

第3回 日医総研セミナー

療養型病床群 本当のところはどうなんだ

—療養型病床群の現状と将来像—

報 告 書

平成 11 年 5 月

日本医師会総合政策研究機構

(日 医 総 研)

まえがき

本報告書は、平成 11 年 4 月 8 日に開催した第 3 回日医総研セミナーの概要をまとめたものである。

医療制度が転換期にある中で、療養型病床群を取り巻く環境はとりわけ大きな変化を迎えている。すなわち、来年施行される介護保険制度において、介護療養型医療施設の指定申請を受けるべきか、あるいは現在審議されている医療法改正論議の中でどのような位置付けとなるのか等、将来の具体像が見えない中で病院や診療所の関係者は不安を抱えている。

このような状況から、今回のセミナーでは療養型病床群をメインテーマに据え、その課題を医業経営、将来の需給予測等多角的に取り上げ分析するとともに、医療法改正審議の動向、介護療養型医療施設としての指定申請について解説を加えながら、今後の方向性を明らかにしたいと考えた。

本報告書は、これらのセミナー講演とともに、当日の関連質疑、提出資料をまとめたものである。

本書が療養型病床群の将来像を探る一助となれば幸いである。

日医総研

研究部長 青柳 俊

目 次

(頁)

I 挨拶	日本医師会会長	坪井栄孝	1
II セミナー講演			
(1) 療養型病床群の現状からみた将来像			2
	日医総研主席研究員	川渕孝一	
(2) 介護保険制度導入後における長期療養患者の 入院・入所の需要予測について			6
	日医総研主任研究員	川越雅弘	
(3) 老人保健福祉圏域における病床数算定用の参酌標準と 介護保険適用療養型病床群指定のスケジュールについて			8
	厚生省老人保健福祉局老人保健課長	西山正徳	
(4) 医療審議会での審議内容と医療法改正問題について			11
	日本医師会常任理事	宮坂雄平	
III 質疑応答			13
IV 閉会挨拶	日本医師会副会長	糸氏英吉	21

講演資料集

療養型病床群、本当のところはどうなんだ

療養型病床群の現状と将来像

司会：青柳俊（日医総研研究部部長）

Ⅰ 挨拶

坪井栄孝（日本医師会会長）

有床診療所にも導入されることになった療養型病床群は、来年施行される介護保険制度の具体的な動きが必ずしも明確でない中で、その位置付け、将来像が注目されている。有床診療所で療養型病床群を持つべきかどうか、地域における医療、介護の提供はどうあるべきかという視点から既に試行錯誤も始まっているが、病院のみならず診療所の医師、関係者も療養型病床群への転換等に対する判断をつけかねているというのが現状ではないかと思われる。

そもそも「療養型病床群」という考え方は、21世紀の医療提供体制のあり方をハード面で捉えた際に、日本医師会が独自に提案したアイデアであると言っても過言ではない。療養型病床群は、急速に進行する高齢化の中で、慢性期ケアのために小さな単位であっても利用できるような医療提供の形の導入部門として位置づけ提案された。その理念は今後とも決して失われてはならないものである。

本日は、介護保険制度の導入に絡んだ療養型病床群の話が中心となると思われるが、質疑応答の時間をとっているので疑問のある部分は忌憚なくご指摘いただき、実り多きセミナーとなることを期待するものである。

II セミナー講演

(1) 療養型病床群の現状からみた将来像

川淵孝一（日医総研主席研究員）

療養型病床群の供給サイドからみた将来像について述べたい。2000年4月から始まる公的介護保険と療養型病床群の関係について話したい。

以下の4つの項目に関して要約してお話する。

1. 療養型病床群の開設または転換の状況
2. 介護報酬と診療報酬
3. アンケートの調査結果（特に経営者意識について）
4. 療養型病床群に転換してペイするのか

1. 療養型病床群の開設または転換の状況

療養型病床群には「完全型」「移行型」「併用型」の3種類があるが、完全型と移行型で全体の9割以上を占めている。

完全型とは、医療法上の廊下幅、病室面積、機能訓練室、談話室、浴室等のハード面の条件をすべてをクリアしたもの。全体（療養型病床群を持つ1845病院）の34.9%が完全型である。病床数では病院全体（145,396床）の中の6万7664床を占めている。

移行型とは、医療法の経過措置で将来は完全型に移行するもの。全体の中で58.4%は移行型であり、最も多い。

資料2頁グラフは、療養型病床群を持つ病院の病床規模別の分布である。50床未満が39.5%に達し、100床未満ではの4分の3を占めている。療養型病床群が中小病院に多いことがわかる。

資料3頁表1は、平成11年1月1日現在の数字で、設立主体別に分布をみたもの。病院は元来、民間病院が多いが、療養型病床群も医療法人立が最も多い（1845病院中1353病院が医療法人立）。

資料3頁表3は、病院と診療所がそれぞれ持つ、療養型病床群の病床数である。診療所は1万3005床に達している。平成11年1月1日現在、病院と診療所の療養型病床群を合計して15万8401床（開許可を得たもの）。また、表3では診療所の療養型病床群にも移行型が多いことがわかる。

次に、療養型病床群の転換の実態はどうなっているのかを見てみたい。

病院の療養型病床群は、平成5年で2823床であったのが、平成10年では9万9171床に増加。9万6348床もの増加をみている。

一般病床のどの部分が療養型病床群に転換したのか分析するために、平成5年と10年の病床数の変遷を資料4頁表3に表した。表3によれば、療養型病床群に転換が多いと予測された老人病床は意外に転換されてない。2万2871床の減少であった。転換が多かったのは、一般病床から老人病床を除いた「その他の一般病床」。108万5071床から100万2031床に減少していた。

介護保険開始後、老人病床は平成15年3月31日までに療養型病床群に転換することになっている。現在のところ老人病床は予想外に転換していなかったが、あと数年で、老人病床15万9647床も療養型病床群になる。これは平成11年1月1日現在で開設許可を得ている15万床の療養型病床群に、さらに15万床強がプラスされるかもしれないということである。そうなると、療養型病床群は30万床を超えることになる。増えた療養型病床群に対して、それに見合った医療・介護ニーズがあるのかどうか、照らし合わせないと当然過当競争になる。需要と供給のバランスをきちんと見ていく必要がある。

2. 介護報酬と診療報酬

介護報酬は、現在の診療報酬とどう違うのか？

資料6頁(2)に療養型病床群の給付区分を示した。

療養型病床群には、介護保険適用と医療保険適用がある。介護保険適用部分には、原則介護保険が適用される。しかし、介護保険適用でも一部、医療保険給付があり得る。頻度が少ない複雑な医療行為については出来高制で医療保険給付で手当することになるだろう。

また、介護保険適用は包括が多かったが、介護保険適用の出来高払い部分もありうる。それは日常的医療行為に対するものである。指導管理、リハビリ、精神科専門療法、画像診断、処置、手術の一部に対しては、介護保険適用の出来高払いにするということで議論が進んでいる。

現在の医療保険適用の療養型病床群の支払いシステムと、介護保険はどう違うのか。

資料 7 頁図に、医療保険適用と介護保険適用の支払いシステムの違いを示した。

介護保険では要介護認定が行われ、要介護度 1～5 までで支払金額が変わる。支払いの段差があることが医療保険適用との大きな違いである。

その差は、看護・介護料の差として表れるのではないかと予測される。私見だが、要介護度による差額の段差を広げすぎると、固定費の回収が難しい。看護・介護料を元につくられるであろう差額の段差がどのようになるのかが注目される。

なお、同じ図内に利用者の負担額も示した。医療保険と介護保険とで自己負担に差があると問題になる。現在の医療保険適用の療養型病床群の平均では、自己負担分は 6.2 万円。介護保険では全体の平均給付額が 39.8 万円で、このうち 1 割が利用者負担なので 4 万円になる。加えて食事代 2.3 万円で、合計 6.3 万円。おむつ代は保険給付に含まれるというのが、現在の議論の方向である。

3. アンケートの調査結果（特に経営者意識について）

資料 8-28 頁までは、介護療養型医療施設連絡協議会の協力で行った緊急アンケートの調査結果である。同アンケートは療養型病床群の利用者の実態と、今後、転換を考える経営者の意識を調査するのが目的。439 病院のうち 286 病院より回答があり、回答率は 65.1% と非常によかった。ただし、現在の療養型病床群の 15 万床を代表した声であるかどうかは、検討が必要である。なお資料に 100 床未満のみの分析を再掲したのは、100 床未満という小規模病院では療養型病床群の施設運用が難しいことが予想され、より顕著に特徴が出るのではないかと予測したからである。調査結果を抜粋で紹介する。

平均病床利用率は高く 97% である。このくらいの病床率でなければ経営が難しい側面もあるのだろう。（資料 12 頁④）

入院経路、退院経路別にみた患者の構成割合である。入院経路は、「他病院から」(42.4%)、「自院の外来から」(26.2%) という順である。退院経路は、トップが「死亡」28.3% で、「自院の外来でフォロー」(28.1%) が続いた。療養型病床群が「終の棲家」にならざるをえない現状が表れている。なお、100 床未満の退院経路では「死亡」は 15.3% であった。規模の違いによって療養型病床群の機能にも差

が生じている。(資料 14 頁⑥)

2000 年介護保険施行後の進路選択では、「介護・医療のミックス型の選択」が 66.1%と最も多かった。(資料 15 頁⑦)

介護保険施行後、病床構成をどうするのか質問したところ、全体では 2.6%の病床数の減少という結果となった。うち介護力強化病棟では 4.5%の病床数の減少となった。「病床数を増やす」と回答した施設は 16 施設あったが、全体的に減床せざるをえない病院が多いのではないかと考えられる。(資料 19 頁⑩⑪)

介護保険導入後の方針が決まった施設に、施設整備について聞いた。経営上難しいためか、「病院の建て替え」は少なく (5.9%)、「必要な部分の改築」もしくは「改修・改築で対応」が合わせて半数を超えた。(資料 20 頁⑬)

4. 療養型病床群に転換して経済的にペイするかどうか

介護力強化病棟から、建て替えによって、療養型病床群に転換した病院から、建築単価などのデータを出してもらい、医療経済実態調査報告書のデータを元に、その後の経営収支がどのようになるのか試算した (資料 31-35 頁)。その結果、資金収支上、入院単価がいくらでなければならないのかを算出したところ、必要な入院単価は患者 1 人 1 日当たり 1 万 7426 円となった。平成 9 年 9 月に調べた現行の療養型病床群の入院単価は 1 万 6873 円で、553 円足りず年間 1960 万円不足となった。

この他、介護力強化病棟から病床数を半減 (120 床→60 床) して、転換した場合の試算も行った。ハード面の整備は建て替え・新築を前提とした (資料 36 頁)。その結果、必要な入院単価は患者 1 人 1 日当たり 1 万 7530 円となった。病床数減は職員数も減らすことになるが、もし職員が減らせなかった場合は 2 万 6627 円の診療単価が必要になる。

アンケート結果からも療養型病床群の転換に伴い、病床数を減らす選択をするという回答がみられたが、安易な病床数の減少には警鐘を鳴らしたいと考える。

(2) 介護保険制度導入後における長期療養患者の 入院・入所の需要予測について

川越雅弘（日医総研主任研究員）

療養型病床群全体の需要予測と、医療保険適用、介護保険適用それぞれの療養型病床群の必要病床数について試算した。

1. 介護保険が始まったら、病床はどう変わるか

療養型病床群は、平成10年で病院で11万4000床が実稼働している。先ほどの川淵研究員の数字は認可の数字である。同様に、有床診療所では実稼働4200床で、認可病床数は1万3005床である（資料38頁）。

2. 在宅・施設を合わせた長期療養患者の需要予測

資料39頁は長期療養患者の需要予測を一つの図にまとめたものである。

平成12年度における65歳以上高齢者人口は2187万人と推定される。そのうち要介護者数は140万人、要支援者数は130万人であり、何らかのサービスを必要とする高齢者は合計270万人と推計される。

病院・診療所での長期入院（6カ月以上）患者数のデータを参考に、下記の手順・仮定にもとづきで療養型病床群の医療保険適用と介護保険適用の需要予測を行った（資料41-47頁）。

- 1) 長期入院患者（6ヶ月以上）を、65歳以上と65歳未満に分ける。
- 2) 1) の65歳以上の者のうち、医療依存度の高い疾患（①新生物、②特定疾患治療研究対象疾患、③人工透析者など）の患者数を抽出。医療保険適用の療養型病床群の高齢者数とする。
- 3) 1) の65歳以上の者のうち、要介護と判定された者で病状が安定している疾病（①脳血管疾患などの循環器疾患、②糖尿病など）を有する患者数を抽出。介護保険適用の療養型病床群の高齢者数とする。
- 4) 療養型病床群の介護保険適用の65歳未満の患者数は、40-64歳で特定疾病患者で、要介護と判定された者の数である。
- 5) 同じく医療保険適用の65歳未満の患者数は、40-64歳で4)を除いた長期療養患者数である。
- 6) 1) - 5) までの試算を3ヶ月以上の長期入院患者に対しても行

った。

その結果は、資料 42 頁の表の通りである。6 ヶ月以上を長期入院とした場合は、療養型病床群の医療保険適用需要は、23.57 万人、介護保険適用需要は、25.38 万人、と推計された。ただし、実際に必要なベッド数を算出するためには、これを病床利用率で割り戻す必要がある。

その結果、療養型病床群の介護保険適用は 27.9 万床、医療保険適用で 25.9 万床、6 カ月以上の長期入院患者を対象と考える場合、合計 54 万床の療養型病床群が必要と試算された（3 カ月以上なら約 67 万床となる）。

現在、平成 12 年度における療養型病床群の整備目標数が約 22 万床となっているが、介護保険の対象とならない方に対しても療養型病床群の需要がある。療養型病床群全体としてはまだまだ足りないというのが結論である。

(3) 老人保健福祉圏域における病床数算定用の参酌基準と 介護保険適用療養型病床群指定のスケジュールについて

西山正徳（厚生省老人保健福祉局老人保健課長）

厚生省としては、先般療養型病床群に関する基本指針を示したところである。基本方針とは「都道府県の介護保険支援計画」と「市町村の介護保険事業計画」をそれぞれ定めてほしいということ。具体的には、老健、療養型病床群、特養の必要数を市町村毎に試算していただくということである。

1. 参酌基準について

必要病床数試算に関して、試算のため国が設けた参酌基準と手順は下記の通り（資料 53 頁）。

1) 介護保険施設全体の利用者総数の見込みは、満 65 歳以上人口×約 3.4%で試算する。

2) その見込み数を、8（指定介護老人福祉施設）：7（介護老人保健施設）：5（指定介護療養型医療施設）に分けて、市町村と都道府県で各施設の必要病床数を割り出す。

* 8：7：5の比率は、新ゴールドプランの各施設の平成 11 年度末目標値の比率（資料 53 頁）。

2. スケジュール

スケジュールは資料 53 頁の通り。

5 月から老人保健福祉圏域ごとの介護保険施設の必要入所定員総数の決定作業がスタートする。市町村での介護保険施設全体の利用者総数予測が算出されたら、都道府県は、各地域の状態を勘案して、病床数を調整する。これは 12 月まで継続検討。

10 月から、療養型病床群の指定申請の受付が開始される。平成 12 年 1 月以降、指定を始めたいというスケジュールを、医療審議会には示している。

関心の大きい介護報酬については、本年 12 月に来年度の予算が決定してから、具体的な単価設定の作業に入る。介護報酬の中身が明らかになるのは平成 12 年 1 月となる予定である。

3. 都道府県や市町村への指導

・市町村には、実態把握の上で、必要病床数をこちらで出した基準を参考に決めてもらう。都道府県には、市町村毎の介護保険施設合計の必要人数、施設毎の必要人数を、老人保健福祉圏域毎に積み上げてもらう。

・指定にあたっては、地方自治体の判断であるが、市町村間、地域間、圏域間のバランスをとってほしいと考えている。特定の地域に療養型病床群が偏在しないよう、介護保険の適用部分が地域で不均衡にならないようにしていただきたい。

・都道府県、市町村は、サービスのみならず保険料とのバランスの検討も必要となる。療養型病床群における保険給付費は、他の給付に比べ大きく保険料に対する影響も大きい。それを勘案して整備計画を立ててほしい。多少、市町村間のバラツキはあると思うが、自分の市町村の状況を踏まえて、必要病床数の確定をお願いしたい。

4. 指定作業に関する厚生省の考え方

・既に病床数が過剰な地域はどうするか。法律上、介護保険事業支援計画の達成に支障を生じる恐れがあると認めるときは、都道府県知事は指定しないことができるという規定がある。都道府県には市町村と相談してもらって、指定しないという手段がある。

・既に述べたように介護報酬が見えてくるのは平成12年1月であり、それまでは介護保険適用か医療保険適用かを医療機関側が決めかねる部分があることは考慮したいと思っている。都道府県による療養型病床群の介護保険適用に関する指定は一括して行ってはどうかと考えている。

・現在の療養型病床群には、完全型、転換型がある。転換型でも食堂・浴室・機能訓練室が整備されているところとそうでないところがある。地方自治体の判断であるが、転換型ではハードの整備がされたものが、主体的に指定を受けるのではないかと推測している。

・介護保険適用と医療保険適用については、指定の変更や病床数の分け方について、一定の柔軟性を持たざるをえないだろう。病院の場合、看護基準の種別変更が月ごとに可能になっている。ただ平成12年1月に指定作業を行うとして、直後の2-3月の変更はできるだけ避け

たい。4月からの運用状況を見てから考えていただきたい。

- ・療養型病床群の医療保険適用は、介護保険対象外で長期療養を要する患者さんが対象となる。現在、局内、審議会での議論では、医療保険と介護保険の適用の療養型病床群の指定の具体的方法について議論しているが、基本的には病棟単位で指定を原則で考えている。

- ・都道府県の指定作業については、原則として平成 12 年度で、医療計画の療養型病床群の整備目標の範囲でお願いしたいと考えている。

- ・介護報酬については、対象者の要介護度によって変わることになる。要介護度 1—2 の軽い方を中心に介護される施設なら経営は苦しいかもしれない。要介護度が重ければ、ケアに比例して職員の負荷は大きいだろうが、収入の面ではその分評価されることになるのではないかと。ここが医療適用の診療報酬との大きな相違点ではないかと思う。

(4) 医療審議会での審議内容と医療法改正問題について

宮坂雄平（日本医師会常任理事）

現在、厚生省の医療審議会において医療法改正に関する審議を継続している。

まず、医療法改正に関する厚生省の基本的な考え方について説明したい。資料 56-57 頁に医療法改正に関しての日本医師会案と厚生省案との比較を示した。

現行医療法に基づく医療計画では、療養型病床群を含めた一般病床全体で必要病床数を算定しているが、厚生省から「現行のいわゆる一般病床を急性期病床と慢性期病床を区分し、それぞれの必要病床数を医療計画によって決める」という案が出された。

それに伴う形で厚生省は、以下の提案をしている。

- ・急性期病床の看護配置基準を現行の 4:1 → 2.5:1
- ・慢性期病床の療養環境として1床当たりの病室面積を現行の 4.3 m² → 6.4 m²（既設は 5.0 m²）

これに対し日医は、急性期病床、慢性期病床という区分けは受け入れられないという姿勢を貫いている。その理由は療養型病床群の病床数さえ明確に設定できない現状を考えても、今回の提案には実現性がないと判断しているからである。

私たちが提案する病床区分の考え方は、

- ・一般病床、療養病床に分けるが、病床数については全体の病床数で算定する。
 - ・一般病床の看護配置基準については、現行の 4:1 のままでよい。
- というものである。看護配置については、全体的には従来基準に基本的には問題はなく、医療機関の機能上、配置を厚くしなければならないところについては、別途診療報酬上で評価すべきという考えに基づいているからである。

一般病床の場合の構造設備基準については、既設は1床当たり現行の 4.3 m² のままとし、これから新設される施設の場合、6.4 m² とする。

療養環境の整備は必要なことだが、医療の現場の実情を無視した政策は、医療現場を混乱させることになる。

療養型病床群に関しては、介護保険の適用を受けない 65 歳未満や、

医療を必要とする高齢者など需要は大きいと考えられ、医療保険適用の療養病床は今後とも必要である。このようなことから医療保険適用の療養病床を一定の割合、確保すべきは当然のことであるし、制度内での位置づけを明らかにしていくことが重要な課題と考えている。

Ⅲ 質疑応答

Q. (宮坂理事に) 第4次医療法改正の時期を教えてください。

A. 厚生省もどういう予定で医療審議会の意見書を出すか迷っているはず。国会のスケジュールによる。早くても次の国会になる。国会で通っても通知等で半年くらいかかるであろう。厚生省は医療審議会の意見書なしでも、施策として国会に提出する権利を持っている。医療審議会がまとまらなくても厚生省は自分たちの考えに従った形で提出するだろう。私たちは、それに対して、日医の考え方を国民的意見として出して対応したい。

Q. 65歳以上の長期(3カ月以上、もしくは6カ月以上)入院患者のうち、医療保険適用の療養型病床群の対象となる疾患には、ほかにどのようなものがあるのか?

A. 医療依存度の高いものは3つしかあげていないが、それぞれ先生方が日常診療の場で、長期にわたって医療が必要だと判断される患者がおられるはずで、医師の裁量に委ねられるべきものである。

Q. (西山課長に) 参酌標準に地域差を勘案して算定とあるが、長期入院患者には圏域間での流入流出があると思うが、それも勘案するのか?

A. 参酌標準では流入流出は考えていない。施設利用者数を約71万人を見込んでいるのが新ゴールドプランの整備目標値なので、それを平成11年度の満65歳以上の人口で割った推計値。医療計画にある流入流出はもちろんあるが、そこまで緻密に計算した物ではない。

Q. (西山課長に) 介護保険実施の中で民間企業参入の可能性について、どのような団体・企業がどのような部分を担うのか? また予想される問題点についてお答えいただきたい。

A. 私たちの局にも企業から問い合わせがきている。、ホームヘルプ事業の企業には大きな動きがあると聞いている。その企業200社前後でサービス事業協会を作っている。この会が主体的に、省内の各局を回って、事業展開の希望や運営基準、指定基準などの問い合わせがきている。

介護保険は、国ではなく都道府県なり市町村なりが主体的に考えていただくことが原則。従って自治体内で、企業に対して研修を行った、情報提供したりということをや都道府県や市町村は行っている。サービス事業料の計画も地方自治体を作る。在宅などは医療法人、企業間等で、地域で競合が起きるだろう。

Q. (西山課長に) 介護報酬は消費税の対象となるのか？

A. 介護報酬は消費税の対象になる方向だろう。介護給付部会で検討して決めてもらうことになる。

Q. (西山課長に) 某大規模精神病床が、痴呆疾患療養病棟を療養型病床群への転換の意思を表明しているが、このような場合は、介護保険適用の療養型病床群に算定されるのか？

A. 痴呆疾患療養病棟は介護保険の対象になる。地域でシェアの争いは出てくるだろう。現在モデル事業では、痴呆疾患療養病棟は実施していないので、痴呆患者の要介護認定がどのような分類になるのかはわからないという問題がある。

Q. (西山課長に) 介護報酬の請求レセプトの事務経費はどこで負担するのか？

A. 診療報酬では、レセプト作成の事務経費をみていない。介護報酬もレセプトを作成する予定だが、同様に介護報酬のレセプトの請求には当施設の労働力を期待したい。

Q. (西山課長に) 療養型病床群のベッドの摘要が、月半ばに（例えば医療保険適用から介護保険適用に）変化した場合、明確な区分は誰が判定するのか？

A. 患者さんが、医療保険適用か介護保険適用かは、患者さんの病態の主治医の判断によるもの。それに行政が口を出すことはありえない。当然、医師の判断で一般病床に動かしていただくことになる。逆に一般病床から介護病棟に移るときは、患者本人の申請によって要介護認定を受ける。

Q. (西山課長に) 介護支援専門員が定めた介護計画と請求との整合

チェックはどのように行われるのか？ 介護計画以上の請求による自己負担の発生はあるのかないのか？

A. ケアプランの中で、特に在宅などは償還限度額を決める予定。その中でどういうサービスが必要かを、かかりつけ医の意見を聞きながらケアマネージャーに決めてもらう。それをそのまま実行したのかどうかは、実際にやってみないとわからないので、つき合わせが必要。そのつきあわせは、市町村、特に小さなところでは可能だろう。

Q. 供給の試算では、現在の診療報酬体系の試算では転換は難しいという結論。需要の試算は現在の 30 万床を遙かにこえて 60 万床必要という結論。西山課長は、軽い要介護を対象にするより、要介護認定度の高い人を受け入れる方が経営的には何とかなるか、職員は大変という意見。この 3 つを考え合わせても、療養型病床群に転換して継続的によりサービスを提供するのは至難のワザと考える。ご意見を伺いたい。

A. (川淵研究員) 31 ページの機械的試算では、100 床当たり職員数が約 60 人(看護職員が 32.4 人、看護補助職員(=介護職員) 29.3 人)。これは実際の療養型病床群を運営しているところの数字。療養型病床群といっても相当の人的資源は必要になると思う。しかし、国は急性期と慢性期の病床区分の議論のなかで、慢性期病床の看護職員数を 6 : 1 としている。その数ではまず当直体制は組めない。私見だが、人件費は切りつめようがない固定費なので、ある程度、介護報酬で保障する必要があるのではないか。また、介護保険ではハード(施設整備)の議論が非常に多いが、ハードのみに財源が行ってしまって、職員が揃わない事態になるのではと危惧している。来年 1 月に介護報酬が決まるが、療養型病床群の経営とサービスの質については、要介護認定の 5 段階が介護報酬にどのように反映されるかが、一つの目安となる。

A. (宮坂理事) 現在の療養型病床群の設定が基本となって、介護報酬の人件費部分が決まる。療養型病床群では現在、6 : 1 ~ 3 : 1 の職員基準で診療報酬が認められている。これで経営が可能なのかどうかを議論し、中医協で診療報酬の評価をさせる手順となるだろう。日医でも療養型病床群については診療報酬の担当理事が検討を行っている。

A. (西山課長) まず、4月～6月に経営実態調査が入る予定。その調査結果を元に、どの程度を基準に報酬として考えるか検討する。次に介護保険適用の療養型病床群については、基本的にはケースミックスの考え方で、ある一定期間を過ぎれば要介護度の様々な方が入院されるだろうとイメージしている。例えば、要介護度3が診療報酬で設定されている額に相当すると考えていただいても結構ではないかと思う。

Q. (川越研究員に) 長期にわたる医療が必要とあって、それが今の療養型病床群で行われている医療レベルで診ていけるとは限らないのではないかと？ 医療依存度の高さに見合う人員配置と診療報酬での配置がない限り、根付かないのではないかとと思われるが。

A. 介護保険の要介護認定を受けた場合、必ずしも介護保険適用の療養型病床群に入らなければならないわけではないことをご理解いただきたい。

Q. (川越研究員に) 医療依存度の高いものが逆に一般病床では通用しないということになれば、急性期と慢性期の区分は、収容期間の違いに収れんしていく。病状・病態に着目した病床区分という考え方を否定することにはならないだろうか？

A. 今回の試算は、療養型病床群に長期入院患者が入ったという仮定で行ったもの。医療依存度の高い人がすべて療養型病床群なのかというご指摘については、当然とも考えている。

Q. (宮坂理事に) 整形外科の有床診療所ですが、療養型病床群にしないで現在の一般病床のままにしておいたら、将来どうなるか？

A. 長期の患者さんを一般病床に入れるとどうなるのかという質問と思う。これは医師の判断に任される。急性期が続いていれば一般病床におかざるをえない。ただ現在の診療報酬では、長期療養の患者さんを一般病床に置いておくと、6カ月後、非常に安い医学管理料となる。経営的には一般病床に長期療養の患者さんを入院させると経営的に難しくなっている。

Q. (宮坂理事に) ケアミックスでスタートした場合、最終的にはどちらかを選ぶことになるのか？

A. 日医としては、中小の医療機関がいわゆるケアミックスを続けられるようにしていく。

Q. (西山課長) 療養型病床群の指定申請について、介護保険適用の病床確保のため、次期診療報酬改定で「療養2群入院医療管理料」の点数項目をはずすと報道されているがどうか？

A. 結論からいうと決まっていないが、“2群”をなくすという発言は誰もしていないはず。“2群”は60%以上の高齢者、長期慢性疾患患者を収容して治療を前提としているが、実態は要介護高齢者が入っている。50床の2群の療養型病床群を持っている場合は、重度の要介護高齢者が多いはず。ご本人の申請があれば、要介護認定が行われ、介護保険給付になる。もし特定疾病であれば別だが、それ以外の疾病で若人が入院した場合は医療保険の適用になる。そういう実態を考えると1群、2群という考え方は見直す必要があるのではないかと考えている。

Q. (西山課長に) 都市部での療養型病床群の整備は進んでいないが、特に老人病院では病床利用率100%であるが、構造設備基準をクリアできず、病床の削減が必要になる。その結果、経営が成り立たない。都市部の老人病院は淘汰される運命なのか。見通しを示されたい。

A. 都市部の老人病院が少ない地域では、需要が減るといえることはないと思っている。キャピタルコストの減価償却については、どのくらいの規模に転換するかがないと判断できない。

Q. 患者の申請で、施設内の介護支援専門員が認定するのか、施設外の介護支援専門員が認定するのか？

A. 介護支援専門員は市町村が委託する。市町村から訪問の可能性もあるし、入院施設内の介護支援専門員が行う場合もある。委託する市町村が公平の原則で委託できるように検討が行われている。

Q. 同一の医師が、同一の患者の基本調査とかかりつけ医意見書を書くのは可能か？

A. 市町村から委託を受け、介護支援専門員の資格があるという前提であれば。基本調査と意見書と同じドクターが記入しても構わない。

Q. 介護保険が施行されると、特養、老健、療養型の各施設の分類と、要介護度は関係あるのか？

A. 関係ない。

Q. 段階的介護給付の意味を教えてください。

A. 介護認定の基準は、要介護度を基準に段階をつけている。その基準で評価されているのは介護・看護の部分。介護・看護料に段階がつくと理解している。

Q. 介護保険適用施設と医療保険適用施設では給付額が異なるのか？

A. 基本的には同じレベルである。

Q. (西山課長) 療養型病床群の指定通知は、介護報酬単価が決定してから、平成 12 年 1 月から行いたいとのことですが、医療保険適用の療養型病床群については診療報酬改定前なので、選択基準がないことになるのではないかと？

A. 指定は、地域間の均衡を見るために一括して行うことになっている。現在の要望は 21 万 9000 床が要介護高齢者のための療養型病床群の整備目標である。そのうち介護保険と医療保険がどのくらいの割合になるのか、悩まれているところだと思う。確かに診療報酬の改定が後の作業になるのはご指摘の通りだが、毎回、1 月から 2 月に行われており、指定作業と同時期ということができる。

Q. (川越研究員に) 需要予測の中で、介護保険適用の療養型病床群数と、厚生省の 19 万床の差があまりに開きすぎている。理由を教えてください。

A. 現在、転換したところ、転換に手をあげたところ 21 万 8000 床。このたびの試算では高齢者用は 22 万床でよいのではと思う。高齢者以外に、45—64 歳の特定疾患の方々も対象となる。その分を入れるとあと 3 万床は必要ではないかと考えている。

Q. (宮坂理事に) 大分県では、有床診療所の療養型病床群は介護保険適用しか許可にならなかった。今後、医療保険適用に転換できるよ

うにならないか？

A. 有床診療所の療養型病床群への転換は、高齢社会を見据えて要介護老人が住み慣れた地域で療養するということから、特例でつくったものである。したがって、目的は介護保険適用とあってよいが、将来的に介護保険適用の療養型病床群が増えすぎたような場合、介護保険適用に指定されず、医療保険適用とせざるを得ないケースもあろう。現段階では医療保険適用のものしか存在しないが、介護保険が発足した際には、柔軟に対応すべきであろう。

Q. (西山課長に) 平成 15 年 4 月 1 日以降、移行型の療養型病床群は存続するか？

A. この前の医療審議会の時、療養型整備の計画をつくってほしいという意見が出た。食堂・浴室などがない施設の場合は、整備計画を出してもらって改善に努めていただくことになるという意見が、医療審議会で付記された。厚生省でも設備の改善をしていただけるようお願いしていくことになる。

Q. (宮坂理事に) 介護力強化病院を現在のままで残すことはできないのか？

A. 介護力強化病院は平成 15 年 3 月末日で制度が終わる。療養型病床群になるか、一般病床になるかという選択になる。特例許可老人病床については法の整備が続くことになっているので、そのまま進むだろう。

Q. (西山課長に) 介護保険適用について、病室単位は可能か？

A. 市町村の指定であるが、病棟単位と申し上げたが、病室単位も念頭に置く必要があるとは考えている。介護保険施設が経営悪化というのは避けたいから。

Q. (西山課長に) 療養型病床群で、50 床を医療保険適用、50 床を介護保険適用とした場合に、1 割程度を相互で保険の乗り入れをすることは可能か？

A. 緊急避難的な場合にありえるだろう。緊急にインフルエンザの流行して、特養から療養型病床群に移動させたら、療養型病床群がいつ

ばいになってしまったという話も聞く。
柔軟な対応が必要と思う。

Q. (西山課長に)要介護と判定されず、在宅へもいけない患者が2000年以降、残ると考えられるが、その人数をどのくらいと推定されるか？
また福祉サイド、医療サイドでどういう対応を考えているか？

A. 18万床のモデル事業の結果のデータが出れば、療養型病床群での自立と要支援の割合が出る。恐らくご指摘のような方々は数%でいると思う。自立要支援の方は療養型病床群の介護保険適用では処遇できない。問題は自立しているが慢性疾患があるというような、介護は必要ないが医療が必要というケース。その人達は医療保険の対象となる。自立してても入院ができるというロジック。実際に現場にはそういう方がおられると思うが、主治医の判断で、医療保険適用にしていただくのが一つのやり方だろう。

Ⅳ 閉会挨拶

糸氏英吉（日医総研所長）

本日は、このように多数のご参加をいただき厚く御礼申し上げます。それだけ療養型病床群は現在の医療保険改革、介護保険施行という流れの中で、極めて重要な位置を占めており、関心が高いということだと言える。介護保険に関しては、現在のところ一般国民にも医療関係者にとっても具体像が見えにくい状況にある。その中で我々医師会が、新たな高齢者処遇体系の重要な鍵を握るこの制度を適切に運用すべく努力し、現在の状況や問題点を国民に開示するとともに理解と協力を求めていかねばならないと考える。

閉会に当たり、改めて御礼申し上げます。