

医療情報室レポート

2006年7月28日

福岡市医師会医療情報室
TEL852-1501・FAX852-1510

特集：療養病床の再編

先月成立した医療制度改革関連法には療養病床の再編が含まれている。療養病床は、主に高齢者が長期入院しており、医療保険から費用が支払われる25万床と介護保険から費用が支払われる13万床がある。患者の状態はほぼ同様で、医療保険或いは介護保険の選択はそれぞれの施設に任されている。今回の制度改革では、医療費削減の一環として、2011年度末までに、医療型と介護型の合わせて38万床から23万床を削減、医療保険のみの15万床迄に削減されることになった。(介護療養型医療施設は廃止)療養病床に入院している医療の必要性が低いとされる患者は、厚生労働省によれば約半分とされており、所謂「社会的入院」を解消する為、介護老人保健施設(老健施設)等への転換を進めるものである。しかし、家庭に戻れない高齢者の受け入れ先が確保できないことから「医療難民」を生み出し、また、地域医療・慢性期医療の崩壊という大きな問題を抱えている。今回の特集は、療養病床の成り立ちや改革の主な内容、医師会の見解などについてまとめた。

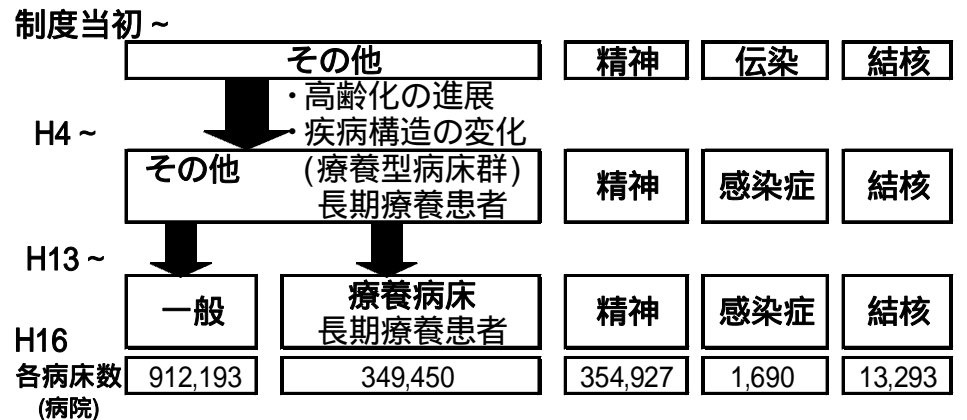
療養病床の成り立ち

昭和48年の老人医療費無料化後、所謂老人病院が増加、老人医療費対策として昭和57年に老人保健制度が創設された。昭和61年には老人保健法改正に伴い老人保健施設が創設、平成2年、高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)に基づき、保健・福祉施設の緊急整備が行われた。

平成4年の第二次医療法改正で「病院の病床または診療所の病床の一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するための一群のもの」と規定、療養型病床群が新設された。

平成13年の第四次医療法の改正で医療区分の見直しが行われ、それ迄の「その他の病床」が「一般病床」と「療養病床」に区分。(「療養病床」は主として長期にわたり療養を必要とする患者の為の病床)

一方、保険請求については平成12年に施行された介護保険法により、従来からの医療保険の対象となる病棟と、介護保険の対象となる病棟のいずれかに区分されることとなり、「療養病床」は医療保険の医療型療養病床と介護保険の介護療養型医療施設の二つの施設を指す。



	医療保険適用の療養病床	介護療養型医療施設
対象者	病状が安定している長期療養患者のうち、密度の高い医学的管理や積極的なリハビリテーションを必要とする者	病状が安定期にあり、療養上の管理・看護・介護・機能訓練が必要な要介護者(療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行う)
病床数	25万床	13万床

療養病床の再編

概要

< 基本的方向 >

療養病床については、医療の必要度の高いものに限定し、医療保険で対応する。医療の必要度の低い患者については、病院ではなく、在宅、居住系サービス、又は老健施設等で受け止めることで対応する。

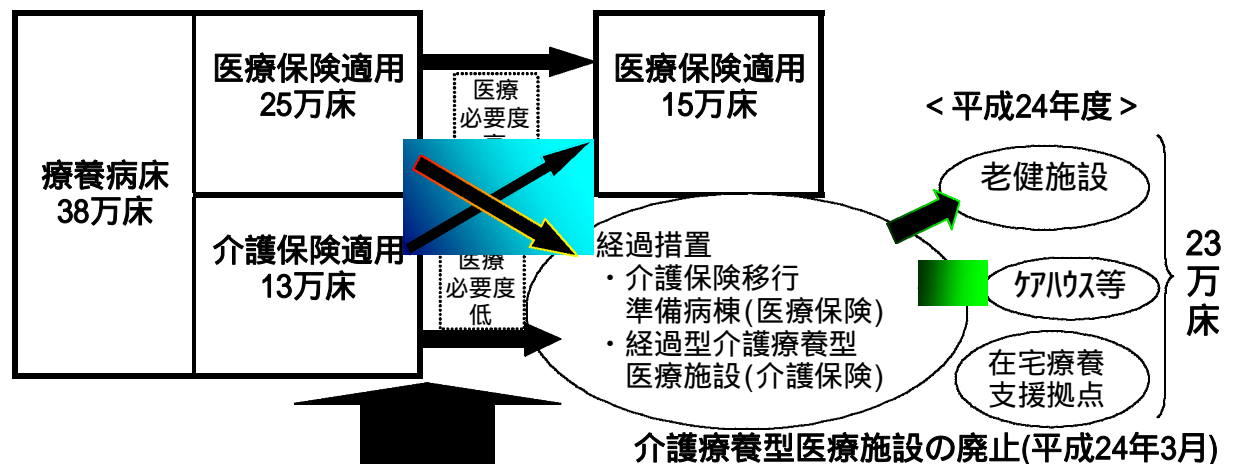
< 転換支援措置 >

医療療養病床、介護療養型医療施設それぞれについて助成措置

医師、看護職員などの配置が緩和された療養病床の経過的類型の創設

老人保健施設に転換する場合の施設基準の緩和

第4期の介護保険事業計画(平成21～23年度)における参酌標準の見直し



平成18年度の介護報酬・診療報酬改定

- (1)医師・看護職員の配置等が緩和された「経過型介護療養型医療施設」の創設[介護報酬改定]
将来的な老健施設等への移行を視野に入れた平成23年度末迄の経過措置
- (2)医療の必要性による区分の導入[診療報酬改定]
・医療の必要性の高い患者については評価を引き上げ、低い患者については評価を引き下げ
・医療の必要性の低い患者を一定以上受け入れている場合について、「介護保険移行準備病棟」を平成23年度末迄の経過措置として創設

診療報酬・介護報酬の引き下げ

1. 診療報酬の引き下げ

H18年7月からの療養病棟入院基本料			
ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点	1,344点	1,740点
ADL区分1	764点	1,220点	1,740点
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

認知機能障害加算5点(医療区分2・ADL区分1の場合)

医療区分・ADL区分		
医療区分3: 医療の必要性 高	↔	医療区分1: 医療の必要性 低
ADL区分3: 日常生活自立度 低	↔	ADL区分1: 日常生活自立度 高
ADL区分1	ADL区分2	ADL区分3
ADL得点0~10点	ADL得点11~22点	ADL得点23~24点

ADL得点は、ベッド上の可動性、移乗、食事及びトイレの使用の4項目毎に自立(0点)から全面依存(6点)迄の得点を合計して算出

医療区分3	疾患・状態	・ステン ・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態
	医療処置	・中心静脈栄養・24時間持続点滴・レシレーター使用・ドレーン法・胸腹腔洗浄・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア・酸素療法 ・感染隔離室におけるケア
医療区分2	疾患・状態	・筋ジストロフィー・多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・パーキンソン病関連疾患・その他神経難病(ステンを除く)・神経難病以外の難病・脊髄損傷・肺気腫・慢性閉塞性肺疾患(COPD)・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍・肺炎・尿路感染症・創感染・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内・脱水・体内出血・頻回の嘔吐・褥瘡・うつ血性潰瘍・せん妄の兆候・うつ状態・暴行が毎日みられる状態
	医療処置	・透析・発熱又は嘔吐を伴う場合の経管栄養・喀痰吸引・気管切開・気管内挿管のケア・血糖チェック・皮膚の潰瘍のケア・手術創のケア・創傷処置・足のケア
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	

上記「疾患・状態」及び「医療処置」には、それぞれ詳細な定義があり、これに該当する場合に限り、医療区分2又は3に該当する。

2. 介護報酬の引き下げ

[看護職員6:1/介護職員4:1、多床室の場合]		
	H18年3月迄	H18年4月~
要介護度5	1,342単位	1,322単位
要介護度4	1,251単位	1,231単位
要介護度3	1,150単位	1,130単位
要介護度2	912単位	892単位
要介護度1	802単位	782単位

医師会の見解と対応

療養病床の再編に関して、

- 1) 介護保険三施設は「いわゆる社会的入院の解消」を目的として創設された
- 2) 第三期介護保険事業計画(平成18~20年度)の策定には、介護療養型医療施設の廃止を含む療養病床再編計画が織り込まれていない

ことを指摘、制度設計から短時間で大幅な見直しを迫るのは、論理性に欠けるとし、介護難民の流出、社会的資源の損失を防ぐためにも、早急に見直しを提言する必要がある。

4月に行われた診療報酬と介護報酬の同時改定についても、制度間の整合性がなく、いわゆる社会的入院の問題解決が示されていないと指摘。具体的な解決策を早急に検討する必要があるとしている。

診療報酬改定については、「医療区分1」の点数設定があまりにも低く設定されていることを「緊急に対応が必要な事項」の一つとして挙げた。

また、告示から届出までの期間が非常に短いことを指摘し、改定実施までの準備期間が十分に取れるような対応を求めていくとの考えも示した。(H18/5/16日医緊急記者会見より)

日医では医療現場に混乱が生じないように、附帯決議や政省令などによって運用面で確実に改善することを強く訴え、医療制度改革関連法案について、H18/6/13参議院厚生労働委員会採決時に「附帯決議」が付けられた。(右記参照)

医療制度改革法案における療養病床の再編に関する附帯決議

療養病床の再構成に当たっては、すべての転換を希望する介護療養病床及び医療療養病床が老人保健施設等に確実に転換し得るために、老人保健施設の構造設備基準や経過的な療養病床の類型の人員配置基準につき、適切な対応を図るとともに、今後の推移も踏まえ、介護保険事業支援計画も含め各般にわたる必要な転換支援策を講ずること。

また、その進捗状況を適切に把握し、利用者や関係者の不安に応え、特別養護老人ホーム、老人保健施設等必要な介護施設及び訪問看護等地域ケア体制の計画的な整備を支援する観点から、地域ケアを整備する指針を策定し、都道府県との連携を図りつつ、療養病床の円滑な転換を含めた地域におけるサービスの整備や退院時の相談・支援の充実などに努めること。

さらに、療養病床の患者の医療区分については、速やかな調査・検証を行い、その結果に基づき必要に応じて適切な見直しを行うこと。



医療情報室の目

縦割り行政の弊害と地域医療の危機

今回の療養病床の再編では、医療療養病床に入院する医療必要度の低い患者の点数は大幅に下げられており、医療型の療養病床から、介護療養病床や老健施設等への移行を迫られることになった。しかし、2011年度末迄に介護療養病床の廃止も決まっており、介護療養病床に移行しても、6年の間に老健施設などに転換する必要がある。しかしながら介護保険の参酌標準により、各都道府県に於ける各医療圏内の期間内の介護サービスや施設サービスの大枠は既に決められており、療養病床から老健施設への移行は簡単には出来ない。加えて、これまで地域医療の現場で慢性期医療を担ってきた療養病床が、医療保険・介護保険の制度間の整合性を無視して突然減らされることで、急性期の治療が終わった患者の受け皿が無くなることになるわけで、今後地域医療の根底を揺るがす危険性を孕んでいる。

医療保険の療養病床を削減し、介護保険への移行を進める為には、それなりの道筋を整える必要があるのに、今回の療養病床の問題では厚労省内の保険局と老健局の足並みの乱れが目立つ。即ち、当初保険局は、療養病床の介護保険への一本化を示唆していたものの、その後一転して、昨年12月に厚労省は療養病床を医療保険に一本化する方針を決定した。これは老健局のイニシアティブによるものとされている。

縄張り意識が縦割り行政の弊害を生み、引いては医療政策の継続性の欠如に繋がって、国民医療と医療現場に無用の混乱をもたらすことがあってはならない。

この医療情報室レポートは、福岡市医師会インターネットホームページで閲覧・情報取得が可能です。

次のアドレスによりアクセスして下さい。http://www.city.fukuoka.med.or.jp/jouhousitsu/report.html

ご質問やお知りになりたい情報(テーマ)がありましたら医療情報室までお知らせ下さい。

(事務局担当 立石 5 852-1501 FAX852-1510)

担当理事 原 祐一(広報担当)・原 村 耕 治(地域ケア担当)