

「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