

## 医政メモ Q&A

### 介護療養病床のゆくえ

2016年11月現在、厚生労働省の社会保障審議会・療養病床の在り方等に関する特別部会で2018年3月末に廃止予定の介護療養病床の今後の在り方、廃止期限の再延長の是非を巡り議論が交わされています。また、経過措置が2018年3月末となっている25対1医療療養病床の取り扱いについても同様に議論されています。

**Q：療養病床とは？**

**A：**長期の介護・医療のケアを必要とする方のための介護保険施設（療養病床）で、医療保険の適用を受ける「医療療養病床」と、介護保険の適用を受ける「介護療養病床」に分けられます。全国に介護保険適用の介護型が約13万床、医療保険適用の医療型が約25万床あります。しかし介護療養病床は、2006年の実態調査の結果、医療療養病床と介護療養病床で入院患者の状況に大きな差が見られなかったこと、また本来は寝たきりなど介護度が高く、長期の介護や医療ケアを必要とする方の利用を想定していましたが、医療や看護を必要としない入居者、いわゆる社会的入院の受け皿になっていることが問題視されました。医療費総額抑制を主張する経済財政諮問会議による医療費適正化の議論を受け、25対1の医療療養病床や介護療養病床を2011年度末までに廃止し、20対1の医療療養病床への変換か、入居者を有料老人ホーム、グループホームなどの老健施設に転換することが2006年に決定されました。実際に廃止されるのは介護療養病床の約6万1千床で、25対1の医療療養病床の約7万6千床は転換を求められています。

**Q：その後の経過は？**

**A：**2006年に介護療養病床や25対1の医療療養病床の2011年度末廃止が決定され、2006年以降、療養型医療施設の病床数は年々減少しています。しかし25対1の医療療養病床から20対1の医療療養病床に転換することは人員面から厳しく、また介護療養病床から老健施設等への転換は経営上の問題から、あまり進んでいないことが明らかになり、介護難民の大量発生の可能性もあり、2011年の介護保険法改正の際に、廃止・転換期限を2018年3月末まで延長されることになりました。

一方、2015年度の介護報酬改定をめぐる論議の中では「医療必要度の高い要介護者も少なくない。介護療養病床が果たしている機能は今後も必要である」との意見が数多く出され、2014年11月には「療養機能強化型の介護療養病床」（機能に応じてAとBに分けられる）が新設されました。このため「介護療養病床は今後どうなるのか」という疑問の声が医療・介護現場から強くなってきており、さらには介護療養病床の再々延長を求める声も多数出てきています。また2015年度から各都道府県で策定作業が始まった地域医療構想では、在宅医療や介護施設で対応する者への医療・介護サービス提供体制に関する方針を早期に示すことが求められ、地域医療構想策定ガイドラインに関する検討会では介護療養病床だけでなく、慢性期医療および慢性期医療の提供体制に関しても議論することになりました。

**Q：厚労省案が提示した新たな選択肢、新類型とは？**

**A：**介護療養病床は一度、廃止が決まったの

ですが、老健施設等への転換が進まず、期限が延長されていましたが、2015年12月に厚労省から新たな施設であるⅠ．医療を提供できる施設で、しかも長期の療養に対応した施設である医療内包型と、Ⅱ．病院もしくは診療所があって、併設型で居住スペースが提供される施設の2類型が提案されました。

Ⅰ．医療内包型：1つの施設として一体的に医療、長期療養、住まいの機能、介護も含めて提供される施設で、医療必要度や介護必要度に合わせて2つのモデルが提案されており、

Ⅰ－（Ⅰ）：医療の必要性が高く、容体が急変するリスクがある方を対象。医療機能としては、喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理に加え、24時間の看取り・ターミナルケアができる。それから、当直体制があって夜間・休日対応ができる、もしくはオンコール体制がとれているということのポイントにしている施設。

Ⅰ－（Ⅱ）：医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定している方を対象。多様なニーズに対応する日常的な医学管理は必要。オンコール体制による看取り・ターミナルケアという体制だが当直までは求めない。

Ⅱ．医療外付型：容体が比較的安定している方が対象で、病院や診療所と同じ敷地に居住空間を併設するものです。

以上大きく分けて3種の新タイプの施設への変換を提案しています。

#### Q：日医の考え方は？

A：日医の鈴木委員は日医・四病協の合同提言として、「現行制度（経過措置）の再延長を第一選択肢とすべき」と強調しています。その上で新たな選択肢として、厚労省案と類似した（a）医療内包型（b）医療外付型—の2類型を提案して（a）の内包型は、「現行の介護老人保健施設・特別養護老人ホームより手厚い医療提供が可能な入所施設」で、当直や24時間の医療対応や看取りが可能な体制

をとるべきとしています。ただし、医療サービスについては「近隣医療機関との連携」も可能にしてはどうかとも付言しました。

（b）の外付型は、医療機関部分を適切な規模に「集約」するとともに、その他の部分に「特例的な機能」（例えば住まい機能）を持たせるという考え方で、日本慢性期医療協会の提唱するSNW（Skilled Nursing Ward、高齢者の院内住居）に近いものと言えます。

#### Q：今後の予定は？

A：社会保障審議会において、医療提供体制を議論する「医療部会」や、介護保険制度の見直しを検討する「介護保険部会」に示され、そこでさらに議論を深め、必要な法律改正案（2017年度の通常国会に提出する方向）などを策定することになります。25対1の医療療養病床を新たな施設の類型の内包型に移行させるという考え方もあります。しかし、新タイプのⅠ－（Ⅰ）は今までの介護療養病床と本質的な差はなく、わざわざ転換する意味はないと思えます。また外付型に入居している高齢者や特別養護老人ホーム、老健施設の高齢者の状態が悪化したときには、結局は救急車を呼んで高度急性期病院に搬送する可能性が高く、高額な医療費がかかり、かつ病床を埋めてしまい、本来の高度急性期病院の業務を妨げる可能性もあります。はじめから入院医療は高額だという偏見で、医療経済的な検証もせず、いたずらに制度を大きく変え、現場に負担を課すのみでかえって医療費を増やすことになる可能性もあります。例えば医薬分業も、調剤医療費など含め医療費の高騰を招き、増えた分は株式会社の運営する調剤薬局の利益に消えただけです。実際に医療費における調剤医療費の割合が急増していることがデータとして示されています。確かに以前の療養病床には社会的入院などの入院環境もありましたが、施設内での看取りができ、救急車による高度急性期病院への搬送もありません。利益重視の株式会社が運営するであ

ろう老健施設が適切な運営をするという保証は全くなく、民間であれば必ず効率が良く質の高いサービスができるはずというのも全くの偏見です。データに基づいた検証の後に政策を変えていく姿勢を望みます。一番の問題はこの介護療養病床がなくなるということが国民に全く知らされていないこと、いまだに新類型の施設的具体案、介護報酬が全く未定

で、短期間で転換がすんなりいくかどうかは全く明確ではありません。現在は独居高齢者や老々介護も多く、施設への入居を望む高齢者も多く、新類型の施設への転換がうまくいかなければ、2018年の初頭には大混乱が待ち受けると心配しています。

(政策部長 大道 光秀)