

社会保障費用の伸び抑制のための病院制度改革—新型コロナを契機として—

福祉未来研究所 磯部 文雄

1 本稿は、今後の社会保障費用の伸びを抑制し、併せて、新型コロナのような新しい感染症を受け入れる医療機関が不足する事態を防ぐために、新しい病院制度への改革を提案しようとするものです。

そして、病院と介護保険施設を一体的に考えてその合計費用の上昇を抑え、将来にわたり財政的に維持可能な制度に変えることを提案します。

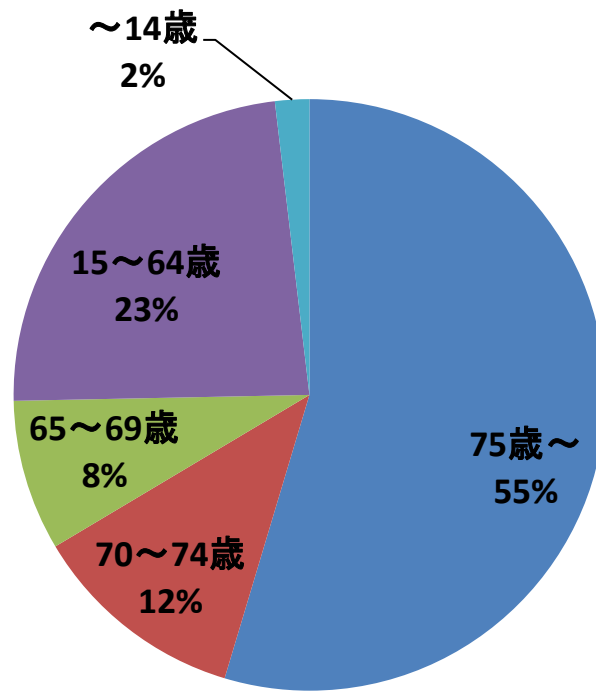
なお、高齢社会と言われ高齢者の入院が今後増えるように思われますが、入院患者数は減少傾向にあります。したがって、今後平時の病床数は確実に過剰になることが予想されることも踏まえる必要があると考えています。

## 2 日本の病院制度の特徴

我が国の病院制度の特徴は、何といたっても病床の数の多さです。特に慢性期の病床が多いのです。欧米で慢性期病床という分類があるフランス・アメリカと日本を比較してみると、フランス3万床、アメリカ6万床に対し、日本は33万床と非常に多いのです。加えて、精神病床が約33万床もあり、人口千人当たり2.7床、次に多いドイツの1.3床、フランスの0.9床と比べてこれも多いのです。

そして、それらに入院しているのは多くの高齢者であり、図1のとおり入院患者数の75%、入院医療費の70%を占めているのです。

図1 年齢階級別入院患者数の割合  
(2020年病院1178万人)



日本で慢性期病床が急増したのは1970年代の美濃部都政での老人医療費無料化以降であり、それによる高齢者の社会的入院が多くの慢性期病床を生んだと考えられます。老人医療制度無料化の意図は良かったが思わぬ副作用を生み出した例であり、その後国はこれまでその副作用である社会的入院を是正する努力をしてきましたが、十分には是正されていません。なぜ社会的入院がよくないかと言えば、入院の必要がない社会的入院者が病床を占拠しているために、正に新型コロナのような疾病で医療を必要とする人に入院医療を提供できないことがあります。さらに、不要な医療職員・医療費の使用、入院者自身の身体・精神機能の低下という問題があります。

慢性期病床では、熱が出れば検査する、苦しい時は酸素投与する、痛いときは麻薬の調製をされると言われています（ある慢性期病床を有する病院の案内）。しかし、これらのこ

とを常時必要とする患者ばかりが慢性期病床に入院しているのではないのです。また、こういう症状は、時々であれば在宅で療養している人でも起こり、医師の訪問診療などにより対応している場合も多いと考えられます。時々起こるこうした事態の為に、常時相当数の医師等が配置された病院を配置しておくということは、これらの医療職員は給与が高いことを考えれば費用の面で今後も維持するのは適当ではありません。

精神病床については、一般病床と同様に老人医療費無料化で病床数が増えたこと、認知症患者を受入れるとする病床が増えたこと、平均入院日数が285日とドイツの24.2日、フランスの5.8日などと比べて断然長いこと、一年以上の入院患者が精神病棟では80%を占めることなどから、近時若干減少はしているものの33万床と大きな数の病床数になっているのです。

さらに、もうひとつ国内の費用負担の公平の問題があります。日本国内各県での慢性期病床（療養病床）や精神病床の数の違いに基づく医療費の地方格差はすさまじいのですが、それを現在は高齢者医療制度や介護保険制度により、国の負担を通じて全国民で共同分担しています。すなわち、現在は高齢者医療制度、国民健康保険制度、介護保険制度には国の税金が補助金の形で投入され、例えば1人当たり療養病床や精神病床が最も少ない方の神奈川県民の税金がこれらの病床を数倍持つ県の県民に流れていく仕組みになっています。療養病床と精神病床そして後述で提案する新たな療養期施設については、費用分担割合を見直し現在のような地方格差を是正していく方向に向かうべきです。療養病床や精神病床の多い地方自治体の負担を増やして、その地方自治体に減床への転換を促進してもらう必要があります。

### 3 病床の分類

これまでの医療法による病床区分は、一般病床、療養病床、感染症病床、結核病床及び精神病床でした。この他、慢性期のケアを必要とする人を受入れる介護保険施設も介護保険法により、介護医療院、老人保健施設及び介護老人福祉施設の3種の施設類型に分けられています（介護療養病床は廃止される予定です）。

現在国が進めている病院改革構想ではこれらのうち、一般病床と療養病床をその機能により高度急性期、急性期、回復期、慢性期病床に分類し直そうとしています。私は、この分類は、精神病床にも適用してよいのではないかと考えています。そして、精神病床も含めたこの4種に介護保険施設の3種を加えた7種の施設の整理統合が必要と考えています。

理由は、これらの施設はいずれも給与の高い一定数の医師等を必要としているからです。そのため、これらの分類で必要以上に費用が掛かっています。現在、75歳以上の人々が月々払う全国平均の保険料は、後期高齢者医療保険で6472円、介護保険料で6014円になっています。これらの保険料の増加をできるだけ抑えるため、こうした施設は整理統合してその質を保ちながら安価な施設体系にしていくべきです。現在の7種の施設数等及び施設に置く必要があるとされている医師数・看護師数の状況を表1に示します。

もうひとつ施設を7種に分けている問題としては、その機能があいまいで重複している施設がある点です。まず、高度急性期病床と急性期病床の区別はあいまいですし、また、急性期病床から在宅への中間施設としての回復期病床、慢性期病床、老人保健施設及び介護医療院の4種の施設の機能が重複しています。

表1 現在の7施設比較表

	施設数	ベッド数	医師数(注2)	看護師数(注2)
病院 (a, c, d)	8,205	1,500,057	208,127	979,836
一般病床	7,152	886,056		
療養病床(注3)	3,515	284,662		
精神病床	1,053	323,502	7371	80750
病床機能報告 (b)		1,173,616	53,552	363,000
高度急性期病床		159,478	10,000	53,000
急性期病床		522,234	33,000	174,000
回復期病床		158,459	3,900	37,000
慢性期病床		333,445	6,652	83,000
介護保険施設 (e)	13,731	1,009,076	7,877	90,649
老健施設	4,279	371,323	4,279	43,215
介護療養	421	13,533	1,263	9,894
介護医療院	617	38,159	617	3,689
特養	8,414	586,061	1,718	33,851

注1：病院に関する数字であり、診療所分は入っていない。看護師数には准看護師を含む。

注2：病床機能報告は病院の一部であり、その医師数・看護師数は人員基準から推計した常勤の数を記した。

注3：療養病床病院は、一部一般病床病院と重複している。

出典 a: 2021年医療施設調査、b: 2018年病床機能報告、c: 2018年医師・歯科医師・薬剤師統計、d: 2018年衛生行政報告例(就業医療関係者)、e: 2021年介護サービス施設・事業所調査

出典への注：病床機能報告は2020年から様式が変更され、2018年のような分類ができない。

## 4 改正案—あるべき具体案

### (1) 療養期施設の設置

病院は、少なくとも3人の医師が在籍していて夜間宿直もあり夜間の容態急変にも対応できるので、診療報酬上で優遇されています。しかし、回復期病床の一部及び慢性期病床に入所する患者にはこうした体制を取る必要はない人も多いと考えられます。この改革提案の難しいところは、この点にあります。すなわち、入所者にとっては必要以上のサービス体制を受けられているのですから、改革に反対、ということになりがちです。しかし、今後の医療費そして社会保障費の増高は明らかなのですから、必要以上のサービスを止めないと、社会保障費の伸びを抑制することはできません。一面では社会保障費の抑制

を説きながら、他面では介護医療院も選択肢、などと言っている新聞の無責任さは極まっています。

具体的には、回復期病床のうち過剰と考えられる5万床（根拠は後述）と慢性期病床33万床と精神病床の一部（一般病床と療養病床と同じ率で計算すると約10万床）は、急性期病床から在宅療養への橋渡しの中間施設の役割を果たしているのですから、老人保健施設などとともに療養期施設とします。したがって、これらの病床は病院でなく、療養期施設として現在の老健施設のように医師一人を必置とし精神病床は別として介護保険で支払う施設とするべきです。

そして医師の兼務による診療の薄さを防ぐため、療養期施設は病院とは独立の施設とすることを義務付けます。また、急性期病床として届けられていても治療実績のないものや広さなど新しい病院要件を満たさないところは、回復期病床とし、費用は医療保険から支払うこととします。その役割は、急性期病床から在宅への復帰で機能回復を中心に行う病院とします。

それにより余った医療職員を新型コロナなど緊急の患者を受入れられる病院に回すことができます。そして、臨時医療施設を設置するときには余力のある病院から医療職員を派遣することができます。

## （2） 病院の再編

病院については、したがって感染症病床は別として精神病床も含め高度急性期、急性期及び回復期病床の3病床とします。ただし、それぞれは要件を精査し、病床数も再検討します。数の上限としては、例えば後期高齢者医療保険料と介護保険料を現状に固定し、それで賄える範囲の病床数とする、といったことが考えられます。

病院は病気を治すところのはずです。慢性期病床では新型コロナ患者は受け入れませんでした。したがって、慢性期病床は病床である必要はなく、療養期施設とするのが妥当と考えます。特に、感染症による肺炎の治療は病院にとっては基本中の基本です。クラスターの危険が生じるのはわかりますが、だからと言って入院の必要のある患者を自宅待機させ、死亡させていいわけではありません。感染症対策は特養でも必要とされてきており、例えばメシチリン耐性患者が出たときにはこれまでも特養内で隔離が行われてきました。したがって、少なくとも感染症を治せるところを病院とすべきです。眼科だけなどの単科病院は、都道府県知事の個別の許可で例外的に認めることとします。

### (3) 病院の要件

医師・看護師の医療職員を病院に集中しなければ、いくら臨時医療施設を設置しても対応ができないことを前提に新病院の要件を述べます。緊急時に行政が命令を掛けられるようにすれば動くという意見がありますが、その時同時に通常診療や介護業務を全部中止しろという命令ができれば格別、それができないとすれば、必要な医療職員を確保できないのに動員命令を掛けても病院は職員を動かさません。

直ちに新型コロナ患者を受入れられる病床が少ないことが問題視されましたので、療養期施設を除いた残りの病床について緊急時に空床を作れる体制にする必要があると考えます。それには十分な医療職員と設備機器が必要とされます。

また、感染症専門の医師がいないので新型コロナ患者を受け入れられないという話もありました。であれば、病院の人的要件も根本的に改正し、専門医（その認定が現在のように学会まかせでいいのかという問題もありますが）の配置を義務付けるなどの必要があり

ます。これにより、担当医師がいないので受け入れられない、という事態を防げるでしょう。

また、動線が取れないので新型コロナ患者を受け入れられないとの話がありましたが、であれば、面積要件も再検討し、十分な動線が取れる広さを病院の施設要件とすべきでしょう。さらに、人工呼吸器を有するところを病院として分類、許可すべきでしょう。

今回のように感染しても病院で診てもらえないことが起きたら、新型コロナ病床を病院内で十分増やせるように、余力を持たせた構造設備基準とすべきです。大都市部でこうした広さが取れない場合は、臨時医療施設での対応も考えて緊急時対応を考えられるようにする必要はありましようが、その場合でも必要な職員を確保するには、既存の病院にそうした人員を配置しておき、緊急時にそうした人員を臨時医療施設に回すことを前提としておくべきでしょう。現在のように介護を要する人しかいない病院や日常診療をしている診療所からでは、こうした医療職員を派遣することはできません。

ただし、回復期病床の必要数について、多く見積もれば脳卒中患者で退院する者の一割程度の急性期機能回復訓練を行う病床が必要だろうと考えられます。とすれば、精神病床を別とする回復期病床は2017年の脳血管疾患患者数の10分の1の11万床程度が必要と見込まれ、これは病院として残すということになります。

#### (4) 介護保険施設の再編

老健施設、介護療養施設及び介護医療院は療養期施設に一本化し、特別養護老人ホームは当面療養期施設とは別の介護保険施設とします。これにより、介護保険施設は、療養期施設と特別養護老人ホームの二本立てとなります。



(5) まとめると、精神病床を含めた回復期病床の一部、慢性期病床、介護療養施設及び介護医療院については医師と看護師の配置基準を大幅に緩め、これらにより余剰となった職員を新たな定義の病院に集中させます。これにより、感染症等緊急時に対応できる病床数を増やせます。そして、医師の労働時間特例も止めることができます。

仮に回復期病床5万床、慢性期病床33万床及び精神病床10万床を老人保健施設並みの一施設一人の医師数にすると、1万人の医師のうち6千人を急性期病院に回せる計算になります。ただ、医師の年齢が高いとどこまで実際に急性期医療の患者を担当できるかの問題は残ります。看護師数は老人保健施設並みにすると約5万6千人で足りるので、約13万5千人との差である約7万9千人の看護師を急性期病院に回せることになります。

また、老健施設、介護療養病床及び介護医療院の医師を各施設1人にすると、約5千人で足りるので、約1千人を急性期病院に回せし、看護師数を現在の老人保健施設並みにすると、約4万9千人で足りるので、5万7千人との差である8千人を急性期病院に回せることになります。

この制度改革で、表2のとおり医師7千人、看護師8万7千人を急性期病院に回すことができ、新型コロナのような新たな感染症に対応することができることになると考えます。

表2 急性期に回せる数（人）

	医師数	看護師数
回復期病床と慢性期病床	6,000	79,000
老健施設と介護医療院	1,000	8,000
計	7,000	87,000

(6) 療養期施設への費用をできるだけ抑制し、新型コロナ患者の容態の急変に備えるなどいざというときの不安への対応のため、在宅医療の充実も必要です。都道府県または市町村にその努力をしてもらう必要があります。例えば、在宅療養支援診療所・支援病院、訪問看護ステーション、遠隔診療の診療所などが、常に患者と連絡を取れる体制づくりが重要になると考えます。

## 5 移行方法

① 新しい病院・療養期施設・特養施設体系のためには、現在の特養の良さをアピールし、「医療施設の方が世間体が良い」という寓話を改めていく必要があります。現在の特養に行ったことのある方ならおわかりのとおり、特養は素晴らしいところが多く、昔の特養とは違います。現在の特養の待機者数が多いことからこの点は裏付けられます。老健施設は、特養を基準として新たな構造基準・人員基準や介護報酬を決定していくべきでしょう。

② 急性期病床、回復期病床及び慢性期病床から療養期施設への移行には、介護保険施設の指定制度を活用するのがよいと考えられます。すなわち、療養期施設を介護保険施設として指定することとします。

③ 加えて、医療費の地方負担をその地方の医療費に見合ったものとする方策を講じ、市町村又は都道府県にとって精神病床を含めた回復期・慢性期病床は介護保険施設と同じ負担とすることも必要です。それにより、これらの施設の地方負担が、療養期施設や回復期・慢性期病床と変わらないようにして、以上述べた改革を財政面からも補完していく必要があると考えます。

④ 療養期施設への転換には、平均在所日数の倍までの猶予期間を設け、その旨を明らかに法定し広報するのが適当でしょう。介護療養病床廃止時のような、情緒的介護難民論を退ける一方、当面の間とって延々と続けるようなことも避けるべきでしょう。

⑤ 手続きの煩雑さが施設より入院を選ばせる、とする意見もありますので、そのためには、介護保険認定の迅速化と介護保険施設の入所計画の作成・市町村への届け出を新たに求める必要もあるでしょう。

## 6 まとめ

以上をまとめますと、社会保障費なканずく医療費の伸びを抑制し、新しい感染症などに対応するために、療養期施設を設置し、病院には十分な職員・広さ・機器を整備するため、

①現在の精神病床と回復期病床の一部及び療養病床は病院としてではなく独立の療養期施設として設置し、医師1人の常勤とし、看護師の数も少なくする。その費用支払いは、精神病床を除き介護保険から行う。

②現在の介護療養施設、介護医療院は老健施設とともに療養期施設に統合し、常勤の医師1名を配置し、看護師の数も特養並みに少なくする。これにより余剰となった職員を新たな定義の病院に回す。

③現在機能報告されている高度急性期、急性期及び一部の回復期の病院及び精神病院の中から、新たな人員、面積、機器の要件を満たすものだけを病院とすることにする。

以上を表にすると、表1を修正した表3のとおりとなります。

表3再編後の7施設比較表

	施設数	ベッド数	医師数	看護師数
病院	5,696			
一般病床	4,962			
療養病床	2,625			
精神病床	734			
病院	5,696	1,000,000	206,460	979,836
高度急性期病床		200,000	41,292	203,228
急性期病床		660,000	136,263	670,580
回復期病床		140,000	28,904	106,028
療養期施設	9,372	903,015	7,826	105,123
回復期病床から転換 慢性期病床(精神含む)	2,509	50,000 430,000	2,509	55,878
老健施設	4,279	371,323	5,317	49,245
介護療養	421	13,533		
介護医療院	617	38,159		
特養	8,414	586,061	1,718	33,851

表1の注に加え、

注1：精神病床の再編は、慢性期病床に10万床移行し、残りの病床を病院の各機能病床に按分した。

注2：病院の医師数・看護師数は療養期施設で余剰となった人員を現在の職員数に加え、ベッド数で按分した。

\*本稿は磯部(2022)を加筆修正したものである。

## 文献

磯部文雄(2022) 今後のあるべき病院制度 in 療養病床に関する研究会報告書、福祉未来研究所。

立岩真也(2015) 精神病院体制の終わり、青土社

長岡和(2001) 「精神病院」をぶっ壊せ! 情報センター出版局

## 資料

令和2(2020)年度 国民医療費の概況