

第 17 回 JRS/JCR 医療経済・政策勉強会 概要

日時：2025 年 4 月 17 日（木）18：00～（web 開催）

参加者数：34 名

講演

「医療提供体制の再編と患者の受療行動の変化」

高橋 泰 先生

国際医療福祉大学大学院 医療福祉経営専攻主任 医療経営管理分野教授

○講演内容概要

■医療提供体制の再構築に向けた基本視座

- 課題の出発点：
 - 急性期病床のミスマッチと過剰配置
 - 高齢化・人口減少に伴う地域医療の変化
 - 医療制度改革には、一時的には逆流的な動きもあるが、総体としては全体の流れは常に一貫している
- 人口動態のシナリオ：
 - 明治維新（約 3300 万人）→ 現代（約 1 億 2800 万人）→ 22 世紀には再び 3000 万人台へ
 - 高齢者人口（75 歳以上）は 2035 年頃まで増加し続ける
 - 若年層（0～74 歳）は一貫して減少

■ 地域医療構想の背景と展開

1. 第一次地域医療構想（2014 年～）

- 人口減少・高齢化を前提に地域ごとの医療計画を設計
- 「全国一律」の医療政策ではなく、「地域別計画」が必要との認識に基づく

2. 人口動態に基づく医療需要の分類

- 「とことん医療」：0～74 歳の急性期・治療重視型
 - 医療需要は今後大幅に減少
- 「まあまあ医療」：75 歳以上の生活支援・退院支援型
 - 医療需要は今後倍増
 - 特に「機能異常への対応」「栄養維持」「退院後の支援プラン」が重視される

分類	対象年齢	特徴	今後の需要傾向
とことん医療	0～74 歳	治療優先、入院中心	減少傾向
まあまあ医療	75 歳以上	支援型、退院支援・在宅復帰	増加傾向

■ 医療資源の地域偏在と調整

- 医療資源（病床数・看護師数など）の分布に大きな偏在
 - 北海道・東北・九州：資源過多
 - 首都圏周辺：資源不足

地域別事例

地域	状況	対応方針
岡山・群馬	急性期病床が多すぎる	「まあまあ医療」への転換が必要
埼玉県	急性期も生活支援型も不足	双方向での増設が求められる
高知県	双方過剰	資源調整が急務

■ 政策的進展と支援

地域医療構想の政策展開

- 2014年：医療介護総合確保推進法（プログラム法）制定
- 2015年～：地域医療構想の策定が各都道府県で開始
- 2019年：重点支援地域の創設
 - 地域医療構想の進展が遅れている地域に重点支援（財政支援・助言）

先行事例

- 山形県 酒田市
- 新潟県 魚沼市
- 静岡県 中東遠地区
 - 地域全体での病床整理や医療機能分化に成功

支援対象地域の例（2019年時点）

- 小樽、函館、青森、釧路、室蘭、釜石など
 - 人口減少・高齢化が顕著で医療再編が喫緊の課題

■ 今後のビジョンと課題

- 病床転換の方向性：
 - 急性期病床から「まあまあ医療」への転換を全国的に進める
 - 各地域で将来的に必要な病床数を予測し、病院単位で縮小計画を作成
- データ活用：
 - 343医療圏ごとに人口構成・需要予測をデータベース化
 - 地域ごとの資源評価も導入

■ 第一次地域医療構想の評価

- 地域医療の整備は進行中
- 支援が遅れている地域に重点を置き、病院の統廃合が進められている

■ 都市部と過疎地の医療構想の違い

- 都市部ではステークホルダーが多く、変化が難しい
- 過疎地では、病院同士相補的な連携を通じて、医療提供体制を整備すべき

■ 医師の働き方改革

- 新臨床研修制度（2004 年）の導入で医師の働き方が変化・若手医師の地域偏在が進む
- 女性医師の増加により、ワークライフバランスが重視される世代が増加

■ 医師のリタイア問題

- 1970 年以降に卒業した医師がリタイアし、医師不足が深刻化
- 特に、養成人数が多い世代で、医療提供の中心となっていた男性の医師が近々にリタイアしていく予定で、医師不足が加速

■ 医療提供の将来像

- 手術待機時間が長くなる可能性（2035 年には 4～5 ヶ月待機）
- 内視鏡やカテーテル治療の進展により、手術の必要数が減少

■ 医療現場の改革

- チーム医療が進展し、例えば手術時のベテラン医師と若手医師の役割分担制が整備されている施設もあり、働き方改革につながっている

■ 地域医療構想の進化

- 回復期包括ケア：高齢者救急やリハビリ機能を備えた医療体制を強化
- 高齢者を中心に、リハビリを行い、元気な状態で帰宅できるよう支援する方向に進化

■ 新たな優先順位

- 高齢者救急が重要視され、ピラミッド構造から地域医療機能がトップに
- 専門病院（精神科、回復期病院等）は 4 番目に位置付けられ、優先順位の再編

■ 在宅医療の現状と課題

- 都市部 vs 地方：在宅医療が進んでいるのは都市部（東京、大阪、名古屋）中心で、地方は限られた地域のみ
- 地域ごとに在宅医療の普及が異なるが、経済的合理性が普及の鍵

■ 新型コロナ後の変化

- 新型コロナ流行を契機に在宅医療の比率が急増、都道府県別に増加が見られた
- 死亡場所の選択肢として在宅が増え、家族葬の需要も拡大

■ 認知症の減少傾向

- 高齢者の認知症発症率が減少する予測
- 学歴との関連があり、学歴の高い人は認知症発症率が低い
- 高齢者の身体機能が向上している背景に予防活動の効果

■ 高齢者と社会の変化

- 高齢者が元気になり、家で生活を希望する傾向が強まっている
- 団塊世代（戦後世代）は新しい価値観を持ち、特にコロナ流行等も経て家族葬などの新しい社会的行動が広がった

■ 医療体制の未来予測

- **急性期医療と在宅医療:** 今後、急性期医療は拠点病院が少ない地域で統合され、在宅医療圏はより細くなり、医療の効率化が進むと予想

■ 食事介助と介護の進展

- 日本では、食べられなくなった場合積極的な食事介助の導入で、介護の機会が増加している
- 世界的には食べられなくなった時点で治療を諦める方向へ進んでおり、段階的にその動きが広がる予測

■ 自立支援と終末期の選択

- 団塊世代は自立して機能維持を望み、食べられなくなった時には自然に任せる形を希望
- 死亡時に介護を無理に行わず、できるだけ自律的な生活を選ぶ方向性が強まる

■ 人口減少と介護体制の変化

- 日本の人口が減少することで、病院や介護施設の数も半減し、働き手の不足が進む
- 介護を提供できる人が減少するため、今後の持続可能な介護体制の構築が課題

■ 介護負担の軽減と虚弱高齢者の短期間化

- 介護負担を軽減する仕組みが進み、虚弱や要介護期間が短縮される可能性が高い
- これにより、長期的な介護施設の需要は減少

■ 終末期ケアの改革

- 終末期には延命措置を取らず、自然死を迎える形を選択する人が増える
- 寝たきりの高齢者は少なくなり、亡くなる前に介護を受けずに逝くケースが増加
- 多くの人が施設型の長期滞在型介護を選ばなくなり、過去に予想されたような高齢化に伴う巨大産業化は起こらない

■ 施設の淘汰と未来の介護サービス

- 介護業界全体が変化し、効果的なサービスを提供できる施設のみが存続すると予測

■ まとめ：

今後の日本における地域医療構想のキーワード

- 人口減少時代の撤収型医療政策
- 急性期から生活支援型医療への転換
- 地域ごとのデータ分析と予測に基づく病床再編
- 重点地域支援による不均衡是正
- 高齢者医療の強化
- 介護負担の軽減・介護施設の淘汰と適応

○質疑概要（敬称略）

1. 地域医療構想と画像診断

- **名本:** 新しい地域医療構想では、専門科や診療科に沿った構想が示されている中、放射線科の場合、ICT を活用した遠隔診療が可能であり、現在の二次医療圏が狭すぎるのでは。複数の二次医療圏を含む形が良いのではないか。
- **高橋:** 全くその通りだが、医療提供は、現状ではまだ、都道府県単位、二次医療圏単位という形で、患者もなかなか圏域を超えて動きにくい形がある。ただ、過疎地がそれでは持たなくなってきたおり、都市圏の医師による遠隔診療の活用が進んでいる。放射線科は AI や遠隔診療の影響を大きく受ける分野であり、これらの技術の進展により、今後、診療形態が大きく変わる可能性がある。

2. 人工知能と医師の仕事

- **高橋:** 日本の放射線科医は、AI 技術を積極的に取り入れており、AI の導入が進んでいる一方で、過密な業務に追われている現状がある。現状は過渡期であるが、AI によるサポートが進むことで、業務負担が軽減される可能性がある。

3. 日本の医師数と AI の利用状況

- **山田:** 日本はアメリカと比較し放射線科医の数が三分の一程度である。アメリカでは AI による変化を懸念する声が多いが、日本では人員に対して極端に業務量が多く、むしろ AI 導入に前向きな意見が多い。
- **高橋:** 日本の医療現場では、電子カルテなどの情報システムがまだ AI に対応しておらず、AI の恩恵を十分に受けていないことが課題である。政府が方針転換をして、これからは AI との連携が進むと予測。
- **山田:** 日本で AI 関連のスタートアップが少ない理由として、データの活用が難しい。韓国では AI スタートアップが世界的に展開しているが、日本ではデータがない、もしくは繋がられないという問題がある。
- **高橋:** 日本の病院ではデータが閉じている（オンプレミス）ため、AI と連携することが困難である。データのつながりががないため、AI の恩恵が十分に病院に届いていない状況にある。しかし、2025 年には政府が方針転換し、医療情報システムが大きく変わることが予測される。これにより、AI との連携が進むと見込まれている。
- **山田:** 日本の医療システムの遅れを感じ、AI を活用したいというニーズが高まっている。ユーザーとしては、AI の導入を強く望んでいる。
- **高橋:** 日本政府は、医療系のデータシステムを大きく変える方針を示し、これにより AI との連携が進むと強調。6 月にはさらに具体的な動きが出てくるとのこと。今後数年で、AI を活用した医療情報システムが普及し、AI の導入が一般的になると予測。

4. 地域医療・病院統合等の課題

- **富山:** 地方の病院統合については課題がある。大都市では病院統合が進んでいる。地方では病院同士の統合が進みにくい原因はなにか。
- **高橋:** 地方の病院は医師や看護師などの人員不足が深刻で、病院の統合がうまくいかない。病院を統合するだけでは問題が解決せず、人材が不足すれば「箱だけの病院」になる。地域における医療人材の確保や、病院の役割に関する再考が必要。

- **高橋:** デンマークは九州と同様の面積であるが、病院数が 20 年前の 43 から 20 に減少した。九州で例えると、県に二か所という程度。日本はデンマークに比べて病院が 13 倍多い。病院が無駄に存在している部分がある。人口減少を考慮し、適正な病院数に減らす必要がある。
- **富山:** 病院の適正数を考える必要があると感じる。どのような方策が必要か。
- **高橋:** 病院協会では、どの病院を残し、どれを減らすかを議論している。また、診療報酬改定で、収入減少を通じて淘汰を促進する方向が出てきている。赤字が続く病院には補助金を減らし、経営が厳しい病院を縮小する方向に向かっている。
- **富山:** 病院の経営母体（公的、私的、民間）による違いが影響するか。
- **高橋:** 病院の評価基準において、財政赤字の有無が考慮され、赤字の多い公的病院に対しては補助金が減少する可能性がある。このように、病院数を減らす方策が進められている。
- **富山:** 医療分野も人口減少に伴い、ビジネスとしての調整が求められる時代に突入しているということか。
- **高橋:** その通りである。医療も他の産業と同じように、人口減少を踏まえた調整が必要であり、医療機関も減少していく時代に突入している。
- **富山:** 東京ではあまり感じないかもしれないが、地方では特にその影響を強く感じるということか。
- **高橋:** その通りである。北海道などでは、すでにその影響が強く感じられる。

(了)

○高橋 泰先生 御略歴

1986 年金沢大学医学部卒、東大病院研修医、東京大学医学系大学院(医学博士)、米国スタンフォード大学アジア太平洋研究所客員研究員、ハーバード大学公衆衛生校武見フェローを経て、1997 年より国際医療福祉大学教授

2004 年-2008 年 医療経営管理学科長、2009 年より大学院教授

2016 年-2018 年 医療福祉学部長(大田原)

2018 年-2020 年 心理・医療マネジメント学部長(赤坂)

2020 年より現職。

2016 年 9 月-2020 年 9 月 内閣未来投資会議・構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長として医療介護の ICT 化や介護の科学化推進を提言。

2024 年 3 月～ 厚生労働省 新たな地域医療構想等に関する検討会の構成員