

# 報告

平成25年度医政講演会

人口減少社会に向かう日本の医療福祉の現状  
と将来予測 —特に北海道に焦点を当てて—

国際医療福祉大学大学院  
医療福祉経営専攻医療経営管理分野 教授  
高橋 泰 先生

常任理事・医療政策部長 笹本 洋一

この講演会は、昭和52年度より社会保障や医療政策にかかわる諸問題について、広い見識を持つ講師を招聘し、喫緊の課題について問題提起していただき、参加者とともに考えていくことを目指して開催され、平成14年度より一般会員、従業員、関係者等に公開されている。

今年度の講演会は、DPCの展開から介護まで幅広く研究され、二次医療圏データベースを共同開発してWeb上で無償提供している国際医療福祉大学大学院教授の高橋泰先生をお招きし、平成25年12月7日（土）15時30分～17時に、北海道医師会館8階会議室において開催した。長瀬会長を含む当会役員のほか、95名（医師53名・職能団体等24名・医療機関事務職15名・保健所職員等3名）の受講者が参加した。

冒頭、当会の長瀬会長より、医師不足、医師の偏在、少子高齢化が進む中で、将来、自分の病院・医療をどう守るか、明日から進む道を考える参考になればよいと挨拶があった。

講師の高橋泰先生は、1959年金沢市生まれで、1986年金沢大学医学部を卒業。東京大学にて研修を受け、大学院を卒業。1992年よりスタンフォード大学、1994年よりハーバード大学に武見フェローとして留学。1997年より国際医療福祉大学教授、2009年より



同大学大学院医療福祉経営専攻医療経営管理分野教授となり現在に至っている。

講演は、全国の二次医療圏のスライドを示し、すべての二次医療圏を訪れる予定で、昨年6月に北海道を制覇し、道内各地域の現状を認識しているとの説明から始まった。続いて4月19日に社会保障制度改革国民会議でプレゼンした今後の人口変動について説明した。30年後、75歳以上は急増するが、0～64歳の大幅減で、総人口は2,100万人減少する。地域により人口変動のパターンは異なり、北海道のかなりの地域で人口が40%以上減少する。東京都の周辺部は75歳以上が倍増し、地域の有病率は急上昇するが、医師が少ないので医療が大変な時代を迎える。介護も収容できるベッド数が都内では不足しており、厳しい状況になる。過疎地では、人が居住している地点のうち、約20%が無居住化してしまう。特に北海道は、現在、人が住んでいる地域の52.3%が無居住化すると予想している。今の北海道では潤沢な病床と看護師、拠点地域での医師がいて、各医療機関が広い範囲をカバーし、札幌以外に旭川、函館、室蘭、帯広、釧路、砂川、北見などに医療拠点がある。

今後は、首都圏から地方への移住、老い方を自立型に、死に方を自然死型に変えることを考えなくては行けない。フランスの看取りの現状視察では、20年前と異なり、高齢者の延命を患者も家族も医師側も望まなくなった。日本でも移住、自律的な老い、自然死を実践すれば、医療・介護量の1/3程度は減らすことができ、個人の満足度も上がるのではないかと。人口減少社会での医療提供体制を確立するための解決策は、国による病床区分と基準病床数の設定、都道府県による目標病床数設定と地域医療ビジョンの策定、医療提供体制改革、診療報酬改定による誘導である、とまとめた。

以下、講演要旨をご紹介します。

—講演要旨—

## 今後の人口変動

わが国の人口動態は、0～64歳は今世紀中は減り続け、2010年から2040年には3,000万人減少する。75歳以上は、2025年までに770万人ほど増加し、その後も微増していく。

2005年から2030年は若い人はコンスタントに減り始めるが、後期高齢者が増えて、穴埋めをするので、25年間で1,000万人しか減らない。2030年の人口は1億1,000万人で、その後、後期高齢者の増加がなくなり、若い人は減るので、年に100万人、20年間で2,000万人減る。わが国の人口は2040年から2050年の間に1億人を切る。2050年を過ぎると後期高齢者も減り始める。年に125万人、20年で2,500万人、さらにその後の20年も2,500万人減り、今世紀末頃の人口は5,000～6,000万人、今の半分くらいになるだろうと予測されている。

出生率が2.1人以上ないと人口が減るのは確実に

あり、2025年に2.1人に復帰して、それが続いたと仮定しても、人口減少が止まるのは2090年である。

人口が減少すれば、パイが小さくなるのを受け入れるしかない。病院数、病床数、医師数も含めて減ることは仕方がない。計画的に撤退しなければ、一人あたりの取り分が減る。ここで大事になるのはリーダーシップである。

### 地域により異なる人口変動

日本全体で人口が減るが、その減り方は一様ではなく、地域によって大きく違う。2010年から2040年における0～64歳人口の増減率は、日本平均で31.5%マイナスとなり、ほとんどの地域で25%以上減る。40%以上減るのは大変厳しいエリアで、北海道もかなりの地域がそうなり、地域が消滅する可能性がある。過疎で人が住まなくなる地域が増えることを意識して将来の計画を立てていかなければならないし、若い人たちが減る影響が2025年以降に出てくることも念頭に置かなければいけない。

当面の大きな問題は、後期高齢者が700万人増えることで、一律ではなく、大都市で増える。千葉県の西部、埼玉県の東部・中央部、神奈川県中央部で75歳以上が2025年までに倍増してしまう。さらに悪いことに、東京周辺部は日本で一番医師が少なく、東京・横浜が一番医師が多いので、医師が少ない地域と高齢者が倍増する地域がぴったり一致する。

1970年前後に、約1,000万人の団塊の世代の人が東京・名古屋・横浜を中心とした大都市圏に大移動し、周辺のベッドタウンに住んだ。有病率が低く、また、東京に通勤しており、病気になっても地元の医療機関を受診していなかったため、今まではベッドタウンに医療機関が少なくてもすんでいた。団塊の世代が2020年から2040年にかけて75歳以上になり、有病率が急上昇する。東京への通院が大変になり、地元志向になる。すでに、埼玉や千葉は医師が不足しており、口の悪い人から「東京で開業できない腕の悪い奴でも、埼玉で開業すれば年収4,000万くらいは確保できる」と言われるような地域になっている。これまで、健康で地元で受診していなかった地域住人が、突然、しかも頻りに地元の医療機関を受診するようになるので、これから、東京周辺部は医療が大変な時代を迎える。

現在の東京で収容しきれない高齢者の多くを東京周辺地域が引き受けている。埼玉や神奈川はまだ土地があるので、新たに高齢者の収容施設を作ることもできるが、都内では絶対に無理である。

### 過疎地

日本の面積は37万2,000km<sup>2</sup>である。1km<sup>2</sup>ごとに分けると37万2,000個のメッシュができ、各メッシュの中の人口構成が分かる。37万2,000個の人口ピラミッドができ、さらに、2040年まで5年刻みで、それぞれのメッシュで人口がどのように変化するのが出る。さらに地図ソフトを使うと、医療

機関から車で15分圏内とか半径何km以内等のメッシュが計算できる。疾患別の有病率を掛け合わせると、医療機関から15分圏内に何人の患者がいるか、人口の推移を掛け合わせると将来の疾患ごとの患者数が予測できる。今後、病床機能報告制度の運用が開始されるが、自分の圏内の人口や患者数の変化をみることができる技術は確立しているし、それを各病院ごとに配布することが難しくないとどこまで来ている。

わが国の人口のピークは、2005年の1億2,500万人。この時、わが国の52%のメッシュには人が住んでおらず、48%の国土にしか人が住んでいなかった。2050年の無居住区は62.3%、居住区は37.7%となり、現在人が住んでいる約1/4の地域に人がいなくなると予測されている。特に大変なのは北海道で、52.3%が無居住区になる。怒られると思うが、あえて言う、人がいないところに病院、病床は必要ない。これが現実で、このようになった時に、病院をどのように配置するべきか、病床はどうあるべきかを自身の手で計算してもらいたい。

日本医師会が来週、12月13日にJMAP（地域医療情報システム）を一般公開する。これは、将来の医療需要を二次医療圏レベルではなく、市町村単位で詳細に分かるようにデータベースをリニューアルしたもので、これを参照して、今後、地域がどのように変わっていくのかということを知ってほしい。

人口が減ると急速に生活がしづらくなる。スターバックスインデックスというものがある。例えば、理容業は人口500人で50%、1,500人で80%の存在確率で、診療所、コンビニ、郵便局が500人である。病院は9,500人から17,500人で、10,000人くらいの背景人口がないと成り立たない。各地の首長から「病院を作って、医師を呼んできても、受診する患者がおらず、循環器の医師が手持無沙汰でやめた」というような話をよく聞く。救急医療を行う場合も、ある程度の背景人口がなければ、成り立たない。将来予測を立てながら、人口と面積の問題も含めて考えていかなければならない。北海道について考えているが、面積が広いので、どのような方式で考えれば良いかが分からない。ちなみに、スターバックスは人口175,000人から325,000人の存在確立で、札幌・旭川では成り立つが、釧路は不確実、小樽には出店しない方が良いということになる。百貨店・総合スーパーは32,500人から77,500人というデータなので、人口が減少するとどんどん住みにくくなる。

徒歩1km範囲内に生鮮食料品店が存在しない高齢者単身世帯数は、2005年の約46万世帯から2030年は100万世帯に増加する。この方たちは、車が運転できるうちは生活に支障はないが、運転できなくなった瞬間に生活の自立が困難になる。今、このような地域がどんどん広がっている。人口密度が低下すればするほど、1人当たりの行政コストが上昇する。

「寄ってきてくれれば支えなければならないが、そうしない場合は自己責任と割り切るしかない」と言った北海道の首長もいる。

### 北海道の特徴

私が開発した二次医療圏データベースを使用し、全国343医療圏を評価した日医総研のワーキングペーパー「地域の医療提供体制現状と将来 - 都道府県別・二次医療圏データ集 -」がある。北海道の分も総論とすべての二次医療圏のデータをまとめ評価している。各地域の人口動態、医療機関数、病床数、医療従事者の数などの偏差値をもとに、この地域は急性期から亜急性期に移した方が良いのではないか、人口が減るので集約化を考えた方が良いのではないかなどと評価をし、コメントを付けている。このコメントを付ける作業がとても大変で、現在、コメントの自動システムを開発中で、25年内にできると思う。26年3月を目途に、コメントを3倍くらいに増やし、1医療圏あたり4ページ、約1,400ページのものに更新して、地域医療ビジョンを策定する際の情報を発信する予定である。

北海道の大きな特徴として、病院が圧倒的に多く、診療所が少ないということが挙げられる。それから、札幌一極集中の印象が強いが、旭川、函館、室蘭、帯広、釧路、砂川、北見など医療拠点となる都市が点在している。一極集中ということでは、もっとひどい県がたくさんあり、札幌は集中度が低い方で、人口当たりの医師数は札幌より旭川の方が多い。また、看護師と病床が多いことも特徴で、人口10万人当たりの総看護師数は59と、全国平均を大きく上回っている。南檜山47、日高43、富良野48、留萌49、宗谷47、根室41を除けば、すべての医療圏で偏差値50を超え、全道的に充実している。さらに偏差値60を超えている医療圏もある。広域で、数10kmに一つ程度、町立や国保病院が存在しているので、今後どのようにまとめていくか。また、数10kmから100km以上離れた基幹病院まで患者を搬送しなければならない地域がある。地域レベルの病院は数10km範囲、基幹病院は数100km範囲と非常に広い地域の患者を診ていることが、特徴である。

### 個人・社会は何をすべきか

いろいろなところで「東京はもう無理なので移住しましょう」と言っている。移住先は、医療や介護に余力のあるところを勧めており、地方の中核都市になる。道内では旭川・室蘭・函館は、医療機関が非常に充実しているが、このままだと人口が4割減る。患者がいなくなり、医療という産業がもたなくなる可能性があり、むしろ大変なのはこちらの方かもしれないが、外から人が入って来ると、医療需要が保てる。中核都市にはショッピングモールや映画館があるので、生活的にも悪くない。東北では弘前と秋田。関東はほとんど無理であるが、唯一医療に余裕があるのは、亀田病院がある千葉県鴨川市であ

る。ここは、飛び抜けて医師が多いが、人口は4割減る。亀田院長は「予測どおり人口が減ったら、病院を維持できないので、東京から10万人を引っ張ってくる」という構想を打ち出し、病院の裏側に1万数千戸の高齢者を中心としたマンション群を作るとを計画している。正しい対応だと思う。島根県の例だが、拠点を設け、高齢者を集約するような体制をとっている所もある。

車が運転できるうちは、個々に責任を持ってやってもらうことも良いが、それが無理になってきたらサポートがすごく大事である。車が運転できる期間をどう伸ばすが、自立のポイントになってくる。運転できなくなると閉じこもってしまうので、車の機能向上や街の作り方を考え、とにかく高齢者を自立させることが大事である。

これからは、老い方を自立型に、死に方を自然死型に変え、それから、郊外に出て、可能な限り自立型の生活をしなければならない。最大の問題は、他人に老い方・死に方を依存しすぎていることである。これは「先生にすべてお願いします」と言った瞬間に、依存される方が、責任回避を考えざるを得ない。本人は自然死を迎えたいと思っても、家族等の意向が大きくなり、希望しない治療が行われる可能性が高くなる。

### 今後どうすべきか

今後、後期高齢者が1.5倍増える。1人当たりの医療・介護量を2/3にすると、1.5に2/3を掛けると、1になる。現在の後期高齢者に提供されている医療・介護量の1/3程度は減らすことが可能であり、現在のインフラで急速な高齢化の波を乗り切れると思う。しかし、東京や名古屋などの大都市は医療・介護量を1/3減らしても持たないので、移住してもらって間引く。人に来てもらいたい地域はたくさんあるので、争奪戦を始めなければならない。すでに高松や高知から相談を受けている。大都市の高齢者1/3くらいを地方が引き受け、各地域の医療・介護量が2/3になれば、今のインフラでやれるだろうと楽観的なシナリオを考えている。

### 医療提供体制の再編

10月16日に財務省「財政制度等審議会財政制度分科会」の有識者ヒアリングで、日本の医療提供体制の3つの問題点、①医療資源レベルや医療需要推移の地域差が大きいこと、②今後、急性期医療の需要が減り、高齢者向けの亜急性期医療が増加すること、③その需給アンバランスがますます乖離してくることを指摘し、それをどのように解決していくかを説明した。

ポイントは、国が適切な病床区分と基準病床数の全国共通の基準値を設定し、それを基に各都道府県が目標値を考え、地域医療ビジョンを作成する。

わが国全体では「急性期病床を減らし、亜急性期病床を増やす」という転換が必要である。しかし、高知県は急性期・亜急性期ともに病床が過剰で、埼玉

県は両方とも足りない等、地域により差がある。診療報酬は全国一律なので、亜急性期病床を増やすように誘導するが、全国一律ではなく、地域の実情に応じた対策を実施することが、医療計画の進め方の基本線に組み込まれつつある。

とにかく、日本の医療・介護を維持するため、大都市は大都市、過疎地は過疎地の対策を考え高齢者の対応をしなければならない。人口動態、医療環境のデータをみて、自分の住んでいる地域の今後について考えてもらいたい。

### 「とことん型」と「まあまあ型」の医療

急性期医療には、病気を治すことを主目的とする「とことん型」と、病気は完全に治らなくとも、生活を続けられるように身体や環境を整える「まあまあ型」がある。高齢者が主に必要とするのは「まあまあ型」急性期医療で、両方を行うことは無理であり、分ける必要があると思う。年齢で分けられるものではなく、85歳以上でも「とことん型」の医療が必要な場合もある。しかし、比率は変わってくる。医療資源は地域格差があり、北海道・東北北部・北陸・中国・四国・九州に多く、関東・甲信越・東海に少ないという形で、人口10万対で比較すると、医師は1.2倍、看護師は1.4倍、PT・STは1.6倍、療養病床は2倍の開きがある。また、地域により医療需要のピーク時期が違う。さらに、医療需要予測に基づく将来の医療・介護余力の評価においても、大きな地域差がある。

「とことん型」高度急性期の医療現場は密度が低い。2007年の国際比較では、病床あたりの医師数はアメリカの1/5以下、看護師数もおよそ1/5である。日本は「低密度長期型」の医療、アメリカは「高密度短期型」の医療が提供されているが、これからの人口構成を考えると、高度急性期については「高密度短期型」に近づける必要があるだろう。

わが国の人口構成全体では、若年層が激減、高齢者が急増するので、医療の需要は「とことん型」が減り、「まあまあ型」が増えていく。現行の病床届出では、「とことん型」も「まあまあ型」も急性期に分類されて、転換あるいは削減すべき病床数を示すことができない。解決策の一例としては、急性期を「急性期Ⅰ（とことん型）」と「急性期Ⅱ（まあまあ型）」の2つに分け、「急性期Ⅰ」を減らし「急性期Ⅱ」に転換していく方法がある。

今後の各地域の医療提供整備の方向性を示すために、国は全国共通の基準により、「とことん型」と「まあまあ型」別の基準病床数（医療機能別の基準病床数）を示し、データを整備して、各地に基準値の設定を求める。各都道府県において、基準病床と実際の病床数が近ければ問題はないが、高知県のように半分以下に減らす必要があるところは、まずは30%減らすというような目標値を作らせる。また、福岡県久留米市の病院は、4割が佐賀県の患者であ

るので、佐賀県の病床を4割もらってもいいのではないかという話になるかもしれない。各都道府県は国が提示した病床区分別基準病床数をもとに、地域の現状を考慮しながら、都道府県独自の「病床区分別の目標病床数」を設定し、これをもとに「地域医療ビジョン」を策定していく手順がよいと思っている。

医療提供体制に関して、全国的には急性期を減らして、亜急性期を増やすべきであるが、地域ごとに目指す方向性に相違がある。診療報酬ではこのような調整ができないので、地域ごとに別々にできる手法を取らなければならない。私は、財務省に「現場は、理念（医療計画）で動かず、お金（診療報酬）で動く」と牽制しながら話している。例えば、基金を作ってお金を出す。地域医療再生基金のように県立病院の耐震化に使用するのではなく、地域に複数ある病院の集約化、医療と福祉連携計画、過疎地域の医療を支えている民間病院の借金の肩代わりや病床の買い上げにお金を使っていく方法があると思う。

新潟県魚沼医療圏は60床以下の高度医療を担うことが難しい公的病院が多く、長岡地域などに頼らざるを得ない状況であった。一昨年12月、この地を訪れた時に、基幹病院を一つ作り、長岡に近い二つの病院を一つにするというプランを話したところ、1ヵ月後そのとおりの方向に進んでいった。この地域は、自発的に地域の統廃合計画プランを作成し、実行している。しかし、日本の多くの地域ではなかなか統廃合が進まないため、補助金を付ければ、進む可能性が高まる。

高度急性期医療に関しては、高機能病院の数を絞り込み、さらにその病院においてダウン・サイジングしなければならない。例えば、高機能病院の認定をする時に、看護基準を5対1にする代わりに病床縮小の条件を付けることを提唱している。

もちろん、医療機関は診療報酬に反応して動くので、将来の患者ニーズに応じた病床数への転換を進めるため、診療報酬により誘導する必要がある。

### おわりに

医療制度改革の中に、人口減少の考え方を盛り込むことが大事であり、その時には、高齢者に対応する亜急性期という概念を持たなければならない。

本日の話は、社会保険旬報No. 2548(11月1日号)に「2040年から逆算した医療提供体制改革のあるべき方向」と題して掲載しているので、お読みいただきたい。



歯切れの良いテンポで講演は進んでいたが、北海道の地方の医療機関にとって、人口減少の厳しい予想を突き付けられた1時間半であった。団塊の世代が75歳以上になる2025年問題に加え、人口減少社会となる2040年の医療提供体制のあり方に目を向けさせられる有意義な講演であった。