病床の機能分化・強化―その後

早稲田大学教授　野口　晴子

1．「総決算」としての2018年度改定

2018年度診療報酬改定直後、この時事評論において、『機能分化・強化へ向けての第一歩』（№2966号）と題し、「7対1入院基本料」（以下、「7対1」）に係る中央社会保険医療協議会での議論に触れてから5年が経過した。

2006年度改定で新設された「7対1」病床は、厳格な要件にもかかわらず、その高報酬に対し、医療供給者が想定以上に弾力的に反応したため、2006年5月の約4・5万床から、ピーク時の2014年3月には約8・5倍の38万床まで急増した（厚生労働省保険局医療課調べ）。

結果、高齢者医療を根幹から支える亜急性期病床（2022年度改定以降は、「回復期」）の供給が過少となり、患者の医療ニーズに合わせ、段階的に適切な医療資源の投入を行うことができるよう、病床機能間での連携を図るという当初の政策目的とは大きく乖離した病床構造の歪みが生じることになった。

2018年度改定は、そうした歪みを是正すべく、2010年代を通じて一貫して行われた価格政策の総決算であり、病床機能の分化・強化へ向けての第一歩と位置付けることができる。

団塊ジュニア世代や就職氷河期世代を含め高齢者数がピークとなる2040～2050年には、家族介護者のいない独居高齢者の急増に伴い、急性期治療を短期間で終えた後、長期化する予後に対応可能な医療・介護に対する需要が急速に高まることが予想される。

医療と介護の連携による切れ目のない支援体制を確立するためには、急性期病床から予後のケアに重点を置く回復期病床への円滑な転換を図るとともに、長期療養病床と在宅医療等を提供する中間施設や診療所を充実させていく必要がある。

日本のように、公定価格制度の下、医療供給（診療）側にある程度自由な裁量がある場合には、政府による価格政策を「外生ショック」として、その都度、診療側の行動変容を定量的に確認することが重要である。そこで、本稿では、5年ぶりに、2018年度改定について振り返ってみることにしよう。

2．データで見る診療側の反応

国際的にみても、価格政策が患者の医療需要や治療成績に与える影響に着目した文献は無数に存在するが、診療側の行動変容（医療供給の価格弾力性）を定量的に検証した研究はさほど多くはない。

本稿では、全国健康保険協会（以下、協会けんぽ）による2020年度「外部有識者を活用した委託研究」として採択された「医療費の地域・医療機関・業種間の差異の実態解明：健康状態と治療の質を考慮した医療費適正化を目指して」（課題番号：20JHA03；研究代表者：中村さやか氏）の一環として行った、「2018年の診療報酬改定が病床配置・在院日数・医療費に与えた影響―大規模レセプトデータを用いた検証」（高木俊氏・他、2023年）で得られた結果の一部を紹介する。

図1-1、1-2、1-3は、協会けんぽにより提供された約4000万人分の匿名化レセプトデータ（医科・入院）の診療行為コードから急性期一般病床（「7対1」と「10対1」）を有する病院を月次単位で特定し、横軸に診療年月、縦軸に病院数をとり、総数と病院規模別（200床未満・200床以上）に、改定前後48か月間の病院数の推移を月次でプロットした図である。なお、図中にある縦方向の実線は改定のタイミングを表している。

この図から、改定直後に、急性期を有する病院は、全体で約120減少し、時間を割当変数として不連続回帰を行った結果でも、急性期病院数は1％水準で統計学的に有意に約2・3％減少していることがわかった。

さらに、図1-2と1-3をみると、その減少の大半が200床未満の病院で起こっており、改定後も、200床未満では病院数が減少傾向にあるのに対し、200床以上では反転してわずかながらも増加している。つまり、2018年度改定では、大規模病院よりも中小規模病院、また、紙幅の関係上詳細は省くが、急性期以外の病床機能を併設する病院の方が、より柔軟に急性期から回復期への転換を図っていたことがわかった。

図1-1　急性期一般病床を有する病院数の推移（総数）

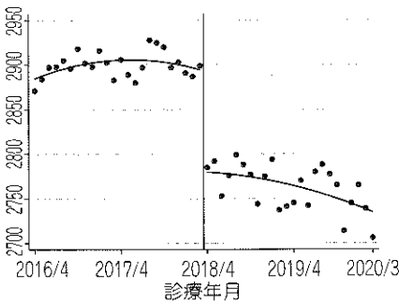


図1-2　200床未満

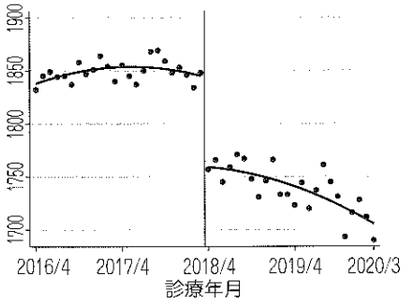
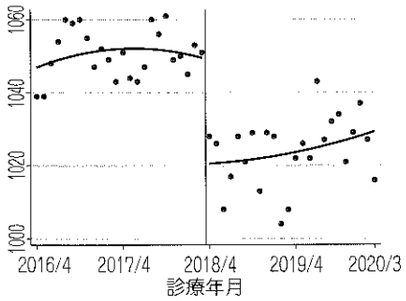


図1-3　200床以上



出所：高木俊・野口晴子・丸山士行・中村さやか.（2023）.「2018年の診療報酬改定が病床配置・在院日数・医療費に与えた影響－大規模レセプトデータを用いた検証」.

3．2018年度改定に対する評価

不連続回帰の結果、改定前後における急性期病床を有する病院数の減少に伴い、当該病院では、月平均で、患者数が約3人、急性期治療に係る医療費だけをみると約16％減少する一方で、平均在院日数が約0・3日、診療密度の代理変数である患者1人当たりの1日当たり医療費が約10％上昇傾向にあることがわかった。他方で、回復期・長期療養も合わせた総医療費に関しては、改定後、月平均で約5～6％減少しているとの結果が得られた。

以上、急性期機能を有する病院では、平均在院日数や診療密度の増加に伴い、より手厚いケアが提供されるようになった可能性、また、病床構造全体の歪みをドラスティックに解消するまでには至らないが、特に、中小規模の病院や複数機能を併設している病院において、柔軟な病床転換の可能性が示唆され、2018年度改定の目的は一定程度達成されつつあると考えられる。

したがって、この結果から価格メカニズムを通じて、厚生労働省が目指す病床構造を達成するためには、改定に対し弾力的に反応する（つまり、供給の価格弾力性が高い）中小規模で複数機能を併設する病院の病床転換を促すようなインセンティブの有効性が伺われる。今後も、こうした定量的な観点からのモニタリングを継続して行っていく必要がある。