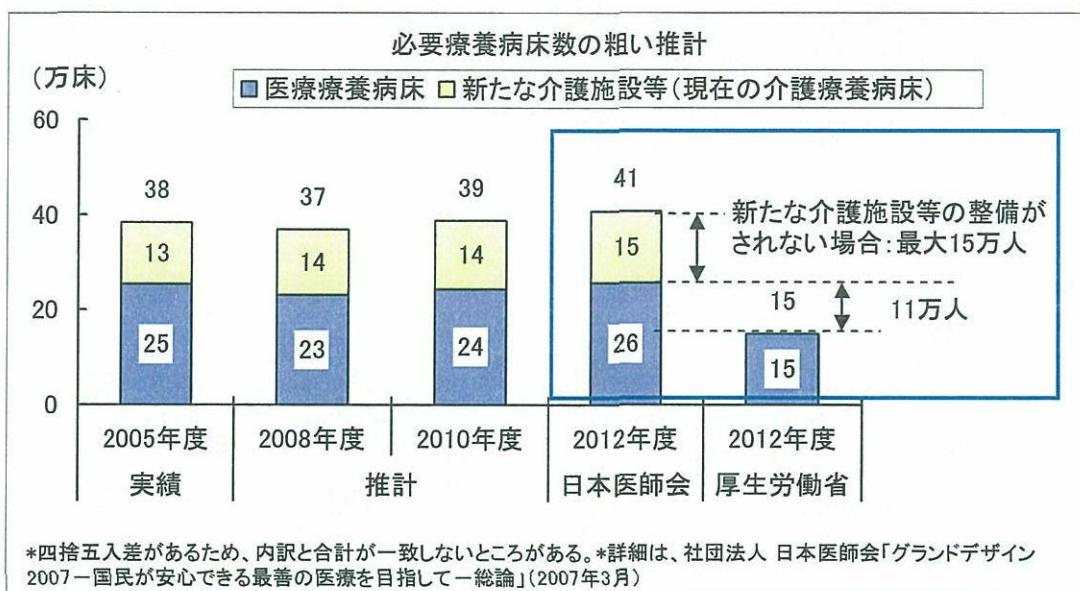


このまま進めば、2012年度に適切な医療を受けられない人が最大11万人、適切な介護を受けられない人が最大15万人、合計最大26万人が行き場を得られないこととなる。

したがって、現在の療養病床はむしろ維持されなければならない。



② 有床診療所の活用

在宅医療を推進したとしても、高齢化が進むほど在宅高齢患者の重症化も進む。在宅サービスの基盤整備が必要である。介護施設のほか、多様な住まいや特定施設を支援する地域ケア体制の整備が求められる。そのひとつとして、地域住民にとって身近な入院施設である有床診療所の病床のうち、機能的に対応可能な病床を有效地に活用することを提案する。家族介護支援のためのショートステイ、終末期医療の場としての機能のほか、小規模多機能型居宅介護²への取り組みなども検討課題である。

² 2006年度の介護報酬改定で新設された「地域密着型サービス」のひとつ。利用者が中重度になっても自宅や身近な地域での生活を継続できるよう、「通い」「訪問」「泊まり」を組み合わせたサービスを提供する。

(3) 多様な医療の選択肢の提示

高齢者に限ったことではないが、同じ傷病名であっても個々の病態、既往歴、体質等によって、提供される医療は異なって当然であり、同様に医療を受ける場も患者の特性に応じて多様に提供されなければならない。

2006年度の診療報酬改定によって、在宅療養支援診療所が導入されたが、これを算定すると患者負担増につながるため、現場では機能させにくいという問題が生じている。一方で、在宅療養支援診療所の届出をしていないと、それまで在宅医療に取り組んでいても、「看取り」が十分評価されないという不整合もある。

高齢者の尊厳を守り、高齢者が安心して生活できるようにするためにには、高齢者の意思で多様な医療が選択できるようにしなければならない。

在宅療養支援診療所にみられるように、施設基準で医療機関を実質的に制限し、それ以外の医療機関が行った適正な医療が評価されないようなことがあってはならない。在宅でも入院（療養病床、一般病床）でも、さらには外来でも、提供された医療を適正に評価する診療報酬上の仕組みが求められる。

4. 後期高齢者医療の診療報酬体系

(1) 診療報酬体系の枠組み

日本医師会は、後期高齢者の診療報酬体系について、次のように考える。

外来は出来高払いとする。入院も原則出来高払いとし、慢性期の一部を選択制の包括払いとする。いずれの場合も、個々の病態に配慮しない画一的な支払方式に陥らないよう、柔軟な対応を行う。

(社) 日本医師会「グランドデザイン2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—総論」(2007年3月) より

診療報酬体系の大枠

対象		支払方式
外来		
入院	急性期	出来高払い
	慢性期の急性増悪	
	慢性期	一部包括払い（選択制）

基本的に出来高払いとしているのは、医療に制限が加えられることなく、必要な医療が提供されることを目指しているからである。ただし、入院の慢性期治療については、コストに見合った点数が設定されれば、病態が安定的に経過することも多いため、選択制（医療機関が選択できる）の一部包括払いもあり得ると考える。

(2) 個別に評価すべき項目

① 「かかりつけの医師」を中心とした地域医療

「かかりつけの医師」とは、先に定義したとおりであり、幅広い活動が求められ、多様な医療連携が要求される。まず、医療連携の機能（相談機能、紹介機能、在宅療養支援診療所と後方支援医療機関との連携など）を評価すべきである。さらに、医療の継続性を保障するためには、地域すでに築き上げられてきた「かかりつけの医師」（主として診療所医師）の地域医療活動全般の評価も重要である。

② 医療の必要な患者のための長期入院の場（療養病床）

厚生労働省が「社会的入院」とみなしている「医療区分1」（医療の必要性が低い）の患者の中にも、医療処置の必要な患者は少なくないので、「医療区分1」を再評価する必要がある。また現状では、ADL区分（自立度。これによってケア時間や医療処置の時間が大きく異なる）が評価されていないが、これも評価すべきである。

なお、いずれの場合においても、病態が不安定であることも考慮し、点数設定を行う必要がある。

ここで、療養病床再編の問題点を整理すると次のとおりである。

中央社会保険医療協議会・慢性期入院医療の包括評価調査分科会「平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査」中間報告では、「医療区分1に関して入院医療を必要としないという政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されている」と記載され、コストとは無関係に、政策判断のみから療養病床が削減されようとしていることを認めている。

また、現在の診療報酬は医療区分別の評価がされているが、13頁に示すタイムスタディ調査からも明らかのように、コストのみならず、ケア時間や医療処置時間も診療報酬と見合っていない。

療養病床においては、間違った政策判断がなされた「医療区分1」の見直しが必要である。

厚生労働省は「医療区分1」は「社会的入院」であるとみなしている。しかし、「医療区分1」の患者については、医師の指示見直しは少ないものの、医療処置（経管栄養、胃瘻、喀痰吸引等）を受けている患者は少なくない。「医療の必要性がない」すなわち、入院医療の必要がないというのは間違いである。

また、現在の介護施設、在宅医療体制は、療養病床の医療の必要な患者の受け皿になることは困難である。したがって、特に、医療区分1については、時間やコストに見合う点数設定をし直す必要がある。

③ 介護施設における医療

厚生労働省は患者（利用者）の観点からではなく、財政的な見地からのみ、行政主導で、療養病床から老人保健施設への転換を進めようとしている。

しかし、現在の介護保険下の老人保健施設では、他の保険医療機関からの往診等が、必ずしも適正に評価されていないとの指摘が多くある。必要な医療は、医療保険の下で適正に評価され、十分に提供されるようにすべきである。