

平成24年12月5日

日本経済新聞社
代表取締役社長 喜多 恒雄 殿

日本慢性期医療協会
会 長 武 久 洋 三
副会長 清水 紘 (介護保険担当)

介護療養病床（介護療養型医療施設）へのご理解のお願い

謹啓 初冬の候貴社におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

当日本慢性期医療協会は、全国の1,000を超える病院、診療所、介護保険施設など、慢性期医療に携わる者が会員となり、「良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」というスローガンを掲げ、日々、現場での医療に取り組んでおります。まずは、突然のお手紙を差し上げることをお詫び申し上げます。

さて、12月3日に貴紙の一面に『「病院から施設へ」進まず 高齢者介護入院最長に』という記事が掲載されました。拝読いたしましたところ、介護療養病床の病床数が削減されないことが、医療費の膨張につながっているという誤解を招く文面になっているようです。

まず、患者の状態像については、厚生労働省が平成22年に実施した「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」の結果（参考資料6参照）をご覧になればわかりになりますように、介護療養病床には、経鼻経管・胃ろう、喀痰吸引などの医療的管理を必要とする患者が多く入院されています。これは、医療療養病床についても同じことが言え、療養病床全体として、一般病床に入院している患者よりもさらに医療的管理を必要とする方が多く入院していることが示されています。

そもそも療養病床の削減計画というものは、2005年9月11日の小泉郵政選挙において自民党が大勝したために経済財政諮問会議の力が強くなり、その後の11月、医療費削減のために、経済財政諮問会議は「混合診療の解禁」「医療費へGDPによるキャップ制導入」を厚生労働省に対して強く要求しました。しかし当時の尾辻厚生労働大臣はいずれも拒否し、その代わりに「平均在院日数の短縮」「特定健診による予防政策」による医療費の削減を約束しました。そこで厚生労働省は平均在院日数を減らすためには、平均在院日数の長い療養病床を減らしたらよいという単純なロジックによって、平成18年、医療制度改革の一環として療養病床38万床を15万床まで削減する方針が医療費適正化計画の中に盛り込まれました。医療療養病床を25万床から10万床削減した場合に行き先がなくなった医療療養病床が介護療養病床に参入したら介護保険料が増大するため、これを阻止するために、泥縄式に介護療養病床13

万床を廃止することとしたのです。すなわち、介護療養病床の削減は単独のものではなく、医療療養病床の削減が前提となった一体の政策だったのです。

一方、一般病床で90日以上入院している患者は平均在院日数の算定から除外されていたので、そのままにされ、平均在院日数の短いはずの急性期病床の数が在院日数の長い慢性期病床より数が多くなりました。こうした現状は、国民からみるとおかしく、慢性期病床は最低でも急性期病床の2倍は必要だと思われます。結果として、慢性期の病態の患者が急性期病床に多く入院しているというのが実態です。しかし、医療費を削減し適正化したいのであれば、入院費の低い療養病床を減らすより、入院費の高い急性期病床の中の社会的入院をなくす方がはるかに効果があります。結果的にみると、厚生労働省の強力な指導にもかかわらず、療養病床は全く減少していません。それは国民のニーズに逆らった政策だからなのです。

平成25年以降の医療費適正化計画からは「療養病床を15万床に削減する」という記載がなくなりました。すなわちますます慢性期高齢患者が増加する将来予想が現実であるにもかかわらず、慢性期病床を削減するなどという時代に逆らった政策が受け入れられるはずもなかったわけです。そういうことで大前提である医療療養病床の削減がなくなった以上、介護療養病床の廃止もありえないことになります。いずれにしても老人収容所と化しているような療養病床は5年前後で無くなっていくでしょうが、名称はともかく介護を中心として医師がターミナルを診ることのできる病院は必要です。

驚くべきことに一般病床100万床の内50万床は、実質慢性期医療を提供しています。一般病床の平均的な1ベッドあたりの単価は、1日約6万5000円、これが療養病床だと約1万5000円です。一般病床で、療養病床的な医療を行っている場合、1ベッド1日あたり約5万円も無駄に支払われていることになります。ということは、療養病床を削減するよりも3倍以上の診療報酬を削減できるのです。この差額は、一般病床のうち実質慢性期患者の入院している病床を約50万床と仮定すると、1ベッドあたり約5万円ですから、日本全体では1日あたり約250億円、年間にすると、何と約9兆円になります。医療費の自然増が年間9000億円から1兆円くらいですから、10年間分を1年で取り戻せる、という計算になります。誰が考えてもわかる話です。

東京での特殊な環境もあるかとは思いますが、本年4月に都内で新しく急性期治療直後の患者を診るために入院させる長期急性期病床と回復期リハビリテーション病床からなる200床の病院が開設されましたが、療養病床としての長期急性期病床は、平均在院日数は約60日、回復期リハビリテーション病床の平均在院日数も約55日と大変効率よく運営されておりますが、そこに転院するまでの高度急性期病院に入院していた期間の平均日数は約65日で2ヶ月を超えています。

天皇陛下におかれましては77歳で心臓のバイパスの大手術を受けられても2週間で退院し、その後1週間で公務に復帰されておられます。東京都の高度急性期病院の平均在院日数が60日を超えているということは、誠におかしなことであり、高度急

急性期病院が慢性期病院の機能もあわせ持っているということになります。一般病床 100 万床のうちの半分の 50 万床を慢性期病床の基準を適応するとしたら、看護師は 12.5 万人、医師は 2 万人程度余裕が出ることになり、この人材を高度急性期病院や在宅医療へ振り分ければ 2025 年問題は一挙に解決するシナリオができるのです。

これから 2025 年に向け、日本はさらに高齢化の一途をたどります。2009 年 10 月に社会保障国民会議において発表された医療・介護提供体制予想では、2025 年に医療・介護が必要な患者は現在より 300 万人増加し、年間死亡者数は 2008 年度の約 1.5 倍の約 160 万人になると言われています。すなわち国民が一回病気にかかり、一回入院して死亡すると仮定しても、入院患者数は 1.5 倍になることを意味しています。もし 2 回以上入院した結果、死亡する国民が多いとすると入院患者数は 3 倍以上になるのです。これらの激増する入院患者を急性期、慢性期を問わず入院加療するならば、入院患者 1 人当たりの入院期間を現在の 1/3 以下にしなければ対応することは物理的に不可能です。そしてこれらの医療・介護が必要な全対象患者 757 万人のうち慢性期医療の受け持ち部分はその 90%と想定されています。

これらの慢性期医療を必要とする患者は、全身管理の必要な場合が多く、個々に対応していくためには、医師、看護師、介護職員、薬剤師、リハスタッフ、栄養士などの多職種がチームで関わり、適切な医療とケアを提供していかなければなりません。介護療養病床、医療療養病床、回復期リハ病棟等の慢性期医療を提供する病院は、高度急性期病棟からの転院患者、あるいは在宅で状態が悪化した患者に、チームで医療を提供し、地域での生活を支えるように努めております。明らかに施設入所している患者の病態と異なり、重度の方が多いのです。特養への入所待ちしている方とは違うのです。

介護療養型老人保健施設、介護老人福祉施設（特養）等の施設では、医師や看護師が常時配置されていないので、24 時間体制での医療は提供されていません。しかし、現在の介護療養病床には要介護度が高く、なおかつ医療を必要とする方々が入院されています。認知症で医療の必要な方、主に高齢でターミナルを迎える方に対応しているのも介護療養病床です。今や、医師がいないところで、十分な治療を受けずに死んで納得する家族はおりません。

ご説明の機会を与えていただければ、いつでもお伺いいたしますので、どうぞご連絡ください。

御社のご発展を心よりお祈り申し上げますとともに、当日本慢性期医療協会へのご支援、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

謹白