

## REPORT II

# 療養病床の再編が担う社会的入院の解消

## 30年来の「ツケ」に対してきられた急ハンドル

社会研究部門 阿部 崇  
abe@nli-research.co.jp

### 1. はじめに

2006年6月、「健康保険法等の一部を改正する法律」「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」が成立した。この二法は今回の医療制度改革の設計図であり、2003年3月に閣議決定された改革の出発点とも言われる「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」に基づいて約3年に渡り社会保障審議会を中心に検討されてきたものである。

図表 - 1 医療制度改革の概要

1. 医療費適正化の総合的な推進
  - 中長期的対応（生活習慣病対策、平均在院日数の縮減など）
  - 短期的対応（高齢者患者負担見直し、療養病床の居住費・食費の自己負担化など）
2. 医療保険者の再編統合
  - 国保・政管健保・組合健保の各保険者について、都道府県単位を軸に再編
3. 新たな高齢者医療制度の創設
  - 後期高齢者医療制度の創設
  - 前期高齢者医療費の財政調整制度の創設
4. 療養病床の再編
  - 医療療養病床を10万床削減（25万→15万床）
  - 介護療養型医療施設の廃止（13万床）

（資料）厚労省資料よりニッセイ基礎研究所が作成

医療制度改革の内容は多岐に渡る（図表 - 1）が、患者を含む医療現場に最も影響があると思われるものが「療養病床の再編」であろう。

本稿では、向こう5年間をかけて行われる「療養病床の再編」の意義および内容、そして課題について考察する。

### 2. 療養病床とは

#### （1）療養病床とは

療養病床とは、主に長期の療養を要する患者を入院させるための病床であり、現在38万床（入院患者38万人分のベッド）と全病床（180万床）の約2割を占める。今回の制度改革を機にそれらの再編が行われるが、その理解のため、まずは療養病床の歴史を追うこととする。

#### （2）療養病床の歴史

療養病床の歴史は、1973年の老人医療無料化政策にさかのぼる。現在のように老人福祉施設の供給量が十分ではなかった時代、病院は福祉施設の代わりを担い高齢者の入院が飛躍的に増大した。これが療養病床の起源でもある。診療報酬は出来高制（医療行為の実績に応じた算定）であり、「薬を出せば出すほど」「検査すればするほど」収入を得られる構造にあったため、一

部の病院では高齢者入院のための病床が収益源とされていた。

しばらくこの状況が続いたが、「薬漬け」「検査漬け」との批判を受け、1986年に診療報酬は出来高制から1日あたりの定額制に移行、さらに、1992年には療養型病床群（療養病床の前身）として医療法に位置付けられ、介護職員の配置や1床あたりの広さ（平米数）が規定されるなど、高齢者の入院環境は徐々に改善していった。もっとも、福祉施設の代替という役割は変わらず、いわゆる「社会的入院」すなわち、入院の必要性が低い患者の入院、という高齢者施策上の最大の課題は手付かずのままであった。

2000年に介護保険制度がスタートし、当時約20万床あった療養型病床群は老人病院から介護（保険）施設へと姿を変える予定であった。しかし、医療保険としての病床から介護保険施設への移行はあくまで任意であったため、介護保険施設へと変わったのは約半数に止まった。医療であれ介護であれ、「社会的入院」という状況が変わるところはなく、療養型病床群から介護保険施設への部分的移行は医療（費）から介護（費）への付け替えに他ならず、介護保険制度の創設は、課題の根本的な解決には至らなかった。

### （3）保険財政への影響

介護保険制度がスタートして6年が経過し、先述の通り、現在、療養病床（2001年医療法改正に伴い療養型病床群から名称変更）は、38万床、その内訳は医療保険病床25万床、介護保険病床13万床となっている。療養病床の入院患者に要する保険給付費は他の福祉施設等に比べ高額（1ヵ月あたりの給付は、療養病床が約45万円、福祉施設等では約30万円とされている）であり、一度膨れ上がった病床数はいずれの保険

の対象になろうと社会保険財政に重くのしかかっている。

医療費の適正化が叫ばれる中、制度改革で療養病床が取り上げられることは想像に易い。

## 3. 療養病床の再編

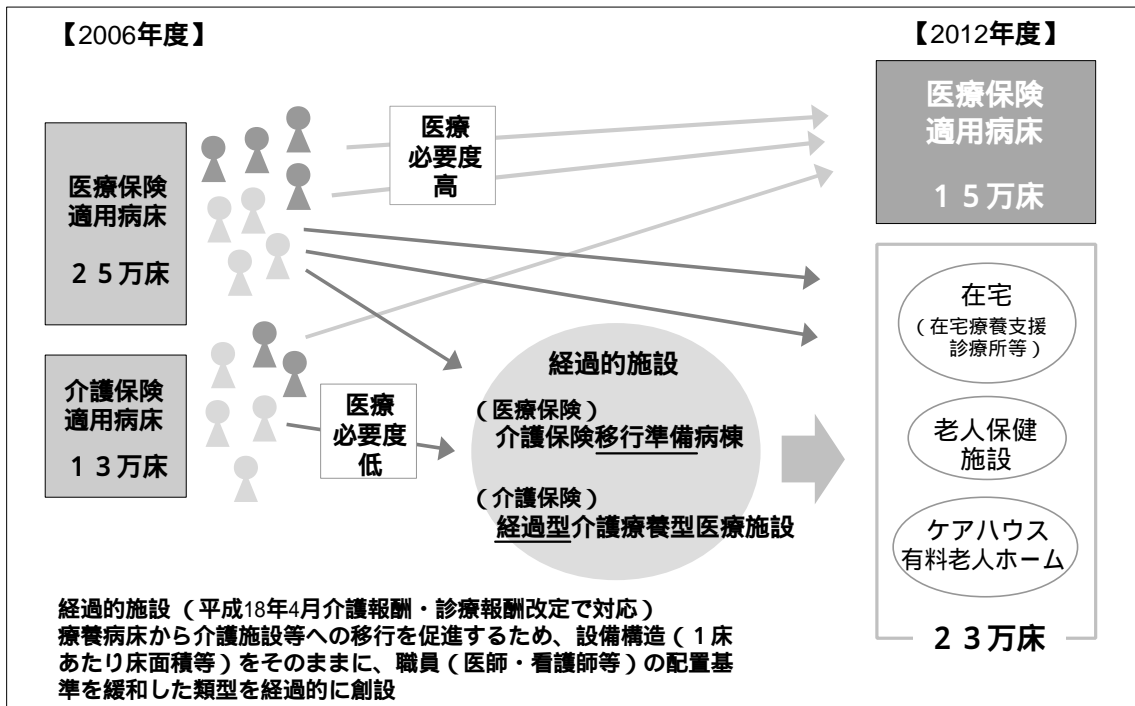
### （1）再編の全体像

療養病床の再編を一言で言うならば、「療養病床の削減」である。一般に保険給付費は病床数に比例し、そのこと療養病床にもあてはまり、病床数を減らせば、療養病床にかかる保険給付費は単純に減ると考えられたからである。

再編の骨子は、療養病床は医療の必要性が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ものとする、医療の必要性が低い患者については、病院ではなく、在宅、居住系サービス、または老人保健施設等で受け止めることで対応する（厚生労働省）というものである。具体的には、2011年度末までに、現在25万床ある医療保険給付対象の療養病床（以下、「医療療養病床」とする）を15万床に削減（10万床減）、同13万床ある介護保険給付対象の療養病床（以下、「介護療養病床」とする）を廃止（13万床減）するというものである。そして、23万床分の入院患者は、在宅や介護老人保健施設、有料老人ホーム等の介護施設へと移行することが想定されている（図表 - 2）。

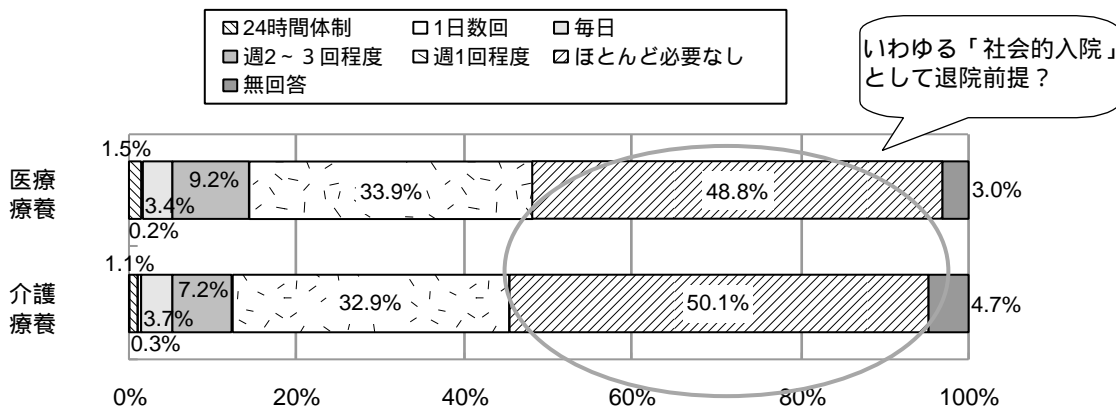
なぜ38万床から15万床への削減なのであろうか。それは、図表 - 3 に示す1つの調査結果が根拠とされている。2005年11月の中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」とする）に提出された慢性期入院医療実態調査である。ここでは、医療療養病床と介護療養病床に分け、入院患者に対して医師がどのような頻度で関わっているのかが表されており、医師の直接医療提供頻度について「ほとんど必要なし」の構成割合

図表 - 2 「療養病床の再編」の全体像



(資料) 厚生省資料よりニッセイ基礎研究所が作成

図表 - 3 医師による直接医療提供頻度



(資料) 中医協「慢性期入院医療実態調査」H17.11よりニッセイ基礎研究所が作成

が、医療療養病床では48.8%、介護療養病床では50.1%とともに約半数を占めていた。

このデータを基に、まず、両療養病床の「ほとんど必要なし」の患者の退院を前提に、介護療養病床に所在する「週1回程度」以上の入院患者(計45.2%)を、退院によって空く医療療養病床の「ほとんどなし」(48.8%)部分に移行させた上で介護療養病床を廃止、医療療養病床

においては、介護療養病床から移行した分も合わせて「週1回程度」以上の入院患者をさらに医療の必要性が高い15万人に絞るのである。

## (2) 再編の方法論

では、医療保険・介護保険の両制度において、具体的にどのような方法で再編が進められるのであろうか。

## 医療保険制度

医療療養病床は、医療の必要性が高い入院患者を対象を絞りつつ、病床数を25万床から15万床に減じていくことになる。

これについて、医療保険制度では「診療報酬による誘導」という即効性のある方法が採られた。具体的には、2006年4月の診療報酬改定において、医療療養病床の包括点数である療養病棟入院基本料を「医療の必要性による区分及びADL（日常生活動作）の状況による区分並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価を導入することとし、医療の必要性の高い患者に係る医療については評価を引き上げる一方、医療の必要性の低い患者に係る医療については評価を引き下げ（厚生労働省）」た（実施は2006年7月1日から）（図表 - 4左下）

新報酬体系では、医療（入院）の必要性の観点から患者を3分類し、1日あたりの点数に1,000点（10,000円）近い評価差を設定した。医療区分の内訳（図表 - 4、注3）をみると、医療区分3および2は現入院患者の状態に照らしても比較的重度の場合に限定され、医療区分1には現入院患者の5割程度が区分されると想定される。医療区分1の点数は従前の約75%の水準であり、療養病床のコスト（人件費等）を確保できないため、医療の必要性が低いとされる医療区分1の入院患者が多ければ多いほど病院経営は悪化してしまう。

この点数設定こそが、療養病床の再編が目指す「入院患者の入替え（医療の必要性が高い入院患者への純化）」および「介護施設等への転換」を推進する方法なのである。

図表 - 4 療養病床に関する診療報酬改定（2006年4月）

【改定前】（2006年3月31日まで）			
療養病棟入院基本料1	老人	1,151点	若人 1,209点
療養病棟入院基本料2	老人	1,080点	若人 1,138点
↓ 周知期間の確保、激変緩和のため、単純なマイナス改定			
【改定後 - 経過的期間】（2006年6月30日まで）			
療養病棟入院基本料1	老人	1,130点	若人 1,187点
療養病棟入院基本料2	老人	1,060点	若人 1,117点
↓ 療養病床の再編に向けた新しい評価（報酬）体系の導入			
【改定後 - 患者分類に基づく点数】（2006年7月1日から）			
	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点		
ADL区分1		1,220点*	
*認知機能障害加算5点 (医療区分2・ADL区分1のうち、CPS3以上について加算)			

注1 「療養病棟入院基本料1」と「同2」は、看護補助者の配置基準の違い

注2 「老人」は、老人保健の対象者（70歳以上または65歳以上の寝たきり者）

注3 医療区分は下表の通り（概略）

区分	入院患者の状態・処置
3	・医師・看護師による24時間の監視・管理体制を要する状態 ・中心静脈栄養、24時間持続点滴 など
2	・筋ジストロフィー、パーキンソン病関連、脊髄損傷 ・肺気腫、慢性閉塞性肺疾患、肺炎 ・尿路感染症、創感染 ・せん妄徴候、うつ状態 ・透析、発熱・嘔吐を伴う経管栄養、頻回の喀痰吸引 ・気管切開・気管内挿管のケア など
1	区分3、2に該当しない者

注4 ADL区分は以下の通り（概略）  
「ベッド上の可動性」「移乗」「食事」「トイレの使用」に関する0自立～6全面依存の7段階評価の合計点で分類

区分	合計点
3	ADL合計得点 23～24点
2	ADL合計得点 11～22点
1	ADL合計得点 0～10点

（資料）厚生省資料よりニッセイ基礎研究所が作成（本図表では「入院時生活療養費」の算定（2006年10月～）を反映していない）

### 介護保険制度

一方、介護保険制度では、法改正を含む制度見直しのタイミングもあいまって、「2011年度末までに介護療養病床（介護療養型医療施設）を廃止する」という大ナタが振るわれた。

大幅な病床削減、患者分類に基づく診療報酬改定というインパクトの強いテーマがあったこと、介護保険施設のあり方については従前より議論があったこと等の事情もあり、意外にもスムーズに法改正を経て5年後の廃止が決定された感がある。もっとも、介護報酬改定の議論が一段落した2005年11月に急浮上した（させた）論点であり、入院患者の受け皿（在宅サービスの充実、介護施設等の整備）の議論が十分に尽くされたかについては疑問が残る。

### (3) 再編の意義

医療保険・介護保険の両制度において療養病床の再編が進められることになるが、その効果はいかなるものなのであろうか。

療養病床の再編では、先述の通り、「医療療養病床の機能を明確化した上で、介護施設等および在宅介護の充実を図ること」が企図されている。それによって、医療保険・介護保険財源の効率化が進められ、2011年には医療給付費で4,000億円減（病床数の減少、診療報酬引き下げ等）、介護給付費で1,000億円増（介護施設等の増加、在宅サービスの給付増等）として、差し引き3,000億円程度の給付費の削減が見積もられている。しかし、老人医療費が12兆円に迫ろうとする中で、必ずしも大きな財政効果があるとは考え難い。

とすれば、療養病床の再編は、短期的な財政効果（医療費の適正化）を目指すものではなく、30年来の高齢者施策の歪み、すなわち「社会的入院」の解消に道筋をつけることにあると言えるのではないだろうか。

では、5年間という限られた期間において23万人の入院患者を在宅または介護施設等に移行させる療養病床の再編の方法論に問題点はないのであろうか。

#### (1) 療養病床から介護施設等への転換枠

療養病床23万床の削減にあたり、厚生労働省は、そのうち何割かが介護老人保健施設やケアハウス等の特定施設に転換することを想定している。

しかし、介護保険給付の対象となる介護施設等は、市町村保険者が策定する介護保険事業計画（3年を一期として5年ごとに策定、以下「事業計画」とする）において施設種類ごとにその整備量が決められているため、やみくもに整備することはできない。すなわち、事業計画上の介護老人保健施設やケアハウス等の特定施設の整備量（枠）を拡大する必要があるが、2006年から2008年までの第3期介護保険事業計画は既にスタートしており、上記の移転換計画との整合性が図られていない状況にある。例えば、介護老人保健施設の事業計画上の整備量（定員数）に現数が満ちていれば、療養病床から介護老人保健施設への転換は認められないこととなる。

ここにきて、厚生労働省は、転換のための枠について、施設種類ごとではなく介護施設等全体の総定員・病床数ベースで考えればよい、としているが、整備総数が増えない以上その効果は限定的とみられる。

#### (2) 診療報酬の再改定

医療療養病床の削減策として採られた診療報酬改定は、医療機関経営に深刻な打撃を与えか

ねない状況にある。

現入院患者の4～5割が「医療区分1」に相当すると言われる中で、医療区分1に対する点数設定（従前の約75%水準）は療養病床削減に向けた過度な政策誘導ではないだろうか。

中医協の「慢性期入院医療の包括評価調査分科会」は、医療の必要性とADLによる患者分類とそれに対して設定された診療報酬の水準は別物であるとの見解を示している。すなわち、客観的なデータによって患者は分類したが、点数設定は（療養病床の削減に向けた）政策的なものであると明言している。同分科会では分類ごとのコスト（人件費、薬剤費等の変動費のみ）の調査結果も公表したが、療養病棟入院基本料の水準や分類間の点数差についても全く乖離したものであった。

診療報酬は医療コストが適正に反映されることが大前提であり、政策目的ありきの点数設定は、医療機関が入院患者の入替えや病床削減に向けた対応をとる前に、徒らに医療機関そのものの基礎体力を奪うだけであろう。

### （3）在宅（地域）ケアの体制整備

再編が進めば、介護施設等への移行と同時に、医療の必要性が「相対的に」低い入院患者が在宅療養に移ることになる。在宅療養を支える体制、すなわち、在宅医療や介護保険の在宅サービスの適正供給に向けた受け皿作りを急がなければならない。

厚生労働省は「地域ケア整備指針」を示し、それに基づき、都道府県は地域実情に応じた「地域ケア整備構想」を策定することとされ、整備構想は、必要な在宅医療・介護ニーズを把握し、2008年度からの医療費適正化計画・医療計画、2009年度からの第4期介護保険事業支援計画に反映される予定である。

しかし、入院患者の移行は5年後に始まるのではなく既に動き出している。在宅療養を支える体制、具体的には「在宅療養支援診療所」、「24時間サービス」等の充実等、医療・介護両面からの体制整備が急がれる。

繰り返すが、療養病床の再編は30年来の高齢者施策の歪みの象徴ともいえる「社会的入院」の解消に向けた第一歩である。しかし、これまで福祉施設の代わりを担ってきた医療機関や現に入院している高齢者を中心とした患者に不利益を生じさせる進め方は許されるものではない。たった一つのグラフから「社会的入院」の患者数を想定し、その削減に突き進むような乱暴な議論はあってはならない。何をもって「医療（入院）の必要性」とするか、真摯な検討を行うのは今である。30年かけて歪んだものを調整するには、30年の歳月を要するというのが通常であろう。しかし、わが国の人口構造の変化とそれに伴う社会保障の軌道修正はそれを待ってはくれないこともまた事実である。

厚生労働省をはじめ、都道府県、社会保障審議会、中医協等すべての関係者が「今回の療養病床の再編は『急ハンドル』である」との共通認識に立って、現場の不利益を最小限に抑えることを第一義とした再編が進められることを期待する。

#### <参考文献>

- 厚生労働省「医療制度構造改革試案」2005.10
- 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見通し」2006.5
- 厚生労働省「療養病床に関する説明会資料」2006.4
- (社)日本医師会「療養病床の再編に関する緊急調査報告」2006.10
- 経済財政諮問会議 資料 2006.11
- 中央社会保険医療協議会 資料 2006.10 他
- 社会保障審議会医療保険部会 資料 2005.11 他