

ISSUE BRIEF

療養病床の再編

国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 590 (2007. 6. 7.)

はじめに

I 療養病床の歴史的経緯

- 1 老人医療費無料化と老人病院
- 2 特例許可老人病院・特例許可外老人病院
- 3 療養型病床群
- 4 介護療養型医療施設
- 5 療養病床
- 6 介護療養型医療施設の廃止

II 療養病床再編策の内容

- 1 療養病床の再編

- 2 療養病床の転換支援のための具体的措置

III 問題点及び今後の課題

- 1 患者区分の妥当性
- 2 医療機関の理解の醸成
- 3 介護施設における医療提供
- 4 特別養護老人ホームへの参入規制
- 5 在宅医療の普及
- 6 いわゆる「介護難民」発生の懸念

おわりに

いわゆる社会的入院の解消のため、平成 18 年の医療制度改革において、平成 23 年度末までの約 6 年をかけて、介護療養型医療施設の廃止等により療養病床が大幅に再編されることが決定した。

療養病床の再編によって行き場を失う「介護難民」が発生することが懸念されており、介護保険施設等への円滑な移行のための財政支援、施設基準の緩和等のきめ細かな施策が求められている。また、介護保険施設等に移行しても患者が必要な医療を受けられるよう、介護保険施設等における医療提供の在り方の再検討が求められている。

本稿は、療養病床の再編が問題となった経緯を振り返り、今回の療養病床再編策の内容を検討することにより、再編策の実施に当たっての今後の課題を探るものである。

社会労働課

こぬま あつし
(小沼 敦)

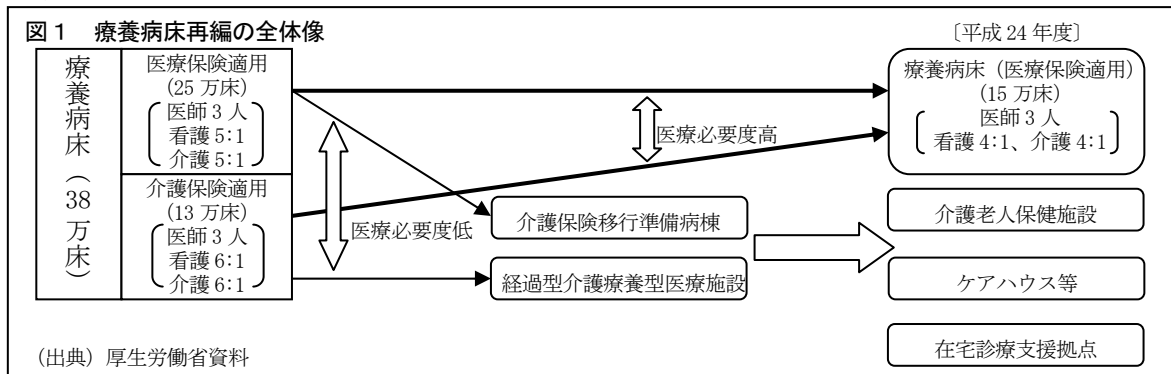
調査と情報

第 590 号

はじめに

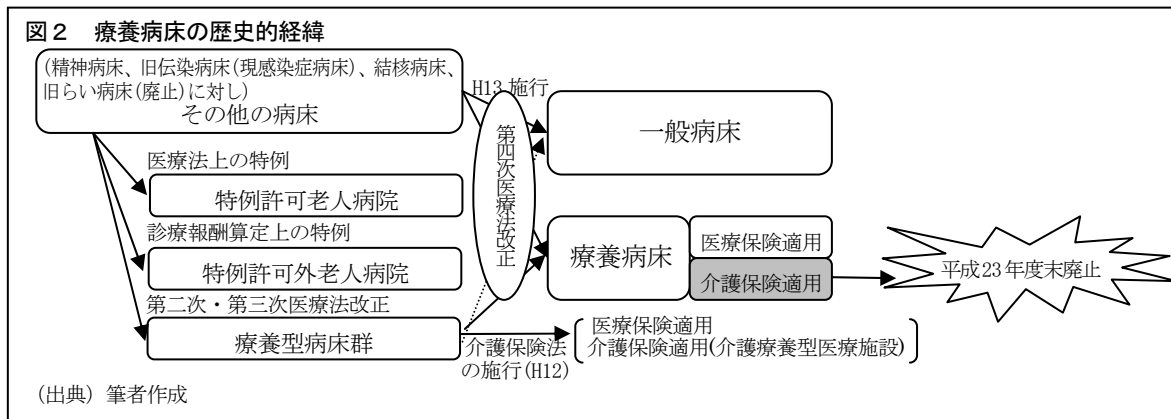
平成 18 年の医療制度改革において、療養病床が大幅に再編されることが決定した。平成 23 年度末までに、介護保険適用の療養病床（介護療養型医療施設、約 13 万床¹）を全廃し、医療保険適用の療養病床（約 25 万床²）を約 15 万床に削減するものとして（図 1 参照）、新聞報道等で大きく取り上げられたところである³。介護療養型医療施設の廃止を含む「健康保険法等の一部を改正する法律」（平成 18 年法律第 83 号）が成立し、療養病床の再編に向けた動きが進展しているが、「介護難民」の発生の懸念等、実施に当たっての課題は多い。

本稿は、療養病床の再編が問題となった経緯を振り返り、今回の療養病床再編策の内容を検討することにより、再編策の実施に当たっての今後の課題を探るものである。



I 療養病床の歴史的経緯

最初に、療養病床の歴史的由来を概観しながら、介護療養型医療施設の廃止が決定するまでの流れを追っていくこととする（図 2 参照）。



¹ 平成 17 年 10 月 1 日現在の介護療養型医療施設の病床数は 129,942 床（厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』）。もっとも、この数には、病院の療養病床（116,654 床）及び診療所の療養病床（8,521 床）のほか、病院の老人性認知症疾患療養病棟の病床（4,767 床）（医療法上は精神病床に区分される）の数も含まれている。

² 平成 17 年 10 月 1 日現在の療養病床の病床数 383,911 床（うち、病院の療養病床が 359,230 床、診療所の療養病床が 24,681 床）（厚生労働省『医療施設調査』）から、同日現在の介護療養型医療施設の病床数 129,942 床（同上）を引いた値は、253,969 床。

³ 例えば、「療養病床 6 割削減 社会的入院はなくなるか “介護難民” の受け皿課題」『読売新聞』2006. 2. 27；「入院高齢者行き場は」『朝日新聞』2006. 6. 10。

1 老人医療費無料化と老人病院

昭和 30 年代の我が国は、高齢者の増加に伴い、医療・福祉の充実が叫ばれ、経済の高度成長と国の財政力の向上を背景に、国民健康保険の実施義務化による国民皆保険の達成（昭和 36 年）や給付率の改善等により、医療保障の先進国と言い得る水準に達した⁴。昭和 40 年代前半時点での公的医療保険の給付率は、国民健康保険で世帯主が 7 割、世帯員が 5 割ないし 7 割、健康保険（政府管掌・組管掌）で本人が 10 割（ただし定額負担あり）、家族が 5 割であった。一方、岩手県沢内村や東京都のように、高齢者の医療費について独自の上乗せ給付を行う地方自治体が相次いでいた。こうした流れの中、昭和 47 年の老人福祉法改正により、70 歳以上の高齢者について一定の所得制限の下に公的医療保険の自己負担分を公費負担することが制度化された（老人医療費無料化）。これを契機に、高齢者医療費は国民医療費全体を大きく上回るペースで上昇した。高齢者が費用の心配なく医療を受けられるようになったため、必要以上の投薬や点滴・検査が行われ、医療の必要性が低いにもかかわらず介護・福祉施設の不足や家庭の事情等を理由として長期間入院させる「社会的入院」もこの頃に増えたといわれている。今日の療養病床の起源は、老人医療費無料化に伴い増加した「老人を長期間入院させる病床」にあるが、特例許可老人病院制度の発足までは、制度上の存在ではなく、その数の正確な把握は困難である。

2 特例許可老人病院・特例許可外老人病院

昭和 58 年 2 月に、老人（原則として 70 歳以上の者）にも一定の自己負担を求める老人保健法が施行された⁵。施行に当たり、長期の慢性疾患の多い老人の心身の特性にふさわしい診療報酬を設定するという観点から、「特例許可老人病院」及び「特例許可外老人病院」という制度が設けられた⁶。

特例許可老人病院は、老人慢性疾患患者をおおむね 7 割以上入院させる病院をいい、医師及び看護職員（看護師及び准看護師）の配置基準が一般病院より緩い一方、一般病院については定めのない看護補助者（介護職員（特段の公的資格は不要）を指す。以下「介護職員」という。）の配置基準が設けられていた⁷。特例許可外老人病院は、特例許可老人病院以外の病院のうち 70 歳以上の老人の入院比率が 6 割以上等の要件を満たすものについて、老人医療の適正化を図るための診療報酬上の扱いが適用される病院である。これらの病院に入院する老人の眼処置等の簡単な処置については、出来高払いではなく月単位で診療報酬を算定することとし、その過剰な実施をなくす工夫がなされていた。

3 療養型病床群

一般病院における 3 か月以上の長期入院患者が全入院患者の 4 割強を占めるにもかかわらず、特例許可老人病院等の老人病院の患者は全入院患者の 1 割強⁸にとどまった⁹。一般

⁴ 以下本節全体につき、吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社、1999. 等を参照した。

⁵ 以下本節全体につき、吉原健二『老人保健法の解説』中央法規出版、1983. 等を参照した。

⁶ 特例許可老人病院の根拠規定は旧医療法第 21 条第 1 項ただし書であった（都道府県知事の許可が必要）。この根拠規定は平成 12 年の医療法改正（第四次）により削除された。他方、特例許可外老人病院は、医療法上の根拠はなく、単に老人診療報酬の算定に当たっての基準であった。

⁷ 入院患者 100 人の場合の人員配置基準について比較すると、一般病院は医師 6 人、看護職員 25 人。特例許可老人病院は医師 3 人、看護職員 17 人、介護職員 13 人。

⁸ 厚生省大臣官房統計情報部『患者調査 平成 2 年 上巻（全国編）』1992, p. 36, pp. 60-61.

病院には長期入院患者である老人がなお多く存在していることが推測され、両者の機能分化が十分に進んでいるとはいえない状況にあった。そこで、平成4年の第二次医療法改正により、病院の「その他の病床」に、主にこれらの患者を対象とする「療養型病床群」という類型が設けられた。その人員配置は、ほぼ特例許可老人病院並みの基準⁹とされた。

更に、平成9年の第三次医療法改正により、診療所にも療養型病床群の設置が認められた¹¹。これは、要介護者の増大等に対応して、地域の中で療養生活を送れるようにするための措置であるが、より端的に言えば、介護保険制度の創設が視野に入っていた情勢で、療養型病床群の病床数が目標に達していなかったための対応措置ということであろう¹²。

4 介護療養型医療施設

平成12年4月に介護保険法（平成9年法律第123号）が施行され、介護保険施設の一つとして、①療養型病床群（後の療養病床）を有する病院又は診療所、②介護力強化病院（医療法上の特例許可老人病院にほぼ相当）、③老人性痴呆（認知症）疾患療養病棟の3類型から成る介護療養型医療施設が位置づけられた¹³。療養型病床群は、介護保険制度創設に伴い、本来はすべて介護療養型医療施設に移行する建前であったといわれている¹⁴。ところが、介護保険料への跳ね返り等への配慮から、介護療養型医療施設に移行するものと従来どおり医療保険適用のものに分かれた。結果的には、介護保険適用の療養病床は療養病床全体の3分の1程度にとどまり（注1・2参照）、同一病院が医療保険適用の療養病床と介護保険適用の療養病床を併有する例も多く、両者の位置づけは不明確なものとなった。

5 療養病床

療養型病床群制度の創設後も、療養型病床群に移行せずに慢性疾患高齢者の長期入院に用いられている「その他の病床」が相当数あり、病床の機能分化は不十分との指摘がなされてきた¹⁵。そこで、平成12年の第四次医療法改正により、療養型病床群を廃止し、従来の「その他の病床」が、それぞれ急性期・慢性期の患者への対応を念頭に置いた「一般病床」と「療養病床」に区分された。療養病床の人員配置基準は旧療養型病床群と同様とし、一般病床の看護職員の配置基準を引き上げることにより両者の区別の明確化が図られた¹⁶。更に、特例許可老人病院制度も廃止され、長期入院患者の療養病床への集約化が図られた。

病院については、従来の「その他の病床」を一般病床ないし療養病床のどちらかに振り分

⁹ 以下本節全体につき、厚生省健康政策局監修『改正医療法のポイント』第一法規出版, 1993、厚生省医療法制研究会監修『第三次改正医療法のすべて』中央法規出版, 1998. 等を参照した。

¹⁰ 入院患者が100人の場合、医師3人、看護職員17人、介護職員17人。

¹¹ なお、診療所は、患者を入院させて本格的な医療を行うことを本旨としない施設であることから、やむを得ない場合を除き48時間を超えて入院させないよう努めなければならないこととされており（旧医療法第13条）、長期入院を想定した療養型病床群は本来診療所にはなじまないはずであった。その点との整合性を図るため、療養型病床群に入院している患者については、この診療所の努力義務を解除する扱いとした（旧医療法第13条ただし書。その後、第五次医療法改正（平成18年）により、この「48時間ルール」自体が撤廃された）。

¹² 川渕孝一「医療提供体制改革の全貌解明と将来予測」『医療経営白書 2006年度版』2006, p. 41.

¹³ 特例許可老人病院が第四次医療法改正により廃止された（平成13年3月1日）ことに伴い、介護力強化病院も平成15年3月末に廃止された。したがって、現在、介護療養型医療施設は上記①と③の2類型から成る。

¹⁴ 池上直己「療養病床の将来—慢性期入院医療実態調査からの課題」『社会保険旬報』2284号, 2006. 7. 1, p. 14.

¹⁵ 以下本節全体につき、医療法制研究会監修『概説 第四次改正医療法』中央法規出版, 2002. 等を参照した。

¹⁶ これにより、入院患者100人の場合の主な人員配置基準は、それぞれ次のようになった（旧その他の病床が200床未満の病院に係る5年間の経過措置が終了した平成18年3月以降）。一般病床：医師6人、看護職員34人。療養病床：医師3人、看護職員17人、介護職員17人。

けるのかは医療機関の判断にゆだねられ、平成 15 年 8 月末までに都道府県知事に届け出ることとされた。それまでの間は、従来の「その他の病床」は、新医療法に基づいて届け出た①一般病床及び②療養病床のほか、未届出の③旧療養型病床群及び④旧その他の病床（療養型病床群を除く。）の 4 類型が并存していた。診療所については、平成 13 年 3 月 1 日をもって、従来の療養型病床群の病床がそのまま療養病床に移行することとされた。

6 介護療養型医療施設の廃止

健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年）において、介護療養型医療施設の廃止を内容とする介護保険法の改正が盛り込まれた（平成 24 年 4 月施行）。

以上のように、我が国の急速な高齢化に伴ういわゆる「老人病院」問題は、財政論も相まって、30 年以上に及ぶ複雑な経過をたどって今日の療養病床再編問題に行き着く。

II 療養病床再編策の内容

1 療養病床の再編

（1）再編策の基本的考え方

中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）の資料（平成 17 年 11 月 11 日）¹⁷によると、療養病床の入院患者のうち、医師による直接の医療提供をほとんど必要としない者がおおむね 5 割となっており、この点は医療保険適用と介護保険適用とで大きな違いがなかった。このような前提に立ち、①療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サービス、又は介護老人保健施設等で受け止めることで対応する、というのが、厚生労働省の示した療養病床再編策の基本的な考え方である¹⁸。

（2）平成 18 年度診療報酬改定（医療区分及び ADL 区分の導入）

医療療養病床に入院する患者に係る診療報酬は、従来は、日常生活障害加算等の加算措置を除いた基本料を一律とする評価であったが、平成 18 年 7 月から、医療必要度及び日常生活動作能力（ADL）の程度による 9 つの患者分類に基づく 5 種類の包括評価に改められた。次頁の表 1 に示すとおり、医療必要度の高い患者については評価が引き上げられる一方、医療必要度の低い患者については評価が引き下げられた¹⁹。

（3）介護療養型医療施設の廃止等

平成 23 年度末をもって介護療養型医療施設が廃止される。また、平成 24 年度から、療養病床に係る看護職員・介護職員の配置基準が、各々入院患者 4 人に対し 1 人（4 対 1）となる²⁰。現在各々 6 対 1（診療報酬上は各々 5 対 1）であるから、かなりの引上げとなり、療養病床には医療必要度の高い患者を集約化していくことが求められている。

¹⁷ <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1111-3.html>>

¹⁸ <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/ryouyou01b1.pdf>>

¹⁹ 中医協の慢性期入院医療の包括評価分科会の会長として表 1 の診療報酬点数の前提となる患者分類の作成に関与した池上直己氏も、「764 点という点数は、老人保健施設の介護報酬の点数より低く、確実に不採算」と指摘する（池上前掲注 14, p. 18.）。このような低い診療報酬点数となったのは、医療区分 1 の患者については介護施設等で対応するのが本来の在り方という判断に基づくものである（宇野裕「療養病院の経営問題」『社会保険旬報』2300 号, 2006. 12. 11, p. 21.）。

²⁰ 本則上は平成 18 年 7 月から既に 4 対 1 となっているが、平成 23 年度末までは従前の例によることが許されている（医療法施行規則の一部を改正する省令（平成 18 年厚生労働省令第 133 号）附則第 2 条）。

表1 医療療養病床への入院に係る基本料の見直し（病院）

<平成18年6月まで>

<平成18年7月から>

療養病棟入院基本料1	(若人)1,187点 (老人)1,130点	ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
療養病棟入院基本料2	(若人)1,117点 (老人)1,060点	ADL区分2	764点		
特殊疾患療養病棟入院料1	1,943点	ADL区分1		1,220点	
特殊疾患療養病棟入院料2	1,570点		医療区分1	医療区分2	医療区分3

(出典) 筆者作成

(注1) 「医療区分3」は、スモン、医師及び看護職員による常時の監視・管理を実施している状態、中心静脈栄養を実施している状態、24時間持続して点滴を実施している状態、人工呼吸器を使用している状態等の患者。「医療区分2」は、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症その他の難病、筋ジストロフィー症、経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われておりかつ発熱又は嘔吐を伴う状態、1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態等の患者。「医療区分1」はこれら以外の患者。
 (注2) ADLについては、ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目についての自立性を0～6点(自立、準備、観察、部分的な援助、広範な援助、最大の援助、全面依存・本動作無し)で評価し、その合計点により3区分を行う。
 (注3) 医療区分2・3の患者が8割以上の病棟の場合、入院患者100人当たりの看護職員が25人(4対1)、介護職員が25人(4対1)であること等、他の病棟よりも手厚い人員配置が求められている。
 (注4) 療養病床としての特殊疾患療養病棟入院料1・2の算定は平成18年6月30日で終了し、同年7月1日から医療区分・ADL区分に基づく新たな療養病棟入院基本料が適用されている。これについては、平成20年3月31日までの間は、本来医療区分1ないし2に該当するような神経難病等の患者について、医療区分2ないし3とみなす経過措置が講じられている。

(4) 介護保険移行準備病棟・経過型介護療養型医療施設

(2) で見たように、医療区分1の患者を多く抱える医療機関は大幅な減収が見込まれることから、平成18年6月末において医療区分1の患者が6割以上入院している医療療養病棟については、介護老人保健施設等への移行準備計画を提出していること等を要件に、平成24年3月末までの間に限り、「介護保険移行準備病棟」として、療養病棟入院基本料を算定できる経過措置が置かれた²¹。介護保険移行準備病棟の人員配置基準は、入院患者100人当たり、医師2人、看護職員12人、介護職員23人²²と、従来の療養病床と比べると、医師及び看護職員は薄く、介護職員は手厚くなっており、医療区分1の患者に係る入院基本料の設定内容と併せてみれば、名称どおり介護保険施設移行の促進措置と見ることがができる。

平成18年度介護報酬改定でも、平成23年度末の介護療養型医療施設の廃止を前提に、他の介護保険施設への移行を念頭に置いた「経過型介護療養型医療施設」を創設し、介護保険移行準備病棟とほぼ同様の人員配置基準を設けた(入院患者100人の場合、医師2人、看護職員13人、介護職員25人)²³。

(5) 目標達成のための各種計画等

(i) 医療費適正化基本方針・医療費適正化計画

高齢者の医療の確保に関する法律(旧老人保健法)の施行(平成20年4月)に伴い、国は医療費適正化基本方針及び全国医療費適正化計画を、都道府県は都道府県医療費適正化計画を、それぞれ策定しなければならず、現在その準備が進められている。平成19年4月12日の社会保障審議会医療保険部会において厚生労働省が提示した基本方針案によると、各都道府県における平成24年度末(第1期計画期間満了)時点での療養病床の目標数は、表2のような方法で設定するとしている。

²¹ 基本診察料の施設基準等(平成18年厚生労働省告示第93号)第十一の五。なお、療養病棟入院基本料を算定できるといっても、医療区分1の患者については表1のとおりかなり低いものとなっている。介護保険移行準備病棟に移行して医療関係の人員を減らしたとしても経営上困難との見解がある(猪口雄二「療養病床の今後と介護保険施設のあり方」『月刊保険診療』1405号, 2006.8, p.13.)。

²² 医療法施行規則第52条。

²³ 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第41号)附則第18条。

表2 都道府県医療費適正化計画における療養病床の病床数の設定方法

- ① 各都道府県における $a - b + c$
- a 医療保険適用の療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下「医療療養病床」という。）の現状の数（平成18年10月）
 - b 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数（平成18年10月）
（医療区分1）＋（医療区分2の3割）
 - c 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数（平成18年10月）
（医療区分3）＋（医療区分2の7割）
- ② 都道府県は、①の数を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれの都道府県における実情を加味して設定する。
（出典）厚生労働省資料

都道府県は、この算式等に基づき、平成18年の病院報告等の最新の数値を用いて目標数を決定し、都道府県医療費適正化計画に盛り込む。国はそれを踏まえて全国医療費適正化計画における全国ベースでの療養病床の目標数を決定する。なお、厚生労働省は、①の算式を全国レベルで機械的に計算すると約15万床（平成24年度末）になるとしている²⁴。

(ii) 医療計画

第五次医療法改正（「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（平成18年法律第84号））により、都道府県が医療計画で定める内容が大幅に見直され、現在各都道府県において、新たな医療計画の実施（平成20年度）に向けた作業が行われている。療養病床の基準病床数に関して医療計画に定めるべき項目自体についての実質的変更はないが、療養病床の再編の内容を踏まえた基準病床数を定める必要がある。

(iii) 介護保険事業基本指針及び介護保険事業（支援）計画

介護保険法に基づき、市町村が介護保険事業計画を、都道府県が介護保険事業支援計画を、また、国はこれらの計画の基本となる事項を定めた介護保険事業基本指針を、それぞれ策定している。基本指針では市町村がサービス供給量の見込みを定めるにあたっての標準（参酌標準）を定め、これに基づいて市町村及び都道府県はそれぞれの区域内のサービス供給量の見込みを策定している。現在は第3期（平成18～20年度）の計画期間中であり、今後、第4期（平成21～23年度）の計画策定に向けた作業が行われることになる。

療養病床の再編との関係では、この参酌標準との抵触により療養病床の介護保険施設への転換を阻害することがないように配慮する必要があるが、介護保険料等に波及するため現行の第3期計画の大幅な見直しは困難であり、第4期計画における対応が重要となる。

(iv) 地域ケア体制整備指針・地域ケア体制整備構想

法律に基づくものではないが、療養病床の再編を円滑に進めるため、(i)～(iii)の諸計画等の整合性を確保した上で、いわば横断的取組としてまとめようとするものである。平成19年4月17日、厚生労働省は「地域ケア体制の整備に関する基本指針（案）」²⁵を発表した。それによると、都道府県は、地域ケア体制整備構想において、長期の将来像を踏まえた平成23年度までの介護サービス等の必要量の見通し、年度ごとの介護老人保健施設等への転換数等を記載した療養病床転換推進計画等を定めるとしている。今後、平成19年6

²⁴ これは療養病床再編を打ち出した当初の案（図1）と同じ数値であるが、表2では、図1で示した療養病床約38万床のうち回復期リハビリテーション病棟に係る病床（医療療養病床約2万床）を再編の対象から除くことが明記されていることを勘案すれば、実質的な削減数は当初案より若干後退していると見ることもできるのかもしれない。更に、表2の②の各要素を考慮すると、実際には15万床を上回ることも下回ることもありうるが、高齢化の一層の進展等を背景に15万床を上回る結果となるとみる見解が強いようである（例えば、「厚生省、医療費適正化で基本方針（案）」『週刊国保実務』2555号、2007.4.23, p.6.）。

²⁵ <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/04-3a.pdf>>

月を目途に指針を正式に決定し、これに基づいて、同年秋を目途に、都道府県が地域ケア体制整備構想を策定する予定である。

2 療養病床の転換支援のための具体的措置

療養病床の介護老人保健施設等への転換を推進するための各種措置が設けられている。また、その後も追加的措置について検討され、順次実施に移される見込みである²⁶。

(1) 将来の介護保険施設移行を念頭においた人員配置基準の緩和

介護保険移行準備病棟及び経過型介護療養型医療施設（1（4）で既述）。

(2) 介護老人保健施設等への移行の際の施設基準の緩和

療養病床と介護老人保健施設等の介護保険施設とでは施設基準が異なり²⁷、そのままでは療養病床の転換に支障を生ずるおそれがある。そこで、病院の療養病床から介護老人保健施設への転換に当たっての床面積・廊下幅の特例措置が設けられた（平成18年7月施行）²⁸。更に今後、病院の療養病床から介護老人保健施設への転換に当たっての食堂・機能訓練室の基準の特例のほか、診療所の療養病床からの転換や特別養護老人ホームへの転換についても、同様の措置が追加される見込みである。

(3) 第3期介護保険事業（支援）計画における定員枠の弾力的運用

第3期介護保険事業（支援）計画（平成18～20年度）は、療養病床の再編方針が固まる前に策定されていたことから、療養病床からの転換数を織り込んでおらず、第3期計画期間内の療養病床から介護保険施設への転換に支障を生ずるおそれがある。そこで、平成19年4月から、年度ごと・施設種別ごとに定められている定員枠を弾力化し、各年度・施設種別定員の合計の枠内であれば、それぞれの定員枠を超えても、医療療養病床から転換できることとした。また、療養病床における医療区分1の患者割合が多く、介護保険施設等に転換しなければ存続できなくなると見込まれる等の要件を満たす医療機関については、合計の定員枠を超えても、医療療養病床から転換できることとした。

(4) 医療保険財源による転換支援（対象：医療療養病床）

高齢者の医療の確保に関する法律附則に基づき、平成20年度から、病床転換助成事業が開始される。これは、療養病床から介護老人保健施設等への転換費用を公費で助成するものであり（補助単価は未定）、事業主体は都道府県、費用負担割合は国が10/27、都道府県が5/27、被用者保険が12/27となっている。

(5) 市町村交付金による転換支援（対象：介護療養病床）

平成18年度の地域空間・福祉空間整備等交付金制度の見直しによる市町村交付金のメニューのうち、先進的事業支援特例交付金（ハード交付金）が介護療養型医療施設から介護老人保健施設等への転換に活用されうる。

(6) 独立行政法人福祉医療機構からの融資制度の拡充

福祉医療機構において、療養病床を有する病院及び診療所の一時的な資金不足に対してつなぎ資金を融資している。このほか、平成19年度以降は、療養病床の転換に伴う改修等に要する資金に係る融資条件（融資率、金利等）が一般の場合よりも優遇されている。

²⁶ 詳しくは次のURLを参照。 <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/04-3b.pdf>>

²⁷ 例えば、床面積の基準は、療養病床の場合患者1人当たり6.4㎡であるのに対し、介護老人保健施設の場合は同8.0㎡、特別養護老人ホームの場合は同10.65㎡。

²⁸ 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条及び第14条。

Ⅲ 問題点及び今後の課題

1 患者区分の妥当性

平成 23 年度末における療養病床を約 15 万床にするという目標は、中医協の慢性期入院医療の包括評価分科会の調査結果を基にしている²⁹。ところが、その後の日本医師会や厚生労働省による調査では、分科会の調査結果よりも、医療必要度の低い医療区分 1 の患者の割合が小さく、医療必要度の高い医療区分 2・3 の患者の割合が大きくなっている(表 3)。

表 3 医療療養病床の患者構成比に関する調査結果の比較

(1) 中医協分科会調査 (平成 17 年 2 月実施) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/s1111-3.html>				(2) 日本医師会調査 (平成 18 年 7 月実施) <http://www.med.or.jp/nichikara/kaigo/index.html>				(3) 厚生労働省調査 (平成 18 年 10 月実施) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0312-11b.pdf>			
合計	50.2%	37.2%	12.6%	合計	42.1%	45.2%	12.7%	合計	36.8%	45.8%	17.5%
ADL3	13.9%	18.9%	9.8%	ADL3	10.9%	22.1%	9.4%	ADL3	10.1%	21.3%	10.8%
ADL2	16.7%	11.2%	1.5%	ADL2	13.3%	14.2%	2.1%	ADL2	11.8%	15.5%	4.3%
ADL1	19.6%	7.2%	1.4%	ADL1	17.9%	8.9%	1.2%	ADL1	14.8%	8.9%	2.4%
	医療 1	医療 2	医療 3		医療 1	医療 2	医療 3		医療 1	医療 2	医療 3

(出典) 各調査結果をもとに筆者作成

患者構成比の乖離は調査結果(1)と(3)において最も大きく、医療区分 1 で-13.4 ポイント、医療区分 2 で+8.6 ポイント、医療区分 3 で+4.9 ポイント(調査結果(3)の対(1)比)となっている。療養病床再編策の進展に伴い、介護療養病床・医療療養病床間での患者の入替が進んでいる可能性もあるため、調査の実施時期が遅いものほど医療療養病床における医療区分 2・3 の患者の割合が大きくなる結果となるのはある程度は想定の内とも言える。しかし、想定を超えて医療療養病床における医療区分 2・3 の患者の割合が大きくなるようであれば、診療報酬改定時に想定した当面の医療費抑制効果が圧縮されるのみならず、療養病床再編数の目標達成にも影響を及ぼす。例えば、介護保険適用の療養病床にも表 3 の(3)と同様の割合の医療区分の患者がいると仮定した上で、図 1 で示した病床数及び調査結果(3)の結果を、厚生労働省が示した算式(表 2 の①)に当てはめて計算すれば、全国ベースの医療療養病床数は約 19 万床となる(回復期リハビリテーション病棟である療養病床を含む)³⁰。更に、医療区分 1 の患者の中には相当程度の医療処置を要する者も含まれており、医療区分 2 への移行を求める主張がある³¹。このような主張に配慮するならば、当初目標の療養病床 15 万床への削減は一層困難となる。とはいえ、療養病床の再編は、数値目標先にあるのではなく、患者の医療需要を満たした上で実施されるべきことは当然であろう。

²⁹ 参議院厚生労働委員会における水田保険局長発言(参議院厚生労働委員会会議録第 3 号(平成 18 年 11 月 2 日) p. 6.)。

³⁰ $250,000 - \{ (250,000 \times 36.8\%) + (250,000 \times 45.8\% \times 0.3) \} + \{ (130,000 \times 17.5\%) + (130,000 \times 45.8\% \times 0.7) \} = 188,078$

³¹ 例えば、日本医師会は、表 3 の(2)の調査結果では、医療区分 1 の患者の少なくとも 2 割が医師から何らかの処置(喀痰吸引、胃ろうの管理、経鼻経管栄養、留置カテーテル類等)を受けているとして、これらを医療区分 2 に移行すべきと主張する(「財政中立の「再改定」を要求」『週刊社会保障』2406 号, 2006. 11. 6, p. 54.)。

2 医療機関の理解の醸成

厚生労働省は、医療機関が現在の療養病床をどの形態に転換したいと望んでいるかについて調査した(表4)。医療機関の意向がそのまま実現すると仮定して調査結果を図1で示した病床数に当てはめると、医療療養病床25万床の63.2%が医療療養病床にとどまり、介護療養病床13万床の23.4%が医療療養病床に転換することとなる。その結果、医療療養病床数は合計19万床弱となる³²。更に、「未定・無回答等」(医療療養病床の27.2%、介護療養病床の37.6%)も同様の割合で医療療養病床へ転換ないし残留すると仮定すると、平成23年度末における医療療養病床数は26万床を上回ることとなり³³、平成17年10月1日現在の医療療養病床数から逆に増えてしまう。この結果からは、療養病床再編策について、必ずしも医療機関からの十分な理解と協力が得られているとは言い難いことがうかがえる。

表4 医療療養病床・介護療養病床の転換に関する医療機関の意向(平成23年度末までの最終的な転換予定)
 <医療療養病床> <介護療養病床>

医療療養病床	63.2%	医療療養病床	23.4%
介護老人保健施設	2.3%	介護老人保健施設	20.4%
特別養護老人ホーム	0.1%	特別養護老人ホーム	0.7%
その他の介護施設*	0.5%	その他の介護施設*	12.8%
廃止	0.5%	廃止	0.7%
その他**	6.2%	その他**	4.3%
未定・無回答等	27.2%	未定・無回答等	37.6%

(出典) 厚生労働省「都道府県における『療養病床アンケート調査』結果」(平成18年10月実施)
 <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0312-11b.pdf>>

*「その他の介護施設」=「介護療養病床」「老人性認知症患者療養病床」「有料老人ホーム」「軽費老人ホーム」「グループホーム」の合計。

**「その他」=「一般病床」「老人性認知症患者治療病床」「その他」の合計。

3 介護施設における医療提供

政府の経済的誘導措置により医療機関の経営判断として療養病床を介護保険施設へ転換させることができたとしても、転換先の施設で患者が必要な医療を受けられないという事態が生じてはならないことは言うまでもない。患者の容態変化により、当該施設で対応しきれないような医療の必要が生じた場合には、迅速に近隣の医療機関への転院措置等がとられる体制の確保が望まれる。この点については、厚生労働省の「介護施設等の在り方に関する委員会」が平成18年9月から、介護施設等の入所者に対する医療提供の在り方に関する事項等について議論しており、その成果が注目される。

表5 参考・各施設の主な人員配置基準(平成19年4月現在)

	医療療養病床	介護保険移行準備病床	介護療養型医療施設	経過型介護療養型医療施設	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
医師	48対1(最低3人)	96対1(最低2人)	48対1(最低3人)	96対1(最低2人)	100対1	必要数
看護職員	5対1	9対1	6対1	8対1	併せて3対1	併せて3対1
介護職員	5対1	4.5対1	6対1	4対1	(内看護職員10.5対1)	(内看護職員50対1)

(出典) 筆者作成

³² $(250,000 \times 63.2\%) + (130,000 \times 23.4\%) = 188,420$

³³ $188,420$ 【注32の結果】 + $\{250,000 \times 27.2\% \times 63.2\% \div (63.2 + 2.3 + 0.1 + 0.5 + 0.5 + 6.2)\% \} + \{130,000 \times 37.6\% \times 23.4\% \div (23.4 + 20.4 + 0.7 + 12.8 + 0.7 + 4.3)\% \} \approx 265,812$

4 特別養護老人ホームへの参入規制

介護保険 3 施設³⁴の中で医療従事者の配置基準が最も手薄な特別養護老人ホームは、医療必要度の低い患者を多く抱える医療機関の転換先としてのメリットは比較的大きい³⁵。しかし、特別養護老人ホームの設置主体は都道府県、市町村、地方独立行政法人及び社会福祉法人に限られており（老人福祉法第 15 条）、医療法人であるというだけでは特別養護老人ホームを設置することができない。その制度趣旨は、少なくとも社会福祉法人を設立できる程度の経済的基礎を必要とすること、補助金等の特典が賦与される関係上施設の財産及び経理を私人のそれと厳密に区別する必要があること等にあるとされている³⁶。

5 在宅医療の普及

在宅医療や在宅での看取りの推進は、我が国の終末期医療の在り方を大きく変える中長期的課題であり、単に療養病床再編や医療費圧縮の観点だけで推進すべきものではない。既に平成 18 年度診療報酬改定による在宅療養支援診療所の新設等、在宅医療の推進のための措置が具体化しているとはいえ、在宅医療の普及が進んでいるとは言い難く³⁷、療養病床削減の受け皿として在宅医療に過大な期待をすることは現状では困難であろう。

6 いわゆる「介護難民」発生の懸念

医療必要度の低い患者の立場からすれば、入院していた療養病床が減床されてしまうと、患者は、新たな受入先を探さなくてはならない。総量として必要な介護施設が供給されているとしても、個別の地域や事例によっては、在宅も含め、患者にとって適切な地域での受入先が見つからない事態が生じ、いわゆる「介護難民」が発生する懸念がある。

おわりに

療養病床再編のねらいの一つに医療費抑制があるが、医療必要度の高い患者が予想より多くなる等の要因が重なれば、医療療養病床の削減数が限られるとともに、医療費抑制効果が限定的となる。他方、療養病床再編に伴い、介護保険施設数の増加や、介護老人保健施設等での医療従事者配置の充実等の施策を講ずることは、介護給付費の増加につながる。社会保障費用全体としてみた場合の抑制効果は予測し難い。結局、療養病床再編問題は、患者・利用者負担、保険料負担のみならず、税負担を含め、社会保障に係るあらゆる財政要素を考慮して解決が図られることにならざるを得ないのかもしれない。

療養病床の再編は、介護療養病床の廃止という抜本的な内容を含むものであり、日本医師会等の医療関係者の反発や患者の不安も強い。厚生労働省として当初の計画どおりの実施を貫くのであれば、再編の必要性、具体的方策等について、十分な説明を行い、関係各所の理解を得ていくことが求められよう。

³⁴ 介護療養型医療施設、介護老人保健施設及び特別養護老人ホーム。

³⁵ 例えば、佐々木龍氏（愛媛県新居浜市長）は「療養病床の転換先としては、特別養護老人ホームが一番望まれている。」と指摘している（「介護予防と療養病床再編に意見が集中」『介護保険』131号, 2007. 1, p. 17）。

³⁶ 厚生省社会局老人福祉課監修『老人福祉法の解説 改訂版』中央法規出版, 1987, p. 162.

³⁷ 例えば、川渕孝一編著『第五次医療法改正のポイントと対応戦略 60』日本医療企画, 2006, p. 65. は、「家族の介護負担の増加などを考えると、まだまだ入院したほうが家族にはトータルの負担は少ないようです。これから在宅医療が整備されていく中で家族の精神的・肉体的負担を減らすインフラ整備が必要」と述べている。