

## 医療介護総合確保推進法について

2025年に団塊世代が雪崩を打って後期高齢者となる超高齢社会の到来に対応するため、社会保障制度改革国民会議で医療・介護のあり方について検討されました。そのなかで、病気やケガで入院した場合は、完治して退院する病院完結型から、病院の機能に沿った入院とし、退院後は介護まで含めた地域完結型へ移行するという方向が示されました。

社会保障制度改革国民会議の提言を受けて、国は「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」を2014（平成26）年6月に成立させました。

同法の主な内容は、①病床の機能分化(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)・連携、在宅医療・介護の推進等のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置、②地域における効率的かつ効果的な医療提供体制を確保するため、医療機関に対し病床機能を都道府県知事に報告するよう求める。それに基づいた都道府県による、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示した地域医療の策定、③地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化として、在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行し、多様化する(介護保険法関係)、④その他、看護師による特定行為の明確化と研修制度の新設、医療事故に係る調査の仕組みとその創設というものです。

## 医療介護総合確保推進法の主な内容と今後のスケジュール(予定)

制度	項目	時期	内容
医療	病床機能報告制度	2014年10月(施行)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療法に基づき、病院等から都道府県へ病床の機能や実態について報告を義務付ける</li> <li>・地域医療構想を定める指標とする</li> <li>・病院および有床診療所が病床（一般病床・療養病床）の担っている「医療機能」の今後の方向を選択し、病床単位で都道府県に報告する</li> <li>・医療機能については、①高度急性期、②急性期、③回復期、④慢性期の4つの機能から選択する</li> <li>・今後は、各病床の構造設備・人員配置、入院患者の状況、提供している医療の内容等を報告する</li> </ul>
	地域医療構想	2015年4月(施行)	高度急性期等の病床機能報告を受けて、基準病床数を「地域医療構想」として策定の方向へ
	医療計画	2018年4月(開始)	「地域医療構想」を第7次医療法改正に反映させる
	基金創設	2014年10月(公布・施行)	904億円の財政支援制度（基金）を都道府県へ交付する
	非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）	2014年10月(施行)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複数の医療法人等を再編統合させる</li> <li>・非営利性や公共性を前提に、病床、医療機器、人材及び仕入等を効率化する</li> </ul>
	医療事故調査	2015年10月(施行)	第三者による事故調査委員会を設置する
	看護師の特定行為研修制度	2015年10月(施行)	看護師の特定行為の範囲と研修内容を決定する
介護	精神病床削減		34万床の精神病床を計画的に7万床削減する方向へ
	要支援の保険適用外	2015年4月(施行)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険の要支援者の給付である訪問介護と通所介護を保険給付から外す</li> <li>・3年かけて市町村の「地域支援事業」へ移管する</li> </ul>
	特養軽度者の適正化	2015年4月(施行)	要介護1および2の被保険者は、特養に入所はできない
	自己負担増（1割→2割）	2015年8月(施行)	現在、自己負担は一律1割であるが、収入の多い被保険者については2割負担とする
	介護療養病床廃止		2017年度末廃止の見直し

## 考 察

### 1 病床機能報告制度・地域医療構想

医療法の規定による病床区分は、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床そして一般病床ですが、この報告制度に基づいて内容を分析して、一般病床を高度急性期、急性期、回復期及び慢性期に区分する可能性があります。一般病床については、医療法で2次医療圏ごとに基準病床が設定されていますが、新たな区分ごとに設定される可能性があります。医療法では、医師や看護師の病棟配置について人員標準を定めていて、一般病床は一括りになっていますが、上記の高度急性期等の区分ごとに設定される可能性があります。

### 2 基金創設

計画の基金活用については、関係団体（医師会）と協議を行う。内容としては、①がん医療体制の空白地域の施設整備、②病床の機能分化・連携、③在宅医療の推進・介護サービスとの連携・充実、④医療従事者の確保として女性薬剤師の復職支援、看護師が都道府県内に定着するための支援、⑤病床数の過剰については、介護施設などへの転換資金に、などが考えられます。

### 3 精神病床の削減

精神病床を社会的入院の患者を優先的に、社会復帰のための居室へと転換させる方向になると考えられます。

### 4 要支援外し

介護保険法の要支援給付は、社会保険制度として、加入者の権利として給付を受けることができるものです。今回の改定では市町村の「地域支援事業」となるので、地域間で給付の内容に格差が出るのが心配されます。そのため、国は介護保険事業とは別の予算を措置して、現在と同様の事業を継続します。しかし、この給付は権利ではなく福祉であるため、国の財政状況では予算が削減される可能性があります。地域支援事業としての介護報酬は、現在の報酬設定より低報酬に設定される可

性があります。

### 5 特養外し

特養入所者47万人のうち要介護3以上は8割以上で、要介護2以下は少ないです。そのため、軽度者が退所しても、52万人といわれる特養入所待機者の解消には繋がらないと考えられます。ただし、軽度者についても、一律に門前払いでなく特例は設定されます。例外は、①認知症高齢者で常時の見守りと介護が必要な人、②家族によるサポートが困難な人などです。

### 6 介護保険自己負担の増加

負担増の対象者は年金収入280万円以上ですが、高額介護サービス費の制度があるので極端に高い負担とはなりません。収入は少ないが資産のある高齢者もいるため、預貯金が1,000万円を超える単身者への食費補助はなくす予定です。

（岩崎 充孝）

※編集部注

掲載の情報は、2015年1月10日時点のものです。今後の情報更新には十分にご留意ください。