

□寄稿□

日本の病床と地域医療構想

武藤 正樹¹

I. はじめに

日本の病床の特徴は以下の通りである。人口当たりの病床数では世界一、しかし病床当たりの医師、看護師などの職員配置数は手薄く、平均在院日数では世界で最長だ。本稿では、なぜ日本がこのような事態になったのかを見ていこう。そしてそれに対処する方法としての医療計画と地域医療構想について振り返ってみよう。

II. 日本の病床の国際比較

日本の人口当たりの病床数は先進各国の中でも際立って多い。図1で、2017年の人口当たりの病床数をOECD加盟国にロシア、中国などの非加盟国を合わせて41か国で比較してみよう。人口千人当たりの病床数が最も多いのは日本で13.1、次いで韓国11.9、ロシア8.1と続く。日本はドイツの1.8倍、フランスの2倍の病床数となっている。

このように日本は病床が極端に多いために、人口当たりの医師数、看護師数は各国と比べてそれほど変わらないのに、病院100床あたりの医師数、看護師数を比べると日本はその人数が少ない。図2の2009年の統計で見ると100床あたりの日本の医師数は15.7人、アメリカの79.4人に対して5分の1と少ない。看護師数も日本は69.4人に対してアメリカでは350.8人の5分の1ぐらいだ。つまり日本では病床数が多いために、病床あたりの医師、看護師の配置数が手薄になっている。

このように日本の病院は手薄な医師、看護師で患者の診療を行っている。このためその平均在院日数が他国より長い。平均在院日数というのは、患者が病院に入院してから退院するまでの期間が平均どのくらいか

を表す指標で、病院の生産性や効率性を表す指標だ。平均在院日数が短ければ短いほど、一つの病床を何人も患者が回転して使うので、病床あたりの生産性や効率性が高いといえる。国際比較に使われる平均在院日数は退院した患者がどれだけの日数、入院していたかを調べて、その入院合計日数を患者数で割ったものだ。

図3はその平均在院日数は国際比較だが、日本は近年減りつつあるが、なお18.2日と長い。一方アメリカは4.9日だ。日本の4分の1の長さだ。OECD諸国の平均7.1日で、日本はその平均の2.5倍も長い。つまり日本は病床あたりの医療従事者数が手薄なので、短期間に多くの患者を診ることができない。つまり医療の生産性や効率性が各国から比べると低いのだ。

III. 日本の病床過剰のワケ

どうして日本は先進各国の中でも、人口当たりの病床が過剰となったのだろうか？

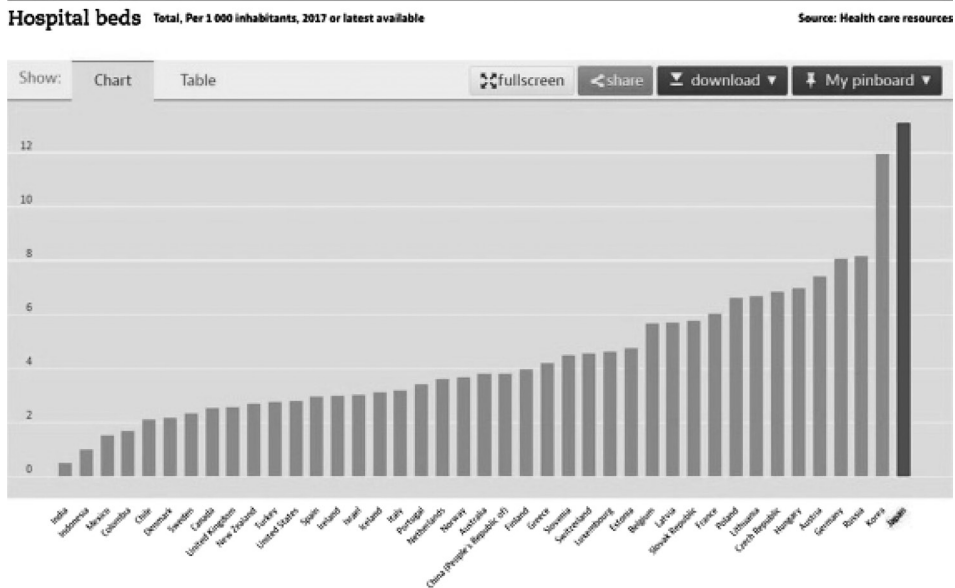
実は、今から55年前、1965年のころは先進各国とも日本と同じような状況だった。図4でみるように1965年ころには人口千人当たりの病床数は各国とも8～10床と似たようなものだった。つまりこのころは各国とも人口当たりの病床が多く、1床当たりの職員数が少なく、平均在院日数も長いという状態だった。

理由は第二次世界大戦が終わったあと、各国では一斉に病院と病床を増やしたことによる。その理由は、医療の技術革新と戦後の好景気があげられる。戦後におきた新規の医療技術や新しい治療法の開発で、病院の需要が高まる。そしてそれを戦後の好景気が後押しした。

しかし先進各国は1970年代に入って石油危機（オ

¹ 国際医療福祉大学大学院 教授（医療福祉経営専攻・医学研究科公衆衛生学専攻）

病床数
(人口千人当たり、2017年もしくは直近年)



Source: OECD (2018), Hospital beds (indicator). doi: 10.1787/0191328e-en (Accessed on 24 August 2018)

図1 病床数（人口千人当たり，2017年もしくは直近年）

医療提供体制の各国比較(2009年)

国名	平均在院日数	病床数 (人口千人当たり)	医師数 (病床百床当たり)	医師数 (人口千人当たり)	看護職員数 (病床百床当たり)	看護職員数 (人口千人当たり)
日本	33.2	13.7	15.7*	2.2*	69.4*	9.5*
ドイツ	9.8	8.2	44.1	3.6	133.2	11.0
フランス	12.8	6.6	49.3	3.3	123.6	8.2
イギリス	7.8	3.3	81.1	2.7	289.9	9.7
アメリカ	6.3	3.1	79.4	2.4	350.8	10.8

注1: *は2008年の数値 (出典)「OECD Health Data 2011」

図2 医療提供体制の各国比較 (2009年)

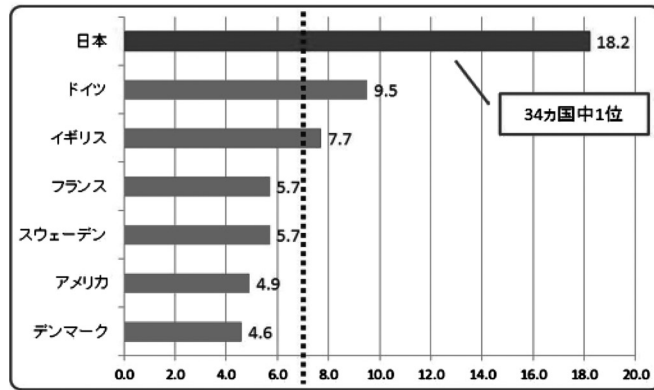
イルショック) から経済後退期に入る。オイルショックとはイスラエルとアラブ産油国の間でおきた中東戦争を契機に、イスラエルに味方した国には石油を売らないとアラブ産油国が言い出したことから始まる。このため石油価格が高騰し、石油資源に頼っていた先進各国の経済が大きなダメージを受けることになった。

このためそれまで順調に数を増やしていた病院の病床だったが、このオイルショックを契機に、先進各国はとくに急性期病床の数を絞り込み、病床当たりの職

員数を増やし、平均在院日数を減らすという病床の構造改革へ向けて動きだした。また医療の技術革新もその動きに拍車をかけた。つまり医療技術が高度化、複雑化したので、昔のような手薄な職員では、高度化した医療に対処できなくなったからだ。図4でみるように各国とも急性期病床を絞り込み、結果として病院病床当たりの職員数を増やし、そして平均在院日数の短縮に成功している。日本をのぞく先進各国はこのように1970年代に病床の構造改革を行ってその適正化を図ったのだ。

こうした中で、日本だけがなぜか1970年代から先進各国の進んだ方向とは逆向きに走り出す。この時の日本は病床数を増やしたのだ。このとき増えたのが慢性期の療養病床、すなわち老人病院だ(図4の日本②)。この理由は、1973年の田中角栄内閣の時に始まった老人医療費無料化にある。老人医療費無料化は経済成長を背景に、最初自治体から始まった老人に対するバラマキ政策だ。結局、国もこの自治体の動きに引きずられて無料化を行う。この時に、国際的な基準でいえばナーシングホームのような施設を病院化して、多

平均在院日数 全病床 2010年
OECD平均7.1日



出典: OECD Health Data 2012より作成

図3 平均在院日数 全病床 2010年

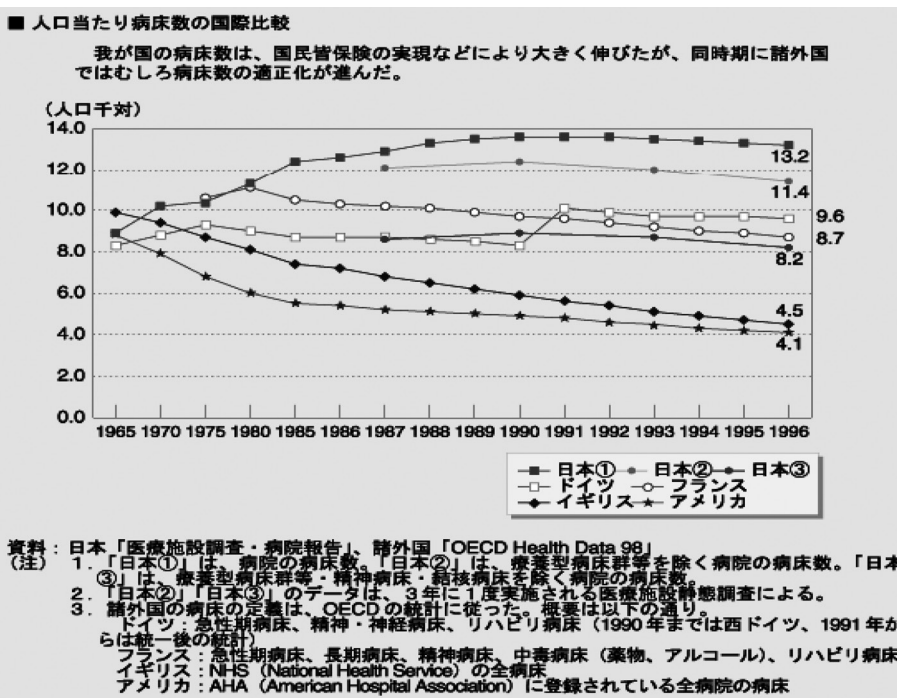


図4 人口当たり病床数の国際比較

くの高齢患者の社会的入院患者の受入れに走ったのだ。そしてその増加が急激であったことから、医療法上の医師、看護師の配置基準も満たさないような老人病院が続々と現れた。そしてこれらの配置基準を満たさない老人病院を特例許可老人病院、さらにその基準すらも満たさない病院を特例許可外老人病院として医療法で追認することまで行った。

この結果、特例許可老人病院が30万床にも増加し

た。こうした老人病院が、出来高払いということもあって薬漬け、検査漬けや社会的入院の温床となった。その是正のために、特例許可病床はその後介護力強化病院制度、療養型病床群、療養病床へと変遷してきた。これが今日の病院病床の過剰の一つの要因となっている。

IV. 医療計画による駆け込み増床

さてこのように増え続ける日本の病床にブレーキをかけるために1985年に医療計画がスタートする。医療計画は医療法に定められた医療提供体制の基本計画のことだ。国が医療計画のガイドラインを作成し、都道府県がそれぞれの実情に合わせて計画を作成する。この計画の作成はまず二次医療圏という区域を全国に設定するところから始まる。二次医療圏とはその区域の中で入院医療が完結することを目標に設定された広域市町村圏域で、全国360の二次医療圏が設定されている。たとえば東京都の場合は13の二次医療圏がある。国際医療福祉大学三田病院のある港区は、区中央部という二次医療圏で、港区、中央区、千代田区、台東区からなる。

そして医療圏ごとに基準病床数（一般病床と療養病床）の上限値を設定し、これ以上の病床を増やすことを認めないという病床規制を行ったのだ。

ところがこの病床規制を目的に始まった医療計画が、アダになる。というのも病床規制である医療計画がスタートすることが発表されたと同時に、医療計画によるいわゆる駆け込み増床が始まる。医療計画が始まると病床を増やすことができなくなるので、その前に病床を増やしてしまおうというわけだ。この駆け込み増床のためなんと20万床も増えてしまった。病床規制を目指した医療計画が逆に病床数を増やしてし

まったという皮肉な結果になる。図5に戦後の日本の三つの増床ピークを示す。第一のピークは国民皆保険が完成した1960年代のピーク、二つ目のピークは先述した特例許可病床（老人病院）のピーク、そして三つ目のピークは駆け込み増床ピークだ。第一のピークは国民皆保険により巨大な保険ファンドができたため病院の建築ラッシュが起きる。ところがこの後の特例許可病床と駆け込み増床は、明らかに政策の失敗だ。この第二の特例許可老人病院と第三の駆け込み増床のピークが日本の病床過剰の原因となっている。

V. 病床の構造改革～地域医療構想～

このように膨れ上がった病床に対して、病床を根本的に見直そうという動きはさらに続く。最近のトピックスは日本の病床をこれまでの「一般病床」と「療養病床」という大くくりの病床機能区分をさらに精緻な機能区分に置き換えること、そして日本のこれからの高齢化と若年人口の減少に対応するための病床の構造改革を行うことだ。これが「地域医療構想」と呼ばれる病床の構造改革だ。

地域医療構想とは医療計画の一環として、2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保法）に基づいて行われている。具体的には2014年10月から地域医療構想が全国の都

日本の増床三つのピーク

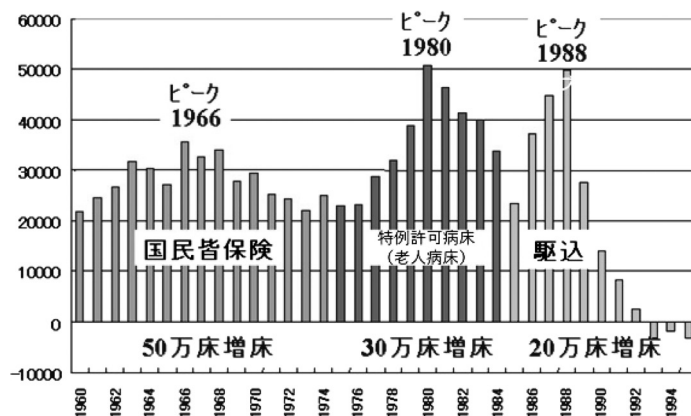


図5 日本の増床三つのピーク

道府県でスタートした。それから2年半が経過して、2016年には全都道府県で地域医療構想の作成が完了した。

地域医療構想とは、800万人の団塊の世代すべてが後期高齢者となる2025年の必要病床数を推計する試みで、地域医療計画の一環でもある。2017年3月に報道された地域医療構想の全国集計値によると、病床数（一般病床と療養病床）は2013年の134万床から2025年には119.8万床へと約15.6万床も減少することがわかった。この119.8万床という集計値は2015年に発表された内閣府の専門調査会の推計、115万～119万床の上限値に近い数字である（図6）。地域医療構想は人口が減り、特に若年人口が減り、高齢者が増加し、人口構造や疾病構造の変化に対応して病床の構造改革を図るための施策だ。

さて、地域医療構想では以下の前提で2025年の推計を行った。先述したようにこれまで一般病床と療養病床という大きなくくりだった病床区分を、まず病期ごとに①高度急性期、②急性期、③回復期、④慢性期の4つの医療機能区分に分けた（図7）。

高度急性期、急性期、回復期については、レセプト

情報から医療資源投入量という概念を用いて推計した。医療資源投入量とは、1日当たりの入院費のうち、医薬品、検査、手術、処置、画像などの医療資源の投入量のこと、投入量の多い順に高度急性期、急性期、回復期の機能区分に分けた。具体的には、医療資源投入量3,000点以上を高度急性期、3,000～600点を急性期、600～175点を回復期と定義し、2013年のレセプトデータから病床機能区分ごとの患者数を推計した。次いで2025年の人口推計から同年の患者数を推計し、それを病床利用率で割り返して病床機能区分ごとの病床数を推計した。

ただし、慢性期については、療養病床が包括払いのため、出来高の医療資源投入量の指標が使えないことから、別の指標を用いた。それが療養病床の入院受療率である。入院受療率は都道府県格差が大きく、最大の高知県と最小の山梨県の間に5倍もの格差がある。この都道府県格差を収斂する方向、すなわち最大の高知県の入院受療率を山梨県の入院受療率へ収斂する方向で、慢性期の推計値が出されることになった。

また地域医療構想では、同時に在宅必要量も推計した。その際、療養病床の軽症患者の医療区分1の

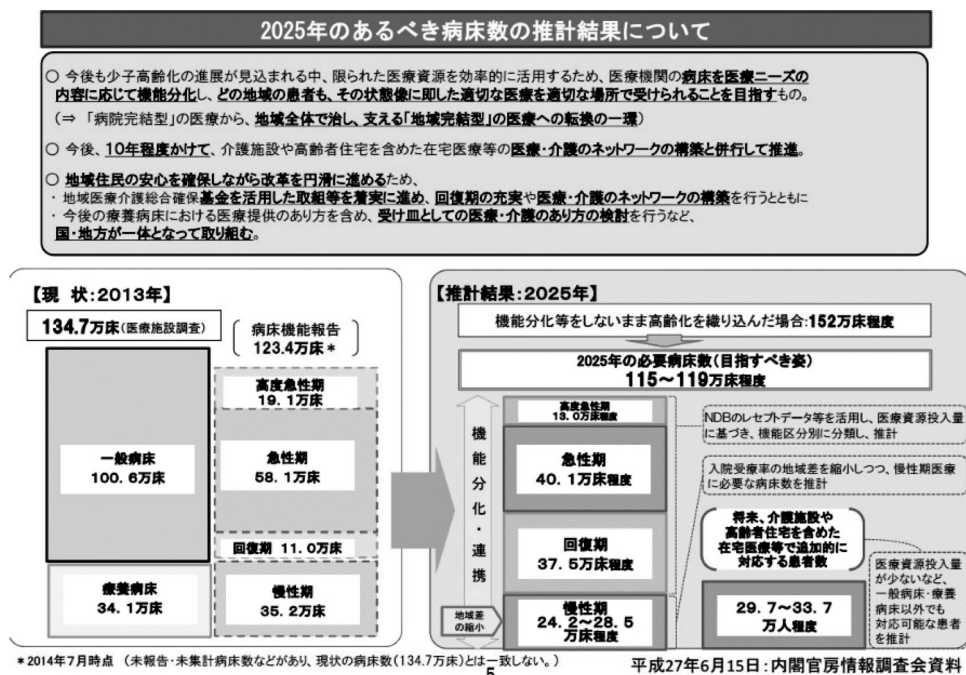


図6 地域医療構想

○4つの医療機能

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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病種の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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

図7 4つの医療機能

70%と、一般病床の医療資源投入量の175点以下の患者を在宅へ移行するという前提を置いた。この結果、2025年の在宅必要量は29.7万～33.7万人、つまり約30万人と推計された。その内訳は、療養病床の医療区分1の70%が約20万人、一般病床の医療資源投入量1日175点以下（軽症者）が約10万人と想定されている。厚労省は、一般病床の軽症患者は基本的には外来医療で対応し、療養病床の患者は、後述する「介護医療院（仮称）」等への転換見込量を除いたうえで、外来、在宅医療、介護サービス等で対応する考えを示している。

さて地域医療構想では、人口構造、疾病構造の変化に合わせて、2025年には高度急性期・急性期病床は減り、回復期病床は増え、慢性期病床は先の特例許可病床に由来する療養病床を減らすという方向性で進められている。そして同時に30万人の在宅への移行も進めることになる。ただ在宅といっても、自宅ばかりが在宅ではない。特養、老健、老人ホーム、ケアハウス、サ高住など様々な介護・医療サービスを受けられる居住系施設を充実させなければならない。特に我が国で遅れているのが、ケア付き住宅の整備である。すでにデンマークのような北欧先進国では、1990年代の終わりに高齢者の住宅政策を特養のような介護施設からケア付き住宅へと転換している。先進国ともこ

うした住宅政策の転換を90年代に行い、ケア付き住宅の整備を行った。このため我が国でもようやく2011年に高齢者住まい法を改正して、サービス付き高齢者向け住宅の整備が始まったところだ。

このように2025年に向けて、病院から在宅や介護施設へ、そして特養のような介護施設からケア付き住宅へと政策の軸足が移っていく。「もっぱら在宅、時々入院」といわれるように、自宅、居住系サービス、介護施設を組み合わせ、住み慣れた地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムが政策の中心となっている。

VI. 医療・介護のマンパワー不足

しかし、こうしたハコモノ政策だけでは2025年の高齢者を支えることはできない。支えるためのマンパワーが大事だ。ところが、若者人口はこれからは確実に減る。2015～2025年に全人口は455万人も減るが、内訳は65歳以上人口の290万人増に対して、生産年齢人口は558万人減。2025年には介護職員が253万人必要となるが、供給見込みは多く見積もっても215万人、約38万人の介護職員不足が見込まれている。訪問看護師は現在3万人だが、2025年には15万人が必要とされる。

最新の国勢調査では、労働力人口が前回より217万

人減の6152万人になった。こんなに労働力人口が減ったことは今までになかった。また、産業分野別の人口構成も劇的に変化している。就業人口の最多は今でも製造業の955万人だが、2000年と比べて244万人も減少し、2番目の卸売業・小売業も239万人減の900万人だ。一方、3番目の医療・福祉は275万人増の702万人で、全国で医療・福祉の就業人口が全就業人口の11.9%を占めるといふ。2020年の東京オリンピックが終わって5年後の2025年、医療・福祉の就業人口が全産業でトップとなることは間違いない。

このような就業人口の産業別構成比の激変をもってしても人手不足が見込まれているのが、医療・介護・福祉業界だ。こうしたなか、2016年に内閣官房まち・

ひと・しごと創生本部事務局総括官に就任した唐澤剛氏は都内の講演で、「今後ますます深刻化する人手不足に対応するためには、(1) 医療介護スタッフの総合力の評価、(2) ICT、移動支援機器、ロボットの活用、(3) 複数資格取得者の評価が必要」と提案した。2025年へ向けて医療・介護福祉業界の「働き方改革」が地域医療構想の実現にとって喫緊の課題であることは間違いない。

文献

- 1) 武藤正樹. 脱病院で始まる地域医療福祉入門. 東京: ぱる出版, 2019
- 2) 武藤正樹. 地域医療構想策定ガイドライン. 週刊社会保障 2015; 69(2813): 35-36