

令和6年5月22日

第3回 新たな地域医療構想等に関する検討会

新たな地域医療構想検討への提言

日本医療法人協会

会長代行 伊藤伸一

2024年4月17日に行われた関係団体・有識者ヒアリング

発表された5人の発表内容はおおむね

- 今後85歳以上の高齢者が増加することは確定した未来であり、現状投影型の医療・介護体制では対応しきれない。
- 2060年を見据えた将来像を共有してバックキャストでの地域医療・介護体制の構築を協議する体制を整備しなければならない。その対応の基本は在宅であり、より強靱な医療・介護連携の体制構築が重要である。
- 二次医療圏を構想区域とした現状の構想圏は人口減少や人材の不足で維持できない可能性が高いことから、弾力的な対応を可能として都市部とそれ以外の区域の差を縮小させる必要がある。
- 各病院の現状はすでにデータ化され詳細な情報に基づく協議の基盤は整備されているが利用されていない。
- これまでの病床機能から病院機能に注目した協議に切り替えてゆくほうが現場にも国民目線でも理解しやすい。
- 人材確保の困難から新技術の導入が必須である。

との意見に集約されていると考える。

その他各論として検討すべき事項

○民間病院と公立・公的病院の特徴を有効活用して地域医療構想を推進する

- ・民間病院はすでに地域包括ケアシステムの中核をなしている実態を生かして中小民間病院の活用で地域医療構想を推進。
- ・フレキシビリティは地域医療構想推進の最強の武器。
- ・公的・公立病院改革の推進で地域医療の効率性と持続性を推進する

○都市部と過疎地域の地域医療構想に対する受け止めの温度差

- ・都市部で現状投影モデルを踏襲して病床規模の拡大や病床機能の先鋭化を進めている地域に地区診断を活用すると同時にこのような問題事例の仲裁を行うような仕組みを創設。
- ・大都市地区の特定機能病院と附属病院に関しては地域医療構想上で別枠の位置づけを検討すべき。
- ・都市部において基準病床と必要病床の差は大きな混乱のもとになる。
- ・地域医療構想を進めるうえで首長の理解を推進する仕組みの構築。

○地域医療構想を推進する目的で実施した対策の実効性の検証と公表

- ・好事例とされた地区のその後の対策の効果の情報公開
- ・重点支援地区の中長期にわたる効果の検証とデータ公開

○人材不足にかかる解決策として医療DXの活用

- ・DXが電子カルテの二の舞にならないようにコストコントロール可能にする。
- ・DX・ロボット等の導入で入院医施設の人員評価が激変する。

地域医療構想の本質

社会保障（医療・介護）の サステナビリティを確保する

<Key Word>

国民所得の伸びと国民医療費の伸び

疾病構造変化 慢性疾患 QOL、QOD

在宅復帰の推進 在宅看取り

データで地域医療を制御

- 全国統一の方式で将来の医療需要を推計
- 選択と集中による医療機関の役割・機能分化
- 現状把握の為の病床機能調査
(それぞれの希望要望の調査、その後定量基準の導入で
客観的判断のデータ提供)
- 二次医療圏内での協議で自主的な病床再編整備
- 競合から協調へ基本方針の変更による公立公的医療機関
のあるべき姿を協議(全てのステークホルダーによる)
- 公立・公的医療機関の役割と補助の実態を情報共有
(第1回WG、過剰地域での公的医療機関の開設・増床禁止
⇒ データに基づく再編統合へ)

地域医療構想の考え方はどこから？

社会保障制度改革国民会議の報告書（平成25年8月6日）

II. 医療介護分野の改革

(1) 改革が求められる背景

- * 主たる患者が「高齢者」になり「病院完結型」体制にミスマッチが生じた
- * 第一次医療法改正の「医療計画」では適正に減らすことができなかった
- * 「選択と集中」による構造的改革が必要

(2) 日本の特徴

- * 私的所有の病院が多く、政府の強制力が働かない
- * データによる客観的な制御機構を用いてマッチングを図る

(3) 改革の方向性

- * 「病院完結型」医療から「地域完結型」医療へ転換
- * 「いつでも、好きなところで」から「必要な時に必要な医療にアクセス」へ
- * 医療・介護の在り方を地域ごとに考える「ご当地医療」へ

医療・介護サービスの提供体制改革

- * 医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（病床機能報告制度）の導入
- * 将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえて地域医療ビジョンの策定を進める
- * 2018年を待たずに速やかに実行する

全国に占める割合をみると・・・

公的は

病院数の

2 割

病床数の

3 割

救急搬送数の

4 割

民間は

病院数の

8 割

病床数の

7 割

救急搬送数の

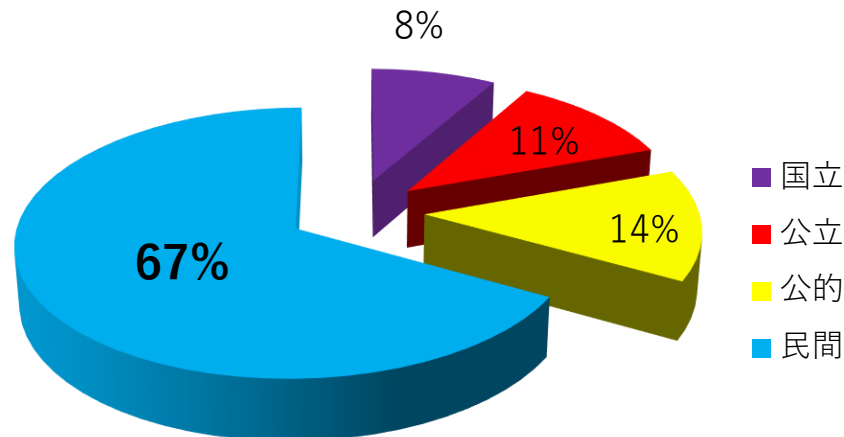
6 割 **の法則**

民間病院が急性期も慢性期も精神科も全て支えている！

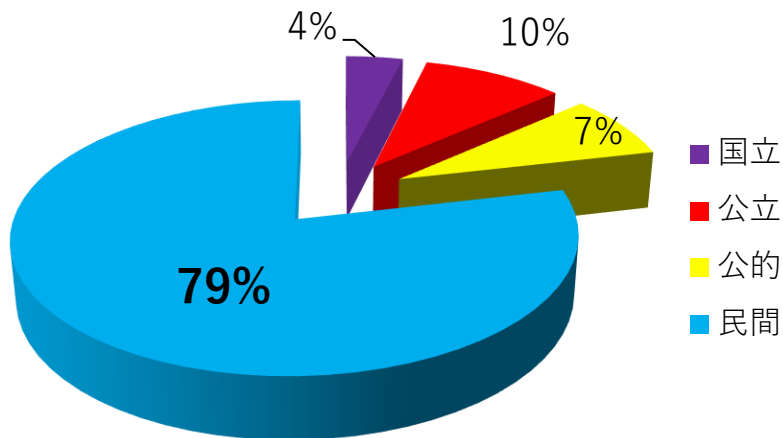
民間病院の実績：救急対応件数

設立主体別病床数の割合（令和4年）

全国の
病院数・病床数・救急搬送数割合

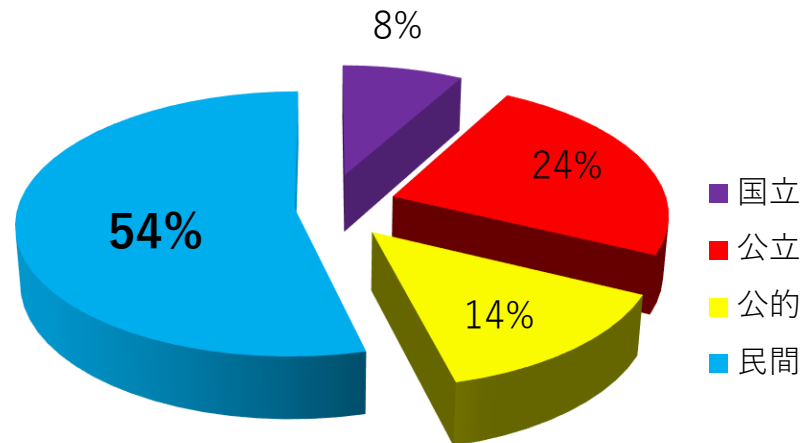


設立主体別病院数の割合（令和4年）



ベット数7割

全救急搬送数に占める医療機関別の割合（令和4年）



病院数8割

全国の病院数 **8,156病院**

々 病床数 **1,492,957床**

々 救急搬送数 **5,883,240件**

救急搬送受け入れ数54%

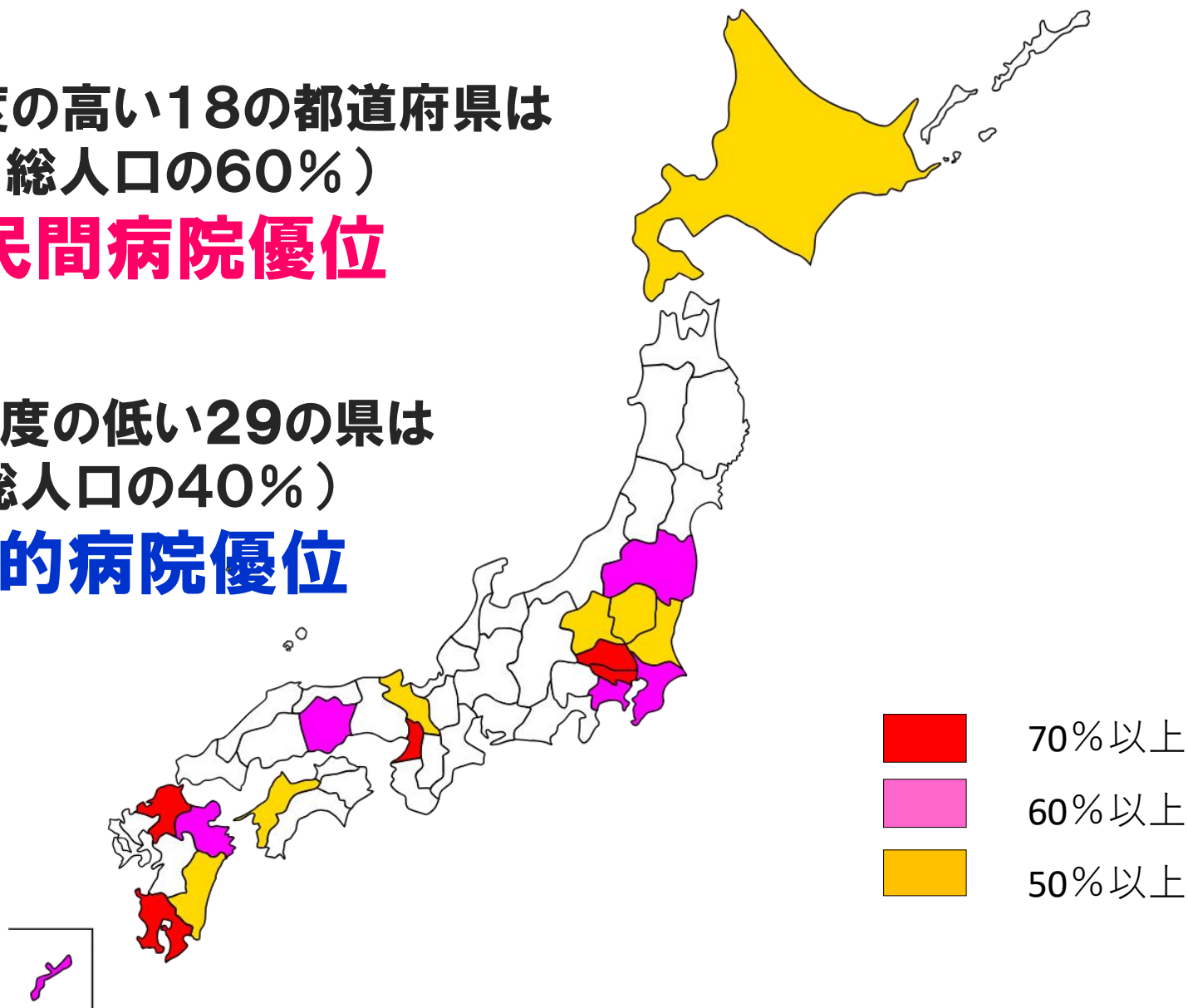
令和4年 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別割合

人口密度の高い18の都道府県は
(総人口の60%)

民間病院優位

人口密度の低い29の県は
(総人口の40%)

公的病院優位



令和4年 救急搬送数における民間医療機関が占める都道府県別割合

70%を超える

埼玉県・東京都・大阪府・福岡県
鹿児島県
(計5都府県)

36,836千人

日本の総人口に
占める割合

29.5%

60%を超える

上記 + 千葉県・岡山県・福島県
沖縄県・神奈川県・大分県
(計11都府県)

58,561千人

46.9%

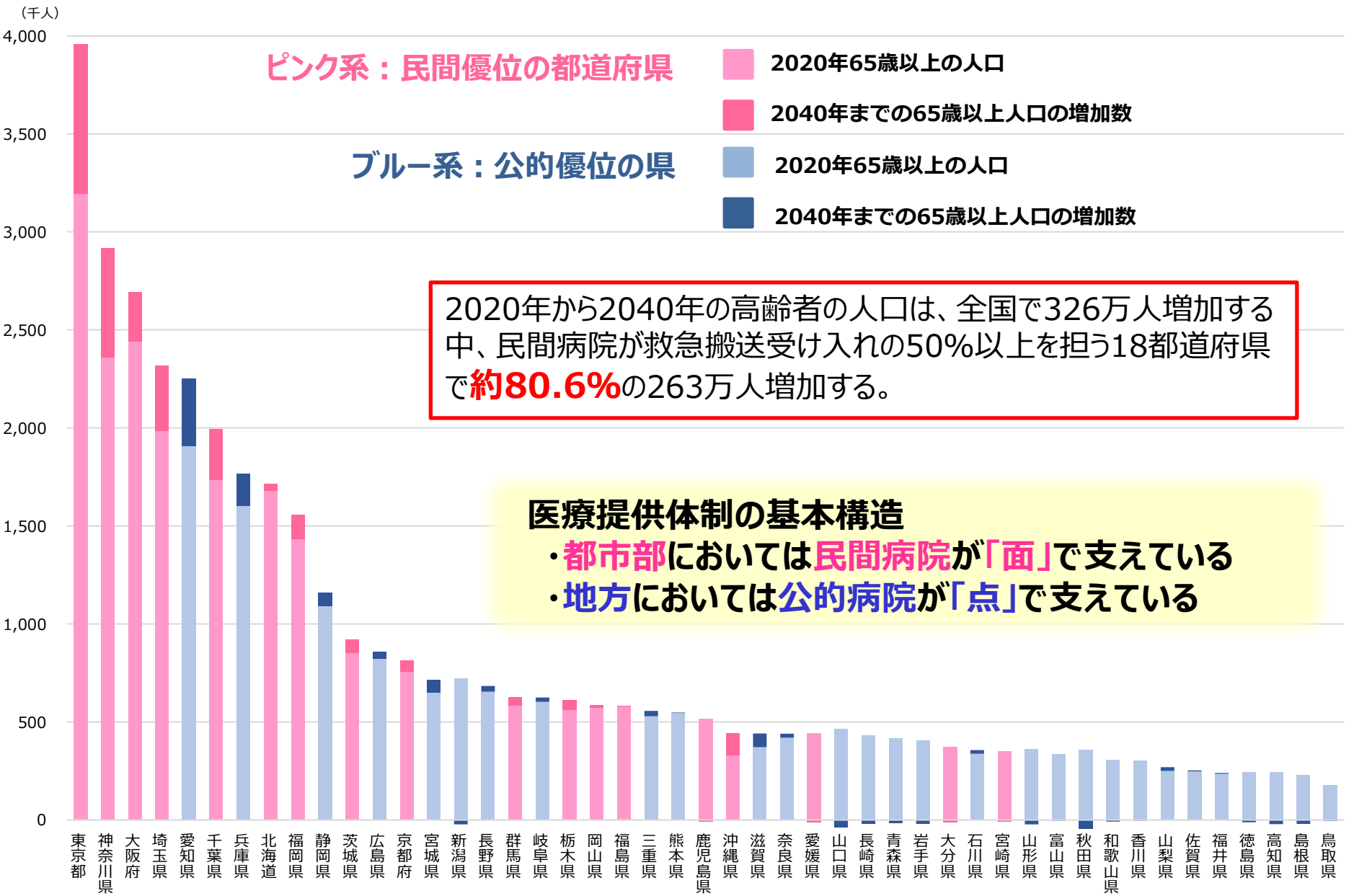
50%を超える

上記 + 宮崎県・茨城県・京都府・群馬県
愛媛県・北海道・栃木県
(計18都道府県)

75,231千人

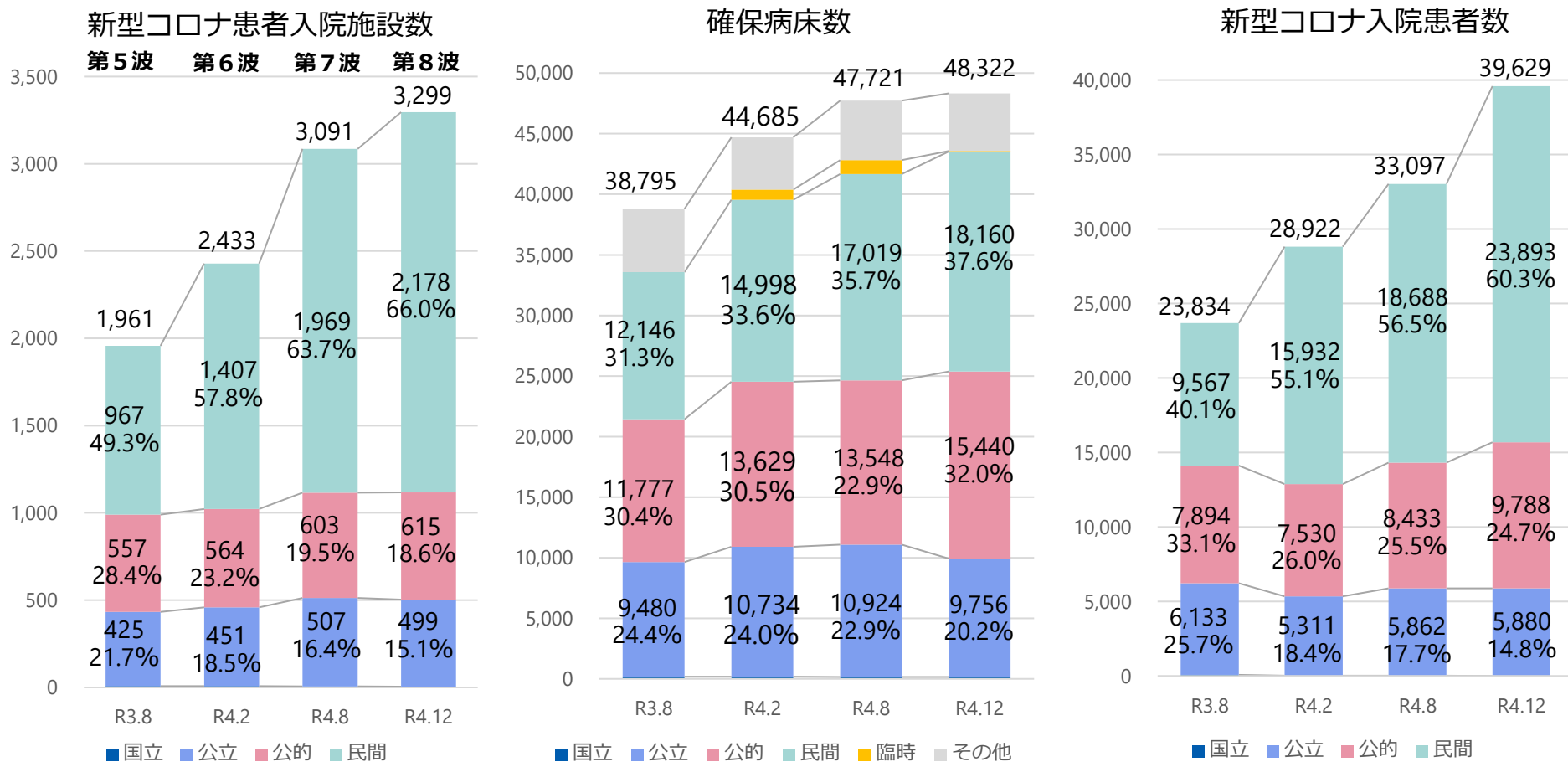
60.2%

高齢者人口（65歳以上）の増加数（2020年 → 2040年）



令和3年8月、令和4年2月・8月・12月の比較 (新型コロナ患者入院施設数、確保病床数、入院患者数)

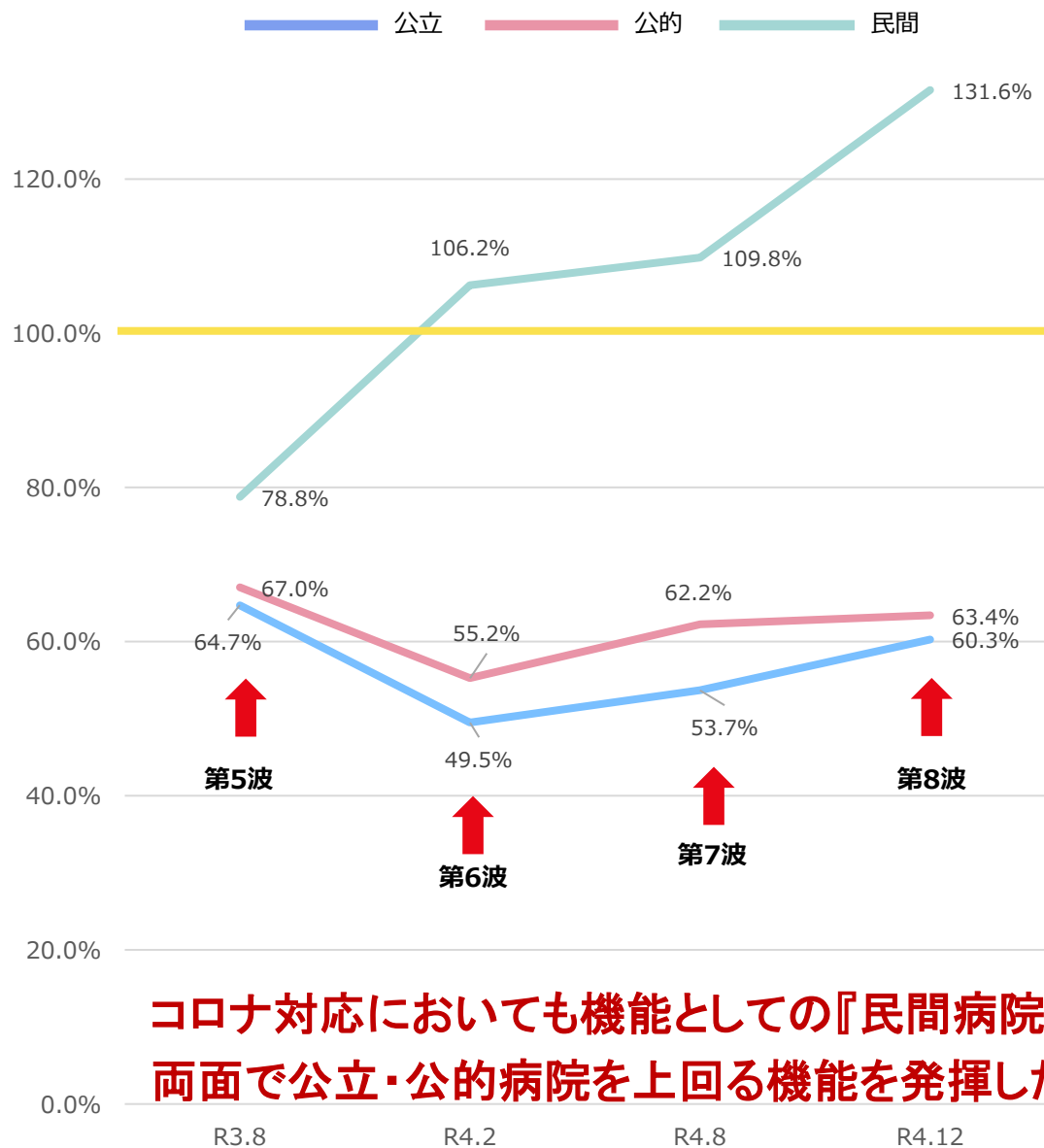
- 新型コロナ患者入院施設数、確保病床数、新型コロナ入院患者数は、公立、公的、民間のいずれにおいても増加傾向。
- 特に民間の新型コロナ患者入院施設数、確保病床数、コロナ入院患者数に占める割合は、第6, 7, 8波で急増。



※1 各月の最終水曜日時点で比較し、各感染拡大時における療養者数がピークに達した月で設定した。

※2 集計値はG-MISの日次調査の報告も使用しており、データが修正されたりする可能性がある。

確保病床数に占める新型コロナ入院患者数の割合



第5波 第6波 第7波 第8波

		R3.8	R4.2	R4.8	R4.12
確保病床数	公立	9,480	10,734	10,924	9,756
	公的	11,777	13,629	13,548	15,440
	民間	12,146	14,998	17,019	18,160
新型コロナ入院患者数	公立	6,133	5,311	5,862	5,880
	公的	7,894	7,530	8,433	9,788
	民間	9,567	15,932	18,688	23,893
確保病床数に占める 新型コロナ入院患者数 の割合	公立	64.7%	49.5%	53.7%	60.3%
	公的	67.0%	55.2%	62.2%	63.4%
	民間	78.8%	106.2%	109.8%	131.6%

コロナ対応においても機能としての『民間病院』は“確保病床数”と“入院患者数”の両面で公立・公的病院を上回る機能を発揮した。

具体的対応方針の再検証における「再編統合」とは

- 地域医療構想の実現に向けては、各地域において住民に必要な医療を、**質が高く効率的な形で不足なく提供できているかどうか**、という視点の議論が不可欠である。
- また、具体的対応方針の再検証を行うにあたっては、地域医療構想調整会議の活性化が不可欠であり、それにより、地域の実情に応じた医療提供体制の構築が一層推進されると考えられる。
- これらのことから、地域の医療提供体制の現状や将来像を踏まえつつ、個々の医療機関の医療提供内容の見直しを行う際には、
 - ・ 医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化
 - ・ 不足ない医療提供の観点から、機能転換・連携等を念頭に検討を進めることが重要である。
(これらの選択肢がすべて「再編統合」に含まれると解する。)
- そのため、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・王的医療機関等」(「再検証対象医療機関」とする。)とされた医療機関が行う具体的対応については、上記の対応の全てがとりうる選択肢となる。

※ 一部の公立・公的医療機関等が、地域のその他の医療機関との連携のあり方を考慮することなく医療機関同士を統合することにより、その他の医療機関の医療提供のあり方に不適切な影響を与えることがないよう、将来の医療提供体制について、関係者を含めた十分な協議を行うことが重要である。

公立病院の経営

政策医療

と称し、財政が厳しい中、

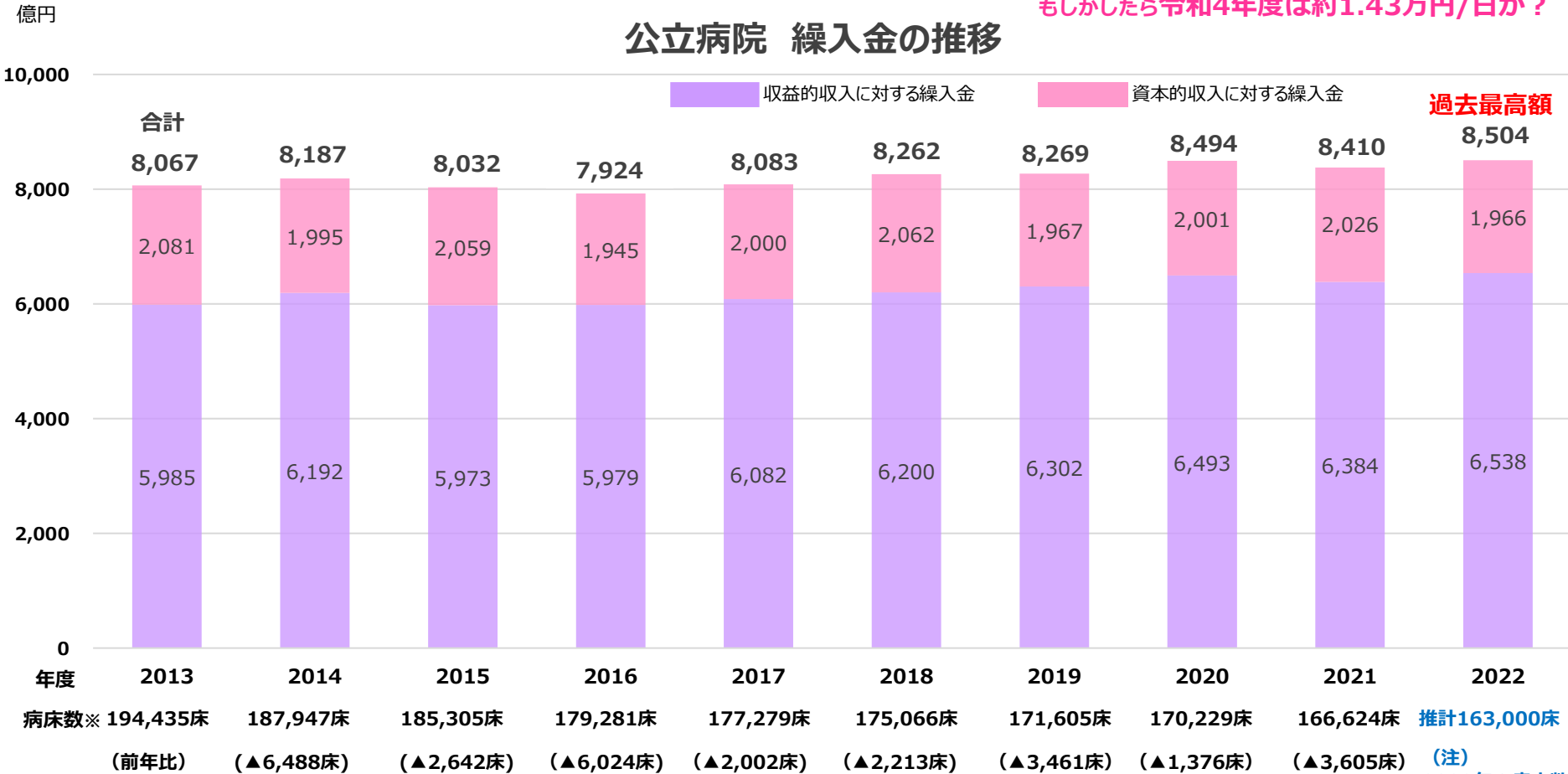
総務省から**毎年8,000億円以上**もの繰入金が投入されている！！

1病床あたりに平均換算してみると年間約505万円 ⇒
(令和3年度実績による計算)

1病床当たり約1.38万円/日

もしかしたら令和4年度は約1.43万円/日か？

公立病院 繰入金の推移



もちろん、**感染症は政策医療**

且つ全て非課税

※病床数は、地方公営企業年鑑 病院事業（一）地方公営企業法適用 1.総括表（5）施設及び業務概況 年度別推移より

（注：公立病院の繰入金には公営企業型地方独法の病院も含む）

総務省「地方公営企業決算状況調査」から加納繁照作成

（注）
2022年の病床数は未発表のため、過去の平均から推計した値

平成31年1月30日開催

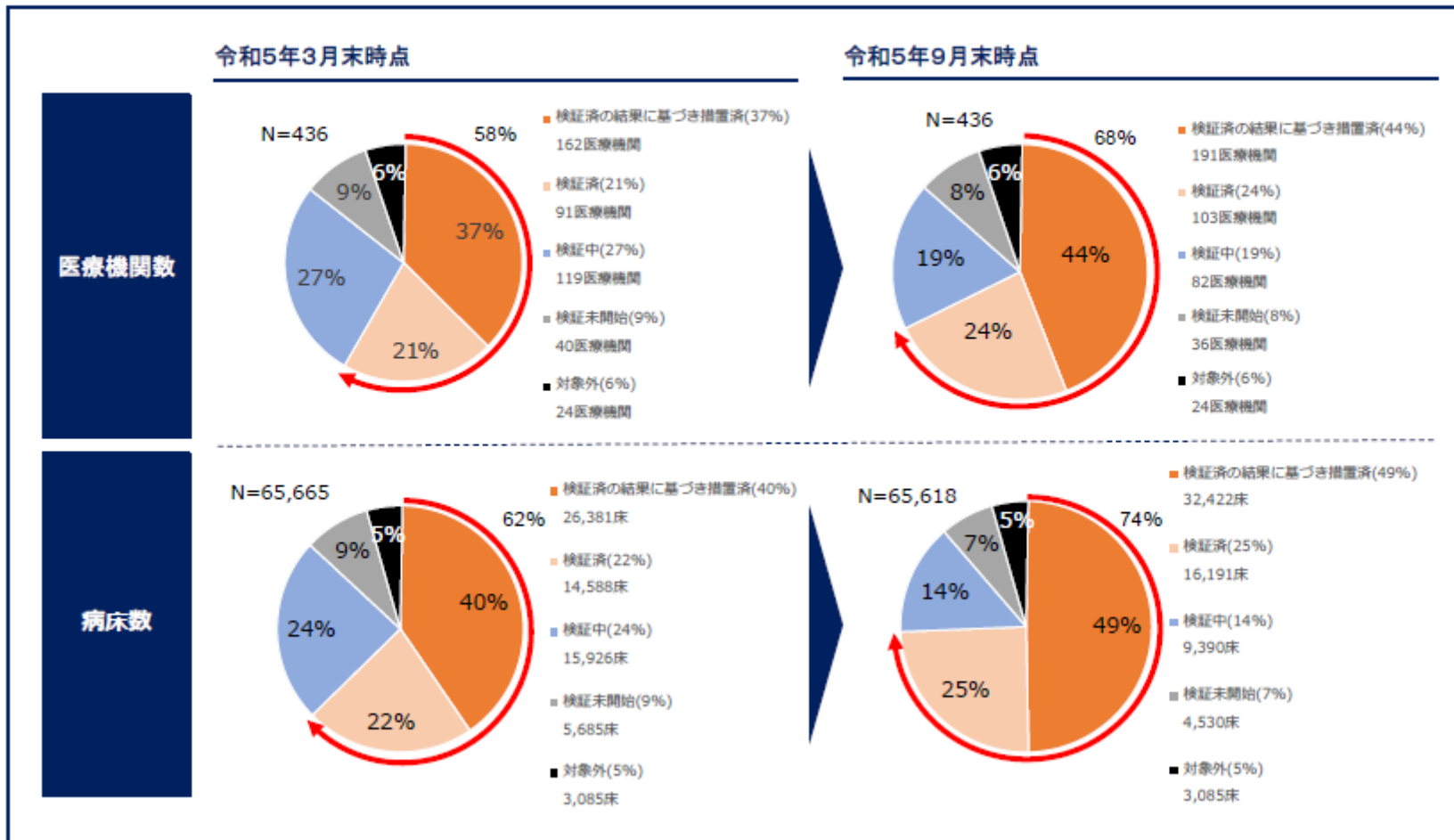
第18回地域医療構想に関するワーキンググループ

<参考資料1>より抜粋

○（自治体病院が首長の意向に左右されることについて）
ダウンサイジングに消極的であることや、依然、拡大路線ということは、交付金や補助金がある限りは続くのだろうと思う。そういう意味では、そこら辺は調整会議でも把握する必要があると思う。地域で公的病院しか担えない機能については集中的に交付金を出してもいいと思うが、根本的に見直さないと、結果的に幾らでも赤字がかわせるのであれば、改善されないのではないか。

再検証対象医療機関の対応方針の検討状況（前回調査結果との比較）

○ 再検証対象医療機関の検討状況について、令和5年3月時点の調査結果と比較すると、措置済を含む「検証済」の医療機関単位の割合が58%から68%、病床単位の割合が62%から74%と増加している。

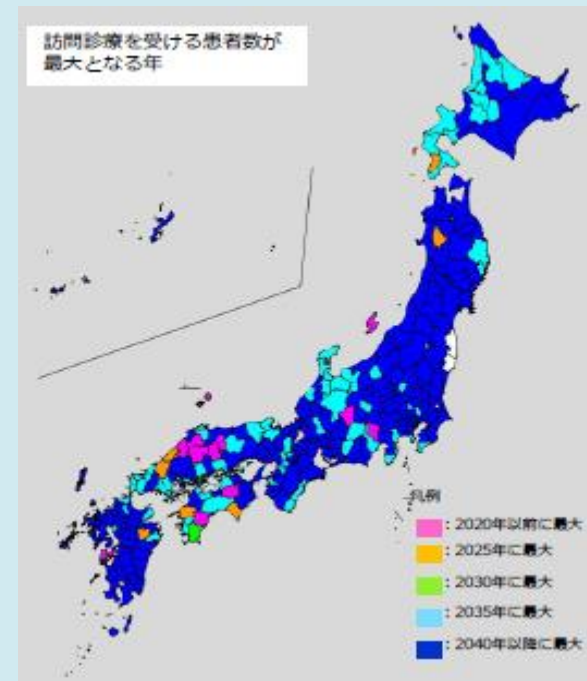
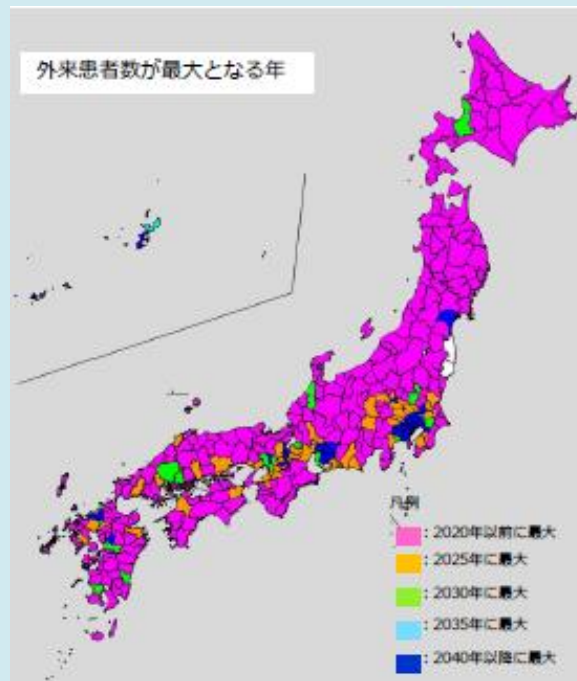
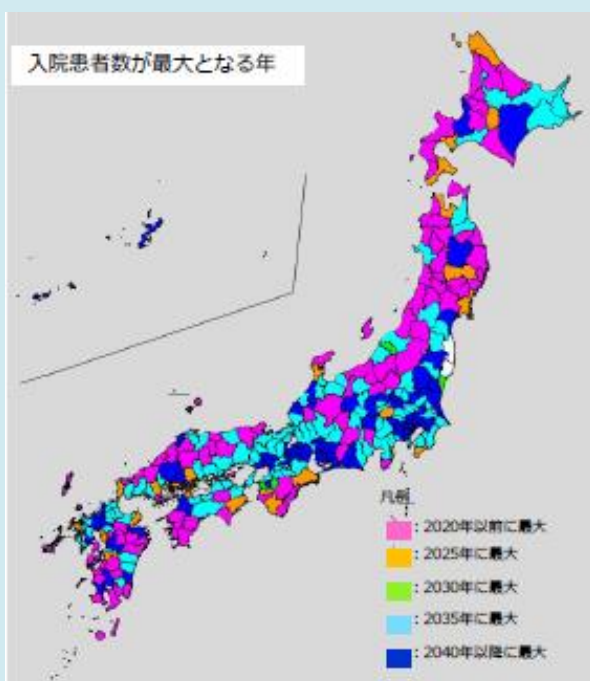


医政局地域医療計画課調べ（一部精査中） 9

<R5.11.9 第13回 地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 資料より抜粋>

今後は再編統合が実行されたのちに地域の医療提供がどのように変化し当初の目的に合致する結果が得られたかを検証しなければならない。

バックキャストの出発点となる2060年(逆に言えば地域医療構想のゴール)を具体的な絵柄として全構想区域に周知するために地域医療提供体制データ分析チームを活用して、構想区域ごとに将来必要とされる医療と介護の具体的な未来像に基づく定量数値として示すことができれば、さらに協議が進むのではないか。



2025年以降の変化①：人口動態（地域別）

○ 構想区域別に、年齢区分別人口の2015年から2025年まで、2025年から2040年までの人口変動をそれぞれみると、特に2025年以降については、地域ごとに状況が大きく異なっている。

- ・大都市型では、高齢人口が概ね増加、生産年齢人口は微増～減少
- ・地方都市型では、高齢人口が増加～減少と幅広く、生産年齢人口は微減～大幅減
- ・過疎地域型では、高齢人口が減少している地域が多く、生産年齢人口は概ね大幅減

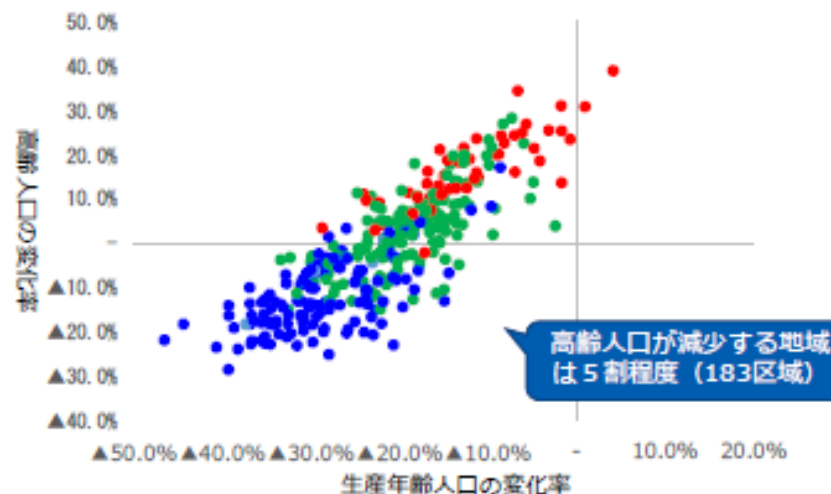
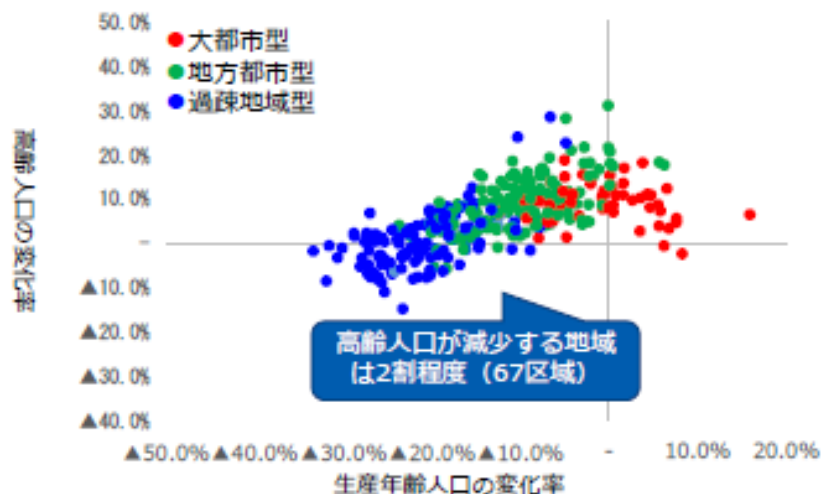
大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外

＜2015→2025の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-0.1%	9.1%
●地方都市型	-10.4%	8.9%
●過疎地域型	-20.9%	0.6%

＜2025→2040の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%



出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びひまわり構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

2025年以降の変化②：人口動態（地域別）

- 各構想区域を構成する市町村が変化しないと仮定すると、今後、2040年にかけて、人口規模の小さい構想区域が増加する。
- 2040年には人口20万人未満の構想区域が過半数を超え、5万人未満の構想区域は、2015年と比較すると約3倍となる。

	2015		2025		2040	
		構成割合		構成割合		構成割合
合計	337	100.0%	337	100.0%	337	100.0%
以上 ～ 未満 5万人	20	5.9%	34	10.1%	58	17.2%
5万人～ 10万人	61	18.1%	60	17.8%	57	16.9%
10万人～ 20万人	77	22.8%	73	21.7%	75	22.3%
20万人～ 30万人	47	13.9%	42	12.5%	31	9.2%
30万人～ 40万人	28	8.3%	30	8.9%	27	8.0%
40万人～ 50万人	25	7.4%	26	7.7%	23	6.8%
50万人～ 60万人	15	4.5%	9	2.7%	10	3.0%
60万人～ 70万人	9	2.7%	12	3.6%	12	3.6%
70万人～ 80万人	17	5.0%	15	4.5%	13	3.9%
80万人～ 90万人	9	2.7%	9	2.7%	3	0.9%
90万人～ 100万人	4	1.2%	2	0.6%	4	1.2%
100万人～	25	7.4%	25	7.4%	24	7.1%

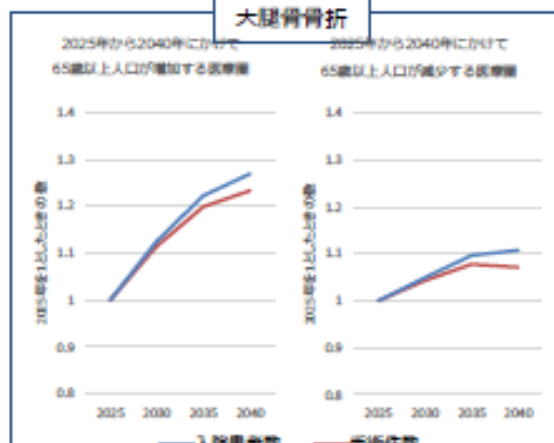
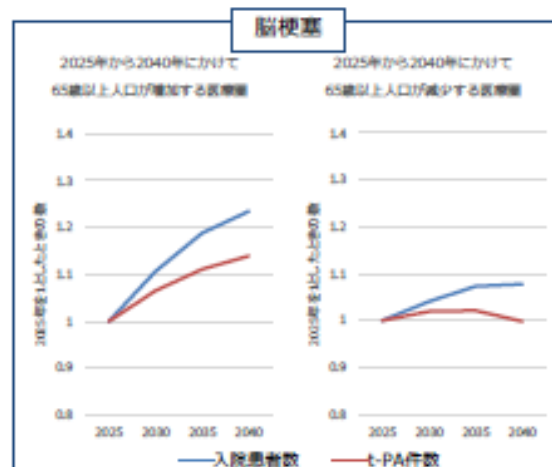
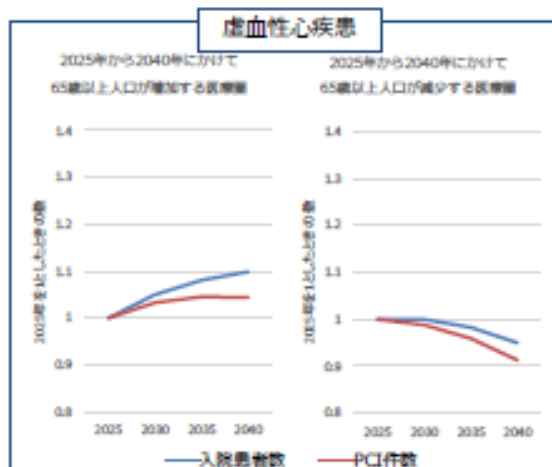
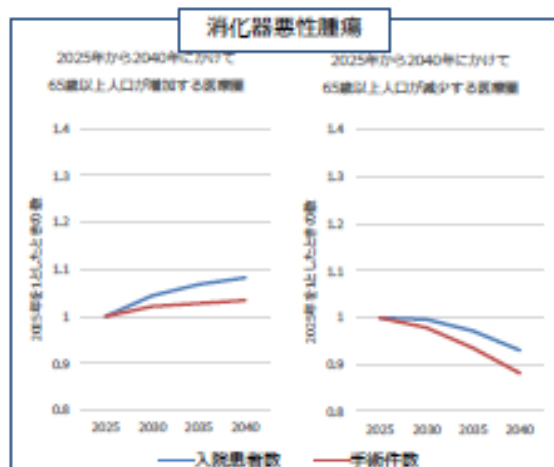
出典：2015人口は総務省「国勢調査」（2015年）、それ以外は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2023年推計）

※福島県の相双構想区域及びいわき構想区域については一体的に推計されているため、これら2つの構想区域を除く337構想区域について集計。

需要面： 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化

令和4年3月4日 第7回第8次医療計画等に関する検討会 資料1

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏（135の医療圏）では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏（194の医療圏）では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政庁において集計）

患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」

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30（2018）年推計）」

総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

- ※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住民人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数合計である。
- ※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。
- ※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。
- ※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨移植術（股）」の算定回数の合計である。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

1. 医療情報システム(IT)に関する設備投資内容

1-4. 医療情報システム (IT) 全体の年間費用総額 (概算) _100床あたり_開設者別

	n=30		n=216		n=7		n=100		n=2		n=51	
	国		公的医療機関		社会保険関係団体		医療法人		個人		その他	
	病院数	平均値	病院数	平均値	病院数	平均値	病院数	平均値	病院数	平均値	病院数	平均値
減価償却費	23	31.0	156	21.9	5	25.6	52	13.9	0	-	30	14.2
リース料	13	26.5	62	17.9	4	12.6	51	7.1	0	-	22	10.1
保守料	30	11.9	196	15.2	6	14.4	85	6.5	0	-	41	14.8
その他	13	2.3	41	5.5	1	10.7	7	6.4	0	-	6	22.8
合計額		48.2		38.0		45.9		18.3		-		29.6

※「病院数」「平均値」は、0を含まず、数値に不備がなかった病院

※「平均値」の単位は百万円

※ 表における【合計】は、【合計】金額として回答に記載された数値の平均値である

1-5. 医療情報システム (IT) 全体の年間費用総額 (概算) _開設者別

	回答結果			日病会員		全国	
	病院数	合計値	1病院あたりの値	病院数	合計値	病院数	合計値
国	30	7,652	255.1	160	40,816	327	83,417
公的医療機関	216	34,915	161.6	651	105,201	1,213	196,020
社会保険関係団体	7	1,135	162.1	53	8,591	53	8,591
医療法人	100	3,908	39.1	1,181	46,177	5,753	224,942
個人	2	0	0.0	27	0	240	0
その他	51	6,462	126.7	363	45,992	855	108,328
合計	406	54,072		2,435	246,777	8,441	621,298

※1:「病院数」は、年間費用の記載があり数値に不備がなかった病院。「全国病院数」は、平成28年10月末現在(出典:厚生労働省)

※2:「合計値」:単位は百万円、小数点以下切り捨て

※3:「1病院あたりの値」:単位は百万円、小数点2位で四捨五入

<H29年3月 日本病院会
平成28年度 医療機器・医療情報システム
保守契約、費用に関する実態調査 報告書より抜粋>

【考察1】

（前略）

他方今回の調査で、医療情報システムに関する年間費用は約6,848億円と推定されることが判明した。これは病院総医療費の約2.6%に当たり高額な費用が病院財政を圧迫している可能性が示唆された。医療情報システムは他の医療機器とは異なり、診療報酬を通じて評価されず病院の増収に直接貢献するようなことがない設備であり、これに多大な費用を費やすことは今後困難になると思われる。

医療情報システムの年間費用も契約内容で差があると推測するが、平成18年6月の中医協での調査では初期投資額と5年間の費用はベットあたり50万円との報告がある。今回の調査結果を参考にしていただけたらと思う。

（後略）