

## 勤務医部会だより

### 人口減少社会と医療のダウンサイジング



幹事 成瀬 達

(みよし市民病院 事業管理者)

日本人の2024年の出生数は68.7万人、合計特殊出生率（以後出生率）は過去最低の1.15であった。この値は国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口における低位出生率仮定値1.13に相当する。総務省は2025年1月1日時点の住民基本台帳に基づく日本人は1億2065万人と発表した。一方、死亡数は159万人であったので、過去最大の90万人の減少となった。医療を含め日本の多くの将来計画は出生中位仮定(1.36)に基づいている。より悲観的なシナリオも現実味を帯びており、今は出生低位仮定に変更して計画を修正する時期である。

死亡中位・出生中位推計では2045年の0～14歳の人口は1,103万人(2020年の1,503万人から400万人減)、15～64歳は5,832万人(7,509万人から1,677万人減)、65歳以上は3,945万人(3,603万人から342万人増)である。これに対して、出生低位モデルでは0～14歳は919万人(584万人減)、15～64歳は5,736万人(1,773万人減)となる。小児および現役世代の人口は2020年の60%および75%程度に縮小することになる。担い手が減少する一方で、高齢者人口の増加は変わらないので、医療介護の人手不足は更に深刻化する。このため、需要面でも供給面でも医療のダウンサイジングは避けて通れない。

2023年の地域医療構想における必要病床数は全国で合わせて119万床であった。一方、同年の医療施設調査によれば、全国の病床数は一般病床88万床、療養病床27万床、有床病診床7万床で合計123万床と、その差は約4万床あった。6月の3党（自公維新）合意で示された一般および療養病床の必要病床を超える病床数5.6万床とは1.6万床もの差があるが、理由は不明である。3党合意では精神病床と合わせて約11万床を削減すれば、約1兆円の医療費が削減できるとの試算が示された。同年の病院の病床利用率は一般病床70.8% (62万床)、療養病床84.1% (23万床)

であったので、病院の病床115万床の内85万床が利用されていたことになる。診療報酬が支払われるのは利用した病床（入院医療）に対してであり、未利用の病床を削減しても医療費の削減効果は0円である。ということは、3党合意は実需用85万床から5.6万床を削減するという意図であろうか。

医療の縮小は拡張より格段に難しい。病院の将来の展望を示せない、職員のモチベーションを保つことはできない。医療と同じように減反政策が進められてきた米作では、需給の予測の誤りが「令和の米騒動」を招き、首相が一転して米の増産を表明することとなった。米は重要な食物ではあるが、他の食品で代替するとか、輸入に踏み切ることも不可能ではない。一方、医療は基本的には「地産地消」のサービスである。身近な病院への車でのアクセスが30分を超えると、助かる命も失われるようになる。また人口減少社会では公共交通サービスの維持も困難となり、生活を維持する医療へのアクセスも更に難しくなる。これは決して高齢者だけの問題ではない。このペースで出生数が減少すれば、地域の産科と小児科は経営が成り立たなくなる。周知のように里帰り出産ができない地域は全国で拡大している。

医療のダウンサイジングを進めるためには、需要減に応じた病床数の削減にだけに目を向けるのではなく、診療科毎に最低限のアクセスも配慮した計画が必要である。2024年度の愛知県の全ての公立病院の医業収支は赤字に転じた。民間病院も同じような状況にあると思われる。物価の上昇（6月の消費者物価指数は前年同月比3.3%増）と給与費の増加（人事院勧告は月給3.62%増）を診療報酬に反映しなければ、遠からず救急医療も手に入らない事態、今回の米騒動の二の舞となるだろう。そのためには休耕田（空床）にお金を注ぎ込むのではなく、米を作る農民（地域で必要な医療を担っている人）が食べていけるようにして欲しい。労働に対して真っ当な給与を払えない診療報酬ならば、それはいわゆる「大企業の下請けいじめ」と同じことである。