

都道府県医療費適正化計画をめぐる論点

佐藤卓利

目次

はじめに

1. 医療費適正化基本方針の概要
2. 京都府の医療費適正化計画
3. 新しい医療計画
4. 京都府保健医療計画
5. 医療保険制度に関する京都府の提案

おわりに

はじめに

「医療費適正化」という名目での医療費抑制政策が、都道府県を舞台として本格的に展開され始めた。それを法的に裏付けたのが、2008年4月に改正施行された「高齢者の医療の確保に関する法律」である。この法律はその目的を第1条で次のように謳っている。

「この法律は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同の連帯の理念に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする。」

ここに謳われている「医療費の適正化を推進するための計画」の内容が、第8条で「医療費適正化基本方針及び全国適正化計画」として示されている。医療費適正化基本方針（以下「基本方針」という）は、厚生労働大臣が定めるものであり、「都道府県医療費適正化計画において定めるべき目標に係る参酌すべき標準その他の当該計画の作成あたって指針となるべき基本的な事項」を記載している。

それによれば都道府県は、「基本方針」に即して、5年ごとに、5年を1期として、当該都道府県における医療費適正化を推進するための計画を定めることになっている。この計画は医療法に規定する「医療計画」、介護保険法に規定する「都道府県介護保険事業支援計画」、健康増進法に規定する「都道府県健康増進計画」と調和が保たれたものでなければならないとされている。

「医療費適正化」という至上命題の下に、都道府県レベルで保健・医療・介護の調整が行政課題として明確化された。本稿は、都道府県における「医療費適正化」をめぐる動きを、京都府を

事例として分析する。¹⁾

1. 医療費適正化基本方針の概要

「基本方針」は、「都道府県が医療費適正化計画を作成するに当たって即すべき事項を定めるとともに、医療費適正化計画の評価並びに医療費の調査及び分析に関する基本的な事項等を定めることにより、医療費適正化が総合的かつ計画的に推進されるようにすることを目的」としている（厚生労働省「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）」平成19年4月、1ページ）。

「基本方針」は、老人医療費の増加要因として2つの点に注目する。1つは「高齢期に向けて生活習慣病の外来受療率が徐々に増加し、次に75歳頃を境にして生活習慣病を中心とした入院受療率が上昇している」ことである。もう1つは1人当たりの老人の入院医療費を都道府県別に分析すると、それが「平均在院日数や人口当たり病床数と高い相関関係を示している」ことである。

ここから出てくる対策は、「若い時からの生活習慣病の予防対策」と「入院期間の短縮対策」である。前者が中長期的な医療費適正化対策であり、後者が短期的なそれであると言える。「基本方針」は、それぞれの対策に具体的な数値目標を設定するよう都道府県に求めている。

前者については、(1)「住民の健康の保持の推進に関する目標」として

- ① 特定健康診査の実施率（平成24年度において40歳から74歳までの対象者の70%以上が特定健康診査を受診すること）
- ② 特定保健指導の実施率（平成24年度において、当該年度における特定保健指導が必要と判定された対象者の45%以上が特定保健指導を受けること）
- ③ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群の減少率（平成20年度と比べた、平成24年度時点でのメタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を、10%以上の減少とすること）

を掲げるよう指示している。

後者については、(2)「医療の効率的な提供の推進に関する目標」として

- ① 療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く）の病床数
- ② 平均在院日数

を掲げるよう指示している。①療養病床の病床数と、②平均在院日数の算定については、後に京都府の事例を検討する際に具体的に示すことにする。

「基本方針」は、都道府県に対し医療費適正化計画の作成のための整備として、(1)担当組織の設置、(2)関係者の意見を反映させる場の設置、(3)市町村との連携を求めている。また、先にも述べたように、都道府県が策定する他の諸計画、具体的には(1)健康増進計画、(2)医療計画、(3)介護保険事業支援計画との調和が必要であるとしている。

このように医療費適正化計画の都道府県での具体化は、都道府県に対しては医療政策の策定と実施にかかわる力量を問うものである。また住民にとっては「医師不足」や「地域医療の崩壊」が社会問題化するなかで、あらためて国および都道府県が責任を負うべき医療保障と何かについて考え発言し、地域医療の再建のために行動を起こしていく契機ともなるであろう。

2. 京都府の医療費適正化計画

京都府の医療費適正化計画は、「京都府中期的な医療費の推移に関する見通し」として平成20年8月に策定された。京都府の「住民の健康の保持の推進に関する目標」は、国の参酌標準どおりとされたが、「医療の効率的な提供の推進に関する目標」は、療養病床数に関し国の示した算定方式には従わず、医療療養病床は2,647床（平成19年4月21日現在）から約3,660床（平成24年度末）へと増加する見通しが示された。

国が示した算定方式とは、「 $a - b + c$ 」で示されるもので、 $a \cdot b \cdot c$ は、それぞれ

a：平成18年10月時点の医療療養病床数（回復期リハビリテーション病棟は除く）

b：医療療養病床から介護保険施設へ転換・削減する見込み数（医療区分1の全員と医療区分2の患者のうち3割「うつ・褥瘡・創傷」患者）

c：平成18年10月時点での介護療養病床（老人性認知症疾患療養病床を除く）から医療療養病床へ転換する見込み数（医療区分3の全員と医療区分2の患者のうち7割（「うつ・褥瘡・創傷」患者分である3割は介護保険施設等へ）

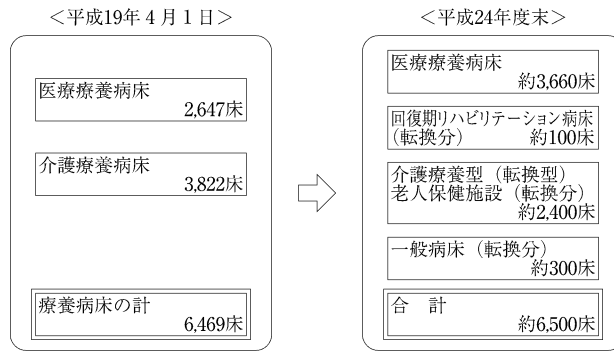
である²⁾。

京都府は、「国が進めようとしている療養病床の再編成に対し、入院患者の実態や医療機関の意向、さらには、地域の実情を十分に踏まえ、適切に対応していく」として、「一律的、機械的な病床削減ではなく、本指針策定の基本姿勢『医療・介護サービスの必要な方に対する適切なサービスの提供の確保』という観点から、国の考え方にとらわれることなく、府内の実情を踏まえ、療養病床の確保を図るとともに、老人保健施設等への転換見通しを明らかにし、府民の医療・介護サービス確保の道筋を示すことが必要であると考えています」（京都府保健福祉部「京都府地域ケア確保推進指針」平成20年3月、5ページ）と主張した。京都府のこの姿勢は、府民の医療・介護の必要に応えようとする点で、また中央政府にたいする広域自治体としての独自性を示そうとする点で評価できる。京都府は、厚生労働省が望む医療療養病床の削減ではなく増加を見通し、介護療養病床の介護療養型老人保健施設への転換を図りつつ、平成24年度の療養病床数の合計を約6,500床とした。

一方、平均在院日数については国の参酌標準が用いられた。厚生労働省の「基本方針」では、平均在院日数の目標は、最短の都道府県（長野県）の平均在院日数との差の9分の3の日数を減じたものとするとなっている。これに従って、京都府の平均在院日数（31.3日）と最短の長野県（25.0日）との差（6.3日）の1/3（2.1日）が、短縮されるべき目標になる。つまり平成24年度の京都府の平均在院日数が、 $31.3日 - 2.1日 = 29.2日$ となるよう目標が設定された。

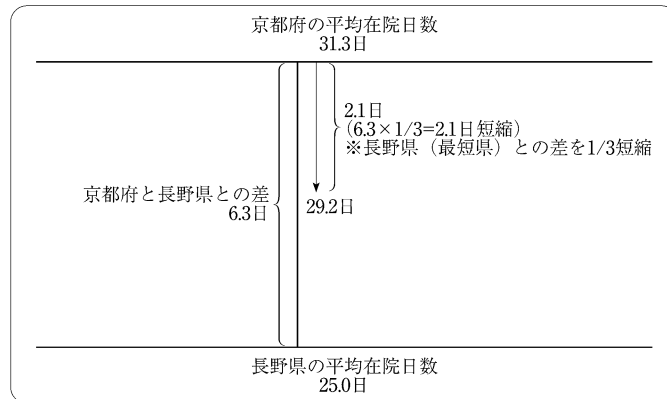
平均在院日数の短縮について「京都府中期的な医療費の推移に関する見通しについて（概要）」では、「本府においては、従来からの医療機関の役割分担と連携の促進等により、平均在院日数が短縮してきたところであり、今後、引き続き『健やか長寿の京都ビジョン（京都府保健医療計画）』、『京都府地域ケア確保の推進指針』等による施策を推進することとし、その結果として平均在院日数の見通しを示す」（「同上」2ページ）としている。

図1 療養病床の再編成



※医療療養病床数は、「京都府における必要療養病床数：3,660床」を置いたものであり、その他の数値は、この間の医療機関との意見交換等における状況により、京都府において推計したものである。

図2 平均在院日数の見通し



(出所) 京都府健康福祉部「京都府中間的な医療費の推移に関する見通しについて (概要)」(平成20年8月)

したがって、京都府の医療費適正化計画は、短期的な対策としては平均在院日数の短縮がターゲットとなり、その達成は「京都府保健医療計画」と「京都府地域ケア確保の推進指針」にもとづく「医療機関の機能分化・連携」と「在宅医療・ケアの推進」の具体化によるものとなった。

3. 新しい医療計画

都道府県に医療計画の策定を義務づけ、その中で設定した医療圏ごとに基準病床数を算定し、基準病床数を超える医療圏に増床があった場合、都道府県が削減を勧告できることになったのは、1985年の医療法改正によってである。古い医療計画の策定は、医療機関を適正に配置し、医療資源を効率的に活用し、病院の機能分化を図ることも目的としていたが、実際は、医療費抑制のため病床数が増えすぎないように管理することが主目的であったと言える。つまり古い医療計画は、

医療供給量を病床数の管理によって調整し、医療費抑制を図る政策であった。

2006年の医療法改正では、総病床数管理的な古い医療計画が見直され、新たな記載事項として(1)4疾病および5事業の目標、(2)医療連携における医療機能に関する情報の提供などが加えられた。

(1)については、4疾病とは、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病であり、5事業とは、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急を含む）であるが、これらの疾病別・事業別に地域での医療連携体制の構築が求められることになったのである。

(2)については、「医療機能情報公表制度」として実施され、医療機関に公表が義務づけられた。公表された内容は、都道府県のホームページ等に掲載されることになった。

厚生労働省は、都道府県が新しい医療計画を策定する際の参考として「疾病又は事業ごとの医療連携体制構築に係る指針」を示した。その「趣旨」は以下のように述べている。

「従来の医療計画は、基準病床数制度に基づく病床の整備等、医療提供施設の量的な整備目標を中心として推進されてきた。

疾病構造の変化や地域医療の確保といった上記の課題に対応するためには、医療提供施設の量的な整備計画だけでなく、健康日本21等に定められた、健康で心豊かな生活を最終目標とし、その手段としての医療体制を具体的に構築する計画となることが求められる。

具体的には、各都道府県において、4疾病及び5事業について、それぞれに求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。

加えて、こうした医療体制の構築に患者や住民が参加することを通じ、患者や住民が地域の医療機能を理解し、医療の必要性に応じた質の高い医療が受けられるようになることが期待される。」（厚生労働省「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」平成19年7月20日）

このように「指針」の趣旨では、従来の上からの規制といった性格は隠され、「医療機関の連携」であるとか「患者や住民の参加」が、前面に掲げられている。地域の実情に応じて医療のネットワークを医療関係者と患者や住民が共同して作り上げていくという方向は望ましいものではあるが、「医療費適正化」という至上命題から見た場合、「指針」には注意しなければならない点がいくつかある。

たとえば、4疾病はいずれも厚生労働省が「生活習慣病」という概念で括っている疾病であるが、それらは国民の「主な死因」であるだけでなく、もっとも医療費のかさむ疾病でもある。4疾病が「医療費適正化」のターゲットとして設定されている理由がそこにある。

また新しい医療計画では、都道府県は厚生労働省の指針に基づき、たとえば脳卒中の場合には、医療機関に求められる機能を、急性期・回復期・維持期にそれぞれ「基準化」し、それに合致する医療機関の名称を医療計画に明記することになった。それにより医療連携を構築する際にそれぞれの機能を明確化することがねらいである。しかし、医療計画への医療機関名の明記は、診療報酬の算定における基準とリンクしており、医療計画に明記されなければ算定できない点数もある³⁾。医療保険における診療報酬の算定と都道府県の医療計画が直接リンクすることの妥当性については、検討されなければならない。

このような点からすると、新しい医療計画は、病床数の数量規制をおこないながら地域の医療

供給体制の質的管理を強める方向へその内容を拡大し、都道府県にその実施責任を負わせることで、「医療費適正化」を進めようとしている、と見ることができる。

4. 京都府保健医療計画

京都府は平成20年3月、新しい医療計画として「京都府保健医療計画」を策定した。その第1部総論において、計画策定の趣旨として「府民・患者の視点から、安心して良質な医療を提供する体制の構築を目指します」（2ページ）と宣言している。先に見たように、京都府は、療養病床数については厚生労働省の示した算定方式には従わず、入院期間の短縮を平均在院日数の短縮によって達成しようとしている。

そのためには、患者が退院した後の医療を担う地域の病院・診療所等の医療機関が、相互の機能分担と連携を強化することが求められる。「京都府保健医療計画」は、「京都府においても、医療の高度化・専門化、医師不足等に鑑み、急性期から維持期に至るまでの一連の医療を、一つの医療機関ですべてを担うことは難しいため、地域の医療機関が連携して、個々の患者が必要とする医療を切れ目なく提供するとともに、早期の在宅生活に復帰できるよう在宅医療の充実を図ることが必要です」（15ページ）と述べている。

その対策の具体化として、「二次医療圏ごとに設置している『地域保健医療協議会』で、個々の患者の治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）の普及など具体的な方策を検討、推進」（同ページ）するとしている。

「地域保健医療協議会」は、保健所が事務局となり、圏域内の保健・医療・福祉の関係団体、市町村、消防組合等を構成員とした組織で、新しい医療計画の重要課題である4疾病5事業について検討してきた。京都府はその検討結果を二次医療圏ごとにまとめ「地域における主な課題と対策―地域保健医療協議会における検討―」（平成20年3月）として公表したが、そこに京都市が完全に抜け落ちていることが明らかとなった。言うまでもなく京都市民は、京都府民でもある。京都府の進める医療政策に京都市が参加しないということが許されるのか、重大な問題が解決されないままである。

5. 医療保険制度に関する京都府の提案

厚生労働省が目指す療養病床数の削減に対して、独自の見解と動きを示した京都府は、医療保険制度についても注目すべき提案をおこなった。平成21年1月27日に開催された全国知事会において、山田啓二京都府知事は、「国民保険等 医療保険制度に関する京都府の提案について」を発表した。

その提案骨子によれば、「都道府県は、地域における保健医療政策を充実させていく役割を担っているが、以下のような課題があり、その役割を有効に果たしていない現状がある」として3点を指摘した。第1は「府県単位で一元化された医療費データがなく、政策立案・検証が困難」

であること、第2は「健康医療政策の実施主体が分散しており、調整が困難であること」、第3は「国保保険者（市町村）はエリアが狭く医療政策の権限もないため、保険者機能の発揮（良質な医療サービス確保、効率的な運営）が困難」であること（下線は原文）。

3点の困難に対して、京都府の提案は、「都道府県がより効果的に健康医療政策を遂行するために、医療保険制度等に関する次のような検討が必要である」（下線は原文）として、3点の提案をおこなった。第1は「現状分析のためのデータ把握の方法（レセプト等のデータ）」、第2は「都道府県への権限移譲（診療報酬決定、医療機関指導の権限）」、第3は「国民健康保険の都道府県単位での一元化」である。

この提案は、全国知事会のそれまで合意とは異なるものであり、大きな波紋を投じるものであった。全国知事会は、すでに平成18年1月13日に「医療制度改革に関する意見」を公表している。そこにおいては「医療保険制度の一元化」について、「国民健康保険制度の構造的問題を抜本的に解決し、将来にわたる安定的な医療保険制度の運営を確保するためには、国の責任において、すべての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた具体的道筋を明らかにすべきである」との全国知事会の意見が表明されていた。

また「医療費適正化計画」についても、「そもそも医療費適正化については、医療費に多大な影響を与える診療報酬制度等に権限を有する国が主導的な役割をはたすべきである。医療費適正化計画の名の下に、国の責任を都道府県に転嫁することは、絶対にあってはならない」という、真つ当な意見が全国知事会の合意であった。

しかし、こうした全国知事会の姿勢に異議を唱える見解が「地方分権改革推進委員会 第1勧告」（平成20年5月28日）において打ち出された。「都道府県が広域的な行政主体として地域の実情に応じた医療資源の適正な配置、過不足ない医療提供体制の整備、医療費の適正化対策に主体的な役割を担うことができるよう、地域の医療における都道府県の権限と責任の強化をはかるべきである。このため医療計画における基準病床数の算定については、都道府県ごとの基準病床数の上限を実質的に国が決めている方式を改める必要がある。あわせて国民健康保険制度についても、都道府県単位を軸として検討を進める必要がある」

京都府の提案は、この「第1次勧告」に呼応して、医療政策の実施主体となるべく検討課題を提起したものである。検討課題は、先に紹介したように3点示されている。

具体的には、(1)必要なデータの収集方法については、①疾病構造、受療動向に関するデータ、②医療費に関するデータ、③健診、保健指導に関するデータ、④医療資源（医療施設、医療従事者）に関するデータ、⑤保険財政及び運営に関するデータを上げている。

(2)都道府県への権限移譲については、「都道府県は診療報酬決定権限がなく、病床規制だけでは、医療政策の実施の実行上限界があるため、診療報酬決定権限の一部と保険医療機関指導権限の権限移譲が必要と考えている」と述べている。

(3)「国民健康保険の運営に関し、保険財政の安定化や保険料の平準化の観点から、都道府県の権限と責任の強化とともに、都道府県単位による広域化の推進について検討する」と述べている。

この3点の提案のねらいについて、山田啓二京都府知事は、次のように述べている。「レセプトから府内の誰がどこでどういう病気になり、どんな治療がされているかを調べる。健康医療政策や保険運営の基礎資料となる。将来的にはデータに基づき、地域によって診療報酬を

手厚くして適正な医療水準を保つなど、各施策を進めることもできる。国が療養病床の診療報酬を切り下げたのに対し、京都府は09年度予算で補助金を打って補った。地域の実情に応じて、診療報酬や医療水準のあり方を具体的に考えなければ、満足のいく医療行政はできない」（「朝日新聞」、2009（平成21）年6月3日付）。

おわりに

都道府県が、一方で医療計画に基づいて医療供給体制を管理し、他方で国民健康保険を都道府県単位で一元化しさらに診療報酬（医療の公定価格）の決定権限を手にする。そうすることで医療供給体制と診療報酬決定権限を、都道府県においてリンクさせる。京都府の提案には、このような意図があるように思われる。それが実現されるとすれば、都道府県ごとに医療水準が異なり、それに応じて保険料の水準も異なるという事態が生じることになる。都道府県レベルで「高い医療水準を望むのであれば、それに見合った高い保険料を」という「選択」が迫られることになりはしないか。制度が分立しており制度ごとに保険料率の違いがあるとはいえ、現在国民は全国のどこの医療機関でも、同じ内容・同じ価格の医療が受けられるが、こうした医療の公的保障の仕組みが解体されるのではないかと危惧される。

医療制度改革と地方分権改革、医療費適正化計画と国民健康保険の一元化が、構造改革路線の方向で結びつけられるとすれば、こうした危惧は現実化するであろう。

注

- 1) 本稿は、2009年12月5日、大阪経済大学で開催された第72回社会政策学会関西支部会の共通論題「10年目の介護保険制度を検証する」において、筆者が報告した「高齢者の生活支援における自治体の課題—広域自治体（都道府県）の医療政策について—」を修正・加筆したものである。この報告の準備に当たっては、京都自治体問題研究所・京都府政研究会の保健医療福祉部会での十数回にわたる報告と討論から多くを学んだ。この研究会の成果は、京都自治体問題研究所・京都府政研究会編『京都府政研究2010 地域に保健・医療・福祉のネットワークを』（2009年12月）にまとめられている。とりわけその第1章「社会保障構造改革と医療費適正化計画」および第2章「医療費適正化計画と京都府の医療提供体制」は、本稿の執筆に際して大変参考になった。研究会の参加者諸氏に感謝申し上げる。
- 2) 京都府保健福祉部「京都府地域ケア確保推進指針」（平成20年3月）、6ページ。
- 3) 医療計画への医療機関名の明記と診療報酬の算定における基準がリンクすることについては、京都府政研究会で中村暁氏から教示された。