

❖ 地域の医療介護入門シリーズ

地域の医療と介護を知るために—わかりやすい医療と介護の制度・政策—

第32回 平成18年の医療制度改革（2）

2 療養病床の再編成

(1) 第四次医療法改正と療養病床

療養病床の再編成について説明する前に、まず療養病床制度が導入された第四次医療法改正について触れたいと思います。

第二次（平成4年）および第三次（平成9年）の医療法改正は、特定機能病院や地域医療支援病院といった制度の導入により、医療機関の機能分化を進めることが中心でした。病床については、第二次医療法改正で、病院病床について療養型病床群制度が導入され、第三次医療法改正では、この療養型病床が病院だけでなく有床診療所でも保有できるように改正されたにとどまっていた。これに対し、第四次医療法改正では、厚生省は、病床における機能区分を進める方向で検討を進めました。

当時、病院病床は、精神病床、伝染病床、結核病床、一般病床（医療法上は「その他病床」）の4つに区分され、数としては、全病院病床数の4分の3が一般病床でした（平成9年時点で、一般病床数は、全病院病床数の76.0%）^{注1)}。

行政改革委員会（行革審答申を踏まえた行政改革の実施状況を監視する機関として設置）の規制緩和小委員会最終報告書（平成9年12月）では、この一般病床について、病床が急性期と慢性期と未分化のまま漫然一体として整備されている一方で、福祉施設の介護用ベッドが不足し「社会的入院」が発生している状況には問題があるとして、患者の病状に応じた効率的な医療が提供できるよう、急性期と慢性期に区分した上で必要病床数を決めていくべきと指摘し、与党医療保険制度改革協議会からも同様の指摘がされていました^{注2)}。

これを受けて、厚生省は、「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」と「必要病床数等に関する検討会」という2つの私的検討会を設けて検討を行い、平成10年に両検討会から報告書が出されました。

「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」報告書は、病院の一般病床を、平均在院日数を基準として、以下に掲げる「急性期病床」と「慢性期病床」に区分し、それぞれについて人員・設備基準を定めることを提言しました。

・急性期病床

主として、急性期医療を必要とする患者または亜急性期医療を必要とする患者に対し一定期間の集中的な医療を提供して、患者の状態の改善を図る病床

・慢性期病床

主として、慢性期医療を必要とする患者に対し長期間にわたり医療を提供する病床
なお、人員・設備配置基準については、急性期病床は一般病床を参考にして、慢性期病床は療養型病床群を踏襲して設定することとされました^{注3)}。

また、「必要病床数等に関する検討会」報告書は、「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」報告書による病床区分を前提として、医療計画で定める必要病床数の算定方法として、急性期病床については入院件数および平均在院日数を用い、慢性期病床については、全体の必要病床数から急性期の必要病床数を引いた数とすべきとしました。そして、この算定において、急性期病床に用いられる平均在院日数については、都道府県間の格差の是正を図る観点から、平均在院日数が全国値より高い都道府県は全国値を、低い都道府県は都道府県値を用いるとし、これにより、急性期病床の平均在院日数の短縮化が図られる、としました。

また、この報告書では、必要病床数について、もともとは、病床過剰地域では増床抑制、非過剰地域では整備目標という性格を持っていたが、第3次医療法改正で、医療提供施設の整備目標や医療施設間の機能分担・業務分担等について定めることとされたことから、医療計画制度に

質的な側面が強化され、非過剰地域の必要病床数についても整備目標としての性格が薄れたと考えられ、その性格について再検討が必要とされました^{注2)}。

この2つの検討会の報告書を受けて、医療審議会は第4次医療法改正の議論を始めました。

日本医師会は、この病床区分により慢性期病床に指定されると、診療報酬が包括支払い制となることを見込まれるため、発症直後や病状が急に悪化した患者に対する検査や治療が大幅に制限される等を理由として、この平均在院日数による病床区分案に反対しました^{注4)}。

結局、医療審議会では、次のような結論になりました^{注5)}。

○患者の態様は様々であり、必ずしも在院期間といった一律な基準により急性・慢性といった区分を設けることは不相当であること、一般的に慢性期と考えられている患者であっても病態の変化による急性期医療が必要となること等の指摘があった。

○そこで、病床区分について、単純に急性期と慢性期といった観点で区分するのではなく、主として慢性期の患者が入院する病床である「療養病床」と、主として急性期の患者が入院する病床である「一般病床」に区分し、それぞれの病床において提供する医療サービスにふさわしい人員配置基準・構造設備基準を設定するとともに、どちらの病床区分を選ぶかについては、医療機関が届け出る。

厚生省は、医療審議会の答申を受けて、平成12年3月に、この療養病床と一般病床の区分等を内容とする第4次医療法改正法案を国会に提出し、同年11月に同法案は成立しました。

第4次医療法改正により定められた、一般病床と療養病床の人員配置および構造設備基準の概要は、表のとおりです。療養病床の人員配置基準は療養型病床群と同様であり、一般病床の看護職員の配置基準は従来よりも引き上げられました。

また、「必要病床」は「基準病床」と改称され、療養病床と一般病床の基準病床数は、それぞれの病床種別に応じ算定した数を合算することとされました。

なお、療養病床の創設に伴い、療養型病床群および特例許可老人病院（この連載の第22回で触れています）は廃止されました^{注6)}。

表 療養病床と一般病床の人員配置および構造設備の基準（概要）

区 分	療養病床	一般病床
人員配置基準	医師 48 : 1 看護婦など 3 : 1 看護婦・准看護婦 6 : 1 看護補助者 6 : 1 薬剤師 150 : 1	医師 16 : 1 看護婦・准看護婦 3 : 1 薬剤師 70 : 1
必要施設・設備	一般病床において必要な施設のほか、機能訓練室、食堂、談話室、浴室	手術室、診察室、臨床検査施設、処置室、エックス線室、調剤所等
1患者当たり病床面積	6.4平米以上	新設 6.4平米以上 既設 4.3平米以上
廊下幅	新設 1.8米以上 (両側居室 2.7米) 既存病床からの転換 1.2米以上 (両側居室 1.6米)	新設 1.8米以上 (両側居室 2.1米) 既設 1.2米以上 (両側居室 1.6米)

出典 加野弘道「第四次医療法改正について」、月刊薬事2001.2(Vol.43 No2)

(2) 介護療養型医療施設

話は少しさかのぼりますが、平成9年に制定された介護保険法では、介護保険施設の1つとして、介護療養型医療施設が設けられています。

介護保険制度を創設する際の検討では、介護保険における施設サービスとして、「特別養護老人ホーム」「老人保健施設」「療養型病床群等介護体制の整った医療施設」の3つが挙げられていました。この「療養型病床群等介護体制の整った医療施設」、具体的には、療養型病床群を有する医療機関、介護力強化病院（この連載では、第22回で触れています）、老人性痴呆（認知症）疾患療養病床の3つが、介護保険法において「介護療養型医療施設」として位置づけられました^{注7)}。

ここで、医療保険の診療報酬を受ける療養病床（医療療養病床）と、介護保険の介護報酬を受ける療養病床（介護療養型医療施設）という2つの療養病床が並立することとなりました^{注8)}。

その後、上記の第4次医療法改正により、療養型病床群は療養病床に移行し、介護力強化病院は平成15年3月末に廃止されましたので、平成18年医療制度改正が検討されている時点では、療養病床を有する医療機関と老人性痴呆（認知症）疾患療養病床が、「介護療養型医療施設」として位置づけられていました。

(3) 診療報酬における慢性期入院医療の評価の検討

平成18年医療制度改正における療養病床に関

する検討は、当初は、診療報酬の見直しの一環として始まりました。

平成15年に閣議決定された「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（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ついて）」において、「慢性期入院医療については、病態、日常生活動作能力（ADL）、看護の必要度などに応じた包括評価を進めるとともに、介護保険との役割分化の明確化を図る」と定められたことが契機となりました。

これを受けて、中央社会医療保険協議会（中医協）は、平成16年に、診療報酬専門組織慢性期医療包括評価調査分科会（以下、分科会）を設置して、慢性期入院医療の包括評価に関する調査を実施しました^{注9)}。この調査によると、医療療養病床と介護療養病床の入院患者の状況に大きな差はみられませんでした。

そこで、分科会は、この調査を踏まえ、慢性期入院患者を分類する案を作成し、調査結果とともに、中医協基本問題小委員会に報告しました。この案は、次の2つの区分により慢性期入院患者を分類するという考え方でした^{注10)}（下記区分のいずれも、「3」が最重度）。

① 医療区分

医師の指示および看護師の観察・処遇の頻度と疾患・状態・医療提供内容（処置内容）からみた区分（医療区分1～3）

② ADL区分

介護を要する程度を評価するため、患者のADL（Actives of Daily Living：日常生活動作）自立度別からみた区分（ADL区分1～3）

当時の分科会会長である池上直己氏は、慢性期入院医療の包括評価導入の狙いは、医療提供の頻度や介護がより必要な患者にはより高い診療報酬を、それ以外の患者にはより低い報酬を設定することにより、医療療養病床に医療ニーズの高い患者を、介護療養病床に医療ニーズの低い患者を集めることにより、2種類の療養病床の機能分化の推進を図ることを狙いとし、患者分類案もその一環として行ったものとするとし、介護療養病床の廃止はその後に打ち出されたものであるとしています^{注11)}。

（4）療養病床の再編成

厚生労働省は、平成17年12月に「療養病床の

将来像について」を公表しました。その概要は以下のとおりです。

①療養病床について体系的再編を行い、

ア 医療必要度の高い患者を対象とする施設として位置づけ、医療必要度に応じて診療報酬上、評価する

イ 平成24年度以降は介護報酬上の評価を廃止することを検討する。

②療養病床について、老人保健施設等への転換を進めるため、転換支援の助成や、年限を区切った経過的類型を介護報酬で評価する。

この表現はわかりにくいと思いますが、言い換えれば、療養病床については、①医療の必要性が高い入院患者に対して、より高い報酬が支払われるよう医療保険の診療報酬で措置する、②介護療養型医療施設（介護療養病床）は平成24年4月に廃止することとし、それまでの間に老人保健施設やケアハウスへの転換を進めるため、そのための改築・増築については補助する等の措置を行う、という2つの内容です。このうち①については、(3)で触れた規定の方針ですが、②については、この時点で初めて打ち出されたものです。

こうした対応により、医療療養病床は平成18年度の25万床が24年度には15万床に、介護療養病床は平成18年度の13万床が平成24年度にはゼロになると見込まれました。また、これに伴い、平成24年度段階では、介護給付費は1000億円増加するが、医療給付費が4000億円減少するので、全体で見れば3000億円減少する、と見込まれました^{注12)}。

当初は(3)にあるように、あくまで診療報酬改定を活用した医療療養病床と介護療養病床との機能分化に過ぎなかった療養病床見直しですが、どうして、療養病床の削減および介護療養病床の廃止という制度の根幹にかかる見直しにまで発展するようになったのでしょうか。

吉岡充・村上正泰（2008）は、その理由として、2つの点を挙げています^{注13)}。

1つは、平成18年診療報酬改定が過去最大幅のマイナス改定（△3.16%）になったことです。このマイナス改定は、それだけでもほぼ1兆円強規模の医療費適正化効果があるのですが、このマイナス改定で診療報酬総額が抑えられた影響で、(3)で検討されていた慢性期入院医療の見直しにおいて、最も医療頻度が低い「医療区

分1かつADL区分1または2」について設定された診療報酬が、介護保険施設の介護報酬より低く、医療機関としては採算を採るのが厳しい水準に設定させざるを得なくなりました。そうすると、医療機関はこれから「医療区分1」の患者を退院させていくことが予想され、これが平均在院日数の短縮に役立つことから、この医療区分等による療養病床にかかる診療報酬見直しは、医療費適正化の施策として位置づけられるようになった、としています。

もう1点は、上記(3)で実施された慢性期入院患者の調査で、「医師による直接医療提供頻度」について、「週1回程度」との回答が医療療養病床を持つ病院では33.9%、介護療養病床を持つ病院では32.9%、「ほとんど必要なし」との回答が、医療療養病床を持つ病院では48.8%、介護療養病床を持つ病院では50.1%という結果がでています。このことが、介護療養病床廃止という方針の論拠になった、としています。

また、二木(2007)は、医療費適正化対策として打ち出された生活習慣病対策と急性期病床の診療密度を高める方策は、いずれも医療費抑制効果はないとした上で、「これら2点について聡明な厚生労働省幹部も理解しており、そのために彼らは、経済財政諮問会議や財務省が2005年以来執拗に求めている(公的)医療費抑制の数値目標の導入を回避するための苦肉の策として、療養病床の再編・削減による医療費抑制策を選択したと判断しています」としています^{注14)}。

注1) 厚生省大臣官房統計情報部編「平成9年医療施設調査」。

注2) 厚生省「必要病床数等に関する検討会報告書」(平成10年7月)。

注3) 厚生省「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会報告書」(平成10年7月)。

注4) 中川俊男「平均在院日数だけで病床を区分して

いいのか」、北海道医報第920号、平成11年2月、北海道医師会。

注5) 山下 護「平成12年第4次医療法改正を踏まえた療養病床と一般病床の新たな算定式について」、国保実務、平成17年5月、社会保険研究所。

注6) 医療法に定められた病床区分のうち「感染症病床」については、平成10年に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」が制定されたことに伴い、「感染症病床」に改められました。

注7) 介護保険制度史研究会(2016):152-153。

注8) 池上直己(2006)では、「2000年に介護保険が創設され、当時約20万床あった療養型病床群の全部が移管することが予定されていたが、実際には医療保険から介護保険に移管したのは半数にとどまった」としている。

注9) 池上直己(2006):15。

注10) 第63回中央社会保険医療協議会基本問題小委員会(平成17年7月13日)資料(診-1)。

注11) 池上直己(2006):15。

注12) 柴畑 潤(2007):95。

注13) 吉岡 充・村上正泰(2008):132-137。

注14) 二木 立(2007):132-133。

参考文献

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No.2284、2006.7、社会保険研究所。

柴畑 潤「医療保険の構造改革 平成18年改革の軌跡とポイント」(2007):法研。

二木 立「医療改革危機から希望へ」(2007):勁草書房。
辻 哲夫「日本の医療制度改革がめざすもの」(2008):時事通信出版局。

吉岡 充・村上正泰「高齢者医療難民 介護療養病床をなぜ潰すのか」(2008):PHP研究所。

二木 立「地域包括ケアと地域医療連携」(2015):勁草書房。

介護保険制度史研究会「介護保険制度史－基本構想から法施行まで」(2016):社会保険研究所。