

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：令和3年11月11日16:30～

場所：Web会議システム「Zoom」使用



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

療養病床の制度を廃止しませんか！

現在も療養病床と言われていますが、実態はまるで変わっています。療養というイメージの病床ではありません。

今は療養病床ではなく、慢性期重症治療病床です。

2006年より前	療養病棟の診療報酬体系は包括性であり、いかなる病態でも同じ診療報酬であったため、紹介元の急性期病院にできるだけ軽中度患者の紹介を依頼して、重症患者の入院を忌避してきたことの実態も存在していた。
2006年7月	医療区分とADL区分による患者分類を用いた慢性期医療分類の包括評価が施行された。
2010年～	<p>療養病棟入院基本料1(20対1):医療区分2・3患者 <u>80%以上</u></p> <p>療養病棟入院基本料2(25対1):医療区分2・3患者 縛り無し</p>
2018年～	<p>看護職員配置 <u>20対1以上</u> を要件とした療養病棟入院基本料に一本化</p> <p>療養病棟入院料1(20対1):医療区分2・3患者80%以上</p> <p>療養病棟入院料2(<u>20対1</u>):医療区分2・3患者 <u>50%以上</u></p>

- ◆現在、療養病棟入院料1では医療区分2・3患者を90%以上受け入れている。
- ◆超重症患者が多くを占めており、昔のような単なる療養のために長期入院されている状況と全く異なる。

病床機能報告制度（2014年～）

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能
-------	---

- ◆この機能の定義は現状とまったく一致していない。**障害者**ではなく、重症者である。
- ◆現在は、慢性期患者でも多くの医療ケアを必要としない患者は、介護医療院へ移行している。

- ◆ 今も療養病床は65歳以上の入院患者に対して介護施設同様に居住費(370円/日)を患者負担としている。(一般・精神病床入院患者及び65歳未満患者の患者負担はない。)
- ◆ 現在の慢性期重症患者治療専門病床化した状況に合わない制度の不整合を正すことを検討してほしい。
- ◆ 特に地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟は、同じ病床機能であるにも関わらず、療養病床であれば居住費負担しなければならない。

	一般病床	療養病床
食費 (1食)	460円	460円
居住費 (1日)	—	370円
1ヶ月の合計 (1日3食、30日の場合)	41,400円	52,500円

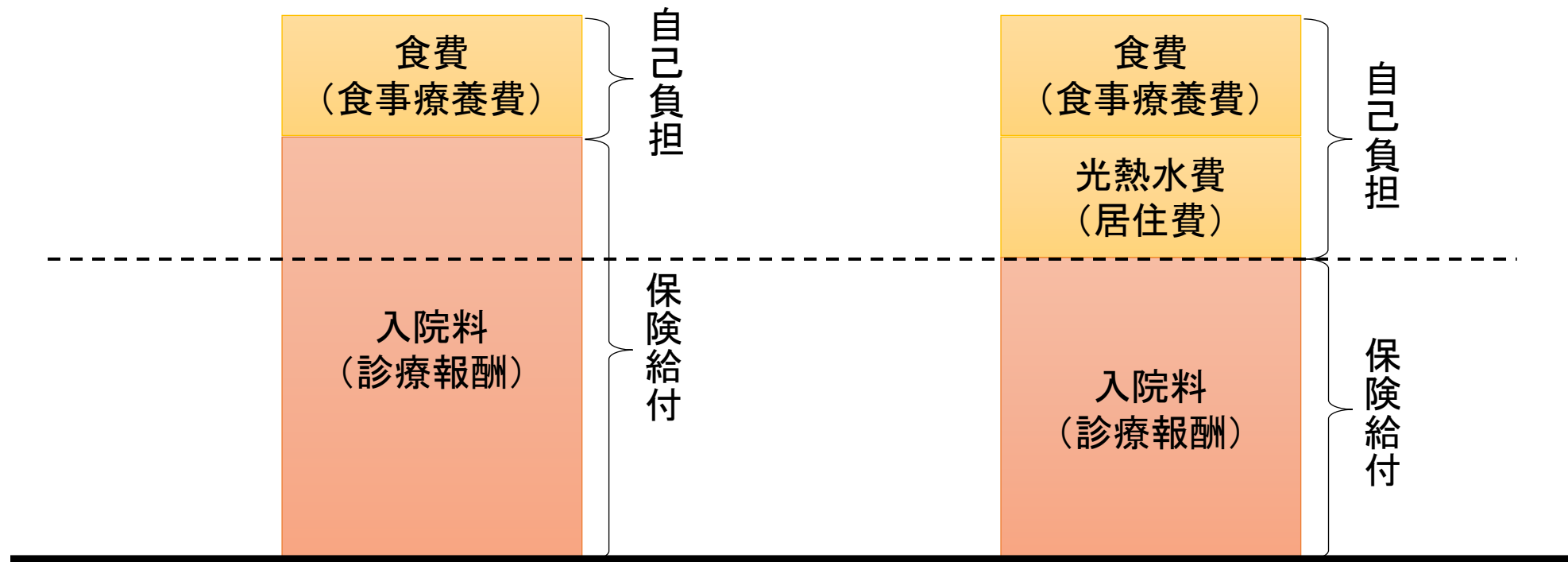
※ (例) 65歳以上の低所得者以外の患者の場合

居住費のイメージ

- 療養病床では、居住費として患者負担が生じている（一般病床ではなし）。
- 一般病床の仕組みに揃えた場合、療養病床の患者負担は減るが、保険給付（国の負担）が増える。つまり、財源が必要。
- 療養病床の仕組みに揃えた場合、一般病床の患者負担は増えるが、保険給付（国の負担）は減る。

「一般病床」の回りハおよび地ケア

「療養病床」の回りハおよび地ケア



入院時食事療養費及び入院時生活療養費の創設経緯について

平成6年～ 1994年～	<p>○ 入院時食事療養費制度の導入</p> <ul style="list-style-type: none">・ 入院時の食費は、保険給付の対象としつつ、在宅と入院の費用負担の公平化の観点から、在宅と入院双方にかかる費用として、食材料費相当額を自己負担化・ 患者側のコスト負担意識を高めることによる、食事の質向上の効果も期待
平成17年～ 2005年～	<p>(参考)介護保険における食費・居住費の見直し</p> <ul style="list-style-type: none">➢ 在宅と施設の給付と負担の公平性、介護保険給付と年金給付との調整の観点から、<u>介護保険施設において食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を原則として、保険給付外。</u>➢ 低所得者に対する負担軽減措置として、<u>補足給付制度を創設</u>
平成18年～ 2006年～	<p>○ 入院時生活療養費制度の導入</p> <ul style="list-style-type: none">・ 患者は医療上の必要性から入院しており、病院での食事・居住サービスは、入院している患者の病状に応じ、医学的管理の下に保障する必要があることから、<u>医療保険においては、食費・居住費についても保険給付の対象とする。</u>・ <u>一方、療養病床については、介護病床と同様に「住まい」としての機能を有していることに着目し、介護保険における食費・居住費の見直しを踏まえ、介護施設において通常本人や家族が負担している食費(食材料費+調理費相当)及び居住費(光熱水費相当)を自己負担化</u>

療養病床については、介護病床と同様に「住まい」としての機能を有していることに着目し、

一般所得 の場合		療養病床		一般病床 (回復期リハ病棟) (地域包括ケア病棟)
		医療区分Ⅰ (地域包括ケア病棟) ※2014年～	医療区分Ⅱ・Ⅲ (回復期リハ病棟)	
2006年 10月	65歳未満	入院時食事療養費 (1食260円)		入院時食事療養費 (1食260円)
	65歳以上	入院時生活療養費 (1食460円・居住費320円)	入院時生活療養費 (1食260円・居住費0円)	
2017年 10月	65歳未満	入院時食事療養費 (1食360円)		入院時食事療養費 (1食360円)
	65歳以上	入院時生活療養費 (1食460円・居住費370円)	入院時生活療養費 (1食460円・居住費200円)	
2018年 4月	65歳未満	入院時食事療養費 (1食460円)		入院時食事療養費 (1食460円)
	65歳以上	入院時生活療養費 (1食460円・居住費370円)		

- ◆ 2006年に医療療養病床で65歳以上かつ医療区分1の入院患者に居住費負担を求めた当時の考え方として、療養病床は医療の機能の他、住まいとしての機能を有しているということ、また医療区分1は入院医療の必要性が低いということで、いわゆる社会的入院として介護として対応することが可能であるということから、医療区分1に限定して居住費の負担を求めていた。

- ◆ 2015年6月30日に閣議決定された経済財政運営と改革の基本方針2015 （骨太の改革2015） において、医療・介護を通じた居住に係る費用負担の公平性について検討を行うことが盛り込まれた。
- ◆ まず、医療区分1（65歳以上）における居住費負担について当時320円であったが、介護保険施設の居住費負担が2015年4月から370円に引き上げられたので、介護保険との整合性を図るべきとの理由から、2017年10月より370円に引き上げられた。

- ◆ さらに医療区分2・3患者における居住費負担についても医療保険部会で議論が行われ、当時委員として参加していた私をはじめ、多くの診療側委員が医療の必要性の高い医療区分2・3患者に居住費負担を求めるべきでないと訴えた。
- ◆ さらに私は、慢性期治療病棟以外の療養病床が介護医療院へ移行してゆくことを見据え、2018年度以降に検討すべきではないかと提案していた。
- ◆ しかし、2017年10月から医療区分1患者の居住費負担額の値上げとともに医療区分2・3患者への負担が義務付けられ、医療区分2・3患者は激変緩和のため、2017年10月～2018年3月までの半年間は200円／日、そして2018年4月からは医療区分1同様370円／日となった。

今の医療療養病床は
介護保険施設と同じ「住まい」
と厚労省は見ているのだ。

- ◆医療療養病床は現在、慢性期重症治療病床である。
- ◆介護保険施設とは全く異なる。
- ◆決して療養の場ではなく治療の場である。
- ◆昔の療養病床機能は、「介護医療院」に引き継がれている。



- ◆「療養病床」という実態に合わない名称から、実体に沿った「慢性期重症治療病床」へ名称変更すべきである。

一般病床にのみ認められていた特定除外制度が2014年に完全撤廃され、一般病床から療養病床へ慢性期重症患者を押し付けたにもかかわらず、療養病床の死亡退院割合が50%あることを責めたてるとは、どういうつもりなのか！

かつて、2014年まで一般病床の中で平均在院日数の長い特定除外患者を平均在院日数に算定しないでよいという特定除外制度が存在していた。

特定入院基本料における
特定除外項目

中医協 総 - 1
23. 11. 25

厚生労働大臣が定める状態等にある者

- ① 難病患者等入院診療加算を算定する患者
- ② 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- ③ 重度の肢体不自由者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
- ④ 悪性新生物に対する治療(重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。)を実施している状態にある患者
- ⑤ 観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
- ⑥ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者(患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。)
- ⑦ ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
- ⑧ 頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
- ⑨ 人工呼吸器を使用している状態にある患者
- ⑩ 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
- ⑪ 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。)にある患者
- ⑫ 前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者

療養病床における入院基本料等加算についての差別の歴史の数々！

入院基本料等加算			療養病床で加算算定できるようになった年	
超重症児（者）入院診療加算（400点※） 準超重症児（者）入院診療加算（100点※） ※6歳以上の場合	2006年改定		2012年	・15歳までに障害を受けた児（者） ・16歳以降に障害を受けた者は重度の 肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度 障害者、重度の意識障害者（いずれ も脳卒中の後遺症の患者及び認知症 の患者は除く）等
	一般◎	療養 算定不可	療養◎	
（後期高齢者） 総合評価加算（100点）	2008年新設		2012年	
	一般◎	療養×	療養◎	
医師事務作業補助体制加算 （248点～970点）※ ※加算1の場合	2008年新設		2016年	2020年 療養ベースの 回りハ・地ケア◎
	一般◎	療養×	療養◎	
栄養サポートチーム加算（200点）	2008年新設		2012年	
	一般◎	療養×	療養◎	
データ提出加算（150点※） ※加算2,許可病床数200床以上の場合	2012年新設		2014年	
	一般◎	療養×	療養◎	

現在の療養病棟入院料1の入院患者の多くが死亡する可能性の
高い重症であり、 それらの患者を治療することによって、
その半数を治して軽快退院させている実績は、 より正当に評価
されるべきである。

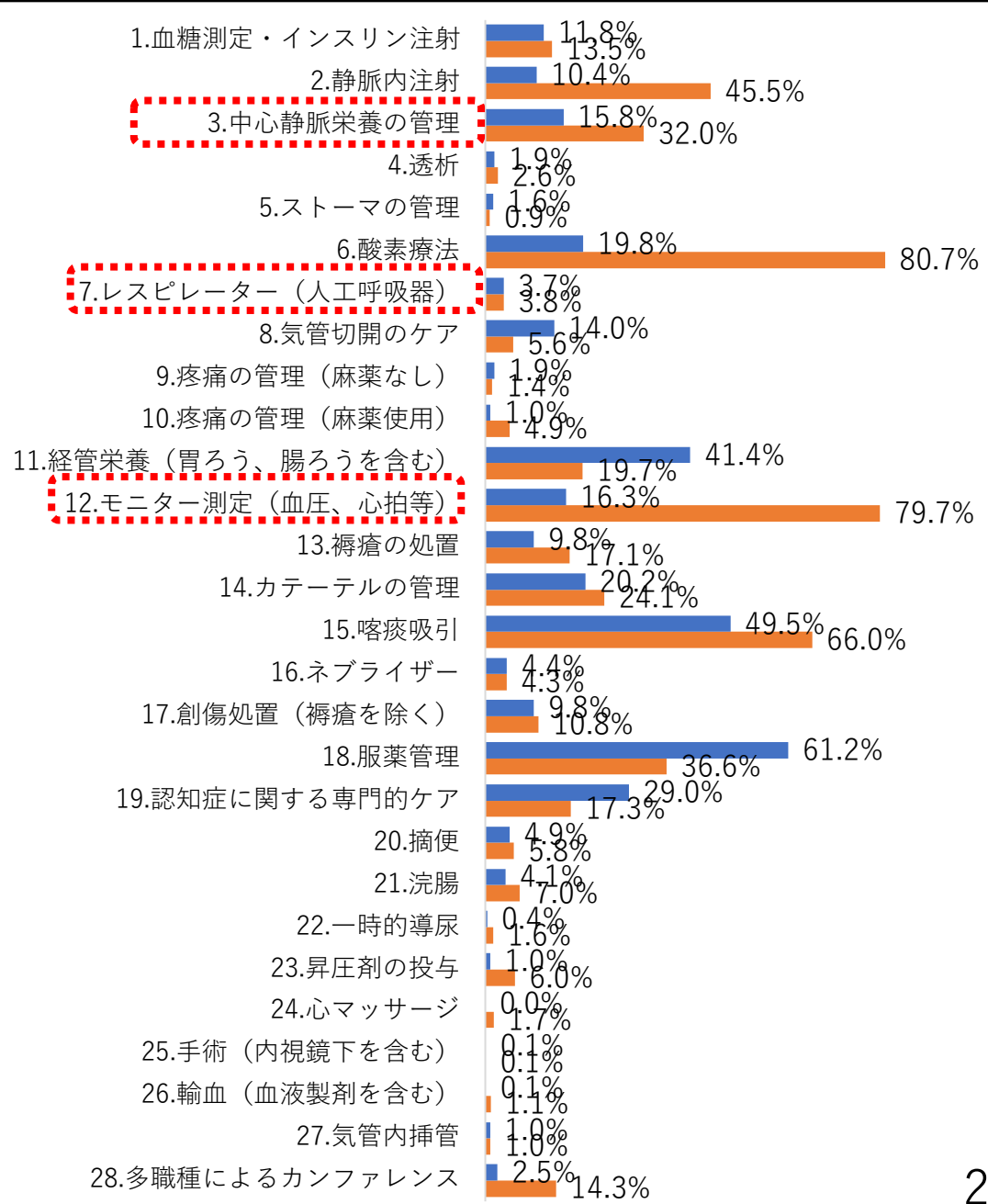
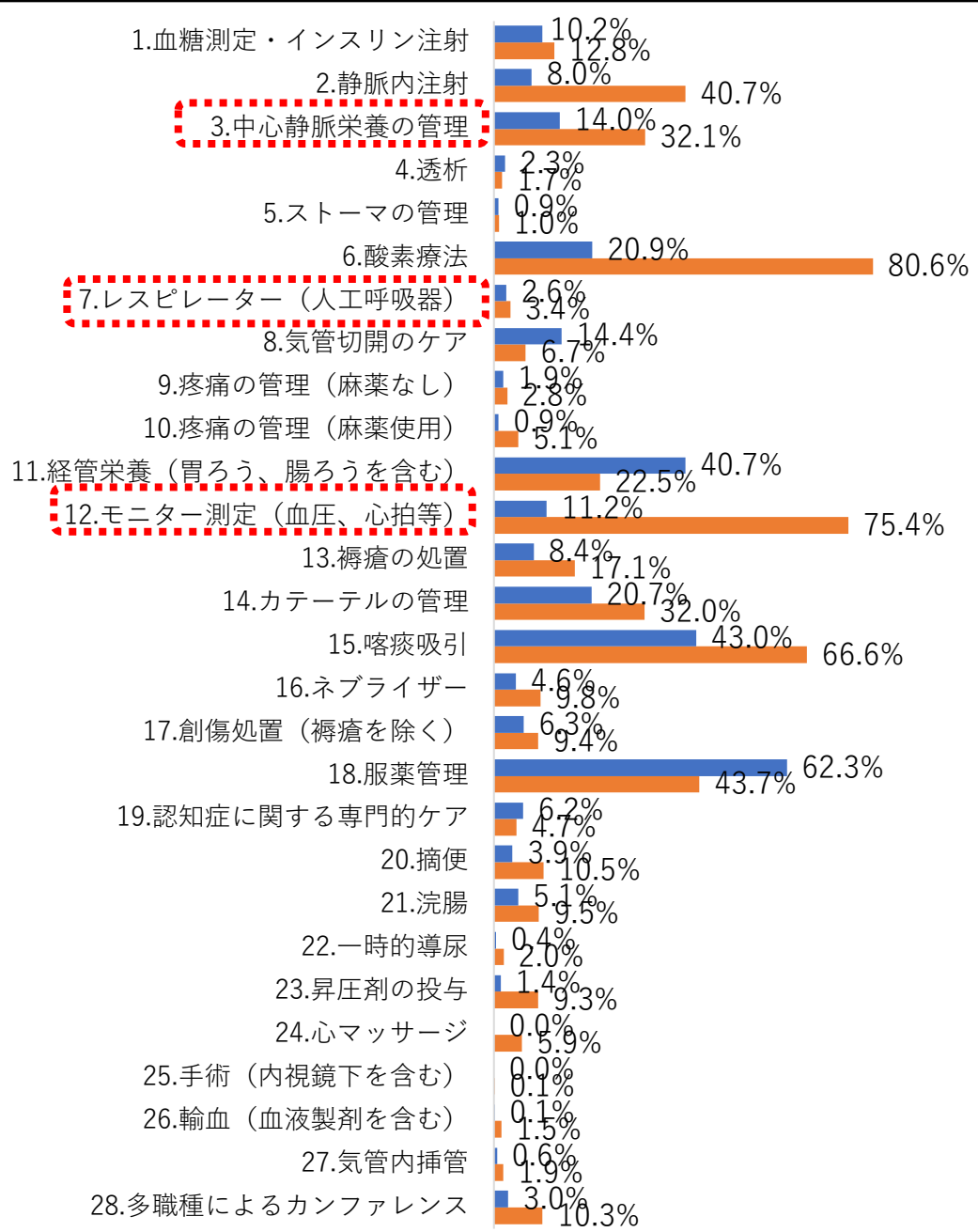
死亡する割合が高いということは、死亡割合の低い病棟と比較にならないくらいの医療を提供している。

入院患者と死亡退院患者の医療提供状況の比較

2016年6月 (n = 22,609)

2021年7月 (n = 11,656)

■ 入院中
■ 死亡前7日間



慢性期重症治療病棟には
「超重症患者治療加算」
を新設すべきである。

- ◆高齢患者が増えているのに急性期病院では介護ケアを二の次にして、身体拘束、バルーン留置・・・
- ◆臓器別専門医は自分の専門領域の主病名の治療に集中するあまり、低栄養や脱水を引き起こし、しかもこれらの病態に対して、自分たちの治療がもたらしたものだとは自覚していない・・・

慢性期の重症患者を作り出している
急性期病棟の改革が喫緊の課題である。

2019年8月の記者会見で話したように

「基準介護」新設の提案

1. 人員不足のための身体拘束や膀胱留置バルーンカテーテルを防止すれば、要介護者の減少につながる。
2. 日本慢性期医療協会では2019年8月「基準介護」の新設を提案した。
3. 日本看護協会も2019年11月患者の高齢化に対し看護補助者の増員を要望した。

2020年1月の記者会見で話したように

「基準リハビリ」新設の提案

1. 急性期治療中リハビリをせず、筋力低下や関節拘縮になり、回復期リハビリ病棟で集中的に行われている現状を改善すべき。
2. 病棟ごとにリハビリ療法士を配置し、リハビリを入院基本料に包括し、集団リハビリなど、患者ごとに適切なリハビリが提供できる体制とすべき。

病棟内に多職種スタッフを配置し手厚いケアとリハビリにより要介護者を減らして医療・介護費削減につながる。

「基準リハビリ」ーリハビリ療法士20対1配置の場合ー

- 現状の疾患別リハビリの単位で換算し、リハビリ療法士1人1日当たり、3単位×6時間 = 18単位のリハビリを提供できると仮定すると、
- 患者40人の病棟に10人のリハビリ療法士が配置されると、患者1人当たり、毎日4.5単位分のリハビリを実施できることになる。
- しかも、従来のようなリハビリ療法士と患者の個別リハビリだけでなく、看護職員や介護職員とともに個別や集団リハビリ、そしてリハビリ療法士による夜勤業務など病院独自のリハビリ提供体制を作ることが可能である。

良質な慢性期医療がなければ
日本の医療は成り立たない



日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES