

## 【論文】

現在も進展中の少子高齢社会化時代において、その地域社会を支える医療福祉の入院病床のある施設数と病床数の推移を検証した。その結果、厚労省による医療費適正化計画により病床減少が、将来の2030年、2040年時点では医療施設数は75%、病床数は84%、全患者の在院日数は35%、平均在院日数は60%に減少と推計された。このまま病床削減計画を続けると、地方都市の医療施設存続に困難をもたらすに至ると推測される結果であった。

# 地方都市の医療施設の存続を確かなものにする

## — 医療費適正化計画の見直しを提言する —

山口県本部／自治研やまぐち・理事・山口大学経済学部大学院・特命教授 岩本 晋

### 1. コロナ禍を乗り切った我が国の医療体制

わが国には国民皆保険制度がある。この制度は「ゆりかごから墓場まで」という大戦後のイギリスにおける社会福祉政策のスローガンに倣い、我が国が社会福祉政策の柱としたものである。この国民皆保険が発足して以来保険制度の経済的課題や、対象者の拡大等様々な問題となる課題を解決して維持されてきて、現在では等しく国民に安心感をもたらし、国民生活の安全を保つのに欠くことの出来ない制度となっている。

この皆保険制度が日本社会に定着していたため、2021年から始まったコロナパンデミック禍でも、国民は経済的理由で医療の受診を躊躇することなく、人々は落ち着いて医療機関を受診することが出来た。政府はコロナ対策として2類に指定したうえで様々な金銭的補助も追加して、医療機関に対する補助金制度などもコロナ対策として打ち出し、コロナパンデミックを乗り切ってきた。

結果として、コロナ禍でも日本の平均寿命が過去最高を更新と報道された<sup>1)</sup>。この反面、わが国の病床数が国際的に人口当りで比較すると多いので、厚労省は病床削減を政策目標として定めている。その政策が医療費の節約に効果があり、現在も病床削減を目的とした政策を強力に実施している。

### 2. 削減が進む地域の医療施設と病床

わが国の厚労省が実施する患者調査には、入院患者と退院患者を対象にした調査があり<sup>2)</sup>、入院日数については3年毎に調査期間1ヶ月間に退院した患者の入院日数と、入院患者の入院期間が調べられている。今回、退院患者の入院日数と区分するために、入院患者については「在院日数」と表現して、過去9回の患者調査における在院日数の推移をみた。その結果、入院患者の平均在院日数は極めて長かったのが過去21年間に徐々に短くなっていることが確認できた(表1)。それでもOECD諸国と比較すると現在も在院日数は長く(図1)、在院日数の短縮について様々な取り組みを展開している厚労省としては優先的に解決すべき課題としている。

この取り組みを検証するために、厚労省による患者調査と医療施設調査によるデータを利用して、1996年以来の病院施設数、病院病床数の2020年時点迄の過去24年分の推移を計算すると、病院数も病床数もおおきく減少していた。そのうえ、入院患者の全患者による在院日数の合計値と、入院患者一人当たりの在院日数の合計値も減少し続けている実態が明らかになった(図2)。

そこでさらに、計算で得られたこれらの減少の傾向を基にして、2030年、2040年時点での予測される減少の程度を推計してみると、結果として医療施設は75%、病床数は84%、全患者の合計在院日数は35.6%、一人当たり平均在院日数は60%にまで減少するとの予測値となった。

この将来の推計値を考察すると、これからさらに医療施設や病床を減少させるなら国民の社会福祉レベルの維持に障害をもたらし始めると考えられる。そのうえ、我が国の医療機関におけるスタッフ人数の少なさや、OECD諸国で見られるように人口の高齢化に伴い増加する医療費のGDP比の増加の程度には、我が国の高齢化に伴う医療費が増えないなど、バランスを欠いた政策が大きく国民の福祉に障害になることが予想できるので、この政策転換を強く求める。それを裏付けるように厚労省の内部データを分析した社会保障担当参事官室によると、我が国の社会保障費の給付規模を国際比較すると、我が国の高齢化率が年々増加しているにもかかわらず、その高齢化に見合うだけの社会保障に対する支出がOECD諸国に比べてはるかに少ないことが公表されている（図3）。

人口構造の高齢化による社会保障関係給付の増加、少子化に伴う社会経済を支える労働力人口減少は、社会保障の今後を考える上で難しい課題である。しかし、人々が安心して生まれ、育ち、学び、働き、年齢を重ねていくためには、こうした課題に向かい合って、少子高齢化が進む中であっても社会保障に求められる役割・機能を強化し、将来にわたって安定した制度にしていくことが重要だと思われる。

### 3. 医療費高騰は高齢化ではなく技術発展による機器や薬剤も要因の一つ

わが国の医療費の高騰は住民の高齢化に伴う点も無視はできないが、その高騰の要因はほとんどが科学技術や製薬技術、遺伝子工学等の科学技術の発展に伴う部分が多いとの分析報告がある。それでも医療費の低下をもくろむ政策を維持し続けた結果として、OECD諸国と比較して我が国の高齢化の進展による医療費の増加となっていないところにこの政策の影響が表れていると考えられる。

これまでの政府による医療費適正化計画政策のもとで病院数・病床数が減少を続け、2030—2040の推計では地域に困難をもたらすほどの削減効果が予測されることから、このままでは少子高齢化の波が押し寄せる地方自治体には安定した住民生活を保障できなくなるおそれがあり、医療従事者の生活レベルを保証するためにも診療報酬の引き下げは限界であると思う<sup>3)</sup>。

### 4. 人口減少と高齢化した地域の医療・福祉の力を削がないように

コロナ蔓延が終息して身につまされたことは、未来の出来事は予測できなかったという事である。顕著な例として、感染症病棟という区分に属する病床があるが、コロナパンデミック宣言時までは我が国全体で長く確保されてきていた予期せぬ患者の増加をもたらす感染流行病に専門として対応できるスタッフや機器を備えた病床が確保されていたが、2021年当時には全国においても数百床程度しか残っていなかった。その他は経費節減と称して削減に次ぐ削減で跡形もなくなっていた。

これと同様に、現在進行中の住民の少子化や高齢化はどんな姿を我々の地域社会にもたらすか、予測できないという事である。そうであるなら、2024年初めの能登地方に大惨事をもたらした能登半島地震のように、予期せぬ災害の被災者支援や新たな疫病流行に備える対策のためには、地域の医療・福祉の制度維持は欠かせないし、人口減少時代にふさわしく地方自治体の将来計画を明確に構築するべきだと思う。なかでも重要なのは施設量であることはもちろんであるが、地域の人々が働くことに意義や喜びを感じることの出来る待遇と、安心して生活基盤を築くための待遇の質の向上も重要である。

### 5. 地方行政の将来はデジタル田園都市構想からはじめよう

地域医療水準を住民の期待に応える水準に維持しつつ整えるには幾多の困難が想定されるが、その主な要因としては経費の問題であろう。それを考慮すると、現在の経費から新しい時代にふさわしい姿に変革するためと勇気を振り絞って力いっぱい構造改革が避けられない。例えば現在のデジタル機器の活用や日常行動におけるデジタル化の応用を限度まで導入開発することが未来への行政組織の転換が期

待される<sup>4)</sup>。先見的な成功を収めているサンプルとしては国単位ではエストニアという小国、我が国では自治体DXとして紹介されている都市がある<sup>5)</sup>。

例えば、デジタル田園都市国家構想総合戦略においてデジタル実装に取り組む自治体を2027年度までに1,500自治体にする目標が示されるなど、行政デジタル化に向けた動きはますます活発になっている。今では小規模自治体でも35%がDX計画を策定している。策定した人口5万人未満の小規模自治体はこの1年で20%増加し35%となり、さらに人口規模の大きい人口5万人以上の自治体では73%が、人口20万人以上の自治体では92%が「策定した」としている。これまでは、大規模自治体を中心に行政デジタル化が進んできていたが、現時点では小規模自治体を含めて行政デジタル化が前進しているようだ。デジタル田園都市国家構想とは、同法律の規定に基づいて作られた総合戦略であり、2022年12月の閣議決定で改定された最新の戦略だ。それはデジタル技術によって地域間の格差を解消し、地域の社会課題を克服して地域の個性を発揮できるようにすることで、日本全体の活性化を加速するという基本方針だ。

日本は少子高齢化が進み人口減少のなかで東京へと人が流出し、地方都市では過疎化や産業衰退が深刻化している。そこで、日本の人口減少を食い止め、東京に集まりすぎた人々を地方に分散させて日本全体を活性化し、今後の日本が希望を持ち続けられる国となることを期待して「まち・ひと・しごと創生法」が制定された。デジタル田園都市国家構想は、この「まち・ひと・しごと創生法」を基にした総合戦略を活用し、地方都市が更に活性化することを期待しているのだから、その動きを活用して地域社会を創造していくことも考えられる。

#### 文献

- 1) <https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=76269?pno=2&site=nli>、ニッセイ基礎研究所、2022年健康寿命はコロナ禍の影響で伸び悩み？ コロナ禍の影響はどの程度か、村松 容子
- 2) <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>、患者調査、厚生労働省
- 3) 岩本 晋；厚生省の医療費適正化計画を検証する、山口老年総合研究所年報(35)、9-22、2024
- 4) <https://www.kaonavi.jp/dictionary/jichitai-dx/> 自治体DXとは
- 5) <https://www.powerweb.co.jp/blog/entry/2022/04/22/100000> 世界が目にする「電子国家」エストニア 国家規模のDXがもたらすものとは

表1) 患者調査による入院日数合計値及び減少率

患者調査結果報告 調査年次	患者調査による入院日数合計		平成8年を100とした減少率%	
	全患者の 在院日数合計値	患者一人当り 在院日数	全患者の 在院入院日数値	患者一人当り 在院日数
平成08年	1,192,079,250	805.2	100	100
平成11年	1,162,911,150	784.4	97.6	97.4
平成14年	1,115,414,700	768.7	93.6	95.5
平成17年	1,094,329,950	748.1	91.8	92.9
平成20年	1,025,729,650	736.7	86	91.5
平成23年	984,430,250	734.1	82.6	91.2
平成26年	899,186,050	681.8	75.4	84.7
平成29年	828,228,200	631.0	69.5	78.4
令和02年	759,881,200	627.3	63.7	77.9

図1 2019年時点の日本とOECD諸国の人口千人対病床数の比較図

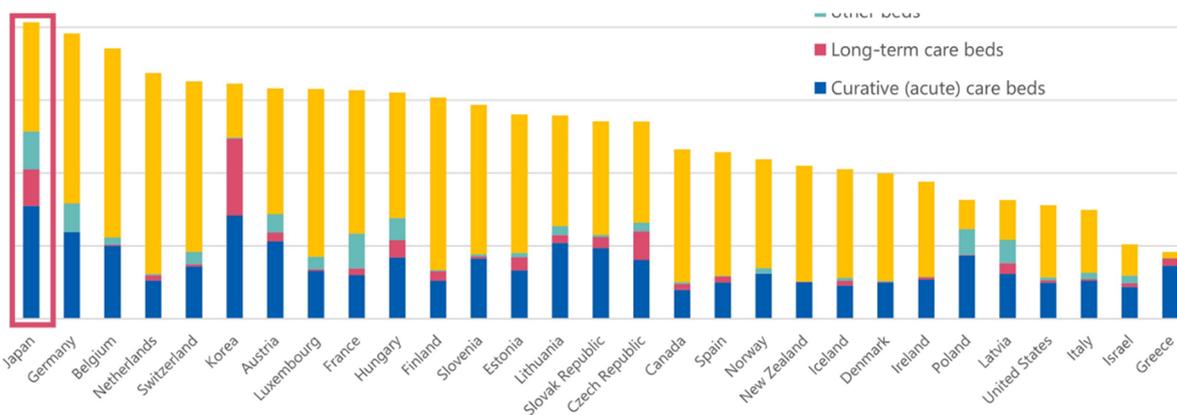


図2 患者調査の病院施設数と病床数と入院日数合計と患者一人当たり日数の変化と、算出した未来2030年、未来2040年の予測する減少率

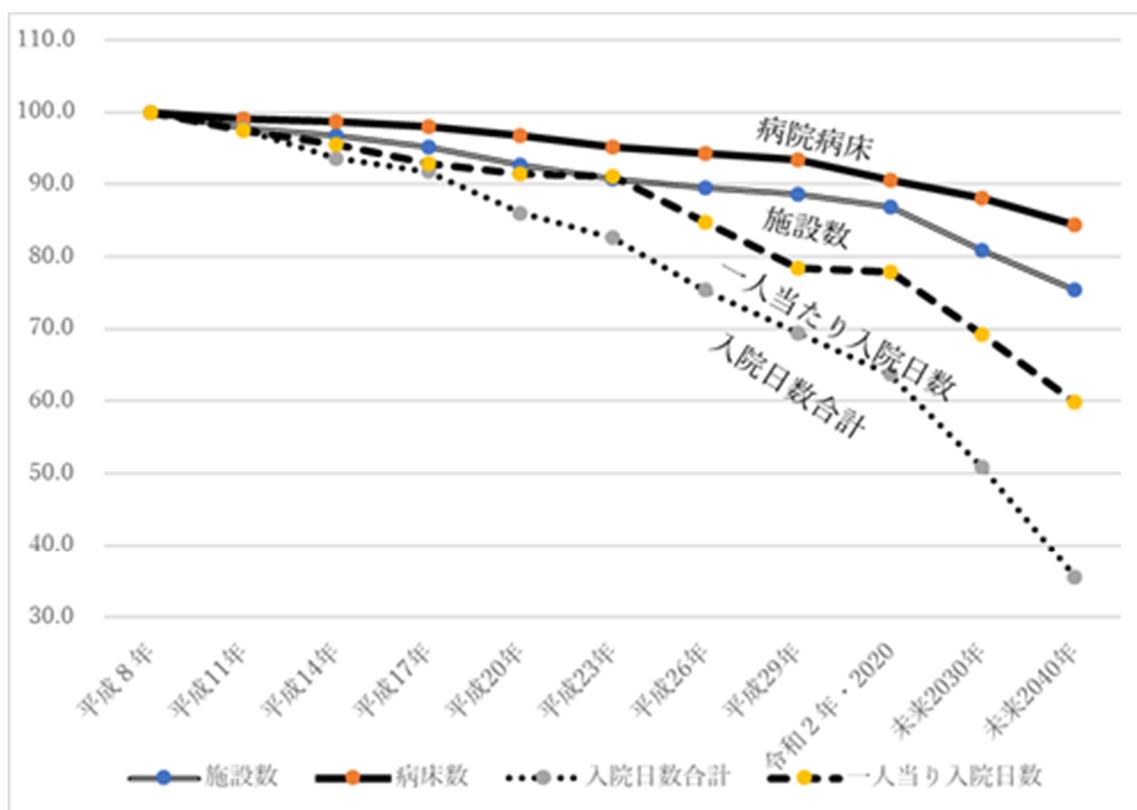


図3 社会保障の給付と負担の現状と国際比較 出典 厚労省

