

日本慢性期医療協会  
療養病床へのいわれなき差別について（意見書）

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は一方ならぬご高配にあずかり厚く御礼申し上げます。

さて、本日は療養病床に関して様々な不条理な制度が施行されていることについて僭越ながらご意見を申し上げます。

1. 本年10月に施行される光熱水費の負担の変更について

医療療養病床に入院している65歳以上の患者の光熱水費の負担が本年10月に改定されます。今般の見直しにより、医療療養病床では、現在医療区分Ⅰの患者のみが320円/日の光熱水費を負担しているところを、本年10月より医療区分Ⅱ・Ⅲの患者にも負担を求め、段階的な引上げにより、平成30年4月からは、医療療養病床に入院する医療区分Ⅰ・Ⅱ・Ⅲすべての患者の光熱水費を370円/日とするとされております。

この改定は、下記の理由によりなんら整合性がなく、医療者のみでなく、国民にとっても受け入れがたい改定です。

- ① 医療区分Ⅰの患者に対し、これまで光熱水費の負担が求められていたことについては、介護保険施設あるいは自宅療養への移行が見込まれる患者が比較的多く入院されているということから、ある程度は理解できる制度であったかもしれませんが、しかし、医療区分Ⅱ・Ⅲの患者は、医療処置、医療的ケアの必要性のもとに入院していることは各種データから見ても明らかであり、介護保険施設と同じ光熱水費の負担となることは、医療提供側、患者側の双方にとって納得できるものではありません。
- ② 医療区分の項目は毎日チェックされるため、その日の患者の状態像により区分は変化いたします。現在でも、一人の患者が医療区分Ⅰを算定する日は光熱水費を負担し、Ⅱ・Ⅲを算定する日は光熱水費の負担が発生しないという不合理な状況です。それが、本年10月～平成30年3月の光熱水費の負担は、医療区分Ⅰを算定する日は370円/日、医療区分Ⅱ・Ⅲを算定する日は200円/日となり、同じ患者が日によって光熱水費の負担が異なります。このような負担が国民に受け入れられるのでしょうか。早急に改定されるべき制度であると考えます。
- ③ 療養病床から回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に届出した病院についても光熱水費の整合性がとられておりません。療養病床から回復期リハビリテーション病棟に届出した病棟については、患者に光熱水費の負担は求められておりません。しかし、療養病床から地域包括ケア病棟に届出した病棟については、医療区分の算定対象でないにもかかわらず、全入院患者に現在、光熱水費の負

担が強いられています。つまり、同じ地域包括ケア病棟であっても、一般病床から届出した地域包括ケア病棟に入院している患者には光熱水費の負担がかからず、療養病床から届出した地域包括ケア病棟に入院された患者は、一律320円/日の光熱水費を負担しなければなりません。この仕組みがどのような理由より決められたものであるのか理解いたしかねます。

- ④ 光熱水費の負担は、一般病床・精神病床に入院されている方は対象外とされています。療養病床の入院患者と同じような病態である一般病床の特定除外患者には光熱水費の負担はなく、認知症患者も、精神病床に入院すれば光熱水費の支払いは必要ありません。一般病床や精神病床ならば何年入院しても光熱水費が不要なのでしょうか。同じ状態の患者が、療養病床に入院すると光熱水費を支払わなくてはならないのでしょうか。

## 2. 一般病床の特定除外と療養病床について

療養病棟入院基本料1は、医療区分Ⅱ・Ⅲが80%以上入院している重症者を治療する病床です。医療区分Ⅱ・Ⅲの患者の病態像は、医師・看護師の常時の監視および管理が必要、人工呼吸器を実施、ドレーン法または胸腔もしくは腹腔の洗浄を実施、筋ジストロフィー、多発性硬化症、脊髄損傷、気管切開または気管内挿管が行われているなど、大変病態が重く、現場スタッフは苦勞に負けず日々、一生懸命治療に専念し患者の回復を目指しています。

一方、一般病床の特定除外患者は、3ヶ月以上入院していても平均在院日数にはカウントされず、平成26年3月31日以前より入院されている患者については医療区分3の算定対象です。一般病床に入院しているこれらの特定除外患者を実際に医療区分の項目で判定すれば、医療区分1に相当するような患者が多々含まれているのではないのでしょうか。

一般病床では、どうして軽い状態の患者に高い医療費をかけ、長く入院できるのでしょうか。

## 3. 療養病床での看取りについて

平成28年度に実施した日慢協調査によれば、療養病棟入院基本料1では、約45%が死亡退院され、死亡時点の状態は、約90%が医療区分3の判定です。死亡時には、静脈内注射、中心静脈栄養、酸素療法、モニター測定、カテーテル管理、喀痰吸引など、様々な処置を要する大変重症な状態となります。一人の患者を看取するという医療行為は、ケアも含め大変な労力と精神的な負担が求められるものです。一般病床の看取りの率に比べ、療養病床の看取りの率は大変高く、看取りの機能は大きく評価されるべきものではないのでしょうか。

これから多死社会を迎えようとする日本において、これまで療養病床で担ってきた看取りの機能がいかに重要なものであるのかをご理解いただかなければ、今後、病床

から施設へと簡単に転換を進めてよいものではないと考えます。

#### 4. 介護医療院への転換について

平成30年に介護医療院が創設され、療養病棟入院基本料2の算定病床ならびに介護療養型医療施設からの転換先として見込まれております。国の審議会等において、一般病床を多く有する病院団体より、一般病床からも介護医療院に転換させて欲しい、というご意見が出されました。つまり、一般病床の入院患者には、介護医療院の対象となる、症状の軽い患者が含まれているということがわかります。

2005年の改定において、それまで「その他病床」として同じ土俵にいた病床が、一般病床と療養病床に分けられました。当時目指したところは、一般病床が急性期の短期入院、療養病床が慢性期の長期療養入院、という区分けであったと思います。しかし、現在ではハード面の基準なども差がみられなくなり、患者の状態に至っては、一般病床に軽症の患者、療養病床に慢性期救急ともいえる重症の患者が入院するという状況となっています。

一般病床と療養病床を区別する理由はもはや見出せないのではないのでしょうか。

以上に述べたことは、療養病床への様々な差別の一端です。

厚生労働省の方々に、是非とも、療養病床をご見学いただき、どこに差があるのかをご説明いただきたく存じます。そして、療養病床を差別するような制度に、論理的な理由があり、整合性がとれているのかどうか、ご教示いただければ有難く存じます。

医療は公正、公平であることが原則ではないのでしょうか。良質な慢性期医療を国が守り育てようとする方針がなければ、これからの日本の医療は成り立ちません。今後、地域包括ケアシステムを構築していく際には、医療から介護の分野まで総合的に考えた公正な制度となるよう、是非ともご配慮賜りますようお願い申し上げます。

なお、甚だ恐縮なお願いではございますが、療養病床を他の病床と差別するような方針がなぜ進められているのかについて、ご回答の機会をいただければ幸いに存じます。ご多忙のところ恐縮でございますが、何卒よろしくようお願い申し上げます。

引き続きまして、当会へのご指導、ご鞭撻を賜りますようお願い致します。

謹白