

医療提供体制改革と社会保障制度改革との関連性

株式会社 野村総合研究所 消費サービス・ヘルスケアコンサルティング部
上級研究員 安田 純子

1. 動き出した医療提供体制改革

6月の中旬から下旬にかけて、「骨太の方針」（正式名称「経済財政運営と改革の基本方針2015」）や、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～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～」（以下、「第1次報告書」という）等、今後の社会保障の方向性を定めた重要な報告書等が相次いで公表された。

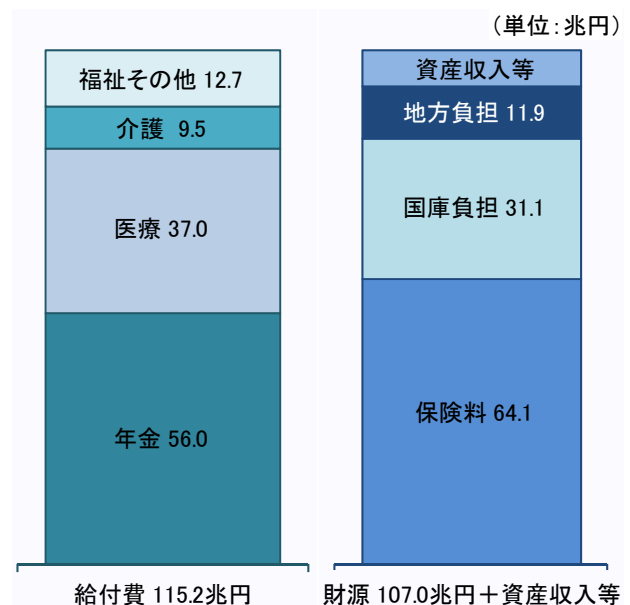
1) 「骨太の方針」における社会保障給付費のあり方に対する考え方

2015年6月30日に閣議決定された「骨太の方針」は、「骨太の方針決定 財政再建、成長重視で 歳出抑制『目安』どまり、18年度赤字幅 GDPの1%に」（2015年7月1日付日本経済新聞）、「骨太の方針と改訂成長戦略を閣議決定 財政健全化に目安」（2015年6月30日付朝日新聞）等、新聞報道では「歳出抑制」に「目安」が示されたことが注目を浴びた。プライマリーバランス（基礎的財政収支）^{*1}の均衡が、目下、経済財政運営の最重要課題であるが、歳入面では消費税の引き上げを図ったばかりのため、次は歳出に手を入れざるを得ないことは、多くの人の共通認識になっている。

社会保障給付費^{*2}の総額は2014年度（実績）で115兆円、保険料で賄われている分は

このうち64兆円、国庫負担、すなわち国の税金で賄われている「社会保障関係費」の額も31兆円を超えている（図表1）。「社会保障関係費」は、すでに国家財政（約96兆円）の3分の1を占め、公共事業の5倍、防衛費の6倍の規模となっている（図表2）。もはや公共事業や防衛費の節約で捻出といったレベルを超えており、「社会保障関係費」のみが毎年度数千億円の規模で増加しているのだから、税収を増やす手立てがなければ、社会保障の支出の伸びを抑える方法を探らざるを得ない。

図表1 社会保障給付費と財源（2014年度）

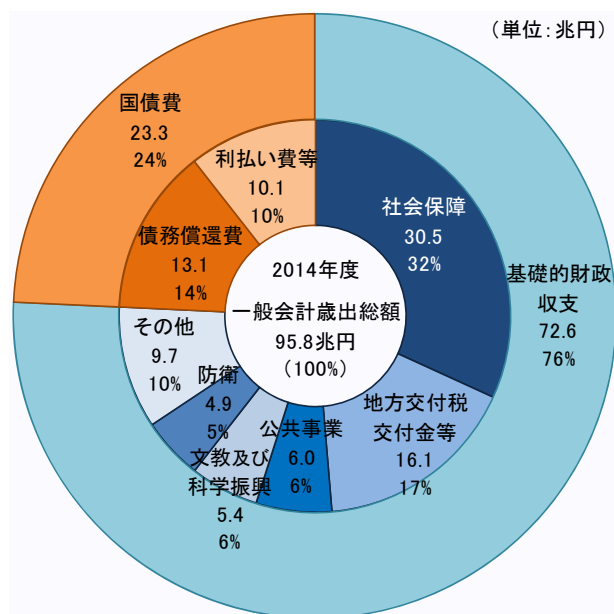


出所) 財務省主計局「財政制度分科会（2015年4月27日開催）『資料1 社会保障』」より NRI 作成

*1 プライマリーバランス（基礎的財政収支）とは、国債による借入れを除いた税収等による正味の歳入と、国債の元本返済や利払いのための費用を除いた歳出の差額を指す。

*2 社会保障給付費は、社会保障として給付されるすべての費用が含まれる。ただし、利用者自己負担分は含まれない。これに対し、「社会保障関係費」は、国の一般財源で拠出される社会保障分野への費用であり、保険料財源分や地方負担、積立金の運用益等で賄われている分を除いた費用等と言える。

図表2 一般会計歳出予算（2015年度）



出所) 財務省資料より NRI 作成
http://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2015/index.htm

これに関し、「骨太の方針」では、「安倍内閣のこれまで3年間の経済再生や改革の成果と合わせ、社会保障関係費の実質的な増加が高齢化による増加分に相当する伸び（1.5兆円程度）となっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を2018年度（平成30年度）まで継続していくことを目安とし、効率化、予防等や制度改革に取り組む。この点も含め、2020年度（平成32年度）に向けて、社会保障関係費の伸びを、高齢化による増加分と消費税率上げとあわせ行う充実等に相当する水準におさめることを目指す」という考え方がまとめられている。また、その目的が「世界に冠たる国民皆保険・皆年金の維持そして次世代へ引き渡すことを目指した改革を行う」ことであることも明記されている。

表現上では「目安」となっているが、実質的な目標水準として、今後5年で2.5兆円プラス消費増税の際に約束された「社会保障の充実」等（2020年時点で1.5兆円）の範囲に伸びを抑える、という考え方が示されている。これは、社会保障関係費の年平均伸び率に換

算すると約2%に相当するが、2013年から2014年の伸び率が4.8%であることを踏まえると、実現不可能ではないが、それなりに厳しい水準と言える。

伸びの抑制の方法としては、①経済再生、②改革の成果、③効率化、予防等、④制度改革の4つが示されている（前述の引用文中の下線部に相当）。①及び②は、これまでの安倍政権での取り組みの継続という位置づけであり、次節で詳述する医療提供体制改革の一部は②に含まれる。そして、それに加えた新たな取り組み（③、④）を必要とし、具体的な方法が掲げられている、という構成である。

2) 専門調査会第1次報告書が目指すもの

「骨太の方針」に先駆けて、2015年6月15日には、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次報告書」が公表されている。この専門調査会は、社会保障制度改革推進本部（安倍内閣総理大臣を本部長、甘利社会保障・税一体改革担当大臣を副本部長とし、菅内閣官房長官、高市総務大臣、麻生副総理・財務大臣、塩崎厚生労働大臣、有村内閣府特命担当大臣（少子化対策）で構成される）が設置した有識者による専門的な調査・検討のための会議体で、第1次報告書は、2014年8月から10か月にわたって積み重ねられた検討成果をとりまとめ、地域医療構想の策定を通じた病床再編の方向性を示したものである。

「骨太の方針」で医療提供体制改革が社会保障給付費の増加率を逡減させる方策の一つとして位置づけられたことや、「第1次報告書」で医療機能別必要病床数が示されたことから、「病床数を最大20万削減 25年政府目標、30万人を自宅に」（2015年6月15日付日本経済新聞）、「病院ベッド数削減要求 医療費抑制 政府、10年で1割超」（2015年6月16日付中日新聞）、「政府専門調査会 必要病床数

25年までに最大20万床削減」(2015年6月17日付ミクスOnline)等の記事が掲載され、各地方新聞でも「県内病床数〇割削減へ」等の文字が紙面に躍った。

しかし、「第1次報告書」では、その目的は、「今回の改革は、(中略)中長期的な視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療が受けられることを目指すとともに、居宅をはじめ介護施設や高齢者住宅も含めた『在宅』への復帰率の向上等患者の視点から見て医療の質の向上につながるよう取組を進めるものである」と説明されている。

また、「基本的な考え方」として、「限られた医療資源を効果的・効率的に活用するためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化し、患者の状態像に即した医療提供体制を構築することが重要」、「中長期的な医療ニーズの動向については、人口構造の変化等の影響を受け、変動していくものと考えられる。このため、医療提供体制の改革に当たっては、地域の中長期的な医療ニーズの動向と調和したものとしていく必要がある」ことも示されている。

つまり、医療提供体制の改革は病床数の削減そのものや医療費の伸びの抑制を目的として実施するものではないが、前述のとおり、すでに「骨太の方針」で示された「目安」を達成する手段の一つとして織り込まれており、一定の成果を上げることが求められている。医療機関としては、過度に恐れる必要はないが、相応の覚悟は必要である。

そして、その改革が目指しているのは、単なる数量目標として病床数を削減することではなく、人口構成や疾病構造の変化に対応して、必要な医療サービスを提供できるようにするための再編、構造改革である。卑近かもしれないが、ダイエットに例えれば、単純に

体重を落とす「減量」ではなく、プロポーション全体を引き締めた上で、動きやすく太りにくい状態にしようという「体質改善」を目指しているのだ。

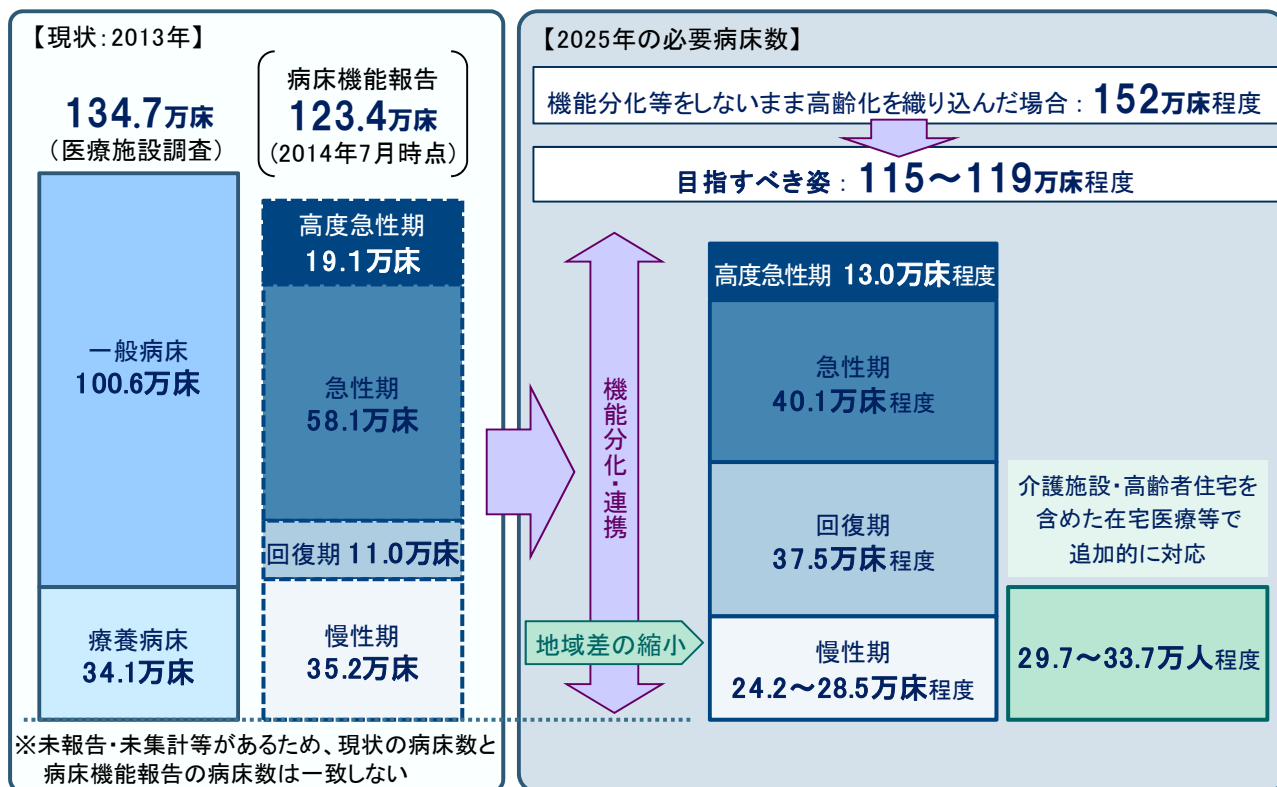
具体的には、現行制度下で一般病床／療養病床の2区分に位置付けられている病床を、高度急性期／急性期／回復期／慢性期の4区分に再編し、その構成を今後の医療ニーズの変化に合わせて変えていくことになる。第1次報告書では、ニーズに基づき計算された「2025年の必要病床数」は、全国的には高度急性期、急性期で減少し、回復期で増えるとの見通しが示され(図表3)、都道府県別の数値も掲載されている。この見通しを参考に、今後、都道府県を中心に、「地域医療構想」を策定していく検討プロセスを通じて、具体的にどう変更するかを考えていくフェーズに入る。この「地域医療構想」の策定とともに、そのための「協議の場」*3の設定、財政支援のための「基金」の創設等を定めた医療介護総合確保法が2014年6月25日に交付され、各地域が「主体的かつ責任を持って地域医療構想を策定」するための参考情報として、「地域医療構想策定ガイドライン」も示される等、構想策定に必要な道具立ても用意されている。医療提供体制の改革では、これら急性期医療の病床再編を中心に議論されているが、図表3にも「介護施設・高齢者住宅等を含めた在宅医療等で追加的に対応」とあるように、実際には在宅医療・介護とも深く関わってくる。「第1次報告書」によれば、高度急性期、急性期、回復期の3種を合計して約90万床という構造は、現状でも2025年でもさほど変わらない。この3種の病床の間で、高度急性期病床の6~7万床(病床報告の未報告・未集計分も加味した概数)が急性期病床に、急性期病床25~29万床が回復期病床に転換さ

*3 医療法で、都道府県が、医療関係者、医療保険者その他の関係者との「協議の場」を設けることとされている。

れることになると考えられる。これに対し、慢性期病床は 10 万床程度減らす想定となっているが、その受け皿として 30 万人分を超える介護施設・高齢者住宅等の増設と、そこ

に在宅医療（訪問診療・訪問看護等）を提供する体制が新たに必要になる。改革の実現に向けてカギとなるのは、この在宅医療・介護の提供体制づくりの部分と考えられる。

図表 3 2025 年の医療機能別必要病床数



出所) 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「第1次報告～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～」(2015年6月15日)よりNRI作成

2. 医療提供体制改革を進める上で重要な4つの視点

在宅医療・介護を効果的・効率的に対応できる提供体制の構築を目指した構造改革(体質改善)を図るには、医療サービスで供給される「内容」に踏み込むことが必要で、その際には①機能、②配置、③連携、④品質の4つの視点が重要になる。

1) 機能に関する視点

前述のとおり、地域医療構想では、医療ニーズの将来変化を予測して、既存病床を高度急性期/急性期/回復期/慢性期の4区分で

再編すること、さらには、介護保険施設や高齢者向けの住まい等の整備、在宅医療・介護の充実等を図ること等が想定されている。

しかし、「機能」として考えれば、病床区分以外にも、診療科レベル、提供方法レベル(入院/外来/在宅)、疾患に合わせた治療やケアの手法レベル等の多様なレベル・視点が考えられる。例えば、介護保険では、制度創設当初は施設介護から在宅介護へ、提供方法レベルの機能転換を図り、「2015年の高齢者介護」(2003年6月、高齢者介護研究会)の考え方を踏まえ、身体介護中心から認知症介護中心へのケアモデル(手法レベル)の転換を目指してさまざまな取り組みが進められてきた。

医療提供体制改革でも、医療ニーズの変化に対応するためにどういう機能を充実させ、どの機能を縮小すべきか、多様なレベル・視点を考慮する必要がある。

また、機能を構成するのは、「病床」だけでなく、専門職、機器・設備等、情報システムのようなインフラ設備、医療サービスの運営のための各種委員会や地域ケア会議のような会議体等、多様な要素が考えられる。提供方法レベルや手法レベル等、現場に近い形で機能を捉えるほど、あるいは慢性期～在宅医療・介護の領域ほど、機能を構成する要素の中で専門職の持つ知識やスキルの重要性が高まる。専門職人材は、機能を発揮できる状態になるまでの養成・教育に時間がかかることを考慮して、先を見通して早めに準備を進める必要がある。

特に、介護施設・高齢者住宅等と在宅医療を担う訪問看護の領域で看護職員の確保が重要だが、現実的にはその多くは新規養成で確保することになると想定される。その際、訪問看護や介護における看護の手法等を理解し、医療機関で行う看護とは異なる知識やスキルを持つ新たな専門人材を養成するための教育・研修体系が必要となる。

医師に関しても同様に、老年学や在宅医療に関する知識・経験のある医師（総合診療医等）の確保・養成がカギとなる。

こうした専門人材の養成・教育等は都道府県だけで計画を立てて対応できるものではなく、国として教育・研修プログラムや国家試験等の見直し・準備を進める必要がある。総合診療医に関しては、一般社団法人日本専門医機構が設立され、「総合診療専門医」の必要な能力（コンピテンシー）の定義や研修プログラムの開発等の準備がすでに進められているが、それ以外の専門職員も、在宅医療・看護や介護に関する教育・研修を進めていく必要がある。

2) 配置に関する視点

地域医療構想は、都道府県が中心となり、構想区域単位で検討することが想定されている。構想区域は、現在の二次医療圏をベースとしているが、その規模の差異や、実際の受療行動を踏まえて圏域の見直し・再設定が行われることになる。

しかし、これまでの医療計画のように、構想区域単位で病床区分ごとに必要病床数を設定するだけでは、地域医療構想のねらいである「どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療が受けられる」を達成できない。入院だけでなく、救急／通院／訪問診療・看護の場合等を想定し、交通アクセス性も加味した地理的な医療機関・病棟・病床の再配置を検討する必要がある。場所の移転を伴う再配置は長期的な展望を持って、医療機関の建て替え等のタイミングを捉えて行う時間のかかる取り組みになる。

このとき難しいのは、高齢者の住み替えをどう織り込むかという視点である。地方創生の取り組みが進められる中、県境を越える移動も生じる可能性があるが、それよりも圧倒的に多くを占めるのは、同一区市町村内の移動であろう。郊外部からやや便利なエリアへの住み替えや、広過ぎる住宅からより機能的な住宅、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームのようなサービスと一体となった住まいへの住み替えは、世帯の小規模化とともに増えていく可能性がある。場合によっては、拠点型サービス付き高齢者向け住宅のような形で、医療や介護の拠点機能と近接した居住エリアを、公営の住宅団地の再生等のタイミングを捉えて整備していくことも考えられる。

さらに、アクセス性という観点では、交通アクセスのような「物理的なアクセス性」だけでなく、患者の適切なサービスアクセスを促すよう、かかりつけ医重視型のゲートキー

パー制*4を高めた受診の仕組みづくりといった「プロセス面のアクセス性」を目的に合わせて適切に設定することも考え得る。これは、保険制度そのものに関わることから、都道府県だけでは進められない取り組みのひとつで、国として検討すべきと言える。

3) 連携の視点

機能を切り分け、再編し、適正に配置された後は、それらが適切に連携できるような仕掛けが必要となる。

地域医療構想のガイドラインでは、「地域の創意工夫を活かした地域連携パスの作成・活用」や「地域の医療・介護連携において中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成」、「地域における多職種連携・人事交流の支援」等が取り組み例として示されている。

こうした取り組みは当然重要だが、本質的に連携が進むかどうかは、異なる法人の医師から受けた指示への対応で、何らかのトラブルが発生した場合の責任の分解と担保の仕掛けが明示的に作れるかどうかにかかってくると思われる。通常どおり、「指示せん」の形で医師の指示を受ければ、プロセスが明確に記録されることになるが、実際には、やむを得ず口頭で指示を受けることもあるため、現場の現実的な運用を想定した仕組みとする必要がある。

「地域医療構想を達成するための一つの選択肢」として、地域医療連携推進法人という仕組みも提示されている。同制度は、複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営するホールディング的な法人で、病床再編だけでなく、参加法人間の人員配置の見直し、施設・設備等への投資と資金調達の調整等、連携法人間で柔軟な資源配分を行うた

めの仕組みで、現在、国会に医療法改正案として提出され審議中である（2015年7月27日時点）。個別の法人を維持しながら、緩やかにグループ法人化するような枠組みであることから、資源配分と同時に、前述の責任の分解と担保についても行いやすくなると期待される。仕組み創設の主旨としては、地域の中核病院を中心とした近隣医療機関の連携ツールというイメージで考えられているが、在宅医療・看護を担う小規模な診療所や訪問看護ステーション等が連携し、共通の情報システムを共同購入して使う、保険請求事務の一元化・効率化を図る、人材の採用や研修等を共同で行う等、シェアードサービスの位置づけで法人制度を使うのも効果的な活用法と思われる。

4) 品質に関する視点

高齢化を背景とする疾病構造変化により、医療の内容は、治癒を目指す急性期医療から、疾病を抱えたまま症状を安定させ、生活を維持する慢性期医療や在宅医療・介護へと着実に変化してきている。治癒を目指す医療では、治癒率が品質の大半を占めていたが、疾患を抱えたまま生活を続ける場合は、その人の望む生活を送りながら、症状や支障をどう軽減・安定させるか、が重要な評価ポイントとなる。患者によって望む生活が異なることから、医療・看護・介護の対応も複数の方法が考えられ、治癒率のように一律に評価できなくなる。このため、患者やその家族が、選択肢を理解し、納得して選択することが重要になる。また、在宅医療・介護の場合、何か一つのサービスを選ぶのではなく、心身の状況や生活実態に合わせて複数のサービスを組み合わせ利用し、全体として必要な品質を確保する形となるため、どうサービスを組み合

*4 外来で受診する際に、最初に必ず自ら登録した医師（ホームドクター）の診察を受け、必要な専門医療等はそこから紹介を受け、受診する仕組みをいう。

わせるかがポイントである。

介護保険の領域では、ケアマネジャーという要介護者の代理人となる専門職種が心身の状況と生活の状況をアセスメントし、本人や家族の希望を踏まえた上で、ふさわしいサービスをコーディネートする仕組みとなっており、利用者による選択や組み合わせに関し、一定の経験が蓄積されている。在宅医療でも、これと近い形で、医療・看護と生活の両面を理解し、患者の代理人として治療方法の選択を支援したりコーディネートしたりする仕組みが必要となる。

施設・居住系サービスでも似たようなことがいえる。介護保険施設と有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の制度的な違い、事業者の特徴等を独力で理解し、納得して選択できる要介護者や家族は多くないだろう。現在のケアマネジャーは在宅サービスを中心にコーディネートする役割となっていることから、施設・居住系サービスには必ずしも詳しくなく、選択を支援する体制として十分とは言えない。

利用者にとって必要な各種サービスの選択の支援とコーディネーションの仕組みの確立と、それを担う人材の育成は、今後の重要な課題となるだろう。

3. 2018年以降の政策の方向性 ー人員基準等に踏み込んだ改革議論をー

「骨太の方針」では、2016年から2018年までの3年間を集中改革期間と定め、その間の社会保障給付費の伸びを抑えるための方策として、医療提供体制改革のほか、インセンティブ改革による生活習慣病の予防・介護予防、負担能力に応じた公平な負担、給付の重点化・効率化、薬価・調剤等の診療報酬に係る改革、後発医薬品の使用促進を含む医薬品

等に係る改革等が位置づけられている。

これらの改革の効果は、景気の状態や改革の進展度合い等によっても変わり得るが、構造改革のための取り組みは引き続き必要になると想定される。特に、2018年は、診療報酬と介護報酬の同時改定の年でもあり、3年間の成果が芳しくない場合、この改定で大幅な引き下げを行わざるを得ないといったことに陥る恐れもある。

しかし、現場の状況としては、真面目な運営を行っているところほど、「そろそろ限界」と感じ始めており、更なる厳しい報酬引き下げ等が行われると、職員の給与も上げられず、必要人数の確保が困難になる等、経営が立ち行かなくなってしまう恐れもある。

利用者側から見ても、「給付の重点化・効率化」という方針のもと、在宅での医療・介護サービスの利用が抑制されると、かえって在宅維持が難しくなり、費用のかかる医療機関や介護施設への入院・入所を早めてしまうような、本人の希望とも改革のねらいとも逆向きに作用する恐れもある。

報酬引き下げや給付の重点化・効率化による抑制は、そろそろ手詰まりではないだろうか。次の診療報酬・介護報酬の同時改定では、療養・介護期の専門職の人員基準や施設基準の見直しも避けられない。人員基準についてはITやロボットを活用して効率化を図りながら、一定の品質を担保できる人員配置とはどの水準か、施設基準については多床室をどうしていくべきか、という品質に関わる議論も避けて通れないのではないかと。

明確な配置基準の引き下げでなくても兼務可能な範囲の拡大を通じて、事業者として医療や介護以外の収益事業を行えるようにし、既存の人員や施設の一部をそれに充て、保険とは別の収入を上げられるようにするという方法もあり得る。もしくは、保険請求や職員の教育・研修等の機能を行政がサポートし

て地域で共通の枠組みを作る等、事業者の管理コストを減らすような方法もあり得るのではないか。アウトカムとしての品質を大きく下げないで、インプット／アウトプットを調整する工夫が必要になっていると考える。

今後3年間は、改革を進めつつも、さらにその先を見通して、財政の健全化と一定品質の社会保障制度の維持に対する「次の手」を、行政、事業者、研究者等が、それぞれの立場で模索していく非常に重要な期間である。

筆者

安田 純子（やすだ じゅんこ）
株式会社 野村総合研究所
消費サービス・ヘルスケアコンサルティング部
上級研究員
専門は、社会保障に関する政策研究、医療・
介護関連事業のコンサルティング 等
E-mail: j-yasuda@nri.co.jp