

## □講座□

# 医療制度改革が目指すところ ー病床数削減にむけた 3 つのシナリオを通してー

高橋 泰

(医療経営管理学科 学科長)

平成 18 年度の診療報酬改定を機に、医療供給体制の大規模な再編が始まった。今回の改訂の影響は特に療養病床で顕著であり、介護療養型病床の平成 24 年までの廃止や、医療療養型への医療区分・ADL 区分の導入などが矢継ぎ早に発表され、療養病床縮小の方針が明らかになった。また急性期医療においても、「1.4 : 1」の看護基準の導入や DPC の拡大など、大きな変革が進行中である。

現在の医療供給体制が直面している 2 大問題は、  
(1)医療に使える公的財源が枯渇しつつあること  
(国にお金がないこと)  
(2)急性期医療の現場に医師と看護師が極度に不足していること  
である。

この 2 つの問題を解決する方向に、医療制度改革が進行していると筆者は考えている。この小論では、「財源が枯渇する一方、高齢化が進む中で、今後の日本の医療供給体制をいかに維持するか」という視点より、現在進行中の医療制度改革が目指す方向性を解説する。

## 世界と比較した日本の医療の現状

日本の医療提供体制の最大の特色は、病院とベッドの数が多いことである。また、病床数当たりの職員数が少なく、平均在院日数が長いことも大きな特徴と言える。

(表 1) は、2001 年の OECD のデータをもとに作成した、日本、ドイツ、フランス、イギリス、アメリカの病床数、医師数、看護職員数、平均在院日数、外来受診率の比較である。この表を見ると、日本はアメリカと比較して、病床数は約 3.5 倍あるが、100 床当たりの医師数はわずかに 1/5、看護職員数も 1/5 であり、平均在院日数は約 4 倍であることがわかる。また全ての項目において、ドイツ、フランス、イギリスの 3 国は、アメリカと日本の間に位置している。

(図 1) は、日本の病棟と米国の病棟のイメージを比較したものである。日本の病院や病床は、欧米と比較して数が多いが、医療スタッフの数が少ないことが大きな特徴といえる。日本で医師 1 人、看護師 1 人を配置した場合、米国では医師も看護

表 1 医療提供体制の各国比較 (2001)

国名	人口千人当たりの病床数	病床百床当たりの医師数	病床百床当たりの看護職員数	平均在院日数	外来受診率
日本	12.8 (2003)	15.6 (2002)	42.8 (2002)	28.3 (2003)	14.5
ドイツ	9.1	39.6 (2000)	102.2 (2000)	11.6	7.3 (2000)
フランス	8.2	35.2 (2000)	69.7 (1997)	13.5	6.9
イギリス	4.1	43.9 (2000)	129.2 (2000)	8.3	4.9 (2000)
アメリカ	3.6	77.8 (2000)	230.0 (1999)	6.7	9.0

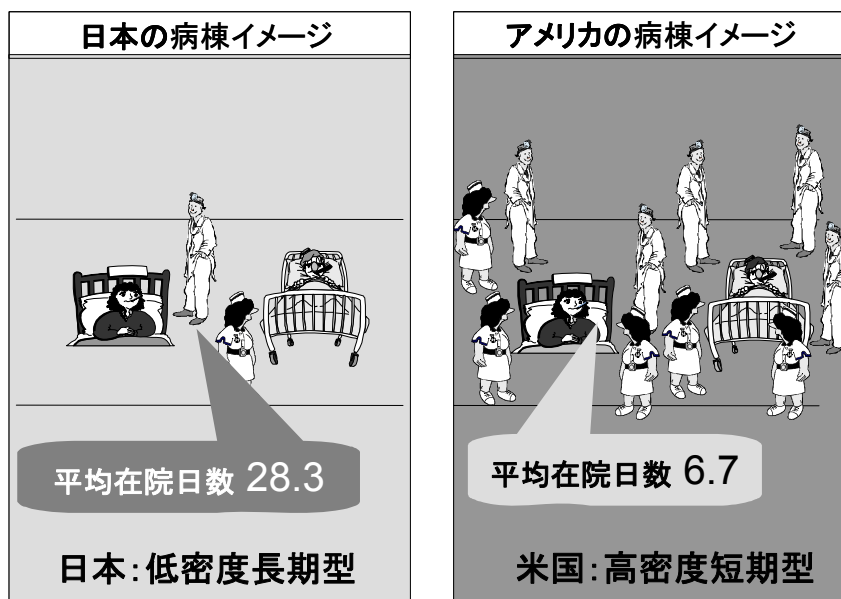


図1 日本の病棟と米国の病棟のイメージ比較

師も日本の5倍以上の密度で配置されている。また、入院期間も長い。日米両国の平均像で述べるならば、日本では比較的落ち着いた患者を少ないスタッフで長期間入院させる「低密度・長期型」の医療を提供しており、欧米諸国は「高密度・短期型」の医療を提供しているといえる。

近年急性期の医療は急速な進歩をとげ、提供されるサービスも以前と比べ格段に緻密なものになってきている。そこで問題になるのが、現在の日本のような低密度の病棟で、高度な医療を提供し続けることが可能かということである。おそらく答えは、ノーであろう。日本の病院が医療の進歩に見合ったサービスを提供するには、現在よりも高密度短期型の医療提供体制にむかうことが必要になる。

#### 医療制度改革の方向性

高齢者が今後急速に増大し医療費の自然増が見込まれるが、医療財政が逼迫しており、医療財源が高齢者の増えるスピードに比例して増えていくとは考えにくい状況にある。また急性期医療の現場で医師や看護師不足が顕著であるが、今後数年

間で医師や看護師が急増する可能性も、限りなくゼロに近い。限られた財源と人材の中で医療制度を維持していくための財源の配分方法として、

- (1)全体の医療費や人員配置レベルを“一律カット”する方法と、
- (2)必要性の高い部分には現状維持（あるいはより厚く）、必要性の低い部分には薄く配分する“傾斜配分”、

という2つの方法が考えられる。

もちろん、(2)の“傾斜配分”的なメリハリのある配分が望ましく、国もこの方法での改革を目指しているように思われる。傾斜配分を行なうには、必要性の低い部分のベッドを削減し、そこから生まれる財源と医療スタッフを必要度の高い急性期の病床にまわす必要がある。ただし国は特定の病院を名指しで、ある特定の病院を廃止させることはできない。それではどのようにして、今後ベッドの削減がすすむのであろうか。

以下、「病床数を削減するための3つのシナリオ」を紹介するが、これらは筆者の持論であることを断っておく。厚生労働省の中に、病床数削減基本方針のようなものがあり、この大方針を具現する

手段として厚生労働省の中に「3つのシナリオ」が用意されているという類のものではない。ただし医療政策を立案する官僚、特に医系技官の間で、これから説明するシナリオのような考え方をしている人が多く、少なくとも「病床数を削減するための3つのシナリオ」を通して現在進行中の医療制度改革を見ると、現在起こっていることの意義が良くわかる。

### 病床数を削減するための3つのシナリオ

今後ベッド数減少が進むシナリオは、大きく分けて以下に示す3種類あると考えられる。

(シナリオ1) 平均在院日数の短縮

(シナリオ2) 施設要件の厳格化

(シナリオ3) DPCなどの施設基準による病床の選別

次に、このようなシナリオを実施したら、なぜ病床が減少するかについて述べる。

### (シナリオ1) 平均在院日数が短縮されると、なぜベッドが減少するか

まず簡単なモデルを用いて、平均在院日数が短縮されると、なぜベッドが減少するかを説明する。(図2)に示すように、ある地域で毎月180人の入

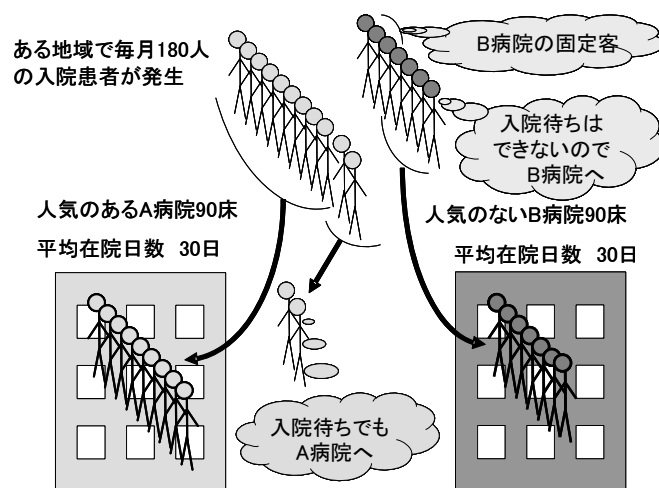


図2 A病院の平均在院日数が30日のときの患者の動向

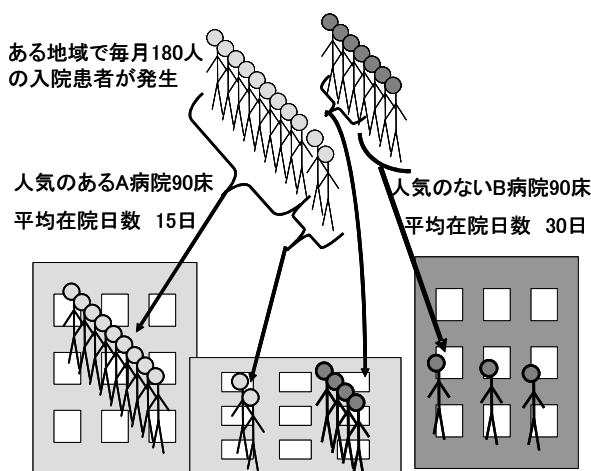


図3 A病院の平均在院日数が半減(15日)になったときの患者の動向

院患者（図の人 1 名が、10 名の入院患者を意味する）が発生するとする。またこの地域には、人気のある A 病院（90 床、平均在院日数 30 日）と、人気のない B 病院（90 床、平均在院日数 30 日）があるとする。もし A 病院と B 病院の人气が拮抗するならば、地域の入院患者が 180 名で、両病院のベッド数 180 床、両病院の平均在院日数が 30 日なので、患者は待ちがなく入院でき、また各病院も空きベッドがなく運営できる。

実際は（図 2）に示すように、A 病院は人気があり、B 病院は人気がない。この場合多くの人は人気のある A 病院への入院を望むので、A 病院は常に満床であり、入院待ちが発生する。しかし B 病院にも入院待ちできない人が流れ、B 病院もそれなりに運営できる。

ここで人気のある A 病院ががんばって、在院日数を半分の 15 日に短縮したとする。これは（図 3）に示すように、A 病院の病床数が 2 倍になったと同じ効果をもたらす。この場合、（図 2）の「入院待ち」患者や、「入院待ちできない」患者も、すぐに A 病院に入院する。これを B 病院からみると、入院患者が減少することを意味する。この場合、B 病院の取りうる方針は、「患者さんの数に合わせて病棟閉鎖を行なう」、または「採算が合わないので、入院を止め、外来のみにする」ということになる。

これまで日本の多くの病院（特に東京都心）が、他病院の平均在院日数短縮の影響による患者減少より、ダウン・サイジングを行なったり、入院を

やめたりしている。

### （シナリオ 2）施設要件が厳格化されると、なぜベッドが減少するか

施設要件とは、施設が運営を行なうときに満たすべき条件であり、この要件を厳しく運用することにより、病院が入院をやめる、あるいはベッドを減らすという選択肢を取らざるをえなくなることがある。今回の診療報酬改訂において中小病院の経営に最も大きな影響を与えたのが、施設要件の一つである夜間看護体制の運用が厳しくなったことである。

これまでは、「21 床から 30 床の病棟ならば 3 人以上、31 人から 40 人までの病棟ならば 4 人以上、41 人から 50 人の病棟ならば 5 人以上」の看護師が夜勤を行い、かつ「夜勤を行う看護職員の 1 人あたりの月平均夜勤時間が 72 時間以内である」ならば、1 日当たり 720 円の夜間勤務等看護加算をもらうことができた。

（表 2）は、平成 18 年 3 月までの入院基本料を示す。A 病院はこれまで 2.5 : 1 の看護基準、平均在院日数 26 日以内をクリアしていたが、夜勤を行なう看護婦が 1 月あたり平均 90 時間の勤務を行っていたとする。この場合 A 病院は、上記の夜間勤務等看護加算をもらうことはできないが、基本料として 1107 点を算定することができた。

今回の改訂で、夜間勤務等看護加算が廃止され、夜間看護体制（夜勤を行う看護職員の 1 人あたり

表 2 平成 18 年 3 月までの入院基本料

	基本料	看護配置基準	平均在院日数
入院基本料 1	1209 点	2 : 1 以上	21 日以内
入院基本料 2	1107 点	2.5 : 1 以上	26 日以内
入院基本料 3	939 点	3 : 1 以上	28 日以内
入院基本料 4	842 点	3.5 : 1 以上	28 日以内
入院基本料 5	783 点	4 : 1 以上	28 日以内
特別入院基本料 1	569 点	4 : 1 以上	28 日以内
特別入院基本料 2	540 点	4 : 1 未満	28 日以内

の月平均夜勤時間が 72 時間以内であること) が入院基本料要件化された。要件化とは、入院基本料の支払いを受ける場合の必要条件であり、要件を満たされない場合、(表 2) の特別入院基本料の算定を受けることになる。すなわち A 病院が現行のまま夜勤勤務 90 時間体制を続けたら、3 月まで 1107 点の支払いを受けていた基本料が、平成 18 年 4 月以後は 569 点に低下することを意味する。

現行レベルの基本料を維持するには、看護師を確保して増員を図るか、ある病棟を閉鎖して、その看護師を他の病棟に回して夜勤月 72 時間を実現するなどの方策が必要になる。看護師不足の状況、中小の民間病院は看護師の確保は困難なため、今回の処置により、病床数の削減に動く病院や、看護師のやりくりの目処がたたず、入院を止める病院が今後少なからず現れると思われる。

### (シナリオ 3) DPC などの施設基準による病床の選別が進むと、なぜベッドが減少するか

先にも述べたように医療財源も医療スタッフも

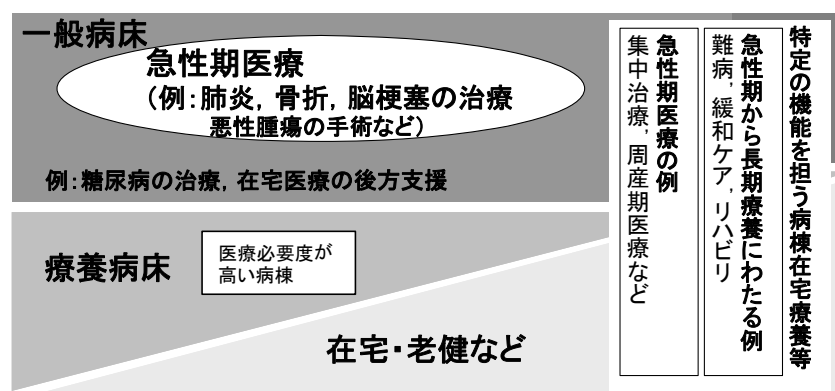
“傾斜配分” 的なメリハリのある配分が望ましく、国もこの方法での改革を目指しているように思われる。この場合、どのような医療を提供している施設、あるいは病棟の必要性が高く、またどのような医療を提供している部分を必要性が低いとみなすかが、最大の問題となる。「看護師の夜勤月当たり 72 時間体制」を組めない病棟は、必要性が低いと考えられていることは間違いないが、医療提供体制全体を通してこの問題を考える重要なヒントが、平成 15 年 4 月 30 日に医療提供体制の改革に関する検討チームにより発表された「医療提供体制の改革ビジョン案」である。

(図 4) に示すこの案は、今後の医療の機能分化の目指す方向性を示すものである。縦軸は、医療密度を表し、上に行くほど医療密度の高い医療を必要とする。この案の中では、医療供給体制を「一般病床」、「療養病床」、「在宅・老健」、および「特定の機能を担う病棟在宅療養など」という 4 つの領域に分けている。更に一般病床は、「急性期医療」を担う部分と、その他の部分がはっきりと分けら

## 医療提供体制の改革ビジョン案

(医療提供体制の改革に関する検討チーム H15.4.30)

### ■病床区分の機能分化のイメージ【将来】



◎療養病床の中の医療必要度が高い病棟のエリアは、筆者が独自に加えた。

図 4 医療提供体制の改革ビジョン案

れている。

(図 4) の中で「必要度の高い」とみなされる領域は、(1) 急性期医療の領域 (DPC による包括医療を行なう病棟とほぼ同義)、(2) 療養型病床の一部の領域 (特養などで看ることが難しい医療必要度の高い患者が集まる病棟)、(3) 在宅、(4) 集中治療、周産期、(5) 緩和ケア (ホスピス)、リハビリ (回復期リハビリ病棟) などである。一方、(6) 一般病床で、DPC に区分されない病床、(7) 医療必要度の低い高齢者の入院している療養病棟などは、「必要度の低い領域」に区分される。今後 (1) から (5) の必要度の高いとみなされる領域に優先的に予算や人材が配られ、その他の (6)、(7) 領域は予算配分の優先順位が下がり、その予算配分や人材配分の格差が拡大していく方向で今後の医療改革が進んでいく可能性が高い。ここでどのようにして必要性の高い病床が選別されていくかを、急性期病床を例に、説明を行なう。

国は DPC を採用する病院に急性期医療を担わせようとする方向性が次第に明らかになってきた。DPC への参入は、これまでである一定の施設基準を示し、これらの基準を満たす施設や病床に対して認められてきた。例えば平成 18 年に示された DPC 対象病院となる病院の基準は、

1. 看護配置基準 2:1 以上であること
2. 診療録管理体制加算を算定している、又は、同等の診療録管理体制を有すること
3. 標準レセプト電算マスターに対応したデータの提出を含め「7 月から 10 月までの退院患者に係る調査」に適切に参加できること。

という 3 つの条件である。

すなわち、「医療スタッフの数が充足し (看護配置基準 2:1 以上)、提供した医療内容が適切に診療録に記載され (診療録管理体制加算)、医療内容を他の施設と比較を行ないやすい「標準レセプト電算マスター」に準拠した形で作成し、少なくとも調査期間中は、国が指定するフォーマットに従

ってデータを提供できる」ことが、DPC 参入の最低限の条件である。これらの条件を満たし、自ら DPC による支払いを希望する病院は、DPC 準備病院となる。その後、国にデータを提出する。調査期間中に提出したデータが適切なものであることが確認されると、その病院は DPC 実施病院となる。

更に国は、DPC を実施する病院の努力目標として、

- ・ 特定集中治療管理料を算定していること
- ・ 救命救急入院料を算定していること
- ・ 病理診断料を算定していること
- ・ 麻酔管理料を算定していること
- ・ 画像診断管理加算を算定していること

という 5 つの条件を示している。このように少し高めの施設要件を示し、それらの条件を満たす病院に国は、これからの急性期医療の根幹部分を担わせ、条件を満たせない一般病床と比べ相対的に有利な診療報酬を設定していくと思われる。

この動きを急性期の医療を担おうとする医療施設から見れば、DPC 参入条件をクリアできるかどうか、将に死活問題になる。参入条件から医療機関を区分すると、(図 5) に示す、条件を楽々クリアする「楽勝病院」、職員が真剣にがんばりどころにか条件をクリアする「滑り込み病院」、トライするがクリアできない「脱落病院」、条件を見た瞬間に諦める「自主退場病院」の 4 つに区分できるのではないだろうか。

### DPC参入条件から見た病院区分

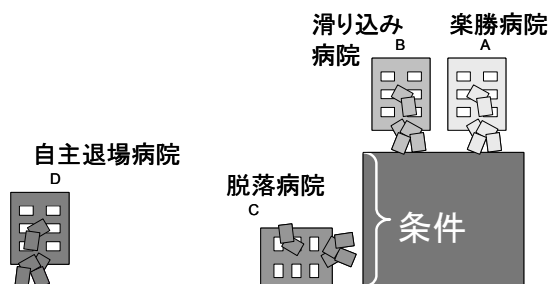


図 5 DPC 参入条件から見た病院区分

DPC 以外にも、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、医療区分 2、3（医療必要度が高い）患者の比率が高い医療療養病棟など、病棟の目的が明確で、少し高めの施設基準が示された病棟は、今後これらに該当しない病棟よりも相対的に優遇されるであろう。

### 医療制度改革の目指すべきところ

医療制度改革が現在の形で進むならば、

(1) 周辺病院の平均在院日数の短縮により患者が集まらなくなる医療施設

(2) 看護師の月 72 時間以内の夜勤体制が組めない（看護師が集められない）医療施設

(3) 医療区分の低い患者の比率の高い医療療養病棟や DPC 参入を満たさない一般病棟

は、大幅な収入減に見舞われ、一部の医療機関では病床数のダウン・サイジングや入院を取止めるなどに追い込まれるだろう。

このような病棟から排出される人材は、一部は急性期の病棟が 1.4 対 1 を実現する供給源となるであろう。この点においては、現在の医療制度改革が目指している方向性は是認されるべきものであろう。ただし急性期医療を担うべき施設に人員と財源をシフトするという視点から見て、現在の医療制度改革には、以下の 2 つの大きな問題があることを指摘しておきたい。

第 1 の問題は、開業ブームの歯止めに対して、なんら手段が講じられていないことである。一部の医療機関の床数のダウン・サイジングや入院を取止めにより医師が輩出されたとしても、その数以上に開業する医師が多ければ、急性期医療の現場のスタッフ数は増えない。筆者の友人の東京 23 区内の病院の理事長から聴いた話である。周辺の整形外科病院が入院を止め、筆者の友人は 10 名の看護師を引き受けた。しかし 10 名中 9 名の看護師がその病院を辞め、周辺に開業したクリニックに再就職したそうである。現在、医師も看護師も、

都市部に開業している新規クリニックに大量に吸収されているようである。

川崎二郎厚生労働相は平成 18 年 5 月 10 日の衆院厚生労働委員会で、医師不足を解消するには、場所や診療科など医師の勤務条件に一定の強制力を加えることも必要との認識を示した。厚労省がいったん提案しながらも見送った、「へき地で数年間医療を行なった経験がなければ開業できない」という案を含め、医療制度改革関連法案の成立後に再検討する方針である。このような即効性のある政策が実施されないと、急速に日本の医療提供体制が崩壊する。

第 2 の問題は、3 つのシナリオが実施されることにより、地方（特にへき地）の機関病院が、立ち行かなくなる可能性が高くなることである。現在地方は、大都市部と比べ、医師の確保が格段に難しくなっている。このような病院に、全国一律の条件を課すと、都市部以上に急速に入院や救急の受け入れられなくなる施設が増えるであろう。この 3 つのシナリオが離島・へき地におよぼす影響は甚大である。まず急性期病棟が減らされることであるが、この場合まず離島・へき地の急性期病棟がつぶされていく公算が高い。なぜなら離島・へき地は採算が取れにくいからである。急性期病棟を置く基準（平均入院日数など）は、とても離島・へき地ではクリアできない。すると離島・へき地には病院はあってもすべて慢性期病棟ばかり、ということになり、急性期治療は何もできなくなる。つまり昔の、病院がない時代に逆戻り、ということになってしまうのである。このことは、地域医療の崩壊を意味する。

このような現象を食い止めるには、例えば離島や隣接医療機関まで車で 30 分以上かかる医療施設などは、診療報酬や人員配置基準を他の地域と別枠（離島加算などよりも大幅な優遇策）で決める必要があるだろう。

### 最後に

現在進行中の医療制度改革は、人材も財源も不足している状況の中、過剰気味の病床数を減らすことにより、急性期医療の現場の人員密度を高める方向で進行しているといえよう。ただし、必要度の高い地域の病床が消滅しないような配慮を行ないながら、改革が進んでいくことを期待したい。