

「今後の医療制度をどのように考えるか？」

平成27年4月14日(火) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

河原 和夫

(かわはら かずお)

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科
医歯学系専攻 環境社会医歯学講座 政策科学分野
教授

講師経歴

■ 学歴

神戸大学法学部
長崎大学医学部

■ 職歴

1986年 4月 厚生省入省 健康政策局計画課 技官
4月 長崎県出向 長崎県松浦保健所 医師
1988年 4月 大阪府出向 大阪府寝屋川保健所 医師
大阪府立病院 医師(兼務)
大阪府環境保健部医療対策課 技術吏員(兼務)
1991年 4月 国立病院医療センター(現国立国際医療研究センター) 国際医療協力部
情報企画課 課長及び厚生省大臣官房国際課 技官(併任)
1992年 7月 厚生省 保健医療局 国立病院部 政策医療課 課長補佐
1994年 4月 福井県福祉保健部 健康増進課 課長
1997年 4月 厚生省 保健医療局 健康増進栄養課 課長補佐
7月 厚生省 保健医療局 地域保健・健康増進栄養課 課長補佐
1998年 9月 厚生省 医薬安全局 血液対策課 課長補佐
2000年 4月 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科
環境社会医歯学系専攻 医療政策学講座 医療管理学分野 教授
2004年 4月 国立大学法人東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科
医歯学系専攻 環境社会医歯学講座 政策科学分野 教授
2015年 4月 国立大学法人東京医科歯科大学 副理事
現在に至る。

■ 執筆、監修、寄稿等

- ・「新スタンダード栄養・食物シリーズ 公衆栄養学」東京化学同人(共著) 2015年
- ・「新スタンダード栄養・食物シリーズ 社会・環境と健康」東京化学同人(共著) 2014年
- ・「社会・環境と健康(エスカパーシク)」同文書院 2010年
- ・「医療機器品質と安全性の確保 承認・許可と関連する業の役割」薬事日報社 2010年
- ・「感染症と生体防御(放送大学教材)」放送大学教育振興会 2008年(新訂版)

I. 社会環境の変化

皆さん、こんにちは。東京医科歯科大学の河原でございます。

本日のお話は、今後の医療制度をどう考えるかということです。はたして持続可能なのかどうか。持続させる為の制約要因はどのようなものがあるのか。現在の地域医療構想はどのような状況になっているのか。都道府県レベルで医療の受給量を調整する計画として、もう30年ほど医療計画が策定されてきたわけですが、その問題点など。このようなもろもろの課題を含めて、お話ししていきたいと思います。

持続的な医療制度を維持する上で、現在一番の制約は医療費の財源です。それから、皆さん気付いているかどうか分かりませんが、人の問題があると思います。医師不足、看護師不足、介護を担当する人の不足など。こうしたもろもろの医療・介護に関わる人が不足しています。私は、お金の問題より、むしろ人の問題のほうが制約要因になり得るのではないかと考えております。その点を踏まえてご説明していきたいと思います。

まず、人の問題がどのように生じてきているかは、人口構成の変化を見ていかなければなりません。少子高齢化は、まさしく人口構成の変化です。国立社会保障・人口問題研究所という厚生労働省付属の研究所が、今後どのように人口が増減していくのかというデータを予測しています。増減というよりも、減っていくわけです。年齢階級別にどうなっていくかという点が、医療需要、介護需要、そして供給量にも影響してきます。人口的な観点からまず見ていきたいと思います。

1. わが国の健康概念と関連する社会因子の変遷

では、今の医療の問題とはどのような問題でしょうか。幕末から明治維新にかけて、1900年といえば日清・日露戦争の頃です。それまでの健康課題は、天然痘やコレラといった疫病的な急性感性症でした。「開国した為に日本の神様が怒って感染症を広めた」といううわさが流布したりしました。そういう急性的な感染症と栄養不良の問題が健康課題だったわけです。

その後、工業化に成功して、衛生状態あるいは医療

の状況が改善していきました。次の段階で戦争を挟んでいますが、1960年ごろまでは結核のような、勢いが弱く、ただ持続的に感染状態が続くような、慢性的な感染症と栄養不良が大きな問題でした。

戦後、経済成長を成し得たあたりからは高齢化の問題です。だんだん人口が高齢化していくと同時に、成人病という概念が出てきました。がん、脳卒中、心臓病という病気が出てきたわけです。世の中の人口動向は、この頃はたくさん産んでもたくさん死んでしまいました。たくさん産むけどたくさん死ぬのか、たくさん死ぬからたくさん産まなければいけないのか、とにかく多産多死の社会なのです。なぜ多産でなければならないかということ、たくさん死ぬということと同時に、産業構

年代	健康概念	健康課題 (疾病構造)	人口動向	対策の対象/実施主体及びその形態
幕末から 1900年頃	感染症対策 /栄養改善	急性感染症/ 栄養不良	多産多死	集団/警察行政(内務省・警察署)
1900年から 1960年頃	感染症対策 /栄養改善	慢性感染症/ 栄養不良	多産多死から少産少死へ移行過程 (多産少子死)	集団/警察行政(内務省・警察署のちに厚生省・保健所)、国策団体等の協力
1960年から 1995年頃	栄養・運動・休養習慣の改善	成人病	少産少死	集団から個人への移行過程/地域保健行政(保健所から市町村への移行過程)、団体の協力
1995年頃から 現在	右記疾病予防のための生活習慣の改善	生活習慣病	超少産少死	個人/地域保健関係者(市町村・保健所・学校・職場・医師会、栄養士会等の団体)、民間
現在～	生活習慣改善と感染症等の対策	生活習慣病/ 新興再興感染症/テロ等	超少産少死/ 人口減少	個人/地域・広域的健康危機管理/国際協力

資料 1

造が農業など一次産業の時代です。しかも、昔ですから機械化していません。つまり、人手が要る産業構造です。その為、たくさん産まないといけないという、多産多死の社会だったわけです。

それが、戦後の高度成長の頃には第三次産業にどんどん移行して、少ない労働人口でもいけるような産業に変わってきました。そして、衛生状態や医療の状態、所得が向上して、子供が死なくなりました。その為、子供をたくさん産まなくてもよくなったのです。そして、第三次産業・サービス業は人手があまり要らないということで、少産少死に移行し、一人当たりの子どもに費やす教育費などが増えます。そうしますと、貧しかったから小学校卒あるいは中学校卒で働いていた頃とは違い、労働者の質も上がってきたわけです。

その間、第二次産業が日清・日露戦争で勃興する頃から、世の中はあまり死なくなっているのですが、産む習慣だけがしばらく残ります。この時に人口が増えるわけです。まさに今、世界的に見れば、アフリカがこのような状況にあります。その後、経済は高度成長が終わり、1990年代から「失われた20年」に突入していくわけです。現在は、「超」が付くほどの少産少死になってきています。そして、生活習慣病という生活習慣に起因する疾患が健康課題の中心になってきたわけです。

現在は、もちろん生活習慣病が主体です。医療もこれが大半を占めますが、それに加えて、新興再興感染症という世界規模で流行する感染症があります。航空機の発達などにより、世界規模で感染症が日本にも伝わってくるわけです。昨今のエボラ出血熱の騒動は記憶に新しいと思います。そういう問題と、さらにテロの問題、あるいは原発の問題といった複雑な問題に健康課題は変化してきたわけです。

ちなみに、新興感染症というのは、今まで人類が直面していない感染症で、新たに人類に牙をむいてきた感染症です。再興感染症というのは、いったん制圧したと思っていたものが、薬剤耐性を持って再び人類に脅威を及ぼす感性感症です。例としては、薬剤耐性マラリア、薬剤耐性結核などがあります。新興感染症は、SARSや新型インフルエンザがあります。今は世界的に根絶した感性感症としての天然痘は、どの動物から人間に入ってきたかという、4,000年前の新興感染症なのです。4,000年前に、ラクダの天然痘ウイルスが人型に変化しました。つまり、人がラクダを家畜化した時期がこの頃で、人の生活圏域とラクダの生活圏域が重なったのです。エイズも同じです。人の生活圏域と、エイズを持つサルとの生活圏域が重なった為に起こってくるのです。このように、接触することによって新たな感染症として人型になって脅威を及ぼすのが新興感染症です。

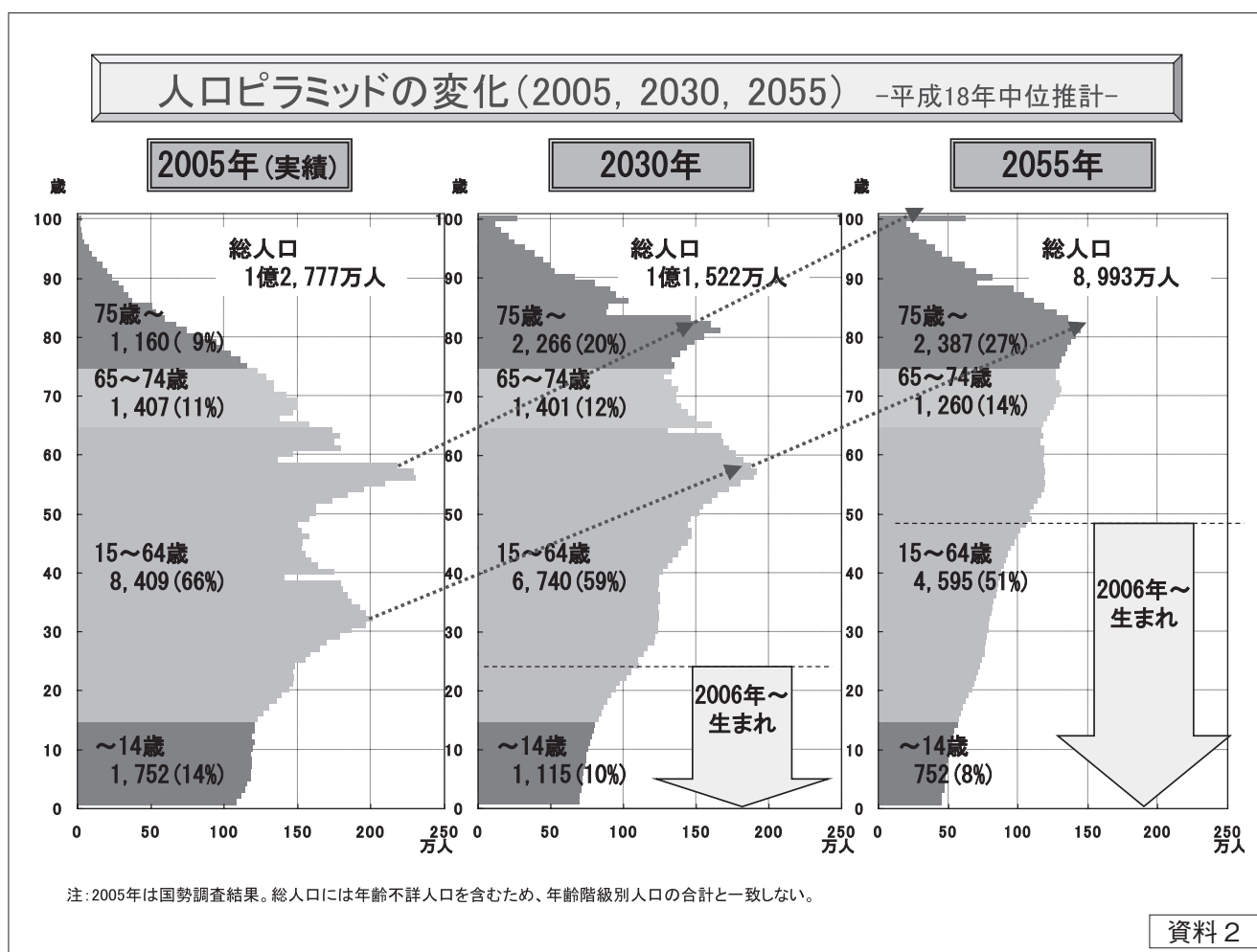
生活習慣病は、現在は生活習慣の改善といった個人の予防活動です。新興再興感染症は、国際協力を含めた集団的な管理、公衆衛生的な管理が要る状況になっています。テロはテロで、また違います。例えば、被害の防止や健康被害の防止といった救急的な問題が出てくるわけです。このような複雑な健康課題に対して、多様な医療体制あるいは予防体制を提供しないといけないのが現在の姿です。(資料1)

2. 人口ピラミッドの変化(2005、2030、2055)

資料2は少し古いスライドですが、国立社会保障・人口問題研究所や国勢調査のデータを基に、将来の推計をしたものです。2005年、2030年、2055年とあります。今は2015年ですから、2005年と2030年の真ん中ぐらいにあるわけです。0～14歳までの子供の人口を年少人口と言われています。15～64歳は、働き盛りの生産年齢人口と称するものです。65歳以上が、老年人口です。65～74歳までの若い高齢者を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者と呼んでいます。

2005年時点の、「15～64歳」の上の膨らみが団塊の世代、つまり第一次ベビーブームの世代です。このベビーブームの世代が親となり、次の子供の世代が「15～64歳」の下の膨らみです。第二次ベビーブームです。第三次ベビーブームは形となって現われていませんが、昨今の出生率がやや改善しているのは、その影響が出ているのではないかとされています。この「15～64歳」真ん中の落ち込みは、丙午によって出産を制限している時です。現在、医療制度や介護制度をもう一回整えなくてはいけないと言っているのは、団塊の世代が完全に高齢者に移行するのが2025年と言われている為です。2025年に、この膨らみの部分が一齐に高齢者の世代に入ってきます。

では、将来的に高齢者はどのくらい増えるかという問題です。「15～64歳」の人口は、次の段階では「65～74歳」の高齢者に移行します。そして、子供の人口が次の「15～64歳」に移行するわけです。資料2を見ると、「15～64歳」あるいは「～14歳」の、中年あるいは若い人口は減ってきているわけですから、将来的には「65～74歳」や「75歳～」に入っていく高齢者も減るといえるのか、頭打ちになるはずですか。(資料2)



3. 人口及び年齢構成の変化と出生数(合計特殊出生率)の見通し

国立社会保障・人口問題研究所の推計では、現在この1億2,000万人あまりの人口の中で、65歳以上の方が約3,100万～3,200万人おられるわけです。資料3の表を見ると、2030年と2055年は3,600万人台です。2027年から2028年には3,600万人台で、65歳以上の絶対数はほぼ一定になってきます。

高齢化がどんどん進むようなイメージですが、若い人が減る為に65歳以上の高齢者が全人口に占める割合が高くなっていきます。しかし、高齢者の絶対数で見れば、3,600万人台で推移します。逆に、

2030年と2055年を比べると減っており、将来的には更に減ってきます。しかし、当面は3,600万人台で推移します。したがって、15年後の医療の姿を見れば、高齢者3,600万人台分の医療と介護を用意しなくてはなりません。ただし、若い人が減るので財源をどう確保するかという問題が出てきます。高齢者はどんどん増えるようなイメージですが、絶対数はもうすぐ止まるのです。

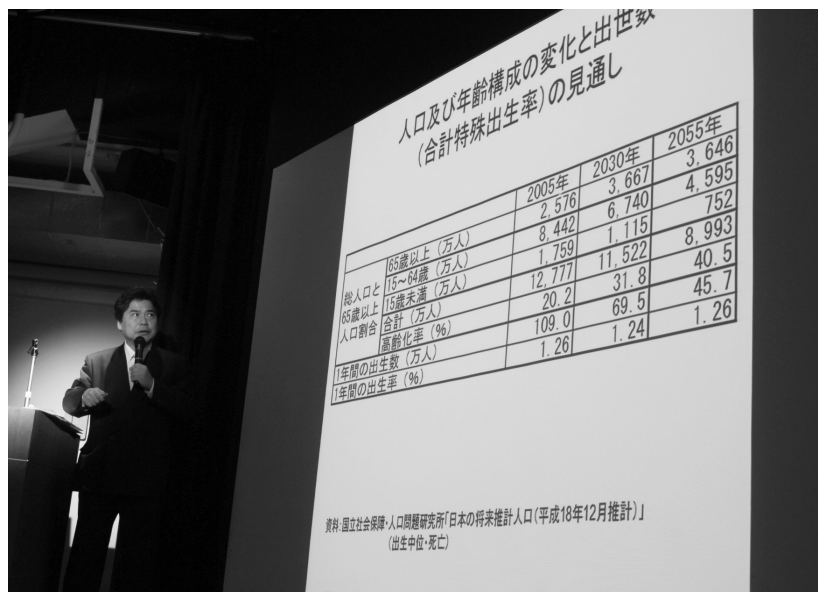
では、3,600万人の高齢者のベッドや介護の仕組み、あるいは在宅の仕組みを考えなくてはなりません。高齢者の中身が変わってきます。前期高齢者が減り、後期高齢者が増えます。前期高齢者は、これから約5年は横ばいで、それを過ぎると減ってきます。後期高齢者は、これから一貫して増えてきます。後期高齢者は、介護保険の給付にしても要介護度が高いです。医療にしても、疾病リスクが高く複雑な合併症を持っている方、手が掛かる方、重症の方が多いです。したがって、高齢者の絶対数は3,600万人台で推移しても、後期高齢者が増えれば、それだけ医療負担や介護負担が増えてくるのは確かだと思えます。(資料3)

人口及び年齢構成の変化と出生数 (合計特殊出生率)の見通し

		2005年	2030年	2055年
総人口と 65歳以上 人口割合	65歳以上(万人)	2,576	3,667	3,646
	15～64歳(万人)	8,442	6,740	4,595
人口割合	15歳未満(万人)	1,759	1,115	752
	合計(万人)	12,777	11,522	8,993
		20.2	31.8	40.5
1年間の出生数(万人)		109.0	69.5	45.7
1年間の出生率(%)		1.26	1.24	1.26

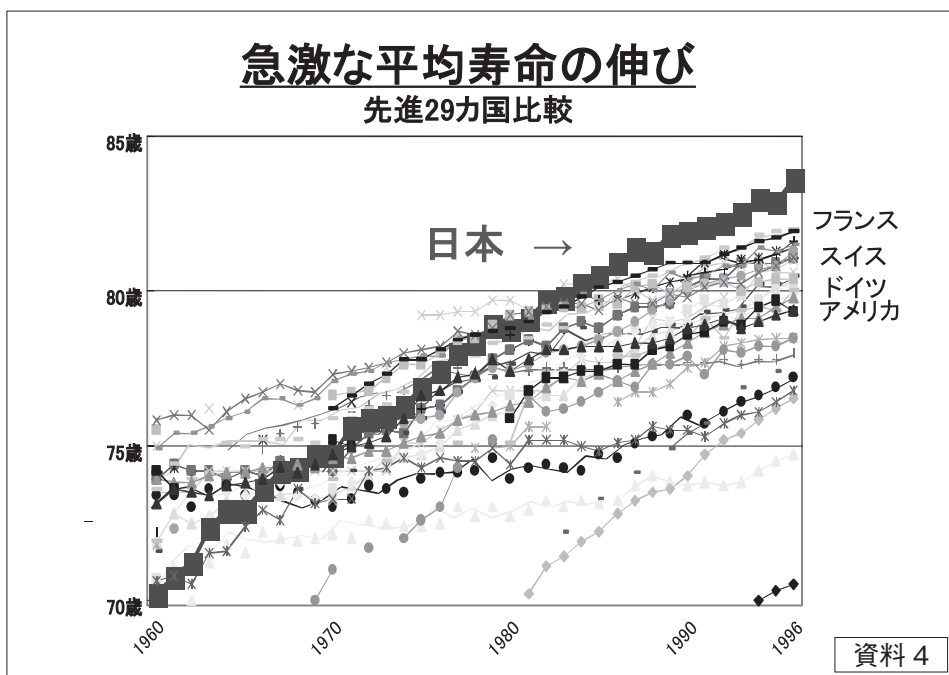
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」
(出生中位・死亡)

資料3



4. 急激な平均寿命の伸び

日本人の平均寿命は急激に伸びました。このことが全ての原因です。厚生労働省は、最初は真ん中ぐらいの伸びで予測して、年金の制度設計や医療の制度設計をやっていました。その計算が外れたのです。これは、喜ぶべきことか悲しむべきことか分かりませんが、あまりにも早い平均寿命の伸びが、一気に高齢化を進めると同時に、疾病構造の変化をもたらしました。今の疾病構造は、医療費がかかる構造です。



感染症に対する医療は、社会的コストを削減する技術です。例えば、治らない感染症ももちろんありますが、大半の感染症は予防接種で防ぐことができます。ワクチンや予防接種は、工場で安価に大量生産できる技術です。抗生物質や点滴も大量生産できる技術です。

予防接種をすれば、本来はかかるべき疾患にかかりません。つまり、逸失利益が生じないわけです。あるいは、感染症にかかっても抗生物質を投与すると、例えば、自然治癒にまかすと本来2週間入院しなくてはならない方が5日で退院できるとなれば、あとの10日間は逸失利益が生じないとか、生産損失が生じません。そのような形で、感染症に対する予防接種や抗生物質、あるいは点滴といった技術は、社外的コストを削減に向かわせる技術であり、また安価で、医師であれば誰でも使える技術です。

それに引き換え、高齢化による病気である、がん、心筋梗塞、脳卒中といった疾患は、本質的に治りません。これは老化の一環です。治療や検査をすれば、現在はCTやMRI、PET、光学的な内視鏡、エコーなど、いろいろな技術がありますが、それらの技術は完成技術ではありません。感染症に対する技術は完成技術です。ワクチンの収率を上げるなどの課題は残っていますが、完成技術です。しかし、高齢者の疾患に対する医療技術は開発途上なのです。医療機器などは、1年半でモデルチェンジしています。そして、高機能で高価格になっていきます。そのような医療技術の進歩が医療費を上げているのではないかという意見が有力なのです。

医療費が上がる要因として、高齢化の寄与率は約10%とされています。むしろ、医療費を上げる要因の半分以上は、医療技術の進歩とされています。技術基盤は、光学技術や電子光学などの複雑な技術でどんどん進化して高機能になりますが、価格も上がります。そういう技術です。その技術を使い切るには専門性が要ります。これが医師の偏在にもつながってくるわけです。例えば、最先端の医療機器を、人がいない地方に配置してもペイできないので、やはり都会のほうに集中してきます。そうしますと、その専門家も都会に集中してきます。そこで医師の偏在という問題が生じてくるのです。(資料4)

5. 図表1-1-10 高齢社会へ到達するのにかかった年数の国際比較

いずれにしても、平均寿命の急激な伸びがありました。資料5の表は、伸びがどれだけあったかという高齢化の速度です。全人口に占める65歳以上の高齢者が7%を越えた社会が、高齢化社会です。日本は1970年の大阪で万国博覧会があった経済成長の後半部分で既に7%を越えました。

問題は、2倍の14%になるまでに24年しかかかっていないことです。ドイツは40年かかっています。イギリスは47年

です。アメリカは、予想では今年で14%になりますが、73年かかっています。スウェーデンは85年、フランスは115年です。ヨーロッパと比べると、日本の高齢化のスピードは約3倍速いのです。したがって、ヨーロッパと同じスピードで社会保障制度改革を進めていたら間に合いません。本当は3倍の速さで行わないといけなわけですが、抜本的な改革はなかなかされていません。

ヨーロッパに関しては、医療制度改革を80年代後半から90年代にかけて行っています。スウェーデンは、90年頃に老人医療・福祉改革としてのエーデル改革を行っています。オランダは、87年頃に財界主導型のデッカー・プランという社会保障・医療制度改革を行っています。デッカー氏は、フィリップス社のCEOです。イギリスは、サッチャー改革があります。ドイツ、フランスも、医療制度改革を90年代には行って一応終えています。日本は、医療制度改革一括法案が成立したのが2006年頃です。2006年～2008年にかけて医療制度改革と称するものを行ってきたわけですが、一番高齢化のスピードが速い日本が一番遅くなったという経緯になっています。

ヨーロッパで社会保障制度改革が早かった理由として、一つはEUの発展と関係があります。EUというのは、国境がなくなり、関税がなくなって、人の出入りが自由になりました。そうした中、各国が自国の産業を強化し、守る必要があったのです。

社会保障費は企業も負担しています。企業の競争力を強化するには、企業も含めた社会保障負担を見直す必要があったのです。その一環で、EUの社会保障制度改革が早かったのです。それから、高齢化が遅い原因の一つは、移民の存在です。しかし、移民も今は高齢化しており、ヨーロッパも本格的な高齢化を迎えようとしているわけです。

日本は今、年間約26万～27万人の人口が減っています。今はまだ減り方が緩いですが、今後、減り方はさらに大きくなります。現在、政府は出生率を向上して人口を一定にしようとしています。それはなかなか難しいと思います。出生率の向上は置いておいて、今から移民を毎年50万～60万人受け入れないと人口は維持できません。そうしますと、10年で500～600万人の移民の受入れです。日本の文化が変わるのももちろん、文化的な軋轢も生じると思います。今の人口を維持するとしたら、それだけ要るのです。

図表1-1-10 高齢社会へ到達するのにかかった年数の国際比較

国	65歳以上人口割合 (到達年次)		倍化年数
	7%	14%	7%→14%
日本	1970	1994	24
ドイツ	1932	1972	40
イギリス	1929	1976	47
アメリカ	1942	2015	73
スウェーデン	1887	1972	85
フランス	1864	1979	115

(注) 1950年以前はUN, The Aging of Population and Its Economic and Social Implications (Population Studies, No.26, 1956)及びDemographic Yearbook, 1950年以降はUN, World Population Prospects: The 2004 Revision (中位推計)による。ただし、日本は総務省統計局「国勢調査」[10月1日現在推計人口]。1950年以前は既知年次のデータを基に補間推計したものである。それぞれの人口割合を超えた最初の年次を示す。倍化年数は、7%から14%へ要した期間。

資料5

残念なのは、インドネシアやフィリピンからの介護士や看護師を採用するにあたり、日本語の試験が難しいのです。試験の内容より、日本語が難しいのです。ふりがなを振っても難しいので、なかなか採用されません。アジアの国々はこれから高齢化を迎えるので、出生率も下がっています。タイでも、出生率は約1.4人になっています。これからはアジア自体が人手不足になってきます。アジアに人材を求めることはこれから不可能になってきます。

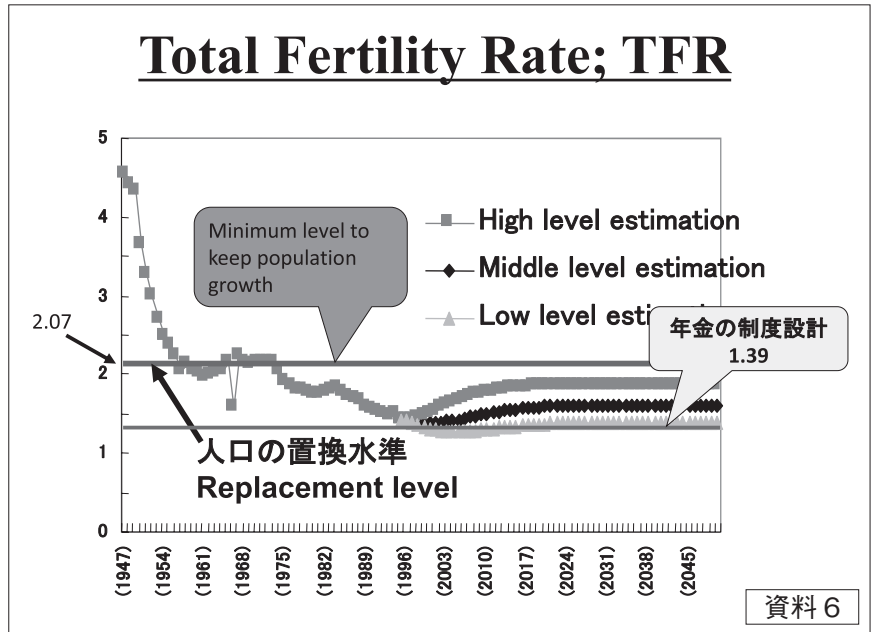
本当は、FTA(自由貿易協定)を結んだ段階から、フィリピンやインドネシアからどんどん受け入れて先鞭を付ける必要があったのですが、それが遅々として進みません。おまけに、もうすぐ中国が高齢化を迎えるとなれば、金にあかしてアジアの人を中国がごっそり持って行くかもしれません。または、アジアの国々自体の高齢者に対する医療や介護の需要が国内で生じて、日本に出す余裕はなくなるかもしれません。したがって、アジアの人材をもし活用するなら、早く受入れ体制を整備するしかないと思います。

ちなみに、私はフィリピンもフィールドで持っていますが、フィリピンの看護師のレベルは非常に高いです。フィリピンの看護師は、イギリス、アメリカ、中東、カナダなどの海外で活躍しています。カナダは、「フィリピンから看護師が来てくれれば、その家族全員を受け入れます」という政策を出しています。英語で試験を受けることができ、家族も受け入れてくれる国と、日本語で試験を受けて、制限が多い、家族も呼べない国とではどちらを選びますか。カナダを選ぶに決まっています。したがって、外国から医療や介護の人材を受け入れるとしたら、特にアジアから受け入れる場合は早く道筋をつけないといけません。アジアの高齢化がもう迫っているのです。(資料5)



6. Total Fertility Rate; TFR

資料6は、合計特殊出生率で一生の間に女性が産む子供の数です。戦争が終わって戦後間もない頃は4~5人産んでいましたが、どんどん下がってきています。これが丙午の落ち込みです。グラフの上の線から楽観的な見通し、中間の見通し、悲観的な見通しです。2.07の線を越えないと人口は増えません。現在、2人の親から約1.3人しか産まれていません。次の世代は2人以上産まないと人口は増えないのです。生まれてきた子供が生殖年齢に達するまでに亡くなる子供の数を勘案すれば、出生率が2.07以上なければ人口は増えません。



医学の進歩とともにこのハードルは下がってきています。4~5年前までは2.08でしたが、今は2.07になりました。しかし、これが限りなく2に近づくことはなく、もうこの辺りが医学の限界だと思えます。そして、人口1億人を将来維持するという政府の会議の目標では2.07まで出生率を上げると言っていますが、今は1.4辺りを漂っているわけです。フランスやアメリカなど出生率が高いと言われる先進国でも、2前後です。スウェーデンやデンマークでは、改善したといっても1.9ぐらいです。わが国は、なかなかここまで改善しません。

1.39の横の線は年金の制度設計です。約5年前は出生率が1.26まで下がりましたが、年金の制度設計は1.39です。悲観的な見通しで描いていますが、今となつてはこの数字自体も楽観的です。例えば、今は目に見えませんが第三次ベビーブームの影響で出生数が増えたとしても、また数年で終わってしまえば、今1.4ぐらいあるこの出生数は、また1.26になりかねません。そうしますと、歳入欠陥が生じるわけです。

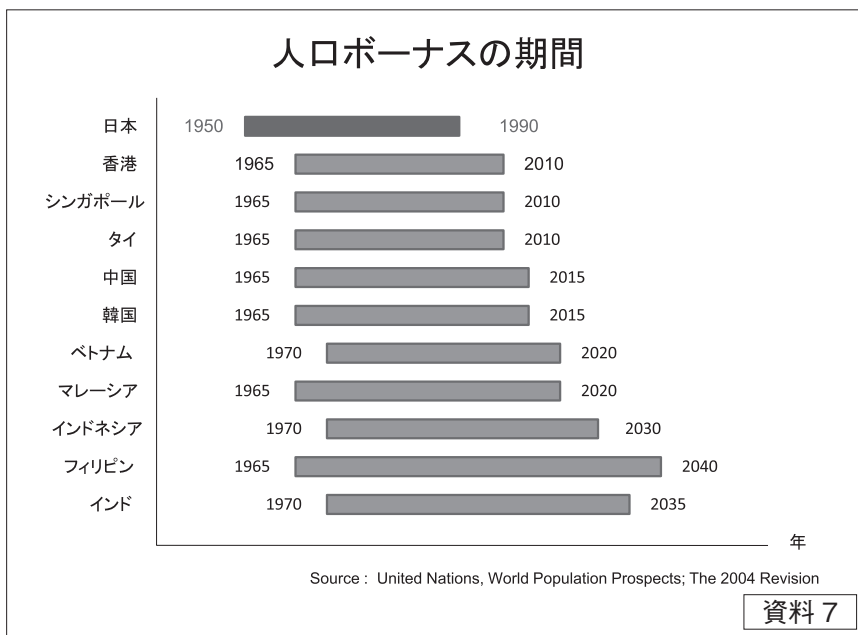
年金記録の照合がどうなったか分かりませんが、私は厚生労働省に通算14年勤めていましたが、最初の年金通知を見ると、厚生労働省に勤務した籍は1日しかありません。あとは全部消えているのです。身内のような厚生労働省の人間の記録でも消えているのです。記録の照合も大事かもしれませんが、現実の出生率や将来的な予測を踏まえて、早くもう一回制度設計をしないと破綻します。このように人口的に見ると、目標に達するのは非常に難しいことです。(資料6)

7. 人口ボーナスの期間

人口ボーナスというのは、経済成長をするのに有利な人口構成になるよう、神様が与えてくれた時期です。つまり、働き盛りの人口が増えると生産量が上がります。同時に、その人たちは消費者になるから国内市場が大きくなり、経済発展の歯車が回りだす時期です。1950年から1990年が日本の人口ボーナス、経済発展に寄与する人口構成の時期だったわけです。

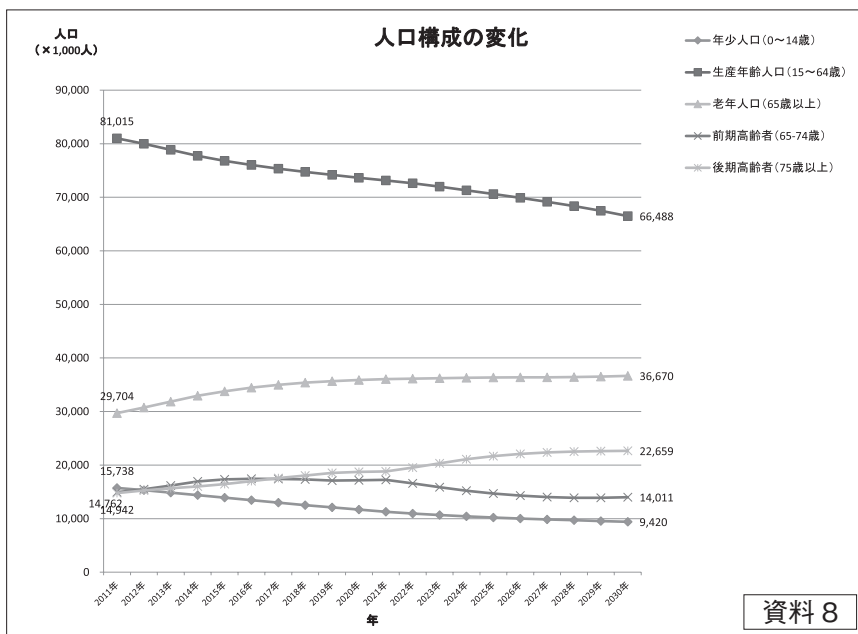
ほかの国を見ると、中国、韓国は今年で終わり、あとは高齢化です。シンガポールも終わっています。そうしますと、アジアで20年後でも若い国は、フィリピンとインドぐらいしかありません。その為、アジアの国々からの介護や看護の人材は、今ならまだ間に合うかもしれませんが、今後は供給してくれるか分かりません。出生率も下がっているし、これらの国自体が高齢化を迎えているのです。

ちなみに、日本の国力のピークは1997年頃です。1人当たりのGDPが世界ランキングで1番高かった時期です。中国のピークは、おそらく2022年辺りに来ると思います。失われた20年のうちの最初の10年は比較的質がよいけれども、2000年を越えてからの10年は質が悪い10年だと思います。(資料7)



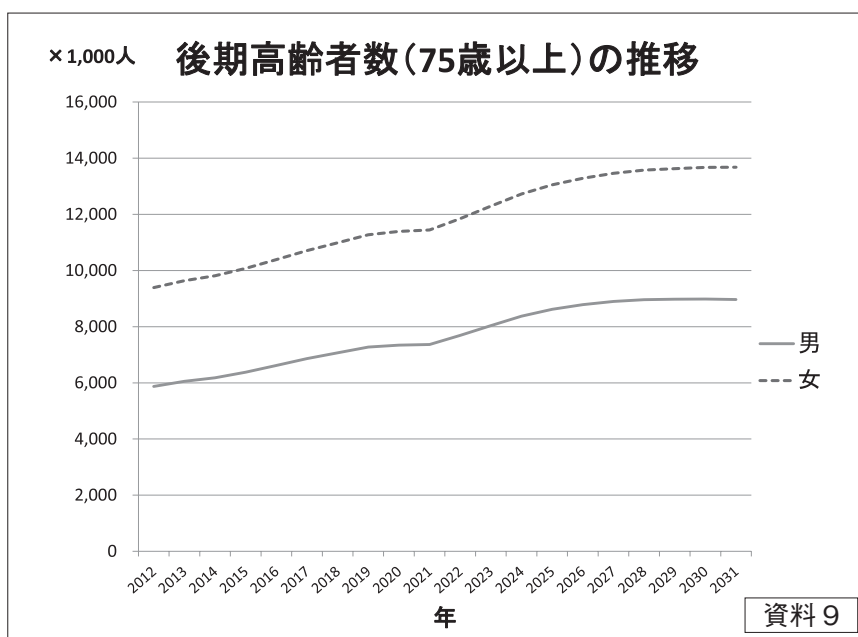
8. 人口構成の変化

資料8のグラフのように働き盛りが減ってきて、高齢者が増え、子供が減ります。(資料8)



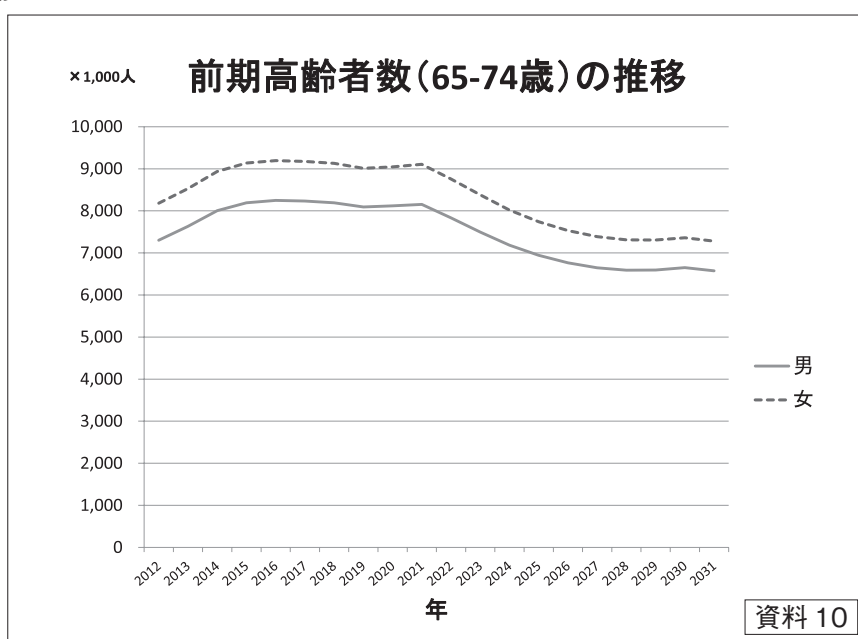
(1)後期高齢者数(75歳以上)の推移

高齢者だけを見ると、後期高齢者は資料9のグラフのように増えていきます。(資料9)



(2)前期高齢者数(65-74歳)の推移

前期高齢者は、もうしばらくは増えてますが、あとは減ってきます。つまり、高齢者の絶対数が3,600万人台で一定に推移しても、後期高齢者が増えるので、医療負荷や介護負荷が増大していくことが予想されます。(資料10)



II. 医療の生産性

産業界は生産性を見ていくと思います。日本の生産性は、欧米に比べて悪いと言われています。昔は、生産性が少し高い時期もあったような気もしますが、現在は悪いです。

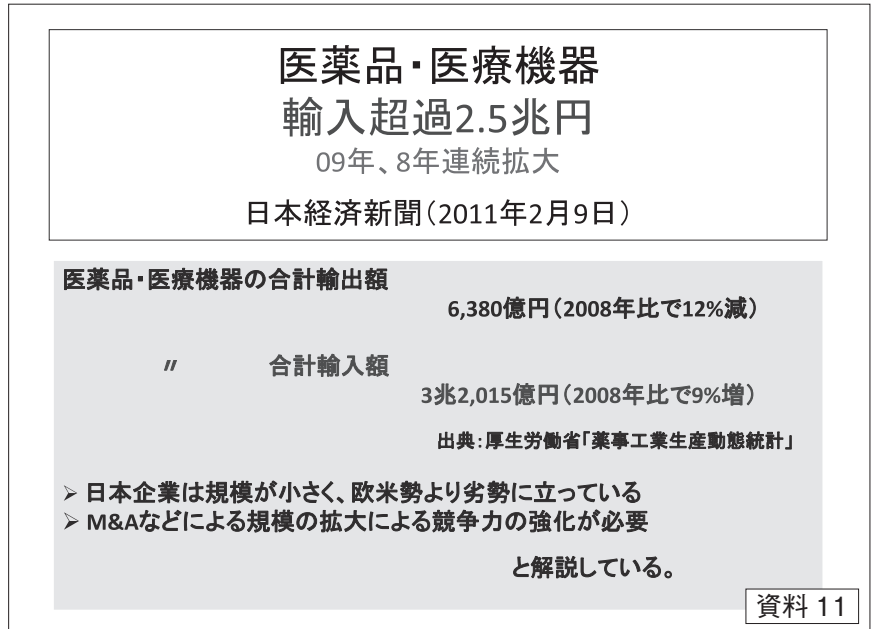
1. 医薬品・医療機器輸入超過2.5兆円 09年、8年連続拡大

医療の生産性を見ていきます。皆さんの中にも医薬品産業あるいは医療機器の分野のお仕事に従事されている方がおられると思いますが、4年前の日本経済新聞の記事では、2兆5,000億円の輸入超過となっています。製薬会社では、武田薬品工業株式会社が一番です。現在も16位ぐらいでしょう。スイスのナイcomedを買収して、10位ぐらいになるかもしれません。

製薬会社が世界で生き残る為には、市場占有率5%以上で売上高の順位が10位以内、そして

研究開発投資に年間約20億ドル以上を投資できる会社でなければならないと言う人もいます。武田薬品工業株式会社が一番として、ほかには、第一三共株式会社や山之内製薬株式会社、アステラス製薬株式会社が20位台です。アステラス製薬株式会社がかなり上がってきていると思います。

日本の医療産業の一つ、医薬品・医療機器を見ると輸入超過です。これはどういうことかという、貴重な富が海外に流れています。国民医療費の一部が海外に流れています。少なくとも約1兆円は流れていると思います。製薬産業、医薬品、医療機器の産業基盤が弱いということが、日本の一つの特徴です。医療制度を考える時には、それを支える医師・看護師や医療従事者、あるいは病院といった物的な資源も大事ですが、産業基盤が必要だと思います。その一つが、このような産業です。こういうところにはなかなか目が行かないのです。医師や医療関係者も、このような状況にあることを全然注目していません。(資料11)



2. 2014年3月15日 日本経済新聞朝刊記事より

資料12は、1年ほど前に厚生労働省が発表した記事です。『厚生労働省30年推計』とありますが、医療・福祉を最大産業にすることです。なぜかという、高齢者が増えて医療需要や介護需要が増え、右肩上がり需要が増大する産業なので、ここに人を投入することです。2030年には最大の産業にしていると言っています。その時には908万人がこの産業に就けるといっています。総労働者が5,449万人で、そのうち908万人を、医療機器や医薬品も含めた医療・福祉関係の産業に従事させるといっているのです。5,449万分の908万ですから、6人に1人はこのような産業に従事しましょうと言っています。これをどう思われますか。(資料12)

厚生労働省30年推計

医療・福祉、最大産業に

厚生労働省の推計による、スマートな労働移動が成長と、2030年には産業別の就業者数で、医療・福祉の分野が最大になることが分かった。医療・福祉の就業者数は12年比で最低で、2030年には202万人増え、908万人になる。大幅に減る前進まない最低のケースの場合、全就業者数は12年比で首位になる。成長産業への82万人減り、5449万人になる。

就業者数908万人

12年に首位だった製造業は287万人、2位の建設業が162万人減る一方、医療・福祉は202万人増と3割増える。

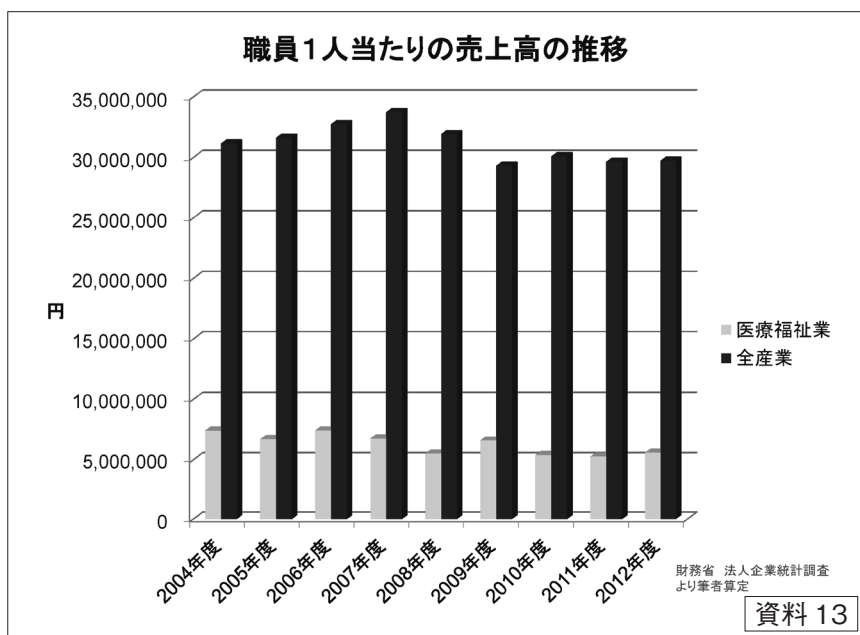
医療・福祉分野は高齢化で労働力需要が伸びる数少ない成長市場になる。全体の就業者数に占める比率は12年(11.3%)から5.4割増え、30年(16.7%)は産業別の割合で最大だ。

2014年3月15日
日本経済新聞 朝刊

資料 12

3. 職員1人当たりの売上高の推移

資料13は財務省の資料から私が計算しました。医療・介護の職員1人当たりの売上は500万円ぐらいしかありません。どんどん下がってきていて、現在は約500万円です。一方、産業全体の平均は、農業も含めて3,000万円です。さらに、トップ企業は約1億円売り上げています。このようなことを考えると、非常に売り上げが低いです。このような所に、908万人配属したらどうなりますか。



今でも税金を投入しています。税金はまだわれわれの世代の問題ですが、国債も含めて医療あるいは介護に投入しています。日本の医療や介護制度は、公的保険制度で運営されているというのが教科書的な答えですが、医療に関しては、現在38%は税金あるいは国債が投入されています。介護に至っては、法令上50%が税金で、残りの50%は介護保険料です。介護は50%が税金ですが、実質、減免措置を含めると58%が税投入されています。

つまり、医療・介護といった産業は、税金を投入して初めて成り立っている産業です。保護している産業です。ここに従業員をたくさん入れたらどうなりますか。税負担がますます増えます。また、貿易財ではない産業です。国内で閉じている産業です。この国が豊かなのは、例えば、トヨタなどが車を売って外貨を稼いでいるからです。そのように、外貨を稼げる産業にも人を配属しない

といけません。しかし、医療・介護に908万人ということで、6人に1人を配置したら、外貨はどこから稼いでくるのでしょうか。この閉じた環境の中、そして税金を投入して護送船団方式で維持している産業に対して908万人も集めたら、日本の国はつぶれてしまうと思います。(資料13)

4. 生産性について

生産性を見ます。いろいろ計算式がありますが、生産額を、就業者数あるいは労働時間で割ると生産性が出ます。(資料14)

生産性について

生産額 = 雇用者報酬 + 営業余剰 + 固定資本減耗 + 間接税 - 補助金

生産性は → “生産額/就業者数” あるいは “生産額/総労働時間” で測定

資料 14

5. 産業別生産性

資料15の表は、国民経済計算から求めました。血漿分画製事業(A社)については、私がこの産業について研究をしているので、グレーの文字(表中の上から9行目)で示しました。例えば、農林水産業は総労働時間がどのくらいで、100万円生産する為にはこれだけの人が要る、という式です。(資料15)

産業	産業別国内 総生産 (10億円)	就業者数 (1,000人)	総労働時間 (100万時間)	100万円生産する ための就業者数 (人)	1,000円生産する ための労働時間 (時間)
産業	523,837	59,837	116,568	0.114	0.223
農林水産業	8,461	3,248	5,738	0.384	0.678
鉱業	473	47	97	0.099	0.205
製造業	137,599	11,208	22,248	0.081	0.162
食料品	14,281	1,597	3,033	0.112	0.212
繊維	789	241	477	0.305	0.605
パルプ・紙	2,760	280	543	0.101	0.197
化学	10,260	406	763	0.040	0.074
血漿分画事業(A社)	1,751,217,131円	238人	436,821時間	0.136	0.249
石油・石炭製品	4,230	29	61	0.007	0.014
窯業・土石製品	3,957	369	740	0.093	0.187
一次金属	6,681.5	463	937	0.069	0.140
金属製品	4,719	927	1,895	0.196	0.402
一般機械	15,521	1,354	2,766	0.087	0.178
電気機械	40,083	1,630	3,170	0.041	0.079
輸送用機械	17,124	1,254	2,590	0.073	0.151
精密機械	2,154	203	402	0.094	0.187
その他の製造業	15,040.4	2,456	4,870	0.163	0.324
建設業	31,740	5,434	11,182	0.171	0.352
電気・ガス・水道業	14,957	430	779	0.029	0.052
卸売・小売業	68,962	10,762	17,134	0.156	0.248
金融・保険業	32,772	1,797	3,308	0.055	0.101
不動産業	62,396	984	1,895	0.016	0.030
運輸・通信業	37,864	3,711	7,755	0.098	0.205
サービス業	128,616	22,216	38,212	0.173	0.297
政府サービス生産者	50,525	3,392	6,122	0.067	0.121
対家計民間非営利サービス	11,550	120	2,099	0.010	0.182

出典:「国民経済計算(確報)2007年」内閣府経済社会総合研究所を筆者改変

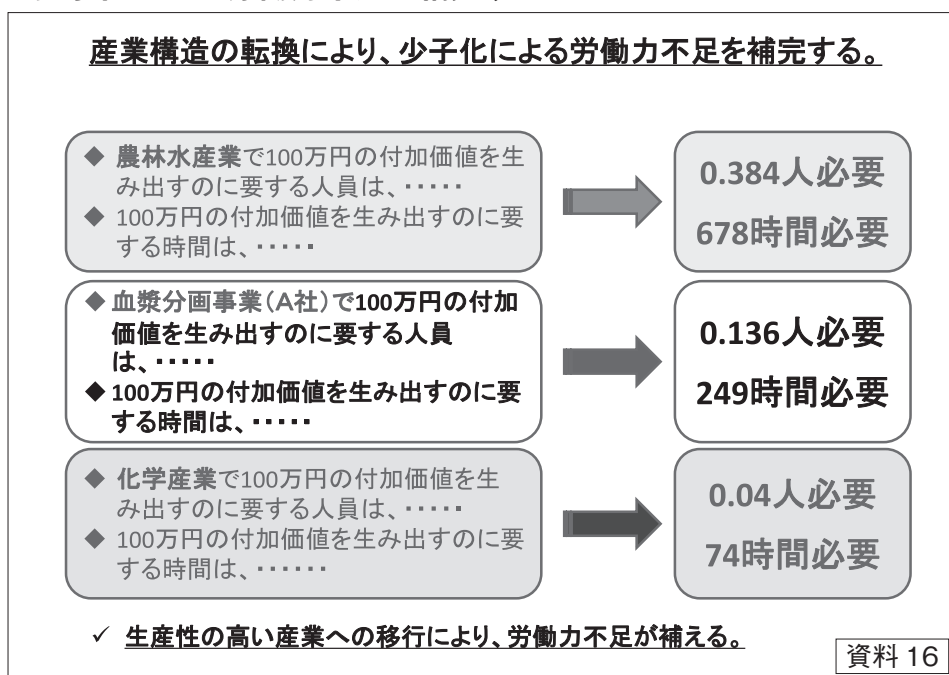
資料 15

6. 産業構造の転換により、少子化による労働力不足を補完する

農林水産業で100万円を生み出すには、0.384人で678時間働かないといけません。一方、化学産業では、100万円を生み出すには、0.04人で74時間働けばよいのです。医療がどういう状態になるか計算していませんが、医師・看護師はそれ以上もうけているとはいえ、500万円しか売上がないような産業の生産性は明らかに低いと思います。

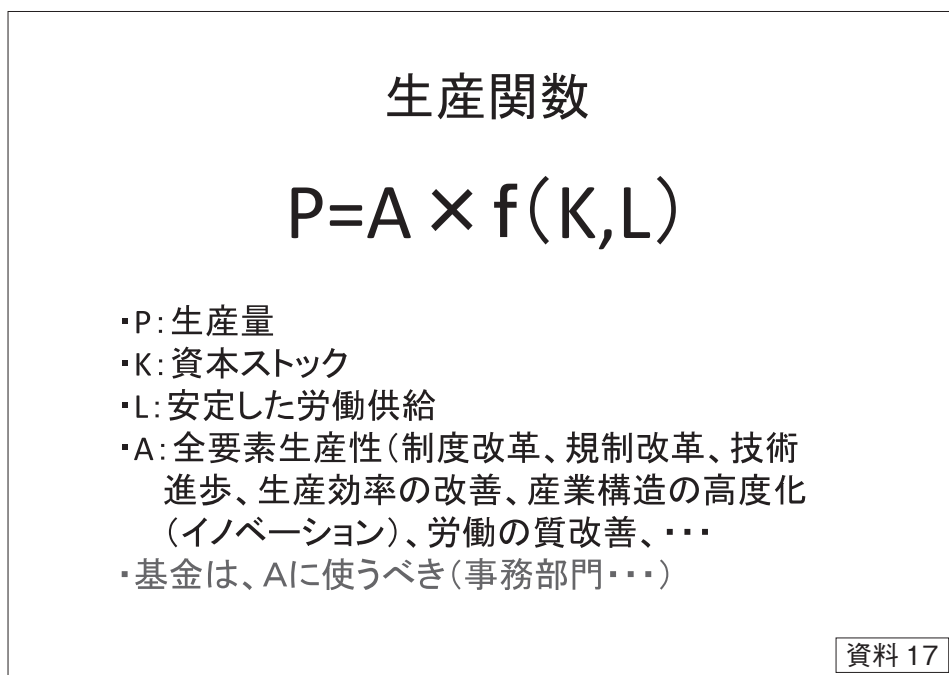
生産性を上げるということは、上げる産業にシフトしていくということです。

医療も同じです。生産性を上げるような構造にシフトしていかないといけないのです。生産性を上げるということは、少子化対策です。少子化対策の本質は出生率を上げて子供の数を増やすことが本道ですが、働く人口が減ってきているので、少ない人口で売上を上げるような、生産性が高い産業にわれわれはシフトしていかなければなりません。それが、今着手できる少子化対策です。(資料16)



7. 生産関数

医療も同じで、どこか無駄があれば生産性を上げるような形にシフトせざるを得ません。生産性を上げる為には、例えば、工場の新設をするというような資本投入と、労働者を増やす労働投入の2つが重要です。しかし、医療はもう無理です。人がいないのです。人がいないから労働投入できません。そして、病院経営から考えても、あるいは税金を投入して運営しているような状況を見て



も、資本投入はできません。そうしますと、制度改革、規制改革、技術進歩、ブランド力のアップなどを講じて、A:全要素生産性を上げていくしかありません。(資料17)

Ⅲ. 人的資源

1. 主な医療系学部の入学生定員(平成25年度)

なぜ人がいなくなるかということです。資料18は、医療関係の学部についてです。平成25年時点で、医学部の定員が9,041名です。歯学部は人が増えすぎています。現在、歯科医院は7万5,000軒あります。コンビニエンスストアが5万軒余りなので、コンビニエンスストアより歯科医院のほうが現在は多いのです。薬学部は定員が11,550名、看護師は64,622名です。大学や専門学校などいろいろありますが、理学療法士は13,500名、作業療法士13,000名以上です。放射線技師は

主な医療系学部の入学生定員(平成25年度)

学部あるいは職種	定員
医学部	9,041名
歯学部	2,440名
薬学部(6年制)	11,550名
看護師	64,622名
准看護師	11,855名
理学療法士	13,500名
作業療法士	13,000名以上
診療放射線技師	1,687名以上
合計	127,695名+α
18歳人口(平成24年10月1日)	1,234,000名

資料 18

1,687名です。この7つの職種を合わせると、1学年の定員は13万人になります。医療や介護に関係する仕事はこれ以外にも、事務の人や、ケースワーカー、ホームヘルパー、社会福祉士などたくさんいるわけです。しかし、医療に密接に関わるこの7つの職種だけで、1学年約13万人の定員があります。これを満たせますか。今の18歳人口は123万人です。10人に1人はこれらの学部に行かないと埋まらないのです。つまり、もう子供がいない、人がいないのです。したがって「医学部はさらに定員を増やすべきだ」とか「看護師を増やすべきだ」というような、職種ごとのエゴはもう通じません。

本当は、医療や介護、あるいは産業・研究という所に、どれだけの人を配分してそれぞれの生産性を高めるかということを議論しないとイケないのですが、司令塔がありません。看護師などはまだまだ足りないと言われていて。しかし、地方の薬学部などはもう定員割れしています。

昨年生まれた子供は103万人で、さらに20万人減っています。いずれ生まれる子供の数は80万人になります。その頃は、3,600万人の高齢者がいます。高齢化のピークだと思えますが、もう人がいません。そして、先ほど言ったように、生産性が高い産業に人を配分する必要があるわけで、医療・介護は逆に言えば、もうこれ以上人を増やせないのです。充当する人材がいないわけです。

それどころか、これからははがしてくる必要があるかもしれません。機械化とか、モビルスーツのような介護用のスーツやロボットなど、いろいろとあります。そのように日本が得意な分野で人手を省くなどして効率化していくしかないと思います。

もう一つは、今の医療技術は、医療費を上げるような形でどんどん高機能・高価格になってきています。テレビは高機能になりましたが、価格がとてつもなく下がりました。そのようなものができればよいのです。

アメリカのゼネラル・エレクトリック社(GE)が、インドから医療機器の注文を受けた時に、インドは、「この機能とこの機能だけでよい」と言いました。インド仕様の医療機器を作って輸出したら、それがアメリカ国内で売れたらしいのです。インド以上に、アメリカ国内の病院から引き合いがあったそうです。医療機器の技術がどこまで進歩するかとか、どこまで機能を付けるかということの検討を含めたロボットの開発を行わなければなりません。iPS細胞がひょっとしたら効率的かもしれません。そのようなことも含めて、人がいない時代においてどのように医療の生産性を上げ、少ない人口で効率良く3,600万人の高齢者に対応していくかということを考えていく必要があると思います。(資料18)

2. 医師と患者の需給バランス

今、医学部の定員を増やそうと、去年、看護大学が東京都だけで約3カ所もできました。しかし、行くわけがありません。東京都は定員が埋まっているように見えるかもしれませんが、その反面、地方が欠員になっているのです。今のまま養成していくと、将来の人口予測と今の疾病の罹患率で単純に計算すれば、2008年を基準にすると、2035年は8%しか患者は増えません。もちろん後期高齢者の比率は増える分、医療需要は増えますが、患者数にすると8%しか増えません。しかし、このまま養成していくと、医師が1.5倍、看護師が2倍になります。それ以前に入学者がいるかどうかという問題もありますが、これだけミスマッチが生じるのです。

人がいなければ、学校の定員を増やして養成していくのではなく、現時点で即効性のある人材確保の政策が必要になります。海外から入れたり、あるいは医師と歯科医師の業務分担を見直したりしなければなりません。例えば、歯科医師に内科的な検診の行為もさせる、あるいは、薬剤師と医師との境界などもそうです。看護師と医師との境界は、特定看護師ということで見直そうとしています。即効性を持ってそのように対応しないと、養成を待っていたら、入学しても医学部の養成だけで10年かかるわけです。全体の数が膨らむまで何十年もかかります。それが、まさしくこの姿です。2035年に1.5倍になった時には、需要がしぼんでしまっています。ミスマッチが生じるわけです。(資料19)

医師と患者の需給バランス

- 日本の患者数は2035年度には2008年度の8%増しに増加するが、一方で現在の医療資源供給を維持し続けた場合、2035年度には医師数が約1.5倍に、看護師数、介護福祉士数が2倍以上に増加すると予測される。
- 2008年度の主要都市の医師数/患者数の比率は高いが、高知や秋田、島根などはこの比率が低い。しかし、2035年度では主要都市でも高齢化が進み地方の過疎化が進む影響か、2008年度と逆の傾向が見られる。
- 都道府県ごとに少子高齢化の進行具合が違ふこと、それにより医療資源の必要量が異なってくることから、医学部定員を増やすなどの供給数を増加させる政策を取るのではなく医療資源配分の効率化を目指すべきである。

資料19

IV. 医療財源

先ほど言いましたように、財源での大きな問題は、子供が減って労働者が減ります。税金を負担する働き盛りの人口が減ってくるわけです。財源に関しての一つのやり方としては、財源を多角化・多様化しないといけません。混合診療も多様化の一つです。それから、寄付制度を税制とくっつけて、病院に対する寄付をさらに普及させます。

例えば、日野原重明先生がおられる聖路加国際病院は、現在の診療報酬体系では、入院患者1人対して医療従者は約1人しか付けられません。それだけしか診療報酬は負担していないのです。しかし、聖路加国際病院では3~4人が付いているのです。なぜ3~4人いるかということ、寄付と差額ベッドの財源を人の雇用などに充てているからだとおっしゃっていました。つまり、財源の多様化、あるいは自己負担を上げる必要があると思います。

現在、月々の保険料はどんどん上がっていますが、病気になった時の窓口負担は3割が原則です。原則3割だけれども、日本人を平均すれば何割負担だと思いますか。医療費の自己負担は15~16%です。つまり、高額な医療に対しては高額療養費制度があります。例えば、ある月に、心臓の手術とか血友病で血が止まらないということで治療して、約1,000万円の医療費がかかったとすれば、自己負担が3割なら300万円払わないといけないわけです。しかし、申請すれば、所得による差

がありますが、だいたい8～10万円を越えた部分は保険が見るという制度があるわけです。あるいは難病は、今は難病医療法ができて新しい概念に変わりましたが、難病時代の特定疾患に関することや公費負担制度がいろいろあるわけです。そのようなことを加味すれば、原則3割負担ですが、日本国民全体の窓口負担は15～16%です。非常にうまくやっていますが、やはり財源が困ります。15～16%の平均的な負担としたら、民主党の時につぶれたけれども、例えば窓口負担を100円上げてもらうとか、何らかの形で負担を増やさないと、今のままでは崩壊していくと思います。

現在、社会保障関係の費用は、保険料も入れてもろもろで110兆円です。年金、医療、介護、福祉といった社会保障関係の費用は、自己負担も保険料も入れて110兆円です。数年前までは100兆円でした。消費税を10%に上げて、10～12兆円しか増えません。25%程度にして、やっと何とか補填ができるぐらいです。したがって、消費税を上げて医療費に回せば何とかかなると思ったら大間違いです。

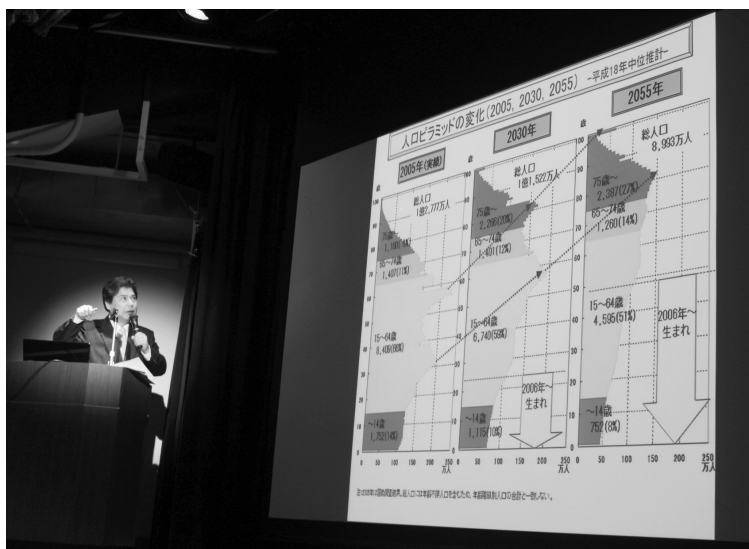
現在、医療費や介護費などの社会的コストがかかるところは、選挙がありますから削減が難しいのです。それどころか、税金を一層投入しようとしています。今度、医療介護基金ができました。医療制度を今年から変えるにあたり、医療介護基金を病床の種別化に使ったり、あるいは在宅医療や人の確保に充てたりしようとしているわけです。

昨年度の予算額が約907億円ありましたが、それは消費税から回しています。消費税は社会保障に使うと政府は言っています。消費税から回して基金を作っているのです。それはおかしいことで、1,000兆円以上の国債(借金)があるのに、借金の返済に回さずに、基金とかそういうものを設立して消費税をそちらに充当するというのは、いかがなものかなと私は思います。

例えば、保険料を上げるのも厳しいです。それから、元気な人は窓口負担がずっと3割です。高額療養費制度などの制度に該当しなければ、普通の病気で医療機関に行けば3割負担です。そういう人が4割になるのもやはり厳しいです。その為、窓口の負担や免責という話がいろいろ出ています。例えば、1万円以内は保険を利かせず自己負担にするなど、窓口負担を増やす形で、税金を投入することに頼らない仕組みに変えないといけないと思います。

議論が無責任になっているのは、本当は医療も介護も公的保険制度でスタートしたわけです。保険というのは、被保険者の将来の疾病リスク、失業のリスク、老後の生活のリスクに対して普段から積み立てるお金のことです。それが、現在は自分の為に使わずに、賦課方式といって、今高齢者に該当している方の社会保障に使われています。そして、自分が高齢者になった時は、次の若い世代の保険料が回ってくる仕組みになっているのです。さらに、足腰が弱い全国健康保険協会とか後期高齢者医療制度という保険組合に対して出資しています。支援しているわけです。そういうことで非常に負担が増えています。

保険というのは、民間の生命保険を見ても本来自分の為に使うものだと思いますが、その中に、さらに税金が投入されています。税金が投入されると、負担と受益の関係で、お金を誰が負担して誰が利益を受けるかということです。保険の場合、本来は自分が負担して、自分が利益を受けるのが原則です。生命保険がそうですが、自分が掛け金を掛けて、死亡やけがをした時、入院した時にお金をもらいます。これが負担と受益の関係ですが、税金が医療に入ってくると、負担



と受益の関係が分からなくなるのです。誰が負担しているか分からないから、「消費税を回せばよい」というような無責任な議論になってしまうのです。

これは暴論かもしれませんが、いっそのこと医療費は保険をやめて消費税にしたらどうでしょうか。「高齢化で医療費がこれだけかかるから、来年の消費税は5%上げます」というほうが明快です。そうすれば、これは大変なことになったと国民が気付くと思います。

皆さんの中には、医療経営に関わっている方、コンサルタントの方もおられると思います。消費税8%になり、病院経営は苦しくならなかったでしょうか。医療材料などは、3%上がっただけでかなりきつくなっていないですか。私どもの大学も、3%の上げを自己負担してかなりきついです。医療は消費税非課税なので、患者に転嫁できないから大変です。さらに2%上がって10%になれば、消費税はもちろん上げないといけないのですが、何らかの手立てをしないと病院がつぶれてしまうような状況になってきていると思います。

現在厚生労働省は、「診療報酬で消費税該当額は薄く広く見ている」と言っていますが、どこにそれを見ているのか全然分かりません。その為、本当は税制で税額控除の対象にするという議論を携えて、病院協会がいろいろ言っています。交渉しようとしているところです。消費税の問題は上げないといけないけれども、上げた場合の医療機関の影響が表にあまり知られていません。そのような影響も出てくるわけです。

混合診療に関しては、公平性が確保されないという意見もあります。例えば、金持ちが大変高価な、日本で承認されていない薬をアメリカから輸入して、自分の治療の為に使うとします。一方は保険で、日本では認められていないアメリカの薬が使えません。ここで格差が生じるから駄目というものです。あるいは、医者が高価な薬を勧めるなど、医者モラルが崩壊するといった意見がありますが、歯科は現在混合診療です。保険で歯に詰め物を入れても、取れやすいです。だから、金属のよいものを推奨したりします。

医科の中で、もう一つ混合診療があるのを知っていますか。事実上、混合診療になっているものはお産です。正常分娩です。妊娠の経過中に妊娠高血圧症候群や病気になった場合は、その部分は医療保険の適用になります。産婦人科は事実上の混合診療です。

結果としてどのようなことが生じているかというと、「お産の時ぐらいいはゆっくりして、きれいでホテルみたいな病院で、おいしいフランス料理を食べて産みたい」という希望の人が、あるいはそういう産婦人科医院がはやります。つまり、混合診療によって新しいビジネスの体系が生まれてきたわけです。お産の体系に対して、供給する病院側の施設の多様性を生んできたのです。

混合診療というのは、そういうことで技術革新にもつながります。医療だけを見れば、公平性の確保とかいろいろ言っています。最低限確保することはもちろん重要ですが、ほかの分野の市場の拡大を考えれば、混合診療は非常に有望な手段ではないかと思います。

介護は、最初から混合介護です。介護は、上乗せでお金を払えばプラスアルファのサービスができる混合介護です。介護は混合介護ですから、医療も混合診療してもよいのではないかと思います。財源はそのような形で多様化していく必要があると思います。

1. 医療提供体制

1945年の終戦の年から1985年あたりまで経済成長していましたが、この時は医療基盤の整備と量的拡充の時代です。戦争で徹底的に医療施設が破壊されました。医療施設の整備を目指して昭和23年(1948年)に医療法ができ、現在に至っています。医療法は、病院の構造設備や人員配置、開設の許可など規定している法律です。1972年(昭和47年)に医療法を変えようとして、医療基本法という法律を国会に上程しました。医療基本法は、今から見れば非常に進歩的な法律です。その前文で、医療を提供する側と医療を受ける側の関係を書いています。今で言う、医師・患者関係です。

もう一つは、医療計画です。医療計画というのは、今は普通の言葉になりましたが、言葉の出どころは、医療法を改正した案の医療基本法の中にありました。結局、医療基本法は、一回も審議されることなく廃案になりました。その後、当時の厚生省は、医療計画を何とかやりたいということでした。1972年に医療基本法を出した時は、量的整備が終わり、戦後の復興で病院の数は整備しました。その頃、医療の問題になったのは救急の問題、高齢者の問題、母子の問題、へき地医療の問題でした。今と一緒です。今と全く同じ課題が問題になり、それを計画的に医療資源の受給量を考えていこうということで、都道府県単位の医療計画をこの医療基本法の中に盛り込んだのですが、廃案になってしまいました。結局、医療計画が医療法の中に盛り込まれたのは、1985年の第一次医療法改正です。これによって医療計画が始まったのです。

その後、1985年に医療法に医療計画が加わりました。それ以外の内容では、病院の開設、診療所の開設の許可届け出、廃止の許可届け出、人員の配置、それから「例えば、放射線室はこれだけの構造設備が要る」などの構造設備などを書いている法律でした。その後、医療計画が入り、次の改正の時に病院の種別化が始まりました。療養病床のように高齢者向けの医療を提供する療養型病床群と、大学病院やがんセンター、循環器病センターのように高度な医療を提供する特定機能病院とに機能が分けられました。その後、どんどん分化していき、回復期リハビリテーションや急性期病床、今度は高度急性期病床を造ろうとしました。そして介護保険ができ、介護施設ができ、介護老人保健施設や介護保険適用型の医療施設に分化していったのです。そして、在宅が出てきました。

今まで日本の医療は一つの医療体系でした。つまり、社会的入院の医療でした。昔、北海道で、10月頃にお嫁さんが、「今年の冬はおじいちゃんを入院させてください」というような入院の予約がありました。病院に入っていれば医療は提供されますし、介護も看護も提供されます。しかし、入院の必要がない人が入院しているのはけしからんということで、病院や医療施設の分化がどんどん進んでいき、介護保険ができて在宅が展開されました。今は、病床の種別化が進みました。このように複数に分化していくと、必要なのは連携です。分化しすぎて、連携せざるを得なくなったのです。日本の医療体系というのは、医療法を改正するたびにどんどん分化して、連携が必要な仕組みになってきたのが今の姿です。今に至っては、医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代に移ってきました。そして、地域医療構想の話が出てきます。医療施設分化の促進、住み慣れた地域で包括的な医療福祉サービスが提供される地域完結型医療を目指す時代になってきたわけです。(資料20)

医療提供体制

1. 医療基盤の整備と量的拡充の時代(1945年～1985年)
2. 病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代(1985年～1994年)
3. 医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代(1994年～2013年)
4. 医療施設の分化の促進、住み慣れた地域で包括的な医療福祉サービスが提供される地域完結型医療を目指す時代(2014年～)

資料20

V. 医療計画

医療計画です。現在、都道府県知事は5年に1回、都道府県の医療の状況、医療提供体制、医療需要を見渡して、必要な医療機能を整備する計画を立てなければなりません。これは、医療法30条4項に示されています。これは法律によって都道府県知事に策定義務が課せられた法定計画です。

1. 医療計画の重点分野

疾病系では、がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病、そして現在は精神疾患が入っています。事業系では、小児医療・周産期医療・救急医療・災害医療・へき地医療の項目を重点的に整備するという計画です。

平成17年の医療計画の見直しの時に、研究班の班長と、同時に厚生労働省の委員をやっていました。当初の精神疾患を除く4疾病を重点的に取り上げれば、これらの4疾患は日本の医療の約8割をカバーしています。残りは、例えば、結核医療や難病医療、リウマチ医療などがあります。しかし、とりあえず優先的に日本人に多い疾患に手を付けようということです。

精神医療というのは数が多いです。そして、精神患者も高齢化によって、これらの疾病系にあるような疾患に罹患します。身体合併症の問題が出てきて、どこで治療を受けるかという問題があるのです。さらに、精神患者そのものの救急搬送体制、精神科救急という問題が出てきています。事業系は、小児医療・周産期医療・救急医療・災害医療・へき地医療の事業を整備しないといけません。さらに、現在は在宅医療が医療計画の柱の一つになっているわけです。(資料21)

医療計画の重点分野

《疾病系》

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病

精神医療

《事業系》

- 小児医療
- 周産期医療
- 救急医療
- 災害医療
- へき地医療

在宅医療

資料21



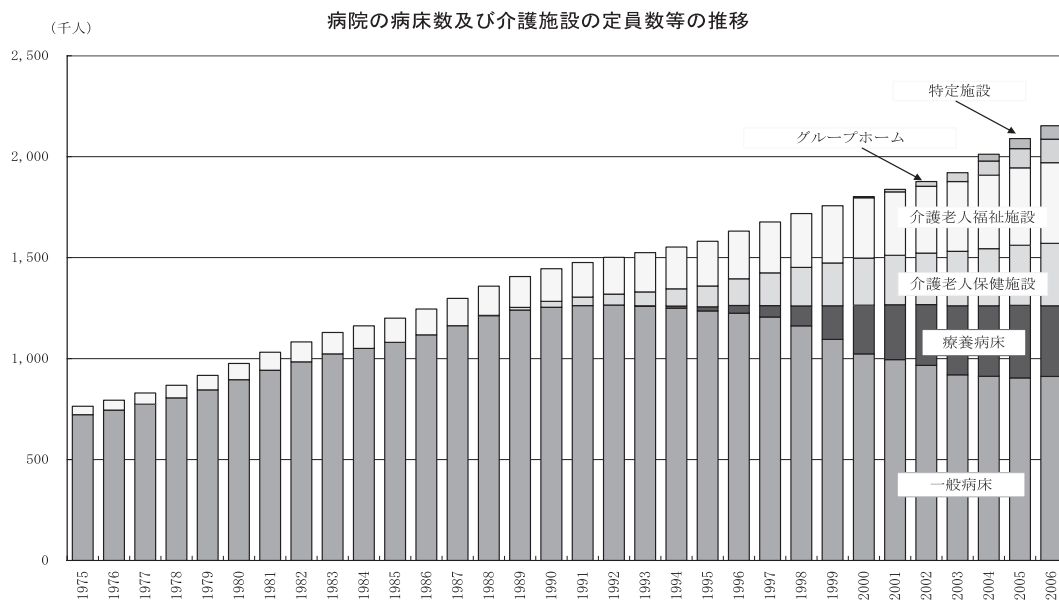
2. 高齢化と需要の変化

連携が必要になったのは、資料22を見ても分かると思います。昔は一般的病床的なものしかありませんでした。介護保険ができる前は、老人福祉法時代の介護がありました。これが社会的入院です。もちろん医療をやっている病院も多数あります。これが、法改正のたびにどんどん病床の種別化や介護分野が増えてきて、連携が必要になりました。病床の別化、あるいは施設の多様化によって連携が必要になったのが今の姿です。私は、地域によって、特にへき地にとっては、社会的入院というのは一番よいシステムではないかと思います。(資料22)

高齢化と需要の変化 ④

病床数及び介護施設の定員数等の推移(1)

- 老人医療費無料化時代(1973～82年)から1980年代頃までは、高齢者の入院・入所ニーズはほぼ病院で受け入れていたが、1990年からのいわゆるゴールドプランによる基盤整備、2000年からの介護保険制度の導入により、ニーズに応じた供給体制の整備が進んできている。



施設の機能分化により、連携が必要となった。

(注) グループホーム、特定施設：介護サービス施設・事業所調査における認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護。
 なお、2006年はそれぞれ介護予防認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。
 介護老人福祉施設 介護老人保健施設：介護サービス施設・事業所調査。1975年～99年はそれぞれ特別養護老人ホーム、老人保健施設。
 一般病床、療養病床：各年の医療施設調査における病院の病床数。1999年～02年は、経過的旧療養病床群は療養病床に、老人病床は一般病床に含む。

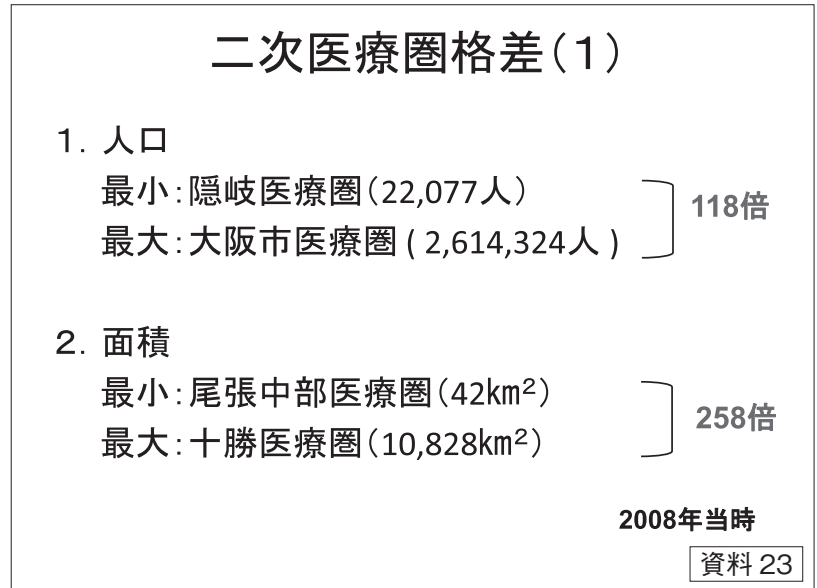
資料 22

VI. 地域性

1. 二次医療圏格差(1)

医療計画は都道府県知事が策定しないとはいけませんが、二次医療圏という、医療提供体制の整備の単位を決定します。これは、整備の地理的単位、いわゆる二次医療圏と言われているものの中で、日常のほとんどの医療が完結する圏域です。その中の病院あるいは診療所を利用すれば、ほとんどの日常的な医療が解決する圏域のことを、「二次医療圏」といいます。

例えば、重症のやけどなど全県に対応する施設を決めないといけない場合は、三次医療圏を全県に1カ所指定しています。北海道は広いので6カ所にしてはいますが、それ以外は全県で1カ所つくっています。問題は、格差があることと、医療圏が機能していないことです。人口格差が118倍、面積格差が258倍です。(資料23)

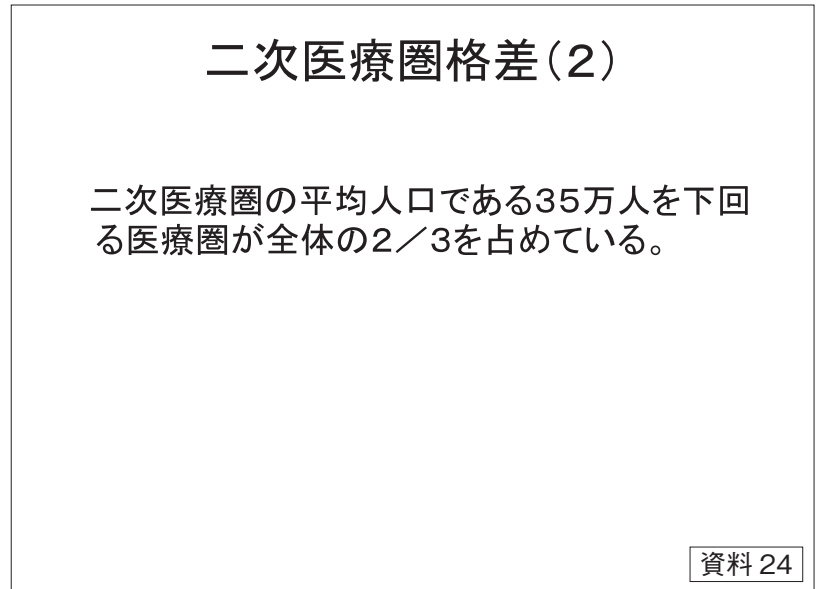


2. 二次医療圏格差(2)

二次医療圏の平均人口は35万人です。しかし、人口が何百万人もいる大きな医療圏に引っ張られて、平均値は35万人となっています。しかし、350の医療圏のうち、3分の2は人口が35万人に至りません。例えば、約15万人の人口の医療圏で、日常全ての病気がカバーできるとは思えません。

実際に、福島県の南会津医療圏には医療施設がないので、会津若松がある会津医療圏にどんどん流れています。東京都でも同じです。東京でがん治療を受けている方の40%

は、東京都以外から来られています。東京都には、そういう急性期の高度な医療を求める患者が入ってきます。一方、療養病床といって、長期に高齢者が入院できる病床は、東京都は人口当たり下から2番目ぐらいです。東京都、神奈川県といった所は、療養病床、長期に入院できるような施設が少ないのです。比較的多いのは多摩ですが、やはり全国の値と比べると少ないです。多摩地域は満床ですから、多摩地域で入れなければ山梨県まで探しに行きます。山梨県がなければ、長野県まで行っています。そういう状況です。



東京都の医療は、入ってくるイメージが強いですが、出ていく場所がありません。仕方がないから在宅に移行しているケースもあります。独居老人なのに在宅にせざるを得ないというケースが、横浜市でもあります。

なぜ、そういう高齢者向けの長期の医療ができないのかということ、一つは、診療報酬が全国一律だからです。その為、土地単価や人件費が高い東京では、長期に入院するような療養病床はペイしません。例えば、鹿児島県と東京都の看護師の給料は、約2倍違うと思います。そういう病床は地方で立地しやすいです。介護施設や回復期リハビリテーションの施設でも一緒です。東京都や都市部は、そのような長期療養的な、あるいは介護的な施設はペイしにくい構造になっています。その為、外に出ていかざるを得ないので。したがって、医療圏を設定しても患者移動が生じているので完結しません。(資料24)

3. 2035年に患者数が増大する医療圏／減少する医療圏

今後、患者が増えてくる地域を人口予測から単純に計算すると、都市部の周辺です。ベッドタウン的な所になります。愛知県西三河北部医療圏や神奈川県相模原などです。相模原は政令指定都市ですが、この辺りに患者が増えてきます。あとは千葉、南多摩などが増えてきます。いずれも都市部、あるいはその周辺です。

2035年時点で患者が

減ってくるのは、やはり離島あるいはへき地が多いです。福島県の南会津はもはや医療圏としては成り立ちません。このような状況です。(資料25)

2035年に患者数が増大する医療圏			2035年に患者数が減少する医療圏		
都道府県名	二次医療圏名	全疾患総患者比	都道府県名	二次医療圏名	全疾患総患者比
愛知県	西三河北部	1.75	新潟県	佐渡	0.84
神奈川県	相模原	1.74	石川県	能登北部	0.87
千葉県	千葉	1.71	長崎県	上五島	0.89
東京都	南多摩	1.69	島根県	大田	0.89
京都府	山城南	1.69	長野県	木曾	0.90
埼玉県	南西部	1.68	高知県	安芸	0.90
千葉県	東葛南部	1.67	岡山県	高梁・新見	0.90
滋賀県	湖南	1.67	岩手県	釜石	0.91
千葉県	印旛	1.66	徳島県	西部Ⅱ	0.91
愛知県	尾張東部	1.65	長崎県	壱岐	0.92
福岡県	筑紫	1.65	徳島県	西部Ⅰ	0.92
千葉県	東葛北部	1.63	山口県	萩	0.93
埼玉県	さいたま	1.63	大分県	豊肥	0.95
神奈川県	川崎北部、川崎南部	1.61	福島県	南会津	0.95
神奈川県	湘南東部	1.60	熊本県	天草	0.95
神奈川県	横浜北部、横浜西部、横浜南部	1.60	秋田県	北秋田	0.96
滋賀県	大津	1.60	徳島県	南部Ⅱ	0.96
福岡県	福岡・糸島	1.60	長崎県	対馬	0.96
愛知県	西三河南部	1.59	秋田県	湯沢・雄勝	0.96
福岡県	粕屋	1.59	島根県	浜田	0.96

2010年を1とする³⁷

資料 25

4. 2035年に悪性腫瘍患者数が増大する医療圏／減少する医療圏

悪性腫瘍、いわゆるがんが増大するのも、患者が増える医療圏とだいたい一緒です。がんは減る医療圏が出てきます。高齢化が行き着く所や、もう行き着いている地域も出てきて、人口自体が減ってくるので、患者数が減少する医療圏も出てきています。このような所が、今後がんの患者数が減少します。(資料26)

2035年に悪性腫瘍患者数が増大する医療圏			2035年に悪性腫瘍患者数が減少する医療圏		
都道府県名	二次医療圏名	悪性腫瘍患者比	都道府県名	二次医療圏名	悪性腫瘍患者比
愛知県	西三河北部	1.79	新潟県	佐渡	0.80
神奈川県	相模原	1.74	石川県	能登北部	0.82
京都府	山城南	1.70	高知県	安芸	0.86
千葉県	千葉	1.69	長野県	木曾	0.86
千葉県	東葛南部	1.69	岡山県	高梁・新見	0.86
滋賀県	湖南	1.69	島根県	大田	0.86
埼玉県	南西部	1.68	岩手県	釜石	0.87
東京都	南多摩	1.68	長崎県	上五島	0.87
福岡県	筑紫	1.68	山口県	萩	0.88
神奈川県	川崎北部、川崎南部	1.67	徳島県	西部 I	0.88
千葉県	印旛	1.65	徳島県	西部 II	0.88
愛知県	尾張東部	1.64	大分県	豊肥	0.89
埼玉県	さいたま	1.64	長崎県	壱岐	0.89
福岡県	福岡・糸島	1.64	徳島県	南部 II	0.90
愛知県	西三河南部	1.62	秋田県	北秋田	0.91
神奈川県	横浜北部、横浜西部、横浜南部	1.61	熊本県	天草	0.92
東京都	北多摩南部	1.61	福島県	南会津	0.92
千葉県	東葛北部	1.60	北海道	南檜山	0.93
神奈川県	湘南東部	1.60	高知県	高幡	0.93
滋賀県	大津	1.60	島根県	益田	0.93

2010年を1とする³⁸

資料 26

5. 心疾患患者数の増加比率が高い医療圏(2035年時点)／低い医療圏(2035年時点)

心疾患と脳卒中は、いずれも後期高齢者に多い病気で死因です。心疾患も増えてきます。心疾患が減る地域はあまりありません。(資料27)

心疾患患者数の増加比率が高い医療圏(2035年時点)			心疾患患者数の増加比率が低い医療圏(2035年時点)		
都道府県名	二次医療圏名	心疾患患者比	都道府県名	二次医療圏名	心疾患患者比
神奈川県	相模原	2.36	新潟県	佐渡	0.90
愛知県	西三河北部	2.35	岡山県	高梁・新見	0.95
埼玉県	南西部	2.30	島根県	大田	0.95
千葉県	千葉	2.27	石川県	能登北部	0.96
千葉県	印旛	2.26	長野県	木曾	0.99
千葉県	東葛南部	2.25	徳島県	西部 II	0.99
千葉県	東葛北部	2.17	徳島県	西部 I	1.01
福岡県	筑紫	2.17	徳島県	西部 I	1.01
東京都	南多摩	2.14	高知県	安芸	1.02
千葉県	市原	2.13	長崎県	上五島	1.02
埼玉県	さいたま	2.13	長崎県	壱岐	1.02
滋賀県	湖南	2.13	大分県	豊肥	1.03
京都府	山城南	2.13	岩手県	釜石	1.04
愛知県	尾張東部	2.11	山口県	萩	1.04
埼玉県	川越比企	2.10	福島県	南会津	1.04
神奈川県	川崎北部、川崎南部	2.07	島根県	浜田	1.04
神奈川県	湘南西部	2.05	鹿児島県	南薩	1.04
神奈川県	湘南東部	2.04	徳島県	南部 II	1.06
神奈川県	横浜北部、横浜西部、横浜南部	2.03	熊本県	天草	1.06
福岡県	粕屋	2.02	島根県	雲南	1.06
			秋田県	北秋田	1.07

2010年を1とする³⁹

資料 27

6. 脳卒中患者数の増加率が高い医療圏(2035年時点) / 低い医療圏(2035年時点)

次に脳卒中です。脳卒中が減るのは佐渡ぐらいで、あとは全部これから増えます。(資料28)

脳卒中患者数の増加率が高い医療圏(2035年時点)			脳卒中患者数の増加率が低い医療圏(2035年時点)		
都道府県名	二次医療圏名	脳卒中患者比	都道府県名	二次医療圏名	脳卒中患者比
神奈川県	相模原	2.48	新潟県	佐渡	0.95
愛知県	西三河北部	2.44	島根県	大田	1.00
埼玉県	南西部	2.43	岡山県	高梁・新見	1.02
千葉県	千葉	2.41	石川県	能登北部	1.03
千葉県	東葛南部	2.38	長野県	木曾	1.05
千葉県	印旛	2.33	徳島県	西部Ⅱ	1.05
千葉県	東葛北部	2.30	徳島県	西部Ⅰ	1.06
東京都	南多摩	2.26	長崎県	上五島	1.07
埼玉県	さいたま	2.23	高知県	安芸	1.07
愛知県	尾張東部	2.23	長崎県	杵岐	1.07
福岡県	筑紫	2.23	鹿児島県	南薩	1.08
千葉県	市原	2.22	福島県	南会津	1.09
滋賀県	湖南	2.22	大分県	豊肥	1.10
埼玉県	川越比企	2.20	山口県	萩	1.10
京都府	山城南	2.20	熊本県	天草	1.10
神奈川県	湘南西部	2.16	島根県	浜田	1.10
神奈川県	川崎北部、川崎南部	2.16	岩手県	釜石	1.11
神奈川県	湘南東部	2.15	秋田県	湯沢・雄勝	1.12
神奈川県	横浜北部、横浜西部、横浜南部	2.14	島根県	雲南	1.12
大阪府	三島	2.12	岡山県	真庭	1.12

2010年を1とする⁴⁰
資料 28

7. 2035年に糖尿病患者数が増大する医療圏 / 減少する医療圏

糖尿病も、資料29のような傾向です。(資料29)

2035年に糖尿病患者数が増大する医療圏			2035年に糖尿病患者数が減少する医療圏		
都道府県名	二次医療圏名	糖尿病患者比	都道府県名	二次医療圏名	糖尿病患者比
愛知県	西三河北部	1.99	新潟県	佐渡	0.86
神奈川県	相模原	1.97	石川県	能登北部	0.90
千葉県	千葉	1.91	岡山県	高梁・新見	0.92
埼玉県	南西部	1.90	島根県	大田	0.92
千葉県	東葛南部	1.89	長野県	木曾	0.93
東京都	南多摩	1.87	長崎県	上五島	0.94
千葉県	印旛	1.87	高知県	安芸	0.94
京都府	山城南	1.86	徳島県	西部Ⅱ	0.94
福岡県	筑紫	1.85	岩手県	釜石	0.96
滋賀県	湖南	1.85	長崎県	杵岐	0.96
千葉県	東葛北部	1.82	徳島県	西部Ⅰ	0.96
愛知県	尾張東部	1.82	山口県	萩	0.97
埼玉県	さいたま	1.82	大分県	豊肥	0.98
神奈川県	川崎北部、川崎南部	1.81	徳島県	南部Ⅱ	0.99
神奈川県	横浜北部、横浜西部、横浜南部	1.78	熊本県	天草	0.99
福岡県	福岡・糸島	1.78	島根県	浜田	0.99
千葉県	市原	1.77	福島県	南会津	0.99
神奈川県	湘南東部	1.77	鹿児島県	南薩	0.99
北海道	札幌	1.76	秋田県	北秋田	1.00
愛知県	西三河南部	1.76	高知県	高幡	1.01

2010年を1とする⁴¹
資料 29

8. MPI(Migration Preference Indicator ; 移動選好指数)

医療圏間の移動をどのように考えるかという、大きな都市には、周辺の小さな都市からどうしても人が引きつけられて移動します。そのようなことを理論的に計算します。その理論値が引きつけられる割合を100とします。例えば、これから出すMPIという指数が300だったら、理論値の3倍引きつけられているということです。100以下だったら、逆に人が入ってきます。そのように解釈してください。(資料30)

MPI
(Migration Preference Indicator; 移動選好指数)

$$MPI = \frac{M_{ij}}{(P_i/P_t \times P_j/P_t) \times \sum_{i,j} M_{ij}} \times 100$$

MPIはi医療圏のj医療圏に対する入院患者移動の選好指数、Piはi医療圏に住所地を有する入院患者数、Pjはj医療圏に住所地を有する患者数、Ptは都道府県の入院患者総数、Mijはi医療圏からj医療圏への移動入院患者数とした。

出典：大場久照、谷川琢海、小笠原克彦。移動選好指数を用いた受療動向の評価に関する基礎的研究。日本医療・病院管理学会誌, 45(4): 299-310, 2008-10.

資料 30

9. 東京都の入院患者の移動

資料31を見ると、東京都は、区西南部の人は区中央部に少し多く移動しています。北多摩西部の人は西多摩に移動しています。理論値の3倍ぐらい移動しています。(資料31)

東京都の入院患者の移動

移動元\移動先	区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部	区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
区中央部	100	24.19634	75.92275	64.5439	54.75198	77.12243	55.42306	64.706891	54.135061	0	25.572783	35.1977
区南部	96.785378	100	95.1006	15.39952	19.5949	13.80047	13.22338	46.315225	51.664307	0	36.608441	0
区西南部	113.88413	54.3432	100	84.56048	15.37111	0	10.37301	72.063442	60.791608	0	86.151805	19.76286
区西部	107.57317	0	84.56048	100	78.40429	12.27095	11.75782	123.54615	57.42286	0	113.92879	44.80245
区西北部	150.56796	0	23.05667	78.40429	100	31.22799	7.480534	78.602281	36.533454	0	41.419166	71.26031
区東北部	289.20913	0	10.8257	12.27095	39.03499	100	42.14766	36.905811	20.584086	0	14.58553	20.07514
区東部	221.69225	0	20.74602	23.51563	14.96107	73.75841	100	35.362526	19.723324	0	13.975609	19.23566
西多摩	0	0	0	0	0	0	0	100	103.62216	153.03533	48.949923	67.37338
南多摩	36.09004	0	10.13194	11.48457	7.306691	0	0	103.62216	100	42.677458	81.904942	18.78863
北多摩西部	39.974928	0	0	25.44164	0	0	0	382.58832	106.69365	100	211.6836	166.489
北多摩南部	51.145566	0	57.43458	48.82662	20.70958	0	0	146.84977	109.20659	30.240514	100	53.25321
北多摩北部	70.395409	0	19.76286	44.80245	28.50412	0	0	134.74677	37.577267	124.86674	133.13303	100

資料 31

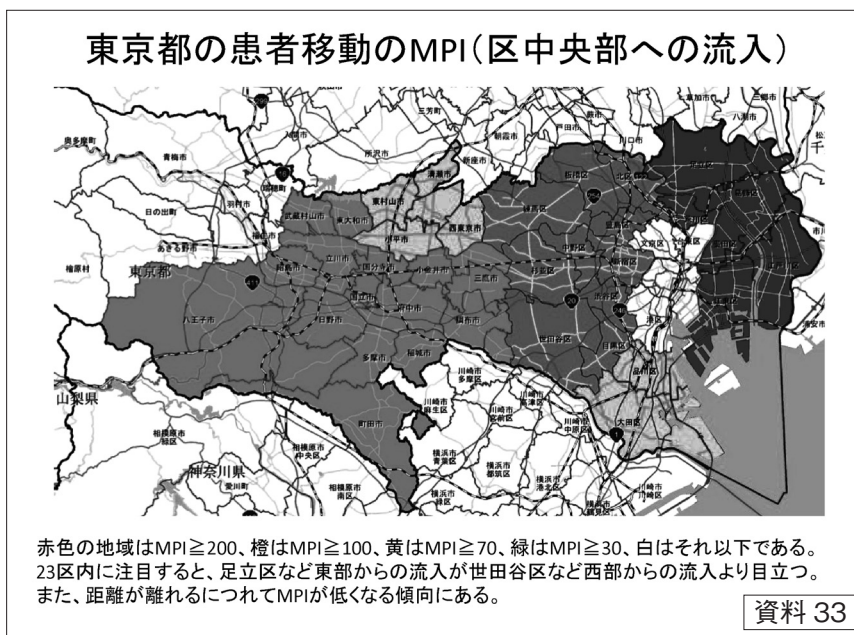
10. 東京都の患者移動(実数)

東京都の患者移動は資料32の地図のような移動です。葛飾とか荒川などの東部の地域は中央に流れてくる矢印が太いです。移動がいろいろありますが、東京都ではこのような移動です。薄いグレーの矢印は、隣接していない、医療圏を越えた移動です。濃い矢印は、隣接している地域間の移動です。東京都内でも、区の中央部辺りに患者さんは流入してきています。
(資料32)



11. 東京都の患者移動のMPI(区中央部へ流入)

MPIで示すと区中央部の医療施設へは、東部から予想の2倍以上流入しています。(資料33)



12. 埼玉県の入院患者の移動(MPI)

資料34の下の地図を見ると、埼玉県はこのような移動になっています。さいたま市の医療圏を中心に、周辺部の医療圏との間に流出入があります。川越比企は、北部や西部から流れてきています。秩父からは、なかなか外に行きづらいです。(資料34)

埼玉県の入院患者の移動(MPI)

移動元\移動先	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父
南部	100	0	27.83285	25.46392	29.35557	19.47241	19.7192	0	0	0
南西部	0	100	0	13.9498	0	106.675	64.8162	0	0	0
東部	27.8327	0	100	17.2189	0	0	0	47.8941	0	0
さいたま	50.9278	13.9498	25.8283	100	54.4832	36.1403	12.1994	29.212	18.4041	0
県央	0	0	0	54.4832	100	83.3272	0	67.353	42.4337	0
川越比企	0	42.67	0	12.0468	27.7757	100	111.948	0	28.1475	0
西部	0	43.2108	0	0	0	111.948	100	0	0	0
利根	0	0	31.9294	43.818	101.029	22.3386	0	100	68.2545	0
北部	0	0	0	0	42.4337	112.59	0	34.1272	100	0
秩父	0	0	0	0	0	136.307	138.034	0	208.239	100



埼玉県の患者移動(実数)

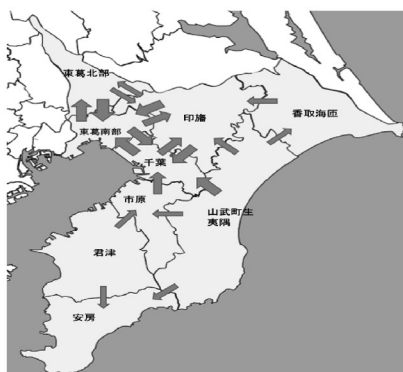
資料 34

13. 千葉県の入院患者の移動(MPI)

千葉県の移動です。千葉県は安房医療圏によく行っています。これはおそらく亀田総合病院があるからです。(資料35)

千葉県の入院患者の移動(MPI)

移動元\移動先	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原
千葉	100	#DIV/0!	7.282032	55.5255	0	21.47799421	0	0	34.90174
東葛南部	28.57452	100	20.48338	31.23715	0	0	0	0	0
東葛北部	7.282032	32.7734	100	19.90146	0	0	0	0	0
印旛	69.40687	46.85573	19.90146	100	44.51294	29.34919096	0	0	0
香取海匝	32.57496	0	0	133.5388	100	0	0	0	0
山武長生夷隅	128.868	12.08294	0	88.04757	137.7455	100	455.7757	0	147.5845
安房	0	0	0	0	0	0	100	0	0
君津	29.88528	0	0	0	0	0	422.7888	100	205.3546
市原	139.607	0	0	0	0	73.79225154	0	102.6773	100



千葉県の患者移動(実数)

資料 35

14. 神奈川県の入院患者の移動(MPI)

神奈川県は、横浜西部に北部や南部からの出入りがあります。県西はあまり遠くには行かず、地元で行き来しています。(資料36)

神奈川県の入院患者の移動(MPI)

移動元、移動先	横浜北部	横浜西部	横浜南部	川崎北部	川崎南部	横浜質・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	相模原	県西
横浜北部	100	119.398	28.8259	37.298	117.956	13.9273	0	17.1341	12.1656	28.3977	0
横浜西部	45.9224	100	78.8429	17.0025	0	19.0465	20.1475	23.432	33.2746	38.8358	0
横浜南部	28.8259	197.107	100	0	0	79.7045	21.0779	24.5142	17.4056	20.3147	40.6293
川崎北部	49.7306	17.0025	0	100	124.779	0	0	0	0	26.2852	0
川崎南部	50.5526	46.0894	24.109	124.779	100	0	0	42.991	0	35.6262	0
横浜質・三浦	13.9273	38.093	119.557	0	0	100	61.103	35.5321	0	29.4452	0
湘南東部	0	40.2949	21.0779	0	0	61.103	100	112.758	53.374	31.1472	0
湘南西部	0	0	0	0	0	0	37.586	100	124.151	36.225	217.35
県央	12.1656	33.2746	17.4056	0	0	0	53.374	124.151	100	205.765	51.4412
相模原	0	19.4179	0	0	0	0	0	36.225	102.882	100	0
県西	0	0	0	0	0	0	0	362.25	0	0	100



神奈川県の患者移動(実数)

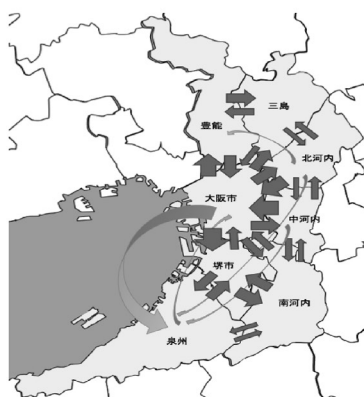
資料 36

15. 大阪府の入院患者の移動

大阪府はこのような移動です。大阪市に流れるけれども、周辺間の移動もあります。(資料37)

大阪府の入院患者の移動

移動元、移動先	豊能	三島	北河内	中河内	南河内	堺市	泉州	大阪市
豊能	100	100.3926	7.882849	0	0	11.1034	10.12899	31.57281
三島	75.29444	100	21.43712	0	0	0	0	14.31018
北河内	15.7657	32.15568	100	18.6573	12.55554	9.483761	17.30298	32.96007
中河内	10.9218	0	37.31461	100	52.18765	13.13988	23.97352	66.42421
南河内	0	0	0	34.79177	100	123.7959	32.26625	27.93785
堺市	11.1034	0	9.483761	0	159.1661	100	73.1164	16.88216
泉州	10.12899	0	0	0	32.26625	85.30247	100	11.55047
大阪市	38.58899	33.39042	26.96733	29.06059	33.52542	67.52865	57.75236	100

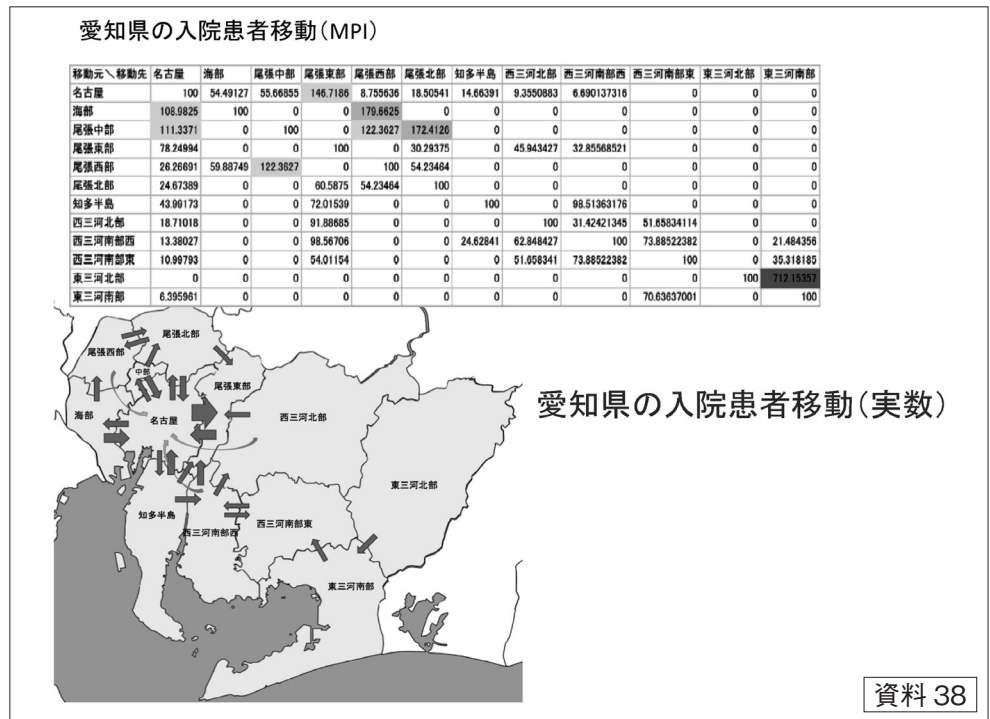


大阪府の入院患者移動(実数)

資料 37

16. 愛知県の入院患者の移動(MPI)

名古屋市はこのよう
な移動です。(資料38)



17. 二次医療圏の入院患者流出入状況

このようなことを加味すると、医療圏というのは本来医療が完結する所ですが、現実には機能していません。一つは、交通機関が発達して都会では機能していません。MPI指数が100なら理論値ですが、南会津は予想の7.9倍です。100が理論値で790ということは、南会津は予想の8倍近くが流出しています。長崎県の上五島は、佐世保に流出しています。東京都でも区西部は1.58倍です。区西部医療圏は、新宿・中野・杉並区です。これはどこに流出しているのかというと、中央部にも流出しますが、井の頭線で隣の医療圏の渋谷のほうに行っているのです。つまり、都市部では交通機関が発達して、医療圏に患者は取まらないのです。地方は、医療施設がないから、あるところに移動しているということです。そういうことを考えると、医療圏の概念はもう崩壊しています。

医療圏の概念が崩壊するもう一つの理由は、疾病ごとに医療圏は変わるはずだということです。資料21の医療計画では、「こういった病気を医療圏で診なさい」と言っていますが、一つ「医療圏」という器には収まりません。例えば、今日がんと診断されて、すぐに緊急手術するわけではありません。時間的余裕があるから、例えば青梅の人が待機手術をして、中央区の築地の国立がん研究センターへ行ってもよいのです。

資料21の「脳卒中」と「急性心筋梗塞」の2つは違います。時間との勝負です。特に脳卒中は、t-PAという後遺症を残さない特効薬があるから、時間との勝負になります。t-PAは、脳卒中を起こして、発症からt-PAを投与するまで約3～4時間が限度と言われています。倒れてから、家族が気付いて、搬送して、医者が治療計画や措置をして、t-PAの治療が始まるまでを考えれば、少なくとも2時間ぐらいのロスがあります。したがって、脳卒中に関しては2時間、あるいは1時間でアクセスできる医療圏を設定しないとイケません。急性心筋梗塞も同じです。時間との勝負の疾患に対しては、医療圏という概念は崩壊します。

糖尿病は、家庭医が絡んだ医療圏などを考える必要があります。その為、これを一つの「医療圏」という器に入れることはできません。精神疾患も、身体合併症対応できる医療施設が医療圏の中に入らないかもしれません。その為、疾病ごとの医療圏という考え方も出てきます。そうしますと、医療

計画では医療圏を設定するようになっていますが、非常に窮屈になり、矛盾だらけになってきています。人の移動や疾病ごとの医療圏を考えると、矛盾してきているわけです。(資料39)

二次医療圏 の入院患者 流出入状況

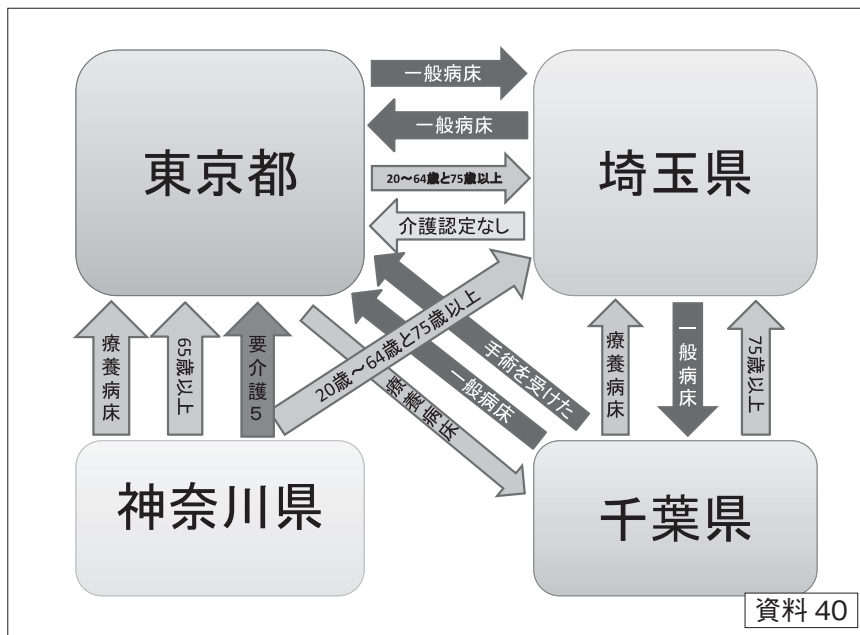
流出順位	都道府県	二次医療圏	MPI
1	福島県	南会津	790
2	長崎県	上五島	718
3	高知県	安芸	615
4	鳥取県	中部	614
5	京都府	山城南	529
126	東京都	区西部	158
135	東京都	区西南部	150
146	神奈川県	横浜南部	144
148	東京都	北多摩西部	143
152	神奈川県	横浜北部	141
156	東京都	区中央部	139
169	神奈川県	県央	133
174	東京都	区東部	128
201	神奈川県	川崎北部	116
202	神奈川県	川崎南部	116
204	神奈川県	横浜西部	115
213	東京都	区東北部	110
220	神奈川県	横須賀・三浦	108
233	東京都	区西北部	103
235	東京都	北多摩南部	101
236	神奈川県	湘南東部	101
242	東京都	北多摩北部	98
246	東京都	区南部	96
247	東京都	島しょ	95
285	神奈川県	県西	71
290	神奈川県	相模原	68
305	神奈川県	湘南西部	58
309	東京都	南多摩	55
315	東京都	西多摩	49

資料 39

1都3県の入院患者のアンケートを行い、だいたいどのような移動があるかを見ました。例えば、東京都で埼玉県に接している所の方は、埼玉県の一般病床の病院に入院するケースがありますし、その逆もあります。20～64歳と75歳以上は、ほかの県と比べて埼玉県にかかるのは有意差があります。介護認定がない人は東京都の施設にかかります。

埼玉県と千葉県の関係では、草加市辺りの方が千葉県と隣接する所の一般病床に入院したりしますが、療養病床は、千葉県の埼玉県側の方が埼玉県に来る傾向があります。

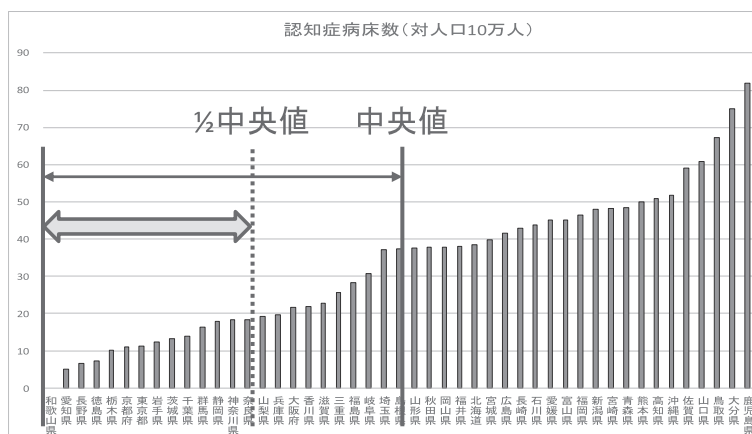
千葉県と東京都も矢印がありますが、神奈川県だけが孤立しています。神奈川県に向かう矢印はないのです。もちろん患者さんは行っていますが、有意に差が出るような矢印が神奈川県にはありません。神奈川県は東京都にかなり依存しています。川崎市、相模原市、町田市の辺りです。多摩は以前神奈川県だった為、地理的に一体性があります。川崎市の方は大田区に行くなど、神奈川県は東京都にかなり依存していますが、神奈川県に向かう矢印はありません。その為、1都3県でも、神奈川県は医療体制が割と孤立しているというか、独立しているような感じです。(資料40)



医療計画を実効性の面から見てみると、医療計画は医療課題に対して「将来このようにやっていきます」と目標値を設定しながら述べるのですが、その中身はどうでしょうか。資料41の表は、認知症病床の人口当たりの数です。鹿児島県が人口当たりで一番多く、和歌山県は数値上ゼロになっています。この基データは、平成24年6月30日に行われた精神保健福祉資料です。国立精神・神経医療研究センターが発表しているデータを基にし、平均値で比較すると、良い県に引張られますから、中央値で比較すると、だいたい島根県辺りが中央値になります。中央値の中でも特に悪い所、中央値の半分にも満たない認知症病床の整備状況の所はどういう県かということです。これから認知症は重要ですが、東京都も含めてこのような県が該当します。

これらの整備状況が悪い県の医療計画の記載を見ると、認知症疾患医療センターという、認知症の相談をするような所の整備はだいたいの県が書いていますが、病床が足りない状況を改善する記述はゼロです。つまり、医療計画の記述内容はもう機能してなくて、作文にしか過ぎないのです。

もし、病床を整備するとなれば、都道府県では財政課が簡単には許さないし、実行したかどうかという責任が問われる為にあいまいな記述になっています。あいまいな記述の為に、医療計画の策定会議を起こして、データを集めて、これらにお金を掛ける意味があるのかという感じはします。今のままでは良くないと思います。(資料41)



都道府県名	認知症病床数	人口	認知症病床数(対人口10万人)
和歌山県	0	988,000	0.00
愛知県	366	7,427,000	4.93
長野県	140	2,132,000	6.57
徳島県	56	776,000	7.22
栃木県	201	1,992,000	10.09
京都府	287	2,625,000	10.93
東京都	1,477	13,230,000	11.16
岩手県	160	1,303,000	12.28
茨城県	391	2,943,000	13.29
千葉県	866	6,195,000	13.98
群馬県	325	1,992,000	16.32
静岡県	667	3,735,000	17.86
神奈川県	1,660	9,067,000	18.31
奈良県	255	1,390,000	18.35

都道府県	施設整備に関する目標	都道府県	施設整備に関する目標
和歌山県	認知症疾患医療センターの整備(2→8か所)などの記述はあるが、病床整備はなし。	岩手県	認知症医療体制の整備などは盛り込まれているが数値目標などの具体的記述はなく概念的な内容にとどまっている。病床整備に関する記述はない。
愛知県	認知症疾患医療センターの整備(7→11か所)や研修などの記述はあるが、病床整備はなし。G-Pネット(一般医と精神科医の連携による患者紹介システム)の記述あり。	茨城県	認知症疾患医療センターの整備(2→7か所)や認知症バスなどの記述はあるが、病床整備はなし。
長野県	認知症疾患医療センターの整備(地域型4か所)や認知症バスなどの記述はあるが、病床整備はなし。	千葉県	認知症疾患医療センターの整備(1→8か所)や認知症バス、相談件数などの記述はあるが、病床整備はなし。
徳島県	認知症疾患医療センターの整備(二次医療圏に1か所以上)や連携などの記述はあるが、病床整備はなし。	群馬県	認知症疾患医療センターの整備(0→7か所)や認知症に関する正しい知識の普及などの記述はあるが、病床整備はなし。
栃木県	認知症疾患医療センターの整備(3→6か所以上)や連携などの記述はあるが、病床整備はなし。	静岡県	認知症疾患医療センター(2→5か所)などの記述はある。病床整備はなし。
京都府	認知症疾患医療センターの整備(二次医療圏に1か所以上)や認知症サポーターなどの記述はあるが、病床整備はなし。	神奈川県	認知症サポート医の養成、二次医療圏ごとの認知症疾患医療センターの整備、認知症支援ネットワークの構築などはあるが、病床整備はなし。
東京都	地域連携の推進、専門医療の提供、早期発見・診断、対応体制の整備、人材育成、家族・地域支援体制の整備などはあるが、病床整備はなし。	奈良県	認知症疾患医療センターの整備(基幹型2、地域型を二次医療圏ごとに1施設)や診断件数の増加などの記述はあるが、病床整備はなし。

資料 41

18.7：1看護

7：1看護が地方から看護師が都会に吸い上げられた原因になり、看護師不足を地方に生じさせました。あるいは都会の病院でも、大きな病院に看護師が吸い上げられたことで、この基準の病床を改善しようとするのが今度の病床の種別化です。7：1看護は、最初は約3万床でした。それが今は36万床です。その間の6年間、増えるに任せて放置してきたのです。だいたい10：1の病院より1割強診療報酬が良いので、経営が改善していった病院も多いわけです。この病床を減らすのが今の課題です。(資料42)

7：1看護

- 導入時は3万病床が増加すると考えられていたが、36万床(2012年)の大幅増となった。
- 診療報酬額が高いために人の確保や設備更新が可能となり、医療機関の経営改善に寄与してきた。こうした医療機関に患者が集まるようになってきた。逆に、看護師などの医療従事者が地方では不足してくることとなった。
- 6年もこの状態を放置してきた → “政府の失敗”
- → 医療機関が体力をつけてきた。

資料 42

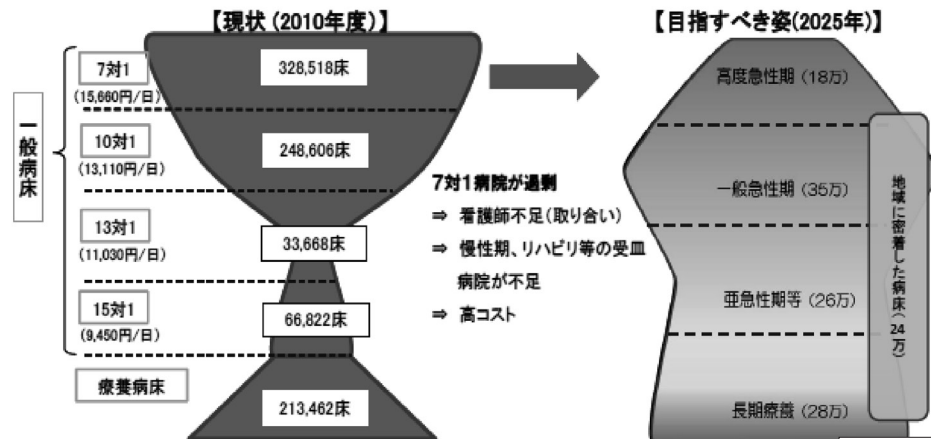
19. 医療提供体制改革①(現状の病床における問題点)

地域医療構想では、資料43の図の左のワイングラス型の構造を、右のヤクルト型の構造にしようとしています。7：1は高度な医療を提供する施設だから、本来はこういうピラミッド型であるべきだということで、減らそうとしているのが現在の状況です。(資料43)

医療提供体制改革①(現状の病床における問題点)

(参考1)

- 現状では、急性期を念頭に高い報酬(15,660円/日)となっている「7対1入院基本料」(患者7人に対して看護師1人を配置)を算定する病床が最も多い。
- これは、2025年に向けた目指すべき姿とは著しく異なっており、看護師不足や受血病院の不足、高コストの要因ともなっており、是正が必要。
- ⇒ 医療提供体制を改革するには、①地域ごとに、②どのような病床を提供するかの数々のコントロールが不可欠。



※厚生労働省保険局医療課調べ
出所：平成23年11月25日 中央社会保険医療協議会総会資料(厚生労働省提出資料)

資料 43

20. 病床の種別化

これから病床の種別化が始まってくる。病床種別の届け出を去年やりました。今度は産業医科大学教授の松田晋哉先生を中心にした推計値を基に、病床との届け出と実測値との差を補正します。差が生じているところは、実測値のほうに改めていきます。実測値というか、届け出を改めさせるような形で、病床の機能を整えようとしているわけです。つまり、7:1を減らして半分にしたいという計画です。(資料44)

病床の種別化

高度急性期病院(7:1病床) 36万床→18万床
急性期病院(一般病床)
回復期病院(一般病床) ← 在宅復帰とリハビリテーション機能
慢性期病院(療養病床)

医療機関が種別を届け出た上記種別とレセプト内容と合致していない場合は、病床の種別変更が求められる。

資料 44

VII. 地域医療構想

1. 地域医療構想の策定

地域医療構想の策定を行なう体制の整備です。まず、委員会ができます。「都道府県の医療審議会はこういう構想を検討します」という承認、あるいは下の委員会で議論して成案になったものを承認します。そういう手続は医療審議会ですが、実質的な討議は地域医療構想検討委員会のような組織が都道府県にできて、そこで検討していきます。

その時に、二次医療圏が原則だったのですが、二次医療圏というのはもう考えに合いません。

人の移動を考えれば、二次医療圏ごとに高度急性期病床、急性期病床や療養病床を整備できないのです。離島などは高度急性期がないし、東京都では、大学病院や大病院が多くあり、高度急性期の候補がたくさんいるわけです。逆に慢性期がありません。したがって、二次医療圏単位でやるか、構想区域が出てきます。

現在、二次医療圏単位で病床規制の数値としては、基準病床数があります。構想区域では、基本病床数か何か、昔の名前が出てきます。構想区域ですから、例えば、この二次医療圏とあの二次医療圏を合体して考えてもよいのです。あるいは全県的に考えてもよいわけです。東京都の移動は端から端まで全都で生じているから全都的に考えようと検討したところ、全都が病床過剰地域になってしまうのです。すると、新規で開業できないから、それはまずいということで取り下げたのです。

地域医療構想の策定

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備
2. 地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集、分析及び共有
3. 構想区域の設定
4. 構想区域ごとの医療需要の考え方
 - (1) 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方
 - (2) 地域の実情に応じた慢性期機能と在宅医療等の需要推計の考え方
5. 医療需要に対する医療提供体制の検討
6. 医療需要に対する医療供給を踏まえた必要病床数の推計
7. 構想区域の確認
8. 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討
 - (1) 施策の基本的考え方
 - (2) 必要病床数と病床機能報告制度による集計数との比較
 - (3) 病床の機能の分化及び連携の推進
 - (4) 在宅医療の充実
 - (5) 医療従事者の確保・養成

資料 45

まだ、杉並辺りでは開業できる余地があって、30床ぐらい余っているのです。それが全都であれば病床過剰になります。したがって、その案は無くなりました。

東京都の例を出して恐縮ですが、東京都はやはり二次医療圏でこだわっています。4月30日に会議をします。なぜかという、二次医療圏が基準病床数の算定の単位になっている為、それを崩したくないのです。計算が複雑になり、場合によたら行政が分断され、医師会が分断されます。郡市医師会は二次医療圏と合っているのです。それが「二次医療圏の一部はこちらの医療圏と一緒に協議しましょう。こちらの一部は、患者移動から隣の医療圏と協議する場をつくりましょう」と構想区域を設定すると、郡市医師会が分断される可能性もあります。それから消防の問題もあります。救急が分断されるかもしれません。その為、この構想区域をどうするかというのは大きな問題なのです。

構想区域は将来のいわゆる二次医療圏になります。この中で、構想区域で医療需要を考えていくということで、医療従事者の養成に至るまで今年からこのような作業が始まるわけです。

地域医療構想は平成27年度から開始されますが、工程表がまだはっきりしていないので、平成28年にかかってもよいのです。平成27年だと、議会の承認がパブリックコメントを求めるとしたら、もう時間的余裕がありません。その為、平成28年にかぶってもよいような計画と国は位置付けています。

医療計画を、疾病系としてがんや脳卒中、事業系として救急やへき地医療を挙げていますが、私はもうこれだけでよいと思います。地域医療構想は医療計画の一部という位置付けですが、地域構想自体が医療計画でよいのです。医療計画というのは、ページを厚く見せる為に余計なものもたくさん載せています。東京都の医療計画には、ペットのことや環境のことなど医療に関係ないことも書いているのです。病床の種別化というのは、がん、脳卒中、心疾患の医療機能とも関係してきます。(資料45)

今、一番大事なものは、人口が減ってきた話をしましたが、担当者も減っているのです。つまり、人口減少時代の仕事というのは、仕事量を減らさないといけません。行政も一緒です。新しい政策を出せば、今までの政策を廃止するのではなくて、仕事が増え続けていきます。しかし、実際は新しいものが上積みされます。そうではなく、これからは仕事量を減らす政策を提示するのが本当の役人だと思います。仕事量をなるべく減らすような形で、医療計画の要点を押さえた地域医療構想を骨組みにすればよいのではないかと思います。

●合意の方法・履行担保について

(1)合意の方法について

①「協議の場」における協議が調った事項については、医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が想定されることから、合意に当たっては、都道府県と関係者との間で丁寧かつ十分な協議が行われることが求められる。

②また、特に各病院・有床診療所が担うべき病床機能及び病床数等の合意に当たっては、通常の議事録の作成に加え、参加した病院・有床診療所の署名捺印による合意書等の形で取りまとめることが適当である。

(2)合意事項の履行担保について

①関係者は、「協議の場」における協議が調った事項の実施に協力する努力義務が課されているが、関係者の履行がなされない場合には、地域医療構想の達成の推進に支障が生じるおそれがある。

②このため、関係者の合意事項の履行を担保する必要があるが、医療法上、都道府県知事は、「『協議の場』における協議が調わないとき、その他厚生労働省令で定めるとき」は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、不足している病床機能に係る医療の提供等を要請・指示することができることとされている。

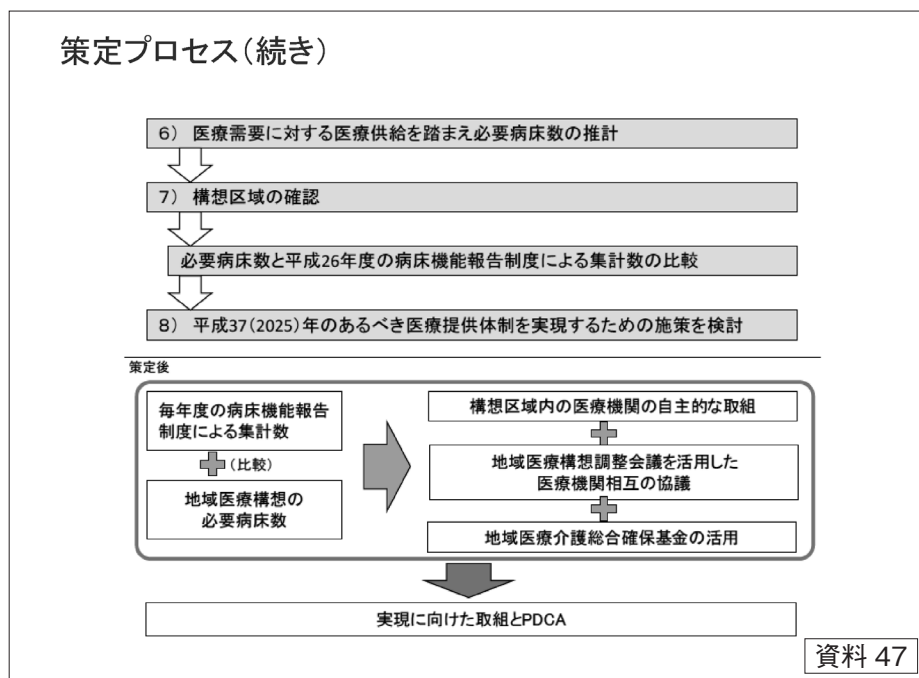
関係者が正当な理由なく合意事項を履行しない場合には、「協議の場」における協議が調わないときと同様の措置を講ずることができるようにすることが考えられる。

資料46

協議の場で検討する事項、どう実行していくか、構想区域をどう設定するかということが、現在の論点になっています。都道府県知事の権限が強化され、不足している病床機能に係る医療の提供等を要請・指示することができるとされました。公的病院に対して、「慢性期医療なのに、機能が過剰な急性期で申請するのはおかしい」として変更の要請や指示ができるのです。民間の病院に対してはこのような強制力に近いものは働きませんが、名前を公表したりする、ペナルティを課せるような形にしています。(資料46)

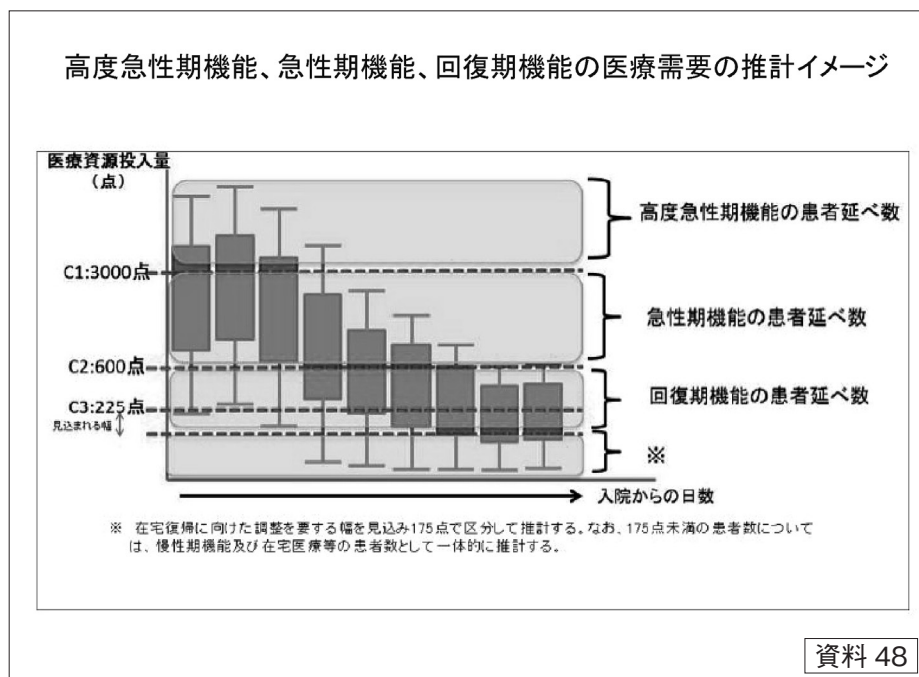
2. 策定プロセス(続き)

今後、2025年のあるべき医療体制を決めるのが地域医療構想です。策定後は、進捗がうまくいっているかどうかを毎年のように進捗管理していきます。いわゆるPDCAサイクルを回していくことが決められています。(資料47)



3. 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計イメージ

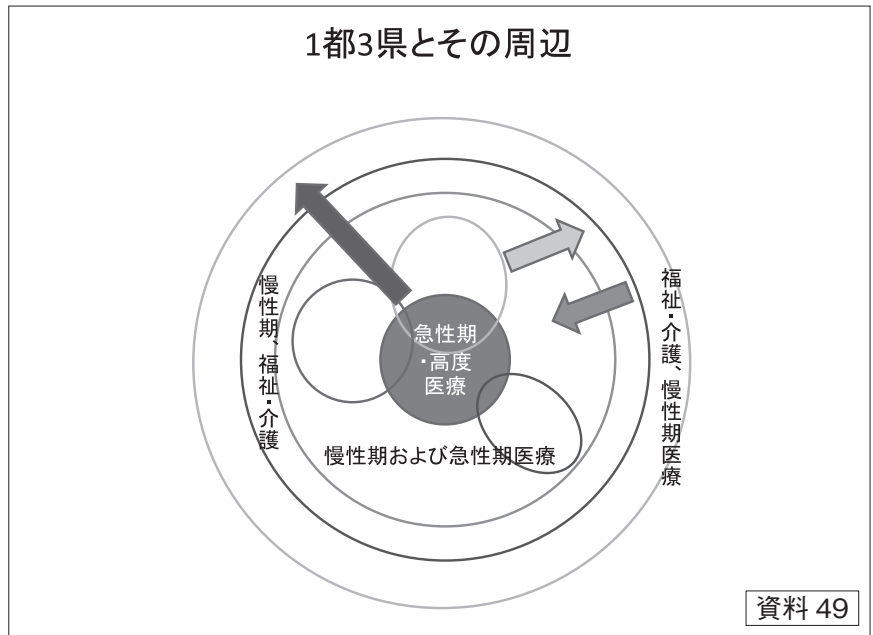
今回は、高度急性期、急性期、回復期に該当する病院を、診療報酬の点数で分ける線引きをしようとしています。これがそのまま通るかどうかは分かりませんが、このような一案が出てきています。(資料48)



4. 1都3県とその周辺

協議の場です。例えば、東京都であれば、中心部に急性期などの高度な医療があり、周辺の医療圏から患者が流入してきます。患者移動がある所は都道府県同士話し合うようにとっています。つまり、「埼玉県用に東京都は病床を20%多めに確保しました」という形で、都道府県の移動が明らかな所は、都道府県間で協議しながら受給量を決定することになっています。

(資料49)



5. 都道府県知事が講ずることができる措置(1)

都道府県知事が講ずる措置です。さすがに保険医療機関の指定の取り消しは混乱するからできないと思いますが、先ほど言ったように、公的病院に対する指示はできるといった強制力的なものが予定されています。

(資料50)

都道府県知事が講ずることができる措置(1)

1. 病院の新規開設・増床への対応

都道府県知事は開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付することができる。

2. 既存医療機関による医療機能の転換への対応

(1) 医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合

都道府県知事は医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができるとし、やむを得ない事情がないと認めるときは、医療審議会の意見を聴いて転換の中止を要請(公的医療機関等には指示)することができる。

保険医療機関の取消は？

(2) 「協議の場」の協議が調わず、自主的な取り組みだけでは機能分化・連携が進まない場合

都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請(公的医療機関等には指示)することができることとする。

資料 50

6. 医療介護基金

最後に基金です。資料51は、地域医療構想を支援する財政的なものです。この原資は何かというと、消費税です。国が意思を示す為に、国の負担が3分の2になっています。(資料51)

医療介護基金

平成26年度：公費で904億円(国：2/3、都道府県1/3)

都道府県負担分の財源は、地方消費税、不足するときは地方交付税

- ① 国は、法に基づく基本的な方針を策定し、対象事業を明確にする。
- ② 都道府県は、計画を厚生労働省に提出する。
- ③ 国・都道府県・市町村が基本的な方針・計画策定にあたって公正性および透明性を確保するために関係者による協議の仕組みを設ける。(官民に公平に配分；公正性及び透明性の確保)

対象事業

1. 病床の機能分化・連携のために必要な事業
 - (1)地域医療ビジョンの達成に向けた医療機関の施設・設備の推進するための事業 等
2. 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
 - (1)在宅医療(歯科、薬局を含む)を推進するための事業
 - (2)介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等
3. 医療従事者の確保・養成のための事業

資料 51

VIII. 地域医療再生基金

3～4年前に、地域医療再生基金というのがありました。これはどう使われたのかということが、全然評価されていません。基金もきちんと評価しないとイケません。先ほどの生産性の部分で、全要素生産性と呼ばれているものを向上させるような使い方が一番よいと思います。どう使われるか、地域医療構想の進捗状況を、皆さんもチェックしていただければと思います。