

200901033A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業
(政策科学推進研究事業)

医療機関における療養病床転換モデルの
具体的施策に関する研究

平成21年度
総括研究報告書

平成22（2010）年3月

研究代表者 小山 秀夫

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業
(政策科学推進研究事業)

医療機関における療養病床転換モデルの
具体的施策に関する研究

総括研究報告書

研究代表者 小山秀夫 静岡県立大学 教授

分担研究者 藤澤由和 静岡県立大学 准教授

分担研究者 山内康弘 帝塚山大学 講師

目 次

総括研究報告書

医療機関における療養病床転換モデルの具体的施策に関する研究	1
-------------------------------	---

分担研究報告書

老人病院の歩みと療養病床	7
--------------	---

資料 1

介護療養型施設に関する統計データ	27
------------------	----

資料 2

介護保険施設の供給における地方自治体間の空間自己相関の検証	57
-------------------------------	----

医療機関における療養病床転換モデルの具体的施策に関する研究

研究代表者 小山 秀夫 静岡県立大学 教授

研究分担者 藤澤 由和 静岡県立大学 准教授

研究分担者 山内 康弘 帝塚山大学 講師

研究要旨

本研究においては、既存のデータに基づく現状把握と問題点の検証とともに療養病床を有する約30の医療機関についてインタビュー調査を実施し、療養病床の転換に関して医療機関の内部制約要因と、外部環境に関する網羅的な情報収集を行なった。その結果、多くの医療機関の担当者より、地域支援の体制が完全でないなかで療養病床を一方向的に廃止するという議論は、現在の入院患者の状況を鑑みると、現実的な対応との関係性を著しく損なうものである可能性が指摘されていた。しかしながら、その一方で、現在の療養病床を温存すればそれで現在生じている各種の問題が解決するというような単純な議論ではない、という現況に関しても一定の認識が示されていた。こうした状況を加味すると、長期療養病床は、わが国の医療システムの現状を考えた場合に必要不可欠であると言えるが、少なくともそれらの療養環境、および提供すべきサービス水準を向上させる必要がある。それゆえに、質が高く、Quality of Lifeの向上を促す長期療養病床のあり方と、将来の展開について具体的な形で提案することが現時点における最も緊急で解決すべき主たる論点として考えられた。

A. 研究目的

わが国における療養病床の転換に関しては、既に療養病床転換ハンドブック（国立保健医療科学院）や財務シミュレーション（医療経済研究機構）などが示されるとともに、転換にかかわる支援措置（療養病床の再編成と円滑な転換に向けた支援措置）、および助成事業（平成20年度病床転換助成事業）も十分に提示されてきた。しかしながらその一方で、我々のこれまでの調査活動から、こうした支援を得ても未だ転換の方向性が見いだせ

ず、かつその将来性に不安を抱えている医療機関が多い実態も判明している。こうした状況は、その目標年である平成24年に近づけば近づくほど、その厳しさを増すことは間違いない。その一端を示すエビデンスとして、たとえば、「療養病床アンケート調査」（平成18年10月1日実施）によると、介護療養病床を持つ医療機関の36.8%が態度未定であり、かつ23年度まで介護療養病床を「維持する」と回答している医療機関と合わせるとその割合は約50%近い数になっている。こうした理由

のひとつとしては、医療機関の内部制約要因や、外部環境の把握がなされておらず、将来的な方向性の判断が困難な点を指摘しうる。

こうした現状認識に基づき、本研究の目的は、厚生労働行政における急務の課題である療養病床の再編成に資するために、療養病床をもつ医療機関をカテゴリ化するための明確な基準を設定し、療養病床の一層の転換を促すための政策オプションを提示することである。上述の通り、すでに一部の医療機関では、療養病床からの転換が図られているが、一方で具体的な転換の方策を模索している医療機関も数多い。またこうした転換の問題に直面している医療機関が、具体的にどのような問題を抱えかつどのような外部環境に置かれているかという点に関しては未だ明確にされていない。そこでより具体的には、療養病床の転換を模索する医療機関のカテゴリ化を「内部制約的要因」と「外部環境」などの観点などから検討し、各カテゴリに対する政策オプションを具体的に提示することを通して、今後の療養病床の再編成に寄与するエビデンスを提示する。

B. 研究方法

上記の研究目的を明らかにするために、本年度は下記の検討を行なった。すなわち、(1)療養病床転換政策のマクロ的定量トレンドの検討、(2)療養病床転換に関しての医療機関の規模的な基準と、外部環境基準の設定、(3)療養病床をもつ医療機関のカテゴリ化、(4)各カテゴリでの医療機関の抽出とヒヤリング調査である。

(倫理面への配慮)

本研究においては医療機関を対象として聞

き取り調査を実施する性格上、各機関を同定することが可能となりうる調査データを取り扱うこととなる。したがって調査の実施に際しては、事前に調査内容の公開の有無に関して承諾を得るとともに、承諾が得られない医療機関に関してはIDを割り振り研究成果の取りまとめを行なった。なお、本研究では、介入を意図した研究でないことから、特定の個人に不利益、もしくは危険性が生じるものではない。また、動物を用いた実験を行なうことはないことから、動物愛護上の配慮に関しても必要としない。

C. 研究結果

(1) 療養病床転換政策のマクロ的定量トレンド検討

本研究成果を総括するにあたり、政策のマクロ的評価としては、2009年の政権交代の影響があまりにも大きく、現時点での判断が不可能であるといわざるをえない。しかし、いたずらに療養病床の政策的減少を中止しても、問題を先送りするだけでなら解決もしないばかりか、社会保障国民会議が明確に示した、わが国の医療・介護の構造問題に対応できないと考えられる。療養病床転換政策は、わが国の急性期医療における病院病床の再編成、および急性期後医療の充実という政策目的とともに、医療と介護の再構築という文脈の中で議論されるものであり、単なる財政対策の見地や政策選択の政治的判断のみで決定できるものではないといえよう。なぜならば、単なる財政対策としての政策判断をしても結果的に財政負担の軽減幅が少なく、政治的判断にゆだねるとすれば、政権交代のリスクが国民医療に生じてしまう点を指摘する

ことができる。

政策のマクロ的定量トレンドとしては、第1に、「療養病床の再編成と円滑な転換に向けた支援措置」および助成事業（平成20年度病床転換助成事業）が有効と考えられた。また、平成22年の診療報酬改定で示されている医療療養病床の再評価及び有床診療所の入院機能の再構築については、明確な政策意図が示されており、今後の療養病床転換にはずみがつくと考えられる。なお、マクロ的定量トレンドとしては、すでに療養病床転換ハンドブック（国立保健医療科学院）や財務シミュレーション（医療経済研究機構）が示されている。

しかし療養病床に関する各種アンケート調査を総合すると、療養病床転換政策自体に反対する施設は約7割ある。また、約半数が療養病床を維持または態度未定であるものの、3割程度は転換方向を決定していると考えられる。このようなアンケート調査の結果は、一応療養病床減少に対する政策の「凍結」というあいまいな状況に対応しているものである。現実問題として、経営母体で療養病床の半数以上が現状維持を希望していたとしてもなら政策対応を考えておらず、そのための準備もしていない。したがって政策のマクロ的定量トレンドとしては、明確であるにもかかわらず、より有利な政策が展開されることを期待しているとしか考えられない。この意味では、介護療養型医療施設の廃止、医療療養における科学的に入院を要する要件の一層の明確化、および介護療養型老人保健施設の充実という政策パッケージを今後とも明確に示すべきである。

（2）療養病床転換に関しての医療機関の規模的な基準と外部環境基準の設定

療養病床転換に関する外部環境の最大の影響は、報酬設定である。この意味では上記の明確な政策パッケージが堅持されるべきである。療養病床の規模的な問題として、200病床以上の病院については、すでに対応策や施設改修などが済んでいることが明らかとなった。そして、100床以上の小規模の療養病床を有する施設だけが問題を生じていると考えられた。その他、50床以下の療養病床の施設が数も多く、今後ともフレキシブルな対応が可能である。また50床以上100床未満病床は、土地や建物のキャパシティの問題で、病床数を減少させることと、改修に要する費用の確保のみが問題である。つまりこれらの医療機関では、内部要因により経営的決断ができないという特徴があるといわざるをえない。この意味では、いかに外部環境（報酬改定）を行うとしても転換がスムーズに進まないことが考えられる。

定量的な議論から自由であれば、転換態度が未定な施設は、第1に新しい投資が回収できるか不定であり、リスクテイキングできない。第2に、一般論としての後継経営者が確保できないため決断ができない。第3に長年のシングルオーナーのトップダウン型病院経営では変化に対応できず、転換するかどうかより、現状のマネジメント・スタイルでは、いずれは経営を維持できないという現実がインタビューなどの聞き取り調査を通して明らかとなっている。

（3）療養病床をもつ医療機関のカテゴリ化 療養病床をもつ医療機関のカテゴリ化は50

床未満、50床以上100床未満、100床以上200床未満および200床以上の4タイプに分離可能である。このうち療養病床200床以上では組織経営の観点からすでに対応策が確立しているものの、地域内の総合的マーケット動向に左右されることにならざるをえない。また、50床未満ではフレキシビリティが高く、好意的な行政指導があれば、いずれにも転換可能であると考えられるが、経営母体自体が対応不可能な場合があることを前提とするべきである。このように考えてみると50床以上100床未満の場合については、転換態度未定であるか50床未満と同様な傾向があり、100床以上では200床以上と同様か、それともケアミック型の病床構造があると考えられた。

(4) 各カテゴリでの医療機関の抽出とヒヤリング調査

各カテゴリでの医療機関の抽出とヒヤリング調査については、すでに30施設を超えるヒヤリング調査が終了し、上記の知見を得ることができたが、介護療養型医療施設の政策動向について、各病院の疑問が多い現状が明らかとなった。これは、介護療養の方が医療療養より多様な問題を有していることを物語っている。特に外部環境として介護報酬から診療報酬への移行が経営的ダメージとなると考えられていることがある。この点については、平成24年度に予定されている診療報酬・介護報酬同時改定の方角を早期に示すことが求められよう。

D. 考察

昨年度においては、既存のデータに基づく現状把握と問題点の検証とともに、療養病床

を有する医療機関についてインタビュー調査を実施し、療養病床の転換に関して医療機関の内部制約要因と、外部環境に関する網羅的な情報収集を行なった。

その結果、多くの医療機関の担当者より、地域支援の体制が完全でないなかで、療養病床を一方的に廃止するという議論は、現在の入院患者の状況を鑑みると、現実的な対応との関係性を著しく損なうものである可能性が指摘されていた。しかしながら、その一方では、現在の療養病床を温存すればそれで現在生じている各種の問題が解決するというような単純な議論ではない、という現在の状況に関しても一定の認識が示されていた。

こうした状況を加味すると長期療養病床は、わが国の医療システムの現状を考えた場合に、それは必要不可欠なものであると言えるが、少なくともそれらの療養環境、および提供すべきサービス水準を向上させる必要がある。それゆえ、質が高く、Quality of Lifeの向上を促す長期療養病床のあり方と将来の展開について提案することが現時点における最も緊急で解決すべき主たる論点として考えられた。

したがって、以上の知見をさらに発展させるために次年度においては、対象としている医療機関のさらなるヒヤリング調査を実施するとともに、網羅的に収集されてきた情報について「内部制約的要因」とその「外部環境」などの観点などから検討し、各カテゴリに対する質が高く、Quality of Lifeの向上を促す政策オプションを具体的に提示する必要性が明らかとなった。

E. 結論

療養病床の転換政策は、すでに一定の段階にまで進んでいると言えるが、現状ではその目標とする転換を十分に行い得るかは依然として厳しい状況にある。こうした状況は、その目標年である平成24年に近づけば近づくほど、その厳しさを増すことが間違いない医療機関の現状が明確となった。

本研究により療養病床の転換政策が直面している課題を解決する一助としては、個別の医療機関が置かれている状況を整理するとともに、一定の基準と条件について明確な基準の提示に基づく長期的な「見取り図」を示すことよって、各医療機関のより一層の意思決定の促進が可能になることが考えられた。そのために次年度においては、療養病床転換政策におけるより踏み込んだ、政策オプションと具体的な施策の明確化を図るものとする。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- * 小山秀夫、他. 「社会福祉学習双書2009 医学一般」. 『全国社会福祉協議会』. 2009.
- * 小山秀夫. 「在宅医療辞典」伊部俊子、他編. 『中央法規出版株式会社』. 2009.
- * 原祥子、實金栄、太湯好子、中嶋和夫、小野光美、沖中由美、筒井孝子、小山秀夫. 「ユニット型介護老人保健施設における認知症ケアの質に関する測定尺度の開発」. 『介護経営』. 2009. 第4巻第1号.
- * 東野定律、張英恩、金貞淑、尹靖水、筒井孝子、中嶋和夫、小山秀夫. 「家族介護者の続柄別にみた介護負担感と心理的虐待の関係」. 『介護経営』. 2009年. 第4巻第1号.
- * 宮本啓子、若杉早苗、水嶋美穂子、東野定律、小山秀夫. 「介護予防・特定高齢者施策における栄養改善事業の課題と対応に関する検討－静岡県牧之原市を事例として－」. 『介護経営』. 2009. 第4巻第1号.
- * 小山秀夫. 「介護政策・私はこう考える」. 『週刊東洋経済』. 東洋経済新報社. 2009.
- * 小山秀夫. 「介護マンパワーの国際比較」. 『病院』. 医学書院. 2009.
- * 小山秀夫. 「看護管理 いま医療は何を求められているか」. 『看護管理』. 医学書院. 2009. No. 8 増刊号.
- * 小山秀夫. キーワードで読む 病院経営のポイント2009年版」. 『エルゼビアジャパン株式会社』. 2009.
- * 小山秀夫. 「メリハリある改定で質の高い事業者を評価する流れへ」. 『WAM』. 日本加除出版. 2009.
- * 小山秀夫. 「要介護認定、こう変わる 気になる変更ポイントをテッテイ分析」. 『月刊ケアマネジメント』. 2009.
- * 小山秀夫. 「介護報酬改定と事業者の経営課題」. 『社会保険旬報』. 2009.

2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特になし

2. 実用新案登録
特になし

3. その他
特になし

老人病院の歩みと療養病床

研究代表者 小山 秀夫 静岡県立大学 教授

研究要旨

療養病床は、2000年の第4次医療法改正の病床区分の見直しによって導入された制度だが、それは1992年第2次医療法改正によって制度化された療養型病床群制度を改正したものである。この療養型病床群制度は、いわゆる老人病院制度から派生したものである。そうしたなかで、現状の療養病床をめぐる課題を検証するためには、まず、現行制度がどのような過程で立案され、施行されてきたかについて最低限の歴史的社会的背景を確認しておく必要がある。そこで、本研究においては、療養病床の歴史的経緯を概観するとともに、今後の療養病床の位置づけの方向性に関して概論的な検討を行なった。

A. 研究目的

療養病床は、2000（平成12）の第4次医療法改正の病床区分の見直しによって導入された制度であるが、それは1992（平成4）年の第2次医療法改正によって制度化された療養型病床群制度を改正したものであった。この療養型病床群制度は、いわゆる老人病院制度から派生したものである。現状の療養病床をめぐる課題のいくつかを検証するためには、まず、現行制度がどのような過程で立案され、施行されてきたかについて最低限の歴史的社会的背景を確認しておく必要がある。

そこで、本研究においては、療養病床の歴史的経緯を概観するとともに、今後の療養病床の位置づけの方向性に関して概論的な検討を行なった。

B. 研究方法

本研究においては、各研究者や医療機関における担当者との議論を踏まえて、取りまとめたものである。

（倫理面への配慮）

本研究において用いる情報に関しては、それにより特定の個人が把握されることは一切ない。また、特定の医療機関などが特定されることもないことから、特段、倫理面への配慮は生じないものと考えられた。

C. 結果と考察

1. 老人医療無料化からの30年

今から37年前、老人福祉法施行から10年後の73（昭和48）年に老人福祉法の一部が改正され、老人医療費無料化（老人医療費支給制度）が開始された。老人福祉法第10条の2に新たに加えられた「老人医療費の支給」とは、

70歳以上の者の疾病又は負傷について、健康保険等の被用者保険や国民健康保険のいわゆる自己負担部分について公費で保障するものである。老人医療費無料化は、71（昭和46）年に発足した田中角栄内閣による「福祉元年」宣言を受けて制度が創設されたもので、老人医療にとって、エポックメイキングともいうべき制度となった。そして、ここから老人病院の30年にわたる歴史が始まるのである。

老人医療費無料化は、一方で高齢者の受診促進という効果をあげながら、他方で無料による過剰な受診を生み出すきっかけともなった。薬漬け医療、乱診乱療等の医療機関への社会的批判も指摘されるようになり、高齢化の進展から医療費の高騰という事態も含めて、多くの問題を生み出す要因ともなった。また、無料で入院できることから、老人のみを入院させる病院が数多く設立された。特別養護老人ホーム（以下「特養」という）の整備が遅れ、在宅福祉サービスも普及していない当時の状況では、要介護老人の多くが病院へ入院せざるをえなかった。病院の多くは、老人の介護より患者の治療に専念したが、治療をすればするほど病院の収益が増加することから、過剰診療が行われ、いわゆる老人病院の中には「悪徳」と批判される病院が多く、医療批判の対象としてマスコミで取り上げられることも少なくなかった。

これらの問題に対して何らかの対応が必要となり、老人医療費支給制度そのものの見直しが検討され始めた。しかし、一度無料化した制度を変更することについては、負担が強化されることに反対があり、制度の変更にはその後10年の歳月を要した。この間欧米諸国においても、医療費の高騰、高齢社会の進展

等が問題となり、保健・医療・福祉分野だけではなく行政全体の方向性として、“小さな政府”が主張されるようになった。わが国では、81（昭和56）年から始まった第二次臨時行政調査会の答申がその後の高齢者保健医療福祉制度・施策にも大きな影響を与えた。

このような背景から、82（昭和57）年には老人医療費支給制度は廃止されることになり、新たに老人保健法が制定されることとなった。老人保健法は、①予防からリハビリテーションまでの包括的な医療を高齢者に提供すること、②高齢者の医療に係る費用を国、地方公共団体、医療保険制度の保険者で支出すること、③高齢者は受診をする際に一部費用を負担することにより、負担の公平化と適切な受診を促すこと、を目的として、83（昭和58）年2月から施行された。老人保健法によって、従来老人福祉法で実施されていた高齢者の医療保障が新たな制度として別立てとなり、わが国では高齢者の福祉制度と保健医療制度の二本立てで高齢者の生活を保障するという体系になった。

老人保健制度は、その後も多くの改正を重ね、今日に至っている。86（昭和61）年の改正では、①施設から家庭の中間、医療と福祉の中間という位置づけで新たな施設である老人保健施設の創設（施設の施行は88（昭和63）年4月）、②外来・入院の高齢者の一部負担の引き上げ、③各保険者間の老人医療費に関わる負担を公平化するための加入者按分率の引き上げ、が行われた。90（平成2）年には、各市町村が老人保健計画を定め、高齢社会への対応を計画的に実施することになった。

91（平成3）年には、以下の改定が行われた。①在宅の要援護高齢者のための老人訪問

看護ステーションが開設され、老人訪問看護制度が創設された。②老人医療に要する費用のうち、介護に関わる部分は極めて公共性が高いことから公費の負担割合を3割から5割に引き上げた。③外来・入院の一部負担をさらに引き上げ、今後一部負担の額については消費者物価の変動率に応じて改定する仕組みとした。③65歳未満であっても初老期痴呆の場合は老人保健施設が利用できるようになった。

94（平成6）年改正では、医療保険の診療報酬改正によって、付添看護・介護に係る給付改革、新看護体系の創設が行われ、老人の医療についても影響を及ぼした。また、入院時の食事の費用について、新しく「入院時食事療養費」が導入された。その後、95（平成7）年改正を経て、97（平成9）年改正では、①一部負担金の引き上げ、②外来の薬剤に対する一部負担の創設（高齢者については経過措置として免除された）、③一部負担額の医療費スライド（外来医療費額の変動率に応じて99（平成11）年度より2年に1回改定）が行われ、98（平成10）年度改正の後に、2000（平成12）年4月から介護保険制度が施行されたのである。そして、2003年4月に介護報酬改定が行われ、現在に至っている。

以上が駆け足でみた、老人医療費無料化から30年間の老人医療制度の変遷である。いわゆる老人病院の誕生が老人医療費無料化によって成し遂げられたことは明らかであり、老人病院の病床増加は、要介護者の増加に対応するもので、はじめの10年はただ量的拡大の時期であり、つぎの10年は老人医療費の増加をいかに抑制するかという不毛な議論の時代であり、そして直近の10年間は、老人病院の質を改善するために試行錯誤が繰り返され

た時代であると私には考えられるのである。

いずれにせよ、老人病院の誕生とその急増は、人口の高齢化のスピードと福祉施設や在宅施策の整備のスピードがあわないことが原因であり、どちらかという老人医療の質の向上をなおざりにしてきた結果である。

老人病院の医師たちの多くは、当初、加齢に伴う障害を薬や治療で治そうと試みるが、治療をするというモデルではどうにもならないことを自覚し、広範な身体的精神的社会的な障害に対して病院の中でなにができるかを考え様々な取り組みをする。しかし、障害自体が生活上の障害である以上、いくら障害を軽減しようとしても改善できない場合もある。そこで、病気や障害だけに着目するのではなく、患者であり、利用者であり、要介護者である人の生活全体を再建ないし再構築させるという生活モデルを考えざるをえなくなる。この治療モデルから障害モデルそして生活モデルという変遷が、老人病院の30年の歴史であったように思うのである。そして、このような文脈で老人病院の個室・ユニットケアという課題を検討することが必要であると考えられるのである。

2. 介護力強化病院制度の創設

老人医療費無料化によって急増した老人病院の課題は、①薬漬け、検査漬けの是正であり、これを解決するために包括化や定額制が導入された。②付添外し。付添婦などのプライベートなケアを施設内で蔓延させると施設ケアの質は向上しないため、これを廃止した。③障害を持つ高齢者の栄養改善。本来ならば、障害を持つ対象者には十分な栄養が必要であるはずなのに、健常な高齢者に比べて、

障害を持つ高齢者が栄養失調状態に陥っている。④病室の個室化等を含めた療養環境の改善。⑤リハビリテーションの充実。⑥在宅ケアの推進などによる長期入院の是正などである。これらの課題のうち①と②については、解決済みであるが、そのためには、いわゆる介護力強化病院制度の創設が必要であった。

この制度の誕生の陰には、老人病院の適正化に関する広範な議論と88（昭和63）年4月から実施された老人保健施設制度の影響があった。介護力強化病院制度のその後の発展は、わが国の医療制度改革の牽引車として、療養型病床群制度を生み、介護保険制度の創設に貢献し、一般急性期入院医療の定額支払制度の施行にまで影響を与えた。

90（平成2）年4月に制度化された「特例許可老人病院入院医療管理料」（94（平成6）年10月以降は、老人病棟入院医療管理料、2000（平成12）年4月以降は老人療養病院入院基本

料に変更）は、当初、特例許可老人病院のうち、病院の選択により、介護職員を入院患者4人につき1人か、5人につき1人配置した場合に一定の点数が加算される代わりに、投薬料、注射料、検査料および看護料が包括化されるというものであった。実際の算定については、厚生大臣の定める施設基準に適合していると都道府県知事が認めることが前提で、その承認には、6ヶ月間の試行期間が必要であったものの、91（平成3）年3月末で141病院、23,370床が承認を受けた。この制度による病床がピークとなった96（平成8）年7月1日現在の老人病棟入院医療管理料を算定している病院数は、1,284病院、147,101床であったことから、特例許可老人病院の82.0%、病床の83.2%が承認を受けたことになる。この5年3ヵ月の間に病院数で9倍、病床数で6.3倍になったことになる。

表1は、老人保健制度創設に伴い制度化さ

表1 特例許可老人病院の推移

年	病院総数 ¹⁾	特例病院数 ²⁾	%		病床総数 ¹⁾	特例病床数 ²⁾	%		入管病院数 ²⁾	入管病床数 ³⁾
1983	9,403	540	5.74	%	1,401,999	60,899	4.34	%		
1984	9,515	609	6.40	%	1,440,381	70,637	4.90	%		
1985	9,574	658	6.87	%	1,467,050	81,513	5.56	%		
1986	9,608	715	7.44	%	1,495,328	91,905	6.15	%		
1987	9,699	766	7.90	%	1,533,887	102,248	6.67	%		
1988	9,841	848	8.62	%	1,582,393	119,227	7.53	%		
1989	10,034	1,018	10.15	%	1,634,309	137,480	8.41	%		
1990	10,081	1,081	10.72	%	1,661,952	143,406	8.63	%	141	23,370
1991	10,096	1,121	11.10	%	1,676,803	147,442	8.79	%	216	34,372
1992	10,066	1,273	12.65	%	1,685,589	162,652	9.65	%	482	64,908
1993	9,963	1,359	13.64	%	1,686,696	171,198	10.15	%	635	82,080
1994	9,844	1,468	14.91	%	1,680,952	175,479	10.44	%	840	103,548
1995	9,731	1,534	15.76	%	1,677,041	180,143	10.74	%	1,121	133,920
1996	9,606	1,566	16.30	%	1,669,951	176,887	10.59	%	1,284	147,101
1997	9,490	1,502	15.83	%	1,664,629	170,872	10.26	%	1,284	144,350
1998	9,413	1,406	14.94	%	1,660,704	158,362	9.54	%	1,201	134,417
1999	9,333	1,160	12.43	%	1,656,415	129,584	7.82	%	985	113,382

注1) 病院総数・病床総数については「医療施設調査・病院報告」による前年度の10月1日現在の数値。

注2) 特例許可老人病院数・病床数は、各年度5月1日現在、ただし92年度については、10月1日現在の数値。

注3) 入院医療管理料の病院数・病床数については、90～92年度までは年度末、それ以降は各年度7月1日現在の数値。

れた特例許可老人病院の推移を示したものである。なお、老人病棟入院医療管理料は、99（平成11）年当時、病院総数の10.5%、病床総数の8.7%を占めていたことになる。なお、入院医療管理料の病院数と病床数が97（平成9）年度以降減少傾向にあるのは、療養型病床群に移行したためであり、介護保険制度実施後は、介護療養型医療施設に移行した病床と医療保険の療養型病床群（医療法改正後は療養病床）に移行した。

老人病棟入院医療管理料制度の主旨は、特例許可老人病院の薬漬け、検査漬けそして付添漬けを是正することであったが、若干の説明が必要であろう。病院に入院した場合の料金は、診療報酬点数によって算定される。具体的には、入院環境料、看護料、入院時医学管理料（入院中の診療料）などの入院料と、投薬、検査、処置などの入院料以外に大別されてきた。入院料は、実質的には固定点数で、入院料以外は出来高払いとなる。入院医療管理料は、看護料と出来高払いの投薬、注射、検査料を包括点数化した制度である。点数は、入院医療管理料以外の特例許可老人病院の平均的診療実態を勘案するため、投薬や検査を量に関わらず一定点数が算定できるように設定された。そのため、薬や検査をしてもしなくても点数は変わらないのであれば、必要最小限にしようという傾向になっていった。

特例許可老人病院入院医療管理料を採用した病院の変化は、劇的であった。第1に、看護・介護業務の変化が認められ、注射や投薬に代表される診療の補助業務が減少し、反対に病状観察、療養上の指導、リハビリテーション、体位交換、食事の介助などが増加し

た。第2に、投薬の量および種類に変化があった。特徴的なのは、投薬量の減少と薬剤費の減少である。ビタミン剤や循環器系の改善賦活剤は急激に減少し、抗生剤は第3世代より安価な第1世代から順次使用されるようになった。第3に、経営状況は好転し、92（平成4）年以降の診療報酬改定の影響もあって、確実に経常利益を向上させた。その主な要因が、薬剤と検査の減少によるものであることは明らかである。そして、第4に、数量化することはできないが、入院患者の状態が改善したという報告も少なくなかった。

このような変化は、制度の導入によって、診療内容が変化するとともに、明らかに病院のマネジメント上の変化を引き起こした。その反面で、病院内で新しい問題も発生した。まず、診療を担当する医師の姿勢の変化である。投薬や検査の減少は、医師の指示権の制限と受け取られた場合もあるし、裁量により自由に指示できたものが経営上の理由から何らかの圧力を受けることを恐れた医師もいた。この問題は、一部の医師の労働意欲低下という問題を引き起こしたが、一方では、高齢者の長期ケアを担当する医師には、徐々にではあるが確実に、治療モデルから生活モデルの変更が求められ、老年科医とは何かといった新しい課題を生み出した。

つぎに、看護・介護職員が問題となった。当時の特例許可の老人病院では、患者6人に1人の看護職と8人に1人の介護職員が必要であったため、入院患者100人に対して17人の看護職と13人の介護職が最低数ということになる。その後、老人入院医療管理料Iは、介護職員が3人に1人であるため、17人の看護職に34人の介護職が必要ということになっ

た。つまり100人当たりの看護・介護職員は30人から51人以上へと1.7倍になったのである。一病棟当たりの看護職数と介護職数が逆転することにより、看護補助ではなく介護職員としての自覚が高まったり、介護福祉士を採用する病院が増加したりもした。この結果、看護職は、病棟内のマネジメントや看護・介護計画をどのように立案するかといった能力を問われることになった。

さらに、病棟内のスペースも問題になった。職員数の増加に加えて、車イス使用者が急増するという好ましい変化によって、廊下もデイルームのスペースも狭くなった。また、食堂や病棟内レクリエーションのスペースも必要となった。このスペースの問題は、高齢者ケアには、少なくとも老健施設程度のスペースが必要であるという考え方を定着させることになった。これらの医師、看護・介護職の問題とスペースの問題は、療養型病床群への移行やケアプランの策定、あるいは老年科医制度への期待となったことは明らかである。

ここで重要なことは、老人病院の個室・ユニットケアという課題自体、介護力強化病院制度の創設によるこのような変化がなければ、ただの検討事項に過ぎなかったであろうし、治療モデルから障害モデルそして生活モデルという老人医療の変化がなければ、病室の「住戸化」という意味を正確に理解することは困難であったであろうということである。

3. 老人病院の業務革新への取り組み

しかし、このような好ましい変化に対して、世間の評価は必ずしも芳しいものだけで

はなかった。「薬や検査の減少は、粗診粗療ではないか」「軽症患者だけを集めている病院がある」「どうして入管病院だけが儲かるのか」という大合唱に見舞われたのである。

当時、介護力強化病院の中に、一般にいう重症患者を避けようとする傾向があったことは確かであった。また、単なる経営効率だけを追求する病院が現れたことも確かである。しかし、利益率の向上無くしては、新規投資もサービスの質向上に対する業務革新が巻き起こらなかったこともまた確かなことであったである。

73（昭和48）年の老人医療無料化以降、当時のマスコミの言葉を借りれば「雨後の筍」のように老人病院は増加した。そして、82（昭和57）年8月の老人保健法制定は、老人病院への徹底したバッシングの開始であった。その後、10年間、老人病院は、汚名を挽回することができなかったのである。老人病院が、高齢者の専門医療機関として、自ら業務革新を進め、地域社会になくてはならない存在となるべきであるし、そのためにはサービスの徹底した向上が必要となっていたのである。その契機となったのが介護力強化病院制度の創設であったことは、間違いのない事実である。

経営を安定させ、事業を発展させる唯一の王道は、自ら提供するサービスについて継続的に質を改善することであり、それが新しい顧客を創造するということは、もはや経営学の常識となっている。医療界でも、経営と患者サービスの質の関係が対立的であった時代から、サービスの質の向上こそが経営を改善させるという当然の関係に転換してしかるべきではないかという考え方が、世論から支持

されるようになったのは、ここ10年間である。

94（平成6）年以降のケアプランの取り組みや療養型病床群への移行という各病院の目標は、このような「儲けすぎ」とまでいわれた利益率の向上と世論の後押しによって設定されていったのである。顕著な変化は、1病院あたりの職員数が確実に増加したことである。理学療法士、作業療養士、MSWなどを新規採用する病院が続出した。例えば、89（平成元）年7月1日には、老人運動療法の承認を受けていた病院は、全国でわずか45病院であったが、10年後の99（平成11）年には、老人理学・作業療法（Ⅰ）が、383病院、老人理学療法（Ⅱ）が3,363病院、（Ⅲ）が765病院、そして老人作業療法（Ⅱ）が1,043病院に増加した。これらの承認を受けた病院の多くは、介護力強化病院であった。これらのサービスの追加や職員数の増加は、経営状況の好転によって追い風となった。質の向上やサービスの追加が、経営状況を好転させ、さらに新たな投資を可能としたのである。このような変化は、95（平成7）年度からの診療所老人医療管理料でも精神科病床の老人性痴呆疾患療養病棟入院医療採用の病院でも起こったのである。

入院医療管理料への診療報酬改定は、92（平成4）年4月、94年4月、96年10月、8年4月、98年4月、2000年4月と6回行われ、少なくとも96（平成8）年改定までは毎回増点された。その内容は、表2に示すように老人診療報酬の包括化の道であり、入院医療管理料の移行や療養型病床群への転換が、重要な政策目標になっていたことを意味する。

今日のみでみれば、このような政策目標は、介護保険の創設という大改革に向けた準備とも考えられる。介護力強化病院が、療養型病床群そして療病床への転換、リハビリテーションの強化、デイケア、訪問リハビリ、訪問看護などへの対応を強力に推し進めることができなければ、介護保険制度を実施してもサービスの供給が量的に充足できなかったかもしれない。介護保険制度は、介護サービスの量を地域に確保することを当面の目標にしているが、近い将来、現在以上にサービスの質が追求されることになる。

なぜならば、介護保険制度の施行により、確実にサービスの供給量が増加していることから、これまでの病院間の競争に加えて、介護老人保健施設や介護老人福祉施設との競合、あるいは痴呆対応生活介護（グループホーム）や特定施設入所者生活介護（有料老人ホームの介護居室）をはじめとした各種在宅サービスとの代替関係を明確にする必要があるからである。別の言葉で言えば、利用者を選ばれ続ける老人病院であることが求められているのである。

老人病院の個室・ユニットケアという課題は、少なくとも業務革新やサービスの質を追求する過程上のものであると考えることが必要であると思うのである。そして、病院内で実施されるリハビリテーションなどのサービス内容、マンパワーとの関係および個室・ユニットケアの資金面の検討必要である。

介護保険施設（特養・老健施設・療養型）で個室・ユニット化した施設と従来型を見比べると、誰でも個室・ユニット化したほうがよいことがわかる。ただし、「個室・ユニット化で対応可能な利用者で利用者負担に変化が

表2 老人診療報酬の包括化経緯

包括時期	包 括 項 目
1983年 2月	<ul style="list-style-type: none"> ・入院患者に対する点滴注射料の包括化 点滴注射の適正化を図るため、入院時医学管理料に包括化（老人） ・特例許可外老人病院検査料 血液化学検査（I）等の検査を包括化 ・老人注射料 1月につき100点（特例許可外老人病院のみ適用）
1986年 4月	<ul style="list-style-type: none"> ・老人検査料を入院時医学管理料に包括 ・老人注射料 入院1年超の皮下、筋肉内、静脈内、点滴注射を包括 ・老人処置料 入院1年超について眼、耳、鼻処置等を包括 ・注射料の適正化 入院注射料（皮下、筋肉注射、静脈内注射）を1日当たりを包括（乙表） ・点滴回路の包括
1988年 4月	<ul style="list-style-type: none"> ・老人検体検査判断料を入院時医学管理料に包括
1990年 4月	<ul style="list-style-type: none"> ・特例許可老人病院入院医療管理料の新設 看護料、投薬料、注射料および検査料を包括化 ・特例許可外老人病院の注射料の適正化 注射料の入院時医学管理料への包括化
1992年 4月	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり老人在宅総合診療料の新設 老人慢性疾患生活指導料（寝たきり老人訪問指導管理料）、投薬料、検査料等を包括 ・老人性痴呆疾患治療病棟入院医療管理料および老人性痴呆疾患療養病棟入院医療管理料の新設（看護料、投薬料、注射料、検査料を包括化）
1993年 4月	<ul style="list-style-type: none"> ・療養型病床群入院医療管理料の新設 看護料、投薬料、注射および検査料の包括化
1994年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所老人医療管理料の新設 在宅寝たきり等の患者を入院させた場合に算定
1996年 4月	<ul style="list-style-type: none"> ・老人慢性疾患外来総合診療料の新設 老人の慢性疾患について生活指導、検査、投薬、注射を1月単位で包括化
1998年 4月	<ul style="list-style-type: none"> ・療養型病床群入院医療管理料、老人病棟入院医療管理料の包括範囲拡大 新たに一部の処置の費用と処置に伴う薬剤料、特定保険医療材料を包括化
1998年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・老人長期入院医療管理料の新設 一般病棟長期入院（6ヶ月以上）高齢者について、老人保健施設療養費に準じ、看護、検査、投薬、注射、一部の処置の費用を1日当たりで包括化
2000年 4月	<ul style="list-style-type: none"> ・老人療養病棟入院基本料の新設 介護保険制度実施に伴い、看護体制に応じた評価区分を改めるとともに、諸加算の見なおし

なければ」という条件設定をしておく必要があるように思えてならない。在院日数が短く、医療行為が中心となる急性期病床や、常時頻回な医療管理や個別的リハビリテーションが必要な利用者には、個室はともかくユニットケアが困難な場合も生じる。ただし、このような利用者には、「個室・ユニット化は

必要ない」といっているのではなく、今後とも各種業務改善を進めながら、科学的で客観的なケア方法の継続的改善を進めることが重要であると考えられるのである。

4. リハビリテーションと老人病院

そこで、老人病院の個室・ユニットケアと

リハビリテーションの関係について、若干の検討をしておきたい。

高齢者医療や介護サービスにおいて、リハビリテーションは重要なサービスであるが、この30年を制度政策的にみれば、試行錯誤の連続であったといえる。理学療法と作業療法については、これまで、診療報酬改定時に報酬の改善が進められてきたが、2002(平成14)年4月改定では、基本的な考え方が変更された。改定前は「複雑なもの」「簡単なもの」別に、施設基準や疾患の発症からの期間別に報酬が設定されていた。例えば、厚生労働大臣の定める総合的リハビリテーションの施設基準に適合している医療機関で、発症6か月以内であれば「複雑なもの」660点、「簡単なもの」185点であった。また「複雑なもの」については、療法士1人1日当たり12人の患者、「簡単なもの」については、36人の患者を限度とすることになっていた。このほか言語療法については、複雑が200点、簡単が135点ということで、理学療法や作業療法により低い点数が、設定されていた。

リハビリテーション診療報酬の改定は、大幅なものであった。第1に、原則として理学療法、作業療法、言語聴覚療法を同一点数とした。第2に、20分以上を1単位に統一した。第3に、3種類の療法について、患者1人1日当たり4単位(厚生労働大臣が定める患者は1日合計6単位)以内を算定できることになった。第4に、個別療法については、療法士1人1日当たり18単位、集団療法に関しては、54単位を限度とすることになった。ここまでの説明で明らかなように、02年3月末までは、理論的に最高の施設基準では、理学・作業療法士1人1日当たり660点×12人

=7920点であったものが、4月以降は、250点×18人=4,500点に大幅に制限されたことになる。

リハビリテーション医療については、これまで診療報酬上の経済誘導によって、一貫して量的整備が進められてきたといえる。その一方で、リハビリテーション医療の効果についても、広く一般に理解されていたと考えられてきたが、ただ漫然とリハビリテーションを進めても、効果が乏しい症例が少なくないと指摘されていた。例えば、一週間に2日程度の療法では効果がないとか、発症後6か月以内の患者に対する効果と発症後6か月以上たってからリハビリテーションを開始した患者に対する効果を比較すると、後者が前者より見劣りするということである。

そこで、リハビリテーション医療は、傷病の発症後なるべく早期に、そして総合的に療法を進めれば効果が大きくなるはずであるという考え方が成立する。前述した厚生労働大臣が定める患者に対しては、1日6単位まで可能とした内容は、早期リハビリテーション加算を算定する患者、外来移行加算を算定する患者および回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者である。

回復期リハビリテーション病棟とは、脳血管疾患または大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL能力の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師、看護師、理学療法(P T)、作業療法士(O T)等が共同で作成し、これに基づくりハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時80%以上入院している病棟である。

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会と国立保健医療科学院施設科学部が合同で、全153病院の181回復期リハビリテーション病棟（8,479床）を、2002年9月に調査した結果、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の実に72.5%が自宅へ退院しているということと、退院患者の57.4%が90日以内に退院していることがわかった。このような回復期リハビリテーション病棟の現状での成功は、短期間に医療資源を集中投入することによって、効果が向上するということを意味していると考えられる。ただし、回復期病棟の全ての患者が社会復帰できるわけではない。

入院してリハビリテーションを必要とする患者が回復期病棟以外の医療保険適用の一般病床や療養病床に多数入院していることも事実であり、これらの患者に対する適切なりハビリテーションのあり方についても、今後の課題であるといわざるをえない。

介護保険制度では、要介護状態になることの予防や悪化の防止、できる限り在宅で自立した生活を営むことができるように支援を行うという介護保険の基本理念を踏まえて、リハビリテーションや機能訓練について評価してきた。これまでの介護保険におけるリハビリテーションの評価は、傷病発生後少なくとも6か月以上を経過した人々を対象としたものであり、回復期に対して、維持期のリハビリテーションを目的としてきた。ただし、介護保険サービスにおけるリハビリテーションの全てが、維持期ということで集団療法を前提としてきたが、個別療養によって機能が回復する可能性のある利用者に対して、これで十分かどうかという議論があった。

そこで2003（平成15）年4月の介護報酬で

は、これまでの集団療法への評価を廃止し、医療保険適用の療養病床と同様に個別的なりハビリテーションを評価することとした。このことは、介護報酬上のリハビリテーションの大きな転換である。つまり、今後とも、ADLの改善が科学的に期待できる患者／利用者に対しては、少しでも改善させる努力を怠ってはならないのである。そして、回復期リハビリテーション病棟が、着実に成果を上げていることに対して、これを正当に評価すべきである。

介護保険サービスは、医療サービスの最大限の努力によっても改善することのできない状態に陥った利用者に対し、自立を支援するための介護サービスを提供するものと考えられてきたが、医療サービスにより回復の可能性がある場合は、医療分野で最大限の努力を行うということを、明確に認識することが必要であると考えられる。

5. 介護報酬改定とマンパワー

平成17年の介護保険施設の介護報酬改定は、4%減という厳しいものであった。

表3は「施設種別3対1職員配置新旧比較」してみたものである。介護福祉施設（Ⅰ）と介護老人保健施設の（Ⅰ）は、3人の利用者に対して看護職員かあるいは介護職員が1人配置されている施設である。介護療養施設の新（Ⅲ）は、利用者6人に対して1人の看護職員と1人の介護職員、つまり3人の利用者にとどちらか1人が配置されているという基準である。旧（Ⅳ）とあるのは、利用者6人に対し看護職員1人、介護職員1人の配置で新（Ⅲ）と同様である。利用者6人に対し看護職員1人と利用者3人に対し介護職員1人の旧

表3 施設種別3対1職員配置新旧比較

	介護福祉施設 (I)			介護老人保健施設 (I)			介護療養施設		
	新	旧	新旧比	新	旧	新旧比	新(Ⅲ)	旧(Ⅳ)	新旧比
要介護1	677	796	- 14.9%	819	880	- 6.9%	730	1,048	- 30.3%
要介護2	748	841	- 11.1%	868	930	- 6.7%	841	1,088	- 22.7%
要介護3	818	885	- 7.6%	921	980	- 6.0%	992	1,128	- 12.1%
要介護4	889	930	- 4.4%	975	1,030	- 5.3%	1,149	1,168	- 1.6%
要介護5	959	974	- 1.5%	1,028	1,080	- 4.8%	1,190	1,209	- 1.6%

(I) は今回廃止されている。

この3施設種別は、利用者3人に対して1人の看介護職員という意味では、同様の人員配置といえるが、それぞれに看護職員と介護職員の割合は、差がある。改定前の旧だけを比較してみると、介護福祉施設、介護老人保健施設、介護療養施設の順に単価が高くなっていることがわかる。これは、看護・介護のほか、医師の配置の有無や、リハビリテーション職員等の配置の差を考慮した結果と考えられている。

このことを十分に理解してから、再び表1の新旧比較をみると、平成17年改定では①全般的に要介護度が高いほど引き上げ率が低い。②介護福祉施設では、要介護1が14.9%、要介護2が11.1%の大幅な減であるが、要介護老人保健施設は、最高でも9.6%減である。

③介護療養施設の要介護1は、なんと30.3%減、2でも22.7%減となっている。④ただし、要介護4と5は、1.6%減にすぎない。この新旧比を一目みて、どのような改定が行われたかは、明らかであろう。

介護福祉施設の要介護1の14.9%減と介護療養施設の要介護1の30.3%減、要介護2の22.7%減をみると、どのように考えても、介護福祉施設での要介護1と介護療養施設の要介護1、2は、「利用させて欲しくない」とでもいうような報酬に思えてならない。ただ、それにしても、このような両施設の差は、どのように考えればよいのであろうか。

このことについては、表4の「療養型介護療養施設サービス費介護職員別新旧比較」をみると、その答えがあるように思う。

表4 療養型介護療養施設サービス費 介護職員別新旧比較

	新4対1(A)	旧4対1(B)	旧3対1(C)	増減比(対B)	増減比(対C)
要介護1	820	1,126	1,193	- 27.2%	- 31.3%
要介護2	930	1,170	1,239	- 20.5%	- 24.9%
要介護3	1,168	1,213	1,285	- 3.7%	- 9.1%
要介護4	1,269	1,256	1,331	- 1.0%	- 4.7%
要介護5	1,360	1,299	1,377	- 4.7%	- 1.2%