

《税・社会保障改革シリーズ No.38》

2018年9月13日

No.2018-028

介護医療院創設の評価と課題

調査部 主任研究員 飛田英子

《要 点》

- ◆ 2018年4月、新たな介護施設として介護医療院が創設。今後、2023年度末までに廃止が決まっている介護療養病床だけでなく、医療療養病床や介護療養型老人保健施設（新型老健）等からの転換が期待。
- ◆ 介護医療院は、①長期療養のための医療、②看取り・ターミナル等の医療機能に加えて、③医学的管理の下における介護や日常生活上の世話といった介護機能を兼ね備えた施設。介護療養病床や新型老健との最大の違いは、生活施設としての機能も備えていること。このため、多床室の場合は家具やパーティション等で区分してプライバシー確保が目指される他、多くの患者や入所者を自宅に戻した場合に医療機関や介護施設が報酬面で評価される在宅復帰要件の算定でも自宅扱いに。
- ◆ 介護医療院は、医療と介護の機能が曖昧だった療養病床の再編を加速するだけでなく、地域医療構想実現に向けた取り組みを後押しする等、望ましい医療・介護提供体制の構築するうえで重要な役割を担うことが期待。
一方で、①介護医療院への転換によって社会保障コストの抑制は期待薄（転換促進の観点から加算が設定される等、むしろコストが増える可能性も）、②新たな施設の創設は、これまで政府が進めてきた「施設から在宅へ」という方針に矛盾、③将来介護医療院への入所を希望する多数の待機者が出現する可能性、等の懸念も。
- ◆ 将来的に望ましい介護提供体制の在り方を考えると、2つの課題が指摘。
1つは、介護における中長期ビジョン、いわば「地域介護構想」の策定。財政の持続可能性や住み慣れた地域で暮らしたいという利用者の意向等を踏まえたうえで、望ましい介護提供体制の将来像を提示。その際、医療だけでなく福祉や住宅等の諸政策との連携を強化し、地域包括ケアの機能を深化する視点も不可欠。
もう1つは、「全部保険」から「部分保険」への方針転換。必要なサービスをすべて保険でカバーする全部保険の発想は、厳しい財政制約を踏まえると持続不可能。給付対象や給付内容をカットすることで給付を大胆に抑制する一方で、自助で賄うことができる部分については利用者本人が負担するという部分保険に原理原則を切り替えるべき。

本件に関するご照会は、調査部・研究員・飛田英子宛にお願いいたします。

Tel: 03-6833-1620

Mail: tobita.eiko@jri.co.jp

本資料は、情報提供を目的に作成されたものであり、何らかの取引を誘引することを目的としたものではありません。本資料は、作成日時点で弊社が一般に信頼出来ると思われる資料に基づいて作成されたものですが、情報の正確性・完全性を保証するものではありません。また、情報の内容は、経済情勢等の変化により変更されることがありますので、ご了承ください。

1. はじめに

2018年4月、新たな介護施設として**介護医療院**がスタートした。これまで介護保険制度における施設サービスには、①生活の場である**老人福祉施設**（いわゆる特別養護老人ホーム。以下、特養）、②在宅復帰を目指してリハビリ等を提供する**老人保健施設**（以下、老健）、③長期療養を必要とする要介護者に対して介護だけでなく必要な医療を提供する**介護療養病床**、の3種類があったが、2023年度末までの廃止が決まっている介護療養病床に代わる施設として創設されたのが介護医療院である。

そこで、本稿では介護医療院創設の背景と施設概要を整理・評価するとともに、課題を考察する。

2. 介護医療院とは

(1) 創設の背景

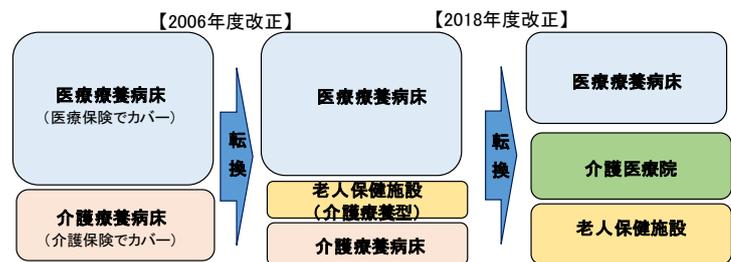
介護医療院が創設された背景には、**療養病床の再編**がある。

療養病床とは、長期の療養を必要とする主に慢性期の患者を受け入れる病床であり、数日から数週間の入院で治療が完了する急性期患者に対する**一般病床**と区別される。慢性期患者には、主に医療を必要とする患者と、主に介護を必要とする患者が混在していたが、2000年度に**介護保険制度**が導入された際、主に介護を必要とする入院患者については介護保険でカバーすることになった。同時に、療養病床を介護型と医療型に分け、**介護療養病床**には介護保険、**医療療養病床**には医療保険が適用されることになった。

もともと、介護療養病床は、2006年度の介護保険制度改正で2011年度末までに廃止されることになった。これは、**介護療養病床と医療療養病床の患者の状態、具体的には医療必要度や要介護度に大きな違いがみられず、医療と介護の役割分担が確認されなかったためである**。そこで、病状が安定していても医療の必要性の高い患者は引き続き医療療養病床でカバーする一方、主に介護が必要な患者は在宅や居住系サービス、老健等に対応することにより、医療と介護の機能分化の明確化を図ると同時に、長期入院の是正を通じて医療費の適正化が目指されることになった。これが療養病床の再編であり、介護療養病床については老健やグループホーム等への転換が進められることになった（図表1）。その後、介護療養病床は減少を続けるが、老健等への転換があまり進まなかったため、全廃の期限は2011年度末から2017年度末、さらには2023年度末まで延期されるに至っている（図表2）。

転換が進まなかった要因として、介護療養病床と老健の機能や施設基準の違いが指摘さ

(図表1)療養病床再編のイメージ

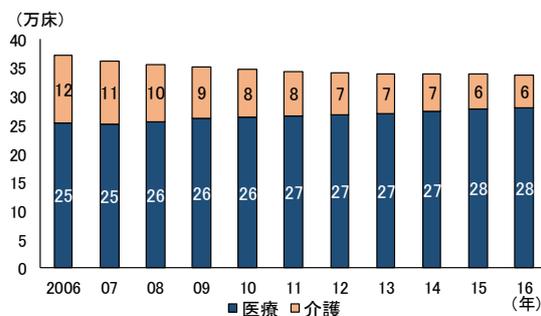


(資料)厚生労働省「介護療養病床・介護医療院のこれまでの経緯」を基に日本総合研究所作成

医療と介護の役割分担が確認されなかったためである。そこで、病状が安定していても医療の必要性の高い患者は引き続き医療療養病床でカバーする一方、主に介護が必要な患者は在宅や居住系サービス、老健等に対応することにより、医療と介護の機能分化の明確化を図ると同時に、長期入院の是正を通じて医療費の適正化が目指されることになった。これが療養病床の再編であり、介護療養病床については老健やグループホーム等への転換が進められることになった（図表1）。その後、介護療養病床は減少を続けるが、老健等への転換があまり進まなかったため、全廃の期限は2011年度末から2017年度末、さらには2023年度末まで延期されるに至っている（図表2）。

転換が進まなかった要因として、介護療養病床と老健の機能や施設基準の違いが指摘さ

(図表2)療養病床数の推移



(資料)厚生労働省「医療施設調査」「病院報告」。
(注)医療は各年10月1日時点、介護は各年9月末時点。

れる。老健は、リハビリ等を提供して在宅復帰を目指す施設である。一方、介護療養病床は、主に経管栄養や喀痰吸引、インスリン注射等、医学的管理の下における介護を必要とする患者が対象であり、介護だけでなく必要に応じて医療が提供される場である。このような患者の受け入れ先として、従来の老健より医療・看護要素を強化するとともに夜間対応も行う**介護療養型老人保健施設**（以下、**新型老健**）という新しいタイプの老健が2008年に創設されたものの、1人当たり床面積を6.4㎡から8.0㎡に拡張する必要がある¹、等の要件があるため、転換はあまり進まなかった。ちなみに、厚生労働省が2010年に行った「療養病床の転換以降等調査」によると、転換に係る懸念事項として、「転換に当たって、療養病床利用者の転院先、受け入れ先を見つけるのが困難」（55%）、「転換すると利用者の十分な医学的ケアができない」（50%）、「建物改修が必要」（40%）等が挙げられている。

そこで、介護療養病床の転換先として新たに創設されたのが介護医療院である。

(2) 介護医療院の概要

介護医療院とは、①長期療養のための医療、②看取り・ターミナル等の医療機能に加えて、③医学的管理の下における介護や日常生活上の世話といった介護機能を兼ね備えた施設である。介護保険法上は介護施設に位置付けられるが、医療も提供されることから、医療法上は医療提供施設に分類される。今後、介護療養病床だけでなく、医療療養病床や新型老健等からの転換が進められることになる²。

なお、介護施設には、定員総数が一定レベルを超えた場合に自治体が新設を許可しないことができる、いわゆる「**総量規制**」がある。そのため、もともと介護施設である介護療養病床や新型老健と違い、医療療養病床からの転換の場合、総量規制に抵触する可能性が懸念されていた。もっとも、医療療養病床からの転換についても総量規制の対象外とされたことから、総量規制の発動は基本的にない模様である（ただし、介護療養病床、新型老健および医療療養病床以外からの転換や新設の場合は規制の対象に

(図表3) 介護施設の類型

なる)³。

介護医療院には、対象者や提供されるサービスの内容によって大きく2つのタイプがある(図表3)。1つは、重篤な身体疾患を有する者および身体合併症を有する認知症高齢者

	介護療養病床	介護医療院		介護療養型老人保健施設	老人保健施設	特別養護老人ホーム
		I型	II型			
概要	病院・診療所の病床のうち、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの	要介護者の長期療養・生活施設		医療の必要性は低いが何らかの医療処置を要する要介護者に対し、医学的管理の下における介護やリハビリを提供し、在宅復帰を目指す施設	要介護者に対しリハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設	要介護者のための生活施設
療養床数(病床数)	約6万 (2016年9月末時点)	781 (2018年6月30日時点)	619	約1万 (2016年10月1日時点、定員数)	約36万	約53万 (同左)
施設基準	医師	48対1 (3人以上)	48対1 (3人以上)	100対1 (1人以上)	100対1 (1人以上)	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	6対1	6対1	6対1	6対1	3対1
	介護職員	6対1	5対1	6対1	6対1	
面積	6.4㎡	8.0㎡		8.0㎡	8.0㎡	10.65㎡(原則個室)
設置期限	2023年度末					

(資料)厚生労働省「平成30年度介護報酬改定の内容～介護医療院関係～」を一部加筆・修正

¹ ただし、大規模工事まで6.4㎡でも可。

² 介護療養病床からのその他の転換先としては、居住スペースと医療機関を併設し、訪問診療や訪問看護等の形で医療を居住者に提供する「医療外付け型」がある。併設は同一あるいは隣接敷地内だけでなく、同一建物内でも認められる。例えば、病床数を減らして人員配置を手厚くすることで介護療養病床を医療療養病床に転換する一方、空いたスペースを居住用として活用するケースである。医療機関にとっては資源の有効活用が可能になることから、介護医療院と並ぶ有力な転換先として注目されている。なお、居住スペースとしては、特定施設入所者生活介護の指定を受けた有料老人ホーム等が想定されている。

³ 第7期介護保険事業(支援)計画(2018～2020年度)における措置。

等を対象とする **I型** である。介護療養病床と同程度の医療と介護サービスが提供されることから、施設基準についても医師と看護師 1 人につき要介護者が各々 48 人、6 人（いわゆる 48 対 1、6 対 1）と介護療養病床相当の人員配置が課されている。もうひとつは、I型に比べて容態が比較的安定した者を対象にする **II型** であり、老健相当以上の施設基準が義務付けられている。

介護療養病床や老健との最大の違いは、介護医療院は生活施設としての機能も兼備していることである。このため、室内の 1 人当たり床面積は 8.0 m²以上と特養の 10.65 m²以上より狭いものの、多床室の場合、家具やパーティション、カーテン等で区分することでプライバシーが確保されている必要がある（カーテンのみでは不可）。

また、患者や施設入所者を極力自宅に戻すという政府方針のもと、医療機関や介護施設は**在宅復帰率**（自宅（あるいは自宅に類する施設）に退院・退所した人数÷総退院・退所者数）に応じて診療報酬や介護報酬の加算を得ることができるが、その際、介護医療院は住まいの機能を有するとされることから、自宅の扱いになる。

なお、介護医療院は介護施設なので、本来なら病院や診療所を名乗ることはできず、名称を変更する必要がある。もっとも、医療を提供する施設であることに加えて、既存の名称はすでに地域に定着しており変更は混乱をもたらす懸念がある等の理由により、医療機関であったときの名称を引き続き使うことができることになっている。

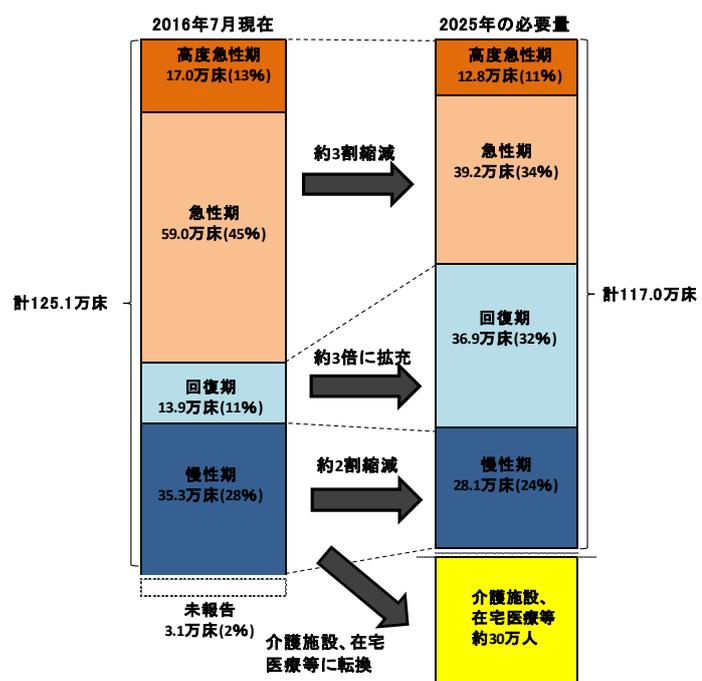
以上を要すると、介護医療院は、医療と介護の機能が曖昧になりがちな療養病床を再編し、長期入院の是正を実現するために創設された経緯をもつ。今後、介護だけでなく日常的な医学的管理を必要とする要介護者の増加が見込まれるもと、医療と介護の機能分化と医療費適正化のカギを握る介護医療院は、わが国の医療・介護のあり方を考えるうえで重要な役割を担うことが期待されているといえよう。

(図表 4) 地域医療構想のイメージ

3. 評価

介護医療院の創設により、医療と介護の機能分化が進むだけでなく、地域医療構想実現に向けた動きが加速することが期待される。2025 年時点での望ましい医療提供体制を推計した地域医療構想を実現するには、慢性期医療を提供する病床を約 2 割縮減する一方、在宅医療や介護施設等を 30 万人分確保する必要がある（図表 4）。療養病床から介護医療院への転換は、まさに慢性期病床の減少と介護施設の増加を同時達成することにつながる。

また、介護医療院に生活施設としての機能を付けたことは、賃貸物件への



(資料)各都道府県の「地域医療構想」と「病床機能報告調査」を基に日本総合研究所作成。

入居が難しい高齢者に対する一種の**住宅政策**としても評価されよう。

もっとも、介護医療院の創設により、懸念すべき影響や効果があることは否定できない。具体的には、以下の3点である。

(1) 社会保障コストの抑制は期待薄

第1は、社会保障コストの抑制がわが国にとって重要な政策課題のひとつであるにもかかわらず、介護医療院の創設によってコスト抑制が期待されない点である。むしろ、介護医療院に対する**基本報酬**が介護療養病床より高く設定されていることに加えて、転換促進の観点から加算が創設されたため、限界的ではあるがコスト増に働くことが見込まれる。

まず介護医療院に対する基本報酬は、I型、II型ともに療養機能の程度や介護者の人員配置等によって3段階に分かれている。介護療養病床と同等の機能を持つ介護医療院の報酬(1点10円)をみると、生活の場としての機能も

兼備していることを反映して、すべての要介護度で介護療養病床より**25点/日**高く設定されている(図表5。ただし、1人当たり面積8.0㎡以上である等、療養環境の要件が満たされていない場合は25点減算)。仮に、すべての介護療養病床が介護医療院に転換した

(図表5)医療介護院と介護療養病床の基本報酬

		療養機能強化型A(相当)		療養機能強化型B(相当)	
		介護療養病床	介護医療院	介護療養病床	介護医療院
要 介 護 度	1	778	803	766	791
	2	886	911	873	898
	3	1,119	1,144	1,102	1,127
	4	1,218	1,243	1,199	1,224
	5	1,307	1,332	1,287	1,312

(資料)厚生労働省「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について」
 (注1)介護医療院はI型。
 (注2)いずれも多床室、看護6対1、介護4対1のケース。
 (注3)介護医療院の場合、床面積等の療養環境の基準を満たさない場合は25単位減算。

場合、年間5.3億円のコスト増になる。

一方、加算については、介護医療院への転換を促す観点から、**移行定着支援加算**が創設された。転換後、「転換前後におけるサービスの変更内容を利用者及びその家族や地域住民等に丁寧に説明する等の取り組みについて」(厚生労働省「平成30年度介護報酬改定における各サービス毎の改定事項について」)、**1人当たり93点/日**算定することができる。請求できる期間は転換した日から1年間であることに加えて、2021年3月末までの時限措置であるものの、仮にすべての介護療養病床が介護医療院に転換してこの加算を請求した場合、2018~2020年度の3年間で19.5億円のコスト・アップになる。

介護報酬は3年ごとに見直されるが、介護療養病床からの転換が進まない場合には、転換を促すために介護医療院への報酬を上積みしたり、移行定着支援加算の期限を2021年度以降に延長する可能性があり、さらなるコスト・アップにつながる懸念は否定できない。

なお、医療療養病床から転換された介護医療院については、報酬は医療保険ではなく介護保険から支払われることになる。これは、社会保障全体で見れば医療から介護へのコストの付け替えに過ぎない⁴。ちなみに、2018年6月末時点で介護医療院に転換した1,400床のうち、医療療養病床と有床診療所といった医療施設からの転換した療養床は140である(その他、介護療養病床621、新型老健629)。

⁴ もっとも、負担の世代間格差に着目すると、限界的ではあるが格差の是正が期待される。後期高齢者医療給付費と介護給付費の財源のうち高齢者自身と現役世代の負担をみると、後期高齢者医療給付では高齢者約1割、現役約4割(後期高齢者支援金)であるのに対して、介護給付費では高齢者約2割、現役約3割(介護納付金)と、介護の方が高齢者の負担割合が大きい(ちなみに、残り5割はともに公費)。このため、医療と介護を合わせたベースで見ると、医療から介護への給付費のシフトは、高齢者の保険料負担を増やす一方、現役の負担を軽減することになる。

(2) 「施設から在宅へ」に矛盾

第2は、政府がこれまで進めてきた「施設から在宅へ」という方針に矛盾する点である。

介護療養病床と新型老健からの転換は施設定員数の増加には繋がらないが、仮に医療療養病床等からの転換が進む場合には、総量規制の対象外であることから、介護施設の定員数が大きく増加する可能性がある。

政府はこれまでも1億総活躍の一環として介護離職ゼロの実現を目指し、特養の増設を打ち出す等、「施設から在宅へ」に逆行する対策を講じてきたが、そもそも「施設から在宅へ」は、介護費用の抑制だけでなく、住み慣れた地域で生活したいという要介護者の意向を酌んで打ち出された経緯がある。中長期的に望ましい介護提供体制をいかに構築していくか、という視点から介護医療院の創設を評価すると、介護療養病床の廃止によって行き場を失う要介護者の受け皿をとりあえず確保するという場当たりの印象は拭えず、制度の持続可能性や利用者の意向等が十分に考慮されたか、疑問に感じざるを得ない。

(3) 多数の入所待機者出現の可能性

第3は、将来的に介護医療院への入所を希望する待機者が多数出現する可能性が高い点である。

医療療養病床からの転換が進むとしても、介護医療院を新設する場合は総量規制の対象になることから、介護医療院の療養床の増加には限界がある。しかし、今後、医学的管理を必要とする要介護者が多数出現することが見込まれることを考えると、現在の特養と同様に多数の待機者が生じる可能性が高い。特に、介護医療院の入所者は在宅での生活が困難な状態にある要介護者が多いことを考えると、特養より深刻な状態に陥る懸念が大きいといえよう。

4. 今後の課題

以上を踏まえて、将来的に望ましい介護提供体制の在り方を考えると、以下の2つの課題が指摘される。

(1) 中長期ビジョンの策定

1つは、中長期的に望ましい介護提供体制のビジョンの策定である。

医療では2025年に望ましい提供体制を推計した「地域医療構想」が始動していることを踏まえると、医療と深い関係にある介護についても将来的に望ましい、いわば「**地域介護構想**」ともいえるビジョンを策定すべきと考える。

その際、重要になるのは、真の意味での「施設から在宅へ」の堅持である。地域介護構想を策定する場合、居宅や施設の種類ごとに将来必要なサービス量を推計することになるであろうが、介護保険財政の持続可能性を確保すると同時に、住み慣れた地域で暮らしたいという住民の意向を踏まえると、まず施設ありきではなく、ゴールは在宅という方針を原則にすべきである。

この観点から、医学的管理を必要とする要介護者へのサポートの在り方を考えると、新たな施設類型を創設するのではなく、むしろ **24時間対応型サービス**の充実や介護機能を強化したタイプのサービス付き高齢者向け住宅の普及促進等を通じて、在宅で生活し続けることの限界ラインの引き上げを図る方が先決ではなかろうか。これこそがまさに「**地域包括ケア**」と考える。

もちろん、介護療養病床の廃止によって行き場を失う要介護者への対応は緊急課題である。そうであるとしても、終の棲家ともなる施設を提供することで対応すれば、財政の持続可能性だけでなく、要介護者の尊厳も棄損されかねない。介護医療院については在宅復帰まで滞在する一時的な施設として位置付ける一方、居宅サービスの充実・柔軟化を進める方が、わが国のあるべき介護提供体制を考えるうえで望ましいのではなかろうか。

ちなみに、福祉先進国で知られるデンマークでは、日本の特養に相当する施設（プライエム）の新規建設が1988年に禁止された。代わりに、様々なタイプの高齢者住宅の供給を促進し、24時間在宅ケアの充実や自立可能な段階での早目の転居を促すことで、できるだけ長く自宅で生活する政策が展開されている。わが国でも介護保険という狭い枠内で対応するのではなく、住宅政策や福祉政策等を組み合わせることで現行より深化させた地域包括ケアを展開していく必要があると考える。

（2）「全部保険」から「部分保険」への方針転換

もう1つは、「全部保険」から「部分保険」への方針転換である。

わが国の介護保険制度は、要介護者に必要なサービスをすべて保険でカバーするという「全部保険」の発想をベースに構築されている。本来の介護だけでなく、要支援者に対する予防サービスや、低所得者に対する食費・居住費の補助である補足給付も介護保険財政から支出されており、実態的には全部保険を超えて過剰保険ともいえる状況である。

要介護者にとって介護は自立した生活を送るうえで必要不可欠なサービスではあるが、制度の持続可能性を考えるなら、その給付は財政的に許される範囲に留められるべきである。介護だけでなく社会保障全体の財政が危機的状況にあり、生命に大きく関わる医療保険でさえ給付範囲の見直しの必要性が指摘されていることを踏まえると、介護について、全部保険の概念を維持する根拠は薄いと判断せざるを得ない。部分介護への方針転換を早急に検討すべきと考える。

ちなみに、わが国が介護保険を創設する際にお手本としたドイツの制度は、部分保険として運営されている。給付対象となる要介護者はわが国でいう要介護度3以上に限定され、給付水準もわが国の3分の2程度である。保険給付で足りない部分は自助でカバーすることが原則であり、低所得者であっても例外扱いされない。保険料率が、施設給付が始まった1996年7月の1.7%（子供のいない23歳以上は1.95%）から2017年1月の2.55%（同2.8%）へ、20年間で0.85%ポイントの引き上げに収まっている背景には、給付の対象や内容が厳しく設定されていることが指摘されよう。

最後に、わが国の介護保険制度は、これまで何回も制度改正が繰り返されてきたにもかかわらず、持続可能性を確保できずにいる。これは、一部高齢者の自己負担の引き上げや施設入所要件の厳格化等、度重なる見直しが抜本改革とは程遠い内容であることを示唆している。介護のみならず社会保障制度全体の持続可能性に対して国民の不安や不信感が高まっている現在、全部保険のシステムや原則65歳以上を給付対象とする世代間不公平な仕組みの維持は限界に直面しているといえよう。真の抜本改革の断行が期待される。

〔参考文献〕

[1] 飛田英子[2017]「介護保険制度見直しの方向性―世代会計の試算結果を踏まえて―」JRI レビ

ュー、Vol. 11、No. 50.

[2] 松岡洋子[2008]「デンマークの高齢者住宅とケア政策」海外社会保障研究、No. 164、pp. 54-65.