

一般財団法人 医療関連サービス振興会  
第219回 月例セミナー

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）

講師：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 河原 和夫 氏

## <講師ご略歴>

### 河原 和夫 氏

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

#### ■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（エスカベリック）」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）

# 今後の医療制度をどのように考えるか？

一般財団法人 医療関連サービス振興会  
第219回 月例セミナー

2015年4月14日(火)

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

河原 和夫

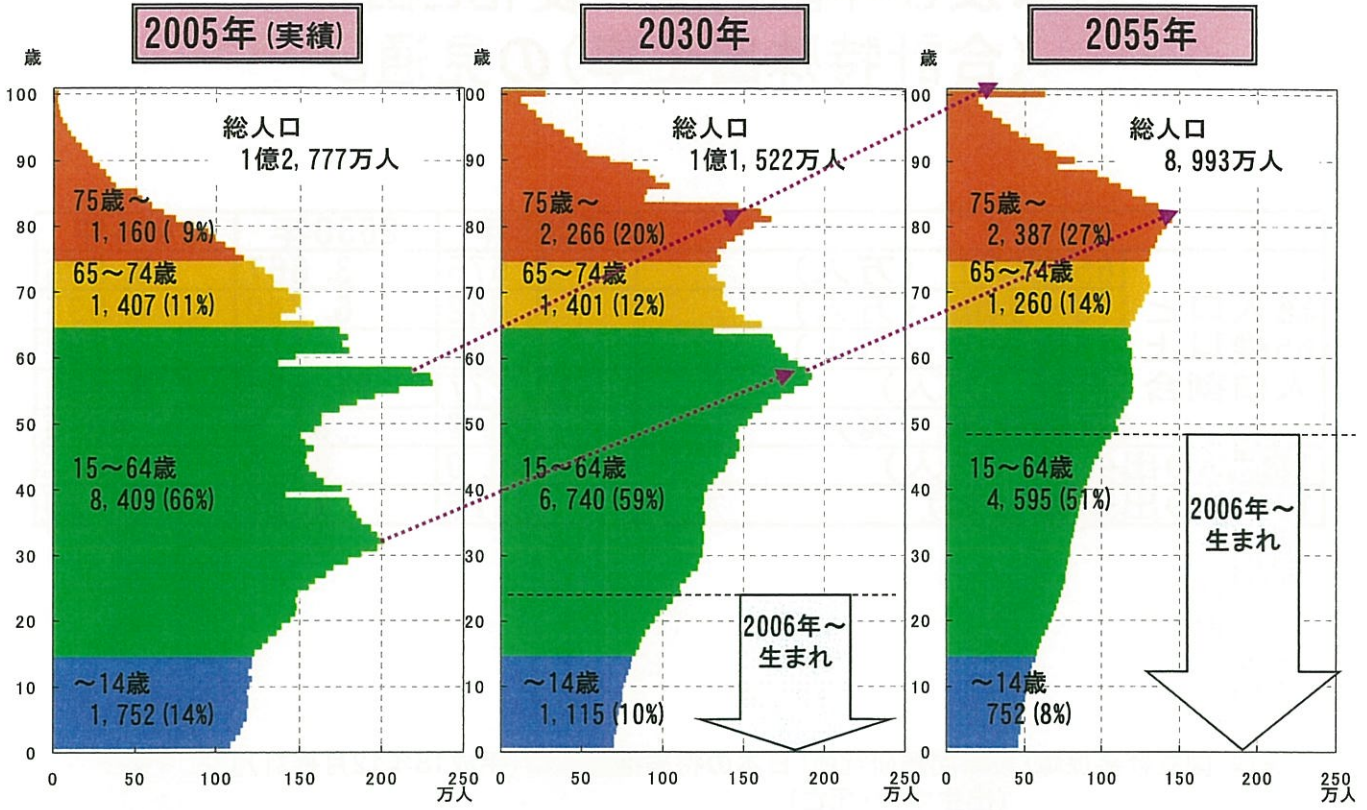
## 社会環境の変化と生産性の 観点から医療を見ると……

# 社会環境の変化

## わが国の健康概念と関連する社会因子の変遷

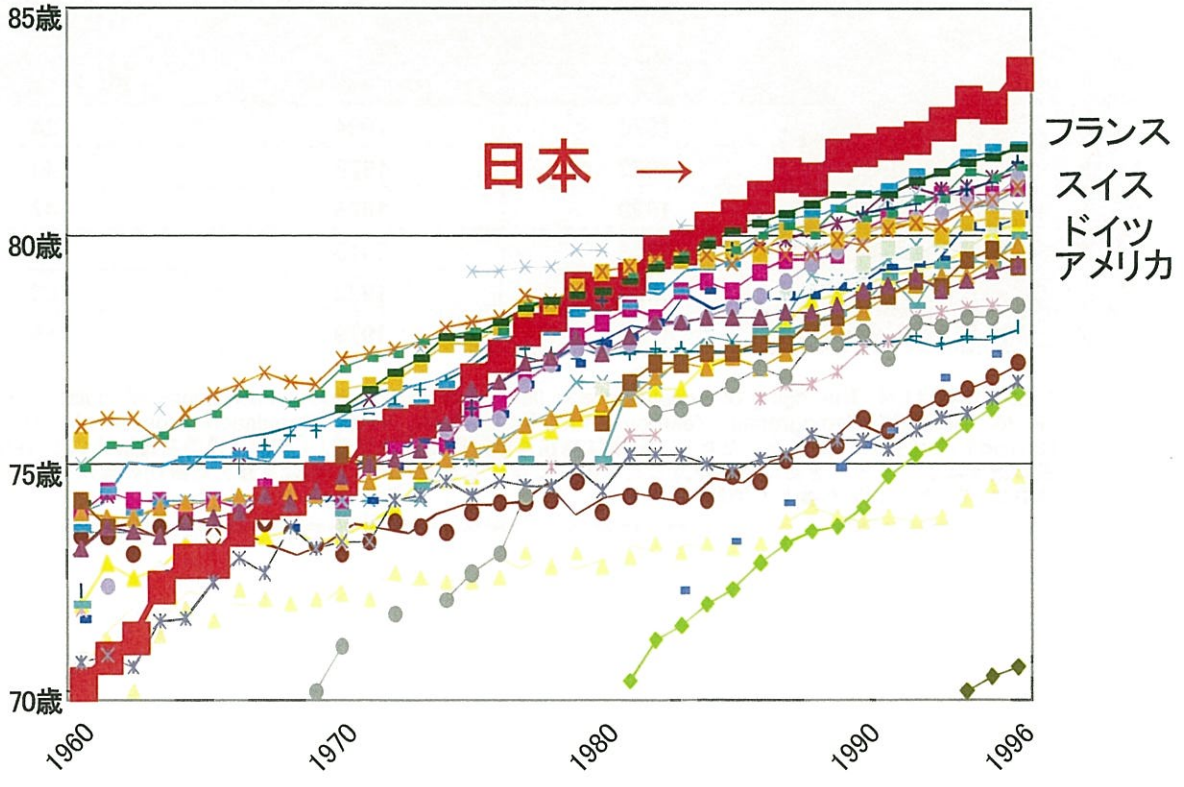
年代	健康概念	健康課題 (疾病構造)	人口動向	対策の対象／実施主体及びその形態
幕末から 1900年頃	感染症対策 ／栄養改善	急性感染症／ 栄養不良	多産多死	集団／警察行政（内務省・警察署）
1900年から 1960年頃	感染症対策 ／栄養改善	慢性感染症／ 栄養不良	多産多死から少産少死へ移行過程 (多産少子死)	集団／警察行政（内務省・警察署のちに厚生省・保健所）、国策団体等の協力
1960年から 1995年頃	栄養・運動・休養習慣の改善	成人病	少産少死	集団から個人への移行過程／地域保健行政（保健所から市町村への移行過程）、団体の協力
1995年頃から現在	右記疾病予防のための生活習慣の改善	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

# 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) -平成18年中位推計-



注: 2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。

## 急激な平均寿命の伸び 先進29カ国比較



# 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
	15歳未満 (万人)	1,759	1,115	752
	合計 (万人)	12,777	11,522	8,993
	高齢化率 (%)	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

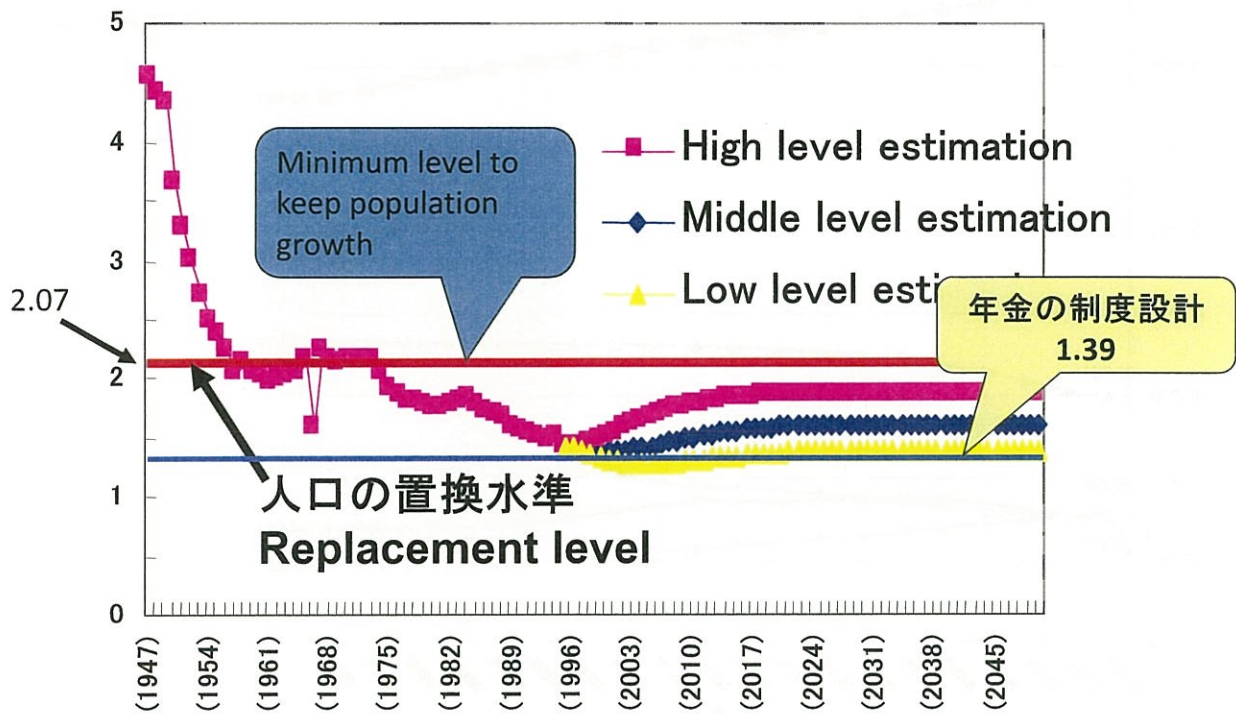
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」  
(出生中位・死亡)

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

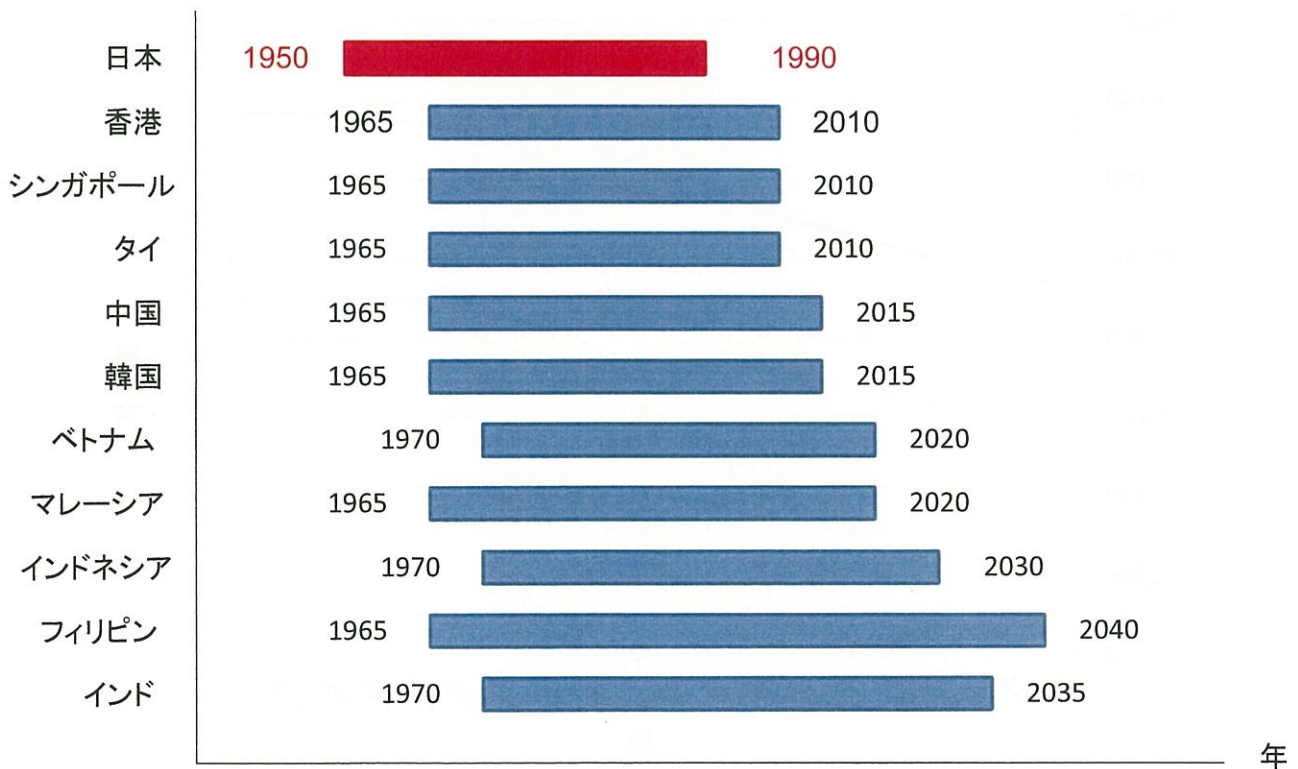
国	65歳以上人口割合 (到達年次)		倍化年数
	7%	14%	7%→14%
日本	1970	1994	24
ドイツ	1932	1972	40
イギリス	1929	1976	47
アメリカ	1942	2015	73
スウェーデン	1887	1972	85
フランス	1864	1979	115

(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。

# Total Fertility Rate; TFR



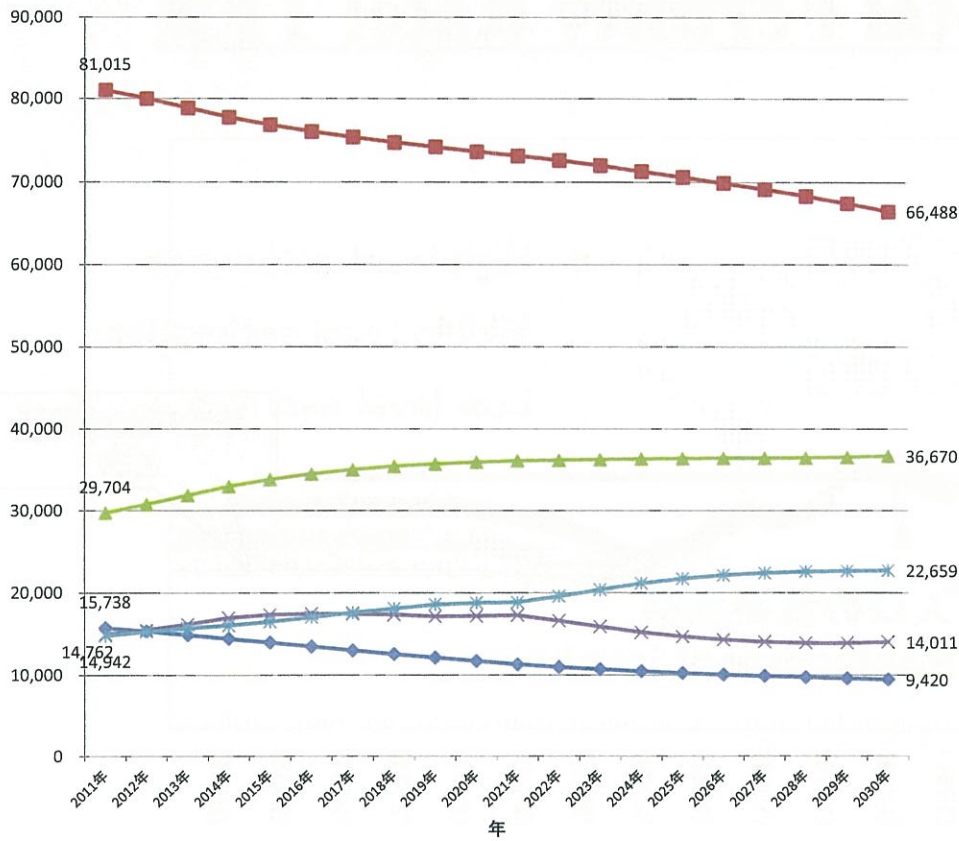
## 人口ボーナスの期間



人口  
(×1,000人)

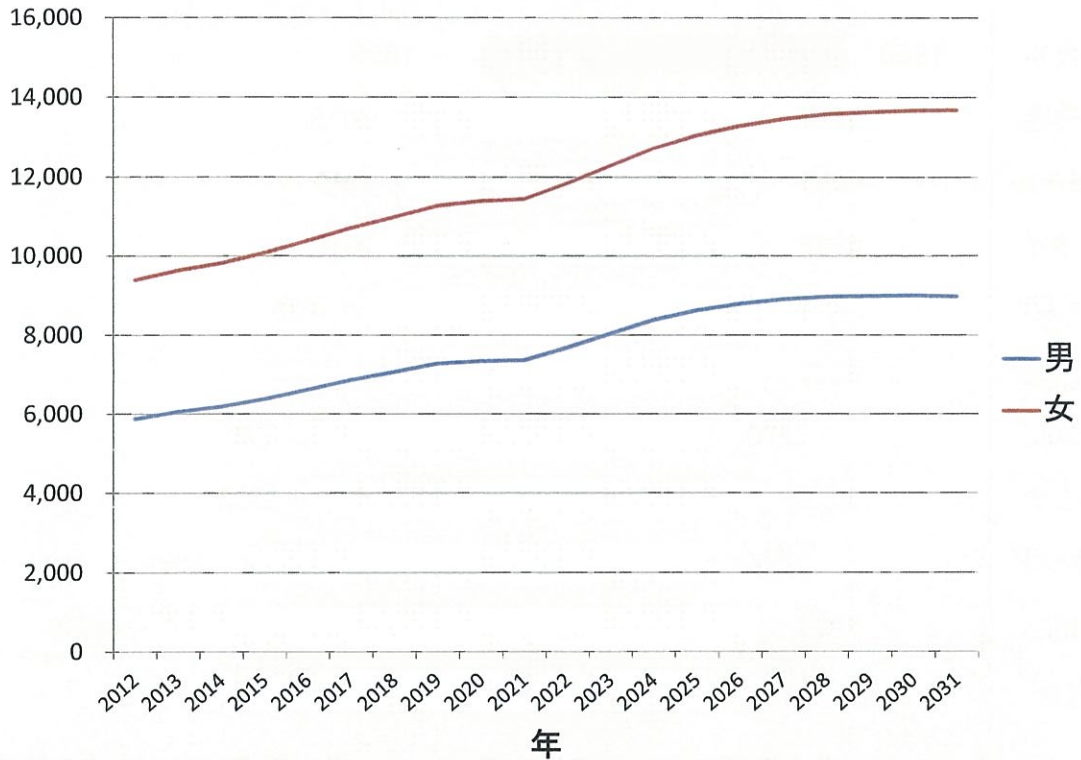
### 人口構成の変化

- 年少人口(0~14歳)
- 生産年齢人口(15~64歳)
- 老年人口(65歳以上)
- 前期高齢者(65-74歳)
- 後期高齢者(75歳以上)

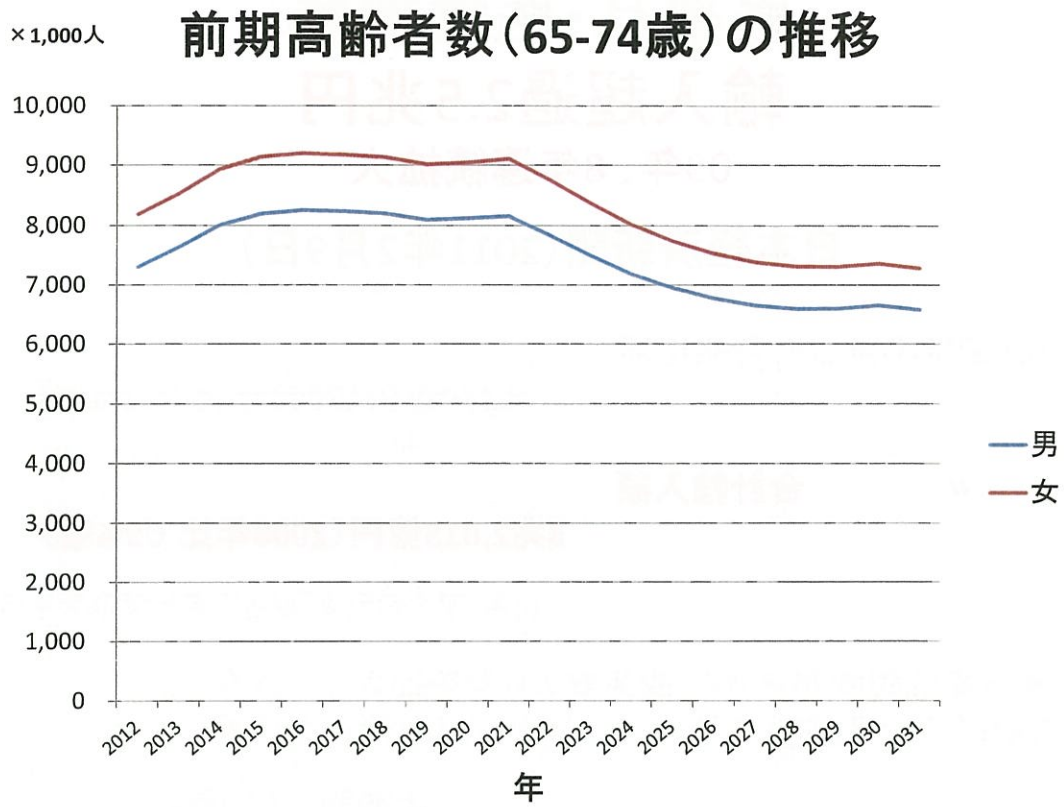


×1,000人

### 後期高齢者数(75歳以上)の推移







# 医療の生産性

# 医薬品・医療機器 輸入超過2.5兆円 09年、8年連続拡大

日本経済新聞(2011年2月9日)

## 医薬品・医療機器の合計輸出額

6,380億円(2008年比で12%減)

## // 合計輸入額

3兆2,015億円(2008年比で9%増)

出典:厚生労働省「薬事工業生産動態統計」

- 日本企業は規模が小さく、欧米勢より劣勢に立っている
- M&Aなどによる規模の拡大による競争力の強化が必要

と解説している。

## 厚労省30年推計

厚生労働省の推計による  
と、2030年には産業別の就業  
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  
業政策研究・研修機構に  
委託して、将来の労働力の

厚生労働省の推計による  
スムーズな労働移動が成長  
の力を握りそうだ。

厚労省が独立行政法人の  
労働政策研究・研修機構に  
委託して、将来の労働力の

### 医療・福祉、最大産業に

2014/3/15 日経

業者数は12年と比べ最低で  
も200.2万人増え、908  
万人になる。大幅に減る卸  
売・小売業と製造業を抜き、  
首位になる。成長産業への  
首位になる。成長産業への  
82.1万人減り、54.49

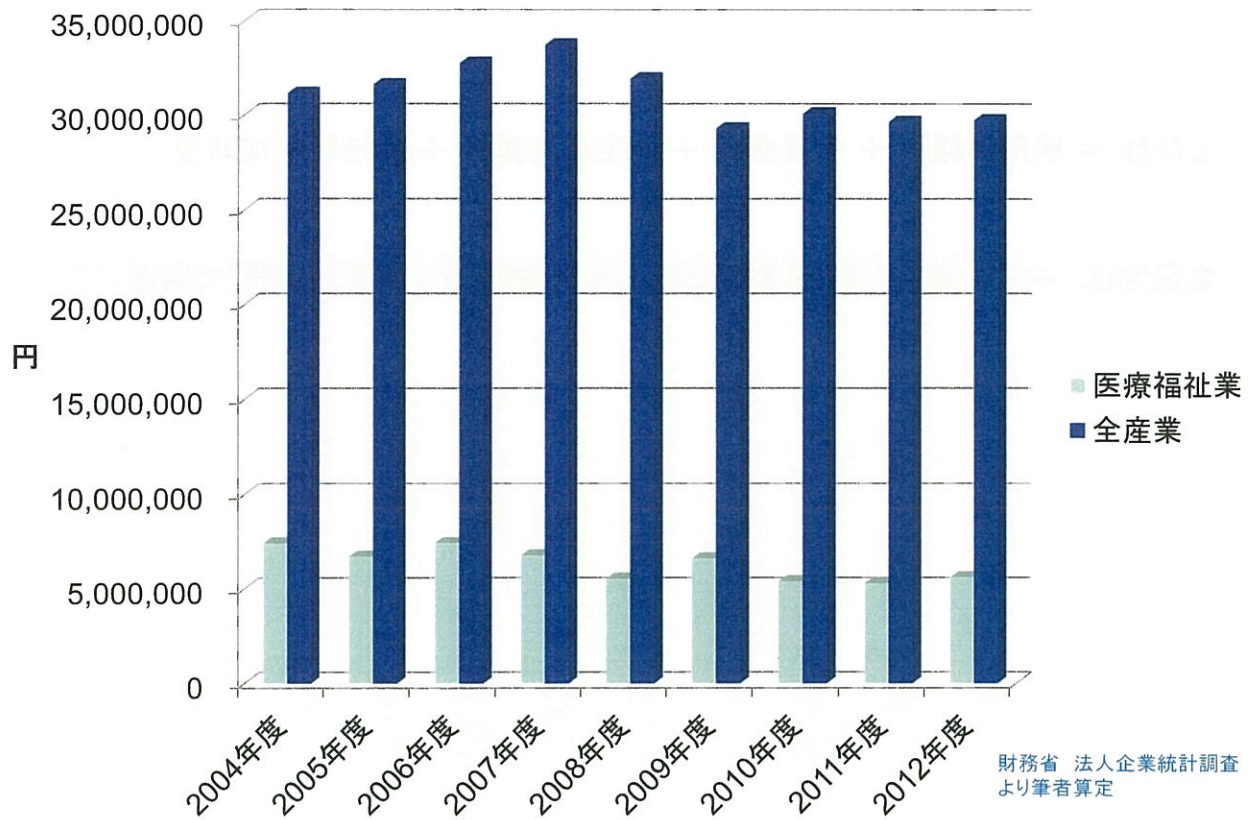
2014年3月15日  
日本経済新聞 朝刊

## 就業者数908万人

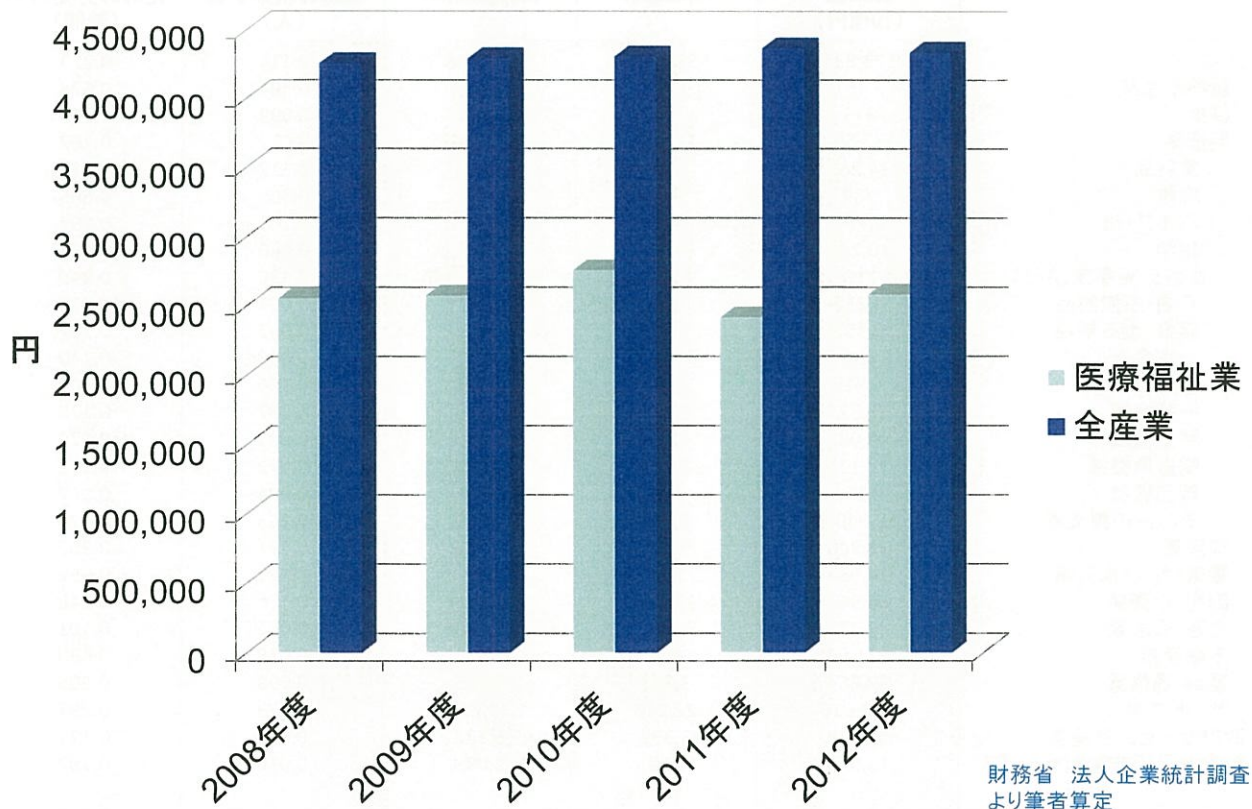
万人になる。12年に首位だ  
った卸売・小売業は287  
万人、2位の製造業が16  
2万人減る一方、医療・福  
祉は200.2万人増と3割増  
える。

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%増え、30年(16.7%)  
は産業別の割合で最大だ。

## 職員1人当たりの売上高の推移



## 職員1人当たりの人件費の推移



# 生産性について

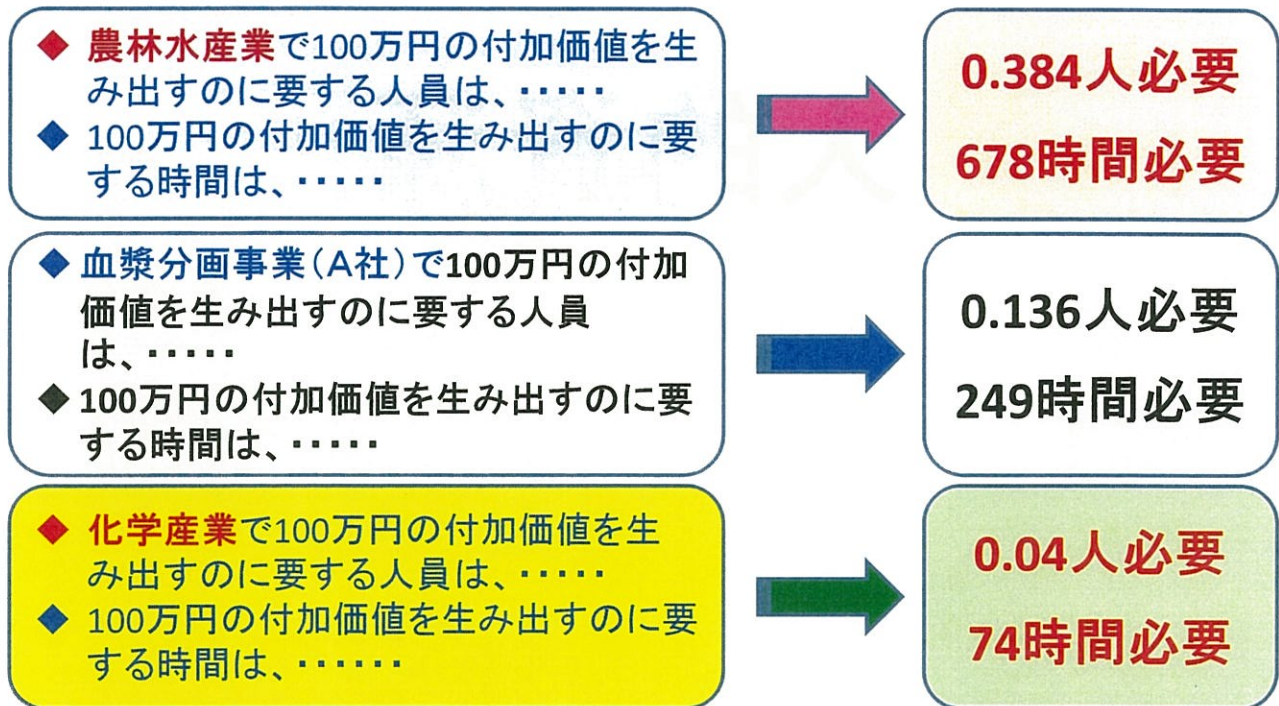
生産額 = 雇用者報酬 + 営業余剰 + 固定資本減耗 + 間接税 - 補助金

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

## 産業別生産性

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
<b>血漿分画事業(A社)</b>	<b>1,751,217,131円</b>	<b>238人</b>	<b>436,821時間</b>	<b>0.136</b>	<b>0.249</b>
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

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。



✓ 生産性の高い産業への移行により、労働力不足が補える。

## 生産関数

$$P=A \times f(K,L)$$

- ・P: 生産量
- ・K: 資本ストック
- ・L: 安定した労働供給
- ・A: 全要素生産性(制度改革、規制改革、技術進歩、生産効率の改善、産業構造の高度化(イノベーション)、労働の質改善、…)
- ・基金は、Aに使うべき(事務部門…)

# 人的資源

## 主な医療系学部の入学定員（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 + $\alpha$
18歳人口（平成24年10月1日）	1,234,000名

# 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。

## 医療財源

# 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～ )

## わが国の医療の現状



# 医療計画

## 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

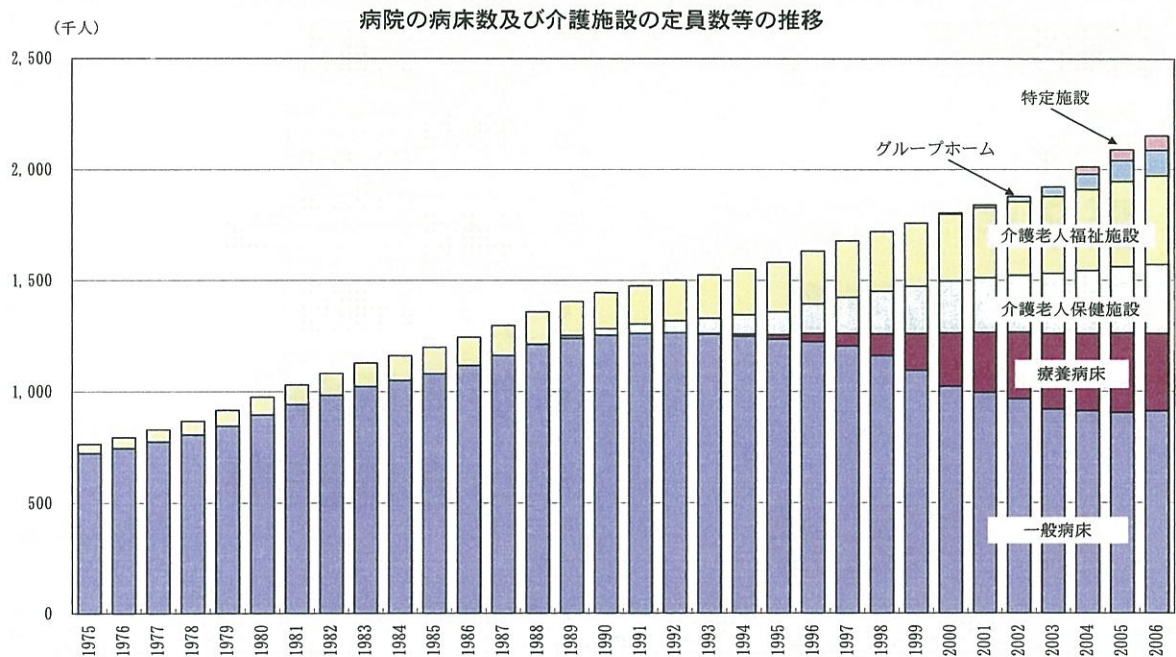
# 医療計画の問題点

- 現状値で目標を設定
- 5年後の需給量を算定していない
- 施策体系、事業計画等が欠落している
- 診療報酬とリンクしていない
- 他計画との関連が不明瞭、重複がある
- 医療従事者は本当に確保できるのか？
- 医療施設は本当に維持できるのか？
- 医療圏の設定や病床規制に意味があるのか？
- グローバル化の急速な進展に対応していない

## 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を含む。

# 地域性

## 二次医療圏格差(1)

### 1. 人口

最小: 隠岐医療圏(22,077人)

最大: 大阪市医療圏(2,614,324人)

118倍

### 2. 面積

最小: 尾張中部医療圏(42km<sup>2</sup>)

最大: 十勝医療圏(10,828km<sup>2</sup>)

258倍

## 二次医療圏格差(2)

二次医療圏の平均人口である35万人を下回る医療圏が全体の2/3を占めている。

二次医療圏内でほとんどすべての疾患の受療が完結するのか？

## 2035年に患者数が増大する医療圏

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
神奈川県	相模原	1.74
千葉県	千葉	1.71
東京都	南多摩	1.69
京都府	山城南	1.69
埼玉県	南西部	1.68
千葉県	東葛南部	1.67
滋賀県	湖南	1.67
千葉県	印旛	1.66
愛知県	尾張東部	1.65
福岡県	筑紫	1.65
千葉県	東葛北部	1.63
埼玉県	さいたま	1.63
神奈川県	川崎北部、川崎南部	1.61
神奈川県	湘南東部	1.60
神奈川県	横浜北部、横浜西部、横浜南部	1.60
滋賀県	大津	1.60
福岡県	福岡・糸島	1.60
愛知県	西三河南部	1.59
福岡県	粕屋	1.59

## 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
新潟県	佐渡	0.84
石川県	能登北部	0.87
長崎県	上五島	0.89
島根県	大田	0.89
長野県	木曾	0.90
高知県	安芸	0.90
岡山県	高梁・新見	0.90
岩手県	釜石	0.91
徳島県	西部Ⅱ	0.91
長崎県	壱岐	0.92
徳島県	西部Ⅰ	0.92
山口県	萩	0.93
大分県	豊肥	0.95
福島県	南会津	0.95
熊本県	天草	0.95
秋田県	北秋田	0.96
徳島県	南部Ⅱ	0.96
長崎県	対馬	0.96
秋田県	湯沢・雄勝	0.96
島根県	浜田	0.96

2010年を1とする<sup>37</sup>

## 2035年に悪性腫瘍患者数が増大する医療圏

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
神奈川県	相模原	1.74
京都府	山城南	1.70
千葉県	千葉	1.69
千葉県	東葛南部	1.69
滋賀県	湖南	1.69
埼玉県	南西部	1.68
東京都	南多摩	1.68
福岡県	筑紫	1.68
神奈川県	川崎北部、川崎南部	1.67
千葉県	印旛	1.65
愛知県	尾張東部	1.64
埼玉県	さいたま	1.64
福岡県	福岡・糸島	1.64
愛知県	西三河南部	1.62
神奈川県	横浜北部、横浜西部、横浜南部	1.61
東京都	北多摩南部	1.61
千葉県	東葛北部	1.60
神奈川県	湘南東部	1.60
滋賀県	大津	1.60

## 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
新潟県	佐渡	0.80
石川県	能登北部	0.82
高知県	安芸	0.86
長野県	木曾	0.86
岡山県	高梁・新見	0.86
島根県	大田	0.86
岩手県	釜石	0.87
長崎県	上五島	0.87
山口県	萩	0.88
徳島県	西部Ⅰ	0.88
徳島県	西部Ⅱ	0.88
大分県	豊肥	0.89
長崎県	壱岐	0.89
徳島県	南部Ⅱ	0.90
秋田県	北秋田	0.91
熊本県	天草	0.92
福島県	南会津	0.92
北海道	南檜山	0.93
高知県	高幡	0.93
島根県	益田	0.93

2010年を1とする<sup>38</sup>

心疾患患者数の増加比率が高い医療圏(2035年時点)

都道府県名	二次医療圏名	心疾患患者比
神奈川県	相模原	2.36
愛知県	西三河北部	2.35
埼玉県	南西部	2.30
千葉県	千葉	2.27
千葉県	印旛	2.26
千葉県	東葛南部	2.25
千葉県	東葛北部	2.17
福岡県	筑紫	2.17
東京都	南多摩	2.14
千葉県	市原	2.13
埼玉県	さいたま	2.13
滋賀県	湖南	2.13
京都府	山城南	2.13
愛知県	尾張東部	2.11
埼玉県	川越比企	2.10
神奈川県	川崎北部、川崎南部	2.07
神奈川県	湘南西部	2.05
神奈川県	湘南東部	2.04
神奈川県	横浜北部、横浜西部、横 浜南部	2.03
福岡県	粕屋	2.02

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
新潟県	佐渡	0.90
岡山県	高梁・新見	0.95
島根県	大田	0.95
石川県	能登北部	0.96
長野県	木曾	0.99
徳島県	西部Ⅱ	0.99
徳島県	西部Ⅰ	1.01
高知県	安芸	1.02
長崎県	上五島	1.02
長崎県	壱岐	1.02
大分県	豊肥	1.03
岩手県	釜石	1.04
山口県	萩	1.04
福島県	南会津	1.04
島根県	浜田	1.04
鹿児島県	南薩	1.04
徳島県	南部Ⅱ	1.06
熊本県	天草	1.06
島根県	雲南	1.06
秋田県	北秋田	1.07

2010年を1とする<sup>39</sup>

脳卒中患者数の増加比率が高い医療圏(2035年時点)

都道府県名	二次医療圏名	脳卒中患者比
神奈川県	相模原	2.48
愛知県	西三河北部	2.44
埼玉県	南西部	2.43
千葉県	千葉	2.41
千葉県	東葛南部	2.38
千葉県	印旛	2.33
千葉県	東葛北部	2.30
東京都	南多摩	2.26
埼玉県	さいたま	2.23
愛知県	尾張東部	2.23
福岡県	筑紫	2.23
千葉県	市原	2.22
滋賀県	湖南	2.22
埼玉県	川越比企	2.20
京都府	山城南	2.20
神奈川県	湘南西部	2.16
神奈川県	川崎北部、川崎南部	2.16
神奈川県	湘南東部	2.15
神奈川県	横浜北部、横浜西部、横 浜南部	2.14
大阪府	三島	2.12

脳卒中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	脳卒中患者比
新潟県	佐渡	0.95
島根県	大田	1.00
岡山県	高梁・新見	1.02
石川県	能登北部	1.03
長野県	木曾	1.05
徳島県	西部Ⅱ	1.05
徳島県	西部Ⅰ	1.06
長崎県	上五島	1.07
高知県	安芸	1.07
長崎県	壱岐	1.07
鹿児島県	南薩	1.08
福島県	南会津	1.09
大分県	豊肥	1.10
山口県	萩	1.10
熊本県	天草	1.10
島根県	浜田	1.10
岩手県	釜石	1.11
秋田県	湯沢・雄勝	1.12
島根県	雲南	1.12
岡山県	真庭	1.12

2010年を1とする<sup>40</sup>

2035年に糖尿病患者数が増大する医療圏

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
神奈川県	相模原	1.97
千葉県	千葉	1.91
埼玉県	南西部	1.90
千葉県	東葛南部	1.89
東京都	南多摩	1.87
千葉県	印旛	1.87
京都府	山城南	1.86
福岡県	筑紫	1.85
滋賀県	湖南	1.85
千葉県	東葛北部	1.82
愛知県	尾張東部	1.82
埼玉県	さいたま	1.82
神奈川県	川崎北部、川崎南部	1.81
神奈川県	横浜北部、横浜西部、横浜南部	1.78
福岡県	福岡・糸島	1.78
千葉県	市原	1.77
神奈川県	湘南東部	1.77
北海道	札幌	1.76
愛知県	西三河南部	1.76

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
新潟県	佐渡	0.86
石川県	能登北部	0.90
岡山県	高梁・新見	0.92
島根県	大田	0.92
長野県	木曾	0.93
長崎県	上五島	0.94
高知県	安芸	0.94
徳島県	西部Ⅱ	0.94
岩手県	釜石	0.96
長崎県	壱岐	0.96
徳島県	西部Ⅰ	0.96
山口県	萩	0.97
大分県	豊肥	0.98
徳島県	南部Ⅱ	0.99
熊本県	天草	0.99
島根県	浜田	0.99
福島県	南会津	0.99
鹿児島県	南薩	0.99
秋田県	北秋田	1.00
高知県	高幡	1.01

2010年を1とする 41

## 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、 $P_i$ はi医療圏に住所地を有する入院患者数、 $P_j$ はj医療圏に住所地を有する患者数、 $P_t$ は都道府県の入院患者総数、 $M_{ij}$ はi医療圏からj医療圏への移動入院患者数とした。

# 東京都の入院患者の移動

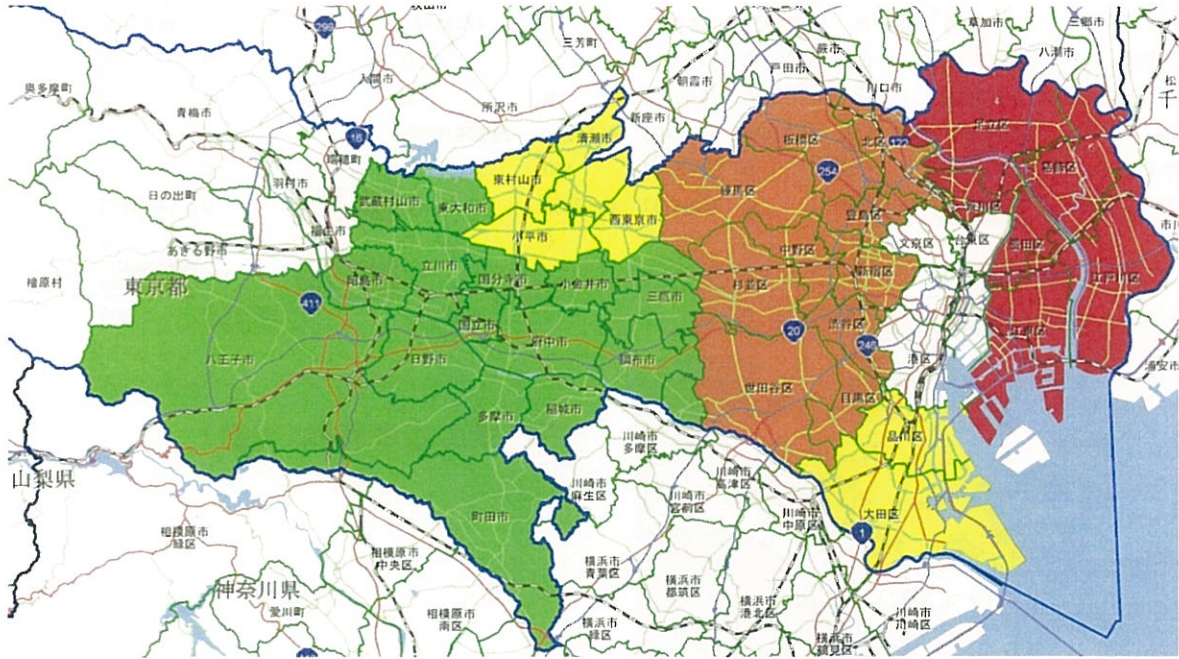
移動元\移動先	区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部	区東部	西多摩	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	北多摩北部
区中央部	100	24.19634	75.92275	64.5439	54.75198	77.12243	55.42306	64.706891	54.135061	0	25.572783	35.1977
区南部	96.785378	100	95.1006	15.39952	19.5949	13.80047	13.22338	46.315225	51.664307	0	36.808441	0
区西南部	113.88413	54.3432	100	84.56048	15.37111	0	10.37301	72.063442	60.791068	0	80.151805	19.70280
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	25.44104	0	0	0	382.56832	100.09305	100	211.0836	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

## 東京都の患者移動(実数)





# 東京都の患者移動のMPI(区中央部への流入)



赤色の地域はMPI $\geq$ 200、橙はMPI $\geq$ 100、黄はMPI $\geq$ 70、緑はMPI $\geq$ 30、白はそれ以下である。23区内に注目すると、足立区など東部からの流入が世田谷区など西部からの流入より目立つ。また、距離が離れるにつれてMPIが低くなる傾向にある。

## 埼玉県の入院患者の移動(MPI)

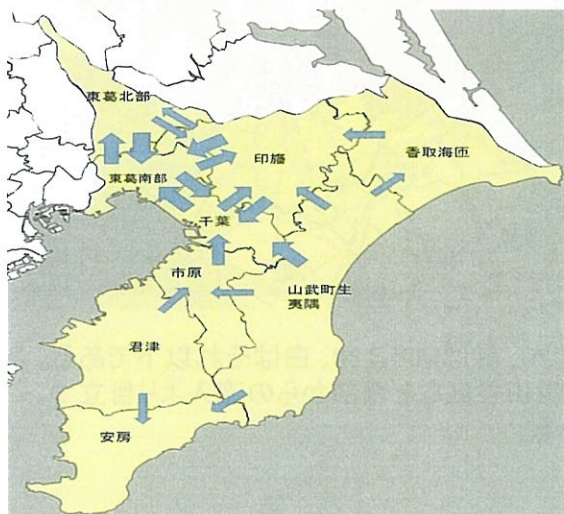
移動元\移動先	南部	南西部	東部	さいたま	県央	川越比企	西部	利根	北部	秩父
南部	100	0	27.83265	25.46392	29.35557	19.47241	19.7192	0	0	0
南西部	0	100	0	13.9498	0	106.675	64.8162	0	0	0
東部	27.8327	0	100	17.2189	0	0	0	47.8941	0	0
さいたま	50.9278	13.9498	25.8283	100	54.4832	36.1403	12.1994	29.212	18.4041	0
県央	0	0	0	54.4832	100	83.3272	0	67.353	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)

## 千葉県の入院患者の移動(MPI)

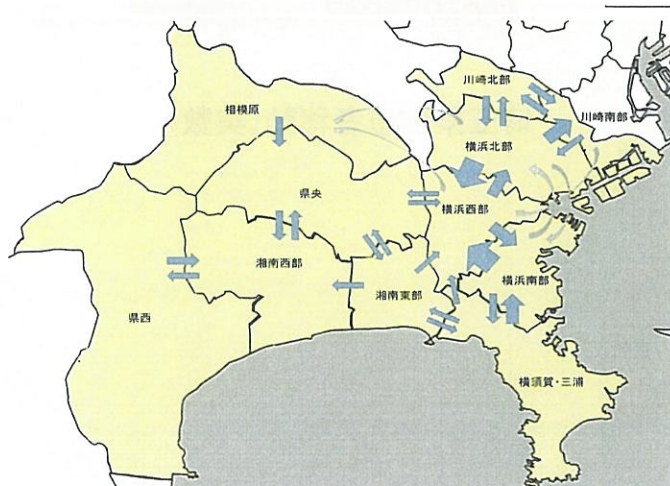
移動元\移動先	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海匝	山武長生夷隅	安房	君津	市原
千葉	100	#DIV/0!	7.282032	55.5255	0	21.47799421	0	0	34.90174
東葛南部	28.57452	100	20.48338	31.23715	0	0	0	0	0
東葛北部	7.282032	32.7734	100	19.90146	0	0	0	0	0
印旛	69.40687	46.85573	19.90146	100	44.51294	29.34919096	0	0	0
香取海匝	32.57496	0	0	133.5388	100	0	0	0	0
山武長生夷隅	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	422.7883	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)

## 神奈川県の入院患者の移動(MPI)

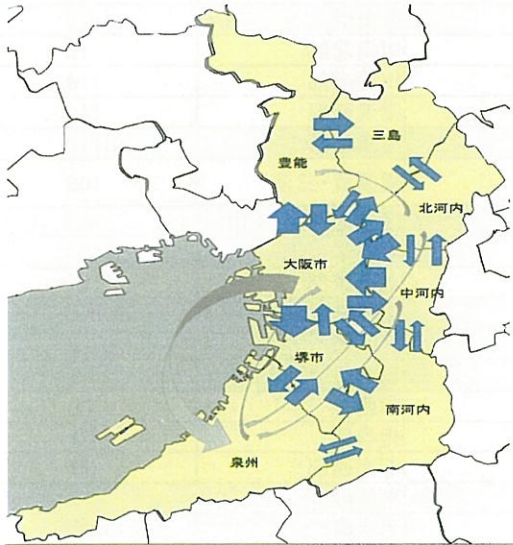
移動元\移動先	横浜北部	横浜西部	横浜南部	川崎北部	川崎南部	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	相模原	県西
横浜北部	100	119.398	28.8259	37.298	117.956	13.9273	0	17.1341	12.1656	28.3977	0
横浜西部	45.9224	100	78.8429	17.0025	0	19.0465	20.1475	23.432	33.2746	38.8358	0
横浜南部	28.8259	197.107	100	0	0	79.7045	21.0779	24.5142	17.4056	20.3147	40.6293
川崎北部	49.7306	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
横須賀・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)

## 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)

## 愛知県の入院患者移動(MPI)

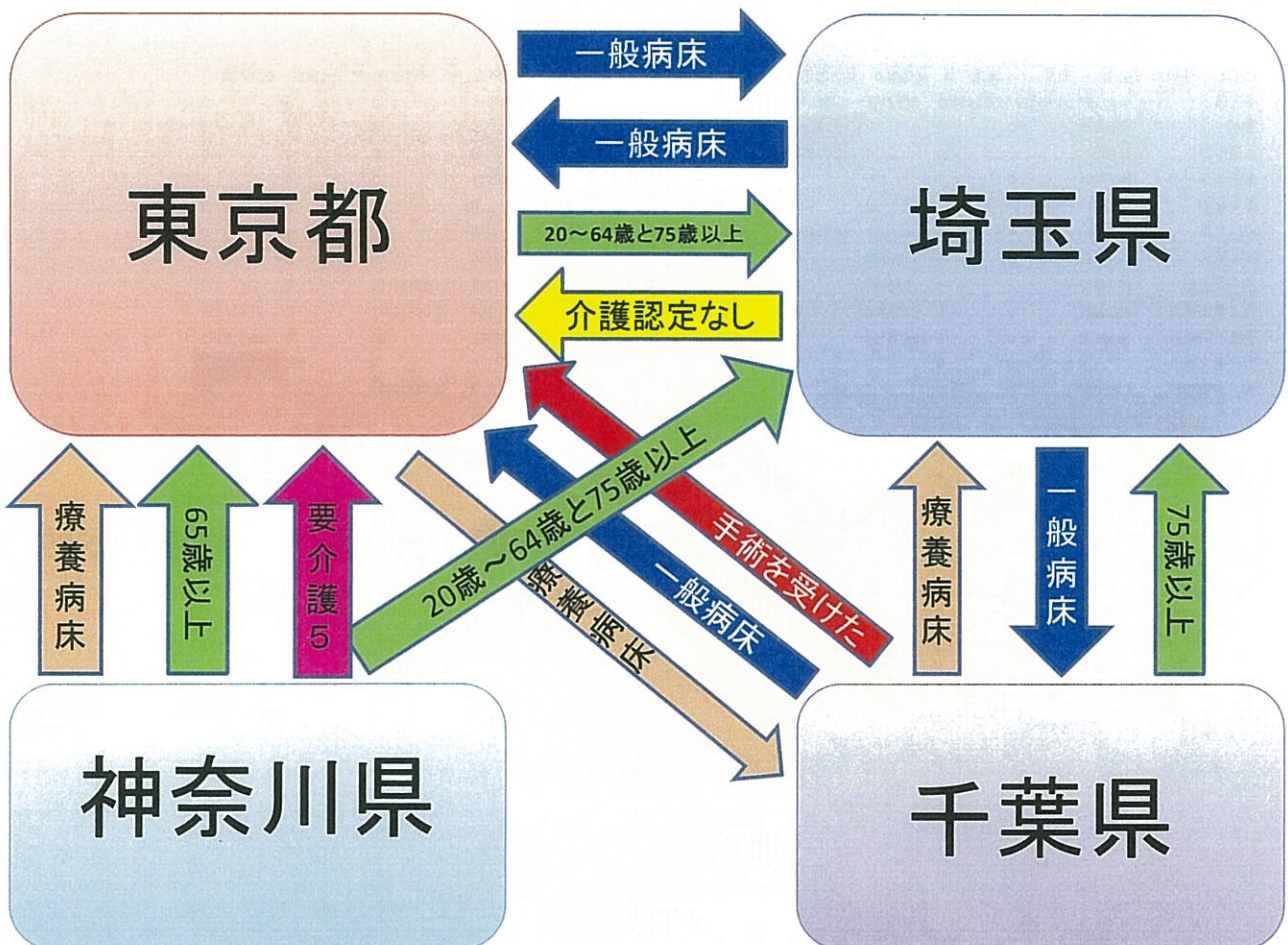
移動元 \ 移動先	名古屋	海部	尾張中部	尾張東部	尾張西部	尾張北部	知多半島	西三河北部	西三河南部西	西三河南部東	東三河北部	東三河南部
名古屋	100	54.49127	55.66855	146.7186	8.755636	18.50541	14.66391	9.3550883	6.690137316	0	0	0
海部	108.9825	100	0	0	179.8625	0	0	0	0	0	0	0
尾張中部	111.3371	0	100	0	122.3027	172.4120	0	0	0	0	0	0
尾張東部	78.24994	0	0	100	0	30.29375	0	45.943427	32.85568521	0	0	0
尾張西部	26.26691	59.88749	122.3827	0	100	54.23464	0	0	0	0	0	0
尾張北部	24.67389	0	0	60.5875	54.23464	100	0	0	0	0	0	0
知多半島	43.99173	0	0	72.01539	0	0	100	0	98.51363176	0	0	0
西三河北部	18.71018	0	0	91.88685	0	0	0	100	31.42421345	51.65834114	0	0
西三河南部西	13.38027	0	0	98.56706	0	0	24.62841	62.848427	100	73.88522382	0	21.484356
西三河南部東	10.99793	0	0	54.01154	0	0	0	51.058341	73.88522382	100	0	35.318185
東三河北部	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	712.15357
東三河南部	6.395961	0	0	0	0	0	0	0	0	70.63637001	0	100



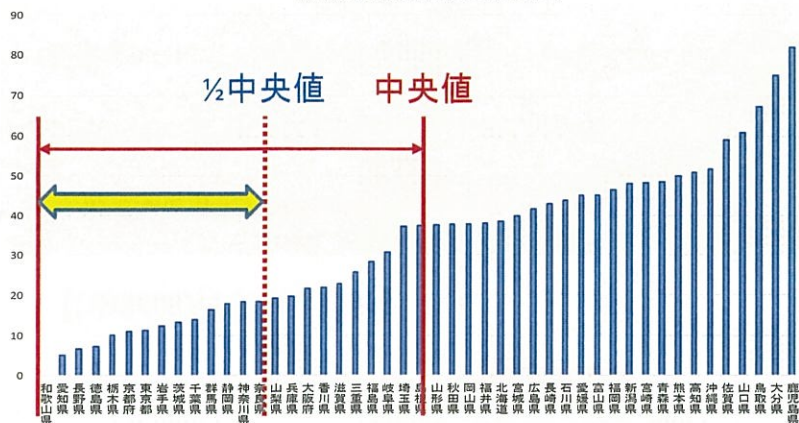
愛知県の入院患者移動(実数)

# 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



認知症病床数(対人口10万人)



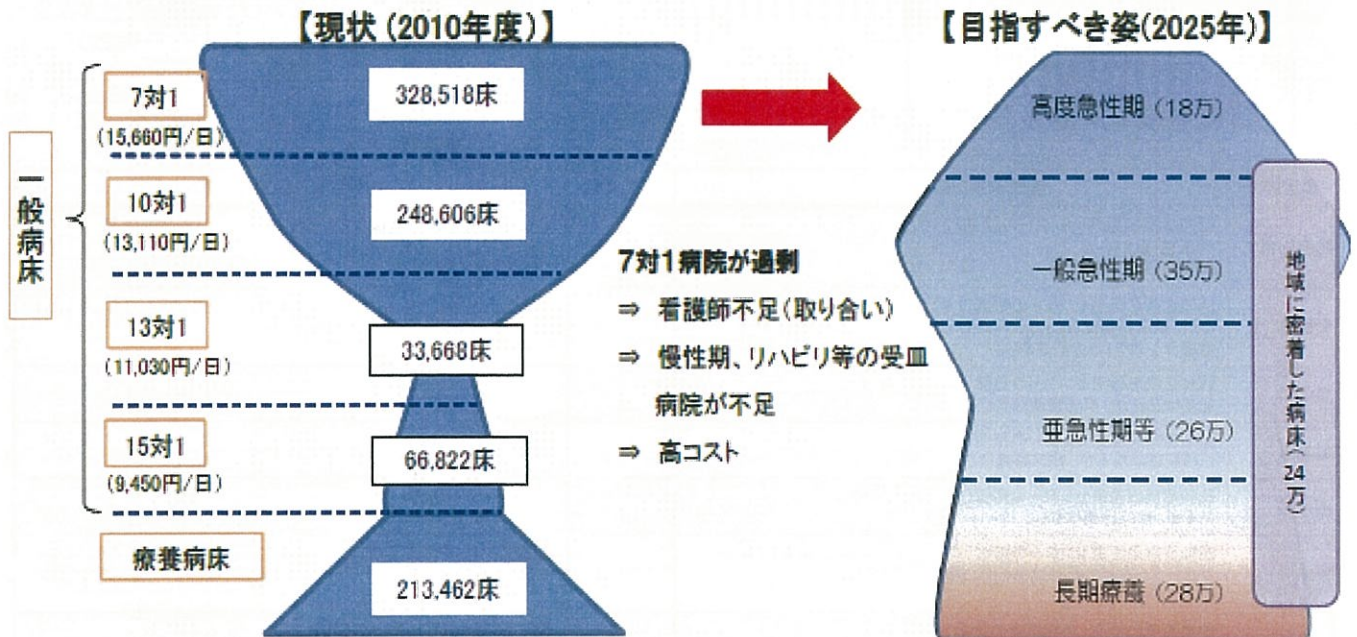
都道府県名	認知症病床数	人口	認知症病床数(対人口10万人)
和歌山県	0	988,000	0.00
愛知県	366	7,427,000	4.93
長野県	140	2,132,000	6.57
徳島県	56	776,000	7.22
栃木県	201	1,992,000	10.09
京都府	287	2,625,000	10.93
東京都	1,477	13,230,000	11.16
岩手県	160	1,303,000	12.28
茨城県	391	2,943,000	13.29
千葉県	866	6,195,000	13.98
群馬県	325	1,992,000	16.32
静岡県	667	3,735,000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

## 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。

- 現状では、急性期を念頭に高い報酬(15,660円/1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、看護師不足や受皿病院の不足、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)

## 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。

# 地域医療構想

## 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会

回数	開催日	議題等
第 8 回	2015年2月12日 (平成27年2月12日)	<ul style="list-style-type: none"><li>・2025年の医療需要と各医療機能の必要量の推計方法について</li><li>・病床機能報告制度において報告される情報の公表のあり方等について</li><li>・地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会報告書(案)について</li><li>・その他</li></ul>
第 7 回	2015年1月29日 (平成27年1月29日)	<ul style="list-style-type: none"><li>・2025年の医療需要の推計方法について</li><li>・地域医療構想の策定における医療需要に対応する医療供給(医療提供体制)の整備及び策定後の実現に向けた取組について</li><li>・その他</li></ul>
第 6 回	2014年12月25日 (平成26年12月25日)	<ul style="list-style-type: none"><li>・2025年の医療需要の推計方法について</li><li>・病床機能報告制度において報告される情報の公表のあり方等について</li><li>・その他</li></ul>
第 5 回	2014年12月12日 (平成26年12月12日)	<ul style="list-style-type: none"><li>・2025年の医療需要の推計方法について</li><li>・あるべき将来の医療提供体制を実現するための施策等について</li><li>・その他</li></ul>
第 4 回	2014年11月21日 (平成26年11月21日)	<ul style="list-style-type: none"><li>・都道府県において地域医療構想を策定するプロセスについて</li><li>・策定した地域医療構想の達成の推進のための「協議の場」の設置・運営につ係る方針について</li><li>・その他</li></ul>
第 3 回	2014年10月31日 (平成26年10月31日)	<ul style="list-style-type: none"><li>・2025年の医療需要の推計方法について</li><li>・有識者によるプレゼンテーション(在宅医療)</li><li>・その他</li></ul>
第 2 回	2014年10月17日 (平成26年10月17日)	<ul style="list-style-type: none"><li>・構想区域の設定の考え方について</li><li>・2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計方法について</li><li>・その他</li></ul>
第 1 回	2014年9月18日 (平成26年9月18日)	<ul style="list-style-type: none"><li>・検討会で議論すべき論点及び検討会の今後の進め方について</li><li>・今後の地域の医療提供体制の方向性について</li><li>・構想区域の設定の考え方について</li><li>・有識者によるプレゼンテーション</li><li>・その他</li></ul>

# 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

## ●協議の場で検討される事項

「将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進する」ために必要な協議を行うものとされているが、議事については、具体的には以下のものが考えられる。

- ① 各病院・有床診療所が担うべき病床機能及びその病床数に関する協議
- ② 病床機能報告制度による情報等の共有
- ③ 都道府県計画(地域医療介護総合確保基金)に関する協議
- ④ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議(地域包括ケア、人材の確保、診療科ごとの連携など)

## ●設置区域について

地域医療構想を策定する構想区域ごとに設置することを原則とする。一方で、構想区域内の医療機関の規模・数等は多様であり、地域によっては、構想区域での「協議の場」の設置・運営が困難な場合も想定されることから、こうした事情を勘案し、都道府県知事が協議をするのに適当と認める区域で設置することも可能とする。

○ 各都道府県において、例えば以下のような柔軟な運用を可能とする。

<例>

- ① 広域的な病床の機能分化・連携が求められる場合における複数の「協議の場」の合同開催
- ② 議事等に応じ、設置される区域から更に地域・参加者を限定した形での開催
- ③ 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催等

※ 大都市圏における「協議の場」の設置・運営については、関係自治体と相談しながら、別途、検討する。



## ●合意の方法・履行担保について

### 1)合意の方法について

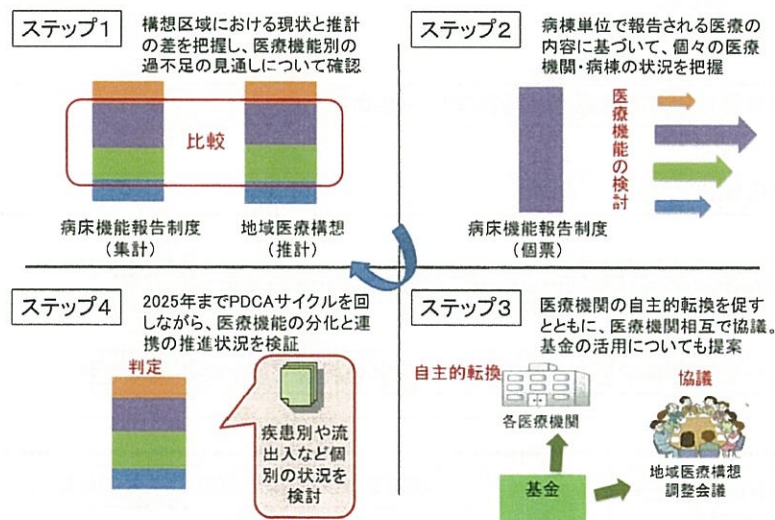
- ① 「協議の場」における協議が調った事項については、医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が想定されることから、合意に当たっては、都道府県と関係者との間で丁寧かつ十分な協議が行われることが求められる。
- ② また、特に各病院・有床診療所が担うべき病床機能及び病床数等の合意に当たっては、通常の議事録の作成に加え、参加した病院・有床診療所の署名捺印による合意書等の形で取りまとめることが適当である。

### (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**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。**

### 3) 都道府県



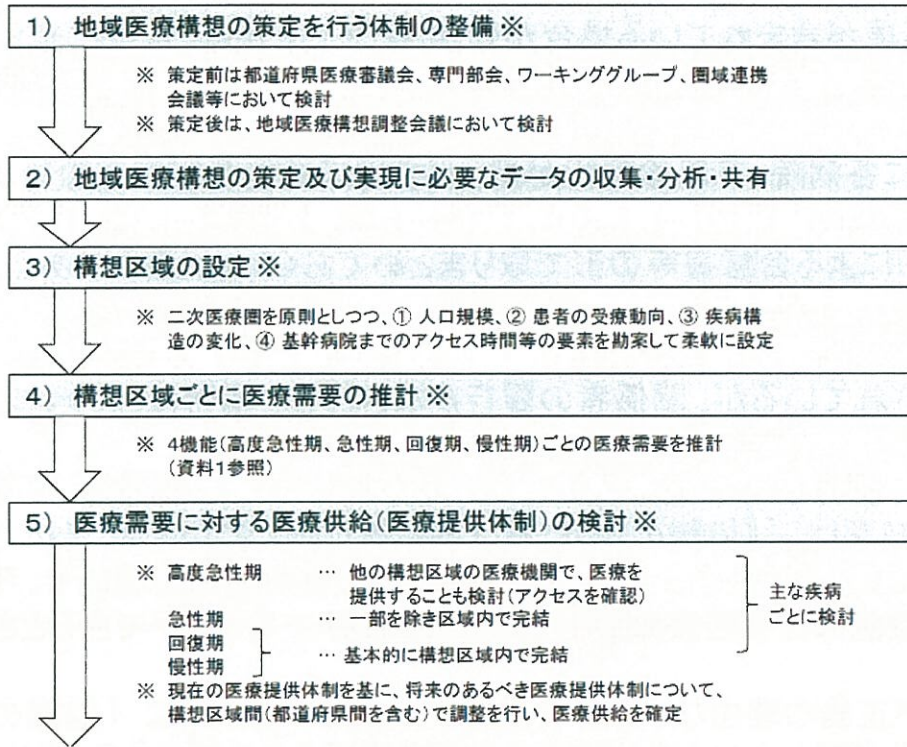
## ●2025年までのPDCA

整備計画が策定できていない段階においては、各医療機関が地域における位置付けを検討し、病棟ごとに担う医療機能とそれに応じた対応を行うことを促進する必要がある。

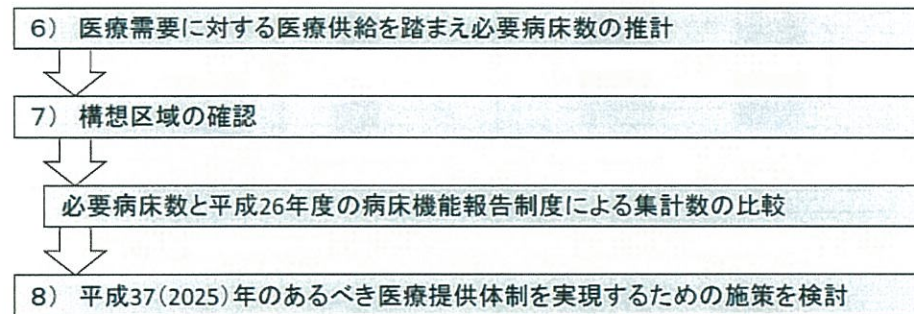
また、整備計画を策定したとしても、各医療機関における状況の変化等により計画どおり進めることが困難又は不適當な場合も考えられる。

このため、2025年まで毎年、検証を行い、整備計画の変更も含め、地域医療構想の実現を図っていく必要がある。

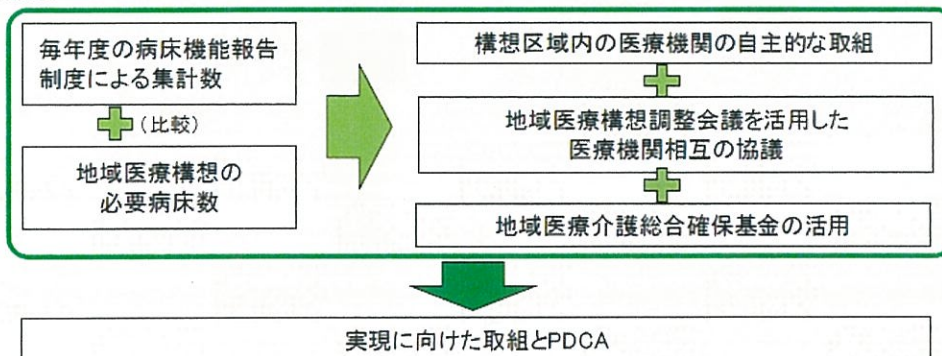
# 策定プロセス



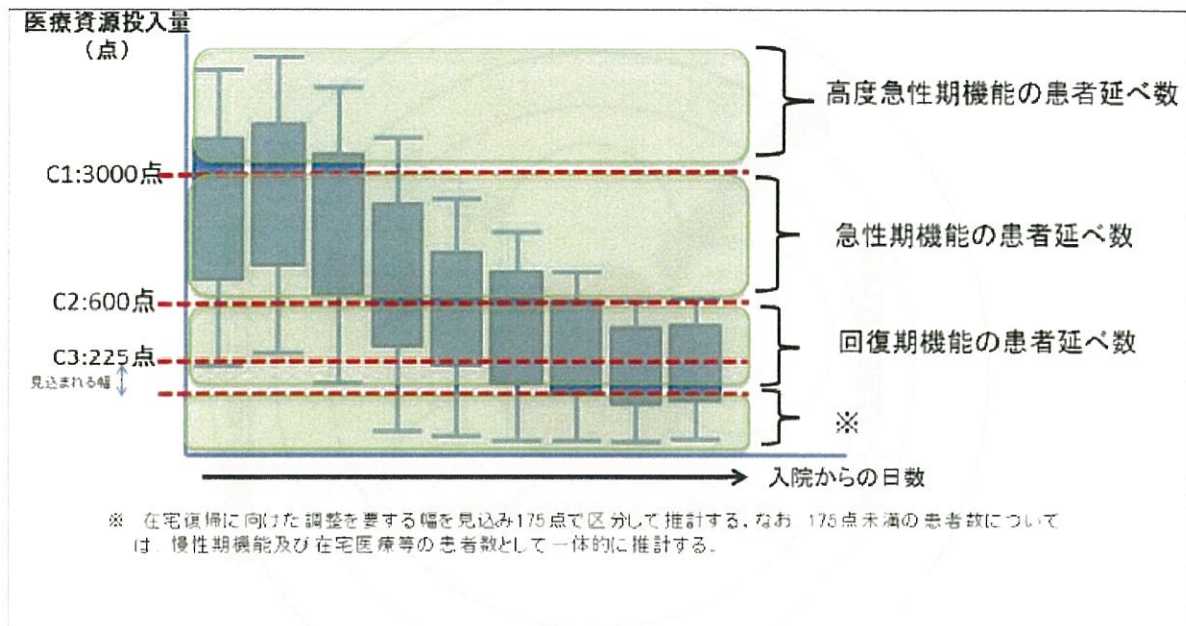
## 策定プロセス(続き)



策定後



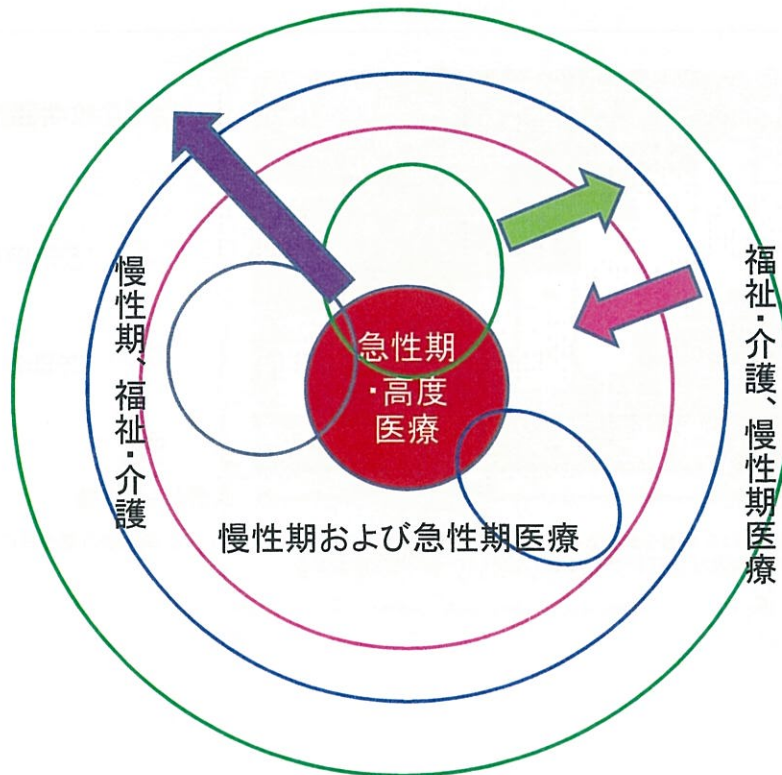
## 高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の推計イメージ



## 地域医療ビジョンの協議の場

- 都道府県は、構想区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域ごとに、診療に関する学識経験者の団体とその他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。
- 協議の場は2次医療圏などとする
- 大学病院の7:1病床の取扱いは如何？
- 7:1病床が多い医療圏と少ない医療圏では、如何にして病床構成を国の趣旨のように誘導していくのか？

# 1都3県とその周辺



## 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。

# 都道府県知事が講ずることができる措置(2)

## 3. 稼働していない病床の削減の要請

医療計画の達成の推進のため、特に必要がある場合において都道府県知事は、公的医療機関以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。(現行の医療法では、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができる。)

### ○医療機関が上記の要請または命令・指示に従わない場合の措置

医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置(管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等)に加えて、以下の措置を講ずることができる。

- ①医療機関名の公表
- ②各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
- ③地域医療支援病院・特定機能病院の不承認、あるいは承認の**取消し**

## 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

# 地域医療再生基金

- 評価は行われたのか？



ご清聴ありがとうございました