床、600 点～225 点の患者を回復期病床、それ以下の患者は一体として慢性期病床及び在宅医療として推計している。

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

図 2-1 機能別病床区分の境界について（出典：地域医療構想ガイドライン<sup>59)</sup>）

### 3) 2025 年必要病床数の算定式について<sup>59)</sup>

[2025 年必要病床数] = [当該構想区域の 2025 年医療需要] / [各機能別病床稼働率]  
 （病床稼働率は高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%としている。）  
 [構想区域の 2025 年の医療需要] =  
 [当該構想区域の 2013 年度の性・年齢階級別の入院受療率 × 当該構想区域の 2025 年の性・年齢階級別推計人口] を各性・年齢階級分で総和したもの。

### 4) 2013 年入院受療率について<sup>59)</sup>

高度急性期病床、急性期病床、回復期病床は 2013 年の各患者の医療資源投入量に関するデータに基づいて、当該区域ごとの患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数(人)を 365(日)で除して 1 日当たり入院患者

延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率としている。すなわち、高度急性期病床、急性期病床、回復期病床の入院受療率は2013年の実態値そのものである。

慢性期病床の入院受療率は地域格差が大きく、この差を一定の幅の中で縮小させている。具体的には、図2-2に示すように全ての医療圏が全国最小値（県単位）まで入院受療率を低下している（Aパターン）。または、2013年の入院受療率を全ての医療圏が全国最大レベル（県単位）の入院受療率を全国中央値レベル（県単位）にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小値との差を等比的に低下している（Bパターン）。いずれかのパターンは医療圏ごとに選択して慢性期病床の入院受療率としている。

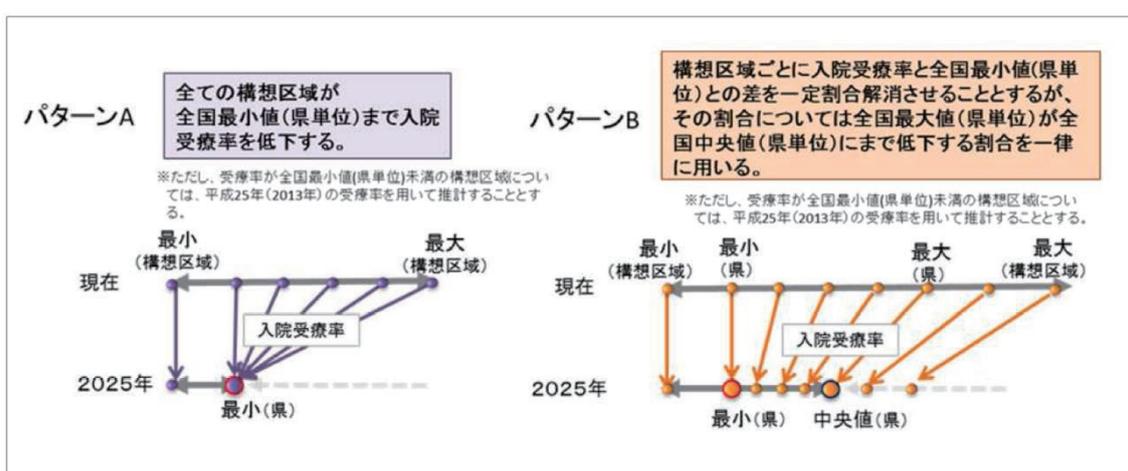


図 2-2 慢性期病床の入院受療率の低下措置について  
(出典：地域医療構想ガイドライン<sup>59)</sup>)

### 5) 慢性期病床の政策的削減について

2025年高度急性期病床、急性期病床、回復期病床は2013年の入院受療率を用いて推計されているため、実態値を元にした推計値である。しかし2025年慢性期病床の一部は図2-2より、地域格差を是正するために入院受療率を実態値よりも低下させており、推計値算出の時点で意図的に病床が削減と是正が誘導されているのである。

### 6) 在宅医療等数について<sup>59)</sup>

在宅医療等数とは、医療資源投入量の観点から慢性期病床と一体として推計された患者数から2025年慢性期病床数の推計値を差し引いた患者数と介護老人保健施設の施設サービス受給者数、療養病床の患者のうち医療区分1の患者の70%の患者数を合計した値としている。

## 7) 都市規模について

表 2-1.2-2 に示した二次医療圏ごとの都市規模について、本研究では二次医療圏の特性分析において医療圏ごとの都市規模を把握するため、以下の定義より、大都市、地方都市、過疎地域に分類した。

<本研究における都市規模の定義>

- ① 「大都市型」…人口 100 万人以上、または人口密度が 2,000 人/km<sup>2</sup>。
- ② 「地方都市型」…人口 20 万人以上、または人口 10～20 万人かつ人口密度が 200 人/km<sup>2</sup>。
- ③ 「過疎地域型」…それ以外。

なお、以上の定義は高橋（2013）<sup>60)</sup>の研究によるもので、これにより高橋は「今後の人口動態の動向をある程度把握できる」としている。具体的には大都市型の二次医療圏は、0～64 歳の人口減少が少ないかわりに、75 歳以上の人口は大幅に増える。逆に、過疎地型の二次医療圏では、75 歳以上の人口はほとんど増えないが、0～64 歳の人口が大幅に減少する。この二次医療圏の都市規模分類と人口動態に以上のような相関があると報告している。

### 第3章 二次医療圏単位での病床数(対10万人)の比較結果と考察

#### 3-1 地域医療構想前後の病床数の分析

地域医療構想前後の病床数を比較し全国や各二次医療圏の2015年の病床数の構造と2025年の計画値を整理する。

##### <分析の方法>

地域医療構想策定時の実態値である2015年の機能別病床数と地域医療構想による推計値である2025年必要病床数を二次医療圏単位で病床機能別に対10万人病床数として指標化する。本節ではそれらのデータを3つの観点から分析する。まず、1) 全国の病床数の整備状況や計画値を評価するため、全二次医療圏での比較分析を行う。次に2) 病床数の地理的特性を見るため、東日本、西日本別の比較分析を行う。最後に3) 病床数と都市規模の関係に着目し、都市規模別の比較分析を行う。都市規模とは人口と人口密度を基準としており、都市規模による医療提供体制や医療需要の関係、機能別病床数の違いを分析する。

##### 1) 全二次医療圏の機能別病床数の分析

表 3-1.1 2015年機能別病床数対人口比較

	高度急性期 対2015年総 人口	急性期対 2015年総人 口	回復期対 2015年総人 口	慢性期対 2015年総人 口
全国				
最大値	791	1238	902	1932
第3四分位数	143	679	149	464
中央値	30	533	100	307
第1四分位数	0	418	63	188
最小値	0	170	0	0
平均値	86	557	116	358
標準偏差	111	186	87	251
変動係数	1.28	0.33	0.75	0.70
範囲	791	1068	902	1932
四分位範囲	143	261	87	276

表 3-1.2 2025 年機能別病床数対人口比較

		高度急性期	急性期対	回復期対	慢性期対
		対2025年総人口	2025年総人口	2025年総人口	2025年総人口
全国	最大値	418	839	795	933
	第3四分位数	111	376	410	338
	中央値	81	313	315	240
	第1四分位数	60	254	253	168
	最小値	0	91	87	0
	平均値	87	320	334	270
	標準偏差	44	90	107	138
	変動係数	0.51	0.28	0.32	0.51
	範囲	418	748	708	933
	四分位範囲	52	121	157	170

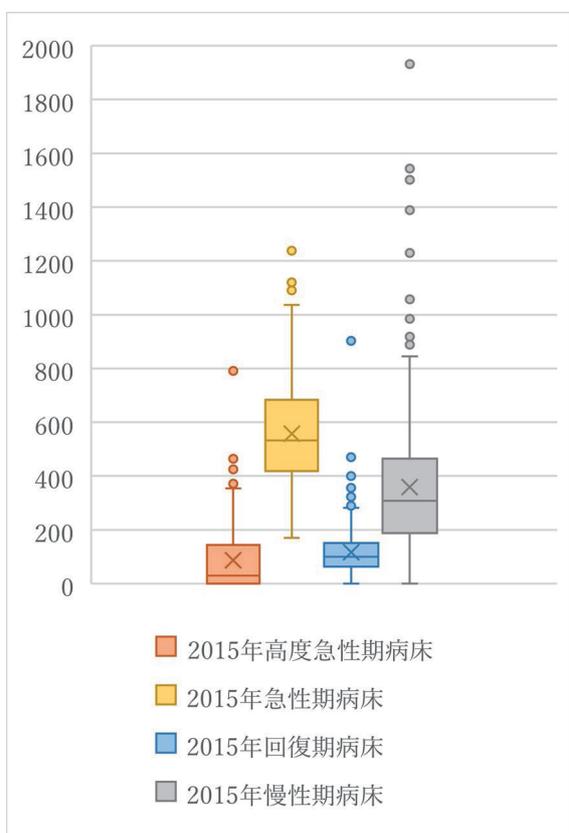


図 3-1.1 2015 年機能別病床数の箱ヒゲ図

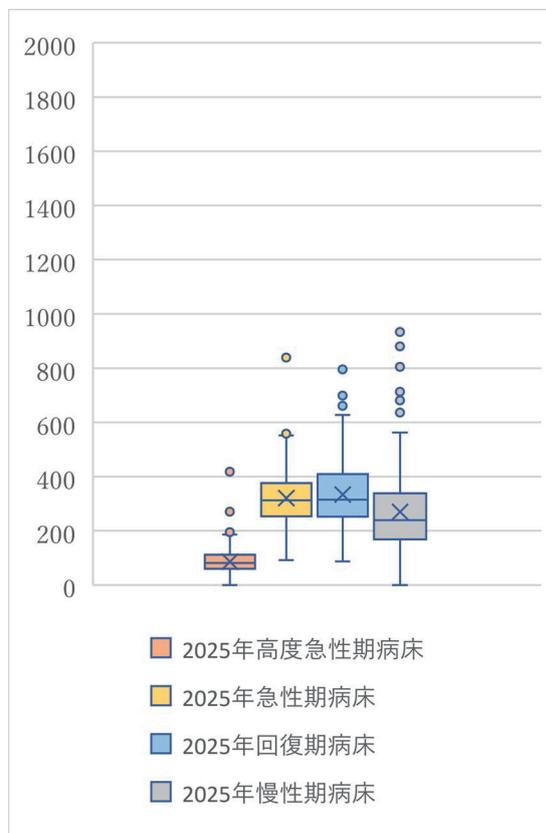


図 3-1.2 2025 年機能別病床数の箱ヒゲ図

<結果, 考察>

平均値や箱ヒゲ図から分かるように、全国的に見ると2015年は急性期病床557床/10万人（以後、単位は省略して床とする）>慢性期病床358床>回復期病床116床>高度急性期病床86床の順に整備されていたが、2025年は回復期病床334床>急性期病床320床>慢性期病床270床>高度急性期病床87床の順に病床が必要になると推計されている。回復期病床は増

強され、急性期病床と慢性期病床は削減される。また、唯一高度急性期病床は平均値がほぼ変化しないことが分かった。全国的な対人口病床数が変化しないということである。標準偏差が最大だった病床は2015年、2025年ともに慢性期病床であった。変動係数を用いて他の機能別病床同士で比較するとばらつきが最大の病床は、2015年は高度急性期1.28、最小の病床は急性期病床0.33だったが、2025年において最大の病床は高度急性期と慢性期病床0.51で、最小の病床は急性期病床で0.28であった。2025年にはどの病床も変動係数が0.52を下回る計画で、全ての病床のばらつきが改善される。すなわち地域格差は全国的に是正される計画である。

次に病床機能別により具体的な地域医療構想前後比較を行う。

### 高度急性期病床について

以下に対10万人高度急性期病床の表、ヒストグラムを示す。

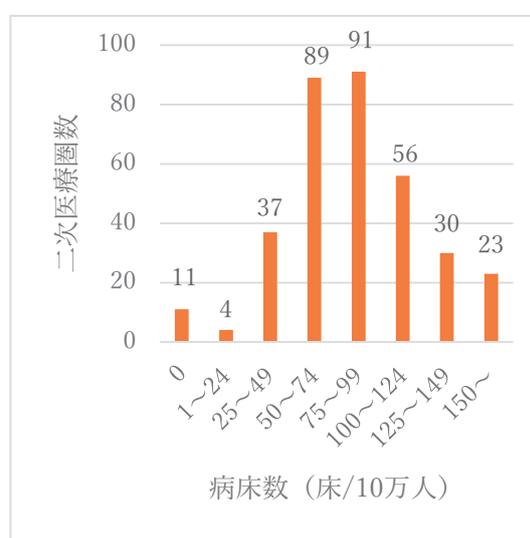
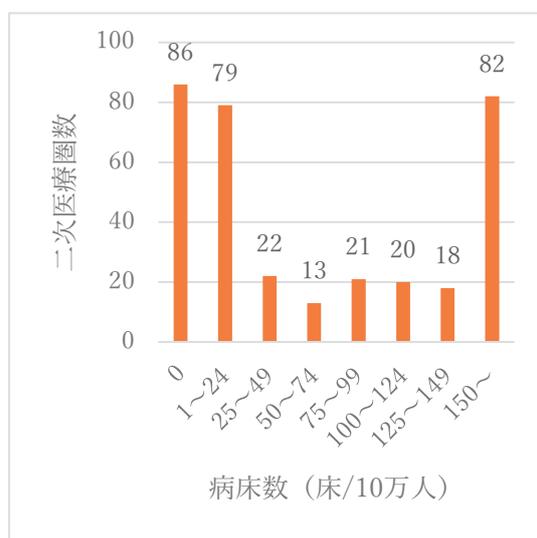


図 3-2.1 2015 年高度急性期病床ヒストグラム 図 3-2.2 2025 年高度急性期病床ヒストグラム

表 3-2.1 2015 年高度急性期病床

階級値	階級名	度数	相対度数	累積相対度数
0	0	86	25%	25%
1	1~24	79	23%	48%
25	25~49	22	6%	55%
50	50~74	13	4%	59%
75	75~99	21	6%	65%
100	100~124	20	6%	71%
125	125~149	18	5%	76%
150	150~	82	24%	100%
		341	100%	

表 3-2.2 2025 年高度急性期病床

階級値	階級名	度数	相対度数	累積相対度数
0	0	11	3%	3%
1	1~24	4	1%	4%
25	25~49	37	11%	15%
50	50~74	89	26%	41%
75	75~99	91	27%	68%
100	100~124	56	16%	84%
125	125~149	30	9%	93%
150	150~	23	7%	100%
		341	100%	

階級幅 25 階級数 8 単位 度数：圏域，階級：床/10万人

<代表値の二次医療圏>

・2015年高度急性期病床（床/10万人）

**最大値** 791 区中央部（東京都）

**最小値** 0

南檜山（北海道）、北渡島檜山（北海道）、南空知（北海道）、北空知（北海道）、日高（北海道）、富良野（北海道）、留萌（北海道）、宗谷（北海道）、根室（北海道）、西北五（青森）、上十三（青森県）、胆江（岩手県）、両磐（岩手県）、釜石（岩手県）、宮古（岩手県）、二戸（岩手県）、大館・鹿角（秋田県）、北秋田（秋田県）、能代・山本（秋田県）、大仙・仙北（秋田県）、湯沢・雄勝（秋田県）、相双（福島県）、鹿行（茨城県）、藤岡（群馬県）、吾妻（群馬県）、秩父（埼玉県）、島しょ、県央（新潟県）、魚沼（新潟県）、佐渡（新潟県）、新川（富山県）、南加賀（石川県）、石川中央（石川県）、能登中部（石川県）、能登北部（石川県）※、奥越（福井県）、丹南（福井県）、峡東（山梨県）、峡南（山梨県）、木曾（長野県）、大北（長野県）、飛騨圏域（岐阜県）、賀茂（静岡県）、東三河北部（愛知県）、伊賀（三重県）、東紀州（三重県）、湖西（滋賀県）、南丹（京都府）、山城南（京都府）、南和（奈良県）那賀（和歌山県）、橋本（和歌山県）、有田（和歌山県）、新宮（和歌山県）、雲南（島根県）、大田（島根県）、益田（島根県）、隠岐（島根県）、真庭（岡山県）、柳井（山口県）、長門（山口県）、萩（山口県）、小豆（香川県）、八幡浜・大洲（愛媛県）、安芸（高知県）、高幡（高知県）、直方・鞍手（福岡県）、東部（佐賀県）、五島（長崎県）、上五島（長崎県）、壱岐（長崎県）、対馬（長崎県）、宇城（熊本県）、菊池（熊本県）、阿蘇（熊本県）、芦北（熊本県）、豊肥（大分県）、北部（大分県）、日南串間（宮崎県）、西諸（宮崎県）、西都児湯（宮崎県）、日向入郷（宮崎県）、川薩（鹿児島県）、始良・伊佐（鹿児島県）、曾於（鹿児島県）、熊毛（鹿児島県）

※ 石川県は高度急性期病床が県単位での表示だったため、ここでは0床としている。

**中央値** 30 川崎南部（神奈川県）

**平均値** 86 最も平均に近い二次医療圏 87 東葛南部（千葉県）

**外れ値** 「第3四分位数」+1.5×「四分位範囲」よりも大きい値

791 区中央部（東京都）

471 県南（栃木県）

465 前橋（群馬県）

437 出雲（島根県）

424 尾張東部（愛知県）

・2025年高度急性期病床（床/10万人）

**最大値** 418 区中央部（東京都）

**最小値** 0

島しょ（東京都）、上五島（長崎県）、峡南（山梨県）、能登北部（石川県）、石川中央（石川県）、南加賀（石川県）、南檜山（北海道）、能登中部（石川県）、壱岐（長崎県）安芸（高知

県), 高幡 (高知県)

**中央値** 81 朝倉 (福岡県), 今治 (愛媛県), 津山・英田 (岡山県), 飛騨圏域 (岐阜県), 宮古 (沖縄県), 東葛南部 (千葉県), 気仙 (岩手県)

**平均値** 87 いわき (福島県), 飯伊 (長野県), 印藩 (千葉県), 宇都宮 (栃木県), 中越 (新潟県), 西和 (奈良県)

**外れ値** (「第3四分位数」+1.5×「四分位範囲」よりも大きい値)

418 区中央部 (東京都)

270 安房 (千葉県)

200 久留米 (福岡県)

### <結果, 考察>

二次医療圏ごとの高度急性期病床数は, 2015年値について最大値791床は区中央部 (東京都), 最小値0床は計86圏域存在していた。中央値は30床で川崎南部 (神奈川県), 平均値は86床で最も平均値に近い医療圏が87床の東葛南部 (千葉県) であった。また, データの分布において異常があるとされる外れ値をとった圏域が最大値の区中央部を含めて5圏域存在した。

2015年高度急性期病床のヒストグラムは図3-2.1, 表3-2.1のように表れた。0床, 150床以上, 1床以上24床未満の階級の順に二次医療圏数が多い。高度急性期病床を多く持つ医療圏とほとんど持たない医療圏とで両極端であることが分かった。具体的に, 全体の48%, すなわち341圏域中165圏域の二次医療圏で高度急性期病床が存在しないか, 10万人あたり25床未満となっており, 非常に少ない。一方で150以上保有する二次医療圏が全体の24%の82圏域もあり, 2015年時点で二次医療圏毎に高度急性期病床数が二極化していた。

2025年値では最大値418床は区中央部で2015年と同じ圏域であった。最小値は0床で計11圏域となり, 2015年よりも75圏域減少している。中央値は81床で今治 (愛媛県) や朝倉 (福岡県) など7圏域, 平均値は87床でいわき (福島県) や宇都宮 (栃木県) など6圏域であった。外れ値は最大値を含めて3圏域検出された。

2025年のヒストグラムについて図3-2.2, 表3-2.2から, 2015年時に比べて0床の二次医療圏と150床以上の二次医療圏の数が減り, 50床以上100床未満の二次医療圏が増加している。高度急性期病床の地理分布と高度急性期医療の構造が大幅に改変される計画であることが分かる。これまでは特定の医療圏に集中していたが, 2025年には分散する。どこに住んでいても高度急性期医療を受けやすい体制が計画されているということである。依然として高度急性期病床が存在しない医療圏が11圏域, 1床以上25床未満の圏域が4圏域存在する。

## 急性期病床について

以下に対10万人急性期病床の表，ヒストグラムを示す。

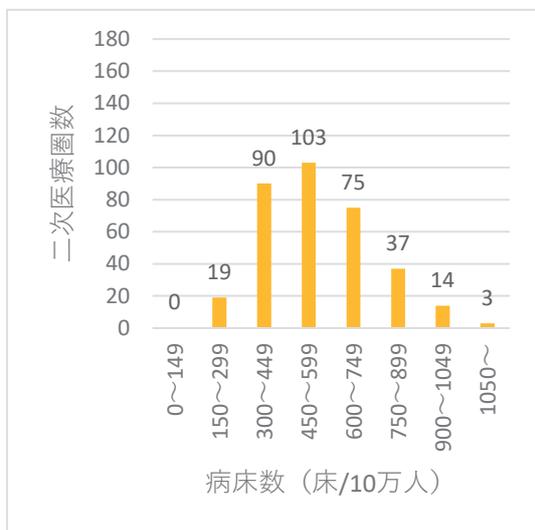


図 3-3.1 2015 年急性期病床ヒストグラム  
表 3-3.1 2015 年急性期病床

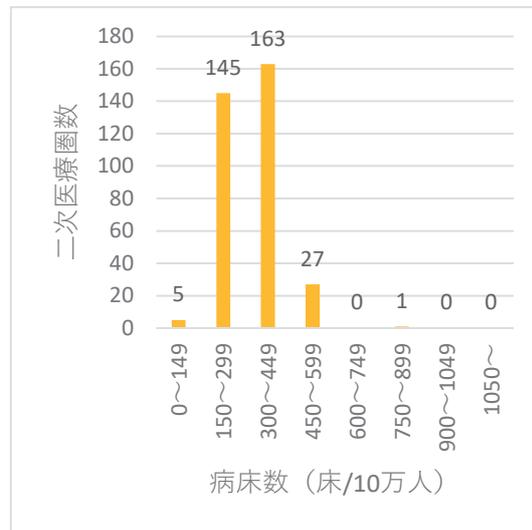


図 3-3.2 2025 年急性期病床ヒストグラム  
表 3-3.2 2025 年急性期病床

階級値	階級名	度数	相対度数	累積相対度数
0	0~149	0	0%	0%
150	150~299	19	6%	6%
300	300~449	90	26%	32%
450	450~599	103	30%	62%
600	600~749	75	22%	84%
750	750~899	37	11%	95%
900	900~1049	14	4%	99%
1050	1050~	3	1%	100%
		341	100%	

階級値	階級名	度数	相対度数	累積相対度数
0	0~149	5	1%	1%
150	150~299	145	43%	44%
300	300~449	163	48%	92%
450	450~599	27	8%	100%
600	600~749	0	0%	100%
750	750~899	1	0%	100%
900	900~1049	0	0%	100%
1050	1050~	0	0%	100%
		341	100%	

階級幅 150 階級数 8 単位 度数：圏域，階級：床/10万人

### <代表値の二次医療圏>

・ 2015年急性期病床 (床/10万人)

最大値 1238 南部 (大分県)

最小値 170 西三河南部東 (愛知県)

中央値 533 高岡 (富山県)

平均値 557 西部 (山口県)

外れ値 (「第3四分位数」 + 1.5 × 「四分位範囲」 よりも大きい値)

1238 南部 (大分県)

1120 長門（山口県）

・2025年急性期病床（床/10万人）

**最大値** 839 区中央部（東京都）

**最小値** 91 島しょ（東京都）

**中央値** 313 千葉（千葉県）、天草（熊本県）、鹿本（熊本県）、宮古（沖縄県）

**平均値** 320 東葛北部（千葉県）、泉州（大阪府）、上十三（青森県）

**外れ値**（「第3四分位数」+1.5×「四分位範囲」よりも大きい値）

839 区中央部（東京都）

558 釧路（北海道）

### <結果, 考察>

二次医療圏ごとの急性期病床数は、2015年値で最大値1238床は南部（大分県）、最小値170床は西三河南部東（愛知県）だった。中央値は533床で高岡（富山県）、平均値は557床で西部（山口県）であった。また、データの分布において異常があるとされる外れ値をとった圏域が最大値の南部（大分県）と1120床の長門（山口県）の2圏域存在した。

図3-3.1に示す2015年急性期病床のヒストグラムは450床以上600床未満の階級を頂点に左右に裾が広がる正規分布型の図となった。300床以上450床未満に26%、450床以上600床未満に30%、600床以上750床未満に22%となっている。表3-1.1の変動係数からはどの病床よりも相対的なばらつきが小さい結果となったが、病床規模が最も大きいため、対人口病床数は二次医療圏によって様々であり、不揃いであることが分かった。ヒストグラムの階級幅も150床とかなり広く、同じ階級でも対人口病床数が150床近く異なる医療圏が存在している。

2025年値では最大値839床は区中央部（東京都）、最小値91床は島しょ（東京都）である。中央値は313床で千葉（千葉県）、天草（熊本県）、鹿本（熊本県）、宮古（沖縄県）の4圏域、平均値は320床で東葛北部（千葉県）、泉州（大阪府）、上十三（青森県）の3圏域であった。外れ値は最大値の区中央部（東京都）と558床の釧路（北海道）の2圏域検出された。

図3-3.2、表3-3.2から2025年について、2015年よりもグラフの頂点は高くなると同時に左にシフトし、裾も小さくなっていることから地域格差の是正が確認できる。具体的に91%の医療圏が150床以上500床未満の2階級に収まり2015年よりもばらつきが改善される計画である。表3-1.1、3-1.2からも標準偏差が186床から90床に半減している。しかしながら前述したように、本ヒストグラムの階級幅は広く、150床と500床には3倍以上の差がある。地域医療構想後も地域格差は残り、是正は行なっていく必要があるだろう。

## 回復期病床について

以下に対10万人回復期病床の表，ヒストグラムを示す。

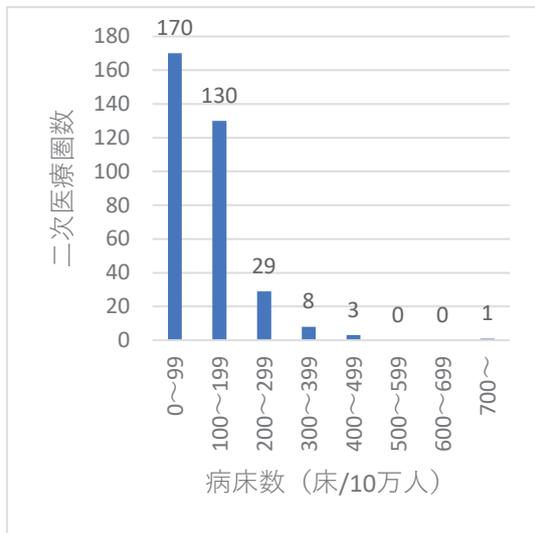


図 3-4.1 2015 年回復期病床ヒストグラム

表 3-4.1 2015 年回復期病床

階級値	階級名	度数	相対度数	累積相対度数
0	0～99	170	50%	50%
100	100～199	130	38%	88%
200	200～299	29	9%	96%
300	300～399	8	2%	99%
400	400～499	3	1%	100%
500	500～599	0	0%	100%
600	600～699	0	0%	100%
700	700～	1	0%	100%
		341	100%	

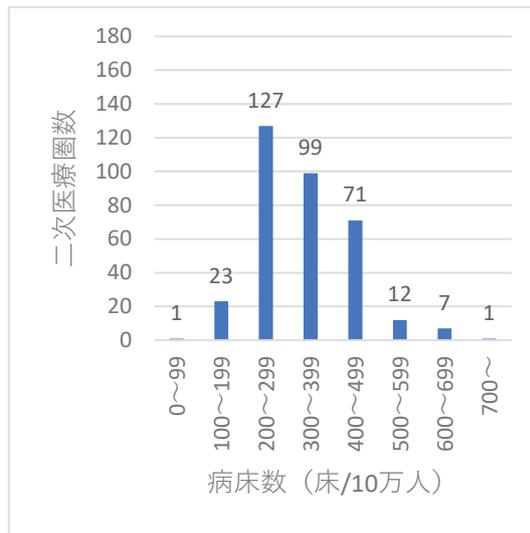


図 3-4.2 2025 年回復期病床ヒストグラム

表 3-4.2 2025 年回復期病床

階級値	階級名	度数	相対度数	累積相対度数
0	0～99	1	0%	0%
100	100～199	23	7%	7%
200	200～299	127	37%	44%
300	300～399	99	29%	73%
400	400～499	71	21%	94%
500	500～599	12	4%	98%
600	600～699	7	2%	100%
700	700～	1	0%	100%
		341	100%	

階級幅 100 階級数 8 単位 度数：圏域，階級：床/10万人

### <代表値の二次医療圏>

・2015年回復期病床（床/10万人）

**最大値** 902 真庭（岡山県）

**最小値** 0

島しょ（東京都），根室（北海道），富士・東部（山梨県），木曾（長野県），北空知（北海道），南丹（京都府），上五島（長崎県），気仙（岩手県），佐渡（新潟県），小豆（香川県），富良野（北海道），能登北部（石川県），遠紋（北海道），南檜山（北海道），長門（山口県）

**中央値** 100 尾張西部（愛知県）

**平均値** 116 堺市（大阪府），和歌山（和歌山県），隠岐（島根県）

**外れ値**（「第3四分位数」+1.5×「四分位範囲」よりも大きい値）

902 真庭（岡山県）

470 峡東（山梨県）

404 吾妻（群馬県）

400 芦北（熊本県）

355 沼田（群馬県）

322 大田（島根県）

・2025年回復期病床（床/10万人）

**最大値** 795 峡東（山梨県）

**最小値** 87 島しょ（東京都）

**中央値** 315 但馬（兵庫県）

**平均値** 334 最も平均値に近い二次医療圏 333 県南東部（岡山県）

**外れ値**（「第3四分位数」+1.5×「四分位範囲」よりも大きい値）

795 峡東（山梨県）

698 南部（大分）

662 南薩（鹿児島）

#### <結果, 考察>

二次医療圏ごとの回復期病床数は、2015年値で最大値902床は真庭（岡山県）、最小値0床は計15圏域存在していた。中央値は100床で尾張西部（愛知県）、平均値は116床で堺市（大阪府）、和歌山（和歌山県）、隠岐（島根県）の3圏域であった。また、データの分布において異常があるとされる外れ値をとった圏域が最大値の真庭（岡山県）を含めて6圏域存在した。

図3-4.1、表3-4.1から、全体の88%、すなわち341圏域中300圏域が200床未満である。回復期病床は2015年時点で全国的に普及しておらず急性期病床や慢性期病床に比べて極端に病床数が少ないことが分かった。

2025年値では最大値795床は峡東（山梨県）、最小値87床は島しょ（東京都）である。中央値は315床で但馬（兵庫県）、平均値は334床で最も平均値に近い医療圏が333床の県南東部（岡山県）であった。外れ値は最大値の峡東（山梨県）の他、698床の南部（大分）、662床の南薩（鹿児島）の3圏域で半減する。

図3-4.2、表3-4.2から、2015年は200床未満の医療圏が全体の88%だったが、2025年には全体の7%に減少する。一方で、200床以上500床未満の医療圏が87%となる計画となっていて、回復期病床は病床増加方向へ大幅な再編が見られる。病床が増加するのは、回復期病床だけである。

## 慢性期病床について

以下に対10万人高度急性期病床の表，ヒストグラムを示す。

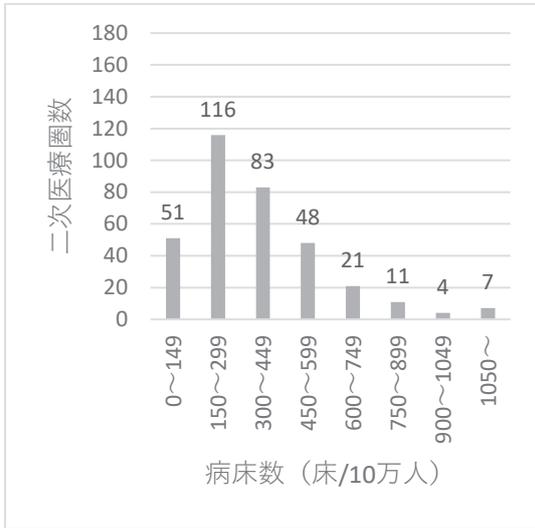


図 3-5.1 2015年慢性期病床ヒストグラム

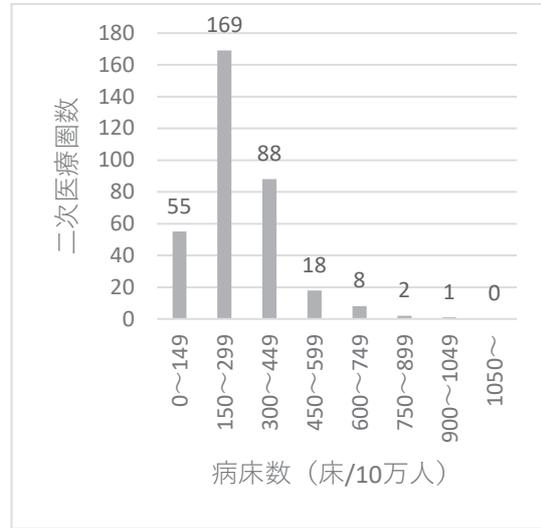


図 3-5.2 2025年慢性期病床ヒストグラム

表 3-5.1 2015年慢性期病床

階級値	階級名	度数	相対度数	累積相対度数
0	0~149	51	15%	15%
150	150~299	116	34%	49%
300	300~449	83	24%	73%
450	450~599	48	14%	87%
600	600~749	21	6%	94%
750	750~899	11	3%	97%
900	900~1049	4	1%	98%
1050	1050~	7	2%	100%
		341	100%	

表 3-5.2 2025年慢性期病床

階級値	階級名	度数	相対度数	累積相対度数
0	0~149	55	16%	16%
150	150~299	169	50%	66%
300	300~449	88	26%	91%
450	450~599	18	5%	97%
600	600~749	8	2%	99%
750	750~899	2	1%	100%
900	900~1049	1	0%	100%
1050	1050~	0	0%	100%
		341	100%	

階級幅 150 階級数 8 単位 度数：圏域，階級：床/10万人

### <代表値の二次医療圏>

・2015年慢性期病床（床/10万人）

最大値 1923 柳井（山口県）

最小値 0

島しょ（東京都），隠岐（島根県），北秋田（秋田県），対馬（長崎県），熊毛（鹿児島県）

中央値 307 南和（奈良県）

平均値 358 藤岡（群馬県），松江（島根県）

外れ値（「第3四分位数」+1.5×「四分位範囲」よりも大きい値）

1932 柳井（山口県）

1543 北渡島檜山（北海道）

1502 芦北（熊本県）                      1389 吾妻（群馬県）  
 1233 北空知（北海道）                1229 天草（熊本県）  
 1067 中央（高知県）

・2025年慢性期病床（床/10万人）

**最大値** 933 北空知（北海道）

**最小値** 0 島しょ（東京都）

**中央値** 240 北多摩北部（東京都）、青森（青森県）

**平均値** 270 横手（秋田県）

**外れ値**（「第3四分位数」+1.5×「四分位範囲」よりも大きい値）

933 北空知（北海道）                      880 芦北（熊本県）

804 柳井（山口県）                        713 北渡島檜山（北海道）

687 後志（北海道）                        685 中央（高知県）

684 天草（熊本県）

<結果, 考察>

二次医療圏ごとの慢性期病床数は、2015年値で最大値1932床は柳井（山口県）、最小値0床は計5圏域存在しており、最大値と最小値の幅が最も大きい。中央値は307床で南和（奈良県）、平均値は358床で藤岡（群馬県）、松江（島根県）であった。また、データの分布において異常があるとされる外れ値をとった圏域が最大値の柳井（山口県）を含めて7圏域存在した。

図3-5.1, 表3-5.1から150床以上300床未満の階級を頂点に裾が右側に広く広がっていることが分かる。図3-1.1の箱ヒゲ図からも確認できるが、病床数が極端に多い医療圏がいくつも存在している。

2025年値では最大値993床は北空知（北海道）、最小値0床は島しょ（東京都）である。中央値は240床で北多摩北部（東京都）、青森（青森県）、平均値は270床で横手（秋田県）であった。外れ値は最大値の北空知（北海道）の他、880床の芦北（熊本県）、804床の柳井（山口県）などの計7圏域検出された。

2025年の慢性期病床は他の機能別病床とは違い、地域格差を是正するため、各医療圏の入院受療率の差を意図的に縮めることで、病床を削減している<sup>※</sup>。その狙い通り、表3-5.2に示すように2025年には病床数が150床以上300床未満となる医療圏が53圏域増加して169圏域となり、病床が極端に多かった医療圏が減少する計画となっている。表3-1.1, 3-1.2より標準偏差も100床以上減少している。しかしながら表3-1.2に示す通り、標準偏差, 変動係数, 範囲, 四分位範囲はどの機能別病床よりも高い状況となっている上に慢性期病床削減は在宅医療等の充実が前提にあるため今後の在宅医療の整備と格差是正の努力が必要である。

※ 2013年の入院受療率を全国最大レベル（県単位）の入院受療率を全国中央値レベル（県単位）にまで低下させる割合を用いて、二次医療圏ごとに全国最小値との差を等比的に低下している。詳細は2章へ。

## 2) 東日本、西日本別の機能別病床数の分析

病床数の地理的な特性を分析するため、東日本と西日本で比較する。

表 3-6.1 2015 年東日本病床数対人口比較

	高度急性期対2015年総人口	急性期対2015年総人口	回復期対2015年総人口	慢性期対2015年総人口
東日本				
最大値	791	989	470	1,543
第3四分位数	142	651	109	348
中央値	49	482	76	220
第1四分位数	4	377	47	155
最小値	0	186	0	0
平均値	90	512	87	282
標準偏差	113	176	68	226
変動係数	1.26	0.34	0.78	0.80
範囲	791	803	470	1,543
四分位範囲	138	274	62	194

表 3-6.2 2025 年東日本病床数対人口比較

	高度急性期対2025年総人口	急性期対2025年総人口	回復期対2025年総人口	慢性期対2025年総人口
東日本				
最大値	418	839	795	933
第3四分位数	110	339	347	276
中央値	81	288	271	200
第1四分位数	63	250	238	156
最小値	0	91	87	0
平均値	88	303	300	237
標準偏差	47	93	105	137
変動係数	0.53	0.31	0.35	0.58
範囲	418	748	708	933
四分位範囲	47	90	109	119

表 3-7.1 2015 年西日本病床数対人口比較

	高度急性期対2015年総人口	急性期対2015年総人口	回復期対2015年総人口	慢性期対2015年総人口
西日本				
最大値	437	1,238	902	1,932
第3四分位数	144	715	178	513
中央値	20	558	124	389
第1四分位数	0	462	85	245
最小値	0	170	0	0
平均値	83	593	139	420
標準偏差	108	187	93	252
変動係数	1.30	0.31	0.67	0.60
範囲	437	1,068	902	1,932
四分位範囲	144	253	93	268

表 3-7.2 2025 年西日本病床数対人口比較

	高度急性期対2025年総人口	急性期対2025年総人口	回復期対2025年総人口	慢性期対2025年総人口
西日本				
最大値	200	552	698	880
第3四分位数	114	393	426	370
中央値	81	328	351	282
第1四分位数	57	268	294	203
最小値	0	162	130	44
平均値	85	335	361	296
標準偏差	42	85	101	134
変動係数	0.49	0.25	0.28	0.45
範囲	200	390	568	836
四分位範囲	57	125	133	167

### <結果, 考察>

東日本と西日本を比較すると、高度急性期病床に関しては平均値や中央値、最大値等から2015年、2025年ともに東日本が充実している。しかし、その他の急性期病床、回復期病床、慢性期病床に関しては西日本の方が対10万人病床数は多い。

機能別病床数のばらつきを標準偏差から判断する。2015年では高度急性期病床以外は東日本の方が小さかったが、2025年には全ての機能別病床において西日本の方が小さくなる。これは西日本の方が地域医療構想によって病床格差が大きく是正され、東日本よりも二次医療圏間の格差が小さくなるということである。

以上から東日本よりも西日本の方が対10万人あたりの病床数が多く、また地域医療構想により2025年は地域格差が小さくなるため西日本地域の医療が充実していることになる。病床数の西高東低が確認できた。

## 高度急性期病床について

以下に対 10 万人高度急性期病床の東日本、西日本のヒストグラムを示す。

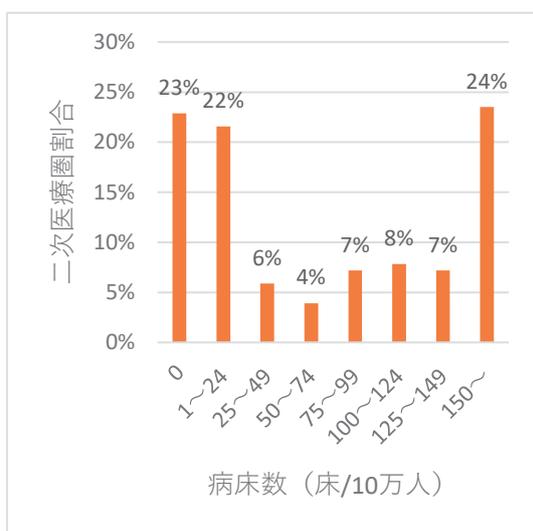


図 3-6.1 2015 年東日本高度急性期病床

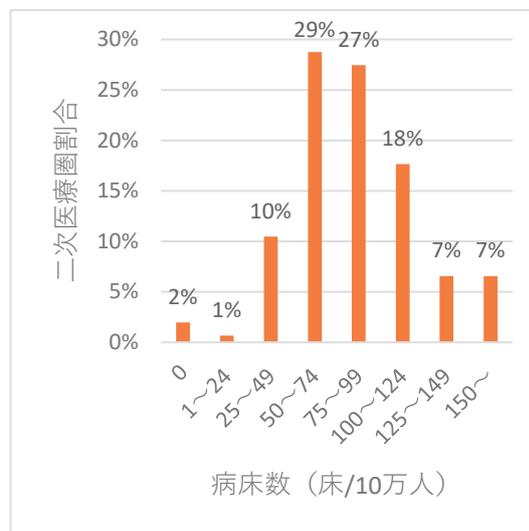


図 3-6.2 2025 年東日本高度急性期病床

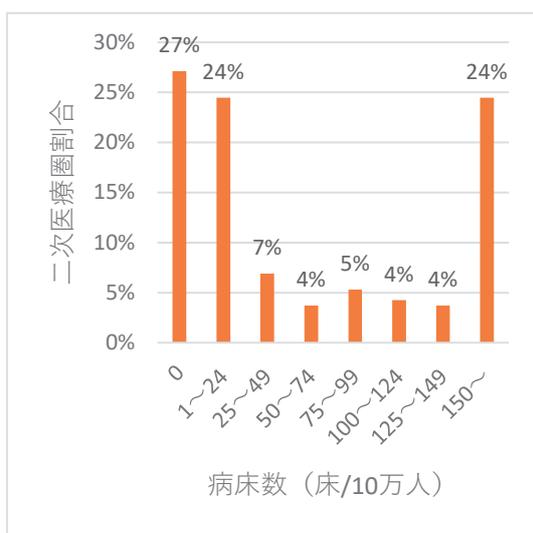


図 3-7.1 2015 年西日本高度急性期病床

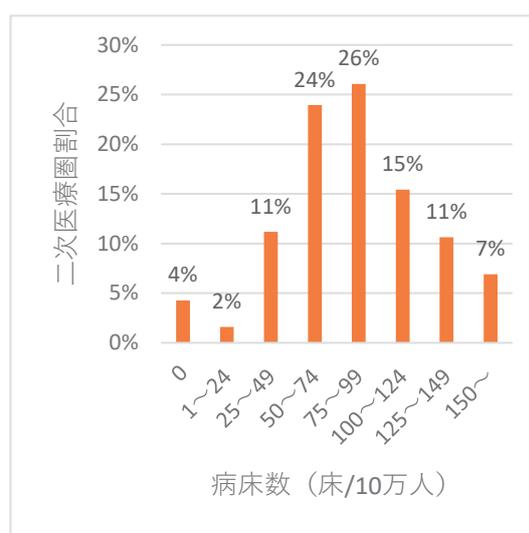


図 3-7.2 2025 年西日本高度急性期病床

### <結果, 考察>

図3-1.1で確認された2015年の病床数の二極化は、東日本、西日本においても認められた。しかし、東日本の方が西日本よりも24床未満の医療圏の割合が6%少なく75床以上の医療圏の割合が9%高い。高度急性期病床については東日本の方が若干多いことが分かった。

2025年には東日本と西日本の両方でグラフの形が谷型から山型に変化し、病床構造の改変が計画されていることが分かる。

## 急性期病床について

以下に対 10 万人急性期病床の東日本、西日本のヒストグラムを示す。

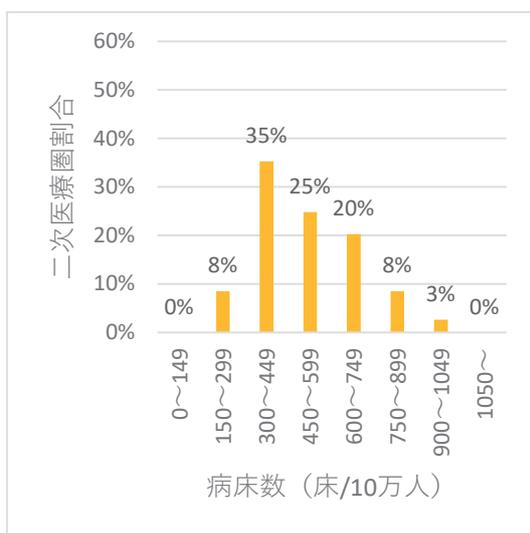


図 3-8.1 2015 年東日本急性期病床

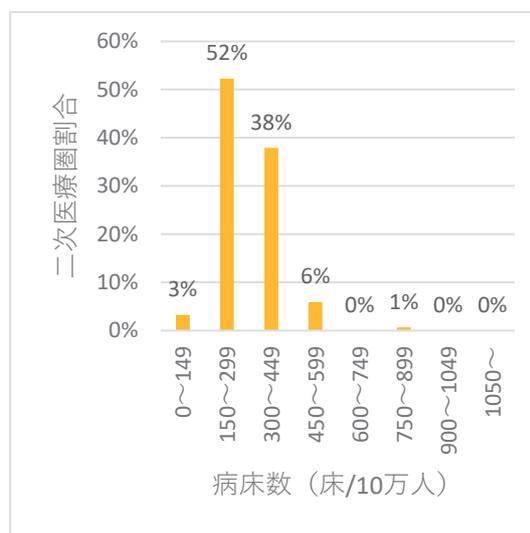


図 3-8.2 2025 年東日本急性期病床

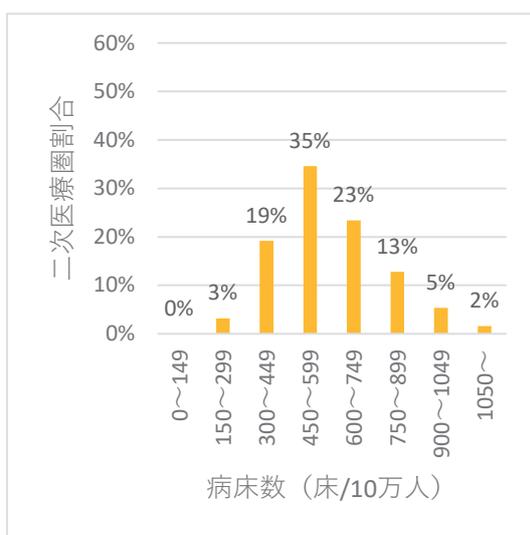


図 3-9.1 2015 年西日本急性期病床

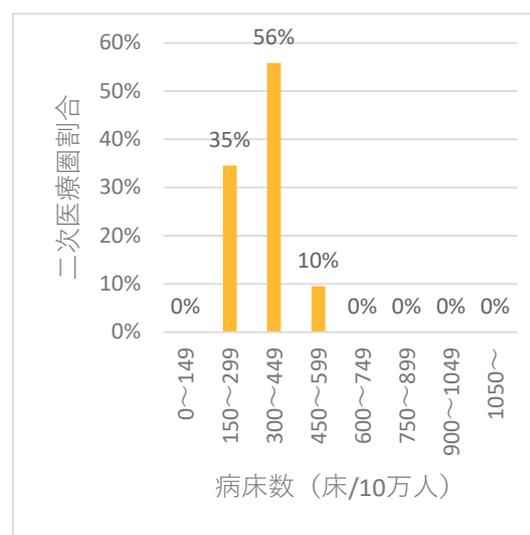


図 3-9.2 2025 年西日本急性期病床

### <結果, 考察>

2015年について、東日本は300床以上450床未満の階級が35%で最も多いのに対し、西日本は450床以上600床未満の階級が35%で最も多い結果となった。表3-6.1と表3-7.1から東西日本で標準偏差が170床を超えているが、図3-8.1と図3-9.1からも病床のばらつきがわかる。

2025年について、東日本は150床以上300床未満の階級が最も多く、西日本は300床以上450床未満の階級が最も多い結果となった。依然、西日本の方がより病床が多いことが分かる。山の裾は狭くなり、90%以上の圏域が150床以上500床未満となる計画となっている。

## 回復期病床について

以下に対 10 万人回復期病床の東日本、西日本のヒストグラムを示す。

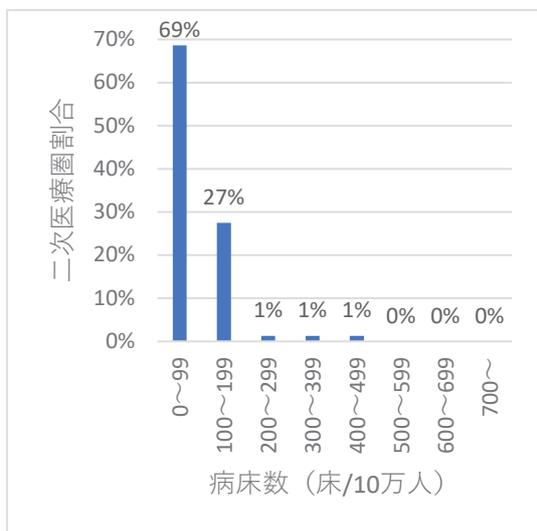


図 3-10.1 2015 年東日本回復期病床

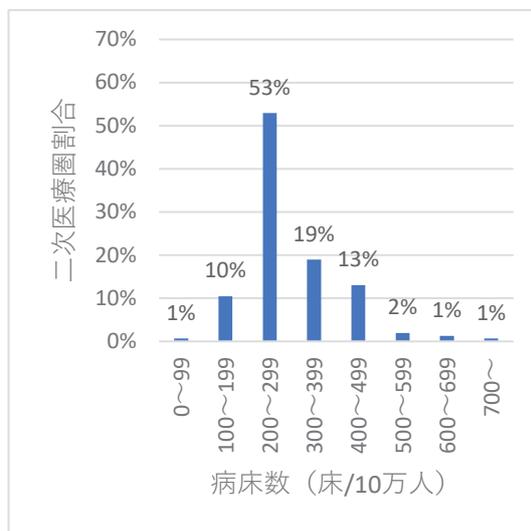


図 3-10.2 2025 年東日本回復期病床

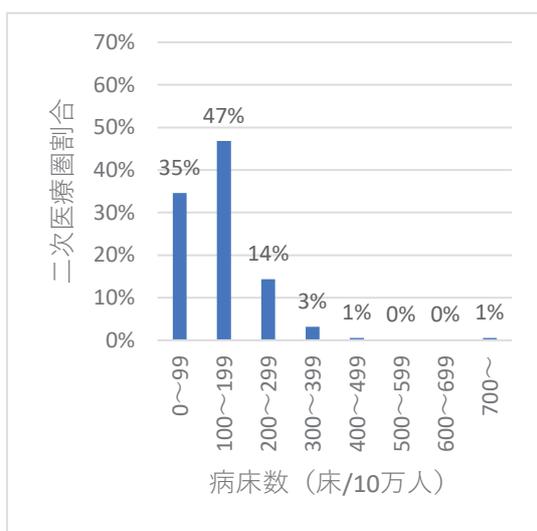


図3-11.1 2015年西日本回復期病床

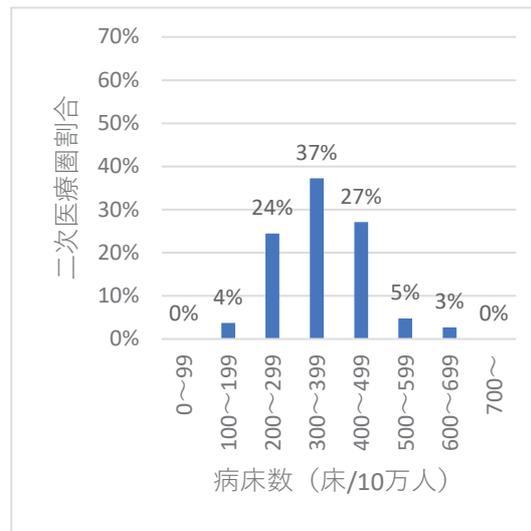


図3-11.2 2025年西日本回復期病床

### <結果, 考察>

2015年について、東日本は69%の医療圏が100床未満であり、西日本と比較すると病床が少ない医療圏が非常に多いことがわかった。西日本においても100床未満の圏域が30%以上存在し、他の病床よりも回復期病床の未整備が目立つ結果となった、

2025年には100床未満の医療圏が東日本は1%、西日本は無くなる計画である、東日本は50%以上の圏域が200床以上300床未満で最も多く、西日本は37%の医療圏が300床以上400床未満となる。グラフの山の頂点や形からも西日本の方が2015年、2025年ともに病床が充実していることが確認できる。

## 慢性期病床について

以下に対 10 万人慢性期病床の東日本、西日本のヒストグラムを示す。

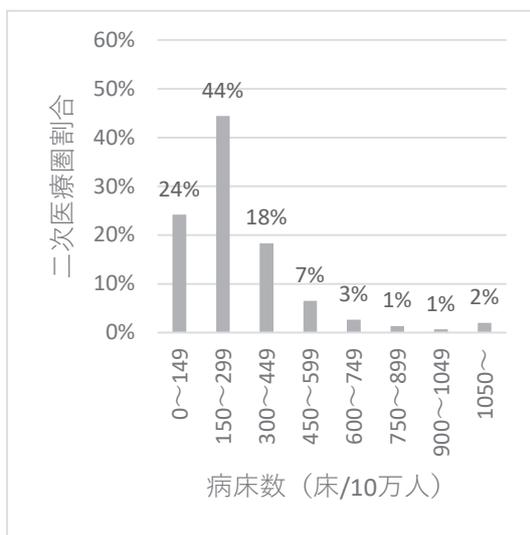


図 3-12.1 2015 年東日本慢性期病床

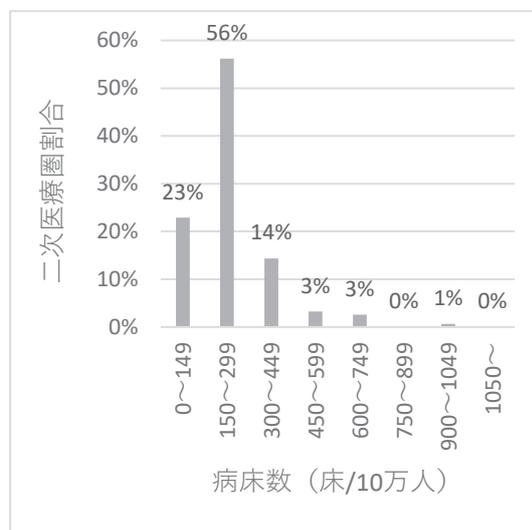


図 3-12.2 2025 年東日本慢性期病床

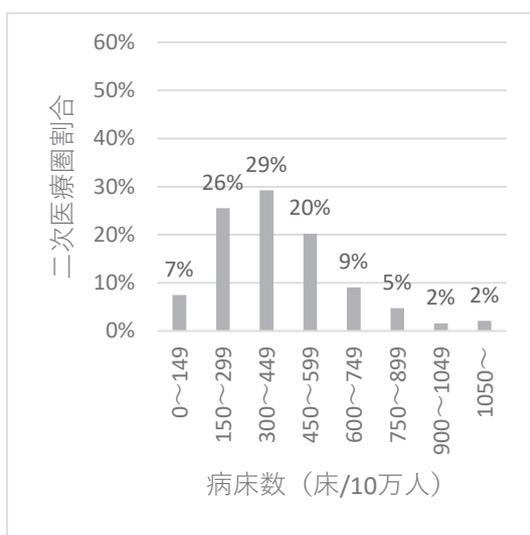


図3-13.1 2015年西日本慢性期病床

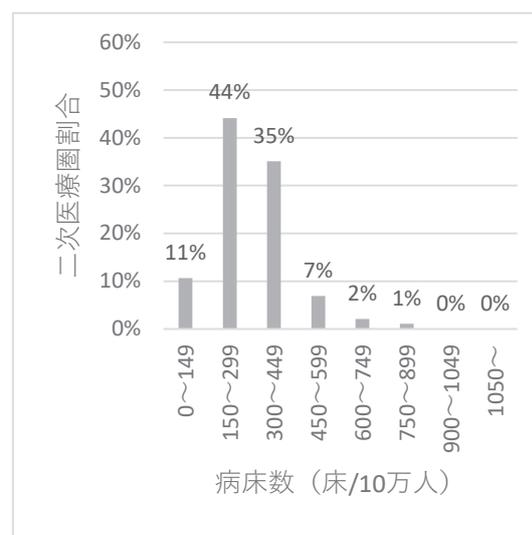


図3-13.2 2025年西日本慢性期病床

### <結果, 考察>

2015年の実態値から、東日本は150床以上300床未満の階級が44%で最も多く、次いで150床未満の階級が24%となっている。西日本は300床以上450床未満の階級が29%で最も多く、次いで150床以上300床未満の圏域が26%となっている。東日本の方が少なく、ばらつきも少ないのに対して、西日本は病床数が450床以上の圏域も多く、病床数とばらつきの両方が大きいことが確認できる。

### 3) 都市規模別の機能別病床数の分析

表 3-8.1 2015 年大都市病床数対人口比較

大都市型		高度急性期対2015年総人口	急性期対2015年総人口	回復期対2015年総人口	慢性期対2015年総人口
	最大値	791	687	220	508
第3四分位数	184	443	82	242	
中央値	139	383	70	173	
第1四分位数	80	310	53	125	
最小値	8	208	24	53	
平均値	153	398	73	206	
標準偏差	124	115	34	108	
変動係数	0.81151	0.28946	0.46804	0.52412	
範囲	783	479	196	455	
四分位範囲	104	133	28	117	

表 3-8.2 2025 年大都市病床数対人口比較

大都市型		高度急性期対2025年総人口	急性期対2025年総人口	回復期対2025年総人口	慢性期対2025年総人口
	最大値	418	839	483	523
第3四分位数	137	389	339	252	
中央値	113	320	271	175	
第1四分位数	82	259	241	153	
最小値	61	206	163	67	
平均値	119	341	290	207	
標準偏差	55	108	74	94	
変動係数	0.46329	0.31578	0.25454	0.45228	
範囲	358	634	320	457	
四分位範囲	55	130	98	99	

表 3-9.1 2015 年地方都市病床数対人口比較

地方都市型		高度急性期対2015年総人口	急性期対2015年総人口	回復期対2015年総人口	慢性期対2015年総人口
	最大値	471	971	470	1,229
第3四分位数	173	672	145	437	
中央値	76	529	102	305	
第1四分位数	9	423	68	206	
最小値	0	170	0	69	
平均値	106	544	115	342	
標準偏差	110	165	69	192	
変動係数	1.03566	0.30261	0.59929	0.56199	
範囲	471	801	470	1160	
四分位範囲	163	250	77	231	

表 3-9.2 2025 年地方都市病床数対人口比較

地方都市型		高度急性期対2025年総人口	急性期対2025年総人口	回復期対2025年総人口	慢性期対2025年総人口
	最大値	200	558	795	687
第3四分位数	115	373	383	321	
中央値	87	317	303	233	
第1四分位数	68	262	249	179	
最小値	0	139	145	44	
平均値	91	318	325	263	
標準偏差	36	79	102	123	
変動係数	0.39989	0.24944	0.31503	0.46629	
範囲	200	420	650	643	
四分位範囲	47	111	134	142	

表 3-10.1 2015 年過疎地域病床数対人口比較

過疎地域型		高度急性期対2015年総人口	急性期対2015年総人口	回復期対2015年総人口	慢性期対2015年総人口
	最大値	437	1,238	902	1,932
第3四分位数	12	774	179	586	
中央値	0	628	126	430	
第1四分位数	0	518	60	229	
最小値	0	209	0	0	
平均値	25	649	137	452	
標準偏差	69	192	117	329	
変動係数	2.80526	0.29557	0.85492	0.72617	
範囲	437	1029	902	1932	
四分位範囲	12	257	119	357	

表 3-10.2 2025 年過疎地域病床数対人口比較

過疎地域型		高度急性期対2025年総人口	急性期対2025年総人口	回復期対2025年総人口	慢性期対2025年総人口
	最大値	270	552	698	933
第3四分位数	83	384	440	389	
中央値	61	305	369	294	
第1四分位数	42	238	276	193	
最小値	0	91	87	0	
平均値	65	314	368	308	
標準偏差	39	96	117	165	
変動係数	0.60417	0.30679	0.31872	0.53512	
範囲	270	461	611	933	
四分位範囲	41	146	165	196	

## 高度急性期病床について

以下に対 10 万人高度急性期病床の都市規模別のヒストグラムと箱ヒゲ図を示す。

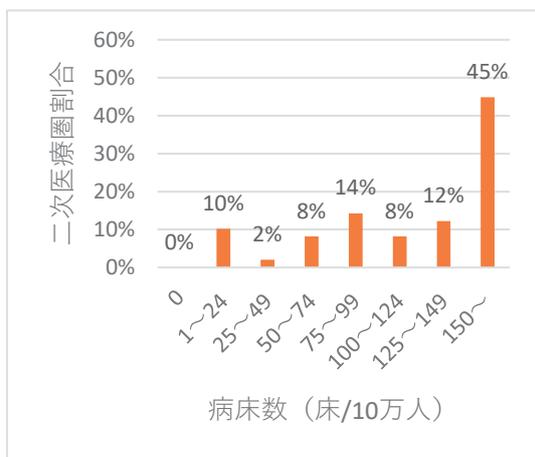


図3-14.1 2015年大都市高度急性期病床

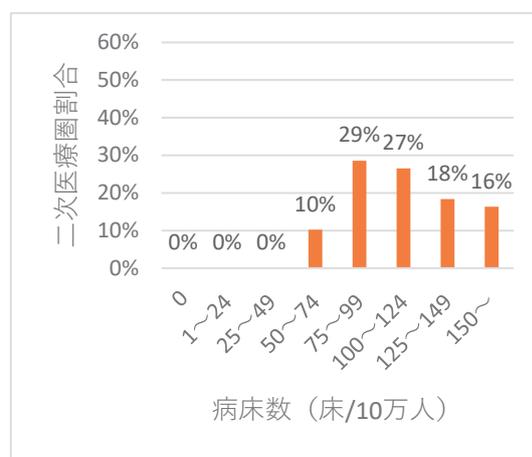


図3-14.2 2025年大都市高度急性期病床

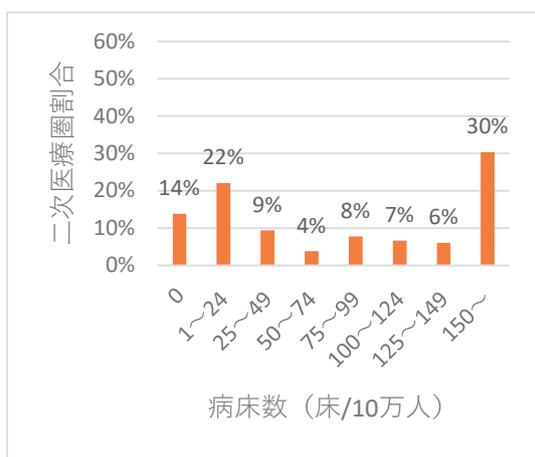


図3-15.1 2015年地方都市高度急性期病床

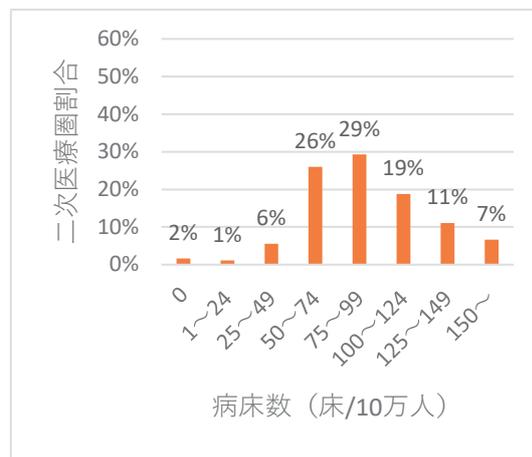


図3-15.2 2025年地方都市高度急性期病床

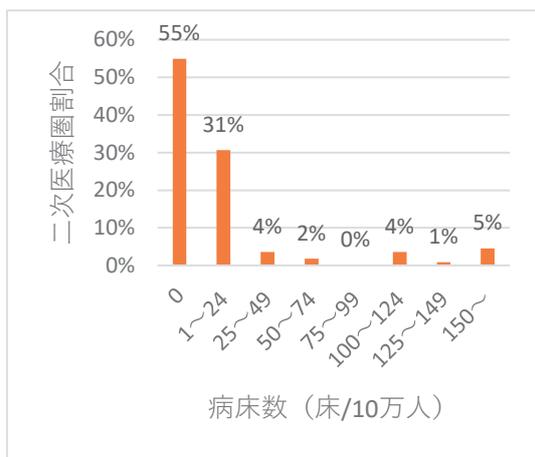


図3-16.1 2015年過疎地域高度急性期病床

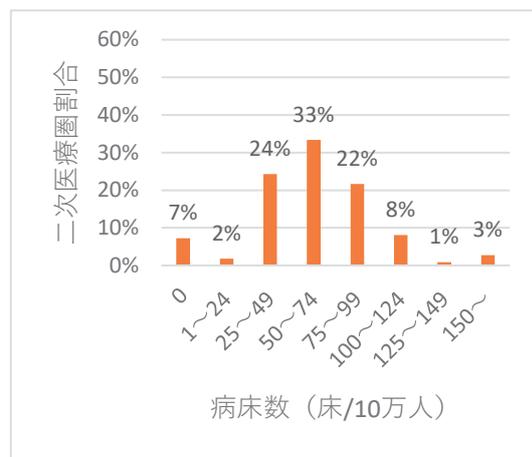


図3-16.2 2025年過疎地域高度急性期病床

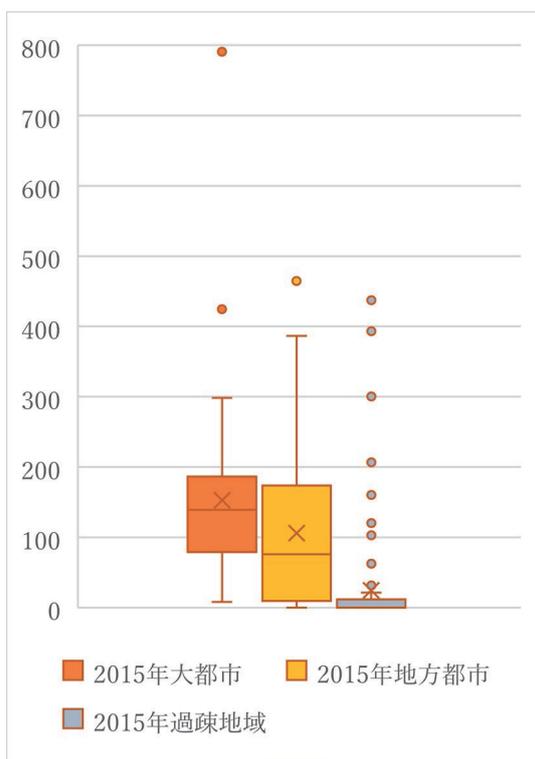


図 3-17.1 2015 年高度急性期病床箱ヒゲ図

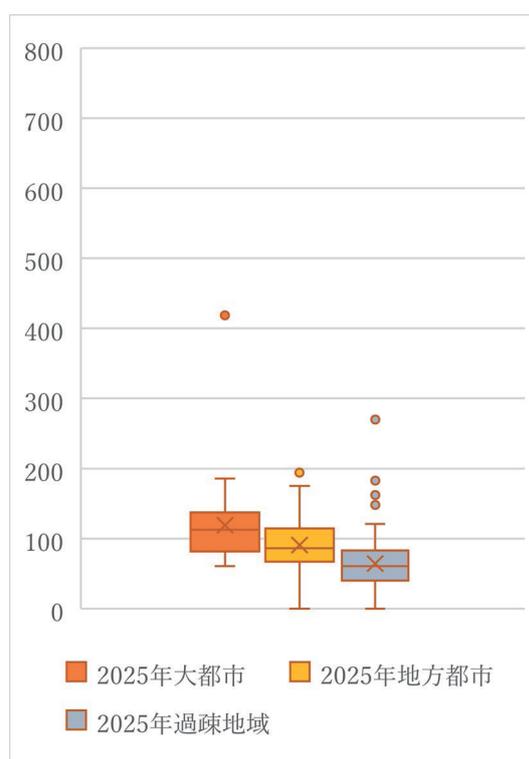


図 3-17.2 2025 年高度急性期病床箱ヒゲ図

### <結果, 考察>

2015年について図3-14.1, 15.1, 16.1から、150床以上保有する医療圏が大都市では40%以上、地方都市では30%以上存在している。一方で、過疎地域は85%の圏域で高度急性期病床を保有していないか、25床未満という結果となった。また、図3-17.1から高度急性期病床はほとんど大都市と地方都市が保有しており、過疎地域はあまり整備されていないことが分かった。

2025年には図3-14.2, 15.2, 16.2から、150床以上の医療圏と25床未満の医療圏が減少する。図3-17.2から、都市規模での格差は解消されるが、大都市が多く過疎地域が少ない構図は維持される。

## 急性期病床について

以下に対10万人急性期病床の都市規模別のヒストグラムを示す。

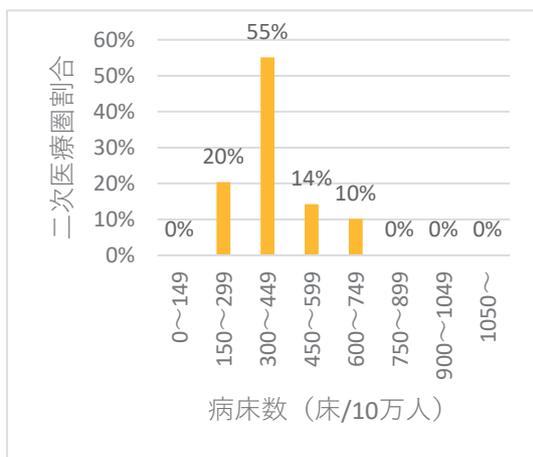


図3-18.1 2015年大都市急性期病床

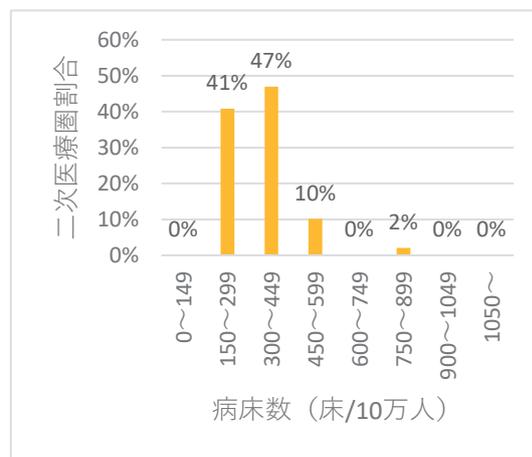


図3-18.2 2025年大都市急性期病床

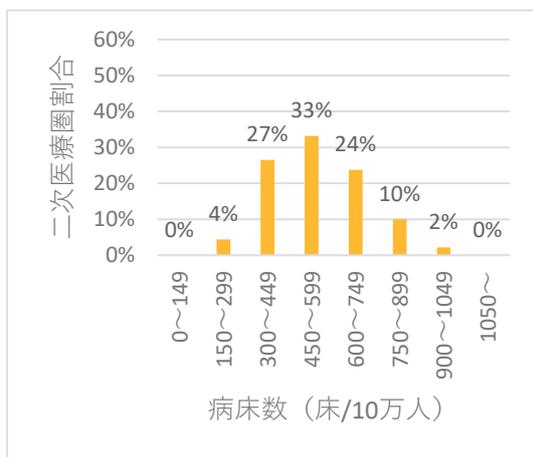


図3-19.1 2015年地方都市急性期病床

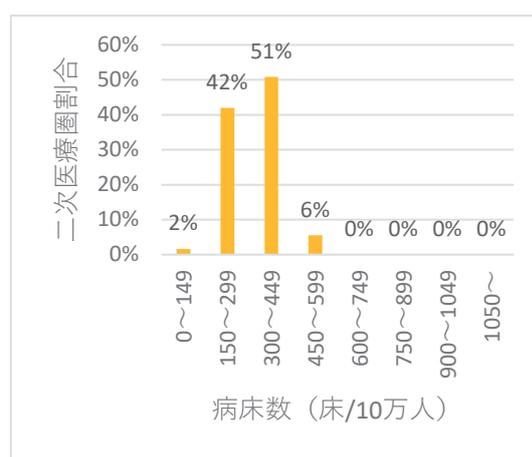


図3-19.2 2025年地方都市急性期病床

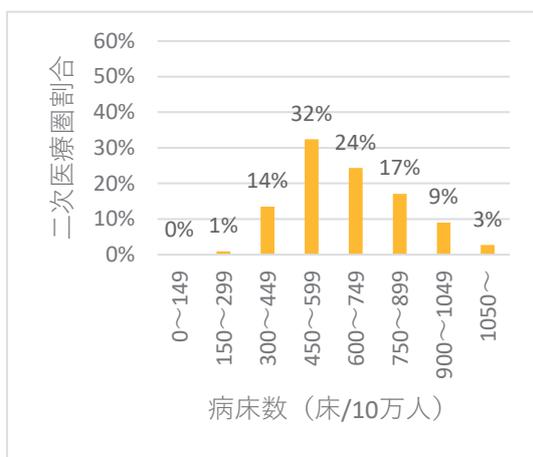


図3-20.1 2015年過疎地域急性期病床

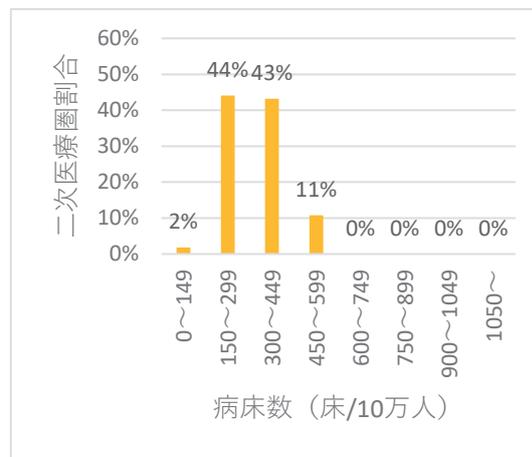


図3-20.2 2025年過疎地域急性期病床

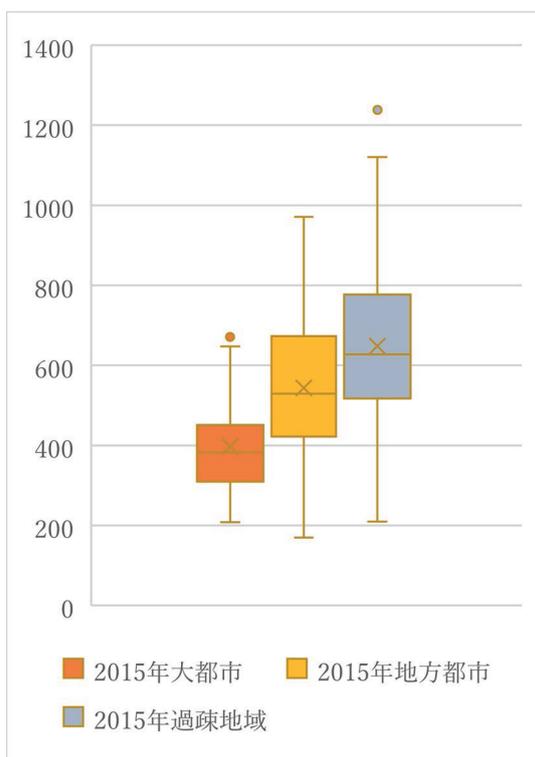


図 3-21.1 2015 年急性期病床箱ヒゲ図

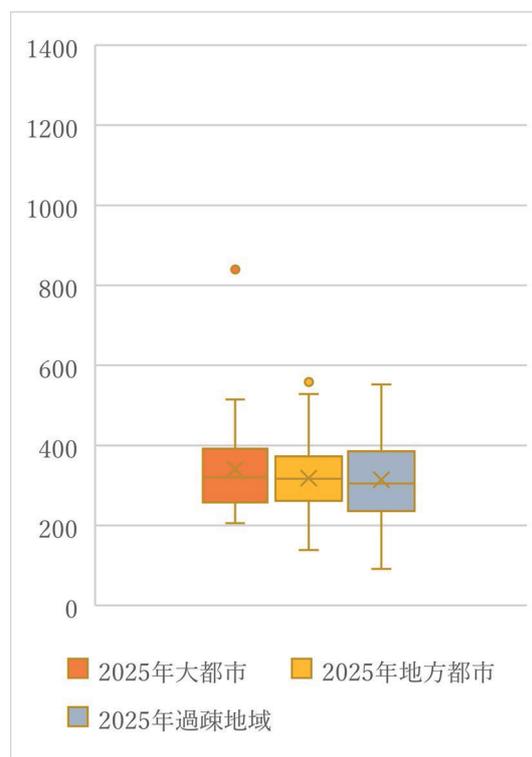


図 3-21.2 2025 年急性期病床箱ヒゲ図

### <結果, 考察>

2015年について図3-18.1, 19.1, 20.1, 21.1から比較的, 大都市が少なく, 地方都市, 過疎地域が多い結果となった。具体的に450床以上の医療圏が大都市は24%であるのに対して, 地方都市は69%, 過疎地域は85%であった。またばらつきも大都市が最も小さく, 過疎地域は大きかった。

2025年の再編後は図3-18.2, 19.2, 20.2から, 都市規模に限らず90%近くの医療圏が150床以上450床未満の2階級に収まり, 病床の削減と地域格差の是正が見られる。箱ヒゲ図の変化からも地方都市と過疎地域における病床削減が大きいことが見て取れる。

## 回復期病床について

以下に対 10 万人回復期病床の都市規模別のヒストグラムを示す。

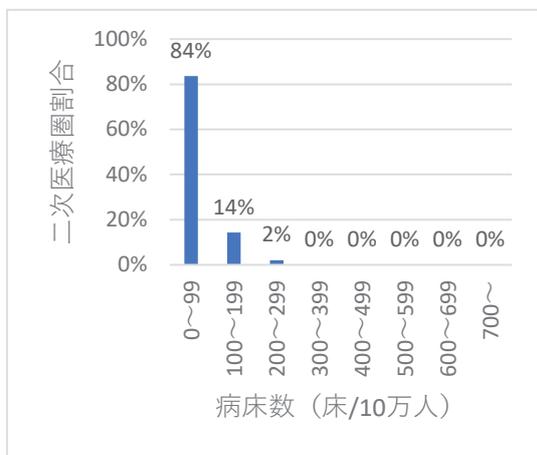


図3-22.1 2015年大都市回復期病床

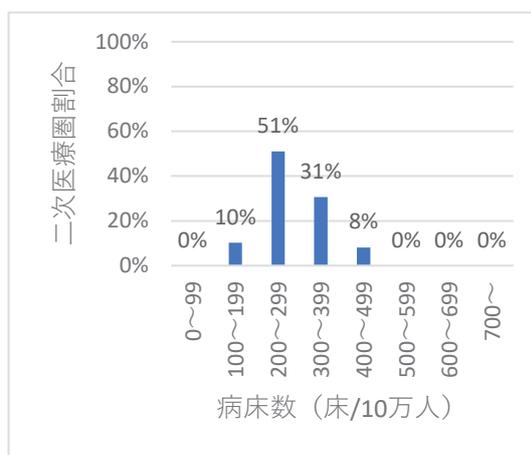


図3-22.2 2025年大都市回復期病床

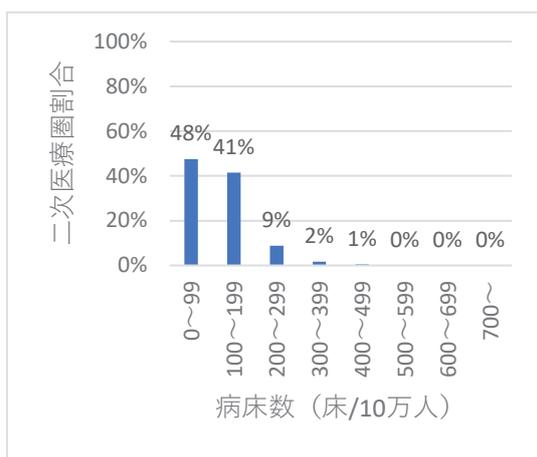


図3-23.1 2015年地方都市回復期病床

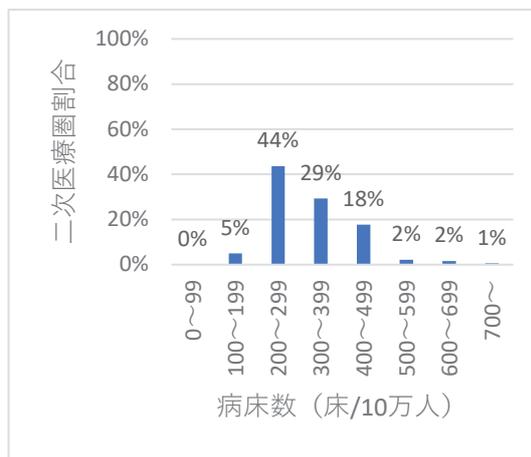


図3-23.2 2025年地方都市回復期病床

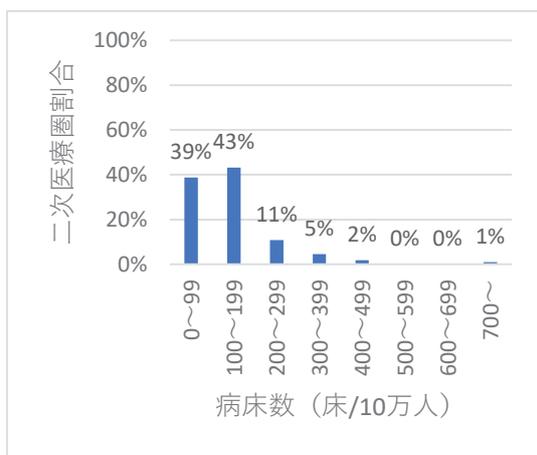


図3-24.1 2015年過疎地域回復期病床

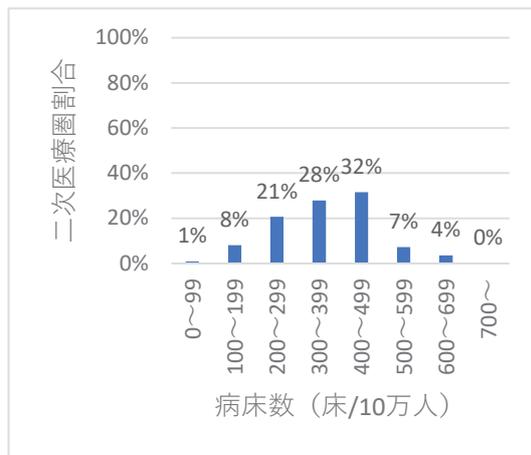


図3-24.2 2025年過疎地域回復期病床

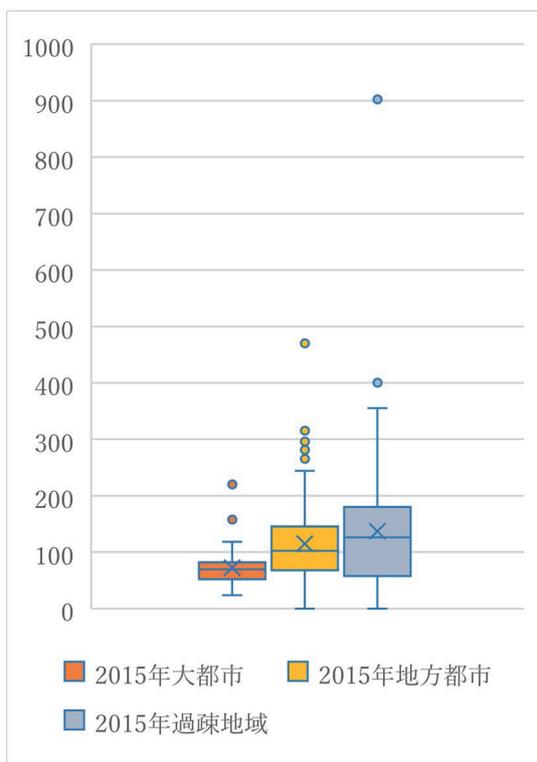


図 3-25.1 2015 年回復期病床箱ヒゲ図

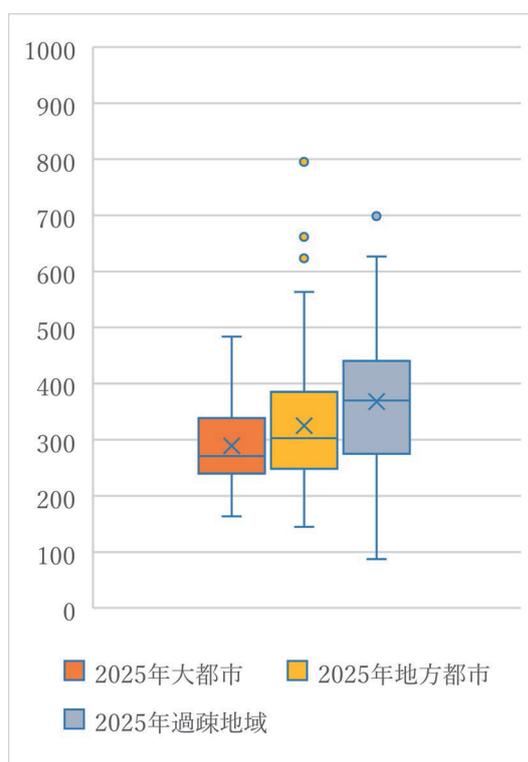


図 3-25.2 2025 年回復期病床箱ヒゲ図

<結果, 考察>

2015年について図3-22.1, 23.1, 24.1から, 大都市は100床未満の医療圏が84%以上存在し, 100床以上の医療圏は16%で回復期病床が特に少ないことがわかった. 逆に過疎地域は100床以上の医療圏が61%存在し最も多い. 図3-25.1からも大都市の少なさと過疎地域の多さが確認できる.

図3-22.2, 23.2, 24.2から, 2025年の再編後も過疎地域が最も多いが, グラフの山がなだらかで, ばらつきが大きくなっている. 大都市と地方都市において100床未満の二次医療圏は無くなる計画となっている. 図3-25.2から, 都市規模に関係なく全ての箱ヒゲが上にシフトしており回復期病床は大幅な整備が図られていることが分かる.

## 慢性期病床について

以下に対 10 万人慢性期病床の都市規模別のヒストグラムを示す。

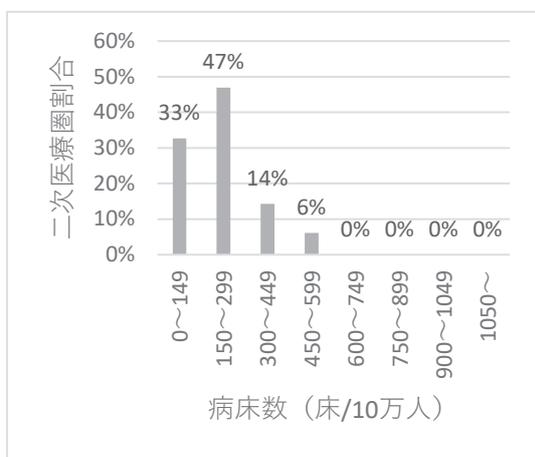


図3-26.1 2015年大都市慢性期病床

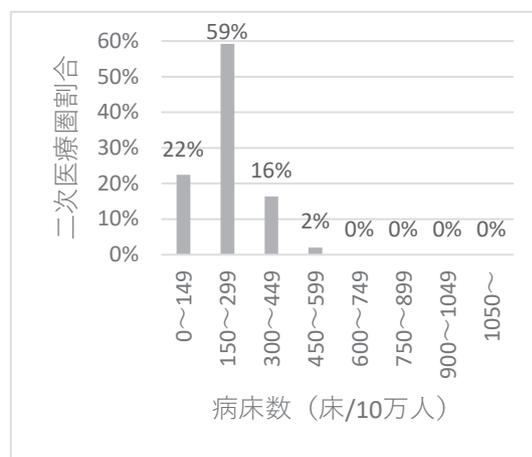


図3-26.2 2025年大都市慢性期病床

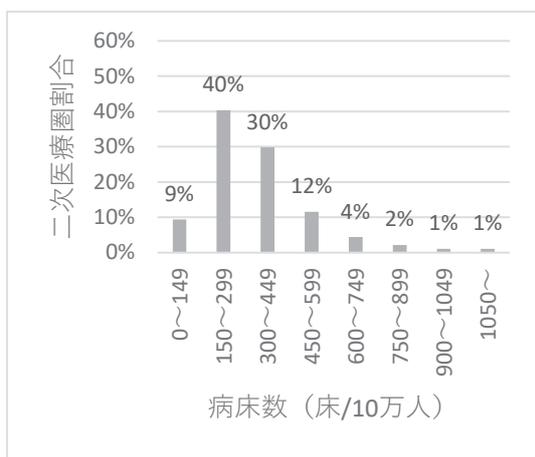


図3-27.1 2015年地方都市慢性期病床

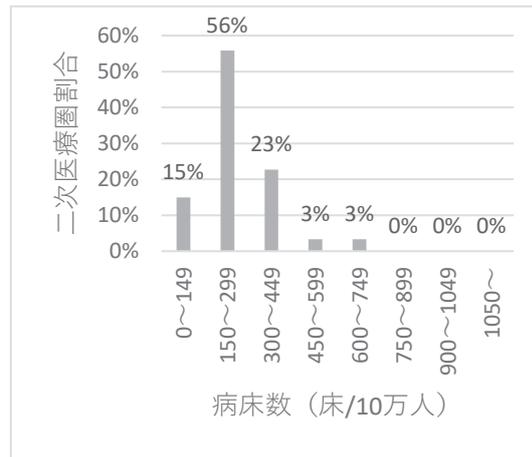


図3-27.2 2025年地方都市慢性期病床

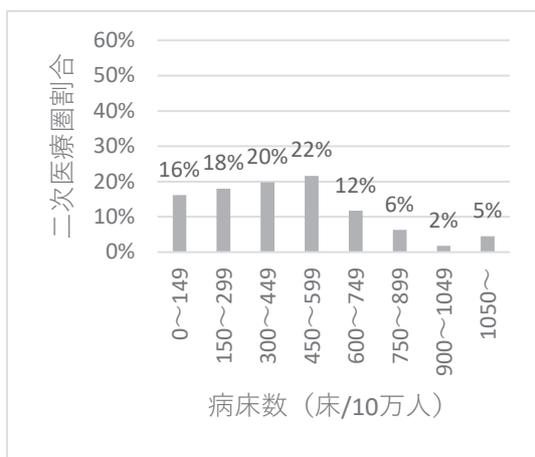


図3-28.1 2015年過疎地域慢性期病床

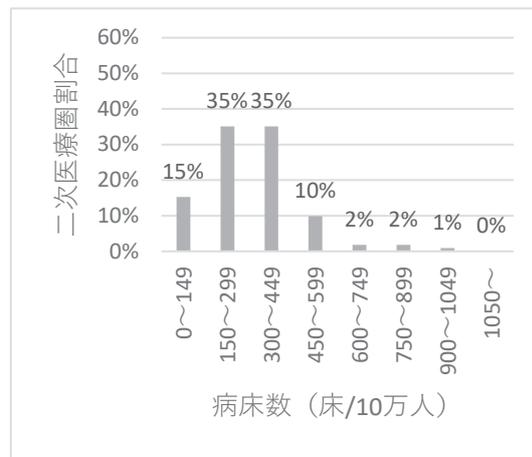


図3-28.2 2025年過疎地域慢性期病床

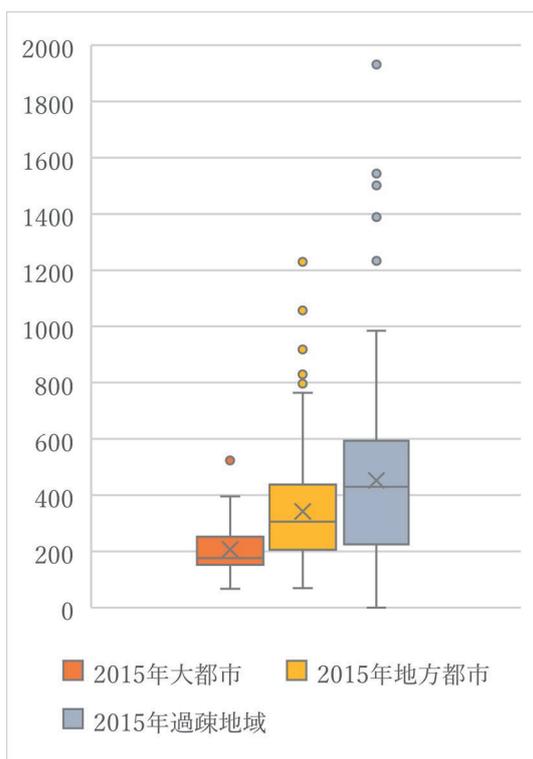


図 3-29.1 2015 年慢性期病床箱ヒゲ図

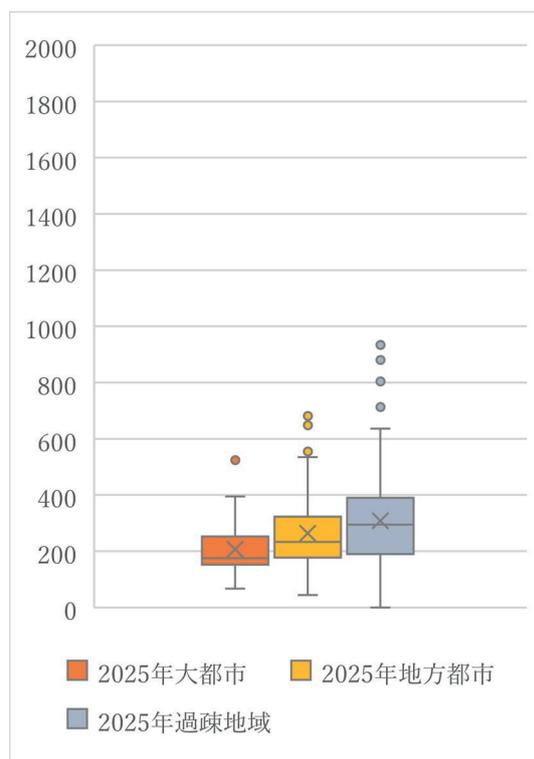


図 3-29.2 2025 年慢性期病床箱ヒゲ図

### <結果, 考察>

2015年について図3-26.1, 27.1, 28.1から、過疎地域で多く、大都市では少なかった。具体的に過疎地域では600床以上保有する圏域が過疎地域全体の25%あったが、大都市では存在しなかった。過疎地域のグラフの山が極めてなだらかであり、病床数のばらつきが激しい。具体的な数値としても表3-8.1, 9.1, 10.1から標準偏差が大都市は108床, 地方都市は192床, 過疎地域は329床, 慢性期病床の地域格差が過疎地域で広がっていることが分かる。図3-29.1からも過疎地域の病床数のばらつきの激しさが確認できる。

2025年の再編後、大都市の150床未満の圏域は11%減少し、150床以上300床未満の圏域の割合が12%増加していたことから、大都市では増強が図られていることがわかった。一方で地方都市と過疎地域はグラフが全体的に左にシフトしていることから、慢性期病床の圧縮は地方都市と過疎地域を中心に行われることが分かった。図3-29.2からも、図3-29.1と比較すると、大都市はほとんど変わっておらず、地方都市と過疎地域で変化していることが分かる。

### 3-2 二次医療圏の個別分類

地域医療構想における機能別病床推計の基礎的検討を行なった松田(2020)<sup>8)</sup>は、自身の著書で「おそらく最も問題になるのは回復期病床数(具体的には急性期から回復期への機能転換)と慢性期病床数(具体的には慢性期の患者を病床、介護施設、在宅にどのように配分するか)の2点」とした上で、「どのような医療提供体制が望ましいか(中略)関係者の合意形成を行っておくことが、一貫性のある議論を行うために有効」と述べている。本節では急性期病床と回復期病床の関係と慢性期病床と在宅医療等数の関係とに分けて分類を行う。

3-1 までは、地域医療構想の2025年推計値を2025年に確保しておくべき病床数と捉えていた。しかし本節では2025年の必要病床数の算出方法に立ち返り、2013年入院受療率を用いて算出された、患者数に対する必要十分な病床数として捉える。または医療圏ごとにすでに偏向があった入院受療率に現れる、医療圏ごとの特徴を表した推計値として捉える。

その2025年の推計値による分類から、当該医療圏の相対的特性を把握することで、2025年より先の中期的な病床再編や医療介護施設計画の指針としたいと考える。またこれらの結果から今後どのような医療提供体制が望ましいか議論する上で、当該医療圏の相対的特性を共通認識するための一つの知見としたい。

#### 1) 急性期病床と回復期病床による分類

##### <分析の方法>

医療の観点から急性期病床と回復期病床を縦軸、横軸としマトリクス分析を行う。対10万人病床数を病床機能別に、第1四分位数、中央値、第3四分位数を基準に4分割したのち、下図に示すように4×4の16分割のマトリクスの上に二次医療圏を並べる(2025年の対10万人機能別病床数一覧は資料編に掲載する)。横軸に急性期病床(黄色)を取り、縦軸に回復期病床(青色)を取る。16マスの表を5つの領域に分けることによって医療圏の相対的特性を判定する。赤色の領域の医療圏は相対的に対10万人病床数が多く、青色の領域の医療圏は少ないことが判定できる。また黄色と青色に位置する医療圏は急性期病床と回復期病床のバランスに偏りがあることが判定できる。真ん中の白色の領域は標準的と判断できる医療圏である。

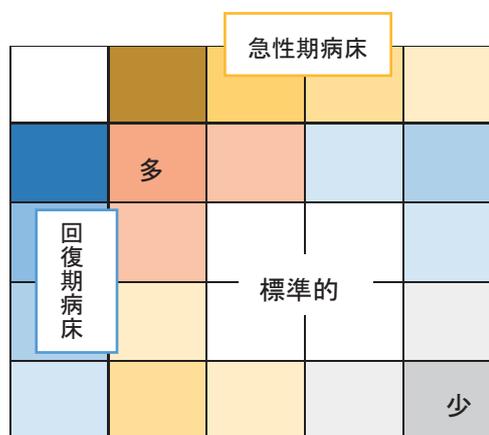


図 3-30 高度急性期病床と回復期病床のマトリクス分析

##### <結果>

次ページから都市規模別に分類の結果を示す。

表 3-11 2025 年急性期病床と回復期病床による分類（大都市 49 圏域）

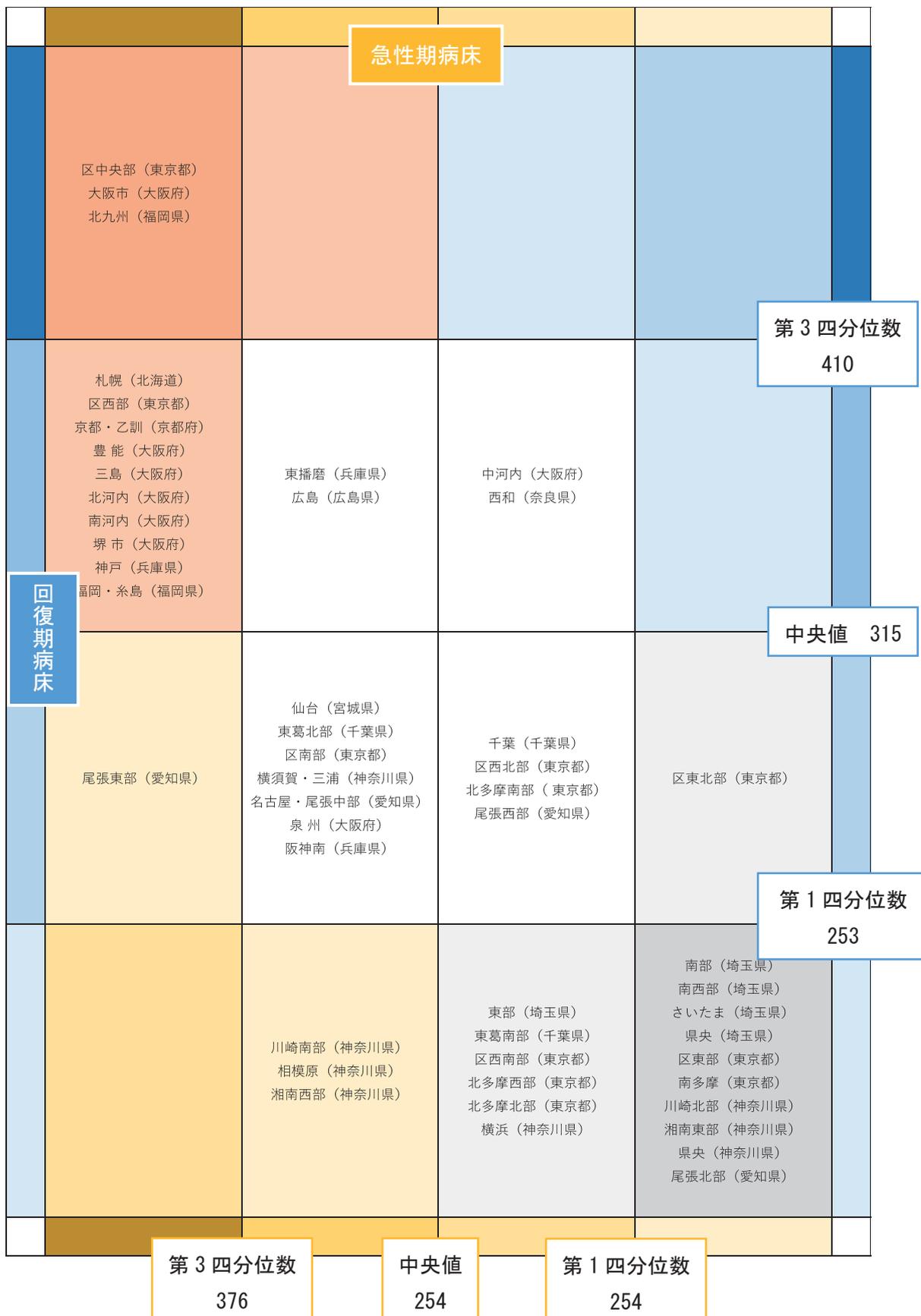


表 3-12 2025 年急性期病床と回復期病床による分類（地方都市 181 圏域）

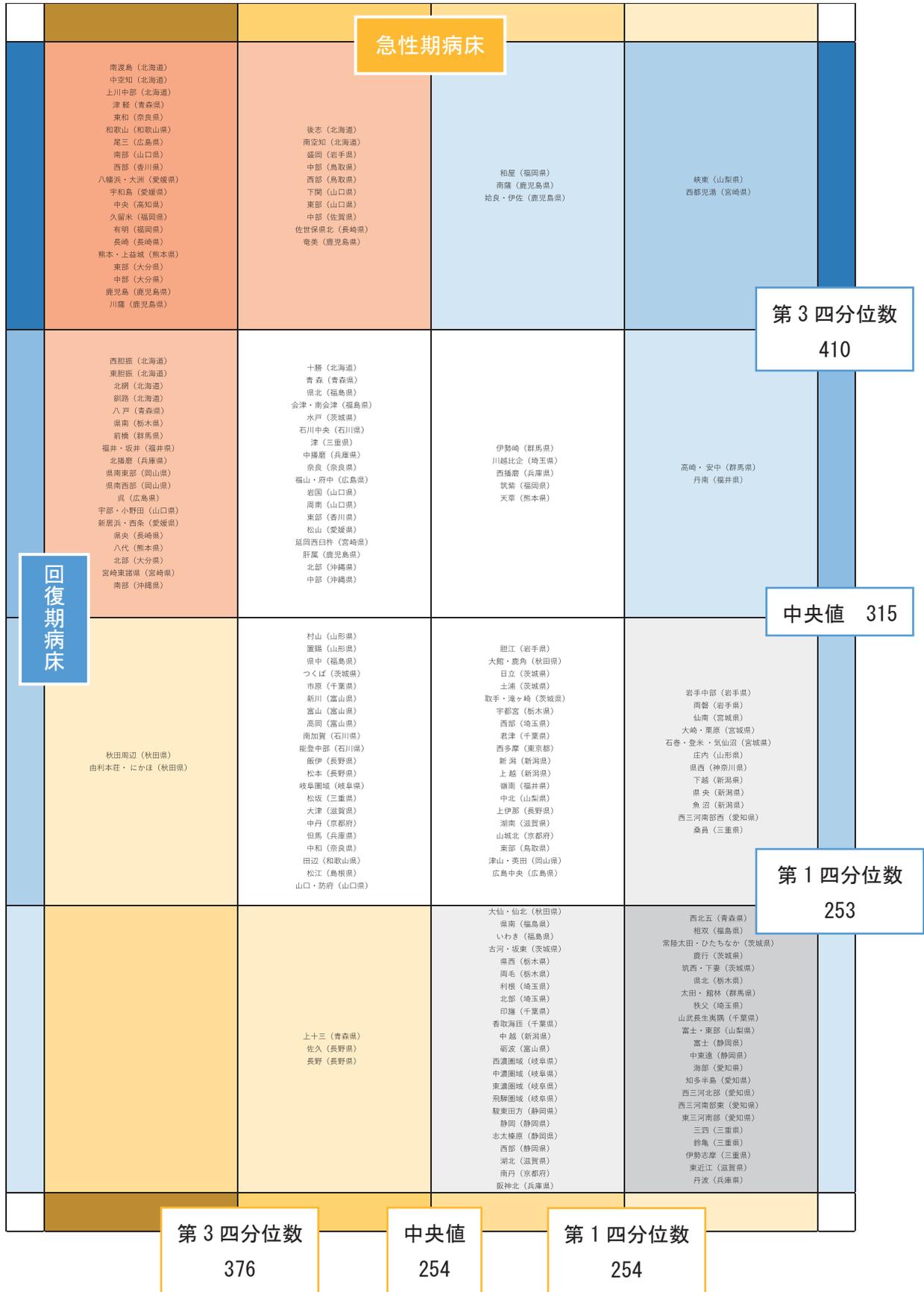


表 3-13 2025 年急性期病床と回復期病床による分類（過疎地域 111 圏域）

		急性期病床				
回復期病床	急性期病床	上川北部（北海道） 藤岡（群馬県） 熱海・伊東（静岡県） 真庭（岡山県） 長門（山口県） 萩（山口県） 西部（山口県） 今治（愛媛県） 安芸（高知県） 高幡（高知県） 幡多（高知県） 朝倉（福岡県） 八女・筑後（福岡県） 南部（佐賀県） 芦北（熊本県） 南部（大分県） 熊毛（鹿児島県）	北渡島檜山（北海道） 北空知（北海道） 留萌（北海道） 釜石（岩手県） 賀茂（静岡県） 橋本（和歌山県） 小豆（香川県） 宗像（福岡県） 五島（長崎県） 対馬（長崎県） 豊肥（大分県） 都城北諸県（宮崎県）	南檜山（北海道） 富良野（北海道） 遠紋（北海道） 丹後（京都府） 直方・鞍手（福岡県） 鹿本（熊本県） 西部（大分県） 日南串間（宮崎県）	日高（北海道） 宗谷（北海道） 吾妻（群馬県） 佐渡（新潟県） 雲南（島根県） 田川（福岡県） 京築（福岡県） 京諸（宮崎県） 日向入郷（宮崎県）	第 3 四分位数 410
	回復期病床	能代・山本（秋田県） 沼田（群馬県） 益田（島根県） 備北（広島県） 宇摩（愛媛県） 飯塚（福岡県） 泉南（長崎県）	上小（長野県） 御坊（和歌山県） 広島西（広島県） 柳井（山口県）	最上（山形県） 桐生（群馬県） 奥越（福井県） 淡路（兵庫県） 新宮（和歌山県） 志岐（長崎県） 八重山（沖縄県）	根室（北海道） 甲賀（滋賀県） 湖西（滋賀県） 大田（島根県） 東部（佐賀県） 西部（佐賀県） 宇城（熊本県） 菊池（熊本県） 出水（鹿児島県） 曾於（鹿児島県）	中央値 315
	回復期病床	安房（千葉県） 諏訪（長野県） 大北（長野県） 出雲（島根県）	北信（長野県） 浜田（島根県）	久慈（岩手県） 湯沢・雄勝（秋田県） 富岡（群馬県） 能登北部（石川県） 上五島（長崎県） 球磨（熊本県）	宮古（岩手県） 渋川（群馬県） 東紀州（三重県） 隠岐（島根県） 有明（熊本県）	第 1 四分位数 253
	回復期病床	横手（秋田県）	木曾（長野県） 北部（佐賀県）	気仙（岩手県） 二戸（岩手県） 宮古（沖縄県）	下北（青森県） 北秋田（秋田県） 県東（栃木県） 島しょ（東京都） 峡南（山梨県） 東三河北部（愛知県） 伊賀（三重県） 湖東（滋賀県） 山城南（京都府） 南和（奈良県） 那賀（和歌山県） 有田（和歌山県） 高梁・新見（岡山県） 阿蘇（熊本県）	第 3 四分位数 376
		第 3 四分位数 376	中央値 254	第 1 四分位数 254		

表 3-14 二次医療圏の分類まとめ（急性期病床と回復期病床）

大都市 49圏域	対10万人病床数が多い医療圏	13
	（うち非常に多い圏域）	3
	対10万人病床数が少ない医療圏	17
	（うち非常に少ない圏域）	10
	急性期病床が多く、回復期病床が少ない医療圏	4
	回復期病床が多く、急性期病床が少ない医療圏	0
	標準的な医療圏	15
地方都市 181圏域	対10万人病床数が多い医療圏	49
	（うち非常に多い圏域）	20
	対10万人病床数が少ない医療圏	57
	（うち非常に少ない圏域）	22
	急性期病床が多く、回復期病床が少ない医療圏	5
	回復期病床が多く、急性期病床が少ない医療圏	7
	標準的な医療圏	63
過疎地域 111圏域	対10万人病床数が多い医療圏	36
	（うち非常に多い圏域）	17
	対10万人病床数が少ない医療圏	22
	（うち非常に少ない圏域）	14
	急性期病床が多く、回復期病床が少ない医療圏	7
	回復期病床が多く、急性期病床が少ない医療圏	27
	標準的な医療圏	19
全二次医療圏 341圏域	対10万人病床数が多い医療圏	98
	（うち非常に多い圏域）	40
	対10万人病床数が少ない医療圏	96
	（うち非常に少ない圏域）	46
	急性期病床が多く、回復期病床が少ない医療圏	16
	回復期病床が多く、急性期病床が少ない医療圏	34
	標準的な医療圏	97

<考察>

表 3-11～13 の分類結果から、例えば、大都市に分類される区中央部（東京都）は急性期、回復期病床が共に非常に多いことが分かる。3章の分析より大都市は急性期、回復期病床が少ないが、区中央部は他の圏域に比べて病院の病床数が多いという特性を把握できた。

実態値の 2013 年入院受療率から算出された 2025 年値であるため、表 3-14 の赤色の医療圏は病床を削減し、灰色の医療圏は病床を増加させるべきといった提案はできない。しかし、長期的な病床再編を考えた際に対 10 万人病床数の全医療圏共通の値は存在しないため、相対的評価から上記の色付きの医療圏（全国 244 圏域）はできるだけ白色の標準的な医療圏を目指すことが望まれるだろう。また表 3-14 に示す各分類の医療圏数には意味がなく、表 3-11～13 に医療、介護の実態が現れているとして各医療圏の特性を把握できることが重要である。今後の医療施設計画の検討の知見の一つを得ることができた。

表 3-15 <参考>2015 年急性期病床と回復期病床の 2025 年四分位数による分類  
(大都市 49 圏域)

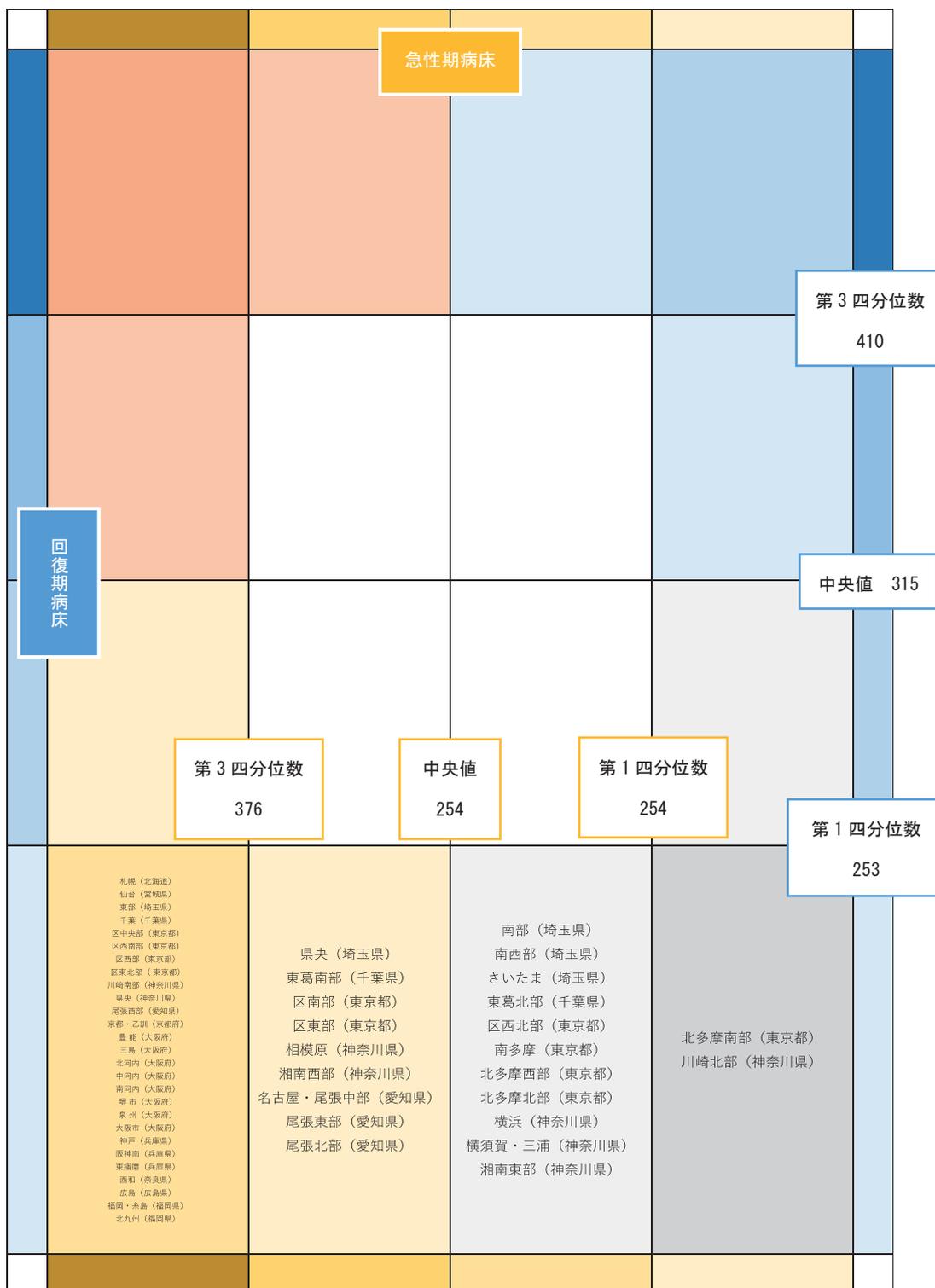




表 3-17 <参考>2015 年急性期病床と回復期病床の 2025 年四分位数による分類  
(過疎地域 111 圏域)

			急性期病床		
	真庭 (岡山県)				第 3 四分位数 410
	吾妻 (群馬県) 沼田 (群馬県) 大田 (島根県) 県南 (長崎県) 芦北 (熊本県)				中央値 315
回復期病床	浜田 (島根県) 八女・筑後 (福岡県) 飯塚 (福岡県) 有明 (熊本県) 鹿本 (熊本県)	第 3 四分位数 376	中央値 254	第 1 四分位数 254	第 1 四分位数 253
	南樺太 (北海道)、北樺太 (北海道)、北空知 (北海道)、日高 (北海道) 上川北部 (北海道)、富良野 (北海道)、留萌 (北海道)、宗谷 (北海道) 遠軽 (北海道)、根室 (北海道)、下北 (青森県)、乳仙 (岩手県) 釜石 (岩手県)、宮古 (岩手県)、久慈 (岩手県)、二戸 (岩手県) 北秋田 (秋田県)、能代、山本 (秋田県)、横手 (秋田県)、湯沢・雄勝 (秋田県) 東上 (山形県)、酒田 (群馬県)、藤岡 (群馬県)、富岡 (群馬県) 鶴巻 (群馬県)、安原 (千葉県)、佐豆 (新潟県)、能登北部 (石川県) 奥越 (福井県)、越前 (山梨県)、上小 (長野県)、奥野 (長野県) 木曾 (長野県)、大北 (長野県)、北信 (長野県)、奥夜 (静岡県) 熱海・伊東 (静岡県)、東三河北部 (愛知県)、伊賀 (三重県)、東紀州 (三重県) 甲賀 (滋賀県)、湖東 (滋賀県)、湖西 (滋賀県)、丹後 (京都府) 淡路 (兵庫県)、南和 (奈良県)、那賀 (和歌山県)、徳本 (和歌山県) 有田 (和歌山県)、御坊 (和歌山県)、新宮 (和歌山県)、笠間 (鳥取県) 出雲 (鳥取県)、吉田 (鳥取県)、那岐 (島根県)、高梁・都志 (岡山県) 備北 (広島県)、鞆弁 (山口県)、奥門 (山口県)、萩 (山口県) 西部 (山口県)、小豆 (愛媛県)、宇摩 (愛媛県)、今治 (愛媛県) 安芸 (高知県)、高橋 (高知県)、種多 (高知県)、津島 (福岡県) 朝倉 (福岡県)、東方・榑手 (福岡県)、田川 (福岡県)、東部 (佐賀県) 北部 (佐賀県)、西部 (佐賀県)、南部 (佐賀県)、五島 (長崎県) 上五島 (長崎県)、相岐 (長崎県)、対馬 (長崎県)、宇城 (熊本県) 菊池 (熊本県)、阿蘇 (熊本県)、球磨 (熊本県)、甞部 (大分県) 豊后 (大分県)、西部 (大分県)、都城北諸県 (宮崎県)、日南帯田 (宮崎県) 西諸 (宮崎県)、日向入野 (宮崎県)、出水 (鹿児島県)、曾於 (鹿児島県) 熊毛 (鹿児島県)、宮古 (沖縄県)、八重山 (沖縄県)	県東 (栃木県) 島しょ (東京都) 山城南 (京都府) 京築 (福岡県)		広島西 (広島県)	

## 2) 慢性期病床と在宅医療等数による分類

### <分析の方法>

慢性期病床と在宅医療等数を縦軸、横軸としマトリクス分析を行う。慢性期病床は対10万人病床数を、在宅医療等数は10万人あたりの患者数をそれぞれ、第1四分位数、中央値、第3四分位数を基準に4分割したのち、図3-27に示すように4×4の16分割のマトリクスの上に二次医療圏を並べる(2025年の対10万人機能別病床数一覧は資料編に掲載する)。横軸に慢性期病床(灰色)を取り、縦軸に在宅医療等数(緑色)を取る。16マスの表を5つの領域に分けることによって医療圏の相対的特性を判定する。赤色の領域の医療圏は相対的に慢性期病床も在宅医療も多く、青色の領域の医療圏は少ないことが判定できる。また灰色の領域の医療圏は病院の慢性期病床の負担が相対的に大きく、緑色の領域に位置する医療圏は在宅医療の負担が大きいことが判定できる。白色の領域は標準的と判断できる医療圏である。

		慢性期病床		
		多		
在宅医療等数			標準的	
				少

図 3-31 慢性期病床と在宅医療等数のマトリクス分析

### <結果>

次ページから都市規模ごとに結果を示す。

表 3-18 2025 年慢性期病床と在宅医療等数による分類（大都市 49 圏域）

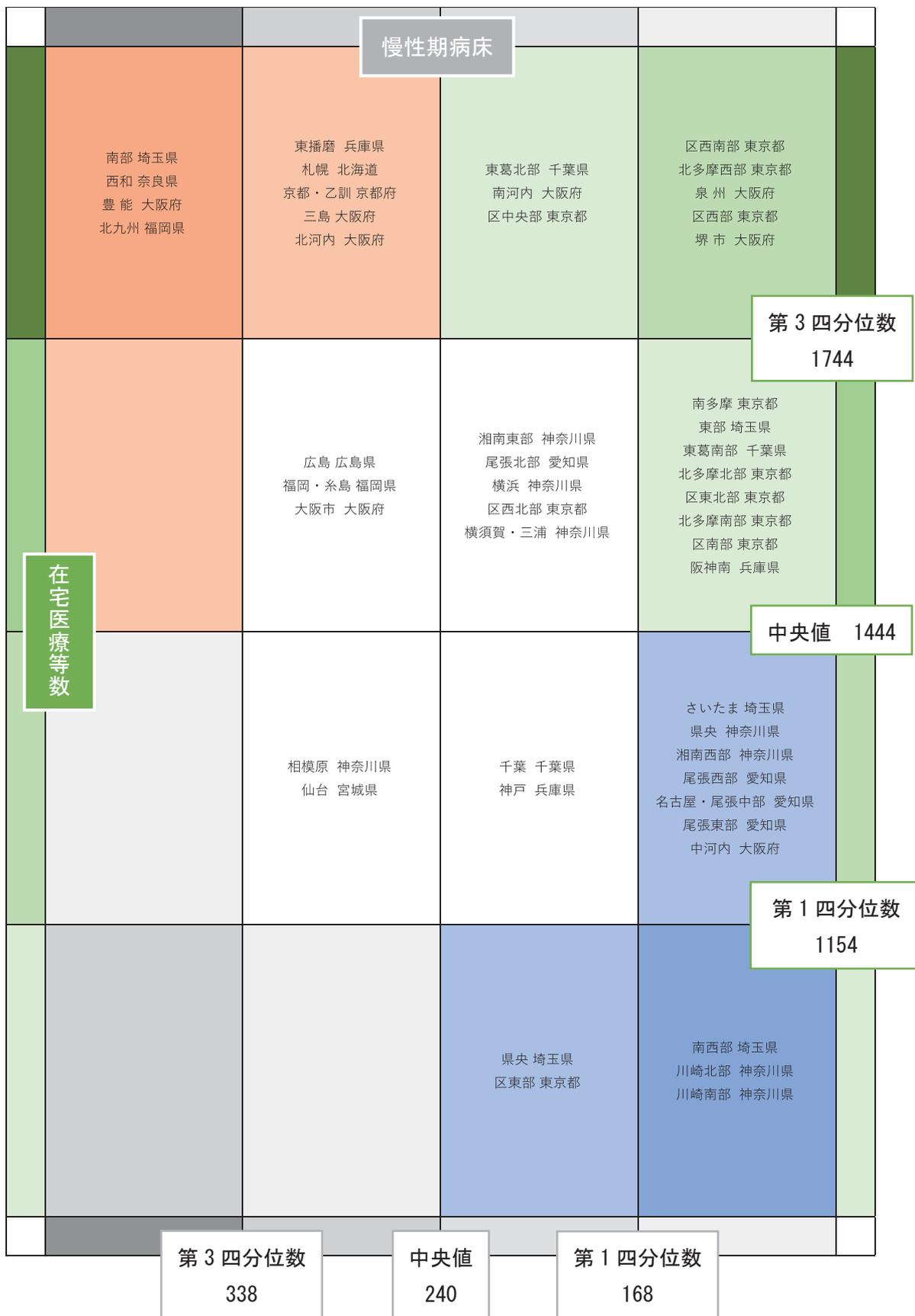


表 3-19 2025 年慢性期病床と在宅医療等数による分類（地方都市 181 圏域）

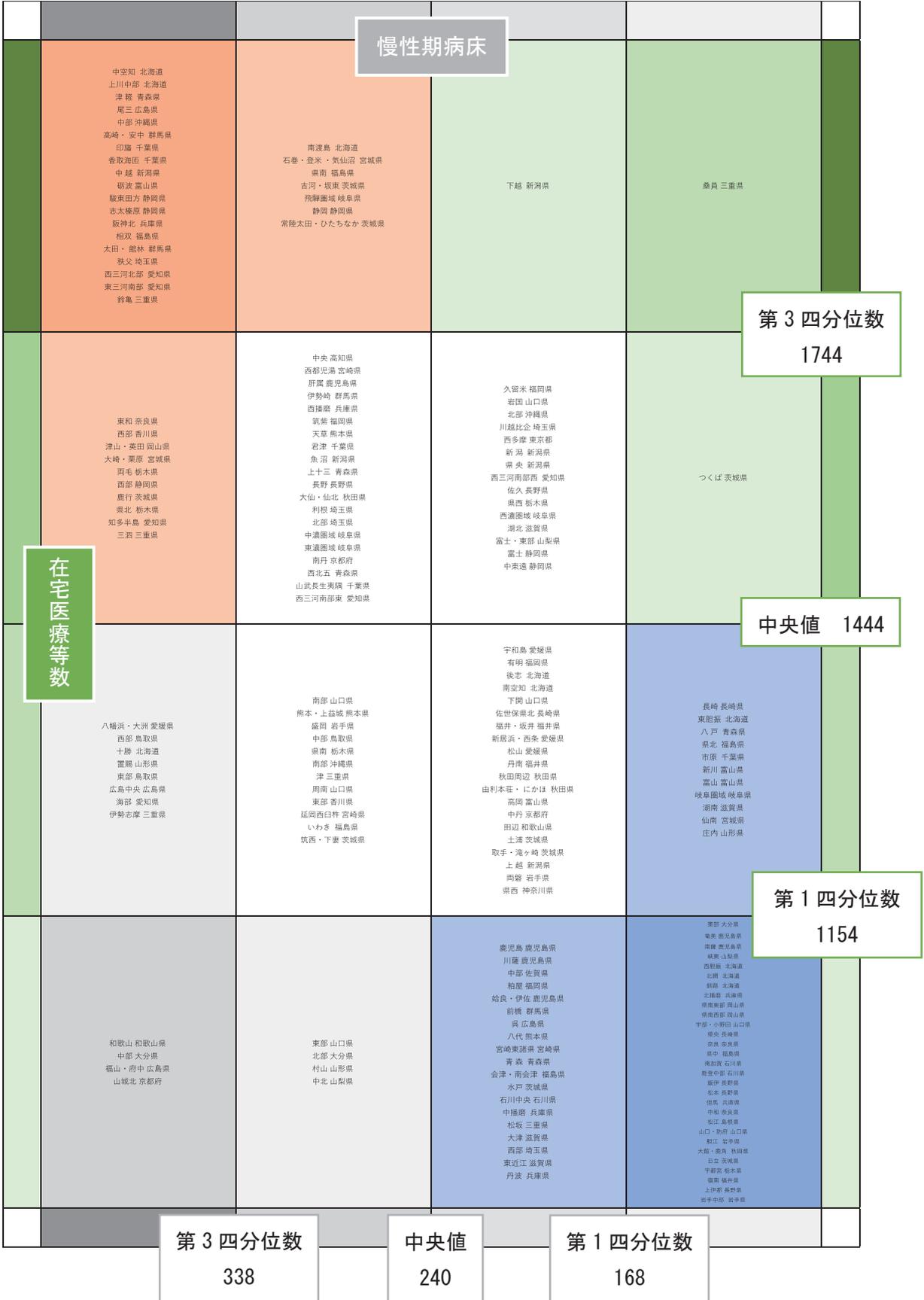


表 3-20 2025 年慢性期病床と在宅医療等数による分類（過疎地域 111 圏域）

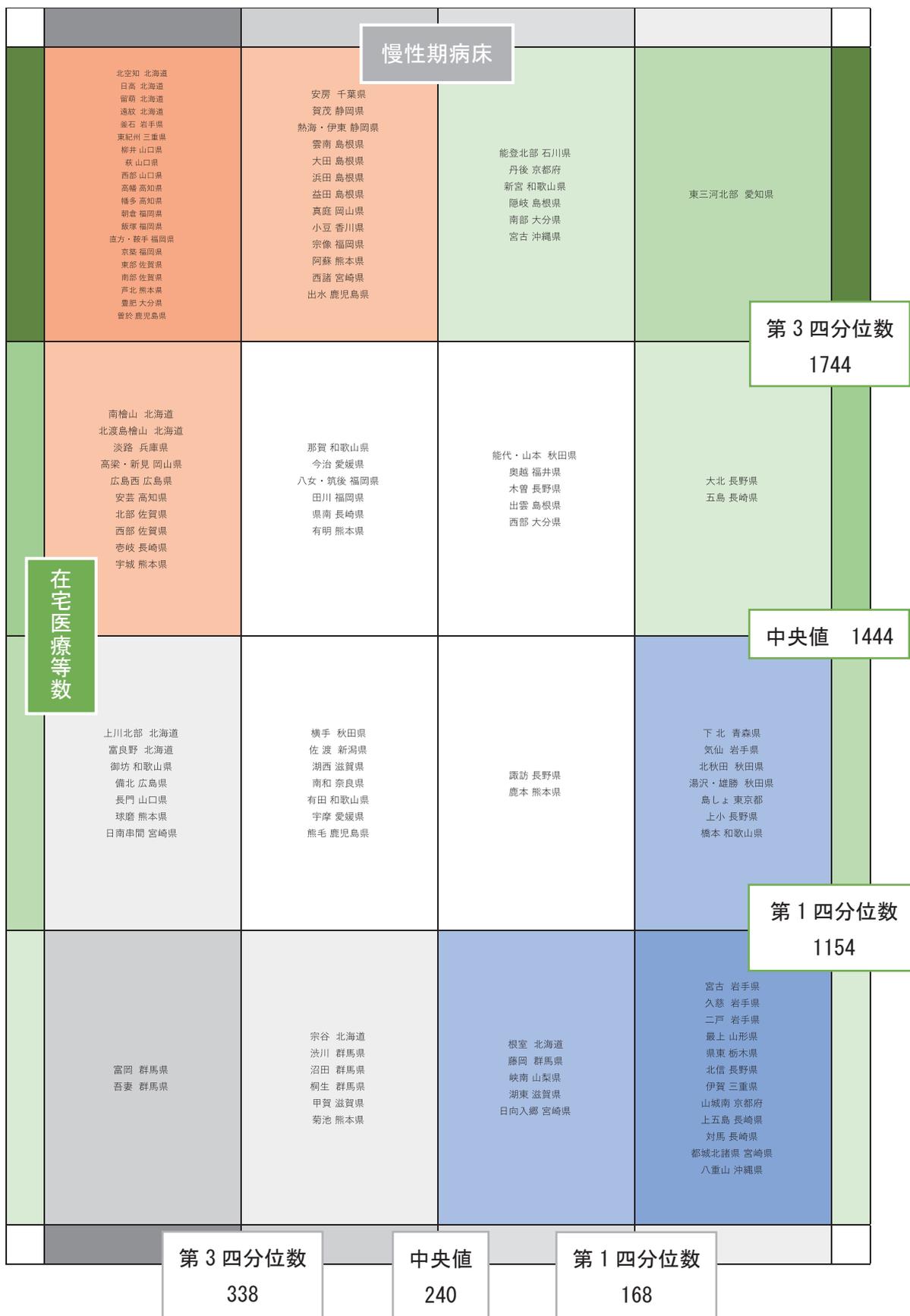


表 3-21 二次医療圏の分類まとめ（慢性期病床，在宅医療等数）

大都市 49圏域	慢性期病床も在宅医療も多い医療圏	9
	（うち非常に多い圏域）	4
	慢性期病床も在宅医療も少ない医療圏	12
	（うち非常に少ない圏域）	3
	慢性期が多く，在宅医療が少ない医療圏	0
	在宅医療が多く，慢性期が少ない医療圏	16
	標準的な医療圏	12
地方都市 181圏域	慢性期病床も在宅医療も多い医療圏	36
	（うち非常に多い圏域）	19
	慢性期病床も在宅医療も少ない医療圏	59
	（うち非常に少ない圏域）	29
	慢性期が多く，在宅医療が少ない医療圏	16
	在宅医療が多く，慢性期が少ない医療圏	3
	標準的な医療圏	67
過疎地域 111圏域	慢性期病床も在宅医療も多い医療圏	43
	（うち非常に多い圏域）	20
	慢性期病床も在宅医療も少ない医療圏	24
	（うち非常に少ない圏域）	12
	慢性期が多く，在宅医療が少ない医療圏	15
	在宅医療が多く，慢性期が少ない医療圏	9
	標準的な医療圏	20
全二次医療圏 341圏域	慢性期病床も在宅医療も多い医療圏	88
	（うち非常に多い圏域）	43
	慢性期病床も在宅医療も少ない医療圏	95
	（うち非常に少ない圏域）	44
	慢性期が多く，在宅医療が少ない医療圏	31
	在宅医療が多く，慢性期が少ない医療圏	28
	標準的な医療圏	99

### <考察>

赤色の医療圏は慢性期病床，在宅医療共に多い医療圏で，全国で88圏域存在した。この領域の医療圏は高齢人口が多く介護需要も大きいと考えられる。介護施設等も含めた医療介護施設の整備が求められる。青色の医療圏は両方少ない医療圏で，全国で95圏域存在した。灰色の医療圏は慢性期が多く，在宅医療が少ない圏域で，全国で31圏域存在した。この領域の医療圏は医療資源投入量の少ない患者を診る際，他の医療圏よりも病院の病床の負担が大きいことを意味する。逆に緑の領域の28圏域は在宅ケアの負担が大きいことを意味する。特に人口密度の小さい過疎地域の緑色の医療圏9圏域は，訪問診療等の在宅ケアが困難な可能性が高く，注意が必要である。このような観点から表3-16～18を用いて，各医療圏の特性把握が可能である。

## 第4章 新型コロナウイルス対策病床数の対急性期病床比較(2020年度現在)

### 4-1 都道府県別新型コロナウイルス対策病床数の対急性期病床比較

まず全国と都道府県別の新型コロナウイルス対策病床の算出と対急性期病床比較を行う。厚生労働省が公開している各都道府県の新型コロナウイルス対策病床数(2020年4月28日～2021年1月13日)<sup>58)</sup>を利用する。

<算出方法>

#### 1. 都道府県別の病床, 居室最大使用数と最大確保数を算出

表4-1に示すように各記録日の病床確保数と宿泊療養居室の合計を確保合計, 病床使用数と居室使用数の合計を使用合計とする。それぞれの過去の最大値を抽出し, 各都道府県の最大使用数と最大確保数とする。

次に最大使用数についてはその時点における患者数を意味しているので急性期病床の稼働率0.78で割り戻すことで病床数に変換し必要病床数(使用数)とする。最大確保数はそのままの値を必要病床数(確保数)とする。

#### 2. 急性期病床圧迫率(2015年, 2025年)を算出

現在の急性期病床圧迫率を求める際は, 2015年の急性期病床数を用いる。算出式は以下に示す通りである。

[2015年急性期病床圧迫率]=

[各都道府県の必要病床数]/[各都道府県の2015年急性期病床数]

この式は, 2015年の急性期病床の一部を転換して対策病床とするという仮定を含んでいる。最大使用数による必要病床数の場合と最大確保数による必要病床数の場合の2つの値を導く。

表 4-1 新型コロナウイルス対策病床データ  
(北海道)  
(2020年4月28日～2021年1月13日)

	01 北海道							確保 合計	使用 合計
	病床 確保 数	病床 使用 率	病床 使用 数	宿泊 療養 居室	居室 使用 率	居室 使用 数			
2021年1月13日	1,811	40%	725	1,835	22%	397	3,646	1,122	
2021年1月6日	1,811	46%	835	1,835	13%	240	3,646	1,075	
2020年12月30日	1,811	45%	817	1,835	12%	227	3,646	1,044	
2020年12月23日	1,811	51%	926	1,660	15%	256	3,471	1,182	
2020年12月16日	1,811	55%	992	1,660	27%	452	3,471	1,444	
2020年12月9日	1,811	55%	998	1,660	31%	514	3,471	1,512	
2020年12月2日	1,811	52%	935	1,660	41%	678	3,471	1,613	
2020年11月25日	1,811	47%	845	1,560	53%	819	3,371	1,664	
2020年11月18日	1,811	38%	693	1,500	47%	708	3,311	1,401	
2020年11月11日	1,811	24%	434	1,170	43%	508	2,981	942	
2020年11月4日	1,811	12%	215	1,170	30%	355	2,981	570	
2020年10月28日	1,811	8%	151	1,170	15%	180	2,981	331	
2020年10月21日	1,811	6%	109	1,170	9%	105	2,981	214	
2020年10月14日	1,811	7%	127	1,170	7%	82	2,981	209	
2020年10月7日	1,811	6%	109	1,170	5%	59	2,981	167	
2020年9月30日	1,767	5%	88	1,170	4%	47	2,937	135	
2020年9月23日	1,767	4%	71	1,170	4%	47	2,937	117	
2020年9月16日	1,767	2%	35	1,170	2%	23	2,937	59	
2020年9月9日	1,767	3%	53	1,170	2%	23	2,937	76	
2020年9月2日	1,767	5%	88	1,170	2%	23	2,937	112	
2020年8月26日	1,767	6%	101	810	4%	32	2,577	133	
2020年8月19日	1,767	5%	95	810	4%	29	2,577	124	
2020年8月12日	1,767	5%	97	810	6%	50	2,577	147	
2020年8月5日	1,558	5%	80	810	5%	37	2,368	117	
2020年7月29日	1,558	4%	55	810	3%	25	2,368	80	
2020年7月22日	1,558	4%	58	810	3%	26	2,368	84	
2020年7月15日	1,558	3%	54	810	1%	9	2,368	63	
2020年7月8日	1,558	4%	65	810	1%	6	2,368	71	
2020年7月1日	1,558	6%	99	930	0%	4	2,488	103	
2020年6月24日	1,558	5%	79	930	0%	4	2,488	83	
2020年6月17日	1,558	6%	95	930	2%	14	2,488	109	
2020年6月10日	1,558	7%	111	930	1%	13	2,488	124	
2020年6月3日	1,558	10%	159	930	1%	9	2,488	168	
2020年5月27日	1,558	12%	186	930	1%	11	2,488	197	
2020年5月21日	1,547	14%	215	930	2%	22	2,477	237	
2020年5月13日	1,547	18%	284	930	6%	60	2,477	344	
2020年5月8日	1,206	25%	306	930	12%	111	2,136	417	
2020年5月1日	1,206	25%	305	260	19%	49	1,466	354	
2020年4月28日			305			49			
最大値	1,811	55%	998	1,835	53%	819	3,646	1,664	

2025年の急性期病床圧迫率を求める際は、2025年の急性期病床数の推計値を用いる。算出式は以下に示す通りである。

[2025年の急性期病床圧迫率]=

[各都道府県の必要病床数]/{[各都道府県の2025年急性期病床数]+[各都道府県の必要病床数]}

この式は2025年に推計されていた通常医療分に対策病床分を追加した病床数を分母としている。したがって、2025年は通常医療の病床とは別で対策病床を確保するという仮定を置いている。

<結果>

表 4-2 新型コロナウイルス対策必要病床数の全国合計値と急性期病床割合（2015年，2025年）

2015年値				参考
	必要病床数 (使用数)	必要病床数 (確保数)	急性期病床 数	急性期病床削 減目標数
合計値	30,241	64,428	598,534	198,306
圧迫率	5.1%	10.8%		
2025年値				参考
	必要病床数 (使用数)	必要病床数 (確保数)	急性期病床 数	地域医療構想 削減目標数
合計値	28,801	61,068	400,228	86,543
圧迫率	6.7%	13.2%		

表 4-3 都道府県別急性期病床圧迫率の代表値（2015年，2025年）

	2015年		2025年	
	急性期病床 圧迫率 (使用数)	急性期病床 圧迫率 (確保数)	急性期病床 圧迫率 (使用数)	急性期病床 圧迫率 (確保数)
最大値	11.4%	36.4%	11.3%	35.6%
中央値	3.6%	10.4%	5.6%	13.3%
最小値	0.7%	4.4%	1.2%	7.1%
平均値	4.1%	11.0%	5.7%	14.1%

表 4-4 2015, 2025 年急性期病床圧迫率上位 10 都道府県

Lank	都道府県	2015年				Lank	都道府県	2025年			
		必要病床数 (使用数)	急性期病床 数	急性期 病床 順位	急性期病床 圧迫率 (使用数)			必要病床数 (使用数)	急性期病床 数	急性期 病床 順位	急性期病床 圧迫率 (使用数)
1	13 東京都	5,522	48,326	1	11.4%	1	13 東京都	5,385	42,275	1	11.3%
2	47 沖縄県	565	6,504	34	8.7%	2	21 岐阜県	676	5,792	18	10.4%
3	25 滋賀県	421	5,667	40	7.4%	3	25 滋賀県	417	3,871	33	9.7%
4	21 岐阜県	719	10,266	20	7.0%	4	19 山梨県	210	2,028	46	9.4%
5	27 大阪府	3,044	43,635	2	7.0%	5	47 沖縄県	558	5,427	22	9.3%
6	29 奈良県	450	7,022	31	6.4%	6	29 奈良県	422	4,374	29	8.8%
7	11 埼玉県	1,537	24,674	8	6.2%	7	10 群馬県	514	5,472	21	8.6%
8	14 神奈川県	1,753	28,658	5	6.1%	8	01 北海道	1,965	21,926	4	8.2%
9	19 山梨県	227	3,914	44	5.8%	9	27 大阪府	2,896	35,047	2	7.6%
10	01 北海道	2,133	36,806	3	5.8%	10	11 埼玉県	1,479	17,954	8	7.6%

### <考察>

表 4-2 から、現状（2015 年値）の必要病床数（使用数）の全国合計が 30,241 床、必要病床数（確保数）の全国合計が 64,428 床であった。2025 年の人口データによる対策病床の必要病床数（使用数）の全国合計が 28,801 床、必要病床数（確保数）の全国合計が 61,068 床であった。このような新たな急性期病床需要の増加は、地域医療構想の病床削減目標数の 86,543 床や急性期病床の削減目標数 198,306 床と比較しても看過できない規模となっている。

続いて各都道府県の現在の病床圧迫率について、最大値や平均値等は表 4-3 に示す通りである。必要病床数（使用数）に着目して急性期病床数の 2015 年現況値に対して、最大 11.4%（東京都）～最小 0.7%（秋田県）、平均 4.1%となった。2025 年計画値に対しては、最大 11.3%（東京都）～最小 1.2%（秋田県）、平均 5.7%となる。

表 4-4 より病床圧迫率の上位 10 都道府県を見ると、2015 年、2025 年ともに東京都が最大となっている。2015 年について、東京都や大阪府、埼玉県、神奈川県、北海道等の感染者が多発している都道府県の圧迫率が高い。2025 年についても上位の都道府県はほとんど変わっていない。

## 4-2 二次医療圏別新型コロナウイルス対策病床数の対急性期病床比較

二次医療圏別での新型コロナウイルス対策病床数の推計と対急性期病床比較を行う。データは都道府県単位でしか公表されていないため、二次医療圏別使用数を都道府県の数値から人口按分と人口密度按分の二つの方法で推計した。

### 1) 二次医療圏の新型コロナウイルス対策病床数の推計

#### <算出方法>

#### 1. 各都道府県における二次医療圏の人口比と人口密度比

4-1の<算出方法>の1で抽出した都道府県別の最大確保数，最大使用数を二次医療圏単位に換算する際に二つの方法で推計を試みる．一つ目は各都道府県における二次医療圏の人口比を用いる人口按分，二つ目は各都道府県における二次医療圏の人口密度比を用いる人口密度按分である．人口按分は，ジョンス・ホプキンス大学の報告<sup>61)</sup>に基づき，感染者数は人口規模と相関があるという仮定を用いる．人口密度按分は名古屋工業大学の報告<sup>62)</sup>に基づいて感染者数は人口密度と相関があるという仮定を用いる．本研究では二次医療圏単位の感染者数，必要病床数を簡易的に算出するための手段とする．

## 2. 二次医療圏単位の2015年，2025年コロナ対策必要病床数を算出

表4-5のe最大使用数(e', E, E')とg最大確保数(g', G, G')を都道府県ごとの各二次医療圏の人口比，または人口密度比を用いて各二次医療圏に分配する．ここで最大使用数はある1日の患者数を意味しているため急性期病床の稼働率0.78で割り戻すことで必要病床数に変換する．最大確保数は病床数なのでそのまま利用する．それぞれf必要病床数(f', F, F') (使用数)とh必要病床数(h', H, H') (確保数)とする．各医療圏の算出結果は，最大使用数をベースとした2015年必要病床数と2025年必要病床数，最大確保数をベースとした2015年必要病床数と2025年の必要病床数のそれぞれ4パターンである．

### <結果>

以下に二次医療圏単位の新型コロナウイルス対策病床の推計値(北海道)を示す．その他の医療圏は資料編にて示す．

表4-5 二次医療圏単位の新型コロナウイルス対策病床2015年値と2025年値(北海道)  
(2020年4月28日～2021年1月13日)

都道府県名	二次医療圏名	都市規模	人口按分								人口密度按分							
			a'都道府県人口(千人)	b'総人口(千人)	c'人口密度(2015年)	d'人口比	e'最大使用数(床)	f'必要病床数(床)	g'最大確保数(床)	h'必要病床数(床)	a'都道府県人口(千人)	b'総人口(千人)	c'人口密度(2025年)	d'人口比	e'最大使用数(床)	f'必要病床数(床)	g'最大確保数(床)	h'必要病床数(床)
北海道	南渡島	地方都市型	5,384	382	143	0.071	1,664	151	3,646	259	4,959	333	125	0.067	1,533	132	3,358	226
	南檜山	過疎地域型		24	17	0.004		10		16		19	13	0.004		8		13
	北渡島檜山	過疎地域型		37	15	0.007		15		25		32	13	0.006		13		22
	札幌	大都市型		2,375	671	0.441		941		1,608		2,293	648	0.462		909		1,553
	後志	地方都市型		216	50	0.040		86		146		184	43	0.037		73		125
	南空知	地方都市型		167	65	0.031		66		113		145	57	0.029		57		98
	中空知	地方都市型		108	50	0.020		43		73		92	43	0.019		36		62
	北空知	過疎地域型		33	31	0.006		13		22		27	25	0.005		11		18
	西胆振	地方都市型		190	140	0.035		75		129		170	125	0.034		67		115
	東胆振	地方都市型		212	91	0.039		84		144		197	84	0.040		78		133
	日高	過疎地域型		69	14	0.013		27		47		61	13	0.012		24		41
	上川中部	地方都市型		394	93	0.073		156		267		354	84	0.071		140		240
	上川北部	過疎地域型		67	16	0.012		27		45		59	14	0.012		23		40
	富良野	過疎地域型		43	20	0.008		17		29		39	18	0.008		15		26
	留萌	過疎地域型		48	14	0.009		19		33		40	12	0.008		16		27
	宗谷	過疎地域型		68	15	0.013		27		46		60	13	0.012		24		41
	北網	地方都市型		223	40	0.041		88		151		202	36	0.041		80		137
	遠紋	過疎地域型		71	14	0.013		28		48		61	12	0.012		24		41
	十勝	地方都市型		343	32	0.064		136		232		317	29	0.064		126		215
	釧路	地方都市型		237	40	0.044		94		160		204	34	0.041		81		138
根室	過疎地域型	77	22	0.014	31	52	70	20	0.014	28	47							

人口密度按分																		
都道府県名	二次医療圏名	都市規模	2015年						2025年									
			A都道府県人口(千人)	B総人口(千人)	C人口密度(2015年)	D人口密度比	E最大使用数(床)	F必要病床数(床)	G最大確保数(床)	H必要病床数(床)	A'都道府県人口(千人)	B'総人口(千人)	C'人口密度(2025年)	D'人口密度比	E'最大使用数(床)	F'必要病床数(床)	G'最大確保数(床)	H'必要病床数(床)
北海道	南渡島	地方都市型	5,384	382	143	0.09	1,664	192	3,646	328	4,959	333	125	0.09	1,533	168	3,358	287
	南檜山	過疎地域型		24	17	0.01		23		39		19	13	0.01		18		31
	北渡島檜山	過疎地域型		37	15	0.01		20		34		32	13	0.01		17		30
	札幌	大都市型		2,375	671	0.42		899		1,537		2,293	648	0.44		872		1,490
	後志	地方都市型		216	50	0.03		67		115		184	43	0.03		58		98
	南空知	地方都市型		167	65	0.04		87		149		145	57	0.04		76		130
	中空知	地方都市型		108	50	0.03		67		115		92	43	0.03		57		98
	北空知	過疎地域型		33	31	0.02		41		71		27	25	0.02		34		58
	西胆振	地方都市型		190	140	0.09		188		321		170	125	0.09		169		288
	東胆振	地方都市型		212	91	0.06		121		207		197	84	0.06		113		194
	日高	過疎地域型		69	14	0.01		19		33		61	13	0.01		17		29
	上川中部	地方都市型		394	93	0.06		125		213		354	84	0.06		112		192
	上川北部	過疎地域型		67	16	0.01		21		37		59	14	0.01		19		32
	富良野	過疎地域型		43	20	0.01		26		45		39	18	0.01		24		41
	留萌	過疎地域型		48	14	0.01		19		32		40	12	0.01		16		27
	宗谷	過疎地域型		68	15	0.01		20		34		60	13	0.01		17		30
	北網	地方都市型		223	40	0.03		54		92		202	36	0.02		49		84
	遠紋	過疎地域型		71	14	0.01		18		32		61	12	0.01		16		27
	十勝	地方都市型		343	32	0.02		42		73		317	29	0.02		39		67
	釧路	地方都市型		237	40	0.02		53		91		204	34	0.02		46		78
根室	過疎地域型	77	22	0.01	29	50	70	20	0.01	27	45							

## 2) 対急性期病床比較

4-1での都道府県別の分析から東京都、大阪府等の感染者が多発している都道府県の急性期病床圧迫率が高いことが確認できた。ここでは二次医療圏別の2015年、2025年必要病床数が急性期病床をどれほど圧迫しているか比較する。

### <分析方法>

表4-6より、1) で求めたf必要病床数 (f, F, F'), h必要病床数 (h', H, H') と各医療圏の急性期病床を二次医療圏ごとに比較し、j病床圧迫率 (j, J, J') (使用数) とk病床圧迫率 (k', K, K') を算出する。

現在の2015年のj病床圧迫率 (J, k, K) を求める際は、2015年の急性期病床数を用いる。算出式は以下に示す通りである。

$$[j \text{ 病床圧迫率 } (J, k, K)] =$$

$$[f \text{ 必要病床数 } (F, h, H)] / [ \text{当該医療圏の } i \text{ 急性期病床数 } (I) ]$$

この式は、2015年の急性期病床を転換して対策病床としているという仮定を含んでいる。

最大使用数による必要病床数の場合と最大確保数による必要病床数の場合の2つの値を導く。

2025年のj'病床圧迫率 (J', k', K') を求める際は、2025年の急性期病床数の推計値を用いる。算出式は以下に示す通りである。

$$[j' \text{ 病床圧迫率 } (J', k', K')] =$$

$$[f' \text{ 必要病床数 } (F', h', H')] / \{ [ \text{当該医療圏の } i' \text{ 急性期病床数 } (I') ] + [f' \text{ 必要病床数 } (F', h', H')] \}$$

この式は2025年に推計されていた通常医療分に対策病床分を追加した病床数を分母としている。したがって、2025年は通常医療の病床とは別に対策病床を確保するという仮定を置いている。

<結果>

以下に急性期圧迫率算定の表（北海道）を示す。その他の医療圏は資料編にて示す。

表 4-6 二次医療圏単位の急性期病床圧迫率の2015年値と2025年値（北海道）  
（2020年4月28日～2021年1月13日）

都道府県名	二次医療圏名	都市規模	人口按分																	
			2015年								2025年									
			e最大使用数(床)	f必要病床数(床)	g最大確保数(床)	h必要病床数(床)	i2015年急性期病床数(床)	j病床圧迫率(使用数)	平均	k病床圧迫率(確保数)	平均	e'最大使用数(床)	f'必要病床数(床)	g'最大確保数(床)	h'必要病床数(床)	i'2025年急性期病床数(床)	j'病床圧迫率(使用数)	平均	k'病床圧迫率(確保数)	平均
北海道	南渡島	地方都市型	151	259	3,236	4.7%	8.0%	132	226	1,759	7.0%	11.4%	1,664	3,646	5.8%	9.9%	1,533	3,358	10.7%	16.9%
	南檜山	過疎地域型	10	16	202	4.7%	8.0%	8	13	56	11.9%	18.7%								
	北渡島檜山	過疎地域型	15	25	366	4.0%	6.8%	13	22	103	11.0%	17.4%								
	札幌	大都市型	941	1,608	15,376	6.1%	10.5%	909	1,553	10,951	7.7%	12.4%								
	後志	地方都市型	86	146	1,512	5.7%	9.7%	73	125	638	10.3%	16.3%								
	南空知	地方都市型	66	113	1,270	5.2%	8.9%	57	98	474	10.8%	17.2%								
	中空知	地方都市型	43	73	869	4.9%	8.4%	36	62	424	7.9%	12.8%								
	北空知	過疎地域型	13	22	191	6.8%	11.7%	11	18	100	9.7%	15.5%								
	西船振	地方都市型	75	129	1,386	5.4%	9.3%	67	115	800	7.8%	12.6%								
	東船振	地方都市型	84	144	1,388	6.1%	10.3%	78	133	752	9.4%	15.1%								
	日高	過疎地域型	27	47	273	10.0%	17.1%	24	41	103	19.0%	28.6%								
	上川中部	地方都市型	156	267	3,018	5.2%	8.8%	140	240	1,795	7.2%	11.8%								
	上川北部	過疎地域型	27	45	536	5.0%	8.5%	23	40	229	9.3%	14.9%								
	富良野	過疎地域型	17	29	335	5.1%	8.7%	15	26	120	11.4%	18.0%								
	留萌	過疎地域型	19	33	346	5.5%	9.4%	16	27	142	10.0%	16.0%								
	宗谷	過疎地域型	27	46	521	5.2%	8.8%	24	41	127	15.8%	24.2%								
	北網	地方都市型	88	151	1,609	5.5%	9.4%	80	137	790	9.2%	14.8%								
	遠紋	過疎地域型	28	48	564	5.0%	8.5%	24	41	186	11.5%	18.2%								
	十勝	地方都市型	136	232	1,780	7.6%	13.0%	126	215	1,141	9.9%	15.8%								
	釧路	地方都市型	94	160	1,683	5.6%	9.5%	81	138	1,139	6.6%	10.8%								
根室	過疎地域型	31	52	345	8.8%	15.1%	28	47	97	22.2%	32.8%									

都道府県名	二次医療圏名	都市規模	人口密度按分																	
			2015年								2025年									
			E最大使用数(床)	F必要病床数(床)	G最大確保数(床)	H必要病床数(床)	I2015年急性期病床数(床)	J病床圧迫率(使用数)	平均	K病床圧迫率(確保数)	平均	E'最大使用数(床)	F'必要病床数(床)	G'最大確保数(床)	H'必要病床数(床)	I'2025年急性期病床数(床)	J'病床圧迫率(使用数)	平均	K'病床圧迫率(確保数)	平均
北海道	南渡島	地方都市型	192	328	3,236	5.9%	10.1%	168	287	1,759	8.7%	14.0%	1,664	3,646	6.9%	11.7%	1,533	3,358	12.1%	18.7%
	南檜山	過疎地域型	23	39	202	11.2%	19.1%	18	31	56	24.3%	35.4%								
	北渡島檜山	過疎地域型	20	34	366	5.5%	9.4%	17	30	103	14.5%	22.4%								
	札幌	大都市型	899	1,537	15,376	5.8%	10.0%	872	1,490	10,951	7.4%	12.0%								
	後志	地方都市型	67	115	1,512	4.4%	7.6%	58	98	638	8.3%	13.4%								
	南空知	地方都市型	87	149	1,270	6.9%	11.8%	76	130	474	13.8%	21.5%								
	中空知	地方都市型	67	115	869	7.7%	13.2%	57	98	424	11.9%	18.8%								
	北空知	過疎地域型	41	71	191	21.7%	37.1%	34	58	100	25.4%	36.8%								
	西船振	地方都市型	188	321	1,386	13.6%	23.2%	169	288	800	17.4%	26.5%								
	東船振	地方都市型	121	207	1,388	8.7%	14.9%	113	194	752	13.1%	20.5%								
	日高	過疎地域型	19	33	273	7.0%	12.0%	17	29	103	14.2%	22.1%								
	上川中部	地方都市型	125	213	3,018	4.1%	7.1%	112	192	1,795	5.9%	9.7%								
	上川北部	過疎地域型	21	37	536	4.0%	6.8%	19	32	229	7.6%	12.4%								
	富良野	過疎地域型	26	45	335	7.9%	13.5%	24	41	120	16.7%	25.5%								
	留萌	過疎地域型	19	32	346	5.4%	9.2%	16	27	142	9.9%	15.8%								
	宗谷	過疎地域型	20	34	521	3.8%	6.5%	17	30	127	12.1%	19.0%								
	北網	地方都市型	54	92	1,609	3.4%	5.7%	49	84	790	5.8%	9.6%								
	遠紋	過疎地域型	18	32	564	3.3%	5.6%	16	27	186	7.9%	12.8%								
	十勝	地方都市型	42	73	1,780	2.4%	4.1%	39	67	1,141	3.3%	5.6%								
	釧路	地方都市型	53	91	1,683	3.1%	5.4%	46	78	1,139	3.9%	6.4%								
根室	過疎地域型	29	50	345	8.5%	14.4%	27	45	97	21.5%	31.9%									

表 4-7 2015年, 2025年の急性期病床圧迫率（人口按分, 人口密度按分）

	人口按分		人口密度按分	
	2015年	2025年	2015年	2025年
	j病床圧迫率(使用数)	j'病床圧迫率(使用数)	J病床圧迫率(使用数)	J'病床圧迫率(使用数)
最大値	19.6%	30.9%	26.0%	27.1%
中央値	4.0%	6.2%	3.4%	5.6%
最小値	0.5%	1.0%	0.5%	1.0%
平均値	4.4%	6.7%	4.7%	7.0%
	人口按分		人口密度按分	
	2015年	2025年	2015年	2025年
	k病床圧迫率(確保数)	k'病床圧迫率(確保数)	K病床圧迫率(確保数)	K'病床圧迫率(確保数)
最大値	51.7%	39.9%	64.8%	52.5%
中央値	9.5%	14.0%	9.4%	13.3%
最小値	2.9%	5.8%	1.0%	1.5%
平均値	10.9%	15.1%	11.9%	15.6%

<考察>

病床使用数の最大値を二次医療圏別にみると急性期病床数の2015年現況値に対して、人口按分方式で最大19.6%（北多摩南部（東京都））～最小0.5%（能代・山本（秋田県））、平均4.4%、人口密度按分方式で最大26.0%（広島西（広島県））～最小0.5%（大館・鹿角（秋田県））、平均4.7%となった。一方、急性期病床数の2025年計画値に対しては、人口按分方式で最大30.9%（島しょ（東京都））～最小1.0%（横手（秋田県））、平均6.7%、人口密度按分方式で最大27.1%（彦岐（長崎県））～最小1.0%（秋田周辺（秋田県））、平均7.0%となった。ともに誤差範囲を超えて看過できない規模といえる。

<都市規模による分析>

必要病床数（使用数）に着目して病床圧迫率の上位1割34医療圏を見る。

表 4-8 2015年、2025年の急性期病床圧迫率上位10医療圏（人口按分）

人口按分				2015年			人口按分				2025年		
LANK	二次医療圏名	都道府県名	都市規模	対10万人急性期	順位	病床圧迫率(使用数)	LANK	二次医療圏名	都道府県名	都市規模	対10万人急性期	順位	病床圧迫率(使用数)
1	北多摩南部	東京都	大都市型	208	338	19.6%	1	島しょ	東京都	過疎地域型	91	341	30.9%
2	北多摩西部	東京都	大都市型	256	333	15.9%	2	根室	北海道	過疎地域型	139	340	22.2%
3	南多摩	東京都	大都市型	278	328	14.7%	3	日高	北海道	過疎地域型	169	335	19.0%
4	北多摩北部	東京都	大都市型	294	323	13.9%	4	宗谷	北海道	過疎地域型	212	313	15.8%
5	区西北部	東京都	大都市型	303	322	13.5%	5	南多摩	東京都	大都市型	228	293	15.2%
6	区東部	東京都	大都市型	328	306	12.4%	6	相双	福島県	地方都市型	139	339	14.1%
7	広島西	広島県	過疎地域型	209	337	12.4%	7	区東部	東京都	大都市型	254	258	13.9%
8	区南部	東京都	大都市型	358	297	11.4%	8	区東北部	東京都	大都市型	254	256	13.8%
9	島しょ	東京都	過疎地域型	365	292	11.2%	9	北多摩北部	東京都	大都市型	259	248	13.6%
10	大津	滋賀県	地方都市型	282	324	10.5%	10	南和	奈良県	過疎地域型	210	316	13.6%
11	中部	沖縄県	地方都市型	375	287	10.5%	11	峡南	山梨県	過疎地域型	173	332	13.6%
12	西多摩	東京都	地方都市型	399	271	10.2%	12	西多摩	東京都	地方都市型	267	236	13.3%
13	区西南部	東京都	大都市型	401	269	10.2%	13	区西南部	東京都	大都市型	273	228	13.0%
14	日高	北海道	過疎地域型	396	272	10.0%	14	北多摩西部	東京都	大都市型	280	221	12.7%
15	区東北部	東京都	大都市型	413	262	9.9%	15	区西北部	東京都	大都市型	290	204	12.4%
16	西三河南部	愛知県	地方都市型	170	341	9.8%	16	富士・東部	山梨県	地方都市型	194	326	12.3%
17	区西部	東京都	大都市型	430	245	9.5%	17	八重山	沖縄県	過疎地域型	285	212	12.1%
18	豊能	大阪府	大都市型	382	282	9.0%	18	中濃圏域	岐阜県	地方都市型	256	252	12.1%
19	根室	北海道	過疎地域型	448	234	8.8%	19	東近江	滋賀県	地方都市型	219	306	11.9%
20	泉州	大阪府	大都市型	403	268	8.6%	20	西濃圏域	岐阜県	地方都市型	262	244	11.9%
21	西三河南部	愛知県	地方都市型	197	339	8.5%	21	北多摩南部	東京都	大都市型	304	186	11.9%
22	堺市	大阪府	大都市型	411	264	8.4%	22	南檜山	北海道	過疎地域型	295	200	11.9%
23	南部	沖縄県	地方都市型	472	217	8.4%	23	吾妻	群馬県	過疎地域型	210	315	11.6%
24	西和	奈良県	大都市型	401	270	8.2%	24	甲賀	滋賀県	過疎地域型	227	297	11.6%
25	中河内	大阪府	大都市型	419	255	8.2%	25	阿蘇	熊本県	過疎地域型	202	321	11.6%
26	岐阜圏域	岐阜県	地方都市型	437	242	8.1%	26	東濃圏域	岐阜県	地方都市型	272	229	11.5%
27	南部	埼玉県	大都市型	267	332	7.9%	27	遠紋	北海道	過疎地域型	305	182	11.5%
28	三島	大阪府	大都市型	441	239	7.8%	28	富良野	北海道	過疎地域型	308	178	11.4%
29	川崎北部	神奈川県	大都市型	247	334	7.8%	29	湖東	滋賀県	過疎地域型	235	287	11.2%
30	十勝	北海道	地方都市型	519	180	7.6%	30	宮古	沖縄県	過疎地域型	313	172	11.2%
31	湖北	滋賀県	地方都市型	393	276	7.6%	31	飛騨圏域	岐阜県	地方都市型	286	211	11.0%
32	さいたま	埼玉県	大都市型	281	326	7.5%	32	筑西・下妻	茨城県	地方都市型	139	338	11.0%
33	甲賀	滋賀県	過疎地域型	395	274	7.5%	33	区南部	東京都	大都市型	332	135	11.0%
34	北部	沖縄県	地方都市型	532	172	7.4%	34	北渡島檜山	北海道	過疎地域型	322	151	11.0%

2015年：大都市19圏域，地方都市10圏域，過疎地域5圏域

2025年：過疎地域 16 圏域，大都市 9 圏域，地方都市 9 圏域

表 4-9 2015年，2025年の急性期病床圧迫率上位 10 医療圏（人口密度按分）

人口密度按分				2015年			人口密度按分				2025年		
LANK	二次医療圏名	都道府県名	都市規模	対10万人急性期	順位	病床圧迫率(使用数)	LANK	二次医療圏名	都道府県名	都市規模	対10万人急性期	順位	病床圧迫率(使用数)
1	広島西	広島県	過疎地域型	209	337	26.0%	1	巻岐	長崎県	過疎地域型	304	184	27.1%
2	北空知	北海道	過疎地域型	579	140	21.7%	2	北空知	北海道	過疎地域型	370	94	25.4%
3	北多摩南部	東京都	大都市型	208	338	20.1%	3	南檜山	北海道	過疎地域型	295	200	24.3%
4	南部	埼玉県	大都市型	267	332	19.5%	4	根室	北海道	過疎地域型	139	340	21.5%
5	川崎北部	神奈川県	大都市型	247	334	19.4%	5	東部	佐賀県	過疎地域型	236	285	19.3%
6	北多摩北部	東京都	大都市型	294	323	17.8%	6	伊勢崎	群馬県	地方都市型	261	246	19.0%
7	北多摩西部	東京都	大都市型	256	333	17.3%	7	川崎北部	神奈川県	大都市型	206	318	18.8%
8	巻岐	長崎県	過疎地域型	771	47	14.6%	8	山城南	京都府	過疎地域型	181	329	18.8%
9	区西部	東京都	大都市型	430	245	13.8%	9	上五島	長崎県	過疎地域型	295	198	18.1%
10	区南部	東京都	大都市型	358	297	13.6%	10	宇城	熊本県	過疎地域型	216	310	17.9%
11	西胆振	北海道	地方都市型	729	63	13.6%	11	宮古	沖縄県	過疎地域型	313	172	17.7%
12	山城南	京都府	過疎地域型	316	316	13.4%	12	西胆振	北海道	地方都市型	471	23	17.4%
13	中河内	大阪府	大都市型	419	255	13.4%	13	南部	埼玉県	大都市型	251	264	17.1%
14	宗像	福岡県	過疎地域型	446	237	13.2%	14	鹿本	熊本県	過疎地域型	313	171	16.9%
15	南西部	埼玉県	大都市型	310	320	12.9%	15	北多摩北部	東京都	大都市型	259	248	16.9%
16	東部	佐賀県	過疎地域型	446	236	12.8%	16	富良野	北海道	過疎地域型	308	178	16.7%
17	西和	奈良県	大都市型	401	270	12.7%	17	有明	熊本県	過疎地域型	243	273	15.8%
18	熱海・伊東	静岡県	過疎地域型	460	225	12.1%	18	峡東	山梨県	地方都市型	227	298	15.7%
19	阪神南	兵庫県	大都市型	459	229	12.0%	19	宗像	福岡県	過疎地域型	318	162	15.6%
20	区東部	東京都	大都市型	328	306	11.8%	20	粕屋	福岡県	地方都市型	272	230	15.3%
21	筑紫	福岡県	地方都市型	369	290	11.8%	21	中河内	大阪府	大都市型	311	174	15.3%
22	堺市	大阪府	大都市型	411	264	11.7%	22	呉	広島県	地方都市型	386	76	15.2%
23	区西北部	東京都	大都市型	303	322	11.6%	23	相双	福島県	地方都市型	139	339	15.1%
24	区西南部	東京都	大都市型	401	269	11.4%	24	西和	奈良県	大都市型	287	209	14.9%
25	岐阜圏域	岐阜県	地方都市型	437	242	11.3%	25	広島西	広島県	過疎地域型	318	163	14.9%
26	湘南東部	神奈川県	大都市型	281	325	11.3%	26	峡南	山梨県	過疎地域型	173	332	14.8%
27	南檜山	北海道	過疎地域型	842	24	11.2%	27	湖南	滋賀県	地方都市型	289	206	14.7%
28	中部	沖縄県	地方都市型	375	287	11.1%	28	北渡島檜山	北海道	過疎地域型	322	151	14.5%
29	伊勢崎	群馬県	地方都市型	565	147	10.9%	29	区西南部	東京都	大都市型	273	228	14.4%
30	湖南	滋賀県	地方都市型	468	221	10.8%	30	日高	北海道	過疎地域型	169	335	14.2%
31	宮古	沖縄県	過疎地域型	630	111	10.7%	31	南西部	埼玉県	大都市型	241	278	14.1%
32	山城北	京都府	地方都市型	423	251	10.2%	32	隠岐	島根県	過疎地域型	229	291	14.1%
33	諏訪	長野県	過疎地域型	418	258	10.0%	33	菊池	熊本県	過疎地域型	253	259	13.9%
34	粕屋	福岡県	地方都市型	492	200	10.0%	34	区東北部	東京都	大都市型	254	256	13.9%

2015年：大都市 16 圏域，過疎地域 10 圏域，地方都市 8 圏域

2025年：過疎地域 19 圏域，大都市 8 圏域，地方都市 7 圏域

<考察>二次医療圏別に見ると表 4-8, 4-9 より，2015年について大都市が上位を占めており，特に東京都や埼玉県，神奈川県，大阪府の医療圏など対 10 万人の急性期病床が少ない医療圏において圧迫率が高いことが分かった。大都市は単位人口あたりの急性期病床が比較的少ない（3章 3-1 の 3）より）一方で感染者数が多いことが急性期病床圧迫率を高めている原因と考えられる。2025年については過疎地域が上位を占めている。地域医療構想によって過疎地域の急性期病床が削減される計画となっている（3章 3-1 の 3）より）。そのため，急性期病床が少ないことが圧迫率を高めていると考えられる。以上から，大都市や過疎地域において地域医療構想による病床再編が大きく阻害されると考えられる。

## 第5章 まとめ

本研究では、2015年の病床数と地域医療構想後の2025年必要病床数を対人口比較することで、我が国の病床構造や今後の変化を把握し、二次医療圏ごとの相対的な地域特性を明らかにした。また、新型コロナウイルス対策病床の急性期病床比較から、地域医療構想の実現性にふれた。結論は以下の通りである。

### <2015年病床数の実態>

- ・全国的に見ると平均値で急性期病床 557 床/10 万人（以後、単位は省略して床とする）>慢性期病床 358 床>回復期病床 116 床>高度急性期病床 86 床の順に整備されていた。
- ・対 10 万人の病床数は二次医療圏ごとに様々であり、大きな格差が存在する。慢性期病床は標準偏差が 251 床で地域格差が特に大きいことがわかった。
- ・東日本、西日本の間でも病床数に明らかな偏りが見られ、西日本では高度急性期病床以外の全ての病床機能が充実しており、病床数における西高東低の傾向がある。
- ・都市規模によっても顕著な差がある。急性期病床、回復期病床、慢性期病床について過疎地域よりも大都市の方が対 10 万人病床数が少ない。大都市は病床が不足しているか、過疎地域で病床に余剰があると考えられる。

### <2025年必要病床数計画>

- ・病床数の格差是正と同時に機能別病床数の再構成が図られている。最大規模の急性期病床が削減され、2015年には全国的に普及していなかった回復期病床が拡充されて最も多くなる。全国平均値で見ると、回復期病床 334 床>急性期病床 320 床>慢性期病床 270 床>高度急性期病床 87 床の順に病床が必要になると推計されている。
- ・回復期病床を除く全ての病床で標準偏差が小さくなり、特に急性期病床の地域格差が大きく是正される計画だが、西高東低は変化しない。
- ・慢性期病床は今後の超高齢社会において需要が高まる中で政策的に病床を削減し在宅医療との分担、地域格差是正を図っていたが、計画値においても格差は引き継がれていた。地域包括ケアシステムといった在宅医療等の整備、充実が前提であるため慢性期病床の再編の難しさが窺える。

### <二次医療圏の分類>

全国 341 の二次医療圏について、2025 年計画値をもとに、急性期病床と回復期病床が多い医療圏や少ない医療圏、それらのバランスが偏っている医療圏を相対的に抽出した。また、慢性期病床と在宅医療等が多い医療圏、少ない医療圏、慢性期病床の負担が大きい医療圏、在宅医療の負担が大きい医療圏を相対的に抽出した。これによって各医療圏の相対的特性を把握することができ、今後の医療提供体制の検討や医療介護施設計画の基礎的な指針を得られた。

### <新型コロナウイルス対策病床>

新型コロナウイルス感染対策病床(対策病床と居室の合計値)は、2025 年推計値は全国の

使用数が 28,801 床、確保数が 61,068 床（2021 年 1 月 13 日時点のデータ）となっており、全国の 2025 年急性期病床の 5.1%（使用数）を占めている。また、地域医療構想の病床削減目標数の 86,543 床と比較しても、看過できない規模となっている。

二次医療圏別の急性期病床圧迫率について、2015 年値で急性期病床が平均 4.4～4.7% 使用され、確保数では急性期病床を平均 10.9～11.9% 圧迫している。2025 年の急性期病床に占める対策病床使用数の割合は平均 6.7～7.0% で、確保数では、15.1～15.6% であった。また、急性期病床圧迫率（使用数）に着目すると 2015 年値は大都市において圧迫率が高く、2025 年は過疎地域で圧迫率が高いことが分かった。以上の結果から、大都市や過疎地域の急性期病床削減が困難であると考えられる。医療需要のピークを迎える 2025 年には、通常医療の必要病床を必ず確保すると同時に感染症対策病床の確保も必要である。これらの両立を踏まえた地域医療構想の見直しが迫られると考える。

## 参考文献, 参考資料

- 1) 厚生労働省：地域医療構想について、平成 27 年 8 月 7 日  
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000094397.pdf>, (参照 2020.5.23)
- 2) 厚生労働省：2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部 のとりまとめについて、令和元年 5 月 29 日,  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000513520.pdf> (参照 2020.12.4)
- 3) 厚生労働省：地域医療構想  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>, (参照 2020.5.23)
- 4) 厚生労働省：地域包括ケアシステム  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/), (参照 2020.5.23)
- 5) 日本経済新聞：2020 年 7 月 30 日朝刊
- 6) (株) ウェルネス：二次医療圏データベース  
<http://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/dlsp1.php>, (参照 2020.6.2)
- 7) 石川雅俊・高橋泰：「二次医療圏データベース」の構築と二次医療圏の人口構造や医療資源供給による特性分析, 日本医療経営学会誌, Vol.7 No.1, (参照 2020.7.12)
- 8) 松田晋也：地域医療構想のデータをどう活用するか, 医学書院, 2020, 136p, 978-4-260-04252-9.
- 9) 北海道：北海道地域医療構想について,  
<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/chiikiiryokousou.htm>, (参照 2020.5.23)

- 10) 青森県：青森県地域医療構想,  
[https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryoyou/tiikiiryokousou\\_01.html](https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/iryoyou/tiikiiryokousou_01.html), (参照 2020.5.23)
- 11) 岩手県：岩手県地域医療構想,  
<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryoyou/seido/keikaku/1002863.html>, (参照 2020.5.23)
- 12) 宮城県：宮城県地域医療構想,  
<https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/iryoyou/tiikiiryokousou.html>, (参照 2020.5.23)
- 13) 秋田県：秋田県地域医療構想,  
<https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/16036>, (参照 2020.5.23)
- 14) 山形県：山形県地域医療構想について,  
<https://www.pref.yamagata.jp/090013/kenfuku/iryoyou/keikaku/chiikiiryokousou/rhcc.html>,  
(参照 2020.5.23)
- 15) 福島県：福島県地域医療構想を策定しました,  
<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045c/iryoyou-kousou.html>, (参照 2020.5.23)
- 16) 茨城県：茨城県地域医療構想,  
[https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryoyou/keikaku/koso/iryoyou\\_koso.html](https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/iryoyou/keikaku/koso/iryoyou_koso.html), (参照 2020.5.23)
- 17) 栃木県：栃木県地域医療構想,  
<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/iryoyokousou.html>, (参照 2020.5.23)
- 18) 群馬県：群馬県地域医療構想の策定について,  
<https://www.pref.gunma.jp/02/d1000252.html>, (参照 2020.5.23)
- 19) 埼玉県：埼玉県地域医療構想,  
[https://www.pref.saitama.lg.jp/a0701/iryoyou-keikaku/documents/keikaku\\_4.pdf](https://www.pref.saitama.lg.jp/a0701/iryoyou-keikaku/documents/keikaku_4.pdf), (参照 2020.5.23)
- 20) 千葉県：千葉県保健医療計画（平成 23 年度～平成 29 年度）/地域医療構想,  
[https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryoyou\\_3.html#gaiyou](https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/keikaku/kenkoufukushi/hokeniryoyou_3.html#gaiyou),  
(参照 2020.5.23)
- 21) 東京都：東京都地域医療構想（平成 28 年 7 月）,  
[https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoyou/iryoyou\\_hoken/kanren/kyogikai/chiikiiryokousou.html](https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoyou/iryoyou_hoken/kanren/kyogikai/chiikiiryokousou.html), (参照 2020.5.23)
- 22) 神奈川県：地域医療構想ポータルサイト,  
<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/t3u/cnt/f533059/index.html>, (参照 2020.5.23)
- 23) 新潟県：新潟県地域医療構想を策定しました, 2017 年 3 月 31 日更新,  
<https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/fukushihoken/1356864931803.html>, (参照 2020.5.23)
- 24) 富山県：富山県地域医療構想（2017 年（平成 29）年 3 月 31 日策定）,  
[http://www.pref.toyama.jp/cms\\_sec/1204/kj00006481-003-01.html](http://www.pref.toyama.jp/cms_sec/1204/kj00006481-003-01.html), (参照 2020.5.23)

- 25) 石川県：石川県地域医療構想について，2016年11月25日更新，  
<https://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryousupport/tiikiiryokousou/kousou.html>，（参照 2020.5.23）
- 26) 福井県：福井県地域医療構想，2016年7月26日更新，  
<https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/iryousupport/iryoushouhou/iryokousou.html>，（参照 2020.5.23）
- 27) 山梨県：山梨県地域保険医療計画，2020年3月31日更新，  
[https://www.pref.yamanashi.jp/imuka/42\\_002.html](https://www.pref.yamanashi.jp/imuka/42_002.html)，（参照 2020.5.23）
- 28) 長野県：長野県地域医療構想，2020年3月24日更新，  
<https://www.pref.nagano.lg.jp/iryokenko/iryoshisaku/hokeniryo/kousou.html>，（参照 2020.5.23）
- 29) 岐阜県：地域医療構想，2020年10月5日更新，  
<https://www.pref.gifu.lg.jp/page/13850.html>，（参照 2020.5.23）
- 30) 静岡県：地域医療構想，平成29年11月20日更新，  
<https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-410/chiikiiryokousou/chiikiiryokousou.html>，（参照 2020.5.23）
- 31) 愛知県：愛知県地域医療構想，2019年6月26日更新  
<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/iryo-keikaku/chiikiiryokousou.html>，（参照 2020.5.23）
- 32) 三重県：三重県地域医療構想，  
[http://www.pref.mie.lg.jp/IRYOS/HP/90723000001\\_00001.htm](http://www.pref.mie.lg.jp/IRYOS/HP/90723000001_00001.htm)，（参照 2020.5.23）
- 33) 滋賀県：滋賀県保険医療計画（地域医療構想を含む），2016年6月7日，  
<https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/iryo/300043.html>，（参照 2020.5.23）
- 34) 京都府：京都府の医療施策について，  
<http://www.pref.kyoto.jp/iryo/index.html>，（参照 2020.5.23）
- 35) 大阪府：第6次大阪府保健医療計画別冊「大阪府地域医療構想」について，平成30年3月30日更新，  
<http://www.pref.osaka.lg.jp/iryo/keikaku/kousou.html>，（参照 2020.5.23）
- 36) 兵庫県：兵庫県地域医療構想，2020年3月4日更新，  
<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/iryokousou.html>，（参照 2020.5.23）
- 37) 奈良県：奈良県地域医療構想，  
<http://www.pref.nara.jp/41029.htm>，（参照 2020.5.23）
- 38) 和歌山県：和歌山県地域医療構想，  
<https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050100/imuka/chikiiryokoso.html>，（参照 2020.5.23）
- 39) 鳥取県：鳥取県地域医療構想，  
<https://www.pref.tottori.lg.jp/263127.htm>，（参照 2020.5.23）
- 40) 島根県：島根県地域医療構想，  
[https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryo/shimaneno\\_iryo/chiikiiryokousou.html](https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryo/shimaneno_iryo/chiikiiryokousou.html)，（参照 2020.5.23）

- 41) 岡山県：第8次岡山県保険医療計画，2020年3月31日更新，  
<https://www.pref.okayama.jp/page/549586.html>，（参照 2020.5.23）
- 42) 広島県：広島県地域医療構想，2016年4月4日，  
<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/64/hiroshimairyokousou.html>，（参照 2020.5.23）
- 43) 山口県：地域医療構想・山口県地域医療構想の策定について，平成30年（2018年）5月8日更新，  
[https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a11700/tiikiiryoku\\_koso/iryokousou.html](https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cms/a11700/tiikiiryoku_koso/iryokousou.html)，（参照 2020.5.23）
- 44) 徳島県：徳島県地域医療構想について，2016年10月25日，  
<https://anshin.pref.tokushima.jp/med/docs/2016102400035/>，（参照 2020.5.23）
- 45) 香川県：香川県地域医療構想について，2020年3月2日更新，  
<https://www.pref.kagawa.lg.jp/imu/kenmin/wgixh5200227165224.html>，（参照 2020.5.23）
- 46) 愛媛県：医療計画等について，2021年1月5日更新，  
<https://www.pref.ehime.jp/h20150/keikaku/keikaku/iryokeikaku.html>，（参照 2020.5.23）
- 47) 高知県：「高知県地域医療構想」の策定について，2016年12月9日，  
<https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/131301/2016120500106.html>，（参照 2020.5.23）
- 48) 福岡県：福岡県地域医療構想，2017年3月6日更新，  
<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/fukuoka-lmp2017.html>，（参照 2020.5.23）
- 49) 佐賀県：地域医療構想を策定しました，2016年4月12日更新，  
<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00334385/index.html>，（参照 2020.5.23）
- 50) 長崎県：長崎県地域医療構想，  
[https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/iryo/iryokousou\\_byoushoukinou/tiikiiryokousou/](https://www.pref.nagasaki.jp/bunrui/hukushi-hoken/iryo/iryokousou_byoushoukinou/tiikiiryokousou/)，（参照 2020.5.23）
- 51) 熊本県：熊本県地域医療構想を策定しました，2020年8月1日更新，  
<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/42/5972.html>，（参照 2020.5.23）
- 52) 大分県：地域医療構想の策定について，2016年6月28日更新，  
<https://www.pref.oita.jp/soshiki/12620/vision.html>，（参照 2020.5.23）
- 53) 宮崎県：宮城県地域医療構想，  
[https://www.pref.miyazaki.lg.jp/iryoyakumu/kense/kekaku/documents/20760\\_20170425163157-1.pdf](https://www.pref.miyazaki.lg.jp/iryoyakumu/kense/kekaku/documents/20760_20170425163157-1.pdf)，（参照 2020.5.23）
- 54) 鹿児島県：鹿児島県地域医療構想（平成28年11月），  
<https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/kenko-iryo/gaiyo/chiikiiryokoso2016.html>，（参照 2020.5.23）
- 55) 沖縄県：沖縄県地域医療構想，2017年12月6日，  
<https://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/iryoseisaku/tiikiiryokousou.html>，（参照 2020.5.23）
- 56) 国勢調査：平成27年国勢調査/人口等基本集計（男女・年齢・配偶関係，世帯の構成，

- 住居の状態など) 全国結果,  
[https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001080615&cycle=0&tclass1=000001089055&tclass2=000001089056&stat\\_infid=000031473210&tclass3val=0](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001080615&cycle=0&tclass1=000001089055&tclass2=000001089056&stat_infid=000031473210&tclass3val=0), (参照 2020.5.15)
- 57) 国立社会保障・人口問題研究所：市区町村別将来推計人口 2025 年（総人口），平成 30 年 3 月推計
- 58) 厚生労働省：療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査について，  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage\\_00023.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage_00023.html)（参照 2021.1.13）
- 59) 厚生労働省：地域医療構想ガイドライン，  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000711355.pdf>（参照 2020.6.15）
- 60) 高橋泰：二次医療圏データベースから見えてくること-日本の介護・医療の提供レベルの現状と将来予測、その対策-，  
<https://media.toriatez.jp/r1035/380979406076.pdf>（参照 2020.7.30）
- 61) 日本経済新聞：2021 年 1 月 11 日
- 62) 名古屋工業大学：新型コロナウイルス、人口密度と気温・絶対湿度が影響 ～新型コロナウイルスの拡大・収束期間、感染者数・死者数の分析結果について～，2020 年 6 月 17 日更新，  
<https://www.nitech.ac.jp/news/press/2020/8366.html>（参照 2021.1.20）



令和2年度 地域保健総合推進事業

「地域における医療・介護ケアシステムの安定化を目指した  
その適正化に関する総合的研究」

報 告 書

発 行 日 令和3年3月

編集・発行 一般財団法人 日本公衆衛生協会

分担事業者 松 本 啓 俊（公益社団法人 医療・病院管理研究協会）

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-29-8 公衛ビル

TEL / FAX 03-3352-2575

