

地域医療構想の行方～病院病床の大幅削減は生じない

日本福祉大学 学長 二木 立

6月15日に内閣官房の「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」から公表された「第1次報告～医療機能別病床数の推計および地域医療構想の策定に当たって」（以下、第1次報告）では、厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」が3月31日に示した「地域医療構想策定ガイドライン」（以下、GL）では示していなかった医療機能別必要病床数の具体的な数値にまで触れられている。2025年の必要病床数を高度急性期13.0万床程度、急性期40.1万床程度、回復期37.5万床程度、慢性期24.2～28.5万床、合計115～119万床とし、さらに在宅医療への移行患者数は29.7～30.7万人と推計している。高度急性期、急性期、慢性期のそれは昨年7月時点での「病床機能報告」を大幅に下回る。また、「社会保障・税一体改革」の「2025年改革モデル」（2011年6月）が示した高度急性期、急性期の病床数よりもさらに少ないものであった。この先10年の医療構想の根幹を成す数字であるだけに、第1次報告の内容に多くの医療関係者は驚いている。そこで、医療政策研究の第一人者である日本福祉大学の二木立学長に、地域医療構想の今後の行方について伺った。

——「第1次報告」は、2025年の医療機能別必要病床数、在宅医療の患者数について具体的な数字を示しています。厚生労働省のGLでは示されていない療養病床の具体的な数値についても触れていますし、高度急性期、急性期、慢性期のそれは昨年7月時点での「病床機能報告」を大幅に下回るものでした。この第1次報告と厚労省のGLとの違いは何に由来するものなのでしょうか。

二木 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会が3月31日に出したGLは病院関係者にすごく「優しい」報告書でした。これを受けて日本医師会は、中川俊男副会長がいろんなところで「何の心配もありません」と話されていました。確かに、GLが順守されるならばそれは「バラ色のシナリオ」といえるでしょう。けれど現場は疑心暗鬼になっており、将来の急性期病床は今の半分になるという医療系コンサルタントもいるなど意見が割れていました。

GLを虚心坦懐に読めば何の心配も要らないように見えます。現状維持シナリオを描く高度急性期、急性期は大幅削減にはならず、回復期は増え

ます。療養病床は減るようにいわれていますがいろんな特例措置があり、何より改革の手法で当事者の合意を強調していました。

しかしながら、このGLは独立したものではありません。5月に成立した医療保険制度改革関連法に盛り込まれている都道府県の医療費適正化計画の改正とワンセットです。ですからGLだけで論じるのは意味がありません。都道府県の医療費適正化計画は小泉内閣が2006年に成立させたものでした。今回の改正のポイントは3つあります。まず医療費適正化の数値が、従来は見通し・予測でしたが、今回は「目標」に変更されました。2番目は、地域医療構想と整合的に作成されることです。整合的に作成するということは地域医療構想が医療費適正化計画に合わせてつくられるということです。さらに、「目標と実績が乖離した場合、都道府県は要因分析を行うとともに、必要な対策を検討し講ずるように努める」との努力義務が定められました。

対策として具体的に何をすべきかまでは触れていませんが、この3つが新しく加わったことで都

道府県への病床削減圧力は相当なものとなり、GLが描くようなバラ色の結果にはなり得ないでしょう。

また、GLは厚労省内で作りしましたが、今や医療政策は厚労省の専売特許ではありません。官邸、財務省、経済財政諮問会議、経済産業省および総務省から病床削減に様々な圧力が加わり、その力関係で決まります。

第1次報告で驚くべきことは、GLと同じ計算式を使ったはずが、一見まるで違う結果になっているという点です。GLの前提は平均在院日数、医療資源投入量ともに現状を投影するものです。対して第1次報告は在院日数を短縮するべきだとか、急性期病床に医療資源を集中するべきだと述べていますから、計算式が変わったのかと思い、推計を担当された複数の委員に確認しました。すると彼らは異口同音に、計算式そのものは変えていないと仰る。詳しく伺うと、医療資源投入量の基準の分岐点(C1, C2など)が、DPC病院のデータを使うなどにより現実よりも厳しくなっているためだということが分かりました。ただし、この境界の点数は政府が一方向的に決めたのではなく、日本医師会も同意しています。

ちなみに、民主党政権時代の「社会保障・税一体改革」検討時に示された「2025年モデル」(「医療・介護にかかる長期推計」2011年6月2日)は、2011年に107万床であった一般病床は、「現状投影シナリオ」では2025年に129万床へと20.6%増加するが、急性期医療への医療資源の集中投入等により在院日数を短縮する「改革シナリオ」では2025年には一般病床を103万床へと3.7%削減すると推計していました。第1次報告では医療資源の集中投入も在院日数の短縮もなしに、なぜこの「改革シナリオ」よりもさらに病床が減少するのか、私には謎のままです。

GLと第1次報告とでは、他にも違いが見られます。GLでは「慢性期機能および在宅医療等の推計」にあたっては、療養病床だけではなく、在宅や特養、老健、サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)等の施設とのバランスをとること、地域性

にも配慮することが書かれていました。現実の利用状況を見ても、療養病床が単独であるわけではなく、今挙げたような施設が様々に使われており、GLのスタンスはそれなりに合理的だと思っていました。しかし第1次報告は療養病床以外の施設を切り離し、在宅とのバランスも一切考慮していません。加えて、現時点では客観的に示されない地域差を否定しています。GLにおける今後の改革の進め方のスタンスのキーワードは「自主的な取り組み」「柔軟(な運用)」「地域の実情」ですが、これらすべての用語が、第1次報告では消えているのです。

さらに、都道府県知事の権限についてGLは抑制的ですが、第1次報告では「都道府県知事が役割を発揮できる仕組みなどを最大限活用」することを求めており、上意下達の強権発動を推奨しているのです。

—— 同じデータを基にしなが、なぜこれほどまでにニュアンスの違うものが出されたのでしょうか。

二木 そこには2つの変化があると思います。1つは近年の傾向として、政府における医療政策立案の主導権が厚労省から官邸、財務省に移行していることです。従来は、官邸が例えば社会保障制度改革国民会議で社会保障改革全般について方針を立てるが、各論に移れば厚労省の専管事項でした。GLはそのラインで作られましたが、第1次報告は各論であるにもかかわらず、官邸の医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会が出したものです。

もう1つは、福田・麻生政権から続いた社会保障政策の転換です。福田・麻生政権から続いた社会保障の機能強化路線は国民の負担増(消費税率の引き上げ)を前提とした社会保障・税一体改革として民主党政権にも引き継がれ、第2次安倍政権でも暫くは踏襲する建前でした。第1次報告も社会保障制度改革国民会議の報告書(2013年8月)を具体化する位置付けですから、同報告書の言葉を多数引用する形をとっています。けれど、社会保障・税一体改革で最も強調されていた医療資源

投入量の増加は消え、現在の医療資源投入量の枠内での療養型から高度急性期、急性期へのシフトへと変貌しています。第2次安倍内閣の成立以降、社会保障政策は自助を強調するなど徐々に変わりつつありましたが、今回の第1次報告でこの流れが決定的になりました。

—— 第1次報告は政府直轄の専門調査会が出した数字だけにインパクトがありますが、実現可能性についてはどうみていますか。

二木 第1次報告の実現可能性は、次の2つの視点から極めて低いと考えます。1つは歴史的視点、もう1つは死亡急増時代への対応です。

わが国の病院は民間病院が中心で、国公立が中心の欧州とは違い、国が病床数の削減を強制することはできません。それは社会保障制度改革国民会議の報告書も認めています。厚労省はこれまでに4回病院病床の大幅削減に挑戦しましたが、すべてが失敗に終わりました。

最初は1980年代の老人保健施設創設による病床数半減策です。厚生省は当時、一般病床を単価の安い老人保健施設に転換することで医療費を削減できるとの思惑から、老人保健施設を主として病院病床の転換により整備しようと考えていました。しかし、老人保健施設創設直後の1989年ですら老人保健施設総数のうち病院・有床診療所の病床転用施設の割合は一割強(14.4%)にとどまり、しかもこの割合はその後年々低下し、これについての調査が最後に行われた1997年にはわずか5.5%でした。(二木立『医療改革と病院—幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』勁草書房, 2004, 159~161頁)

2回目が2000年の第4次医療法改正で、2003年8月までに旧一般病床は新一般病床か療養病床かを選択しなければならないとされました。厚労省幹部が急性期病床の半減を主張したこともあり、医療コンサルタントは一般病床は半減すると予測しました。しかし現実には、旧一般病床の大半(95.1%)が新一般病床に転換し、ほとんど減りませんでした。

3回目は2006年の医療制度改革における療養病

床の再編・削減計画です。5年後の2011年度末までに、25万床あった医療療養病床は15万床に大幅削減し、12万床あった介護療養病床は廃止する方針が出されました。しかし、医療療養病床はその後逆に増加し、2014年27万床になっています。介護療養病床は法律上は17年度末までに廃止の予定ですが、先の介護報酬改定をみても、少なくとも重度者を受け入れているところはほとんど病院または新たなタイプの施設として残るでしょう。

4回目が2014年度の診療報酬改定の最大の眼目である、7対1入院基本料の算定要件の厳格化による7対1病床の削減です。財務省は36万床あった7対1病床を2年間で9万床減らすと述べ(財務省「財政制度等審議会『平成26年度予算の編成等に関する建議』の反映状況」(2014年1月28日)、マスコミは、政府は2025年までに半減させる方針であると報道しました。しかし6月10日の中医協総会資料によれば、2014年3月~2015年4月までの1年間に減少したのは1万6500床、率にしてわずか4.3%です(2015年6月10日開催 中央社会保険医療協議会 総会(第298回)資料 入院医療(その2)について)。減少幅は経時的に緩やかになりますから、2年間での9万床削減、いわんや半減は夢のまた夢といったところです。

創造的な活力をもつ民間病院は少ないですが、大半の民間病院は生き残るための活力を持っています。歴史を顧みるとまさに「上に政策あれば下に対策あり」です。私は経験主義者ですので、今回だけは政府の思惑通りになるとは考えられません。それでもやはり今回は違うという反論もあるでしょうから、死亡急増時代への対応という別の視点からも考察しました。

「死に場所」について巷間賑わしたのが、厚労省が2008年に出した「死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計」です。2030年には医療施設でも、施設でも、自宅でも死ねない「死亡難民」が47万人に達すると一時騒がれました。現在ではこの推計は使われていませんが、正しい面もあります。それは自宅死亡割合は2030年まで12%で変わらないという仮定を置いていることです。人口動態統

計から2000年～2013年の全国の死亡場所割合が実際にどう変化したかをみると、自宅割合は13.9%から12.9%に1.0%減少しています。細かく言うと2005年、2006年の12.2%を底にしてその後は微増するも一進一退、明らかに上昇に転じたとは断言できません。病院での死亡割合は78.2%から75.6%へと2.6%低下していますが、実数は増えています。それに対して、老人ホームと老健施設での死亡率は2.4%から7.2%へと4.8%も増加しています。これについては自著『安倍政権の医療・社会保障改革』（勁草書房、2014,第3章第3節）で詳しく考察しています。

厚労省は2000年以降、地域ケアを強化し在宅での看取りを増やそうとしてきました。ここで誤解されやすいのが、「自宅」と「在宅」はイコールではないという点です。厚労省は自宅のほか、特養、老健、サ高住、有料老人ホーム、ケアハウスなどを含めて在宅と呼んでいるのですが、マスコミはその区別ができていないのではないのでしょうか。

ただし、医療の裏付けのないサ高住や有料老人ホーム、ましてや自宅で看取るのは厳しいと思います。こうした中で出てきたのが、民間有識者でつくる日本創成会議（座長・増田寛也元総務相）の「東京圏高齢化危機回避戦略」です。2025年までに東京圏（埼玉、千葉、東京、神奈川）の介護需要が45%増え（全国平均は32.3%増）、施設と人材の不足が深刻化すると推計し、この危機を回避するための対策の1つとして、高齢者の地方移住を提言しました。住み慣れた地域での生活・看取りを目指す地域包括ケアと逆行するこの提言が実現する可能性は極めて低いでしょう。しかし要介護高齢者を自宅ではなく医療機関や施設でみるという前提はそれなりに評価できます。東京圏では4万3000人が施設への入居を待機している状況ですから地域包括ケアを待ってはいただけず、やはり施設を中心に収容能力を高めるか、東京圏外に居住圏を広げなければいけないというのは現実を見据えた提言ともいえます。

しかも、今後は労働力人口の減少が明らかです。その上家族介護を前提とした地域包括ケアでは、

家族の誰かが殆ど24時間付き添うことになるので、介護離職を増やしてしまいます。これは安倍政権の看板政策である成長戦略とも矛盾しますから、今後、介護・看取りが病院・施設から大幅に在宅、特に自宅に移行するとは考えにくいのです。

ですから2025年の病床数は、「第1次報告」の「機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ」152万床（上限）と「目指すべき姿」115～119万床（下限）の中間、おそらく現状の135万床前後になると予測します。

—— そもそも在宅への流れはどういう背景から出てきたのでしょうか。高齢患者のQOL向上ですか。それとも医療費の削減なのでしょうか。

二木 欧米でも日本でも両者の流れがあり、そのせめぎ合いです。一方で患者のQOL向上のためには施設や病院よりも住み慣れた自宅が良いという市民団体の要求があり、片や在宅の方が医療・介護費用が安くなるという政府側の思惑がありました。しかし今では、少なくとも重度の要介護者については地域ケア・在宅ケアの費用が施設ケアに比べて高くなることは医療経済学の常識になっています（詳しくは、「リハビリテーション医に必要な医療経済・政策学の視点と基礎知識」『文化連情報』2014年7月号）。財務省、経済界にはいまだに在宅の方が費用を抑えられるという幻想を持つ人もいますが、佐藤敏信保険局医療課長（当時）は、2008年11月の全国公私病院連盟「国民の健康会議」での講演で、次のように述べました。「在宅と入院を比較した場合、在宅のほうが安いと言い続けてきたが、経済学的には正しくない。例えば女性が仕事を辞めて親の介護をしたり、自宅をバリアフリーにしたりする場合のコストなども含めて、本当の意味での議論をしていく時代になった」。

介護難民や死亡難民が出たら政府の負けであることを、厚労省はよく分かっています。厚労省が目指すのは自宅での死亡の増加ではなく、居宅生活、居宅介護の「限界点を高める」ことです。地域包括ケアも当初は事実上の施設否定でその構成要素に病院も施設も入っていませんでしたが、

2012年に厚労省がイニシアティブを取ることで概念が広がり、今では病院が加わり、施設も重要な要素の1つであることが認められています。

ですから私は、賢明な厚労省が今後の「死亡急増時代」に病床を大幅削減して大量の「患者難民」「死亡難民」を生じさせ、社会問題化する愚を犯すはずはなく、それを予防するために、病床の大幅削減を回避する最大限の努力を払うと思います。なお、各構想区域の病床数は国の施策だけでなく、各都道府県の財政力とそこにおける政治的力関係の影響も受けて決まると思います。(二木立「『地域医療構想策定ガイドライン』と関連文書を複眼的に読む」『文化連情報』15年7月号)

—— 今の在宅ケアに無理があるということは地域包括ケアそのものが成り立たなくなるということですか。

二木 そうではありません。厚労省も地域包括ケアの概念を広げており、2014年の「地域包括ケア研究会報告書」では施設が重要な要素の1つであると認められ、病院も加わりました(『地域包括ケアシステム』の法・行政上の出自と概念拡大の経緯を探る)『文化連情報』2015年3月号)。社会保障制度改革国民会議の報告書(2013年8月)は、必要とされる医療は病院完結型の「治す医療」から地域完結型の「治し・支える医療」に変えるべきと述べています。病院を除外するものではありません。実際に在宅ケアのかなりの部分を病院が担っており、地域包括ケアには施設や病院は入らないとか、病院の世紀は20世紀で終わったという主張(猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣2010年)と現実には齟齬が生じています。

地域包括ケアは病院と施設、在宅をバランスよく結び付けるものであるべきであり、だからこそ私は、地域包括ケアはシステムではなくネットワークと表現するのが相応しいと思います。

また、地域包括ケアと地域医療連携は上下関係ではなく、両者は別途独立し、一部が重複する構造であることも理解していただきたい。地域包括ケアは介護が必要になるであろう高齢者をできるだけ地域でケアしようとするものであり、高度急

性期機能は想定されていません。ここで想定される病院は200床以下の中小病院です。ただし、この点についての法令上の規定はなく、例えば愛知県では藤田保健衛生大学病院、名古屋第二赤十字病院などの高度急性期を担う大病院も地域包括ケアに熱心に取り組んでいます。大規模病院がどこまで地域包括ケアに加わるかは、それぞれの病院と地域で決めればよいことです。他方地域医療連携には福祉は含まれません。

—— 先ほど医療政策の主導権が厚労省から官邸、財務省に移っているとお話がありました。財務省の財政制度等審議会、経済財政諮問会議、経済産業省、そして総務省と各所から圧力が加わることで一層地域医療ビジョンの舵取りが難しくなっているようです。着地点はどのあたりになるでしょう。

二木 最もインパクトがあるのが総務省の提案ではないでしょうか。総務省と自治体の関係は、実態的には補助金を介した上下関係にあるといえます。その総務省が3月31日に「新公立病院改革ガイドライン」を発表したことで、公立病院は血の気が引いているはずですが、これは公立病院に地域医療構想と統合的な病院改革を策定することを求めるもので、厚労省のガイドラインに比べてはるかに規制・指示が強いのが特徴です。病床削減に繋がる主な方策は2つあります。1つは公立病院の再編・ネットワーク化を促進するための国の財政支援を強化するというものです。再編・ネットワーク化とは統合であり、病床を減らすという意味ですが、これは前から行われており目新しいものではありません。もう1つ、まったく新しい施策が地方交付税の算定方式(1床当たり約70万円)の見直しです。従来の「許可病床数」1床当たりから3年間の激変緩和措置を経て「稼働病床数」1床当たりに変更されます。公立病院の病床利用率は民間病院に比べかなり低いのですが、その理由は2つあります。1つは伝染病などの必要な医療のために空けておく必要があること、そしてもう1つは、やはり経営努力が足りないためです。これまでは休眠病床も補助金がもらえていました

が、今後は休眠病床を保有する経済的インセンティブが消滅しますから、病床を返上する動きが出てくる可能性があります。

過激で乱暴なのは財務省です。財務省主計局は4月27日の財政制度等審議会財政制度分科会への提出資料「社会保障」のなかで、地域医療提供体制改革の実効性確保のために病床の機能分化・不合理な地域差解消に向けた枠組みのさらなる強化が必要として、「県の勧告等にしがわのない病院の報酬単価の減額」を含む「地域医療構想と整合的な診療報酬体系の構築」や民間医療機関に対する他施設への転換命令等の「都道府県の権限強化」を提起しました。この2点は6月に財政審が出した建議にも盛り込まれました。これらはGLが順守される「バラ色のシナリオ」に対して、医療介護総合確保推進法の規定に反し、GLを全否定する「地獄のシナリオ」といえます。

経産省も3月18日に「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する研究会報告書」を発表し、保険者と企業の立場から「病床機能の再編や低減を進めていく」ためのさまざまな提案を行っています。特に「2040年以降に医療需要のピークを迎える」地域にあっても、「病床の増加を検討する前に、入院受療率の低減を通じた医療需要の適正化に取り組んでいくことが必要となる」と主張しました。ただしそのための方策は、「かかりつけ医の指導に基づくOTC医薬品等の活用によるセルフメディケーション」や保健事業の推進等、入院医療受療率の低下にはほとんど効果のないものばかりです。

6月30日に閣議決定された「骨太方針2015」など、安倍内閣が最近一段と強めている医療・社会保障費抑制政策を考えると、「バラ色のシナリオ」が実現する可能性は、残念ながら極めて低いと思います。逆に、財務省の「地獄のシナリオ」が実現した場合には、高度急性期病床と急性期病床への医療資源投入量の増加なき病床数削減と在院日数短縮が生じ、十分に回復していない患者の早期退院が加速・増加する一方、本来、このような患者の受け皿となる療養病床も減少し、「患者難

民」・「死亡難民」が生じる危険が大きいと思います。その場合、究極的には、高橋泰氏（国際医療福祉大大学院教授）が提起している「寝たきりが成り立たない社会」（「食べられなくなった場合や治療を行って命を救っても自分で食べられるレベルまでの復帰が難しい場合、その事実を積極的に受け入れ、静かに死を迎える」社会）が実現する可能性も否定できません。（高橋泰「寝たきりが成り立たない社会へ」『JAHMC』2014年4月号：2-6頁）

高橋氏の言う「寝たきりが成り立たない社会」は北欧で実施されているものですが、これは「我思う、故に我あり」というデカルト流の理性を備える者としての人間観が人々に共有されているからだと思います。それは、right to die（死ぬ権利）、さらにはrightからdutyに進む可能性すらあるのです。翻って日本ではそのような人間観は浸透しておらず、良し悪しは別として高齢者の医療依存も高い状況です。短期間で国民の意識が激変するとも思えませんから、地獄のシナリオで死亡難民、介護難民を生むことになれば即政府の負けを意味します。

後期高齢者にはキュアは不要でケアだけで良い、という表現を見かけます。現実には、後期高齢者の8割は健康で、要介護者等は他の世代に比べれば多いとはいえ2割にすぎません。健康な8割の方が突然脳梗塞や心筋梗塞等を発症した場合、医療者側に後期高齢者だから治療しないという選択ができるのでしょうか。そんなことをしたら、大変な人権問題になります。

各国の社会保障制度、特に医療提供制度の底流にはそれぞれの国民の人間観があります。しかも、医療制度には多数の利害関係者（ステークホルダー）がいます。そのために急激な改革いわゆる「抜本改革」はできないのです。そのために政府は、その認識の上に立って部分的な変革を積み重ねていくしかありません。一方国民も、医療が発達し長生きをすればそれだけ医療費が高むというのを理解する必要があります。

（インタビューは15年6月30日に行ったものです）