

消

費税率10%への引き上げ時期について、安倍首相は「選挙」と「景気」への影響を重視し、2019年10月まで「2年半」再延期する方針を固めた。デフレ脱却によって税収増を図り、財政の健全性を示す基礎的財政収支（プライマリーバランス）の20年度黒字化の目標は維持することとしている。一般歳出の政策経費の削減、国有財産や政府保有株の売却による歳入増などを図ることになるが、社会保障目的税の財源制約が強まるだけに、医療費・介護サービス費の効率化が一層強く求められることになろう。

都道府県は今、各病院の開設者自身が選択した病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を基に、医療計画の中に地域の医療提供体制のあるべき姿（地域医療構想）を策定する作業を進めている。急性期から回復期への病床転換、病床数の削減は、国民医療費、医師・看護師等の人材確保、医療の質に大きな影響を与えるものであり、われわれ保険者は積極的な関心を持って発信力を強めていくこととしたい。

患者・利用者の視点に立って、病床の機能分化と連携、医療と介護の連携、在宅医療・介護の推進等を進め、地域完結型の包括的なケアの体制を構築する必要がある。政府は、2013年の病床数134.7万床（療養病床34.1万床を、25年に11.5万（11.9万床（同24.2）28.5万床）へと削減することを目指しているが、その際大きな懸案が介護保険施設の1類型である介護療養病床の廃止問題である。

介護療養病床は、社会的入院の排除を目指して創設され、長期にわたり療養を必要とする要介護者に対して医学的管理・介護などを行う医療施設であり、保険者による要介護認定という客観的な手続きにより入院が認められる（06年3月、12.2万床）。しかし、介護療養病床については、性急な提案で十分な検討と論議がなされないまま、06年の法改正により11年度末に廃止、老人保健施設などへの転換促進が決定された。15年3月には6.3万床と約半数に減少したが、地域において存続を求める声も強く、老健への転換などが進んでいないことから、廃止期限は17年

度末まで2度にわたって再延長された。

転換型老健については、在宅復帰という老健施設の本来の機能とは異質の面があり、入所者の看取りといった課題も生じている。他方、この間、療養病床数削減の方針に関わらず医療療養病床は26.2万床から27.7万床へと1.5万床も増加する実態を招いている。医療療養病床は、難病、重症心身障害、脊椎損傷、肺炎などの感染症等で常時濃密な医学的管理、リハビリ等を必要とする者を対象とする医療施設であり、医療施設側の判断で入院が認められ、処遇コストも介護療養病床よりも1人当たり月額約10万円高いものとなっている。

厚生労働省が設置した検討会は、本年1月、慢性期の医療介護ニーズに対応するためのサービスモデルを取りまとめたが、複雑化のきらいもあり、何のための変更なのか慎重な判断が必要である。次期制度改革にあたっては、介護保険制度の創設の本旨・目的を踏まえて、高齢者の医療費・介護サービス費を通じたトータルの効率化を基本に、介護療養病床制度のあり方について見直しと再検証を望みたい。

再延長を契機に、

介護療養病床問題について考える