

## ＝これからの社会保障制度改革(1)～地域間の医療費格差の是正＝

6 月は、社会保障制度改革に関し、政府の様々な場で意見書、提言書、答申等がまとめられました。

これらを受けて、経済財政諮問会議「経済財政運営と改革の基本方針 2015」がまとめられ、平成 28 年度予算編成～2016 年度 診療報酬・薬価改定にはじまり、今後 3 年の概ねの大枠が決まりました。

今回は、各意見書等に概ね共通している事項のうち、「地域間の医療費格差」の是正について考えてみます。

### <6 月に出された意見書等>

6 月は、社会保障制度に関わる数多くの意見書等が、政府の様々な場でまとめられました。

6 月 1 日 財政健全化計画等に関する建議(財政制度等審議会)

[http://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaiseia270601/01.pdf](http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia270601/01.pdf)

6 月 9 日 保健医療 2035 提言書(保健医療 2035 策定懇談会)

[http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000088647.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088647.pdf)

6 月 15 日 医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって  
(医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会)

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusy01.pdf>

6 月 16 日 規制改革に関する第3次答申(規制改革会議)

[http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/publication/p\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/publication/p_index.html)

6 月 30 日 経済財政運営と改革の基本方針 2015」(経済財政諮問会議)

<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2015/0630/agenda.html>

十数年前は、厚生労働省の社会保障制度審議会、及び財務省の財政制度等審議会において議論され、制度改革の内容が与党で意思決定されるのが通例でしたが、今では、内閣に置かれる経済財政諮問会議等で大枠の方針が決まり、内閣官房に置かれる社会保障制度改革推進本部(医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会)などで技術的な議論がなされるのを見ると、時代は変わったのだなと実感します。

その内容についても、財政制度等審議会において説明した財務省の資料をみると、十数年前に厚生労働省が審議会に説明していたような極めて実務的な内容である一方で、厚生労働大臣のお声がかかりでまとめた保健医療 2035 提言書は、実務的な内容は薄く、十数年前の財政等審議会の議案の大枠の建議を見るような感じがします。立場の逆転です。

また、従前は、財務省と厚生労働省が、政府の一員として実務的に協力して、国会対策等を進めるのが通例でしたが、現在では、政府の様々な場の議論を見るに、財務省と厚生労働省が対峙し、内閣(官房)の場で、調整して、まとめていくという構図に変わったことがわかります。

どちらの方法が良いかは、一概に言えませんが、「政治主導」の流れの中で、本来、積極的に政策・対策を打ち出すことが役割であるはずの厚生労働省が受け身になっていることは、少々、残念な気がします。

さて、これらの意見書等を読んでいただければわかるように、それぞれ立場の違いがありますが、概ね共通して、「地域間の医療費格差」「医薬品等の市場改革」「医療介護の見える化(データの解析と活用)」の3つが課題としてとりあげられ、この他に、今年特有の話題として「調剤薬局の改革」を指摘するものが目立っています。

今回は、このうち「地域間の医療費格差」の是正について、考えてみます。

### <地域間の医療費格差の縮減のため、入院受療率の格差を縮減>

まず、地域間の医療費格差の実態については、少々、データは古いですが、当研究所 HP に掲載しているレポート(<http://humancare-sys.jp/wp-content/uploads/2012/05/report-2012051.pdf>)を読んでいただければ、基本的な状況は理解してもらえらると思います。

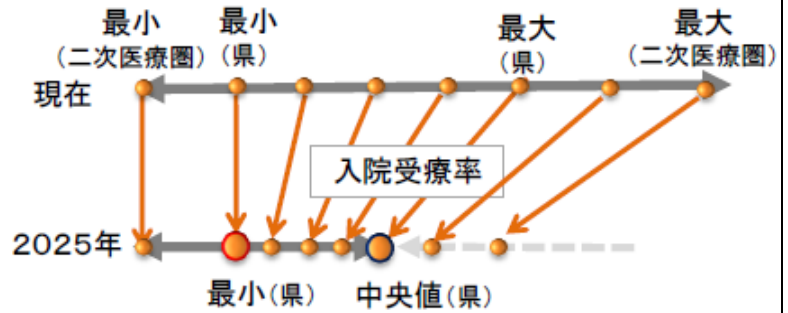
入院医療費について言えば、都道府県間で 2 倍近い入院受療率(入院受診率)の格差が存在することが、医療費格差の主要因であり、その入院受療率の高低は、人口当たりの病床数(特に長期入院の病床数)に比例しています。これを背景に、財政制度等審議会や経済財政諮問会議では、この入院受療率の都道府県 格差を縮める(現在の水準の半分程度)ことを目標＝病床再編を加速する必要性を指摘しています。

### 【地域差解消手法の基本例】

この入院受療率の格差を現在の水準の半分程度にする方法として右図が提案されています。

全国で最も高い水準の入院受療率の地域(県)は、現在の全国の中央値の水準までに低下させる目標とし、他地域では、全国の最小値と中央値の間となるような目標とするという内容です。

これは、従来の一般病床の医療計画とは異なり、入院受療率を変動させることを目標とすることで、結果として必要な病床数が減っていくという手法です。



この指標の変動を目標とする手法は、既に 10 年前に、残存率(=1-退院率)を指標として精神病床数を算定する際に採用されており、指標は違いますが、基本的な発想は同じです。言い換えれば、トップ又はトップに近い地域の数値に段階的に近づけていくという方法論です。

また、病床数そのものが指標ではなく、入院受療率を指標とすることで、様々な対策が考えられる=例えば、日頃の健康増進、早期治療・早期退院、在宅のサポート充実などの具体策が考えやすくなり、効果も測定しやすく、対策の調整もしやすいというメリットもあります。

この場合、病床数は、結果として不要になる・ということであり、都道府県が、「〇〇病院は病床を 50 床削減」等と削減枠を配分するものではないことに注意が必要です。もちろん空床が常態化すれば、都道府県が閉鎖を勧告することはあるでしょうが、あくまで、入院受療率の低下の結果・空床が常態化することが前提です。

### <2025 年の医療機能別の必要病床数の推計>

6 月 15 日の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」の第 1 次報告を受けて、「2025 年には、十数万床が削減」という新聞報道がありましたので、記憶に残っている方も多いことでしょう。

私も、この専門調査会に報告された推計資料を確認しましたが、その前提は大きく 2 つに分かれていました。

まず、高度急性期、急性期、回復期は、現在の医療内容(診療報酬点数)から推計しており、例えば、高度急性期は 1 日当たり医療費(入院料を除く)が 3 万円(3 千点)以上、急性期は、1 日当たり医療費(入院料を除く)が 6 千円(600 点以上)等といった区分です。

次に、慢性期は、既述した入院受療率の格差を縮減するという方法論を用いて推計しており、パターン B と呼ばれるものが、ちょうど上右図に該当するものでした。

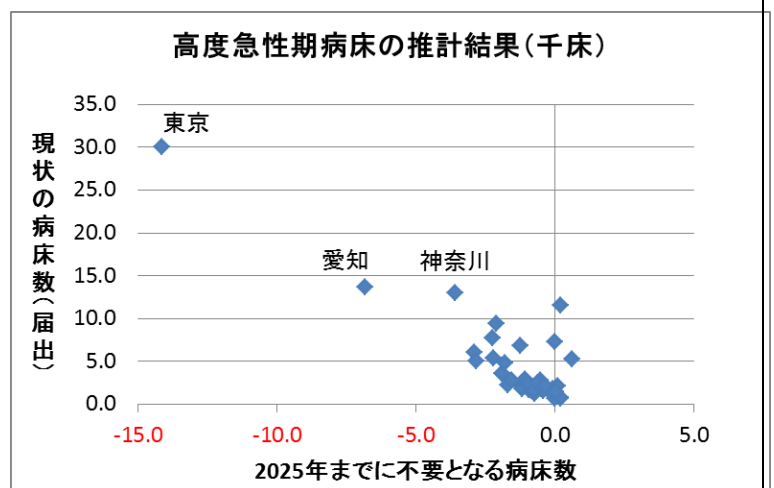
さて、今回の推計は、あくまで一定の仮定を置いて機械的に推計したものですので、実際の都道府県ごとに策定する地域医療構想(ビジョン)で、どのような数値になるかは今後の検討次第です。ただ、国として、ビジョン作成のため一定の指標・計算方式は示すことになるでしょうから、今回の推計と全く違う数値になるわけでもないでしょう。

これを前提に、今回の推計をどう考えるか、その推計通りに実現できそうな都道府県はあるのかについて、考えてみます(なお、以下、現在との増減の数値の記載については、現状について届け出ていない医療機関もありますので、実際の数値は異なる場合もありますが、届け出ている数値を現状として取り扱っています)。

### 1 高度急性期病床

現在 19 万床の高度急性期の病床は、2025 年には 13 万床で十分との推計結果ですが、各都道府県の現状の病床数と 2035 年に不要となる病床数は右図の通りです。

今回の推計では 6 万床の減少となっていますが、右図のように東京、愛知、神奈川に加え、静岡、岡山の上位 5 地域だけで 5 割~3 万床を占めており、大都市圏に問題が集中しています。



これらの地域は、大学病院のほか有名な大病院が多い、県域を越えた患者移動が多いなどの特徴のある地域であり、高度急性期の病床の減少が円滑に進むことは現実的には難しいと考えられます。高度急性期病床は、複数都道府県での広域での検討が必要なのでしょう。

## 2 急性期病床と回復期病床

急性期病床と回復期病床の合計数は、回復期の大規模な増床が必要な東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、大阪、福岡の7都府県を除き、概ね、「±ゼロ」の状況ですので、急性期から回復期への移行の可能性(大規模な減床は反対が強い)はあります。

しかし、その回復期への転換等を行おうとすると、現在の医師の編成を変える必要があります。回復期の医療の中心はリハビリテーションですので、理学療法士等に指示をする、整形外科・リハビリテーション科の医師の確保の可否が、回復期病床への転換等の必要条件となります。

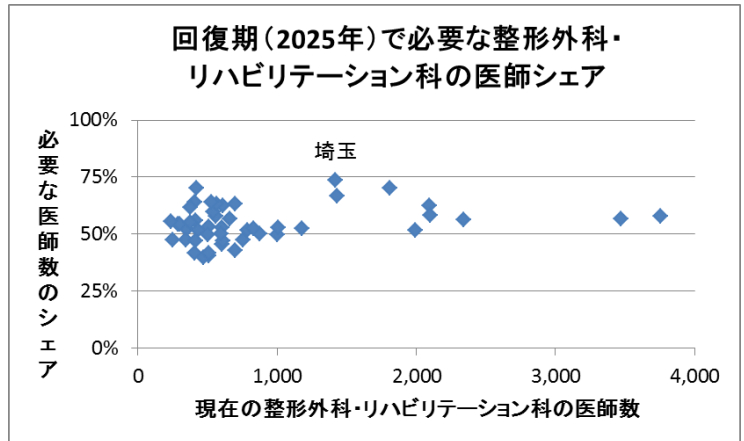
回復期病床への入院のためには、医療法上、患者16人に1名の整形外科等の医師が必要と計算されますので、回復期の必要病床数から、必要な整形外科等の医師数が推計できます。これを前提に、上図では、現在の都道府県内にある整形外科医等の数(クリニックも含む)を横軸に、それに対する2025年時点における回復期病床で必要となる整形外科等の医師数のシェアを示したものです。

例えば、埼玉県では、現在、県内にある整形外科等の医師のうち2025年には、その74%を回復期の病床に置くことが必要になりますが、急性期等でも必要なことを考えると、地域の医師の勤務地の再配分ではうまくいかず、円滑な病床転換・増床のためには、現在より、県内に1千人に近い数の整形外科等を増やすことが必須条件となります。新しい医師不足の問題ですが、こうした地域では、現実的に病床機能転換が進むとは考え難いでしょう。

逆に、回復期の病床に置くべき整形外科等の医師数のシェアが50%以下となる13地域(富山、福井、岐阜、静岡、三重、島根、山口、徳島、愛媛、佐賀、長崎、宮崎)では、現状水準でも、地域の医師の再配置で、必要医師の確保が比較的容易と思われ、急性期病床の回復期病床への移行は円滑に行く可能性があります。

ただし、このうち県内の中心地域への医師の集中度が、当該地域の病床数に比して高い水準(※)である4地域(福井、愛媛、佐賀、宮崎)では、県庁所在地等から、県内他地域への医師の再配分がうまく行かず、その結果、病床移行は進まないかもしれません。

※研究所HPのレポート参照：<http://humancare-sys.jp/wp-content/uploads/2015/03/2aa1ca5aa13834177d751c571f1c5a79.pdf>

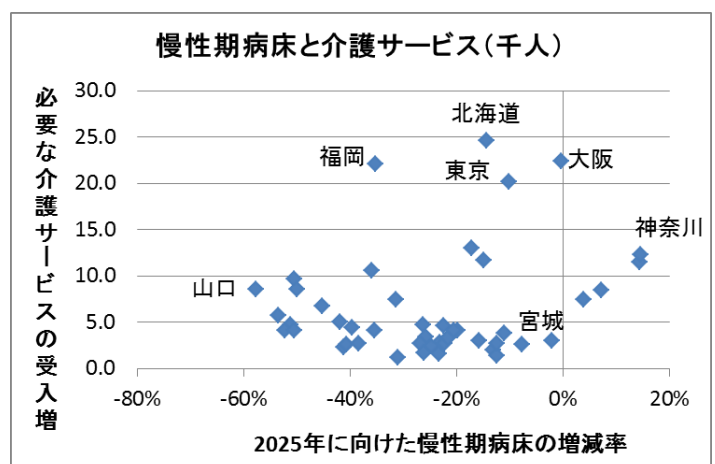


## 3 慢性期病床と介護サービス

慢性期の病床は、パターンBでは8万床ほどの減床が必要と推計されていますが、その中でも、右図のように神奈川をはじめとして、埼玉、千葉、京都の4府県は、慢性期病床、介護サービス双方の増加が必要とされる地域です。こうした地域では、大都市圏特有の地価の問題等について適切な支援があれば、増方向の変化ですので、比較的实现は可能と思われます。

他の地域では、いずれも減少となりますが、6割近くも減少となる山口から、ほとんど変化のない大阪、宮城まで、慢性期の病床の減少率は多様です。これほど、慢性期の病床の地域差は大きいということです。

減少率20%以下の11地域(北海道、宮城、秋田、山形、群馬、東京、愛知、滋賀、兵庫、奈良、沖縄)では、目標達成の可能性は高いと思われますが、このうち北海道、東京のほか、兵庫、愛知といった介護サービスの増が1万人を超える地域では、慢性期の減床をする必要がない・と現状維持になる確率が高いでしょう。





求められる減少率が高い都道府県では、積極的な病床の介護施設への転換補助金等の誘導策が不可欠となる（それでも目標達成はできない）でしょうが、そもそも、こうした医療⇒介護という発想自体が、都道府県と共有されるのが注目されます。

慢性期病床から介護サービスへの移行を抑制するものとして、高齢者医療制度における地方負担が、介護サービスにおける地方負担より小さいという制度上の問題を無視することはできません。現に、某市（介護サービスのモデルとされる地域）では、認知症等については、極力、病院での対応を長期化し、介護での対応を減らす方針であると思われるような事例が多く見られます。トータルコストの低減ではなく、自分の負担の低減を第一に考えるという考え方が背景にあると思いますが、こうした制度上の課題を解決しないと、そもそも慢性期病床を減らして介護に移行するという発想自体が、都道府県によっては、共有されないのではないかと危惧します。

### <各都道府県の検討結果に注目>

既に、各都道府県では地域医療構想の検討準備段階に入っていますので、近々、その結果がわかることとなりますが、その結果に注目したいと思います。必要病床数は定めたものの、それに向けた地域の動きが生じなかった過去の医療計画の延長にとどまるものなのか、それとも新たな動きを促すものになるのか・・・都道府県によって、それは異なるものですが、1割でも、よい構想ができることを期待しています。

ある県では、医療圏別の検討を地域の医師会に依頼した・・・しかし医師会に断られたため、病院会に依頼が来て・・・断り切れない病院会では、わずかに数病院による2～3回の検討で案を作ることに・・・メンバーに選ばれた院長からは、「こんな方法では、良いものもできず、関係者の理解が得られるとは思えない」といった話も、既に、聞こえて来ました。当該県でも、これが検討の全容ではないのかもしれませんが、何となく、「構想」という形式を整えるだけに意識が行き、中期を戦略的に考えるという姿勢が欠けているのではないかと危惧されます。

それでも、何事も最初はあります。まずは、医療圏、都道府県単位で考えて計画をつくる・・・その中で良いものを取り上げて紹介する・・・それが次の展開の足掛かりになると考えることが大事なのでしょう。ぜひ、厚生労働省には、各都道府県の検討結果や検討プロセスを一覧で見ることができ環境を整えてもらい、その良さ悪さを評価できるようにしてもらいたいと思います。

その時、今回の推計をどう考えるか、その推計通りに実現できそうな都道府県はあるのかに関し、高度急性期病床、急性期病床と回復期病床、慢性期病床と介護サービスの3つに区分してコメントしたことについて、自己評価をしてみたいと思います（次回の通信は、医薬品等の市場改革について考えてみます）。

ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一