



どうなるどうする
“介護難民”

2 療養病床再編の課題

療養病床の再編は必然 —多くの療養病床は「難民キャンプ」—

中医協委員・医療法人財団石心会理事長 石井暎禧

「介護難民」の意味するところは 「社会的入院」の言い換え

今次診療報酬改定で、医療保険適用の療養病床の診療報酬体系が変わった。これに対応して、介護保険療養病床の6年後の廃止と、病床の介護施設への転換の方針が厚労省から打ち出された。これに対して、マスコミや一部野党は、療養病床から高齢者が追い出され「介護難民が発生する」と「介護難民」「医療難民」という造語でのキャンペーンが行われている。「介護難民論」自体はワンパターンの弱者救済論であるが、これが登場したのは、この事態が「晴天の霹靂」であり、混乱・危機が発生すると認識したからに他ならない。

本誌からも、「介護難民」特集の原稿の依頼があった。私はこれに違和感を持った。「介護難民」とは「社会的入院」を扇情的に言い換えたものにすぎないからだ。本来の生活の場を離れざるを得ない人々を難民という。「介護難民」は「発生する」のではない、すでに存在している。療養病床にいる高齢者の多くも介護難民なのである。

医療のための入院でなく、自宅では生活できず、適切な介護施設に入所できない人々の居住の場、これは難民キャンプといってよい。多くの療養病床は難民キャンプだったのだ。そして「介護難民発生論者」は、難民キャンプから常住生活へ移す政策を問題としているときに、対案を出さないままビジネスとして運営されていた難民キャンプが経営的にメリットがなくなるので、難民がキャンプから追い出されると批判する。これでは社会的入院が温存されるだけで、難民が救済されるわけではない。

すでに本誌は6月号において、「大リストラ！ 療養病床の行方」という特集を組んでおり、療養病床再編の持つ意味は、さまざまな立場の人々の論考で明らかにされている。しかも「介護難民」と「医療難民」では意味が違う。「医療難民」については、救済の可能性が高まった改定である。これを区別なく問題にせざるを得ないのは、「医療と介護の分離」の意味が理解されていないことと、病院と介護施設のあり方と課題が十分に検討されていないからであろう。

6月号の論者の意見を素材に、この問題を

基本に立ち返って考えてみたい。

「これまでの療養病床」の 歴史的任務は終わった

もともと介護保険の創設により療養病床は過渡的な存在となっていた。そのいきさつを三浦公嗣氏は6月号で次のように述べている。

介護保険の「施行後一定の経過期間内において、療養型病床群等の介護施設への転換を図るものとする」のが方針であり、それは介護保険立法の精神から当然のことであった。そして、「今般の医療制度改革において、療養病床の再編成を行うことが提案されているが、これは、介護保険施行後6年を経て、介護基盤の整備が施設・在宅サービスの両面で進んだことから、介護療養型医療施設の転換の見通しを付けた上で、積年の課題を解決しようとするものであり、医療制度改革の主要な柱である、医療費の適正化を実現するためにも重要な意味を持つものと考えられる」。

これが厚労省の基本的認識である。「整備が進んだ」と評価するのには異論もあるとして、この療養病床についての見解への根本的な反対意見はどこからも出されていない（医療費抑制政策への反対というのは別問題である）。基本的方向は認めながら、「唐突」であるという批判が大半である。

果たしてそうなのか。小山秀夫氏の「評価」は興味深いものである。「老人の専門医療を考える会を創設する際にもお手伝いした。目標は老人の専門医療を確立することにあった」と語る小山氏は、歴史的にみれば療養病床を創設する際に重要な役割を担った方である。その小山氏が「歴史の必要あるいは必然ということでは、今回の厚労省の政策決定は大英断だと評価している」。

小山氏によれば、当時の西欧、北欧、北米の調査の結果、「そこでわかったことは、①病

院の機能は急性期医療にシフトし、高齢者の長期療養はナーシングホームとホームケアに重点が移りつつあること、②精神科における長期入院の改革が進み長期の入院が好ましいことではないので、地域における包括ケアを準備していること、③各国とも一般内科、老年精神科、リハビリテーション医学を基礎とした老年専門医制度があること、④住宅の病室化（在宅ケアの重視）の一方で、高コストの病室の居室化（なるべく自宅に近い療養環境の整備）が進んでいること」であるという。

わが国の医療・介護の制度も、このような世界標準に沿った形で立案されてきている。今回の医療制度改革もこの線上にあり、決して「唐突」でも「晴天の霹靂」でもない。療養病床をよく知る者が時代認識として、療養病床の役割の終焉を認めていることに注目すべきであろう。

療養病床は医療施設か介護施設か

療養病床は、介護保険のない時代に日本型のナーシングホームをめざし、老人病院改革として構想された。そのため先行する特例許可病院制度成立時の診療報酬改定においても、「特例許可外病院として30%程度の診療報酬引き下げが行われた。廃院する病院が続出し、老人患者が追い出されるのではないかと危惧されたが、その後10年間特例許可外病院は存在した。何とかやめてもらう方法はないのかと悩んだ」と小山氏は述懐する。

その後、特例許可病院の改善形態として、介護力強化病院ができ、療養病床へと発展した。今回の事態も、「介護難民」問題についてみれば、医療療養については、特例許可病院の時と同様な問題であろう。むしろ介護療養病床の廃止問題は介護施設自体のあり方の問題であり、参酌標準を含め本質的な議論をすべきなのである。

諸外国におけるナーシングホームは、急性期医療以外のすべての長期療養を含んだ施設形態を指し、わが国でこれに当たる施設は、介護保険が創設されるとき、有料老人ホーム、グループホーム、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床など、多様な施設形態で存在した。医療経済学者の中には、療養病床の英訳を nursing home とする人もいるように、医療療養も含め、ナーシングホームと見なされてきた。そのため介護保険創設時には、三施設一元化論や、療養病床の介護保険適用の可否が論じられたのである。

わが国において介護施設はどのような形態であるのが望ましいのか、社会的に検討されないまま、多様な形態が諸制度に則りあるいは間隙を縫って登場してきた。介護保険創設時に私は、本誌に「医療に振り回される介護保険法案」を書き、社会的入院に介護保険を適用するだけでは問題の解決にならないと主張した。療養病床が実質的にナーシングホームである以上、療養病床を介護保険適用にするのは現実的であるが、病院が長期療養を担うのがそもそも間違いであると当時も批判した。

療養病床のすべてを介護保険の対象として制度設計されていたが、介護保険成立を目前に、療養病床への転換が急速に起こったため、介護保険の財政基盤の崩壊を恐れた当時の厚生省は、急遽、医療保険に療養病床が残るのを認めた。療養病床の意味が見失われた瞬間である。

全療養病床が介護保険施設であれば、「療養病床等の介護施設への転換」の文脈の中で過渡的存在であることは明らかであり、今回の事態が「唐突」とは感じられなかったであろう。しかし医療保険と介護保険にまたがった施設形態として存在が認められたため、医療と介護の中間の「ぬえ的存在」として継続した。そのため医療担当者からみると療養病床の必要性は、長期に医療と介護の必要な人のための

施設と考えられている。そして一般にも医療に重点が置かれる場合は病院へ、介護に重点を置く場合は介護施設へと考えられがちである。

ところが、介護の必要度が高い人の医療必要度は低いわけでもなく、むしろ関連する場合が見られる。現実的な使い分けとなると結論が出ないことが多く、「医療と介護は分けられない」との意見に傾き、すべては病院でとなる。このようにして「医療と介護の分離」は困難と考えられてきている。この状態で、「医療と介護の分離」が強制されると考えると、「晴天の霹靂」と感じるのも無理からぬことであろう。しかし「医療と介護の分離」とはそのようなものではない。むしろ要介護者にはすべて医療が必要であるという前提に立って、制度を考えなくてはいけない。

先に述べたとおり、病院とは急性期医療に特化した施設であり、一日も早く患者を退院させることをめざしている。さまざまなナーシングホームは、生活の支援が目的の場であり、退所は目的ではなく、終の棲家であってもよい。形態の多様さは医療や介護の必要性からだけでなく、もともとの入所者の生活にもよる。しかし自宅生活と同様、医療が必要なときは、なんらかの形で提供されなければならない。このような考え方は世界的に常識と言える。

ところが医療者は、患者の生活・アメニティでなく、医療者の都合で効率的医療を考えがちである。医者にとって、患者は近くに集まってくれた方が診療しやすいし、(医療行為の) 経済効率がいいと考える。これが医療と介護を同時にできる施設(長期入院医療施設)という発想になる。だが病院はどのように構想しようと治療優先であって、生活にふさわしい場にはできないし、軽度の医療が必要な人には過剰設備である。両者はめざす方向が異なるため、原理的に中間的施設は存在し得ない。軽度の医療はすべて介護施設で居住

しながら、受けられるようにすべきなのである。

療養病床・特例許可病床は、介護保険以前は、唯一の社会保険適用の介護施設として、介護保険後は、介護施設の一形態（過渡的な）として機能してきた。6年後の廃止は、転換のリミットの決定であって、方針の転換ではなく政策の流れの確定にすぎない。社会的入院の受け皿としての療養病床の歴史的任務は終わったのである。では、医療療養病床の新報酬体系は何を意味しているのか。

今後の医療療養病床のあり方 新報酬体系の意味するもの

このことを検討する前に、介護療養病床と医療療養病床は、現実的にはどのような機能分担が期待され、その結果はどうであったのか。介護保険発足と同時に療養病床の在院日数は、介護療養は長く医療療養は短くなった。一般病床から転院したとき、一時的に医療保険適用となり、長くなると介護療養に移るのが通常の扱いとなった。これは、診療報酬・介護報酬の決め方によって誘導された。

医療療養は短期の中間施設的な機能が期待され、より長期入院は介護療養病床へとなり、一応の意味があると考えられた。しかし実態は単なる入院期間による使い分けにとどまり、機能は分化せず、入院患者の実態は変わらなかった。そして医療も介護も必要な人は、相変わらず受け入れられず、経営的に有利な医療も介護も軽度の患者が入院できた。

急性期医療の場合と異なり、慢性期の場合は日数通減制は長期入院のたらい回し・入院分割を生むだけであった。病院と在宅医療・介護施設の中間施設を療養病床に期待する政策の失敗が明らかとなった。長期療養における医療と介護の区分を入院日数で決める方法が失敗すれば、長期療養は原則として介護施設へという、常識的な区分を採用するほかない。

今回の診療報酬改定において、療養病床の再編が行われたのも、医療施設と介護施設の役割をはっきりさせることを目的としている。

医療療養病床の報酬区分は、介護度やADLによるものではない。確かに、ADLと医療度のマトリックスになってはいるが、重要なのは、医療区分1と医療区分2の差にある。説明された理由は2つである。第1は、「コスト分析によると、ADLによる差は少なく医療度による差が大きい」であり、重要なのは第2の「政策的判断」であった。「週1回程度の医療提供なら介護施設で可能であるので、介護保険施設に移行してほしい」ということであった。

後者が大幅引き下げの理由である。日数通減の廃止もあり、介護と医療の中間施設でなく、医療施設へ復帰する方針である。医療区分2の中には、慢性期の病態でなく急性期の病態も含まれ疾患分類とは言えないが、病態によるグループ編成という性格を持っている。

池上委員会が考えた、ナーシングホームにおける病態別分類による報酬の設定という発想とはずれてきているし、政策誘導だけが目立つのは事実である。他方、この新報酬制度により、病院における軽度あるいは急性期の後方ベッドとして機能させようとする意図は明確である。一見、中間施設（病状の回復過渡期）とも思われるが、疾病・病態による区分を施設の性格とする以上、医療提供側の意図が中心となり、医療上の効率性から考えられた施設である。これは本質的に病院であって、介護施設・生活施設ではない。そのため慢性期という区分すら本質的ではない。改めて入院医療における、一般病床と療養病床の機能区分と連携が問われることになった。

これまでの診療報酬体系では、長期に入院医療を必要とする患者の居場所がなかった。今回これは、医療療養病床に期待されている。人員基準も問われる。療養病床の再編とは、療

養病床にとどまらない一般病床を含めた機能の再編であり、診療報酬再編もこれが終わりではなく、出発であると考えておく必要がある。

在宅ケアは問題解決の手段ではない 施設ケアに正面から対応すべき

介護報酬改定はマイルドであったので、当面、介護療養病床は安泰である。6年後の転換の現実性についての議論があるが、これだけの期間があれば施設経営者の才覚の問題であり、さまざまな介護施設を経営的に比較検討すればよいだけの問題である。しかし、在宅ケアの推進が何か問題を解決するかの幻想を振りまく政策は失敗に終わるであろう。

すでに在宅ケアを実践している場合に、在宅医療を保証する制度・体制をつくるのはよいが、介護保険の創設自体、もはや在宅ケアでは不可能という判断からの政策であった。ただし、在宅ケアの概念を変え、自宅ケアの意味ではなく老人ホームや集合住宅にまで拡大すると、別の意味合いを持つ。その点で、生活費と介護費を一体として考えていた介護保険以前の福祉政策を転換し、社会保障制度の問題として高齢者住宅問題も考えるべきであろう。

老健局が最近主張する「在宅の新しいかたち」として、在宅概念を老人ホーム等にも拡大することや、高齢者住宅プラス介護の提供という考えも検討に値する。しかし「住宅」問題はこれまで市場経済に任せて、社会保障政策の課題とは考えられてこなかったし、高齢所帯問題を放置したまま、「在宅の新しいかたち」を主張しても絵に描いた餅となろう。

高齢者の増大と要介護者の増大に効率的に対応するには、要介護者を集めて対応するという方法以外にはない。施設ケアは金がかかるといって逃げないで、はっきりした政策を出すべきである。その際に、これまでの介護施設の収容所的性格を改善する必要があり、個室

化問題やすべての「在宅」に医療の提供を保証する政策などの課題が存在する。

残された大きな再編 精神病床はどうなるか

精神療養病床はどうなるのか。今回の療養病床再編から取り残され、先送りされた精神療養病床問題。しかし方向は長期入院を廃し、地域社会がこれを受け入れる体制をつくるという方法しかないことは、とっくに明らかになっている。この体制がないということを理由に、これまで精神病院も個別の努力は別として、病院団体としては問題の先送りをしてきた。しかし、療養病床の再編が進んだ以上、もはや先送りは許されない状況になってきている。

退院後をどうするのか、社会の受け入れ体制を待つのでなく、精神病院全体が解決の方向を打ち出さなくてはならない時期に来ている。診療報酬問題の角度から見ても、療養病床問題と似た構造をもっており、精神療養病床だけの問題ではなく、精神病床全体の問題として解決しなければならない。

老人病院の発生は、介護施設の不足と、技術料評価の低い入院料を長期入院で補うという2つの原因によって発生したように、精神科の社会的入院の場合も、社会の受け入れ、ノーマライゼーションの課題と、精神科診療報酬が出来高払い制度の中で低く抑えられてきたという2つの原因によって発生した。

精神病院における精神療養病床も経済構造的には、一般病床と療養病床のような関係にあり、護送船団的発想にとどまり、嘆くだけでは、この社会的流れの中で、精神科病院の存立が危ぶまれる状況になるであろう。すでに、長期・重度の隔離処遇をしなければならない病棟が存立できない状況もあり、精神科医療全体の改革を図る姿勢で、この問題も取り組まなくてはならないだろう。