

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
〒110-0942 東京都八王子市
杉田町583-15 永生病院内
Tel. 042-661-4108
Fax. 042-661-1331

No.5 平成20年9月15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

療養病床“目標数”は22万床。1.4万床が削減

介護療養病床廃止は変わらず。転換後の施設機能・報酬が課題に

厚生労働省は8月18日に公表、意見募集を始めた第1期医療費適正化計画案(平成20年度~24年度)で、平成24年度の療養病床目標数を21万床とした(回復期リハ病棟を除く)。今年6月現在で策定済44都道府県の目標数を積み上げたもの。厚労省は8月5日の自民党・社会保障制度調査会医療委員会に、未策定3県の見込数を加えると約22万床になると報告している。回復期リハ病棟を除く医療療養病床は約23.4万床(18年10月)。したがって1.4万

床の減床にとどまる。介護療養病床の全廃は維持する方針。一方、3月8日に発足した「療養病床問題を考える国会議員の会」(中山太郎会長、自民党衆参議員128名が参加)は6月11日、需要に応じた療養病床数の確保や介護療養病床転換に際した「現在水準以上の確保」などを求めた提言を採択。その中で「(それらが)実現できない場合は重大な決意をせざるを得ない」と強い姿勢を打ち出した。

提言は6月24、25日に、142

名の議員署名とともに福田総理、谷垣政調会長ほか政府与党幹部へ提出された。

さらに、昨年11月から介護療養病床の存続を求める署名活動を始めた「介護療養型医療施設の存続を求める会」は、今年3月8日に全国組織へ衣替えし、介護療養病床廃止の見直しを求める署名を14万3,297人集め、7月1日に外添厚生労働大臣に手渡した。

医療療養を1万5,000増床

この間、東京都は、現在約1

万3,000床ある医療療養病床(回復期リハを含む)を、平成24年度末に、国の参酌標準約7,500床を大幅に上回る2万8,077床とする目標を決め、医療費適正化計画に盛り込んだ。

「国会議員の会」の提言と署名は自民党の厚生労働部会・介護委員会に付され、党としての対応策があらためて協議されるが、今後、転換先施設のあり方が、「介護療養型老健施設」の見直しや適正報酬の確保を含め、再度議論の俎上にあがる可能性が強い。

介護療養型廃止というが代替条件が整っていない!

医療療養病床は新たな展望を構築、ニーズに応えていこう

東京都療養型病院研究会
会長 安藤高朗



今後ますます医療が必要で重介護の高齢者が多くなる。そうした高齢者の受け皿として機能してきた介護療養型医療施設の廃止は本当に残念である。議員連盟等では廃止撤廃の提案も辞さないとしており、これからはがんばりどころである。

厚労省が推す転換型老健(介護療養型老人保健施設)は報酬の低さが大きな問題である。病院の収支試算によると18%~19%もの大幅減収となる。

もう1つの問題はリハビリである。介護療養型でニーズが非常に高かった維持期リハが転換型老健では制限されてしまった。

医師の配置も1+aとされた。ケアミックス型であれば併設医療機関の医師による応援が可能だが、単独の転換型老健では夜間帯が不安である。厚労省は協力医療機関や在宅療

養支援診療所の医師に依拠するというのが、その制度はまだまだ十分に整備されていない。

開業医は平均年齢が60歳近く、急変時などに関わらずゆっくり診察をしたいという方が多い。携帯電話を24時間365日離さず他職種協同やチームを組むというのが、実際は難しいだろう。

開業する医師は、5~10年かけて総合臨床医あるいは総合的なかかりつけ医とし、専門診療科以外の内科系、外科系には“在宅医療の実践”を開業条件とする等仕組みを整える必要がある。

現在、介護療養型のほとんどが転換型老健に移っていない。転換型老健に多少なりとも価値を認めるのは、地方で、元々限りなく老健施設に近いところや医師の確保が難しいところに限られることだろう。

東京都の療養病床数は全国41位、介護施設数も45位と少ない。この現状に東京都は、現在2万1千床の療養病床を7千床増やすとしている。その背景には他県に約5千人の患者が流れている状況がある。

7千床増やすために、東京都は、一般病床からの転換に補助金をつける方針だ。東京都は、一般病床の回復期リハ病棟化や医療療養病床から回復期リハや亜急性期病床への移行にも補助金を検討している。

在院日数が短くなった結果、急性期病院から出された医療必要度、看護度、介護度が高い患者、あるいは認知症の合併症患者の受皿確保が深刻な問題となっている。そういう面からも医療療養病床の役割は非常に重要になってくる。

都療研が「今後の慢性期医療に望むもの」を患者・家族にたずねたところ、「長期療養」85.4%、「必要な治療がいつでも受けられる」84.4%、「在宅で

悪化した時に即入院できる」82.1%、「継続的なリハビリ」77.8%、「救急病院や急性期病院からの転院先」72.3%、「在宅での医療、看護、介護支援の充実」68.0%、「ショートステイ」57.9%という結果であった。

今後は、医療療養病床における“慢性期の救急”も必要となってくる。すなわち、在宅や介護施設などから受け入れる急変患者をきちんと診ることが重要である。地域との信頼関係もできるし、病床稼働率や医療区分への対応にも寄与するであろうし、高齢者がいたずらに救急病院に向うことを防ぐことができる。

我々療養病床も変わっていく必要がある。今までのように“即入院ができない”“夜間入院ができない”状態から脱するために、パワーアップを図るべきである。そのためにも、人員配置増が必要でありそれに対して診療報酬の面で十分評価されるよう訴えていかなければならない。

療養病床進化を支える基準や報酬の必要

医療療養病床は当初厚労省が目標とした15万床に収まら

ず、22万床以上になるとみられる。

療養病床は参酌標準で7,500床。都の目標は28,077床

国の方針は東京に合わない。療養病床は重要な社会資源、必要量を確保する

【東京都医療費適正化計画】から(要旨) 平成20年3月28日 *1面記事を参照

●東京都の高齢化の状況

東京都の高齢化率は18.9%で、平成37年(2025)には26.3%に達すると見込まれる。後期高

齢者の割合は、平成37年までの20年間で2倍以上に増えて15.8%となり、高齢者人口の約6割を占めると予測される。

り及び高齢者当たりの療養病床数は全国的にみて少なく、また、今後の急速な高齢化の進展により、急性期医療を終えた後も医学的管理が必要な患者の増加が見込まれる。都外の療養病床に入院している都民は約5,200人に上ると推計される。

の転換意向を踏まえ、必要に応じ見直しを行う。

●計画の目標

○療養病床の病床数

療養病床の病床数を28,077床とする。(平成24年度末)

○療養病床再編成への取組

・既存の療養病床を廃止して介護保険施設等へ転換する医療機関には「地域介護・福祉空間整備等交付金」に東京都独自の制度で上乗せ補助を実施し、病床転換を支援する。

・高齢化が進展する中で必要な療養病床数を確保していくため、一般病床から医療療養病床への移行等を支援する。

■東京都の療養病床

療養病床	医療療養病床		介護療養病床	
	医療療養病床	回復期リハ病棟の療養病床	回復期リハ病棟の療養病床を除く	介護療養病床
21,033	13,122	1,202	11,920	7,911

●目標の考え方

東京都の療養病床は約21,000床(18年10月)。医療療養病床は約13,000床、介護療養病床は約8,000床。国の参酌標準によると24年度末時点の療養病床は約7,500床となる。

者は20年後には2倍以上になると予測され、単独世帯の高齢者数、夫婦のみ世帯の高齢者数は平成17年からの30年間に各々2.12倍、1.52倍となり、合わせて100万人以上の増加が見込まれている。

したがって、24年度末時点における療養病床数は、国の示す参酌標準で算定した数値に東京都の地域特性等を十分に加味した数値を合算して必要な数を確保する必要がある。

療養病床数の設定は、今後の診療報酬改定や医療機関等

一方、東京都の人口1当た

【東京都地域ケア体制整備構想】から(要旨) 平成19年12月

第五章 療養病床の再編成

●東京都の地域ケア体制における療養病床の役割

国の「療養病床数数値目標」の考え方は、東京都の地域特性に合わない。療養病床は東京都の地域ケア体制における重要な社会資源であり、医療の必要度の高い高齢者等の療養の場として必要量を確保していく。

平成20年度末の介護保険3施設定員数(推計)は、必要入所定員総数の66,718床に対して、アンケート結果(19年7月)を反映させた定員数の60,469人となり、6,249人分満たない。この不足分は第4期計画で十分調整するとともに、居宅サービス等を充実させていく必要がある。第4期計画中に転換・廃止が見込まれる7,439人分の介護療養型に適切に対応する必要がある。

る。

●療養病床再編成への対応

平成19年7月の転換意向調査によると、医療療養病床の75%が「医療療養病床にとどまる」

としている。介護療養病床は「未定」が約半数を占めている。20年度春に再度調査を実施し、転換意向を踏まえた療養病床転換計画を改定していく。

●平成20年度末の介護保険3施設の定員数の状況

■平成20年度末における介護保険施設定員数の見込み

	特養	老健施設	介護療養型	3施設合計
第3期計画における平成20年度末の必要入所定員総数(A)	36,650	18,915	11,153	66,718
アンケート結果を踏まえた平成20年度末の定員数(B)	35,633	17,397	7,439	60,469
A-B(充足率)	1,017 (97.2%)	1,528 (92.0%)	3,714 (66.7%)	6,249 (90.6%)

療養病床問題を考える国会議員の会「介護療養型病床の廃止・転換に関する提言」(要旨) 6月11日 *4面掲載「国会議員の会活動記録」を参照

- 介護療養型病床が果たしてきた、医療・介護一体のサービスが引き続き提供できるようにすること。
 - 再編後の療養病床は需要に応じた数を確保すること。受け皿施設も同様に取り扱い、将来にわたる要医療・重介護高齢者の需要に応じること。
 - 医師の夜間配置や看護・介護職員数の現在水準以上の確保など、十分な人員配置、支援・報酬を確保すること。
- ※上記が実現できない場合は介護療養病床廃止法案の撤回など重大な決意をせざるを得ない。

1. 人員配置について

- 医師は現行の24時間配置を基本とする。
 - 看護職は現行の6対1を常設基準とする。ユニット型施設は現場の実情に鑑み、また、重度患者の受け入れ施設は現行制度を残し、5対1以上を設置する。
 - 介護職は4対1を常設とし、ユニット型、重度患者受け入れなど特別の療養環境施設には3対1以上を創設する。
 - リハビリテーション職は50人に1名を基本とし、出来高評価を維持する。
 - 50人に1名の社会福祉士相当者配置を基本とする。
- 配置に当たっては現行介護療養型の増員配置を尊重すること。また、看護・介護職不足に対応、介護報酬上の手当てを実施すること。

2. 施設環境など

- 療養室面積は大規模改修まで6.4㎡を認め、消防法等についても現行基準での移行を可能とする旨を尊重すること。
- 介護療養型医療施設の負債に十分な配慮と支援を行う。
- ユニット型は従来普及推進を継続し、支援する。サテライト型や小規模施設には人員配置や施設構造等実情に見合う制度となるよう十分配慮すること。

●療養病床アンケート(患者票)結果による考察

「医療区分」のみで療養病床に入院している患者の「暮らしの場」を選択することはできない。そこで「医療区分1」該当患者を中心に、どのような医療・介護ニーズがあるかを検討する必要がある。

般病床と医療療養病床が23.1%と、医療よりも介護の方がニーズが高い。

・医療区分1該当患者の要介護認定は4と5で57.4%を占めている。

・要介護4・5の利用率が特に高いサービスは訪問介護、ついで居宅療養管理指導、訪問看護、訪問入浴介護。療養病床入院患者が地域で生活するためには、これらの充実が望まれ

・医療機関が考える医療区分1該当患者の望ましい居住場所は老健施設と特養が48%、一

医療区分と介護療養型廃止で医療全体が機能不全へ向かう！

医療人は、今こそ、療養病床再編の帰着先を明らかにしなければならない

医療法人社団康明会常務理事 遠藤正樹

平成18年の介護療養型医療施設廃止決定と診療報酬への医療区分導入によって、療養病床はその存在が否定され、療養病床の転換・再編政策が強行された。一方、救急医療や一般病床では医師不足、在院日数の短縮、看護師不足等が恒常化し、危機的な状態にある。

メディアによる医療崩壊の報道が相次ぎ、政府は「安心と希望の医療」に向けた政策を余儀なくされた。しかし、7月29日に発表された「社会保障5つの安心プラン」は表層的・総花的であり、選挙向けパフォーマンスとしか読み取ることができない。

では、現場の我々にできる、かつ、しなければならない命題は何か。まず、医療療養病床に導入された医療区分を検

証し、それがもたらした影響を可視化することである。

具体的には、①医療区分を患者・家族が理解・納得できるか否かをヒアリング調査する、②医療現場の医師・看護師等に医療区分の可否と医療現場への影響・弊害を具体的に明示する、ことである。

つまり、医療区分は、高齢者の生活実態を無視した在宅偏重主義にもとづいて、高齢者医療費の削減→“社会的入院”の解消→療養病床淘汰を企図した制度であることを立証することである。単に病院経営の苦悩を訴えても国民の共感を得られない。我々は国民的運動として世論を動かし、患者の代弁者として、いかに患者に不利益な政策であるかを訴えなければならない。

介護療養型廃止は救急医療と療養病床の受け皿を失う

では、なぜ療養病床再編の行き着く先が医療全体を機能不全に至らしめるのか。その問いについて述べる。筆者は、厚労省「救急医療の今後のあり方に関する検討会」(本年4月30日)に参考人として出席したが、同じく参考人の大阪医療センター救命救急センター長の定光医師は、次のように証言した。

「医療区分表と区分1の安価な報酬によって、救命・救急医療から継続医療として位置づけられてきた重要な医療機能が激変してしまったことが、現在の救急医療の出口問題の核である。また、忙殺状態の中で患者の行き場を選択することすらできない状態にあり、救命救急の受入れ患者が大幅に減少している。」

我々療養病床にとって、在宅、特養や老健施設以外の唯一の受け皿(出口)である「介護療養型医療施設機能の廃止」は、救急医療の受け皿と療養病床の受け皿という2つの重要な受け皿を剥奪することになったが、検討会の島崎座長(杏林大学救急医学教授)

は、これを「玉突き型の問題」として重視し、医療・介護システム全体の問題であると看破した。

この、救急医療現場と療養病床再編問題による現場の混乱は、来年以降さらに悪循環を重ね、もはや小手先の政策や制度改正では解決するはずもない。

東京都の救急搬送件数は62万3,012件、うち急病が39万1,170件であるが、その急病搬送のうち、65歳以上の高齢者比率は44%(17万4,417件)であり、その急病高齢者の70~79歳までの主訴・症状は、①痛み、②転倒、③意識不明、80~89歳では、①転倒、②痛み、③意識不明となっており、加齢とともに「転倒」による救急搬送が増加している(平成19年)。

この現象は今後ますます増加することは明らかである。本来であれば、転倒した高齢患者は、救急医療機関で適切な検査・処置や手術が施され、速やかに療養病床で医学管理と社会復帰へ向けたリハビリテーションが必要な患者群で

ある。

しかし、この患者群は医療区分1に該当し、寝たきり状態でない場合の報酬が1日7,500円である。一般病床であればこの4

倍~5倍程度の報酬となる。こうした安価な報酬で、療養病床は、果たして医療者の給与を支払い、病院経営を継続



▲参考人として出席した4月30日の検討会

できるのか。また、この高齢者の医療コストは、一般病床に入院継続するとむしろ高くなるのではないだろうか。

介護療養型廃止の凍結とそれに伴う対策を提案

そこで、当面の打開策について私見を述べる。

●医療区分1を廃止する

早急に医療区分1を一時廃止し、平成24年改定までの4年間をかけて、上記内容を精査し、医療区分制度を抜本的に見直すこと。

●入院6ヶ月後に判断。継続入院の事由をレセプトに添付する

ただし、入院から6ヶ月経過した時点で、継続入院の事由を医師や看護師等が共通様式に記載し、診療報酬明細書に添付する。その共通様式を集約し、行政と医療団体が共同して社会復帰できない事由を整理し、新たな受け皿を検討する。

●特養と老健施設の医療機能を充実する

併せて、特養と老健施設について、その新たな医療提供機能を明確にした上で、現在の規制を緩和、かつ報酬を見直す。

●救急医療機関からの受入れ調整会議を設置する

2次・3次救急医療機関からの転院受入れを迅速にするために、各都道府県において、診療圏域単位で、地域全体の各医療機関の専門性や効率的な患者振り分け方策について検討する公式会議を月例で行う。

●医療療養病床は受入用空床枠を設ける

医療療養病床は1床空床枠を設定し、救急医療機関や在

宅患者の入院受入れを迅速に行う。ただし、専門外等は他院に入院要請する。これを、行政と地域医療連合会(仮称)で主導し、治療優先度、家族困窮度等の尺度から急性期と慢性期の2つの軸が情報共有し、地域医療の観点で医療サービスの向上を目指す。この内容は住民に公開し、地域の医療環境の理解を深める活動を行う。

●全介護療養型医療施設の調査を行う

平成24年3月までの間に、患者の実態について全介護療養型医療施設の調査を行う。厚労省の調査はサンプル調査の枠を脱しておらず、全介護療養型医療施設の実態が明らかになっていない。

以上の手順と措置を踏まえ、「介護療養型医療施設の廃止は凍結」し、転換老健施設への移行は上記の検証後に、再度検討する。

以上を提案したが、厚労省老健局長に就任した宮島俊彦氏の記者会見で発言に驚愕し、いたく失望した。しかし、考えて頂きたい。次なる時代を。果たして、国民医療・介護は、誰のためにあるのか。次なる時代、私達の子供、これから生まれてくる子供のために、医療・介護サービスがあることを忘れてはならない。私達は、今こそ、立ち上がる時ではないだろうか。

東京都療養型病院研究会の活動報告

●7月17日 都療研総会・特別講演会(参加者152名)

「介護保険制度の現状と課題」

厚労省老健局老人保健課 鈴木健彦課長補佐

「療養病床転換意向等アンケート調査の結果」

東京都福祉保健局高齢社会対策部 狩野信夫部長

「東京都における医療安全対策」

東京都福祉保健局医療政策部医療安全課山川博之課長

「良質な慢性期医療を求めて」

日本慢性期医療協会 武久洋三会長

東京都療養型病院研究会の活動予定

●9月23日 特別講演会/看護部会主催

「医療訴訟の現状と対策～医療崩壊の中、何をすべきか～」

(講師) 順天堂大学総合診療科研究室/病院管理学 小林弘幸教授

(会場) 東医健保会館2階大ホール

●10月19日 介助技術講習会(併食・通下編)/リハビリ部会主催

(会場) 介護老人保健施設イマジン(八王子市)

●11月14日 介護職リーダー研修/看護部会主催

(会場) 東医健保会館2階大ホール

●11月30日 特別講演会/リハビリ部会主催

「認知症の考え方からリハビリテーションまで」

(講師) 東京慈恵医科大学付属病院 安保雅博リハビリ科主任教授

(会場) 東医健保会館2階大ホール

●2月14日 事例発表会 (会場) 東医健保会館

●2月(未定) 介助技術講習会(起居・移動編)/リハビリ部会主催

「療養病床問題を考える国会議員の会」の活動記録

*2面に「国会議員の会」の提言を掲載

■平成20年3月8日「療養病床問題を考える国会議員の会」が発足

中山太郎氏が代表発起人となり、国会議員有志100名近く(最終的に128名)が参加した「療養病床問題を考える国会議員の会」が発足。会長に中山太郎議員、会長代行に清水鴻一郎議員が就任。森喜朗最高顧問を初め、津島雄二、加藤紘一、山崎拓各議員を顧問に迎え、事務局長には飯島夕雁衆院議員が就いた。

■3月12日 設立総会(東京自民党本部)

設立総会に50名を超える議員が出席。「介護療養型医療施設の存続を求める会」はじめ関連4団体からヒアリングを実施。

■4月2日 第2回会合

北海道、東京都、京都府の担当者からヒアリング。

■4月9日 第3回会合

長野県、高知県、長崎県からヒアリングを実施。

■4月16日 第4回会合

介護療養型の入院患者家族2名を招いてヒアリング。「医療・看護・介護一体に支えてくれたからやってこられた」「療養病床をなくさないでほしい」と訴えた。

■4月23日 第5回会合

九州大学大学院信友教授と東京医科歯科大学大学院川淵教授を招く。両氏とも、介護療養型の廃止と老健施設への転換は、サービスの質と医療費・介護費抑制の面で共に有効とはいえないという見解を表明。

■5月14日 第7回会合

厚労省鈴木老健課長と矢田地域ケア・療養病床転換推進室長が「介護療養型老健施設」を説明。議員、「存続を求める会」との間で意見応酬。

■5月23日

「存続を求める会」が厚労省に介護療養型廃止に関する質問書を提出、老健局担当者との間で意見応酬。中山会長は「療養病床問題はもはや官僚レベルの問題ではなく政治問題として決着すべきである」という認識を示す。

■5月28日 第8回会合

矢田室長ほか厚労省担当官と意見交換。

■6月4日 第9回会合

津島、加藤、山崎各顧問も出席、これまでのヒアリングや意見を踏まえ議論を行った。その結果、「介護療養型の機能

を残すこと、「現場を財政・人員配置の面で支援」し、「介護療養型のあるべき姿を取り戻す」ことを確認。さらに、介護療養型廃止撤回も視野に入れて重大な決意をもって臨むということで提言内容がまとまる。併せて国会議員の署名も提出することを確認した。

■6月11日 第10回会合

全会一致で「介護療養型病床の廃止・転換に関する提言」(2面に掲載)を採択。

■6月24、25日

中山会長ほか提言と142名の議員署名を福田総理、谷垣政調会長ほかの政府与党幹部へ提出。福田総理は15分以上にわたって耳を傾け、政調会長は「重要な問題と認識している」という所感を表わした。

「介護療養型医療施設の存続を求める会」活動記録

●平成19年11月「存続をを求める会」が発足

療養病床を有する病院の有志が770の団体・施設の賛同を得て介護療養型の存続をを求める署名活動に取り組むことを決め、「介護療養型医療施設の存続を求める会」が発足。

●平成20年2月8日 介護給付費分科会に出席

「存続を求める会」の吉岡充上川病院理事長、武久洋三博愛病院理事長、安藤高朗永生病院理事長の3氏が厚労省の介護給付費分科会に招かれ、介護療養型の役割・意義を説明するとともに転換老健に必要な機能について意見表明した。

●3月8日 全国組織の発足

吉岡充、武久洋三、安藤高朗および清水紘雄野病院理事長を発起人代表として、介護療養型医療施設の存続をを求める会の全国組織が発足した。

●3月～6月「国会議員の会」の活動に参加

「療養病床問題を考える国会議員の会」の会合に出席、介護療養型廃止と療養病床再編に対する疑問とその見直しを訴える。さらに、提言とりまとめの議論に参加した。

●6月2日 療養病床協会が声明

日本療養病床協会(介護保険委員会)は、介護療養型の存続を求め、安易な受け皿案は断固拒否する旨の声明を発表した。

●7月1日 14万人の署名を提出

「存続を求める会」が集めた介護療養型医療施設廃止の見直しを求める14万3,297人の署名を併添要一厚生労働大臣へ提出した。「国会議員の会」清水会長代行、飯島事務局長が同行。

●7月3日 療養病床協会が意見を表明

第16回日本療養病床協会全国研究会福岡大会で同協会武久洋三会長(「存続を求める会」代表発起人)は療養病床再編に反対する立場を表明、

療養病床削減・介護療養型廃止政策の撤回を求める姿勢を明確にした。

●8月29日 決起集会を開催

「存続を求める会」として「高齢者医療とケアのあり方を真剣に考える日比谷国民会議」を東京都内日比谷公会堂で開催(500名規模)した。



▲「存続を求める会」は8月29日に決起集会を開催した。