

## 療養病床に関する研究会 報告書

福祉未来研究所

2022年5月30日

### 目次

療養病床及びLTC施設入所者の12か国比較

府川哲夫・・・・・・・・・2

フランスの長期療養病床の過去・現在・未来

粥川正敏・・・・・・・・・9

ドイツの病床について

府川哲夫・・・・・・・・・22

今後のあるべき病院制度

磯部文雄・・・・・・・・・26

■

## 療養病床及びLTC施設入所者の12か国比較

府川哲夫 (IF研)

医療費の国際比較には OECD の Health Expenditure をみるのが一般的であったが、近年では Health Expenditure は医療費と LTC (health) (注1) の合計となり、一方、介護費総額は LTC (health) と LTC (social) の合計と整理されるようになった。従って、Health Expenditure は「医療費」と訳すのはミスリーディングであり、「保健費」と訳されるようになってきている。

本稿は OECD Health Statistics 2021 に基づき病床の種類別病床数及びLTC施設入所者の12か国比較を行い、①医療機関の中にどの程度の療養病床があるか、②LTC施設(介護施設)入所者の65歳以上人口に対する割合はどの程度か、に関して日本の相対的な状況を明らかにし、あわせて、日本における医療・介護施設の種類ごとの入院・入所者1人・1か月当たりの費用(「単価」と呼ぶ)を計算して、単価を変化させた場合の医療費や介護費の総額に与える影響を試算したものである。

### 1 病床の種類別病床数の12か国比較

表1は2019年における先進12か国の病床数及び人口1,000人当たり病床数(病床密度)を病床の種類別に比較したものである。療養病床は一般病院の長期ケア病床、精神科を含む各診療科の長期ケア病床、緩和ケア病床を含む。日本の病床総数は人口規模が日本の2.6倍のアメリカより多く、急性期病床(C/A)に限ってもアメリカより多い。精神病床(Psy)は病床の種類別病床数の合計に含まれていない国が多いが、日本とフランスは「その他」に精神病床の全数が計上されている。また、精神病床は日本・ドイツ・フランス・オランダの順に多い。

表1 病床の種類別病床数の12か国比較：2019年

病床の種類	AL 2016	C	D		F	G	I	J	NL	SP	SW	UK 2020	US 2018
			2020	2020									
病床数 (1,000)	合計	92.8	94.7	15.0	392.6	657.7	188.9	1620.0	53.4	138.9	21.3	162.7	924.1
	C/A		74.1	14.4	202.0	494.3	155.1	977.0	45.4	116.7	19.6		802.9
	R		4.4	0.3	104.7	163.3	25.4		1.8	1.6	1.6		21.6
	療養		16.1	0.3	31.1	0.0	8.4	316.3	6.2	20.4			60.0
	その他		0.2	0.0	55.0	0.0	0.0	326.7	0.0	0.0	0.1		39.6
	Psy	102	13.7	3.0	55.0	108.5	4.9	326.7	13.9	17.0	4.2	22.5	81.8
病床密度	合計	3.8	2.5	2.6	5.8	7.9	3.2	12.8	3.1	3.0	2.1	2.4	2.8
	C/A		2.0	2.5	3.0	6.0	2.6	7.7	2.6	2.5	1.9		2.5
	R		0.1	0.1	1.6	2.0	0.4		0.1	0.0	0.2		0.1
	療養		0.4	0.0	0.5	0.0	0.1	2.5	0.4	0.4			0.2
	その他		0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0		0.1
	Psy	0.4	0.4	0.5	0.8	1.3	0.1	2.6	0.8	0.4	0.4	0.3	0.3

注1：AL=オーストラリア、C=カナダ、D=デンマーク、F=フランス、G=ドイツ、I=イタリア、J=日本、NL=オランダ、SP=スペイン、SW=スウェーデン、UK=イギリス、US=アメリカ。

注2：C/A=急性期病床、R=リハビリテーション病床、療養=療養病床、Psy=精神病床

注3：病床密度は人口1,000人当たりの病床数

注4：日本のデータ(病院+診療所)では精神病床はOthersに、療養病床と精神病床以外は全てC/Aに計上され、リハビリテーション病床もその中に含まれている。

出所：OECD(2021) Health Statistics 2021.

療養病床の数を人口1,000人当たりで見ると、日本の2.5が群を抜いて多く、フランスの0.5が次

に多い。

## 2 Long-term care (LTC) 施設

### (1) LTC 施設のベッド数及びLTC受給者数の12か国比較

表2は2019年における先進12か国のLTC施設のベッド数とLTC受給者数を示したものである。LTC施設は入所者に介護サービスを提供する施設で、LTC受給者はLTC施設で介護サービスを受ける人(I=LTC施設入所者)と自宅で介護サービスを受ける人(H)に区分される(注2)。65歳以上人口1,000人当たりLTC施設のベッド数はオランダとスウェーデンが70前後で最も多く、オーストラリア・カナダ・ドイツが50以上(フランスもほぼ50)、スペイン・イギリスが40台、デンマーク・アメリカが30台、日本は26とイタリアの19に次いで少ない。

65歳以上人口を対象にLTC受給者数が人口に占める割合をみると、施設サービスではオーストラリアの5.9%が最も高く、ドイツ・オランダ・スウェーデンが4.2%、フランスが4.1%と高い一方、スペインが1.9%で最も低く、アメリカや日本が2%台で低い。在宅サービスではドイツの14.2%が最も高く、デンマークとスウェーデンが11%台で高い一方、フランスの5.8%が最も低い(日本はデータが記載されていない)。80歳以上人口を対象にLTC受給者数が人口に占める割合をみると、施設サービスではスペイン・アメリカ・日本の数値が低く、在宅サービスではデンマーク・ドイツ・スウェーデンが30%前後で最も高い。

表2 LTC施設のベッド数及びLTC受給者数の12か国比較：2019年

		AL	C	D	F	G	I	J	NL	SP	SW	UK	US
		2020											
LTC施設													
ベッド数(1,000)		209.8	342.3	42.9	660.6	969.6	257.4	945.5	239.1	399.4	138.6	525.0	1628.9
比率		51.9	51.9	37.1	49.1	54.2	18.8	26.3	72.1	43.9	68.1	41.8	31.1
		AL	C	D	F	G	I	J	NL	SP	SW	UK	US
		2020											
LTC受給者													
65+	I人数(千人)	237.3	253.1	39.4	548.2	742.4		954.5	135.8	179.7	86.3		1169.9
	H人数(千人)	333.3	514.8	125.9	785.3	2547.4	858.9		249.8	868.3	242.7		3705.8
	I割合(%)	5.9	3.8	3.4	4.1	4.2		2.6	4.2	1.9	4.2		2.4
	H割合(%)	8.2	8.7	11.1	5.8	14.2	6.3		7.7	9.4	11.9		7.5
80+	I人数(千人)	188.4	189.7	28.2		562.6		809.7	97.9	140.5	63.9		750.1
	H人数(千人)	209.8	266.2	78.6		1662.1			161.8	652.1	154.0		1831.2
	I割合(%)	18.5	11.7	10.4		10.4		7.0	12.6	4.9	12.2		6.1
	H割合(%)	20.6	17.6	29.8		30.8			20.8	22.9	29.5		14.9

注1：AL=オーストラリア,C=カナダ,D=デンマーク,F=フランス,G=ドイツ,I=イタリア,J=日本,NL=オランダ,SP=スペイン,SW=スウェーデン,UK=イギリス,US=アメリカ。

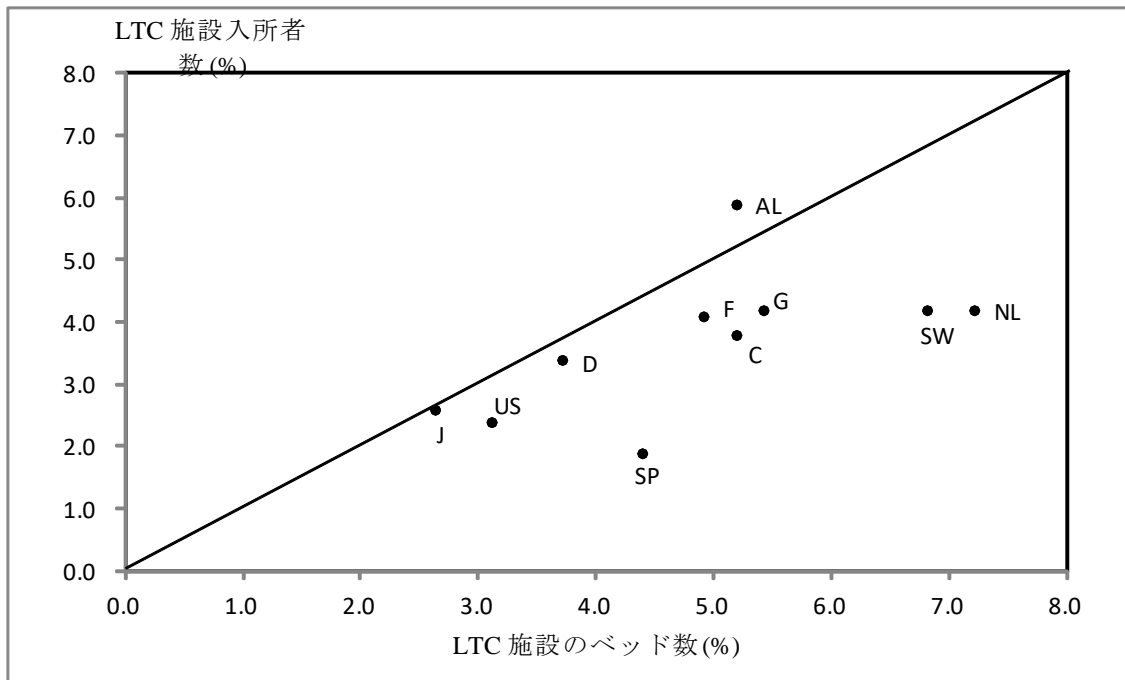
注2：LTC施設の「比率」は65歳以上人口1,000人当たりのベッド数。

注3：I=institutions other than hospitals,H=at Home；割合はLTC受給者の人口に占める割合。

出所：OECD(2021) Health Statistics 2021.

図1は10か国のLTC施設の定員数を横軸に、65歳以上のLTC施設入所者数を縦軸にとって散布図を描いたものである(いずれも65歳以上人口に対する割合；イタリアとイギリスは施設受給者数のデータが欠損しているため除いた)。図中の対角線から下に離れている程、施設ベッド数より入所者数が少ないことを意味している。日本はLTC施設のベッド数が少なく、ほぼ対角線上に位置しているので空きがない(つまり、ベッド数が足りず、待機者がいる)状況であることがわかる。反対に、スウェーデンやオランダでは入所したければいつでも入れる状況であることを示している。

図1 LTC施設ベッド数と65歳以上のLTC施設入所者数の10か国比較:65歳以上人口に対する割合(%)、2019年



注：AL=オーストラリア,C=カナダ,D=デンマーク,F=フランス,G=ドイツ,J=日本,NL=オランダ,SP=スペイン,SW=スウェーデン,US=アメリカ。

出所：表2

(2) 日本のLTC受給者数

65歳以上人口のうち2019年における各種施設の入所者数は表3のとおりである。介護保険法における施設は特養・老健・介護療養型医療施設・介護医療院に限定されており、その入所者数は65歳以上人口の2.6%で、この数値が表2に記載されている。

認知症高齢者グループホーム、老人福祉施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)に入所している人を加えると、65歳以上の施設入所者数は202万人となり、65歳以上人口の5.6%になる(表3の①)。因みに、2020年の国勢調査結果では、65歳以上人口3,533.6万人のうち社会施設の入所者は179.8万人で、65歳以上人口の5.1%と報告されている。

表3の施設の中で、介護保険法における施設及び介護保険の給付対象である認知症高齢者グループホーム入所者は全員、それ以外では入所者の1/2を介護に関する施設サービス受給者と仮定すると、施設サービス受給者数は158万人(65歳以上人口の4.4%)と推計された。

介護給付費等実態調査によると、2019年の介護サービス受給者(要支援を含む)は65歳以上で人口の14.1%、80歳以上では人口の34.9%である。従って、65歳以上人口のうち施設サービスを受けている人は4.4%、在宅サービスを受けている人は9.7%という結果になった(表3)。

表3 65歳以上の施設入所者数及び介護サービス受給者割合：2019年

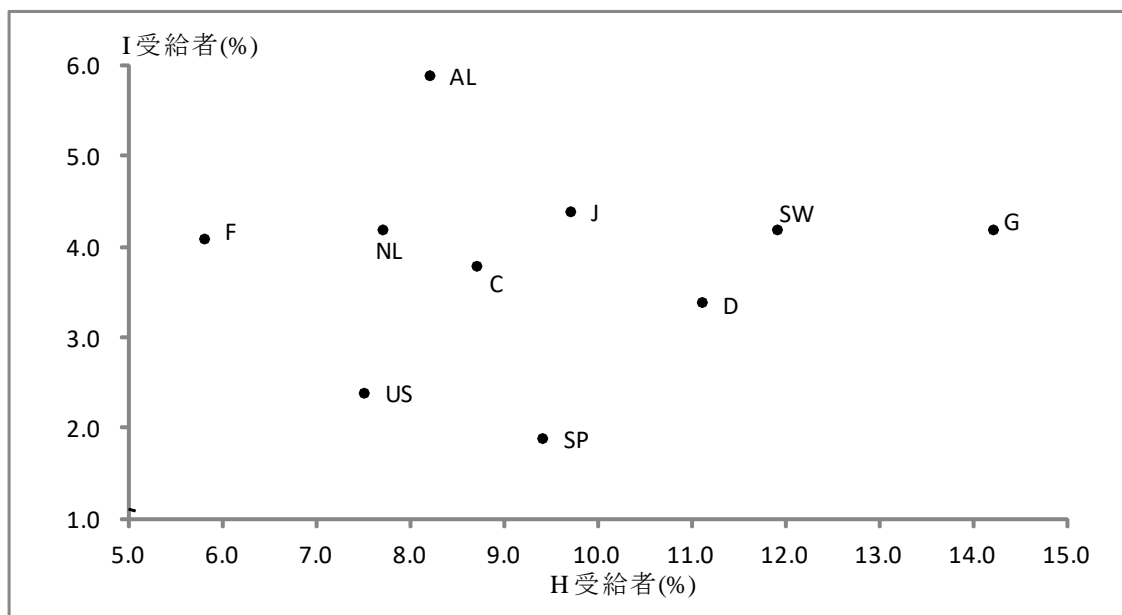
65歳以上の施設入所者数				介護サービス受給者割合 (%)		
	千人	%	出所		65歳以上	80歳以上
介護老人福祉施設(特養)	545.7	2.6	a	施設 (I)	4.4	11.8
介護老人保健施設	334.2			在宅 (H)	9.7	23.1
介護療養型医療施設	30.3			計	14.1	34.9
介護医療院	15.1					
認知症高齢者グループホーム	206.6		b			
老人福祉施設(養護・軽費)	145.0		c			
有料老人ホーム	496.8		c			
サービス付き高齢者向け住宅	247.6		d			
施設入所者計 ①	2,021.3	5.6				
施設サービス受給者(Iの推計)	1,576.6	4.4				
医療療養病床 ②	243.4		e			
①+②	2,264.7	6.3				

注：%は65歳以上人口に占める割合。

出所：a 介護サービス施設・事業所調査、b 厚労省（2020）、c 社会福祉施設等調査、  
d 高齢者住宅協会（2020）、e 医療施設動態調査

図2は10か国の65歳以上のLTC受給者に関して在宅(H)受給者数を横軸に、施設(I)受給者数を縦軸にとって散布図を描いたものである(いずれも65歳以上人口に対する割合)。ただし、日本の値は表2ではなく、表3に基づいている。また、イタリアとイギリスは欠損値のため図に表示されていない。この図から日本の施設サービスはやや多い方に、在宅サービスは中間に位置しているとみられる。

図2 10か国における65歳以上のHとIの受給者割合：65歳以上人口に対する割合(%)、2019年



注：AL=オーストラリア、C=カナダ、D=デンマーク、F=フランス、G=ドイツ、J=日本、  
NL=オランダ、SP=スペイン、SW=スウェーデン、US=アメリカ。

出所：表2（日本は表3）

### 3 医療・介護施設の種別別入院・入所者1人・1か月当たりの費用

この節では日本における2019年のLTC施設別の利用者1人1か月あたりの費用(以下、「単価」と略称)を参考に、医療機関の病床の種類別入院患者1人1か月あたりの費用(これも、「単価」と略称)を推計する。LTC施設別に年費用と年件数(月単位)の実績値が得られるので、「LTC施設別の利用者1人1か月あたりの費用」は年費用/年件数で計算される。その結果、介護療養型医療施設及び介護医療院の単価はそれぞれ38.7万円、39.2万円で、介護老人保健施設(老健)の単価30.7万円より高かった(表4)。

国民医療費の2019年度における入院費総額は16.9兆円であった。医療機関の病床の種類別1か月あたり入院患者数は病院報告の年延患者数(日単位)を30で割って計算した。介護療養は表4下段の実績値を用い、医療療養と精神病床の単価はそれぞれ55万円、40万円と仮定し、さらに結核・感染症病床の単価は一般病床と同じと仮定して計算した結果、一般病床の単価は166.1万円となった(表4)。

表4 病床の種類別入院患者1人1か月当たりの費用推計と試算

	病院報告 2019		医療費 2019		病院報告 年延患者 数 (万日人)
	患者数 (万月人) ①	患者数 (万人) ② = ①/12	単価 (万円/月) ③	入院費総額 (兆円) ④ = ①x③	
医療機関	1,502	125.1	112.6	16.90	45,046
一般病床	828	69.0	166.1	13.78	24,831
療養病床	330	27.5	53.2	1.75	9,891
医療療養	293	24.4	55.0	1.61	8,788
介護療養	37	3.1	38.7	0.14	1,103
精神病床	342	28.5	40.0	1.37	10,268
結核・感染症	2	0.2			56
	年件数 (万月件)	入所者数 (万人)	単価 (万円/月)	年費用 (兆円)	
LTC施設	1,158.8	96.6	30.0	3.48	
介護老人福祉施設	666.0	55.5	28.7	1.91	
介護老人保健施設	433.7	36.1	30.7	1.33	
介護療養型医療施設	38.8	3.2	38.7	0.15	
介護医療院	20.4	1.7	39.2	0.08	

(注1) LTC施設の年件数・年費用は2019年度介護給付費等実態統計の施設サービスの数値である。  
 (注2) 医療療養病床及び精神病床の「単価」は仮定値であり、一般病床の単価は計算結果である。

試算

	(兆円)	
	医療費	介護費
(1) 介護療養&介護医療院の単価が老健の単価まで下がった場合の介護費の低下		0.05
(2) 全療養病床の単価が老健の単価まで下がった場合の医療・介護費の低下	0.71	0.05
(3) 一般病床の10%の単価が医療療養→老健に下がった場合の医療費の低下	0.20	
(4) (2)+(3)	0.91	0.05
(5) 一般病床の25%の単価が一般病床/2→老健に下がった場合の医療費の低下	1.08	
(6) (2)+(5)	1.80	0.05

表4には単価が変化した場合の医療費や介護費の総額に与える影響を試算した結果も示されている。介護療養型医療施設及び介護医療院の単価が老健の単価まで下がった場合の介護費の低下幅は500億円であった。全療養病床の単価が老健の単価まで下がった場合には医療費は7,100億円、介護費は500億円低下する。

さらに、一般病床の中にも社会的入院が一定程度存在するという仮定の下に次の2つの試算を行った。

- (a) 一般病床の10%において社会的入院が存在し、その単価（医療療養の単価と仮定）が老健の単価まで下がったと仮定すると、医療費は約2,000億円低下する。
- (b) 一般病床の25%において社会的入院が存在し、その単価（一般病床の単価の1/2と仮定）が老健の単価まで下がったと仮定すると、医療費は約1兆800億円低下する。

全ての療養病床の単価が老健の単価まで下がり、さらに(b)のケースまで想定すると節約される医療費は1兆8,000億円、節約される介護費は500億円と推計される。そして、重要なことは、これらの医療費・介護費低下によってもほとんどの場合これまでと同様に必要なサービスは確保されると考えられることである。

#### 4 議論

医療費の国際比較には OECD の Health Expenditure をみるのが一般的であったが、日本のデータに関しては2011年以降 Health Expenditure は医療費+介護費となっている（注3）。

病床の種類別病床数及びLTC施設入所者の12か国比較によって次のような日本の特徴が明らかになった。

- ・精神病床は日本・ドイツ・フランス・オランダの順に多い（日本はドイツの2倍）。
- ・日本は医療機関の中に多くの療養病床をかかえている（2番目に多いフランスの5倍）。
- ・急性期病床（C/A）も日本が最も多い（人口1,000人当たり7.7、2番目がドイツで6.0；ただし、日本はリハビリテーション病床も含まれていることに留意する必要がある）
- ・65歳以上で、自宅以外で介護サービスを受けている人の割合をみると、日本は決して低くなく、ドイツ・オランダ・スウェーデンを上回っている可能性もある。
- ・日本の在宅サービス受給者割合は平均的とみられる。

日本における2019年の医療・介護施設の種類の入院・入所者1人・1か月当たりの費用（「単価」）を計算すると、介護療養型医療施設及び介護医療院の単価はそれぞれ38.7万円、39.2万円で、介護老人保健施設（老健）の単価30.7万円より高かった（注4）。全療養病床の単価が老健の単価まで下がると7,000億円程度の医療費削減効果があるが、一般病床の中にまだ残っている社会的入院がなくなると16.9兆円の入院費に対して1兆円規模の医療費削減効果が考えられる。

医療機関の中に存在する療養病床に関しては、その単価を老健並みに引き下げることができれば医療機関の中におく意味がなくなる。その上で、施設サービスと在宅サービスのバランスをどう取るかが問題となる。在宅サービス優先の原則は家族介護を促進するためではない。また、働く世代の人が親の介護のために離職せざるを得ない事態は介護保険制度導入の趣旨に反するものである。医療費との関係で大きな問題となるのは一般病床の中に存在する介護的病床の規模及びそこで使われている費用である。その実態については調査が必要である（注5）。

日本に精神科病床が多いのは、日本の精神科医療が他の先進諸国とかなり異なることに起因している。世界的な傾向として精神障害の「脱入院化」が進むなかであって、**日本では依然として入院が多く残っている**。病床数の多さと同時に平均在院日数も長い。精神科は「入院患者に対して医師数は一般病床の3分の1、看護師・准看護師は3分の2でよい」という特例がある代わりに、診療報酬は一般病床より低く設定されている。精神科病院の多くは民間の医療法人が運営しており、高い病床利用率を維持するインセンティブが働くため平均在院日数は長くなる。

先進各国は65歳以上人口の10~15%程度（80歳以上では40%程）が要介護状態であり、介護費にGDPの1.5%~3%台を使っているとみられる（府川、2020）。介護費の増加は人口高齢化でどの国でも避けられないが、介護サービスを有効利用し、高齢者が要介護にならないように予防システムを構築して、高齢者の要介護率を将来に向けて低下させていくことが求められる。年齢の上昇とともに要介護率が高まることは避けられないが、国民一人ひとりの要介護にならない生活習慣が望まれ、制度にそのような努力を支援するインセンティブを付与することが重要である（府川、2020）。

(注1) OECD の Health Expenditure ではサービスの種類別内訳を計上しており、入院、外来、long term care 施設でのサービス（これを LTC (health) と呼んでいる）、薬剤、医療用品、その他に分類している。また、LTC (health) に具体的に何を計上するかは各国の判断に任されており、ドイツや日本では介護費の殆ど全てがその中に含まれている。

(注2) 療養病床にいる人はIには含まれない。

(注3) 介護費総額は LTC (health) と LTC (social) の合計であるが、LTC (health) に計上されない介護保険サービスは介護予防訪問介護・介護予防通所介護・介護予防短期入所生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護・福祉用具貸与（介護予防を含む）である（医療経済研究機構、2016）。

(注4) 医療・介護施設の種類別入院・入所者1人・1か月当たりの費用といっても、空きが一切無視されているので、表4の値を解釈する上では注意が必要である。

(注5) スウェーデンではエーデル改革(1992年)によって社会的入院は大幅に減少したとされ、ドイツでは不適切入院が介護保険の導入及び病院の診療報酬支払への DRG 方式の導入によりほとんどなくなったといわれている。

## 文献

医療経済研究機構（2016）OECD 基準による日本の保健医療支出. Press Release 2016年8月4日.

府川哲夫（2018）日本の医療費. IFW VP シリーズ 18.1 (2018.10)

府川哲夫（2020）要介護率の動向と日独比較. 生存科学 Vol.30-2.

OECD (2021) OECD Health Statistics 2021.

OECD (2020) Assessing the comparability of Long-Term Care spending estimates under the Joint Health Accounts Questionnaire.



## フランスの長期療養病床の過去・現在・未来

粥川正敏

### はじめに

私は2016年1月6日に脳出血を発症し、3日後に開頭血種除去術を受けたが、左頭頂葉皮質下の出血のため失語症（注1）となった。リハビリ病棟で数か月、毎日2度の言語聴覚士によるリハビリ、他に理学療法士・作業療法士のリハビリを受け、退院後も5年間ほど通院して、週1度の言語聴覚士のリハビリを受けた。しかしながら、未だに言語がスムーズに出ないことが多く、人の話を聞き取ること、文章を書くことも問題が多い。文字通り、急性期病床から回復期病床を体験したのである。

本稿ではフランスの長期療養病床及びその関連事項を記述したが、フランス政府の統計とOECDの統計が混在していること、日本とフランスの制度の違い、等留意すべき点が多いことを指摘しておきたい。

### 1 フランスの高齢者と保健の状況

#### (1) フランスの高齢者：重要な数値（Personnes agees : les chiffres cles 21.12.21）

2021年12月21日、フランスの連帯保健省(Ministere des solidarites et de la sante)は高齢者の項目で、次のように述べている。

- ・男性の平均寿命 (l'esperance de vie)（注2）は78.4歳、女性は84.8歳である。フランス国立統計経済研究所(INSEE)は、2060年にはこの平均寿命が男性86歳、女性91.1歳になるとしている。
- ・現在、60歳以上の人口は1,500万人だが、2030年には2,000万人、2060年には2,400万人と推計され、85歳以上の人口は140万人が2060年には500万人となる。
- ・多数の高齢者は健全だが、60歳以上の8%、85歳以上の20%が「介護を必要」(sont dependants)とし、平均83歳で、「自律喪失」状態(perde d'autonomie)となる。
- ・120万人の個別化自律手当 (APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie (注3) 受給者のうち60%は自宅、40%が施設等に居住する。
- ・430万人が定期的に高齢者の介護をしており、うち280万人が自宅に住む高齢者の日常生活を支援している。家族介護者の62%が女性である。

#### (2) フランスの保健状況

フランス人の平均寿命は82.3歳で、ヨーロッパでは最長の国の一つだが、COVID19のために2020年には一時的に下がった (OECD, 2021)。1945年以来のことである。2020年のフランスの平均寿命はEU平均より2歳程高い。しかし、COVID19により、8月下がった。パンデミック前も、2010年以来、以前に比べて、上昇率は下がっていた。それは、インフルエンザ、肺炎、その他の呼吸関連疾患による高齢者の死亡率の増加のためだ。

また、フランス人の死亡原因は、心疾患、脳卒中、肺がんが主なもので、死亡率を左右するのは生活習慣とされる。過去20年間で、タバコの消費は減っているが、2019年において成人の4分の1は、毎日、喫煙している。アルコール消費量も減少しているが、EU平均より高い。また、2018年において、15歳人口の90%以上が、毎日軽い運動すらしていない。10代の運動量は、EUの中ではフランスが1番少ない。フランスの死亡者数はパンデミック前まで、EUの中では低くおさえられていた。しかし、がんなどの危険因子を減らすことによる病気予防、健康増進等ではイタリア、スウェーデン、スペインなどには遅れをとっている1)。

### 2 フランスの医療

### (1) フランスの社会保障制度

日本の社会保障制度は 憲法第 25 条の生存権の規定により、「国家には国民の生活を保障する義務がある」として、安全・安心の福祉国家の理念の具体化である。一方、フランスでは 1945 年のコンセンサス「国民連帯」(solidarite nationale)の概念に基づいて、全国民を対象とすることをめざす社会保障制度が制定された。保健医療行政機関も連帯保健省である。2003 年の猛暑による高齢者を含む 14,800 人の死亡の翌年には、「高齢者と障害者のための連帯法」により、祝日を減らして、「国民連帯の日」として、賃金を据え置いたままで就労時間を 1 日分増加させ、その分の雇用主負担税を、高齢者や身体障害者に関する政策の財源に充てることを決定した 2)。

フランスの社会保障制度は、社会保険制度(Assurance sociale)と社会扶助制度(Aide sociale)に分けられる。

### (2) フランスの医療保険制度

フランスの医療保険(Assurance maladie)は、社会保障法典を根拠にする職域ごとに強制加入の多数の制度があり、従来、保険料は労使負担であったが、2017 年 5 月に誕生したマクロン政権は「購買力の強化」のため社会保険料の被用者負担については老齢年金を除いてゼロとし、財源の租税化を進めた。1991 年から所得を賦課ベースとする社会保障目的の一般社会拠出金(CSG: Contribution Sociale Generalisee)が導入され、税率 9.2%で、家族手当、医療保険、老齢保険等の財源として充当されている。国民の 90%程度が商工業被用者（退職者を含む）を被保険者とする一般制度に加入している。被用者制度は、一般制度のほかに国家公務員制度、地方公務員制度、特別制度等があり、自営業者の非被用者制度は 2018 年 1 月から一般制度に組み込まれた。強制適用の対象とならないフランスに常住するフランス人と外国人は、2000 年 1 月から普遍的医療カバレッジ(給付)制度(CMU: Couverture Maladie Universelle)の対象となり、皆保険となった 3)。なお、医療保険は、基礎的医療保険と補足的医療保険の二階建てとなっており、共済組合や相互扶助組合、民間保険による補助制度(注 4)が基礎的医療保険を補完する役割を担う 4)。保険者は疾病金庫(Caisse)で、患者は医療費を全額支払って、疾病金庫から 60, 70%等償還される。(近年は、IC カード式の保険証を用いて、自己負担分だけ支払うようになっている。)なお、多くの場合、自己負担分は、共済組合、相互扶助組合等により、カバーされ、これらによってカバーされない部分が最終的な自己負担になる 5)。また、個人の 90%以上が私的保険に加入している。

フランスの医療体制は、高品質の医療を良いアクセスで提供しているが、COVID19 により、予防、公衆衛生、保健労働力などへの投資が少ないなど、重要な構造的弱点に光が当たった(OECD, 2021)。パンデミックのために、より弾力的な医療制度の樹立を進める革新的な方法を迫られた。医療制度は、伝統的に国の統制による医療保険制度(un systeme d' assurance maladie)であるが、2009 年以来、地域圏保健庁(les agences regionals de sante) (注 5)が、地方での医療介護供給の管理により大きな役割を果たすようになった。一方、中央政府が保健制度を管理し、運用を決定するにあたり、常に強力な役割を果たしている。ここ 20 年以上、国家が医療費目標を設定して管理している 6)。(注 6)

### (3) 医療施設と機能

病院が近代的医療機関となる以前は、医師は町医者中心であり、病院は医療施設というよりも中世以来の貧窮あるいは慈善施設の性格を強く残していた。1970 年の「病院改革に関する法律」を経て現代病院制度の基礎が完成することになった 7)。

現在、医療施設は、公立病院、民間非営利病院、民間営利病院、診療所があり、病床数は、2000 年代になって増加しておらず、高齢化の影響が病床数に反映されている様子は見て取れない。(表 1)機能別には、急性期病院、中期医療入院病院(日本の亜急性期病床、回復期リハビリテーション病院に該当)、長期医療入院病院(日本の医療療養病床に該当:注 7)がある 8)。

表1 フランスの医療施設

		2007年	2010年	2012年	2015年	2016年	2017年	2018年	1985年
公立病院	施設数	972	956	931	1,389	1,376	1,364	1,356	1,849
	病床数	283,648	260,642	258,158	253,364	250,104	246,395	243,326	509,936
民間病院	施設数	1,800	1,754	1,729	1,700	1,689	1,682	1,680	2,637
	病床数	153,890	156,068	156,682	154,881	154,144	153,470	152,367	212,442

参考) 精神科の専門病院センターの病床数: 74,585床

出所: 厚生労働省定例報告海外情勢2009-2010年、2013、2016、2017、2018、2019、2020年

仏調査研究政策評価統計局 (DREES)

1985年は「フランスの社会保障」: 第10章 医療供給制度と医療保険制度

また、病院改革法による病気の様態及び病院の地域での役割による分類によれば、公立病院のうち短期入院による疾病治療に当たる病院は、地方の中核となり、高度専門医療を提供する「地方医療センター (les centres hospitaliers regionaux)」(2018年統計では32病院)、総合病院である「医療センター(les centres hospitaliers generaux)」(955病院)、精神科が多い「専門医療センター(les centres hospitaliers speciaux en psychiatrie)」(97病院)等がある。中期の回復期療養、機能回復訓練を行う、「回復治療、社会復帰又は精神病治療のための中期収容センター (les centres de moyen sejour pour convalescence, cure, readaptation ou traitement des maladies mentales)」、長期医療の「長期収容センター (les centres de long sejour)」(その他長期療養病床を含む146施設)がある。急性期の病院の一部に中期、長期の病棟や病床があることが多い(9)10)。

なお、地域圏保健庁(Agence Regionale de Sante/ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)の報告(Les chiffres clés de l'hospitalisation)によれば、2018年のフランスの病院患者は12.8百万人(1,000人当たり190人にあたり、このうち200万人が18歳以下、160万人は80歳以上であった。359,000人が病院で死亡し、死亡者の58%を占めた。)で、うち730万人が公立病院、700万人が私立病院を利用していた。また、中期の回復期病床(SSR: Soins de suite et de readaptation)の患者は100万人で、4%が18歳以下、37%が80歳以上だった。

#### (4) 保健費

フランスの1人当たりの保健費とGDPに占める保健費の割合はEU平均を上回っている。2020年まで保健費はほぼ同じペースで伸び続けていたが、COVID19によりGDPが8%下がる一方、保健費は急速に増加した(OECD, 2021)。

フランスの保健費はGDPの11.1%で、EU平均の9.9%より高い。一人当たりの保健費は3,645ユーロである(2019年)。保健費の構成は、公的医療保険:77%、補足的保険:6.7%、合計83.7%(EU平均79.7%)で、私的保険が7%、自己負担が9.3%である。自己負担の内訳は、入院医療費0.5%、外来医療費2.4%、医薬品1.5%、長期療養費4%、その他0.9%である。これらの財源は、主に使用者・被用者負担の保険料の他に所得税、タバコ、酒税である。公的医療保険支出の年増加率は、1996年から国家医療費目標により統制され、2009年から2019年まで、年2.5%増だったが、2020年はパンデミックの追加費用と公的病院への投資のため、9.5%増しとなった。(注6) 保健費支出の32%はリハビリを含む入院患者の治療費、28%は在宅治療、移送等補助サービスを含む外来診療費、17%が外来患者の薬剤、医療器具費、16%が長期療養病床の治療費で、病氣予防費用は1.9%である。なお、公的医療保険は全人口のカバーを目指し、2015年には職業を変えても保険は継続することとなった(11)。

#### (5) COVID19

医療へのアクセスは、フランスではとても良いのだが、COVID19によりひっ迫した(OECD,

2021)。パンデミックの1年目に、16%の人々が医療を受けられなかった。EU平均の21%と比較して低いが、ドイツの14%より高い。その後の何度かの流行の波では、遠隔診療により改善した。

フランスでは、COVID19の人口比による患者死亡数は、EUの中で最も高かった。2020年には、65,000人で死亡者の10%を占めた。国は2021年の初めに、ワクチン接種を急ぎ、8月の終わりまでに人口の60%が2度のワクチンを受けた。2021年8月までのCOVID19による死亡率は、EU平均より7%高い。100万人当たりの死亡者数は、EUの1,590人に対しフランスは1,700人である。フランスのCOVID19による死者の90%以上は65歳以上の高齢者(80%以上が75歳以上)である。また、2020年3、4月の死亡率は、国内全域では前年の27%増しだったが、貧困地区(Seine-Saint-Denis)では前年の2倍以上であった。2019年、フランスの成人の5分の2は慢性疾患にかかっており、COVID19の重症化の危険度が増すことになる12)。

COVID19に対応し、封じ込めのため3度のロックダウンを行ったが、感染症への限られた準備では、発生の初期は不十分だった。パンデミックは病院をひっ迫状態に追い込んだが、追加された資源の動員が迅速であった。2020年3月には、「緊急時病院計画」が機能し、パンデミックに対応する追加的人員、装備が導入された。フランスにはEUより多くの人口当たりの病院・ICUがあったにもかかわらず、地域によっては第3波でひっ迫した。ピーク時の急性期治療の需要を管理するため、医療従事者と装備はよりニーズの高い地域に移された。最も感染の深刻な地域では、軍隊が野戦病院や集中治療室を作り、公立・私立の病院の手術後部門が集中治療室になった。こうした方法により、人工呼吸器を装備したICUベッドが5,400床から、2020年4月15日までに10,700床に倍増し、この結果、2020年春の患者数は、病床数を超えずに済んだ。2020年8月には必要とされるICUは12,000床に達した。2020年の春秋の急激な需要に対して、ボランティア看護医学生生の動員で対応した。2007年の鳥インフルエンザの際に作られた「保健備蓄(La reserve sanitaire)」により、働いていないか、退職した医療専門職が採用された。2020年5月までには2,000人の医療従事者と2,000人の長期療養病床従事者が第1波に動員され、第2波では800人が動員された13)。

2020年7月公的病院の強化、保健労働力の投資増等の計画が策定された。保健従事者や組合と協議し、さらに年8億2,000万ユーロで病院や老人ホームの従事者を採用、維持していく。また、公的病院のネットワークの再構築、通院と病院治療の調整、保健制度のデジタル化、長期療養部門の現代化を計る14)。

## (6) 医療供給システム

各国でみられるように、フランスでは医療の高度化による予算の抑制のため、1980年代から医療供給システムの見直しが行われた。まず、精神病治療の一形態から発達してきた「昼間入院(Hospital de Jour)」の普及が、患者と家庭の断絶を避けられる、夜間収容分の節約ができる、との理由で推進された15)。

さらに、1990年代半ば以降には、医療費が膨張し、自己負担額を徐々に上げている。1991年病院改革法の「地域医療計画」では、医療サービスの体系化と質の保証が図られ、在宅入院機関が生まれた。2000年には、「在宅入院に関する通達」により、月30時間を限度とする医療に特化した、身体介護を含まない、治療経過観察、術後経過観察、人工栄養法、人工呼吸、患者および家族への教育、家庭復帰訓練、終末期の看取り等を行う「在宅入院(HAD: L'hospitalisation a domicile)」の制度16)の普及が計られている。元々、病院改革法で法律上規定されていたが、普及せず、1986年の通達で制度が推進され、1985年に、公立病院で定額協約料金から、一般的な病院医療費と同じ総額予算の中で支弁されるようになり、70歳以上のがん、循環器系疾患、骨折等の疾患で利用された。日常生活の中で早期回復が可能、ターミナル・ケアも可能、入院より安価であるとして推進された17)。

2018年の在宅入院の患者数は122,000人で、7%が18歳以下の利用、29%が80歳以上の利用

である。延べ利用日数 550 万回、平均入院日数は 27.4 日である（地域圏保険庁／Agence Technique de L'Information sur L'Hospitalisation）。2020 年には、146,000 人の患者が 286 施設（公的施設 113、私的営利施設 60、私的営利施設 113）の HAD の制度を利用しており、6 年計画も公表されている（HAD UNE FEUILLE DE ROUTE POUR 2021-2026）。

また、様々な制度改革の基盤となるものとして、1978 年「社会・医療施設に関する法律」の改正により、「在宅看護（Soins a Domicile）」で、医療保険の償還が受けられるようになった。入院が避けられる、入院後速やかに自宅に戻ることができる、利用者の体調を監視し、容態の悪化を遅らせることができる、施設への入所を回避できるとして推進された 18）。

こうした在宅入院の制度は、かかりつけ医の往診等（Medicine traitant）、開業看護師（Infirmiere liberaie）、ネットワーク・医療介護機器物品業者等（Reseaux Preatataires）、看護介護事業者（SSIAD: Service de soins infirmiers a domicile）、HAD へと段階を追って、サービスが検討される 19）。

なお、2004 年の「医療保険に関する法律」では、16 歳以上の被保険者・被扶養者はかかりつけ医を指定して、疾病金庫に通知することになった 20）。

### (7) 医師と医療専門職間の連携

人口 1,000 人当たりの医師の数は 2019 年、フランスでは 3.2 人、EU では 3.9 人である（OECD, 2021）。医師や他の医療専門職の数に地域による不均衡がみられる。全医師数は、2012 年から 2021 年の間に 5.6% 減少し、特に、開業医（GP）の密度は人口 1,000 人当たり 1.5 人から 1.4 人になっている。一方で、人口 1,000 人当たりの看護師の数は、2008 年に 7.9 人が 2019 年には 11.1 人に増加し、EC 平均の 8.4 人を上回っている。

2018 年から 2022 年、「フランス国家保健戦略」により、初期医療へのアクセスの改善が計られている。2022 年までに、保健専門家のコミュニティー（CPTS: communautés professionnelles territoriales de sante）を 1,000 組織化することを目指した。これらの組織は、専門領域を超えて、患者中心の治療と医療等へのアクセスをよくするための調整をする。2020 年には 500 チームが計画され、60 チームが年末までに稼働している。高度看護師の役割が 2018 年に立法化され、慢性病患者の治療と複雑な症状について、開業医と専門職と共に、医療や療養病床等のサポートをする。2019 年には 63 人の高度実践看護師が養成され、2020 年には 1,695 人が世に出る。さらに、医療アシスタントというポストが作られた。これまで医師により行われた医療記録、ワクチンの検証、選別、医療装置の衛生管理などの業務を行う。2020 年までに 4,000 人の医療アシスタントの採用、訓練を目指しており、2020 年には最初の 1,300 人が誕生している 21）。

## 3 フランスの長期療養病床

### (1) 高齢者福祉施策と施設サービスの多様化

フランスは、1864 年には 65 歳以上の高齢者が総人口の 7% 以上の高齢化社会となり、114 年かけて 1978 年には 14% を超える高齢社会になった（2010 年は 17%）。日本は 1970 年に 7%、24 年を経て、1994 年に 14%、2010 年には 22.9% である。日本と比較して、早くから高齢化していたが、第 2 次世界大戦以前の介護は家族により、身寄りのない高齢者は救貧政策に拠っていた 22）。

このように、高齢化が徐々に進む中、在宅サービスが 1970 年代に著しく発展し 23）、1975 年には長期入院施設や老人ホームが制度化され、施設サービスも発展した 24）。

施設サービスは、要介護の程度により、60 歳以上の Gir（要介護度評価測定方式 Autonomie gerontologie groupes iso-ressources : AGGIR による Gir1-6 の 6 段階 5 はホームサービスにより自宅での移動、生活に問題ない。6 は完全自立）5 または 6 の人のための賃貸集合住宅（Residences autonomie）、自立、半自立用で医療警備付きの主に都市中心部の交通機関やショッピングセンター付近に立地する民間住宅（Residence Service）（previsissima.fr）、看護・医師の定期的な訪問がある小規模で、自立、半自立のための地方老人ホーム（MARPA: Maison d'Accueil Rurale pour Personnes

Agees)、医療完備の自立、非自立、半自立のための自立・非自立老人ホーム(MAPAD: Maison d'Accueil pour Personnes Agee Autonomes et Dependantes)、医療体制付きの小規模認知症対応(CANTOU: Center d'Animation Naturel Tire d'Occupations Utiles)、公立病院に付属している長期滞在型入院施設(USLD: Unites de soins de longue duree)などが整備されている 25)。

なお、病院病床数、USLD の病床数が高齢化により増加している様子は見て取れないが、施設数の伸びが高齢者の収容を表していると思われる (2011 年の EHPAD の病床数は全体の 82.3%) (表 2)。1980 年代の老人ホームは医療サービスを提供していなかったが、医療施設の付帯や外部医療サービスの利用も可能となっている。

表2 施設サービス

		2007年	2011年	2015年	2019年
Residence autonomie	施設数			2,267	2,291
	ベッド数			109,250	119,831
USLD	施設数		608	596	592
	ベッド数	68,378	34,187	33,860	31,051
EHPAD	施設数			7,400	7,519
	ベッド数		593,000	600,380	611,673
Logement- foyer	施設数		2,559		
	部屋数	150,797	128,666		
Meison de retraite	施設		7,225		
	病床	453,599	555,773		
その他	施設数		89	338	332
	ベッド数	-	1,857	8,500	6,934
合計	施設数		10,481	10,601	10,734
	ベッド数	672,774	720,483	751,990	769,489

参考) 在宅看護・介護 (訪問床数) : 81,404床

出所 : 厚生労働省定例報告海外情勢2009-2010年、2016、2018、,2020年

仏調査研究政策評価統計局 (DREES)

2011年分 : INSEE

なお、長期入院、在宅看護の医療ケアは医療保険によるが、1980年代には社会党の地方分権化改革により、社会扶助や社会福祉サービスは国から県へ移管が進められた。また、フランスには介護保険制度はないが、1997年の「特定介護給付 (PSD: prestation spécifique dependance:)」を経て、2001年「個別自律化手当 (APA: allocation personnalisee d'autonomie)」が創設された。日常生活に支障のある60歳以上が対象で26)、2019年末には1,333,541人が受給している27)。

さらに、1999年には、要介護高齢者居住施設 (EHPAD: Etablissement d'hebergement por personnes agees dependantes) が新しく整備された。財源は医療保険の疾病金庫から全国自立連帯金庫(CNSA: Caisse nationale de solidarite pour l'autonomie)を通じて、地域圏保健庁に配分される28)。2010年の入居者の40%は認知症で、4分の3が心臓血管疾患の要介護者である29)。医師の管理下で、日常生活の介護、機能回復等のケアが看護師と複数の介護士により提供される。50-120人の居住者(25人未満の小規模な施設をのぞき)を収容する個室と共有スペースを備えた施設である。居住者は滞在費とGirによる要介護度に応じた利用料を負担する。昼夜の見当識に対応する夜のケアも可能である(previsissima.fr)。2017年には公立42%、私立の営利、非営利がそれぞれ30%の7,000以上の施設があるが、定員を増やす対策が取られ30)、2018年の高齢者政策で職員増に1億2,500ユーロを措置している(この他、在宅介護の改善に5,000万ユーロ、夜間における看護師の配置に1,000万ユーロ)31)。なお、在宅サービスや施設サービスを受けるためには、6段階の要介護状態区分の認定を受け、区分に応じた支給を受けることになる32)。

(2)長期医療入院病院・長期療養病床 (Les centres de long séjour hospitaliers/Unités de Soins Longue Durée)

長期療養入院病院は、身体を失った老人等に対する医学的介護のための施設となっている(33)。これまでの経緯を振り返ると、高齢者の福祉サービスは1905年までオスピス(hospice)(注9)の任意の事業に任されており、1905年法により、高齢者、障害者、長期療養者は、手当の支給とオスピスへの入所が義務付けられた。1953年の社会福祉立法改革で、高齢者への援助と疾病者への援助が区別され、1962年の高齢者政策では「すべての個人の心身の自立生活を最大限に確保するために行なわれる」とされた。1960年代には高齢者の在宅維持策として、住宅手当(L'allocation de logement)が創設された(34)。1970年以降、オスピスは削減・転換・近代化の方向で計画されたが(35)、理念はUSLDに引き継がれ(36)、社会施設として介護に特化した老人ホーム、医療サービスも提供される医療施設(etablissements medicalisés)が作られた。高齢者医療としては、医療と滞在費の区別なく医療保険の対象となる、退院後治療とリハビリを行う中期の医療施設、医療に関する費用は医療保険の対象だが、滞在費が自己負担の慢性重病治療のための長期施設、他に精神病院に高齢者が入院することになった(37)。

なお、インターネットでは、高齢者施設情報が多数みられるが、Maisons de retraite.fr Les EHPAD publics associatifsによれば、USLDの項目において、USLDの収容能力は32,000人と記載されている。また、2016年のUSLDに関する報告では、2007年から2010年にかけて、要介護高齢者居住施設(EHPAD)の収容状況と、USLDの状況、病床数等の比較検討がされている(38)。

- 「施設に入所する高齢者の家族や友人の会」(WWW.FNPAEF.FR)の案内によれば
- －長期療養病床は通常、大きな総合病院の30-35床程度で構成されている。
  - －入居は、急性期病床、亜急性期病床等の入院を経るなどして、初級疾病保険金庫(CPAM : la caisse primaire d'assurance maladie)の医療アドバイザーと病院のアドバイザーによって承認された医療記録に基づいて行われる。
  - －USLDに入院するには、重度の障害(入浴、立ち上がり、着衣、食事が一人でできない)があり、継続的なケアが必要な状況にあることが条件である。入院には、病院担当の医師の意見と初級疾病保険金庫(CPAM)の医療役員の同意、医療記録が必要である。
  - －宿泊料金は施設の入居者が健康状態にかかわらず同料金で、本人または家族負担だが、住宅手当(l'allocation logement)と社会福祉手当(l'aid sociale)(平均で1日80ユーロ、1月2,480ユーロ)の支給が受けられる場合がある。看護費用は医療保険の対象である。承認を受けて、APAを受給できる(介護費用部分)。
  - －平均滞在期間は1年半。

詳細は総合病院のソーシャル・ワーカーやフォローアップケアとリハビリテーションサービス(SSR)、市町村社会事業センター(CCAS : le centre communal d'action sociale)、地域情報調整センター(CLIC : Center Local d'Information et de Cordination gerontologique)に問い合わせることとされている。

また、「フランスの医療福祉改革」の著者小磯明氏が訪れたパリ近郊の「フランス赤十字アンリ・デュナン病院老年学センター」では、1階24床の内科急性期一般病棟、2-3階に56床の亜急性期病棟、4-6階が78床の長期療養病床、内5-6階はアルツハイマー病棟となっていたとのことである(78床中5床は福祉費用から支払われるもの)。急性期、亜急性期病床は医療保険の対象だが、この長期医療病床では医療保険から償還されない自己負担額が月額3,900ユーロであり、他方、パリ市近郊マルヌ県の公立高齢者住宅ABCD(Abbaye-Bords de Marne-Cite Verte Domicile&Services)(すべての介護度の400人の高齢者が入居している)の自己負担額は月額2,000ユーロとのことである(39)。

### (3)長期療養における COVID19 対応

老人ホーム(les maisons de retraite)における COVID19 への対応は徐々に改善したが、長期療養には構造上の問題が存在する。パンデミック第 1 波は長期療養施設の人々を襲い、2020 年 3 月から 5 月の COVID19 の死者の 49%が長期療養施設の住人だった(OECD, 2021)。2020 年 3 月、病院改革と同時に、「長期療養施設 COVID19 緊急計画」が始まったが、防護装備、検査、訓練された人材の不足という弱点があった。地域圏保健庁は老人ホームへの医療補助を高めた。特に、検査、治療のための保健従事者を追加し、行き届いた入院サポートと退院後のフォローアップまで、より一貫した治療ネットワークを確立した。しかしながら、厳しい労働条件による恒常的な人材不足や高度医療スタッフの不足という構造的な問題が、長期療養サービスの質と安全に影響を与え続けている。このため、政府はパンデミック第 1 波の間、特別な業務に報いるために介護者にボーナスを支給した。2020 年にはさらに、採用と定着を改善するために、すべての老人ホームと病院の介護従事者に、月額 183 ユーロの昇給をした。2021 年末から 2022 年初めまでには在職期間に応じた月額 45 ユーロから 450 ユーロの昇給もされる。

2021 年秋、政府は保健・長期療養部門従事者へのワクチンは患者への大きな保護となるとした。2021 年 7 月までに、病院・長期療養施設の従事者の 3 分の 2 が 2 回目のワクチン接種を済ませていた。これらの保健・長期療養部門従事者は 2021 年の 9 月中旬までにワクチンを接種しなければ、従事できないこととされた 40)。

### (4)今後の長期療養病床

オスピス（施療院）の時代から今日に至るまで、高齢者の長期療養病床における病状は脈々と続いているものの、長寿となった高齢化社会の抱える問題はかつてと比較できない面もでてきた。OECD の死因トップ 10 の高所得国の区分の 2 位はアルツハイマーその他の認知症である。フランスでは 2015 年には「高齢化社会の適応に関する法律」により、要介護の予防、公共政策の高齢化への対応、要介護者のケア（注 10）の改善を規定しているが 41)、2020 年からは感染症にも直面している。

このような状況で、2022 年 3 月の連帯保健省公表の要介護高齢者居住施設-長期療養病床 (EHPAD-USLD) の 2021 年から 2023 年の方針によれば、施設に重度の要介護状態に対応する医療体制の充実を計ること等の研究者の提言があった。

まず、要介護高齢者居住施設では、認知症対応の建築構造への投資、アルツハイマーに苦しむ住人に寄り添う活動と適切な介護(des poles d'activites et de soins adaptes : PASA)、機能回復部門(des unites d'herbergement renforcees: UHR)の展開、公衆衛生上のリスクに対応するための主治医、看護師等医療コーディネーターとの連携機能、公衆衛生リスクの経験に基づく遠隔医療（老年医学）、在宅入院(HAD)、精神科、神経科の専門家等の発言、方式などの保健衛生資源の幅広い活用、長期療養病床 (les unites de soin de longue duree:USLD) からすべての老人のより良い看護のために長期複雑療養病床(unites de soins prolonges complexes:USPC)への転換などだ。

政策分野別社会支出の国際比較(2014-2019)では、フランスとスウェーデンの「高齢」の支出は「保健」の支出を上回っている。高齢社会における医療と介護の包括的ケアについて、フランスの迅速な統計による現状把握と緻密な統計分析を参考にすることにより、最適な運用に一步でもつながると思われる。

### おわりに

OECD の「長期療養の費用 (Spending on long-term care)」(2020 年 11 月)によれば、2018 年、OECD 諸国では、GDP の 1.5%程度（一人当たり 760US\$）が長期療養に充てられている。デンマーク、ノルウェー、スウェーデンが、より進化した公式 LTC 制度を持つ、LTC 費用が GDP の 3.5% を占める第一グループであり、次が GDP の 2-2.5%のスイス、フランス、ベルギー、フィンラン



ド、英国、ドイツ、日本のグループである。(フランスはGDPの2.3% 一人当たり1,200US\$, 日本はGDPの2% 一人当たり800US\$)費用の70%が医療、看護等の個人ケアサービス(health LTC)で、その他が生活補助サービスや施設の滞在費、居住サービス(LTC social)である。このような長期療養費用は8割程度政府や社会保険でカバーされている。平均的に在宅のカバーが手厚く、フランスでは、在宅95%、施設75%、日本では在宅95%、施設90%程度である。長期療養費用は、フランスでは70%以上が施設で、20%弱が在宅で、5%程度が病院で発生している(日本では45%が施設、20%程度病院、15%程度が在宅で発生している)。最大の長期療養費用は居住施設から生じ、施設が最大のLTC供給者である。入居LTCサービスのみならず、在宅にも対応し、生活援助も可能だ。

フランスでは高齢化に伴い病院病床を増やしてはいないが、多様な医療供給と医療資源のフル活用で保健費を年2.5%増に維持する方向だった。医療介護の連携で、中央集権を保ちながらも高齢者近くの地域にケアの主体を移している。高齢社会は自助と共助、最終的には適正な個人対応で、医療と介護の見極めを確かにしていかなくてはならない。

(注1) 高次脳機能障害 higher brain dysfunction 失語症、失認症、記憶障害、注意障害、あるいは意欲の障害など、特に大脳の連合野の損傷によって生じる各種の高次の脳機能障害を指す概念。それらの障害に見られる神経心理学的な症状に相当する。この用語がわが国で周知されるようになったのは、厚生労働省によって2001年度から5年間にわたって実施された「高次脳機能障害支援モデル事業」による「いわゆる高次脳機能障害」の提唱からである。しかし、これは診断基準ガイドライン「①脳の器質的病変の原因となる事故による受傷や疾病の発症の事実が確認されている。②現在、日常生活または社会生活に制約があり、その主たる原因が記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会行動障害などの認知症障害である」(厚生労働省2008)に示されるように、失語・失行・失認などの症状は含まず、より限定された神経心理学的な症状を指す概念であった。このように高次脳機能障害の症状を限定するようになった背景は、当時の社会的な要請によるところが大きい。外傷性脳損傷患者の家族会など当事者団体の働きかけによってモデル事業が開始され、それまで日常生活や社会生活への適応が困難で、その診断・リハビリテーション、生活支援などの手法が確立していない人々の存在が浮き彫りになり、そのような人々に対して早急な支援・対策が必要と判断され、行政的にそのような支援・対策を必要とする人々を新たに定義するために「高次脳機能障害」が用いられるようになった。公的に定義されることによって支援の枠組みが作成され、行政は高次脳機能障害者への支援拠点機関を設置し、支援コーディネーターを配置するようになり、それまでの支援の対象から漏れていた人々が、精神障害手帳による福祉的な支援の対象となるようにもなった。また、就労面においても地域ごとに障害者就業・生活支援センターや地域障害者職業センターなどでの支援サービスの整備が進められた。一方で高次脳機能障害という用語はモデル事業以前からも学術的な定義・表現として存在し、記憶や注意、意欲の障害だけでなく、失語・失行・失認などの神経心理学的な症状と同義で使われていたため、一部では混乱が生じたことも事実である。(緑川晶/有斐閣現代心理学辞典(2021))

(注2) これは、生命表上で10万人を年齢順に並べたときに、ちょうど真中に位置する人の死亡年齢に当たる寿命中位数から平均寿命を引いたピーク年齢のことである。平均寿命は全年齢の死亡状況を集約したものであり、日本と同様にフランスでも保健(Sante sociale)福祉(Aide sociale)水準の統合的指標として広く活用される。なお、フランスでは高齢者は老齢保険(Assurance vieillesse)の対象であり、日本のような老齢年金ではないが、フランスの公的年金制度について、満期受給に必要な保険料拠出期間を引き延ばす改革を行なっているが、職種間で平均余命に大きな差がある、年金の支給開始年齢時の健康状態も大きく異なるとして、長年過酷な労働に従事したものを対象として、ポイントを付与し、年金支給開始年齢を繰り上げる重労働予

防個人勘定制度が2014年に創設されている42)。

(注3) 個別自立手当は、日常生活に支障のある60歳以上の者が対象である。在宅サービスの場合、まず医師とソーシャル・ワーカーからなるチームが申請者の家庭を訪問し、申請者及びその家族の話し合いにより援助プランを作成しつつ、申請者の介護ニーズを把握する。そして6段階からなる要介護状態区分(Gir: 要介護1が最重度、給付は原則要介護1-4のみ)の認定について、医師を含む県の社会医療チームからの報告に基づき、県議会議長を長とする委員会が審査・提案し、県議会議長が決定する。施設サービスの場合、介護ニーズの把握は、医師の責任において、施設によって行われる。在宅サービスの給付は、サービス経費から利用者負担額を指し引いたものとなり、サービス経費の月額上限(2021年)は要介護度1が1,747.58ユーロ。給付の対象となるサービスは家事援助、食事の介助、夜間の見回りサービス、介護器具購入費、住宅改修経費などである。(厚生労働省2020年海外情勢報告 p.22)

(注4) オランダ元大統領当時、元来労働協約に基づく私的な制度、補足制度(Regime complementaire)であったものを「2016年1月より、使用者が一定の費用負担を行った上で被用者を加入させることが義務」となった。(厚生労働省2020年海外情勢報告 p.22)

(注5) 保健医療行政機関は中央集権的なしくみであり、中央の責任官庁連帯保健省の出先機関である。

(注6) COVID-19のパンデミックの間、フランスは2008年に設立され、専任の大臣と議長である大統領によって構成される「国防安全保障会議」に国の政策決定を集中した。会議は毎週開かれ、保健危機をどのように管理するか戦略を決定していた。2020年3月には、わかりやすい独立した科学的アドバイスによる公衆衛生基準で政策決定を指導する「特別科学的会議」を立ち上げた。このプロセスは高度に中央集権的だが、これらの政策は国、地域、地方レベルの医療にかかわる多くの人々を巻き込み、調整を要するものであった。保健省と他の国家機関との複雑な構造、地域圏保健庁と県の機関との調整の必要性など大きな挑戦であった。(OECD State of Health Box1 p.9)

(注7) 「療養病床」とは、広辞苑によれば、「長期の介護・治療を必要とする人のための医療施設」であって、日本では「医療保険が適用される医療型と介護保険が適用される介護型とがあり」、多くの介護型が介護施設に移行している。

1961年から国民皆保険の医療制度において、1973年には70歳以上の医療費は無料であった。施設代わりの「老人病院」が増加し、1983年には診療報酬が一般病院より低い「特例許可病院」が制度化され、1993年の医療法改正により、「療養型病床群」(主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための療養環境を有する病床)が創設された。2000年には介護保険法により「介護療養病床」、2001年の医療法改正により「療養病床」の創設となる。この間、1990年代、国民医療費が年30兆円超となり、2008年に高齢者医療制度が実施された。慢性期医療の長期化による医療コストの増大が問題となり、2006年の医療保険制度改正、医療診療報酬、介護報酬改正により、2011年までに介護療養病床の廃止が決定された。2001年の介護療養型医療施設は2018年4月から介護医療院として、長期療養と医療ケア、日常介護ケアを担うこととなった43)。

他方、1963年の老人福祉法による養護老人ホーム、特別養護老人ホームは、2000年施行の介護保険法により、「措置」から、「契約」によるケアマネジメントを介したサービスとなり、地域包括支援センターの設置や予防介護も目指し、その他昨今の介護付き有料老人ホーム、訪問介護サービスを受ける高齢者住宅などの急拡大を見ている44)。

(注8) COVID-19危機と病院への新たな投資のための保健費は2020年、当初の国家予算を14億ユーロ(7%)超過した。これらの超過額は病院と長期療養施設に7億ユーロ、一時的な治療に6.8億ユーロであった。(OECD State of Health Box2 p.9)

(注9) 修道会として最初にヨーロッパに広まったベネディクト会修道院はすべてホスピスを併

設していた。「ホスピス」とは巡礼者のための宿舎「ホテル」と、病者のための治療院「ホスピタル」を兼ねたもので、どちらも「受け入れ施設」という意味の言葉に由来する。貧しい人、病人、死に瀕した人に居場所を提供し、食卓と食料があり、病室と医薬品が備えられている場所だ。ホスピスの存在はキリスト教の教えの中核と結びついていたので、治療院の建物は聖堂や城館と同じスタイルで作られ、祈りのための大きな部屋を持ち、病床が並べられ、祭壇がしつらえられて実質的にチャペルの体をなしていた。このようにキリストの受難と病者の苦しみとは、一つのものだと考えられた。やがて、避難所を提供すること自体を活動の中心に据える聖アントニウス会、テンプル騎士団、聖ヨハネ・ホスピタル騎士団が登場する。14世紀には社会資本が比較的充実していたので、貧者の施しに熱心だったフランシスコ会などにはホスピスが併設されていなかった。ところがペストの再燃と共に、人々は療養所を提供するのはキリスト教徒の義務だと考えるようになり、あらゆる町に修道士や修道女たちが奉仕するホスピスが出現した。人々は建設資金だけでなく、ベッドや建物を寄付し、さらに介護者の給料や運営資金のために年金や地所をこぞって贈与した。1443年に教会参事員ニコラ・ロランが設営したブルゴーニュのボヌ・オスピス群、13世紀に造られ、1468年に再建されたリールのコンテス・オスピスなどの大規模な病院だけでなく、ペリゴールの北にあるブリュザックの領主のように、村はずれにある自分の城にわざわざハンセン病棟を併設する者もいた。こうしたことが行われたのは、病者の保護はキリスト教徒である貴族の義務であり、こうした奉仕が罪の贖いとなって救済につながると信じられていたからだ。町の有力者や、同業組合などが協力して次々と互助の疫病用ホスピスを作った（竹下節子（2021）「疫病の精神史」ちくま新書 p65-68）。

（注10）介護にかかわることの多い日本に、フランスの体育学の専門家であるイヴ・ジネストさんとロゼット・マレスコッティさんの考案したケアの技法「ユマニチュード」が広く紹介されている（本田美和子（2020年4月号）きょうの健康 見つける・防ぐ・寄り添う認知症に挑む 優しい認知症ケア ユマニチュード）。また、祖母の住む高齢者施設で、フランスの海外県であるアンティル諸島のマルティニックから本国に来て、ヘルパーや補助者の資格を取って働いている介護者が取り上げられている（NHKラジオ毎日フランス語 2019年12月号）。

## 文献

- 1) OECD (2021) State of Health in the EU-France, Country Health Profile 2021 pp.3-4, p.7
- 2) 独立行政法人労働政策研究・研修機構 国別労働トピック:2005年6月  
無給労働日の「連帯の日」の混乱とEU憲法拒否の関係
- 3) 厚生労働省 2020年海外情勢報告 p.17, p.19
- 4) H30年度厚生労働省委託調査 地域における医療・介護の連携強化に関する調査研究  
諸外における健康・医療・介護分野のデータベースの現状調査報告書 WIP ジャパン株式会社  
第3章フランス p.57
- 5) 厚生労働省 2020年海外情勢報告 p.19
- 6) OECD (2021) State of Health in the EU-France, Country Health Profile 2021 p.3, p.8
- 7) 社会保障研究所編 (1989)「フランスの社会保障」東京大学出版会  
第10章 伊奈川秀和 p.245
- 8) 篠田道子 (2008)「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向」海外社会保障研究 Spring  
2008 No.162 p.30
- 9) 社会保障研究所編 (1989)「フランスの社会保障」東京大学出版会  
第10章 伊奈川秀和 p.249-251
- 10) Wikipedia Centre Hospitalier, Categorie: Hopital en France 病院数
- 11) OECD (2021) State of Health in the EU-France, Country Health Profile 2021 p.3, pp.8-10

- 12) Ibid., pp.3-5, p.17
- 13) Ibid., p.19
- 14) Ibid., p.21
- 15) 社会保障研究所編 (1989)「フランスの社会保障」東京大学出版会  
第10章 伊奈川秀和 pp.261-263
- 16) 篠田道子 (2008)「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向」海外社会保障研究 Spring  
2008 No.162 pp.33-34
- 17) 社会保障研究所編 (1989)「フランスの社会保障」東京大学出版会  
第10章 伊奈川秀和 p.263
- 18) 同上 pp.263-264
- 19) 小磯 明 (2019)「フランスの医療福祉改革」日本評論社 2019年4月25日 p.139
- 20) 篠田道子 (2008)「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向」海外社会保障研究 Spring  
2008 No.162 p.32
- 21) OECD (2021) State of Health in the EU-France, Country Health Profile 2021 p.11, pp.15-16
- 22) 尾玉剛士 (2016)「フランスにおける医療と介護の連携」現代社会フォーラム NO.12,55-63  
pp. 55-56
- 23) 社会保障研究所編 (1989)「フランスの社会保障」東京大学出版会  
第11章 松村祥子 P.296
- 24) 尾玉剛士 (2016)「フランスにおける医療と介護の連携」現代社会フォーラム NO.12,55-63  
p. 56
- 25) 小磯 明 (2019)「フランスの医療福祉改革」日本評論社 2019年4月25日 pp.203-204
- 26) 尾玉剛士 (2016)「フランスにおける医療と介護の連携」現代社会フォーラム NO.12,55-63  
pp. 56-57
- 27) 厚生労働省 2020年海外情勢報告 p.22
- 28) 小磯 明 (2019)「フランスの医療福祉改革」日本評論社 2019年4月25日 p.43
- 29) Wikipedia 英語版 EHPAD  
(Les personnes agees on institution dres.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf  
尾玉剛士 (2016)「フランスにおける医療と介護の連携」現代社会フォーラム NO.12,55-63  
pp. 56-57
- 30) 厚生労働省 2017年海外情勢報告 p.144
- 31) 厚生労働省 2018年海外情勢報告 p.99
- 32) 厚生労働省 2020年海外情勢報告 p.22
- 33) 社会保障研究所編 (1989)「フランスの社会保障」東京大学出版会  
第10章 伊奈川秀和 p.250
- 34) 同上 第11章 松村祥子 pp.293-294
- 35) 同上 第10章 伊奈川秀和 p.262
- 36) Inspection generale des affaires sociales Les unites de soins de longue duree(USLD) RAPPORT Mars  
2016 2015-105R p.18
- 37) 尾玉剛士 (2016)「フランスにおける医療と介護の連携」現代社会フォーラム NO.12,55-63  
pp. 56-57
- 38) Inspection generale des affaires sociales Les unites de soins de longue duree(USLD) RAPPORT Mars  
2016 2015-105R p.3
- 39) 小磯 明 (2019)「フランスの医療福祉改革」日本評論社 2019年4月25日 pp.23-37
- 40) OECD (2021) State of Health in the EU-France, Country Health Profile 2021 pp.20-21
- 41) Wikipedia L'encyclopedielibre

[vie-publique.fr/loi/20717-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement-dependance](http://vie-publique.fr/loi/20717-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement-dependance)

42)独立行政法人労働政策研究・研修機構 国別労働トピック：2015年5月

重労働予防個人勘定制度の創設

43)厚生労働省 療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて—サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について—に関する参考資料 H28年1月28日検討会

44)小池将文(2010)「高齢者医療福祉サービス試論」川崎医療福祉学会誌 増刊号2010 1-11

## ドイツの病床について

府川哲夫 (IF 研)

## はじめに

ドイツの医療制度では入院治療を行うのが病院 (Krankenhaus 又は Klinik)、通院・外来を扱うのが医院 (Praxis) と二分されており、通常、病院にはいわゆる外来部門はない (外務省、2020)。また、ドイツではリハビリテーションは病院とは別の予防 / リハビリテーション施設で行われている (土田、2008)。

外来診療はすべて開業医院 (Praxis プラクシス) が担っている (注1)。風邪・頭痛・腹痛など一般的な症状の通常的外来診療はかかりつけ医である一般内科の開業医院で行われ、専門科の診療が必要な場合はそこからの紹介によって専門科のプラクシスで受診する。医師から薬の処方箋をもらった場合は、近くの薬局 (Apotheke) で薬を受け取る。病院 (Krankenhaus クランケンハウス) は、夜間や休日の急患、緊急の際を除き、基本的に入院治療をするための場所である。開業医の診察で入院が必要になった場合は、クランケンハウスで治療を受け、退院後に引き続き受診が必要な場合は、再び元のプラクシスで治療を継続する。大学病院 (Uni-Klinik ユニクリニック) は主にプラクシスやクランケンハウスからの紹介状がある患者の診療を行うより高度で専門的な医療施設である。

医療保険と介護保険の重なり合う領域や狭間にある領域について、どのように役割分担をし、かつ連携し合うかということが課題となるが、日本と比較したドイツの特徴は以下のとおりである (土田、2008)。

- ・日本の介護保険には一定の医療給付も含まれるが、ドイツの介護保険には医療給付はいっさい含まれない。
- ・日本では医療保険と介護保険の保険者は異なっているが、ドイツでは医療保険の保険者 (疾病金庫) が介護保険の保険者 (介護金庫) を兼ねている。
- ・ドイツでは介護保険が導入され、医療保険の給付と介護保険の給付が明確に区分されるようになってからは、社会的入院はほとんど生じていない。
- ・ドイツのリハビリテーションについては、介護給付よりもリハビリテーションを優先して行うことが原則とされているが、介護保険給付にはリハビリテーションがないことから、医療保険や年金保険等に委託することになっており、近年は医療保険におけるリハビリテーションをさらに強化するための対策が図られている。

本稿は第1節にドイツの病院及び予防 / リハビリテーション施設の状況を述べ、第2節にドイツにおける社会的入院の状況を整理し、第3節に病床に関する日本の問題点をいくつか列記した。

## 1 ドイツの病院及び予防 / リハビリテーション施設の状況

ドイツの病院は設立主体別に公立・公益・私立に大別され、病院数は減少傾向にある。病床数 (curative / acute care のみ) も減少傾向にあり、2019 年は 49.4 万床 (人口千人当たり 5.95 床) である (表 1)。平均在院日数は 7.2 日で、平均病床稼働率は 77% である。

ドイツでは予防 / リハビリテーション施設が病院とは区分されて設置されている。2017 年の施設数は 1,142、2019 年のベッド数は 163,336 (人口千人当たり 1.97) である (表 1)。予防 / リハビリテーション施設のベッド数は病院の 3 分の 1 であるが、医師数は病院の 20 分の 1 である。

表 1 には参考までに日本のデータも記載した。病院数は一般病院数で、これに精神科病院 1,054 を加えると、日本の総病院数は 8,300 となる。病床数は OECD (2021) のデータであるが、日本の病院・診療所の総病床数のうち全ての精神科病床・療養病床及び歯科診療所の病床を除いた値と一致している。一般病床の平均在院日数は 16.0 日でドイツの 2 倍以上であるが、平均病床稼働率はドイツとほぼ同じである。病院の数はドイツの 3 倍以上、病床数はドイツの 2 倍弱であるが、そこに働く医師数は同程度である。

表1 ドイツの病院及び予防/リハビリテーション施設の状況

	ドイツ			(参考)日本
	2017	2018	2019	2019
病院				
病院数	1,942	1,925		7,246
病床数	497,182	498,192	494,326	977,048
人口千人当たり	6.02	6.01	5.95	7.74
患者数(千人)	19,443			(注3)
人口千人当たり(人)	235			
平均在院日数(日)	7.3	7.2		16.0
平均病床稼働率(%)	77.8	77.1		76.5
従事者数(人)	1,237,646	1,251,765		
医師数	186,021	191,122		216,474
予防/リハビリテーション施設				
施設数	1,142			
ベッド数	164,266	163,688	163,336	
人口千人当たり	1.99	1.97	1.97	
患者数(千人)	1,974			
人口千人当たり(人)	24			
平均在院日数(日)	25.4			
平均ベッド稼働率(%)	83.6			
従事者数(人)	122,417			
医師数	10,364			

注1：予防/リハビリテーション施設の従事者数は2016年の値である。  
 注2：日本の病院数は一般病院数、平均在院日数・平均病床稼働率は一般病床の値（2019年医療施設調査）である。また、病床数はCurative (acute) care beds の値である。  
 注3：一般病床の1日平均在院患者数は680,292人である（2019年医療施設調査）。  
 注4：日本の医師数は2020年医師・歯科医師・薬剤師調査の病院全体の値である。  
 出所：病床数はOECD (2021) OECD Health Statistics 2021、それ以外は医療経済研究機構 (2021)。

ドイツの Curative care の平均在院日数は他の先進諸国と同程度まで短くなっているが、日本はまだ群を抜いて長い（表2）。その要因の一つとして一般病床の中に社会的入院がまだ存在していることが考えられる。人口千人当たり医師数はドイツの4.4人に対して日本は2.5人と少ない。2019年におけるドイツの医師数は36.5万人（表2の注3）で、そのうちおよそ19万人が病院に、1万人が予防/リハビリテーション施設に勤務している（表1）。

表2 Curative care の平均在院日数及び医師数の12か国比較：2019年

	AL	C	D	F	G	I	J	NL	SP	SW	UK	US
	2018				2018							2018
Curative care												
平均在院日数	4.6	7.7		5.4	7.5	7.0	16.0	5.0	6.0	5.4	6.2	5.5
年間退院者数	173	82		160	232	101	122	90	114	133	122	
医師数												
計	3.8	2.7	4.2	3.2	4.4	4.1	2.5	3.7	4.4	4.3	3.0	2.6
generalist	1.7	1.3	0.8	1.4	1.0	0.9		1.7	0.9	0.6	0.8	0.3
specialist	1.8	1.5	1.8	1.8	3.4	3.2		2.0	2.6	2.3	2.2	2.3

注1：AL=オーストラリア, C=カナダ, D=デンマーク, F=フランス, G=ドイツ, I=イタリア, J=日本, NL=オランダ, SP=スペイン, SW=スウェーデン, UK=イギリス, US=アメリカ。  
 注2：平均在院日数は(日)、年間退院者数・医師数は人口千人当たり(人)。  
 注3：ドイツの医師数は365,100人(generalist 83,633, specialist 281,467),日本の医師数は315,406人。  
 出所：OECD (2021) OECD Health Statistics 2021。

## 2 ドイツにおける社会的入院

日本では平均在院期間短縮の一環として社会的入院の是正が大きな課題となっていた。ドイツでも社会的入院（不適切入院）は存在していたが、介護保険の導入と病院の診療報酬支払における DRG 方式の導入にともなって、病院への不適切入院はほぼ解消されたとされている。

土田（2008）はドイツで社会的入院が生じにくい理由を次のように述べている。

- ・ドイツでは「医療」と「介護」が明確に区分され、原則として介護保険の給付には「医療」が含まれない。医療が必要かどうかは医師が判断し、医師が行う給付は医療給付とされる。したがって、病院に医療以外の目的で入院することは、通常はあり得ない。
- ・ドイツでは入院する場合、患者は必ず保険医（開業医）の診察を受け、保険医が入院治療が必要であると判断したときに、保険医の紹介状（Überweisung）をもって病院に行き、病院での診察を受けて入院するという仕組みになっている。入院が必要でなくなったときには、保険医のもとに帰される。こうした過程で入院医療が必要でない者は排除される。
- ・医療保険のメディカルサービス（注2）の医師が入院患者の状況を点検し、入院が必要でないと判断したときは退院を勧告する権限を有している。したがって、入院治療の必要性が低い者が長期に入院するということはほとんどない。

ドイツでは病床誤用に対して入院審査システムが確立しており、①入院を行うかどうかにつき開業保険医による入院指示の手続きと病院医の入院審査により二重のチェックがかかり、②DRG 症例包括診療報酬により入院期間の長期化が経済的に抑制され、③疾病金庫が MDK を通じて入院の医学的必要性や DRG のコーディングに対する審査を行っているため、規律の実効性が確保されている（田中、2010）。

## 3 病床に関する日本の問題点

ドイツでは入院治療を行うのが病院で、予防 / リハビリテーション施設も病院とは異なる施設である。これに対して、日本では外来治療もリハビリテーションも病院で行われているため、同じ「病院」でもドイツと日本ではその意味するところは全く異なる。ドイツとの比較を通して浮き彫りになった日本の病床に関する問題点を以下に列記する。

- ・病院・病床の機能分化が十分に行われていない。機能に応じて診療報酬体系を変えることも必要である。
- ・機能分化が不十分であることに加えて一般病床の中に社会的入院が混在しているため、平均在院期間が先進諸国のなかで群を抜いて長い。
- ・ドイツのような入院審査システムが確立していない。
- ・感染症の拡大のような危機に対応する体制が整備されていない。
- ・高齢者の自立を図るためには、回復期に医療や介護に優先してリハビリテーションを行うことが必要である。
- ・リハビリテーションを機能回復のための訓練としてだけでなく、社会的参加ないしは社会的包摂への支援として位置づけることが必要である。

（注1）この段落はドイツニュースダイジェスト（2022.1.12 アクセス）による。

（注2）メディカル・サービス（Medizinischer Dienst der Krankenvversicherung, MDK）は、各種の疾病金庫が州ごとに共同で設置している組織で、疾病金庫の運営のために医学的立場から提言や助言を行っている。また、MDK は介護保険における要介護認定の審査を行う役割を担っており、その審査結果をもとに介護金庫が認定を行っている。



## 文献

医療経済研究機構 (2021) ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2020 年度版.

外務省 (2020) 世界の医療事情 ドイツ.

財務総研 (2010) 医療制度の国際比較 第 1 章ドイツ.

田中伸至 (2010) ドイツの社会的入院・連携問題と関連法制、健保連海外医療保障 No.87.

土田武史 (2008) 第 3 章 医療と介護の連携、in 土田武史・田中耕太郎・府川哲夫編著 「社会保障改革ー日本とドイツの挑戦ー」、ミネルヴァ書房.

## 今後のあるべき病院制度

福祉未来研究所 磯部 文雄

1 本稿は、これまで問題となってきた新型コロナ患者受け入れ医療機関不足に対応する為に、今後必要な新しい病院制度を提案しようとするものです。

ただ、新型コロナの問題を別としても、今後の人口減少による支え手の減少、医療保険及び介護保険の給付費の増大、介護職員の不足などを踏まえると、医療・介護に係る人・物・金を節約していかなければ、現在の医療・介護水準を今後も維持することはできないと覚悟しなければなりません。それを考えれば、病院だけでなく介護施設も含めて現在の良いところを残しつつ、将来的にも維持可能な制度に変えるための病院制度の改革が大切です。

なお、高齢社会と言われ高齢者の入院が増えるように思われますが、入院患者数は減少傾向にあります。その理由は、64歳以下の入院の大幅な減少にあると考えられます。したがって、今後平時の病床数は確実に過剰になることが予想されます。

## 2 病床の分類

これまでの法令による病床区分は、一般病床、療養病床、感染症病床、結核病床及び精神病床でしたが、現在国が進めている病院構想ではこれらのうち、一般病床と療養病床をその機能により高度急性期、急性期、回復期、慢性期病床に代えようとしています。

私は、これらの病床を有する施設に加えて相当数の医師や看護師を必要としているという意味で、介護保険施設（介護医療院、老人保健施設及び介護老人福祉施設）も病院制度改革の検討の対象とすべきと考えます。これら合計7種類の施設を見ていきましょう。

まず施設を7種に分けることの問題点としては、その機能が重複している施設がある点です。急性期病床から在宅への中間施設としての回復期病床、慢性期病床及び老人保健施設、療養をしながらの生活施設としての介護医療院及び介護老人福祉施設（特養）の重複です。中でも老人保健施設は、病院から在宅への中間施設として出発しましたが、今や特養の待機も兼ねた生活施設としての機能を強めてきていると考えられます。

7種の施設数等及び施設に置く必要があるとされている医師数・看護師数の状況を表1に示します。慢性期病床では、熱が出れば検査する、苦しい時は酸素投与する、痛いときは麻薬の調節をすと言われています（ある慢性期病床を有する病院の案内）。しかし、慢性期病床では新型コロナ患者は受け入れていません。また、これらのことを常時必要とする患者ばかりが慢性期病床に入院しているのでしょうか。こういう症状は、在宅で療養している人でも時々起こり、医師の訪問診療などにより対応している場合もあると考えられます。偶に起こるこうした事態の為に、常時相当数の医師や看護師が配置された施設を作っておくということは、医療職員や費用の面で今後も維持できるとは思われません。現在、75歳以上の元気な人でも月々払う平均保険料は、後期高齢者医療保険の約6300円、介護保険料基準額は6014円になっています。これらの増加をできるだけ抑えるため、こうした施設は必要最小限にすべきです。

日本で慢性期病床が急増したのは1970年代の美濃部都政での老人医療費無料化以降であり、それによる社会的入院が多く療養病床を生んだと考えられます。意図は良かったが思わぬ副作用を生み出した例であり、国はこれまでこの副作用である社会的入院を是正する努力をしましたが、十分には是正されていません。なぜ社会的入院がよくないかと言えば、入院の必要がない社会的入院者が病床を占拠しているために、正に新型コロナのような疾病で医療を必要とする人に入院医療を提供できないことがあります。さらに、不要な医療費、不要な医療職員の使用、入院者自身の身体・精神機能の低下という問題があります。

表1 現在の施設比較表

	施設数	ベッド数	医師数(注2)	看護師数(注2)
病院 (a, c, d)	8,372	1,546,554	208,127	979,836
一般病床	7,314	890,712		
療養病床(注3)	3,736	319,506		
精神病床	1,058	329,692		
病床機能報告 (b)		1,173,616	50,750	363,000
高度急性期病床		159,478	10,000	53,000
急性期病床		522,234	33,000	174,000
回復期病床		158,459	2,750	37,000
慢性期病床		333,445	5,000	83,000
介護保険施設 (e)	13,649	994,125	7,198	90,649
老健施設	4,337	374,767	4,577	43,215
介護療養	833	34,039	2,090	9,894
介護医療院	245	15,909	531	3,689
特養	8,234	569,410	1,718	33,851

注1：病院に関する数字であり、診療所分は入っていない。看護師数には准看護師を含む。

注2：病床機能別医師数・看護師数は人員基準から推計した常勤の数を記した。

注3：療養病床病院は、一部一般病床病院と重複している。

出典 a: 2018年医療施設調査、b: 2018年病床機能報告、c: 2018年医師・歯科医師・薬剤師統計

d: 2018年衛生行政報告例(就業医療関係者)、e: 2019年介護サービス施設・事業所調査

欧米で慢性期病床があるフランス・アメリカと日本を比較してみると、フランス3万床、アメリカ6万床に対し、日本は33万床と非常に多いのです<sup>1</sup>。また、精神病床が約33万床で千人当たり12床、多いドイツの8、アメリカの3と比べてこれも非常に多いのです。

病床数は世界一でも、新型コロナ患者受け入れが少ない理由は、ここにあります。

### 3 改正案—あるべき具体案

#### (1) 病院の再編

病院は病気を治すところのほずです。特に、感染症による肺炎の治療は病院にとっては基本中の基本です。クラスターの危険が生じるのはわかりますが、だからと言って入院の必要のある患者を自宅待機させ、死亡させていいわけではありません。感染症対策は特養でも必要とされてきており、例えばメシチリン耐性患者が出たときにはこれまでも特養内で隔離が行われてきました。

そこで、まず病院については、精神病床と感染症病棟は別として高度急性期、急性期及び機能回復病床とします。ただし、それぞれは要件を精査し、病床数も再検討します。数の上限としては、例えば後期高齢者医療保険料と介護保険料を現状に固定し、それで賄える範囲の病床数とする、と言ったことが考えられます。

また、感染症専門の医師がいないので新型コロナ患者を受け入れられないという話もありました。であれば、病院の人的要件も根本的に改正し、専門医（その認定が現在のように学会まかせでいいのかという問題もありますが）の配置を義務付けるなどの必要があります。これにより、担当医師がいないので受け入れられない、という事態を防げるでしょう。結核だけ、眼科だけなどの単科病院は、都道府県知事の個別の許可で例外的に認めることとします。

直ちに新型コロナ患者を受入れられる病床が少ないことが問題視されましたが、もともと病床の空きが作れる体制にする必要があると考えます。それには十分な医療職員と設備機器も含まれます。例えば人工呼吸器を有するところを病院として分類、許可すべきでしょう。今回のように

<sup>1</sup> OECD Health Statistics 2020

感染しても病院で診てもらえないことが起きたら、新型コロナ病床を病院内で十分増やせるように、余力を持たせた構造設備基準とすべきです。これらに対応できないところは、後述する療養期施設として認め、病院としては認めないこととすべきでしょう。

また、動線が取れないので新型コロナ患者を受け入れられないとの話がありましたが、であれば、面積要件も再検討し、十分な動線が取れる広さを病院の施設要件とすべきでしょう。大都市部でこうした広さが取れない場合は、臨時医療施設での対応も考えて緊急時対応を考えられるようにする必要はありましようが、その場合でも必要な職員を確保するには、既存の病院にそうした人員を配置しておき、緊急時にそうした人員を臨時医療施設に回すことを前提としておくべきでしょう。現在のように介護を要する人のいる病院や日常診療をしている診療所からでは、こうした人員を派遣することはできません。

現在の回復期病床の一部とすべての療養病床は今の医療職員配置基準を緩めて職員を減らして病院には併設しない独立の療養期施設とします。それにより余った医療職員を新型コロナなど緊急の患者を受入れられる病院に回すべきです。そして、臨時医療施設を設置するときには余力のある病院から医療職員を派遣することとします。

## (2) 病院の要件

医師・看護師の医療職員を病院に集中しなければ、いくら臨時医療施設を設置しても対応ができないことを前提に新病院の要件を述べます。緊急時に行政が命令を掛けられるようにすれば動くという意見がありますが、その時同時に通常診療や介護業務を全部中止しろという命令ができれば格別、それができなるとすれば、必要な医療職員を確保できないのに動員命令を掛けても病院は職員を動かさせません。

まず、急性期病床として届けられていても治療実績のないものや広さなど新しい病院要件を満たさないところは、急性期病床とは認めません。

病院は少なくとも3人の医師が在籍していて夜間宿直もあり、夜間の容態急変にも対応できるので、診療報酬上も優遇されていると考えられるのですが、回復期病床の一部及び慢性期病床はこうした対応を取る必要はないと考えられます。したがって、これらの病床は病院でなく、療養期施設として現在の老健施設のように医師一人を必置とし医療保険で支払う施設とするべきです。

ただし、回復期病床の一部は、急性期機能回復を行うとして病院として残すことが考えられます。特に、多く見積もれば脳卒中患者で退院する者の一割程度の急性期機能回復訓練を行う病床が必要だろうと考えられます。とすれば、回復期病床は2017年の脳卒中患者数の10分の1の11万床程度が必要と見込まれ、これは病院として残すということになります。

## (3) 療養期施設の設置

11万床以外の回復期病床5万床と慢性期病床33万床は、急性期病床から在宅療養への橋渡しの中間施設の役割を果たすのですから、療養期施設とします。

そして医師の兼務による診療の薄さを防ぐため、療養期施設は病院とは独立の施設とすることを義務付けます。また、他の一般病床のうち、新たな病院の要件を満たさないものも、中間施設としての療養期施設として許可し、医療保険から支払うこととします。

ただし、その医師要件は施設長である常勤医師一人で可とし、看護師の配置も緩くして、多くの医療職員は不要とするものです。その役割は、急性期病床から在宅への復帰で慢性期機能回復を中心に行う施設とします。

## (4) 介護保険施設の医師は非常勤に

介護医療院は老健施設に一本化し、老健施設は生活施設だが医師による管理もある施設として、

これは介護保険で支払うこととします。医師の配置は、介護老人福祉施設と同じく非常勤でも可とします。

(5) まとめると、回復期病床の一部及び慢性期病床については医師と看護師の配置基準を大幅に緩め、介護医療院や老健施設については医師の常勤義務を無くし看護師の配置基準を大幅に緩めて介護老人福祉施設と同様とし、これらにより余剰となった職員を新たな定義の病院に集中させます。これにより、感染症等緊急時に対応できる病床数を増やせます。そして、医師の労働時間特例も止めることができます。

仮に回復期病床5万床、慢性期病床33万床を老人保健施設並みの一施設一人の医師数にすると、6千人の医師のうち1千人くらいを急性期病院に回せる計算になります。ただ、医師の年齢が高いとどこまで実際に急性期医療の患者を担当できるかの問題は残ります。看護師数は、約4万4千人の看護師数で足りるので、約9万5千人との差である約5万人の看護師を急性期病院に回せることになります。

また、老健施設、介護療養病床及び介護医療院の医師を現在の特養並みの非常勤にすると、約1千人で足りるので、約6千人を急性期病院に回せますし、看護師数を現在の特養並みにすると、約2万5千人で足りるので、5万7千人との差である3万2千人を急性期病院に回せることになります。

この制度改革で、表2のとおり医師7千人、看護師8万2千人を急性期病院に回すことができ、新型コロナのような新たな感染症に対応することができることになると考えます。

表2 急性期に回せる数（人）

	医師数	看護師数
回復期病床と慢性期病床	1,000	50,000
老健施設と介護医療院	6,000	32,000
計	7,000	82,000

(6) 新型コロナ患者の容態の急変に備え、いざというときの不安への対応のため、在宅医療の充実も必要です。都道府県または市町村がその努力をする必要があります。例えば、在宅療養支援診療所・支援病院、訪問看護ステーション、遠隔診療の診療所などが、常に患者と連絡を取れる体制づくりが必要になると考えます。

#### 4 移行方法

① 新しい病院・療養期施設・介護保険施設体系のためには、現在の特養の良さをアピールし、「医療施設の方が世間体が良い」という寓話を改めていく必要があります。現在の特養に行ったことのある方ならおわかりのとおり、特養は素晴らしいところが多く、昔の特養とは違います。現在の特養の待機者数が非常に多いことからこの点は裏付けられます。老健施設は、特養を基準として新たな構造基準・人員基準や介護報酬を決定していくべきでしょう。

② 急性期病床、回復期病床及び慢性期病床から療養期施設への移行には、保険医療機関の指定制度を活用するのがよいと考えられます。すなわち、療養期施設を保険医療機関として指定することとします。保険医療機関の指定は、現在は国の権限で実際には地方医務局が担当していますが、この権限を都道府県知事に委譲し、国には、費用負担の観点からベッド数の上限策定権限を与えるなどを検討すべきでしょう。

③ 加えて、医療費の地方負担をその地方の医療費に見合ったものとする方策を講じ、市町村又は都道府県にとって療養期施設費は介護保険施設と同じ負担とすることも必要です。精神病床及び療養病床の数の違いに基づく医療費の地方格差はすさまじく、それを現在は国の負担を通じて

全国民が共同負担している面があります。現在は高齢者医療制度、介護保険制度、保険者としての国保には国の補助金の形で、精神病床や療養病床が全国一少ない神奈川県民の税金がこれらの病床を数倍持つ県の県民に流れていく仕組みになっていると言えます。少なくとも、精神病床と新たな療養期施設については費用分担割合を見直し、現在のような格差を是正していく方向に向かわせるべきです。精神病床や療養病床の多い地方自治体の負担を増やしてその地方自治体に転換を促進させる必要があります。それにより、特養や老健施設の介護保険施設の地方負担が、療養期施設と変わらないようにして、以上述べた改革を財政面からも補完していく必要があると考えます。

④ 療養期施設への転換には、平均在所日数の倍までの猶予期間を設け、その旨を明らかに法定し広報するのが適当でしょう。介護療養病床廃止時のような、情緒的介護難民論を退ける一方、当面の間とあって延々と続けるようなことも避けるべきでしょう。

⑤ 手続きの煩雑さが施設より入院を選ばせる、とする意見もありますので、そのためには、介護保険認定の迅速化と介護保険施設の入所計画の作成・市町村への届け出を新たに求める必要があるでしょう。

## 5 まとめ

以上をまとめますと、新しい感染症などに対応するために、病院に十分な職員、広さ及び機器を整備するため、

①現在機能報告されている高度急性期、急性期及び一部の回復期の病院の中から、新たな人員、面積、機器の要件を満たすものだけを病院と分類することにする。

②現在の回復期病床の一部と療養病床は病院内には認めず独立の療養期施設として設置し、医師1人の常勤とし、看護師の数も少なくする。

③現在の老健施設、介護医療院は、非常勤の医師1名を配置し、看護師の数も特養並みに少なくする。

④これにより余剰となった職員を新たな定義の病院に回す。

以上を表にすると、表1を修正した表3のとおりとなります。ただし、ここでは高度急性期と急性期病床数は、取り敢えず病床機能報告通りの数としています。

表3再編後の施設比較表

	施設数	ベッド数	医師数(注1・2)	看護師数(注1・2)
病院	4,636	790,000	45,750	264,000
高度急性期病床		160,000	10,000	53,000
急性期病床		520,000	33,000	174,000
回復期病床		110,000	2,750	37,000
療養期施設	3,736	380,000	3,736	10,000
回復期病床から転換		50,000		
慢性期病床		330,000		
介護保険施設	13,649	994,125	2,718	55,851
老健施設	4,337	374,767		
介護療養	833	34,039	1,000	22,000
介護医療院	245	15,909		
特養	8,234	569,410	1,718	33,851

注1：数字は概数である。

注2：医師数・看護師数は常勤換算後の数を記した。看護師数には准看護師を含む。

\*本稿は、時事通信社刊2021年第6683号の「厚生福祉」に掲載したものをまとめる形で加筆修正したものです。