

介護医療院の創設と慢性期病院の経営課題

池 端 幸 彦

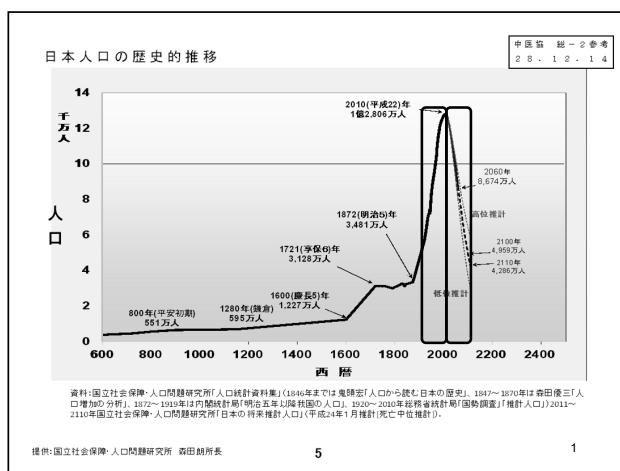
はじめに

既にご承知の通り、日本において、第一次ベビーブームに生まれた「団塊の世代」がすべて75歳以上の後期高齢者に突入する、いわゆる「2025年問題」が大きくクローズアップされています。そのターゲット年に向けた医療介護体制づくりのための最後の機会とも言える、診療報酬・介護報酬同時改定を直前に控え、正に近年にないドラスティックなパラダイムシフトが起きる兆しを感じざるを得ません。いやもっと言えば、起こさなければいけないのかも知れません。今回は、特に介護療養病床廃止を受け、同様の機能を保つ新たな介護保険施設である「介護医療院」の創設と、それに伴う慢性期医療を担うべき医療療養病床の今後の在り方や経営課題という点を中心に、「地域包括ケア」や「地域医療構想」における「療養病床」の立ち位置という観点も絡めて、ご紹介したいと思います。

日本型少子高齢社会の到来

（図表1）まず始めに日本の医療を取り巻く環境の中で最も重要な視点の一つに、人口問題があることは周知の通りかと思います。その中で最近厚生労働省がよく使われる資料として、国立社会保障・人口問題研究所提供の「日本人口の歴史的推移」のグラフがあります。これは私たちが全く影も形もない西暦600年からの人口推移のグラフですけれども、このような西暦のスパンで考えると、ずっと微増していた人口が1900年頃から爆発的に増え、2010年をピークに今後は一気に加速度的に減少していきます。ちょうど私達は、この急峻なヘアピンカーブ時代のところにおり、これが我が国の今後の大きな介護・医療問題になってくるのです。そう言う意味では、たまたま偶然こういう時代に出くわした我々が、このような大きな課題を抱えることになってしまったという見方も出来るかと思います。

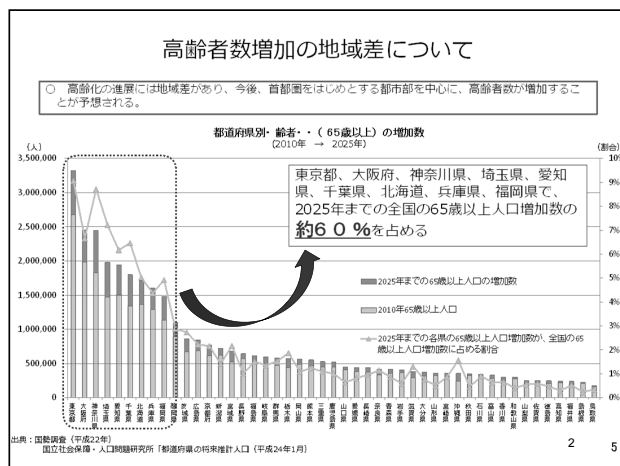
更にこの人口の減少をもう少し短期の今後100年程度のスパンで捉えてみると、ちょうど3つの段階があると言われています。まず第1段階の2025年を過ぎて2040年ぐらいまでは、老年人



図表 1

口はまだ増える一方、生産人口・年少人口は減少していく時代です。いわゆる一人の成人が一人のお年寄りを支える「肩車時代」です。その後の2060年頃までの第2段階では、老年人口は維持・微減ですが、生産人口・年少人口は更に減少していきます。そして最後の第3段階では、一転して老年人口も生産人口も年少人口もどんどん減る時代となります。ここまで来ると多分高齢化問題は全く問題が無くなるのだろーうと思います。

(図表2) そしてもう一つ留意が必要なのは、日本は狭い国ですけれども、この高齢者人口の推移にも非常に地域差があるという点です。今後2025年までに増加する都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数をみてみると、東京都から始まって福岡県までの大都市を中心とした9



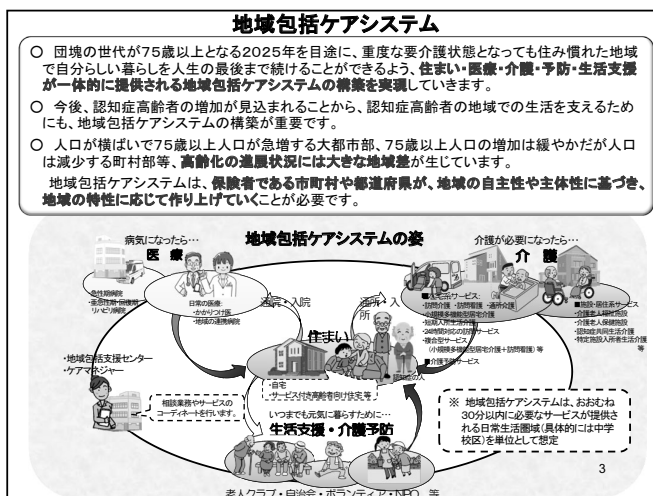
図表 2

都道府県で、これから一気に増える高齢者の約6割を占めると言われています。つまりこの高齢者問題、あるいは医療・介護の2025年問題というのは、この9都道府県に関しては正に切実な問題になると思います。しかし、実は私の出身の福井県は最下位に近いところに位置しています。恐らく国の方々は、全体と比べれば、高齢者人口もほんのちょっと増えるだけだから何かなるでしょうと言うことで、福井県のことなど全く気にされていないと思います。実際、福井の高齢化は全国平均よりも10年ぐらい先を進んでいて、実はもうすでに何とかソフトランディングしかかっているかもしれません。このように大きな地域差があるから、医療介護問題については十把一からげの政策ではだめなので、このような地域差を何とかしようということで、それを地域包括ケアシステムという言い方をして中学校区でまとめてくださいという流れになったとも言えるかもしれません。

慢性期医療からみた地域包括ケアとは？

(図表3) そもそもこの「地域包括ケア」の概念は、地域を基盤とするケア (community-based care) と統合ケア (integrated care) の二つのコンセプトを持ち、地域における最適を地域が自ら選ぶことが重要とされています。

この地域包括ケアシステムの図は日本国内の方々は何度も目にされていると思いますけれども、「地域包括ケアシステム」とは、おおむね30分以内の主に中学校区をイメージした日常生活圏域内において、医療・介護のみならず、福祉・生活支援サービス等が一体的かつ適切に相談・利用できる提供体制を言うとされています。そして大きな地域差があるからこそ、この地域包括ケアシステムは保険者である市町村や都道府県単位で頑張ってつくり上げていくものであるということになります。更にその中心となる「住まい」というのは、最初は自宅だけを想定してい



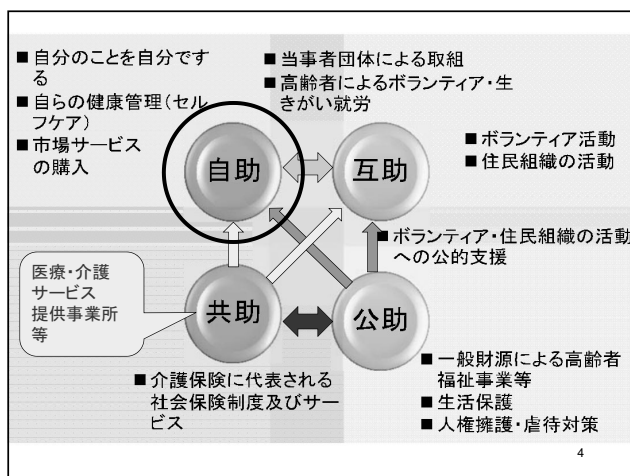
図表 3

たけれども、とても自宅だけでは難しいということで、有料老人ホームとかサービス付高齢者住宅とかグループホーム、そして特別養護老人ホームまでも「住まい」に入れてしまったのが最近の地域包括ケアの概念です。ただ特別養護老人ホームは、どうみても「施設」です。でも、これも「住まい」にしないと、（在宅療養推進と）辻褄が合わなくなってきたということが現状だと思います。そして医療が必要になったら医療機関に来てもらい、治ったらまた帰すということがこのポンチ絵の概念ですけれども、この地域の方々がだんだん通院できなくなってしまうのです。そうなると待っているだけではダメで、自ら医療を出前しなければいけません。これが在宅医療ということで、在宅医療も地域包括ケアの中に必須な要素になっているのが、こういう図だと思います。

（図表4）そして地域包括ケアの前提はやはり「自立支援」であり、その延長上にあるのが「在宅」であることは言うまでもありませんが、そのために重要な4つの「ヘルプ」つまり、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」が大変重要になってきます。まず「自助」、当たり前ですが、お元気な方は自分で出来る事は自分でしましょう。そして次に「互助」。自助を補うための、ボランティアを含めたご近所力が大変重要になってきています。そして、そこをファシリテートするのが市や町、つまり「公助」になります。現在の日本で言えば、これは総合事業を中心にした地域支援事業もこの形の1つかと思います。

そして医療・介護事業を担っている私たちは、「共助」に入ります。これが共助に入る理由は、共助、つまり「共（とも）に助ける」と言う意味づけは、我々が担う医療介護事業では、その財源の中は、その利用者の保険料と自己負担分だけでなく、実は約半分税金が入っており、これが公的医療保険、公的介護保険の制度下にあり、だから「共に助ける」となるのです。

とすれば医療介護事業がどんどん膨らめば、投入する税金もどんどん膨らむわけですから、自



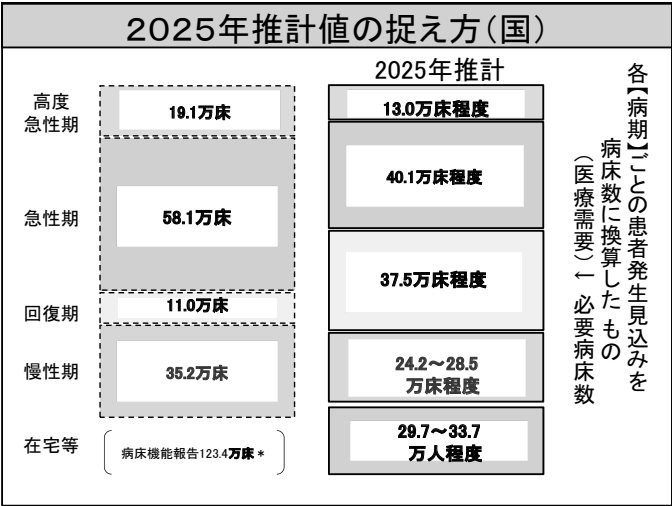
図表 4

助、互助で出来ることはお願いして、必要なところに必要なだけの医療・介護を提供する効率的運営が求められるのは、ある意味当然のこととなります。ですから、公助が自助・互助に対してファシリテートしていくなら、共助である病院を含めて医療・介護に携わる事業所等も、自助に対して、互助に対して、どうアプローチするかを考え行動する必要があります。つまりこれから求められるのは、自分たちの専門性（専門家）をいかに地域で展開していくかということが大事になってくるのです。となると、共助の我々と公助の市・町が同じ自助・互助に対してアプローチしなければいけないということになり、つまり共助と公助がしっかりタッグを組んでいるところは地域包括ケアがうまく回る事になります。地域包括ケアがうまく回れば、お金もうまく回るわけですから、我々は市町といかに協調いくかを、市町の情報、アンテナをしっかりと立てて、市町と同じ方向を見てやっていかなければならないのです。逆に市町の動きが悪いところは、我々が支援（アプローチ）してどんどん市町を後押ししていく。そういういい循環を我々自身がつくってことが、特に慢性期医療や介護の分野では求められていることではないかと思っています。

地域医療構想からみたこれからの療養病床

（図表 5）次に、同時改定や 2025 年問題を考える際にどうしても避けては通れないものに、「地域医療構想」があります。

既に、2014 年からこの地域医療構想の前提となる病床機能報告制度が始まっており、全国全ての病院、有床診療所の病棟を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つから選択した機能が報告されています。そして 2025 年における各種別の必要病床数は、厚労省が示した計算式に則



図表 5

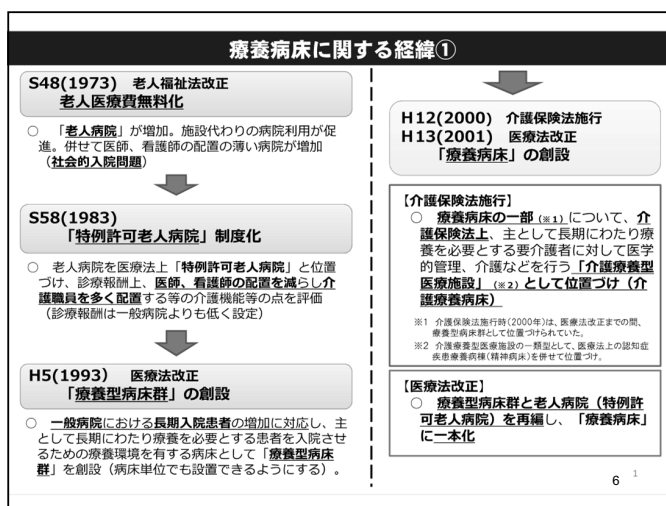
りDPCデータやNDBデータから得られた各地域の医療必要度から推計したものが示されています。

この推計値と、平成26年度の病床機能報告制度により集計された、高度急性期、急性期、回復期、慢性期それぞれの病床数との間には、グラフの通りその病床数において大きな開きがあります。しかも慢性期と在宅等を合わせて約60万床分が、「慢性期機能及び在宅医療等」とされています。

実はこれこそが正に地域に委ねられた部分であり、地域によって、在宅医療・介護サービスが非常に進んでいれば、当然「ときどき入院、ほぼ在宅」になりますが、これが進まなければ、「ときどき在宅、ほぼ入院」になってしまい、これでは入院医療費の大幅増加を招き、医療経済的には厳しい状況にならざるを得ません。

(図表6) ここで改めて日本における慢性期入院医療を担う療養病床については、これまでの経緯を含めて少しご紹介しておきます。まず1973年の老人福祉法改正により老人医療無料化となり一気に「老人病院」が増加、施設代わりの病院医療が進み点滴漬け薬漬けのいわゆる「社会的入院」が大きな問題となりました。そこで1983年、医師・看護師の配置を減らし介護職を多く配置した「特例許可老人病院」が制度化され、更に1993年には、長期療養に適した療養環境を有する病床として「療養型病床群」を創設しました。その後、2000年の介護保険法施行と同時に、療養病床の一部を介護保険を財源とする介護療養型医療施設(介護療養病床)と位置付けました。更に2001年、療養型病床群と特例許可老人病院を再編し、「療養病床」に一本化されました。

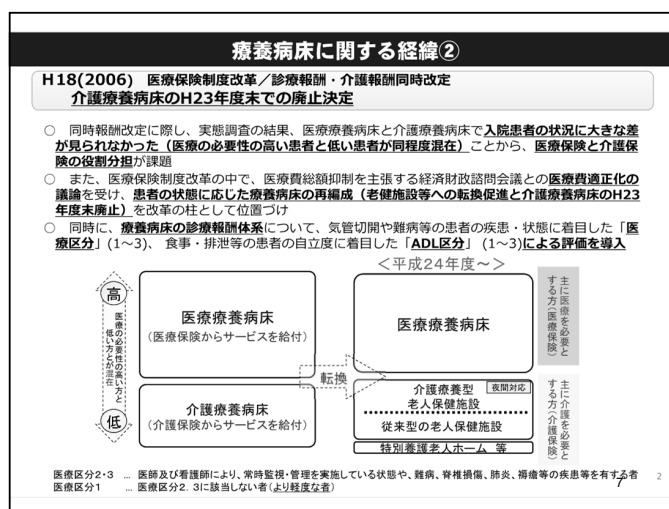
その後2005年に、当時の小泉内閣の医療費総額抑制政策の名のもと、医療療養病床には医療



図表 6

区分を導入，介護療養病床は老健施設等への転換促進と2012年度廃止が決定されました。この突然の廃止については，療養病床を運営している病院関係者の間では，今でも大きなトラウマになっている「事件」でした。

（図表7）それからは介護療養病床も徐々にその数を減らしてはきたものの，様々な転換策にもかかわらず2015年の時点でも約6万床あり，2018年まで転換期間を再延長し，今回の議論を経て更に6年間の経過措置は付けられたものの，ようやく「介護医療院」への転換することが決定されました。そしてこの経過措置の中で生き延びてきた看護配置基準の少ない25：1の医療療養病床もまた，今後の存廃の対象になってきているのです。



図表7

新類型「介護医療院」と療養病床再編の方向性

（図表8・9）このように，2005年に突然宣告された介護療養型医療施設の廃止から約12年，2回にわたる経過措置後，療養病床の在り方等に関する検討会や特別部会の議論を経てようやくその転換先として「介護医療院」（Ⅰ）・（Ⅱ）と，更にいわゆる医療外付け型新類型（院内サービス付き高齢者住宅）の骨格が示されました。しかしその人員配置基準を始めとする施設基準や運営基準の詳細や報酬体系，更には転換スケジュールに至るまでまだまだ未確定の点も多い状況にあります。我が国の国策に則って病院病床を療養病床、更には介護療養病床へと転換したはずなのに，前述の通り介護療養型医療施設の突然の廃止宣告は，多くの介護病床経営者にとっては，前述の通りまさにその後のトラウマとなる政策変更でした。

しかし，ここに来てようやく衆目の理解が得られた感もある介護療養型医療施設の機能を新た

介護医療院		
<p>●平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。</p>		
	新たな施設	
	(Ⅰ)	(Ⅱ)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※生活施設としての機能強化を明確化。 ※医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等（療養機能強化型A・B相当）	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	<p>介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準)</p> <p>医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1</p> <p>※医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適宜に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。</p>	<p>老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準)</p> <p>医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※うち看護2/7程度</p>
面積	老健施設相当 (8.0㎡/床) ※多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した診療環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	
		8

10

図表 8

Ⅱ. 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設	
<p>●経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。</p>	
	医療外付け型（居住スペースと医療機関の併設）
設置根拠 (法律)	<p>○医療機関 ⇒ 医療法 ○居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 ※居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定（介護サービスは内部）</p>
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準 (居住スペース)	<p>(参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準)</p> <p>医師 基準なし 看護 3対1 ※看護職員は、利用者30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人 介護</p> <p>※医療機関部分は、算定する診療報酬による。</p>
面積 (居住スペース)	<p>(参考：現行の有料老人ホームの基準) 個室で13.0㎡/室以上 ※既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし</p>
考えられる要件緩和、留意点等	
<p>✓居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。 ✓医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。</p>	

11

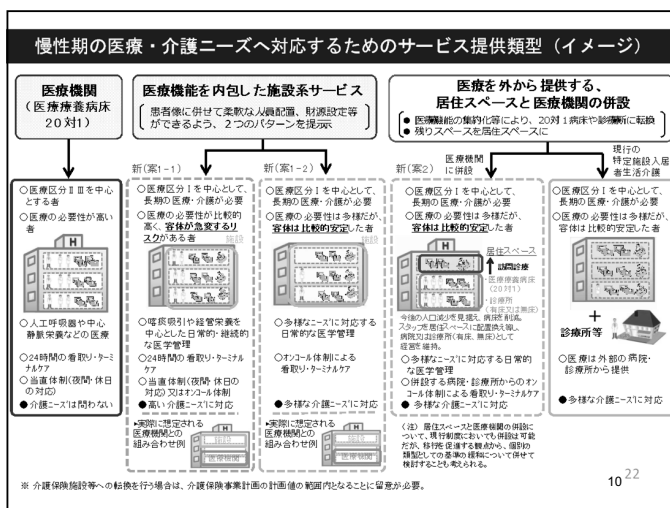
図表 9

に肩代わりすることになる新類型「介護医療院」について、徐々にその概要が明らかにされつつあります。現時点で想定される内容としては、転換に向けての経過措置は6年を想定していること、現在の病院からの転換の場合、その施設長は、引き続き「院長」を名乗ることが出来るように「介護医療院」という名称が決定したこと、既存の病院の転換であれば、原則として「〇〇病院」を引き続き名乗ることが出来そうなこと、更に医療内付型1-1には既存の介護療養型A相当の単価、同1-2には、既存の老人保健施設相当の単価が想定されること、大規模改修までは6.4㎡4人部屋が認められそうであること等が徐々に固まってきております。

前述の特別部会でも、構成員から「今度こそ、魅力ある転換先にして欲しい」との切なる声が挙がりましたが、少なくとも転換前の介護療養型医療施設に留まるよりも何らかの利点がなければ、今回もなかなか転換が進まないことも予想されますので、その報酬体系には関係者からは大きな期待の声が寄せられています。しかし最近の財務省を中心にした社会保障に対する厳しい抑制策や、消費税増税が先延ばしされた事による財源不足等もあり、決してぬか喜びは出来ない状況にあると思います。

(図表 10) しかし一方で、注意しなければならない点もいくつかあります。まずこの新類型については、先の介護保険法改正の本則に則った新類型であり、そうなれば、療養病床からの転換が各市町村での介護保険施設の総量規制の枠組みから離れて優先的に認められる一定の期間（恐らくは3年）を過ぎれば、新規参入を認めざるを得ない点があると思います。事実、特別部会でも一般病床からの転換を強く主張された病院団体関係の構成員もおられ、新しいジャンルの「介護保険施設」として、新規参入の流れを止めることは出来ない状況にあると思います。当然ながら、新規参入の介護医療院の場合、床面積等を始めとする様々な経過措置としての優遇措置は無いわけですが、逆に考えれば経過措置の施設と比べれば遙に充実した新規施設が誕生する事になります。

つまり、介護医療院には、「経過措置型」の他に、もし新設でも採算がとれるような報酬単価が設定されるのであれば、「新基準対応型」が生まれることになり、これは既存の病院からの転換する施設から見れば、ハード面において明らかな差を認めざるを得ない強力なライバルになる可能性が高いと思われます。そしてその時の利用者は、実はパソコンやスマホを自由に操れる団塊の世代の新老人であることを考えれば、この点は相当に心して当たらなければならないのではないのでしょうか。そして、これを突破できる唯一の方策は、やはりこれまでの既存施設内で医療



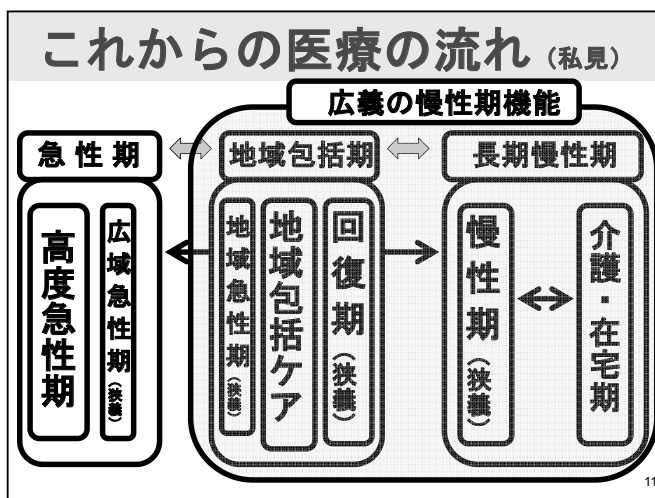
図表 10

介護を一体的に提供してきたそのソフト面の経験値を如何に有効に活かせるかにかかっていると
言えるかもしれません。

またもう一つ見落としてはならない点が、これまでの医療療養病床から介護療養病床への転換
との決定的な違いとして、療養病床から介護医療院へ転換した場合、それが病床過剰地域であれ
ば、例え地域のニーズが変わろうと原則として、二度と病院病床には戻れないことが挙げられま
す。だからこそ、この転換については、その地域の慢性期医療ニーズや供給体制に対する綿密な
予想と戦略が欠かせないと言ったことになります。

療養病床の近未来予想

(図表 11) さて最後に、療養病床の近未来予想をしてみたいと思います。少なくともこれからの
日本の医療介護提供体制を考える際に、地域包括ケアと地域医療構想は車の両輪として捉える
べき事に疑う余地はありません。ではその中で、我々療養病床を中心とした慢性期医療に身を置
くものとして、その機能はどこまでを持つべきでしょうか。繰り返しますが、現在の病床機能報
告制度で示されている4機能、すなわち「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」は、あま
り現実的ではないように思います。しかも現在の病床機能報告制度からは、急性期と称する病床
が明らかに過剰であることが指摘されています。そしてまた、介護医療院の全容がほぼ固まりつ
つある中、医療療養病床はより「医療」の方にシフトすることを求められることは間違いな
いでしょう。そうした場合、医療法改正という大きなハードルはあるにせよ、どう考えてももうそろ
そろ「一般病床」と「療養病床」という垣根は外すべき時期にきていると思っています。そして
現状の急性期医療は、いずれ限られた地域の急性疾患を中心にみる「地域急性期」と、より専門
性の高く地域外からの患者を広く取り込むことが出来る「広域急性期」に分別されることになる



図表 11

でしょう。とすれば、「高度急性期」と「広域急性期」を合わせて、広義の「急性期」と、地域急性期病棟、地域包括ケア病棟、回復期病棟と一部の多機能療養病棟を含めた「地域包括期」、そして遷延性意識障害や神経難病等患者を始めとして、障害者病棟や特殊疾患療養病棟対象患者も含めた、長期にわたり一定水準以上の医療機能を必要とする患者を想定した「長期慢性期」に収斂していくのではないかと予想しています。そして現在の「療養病床」を中心とした病院は、「急性期機能」以外の全ての機能（「地域包括期機能」と「長期慢性期機能」）を広義の慢性期機能と捉え、得手不得手も鑑み、また地域との連携や統合も意識しつつそれぞれ取捨選択し、その機能を地域展開していくことが求められていくのではないのでしょうか。そしてその機能を担えた病院こそが、真に地域包括ケアの中で中心となって医療機能を発揮していくことになるのです。

そう考えれば、これからの慢性期医療を担う病院像としては、①在宅復帰・在宅医療支援機能、②リハビリテーション機能、③終末期医療機能の3大機能を持ちつつ、かかりつけ医、ケアマネジャー、地域包括支援センター等との密な連携のもと、認知症に強く、在宅医療や介護サービスを含めた地域との連携に強く、一定程度までの医療ニーズにはしっかり答えられる高機能の療養病床の将来像が浮かび上がってくるように思います。

そしてその時代には、少なくとも「一般病床」「療養病床」の垣根は完全に取り払われ、これまでの診療報酬のような看護配置基準を中心としたストラクチャーに対する評価だけでなく、多職種協働のもとで在宅復帰や機能改善といったプロセスやアウトカムの評価に変わっていく事を期待したいと思います。

またこのような地域包括ケアの現場では、医療のない介護もない代わりに、介護のない医療もないと考えるべきであり、「慢性期医療」の立場では、既に「医療と介護の連携」から「医療と介護の統合」、つまり「連携」から「統合」の時代に入った事を、医療サービス提供者としても肝に銘じなければならないでしょう。そして地域を知り地域を感じ、そしてまた自身（または自身の医療機関）が提供する医療を見つめ、出来ること出来ないことを見定め、選択と集中を推進し、地域から求めているが自身（自院）にないもの、出来ないものは徹底的に連携・統合を図り、出来れば一体的提供にまで結びつける努力を惜しまない医療機関が生き残っていくのではないのでしょうか。この視点からみても、療養病床を中心に据えて地域医療を担う我々慢性期医療に身を置くものとしては、地域包括ケアの基軸になる医療機能を担う覚悟が必要なのではないのでしょうか。

最後に

私の好きな言葉に、福沢諭吉先生の『学者は国の奴^ど雁^{がん}なり』というものがあります。先頃勇退された慶應義塾大学の清家篤前塾長が、社会保障制度改革国民会議会長時代に発した「国民へのメッセージ」の中でも語られていますが、奴雁とは雁の群れが一心に餌を啄んでいるとき、一

羽首を高く揚げて遠くを見渡し難にそなえる雁のことで、学者もまた「今世の有様に注意して（現状を冷静に分析し）、以って後日の得失を論ずる（将来にとって何が良いかを考える）」役割を担う、という意味です。私達もまた、慢性期医療を中心とした医療介護分野の専門家の一人として、国の奴雁でありたいと思うのです。

そしてマンパワー・財政の両面において相対的抑制傾向にある現在の日本において、将来の世代に禍根を残さないよう医療・介護の効率性も鑑みながら、「良質な慢性期医療が無ければ、日本の医療は成り立たない」を旗印に、常に先を見渡しながら将来にわたってどのような慢性期医療をどのように提供すべきかを、論理的、実証的に論議・実践していくことが、次世代に向けた我々の責務ではないかと感じています。