

療養病床に関する説明会 資料

平成 18 年 4 月 13 日

厚生労働省

目 次

- 説明会スケジュール … 1
- 療養病床再編成の意義 … 3
- 医療療養病床の診療報酬上の取扱い … 21
- 介護療養型医療施設の介護報酬上の取扱い … 65
- 療養病床の医療法上の取扱い … 113
- 医療法人制度改革 … 125
- 病床転換支援策 … 137
- 療養病床の転換イメージ … 155
- 療養病床に関する相談体制のイメージ … 169



説明会スケジュール

平成18年4月13日(木)

於：厚生労働省講堂

時間帯	内容
9:30-9:40	開会挨拶 (山崎史郎老健局総務課長)
9:40-10:40	老健局説明
10:40-10:45	休憩
10:45-12:25	保険局説明
12:25-13:10	休憩 (昼食)
13:10-14:10	医政局説明
14:10-14:15	休憩
14:15-14:50	まとめ
14:50-15:20	質疑応答
15:20-15:30	休憩
15:30-16:30	ブロック別意見交換会



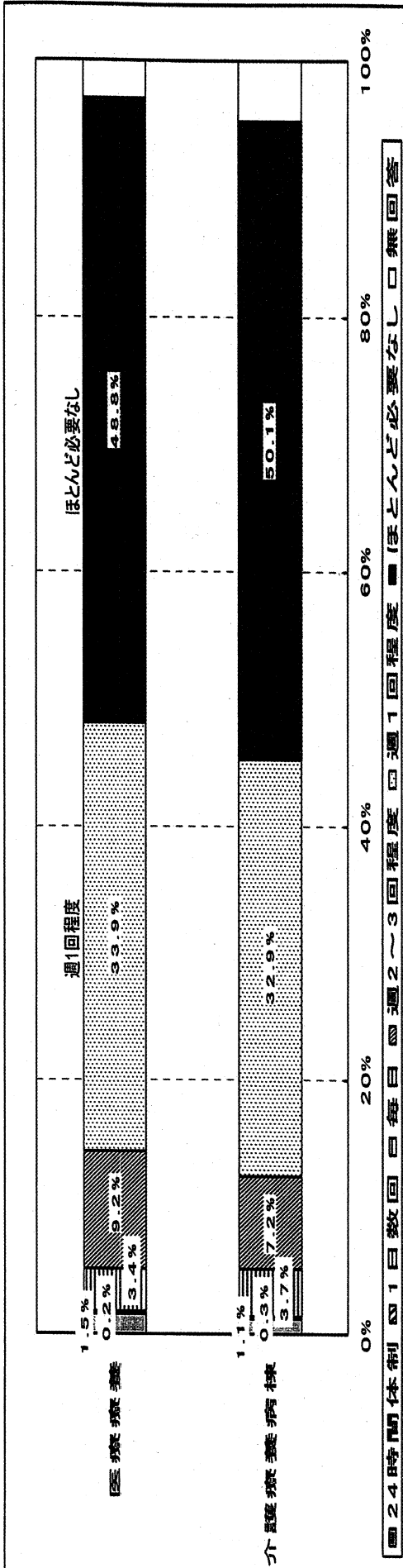
療養病床再編成の意義



療養病床の現状

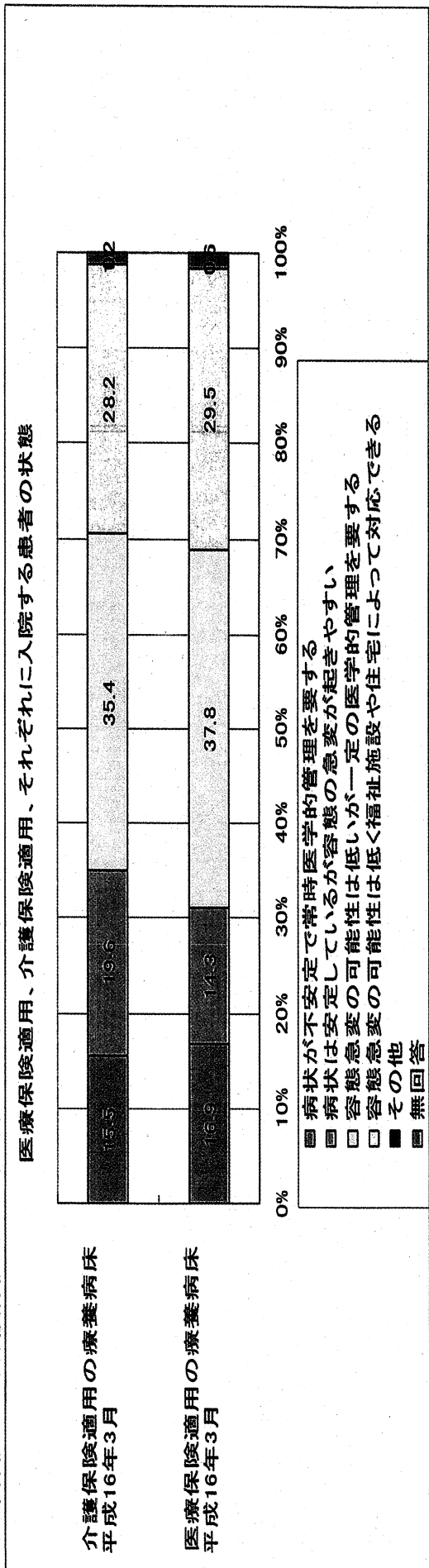
○ 療養病床の入院患者のうち医師の対応がほとんど必要ない人が概ね5割

○ 医師による直接医療提供頻度



〔中医協「慢性期入院医療実態調査」(平成17年11月11日中医協資料)〕

○ 医療保険適用、介護保険適用、それぞれに入院する患者の状態

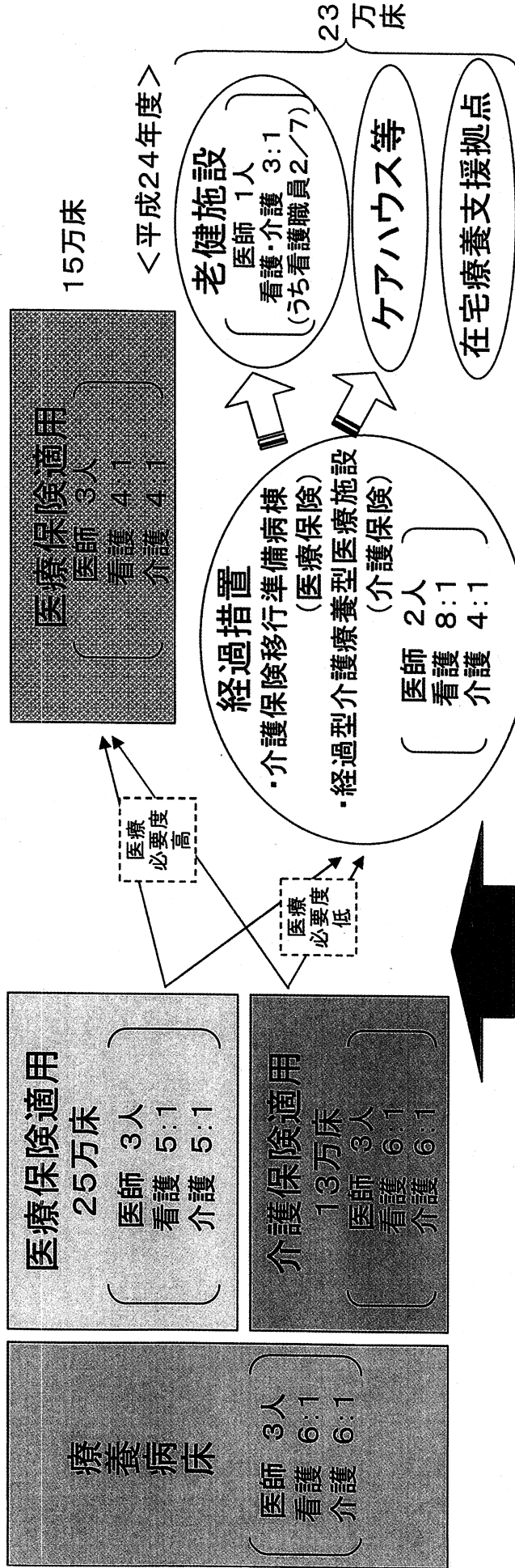
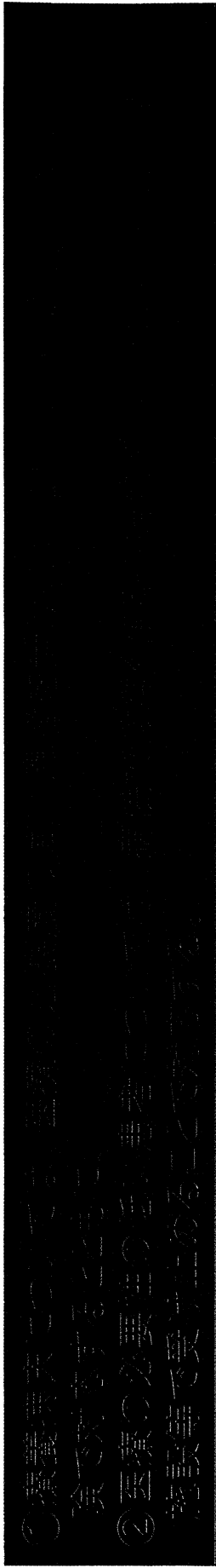


〔医療経済研究機構「療養病床における医療提供体制に関する調査」(平成16年3月)〕

療養病床をめぐるこれまでの経緯

- 「老人病院」ー 30年近い問題
 - ・1973年(昭和48年) 老人医療費無料化
 - ・1983年(昭和58年) 老人保健法の制定
 - ・1984年(昭和59年) 「特例許可老人病棟」の導入
 - 介護職員の配置
 - ・1990年(平成2年) ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十カ年戦略)の開始
 - ・1993年(平成5年) 「療養型病床群」の創設(医療法改正)
 - 一定額制
 - ・2000年(平成12年) 介護保険制度の施行
 - ・2001年(平成13年) 「療養病床」の創設(医療法改正)
- 療養病床は、介護保険制度をめぐる議論の際にも大きな論点。
 - ・1996年(平成8年)6月「介護保険制度案大綱」(老人保健福祉審議会)
「…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。」
- 2000年(平成12年)の介護保険制度施行時に、療養型病床群は介護保険適用と医療保険適用とに分かれる。

医療の必要性に応じた療養病床の再編成



平成18年度の介護報酬・診療報酬改定

※ 介護療養型医療施設の廃止(平成24年3月)

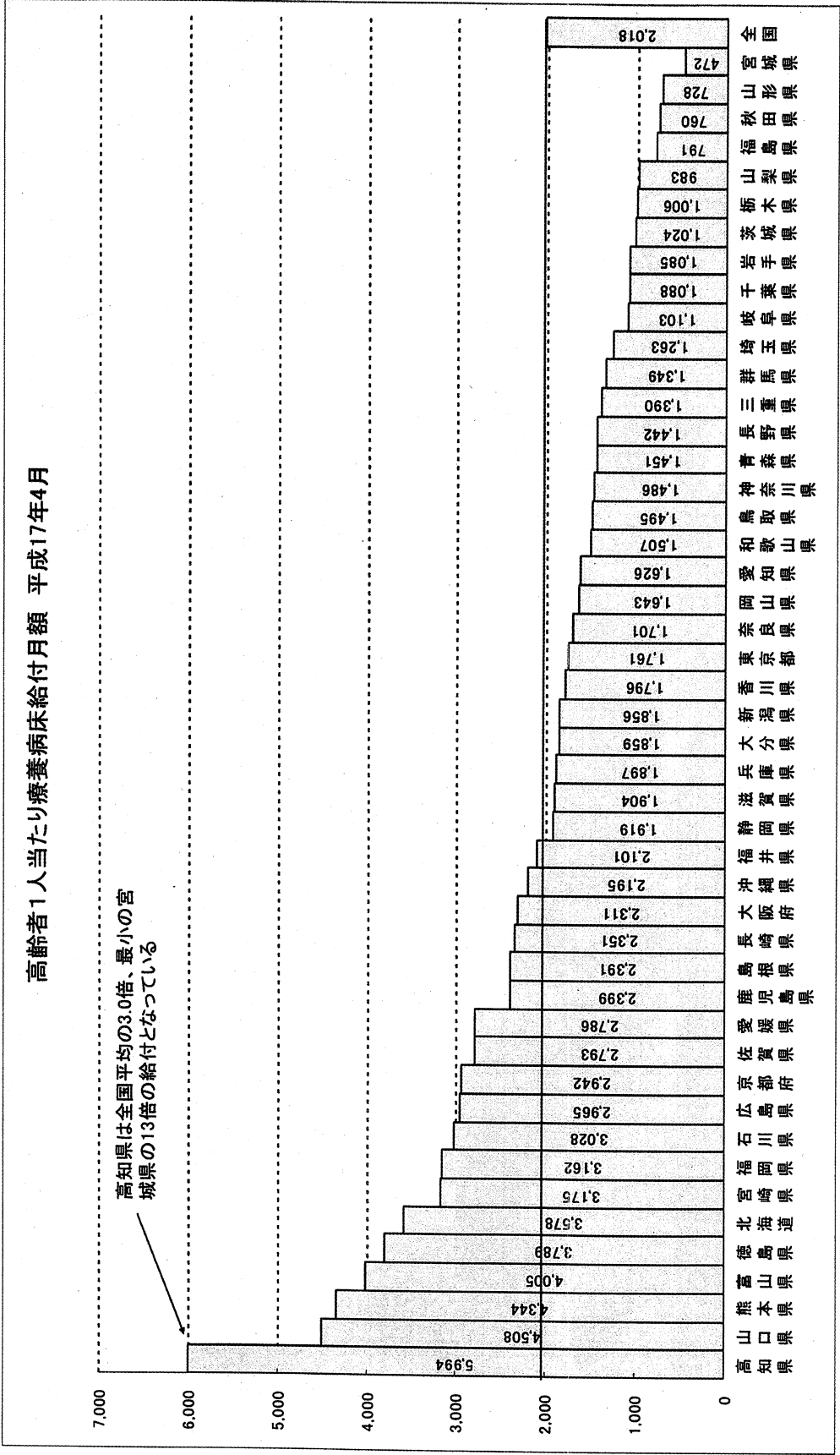
(1) 医師・看護職員の配置等が緩和された「経過型介護療養型医療施設(仮称)」の創設[介護報酬改定]

将来的な老健施設等への移行を視野に入れた平成23年度末までの経過措置

(2) 医療の必要性による区分の導入[診療報酬改定]

- ・医療の必要性の高い患者については評価を引き上げ、低い患者については評価を引き下げ
- ・医療の必要性の低い患者を一定以上受け入れている場合について、「介護保険移行準備病棟(仮称)」を平成23年度末までの経過措置として創設

○介護療養型医療施設は、他の介護保険施設と比べ、地域的偏在が大きい。(介護療養型医療施設に係る高齢者一人当たりの給付費が一番高い都道府県は、一番低い都道府県の1.3倍(特養は1.9倍、老健は2.8倍))



介護療養病床再編のこれまでの審議過程

平成17年

- 11月25日 第35回社会保障審議会介護保険給付費分科会
・介護保険施設の報酬・基準について
- 12月7日 第36回社会保障審議会介護保険給付費分科会
・介護療養型医療施設の現状等について
- 12月13日 第37回社会保障審議会介護保険給付費分科会
・平成18年度介護報酬改定に関する審議報告
- 12月21日 医療構造改革推進本部
・療養病床の将来像について
- 12月28日 第38回社会保障審議会介護保険給付費分科会
・療養病床の将来像について

平成18年

- 1月20日 第22回社会保障審議会医療部会
・療養病床再編に伴う医療法施行規則の見直しについて
- 1月26日 第39回社会保障審議会介護保険給付費分科会
・平成18年度介護報酬等の見直しに係る諮問
- 2月23日 第23回社会保障審議会医療部会
・療養病床再編に伴う医療法施行規則の見直しについて
- 3月9日 第40回社会保障審議会介護保険給付費分科会
・療養病床の再編等について

療養病床の将来像について

平成17年12月21日
厚生労働省
医療構造改革推進本部

- ◎ 療養病床(医療型24万床、介護型14万床)について、患者の状態に即した機能分担を推進する観点から、医療保険・介護保険両面にわたって一体的に見直し、平成24年度までに体系的な再編を進める。このため、以下の基本的な考え方にに基づき、今後、広く議論を行いつつ、将来的な方向について検討する。

1. 将来的な療養病床の位置付け

- 将来的には、療養病床については、医療必要度の観点からその位置付けの明確化を図る。

(1) 医療法上の取扱い(医療法施行規則の改正)

- ・ 療養病床については、医療必要度の高い患者を対象とする施設としての位置付け及び人員体制の在り方について検討する。

(2) 介護保険・医療保険制度上の取扱い(介護保険法等の改正)

① 介護保険

平成24年度以降は療養病床の体系的再編に沿って介護報酬上の評価について廃止することを検討する。

② 医療保険

平成24年度以降は診療報酬上は療養病床の体系的再編に沿って適切に評価する。

2. 今後の報酬改定等における対応

○ 上記1の将来的な方向を踏まえ、今後の介護報酬・診療報酬の改定等において、以下の措置を検討する。

(1) 介護保険における対応(介護報酬改定、医療法施行規則の改正)

- ・ 現行の療養病床のほかに、将来的に特定施設(有料老人ホーム、ケアハウス)や老人保健施設等への転換を念頭に置いた経過的類型を、一定の期限内で新たに設け、介護報酬上の評価を行う。

(2) 医療保険における対応(診療報酬改定)

- ・ 療養病床の診療報酬上の評価として、医療必要度に応じて適切に評価する。

(3) 転換の支援等

- ・ 療養病床について、特定施設や老人保健施設への転換等を進めるために、転換支援の助成等所要の措置を講じる。

医療構造改革推進本部の組織

本部長	厚生労働大臣
本部長代理	(総括) 副大臣 (本部長の指名する者) 大臣政務官 (本部長の指名する者)
副本部長	(総括) 事務次官 厚生労働審議官 社会保険庁長官
本部長員	官房長 総括審議官 技術総括審議官 統計情報部長 医政局長 健康局長 医薬食品局長 雇用均等・児童家庭局長 老健局長 保険局長 政策統括官 (社会保障担当) 北海道厚生局長 東北厚生局長 関東信越厚生局長 東海北陸厚生局長 近畿厚生局長 中国四国厚生局長 四国厚生支局長 九州厚生局長 社会保険庁次長 社会保険庁運営部長

【事務局】

- ・事務局長：社会保障担当参事官
- ・事務局次長：本部長の指名する者
(医政局総務課長、健康局総務課長、老健局総務課長及び保険局総務課長を予定)
- ・庶務：保険局総務課の協力を得て、社会保障担当参事官室

社説

2006年2月6日

ronsetsu@mbx.mainichi.co.jp

高齢者医療

療養病床再編は時代の流れ

国は慢性の病気で長期療養が必要な高齢者が入院している療養病床を、介護福祉施設に転換させていく大掛かりな改革を行方針を決め、今国会に提出する医療制度改革法案の柱にする方針だ。医師や看護師が多く、患者1人当たりの費用が高い療養病床を比較的費用がかからない福祉施設に転換することで増え続ける医療費の抑制を図るのが狙いだ。

73年の老人医療費の無料化で「医療がタダで受けられる」となったことで、かつて老人病院と呼ばれた療養病床が高齢者の受け皿となり、当時は不足がなかった福祉施設の肩代わりをしてきたというのが現実だ。

これが社会的入院となり、欧米と比べて相対的に長い日本の平均在院日数が問題となった。この間、高齢者への療養費、検査費、医療

にも批判が集まり見直しが進んだが、残された療養病床の転換は手付かずの状態だった。

療養病床は医療保険適用型(25万床)と介護保険適用型(13万床)の二つがあるが、実際の使われ方は両者に大きな差がない。厚生労働省によれば、両者ともに入院医療の必要性が低い患者が半分以上を占めており、現実には医療施設でありながら福祉施設のような利用がなされている。

厚労省によれば、1人当たりにかかる費用は医療型が月額49万円、介護型が44万円だが、老人保健施設は33万円である。療養病床で費用が高いのは、医師と看護師が多く配置されており人件費がかかるためだ。このため、療養病床の再編を行うことで医療費のムダを減らすことができるといふ。

療養病床の再編は長い間の懸案だったが、実際には遅々として進

まなかった。厚労省の改革案は介護型を6年かけて全廃し、医療型は15万床に削減するというものだ。これにより医療が必要な人は従来どおり医療型病棟に入院する

が、医療の必要性の低い高齢者は老人保健施設やケアハウス、在宅療養に転換してもらう。ところが病院関係者や自民党の一部から再編に反対の声や慎重論

が出ている。「再編の方針が唐突に示された」「病床転換により患者が追い出される恐れはないか。施設の受け皿は大丈夫か」などの問題点が指摘されている。

病院関係者が不安や疑問をもつのは分かるが、増え続ける医療費を抑制するために、大局的な立場で冷静な議論を望みたい。再編にあたって患者や家族を混乱させてはならないことは言うまでもない。いきなり転換しろと言われても困るといふ病院側の声も十分に聞く必要がある。

療養病床再編のためには病院の理解と協力が不可欠だ。それがなければ絵に描いた餅になってしまう。国と病院がぎくしゃくすれば、迷惑を受けるのは患者である。

医療が必要でない高齢者に過剰な費用をかけず、医療が必要なものに受ける仕組みに変えていく。それが医療制度改革の流れである。政府は関係者や患者にしっかりと説明し納得を得る責任を負っていることを忘れてはならない。

昨夏以降、経済財政諮問会議や政府与党協議会を舞台に調整が進んできた医療改革法案が閣議決

2/10 (金) 日経新聞 朝刊

医療効率化なお途上

定にござ着けた。今年に入り、厚労省が唐突に出してきた感がある療養病床の大幅削減も自民党内の大議論を経て決着した。昨夏の衆院選で出てきた新人議員は小泉改革を支えるべきなのに、一部が抵抗勢力に回ったのは理解に苦しむ。最後はベテラン厚生族が押し切り、介護型十三万床は全廃し、医療型二十五万床は十五万床に減らすことに落ち着いた。

患者本位、ようやく一歩

必要度が高いのに病院で暮らしている高齢者の社会的入院が主因だ。こうした人びとが介護施設や自宅に移るのを後押しするには、病床削減という荒唐治も避けて通れなかった。老人病院のなかには個室中心の介護施設に転換し、お年寄りに喜ばれ、かつ医療費抑制に貢献している先駆例がある。猶予期間は六年、高齢者医療に携わる関係者の覚悟が問われる。医療費抑制に向けた枠組みは整ったが、医療界に潜む無駄をあぶり出す仕掛けが十分に用意されたとはいえない。効率化は患者利益を損なうとの声もあるが、それは逆だ。医療費を支えるわたしたち国民の将来負担を抑えつつ、患者第一の体制を貫くには効率化にもっと踏み込まねばならぬ。

や利用者の立場を考えれば、この改革は避けて通れないだろう。第一に、病状が落ち着いているのに長期間、病院に入っている「社会的入院」をなくさなければならぬ。療養病床を利用する高齢者の3分の2は、医療の必要がほとんどないといわれている。第二に、高齢者は介護施設で生活し、専門の職員に世話をしてもらう方が快適に過ごせる可能性が広がる。使える部屋も介護施設の方が病院より広く、生活の場にあきわしい。

第三に、給料の高い医師や看護師の配置が介護施設の方が少なく、コストが低くつむ。1カ月1人当たりの費用は、療養病床が44万〜49万円なのに対し、老人保健施設は33万円、有料老人ホームは25万円前後である。そもそも病院で高齢者を介護するようになったのは、73年に高齢者の医療を無料化したこと始まる。当時はまだ介護施設がなく、福祉施設も少なかったのだ、病院が施設がわりに使われた。本当に必要なのは生活を支える介護や機能回復の訓練なのに、病院では検査つ

介護施設に転換を

療養病床

病院には一般の病床のほか、長期入院の患者のための「療養病床」がある。この療養病床のうち、医療よりも介護が中心の高齢者が使っている病床を、老人保健施設やケアハウスの病床は基本的に廃止し、6年がかりで介護施設に移すというのだ。これからいつそう厳しくなる医療財政

療養病床は全国に38万床で、このうち「医療療養病床」は25万床、介護保険でみる「介護療養病床」は13万床ある。今回の構想は、医療病床のうち15万床は存続させるが、残りの病床は基本的に廃止し、6年がかりで介護施設に移すというのだ。これからいつそう厳しくなる医療財政

2/12 (日) 朝日新聞 朝刊

医療効率化もっと踏み込め

政府は医療制度改革に関する一連の法案を閣議決定し国会に出した。成立後は医療給付費の膨張抑制に向けた取り組みが始まる。短期的には長期入院高齢者の食費や家賃にあたる居住費を自己負担にしたり、高齢者の窓口負担を上げたりする。中期策としては生活習慣病の予防徹底だ。医療提供側の無駄をなくし、効

療養病床削減には自民党内に反対論があったが、厚生労働省が押し切り現在三十八万ある病床を六年以内に十五万床にすることで決着した。日本の平均在院日数は一カ月強。米英は一週間前後、ドイツは十一日間、フランスは二週間弱だ。治療より介護の必要度が高いにもかかわらず病院で暮らしている高齢者の「社会的入院」を減らすには療養病床の大幅削減が避けて通れない選択だった。こうした高齢者の受け皿施設を増やすために、自治体を中心になり療養病床を老人保健施設や有料老人ホームなどに転換させるための補助金を出す仕組みをつくる。本来、この投資は社会的入院の解消を怠ってきつた病院経営者がすべきだったが、六年以内に達成するには公費による助成もやむを得ない。診療報酬改革は来週の中央社会保険医療協議会で全体像が決まる。来年度は薬価を含めて三・一六%と過去最大の下げが予定されている。医療費抑制に一定の効果が見込めるが、より効率化するには診療報酬体系の見直しが必要な意味を持つ。その一つが定額払い制の拡大だ。一つひとつの診療行為に公定価格が決まっている出来高払い中心の現行制度は検査漬け・薬漬けを招きやすい。定額制を広げれば腕の立つ医師は患者を早期回復に導くとともに自身の突入りも増やせる。もっとも患者の状態や病気の種類によっては出来高制が適する場合もある。どんな治療法が定額制に適するのか、医学界の主導で研究を深めてほしい。

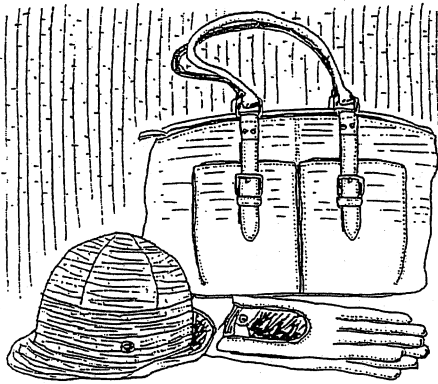


国は、医療の必要度の低い高齢者の入院する「療養病床」を、今後、福祉施設に転換させていく方針を打ち出しました。療養病床は、介護型・医療型併せて38万床ほどあります。介護保険の対象である介護型の病院は、平成23年度までに老人保健施設や有料老人ホームなどに転換される方向です。そして、医療保険の対象である療養病床は、一部は人手を厚くしたうえで、手厚い医療が必要な人を受け入れる場に特化し、その他の病院は、介護型の病院と同じく福祉施設などに衣替えしていくことになりそうです。期限はあと6年です。

「療養病床」とは、かつては「老人病院」と呼ばれてきたもので、日本の医療・福祉政策の歪みを象徴する「鬼つ子」的存在でした。「老人は誰も」がタタで医療が受けられる。昭和48年、老人医療費無料化政策が始まったとき、「福祉元年」といわれました。その後の老人たちの受難を事前に想像できた人はいなかったのです。直後から老人だけが入院する「老人病院」が増え、病院が福祉施設代わりに使われました。多くの老人は、脳卒中などの後遺症で障害の残った人、認知症で認知能力に障害がある人など、「高齢障害者」でした。

生活する空間を整え、リハビリや認知症ケアを受け、できるだけ体を動かして暮らす福祉施設が必要だったので、当時は家族介護が当然とされ、施設は絶望的に不足していました。一方で、医療保険は財源が確保されていたため、病院は増え続けました。老人たちは人手の薄い大部屋

第23回 30年かかった老人病院改革



illustrated by Kouichi Yoshizumi

で寝かされきりにされ、薬漬け・検査漬けにされました。無料だから文句はいえませんが、一方で、病院が受け取る診療報酬は出来高払いでしたから、収益をあげようと必要のない医療が行われました。老人たちは病院が収益をあげるため、必要でもない医療を行う「媒介」とされ、悪徳な病院経営者だけが儲かることになりました。患者には褥創が多く、ミキサーで食事を流動食にして流し込む食事介助や、身体抑制など、劣悪ケアの温床ともなりました。老人病院をどうしたらなくせるのか、劣悪なケアをどう乗り越えていけるのか、日本の現場は30年間、四苦八苦してきたのです。

その後、昭和63年には老人保健施設、平成2年には介護力強化病院などがつくられ、介護の人手を多く配置し、医療行為の多寡に関係なく定額の診療報酬を受けとる制度に変わりました。それまでと逆に、投資や検査は最小限に減ったため、高齢者たちはぐっと健康になりました。じつに皮肉なことです。その後、介護保険が導入され、療養病床もスペースを広くとり、生活の場に少しずつ近づいてきました。

そして、その最後の一步として、医療は外付けとして、必要なときにだけ医療を受け、「介護の場、生活の場」として整理するのが、今回の見直しです。「鬼つ子」的な老人病院は、30年の時を経て、不必要な「医療の場」としての「偽装」がよつや、解かれていくことになります。

「タタにすれはいい」「似たもので置き換えればいい」そんな底の浅い政策が後の世にどれだけ大きな負の遺産を残すのか、けっして忘れてはならない教訓です。

社会的入院 解消なるか

療養病床、6割削減へ政府が法案

療養病床 主として高齢者の長期療養用の入院施設。かつては「老人病院」とも呼ばれ、医療保険の医療型病床だけだったが、00年の介護保険導入後は介護が適用される介護型病床（介護療養型医療施設）とに分かれた。

医療型は全国6728施設25万床、介護型は全国3717施設13万床。医師や看護師の配置が多いため、1人あたりの費用は医療型が約49万円、介護型が約44万円と、老健の33万円より10万円以上高い（保険外費用は除く）。6割が一般病床との併設。医療型か介護型かは病院側が決めるが、患者の状況や医療の内容にはほとんど違いがなく、「社会的入院」の患者が多いとされる。

介護型療養病床、生活支援中心の特別養護老人ホーム（特養）、リハビリ中心の老健が、介護保険の3施設は施設ではなく在宅扱いのサービス。

「お食事です」と。お厚い。介護職員や看護職員に付添われ、お年寄りがロウ中床の食卓に集まってきた。

東京都多摩市にある新天病院。1階は来、2階は一般病床だが、3、4階の計6階は医療型療養病床になっている。車いすのお年寄りと、彼らに専ら職員が目を注いでいる。

療養病床の医師数は標準は3人で、100床あたりで比べると一般病床の半分以下。看護職員も少なめだが、一般病床に

「寝かせきり」施設多く

2017年度までに長期入院患者のための「療養病床」を6割削減し、患者が介護施設などに移す方針を盛り込んだ医療制度改革関連法案が閣議決定され、国会で提出された。医療費抑制に向けた長年の懸念だった「社会的入院」の解消に厚生労働省が本格的に取り組みを打ち出した。施設の転換はスムーズに進むのか、患者は必要なケアを受けられるのか。課題も多

（滝井玲、寺崎淳子）

質はらつき

「お食事です」と。お厚い。介護職員や看護職員に付添われ、お年寄りがロウ中床の食卓に集まってきた。

東京都多摩市にある新天病院。1階は来、2階は一般病床だが、3、4階の計6階は医療型療養病床になっている。車いすのお年寄りと、彼らに専ら職員が目を注いでいる。

療養病床の医師数は標準は3人で、100床あたりで比べると一般病床の半分以下。看護職員も少なめだが、一般病床に

医療費削減の柱に

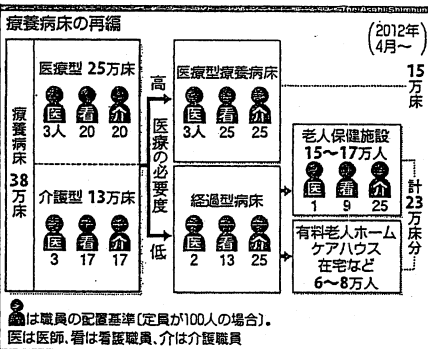
30年来懸案に減らす再編・整理計画を打ち出した。12年度まで、療養病床を半分以上、療養型一本化し、ベッド

数も現在の38万床から15万床に減らす。

削減す23万床分は、老人保健施設（老健）や有料老人ホーム、ケアハウス（ケア付住宅）などへの転換を促し、患者にはこうした施設が在宅に移ったこと計画だ。転換を後押しするため、助成金や経済的施設の基準も設けられる。

一方で、残り15万床は看護・介護職員の配置基準を厚くし、今より充実した体制にする。

また、療養病床を減らすのが、最大の理由は、入院治療の必要がないのに、家庭の事情や地域の介護サービス不足で退院で



「社会的入院」の解消に厚生労働省が本格的に取り組みを打ち出した。施設の転換はスムーズに進むのか、患者は必要なケアを受けられるのか。課題も多

（滝井玲、寺崎淳子）

日本の医療は世界保健機関WHOの「世界一」と評価するほどレベルは高いが、病床数は経済協力開発機構OECD(OECD)の3倍前後で、逆に病床に対する医療スタッフの数は3分の1。入院期間は、倍長い。病床数を半分に減らせば、適正な医療スタッフ

が確保でき、濃厚な医療に よって今日までOECDより長く短縮できる。長年実現できなかった療養病床の削減に一回一挙に着手した意気込み。あとはどう敷設できるかだ。

介護の療養病床は、老健や医療付有料老人ホームへの転換が期待されている



地域で偏在、調整必要

池田省三さん 龍谷大学教授(社会保険論)

「療養病床は都会にはほとんどなく地方に多い一方、療養病床が多い地方は老健も多いなど地域偏在が大きく、調整が必要だ。」

また療養病床が多い地域は訪問看護が少なく、訪問看護が多い地域は療養病床が少ない。その成否は在宅支援の充実にかかっている。

床数が一番多い高知県の1人あたりの介護給付額(月額)は、最も少ない宮城県が13倍だが、高知のお年寄りが幸福で地域が豊かだとは聞いたことがない。求められているのは、訪問系の在宅医療サービスの地域セクター化だ。

地域医療に加え、自宅以外に「在宅」の受け皿も問題だ。誰でも住み慣れた地域で自宅を暮らしたい。施設をこれ以上増やせば、居住系サービスを整備する必要がある。

療養病床には、骨折や脳梗塞後のリハビリをする人、口から食事ができずに介護施設で世話を受けなければならないお年寄りが、様々な患者がいる。医療の必要度の低い人を在宅や介護施設に移す考え方に異論は少ないが、その成否は在宅支援の充実にかかっている。

私のいる東京都の西多摩地域の療養病床は、高齢者が大入院、おむつ代や洗濯代を、月20万円程度が目負担の相場だ。本人の年金だけでは足りない人も多い。しかし、長男の嫁が家庭で24時間の介護をするのは、とパートの給料十数万円ほどと同等



在宅支援の充実かぎ

伊藤正一さん 東京都医療社会事業協会理事長

「在宅生活の心配は、やはり昼間より夜間。しかし24時間対応の訪問看護やケアシヨンは西多摩地域に力所がない。夜間に往診してくれる医師も少ない。」

核家族化や女性の社会進出が進んだ今、介護責任を家族に求めるのは困難。高齢者を地域で支える仕組みが必要だ。医療介護のニーズが少ないと思っても、在宅の支援態勢が整っていないければ、私たちがソーシャルワーカーは患者に在宅を勧められない。

療養病床を削減しても、大部分を介護施設に移すだけでは、「社会的入院」が「社会的入院」に変わらないうえ、それは本来的改革とは呼べないのではないか。

「社会的入院」の解消に厚生労働省が本格的に取り組みを打ち出した。施設の転換はスムーズに進むのか、患者は必要なケアを受けられるのか。課題も多

（滝井玲、寺崎淳子）

患者の受け皿に課題も

施設を転換

「まことに懸念。厚労省の社会保障審議会でも十分に議論がなされていない」

日本医師会の寺岡副副会長は7日の記者会見で、介護型療養病床廃止などに反対した。同席した西沢寛俊・金日本病院協会副会長も「厚労省が派手な演説が口を

「社会的入院」の解消に厚生労働省が本格的に取り組みを打ち出した。施設の転換はスムーズに進むのか、患者は必要なケアを受けられるのか。課題も多

（滝井玲、寺崎淳子）

2/21 (火) 朝日新聞 朝刊

2006年2月6日

厚生労働大臣

川崎 二郎 殿

(社) 日本経済団体連合会

会長 奥田 碩

療養病床再編について緊急要請

わが国では、急速な少子高齢化が進行しており、医療の高度化を推進しつつ安心して持続可能な医療制度を構築するには、「政策目標」を設定し、医療費適正化を推進することが不可欠であります。

とりわけ「社会的入院」「社会的入所」を解消し、在宅での療養や介護に転換していくべきであると考えます。これらについて目標と期限を設定しない改革は、長期にわたり懸案となってきた本問題の解決を先送りすることになります。政府・厚生労働省が提案している、長期の入院患者や入所者が多い療養病床の再編については、目標と期限を明示し、具体的なプロセスを示して改革を進めることが重要であります。

保険料は保険給付に充当することが基本であり、病床転換助成金に充当することは問題であると考えますが、今次の医療制度改革の中で、療養病床の再編に明確な道筋をつける必要性を認識し、下記について強く要請いたします。

なお、患者・入所者やその家族に対する配慮が不可欠なことは言うまでもありません。

是非とも、貴殿のより一層のご尽力により、政府・与党が一体となって医療制度改革を断行することを期待いたします。

記

1. 医療の必要性に応じて療養病床は再編成し、介護型療養病床については、2011年度末までに廃止すること
2. 再編後、社会的入院や社会的入所が再発しないような措置をあわせて実行すること

以上

2006年2月6日

厚生労働大臣
川崎 二郎 様

日本労働組合総連合会
会長 高木 剛

療養病床再編に関する緊急要請

貴大臣の連日のご奮闘に敬意を表します。

急速な少子高齢化が進展する我が国にあって、社会保障改革は待ったなしの状況にあります。改革の一環として、今通常国会に医療制度改革関連法案が提出されようとしています。

今回の医療制度改革の柱である医療費適正化の推進のため、政府は、長期入院患者が多い療養病床の再編を提案していますが、これは、長年にわたり、我が国の老人医療・介護制度における重要な課題であった「社会的入院問題」について明確な道筋をつけようとするものであり、是非とも実現すべきです。

療養病床の再編に当たっては介護型療養病床の2011年度末廃止という明確な目標と期限を示し、具体的なプロセスを示して改革を進めていくべきであり、結論を先延ばしし、改革を遅らせることは、30年来の懸案であるこの問題を再び先送りし、改革のスピードを遅らせることとなります。

連合は、今回の医療制度改革の中で、入居者の処遇に適切に対処しつつ、明確な期限を示して療養病床再編問題に道筋をつけるよう、強く要請いたします。

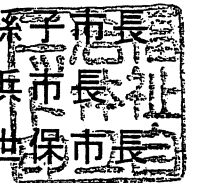
以 上

平成 18 年 2 月 4 日

社会的入院の解消に向けての申し入れ

厚生労働大臣 川崎 二郎 殿

福祉自治体ユニット 北 良治 奈井江町長
福島 浩彦 我孫子市長
森 貞述 高浜市長
光武 顕 佐世保市長



介護保険制度の創設にあたって、社会的入院の解消は大きな目標であった。今通常国会に医療制度改革関連法案が提出され、介護型療養病床の廃止と真に必要な人々への医療保障が焦点になっていることは遅すぎたきらいがあるにしても、高く評価されるものである。

医療制度改革の柱である医療費適正化の推進のため、政府は、医療的管理の必要性の薄い長期入院患者が多い療養病床の再編成を提案している。これは、長年にわたり、高齢者の医療・介護の桎梏となってきた社会的入院問題について明確な道筋をつけようとするものであり、ようやく改革の緒についたものである。

改革に当たっては介護型療養病床の平成 23 年度末廃止という明確な目標と期限を示し、具体的なプロセスを示して改革を進めていくべきである。結論を先延ばしし、改革を遅らせることは許されることではない。それは長年の懸案であるこの問題を再び先送りし、改革を妨げることにすぎない。

住民サイドの福祉行政を進める市町村長の会「福祉自治体ユニット」に集う私たち自治体首長は、期限を明示して療養病床改革のロードマップを提示し、社会的入院の解消を図る計画を推進することを強く申し入れるものである。