

介護医療院に異議

周知のとおり、介護職員の給与は低く、その引き上げが求められている。引き上げなければ成り手が少ない。介護職員は介護保険給付の中から給与を得ているから、その引き上げには介護保険財源の確保が極めて重要である。

ところが、このほど成立した2017年改正介護保険法は、介護保険財源を危うくする危険を孕んでいる。それは、医療施設としての必要性が低いとして廃止が予定されていた介護療養型医療施設が介護医療院として存続するためである。2006年の介護保険法改正前に2種類の療養型医療施設を調査した結果、医療の必要性が低く医師の指示の変更が一か月間全くなかった高齢者が、入院患者の約半数を占めていた。これに基づき、2006年の診療報酬改定において、医療保険から給付する医療療養病床を3区分し、それほど医療を必要としない区分1の者の診療報酬を大幅に下げる案になっていた。そこで、主として医療を必要とする者は医療療養病床に入院してもらい、6年間の経過措置を設けて介護療養病床を介護施設に転換してもらおうとしたのであった。すなわち、夜間も医師が勤務して治療する必要のある入院医療施設は過剰なので、2種類の療養型医療施設を一つにするのが適当だ、という方針を取ったのだ。

言葉を変えて言えば、慢性医療の必要性の高い人は医療保険で保険給付し、そうでない主に介護を必要とする人は介護保険で給付することとしたのである。これは、これからのますますの高齢化に備え、介護財源を確保していく方策であることも意味した。つまり、主に介護の必要な人は介護療養病床が転換される老人保健施設、ケア付き住宅、又は在宅で療養を続けてもらう方向で整理されたのである。その背景には、高齢者で介護を要する人は、在宅療養の人を含め多かれ少なかれ医療を必要とするが、医療の必要の少ない人は、介護を主とする施設等に入ってもらい介護保険で給付しようとしたのである。

それまで、入院施設であるにも関わらず介護療養型医療施設に介護保険から給付されていたのは、かつての老人医療無料化時代に余りに多くの老人病院が存在していたという、歴史的経緯からであった。添付の表でわかるように、日本の単位人口当たりの病床数は、ともかく多すぎるのが実態である。

欧米諸国では長期入院施設は少なく、仮にあっても入院日数を大きく増やすほどではない。しかし、わが国の場合、単位人口当たりで英米の4倍以上の病床数であり、加えて全体の入院日数が著しく長いことから、入院施設は減らしていこうという再編であった。

参考までに、スウェーデンでは、1992年のいわゆるエーデル改革によって、医療サービスとしての長期療養病床を廃止して、社会サービスとしてのナーシングホームなどの24時間サービスの施設に変更したのに加え、職員はいるが日中のみで夜間は巡回サービスで対応するサービスハウスなど的高齢者の「特別な住宅」に改編していった。医療費を抑え、介護に回していったのである。比べて我が国では、2006年の改正以降、地方公共団体がこの移管に伴う介護施設を増設する努力が不十分であったのも事実である。

介護財源は人材確保に

こうしたなか、2017年改正法は、介護療養型医療施設を「介護医療院」という医療施設とし、再びこれに介護保険財源を使おうとしている。しかも、これまで病院として病床規制の対象として数が抑えられてきたこともなくなり、これまで以上に多くの介護財源が使われる可能性がある。特に病床数の多い一般病床にも社会的入院患者が多いという有力な調査もあり、そこからの転換が多く起これば介護財源にとっては致命的にもなりかねない。

医療施設全体もこの間に変化が進んだ。病院の入院者の約70%が高齢者となり、機能的に入院病床を4区分した。その分類の慢性期病床としては医療療養型医療施設が当てられた。つまり、医療の機能で区分すると、介護医療院は入院医療の流れにない存在であり、医療機関とする根拠がない。介護を要する高齢者をケアしながら、時に医療を必要とするのに対応しているのは、現在の特養も同じである。特養に常勤医師を配置すれば、同じ機能を有することになる。それ以上の医療を要するなら、存続する医療療養病床に入院するべきである。

実は、多くの療養病床の存在は、人生の最終段階の医療の在り方にも関係している。療養病床の中には患者を寝かせきりのところも少なからず存在した。胃ろうを作り、寝たきりを作る可能性のある長期の入院施設は減らしていくのが妥当と考えられる。やすらかに死ぬことをどう考えるかにも関係している。

医療機関にする理由がないとすれば、現在は介護職より相当高い給与が払われている医療機関の医師等の給与を介護保険で給付する余裕はない。この10年間、入院患者は毎年1万人ずつ減ってきており、医療中心の入院施設は減少させるべきである。医療機関と呼ばれたい、というのが理由とすれば、施設関係者に対してひどく非礼である。

貴重な介護保険の財源は大切に使わなければならない。介護職員にもっと給料を払わなければ介護保険制度が成り立たなくなる。低い給与のままでも働いてくれる外国人が増えれば、それは別の大きな問題を孕むことになる。医療機関に無駄に介護保険財源を使わず、介護職員の給与を引き上げていくべきである。

これから法改正に対応した具体化に向けた作業において、以上の観点に配慮されることを切に望みたい。地方公共団体には在宅を含む介護体制の整備を、社会保障審議会・介護給付費分科会には、2006年に分科会自身が出された方針に沿った対応など、これからの関係者のご尽力をお願いしたい。

表

医療分野についての国際比較(2012年)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	3.1 ^{※1}	2.8	8.3	6.3	2.6	13.4
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.6 ^{※1}	2.3	5.4	3.4	2.0	7.9
人口千人当たり臨床医師数	2.5 ^{※2}	2.8	4.0	3.3 [＃]	3.9 ^{※2}	2.3
病床百床当たり臨床医師数	79.9 ^{※1}	97.7	47.6	48.7 [＃]	148.7 ^{※2}	17.1
人口千人当たり 臨床看護職員数	11.1 [＃]	8.2	11.3 ^{※2}	8.7 [＃]	11.1 ^{※2}	10.5
病床百床当たり 臨床看護職員数	371.4 [＃]	292.3	138.0 ^{※2}	143.6 [＃]	420.2 ^{※2}	78.9
平均在院日数	6.1 ^{※2}	7.2	9.2	9.1 ^{※2}	5.8	31.2
平均在院日数(急性期)	5.4 ^{※2}	5.9	7.8	5.1	5.6	17.5

厚生労働省資料から抜粋

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/iryuu/hoken11/2017.6.13 アクセス