

7対1病床削減方針が 看護の危機を招く

に き りゅう
二木 立 (日本福祉大学学長)

かわしま
インタビューー 川島 みどり (健和会臨床看護学研究所所長・
日本赤十字看護大学名誉教授)

2014年度診療報酬改定において、7対1病床数の算定基準が大幅に見直され、これにより7対1病床大幅削減が見込まれていることが報道されています。情報が錯綜するなかで、さまざまな現象を通して「看護の危機」を訴えられている川島みどり先生をインタビューーに、論考「7対1病床大幅削減方針の実現可能性と妥当性を考える」のなかで問題点を指摘、実現不可能性と、さらに「最悪のシナリオ」まで俯瞰、ご指摘された二木立先生から、7対1病床削減方針がもたらしうる看護の危機と、その対策についてうかがいました。(収録・2014年4月21日)

川島 今、国会に上程されています「地域医療・介護総合確保推進法案（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案）」には、ざっと目を通しただけでも、あまりにも重大な内容が含まれています。国民の立場からも、医療や看護、介護に携わるものの立場からも、このまま一括で法案を通しては禍根を残すのではないかと危惧しています。〔注：法案は5月12日に衆議院を通過し、目下参議院で審議中(2014年6月3日現在)。〕

当初は二木先生に、この法案の全容を解説していただこうと考えたのですが、あまりにも問題の範囲が広がりすぎますので、ここでは2014年度診療報酬改定にフォーカスを当てていただきながら、とりわけ現場の看護に大

きな影響をもたらすと思われる「7対1入院基本料（以下、7対1病床）の大幅削減方針」についてお話をうかがいたいと思います。

二木先生がこのほど発表されたご論考（「7対1病床大幅削減方針の実現可能性と妥当性を考える」文化連情報、2014年5月号）を読み、何事も歴史的経緯と複眼的視点をもって考察する必要性をあらためて学びました。ただ、この情報に接する機会のない看護師が大勢おりますので、先生のお話を通して、ぜひ問題の所在を共有したいと考え、本日のインタビューになりました。よろしくお願ひします。



川島みどり 氏

1951年、日本赤十字女子専門学校卒業。日本赤十字社中央病院勤務後、中野総合病院看護婦教育顧問等を経て1982年より健和会臨床看護学研究所所長。日本赤十字看護大学名誉教授。



二木 立 氏

1972年、東京医科歯科大学医学部卒業。代々木病院リハビリテーション科科长・病棟医療部長、日本福祉大学教授・副学長などを経て現在、日本福祉大学学長。

1. 2014年度診療報酬改定全体の問題点

二木 2014年度診療報酬改定について政府・厚生労働省は、0.10%のわずかながらプラス改定であると宣伝しています。ただし、これは消費税引き上げにともない物品（医薬品・医療機器など）の購入価格が上がることに対応したのも含めていますので、消費税対応分を除くと、実際は、医療費全体では▲1.26%の大幅マイナス改定です。これは民主党政権時代にはなかったことです。

医療費全体とは診療報酬＋薬価です。これまでは薬価を下げた分を診療報酬に振り替えていたのですが、今回は薬価の引き下げ分が振り替えられなくなってしまいました。こういうときはパーセントではわかりにくいので、金額でみたほうがよいのです。そうしますと、消

費税対応分を除いた医療費の本体、つまり診療報酬のみに限定すると、引き上げはわずか400億円です。これがどれくらい少ない額かといいますと、民主党政権時代に医療費改定が2回（2010年度と2012年度）行なわれました。そのときは、ともに約5,000億円、診療報酬が上がりました。民主党政権が成立した2010年には5,700億円でした。これは、医科と歯科と薬剤を合わせた額ですけれど、医科に限定しても4,800億円上がりました。2012年度の場合は、診療報酬全体で5,500億円、医科に限定しても4,700億円上がりました。今回は400億円ですから1/10です。

問題はこれにとどまりません。今回の消費税引き上げ対応分は、病院・診療所共通の初診料と再診料の引き上げで集中的に使われました。しかし、消費税引き上げに対応して薬や医療機器の購入価格が上がるのはほとんどが病院なのです。一見、病院と診療所で平等にみえま

すけれど、初診料・再診料に限定して上げたために、病院の診療報酬は実質、もっと引き下げになってしまいます。全体でもマイナス1.26%といましたが、病院はもっと大きな引き下げになると思います。

小泉政権の厳しい医療費抑制政策のために医療危機が社会問題化した2006年～2008年には、一般病院の経常利益率は0%近くまで低下しましたが、民主党政権時代には3%台に回復していました。それが今回の改定により、一般病院の利益率が再急落し、病院医療、とくに救急医療の危機・荒廃が再燃する危険があると思います。

これが診療報酬改定の全体的問題です。そこで、診療報酬を大幅に引き下げたための目玉として7対1病床の算定基準がきわめて厳しくされました。この問題は独立してあるわけではなく、診療報酬全体を抑制するための、いわば切り札の1つとして位置づけられているのです。

2. 7対1病床大幅削減方針の問題点と実現不可能性

1) 7対1病床大幅削減は「既定の事実」ではない

二木 まず、強調したいのは「7対1病床大幅削減」は「既定の事実」ではないことです。「7対1病床大幅削減方針」は、病院の診療報酬引き下げのための、かなり苦し紛れの施策という面があります。そうはいっても表1のとおり、算定要件の見直し・厳格化が厳しいのは事実です。これら5つの条件のうち、特に厳しいのは「『重症度、医療・看護必要度』の導入」と「『自宅等退院患者割合』(75%)の新設」です。ただし、この2つでは影響を受ける病院が異なります。

「『重症度、医療・看護必要度』の導入」は、

これまでよりも重症の患者を受け入れなければ取れないということです。この影響を受けるのは、急性期医療を行っていない7対1病床——これはおおむね眼科や整形外科など小規模の単科専門病院です。7対1の維持は困難でしょうが、そういう病院は数が少ない。これはある意味、やむを得ないと思います。

問題は、特に農村部や僻地で、地域の基幹病院として急性期医療を熱心に行なっている病院であっても、「『自宅等退院患者割合』(75%)の新設」により、患者さんの受け入れ先を確保できない病院は7対1病床をあきらめざるを得ない状況が起こりうることです。今までは、急性期病院から療養病床に患者さんを送ることが可能でした。あるいは病院のなかに回復期リハ病棟をもっていれば、そちらに移っていただくことも可能だったわけです。しかし、今回の改定により、それができなくなります。

現在は7対1病床をとり、地域の基幹病院として高機能な急性期医療を提供している病院であっても、「自宅等退院患者割合(75%)」をクリアできない可能性が出てきているわけです。

ここで注目すべきことは、今回の診療報酬改定はこれまでとは異なり、すべての種類の病棟、7対1病棟から慢性期、療養型病床にいたるまで、すべて在宅復帰の指標を取り入れていることです。急性期病床を含め、可能なかぎり「自宅」、もう少し広い意味を含めて「在宅」に退院させる努力をすること自体は大事です。ただ、今回の指標はあまりにも恣意的かつ乱暴だ

表1 7対1入院基本料の算定基準の見直し

- ① 特定除外制度の廃止
- ② 従来の「重症度・看護必要度」に変えた「重症度、医療・看護必要度」の導入
- ③ 「自宅等退院患者割合」(75%)の新設
- ④ 短期滞在手術の対象拡大と平均在院日数からの除外
- ⑤ データ提出加算の届け出の要件化

と思います。

ここで注意していただきたいのは、一般のマスコミなどで、厚生労働省が2年間で7対1病床を9万床減らす方針、あるいは2025年までに現在の36万床を半分の18万床に減らす方針と伝えられていますが、これは不正確だということです。厚生労働省は公式には7対1病床の大幅削減の数値目標は示していません。

2年間で9万床削減と明示している政府の公式文書は、財務省が財政制度等審議会に提出した資料「財政制度等審議会『平成26年度予算の編成等に関する建議』の反映状況」に、「過剰となっているいわゆる『7対1入院基本料』

算定病床の要件を厳格化、同病床を▲9万床減少する（改定率換算で▲0.15%）」と書かれている、これが唯一です。

財務省が独自にこのような文書を出せるわけではないですから、当然、事前に厚生労働省と折衝していることは考えられます。つまり、厚生労働省から出された試算をベースにして、財務省はこの数字を出したのでしょうか。しかし大事なことは「厚生労働省は7対1病床削減の数値目標は一切言っていない」ということです。厚生労働省は、医療機関がさまざまな努力をすることを知っていますし、数字をあらかじめ示すとあとで責任を問われます。そのため数値目

表2 2025年モデル・オリジナル版

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各二一ズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15～16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15～16日程度	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等 57-58日程度 長期二一ズ 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	29万人/月

(参考) 上記改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素 (2025年)

		2025年
充実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期の職員等 2倍程度増(単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) 一般急性期の職員等 6割程度増(単価 約1.5倍)(//) 亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)
効率化・重点化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※早期の退院・在宅復帰に伴い患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> 高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度 一般急性期 : 平均在院日数 9日程度 亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60日程度(パターン1の場合) (現行一般病床についてみると、平均在院日数 19～20日程度[急性期 15日程度(高度急性 19～20日程度、一般急性 13～14日程度)、亜急性期等 75日程度]とみられる。)

出所:厚生労働省「医療・介護に係る長期推計」2011年6月2日(28ページ)

注:「改革シナリオ(パターン1)」に基づく「医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み」から一般病床分のみを抜粋

標は出していないと考えられます。当面9万床、将来的には18万床減らしたいと願望しているのは事実かもしれませんが、これは既定の事実ではありません。これを既定の事実として踊らされないようにしたほうがいいと私は思うのです。

2) 7対1病床大幅削減方針は、厚生労働省の「2025年モデル」オリジナル版と矛盾

二木 次に、7対1病床大幅削減方針は、厚生労働省が民主党政権時代の平成23(2011)年6月に発表した「2025年の医療モデル」オリジナル版と矛盾する、あるいは7対1病床を大幅削減すると「2025年モデル」オリジナル版は達成できない、ということについてお話します。

「2025年モデル」オリジナル版は、厚生労働省が、当時の民主党政権の社会保障改革に関

する集中検討会議の第10回検討会議で示しました。2025年の病床数を「高度急性期」「一般急性期」「亜急性期等」「地域一般病床」に機能分化し、「高度急性期」は18万床、「一般急性期」は35万床、「亜急性期等」は26万床、「地域一般病床」は24万床としていました。数字を出しただけではなく、在院日数を短縮するために、医療資源の集中投入をするという条件が付けられていました。これから後期高齢者がますます増えていきますから、入院患者も大幅に増える。そのような患者さんを現在と同じように入院させるとなると、一般病床は現在の107万床から129万床、つまり22万床増やさざるを得ないというのが現状投影シナリオですが、それは財政的に実現できません。ではどうするかというと、在院日数を短縮するしかないわけです。「高度急性期」は、重症患者が多いということで15~16日、「一般急性期」が9日程度。

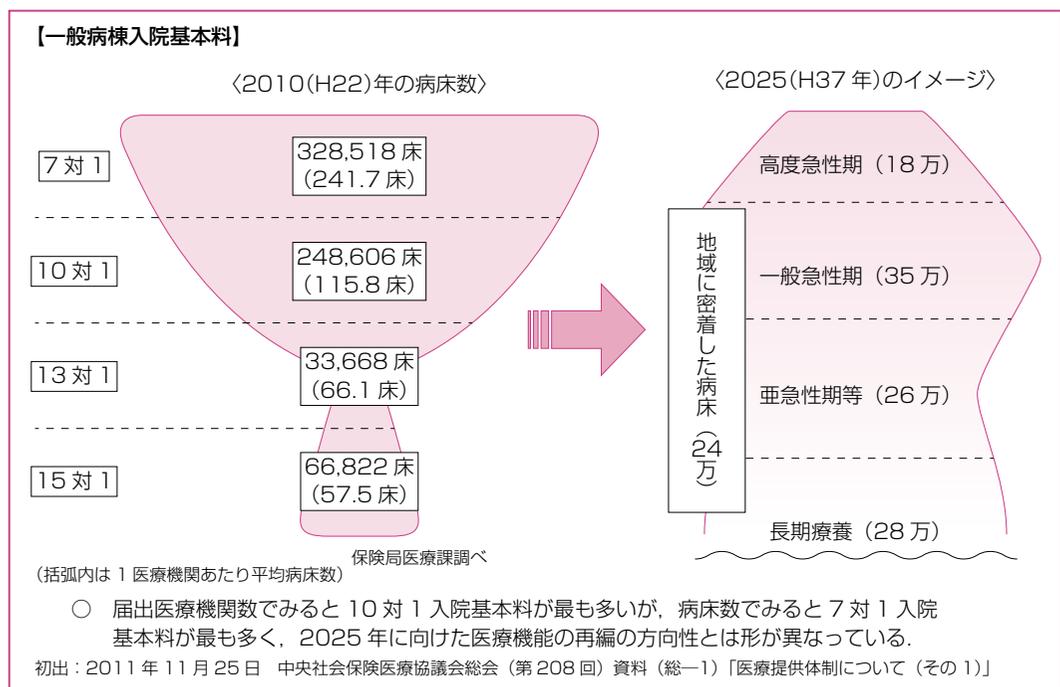


図 2025年モデル・修正版

しかしそのためには職員を増やす必要がありますから、「高度急性期」は今の職員の2倍、「一般急性期」でも6割程度増やすというものです（表2）。当然、その場合には、看護に関しては現在の7対1ではなくて、5対1とか4対1、あるいはそれ以上の看護基準を導入しなければ、「2025年モデル」オリジナル版の目標達成はありえません。

今、7対1病床をとっている施設の平均在院日数は18日以下ですから、「一般急性期」の平均在院日数9日というのは相当きついと思います。しかし、平均在院日数を短縮するためには、職員を増やさなければならないという考え自体はまっとうです。

これに対して、「2025年モデル」の修正版が、2011年11月25日の中医協に提出されました（図）。有名な「ワイングラス型」から「砲弾型」への移行の図で、現在の看護に関して「高度急性期」が多すぎるので、これを減らして、「一般急性期」や「亜急性期等」を増やそうというものです。

ただ、図を見ると誰もが「7対1が高度急性期を担うから、それを2025年には18万床にする」と錯覚します。しかし、左は診療報酬の規定で、右は医療法の規定（法律はまだ通っていませんが）で、まったく異なるのです。

図（修正版）に関しては先ほどのオリジナル版に出ていたような充実化の要素（職員を大幅に増やす）がなくなっていました。だから、修正版だと7対1病床で高度急性期を担い、一般急性期は10対1以下の病床でということになってしまいます。しかし、それで平均在院日数を9日まで短縮することなど、ありえません。

逆にいいますと、在院日数を短縮しなければ、患者の受け入れは困難になります。入院できない患者が続出することを防ぐためには病床回転をよくしなければならない。一般急性期を

10対1以下の病床が担って、なおかつそこが平均在院日数9日となると、もの凄い労働強化です。仮に、このようなことを強行すると、病院の看護危機が再燃するでしょう。

7対1病床は2006年、小泉政権の医療費抑制が華々しいときに、奇跡的に導入されました。2006年は史上最大の診療報酬のマイナス改定だったからです。これは間違いなく日本看護協会の要求が実現したものです。当時、日本看護協会は“7対1病床は国際的にはまだまだ少ない。これからはさらに高い「5対1」「4対1」をめざす必要がある”とっていました。しかし、その後、公式にはそういうことを一切要求しなくなってしまったのです。今回の診療報酬改定に関しても、日本看護協会が声明を出しましたが、「方向性は理解する」です。7対1病床を実現した後、さまざまなバッシングがありました。そこで今、7対1病床より高い要求を示すことは控えているのではないかと思います。

なお、厚生労働省は「高度急性期」として、7対1病床ではない、今回新設された「総合入院体制加算」算定病床を想定しているとの意見もあります。しかし、この算定基準はきわめて厳しく、すぐに算定できる病院は全国でわずか11病院にすぎないことを考えますと、2025年までにこれを18万床にまで増やすことは不可能です。

まとめますと「7対1病床大幅削減」ができない第一の理由は、これでは厚生労働省、政府がめざす「2025年モデル」オリジナル版の目標を達成できないこと、これが第一です。

3) 7対1病床大幅削減方針は民間病院の活力を無視

二木 実は9万床削減は、決してとんでもない数字ではなくて、現状を考えれば、新しい「重症度、医療・看護必要度」に合致しない病院が

3割くらいあるのは事実です。しかし、それがそのまま続くわけではありません。「上に政策あれば、下に対策あり」とよくいわれますが、新しい政策が出ると、病院、特に民間病院はそれに対応するために必死の経営努力をします。

活力には、「創造的活力」と「危機に際して生き延びる活力」の2つがあります。一般には活力というと「創造的活力」をイメージしますが、そうした「創造的活力」をもっている組織は、どの分野でも少数派です。けれども、「危機に際して生き延びる活力」はほとんどの病院がもっています。

一番よい例が、2006年に医療療養病床の大幅削減と介護療養病床の廃止方針が出た際、医療療養病床の診療報酬が大幅に引き下げられました。医療必要度1の患者さんの診療報酬はものすごく減り、2、3は増えました。そうすると、わずか1年の間に医療療養病床の病院は重症患者にシフトして、潰れた病院は事実上ゼロでした。同じことが今回——もちろん、ずっと困難ですけど——起こる可能性があります。

ただし問題は、医療機関は7対1病床を維持するために必死に努力するけれど、そのマイナスの影響が患者や看護師に出る可能性が強いのです。

まず患者側からいいますと、一方で、7対1算定要件に合わない患者さんの受け入れ制限が起こりえます。他方で、入院患者さんの早期の無理な自宅退院が促進される状況が起こるかもしれません。

次に看護師側に起きるのは、病院にとって急性期医療をやっていくうえで一番大切なのは算定要件に合わせる、この場合、算定要件は、「重症度、医療・看護必要度」ですから重症患者さんが増え、一方で人手は増えないわけですから今以上の労働強化になる可能性が強いです。

このように病院の側が生き残りのために涙



二木 立氏

ぐましい努力をするでしょうから、7対1病床はそれほど減らないと思います。減らないけれども、その悪影響は患者・看護師に出てくる可能性は無視できないと思います。これが、7対1病床が大幅には減らない第2の理由です。

4) 7対1病床過剰論の盲点

二木 医療危機が社会問題となった2006年には、マスコミは“急性期医療の建て直し”ということで、7対1病床の創設に全面的に賛成しましたが、その後8年で論調をすっかり変えてしまいました。当初は7対1病床は4万床とか5万床と思われていましたから、当初の見込みより増えたのは事実です。では、それ以上は無駄かということです。私が一番大事だと思うのは、7対1病床の導入によって、看護職員の労働条件が改善され、その結果、職務満足度が向上し、離職率が低下したことです。職務満足度については個別の病院単位で実証研究がありますし、離職率についても、日本看護協会の全国調査で2008年から低下してきました。もちろん厳密に言えば、離職率の低下がすべて7対1の影響とはいえないでしょう。この間、

看護師の初期研修が事実上必修化されるなど、他の理由もあるでしょう。

ただ、1990年前後に看護師不足が叫ばれた時は、看護の仕事は3Kどころか6Kともいわれていました。それが、1992年の診療報酬改定で看護の報酬が上がってから、2006年の7対1看護まで相対的には改善されてきて、今、女子高校生の進学先で看護人気はナンバーワンです。たとえば、私どもの大学は2015年に看護学部を開設する予定です。そのために、事前に愛知県で高校生の進路志望調査を行なったところ、高校生の1割が看護学部あるいは看護学校志望で、看護師は花形の職業です。給料が比類なくよいというわけではありませんが、一般のOLより低くはありません。看護師の社会的地位がこれだけ上がった理由としては、もちろん一方で4年制大学化が進んだこともありますが、看護の経済評価が相対的によくなったこともあると思います。それが今後、逆転する危険があります。

意外だったのは、良心的な研究者のなかにも、“7対1は贅沢だから減らすのはしょうがない”と発言されている方が結構いることです。つまり、本来は厚生労働省が当初、5万床程度と予想していたのが、36万床となると、どうみても多い。そのために「訪問看護ができなくなった」「看護師の数が限定されているなかで、7対1病床にみんなとられて地方の病院が困った」とか。しかし、これは違うと思うのです。7対1病床は「決してぜいたくではない」ことを正面から主張すべきだと思います。川島先生の寄稿（新聞「赤旗」）を読み、メールを差し上げたのは、川島先生が「7対1看護は、急速に進む医療の高度化や、患者の高齢化、重症化のもとで、看護の人手が多い体制とは決していえません」と主張されていたことが非常に大切だと思ったからです。しかし、このことを主張している方や団体は多くないのです。

「2025年モデル」オリジナル版を実現するならば、つまり病床を増やさないで——今の財政状況では増やせません——平均在院日数を短縮する必要があります。そのためには、7対1以上の看護、5対1とか4対1とか、2対1とか、そういう高水準の看護配置が必要だということをもっと正面から訴えればいいのではないのでしょうか。

5) 7対1病床削減した場合の経済効果

二木 7対1病床を削減して、では、どれくらい医療費が安くなるのか？ 仮に（私は9万床減らないと思っているんですが）9万床減とした場合、年間646億円、今の国民医療費ベースでいくとわずか0.2%です。7対1病床が10対1病床に移行するとして、1日あたり2,590円安くなります。それに9万床、365日、病床利用率0.76を掛けると646億円です。2011年の国民医療費は38兆円ですから0.2%です。2014（平成26）年度には医療費がもっと増えるでしょうから、これよりさらに低くなります。この程度の医療費抑制効果のために、患者にとっても看護師にとってもいろいろな問題が起こる可能性が大きい7対1病床の大幅削減を強行するのは愚策だと思います。先ほど、厚生労働省は公式には一切、削減の数値目標をいっていないと述べましたが、それはこのことを知っているからだと思います。

3. 7対1病床に固執しないで地域に目を向けたなら看護は破綻する

川島 7対1病床問題は看護師にとっては労働条件の問題でもありますし、患者さんのケアの質にもかかわるわけです。看護業務は今、すごく忙しく、過密になっています。私は、一定の看護水準を保つためには7対1病床が最低ぎ



川島 みどり 氏

りぎりの守るべき線だと思うのです。地域包括ケア病床ができてしまったら、在宅に上手にシフトするためには、仮に「高度慢性期病床」と名づけますが、これからの医療の急性期病床が多少減ったとしても「高度慢性期病床」が増えたとしたら、ますます看護の手が必要になってくるわけですから、ぜったい減らせません。

さきほど二木先生がおっしゃったなかで、お尋ねしたいのですけれど、全体的にゆがんが方針が出されていますが、それを正すには何が必要だと思われますか？

二木 この問題に関しては、当事者である日本看護協会、看護研究者、看護の労働組合がまず声を上げる必要があると思います。

川島 それで、ピンときていないですね。看護界の識者が“7対1病床に固執することなく地域に目を向ける”と書かれている状況なのを目にしました。7対1病床に固執しないで地域に目を向けたら、看護は破綻するんです、本当は。

二木 私の論文で一番注目されているのは、「7対1病床を減らすと『2025年モデル』オリジナル版の目標は達成できません」という点です。

川島 そうですね。

二木 要するに、「修正版」の最大の問題点は、高度急性期や一般急性期の「職員を増やす」ことが抜けている点です。看護職員を今より減らして、一般急性期の平均在院日数を9日にするなんて……。

川島 ありえない。

二木 たとえば、現在は最先端の基幹病院でも7対1病床の平均在院日数は10日前後です。それを10対1以下にして9日にできるわけないでしょう。

川島 在院日数が減ってどのような問題が起こるかといいますと、毎日、入院1日目の人がいっぱいいて、それで看護師は疲弊してしまう、パニックになってしまうわけです。

二木 一番のポイントは、厚生労働省が「2025年モデル」オリジナル版を放棄する場合には、病床数を増やさざるをえなくなることです。平均在院日数が今のままなら、2025年には一般病床は129万床必要と厚生労働省自身が認めているのです。しかし、今の財政状況を考えて、そんなに増やすのは無理でしょう。そうすると濃厚な医療・看護を行なうことによって、病床の回転よくするしかないのです。それに背いてしまうのです。

川島 地域包括ケア病棟を謳い上げ、これがとてもよいように書いてありますけれど、在宅の受け入れ態勢が整っていないなかで、スタートしてしまったら破綻します。

二木 そもそも地域包括ケア病棟は、点数が高くないこともあり、まだ模様眺めでしょう。あまり手を挙げる雰囲気ではありません。受け皿として少ないです。

川島 労働条件の問題や7対1病床の問題の根底に医療費の問題、ベッド総数の問題があるということについて、もっと看護師は意識しなければならないと思います。本日はありがとうございました。