

人口減少社会に応じたインフラ整備の先行例としての医療界の試み

国際医療福祉大学大学院教授 高橋泰

今回提出する資料は、2014年10月27日付の日経新聞経済教室に寄稿した「病床数・機能の再編急げ」という記事である。この記事が国土審議会計画部会の視点から見れば、人口減少社会に応じたインフラ整備の先行例としての医療界の試みとして読むことができると思われる。

医療界では、

1. 全国の一般病床・療養病床を有する全医療機関に対し、その病院がどのような病床（高機能化か、急性期か、回復期か、長期療養か）を、どの程度持っているかを2014年11月14日までに自己申告することを義務付けた。その結果を集計し、全国の地域別・機能別病床数の現状を把握する。
2. 2015年春までに、各地域に対して国がガイドラインを示し、各地域の機能別病床数の基準値を示す。
3. 各地域において行政、学識経験者、医療提供者の代表が集まり、ガイドラインを踏まえて、将来の地域の医療提供体制を考える協議の場が設立され、地域医療構想が地域ごとに策定される。
4. 地域医療構想に沿う形の取り組みに対し、補助金により支援を行う。

という、仕組みが整備され、これから動き出そうとしている。

国土グランドデザインを作成するにおいて、上記のような地域の実情と将来を見据えた地域ごとの削減も含めた基準値（住宅、道路・鉄道、上下水道など）を国が示し、地域ごとで協議をおこなうような仕組みを作るような方向性を示すことが望ましいと思われる。

ポイント

- 75歳以上の医療費は2030年まで急増
- 医療の地域差ふまえ実情に即した改革を
- 過剰病床の買い取りなど政策支援も必要

高橋 泰 国際医療福祉大学教授

わが国の人口構成は今後、2つの大きな流れにより、急速に変化していく。一つは0～64歳人口が毎年100万人ずつ減少し、この傾向は今世紀末まで続くという流れである。もう一つは、75歳以上人口が2025年ごろまで年間50万人のスピードで急増し、その後は増加の勢いが鈍り、30年以降は横ばいになるという流れである。

この急増する後期高齢者に対応する医療と、今後、急減を続ける若年向けの医療をどう

74歳の医療費予測を示す。現役世代を中心とするこの層の医療需要は、15年以降は微減が続き、20年から急激に減少する。10年から35年にかけては17%程度減少し、その後も



底治療する医療であり、病气やケガが治れば元の生活に戻る事がほとんどである。

一方、75歳以上が必要とするのは、どのような医療であろうか。後期高齢者も従来型の急性期医療を必要とする場面は少なくないが、主に必要とするのは病気が完全に治らなくとも、地域で生活を続けられるよう身体も環境も整えてくれるような「生活支援型医療」である。年齢が進めば進むほど、この傾向は強ま

病气と年齢や体力などを考慮した治療をする。さらに、高度医療機関からの在宅復帰を目指した患者を受け入れ、リハビリや継続的治療を提供しながら在宅復帰を目指すことや、地域での看取（みと）り医療も、重要な役割である。

このようにわが国全体で見れば、従来の急性期病床の需要は2030年以降、急速な減少が見込まれる。一方、生活支援型医療の需要は都市部を中心に急速に増大するので、従来型の急性期病床から、生活支援型病床や介護施設への転換が必要になる。

わが国では、人口1人当たりの病床数や医師数などの医療資源においても、人口動態の推移においても、地域差が大きい。日本で最も医療密度が高い地域は、東京の区中央部（文京、千代田、中央、

医療提供体制改革を進めていく必要がある。たとえば、高知県は急性期病床も生活支援型病床も過剰で、かつ人口減少が見込まれるので、両方とも削減する必要がある。一方、埼玉県は、急性期病床も生活支援型病床も不足している、かつ今後の後期高齢者が倍増するので、両方の病床を大幅に増やす必要がある。このように、地域の状況に応じて医療提供体制の改革を進める必要がある。

筆者らの研究グループの都道府県レベルの試算によると、青森、岩手、栃木、福井、和歌山、鳥取、岡山、香川、愛媛、大分、宮崎などは、今後急性期病床が過剰になり、生活支援型病床が不足して行くので、急性期病床から生活支援型病床への転換が必要になると思われる。

一方、徳島、高知、佐賀、長崎、熊本、鹿児島は、急性

まで取られてこなかった。今年10月からは各病院が、どのような医療を提供する病床が何床あるかを都道府県に報告する「病床機能報告制度」が始まった。また、来年には国がガイドライン（指針）を示し、各都道府県が地域医療構想（ビジョン）を策定する予定である。具体的には国の指針を踏まえ、市町村や各病院など関係者との協議も経たうえで、地域ごとにどのような機能の病床をどの程度配置すべきかの目標を設定することになる。

さらには、現状の機能別の病床数と、都道府県が作成した地域ごとの機能別の病床数目標の乖離（かいり）を、国からの補助金（基金）なども利用しながら解消し、地域の病床を2025年以降の社会に応じた形に変えていく事業も始まる。

こうした新たな取り組みによって地域の病床の構成や数などの程度変わるかは、現時点では不透明な面もある。それでも、多くの医療や行政の関係者が、人口構造の変化に応じて地域の医療提供体制を変えていかねばならないことを自覚し始めるきっかけになることは間違いない。

特に病床が過剰状態にあり削減が求められる地域では、事業の遂行は難航が予想される。政府や都道府県は、このような地域に対して基金を重点配分し、過剰病床を買い上げたり、介護保険施設などへの転換に対して手厚く補助したりするといった支援を積極的に実施すべきであろう。

来年度から地域ごとの病床の転換や削減が早急に開始されるのが望ましいが、いずれにせよ、このような地域ごとの医療提供体制の改革は当分続く。25年以降に向けて各地域の医療提供体制が地域の人口構成に合ったものに変わっていくことを期待したい。

たかはし・たい、59年生まれ。金沢大医卒、東大博士（医学）。専門は医療経営

経済教室

のように調整するのだが、これからの医療制度改革の最大の争点になる。

人口構成が大きく変化すれば、医療や介護の需要は大きく変化する。図は、各年代が使う1人当たりの医療費は今後も変わらないと仮定し、前述したように人口が推移した場合の医療費の推移の予測を、0～74歳と75歳以上に分けて示したものである。

真ん中の線は総医療費の推移予測である。10年比でみた増減率は、25年の11・1%増をピークに、その後減少に転じる。一番上の線は75歳以上の医療費の予測を示す。75歳以上は、25年に向けて急増し、30年のピーク値は10年比約6割増という予測になる。一番下に位置する線は0～

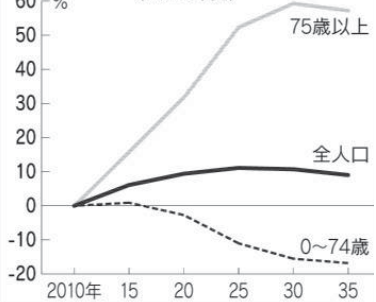
医療・介護改革の論点①

病床数・機能の再編急げ

一貫して減少が続く。20年からの急激な減少は、22～24年に団塊の世代が75歳を超えるからである。

わが国の医療提供体制は、今後短期間で急増する75歳以上の医療事情と、減り続ける0～74歳の医療事情に対応する形で変化する必要がある。それでは0～74歳が必要とするのは、どのような医療であるのか。これは従来の急性期医療、言い方を換えれば治療を目的とする医療である。技術を尽くして患者を徹

世代別の医療費増減率の将来予測 (2010年比)



複数の病気を抱えた高齢者が、完全には治らずとも地域で暮らし続けることを支える医療であり、今後のタイプの医療への需要が増える。

このような医療の主な担い手は、かかりつけ医や、今春に新設された地域包括ケア支援病床であろう。同病棟では患者（主に後期高齢者）が家や施設で調子が悪くなったときに、地域での生活復帰を意識したりハビリをしながら、

港、台東）と呼ばれる地域であり、ここには大学病院の本院がうつ、ほかにも日本を代表する高機能病院がひしめき合っている。

一方、日本で一番医療密度が低い地域は福島県の南会津と呼ばれる地域である。神奈川県とほぼ同じ面積であるが、県立南会津病院が一つ存在するのみである。また、ほとんどの地域で人口が減少するが、その程度は地域により

大きく異なり、人口の構成の変化も大きな地域差がある。

このような医療資源や人口動態の地域差を意識しつつ、今後各地域は、国全体の整合性を果たせながら

期病床も生活支援型病床も過剰状態が予想されるので、なんらかの病床削減の実行が求められることが予想される。茨城、埼玉、千葉、東京、神奈川、岐阜、静岡、愛知、三重は、生活支援型病床を中心とした病床の増強が必要になることが予想される。

1990年以降、年齢階級別の人口と有病率をもとに地域ごとの病床総数の上限が決められ、地域の総病床がその枠を超えた場合、その地域において新たな病床は許可されないという「病床規制」が行われている。しかし、90年以前から多くの病床が存在した地域や、90年以降の人口減少などにより病床数が病床枠を超えてしまった地域において、枠を超えた病床数を医療関係者も納得した上で減らすための具体的な対策は、これ

医療提供体制改革を進めていく必要がある。たとえば、高知県は急性期病床も生活支援型病床も過剰で、かつ人口減少が見込まれるので、両方とも削減する必要がある。一方、埼玉県は、急性期病床も生活支援型病床も不足している、かつ今後の後期高齢者が倍増するので、両方の病床を大幅に増やす必要がある。このように、地域の状況に応じて医療提供体制の改革を進める必要がある。