

## 巻頭言

# 医療制度改革のスピード

学習院大学経済学部長  
遠藤 久夫

### 医療制度改革とは

平成 37 年には全ての団塊の世代が後期高齢者となる。それに伴う医療需要の増加に対応するために医療制度改革が求められている。改革の対象は二つある。一つは増加する医療費の負担と給付の在り方をどうするかという医療保険改革であり、あと一つは財源や医療資源の制約の下で増加する医療需要にどう対応するかという医療提供体制改革である。どちらも難しいパズルだ。簡単には解けない。社会保障・税一体改革成案において医療提供体制改革の絵姿は示されている。その内容を簡潔に言えば、「病床機能の分化と連携の推進」「平均在院日数の短縮による病床稼働率の向上」「在宅医療の推進」「地域包括ケアの推進」などを実施する。それにより、病床数を増やすことなく高齢化による医療需要増に対応しようというものである。しかし、改革の絵姿は示されているのに改革のスピードが遅い、平成 37 年までに間に合うのか、といった声がある。

医療制度改革が一見急ピッチに進まないのには理由がある。医療は健康や生命と直接関係しているうえに、制度改革によって影響を受ける関係者が多いからだ。特定の関係者に不利益が偏らないように配慮すると、あまり大きく政策の舵を切れないのが現実だ。皆保険制度成立から 50 年以上たっており、利害関係者は多様化、複雑化しており白地のキャンパスに絵を描くようなわけにはいかない。医療関係者へ配慮するあまりに改革が進まないという批判がある。たしかにそのような側面は否定できないが、患者や住民も極めて大切な利害関係者である。患者へのきめ細かな配慮は制度改革を行う上で非常に重要な条件だといえる。利害調整などに気を使わずに、やるべきことは思い切ってやるべきだという意見も多い。確かに正論である。しかし、アクセルを大きく踏み込んだら改革が進むかということと必ずしもそうとはいえない。

### アクセルを大きく踏んだ 18 年度診療報酬改定

今、振り返ると平成 18 年度診療報酬改定は改革に向けてアクセルを大きく踏み込んだ年だった。療養病床の一部を介護施設に転換させることが計画され、これを進めるために療養病床に対する診療報酬の評価方法が大きく変更された。これまでは一般病床と同様に看護基準で評価されていた入院基本料を入院患者の医療必要度で評価することに変更し、医療必要度の低い患者に対する入院基本料を大幅に引き下げたのである。これにより、医療必要度の高い患者は療養病床、低い患者は在宅や介護施設へという機能分化を進めつつ、病床を減らし介護施設を増やすのが目的であった。結果はどうだったか。短期的には、退院した患者の受け皿不足がメディア等で報道され問題となった。中期的には、介護施設へ転換はほとんど進まず、そればかりか、療養病床から一般病床への転換という政策目的に逆行する現象も見られた。結局、

療養病床再編問題は今になっても方向が定まっていない。

入院基本料に7対1看護基準が導入されたのも18年度改定である。それまで最高の看護基準であった10対1基準（その時点では2対1と呼ばれていた）を上回る看護基準の導入である。2対1基準が導入されてから18年ぶりの大改定であった。急性期病床へ医療資源を傾斜投入するという機能分化を促進させる政策の一環であったが、看護密度が高いと平均在院日数が短いという事実も導入の根拠となった。しかし、点数が比較的高く設定されたため看護師争奪戦となり、訪問看護や地域医療の看護師不足を招いたといわれる。その後の診療報酬改定では要件を厳しくしたため、7対1看護基準病床の増加率は減少したものの、現状でも一般病床の4割を占めており、「本当に急性期機能をもった病院なのか」「病床機能の分布が頭でっかちなワイングラス型で不均衡だ」と批判され、今日、改善が強く求められる案件の一つになってしまった。

医療保険で受けられるリハビリに日数制限を設けたのも18年度診療報酬改定であった。医療保険のリハビリは急性期・回復期、介護保険のリハビリは維持期・慢性期という機能分化の一環だった。日数制限を設けるに当たり関係団体や関係学会からの意見を参考にしたということだったが、改定直後から猛烈な反対運動が起こり、改定から2か月で44万人の反対署名が集まった。その結果、日数制限は大幅に緩和され今日に至っている。

### 医療制度改革はインクリメンタル・イノベーション

このようにスピードアップのためにアクセルを踏み込んでも、かえって軌道修正に手間と時間がかかる例は少なくない。診療報酬改定以外の政策においても同じようなことは見受けられる。これらはそれぞれに合理的な改定理由があった。影響がマイルドになるように十分配慮されていれば問題は起こらなかったと思う。医療システムは相互に依存しあってそれなりの均衡を保っている。改革のかじを切りすぎるとシステムのどこかが適応の限界を超えて不均衡が生ずる。それがシステム全体に波及し、落ち着いた時には、当初予想していたのとは異なる姿となる。このようなことが生じやすいため、医療制度改革はインクリメンタル・イノベーション（部分改良型の改革）とならざるをえないのである。方向性を定めて、歩幅は大きくないが着実に目的に向かって進む。マイナーな変化であれば医療提供者も患者も社会も短時間で環境変化に適応できる。むしろスピード感は重要だ。しかし「急がば回れ」も現実なのである。

インクリメンタル・イノベーションでは平成37年までには改革が達成できないという懸念があるかもしれない。もっともな懸念であるが、インクリメンタル・イノベーションはそれほど消極的で頼りないアプローチなのだろうか。医療提供体制改革の一つの目的として平均在院日数の短縮がある。社会保障・税一体改革成案では平成23年から37年の14年間で、一般急性期病床（新たに設定された病床）の平均在院日数を約14日から約9日へ、約5日短縮することを目標としている。一方、平成12年から24年までの12年間の一般病床の平均在院日数は24.8日から17.5日と7.3日の短縮を実現している。こうしてみるとインクリメンタル・イノベーションもそう捨てたものではない。一見スピードが遅く見えても、着実に駒を進めていくことが医療制度改革の要諦なのだと思う。