

地域医療構想における 公立病院の役割

2021. 11. 17

尾形裕也

【略歴】 ←

兵庫県神戸市生まれ←

東京大学工学部（都市工学科）、経済学部卒業←

1978年 厚生省入省←

1978年～81年 厚生省年金局年金課←

1981年～83年 OECD事務局（在パリ）出向←

1983年～85年 厚生省大臣官房政策課係長、会計課課長補佐←

1985年～86年 厚生省保健医療局老人保健部老人保健課課長補佐←

1986年～88年 厚生省保険局国民健康保険課課長補佐←

1988年～89年 厚生省健康政策局指導課課長補佐←

1989年～92年 在ジュネーブ国際機関日本政府代表部一等書記官←

1992年～93年 厚生省大臣官房国際課課長補佐←

1993年～95年 千葉市環境衛生局長←

1995年～96年 厚生省健康政策局看護職員確保対策官←

1996年～98年 国家公務員共済組合連合会病院部長←

1998年～2001年 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長←

2001年～2013年 九州大学大学院医学研究院教授←

2013年～2017年 東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授 ←

2013年～ 九州大学名誉教授←

本日お話しする予定の内容

1. 序論: コロナ禍と医療提供体制(問題意識)
2. 日本の医療提供体制に関する基礎データ
3. 基礎データの検討からわかること
4. 地域医療構想に関する私見
5. 地域医療構想の現状と課題

* 尾形裕也(2021)「地域の医療提供体制における公立病院の位置付けと役割」
『公営企業』2021年7月号 P4~P12

1. 序論：コロナ禍と医療提供体制 (問題意識)

○「コロナ禍」がもたらした基本的な疑問

- ・なぜ、日本は感染者数が相対的に少ないにもかかわらず、「病床逼迫」や「医療崩壊」というような事態に陥ってしまうのか。日本は病床数が世界一多い、あるいは「日本の医療は世界一」ということだったのではないのか？

→これ自体はもっともな疑問

この疑問にどう答えるか

○「犯人捜し」的な言説(?)

- ・多数を占める民間病院が協力していないのが悪いのではないか
- ・結局、病院経営上の配慮の問題があるのではないか(コロナ対応はカネがかかる)
- ・政府の「病床削減政策」が悪かったのではないか
→政府に強い権限を与えると同時に、もっとカネを注ぎ込むべきである。また、**地域医療構想等**「病床削減政策」は直ちに停止すべきである

○私見

- ・データに基づく冷静な議論が必要
- ・正確な「事実」も押さえる必要（地域医療構想等）
- ・そもそも日本の医療提供体制はどうなっているのか、構造的に考える必要
 - 1つ1つの指摘は正しくとも、全体像を踏まえていない政策は機能しない

2. 日本の医療提供体制に関する 基礎データ

○「日本の病床数は世界一」は事実

＜図表 1＞G7 諸国における人口千対病院病床数及び平均在院日数（2018年）[←]

国名	人口千対病院病床数	平均在院日数 [←]
日本	12.98	27.8（一般病床16.1）[←]
カナダ	2.55	8.0 [←]
フランス	5.91	8.8 [←]
ドイツ	8*	8.9* [←]
イタリア	3.14	7.9 [←]
イギリス	2.46	6.6 [←]
アメリカ	2.87*	4.8（2010） [←]

出典：OECD, OECD Health Statistics 2020 より作成。*は2017年[←]

○病床数：一般病床＋感染症病床は89万床（58.2%）
（2019年10月）

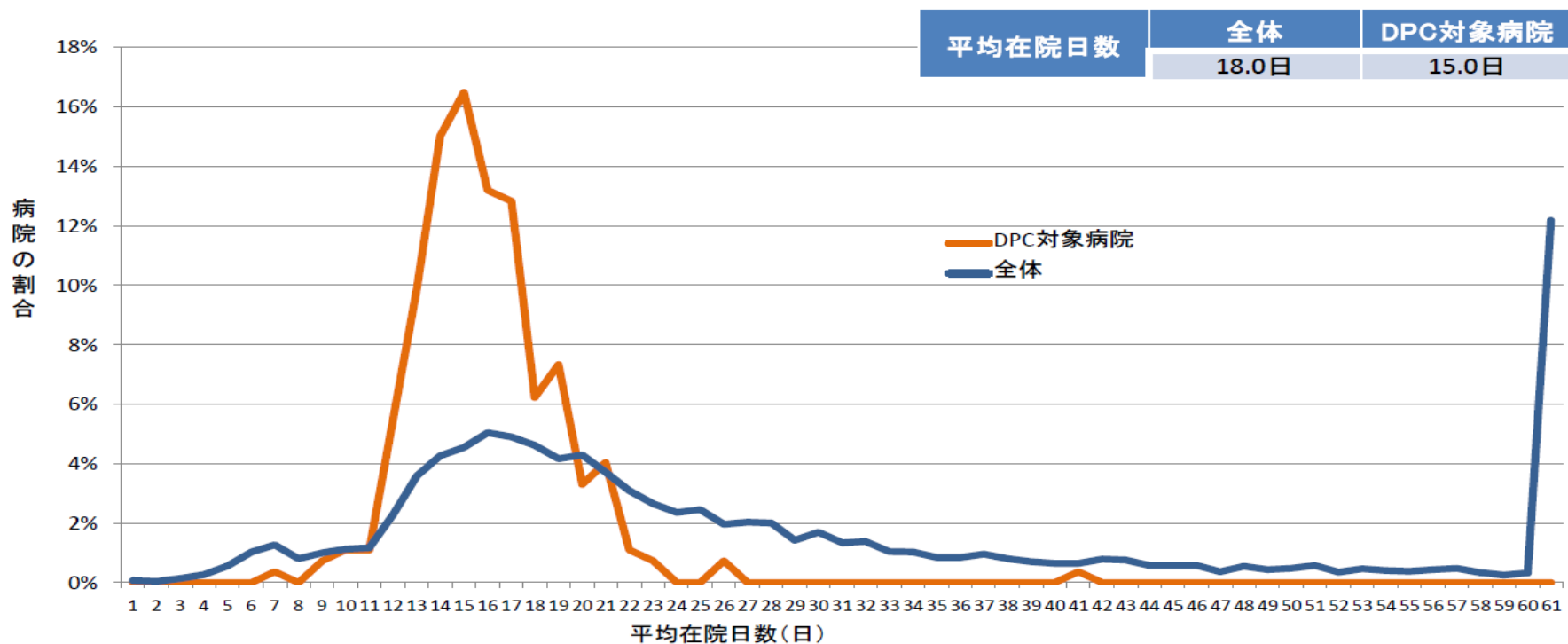
	病床数	構成割合 [←]
総数	1,620,097 [←]	
病院病床数	1,529,215	100.0% [←]
精神病床	326,666	21.4 [←]
感染症病床	1,888	0.1 [←]
結核病床	4,370	0.3 [←]
療養病床	308,444	20.2 [←]
一般病床	887,847	58.1 [←]

出典：厚生労働省「令和元年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」[←]

○一般病床＝急性期病床というわけではない

平均在院日数別の病院の分布

○「一般病床を有する病院」において、一般病床に入院する患者の平均在院日数は約18日。このうち、分析対象のDPC対象病院の一般病床に入院する患者の平均在院日数は約15日であり、一般病床を有する病院全体に比べて3日短い。



「平成20年病院報告」「平成20年医療施設静態調査」「平成20年社会医療診療行為別調査」を基に医政局で作成

○DPC対象病院、病床数(2020年度)

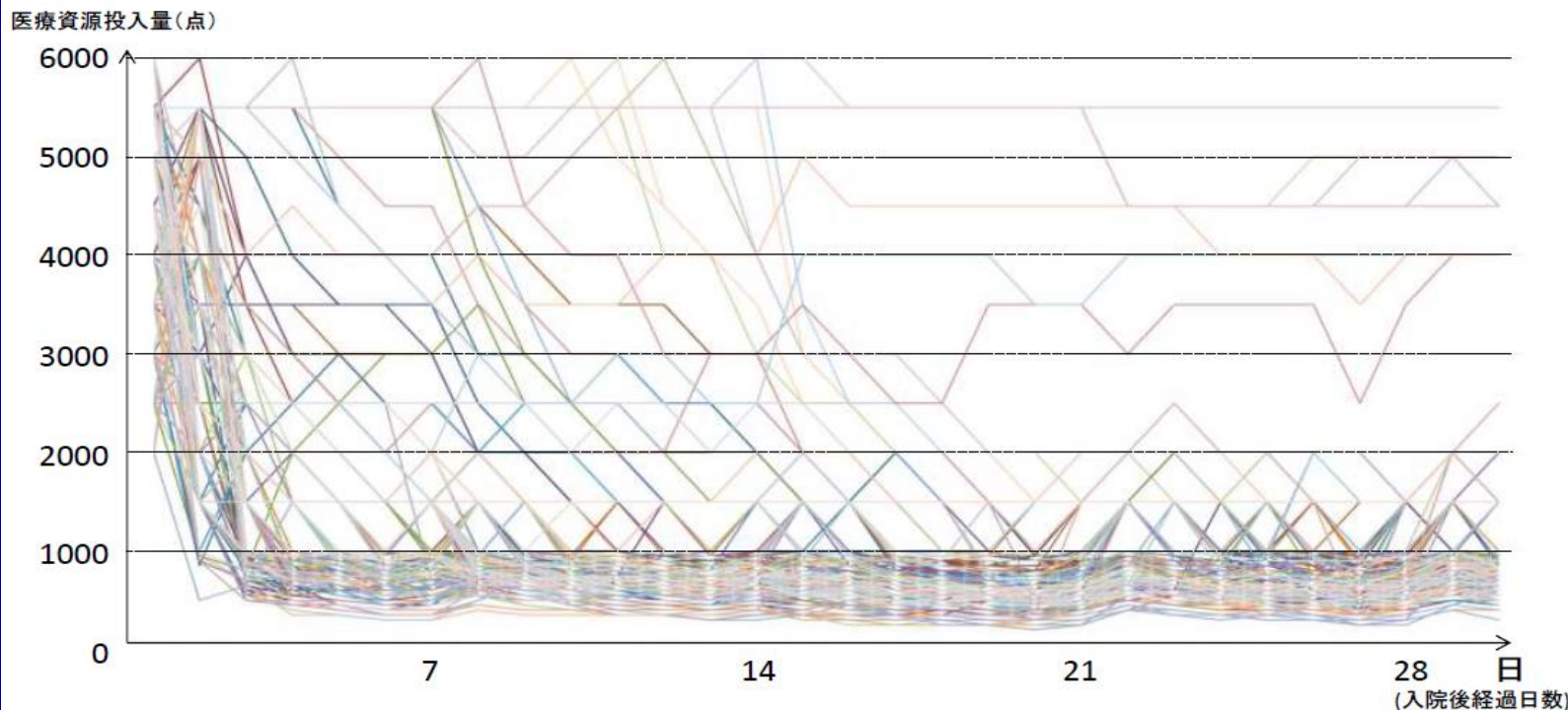
- ・1,757病院(一般病院の24%)
- ・483,180床(一般病床の54%)

○DPC対象病院であればすべて本格的な急性期医療を展開しているとは必ずしも言えない

- ・実際には「ケアミックス」型病院が多い
- ・標準化されていない部分の存在

○地域医療構想における病床機能区分の考え方

医療資源投入量(中央値)の推移 (入院患者数上位255のDPCの推移を重ね合わせたもの)



- 各DPCごとに1日当たりの医療資源投入量(中央値)を入院後経過日数順にプロットしたものを同一平面に重ね合わせたもの
- 患者数上位255のDPCについてプロット (平成23年度患者調査)
- 中央値は、1000点以上の場合、500点刻み、1000点未満の場合、50点刻みで集計

○地域医療構想における「必要病床数」推計 : 現状投影型

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)



病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしていないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区別別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

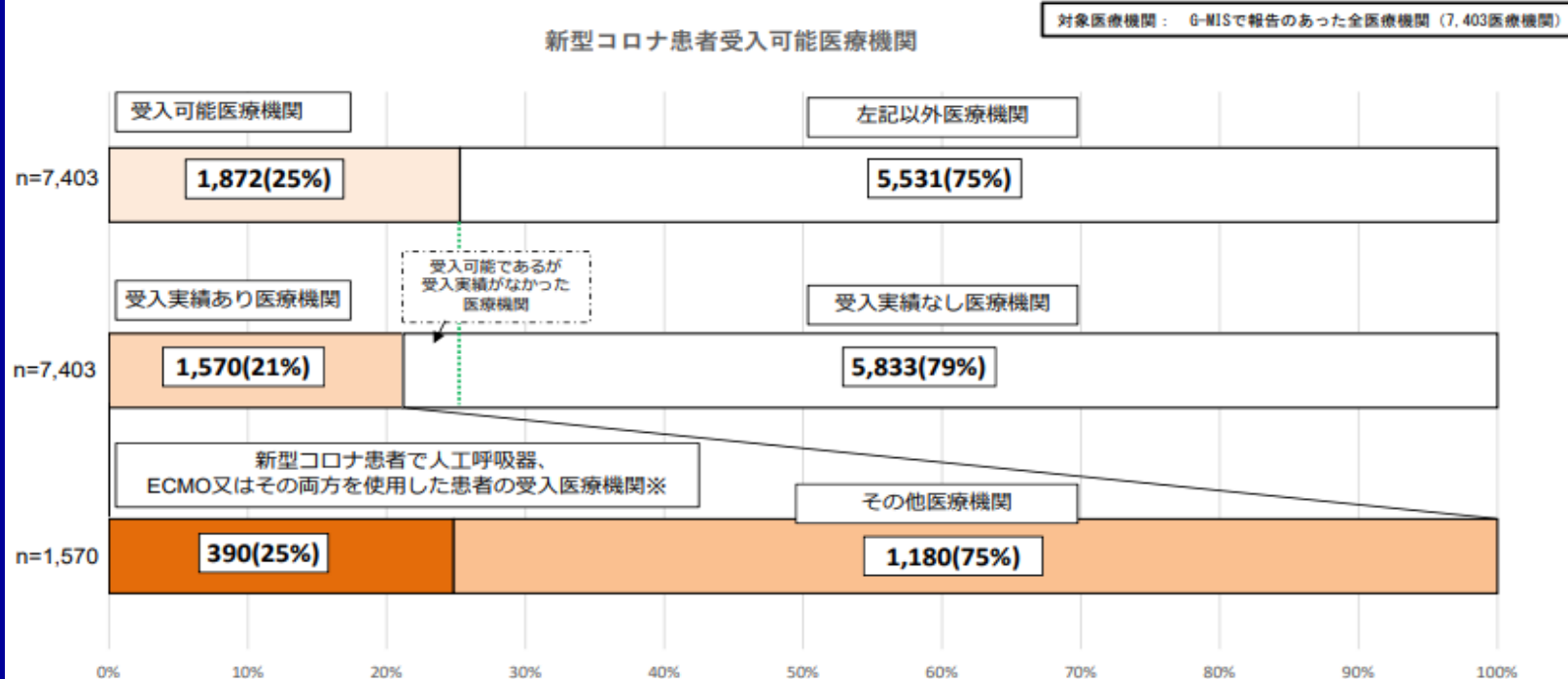
○高度急性期＋(本格的)急性期病床数は？

- ・仮に13万床＋40万床×1/2とすれば、
30万床程度ということになる
- ・これは、総病床数153～162万床の2割程度
- ・G7諸国の中でも低い方の水準である

○新型コロナ患者の受入れ状況①

新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

- 全医療機関のうち、新型コロナ患者の受入可能医療機関の割合は25%、受入実績あり医療機関の割合は21%。
- 受入実績あり医療機関のうち、人工呼吸器、ECMO又はその両方を使用した患者の受入医療機関の割合は25%。



※G-MISで「(入院中のうちECMO・人工呼吸器管理中)、(入院中のうち人工呼吸器管理中 (ECMOなし))」のいずれかの新型コロナ患者が入院していた医療機関

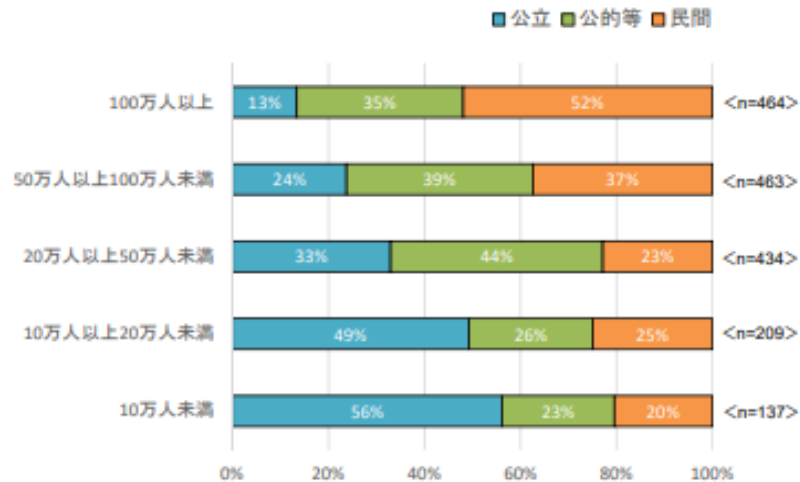
○新型コロナ患者の受入れ状況②

構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入可能医療機関について

- 人口20万人未満の区域では、公立の占める割合が大きい。
- 100万人以上の構想区域では民間の占める割合が大きく、20万人以上100万人未満の構想区域では公的等の占める割合が大きい。

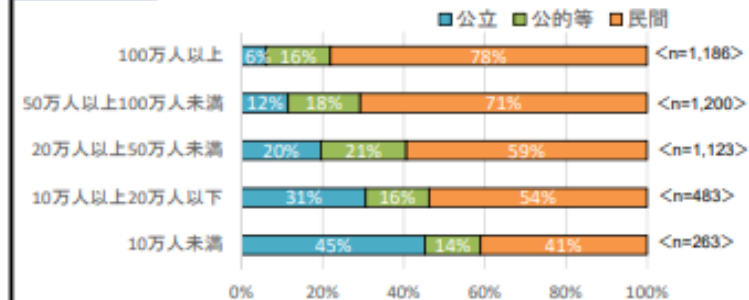
対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,255医療機関）

構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入可能医療機関の割合

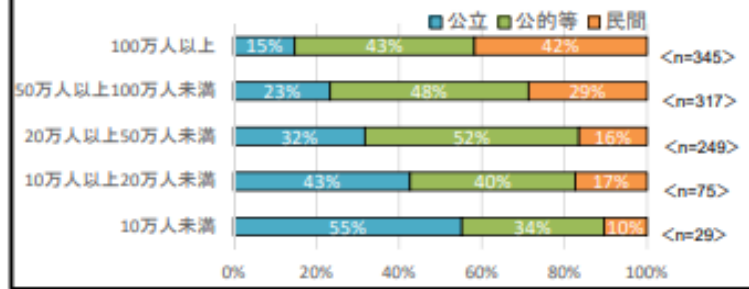


参考

公立・公的等・民間別の医療機関の割合



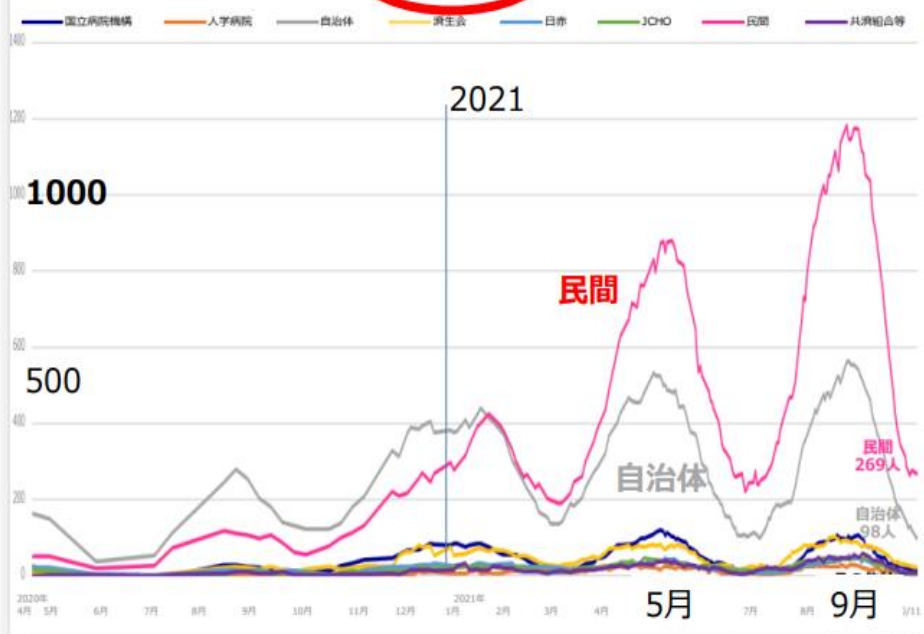
ICU等を有する公立・公的等・民間別の医療機関の割合



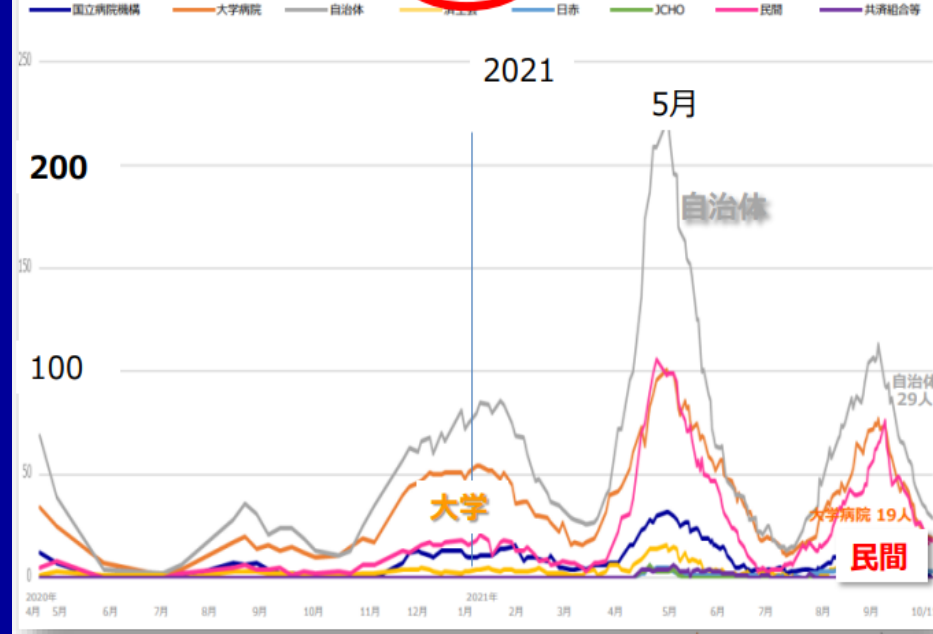
※ 公立・・・新公立病院改革プラン策定対象病院 公的等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関 民間・・・公立・公的等以外
 ※ ICU等は平成30年度病床機能報告で救命救急入院科1、救命救急入院科2、救命救急入院科3、救命救急入院科4、特定集中治療室管理科1、特定集中治療室管理科2、特定集中治療室管理科3、特定集中治療室管理科4、総合周産期特定集中治療室管理科（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理科（新生児）、新生児特定集中治療室管理科1、新生児特定集中治療室管理科2、小児特定集中治療室管理科、ハイケアユニット入院医療管理科1、ハイケアユニット入院医療管理科2、脳卒中ケアユニット入院医療管理科、新生児治療回復入院医療管理科を算定した実績がある医療機関
 ※ 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある。

○新型コロナ患者の受入れ状況③

大阪府コロナ患者 **(軽症～中等症)** 設置主体別入院実数



大阪府コロナ患者 **(重症)** 設置主体別入院実数



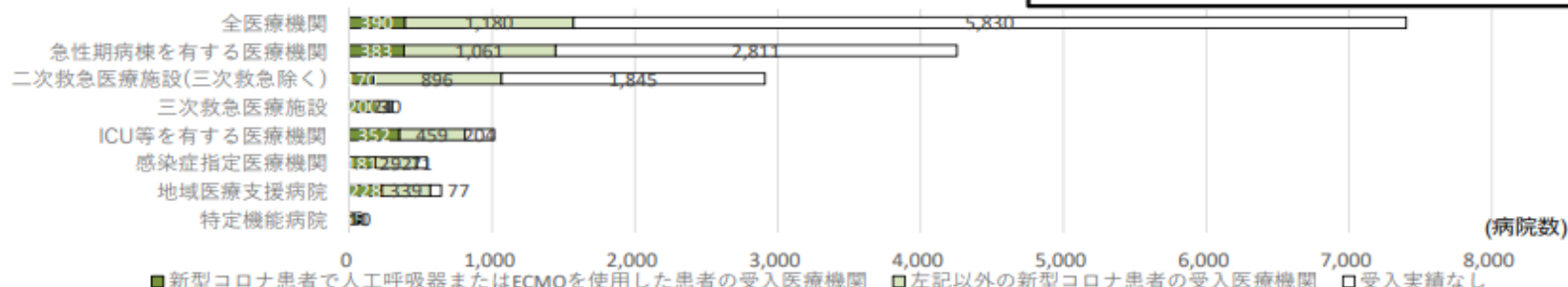
○新型コロナ患者の受入れ状況④

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無について

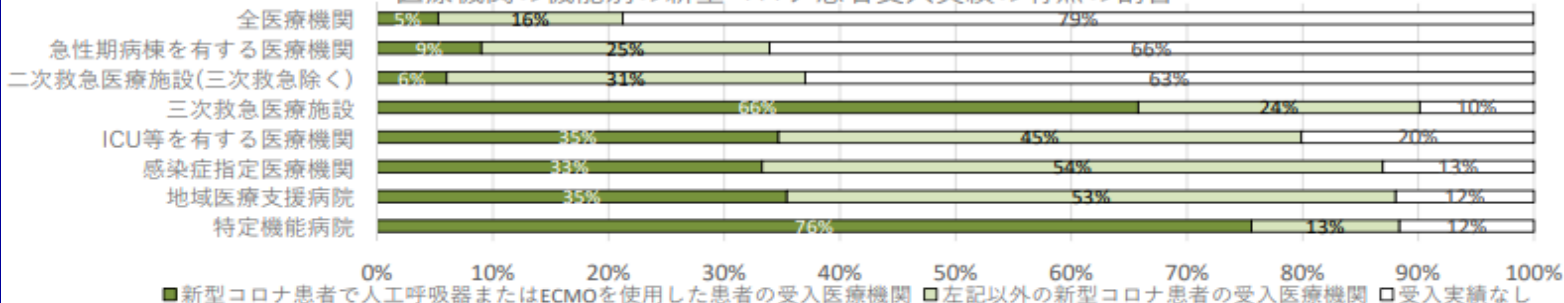
○ 急性期病棟を有する医療機関のうち34%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち40%、三次救急医療施設のうち90%、ICU等を有する医療機関のうち80%が、新型コロナ患者の受入実績あり医療機関であった。

対象医療機関：
 G-MISで報告のあった全医療機関（7,403医療機関）
 うち急性期病棟を有する医療機関（4,255医療機関、報告率94%）
 二次救急医療施設（三次救急除く）（2,911医療機関、報告率94%）
 三次救急医療施設（304医療機関、報告率99%）
 ICU等を有する医療機関（1,015医療機関、報告率98%）

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無



医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無の割合



※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
 ※ 二次救急医療施設は三次救急医療施設でないものであって、「救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したもの。また、三次救急医療施設であって、都道府県の医療計画上、二次救急医療施設相当の病院群輪番制病院の指定を受けている場合も含む。」（平成30年度病床機能報告）
 ※ 三次救急医療施設は「重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定した医療機関」（平成30年度病床機能報告）
 ※ ICU等は平成30年度病床機能報告で救命救急入院科1、救命救急入院科2、救命救急入院科3、救命救急入院科4、特定集中治療室管理科1、特定集中治療室管理科2、特定集中治療室管理科3、特定集中治療室管理科4、総合周産期特定集中治療室管理科（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理科（新生児）、新生児特定集中治療室管理科1、新生児特定集中治療室管理科2、小児特定集中治療室管理科、ハイケアユニット入院医療管理科1、ハイケアユニット入院医療管理科2、脳卒中ケアユニット入院医療管理科、新生児治療回復室入院医療管理科を算定した実績がある医療機関

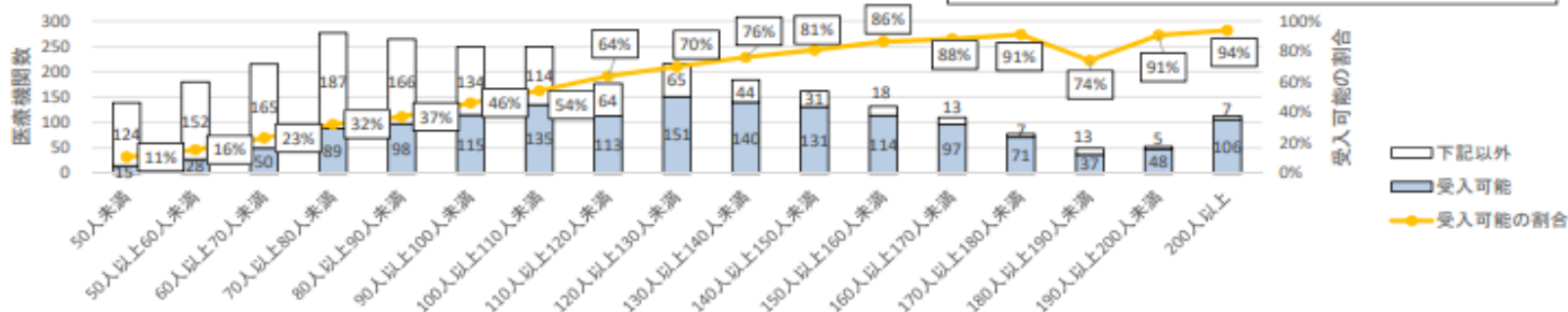
○新型コロナ患者の受入れ状況⑤

100床あたり常勤換算医療従事者数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

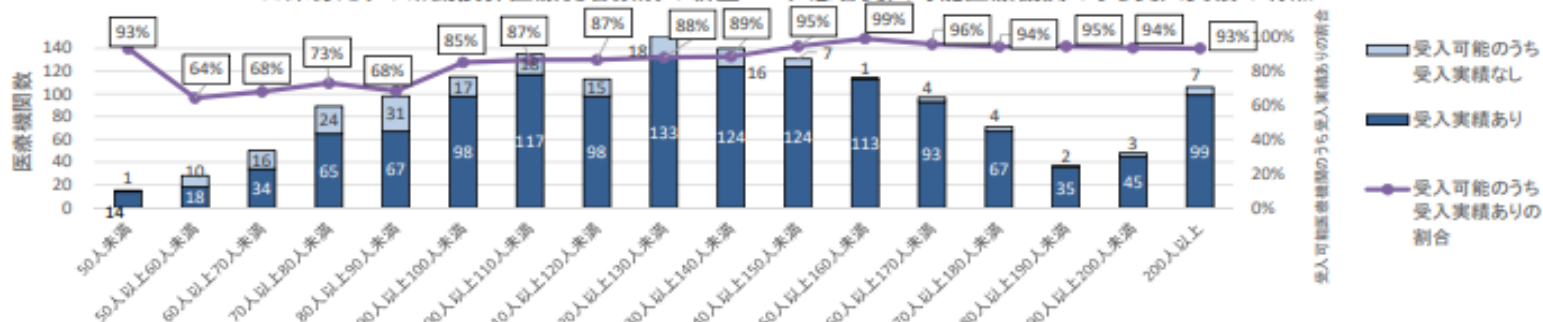
○ 100床あたりの常勤換算医療従事者数が多い医療機関ほど、新型コロナ患者の受入可能医療機関の割合は大きくなる傾向。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関から、100床未満の医療機関を除外した医療機関（2,847医療機関）

100床あたりの常勤換算医療従事者別の新型コロナ患者受入可能医療機関



100床あたりの常勤換算医療従事者数別の新型コロナ患者受入可能医療機関のうち受入実績の有無



- ※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
- ※ 医療従事者は、医師、歯科医師、看護師、准看護師、助産師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士（新型インフル特措法における医療従事者の定義における職種のうち病床機能報告で数値を捕捉することができない保健師、歯科衛生士、救急救命士を除いたもの）とした。
- ※ 常勤換算医療従事者数、病床数（許可病床数）は平成30年度病床機能報告で報告された数字。

3. 基礎データの検討からわかること

○OECD(2001)の指摘の妥当性

Lack of differentiation and standardization

(機能分化と標準化が欠落)

○資本集約的(capital-intensive)＝労働節約的(labor-saving)な医療提供体制

・非常に多くの病床に手薄な人員配置

○近年の改革は、これを変える方向:地域医療構想等

基礎データに基づく結論①

○日本は病院、病床が多いというが、その実態は、民間病院を中心に多くが高齢者介護施設化している

- ・超少子・高齢化対応にはなっている
- ・ただし、病院が介護施設を事実上代替してきたことについての評価は別問題(QOL、QODの観点)
- ・病床が多いからと言って、有事の急性期医療に十分対応できるような体制ではもともとなかった
 - 「コロナ禍」によって、**構造的問題点**が顕在化
 - しかし、「コロナ禍」は最悪のケースではない可能性
 - 今回は、ある意味では「見直しの(最後の)チャンス」

基礎データに基づく結論②

○私見

- ・ 構造的問題には、構造的に対処する必要
- ・ **地域医療構想**を一層推進する必要
- ・ 急性期医療の確立＋(広義の)在宅医療の拡充
→「**楯の両面**」: 相互補完的な政策

(「二兎を追う」わけではない)

- ① **介護医療院**を含む介護施設等への転換推進
- ② 医師、看護師等人的資源の急性期医療への重点配置
- ③ 地域医療の機能分担・連携、**ネットワーク化**

○地域医療構想とコロナ禍との関連

- ・長期(2014~2025年)の問題と中期(2020~?)の問題を分けて考える必要
- ・コロナ禍の影響:むしろ超少子高齢化を一層促進
→2020年の死亡数、出生数の動向

○病床数等の日本の「過剰な」医療資本

- ・日本の医療を超少子高齢社会型+有事対応型へ転換する際の貴重な「含み資産」ととらえるべき

4. 地域医療構想に関する私見

○以下は、まったくの私見（厚労省の見解や地域医療構想WG（座長）の見解ではない）

○地域医療構想は、医療提供側からの提案である

- ・私自身は「強硬派」であった
- ・しかし、今回の医療提供側からの提案（医療機関の自主的選択による地域医療提供体制の再編・構築）を多とする

→その実現による「ソフト・ランディング」を期待

○「再検証要請対象病院」の公表

- ・「再編統合」リストではない

→調整会議での議論の形骸化に対する「一石」

- ・424病院のみの問題とするのは、問題の矮小化

- ・1455病院全てについて情報開示

- ・(例)A8、B5該当で、今回対象にならなかった

病院は本当に問題ないと言えるのか？

→連続的な問題

- ・「患者を人質にとるな」(某公的病院病院長)

○2025年の「必要病床数」の推計

- ・高度急性期、本格的な急性期については、適切
- ・軽症急性期、回復期については、過大推計の可能性
 - 在宅ケアについては過小推計の可能性

○2025年ビジョンの「原型」は2008年に提案された

- ・「2040年ビジョン」を視野に入れる時期が近付いている（給付と負担を含めて）
- ・長期的な投資の視点

5. 地域医療構想の現状と課題

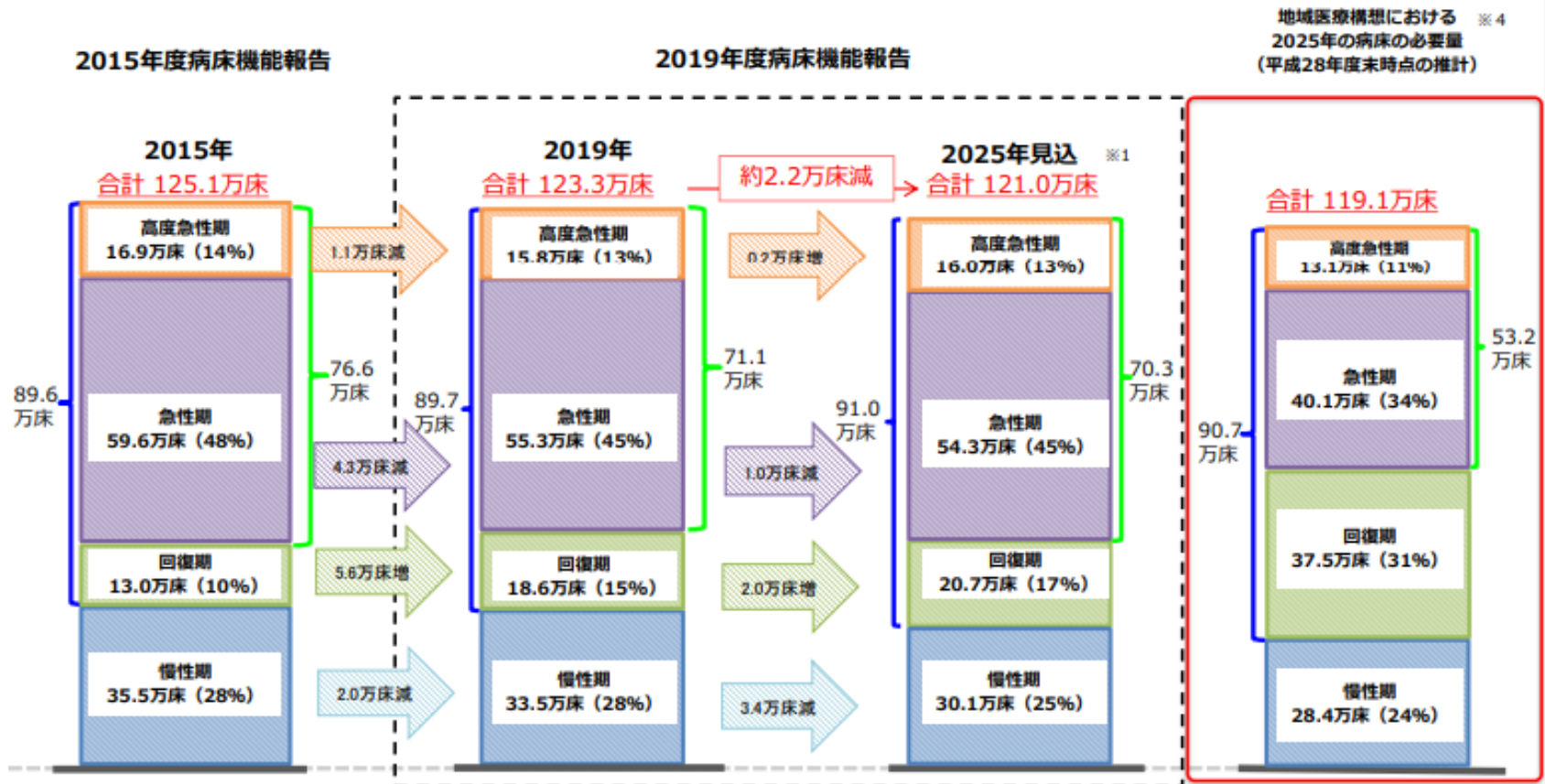
(1) コロナ対策と医療提供政策

○医療計画の見直し

- ・第8次医療計画(2024'~2029')において「新興感染症対策」を6事業の1つとして位置付ける
- ・地域医療構想については、粛々と進める
 - 「2022年度中を目途に地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進められていることが重要となることにも留意」

(2) 地域医療構想の現状(全国ベース)

2019年度病床機能報告について



出典: 2019年度病床機能報告

※1: 2020年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要
(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2019年度病床機能報告: 13,052/13,392(97.5%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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年(2013年)3月中位推計)」等を用いて推計

(3) 各病床機能ごとの課題(私見)

○全国ベースの積上げ値(2019年報告)で見ると

①高度急性期:2025年見込でも3万床程度過剰

・大学病院の「申告」の問題?

②急性期・回復期:2025年見込75万床<必要病床77.6万床

・急性期中「軽症急性期」(奈良方式)の切り分けが課題

③慢性期:1.7万床過剰

・介護医療院等への転換促進(2021年6月末3.7万床)

→2024年3月末で介護療養病床廃止