

私は現場に働くものとして納得のいく説明や理由がない限り介護療養型医療施設の廃止に反対しその継続を強く要望する。

NPO 全国抑制廃止研究会

理事長 吉岡 充

介護療養型医療施設の廃止は歴史に逆行する。

そもそも、今次の新類型案は、平成 18 年の療養病床再編の延長線上にある。前回の特別部会でも指摘したが、再編計画なるものはアンケート結果のねつ造やら、医療区分の違った目的への流用やら、まともな政策決定としては異常な行為を土台にしたものであった。私は誤った政策、誤った法律であったと思う。そして、その延長にある今度の政策もまた間違っている。

介護療養型医療施設の多くは、この 10 年、廃止の不安やパッシングに耐えながら、努力をして、世の中のニーズに応え進化してきた。厚労省もそれを認め、平成 27 年の介護報酬改定の際に、介護療養型医療施設は高頻度の医療処置や看取り・ターミナルケアを行うなど有効に機能しているから確保するとして、療養機能強化型という「新しい類型」を創った。しかし今度はそれを廃止してまた新類型を創るという。この猫の目のように変わる医療政策に私たち現場は振り回され続けてきた。いわば冤罪の被害者である。

厚労省からいまだになぜ廃止するのか理解できる説明がない。せいぜい 1 畳分広げて住まいの機能を付けますという程度の説明だけであり理解不能である。

それでも、この計画で出来上がるものが前向きで明るい高齢者医療の現場ができ上がるというなら私も納得する。しかし、決してそうではない。せっかくこれまで創り上げてきた介護療養型医療施設が、後ろ向きの、訳のわからない代物になり下がる、そういう展望しかもてない。

まず、病院でなくなることに反対する。

医療内包型の案Ⅰは、介護療養型医療施設の機能はそのまま残すが病院ではないという。なんのためにそんな訳の分からないことをするのか。ベッド数削減の目標に添うためだけではないか。そんなことで現場をかき回されるのはたまらない。現場の感覚として病院でなくなるとはどういうことかわかっているのか。私たちは病院であるという誇りをモチベーションに働いている。急性期病院のような大きな回復、目に見える家庭への退院ということが少なくとも、自分たちの治療や看護で患者が少しでも良くなり、苦痛が緩和され、患者に喜びの表情が見られ、家族が感謝してくれる。患者も家族も病院であることに信頼を寄せてくれている。それで昼夜一生懸命に働けるし、日々、高齢者医療・看護の専門性や理想を求めて試行錯誤している。しかし、それを社会が評価をせず、あなたたちは施設で結構だというのなら、現場の医師や看護師はがっかりするし、高齢者医療、看護を志す若い職員たちももう就職しなくなるだろう。そうして、介護療養型医療施設のエネルギーは落ちていく。最後には医療提供が覚束ない本当の介護施設になってしまう。

内包型案Ⅱは、先の転換老健の失敗を繰り返すだけである。

内包型のⅡを老健だというが、もうこれは先の転換老健で失敗済みのことではないか。なぜ繰り返すのか。入所者の要介護度は軽くなり、看取りは減り、転院患者は増え、医療費を無駄遣いする。最後は普通の一般的な老健並みになってしまう。財政だけ考えて作った制度では人は動かない。

8㎡、すなわち5畳で相部屋可能な空間を「生活空間、住まい」だなどと言ってはいけない。

厚労省は、介護療養型医療施設の機能を残し、さらに生活施設・住まいの機能を持たせる。それが今次の計画の目的だと言い張り、その面積基準を泥縄式に8㎡だとした。8㎡、5畳間とは図のように、ベッド、手洗い器、床頭台やテレビ台、オーバーテーブル、車椅子を置き、車いすの動線をとるともう余裕は残らない。もともと8㎡とは、ご承知のとおり、老人保健施設の居室の最低面積である。老人保健施設は家に帰す目的の中間施設であり、決して「住まい」ではない。

厚労省は病院である介護療養型医療施設を廃止する理屈に、無理やり8㎡、相部屋も可能な状態を住まいだとかじつけた。だが、この空間が「生活のための」「住まい」だなどと言われれば国民は怒る。委員のみなさんはどうですか。私は絶対に嫌です。官僚は目先の功を焦って、日本の福祉を後退させるとんでもないことをしでかしていると私は思う。

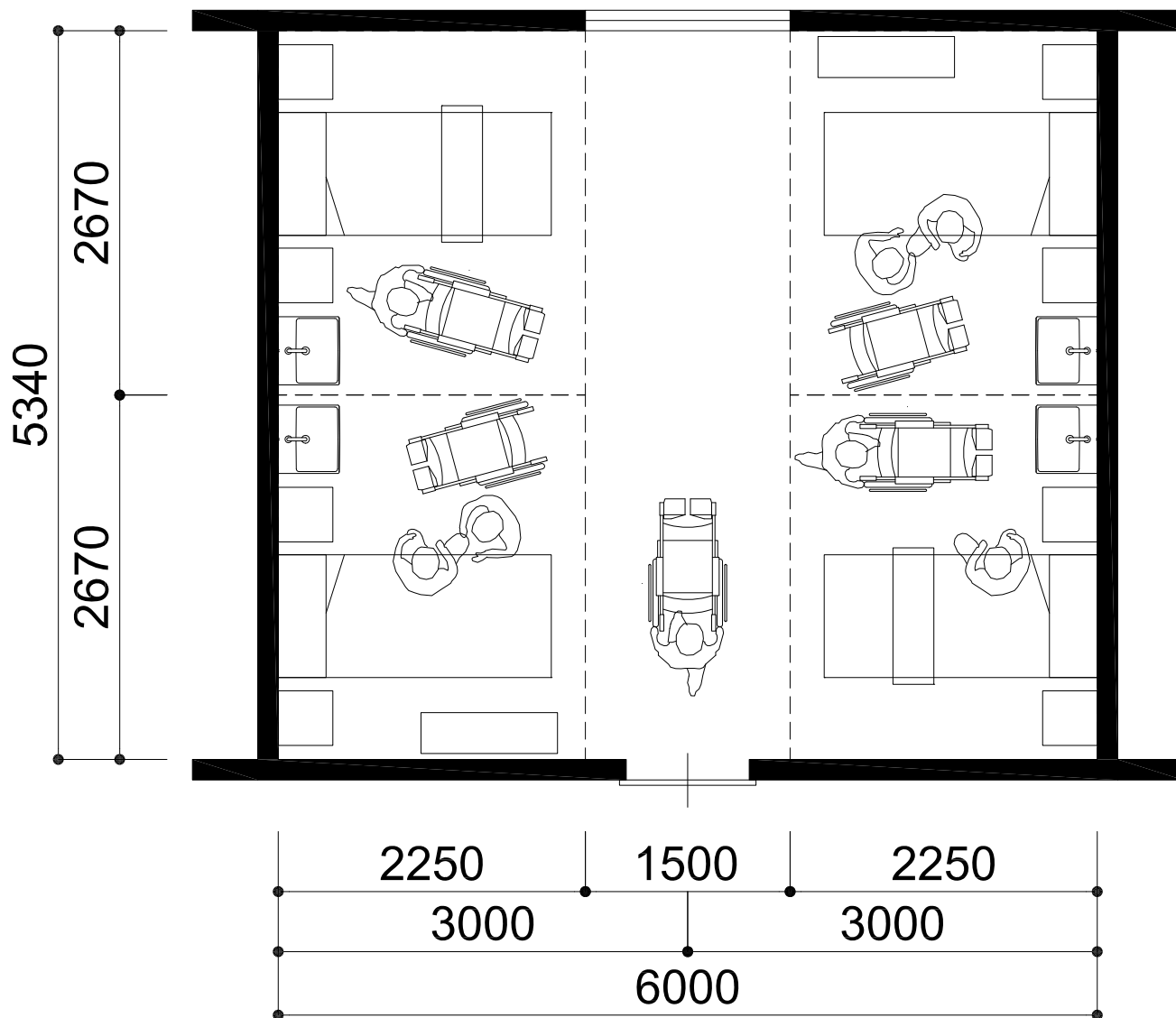
医療費は決して安くならない。

平成18年の時も介護療養型医療施設が医療療養病床や一般病床に転換する逆流現象が起こったが、今回も間違いなくそれは起こる。先般、ある県の調査では、医療療養25対1の85%が医療療養20対1に行くと回答したというし、日本慢性期医療協会が平成28年2月に実施したアンケート調査の回答(複数回答可)を見ても、転換先として73.6%の病院が医療療養病床を視野に入れている。また、老人保健施設は嫌われていて転換先として視野に入れているところは少ない(14.7%)。

別添は、東京都慢性期医療協会(会長：安藤高朗永生病院理事長)事務局が作成したものをもとにして私が作ったシミュレーションである。前提は下記によるがこれでもまだ控えめに見積もっている。これ以上に現場が動くことはおおいにあると思うが、そうすると医療費はこのシミュレーション以上に増大する。ここに集まっている多くの委員、官僚の方たちもちろん、あるいは見守っているマスコミの方や国会議員のみなさんの念頭にまずあるのは日本の医療・介護保険財源を継続可能な健全なものにすることであろう。しかし、この計画はその点でもまたふさわしくないものである。

前提条件

医療療養25対1のうち、6割が20対1に転換する。残りの4割は内包型のⅠに転換。介護療養型医療施設は、そのうちの療養機能強化型の10%が医療療養20対1に、残りの90%が内包型Ⅰに、その他の介護療養型医療施設は60%が内包型Ⅰに、残りの40%が内包型Ⅱに転換する。



厚労省案によるラフな試算

		内包型案(Ⅰ)	内包型案(Ⅱ)
基準	医師	48:1 3人	医師1人
	看護師	6:1 17人	13人
	介護職	4～6:1 25～17人	17人
	面積	8.0㎡/床	8.0㎡/床
収支	単価	13,930円/日	12000円/日
備考	単価・収入	単価は介護療養病床機能強化型A・要介護度4・多床室と同等水準(日慢協調べ)	単価は介護療養病床その他12,460円(日慢協調べ)と老健在宅強化型11790円(日慢協調べ)の間に設定

東京都慢性期医療協会(会長:安藤高朗永生病院理事長)事務局が試算した資料を基に作成した。

医療費は大きく増加する(年582億円)

現状					新類型移行後			
種別		病床数	医療費/床・年 (1日単価)	年間医療費	種別	病床数	医療費/床・年 (1日単価)	年間医療費
25:1		76,000床	584万円 (16,000円)	4,438億円	20:1	45,600床 (60%)	730万円 (20,000円)	3,329億円
					内包Ⅰ	30,400床 (40%)	508万円 (13,930円)	1,544億円
介護療養	療養強化型	25,620床	508万円 (13,930円)	1,301億円	20:1	2562床 (療養機能強化型の10%)	730万円 (20,000円)	187億円
					内包Ⅰ	44,286床(療養機能強化型の90%およびその他の60%)	508万円 (13930円)	2,250億円
	その他	35,380床	455万円 (12,460円)	1,609億円	内包Ⅱ	14152床(その他の40%)	438万円 (12,000円)	620億円
年間の医療費合計:7,348億円					年間の医療費合計:7,930億円			