

■はじめに

2025 年の高齢化ピークまで 10 年を切りました。高齢化にともない毎年 1 兆円ペースで増える医療費を抑制することは、軍事強国をめざす安倍政権のもと、財政上の最重要課題のひとつです。政府・厚労省は、医療・介護労働に大きな変質を迫り、患者・国民により安上がりで「効率的」な医療・介護を押し付け、医療への国の財政負担を極力増やさないようにする仕組みづくりを、いま、急ピッチで進めています。

その中心は、2014 年に成立した「医療介護総合確保法」に基づく医療・介護提供体制の一体改革であり、これとリンクした医療保険財政の都道府県単位の運営です。政府のねらいは、▼提供体制を効率化しつつ縮小再編する。▼それにより医師・看護師など医療従事者を極力増やさずにおく。▼地域医療構想と整合的に「医療費適正化計画」を策定、提供体制の効率的再編を前提とした医療費目標を設定する。▼医療費抑制効果が十分でない場合は、都道府県単位で診療報酬を引き下げる。▼国保財政の都道府県化により、提供体制の効率化と保険財政の支出抑制の両方を都道府県に担わせる。というものです。このねらいは裏を返せば、いま、医療提供の在り方を変えなければ、高齢化により医療需要がますます増大し、入院が増え、医師や看護師が増え、医療費がウナギ昇りに増えてしまう。そうした事態を回避するため、需要自体を抑え込む提供体制改革で医療費抑制を図ろうということです。

この改革の柱に位置し、「機能分化・連携」を前提とすることで医療需要を低く見積もり、病床を増やすのではなく逆に減らし、「医療から介護へ」「施設から在宅へ」の移行促進をねらって各都道府県で策定が進められているのが「地域医療構想」です。しかし、こうした「川上から川下へ」と押し流す効率的提供体制への再編は、大量の「医療難民」「介護難民」、さらには「死に場所難民」を生み出しかねません。医師・看護師の大幅増員をはばみ、患者・国民に効率最優先の医療・介護を押し付ける「提供体制改革」とのたたかいは、まさに待ったなしです。

■「地域医療構想」の概要と内閣府「専門調査会第一次報告」

「地域医療構想」とは、各府県において、二次医療圏を基本とした地域毎に、「2025 年のあるべき医療提供の姿」を定めるものです。国が示す「ガイドライン」（以下 G L）に基づき圏域ごとに 2025 年の医療需要を推計し、必要病床数を定めることとされ、一般病床と療養病床が対象で、精神病床は含まれません。G L では、一般病床と療養病床を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」に機能分化し、各機能ごとに将来の医療需要と必要病床数を推計し定めるとしています。策定の期限は 2016 年度中で、県によっては既に策定作業を終えたところもありますが、多くは議論の最中です。

2015 年 6 月に内閣府の専門調査会が、この地域医療構想 G L に基づく全国ベースの積み上げによる推計値を公表しました。現在 135 万床余りある一般・療養病床を 2025 年に 4 機能合計で 115 万～119 万床とするもので、新聞報道でも「病床大幅削減計画」として大々的に報道されました。報告では、都道府県別では首都圏の埼玉・千葉・東京・神奈川と大阪、

沖縄の6都府県のみ、2025年の必要病床推計が2013年の既存病床数を上回ります。

また、全国ベースの各機能の2025年必要病床数は、「2014年病床機能報告」との比較では、高度急性期19.1万床を13.0万床とし、急性期58.1万床を40.1万床、回復期11.0万床を37.5万床、慢性期35.2万床は24.2～28.5万床とし、29.7～33.7万人は在宅等で対応するものとしています。全体として急性期を減らして回復期・慢性期へとシフトさせ、さらに在宅等へと入院患者を押し出すものです。増える6府県を除き、ひどいところでは4～5割も削減となる推計に、複数の県議会からGL見直しを求める決議が上がっています。

■なぜ、多くの地域で病床減と推計されるのか？ 増えるところは、これでいいのか？

●GLの必要病床数と医療需要の推計には重大なカラクリがある

地域医療構想GLに基づく2025年必要病床数の算定は、過去にない新しい仕組みと考え方に基づいています。全体的に急性期は減り、回復期・慢性期から在宅へとシフトし、多くの県で病床削減となるのは、そもそも推計方法に重大なカラクリがあるからです。

2025年の「必要病床数」は、2025年の「医療需要推計」と、国が決めた「各病床機能の稼働率」から算出されています。この国が決めた「稼働率」に明確な根拠はなく、全国一律とすることには批判が上がっています。

さらに問題なのは、2025年医療需要の算出方法です。この将来需要は、2013年のレセプトデータを内閣府の専門調査会が「解析」し、割り出した性・年齢化級別の「受療率」に「将来推計人口」を掛け合わせて算出されます。そこで出てくるのが、受療率を算出するための元データがレセプトであることに起因する問題です。

●レセプトは診療の結果。医療ニーズそのものではない。医療過疎は固定化される。

レセプトは、診療の結果であって、患者住民の医療ニーズではありません。必要な医療が身近にない地域や、お金がなくて医療にかかれず、十分な治療が受けられない人の医療ニーズはレセプトには反映されません。救急搬送された時には手遅れだったり、孤独死した人が必要としていた医療需要は汲み取られません。医療過疎地域では、脳卒中や急性心不全など急を要する病気で、高度医療を受けられず亡くなる場合があります。救急搬送が間に合った場合でも、請求されるレセプト件数は、医療が充実した地域より少ない割合となる可能性は高いといえます。つまり「レセプト＝需要」とすると、医療過疎地では高度医療の需要そのものが相対的に少ない、という結果になるのです。これをそのまま将来需要の推計ベースとすると、医療過疎地域は、将来も医療過疎地域のまま固定化されることになります。

●平均在院日数相当で急性期打ち切り。さらなる在院日数短縮と超高速回転の加速へ。

さらに、レセプトデータの「解析」に基づく「機能分化」にも重大な問題があります。GLでは、レセプトから入院基本料等を除いた出来高算定部分を「医療資源投入量」とし、「高度急性期」「急性期」「回復期」を区分する点数をそれぞれ3000点以上、600点以上、225

点以上に設定していますが、この境界点の設定は、D P Cデータの分析を元に行っています。2014年のD P C点数表からすると、急性期と回復期の境界点の600点は、平均在院日数までの第Ⅱ入院期間の全D P C平均点数に相当します。つまり、急性期入院はおおむね平均在院日数までに相当する点数で区切り、あとは入院実態がどうあれ回復期扱いという事であり、さらに、175点未満は入院していても在宅の扱いです。2013年のレセプトデータをこうした基準で機能別に振り分け、各機能の受療率を算出し、推計人口と掛け合わせて推計された将来需要は、今の入院実態とは遠くかけ離れたフィクションなのです。しかし、今後、診療報酬改定などにより入院の実態が地域医療構想の方向へと誘導されるなら、患者には早期の転棟・転院、医療現場にはさらなる在院日数短縮と超高速回転の加速がもたらされます。こうした急性期入院減、回復期増という将来推計のカラクリが第2の問題です。

●慢性期入院の一律削減、在宅医療・施設の重度・重症化

第3の問題は、慢性期入院の一律的な削減を前提にしていることです。特殊疾患病棟などの入院を慢性期に振り分け、療養病床に入院する医療区分1の70%は在宅扱いし、全体として、療養病床の入院率が最も少ない県との差を埋めるように入院を減らす事を前提に、慢性期入院の受療率を算定し、将来需要を推計する仕組みになっています。つまり、療養病床の多いところは、とにかく減らすのです。その影響は、在宅等での対応の増大と在宅・慢性期入院双方の重度・重症化です。患者家族や施設、慢性期医療の現場とも、これまで以上に医療依存度も介護度も高い患者が増えることになり、受け皿が確保できなければ、医療・介護難民、死に場所難民さえ出てきかねない事態につながるのです。

●ベッドが減る地域はもちろん、増える地域でも、現場と患者・家族に過大な負担

病床数全体が大幅に減る地域は、おおむね既に高齢化の相当進んだ地域や、地域によっては元々医療資源の少ない地域だと考えられます。慢性期入院の大幅な削減は、地域や在宅への負担増大が問題になります。また、救急医療など、今の地域医療をめぐる患者・住民が願う改善には、地域医療構想の需要推計方法は全く寄与しないばかりか、医療資源の不足した状態を将来もそのまま固定化することにつながりかねません。

他方、首都圏など、必要病床が今より多く推計されている地域も、G L推計そのものがはらむ問題点から考えれば、大幅な効率化や在院日数短縮を迫られ、慢性期・在宅の重症化・重度化がもたらされたうえ、さらにベッドが足りない、という推計されているという事になります。いずれにしろ、医療・介護現場の超過密労働は加速するのです。しかも、後述するように、このG Lに基づく将来の必要病床に合わせて医師・看護師の需給見通しを策定しようとしており、これでは、医療・看護現場の過酷な労働実態は改善するどころか、さらに過酷さを極めるものとなりかねません。このような地域医療構想G Lは全面的見直しを求めていく以外ありません。

※ D P Cは入院期間ごとに点数配分が違い、第Ⅰ入院期間は平均より点数がかさ上げされ、第Ⅱ入院期間が全期間の平均在院日数までの期間で平均の点数、第Ⅲ入院期間は平均以下の点数。2014年の電子点数表から全D P Cの各入院期間の平均点数を求めて7対1入院基本料分を引くと、第Ⅰ入院期間が約2000点、第Ⅱ入院期間が約600点。つまり、高度急性期は第Ⅰ入院期間に出来高1000点以上の治療を行った患者数、急性期はおおむね平均在院日数までの患者数となる。

2016年改定のような施設要件を変更する等により、平均在院日数を超えた患者は転棟・転院が誘導されていくとすると、平均在院日数は今より劇的に短くなり、入退院は激しくなる一方、病床稼働率は下がりベッド削減へとつながる。

■地域医療構想と整合的に「医療従事者の需給見通し」を策定

地域医療構想の将来推計が医師・看護師大幅増員の「抑制装置」に

2016年4月、長崎県で医師の過労死をめぐる裁判が新たに提訴されるなど、医療現場の実態が引き続き過酷を極めるなか、3月、厚労省は、今から8年後に医師の需給が均衡し、医師の供給過剰時代が到来するとした受給推計を公表しました。この推計は、医師需要について「地域医療構想との整合性」確保を前提としたもので、増枠してきた医学部定員を今のまま維持するかどうかの問題とされましたが、その後の「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会・中間取りまとめ」（2016.5.19）では、定員増は「当面延長」とされました。しかし、受給推計自体はそのまま、医師需要については2025年で29.2～31.4万人と、2014年「医師・歯科医師・薬剤師調査」の医師総数31万1205人と変わらないかそれよりも低い水準で需要が見込まれています。

「受給検討会」の下には、「医師受給分科会」のほか「看護職員受給分科会」「理学療法士・作業療法士受給分科会」が設置され、2017年度中に策定される都道府県の第7次医療計画（2018年～2023年）に検討結果を盛り込めるよう、2016年内のとりまとめを目指しています。そして、看護職員の需給見通しについても、医師需給見通し同様、地域医療構想と整合的に推計を行うとされ、将来需要は地域医療構想の必要病床数をベースに推計する方法が検討されています。その結果が、大幅増員をはばむ「抑制装置」として役割を果たすことは目に見えています。

医療従事者の受給推計方法と、そのベースとされている地域医療構想の抜本見直しを求めることは、安全・安心の地域医療という意味でも、過労死を生むほどの医療従事者の労働実態の改善を図る上でも絶対に避けては通れない課題になっています。