

病床削減策で医療を崩壊、国民を混乱させないように

岩 本 晋

(山口大学経済学部大学院 特命教授)

キーワード：病床削減策、医療費対GDP比率、高齢化率

Key-word：Measures to reduce hospital beds、Healthcare expenditure as a % of GDP、
Population aging rate

抄 録

最近、医療関係の情報誌が、国立大学病院33病院合計で過去最大の330億の赤字であったと報じた。これは、医療界の経済的困難さを明らかにするものであり、その原因は、世界中で観察されている人口高齢化に伴う、普遍的な現象である医療費の高まりに対する予算対策・対応の失敗を明白にしたものである。

そしてこの事実は、これから益々進展する人口の高齢化に伴う国民医療費の高まりにどのように対処すべきかを考えさせる報道であった。

我が国の医療界のすべての出来事は、医療界における関係法規に従って政府関係官僚の采配に基づいて試されている結果であるからして、政府の責任であるとはしか考えられない。医療費全体が公定価格であるため、医療機関においては経営努力のみでは対応が困難であり、賃上げを確実に達成していくという政権が打ち出した目標に沿うためには、公定価格である診療報酬を確実に引き上げる対応が行政側に必須であり、従事者の給与の上昇および人材確保を図る原資の確保が求められるとの主張は当然である。このような状況下で、病床削減計画だけを強力に推進するのは行政の誤りであると、私は信じて本論をまとめた。

はじめに

情報誌Medical TRIBUNE 2025年10月16日号のトップ記事は「国立大学病院33病院合計で過去最大の330億の赤字に」と報じている¹⁾。その背景として、世界各国で起こっている、人口の高齢化に伴う「GDPに占める医療費」の高まりが我が国では顕著ではないこと、これは高齢化対策として政府が医療費削減対策に力を注いできた結果であり、この政府の高齢化対応が、高齢化に伴う必然の医療費の高まりを政策で低いままに抑え込んできた副作用としての現れたと考えられる。

そしてその証は「Honkawa DataTribune 社会実情データ」²⁾によると(図1)、日本の「医療費対GDP比率」は諸外国の数値より比較的強く抑えられており、必然とも言われている人口高齢化に伴う医療費高騰への対策・削減対策が結果として、医療界における経済的困難をもたらしていると考えられる。さらに、この図1には別の憂いが残る。

それは、通常なら人口の高齢化とともに医療費が高くなるのが普通なのに、無理矢理に政策的に低くなるよう誘導されてきたために我が国で起きていることであり、結果として医療費の中に含まれている職員の報酬や、施設の管理費を抑えるために生じたひずみが出てはいないのか、その背景を考えると医療費の抑制されていることを喜べないからである。

このような状況の背景には日本の病院の多さがあり、OECD平均の約2.5倍、病床密度は3倍弱と世界でも突出して多く、この「量の豊富さ」が必ずしも質の高い医療につながっていない状況なのが問題なのです。「質を維持しつつ量を適正化」することで、高齢化社会に持続可能な医療システムへ移行することが急務です。単純な削減ではなく、機能分化と連携強化を通じた効率的な医療提供体制の構築が求められています³⁾。

2023年開かれた中医協総会で発表された「処遇改善についての課題と論点」で⁴⁾、春闘の平均賃上げ率が3.58%となっている中、医療・介護の賃上げには及んでおらず、その結果、高齢化等による需要増加にも関わらず、他産業に人材が流出しており、医療分野における有効求人倍率は全職種平均の2～3倍程度の水準で高止まりしており、人材確保難となっていると記されています。

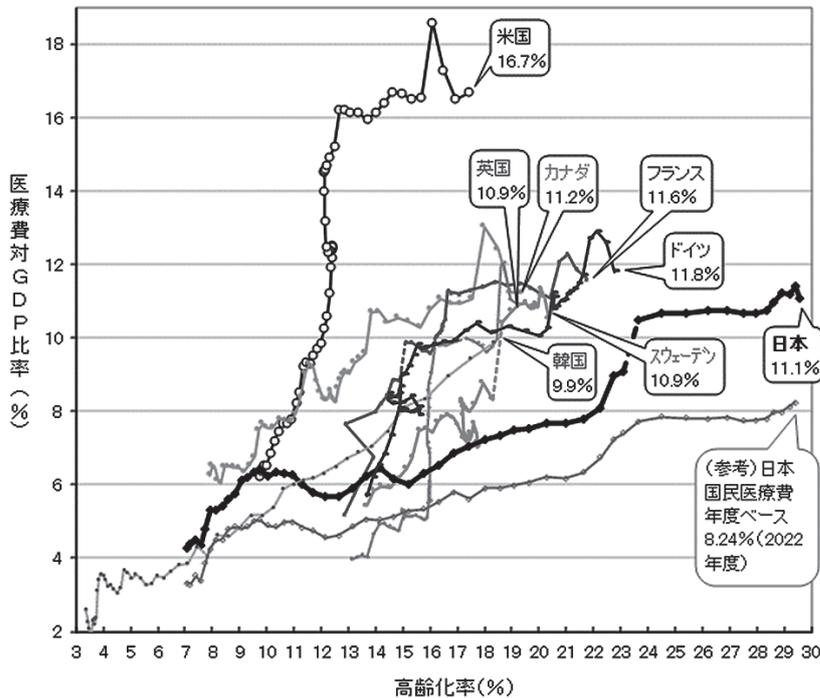
医療費全体が公定価格であるために、医療機関においては経営努力のみでは対応が困難であり、賃上げを確実に達成していくという政権が打ち出した目標に沿うためには、公定価格である診療報酬を確実に引き上げる対応が行政側に必須であり、従事者の給与の上昇および人材確保を図る原資の確保が求められるとの主張は当然である。このような状況下で、病床削減計画だけを強力に推進するのは行政の誤りであると、私は信じて本論をまとめたので報告する。

I. 研究資料ならびに研究方法

1. 我が国では高齢化に伴う医療費の高騰が認められない

これまで厚労省や政府の説明に沿って、医療費が高くなる要因として病床が多いためと説明する論文や、病床過多の弊害を説く論文を数多く目にして来たが、それらと異なる図表を紹介し、現在の病床数の実態とその問題点について検討したので報告する。

高齢化とともに高まる医療費(1970年～2023年)



(注) 値表記は最新年の医療費対GDP比率(速報値・推計値)。フランスは1990年まで5年ごと。フランス1995、日本2011、スウェーデン2011、英国2013の各年はデータが前年と厳密には接続しない(図では点線で表示)。この医療費は病院整備費等を含まない経常医療費。

(資料) OECD Data Explorer(2025.1.10)、厚生労働省「令和4年度国民医療費」、国連人口推計2024 <資料説明>

OECDデータは国民医療費には含まれない非処方薬、公衆衛生費、施設管理運営費、介護費などを含んだ経常医療費(Current expenditure on health)を採用し、国ごとの違いをある程度補正した数字である。なお、2014年公表版までのデータは経常医療費に資本形成を加えた総医療費(Total expenditure on health)だった。

<https://honkawa2.sakura.ne.jp/1900.html>

図1. 高齢化とともに高まる医療費

日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会・日本慢性期医療協会・全国自治体病院協議会など様々な医療法人関係者から出されている悲鳴に近い叫びがあります、「ご存じですか？ あなたの街の病院がいま危機的状況なのを！！」地域医療はもう崩壊寸前です⁵⁾。

診療報酬は公定価格です、しかし物価・賃金の上昇に対応して診療報酬が上がっていません。その結果、多くの病院は深刻な経営難に陥っています。また、医療・介護に従事する数多くのスタッフの賃金を他産業と同じように上げることが難しくなっています。ですから物価・賃金の上昇に適切に対応した診療報酬の仕組みが必要なのです。このままではある日突然、病院がなくなります、との意見表明が出されています。

日本医師会の松本会長は仮に病床削減の3党合意が最終的に実行されるにしても⁶⁾、各医療機関において医療ニーズを踏まえた上で判断できる枠組みが必要であり、病床削減ありきではなく、地域で必要な入院施設が無くならないよう勘案することも求められると指摘した。それらに加えて、病床機能の転換やダウンサイジング等、極めて重要な経営判断を下すための財政面での手当ても不可欠であ

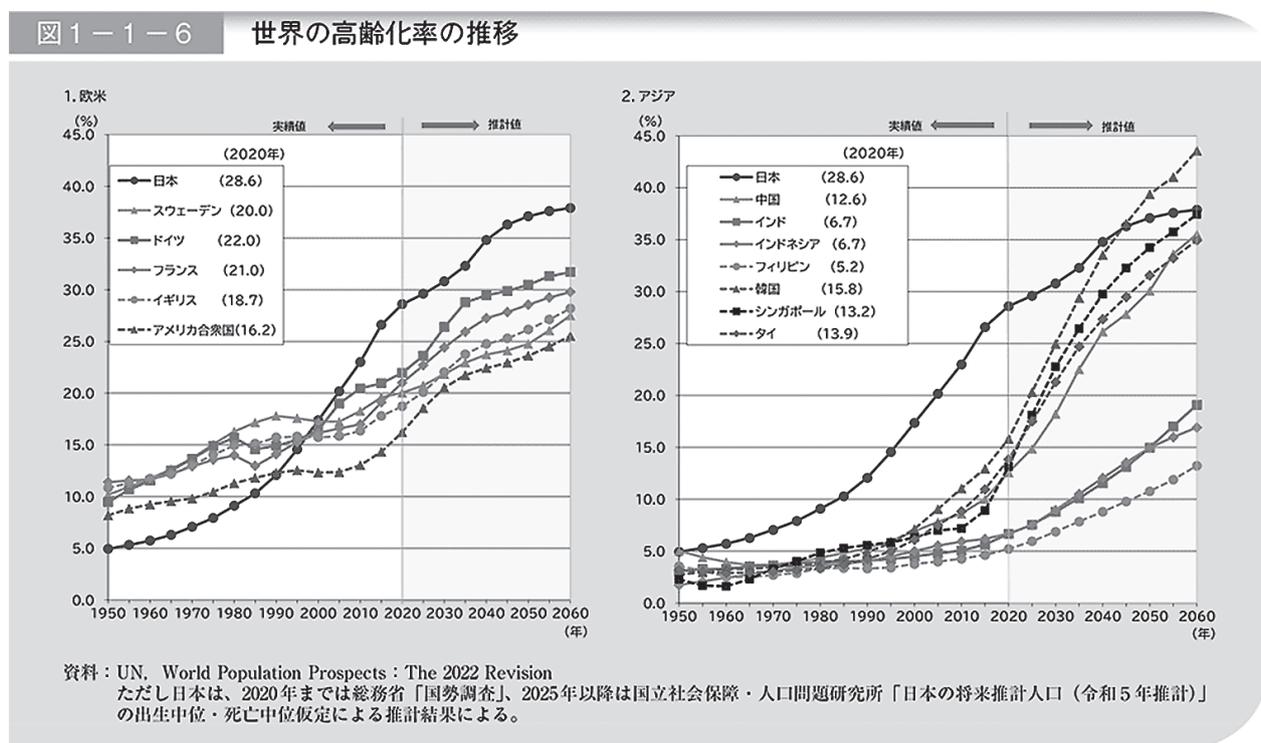
るとし、更に、今年度に繰り越された令和6年度補正予算による病床数適正化支援事業の補助対象外となった医療機関への配慮も求めている。

その他、病床数適正化支援事業では、都道府県医師会などからも地域医療構想との整合性を問う意見があったとして、今回も仮に病床削減が実際に講じられる場合には、2年間で地域の実情、将来の医療需給などを考慮する必要性や地域医療構想及び地域での協議も重要であるとしている。

その上で松本会長は、「病床の削減は、方法論を間違えると、地域住民、患者やそのご家族、そして医療現場で懸命に命や健康を守っている医療従事者、更には医療に関わる業種の皆さんに、大変な不安や混乱を与えかねない」と強調。今後詳細が詰められ、関係者の理解と納得が得られる政策となることに期待を寄せた。

2. 我が国では対GDP医療費の上昇は比較的抑制されている

図1によると、日本の高齢化のスピードの速さに対して、対GDP医療費の上昇は比較的抑制されている良好な成績ともいえる結果です。現在も日本の医療費の対GDP比は、11%前後で、フランス、ドイツ、スウェーデンとほぼ同等の水準である。しかし、日本は他国と比較して一段と高齢化の進んだ状況となっている国なので⁷⁾、なおさら対GDP比の相対的な低さが目立つ。



https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/html/zenbun/s1_1_2.html

図2. 国別に比較した高齢化した状況

日本の高齢化が世界一であるのは図2で示したが、この図で注目すべきは、高齢化の進展度合いに合わせて医療費がどうしても上昇してしまう世界での動向であるにもかかわらず、図1で見ると、世界各国と比較すると日本の低い医療費を実現するためには、どのような問題が隠れているのであろうか知りたいものである。

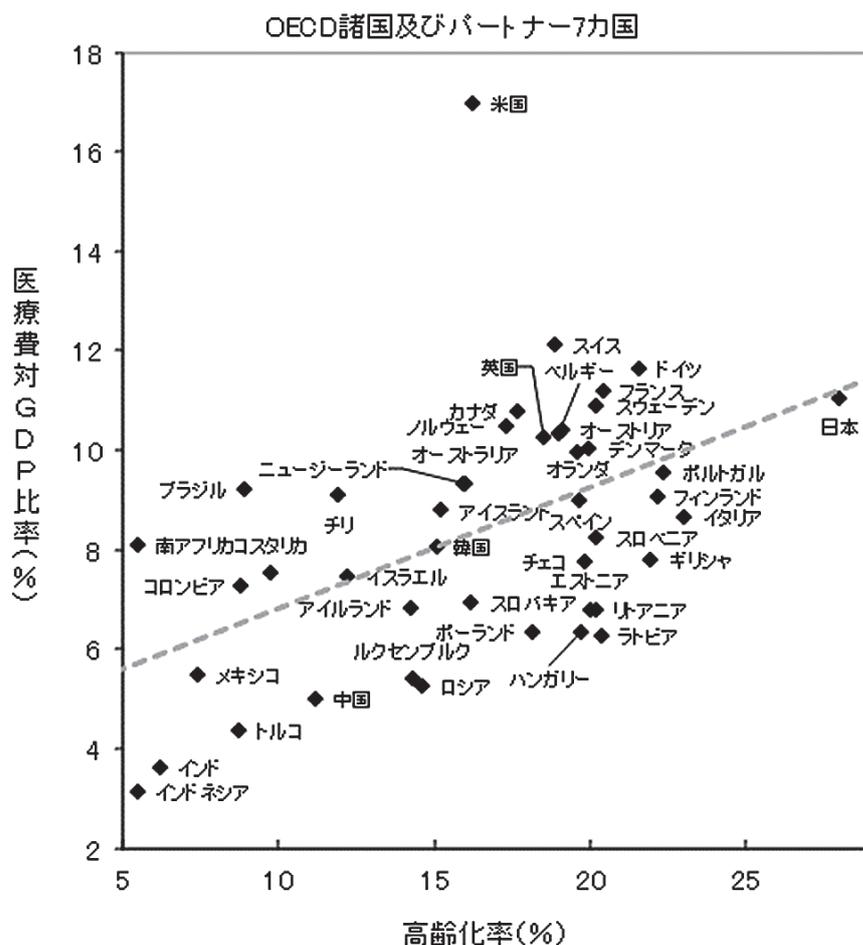
特異なのは米国で、極めて高い上昇が目立っている。その米国では社会保険の範囲が小さく、民間保険と医療機関相互の競争など市場原理をメインとしている点で世界の中でも特異なシステムをとっている国であることと、高度医療の発達や医療機器の進歩では世界一となっていることから、医療費については高騰を招いている。それがゆえに、マネジドケアなど数々の医療システム改革にも関わらず、貧困層への医療供給は制約されて平均寿命も先進国の中で低い特徴がある。

かたや英国では、「ゆりかごから墓場まで」と充実された社会保障制度が、敗戦後の日本の国家のあるべきお手本としてされてきただけに、国家が医療を供給するという基本線がとられてきており、1980年代までは1人当たりの医療費水準も他国と比べて低かったが、それ以降、むしろ医療費の上昇に悩まされている。高齢化は進展していないのに医療費だけは上昇しており、米国と同様垂直に上昇していたのが目立つ。1980年代のサッチャー改革で医療が切り詰められた結果、国民の医療へのアクセスが異常に制約を受け、むしろ、それへの反動で医療の供給量を増加させているためと考えられる。

米英の2国を除くと日本を含め高齢化と医療費の相関では、レベルの違いはあるが、相関線の傾きにおいては、傾きの程度あるいは毎年の安定的な上昇など、ほとんど同等といえる傾向を示している点が目立っている。

OECDのHEALTH DATA 2020によると（図3）、主要国だけでなくOECD37カ国とパートナー諸国としてデータが発表されている7カ国、合計44カ国の高齢化率と医療費の相関図が示されている。これでは、それほど相関度は高くないが両者の間にはプラスの相関があることが認められる。日本は回帰直線のやや下となったが、中国、インド、インドネシアといったアジア諸国は回帰直線の下に位置しており、アジアでは余り医療費をかけない傾向があるようだ。ロシア、旧ソ連・東欧など旧社会主義圏でも同様の状況にあるが、この場合は、経済状況の困難から医療費をかける余裕がないというべきなのかもしれない。

医療費と高齢化(2019年)



(注) パートナー諸国の医療費の年次は2016年。高齢化率は世銀WDIIによる2019年データ(パートナー諸国は2018年)

(資料) OECD Health Data 2020(JUNE 2020)、ただしパートナー諸国は2019年版

<https://www.jmari.med.or.jp/download/RE077.pdf>

図3. 医療費と高齢化率の関係

II. 研究成績

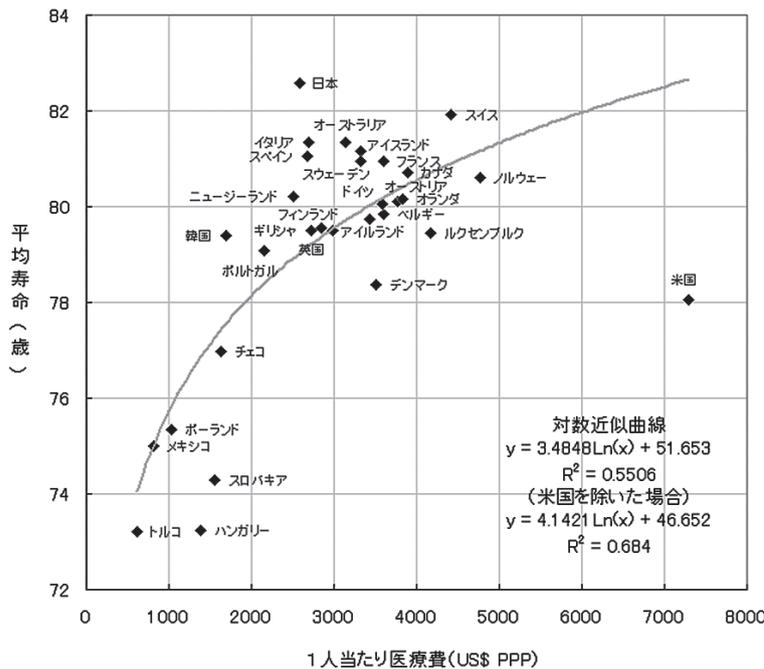
医療の目的は患者を死から救うことと患者のQOL(生活の質)を向上させることである。前者に対して後者の重要性がますます高まっているとはいえ、前者の重要性が減じるわけではない。年齢別の死亡率から計算される平均寿命(ゼロ歳時の平均余命)は前者のパフォーマンスをあらわす代表的な指標である。

図4はOECDの資料(Health at a Glance 2009)に基づき1人当たりの医療費と平均寿命の相関図をOECD諸国について作成されたものである。これによると、対数近似曲線を加えたこの相関図は、医療制度の効率性を分析したOECDの論文においても作成されたものであり、平均寿命と1人当たり医療費は正の相関をもっている。

なお、米国は近似線から大きく乖離しているので図中に示した通り、米国を除けばR2値は大きく上昇する。この図において、2つの点に留意が必要である。1つには平均寿命は医療費だけで決まるわけではないということ。近似曲線から乖離している国が多いことでもそれがうかがえる。2つ目は、1人当たり医療費と平行して変化する変数が平均寿命に影響を与えている可能性がある。1人当たり医療費はその国の所得水準（1人当たりGDP）と比例して増える。従って、平均寿命に影響を与えるような医療費以外の要因、例えば、栄養状態、衛生環境、防災環境、病院までの道路の整備状況などは所得水準の向上により改善されていくものなので、1人当たり医療費が所得水準の単なる代理変数に過ぎないとも解釈できる。

さて、相関図に焦点を合わせると、医療費をかけている割に寿命が長いか短いかで各国の医療のパフォーマンスの良し悪しを判断することも可能である。米国は典型的に効率の悪い国の代表であると解釈できる。それに比べて、日本の寿命の長さは1人当たり医療費の掛け方に比してとても効率的で成果が高いと評価されるべきである。

医療費と平均寿命(OECD諸国)(2007年)



(注)2007年またはその直近データ。平均寿命は男女の単純平均
(資料)OECD Health at a Glance 2009

<https://honkawa2.sakura.ne.jp/1640.html>

図4. 国別の一人当たり医療費と平均寿命の関係

人口減少により、結果として過剰となると推定されている病床を11万床削減することについて、自由民主党、公明党、日本維新の会が2025年6月6日に開催した社会保障改革に関する実務者協議で合意したと報道された。

必要病床数を上回っている約5万6000床と、精神病床で基準病床数を超えている約5万3000床が対象とする。閣議決定をする政府の基本方針である、「経済財政運営と改革の基本方針2025」（骨太の方針2025）に盛り込む方針。過剰な病床が医療費の増大を招いているとしており、病床削減を重視する流れがこれまで以上に強くなりそうだ。

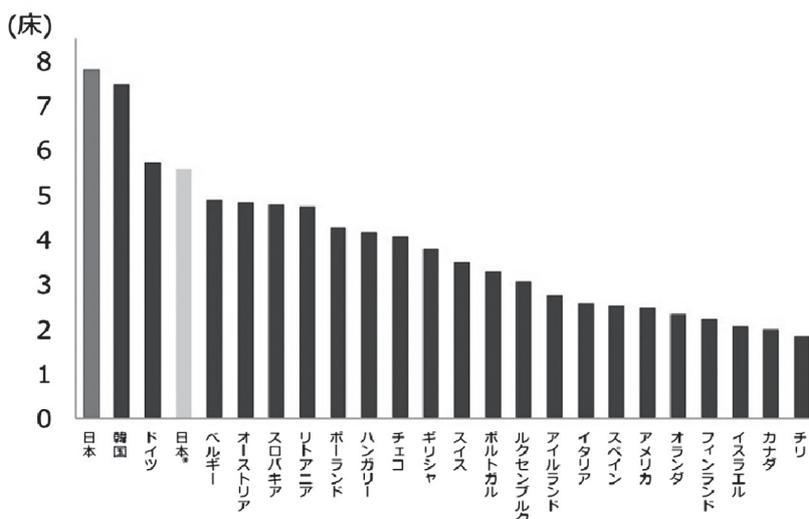
3党の合意内容では、人口減少などにより不要となる11万床を削減すれば、年間約1兆円の医療費削減が期待できる（日本維新の会による試算）と明記。新地域医療構想が始まる2027年度までに病床を削減することを目指すとした。一方、削減される病床の区分や病床の稼働状況、代替する在宅・外来医療の増加などを考慮した上、事前に精査することも明示した。医療関連団体等からの反発に配慮したとみられる。

病床削減が進められている背景を考える上では、他の先進国と比べて日本の病床数が突き抜けて多い点を念頭に置かなければならない。

人口1,000人当たりの病床数に着目し、OECD（経済協力開発機構）に加盟している他の先進国と比べると、図1の通りに日本の病床数は突出しています。

しかしこの現象の背景には違った原因もあるのです。例えば、日本は他の国よりも高齢化が進んでおり、病床に対するニーズが大きくなる点を考慮する必要があります。さらに、医療のニーズは事前に予想が難しいため、どれぐらいの病床数が適正あるいは過剰なのか、厳密に示すことは困難です。国ごとの統計区分や国民性の違いを考慮する必要もあります。しかし、2位の韓国は別にしても、3位以下との差は著しいですし、福祉国家の優等生として取り上げられる機会が多いデンマークで2.2床、スウェーデンで2.3床という状況です。

そう考えると、日本の病床が過剰であることは間違いありません。では、病床数が多いと何が問題なのでしょうか。病床が多ければ患者は容易に医療サービスにアクセスできるようになるので、病床が多いこと自体は一概に悪いと言い切れませんが、費用面の問題を考慮する必要があります。



<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/hotnews/int/202506/589078.html>

図5. 国際比較した、人口1000人当たりの急性期機能を提供する病床数

1. 平均寿命を延長する医療費役割

医療の目的は患者を死から救うことと患者のQOL（生活の質）を向上させることである。前者に対して後者の重要性がますます高まっているとはいえ、前者の重要性が減じるわけではない。年齢別の死亡率から計算される平均寿命（ゼロ歳時の平均余命）は前者のパフォーマンスをあらわす代表的な指標である。

図4はOECDの資料（Health at a Glance 2009）に基づき1人当たりの医療費と平均寿命の相関図をOECD諸国について作成されたものである。これによると、対数近似曲線を加えたこの相関図は、医療制度の効率性を分析したOECDの論文においても作成されたものであり、平均寿命と1人当たり医療費は正の相関をもっている。

なお、米国は近似線から大きく乖離しているので図中に示した通り、米国を除けばR2値は大きく上昇する。この図において、2つの点に留意が必要である。1つには平均寿命は医療費だけで決まるわけではないということ。近似曲線から乖離している国が多いことでもそれがうかがえる。2つ目は、1人当たり医療費と平行して変化する変数が平均寿命に影響を与えている可能性がある。1人当たり医療費はその国の所得水準（1人当たりGDP）と比例して増える。従って、平均寿命に影響を与えそうな医療費以外の要因、例えば、栄養状態、衛生環境、防災環境、病院までの道路の整備状況などは所得水準の向上により改善されていくものなので、1人当たり医療費が所得水準の単なる代理変数に過ぎないとも解釈できる。

さて、相関図に焦点を合わせると、医療費をかけている割に寿命が長いか短いかで各国の医療のパフォーマンスの良し悪しを判断することも可能である。米国は典型的に効率の悪い国の代表であると解釈できる。それに比べて、日本の寿命の長さは一人当たり医療費の掛け方に比してとても効率的で成果が高いと評価されるべきである。

2. 病床が多いと医療費が増加

医療政策の世界では以前から「病床が多いと医療費を増やす」と考え方が支持されています⁷⁾。これは医療経済学で「医師需要誘発仮説」として知られる考え方で、医療サービスでは患者—医師の情報格差が大きいため、患者のニーズだけでなく、医師の判断や治療が医療の需要を作り出すと考えられています。

その結果、「病床が作られると、患者と医療費が増える」⁸⁾という現象が生まれやすくなるわけです。実際、日本では都道府県別の人口当たり医療費と病床数の間に、高い相関関係が見られることが知られています。こうした状況を踏まえると、国際的に過剰な病床を削れば、増加する医療費を抑制できる可能性を期待できることになります。

3. 病床数と医療費の関係

日本における病床数を理解するために、OECDのデータを見ると、日本は人口1,000人あたりの病床数が13.0床であるのに対し、米国は2.9床、ドイツは8.0床とされています。この数字だけを見ると、

日本の病床数は多いように見えます。しかし、この数字にはいくつかの背景を考慮する必要があります。

病床の定義の違いです。諸外国では、精神科病床や長期ケア病床が「医療機関」ではなく「施設」に分類されていることが多いのに対し、日本ではこれらが病床数に含まれています。特に精神科病床や長期ケア病床は、他国に比べて日本の割合が高いです。

急性期病床とリハビリテーション病床の区分：諸外国では急性期病床とリハビリテーション病床を分けて集計することが多いですが、日本ではこれらが同一として報告されています。急性期病床とリハビリ病床を合計した数字で見ると、日本とドイツでは数字が逆転するケースもあります。長期居住施設の少なさ：長期ケアを必要とする高齢者向けの長期居住施設（老人ホームなど）は、他国に比べて日本は人口あたりの数が少ない傾向にあります。これにより、医療機関の病床が長期入院に利用されている側面も指摘されています。日本全体で見た病床数は多いとされますが、地域によっては過剰な地域と、過少な地域が存在し、地域的な偏在が見られます。特に人口減少が進む地域では、病床の再編・統合が課題となっています。

4. その他の原因について

厚労省の報告によると、非稼働病床の存在があります。2023年度には全国で約3.5万床の非稼働病床が存在するとされており、これが「過剰」と見なされる一因でもあります。例えば、病床数が多い地域ほど入院医療費が高額になる傾向があり、医療費抑制の観点から病床数の適正化が求められることもあります。厚生労働省は、2025年を目標に「地域医療構想」を進めており、病床の機能分化や適正配置を目指しています。しかし、新型コロナウイルス感染症の経験などから、病床の確保の重要性も再認識され、計画通りの病床削減が進まない地域もあります。したがって、単純に「過剰」と断定するのではなく、病床の機能や役割、地域の実情、国際的な定義の違いなどを踏まえて、日本の病床のあり方を考える必要があると報告されています。

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子氏の主張では⁹⁾、2018年の日本の対GDP保健医療支出は10.9%（36か国中6位）で、アメリカ、ドイツ、フランスよりも低い。日本、ドイツ、フランス、カナダの対GDP保険医療支出は11%前後に収束している。また、高齢化率から見ると、日本の対GDP保険医療支出や対GDP社会支出は高くはない。さらに、日本では保険医療支出が公的財源でカバーされている範囲が広い割には税金や保険料による負担が低い。しかし、日本の保険医療支出に占める医薬品およびその他非耐久性医療財支出の比率はG7の中ではもっとも高く、抑制傾向にもない。薬剤師数、薬剤師養成数ももっとも多い。他国よりも保険医療支出が調剤業務に配分されている割合が高いのではないかと推察される。

これまで、日本は人口当たりの総病床数が非常に多いと指摘されるが、精神病床を重複計上していることも一因であり、高齢者に対応する病床は十分ではない。人口1,000人当たり医師数は日本では2.4人、OECD平均は3.5人である。厚生労働省の医師数推計から計算すると、日本の人口1,000人当たり医師数は2030年前後に3人程度になる。これまでに、日本では国民1人当たりの受診回数が多いことが問題にされているが、受診1回当たりの費用は低い。少額で比較的軽微な受診に対して定額負

担を求める動きもあるが、少額で軽微な受診を制限すると、高額で深刻な受診が増える可能性があることを考慮すべきであると主張している¹⁰⁾。

Ⅲ. 考 察

自由民主党、公明党、日本維新の会の三党は6月6日、「持続可能な社会保障制度のための改革を施行し、現役世代の保険料負担を含む国民負担の軽減を実現する」として、病床再編の拡大と医療DXの加速に合意した。病床再編では約11万床の削減を目指し、約1兆円の医療費適正化効果を見込んでいる。

11万床の削減は、一般病床・療養病床の必要病床数を超える約5万6千床、精神病床の基準病床数を超える約5万3千床の合算。精神病床の削減割合が大きい。削減にあたっては病床・病棟・病院単位で「急性期」から「回復期（包括期）」などへの機能転換を進める方針で、2年間で4800億円の支援が必要と見込むとされている。

合意文書には「約11万床削減」と具体的な数字を記載したが、文言には曖昧さも残る。「約11万床の一般病床・療養病床・精神病床といった病床について、地域の実情を踏まえた調査を行った上で、2年後の新たな地域医療構想に向けて、不可逆的な措置を講じつつ、調査を踏まえて次の地域医療構想までに削減を図ることとし、その旨を骨太の方針に明記する」とされている。

約1兆円の削減効果という数字は、「一定の合理性のある試算」による。単純化すれば、削減額7000億円から必要予算額2400億円を差し引いた4600億円が1年あたりの適正化効果となり、それを2年で最大1兆円と見積もる。ここで「最大」とされるのは、患者が入っていない空き病床を削減する場合が含まれるためと考えられる。

病床削減を後押しする支援策では、急性期過剰・回復期不足という地域医療構想の病床機能報告を踏まえ、令和6年度診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟への転換を求める。看護配置7対1や10対1の急性期病棟からの転換を促すかたちだ。

また、病院の業態転換においては、診療報酬上の在宅療養支援病院や後方支援病院としての施設基準の取得を支援する。次の地域医療構想では医療機能の明確な導入が予定されており、診療報酬の体系も機能連動型に再構築されていく可能性が高い。

慢性期関連の病床および施設定員について注目すれば、日本のLong-term care beds（以下、長期ケア病床と呼ぶ）は、療養病床のことで334,297床（2017年）である。日本の65歳以上人口1,000人当たり長期ケア病床数は9.5床で、G7（英国を除く）の中でもっとも高い¹¹⁾（表3.1）。Beds in residential long-term care facilities（以下、長期居住型病床と呼ぶ）は、日本では介護老人福祉施設と介護老人保健施設の合計で、65歳以上人口1,000人当たり病床数は24.1床と、日本の長期居住型病床数はG7の中では少ない。諸外国では、ナーシングホームがある場合には、長期居住型病床にナーシングホームを含む。

日本の長期居住型病床数のデータは、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」¹²⁾によると、日本の65歳以上人口1,000人当たり長期ケア病床数と長期居住型病床数の合計は、ドイツ、フランス

と比べると大幅に少ない。以上から、日本の人口当たり急性期病床（リハビリ病床を含む）はドイツよりは少ないが、米国、フランス、カナダよりも多い。一方で慢性期に対応する病床（長期ケア病床、長期居住型病床）は、日本では高齢者人口に比べて少ない。

三党合意では、病床再編を進めるにあたり、「感染症等に対応する病床は確実に確保する」とした上で、削減対象の病床区分や稼働状況、代替する在宅・外来医療の増加などを踏まえ、慎重な精査を行うとした。なお、日本医師会はこの三党合意に対する声明で6月9日、病床再編の拡大を「前向きに評価」した。背景には、令和6年度補正予算で実施された「病床数適正化支援事業」の反響がある。1床あたり約410万円を給付する同事業には、厚労省の内示で7170床分の予算に対し、5万床超の応募があった。日本医師会は、対象外となった4万床超について、優先的支援の対象とするよう要望している。

病床数が多いことは医療費の高い一因であると指摘されており、特に入院医療費に大きく影響すると考えられています。さらに、いくつかの理由が挙げられます。

病床が多いと、病院側は病床を埋めようとするインセンティブが働きやすくなります。これにより、本来は外来で対応可能なケースや、早期退院が可能なケースでも、入院が長引いたり、不必要な入院が行われたりする可能性があります。結果として、入院日数が長くなり、入院医療費全体が高くなる傾向が見られます。

病床を維持するためには、建物の維持費、設備費、人件費（医療従事者の給与など）といった多額の固定費がかかります。ですから、病床数が多いということは、それだけ多くの固定費を抱えることになり、その費用が医療費に転嫁される可能性があります。

病床が多すぎると、医療資源が分散し、効率的な運用が難しくなることがあります。例えば、非稼働病床が存在することで、その分の維持コストが無駄になるだけでなく、適切な医療が提供されるべき場所に必要資源が集中しない可能性も出てきます。そして、厚生労働省や財務省の資料でも、人口当たりの病床数が多い地域ほど、一人当たりの入院医療費が高い傾向が示されています。これは、病床の過剰が不適切な入院の延伸や、過度な医療行為に繋がり、結果的に医療費を押し上げている可能性を示唆しています。もちろん、医療費が高騰する原因は病床数だけではありません。

高齢化の進展：高齢者は医療を必要とする機会が多く、一人当たりの医療費も高いため、高齢化は医療費全体を押し上げる最大の要因です。

もちろん、医療技術の高度化や新しい治療法や高額な医療機器の導入は、医療の質を高めますが、同時に医療費も増加させます。薬剤費・医療材料費の高さについては、日本は諸外国と比較して、薬剤や医療材料の価格が高い傾向にあると指摘されています。

我が国の医療費について、最も影響しているのは、受診回数の多さです。国民皆保険制度により比較的気軽に医療機関を受診できるため、一人当たりの受診回数が多いことも医療費増大の一因とされます。

このように、医療費の高騰は複数の要因が絡み合って生じていますが、病床数の多さ、特に過剰な病床は、医療費を押し上げる重要な要因の一つとして認識されており、厚生労働省の地域医療構想な

どでも病床の適正化が目標とされています。

それでは、病床数を減らせば医療費が下げられるのでしょうか。病床数を減らすことで医療費を下げる効果は期待できますが、それは単純な話ではなく、慎重な検討と関連する政策の併用が必要です。

まとめ

病床数を減らすことで医療費が下がる可能性のある主な理由は以下の通りです。

固定費の削減：病床を維持するには、建物の維持費、光熱費、医療機器の減価償却費、そして何よりも人件費（医師、看護師、医療スタッフ）といった多額の固定費がかかります。病床を減らすことで、これらの固定費を削減し、病院運営の効率化を図ることができます。

不適切な入院・長期入院の抑制：病床数が多いと、病床を埋めようとするインセンティブが働きやすく、本来は外来で対応可能な患者や、早期退院が望ましい患者が不必要に入院したり、長期入院したりする傾向があると指摘されています。病床数を減らすことで、病院側がより効率的な患者の回転を意識するようになり、不適切な入院や長期入院の抑制に繋がる可能性があります。結果として、入院医療費全体が抑制されます。

医療資源の効率化と機能分化の促進：病床数を減らす過程で、各医療機関がそれぞれの役割（急性期、回復期、慢性期など）を明確にし、専門性を高める「機能分化」が進むことが期待されます。これにより、高度な医療が必要な患者は専門病院へ、リハビリが必要な患者は回復期病院へ、と適切な場所で適切な医療を受けるようになり、医療資源の無駄が減り、効率的な医療提供体制が構築される可能性があります。

しかし、単に病床を減らすだけでは問題が生じる可能性もあります。患者へのアクセス悪化として、特に地方やへき地では、病床の削減が進むと、患者が医療機関にアクセスしにくくなる可能性があります。緊急時の対応や、専門的な医療が必要な場合の受け入れ体制に支障をきたす恐れもあります。

医療崩壊のリスクも可能性が高くなります。感染症の大流行や大規模災害時など、一時的に多数の患者が発生した場合に、病床が不足し、医療システムが麻痺する「医療崩壊」のリスクが高まります。新型コロナウイルス感染症の経験は、この点を浮き彫りにしました。

受け皿の不足も考慮しなければなりません。病院の病床を減らすだけでは、退院した患者の受け皿（在宅医療、介護施設、高齢者住宅など）が十分に整備されていないと、かえって患者や家族に負担がかかることとなります。介護保険制度との連携強化や、地域包括ケアシステムの充実が不可欠です。

急性期医療の逼迫としては、全体的な病床削減だけでなく、急性期病床の機能転換が進むことで、高度急性期医療を必要とする患者の受け入れが逼迫する可能性も考えられます。

結論として、病床数を減らすことは医療費削減の一つの有効な手段ではありますが、様々な難点が想像できます。

段階的かつ計画的な実施として、地域ごとの医療ニーズや医療資源の状況を考慮し、段階的に進める必要があります。病床を減らすのと並行して、在宅医療や介護サービス、地域包括ケアシステムの

充実など、患者の退院後の生活を支える受け皿を整備することが不可欠です。さらに、機能分化と連携の強化のためには、各医療機関が役割を明確にし、地域全体で医療機関同士が連携を強化することで、効率的で質の高い医療を提供できる体制を構築する必要があります。単に病床を減らすという「数」の問題だけでなく、医療の「質」と「アクセス」を維持・向上させながら、全体的な医療費の抑制を目指す多角的なアプローチが求められるのです。

文 献

1. 過去最大330億円の赤字に、MEDICAL TRIBUNE、2026/10/16、2025年度・国立大学病院収支見込み速報
2. OECDデータ、高齢化とともに高まる医療費（1970-202年）
<https://honkawa2.sakura.ne.jp/1900.html>
3. 日本の病院・病床数は本当に多すぎるのか？ OECD諸国との比較で見えてきた課題
https://note.com/parallel_doctor/n/n73dee26051f7
4. 令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要、医療機関等における職員の賃上げについて
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001325825.pdf>
5. 病院経営は破綻寸前 地域医療崩壊の危機
https://www.hospital.or.jp/site/file/%EF%BC%9C%E5%85%AC%E8%A1%A8%E7%94%A8%E8%B3%87%E6%96%99%EF%BC%9E%E3%80%90%E7%B7%8A%E6%80%A5%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E3%80%912024%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E8%A8%BA%E7%99%82%E5%A0%B1%E9%85%AC%E6%94%B9%E5%AE%9A%E5%BE%8C%E3%81%AE%E7%97%85%E9%99%A2%E7%B5%8C%E5%96%B6%E7%8A%B6%E6%B3%81%E3%80%80%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E7%B5%90%E6%9E%9C_%E7%A2%BA%E5%AE%9A%E7%89%88.pdf
6. 3党合意による「11万床削減」報道について
<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/012236.html>
7. 病床数の国際比較 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000906892.pdf>
8. 病床が誘発する医療需要の検証と求められる対応策、
<https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/15796.pdf>
9. 医療関連データの国際比較－OECD Health Statistics 2019－
<https://www.jmari.med.or.jp/download/RE077.pdf>
10. 病床を減らそうとしているらしいけど、なぜ、保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 准主任研究員 三原 岳、
https://www.nli-research.co.jp/files/topics/58024_ext_18_0.pdf?site=nli
11. 病床数の国際比較、日本医師会 https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20210120_1.pdf
12. 厚生労働省、介護サービス施設・事業所調査、 <https://www.e-stat.go.jp/statistics/00450042>