

「医療提供体制の効率化に関する調査研究（医療費適正化の観点から）」（概要）

1. 本調査研究の目的

少子高齢化が進行する中、わが国の国民医療費は年々増加の一途を辿っている。平成18年に行われた一連の医療制度改革では、この医療費増加の流れに歯止めをかけるべく、都道府県ごとに「医療費適正化計画」を策定し、具体的な数値目標を達成することが求められている。

同計画では具体的な数値目標として、20年度から保険者に義務付けられる特定健診・特定保健指導の実施率やメタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少率、また、医療機関の平均在院日数の短縮や、本調査研究で注目した療養病床の転換・削減数が盛り込まれている。

これまで、わが国の医療提供体制の特徴である過剰病床の規制手段としては、昭和60年の第1次医療法改正で導入された地域医療計画における病床規制があるが、過剰病床削減の決め手にはならなかった。今回の「医療費適正化計画」における療養病床の転換・削減の成否が、将来的な医療費水準に大きな影響をもたらすことになる。

また、療養病床を他施設に転換するにあたって、医療保険財源から転換支援金を拠出することとされており、拠出者たる健保組合・健保連としては、療養病床の転換・削減が実態的に進み、拠出に見合う医療費の適正化が図られることを国・都道府県に強く求めたい。

本調査研究は、こうした視点に立って、特に療養病床の転換・削減に伴う病床等の再編が医療費に与える影響について、いくつかの前提に立ったシミュレーションを行うとともに、国が示している医療費の適正化効果の妥当性や、医療提供体制における適切な資源配分のあり方について検証を行い、健保連の今後の政策提言等に資する素材を得ることを目的としている。

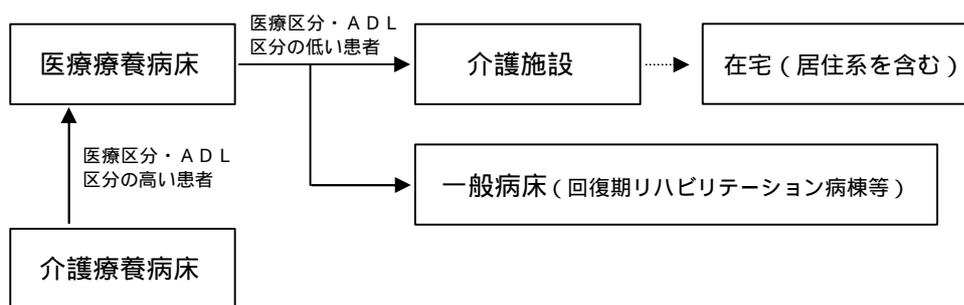
2. 本調査研究における推計の前提

本調査研究では、療養病床の転換・削減により、一般病床や在宅医療（ケアハウスや有料老人ホーム等の居住系施設における医療提供を含む）、介護施設を含めた、病床等の再編が患者構成に与える影響や、これによる医療費の変動などを推計し、医療提供体制全体での医療費適正化効果について検証した。

なかでも、患者構成の再編（主に療養・一般・在宅（居住系を含む）及び介護施設間の患者の移行）は本調査研究の中核をなしており、有識者による検討委員会等を行った結果、療養病床における患者の状態に応じて、下記のような前提を設けた。

- 受療率
年齢階級別の人口構成の変化を考慮して、24年度の一般病床・療養病床における入院患者総数を推計した。
- 医療療養病床
医療療養病床の医療区分・ADL区分の低い患者は、介護施設へ移行することとする。それにより、介護施設が満員になる場合には、在宅（居住系を含む）へ移行することとする。また、医療区分・ADL区分の低い患者のうちリハビリテーションに重点を置くべき患者は、一般病床（回復期リハビリテーション病棟等を想定）へ移行することとした。
さらに、医療療養病床には、介護療養病床から医療区分・ADL区分の高い患者が流入することとした。

図表 1 医療療養病床にかかる患者の移行について



- 介護療養病床
23年度末までに廃止予定であるため、すべての入院患者が、医療療養病床および介護施設、在宅（居住系を含む）へ移行することとした。
- 介護施設
病床再編に伴い、療養病床の削減分だけ特定施設・老人保健施設等が増えるものとする。ただし、高齢化に伴う自然増分の入所者を受け入れるだけの施設は存在することとした。
- 一般病床
一般病床数は再編前の90万床から85万床程度まで減少することとし、平均在院日数は再編前の19.8日から17日程度まで短縮されることとした。一般病床数の減少・在院日数短縮により一般病床からあふれる患者は、在宅（居住系を含む）へ移行することとした。

- 在宅（居住系を含む）

自宅およびケアハウス、有料老人ホームなど、外部から医療サービスが提供される場合を「在宅医療」とした。

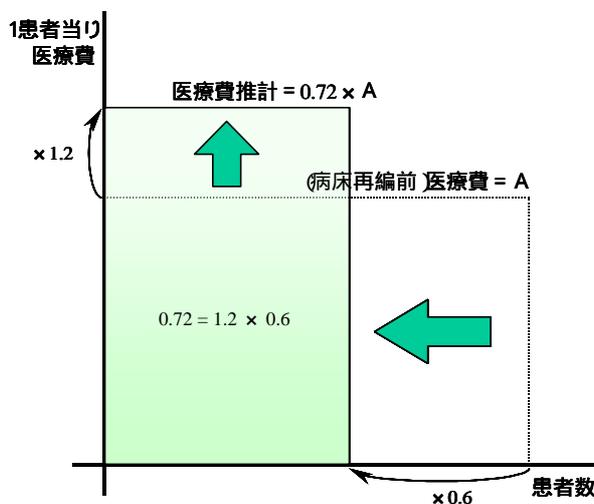
病床再編による医療費の変動は、病床間の患者の移行による患者数の変動と、1患者当り医療費の変動をもとに推計した。

病床再編後の推計医療費については、以下の式に示すように、病床再編前の推計医療費（基準医療費）に、病床間の患者の移行と1患者当り医療費の変動からそれぞれ求められる、患者数変動比および1患者当り医療費変動比を乗じて求めることとした。なお、在宅医療については、患者数変動や1患者当り医療費変動の推計が難しいため、推計式が異なっている。

$$\text{推計医療費} = \text{患者数変動比} \times \text{1患者当り医療費変動比} \times (\text{病床再編前})\text{医療費}$$

$$\text{在宅医療費推計} = \text{流入患者総入院日数} / 30 \text{日} \times \text{在宅医療月平均単価}$$

図表 2 基本推計式イメージ図



また、推計に当たっていくつかのシナリオ（S）を想定している。まず、病床再編後の医療療養病床数については15万（SA）、20万（SB）、25万（SC）の3つ、療養病床の介護施設への転換については、多床型を優先する場合（S1～3）個室型を優先する場合（S4～6）の2つ、病床再編後の一般病床の病床利用率については、75%（S1、4）、80%（S2、5）、82.5%（S3、6）の3つとし、それぞれの場合を組み合わせ、合計18通りのシナリオを想定した（【例】病床再編後の医療療養病床数15万床、多床型優先で病床転換、一般病床利用率75%の場合、SA1となる）。

3. 結果の概要

2. で設定した前提に立って、シナリオごとの患者数を推計した結果は、図表 1 - 3 の通りである。

病床再編後の医療療養病床を 15 万床とした場合 (SA)、当該病床の患者数は 31 万人となり、同様に 20 万床の場合 (SB) は 41 万人、25 万床の場合 (SC) は 51 万人となっている。また、一般病床では、想定した病床利用率に応じて、1,369 万人 (75%) から 1,505 万人 (82.5%) と大きく変動した。

図表 3 平成24年度における一般病床及び医療療養病床、介護施設の患者数推計

	一般病床 (病床利用率 75% ~ 82.5%)	医療療養病床	介護施設
病床再編前 ¹	1,496 万人	67 万人	94 万人
SA1 ~ SA3	1,369 万人 ~ 1,505 万人	31 万人	116 万人
SA4 ~ SA6	1,369 万人 ~ 1,505 万人	31 万人	106 万人
SB1 ~ SB3	1,369 万人 ~ 1,505 万人	41 万人	110 万人
SB4 ~ SB6	1,369 万人 ~ 1,505 万人	41 万人	103 万人
SC1 ~ SC3	1,369 万人 ~ 1,505 万人	51 万人	106 万人
SC4 ~ SC6	1,369 万人 ~ 1,505 万人	51 万人	100 万人

病床再編後の医療費を推計した結果は、図表 1 - 4 の通りである。

医療療養病床については、病床再編後、シナリオごとに 6,400 億円 (SA)、4,100 億円 (SB)、2,400 億円 (SC) と、いずれも医療費が削減される結果となった。

一般病床については、シナリオごとに病床利用率が 75% の場合 1,500 億円 (SA1、4・SB1、4・SC1、4)、80% の場合 300 億円 (SA2、5・SB2、5・SC2、5)、82.5% の場合 + 1,300 億円 (SA3、6・SB3、6・SC3、6) と、病床利用率の上昇に伴って医療費が増加するという結果となった。

また、在宅医療については、病床再編の影響により、移行患者の受け皿となるため医療費は増加することとなるが、シナリオごとに 500 億円から 4,800 億円増加するという結果となった。

¹ 病床再編前の患者数は、それぞれ 1) 一般病床：設定された条件での推計年間入院患者数、2) 医療療養病床・介護療養病床：平成17年時点の推計年間患者数に高齢化率を乗じた患者数（病床数によって制限されないものとした場合）である。

図表 4 シナリオ別の変動医療費の患者数推計

シナリオ	病床再編に伴う変動医療費			
	医療療養病床	一般病床	在宅医療	変動計
SA1	6,400	1,500	4,100	3,800
SA2	6,400	300	2,000	4,700
SA3	6,400	1,300	700	4,400
SA4	6,400	1,500	4,800	3,100
SA5	6,400	300	2,700	4,000
SA6	6,400	1,300	1,400	3,700
SB1	4,100	1,500	4,000	1,600
SB2	4,100	300	1,900	2,500
SB3	4,100	1,300	600	2,200
SB4	4,100	1,500	4,500	1,100
SB5	4,100	300	2,400	2,000
SB6	4,100	1,300	1,100	1,700
SC1	2,400	1,500	3,900	0
SC2	2,400	300	1,800	900
SC3	2,400	1,300	500	600
SC4	2,400	1,500	4,200	300
SC5	2,400	300	2,100	600
SC6	2,400	1,300	800	300

18通りのシナリオのうち、SA2（医療療養病床15万床、多床型優先で転換、一般病床利用率80%）では、最も医療費削減効果が高く（4,700億円）、SC1（医療療養病床25万床、多床型優先で転換、一般病床利用率75%）やSC4（医療療養病床25万床、個室型優先で転換、一般病床利用率75%）では療養病床の削減効果が低く、医療費は増減なし、または増加（+300億円）に転じるという結果が得られた。

国は病床再編による医療給付費の適正化効果を、24年時点で4,000億円としているが（18年9月27日 社会保障審議会介護給付費分科会 第1回介護施設等の在り方に関する委員会 資料2）本調査研究では概ね4,000億円以上の適正化効果を挙げるために、少なくとも医療療養病床を15万床まで確実に削減し、療養病床の介護施設への病床転換を多床型優先で行なわなければこの目標は達成できないことが明らかになった。

4 . 今後の課題

本調査研究では、病床等の再編の影響を、患者数の変動と1患者当り医療費の変動をもとに総医療費の変動を導出するという方法を使った。

しかし、現状ではそれぞれの変動を推計するためのデータが十分とはいえないこと、また、実際に患者の移行がどのように進むのかが確定的でないことなどから、いくつかの前提を設定したうえで、複数のシナリオを想定することとなった。

在宅医療については医療費の推計式が異なっているが、これは一般病床などに比較して使用可能なデータが非常に制限されており、在宅医療における正確な年間患者数や平均在院日数に相当する平均的な療養期間などが把握できなかったためである。よって、患者が在宅医療に移行する前（一般・療養病床）の総入院日数を用い、在宅における医療費を推計する方法を代替的に採用した。今後、特に在宅医療については、患者特性や医療提供の実態を詳細に把握する必要がある。

また本調査研究では、療養病床の介護施設への転換による介護給付費への影響については推計を行っていないが、受給者数の増加等から介護給付費への上昇圧力になることが予想できる。国は24年時点での介護給付費の増加額を1,000億円と試算しており、病床再編による適正化効果を差引いて、医療・介護給付費全体で3,000億円の適正化効果が挙げると試算している。

国が介護給付費の増加をどのような方法で試算しているのか詳細が不明であるため、医療・介護給付費全体での適正化効果の適否に言及することは避けざるを得ない。しかし、本調査研究で明らかにしたとおり、療養病床の再編が予定された通り遅滞なく確実に実施されなければ、国が期待する効果はほとんど挙げられない。病床のみならず、その受け皿としての介護施設や居住系を含む在宅医療の整備等を含めた、医療・介護の提供体制全体を俯瞰した具体的な再編計画が提示・実施されることが強く望まれる。