

地域の医療、介護需要の将来見通し

独立行政法人福祉医療機構
審議役 佐藤裕亮

はじめに

福祉施設・医療施設は、今後、建て替えや大規模修繕を必要とする施設が増えていくことが見込まれている。その際、建物の機能や規模をそのままに建て替えや修繕を行うのではなく、変化した現在のニーズに合わせた見直しが検討課題となるだろう。特に、人口減少地域では、高齢者人口も減少が見込まれるため、医療、介護の需要も低下していくことが見込まれており、施設のダウンサイジングや機能・事業の見直し・再編も視野に入ってくる。

建物の建て替えや大規模修繕を行えば、その後、少なくとも 10 年から 30 年はその施設を使い続けると考えると、その間、地域の医療、介護需要が人口減少に伴いどのように変化するのも想定しておく必要があるだろう。特に、その施設の地域の入院患者数、介護施設、居住系サービスの利用者数の将来見通しは、施設のベッド数を検討するにあたって重要な指標となる。

そこで、地域の医療、介護の需要、特に入院患者数、介護施設等の利用者数が人口減少に伴いどのように変化していくか考察していきたい。

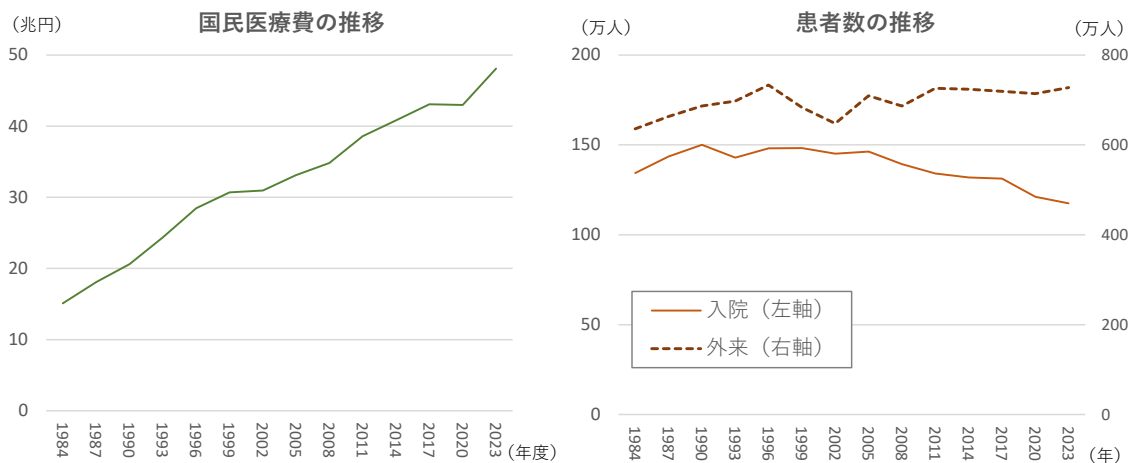
1. 患者数、利用者数の変化の要因

将来推計にあたり、まず、医療、介護の患者数、利用者数がどのような要因で変化しているのか確認しよう。医療、介護の需要は高齢化に伴い増加を続けてきたが、人口減少時代に入り、65 歳以上の高齢者人口もピークに近づいており、2040 年以降は高齢者人口も減少に転じ医療、介護需要も低下が見込まれる。特に中山間地域などでは、現在でも高齢者人口は減少に転じており、医療、介護の需要低下に対応したサービス提供体制の構築が課題となるケースもある。

しかしながら、需要を考えるに当たって、医療、介護の「費用」と「患者数、利用者数」は分けて考える必要がある。医療について過去の推移（図表

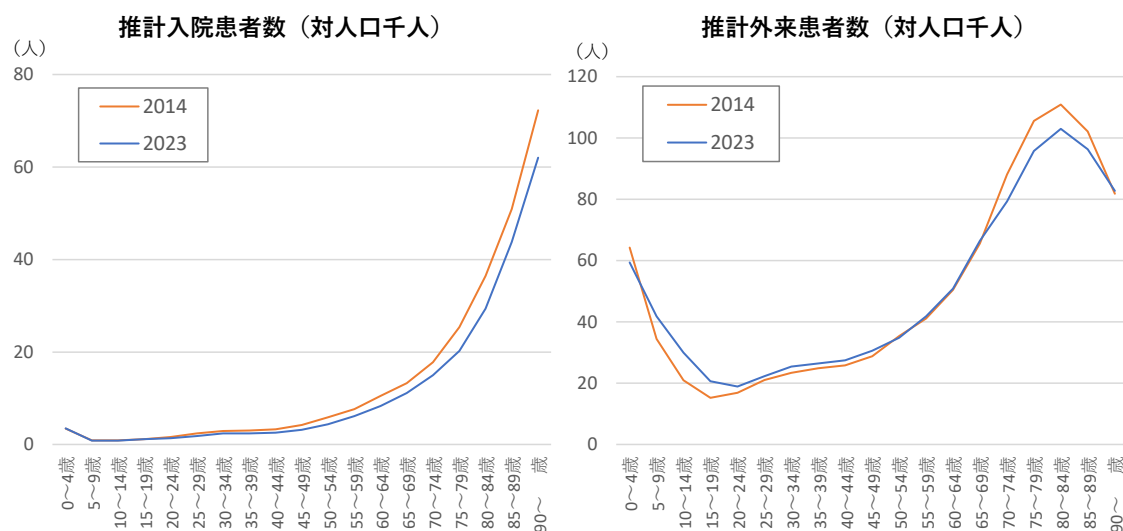
1) をみると、我が国の医療費は高齢化に伴い増加を続けているが、入院患者数、外来患者数は必ずしもそうになっていない。特に入院患者数は高齢化に関わらず 2000 年頃から緩やかに減少してきている。

【図表 1 国民医療費、患者数の推移】



(資料) 国民医療費 (厚生労働省)、患者調査 (厚生労働省)

【図表 2 稼働日 (1 日) あたり人口千人当たり推計患者数】



(資料) 患者調査 (厚生労働省) の稼働日 (1 日) の推計患者数を総人口 (各年 10 月 1 日現在推計人口 (総務省)、以下同じ。) で除して作成

すなわち医療費の増加は、高齢化による患者数の増加ではなく、患者一人当たりの医療費の増加により生じているのである。例えば、新しく開発された高額な薬剤、医療機器、医療技術が広く使われるようになると一人当たりの医療費が増加する。このような医療の高度化が医療費の増加の大きな要因となっているのである。したがって、長期的に考えた場合、患者数が減ると必ずしもそ

れに伴い収入も減ると考える必要はない。しかし、病床の適正な規模を考えるにあたっては入院患者数が重要な指標となるだろう。

これまで高齢者数が増加しているにもかかわらず患者数が減少しているのは人口動態以外の要因が影響しているためである。実際、年齢階級別の人口千人あたり患者数（図表2）をみると長期的に低下している。この低下の要因については、様々なことが考えられるが、何がどれだけ影響しているか定量的に測ることは困難であるので、ここでは定性的にどのようなことが考えられるか示したい。

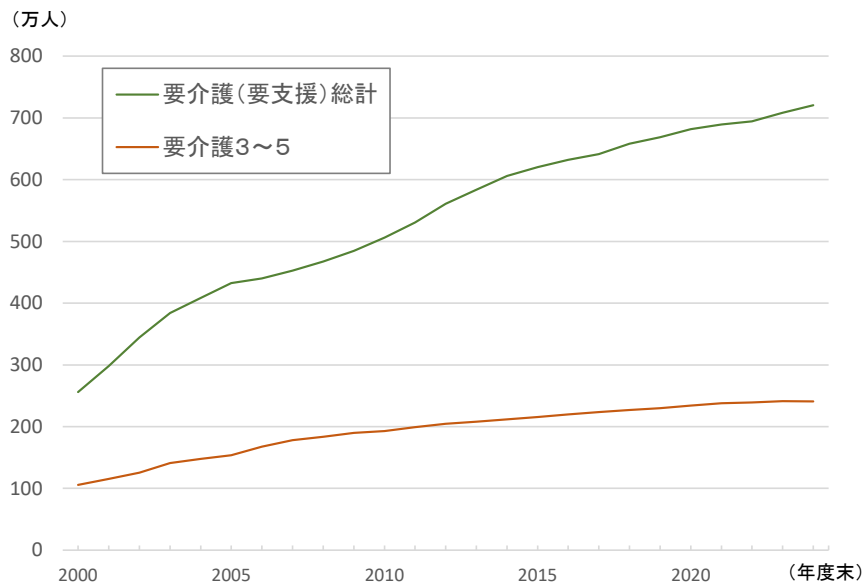
- ① 高齢者の健康度の向上
- ② 技術進歩に伴う医療の質の変化
- ③ 平均在院日数の短縮
- ④ 病床規制等による供給面の制約
- ⑤ 医療、介護の役割分担の変化

はじめの「①高齢者の健康度の向上」は実感として理解できるだろう。同じ年齢で比べると今の高齢者は以前の高齢者より健康になっており医療の必要性も低い。②は例えばカテーテル手術のように身体への負担が少ない治療法が取りいれられると入院日数は短縮し入院患者数は減少する。他にも副作用が比較的少ない抗がん剤の開発もあるだろう。これにより外来又は短期間の入院で抗がん剤治療が可能となり入院患者の減少につながる。次の③～⑤の要素はお互い影響しあっている。入院日数が長くなれば報酬が低くなる診療報酬体系により入院日数は短縮の方向に誘導されてきたし、病床規制により病床が増えなければ、入院患者数の上限が設定される。また、医療の必要性の低い者に対しては、入院ではなく介護や在宅で対応するようになってきた。さらに、コロナ禍前後で高齢者の受療行動の変化もあり得るだろう。これらの要因が重なり合って、高齢者の増加にも関わらず入院患者数は減少してきたと考えられる。

次に介護の要介護（要支援）認定者数の推移（図表3）をみると、2000年の介護保険制度の創設以降、高齢者数の増加に伴い要介護（要支援）認定者数は増加し続けている。しかし、年齢階級別に要介護（要支援）認定率（図表4）を、同じ年齢で比べると2024年度では認定率の低下がみられる。特に施設、居住系サービスの入所者の多い要介護3～5の認定率が低下している。こ

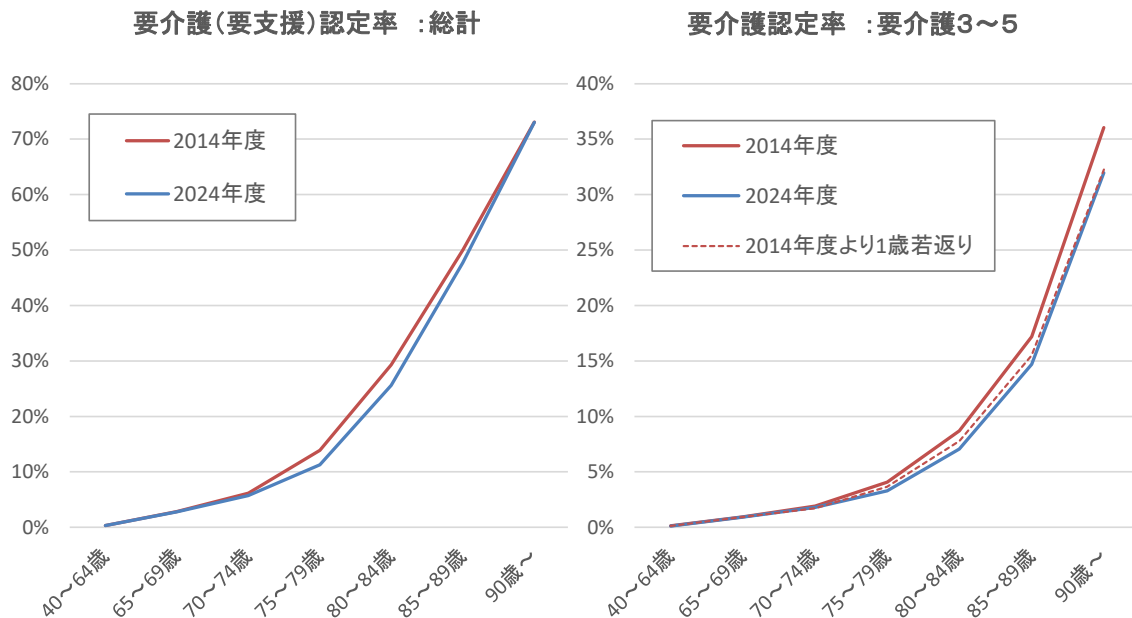
の認定率の低下には、健康寿命が延びていることが影響していると考えられる（図表 5）。

【図表 3 要介護（要支援）認定者数の推移】



（資料）介護保険事業状況報告（厚生労働省）、2024年度は月報による暫定値

【図表 4 要介護（要支援）認定率】



（資料）介護保険事業状況報告（厚生労働省）の要介護（要支援）認定者数（各年 9 月末）を総人口（各年 10 月 1 日）で除して作成

注：「2014 年度より 1 歳若返り」は 2014 年度の要介護認定率より推計

近年、介護保険は普遍的な制度となっており、特に介護の必要性の高い方については、ほぼ全ての方が要介護認定を受け、何らかサービスを利用しているのではないだろうか。その中で年齢階級別の要介護認定率の低下は、高齢者の健康度の向上があると考えられる。実際、2014年から2024年の10年間で平均寿命は約0.5歳前後延び、健康寿命は2013年から2022年の9年間で1歳以上延びている。そこで、要介護3～5の年齢階級別認定率について、2014年のグラフを1歳ずらしてプロットすると2024年の認定率におおむね一致する。まさに、この間、要介護3～5の認定率は1歳若返っていることが分かるだろう。

【図表5 平均寿命・健康寿命の延び】

平均寿命の延び

	(年)		
	2014	2024	差
男性	80.50	81.09	0.59
女性	86.83	87.13	0.30

(資料) 簡易生命表 (厚生労働省)

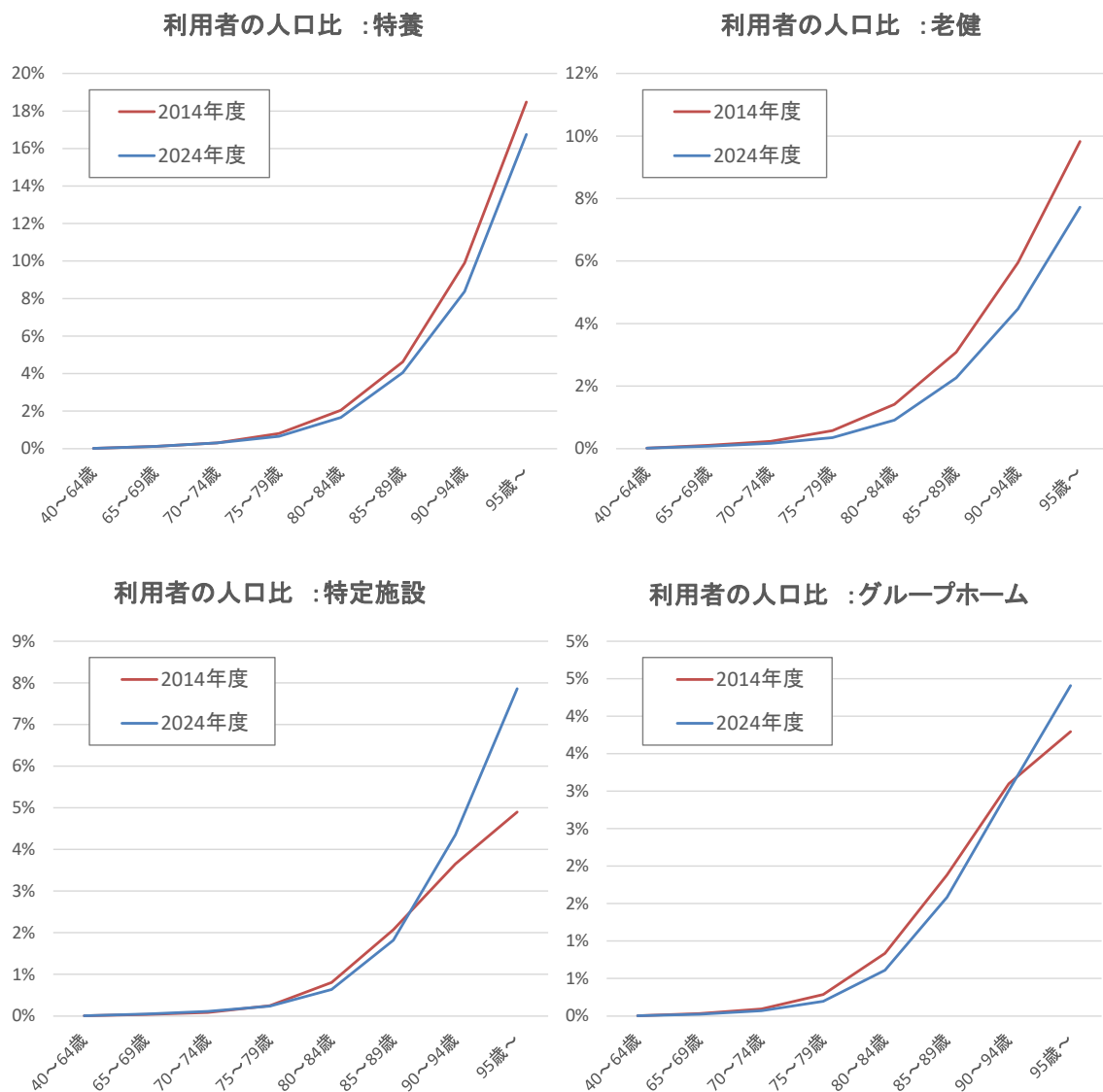
健康寿命の延び

	(年)		
	2013	2022	差
男性	71.19	72.57	1.38
女性	74.21	75.45	1.24

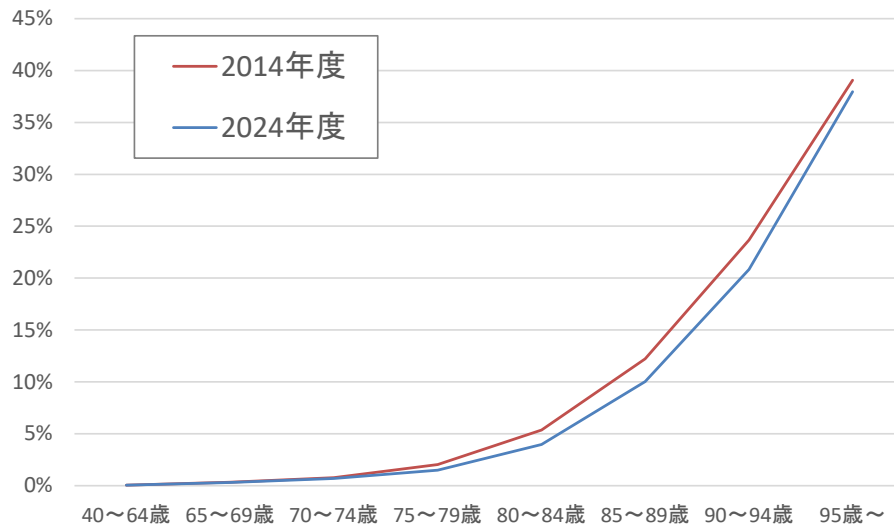
(資料) 厚生労働科学研究において算出

次に介護施設、居住系サービスの利用者の人口比の直近10年間の変化を年齢階級別にみると、特養、老健では全ての年齢階級で低下しているものの特定施設やグループホームでは高年齢層では増加している(図表6)。介護施設、居住系サービスの総計でみると、要介護認定率の低下に伴いすべての年齢層で低下していることが分かる。介護施設、居住系サービスの種類で様子が異なるのは、それぞれの供給量の違いが影響していると考えられる。居宅サービスや特定施設以外の有料老人ホームの利用者が増加していることも踏まえると、施設、居住系の総計でみると利用率が低下しているのは、高齢者の健康度の向上が影響しているものと考えられる。

【図表6 介護施設・居住系サービスの利用者の人口比】



利用者の人口比：施設・居住系 総計



(資料) 介護給付費等実態統計報告 (厚生労働省) のサービス利用者数を総人口で除して作成

注：「介護施設・居住系 総計」は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院 (平成 26 年度は介護療養型医療施設含む)、特定施設 (介護付き有料老人ホーム等)、グループホームの総計

2. 将来推計の方法 (推計に織り込まれる要素)

(1) 推計期間

将来推計を行うにあたって、推計期間とどの要素を推計に織り込むか検討する必要がある。推計期間については、基礎となる地域別の人口推計 (日本の地域別将来推計人口 令和 5(2023)年推計) が 2050 年までの推計であるため、これを基礎とすると推計期間は最長で 2050 年まで約 25 年間となる。また、マンションの大規模修繕計画でも国土交通省のガイドラインでは配管等の更新が必要となるおおむね 30 年以上の計画を立てることが望ましいとされていることも踏まえ、2050 年までの約 25 年間の推計としたい。

(2) 推計に織り込む要素

次に推計に織り込む要素について、地域の人口の変化の影響を織り込むことは必須であり、これは地域別の将来推計人口を基礎とすることにより自然と織り込まれる。なお、地域別将来推計人口は、全国推計の出生中位、死亡中位の仮定を踏まえて作成されており、高位推計や低位推計は示されていない。人口

は最も長期の推計が可能といわれるが、過去の傾向を将来に投影する手法で作成されているので、将来が過去の傾向と異なる場合は、実績が見通しと異なってくることに留意が必要である。将来の人口に影響を及ぼす要素、出生、死亡、社会移動の3つのうち出生は25年程度の推計期間では高齢者数に影響しないが、寿命の延びや社会移動については、将来の傾向が過去と異なる場合、実績と見通しにズレが生じることとなる。それぞれの地域において寿命の延びや社会移動に影響を及ぼす特殊要因がないか検討しつつ、結果は一定の幅をもってみる必要がある。

人口以外の要素については、どのような影響を与えるか見込むことが困難な場合が多い。例えば、これまでは特養の整備が進まないことで待機者が多く発生するなど、利用者数が抑えられてきた地域もあるが、人口減少で余剰施設が出てくると逆の影響を及ぼすかもしれない。こうした要素は将来推計に織り込むことは困難であり、これは将来推計の限界でもある。重要なのは、長期的な事業計画を立てる際には、数値を鵜呑みにするのではなく、将来推計に織り込まれていない要素をしっかりと認識した上で、数値をみることである。

一方、高齢者の健康度の改善については、多かれ少なかれ改善の方向に進むことは多くの同意を得られるだろう。その上、基礎となる将来推計人口は、2025年から2050年の間で平均寿命は2年超、65歳の平均余命も2年弱延びると仮定し、余命の延長による高齢者数の増加を見込んでいる（図表7）。

【図表7 平均寿命・65歳平均余命の仮定】

平均寿命の仮定 (年)				65歳平均余命の仮定 (年)			
	2025	2050	差		2025	2050	差
男性	81.99	84.45	2.46	男性	20.22	22.03	1.81
女性	88.06	90.50	2.44	女性	25.08	27.13	2.05

（資料）日本の将来推計人口（令和5年推計、社会保障・人口問題研究所）

このため、高齢者の健康度の向上を織り込まない場合、寿命は延びるが、高齢者の健康度は改善せず健康寿命は延びない前提をおいていることになる。この場合、寿命の延びに伴う高齢者数増による増加は見込む一方、健康度の向上による施設入所者の減少は見込んでいないこととなる。患者数、利用者数の推計としては過大推計になりかねないと考えておくべきだろう。

（３）推計シナリオ（現状投影と需要低下）

将来推計としては、高齢者の健康度の向上を織り込まない「現状投影シナリオ」に加え、高齢者の健康度の向上による需要低下を織り込む「需要低下シナリオ」の２つのシナリオで推計することとしたい。

現状投影：年齢階級別の受療率、利用率等が将来も変化しないと仮定し、人口の変化により医療、介護の需要（患者数、利用者数等）がどのように変化するかを推計。将来推計人口では 2050 年までに平均寿命が約 2 歳延びることを仮定しているため、平均寿命の延びに伴う、高齢者数増による増加は考慮する一方、高齢者の健康度の向上による減少は考慮しないシナリオ

需要低下：将来推計人口では 2050 年までに平均寿命が約 2 歳延びる仮定とされていることを踏まえ、年齢階級別の受療率、利用率等も 2050 年に 2 歳若返る（低下する）と仮定した上で、人口の変化により医療、介護の需要（患者数、利用者数等）がどのように変化するかを推計。平均寿命の延びに伴う、高齢者数増の増加要素、健康度の向上による減少要素をともに考慮するシナリオ。なお、若返りによる需要低下は、医療の一般病床、療養病床、外来及び介護に生じると仮定。すなわち医療の精神病床、結核・感染症病床、歯科については、若返りを仮定していない。

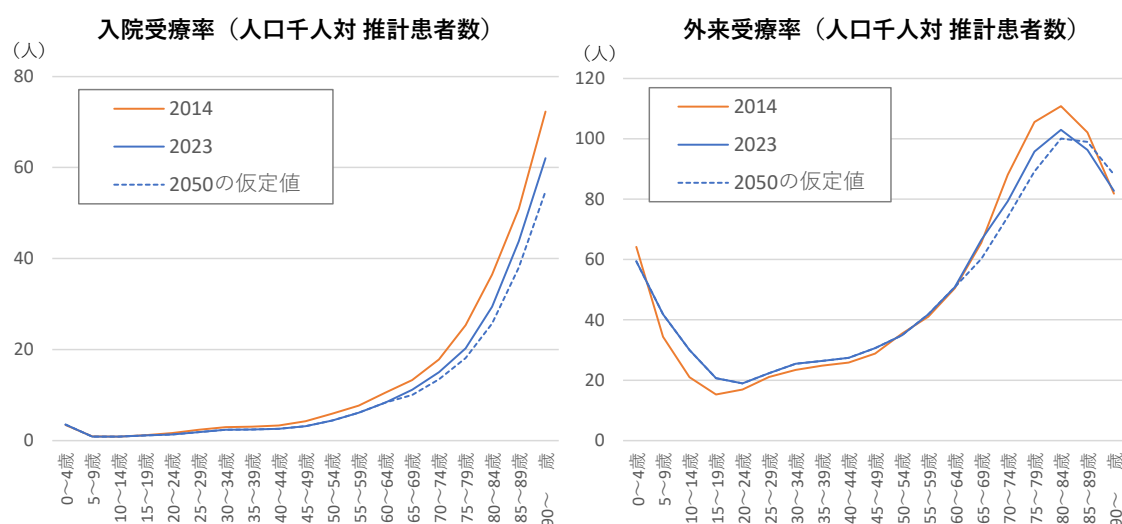
なお、平均寿命の直近の推移をみると 2020 年がピークでありその後は延びていないことから、寿命の延びについて懐疑的な見方もあるだろうが、寿命が延びなければ、高齢者数は将来推計人口の見通しよりも少なくなり、患者数や利用者数等も現状投影の見通しよりも少なくなる。この場合でも現状投影シナリオは過大推計となる。実際、将来推計人口の死亡高位の推計と死亡中位の推計を比較すると、2050 年の平均寿命の延びは男性、女性ともに 0.18 年短い仮定であるが、これにより 2050 年の 75 歳以上人口は 5.6%少なくなっている。寿命の延びが高齢者人口に大きな影響を及ぼすことが分かる。

（４）年齢階級別受療率、要介護認定率等

次に、推計に用いる年齢階級別の受療率、利用率等を確認したい。

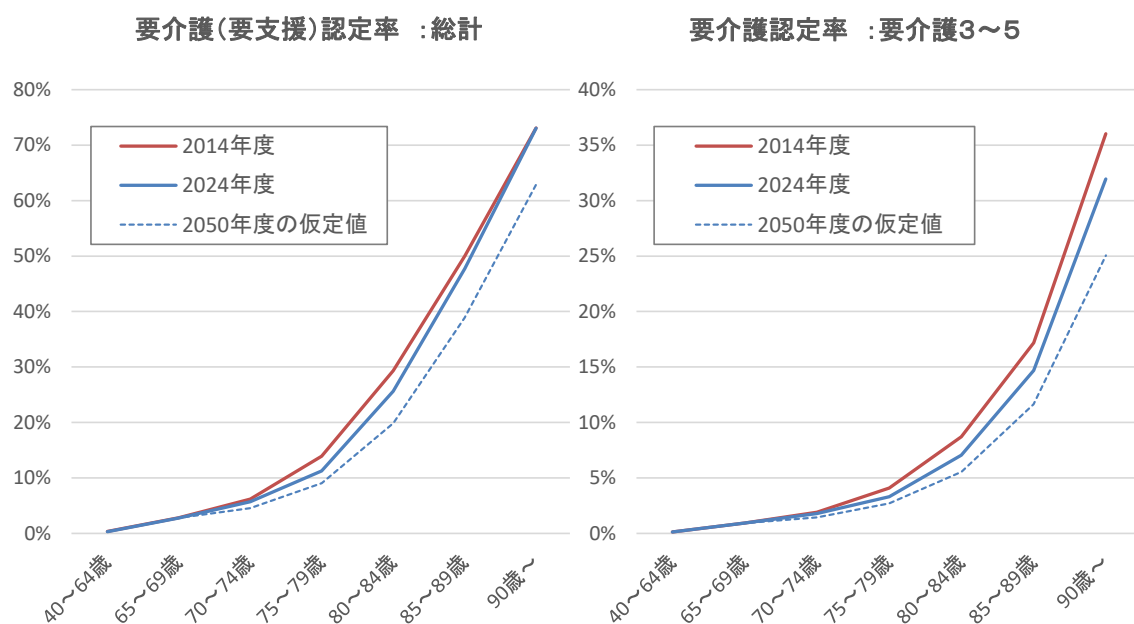
医療の受療率については、年齢階級別の稼働日（1日）の推計患者数（対人口千人）を用いる。図表8は、2014年、2023年の実績と需要低下シナリオの2050年の仮定値として用いる高齢者が2023年より2歳若返った場合の年齢階級別受療率を示している。これをみると過去の変化と比べ、将来、どの程度の需要低下を仮定しているか比較できる。入院についてみると2050年までの約25年間の変化は、2014年から2023年の9年間の変化と同じ程度であり、外来についても過去の変化と比べると将来、仮定している変化は控えめであることが分かるだろう。これは、過去の変化は健康度の改善以外にも政策効果など様々な影響が入っているためである。

【図表8 医療の受療率の仮定】

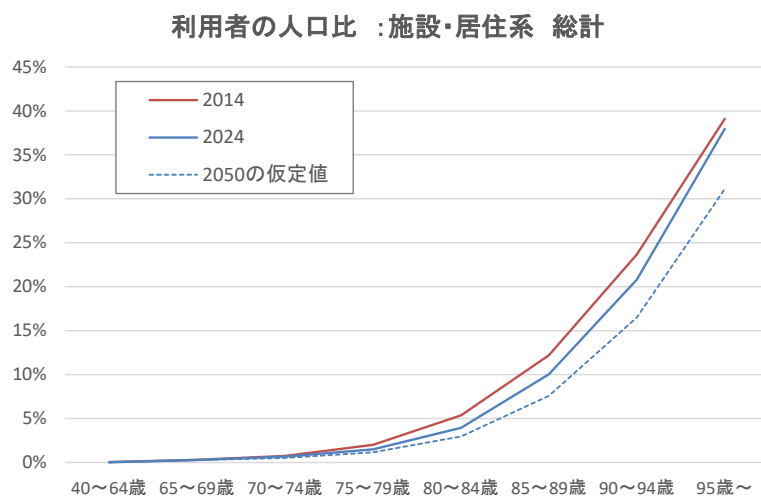


年齢階級別の要介護（要支援）認定率は、図表4で示した介護保険事業状況報告（厚生労働省）の要介護（要支援）認定者数を総人口で除した率を用いる。図表9は2014年と2024年の実績と2050年の仮定値として用いる需要低下シナリオ（2024年より2歳若返った場合）を示している。2050年までの25年間の変化は、2014年から2024年の10年間の変化と比べて大きいですが、2014年から2024年の10年間の平均寿命の伸びが男性0.59年、女性0.30年に対し、将来の平均寿命は2歳超延びることを踏まえる必要がある。

【図表 9 要介護（要支援）認定率の仮定】



【図表 10 介護施設、居住系サービスの利用者の人口比の仮定】



介護施設・居住系サービスの利用者の人口比は図表 6 で示した介護給付費等実態統計（厚生労働省）の利用者数を総人口で除した率を用いる。図表 10 に 2014 年と 2024 年の実績と需要低下シナリオの 2050 年の仮定値を示している。施設の種別別にみると、過去の変化は図表 6 でみたとおり様々であるが、施設、居住系の総計でみると要介護（要支援）認定率と同様に、2050 年まで

の 25 年間の変化は過去 10 年間の変化と比べれば大きい、2050 年までの平均寿命の延びの仮定が 2 歳超であることを踏まえる必要がある。

3. 人口減少地域の医療介護需要の見通し

(1) 全国の推計結果

我が国の人口は、高齢化が進むとともに 2000 年代後半より減少局面に入っており、将来も長期的に高齢化と人口減少が続く見通しである。65 歳人口割合で表される高齢化率は 2025 年には 29%に達しているが、さらに上昇し 2050 年には 37%まで上昇する見通しである。総人口は 2050 年には 2025 年の 85% となり、25 年で 15%の人口減である。一方、高齢者人口はまだ緩やかな増加が続く見通しであり、2025 年と比べ 2050 年は 65 歳以上人口は 6%増加、75 歳以上人口は 13%増加する見通しである。介護の必要性が高くなる 85 歳以上人口は、団塊世代 85 歳を超える 2035 年までに急増し 2050 年では 2025 年の 36%増と大きな増加が見込まれている。

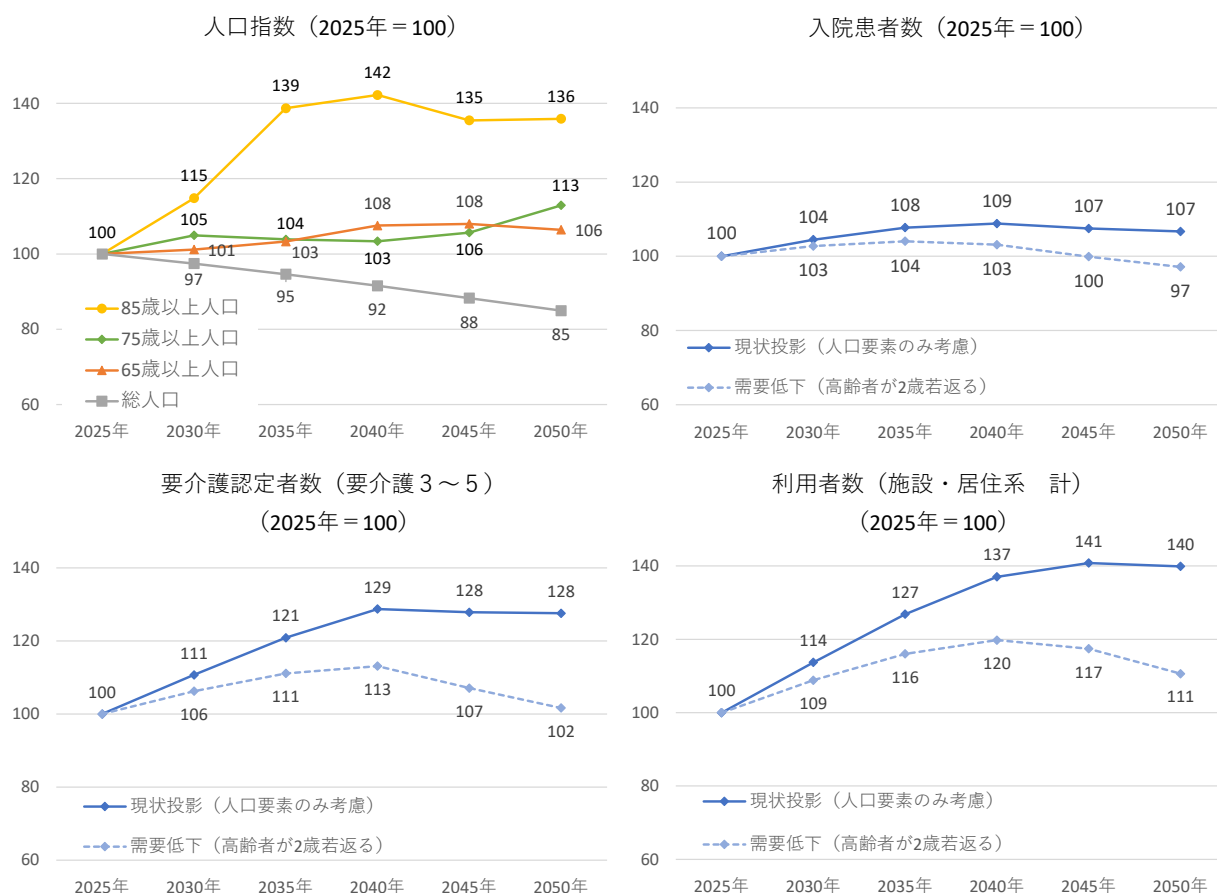
このように高齢者人口が増加局面にあることから、医療、介護の需要についても、高齢者の需要は増加傾向が続くこととなる。

入院患者数の見通しをみると、高齢者の健康度の向上を加味しない現状投影シナリオでは、2040 年まで増加し 2050 年でも 2025 年比で 7%増の見通しである。高齢者の健康度の向上を加味する需要低下シナリオでも 2035 年までは増加し、そこから低下に転ずるが、2050 年の入院患者数は 2025 年比で 3%の減少にとどまり、おおむね横ばいの見通しである（図表 1 1）。

次に介護の需要をみると、介護の必要の高くなる 85 歳以上人口が 2040 年まで増加する見通しであり、2040 年までは介護需要は増加する見通しである。施設利用者の大部分を占める要介護 3～5 の認定者数をみると、2025 年対比で 2040 年の認定者数は現状投影シナリオで 29%増、需要低下シナリオでも 13%増加する見通しである。一方、2040 年以降は現状投影シナリオで横ばい、需要低下シナリオでは低下に転じる見通しであるが、いずれのシナリオでも 2050 年の要介護認定者数は 2025 年より多い見通しである。これを受け、介護施設・居住系サービス（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医

療院、介護付き有料老人ホーム等の特定施設、グループホーム）の利用者数もおおむね同様の傾向となっている。

【図表 1 1 我が国の人口、医療、介護需要の見通し】



このように我が国全体でみると、まだ高齢者人口は減少局面に入っておらず施設の供給過剰を心配する局面にはないが、これは需要の増加地域と減少地域を均してみたものであり、地域により大きな違いがある。次にこの違いを確認していきたい。

(2) 地域別の推計結果

施設の経営を考える上で重要となるのはその地域の需要見通しである。地域の需要は、その地域の高齢化や人口減少の状況により様々であり、全国の動向をみても分かるものではない。そこで地域による違いを明らかにするため、特徴の違う3つの自治体、①現在でも人口が増加している政令指定都市(A

市)、②人口減少が進行している地方都市(B市)、③中山間地域で人口減少が特に激しい町(C町)の3つの自治体を選んで、それぞれの推計結果を比較したい。A市、B市、C町はいずれも実在する自治体であるが、地域による違いを確認することが目的であるため具体名は伏せることとする。

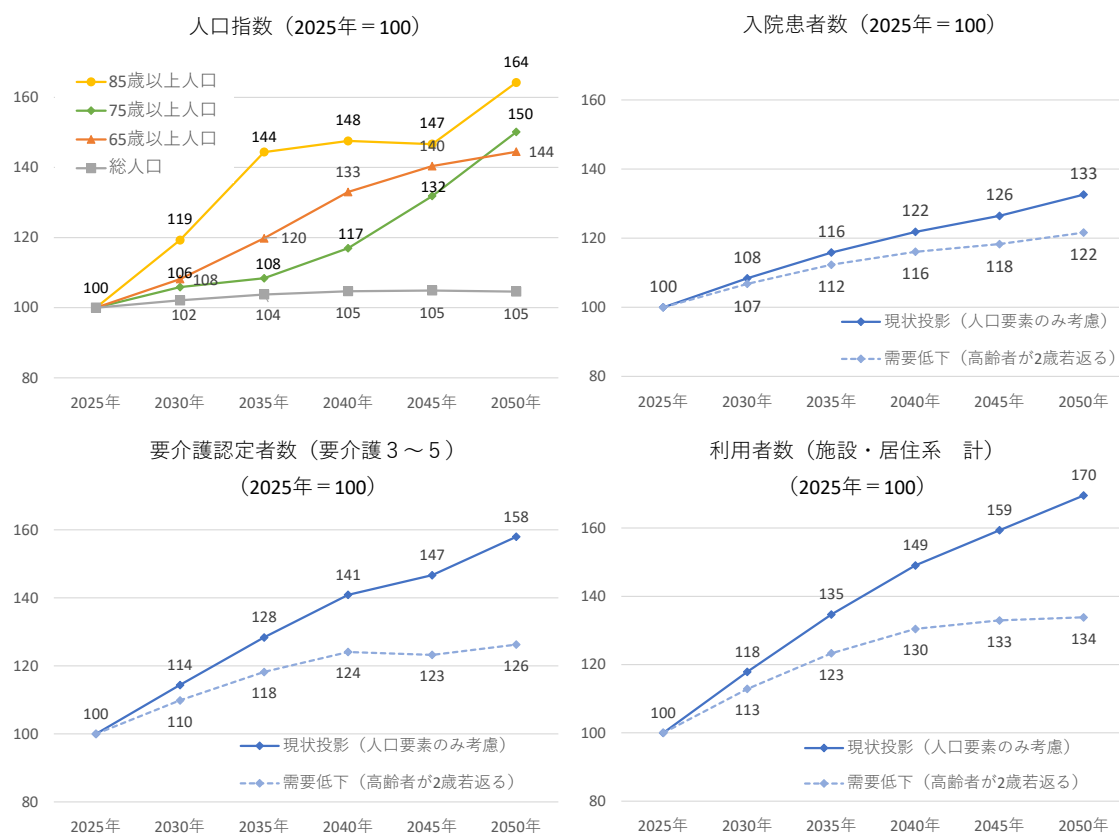
なお、個々の自治体の需要の見通しを確認できるよう、推計システムを本稿と併せてセミナー動画掲載ページに公開した。市町村コード等により知りたい自治体(または二次医療圏)を指定すると2050年までの医療、介護の需要見通しが表示されるようになっている。システムではここでは紹介しなかった二次医療圏別の見通しや病床種類別の見通し、介護施設、居住系サービスの種類別の見通し等、より詳細な結果も確認できる。長期の施設の経営、特に、施設の建て替えや大規模改修にあたって、当該地域の需要見通しを長期経営計画の参考資料としていただければ幸甚である。

① 政令指定都市(A市)の需要見通し

A市は10代後半から20代の転入者が多く、転入者数が転出者数を上回る社会増となっており、人口は20年以上連続して増加している。65歳以上人口割合は2025年に21%であり全国の29%より低く、将来、上昇が見込まれているものの、2050年でも29%であり足下2025年の全国と同じ水準である。

A市の人口の見通しをみると、2050年の総人口は2025年の5%増となっており、緩やかな増加が見込まれている。高齢者人口はより大きく増加する見通しであり、2025年と比べ2050年は65歳以上人口44%増、75歳以上人口50%増、85歳以上人口64%増の見通しである。このため、医療、介護の需要も大きく増加する見通しとなっており、控えめに見た需要低下シナリオであっても、2050年の入院患者数、要介護認定者数、施設、居住系サービスの利用者数は2025年と比べ2～3割の増加が見込まれている。A市においては、2050年まで見通しても供給をいかに確保していくかが課題と考えられる。

【図表 1 2 政令指定都市（A 市）の需要見通し】

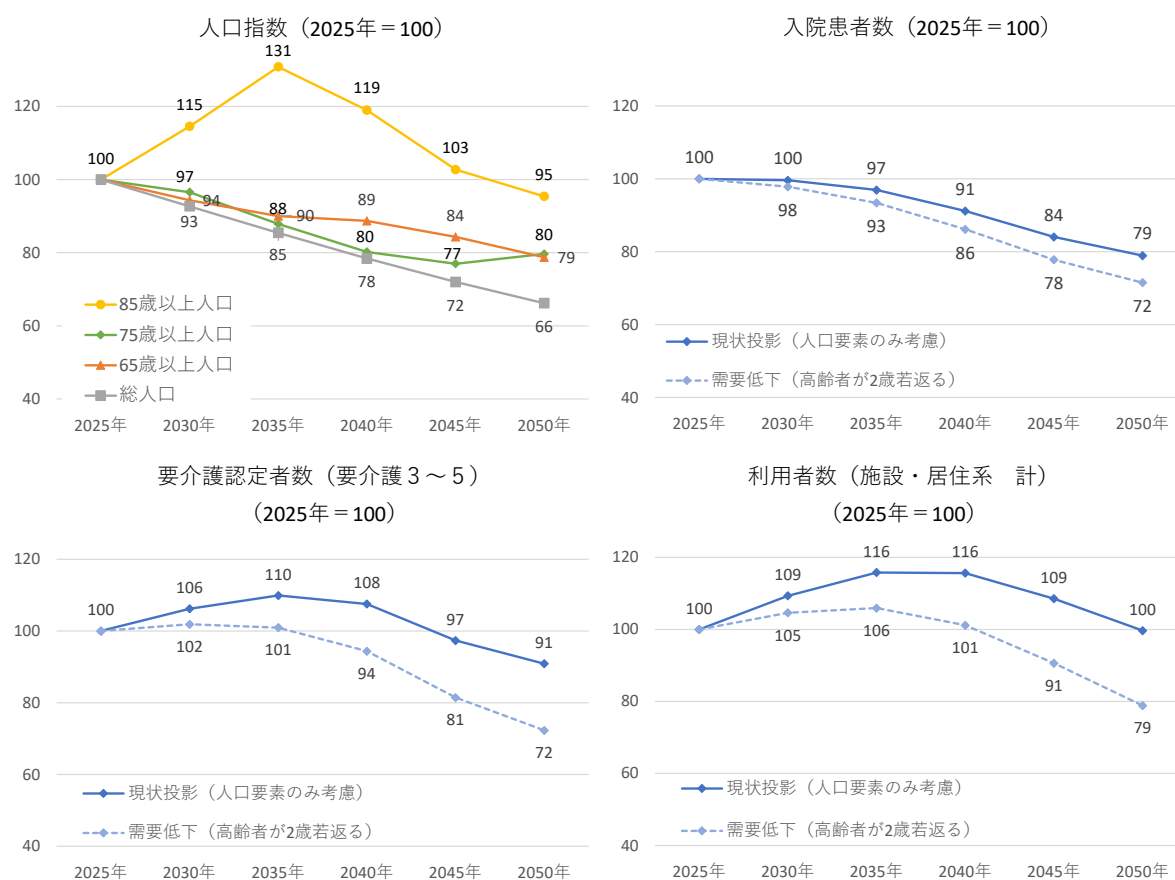


② 地方都市（B 市）の需要見通し

B 市は 2025 年現在人口 20 万人弱の地方都市であるが、1970 年代のピークには 30 万人以上であった人口が減少を続けている。転出者が転入者を上回る社会減が続く中、高齢化の進行も激しく 65 歳以上人口割合は 2025 年で 37% に達している。2050 年には、総人口は 2025 年の 66% にまで減少し、65 歳以上人口割合は 44% まで上昇する見通しである。

高齢者人口をみると、65 歳以上人口、75 歳以上人口は 2025 年以降減少していく見通しであるが、85 歳以上人口は団塊世代の影響から 2035 年までは増加し、その後、減少に転じる見通しである。2025 年と比べ、2050 年は 65 歳以上人口、75 歳以上人口は約 2 割の減少、85 歳以上人口は 5% の減少である。

【図表 1 3 地方都市（B 市）の需要見通し】



入院患者数をみると現状投影シナリオ、需要低下シナリオともに 2025 年以降減少していく見通しである。減少のスピードは加速度的に増しており、2050 年は現状投影シナリオで 2025 年の 79%、需要低下シナリオで 72%にまで減少する見通しである。

一方、介護の需要は 85 歳以上人口の推移に大きく影響を受けており、85 歳以上人口が増加する 2035 年までは需要低下シナリオでも 2025 年と比べ増加が見込まれている。しかし、85 歳以上人口の減少に伴い、その後は減少に転じ、2040 年代以降は減少のスピードが大きくなる見通しである。施設・居住系サービスの利用者数をみると、2025 年に比べ 2050 年は現状投影シナリオで横ばい、需要低下シナリオでは 2 割以上減少が見込まれている。

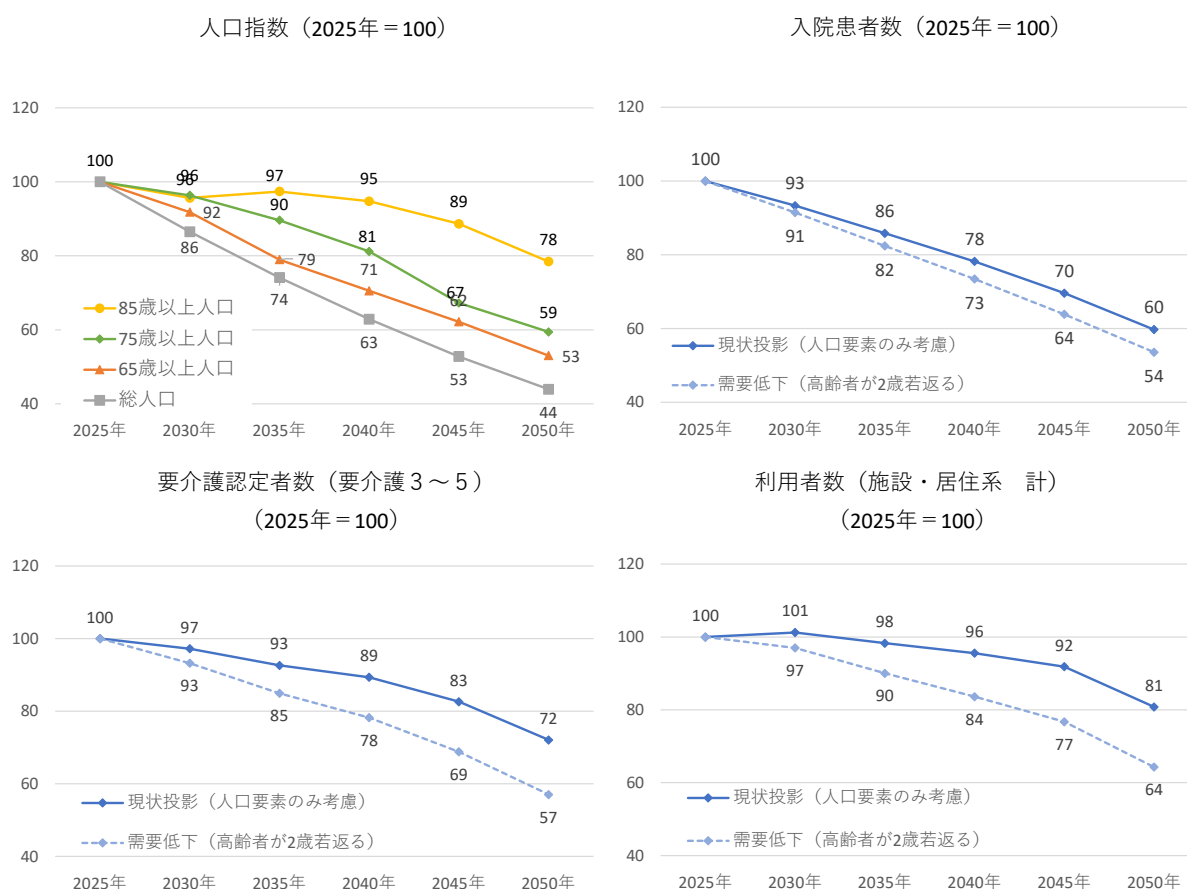
B 市では、入院患者は将来の減少が見込まれるため、病床機能によってはダウンサイジング等が検討課題となる病院も出てくるだろう。一方、介護では 2035 年ぐらいまでの需要は横ばいか増加が見込まれるため、現時点でダウンサイジン

グ等を検討する必要はないかもしれないが、2040年代以降に大きな需要減があり得ることを想定する必要があるだろう。さらに、総人口の減少により就労人口も減少することを踏まえれば、職員確保が一層困難になることが予想される。サービス提供体制を維持できるか、という視点も含めて将来の事業計画を検討する必要があるだろう。

③ 中山間地域（C町）の需要見通し

C町は面積の9割以上を山林が占める中山間地域の自治体で、人口3千人弱の町である。人口はピーク時と比べすでに半分以上に減少しており、高齢化も大きく進み、65歳以上人口割合は2025年で50%を超えており、2050年には60%を超える見通しである。

【図表14 中山間地域（C町）の需要見通し】



総人口は 2050 年には 2025 年の 44%まで減少する見通しである。また、総人口だけでなく高齢者人口も減少が見込まれており、2050 年には 65 歳以上人口は 2025 年の 53%、75 歳以上人口は 59%、85 歳以上人口でみても 78%まで減少する見通しである。

このような人口減少の中では医療、介護の需要も減少が見込まれる。入院患者数は 2025 年から減少が続き、2050 年には現状投影シナリオで 2025 年の 60%、需要低下シナリオでは 54%まで低下する見通しである。

介護も同様に需要減が見込まれており、施設の利用が多い要介護 3～5 の認定者数は 2025 年から減少が続き 2050 年には現状投影シナリオで 72%、需要低下シナリオでは 57%まで低下が見込まれる。これに伴い、施設・居住系サービスの利用者数の総計も減少が見込まれ、現状投影シナリオでは 2030 年には 2025 年比 101%と見込まれるが、その後は減少が続き 2050 年には 2025 年の 81%まで低下、需要低下シナリオでは 2025 年から減少が続き 2050 年には 2025 年の 64%まで低下が見込まれる。

このような大きな需要減が見込まれる地域では、建て替えや大規模改修の際にはダウンサイジングや事業の見直しを検討する必要があるだろう。さらに、地方都市（B 市）以上に就労人口が減少することが予想されるため、ほかの地域以上に、効率的なサービスの提供体制の構築が必要になるのではないだろうか。

4. おわりに

施設の建て替えや大規模改修の際は、一般的に長期の融資を受ける。したがって、少なくとも 20 年～30 年建物を使い続けることを想定し、その間の経営を考えていく必要がある。地域の人口の変化は、将来の需要に大きな影響を与えるものであり、その影響を踏まえ長期的な経営計画を考えることは必須であろう。

もちろん将来を正確に見通すことは困難であり、推計は幅を持つてみる必要がある。前に述べた通り人口推計は過去の傾向を将来に投影する手法で作成されているので、将来が過去と異なる個別の事情がある場合は、個別事情を考慮に入れる必要もある。例えば、近隣の自治体からの入所が期待できる場合は、

近隣の自治体の需要見通しも考慮に入れるべきであるし、近隣に同様の施設の新設や廃止が予定されている場合もあるだろう。さらに、将来見通しに織り込まれていない要素（技術革新や政策変更など）により需要が変わってくることもあるかもしれない。

このように、一定の限界はあるものの人口推計は長期的な将来見通しとしては最も安定的とされている要素であり、これを織り込んだ需要の将来見通しは、長期的な経営計画を考えるにあたって多くの示唆を与えてくれる資料となるであろう。今回、公開した将来見通しのツールを多くの関係者が活用し、長期的な経営計画の参考資料としていただくことを願うものである。地域に必要な医療、介護施設の経営の安定に少しでも寄与できれば幸甚である。

注) 本資料の内容は筆者個人が作成したものであり、筆者の所属する団体として発信するものではありません

注) 本資料は情報の提供のみを目的としたものであり、借入など何らかの行動を勧誘するものではありません

注) 本資料は信頼できると思われる情報に基づいて作成されていますが、情報については、その完全性・正確性を保証するものではありません