

# 様々なところで見られる医療費の地域差

## 地域差半減に向けた政府の取組みと課題

パブリック・ポリシー・チーム  
シニアエコノミスト 神田 慶司

### [要約]

- 公的医療サービスは全国どこでも同じ価格で提供されているにもかかわらず、年齢構成の違いを調整してもなお、1人当たり医療費の地域差が大きい。疾病構造の違いや医療の供給体制の効率性、住民の受診行動などによる構造的な課題が背景にあると考えられる。医療費の地域差は特に入院で生じており、病床数の多寡が強く影響している。
- 後発医薬品の使用割合は、医療関係者、保険者、自治体などの努力もあって全都道府県で上昇しているが、地域差が見られる。また、一部の地域では医療扶助（生活保護）における後発医薬品の使用割合が医療全体を下回っているという課題もある。
- 最近、患者の受診行動や診療行為に関する地域差の分析が示されるようになってきている。医療情報の活用という観点から、厚生労働省から「第1回 NDB オープンデータ」が公表された意義は大きい。集計データゆえ誰でも自由に利用できるデータであり、医療費の地域差などの実態解明がさらに進むことが期待される。
- 政府は、年齢調整後1人当たり医療費の地域差半減を目指しており、「地域医療構想」「医療費適正化計画」「健康増進のためのインセンティブ強化」が主な手段である。だが、地域医療構想の実現性には不透明さが残っていることに加え、それを実現した場合に入院医療費の地域差がどの程度是正されるかは明らかになっていない。また、医療費適正化計画を進めたとしても1人当たり外来医療費の地域差を半減させることはできず、追加の抑制策が必要とされている。
- 入院・外来の両分野で改革が一定の成果を上げると想定したとしても、国民医療費は年間1兆円程度のペースで増加すると見込まれている。これを地域別に捉えれば、高齢者数が増える大都市部を中心に入院医療費が増加し、地方での医療費減少分の多くが相殺されるという構図になるだろう。年齢調整後1人当たり入院医療費の不合理的な地域差を是正するには、地域医療構想による病床数の適正化以外の政策的手段の検討も必要ではないか。

## 1. 「伸び」だけでなく「水準」にもある医療費の抑制余地

医療の質を下げずに費用を抑えることが財政健全化の重要課題となる中、神田（2016）<sup>1</sup>では医療費の伸びについて取り上げた。神田（2016）では、近年の医療費の伸びのうち、高齢化を要因として説明できるのは半分程度にすぎないことを指摘した。高齢化以外の要因で医療費の増加に最も寄与しているのは調剤であり、特に薬剤料が押し上げている。

薬剤料が課題だという点では、「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」<sup>2</sup>（2016年12月20日）が塩崎恭久厚生労働大臣、麻生太郎財務大臣、石原伸晃経済再生担当大臣、菅義偉官房長官によってとりまとめられたことは評価される。基本方針では、効能追加等によって販売額の増加が見込まれる一定規模以上の薬価について年4回見直すことや、全品目を対象に毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行うことなどが盛り込まれている。

現在、薬価は2年に1度の頻度で実施される調査の結果に基づき、その翌年度に改定されている。近年、薬価調査時点の市場実勢価格は公定価格ベースの薬価を平均8%以上下回っており、公定価格は改定のたびに引き下げられてきた。国民一般の立場からは、公定価格が据え置かれている間は、その限りにおいて市場実勢価格を上回る負担をしているということになる。公定価格を可能な限り市場実勢価格に合わせる制度に変えていけば、相当な国民負担の軽減になるだろう。また、新薬や医療機器の価格算定に、客観的なデータに基づく効果と費用のバランスに関する評価を反映させることは、平均的な医療の質を下げずに費用の増加を抑える重要な取り組みである。費用対効果の観点から最適な価格算定を行うことには原理的な正しさがあると思われる、将来的には評価対象を一部の高額薬剤や高額機器に限らず、それ以外にも積極的に広げべきである。

他方、医療費の抑制余地はその「伸び」だけでなく、「水準」にも見られる。すなわち、公的医療サービスは全国どこでも同じ価格で提供されているにもかかわらず、年齢構成の違いを調整してもなお、1人当たり医療費の地域差が大きい。国・地方の基礎的財政収支を2020年度までに黒字化させるために安倍内閣が策定した「経済・財政再生計画」<sup>3</sup>の改革工程表には、年齢調整後の1人当たり医療費の地域差半減がKPI（Key Performance Indicators、改革の成果の達成度合いを示す指標）に掲げられている<sup>4</sup>。そこで本稿では、医療費の地域差の現状を確認した上で、地域差半減に向けた制度改革とその課題などについて検討する。

<sup>1</sup> 神田慶司「高齢化以上に増加する医療費」（大和総研レポート、2016年10月24日、[http://www.dir.co.jp/research/report/japan/mothers/20161024\\_011343.html](http://www.dir.co.jp/research/report/japan/mothers/20161024_011343.html)）

<sup>2</sup> 平成28年第22回経済財政諮問会議 塩崎臨時議員提出資料（2016年12月21日、[http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2016/1221\\_2/agenda.html](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2016/1221_2/agenda.html)）。

<sup>3</sup> 「経済財政運営と改革の基本方針2015」（2015年6月30日に閣議決定）に盛り込まれている。

<sup>4</sup> 具体的には、「全国平均を超えている都道府県の一人当たり医療費（年齢調整後）の平均と全国平均との差の全国平均に対する比率を2014年度時点と比べ2023年度までに半減する」（「経済・財政再生アクション・プログラム2016」、2016年12月21日経済財政諮問会議決定）とされている。

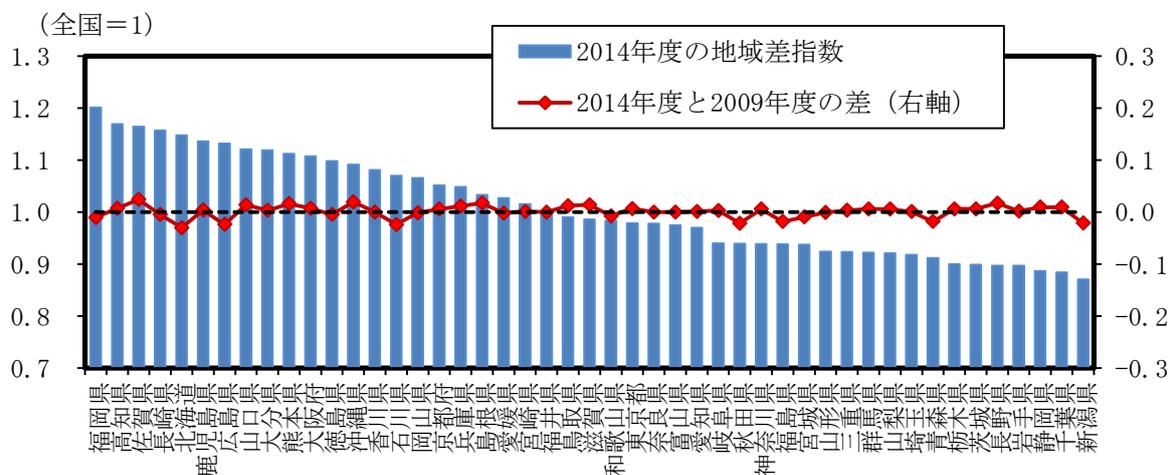
## 2. 医療費の地域差の現状

### ① 都道府県別に見た1人当たり医療費の地域差

図表1の棒グラフは市町村国保と後期高齢者医療制度の加入者を対象とした都道府県別の地域差指数である。地域差指数とは、各都道府県別の年齢構成が全国平均と一致するように補正した1人当たり医療費を、全国平均を1として指数化したものである。2014年度において地域差指数が最も高かったのは福岡県で1.20であり、最も低い新潟県(0.87)を4割近く上回る。

また、こうした医療費の地域差は年によって大きく異なることはなく、固定化されている傾向がある。図表1の折線は2014年度の地域差指数が2009年度からどの程度変化したかを表しているが、5年間の変化幅はどの地域も極めて小さい。もちろん多少の変化は認められ、例えば、北海道や石川県、広島県などでは地域差指数が低下しており、自治体や保険者などの医療費を適正化する取組みが反映されている可能性がある。ただ、地域差指数が最も低下した北海道でも5年間の変化幅は▲0.03(1年当たり▲0.006)とごくわずかである。反対に、佐賀県は地域差指数が最も上昇したとはいっても0.024(同0.005)にとどまっており、結果として都道府県の地域差指数の標準偏差(ばらつき度合い)は過去5年間でほぼ一定である。地域による疾病構造の違いや医療の供給体制の効率性、住民の受診行動などによる構造的な課題が医療費の硬直的な地域差の背景にあると考えられる。

図表1 都道府県別に見た地域差指数(市町村国保+後期高齢者医療制度)



(注) 地域差指数は都道府県別の1人当たり医療費(年齢構成補正後)を全国=1として指数化したもの。  
(出所) 内閣府「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」より大和総研作成

### ② 病床数の多寡が入院医療費の地域差に強く影響

地域差指数を診療種別に見ると、医療費の地域差はとりわけ入院で生じている(図表2-1、縦軸が入院の、横軸が外来・調剤のばらつきを示している)。入院の地域差指数が最も高い地域と最も低い地域では、市町村国保で1.7倍、後期高齢者医療制度で1.9倍に達する。もちろん、入院に比べて小さいとはいえ、それぞれ1.2倍、1.4倍と無視できない大きさである外来・調剤

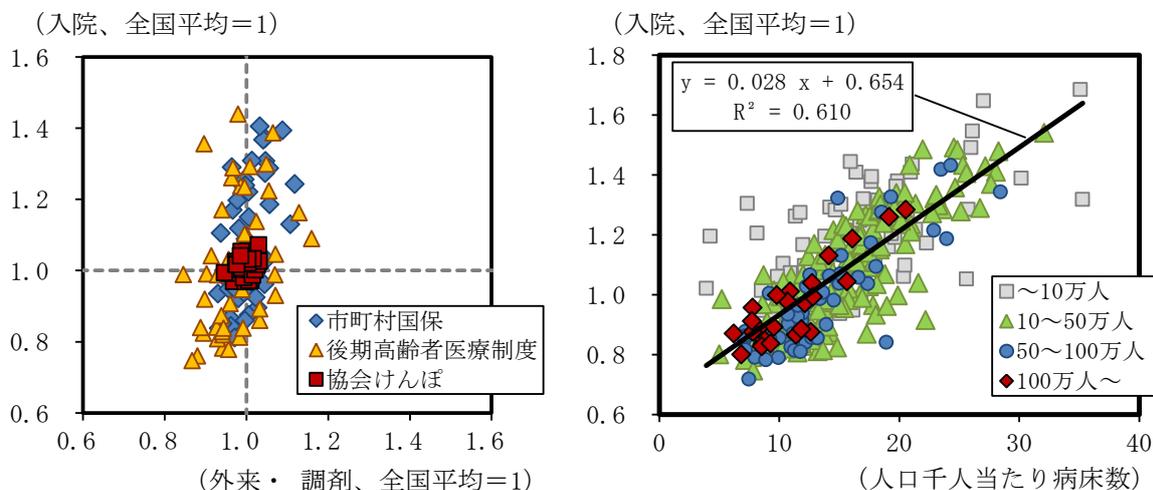
の地域差も問題である。

入院医療費の地域差は病床の多寡に強い影響を受けている。図表 2-2 で示したように、二次医療圏別<sup>5</sup>に市町村国保に関する入院医療費の地域差指数を人口千人当たり病床数で説明する回帰式を推定すると、決定係数 ( $R^2$ ) は 0.610 である。病床数が入院医療費の地域差のおよそ 6 割を統計的に説明できることを意味しており、病床数の多い（少ない）地域ほど入院医療費が多い（少ない）という傾向が明確に見られる。すなわち供給が需要を作っている可能性が高い。なお、図表 2-2 は二次医療圏の人口規模別にマーカーを分けたが、人口 10 万人以下の医療圏の中には回帰線から大きくかい離している地域が少なくない。これは人口規模が少ないため重症患者の影響が大きく表れやすいことや、医療圏が複数の島で構成されているケースなど、病床数以外の地域固有の事情が医療費に影響しているためと考えられる<sup>6</sup>。

また、病床数の分布（図表 2-2 の横軸）に目を向けると、人口規模の大きい医療圏ほど病床数のばらつきが小さく、規模 50 万人以上での人口千人当たり病床数は 10 床弱～20 床に集中する傾向が見られる。ただ、人口規模 50 万人以上の医療圏であっても 20 床を超える医療圏もある。病床再編など医療提供体制の効率化・適正化は、地方か都市かを問わず、全国的な取り組みが求められる。

図表 2-1 保険者別に見た入院と外来・調剤の地域差指数（2014 年度）

図表 2-2 二次医療圏別に見た人口当たり病床数と地域差指数（市町村国保、入院）



(注) 右図の地域差指数（入院）と病床数は2013年度、人口は2010年の値。回帰式は掲載した全ての医療圏を対象としたもの。

(出所) 内閣府「経済・財政と暮らしの指標『見える化』データベース」より大和総研作成

<sup>5</sup> 二次医療圏とは、一通りの一般の入院医療を提供している医療圏（一体の区域として、入院医療を提供することが相当である単位）であり、各地域の地理的条件や交通事情などを踏まえて区分された地域的単位である。二次医療圏（2013年4月時点で344）は基本的な行政区画である市町村ベースで見るとよりも実態を示していると考えられる。

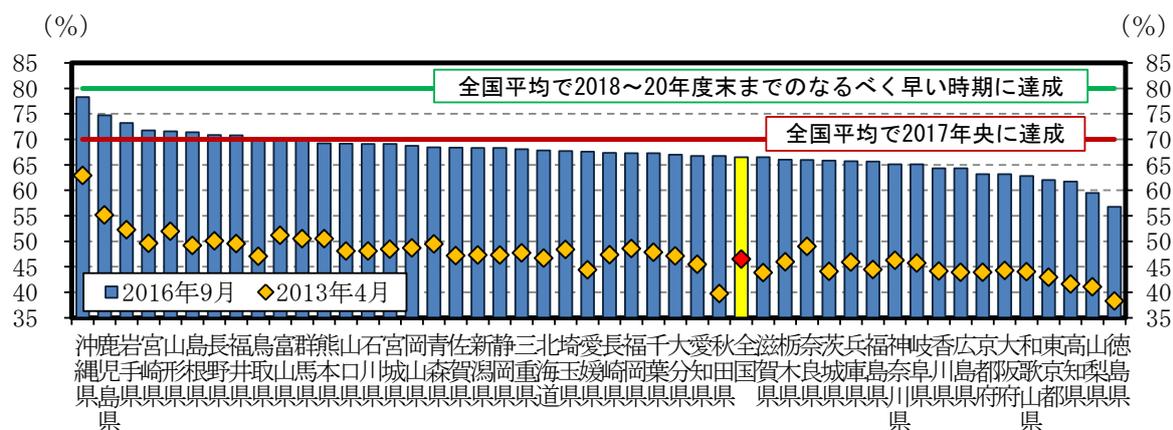
<sup>6</sup> 人口 10 万人以上の二次医療圏に限定すると、決定係数は 0.71 である。

### ③ 後発医薬品の使用割合に見られる地域差

医療の質を落とさずに負担を引き下げる後発医薬品の普及は国民からの支持を得やすい医療費抑制策であるが、後発医薬品の普及度合いは地域ごとで異なっている。図表 3 に厚生労働省「調剤医療費の動向調査」における後発医薬品の使用割合（数量ベース、新指標）を都道府県別に示したが、最も高い沖縄県で 78%、最も低い徳島県で 57%と 21%pt もの開きがある（2016 年 9 月）。ただし、医療関係者、保険者、自治体などの努力もあって、後発医薬品の使用割合は全都道府県で着実に上昇している。この指標の公表が開始された 2013 年 4 月と直近値である 2016 年 9 月を比べると、ほとんどの地域で 20%pt ほど上昇した。こうした取組みが継続されれば、早くから後発医薬品の普及に取り組んできた沖縄県などとの使用割合の地域差は次第に縮小していくだろう。

なお、2015 年 6 月 30 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2015」では、後発医薬品割合を「2017 年（平成 29 年）中に 70%以上とする」とともに、2018 年度（平成 30 年度）から 2020 年度（平成 32 年度）末までの間のなるべく早い時期に 80%以上へ引き上げる目標が定められている。2016 年 9 月時点では全国平均で 67%であり、2013 年度以降の上昇ペースが 1 年当たり 6%pt であったことを踏まえると、2017 年中に 70%超を達成できる可能性は高い。

図表 3 都道府県別に見た後発医薬品の使用割合



(注) 図中の実線は政府目標。

(出所) 厚生労働省「調剤医療費の動向調査」より大和総研作成

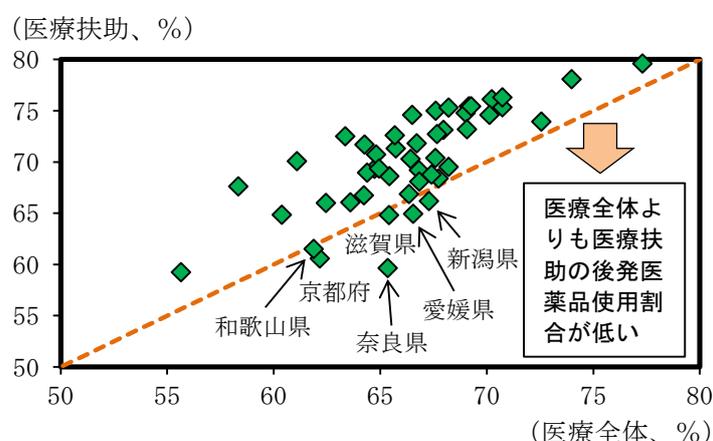
生活保護受給世帯においても、後発医薬品の普及度合いには同様のばらつきが見られる（図表 4）。生活保護受給者の医療費（医療扶助）における後発医薬品の使用割合は最も高い県と低い県で約 20%pt の開きがあり、使用割合について都道府県別に見た医療扶助と社会保険医療を加えた医療全体の相関係数は 0.75 と非常に高い。医療扶助で見られる後発医薬品の使用割合の地域差は、各地域の医療全体としての取組み状況に強く影響されているものと推察される。

ただし、奈良県や京都府、愛媛県などでは医療扶助の後発医薬品の使用割合が医療全体を下回っており、医療扶助に特有の課題が存在していることが示唆される。生活保護法では、生活保護受給者に対して可能な限り後発医薬品の使用を医師が促すよう努めると定められており、医療関係者等の取組みが徹底されていない可能性がある。また、後発医薬品に対する患者（生活保護受給者）の理解や自治体の指導が十分でない可能性も考えられる。財務省によれば、「ジ

「エネリック」という言葉の由来であるところの一般名処方（商品名ではなく有効成分の一般的名称等で処方）が行われたにもかかわらず、後発医薬品が調剤されなかった理由は保険薬局に備蓄がなかったなどではなく、「患者の意向」が大半を占めるという<sup>7</sup>。

経済・財政一体改革の改革工程表では、現在 69.3%<sup>8</sup>である医療扶助の後発医薬品割合を「2017 年央までに 75%。2017 年央において、医療全体の目標の達成時期の決定状況等を踏まえ、80% 以上とする時期について、2018 年度とすることを基本として、具体的に決定する」ことが盛り込まれており、医療全体よりも高い目標が掲げられている。生活保護法の趣旨に基づき、適切な後発医薬品の使用に向けたさらなる取組みが求められる<sup>9</sup>。

**図表 4 都道府県別に見た医療扶助と医療全体における後発医薬品の使用割合（2016 年 6 月審査分）**



（出所）厚生労働省「調剤医療費の動向調査」「医療扶助実態調査」より大和総研作成

#### ④ 患者の受診行動や診療行為、薬剤費における地域差

内閣に設置されている社会保障制度改革推進本部の「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」では、医療・介護分野のデータ分析や、改革を推進するための検討が進められている。2016 年 10 月 21 日に開催された同専門調査会の資料では、最近の分析結果として、患者の受診行動や診療行為において地域差が見られることが示された<sup>10</sup>。

例えば、同一月内に同じ疾病の記載のあるレセプト（診療報酬明細書）が複数の医療機関か

<sup>7</sup> 経済・財政一体改革推進委員会 第 15 回社会保障 WG 財務省提出資料（2016 年 10 月 27 日、<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/281027/agenda.html>）。

<sup>8</sup> 厚生労働省「平成 28 年医療扶助実態調査」における薬剤数量に占める後発医薬品割合。

<sup>9</sup> 政府は医療扶助の後発医薬品の使用を促進するため、①院外処方における後発医薬品の使用割合が 75%未満の福祉事務所等は、使用促進に関する計画を策定、②院外処方における後発医薬品の使用促進の取組みが一定の基準を満たす場合、医療扶助適正化関係補助金の補助率を引上げ、③院内処方の使用割合が 75%未満の医療機関に対し、都道府県等が後発医薬品の使用促進を要請、という取組みを 2015 年度に導入した（行政改革推進会議 歳出改革 WG 重要課題検証サブ・グループ（第 2 回）厚生労働省提出資料（2015 年 4 月 24 日、<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/gskaigi/working/dai2/siryou3.pdf>））。

<sup>10</sup> 社会保障制度改革推進本部 第 8 回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 松田晋哉委員提出資料「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループにおける検討内容について」（[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai\\_dai8/siryoul.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai8/siryoul.pdf)）

ら出されている 75 歳以上の糖尿病患者の割合は、最も高い福岡県で 14%程度、最も低い秋田県では 8%程度と 2 倍近い開きがあるという。また、同一月内に同一成分の薬剤を複数の医療機関から投与された 65 歳以上の患者の割合は、最も高い和歌山県で 3.7%程度、最も低い岩手県で 1.8%程度と 2 倍程度の地域差があるという。

また、協会けんぽのレセプトデータを利用した研究に井伊・関本（2015）<sup>11</sup>がある。井伊・関（2015）は生活習慣病（高血圧・糖尿病）の外来医療費について二次医療圏別に地域差を分析しており、患者の属性や併存症などを調整してもなお、医療費の地域差が大きいことを指摘している。また、地域の医師密度が高いほど 1 人当たり医療費は増加する傾向が見られるという。

医療情報の活用という観点からは、2016 年 10 月に厚生労働省から「第 1 回 NDB オープンデータ」が公表されたことが注目される。NDB（National Data Base、レセプト情報・特定健診等情報データベース）は保険請求情報の 95%以上をカバーしており、さらには年間約 2,600 万件の特定健診・特定保健指導のデータが蓄積されているなど、世界でも有数の規模と悉皆性をもつデータベースである。NDB オープンデータは、個票データである NDB そのものではなく集計データであり、基礎的な事項に限定されたものである。とはいえ、誰でも自由に利用できる都道府県別や性・年齢階級別のデータであり、医療費の地域差などの実態解明がさらに進むことが期待される。

すでに NDB オープンデータを用いて分析された事例を紹介すると、先述した社会保障制度改革推進本部の専門調査会で提出された資料によれば、「特定集中治療室管理料」の算定回数が、最も多い沖縄県で人口 10 万人当たり 1,940 回/年、最も少ない新潟県で同 212 回/年と、9 倍以上の開きがあるという（2014 年度）。また、「脳血管疾患等リハビリテーション料」では最多の佐賀県で人口 10 万人当たり 38,714 回/年、最少の宮城県で同 4,475 回/年と 9 倍近い地域差が見られる。他方、財務省の資料では、都道府県別に外来医療費の内訳を人口当たりで計算すると、最大と最小との格差は、「ネブライザー（アレルギー性鼻炎等治療）」で 4.8 倍、「消炎鎮痛等処置（器具等による療法）」で 4.2 倍、「MRI 撮影」で 2.0 倍、「血液形態・機能検査（HbA1c）」で 1.6 倍であることが示された<sup>12</sup>。

NDB オープンデータでは薬剤に関しても様々なデータが公表されている。そこで、薬効分類別に薬剤費（薬価×処方数量）が年間 2,000 億円を超える 6 つの薬剤を対象に、人口 1 人当たり薬剤費の上位・下位 3 地域を集計してみたところ、図表 5 の通りであった。人口 1 人当たり薬剤費が最大の地域は最小の地域の 2~3 倍であり、また、掲載した上位と下位の都道府県名には偏りが見られ、同じ都道府県が複数回挙がっている。

<sup>11</sup> 井伊雅子・関本美穂「日本のプライマリ・ケア制度の特徴と問題点」（財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」平成 27 年第 3 号、[http://www.mof.go.jp/pri/publication/financial\\_review/fr\\_list7/r123/r123\\_02.pdf](http://www.mof.go.jp/pri/publication/financial_review/fr_list7/r123/r123_02.pdf)）。

<sup>12</sup> 財政制度等審議会財政制度分科会（2016 年 10 月 27 日開催）資料（[http://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia281027/01.pdf](http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia281027/01.pdf)）。

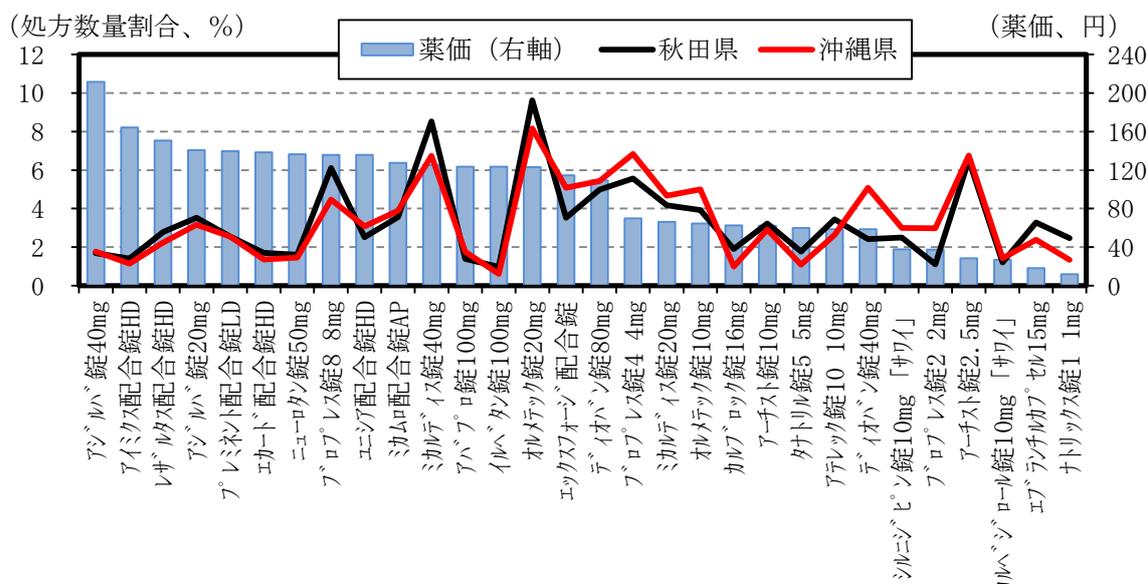
図表5 薬効分類別に見た人口1人当たり薬剤費の地域差（2014年度）

薬効分類名称	薬剤費 (億円)	人口1人当たり薬剤費(円)							最大÷最小
		全国平均	上位3地域			下位3地域			
			1位	2位	3位	1位	2位	3位	
血圧降下剤 (内服薬)	4,658	3,661	秋田県 5,375	高知県 4,952	福島県 4,889	沖縄県 2,592	神奈川県 3,059	東京都 3,183	2.1
その他の腫瘍用薬 (注射薬)	2,300	1,808	広島県 2,213	青森県 1,927	富山県 1,899	大分県 795	鹿児島県 809	島根県 897	2.8
高脂血症用剤 (内服薬)	2,254	1,771	秋田県 2,629	高知県 2,277	北海道 2,216	沖縄県 1,172	福井県 1,249	和歌山県 1,289	2.2
糖尿病用剤 (内服薬)	2,155	1,694	秋田県 2,531	岩手県 2,204	青森県 2,201	沖縄県 1,166	和歌山県 1,211	奈良県 1,337	2.2
その他の血液・体液用薬 (内服薬)	2,141	1,683	秋田県 2,820	高知県 2,453	岩手県 2,343	沖縄県 1,088	熊本県 1,238	福井県 1,265	2.6
その他のアレルギー用薬 (内服薬)	2,063	1,621	東京都 2,207	神奈川県 1,978	秋田県 1,968	福井県 1,025	沖縄県 1,083	和歌山県 1,123	2.2

(注) 薬効分類別に集計し、薬剤費(薬価×数量)が年間2,000億円を超える薬剤を対象とした。

(出所) 厚生労働省「第1回NDBオープンデータ」、総務省「人口推計」より大和総研作成

図表6 血圧降下剤(内服薬・院外)における医薬品別の使用割合の分布(2014年度)



(薬効分類「血圧降下剤」に該当する医薬品)

(出所) 厚生労働省「第1回NDBオープンデータ」より大和総研作成

「血圧降下剤」の人口1人当たり薬剤費は、最も高い秋田県と最も低い沖縄県で2.1倍(その薬剤と無関係な人も含めた全県民1人当たりで約2,800円)の格差がある。図表6はその地域差の原因を整理するため、血圧降下剤に該当する医薬品の処方数量割合を薬価の高い順に並べている。全体的な傾向として、秋田県は沖縄県に比べて薬価の高い医薬品の処方数量割合が高い<sup>13</sup>。

<sup>13</sup> NDBオープンデータの特定健診データ(2013年度)で収縮期血圧を見ると、140mmHg以上の割合が秋田県は男性で23.5%(全国第4位)、女性で17.4%(全国第7位)と比較的高い。血圧降下剤の使用状況にはそうした疾病構造が影響していることは確かと考えられ、食塩摂取量などの食生活上の課題や高血圧治療への取組状況など、図表5や図表6の背景に何があるのかを解明していくことこそが重要である。歴史的に秋田県では脳卒中が多く、その問題に関係者が取り組んできたことについては、由利組合総合病院「秋田の脳卒中 脳卒中発

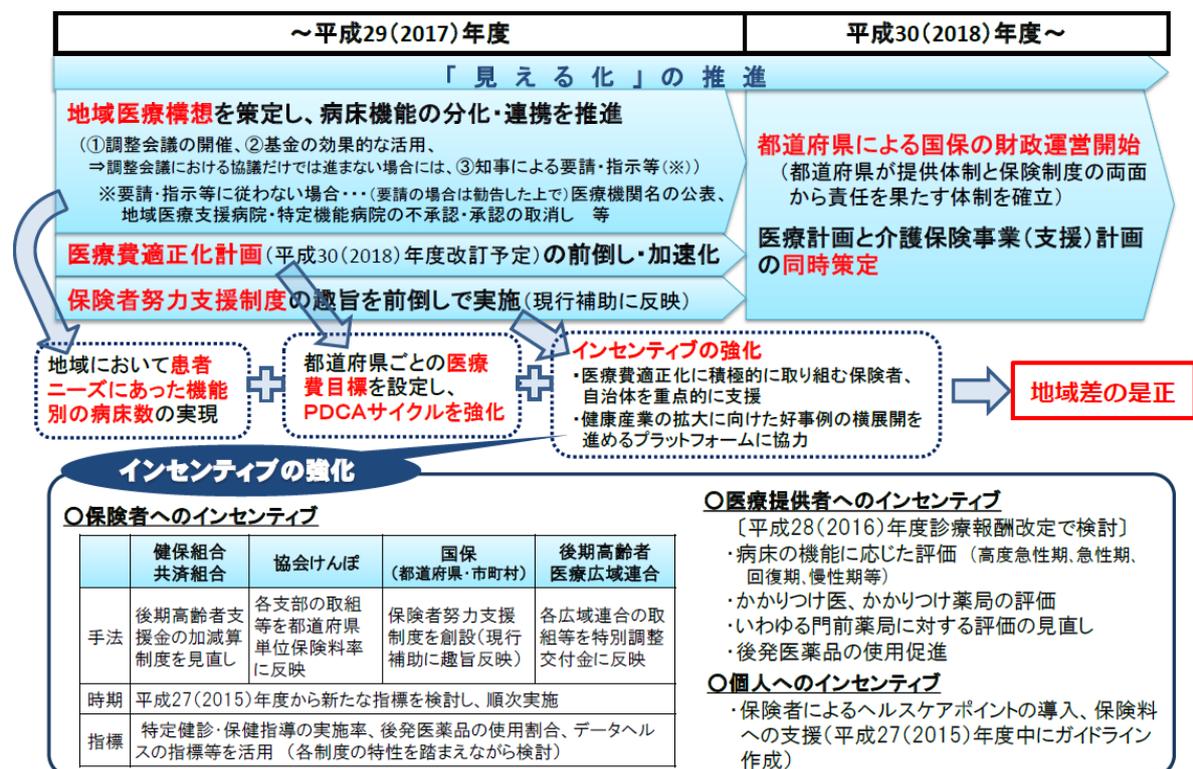
なお、NDB オープンデータを用いて示された地域差は、いずれも都道府県別の診療回数や費用を単純に人口で除したものである。前掲図表 1、2-1、2-2 とは異なり各地域の年齢構成の違いは調整されていない。現在のところ NDB オープンデータは、診療行為別のデータが性年齢別と都道府県別の 2 種類で公表されており、高齢化要因を厳密に除去して地域差を見るのが難しい。地域差分析を深められるよう、例えば、都道府県別と年齢別のマトリックスデータや都道府県別の疾病別の患者 1 人当たりデータなど、さらなるデータの拡充が期待される。

### 3. 医療費の地域差半減に向けた政府の取組み

#### ① 政策のフレームワーク

先述のように、政府の経済・財政再生計画は年齢調整後の 1 人当たり医療費の地域差半減を目指しており、主な制度や仕組みとしては図表 7 のような政策のフレームワークで改革が推進されている。すなわち、「地域医療構想」「医療費適正化計画」の実現や、保険者・医療提供者・個人の医療費抑制への取組みを制度面から支援する「インセンティブの強化」が主な手段となっている。以下では、地域医療構想と医療費適正化計画について取り上げる。

図表 7 1 人当たり医療費の地域差半減に向けた政策フレームワーク



(出所) 第 9 回経済財政諮問会議 塩崎臨時議員提出資料 (2015 年 6 月 10 日、<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2015/0610/agenda.html>)

症登録でわかること 1950 年代から 2010 年までの実態、危険因子と予防」(公益社団法人日本脳卒中協会秋田県支部発行、2013 年 2 月、<http://www.jsa-web.org/book/akita.pdf>) を参照。

## ② 地域医療構想の実現と慢性期病床に係る入院受療率の地域差縮小

地域医療構想とは、2025年における二次医療圏等ごとの各医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の必要量を推計し、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能別の病床数を実現するための計画である。都道府県は厚生労働省「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき、厚生労働省から提供されたデータ等を利用して地域医療構想を策定する。2016年12月末時点では39都府県が策定済みであり、2017年3月末までにすべての都道府県の計画が出揃う見込みである。

経済・財政再生計画では、地域医療構想を踏まえた病床の機能分化・連携を進める際、療養病床について、「病床数や平均在院日数の地域差が大きいことから、入院受療率の地域差縮小を行い、地域差の是正を着実に行う」こととされている。療養病床数の多寡は各地域の在宅医療の体制や介護施設等の整備状況の違いなどと密接に関係し合っており、他方、医療費の地域差をもたらす大きな要因となっている。地域医療構想では慢性期の医療需要（療養病床の入院患者数）のうち、医療の必要度が相対的に大きくない医療区分1の患者の7割を在宅医療等で対応し<sup>14</sup>、残りの3割は病床機能の機能分化・連携を通じて入院受療率（人口当たり入院患者数）の地域差を縮小させながら対応することとされている。

社会保障制度改革推進本部の「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」が地域医療構想策定ガイドラインに基づき、一定の仮定を置いて地域ごとに推計した2025年の必要病床数が図表8である。病床の機能分化等の工夫を行わなければ、2013年に134.7万床であった病床数は高齢化の影響もあって2025年には152万床へ増加してしまう。一方、地域医療構想に基づいて機能分化を進めた場合には、適正な病床数が115～119万床程度になると見込まれる。

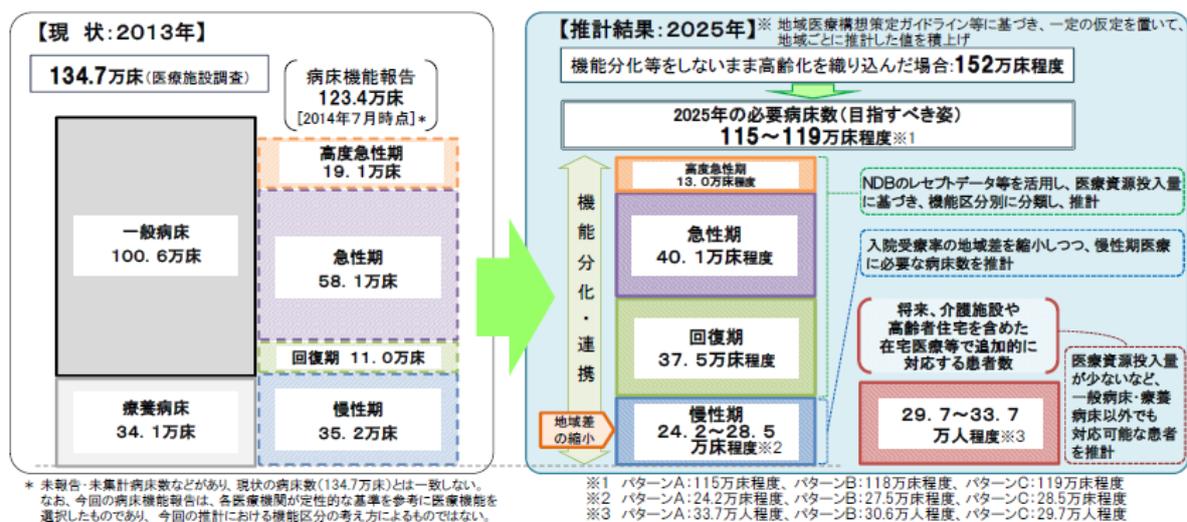
2025年の病床に関する目指すべき姿を医療機能別に見ると、回復期の割合が高まる一方、医療の供給側にとっての報酬、すなわち国民の負担が高い急性期や慢性期の割合が低下する。在宅医療等で追加的に対応すると想定されている慢性期の患者数は29.7～33.7万人程度と推計されており、現在の「病院完結型」医療から「地域完結型」医療へ転換する姿が描かれている。すなわち地域医療構想の実現に際しては、特に慢性期療養について医療と介護が一体となって地域ごとにサービスを提供する体制（地域包括ケアシステム）の構築が同時に求められている。

ただし、地域医療構想を進めることによって、入院医療費の地域差がどの程度是正されることになるのかはまったく明らかになっていない。地域医療構想を着実に実現させ、地域差を是正していく上で問題となっているのは、第一に、医療機関が都道府県へ病床数を報告する際の機能区分の定義が曖昧なことである。地域医療構想における病床機能の分化・連携の進捗は、医療機関からの病床機能報告で管理されることになる。だが、病床が「高度急性期」「急性期」

<sup>14</sup> 医療区分1とは、医療区分2（筋ジストロフィー症やALS、その他の難病など）や医療区分3（スモン、医師等により常時監視及び管理を実施している状態など）以外の患者である。在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

「回復期」「慢性期」のどの機能に該当するかは各医療機関の判断に任されている上、現時点では定量的な基準がない。そのためすべての医療機関が同じ基準で病床を分類して報告している状況にはなく、今後、表面上は病床再編が進んでいるように見えても実際は進んでいないといった事態が起こりかねない。もっとも、政府もこのことを問題視しており、「経済・財政再生計画」の改革工程表（経済財政諮問会議決定）には、「病棟ごとの医療内容の分析を行い、病床機能を選択する際の判断に係る定量的基準も含めた基準の見直しについて速やかに検討・策定」することが盛り込まれている。

図表 8 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果



(出所) 社会保障制度改革推進本部 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「第1次報告 ~医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって~」(2015年6月15日、[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakai\\_hoshoukai\\_kaku/houkokusyoi.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakai_hoshoukai_kaku/houkokusyoi.pdf))

第二の問題は、先述した「療養病床の入院患者数のうち医療区分1の患者の7割を在宅医療等で対応する」という想定を実現できるかどうか不透明な点である。移行する患者の新たな受け皿については、医療機能を内包した新タイプの施設<sup>15</sup>を創設する方針が2016年12月に決定されたところである。また、2017年度末で設置期限を迎える介護療養病床は、期限を設けつつ、転換するための準備期間が設けられる。仮に、各地域で在宅療養の体制が整わず、あるいは慢性期の入院患者を新たな受け皿へ円滑にシフトさせることができなければ、慢性期の病床再編は十分に進まず、結果として入院医療費の地域差是正が不十分となる恐れがある。

入院医療費について、まずは地域医療構想が出揃った段階で、それが実現した場合に1人当たり入院医療費がどのようになるのか、地域差との関係を整理する必要があるだろう。

### ③ 医療費適正化計画の策定と実行

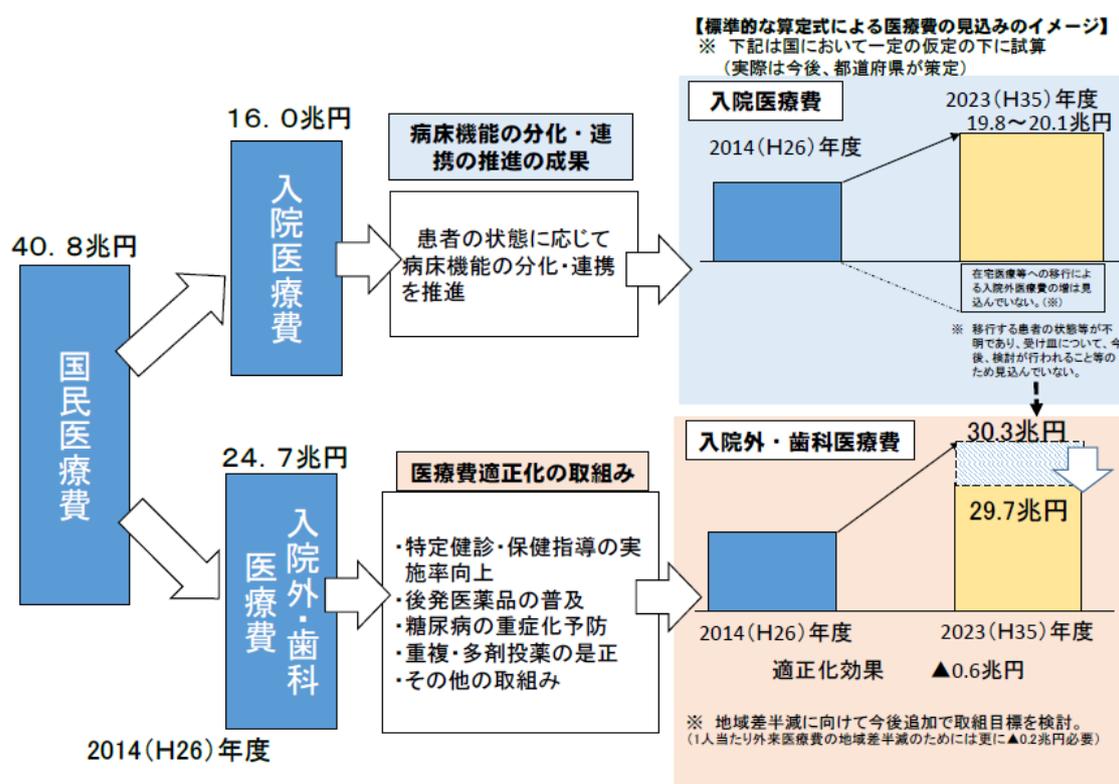
前掲図表7の「医療費適正化計画」は、国が示す医療費適正化基本方針（取組目標や医療費

<sup>15</sup> 医療機能を内包した新たな施設類型（①介護療養病床相当、②老人保健施設相当以上）が新たに創設される。

の算定式など)に基づき、各都道府県が作成するものである。第2期(2013~17年度)の取組目標は「平均在院日数の短縮」と「特定健診等の実施率の向上」が柱だったが、第3期(2018~23年度)では計画期間を1年延ばして6年とするとともに、新たに「糖尿病の重症化予防の取組」「後発医薬品の使用促進」「医薬品の適正使用(重複投薬、多剤投与の適正化)」が盛り込まれた<sup>16</sup>。

第3期医療費適正化基本方針は2016年3月に厚生労働大臣により告示され、同年11月の告示改正で外来医療費の見込みの推計式(算定方法)と、地域医療構想が実現した場合の入院医療費の推計式が示された。今後、各都道府県は医療費の地域差を分析し、医療費適正化計画を2017年度末までに策定する。計画を早期に策定した都道府県は、2017年度から前倒しで医療費適正化の取組みを推進する。

図表9 医療費適正化計画による医療費の見込みのイメージ



(出所) 社会保障制度改革推進本部 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「第2次報告の概要」(2017年1月12日、<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/pdf/houkokusyogaiyu2.pdf>)

前出の社会保障制度改革推進本部「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」の資料では、医療費適正化基本方針に盛り込まれた適正化メニューを実施した場合、外来(入院外・歯科)医療費への効果(2023年度時点での削減額)は約6,000億円と推計されて

<sup>16</sup> 社会保障制度改革推進本部 第8回医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 厚生労働省提出資料「医療費適正化基本方針について」(2016年10月21日、[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai\\_dai8/siryu2.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/chousakai_dai8/siryu2.pdf))。

いる（図表 9）。内訳は、すでに政府の目標となっている後発医薬品の使用割合の目標達成（70%→80%）で約 4,000 億円、糖尿病重症化予防（全国的な取組推進と地域差半減）で約 800 億円、医薬品の投与の適正化（重複、多剤投与の是正）で約 600 億円、特定健診・保健指導実施率（全国目標：各 70%、45%）で約 200 億円である。

だが、こうした医療費適正化の取組みが行われたとしても、1 人当たり外来医療費の地域差を半減させるためには、さらに▲0.2 兆円の抑制が必要とされている（図表 9）。そもそも本来であれば、疾患別・診療行為別（初再診、検査等）の地域差について取組みと効果の相関や因果関係を分析し、多様な取組みメニューを取り揃えた上で各地域が事情に応じてメニューから選択して組み合わせるといったやり方が求められる。現時点の医療費適正化計画はそのようなものにはなっていないため、「経済・財政再生計画のアクション・プログラム 2016」（2016 年 12 月 21 日経済財政諮問会議決定）では、「医療費適正化基本方針で示されている取組を実施するとともに、できるだけ早く取組を追加できるよう検討」し、改革工程表には、「現在、取組が進められている生活習慣病等については 2018 年度、NDB を活用したその他の取組については 2019 年度までを目途にしつつ、順次可能な限り速やかに取組の追加等を検討」することが盛り込まれている。

いずれにせよ、都道府県の疾患別医療費等の地域差の「見える化」が引き続き重要であり、都道府県の医療費適正化目標の達成状況が毎年度評価され、改革の進捗が評価されていくことになる。

## 4. 医療費の地域差縮小と医療費抑制に向けた課題

### ① 病床再編・機能分化の実効性確保

今後、医療費の地域差半減を実現するためには、地域医療構想や医療費適正化計画を実効的に進める必要がある。だが、先述した通り、地域医療構想を実現しても入院医療費の地域差をどの程度縮小させられるかはよく分かっていない。医療費適正化計画上、医療費目標や医療費の見込みの推計式は、病床機能の分化及び連携の推進の成果（地域医療構想）を踏まえたものとされているが、具体的な推計式は、2023 年度の患者数見込みに 1 人当たり医療費を医療機能区分別に乗じて総和したものとされているにすぎない。

また、地域医療構想が果たしてうまく進むのかということ自体にも不透明さがある。都道府県別に医療関係者、社会福祉団体、市町村、医療保険者といった幅広い関係者が「地域医療構想調整会議」で議論・調整し、病床再編と機能分化を進める予定にはなっている。都道府県は地域医療介護総合確保基金を活用して資金面から病床再編と機能分化を支援し、国は各都道府県の取組状況に応じて地域医療介護総合確保基金の配分にメリハリをつけ、毎年度進捗を把握・公表するという。

ただ、地域医療介護総合確保基金を活用したとしても、経営悪化につながりやすい病床数の削減や病床機能の転換を個々の医療機関が受け入れることは容易でないだろう。特に人口当た

り病床数が多い傾向が強い西日本では、病床数の大幅な再編や機能分化が地域医療構想上で見込まれることになる。例えば、高知県の地域医療構想によると、2015年に約1.5万床あった病床数を2025年には1.1万床程度へ約25%減らし、急性期や慢性期から回復期へ病床機能の転換を進める必要がある。かなりの規模の供給調整を医療機関に求める内容だけに、地域医療構想の不確実性は小さくない。

この点、「経済・財政再生アクション・プログラム 2016」では、「医療費の地域差半減に向けて、入院医療費については、地域医療構想の実現をはじめ政策的手段を駆使して取り組む」とされている。駆使するという「政策的手段」は現時点で不明だが、地域差に関するさらなる「見える化」を進めるとともに、地域医療構想調整会議が機能するかどうかがかぎの1つである。また、都道府県の権限を強化すべきではないかという議論が以前からあり、都道府県の体制・権限の在り方について、現在でも都道府県が有している権限の行使状況等を勘案した上で検討し、2020年央までに必要な措置を講ずることが改革工程上で定められている。

さらには、病床再編や機能分化が遅れている地域の診療報酬を例外的に他の都道府県と変えて価格メカニズムを働かせ、医療提供体制の適正化を促すことも考えられる<sup>17</sup>。これまでに一度も実施されたことのない施策であり、どの地域に住んでも同じ価格で提供されてきた公的医療サービスの提供体制を見直すことになるため実施には慎重な見方もあるが、高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策について検討し、2017年度末までに必要な措置を講ずることも改革工程に盛り込まれている。

## ② 地域医療構想で入院医療費の地域差はどうなるのか

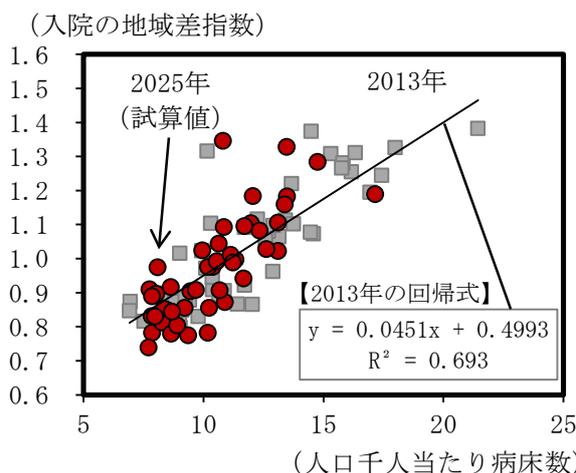
前掲図表9では、2014年度で40.8兆円だった国民医療費が2023年度に50兆円程度（入院医療費19.8～20.1兆円、入院外・歯科医療費29.7兆円）へ増加するイメージになると推計されている。入院・外来の両分野で改革が一定の成果を上げると想定したとしても、国民医療費は年間1兆円程度のペースで増加すると見込まれているのである。しかも、この試算では在宅医療等へ移行する患者の状態等が不明であることなどから、医療費の見直しには在宅医療等への移行による費用増減が織り込まれていない。すなわち、仮に在宅医療への必要なシフトが進まなければ入院医療費はそれだけ減らず、シフトが進めば入院外医療費がそれだけ増える（両者を合わせた医療費合計が過小推計になっている）とみられる。

医療費全体を合理的に抑制する上で必須の取組みが、不合理な地域差の是正であるが、医療費の増加ペースが今後あまり低下しないことを地域別に捉えれば、大都市部を中心に入院医療費が増加し、地方での医療費減少分の多くが相殺されるという構図になると考えられる。そのことを1人当たり入院医療費（地域差指数）のペースで把握する観点から、図表10-1には、2013年における入院医療費の地域差指数（市町村国民健康保険＋後期高齢者医療制度）を人口

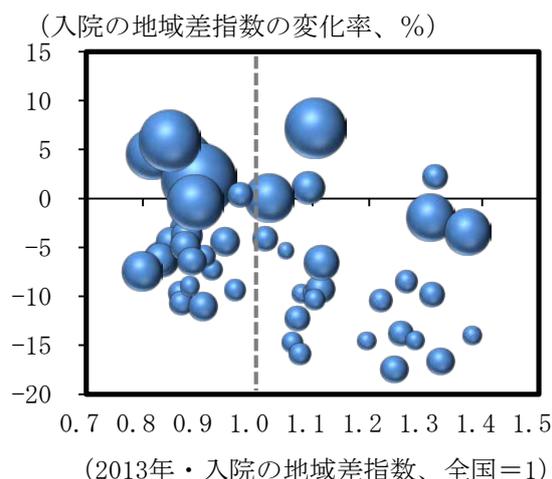
<sup>17</sup> 高齢者の医療の確保に関する法律第14条の特例を用いることにより、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、ある地域の診療報酬を他の都道府県とは異なる水準に定めることができる。

千人当たり病床数で説明する回帰式を示した上で、2013年の回帰式に各都道府県の地域医療構想が反映された2025年の人口千人当たり必要病床数を機械的に当てはめた試算値を示した<sup>18</sup>。同図表を見ると、まず2025年には人口千人当たり病床数のばらつき度合い（横軸での広がり）が現在より小さくなっている。

図表 10-1 都道府県別に見た入院の地域差指数と人口千人当たり病床数



図表 10-2 地域医療構想の実現による地域差指数の変化率



(注1) 地域差指数は国保と後期高齢者医療の合計。2025年の地域差指数の試算値は2013年の回帰式と2025年の必要病床数から試算。右図のバブルの大きさは2013年の人口規模を表す。

(注2) 必要病床数は各都道府県の地域医療構想（素案を含む）を反映。三重県については社会保障制度改革推進本部「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 第1次報告」のパターンCを利用。

(出所) 厚生労働省統計、各都道府県地域医療構想等より大和総研作成

そして、人口当たり病床数が1人当たり入院医療費（地域差指数）を規定しているという前提に立ち、病床数の適正化や病床の再編・機能分化による効果という意味で、2025年の1人当たり入院医療費（地域差指数）が2013年からどの程度変化するかを都道府県別に示したのが図表10-2である<sup>19</sup>。1人当たり入院医療費が2割近く減少すると見込まれる都道府県もあるが<sup>20</sup>、図中のバブルの大きさは2013年の人口規模を表しており、その多くは現在の1人当たり入院医療費が大きく（地域差指数が高く）人口規模の小さい都道府県である。現在、人口の割に病床数が多く、1人当たり入院医療費が高い都道府県では、地域医療構想が実現すれば一定の効果が見込めるということだろう。

一方、東京圏や関西圏など人口規模の大きい都道府県は、現在は1人当たり入院医療費（地域差指数）が低いとしても、今後は高齢者を中心に医療需要が拡大して人口当たりの必要病床

<sup>18</sup> 各都道府県が策定した地域医療構想（素案の段階の都道府県を含む）の必要病床数（医療機関所在地ベース）。本分析の実施時点で三重県については情報が得られなかったため、社会保障制度改革推進本部「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 第1次報告」のパターンCを想定した。

<sup>19</sup> この試算は2013年の回帰式（人口当たり病床数と1人当たり入院医療費の構造的関係）に2025年の人口当たり病床数を当てはめているにすぎないから、これから行われる地域差半減の取組みをすべて織り込んでいるわけではない。とはいえ、各都道府県の地域医療構想と入院医療費の地域差の関係を探る第一歩である。

<sup>20</sup> 入院の地域差指数の低下率が最も大きいのは熊本県で▲17.4%、次いで鹿児島県で▲16.6%である。

数が増加するため、1人当たり入院医療費は横ばいかむしろ増加することになる。図表 10-2 の結果を全国平均すると1人当たり入院医療費は約3%の減少にとどまり、都道府県間の1人当たり入院医療費の地域差(全国平均超の都道府県平均の全国平均に対する倍率)は1.18倍から1.13倍へと低下するにとどまり半減には至らない。1人当たり入院医療費の地域差を是正するには、地域医療構想による病床数の適正化以外の政策手段の検討も必要になってくるのではないかと考えられる。

いずれにせよ、不合理だったり、説明がつかなくなったりする医療費の地域差を是正するために、地域医療構想や医療費適正化計画といった制度的な適正化をまずは確実に進める必要がある。その過程においては、地域の実情に応じた健康増進・疾病予防・重症化予防の促進、あるいは医療の標準化で着実な成果を求めていく必要もあるだろう。