

医療研修講演

1. 人口減少社会に向かう日本の医療福祉の現状と将来予測

高橋 泰*

[Key Words] 人口減少社会、医療福祉、医療制度改革

はじめに

これからの近い将来、日本社会がどのように変化し、その変化に対し、政策は、そして個人はどのように変わらなければならないのであろうか。今後の、医療制度改革の動向を踏まえ、病院や関連施設の経営をどのような方向に向かって進めていくべきかを述べる。

I. どのような視点を持って、 今後の変化に対処すべきか

まず、2009年4月のWAM(福祉医療機構の機関誌)に紹介した文章を通して、今後の変化をどのように捉えるべきかの基本的な考え方を示す。「国は医療制度をどのように変えようとしているか、理解できない」、「医療制度改革の先行きが、全く読めない」という声を、医療関係者からよく耳にする。私は医療制度改革に関する講演を行うことが多いが、その冒頭で、医療制度改革の流れを捉えるのに有用な、船井幸雄先生の「一粒の人生論」という本の中に出てくる中国の大河の話をよく引用する。まず、図1の説明文を読んだ後、以降の文章を読み進めていただきたい。

読者の皆さんが、図1に示す黄河を下る船の船員であると想像してみよう。河の流れる方向が

これだけ大きく変化すれば、皆さんは、船が現在どちらに向かっているかがわからなくなるだろう。ここ数年、医療制度が頻繁に大きく方向性を変えているので、頻繁に蛇行する黄河を進む船の船員が方向を見失うのと同様に、医療の現場が制度改革の方向性を見失いがちになるのも無理はない。

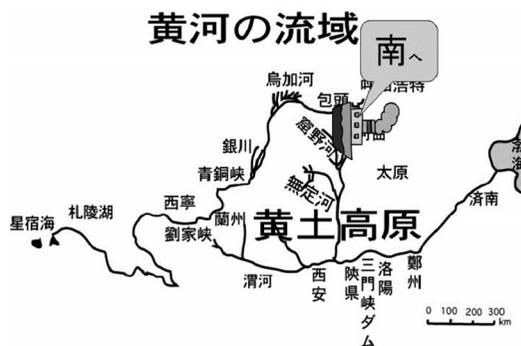


図1 黄河はどちらに向けて流れているのか

中国大陸を流れる二つの大河である揚子江と黄河は、マクロに見れば西から東に流れています。しかしミクロというか部分的に狭い範囲を見れば、北に流れたり、南に流れているところもあります。中には西に流れているところもあるでしょう。しかし全体の流れは、西から東に流れています。

(船井幸雄 著「一粒の人生論」)

*国際医療福祉大学医療経営管理学科教授 tai@iris.dti.ne.jp

しかし、このような時代だからこそ、制度がどちらに向かって流れているかをはっきり捉えなければならぬ。中国大陸は西にチベットなどの高い山がそびえ、東に海が広がる。その結果、中国大陸を流れる大河は、西から東に流れることになる。今後の日本社会の変化を考える場合、「西に高山、東に海」という地形の構造に相当するのが「後期高齢者の一時的な急増と、若年人口の長期にわたる大幅な減少」である。また、医療や介護を含めた今後の日本の多くの制度は、「東に高山、西に海」という地形の構造に相当する「若年人口の長期減少、後期高齢者の短期激増」という人口構造の変化に沿う形で変化していこう。

黄河が西から東に流れているように、医療制度も、図2に示すように、「病床削減と機能分化」の方向に向かって流れており、その目的地は、急性期病床の密度を上げ、しっかりとした体制で急性期医療が実施できる体制の確立と、連携・往診を中心とした地域医療を守る体制を築くことになるだろう。

日々の診療に追われているとなかなか気が付きにくいですが、10年、20年のスパンで見ると、これまで確実に病床削減と機能分化の方向に医療制度改革は進んでいる。例えば、平成2年、病院は10,096施設をピークに、それ以降減少を続け、平成19年には8,862施設まで減少している。この17年の

間に1,200を超える施設が、病院の看板を下ろしている。

平成25年、銚子市民病院が存続できないということで大騒ぎになった。この時に私は、約1,200を超える施設がこれまで無くなっているのに、銚子市民病院のような大きな騒ぎがこれまで起こらなかったことに気が付き、たいへん不思議に思った。なぜこれまで銚子のような騒ぎが起きなかったのだろうか。しばらく考えてたどり着いた結論は、

「おそらくこれまでの廃院は、銚子市民病院の場合と異なり、「無くなっても銚子市民病院ほどには市民生活に大きな支障が出ないような施設が病院の看板を下ろしてきた」からであろう。このようなことが起きていたのは、「これまで国が地域の必要性の低い病院のみが病院の看板を降ろすようにする政策誘導を粛々と続けてきたからであろう。」というものである。逆の見方をすると、銚子市民病院は、潰れると市民生活に大きな支障がでる病院が潰れそうになった初めてのケース(厚生労働省の病院数削減政策の初めての明らかな失敗例?)と言えるのかもしれない。

もし厚生労働省が病院数削減政策を行わず、平成2年から病院数が1万を超えた状態が現在まで続いた場合を考えてみよう。この場合、1万を超える病院には、それぞれ医師や看護師が働いているので、現在の状況でも医師不足・看護師不足で悲鳴を上げている地域の基幹的な急性期病院では、現状より数段厳しい医師不足・看護師不足に見舞われているだろう。このように考えると、ほとんどの人が気づかぬうちに、千数百の病院を粛々と減らし続けてきたこれまでの国の病床削減政策の進め方は巧妙であり、これまで誰もこの点を取り上げ褒めていないが、実は非常に高く評価されるべきものではないだろうか。この事件を契機に個人的に思い始めるようになった。

また10年スパンで考えると、病院の機能分化も着々と進んでいる。思い返してみると、10年前には医療療養病床・介護療養用病床もDPCも存在していなかったのだ。21世紀になってから、一般病床と療養病床が分かれ、介護療養病床の全廃が決まり、急性期を担うDPC病院が普及し、更に地域

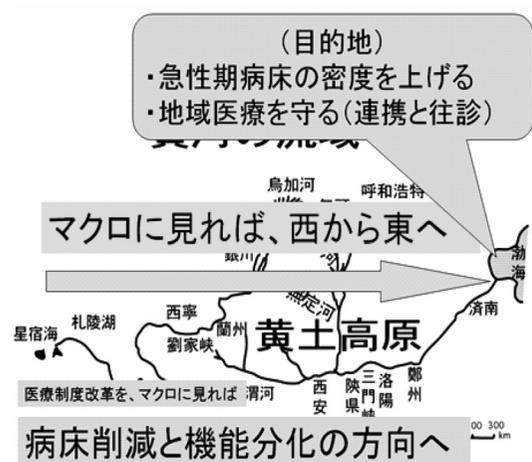


図2 医療制度改革の方向性と目的地

の基幹病院の選別も始まった。施設の機能分化に関しても、国は肅々かつ巧妙に進めているように思われる。国の政策誘導に従って紹介・逆紹介を推進してきた病院の努力が水泡に帰すような紹介外来加算や急性期入院加算の廃止など、部分的に見れば本来東に向かって流れる黄河が局地的に西に向かって逆流するがごときに思われる診療報酬改定もあったのも事実である。しかしマクロに見れば、医療制度は、西から東へ、すなわち、病床削減と機能分化の方向に向かって確実に流れている。このような10年、20年スパンの大きな流れをつかむことが、経営戦略を考える第一歩であろう。

II. 日本の医療福祉の現状と将来予測

次に、「後期高齢者の一時的な急増と、若年人口の長期にわたる大幅な減少」という変化により、わが国がどのように変化していくかを述べる。

1. 日本全体の人口の推移

図3に、2010年から2040年にかけてのわが国全体の人口の動向を示す。今後30年、75歳以上は急増だが、0～64歳の大幅減で、総人口2,100万人減少する。

図4に、今後100年間のわが国人口の動向を表す。2005年頃がわが国人口のピークである。その後25年間、0～64歳人口は年間100万のペースで減少するが、後期高齢者は年間60万人平均の増加で人口減少スピードは比較的緩やかで、2030年は11,500万人である。2030年以降、後期高齢者の増加が止まり、年間100万人の若年人口減少のみが

残り、2050年には、わが国の人口は1億を下回っている。その後、後期高齢者の人口減少が始まり、総人口の減少スピードが加速され、今世紀末は、5,000万人台になることが予想される。

2. とても大変、東京周辺の医療事情

2025年にむけて後期高齢者が激増し、その増え方が最も激しい地域は、東京周辺部(埼玉県、千葉県、神奈川県などの東京のベッドタウン)であることは、最近多くの人が知ることになった。特に千葉県西部、埼玉県東部・中央部、神奈川県東部は、2010年から25年にかけて、75歳以上人口が100%以上増加する。

更に困ったことに、この地域は人口当たりの医師数が、日本で最も少ない地域とほぼ一致する。この地域がこれまで少ない医師(医療提供体制)でやってこられたのは、この地域の住民の多くが1970年前後に地方から首都圏にやってきた当時の若者(団塊の世代)であり、これまでこれらの地域の有病率が低かったことと、住民の多くが東京に出勤し、病気になったら東京の病院を使用していたからである。ところが2022年から24年にかけて団塊の世代が75歳になり、この頃から地域の有病率が急速に上昇する。しかも東京の病院へ通院するのも大変になってくる。この結果、これまで比較的健康で地元で受診しなかった地域住人が、突然しかも頻りに地元の病院を受診するようになり、ただでさえ少ない医療機関が、更に混雑することが予測される。東京周辺は、医療がたいへんな時代を迎える。

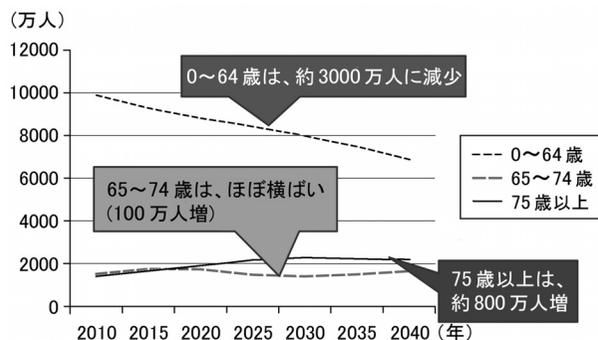


図3 年代別人口推移

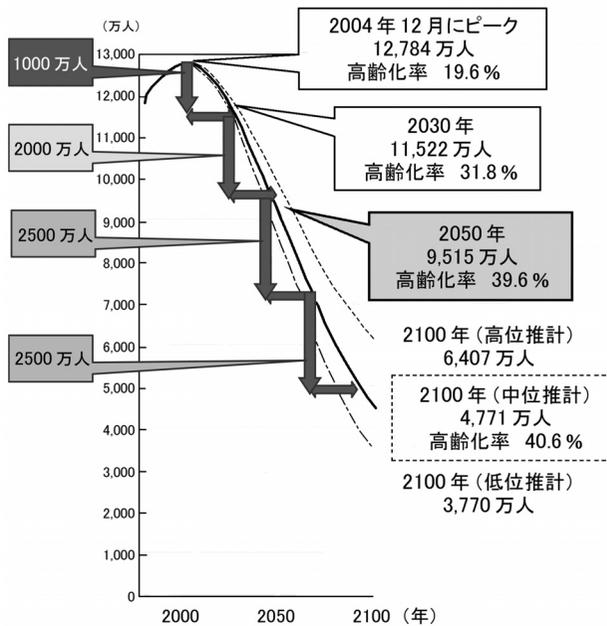


図4 我が国の人口推移

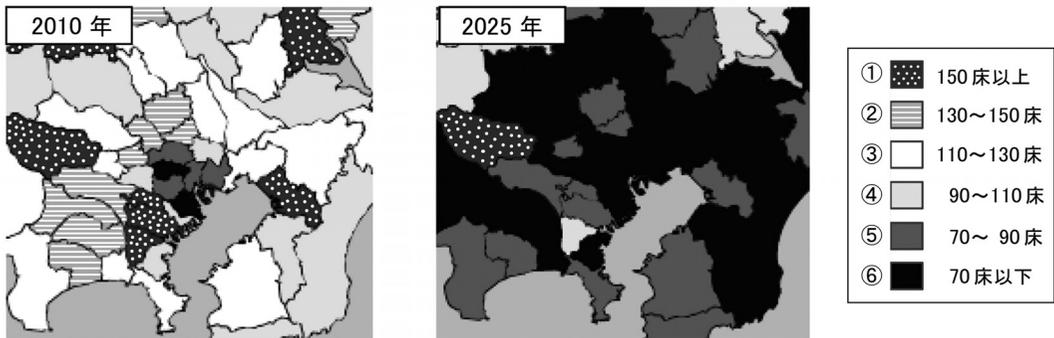


図5 2010年→2025年の後期高齢者1,000人に対する総高齢者ベッド数の推移予測

3. 東京は介護がたいへん

次に、東京は介護がたいへんという話を行う。
 図5左は、2010年において後期高齢者1,000人に対して老健、特養、介護療養、高齢者住宅などの要介護の高齢者に対応した施設の収容能力(全国平均が120人)の地域ごとのレベルを表している。図中①が1,000人に対して150床以上、②が130床以上で高齢施設の充実した地域、④が90~110床でやや少なく、⑤が70~90床で不足、⑥が70床以下で危機的状況であることを表している。

2010年では、新宿・中野・杉並地区と太田・品川地区が⑥、他の23区内が⑤と、23区内の要介護の高齢者に対応した施設の収容能力が、際立って低いことがわかるだろう。一方、周辺、神奈川県、埼玉県や千葉県、東京湾周辺地域の収容能力が高いことがわかるだろう。また、これらの東京周辺地域が、現在の東京の収容しきれない高齢者の多くを引き受けていることが予想される。

図5右は、今後高齢者施設が新たに建設されないと仮定し、後期高齢者のみが増加した場合の、

2025年の各地域の後期高齢者千人当たりの収容能力を表す。東京周辺の収容能力の高い地域は、今後十数年で後期高齢者が倍増する地域でもある。今後もこれらの地域で後期高齢者対応施設や住居の建設は続くので、2025年の予測図が示すレベルまで低下しないと思われる。しかし、今後の後期高齢者の増加スピードほどには新築が進むとも思えないので、現在のような①や②のレベルを保つのも難しいだろう。その結果、周辺部の東京都心からの受け入れ余力が今ほどにはなくなることが予測される。

一方東京首都心部は、2010年から40年にかけて平均6割程度後期高齢者が増加する。東京都心では、この増加スピードに合わせて高齢者対応の施設を作られることは、ほとんど期待できない。よって2010年にレベル⑤の地域がレベル⑥に変わり、⑥の地域ではより厳しい状況に陥る。更に東京周辺地域の受け入れ能力も低下することが

強く予想されるため、東京の施設による介護は、そう遠くない将来、とてとても厳しい状況になることが強く予想される。西日本を中心に日本には余力を期待できる地域がたくさんあるので、危険な首都圏から余力のある地域に引っ越す選択肢も考慮する価値があるだろう。

4. 過疎地の事情

図6は、わが国の現在人が住んでいない無居住地の様子と将来予測を示している。「居住・無居住の別」でみると、現在人が居住している地域のうち約2割が無居住化する。現在国土の5割に人が住んでいるが、それが4割にまで減少。北海道は5割以上無居住地化することが予測されている。

2010年から2050年にかけて30万人以上の都市圏は激減することが予想され、一定の規模を維持できない都市圏では、サービス提供機能と雇用が消失する恐れがある。そして、生活便利施設へのアクセスが困難な高齢者が急増する。

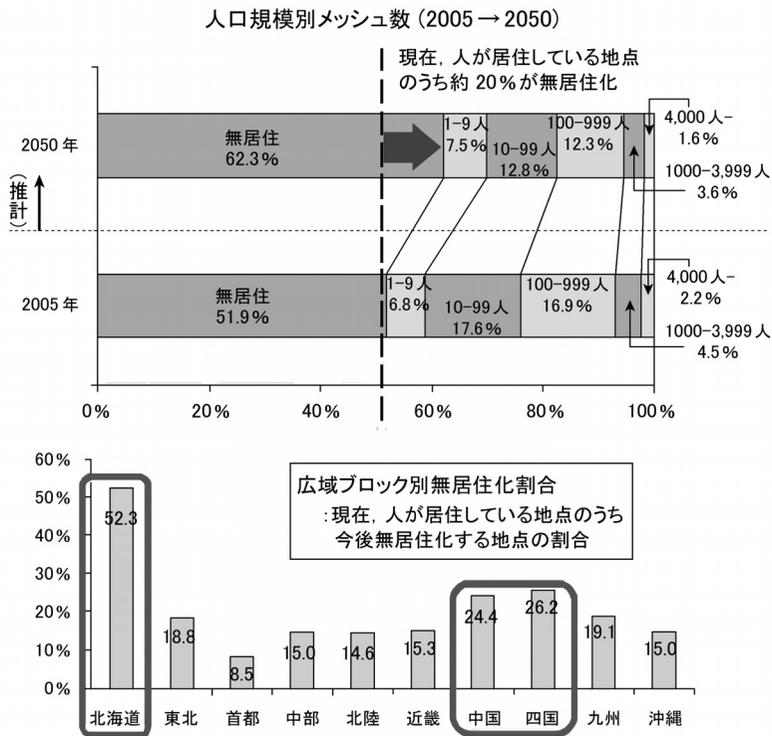


図6 無居住地比率

徒歩圏内に生鮮食品店が存在しない高齢者単独世帯数の推移

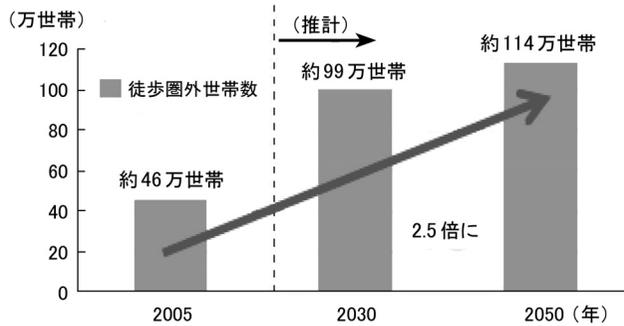


図7 買い物困難高齢者数の推移予測

図7に示すように、2005年に、徒歩圏内に食品店が存在しない高齢者単独世帯数が46万であったが、2030年には100万世帯に増加することが予想される。過疎地の高齢者単独世帯をささえるのが、非常に困難になってきている。

III. 制度改革として何をすべきか

病床機能報告制度がもうすぐ運用され、都道府県ごとに地域医療ビジョンの作成が始まる。病床機能報告制度および地域医療ビジョンとは、どのような仕組みで、何が目的とするものであるか、なぜ、病床機能報告制度や地域医療ビジョンの考えが導入されるようになったかの社会的背景について述べる。また、国全体では「急性期を減らして亜急性期を増やす方向にある」が、地域によって医療提供体制は大きく異なるため、地域医療ビジョンの実現に向けて、どのような制度改革が必要になっていくかについても考察を加える。

1. わが国の今後の人口構成の変化

病床機能報告制度や地域医療ビジョンによる医療提供体制の改革が必要になる根底には、わが国の人口構成が、今後劇的に変化し、その変化に対応するよう医療提供体制が変わる必要があるという事情が存在する。前述の図3の2010年から2040年にかけてのわが国全体の人口の動向に示すごとく、まず、注目すべきは、0～64歳人口が毎年100万人ずつ減少することである。この傾向は、少なくとも今世紀末まで続くと予測されている。一方

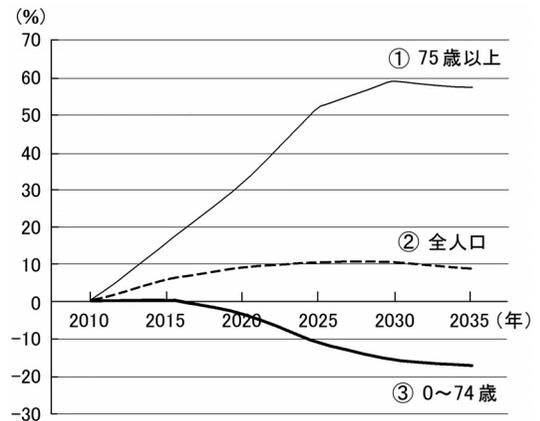


図8 0～74歳と75歳以上医療費将来予測

75歳以上人口は、2025年頃まで年間50万人のスピードで急増し、2025年から増加スピードが鈍り、2030年以降横ばいになる。

2. 我が国の年齢階級別医療需要の推移予測

この急増する後期高齢者に対応する医療と、今後毎年100万人ずつ減少を続ける若年向けの医療の調整をどのように行うかが、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8は、各年代の使用する一人当たりの医療費は今後も変わらないと仮定し、図3の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グラフである。真ん中の線②(全人口)は、総医療費の推移予測である。

2025年の11.1%増がピークであり、その後減少に転じる。一番上の線①(75歳以上)は、75歳以上の医療費の推移予測を示す。75歳以上は、2025年に向けて急増、2030年のピーク値は2010年比59.3%増という結果になった。一番下に位置する線③(0~74歳)は、0~74歳の医療需要の推移を示す。0~74歳の医療需要は、2015年から2020年まで微減、2020年から急激に減少する。2010年から2035年にかけて医療需要は16.8%減少し、0~74歳の医療需要は、その後も一貫して減少を続ける。2020年から急激な減少が始まるのは、2022年から2024年にかけて団塊の世代が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、今後減り続ける0~74歳の医療事情に対応する形で変化していく必要がある。

3. 後期高齢者が主に必要とする医療とは

それでは、0~74歳が必要とする医療とは、どのような医療であろうか。これは従来の急性期医療、言い方を変えれば、治癒を目的とする医療である。一方、図8のグラフの線①(75歳以上)で示された75歳以上が必要とする医療とは、どのような医療であろうか。75歳以上の後期高齢者も、従来型の急性期医療を必要とする場面も多いが、後期高齢者が主に必要とする医療とは、病気は完全に治らなくとも、地域で生活を続けられるような身体も環境も整えてくれるような「生活支援型医療」であり、年齢が進めば進むほど、この傾向は強まる。このような医療の主な担い手は、かかりつけ医と今年の診療改定で新設された地域包括ケア支援病棟であろう。地域包括ケア支援病棟では、患者(主に後期高齢者)が家や施設で調子が悪くなった時に、地域での生活復帰を意識したりハビリを行いながら、病気と年齢や体力などを考慮した治療が行われる。更に、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の提供を行いながら在宅復帰を目指すことや、地域での看取り医療も地域包括ケア支援病棟の重要な役割である。

4. 病床機能報告制度とは、地域医療ビジョンとは これまで述べてきた人口構造変化に対応する形

で医療提供体制を変えていくために国が用意した仕組みが、病床機能報告制度と地域医療ビジョンと考えられる。病床機能報告制度とは、「各医療機関(診療所を含む。)が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組み(平成24年6月15日急性期医療に関する作業グループ)」のことである。この制度が始まると、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つのカテゴリーに合わせて、それぞれの病院が、「急性期〇〇床、回復期〇〇床、慢性期〇〇床」という形で自院のベッド数を都道府県に報告することになるだろう。先に述べた従来型の急性期は「高度急性期」「急性期の一部」、生活支援型は「急性期の一部」、「回復期」「慢性期」という対応がつけられる。

一方、地域医療ビジョンとは、「地域の将来的な医療ニーズの見通しを踏まえながら、医療提供者等の主体的な関与の下で、新たな医療計画において、今後のその地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域ごとのグランドデザイン(平成24年6月15日急性期医療に関する作業グループ)」のことである。地域医療ビジョンを策定するに当たり、まず各地域の将来の「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つのカテゴリー別の必要病床数を推定し、その結果を踏まえ、病床区分ごとに基準病床数を設定することになるだろう。地域医療ビジョンは、機能別病床数のコントロールだけが目標ではないが、各病院からの機能別届け出病床数と、機能別の基準病床数との乖離の解消が、地域医療ビジョンの最重要課題になることは間違いない。

5. 今後わが国が目指すべき医療提供体制改革の方向性

わが国では、医療資源量においても、人口動態の推移においても、地域差が大きい。地域差を意識しつつ国全体との整合性を持たせながら医療提供体制改革を進める必要がある。すなわち、我が国全体では、「急性期病床を減らし、生活支援型病床を増やす」という転換が必要である。しかし、我が国の医療提供体制は地域差が非常に大きい

で、例えば、「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床も不足していて、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床する必要がある。…」という具合に、地域の状況に応じて地域医療のビジョンを作る必要がある。更に、各都道府県が作成するビジョンの合計が、国の目指すべき合計値と一致させるよう努力することも必要であろう。

6. 地域ごとの病床の過不足感を評価する

地域医療ビジョンが策定される前に、どの都道府県や二次医療圏の急性期病床と生活支援型病床の現在から将来の過不足感を明らかにすることは重要である。それらを明らかにするには各地域の現在の「急性期病床数」と「生活支援型病床数」、および両病床の将来重要見込みが必要となる。とはいえ、各地域や都道府県の「急性期病床数」や「生活支援型病床数」を示すデータは存在しない。そこで現在(2014年2月)公表されている「一般病床数」を急性期病床数の目安をつけるための指標とし、同じく現在公表されている「療養病床数」を生活支援型病床数の判断するための指標とし、現在の両病床の過不足感を評価した。また、現在(2011年10月)の「一般病床」「療養病床」別、年齢階級別入院患者数を用い、今後も各年代が現在と同様のパターンで入院を行うと仮定し、各地域の人口構成の推移予測を用いて2010年から2040

年までの全都道府県、および344個ある全二次医療圏の入院患者数の推計を行った。その推計結果をケアレビュー社が運営するインターネットサイトである「病院情報局」において無償で公開している。興味のある方は、ぜひ病院情報局にアクセスし、集計結果をダウンロードして、参照していただきたい。以下に、その結果の一部を示す。

表1は、全国の推計結果である。まず現在(2014年2月)一般病床が約101万床、療養病床が約33万床、合わせて約134万床あり、また現在(2011年10月)一般病床に約75万人、療養病床に約30万人、合計約104万人が入院し、約79%の病床稼働率であることがわかる。1日当たりの入院患者数は、一般病床も療養病床も増え続け、2025年には一般病床(≒急性期)は約92万人、療養病床(≒生活支援型)は46万人になる。現在の一般病床101万床から2025年の入院患者数92万人を引くと、2025年の病床過不足88,300床(余裕)が求められる。

7. 都道府県別一般、療養病床別病床数過不足予想推移

表2に都道府県別一般、療養病床別病床数過不足予想推移を示す。今回の算定方法をもとに評価した将来(2025年)の一般病床と療養病床の過不足を都道府県レベルで整理したクロス表である。先にも述べたように、今回の予測は、一般病床の平均在院日数が現在のままと仮定したものであり、2025年の実際の必要数は今回の予想よりも少な

表1 全国の既存病床数、入院患者数、1日当たり入院患者数予測の推移

	既存病床数 (2014年、床)	入院患者数 (2011年、人)	1日当たり入院患者数予測(人)							病床過不足(床)	
			2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2025年	2040年
一般病床	1,012,956	745,400	745,301	814,794	875,900	924,656	958,245	975,032	975,919	88,300	37,037
療養病床	331,739	299,300	294,286	351,261	407,716	458,189	500,907	535,613	558,223	-126,450	-226,484
合計	1,344,695	1,044,700	1,039,587	1,166,054	1,283,616	1,382,845	1,459,152	1,510,645	1,534,143	-38,150	-189,448

<情報の出典と計算方法>

既存病床数は、地方厚生局の届け出情報を基にした(2014年2月現在、病院および有床診療所の合計)。人口推計は、国立社会保障・人口問題研究所の「性・年齢階級(5歳毎)別人口推計」を利用。これに「2011年患者調査(病院および有床診療所)」における入院患者受療率の全国平均を掛け合わせて、入院患者数を予測した。

表 2 都道府県別一般、療養病床別病床数過不足予想推移

		一般病床						合計	
		将来不足		将来適正		将来過剰			
療養病床	将来過剰			山口県			徳島県	長崎県	7
							高知県	熊本県	
							佐賀県	鹿児島県	
	将来適正			富山県			北海道		4
							石川県		
							福岡県		
	将来不足	茨城県	静岡県	宮城県	山梨県	奈良県	青森県	岡山県	36
		埼玉県	愛知県	秋田県	長野県	島根県	岩手県	香川県	
		千葉県	三重県	山形県	滋賀県	広島県	栃木県	愛媛県	
		東京都		福島県	京都府	沖縄県	福井県	大分県	
神奈川県			群馬県	大阪府		和歌山県	宮崎県		
岐阜県			新潟県	兵庫県		鳥取県			
合計	9		18		20		47		

い可能性が高い。よって表 2 で一般病床が過剰と予測された 20 の都道府県は、今後地域医療ビジョンの策定において、一般病床(≒「急性期」と「高度急性期」)病床の削減を目指すことが求められる可能性が低い。ただし右下のブロックに属する青森県、岩手県、栃木県、福井県、和歌山県、鳥取県、岡山県、香川県、愛媛県、大分県、宮崎県は、療養病床(≒生活支援型病床)が不足しているので、急性期病床から地域包括ケア支援病棟などの生活支援型病棟への転換による急性期病床の削減が中心になると思われる。一方、右上の徳島県、高知県、佐賀県、長崎県、熊本県、鹿児島県は、一般病床も療養病床が現在も将来も過剰状態が予想されるので、地域医療ビジョンにおいて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。

一方左下のブロックに属する茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県は、生活支援型病床を中心とした病床の整備が必要であろう。

IV. まとめにかえて

今回使用できたデータは「一般病床」と「療養病床」であり、これから始める病床機能制度の「高機能急性期」、「一般急性期」、「回復期」、「長期療養」と、区分が異なる。ただしある程度の新病床区

分と現区分の整合性は取れるので、現在「一般病床」が多いと評価された病院は、「高機能病床」や「一般急性期」の病床の余裕が大きいという結果が出るであろう。また現在においても療養病床が不足と評価される地域は、将来「回復期」、「長期療養」のベッドの不足が急速に拡大していくことが予想される。今回は、「一般病床」、「療養病床」の年代別利用率に、社人研の人口の推移データを掛け合わせるにより、各都道府県、二次医療圏の患者予測数を算出した。都道府県や二次医療圏において、県境や二次医療圏を超えて移動する患者の影響を考慮していない。疾患ごと年代階級別入院比率を用いて推計を行っているので、疾患の地域差は考慮されていない。将来の平均在院日数の変化も考慮されていない。地域医療ビジョンにおいては、地域ごとにそれらのデータを用意し、これらの要素を組み込んで基準病床数を定めるべきであろう。病床機能報告制度および地域医療ビジョンは、わが国の医療提供体制を、これまでの人口増加社会に対応して作られた医療提供体制を、人口減少型社会に対応した医療提供体制に変える非常に大切な取り組みである。今後各都道府県が将来の地域の実情を反映しつつ、実現可能な計画を作成されることを切に願う。