

社会動向レポート

一般・療養病床の地域差を考える

社会政策コンサルティング部
研究主幹 仁科 幸一

都道府県単位でみて、人口あたりの一般・療養病床数の格差が意外に大きいということはあまり認識されていない。本稿では、最初に病床数の地域格差を確認し、格差の現状を多面的に追究した。結果、都道府県間の病床格差は合理性が乏しいということが明らかになった。

また歴史的にみると、1955年時点では地域間格差は小さかったが、その後人口減少県でも増床が進み、病床格差は拡大した。これは、人口減少県では同時に高齢化が進展したために、総体としての入院医療需要が堅調に推移したためと考えられる。

人口減少県では高齢人口も減少することが予想され、高齢者人口増によって入院医療需要の下支えられるという「高齢化ボーナス」ともいえる構図は終焉を迎えつつある。一方、高度成長期に人口が急増した県では、今後高齢者数の急増による病床の不足が懸念される。

国は地域ごとの地域包括ケアシステムの構築をめざしており、各地域の具体的な将来像の構築が求められている。

1. 一般・療養病床数の地域差

(1) 意外に大きい人口あたりの病床数の差

図表1は2014年の都道府県別の人口10万人あたりの一般・療養病床数を示している。

病床数が下位5都県は大都市圏に、上位5県は四国地方と九州地方に集中している。病床が最も多い高知県(2,171床)は最も少ない神奈川県(687床)の3.2倍。都道府県によって傷病構造や高齢化率が異なるとはいえ、この差は見逃せない。

国民皆保険制度が定着しているわが国では、医療サービスのインフラに格差があるという認識は一般に薄いように感じられる。もちろん、離島や山間地域に無医村があることは知られているが、都道府県単位でみればそう大きな差はないだろう、と思われているのではないだろうか。

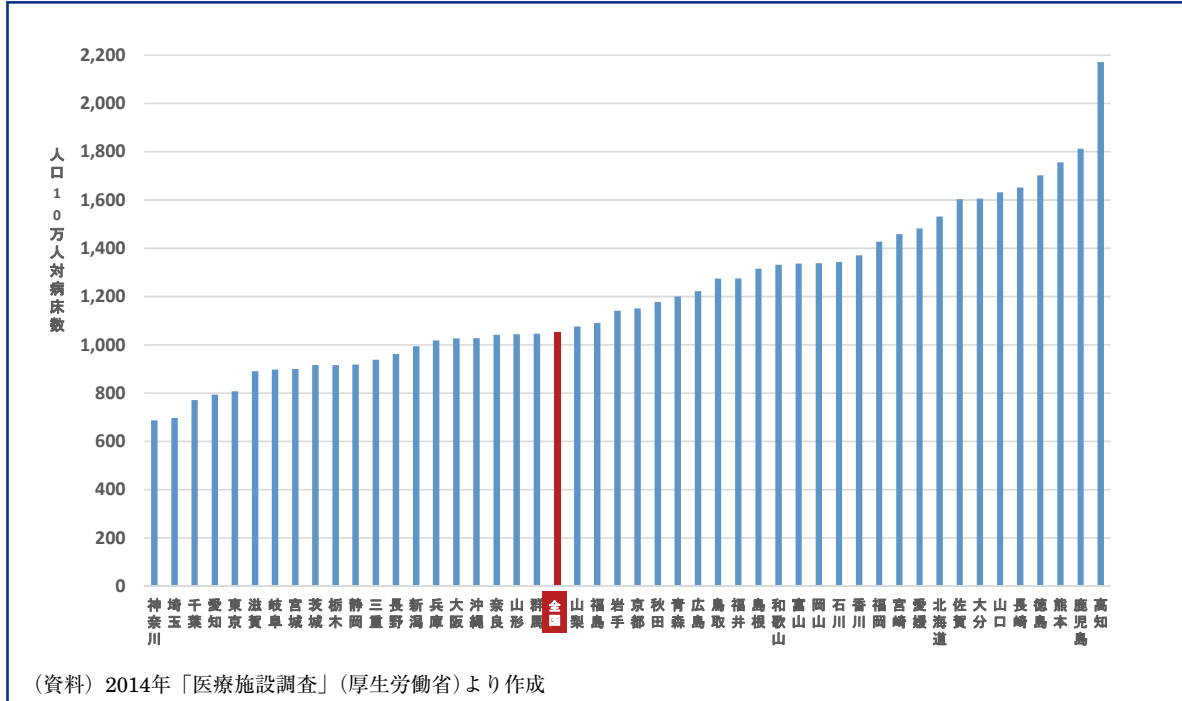
本稿では、都道府県医療計画のベースとして策定された地域医療構想の対象とされる病床である一般病床と療養病床数⁽¹⁾の都道府県間の差の現状を明らかにすることを目的とする。

(2) 分析にあたって

本稿では、直近で詳細な病床数の集計結果が入手できる2014年の「医療施設調査・病院報告」(以下「医療施設調査」と表記)、病床の使われ方をとらえるために「患者調査」(いずれも厚生労働省)をおもな分析の対象とする。その際、以下の点に留意されたい。

第1は、医療施設調査で示される病床数は「許可病床数」であること。許可病床数とは、医療施設が都道府県知事から設置を許可された病床数であるが、実際には各施設の経営方針など⁽²⁾から、実際に患者を受け入れることができる病

図表1 人口10万人あたり一般・療養病床数



床数とは乖離がある。そのため、病床数については実態よりも過剰になっている可能性がある。

第2の留意点は、病床の多寡や病院の病床規模は、必ずしも医療の質とは直結していないことである。病床数が極端に少ない状況は、国民の医療へのアクセシビリティを損なうという点で医療の質を低下させることに異論はないだろう。だが、どのような水準が最適であるかを定義することは困難である。たとえば患者の入院医療へのアクセシビリティに注目した場合、地理的な条件は地域によって異なるため、大都市圏の水準を単純に非都市地域に適用することはできない。

また、一般に病床規模の大きい病院は複数の診療科を擁して高度急性期医療を行っている場合が多いが、病床規模は小さくとも特定診療科に特化して高度急性期医療を提供している病院もある。それ以前に、高度急性期医療が医療の質の全てではない。「医療施設調査」から得られるデータにはこういった限界があるため、その

結果をオーバーリーディングすることは慎まなければならない。

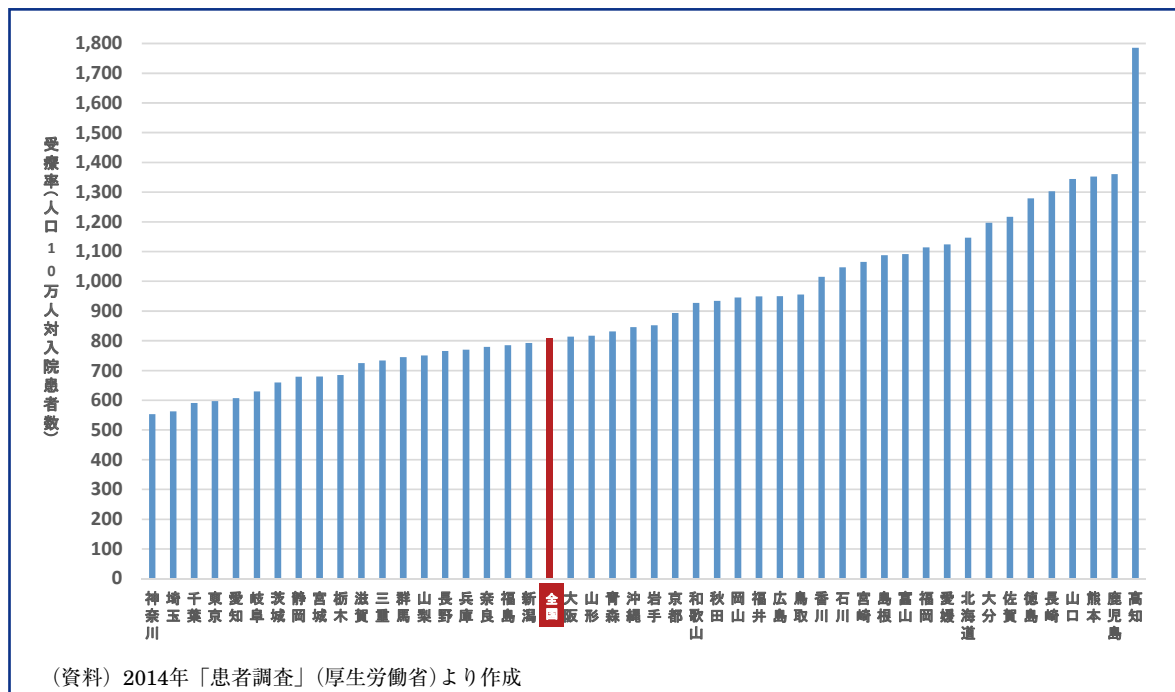
2. 病床数と入院受療率には強い相関がある

図表2は、2014年の都道府県別の入院受療率(人口10万人あたりの一般・療養病床の入院患者数)を示している。多少の順位の変動はあるが、人口10万人あたり一般・療養病床数とほぼ同じ傾向を示している。

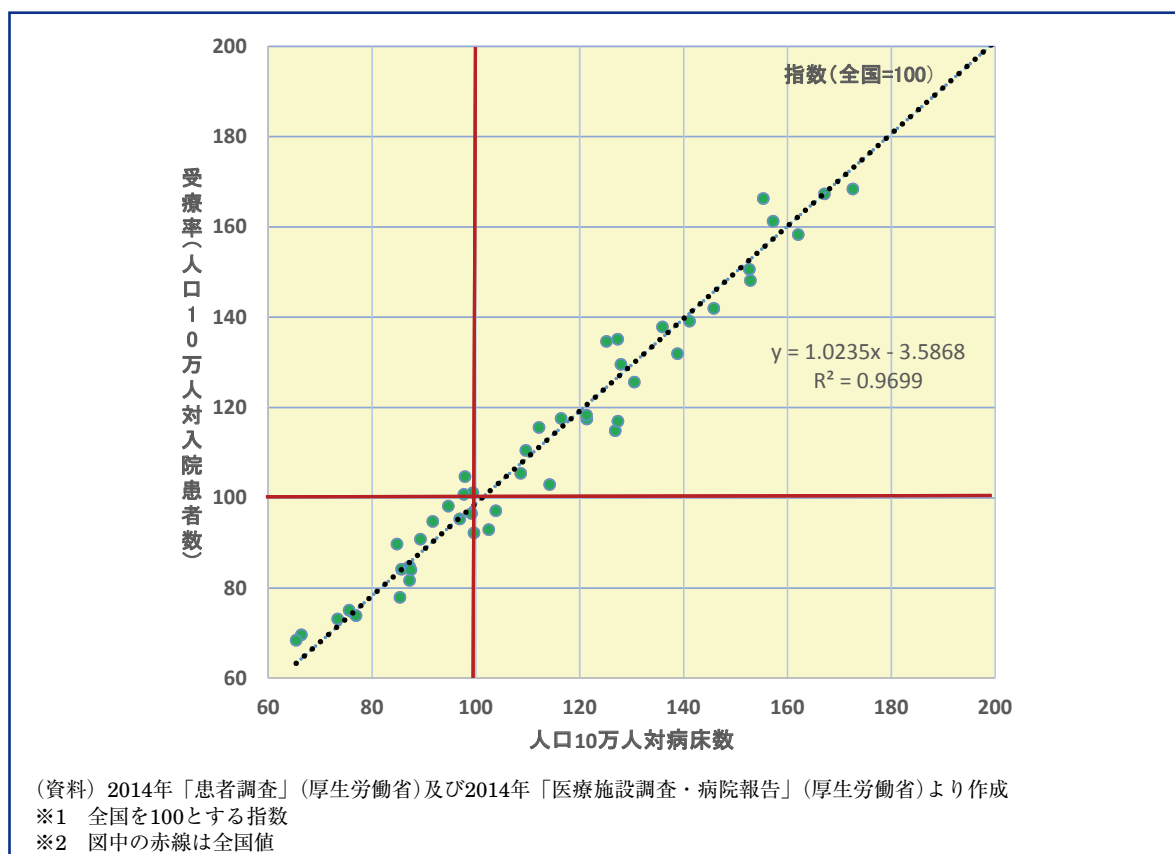
図表3は、縦軸に受療率(人口10万人あたり入院患者数)を、横軸に人口10万人あたり病床数を、いずれも全国100とする指数にした散布図である。これをみると、概ね病床数の多い県は受療率も高い。両値の相関係数(R^2)は0.97と高い値を示しており、強い相関があることがわかる。

両者の因果関係、すなわち需要が供給を誘発した結果か、あるいは供給が需要を誘発した結果かをこのデータだけから断じることはできな

図表2 一般・療養病床入院受療率(人口10万人あたり一般・療養入院患者数)



図表3 人口10万人あたり一般・療養病床の病床数と入院受療率



いが、病床が多い地域は入院受療率も高い傾向があるといえる。

3. 高齢者だけが入院受療率を引き上げているわけではない

入院受療率(人口あたり患者数)の差の要因は何だろうか。

高齢者は若年世代に比べて入院受療率が高い。2014年の患者調査によれば、全国で一般・療養病床に入院している患者数は103万人、うち65歳以上の患者数は78万人。入院患者のおよそ4分の3は高齢者が占めている。入院受療率が高い高齢者人口の割合が高い県で入院受療率が高くなるのは当然のことである。それでは、高齢者人口の割合や高齢者の受療率の高低だけが受療率の差の背景といえるのだろうか。

図表4は、縦軸に高齢者(65歳以上)、横軸に

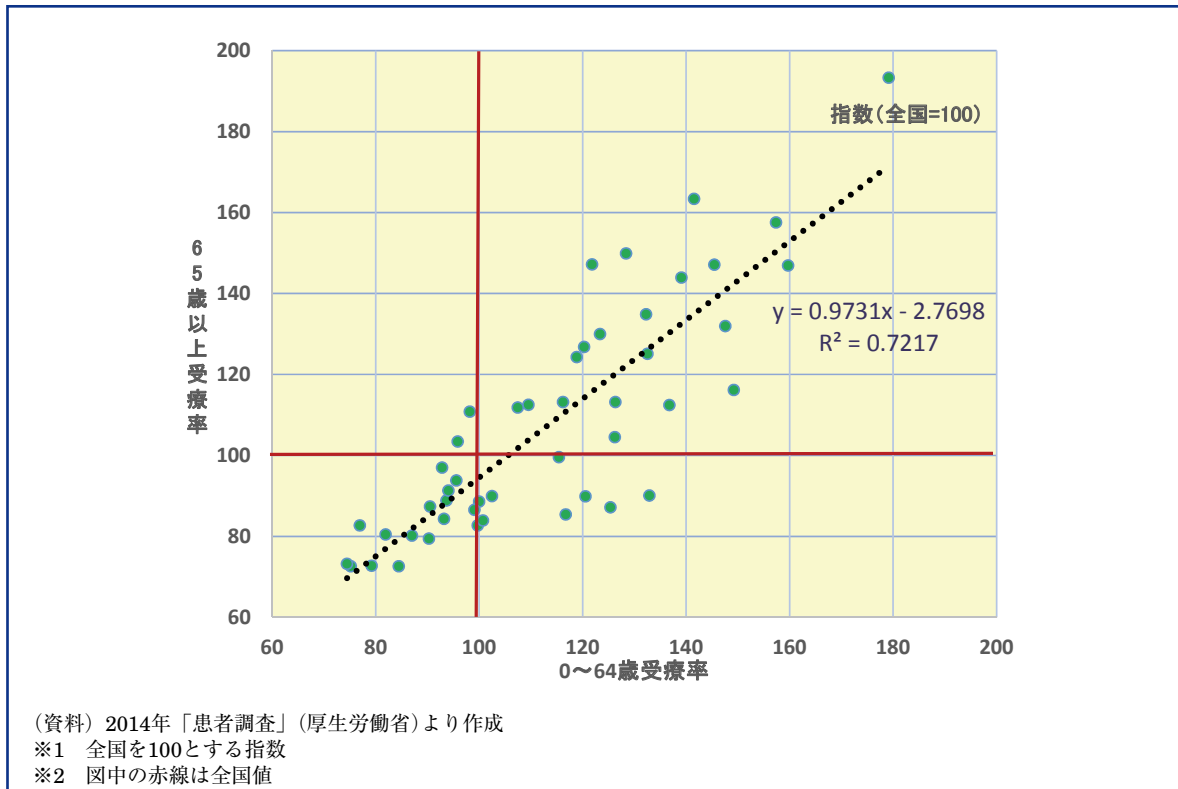
非高齢者(65歳未満)の入院受療率を、いずれも全国値を100とする指数にした各県の値を示した散布図である。これをみると、全国値と比較して「高齢者の受療率だけが高い」、逆に「非高齢者の受療率だけが高い」という県は少数派である。両値の相関係数(R^2)は0.72であり、比較的高い相関がある。

つまり、高齢者の受療率が高い県はその他の年齢層の受療率も高い傾向があるといえる。入院受療率の高さは、必ずしも高齢化率や高齢者入院受療率だけの産物とは言い切れないといえる。

4. 入院診療と外来診療の補完関係は薄い

病床数が少ない県では患者は外来診療を選択し(あるいは選択を余儀なくされ)、病床数が多い

図表4 年齢階層別一般・療養病床入院受療率



い県では入院する患者が多いために外来診療を受ける患者は少なくなるという一種の補完的な関係があると考えられる。その実態はどうなのだろうか。

図表5は、横軸に入院受療率、縦軸に外来受療率を、いずれも全国値を100とする指数にした散布図である。前述の仮説に従えば回帰直線は右肩下がりになるはずだが、傾きは小さいが右肩上がりになっている。両値の相関係数(R²)は0.22と低い。また、入院受療率と比べて外来受療率は都道府県間の差が小さい⁽³⁾。

つまり、病床数と相関の高い入院受療率と外来受療率とは相関が希薄であり、入院診療と外来診療は補完的な関係にはないといえる。

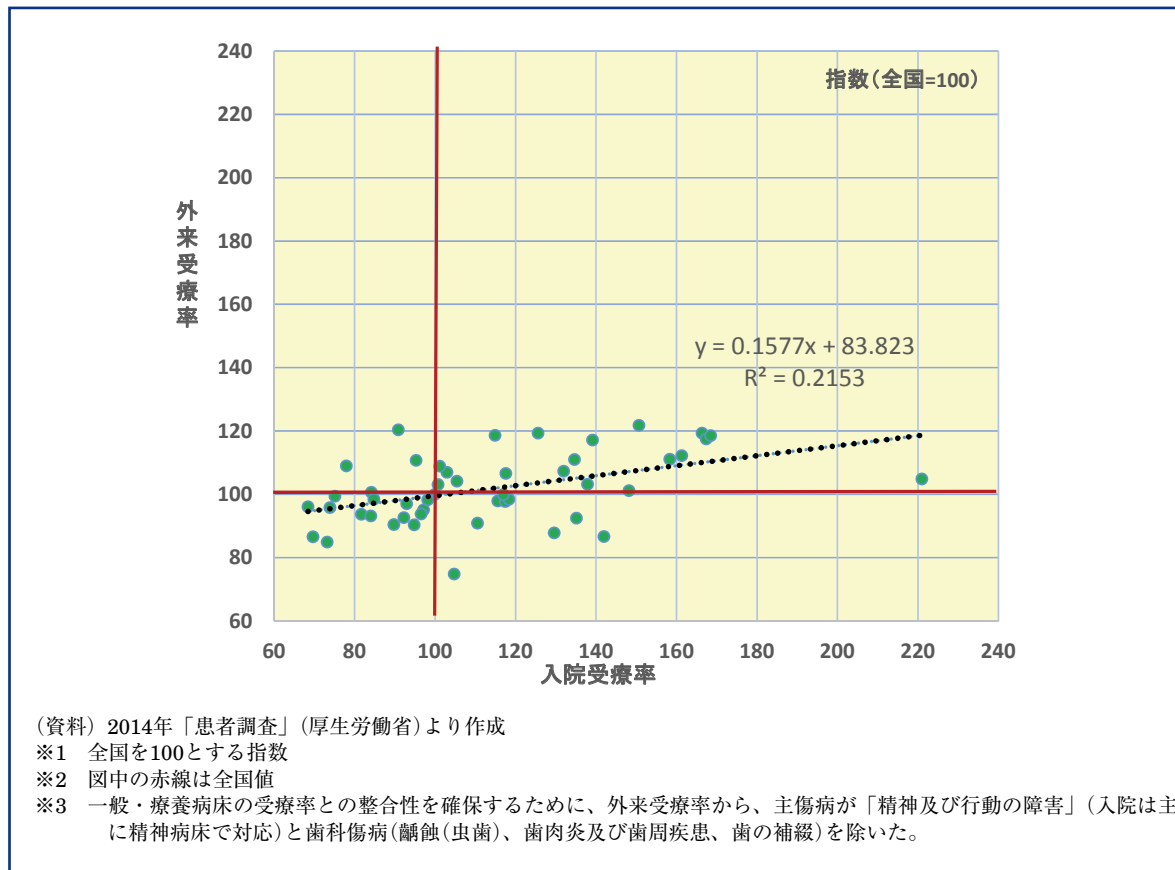
5. 療養病床と住まい施設定員に補完関係は薄い

都道府県・市町村老人保健福祉計画の策定法定化⁽⁴⁾から29年、介護保険制度の給付開始から19年を経て、介護サービスの拡充と多様化が進展した。ここで注目したいのが、この間に増加したいわゆる「住まい施設」、高齢者向け施設・居住系サービス⁽⁵⁾である。

図表6は、2014年の全国ベースの住まい施設の定員数⁽⁶⁾である。これをみると、定員の合計は約130万と一般・療養病床数(122万床)を上回っており、療養病床(34万床)の3.8倍に達している。

入院医療は、原則として常時医療施設内で医

図表5 入院受療率と外来受療率

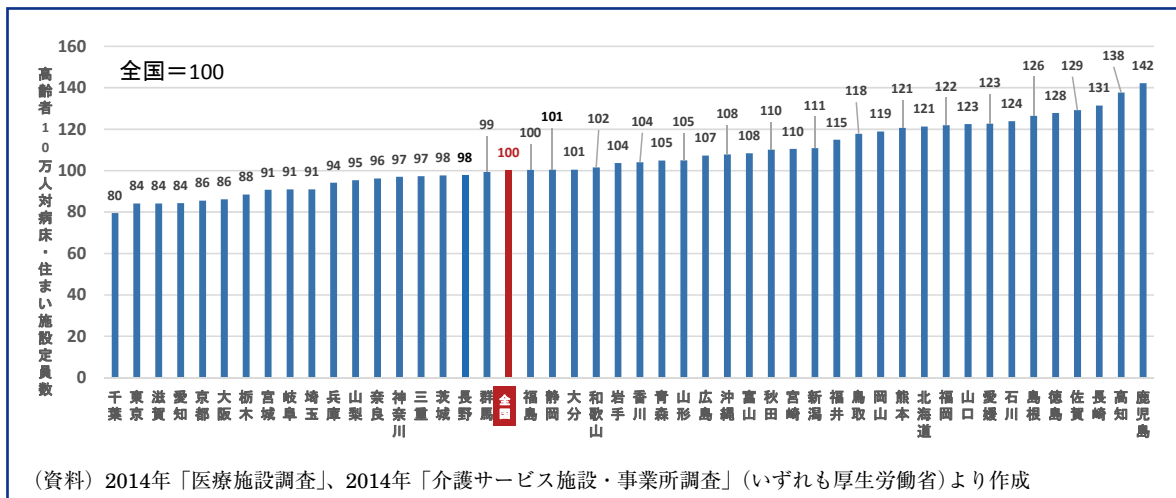


図表6 住まい施設の定員数と一般・療養病床数(2014年) (全国)

	住まい施設					一般・療養病床		
	合計	介護福祉施設(特養)	介護老人保健施設	認知症高齢者グループホーム	特定施設等	合計	一般病床	療養病床
定員数	1,299,914	540,995	362,175	171,191	225,553	1,222,360	882,806	339,554
病床数								
構成比	100%	42%	28%	13%	17%	100%	72%	28%

(資料) 2014年「介護サービス施設・事業所調査」、2014年「医療施設調査」(いずれも厚生労働省)より作成
 ※1 介護福祉施設及び特定施設の定員数には、地域密着型施設(定員30人未満の施設)を含む
 ※2 介護療養病床は療養病床に含まれる

図表7 高齢者10万人あたり療養病床数及び住まい施設定員数



学的な管理を要する患者が対象である。しかし、医学的管理の濃度は患者によって異なり、特に療養病床の入院患者の場合、住まい施設の入所者と状態像がオーバーラップしている入院患者が少なからず存在する。そうであれば、療養病床数が少ない都道府県では住まい施設がこれを補うという補完関係がみられるという仮説が考えられる。その実態はどのようなのだろうか。

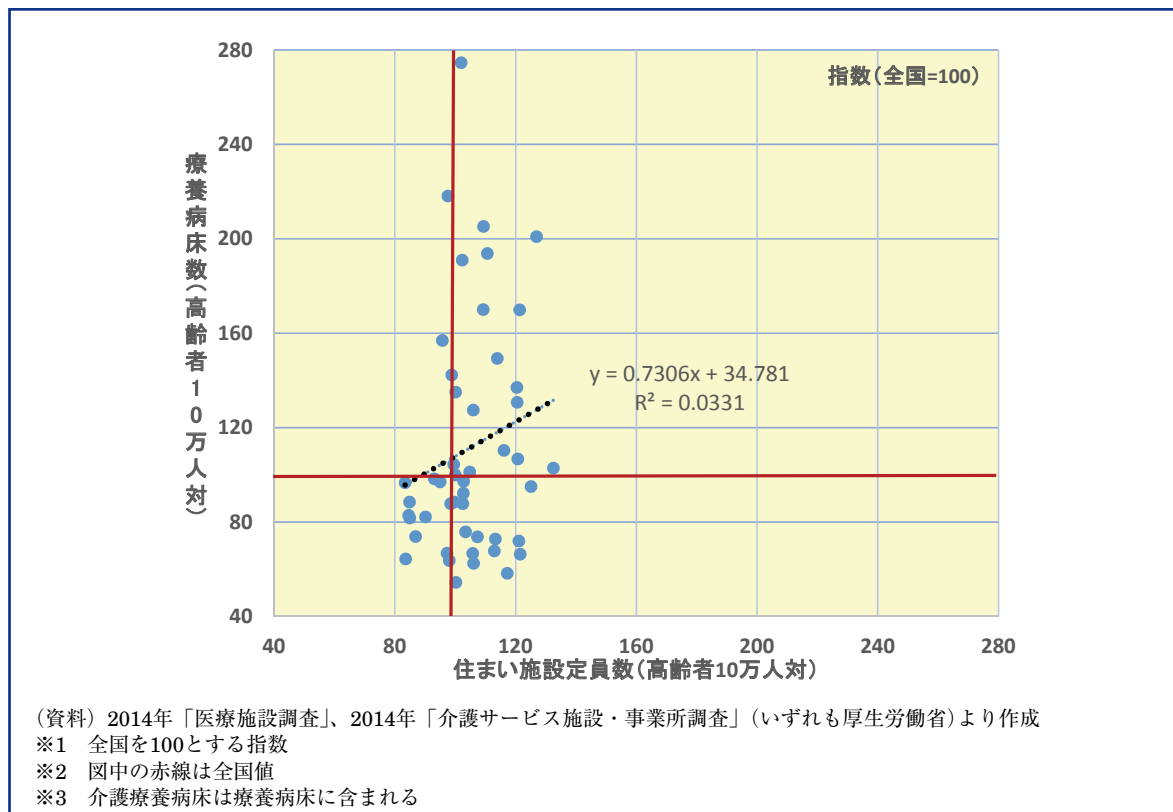
図表7は、高齢者人口10万人あたり療養病床数と住まい施設定員数の合計を、全国を100とする指数で示している。これを図表1(人口10万人あたり一般・療養病床数)と比較すると、順位については多少の入れ替えがあるのは当然の

こととして、病床・定員数が多い県は四国・九州地方が上位を占め、病床・定員数が少ない県は大都市圏に集中しているという傾向に変わりはない。ただし、最も多い県と少ない県の差は2.2倍(一般・療養病床数は3.2倍)と小さくなっている。

図表8は、全国値を100とする高齢者10万人あたりの療養病床数と住まい施設定員数の散布図である。前述の仮説に従えば回帰直線は右肩下がりになるはずだが右肩上がりになっている。両値の相関係数(R^2)は0.03とかなり低い。

これらの結果から、住まい施設の定員数と一般・療養病床数との相関がみられず、病床の少

図表8 高齢者10万人あたりの療養病床数と住まい施設定員数



なさ(多さ)を住まい施設が補うという関係にはないことがわかる。

6. 人口あたり病床数の格差は一貫して拡大した

図表9は、10万人あたり一般・療養病床数が上位にある5県(徳島、高知、長崎、熊本、鹿児島)と下位にある5県(埼玉、千葉、東京、神奈川県、愛知)について、1955年を起点として10万人あたり一般・療養病床数、その分母である人口、分子である病床数の推移を示している。

① かつては10万人あたり一般・療養病床数の差は小さかった

1955年の時点では、上位5県(327)と下位5県(335)に大きな差はない。ところが1975年をみると、上位5県(1,264)と下位5県(698)の差は1.8

倍、1995年には上位5県(1,969)と下位5県(884)の差は2.2倍とさらに拡大。2014年は上位5県(1,893)と下位5県(809)。2.3倍とわずかではあるが差は拡大している。

② 上位県は人口が減少し下位県は人口が増加した

10万人あたり病床数の分母に相当する人口の推移を、1955年を100とする指数でみてみよう。

1975年は、上位5県は89に減少しているが、下位5県は172に急増している。1995年は、上位5県は92と横ばい、下位5県は126とそれ以前と比べて沈静化した。2014年は、上位5県は85に減少しているのに対して、下位5県は226に増加している。約60年の間に、上位5県は人口が15ポイント減少しているのに対して、下位5県は2倍強に増加

図表9 病床数上位・下位5県の人口、病床数の推移

		1955年	1975年	1995年	2014年
10万人あたり病床数 (下段：1955年 =100)	上位5県	327	1,264	1,996	1,893
		—	386	610	578
	下位5県	335	698	884	809
		—	208	127	92
	全国	345	881	1,207	1,124
		—	255	350	326
人口 (上段：10万人) (下段：1955年 =100)	上位5県	74.5	66.2	68.5	63.5
		—	89	92	85
	下位5県	191.9	329.7	394.4	433.8
		—	172	206	226
	全国	900.8	1,119.4	1,255.7	1,270.8
		—	124	139	141
一般・療養病床数 (下段：1955年 =100)	上位5県	24,383	83,733	136,681	120,215
		—	343	561	493
	下位5県	64,321	230,212	348,790	351,050
		—	358	542	546
	全国	310,907	985,943	1,515,712	1,427,878
		—	317	488	459

(資料) 2014年「医療施設調査」(厚生労働省)、「国勢調査」(総務省)、「人口推計(2014年10月現在)」(総務省)より作成
 ※1 下位5県：埼玉、千葉、東京、神奈川、愛知
 ※2 上位5県：徳島、高知、長崎、熊本、鹿児島

している。

③ 病床数は病床規制導入まで上位県も下位県も増加した

10万人あたり病床数の分子に相当する一般・療養病床数の推移を、1955年を100とする指数でみてみよう。

1975年は上位5県343、下位5県は358と、ほぼ同程度に増加している。1995年は、上位5県は561、下位5県は542とほぼ同程度の増加である。2004年は、上位5県は493に減少しているのに対して、下位5県は546とほぼ横ばいとなっている。上位県も下位県も、1980年代までは人口の動向とかかわりなく、同程度に病床が増加し

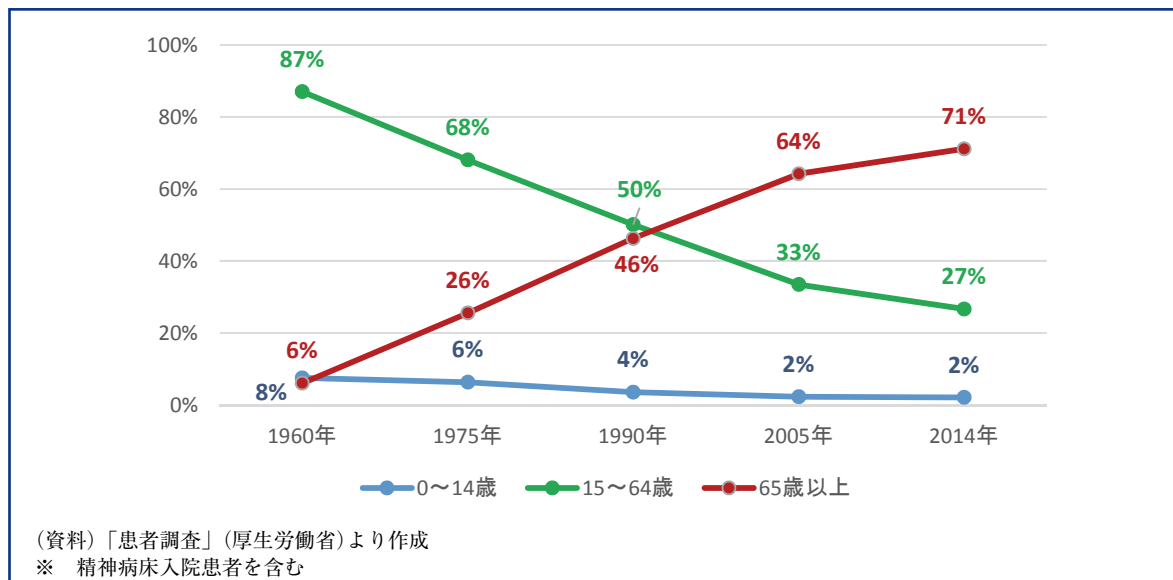
続けたことがわかる。1995年以降の動向は、都道府県医療計画による病床規制⁽⁷⁾の影響であることはいうまでもない。

④ 上位県にみられる「高齢化ボーナス」

以上を要約すれば、人口10万人あたりの一般・療養病床の格差は、人口の増減に関わりなく病床が増加したことの結果といえる。そうであるならば疑問が残る。なぜ人口が減少ないし停滞する地域で病床が増加し続けることができたのか。その答えは人口の高齢化にある。

図表10は、全国の⁽⁸⁾入院患者の年齢別構成比の推移を示している。1960年の時点では、入院患者の87%は15～64歳の患者で占められ、高齢

図表10 入院患者の年齢構造の推移(全国)



者(65歳以上)の患者は6%に過ぎない。その後、高齢者患者の占める割合は増加し続け、2014年には71%を占めるに至っている。高齢者の増加が病床増加を支えたものと考えて差し支えないだろう。

すなわち、上位5県は高齢者の増加が入院医療需要を支え、下位5県にあっては人口増加の中心が若年人口であるため病床の相対的不足があまり意識されなかったものと考えられる。

上位5県にみられる「人口減少下で高齢者の増加が入院需要を支える」という構図は、「高齢化ボーナス」ともいべき現象である。しかし上位5県では実数ベースで高齢者人口が減少しつつあり、高齢化ボーナスは終焉をむかえつつある。

7. 病床の地域格差を考える

(1) 入院医療需要は病床が喚起している

冒頭で述べたように、人口あたりの一般・療養病床数は、都道府県間に最大で3.2倍の格差が存在している。問題はこうした差に合理性があるか否かである。

これまでみたように、①人口あたり一般・療養病床数と入院受療率は強い相関が見られ、②病床の多い地域では高齢者のみならず非高齢者の受療率も高い傾向がある。さらに、③入院受療率と外来受療率との間に補完性はみられず、④高齢者10万人あたりの住まい施設の定員数と療養病床数の間にも補完性はみられない。

以上の点から、供給(病床の多さ)が需要(入院医療率)を喚起するという構造の存在が示唆される。需要に即した供給体制が存在するのではなく、供給体制が満たされるまで需要が喚起されるという構造は合理的なものとはいえないだろう。

このようなことが生じる背景はある程度想像することができる。患者の入院を判断するのは個々の医師であるが、医師の判断がリスク回避的であれば、病床にゆとりがある限り、判断は入院に傾く。例えば患者が一人暮らしの高齢者であり、服薬管理はもとより食事などの日常生活に不安があれば入院を検討せざるをえず、退院の時期も先送りされる。医療施設の経営を維持するために一定水準の病床稼働率を維持させ

ようとする判断もこれを後押しするだろう。

逆に入院治療が必要な病態の患者が病床を上回って存在するのであれば、医師はより必要性の高い患者の入院を優先させるだろう。そのために、訪問サービスを活用した自宅療養を、生活維持に困難があれば住まい施設への退院をうながすことになる。経営的にも、手術等の処置が必要な患者の方が増収という点で有利という経営的な判断もこれを後押しするだろう。

このようなマイクロレベルでの合理的な判断回路を通じて、供給が需要を創造してしまうのではないだろうか。

(2)高齡化ボーナスの終焉と終末期医療難民

人口あたり一般・療養病床数上位・下位5県の推移をみると、1955年時点では大きな差はみられなかったものの、その後の国民皆保険の実現や健康保険の給付の改善による経済的アクセシビリティの改善を経て、上位・下位5県の格差はほぼ一貫して拡大してきた。

この背景として、上位5県では、高齡化ボーナスによって、個々の医療施設経営者は入院医療需要の減退を体感しにくかったため、病床規制の導入まで増床を積み重ねてきたものと考えられる。しかし、高齡者人口が実数で減少することによって、この構図は終焉をむかえつつある。

下位県では、1960年代以降に県外から流入した当時の若年層が後期高齡期にいたりつつある。1960～69年に20歳で移住した者は、今年79～70歳を迎える。人がいつどのように死を迎えるかは誰にもわからないが、多くの場合、終末期に医療的ケアを要し、状態像によっては入院医療が必要になる場合が少なくないことは容易に想像がつく。こうしたときに、適時に適切な入院医療を受けることができるのか。これはきわめて深刻な問題である。対策を誤れば、終末期に

必要な入院医療を受けることができない終末期医療難民を生じさせかねない。

(3)地域医療構想と地域包括ケアシステムの整備と懸念

① 対症療法は現実性がとぼしいが…

こうした状況にいかに対応すべきか。

最初に、最も現実性も妥当性も低い方策の問題点を紹介しておきたい。それは、対症療法的に、病床の多い地域の病床を減らし、病床不足が懸念される地域で増床を図るというものである。この方策の最大の問題点は財政制約である。病床が少ない県は人口が多く、多い県は人口が少ないため、結果的に大幅な増床をまねくことになるが、これに医療財政がたえられずとは考えにくい。また、病床が多い地域で強権的に病床を削減することは、法的妥当性⁹⁾もさることながら、現存する医療施設の経営を危うくし、地域の医療システムを崩壊させかねない。

これに加えて見逃せないのが、終末期を入院医療だけで支えることが妥当かという点である。1970年代前半、年金制度が未成熟だった当時の高齡者の経済的負担を軽減することを目的に、全国の都道府県で老人医療費無料化政策がとられ、国もこれに追随した。当時の感覚からすれば、介護(という言葉自体も存在しなかった)を要する高齡者の処遇は医療施設しかないと考えられたのであろう。しかし、入院医療は常時の医学的管理を要する患者を治療するための施設であって、生活の場としては好ましい環境にはない。この結果、入院した高齡者の生活の質を低下させてしまったことを忘れてはならない。

対症療法的な方策がとられる可能性はきわめて低いことはいうまでもない。しかし、「政治は一寸先は闇」ということばの通り、わが国でもいくつかの条件が満たされれば、ポピュリストが台頭して大衆迎合的な政策を掲げ、これを国

民が熱狂的に支持することにならないとは限らない。老人医療費無料化が進められた1970年前後の空気をわずかながら知る者としては、これが杞憂であることを願うばかりである。

② 地域包括ケアシステムへの期待

こうした中で、国が推進する未来の見取り図が、地域包括ケアシステムである。地域包括ケアシステムとは、厚生労働省によれば「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制」であり、「市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要」⁽¹⁰⁾と説明している。医療施設に関しては、高度急性期病床から療養病床の機能の分化をはかること、介護サービスとの一体化をすすめることが求められている。

抽象度が高すぎて、医療や介護が何をめざしているかがわかりにくいのが、これには理由がある。医療も介護も対面サービスであるため、都道府県よりもさらに狭い地域で展開されている。それぞれの地域は、人口構造はもとより、世帯構成、住民の経済的負担能力、サービス提供基盤、基礎自治体の行政能力のいずれも多様である。将来像はそうした地域の事情に即して形成されなければ実効性がない。そのため、国が示すことができるのはコンセプトレベルにならざるを得ないのである。

病床機能の分化については、現下、全国で地域医療構想会議が開催され、医療施設の参加を得て、どのような医療機能の分化とネットワーク化をいかに進めるかが議論されている。検討の進捗は地域によって様々であるが、必ずしも多くの地域で順調とはいえないようだ。これまであまり公開されたことのない地域医療に関す

るデータを共有したことの意義は大きいですが、これをいかにして地域の将来像や個々の施設に経営判断に結びつけていくかについては、多くの関係者にとっては未経験のことであり、ある程度の試行錯誤は当然のことだろう。

しかしながら、このようなプロセスを踏み、地域医療の当事者の納得を形成しなければ、実効性のある将来像の実現は期待しにくい。また、この過程で、地域全体の医療機能を視野においた適正な病床数への収斂も期待されよう。

各医療施設が、人口変動に対応した地域の未来を見据えながら、自らのあるべき将来像を考えることなくして、地域包括ケアシステムは現実化しないし、個々の医療施設の存続も危ういものとなりかねない。医療施設の自律性が問われていると筆者は考えている。

注

- (1) 2001年に施行された改正医療法によって、病床の種類別は、従来の「精神、伝染症、結核、その他」から、「精神、感染症、結核、療養、一般」に変更された。本稿では、それ以前のデータとの接合性を勘案し、一般病床と療養病床の合計を「一般・療養病床」(法改正前の「その他」に相当)と表記する。
- (2) 医師や看護師の確保が困難なために入院患者の受け入れを制限している場合、療養環境を改善するために6人用病室を4人用病室として運用しているような場合がこれにあたる。一般に有床診療所は許可病床数と稼働病床の差が病院と比べて大きいといわれている。なお、2014年度からスタートした病床機能報告制度では実際に患者を受け入れている病床(稼働病床)数を把握しているが、診療所を中心に報告を得られなかった医療施設があることと、過去年次との比較ができないことから、本稿では利用していない。
- (3) 最も外来受療率が高い三重県(120)は、最も低い沖縄県(75)の1.6倍である。
- (4) 1990年の老人福祉法及び老人保健法の改正によって、都道府県及び市町村は老人保健福祉計画の策定が義務化された。同計画では高齢者保健福祉サービスの整備目標量の記載が求められたことから、これを期に、介護サービスの整備が加速した。なお、同計画は1993年度中に全国で策定された。
- (5) 住まい施設には介護保険の支払対象となる介護療養病床が含まれるが、医療法上は病床として取り扱

われる。本稿では、介護療養病床を病床として取り扱っている。

- (6) 住まい施設の定員数は、次のサービス施設の定員数の合計である。①介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)(地域密着型含む)、②介護老人保健施設、③認知症高齢者グループホーム、④有料老人ホーム、⑤養護老人ホーム、⑥軽費老人ホーム、⑦サービス付き高齢者向け住宅。④～⑦については特定施設入所者生活介護及び地域密着型入所者生活介護の定員数とした。なお、介護サービス施設・事業所調査では介護福祉施設及び介護老人保健施設の定員については都道府県で許可した定員数を都道府県に調査し、その他の施設(③～⑦)の定員については当該施設に調査票を送付して把握している。後者の調査票回収率は9割前後であるため、無回答施設分の定員が脱漏している。
- (7) 1985年の医療法の改正によって、都道府県に医療計画の策定が義務化された。従来は施設や人員の要件を満たせば病床を開設することができたが、医療計画で地域の医療需要等を勘案した基準病床数が設定され、既存の病床数がこれを上回る場合は都道府県が施設に対して病床の増床や新規開設の見合わせを勧告できる。勧告を受けた医療施設(病床)は保険医療機関の指定を受けられなくなる。都道府県医療計画は1988年度末までに各都道府県で策定された。
- (8) 患者調査が都道府県別の集計を開始したのは1984年以降であり、それ以前は全国値のみとなっている。同様に患者調査の集計値の制約から、起点年次を1960年とし、患者数は精神病床入院者も含めた計数となっている。なお、国民の医療への経済的アクセシビリティを飛躍的に高めた国民皆保険の実現は1961年4月であり、1960年はその直前の状況を示すものといえる。
- (9) 日本国憲法は私有財産制を前提としており、財産権の侵害にあたる行政処分のハードルは高い。
- (10) https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/