

動き始めた地域医療 構想の意義と課題

～病床再編で進む医療の効率化～

政策調査部 神田 慶司／亀井 亜希子

要 約

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を見据え、地域の実情に合わせた医療提供体制を構築するための計画である地域医療構想が実行段階に入った。地域医療構想では、医療機関の自主的な取り組みや関係者間の協議により、全国 341 の構想区域ごとに病床機能の分化・連携が進められる。

2025 年の病床数は全国で 2015 年比 6 % の削減が必要とされる見通しだが、地域別に見た将来像は大きく異なる。都市部では病床数を増やす必要がある一方、約 8 割の構想区域では削減する必要がある、そのおよそ半分は 20 % 超の削減が見込まれる。機械的な試算ではあるが、地域医療構想の実現により、入院医療費は 5 ～ 10 % 程度抑制されると推計される。

地域医療構想を実現するための主な課題としては、①病床機能報告制度の改善、②病床機能の分化・連携を着実に進めるための制度対応、③約 30 万人と見込まれる慢性期の入院患者の新たな受け皿の確保——の 3 つが挙げられる。

人口減少・高齢化は長期に進展すると見込まれ、医療需要はそれを反映して変化するだろう。地域医療構想の枠組みを制度インフラとして定着させ、2025 年以降も医療提供体制を定期的に見直していくべきである。

目 次

- 1 章 地域医療構想とは
- 2 章 地域医療構想で地域の医療提供体制はどう変わるか
- 3 章 病床機能の分化・連携がもたらす医療費抑制効果
- 4 章 地域医療構想の実現に向けた課題
- 5 章 おわりに

1 章 地域医療構想とは

1. 全都道府県が地域医療構想を策定

入院医療の提供体制には、人口当たり病床数の地域差が大きいという特徴がある。病床数の多い地域では、病床の稼働率を上げようと入院医療サービスが必要以上に提供される傾向があり、結果として医療費の高額化を招いている。他方、医療需要の中心は高齢化を背景に急性期から慢性期へ変遷しており、人口減少・高齢化の進展度合いは地域ごとに異なっている。だが、各医療機関が担う医療機能は自主選択に任されており、医療機関間の機能分担が曖昧で連携が十分でないことから、地域の実情に合わせた医療が効率的に提供されていないという課題がある。

既に 40 兆円を超えた国民医療費は長期に増加することが見込まれており、家計と企業の保険料負担や国・地方の財政負担はますます重くなるとみられる。地域ごとに医療機関間の医療機能の適切な分化・連携を進め、限られた医療資源を効率的に配分していく必要がある。

この点、地域医療構想を実現する意義は大きい。地域医療構想とは、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を見据え、各地域の必要病床数を医療機能別に将来推計し、その地域にふさわしいバランスの取れた病床機能の分化・連携を推進する計画である。全ての都道府県は地域医療構想の策定を 2016 年度末までに完了しており、実行段階に入っている。

病床数のコントロールは 1985 年に導入された

医療計画¹に基づき行われてきた。具体的には、一定の算定式から地域ごとに基準となる病床数を算出し、実際の病床数がこれを上回る地域を病床過剰地域と見なして病院の新設や増床に制限をかけている。医療計画の効果もあって病床数は 1990 年頃から緩やかに減少しているが、先述のように現状の医療提供体制には多くの課題が残っている。

地域医療構想は 2012 年 11 月から 2013 年 8 月にかけて、政権交代を挟んで開催された社会保障制度改革国民会議（以下、国民会議）で打ち出された²。2014 年 6 月には国民会議の報告書をベースとした医療介護総合確保推進法³が成立し、これに伴って改正された医療法により、各都道府県が地域医療構想を策定することが医療計画に追記された。

そこで本稿では、地域医療構想を概観した上で、実現した場合に日本全体や各地域にどのような影響がもたらされるのか、また地域医療構想の実現にはどのような課題があるのかについて検討する。

2. 地域医療構想の策定・推進プロセス

地域医療構想は、①構想区域を設定、②構想区域ごとに 2025 年の必要病床数を医療機能別に推計、③病床機能報告制度に基づき、各医療機関が現在及び将来の病床数と病床機能を報告し、構想区域内で情報を共有、④医療機関の自主的な取り組み及び地域医療構想調整会議（以下、調整会議）を活用した医療機関相互での協議により、病床機

1) 都道府県が地域の実情に応じて医療提供体制の確保を図るために策定する計画。おおむね 5 年に一度改定されており、現在は第 6 次（2013～17 年度）に当たる。

2) 国民会議では「地域医療ビジョン」と呼ばれていた。

3) 正式名称は、「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」

能の分化・連携を推進、⑤病床機能の分化・連携が進まない場合、都道府県知事が医療機関に対して病床再編を要請・命令——といったプロセスで進められる。

1) 構想区域の設定

地域医療構想では、構想区域と呼ばれる地域単位で将来の必要病床数を推計するとされている。構想区域は二次医療圏⁴を原則としているが、人口規模や患者の受療動向、疾病構造の変化など地域の実情を勘案して柔軟に設定することもできる。

全国で341の構想区域が設定されたが、このうち41都道府県の328区域は二次医療圏と一致している。残り6県13区域のうち、神奈川県や愛知県など5県6区域では、2つないし3つの医療圏が1つの区域に統合された⁵。また、三重県では3つの医療圏がそれぞれ2つないし3つに分割され、7区域が設定された。

2) 2025年の必要病床数を構想区域別に推計

地域医療構想では、都道府県が厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき、厚生労働省から提供されたデータや推計ツールを利用し

て、構想区域別に2025年の入院医療需要を4つの医療機能別（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）に推計する⁶。

その際、慢性期の医療需要（療養病床の入院患者数）については、医療の必要度が相対的に少ない「医療区分1」⁷に該当する患者の7割を在宅医療等⁸で対応し、残りの3割は病床機能の機能分化・連携を通じて入院受療率（人口当たり入院患者数）の地域差を縮小させつつ、慢性期病床で引き続き対応することとされている。また、一般病床において医療資源の投入量が低い慢性期患者についても、在宅医療等で対応する。

現在の在宅医療等の体制を拡充して対応すると想定されている慢性期の患者数は全国で30万人程度（2013年比）と推計されており、現在の入院医療中心の「病院完結型」医療から在宅医療等を含めた「地域完結型」医療へ転換する姿が描かれている。すなわち、地域医療構想の実現に際しては、特に慢性期患者に対して、地域ごとに医療と介護を一体として包括的にサービスを提供する体制（地域包括ケアシステム）の構築が同時に求められている。

4) 二次医療圏とは、一通りの一般の入院医療を提供している医療圏（一体の区域として、入院医療を提供することが相当である単位）であり、各地域の地理的条件や交通事情などを踏まえて区分された地域的な単位である。二次医療圏（現時点で344）は基本的な行政区画である市町村ベースで見ると実態を示していると考えられる。

5) 福島県（2医療圏→1区域）、神奈川県（3医療圏→1区域）、愛知県（2医療圏→1区域）、香川県（2医療圏→1区域、2医療圏→1区域）、熊本県（2医療圏→1区域）。

6) 「高度急性期機能」は、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」は、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」は、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。「慢性期機能」は、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。

7) 医療区分2（筋ジストロフィー症やALS、その他の難病など）や医療区分3（スモン、医師等により常時監視及び管理を実施している状態など）以外の患者である。

8) 居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

3) 病床機能報告制度

病床機能の分化・連携を進めるためには、各医療機関が担っている機能を把握し、医療機関相互でその情報を共有する必要がある。医療法上、病床には高度急性期・急性期・回復期の各機能を提供する「一般病床」と、慢性期の医療を提供する「療養病床」があるが、高齢化で増加する慢性期の医療需要を療養病床だけでは賄えず、一般病床でも受け入れるといった実態があり、医療機能と医療法上の病床区分との対応関係が曖昧になっている。

そこで、病床の使用実態を把握すべく病床機能報告制度が2014年10月に導入された。これにより、病床を持つ全ての医療機関は4つの病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の中から自らの判断で1つを選択し、病院は病棟単位で、診療所は診療所単位で都道府県へ毎年報告することが義務づけられた。

ここでいう病棟とは、入院医療を担う看護体制の1単位を指す⁹⁾。地域医療構想では、医療機関は病棟別に選択した医療機能に収れんさせることが期待されている。ただし、それは各医療機関が1つの医療機能しか提供しないということの意味するわけではない。複数の病棟を持つ医療機関では複数の医療機能を提供する場合もあるし、4つ全ての医療機能を提供する場合もある。

4) 調整会議の協議を通じた病床機能の分化・連携の推進

日本では自由開業制・自由標榜制が採られており、医療機関は民間による開設が大半を占めるため、国や都道府県が医療機関の病床数を直接的に

コントロールできないという運営上の難しさがある。そこで地域医療構想では、構想区域ごとに調整会議が設置され、医療関係者、社会福祉団体、市町村、医療保険者といった幅広い関係者がこれに参加し、病床機能報告の情報を共有した上で、病床機能の分化・連携について協議することになっている。

入院診療収益は医業収益の4割強を占めており、病床数の削減や病床機能の転換は経営悪化につながる恐れがあるため、個々の医療機関が受け入れることは容易でないだろう。そこで、都道府県は地域医療介護総合確保基金を活用して資金面から病床機能の分化・連携を支援する。国は各都道府県の取り組み状況に応じて地域医療介護総合確保基金の配分にメリハリをつけ、毎年度進捗を把握・公表する。

5) 実現が進まない場合、都道府県知事が医療機関に対して病床再編を要請・命令

調整会議での合意に従わない医療機関が現れた場合や、地域医療構想で定められた必要量に照らして過剰な医療機能に病床を転換しようとする場合などに対処するため、都道府県知事には次のような権限を与えられている。

すなわち、民間の医療機関に対して、病床を過剰な医療機能に転換することを中止したり、不足する医療機能への転換を促したりするよう要請（公的医療機関等に対しては命令・指示）することができる¹⁰⁾。要請に従わない場合は勧告を行い、それでも従わない場合には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取り消し等を行うことができる。

9) 特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位が病棟として扱われる。

10) 実施には都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

2章 地域医療構想で地域の医療提供体制はどう変わるか

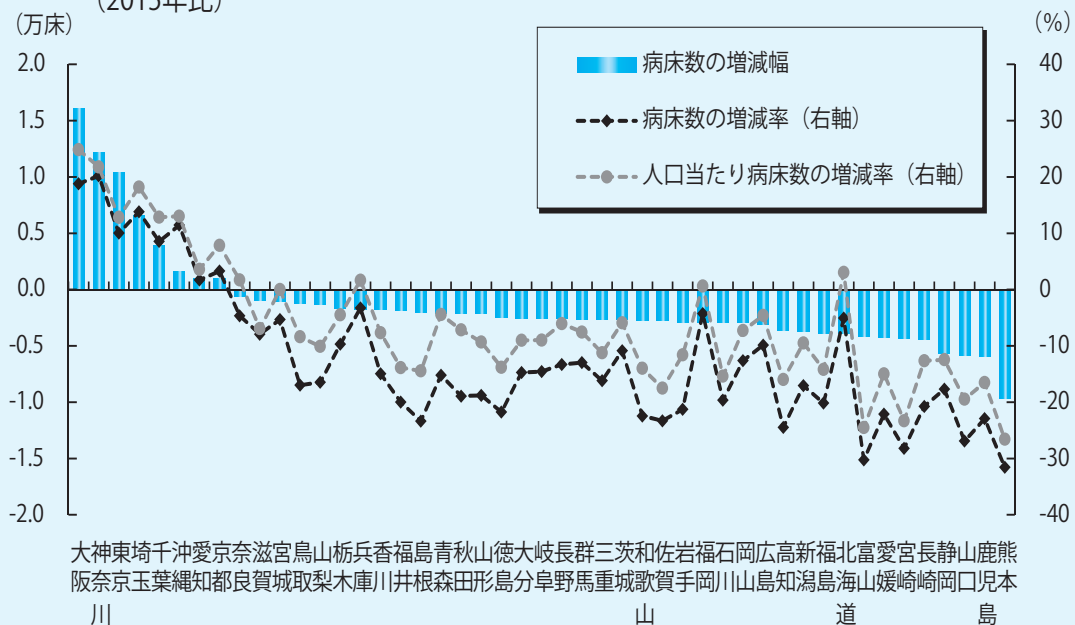
1. 地域別に見れば病床数の増減幅はかなり大きい

2016年度末に出揃った47都道府県の地域医療構想を集計すると、2025年における日本全体の必要病床数は119万床と見込まれている。2015年度の病床機能報告における集計対象施設の許可病床数は合計127万床であったから、今後10年間で6.2%減少する見通しである。他方、2025年までに総人口は5.1%の減少と見込まれるため¹¹⁾、病床数の減少率は人口の減少率をわず

かに上回る程度である。すなわち、人口当たり病床数は病床機能の分化・連携が進んだ後もほぼ同じ水準を維持する姿が描かれている。

ただし、地域別に見た将来像は大きく異なる。図表1は2025年の必要病床数が2015年の病床数に比べてどの程度増減するのかを都道府県別に棒グラフで示している。2025年の必要病床数は、個々の医療機関内での病棟の構成や個々の病棟単位での患者の割合などが正確に反映されたものではないため、病床機能報告の病床数と厳密に比較できるものではない。そのため、2025年の必要病床数はあくまで目安と捉えるべきであるが、39道県では病床数を大幅に調整する必要がある。

図表1 都道府県別に見た2025年の病床数の増減幅と人口当たり病床数の増減率
(2015年比)



(注) 2015年の病床数は未回答分を含まない

(出所) 総務省統計、厚生労働省 第4回地域医療構想に関するワーキンググループ資料 (2017年5月10日) 等から大和総研作成

11) 2015年国勢調査と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」における2025年の総人口を比較。

図表1の折線グラフが示すように、ほとんどの地域では2015年に比べて病床数を20%前後削減する必要があり、中でも熊本県では32%（約1万床）の削減が必要となる見込みである。

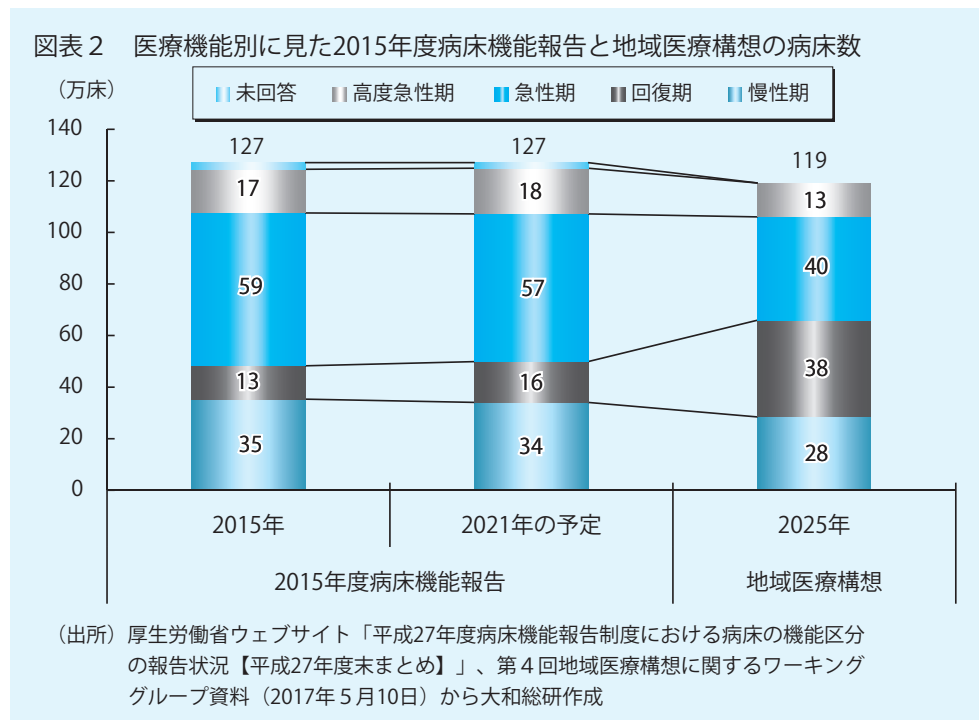
構想区域別に見ても、全国341区域のうち270区域（約8割）で病床数の削減が必要となる見通しである。そのうち、およそ半分の区域では2015年に比べて20%超の調整が見込まれる。それらの地域ではかなりの規模の病床再編を医療機関に求めることになるだけに、地域医療構想の実現の不確実性は大きい。

反対に、東京都や大阪府、愛知県など8都府県では病床数を増やす必要がある。病床数の増加が最も必要となる大阪府では約1.6万床（19%）増と見込まれる。病床数の削減が必要と見込まれる地域でも、人口当たりで見れば、北海道や兵庫

県、福岡県、宮城県といった大都市を抱える地域では2015年から微増ないし横ばいの見通しである。

2. 特に病床機能の転換が求められる高度急性期・急性期病床

各病床が担う高度急性期・急性期・回復期・慢性期という4つの医療機能の割合は、地域医療構想の実現によってどのように変わるのだろうか。図表2は2015年度の病床機能報告の病床数と、地域医療構想における2025年の必要病床数を医療機能別に比較している。病床機能報告制度では、各病床の医療機能について現状（各年7月1日時点）だけでなく、6年後の予定についても報告が義務づけられており、図表2には報告された2021年の病床数も掲載している¹²⁾。



¹²⁾ 病床機能報告制度では2025年7月1日時点の予定についても報告が求められている。ただし任意であることから、回答率は50%にとどまる。

なお、4章で述べるように、現時点で病床機能報告制度には定量的な基準がないため、集計結果は実態を正確に反映したものではない。今後、制度が実効的に改善されなければ改革の現状を十分に把握できず、病床機能の分化・連携はうまく進まないだろう。本稿では病床機能報告のほかにデータがないため、病床機能報告を基に議論するが、その内容は幅を持って見る必要がある。

そのことに留意した上で図表2を見ると、2015年の高度急性期・急性期病床は計76万床である。高度急性期・急性期病床が全体の60%を占めている背景には、診療報酬算定上の病床区分である7対1病床（高度急性期・急性期の状態にある患者7人に対して看護師1人を手厚く配置する病床）の公定価格が2006年度の診療報酬改定で引き上げられたことにより、急性期病床が政府の想定を大きく上回って増加したという経緯がある。2014年度の診療報酬改定で算定要件が見直されたこともあり、7対1病床は徐々に減少しているが、それでも一般病床の大半を占めている。

2021年における高度急性期・急性期病床の予定病床数は計75万床と、2015年の病床数とほぼ変わらない。これは、調整会議での協議が行われる前の調査結果であり、将来を見通しにくいことから、現状と同じ内容で回答した医療機関が多かったためと考えられる。地域医療構想の必要病床数を実現するとすれば、これを2025年には53万床まで調整（2015年比30%減）する必要があり、大病院を中心に病床機能を大幅に転換す

る必要がある。

増加が見込まれているのがリハビリの実施や退院支援等を担う回復期病床であり、2015年の13万床から2025年には38万床へ増加させる見通しである。他方、地域医療構想が実現すれば、慢性期病床数は35万床から28万床へ減らす必要があると見込まれる。

3. 都道府県別に見た在宅医療等の対応

1章で述べたように、図表2で慢性期病床数が減少すると見込まれるのは、慢性期の入院患者の一部が、地域の在宅医療等の新たな受け皿へ移ると想定されているためである。在宅医療等の新たな受け皿へ移る患者数は全国で30万人程度と推計されており、大都市圏を中心に在宅医療等を従来以上に整備する必要がある。

その際、地域医療構想では、療養病床の入院受療率が高い構想区域ほど在宅医療等を多く整備し、入院受療率を引き下げる必要があるとされている¹³。現状では、療養病床の入院受療率の高い地域では1人当たり入院医療費が高く、医療費の地域差の一因となっている。

ただし、入院受療率が高い構想区域では在宅医療等の整備に時間を要することから、地域医療構想では一定の条件¹⁴を満たす構想区域に対して、整備を完了する目標年次を2025年から2030年へ遅らせることを認めている。全国341の構想区域のうち、目標年次を2025年としたのは241区域であり、2030年としたのは98区域である¹⁵。

13) 厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」では、「構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる」とされている。これはパターンBと呼ばれており、パターンBよりも条件が厳しいパターンAもあるが、これを選択した構想区域はない。

14) ①パターンBにより入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい、②当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい——の2つの条件を満たす必要がある。

15) 山形県の2区域は入院受療率が全国最小値（県単位、山形県が該当）を下回るため除外してカウントしている。

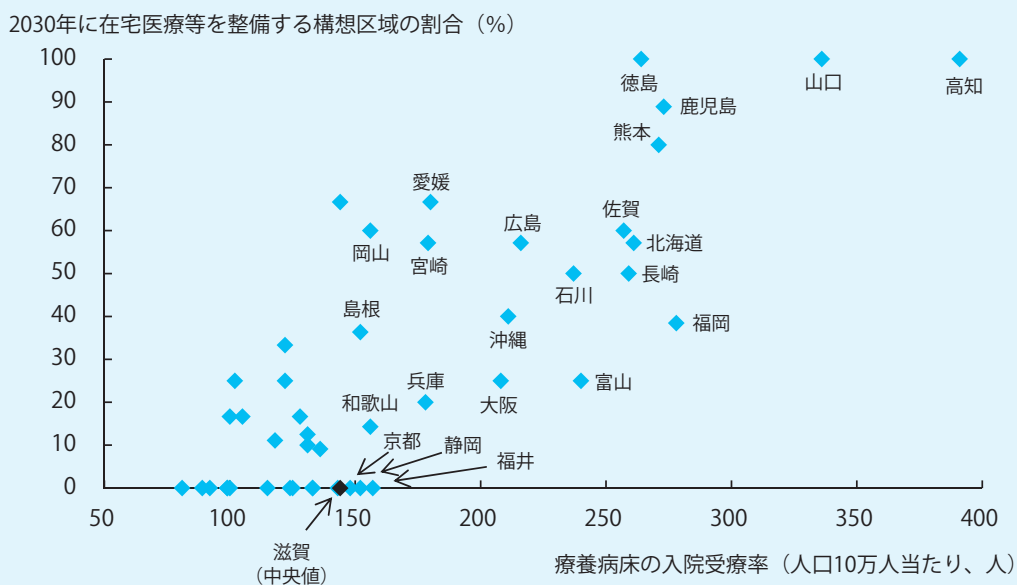
全構想区域のおよそ3割が2030年までかけて在宅医療等を整備するとしているが、それは具体的にどのような地域だろうか。図表3は横軸に2013年の療養病床の入院受療率、縦軸に2030年に在宅医療等を整備する構想区域の割合を取って、都道府県別に観察したものである。入院受療率の高い地域では2030年に目標を遅らせている傾向が強く、入院受療率の全国中央値である滋賀県（人口10万人当たり入院患者144人）を上回る23都道府県は主に西日本に位置している。特に、高知県と徳島県、山口県では全ての構想区域で目標年次が2030年に設定されている。

3章 病床機能の分化・連携がもたらす医療費抑制効果

1. 安倍内閣の目指す医療費の地域差半減目標との関係

安倍晋三内閣は経済再生と財政健全化を実現するための経済・財政一体改革に取り組んでいる。改革工程表（2016年12月21日 経済財政諮問会議決定¹⁶⁾）には年齢構成調整後の1人当たり医療費の地域差半減¹⁷⁾がK P I（Key Performance Indicators、改革の成果の達成度合いを示す指標）に掲げられており、地域医療構想はそれを実現する

図表3 都道府県別に見た療養病床の入院受療率と2030年に在宅医療等を整備する構想区域の割合



(注) 入院受療率は2013年であり、図表には滋賀県を上回る都道府県名を記載

(出所) 地域医療構想に関するワーキンググループ第4回資料（2017年5月10日）、医療・介護情報の活用による改革推進に関する専門調査会「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」（2015年6月15日）から大和総研作成

16) http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/281221_devided/report_281221_2_1.pdf

17) 具体的には、「全国平均を超えている都道府県の一人当たり医療費（年齢調整後）の平均と全国平均との差の全国平均に対する比率を2014年度時点と比べ2023年度までに半減する」（「経済・財政再生アクション・プログラム2016（文章編）」、2016年12月21日 経済財政諮問会議決定）とされている。

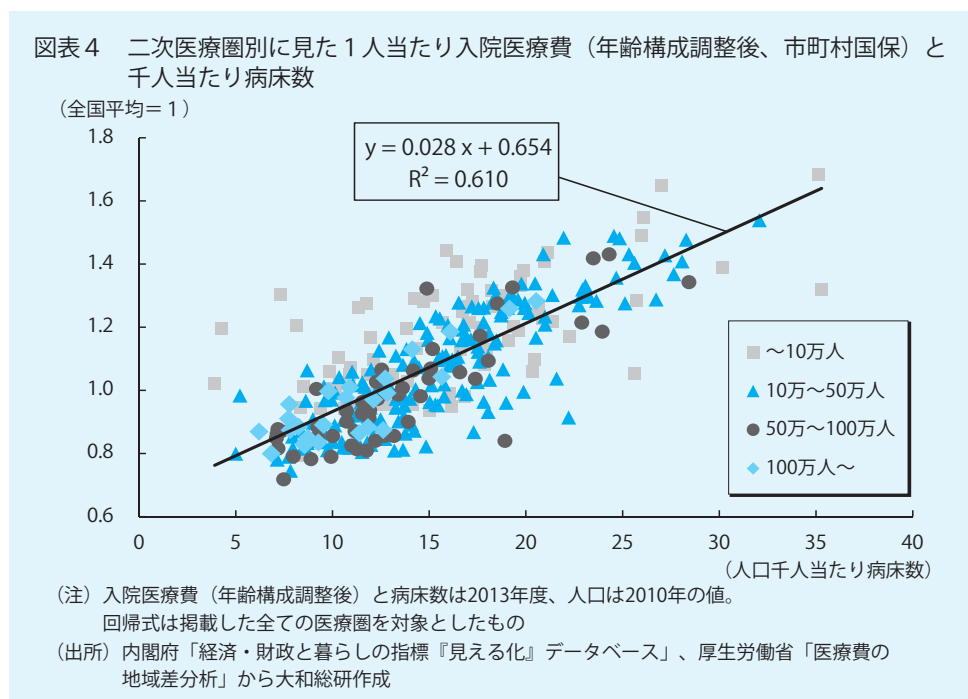
ための主な政策手段としても位置づけられている。

医療の単価である診療報酬は全国一律であるにもかかわらず、1人当たり入院医療費は年齢構成を調整しても大きな地域差が見られる。都道府県別に分析した厚生労働省の資料¹⁸によると、年齢構成調整後の国民医療費の地域差は、診療種別では入院が大きく寄与している。2014年度における年齢構成調整後の1人当たり入院医療費は、最も高い福岡県（17.0万円）と最も低い新潟県（10.3万円）で6.7万円の差が生じている。また医療費の上位5県・下位5県の特徴として、1人当たり入院医療費が高い（低い）都道府県ほど平均在院日数が長い（短い）傾向が見られる。

入院医療費の地域差をもたらす要因は年齢構成のほかにも、疾病構造や生活習慣、患者の受診行動などが関係していると考えられるが、中でも病

床数の多寡が強く影響している。図表4は1人当たり入院医療費（年齢構成調整後、全国を1として指数化）と千人当たり病床数を二次医療圏別に散布図で示している。ここでは二次医療圏別のデータが得られる市町村国保について掲載したが、都道府県別のデータで見れば、入院需要の大きい後期高齢者医療制度においても図表4と同様の相関関係が見られる。

構想区域とほぼ一致する二次医療圏において、1人当たり入院医療費を人口千人当たり病床数で説明する回帰式を推定すると、決定係数（ R^2 ）は0.610である。病床数が入院医療費の地域差のおよそ6割を統計的に説明できることを意味しており、病床数の多い（少ない）地域ほど入院医療費が多い（少ない）という傾向が明確に見られる¹⁹。すなわち、入院医療の供給が需要を誘発している



18) 経済・財政一体改革推進委員会 第20回社会保障ワーキング・グループ 厚生労働省提出資料（2017年4月25日、<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/290425/shiryou1.pdf>）

19) 図表4は二次医療圏の人口規模別にマーカーを分けたが、10万人以下の医療圏の中には回帰線から大きく乖離している地域が少なくない。これは人口規模が少ないため重症患者の影響が大きく表れやすいことや、医療圏が複数の島で構成されているケースなど、病床数以外の地域固有の事情が医療費に影響しているためと考えられる。

可能性が高い。

地域医療構想が実現すれば、人口当たり病床数の地域差は縮小することになる。2015年度の病床機能報告から、構想区域別に千人当たり病床数の標準偏差（ばらつき度合い）を試算すると3.8床であった。これが2025年には2.9床へ約25%低下すると見込まれる。人口当たり病床数の多い構想区域を中心に調整が進むことで地域差が縮小し、中央値は10.4床から9.7床へ約7%低下する姿が描かれている。このように、病床機能の分化・連携を進めることは1人当たり入院医療費の地域差を縮小させ、安倍内閣が掲げる目標の達成に寄与することが期待される。

だが、現時点では地域医療構想の実現で入院医療費の地域差がどの程度縮小するのかは、実はよく分かっていない。安倍内閣が2017年6月9日に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2017」（以下、骨太方針2017）では、「入院医療費については、地域医療構想の実現によりどの程

度の縮減が見込まれるかを明らかにする。これらにより十分な地域差の縮減を図ることができない場合には、更なる対応を検討する」と述べられている。

2. 病床再編による医療費抑制効果

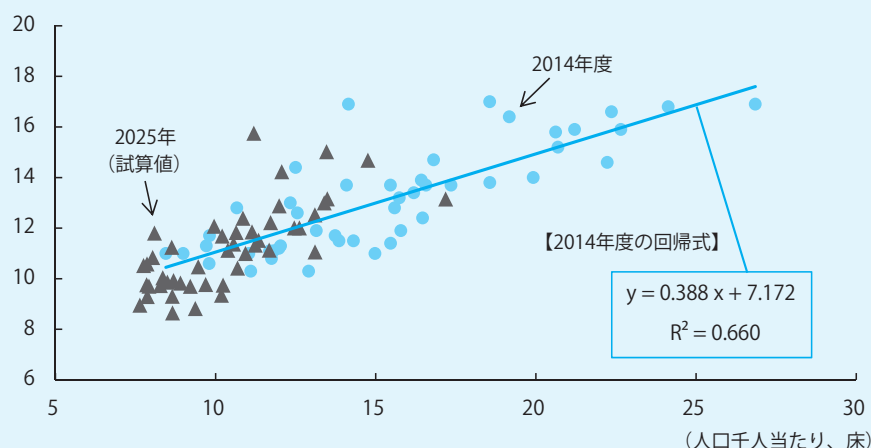
それでは、地域医療構想の実現による医療費抑制効果はどの程度なのだろうか。機械的な試算ではあるが、以下の2つの方法で医療費抑制効果を推計する。

1) 人口当たり病床数と1人当たり入院医療費の回帰式を利用した試算

3章1節で紹介した厚生労働省の資料にある都道府県別・国民医療費ベースの1人当たり入院医療費（年齢構成調整後、万円）を、千人当たり病床数で説明する回帰式を推定すると、病床数に係るパラメータ（回帰線の傾き）は0.388、決定係数は0.660である（図表5）。

図表5 都道府県別に見た1人当たり入院医療費（年齢構成調整後、国民医療費ベース）と千人当たり病床数

（年齢構成調整後1人当たり入院医療費、万円）



（注）2025年の入院医療費の試算値は、2014年度の回帰式と2025年の必要病床数から試算

（出所）内閣府「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」、経済・財政一体改革推進委員会 第20回社会保障ワーキング・グループ 厚生労働省提出資料から大和総研作成

この回帰式を利用して、地域医療構想の実現による人口当たり病床数の変化が1人当たり入院医療費に与える影響を都道府県別に試算すると、全ての都道府県で減少することになり、減少率が10%を超えるのは36県となった。西日本を中心に減少率が25%前後に達する県もあり、それは地方圏に多い。

一方、東京圏や関西圏など人口規模の大きい都道府県では、現在は1人当たり入院医療費が低いとしても、今後は高齢者を中心に医療需要が拡大し、人口当たりの必要病床数が増加するため、1人当たり入院医療費の減少率は小さい。その結果、全国平均すると1人当たり入院医療費は改革を行わない場合と比べて10%程度減少すると見込まれる²⁰。これは日本全体で見た改革による抑制効果と捉えることができる。

もっとも、この試算は現在の人口当たり病床数と1人当たり入院医療費との関係が将来も維持されるという仮定に基づいている。地域医療構想の実現によって両者の関係が変化する可能性は十分にあり、試算結果には幅を持って見る必要がある。

2) 社会保障制度改革推進本部専門調査会の報告書の将来推計を利用した試算

社会保障制度改革推進本部の専門調査会が作成した報告書²¹では、地域医療構想策定ガイドラインに基づき、NDBのレセプト（診療報酬明細

書）データやDPCデータ等を活用して医療費が将来推計されている²²。2014年度で16.0兆円の入院医療費は、2023年度で19.8兆～20.1兆円（在宅医療費は除く）へ増加すると見込まれており、この推計には病床再編による医療費抑制効果が織り込まれている。

ただ、報告書の推計で利用された病床機能別の単価（医療機能別の1日当たり入院医療費）は非公表であるため、報告書から病床再編による医療費抑制効果だけを切り分けることができない。そこで、病床再編以外の要因について報告書で置かれた想定をできる限り反映させた入院医療費を推計すれば、その金額が報告書で示された2023年時点の推計額を上回る分を医療費抑制効果とみなすことができる。具体的には、年齢階級別1人当たり入院医療費と将来推計人口を利用して2015～23年度の人口動態要因による伸び率を算出し、これに報告書で想定されている「診療報酬改定率」「高度化等の要因」を加えることで、病床再編の影響が織り込まれていない入院医療費の増加率を推計した²³。

推計結果を見ると、病床再編による医療費抑制効果は4～5%であった。前出の試算結果に比べると効果が小さいが、先述のように、これは2023年時点のものである。地域医療構想が実現する2025年には、医療費抑制効果はさらに大きくなろう。また、この試算結果には平均在院日数

20) 全国平均値は、都道府県別の1人当たり入院医療費（年齢構成調整後）の減少率を当該地域の人口で加重平均して算出した。

21) 社会保障制度改革推進本部 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「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2次報告～医療費の推計及び医療費適正化計画の策定に当たって～」(2017年1月12日、<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/pdf/houkokusyo2.pdf>)

22) NDB（National Data Base、レセプト情報・特定健診等情報データベース）は保険請求情報の95%以上をカバーするなど、世界でも有数の規模と悉皆性を持つデータベースである。DPC（Diagnosis Procedure Combination）は急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度。

23) 報告書では、診療報酬改定率の見通しを考慮に入れることは困難とされており（結果としてゼロ%）、高度化等の要因は2015～17年度で毎年1.41%増、2018～23年度で2.10%増と想定されている。

の短縮による医療費抑制効果は除かれている一方、病床数と入院医療費の回帰式を利用した試算結果には含まれている（明示的に除外できない）ことも、2つの推計結果に差が生じた一因と考えられる。

総じて見ると、地域医療構想による入院医療費の抑制効果は5～10%程度と言ってよいと思われる。医療費抑制効果は一時的ではなく、将来にわたるものであることを踏まえれば、5～10%程度というのは決して小さくない。ただし、これらの試算には約30万人の慢性期の入院患者が在宅医療等へ移行することによる費用増が織り込まれていない。これは在宅医療等へ移行する患者の状態等が不明であるためであるが、仮に在宅医療への必要なシフトが進まなければ入院医療費はそれだけ減らないことになる点に留意が必要である。

4章 地域医療構想の実現に向けた課題

以上のように、地域医療構想の枠組みや、その実現が各地域の医療提供体制に与える影響などについて述べたが、地域医療構想を実現する上での課題は少なくない。

主な課題としては、①病床機能の実態を正確に把握するための制度の改善、②医療の質を確保しつつ病床機能の分化・連携を進めるための制度対応、③約30万人の慢性期の入院患者への地域の新たな受け皿の確保——の3点が挙げられる。

1. 病床機能の実態を正確に把握するための制度改善

1章で見たように、地域医療構想では病床機能報告を通じて医療機関の持つ病床機能を毎年把握し、医療機関の自主的な取り組みや調整会議での協議を通じて2025年の目指すべき医療提供体制を実現する枠組みとなっている。

この点、病床機能の現状を正確に把握することが極めて重要であるが、現在は医療機関が各病床機能の定性的な基準を参考に病床機能を自ら選択しており、定量的な基準がない²⁴。これは、制度導入当初はデータの蓄積が十分でなく、具体的な数値等で基準を示すことが困難であったためである。全ての医療機関が同じ基準で病床機能を選択しているわけではないため、前掲図表2で示された病床機能報告の結果は実態と乖離している可能性がある。2016年10月27日に開催された経済・財政一体改革推進委員会²⁵の第15回社会保障ワーキング・グループでは、委員から「現状の病床機能報告制度は、各医療機関がフィーリングで自分たちの病床の機能を区分している。そこに、客観的な基準が存在しないので、ほぼ同様の機能を持ちながら『急性期』と報告する病院も『高度急性期』と報告する病院もある。このため、この『地域医療構想』と『病床機能報告』の2つは全く整合性のないダブルスタンダードになっている」との意見が述べられた。病床機能報告制度の改善がなされない場合、表面上は病床再編が進んでいるのかどうか全く分からないといった事態が起これかねない。

24) 特定入院料等を算定する病棟については、機能の選択に関する具体的な目安が示されている。病床機能報告を見ると、おおむね目安に沿った結果となっている。

25) 経済財政諮問会議の専門調査会。

もっとも、病床機能報告はこれまでに3回実施され、情報が蓄積されたことで実態が明らかになりつつある。また、2016年度からは電子レセプトに病棟コードが記載されるようになったため、診療内容や人員配置、設備の状況などを病棟ごとに把握することが可能になった。厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」では、2016年度の病床機能報告の分析や検討が行われている。2017年5月に開催された第4回の資料²⁶によると、「医療機関が病床機能を選択する際、病院全体として連続性を欠いていたり（急性期機能と慢性期機能を選択し、回復期機能を有していないなど）、単一の機能のみを選択したり（高度急性期のみを選択²⁷）するといった報告もあった」という。

同ワーキンググループの中川俊男構成員からは、急性期と慢性期の病床しかない病院に回復期の患者がいはいはなく、いずれかの病床に入院していると考えられる、大学病院など特定機能病院では診療報酬の算定への影響を懸念して、回復期や慢性期の病棟であっても診療報酬の高い高度急性期として報告している可能性がある、病床機能報告では回復期が全国的に不足する姿が示されているが、実際には回復期の患者は他機能病床で治療されており、回復期病床が不足しているという認識を改めるべきである、といった意見が出された。

また、6月に開催された第5回の資料²⁸によると、特定機能病院の中には報告における課題と

して、「高度急性期と報告している病床と、急性期と報告している病床で、同じ標榜科同士を比較した場合、手術件数、全身麻酔件数が大きく乖離する標榜科（脳神経外科、循環器内科）があった」「実態に則した報告の必要があるのではないか」と指摘された。さらに急性期機能を報告した病床における課題として、「必ずしも急性期機能を担っていない場合も一定程度あり、自主的な報告を原則としつつも、回復期機能等の適切な機能を選択することが必要ではないか」と指摘された。

こうした意見や分析結果を踏まえると、定性的な基準による病床機能の選択がもたらしている調査結果の歪みは小さくない。既に制度改善に向けて議論が進められているが、同じ医療提供体制を持つ医療機関なら同じ病床機能が選択されるように、選択ルールの客観性や透明性をさらに高める必要がある。

医療機関が病床機能を選択する際、担うことができる病床機能が複数ある場合はそれを「見える化」することも重要である。調整会議で病床機能の分化・連携を進めるときに、どの医療機関がどのような病床機能を担うことができるのかを関係者間で共有していれば、協議の対象となる医療機関が分かりやすくなり、病床再編の実効性が高まるだろう。

もっとも、政府は現在の病床機能報告制度を問題視しており、経済・財政一体改革の改革工程表には、2018年度前半までに「病棟ごとの医療内容の分析を行い、病床機能を選択する際の判断に

26) 厚生労働省 第4回地域医療構想に関するワーキンググループ資料「平成28年度病床機能報告の結果について」（2017年5月10日、<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000164336.pdf>）

27) 2016年度において全国の大学病院の約7割が全ての病床を高度急性期と回答した。

28) 厚生労働省 第5回地域医療構想に関するワーキンググループ資料「平成28年度病床機能報告の結果について（その2）」（2017年6月2日、<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000166637.pdf>）

係る定量的基準も含めた基準の見直しについて速やかに検討・策定」することが盛り込まれている。

2. 病床機能の分化・連携の推進と医療の質の確保

病床機能の分化・連携は、医療機関の自主的な取り組みや調整会議での医療機関相互の協議を通じて行われることとされているが、2章で見たように、全国341構想区域のうち約8割は2025年に向けて病床数を減少させなければならない。さらに、そのおよそ半分の区域では2015年比で20%超の調整が見込まれる。

地域医療介護総合確保基金の活用で病床再編を資金面から後押しするとはいえ、様々な関係者が参加する調整会議で利害を調整し、具体的な計画を策定するまでには難航が予想される。例えば、

病床数や病床機能、診療科などの条件がほぼ同じ医療機関が複数ある中で病床を削減する場合、どの医療機関がそれを引き受けるのかを当事者間の協議で決めるのは容易でないだろう。

この点、骨太方針2017では、「病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する」ことが盛り込まれた。2年間程度という具体的な期間を示し、検討を促そうとするところに政府の強い問題意識が表れている。国から提供されるデータの詳細は明らかではないが、病床機能報告を分析したデータなどが考えられる。

医療機能別に病床再編を促すという量の問題だけでなく、医療の質の確保も課題である。仮に、発言力のある医療機関の意向が強く反映されて議



論が進めば、その地域の医療機関の所在地が偏ったり、質の高い医療を提供する医療機関の病床が過度に減少したりして、患者本位の医療提供体制の構築が進みにくくなる恐れがある。

これについて国からのデータ提供の観点からは、各医療機関の医療の質を定量的に評価する指標を国が作成したり、こうした取り組みを支援したりすることも一案である。地域医療構想を見ると、奈良県と宮崎県では病床機能に応じた臨床指標²⁹を用いて医療の質の評価・機能の向上を推進するとしている。調整会議で医療の質が評価されるように議論が進めば、適切な治療を行う医療機関に医療資源が集まる形で病床機能の分化・連携が進むことが期待される。

他方、政府は病床機能の分化・連携を着実に進展させるため、都道府県知事の権限の在り方について検討する考えを示している。骨太方針 2017 では、「都道府県知事がその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める」ことが盛り込まれた。また、経済・財政一体改革推進委員会に報告された社会保障ワーキング・グループの資料³⁰では、都道府県知事の権限の在り方について検討する際、「基準病床制度の取扱いを参考にすべきとの考え方にも留意する必要がある」と述べられている。基準病床制度とは一定数を超えた病床の開設や増床を規制する制度であり、病床過剰地域における民間病院の場合には、健康保険法上の保険医療機関の不指定によってその実効性が担保さ

れている。

さらには、病床再編や機能分化が遅れている地域の診療報酬を例外的に他の都道府県と変えて価格メカニズムを働かせ、医療提供体制の適正化を促す可能性もある³¹。地域によって価格を変えるというのは、これまでに一度も実施されたことのない施策であり、どの地域に住んでも同じ価格で提供されてきた公的医療サービスの提供体制を見直すことになるため、実施には慎重な見方もある。だが、骨太方針 2017 では高齢者医療確保法第 14 条における診療報酬の特例の活用方策について、「第 2 期医療費適正化計画の実績評価を踏まえて、必要な場合には活用ができるよう、2017 年度（平成 29 年度）中に関係審議会等において検討する」と述べられている。

このように、政府はデータと資金の両面から病床再編を支援しつつ、それが実現しない場合には、厳しい対応が取れるように制度の見直しを検討することで医療機関の自主的な取り組みを促そうとしている。集中検討期間とされる今後 2 年程度で調整会議の協議がどの程度進展するのか注目される。

3. 約 30 万人の慢性期の入院患者の新たな受け皿の確保

先述のように、地域医療構想では医療資源の投入量が低い慢性期患者や、医療の必要度が相対的に大きくない医療区分 1 に該当する患者については在宅医療等に対応し、残りは入院受療率の地域

29) 病院の機能や診療実績等に関する様々な指標を用いて、医療の質を数値化したもの。

30) 第 17 回 経済・財政一体改革推進委員会資料「社会保障 WG において示された今後の対応の方向等について」（2017 年 4 月 28 日、<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/committee/290428/shiryou1-1.pdf>）

31) 「高齢者の医療の確保に関する法律」第 14 条の特例を用いることにより、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、ある地域の診療報酬を他の都道府県とは異なる水準に定めることができる。

差を縮小させながら療養病床（慢性期病床）で引き続き対応するとされている。

こうした計画を実現できるかどうかは現時点では不透明である。各地域で在宅療養の体制が整わず、あるいは慢性期の入院患者を地域の新たな受け皿へ円滑にシフトさせることができれば、慢性期の病床数の再編は十分に進まないだろう。

もっとも、政府は約 30 万人の患者が移行すると見込まれる地域の新たな受け皿について検討を進めている。医療ニーズの高い慢性期患者に対しては、新たに医療機能を内包した新類型の施設³²を創設する方針が 2016 年 12 月に決定された。また 2017 年度末で設置期限を迎える介護療養病床については、期限を設けつつ、転換するための準備期間が設けられることになった。

介護施設及び高齢者向け住宅等の整備は介護保険事業計画に基づいて推進されているが、第 7 期計画（2018～20 年度）と第 8 期計画（2021～23 年度）は 2018 年度から始まる次期医療計画と整合的に策定される予定である。医療・介護の両計画が一体となり、2025 年に向けて地域医療構想と地域包括ケアシステム³³の実現に取り組むことになる。

この点、専門医療が必要な慢性期患者であっても、在宅医療と介護が連携して対応する体制を地域包括ケアシステムの中で構築できるかどうか注目される。病院から在宅医療等へ移行すると見込まれる慢性期患者の中には、脳卒中の後遺症や

がんなどを患い、病院での専門医療が長期に必要な者³⁴が含まれている。初期医療を担う一般の診療所の医師だけでは対応できないケースも多いだろう。

こうした慢性期患者が在宅医療を受けながら地域で暮らすためには、生活機能の維持向上を目的とした日常的なリハビリテーションの実施や、長期にわたる病院と在宅の医療連携、患者の状態急変時の対応、緩和ケア、ターミナルケア（終末期医療）、看取りまで、地域で担える体制を構築する必要がある。また、医療ニーズの高い慢性期患者の在宅医療を支える病院医師・看護師・介護職員・患者家族、地域の自治会等の各関係者が、どの段階でどう在宅医療に関わっていくのか、各自の役割分担を共有することも重要となるだろう。

5章 おわりに

地域医療構想は 2025 年を見据えた計画であるが、人口減少や高齢化は 2025 年以降も長期にわたって進展することがほぼ確実に見込まれる。国立社会保障・人口問題研究所が行った 2040 年までの地域別将来推計³⁵によると、総人口は全ての都道府県で減少する見通しである。ただし、65 歳以上人口は東京圏や大阪圏といった大都市を中心に 21 都府県³⁶で増加し続ける一方、それ以外の 26 道県では 2025 年あるいは 2030 年に頭打ちし、減少へ転じると見込まれる。

32) 医療機能を内包した新たな施設類型（①介護療養病床相当、②老人保健施設相当以上）が新たに創設される。

33) 地域の医療・介護サービスが従来以上に緊密に連携することで、住まい・医療・介護・予防・生活支援サービスが身近な地域（おおむね 30 分以内の日常生活圏域〈中学校区〉）を単位として包括的に提供される体制。

34) 医療区分 1 の患者の典型例としては、脳卒中の後遺症、がん、認知症、慢性心不全、COPD（慢性閉塞性肺疾患）等の慢性呼吸器疾患、慢性腎不全等の患者である。

35) 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（2013）年 3 月推計）」

36) 宮城県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、石川県、山梨県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、広島県、福岡県、沖縄県。

2025 年に最適な医療提供体制を実現したとしても、医療需要は人口動態等の影響を受けて変化するため、供給サイドとのミスマッチは時間の経過とともに拡大する。医療提供体制を継続的に見直していかなければ、患者のQ O L（生活の質）の低下や非効率による医療費の増加といった問題が再び深刻になるだろう。

その意味において、2025 年は地域医療構想のゴールの年ではなく、むしろスタートの年と言わなければならない。まずはスタート地点に到達する必要がある、到達するためには多くの課題があるが、数十年先も医療機関が人口動態や医療技術などの変化に対応して医療提供体制を定期的に見直すような制度インフラを各地域に定着させることが、真の意味での地域医療構想の意義と言えよう。

[著者] _____

神田 慶司（かんだ けいじ）



政策調査部
シニアエコノミスト
担当は、日本の経済・社会構造分析、
中長期予測

亀井 亜希子（かめい あきこ）



政策調査部
研究員
担当は、医療政策、介護政策、
地域経済・産業、地方財政