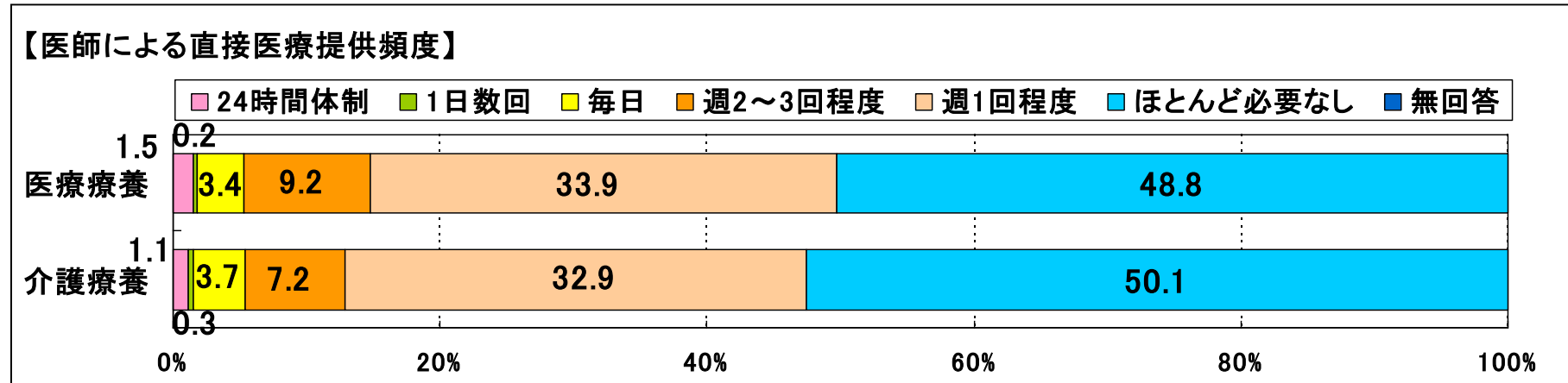


特別部会資料

平成 18 年の介護療養型医療施設全廃計画は失敗した。それは基本に以下のような問題点があったが、それを無視して進めたためである。今次の再編計画もこれらの問題点を引きずったままであり、ここをクリアにしなければ再び失敗に終わる。

問題点① 厚生労働省がこの政策を決めた際のアンケート調査結果は、ねつ造されたものだった。

当時。厚生労働省は、国会議員に上記の慢性期入院医療調査の結果を使い、「医師による直接の医療提供」の頻度が少ないから療養病床を削減すると説明して歩いた。しかし、これはもともと「医師による指示の見直し」という設問項目への回答であった。当然だが医師の指示の見直しの必要がないからといって医療や医師の必要性がないという事にはまったくならない。



【出典】慢性期入院医療実態調査（厚生労働省中央社会保険医療協議会資料：平成 17 年 11 月 11 日）

※村上正泰氏（元財務官僚。内閣官房地域再生推進室参事官補佐、厚生労働省保険局総務課課長補佐として療養病床再編計画に携わった後 2006 年に退官。）の著作 PHP 新書高齢者医療難民より。『当時厚生労働審議官を務めており、その後事務次官になった辻哲夫氏の「日本の医療制度改革がめざすもの」でもこうしたデータが出てきたことが「今回の療養病床再編成の大きな一つの決断の要素となりました」と記されている。だが、このデータも恣意的な使われ方をしている。当時私もこのデータを国会議員に対する説明で毎日のように使っていたが、この調査自体を直接担当していたわけではないので、くわしいことはしらなかった。・・・』

問題点② 厚生労働省は計画のキーワードに「医療区分」の考え方を使い、医療区分1は入院の必要がない社会的入院だとレッテルを張った。しかし、この医療区分の考え方は入院の必要性の有無を判断するものではない。

医療区分とはもともとは、どういう患者にどれだけコストがかかっているかを調べて、診療報酬を払うためにいくつかの類型にまとめたものに過ぎない。しかし、当時も、そして、今でも、医療区分1は軽度の患者であり社会的入院である、そして介護療養型医療施設には区分1の患者が多いから介護施設にしろというロジックに使われている。しかし、下記の表のように医療区分1の患者であっても重介護者は区分2や3の患者よりも重いと評価されるのである。

※中医協の診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会（分科会長＝池上直己・慶応大医学部教授）は（平成19年）3月19日、「政策判断によって医療区分1は入院医療の必要なしとされ、コストに合わない点数が設定されたことに大きな疑問を呈さざるを得ない」とする中間報告書を取りまとめた。近く開催する中医協・診療報酬基本問題小委員会で池上分科会長が報告する。池上分科会長は「この分科会でのエビデンスが違う形で利用された。全会一致の意見として報告したい」と強調した。（日本医師会配信ファクシミリニュース）

※医療区分1の患者だから軽い、社会的入院だというのは間違いである。介護療養型医療施設には医療を必要とする重介護の人が大勢入院している。

患者分類別医療処置時間

（単位：分）

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	26.4	39.0	58.2
ADL区分2	12.6	17.8	36.2
ADL区分1	10.3	16.6	20.2

平成18年 厚生労働省 度慢性期医療入院患者の包括評価に関する調査より

医療区分は1から3になるに従って重いとされる。ADL区分とは、日常の生活動作がどれくらいできるかの評価である。ここではベッド上でどれくらい動けるか、ベッドから椅子や車椅子にどのように移動することができるか、食事やトイレをどうしているかなど4つの項目で評価している。重い障がいがありできることがほとんどなければ3、軽い障がいであれば1となる。

この表の赤い文字の部分をご覧ください。医療区分が3であって、ADL区分が1である患者、医療区分が2であってADL区分が2、あるいは1の患者よりも、医療区分が1であり、ADL区分が3である患者の方が医療処置を必要とする時間が長いのである。

問題点③ 厚生労働省は、現場の医師の役割や看護・介護の人員を無視し、少ない人員配置を押し付けようとした。

介護療養型医療施設の人員配置は、医師が夜間当直もできる体制であり、看護介護の人員配置基準は、以下のように、多岐にわたっている。厚生省はその資料にいつも最低基準である看護 6 対 1、介護 6 対 1 を記載するが、多くの病院で介護スタッフは患者 4 人に対して 1 名以上を選択している。さらに現場ではそれ以上に**看護は患者 3.57 人に対して 1 名、介護は、3.22 人に 1 名とスタッフを加配雇用してしのいでいる**。この現場の現実を無視して人員削減をすれば現場は確実に疲弊し崩壊する。職員の離職、身体拘束、虐待が増加する。

厚生労働省の説明

	一般病床 ^(※1)	医療療養病床 ^(※1)	介護療養型医療施設 ^(※1)	介護老人保健施設
医師	16対1 3名以上	48対1 3名以上	48対1 3名以上	100対1以上 常勤1以上
薬剤師	70対1 1名以上	150対1 1名以上	150対1 1名以上	実情に応じた適当数 (300対1を標準)
看護職員	看護師及び准看護師 3対1 1名以上	看護師及び准看護師 4対1 ^(※2) 1名以上 看護補助者 4対1 ^(※2)	6対1以上	3対1以上 (うち看護職員 ^(※3) は 2/7程度を標準)
介護職員	—	—	6対1以上	
栄養士	病床数100以上の 病院に1人	病床数100以上の 病院に1人	病床数100以上の 病院に1人	定員100以上の場合、 1以上
介護支援専門員	—	—	1以上 (100対1を標準)	1以上 (100対1を標準)

厚生労働省 平成27年介護サービス施設・事業所調査より

本当の介護療養型医療施設の人員配置基準

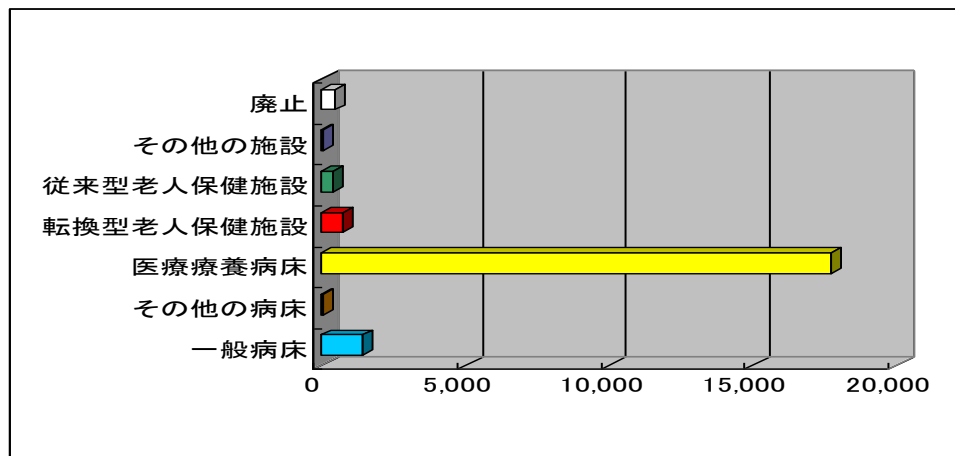
	介護療養型医療施設 (認知症疾患型 以外)	介護療養型医療施設 (認知症疾患型)
看護	6 対 1	3 対 1 4 対 1
介護	4 対 1	4 対 1
	5 対 1	5 対 1
	6 対 1	6 対 1

介護療養型医療施設の現場の雇用人数

	介護療養型医療施設
医師数 (患者 100 人対)	5.8 人
看護職 (患者 100 人対)	28 人 (3.57 対 1)
介護職 (患者 100 人対)	31 人 (3.22 対 1)

問題点④ 先の療養病床再編では、受け皿施設である転換型老健の診療体制や介護報酬の中途半端さにみな嫌気がさし、転換せず医療保険の病床になだれ込む逆流現象が起った。その結果医療費だけが膨らんだ。今次の「新類型」もまた中途半端であり、同じ現象がおこるだろう。

前回の療養病床再編では、転換の受け皿だとして創設された老人保健施設は、現場の実情を無視し、人員配置も介護報酬も非常に中途半端であった。そのため、多くの病院が転換せず、医療保険の療養病床に戻った病院も多かった。今回もある県の調査では、医療療養病床 25 対 1 の病床のうち、85%が医療療養病床の 20 対 1 に転換すると回答した。またある別の調査では介護療養型医療施設のうち、廃止がやむを得ぬとした病院はわずか 11%に過ぎず、転換先として一番多いのがやはり医療療養 20 対 1 である。逆流現象が再び起こることになるだろう。



図は平成 18 年 4 月から平成 22 年 3 月までの転換状況：

受け皿とされた転換型老人保健施設への転換はわずか 4%のみ。医療療養病床への転換 85%、一般病床に 7%という結果であった。

問題点⑤ 無理な療養型病床削減は、いんちきな在宅療養をはびこらせた。安易な「外付け型」創設は医療費を無駄に消費し、患者に不幸をもたらす結果になる。

平成18年療養病床の削減の波にのり、「医療付」をうたう有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅が雨後のたけのこのように増えた。まともな施設ももちろんあるだろうが、うたい文句とは異なり医療などなく患者が放置される施設や、介護保険と医療保険をたくみに使いこなして荒稼ぎする施設もまた存在する。下記は、ある住宅型有料老人ホームに入居する経管栄養を施されている患者について実際に請求された事例である。**その合計額は1ヶ月76万円を超える。**サービス提供側が結託すればこのようなことが簡単に出来るのであり安易な外付け型の創設は危険であり、国民にとって不幸である。

訪問診療(医療保険)

	点数	回数	点数計
在宅患者訪問診療料(同一建物)	200	14	2800
施設入居時等医学総合管理料(機能強化型、月2回以上、重症、患者10人以上、病床なし、処方箋あり)	2640	1	2640
頻回訪問加算	600	1	600
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2500	1	2500
在宅経管栄養法用栄養管セット加算	2000	1	2000
訪問看護指示料	300	1	300
特別訪問看護指示書交付加算	100	1	100
合計			10,940

* 別途、注射料もあり

訪問診療(介護保険)

	単位数	回数	単位数合計
居宅療養管理指導費(同一建物)	262	2	524
合計			524

訪問看護(医療保険)

	点数	回数	点数計
訪問看護(同一建物、同一日3人以上、週3日目まで)	293	12	3516
訪問看護(同上、週4日目以降)	343	8	2744
難病等複数回訪問加算(1日2回)	450	1	450
難病等複数回訪問加算(1日3回)	800	19	15200
夜間・早朝訪問看護加算	210	20	4200
訪問看護管理療養費(月の初日)	740	1	740
訪問看護管理療養費(2日目以降)	298	19	5662

合計			32,512
----	--	--	--------

訪問看護(介護保険)

	単位数	回数	単位数 合計
訪問看護(30分未満)	463	44	20372
緊急時訪問看護加算	540	1	540
訪問看護特別管理加算	500	1	500
合計			21,412

介護サービス

	単位数	回数	単位数 合計
訪問介護(身体介護、20分以上30分未満)	245	13	3185
訪問介護(身体介護、2人対応)	490	9	4410
特殊寝台貸与	1200	1	1200
特殊寝台付属品貸与	200	1	200
床ずれ防止用具貸与	600	1	600
居宅介護支援費(要介護5、40件未満)	1353	1	1353
合計			10,948

医療保険と介護保険の合計点数(このほかに
薬剤費などもあり)

	医療保険分	介護保 険分	合計点 数
訪問診療	10,940	524	11,464
訪問看護	32,512	21,412	53,924
介護サービス	0	10,948	10,948
	43,452	32,884	76,336

私はあくまでも介護療養型医療施設の存続を求めます。

□病状のために在宅、特養や老健では無理な人達はいつも一定の数出てくる。現実問題として、認知症の身体合併症やターミナルケアを求めてくる人のためには中長期療養病院が必要です。介護療養型医療施設はその役割を果たしてきたのであり、どうしてこれを廃止しなければならないのか。現場の納得のいく理由がいまだに明らかにされていません。

□介護療養型医療施設の入院患者の98%に認知症があり、人手がかかることは当然です。

入院患者は認知症のランクⅢ以上が80%を占めており、この人達の身体合併症の治療や精神症状への対応、そしてターミナルケアを行っています。（入院患者の40%以上を看取っている）したがって当然に人手がかかる。例えば、心電図ひとつをとるにしても、点滴をするにしても、食事や排泄のケアをするにしても、ADLの健全な患者よりもはるかに労力を要します。ましてや尊厳に配慮して、身体拘束をせずに、できるだけ丁寧に接すればなおさらです。医師も、一般内科医と精神科の医師と協力して最後まで診る。ご本人と家族にとってこういう状況がどれほどよい事か、これまでの私たちの現場での実践が示していると思います。

□入院期間は長くなるのもまた当然です。急性期病院のように治療途中でも他に受け取る施設があるのなら短くもなります。しかし、私たちの**患者の受け皿はありません**。特別養護老人ホームも老人保健施設もお手上げの患者が介護療養型医療施設にはたくさん入院している。そういう現実を無視して平均在院日数が長い、廃止すべきだとするのは間違っていると思います。

□これまで、介護療養型医療施設はアジアのモデルともなるような比較的低コストで療養部分を担ってきました。これを「その機能を残す」といいながら人手を削減し、報酬を引き下げればまったく別のものになります。平成18年のときも介護療養型医療施設の受け皿だとされた転換型老健では要介護状態は軽くなり、転院患者の割合が高くなり、看取り数も減りました。平成28年10月5日の特別部会ではある委員から「**転換老健は、転換当初はがんばっていたが、今では普通の老健なみの軽い患者を診る状況になってしまった**」という発言がありました。現場とはそういうものなのです。にもかかわらずどうして、再度、介護療養型医療施設を廃止して「**中途半端な類型**」をつくらうとするのか。わたくしには理解できません。以上、委員の皆様にはぜひ前回の失敗を念頭に置いて、しっかりと議論をしていただきたいと思います。

	介護療養型医療施設	転換型老健(介護療養型老人保健施設)
平均要介護度	4.38	4.06
医師数(患者100人対)	5.8	1.79
看護職(患者100人対)	28	20.9
介護職数(患者100人対)	31	30.6
医療機関への退院者率	31%	44%
死亡退院率	41.4%	29%