

救急医療を支える療養病床で 今、何が起きているのか

～命のバトンをつなぐために～

医療法人社団康明会
事務局長 遠藤正樹
info@komei-mc.or.jp

1

救急医療における療養病床の機能

急性期病院の後方支援として
急性期治療後の受入先となっている

- 24時間体制での継続的な医学管理が必要
- 継続したリハビリテーションが必要
- 医療の必要性は高くないが、そのまま在宅復帰することが難しい(例:経管栄養、認知症、単身)
※患者・家族の病気への理解、社会復帰に向けての気持ちや環境を整える時間

2

当院医療療養病床(48床)の 2・3次救急からの入院要請・受入実績

(H18.6以前)
平均入院要請数 28件/月 ⇒ 入院9.5件(34%)

医療区分開始

(H18.7以後)
平均入院要請数 22件/月 ⇒ 入院4.5件(20%)

※「医療区分」開始後、入院数(比率)は、14%減

3

受入要請を断った主な理由

- 1) 満床
- 2) 地域性(地元優先である当院の特性)
- 3) 専門医がない(透析、呼吸器等の重症例)
- 4) 単身高齢者等、身寄りがない(後見人不在)
- 5) 医療コストが高い

※ 5)のコスト高を理由に受入を断ったケースは、
「医療区分」導入後、顕著

4

「医療区分」とは何か

逼迫する医療費削減の目的のために;

「社会的入院の解消」という大義名分のもと、
入院患者数の大幅な削減のために行われたことは・・・

- ① ベッド数の削減(06年6月国会で可決された療養病床再編)
 - ◆ 25万床(医療)+13万床(介護)を
6年間で15万床(医療)に
 - ◆ 介護療養は全廃(H24.3末まで)
- ② 医療の必要度が低いとみなした患者の入院抑制
 - ⇒ 医療区分の導入
(06年診療報酬改定で同年7月開始)
 - ◆ 患者を医療の内容・身体機能(ADL)によって区別し、
診療報酬に差をつける

5

医療区分・ADL区分と報酬

(H20.4)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分1	885点	1320点	1709点
ADL区分2	750点	1320点	1709点
ADL区分3	750点	1198点	1709点

2・3次救急からの典型的な受け入れ患者像
脳血管疾患／重度の後遺症(マヒ、失語、
認知症)／経管栄養／体動ほぼ無し
(体位交換を含む全介助 要介護度5)

財政面で受け入れられない療養病床が多い

医療区分1・ADL区分3 ⇒ 点数 885点/日

国は、区分1は医療必要度が低いため在宅・施設で対応可というが・・・

⇒ では、救急からの受入先はどこへ？

6

2・3次救急からの受入患者の行き先

救急からの受入患者の在宅退院率(施設含む): 28%

- 手厚い在宅復帰・支援体制でも、これが限界
 (訪問診療、訪問看護、居宅介護支援、
 重度対応可能な訪問介護・通所サービス等)
- 在宅体制の整備できない地方部ではほとんど不可
- 帰れない患者の大半は介護療養型医療施設が受け皿

国は、介護療養型医療施設の全廃を決めたが・・・

⇒ では、救急から受けた患者の次の療養の場は？

7

受け皿としての療養病床の直面する問題

- 救急病院から療養病床で受入れてきた患者は、
これまでも、これからも、療養病床でなければ
受け入れられない患者である
- 療養病床の機能(量と質)が継続できなければ
救急医療の機能不全もさらに悪化。

- 問題① 現状の医療区分と報酬では、ますます受入不可に。
- 問題② 療養病床を持つ病院は、減収と人員配置で経営破たん。
社会的資本としての受け皿機能が消失
- 問題③ 転院先の介護療養病床がなくなれば、在院日数が伸び、
満床でさらに受入不可に。

8

救急医療の機能不全を防ぐために

提案 療養病床での受入れを促進する
医療区分の見直し

◎2・3次救急病院から受入れた患者は
入院から6ヶ月間、医療区分2とする

(必要な医学管理・投薬・リハビリの実施、
および在宅を含む社会復帰支援のため)

これが救急医療から療養病床が受けた
「命のバトン」をつなぐ
真のセーフティネットとなる