

医療政策の動向：地域医療構想を中心に



尾形 裕也（おがた ひろや）
東京大学政策ビジョン研究センター
健康経営研究ユニット特任教授
九州大学名誉教授

■ 略歴

東京大学工学部、経済学部卒業
1978年 厚生省に入省。年金局年金課、OECD事務局（在パリ）出向、大臣官房政策課係長・会計課課長補佐、保健医療局老人保健部老人保健課課長補佐、保険局国民健康保険課課長補佐、健康政策局指導課課長補佐
1989年 在ジュネーブ国際機関日本政府代表部一等書記官。千葉市環境衛生局長、厚生省健康政策局看護職員確保対策官、国家公務員共済組合連合会病院部長、国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長
2001年 九州大学大学院医学研究医療経営・管理学講座教授
2013年 九州大学名誉教授。東京大学政策ビジョン研究センター特任教授、以降 現職

■ 専門

健康経営

■ 主な著書

「看護管理者のための医療経営学」（日本看護協会出版会、2009年（初版）、2015年（第2版））
「病院経営戦略論」（日本医療企画、2010年）
「次世代型医療制度改革」（ミネルヴァ書房、2009年）
「志なき医療者は去れ！一岩永勝義、病院経営を語る」（MASブレーン、2009年）
「医療経営の基本と実務（上）（下）」（日経メディカル開発、2006年）
「21世紀の医療改革と病院経営」（日本医療企画、2000年）

【 要 旨 】

- 「超少子・高齢社会」が進展し、今後はこれまでの経験があまり役に立たない。
- 医療・介護サービス提供体制に関する「2025年ビジョン」では、医療・介護費用が全体として増大するなか、急性期医療の確立と居住系サービスを中心とする在宅サービスの充実をめざしている。
- 地域差への配慮が必要であり、地域ごとのビジョン、地域医療構想の策定となった。
- 病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、療養病床については、地域差を縮小する措置が考慮されている。
- 直近の政策の動向として、療養病床の在り方や医療従事者の需給の検討が行なわれている。
- 健康経営に役立つ7項目の勧告について。

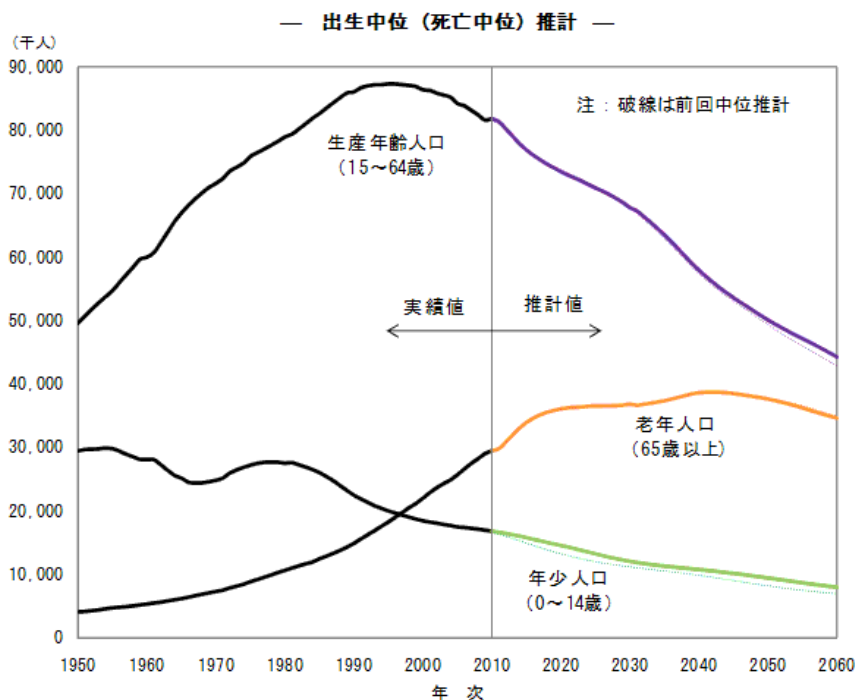
本稿は、2016年12月13日に実施された講演「医療政策の動向：地域医療構想を中心に」に基づき、当研究所が編集を行なった。

法改正等の状況の記載については、講演時の内容に基づくものである。

I 「超少子・高齢社会」の進展

すでにわが国は人口減少社会を迎えている。どのような出生率の前提をとっても、今後人口が減少基調にあることは明らかである。同時に「超少子・高齢社会」が進展している。年少人口（0～14歳）が減少し、さらに生産年齢人口（15～64歳）が大幅に減少する一方、老年人口（65歳以上）が増加している（図表1）。

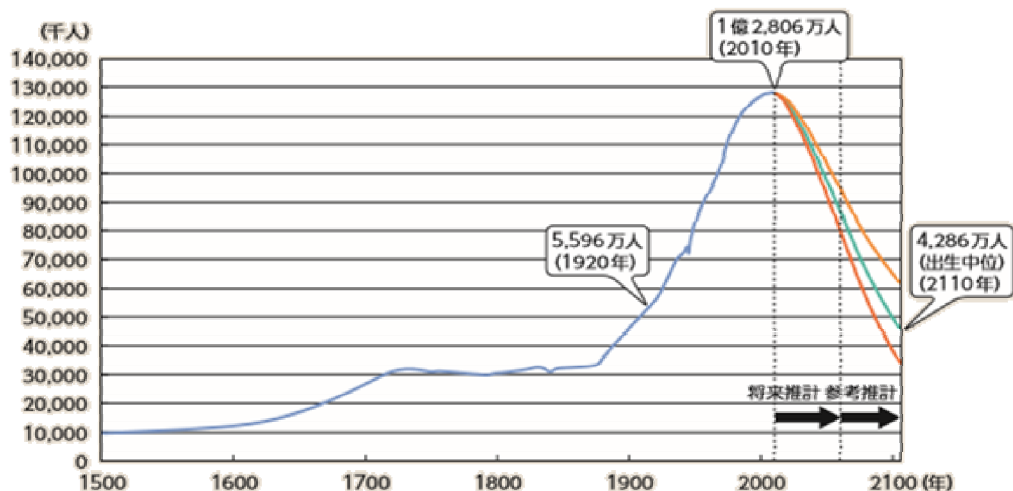
図表1 年齢3区分別人口の推移



出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）報告書」（2012年）より

100年単位の長期人口動態（図表2）を見ると、1900年から2000年にかけて、さらに今後の100年に極めて異常なことが起ころうとしている。例えると、過去100年の間に我々は急傾斜の山に登り、頂上に立ったが、今真っ逆さまに落ちようとしている。今後の50年、100年を考えると、前の100年の経験はあまり役に立たない。過去の常識の延長線上に未来はない。これは、医療・介護はもとより日本の経済社会全体に当てはまる。

図表2 日本の人口の推移（長期）



出所：1920年より前：鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1920～2010年：総務省「国勢調査」、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生3仮定・死亡中位仮定。一定の地域を含まないことがある。

Ⅱ 「2025年ビジョン」

1. 2025年に団塊の世代が75歳以上に

2025年は決して高齢化のピークではなく（高齢化のピークは2042年頃）、高齢化が進行中である。2025年とは、団塊の世代が全員75歳以上の後期高齢者になる年、つまり、1950年生まれ以前の人々がすべて75歳以上の後期高齢者になるという象徴的な年である。おそらく、医療や介護サービスに対するニーズが質・量の両面で大きく変化する。つまり、現在の高齢者を前提に考えると、さまざまなミスマッチが生じる。そこで、現在の医療・介護サービス提供体制における問題意識に対し、2025年に備え多くの改革を行なおうという構想が「2025年ビジョン」である。

2. 医療・介護費用の将来推計

「2025年ビジョン」は二つあり、いずれも団塊の世代が75歳になる2025年以降を見通している。まず、2008年11月に社会保障国民会議の最終報告において、医療・介護費用の将来推計（通称「シミュレーション」）が示された。当時は自公政権下の福田・麻生両総理の時代である。2008年のシミュレーションについては詳述しないが、構造的には選択と集中、あるいは機能分化を進めていくというものである。また、改革をしても費用が増える可能性が高いということをはじめて明示した。その費用増大分については、明確に消費税増税で賄うことを当時の自公政権時代に打ち出している。その後、政権についた民主党は前の自公政権とは全く異なる政策をとろうとしたが、少なくとも

長期ビジョンについては、民主党政権でも基本的にはこの考え方を踏襲した。2011年に民主党政権の下で医療・介護にかかる長期推計が行なわれているが、これは基本的に自公政権下でのシミュレーションに非常によく似たものになっている。

3. 改革シナリオと現状投影シナリオ

目標年度が2025年であることから「2025年ビジョン」というが、これには改革シナリオと現状投影シナリオがある（図表3）。改革シナリオとは、一定の改革を行なった場合の2025年の需要と供給の見込みである。それに対して、現状投影シナリオは、今のまま大きな改革をせずに2025年を迎えた場合の見込みであり、両シナリオを対比している。改革シナリオの中で特に注目すべき事項は一般急性期病床である。現在の一般病床の多くが移行すると考えられるが、一般急性期病床の平均在院日数は9日程度と見込まれており、2011年の一般病床在院日数の18日程度に対し、この改革シナリオでは在院日数が約半分となる。それにより、病床数は46万床と現在より大幅に減少する。在院日数を短くして病床数を減らし、医療費を適正化するというのが従来路線だったが、「2025年ビジョン」では、在院日数を短くして病床数を減らしても、全体としての医療・介護費用が増える可能性が高いことをはじめて明確にしている。

図表3 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15~16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等57~58日程度 長期-X 190日程度 ※推計値 152万人/月	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
ここでは、地域一般病床は、概ね人口5~7万人未満の自治体に移す者(今後2000~3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

出所：厚生労働省「医療・介護制度改革について」（2011年）より

在院日数を短くして病床数を減らしても、全体としてコスト増となる理由は二つ考えられる。第1の理由は、現在の医療資源の投入方法では在院日数の短期化を実現することはできないということである。無理に行なえば医療の質の低下が想定され、治っていないのに退院させるということになりかねない。在院日数は短くなり病床数は減るが、当然のことながら入院1日当たりの単価あるいは病床1床当たりの単価が今より高くなることが想定される。第2の理由は、在院日数が短くなることは、入院していた多くの患者が地域に帰ることを意味する。一定の医療・介護ニーズを持って地域に帰るため、対応をするための費用がかかる。この二つの理由によって、改革シナリオの方が現状投影シナリオよりもコスト増となることが見込まれる。こうした費用の増加分は、消費税増税で対応するというのが基本的なストーリーである。

また注目すべきなのが、図表3の最下欄にある居住系の特定施設およびグループホームである。多くの患者が地域に帰ったときの対応として、居住系を非常に重視している。特定施設とは介護保険法でいう特定施設、いわゆる介護付有料老人ホームであり、グループホームとは、認知症高齢者などを少人数の家庭的な雰囲気の中でケアするサービスのことである。両方とも介護保険法上は在宅サービスであり、2011年度現在31万人分整備されているが、改革シナリオでは61万人分で2倍に増えている。このように、居住系サービスの倍増を打ち出していることが非常に大きな特色である。表の中段の長期療養（慢性期）とは、療養病床の中の医療療養病床のことである。療養病床には、医療療養病床と介護療養病床の2種類あるが、介護療養病床は2018年3月末で廃止される予定のため、ここには入っていない。

医療療養病床は2011年度現在で23万床だが、改革シナリオでは2025年度で28万床と5万床増えている。現状投影シナリオでは34万床に増える見込みであるが、改革シナリオでは28万床と増加を抑えている。現在の23万床と比較すると高齢化によって病床数は増えるが、伸び率を抑制しているのが大きな特色である。介護施設についても同様である。特別養護老人ホームと老健施設の合計は、現在92万人分整備されており、現状投影シナリオでは161万人分になるが、改革シナリオでは131万人分に抑制されている。つまり、全体として居住系を非常に重視して、施設系は伸びるが伸び率は抑え気味としていることが大きな特色である。

4. 「2025年ビジョン」の政治的安定性

「2025年ビジョン」は自公政権と民主党政権からそれぞれ出されたが、基本的な構造は同じである。つまり、この長期ビジョンは政権交代で左右されることはなく、現在自公政権に戻っていることもあり、一定の政治的安定性があるといえる。選択と集中、機能分化と連携を進めるが、医療・介護費用は全体として増大するため、民主党野田政権において、社会保障と税の一体改革として、消費税増税法案が「2025年ビジョン」を背景に、当時の野党である自公との三党合意によって決定された。急性期医療の確立

と、居住系サービスを中心とする在宅サービスの充実の両方を同時に行なうことが特色である。この基本的な方針は、地域医療構想にも引き継がれている。

5. 「2025年ビジョン」の課題

改革シナリオと現状投影シナリオのいずれをとるかは国民の選択であり、どちらが正しいかという問題ではない。問題は国民の選択だといいつながら、国会も含め全く議論が行なわれていないことである。また、改革シナリオを選択した場合、現在および将来の若い世代に大きな負担がかかることが想定され、世代間の利害の対立、特に若い世代の合意には十分留意する必要がある。さらに忘れてならないのは、わが国が社会保険方式を採用していることである。社会保険方式をとっているドイツやフランスでは加入者の連帯の上に社会保険制度が成り立っていることが強調されているが、わが国では、こういった原点をしばしば無視したような改革が行なわれることがある。

財源については、消費税増税と保険料引き上げの両方が必要であるが、留意すべきなのは、消費税増税と保険料引き上げでは微妙に負担をする主体が異なることである。つまり、保険料の引き上げについては、もちろん高齢者も負担をするが、現役の若い世代に非常に重い負担がかかる。そのため、保険料の引き上げは世代間の問題が避けて通れない。一方、消費税増税は高齢者も若者も消費すれば負担をするため、世代間の問題はあまりない。しかし、消費税増税には逆進性の問題があり、軽減税率などの議論につながる。

「2025年ビジョン」を考えるにあたっては、地域差への配慮が必要である。改革シナリオと現状投影シナリオを示したが、これは2025年の日本全体の姿であり、これを47分の1にすればある県の姿になるわけではない。医療や介護については地域差が大きく、そこに一定の配慮をして47都道府県をすべて集めることで、はじめて「2025年ビジョン」になる。日本全体のビジョンだけでは完結することができない。地域ごとのビジョン、つまり地域ごとに医療や介護について構想を整理する必要がある。

Ⅲ 地域医療構想(ビジョン)

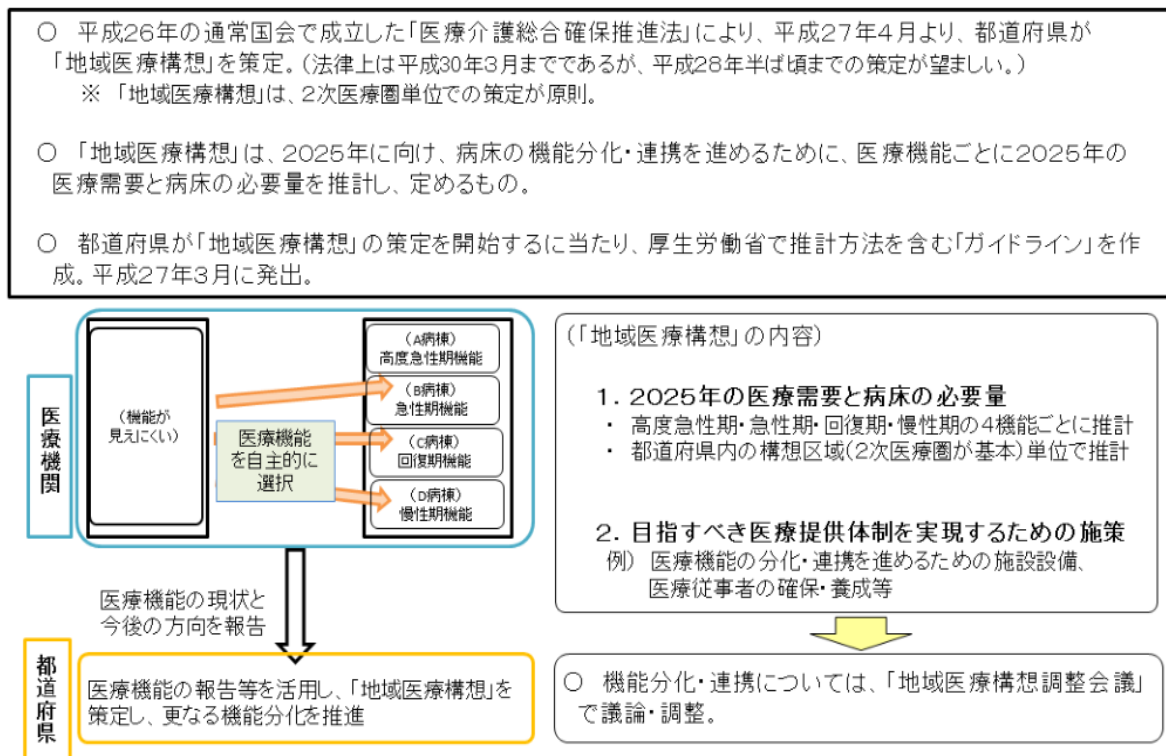
1. 医療介護総合確保推進法の成立

地域医療構想に関する議論の中で、「2025年ビジョン」を念頭に最初は一般病床の切り分け論について議論された。改革シナリオでは一般病床を2025年には高度急性期・一般急性期・亜急性期等と三つに分解することを示したが、三つに分解するプロセスは全く明らかにされなかった。そこで、一般病床の切り分け方の議論から始まり、社会保障審議会医療部会のもとにWGが設けられ、検討が行なわれた。検討は一般病床の切り分け論から開始したものの、一般病床だけでは問題が完結しないため療養病床も対象

に加えられた。これは非常に重要な変更である。もう一つの問題点として、一般病床と療養病床について地域医療構想を作るが、精神病床の検討が抜けている。精神病床については、現在、別の検討会が後付けで対応している状況である。

これらの検討を経て、医療介護総合確保推進法という非常に大きな法律改正が行なわれた。一番のポイントは地域医療構想であり、2014年の通常国会で成立した医療介護総合確保推進法により、2015年より都道府県が地域医療構想の策定を開始している。法律上は、2018年3月までの猶予期間がある。厚生労働省は早期の策定を求め、2016年半ば頃までの策定が望ましいとしていたが、最終的には2017年3月までかかることになった（図表4）。

図表4 地域医療構想について



出所：厚生労働省「第1回療養病床の在り方等に関する検討会」資料（2015年）より

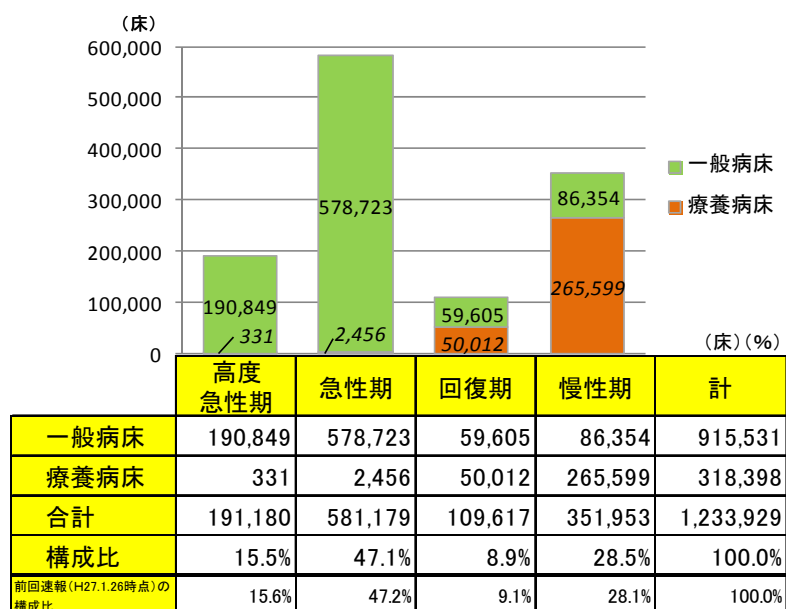
2. 四つの病床機能区分からの選択

地域医療構想は、二次医療圏内での策定を原則としている。さまざまな議論があったが、地域のとらえ方で二次医療圏以外を単位とするのは難しいため、二次医療圏を原則とすることになった。地域医療構想は、「2025年ビジョン」をふまえたものである。病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計する。病床の必要量を定める方法は後述するが、この点が地域医療構想のポイントである。都道府県が地域医療構想の策定を開始するにあたり、厚生労働省で推計方法を含むガイドラインを発出し、これに沿って都道府県が作成している。ガイドラインについては厚生労働省のホームページに公開されている。

地域医療構想は、基本的に病院・有床診療所が自らの有する病床について四つの機能、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能から一つの機能を選択して、病棟単位で報告するという制度が出発点である。2016年に3回目の報告が行なわれたが、以下、1回目の報告結果を紹介する。

まず各医療機関自身による現状のとらえ方である。図表5は、2014年7月1日時点で病院あるいは有床診療所が持っている病床の機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期と四つの機能に分け、病棟単位で報告した結果を示している。明らかに、高度急性期、急性期が多く、回復期が非常に少ない状況である。

図表5 2014年7月1日時点の病床の機能区分別の病床数（許可病床）

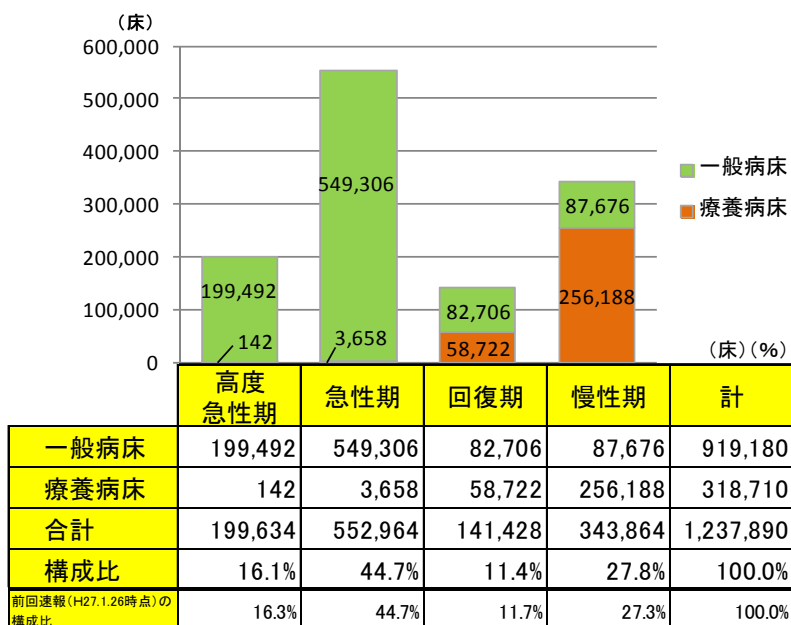


(注) 集計対象 1,247,363 床のうち、現時点の病床の機能区分について未選択の病床が 13,434 床分あり、上表には含めていない。

出所：厚生労働省「第9回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」参考資料（2015年）より

図表 6 は各医療機関が考える 6 年後の姿の報告であり、図表 5 とあまり変わらないが、回復期が微増し急性期が微減している。

図表 6 6 年が経過した日における病床の機能区分の予定別の病床数（許可病床）



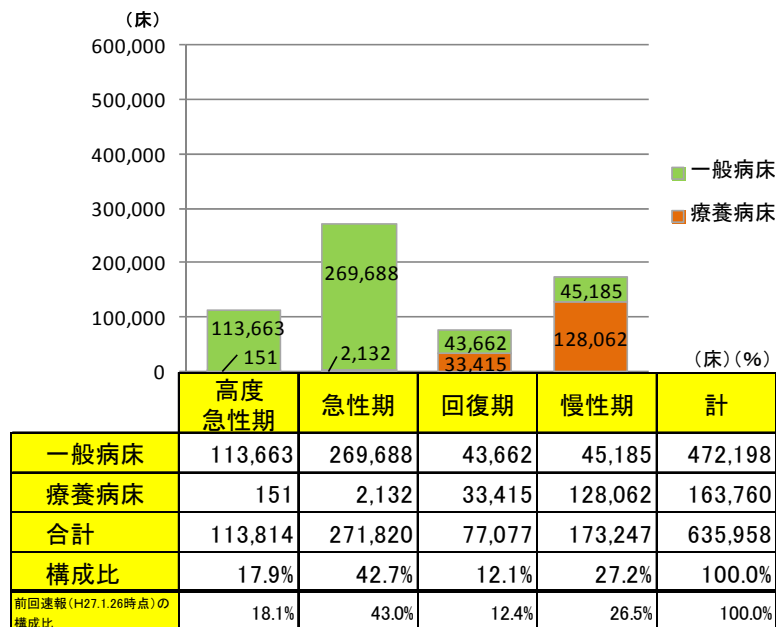
(注) 集計対象 1,247,363 床のうち、6 年後の病床の機能区分について未選択の病床が 9,473 床あり、上表には含めていない。

出所：厚生労働省「第 9 回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」参考資料 (2015 年) より

図表 7 は、2025 年の姿について病院側から選択が困難との意見が多く、報告を任意としたため報告数が少ない。結果は回復期の割合が少し上昇し、急性期が少し低下しているが、顕著ではない。これらは、従来なかった非常に貴重なデータである。各病院が自らの果たしている機能をどう認識しているのか、あるいは将来像をどう考えているのかが毎年データとして出てくるため、精緻な分析が必要である。

図表 7 2025（平成 37）年 7 月 1 日時点の病床の機能区分の予定別の病床数（許可病床）

（注）本項目は、任意の報告項目であり、報告のあった病床分のみ、下表に記載している。



出所：厚生労働省「第 9 回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」参考資料（2015 年）より

3. DPC 病院と非 DPC 病院、地域包括ケア病棟における病床機能区分の特徴

DPC 病院と非 DPC 病院ではどう違うのか。DPC 病院とは一般的に急性期医療を行っている病院といわれているが、どういう選択の違いがあるのか。また、都道府県ごとにどう違うのか、さらに地域医療構想では二次医療圏を単位とするため、二次医療圏の構想圏ごとにどう違うのか。あるいは診療報酬とどう関わっているのか。また、地域包括ケア病棟は民間病院を中心に採用しているところが多いが、これは単に診療報酬上の制度であり、地域包括ケア病棟として診療報酬を受けている病院が、先ほどの四つの機能の中でどれを選択しているのか、というのは非常に興味深い。

DPC 病院と非 DPC 病院を比較すると、DPC 病院計では高度急性期が 35.3%、急性期が 57.1%と、92~93%が高度急性期か急性期を選んでおり、非常に急性期志向が強い。一方、DPC 病院以外では高度急性期が 0.7%しかなく、急性期が 36.6%、回復期が 12.1%、慢性期は 5 割もあり、DPC か否かで機能区分の選択に違いがある（図表 8）。

図表 8 病院・有床診療所別、DPC 病院別の病床の機能区分の選択状況について

括弧内の構成比は、医療機関の種別ごとの病床数(無回答を除く)を分母とした場合の現時点の各機能区分の構成比である (床、%)

	2014年7月1日時点の病床の機能区分				小計	未選択	集計対象計
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期			
病院・診療所 合計	193,538 (15.5%)	587,484 (47.1%)	110,164 (8.8%)	356,176 (28.6%)	1,247,362 (100.0%)	13,764	1,261,126
病院計	192,870 (16.6%)	535,264 (46.0%)	96,047 (8.3%)	339,959 (29.2%)	1,164,140 (100.0%)	10,400	1,174,540
DPC病院計	188,506 (35.3%)	305,075 (57.1%)	19,849 (3.7%)	20,961 (3.9%)	534,391 (100.0%)	6,083	540,474
I 群	61,511 (94.4%)	3,266 (5.0%)	128 (0.2%)	223 (0.3%)	65,128 (100.0%)	378	65,506
II 群	46,859 (75.9%)	13,967 (22.6%)	374 (0.6%)	550 (0.9%)	61,750 (100.0%)	395	62,145
III 群	80,136 (19.7%)	287,842 (70.6%)	19,347 (4.7%)	20,188 (5.0%)	407,513 (100.0%)	5,310	412,823
DPC病院 以外	4,256 (0.7%)	229,741 (36.6%)	76,018 (12.1%)	318,192 (50.7%)	628,207 (100.0%)	4,281	632,488
状況確認未了	108 (7.0%)	448 (29.1%)	180 (11.7%)	806 (52.3%)	1,542 (100.0%)	36	1,578
有床診療所	668 (0.8%)	52,220 (62.9%)	14,117 (17.1%)	16,217 (19.2%)	83,222 (100.0%)	3,364	86,586

(再掲) 特定機能病院 … 報告時点の86施設分の集計結果である

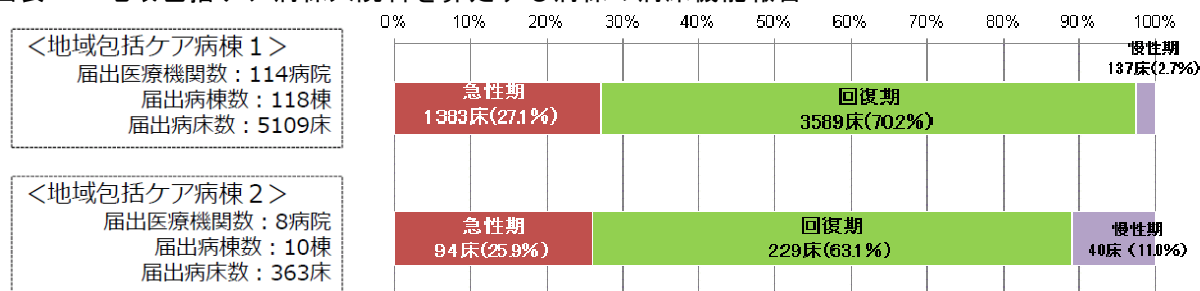
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	小計	未選択	集計対象計
特定機能病院	64,316 (95.6%)	2,751 (4.1%)	86 (0.1%)	60 (0.1%)	67,213 (100.0%)	445	67,658

出所：厚生労働省「第10回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」資料
(2015年)より

さらに DPC 病院を I 群、II 群、III 群の三つに分ける。I 群は大学病院の本院のことで全国に約 80 病院しかなく、II 群は I 群に準ずる診療密度の高機能病院のことで約 140 病院しかない。圧倒的多数は III 群で 1,400 以上の病院がある。I 群・II 群・III 群で四つの機能の選択が明らかに違う。I 群の大学病院は 94%以上が高度急性期に偏っている。II 群はもう少しバランスがとれており、高度急性期が 4 分の 3 程、急性期が 4 分の 1 弱である。III 群は高度急性期が 2 割、急性期が 7 割と大きく異なっており、同じ DPC 病院といっても機能によって選択に違いがある。

次に、地域包括ケア病棟の病床機能報告であるが、地域包括ケア病棟には 1 と 2 の 2 種類があり、6～7 割が回復期を選択し、急性期の選択は 4 分の 1 程度である(図表 9)。地域包括ケア病棟 2 の方には慢性期の選択もある。なお、地域包括ケア病棟 1 と 2 の主な施設基準等を比べると、2 の方が要件が緩やかである。

図表9 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟の病床機能報告



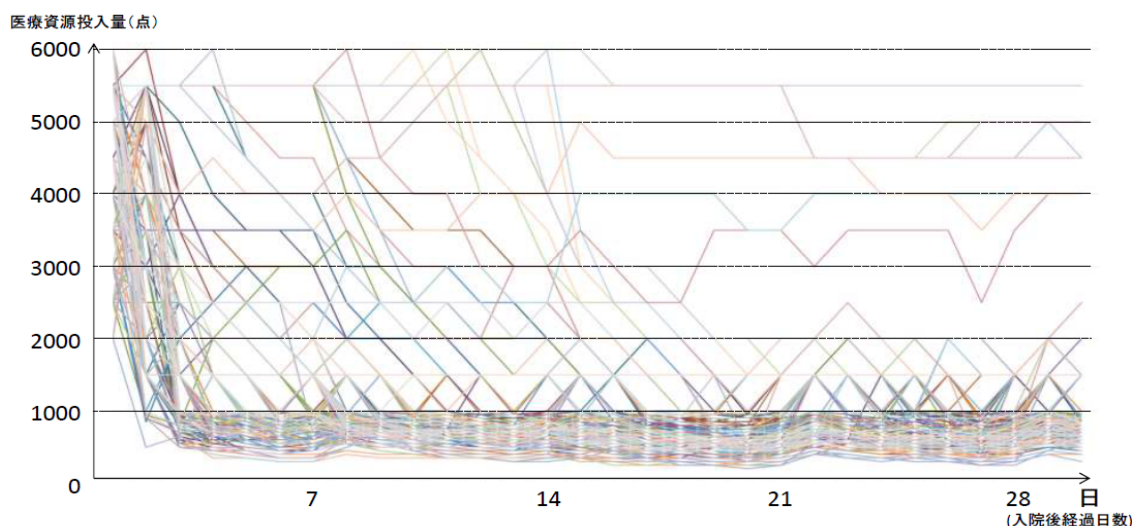
出所：厚生労働省「第10回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」資料（2015年）より

4. 医療資源投入量を使った病床の機能区分

2025年の必要病床数を算定するにあたり、議論が大きく前進したのは、図表10が検討会で示されてからである。グラフの横軸の数字は入院後の経過日数、つまり入院初日を0日とした経過日数を表し、縦軸は医療資源投入量を示している。このグラフは、表題にあるように入院患者数上位255のDPCについて、入院初日から入院期間中の医療資源投入量の変化を見たものである。このグラフ上には255本の線が載っているが、収束しにくい疾患、例えば白血病など数例を除くと、医療資源投入量は非常に綺麗なL字型になっている。

図表10 医療資源投入量（中央値）の推移

（入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの）



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット（平成23年度患者調査）
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

出所：厚生労働省「第5回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」参考資料（2014年）より

縦軸は、医療資源投入量を点数表示しており、医療費の金額はその10倍となる。この医療資源投入量の中には、入院基本料は含まれていない。入院基本料というのは、ある一定期間は一定の水準で推移するためである。この図表には毎日変動する可変的な投入量のみ集計されているが、資源投入量から見たいわゆる急性期医療というのは入院初日から、ほぼ3日か4日の期間のことであるように見える。多くの急性期病院は、入院初日から3日くらいの間に医療資源投入量が急激に落ちているが、その間に必要な手術・処置が行なわれている。問題は4日目以後、横一線になっている点である。途中で退院した患者は除外しており、横一線ということは医療資源の投入量にほとんど変化がないということである。一定の条件がそろえば病状が安定し、急性期以外の他の病棟へ移ることや退院が可能な患者が多数いると考えられる。

このデータを参考に、医療資源投入量に従って高度急性期や急性期を分けることになった。このグラフでいう3,000点以上で高度急性期と急性期を分け、急性期と回復期を600点で分ける。回復期と慢性期の仕切りについては225点という点数設定となった。このように単純化した医療資源投入量で分けることで、関係者の合意が得られた。

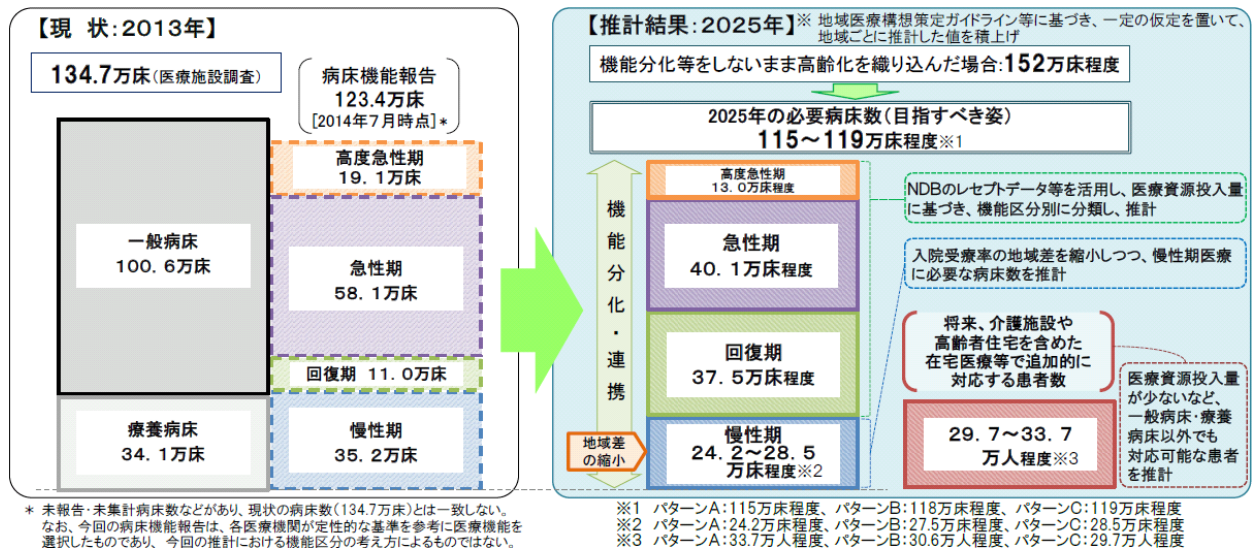
5. 2025年の機能別必要病床数

図表11には3本の柱があるが、右の柱が2025年の必要病床数等を推計したグラフである。各病床数の推計には先ほどの3,000点、600点などの医療資源投入量の仕切りが使用されている。中央の柱には病床機能報告123.4万床とあるが、これは2014年の1回目の現状報告の結果である。左の柱が2013年の医療施設調査の結果であり、一般病床と療養病床の区分のみ記してある。

中央の柱の2014年7月時点の現状報告と、右の柱の2025年の推定結果の必要病床数を比較すると、高度急性期と急性期の合計が病床機能報告では77.2万床であるのに対して、必要病床数は53.1万床に過ぎず、24.1万床程過剰な状態となっている。一方、回復期については現状報告では11.0万床だが、必要病床数は37.5万床であり、26.5万床も不足する。つまり、急性期・高度急性期が過剰になっている部分を打ち消すような形で回復期が過少な報告となっている。

慢性期を見ると病床機能報告では35.2万床であるが、2025年の必要病床数では24.2～28.5万床と少なくなっているが、これは慢性期病床には地域差の縮小措置が講じられていることによる。一般病床では行なわれていないが、慢性期の療養病床については単純に225点の仕切りで分けるだけでなく、地域差を縮小する措置が考慮されている。

図表11 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）



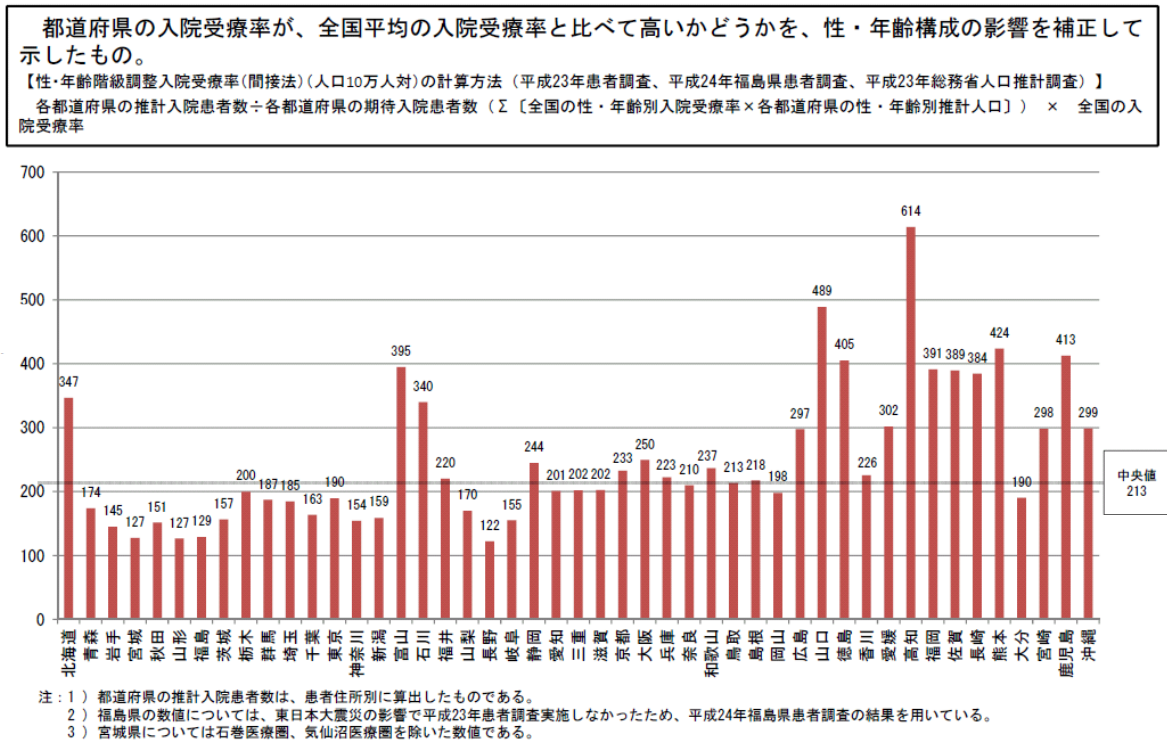
出所：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会「第1次報告～医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって～」資料（2015年）より

6. 療養病床の都道府県別の入院受療率

図表12は療養病床の都道府県別の入院受療率を示している。性・年齢階級を調整しているが、大きな受療率の差が生じており、一番高いのは高知県、一番低いのは長野県で、高知県は長野県の約5倍である。これは、高知県に長野県の5倍、長期療養を必要とする患者がいるのではなく、医療提供側の都合等で決まっている面が非常に大きいということである。二次医療圏単位で見るとさらに大きな地域差が出るため、この状況を残して将来病床数を推計するのは適当ではない。

このような状況をふまえ、慢性期については、極めてドラスティックな地域差縮小措置をとることになった。詳細はガイドラインに記載されているが、受療率が高い都道府県をできるだけ全国平均に近づけることにより、慢性期の病床は大幅に減少する。一方で、将来介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数が図表11にあるとおり、29.7～33.7万人程度という姿が描かれた。「2025年ビジョン」で述べたとおり、地域に帰った人々のために、単に療養病床・慢性期病床を減らすだけではなく、転換を進めることで新たなニーズに対応する必要がある。

図表12 療養病床の都道府県別の性・年齢階級調整入院受療率（間接法）



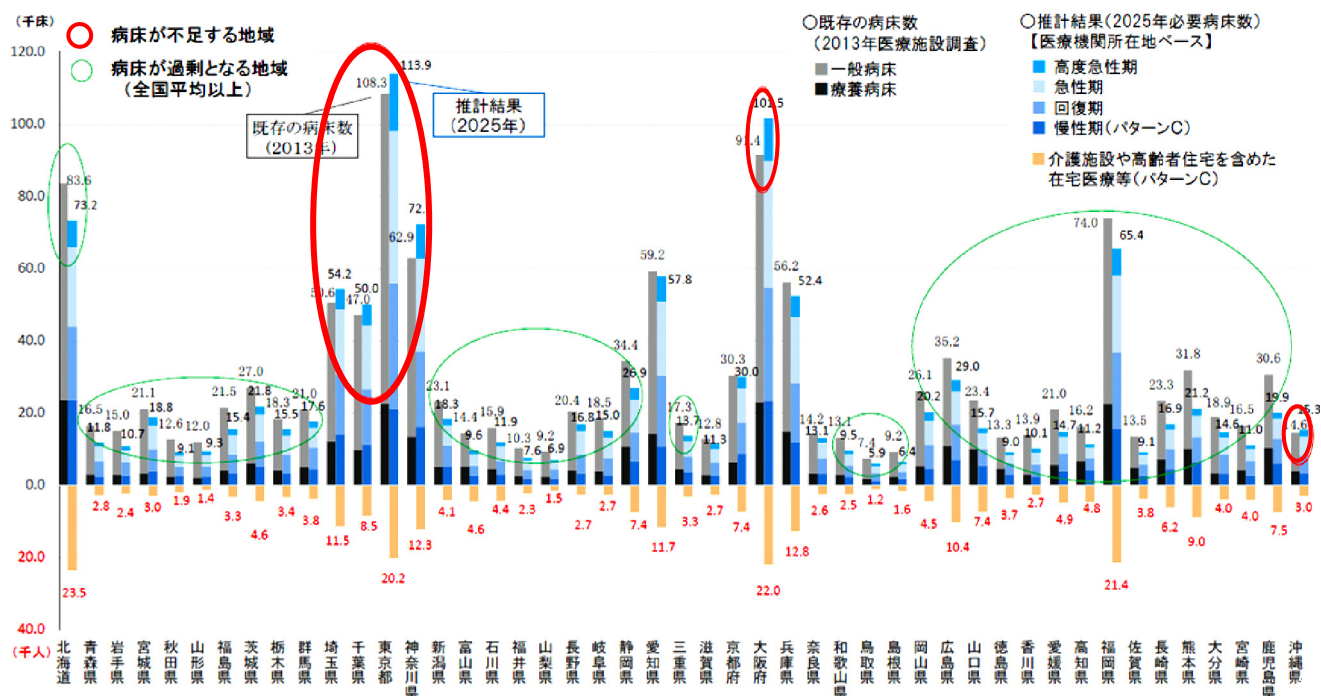
出所：厚生労働省「第7回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」参考資料（2015年）より

7. 2025年の都道府県別・医療機能別必要病床数推計

図表13は図表11の左の柱と右の柱の比較を都道府県別に示したものである。都道府県ごとに2本柱が立っているが、右側が2025年の必要病床数の推計結果、左側が2013年の医療施設調査による既存の病床数である。47都道府県は大きく二つの地域に分かれる。一つは2025年の必要病床数が2013年の既存病床数を上回っており、このままだと病床が不足する地域で、東京・神奈川・千葉・埼玉の一都三県（首都圏）、大阪府、沖縄県の3地域である。沖縄は人口が増え続けているために病床不足となっている。この3地域以外のすべての道府県は病床過剰だということであるが、今後日本は人口減少社会に突入するため病床過剰は当然である。実は日本は世界の中で最も病床数が人口当たり多い国であるが、その病床を維持することは到底できないことを表している。

グラフの下部には、全都道府県に下向きの柱が立っている。これは介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等に対応すべき部分である。上向きの柱の病床のアンバランスを調整すると同時に、下向きの柱で出ている住まいを中心とした新たなニーズに対応しなければならない。この発想の上に立つものが地域医療構想であり、各都道府県の地域医療構想は、2017年3月までにすべてが出そろって予定である。

図表13 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（都道府県別・医療機関所在地ベース）



出所：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会「第1次報告～医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって～」資料（2015年）より

IV 直近の政策の動向

1. 療養病床の在り方等に関する検討

直近の政策の動向について補足する。まず、療養病床について大幅に減少・転換を図るが、転換の方向性について2016年1月に検討会の報告書が公表された。改革の選択肢が整理されているが、最終的具体的な制度設計については、まだ社会保障審議会の特別部会で検討している。近々に最終的なものが出てくる予定である。

骨格については、検討会の1月の報告書で概ねカバーしている。現行の介護療養病床および医療療養病床の中でも看護上の人員配置の薄いもの（患者25人に対して看護職員および看護補助者の配置が常時1人以上の病床）は、いずれも2018年3月末で廃止する。これらが提供している機能を担う新たな選択肢として、「住まい」の機能の強化が打ち出された。類型は二つあり、1番目が医療を内包した施設類型である医療内包型で、2番目が医療を外から提供する「住まい」と医療機関の併設類型である医療外付型である。

図表14では、案1の医療内包型、案2の医療外付型と大きく二分され、案1はさらに案1-1、案1-2と区分される。案1-1と案1-2の違いは、医療の必要性であ

る。案1-1は医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある患者を対象とする。これに対して、案1-2は案2と同じく容体が比較的安定した患者が対象である。

案1-1は医療の必要度が比較的高く、容体が急変するリスクがある患者を対象とし、医師や看護師が手厚く配置されている。一方、案1-2は、医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した患者であり、医師や看護師の配置は薄い。また、案2は居住スペースであることが前提で住宅でのサービスである。従って、医師や看護師等は医療施設から往診・訪問診療・訪問看護を行ない、外付けでサービスを提供する。このような類型の整理のもと、具体的な制度設計について最終的な議論が行なわれている。

案1-1と案1-2の医療内包型サービスが実現すると、現在の施設に非常に大きな影響が生じる。特別養護老人ホーム（特養）は介護保険施設であるが、多くの特養では看取りはせず、最期は病院に入院させる場合が多い。案1-1では24時間の看取り・ターミナルケア、案1-2ではオンコール体制による看取り・ターミナルケアと記載されているように、どちらも看取りまで行なう施設である。これは国民にとって非常に魅力的な施設である。実際に制度化されると特養に対して非常に大きな影響が出る。2017年の通常国会に改正法案が出される見込みである。

図表14 慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型

	現行の医療療養病床(20対1)	案1 医療内包型		案2 医療外付型	現行の特定施設入居者生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービスの 特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分ⅡⅢを中心	・医療区分Ⅰを中心 ・長期の医療・介護が必要			
	医療の必要性が高い者	医療の必要性が比較的高く、容体が急変するリスクがある者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者		
医療機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	・喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		医療は外部の病院・診療所から提供
	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と特定施設入居者生活介護については現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。
 ※案2について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。
 療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～(平成28年1月28日 療養病床の在り方等に関する検討会)より抜粋

出所：厚生労働省「社会保障審議会介護保険部会（第56回）」資料（2016年）より

2. 医療従事者の需給に関する検討

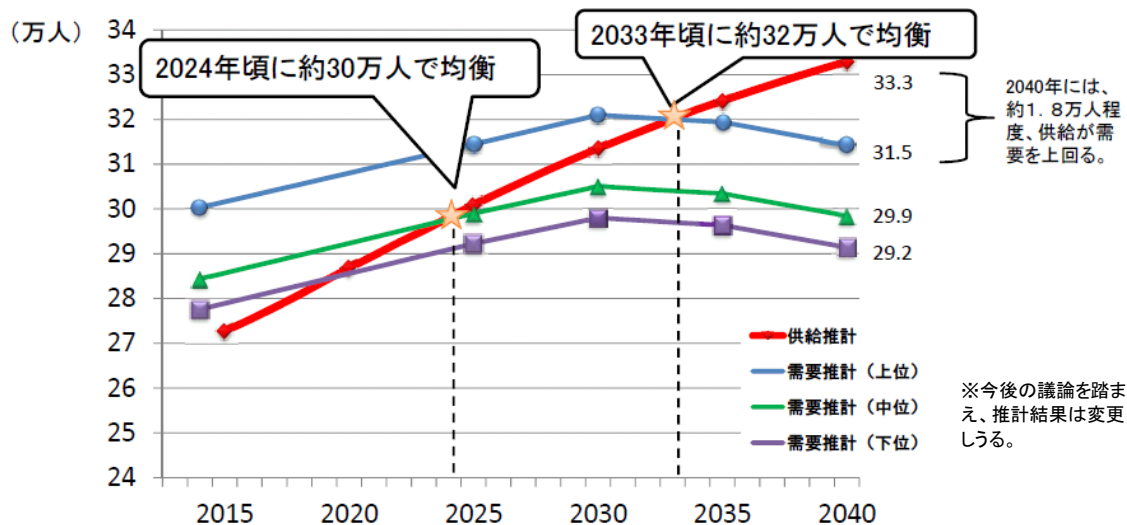
最近の政策の動向として、医療従事者の需給に関する検討が行なわれている。2025年に向けて、医師や看護師等の確保は大きな問題である。2015年12月に医療従事者の需給に関する検討会が設置された。その下に医師、看護職員、理学療法士・作業療法士という三つの分科会が設置されて検討を始めている。これまで医師、看護職員、理学療法士・作業療法士の将来需給は個別に行なわれていたが、今回は親委員会のもとに分科会を作って相互に整合性がある形で行なうものとしており、画期的な取組みである。2016年中の取りまとめを目指していたが、状況が変わり医師や看護職の働き方についての検討会が動き出したため、その結果を見てから需給を見直すことになり、現在中断している。取りまとめは2017年になると思われる。

医師については先行して検討が進んでおり、2016年5月19日の親委員会で中間取りまとめ案が示され、概ね了承を得ている。需給推計は、2025年を念頭に置くものの、医療従事者の需給を長期的に考える意味から、2040年までを推計している（図表15）。右上がりの曲線が医師の供給曲線であり、最近の医学部の定員増や新規設立により医師の供給は右肩上がりで増えていく。それに対して、需要曲線は上位推計、中位推計、下位推計の3パターンあるが、これは医師の勤務条件の違いを反映している。上位推計とは、医師の勤務条件を改善したものである。需要推計は2030年前後でピークに達し、その後下がるため、供給曲線と交差する。例えば、下位推計では2020年頃、中位推計では2024年頃、上位推計でも2033年頃に均衡して、その後供給過剰になる。

三つの推計のいずれも医師需要がピークを迎えた後に漸減することを想定しており、医師の供給は右肩上がりで増加するため、ある時点以降、全国的には医師過剰時代になると予測している。なお、医師については、地域偏在・診療科別の偏在の問題があるが、その点については、ここでは考慮していない状況であり、今後、地域偏在対策や診療科別の偏在対策をさらに検討することになっている。

今回の推計で興味深いことは、女性医師、高齢医師、研修医について働き方等を考慮し、30～50歳代の男性医師を1とした場合に、女性医師0.8、高齢医師0.8、研修医1年目0.3、研修医2年目0.5として推計している点である。今まではすべて1で推計していたが、今回は働き方を考慮した。ただし、この係数の出し方について医療提供側にはさまざまな意見がある。

図表15 医師の需給推計の結果について



出所：厚生労働省「第4回医師需給分科会」資料（2016年）より

V まとめ

医療費および介護給付費適正化の議論はあるにせよ、医療・介護は全体として成長分野であることに間違いはない。ただし、選択と集中による効率化や重点化が求められているため、地域医療構想等を通じて、日本の医療について適切な機能分化・連携および標準化によって偏りを小さくする必要がある。機能分化・連携および標準化が日本の医療に欠けていることは、2000年頃 OECD のレビューで指摘されていたが、現在まさにこれを変えていこうという流れにある。

医業経営も地域医療構想の中で、医療機関として適切なポジショニングをとることが必要である。ポジショニングとは、マイケル・E・ポーターの有名な戦略論で使われている言葉である。尊敬するある病院の院長の言葉に、「ブティックでコンビニと同じものを売っているか」という言葉がある。その先生は自分の病院はブティックであると言うが、一般的に日本の医療機関ではブティックでもコンビニと同じサービスをしており、例えば大学病院でも風邪を引いた患者を普通に診察しているなど、高機能の病院が一般の開業医と同じ医療サービスをしているのが現状である。地域医療構想では、地域において自分の医療機関がどのようなポジショニングをとるのかということが問われている。

(追記) 健康経営®について

健康経営について簡単に述べる。健康経営という言葉が一般化しており、健康経営銘柄が東京証券取引所で選定されている。現在2回目で、25の業種について各業種1社が選定されているが、2017年度からはさらに健康経営優良法人500を選んでホワイト500を決める方針である。500社は2020年までに選定するが、これは最近のブラック企業の対極にあるホワイト企業を顕彰するものである。

健康経営と病院経営は非常に密接に関連している。American Hospital Association (全米病院協会)が以前発表した報告書の中に7項目の勧告がある。これは病院に対する勧告だが、健康経営を進める一般企業・組織にも当てはまる。勧告1:病院はコミュニティにおけるロールモデルとして機能すること。勧告2:健康な生活に関する組織文化を創造すること。つまり、健康経営はカルチャーである。勧告3:多様な健康増進プログラムを提供すること。勧告4:プラスまたはマイナスのインセンティブを提供すること。勧告5:従業員の参加度および成果を測定すること。勧告6:ROI (return on investment)を測定すること。例えば1ドル投資したことに対して、どれだけのリターンがあるか測定をする。勧告7:持続可能性を重視すること。

現所属の東京大学健康経営研究ユニットは、2013年4月から活動を開始した。厚生労働省あるいは経済産業省から調査研究事業を受託し、病院を含む企業・組織の健康経営の可視化を実施している。企業・組織というのは健康保険組合を持っている主として大企業であり、その成果については政策ビジョン研究センターのホームページに公開している。ぜひご覧いただきたい。

※「健康経営」はNPO法人健康経営研究会の登録商標です

※ 東京大学政策ビジョン研究センター

<http://pari.u-tokyo.ac.jp/unit/hpm.html>