

06年度慢性期調査中間報告

前改定の政策的対応を批判。中医協、判断ミスを認める

ただし、再改定は困難。最終報告をまって検証議論を続行

平成18年度の慢性期調査結果(中間報告)が3月28日の中医協・基本小委に提出された。

報告は末尾で、医療区分1を「入院医療を必要としない」と歪曲した上でコストを無視した

中間報告は、また、「医療区分の意味づけを行う際には、介護保険施設における医療のあり方も検討される必要がある」と指摘した。

これは、政策的対応の結果、「1」と評価された医療的処置を要する患者あるいは在宅介護が困難な高齢者を受け入れる施設が整わない中で療養病床再編に踏み切った誤りを批判するとともに、医療から介護への円滑な移行を可能とするために、介護保険施設等のあり方を見直す老健局との緊密な連携を訴えたもの。

配点を行った18年度改定の政策的処理に強い疑問を表わす、異例の内容となった。

基本小委は中間報告を了承、最終報告をまって検証議論を続行することを認めた。

慢性期分科会の委員であり、基本小委に代理出席した日医天本常任理事は、前改定における誤りを、①費用と乖離した「1」の点数、②タイムスタディと矛盾する区分配点、③医療保険と介護保険との間のミスマッチという面から追求した。

そして、対応策として、点数の再改定、「1」の医療的処置項目の「2」への追加あるいは老健等における医療資格者配置の引き上げ(もしくは「業務独占」解釈の変更)を提起した。

こうした主張に、基本小委土田委員長(中医協会長)は

「(期中改定した)リハビリと同様の思いがする」と理解を示した。

ただし、支払い側からの「再改定を議論するのか」という牽制に「そこまでは至っていない」と腰を引いた。それでも、「最終報告を急いでほしい。要求されたデータの提出も早期にお願いしたい」と事務局(厚労省医療課)に指示、議論を継続する必要は認めた。

中間報告は、政策誘導を許した中医協をも批判するものとなった。中医協としてもリハに続く判断ミスを認めた格好だ。しかし、既定事実化している療養病床再編という火中の栗を拾う気はリハ再改定を主導した公益委員にもなく、中間報告の前に沈黙考の体だ。

その一方、厳しい論調の報告を容認した医療課は、批判

的となっている「1」の評価、点数、介護との連続性確保などの面で失地回復が求められる立場に立たされた。

中間報告は、医療療養病床に重度患者が集まっていることやケア時間との相関性などの検証から、患者分類は概ね妥当であったと評価したが、ケア時間と点数が乖離した区分があることや、認知機能障害の加算がケア時間のエビデンスを得ていないなど矛盾の改善を求めている。

また、院長回答から、医療区分項目の一部に変更を検討する余地がある、また、評価・記録等の煩雑な作業に合理化の必要があるなど、今後に向けた改善課題を示した。

中間報告は検証調査の継続を提案しており、慢性期調査は19年度も実施される予定だ。

「患者の望ましい施設」—老健は16%にとどまる

都道府県の療養病床調査。「1」の15~25%に経管栄養

厚生労働省は3月7日、都道府県が昨年10月1日現在の療養病床を調査した結果の概要を公表した。地域ケア整備構想策定作業の一環として実施したもので5,930医療機関(約33万8,500床)から回答を得た。

調査結果から、①医療区分2と3の患者が63.3%に達して

いる、②「1」の患者の14.6%から24.5%に経管栄養を実施している、③患者の望ましい居場所として老健をあげた率は16%にとどまる、④療養病床の30.0%が転換意向を明確にできていない、⑤単身世帯・高齢者世帯の合計は41.6%に達し、さらに、自宅介護の家人

等が「日中・夜間ともいない」とする患者が56.8%にものぼった、

ことなどが明らかとなった。

厚労省は調査結果を踏まえ、老健等が医療的処置に必要な患者を受け入れられるようにする措置案を夏までにまとめる方針を明らかにしている。

後期高齢者医療「基本的考え方」

高齢者専門医による「かかりつけ医」制導入か

社保審「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」は3月30日に「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」をまとめた。意見募集の手続きにかけた後、診療報酬骨格案に向けた議論を再開する。

「基本的考え方」は、後期高齢者医療のあり方として、「生活の中での医療」「尊厳に配慮した医療」という理念を打ち出した。

「医療の体系」については、「急性期医療における治療後の生活を見越した評価とマネジメント」「終末期における患者による自己決定の重視」「後期高齢者を総合的に診る医師」といった新しい概念を提示している。

制度設計の面では、「居住

系を含む在宅の重視」を強調した上で「効果的・効率的な医療提供」を提起。過剰な検査・薬と頻回・はしご受診の是正課題としてあげた。

包括払いあるいは定額制を直接明示する文言はない。しかし、診療報酬の骨格に向けた今後の議論では、包括制の範囲と方法をめぐり論点が浮上するのは必至だ。

注目されるのは、制度設計の要に「総合的に診る医師」を位置づけている点だ。「複数の疾患をトータルに診る」医師が訪問・通院を担当、地域におけるチーム体制の調整を図る仕組みの中核を担うとしており、高齢者専門の総合医を「かかりつけ医」として導入する意図がうかがわれる。

第12回事例発表会

京浜病院竹谷氏と永生病院宮本氏に優秀賞

東京都療養型病院研究会は2月23日に東医健保会館で第12回事例発表会を開催、全国訪問看護事業協会理事の山崎摩耶氏(前日本看護協会常任理事)が「療養病床における看護・介護の質の向上」という演題で講演した。

報告された事例は全部で28件。いずれも、長期療養患者

に対する看護とケアの向上に努める会員病院の真摯な取り組みを反映したもので、貴重な実践事例を共有する発表会となった。

都療研の幹事代表と看護・リハ各部会の代表計3人による選考の結果、各フロアから以下の発表が優秀賞に選出された。

- 第1会場(午前の部)「お茶入りこよりをういた胃瘻カテーテル挿入部のケア」京浜病院看護師 竹谷ユキ子
- 第2会場(午後の部)「その人らしい生活実現へのアプローチ」永生病院看護師 宮本正孝

東京都
療養型病院
研究会の
報告

都療研レポート

発行所
東京都療養型病院研究会
発行人
安藤高朗
〒193-0942 東京都八王子市
櫛田町583-15 永生病院内
Tel. 0426-61-4108
Fax. 0426-61-1331

No.3 平成19年4月24日 都病協・都療研連名の「緊急提言」を今再び訴える! e-mail kikaku@eisei.or.jp

転換型老健の医療は内付けが望ましい

東京都療養型病院研究会
会長
安藤高朗

慢性期調査結果に基づいて療養病床「15万床」も見直すべき

療養病床再編が決ってから1年がすぎました。現在、各種調査から医療区分1の患者が4割、「2」と「3」とで6割強を占め、療養病棟が医療必要度の高い患者中心に運営されている実態が判明しています。

慢性期分科会は平成18年度慢性期調査の結果をまとめ、3月28日の診療報酬問題基本小委員会委に報告しました。

外来可能な転換型老健。人員面でも新たな措置か

報告には、また、「医療区分の意味づけを行う際には、介護保険施設における医療のあり方についても十分に検討される必要がある」と書き込まれました。医療的処置を必要とする患者の受け皿と関連付けて「1」を定義すべきであるという指摘です。

これは、医療と介護の間に断絶があることを、中医協がリハに続いて認めたわけです。論理的には、次期改定までに、介護の側で医療的処置を要する患者の受け入れが可能にならなければ、医療保険にとどまれる配点を考慮せざるを得ないということになります。

一方、老健局は、3月29日の介護給付費分科会に、老健と特養への転換に伴う追加的な経過措置と併設における施設共用を認める旨諮問し、分科会は即日答申しました。

この結果、既存老健と異なる施設基準が認められ、5月1日に施行されます。転換の1つの障害が取り除かれたこととなります。

さらに老健局は、4月から、

その報告で分科会は、医療区分は概ね妥当とした上で、「1」に関しては、分科会の考え方と異なる政策的判断から「医療が必要ではない」としてコストを割った配点を行ったことを批判しましたが、基本小委はこの報告を受け入れ、最終結果をまっぴら現行区分と点数の妥当性について議論を開始することを認めました。

市町村による年度ごと、施設ごとの指定枠運用を弾力化し、総量の範囲であれば療養病床からの転換を受け入れる方針を打ち出しました。

平成21年度の第4期事業計画をまたずに転換が可能となるわけで、枠のない地域の療養病床にとっては朗報です。

併設型老健として診察室の共用ができる結果、老健施設で外来が可能になります。規制を緩和して老健に対する外付けが可能になると訪問診療ができ、在医総管等の算定ができるようになるわけで、今後、保険局がどう措置を図るにかきわめて注目されます。

ただし、今回の措置に続いて、老健局は、人員体制に関しても既存老健とは異なる配置を検討しています。夜間を含む看護配置等を厚くした評価を設けるものと思われます。

このように、行き過ぎた情勢のゆり戻しが始まっています。しかし、この4月に療養病棟の再改定が見送られたように、まだ、事態は楽観できません。

その1つは、転換型老健は内付けであるべきだという点です。これは、高齢者単独世帯の急増を踏まえたときに、介護療養病床の代替として転換型老健には「終末期看護医療機能」が求められるからです。

とくに、東京のように療養病床が少ない地域では、急性期病院からチューブをつけた患者が老健施設に送り込まれてくるほどで、医療的処置を行える資格者を必要数配置することは至上命題でもあります。

もう1つ。大都市部では整備が遅れている現状から、転換老健に関しては1床あたり6.4m²という医療法の基準でいくことを認めるべきだと考えます。つまり、ハードの面で完全な「第2類型」が創設されてしかるべきだということです。

本来の老健と新型(第2類型)のどちらがよいかは利用者の選択にまかせればよいわけです。この提言は、現在、私が東京都に、日医常任理事の天本先生が厚労省へ提起しているところです。

2つ目は、医療療養病床における医療区分の見直しとコストに見合った配点です。

医療区分については、①急性期一般病床への頻回な入院を抑止するために、「2」において在宅復帰支援機能を評価する(入院から90日までは、リハ対象者はリハ算定限度日数に準じる期間は、病名や状態像にかかわらず「2」とする)、②仮に看取りの機能を医療療養病床に位置づけるのであれば、「喀痰吸引」「胃瘻の管理」「経鼻経管栄養」「留置カテーテル類」などの患者は発熱等

とかかわりなく「2」とし、さらに、終末期医療ケアの間は「3」とするなどの見直しが必要と考えます。

以上の2点は、昨年8月、東京都病院協会と都療研が連名で出した緊急提言の内容であり、その意義は今に至るも変わっていません。とくに、1点目については、「医師、看護師の配置などに配慮した、新型の老人保健施設の創設」を提言しています。

これに加え、新たに、15万床とされている療養病床の数を見直すよう要求したいと思っています。それは、平成18年度の慢性期調査結果から、「2」と「3」は医療療養病床の6割強、介護療養病床の約4割を占めていることが明らかになったからです。「2」と「3」の患者を受け入れるためには21万床が必要になります。

こうして、療養病床の新たな枠が示され、転換先が確保され、入院医療、在宅医療そして介護の相互関係と連携が明確になったとき、地域のニーズと将来社会の要請に応える療養病床と介護施設等の将来図が、地域ケア整備構想の中に真に描かれるものと考えます。

こうした我々の見解を確かなものとするためにも、本号では、新たな局面に入った療養病床をめぐる情勢の整理と都病協・都療研による緊急提言の背景をまとめてみました。



「2」に在宅復帰支援の機能。6.4m²の継続も

そこで、我々の要望・課題を

確認したいと思います。

93.7%が介護療養型廃止に反対

患者家族1,200名に調査。95.7%が「自宅では困難」

東京都療養型病院研究会は介護療養型医療施設の平成23年度廃止に関する意見をたずねるアンケート調査を昨年10月に実施、1,198名(31病院)から回答を得た。

55.4%と半数を超える患者家族が介護療養型の廃止を知っていたが、廃止に「賛成」としたのは3名(0.3%)に過ぎず、93.7%が「反対」と答えた。

廃止後の対応として、「在宅

サービスを利用して自宅で世話することは可能」としたのは0.9%に過ぎず、95.7%とほとんどが「難しい」と回答した。

「自宅での世話が難しい場合に老健施設への入所を希望するか」という質問に対しては、「はい」が30.0%、「いいえ」が36.0%、「わからない」26.6%と反応が分れた。

さらに、意識障害や経管栄養等を含む医療必要度が低い

とされる患者について「老健施設で対応が可能と思うか」という質問には、59.0%が「思わない」と答えた。「思う」と回答したのは10.7%に過ぎなかった。

特養への入所を希望する家族は27.7%と少なかった。

「死を看取る場所」としては、自宅(13.8%)、介護療養型医療施設(77.3%)、介護保険施設(6.1%)、有料老人ホーム(0.6%)

と8割近くが介護療養型を希望した。

「介護保険で医療・看護と介護を同時に行える施設は必要と思うか」という質問には、93.2%が「必要」と答え、「不要」としたのは0.2%であった。

介護療養型廃止に対する自由意見には、721名(回答者の60%)が意見を寄せた。

そのどれをとっても、介護療養型廃止に対するとまどい、疑問、不満、そして先々に対する不安がにじみ出ており、行き場をなくしかねない高齢者患者を抱える家族の本音が示されている。

アンケートに書かれた意見(抜粋)

【高齢者のケアは自宅では無理】

●療養病床を削減してはならないと思います。いま入院している施設がもしもなかったら、介護する私も倒れ、妻は他界している公算が大でした。

●70過ぎの夫の介護は妻にはできない。無理。妻も同年代。何の知識もないし困ります。

●私は母と2人暮らし。自宅の環境は良くありません。とても自宅につれて帰れません。在宅サービスを利用して1人で24時間世話をしようなので、途方にくれています。

●5年後に私は80才を超え、心臓弁膜症と狭心症を患っている夫が自宅に帰ってきて、世話をするのは不可能です。

●高齢の母は脳幹梗塞にて運動神経が麻痺・失語障害。高血圧にて経管栄養。加えて糖尿病を併発。インシュリンの注射を行なうようになりました。介護家族に外勤の仕事が生じた場合、どうしても介護療養型医療施設は必要となります。

●自宅介護したくても夫は障害1級、私は坐骨神経痛がひどくなり9月に手術予定です。立っている事がつらく、座っていないと仕事もできず、母の移動ができない。

●我が家では障害者1.2級の者が4人います。その内寝たきりのものが3人います。家族で介護をしたいのですが、私(59歳男)1人で、働きながら介護はできません。この様な家もあるのです。介護療養型を

逆に増やしてください。

●ヘルパーさんに来て頂いても、ほとんど家族が看取ることになります。夜におしめ交換するともう寝れなくなり、翌日は重い身体で介護や家事をすることになります。

【受入先の施設が足りない】

●平成13年に特養に申し込むがまだ音沙汰がない。この施設がなくなったら行くところがない。

●老健施設や特養等にすぐ入所できればよいのですが、介護療養型医療施設を出された場合、家族は仕事をやめなければなりません。生活が出来なくなります。

●寝たきりでバルーンを装着しているなどの理由により、老健施設や特養に入所できなかった。是非とも介護療養型を存続してほしい。

●母はクモ膜下出血による言語障害で入院してます。58歳という若さで足も不自由で認知症と同じ症状を持ち、とてもじゃないですが家で不通の生活ができません。特養ホームに申し込んでもありますがいつになるのかわかりません。

【在宅介護の基盤がない】

●自宅介護、訪問看護、訪問診療には限界がある。入院前は、看護の方に夜TEL入れても来てもらえなかったり、家族の者では出来ない事ばかりでした。看護師さん、お医者様が必要です。

●介護療養型が廃止になったら、身寄りのない高齢者はどうなるのでしょうか。訪問診療、訪問看護、介護、通所リハ、デイサービス等を独りで利用する事は不可能です。

●私の親は、MRSA保菌や経管栄養を理由に通所サービスや短期入所を断られ、やむを得ず病院に入っている。在宅介護を望んでも受け入れ体制が圧倒的に貧弱です。高齢者は状況が急変しやすいのですから、むしろ介護療養型の充実こそ望まれる。

【他施設では難しい】

●常に医療と紙一重の状態にある高齢者に介護療養型はなくてはならない施設だと思います。

●高齢であれば複数の病気を抱えている場合が多い。介護施設では不安が残る。

●医師が不在の施設だと体調が悪くなった時、医師のいる施設へ移すことになると思います。そうなると思患者の精神状態が悪くなり家族も大変になります。

●常時、医師・看護師がいるという事が患者はもちろんその家族にとって安心できる。お世話になっている患者は重度身体障害者で麻痺性があり不安を抱えている。介護療養型はそれに対応できる最も信頼のできるものであろう。

●老老介護で介護者自身の体調も弱り始め、思い切って長期療養型病院に委ねることしております。廃止になると聞いて不安に思っております。本

人は安定期でも、経管栄養なので、意思、看護師さんが不在の施設では、今までの経験から心配です。

●母は認知症であり、重度の脳梗塞を発病しており、しかも末期ガンです。取り得る医療手段はほとんどない状態で、なぜ入院しているかと言えば、容態が急変した時や苦しんだ時に迅速な対応が可能だからです。家族として、少しでも長く長く生を全うさせてやりたいのです。容態が急変してすぐに対応ができず苦しんだり、誰もいない時に一人で死を迎えることはさせたくないのです。

●老健施設にお世話になっていたが、体の不調及び寝たきり状態もそのままなので療養型に移りました。現在リハビリ等も含め回復している。もし、そのまま以前の老健施設にいたら…と思います。

【高齢化の下で逆行した政策】

●これからどんどん介護老人が増えるのに病床を削減するのは納得できない。家族で介護ができない人達が病院等へお願いしているのに。弱者を見捨てないでください。

●介護療養型医療施設はむしろ拡充すべきものと考え。消費税のアップをしてでも先ほどの改悪を取り消すべきであると考え。

●小学生の医療費が無料になる一方で、老人への負担はどんどん大きくなっているのは不平等ではないだろうか。

療養病床転換促進策

併設の転換老健に診療室等共用を認める

転換に追加的経過措置。特養も対象。指定枠は弾力運用

厚労省は3月29日の社保議・介護給付費分科会に、老健と特養への転換に伴う追加的な経過措置を諮問し、即日答申を得た。

この結果、療養・一般各病床の老健・特養への転換に際して、病院・診療所とも、病床面

積基準は平成23年度末まで、それ以外の施設基準要件は建て直しまでの間継続する半恒久的な経過措置が適用されることになった。

さらに、転換後の老健が病院・診療所と併設している場合には診察室の共用が、特養

等を含めた転換については階段、エレベーター、出入口等の共用が認められ、いずれも5月に施行される。これによって、転換型老健は外来を行なうことが可能となる。

また、市町村が第3期介護保険事業計画で策定した年度

ごと・施設種別ごとの指定枠を弾力的に運用し、総量枠内であれば医療療養病床の転換を受け入れること、さらに、一定条件の医療療養病床は都道府県と市町村の協議によって転換を可能とする措置を4月から実施する。

転換型老健等の施設基準の見直し(答申)と転換支援に関する当面の措置 (注) 病院にかかわる部分を抜粋

【答申の概要】

■介護老人保健施設における経過措置

●療養病床から転換した老健施設は、①食堂は1人当たり1m²以上、②機能訓練室は40m²以上とする。

●一般病床から転換する場合も療養病床と同様の経過措置を認める。

●転換した老健施設が病院・診療所と併設している場合、当該病院・診療所と診察室の共用を認める。

【転換支援に関する当面の措置】

①療養病床を老健施設等に転換する場合

医療機関が老健施設等に転換する場合に施設基準の緩和措置を実施する。(19年5月

施行)

【緩和措置の適用期間】

・床面積は23年度末までの経過措置

・食堂・機能訓練室・廊下幅は24年度以降も適用

※特養の食堂・機能訓練室・廊下幅も同様に緩和する。

②医療機関と転換後老健施設が併設する場合の基準緩和

・診察室の共用を可能とする。(19年5月施行)

・老健施設、特養等が医療機関に併設される場合、階段、エレベーター、出入口等の共用を可能とする。(19年5月施行)

③転換後経営モデルの提示

病床規模別に収支、人員体制等を含めた転換後の経営モデルを提示する。(19年度にモデル事業を実施)

④医療法人附帯事業の拡大

医療法人による有料老人ホーム(19年4月施行)および高齢者専用賃貸住宅設置(同5月施行)を認める。

⑤転換時の改修等に関する特別償却制度の創設

転換目的の改修等には当該年度に特別償却措置(基準取得価額の15%)を創設。(19年4月から21年3月まで)

⑥融資条件の優遇等

福祉医療機構の融資で、転換に伴う資金は融資率を90%に引き上げ、貸付金利を引き下げる。有料老人ホームの融資も対象とする。

⑦介護保険事業計画定員枠の弾力運用 (19年4月実施)

I. 介護保険施設等の定員枠の弾力運用

第3期(18~20年度)の介護保険施設等定員の合計内であれば、個々の枠を超えても医療療養病床からの転換を可能とする。

II. 医療区分1の患者が多く、経営困難な医療機関の特例

第3期の合計枠を超える場合でも、次の医療療養病床は、都道府県と市町村の協議によって転換を可能とする。

①医療区分1の患者割合が当該都道府県の平均値を超えている

②転換を認めなかった場合は当該医療機関が存続できなくなると見込まれる

③当該療養病床の転換・存続が地域ケア体制の確保を図る上で必要不可欠である

緊急提言 「医療保険療養病床診療報酬の問題点と改善要望について」(概要) 2006年8月 東京都病院協会慢性期医療委員会・東京都療養型病院研究会

今回の療養病床診療報酬は、難病患者や特定の重症患者、重度障害患者だけを医療区分2及び3とし、それ以外を医療区分1としました。これによって、医療療養病床を活用してきた大多数の患者が医療区分1となりました。

しかも医療区分1の診療報酬は、介護老人保健施設の要介護度1よりも低い1日7,640円と、30%以上も減額されました。これでは医療区分1の患者を受け入れればそれだけ経営が困難になります。

その結果、医療療養病床が果たしてきた、「在宅や介護施設などからの高齢者の初期入院機能や、急性期一般病床からの在宅復帰を目指した転入院などの機能」が発揮できなくなっています。この機能

は、医療経済研究機構の平成17年度「療養病床における医療・介護に関する調査報告書」でも明らかにされています。

このため、医療療養病床に入退院を繰り返しながら在宅生活を継続してきた高齢者などは、今後は、そのつど急性期一般病床に入院することになるでしょう。これは、限られた保険財源の効率的な運用とはなりません。

そこで、医療保険療養病床が果たしてきた、高齢者などの在宅復帰支援機能を医療区分2の範疇に入れて評価し、医療保険財源の効率化を図るべきであると考えます。

具体的には医療区分3を除き、医療保険療養病床の入院から90日まで、およびリハビリテーション

の算定限度日数に準じる期間、については病名や状態像にかかわらず医療区分2とするよう要望します。

こうすれば、結果的に一般病床の平均在院日数の短縮化と、保険財源の効率化がいつそう進展するものと考えます。

また、介護療養型医療施設を廃止して老人保健施設に転換させる方向を考えた場合、現在療養病床が果たしてきた全般的な終末期の看取りの看護医療機能を、今後どこが担うのが重要な課題となっています。

在宅療養支援診療所の整備を基本としても、それだけでは対応できない急速な高齢人口の増加と、高齢者単独世帯の急増をふまえた、現実的な選択として、既存の社会資本

である従来の療養病床を活用することが、もっとも妥当な政策であると考えます。

そのためには、二つの方法があります。ひとつは、老人保健施設でこの機能を行うとしたら、積極的な終末期看護医療機能の可能な、医師、看護師の配置などに配慮した、新型の老人保健施設の創設が必要であるといえます。またこれを、医療保険療養病床で対応するならば、すくなくとも「喀痰吸引」「胃ろうの管理」「経鼻経管栄養」「留置カテーテル類」などの状態にある患者については、発熱などとかかわりなく医療区分2とし、さらに終末期医療ケア期間については、医療区分3とするなどの、診療報酬医療区分の見直しが必要であると考えます。