

療養病床再編をめぐる問題点 医療区分と社会的入院について

玖珂中央病院

吉岡 春紀

●はじめに

昨年六月に成立した医療制度改革関連法案では、療養病床の再編問題と医療療養病床では医療の必要に応じた患者分類による評価が導入され、「医療区分1」とされた患者の入院継続や、他の施設への受け

入れを困難とする入院基本料が設定され、そのため療養病床の大幅な削減が実行されようとしています。厚労省は、この目的を「社会的入院」を是正し医療費を削減するためとしています。療養病床の大幅な削減は、重度の内臓疾患や障害を持ち本当に医

療が必要な人も「社会的入院」と判断し、切り捨て
 ることにはほかなりません。

受け皿とされている老人保健施設や介護福祉施設
 などでは、医師・看護師の常時の配置もなく、こう
 した重度の障害者への医療や夜間など急変時の対応
 は困難であり、また介護施設にも受け入れられず行
 き場を失う「医療難民・介護難民」が増加するこ
 とは必至です。まして在宅療養できる環境は十分に整
 っておらず、在宅で介護する家族にとって身体的、
 経済的にも多大な介護負担になることは言うまでも
 ありません。

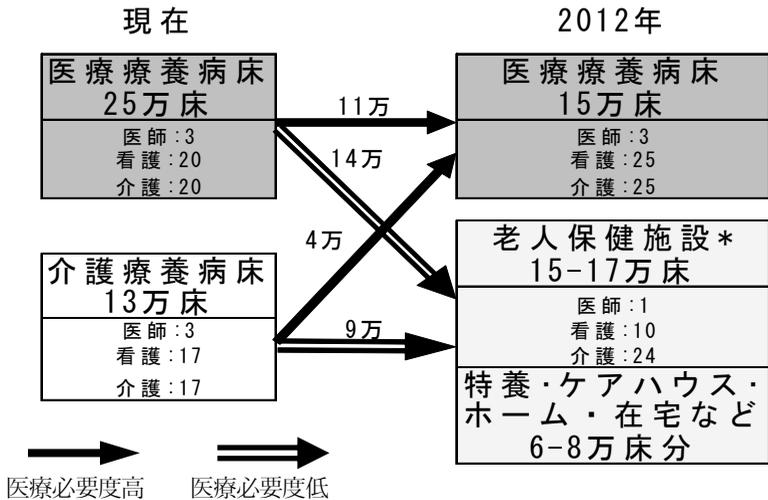
本稿では、このような療養病床再編問題の概要と、
 医療区分の正当性、医療区分と社会的入院、につい
 て述べてみたいと思います。

●療養病床再編の概要

図・1に今回の療養病床再編の概要を示します。

療養病床は現在、全国に約三八万床あり、医療保険
 の「医療療養病床」（二五万床）と介護保険の「介護

図 - 1 療養病床再編の概要（職員数は患者 100 人あたり）



*老人保健施設については、医療強化型老人保健施設の創設も考えられている。

NB online IT技術 医療・バイオ「話題の核心」より改変

療養病床（二三万床）とに分かれています。医療型か介護型かという選択は個々の医療機関と地域医療圏の医療計画と介護施設状況によって決められています。

昨年六月に成立した医療制度改革関連法案では、「六年後の平成二四（二〇一一）年三月末には介護療養病床一三万床をすべて廃止（一部四万床程度は一般病床や医療療養病床に転換、医療療養病床は一万床を残し、残りの一四万床は介護施設に転換、その後の医療療養病床については、職員の配置基準を引き上げて、医療の必要度の高い患者だけを受け入れる場に特化して一五万床にする）」

一方、「削減する二三万床分は介護保険の老人保健施設や有料老人ホームなどの居住系サービスや在宅療養などへの転換を促す」というのが療養病床再編計画なのです。

しかし一昨年の介護保険制度の見直し時には、療養病床の廃止や削減は話題にもならず療養病床の介護施設転換については制度として全く議論されてい

ません。勿論地域医療計画で示される各都道府県の医療計画にも話題になっていませんでした。

また医療費を大幅に削減するしわ寄せは介護保険料の増大に大きく影響するはずなのですが、介護保険担当者には寝耳に水の改変であり、拙速に進められたため、現場の医療関係者・自治体の関係者も十分に理解していない計画だったのです。

医療圏での地域医療計画での検討もなく地域の必要病床数も無視して、病床削減の受け皿作りもないまま、削減数だけが決まったため、今後行き場のない「医療難民・介護難民」が増えると危惧されているのです。

● 本先に療養病床は必要なのか

昨年三月の厚労省の調査では、介護福祉施設（特養ホーム）への入所待機者は全国で約三十八万五千人と報告されています。この待機者数は介護福祉施設の日本の全体数とほぼ同じで、年々増加しこの一年間で四万五千人も増加しています。今後団塊の世代の

高齢化で高齢人口はもっと増加し、待機者はますます増加することは間違いありません。日本医師会の独自の調査では医療療養病床数は二〇一二年に二五・六万床、二五年には三三・五万床が必要になると報告されています。

高齢化で介護施設や長期の入院施設はむしろ必要になると予測されるのに、医療・介護の療養病床を現在の六割・二三万も減らすという今回の削減計画は全く時代を逆行していると言えません。何よりも療養病床は、在宅や他の介護施設では困難な二四時間の医療提供体制をとり、患者・家族が唯一安心して長期療養ができ、終の棲家ともなる役割を担ってきました。一旦廃止された施設は元には戻りません。

●社会的入院とは

最近、マスコミでも少しずつ療養病床再編問題が取り上げられ、医療区分についてもかなり詳しく説明されるようになりました。しかし多くのマスコミも一般の人も「医療をそれほど必要としない入院患者」がたくさん療養病床に入院しているという厚労省の発表をそのまま信じています。

本日に厚労省の発表のように、療養病床には「医療の必要がない人たち」がたくさん長期入院をしているのでしょうか。作為的な厚労省の発表をそのまま信じていいのでしょうか。

社会的入院とは、「入院治療の必要がないのに、家庭の事情や介護施設が見つからないなどの理由で退院できない状態のこと」と定義されています。

しかし、高齢化・核家族化など、重度の障害を持った高齢者が退院できない状態が今後ますます多くなると予測されるため、急性期病院とは別に、医療の継続が可能な長期入院の受け皿づくりのために作

られたのが「療養病床」だったのです。創立当初は「長期療養型病床」と呼ばれていました。「療養病床」は重度の障害者が長期入院出来る施設だったのです。その療養病床の入院も、いつの間にか社会的入院に含めることにしたわけで、その定義は不明確になっています。

社会的入院を解消するため、厚労省は過去にも色々な手で退院を迫り、六カ月以上入院を続けている患者に入院費の自己負担を増やす事なども行いましたが、患者の負担だけ増えただけで効果はなかったようです。

● 医療区分の決定過程

療養病床の入院基本料は、医療の必要度に応じた「医療区分」と「ADL（日常生活動作）の状態」によって分類されることになりました。医療の必要度とADLの状態による分類は、今回新しく設定されたもので、療養病床入院患者を医療が必要かどうかによって三つに分類し、さらにADLの状態で計

九つの分類となりました。その詳細は紙面の都合で割愛します。

さて、この分類は、厚労省の「慢性期入院医療の包括評価分科会」で検討されたとはいいながら、厚労省と一部の委員の独断で決定された経緯があり、また医療の必要度とは名ばかりで、療養病床再編では当初から医療の必要の少ない「医療区分1」を社会的入院と決めつけ、これを五〇%以上にすることを前提に医療区分基準を決めたことは明白です。

また患者の調査はケアタイムという介護の時間と医療の指示回数を中心に決められたため、医療行為の必要度や薬剤費、処置などの医療費コストなどは全く反映されていない分類になっています。なぜ医療区分にケアタイムが優先されたかも説明はありませんし、特に人件費や医療処置・投薬などの入院コストは調査されていないが、それを無視した報酬決定となっています。

「医療区分1」の入院基本料は、一日七六四・八八五円（二点二〇円）という低い入院費に決められ、

老人保健施設の要介護度1・2の水準に合わせた設定であり、医療従事者や医療設備が十分でない老人保健施設の方が報酬が高いことも理解し難い設定です。通常の病院の入院費ともかけ離れた低医療費に設定され、「医療区分1」の患者さんを入院させておけば、療養病床の経営が出来ないような恣意的な設定がされています。

医療区分の見直しや報酬の改定は急務ですが、何よりも、マスコミを使って療養病床に長期入院している患者さんは、ほとんどが入院の必要のない社会的入院と宣伝している事も一般の人に間違った認識を持たせています。マスコミももっと勉強し報道して欲しいと思います。

●「医療区分1」が「社会的入院」なのか。

今回「医療区分1」に認定されている疾患や状態が、現場の多くの関係者がこれは「社会的入院」と判断できるものなら、この区分分類による患者選定もやむを得ないものと考えますが、どう考えても「医

療の必要度」から判定された分類とは思えず、このような「医療区分1」の患者さんが病院から追い出されれば、元々家庭の事情はあるわけですから多くの方は行き場を失ってしまいます。

また内臓疾患では、身体の障害が少なく介護保険を利用するための要介護認定も十分な認定が得られず、医療の継続が必要な方は介護施設では引き受けてもらえません。また高齢者は医療区分で示された単独の疾患よりもいろんな合併症があります。例えば独居老人で脳梗塞後遺症・片麻痺があり生活全介助で、加えて糖尿病の合併もありインシュリン自己注射が必要な人は、医療区分の判定は1ですが、どこへ行けと言うのでしょうか。これも社会的入院と言うのでしょうか。

次ページの表・1に医療区分3と2に認定された疾患と状態を示します。医療区分1とは、この表以外の疾患と状態という事です。

表-1 医療区分の概要

I. 医療区分3

1. スモン
2. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
3. 中心静脈栄養を実施している状態
4. 24時間持続して点滴を実施している状態
5. 人工呼吸器を使用している状態
6. ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
7. 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態
8. 酸素療法を実施している状態
9. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

II. 医療区分2

11. 筋ジストロフィー症
12. 多発性硬化症
13. 筋萎縮性側索硬化症
14. パーキンソン病関連疾患
15. その他の難病
16. 脊髄損傷
17. 慢性閉塞性肺疾患
18. 悪性腫瘍
麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る
19. 肺炎に対する治療を実施している状態
20. 尿路感染症に対する治療を実施している状態
21. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態
22. 脱水に対する治療を実施している状態
23. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
24. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態
25. 褥瘡に対する治療を実施している状態
26. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
27. せん妄に対する治療を実施している状態
28. うつ症状に対する治療を実施している状態
29. 他者に対する暴行が毎日認められる状態
30. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
31. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態
32. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
33. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）
34. 頻回の血糖検査を実施している状態
35. 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

少し今回の「医療区分1」の状態についてご紹介
します。国はこれらの状態は医療の必要がなく、社
会的入院と認定している状態なのです。前述したよ
うに、これらの状態が合併していても医療区分は上
がりません。

●こんな状態でも「医療区分1」なのです

意識障害の状態

脳出血後遺症・片麻痺・意識障害・嚥下障害・胃
瘻栄養
脳梗塞後遺症・片麻痺・てんかん発作・認知症
クモ膜下出血・意識障害・四肢に強い関節拘縮
脳腫瘍・意識障害
頭部外傷後遺症、時々意識消失、けいれん発作

癌(がん)

すい臓癌末期状態 経管栄養
大腸癌術後、人工肛門。
多発性肝がん・腹水貯留・肝性脳症・アミノレバ
ン治療
大腸癌末期で肝転移。癌性疼痛はない。
進行性胃がん・出血性貧血

疼痛のない癌ターミナル、低栄養状態。
多発性転移性肺がん。
前立腺癌で常時バルーンを留置中。
慢性骨髄性白血病・貧血

内臓疾患・臓器不全

慢性腎不全・腎性貧血
連合弁膜症・心不全・寝たきり・浮腫
うっ血性心不全、全身浮腫、胸水貯留
肝硬変・食道静脈瘤、肝性脳症
肝硬変・腹水
ペースメーカー植え込み・重症の不整脈。
尿閉で、バルーンカテーテルを留置。
胆石症・難治性胆管炎を繰り返す。

糖尿病

脳梗塞・片麻痺があり独居老人・糖尿病でインス
リン療法
認知症があり、インスリンの自己管理ができない
患者。

このように、脳卒中後の麻痺があつて意識障害・
寝たきり、食事の経口摂取が出来ない人で胃瘻や経
管栄養の人も皆「医療の必要のない人」とされます。

また癌の末期であっても癌性の痛みがあり麻薬の処方がない限り、そして内臓疾患は心不全・肝不全・腎不全なども胸水・腹水があっても何度も入退院していても、糖尿病のインシュリン治療も、全て「医療区分1」に分類されているのです。介護のケアタイムで分類されれば内臓疾患は、あまり介護は必要となりませんし、症状が安定すれば自分のことは出来ますので、すべて「社会的入院」となってしまいます。

療養病床は、脳卒中などの麻痺や意識障害、寝たきりの患者さんのように肢体不自由の患者さんが入院し、看護や治療は介護施設と差がないという先入観があるようですが、癌や心不全・腎不全、などいような内臓疾患で在宅治療が困難な疾患も多く入院されています。また、高齢者はいろいろな病気を合併されています。そんな重度の内臓疾患や合併疾患は全く無視したこの医療区分分類は、神経難病以外は全く認めないという発想ですから、慢性期医療そのものを否定した医療区分分類だと思えます。

またもう一つ、急性期病院の少ない地域や、療養病床でもかかりつけ医として急性疾患で緊急の入院が必要なことはあります。その際の診療報酬も療養病床ではすべて医療区分分類ですので、急性疾患の入院には全く対応できません。急性期医療を補完している療養病床の激減は、療養病床をもつ医療機関の存亡に関わる問題だけでなく、急性期病床をもつ医療機関の存続も危うくし、地域医療の崩壊に繋がります。地域医療を守るためにも、一定期間内の療養病床の急性入院の区分や診療報酬を新たに設定することを求めています。

●受け皿作りについて

廃止・削減計画の前に「受け皿」が必要なことは言うまでもないのですが、国の政策として本当に「受け皿」をつくる気があるのかを疑います。少しずつ医療施設から在宅や介護施設への転換を図り、患者の移動を行いながら削減するのなら現場の混乱は少

ないものと思います。しかし今回のように、まず廃止・削減が決定され、「受け皿」は後回しという政策では医療機関にとっても、患者さんにとっても不安と混乱だけではないでしょうか。

逆に言えば「医療の必要度は少ないので入院する必要はない」人たちが「社会的入院」として病院から追い出し医療費を減らすのが目的ですので、国にとっては入院の必要ない人たちに「受け皿」を急いでつくる必要もないのです。「社会的入院」の「受け皿」を介護施設につくれば、そのうち「社会的入所の増加」という話になりますし、医療費削減の「つけ」は介護費の大幅な増加になります。

●医療機能強化型老健施設の創設

先日、厚労省は療養病床削減の転換緩和策として「医療機能強化型老健施設の創設」を発表しました。今の老人保健施設では医療が十分に行えず看取りも少ないので医療を充実させた老人保健施設を創設するというのです。

そんな施設を創設するくらいなら、介護保険の介護療養病床がこれまでその役割を担ってきたのではないのでしょうか。その介護療養病床を全廃してまで、新たな医療機能強化型老健施設を創設する意味は全く疑問です。

医療を強化した介護施設が必要というのなら、現在の介護療養病床をそのまま残せば良いわけですし、新たに医療強化老人保健施設を作る意味はありません。まして、老人保健施設という名称にこだわる必要はなく、人員配置を緩和した「療養病床から転換した介護施設」として新たな施設とすれば、これほどの大混乱は防げるものと思います。

●おわりに

急性期の病状は安定したが、在宅や介護施設への転院が難しい、重度の後遺症を残した患者さんたちが安心して長期に医療や療養できるためにつくられたのが療養病床であり、全国の多くの療養病床では、一般病院や老人病院から療養病床に転換するため、

入院ベッド数を減らして施設の改築や新築を行い、また病院基準の職員の確保を行い、特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護施設とは違った看護や医療を行ってきました。だからこそ介護施設とは違い、患者さんの家族にも安心感があり、終の住み家ともなる施設だと思えます。

そんな療養病床を、過去に厚生大臣を経験し、今回の削減案の推進者の一人である自民党の丹羽議員は自らのホームページで「私はかつてベッドに拘束された多くのお年寄り達に経管栄養が施されている光景を垣間見て嘔然とした。患者には褥瘡（じょくそう）、いわゆる床ずれの方が多し。行き場のないお年寄りを入院させ、ベッドに縛り付けて、検査漬け、薬漬け、そして流動食を流し込むような「劣悪な老人医療や介護」はもうピリオドを打たなければならぬ」との思いだ。」と痛烈に批判していました。

今、検査漬け、薬漬けを持ち出す事自体全く現状を理解していない発言と思います。拘束についても昔の老人病院や一部の精神病院では人手の足りない

看護基準であり、拘束もあったようです。しかし現在の療養病床では、職員は看護・介護のプロとして、「拘束しない・褥瘡をつくらぬい」をテーマにみんな頑張っているのです。どうしても生命にかかわる時の部分拘束は、ご家族の了解も得ていますし、褥瘡は急性期の病院でつくられて来ることの方が圧倒的に多いと思えます。経管栄養に至っては全くの認識不足です。もしまだ言われるような医療を行っている施設があれば自然に淘汰されるでしょう。ここで書かれた「行き場のないお年寄り」とは、行き場をつくらぬ、これ以上削減しようとしている行政の責任ではないのでしょうか。そしてこの制度に「ピリオドを打て」と言うことは「行き場のないお年寄りは早く死ぬ」という事ではないでしょうか。こんな発言が一般国民やマスコミに間違った認識を与え続けているのではないかと思います。国の専門家が医療費削減の為に「行き場のないお年寄りは早く死ぬ」と言っているのです。悲しいことです。

療養病床もこのような批判にきちんと反論できる

ような病院にならねばならないと思いますが、今後果たしてどの程度の病院が生き残れるのでしょうか。

※参考サイト

介護保険と医療保険を考える部屋

<http://www.urban.ne.jp/home/haruki3/index.html>

吉岡 春紀（よしおか はるき）