

2006年2月6日

社説

ronsetsu@mbx.naiichi.co.jp

高齢者医療

療養病床再編は時代の流れ

国は慢性の病気で長期療養が必要な高齢者が入院している療養病床を、介護福祉施設に転換させていく大掛かりな改革を行う方針を決め、今国会に提出する医療制度改革法案の柱にする方針だ。医師や看護師が多く、患者1人当たりの費用が高い療養病床を比較的費用がかからない福祉施設に転換することで増え続ける医療費の抑制を図るのが狙いだ。

73年の老人医療費の無料化で「医療がタダで受けられる」となったことで、かつて老人病院と呼ばれた療養病床が高齢者の受け皿となり、当時は不足がちな福祉施設の肩代わりをしてきたというのが現実だ。

これに社会的入院となり、欧米と比べて相対的に長い日本の平均在院日数が問題となった。この間、高齢者への薬漬け、検査漬け医療

にも批判が集まり見直しが進んだが、残された療養病床の転換は手付かずの状態だった。療養病床は医療保険適用型(25万床)と介護保険適用型(13万床)の二つがあるが、実際の使われ方は両者に大きな差がない。厚生労働省によれば、両者ともに入院医療の必要性が低い患者が半分以上を占めており、現実には医療施設でありながら福祉施設のような利用がなされている。

厚生省によれば、1人当たりにかかる費用は医療型が月額49万円、介護型が44万円だが、老人保健施設は38万円である。療養病床で費用が高いのは、医師と看護師が多く配置されており人件費がかかるためだ。このため、療養病床の再編を行うことで医療費のムダを減らすことができるといえる。

療養病床の再編は長い間の懸案だったが、実際には進々として進

まなかった。厚生省の改革案は介護型を6年かけて全廃し、医療型は15万床に削減するというものだ。これにより医療が必要な人は従来どおり医療型病棟に入院するが、医療の必要性の低い高齢者は老人保健施設やケアハウス、在宅療養に転換してもらう。

ところが病院関係者や自治会の一部から再編に反対の言や慎重論

が出ている。「再編の方針が唐突に示された」「病床転換により患者が追い出される恐れはないか。施設の受け皿は大丈夫か」などの問題点が指摘されている。

療養病床再編のためには病院の理解と協力が不可欠だ。それがなければ絵に描いた餅になってしまう。国と病院がきっちり話し合えば、迷惑を受けるのは患者である。

療養が必要な高齢者に過剰な費用をかけず、医療が必要な時に支ける仕組みに変えていく。それが医療制度改革の流れである。

政府は関係者や患者だっかりと説明し納得を得る責任を負っていることを忘れてはならない。

療養が必要な高齢者に過剰な費用をかけず、医療が必要な時に支ける仕組みに変えていく。それが医療制度改革の流れである。

政府は関係者や患者だっかりと説明し納得を得る責任を負っていることを忘れてはならない。

療養が必要な高齢者に過剰な費用をかけず、医療が必要な時に支ける仕組みに変えていく。それが医療制度改革の流れである。

政府は関係者や患者だっかりと説明し納得を得る責任を負っていることを忘れてはならない。

療養が必要な高齢者に過剰な費用をかけず、医療が必要な時に支ける仕組みに変えていく。それが医療制度改革の流れである。

政府は関係者や患者だっかりと説明し納得を得る責任を負っていることを忘れてはならない。

療養が必要な高齢者に過剰な費用をかけず、医療が必要な時に支ける仕組みに変えていく。それが医療制度改革の流れである。

政府は関係者や患者だっかりと説明し納得を得る責任を負っていることを忘れてはならない。

療養が必要な高齢者に過剰な費用をかけず、医療が必要な時に支ける仕組みに変えていく。それが医療制度改革の流れである。

政府は関係者や患者だっかりと説明し納得を得る責任を負っていることを忘れてはならない。

療養が必要な高齢者に過剰な費用をかけず、医療が必要な時に支ける仕組みに変えていく。それが医療制度改革の流れである。

政府は関係者や患者だっかりと説明し納得を得る責任を負っていることを忘れてはならない。

昨夏以降、経済財政諮問会議や政府与党協議会を舞台に調整が進んできた医療改革法案が閣議決

2/10 (金) 日程新聞 朝刊

医療効率化なお途上

定に過ぎなかった。今年に入り、厚労省が唐突に出してきた感がある療養病床の大幅削減も自民党内の大議論を経て決着した。昨夏の衆院選で出てきた新人議員は小泉改革を支えるべきなのに、一部が抵抗勢力に回ったのは理解に苦しむ。最後はベテラン厚生族が押し切り、介護型十三万床は全廃し、医療型二十五万床は十五万床に減らすことに落ち着いた。

患者本位、ようやく一歩

必要度が高いのに病院で暮らしている高齢者の社会的入院が主因だ。こうした人びとが介護施設や自宅に移るのを後押しするには、病床削減という荒唐治も避けて通れなかった。老人病院のなかには個室中心の介護施設に転換し、お年寄りにも喜ばれ、かつ医療費抑制に貢献している先駆例がある。猶予期間は六年、高齢者医療に携わる関係者の覚悟が問われる。

や利用者の立場を考えれば、この改革は避けて通れないだろう。第一に、病状が落ち着いているのに長期、病院に入っている「社会的入院」をなくしなければならぬ。療養病床を利用する高齢者の3分の2は、医療の必要がほとんどないといわれている。

け、薬づけがまかり通り、からだを縛る拘束もあちこちでおこなわれた。療養病床の多くをなくし、多数の高齢者を介護施設に移せば、こうした医療と介護の混在はなくなるはずだ。

介護施設に転換を

療養病床

病院には一般の病床のほか、「療養病床」がある。この療養病床のうち、医療よりも介護が中心の高齢者が使っている病床を、老人保健施設やケアハウス、有料老人ホームなどに移していく。

そんな厚生労働省の構想が、今国会に提出される医療制度改革法案に盛り込ま

第三に、給料の高い医師や看護師の配置が介護施設の方が少なく、コストが低くて済む。1カ月1人当たりの費用は、療養病床が44万〜49万円なのに対し、老人保健施設は38万円、有料老人ホームは25万円前後である。

本当に必要なのは生活を支える介護や機能回復の訓練なのに、病院では検査や

2/12 (日) 朝日新聞 朝刊

医療効率化もつと踏み込め

政府は医療制度改革に関する一連の法案を閣議決定し国会に出した。成立後は医療給付費の膨張抑制に向けた取り組みが始まる。短期的には長期入院高齢者の食費や家賃にあたる居住費を自己負担にしたり、高齢患者の窓口負担を上げたりする。中長期策としては生活習慣病の予防徹底とともに健康保険制度の再編、高

療養病床削減には自民党内に反対論があつたが、厚生労働省が押し切り現在三十八万ある病床を六年以内に十五万床にすることで決着した。日本の平均在院日数は一カ月強。米英は一週間前後、ドイツは十一日間、フランスは二週間弱だ。治療より介護の必要度が高いにもかかわらず病院で暮らしている高齢者の「社会的入院」を減らすには療養病床の大幅削減が避けて通れない選択だった。こつとした高齢者の受け皿施設を増やすために、自治体を中心になり療養病床を老人保健施設や有料老人ホームなどに転換させるための補助金を出す仕組みをつくる。本来、この投資は社会的入院の解消を急ぐべきだが、六年内に達成するには公費による助成もやむを得ない。診療報酬改革は来週の中中央社会保険医療協議会で全体像が決まる。来年度は薬価を含めて三・一六%と過去最大の下げが予定されている。医療費抑制に一定の効果が見込めるが、より効率化するには診療報酬体系の見直しが必要な意味を持つ。その一つが定額払い制の拡大だ。一つひとつの診療行為に公定価格が決まっている出来高払い中心の現行制度は検査漬け・薬漬けを招きやすい。定額制を広げれば腕の立つ医師は患者を早期回復に導くとともに自身の美入りも増やせる。もつとも患者の状態や病気の種類によっては出来高制が適する場合もある。どんな治療法が定額制に適するのか、医学界の主導で研究を深めてほしい。



国は、医療の必要度の低い高齢者の入院する「療養病床」を、今後、福祉施設に転換させていく方針を打ち出しました。療養病床は、介護型・医療型併せて38万床ほどあります。介護保険の対象である介護型の病院は、平成23年度までに老人保健施設や有料老人ホームなどに転換される方向です。そして、医療保険の対象である療養病床は、一部は人手を厚くしたうえで、手厚い医療が必要な人を受け入れる場に特化し、その他の病院は、介護型の病院と同じく福祉施設などに衣替えしていくことになりそうです。期限はあと6年です。

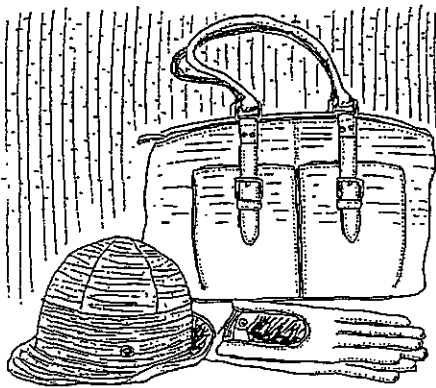
「療養病床」とは、かつては「老人病院」と呼ばれてきたもので、日本の医療・福祉政策の歪みを象徴する「鬼つ子」的存在でした。「老人は誰も」がタタで医療が受けられる」

。昭和48年、老人医療費無料化政策が始まったとき、「福祉元年」といわれました。その後の老人たちの受難を事前に想像できた人はいなかったのです。直後から老人だけが入院する「老人病院」が増え、病院が福祉施設代わりに使われました。多くの老人は、脳卒中などの後遺症で障害が残った人、認知症で認知能力に障害がある人など、「高齢障害者」でした。

生活する空間を整え、リハビリや認知症ケアを受け、できるだけ体を動かして暮らす福祉施設が必要だったのです。が、当時は家族介護が当然とされ、施設は絶望的に不足していました。一方で、医療保険は財源が確保されていたため、病院は増え続けました。老人たちは人手の薄い大部屋

第23回

30年かかった老人病院改革



illustrated by Kouichi Yoshizumi

で寝かされきりにされ、薬漬け・検査漬けにされました。無料だから文句はいえませんが、

一方で、病院が受け取る診療報酬は出来高払いでしたから、収益をあげようと必要のない医療が行われました。老人たちは病院が収益をあげるため、必要でもない医療を行う「媒介」とされ、悪徳な病院経営者だけが儲かることになりました。患者には褥創が多く、ミキサーで食事を流動食にして流し込む食事介助や、身体抑制など、劣悪ケアの温床ともなりました。老人病院をどうしたらなくせるのか、劣悪なケアをどう乗り越えていけるのか、日本の現場は30年間、四苦八苦してきたのです。

その後、昭和63年には老人保健施設、平成2年には介護力強化病院などがつくられ、介護の人手を多く配置し、医療行為の多寡に関係なく定額の診療報酬を受けとる制度に変わりました。それまでと逆に、投薬や検査は最小限に減ったため、高齢者たちはぐつと健康になりました。じつに皮肉なことです。その後、介護保険が導入され、療養病床もスペースを広くとり、生活の場に少しずつ近づいてきました。

そして、その最後の一步として、医療は外付けとして、必要なときにだけ医療を受け、「介護の場、生活の場」として整理するのが、今回の見直しです。「鬼つ子」的な老人病院は、30年の時を経て、不必要な「医療の場」としての「偽装」がようやく解かれていくことになりました。

「タタにすればいい」「似たもので置き換えればいい」そんな底の浅い政策が後の世にどれだけ大きな負の遺産を残すのか、けっして忘れてはならない教訓です。

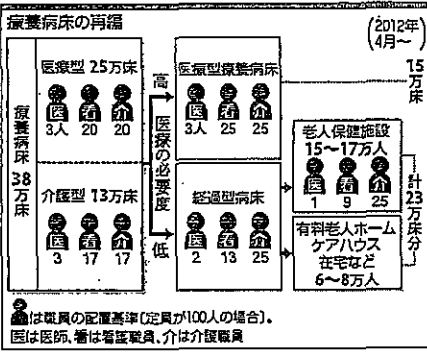
社会的入院 解消なるか

療養病床、6割削減へ政府が法案

療養病床 主として高齢者の長期療養用の入院施設。かつては「老人病院」とも呼ばれ、医療保険の医療型病床に当たったが、00年の介護保険導入後は介護が適用される介護型病床（介護療養型医療施設）とに分かれた。

医療型は全国8728施設25万床、介護型は全国3717施設13万床。医師や看護師の配置が多いため、1人あたりの費用は医療型が約48万円、介護型が約44万円と、老後の33万円より10万円以上高い（保険外費用は除く）。6割が一般病床との併設。医療型か介護型かは病院側が決めるが、患者の状態や医療の内容にはほとんど違いがなく、「社会的入院」の患者が多いとされる。

介護型療養病床、生活支援中心の特別養護老人ホーム（特養）、リハビリ中心の老健が、介護保険の3施設。有料老人ホームやケアハウスは、介護保険法上は施設ではなく在宅扱いのサービス。



30年来懸案 削減計画は今回の法案で打ち出された。12年度までに介護型を廃止して医療型に一本化し、ベッド数を現在の38万床から15万床に減らす。

削減される23万床分は、老人保健施設（老健）や有料老人ホーム、ケアハウス（ケア付住宅）などへの転換を促し、患者に合った施設が在宅に移ってもらう計画だ。転換を後押しするため、助成金や給付金の施設の基準も設けられる。

一方で、残す13万床は介護型。介護型の配置基準を厚くして、今より充実した体制にする。なぜ、療養病床を減らすのか。最大の理由は、入院治療の必要がないのに、家庭の事情や地域の介護サービス不足で退院で

「寝かせきり」施設多く

「お食事ですー」

お母さま。介護職員が職員に付添われお母さまがフロア中央の食卓に集まってきた。

東京都多摩市にある新天本病院。1階は外来、2階は一般病床だが、3、4階の計6階は医療型療養病床になっている。車いすのお母さまと、車いすの若者職員が食卓に集まってきた。

医療型療養病床の数は、介護職員が100人、1000床を1対1でカバーする。一般病床の半分以下。介護職員も少なめだが、一般病床に比べて、介護職員が100人、1000床を1対1でカバーする。

医療費削減の柱に

日本医師会理事長 藤田 龍谷

日本の医療は世界保健機関（WHO）の基準を評価するほどヘルスは高いが、病床数は経済協力開発機構（OECD）諸国の平均より1.5倍に多い。高齢者人口10万人に対する介護型の療養病床数は、最も少ない宮城県が13倍だが、高知のお母さまが住む地域が20倍に達している。訪問診療が盛んな地域が20倍に達している。訪問診療が盛んな地域が20倍に達している。

「寝かせきり」施設多く

「お食事ですー」

お母さま。介護職員が職員に付添われお母さまがフロア中央の食卓に集まってきた。

東京都多摩市にある新天本病院。1階は外来、2階は一般病床だが、3、4階の計6階は医療型療養病床になっている。車いすのお母さまと、車いすの若者職員が食卓に集まってきた。

医療型療養病床の数は、介護職員が100人、1000床を1対1でカバーする。一般病床の半分以下。介護職員も少なめだが、一般病床に比べて、介護職員が100人、1000床を1対1でカバーする。

患者の受け皿に課題も

施設を転換

日本医師会理事長 藤田 龍谷

日本の医療は世界保健機関（WHO）の基準を評価するほどヘルスは高いが、病床数は経済協力開発機構（OECD）諸国の平均より1.5倍に多い。高齢者人口10万人に対する介護型の療養病床数は、最も少ない宮城県が13倍だが、高知のお母さまが住む地域が20倍に達している。訪問診療が盛んな地域が20倍に達している。

地域で偏在、調整必要

池田省三さん

龍谷大教授（社会保険論）

高齢者人口10万人に対する介護型の療養病床数は、最も少ない宮城県が13倍だが、高知のお母さまが住む地域が20倍に達している。訪問診療が盛んな地域が20倍に達している。

在宅支援の充実かぎ

伊藤正一さん

東京都医療社会事業協会理事長

在宅生活の心配は、やはり「寝かせきり」施設に入るか、と悩んでくるのが実情だ。

「寝かせきり」施設に入るか、と悩んでくるのが実情だ。

在宅生活の心配は、やはり「寝かせきり」施設に入るか、と悩んでくるのが実情だ。

在宅生活の心配は、やはり「寝かせきり」施設に入るか、と悩んでくるのが実情だ。

在宅生活の心配は、やはり「寝かせきり」施設に入るか、と悩んでくるのが実情だ。

在宅生活の心配は、やはり「寝かせきり」施設に入るか、と悩んでくるのが実情だ。

在宅生活の心配は、やはり「寝かせきり」施設に入るか、と悩んでくるのが実情だ。

在宅生活の心配は、やはり「寝かせきり」施設に入るか、と悩んでくるのが実情だ。

在宅生活の心配は、やはり「寝かせきり」施設に入るか、と悩んでくるのが実情だ。

在宅生活の心配は、やはり「寝かせきり」施設に入るか、と悩んでくるのが実情だ。

2/21 (火) 朝日新聞 朝刊

2006年2月6日

厚生労働大臣

川崎 二郎 殿

(社) 日本経済団体連合会

会長 奥田 碩

療養病床再編について緊急要請

わが国では、急速な少子高齢化が進行しており、医療の高度化を推進しつつ安心で持続可能な医療制度を構築するには、「政策目標」を設定し、医療費適正化を推進することが不可欠であります。

とりわけ「社会的入院」「社会的入所」を解消し、在宅での療養や介護に転換していくべきであると考えます。これらについて目標と期限を設定しない改革は、長期にわたり懸案となってきた本問題の解決を先送りすることになります。政府・厚生労働省が提案している、長期の入院患者や入所者が多い療養病床の再編については、目標と期限を明示し、具体的なプロセスを示して改革を進めることが重要であります。

保険料は保険給付に充当することが基本であり、病床転換助成金に充当することは問題であると考えますが、今次の医療制度改革の中で、療養病床の再編に明確な道筋をつける必要性を認識し、下記について強く要請いたします。

なお、患者・入所者やその家族に対する配慮が不可欠なことは言うまでもありません。

是非とも、貴殿のより一層のご尽力により、政府・与党が一体となって医療制度改革を断行することを期待いたします。

記

1. 医療の必要性に応じて療養病床は再編成し、介護型療養病床については、2011年度末までに廃止すること
2. 再編後、社会的入院や社会的入所が再発しないような措置をあわせて実行すること

以上

2006年2月6日

厚生労働大臣
川崎 二郎 様

日本労働組合総連合会
会長 高木 剛

療養病床再編に関する緊急要請

貴大臣の連日のご奮闘に敬意を表します。

急速な少子高齢化が進展する我が国にあって、社会保障改革は待ったなしの状況にあります、改革の一環として、今通常国会に医療制度改革関連法案が提出されようとしています。

今回の医療制度改革の柱である医療費適正化の推進のため、政府は、長期入院患者が多い療養病床の再編を提案していますが、これは、長年にわたり、我が国の老人医療・介護制度における重要な課題であった「社会的入院問題」について明確な道筋をつけようとするものであり、是非とも実現すべきです。

療養病床の再編に当たっては介護型療養病床の2011年度末廃止という明確な目標と期限を示し、具体的なプロセスを示して改革を進めていくべきであり、結論を先延ばしし、改革を遅らせることは、30年来の懸案であるこの問題を再び先送りし、改革のスピードを遅らせることとなります。

連合は、今回の医療制度改革の中で、入居者の処遇に適切に対処しつつ、明確な期限を示して療養病床再編問題に道筋をつけるよう、強く要請いたします。

以 上

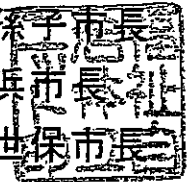
平成 18 年 2 月 4 日

社会的入院の解消に向けての申し入れ

厚生労働大臣 川崎 二郎 殿

福祉自治体ユニット 北 良治 奈井江町長

福島 浩彦 我孫子市長
森 貞述 高浜市長
光武 顕 佐世保市長



介護保険制度の創設にあたって、社会的入院の解消は大きな目標であった。今通常国会に医療制度改革関連法案が提出され、介護型療養病床の廃止と真に必要な人々への医療保障が焦点になっていることは遅すぎたきらいがあるにしても、高く評価されるものである。

医療制度改革の柱である医療費適正化の推進のため、政府は、医療的管理の必要性の薄い長期入院患者が多い療養病床の再編成を提案している。これは、長年にわたり、高齢者の医療・介護の桎梏となってきた社会的入院問題について明確な道筋をつけようとするものであり、ようやく改革の緒についたものである。

改革に当たっては介護型療養病床の平成 23 年度末廃止という明確な目標と期限を示し、具体的なプロセスを示して改革を進めていくべきである。結論を先延ばしし、改革を遅らせることは許されることではない。それは長年の懸案であるこの問題を再び先送りし、改革を妨げることにすぎない。

住民サイドの福祉行政を進める市町村長の会「福祉自治体ユニット」に集う私たち自治体首長は、期限を明示して療養病床改革のロードマップを提示し、社会的入院の解消を図る計画を推進することを強く申し入れるものである。