

療養病床再編の今後について

大道 久

日本大学医学部社会医学系 医療管理学分野 教授

講師 経歴

大道 久（おおみち ひさし）

日本大学医学部社会医学講座医療管理学部門 教授

略歴

昭和45年 東京大学医学部 卒業
昭和52年 同大学院博士課程修了 医学博士
昭和52年 国立病院医療センター（当時）
臨床研究部医用生体工学室長
昭和54年 厚生省医務局（当時）併任
昭和57年 日本大学医学部病院管理学教室 助教授
平成元年 同 医療管理学教室 教授
平成19年 同 社会医学系医療管理学分野
（名称変更）教授

現在

厚生労働省 独立行政法人評価委員会 委員
（国立病院部会）
同 医療関連サービス基本問題検討委員会 委員
東京都 医療審議会 会長
同 特定機能病院連携推進協議会 会長
同 都立病院経営委員会 委員長
同 社会福祉審議会 委員
神奈川県 医療審議会 委員
日本医師会 医療政策会議 委員
同 病院委員会 委員長
同 有床診療所に関する検討委員会 委員長
日本プライマリ・ケア学会 医学会長
日本医療機能評価機構 理事・評価委員長

他



明します。

まず一つ目は、超高齢社会が到来する中で、皆保険体制を堅持して、永続的社会保障制度を構築・運用していくことが基本命題です。

2番目は、予防重視と医療の質向上・効率化です。国を挙げて徹底的に疾病を予防することで医療費の効果的な節減を図ることです。また、強くうたわれている医療の効率的な提供の中に療養病床問題があるわけです。本来の医療は終了しているにもかかわらず、家族の受入や社会的な背景要因から退院ができない。そのために入院を続けているのはむだである。その具体的な場が療養病床にかなり多いのではないかと。したがって、一定の規模ないし病床数のある療養病床を再編し、病床はまさに医療のためにあるという本来の姿に戻しましょうということです。

3番目の柱は医療費適正化です。これはまさに医療費抑制です。医療にはさまざまな形があり、入院して治療するのも、専門家が出向いて在宅で治療するのも医療です。ただ、そこにかかる費用を適正化して資源の効率的活用を図ることで、医療

医療制度改革関連法の成立

平成13年に小泉内閣が成立し、中長期にわたって財政を本来の姿に戻そうとの基本的な考え方のもと、医療制度改革がスタートしました。この間、社会保障関係、とりわけ医療関連の制度改革は具体的な形をとり、平成18年、医療制度改革関連法が成立しました。この制度改革の基本趣旨をご説

費適正化の総合的な対策を推進するわけです。

今回の制度改革は、基本的には財政主導の制度改革です。国民に対して700～800兆円もの借財を重ねていくことは子孫のためにも適切ではありません。基礎的収支のバランスをとって、その上で適切な国家財政を運用していくことが正論です。このことから、社会保障関係経費を、平成19年度から5カ年間にわたって1兆1,000億円、単年度で2,200億円縮減することが財政の枠組みから定まりました。したがって、それを実現するためには、診療報酬のマイナス改定をし、従来の補助を縮減していかなざるを得ない、こういった流れに医療費適正化は位置づけられています。

医療制度改革は予算編成プロセスにおける最重要課題と言われていますが、まさに国家財政運用の基本路線をどうすすめて行くことと医療制度改革とは表裏の問題ですし、療養病床問題は費用節減と極めて直接的にリンクしているので、療養病床の再編問題は制度改革の基本の一つであるということです。

4番目には、医療計画制度の運用による連携体制の構築があります。資源節約のためには医療提供の仕組みそのものを合理的に見直す必要があると言われてきましたが、今回もまた、改めて強く意識されて法律が改正されました。制度化されて20年がたつ医療計画の基本的な考え方を抜本的に仕切り直した連携体制の徹底した運用です。4疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病)5事業(救急医療・周産期医療・小児医療・災害医療・へき地医療)の医療提供分野を行政運用上はつきりさせ、連携を機軸にした徹底した合理化を図ります。四つの疾病別医療提供については、拠点的な医療機関を医療計画で位置づけ、そこと連携する医療機関名をより具体的に計画の中に記し、相互の連携関係を行政文書の中に記載した上で連携体制を構築することによって、合理的でむだのない医療提供体制をつくるのが医療計画制度の運用による連携体制の構築なのです。

5番目は、都道府県単位の医療保険者の再編・統合です。

医療保険者の再編・統合は医療保険体制の制度改革の重要な部分です。皆保険体制を持続させて

いくことが高齢社会における社会保険医療体制の維持継続につながるわけですから、保険者のより本来的な姿を追求することが大事だと思います。被用者保険と国民健康保険を再編統合していくために、かなり複雑な制度設計がなされたわけです。超高齢社会が到来する中で、75歳以上の方々の医療確保のためには保険制度の枠組みをどうしたらいいのか、高齢者の特質、特徴、病気の状況にふさわしい医療の姿形があるのかと10年にわたる論議の末にできたのが後期高齢者医療制度です。

最後の6番目は、施設から在宅へ向けた地域ケア体制の整備です。療養病床の問題について考える上で必要な視点は、医療の提供の場をこれまでの流れを踏み越えた新しい姿形にすることだと思います。一般的には施設から在宅へのシフトと言われている部分です。診断や治療に必要な機器設備が整った特別な場所へ入院をすればのぞむ医療は行われるでしょう。しかし、必要な医療のすべてを特別な施設にとどまることで提供できるかという、決してそうではないという見直しです。

施設から在宅へという発想を財政的な問題だけで議論するのは少し不十分な気はします。そもそも医療が病院等の特別な場所へ移ったのは、高度な技術や物理的な医療の手法がその場を必要としたからそうせざるを得なかったわけです。少し前のように、住みなれたみずからの居宅で必要な医療を受けることができれば、一番いいはずです。医療の基本的な場を施設から在宅へシフトさせるということはお金がかかるから在宅で我慢することではないと思います。在宅で提供することがより望ましい医療は間違いなくあると思います。ターミナルケアなどはその例として語られるわけです。しかし、療養病床の再編は、介護難民や医療難民を生む問題ある政策であるとも言われ、まさに施設から在宅へということだけでは済まない段階にあるということです。(資料1)

都道府県に求められる対応

この一連の制度改革では、医療費適正化計画や地域ケア体制整備構想等を各都道府県でつくることになっています。また、特定健診・特定保健指導といった健康増進関連諸施策も行政計画の一つ

です。いずれも平成20年度を初年度とする5カ年計画で集約しています。当然のことながら、それらは相互に関連していきます。

日本の行政手法としては、国が極めて強固なる形で政策展開の指針を示すものです。その指針に基づいて従順に政策を実施してきたのが都道府県のこれまでの流れです。今回の一連の政策についても、国の指針がしっかり示され、各都道府県それぞれの実情に応じて指針に沿った形で実施・推進に努められたいとの趣旨で事が進んでいます。

都道府県医療費適正化計画も、国の医療費適正化指針が示され、その中には具体的な数値目標を設定しなさいと書いてあるのです。つまり、参酌標準を十分に勘案し、各都道府県の実情に応じて5カ年間で達成すべき目標を設定しなさいということです。例えば、医療費適正化計画では特定健診受診率の目標値を、療養病床では転換・再編する病床の目標値を示すべきとしています。また、医療費の適正化・効率化の中で最も基本指標の一つである平均在院期間も短縮していきます。平均在院期間には各都道府県によってばらつきがあります。医療は文化ですから、その土地柄に応じて長かったり短かったりしてきたわけですが、全国で一番短い長野県の平均在院期間との差を5年間で半分にしなさいということが言われています。

つまり、削減目標値をしっかりと示し、それに向けて計画的な進捗を図り、3年目には中間評価をし、及ばない部分を重点的に最終年度に向けて対応することです。それでも目標値に到達しない場合は、後期高齢者医療制度における都道府県負担分にペナルティーがかかるというような、かなり強固な行政管理の枠組となっています。この運用の方向が示されたのは一昨年でしたけれども、さすがに都道府県は抵抗を示しています。いずれにしろ、一国の財政問題をきっちりやろうとの政治的

な流れがあり、その参酌標準の一つに療養病床の再編・転換が同列に並んでいるということで、今回の制度改革がいかに財政改革の側面を持ち、その中の基本の一つとして医療費適正化計画あるということが見てとれるわけです。

都道府県医療計画には、4疾病5事業の医療提供の仕組みの中でしっかりとした連携体制をとることが書き込まれています。医療計画は、医療提供体制を計画的に一つの方向へ持っていくことです。から、本来、療養病床の再編は医療計画の中に書き込まれるべきものなのです。療養病床というのは急性期医療に対応して適切に連携をとって機能しないといけないものなので、重要な医療計画の部分ですけれども、今回の制度改革の流れの中では医療費適正化計画と都道府県地域ケア体制整備構想の中に書き込むこととなっているのが都道府県の現実です。

医療が必要になったとき、どうしても手術しなくてはならない場合はもちろん入院が必要ですが、在宅でも十分に対応が可能な場合があったり、あるいは在宅をご本人も希望する場合は幾らでもあり得ることです。そういった状況を支える枠組みを地域ケア体制と言うようになりました。一般的に地域ケアというと、病院も含めたさまざまな資源を適切に配分・配置して合理的に活用するこ

医療制度改革関連法の成立

- 超高齢社会の永続的社会保障制度の実現
- 予防重視と医療の質の向上・効率化
- 医療費適正化に向けた総合的な対策の推進
- 医療計画制度の運用による連携体制の構築
- 都道府県単位の医療保険者の再編・統合
- 後期高齢者医療制度の創設
- 施設から在宅に向けた地域ケア体制の整備

資料 1

とが本来の意味ですが、今の行政計画の地域ケア整備構想が主に扱おうとしているのは在宅体制です。療養病床が再編によって大幅に減るわけですから、在宅がその部分の受け皿となるわけです。その在宅の受け皿をどういった方策で構築していくかという計画を都道府県地域ケア体制整備構想で策定しなくてはならないわけです。地域ケア体制整備構想のまず最初の課題として、既存の療養病床をどういう種別の施設に転換するかという意向調査を実施しています。したがって、まだ始まったばかりというところが地域ケア体制整備構想の現状です。

介護保険制度は、平成12年に始まった大変重要な広義な意味での医療保障制度です。この仕組みは、市町村が保険者となった介護サービス提供保険です。介護には生活の場で必要な社会サービスを受けるという位置づけがありますから、療養病床の転換先は介護保険で運用される施設を意図しているわけです。介護保険施設には、介護老人福祉施設（旧特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（旧老人保健施設）、介護療養型医療施設（療養病床）、この三つがあります。そして、ヘルパー派遣、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイサービスといった在宅介護が加わるわけです。

都道府県介護保険事業支援計画は、県レベルで市町村の介護保険事業計画を支援するというスタンスです。

健康増進に向けてのさまざまな行政計画が旧来からありますけれども、今回改めて、特定健診・特定保健指導の義務化なども視野に入れた都道府県健康増進計画が策定されたわけです。

行政の流れでは、かなり以前からがん対策のさまざまな施策があります。国の施策としては、対がん10カ年戦略が30年前からあり、がん対策基本法も昨年制定されました。

それに基づき、都道府県レベルでのがん診療連携拠点病院と地域がん診療連携拠点病院が位置づけられています。今回も、医療計画制度の4疾病の最初にがんが置かれています。がんの連携体制では、都道府県がん対策推進基本計画の枠組みの中で、スタートラインを本年に合わせ直し、従来からある計画との整合をとりながら、都道府県医療計画の4疾病5事業の中のがん対策に位置付けるという流れがはっきりしてきたわけです。いずれにしても、我が国の保健を含めた医療介護関連施策は、財政状況が厳しい中、ある意味では枠組みがはっきりした形で行政計画が併存し、かつ、相互に連携しながら、しかも、財政問題を色濃くにじませた形でことしを初年度として5年計画で刻んで今後運用されていくこととなります。（資料2）

都道府県に求められる対応

- 都道府県医療費適正化計画
- 都道府県医療計画
- 都道府県地域ケア体制整備構想
- 都道府県介護保険事業支援計画
- 都道府県健康増進計画
- 都道府県がん対策推進基本計画

資料 2

地域ケア体制整備の基本的方向

地域ケア体制の基本的な方向または考え方は、一つには、超高齢社会における共生・協同の地域ケア体制の実現、つまり、キーワードとしては共生・協同なのです。社会福祉、地域福祉、さまざまな観点で地域社会の中で支え合うという本質的なところだと思います。地域の実情はどうでしょうか。隣は何をする人ぞといった人間関係の中で、地域再生、地域ケアというものを追求していかなければ、我が国の医療、特に介護を含めた超高齢社会は支えきれないのです。そこで、まずは市町村レベルでの保健福祉がまさに議論されています。その中のメインキーワードが共生・協同なのです。

二つ目は、高齢者のQOLの向上と疾病予防・介護予防、三つ目は、高齢者の尊厳の保持と認知症対策の推進、四つ目は、介護保険制度の安定的な運営と介護サービスの充実ということで、これらの基本的な方向を持ちながら地域ケア体制を整備しましょうという国の指針を受けて、都道府県地域ケア体制整備構想を策定していくという流れなのです。(資料3)

療養病床再編の基本的なあり方

療養病床の削減はそう簡単にはできません。現実にもそこでサービスを受けている利用者の方々はその便益をこうむって日々生きているわけですから、そう簡単に変えるということはいけません。そういった中での基本的なあり方の一つとしては、患者・家族の理解と納得を得た退院・転棟・転院、これが大前提なのです。したがって、これを行っていけば介護難民や医療難民は出ないことになるわけです。ところが、そうはいかないのが世の常です。「病院としてもやることはやりましたし、これ以上在院されるといろいろな意味で難しい問題が発生します。費用負担もお願いしなくてはなりません。ぜひ今月中に退院をしていただきたい」というようなことが現実に起こっているわけです。このあたりをどう考えるのかということにも問題があります。

二つ目としては、退院患者の受け皿の整備推進と充足がなければ療養病床の再編は当然できないということです。

三つ目としては、医療機関の意向を踏まえた対応をとということで、意向調査が意味を持つこととなります。医療機関は、病状、医療の必要度、

地域ケア体制整備の基本的方向

- 超高齢社会における共生・協同の地域ケア体制の実現
- 高齢者のQOLの向上と疾病予防・介護予防
- 高齢者の尊厳の保持と認知症対策の推進
- 介護保険制度の安定的な運営と介護サービスの充実

資料3

ADLの状況を踏まえた上で、国または都道府県が示した選択肢のどれを選ぶか考えるわけです。しかし、どう考えてもこの選択肢は選択するに至らないと思えば現状のままでいくことになるわけです。選択肢はそれなりに示されてはいるのですが、それを選ぶか選ばないかは、入っておられる方々のニーズ、その背景にある家族環境といったものが当然のことながら大きく影響していることは間違いありません。

四つ目としては、療養病床の再編・転換に向けた支援策の実施です。転換する上では、モチベーションを上げるためのさまざまな施策が打たれます。現実には、かなりの支援策が打たれているのです。しかし、なかなか転換が進まないのは事実です。療養病床問題は医療制度改革のかなめですから、それが現段階で見通しが立たないというのは、改革を推進する政府としては非常に深刻な問題なのです。

五つ目の患者・家族及び関係者からの相談の受け入れは、一般的には、状況を変える場合には相談を受け入れる。これは行政も相談をしっかりとある種の指導・助言を差し上げるということだと思います。

その上で、入院しておられる方々のご理解をいただくための情報提供をすることで、六つ目が住民への情報提供と啓発活動の実施になります。後期高齢者医療制度で強く反省するのはこのあたりです。説明不十分だったことが苦い経験として残っているということだと思います。（資料4）



療養病床再編の基本的なあり方

- 患者・家族の理解と納得を得た退院・転棟・転院
- 退院患者の受け皿の整備推進と充足
- 医療機関の意向を踏まえた対応
- 療養病床の再編・転換に向けた支援策の実施
- 患者・家族、及び関係者からの相談の受け入れ
- 住民への情報提供と啓発活動の実施

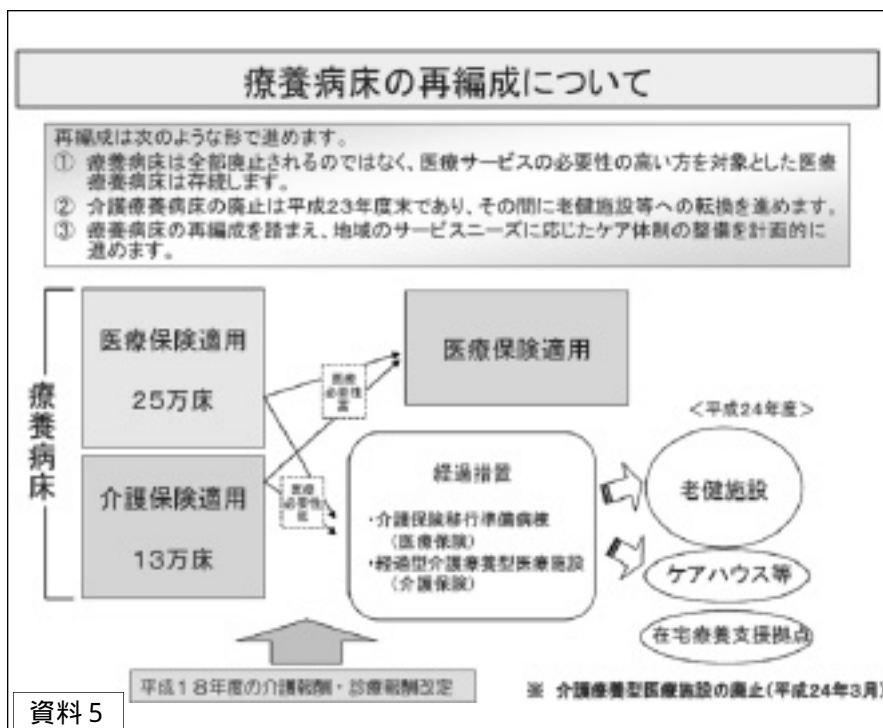
資料4

療養病床の再編成について

厚生労働省の療養病床再編の当初案には、「再編成は次のような形で進めます。療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。介護療養病床の廃止は平成23年度末で、その間に老人保健施設等への転換を進めます。療養病床の再編成を踏まえて、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます」と記され、具体的な数値としては、現在医療保険適用が25万床、介護保険適用が13万床、合わせて38万床となっています。政策の方向性としては、医療必要度の高い方々は医療保険適用の療養病床に、医療の必要性が低い方については、一定の経過措置の後、老人保健施設、ケアハウス等、在宅療養支援拠点へ移っていただく選択肢が示されたわけです。介護保険適用の13万床を平成23年度末に廃止することが唐突に出たので、強い反発も招きましたが、制度改革の基本前提としては政策決定をせざるを得ない背景があったということです。平成18年度の介護報酬・診療報酬の改定ですが、相互に連携をとりながら政策転換・経済誘導をしてきたということです。(資料5)

各都道府県の療養病床の目標数(平成24年度0案)

平成20年度を初年度にした5カ年計画の最終目標が改めて設定され、回復期リハビリテーション病棟を含めて医療療養病床18万床を掲げています。つまり、25万床(医療保険適用)と13万床(介護保険適用)の合計38万床が18万床まで削減可能かどうか問われる政策目標であり、療養病床がどこまで再編可能かが今日的な課題になっているということなのです。さまざまな議論がある中で、平成20年度に第1期医療費適正化計画が開始され、24年度には、医療療養23万床と介護療養12万床を合わせた35万床(平成18年度)を18万床に削減し、残りは老人保健施設、ケアハウス等、在宅療養支援拠点に移行させるべくさまざまな施策が準備されたということです。(資料6)



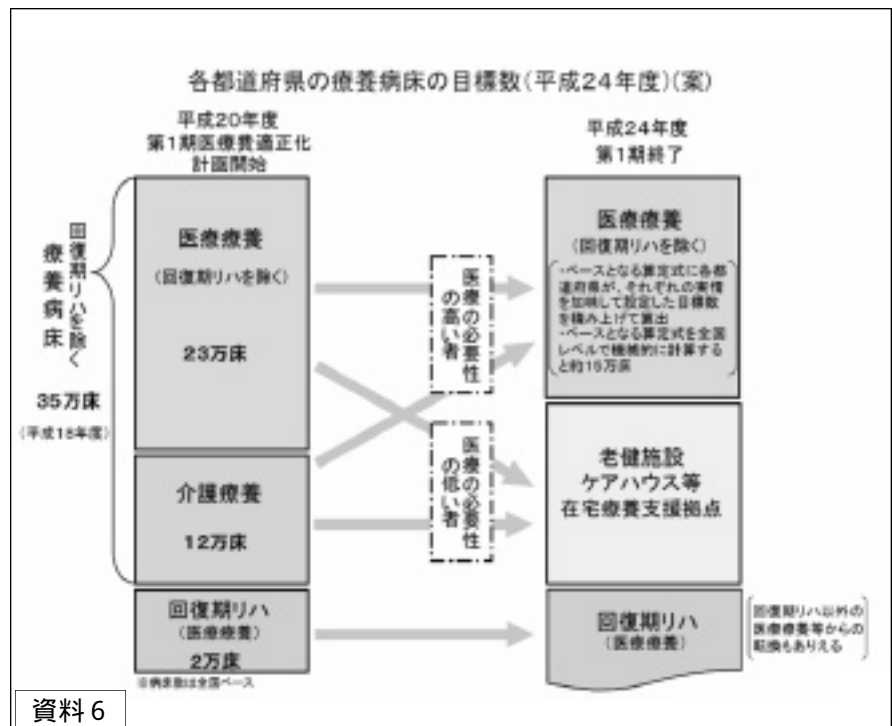
(厚生労働相制度改革関連資料)

介護保険では、要支援・要介護という形で区分認定をしてきました。当初は、要支援を1段階、要介護を5段階で分けてきました。それが2006年の改正で、要支援は2段階に、要介護の5段階の区分点も変わりました。要支援・要介護認定者の出現予測は、65～74歳の方々が4.5%、75歳以上の方々は30%とこれまでの運用の中では示されています。ただ、75歳以上の方々はこれから急速にふえるのです。その中で、要支援・要介護認定者が今後膨大にふえることを見越して区分点を変えたという背景があります。介護予防というキーワードをしっかりと埋め込んで新しい制度運用をしているのが今の段階です。しかし、新しい介護報酬体系の中で、介護老人保健施設あるいは介護老人福祉施設の運用が非常に厳しいことはよく知られたことです。介護福祉士の方が定着しないなど、基本的な人材が集約できないことが指摘されています。介護関連の人材の流出・流動化の中で非常に苦しんでいるところがあります。

介護施設・居住系サービスの需要見通しをしっかりと立てなければこれからの地域ケア体制の設計ができないわけです。基本の認識としては、要介護2～3の方々は減って、要介護度4～5の重介護の方々が圧倒的にふえたと言っていると思います。そういう部分の受け皿をどうするのか、本当に在宅でお世話ができるのかという問題は、介護関係者のかねてからの論点です。療養病床を再編する上で、何床まで削減・転換できるかは受け皿の整備状況で違ってきます。当該地域の高齢化の状況、地域ケア体制がどこまで整備されているかといった要因でも違ってきます。また、単独世帯なのか、夫婦のみ世帯なのか、家族と一緒に暮らしているのかといった要素でも違ってくるとい

とです。このような世帯のありようによっても地域ケアの受け皿のキャパシティは、地域によって違うわけです。地域特性そのものなのです。療養病床は、こういったさまざまな要素に大いに左右され、お互いに影響し合って相互の関係が決まるわけです。このように療養病床再編問題は要因が非常に複雑で多岐にわたっていますので、しっかりと一定の方向づけをしていく行政の適切な施策は重要だということです。

療養病床の今後の役割は、ADL（日常生活動作能力）の低下に対応することとは基本的に別のものなのです。人工呼吸器装着、喀痰吸引、チューブ栄養等の医学的管理の必要度に応じて区分されるものなのです。診療報酬上は医療必要度を3段階に分けています。当初は、療養病床の半数程度は医療区分1という基礎調査があったため、半数は介護施設へ移っていただきましょうという判断だったのですが、その後の運用の実態から、医療区分2のうちの3割程度を転換対象に追加することになったわけです。背景に財政的な医療費の削減目標があって、それにつつまを合わせるために、医療区分1だけではなく医療区分2のうちの3割も医療療養から外していかざるを得ないということがあったのではないかとされています。つまり、医療療養病床は、医療区分1と医療区分2の



(厚生労働相制度改革関連資料)

3割は外し、医療区分2のうちの7割と医療区分3を受け入れましょうということなのです。それが38万床を15万床に削減する考え方だったわけです。

(資料7)

療養病床の現状と地域特性

平成18年のデータでは、療養病床は全国で38万床、介護療養病床は12万床、医療療養病床は26万床でした。

医療必要度の3区分とADLの3区分で九つのマトリックスをつくりますと、医療療養病床の医療区分1は当初の50%の想定に反し37%という

数値が出てきたのです。そして、医療区分2は46%、医療区分3は18%となり、転換の基準が揺らいだことに関係者からはさまざまな批判が出たわけです。しかし、絶対的な適正区分点があるわけではないので、議論が繰り返されて今日まで来ています。(資料8)

介護サービス需要の予測

- 介護保険の要支援・要介護認定者数の推定
 - 前期高齢者(65~74歳)の4.5%程度の出現率
 - 後期高齢者(75歳以上)の30%から今後漸増
- 介護施設・居住系サービスの需要見通し
 - 中重度化へのシフトにより増加
 - 地域ケア体制・受け皿整備状況により変動
 - 単独世帯・夫婦のみ世帯・その他の世帯により変動
- 国が示した達成すべき療養病床の整備(転換)目標
 - 医療療養病床から医療区分1と医療区分2の3割を削減
 - 介護療養病床の区分3と区分2の7割を医療療養へ転換

資料7

療養病床の現状と地域特性

- 療養病床数と介護療養病床・医療療養病床(h18.3月)
 - 全国で38.5万床、介護療養12.2万、医療療養26.2万
 - 病床利用率:介護療養92.7%、医療療養88.3%
- 高齢者人口(65歳以上)10万当たりの療養病床数
 - 全国平均:約1500、東京・神奈川:900前後、高知4000
- 医療療養病床の医療区分とADL区分(h18.10月)

(%)	ADL1	ADL2	ADL3	合計
医療区分1	15	12	10	37
医療区分2	9	16	21	46
医療区分3	2	4	11	18
合計	26	32	42	100

資料8

施設・居住系サービスの種類

介護保険施設には、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の三つがあります。

介護専用型居住系サービスにも幾つかの施設があります。認知症対応型共同生活介護施設はグループホームです。介護専用型特定施設（定員30人以上）は要介護認定者専用の施設です。地域密着型特定施設（定員29人以下）は地域密着型介護サービスの枠組みの中で小規模に運用される施設です。特定施設には、有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）、養護老人ホーム、適合高齢者専用賃貸住宅等が定義されます。これらを念頭に置いて転換先となる介護施設・居住系サービス建築関連のさまざまな検討や取り組みが期待されています。（資料9）

療養病床の転換意向調査

平成18年、国は、地域ケア体制整備指針を出す段階で全国にモデル地区を設定し、その中で療養病床を運営している開設者に転換意向調査を実施しました。その結果は、医療療養の病院は、医療療養のままだが63.0%、一般病床へが6.0%、介護保険施設等が3.0%、廃止が0.5%、未定が27.0%でした。また、既に介護療養を運営している病院は、

医療療養へが23.0%、一般病床へが4.0%、介護療養のままだが11.0%、介護保険施設等が10.0%、廃止が0.7%、未定が38%でした。

県レベルでも同様の転換意向調査が実施されています。K県の昨年の調査の場合は、医療療養の病院では、医療療養のままだが93.0%、一般病床が4.0%、介護保険施設等が0.0%、廃止も0.0%、未定が3.0%という結果でした。また、現に介護療養を運営している病院は、医療療養へが56.0%、一般病床へが4.0%、介護療養のままだが36.0%、介護保険施設等が6.0%、廃止が0.6%、未定が0.0%となりました。これらの結果を見ると、国の転換方針は受け入れられておらず、さまざまなニーズや、入所者の意向、そして医療機関の意向は当面は転換を望んでいないということになると思います。平成20年度に関連法制が実施の段階に至るにつれて意向がどう変わるか、2回目の調査を実施したのですが、医療療養について、医療療養のままだが86.0%、一般病床が6.0%、介護保険施設等が1.0%、廃止が0.0%、未定が7.0%となりました。また、介護療養については、医療療養へ転換が45.0%、一般病床が5.0%、介護療養のままだが34.0%、介護保険施設等が8.0%、廃止が0.7%、未定が7.0%となりました。要は、1年たったけれども、そう大きな変動はなかったということなの

施設・居住系サービスの種類

- 介護保険施設
 - － 特養ホーム・介護老健施設・（介護療養型医療施設）
- 介護専用型居住系サービス
 - － 認知症対応型共同生活介護
 - － 介護専用型特定施設（定員30人以上）
 - － 地域密着型特定施設（定員29人以下）
 - * 要介護者でない者も入居可能な混合型特定施設もあり
 - * 特定施設：有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）、養護老人ホーム、適合高齢者専用賃貸住宅の指定施設

資料9

です。そして、平成24年度までにどう転換したいかという調査では、介護療養は平成24年度に廃止ですから選択できないことが前提になるわけですが、医療療養の方は、医療療養のままが84.0%、一般病床が6.0%、介護保険施設等が1.0%、廃止が0.0%、未定が9.0%となりました。また、介護療養の方は、医療療養が62.0%、一般病床が6.0%、介護保険施設等が10.0%、廃止が0.7%、未定が21.0%となりました。つまり、介護療養病床がなくなるのだったら医療療養へ行きたいという意向が多かったということです。

福祉医療機構が民間の医療機関（一般病床16.0万床、医療療養7.7万床、介護療養3.2万床）を対象に1月に調査を実施しました。今後5年程度での改修・施設整備予定の有無を聞いたところ、予定ありは39.0%、予定なしは50.0%、できないが11.0%との結果が出ました。また、療養病床の施設整備予定病院に転換先を聞いたところ、老人保健施設が38.0%で前年度比10.0%減、医療療養が28.0%で前年度9.0%減となりました。転換に向けた課題としては、収支見込みについてが67.0%、転換先種類についてが50.0%、職員問題についてが48.0%という結果が出ています。

介護施設への転換を促進するさまざまな方策の中で期待が持たれたのが介護療養型老人保健施設です。福祉医療機構の調査では、介護療養型老人保健施設の動向を見極める82.0%という結果が出ています。つまり、介護療養型老人保健施設の介護報酬を見極

め、一定程度の経営見通しが立つ場合にはそちらへ転換しようという考え方が大部分だったわけです。

こういった中で、転換に向けた建築費用は5億円未満という回答数値が出ているということです。（資料10,11,12）

療養病床の転換意向調査 (1)

- 平成18年10月の第1回全国調査結果（h23年度末まで）
 - 医療療養病床：医療療養のまま63%、一般病床へ6%、介護保険施設等3%、廃止0.5%、未定27%
 - 介護療養病床：医療療養へ23%、一般病床へ4%、介護療養のまま11%、介護保険施設等10%、廃止0.7%、未定38%
- K県の場合
 - 医療療養病床：医療療養のまま93%、一般病床へ4%、介護保険施設等0%、廃止0%、未定3%
 - 介護療養病床：医療療養へ56%、一般病床へ4%、介護療養のまま36%、介護保険施設等6%、廃止0.6%、未定0%

資料10

療養病床の転換意向調査 (2)

- 平成19年8月の第2回のK県調査結果（h23年度末まで）
 - 医療療養病床：医療療養のまま86%、一般病床へ6%、介護保険施設等1%、廃止0%、未定7%
 - 介護療養病床：医療療養へ45%、一般病床へ5%、介護療養のまま34%、介護保険施設等8%、廃止0.7%、未定7%
- 同；平成24年4月1日における転換意向
 - 医療療養病床：医療療養のまま84%、一般病床へ6%、介護保険施設等1%、廃止0%、未定9%
 - 介護療養病床：医療療養へ62%、一般病床へ6%、介護保険施設等10%、廃止0.7%、未定21%

資料11

療養病床の転換未定の理由

転換未定の理由としては、転換後の経営見通しが不透明35%、転換先の介護施設等の医療提供のあり方が不明確17%、転換先の介護施設等の基準・報酬が不明確10%、転換に伴う施設改修等に費用がかかる7%、転換先の施設基準を満たすことが難しい17%、地域の整備枠がない4%などが挙げられます。（資料13）

医療費適正化計画に見る療養病床数等

介護保険制度の枠の中で介護施設には参酌標準があります。介護給付当事者の年齢構成などを念頭に、3施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）には人口構成に応じて施設数の上限を設定しているのです。こういった参酌標準があっては、老人保健施設に転換する

療養病床の転換意向調査 (3)

- 平成20年1月の福祉医療機構調査結果(2278民間病院、37万床)
 - － 一般16万床、医療療養7.7万床、介護療養3.2万床
 - － 今後5年程度で、改修・施設整備予定あり:39%（前年34%）、予定していない:50%（前年42%）、できない:11%（前年25%）
- 療養病床の施設整備予定病院の転換先
 - － 老人保健施設:38%（前年48%）、医療療養病床:28%（前年19%）
 - － 転換に向けた課題:収支見込67%、転換先種類50%、職員問題48%
 - － 介護療養型老人保健施設の動向を見極める:82%
- 療養病床転換に要する建築工事費
 - － 「未定」以外のうち7割が5億円未満

資料12

療養病床の転換未定の理由

- 転換後の経営の見通しが不透明:35%
- 転換先の介護施設等の医療提供のあり方が明確でない:17%
- 転換先の介護施設等の基準・報酬が明確でない:10%
- 転換に伴う施設の改修等に費用がかかる:7%
- 転換先の床面積などの施設の基準を満たすことが難しい:7%
- 地域の整備枠がなく転換が進まない:4%

資料13

といっても参入できない。これが地域の整備枠がないということなのです。

療養病床数の見通しは、都道府県医療費適正化計画で示されます。療養病床に関する参酌標準については、医療区分1及び医療区分2の3割については療養病床から外すということです。また、高齢化が進むほどニーズがふえるわけですから、計画期間中に高齢化がどの程度進むのかも考慮しなくてはなりません。また、医療必要度の重症化予防に対する取り組みをしているかという基準もあります。一番本質的なのは、地域ケア体制整備構想の進捗の度合いです。より現実的な在宅ケアまたは在宅医療の受け皿のキャパシティーによって療養病床の転換・削減の数値は当然変わってきます。こういった参酌標準を考慮し、各都道府県は医療費適正化計画の中の数値目標を立てることになります。

5年計画終期12年度末の各県の療養病床数累積値は、日本医事新報社の調査によりますと、未策定3県を除き21万3,000床となります。国の15万床削減計画に7万床上回った数字が出ているわけです。幾ら削減目標があったとしても、国も当初から示しているように、入所者の意向と施設開設者の経営判断によって決まるということは厳然たる事実です。北海道では増減ゼロ、東京都では7,000増の数値が出ています。やはり、療養病床問題は、地域地域で自分たちの問題として一生懸命考え、それが生身の政策になっていかないと健全な解決は生まれないのです。

計画期間中に後期高齢者人口は25%増となり、さらに2030年には2,200~2,300万人になるとも言われています。こういった中で、削減、適正化、効率化が本当にできるのでしょうか。何としてでも実現するということが本当に国民のためになるのか、ここが医療制度改革の難しさです。

平均在院日数と医療費の見通しも算出されています。最短在院日数県である長野県(27日)との差をこの5年間で3分の1短縮する計画となっており、各県を平均しますと、34.3日が31.2日に短縮されるということです。費用に換算しますと、32.6兆円が31.85兆円となり、7,500億円の削減になるということです。(資料14)



医療費適正化計画に見る療養病床数等

- 療養病床に関する参酌標準
 - [医療区分1]に[医療区分2]の3割を療養病床数に
 - 計画期間中の高齢化、重症化予防、在宅移行等を考慮
- 5年計画終期12年度末の各県の療養病床数累積値
 - 未策定3県を除いて21万3千床(日本医事新報社08年4月26日号)
 - 全県で22万床の見込み、当初目標より7万床上回る
 - 5年後で北海道:増減0、東京都:7千増の計画
 - 計画期間中に後期高齢者人口は25%増(06年12月中位推計)
- 平均在院日数と医療費の見通し
 - 最短の長野県(27日)との差を1/3短縮:34.3日→31.2日
 - 適正化で32.6兆円→31.85兆円;7500億円の削減(5県未策定)

資料14

療養病床転換促進の施策

転換についてはさまざまな促進施策がとられています。経過措置としては、介護保険移行準備病棟・経過型介護療養型医療施設の創設があります。また、床面積・廊下幅の基準緩和、食堂・機能訓練室等の施設基準緩和、併設時の階段・出入り口共用可、融資条件・税制の優遇、そして、医療法人による有料老人ホーム・高齢者専用賃貸住宅の経営も可能となりました。診療報酬による在宅医療の評価も上がり、往診には診療報酬が出来高的に付加される等の配慮がされています。また、療養病床からの転換に対応した介護療養型老人保健施設の創設もされています。（資料15）

介護療養型老人保健施設の概要

介護療養型老人保健施設では、医学的管理・看取りがしっかりできるように実質的な加算を設けています。例えば、医師1人という老人保健施設の要件に加え、自分で対応できない処置などで外部から医師が対応した場合には出来高で対応することができます。さらには、24時間看護体制が6：1で確保でき、介護

配置基準についても4：1配置を加算で評価することが趣旨となっています。

施設基準の緩和については、療養室面積6.4m²を12年度以降も認める、耐火基準・エレベーター設置基準の緩和、ユニット型の介護報酬上での評価等が挙げられます。（資料16）

療養病床転換促進の施策

- 介護保険移行準備病棟・経過型介護療養型医療施設の創設、床面積・廊下幅の基準緩和
- 食堂・機能訓練室の施設基準緩和、併設時の階段・出入り口共用可、融資条件・税制の優遇
- 医療法人による有料老人ホーム・高齢者専用賃貸住宅の経営を認める
- 診療報酬による在宅医療の評価
- 療養病床から転換した「介護療養型老人保健施設」の創設

資料15

介護療養型老健施設の概要

- 医療ニーズへの対応
 - － 医学的管理・看取りに外部医師を出来高で対応
 - － 24時間看護体制を介護療養と同じ6：1で確保
 - － 介護職員4：1配置を加算で評価
- 施設基準の緩和
 - － 療養室面積6.4m²を12年度以降も認める
 - － 耐火基準・エレベーター設置基準は転換前と同じで可
 - － ユニット型を介護報酬上で評価
 - － サテライト型老健・地域密着特定施設の設置可

資料16

施設体系別の報酬額

介護療養型老人保健施設の月当たりのサービス費は、要介護5・多床室・甲地で33.4万円です。これでは経営できないということで途端に熱が冷えたところがあるように見受けられます。ちなみに、介護療養型医療施設（介護療養病床）は41.2万円、介護老人保健施設は30.8万円となっています。

（資料 17）

療養病床再編の今後の課題

介護療養型老人保健施設等の受け皿については、十分にその役割が果たせないことで、一部与党議員は基本的な施設基準の見直しを要望している状況です。医療必要度に見合った対応はとても不可能で、これが実現できなければ介護療養病床廃止の決定を撤回すべきだという声も上がっています。そのほか、有床診療所を含む小規模施設の転換をどうするのか、サテライトの設置や地域密着型小規模施設の実現可能性などさまざま

な形態が提案されていますが、見通しが不透明であり、多くが今後の課題となっています。本来の地域ケア体制のビジョンについて、国も十分に示していないし、都道府県においても描ききれていないのが実情です。一部では医療と介護を一元化すべきだという議論も改めて出てきています。

（資料 18）

施設体系別の報酬額

	介護療養	経過型介護療養	介護療養型老健	介護老健
医師配置数(人)	3	2	1+α	1
看護・介護配置	6:1、4:1	6:1、4:1	6:1、4:1	看護・介護 3:1
基本施設-(単位)/日	1,322	1,224	1,073	990
サービス費(万円)/月	41.2	38.1	33.4	30.8
自己負担分(万円)/月	9.3	9.0	8.5	8.3

* 要介護 5 多床室、甲地(1単位10.24円)として算出

* 自己負担分は、自己負担率10%に、平均的食費(1,380円/日)及び居住費(320円/日)を加えたもの

資料17

療養病床再編の今後の課題

- 介護療養型老健施設等の受け皿の抜本見直しの要望
 - 与党有志議員の同老人保健施設の基準見直し要望
 - 医師の24時間対応や看護・介護体制の強化が必要
 - 実現できないときは介護療養病床廃止の撤回要求も視野に
- 小規模病院・有床診療所等の転換の困難性
 - サテライト設置や地域密着型小規模施設転換も見通し不透明
 - 有料老人ホーム等の特定施設経営のインセンティブが働くか
 - 介護保険施設一元化や医療(病室)とのケアミックスの要望も
- 本来の地域ケア体制の構築の現実的ビジョンが不十分
 - 在宅医療・ケアとそれを支える医師・関係者の工夫を
 - 地域特性が大きいので、都道府県による柔軟な運用を
- 医療と介護のあり方の基本論に立ち戻る必要があるか

資料18

現段階では生活者たる我々一人ひとりが、地域ケアというものをほとんどイメージできない状況ではあるのですが、これも過渡期ですのでやむを得ないことかもしれません。今後、国民の総意を束ねて政治が本来の役割を果たすことが期待されるところです。