

保険・年金 フォーカス

なぜ世界一の病床大国で医療が 逼迫するのか

地域医療構想とコロナ対応の比較を試みる

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

1—はじめに～なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか～

新型コロナウイルスによる医療提供体制の逼迫を受け、31日投開票の総選挙では各党が医療提供体制の拡充を競って訴えている。今夏の「第5波」における自宅療養の患者の増加とか、今後の感染拡大リスクの可能性を踏まえると、何かしらのテコ入れ策が欠かせないのは間違いない。

しかし、医療資源は有限であり、無尽蔵にベッドを増やすことは難しい。このため、既存の資源を最大限に活用するため、「どう医療提供体制を拡充するか」という方法論だけではなく、「なぜ医療が逼迫するのか」という問いも欠かせない。しかも、人口比で見た日本のベッド数は世界一であり、「なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか」という問いが必要になる。

本稿では、その構造的な要因として、①医療資源の集中が不徹底、②医療機関の役割分担が不明確——という2つの点を挙げる。その上で、平時モードとして進められている「地域医療構想」という医療提供体制改革との対比を試み、相違点と共通点を明らかにし、今後の方向性を模索する。

2—ボトルネックはどこか？

これまでの対応を徹底的に分析し、何が危機対応のボトルネックになっていたのか検証する——。総選挙直前に自民党総裁、首相に就いた岸田文雄氏は就任早々、こうした考えを示した。さらに、31日投開票の総選挙に向けて、各党は医療提供体制の拡充を競って訴えている¹。

だが、OECD（経済開発協力機構）のデータ²によると、人口1,000人当たり日本のベッド数は12.98床と最多であり、韓国（12.43床）と並ぶ「ベッド大国」である。病床数に関しては、どれぐらいが最適か、あるいは過剰なのか、その水準を一概に言えるわけではないが、ドイツ（8.0床）、フランス（5.91床）、アメリカ（2.87床）、イギリス（2.46床）など他の先進国と比べると、突出して多い。このため、「なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか」という問いが必要になる。

ここでは医療提供体制の構造的な問題点として、①医療資源の集中が不徹底、②医療機関の役割分

¹ 岸田氏の発言や総選挙公約における各党の議論などについては、2021年10月20日拙稿「[医療提供体制に対する『国の関与』が困難な2つの要因（上）](#)」を参照。

² OECD 'Health Statistics 2020' を参照。

担が不明確——という点に焦点を当てつつ、医療が逼迫しやすい構造を論じる³。その際、前者については、▽急性期病床を標榜しているのに患者を受け入れていない「何ちゃって急性期」の存在、▽規模の小さな医療機関の林立、▽長期療養を目的とした病床の存在——という3つに整理しつつ、構造的な論点を考察する。なお、管見の限り、新型コロナウイルスへの医療提供体制について、全体像が分かる最新のデータは示されておらず、報道や過去の資料などをベースにした記述が多くなる点をご承知頂きたい。

3——医療資源の集中が不徹底

1 | 「何ちゃって急性期」病床の存在

医療資源集中の不徹底に関する第1の点として、十分に患者を受け入れていない急性期病床の実態がある。具体的には、診療報酬の単価が高く設定されている急性期病院の適用を受けているのに、十分に患者を受

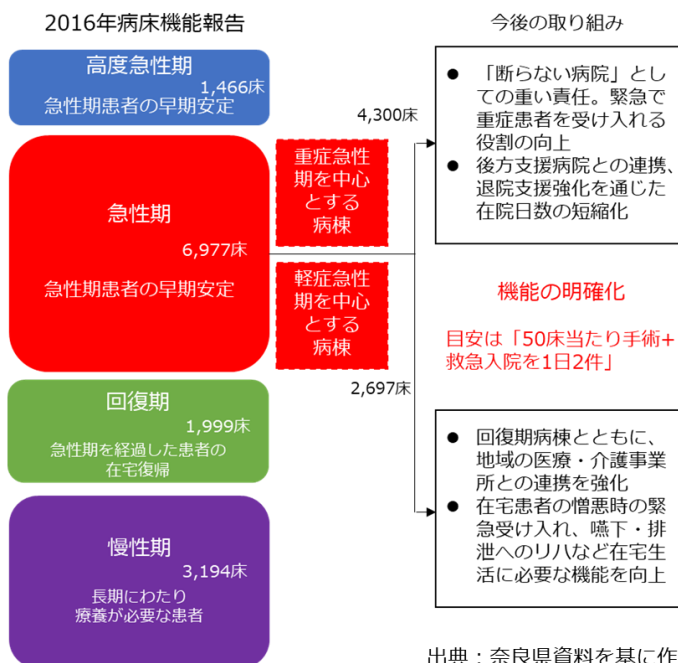
け入れていない医療機関が存在する点である。こうした病床は業界で「何ちゃって急性期」「名ばかり急性期」と呼ばれており、後述する「地域医療構想」を進める際、図1の通り、奈良県が可視化した。

この図では、各医療機関が各都道府県に対して現状を報告する「病床機能報告」に基づき、奈良県が2016年時点で集計した数字を示しており、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」は後述する「地域医療構想」で使われている病床の区分である。ここでは急性期に着目して頂きたい。

図1の通り、この時点で急性期の病床数は6,977床だったが、これは医療機関の報告ベースであり、実態を伴っているとは限らない。そこで、奈良県は独自の判断に基づき、「50床当たり手術と救急入院が1日2件以上かどうか」という目安で急性期の実態を可視化し、クリアしている病床を「重症急性期」、目安に達していない病床を「軽症急性期」という形で整理した。その結果、重症急性期は4,300床にとどまり、2,697床は目安をクリアしていなかった。

つまり、急性期を標榜して高い診療報酬を得ているにもかかわらず、目安よりも少ない急性期が約40%に及んでいたことになる。こうした医療機関が新型コロナウイルスに対してどう臨んだのか、もう少し検証を要するが、医療資源が広く薄く分散していることを示す一つの証左と言える。

図1：「何ちゃって」急性期を可視化した奈良県の試み



³ なお、公衆衛生の最前線である保健所の逼迫も影響しているが、紙幅の都合で今回は省略する。保健所を巡る論点は2020年9月15日「[感染症対策はなぜ見落とされてきたのか](#)」を参照。さらに、「求められる医療」に着目すると、新型コロナウイルスへの対応では感染者を隔離する伝統的な公衆衛生、地域医療構想では自宅を中心に多職種が連携する「生活モデル」という違いがあり、2020年5月15日拙稿「[新型コロナがもたらす2つの『帰帰』現象](#)」で取り上げた。一方、両者の共通点としては、政策主体が都道府県という点が一致しているほか、民間医療機関に対して、国や自治体が関与できない構造も同じである。民間医療機関への対応に関しては、他日を期して詳述する。

2 | 規模が小さい医療機関が林立

医療資源の集中が徹底されていない2番目の構造として、規模が小さい医療機関が林立している点である。今年1月時点における厚生労働省の集計によると、「急性期病棟を有している」と報告している医療機関のうち、公立や公的等は7~8割で「受け入れ可能」と答えていたのに対し、民間は2割程度にとどまっていたため、「民間医療機関が患者を受け入れるべきだ」という批判が強まった。

ただ、これは止むを得ない事情もある。新型コロナウイルスへの対応では、密度の濃い医療を提供する必要がある上、陽性者と非陽性者を区分するゾーニングなどが求められるため、一定規模以上の病床が必要となる。

そこで、先に触れた厚生労働省の資料を基に、「急性期病棟を有している」と国に報告している医療機関の規模を開設者別に整理すると、200床未満の病院では自治体が運営する公立で48.9%、日本赤十字などが開設する公的等で17.8%であるのに対し、民間は82.6%に上る。一方、400床以上の病院については、公立で21.5%、公的等で43.3%だが、民間は2.6%にとどまっており、こうした規模の小ささが対応の差に表れている（なお、この数字は現在、変動している可能性がある）。

3 | 長期療養を目的とした病床の存在

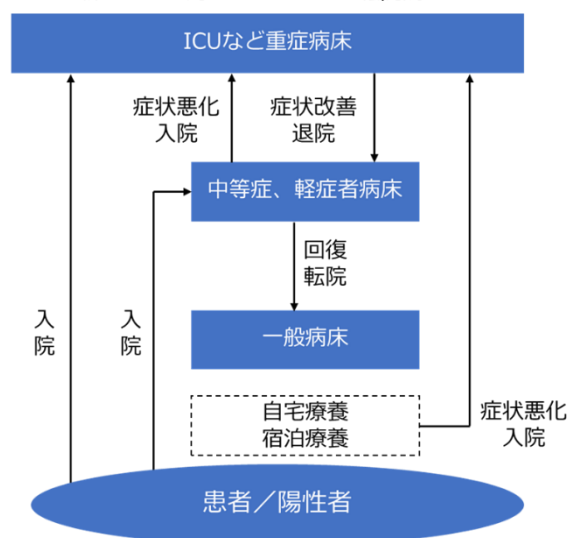
さらに、高齢者の長期療養施設である療養病床（図1及び地域医療構想では「慢性期」という区分）や精神病床の多さも影響していると考えられる。このうち、前者の療養病床は元々、「老人病院」と呼ばれ、1973年の老人医療費無料化を受けて急増し、医学的なニーズが小さいのに家族や住宅の都合で高齢者が長期間、入院する「社会的入院」が問題視されていた⁴。後者についても、その多さが以前から論点となり、地域移行の必要性が指摘されている⁵が、こうした病床では医療的な対応が必要な新型コロナウイルスの患者を受け入れるのは困難であり、世界一の病床大国でも医療逼迫が起きやすい一因となっている。

4——医療機関の役割分担が不明確

もう一つの点として、医療機関の役割が不明確な点を指摘できる。一般的に医療の機能は「プライマリ・ケア」と呼ばれる1次医療、高度な医療を提供する2次医療、3次医療に区分され、それぞれの状態に応じて医療を提供すれば、コストを最適化できる。

一例を挙げると、風邪などの日常的な病気であれば、難しい手術に対応する設備・人員を備えた大病院よりも、中小病院や診療所に対応の方が医療資源を節約できる。新型コロナウイルスへの対応

図2：新型コロナ対応で求められる転院調整のイメージ



出典：各種資料を基に作成

⁴ 社会的入院の定義は印南一路（2009）『「社会的入院」の研究』東洋経済新報社を参照。なお、社会的入院を解消する目的で介護保険制度が創設された経緯があり、介護保険20年を振り返る拙稿企画の[第1回](#)も参照。

⁵ 厚生労働省は2004年9月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で、「入院医療中心から地域生活中心へ」を掲げ、病床の機能分化などを通じて、10年間で7万床の削減が可能と指摘した。

でも、図2の通り、症状が改善した患者を重症病床から転院させ、その代わりに中等症や自宅・宿泊療養で悪化した患者を受け入れれば、病床の逼迫は緩和される。

実際、幾つかの好事例が報告⁶されており、千葉県房総地域や長野県松本市では民間病院が中心となり、公立・公的医療機関と連携している。さらに、大阪府は「入院フォローアップセンター」を2021年1月に創設し、患者の状態に応じて入院先を振り分けていたが、目詰まりに対処するため、後方病院との連携に特化する転院支援組織を新設した。

ただ、日本の医療提供体制では難しい手術に対応する大学病院でさえ外来を担うなど、医療機関の役割が不明確である。しかも、患者が医療機関を自由に選べる「フリーアクセス」の下、患者獲得を巡って普段から競争している。このため、普段から医療機関同士の連携よりも、患者を囲い込むような経営行動が散見され、新型コロナウイルスへの対応では病床の逼迫を引き起こしている側面が強い。

では、これらの点は平時から論じられていなかったのだろうか、以下、平時モードの改革である地域医療構想との対比を試みる。

5——地域医療構想との対比

地域医療構想とは2017年3月までに各都道府県が医療計画の一部として策定し、人口的にボリュームが大きい団塊世代が75歳以上となる2025年に向けて、関係者が協議しつつ、病床削減や在宅医療の普及などを進めることが想定されている政策である⁷。既述した奈良県の図は地域医療構想を進める一環として公開された。

実は、この改革における論点と、新型コロナウイルス対応のボトルネックは共通している。地域医療構想の制度化に繋がった2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では、下記のような表現が盛り込まれていた。

急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

ここで注目されるのは「急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入」という表現であり、急性期病床の削減または統廃合が意識されていた様子を見て取れる。言い換えると、医療資源が集中投入されていない点が問題視されていたことを示しており、新型コロナウイルスにおける病床逼迫を生み出している第1の理由、つまり「医療資源集中の不徹底」が意識されていたことになる。

長期療養を目的とした病床の存在についても、軽度患者の約3割が在宅医療に移行する前提で2025

⁶ 千葉県、長野県、大阪府の事例に関しては、2021年6月9日『産経新聞』、同3月28日『朝日新聞』デジタル配信記事、同年2月3日『中日新聞』を参照。

⁷ 地域医療構想については、過去の拙稿を参照。2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2020年5月15日「[新型コロナがもたらす2つの『復帰』現象](#)」。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

年時点の病床数が推計されており、療養病床の適正化とともに、受け皿となる在宅医療の整備が意識されていた（ただし、地域医療構想では精神病床を視野に入れていない）。

第2の「医療機関の役割分担が不明確」という点も、関連する記述が上記に盛り込まれている。具体的には、「機能分化」「ネットワーク」という部分であり、医療機関の役割分担が不十分な点が問題視されている様子を見て取れる。実際、報告書では『病院完結型』の医療から『地域完結型』の医療への転換」という表現で、医療機関の役割分担とネットワーク化の必要性を指摘していた⁸。

以上の対比をまとめると、表1のように整理できる。これを見ると、病床確保の方向性という点では地域医療構想は病床削減の要素を持つのに対し、コロナ対応では病床確保が必要になるため、見掛け上の相違点が目立つかもしれない。

表1：地域医療構想とのコロナ対応の対比

	地域医療構想（平時）	コロナ対応（有事）	
病床確保の方向性	病床削減	病床確保	相違点
医療資源集中の不徹底	何ちゃって急性期の存在 規模の小さい医療機関の林立 療養病床の存在	医療逼迫で焦点に	
医療機関の役割分担が不明確	連携強化、ネットワーク構築	目詰まり回避で焦点に	

出典：筆者作成

しかし、「医療資源集中の不徹底」「医療機関の役割分担が不明確」という点では共通しており、「奇しくも新型コロナウイルス感染症への対応では、

地域における医療提供体制の脆弱性が明らかになった」という指摘⁹に見られる通り、平時モードの論点が有事に浮き彫りになったことが分かる。

このため、国全体の施策で見ると、相違点については、有事に対応する病床・人員の確保が課題になるが、共通点では「地域医療構想の推進が必要」という結論になる。以下、施策の方向性を考える。

6——地域医療構想との対比から得られる示唆

1 | 相違点への対応としてのリダンダンシー確保

相違点については、災害対策のリダンダンシー（冗長性）の考え方を参考にしつつ、感染症に備えたバッファ（緩衝財）となる病床、人員の確保が必要になる。確かに地域医療構想の病床推計に感染症対策は考慮されていないし、地域医療構想を策定した時点で感染症対策に言及したのは9道府県に過ぎない。このため、地域医療構想の前提が覆ったことは事実であり、部分的な修正は欠かせない。

その一例として、図3の通り、仮に現在の病床数は1,000床だが、将来的な人口減少を踏まえ、地域医療構想に基づく2025年の必要病床数は750床という地域を想定する¹⁰。こうした地域では「将来的に余る250床を削るかどうか」という点が専ら議論されていたが、仮にコロナウイルスへの対応として1,400床が一時的に必要と試算された場合、病床削減の要素を持つ地域医療構想の議論は止めざるを得ない。これが各地域で起きている現状であろう。

⁸ 医療機関の機能分化は社会保障制度改革国民会議報告書に限らず、1980年代頃から続く古い議論である。竜聖人（2018）『医療供給制度改革の政治過程』などを参照。

⁹ 今野広紀（2021）「医療機能分化と地域包括ケアの重要性」『週刊社会保障』を参照。

¹⁰ なお、筆者はリダンダンシーの観点を取り入れる重要性を2020年5月から論じており、図3のイメージは2020年10月から例示している。詳細は2020年5月15日「[新型コロナウイルスがもたらす2つの『回帰』現象](#)」、2020年10月27日「[コロナ禍で医療提供体制改革をどう進めるのか](#)」を参照。

しかし、コロナの医療需要に対応する1,400床、あるいは現状の1,000床は地域の人口減少を踏まえれば過剰になるため、見直しが求められる。そこで、感染症に対応するバッファ的な病床を確保する方向で関係者による協議が必要となる。

図3：感染症を織り込んだ地域医療構想見直しのイメージ

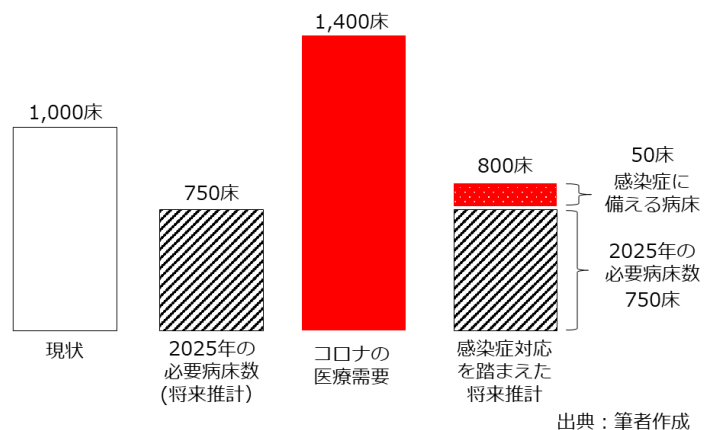


図3では感染症に備える病床として50床を確保することで合意したケースを想定しており、この場合は必要病床の750床を含めて、計800床をメドに調整を進めることになる。

その際、50床は休床状態にし、感染症の発生時にベッドや医療機器、人材を配置すれば、感染症に伴う一時的な医療需要の増加に対応できる。

政府としても今年の通常国会で医療法を改正し、医療計画に新興感染症対応を追加する方針¹¹を決めており、国・都道府県の双方で、こうした対応が必要になる。

2 | 平時の改革と有事対応の共通点への対応

共通点のうち、第1の「医療資源集中の不徹底」という点については、急性期を中心とした病床削減・再編が必要という結論になる。ただ、行政が民間医療機関に対して、病院再編を命じることはできない上、病院の統廃合は住民の反発などを招きやすい¹²ため、地域医療構想を推進する都道府県としては、丁寧な情報共有や合意形成が求められる。

第2の「医療機関の連携が不足」という点でも、地域医療構想の主体となる都道府県が医療機関の連携強化や機能分化を図る必要がある。その際には、関係者の風通しを良くするICT化の促進とか、持ち株会社のような形態で「連携以上、統合未満」の連携を目指す「地域医療連携推進法人」の活用なども検討課題となり得る。

7—おわりに

今回は「なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか」という問いを立てつつ、①医療資源の集中が不徹底、②医療機関の役割分担が不明確——という2つの点で構造的な要因を考えた。その上で、平時モードの改革である地域医療構想との相違点と共通点を抽出し、今後の施策の方向性を示した。

このうち、相違点に関しては、リダンダンシーの視点を取り入れた病床や人員の確保が求められる一方、共通点に着目すると、平時モードの論点が有事に浮き彫りになったと言える。コロナの感染状況は依然として予断を許さないが、「ポストコロナ」「ウイズ・コロナ」を意識する中では、見掛け上の違いだけに囚われず、むしろ各医療機関における新型コロナウイルスへの対応状況などを可視化しつつ、医療提供体制改革を推進することが求められる。

¹¹ 改正医療法の内容については、2021年7月6日拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」を参照。

¹² 近年のケースでは、愛知県東栄町の診療所再編問題が町長のリコール（解職請求）騒動に発展し、2021年8月に出直し選挙が実施された。秋田県でも大館市立扇田病院の再編問題が住民運動に発展している。