

# 公立病院における介護療養病床削減

～「地域医療の担い手」としての役割と採算性の両立～

東日本税理士法人  
中小企業診断士 星 多絵子

## 【結論】

公立病院の「地域医療の担い手」としての役割と採算性の両立を図る。  
地域の高齢化率や医療・介護ニーズに合う転換を行う。

## 【介護療養病床とは】

### 1. 定義

介護療養病床とは一般的に「老人病院」と呼ばれ、病状が安定し、慢性期疾患などで長期間の療養が必要な要介護 1 以上の人が入所して、医療（リハビリを含む）や看護または介護を受ける施設である。

介護療養病床は、全国に約 1 2 万床ある。介護保険が適用される他の入所施設と比べると、配置される医師や看護師の数が多いため、保険から支払われる報酬が高い。

図表 1 人員配置 従来型老健との比較

	1人当たり費用	1人当たり床面積	医師	看護職員	介護職員
介護療養病床	約 41 万円	6.4 m <sup>2</sup> 以上	3	17	17
従来型老健	約 31 万円	8.0 m <sup>2</sup> 以上	1	9	25

図表2 介護療養病床の看護職員・介護職員配置（60床の場合）

看護職員10名 (6:1)	夜勤 PM5:00～翌日AM9:00	1名
	日勤 AM9:00～PM5:00	4～5名(日・祝 3名)
介護職員15名 (4:1)	夜勤 PM5:00～翌日AM9:00	2名
	早番 AM7:00～PM3:00	2～3名(主に食事介助・排泄)
	遅番 AM11:30～PM7:30	2～3名(主に食事介助・排泄)

  

<p>&lt;主な介護業務&gt;                      オムツ交換 付随して体位交換                      洗面介助 入浴介助                      頻回におよぶラウンド                      朝夕の食事介助</p>	<p>&lt;主な看護業務特徴&gt;                      経管食準備 与薬業務                      気管切開を含め吸引 ネブライザー</p>
---	---

出展：医療法人 永生会 提供資料から作成

この介護療養病床について、平成23年度末には廃止されることが決定している。

## 2. 廃止理由

医療や看護をほとんど必要としない入所者が約半数を占め、給付費の無駄が指摘されているほか、医療保険が適用される療養病床と機能が似ているため。

**社会的入院を減らす。医療費抑制。**

## 【廃止による問題】

### 1. 問題点

医療と介護を両方受けられるという患者や家族にとって非常に有意義な制度の廃止は、高齢者の生活の場の不足に拍車をかける。

また、これに替わる介護療養型老健は医師が24時間常駐しなくてもよいから、夜間の看取りが難しい。病院を併設しない場合、夜間の看取りのために、他の医療機関に患者を送ることにつながる恐れがある。

## 2. 公立病院として

公立病院として、介護療養病床の廃止は、人員配置の点からみれば、民間病院よりも高い人件費を削減できるというメリットがある。

しかし、公立病院が介護療養病床を提供する役割を果たしてきたということは、その地域における在宅医療・介護の社会資源が不足しているためと考えられる。実際、高齢化率の上昇に伴い「老老介護」は珍しくない。療養病床削減後、在宅医療・介護の推進が謳われているが、現状に見合っているのか。地域で不足している在宅医療・介護を補うのも公立病院としての役割ではないか。

介護療養型老健に転換すると、経過措置期間後、改築に伴い、工事費及び患者移送にかかる費用が発生する。改築工事費そのものに補助金は交付されるものの、患者移送にかかる費用については補助金の交付は受けられない。

赤字の公立病院にとって、この出費は痛手となる。

### 【与えられた選択肢】

#### 1. 医療療養病床に転換する

1人当たり床面積は6.4㎡であり、介護療養病床からの転換であれば、改装費用がかからない。

ただし、患者100人につき医師3名、看護職員20名、介護職員20名と増員しなければならない。

#### 人件費の上昇

このため、患者1人当たり費用は49万円と上昇する。

また、医療必要度の低い患者が多い病院では、収益性が低い。

#### 2. 一般病床に転換する

理論上可能であるが、急性期と慢性期という医療の質の違いから転換は難しい。

急性期医療を行うにつき、十分な数の医師・看護師を確保する必要がある。

#### 人件費の上昇

### 3. 老健に転換する

補助金が交付されており、転換の実現性が最も高い。介護療養型老健として、平成23年度まで経過措置期間が与えられる。

ただし、先述のとおり、医師24時間常駐しなくてもよいため、夜間の看取りが難しい。病院を併設しない場合、夜間の看取りのために、他の医療機関に患者を送ることにつながる恐れがある。

経過措置期間後の改築費用をいかに効率よく回収するかが課題となる。また、工事期間中、患者の移送や療養環境をどのように整えるか、費用対効果を考えて、手段・場所を検討しなければならない。

#### 【まとめ】

公立病院の「地域医療の担い手」という役割から、地域の医療・介護ニーズを充足する必要がある。

医療療養病床への転換にあたっては、医療必要度の高い患者が多ければ採算性が高く、地域の医療ニーズにも合致する。患者を医療区分・ADL区分によって振り分け、データを集計する。

介護療養型老健への転換にあたっては、入所期間が比較的に短いため、「介護難民」を出さないよう格別の配慮が必要となる。

病床転換の際には地域医療計画の確認が必須である。

「地域医療の担い手」という役割と採算性の両立を図ることが、公立病院に求められているからである。