



療養型病床群

本当のところはどうなんだ

常任理事 柳内 統

4月8日、日本医師会大講堂において日医セミナーが開かれた。テーマは「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」であった。全国から参加した会員は会場を埋め尽くし、事務局の話によるとお断りした会員の数は100名を越えるとのことであった。終了後の印象は困惑ばかりで、結局のところはなんなのだと自問自答するばかりであった。ここで何が解っていて、何が見えないのか、少し整理を試みたい。

1. 介護療養型医療施設（介護保険適用の療養型病床群）とは何か

3月31日厚生省より公布された指定基準の基本方針では以下のようになっている。指定介護療養型施設は、長期療養を必要とする要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他の必要な医療を行うことにより、その者が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。入院患者の人格を尊重し、常に患者の立場に立ったサービス提供に努めなければならない。地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保険、医療または福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。つまり、指定介護老人福祉施設には重度の要介護者、指定介護療養型施設には医療依存度の高い要介護者という区分けが明確にされている。

2. 療養型病床群のうち介護保険適用と医療保険適用とではどこが異なるか

人員配置基準、設備基準はほとんど変わりがない。

い。介護保険適用では介護支援専門員を配置しなければならない（経過措置あり）。また食堂と浴室で僅か違いがある程度である。根本的な違いは介護保険適用の療養型病床群では介護認定を受けた人でなければ入院できないことである。介護度が自立ないし要支援と認定されると介護保険適用の療養型病床群には介護保険はもちろん医療保険からも給付が得られなくなる。指定介護療養型医療施設（介護保険適用療養型病床群）は要介護者のうち医療ニーズが高い人、即ち長期療養が必要となる人が入院することになるが、医学的に症状が安定している要介護者を入院対象としている。従って症状が不安定な場合や急性の病態像を示したときは医療保険適用の療養型病床群が急性期対応の一般病床の方が適していると言える。

介護保険は在宅での生活を基本理念としている。運営に関する基準の中に入院患者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、必要に応じて理学療法、作業療法その他適切なりハビリテーションを計画的に行わなければならないと書かれている。従って入院時はもちろん、退院が可能になった時点では、各種在宅サービスを担っている関係各機関とも連携して介護支援計画（ケアプラン）を立てなければならないことになる。この場合、自立とは立って歩くことではない。90歳には90歳の自立が、80歳には80歳の自立がある。ノーマライゼーションの考え方、QOLを高める介護支援計画が要求される。

3. 介護保険と医療保険の区分けについて

介護保険の給付は、医療保険の給付に優先することとされており、介護保険適用病床の入院患者については、原則として、医療保険からの給付は行わないことになっている。従って介護保険適用

病床に入院中の要介護者が透析などの複雑な医療行為が必要になった場合や、急性増悪時においては、原則として医療保険適用病床に移って、医療保険から給付を受けることになる。医療行為上の区分は、現時点で下記のとおりとなっている。

介護保険

長期療養に対応する日常的な医療行為
指導管理等（薬剤指導管理料、退院前訪問指導料等）

リハビリテーション（理学療法、作業療法等）

精神科専門療法（入院精神療法等）

画像診断の一部（X線単純撮影等）

処置（腹腔穿刺、腰椎穿刺等）

手術の一部（創傷処理、皮膚切開術等）

医療保険

頻度が少ないような複雑な医療行為

画像診断の一部（造影撮影、核医学等）

手術の大部分（悪性腫瘍、骨折に対する手術等）

麻酔（手術に伴う麻酔等）

処置（透析、人工呼吸器の装着、血漿交換療法）

放射線治療等

4. 指定介護療養型医療施設の指定は希望すれば受けることができるか

人員、設備及び運営に関する指定要件は満たされているとして、申請すれば無条件で指定されるかということ、現在のところそうではない。都道府県は、介護保険事業支援計画で定める老人保健福祉圏域において（北海道の場合、二次保健医療福祉圏と一致）、各圏域における療養型病床群等の入所定員総数が、計画で定める必要入所定員総数を越える場合など、計画の達成に支障を生ずるおそれがあると認められるときは、都道府県知事は指定をしないことができるとなっている。必要入所定員総数の計算は老人保健福祉圏域毎に満65歳以上の人口を算出。これに3.4%を掛ける（満65歳以上人口に占める施設利用者数の割合）。後期高齢者（75歳以上）の割合が高い地域においては、後期高齢者補正係数を用いて調整する。この数値を基に各施設毎の数を算出する（参酌標準）。指定介護老人福祉施設：介護老人保健施設

設：指定介護療養型医療施設の割合を8（40%）：7（35%）：5（25%）とすることになっている。しかも現在ある特養、老健の入所数は認めることになっている。地域差を勘案して、地域の実情に応じてという文字は見受けられるが、北海道の実情を考えたとき、すぐには承服できないものがある。北海道医師会は4月27日知事との政策懇談の場で次の文章を提出し要望している。

「4月19日厚生省の医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会は基本指針に関する答申書をまとめました。その中で厚生省が示した施設3類型の参酌標準（おおむね8：7：5程度）に関して、参酌標準はあくまで参考として示されているものであり、地域の実情に応じて決定されるべきものと述べられております。北海道においてはゴールドプランの目標数、医療審議会で決定された療養型病床群の病床数が参酌標準とは異なった数になっております。従いまして必要目標数より特養、老健の数を引いた数を介護療養型医療施設の入所定員総数とすることには無理があると考えます。介護を必要とする老人は健康的には弱者であり、この冬、特別養護老人ホームにおけるインフルエンザの問題を例にあげるまでもなく、医療ニーズは大であります。単なる希望者を入所させるのではなく、介護が必要と認定された方を入所させる施設であること、また補助金のみで建てられた施設ではないことなども考え合わせますとき、介護保険適用を希望する施設に対し制限を加えることがないように要望いたします。」

いずれにしても道は各市町村から提出された数を基に積み上げて、必要数を算定している。郡市医師会と地元市町村との折衝を期待したい。

5. 介護保険適用療養型病床群は経営可能か

介護給付額が決定していない現在、一番必要なことでありながら一番見えないところである。指定の受付は10月以降、指定は平成12年に入ってからが予定されている。少なくとも各医療機関で入院中の患者がどの程度の介護認定を受けるかのシミュレーションは必要と考える。