

2つの「必要病床数」大幅減少予測をどう読むか？



二木 立

日本福祉大学学長

にき りゅう：1947年生まれ。72年東京医歯大卒。代々木病院リハビリテーション科科长などを経て、2013年4月より現職。著書に『地域包括ケアと地域医療連携』『安倍政権の医療・社会保障改革』（いずれも勁草書房）など。

今回は、2025年に「必要病床数」が大幅に減少するとの2つの将来予測の妥当性を検討します。1つは、本連載④（2015年6月27日号）で検討した政府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」第1次報告（以下、「専門調査会第1次報告」）の再検討です。もう1つは、千葉大学医学部附属病院グループの「入院受療率のトレンドとアクセス性を考慮した必要病床数の推計」です（井出博生ほか：『社会保険旬報』2015年8月21日号。以下、「千葉大報告」）。

前者を再検討するのは、連載④の分析に重大な見落としがあることが分かったからです。後者を検討するのは、専門調査会とは全く別の方法・仮定で今後の入院患者数・必要病床数を推計したにもかかわらず、2025年の精神を除いた必要病床数は107万床と、「専門調査会第1次報告」の推計（115～119万床）とほぼ同じ結果を出しているからです。

「専門調査会第1次報告」の推計

「専門調査会第1次報告」は、今後病院の「機能分化・連携」を促進することにより、病床当たりの医療資源総量の増加と平均在院日数の短縮を見込まなくても、「2025年の医療機能別必要病床数」は115～119万床程度（高度急性期13.0万床程度+急性期40.1万床程度+回復期37.5万床程度＝小計90.6万床程度、慢性期24.2～28.5万床程度）になると推計しました。これは現状（2013年）の病床総数134.7万床（一般病床100.6万床、療養病床34.1万床）よりも15.7～19.7万床少ない数字です。「機能分化等をしないうまま高齢化等を織り込んだ場合」に必要となる152万床程度と比べると、33～37万

床もの削減になります。

以上の「必要病床数」の推計は、2015年3月に発表された厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン」（以下、「ガイドライン」）に含まれた「2025年の医療需要の推計方法」に基づくものとされていました。私も、それに基づけば、現在の療養病床（2025年は慢性期病床）が34.1万床から24.2～28.5万床程度へと5.6～9.9万床減るのは理解できました。しかし、現在の一般病床（2025年の高度急性期・急性期・回復期病床）が100.6万床から90.6万床へと10万床もなぜ減るのかは分かりませんでした。

175点未満の全患者を「在宅医療等」へ

しかし、その後「ガイドライン検討委員会」の複数の委員から、「ガイドライン」には「一般病床の入院患者数[中略]のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等で対応する患者数の医療需要として推計する」（20頁）と明記されていることを教えていただきました。私も、この表現には気付いていましたが、それに続いて「慢性期機能及び在宅医療等の医療需要については、一体的に推計する」とも書かれていたため、175点未満の全患者を在宅医療等（介護施設や高齢者住宅を含む）に移行させる意味だとは理解できませんでした。なお、この前提・仮定はガイドライン検討委員会の検討の最終局面で厚労省から提案・挿入されたが、その根拠は示されず、しかも現在175点未満の患者がどれくらいいるかの説明はなかったそうです。

「ガイドライン」の「2025年の医療需要の推計方法」（13頁）では、2025年の入院受療率は「2013年の性・年齢階級別入院受療率」と等しいとされて

いましたが、この前提・仮定は、入院受療率の低下・削減の密輸入と言えます。しかし、それにより、現在の一般病床が、計算上は2025年に10万床減ると推計されることは理解できました。

ただし、これを実現する対策は、現在に至るまで全く示されていません。この点は、療養病床・慢性期病床の削減については「療養病床の在り方等に関する検討会」で詳細な検討が行われ、1月28日に「慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス類型」(医療内包型2案と医療外付型1案)が示されたのと対照的です。私も現在一般病床に入院している患者のうち資源投入量が175点未満の患者の相当部分は、医学的には退院可能な「社会的入院患者」である可能性が高いと思います。しかし、彼らのうち「自宅退院」できる患者は必ずしも多くなく、これらの患者が「在宅医療等」に移行するためには、高齢者向け施設・住宅の大幅整備が不可欠だと思います。

「千葉大報告」の必要病床数の推計

「ガイドライン」・「専門委員会第1次報告」が、現在の性・年齢階級別入院受療率が2025年まで変わらないと仮定しているのとは逆に、「千葉大報告」は、1996～2011年に男女とも、すべての年齢階級で入院受療率が低下し続けている(年率平均マイナス0.6%)事実注目し、この「トレンド」(1999～2005年の実績値)が2025年まで継続すると仮定して、2025年の1日当たりの精神を除いた入院患者数は92万人になると推計しました(ただし、医療機能別の推計はしていません)。これを病床稼働率で割り戻すと、必要病床数は107万床となり、現在より25.5万床の「配置変更」が必要となるとしています。

「千葉大報告」の推計の特徴は、「専門調査会第1次報告」と異なり、病院病床の機能分化・連携を前提とはせず、「現在の制度運用、社会状況、医療的な状況が継続」するとした場合も、必要病床数は大幅に減少するとしている点です。この視点から、「千葉大報告」は、今後「無理に病床を削減するという政策が導入されれば自然に減少する以上に病床が削減されるおそれがある」と述べています。これは大変重要な警告だと思います。

入院受療率は今後も低下し続けるか？

「千葉大報告」は、近年の入院受療率低下の要因の「4つの候補」について検討していますが、従来の医療政策の実証研究で確認されている2つの重要な要因が抜けています。

1つは、病床当たり職員数が増加した結果、平均在院日数が短縮、病床回転率が向上し、1病床当たり実入院患者数が増加したことです。具体的には、2000～2014年の14年間に、病院総数の100床当たり常勤換算職員総数は99.7人から130.3人へと30.6人(30.7%)増加し、平均在院日数は39.1日から29.9日へと9.2日(23.5%)も低下しました。

もう1つは、2000年の介護保険制度創設以降(正確には、1989年の「ゴールドプラン」以降)、公的高齢者施設が急増し、それが病院機能を相当代替したことです。具体的には、2000～2014年の14年間に、病院病床総数は164.7万床から156.8万床へと7.9万床減少しましたが、公的高齢者施設の代表である特別養護老人ホームと老人保健施設の合計定員は53.2万人から86.1万人へと32.8万人も増加しました。これは、病院病床の減少の実に4.2倍です。

このような在院日数低下や公的高齢者施設の増加が今後も続いた場合には、入院受療率は低下し続ける可能性があります。しかし、「骨太方針2015」により、社会保障関係費(国費)の増加は、今後3～5年間、人口高齢化相当分(5000億円)以外は認められないことになりました。今後も、医療の高度化により病床当たり職員数は増加すると思いますが、今までのようなペースでの増加は難しく、その結果、平均在院日数の減少スピードも鈍化すると思います。「専門調査会第1次報告」が、2025年の必要病床数の推計時に、医療資源総量の増加も、在院日数の短縮も組み込んでいないのは、この点を見越しているのかもしれませんが。

さらに同じ理由で、公的高齢者施設の増加も、今後は相当抑制されることは確実です。政府は、それに代えて、公的負担が少ない有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の整備を奨励すると思いますが、これらは公的高齢者施設に比べて利用料がはるかに高いため、低所得層には「高嶺の花」であり、現在、療養病床や一般病床に入院している患者の大幅移行は困難だと思います。