

人口減少時代の地域医療構想の課題と改善策

1. はじめに

日本は 2010 年には人口減少段階に突入した。それまでの日本は多くの制度・政策を人口増加の前提のうえに構築してきたため、人口減少はそれ自体新たな問題を生じる課題であるだけでなく、既存の制度自体の機能不全にも対応しなければならないという課題状況を生んでいる。これは医療制度・政策についても妥当する。

後述するように人口減少時代は、医療のニーズ変化を変化させるとともに需要者の薄く広い点在を招き効率的な医療提供体制の維持を困難にする。また需要面だけでなく供給面も労働人口の減少により、人的資源の確保という厳しい課題を抱える。

本レポートでは文献調査をもとに、これら人口減少時代の医療の課題を明確にし、これまで導入されてきた医療制度・政策を再検討し、課題と提案を述べるものである。

2. 人口構造変化と課題に対する政策の方向性

2.1. 人口構造変化と課題

2.1.1. 高齢化・人口減少

人口構造変化は医療のあり方に影響する最も基底的条件とされる。そこで今後予想される人口構造変化を、截然と区別できるものではないが思考の整理のため高齢化と人口減少に分け、はじめに高齢化の影響を考察する。

厚生労働省（2017d）によれば、1970 年に 7.1%であった高齢化率は、医療水準の向上等による平均寿命の上昇や、1974 年以降の人口置換水準以下の合計特殊出生率の継続により、少子高齢化が進み、2016 年に高齢化率は 27.3%に至っている。そしてこの傾向は続き、2065 年には高齢化率 38.4%まで上昇するとみられる（図 1）。

高齢化が医療に与える影響は、医療費の増加、貯蓄率低下による経済成長余力の減少、世代間の負担の公平に関する議論の衝突などが指摘される（島崎,2011）。特に医療費が増加するのは図 2 に示すように医療費全体が高齢になるに従い増加するためであるが、技術革新によっても齎されることに留意すべきである。

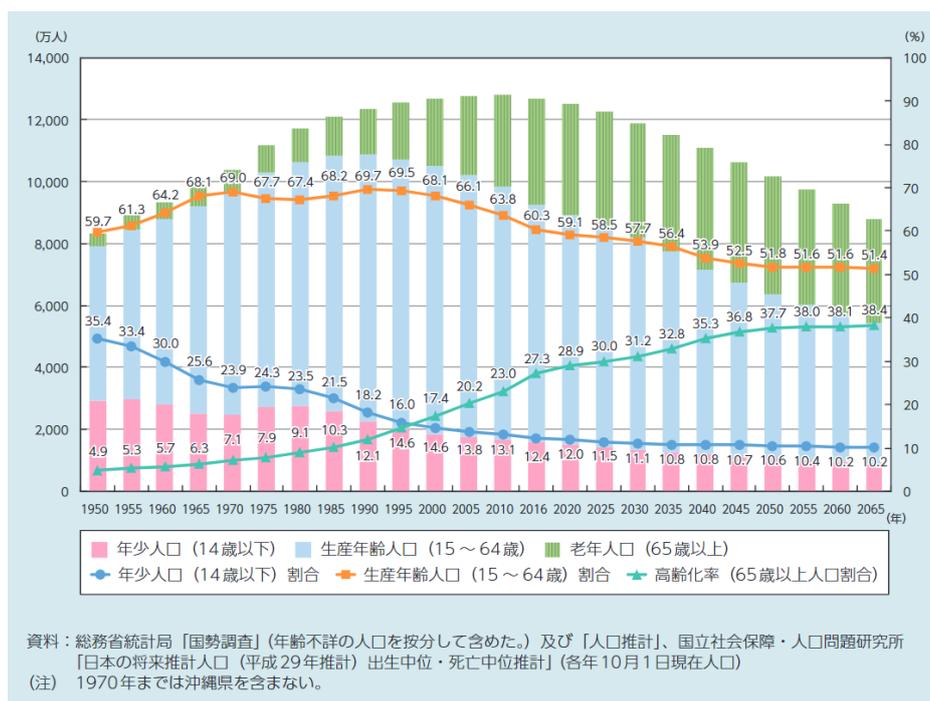


図1：年齢3区分別人口及び人口割合の推移と予測（厚生労働省,2017d）

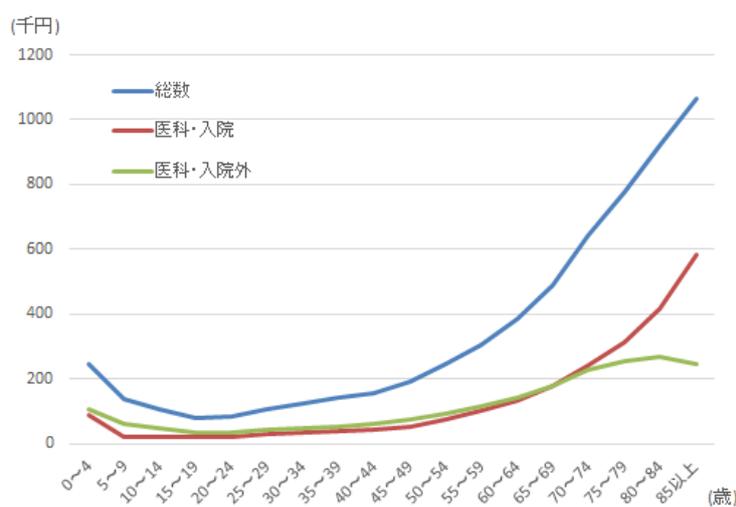


図2：年齢階級別一人当たり国民医療費

資料：厚生労働省（2018b）

他方、人口減少は、労働力の減少や、医療提供体制の再編成・再配置、住民の住まいについての検討といった課題を引き起こす。労働力の減少はそれ自体経済成長率の引下げ要因であるが、それだけでなく若年労働力の争奪戦が激化するなかで医療従事者の確保が切実となる（島崎,2011）。また後二者は、地理的に需要者たる住民が薄く広く拡散した状況ではケア体制を維持できないことに起因する（日経メディカル,2018b）。

さらに山崎（2017）はこれらを生じる人口減少が加速すると指摘する。図3の上のグラフは日本の将来の人口変化を、2010年を基準として示したものである。山崎はこれを三段階に整理し、高齢者が増加し若壮年層が減少する2040年までの第一段階、そこから高齢者が微減に転じその他の年齢層も大きく減少する2060年までの第二段階、それ以降の全年齢層が減少する第三段階を経由するものと論じた。

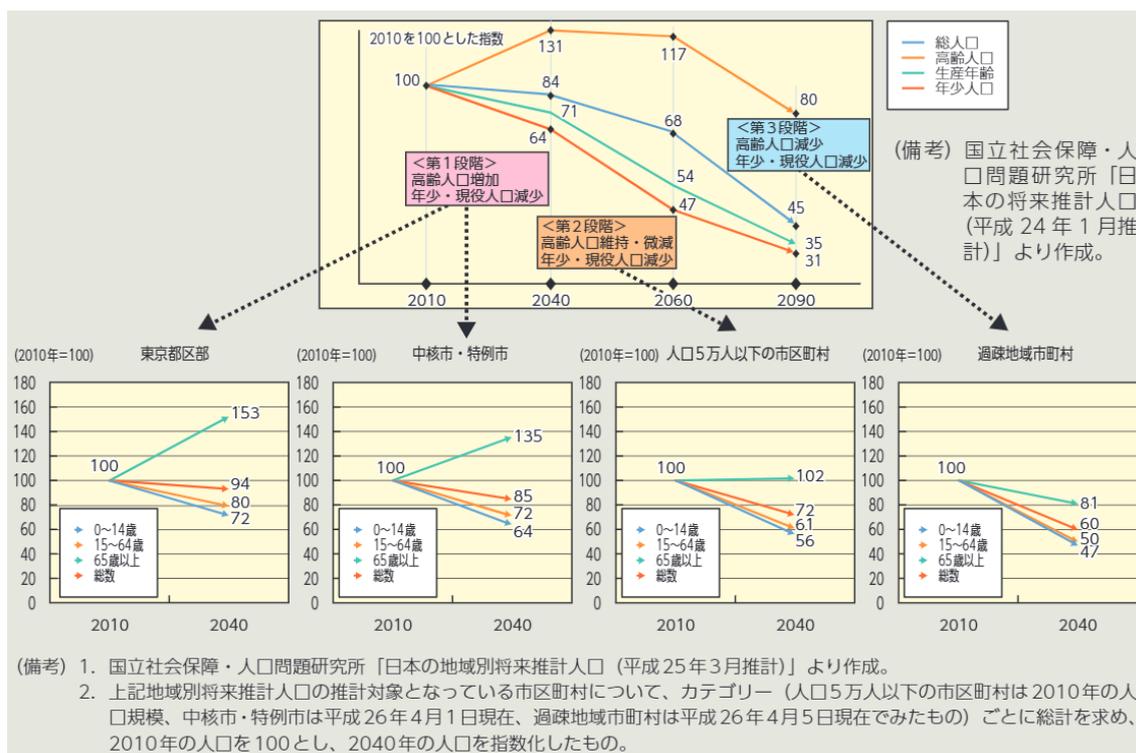


図3：将来人口動向とその地域差

資料：厚生労働省（2015）

2.1.2. 地域差

以上の人口構造変化は地域差をもって現れる。図3はさらに自治体によって現在の人口減少の現れ方が異なり、それぞれ山崎の指摘した三段階に対応することを示している。これは山崎（2017）によれば2つの示唆を持っている。1つは現在人口減少の初期段階にいる自治体も早晚本格的な人口減少を迎えるのであって、既に危機感をもって人口減少に取り組んでいる自治体に倣い対策を講じるべきである。もう1つは人口減少の進捗が地域によって異なるため全国一律ではない多様な組織・体制による対応が望まれるということである。

2.1.3. その他医療に係る変化

そして最後に必ずしも人口構造変化ではないが将来の医療に影響する重要な因子をあげれば、世帯構造の変化により単独世帯（1人暮らし世帯）や夫婦のみの世帯が増加し、家族

の代替的機能の地域での確保が課題に挙がることや、医療技術の革新により専門分化と包括的医療の両方の重要性が高まり、また高齢期の疾病の特徴から全人的な医療・介護・福祉等の連携が必要とされる点も指摘される（島崎,2011）。

2.1.4. 将来の医療に係る課題

以上の通り、将来の医療に影響を与える変化はいずれも深刻で様々である。ここでは以上の議論を一度総括・検討し、今後取り組むべき日本の医療の課題を特定したい。

過去の変化に比べ今後最も特徴的な変化はまず人口構造変化であろう。それによる影響は端的に、医療に対するニーズの規模的・内容的変化とその地理的多様性、さらに担い手の確保と整理できるのではないかと考える。高齢化に伴いマイクロ又は短期では高齢期の疾病の特徴に即して医療需要が増加し、中長期ではマクロの医療需要が減少すること、そしてこれが地域差をもって現れることは述べた。また変化するニーズに対応した医療従事者はじめケア人材の確保も課題となる。

すると今後医療政策は、地域的に多様化したニーズ変化に対応して人的資源も含めた医療提供体制の改革が求められているといえよう。

ここで医療費の増加について考えたい。国民医療費は2016年度に42.1兆円（対GDP比7.81%）であり、前年度比で0.5%（2,263億円）の減少であるが、中長期の実績は対GDP比と併せて増加傾向である（厚生労働省,2018b）。そこで医療費の削減が政策課題として問われる。そこで政府は2018年5月の第6回経済財政諮問会議にて「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（内閣府,2018）を提示しているので、これに基づき検討したい。

本見通しは高齢者人口がピークを迎えるとされる2040年時の医療・介護と社会保障全体それぞれの給付費および医療福祉分野における就業者数を、一定の仮定のもとで推計したものである。推計は、医療・介護サービスの足元の利用状況を前提に機械的に計算した「現状投影」の見通しと既に具体化している各種計画（地域医療構想、医療費適正化計画、第7期介護保険事業計画）における数値等を反映させた「計画ベース」の見通しとを算出しているが、ベースラインとなる経済前提の場合で社会保障給付費は、2018年度の121.3兆円（GDP比21.5%）から、いずれも2025年度で140兆円台（現状投影：140.4～140.8兆円（同21.7～21.8%）、計画ベース：140.2～140.6兆円（同21.7～21.8%））、2040年度で188兆円台～190兆円台（現状投影：188.5～190.3兆円（同23.8～24.1%）、計画ベース：188.2～190.0兆円（同23.8～24.0%））に至ると推計されている。社会保障給付費の対GDP比は、経済成長を伴う経済前提においても概ねこれと同様に推移し、2040年度時の比較にして約1%ポイント低い水準を実現するに留まる。医療・介護給付費に注目した見通しでは、2040年度のベースラインにおいて計画ベースが現状投影に対し、医療で1.6兆円の減少、介護で地域ニーズに応じたサービス基盤の充実を見越し1.2兆円の増加を推計している。これは後に述べる、医療提供体制の改革による医療費削減が介護費を含む社会的費用の削減を意味

しないという考えと同じ考えに立つものである。

本見通しが発表された翌日の新聞各紙には 2040 年度の社会保障給付費が名目で現在の 1.6 倍に増加することを見出しで指摘するものが現れたが、実際はその数字の印象ほどに脅威ではない。なぜなら公的年金、医療・介護等の給付費の増加の一部は経済前提によって説明され、社会保障の負担感に近い対 GDP 比の上昇は 2.3~2.5%ポイントに抑えられるからである。また図 4 に示す通り社会保障給付費の対 GDP 比の推移も緩やかであると見通される（東洋経済オンライン,2018）。もっともこれは医療技術の進展による費用増加を見込んでいない。

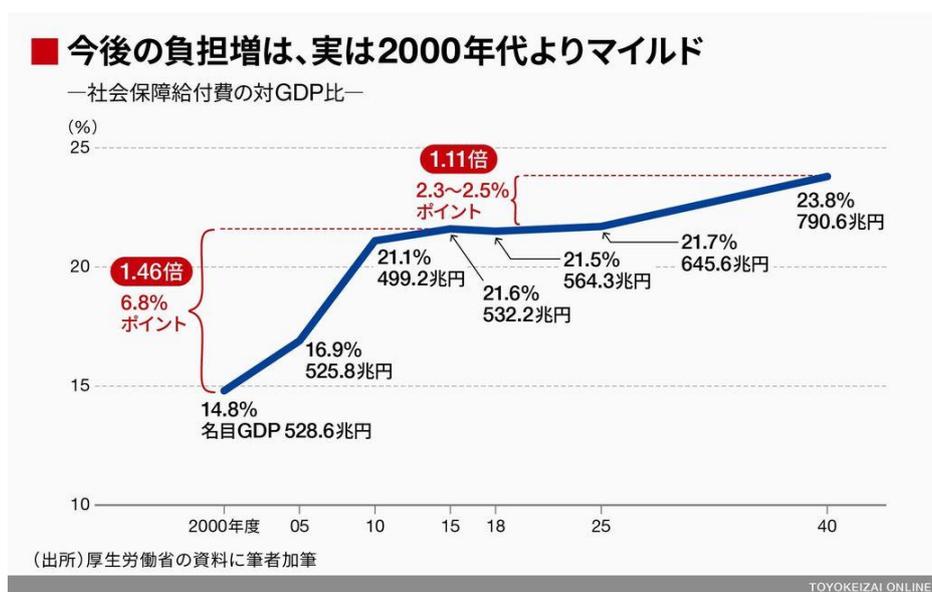


図 4：対 GDP 比社会保障給付費の推移

出典：東洋経済オンライン（2018）

つまるところ、本見通しが推計しているのは、現在のサービス水準を前提とした、人口減少・高齢化によって変化する患者数・利用者数のニーズ（必要）の推計である。もし社会保障給付費を削減するとすれば、社会保障の基本的役割を「市場の分配原則である『貢献原則』にもとづいた所得分配のあり方を、家計の必要に応じた『必要原則』の方向に修正すること」（権丈,2016）と理解する限り、ニーズ（必要）の充足を市場の貢献原則に委ね、所得階層による階層化の危険に晒すことを意味する。

しかし所得水準と医療の中身の関係に関しては不変的に 7 割以上が平等指向を示している国民性からすれば（江口・出口,2017）、社会保障ニーズの市場化を進める医療費の削減はそれ自体高い優先度をもつ政策課題ではないように思える。もっとも社会保障給付費の増加が現在の水準と比較して深刻ではないことは、現状の給付と負担のバランスを維持すればいいことを意味しない。日本の給付先行型の社会保障は将来世代への負担の付け回しの上に成り立っているからである。したがって医療費の削減は、医療費の額それ自体ゆえでは

なく、現在とその延長で将来に先送りされる負担と給付の不均衡を是正するために、他の政策と等しく政府一体の責務として要求されると位置づけるべきであろう。

2.2. 政策の方向性

さてそれでは日本の医療制度・政策は、地域的に多様化したニーズ変化に対応した医療提供体制の改革に適した仕組みを有しているだろうか。

今日まで日本で医療提供制度の改革手法として用いられてきたのは、主として診療報酬制度であった。島崎（2016）は、医療提供制度の主要な改革手法を2つの分類方法、すなわち市場競争か計画規制かと医療保険のファイナンスとの結合の強弱、の観点から整理し、それぞれの位置づけを分析しているが、そのなかで診療報酬制度が重宝させてきた理由をそれが2つの分類方法からみたそれぞれ両面の作用を併せ持ち又は組み合わせによって実現できるという位置づけを有することにより説明している。特に日本の医療提供体制が民間セクターを中心に整備されてきたことに鑑みると、職業選択（営業）の自由や財産権の保護（憲法第22条第1項・第29条）への配慮から強権的な規制手段は採りづらく、医療の特性（医療に関する情報の非対称性・不確実性、医療の必需財的性格）に起因する市場メカニズムの失敗等を抑制するにしても、結局経済的誘導を狙った診療報酬制度が選ばれてきたといえる。ただしそうした診療報酬制度による政策誘導も、その性格が診療（正確には「療養の給付」に要する費用）の対価であるため医療機関の統合・集約化には適しないことや、それが全国一律であるために地域医療の特性や実態を考慮できないこと、患者の一部負担金に跳ね返ること等の限界・問題点が指摘される。

そこでこれらの懸念のいくつかを共有して、「診療報酬主導の改革の弊害を指摘し、データに基づく計画的手法の重要性を強調」（島崎2016）したのが社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月6日）であり、本報告書をもとに立法化され現在進行しているのが、地域医療構想の策定と医療介護総合確保基金制度を用いた改革である。

2.3. 本レポートの位置づけ

本レポートでは人口減少時代の医療における課題は、人口構造変化等により生じる地域的に多様化したニーズ変化への対応であるとともに、それを実現する政策手法の開発・改善も含まれるという立場から、特に医療提供体制の改革のツールである地域医療構想の現状を分析し、課題に対して提案とその限界を考察するものである。

なお、将来の医療における課題としては同様に重要な医師等の地域偏在・診療科偏在に対する人的資源確保のための政策手法、在宅医療や介護・福祉等との連携、医療イノベーションの価値を評価して取り入れる仕組み、その他様々な課題があるわけであるが、本レポートでは報告者の能力など種々の制約からそれらを十分に触れることはできず、医療機関の再編・統合に焦点を絞りたい。

3. 地域医療構想の取組み

3.1. 制度概要

地域医療構想は、医療法第 30 条の 4 で都道府県に策定を義務付ける「医療提供体制の確保を図るための計画」（医療計画）の 1 つとして、同条 2 項 7 号が規定する「将来の病床数の必要量」と「構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項」を含んだ「将来の医療提供体制に関する構想」である。さらに関連して、構想区域等ごとに医療関係者や保険者等の関係者が将来の病床数の必要量を達成するための「協議の場」（地域医療構想調整会議）の設置（第 30 条の 14）や、各医療機関に病棟ごとの現在または将来に予定する病床の機能区分等を報告させる制度（第 30 条の 13）、関連した都道府県知事の権限行使の仕組み（第 7 条 5 項、第 30 条の 16～18）の定めがある。以上の規定は総合して、地域医療構想に医療機関の最適な病床機能を目指す計画規制としての性格を与えている。

病床の機能区分は「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」（首相官邸,2015）によれば、2013 年の NDB のレセプトデータ及び DPC データ等を前提に医療資源投入量によって分類され（図 5）、病床機能報告にあたっては病床機能ごとに表 1 の医療機能の内容と対応して報告するようにされた。

	医療資源投入量	基本的考え方	患者像の例
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い治療（一般病棟等で実施する診療を含む。）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 心不全に対して非侵襲的人工呼吸器による呼吸補助を行い、肺動脈圧測定カテーテルや心エコー、血液検査、レントゲン等で綿密な評価を行いながら、利尿剤等による治療を実施している状態。まもなく呼吸器から離脱出来そうで、検査や評価の頻度も下げていけそうである。
急性期			<ul style="list-style-type: none"> 急性胆管炎に対し、緊急で内視鏡的胆道ドレナージを行った。引き続き、抗菌薬治療を行い、全身状態は改善し、血液検査を実施した。 尿路感染症に対し、抗菌薬治療を行っている。熱が下がり、全身状態は回復しつつあり、食事を摂ることが出来ている。
回復期	C2 600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。
在宅等	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ○境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み、175点で区分。	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎に対する抗菌薬療法は終了し、全身状態は安定しているが、経口摂取は不安定で補液が必要。喀痰が多いため吸引を行っている。 大腸がんの手術後、経過は良好であったが、腸閉塞となり、絶飲食とし、補液およびイレウス管によるドレナージを行っている。

図 5：病床の機能別分類の境界点（C1～C3）について

出典：首相官邸（2015）

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期機能	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

表1：医療機能名とその内容

資料：厚生労働省(2018d)

3.2. 評価

人口減少時代は医療の需要者に減少によって、それまで地域で併存していた医療機関が過当競争に陥り、共倒れのリスクを抱える(権丈,2017)。またそうでなくても競争優位に立つために地域としては重複する投資が行われ、非効率を生じる。これらの問題を回避するため、将来の医療需要変化を提示し、医療機関に冷静なポジショニングと規模の経済・範囲の経済の発揮や領域複合化などを含む経営判断の機会を与えることは有意義な手法であると評価できる。ただし課題点もある。はじめに制度の施行状況から観察する。

地域医療構想に関するワーキンググループに事務局から提出された報告資料(厚生労働省,2018a)によれば、まず病床機能報告の報告状況としては、報告率が2017年度で92.2%、2018年9月末現在で2018年度は病院で96.5%、有床診療所で87.6%であり、完全ではないが十分広く実施されている。

次に調整会議に関しては、はじめにその開催回数が、2017年度に延べ1067回、構想区域あたり平均3.1回で、2018年度は年度下半期予定数を含め1290回であるため、都道府県ごとの平均開催延べ回数には多少の地域差が残るものの、厚生労働省が調整会議の進め方のサイクル(イメージ)としている年4回開催に近い頻度でこちらも比較的順調に行われているといえるだろう。また協議の中身に関しては、2018年2月7日付け課長通知は協議事項として、公立病院、公的医療機関等による「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」の策定・2017年度中の協議、その他医療機関のうち担うべき役割を大きく変更する病院などによる事業計画策定・協議、その他の医療機関に関する2018年度末までの協議を挙げたが、2018年9月末現在において合意済みと議論継続中とを合わせた値をみると、「新公立病院改革プラン」が93%(病院数。病床数にして95%)、「公的医療機関等2025プラン」が96%(病院数。病床数にして96%)、その他の医療機関が病院で22%、診療所で7%となっている。すべての医療機関をまとめた値としては、合意済みが774施設であり、

病床数にして19%、これに議論継続中も含めると51%に協議が及んだことになる。優先的に議論されることになった公立病院・公的医療機関については高い割合で協議が進んだ一方、その他の医療機関では協議が開始された割合が小さく年度末に向けた協議が望まれる結果である。また、機能別にみると議論を開始した割合が、高度急性期で91%、急性期で57%、回復期で38%、慢性期で29%となっている。その他課長通期に挙げられた非稼働病棟についての議論も進捗している。

では病床報告制度や調整会議による調整により医療提供体制の改革は進んだのか。この点、奇妙な現象が生じていると考える。

はじめに表2は2016年に報告された病床機能別病床数と目指すべき姿としての2025年必要病床数の関係の関係である。これによると、2016年報告と2021年予定を比較では高度病床期を除き3つの病床機能で2025年の必要病床数に近づく病床数の増減が見込まれる。ただし2025年予定は、報告する医療機関が予測を立てられないのか、いずれの病床機能も必要病床数を大きく割り込んでいる。また2014年報告と2016年報告とでは、当初2025年の必要病床数との対比では供給過多になるとみられたいずれの病床機能も減少し、過少供給になるとみられた回復期が増加している。

	2014 7月時点	H28 病床機能報告の報告状況			必要病床数 2025年
		2016年	2021年予定	2025年予定	
高度急性期	19.1万 (15.5)	151,078 (13.6)	155,973 (14.0)	81,438 (14.1)	13.0万
急性期	58.1万 (47.1)	530,732 (47.7)	519,739 (46.6)	265,090 (45.8)	40.1万
回復期	11.0万 (8.8)	124,507 (11.2)	144,079 (12.9)	82,922 (14.3)	37.5万
慢性期	35.2万 (28.6)	305,796 (27.5)	295,626 (26.5)	149,199 (25.8)	24.2~28.5万
在宅医療等					29.7~33.7万
合計	123.4万 (100.0)	1,112,113 (100.0)	1,115,417 (100.0)	578,649 (100.0)	115~119万

表2：平成28年度病床機能報告の報告状況と必要病床数の比較（単位：床、括弧内：%）

資料：厚生労働省（2017a）、首相官邸（2015）

では回復期の病床が依然大幅な不足状態にあるかといえそうではないという。2017年9月に地域医療計画課から発出された事務連絡（厚生労働省,2017b）によると、「病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量との単純な比較」は誤解のもとで、病床機能の分類に対する医療機関の理解不足から本来回復期機能として報告されるべき病棟が他の機能として報告されていることや、実際の病棟内では様々な病期の患者が入院しているため主たる機能が急性期や慢性期である病棟も回復期の機能を果たしていることなどが留意されるべきである。しかし厚生労働省は制度当初から報告された医療機能別病床数と必要病床数は

単純比較できないことを注意喚起しており（医療介護 CBnews マネジメント,2015）、問題は単に医療機関の誤解に回収されない。

そこで、調整会議にあげられる現在又は将来の医療提供体制に関する指標が、各医療機関に将来のための取組みを促す適切な役割を果たしているかという問題が浮かび上がる。これには、指標が含意する方向性そのものの有用性と、方向性に対する指標の適合性の問題が含まれる。前者は将来目指すべき医療提供体制の指標である病床機能が医療密度によって規定されていることに由来する。

第一に医療密度の程度では提供すべき医療の特定に適さない可能性がある。病床機能報告制度が開始した当時から、届けるべき病床機能の基準については混乱があり、厚生労働省は、2016年度報告において特定入院料と各機能の紐づけ、2017年度報告において一般病棟入院基本料と各機能の紐づけを行ってきたが（メディ・ウォッチ,2018）、究極的には定性的な医療機能の基準に基づき各医療機関が判断して報告する構造には変わらないため、引き続き対応が求められ、佐賀県や埼玉県などの先行事例を参考に2018年6月には「平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」（厚生労働省,2018c）において当年度の報告において一部の定量基準を導入することと、以降の報告に向けて検討を続けることを決定した。

しかし報告における病床機能と目指すべき姿としての病床機能が原理的に異なる視点に立つものであるから、両者に乖離があるのは当然である（池上,2017）。そこで報告マニュアル（厚生労働省,2018d）によれば、例えば回復期機能には「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションの提供の有無にかかわらず例えば「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合も含まれるとされるが、それらの医療密度が同程度であるとも限らず、これを1つの指標でみるのが適切かという疑問がある。

また第二に必要な病床数で示された病床機能の一部には入院の必要を当然としないものが含まれている。目指すべき姿の病床基準が既存のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ等を前提にしているため、現状で外付けの医療提供でも可能だが入院している患者がいる場合に、結果的に同様の役割としての医療機関を回復期として温存することを許容している可能性がある。この問題は慢性期病床に関する問題に近いと考える。療養病床の医療区分1の患者に関する慢性期と在宅機能等との間の割振りではその70%が在宅医療等に移行すると仮定されているがこれは「切り」であり根拠に乏しく（島崎,2016）、慢性期として必要とされる病床数それ自体を目標に病床を整備することは、在宅医療等の整備の程度によっては過多にも過少にも転じ得る。

また後者は報告が病棟ごとに主たる病床機能を1つ報告する仕組みがあることに起因する。

必ずしも報告された現在の医療機能別病床数と将来の必要病床数との単純な比較・差の埋め合わせが調整会議の狙いではないにしても、合理的な医療機関としては報告された他

の医療機関の病床機能を前提として、必要病床数に比べ過少な病床機能を増やし、過大な病床機能を減らすことを検討するものと思われる。すると実際には報告された医療機能別病床は、主ではない病床機能の病床数を捨象した過大報告であるために、過大な病床機能の転換が行われる可能性がある。それは病床機能の転換が不十分であると認識される現在において移転が目指すべき姿に向って強く促されるという点で問題が小さいようにも思われるが、

少なくとも報告された医療機能別病床数を政策立案のための現状把握として用いるのは不適切であるし、各医療機関が他の機関の機能を互いに把握するには指標の粒度が荒く疑心暗鬼を生む可能性もある。

医療の質の向上の観点からは疾病の分散は望ましくなく病棟ごとの病床機能は集中すべきであるが、患者の病態は絶えず変化するものでありその都度転院・転棟するのは患者の利便や医療の効率性を害する恐れもある（島崎,2015）ために、複合病棟をどの程度残すかについても団体自治・各区域の調整会議ごとの判断があつて良いように思われる。

地域の医療ニーズに即した医療提供体制への転換という観点では、医療関係者や住民による地域医療の将来像の客観的把握について課題点を指摘しつつも金融機関による審査圧力や公立病院改革、医療費適正化計画や国民健康保険制度改正を通じたファイナンスサイドからの圧力により医療機関の経営見直しが迫られるとする見解（島崎,2016）や、病床削減に関しては人口減少による効果で自然に進行するとする見解（二木,2017）があるが、とはいえ指標としての有用性は検討されるべきで、指標はまさに地域医療の将来像を客観的に把握するのに資するものでなければならない。

他にも地域医療構想に関しては、構想区域の基準となる二次医療圏が患者の生活圏と対応していない点や自治体の取組み体制・人材育成が立ち遅れている点を課題とする指摘もあり（島崎 2015、池上 2017）、対応が必要である。

4. 提案と残された課題

4.1. 提案

第一に、現在 2025 年の目指すべき姿に向けて稼働している調整会議に、2040 年の必要な病床数も提示することである。それは「社会保障と税の一体改革」で 2025 年を目標として医療・介護制度改革が進められた背景には長期過ぎる計画は現実性を欠くという行政実務の限界があつたためと、2. で確認したように高齢者数は 2040 年でピークを迎えるから地域医療構想によって絵姿が描かれた 2025 年を踏まえて 2040 年を見据える必要もあるためである（日経メディカル,2018a）。現在調整会議において公立病院・公的医療機関について高い割合で協議が進みその他の医療機関では依然協議された割合が小さい背景には、厚生労働省が協議にあたりまず救急・災害医療などの中心的な医療機関や公的医療機関や国立病院、地域医療支援病院・特定機能病院などが担う医療機能から始めることを考え方と

して示した（メディ・ウォッチ,2017）ことも関係するだろうが、その他の医療機関には将来の医療ニーズの変化の危機感が十分伝わらなかった可能性もある。より長期のニーズ変化を示すことで調整会議の議論を活性化すべきであろう。

第二に、調整会議にあげられる現在又は将来の医療提供体制に関する指標を改善することである。例えば疾病や診療行為ごとで現在と将来必要になる病床数を提示させる方法がある。現在報告にあたっては報告様式2（厚生労働省,2018e）において入院レセプトを「②具体的な医療の内容に関する項目」として提出させているが、こうして集計されたデータを用いて、例えばいくつかの疾病や診療行為ごとに、現在の入院病床数と、年齢・人口当たりの平均的な疾病数・診療行為の数と将来の区域内の推計人口から導いた必要病床数を、割り出すことができるはずである。これらの差を調整会議に提示すれば、より具体的な患者像に近い形で過少又は過剰な病床や医療機能を医療機関に把握させることに繋がるだろう。この点、池上（2017）が、地域医療構想の目標を病床種ごとの病床数から治療内容の格差是正に改めることで手術適用の標準化に繋がり得ることを示唆しているのが、参考になると思われる。

なお、医療機関の提供する診療行為の内容を確認する取組みは、現在報告された病床数の的確性を、報告された病床機能と厚生労働省から示された「個別病院のデータ」とを調整会議において個々に照合して確認するという方針のなかで行われている。しかし各医療機関の機能を把握するにあたり、行われている診療行為を直接指標とせず病床機能に還元して論じる必要があるのか疑問であるうえ、調整会議への負担が大きく本来集中すべき議題に集中できず非効率であると思われる。ただし将来の疾病数や必要な診療行為を推定するにあたっては地域差の考慮が非常に難しい課題であることも確かであろう。

または/かつ、必要病床数と比較するために医療機関が報告する病床機能は定性的・定量的な基準により医療内容に着目して各医療機関に判断させるのではなく、医療資源投入量の分布が最も多い病床機能を客観的に算出したものとし、制度の趣旨を医療資源投入量の客観的把握に純化させるのも考えである。

もっともこれらの提案、特に前者は、現在調整会議で提示される医療密度をもとに将来の必要病床数を推計する意義を否定するものではない。むしろ現在の方法による指標とともに、より患者像に近い指標も提示することを想定している。しかしその場合も、医療機関が報告する病床機能は病棟ごとではなく病床ごとにすべき、すなわち医療機関には病床機能別病床数を報告すべきであると考え。この点、公立病院には「新公立病院改革プラン」の策定が義務付けられており、ここで各病床機能の病床数を現在と将来（2025年）の予定について記入させており（厚生労働省,2017c）、これが参考となる。こうした病床ごとの病床機能報告を原則とすべきである。

4.2. 残された課題

人口減少時代に医療が応えるべき課題は多く、その多くは本レポートでは論じられてい

ない。第一に地域医療構造に関しては、公立病院・公的医療機関等が先行してその役割を地域医療構想に即して明確化するよう求められているが、いかにして役割を明確にするかや、その他の医療機関の補完に徹した場合経営状況が不安定化しないか、また在宅医療の推進・連携や一方策として導入された地域医療連携推進法人の普及・活用といった課題が残っている。第二に医師偏在の是正に関しては2018年に改正医療法・医師法が成立し、医師偏在の度合いの可視化や医師確保対策などが可能となったが、効果が現れるのは先である。

いずれの課題も関連しており、各種政策が整合して行われることが重要だろう。特に行政内部だけでなく医療関係者・介護関係者等までもが共通の認識を共有し、対応策を検討できる場が重要だろうと考える。

参考文献

- 池上直己 (2017) 『日本の医療と介護』 日本経済新聞出版社.
- 医療介護 CBnews マネジメント (2015) 「必要病床数と報告結果『単純比較できない』」, <<https://www.cbnews.jp/news/entry/46070>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 江口成美・出口真弓 (2017) 「日医総研ワーキングペーパーNo.384: 第 6 回日本の医療に関する意識調査」, <<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP384.pdf>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 権丈善一 (2016) 『ちょっと気になる社会保障』 勁草書房.
- 権丈善一 (2017) 『ちょっと気になる医療と介護』 勁草書房.
- 厚生労働省 (2018a) 「資料 1 地域医療構想調整会議における議論の進捗状況について (その 7)」, <<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000462111.pdf>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 厚生労働省 (2018b) 「平成 28 年度国民医療費」, <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/16/index.html>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 厚生労働省 (2018c) 「平成 30 年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」, <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000213026.pdf>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 厚生労働省 (2018d) 「平成 30 年度病床機能報告報告マニュアル①」, <https://www.byousyokinou.jp/file/00_h30_manual1.pdf> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 厚生労働省 (2018e) 「平成 30 年度病床機能報告報告マニュアル②」, <https://www.byousyokinou.jp/file/00_h30_manual2.pdf> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 厚生労働省 (2017a) 「参考資料 3 平成 28 年度病床機能報告における医療機能別病床数の報告状況 (平成 28 年末速報)」, <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000152052.pdf>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 厚生労働省 (2017b) 「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」, <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000182334.pdf>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 厚生労働省 (2017c) 「地域医療構想を踏まえた『公的医療機関等 2025 プラン』策定について (依頼)」, <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000182333.pdf>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 厚生労働省 (2017d) 「平成 29 年版厚生労働白書」, <<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17/dl/1-01.pdf>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 厚生労働省 (2015) 「平成 27 年版厚生労働白書」, <<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/15/dl/all.pdf>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)

- 島崎謙治 (2016) 「医療提供制度を改革する政策手法—診療報酬, 計画規制, 補助金」『社会保障研究』 Vol.1, No.3, pp.596-611.
- 島崎謙治 (2015) 『医療政策を問いなおす』 筑摩書房.
- 島崎謙治 (2011) 『日本の医療』 東京大学出版会.
- 首相官邸 (2015) 「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」, <<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 首相官邸 (2015) 「資料 2 医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討内容について (松田委員提出資料)」, <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai4/siryou2.pdf> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 東洋経済オンライン (2018) 「『社会保障費が 2040 年に 1.6 倍』は本当なのか?: 日本の医療・介護費はそんなに怖くない」, <<https://toyokeizai.net/articles/-/222886>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 内閣府 (2018) 「資料 4-1 2040 年を見据えた社会保障の将来見通し (議論の素材)」, <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2018/0521/shiryo_04-1.pdf> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 二木立 (2017) 「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター (通巻 160 号)」, <<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/20171101-niki-no160.html#toc3>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 日経メディカル (2018a) 「2040 年を医療制度改革の射程に: 元内閣官房社会保障改革担当室長中村秀一氏」, <<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t305/201801/554411.html>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 日経メディカル (2018b) 「人口減と少子高齢化が加速し医療ニーズは縮小へ」, <<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t305/201801/554385.html>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- メディ・ウォッチ (2018) 「2018 年度の病床機能報告に向け、『定量基準』を導入すべきか—地域医療構想ワーキング」, <<https://www.medwatch.jp/?p=19853>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- メディ・ウォッチ (2017) 「公的病院や地域医療支援病院、改革プラン作成し、今後の機能など明確に—地域医療構想ワーキング (1)」, <<https://www.medwatch.jp/?p=14856>> (最終閲覧 2019 年 1 月 31 日)
- 山崎史郎 (2017) 『人口減少と社会保障』 中央公論新社.