

# 日医総研ワーキングペーパー

## 医療の需要と供給について

No. 429

2019年4月2日

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子



## 医療の需要と供給について

日本医師会総合政策研究機構（日医総研） 前田由美子

### キーワード

- ◆ 入院患者数 ◆ 病床数 ◆ 一般病床 ◆ 療養病床 ◆ 精神病床
- ◆ 外来患者数 ◆ 在宅医療 ◆ かかりつけ医 ◆ 医師キャリア

### ポイント

- ◆ 医療需要の変化に対応して、需給バランスをとることの重要性が高まっている。今後の必要施策を探るため、公的統計をもとにマクロでの需要、供給の現状を俯瞰した。
- ◆ 入院については、地域医療構想策定後かえって病床の動きが硬直化している。民間病院と競合している構想区域の公立病院で、かつ病床利用率が低い病院は、需要の縮小を冷静に受け止めるべきである。
- ◆ 中小病院の中には診療所と分担して、かかりつけ医機能や在宅医療を担っているところもある、中小病院については病床機能だけでなく、かかりつけ医機能等も評価する必要があるのではないか。
- ◆ 外来需要も総枠では中長期的に縮小するが、病院から診療所の機能分化が進んでいる。現在、初診料のみに紹介状なしの病院受診時定額負担が導入されているが、再診料等に拡大することで診療所の患者数は増加する可能性がある。
- ◆ 一方で、長期処方により通院間隔が開いている。今後も長期処方やセルフメディケーションの進展次第で外来受療率はさらに低下するだろう。また、オンライン診療やオンライン服薬指導によって、対面診療が縮小する可能性もある。

◆ 診療所医師が地域偏在、診療科偏在し、高齢化も進んで、かかりつけ医の確保が困難になりつつある。第一に、必要な地域では中小病院とかかりつけ医機能を分担できるよう中小病院を評価する(前述)。第二に、病院勤務医師が開業せずに退職を迎えているので、退職後医師のセカンドキャリアとして、たとえば診療所医師の応援、退職後医師の開業支援を進めてはどうだろうか。厚生労働省には起業支援という視点からの支援も求めたい。

## 目 次

はじめに .....	1
1. データについて .....	2
1.1. 患者調査 .....	2
1.2. NDB オープンデータ .....	3
1.3. 医療施設調査 .....	4
1.4. 病院報告 .....	4
1.5. 社会医療診療行為別統計 .....	4
1.6. 医師・歯科医師・薬剤師調査 .....	5
2. 入院の需要と供給 .....	6
2.1. 入院患者総数 .....	6
2.2. 一般病床入院患者 .....	8
2.3. 一般病床数 .....	14
2.4. 療養病床 .....	16
2.5. 精神病床 .....	18
2.6. 病床規模別 .....	20
3. 外来の需要と供給 .....	22
3.1. 外来患者数 .....	22
3.2. 在宅医療 .....	28
4. 医師数など .....	32
4.1. 診療所数および診療所医師 .....	32
4.2. 病院医師のキャリア .....	38
4.3. 医師の需要 .....	40
5. まとめと考察 .....	42
5.1. 入院需要と供給 .....	42
5.2. 外来需要と供給 .....	43



## はじめに

医療需要の変化（ほとんどの場合縮小）に対応して、需給バランスをとることの重要性が高まっている。本稿は、今後の必要施策を探るために、公的統計をもとにマクロでの需要、供給の現状を概観したものである。

まず、国の統計問題が耳目を集めていることもあり、各統計の概要と課題をまとめた。たとえば、需要（患者数）分析は「患者調査」によったが、抽出調査である。医療のレセプトは患者調査を持たないので、現在、患者住所地ベースでの全数データが整備されていないという課題がある。

次に、入院、外来別に需給状況を把握した。入院については、病床の機能分化・連携の進め方についての示唆を得るため病床種類ごとの入院患者数および病床数の推移を確認した。外来については、需要面から傷病別患者数も示した。

医師数については、診療所医師の地域偏在、診療科偏在や高齢化の現状を把握した上で、医師のキャリアを分析し、「かかりつけ医」の確保にむけての方策を探った。

本稿を通じて医療の需給の現状を俯瞰していただければ幸いである。

## 1. データについて

### 1.1. 患者調査<sup>1</sup>

基幹統計で3年毎の調査である。抽出調査で調査期間も限定されている。補足訂正を行った上、患者数を推計しているが、年によるばらつきが小さくなく厳密には経年比較に適さない。

#### (1) 用語の定義

本稿で「患者数」としているのは、以下の推計患者数である。調査日に受療した患者数であるので、患者総数を示すものではない。

- **推計患者数**： 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数。

総患者数は、調査日現在において継続的に医療を受けている者（調査日に受療していない者を含む）の数を次式により推計したものである。

- **総患者数** = 入院患者数 + 初診外来患者数 + 再来外来患者数 × 平均診療間隔 × 調整係数 (6/7)

#### (2) 調査の方法

医療施設の管理者が記入する。

#### (3) 対象施設抽出率（2014年調査の例）<sup>2</sup>

病院入院 7.6/10（500床以上は悉皆）、病院外来 4.0/10、一般診療所 6.3/100、歯科診療所 1.9/100。

#### (4) 調査期日（2017年調査の例）

- ・病院の入院・外来患者：2017年10月17日（火）～19日（木）の指定された1日。
- ・一般診療所の入院・外来患者：2017年10月17日（火）、18日（水）、20日（金）のうち、指定された1日（診療所は木曜日除外）。

<sup>1</sup> 厚生労働省「患者調査」ホームページ  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>

<sup>2</sup> 平成26年患者調査（傷病分類編）<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/>  
→患者調査の概要 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/gaiyo.html>



・病院・一般診療所の退院患者：2017年9月1日～30日の1か月間。

(5) 対象患者および調査項目

病院入院（奇数）票 および病院外来（奇数）票	20～499床：生年月日の末尾が1,3,5,7,9日の患者 500～599床：生年月日の末尾が1,3,5,7日の患者 600床以上：生年月日の末尾が3,5,7日の患者 全項目調査
病院入院（偶数）票	生年月日の末尾が偶数の患者 入院・外来の別、性別、出生年月日のみ
病院退院票	9月中の退院患者全員
一般診療所票	調査日のすべての患者 全項目調査

(6) 公表

3年に一度10月（退院患者は9月1か月）に調査し、翌年12月頃に公表される（2017年調査の公表は2019年3月1日であった）。

## 1.2. NDB オープンデータ<sup>3</sup>

厚生労働省のホームページで基礎的なデータが集計表で公開されている。現在は「診療報酬項目×性年齢別算定回数」「診療報酬項目×都道府県別算定回数」の2種類であるが、「診療報酬項目×性年齢別算定回数×都道府県別算定回数」になればより有用である。

2014年度以降のデータが公開されている。公表時期が遅い（2016年度データは2018年8月に公開された）ことが課題である。

<sup>3</sup> 厚生労働省「NDB オープンデータ」ホームページ  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html>

### 1.3. 医療施設調査<sup>4</sup>

基幹統計で静態調査と動態調査がある。静態調査は医療施設が個々に調査票に記入する方式、動態調査は保健所への届出から差し引きをして計算する方式である。医療施設の廃止の場合は必ずしもリアルタイムに届出がされないため、3年毎の静態調査で一気に施設数が減少することがある。

- 静態調査

全数対象であり、調査周期は3年（最近では2014年、2017年）である。医療施設の管理者が自ら調査票に記入する方式による。

- 動態調査

開設・廃止等の申請・届出に基づいて、都道府県知事または保健所を設置する市・特別区の長が動態調査票を記入する方式による。毎月、これにもとづいて集計した概数が公表される。

### 1.4. 病院報告<sup>5</sup>

一般統計である。病院および療養病床を有する診療所の管理者が毎月在院患者数、新入院患者数、退院患者数、外来患者数等を報告し、これにもとづいて厚生労働省が病床利用率、平均在院日数を集計する。全数調査であるが、患者「数」のみの調査であり、性別・年齢の情報は持たない。

### 1.5. 社会医療診療行為別統計<sup>6</sup>

業務統計である。2011年以降NDBを活用した集計を行っている。2015年以降はすべてNDBとなり、名称を「社会医療診療行為別調査」から「社会医療診療行為別統計」に変更した。ただし毎年6月診査分のみが対象なので、年によるばらつきがある。過去は抽出調査であったため、2008年には人

---

<sup>4</sup> 厚生労働省「医療施設調査」ホームページ

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/tp181016.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/tp181016.html)

<sup>5</sup> 厚生労働省「病院報告」ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/80-1.html>

<sup>6</sup> 厚生労働省「社会医療診療行為別統計」ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/26-19.html>

工腎臓算定医療機関が多く抽出され、実際の医療費と大きく乖離したことがあった<sup>7</sup>。

## 1.6. 医師・歯科医師・薬剤師調査<sup>8</sup>

一般統計である。医師法にもとづく義務であり<sup>9</sup>、すべての医師が2年に1回、保健所に届出票を提出する。届け出を行わないと「医師等資格確認検索システム」<sup>10</sup>に氏名が掲載されない。通常、医療機関等を通じて医師に届出票が配布されるが、そうでない場合は保健所で受け取るか、厚生労働省のホームページからダウンロードしなければならない。このため、無職、出産・育児休暇中、アルバイトのみ（医師を採用する際に医師等資格確認検索システムで確認すると思われるが）等の医師の若干が捕捉されていない可能性がある。

2014年調査まで、医師の従事先はいわゆるホームグラウンド（主たる従事先）についてしか調査されていなかった。2016年調査から、「従たる従業地」がある場合には、その所在地と業務を調査項目に追加した。この結果、医師が主たる従事先の市町村外にも兼務しているケースが少なくないことが明らかになった。しがたって、医師の地域別分布、偏在を把握するためには医師の兼務状況を踏まえることが不可欠である<sup>11</sup>。

---

<sup>7</sup> 「平成20年社会医療診療行為別調査における人工腎臓算定医療機関の抽出状況の影響を除外するための特別集計の方法について」2009年9月30日 中医協基本問題小委員会資料

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0930-6g.pdf>

<sup>8</sup> 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」ホームページ

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>

<sup>9</sup> 医師法第6条第3項 医師は、厚生労働省令で定める二年ごとの年の十二月三十一日現在における氏名、住所（医業に従事する者については、更にその場所）その他厚生労働省令で定める事項を、当該年の翌年一月十五日までに、その住所地の都道府県知事を経由して厚生労働大臣に届け出なければならない。

<sup>10</sup> 厚生労働省 医師等資格確認検索画面

[https://licenseif.mhlw.go.jp/search\\_isei/](https://licenseif.mhlw.go.jp/search_isei/)

<sup>11</sup> 詳しくは、前田由美子「医師偏在の解消にむけたデータの活用について—「医師・歯科医師・薬剤師調査」をそのまま活用することの限界—」日医総研リサーチエッセイ No. 68, 2019年1月

<http://www.jmari.med.or.jp/download/RE068.pdf>

## 2. 入院の需要と供給

### 2.1. 入院患者総数

厚生労働省「患者調査」によると、入院患者数は 2000 年代半ば以降減少傾向にある（図 2.1.1）。高齢者は増加しているが、平均在院日数の短縮化を主要因として受療率が低下してきたためである。

厚生労働省他はいくつかのパターンで将来推計をしているが、入院受療率が低下するパターンでは、受療率の低下が高齢者人口増を打ち消して、入院患者数の増加は見込めないと予測している（図 2.1.2）<sup>12</sup>。

---

<sup>12</sup> 現状投影および計画ベース：内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040 年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」2018 年 5 月 21 日 18 頁

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000207399.pdf>

需要減：厚生労働省「『2040 年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）』に基づくマンパワーのシミュレーション」2018 年 5 月 21 日 5 頁

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000207401.pdf>

図 2.1.1 病院・有床診療所 入院患者数の推移

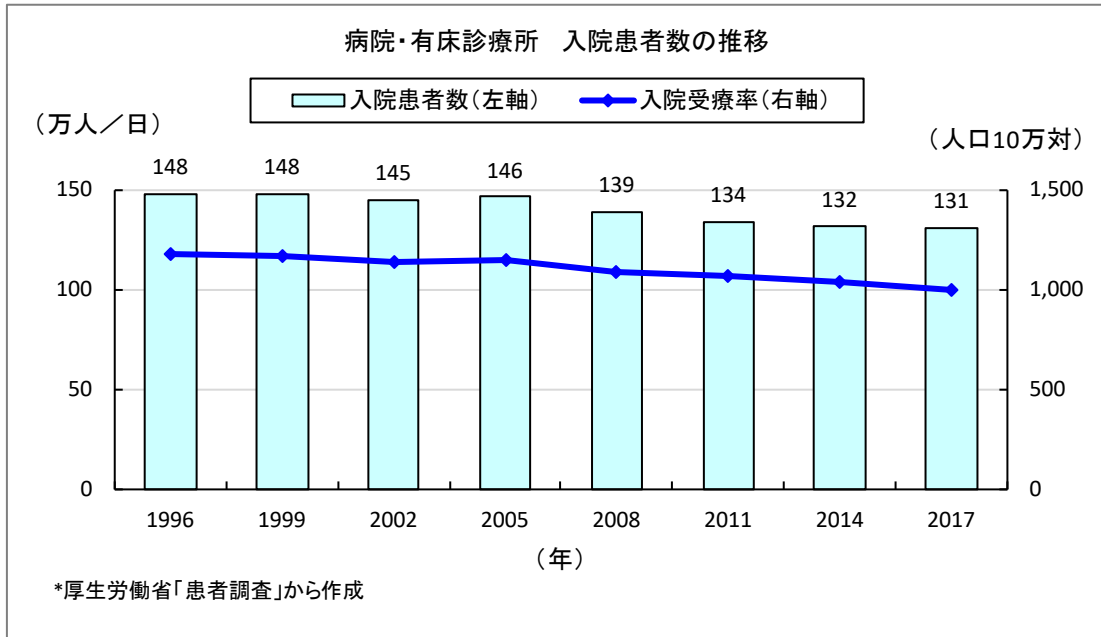
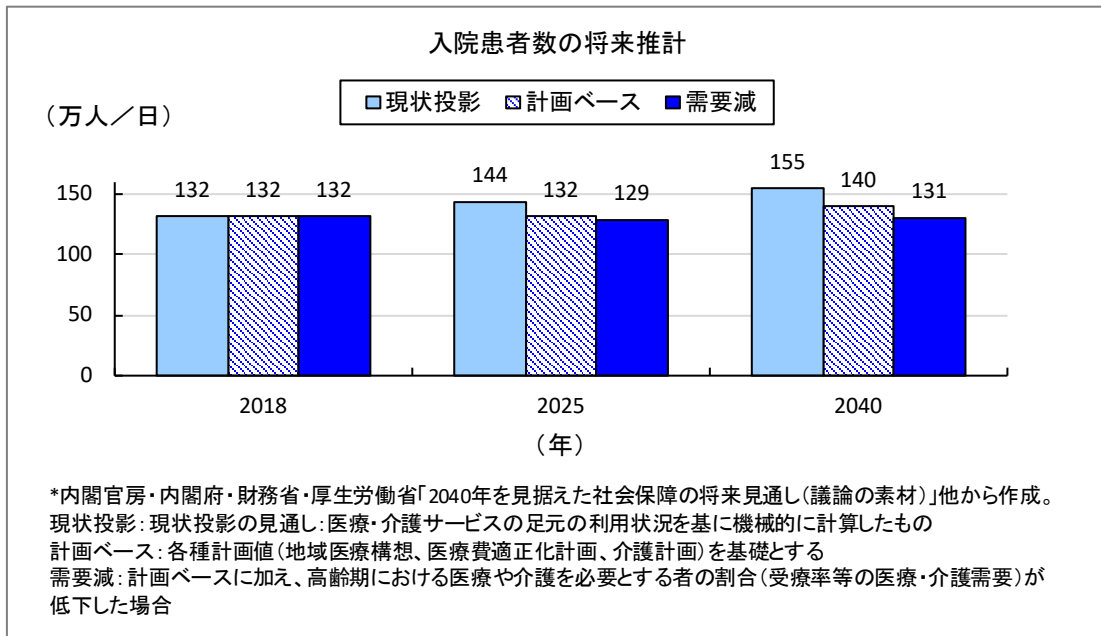


図 2.1.2 入院患者数の将来推計



## 2.2. 一般病床入院患者

厚生労働省「患者調査」によると、一般病床では入院患者の半数以上が高齢者（本稿では75歳以上）であり、若干増加傾向にあるが（図2.2.1, 図2.2.2）、高齢者数の増加ほどには入院患者数は伸びていない。

図 2.2.1 病院・有床診療所 一般病床入院患者数の推移

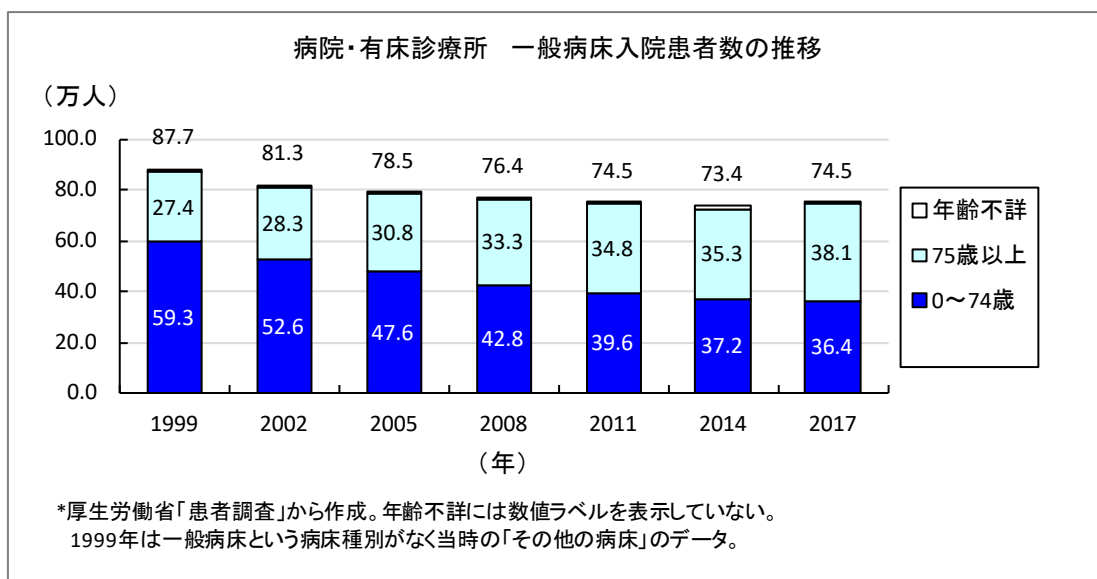
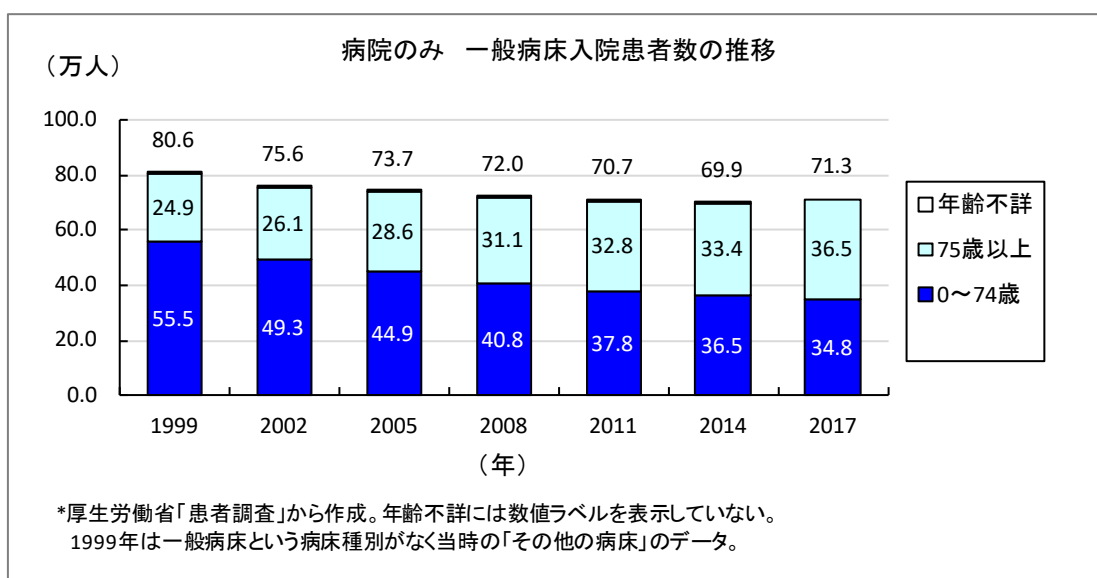


図 2.2.2 病院のみ 一般病床入院患者数の推移



病院の一般病床で見ると、高齢者の平均在院日数は日数では3年ごとに2～3日下がる程度であるが(図 2.2.3)、減少率では3年ごとに▲5%を下回っており(表 2.2.1)、入院患者数を減少させている。

図 2.2.3 病院 一般病床平均在院日数の推移

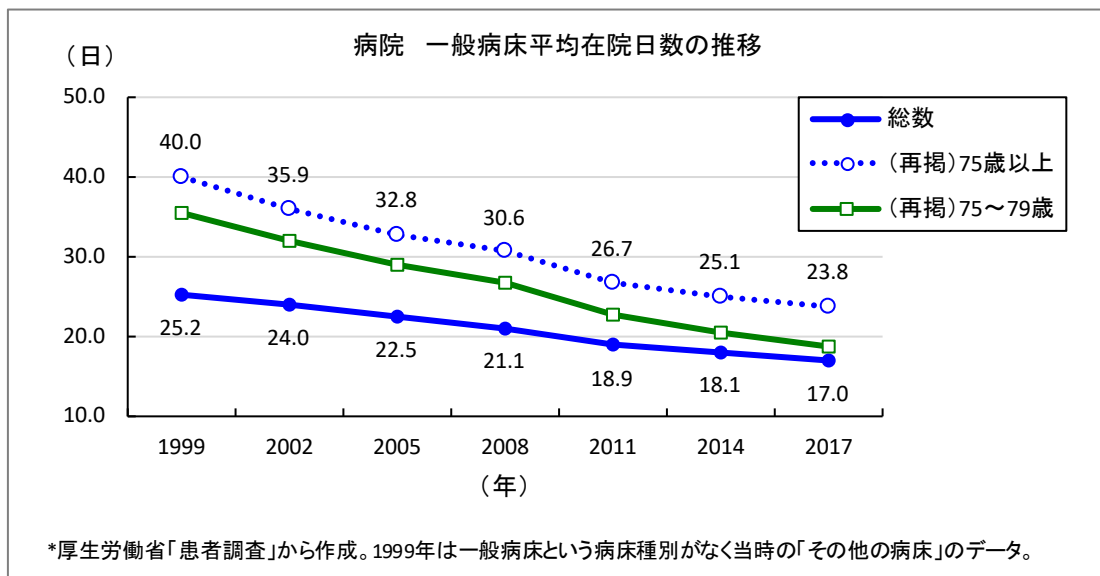


表 2.2.1 病院 一般病床の指標 (伸び率)

伸び率(3年ごと)		(%)					
		2002	2005	2008	2011	2014	2017
総数	人口	0.6	0.3	-0.1	0.1	-0.6	-0.3
	平均在院日数	-4.8	-6.3	-6.2	-10.4	-4.2	-6.1
	入院患者数	-6.3	-2.4	-2.3	-1.8	-1.1	2.0
(再掲) 75歳以上	人口	18.2	15.9	13.6	11.3	8.2	9.9
	平均在院日数	-10.3	-8.6	-6.7	-12.7	-6.0	-5.2
	入院患者数	4.8	9.7	8.9	5.3	1.8	9.3

\*厚生労働省「患者調査」から作成。人口は総務省「人口推計」による。

厚生労働省「病院報告」（全数調査であるが年齢別の情報はない）によると、新入院患者数は増加しているものの、平均在院日数の短縮化により在院患者延べ数が伸びていない（図 2.2.4）。

また 2007 年から 2017 年にかけて新入院患者数は全国総数では増加しているが、都道府県レベルでは新入院患者数すら減少しているところがある（図 2.2.5）。

図 2.2.4 一般病床入院患者数の推移（2007 年=100）

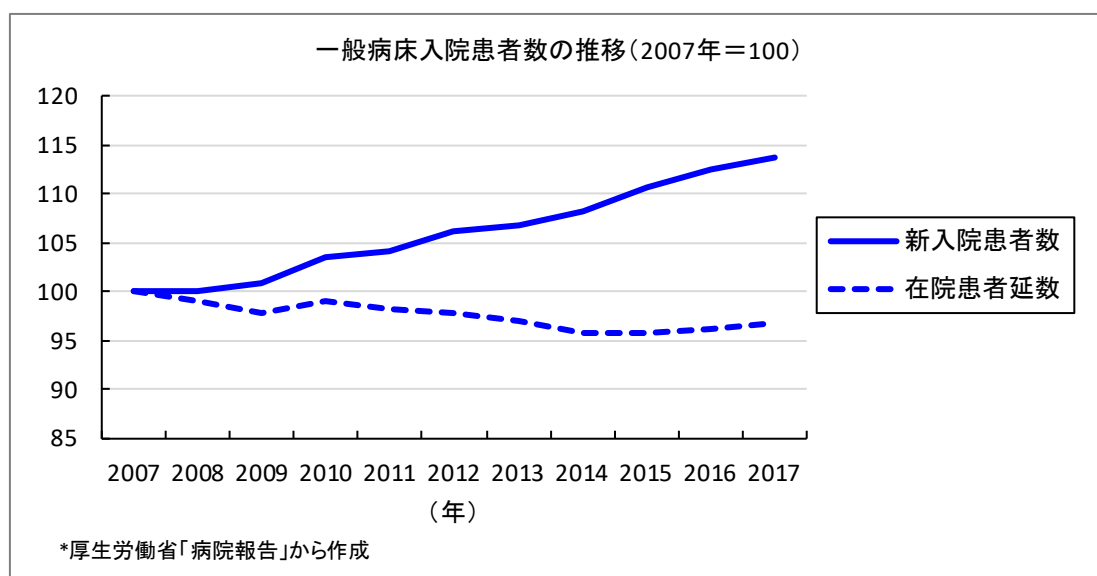
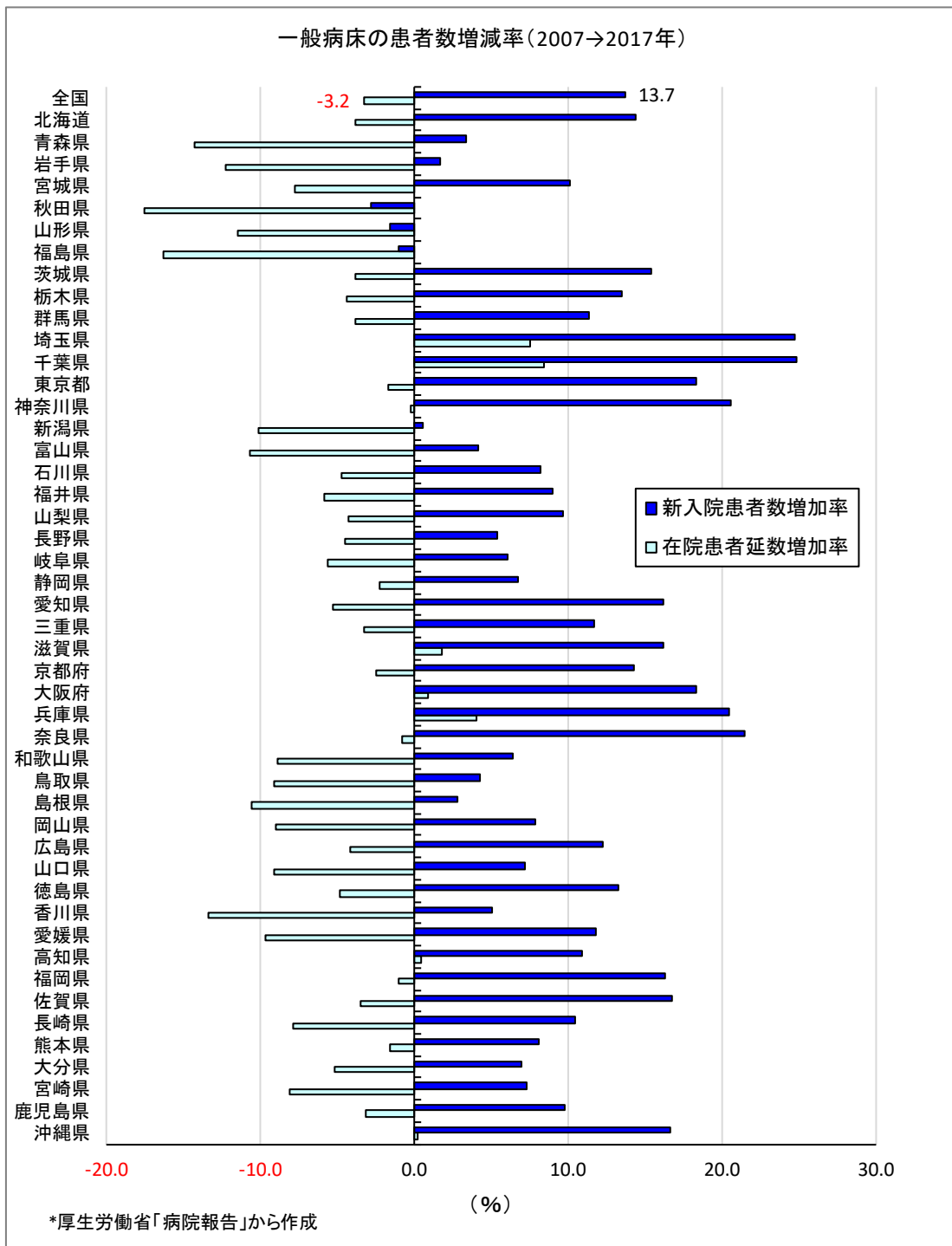




図 2.2.5 一般病床の患者数増減率（2007→2017年）



一般病床の平均在院日数の要因には以下のものがある。

① 療養病床との機能分化

1993年に療養型病床群、2000年に介護療養型医療施設（介護療養病床）、2001年に療養病床が創設された。

② 診療報酬による誘導（表 2.2.2）

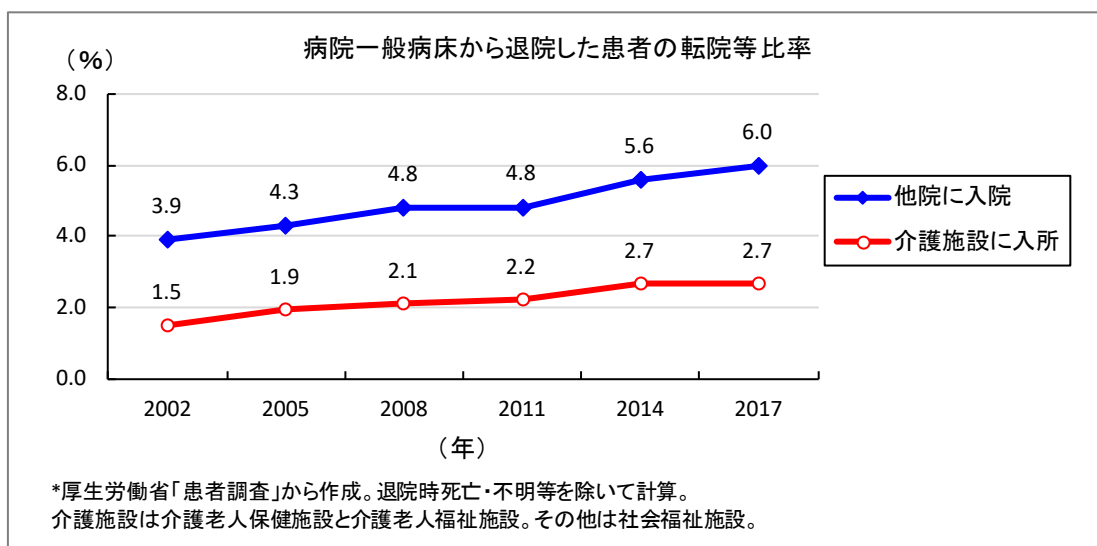
2000年から2012年までは平均在院日数要件そのものの厳格化、その後は、「重症度、医療・看護必要度」や「在宅復帰・病床機能連携率」により平均在院日数の短縮化が促された。

③ DPC/PDPS を選択する病院の増加

診断群分類ごとに在院日数に応じて3段階の点数が設定されており<sup>13</sup>、平均在院日数の短縮化を促進した。

上記①、②の結果として、一般病床から退院後、他院に入院したり介護施設に入所したりする患者の比率が上昇しており（図 2.2.6）、今後もこうした機能分化が進むと推察される。

図 2.2.6 病院一般病床から退院した患者の転院等比率



<sup>13</sup> 厚生労働省保険局「平成30年度診療報酬改定の概要 DPC/PDPS」（2018年3月5日）を参考に記載。 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000197983.pdf>

表 2.2.2 一般病棟入院基本料・平均在院日数要件等の変遷（主なもの）

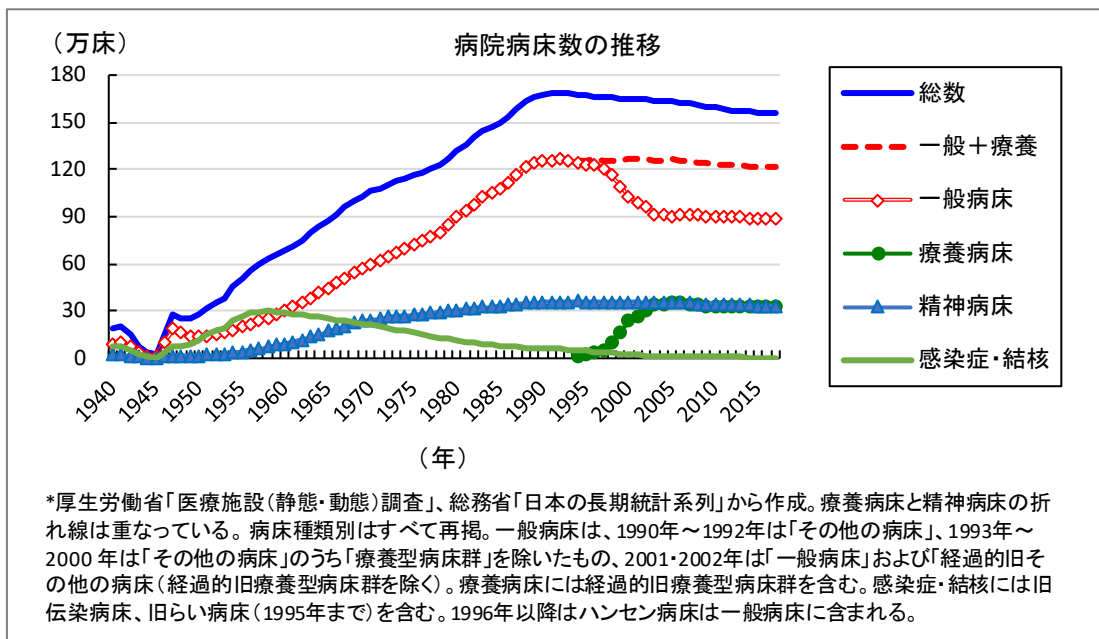
改定年	入院基本料	要件等
2000(H12)	I 群入院 基本料1	平均在院日数 25日以内
2002(H14)		平均在院日数 25日以内→21日以内
2006(H18)	7対1導入	平均在院日数 19日以内
	10対1	平均在院日数 21日以内
2008(H20)	7対1	重症度・看護必要度導入 該当患者割合10%以上
2010(H22)	10対1	一般病棟看護必要度評価加算新設(重症度・看護必要度の評価が要件)
2012(H24)	7対1	平均在院日数 19日以内→18日以内 重症度・看護必要度該当患者割合 10%以上→15%以上
	10対1	看護必要度加算新設 該当患者割合 加算1 15%以上、加算2 10%以上
	13:1・15:1	特定除外制度(90日超入院患者の特例)実質廃止
2014(H26)	7対1	名称変更「重症度、医療・看護必要度」およびA項目見直し 在宅復帰率要件導入 75%以上
	7対1・10対1	特定除外制度(90日超入院患者の特例)実質廃止
2016(H28)	7対1	重症度、医療・看護必要度A・B項目見直し、C項目追加 該当患者割合 15%以上→25%以上 在宅復帰率 75%以上→80%以上
	10対1	看護必要度加算 該当患者割合 加算1 24%以上、加算2 15%以上→18%以上、加算3 10%以上→12%以上
2018(H30)	再編	急性期一般入院料1 平均在院日数18日以内 重症度、医療・看護必要度 I (旧方式) 該当患者割合30%以上 重症度、医療・看護必要度 II 該当患者割合25%以上 名称変更「在宅復帰・病床機能連携率」 急性期一般入院料2～7 平均在院日数21日以内 該当患者割合は段階的に設定

\*中央社会保険医療協議会・入院医療等の調査・評価分科会2017年6月21日資料他から作成

## 2.3. 一般病床数

病院の一般病床数は 1990 年初めに病床規制の駆け込み需要が終わった時点でピークを迎え、その後漸減している（図 2.3.1）。

図 2.3.1 病院病床数の推移



一般病床数は入院患者数の減少（前述）ほどには減らなかったため、病床利用率が低下してきた（図 2.3.2）。公立病院では病床利用率 50%未満の病床が約 1 割存在する<sup>14</sup>（図 2.3.3）。

空床からは診療報酬は発生しないので、医療費を直接的には押し上げない。しかし病院の収益性が悪化するので<sup>15</sup>、診療報酬引き上げ要請が高まり得ることもあって、財政当局が病床削減の圧力をかけてくる（現実には診療報酬

<sup>14</sup> 公立病院（都道府県、市町村、地方独立行政法人）を例に図示したが、病床利用率 50%未満の病院は民間病院でも約 1 割存在する。病床利用率 70%以上は公立で 68.4%、民間で 73.8%。

<sup>15</sup> たとえば、病床稼働率の低い医療機関が増えると中医協の「医療経済実態調査」の損益差額率が悪化する。稼働率の低下を単価で補うべく「重症度、医療・看護必要度」の上位の診療報酬を算定しようとすれば、一定の要員配置が必要で人件費率が上昇し、さらに損益差額率が悪化する。

改定は他のさまざまな要因で決まる)。

図 2.3.2 病院 一般病床の病床利用率の推移

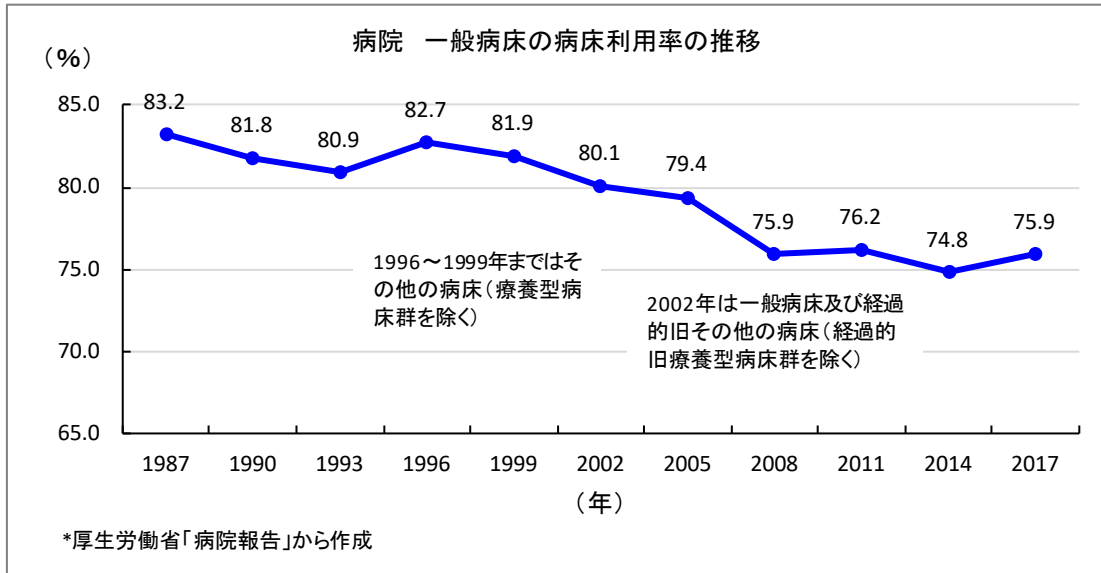
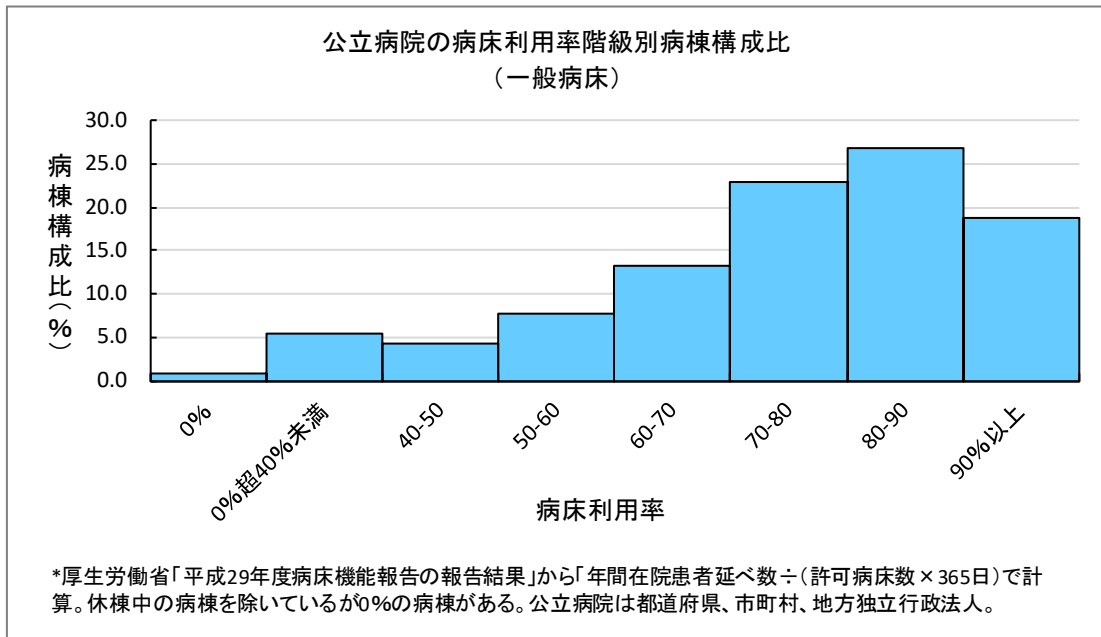


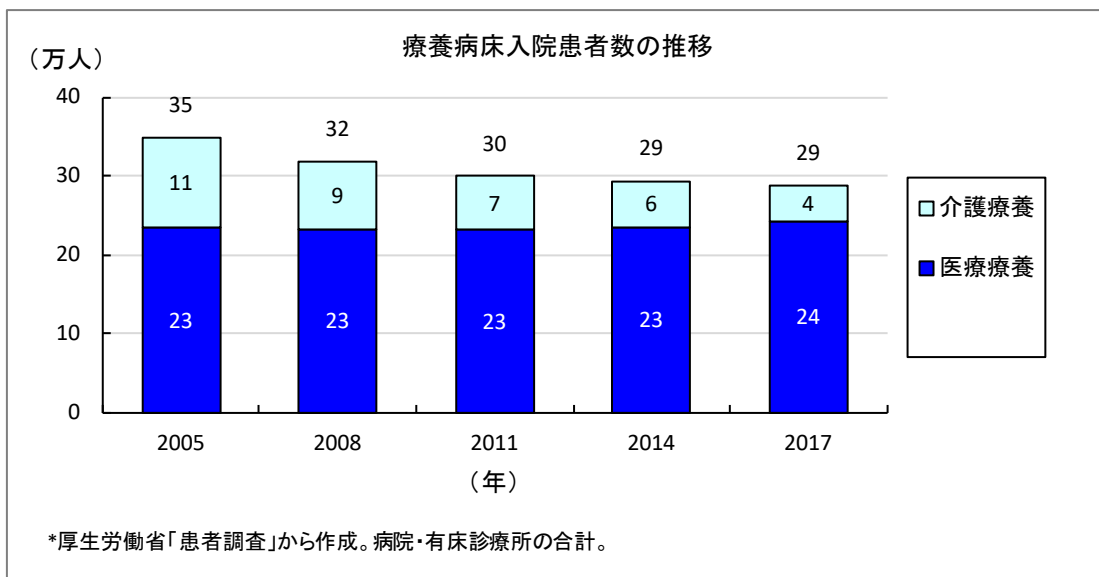
図 2.3.3 公立病院の病棟別病床利用率階級別構成比



## 2.4. 療養病床

療養病床のうち、介護療養病床は 2023 年度末までに廃止される予定であるが<sup>16</sup>、療養病床全体の入院患者は、全体としてそれほど減っていない。介護療養病床から医療療養病床への転換があると見られ、医療療養病床の患者数は微増である（図 2.4.1）。

図 2.4.1 療養病床入院患者数の推移



2010 年度の診療報酬改定で、医療療養病棟について療養病棟入院基本料 1 (20 : 1) ・ 2 (25 : 1) に再編され、直近の 2017 年には療養病棟入院基本料 1 の算定回数が 74% である（図 2.4.2）<sup>17</sup>。

2018 年 4 月に創設された介護医療院の療養床数は 2018 年 12 月末日時点で 7,414 床である（図 2.4.3）。介護医療院を開設するには、区市町村との事前協議が必要で開設までに数か月を要し<sup>18</sup>、2018 年中は首都圏近郊を中心

<sup>16</sup> 介護保険法附則第三十条の二（前略）介護療養型医療施設については、（中略）平成三十年三月三十一日までの間、なおその効力を有する。

<sup>17</sup> 療養病棟入院基本料 1：当該病棟の入院患者のうち、医療区分 2 又は 3 の患者が 8 割以上  
療養病棟入院基本料 2：当該病棟の入院患者のうち、医療区分 2 又は 3 の患者が 5 割以上

<sup>18</sup> 東京都では、2019 年 4 月に開設するには 2019 年 1 月 18 日までに事前協議申請書を提出する必要がある。

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shisetu/kaigoiryuin/iryoinkaisetsujizenkyougi.html>

に開設がなかった都府県もあるので、2019年以降の動きが注目される。

図 2.4.2 療養病棟入院基本料の算定回数

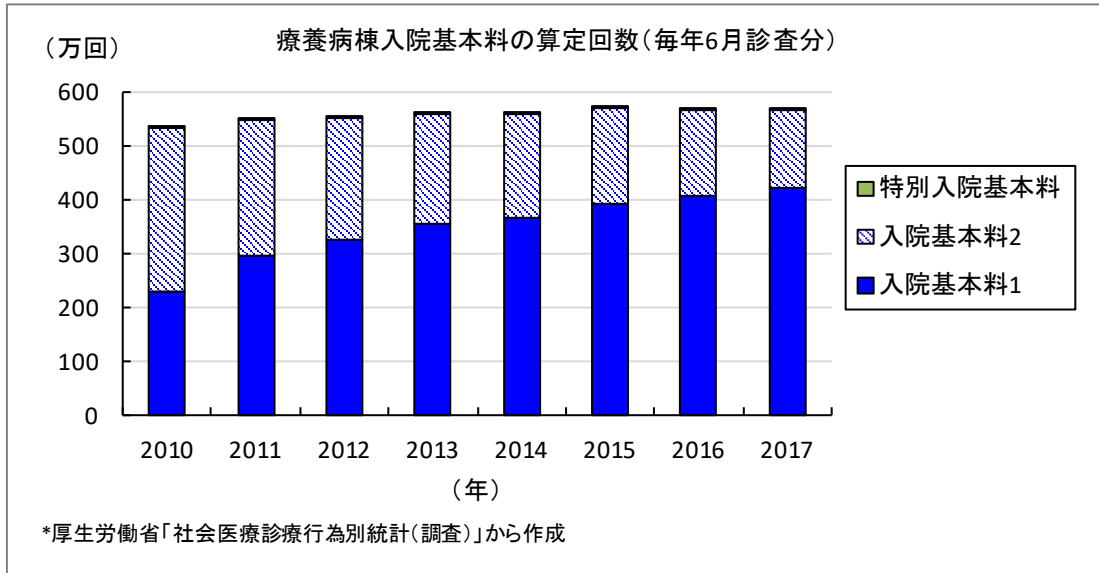
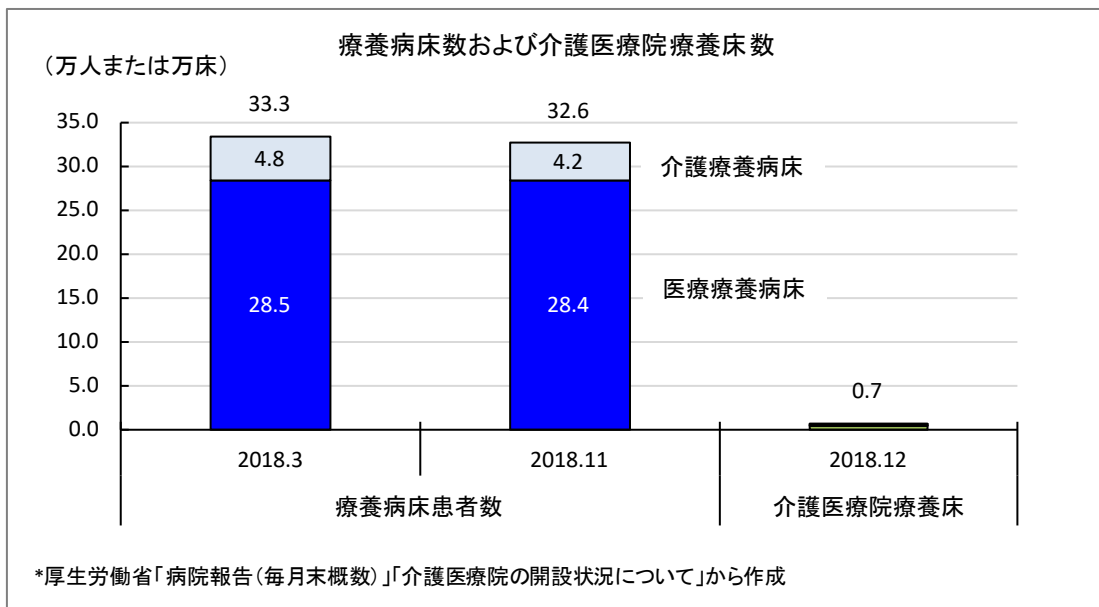


図 2.4.3 療養病床数および介護医療院療養床数



## 2.5. 精神病床

日本の精神病床数は諸外国に比して多く（図 2.5.1）、入院患者数の減少ほどには病床数が減っていないため、病床利用率が低下している（図 2.5.2）。

図 2.5.1 人口1,000人当たり精神病床の推移

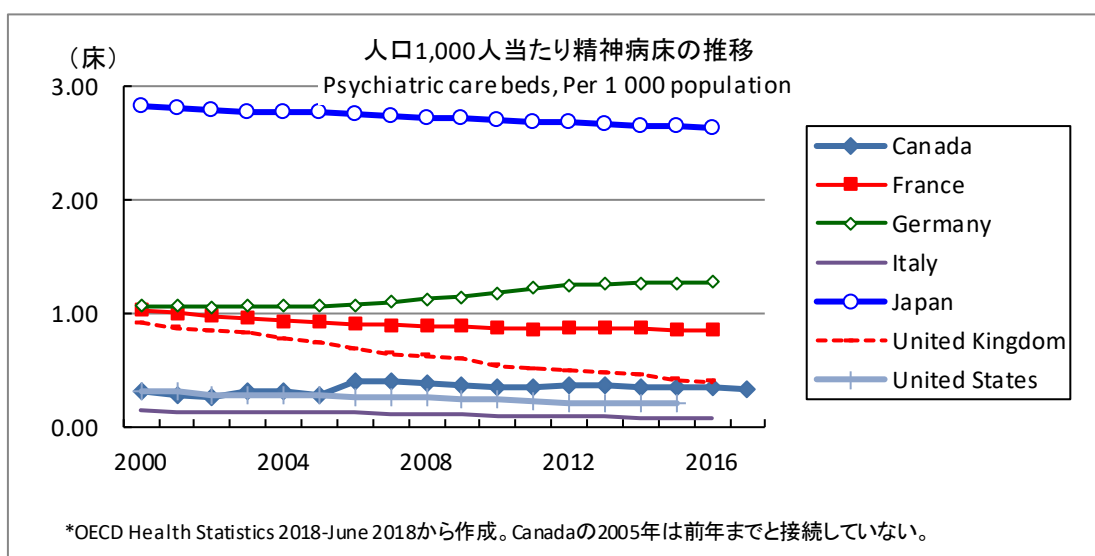
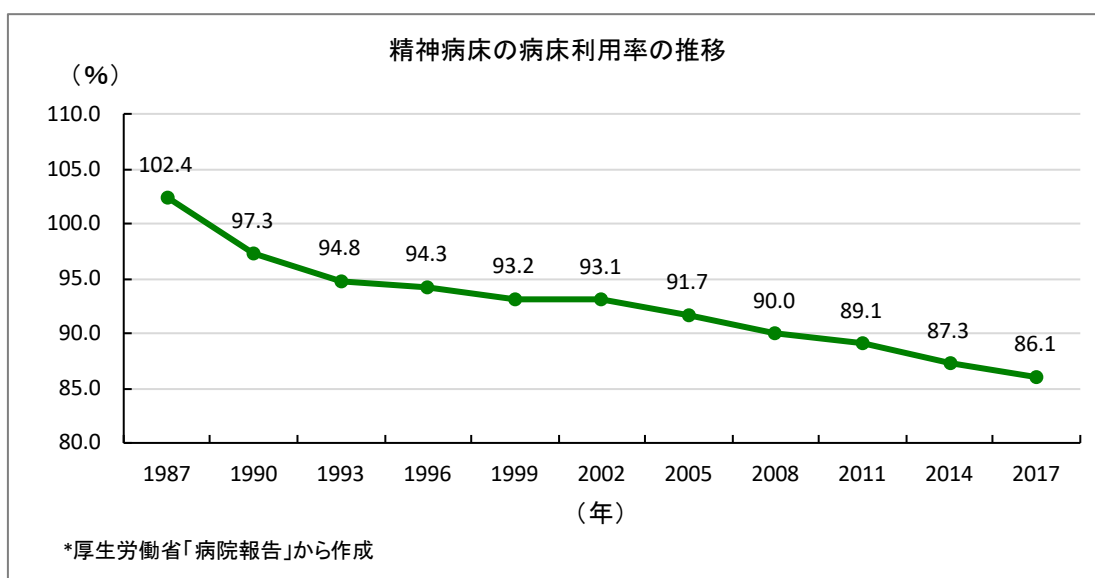


図 2.5.2 精神病床の病床利用率の推移





精神病床では、認知症およびアルツハイマー病の患者が約 2 割である（図 2.5.3）。療養病床も認知症およびアルツハイマー病の患者の入院場所であるが、精神病床での入院患者がやや増加傾向にある（図 2.5.4）。

図 2.5.3 精神病床入院患者の内訳

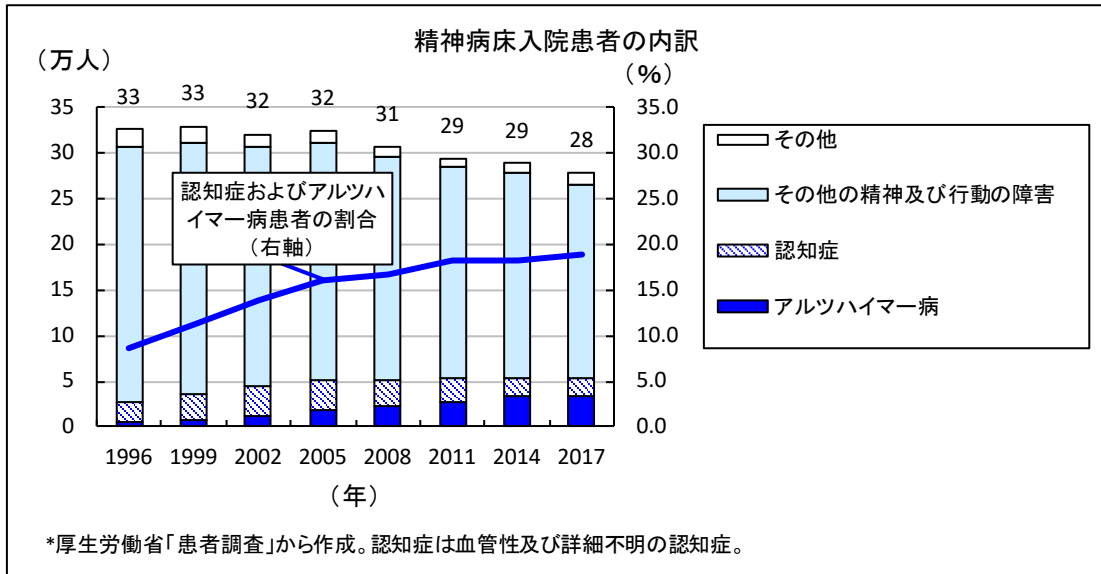
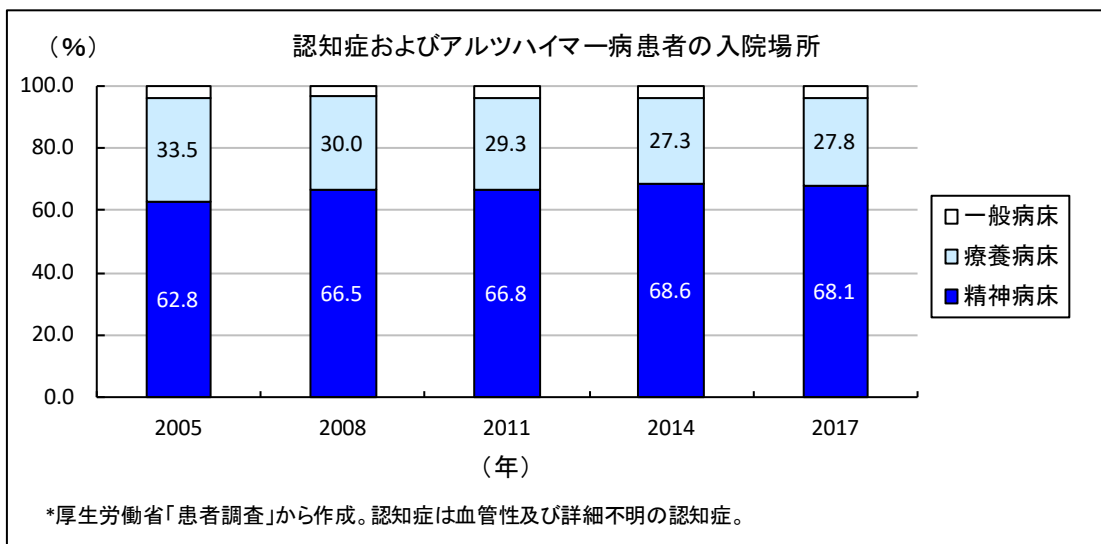


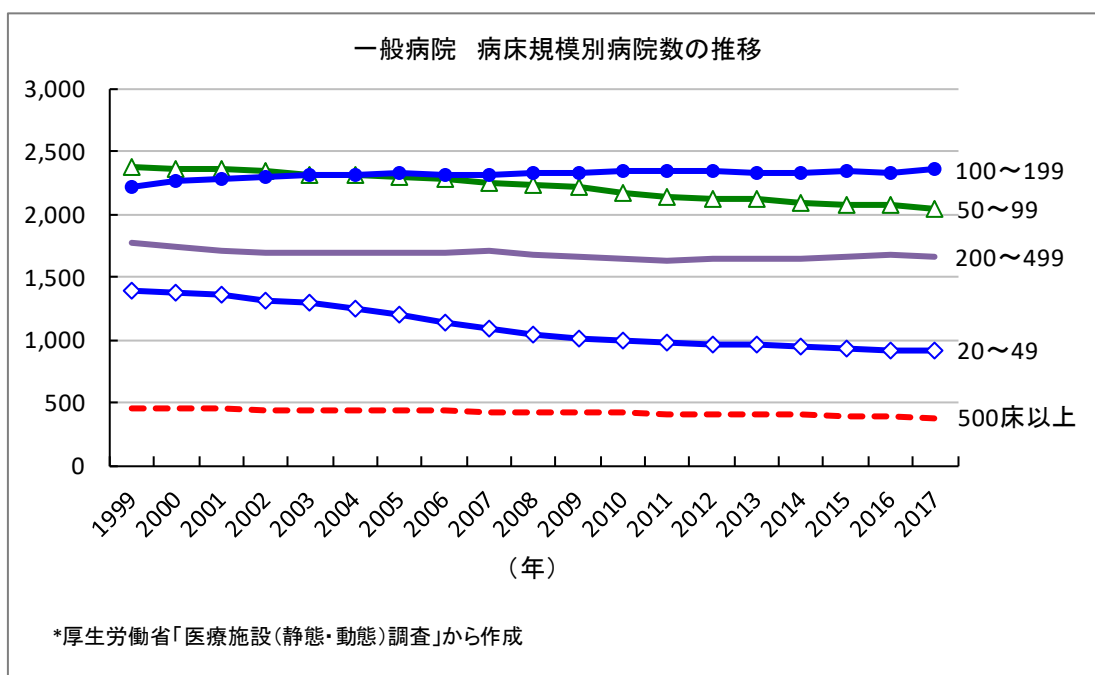
図 2.5.4 認知症およびアルツハイマー病患者の入院場所



## 2.6. 病床規模別

一般病院では、中小病院（200床未満）のうち、小規模な病院が減少している（図 2.6.1）。

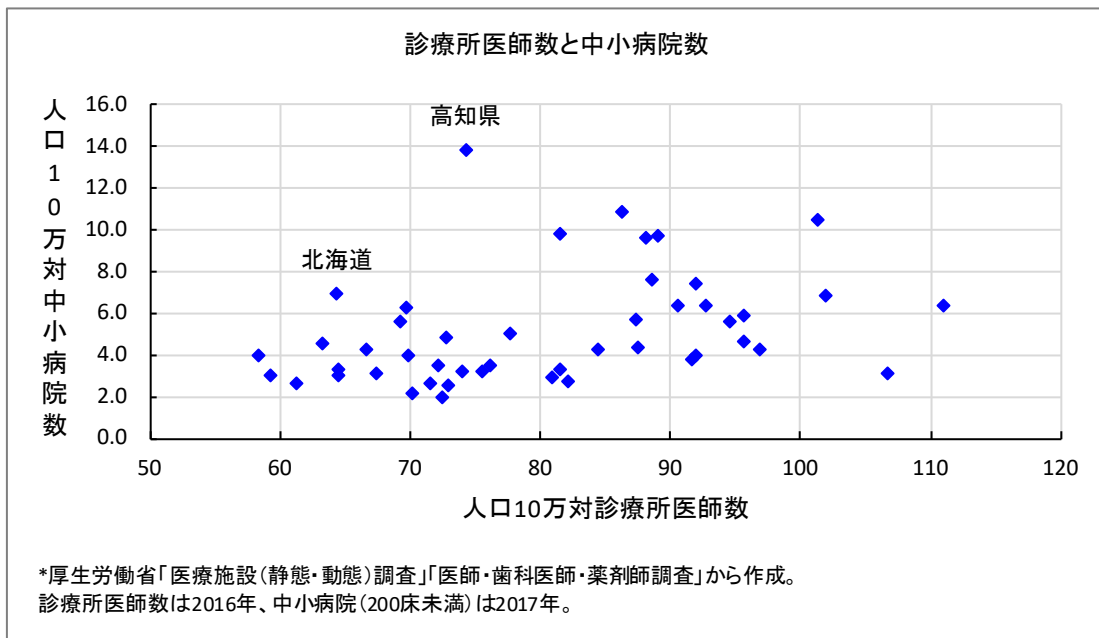
図 2.6.1 一般病院 病床規模別病院数の推移



診療所医師数は少ないが、中小病院が多い（※）という道県があり、中小病院が診療所と分担して、かかりつけ医機能やその後方支援機能を担っているケースも少なくないと推察される（もちろん大病院でも同様の機能をもつところはある）。

※一般に病床数は人口 10 万対で見るが、ここでは外来アクセスポイントという視点で人口 10 万対病院数（施設数）を見た。

図 2.6.2 人口 10 万対診療所医師数と中小病院数



### 3. 外来の需要と供給

#### 3.1. 外来患者数

厚生労働省「患者調査」の外来患者数（在宅医療および歯科を含む調査日当日の患者数）は年によるばらつきがあるが、ここ数年大きな変動はない（図 3.1.1）。外来受療率の高い高齢者数は増加しているが、長期処方为主要因として中高年層の外来受療率が低下してきたためと推察される（図 3.1.2）。

厚生労働省は、外来患者数は 2025 年にむけて微増、2025 年から 2040 年にかけては減少局面に入ると予測している（図 3.1.3）。

図 3.1.1 外来患者数の推移

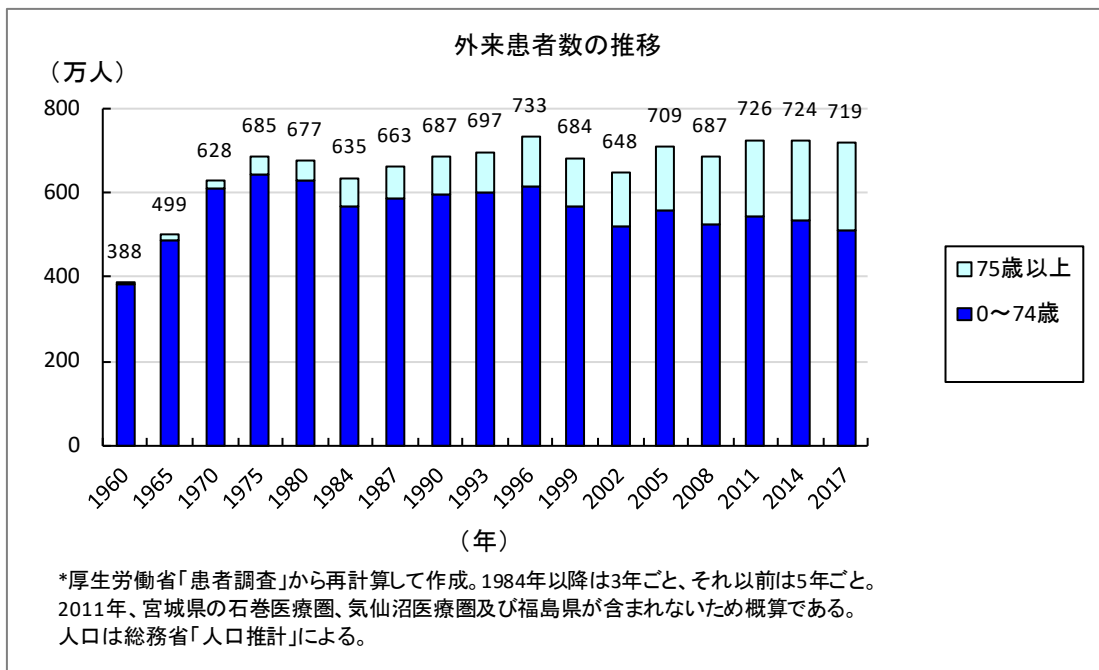


図 3.1.2 外来受療率の推移（病院・一般診療所・歯科診療所）

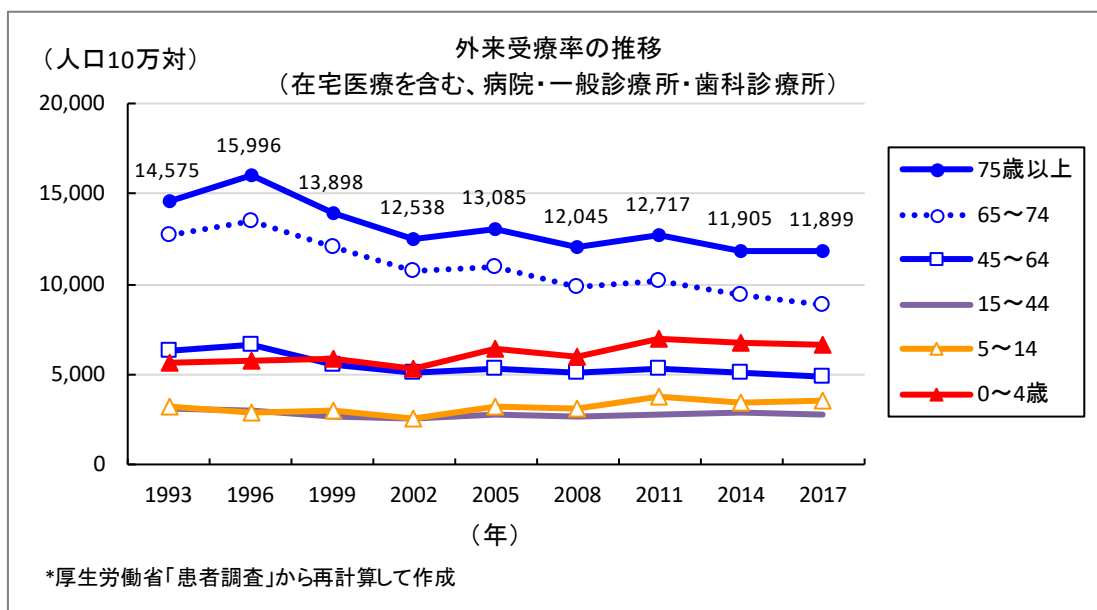
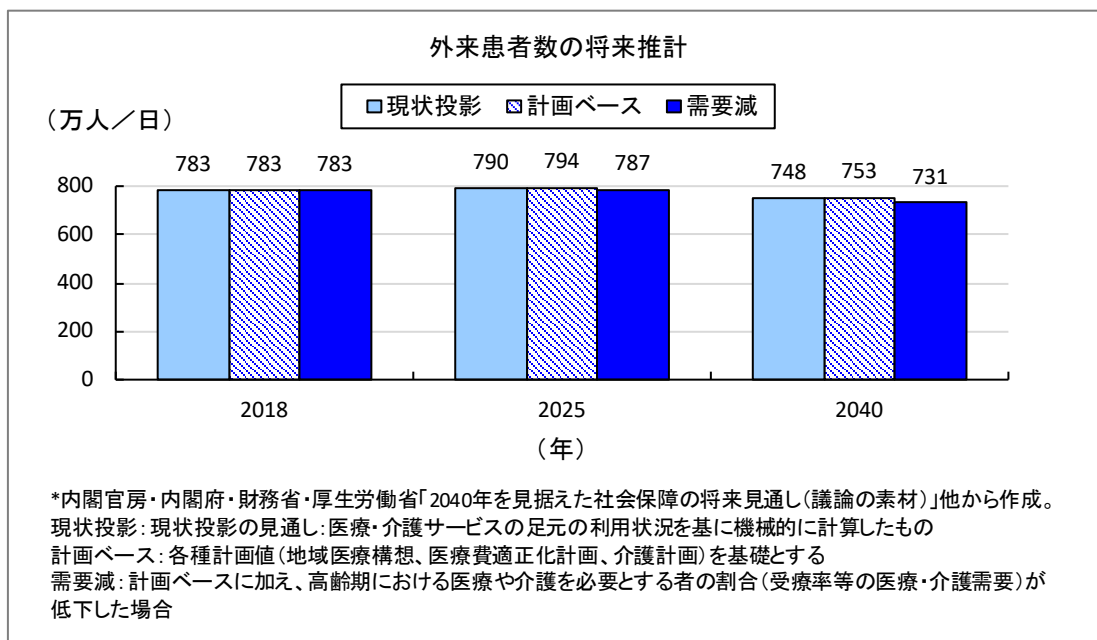


図 3.1.3 外来患者数の将来推計



外来・入院合計では、生活習慣病の総患者数（調査日に受療していない者を含む）が増加している（図 3.1.4）。しかし、外来では特に高血圧性疾患で長期処方により通院間隔が開いているため、外来患者数（調査日当日の患者数）はほぼ横ばいである（図 3.1.5）。

また、糖尿病、高血圧症はジェネリックの利用も進んでいる。この結果、糖尿病、高血圧症（疾患）の入院外医療費は伸びていない。悪性新生物の医療費は増加している（図 3.1.6）。

図 3.1.4 主な傷病の総患者数（外来・入院合計）

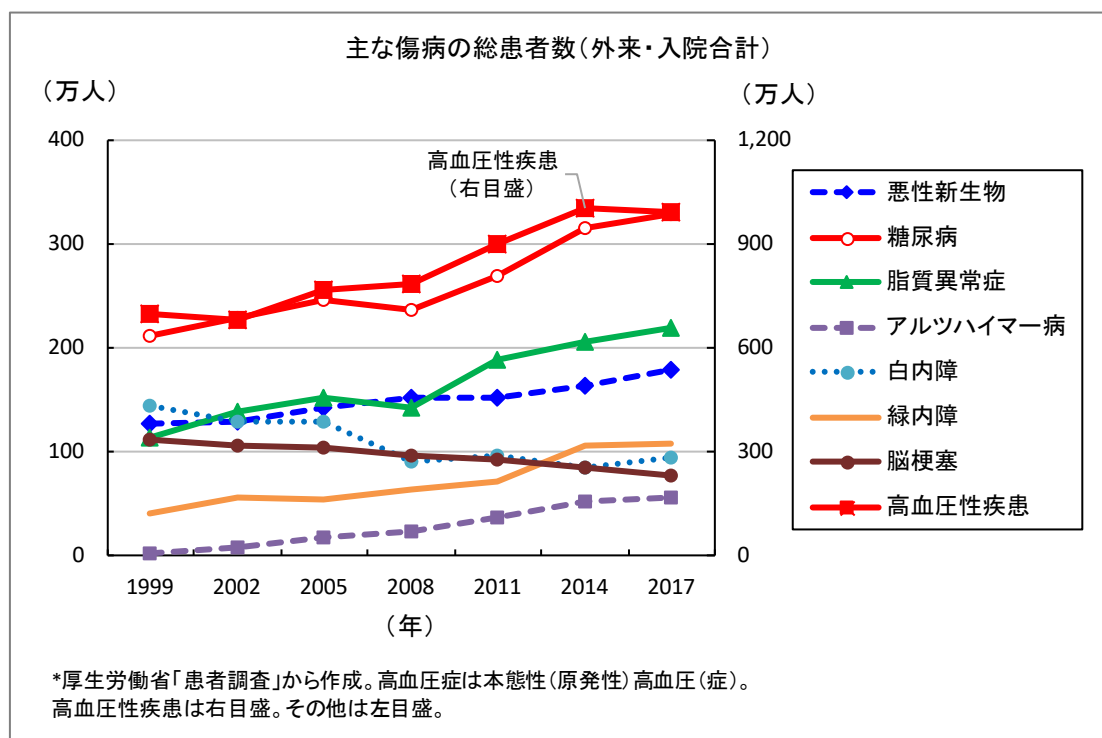


図 3.1.5 主な傷病の外来患者数

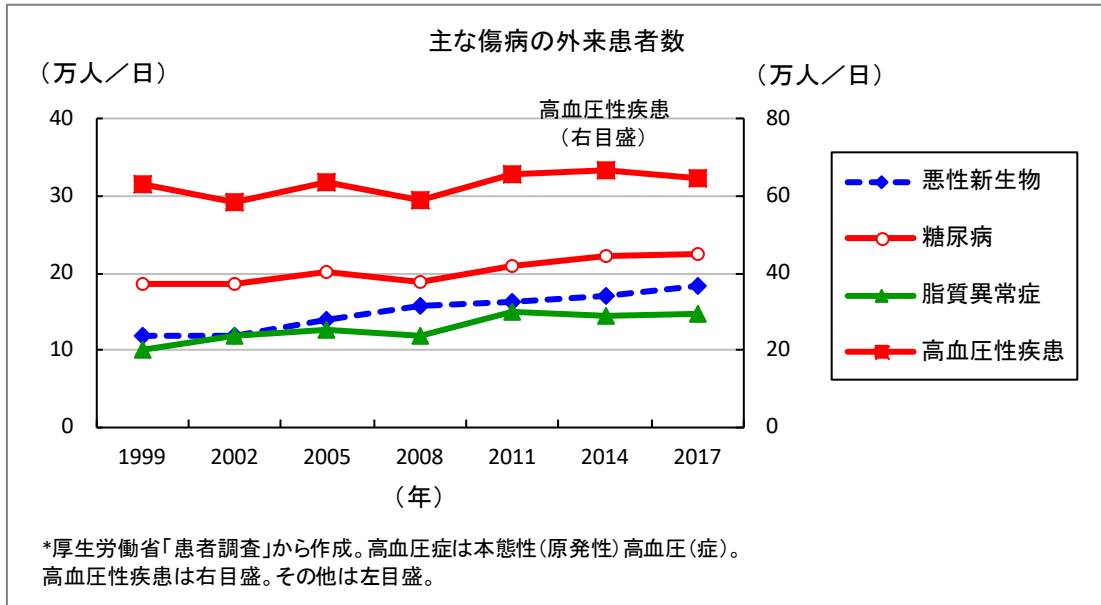
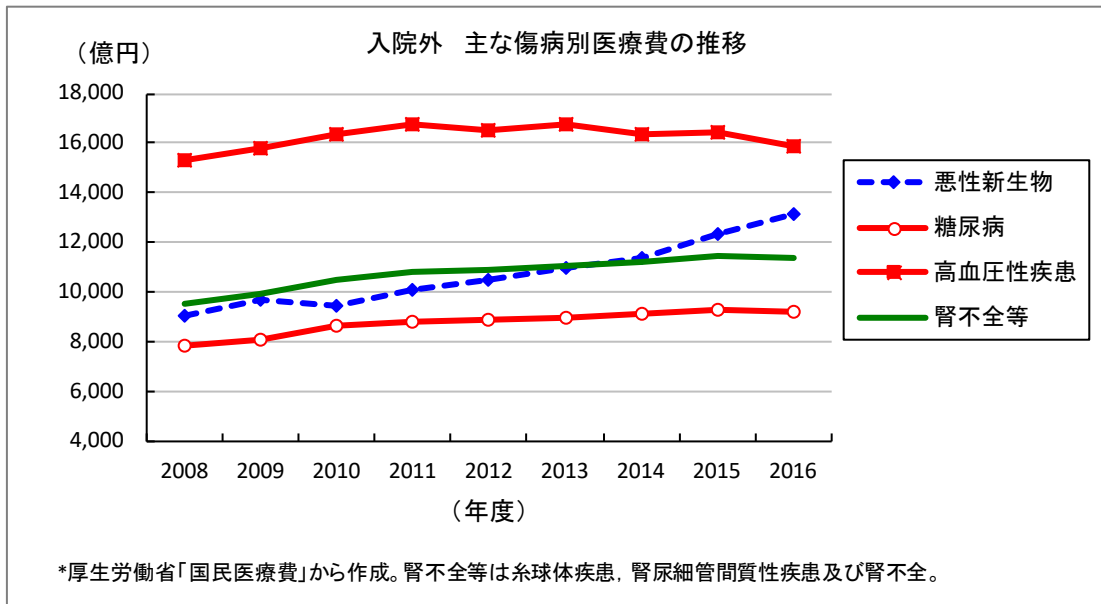
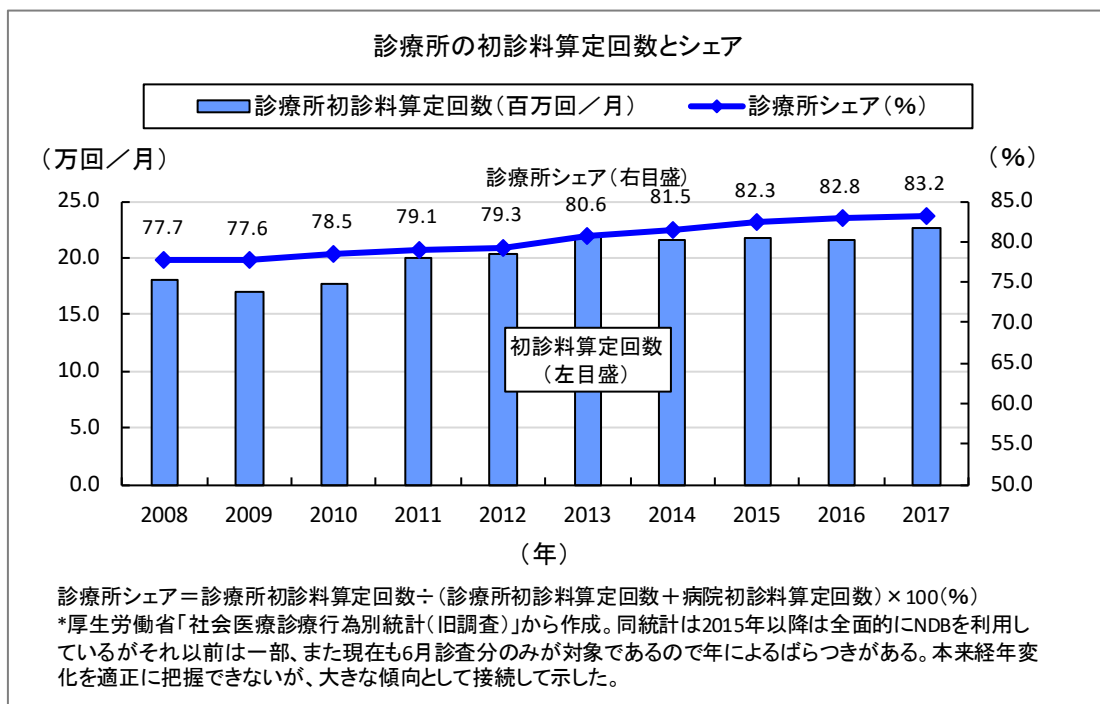


図 3.1.6 入院外 主な傷病別医療費の推移



これまで見てきたように外来患者数はほぼ頭打ちであり、今後も増加する見込みはない。しかし、病院から診療所への外来機能分化が進んでいるので、診療所の外来患者数は増加すると予測される。一例として、初診料算定回数のうち診療所が算定する割合は2017年には83.2%に達している(図 3.1.7)。

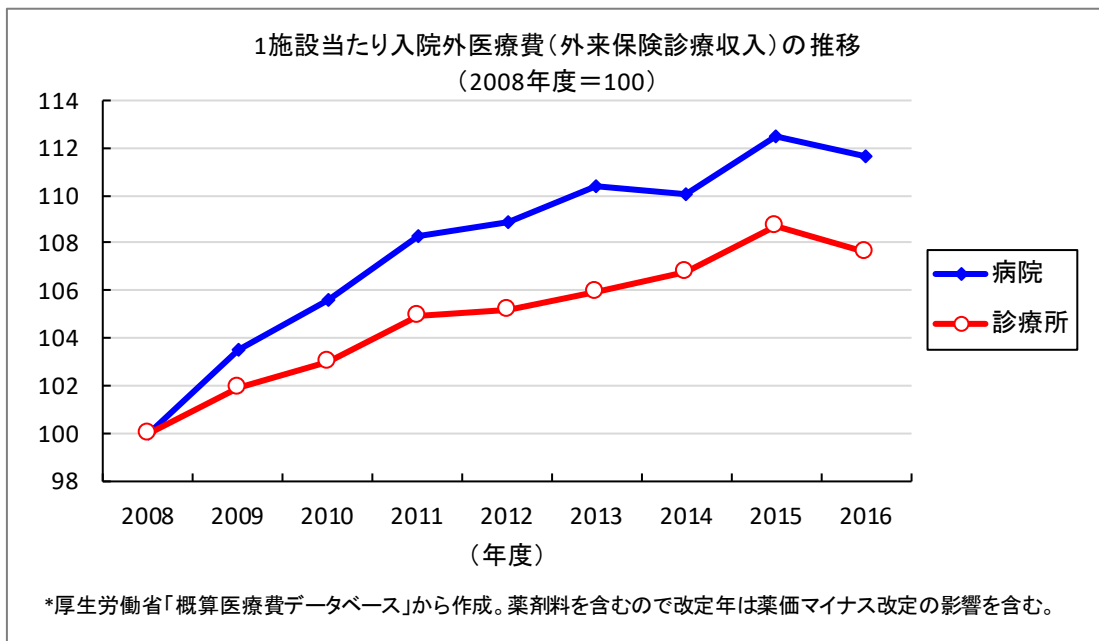
図 3.1.7 診療所の初診料算定回数とシェア





病院から診療所への外来機能分化が進んでいるが（前述）、病院では外来化学療法等の拡大により医療費が増加しており、病院の1施設当たり入院外医療費（外来保険診療収入）の伸びは診療所を上回る（図 3.1.8）。

図 3.1.8 1施設当たり入院外医療費の推移



## 3.2. 在宅医療

厚生労働省「患者調査」の在宅医療患者数は、調査日に在宅医療を受けた患者数である。2014年に歯科で著しい増加が見られるが（図 3.2.1）、これは調査手法の限界によるものと考えられる<sup>19</sup>。また2014年から2017年にかけて訪問診療が微減であるが、NDB オープンデータでは、訪問診療料の算定回数は着実に増加している（図 3.2.2）。

2017年の在宅患者数は18万人である。厚生労働省は2015年の在宅患者数を19～23万人と推計していたが<sup>20</sup>、その水準に届いていない。

---

<sup>19</sup> 歯科の抽出率は1.9/100である。

<sup>20</sup> 「社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」（平成23年6月）における2025年の医療の需要（1日当たり利用者数等）と供給（必要ベッド数）の推計方法について」地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会資料 2014年9月18日

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000058297.pdf>

図 3.2.1 在宅医療患者数の推移

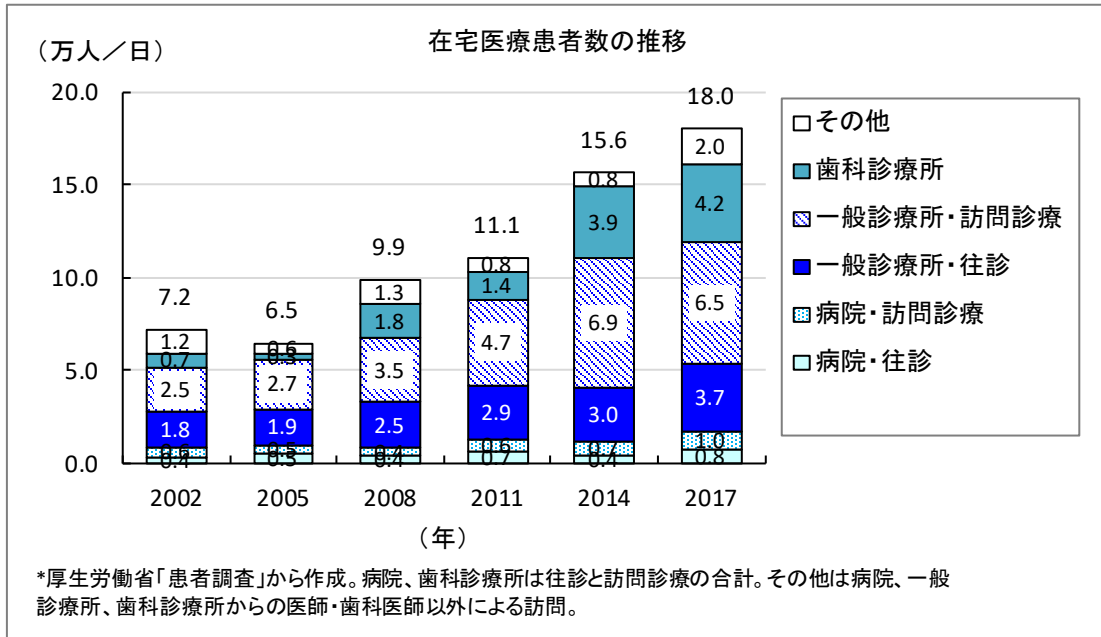
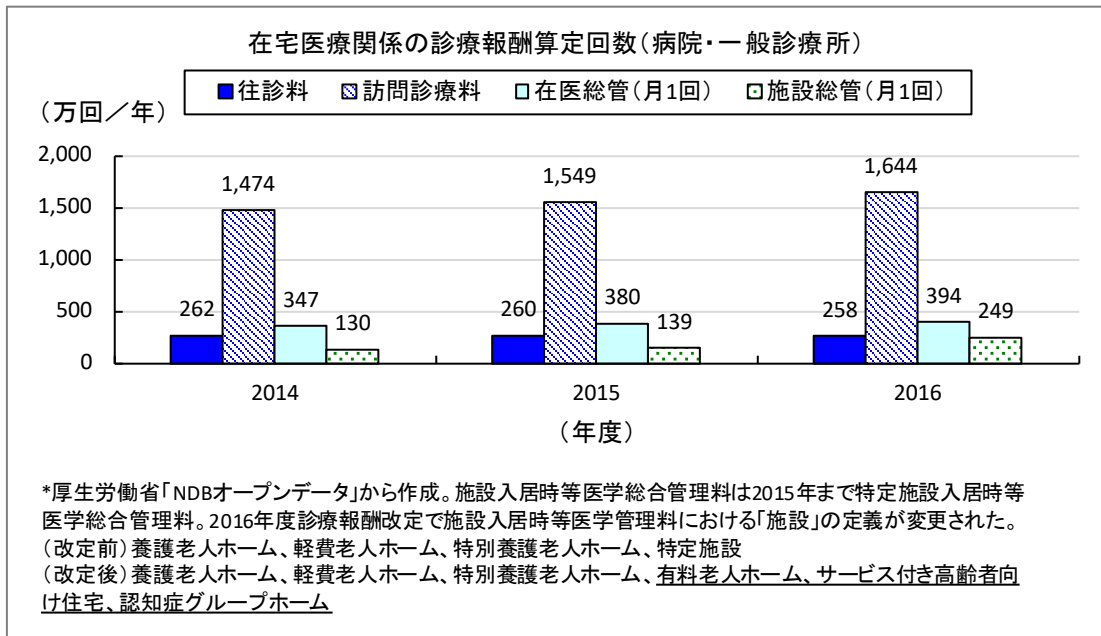
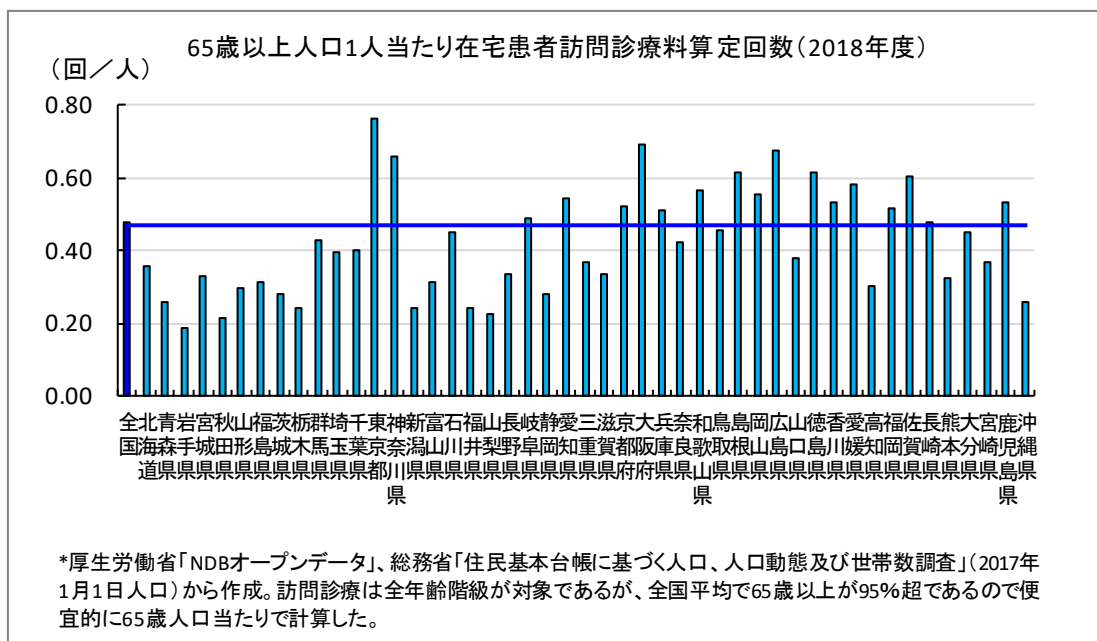


図 3.2.2 在宅医療関係の診療報酬算定回数（病院・一般診療所）



在宅医療（訪問診療料）<sup>21</sup>は、第一に都市部が牽引している（図 3.2.3）。

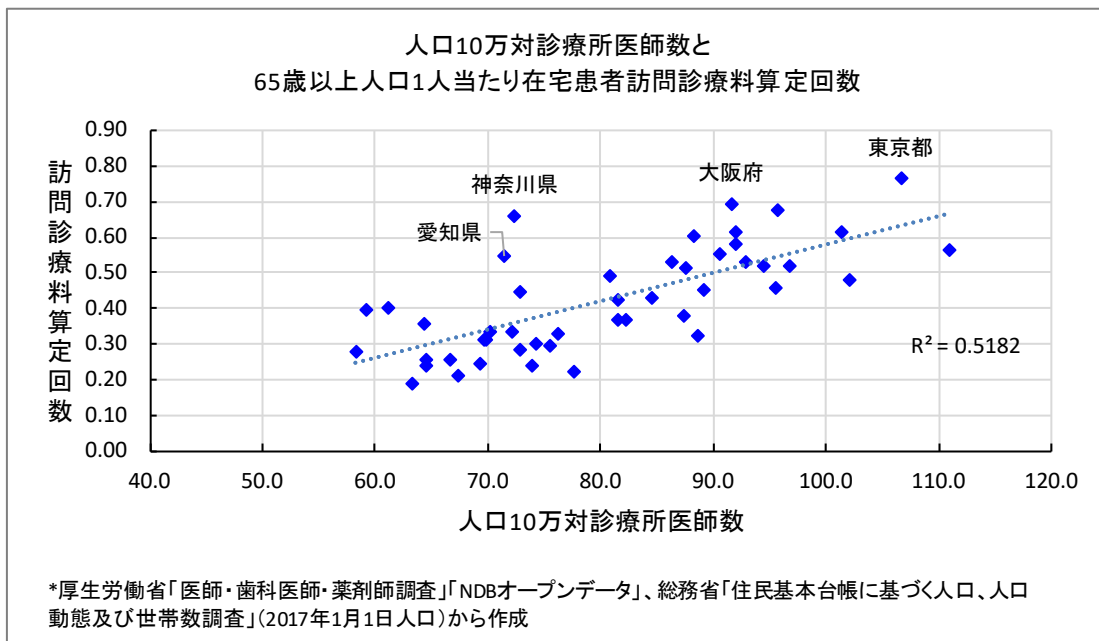
図 3.2.3 65 歳以上人口 1 人当たり在宅患者訪問診療料算定回数



<sup>21</sup> 在宅患者訪問診療料（訪問診療料）の算定は都度、在宅時医学総合管理料および特定施設入居時等医学総合管理料の算定回数は月1回で、単純に合算できないので訪問診療料で図示。

第二に診療所医師数と訪問診療回数にはある程度の相関があり（図 3.2.4、相関係数 0.720）、在宅医療を行う医師の確保が重要であることが確認される。

図 3.2.4 人口 10 万対診療所医師数と  
65 歳以上人口 1 人当たり在宅患者訪問診療料算定回数



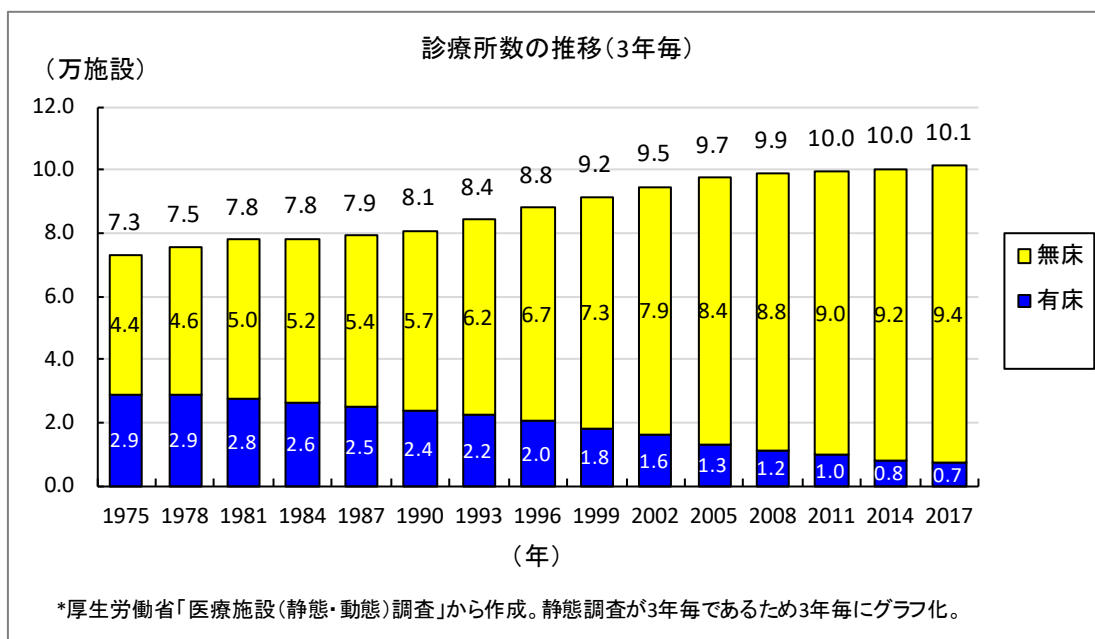
## 4. 医師数など

### 4.1. 診療所数および診療所医師

診療所数の伸びは全体で緩やかになってきている（図 4.1.1）。有床診療所の減少理由の 6～7 割が無床化であり（図 4.1.2）、無床診療所数は増加している<sup>22</sup>。

また有床診療所では内科系が大幅に減少しており、有床診療所に占める診療科別の割合は、2017 年で内科系 36.4%、産科・産婦人科 23.7%、整形外科 10.9%、眼科 9.2%である（図 4.1.3）。

図 4.1.1 診療所数の推移



<sup>22</sup> 直近 2018 年 11 月末概数では無床診療所 95,303 施設、有床診療所 6,893 施設。厚生労働省「医療施設動態調査(平成 30 年 11 月末概数)」より。

図 4.1.2 有床診療所の増減理由

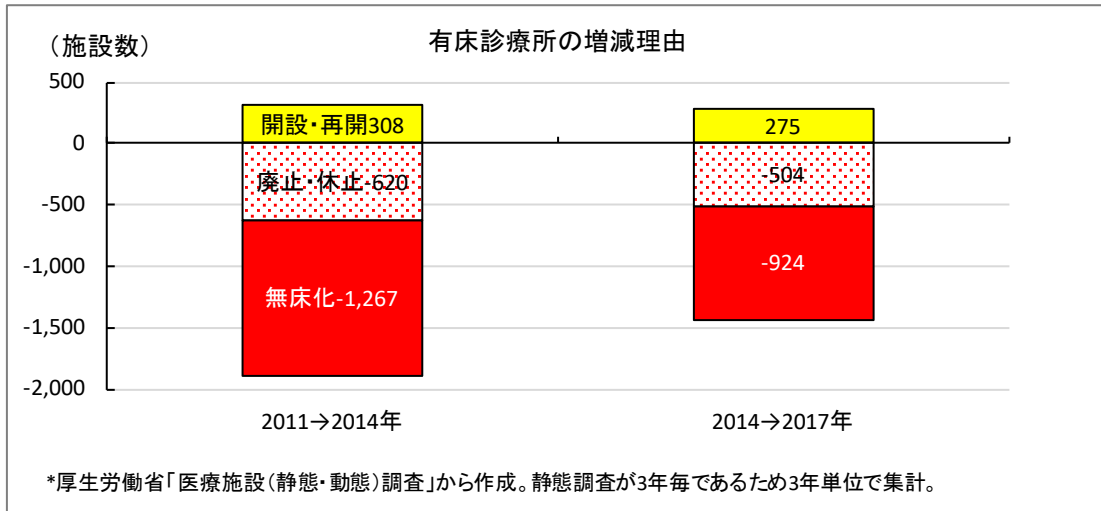
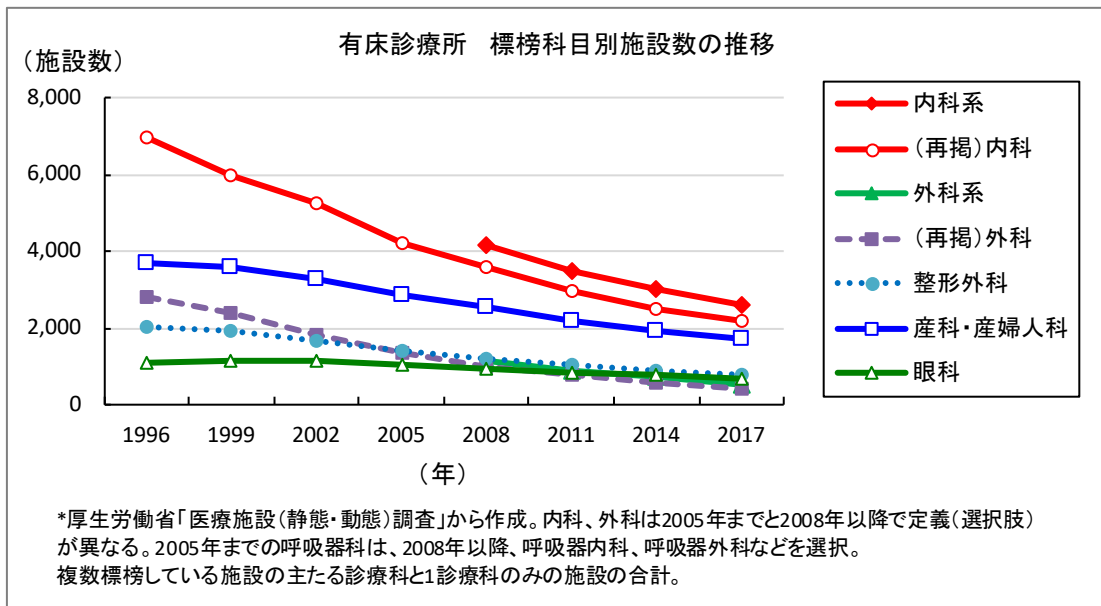


図 4.1.3 有床診療所 標榜科目別施設数の推移



医師数については、これまでの医師数増加分の多くは病院で増加しており、診療所医師数の伸びは全体では緩やかである（図 4.1.4）。診療所だけで看取りを行うわけではないが、すでに死亡千人当たり診療所医師数は減少傾向にある（図 4.1.5）。

図 4.1.4 医師数の推移（実人員）

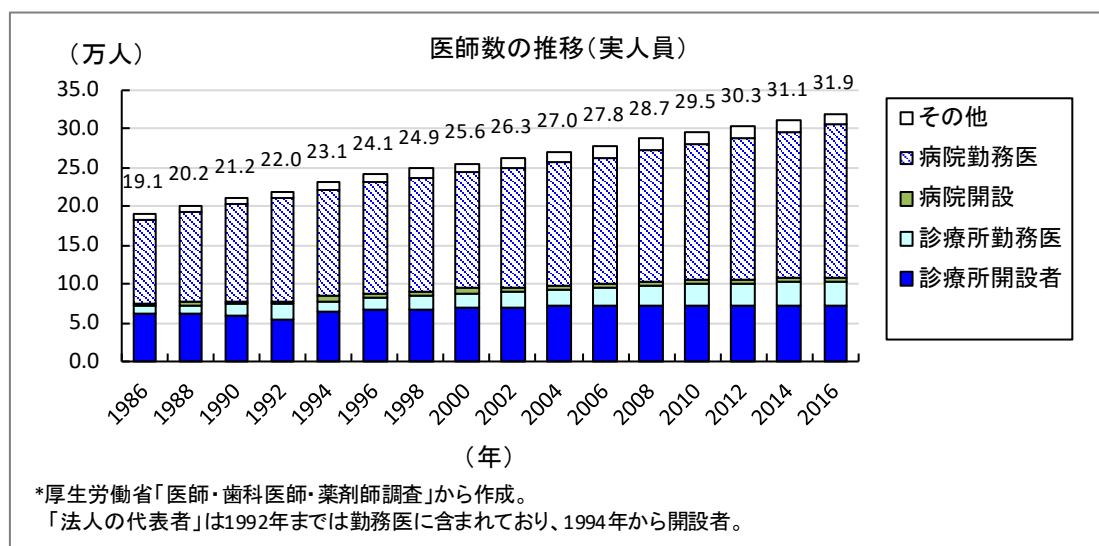
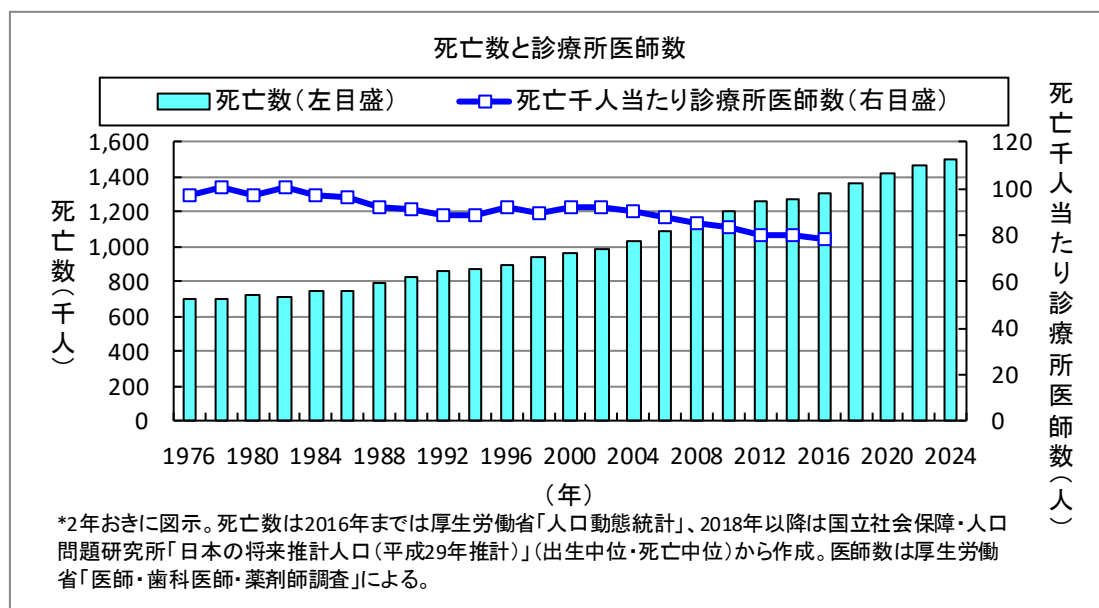


図 4.1.5 死亡数と診療所医師数





東北地方では人口当たりの診療所医師数が少ない上（図 4.1.6）、診療所医師の高齢化が進んでいる（図 4.1.7）。

図 4.1.6 診療所 人口10万対医師数（2016年）

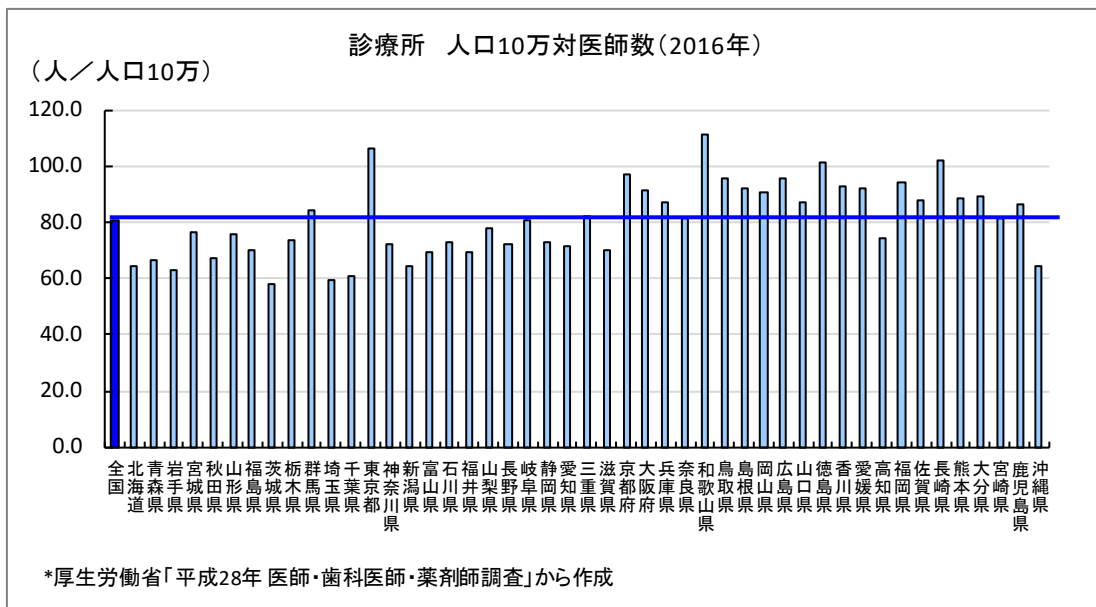
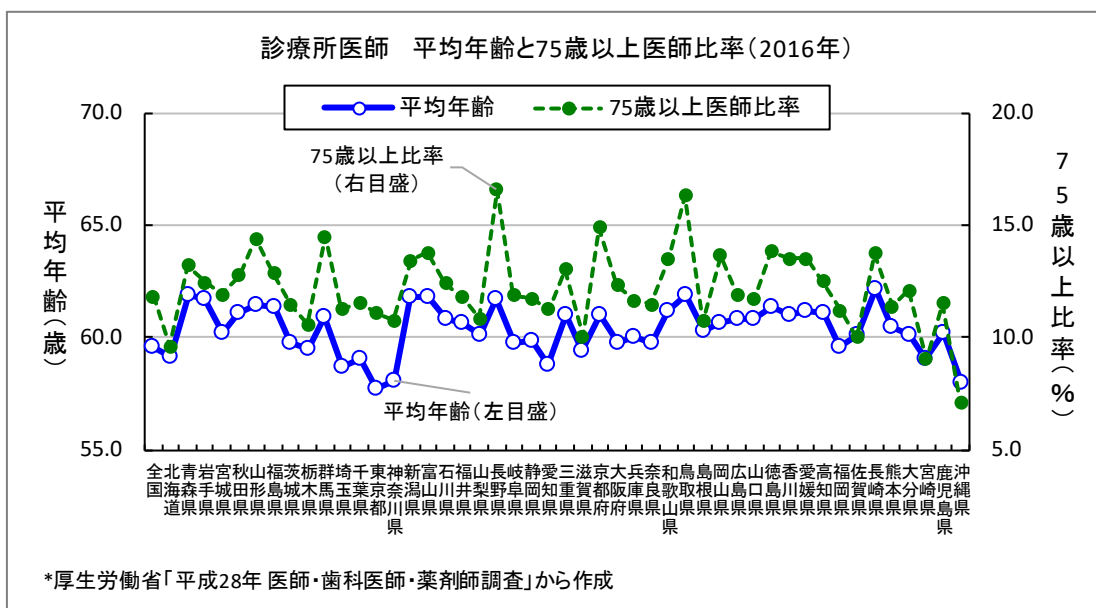


図 4.1.7 診療所 医師の平均年齢と75歳以上医師比率



診療所では内科、外科の医師が総合的な診療を担うことが多いが、内科系医師数は伸び悩んでおり、外科系の医師は減少している（図 4.1.8）。

眼科、整形外科、皮膚科、精神科では医師が増加している（図 4.1.9）。皮膚科医師を例に見ると、東京都に著しく集中している（図 4.1.10）。

図 4.1.8 診療科別診療所医師数の推移（内科系・外科系）

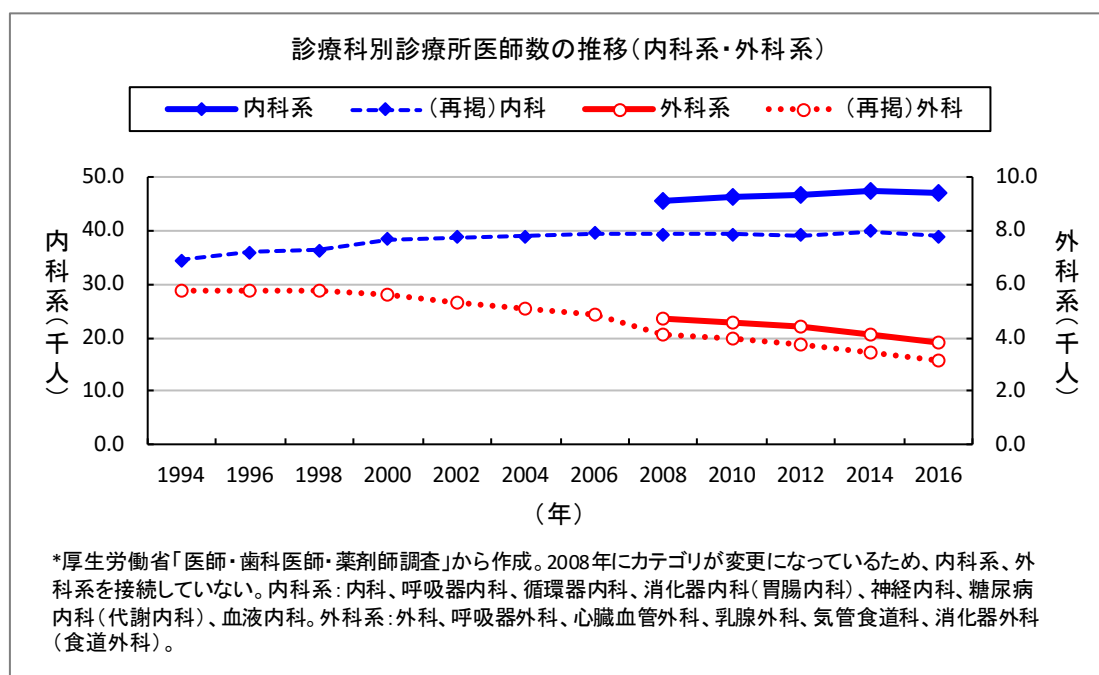


図 4.1.9 診療科別診療所医師数の推移（内科系・外科系以外）

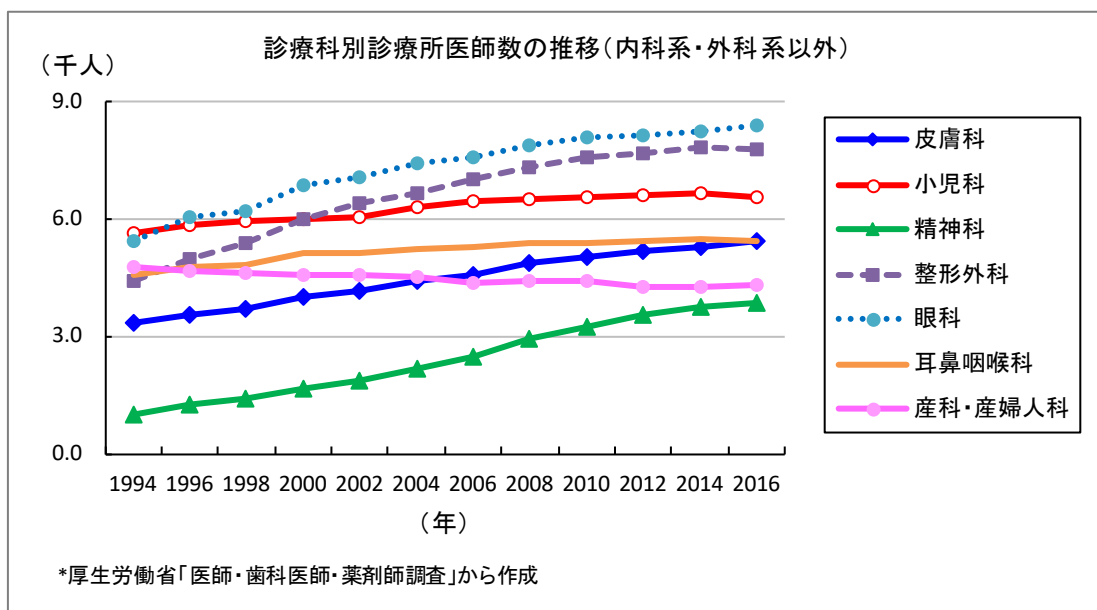
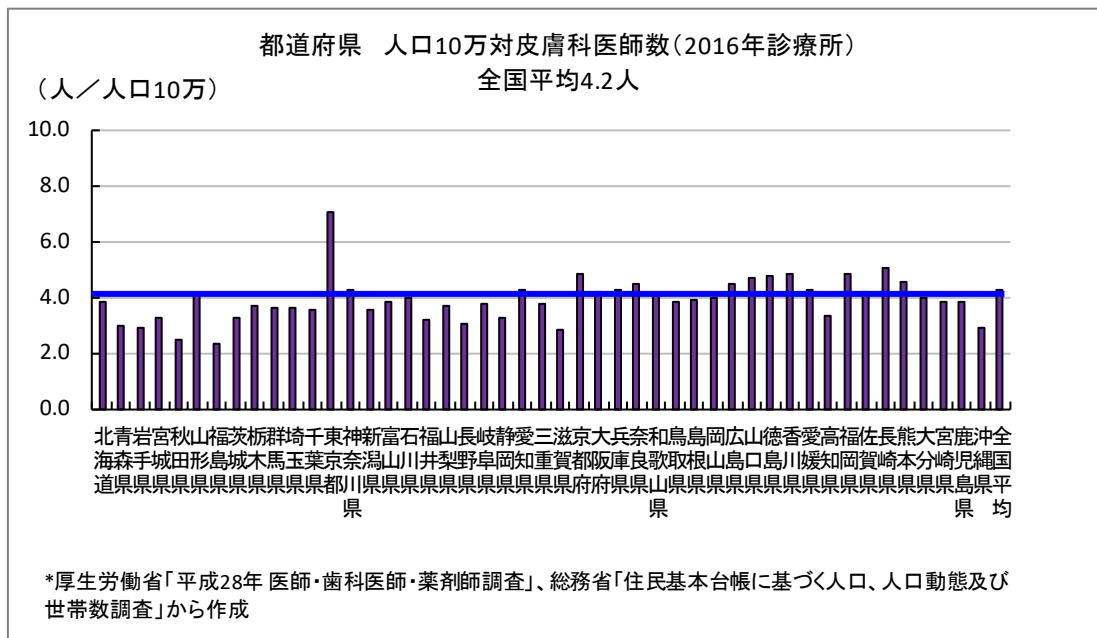


図 4.1.10 都道府県 人口10万対皮膚科医師数（2016年診療所）



## 4.2. 病院医師のキャリア

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」から推計すると、病院勤務医師は 65 歳を超えたところで半減する<sup>23</sup>。同調査では常勤医師以外を完全に捕捉できないと推察されておりその影響もあるが<sup>24</sup>、いずれにせよ、病院勤務医師の半数は 65 歳頃（定年がある場合には定年）を境に非常勤か無職になっていると見られる（図 4.2.1）。

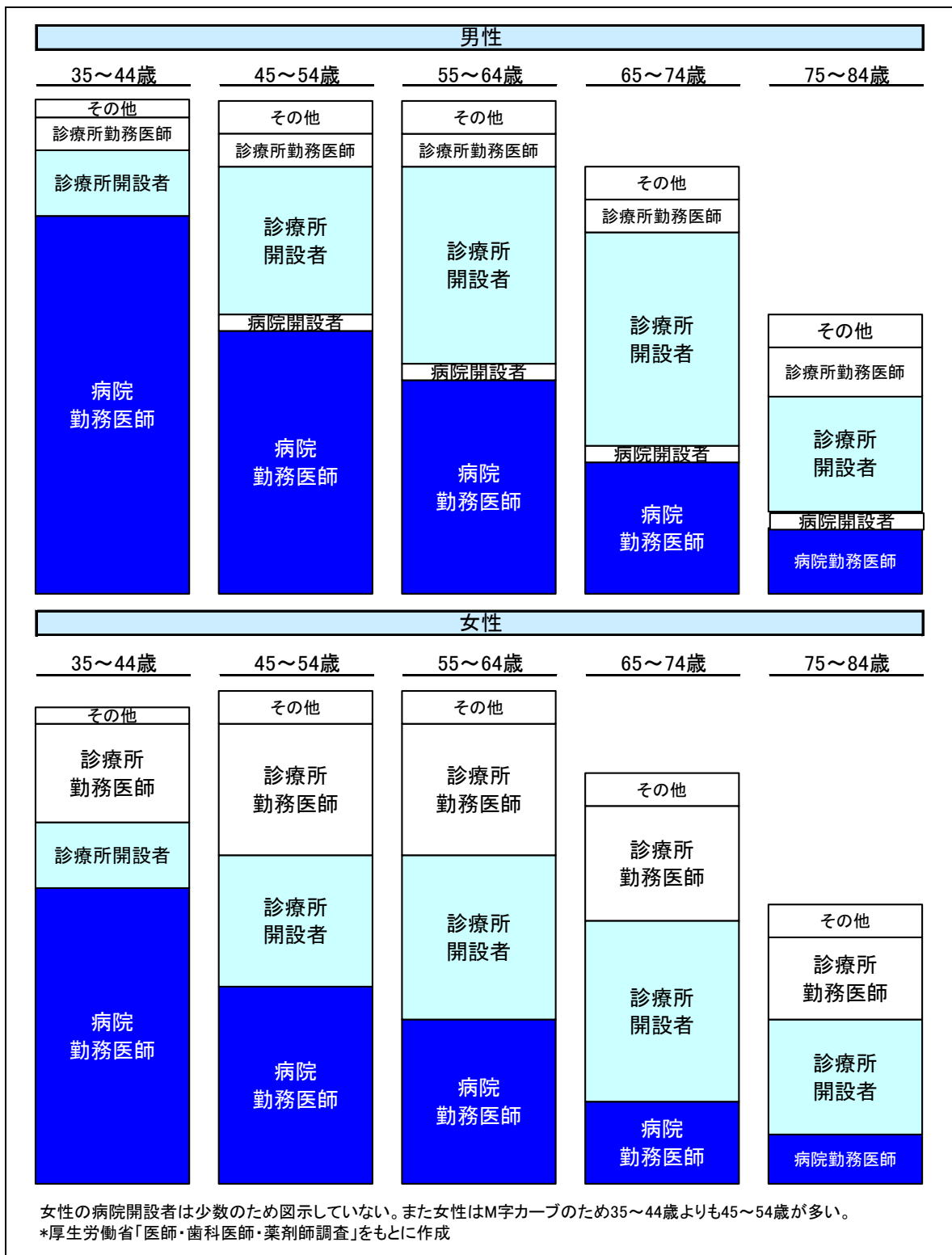
※) 2016 年に 55～64 歳、65～74 歳、75～84 歳だった医師ベースに 10 年ずつ遡って作成しているので、35～44 歳の医師は 1996 年時点での状況であり、現在の医師の状況とは異なる。

---

<sup>23</sup> 2018 年の 75～84 歳は 2008 年には 65～74 歳であったことから、各年齢階級について 10 年ずつ移動して計算した。

<sup>24</sup> 定年後アルバイトのみなど、いわゆるホームグラウンドがない医師は、自ら届出票を入手することが必要であり（保健所に問い合わせるか、ホームページからダウンロードする）、行き渡っていない可能性がある。

図 4.2.1 病院医師のキャリアパス（粗い試算・イメージ）



### 4.3. 医師の需要

2015年に日本医師会が行った調査によると、当時、100床当たり医師数は急性期のみの病院では高度急性期のみの病院の半分以下、回復期のみでは急性期のみの半分以下という結果であった（図 4.3.1）<sup>25</sup>。これを仮に地域医療構想の2025年の機能別病床数の必要量に当てはめてみると、2025年の病院医師数は現状より1割以上少なく（※）計算される。

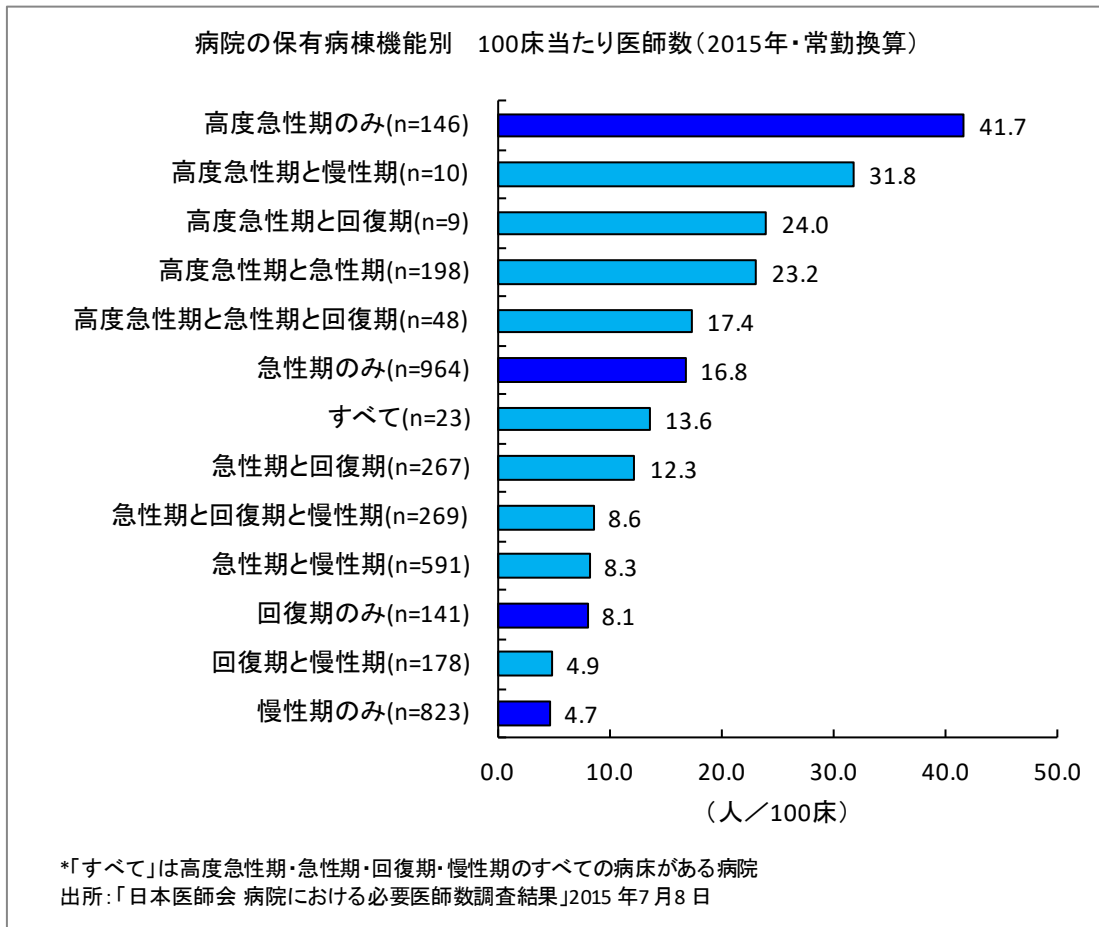
（※）

- 足下の病床と病床数の必要量は性格が異なるものであり単純比較できないがマクロの目処として計算した。
- 医師の働き方改革等は考慮していない。
- 各病院が必要とする医師数はこれとは異なる。私見であるが、各病院が求める必要医師数はほぼ永遠に1.0倍を下回らないと考える。

---

<sup>25</sup> 前田由美子「日本医師会 病院における必要医師数調査結果」日医総研ワーキングペーパーNo. 346, 2015年7月8日 <http://www.jmari.med.or.jp/download/WP346.pdf>

図 4.3.1 病院の保有病棟機能別 100床当たり医師数



## 5. まとめと考察

### 5.1. 入院需要と供給

- (1) 今後ほとんどの地域で確実に需要が縮小し、求められる機能が変化する。地域医療構想策定後、かえって病床の動きが硬直化しているが、民間病院と競合している区域の公立病院で、病床利用率が低い病院は、需要の縮小を冷静に受け止めるべきである。
- (2) 中小病院のうちとりわけ小規模な病院が減少している。しかし、中小病院の中には診療所と分担して、かかりつけ医機能や在宅医療を担っているところもあると推察されるので、中小病院については病床機能だけでなく、かかりつけ医機能等も評価する必要があるのではないかと考える。
- (3) 精神病床は地域医療構想の対象ではないが、地域医療構想の対象である療養病床と同じ傷病分類の患者も入院している。精神病床については2016年度の診療報酬改定で減反政策的なものも導入されたが<sup>26</sup>、精神病床も地域医療構想の俎上で関係者と協議しつつ自主的な収れんを目指す場が必要である<sup>27</sup>。

---

<sup>26</sup> 新設された地域移行機能強化病棟入院料の施設基準のひとつが「当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること」であった。

<sup>27</sup> 医療計画では、精神病床は地域医療構想の対象ではなく、精神病床については「長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能である」ことから、「平成36年度末(2025年)の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確」にして基盤整備を進めるとされている。

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」2017年3月31日 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知(2017年7月31日一部改正)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159904.pdf>



## 5.2. 外来需要と供給

- (1) 外来需要も総枠では中長期的に縮小する。しかし、病院から診療所の機能分化が進んでおり、診療所の外来患者数が増加する可能性もある（地域による）。現在、大病院に対し受診時定額負担が導入されているが<sup>28</sup>、今後これを拡大することが考えられる。
- (2) 高血圧性疾患等では、長期処方により通院間隔が開いている。今後も長期処方やセルフメディケーションの進展次第で外来受療率はさらに低下するだろう。また、オンライン診療やオンライン服薬指導によって、対面診療が縮小する可能性もある。
- (3) 今後、がん医療や在宅医療を担うかかりつけ医の確保が課題であるが、診療所医師が地域偏在、診療科偏在し、かつ高齢化している。そこで第一に、必要な地域では診療所の医師と中小病院の医師が協働できるよう中小病院を評価する（前述）。第二に、病院勤務医師が開業せずに退職を迎えているケースもあるので、病院退職後医師のセカンドキャリアとして、診療所医師の応援、開業支援を真剣に考える必要があるのではないかと考える。また、新規開業医師に対しては、起業支援という視点から行政による温かい支援をお願いしたい。

---

<sup>28</sup> 2016年度診療報酬改定で、特定機能病院および一般病床500床以上の地域医療支援病院は選定療養の下で定額の徴収をすることが責務になった（初診5,000円（歯科3,000円）、再診2,500円（歯科1,500円））。2018年度診療報酬改定で、対象が特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院に拡大された。