

わかりやすい、介護療養型医療施設全廃の経過について

～介護療養型医療施設廃止の無計画性と、厚生労働省により加えられた根本的な情報操作～

要旨

そもそも介護療養型医療施設全廃に全く計画性はありません。元厚生官僚の論文・対談からじつにずさんな経過でこの政策が決定された実態があきらかになっています。すなわち、医療保険の分野で、過去最大の、診療報酬を3.18%削減するという数値目標がありました。これを達成しようとしたら、官僚自身すら驚く行き当たりばったりさで療養病床を削減することに発展してしまっただけで、ついに療養病床23万床削減・介護保険の療養病床である介護療養型医療施設を全廃するところまでいってしまった。それも法案提出の最後の最後で、現場に相談することもないのはもちろん、厚生労働省内部ですら何の調整も打ち合わせもなかった。まったく突然に寝耳に水で、削減する病床数は23万床に膨れ上がり介護療養型医療施設は全廃という案が出てきた。こういう経過でした。

それから情報の捏造・操作を行ないました。まず、「医師の指示の見直し」というアンケートへの回答結果を「医師による直接医療提供」への答えとすり替え、その資料を振りかざして、医師による医療提供が必要のない患者が療養病床には多いと宣伝しました。さらに一連の療養病床削減の理論的根拠とされた「医療区分」にも操作を加えました。医療区分は本当は、病院に診療報酬を支払う目安を決めるための道具とした作られたものにすぎません。にもかかわらず、厚生労働省はそれを「入院の必要性がないことを示すものさし」として「流用」しました。勝手に医療区分1を入院の必要性がないと決めてしまったのです。このことについては、医療区分をまとめた分科会が、全会一致で『それは厚生労働省の「政策的判断」に過ぎない、この分科会のエビデンスが違う形で利用された』と強く非難しています。

このような全くでたらめな医療政策で国民のいのちを危うくし、要医療・重介護高齢者の行き場所を奪うことは絶対に許されるべきでないと思います。民主主義の根本を危うくする行為だと私たちは思います。

介護療養型医療施設廃止は何の計画もなく、いきあたりばったりで決められたことについて

厚生労働省は、公には、「介護と医療の機能を区分」する目的で介護療養型医療施設を全廃する計画を練ったと説明する。この「介護と医療の機能を区分する」というのも高齢者医療の現場を知らないからこそ言える机上の論理だが、まだしも、議論の余地がある。

しかし、全廃の本当の背景はそんな体裁のいいものではない。介護の「か」の字も医療の「い」の字もない。療養病床削減を「計画」した村上正泰元厚生労働省保険局総務課長補佐が発表した通り（中央公論平成20年3月号および週刊東洋経済平成20年4月12日号対談記事）、厚生労働省内の担当者ですら「驚き」そして「とまどう」ほどのむちゃくちゃなものだった。医療費削減目標がまずあった。それにそって、いきあたりばったりを続けていたら、療養病床削減となり、ついに何の脈絡もなく介護保険の介護療養型医療施設も全廃するという結論まで飛び出してしまったというものである。

すべては、財政の数字だけあり、他はまったく一顧だにされない。こんなレベルの政策で、国民の命にかかわる重要な問題が決定されてはたまらない。こんな場当たりの政策で大切な高齢者の療養の場である介護療養型医療施設を廃止するのは言語道断である。

村上正泰氏：元財務官僚。内閣官房地域再生推進室参事官補佐、厚生労働省保険局総務課課長補佐を務めた後 2006 年に退官。

以下、村上正泰元保険局総務課課長補佐の論文および対談から抜粋する。(は中央公論論文、 は週刊東洋経済対談より。)

平成 18 年度の医療制度改革において、私は療養病床を 15 万床に削減するという計画づくりを担当した。

政策立案担当者として「こんな決め方でいいのか」と内心では感じていた。

入院日数短縮のための考え方として医療区分が作られた。診療報酬全体の改定率が過去最大のマイナス幅(3.18%)に決まったことを受け、それを実現するために、医療区分 1 の点数が不採算の水準まで大幅に引き下げられることになった。不採算になると医療機関は患者をどんどん退院させるから、「療養病床が削減できる」ことになる。

私も「そこまで下げて大丈夫なのか」と驚きをもって受け止めた。漠然とした共通目標はあれ、省内の担当部署はそれぞれ別々のことをやっている。病院は医療区分 1 の患者を退院させざるを得ない。その分、病床は減る。一方で、平均在院日数短縮計画がある。この 2 つの政策に整合性を持たせるために、単なる診療報酬点数上の線引きにすぎなかった医療区分に基づいた療養病床削減計画が急きょ、立てられることになった。

結果として医療区分が、療養病床再編成の基準として使われるという行き当たりばったりの政策であった。

介護療養型医療施設の廃止についても、介護事業や療養病床の運営に携わる人達に十分な相談が無かっただけでなく、厚生労働省内にあって医療サイドとの綿密な調整があって決められたわけではない。介護保険制度はその前年に大きな制度改革を行っているが、その時には介護療養型医療施設の廃止は議論されていない。

06 年に入り、法案提出直前の最後の最後になって、今度は厚生労働省の老健局から 13 万床あった介護型療養病床を「全廃しようと考えている」と聞かされた。急きょ、保険局と老健局の間で調整が始まり、それぞれの動きをまとめて全体のストーリーを作成。その結果、療養病床の削減数が 23 万床へと一気にふくれあがった。

当時私自身も政策立案に関わりながら、当初想定していなかった寝耳に水の話が次々と出てきて大変驚いた。

その結果として場当たりの対応をつぎはぎしていかざるをえなくなり、全体としてバランスの悪いものになってしまったのである。

厚生労働省により情報が操作され、捏造されたことについて

厚生労働省は、まず、慢性期入院医療調査の結果をすり替えた。「医師による指示の見直し」という設問項目への回答を「直接医療提供頻度」という設問への回答であるかの如く発表した。つまり、データは、指示を見直す頻度の少ない患者が、まるで「医師が診察をしていない患者」「医師による医療提供の必要性がない患者」という印象を持つように操作されたのである。

そして、さらに、厚生労働省が介護療養型医療施設全廃の根拠とした「医療区分 1」にも、重大な捏造・情報操作が加えられており、「医療・介護難民は出ない」という厚生労働省の話は虚偽である。

厚生労働省は医療・介護難民は出ない、出さないという。その論理は、介護療養型医療施設の患者は医療区分 1 の患者が多い。医療区分 1 とはそもそもすべて入院医療の必要がない患者である。介護療養型医療施設の後継となる「受け皿施設」にはそういう医療区分 1 の人を多く集

める。よって、受け皿施設には、入院医療体制は必要ない。医師は、24時間配置せず平日の昼間だけ配置し、看護・介護スタッフも実際には減らす。そういう配置でも医療区分1の患者は、そもそも入院の必要がない人たちなのだから十分に対応でき、行き先を失う「医療・介護難民」は出ない。こういうものである。

しかし、その出発点から虚偽が存在している。「医療区分1」については、当の「医療区分」をまとめた分科会の方たちが全会一致で、下記のように重大な疑問を呈し、厚生労働省を強く批判しているのである。

“ここでもあきらかなように、医療区分とは、「患者に係るコストに着目して医療区分、ADL区分を設定する」だけのために開発されたもの、簡単に言えば、どういう患者にどれだけコストがかかっているかを調べて、診療報酬を払うために、いくつかの類型にまとめたものに過ぎない。こんな捏造・情報操作で、高齢者のいのちまで操作されてはたまらない。膨大な数の高齢者が難民化し、本当は医療施設が必要な患者が介護施設で生活することになる。本当は死なずにすんだお年寄りが死んでしまったら（そういう例は膨大な数に上るだろう）一体誰が責任をとるのか。”

医療区分1「入院必要なし」は疑問 慢性期分科会が中間報告

中医協の診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会（分科会長＝池上直己・慶応大医学部教授）は（平成19年）3月19日、「政策判断によって医療区分1は入院医療の必要なしとされ、コストに合わない点数が設定されたことに大きな疑問を呈さざるを得ない」とする中間報告書を取りまとめた。近く開催する中医協・診療報酬基本問題小委員会で池上分科会長が報告する。池上分科会長は「この分科会でのエビデンスが違う形で利用された。全会一致の意見として報告したい」と強調した。（日本医師会配信ファクシミリニュース）

平成19年3月19日に同分科会から「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の結果についての中間報告書」として出されました。『なお、当分科会に対して要請された事項は、患者に係るコストに着目して医療区分、ADL区分を設定することであった。しかし医療区分1に関して入院医療を必要としないという政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されていることについては、当分科会として大きな疑問を呈さざるを得ない』と書かれています。中医協の専門調査会の報告書については、事務局として忠実に考慮すべき厚労省が、一体どこで政策判断の検討をし、そのデータをそのまま使っているというのは一体どういうことなのか、非常に疑問である（参議院議員西島英利先生 にしじま通信・西島だより第14号から）