

「地域包括ケアシステムで考慮すべき
地域格差の一考察」

目 次

| | |
|----------------------------------|----|
| はじめに | 1 |
| I 地域包括ケアシステムに至る歴史 | |
| (1) 我が国の人口の推移と将来推計 | 3 |
| (2) 地域包括ケアシステムへの模索 | 3 |
| (3) 地域包括ケアシステムの誕生 | 5 |
| II 地域を限定しての検討 | |
| (1) 東京青年医会の研修会におけるシミュレーション | 8 |
| (2) 研修会を通じて感じたこと | 10 |
| III 地域包括ケアシステムの単位範囲 | 12 |
| IV 地域単位ごとの人口構成 | 14 |
| V 健康度の評価 | |
| (1) 要介護認定者数(率)と要介護度 | 17 |
| (2) 標準化死亡比 | 18 |
| VI 住まい方 | |
| (1) 持ち家住宅率 | 22 |
| (2) 世帯当たり年間平均収入試算額 | 23 |
| VII サービス提供体制 | |
| (1) 病院及び病床数 | 26 |
| (2) 一般診療所 | 27 |
| (3) 訪問看護ステーション | 29 |
| (4) 介護保険施設 | 29 |
| (5) 介護事業所 | 30 |
| (6) 高齢者住宅、居住系施設 | 31 |
| VIII 地域包括ケアの評価 | 32 |
| まとめにかえて | 33 |

| | |
|--------------------------------|----|
| 資料① 区市町村別将来推計人口構成（2025年、2040年） | 37 |
| 資料② 区市町村別世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布 | 59 |

訂正

「平成 28 年度 東京都医師会調査研究委託事業 事業報告書 『地域包括ケアで考慮すべき地域格差の一考察』」におきまして、下記の通り誤りがございました。お詫びして訂正致します。

P.29 図Ⅶ—3 東京都の自宅死の割合

| | | | |
|-----|-----------|---|-----------|
| 全国 | (誤) 12.7% | → | (正) 12.8% |
| 東京都 | (誤) 17.3% | → | (正) 16.8% |

はじめに

わが国では、2025年に団塊の世代が後期高齢者となり、国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上になると推計されている。そのような状況の下、2025年に向け東京都の高齢者数の増加は著しく、2040年に向けてさらに増加するものと推測されている。こうした急激な高齢化への対応策として、2025年を目途に全国で「地域包括ケアシステム」の構築が進められていることはご存知の通りであろう。

東京都病院協会では、地域包括ケアシステムの構築に資することを目的として、調査・研究を行ったのでその結果を本報告書で報告する。都内の各地域（区市町村）で、個別具体的な地域包括ケアシステムを構築・推進するために必要不可欠な情報をお示しすると同時に、地域格差に焦点を絞って検討した。

本報告書では、『データ』を『インフォメーション』に読み替えることを企図したつもりで膨大な量のデータを示してある。このデータから具体的に地域の特徴を読み解くことができたかどうかは、読者諸賢のご意見・ご批評を賜りたいと切に願うばかりである。

本報告書の着想および取りまとめの経緯であるが、病院経営者の自主的な勉強会である東京青年医会のメンバーの中から、「地域によって人口構成や各種の社会資源は異なるのではないか。そして「存在している社会資源」と「必要な社会資源」は異なっている場合もあるのではないか」という意見がきっかけとなっている。サンプルとして、渋谷区西部のデータを取ったところ、高齢化率が17.6%と、全国的に見ても若い世代が多いこと、比較的富裕層が多いことなどが分かった。これらのデータを基に当該地域でのニーズを想定してみるなど、活発な意見交換が進み、まさに『地域の実情』によってニーズが異なってくることが浮き彫りになった。

地域包括ケアシステムを構築するため、すなわち『高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域で自立した日常生活を営む』ために必要な社会資源は何か。それを明らかにするために、本報告書では各地域の人口構成、健康度、住まい方（世帯年収や持ち家率）、医療・介護サービス提供体制等のデータを収集し、幾分かの考察を加えた。

すべての地域について考察することはできなかったが、本報告書でお示しする考察方法、データの読み解き方は、後半の、資料①「区市町村別将来推計人口構成（2025年、2040年）」、資料②「区市町村別世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布」と併せてご覧いただくことで、それぞれの地域がどのような状態にあり、どのような資源が不足しているか、ご検討いただくための資料としてご活用いただけるのではないかと考えている。

本書でお示ししたほかにも、高齢者のための移動手段、安否確認、情報格差を埋めるための方策等々、必要と思われる社会資源は多種多様であり、かつ、現時点ではデータとして示されていない項目も多いと思われる。それらについては今後行政や関係諸機関、関係各位により項目・データが示されるものと期待する。データが明らかになるにつれ、地域包括ケアシステムに必要な社会資源の項目・具体的内容・ボリューム・質が判明するであ

ろう。

本報告書がどのようなデータが必要か、各データはどのように示されるべきであるか、そのような思考の礎になれば望外の喜びである。

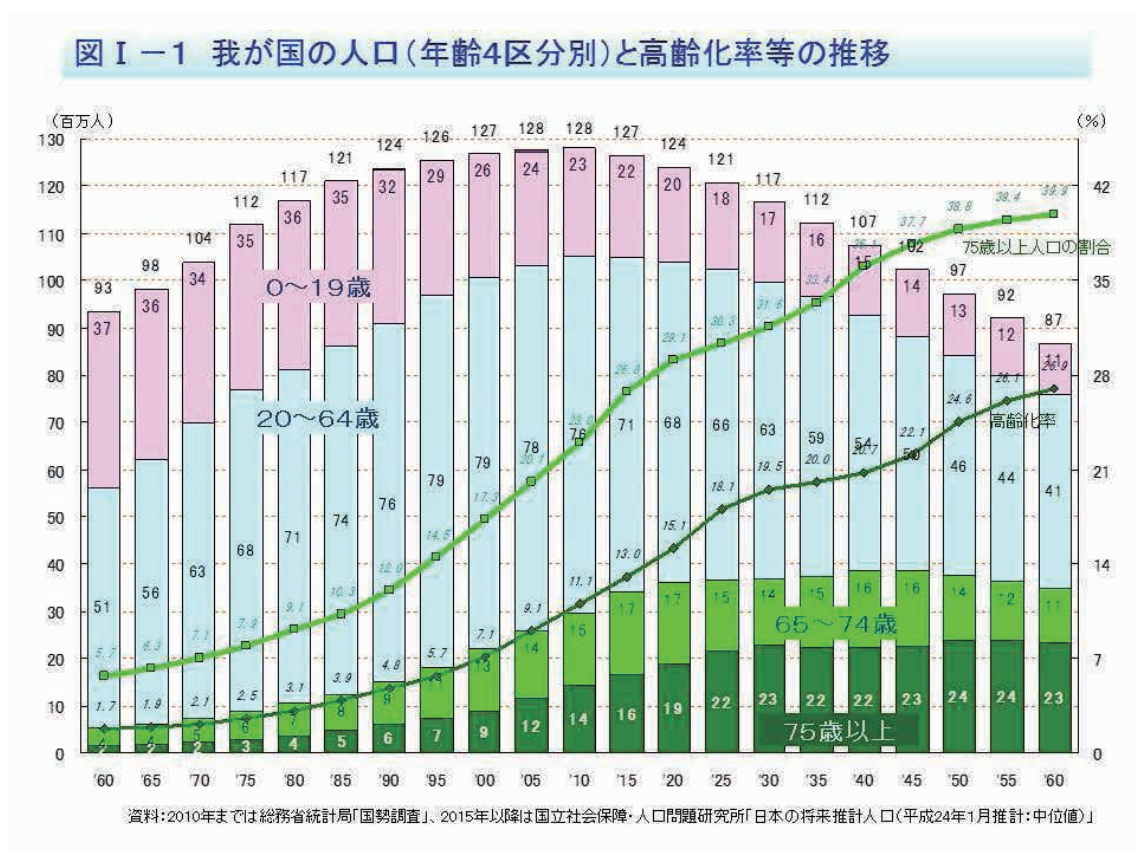
なお、本報告書は東京都病院協会の渉外・広報・会員組織委員会に取りまとめたが、意見・判断の部分については各執筆者個人の見解であることをご了解いただきたい。

I 地域包括ケアシステムに至る歴史

(1) 我が国の人口の推移と将来推計

我が国の人口は、国民皆保険制度創設の前年である昭和 35 年(1960 年)には概ね 9,342 万人であったが、以後毎年約 1 百万人ずつ増加して昭和 42 年(1967 年)には 1 億人を超えた。昭和 50 年代後半(1980 年以降)になって増加の伸びは次第に緩やかになるものの、平成 22 年(2010 年)には 1 億 28 百万人に達した。

国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、今後我が国の人口は減少していくが、高齢者人口は 2025 年までは増加、その後高齢者数の伸びは鈍化ないし止まるものの総人口の減少により高齢化率はさらに上昇すると考えられている (図 I-1 参照)。



このように生産年齢人口が減少し、高齢者の割合が高まる社会にあつては、従来と異なる生活が必要となってくる。

(2) 地域包括ケアシステムへの模索

高度経済成長期を迎えた我が国では社会保障制度のさらなる充実が求められたことから、政府は昭和 48 年(1973 年)を「福祉元年」と位置づけ、それまで東京都その他一部の自治体で行われていた老人医療費の無料化が全国的に実施されるなどの政策が打たれた。

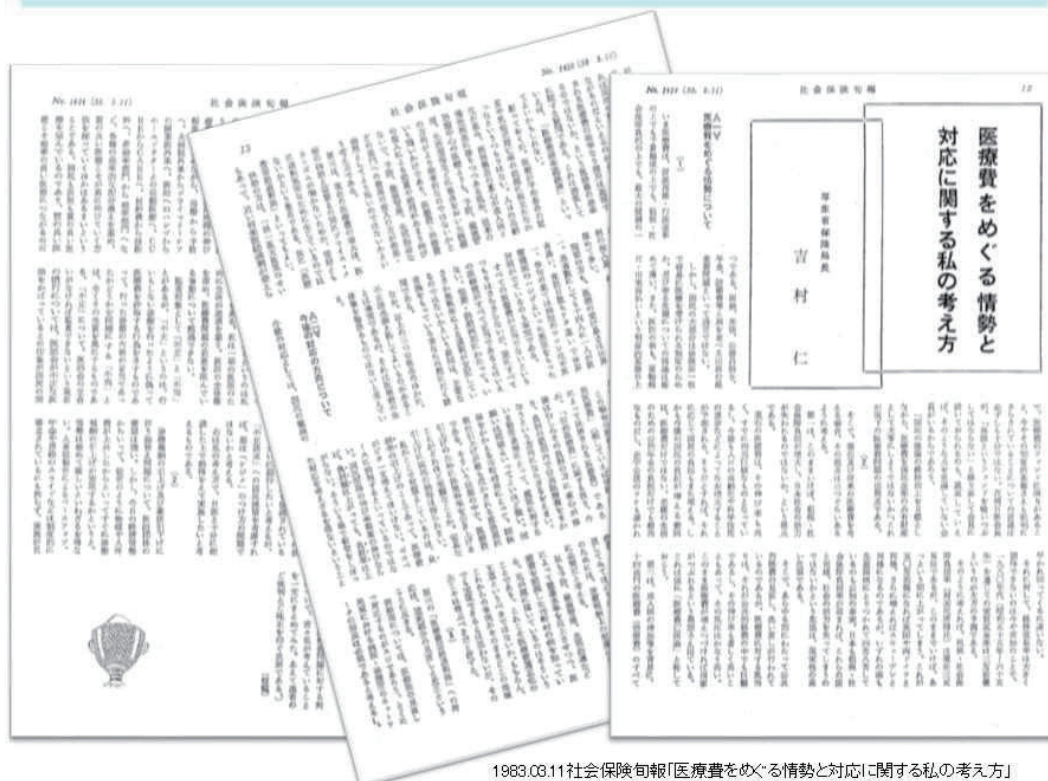
この老人医療費の無料化に伴い、有病、要介護の高齢者が入院することが増えた。昭和

50年代に入り、いわゆる「老人病院」が急増、これに伴い医療費の伸びも大きくなった。

一方、昭和48年(1973年)末の第一次オイルショック、昭和50年代前半の第二次オイルショックの発生により従来のような経済成長が見込めない中で、国民医療費の伸びをどのように抑えるかが国民的課題となった。

政府は昭和56年(1981年)、第二次臨時行政調査会を立ち上げ、「増税なき財政再建」を打ち出した。また昭和58年(1983年)には、厚生省の吉村仁保険局長(当時。後に事務次官)が社会保険旬報に「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」を寄稿した。吉村局長は「『国民の健康の維持向上を目的としながら、医療費を国民全部の共有財産として大事にしようではないか』、これが現下の医療費問題の出発点である。」としたうえで、現在および将来の医療費を考える上での視点を整理している。この中で「医療費亡国論」という言葉が用いられた(図I-2)。

図 I - 2 医療費亡国論(昭和58年、吉村仁保険局長:当時)



さらに厚生省は昭和62年1月に幸田事務次官(当時)自らが本部長となる「国民医療総合対策本部」を設置、同年6月26日には「国民医療総合対策本部 中間報告」をとりまとめた。

中間報告ではその第1部で「現行の医療システムを支えてきた経済条件、人口構成等の諸条件は今や大きく変わりつつある。例えば、高齢化の進展は今後とも老人医療費を中心に国民医療費の増大を招かざるをえないが、これを支える高い経済成長はもはや望めない状況にある。」という認識を示したうえで「医療サービスの量から質への転換」、「セルフ・

ケアの重視」を謳った。

またその「第2部 良質で効率的な国民医療を目指して」の「2 具体的な方策」には「(3) 地域ケアのシステム化」として以下の内容が記されている。

(地域ケア体制の確立)

- ・ ねたきりにならないための予防や退院したねたきり老人等が継続して訪問看護や保健婦による訪問指導、老人ホームにおけるケア、在宅の介護サービスなどが受けられるよう施設サービスと在宅サービスとの連携のとれた総合的な地域ケア体制の整備を進める。
- ・ 地域の診療所が病院から退院した患者の在宅療養上の指導などが行えるような体制づくりを進める。

(訪問看護・介護モデル事業の実施)

- ・ 老人や家族のニーズに応じた在宅療養を推進するためには、訪問看護等の医療サービスとあわせて在宅介護等の福祉サービスが必要不可欠である。このような観点から、総合的な地域ケア推進のためのモデル事業を実施する。

この中間報告は、今でもわが国の厚生行政を方向付けている重要な報告書であると考えられるが、この時すでに「地域ケアのシステム化」「総合的な地域ケア体制の整備」という用語が用いられている。

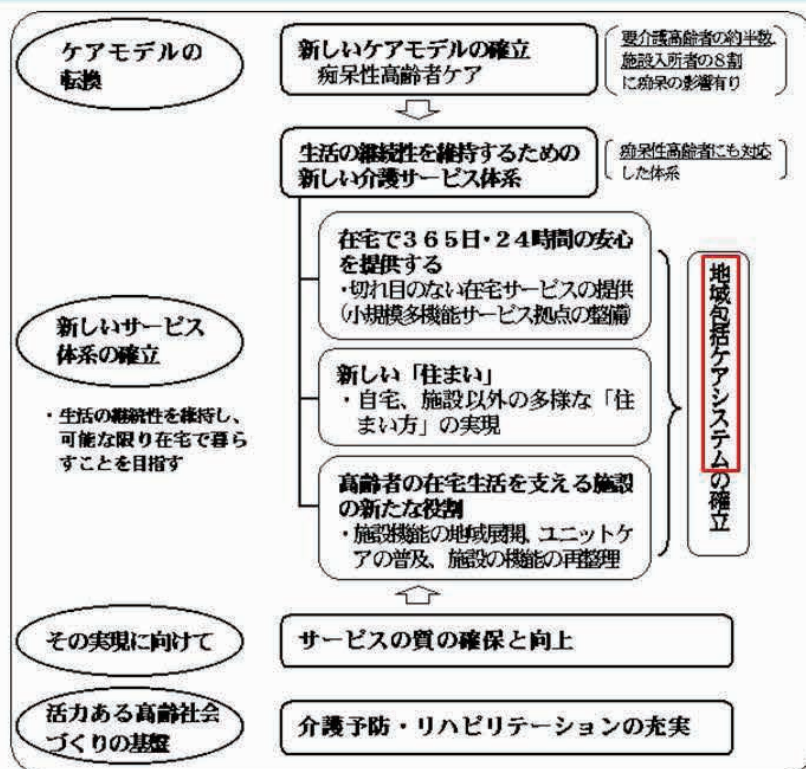
なおこの段階で既に老人保健施設の制度は法制化されていたが、その後厚生省は1990年代に「ゴールドプラン」を推進、平成12年(2000年)に介護保険制度を創設した。

(3) 地域包括ケアシステムの誕生

「地域包括ケアシステム」という用語が正式に使われたのは、2005年の介護保険法改正に向けた準備のための老健局長(当時、中村秀一局長)の私的研究会である「高齢者介護研究会」が平成15年(2003年)6月26日に取りまとめた「2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」が初見のようである(図I-3参照)。

この報告書の中では「自らの尊厳保持のため、自助の努力を尽くし、さらに、地域における共助の力を可能な限り活用することにより、結果において公的な共助のシステムである介護保険制度の負担を合理的に軽減させるなど、広い見地からフォーマル・インフォーマル、自助・共助・公助のあらゆるシステムをこれまで以上に適切に組み合わせながら、これからの高齢社会において「高齢者が尊厳をもって暮らすこと」を実現していくこと」が国民的課題であるとし、生活の継続性を維持するための新たな介護サービス体系として、①在宅で365日・24時間の安心の提供、②新しい「住まい」、③在宅生活を支える施設の新たな役割と、ケアマネジメントの適切な実施と質の向上等からなる「地域包括ケアシステム」の確立が必要であるとされている。

図 I-3 「2015年の高齢者介護」の概念図から



また平成 20 年(2008 年) 3 月 31 日、厚生労働省社会・援護局長の私的研究会「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」の報告書が出された。タイトルは「地域における『新たな支え合い』を求めて」で、「住民と行政の協働による新しい福祉」という副題が付けられている。

そこでは、1 中学校区を単位とした人口概ね 1 万人の日常生活圏域が想定されている(図 I-4 参照)。この図の特筆すべき点は、地域包括ケアシステムを単なる高齢者介護の仕組みとしてではなく、障害から子育て、生活保護までを含み、それを支える地域資源として保健師、民生委員・児童委員はもちろん、NPO やボランティア、自治会・町内会やコンビニエンスストア、交番、空き家・空き店舗・空き教室までを考えているところである。しかしながら、全国の諸統計を中学校数で除したものであったことから、地域ごとの状況や格差というものは全く示されていなかった。

Ⅱ 地域を限定しての検討

(1) 東京青年医会の研修会におけるシミュレーション

東京都の民間病院経営者等の任意団体である東京青年医会（代表：竹川勝治）では、一昨年（2015年）「地域包括ケアを加味した東京都における街づくり」をテーマとして研修会を開催した。

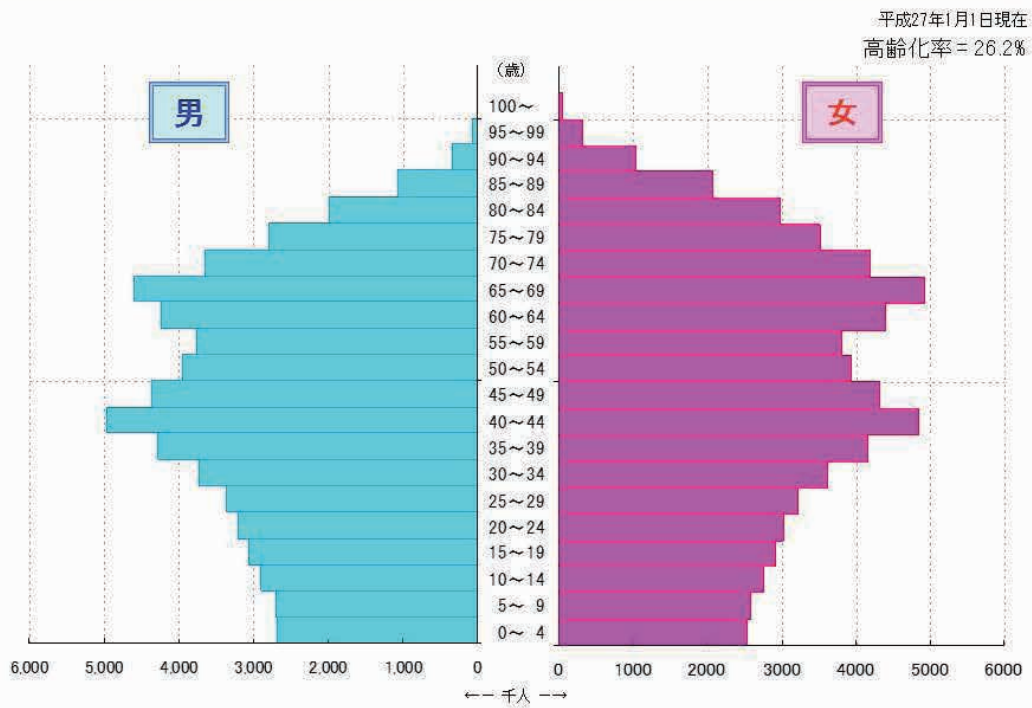
研修会の方法としては、モデル地区を選定して、その地域において医療介護の需給がどのようになるかのシミュレーションを行うこととした。モデル地区の選定に当たり「最も東京らしいところってどこだろう？」と皆で相談をした結果、「高層ビル街が近くに迫っていて、でも人口が密集して住んでいる場所、初台周辺が良いのではないかと」なった。東京青年医会が毎週開催している早朝勉強会の会場からも近く、参加する会員の方々がイメージを持ちやすいということも一因ではある。

地域包括ケアシステムの範囲は一般的に中学校区と言われていた。中学校区であればほぼ徒歩で通学できる範囲であり、「おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域」と考えられるからだと思われる。そこで初台地区の中学校である代々木中学校の学校区を調べたところ、一応決まってはいるのだが、他の中学校への通学や他の学校区への通学も可能となっていた。つまり他の学校区も十分に徒歩通学可能な日常生活圏域と考えることができる。このように中学校区というものが必ずしも明確ではないことや、渋谷区の面積は15.11 km²で、北部、西部、東部、南部の4地区に分けて考えることが多いことなどから、そのうちの西部地区をモデル地区とした。この地区は、地価も高く、昔からの方も住んでいると思われたので、かなり高齢化が進んでいるのではないかと想像した。

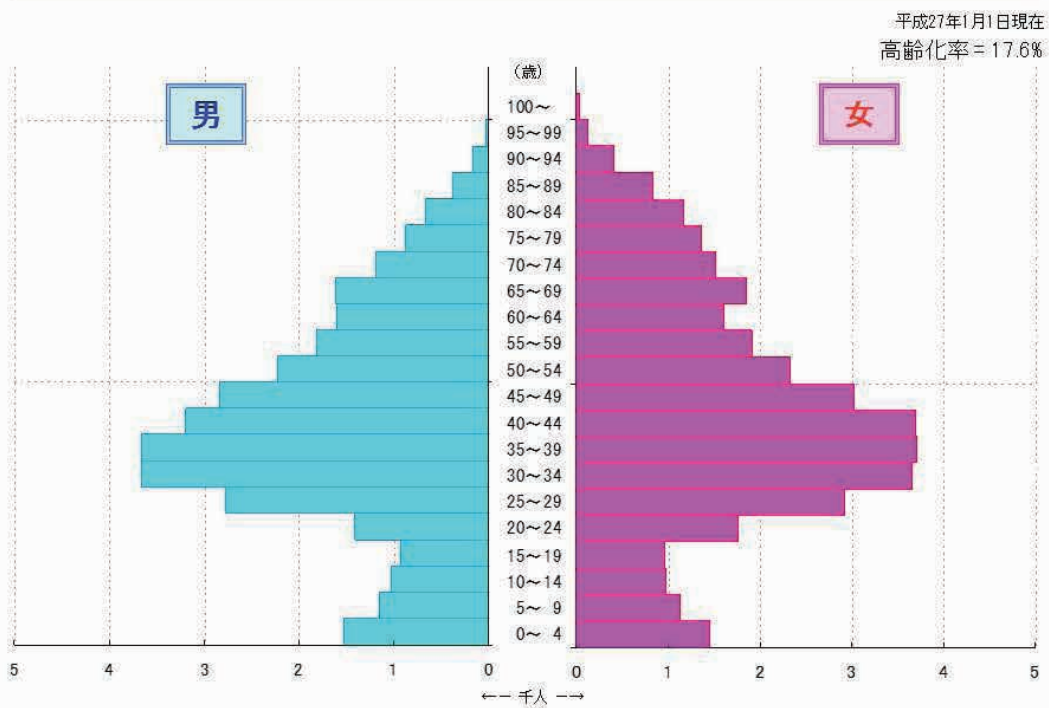
先ず当該地域の人口構成を見るために、町丁別・年齢別人口から渋谷区西部地区の人口ピラミッドを作成したが、ここで大きな驚きがあった。

我が国の人口ピラミッドは60歳代後半(団塊の世代)と40歳代前半(第二次ベビーブーマー)をボリュームゾーンとした甕(かめ)形(図Ⅱ-1参照)で高齢化率も26.2%(2015年1月1日現在)だが、渋谷区西部地区は30歳代だけが張り出したスぺード型(図Ⅱ-2参照)をしており、高齢化率も17.6%(同日現在)と、全体的にはとても若い地域だということが分かった。

図Ⅱ－1 わが国の年齢階級別人口構成(2015年)



図Ⅱ－2 渋谷区西部地区の人口構成(2015年)



また高齢者に限ってみても、渋谷区は全国と比較して高齢者の就業率が高く、その中でも西部地区は高齢者の活動能力が高く自分が健康だと思っている割合も高いなど、裕福で健康状態も良いという姿が見えてきた。

それらのデータや将来推計を見ながらディスカッションを行ったが、出てくる意見としては「介護保険に頼らないサービスへのニーズがあるのではないか。介護保険による従来のようなデイサービスなどは成立が困難。むしろデリバリースタイルの保険外の介護ビジネスはあるだろう。高級食のデリバリー等もあり得る。」「高級スポーツジム、健診産業、健康を守る・増進させるようなサービスに将来性あり。」「世代間理解を進める必要。高齢者や子供のカルチャーセンター。」「キーワードは互助。若年層に互助意識を根付かせる。(地元イベント参入など学生への働きかけ、シングルマザーへの援助)」「アクセスを改善する為に、交通の環境整備が重要。」の活発な意見が出た。

最終的には、「この地域は思いのほか高齢化は進行しない。他地域に遅れる。」「将来を見据えても、病院医療、介護需要共に供給は足りるのではないか」「富裕層が多いという前提で考えてよさそうだ。ただし、二極化のおそれもある。2040年までの25年で医療費・介護給付費が48億円の増なら十分吸収できるだろう。」という結論に至った。

このように地域包括ケアを具体的に考えると、日常生活を営むことができる住まいと、同じく日常生活を営むことができる収入(金融資産を含む)があることが前提となっていることが分かる。

なお、この研修会のデータ収集と分析について、当時慶應義塾大学大学院生であった神戸翼さんと宮内絢子さんに多大なご尽力をいただいたことをこの場を借りて厚く御礼申し上げます。

(2) 研修会を通じて感じたこと

この研修会の検討を通じて、

- ①地域包括ケアは一般的に1中学校区単位と言われるが、個々の地域に当てはめるときどのような地域を単位とすることが妥当か。
- ②その地域の人口構成はどのようなになっているか。
- ③地域の方々の健康状態はどうか。
- ④地域包括ケアシステムは住まいを中心として考えるのだから、地域の方がどのような住まい方をしているか。
- ⑤地域住民が裕福か。具体的には、有料サービスを受けられるだけの収入があるか。
- ⑥医療・介護施設、在宅医療・介護事業所等がどれだけあるか。

等々を配慮したうえでそれぞれの地域における「地域包括ケアシステム」を構築する必要があるということを感じた。

これら6項目について、東京都内でどのくらいの違いがあるか、公表されているデータ

を収集・整理、分析してみた。本来であれば中学校区単位でまとめるのがよいのかもしれないが、そもそも東京都における地域包括ケアを考える場合に中学校区が妥当なのかという疑問と、現在中学校区という単位ではほとんどデータが公表されていないこと、地域包括ケアの推進のためには市区町村による計画や執行が不可欠であることなどから、区市町村単位で分析を行うこととした。

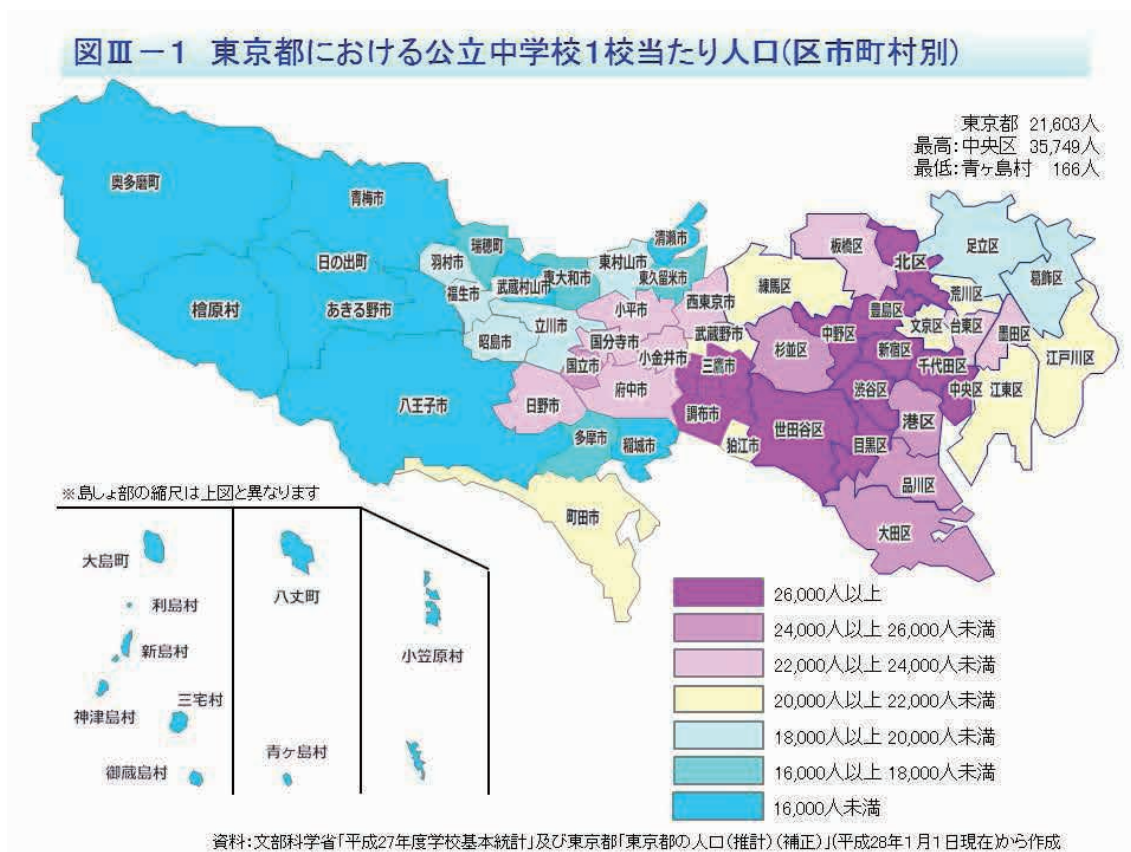
なお、各区市町村を他の地域と比較する際に東京都をいくつかのブロックに分けて表現することが便利な場合もあるので、ここに東京都地域医療構想の構想区域(二次医療圏)を図Ⅱ-3としてお示しておく。特に説明もなくこの地域名が出てきた場合はこの区域を指しているとお考えいただきたい。



Ⅲ 地域包括ケアシステムの単位範囲

区市町村別の人口と面積については東京都の「東京都の人口（推計）（補正）」の平成 28 年 1 月 1 日現在のデータを用いた。また区市町村別の中学校数は、東京都が「平成 27 年度学校基本統計」で公表している中学校数のうち、公立中学校数を用いた。人口と面積を公立中学校数で除すことにより、区市町村別の 1 中学校区当たり平均人口と平均面積を算出した。

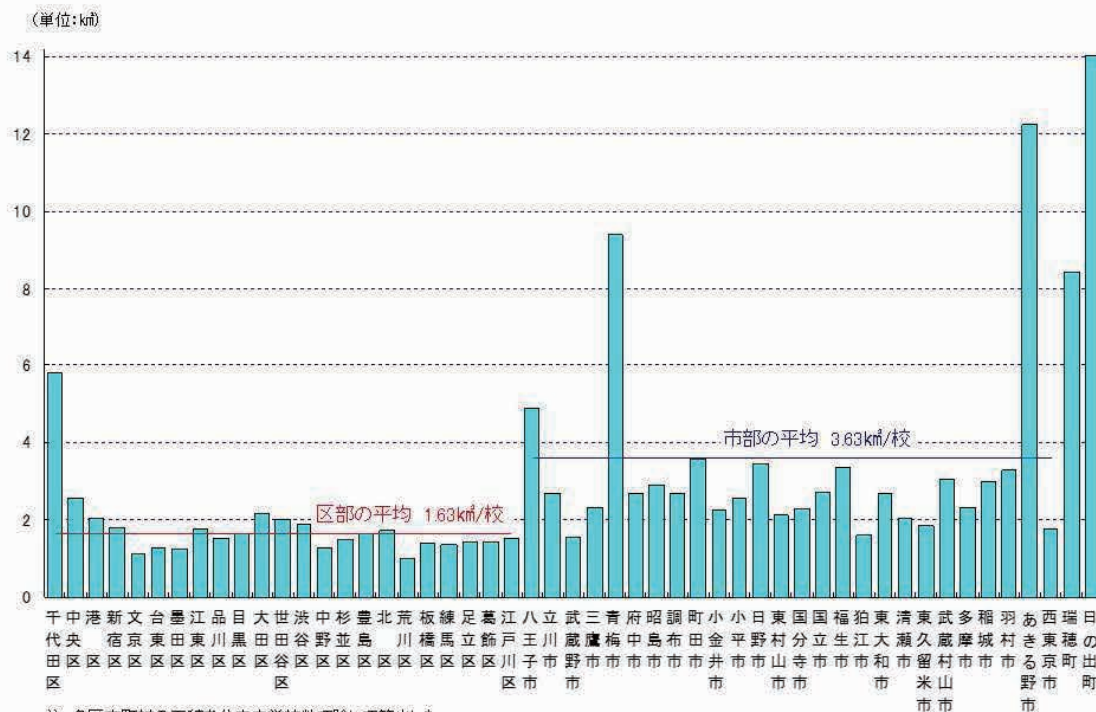
1 中学校区当たり平均人口が最も多かったのは中央区の 3 万 5,749 人、以下豊島区、新宿区、世田谷区、目黒区と 3 万人超の区が並び、島しょ部も含めた東京都全体でも 2 万 1,603 人と、2 万人を超えている。1 万人を切っているのは、日の出町、奥多摩町と檜原村、そして島しょ部 2 町 7 村の合計 10 町村だけである。ちなみに最少は青ヶ島村の 166 人となっている(図Ⅲ-1 参照)。



また 1 中学校区当たり平均面積が最も広いのは奥多摩町の 225.53 km^2 、最も狭いのは荒川区の 1.02 km^2 である。「おおむね 30 分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏」というのもやや曖昧な表現だが、仮に半径 2 km とすると $2 \times 2 \times 3.14 = 12.56 \text{ km}^2$ 、半径 1 km とすると 3.14 km^2 となる。ちなみに 23 区で平均面積が 3.14 km^2 を超えるのは千代田区の 5.83 km^2 のみで、千代田区も含めた 23 区の平均面積は 1.63 km^2 である。図Ⅲ-2 がそのグラフである。ただしこの計算方法では奥多摩町や檜原村は 100 km^2 を超え、島しょ部の町村でもほ

とんどが 20 km²をこえることから、これらについては除外して表示した。

図Ⅲ-2 1公立中学校あたり平均面積(区市町村別)



資料:文部科学省「平成27年度学校基本統計」及び東京都「東京都の人口(推計)(補正)」(平成28年1月1日現在)から作成

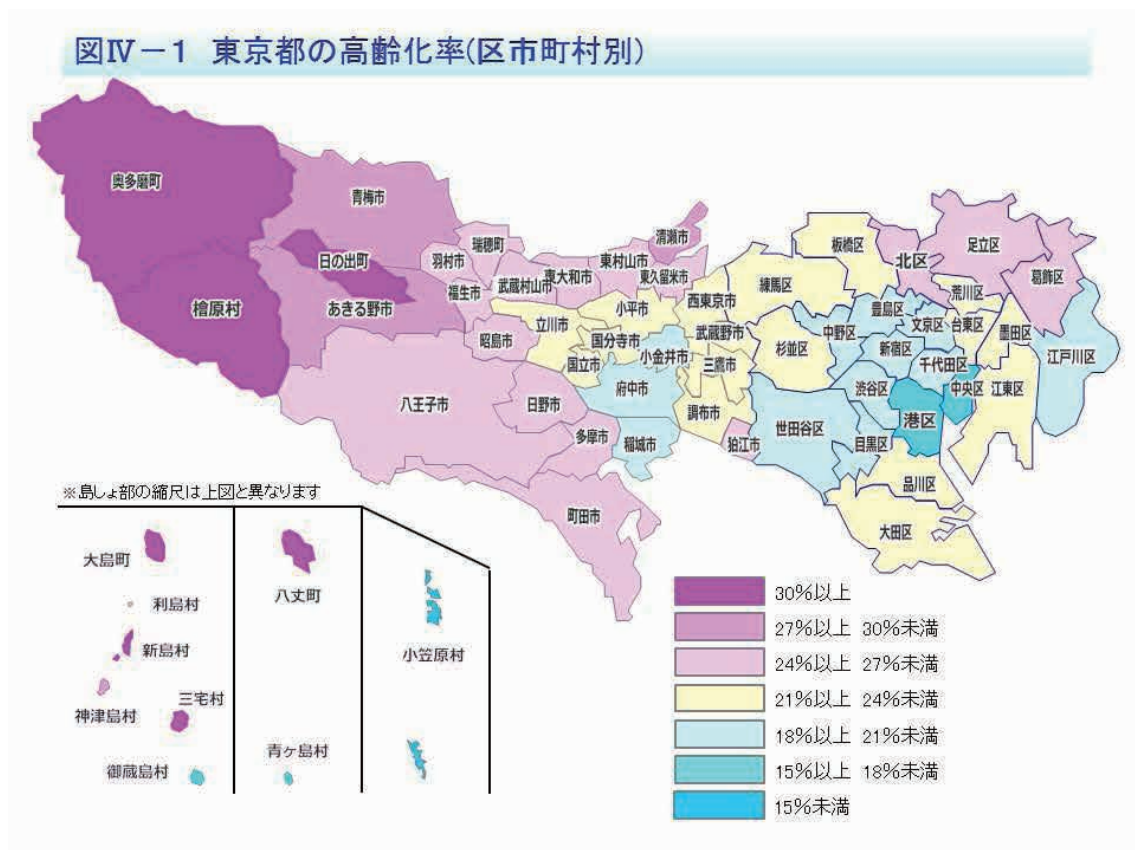
このように、地域包括ケアシステムの説明に当たっては「中学校区、人口にして概ね1万人」と盛んに言われていたが、これは、全国平均で想像された仮説、もう少し言えば、地域のイメージを持ってもらうための一つの説明でしかない。ましてや急性期医療までを視野に入れた場合には、東京都地域医療構想策定会議でも議論されたように、ほとんど東京都全体が一医療圏と言っても過言でない状況もある。

「どの地域を地域包括ケアシステムの単位とすべきか」は、地域包括ケアを行う上で重要な視点である。しかし、提供するサービス、活用する資源によって流動的であってよいのではないだろうか。

IV 地域単位ごとの人口構成

最近は各行政機関の統計も充実してきており、住民基本台帳を基礎とした町丁別（市区町村内の町別、丁目別）の人口を公表している市区町村も少なくない。個別に各地区の人口状況を把握するにはそれら町丁別の人口を集計することがよいだろう。図Ⅱ－2でお示しした渋谷区西部の人口ピラミッドもそのようにして作成した。ただその地域の将来推計自体は困難なので、将来推計の際には、集計した結果に国立社会保障・人口問題研究所の市区町村別の推計結果を乗ずる等の工夫が必要である。

本稿では、地域差の概要を見るのが主な目的であるから、高齢化率をもって比較の指標とする。なお区市町村別の高齢化率については東京都の「東京都の人口（推計）（補正）」の平成28年1月1日現在のデータを用いた。



図Ⅳ－1は区市町村別の高齢化率を示したものである。

高齢化率を低い順にみると、1位が小笠原村の14.6%、2位が青ヶ島村の15.1%、4位に御蔵島村の16.9%と、島しょ部が目立つ。区部では3位に中央区の16.2%、5位に港区の17.4%、6位に千代田区の18.3%、そして7位に渋谷区の19.1%と都心部が続く。

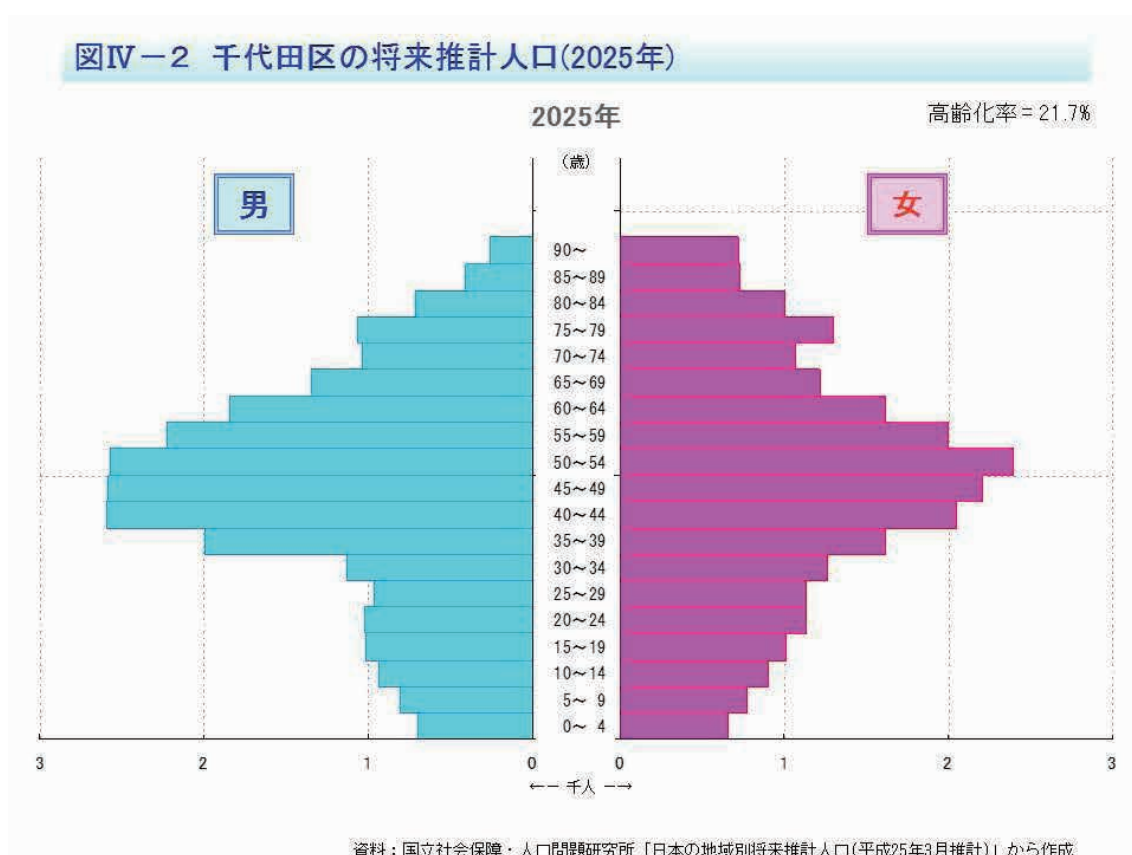
時点が異なるので一概には言えないが、東京青年医会の研修会でモデル地区とした渋谷区西部は、渋谷区の中でもさらに若い地域といえる。

逆に高い区市町村としては、奥多摩町の47.9%、檜原村の46.9%、そして三宅村の38.9%、

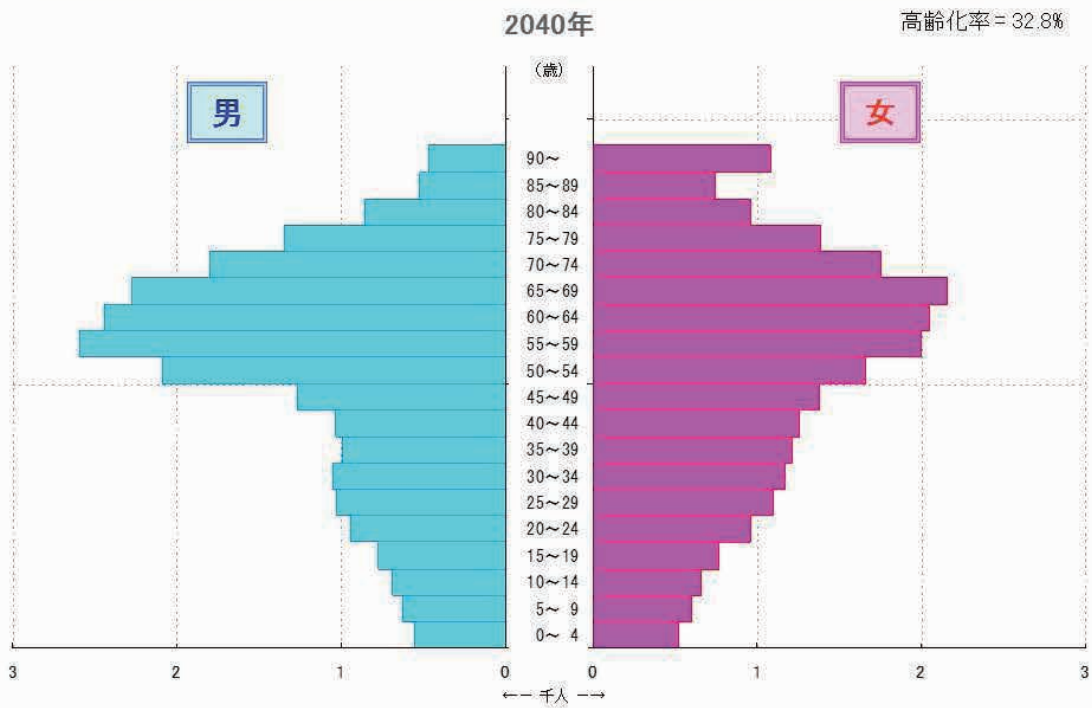
以下には新島村、八丈町、大島町と、島しょ部の名前が並ぶ。西多摩区域が高く、南多摩、北多摩西部・北部、そして区東北部が高めである。島しょ部は高い地域と低い地域とが分かれている。

高齢化率 7%以上を「高齢化社会」、14%以上を「高齢社会」と呼ぶ。我が国の高齢化率が 7%に達したのは昭和 45 年(1970 年)でその年の高齢化率は 7.07%、14%に達したのは平成 6 年(1994 年)で 14.06%であった。2015 年の国勢調査では、26.7%となり、国民の 4 人に 1 人が 65 歳以上となっている。また、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口(平成 24 年 1 月推計)によれば、2038 年には 35%を、2061 年には 40%を超えると推計されている(図 I-1 参照)。高齢化率の低い区市町村においては、人口的に見れば概ね 20 年程度前の我が国の状況であり、高齢化率の高いところにあっては、数十年先の我が国の状況といえることができる。

将来の人口構成がどのようなになっているかは、地域包括ケアを考える上で非常に重要である。国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口(平成 25 年 3 月推計)」では、都道府県・市区町村別の将来推計人口が推計されている。この推計から各区市町村の 2025 年と 2040 年の人口ピラミッドを作成してみた。各区市町村のグラフは資料編に掲載したが、その中から千代田区のものを選び出したのが図 IV-2 と図 IV-3 である。



図IV-3 千代田区の将来推計人口(2040年)



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」から作成

これらを見ると、「ピラミッド」と呼ぶには程遠い状況、「コマ型」とでも呼べるような逆三角形の人口構造となることが分かる。もちろん、グラフに示しているものは推計値でありこの通りになるとは限らないが、これらの人口ピラミッドを見ると少子化対策も喫緊の課題であることが分かる。

また、配偶者や親が亡くなった場合、相続税を払うために土地建物を処分してその地を離れざるを得ない場合も発生する。税制等の面からも住み慣れた地域に住み続けられる工夫が必要となるのではないだろうか。

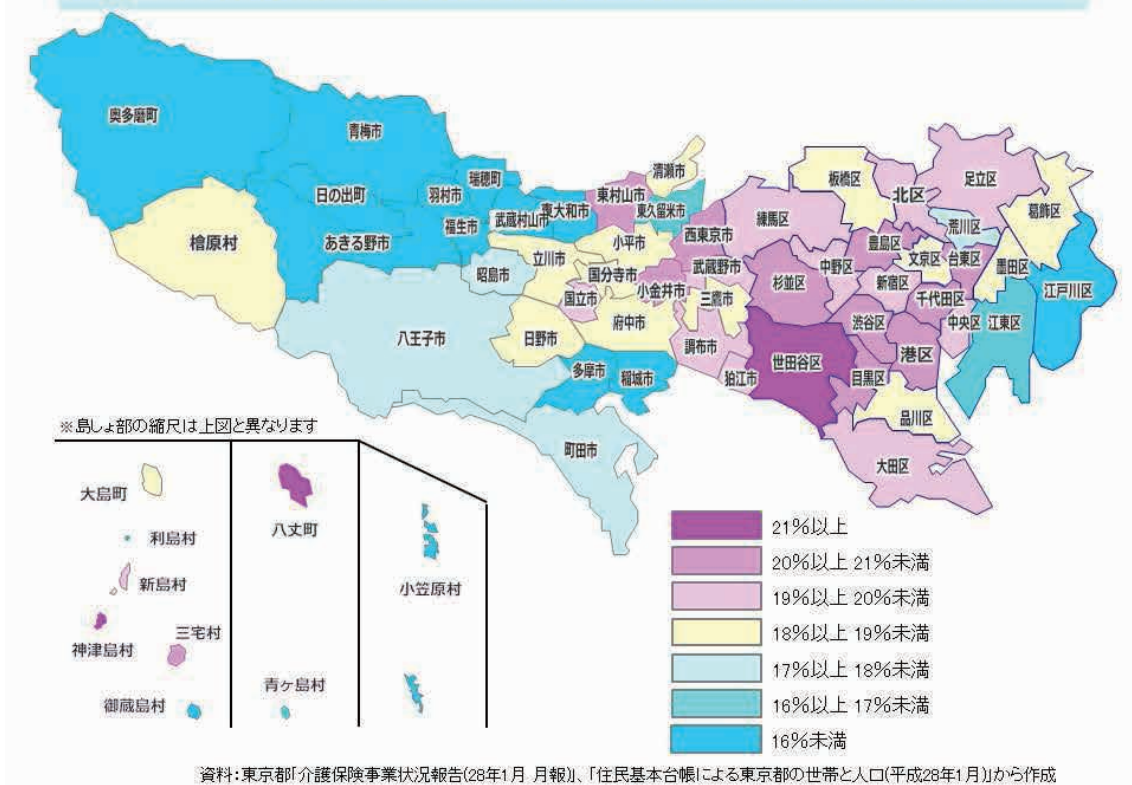
V 健康度の評価

地域の方々の健康状態を把握することは、どのようなサービス提供が必要かを考える上で行わなくてはならないものである。それにより必要なサービスの種類と量、代替可能なサービス等の検討が可能となる。また、この評価の推移や他の地域との比較を見ることにより、当該地域の地域包括ケアのアウトカム評価ともなり得る。

(1) 要介護認定者数(率)と要介護度

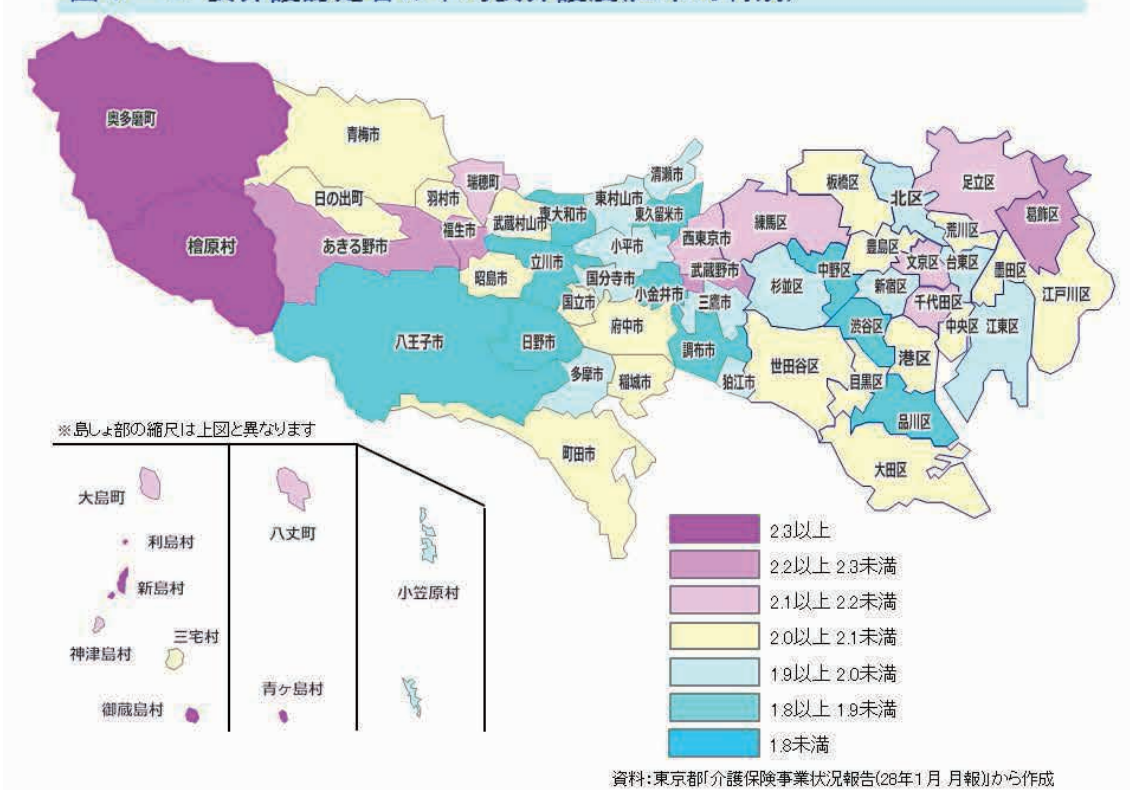
65歳以上人口に対する要介護認定者数(要支援を含む)の割合が最も高いのは神津島村で26.5%、次いで世田谷区と八丈町の21.1%で、以下千代田区と杉並区の20.8%が続く。逆に最も低いのは日の出町の12.1%、次いで小笠原村の12.9%、御蔵島村の13.2%で、多摩市、稲城市と続く。全体的に西多摩、南多摩と区東部が低めのようなのである(図V-1参照)。

図V-1 65歳以上人口に対する要介護認定者数の割合(区市町村別)



また、要介護認定者の平均要介護度を計算すると、利島村が3.55で最も高く、次いで青ヶ島村の3.50、檜原村の2.76、奥多摩町の2.56、以下新島村、御蔵島村と、島しょ部及び西多摩の西部が並ぶ。逆に最も低いのは小金井市、品川区、立川市の1.83で、次いで渋谷区の1.84、調布市の1.86と続く(図V-2参照)。なお平均要介護度の算出に当たっては、要支援1・2の要介護度は0.375で計算した。

図 V-2 要介護認定者の平均要介護度(区市町村別)



フレイル予防などの介護予防に取り組むことにより要介護認定率は低く抑えることが可能なので、先に書いたようにこの数値はアウトカム指標としても用いることができる。しかし不作為すなわちサービスが必要な人にも認定を与えないことや、本人の要介護度に見合ったサービス提供が存在しないために認定を受けないなどの事情でも、数字上の認定率は改善してしまうことから、注意が必要である。

(2) 標準化死亡比

もう一つの健康の度合いを示す指標として、標準化死亡比を用いてみた。

死亡率は通常年齢によって大きな違いがあることから、異なった年齢構成である地域別の死亡率を、そのまま比較することはできない。比較を可能にするためには 標準的な年齢構成に合わせて、地域別の年齢階級別の死亡率を算出して比較する必要がある。

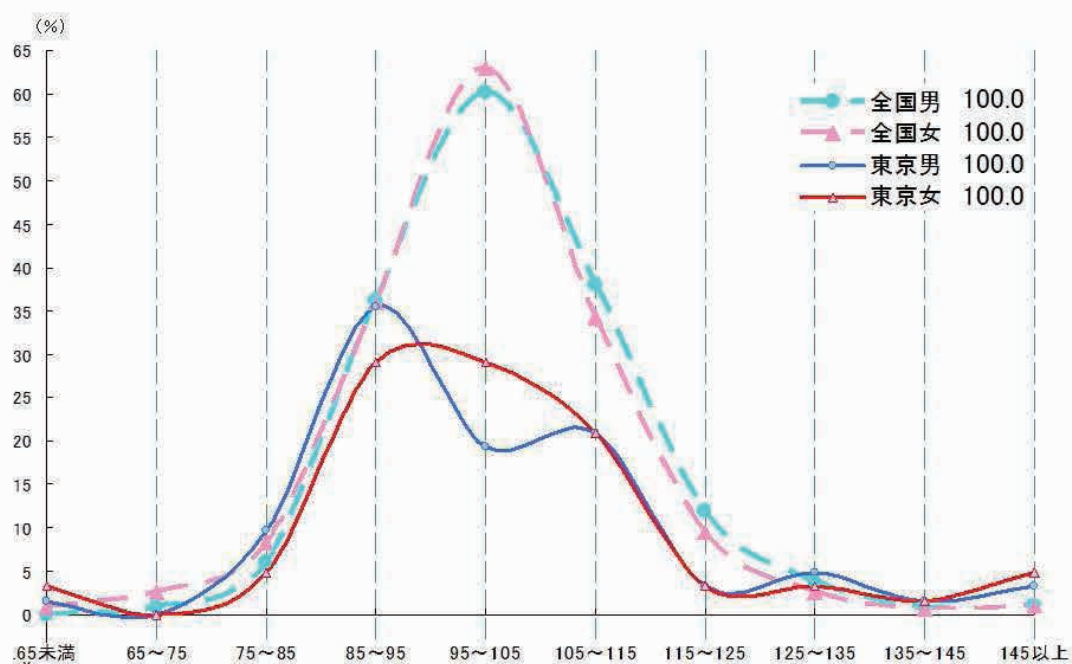
全国の歳階級死亡数を全国5歳階級別人口で除したものを「標準死亡率」(人口10万対の死亡数)とし、基準死亡率を対象地域に当てはめた場合に、計算により求められる期待される死亡数と実際に観察された死亡数とを比較したものが「標準化死亡比」である。我が国の平均を100としており、標準化死亡比が100以上の場合は我が国の平均より死亡率が高いと判断され、100以下の場合には死亡率が低いと判断される。

標準化死亡比は、直接には健康かどうかの指標ではないが、年齢階級別にみて低い死亡

率ということなので、ある程度は健康に関する指標と考えて良いだろう。

日本全国の市区町村別の標準化死亡比の分布に東京都の市区町村の分布を重ねたものが図V-3である。全国平均100に対して東京都は、男性97.5、女性99.2と、わずかではあるが低い。また全国の市区町村の分布がほぼきれいな放物線を描くのに対して、東京都の市区町村の分布は85~95のところピークが来ている。しかしその一方で、125以上の値を示す市区町村の割合がいずれも全国平均よりも高いことが分かる。

図V-3 東京都と全国の標準化死亡比の分布(市区町村別)



資料:総務省統計局「平成20~24年 人口動態保健所・市区町村別統計」から

標準化死亡比が最も低いのは男女ともに青ヶ島村で、男性61.3、女性49.5で、女性は全国平均の半分以下の死亡率である。逆に最も高いのが御蔵島村で、男性202.3、女性222.1と、全国平均の倍以上の死亡率である。

最低最高ともに島しょ部というのは、人口が少ないことによるブレが大きく出た可能性がある。23区・26市とてみると、男性で最も低いのが杉並区の76.6で、以下、小金井市、目黒区、多摩市、国分寺市と続く。女性も杉並区の81.9が最も低く、以下、三鷹市、世田谷区、小金井市、目黒区と続く。逆に男性で最も高いのは、台東区の117.5、以下、荒川区、墨田区、足立区、江東区と続く。女性はある野市の117.0で、以下、福生市、台東区、羽村市、江東区と続く。(男性について図V-4、女性は図V-5を参照)

図 V-4 東京都の標準化死亡比(区市町村別:男)

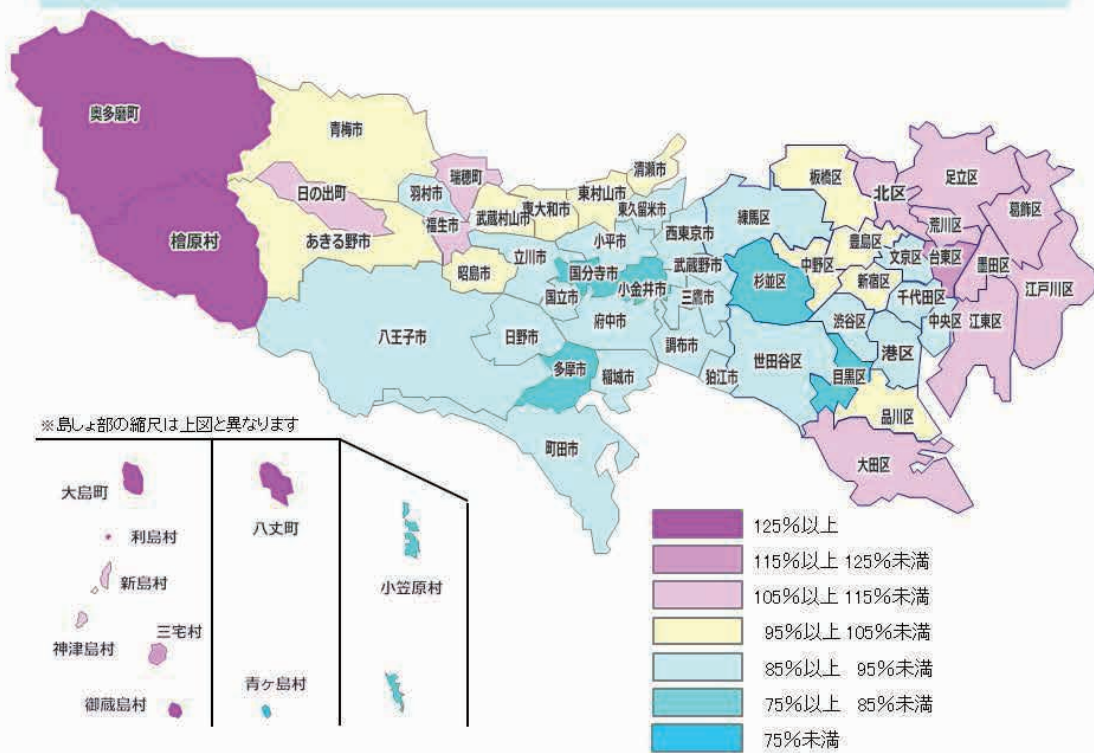
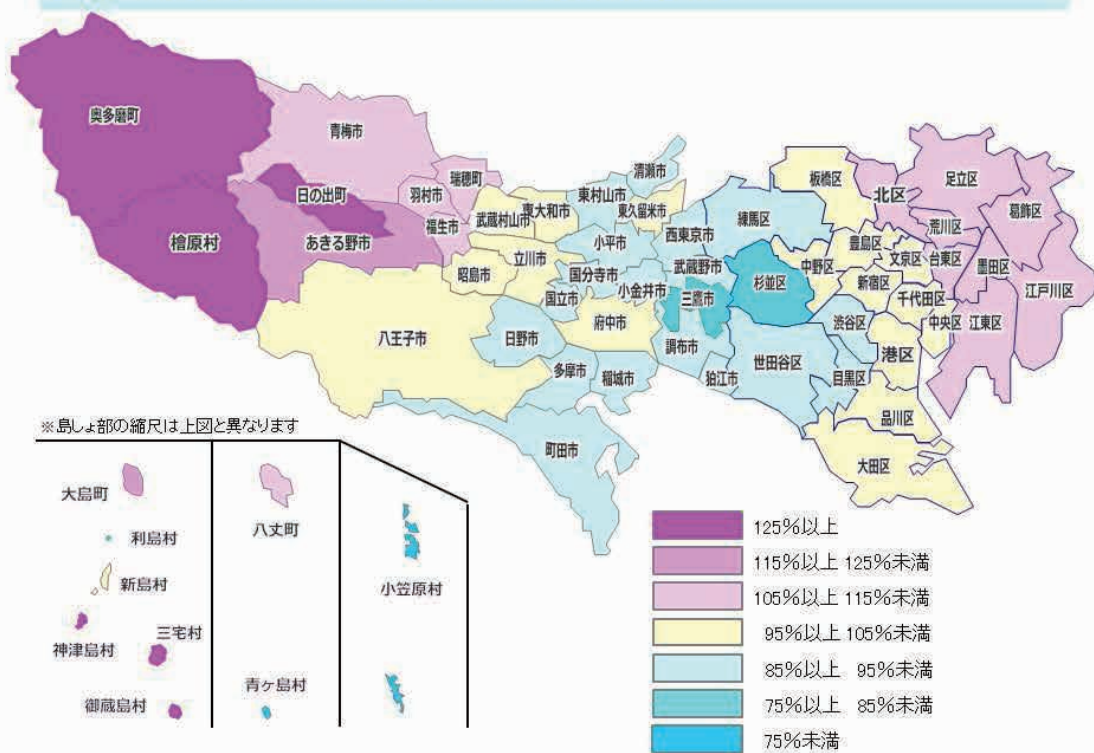


図 V-5 東京都の標準化死亡比(区市町村別:女)



健康に関する指標は、当初の発想としては地域住民が必要としている医療・介護サービスの量と種類がどのようなものであるかを考えるために持ち出したものである。将来的には、地域ごとの罹患率や諸々の健診数値など、よりの確で多様な指標が用いられることを期待する。

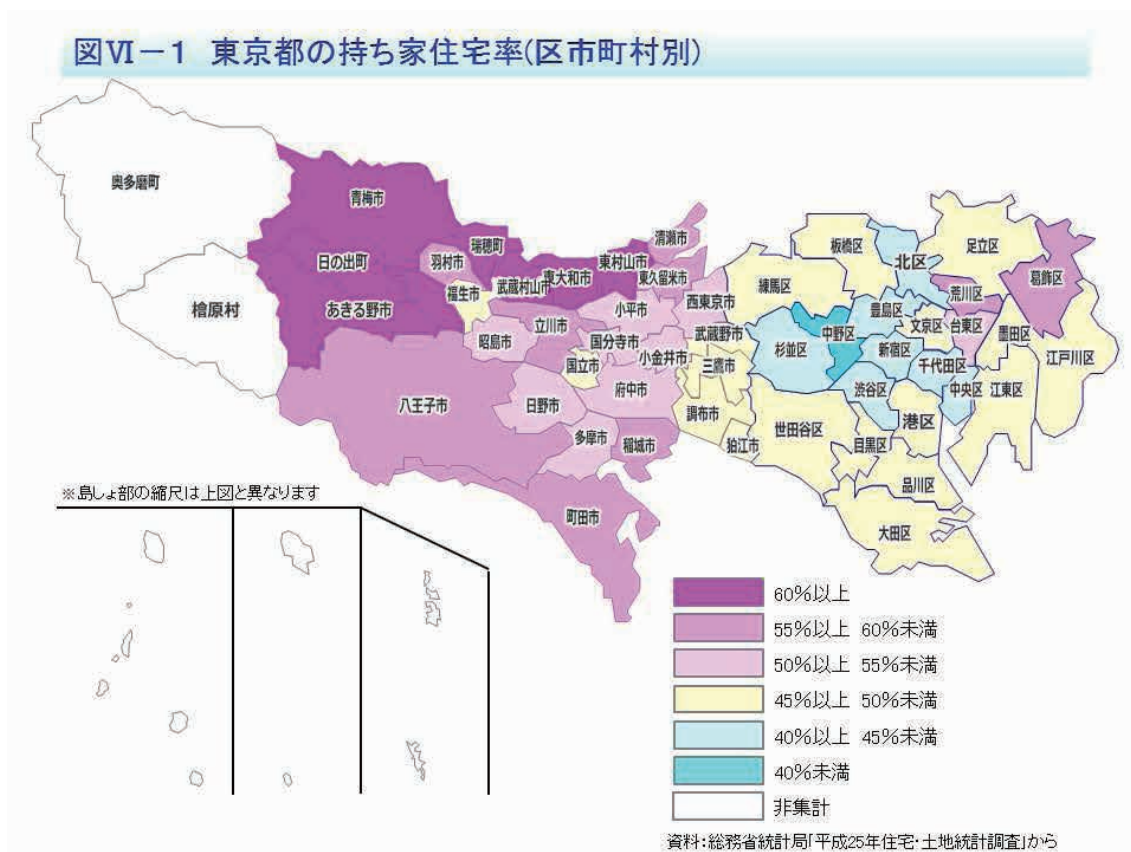
VI 住まい方

－持ち家住宅率と世帯当たり年間平均収入試算額－

(1) 持ち家住宅率

総務省が5年に一度行っている「住宅・土地統計調査」では、住宅の所有区分と世帯の年間収入階級等を市区町村別に調査したデータがある。「平成25年住宅・土地統計調査」によれば、全国平均では61.7%であるが、東京都では45.8%と、持ち家は全体の世帯の半数以下となっている。

東京都で集計されているのは23区と26市、そして瑞穂町と日の出町の51区市町であるが、の中で最も持ち家住宅率が高いのは日の出町の89.7%、次いであきる野市の76.5%、以下、青梅市、瑞穂町、武蔵村山市と続く。最も低いのは中野区の38.8%で、以下、新宿区、北区、杉並区、中央区と続く(図VI-1参照)。地域的に見ると、多摩地区はほとんどの市町で持ち家住宅率は50%を超えているが、区部では葛飾区、荒川区、台東区の3区に過ぎない。



持ち家住宅率が低いことは住民の流動性が高いことを推察させ、地域コミュニケーションの形成における課題であるとともに、医療介護総合確保推進法における「住み慣れた地域」という用語の定義そのものに係わる問題である。

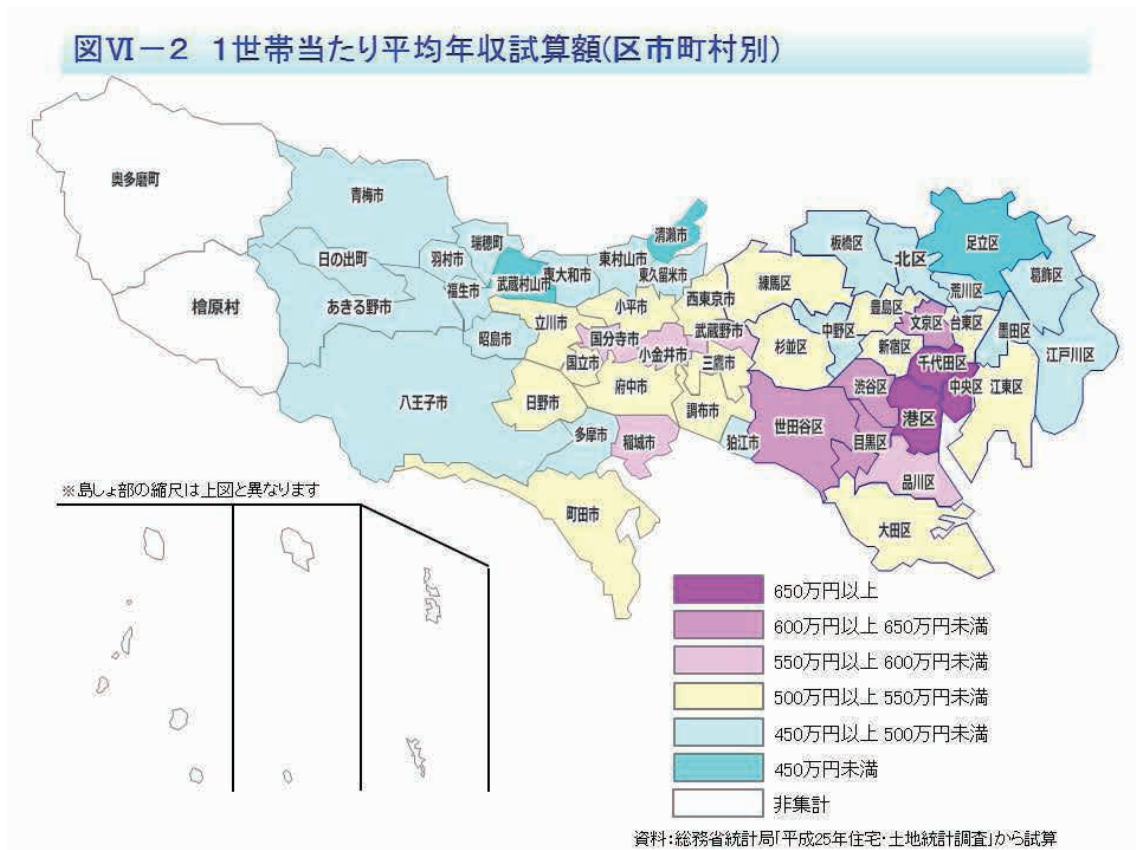
(2) 世帯当たり年間平均収入試算額

上記の通り「住宅・土地統計調査」では、世帯の年間収入階級別の集計もなされている。

世帯当たり年間平均収入試算額は、年間収入階級ごとの世帯数に階級値(原則としてその階級の真ん中。なお 1,500 万円以上の階級は 2,000 万円とした)を乗じ、その合計額を階級別世帯数の合計で除して算出した。

このようにして算出した世帯当たり年間平均収入試算額が最も高かったのは千代田区の 793.0 万円で、以下、港区、中央区、目黒区、渋谷区と続く。ちなみに千代田区は全国 1292 市区町村の中でも最高額で、全国の 10 位に上記 5 区と世田谷区の計 6 区が入っている。平均年収試算額が高いのは区中央部と区西南部ということが出来る(図VI-2 参照)。

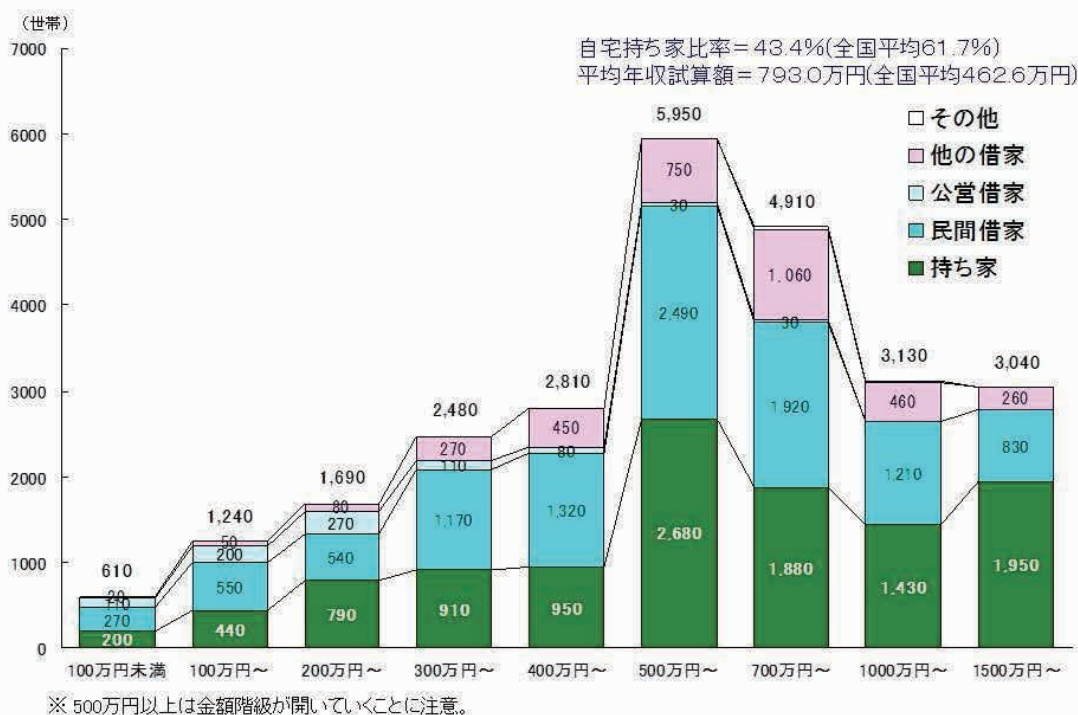
逆に最も低かったのは足立区の 431.7 万円で、清瀬市、武蔵村山市、板橋区、福生市、昭島市と続く。



そして、世帯の年間収入階級別の住宅の所有区分を各区市町ごとにグラフ化してみた。23 区 26 市 2 町全体は資料編に掲載したが、そのうちの千代田区が図VI-3、図VI-4が足立区である。

千代田区は年収 500 万円未満の階級の世帯が少なく、それ以上の階級の世帯が多いのが特徴的である。また持ち家住宅率は高くはないものの、その他の借家の割合が目立つ。その他の借家には UR・公社の借家と給与住宅(社宅等勤務先が所有する住宅)を整理しているが、千代田区の場合は給与住宅が多く、安定していると言える。

図VI-3 世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(千代田区)



図VI-4 世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(足立区)



一方足立区は、200万円台の年収の世帯が最も多く、この階級周辺の持ち家住宅率が低いこと、またその他の借家もUR・公社の借家の割合が高い状況である。

ただしこの統計を用いる際に注意しなければならないのは、年齢との関係である。年齢別人口でも見たが、千代田区、中央区、港区のいわゆる都心3区に新宿区、渋谷区を加えた5区は本年1月現在でもまだ高齢化率が20%に満たない状況であり、勤労世帯が多いであろうことが推測される。今後、高齢者の割合が増えれば年金生活者の割合も増加し、年収そのものは低下すると考えられる。

そのように住民がさらに高齢化していった場合に、低収入世帯、ことに居住すること自体に一定の費用負担を強いられる借家の方々への支援をどのようにするかは大きな課題である。

諸々の支払い能力ということから考えれば、本来は年収以外に保有金融資産も考慮しないといけないだろうが、現段階ではその情報を把握していない。

東京都全体では人口1万人当たり10.0診療所であるが、最も多いのは千代田区で、90.5診療所ある。夜間人口は少ないが昼間人口が多いことから、多くの診療所が開設されているためと考えられる。次いで多いのが青ヶ島村で59.5診療所、3番目が中央区で37.3診療所、以下利島村、港区、御蔵島村と、都心と島しょ部が交互に並ぶ。中央区、港区は千代田区と同様の理由と考えられる。他方、青ヶ島村、利島村、御蔵島村はいずれも診療所が1か所しかないが、人口が少ないため、人口1万人に換算すると高い数値となってしまふ。

逆に少ないのは武蔵村山市の3.5診療所、次いで八丈町の3.8診療所、瑞穂町の3.9診療所で、以下大島町、東久留米市と続く。

地域包括ケアを推進していくと在宅医療の充実が必要となる。単純に診療所数だけではなく診療科等も考慮しなくてはならないが、一定程度の診療所は必要であろう。

なお「在宅医療にかかる地域別データ集」では、在宅療養等に関するデータもいろいろ掲載している。それによれば、在宅療養支援診療所は東京都全体で1,519診療所である。このうち訪問診療を行っている診療所は1,096診療所であり、在宅療養支援診療所の72%が訪問診療を行っていることとなる。

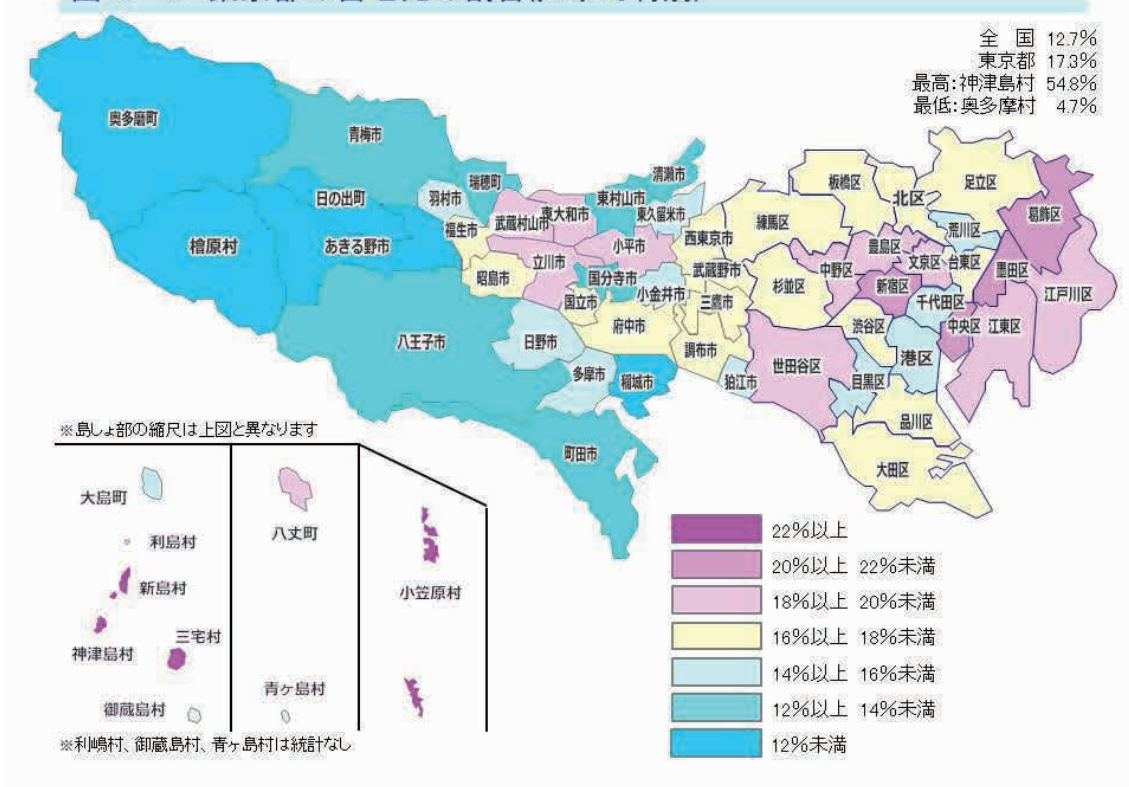
一般診療所による訪問診療の実施件数は東京都全体で142,818件、うちその93.4%に当たる133,373件が在宅療養支援診療所によるものであった。ちなみにこの数値も平成26年医療施設調査の特別集計ということなので、平成26年9月中の実施件数ということであろう(同調査閲覧第82表の特別集計と思われる)。

これを65歳以上人口1万人当たりの実施件数でみると、東京都全体では505.3件で全国平均の300.4件よりも1.7倍近く多い。東京都の中で最も多いのは世田谷区の1,095.8件で、次いで足立区の1,037.9件、3番目が中央区の869.6件、以下清瀬市の869.5件、国立市の829.4件と続く。実施された区市町村の中で最も少なかったのは狛江市の7.2件、次いで日の出町の9.5件、奥多摩町の35.6件、以下小笠原村、檜原村と続く。なお瑞穂町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、青ヶ島村等では実施実績がなかった。

また、同データ集では、自宅死の割合も掲載されている。これは「平成26年人口動態調査」の特別集計である。全国平均では12.8%であるが東京都全体では16.8%と、こちらも東京都は全国平均よりも高い。東京都内を区市町村別にみると、最も高いのが神津島村の54.8%、次いで新島村の31.3%、小笠原村の30.0%、三宅村の24.4%と、島しょ部が続く。区市部で高いのは5番目に葛飾区の21.7%、以下、中央区の21.5%、新宿区の21.4%、墨田区の20.0%、江戸川区の19.9%と続く。逆に低いのは奥多摩町の4.7%、日の出町の4.8%、檜原村の4.9%、あきる野市の8.4%、稲城市の11.4%と続く。

全体的にみると、島しょ部と区東部や区西部、北多摩地区の一部が高く、西多摩、南多摩地区の一部が低いと言える(図VII-3参照)。なお、御蔵島村と青ヶ島村では自宅死亡がなく、利島村では死亡そのものがなかった。

図Ⅶ-3 東京都の自宅死の割合(区市町村別)



(3) 訪問看護ステーション

「在宅医療にかかる地域別データ集」によれば、訪問看護ステーションは東京都全体で771施設、訪問看護師の常勤換算数は3,207人である(「介護サービス施設・事業所調査」特別集計(H26.10.1現在)。65歳以上人口1万人当たり訪問看護師数が最も多いのは千代田区で37.9人、次いで清瀬市の20.3人、目黒区の19.4人、墨田区の17.0人、以下、羽村市、国立市と続く。逆に最も少ないのは東大和市の3.9人、次いで小金井市の4.7人、稲城市の6.8人、以下、狛江市、八王子市と続く。なお、奥多摩町、檜原村、そして島しょ部の2町7村には訪問看護ステーションがなく、訪問看護師もいない。

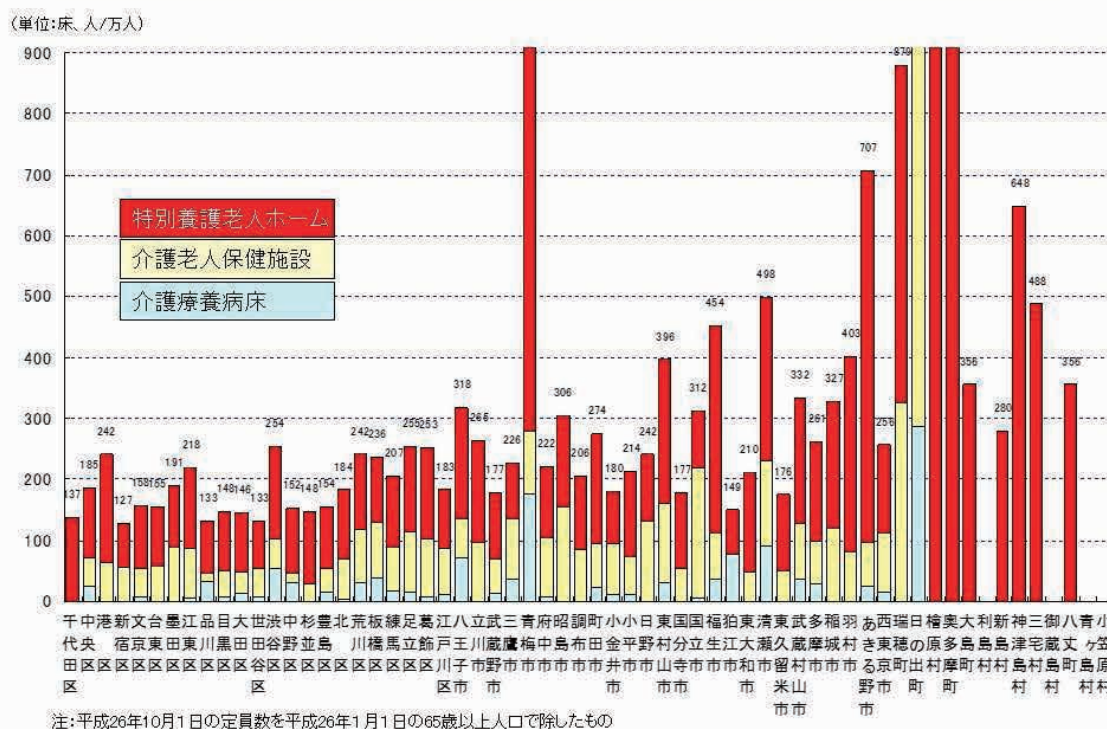
(4) 介護保険施設

介護保険3施設の合計でみると、日の出町2,595.1人、奥多摩町1,876.7人、檜原村1,819.8人、青梅市1,012.8人が1千人を超えており、瑞穂町、あきる野市、神津島村がそれに次ぐ。逆に少ないのは新宿区の126.9人、次いで品川区の132.9人、世田谷区の133.3人で、以下、千代田区、大田区と続く(図Ⅶ-4参照)。なお利島村、御蔵島村、青ヶ島村、小笠原村には介護保険施設がない。

介護老人保健施設が整備されていないのは、千代田区、狛江市、檜原村、奥多摩町と、

島しょ部の2町7村であるが、介護療養病床に至っては、島しょ部の2町7村に加え、千代田区、港区、新宿区、台東区、墨田区、杉並区、立川市、昭島市、調布市、日野市、国分寺市、東大和市、東久留米市、稲城市、羽村市、瑞穂町、檜原村、奥多摩町の計27区市町村で整備されていない。建物や土地に対する設置・整備補助金の有無等も整備に影響があったことが考えられる。

図Ⅶ-4 65歳以上人口1万人当たり介護保険施設定員数



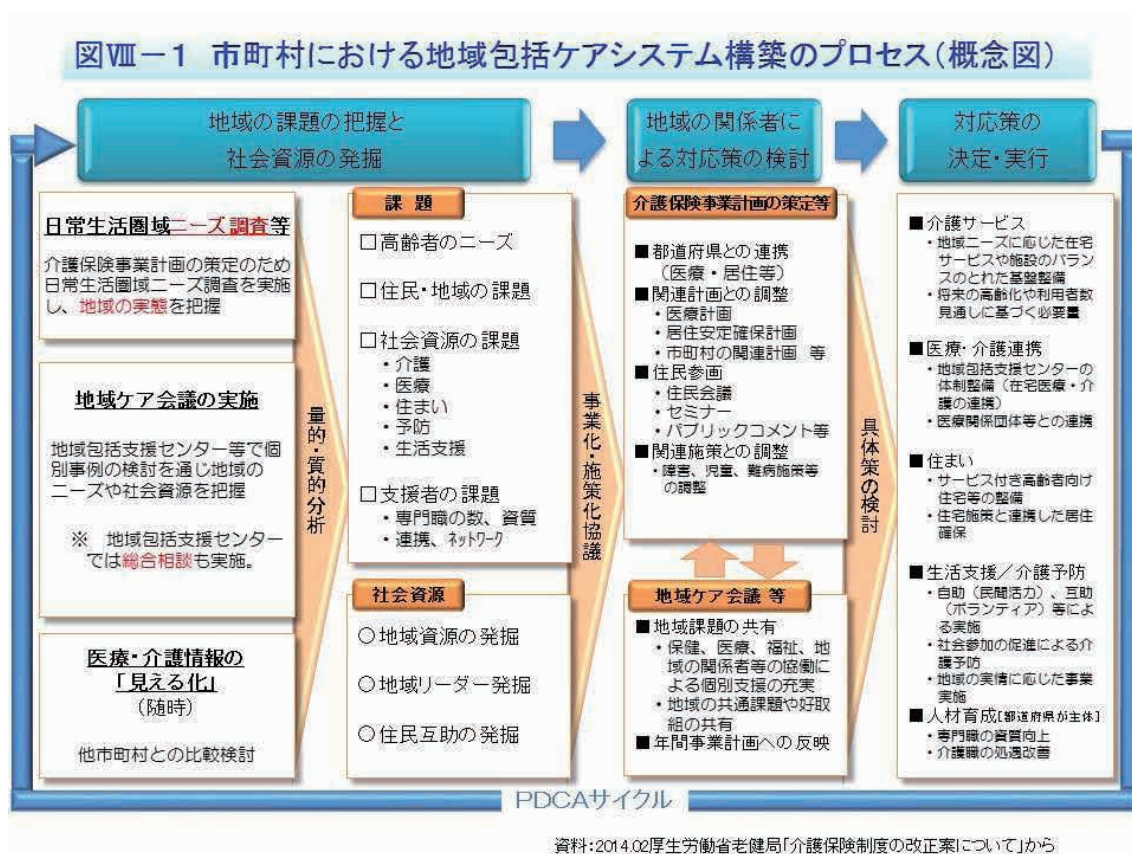
(5) 介護事業所

次に事業所等だが、これらは施設と異なり、在宅医療・介護事業所はかなり地域に密着したものと考えることができる。地域包括ケアを考えるにはなくてはならない情報である。個別に調べることは可能だし、ほとんどの介護等の事業所は行政に届け出がなされていることから、具体的に計画を策定する際には「都道府県介護サービス情報公表システム」等の公開情報により把握することが可能である。ちなみに上記「在宅医療にかかる地域別データ集」には、小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所の集計も掲載されている。

また日本医師会総合政策研究機構の「日医総研ワーキングペーパーNo.376」の「地域の医療介護提供体制の現状・市区町村別データ集(地域包括ケア関連) - (2016年度)」では、これらの公開データについて市区町村別に集計しているものもあるので、参照されたい(日本医師会総合政策研究機構のホームページから都道府県ごとにダウンロードが可能である)。

VIII 地域包括ケアの評価

地域差がある地域包括ケアではあるが、それらが各地域で効率的に運営されているかどうかは評価する必要がある。厚生労働省においても、地域包括ケアシステム構築に際してはPDCAサイクルをもって推進していくべきであるとしている。このサイクルの「C(チェック)」の部分がかまに評価であり、これを見て更なる「P(プラン)」を建てることとなる。



地域包括ケアの評価については他の研究に任せるが、本稿における種々のデータはストラクチャー評価指標となるし、健康度に関する指標は適切なものであればアウトカム評価指標ともなると思われる。

これらのデータを収集・分析することにより、それぞれの地域に合った地域包括ケアを行うことが求められる。

まとめにかえて

今回の分析(と言えるほどのものではないが)は、一応、区市町村レベルにまで落とし込んであるが、それにしても平均値の比較でしかない。

ここ数年でいろんなデータが公表されてきたことはとても喜ばしいことであり、当委員会もそれらに触発されてデータの比較分析を始めたが、今度はいろんなデータに振り回されてどれが重要、有意な数値でどれは些末なのか、またどの数値とどの数値に因果関係があり、あるいは相関関係しかないのか、さらには単なる偶然なのかなど、注意深く見る必要がある。数値は単なる結果でしかなく、真に必要なのは実態そのものを把握することだとも思う。

「地域包括ケアシステム」も「地域医療構想」も、全く新たな物を作り出すのではなく、それぞれの地域において現在ある人的・物的資源を有効に活用することと、現在そして将来に亘る課題・不都合を是正しながら、その時々合った体制づくり、街づくりをすることが重要である。

目標年度と言われる 2025 年まではあと 8 年しかない。それぞれの地域において、①地域の範囲、②地域の人口構成、③住民の健康状態、④住民の居住状況、⑤住民の所得等、⑥地域のサービス提供体制などについて、上記のような視点から分析と検討を重ね、実践していかなければならない。地域包括ケアシステムの範囲に関していえば、中学校区が大事な中でも 1 万人が大事なのではない。「日常生活圏域」にサービスが整っていることが大事なのである。

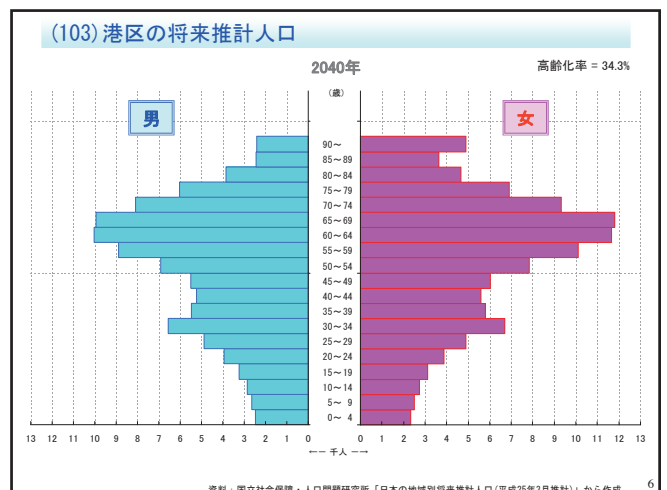
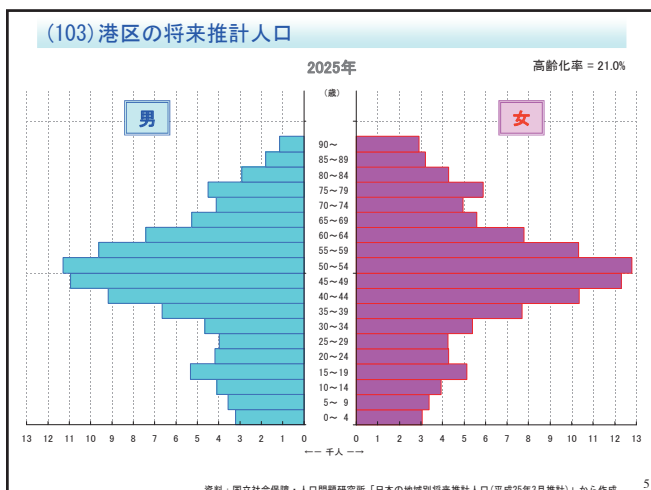
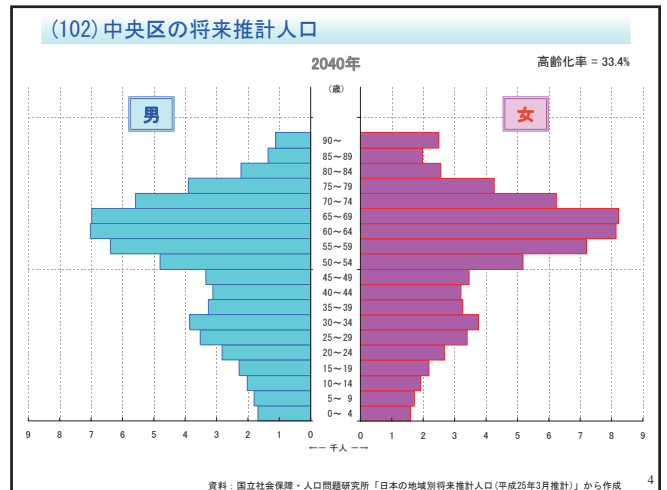
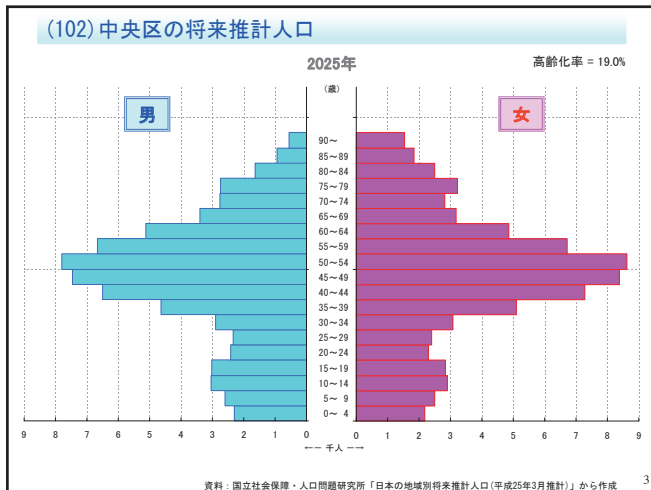
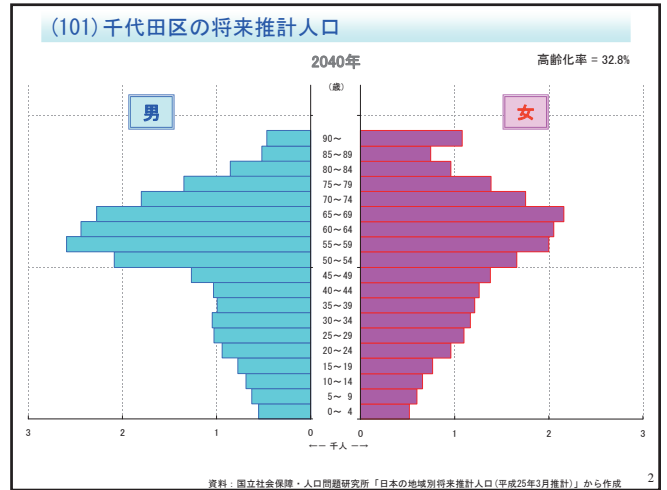
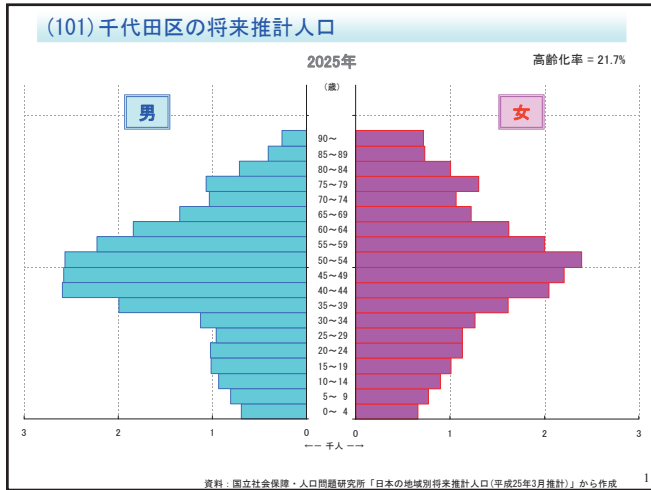
地域の方々並びに行政の医療機関に対する期待は大きい。と同時に、医療機関に勤務されるの方々自身も地域住民であることの発想を持って、地域にある人的・物的資源を把握し、活用することにより地域包括ケアの推進にご尽力いただきたい。

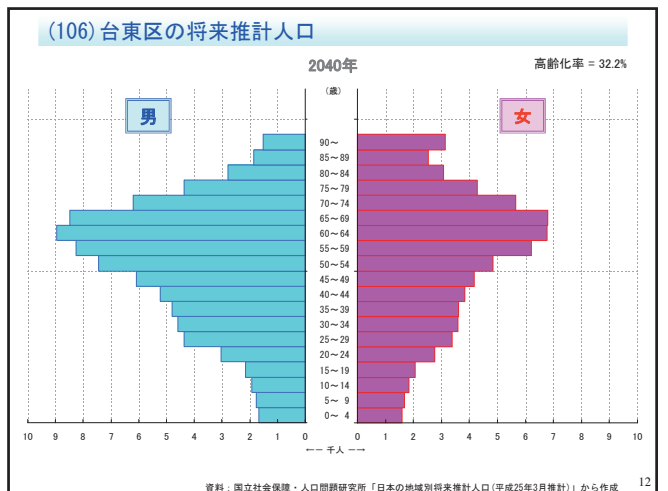
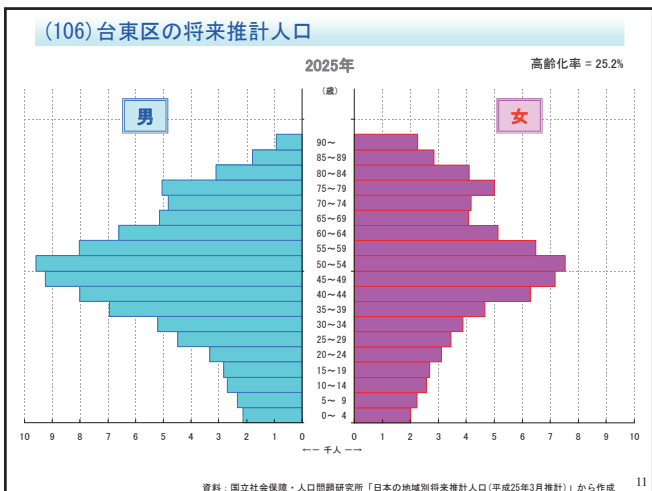
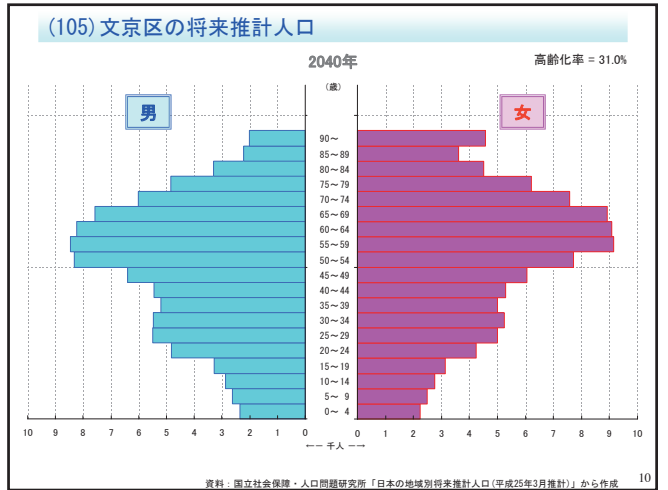
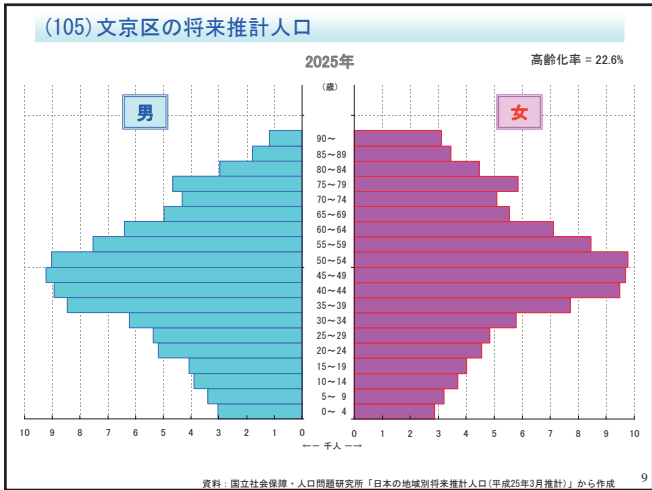
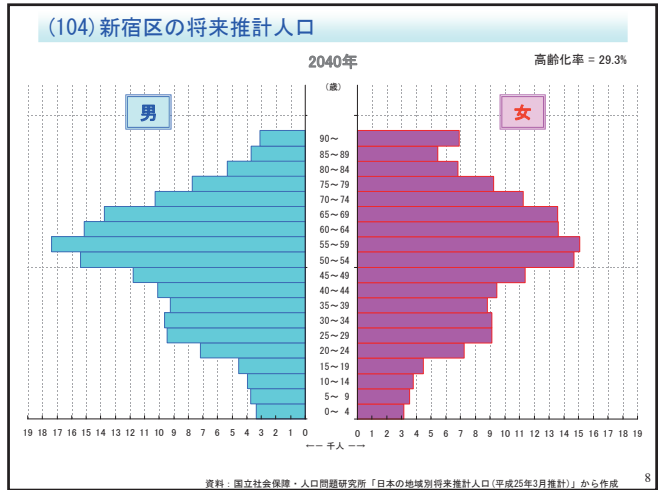
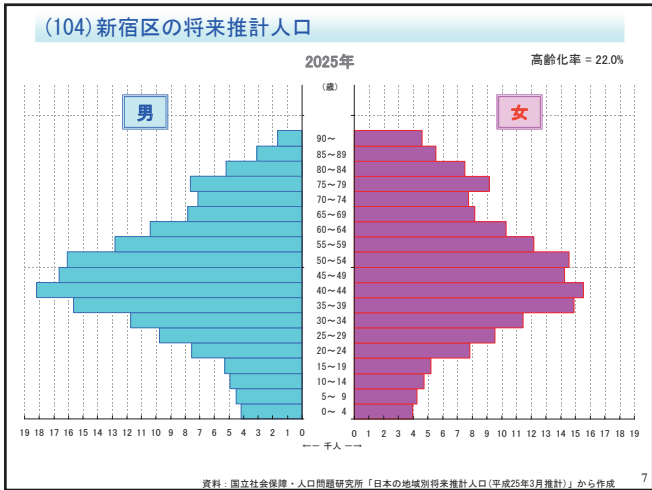
資料編

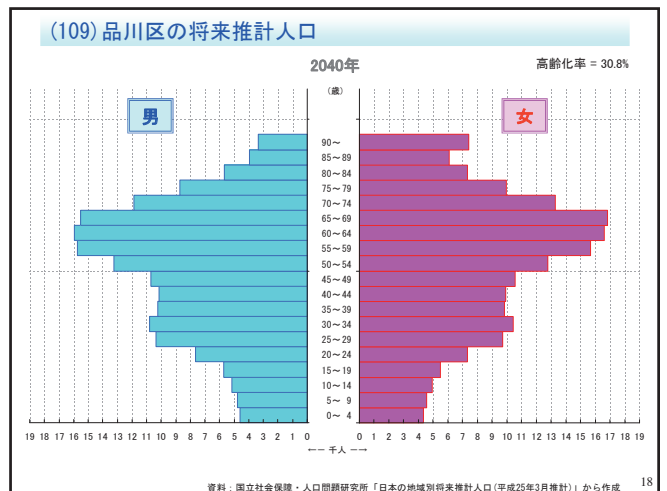
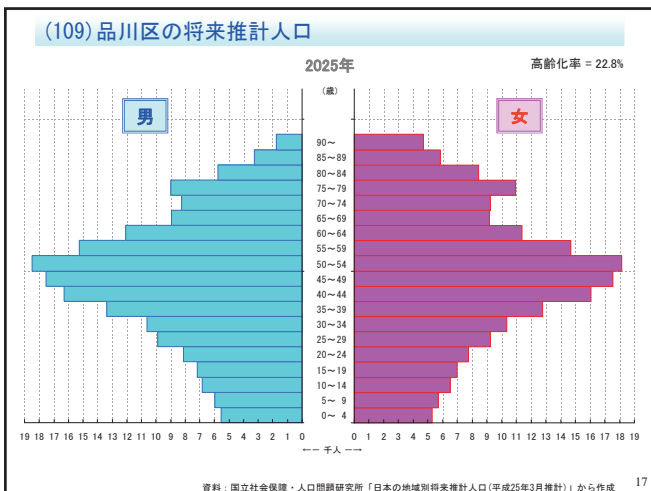
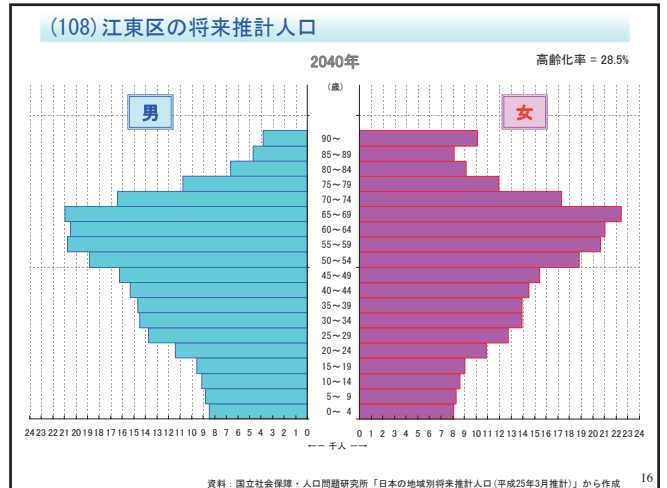
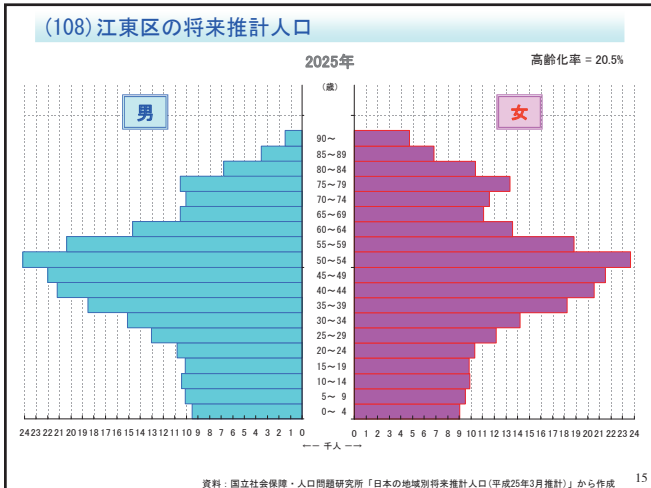
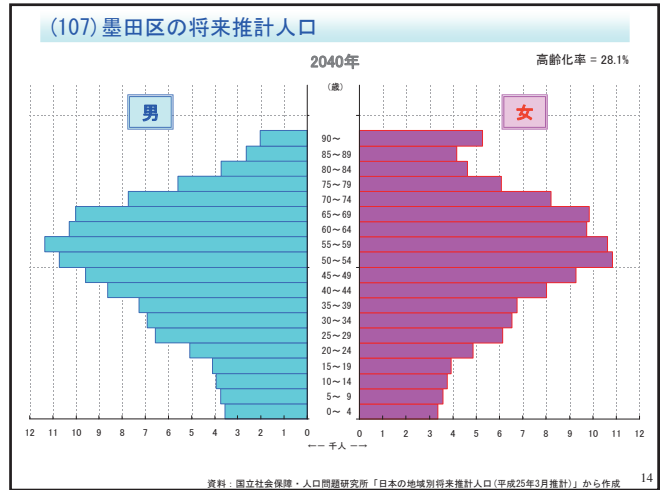
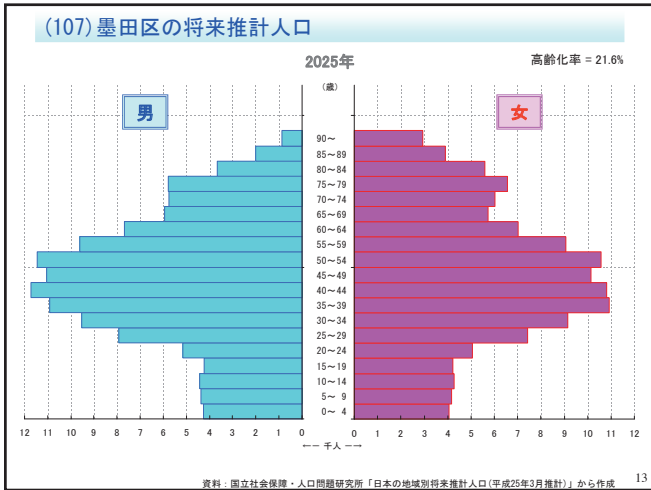
資料① 区市町村別将来推計人口構成（2025年、2040年）

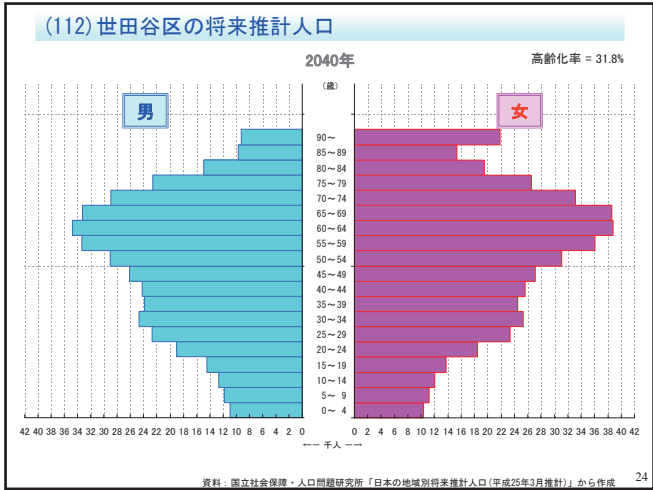
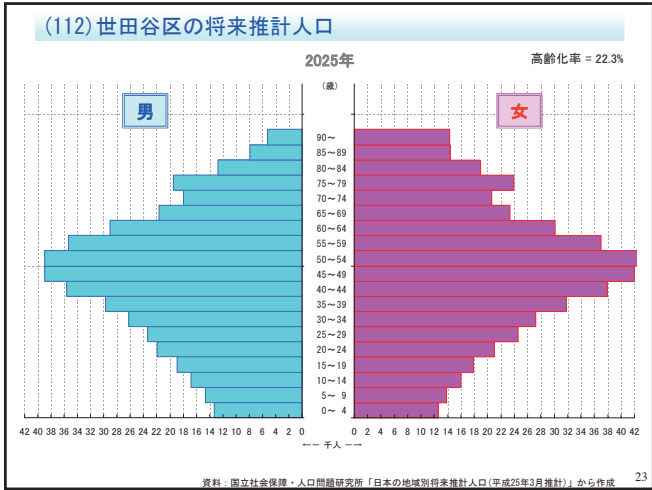
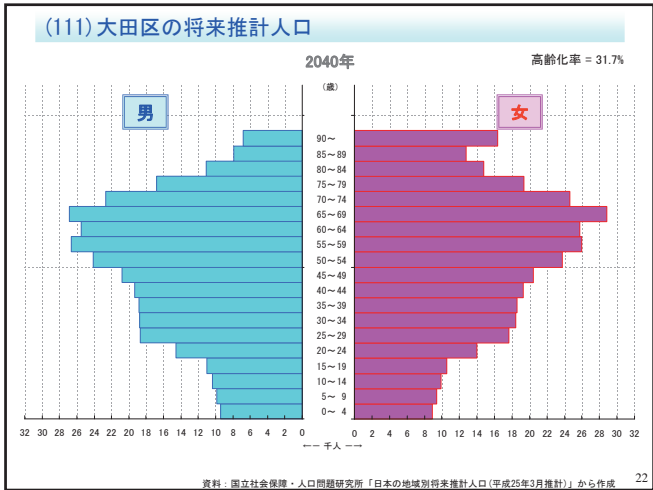
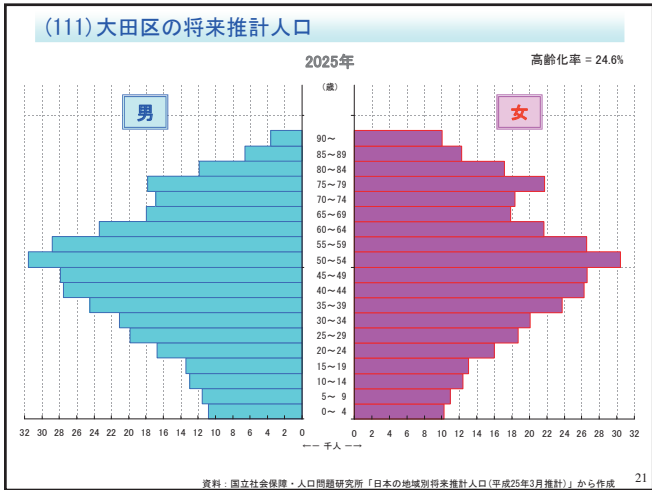
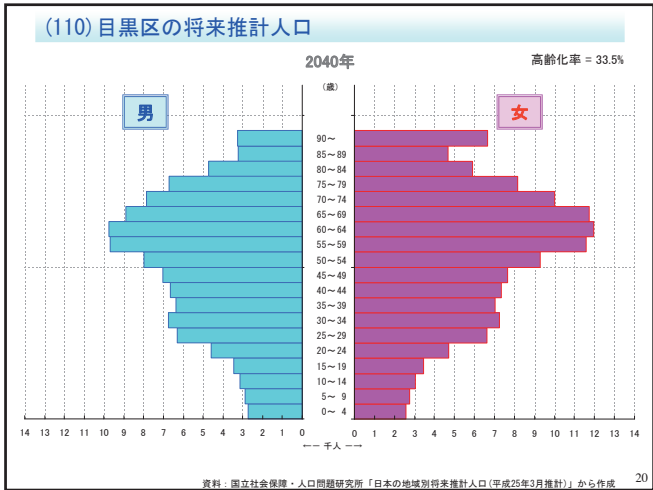
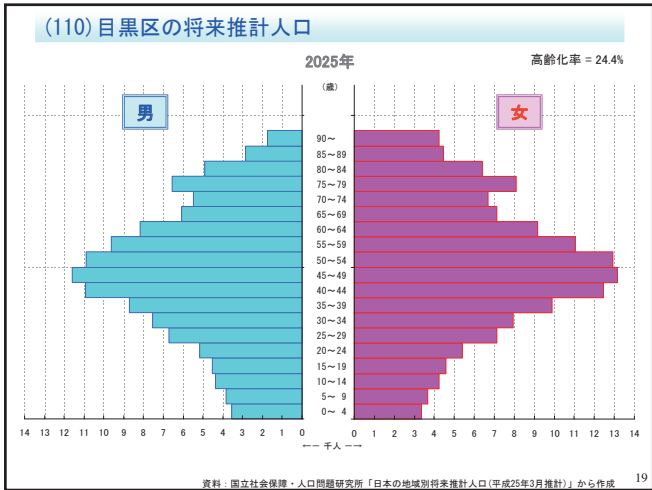
資料② 区市町村別世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布

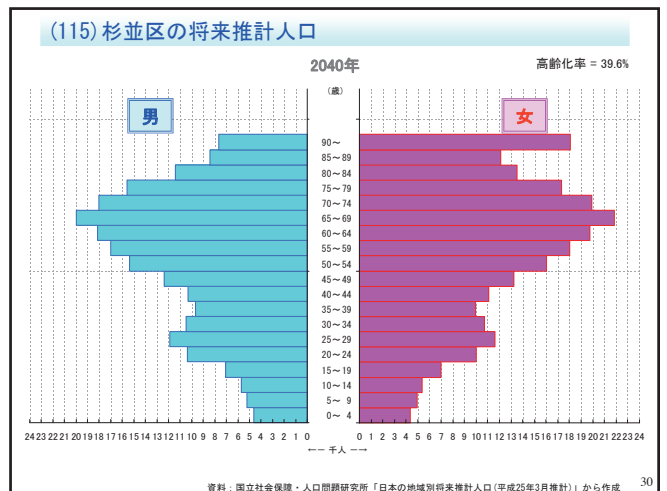
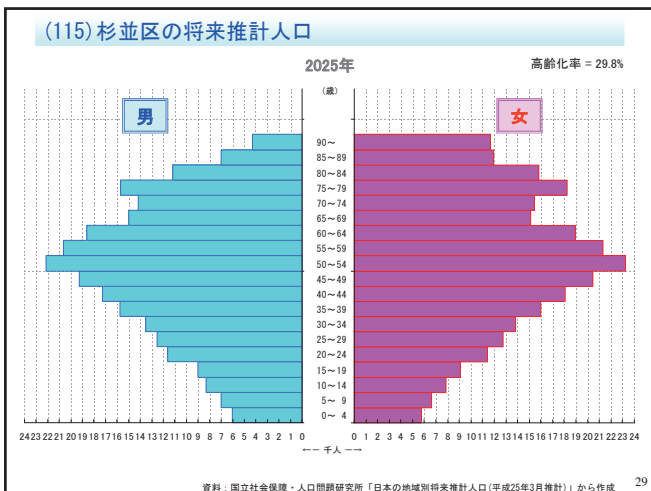
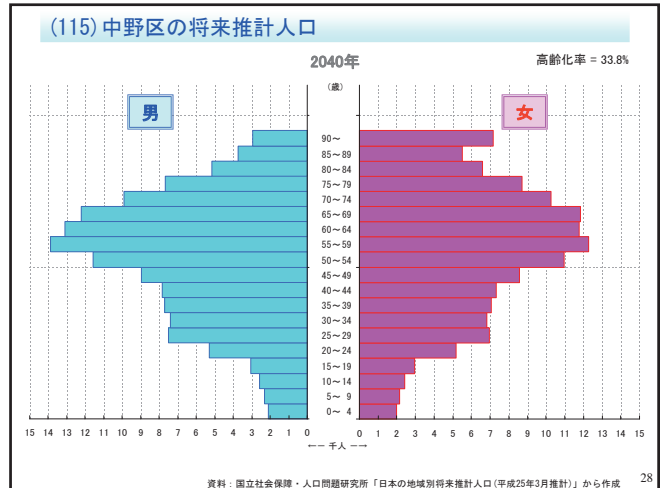
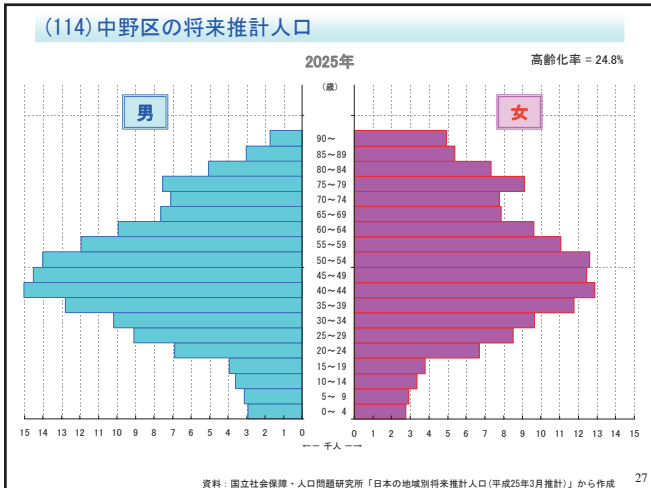
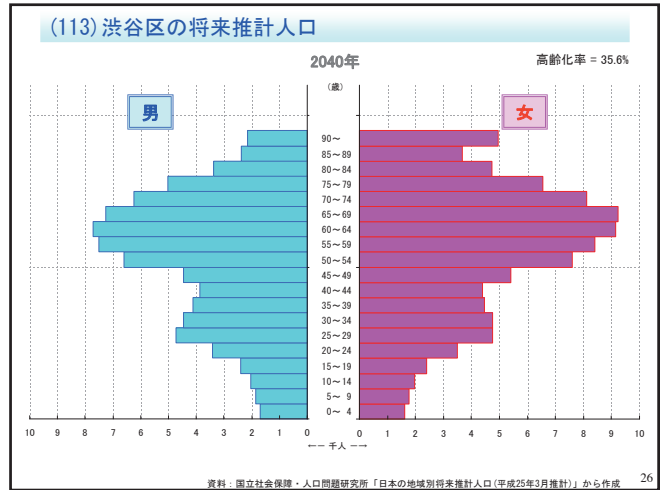
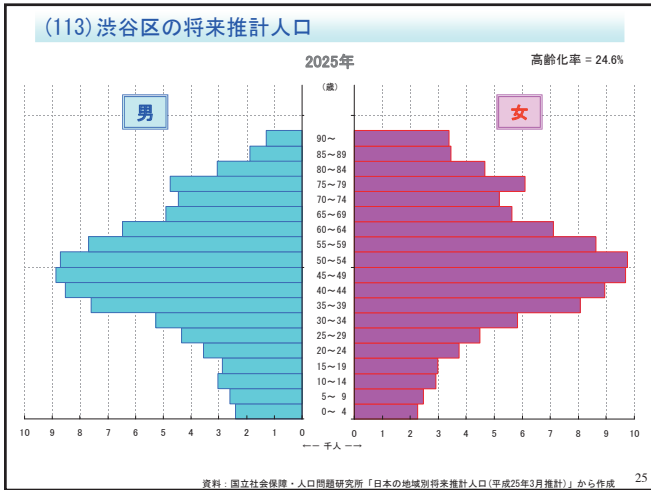
資料① 区市町村別将来推計人口構成（2025年、2040年）

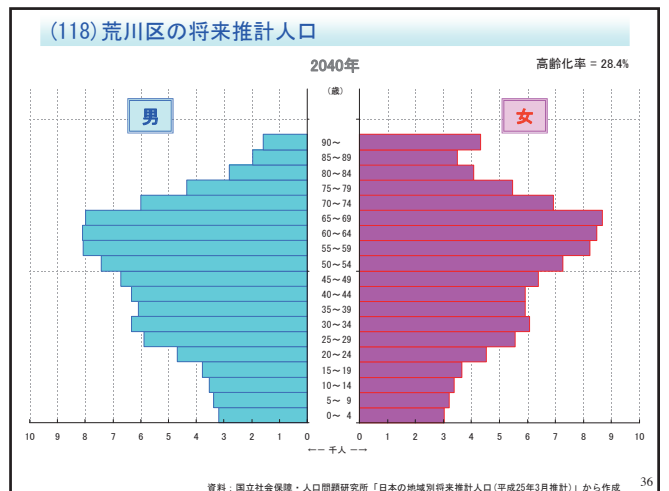
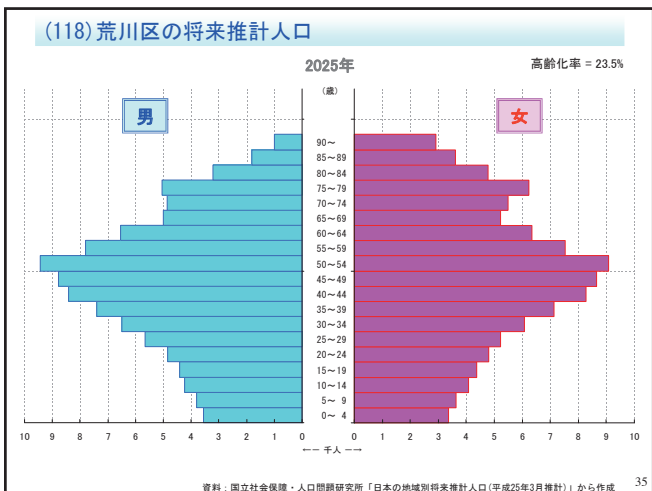
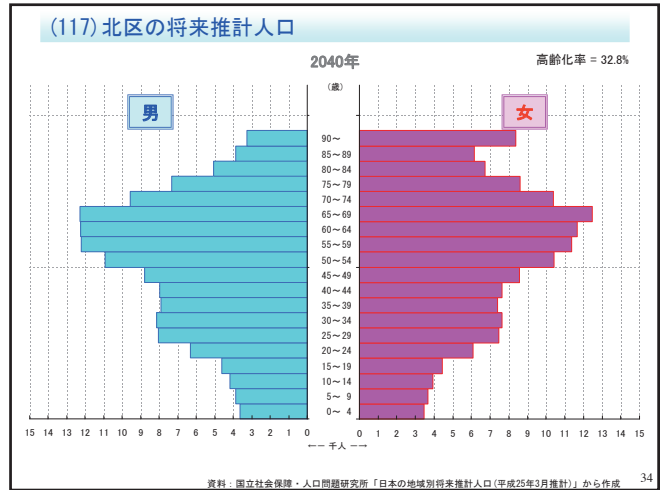
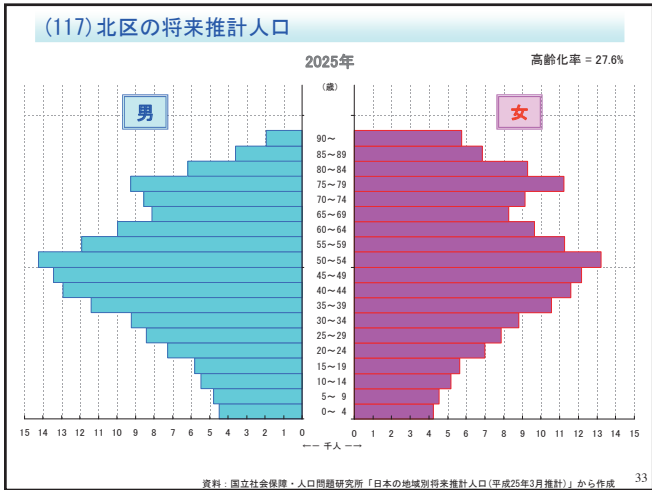
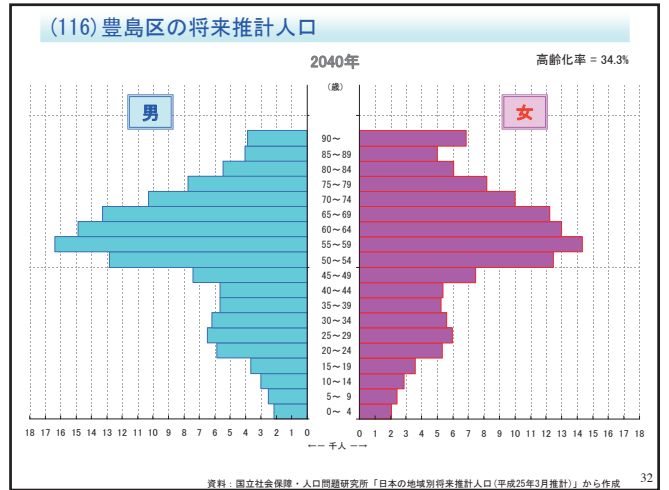
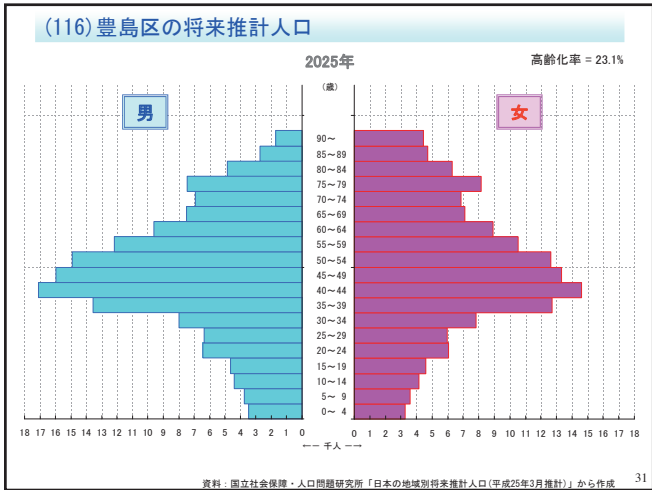


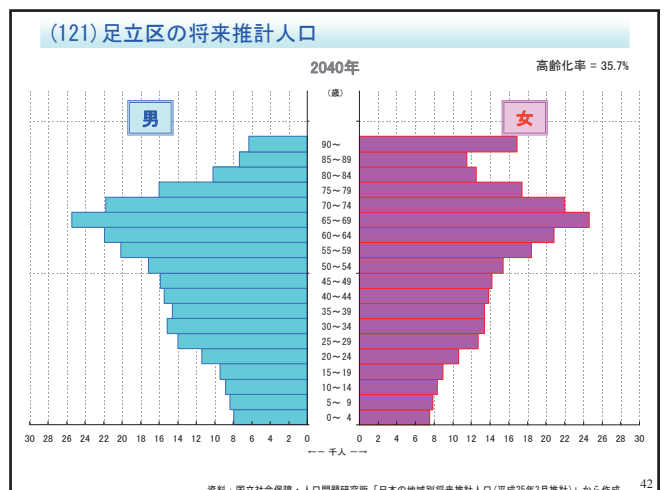
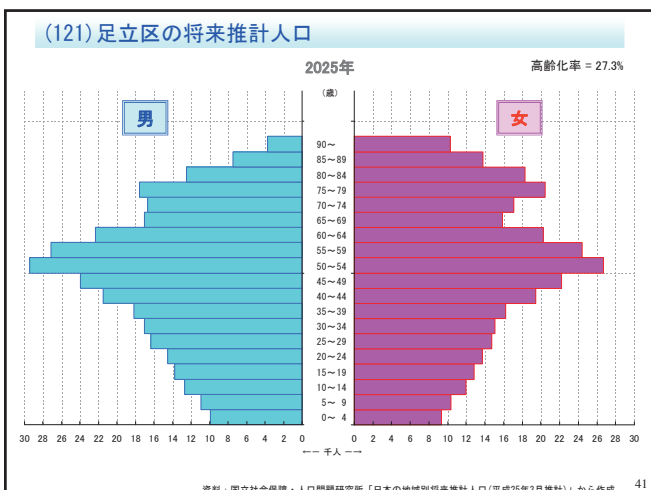
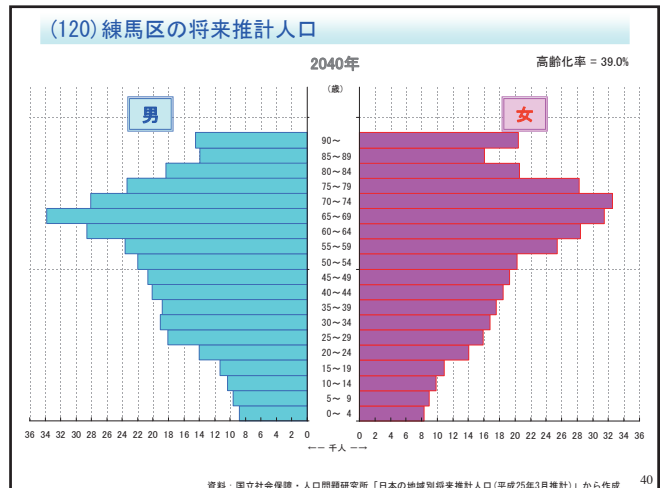
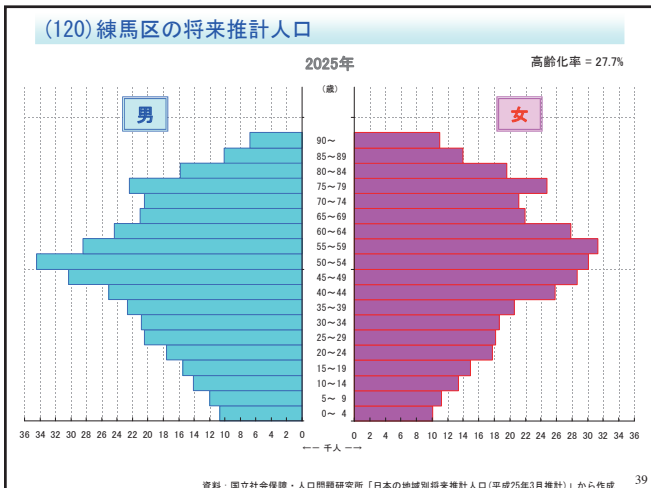
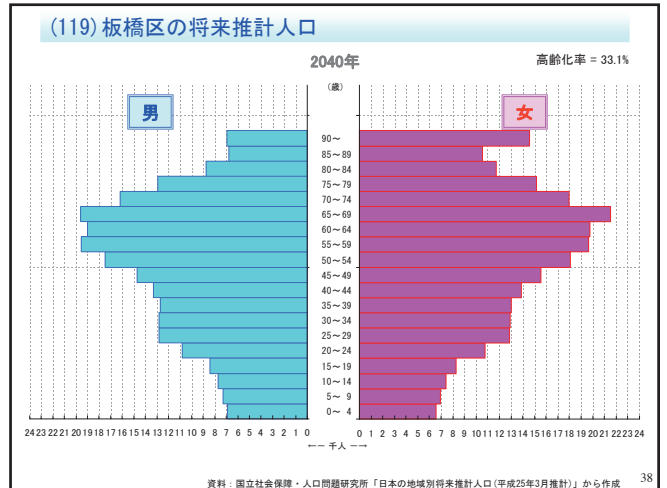
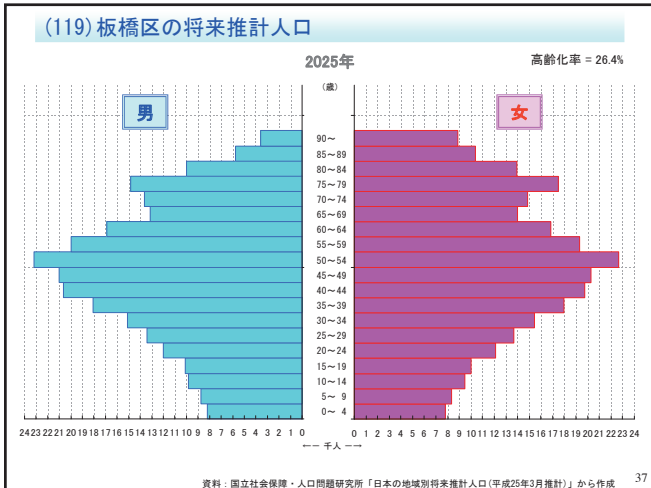


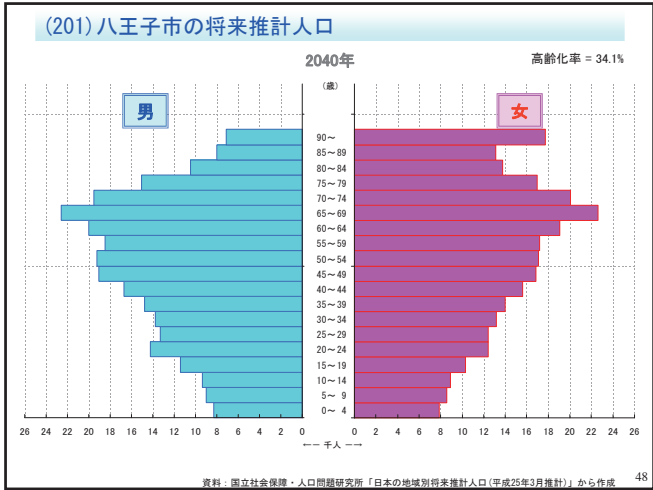
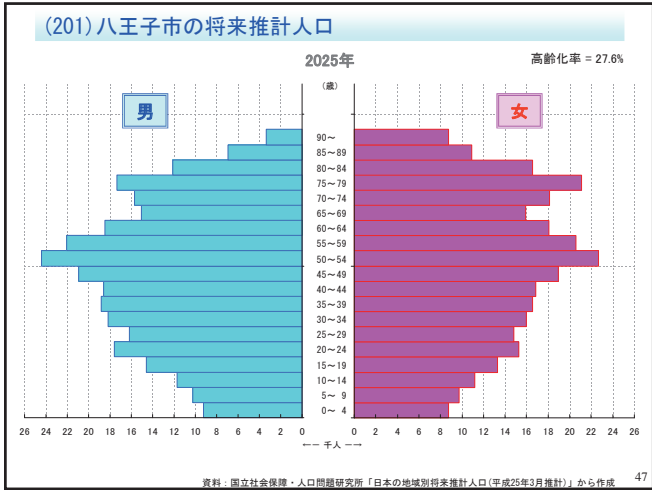
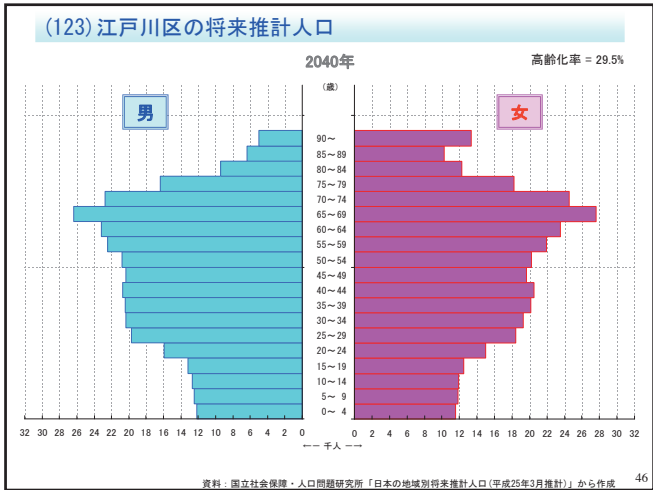
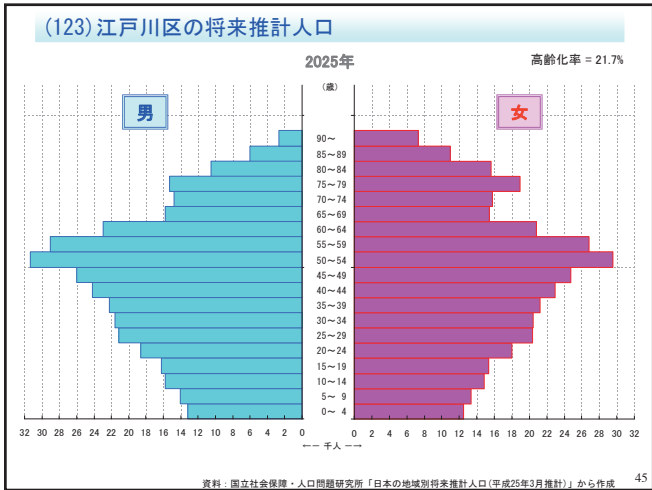
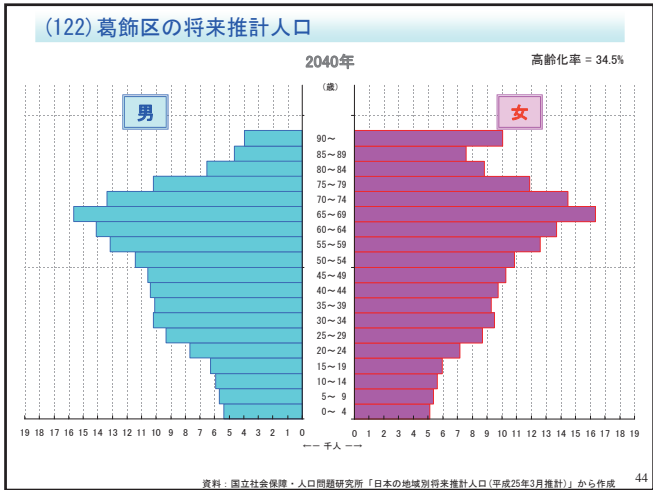
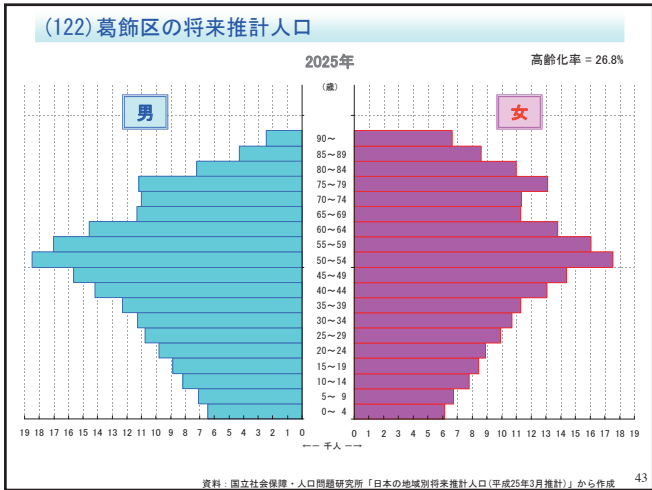


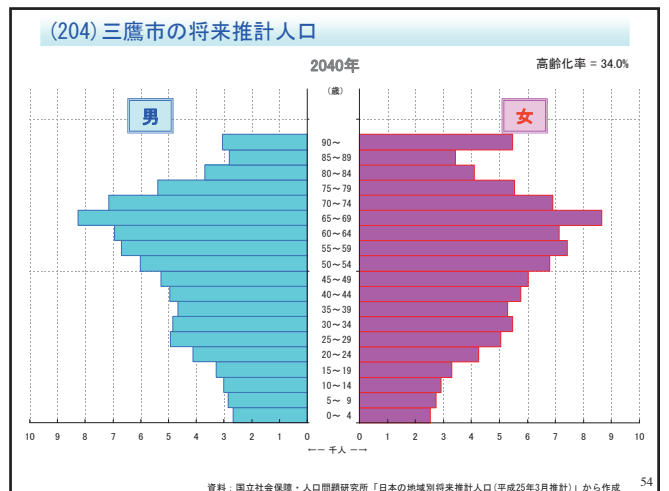
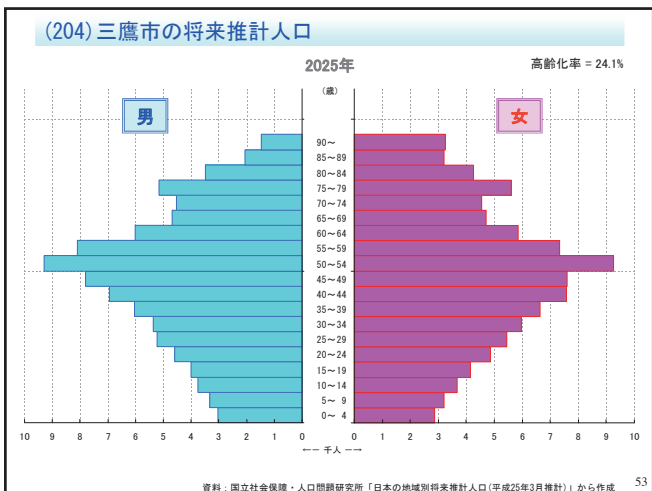
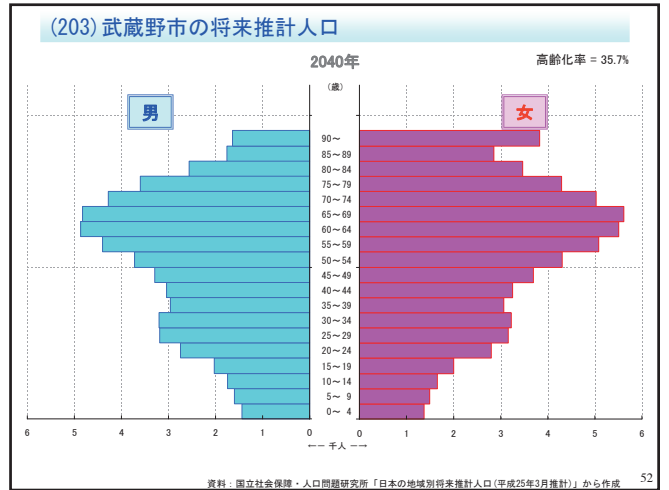
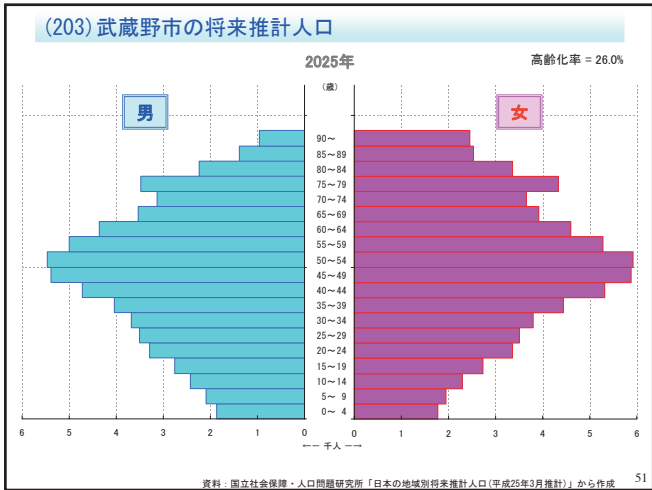
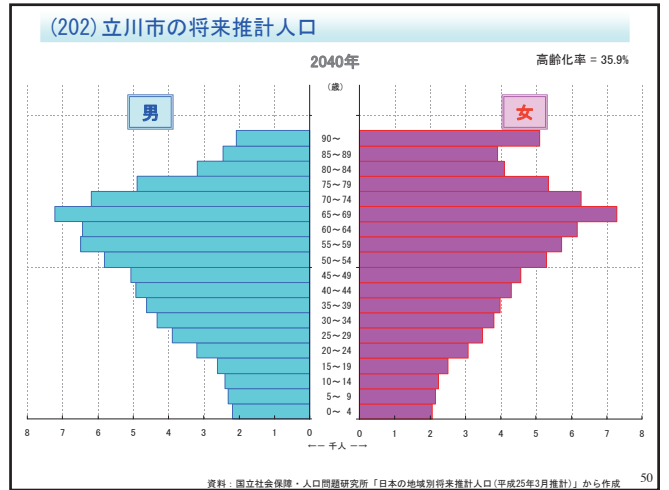
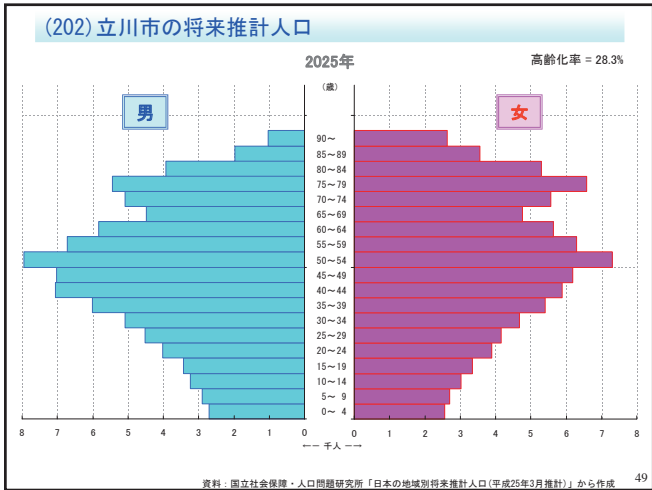


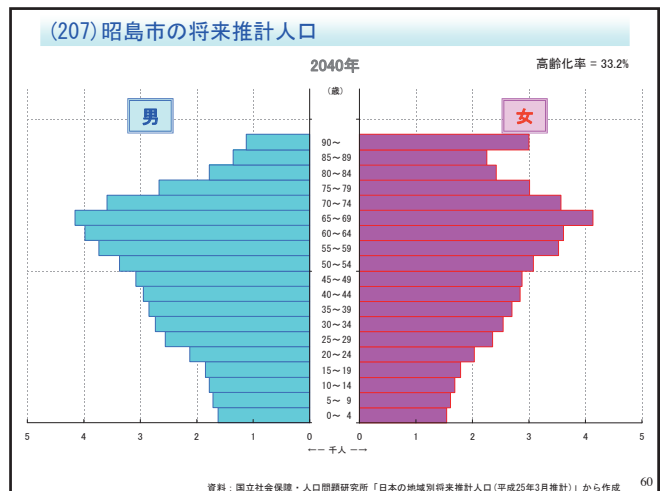
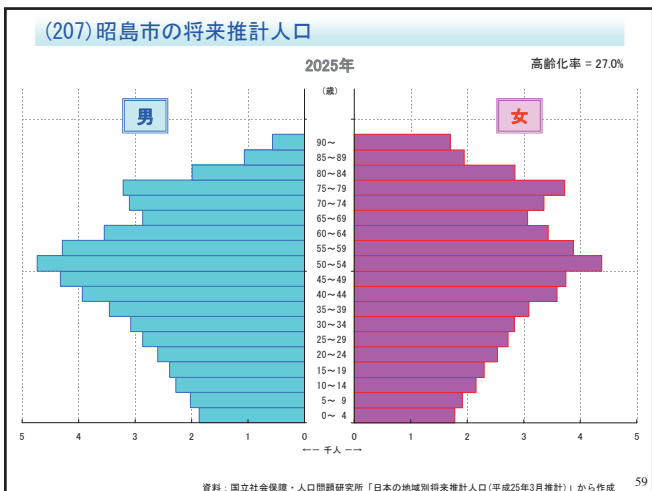
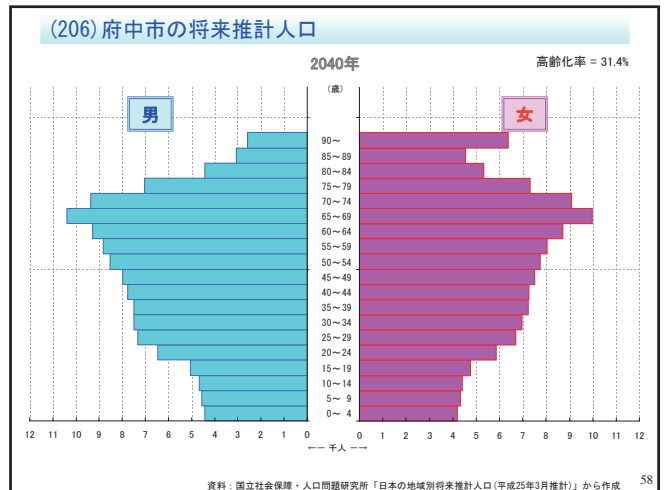
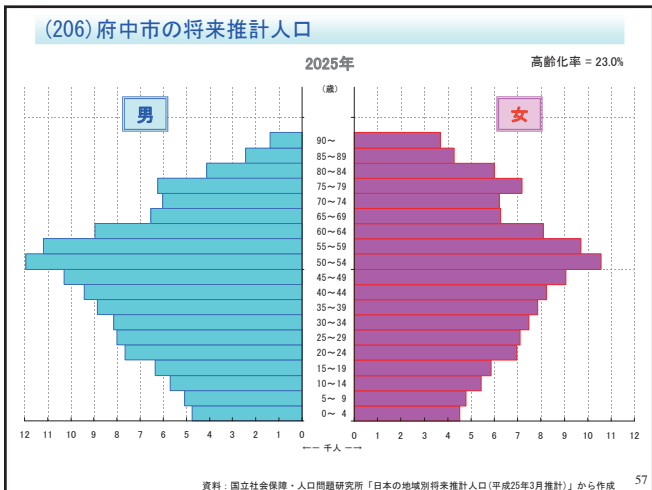
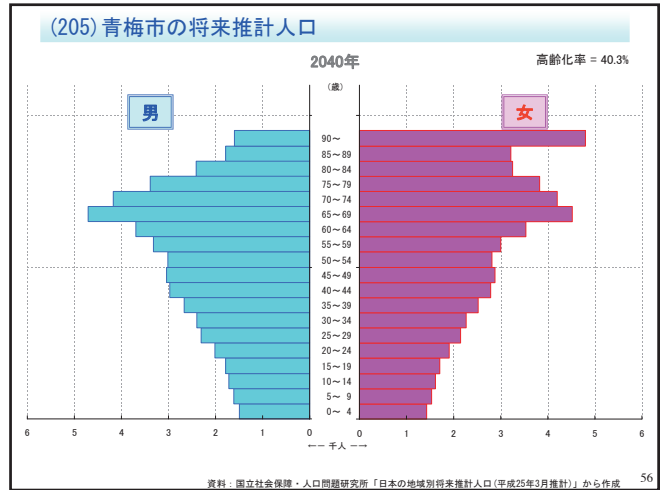
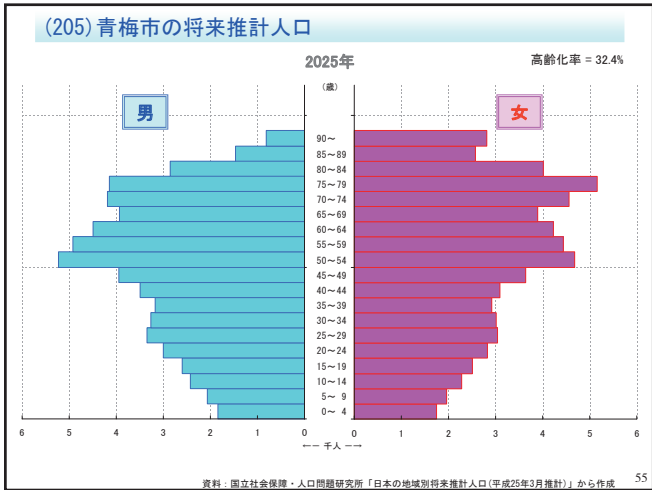


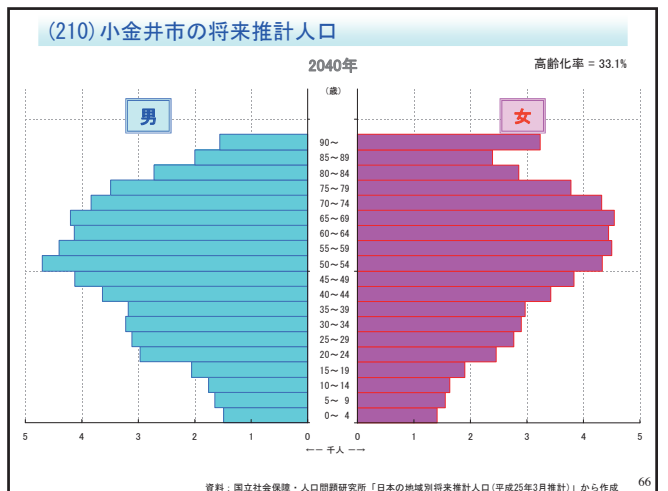
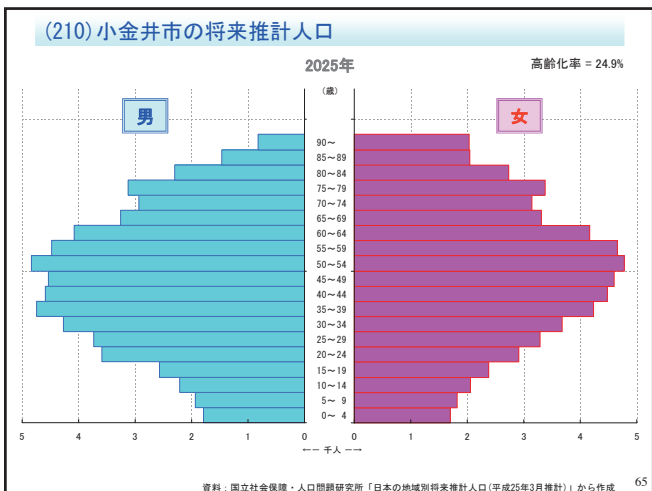
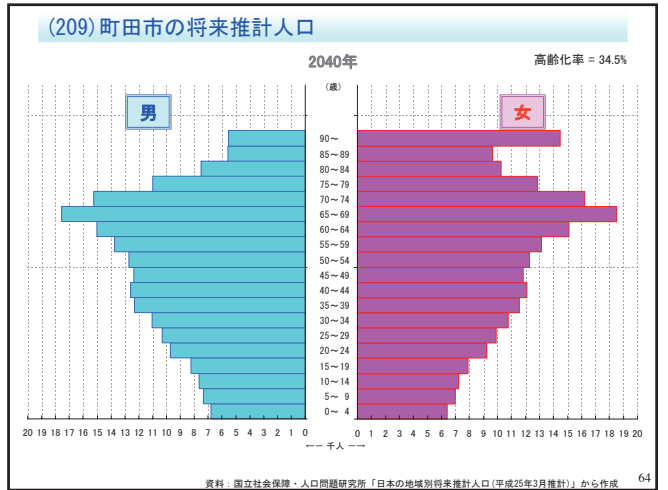
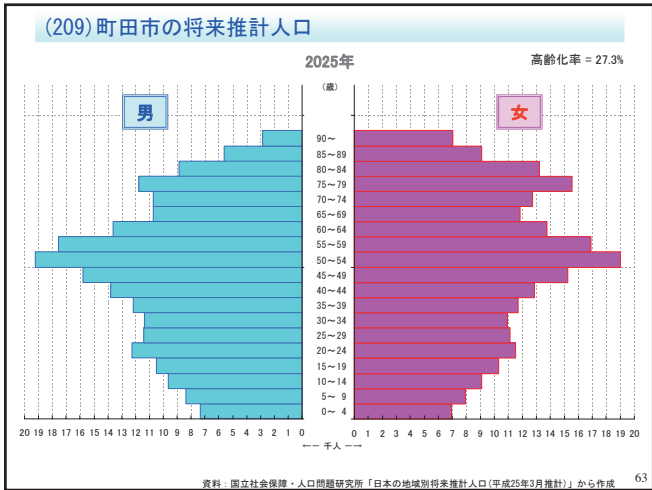
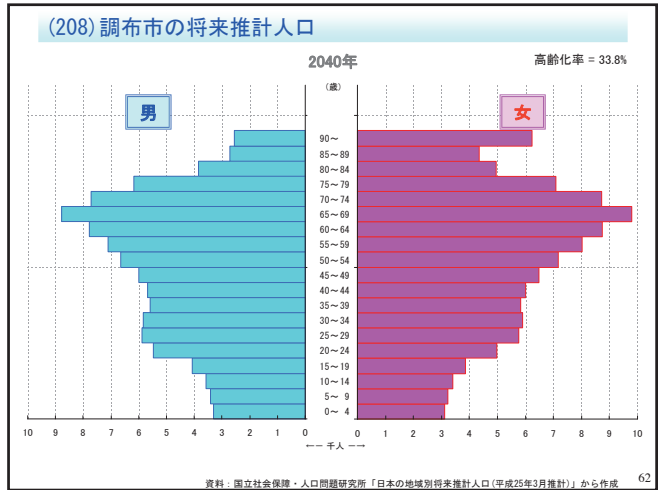
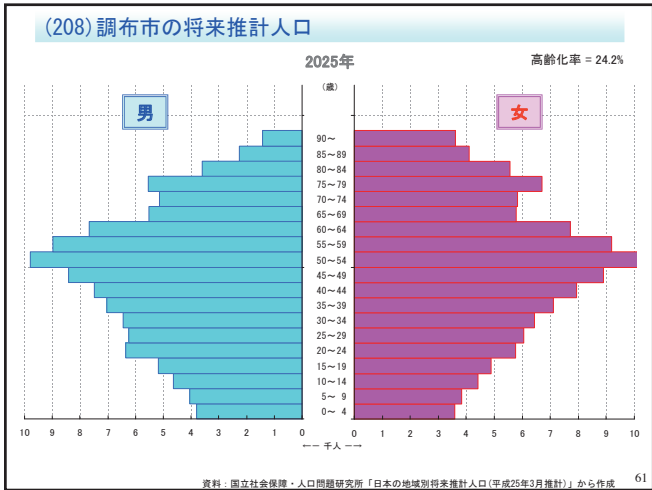


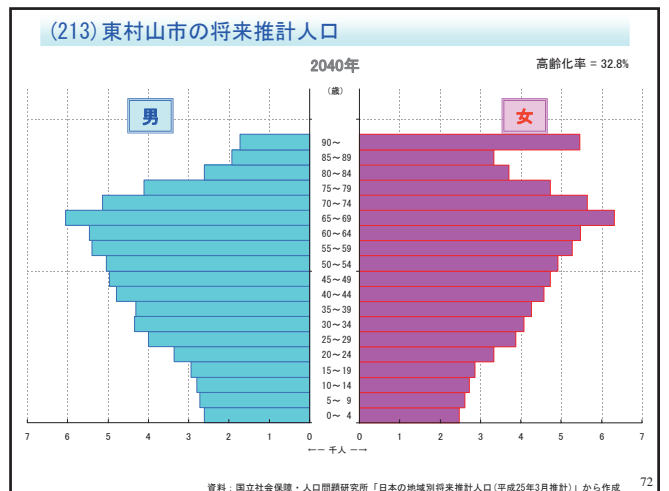
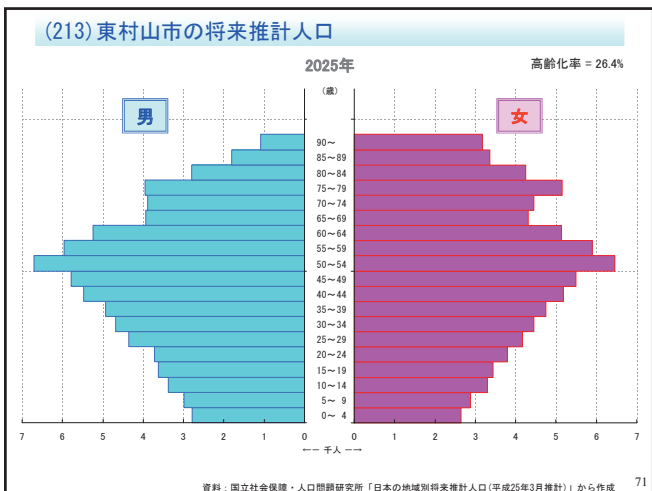
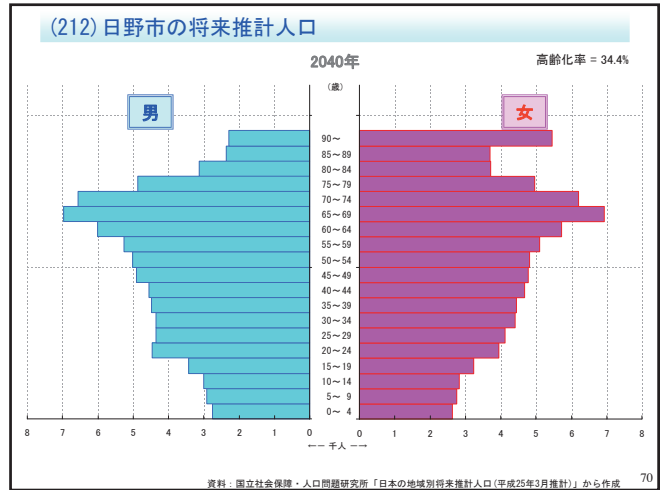
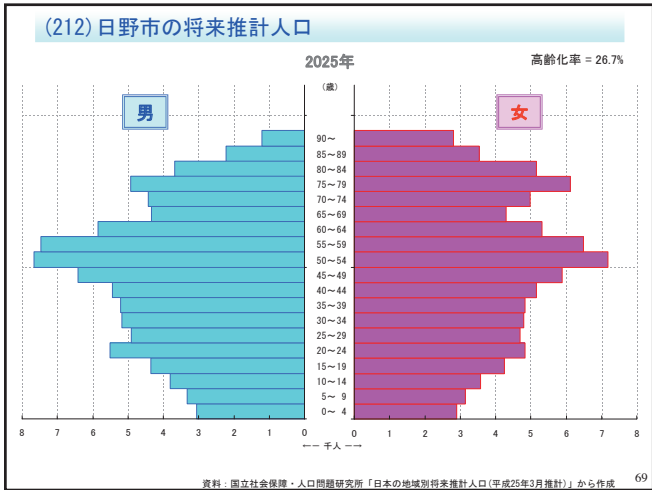
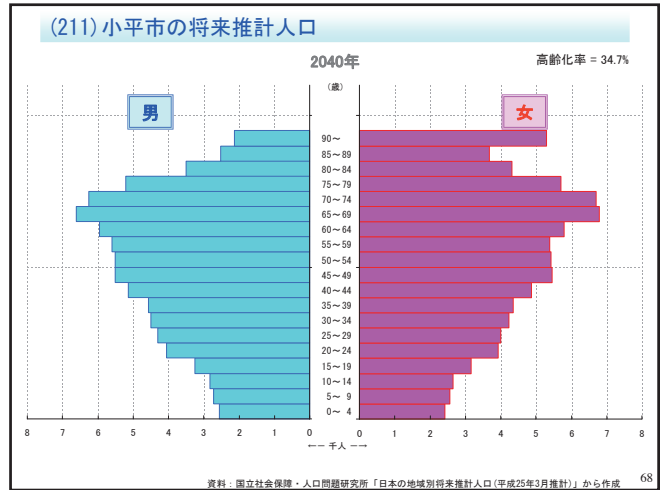
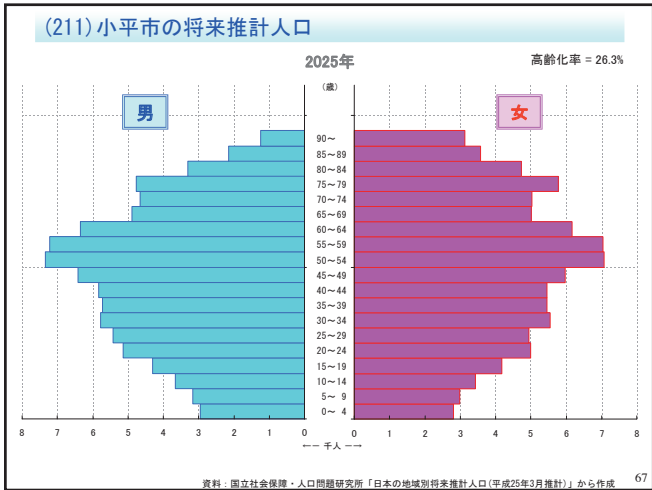


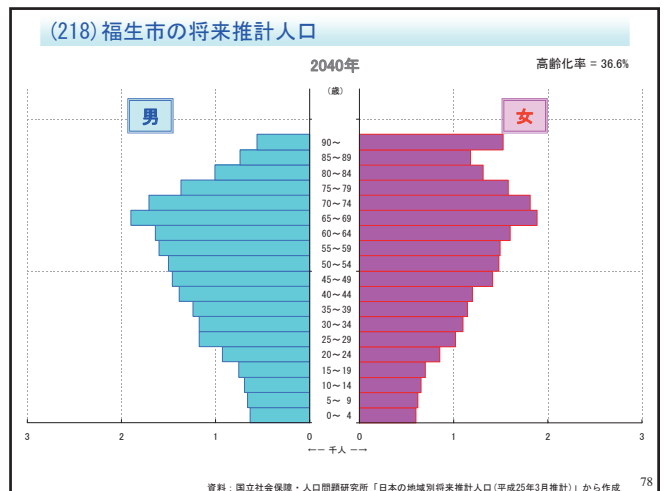
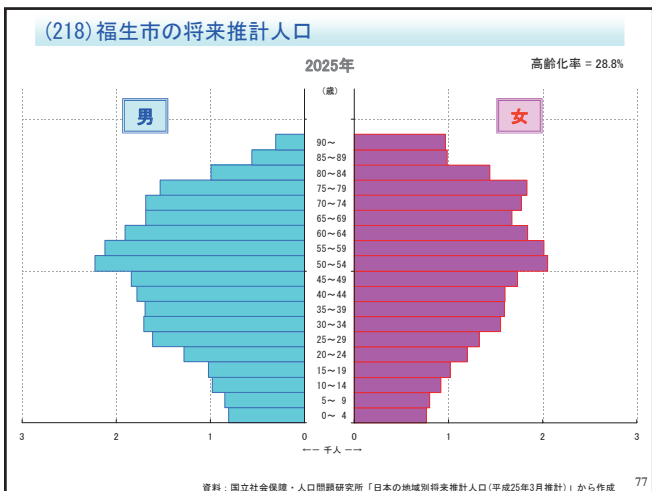
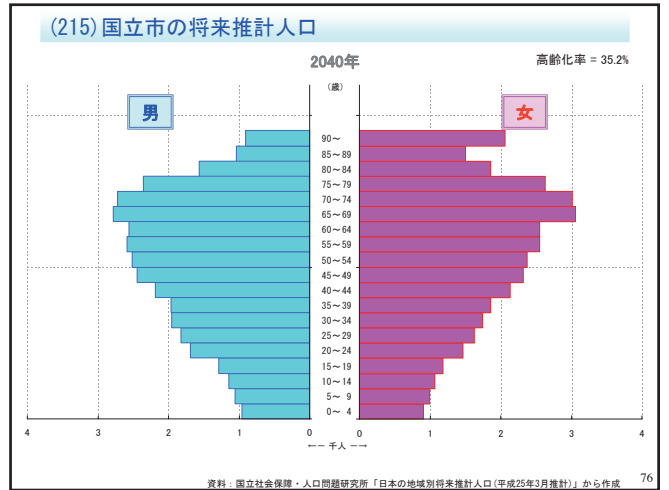
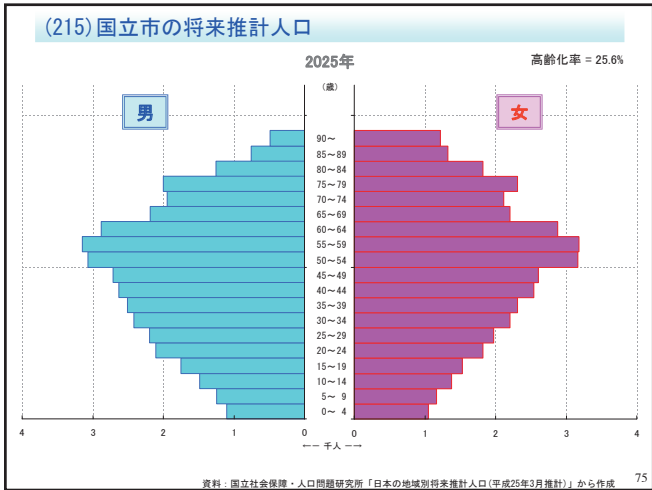
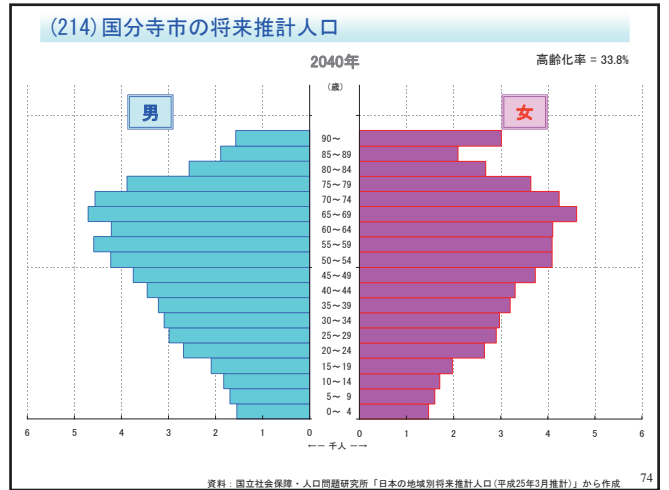
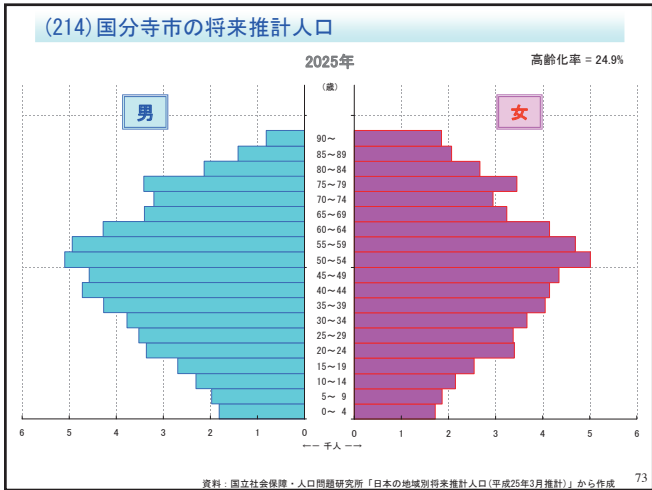


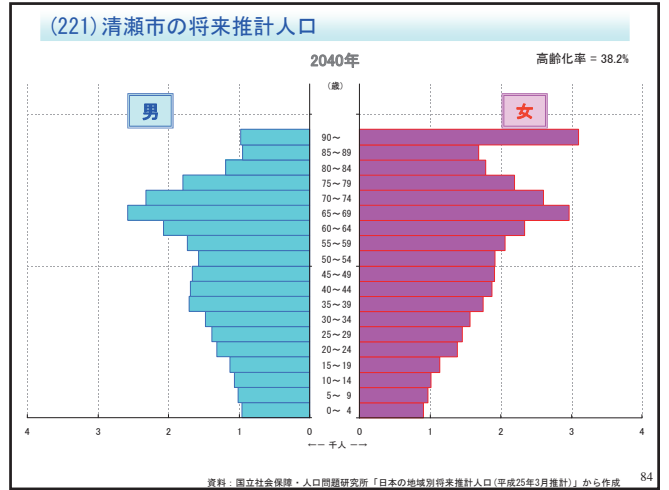
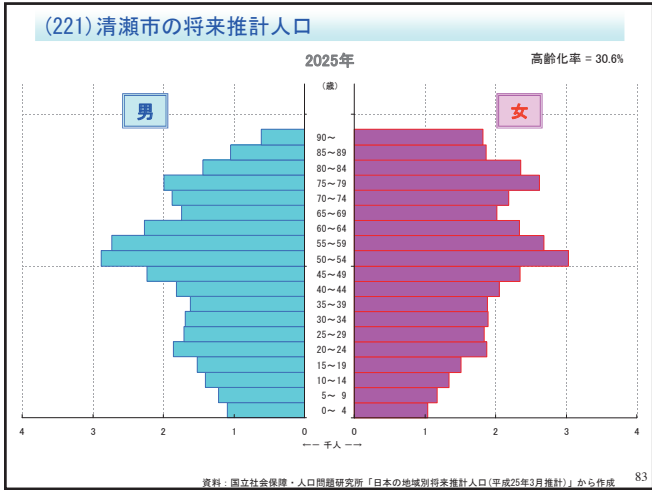
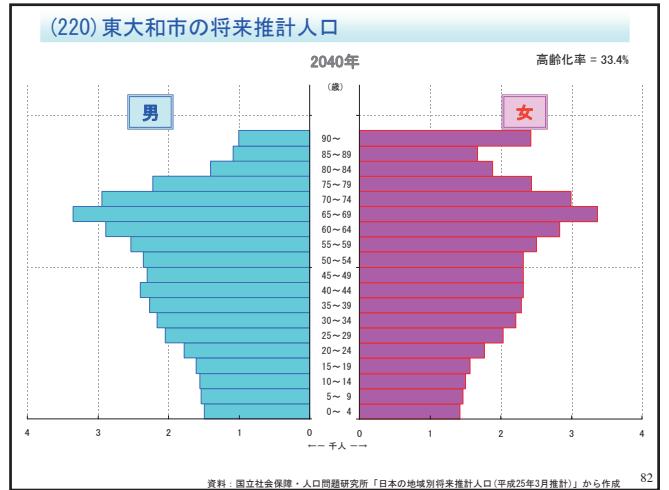
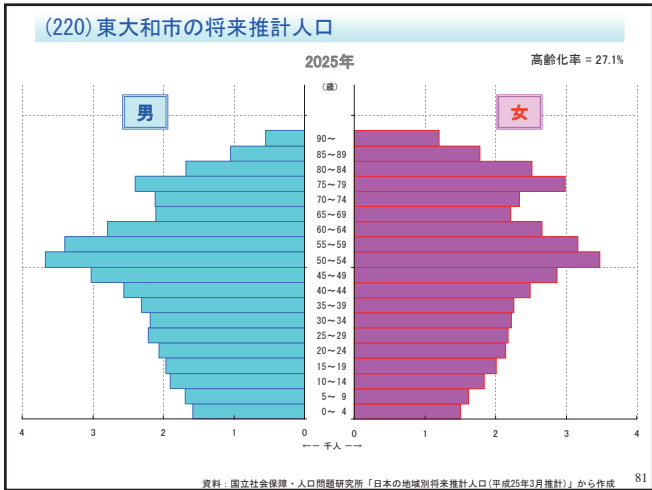
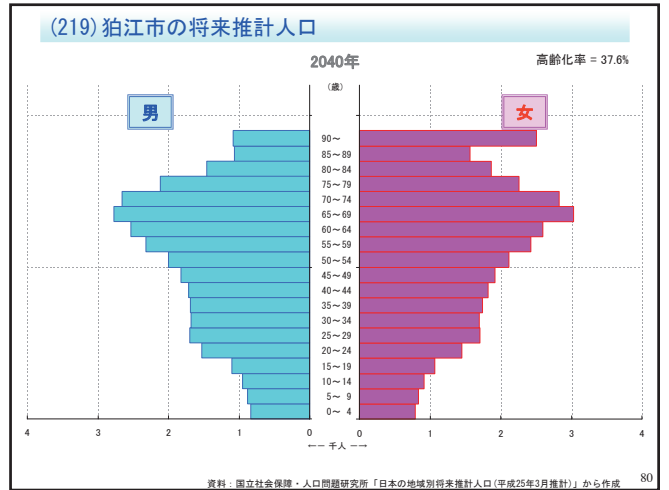
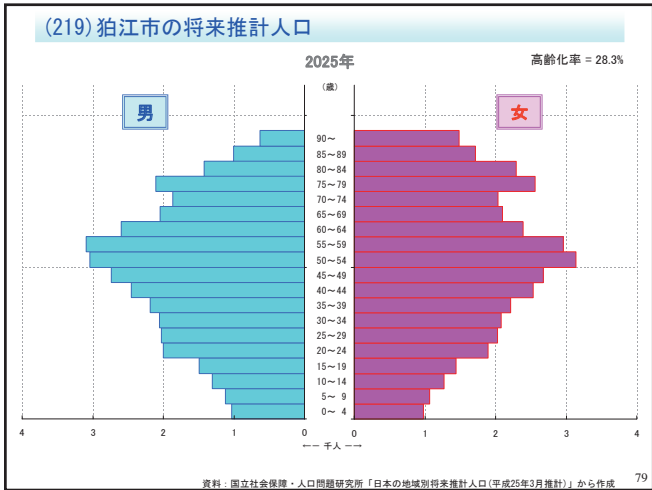


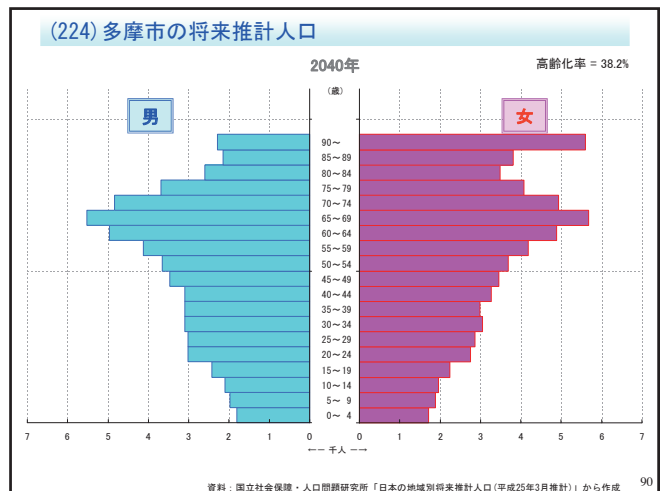
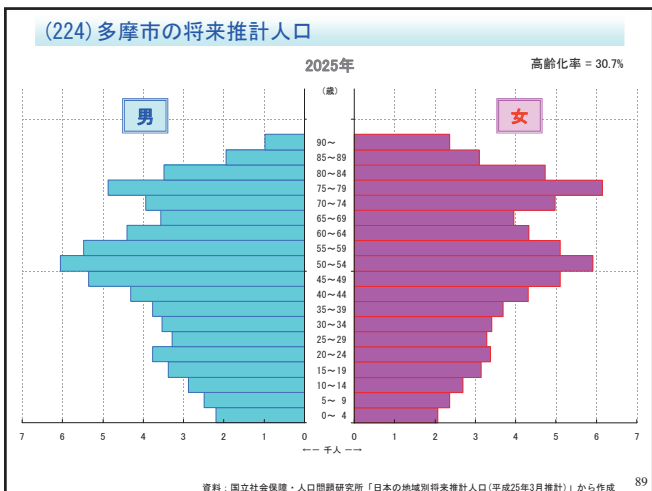
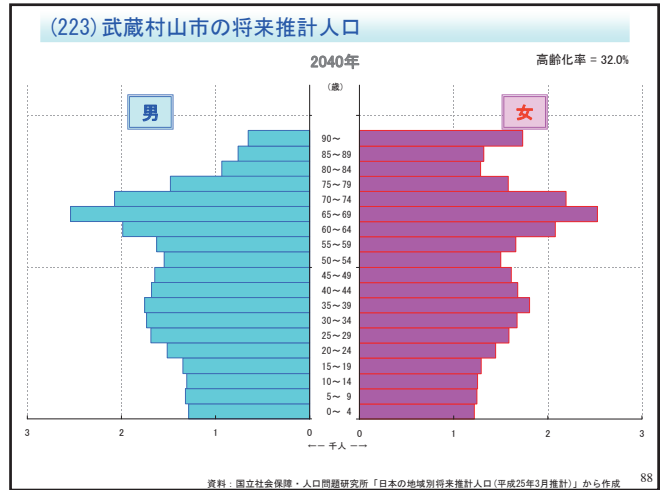
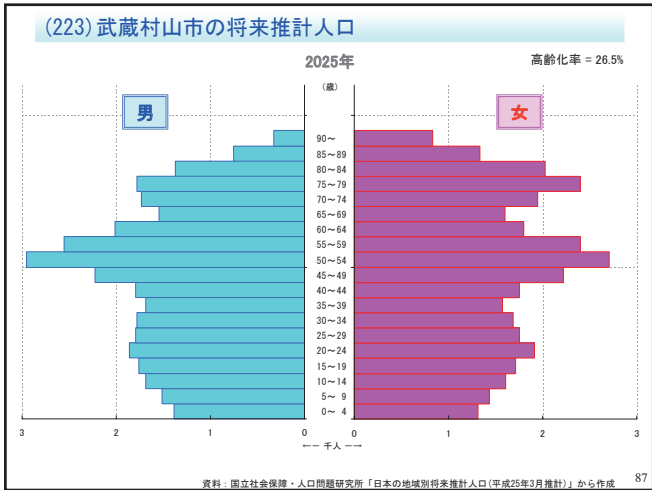
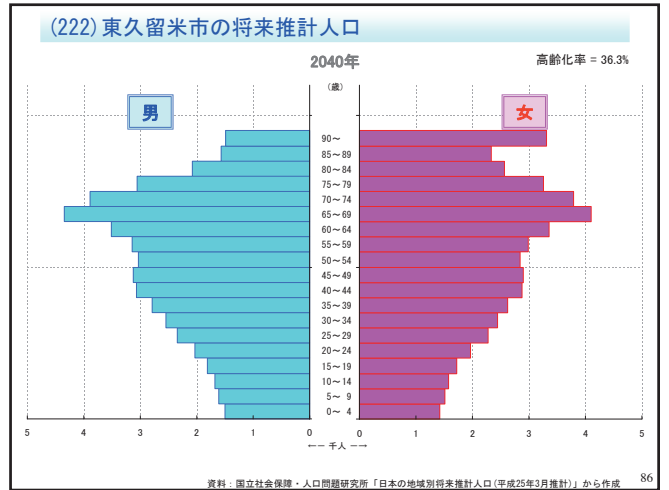
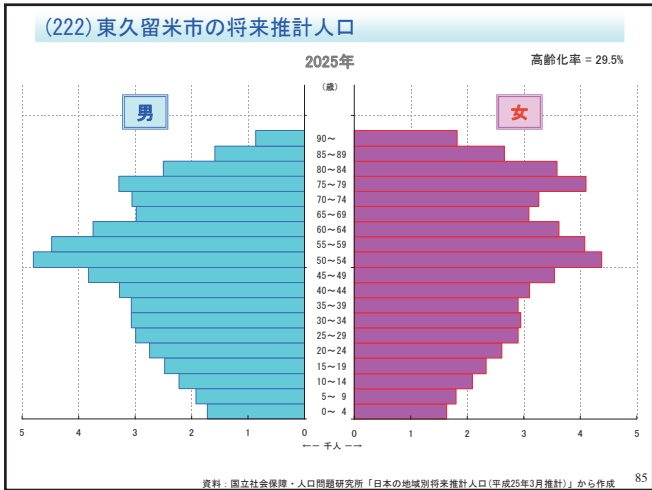


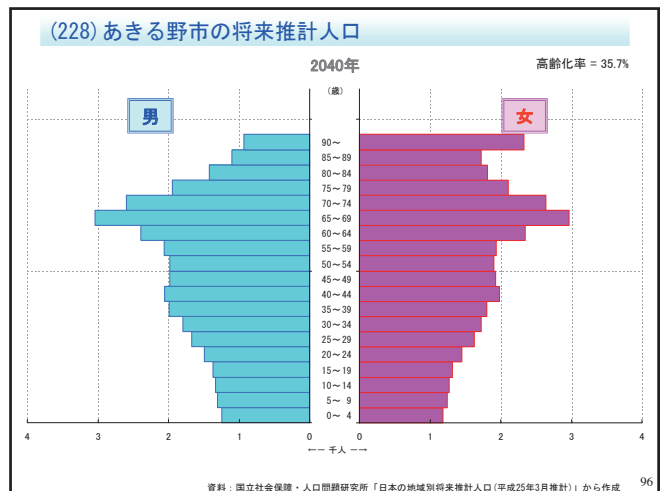
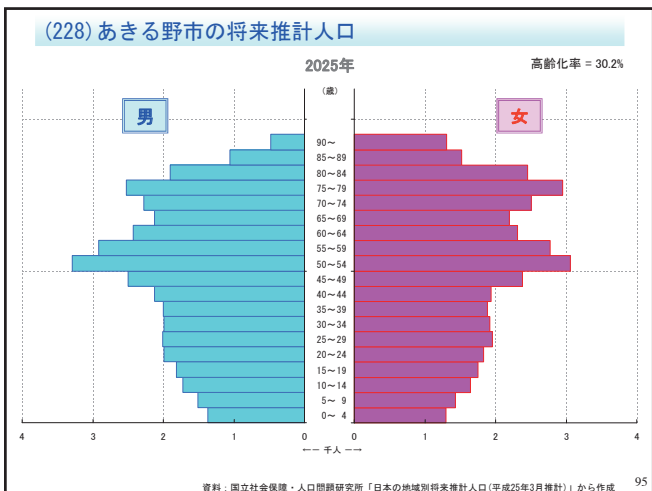
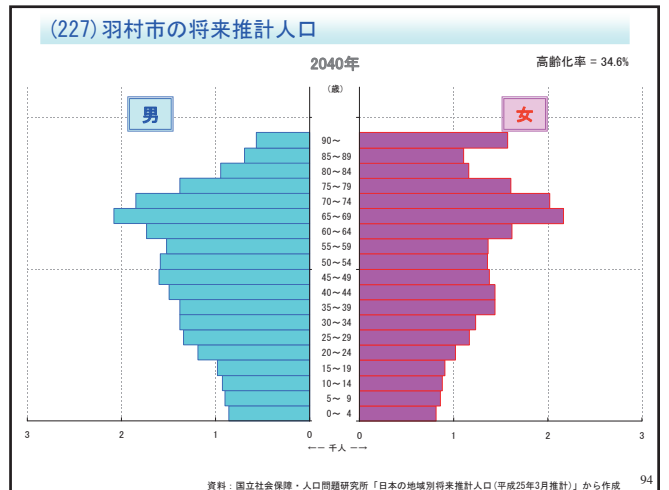
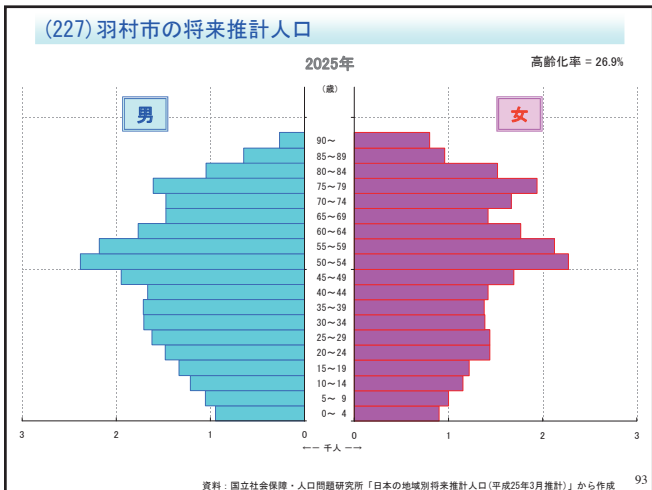
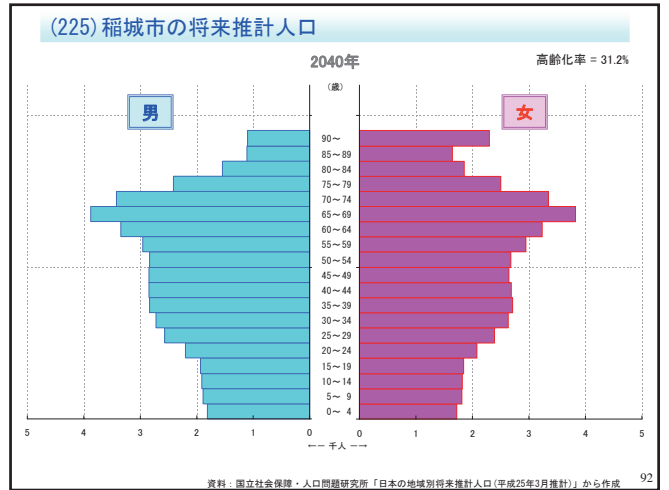
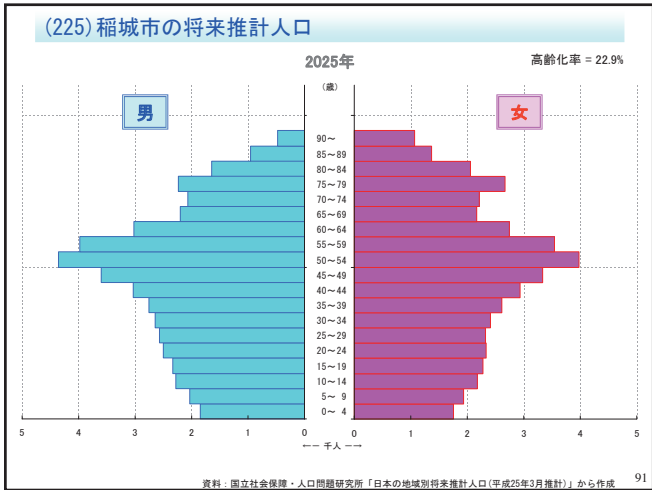


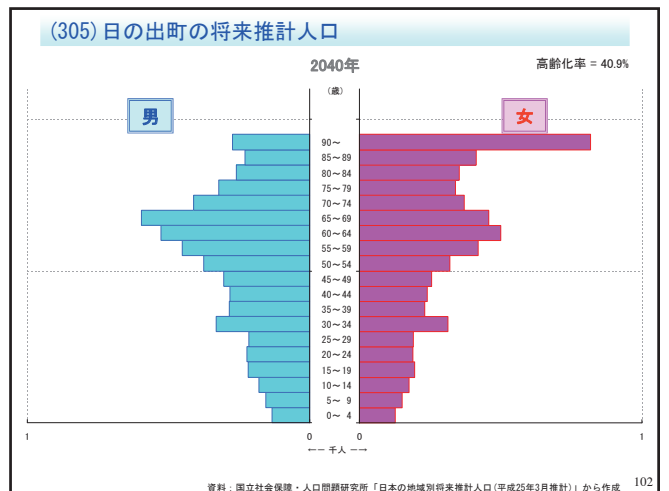
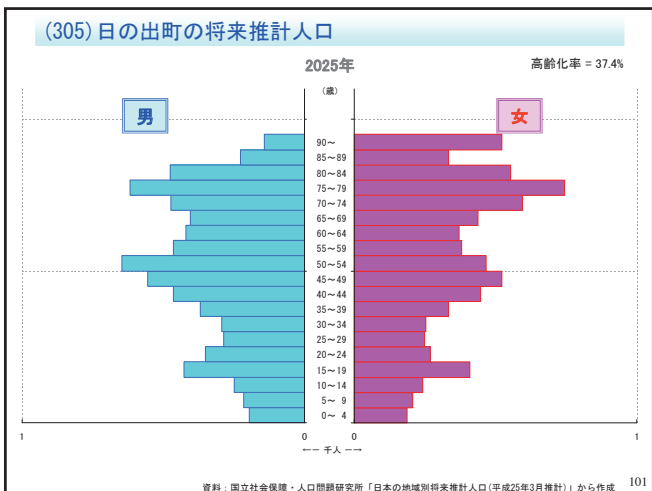
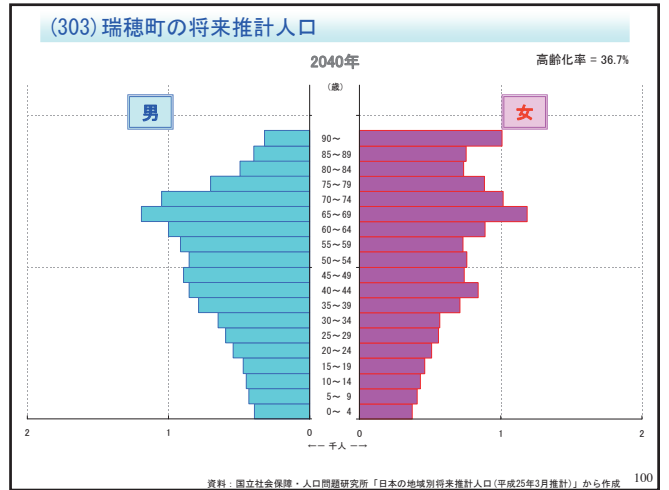
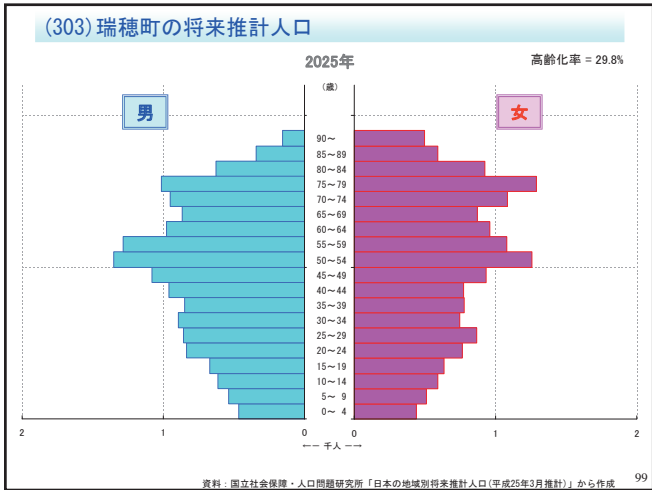
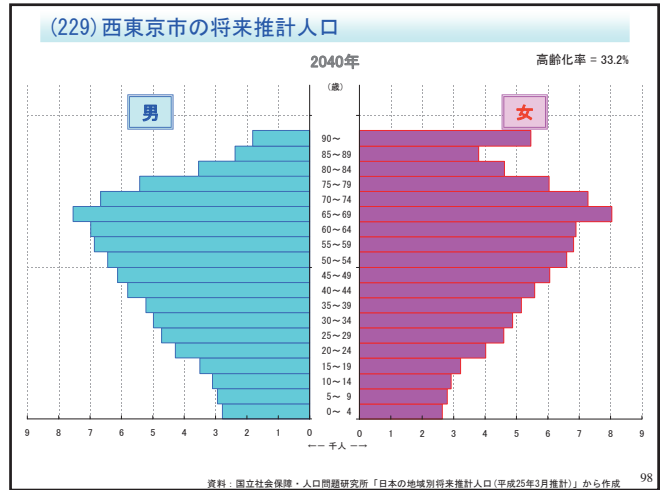
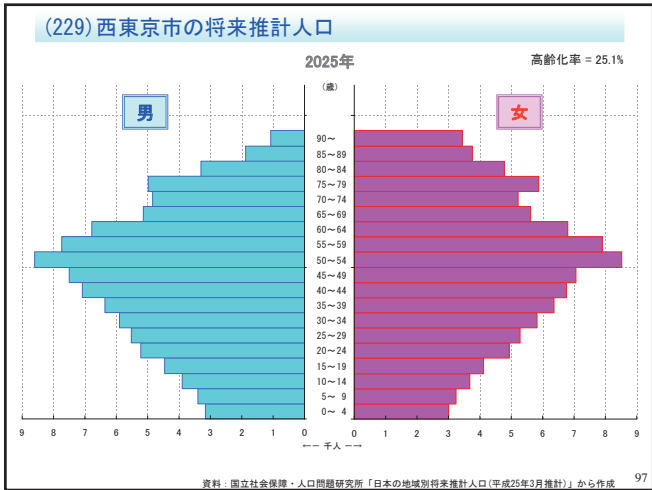


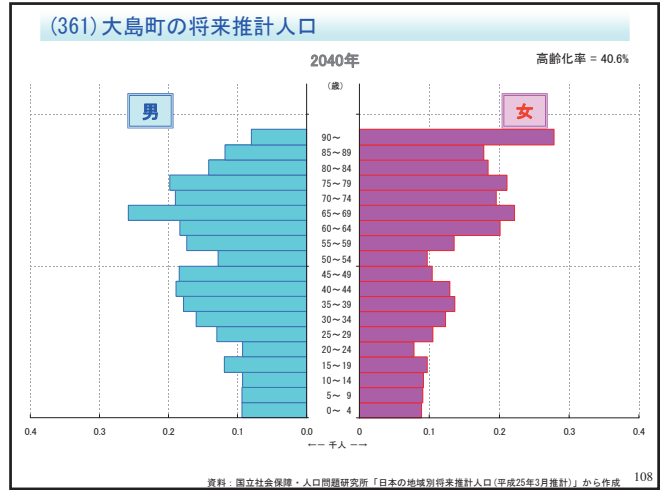
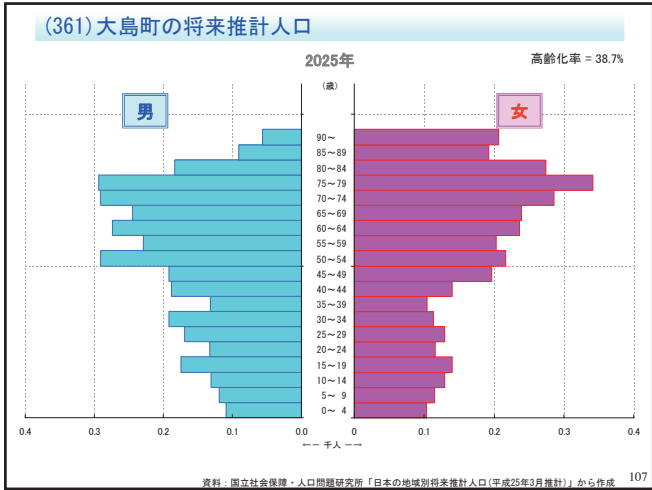
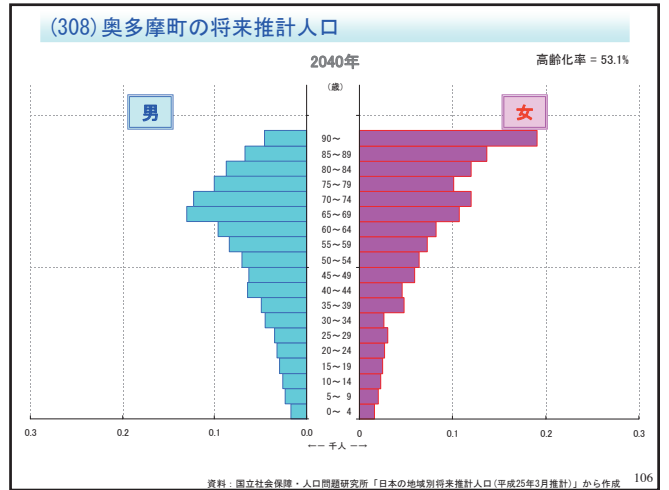
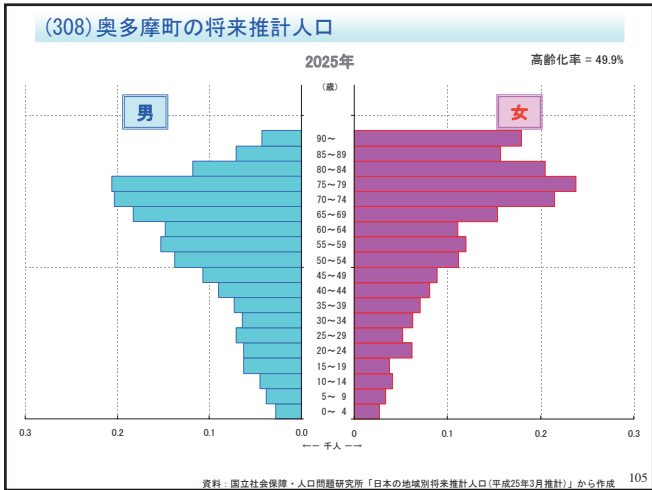
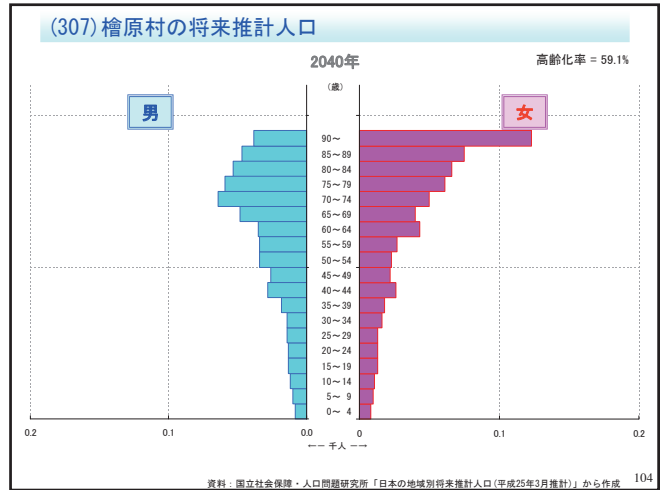
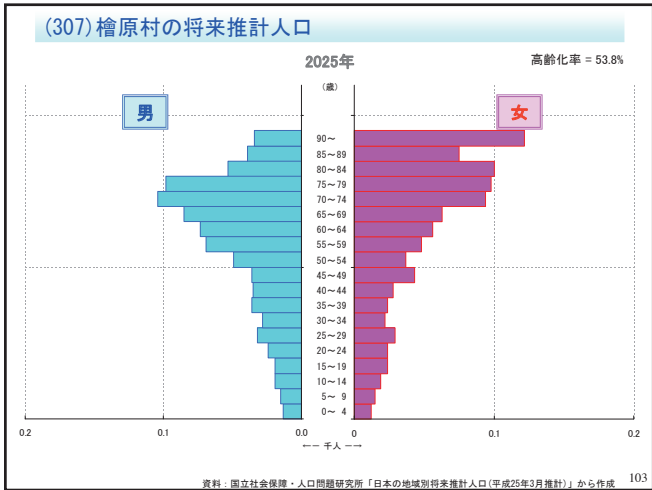


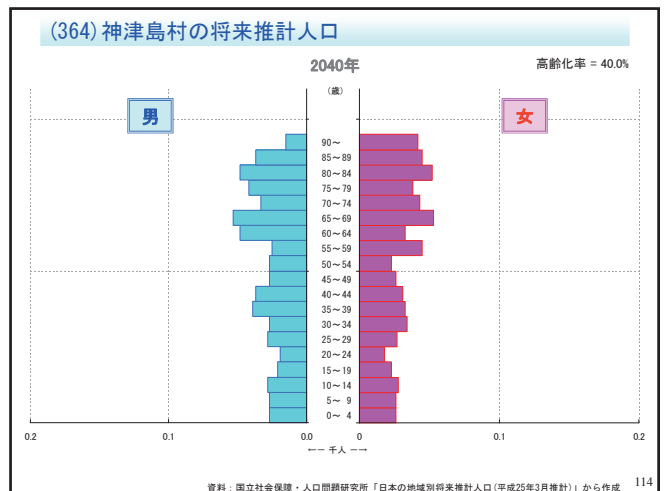
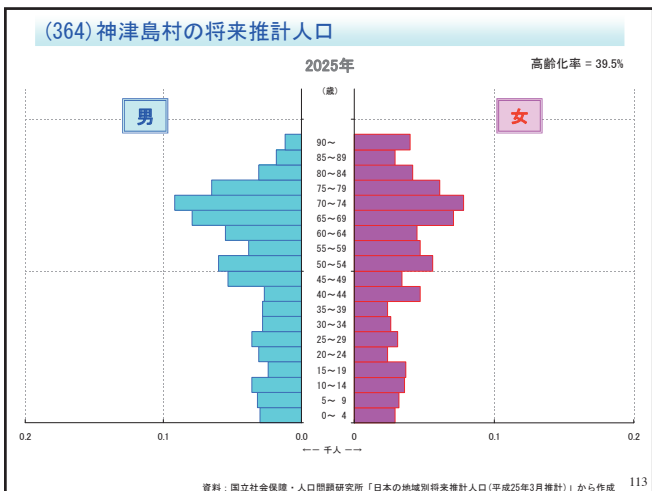
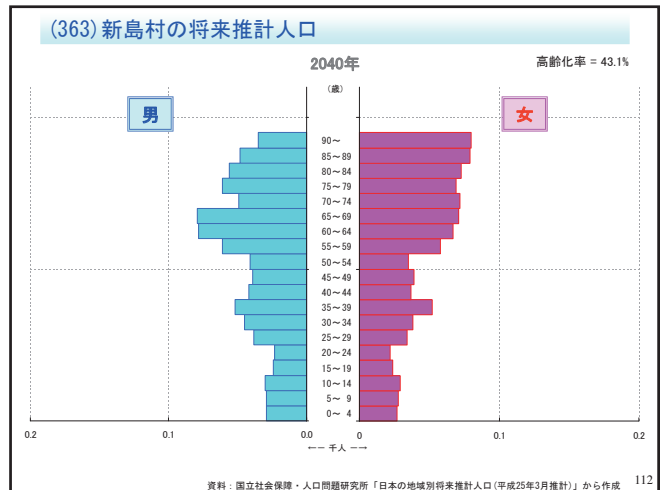
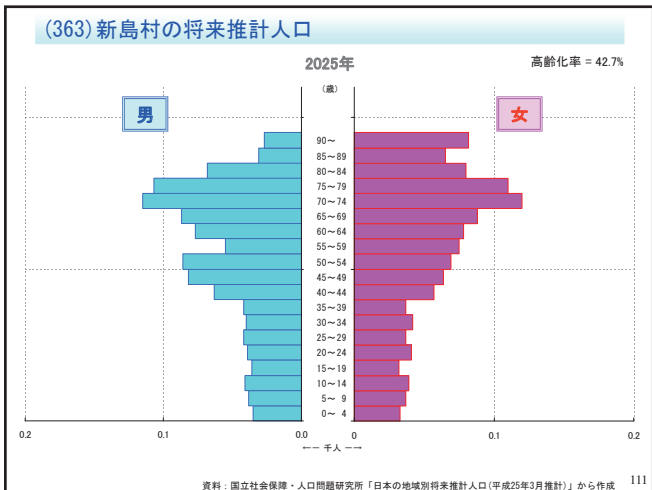
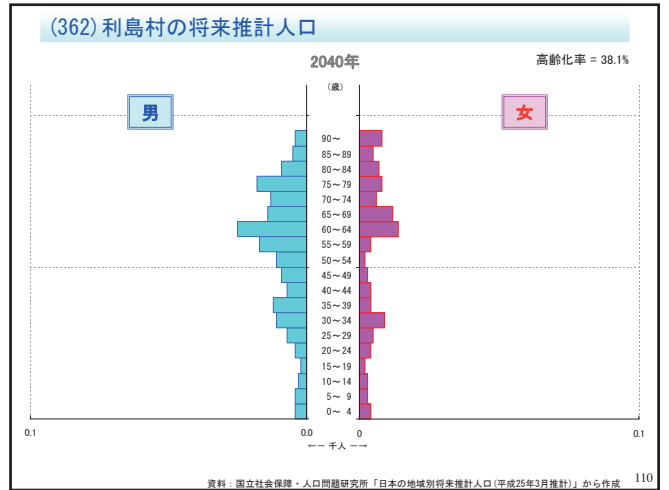
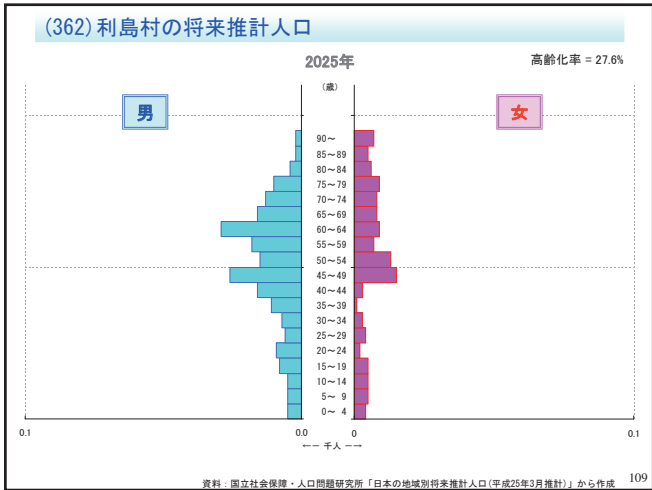


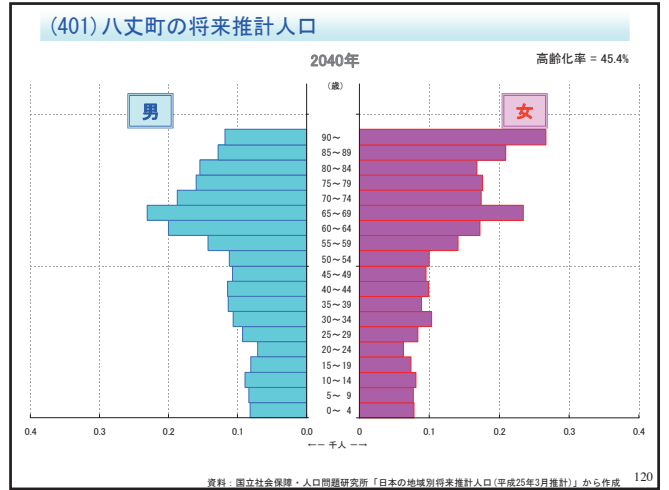
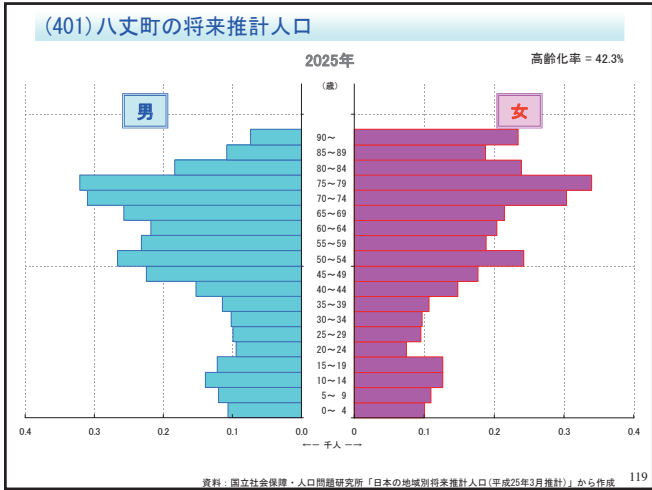
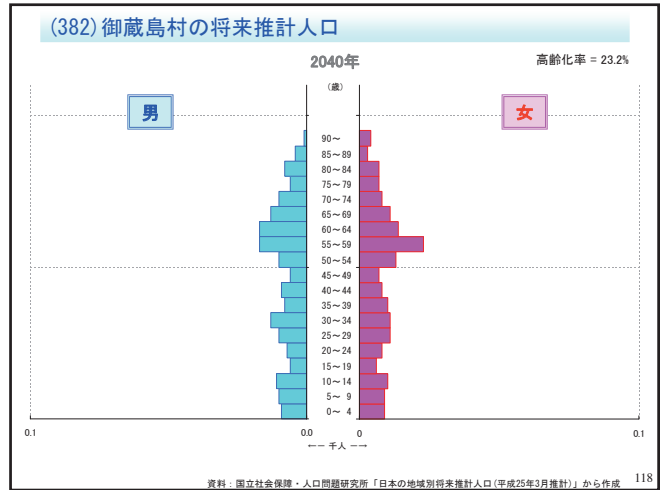
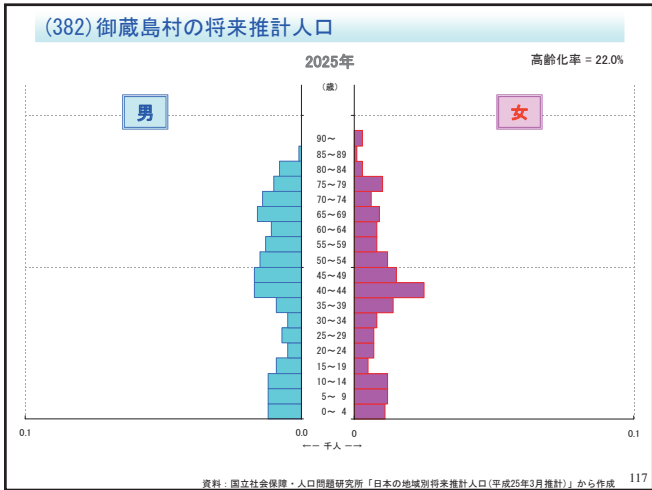
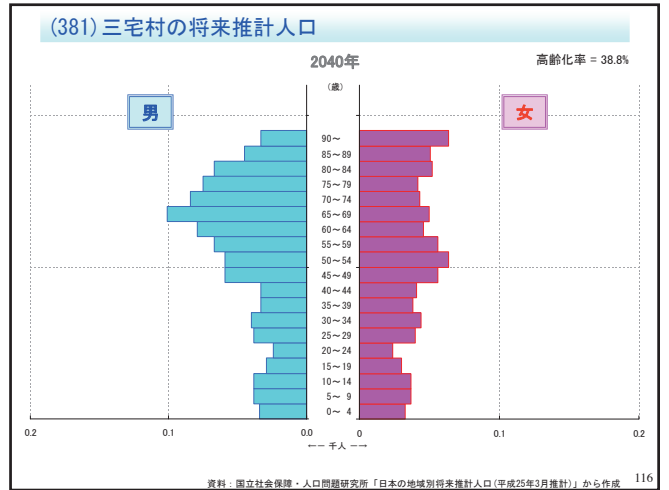
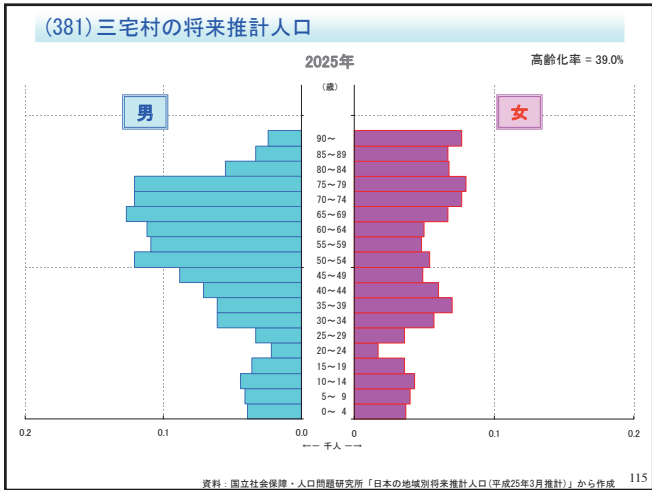


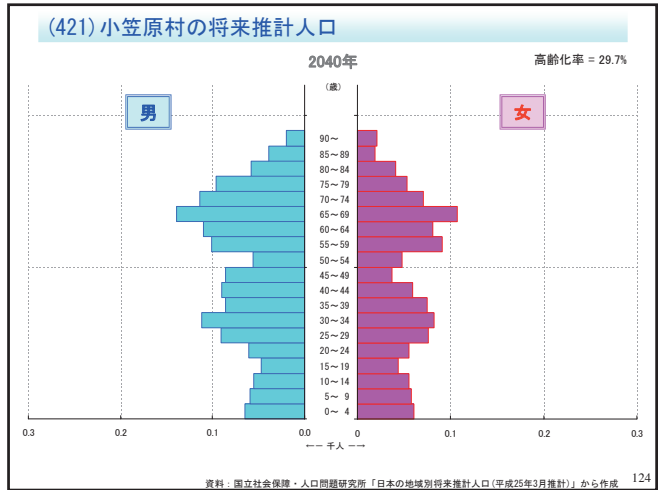
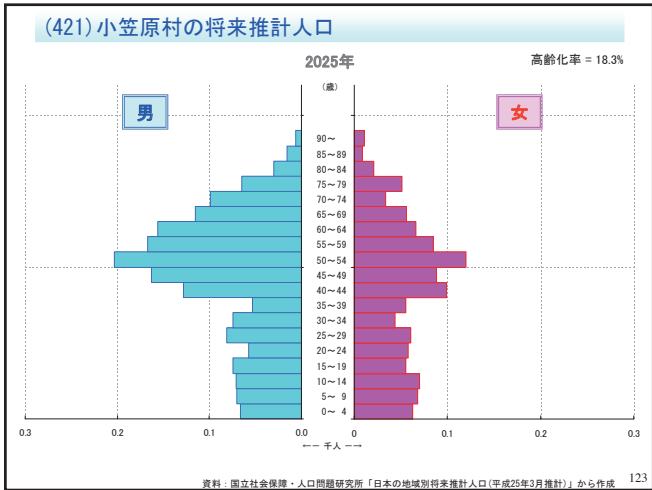
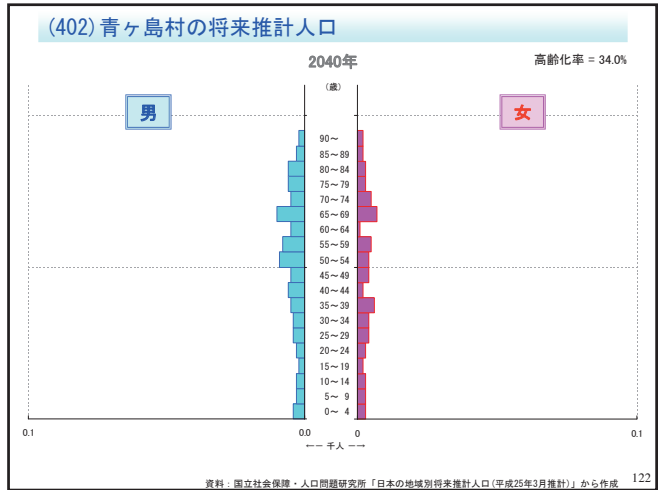
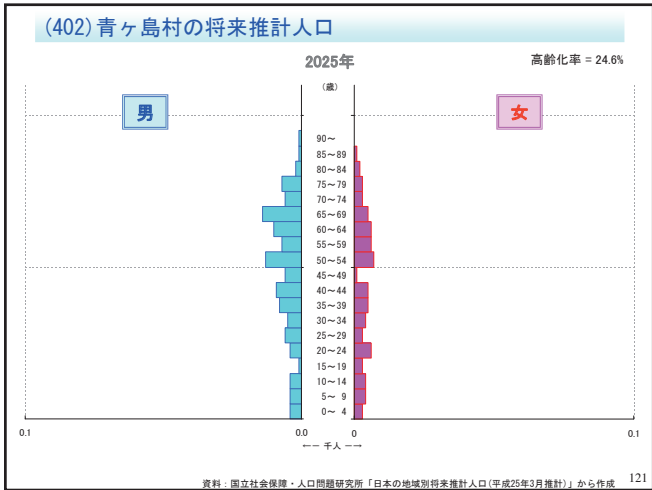


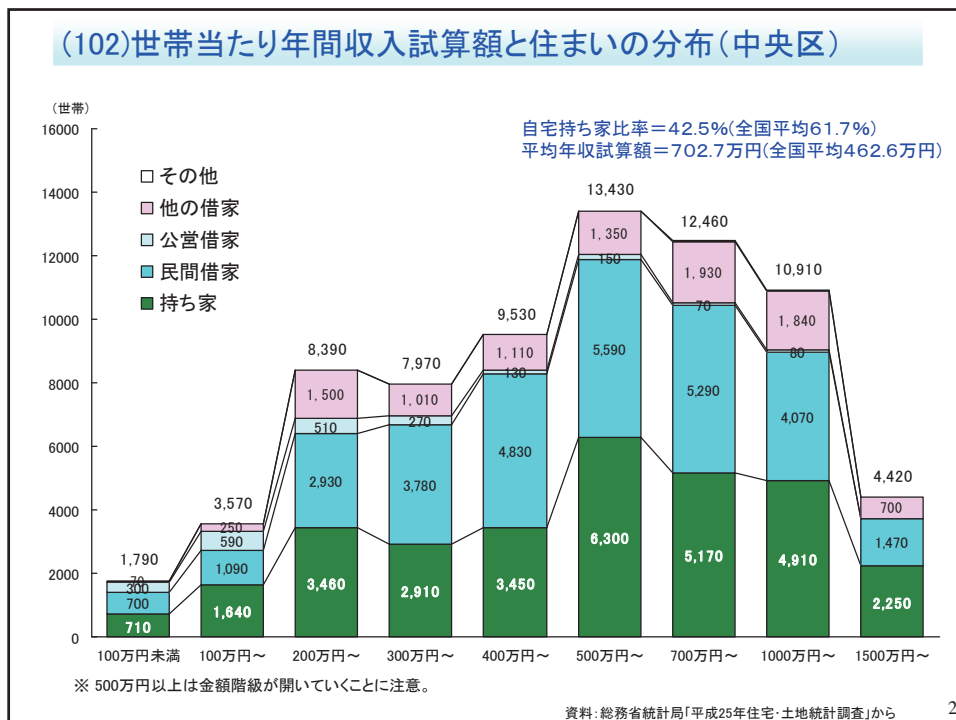
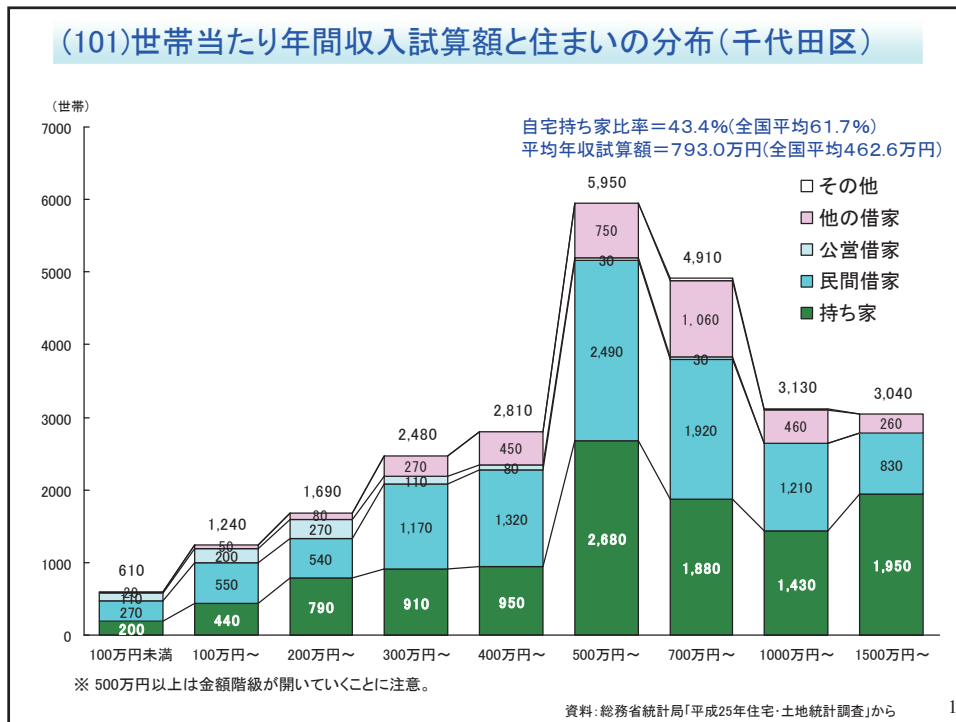




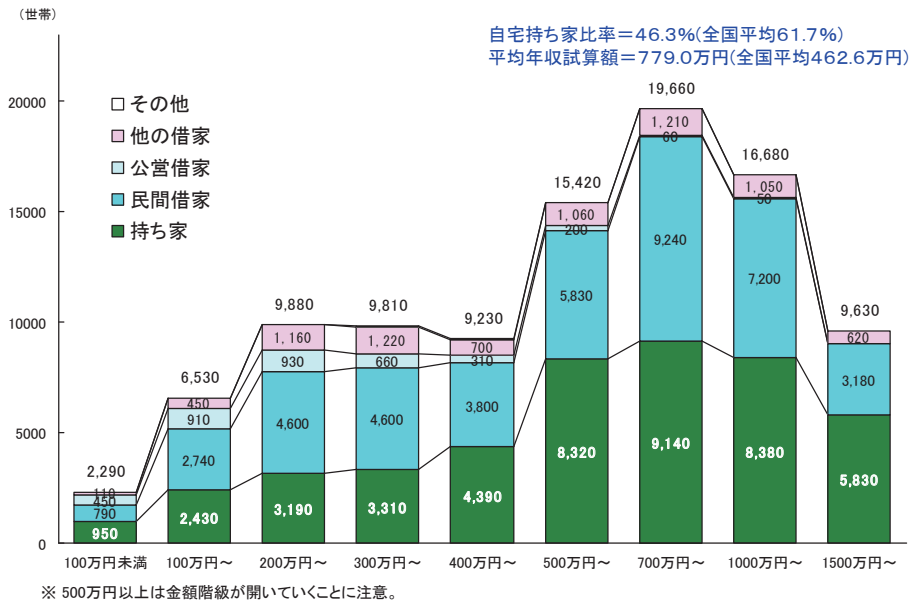






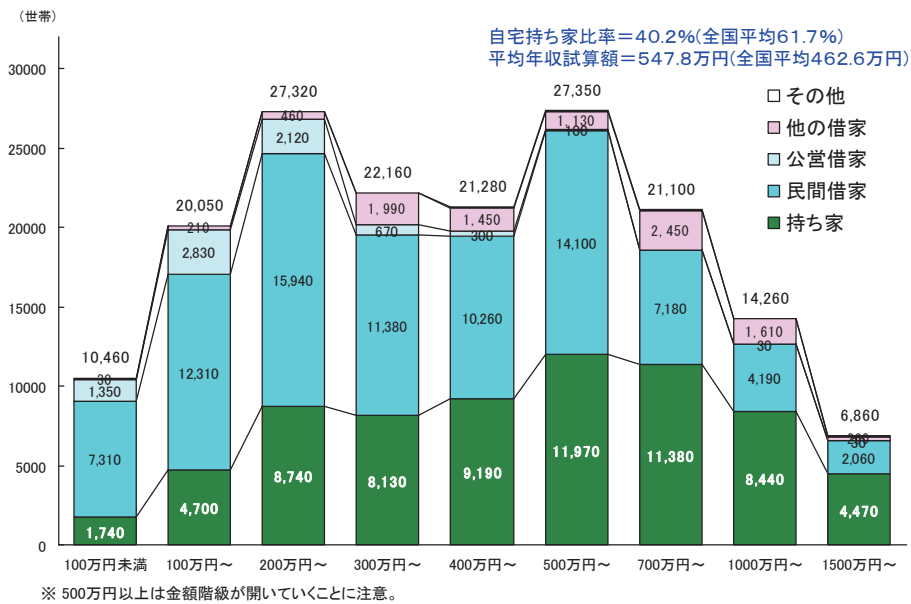


(103)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(港区)



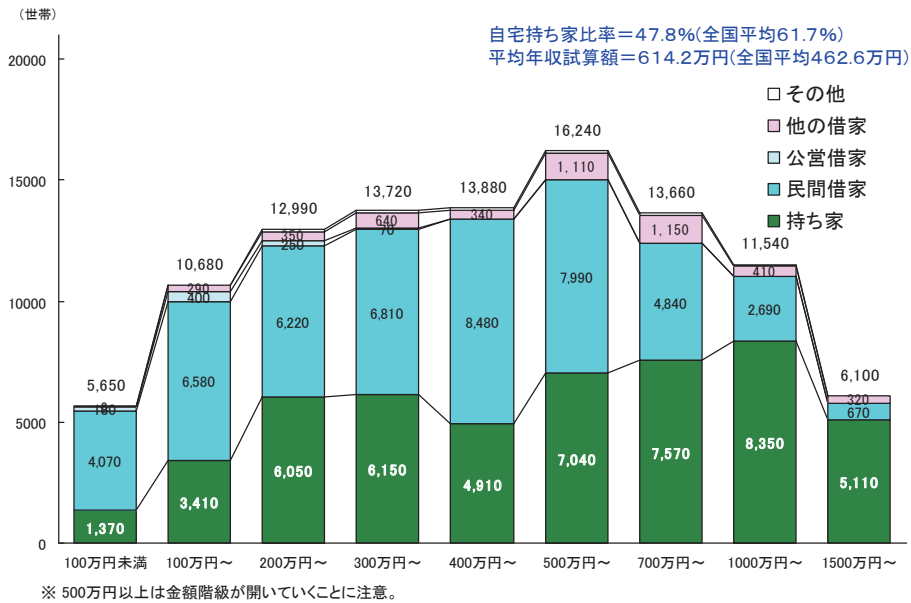
3

(104)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(新宿区)



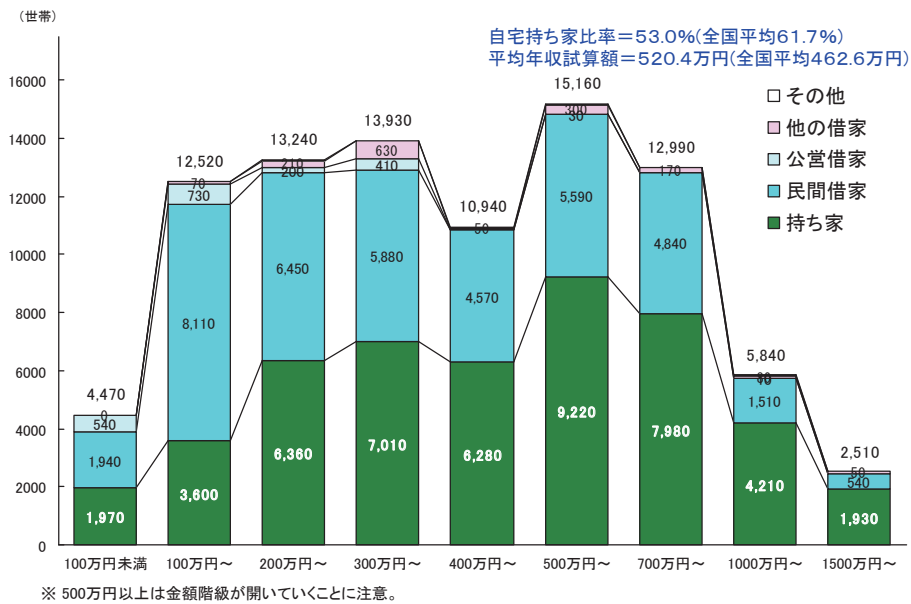
4

(105)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(文京区)



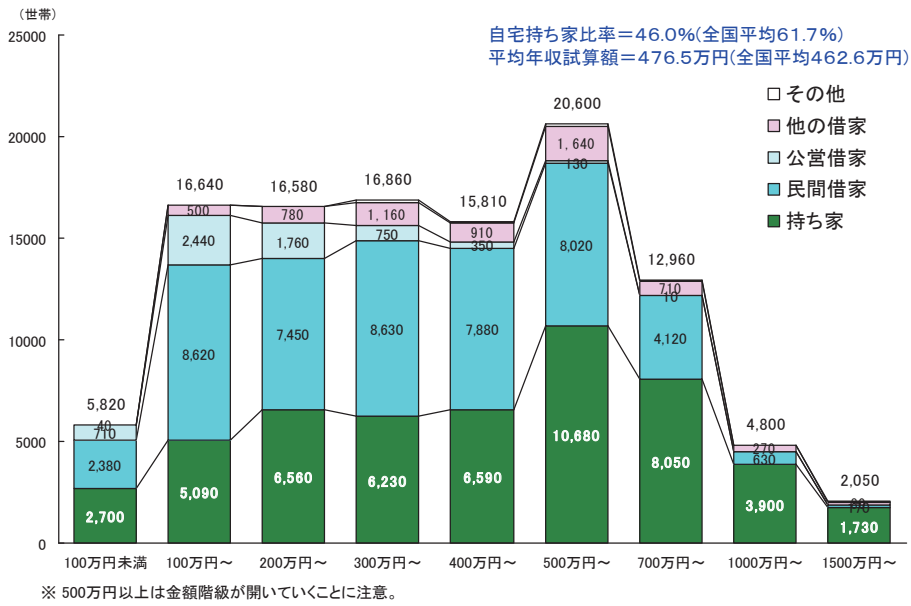
5

(106)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(台東区)

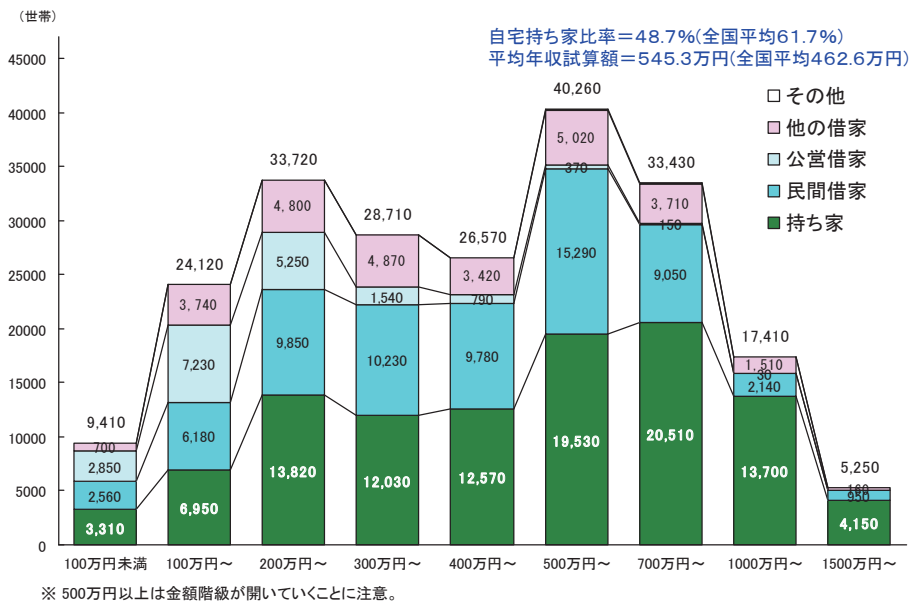


6

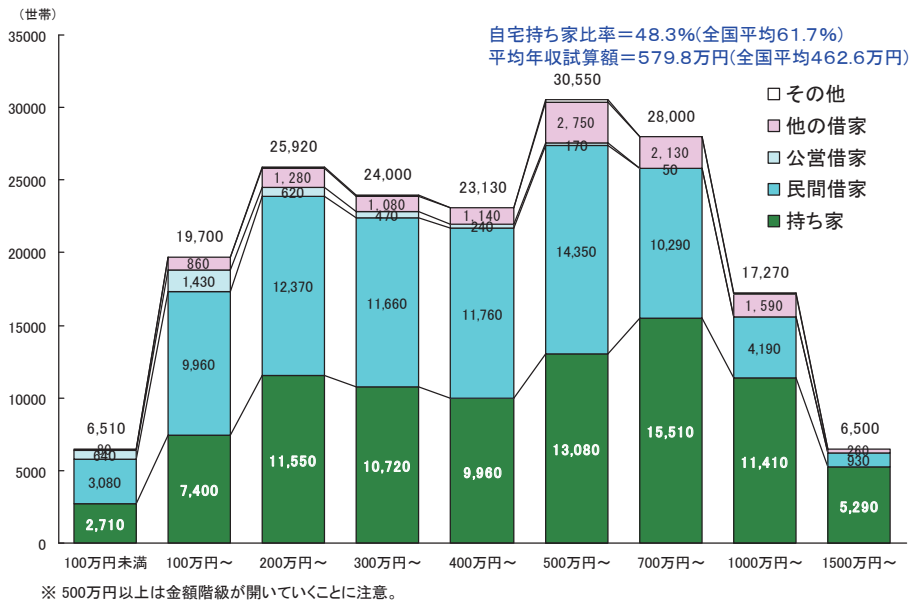
(107)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(墨田区)



(108)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(江東区)

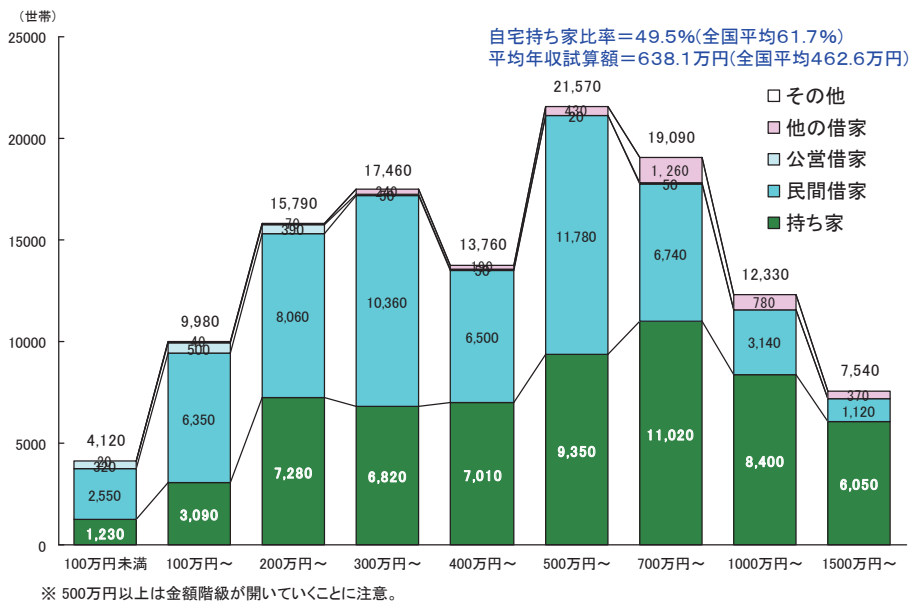


(109)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(品川区)



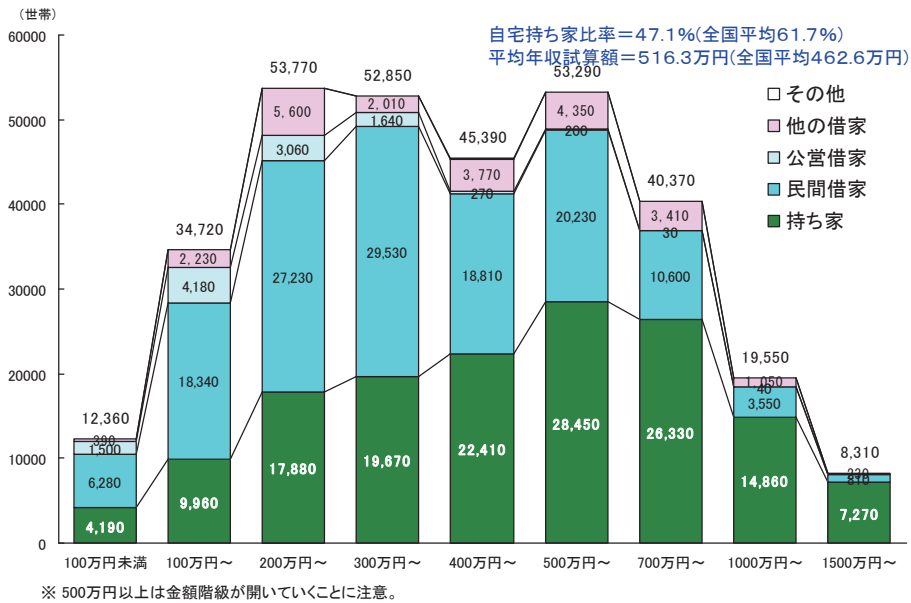
9

(110)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(目黒区)



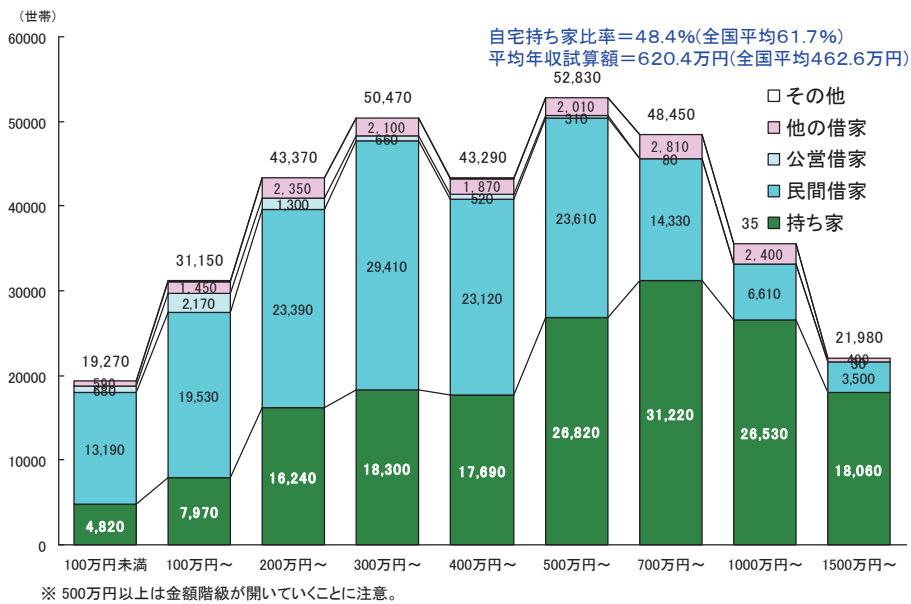
10

(111)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(大田区)



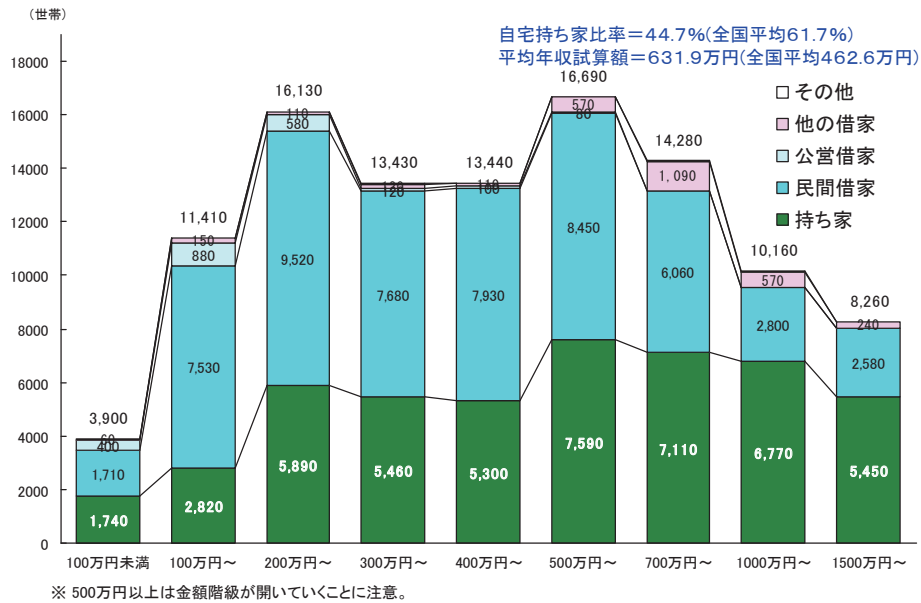
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 11

(112)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(世田谷区)



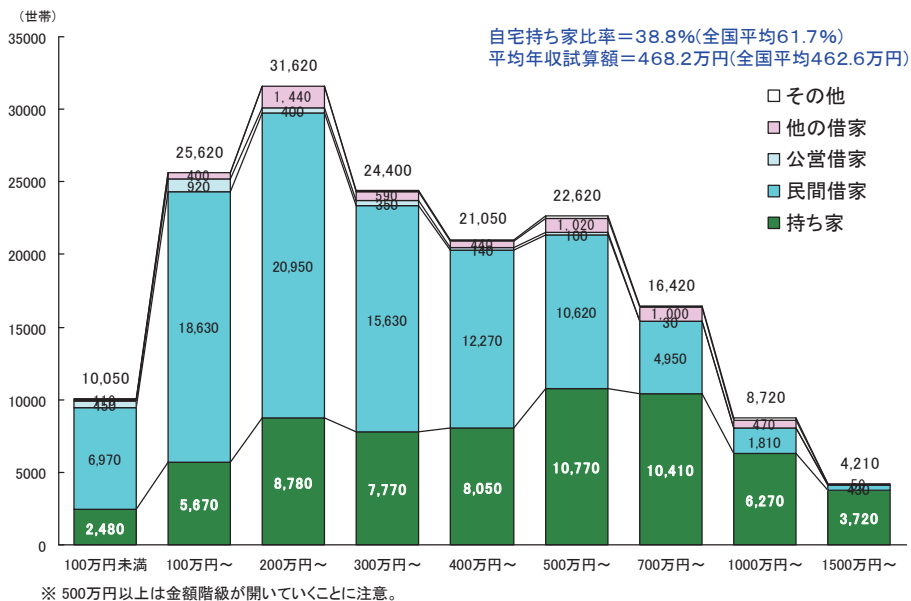
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 12

(113)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(渋谷区)



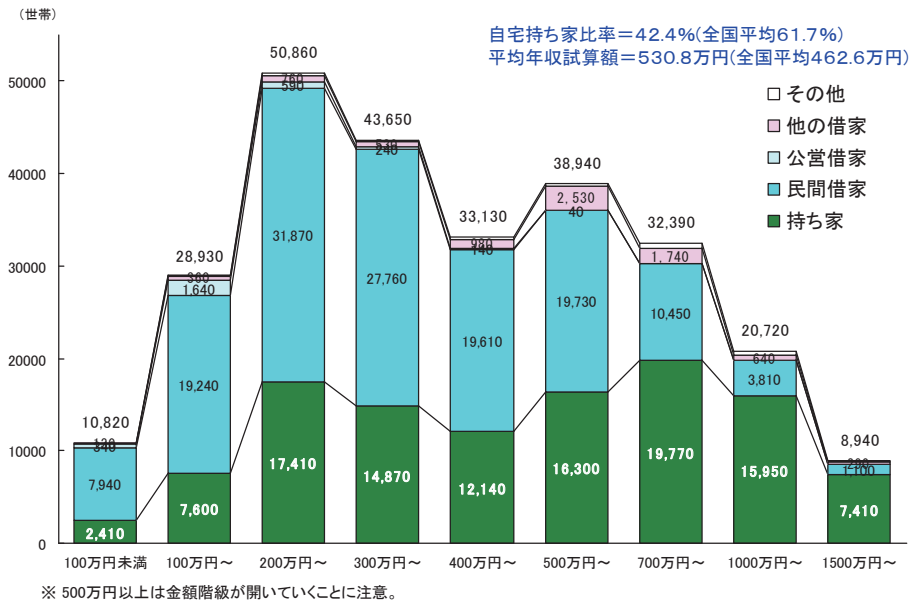
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 13

(114)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(中野区)



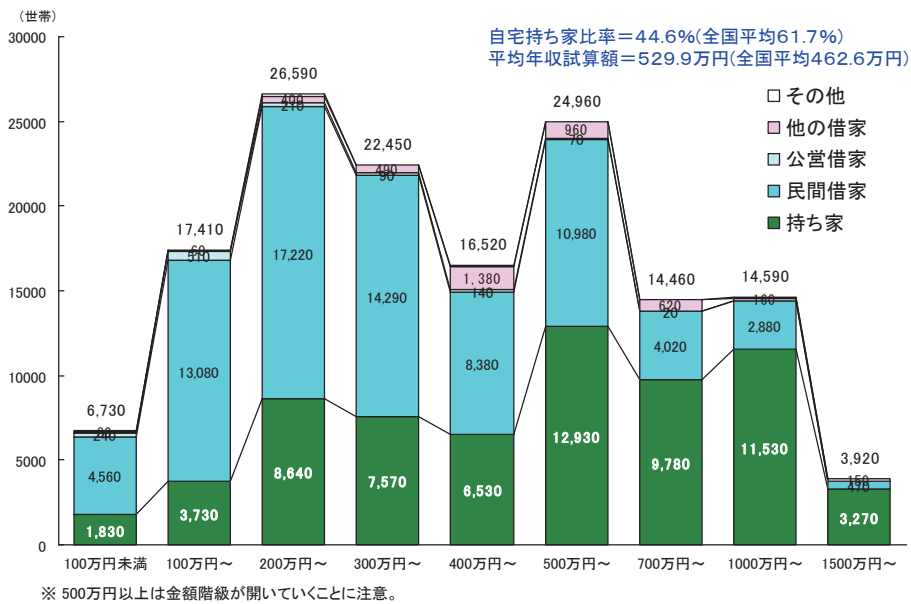
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 14

(115)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(杉並区)



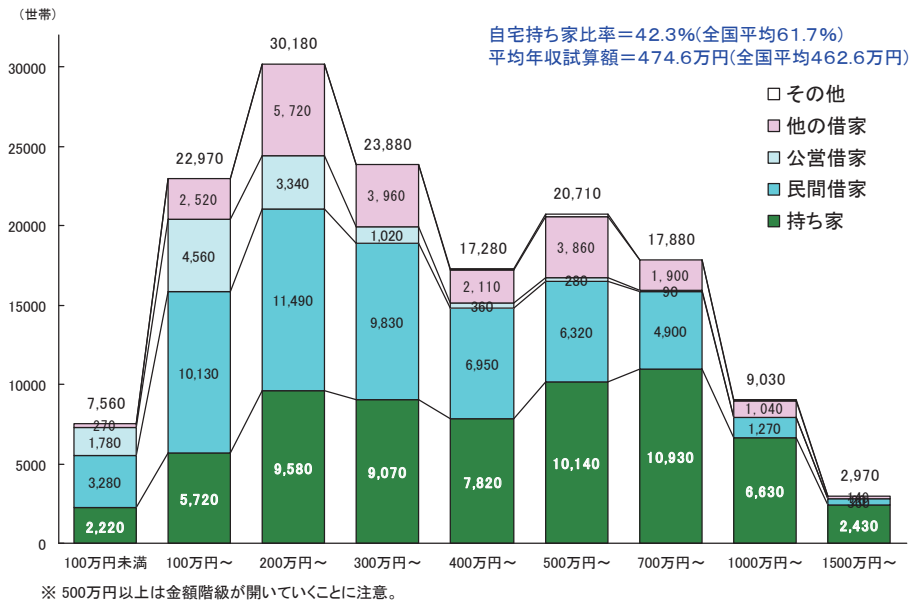
15

(116)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(豊島区)



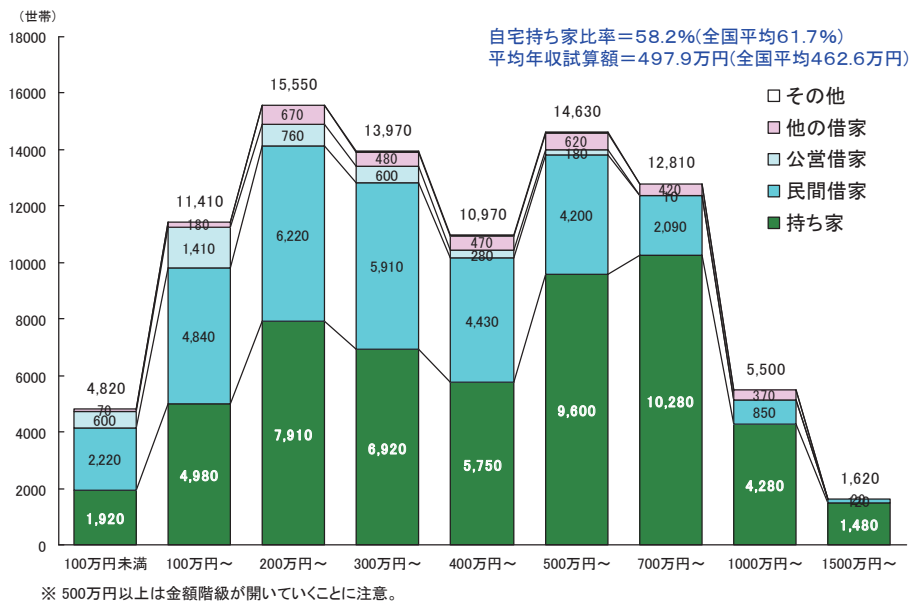
16

(117)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(北区)



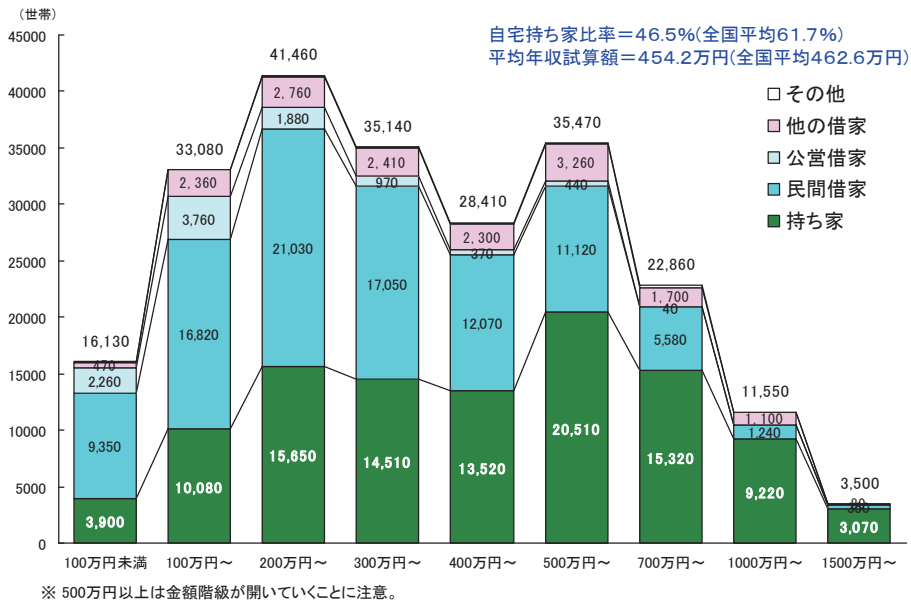
17

(118)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(荒川区)



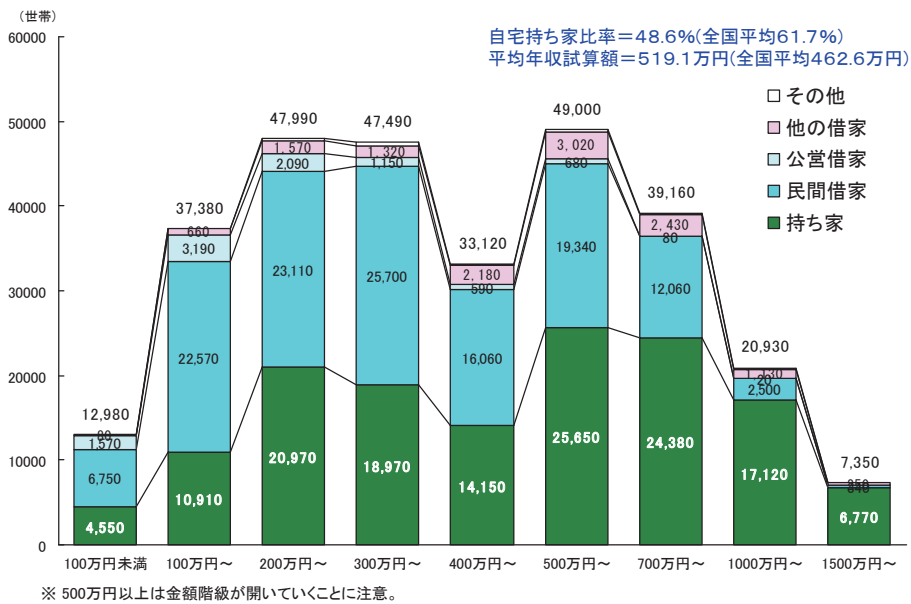
18

(119)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(板橋区)



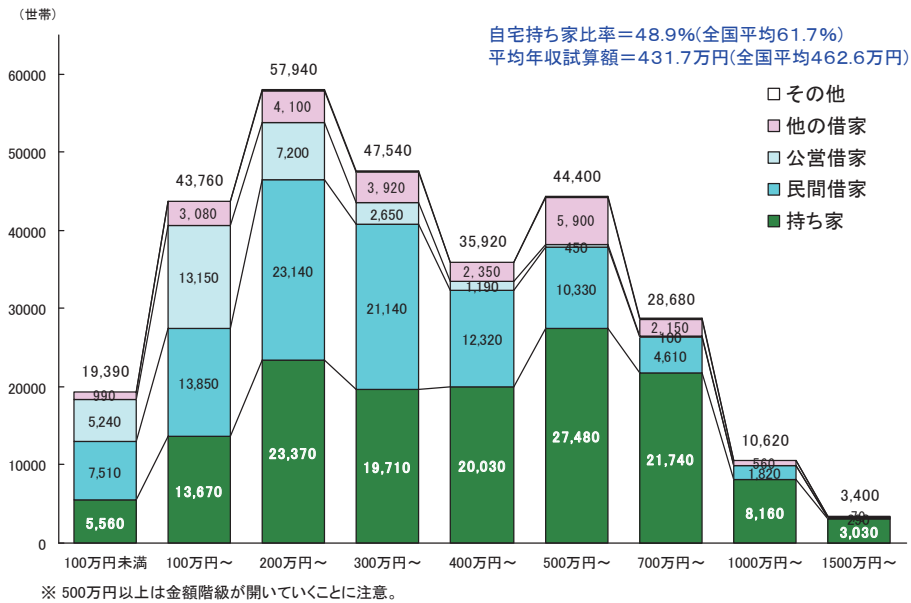
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 19

(120)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(練馬区)



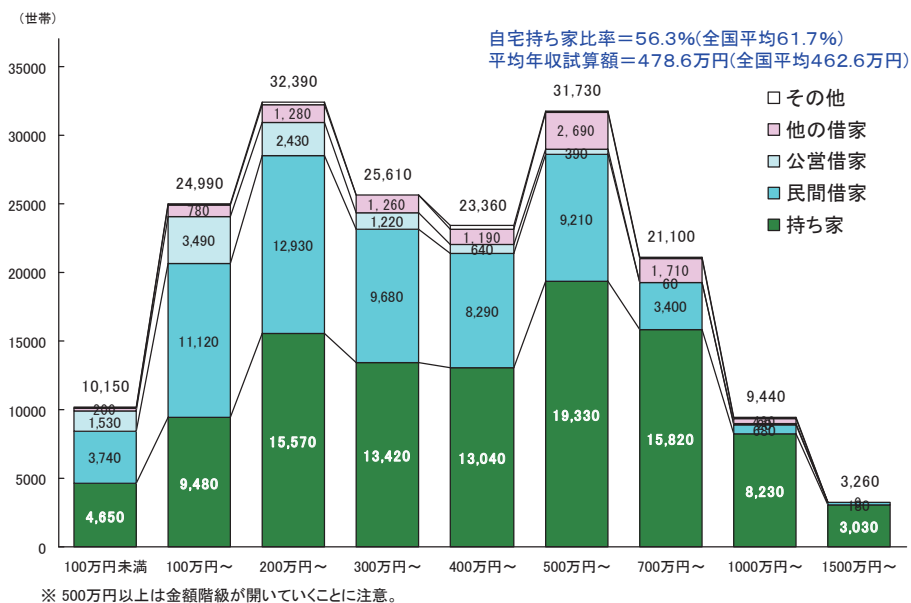
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 20

(121)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(足立区)



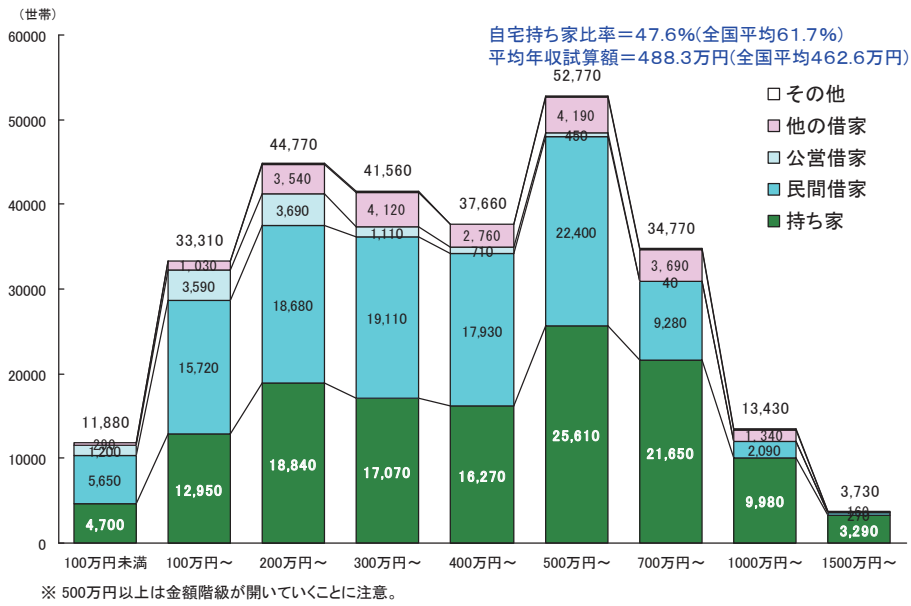
21

(122)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(葛飾区)



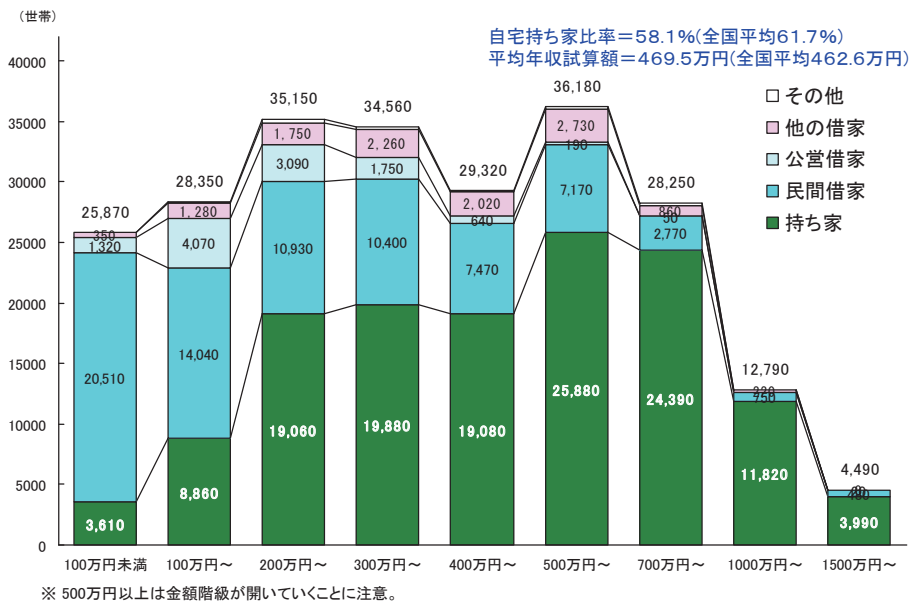
22

(123)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(江戸川区)



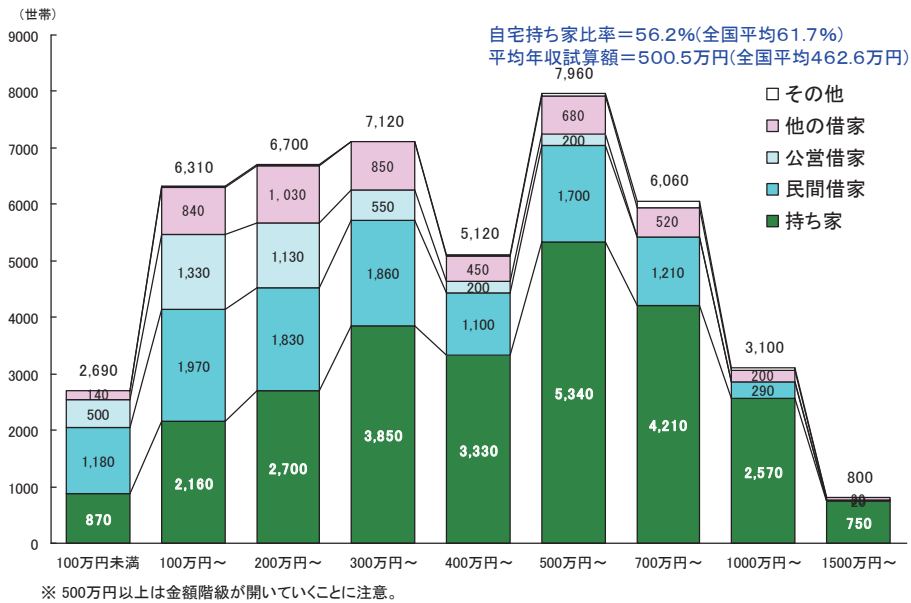
23

(201)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(八王子市)



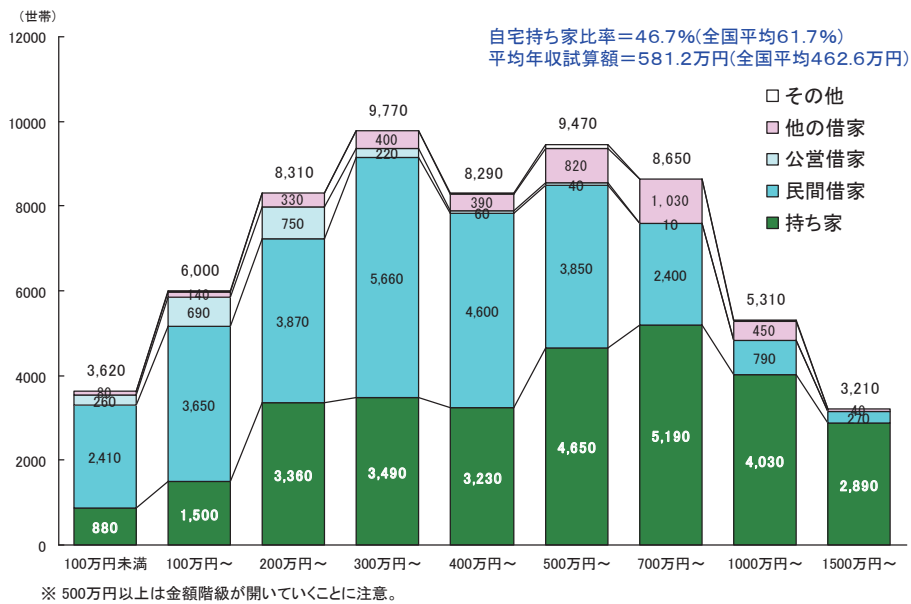
24

(202)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(立川市)



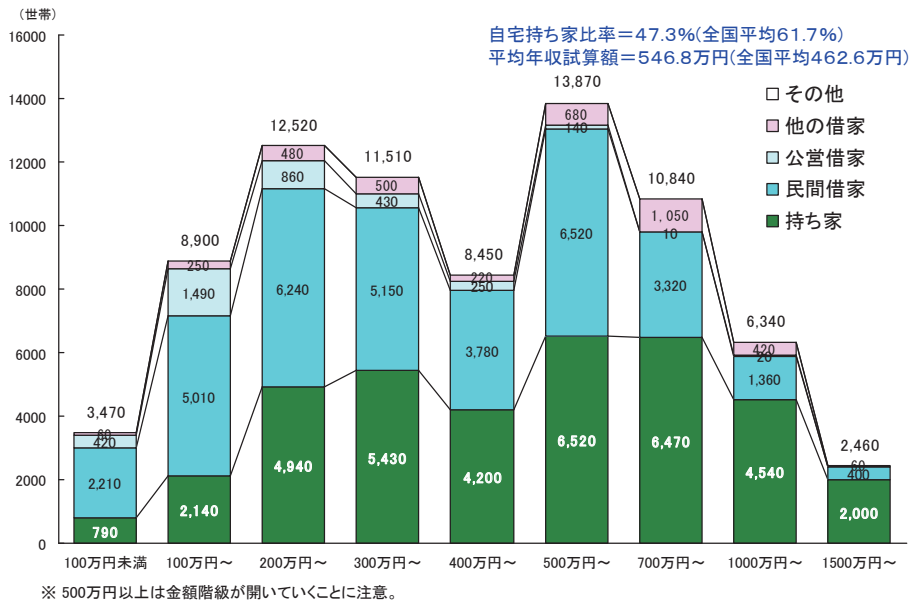
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 25

(203)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(武蔵野市)



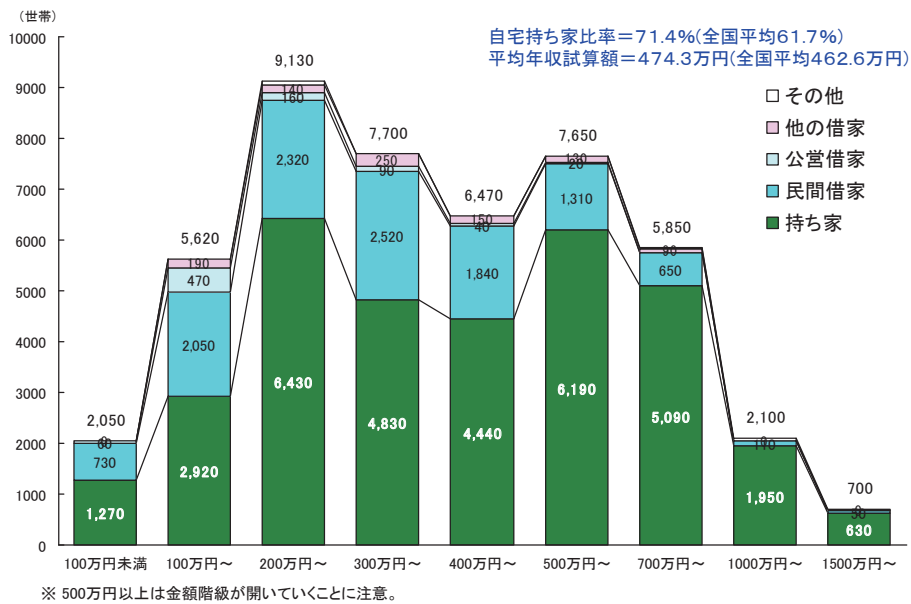
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 26

(204)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(三鷹市)



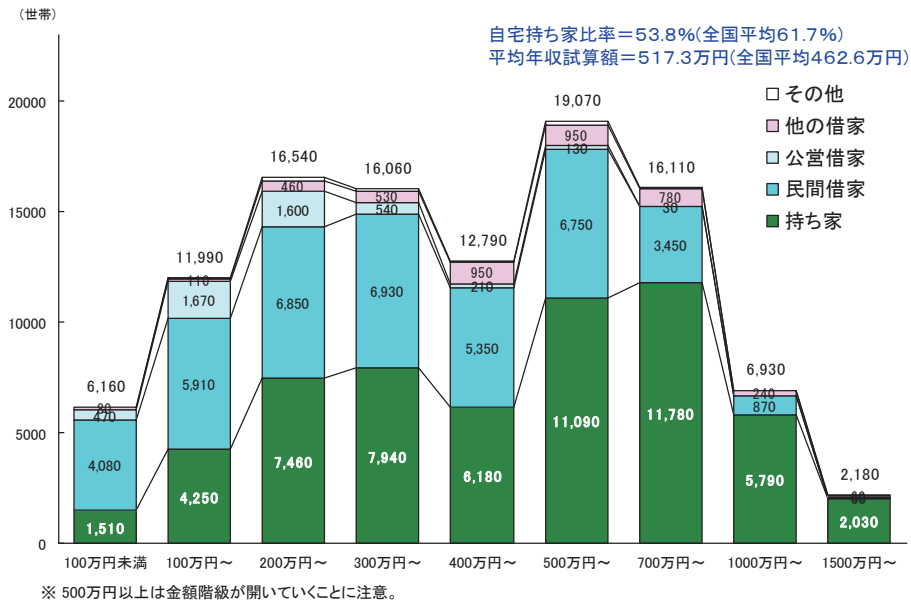
27

(205)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(青梅市)



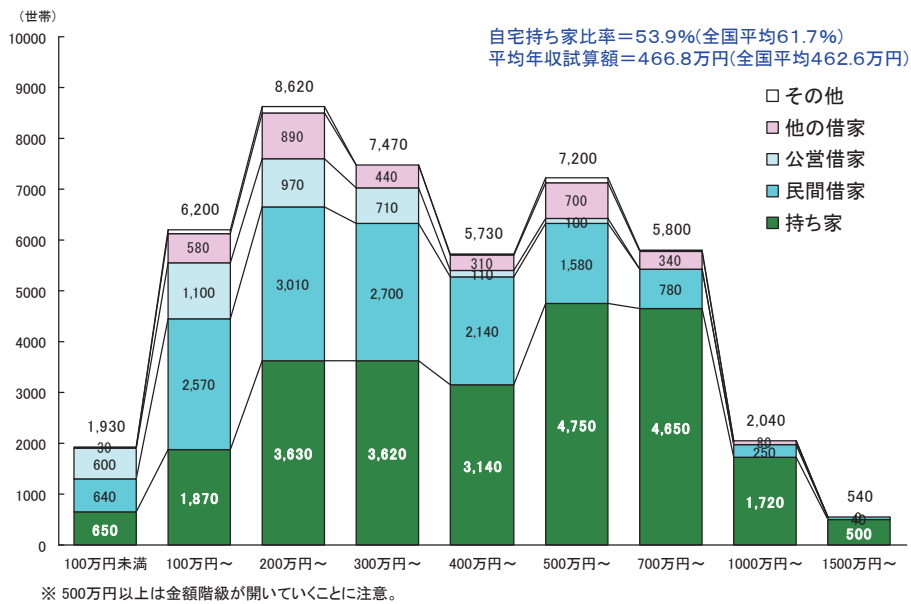
28

(206)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(府中市)



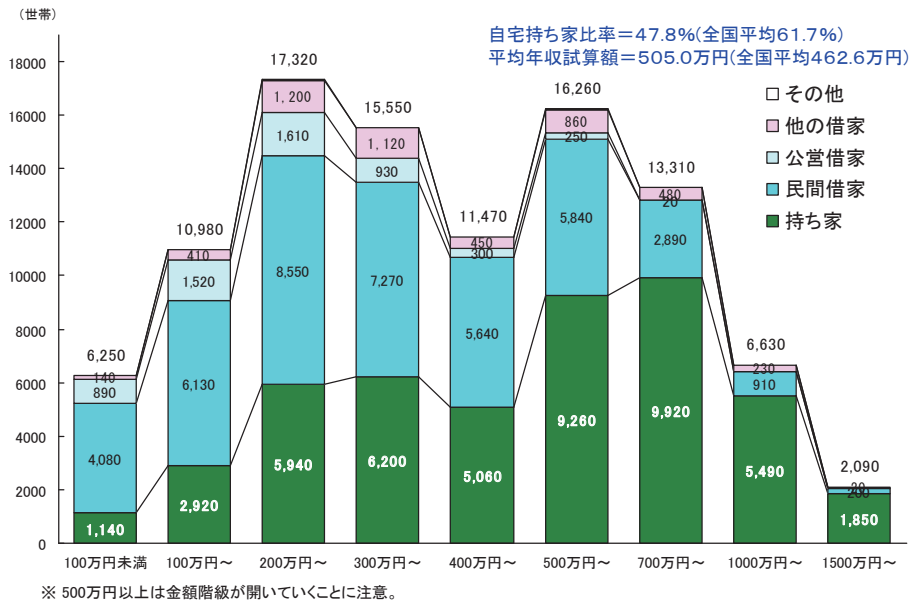
29

(207)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(昭島市)



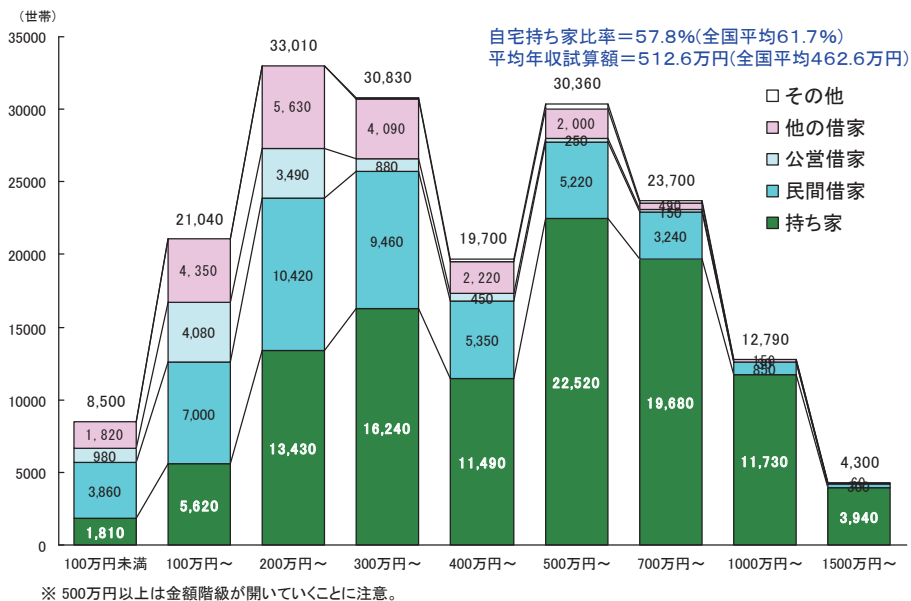
30

(208)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(調布市)



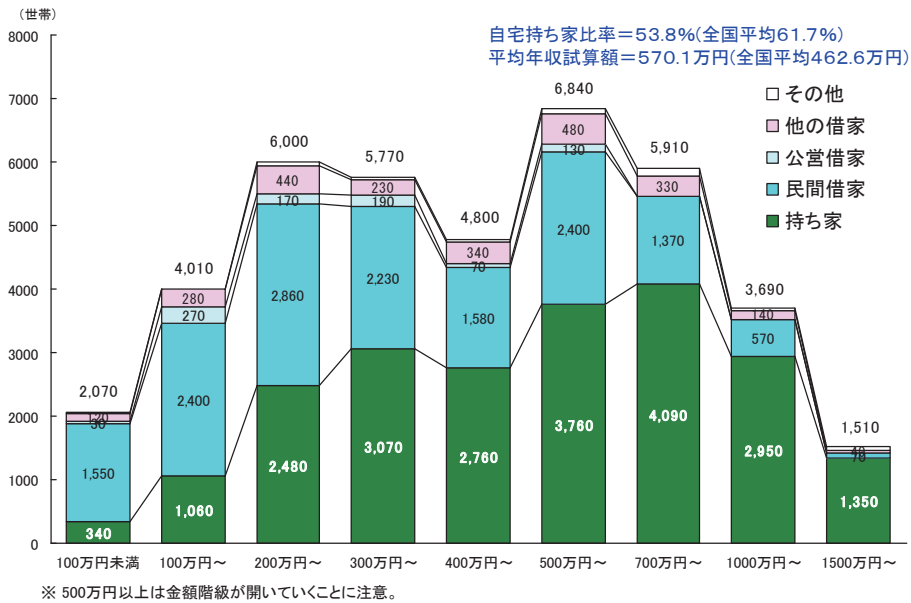
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 31

(209)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(町田市)



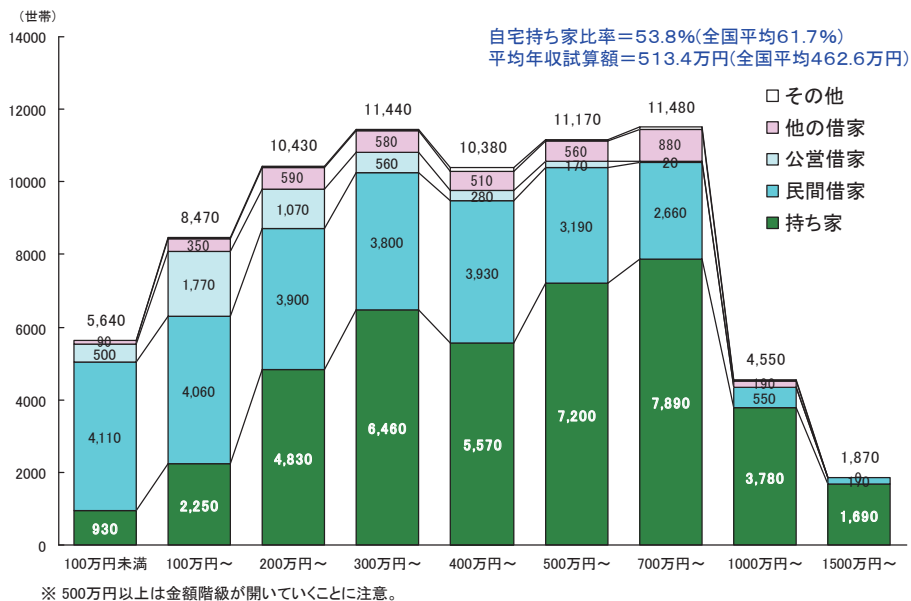
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 32

(210)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(小金井市)



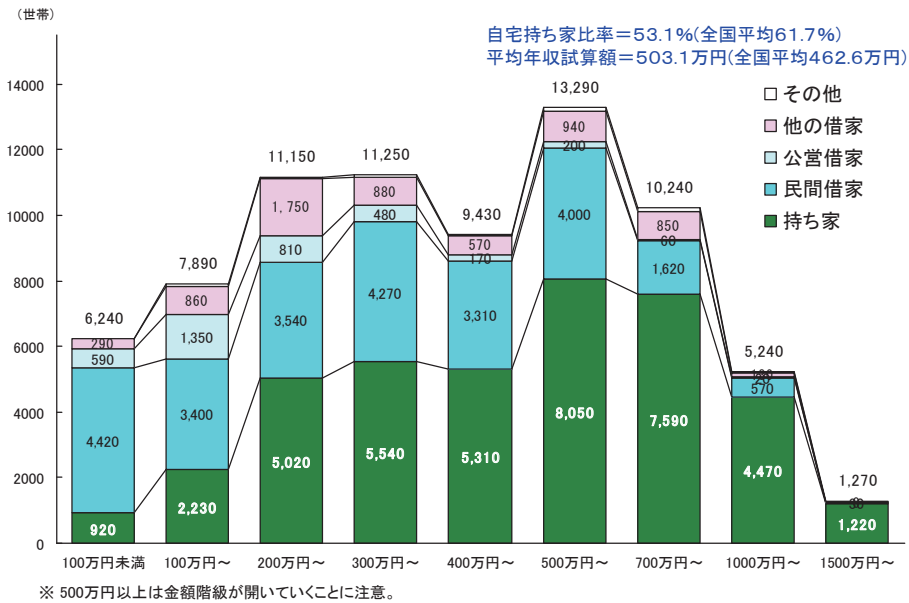
33

(211)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(小平市)



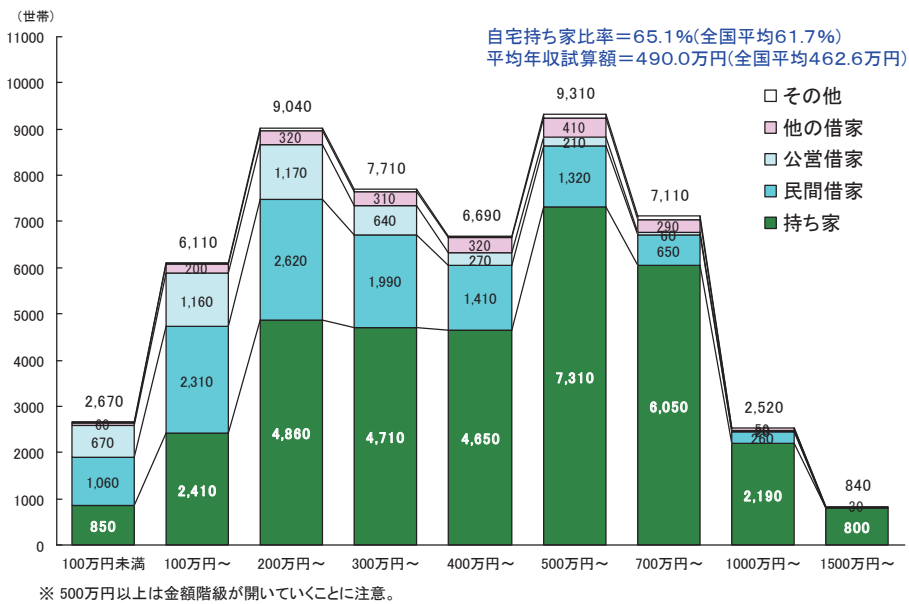
34

(212)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(日野市)



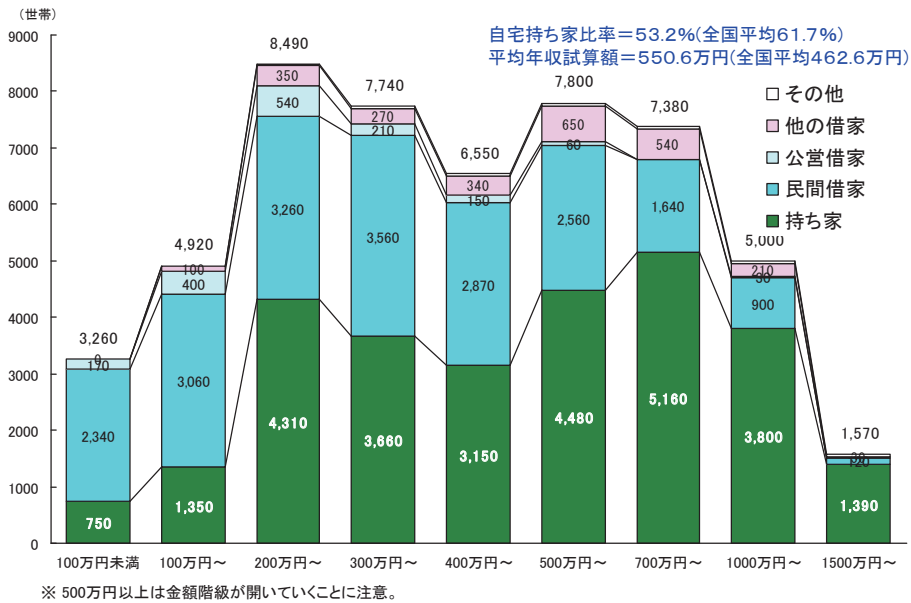
35

(213)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(東村山市)



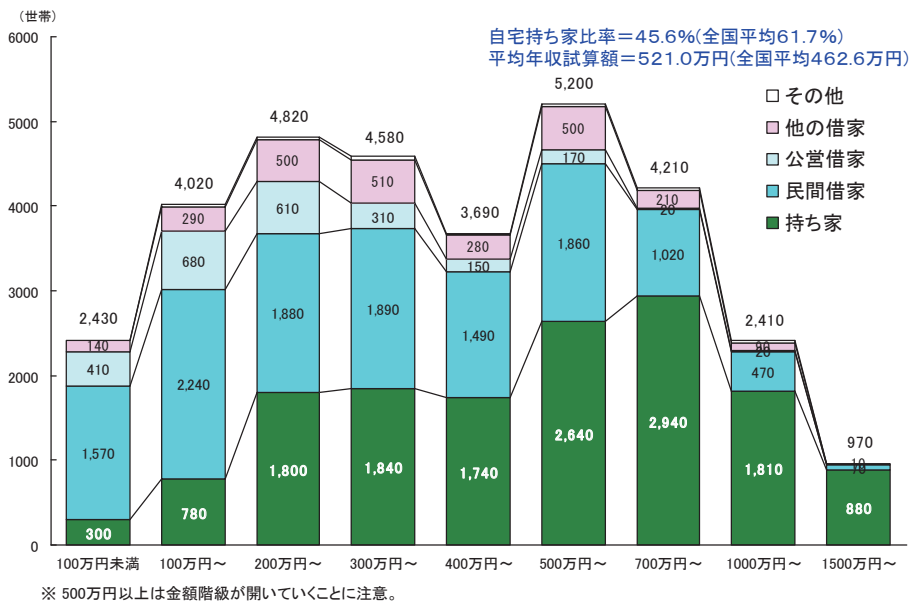
36

(214)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(国分寺市)



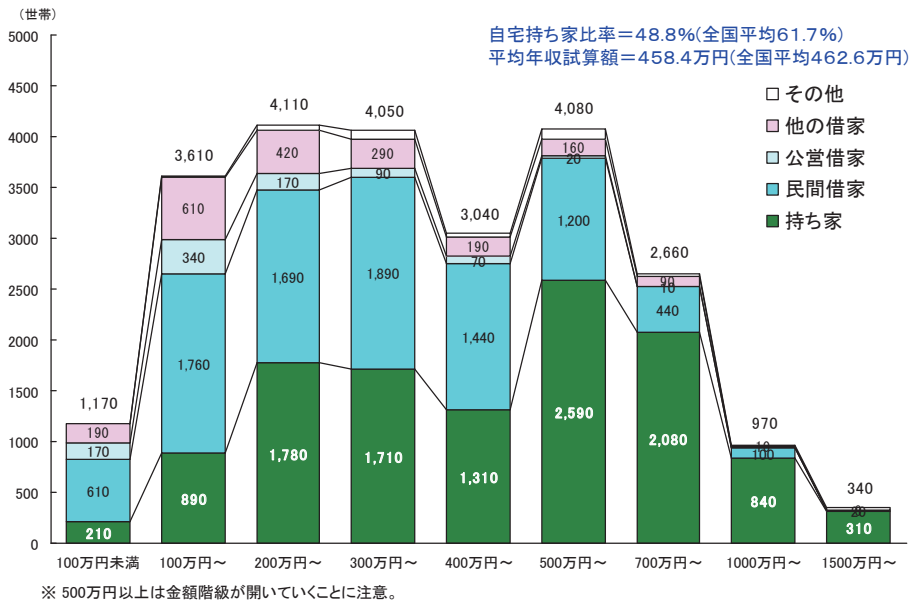
37

(215)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(国立市)



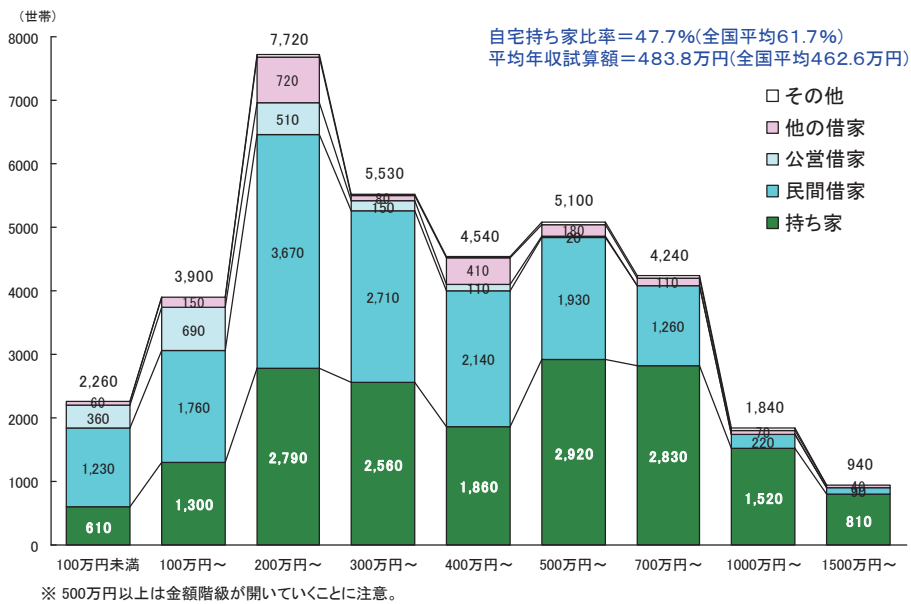
38

(218)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(福生市)



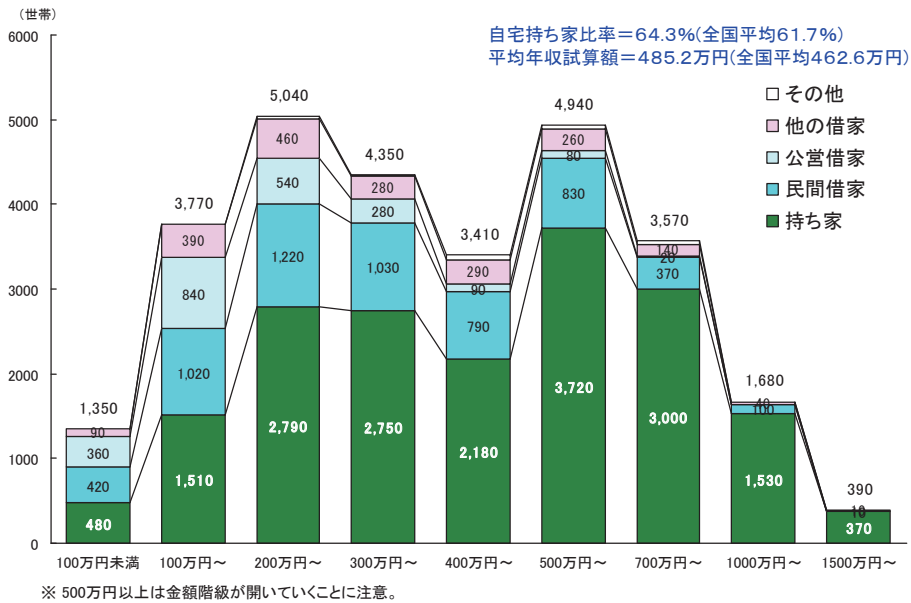
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 39

(219)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(狛江市)



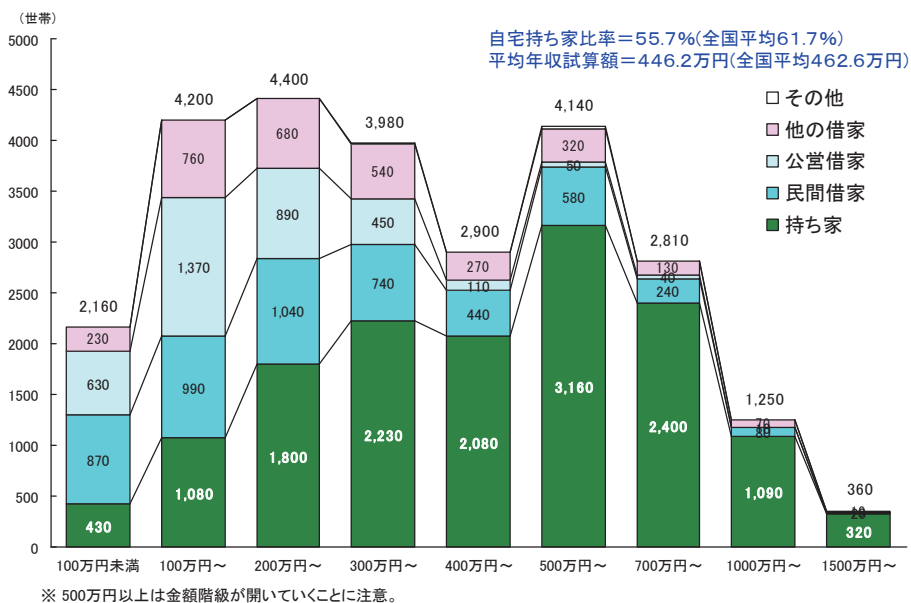
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 40

(220)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(東大和市)



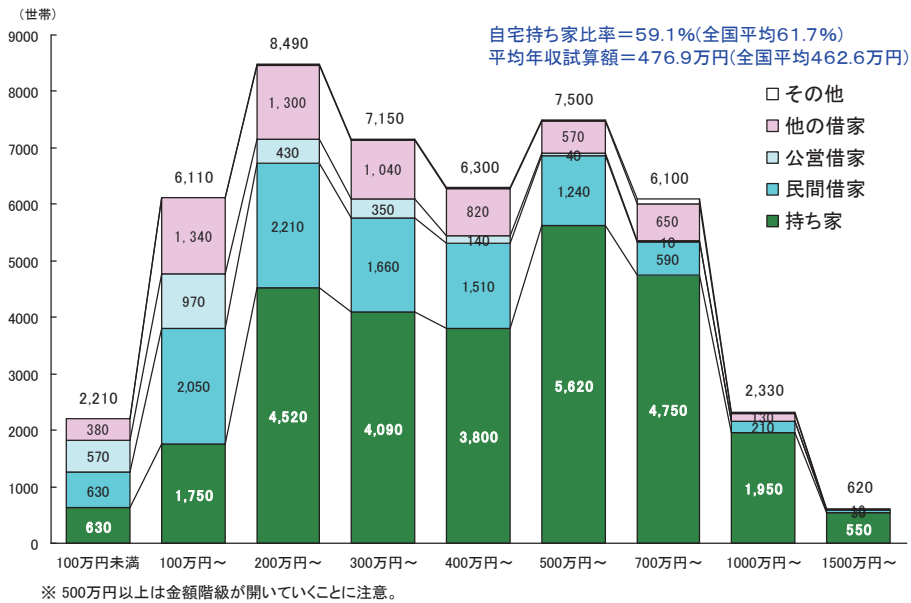
41

(221)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(清瀬市)



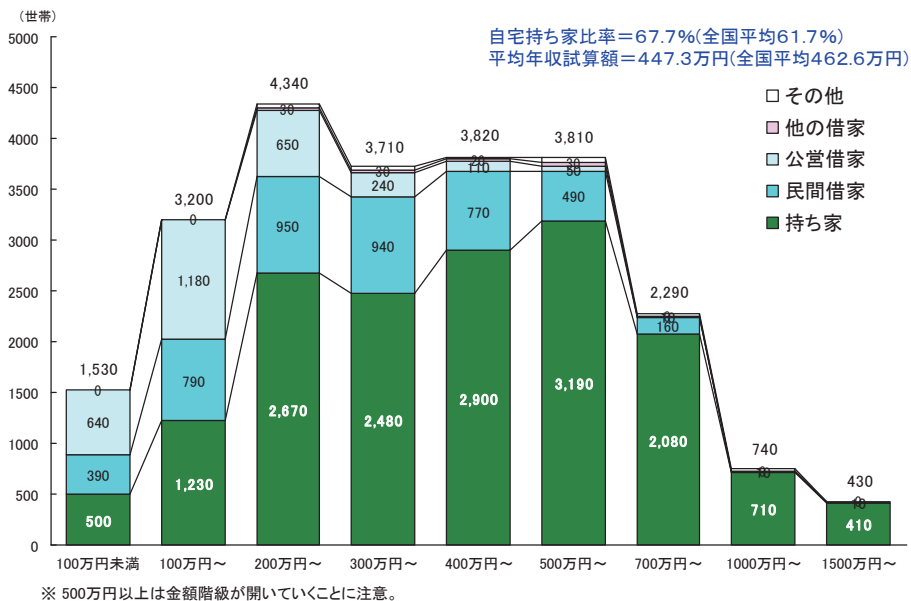
42

(222)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(東久留米市)



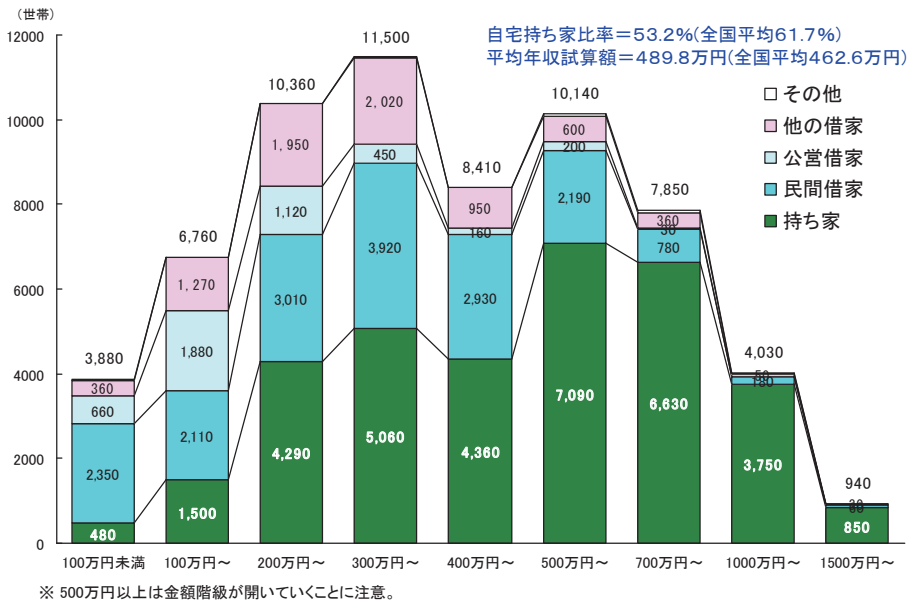
43

(223)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(武蔵村山市)



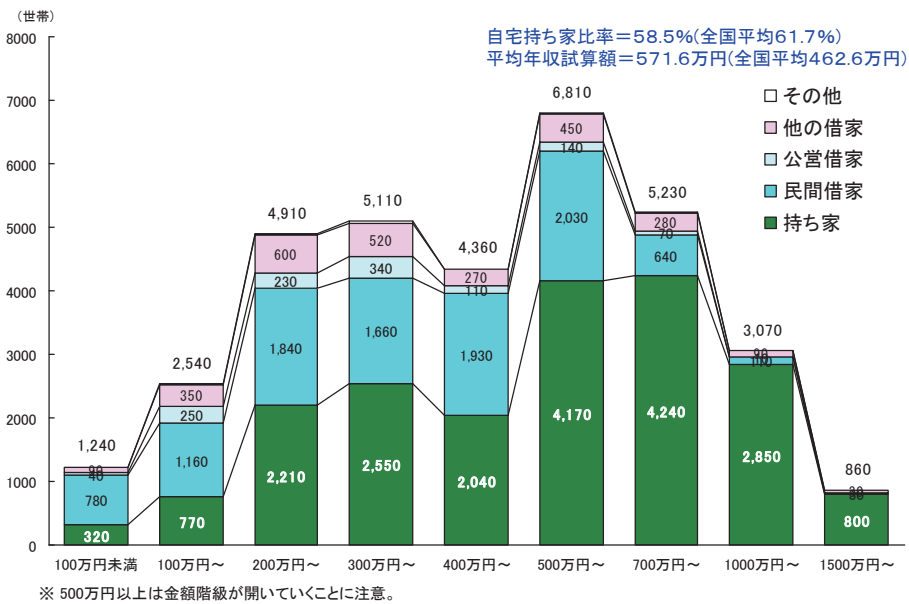
44

(224)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(多摩市)



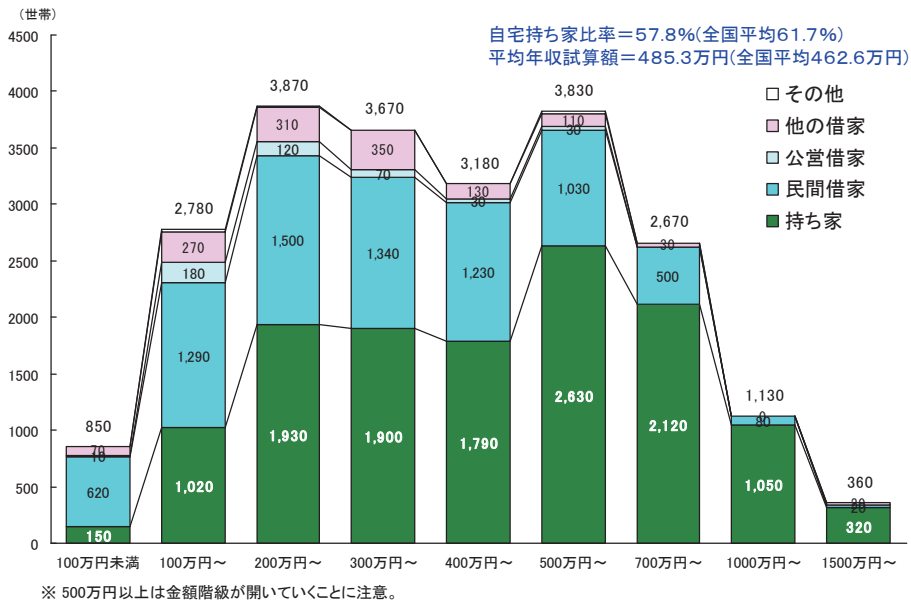
45

(225)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(稲城市)



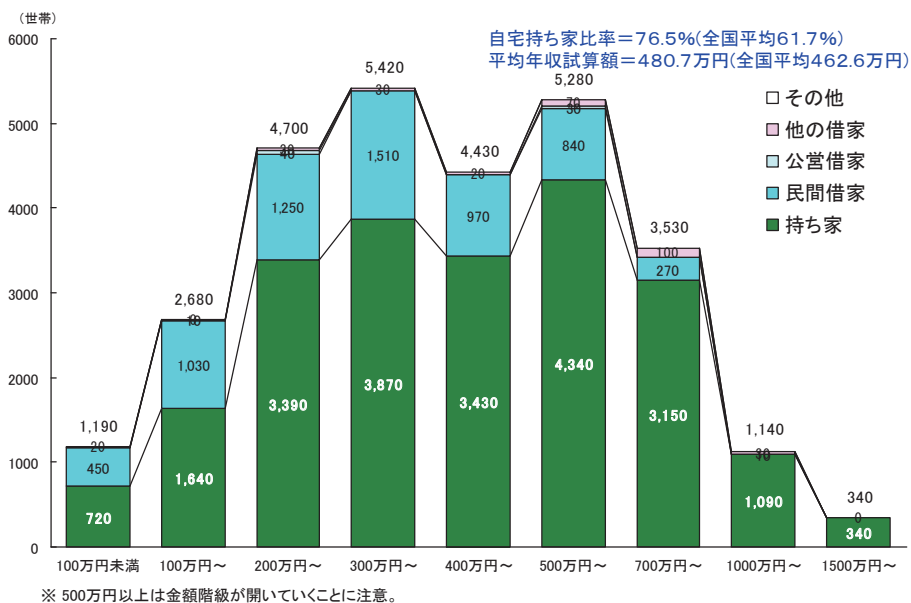
46

(227)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(羽村市)



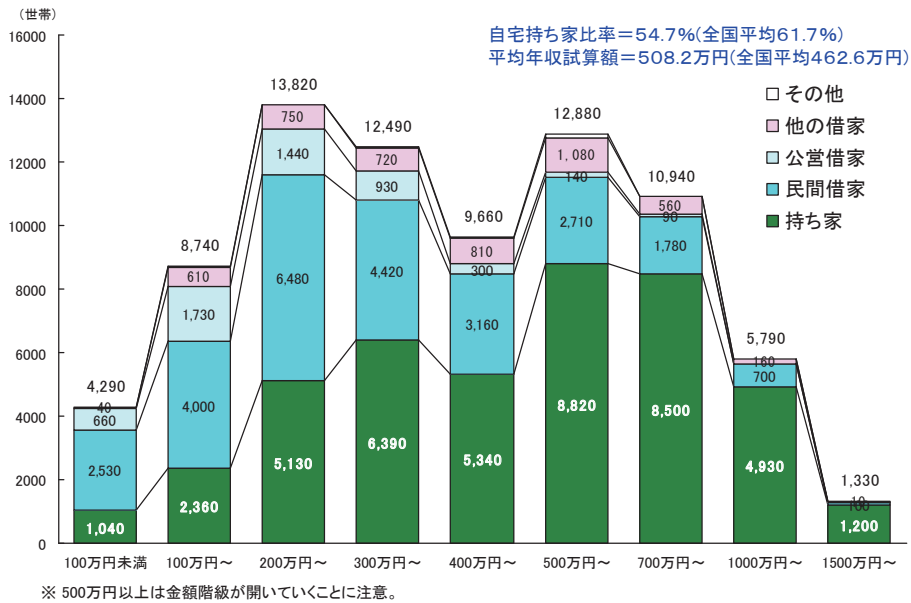
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 47

(228)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(あきる野市)



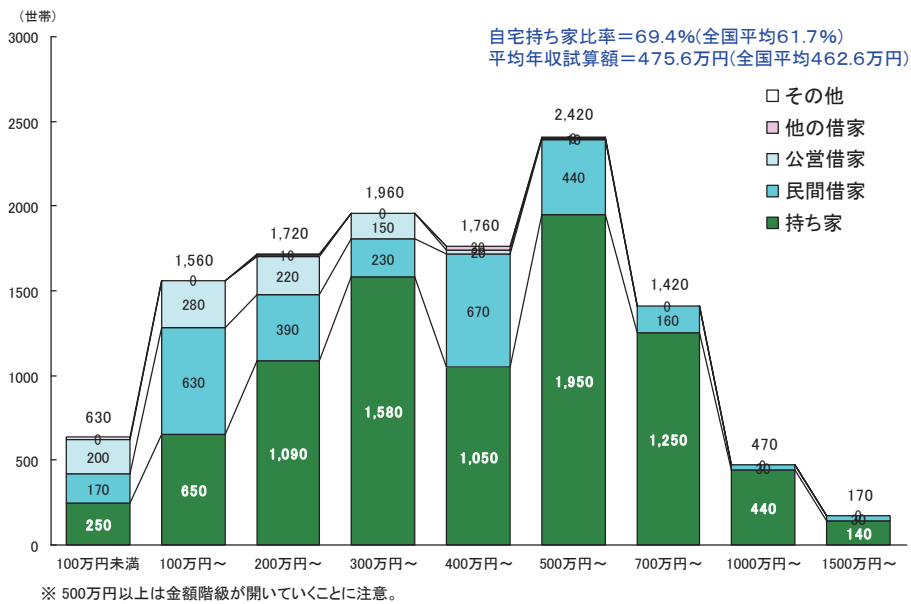
資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 48

(229)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(西東京市)



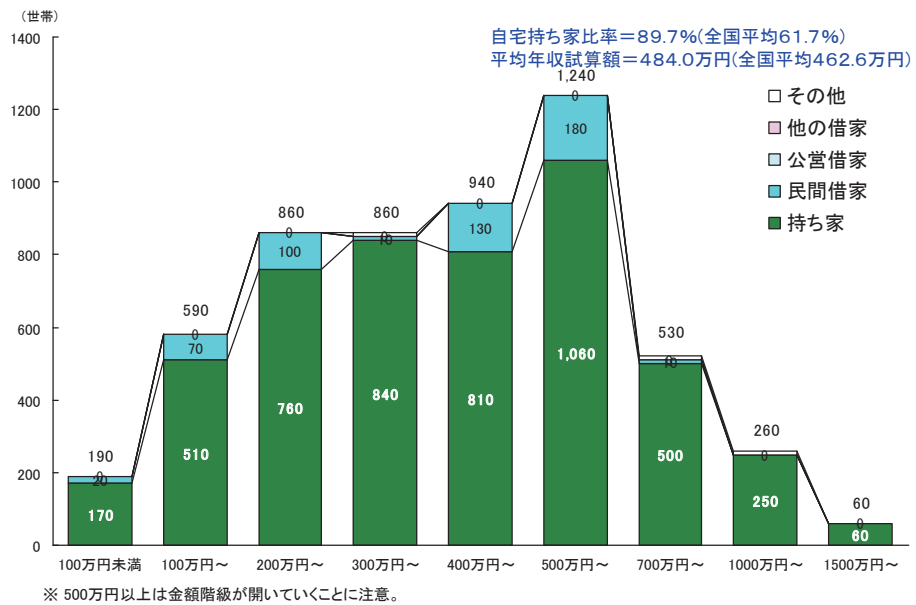
49

(303)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(瑞穂町)



50

(305)世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布(日の出町)



資料:総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から 51

一般社団法人 東京都病院協会
渉外・広報・会員組織委員会

| | |
|-------------|---------------|
| 東京さくら病院 | 東海林 豊 (委員長) |
| 等潤病院 | 伊藤 雅史 |
| 寿康会病院 | 猪口 雄二 |
| 愛和病院 | 竹川 勝治 |
| 内藤病院 | 内藤 誠二 |
| 町田慶泉病院 | 中西 泉 |
| 医療と介護の経営情報室 | 土屋 敬三 (代表執筆者) |
| CCS | 羽牟 俊一 |
| 森山記念病院 | 樋口 洋祐 |
| 宮澤潤法律事務所 | 宮澤 潤 |

平成 29 年 4 月 19 日発行

一般社団法人東京都病院協会
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-5
東京都医師会館 404 号
TEL : 03-5217-0896 FAX : 03-5217-0898
MAIL : tmha@mri.biglobe.ne.jp