



病床再編 中医協総会議事録を読む

政策委員（厚別区支部） 藤 重 正 人

増大する入院医療費抑制のため、2006年度の診療報酬改定で入院基本料は医師、看護師の配置、平均在院日数などを基準とした区分となった。当初、厚生労働省（以下厚労省）は7対1の病床を4万程度と試算していたが、2011年には35万床にも膨らんでしまい結果的に医療費増大の抑制効果は目論見通りにはいかず、方向転換をせざるを得なくなった。税と社会保障の一体改革を法整備するとともに、医療の機能分化、地域包括ケアなどの概念を具体化させる案が厚労省でまとめられ、中医協総会で提示されたのが、議事録の目次を紐解く限り2011年10月5日の総会である。病床再編は病院経営者とはもとより、勤務医にとって今後の働き方に関わる重要な問題であるが、学術雑誌ではない医療メディアを閲覧するとすぐに知ることができるにもかかわらず勤務医で知っている方は少ないであろう。ましていつ頃からどこで発案され議論されているかを知っている勤務医は皆無に近いと思われる。そこで、中医協総会議事録から、いままでに行われた議論について解説し意見を述べたい。

2011年10月5日より

厚労省鈴木医療課長より2025年を着地点とした税と社会保障の一体改革とリンクした医療、介護制度改革についての案が示された。まず、今後の人口推計、要介護者の単身世帯の増加、現在の年間死亡者120万人が2030年には160万人に増えることが示され、次に、病床と介護施設再編の方向性が示された。病床については、一般病床、療養病床の区分を高度急性期、一般急性期、亜急性期等、長期療養と分けることにし、高度急性期を頂点としたピラミッド型をイ

メージしている。各病床数について具体的な見込みを提示しているので書き出すと、2011年一般病床107万、長期療養23万、精神病床35万計166万床が、このままのペースでは2025年に一般病床129万、長期療養34万、精神病床37万計202万床となるので、これを機能分化という名目で減床して計159万床とする。今の入院医療体制からすると43万床相当の減床で、現状からは一般病床4万床減、長期療養5万床増、精神病床8万床減、計7万床減である。一般病棟の内訳は2通りのシナリオを示しており厚労省推奨のシナリオでは高度急性期18万、一般急性期35万、亜急性期等26万、地域一般24万床で在院日数はそれぞれ15～16日、9日、60日、19～20日をイメージしているということである。人員は高度急性期は今までの2倍、一般急性期で6割増、亜急性期等ではコメディカルを中心に3割増とするという。高度急性期に人員が必要な根拠として、大学病院での医師の病院滞在時間が長いこと、日本の急性期病棟の平均在院日数が長いこと、などを挙げて急性期病床はDPCで賄われるのではないかと考えを示している。亜急性期等については、急性期後の患者の受け入れ、合併症の管理、リハビリテーション、在宅復帰支援、介護施設等からの緊急入院を診る病床をイメージしたものだという。これらの案について各委員より質問がなされた。地域一般病床とはどのような性質のもので24万床とした根拠はなにか？との質問に対しては、24万床は概ね人口5 - 7万人未満の自治体に暮らす者（今後250 - 300万人程度で推移）100人あたり1床程度の整備を仮定するという目安ではじきだした数字で、このような地域では病床の機能分化が都市部のようにうまくいかないことを

考慮する。また、都市部でも最初のアクセスから手術、リハビリまで一貫としてみる病床を含むこともこれから考えていくという答弁であった。全体として急性期、亜急性期の区分けの不明瞭さ、在宅を進めるにあたってのソフトの不足の指摘、地域の事情を考慮して決めていくべきであるとの意見が多く、厚労省は今後、考えていくとの答えであった。

2011年11月25日より

この回は改定前ということがあり、鈴木医療課長のプレゼンでは改定を意識した看護必要度や在院日数による7対1要件の厳格化が示された。2010年時点で病床届出数をみると7対1から15対1までワイングラス様の分布になっており、これを前回提示した高度急性期を頂点としたイカの頭様の形にしていきたいこと、急性期病床群を制度化することを提案している。特定機能病院の要件見直し、DPCのグルーピングを視野にいれた複雑性指数と診療密度を特定機能病院とその他の7対1、10対1と比較したデータを提示したのちに、2008年に看護必要度を7対1要件に加えてから7対1病床の増加率が鈍化したこと、2009年2010年の比較から7対1病床で看護必要度の高い患者の割合が少し高くなっていること、平均在院日数がやや短縮していることから、7対1要件において看護必要度の高い患者の割合を高くし在院日数をより短縮する提案がなされた。次いで金曜日入院、月曜日退院患者が平均在院日数が長くなるのではないかと、土日に診療行為が少ないのではないかと考え、7対1での特定入院料の見直しなどが示された。各委員からは7対1要件の平均在院日数の短縮、看護必要度の高い患者の割合を多くすることについては大きな反対意見はなかったが、金曜日入院、月曜日退院患者の見解については多くの反発があった。急性期病床群の制度化については案として受け止めたただけなのか、あまり意見はなかった。次いで亜急性期入院管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料についてプレゼンされた。亜急性期等医療の機能については2011年10月5日のプレゼンと同様のイ

メージで説明がなされ、急性期病棟の中の亜急性期病床の必要性が述べられた。亜急性期病床と回復期リハビリ病棟との患者像の違いとして、受け入れ先、疾患、合併症、リハビリ提供量、在院日数、退院支援に従事する人数などが大きく違うことを示してなお、亜急性期は病室単位、回復期リハビリテーションは病棟単位として、包括、出来高の範囲、支払のレベルを統一したいとの考えを示した。各委員からの意見では、患者像がかなり違うのでそれぞれを同じレベルで評価することはできず、今後検討が必要だとの意見が多かった。長期療養については、一般病棟でも入院90日以上の方が13-23%いることから特定除外項目の見直しが提案され、有床診の機能評価、地域特性を考えた柔軟性をもたせた看護配置や専従要件のある医療加算の緩和なども提案された。各委員からは、有床診が減少しているが地域では重要な機能を担っており今後もニーズは増えていくだろうことから機能を評価するのは良いことだとの声があり、地域により平均在院日数や看護配置だけでなく正看比率により入院基本料が低く算定されている問題があり配慮が必要だとの意見が出された。

こののち病床再編についての議題はなく、入院治療については2013年3月から11月まで数回にわけて議題とされている。

2013年3月13日より

厚労省は宇都宮医療課長に交代しており、入院治療についてのフリートキングということでプレゼンがなされた。まず2012年の改定のポイントが示され、各医療機関は病棟単位で機能を明確化することが述べられた。病棟再編のイメージ像は2011年の話を踏襲しているが、地域一般とされた病床群はあやふやとなっていた。一般病棟については更なる平均在院日数の短縮が提案され、DPCによる在院日数短縮のデータが示された。救急、出産、認知症における在宅復帰を目指した医療連携についても述べられた。長期療養では特定除外制度を見直した結果が報告され、療養型でも一部重症化した患者を

そのまま入院させざるを得ない点が示された。亜急性期等については、役割について2011年と比べて合併症の管理という項目がなくなり、2012年改定で亜急性期病床にもリハビリテーション加算を併設したことが報告された。地域特性と有床診の機能評価について2012年改定で行われたことについても報告された。各委員からは他のデータからみて日本のベッド数は必ずしも多くなく、ベッド数を減らす方向ばかりに動いては必要な医療を提供できなくなることが危惧される、平均在院日数の短縮や看護必要度ばかりが高度な医療の指標にはならない、勤務医負担の軽減をうたっているが実像とかけ離れている、外来の機能分化を進めるとフリーアクセスの利点が損なわれ、かえって疾患の見落としにもつながるのではないかと、DPCにおける在院日数の短縮は制度によるもので医療が効率化されたわけではない、100床あたりの医療従事者数の算出方法に問題があるのではないかと、ダウンサイジングするなら公立の大きな病院から行うべきだ、などの意見が出された。

2013年11月13日より

この回ではICU等の急性期を担う医療機関の評価について宇都宮医療課長からプレゼンがあった。病床再編のイメージ図は2011年10月と同じものが使われていた。現状では特定入院料算定が2万床、総合入院体制加算が12万5千床あり、2025年の高度急性期が18万床と推計されている。総合入院体制加算のなされている病院で、さらに厳しい要件を満たす病院について、特別な加算をし（全国で10か所くらい想定）そのような病院では急性期医療を充実させるために亜急性期や療養型を認めない方針としてはどうかとの提案がなされた。各委員からは、提案に対しては大きな影響はないだろう、総合入院体制加算の要件を緩めてはどうか、ICUの要件などの人員配置に大きな根拠がないなどの意見が出された。

その後2013年11月に3回にわたって2014年改

定に向けた、入院基本料や加算の見直しが行われた。

2014年診療報酬改定までの議論の流れを大雑把に追ってみた。基本案は2011年に出されている。病床群の名称については患者さんにもわかりやすいイメージでということ命名されたようだが、病期がイメージされ非常にわかりづらい。機能分化は、患者の重症度、医療・看護の手間、人員配置により決定されそうなので、重症度I、II、IIIとかにしたほうが良いのではないかと印象を持った。当初から医療費削減のためのベッド数削減が前提となっている感があるが、議論の流れからベッド総数は減らせないのではないかと印象が持たれ始めているようである。議論の最初に2025年には40万人の死に場所を考えなくてはならないとの指摘があるが、在宅とするのであれば、最後まで手を尽くすという医療の考え方も変えなければならぬだろう。誰でも死ぬときは急に容体が悪くなるのであるから、ある程度治療したけど救えないので家に帰って最期を看取ってくださいと医師は言えるだろうか。いまだにあやふやな亜急性期病床の役割に、介護施設等からの緊急入院とあるがこれは急性期ではないのだろうか。施設に入所している方は脳卒中になっても急性期ではなく、専門医がいるかどうかわからない病床で受け入れるようになるということだろうか。こんな体制が2025年には容認されると厚労省は考えているのだろうか。機能分化が進み、ベッド数が減れば、最期は容体が変わっても病院へは行かない（行けない）方が増えるだろう。外来、手術、入院管理、退院後のフォローをそれぞれ別の医師が診ることになれば、全人的医療は廃れるだろう。今後問題となるのは医療費の増大ではなく、診療科、地域のマンパワーの偏在である。これらを是正するような柔軟な部分を取り入れた病床再編が望まれる。

（新さっぽろ脳神経外科病院）