

日本の地域医療の課題及び将来像

九州大学

名誉教授 尾形 裕也



1. はじめに

わが国の近年の医療政策をめぐっては、2006年の小泉構造改革によって、後期高齢者医療制度、協会けんぽ制度を含む医療保険制度の再編等の大きな制度改革が行われた。その後、2回の政権交代を経て、消費税率10%への引上げを基とする地域医療構想の策定及び推進が図られてきた。また、最近では、地域医療構想における病床機能報告に加え、外来機能報告の制度化、紹介受診重点医療機関の認定等の改正が行われ、さらには先ごろ「かかりつけ医機能」が発揮される制度整備に向けた法改正案が成立している^(注1)。

本稿では、こうした近年の医療制度改革の動向を踏まえた地域医療のあり方について検討し、一定の考察を行う。なお、以下の記述において、意見に関わる部分については、筆者の全くの私見であることをお断りしておきたい。

2. 日本の医療提供体制の特色：大きな地域差の存在

わが国の医療提供体制の大きな特色として、資本集約的＝労働節約的な医療提供体制となっていることが挙げられる。実際、人口当たりで

見た病床数及びCTやMRIといった高度・高額医療機器の台数は、先進諸国の中でも群を抜いて多いことが知られている。その結果、医師や看護師等医療スタッフの病床当たりで見た人員配置はきわめて手薄となっている。近年の制度改革や診療報酬改定等を通じ、病床当たりの人員配置を厚くする方向の施策がとられてきたが、まだ十分とは言えない。最近の「コロナ禍」の中で（世界一病床数が多いにもかかわらず）「病床逼迫」や「医療崩壊」といった事態が起こったとされるのも、基本的には、こうした労働節約型の医療提供体制の帰結であったと考えられる。

こうした病床数が多いことと並んで、もう1つ重要な特色として、非常に大きな地域差があることが指摘できる。図表1は、都道府県別に見た人口10万対病床数の地域差を示したものである。これを見ると、都道府県間で大きな地域差があることがわかる。一般に（もちろん例外はあるが）、九州、中国、四国といった西側が多く、関東、東北といった東側が少ない傾向が見てとれ、これを称して「西高東低」などと呼んでいる。特に、療養病床及び精神病床の分布には大きな地域差があることがわかる^(注2)。

医療提供体制のあり方を考えるに当たっては、こうした地域差の存在を無視することは

きない。後述する地域医療構想も、基本的には2次医療圏単位を基本とする構想区域ごとの病床の過不足を調整していこうとするものである。その一方で、全国統一的な皆保険体制の下

で、できる限り医療における公平な「給付と負担」を目指す観点からも、こうした地域差の是正を図っていく必要がある^(注3)。

<図表1>人口10万対都道府県別病院病床数の地域差(2021年10月)

一般病床 706.0床 (最大最小比2.2)				
1.高知1118.7	2.大分1057.2	3.北海道1004.9	4.鹿児島981.9	5.和歌山948.0
47.神奈川510.8	46.埼玉515.1	45.愛知535.1	44.東京580.5	43.静岡581.7
療養病床 226.8床 (最大最小比4.9)				
1.高知684.8	2.山口577.3	3.徳島510.3	4.佐賀471.0	5.長崎454.0
47.宮城138.8	46.神奈川139.8	45.京都143.1	44.岐阜146.5	43.埼玉150.9
精神病床 257.8床 (最大最小比4.1)				
1.長崎600.7	2.鹿児島593.4	3.宮崎550.0	4.高知518.9	5.佐賀512.5
47.神奈川147.0	46.東京152.0	45.滋賀160.9	44.愛知164.5	43.静岡181.6

出典：厚生労働省「令和3(2021)年医療施設(動態)調査・病院報告の概況」より作成

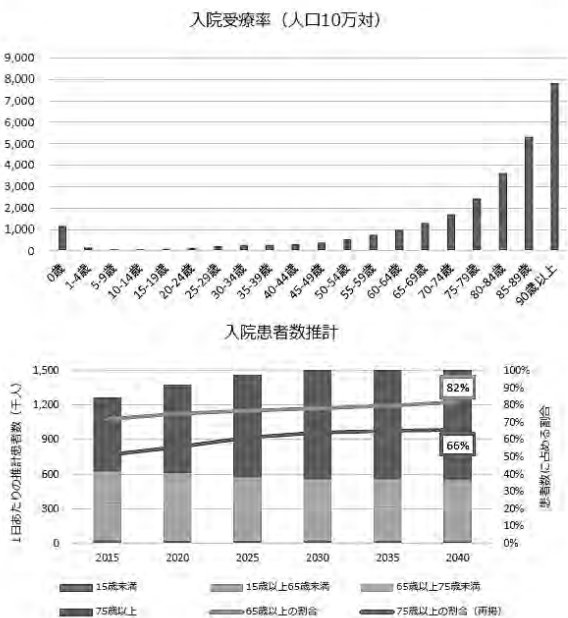
人口構造の変化は、医療需要に大きな影響をもたらすが、これについても大きな地域差があることが知られている。先ごろ取りまとめられた「総合確保方針」及び当該方針の別添「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」^(注4)によれば、全国的には「外来患者数は2025年頃、入院患者数は2040年頃、在宅患者数は2040年以降に最も多くなる」と予測されているが、これにも大きな地域差がある。たとえば、図表2は、2次医療圏単位で見た「入院患者数が最大となる年」を表しているが、入院患者数がピークを迎える年については様々であり、全体としては増加傾向にあるものの、すでにピークを迎えている地域がある一方で、今後まだ増加していく地域もあることがわかる。東北地方については、すでに入院患者数がピークを迎えている

地域が多いが、一方、今後まだ入院患者数が増え続ける地域もある。今後、こうした地域ごとの医療需要の多様な変化に対応し、ICTの活用等も含めた適切な医療提供体制の整備を図っていく必要がある。

<図表2>入院患者数の動向

医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性×年齢階級×都道府県別」
 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30（2018）年推計）」
 ※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

出典：「第7回第8次医療計画等に関する検討会」資料（2022年3月4日）

3. 地域医療構想の現状及び課題

地域医療構想の策定がすべての都道府県において完了したのは、2017年3月末であったので、すでに6年以上の歳月が経っている。この間、地域医療構想調整会議における議論が低調で不活発であるとの批判にこたえるため、2019年9月には「再検証要請対象医療機関」の公表も行われている。

図表3には、2022年度の病床機能報告の結果(全国ベースの積上げ値)を示した。これを見ると、地域医療構想が全く進んでいないというのは言い過ぎであり、全体として病床機能は2025年の必要病床数(図表3の右端のデータ)に近づきつつあることがわかる。ただし、その

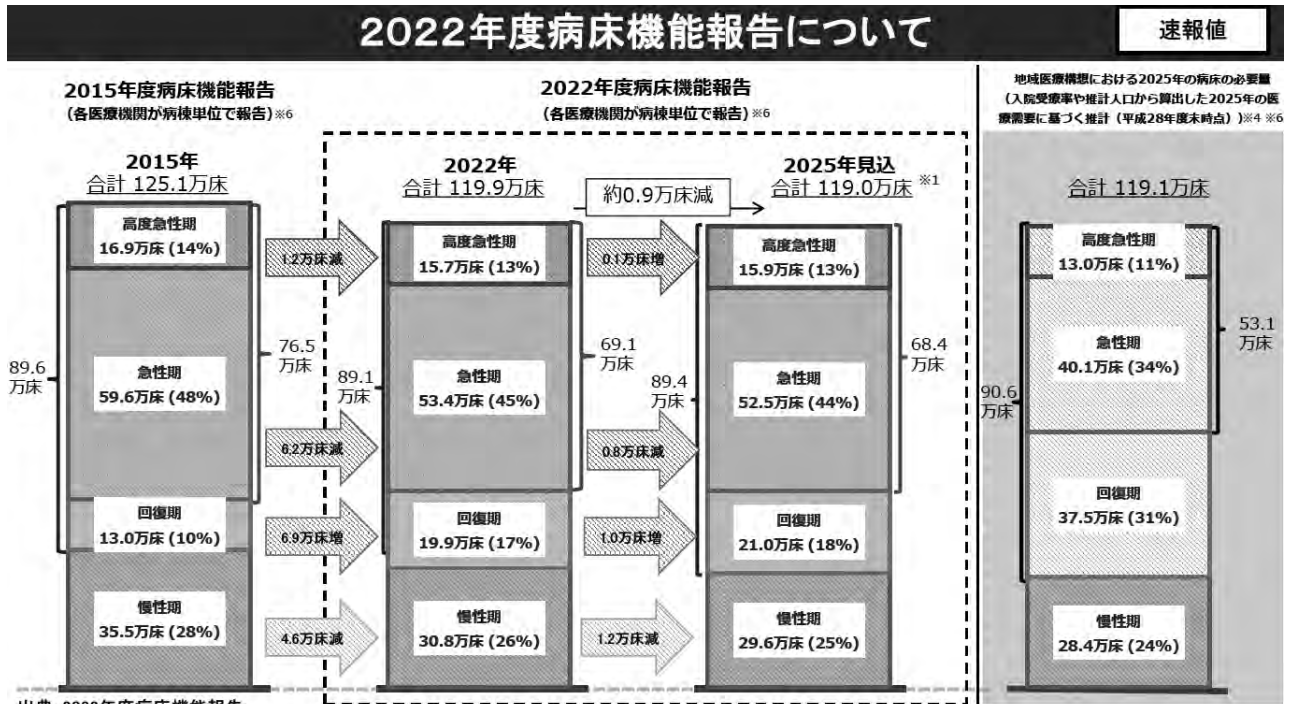
ペースは緩やかであり、2025年に向け、一層の努力が求められるところである。

各病床機能について見てみると、まず、高度急性期は、2022年で必要病床数に対して2.7万床程度過大な報告となっている。その要因としては、すべての病棟を高度急性期と報告している大学病院が相変わらず多いことが挙げられよう。また、急性期は13.3万床過大、逆に回復期は17.6万床過少な報告となっており、大きなアンバランスが存在するよう見える。しかしながら、これは、病床機能区分において、当初案にあった「亜急性期」機能をなくし、現在のような4つの機能のうちから病床機能を選択するとしたことによるものであり、言わば「見かけ上」のアンバランスであると言える。亜急

性期ないしは奈良県が採用しているいわゆる「奈良方式」における重症急性期・軽症急性期の区分を適用すれば、こうしたアンバランスは相当程度解消するものと思われる。さらに、慢性期については、2022年の報告30.8万床は、2025年の必要病床数28.4万床をまだ2.4万床

上回っている。しかしながら、慢性期病床は、2018年度から新設された介護医療院への転換が進み、着実に減少しつつある。介護療養病床の廃止期限が2024年3月末とされていることから、今後、さらに転換が進むことが期待されよう。

<図表3> 2022年度病床機能報告と2025年の必要病床数(全国ベースの積上げ値)



※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数
 ※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
 (報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538 (95.5%), 2022年度病床機能報告: 12,188/12,602 (96.7%)
 ※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある
 ※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計
 ※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(※): 19,065床(参考: 2021年度病床機能報告: 19,645床)
 ※6: 救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数
 ※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。(一部精査中)

出典: 第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(2023年5月25日)資料

以上のように、全国ベースで見れば、地域医療構想は、それなりに2025年の目標に近づきつつあるように見えるが、これはあくまでも全国ベースでの積上げ値であり、構想区域ごとに見れば、進捗状況には大きな地域差があることに留意する必要がある。調整会議において十分な議論を経ることなく、安易に「現状を追認」し

てしまっている地域もないとは言えない。今後、目標年次である2025年に向けて、一層の推進に向けた努力が必要であろう。

4. ポスト2025年に向けて

地域医療構想は、団塊の世代が皆75歳以上の後期高齢者になる、ある意味では象徴的な年次として2025年を目標年次に掲げ、その推進が図られてきた。上述したように、2022年現在、まだその目標が達成されたとは到底言えない状況であり、今後、一層の推進に向けた努力が求められることは言うまでもない。

その一方で、2025年以降の医療・介護提供体制の姿について早急に検討し、地域の医療提供体制の進むべき基本的な道筋を示していく必要がある。上述した「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」によれば、「地域医療構想をアップデートし、これに基づき、さらに医療機能の分化・連携を進めていく必要がある」とされている。「アップデート」の内容については、現時点では明らかではないが、少なくとも地域医療構想が2025年で終了した後は何もない、ということではなさそうである。今後、どのような「アップデート」が行われるのか注視する必要がある。

以下では、この「アップデート」に関し、若干の私見を述べてみよう。まず第1に、地域医療構想の位置付けであるが、私見では、これはわが国の伝統的な医療提供政策の基調である「自由放任主義(レッセ・フェール)」から一步を踏み出そうとしたものであったと評価できる。医療機関の自主的選択による地域の医療提供体制の実現という、言わば「ソフト・ランディング」を目指したことは、民間医療機関のウェイトが大きいわが国においては現実的なアプローチであったと考えられる。その一方で、地域医療構想の実現が必ずしも満足いくものでなかった場合には、もう一步進めて、国や都道府県の権限

を強化した形態(言わば「ハード・ランディング」)についても検討する必要があるものと考えられる。

第2に、現行の病床機能を中心とした地域医療構想について、外来機能やかかりつけ医機能といった今後新たに動き出す政策領域をどのように取り込んでいくのか、あるいは接合していくのが課題であると思われる。病院の機能については入院、外来双方、さらには在宅医療や介護サービスとの関連も含めて考えるべきであり、この点は「アップデート」に当たっての大きな課題となろう。

第3に、財源面の手当てである。地域医療構想については、消費税増収分を活用した地域医療介護総合確保基金による財政的支援が伴っており、それが曲がりなりにも地域医療構想を推進する一助となっていたことは間違いない。「アップデート」に当たっては、最低限その延長が必要であろうし、場合によっては、その拡充についても検討すべきであろう。

第4に、病床機能報告における病床機能区分については、再考する必要がある。亜急性期病床と呼ぶか、奈良方式のように軽症急性期病床と呼ぶかはさておき、現在のような急性期か回復期かという「二者択一」は適切ではなく、改める必要がある。

第5に、再検証要請対象医療機関については、その対応及び成果をきちんと評価する必要がある。その上で、「アップデート」に当たっては、さらにこれを継続するのか、あるいは新規に指定を考え直すのかどうか等について検討すべきであろう。

5. おわりに

「ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿」においては、「バックキャスト」で改革を進めていく必要性が述べられている。「バックキャスト」とは、「実現が期待される医療・介護提供体制の姿を関係者が共有した上で、そこから振り返って現在すべきことを考える形」であるとされている。一方、ドラッカーによれば「未来を形作る仕事の目的は、明日何をなすべきかを定めることではなく、明日を迎えるために今日何をなすべきかを定めることである」と言う^(注5)。これは、まさに「バックキャスト」と共通の発想であろう。今後、地域医療が迎えるべき「明日」の姿について、国民的な議論が行われることが期待される。

<注>

(注1) 近年のわが国の医療制度改革の全体像については、尾形裕也(2021)『看護管理者のための医療経営学 第3版』日本看護協会出版会を参照。かかりつけ医機能に関しては、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」が5月12日に成立している。また、外来医療のあり方等をめぐっては、尾形裕也(2022)『この国の医療のかたち 医療政策の動向と課題』日本看護協会出版会を参照。

(注2) 図表1は、あくまでも都道府県単位でまとめたデータであり、実は、都道府県内において、(たとえば通常の医療が完結するとされる2次医療圏単位で見ると)さらに大きな地域差があることに留意する必要がある。

(注3) 地域医療構想における慢性期病床の必要病床数の推計に当たっては、こうした観点から、地域差縮小措置をとることとされている。

(注4) 「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)」(2023年3月17日一部改正)

(注5) Peter F. Drucker, *Management, revised edition*, Collins Business. 2008