

医療と地方財政：地域医療構想・医療費 適正化における地方自治体の役割

佐藤主光（もとひろ）

一橋大学経済学研究科・IPP

社会科学高等研究院医療政策・経済研究センター

Web site

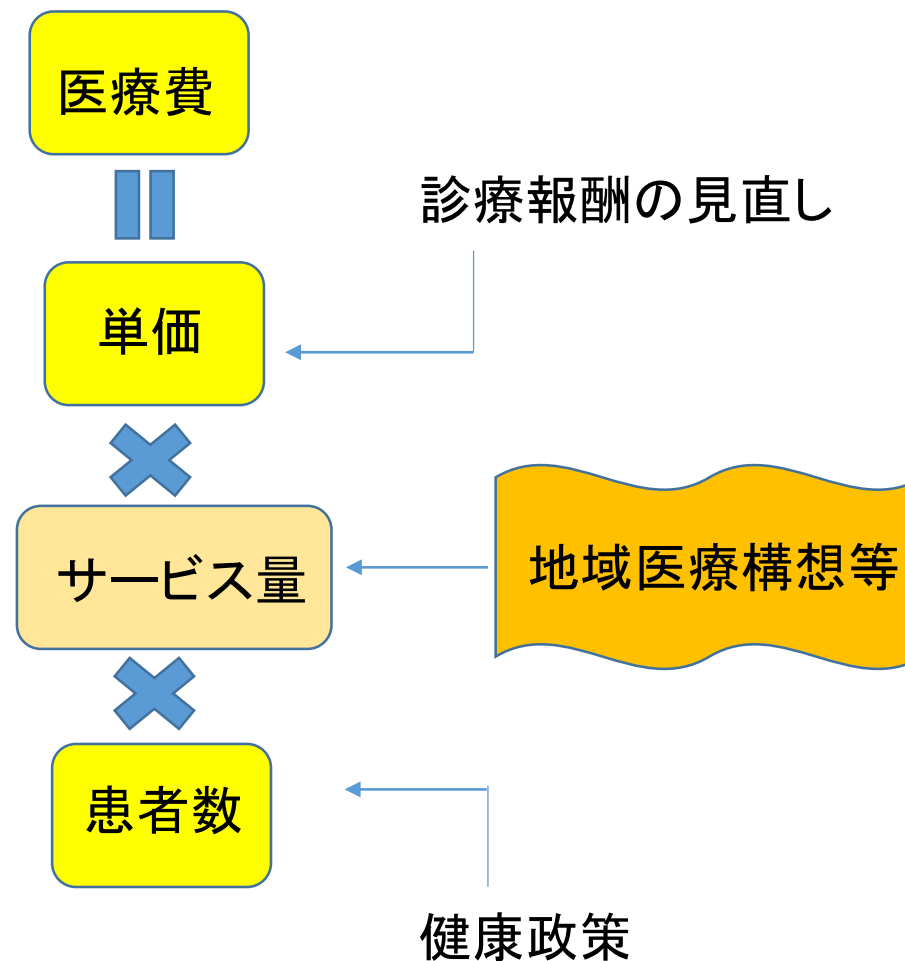


日本語サイト <http://health-economics.hias.hit-u.ac.jp/>

英語サイト <http://health-economics.hias.hit-u.ac.jp/english/>

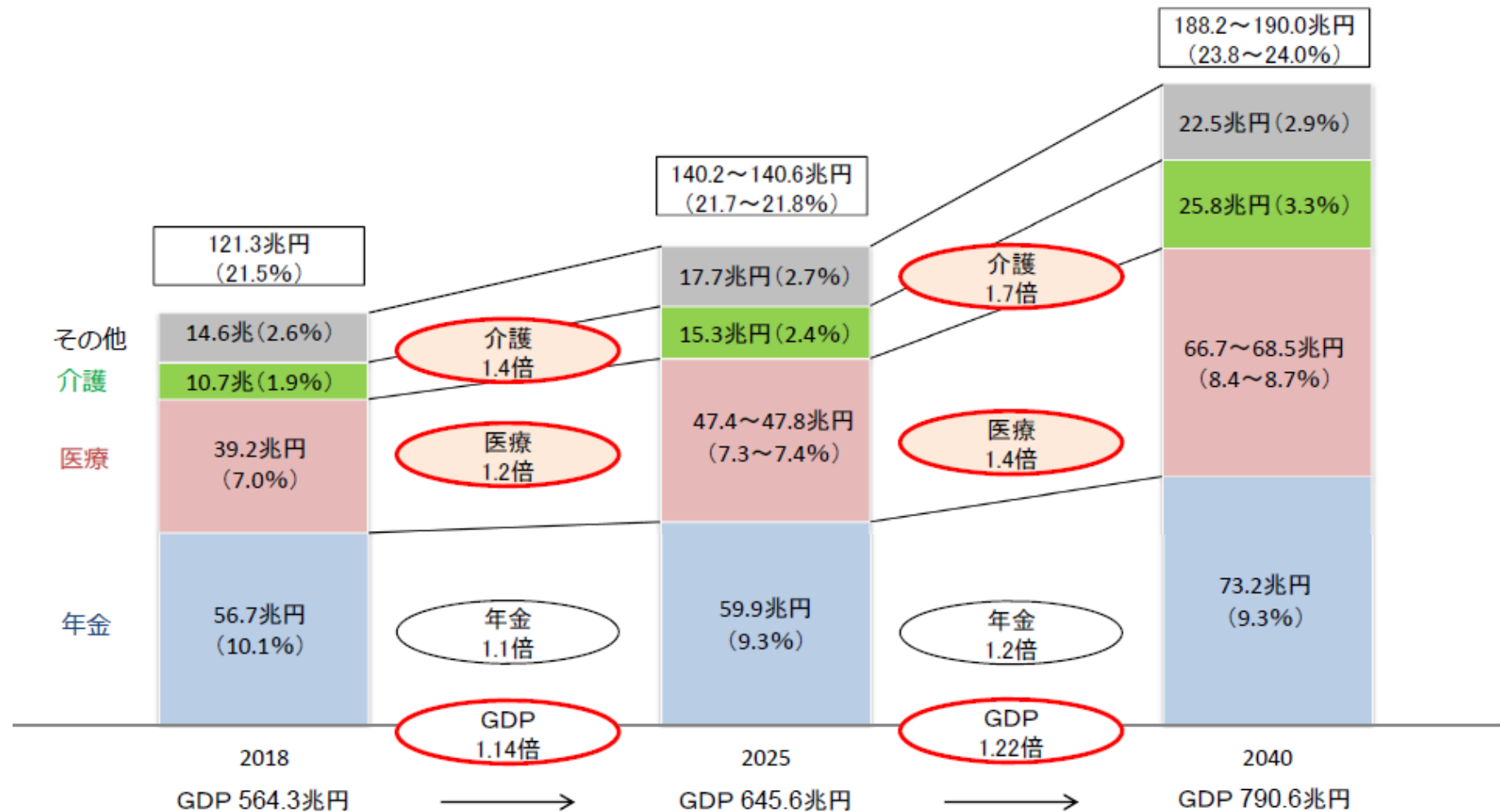
我が国の医療の課題

- 高齢化によって増加する医療費
- 高齢化要因だけではない！
 - 医療費の高度化
- 全ての医療費が適正ではない！
 - 非効率な医療をどのように適正化するか？誰が適正化するのか？
 - ✓例：長い平均在院日数
- 適正化への「誘因付け」
 - 現場にどのように適正化を働きかけるのか？



将来の社会保障給付の見通し

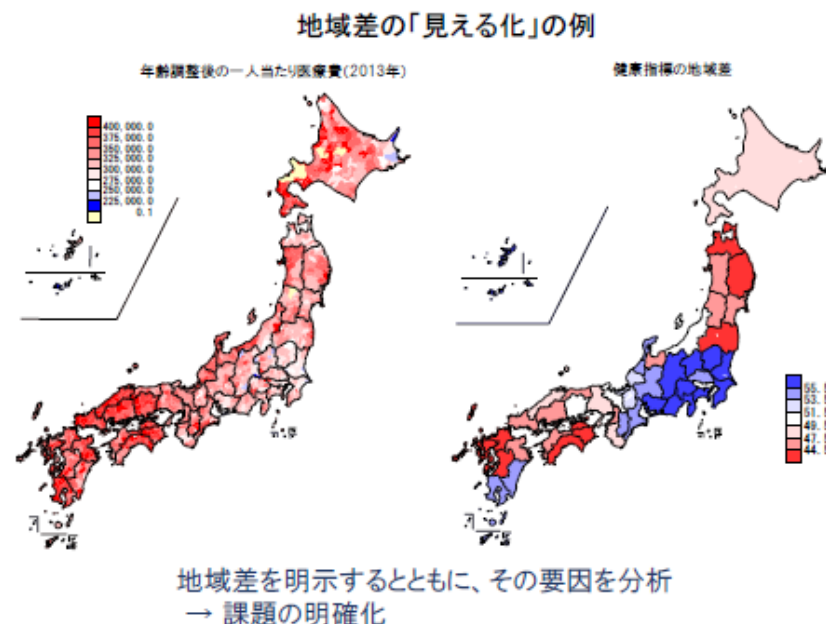
- 75歳以上になると他の世代に比べ、1人当たり医療費や要支援・要介護認定率は大幅に上昇。2025年、2040年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくことになる。この期間、20～64歳の現役世代が大幅に減少することにも留意が必要。



見える化

「見える化」による行動変容の促進

- ・「見える化」＝地域の様々な指標についてデータを集約・分析し、地域間での比較ができるよう、分かりやすく利用しやすい形で公開する。
- ・一体改革の取組においては「**改革の原動力**」として重要な位置付け。
- ・これまでは表に出なかった自治体のデータを用いて「見える化」を行い、**課題認識の共有**と、**国民の行動変容**を促進する。



経済財政運営と改革の基本方針2017(平成29年6月9日閣議決定) p29

「見える化」を比較可能なものにすること等を通じ、経済・財政や暮らしに係る地域差の要因分析と解決策の検討を促進し、関係者間での課題認識の共有と行動の変容につなげるとともに、先進・優良事例の全国展開の促進やワイズ・スペンディングの徹底、構造改革に向けたインセンティブ強化の基盤とする。

経済・財政再生アクションプログラム2016(平成28年12月21日 経済財政諮問会議決定) p1-2

「見える化」の徹底・拡大を通じ、「ワイズ・スペンディング」を促すことで経済・財政双方の一体的な再生を図ることが本プログラムの基本的な考え方である。(中略)今後も、改革の原動力として、一層の「見える化」の推進を図る必要がある。

参考:EBPMの推進

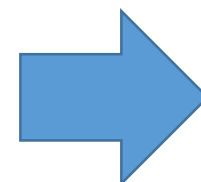
経済財政運営と改革の基本方針 2017 について

「統計改革推進会議最終取りまとめ」⁹²等に基づき、証拠に基づく政策立案(EBPM⁹³)と統計の改革を車の両輪として、一体的に推進する。

EBPM推進の要となる機能を整備するとともに、政策、施策、事務事業の各段階のレビュー機能における取組を通じてEBPMの実践を進め、EBPM推進体制を構築す



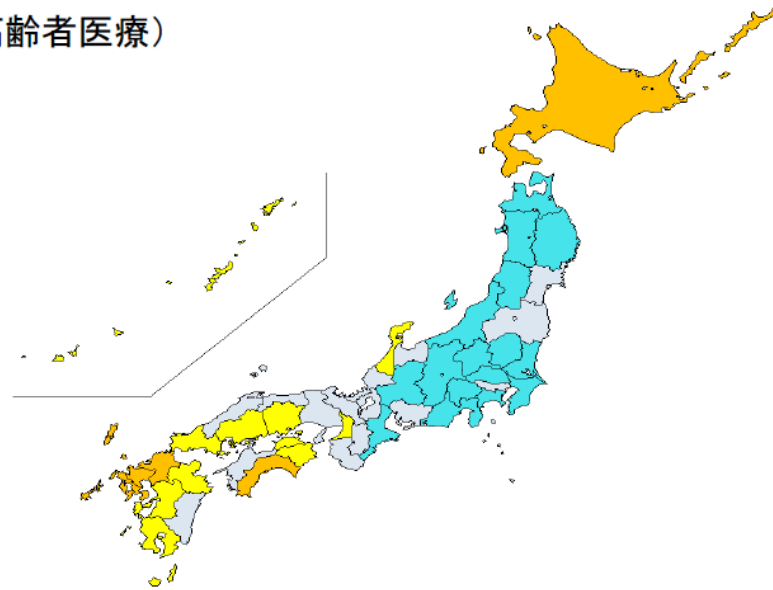
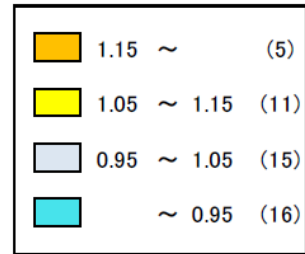
従前の 行政	理念優先＝目的が正しければ結果は問わない
	法令偏重＝法律・条令の従う限り問題視しない



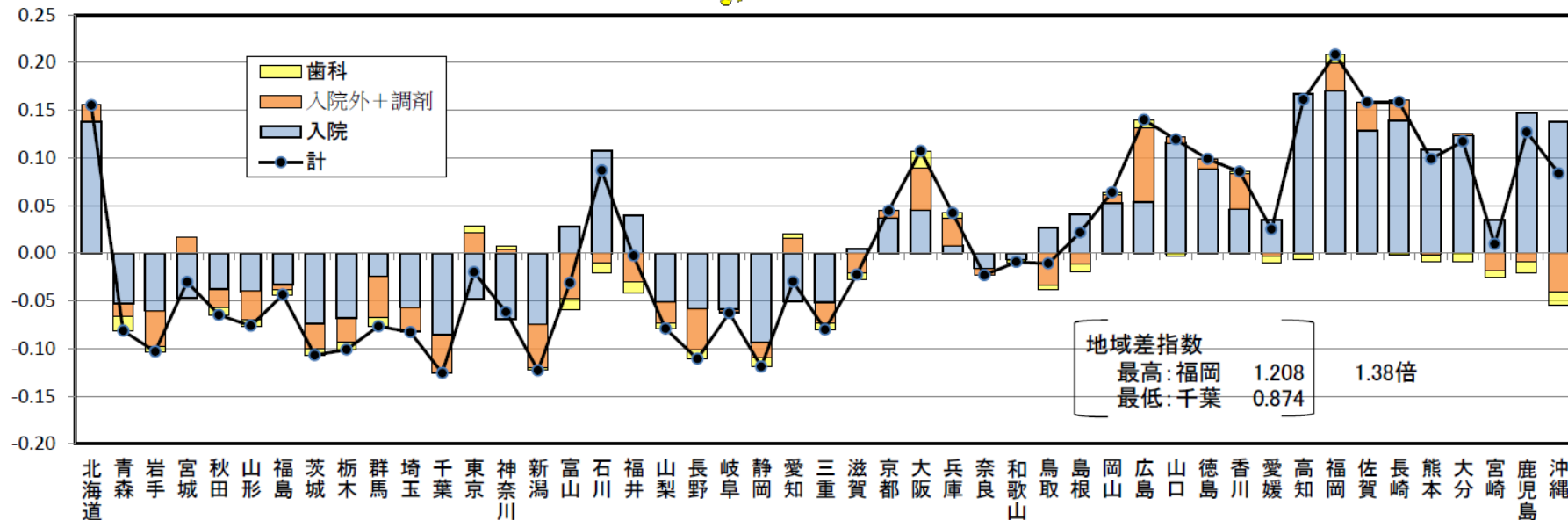
実態(＝エビデンス)に基づく政策
形成と見直し(PDCAサイクル)

1人当たり医療費の地域差（年齢補正後）

○ 地域差指数（市町村国保＋後期高齢者医療）



○ 診療種別寄与度

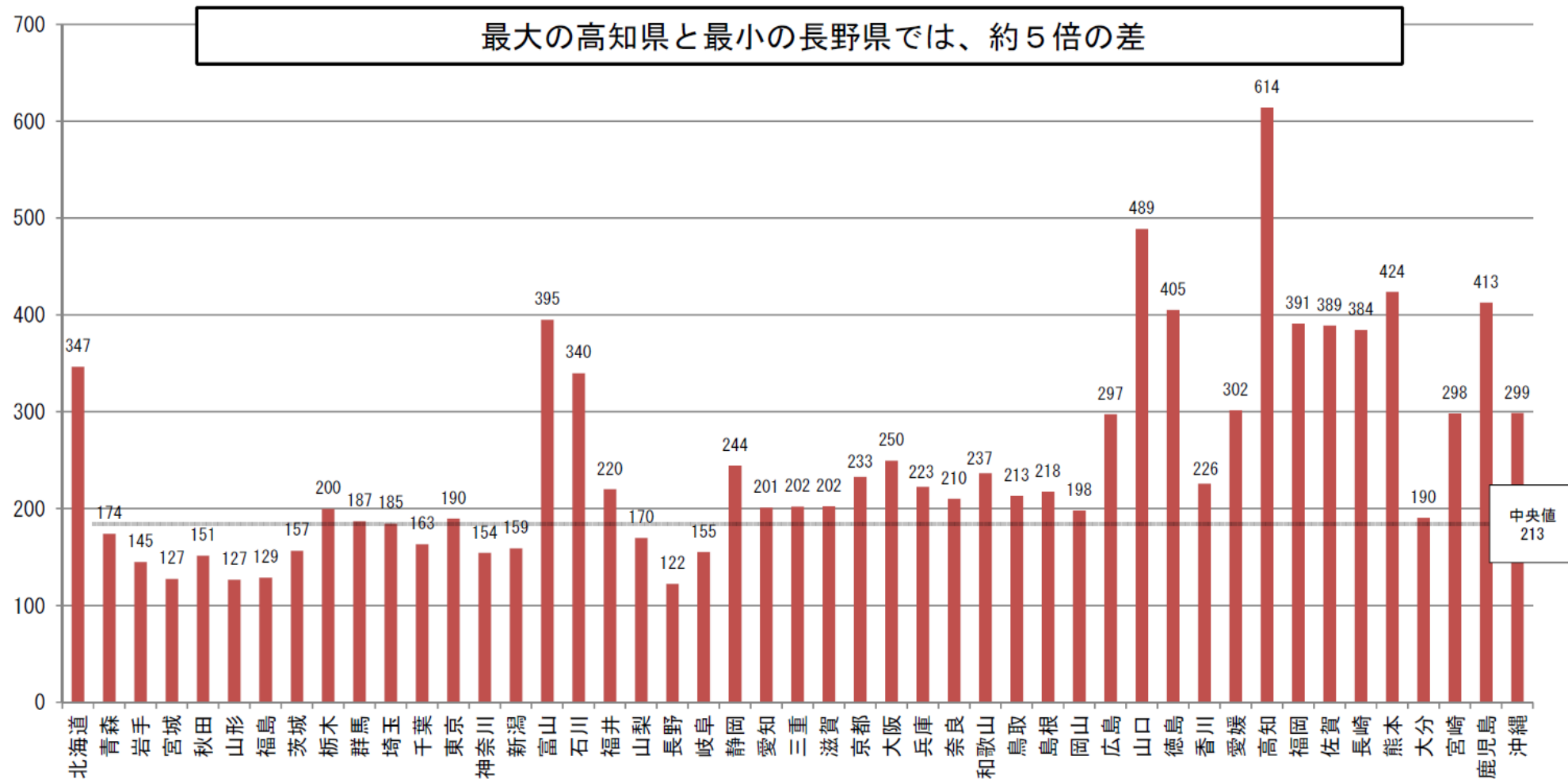


療養病床の都道府県別の入院受療率（性・年齢階級調整）

都道府県別の入院受療率（人口10万当たりの入院患者数）を、性・年齢構成の影響を補正して示したもの。

【性・年齢階級調整入院受療率（間接法）（人口10万人対）の計算方法（平成23年患者調査、平成24年福島県患者調査、平成23年総務省人口推計調査）】

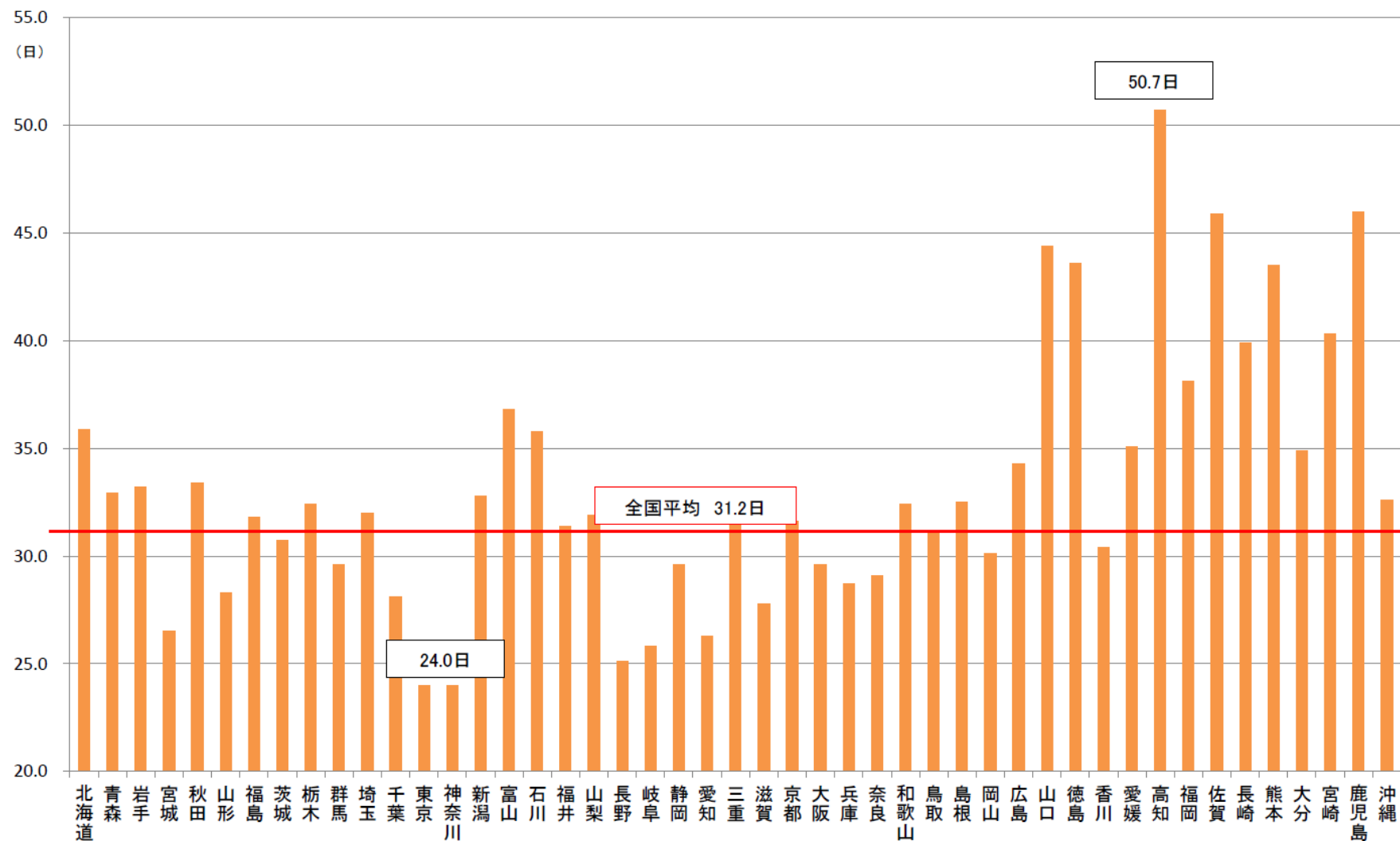
各都道府県の推計入院患者数÷各都道府県の期待入院患者数（ Σ 〔全国の性・年齢別入院受療率×各都道府県の性・年齢別推計人口〕）× 全国の入院受療率



出所：内閣府（平成27年12月4日）

病院の平均在院日数の地域差

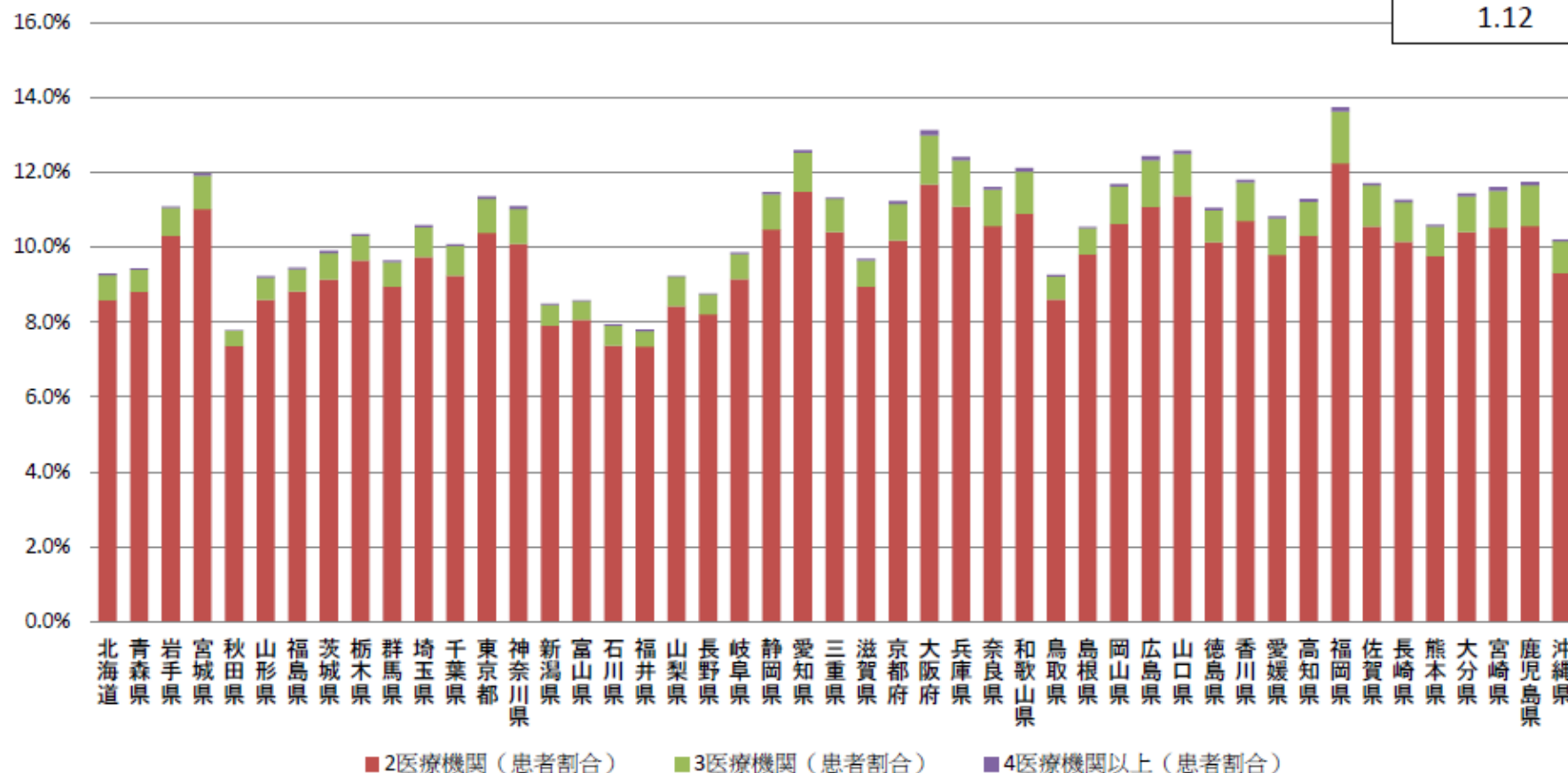
○ 都道府県別、平均在院日数(全病床)



同一月内に同じ疾病の記載のあるレセが複数の医療機関数から出ている患者の割合

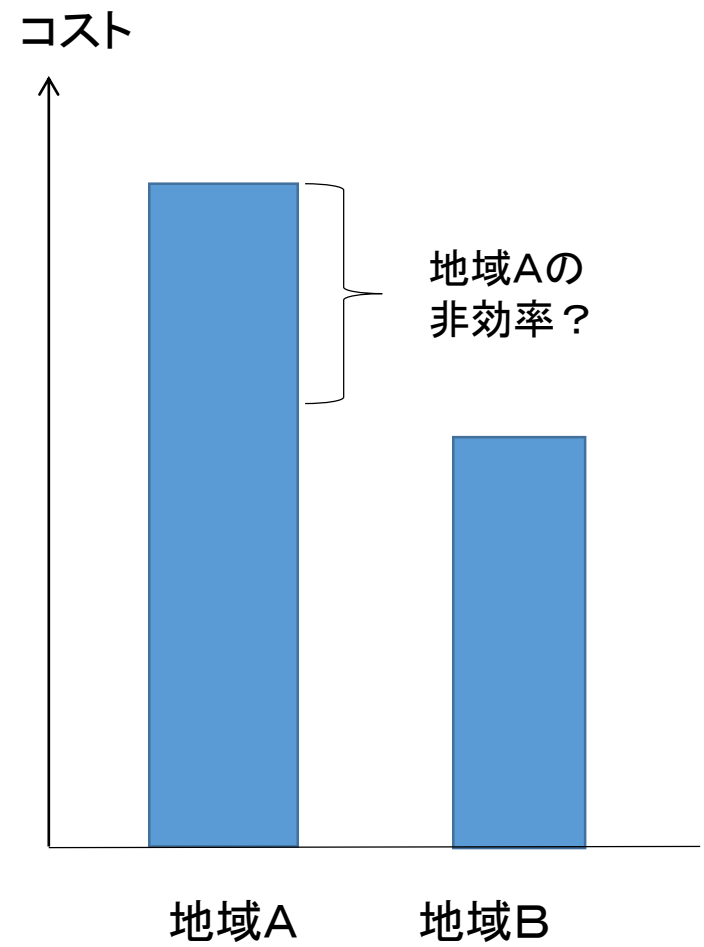
○各都道府県において、同一月に、同じ疾病の記載のあるレセが複数の医療機関から出ている、糖尿病の75歳以上の患者(※)の割合をグラフにしている。

平均受診医療機関数
1.12



(注) 平成25年10月の入院外レセプト、調剤レセプトについて、医療機関所在地、薬局所在地ベースで分析。

見える化＝比較

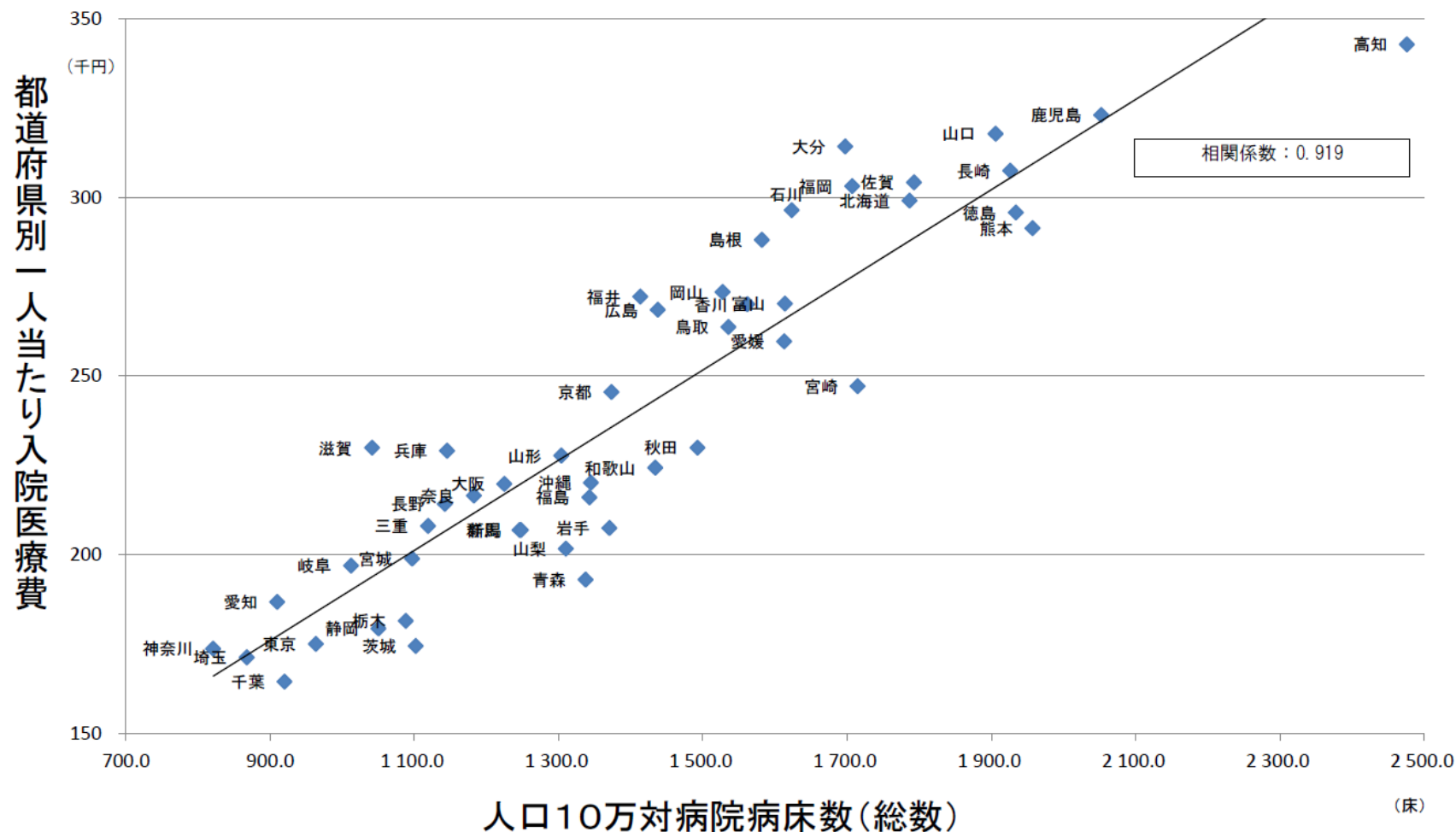


- ・「説明のつかない」地域差の見える化
- ◆平均在院日数、一人当たり医療費に相違⇒相対的に費用等の高い地域は「非効率」？
- 「自己評価」から「相対評価」へ
- ◆現場が課題に気が付き⇒改革への「誘因付け」
- ✓留意：経済環境の近い地域間＝類似団体間での比較が有効

都道府県類型区分一覧			
グループ	財政力指数	団体名	団体数
	(平成19年度～平成21年度)		
I	0.500以上～1.000未満	神奈川県、大阪府、千葉県、埼玉県、静岡県、茨城県、栃木県、京都府、兵庫県、福岡県、広島県、滋賀県、三重県、群馬県、岐阜県、岡山県、宮城県	17
II	0.400以上～0.500未満	石川県、香川県、長野県、富山県、山口県、福島県、奈良県、山梨県、福井県、新潟県、愛媛県	11
III	0.300以上～0.400未満	北海道、熊本県、大分県、和歌山県、佐賀県、山形県、青森県、徳島県、岩手県、宮崎県、鹿児島県	11
IV	0.300未満	長崎県、沖縄県、秋田県、鳥取県、高知県、島根県	6

人口10万対病院病床数と都道府県別入院医療費相関

平成24年度の人口10万対病院病床数(総数)と都道府県別一人当たり入院医療費(市町村国保+後期高齢者医療)の相関係数は、0.919であり、高い相関がみられる。



出所: 社会保障審議会医療保険部会(平成26年10月15日)

自治体（都道府県）の役割

医療と地方財政

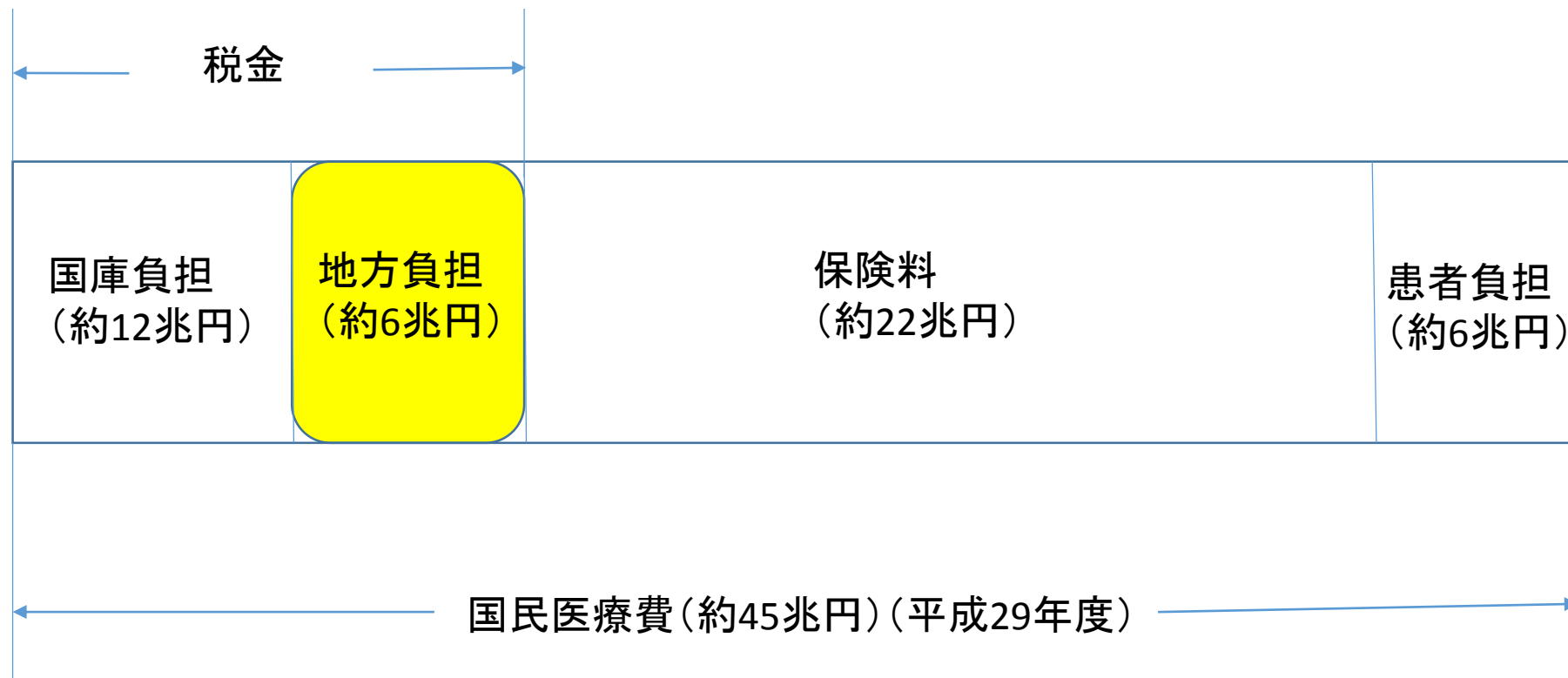
- 地方自治体(都道府県・市町村)は医療費の適正化の担い手

- 医療(国民健康保険)・介護の保険者
- 医療費適正化計画、地域医療構想の策定
- 社会保障は地方自治体も財政負担

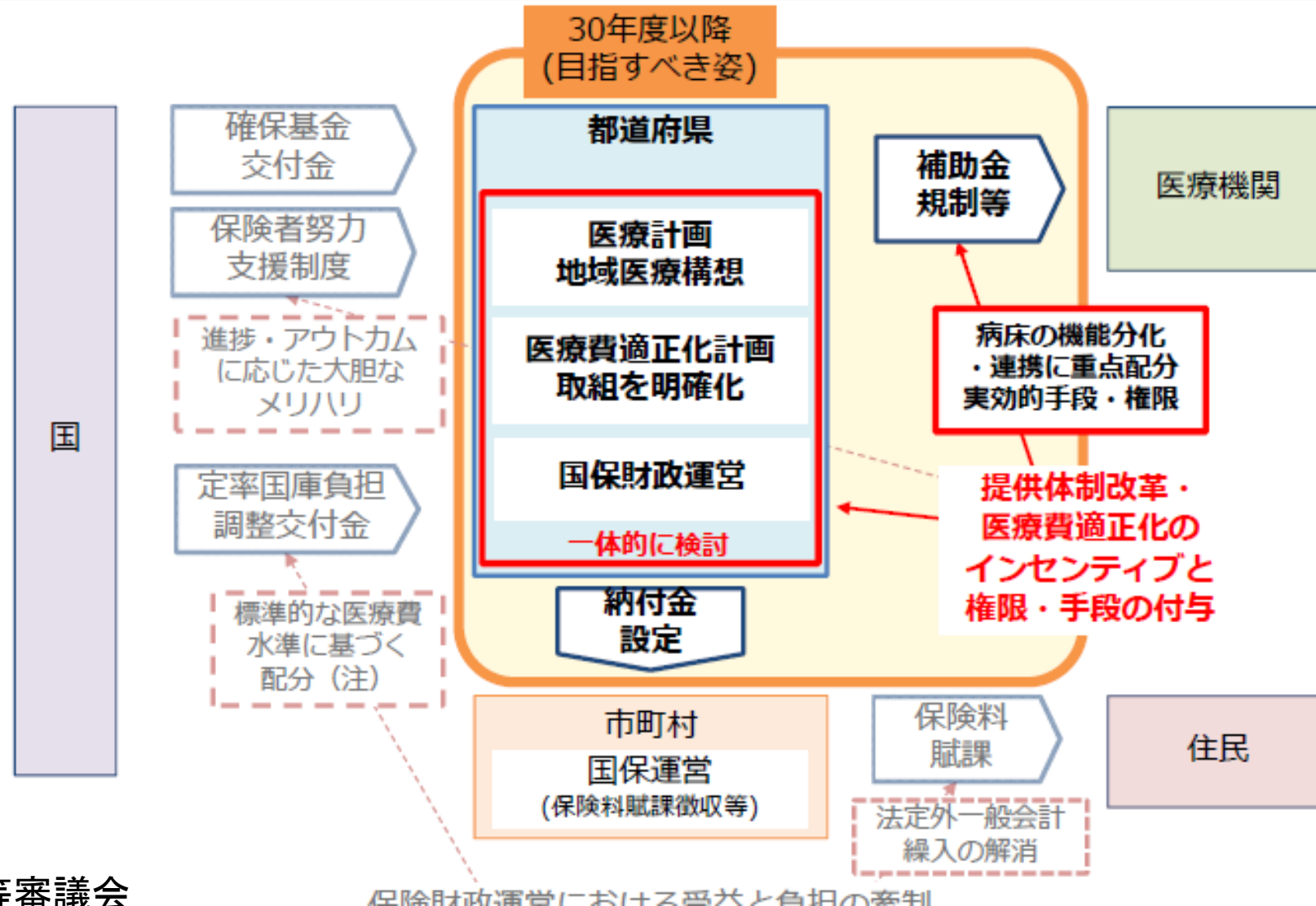
- 財政制度等審議会建議(2018年)

- ✓ 社会保障費の抑制のためには、地方が国とともに主体的に取り組むことが不可欠である。
- ✓ 近年の社会保障改革によって都道府県は、「医療計画・地域医療構想」、「医療費適正化計画」、「国民健康保険の財政運営」を一体的に担う主体となっており、医療の供給側、需要側の両面から地域医療体制や医療費の水準・保険料負担の双方を俯瞰し、住民の受益と負担の均衡確保のため主体的な役割を果たすことが求められている。

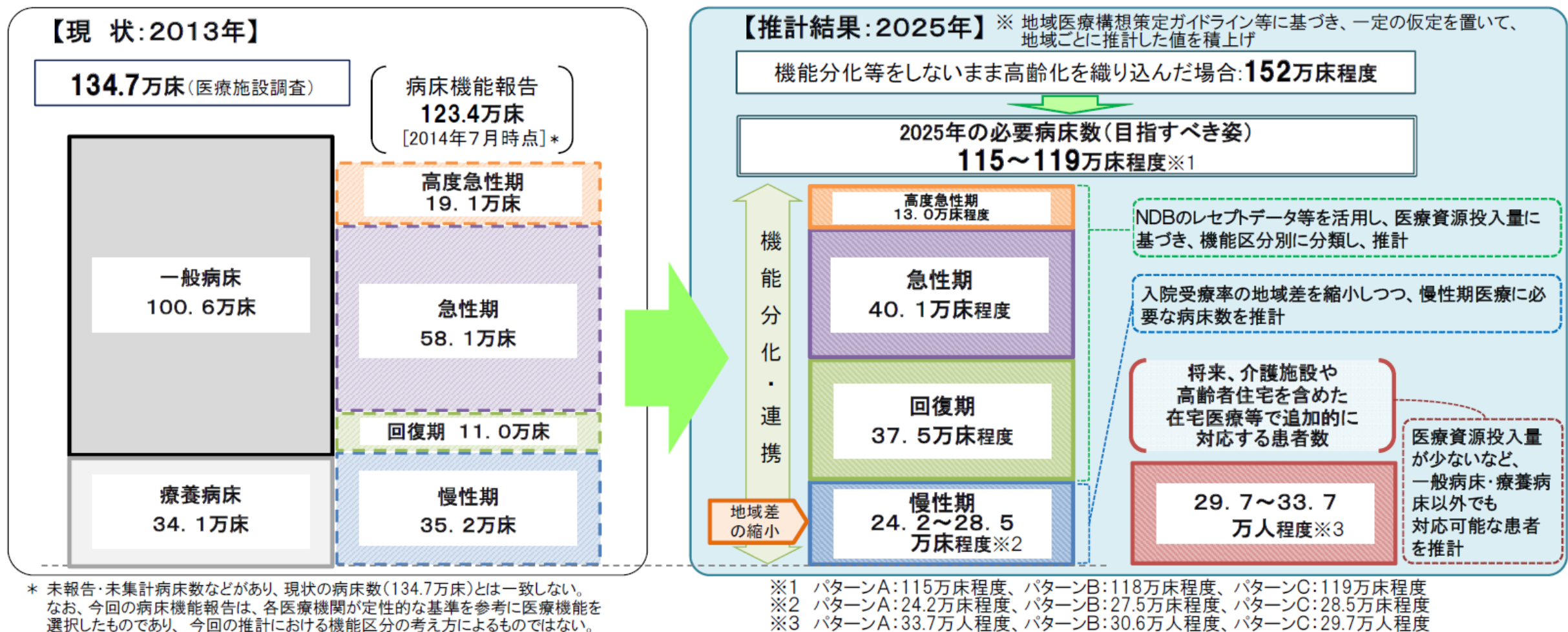
医療費の財源



- 地域医療構想や国民健康保険の「都道府県単位化」によって、都道府県は住民のために持続可能な医療提供体制の構築に向けて主体的な役割を果たすことが求められている。



2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）



地域医療構想の実現プロセス

1. まず、医療機関が「地域医療構想調整会議」で協議を行い、機能分化・連携を進める。
都道府県は、地域医療介護総合確保基金を活用。
2. 地域医療構想調整会議での協議を踏まえた自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合には、医療法に定められた都道府県知事の役割を適切に発揮。

STEP1 地域における役割分担の明確化と将来の方向性の共有を「地域医療構想調整会議」で協議

個々の病院の再編に向け、各都道府県での「調整会議」での協議を促進。

- ① 救急医療や小児、周産期医療等の政策医療を担う中心的な医療機関の役割の明確化を図る
- ② その他の医療機関について、中心的な医療機関が担わない機能や、中心的な医療機関との連携等を踏まえた役割の明確化を図る

STEP2 「地域医療介護総合確保基金」により支援

都道府県は、「地域医療介護総合確保基金」を活用して、医療機関の機能分化・連携を支援。
・ 病床機能の転換等に伴う施設整備・設備整備の補助等を実施。

将来の方向性を踏まえた、自主的な取組だけでは、機能分化・連携が進まない場合

STEP3 都道府県知事による適切な役割の発揮

都道府県知事は、医療法上の役割を適切に発揮し、機能分化・連携を推進。

【医療法に定められている都道府県の権限】

- ① 地域で既に過剰になっている医療機能に転換しようとする医療機関に対して、**転換の中止の要請・勧告**（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）
- ② 医療機関に対して、**不足している医療機能を担うよう、要請・勧告**（民間医療機関）及び指示（公的医療機関）
- ③ 新規開設の医療機関に対して、地域医療構想の達成に資する条件を付けて許可
- ④ 稼働していない病床の削減を要請・勧告（民間医療機関）及び命令（公的医療機関）

※ ①～④の実施には、都道府県の医療審議会の意見を聴く等の手続きを経る必要がある。

※ 勧告、命令、指示に従わない医療機関には、医療機関名の公表や地域医療支援病院の承認の取消し等を行うことができる。

① 病院の新規開設・増床への対応（法第7条第5項）

- 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応（法第30条の15、法第30条の16）

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取り組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請（法第7条の2第3項、法第30条の12第1項）

- 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

イ 医療機関名の公表（法第7条の2第7項、法第27条の2第1項、法第30条の12第2項、法第30条の18）

ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外

ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し（法第29条第3項、法第29条第4項）

新たな中核病院の整備による自治体病院等機能再編成のイメージ

<津軽構想区域>

新たな中核病院



[DXTA] - 4176147

- ・ 国立病院機構弘前病院 (342床)
- ・ 弘前市立病院(250床)

統合し、新たな中核病院 (440~450床) を整備

- ・ 救命救急センター
- ・ 臨床研修指定病院
- ・ 地域災害拠点病院
- ・ 地域周産期母子医療センター
- ・ 地域医療支援病院 等

黒石病院
(機能分化、病床削減)



回復期機能へ

板柳中央病院
(機能分化)



回復期、慢性期機能へ

大鰐病院
(機能転換、病床削減)



慢性期機能、老健等へ

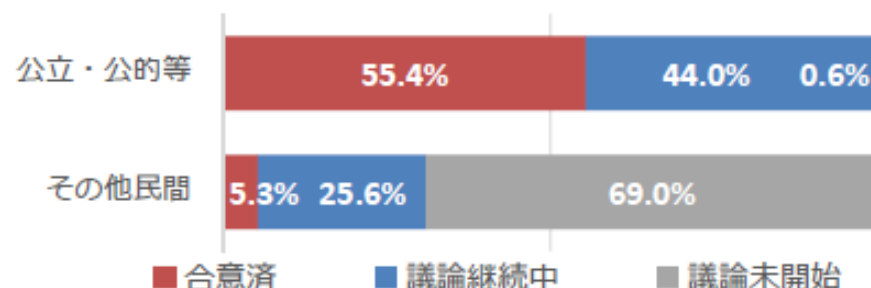
- ・ 黒石病院(257床)
- ・ 大鰐病院(60床)
- ・ 板柳中央病院(87床)
- ・ その他の中小病院

病床規模の縮小や回復期・慢性期機能へ転換

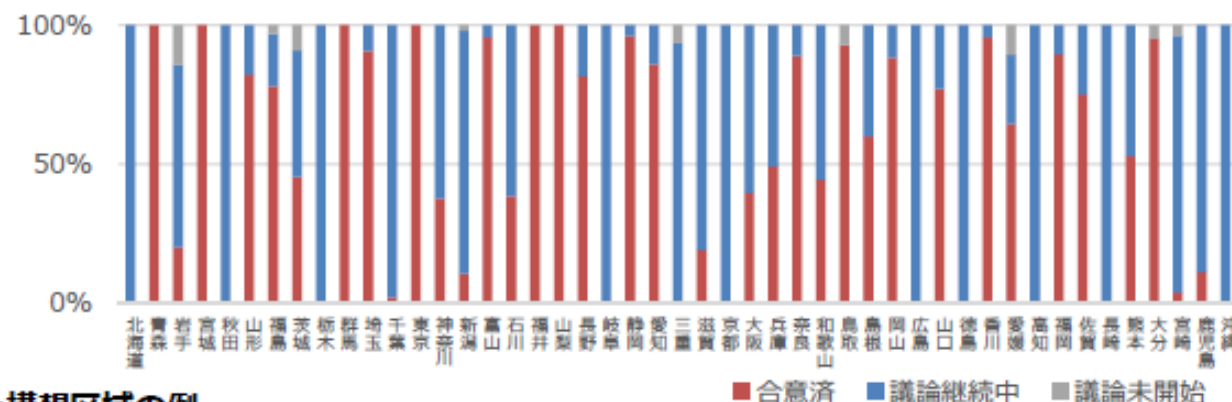
【論点】

- 地域医療構想の実現に向けては、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、2017年度に続いて集中的な検討を促し2018年度中の策定を促進。公立・公的病院等は、2018年度末までに具体的対応方針を策定することとされているが策定状況には地域差があり、民間医療機関については更に進捗が遅い状況。
- 構想区域内の全ての公立・公的病院等に係る具体的対応方針が合意されていても、単にほぼ現状維持の方針が示されているだけに過ぎないケースも存在。推進に当たって都道府県が行使できる権限は限定的であり、特に民間医療機関の病床に対する権限は事実上存在せず。

◆ 具体的対応方針の議論の進捗 (2018年12月末・病床数ベース)



◆ 公立・公的病院等 (約1,650病院) における進捗状況 (2018年12月末)



◆ 域内全ての公立・公的病院等について対応方針が「合意」された構想区域の例

(全ての非稼働病床を、減少させるべき急性期病床に振替)

A 構想区域	2017年度報告 (うち公立公的等)	2025年 必要量	対応方針の 増減数 計
高度急性期	96 (96)	323	+4
急性期	1,945 (1,353)	1,122	+161
回復期	440 (94)	1,082	+46
慢性期	757 (240)	704	±0
非稼働	314 (214)	—	▲214
合計	3,552 (1,997)	3,231 (要 ▲321)	▲3

(▲1,243床に対して、ほぼ現状維持で合意)

B 構想区域	2017年度報告 (うち公立公的等)	2025年度 必要量	対応方針の 増減数 計
高度急性期	1,578 (1,578)	773	▲7
急性期	2,132 (1,748)	1,760	▲4
回復期	783 (364)	1,370	▲11
慢性期	1,730 (210)	1,299	±0
休棟中等	222 (0)	—	±0
合計	6,445 (3,900)	5,202 (要 ▲1,243)	▲22

※ 地域医療構想に関するワーキンググループ (2018.10.26) 提出資料より作成

424の公立・公的病院等、再編統合も視野に「再検証」 診療実績が「特に少ない」、「類似かつ近接」両方該当は160病院へ

- 厚生労働省は9月26日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」(座長:尾形裕也・九州大学名誉教授)の第24回会議で、高度急性期もしくは急性期の病床を持つ公立・公的医療機関等1455病院中、424病院(29.1%)が再編統合など、2025年の地域医療構想を踏まえた具体的対応方針の再検証を要請する対象であり、その病院名を公表した。近く厚労省は、都道府県に対し、これらの内容を通知する。

医療維新(2019年9月26日)

A) 「診療実績が特に少ない」の分析

がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域

B) 「類似かつ近接」の分析

(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域)

【公立・公的医療機関等ごとに集計】

多数の領域で「類似かつ近接」と分析される公立・公的医療機関等

(例)6領域全て^{※6}

→当該病院に再検証を要請(医療機関単位)

→当該病院が所在する構想区域における医療提供体制について検証を要請^{※7}(都道府県へ)

出所:厚労省資料

地域医療構想の同床異夢

ステイクホルダー		地域医療構想への理解
国	財務省	過剰病床の是正、機能分化・連携による医療費の適正化 ⇒医療の「費用」抑制を重視
	厚労省	連携にとるシームレスな医療提供体制の確保 ⇒サービスの「質」確保を重視
都道府県		
現場（医療機関等）		実質的に現行体制（病床等）を維持することが前提？



目線が合っていない??

参考：課題認識に乖離……

政策策定と現場に距離

中央政府(国)

政策の策定
例：医療、地方再生、国土強靱化、水道事業

手段としての
補助金活用



地方自治体

政策の具体化
例：地域医療構想、DMO、公共事業計画、公営企業改革

目的としての
補助金獲得
(補助金を得やすい
事業の選択)



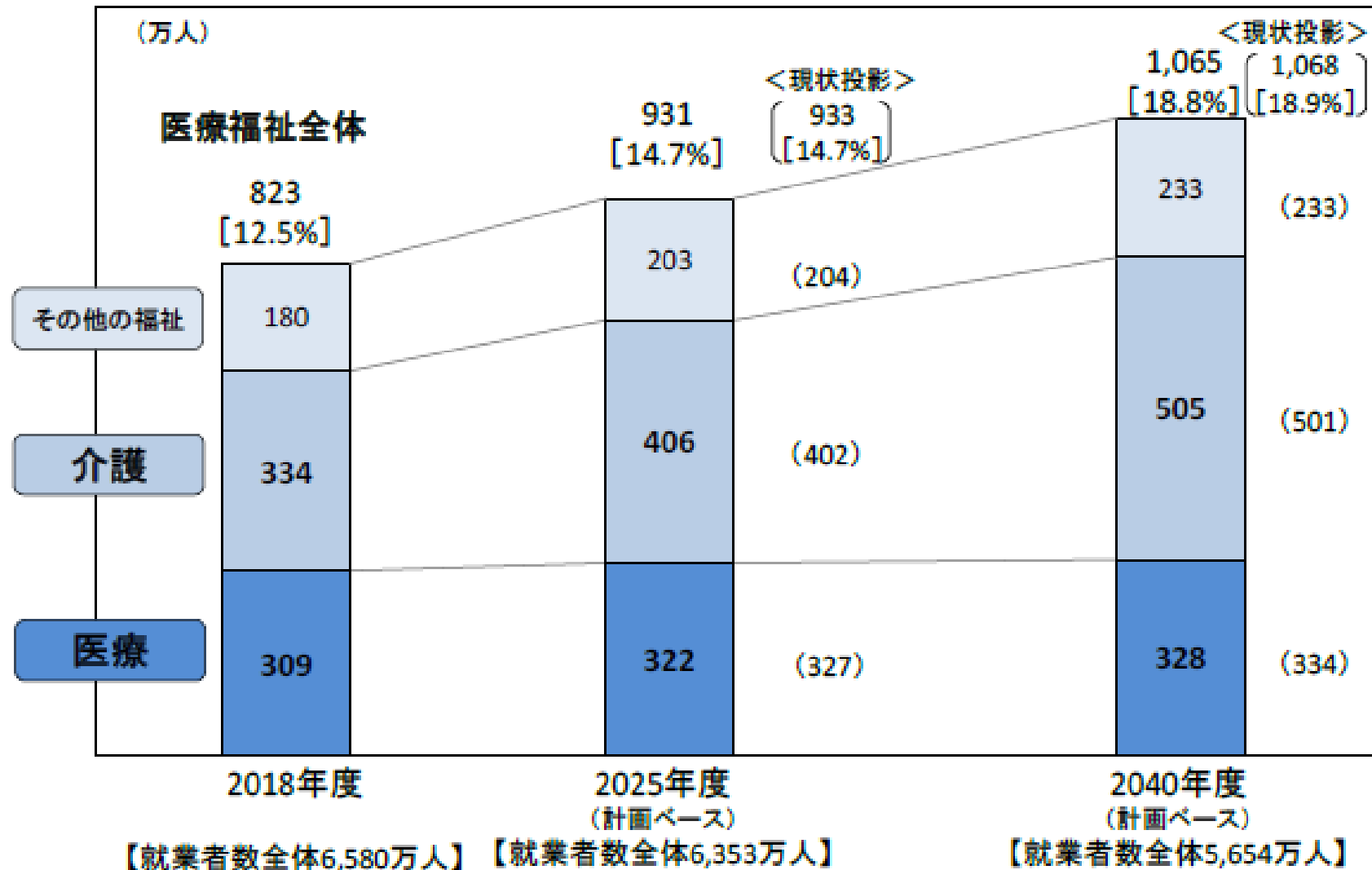
現場・所管

政策の執行
例：医療提供、DMOの運営、インフラ建設、施設管理・運営

体裁だけ整えて実態
を変えない
(例：形式だけの外部人材)

医療福祉分野における就業者の見通し

参考:



出所:内閣府

医療コストの見える化

コストの見える化

- 従前＝市町村国保の赤字(保険料を上回る給付費)は一般会計(税)から補てん
 - 給付費＝受益と保険料＝負担が連動しない仕組み
 - ⇒ 保険加入者のコスト意識を持ちにくい
 - ⇒ 保険者＝市町村への財政規律が働きにくい
 - ✓ 多すぎる「蛇口」(＝財源)＝他で帳尻合わせされとの期待
- 改革＝一般会計からの赤字補てん(法定分を除く)の解消
 - ⇒ 給付費と保険料の連動＝コストの「見える化」
 - ⇒ 保険者(市町村・都道府県)と加入者の良い緊張関係
- 参考：限界的財政責任＝追加の受益(基準を超えたコスト増)は自ら負担

参考：財政制度等審議会建議（2018年）

- 地球温暖化を含む環境問題について、所有権が存在せず、多数の主体がアクセス可能な資源が過剰に利用され枯渇するという「共有地の悲劇」が指摘されることがあるが、**財政にもまた「共有地の悲劇」が当てはまる。**
- 現在の世代が「共有地」のように財政資源に安易に依存し、それを自分たちのために費消してしまえば、将来の世代はそのツケを負わされ、財政資源は枯渇してしまう。悲劇の主人公は将来の世代であり、現在の世代は将来の世代に責任を負っているのである。
- 現実には保険料より公費への依存が増しており、しかも本来税財源により賄われるべき公費の財源について、特例公債を通じて将来世代へ負担が先送られているため、受益と負担の対応関係が断ち切られている。
- **負担の水準の変化をシグナルと捉えて受益の水準をチェックする牽制作用**を期待できないまま、給付（受益）の増嵩が続いており、我が国財政の悪化の大きな要因となっている

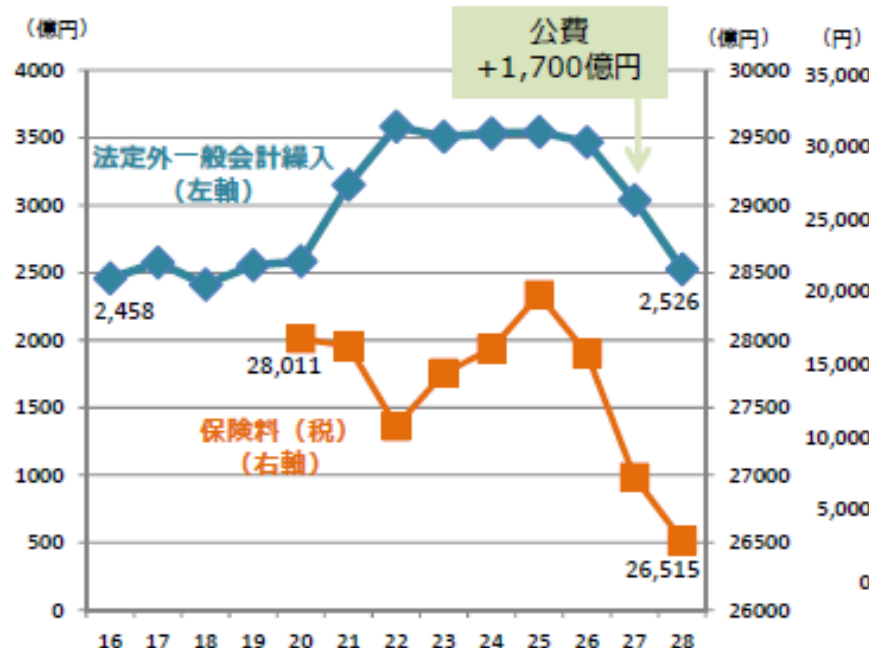
【経済財政運営と改革の基本方針2018】

「国保財政の健全化に向け、法定外繰入の解消など先進事例を後押しするとともに横展開を図り、受益と負担の見える化を進める」

【論点】

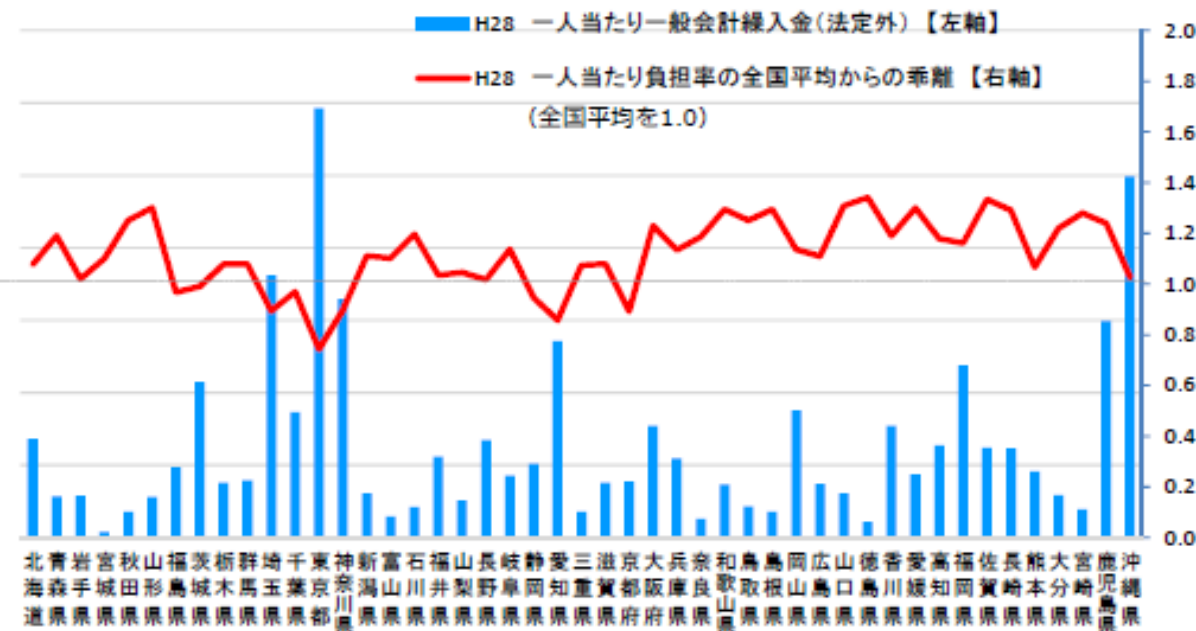
- 国民健康保険は、制度上、前期高齢者調整分を除く5割超を公費で賄い、残りを保険料収入等で賄う仕組みであるが、実際には、制度上の公費に加えて、保険料の負担軽減等の目的で、総額2,500億円超の一般財源を法定外繰入により追加している。
- 各自治体の保険料負担は、こうした法定外一般会計繰入によって左右されており、保険給付に応じた保険料負担を求めることで、規律ある保険財政の運営を行う本来の姿からかけ離れた状況。
- 国保改革に際して、社会保障と税の一体改革の中で、平成30年度から国保財政の健全性確保のため3,400億円の公費を制度上追加することとし、27年度からこのうち1,700億円を措置している。一方、28年度の法定外一般会計繰入の水準は未だに2,500億円を超えている。

◆ 法定外一般会計繰入額等の推移



(出典) 国民健康保険事業年報
 (注1) 法定外一般会計繰入は、決算填補等目的のもの。
 (注2) 保険料(税)は介護分を除く。

◆ 都道府県別の法定外一般会計繰入と保険料負担



(出所) 国民健康保険事業年報、国民健康保険実態調査報告

「自分事」としての財政へ:

- コストの「見える化」と選択肢

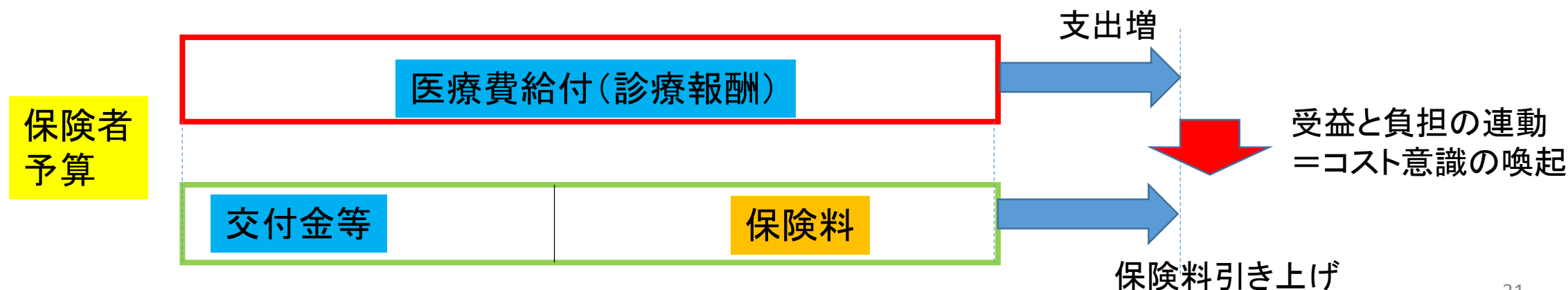
✓ 政策＝一般会計からの赤字補填の解消＋都道府県別診療報酬(高確法第14条)

- 狙い

□見える化＝負担(費用)と受益(給付)の連動

□選択肢の提示⇒(1)負担の増加と受益の増加(確保)か(2)負担の抑制(削減)と受益の抑制か？

⇒医療費を「自分事」に



高齢者の医療の確保に関する法律第14条の特例について

①、②、③

◎高齢者の医療の確保に関する法律

第14条 厚生労働大臣は、第12条第3項(※)の評価の結果、第8条第4項第2号及び各都道府県における第9条第3項第2号に掲げる目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

2 厚生労働大臣は、前項の定めをするに当たっては、あらかじめ、関係都道府県知事に協議するものとする。

(参考)第12条第3項

厚生労働大臣は、厚生労働省令で定めるところにより、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、全国医療費適正化計画の実績に関する評価を行うとともに、前項の報告を踏まえ、関係都道府県の意見を聴いて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行うものとする。

第8条第4項第2号(全国医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、国が達成すべき目標に関する事項

第9条第3項第2号(都道府県医療費適正化計画)

医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項