

療養病床の維持・増加こそ必要 —急性期医療機関における療養病床削減に関する影響調査の結果の概要—

2008年11月21日
全国保険医団体連合会
病院・有床診対策部会

全国保険医団体連合会「病院・有床診対策部会」では、今年10～11月に急性期病院に療養病床削減に関する影響調査を実施した（12都府県：247病院より回答）。

その結果、①後方病院は現在でも不足、②介護療養型老人保健施設は受け皿として不十分、③療養病床の維持・増加が必要、であることが明らかとなった。

今回の結果を受け、全国保険医団体連合会では、①介護療養病床廃止の撤回、②医療療養病床の報酬引き上げ、③介護療養型老人保健施設の基準と報酬の引き上げ、の実現を求めて行く。

（１）後方病院は現在でも不足

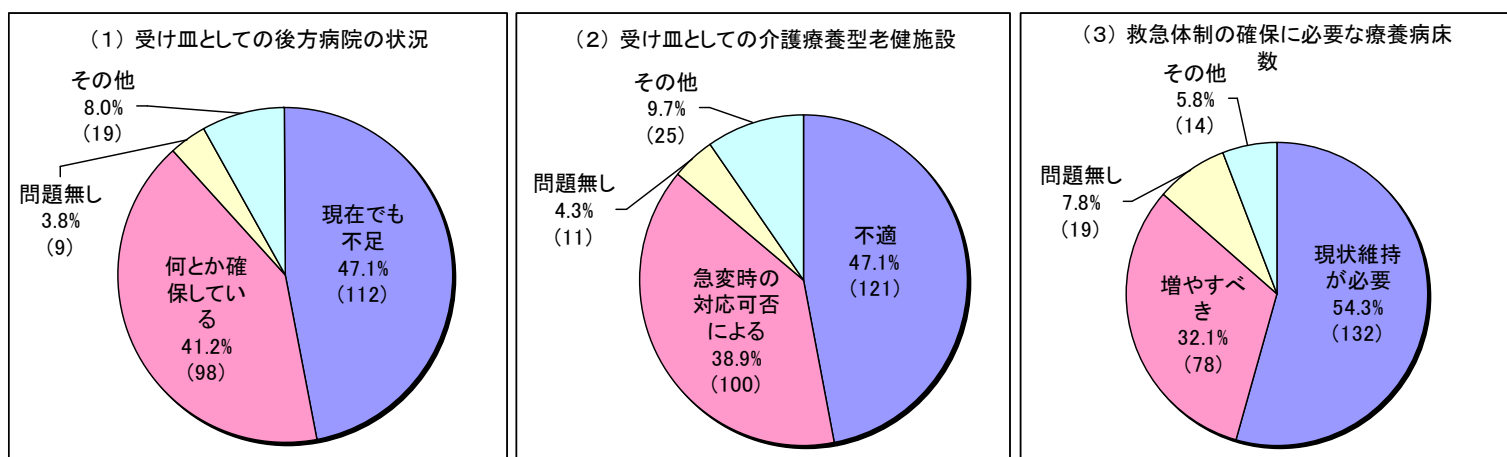
「急性期病院の受け皿としての後方病院の状況」については、①現在でも不足している47.1%、②何とか確保している41.2%、③問題無し3.8%、④その他8.0%となった。また、「その他」と回答した19病院については、ほとんどが急性期医療を担いつつ慢性期病床も併設している医療機関であり、これらを除いた場合には、95%以上の病院が受け皿となる後方病院の確保に苦慮している結果となった。

（２）介護療養型老人保健施設は受け皿として不十分

退院患者受け入れ先としての介護療養型老人保健施設は、①不適47.1%、②患者の急変時の対応可否による38.9%、③問題無し4.3%、④その他9.7%であり、急性期病院から慢性期の患者を送る施設として介護療養型老健では不十分と考えられていることが分かった。

（３）療養病床の維持・増加が必要

療養病床の廃止・削減による救急体制の確保については、①体制確保には少なくとも現状の病床数維持が必要54.3%、②今より病床数を増やすべき32.1%、③問題無し7.8%、④その他5.8%であった。



—急性期医療機関における療養病床削減に関する影響調査の結果報告—

【調査の目的】

現在進められている療養病床の廃止・削減が全国の地域医療に及ぼす影響を明らかにするため、急性期医療機関を対象として療養病床削減に関する影響調査を実施した。

【方法】

各保険医協会・医会より、9月下旬に都府県下の急性期病院に調査票を送付いただき、11月中旬までに茨城、千葉、東京、愛知、京都、大阪、山口、福岡、佐賀、長崎、宮崎、鹿児島 の 12 都府県より 247 医療機関から回答いただいた。

【結果】

設問 1. 都道府県名、一般病床数、医療機関名

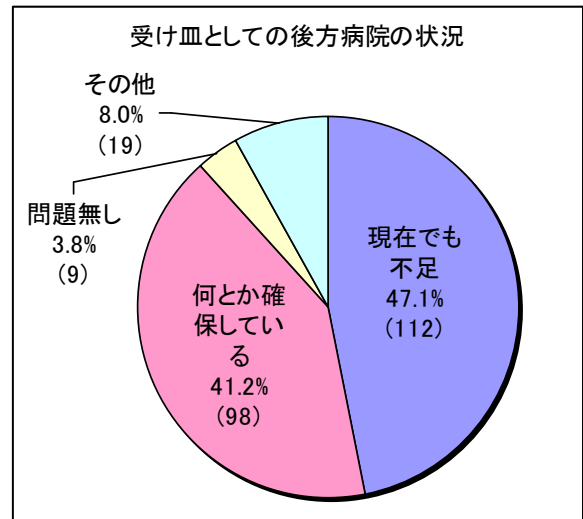
都道府県の内訳は、下記の通りであり、一般病床数は、平均で 155.9 床であった。

茨城 (32)、千葉 (19)、東京 (25)、愛知 (21)、京都 (28)、大阪 (47)、山口 (21)、福岡 (7)、佐賀 (12)、長崎 (13)、宮崎 (9)、鹿児島 (13)

設問 2. 急性期治療の体制整備には慢性期の受け皿が整っていることが必要ですが、そうした受け皿としての後方病院は充足していますか。

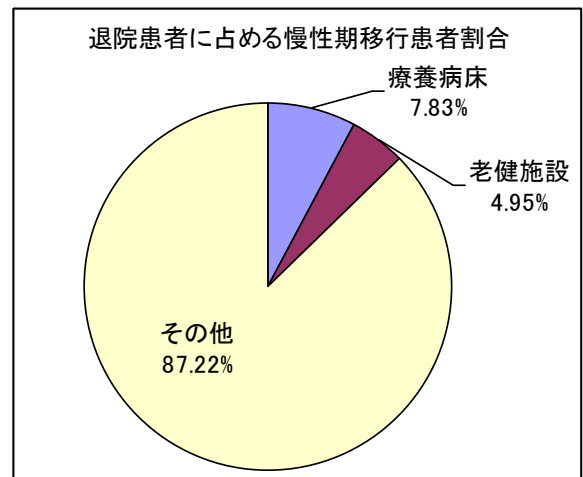
「急性期病院の受け皿としての後方病院の状況」については、①現在でも不足している 47.1%、②何とか確保している 41.2%、③問題無し 3.8%、④その他 8.0%であった。

なお、「その他」と回答した 19 病院については、ほとんどが急性期医療を担いつつ慢性期病床も併設している医療機関であり、これらを除いた場合には、95%以上の病院が受け皿となる後方病院の確保に苦慮している結果となった。



設問 3. 一般病床からの退院患者のうち、他の慢性期病床等に送っている患者の割合は、月当たりどのくらいですか。

療養病床 (7.83%)、老健施設 (4.95%)、その他 (他の病院や、在宅、居宅、死亡など 87.22%) であった。療養病床又は老健施設への移行患者割合が 10%未滿となっている点について、「相談はするが、1 年入居待ちで実際は転院ができない状況にある」、「療養病床や介護療養型老健が空いてないために転院させられない状況がある」等の意見が寄せられていることから、地域において慢性期患者を送る病院



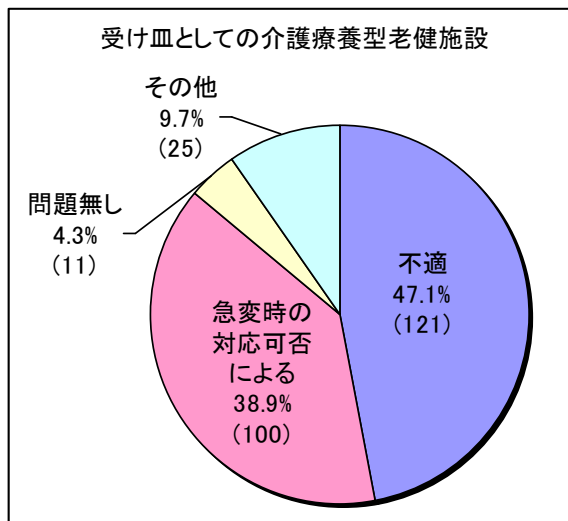
や施設数が不足している状況が推察できる。

設問4. 療養病床削減に伴う転換先として「介護療養型老人保健施設」が創設されましたが、退院患者の受入れ先としてどうお考えですか。

2008年5月に新設された介護療養型老健施設については、慢性期患者の受入れ先として47.1%の病院が「不適」、また38.9%が「患者の急変時に対応可能かどうかで判断する」と回答している。

これは、国が慢性期患者の受入れ先として当該施設を打ち出したものの、実際の現場では施設基準や人員配置基準の点から慢性期患者を送るには不足があると考えられていることを示している。

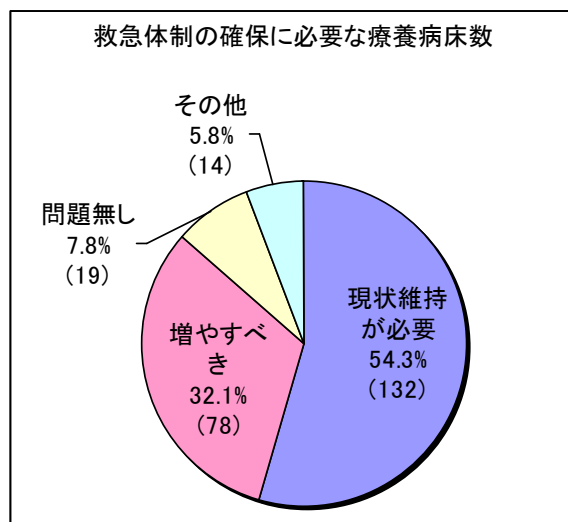
また、「その他」と答えた医療機関でも「近隣で該当する施設が無く不明」、「中途半端な体制、看護師、介護士不足ではとても出来ない」、「急性期からの直接相談では医療依存度が高く、受入れ不可が多い。また、申し込みからの待機が長い」、「待機期間が長く、直接転院は困難」、「医療の必要な患者の受入れ施設が不足している」等の意見が出されており、患者受入れ先としての介護療養型老健の不十分な点を指摘するものが多い。



設問5. 療養病床が廃止、削減されることで、救急医療体制が確保できると思いますか。

療養病床の廃止・削減による地域の救急体制の確保については、①体制確保には少なくとも現状の病床数維持が必要54.3%、②今より病床数を増やすべき32.1%、③問題無し7.8%、④その他5.8%だった。

なお、「その他」と答えた医療機関では「(救急体制の)確保はできないと思う」、「高齢者が高齢者を介護するのに在宅へ戻す事は無理があることを理解してほしい。公的機関の方々には、現場に入って考えるべき」、「救急医療体制にどうかと言われるより、療養病床削減は反対」、「現状でさえ入院長期化しており、急患を取れないことも多々ある」等の反対意見が多く出されており、90%近い病院が、現状維持か増やすべきであると考えていることが分かった。



設問6. 急性期医療の体制整備あるいは診療報酬改善等、国や行政への要望をご記入ください。

(要望)

- ・年金生活者でも支払いが可能な療養病床の増床を要望する。
- ・医療区分1の方が入れる受け皿が必要。
- ・医療が残ってしまった患者様の行き先をスムーズにしてほしい。
- ・看護要員の確保が非常に難しい現状を改善してほしい。
- ・急性期病院と療養型とでは、患者負担額に格差がありすぎる。
- ・経済的に転院が出来ないケースがある。とにかく人手を増やすべき。医師・看護師の補助的業務に従事する職員・権限を増やしてほしい。
- ・急性期医療を行っている多くの医療機関は赤字である。急性期医療を充実させるためには、診療報酬を十分に手当てすべきだ。
- ・高齢化に伴い、独居、身寄り無しの方、外国人の保険未加入等の人が増加しており、診療報酬等も含め助成制度の不十分さがある。
- ・①救急医療体制加算の点数引き上げ、②救急車受入れに対する評価の新設、③入院時医学管理料の施設基準の緩和。
- ・①医師・看護師・介護福祉士不足の改善、②現在の診療報酬ではやっていけないので増額を。医療の質の確保、衣料安全のためには、①②は必須。
- ・適切な医療体制構築にあたり、国民の健康に関わる医療の重要性を認識に立脚した理念で対応してもらいたい。あまりにも経済一辺倒の施策はこの国の医療を崩壊に追いやるばかりである。
- ・手術手技料、検査料などがあまりに低く評価されており、急性期医療の維持はいよいよ困難となってきた。
- ・慢性期の医療依存度の高い患者の行き場を増やしてほしい。在宅は介護力によって限界もあるため、帰りたくても在宅へ帰れない方は多くみえる。
- ・適正な評価に基づいた診療報酬改善が必要。
- ・療養病床を廃止・削減するならば、転換先としての老健施設の入所基準の改正と、診療報酬の改善を行う必要があると思います。高齢者が多い為、何らかの医学的管理が必要です。現在の老健では、十分な体制がとれておらず受け皿として充分ではなく、入所希望しても無理な状態です。今後ますます医療難民、介護難民が続出すると思います。急性期医療を充実させるならば、受け皿としての施設の整備を…。
- ・医師数を増加させ救急医療を充実させるには、診療報酬額のアップが必須の条件です。
- ・急性期、慢性期、介護療養それぞれに充実しなければ、相互補完という点では充足されず、どれかを増やしてどれかを減らすという施策では意味をなさない。
- ・個々の病院の急性期医療体制は、要員の数を除けばかなり尽くされている。救急医療提供体制の整備に残されているのは施設間の連携体制の整備ではないか。この信頼できる現実的な連携ネットワークの構築を診療報酬によって誘導実現できるのではないか。
- ・事務作業補助者を豊富に配置して医師の業務を軽減できるのは、十分な医師数を擁する都市部の大規模病院であって、医師不足に苦しんでいる地方の中小規模病院の医師の支援にはならない。一考を望む。
- ・医療技術の発展と、それに伴う平均寿命の延びに対して、数々の医療や介護の必要性から在宅生活が困難な患者への受け皿は圧倒的に不足しています。人材不足の問題等は、社会保障費の財源

確保という根本的な問題の早期解決策を求めます。また、地域により高齢者、要介護者の質・割合が異なり、各地域の実情に即した医療・介護の整備の必要性を実感しています。

- ・ 公立病院の救急体制の充実、私立病院に対する援助の増額。
- ・ 平均在院日数を圧縮しすぎている。退院者の中には不平不満のまま退院を強いられているケースがある。これが医療不信を増大させている。
- ・ 医師、看護師等専門職に見合う診療報酬の改善を望みます。
- ・ 急性期医療への診療報酬は低すぎる
- ・ 体制整備には急性期病院の充実はもとより受入れ先病院或いは患者の行く先を整えるべき。在宅は理想であっても、急性期には救急のラインに乗る。また、病院に慢性期患者が逆戻りして、本来見るべき患者が診られなくなっている面もある。
- ・ 重症患者の治療後、延命治療により長期入院者の受入れ先がない。また、今後介護老人医療が増加するが、その受入れ先がなく、老老介護で倒れる方が多くなると思うので、長期の入院ができる施設がほしい。
- ・ 看護師の採用が困難。看護比率(現状体制)による入院料の格差は即時廃止すべき。
- ・ 限界ですね。
- ・ 公的機関において、不必要な市民病院等は廃止し、三次救急の受け入れに重点を置くべき。
- ・ 民間病院が経営に苦しまない程度まで診療報酬の引き上げをしてもらいたい。
- ・ 診療報酬の改善、医療における消費税廃止。
- ・ 資金繰り銀行対策(経営赤字による貸し渋り)。
- ・ 介護職員が不足する中、報酬を引き下げた施設に移行すること自体、医療崩壊を加速させると思われる。
- ・ 全ての面で大病院中心で、我々中小病院にとっては困難な事が多すぎる。
- ・ 急性期医療の体制整備において転院調整を担うMSWは患者様、ご家族にとって必置であろう。退院支援計画に対する診療報酬上の更なる加算等を要望する。
- ・ 医療必要度の高い(処置対応可能な)良質な後方病床の確保、救急と周産期医療の更なる診療報酬上の評価は必須の課題と考える。
- ・ 成果主義医療に反対します。
- ・ 有病者(基礎疾患)を持つ患者様の受け皿が減少しており、今後の行政方針の再考を希望する。
- ・ 今後ますます高齢化が進む中で、国は在宅と言っているが、高齢者が高齢者を介護している状況で共倒れになっているケースが非常に増えている。療養病床の削減を残酷であると思う。施設から入院しても施設に帰ることの出来ない患者も非常に増えており、このような方の行き先はどうなるのか。医療療養だけでなく現在以上に増やすことを検討すべき。(年をとって安住の地はあるのかと考えると不安である)
- ・ 回復期病床の自宅復帰率が施設基準要件となっており、対象疾患の限られる回復期では急性期医療の受け皿として不十分で、亜急性期と一般病床の区分も不明瞭。療養病床を医療区分だけで評価するのではなく、亜急性期を含めた施設としての診療報酬体制が必要では？
- ・ 急性期医療の在院日数が短縮すればするほどに療養病床は重度の亜急性期の患者を受け入れることになる。そうなれば現場に負担が掛かり悪循環となる。現在でもこの状況であるのに、療養が削減されれば地域医療は崩壊すると思う。
- ・ 急性期から慢性期へ連携促進の評価、施設・療養からの入院受け入れ評価、救急医療の評価を望

む。

- ・急性期医療から側在宅医療へと診療報酬上整備されようとしていますが、実際の在宅での受け皿となる介護保険制度等の整備は全く進んでおりません（例えば、ヘルパー等の痰の吸引、インスリン注射、服薬管理などの医療行為禁止など）。このような現状で在宅医療を推し進めて行くことは困難と思われます。
- ・90日、180日超で重度の肢体不自由者から脳卒中の後遺症または認知症の患者が10月で除外されることにより、当院の多くの入院患者がその対象となる。当地域には受け皿がなく10月までの対応に苦慮している。撤廃を強く求める。
- ・自宅での生活が困難になられた方で、医療依存度が高い患者さんについては、療養型病床しか受け皿がないことが多い。これからさらに高齢化、核家族化が進む中、国は療養型病床の削減を計画しているが、完全に方向性が間違っていると思う。
- ・当院では、急性期のみでなく慢性期（維持期）までもかかえている状況があります。理由の一つとしては、療養病床への転院が困難であるからです。また、急性期病院から療養病床へ転院したとしても、療養病床からの先がどうなっているのかと不安に思います。
- ・国は、医療機関の機能分化・重点化・効率化を推進しており、急性期医療を終えた患者を回復期や慢性期、在宅を担う医療機関等に委ねることによって、在院日数を短縮するとともに、患者に継ぎ目のない医療サービスを提供することとされている。しかしながら、過疎化・高齢化が急速に進む中山間地域では、人口減少が進む一方で、高齢者のみの世帯や独居老人の世帯が増え続けており、交通アクセスも十分ではなく、集落崩壊の危機にも瀕している。療養病床の再編により、介護療養病床が廃止されると、多くの介護難民が生まれ、認知症患者の受け入れ先もなくなる。高齢者が急変して急性期等の病院に担ぎ込まれても、後方連携する先が極端に不足する事態となり、救急をはじめとする急性期医療にも支障が出て、地域医療の存続自体が危ぶまれる。
- ・とにかくこれ以上の診療報酬の抑制策はやめるべきである。
- ・在宅療養が困難な患者が増加する中、療養病床削減は救急患者受入れに支障をきたすと思われるため、存続が必要ではないか。
- ・①急性期病床を減らし、医師・ナースを倍増する。②療養病院の質的向上をし、病床を減らす。③介護施設を増やす。
- ・地域住民の声を聞くことが大事。国や行政には大局的な取組みをお願いする。
- ・急性期病床だけ確保しても駄目。御高齢の方の病気は（40歳、50歳代の方々と違い）回復に時間がかかり、しかもリハビリもしないとADLは元に戻りません。
- ・診療報酬の改定を政策的議論とする事より社会保障施策全体の見直しが必要。
- ・医療資源の適正配分による社会保障の推進：地域間格差の縮小を期す。
- ・医師看護師不足対策、勤務医の実態把握と改善、救急二次輪番病院の実態把握と支援策
- ・人的、物的投資量に見合う診療報酬ではないような気がします。
- ・低医療費政策など国民の命を大切にしない国に将来は無い。
- ・人員基準、夜勤体制等の見直しを。医師・看護介護スタッフ不足が病院運営の不安定化に拍車をかける。
- ・医療必要度のある患者様に対応可能な病院が少ない（療養病床）。その分、受け入れ先が限られており待機することが多い。

【結論】

本調査の結果から、度重なる診療報酬マイナス改定や療養病床の廃止・削減によって、全国の各地域における医療体制の確保が困難になっている実態が明らかとなった。

日本医師会の調査では、2025年には33万5000床の医療療養病床が必要であると推計しており、このまま介護療養病床が廃止されれば、どこにも行き場のない、いわゆる「医療難民」や「介護難民」が各地であふれる可能性が大きい。

2006年の国会で成立した医療「改革」法では、2012年3月末で介護療養病床を廃止するとともに、医療療養病床を大幅に削減することが盛り込まれた。このうち、医療療養病床については都道府県計画に示された値を合計すると全国で22万床程度となり、回復期リハビリ病棟への移行分を含めると、現行の医療療養病床とほぼ同数の25万床となる。しかし、これで、現行の医療療養病床が存続を約束されたわけではない。都道府県が計画した数値は、地域に最低限必要な療養病床の数を示したものであり、これを確保するためには、現行の看護・看護補助の配置を認め、医療区分1をはじめ診療報酬を正當に評価することが必要である。

一方、介護療養病床の転換先として示されている介護療養型老人保健施設は、医師及び夜間の看護配置を緩和しており、要介護5・多床室の場合では入所者一人当たり月に77500円の減額となる。これでは医師や看護職員の関与が高い入所者は入院できず、現在介護療養病床に入院する患者の多くが入院し続けられなくなる。

こうしたことから、全国保険医団体連合会では、救急医療・地域医療体制を確保する観点からも下記の実現を求めるものである。

記

- 一、介護療養病床廃止を撤回し、介護療養病床の役割を評価すること。
- 一、医療療養病床については、2012年4月以降も現行の看護・看護補助の配置を認め、医療区分1をはじめ診療報酬を正當に評価すること。
- 一、介護療養型老人保健施設は、休日・夜間等における医師及び看護体制が十分に確保できる基準と報酬に引き上げ、従来型の介護老人保健施設からの転換を認めること。