



## 療養型病床群整備について

副会長 竹内 實

第二次医療法改正において登場した療養型病床群は、平成10年2月現在、全国820病院で12万床を超えている。今後、特例許可老人病院や介護力強化病院の多くが徐々に転換されるはずであり、また一般病院の一部からも転換の動きが出ている。現存する地域保健医療計画における一般病床は特に急性期、慢性期等の病床区分なしに必要な病床数が決められているので、今後もアンダーベッド地域における病院の新設の際に療養型病床を持つことも可能であり、オーバーベッドの地域でも既存の病床を転換することには規制がない。

さて第三次医療法改正において有床診療所に療養型病床群の設置が可能となった。この病床の算定数は各都道府県の医療審議会において決定されることとなり、北海道においては7月31日開催された医療審議会で算定数が示されている(8月16日付道医報指標を参照願いたい)。この算定数はあくまで有床診療所の整備に関わるものであり、従って病院からの転換が進んでも、この数までの有床診療所の転換は可能である。但し既に必要病床数がオーバーであった圏域においては平成10年3月31日現在稼働していた病床の範囲内でしか転換は可能でなく、しかも完全型で整備するのが条件である。アンダーベッド地域では病院の新設や増床の希望を含めて地域調整が必要となり、オーバーベッド地域で有床からの転換が算定数を超えて申し込みがあった場合には、これも地域調整が必要となる。

審議会では算定数について原案に全員賛成で決定されたが付帯意見として次の3つが提案された。

①病床調整の際には療養型病床群の未整備である町村から申請があった場合に十分配慮すべきで

ある。

- ②特例の事情を抱える市町村については今回決定の算定数に関わりなく対応すべきである。
- ③病床調整については地域住民が介護保険導入後十分にサービスを受けられることを前提に進めてほしい。

特に今回の決定で病院の転換と診療所の療養型病床群の新設或いは既存の有診からの転換の申請数が圏域内でオーバーとなった場合、調整の必要となる医療圏は南渡島、南空知、上川中部、北網、十勝等である。

一方、すでにオーバーベッド地域であって新設の病院、療養型有床が参入できない地域において今回転換を条件に有診からの療養型が可能になった地域は、札幌圏以下の全ての医療圏であり、この場合算定数までの範囲内で有診のみの調整が図られることとなる。第二次医療圏毎で持たれるはずの調整会議には、関係する全ての医師会で協議し代表者が参加して医療提供体制の量的、質的バランス、圏域内の地域格差を生じない配慮の下に決定されるべきである。いずれにせよ今回決定でどの圏域においても現存する有床診療所の最大20パーセントが療養型病床群を選択可能となった訳であるから、それほどの混乱はないものと予想される。

さて療養型病床群を選択した場合、当面医療保険における該当する診療報酬を算定することとなるが、そのうちのかなりの施設が将来介護保険の適用施設となるはずである。ここで注意しなければならないのは、介護保険の適用施設になった場合、同じ病床を医療保険で使うことは恐らく許可されないはずであり、その病床には要介護認定を

受けた人しか入院できない。とすると、介護保険で要介護認定を受け、施設入所する患者さんを特養、老健、療養型病床群（病院と有診）が分け合うこととなる。果たしてどれくらいの数となるか現時点では不明である。

更に要介護認定を受けた人が在宅、施設を問わず、給付を受ける際の振り分けを誰がするのが将来の問題となる。理想的には高齢者が全て「かかりつけ医」を持ち、そのかかりつけ医が全てを把握して決定するのが望ましい。在宅介護が無理となった場合、患者本人、家族等の希望にもよるが、最も身近な場所での施設医療を受けたいという場面も多いことが想定され、まさに今回参入可能となった有床診療所の療養型がまず最初の選択肢となり得る。しかし、地域において自院の外からだけで要介護老人を常時確保することは、かなりの経営的リスクを伴い、やはり他の無床の診療所、急性期の地域病院との連携が肝心である。また療養型を展開する有床診療所であれば、最小限24時間対応の在総診を行っているべきであり、また可能であればデイケアを併設するのが理想である。

ここで改めて有床診療所の今後の在り方が問題となる。恐らく今後共各専門分野や地域の事情により有床診療所の存在価値は少なくないと思われる。しかし高齢社会の進展で徐々に急性期疾患を扱う件数は減少してきていたのも事実であり、それは都市部を中心に有床診療所が無床化してきていることで証明される。逆に小病院が有床診療所化した例もあるが、これはごく一部である。介護保険導入と共に有床診療所の療養型病床群が脚光を浴びることになるが、ここでの問題は従来の有床診療所を療養型病床群にどう転換するかのビジョンである。過渡期においてはケアミックスの手法も可能かも知れないが、長期的には経営的観点から見ると急性疾患対応が慢性期対応かを明確にして連携体制を取らざるを得ないと思われる。そして当然、療養型有床診療所は大部分介護保険適用施設になるものと考える。

一方病院における療養型病床群の行方が気にな

るところである。取り敢えず目標としていた介護保険適用のベッド数は19万床であり、今の勢いであれば平成12年前に病院、診療所合わせて療養型病床群は30万床程度と相当に増加する可能性がある。従って全ての療養型病床群が介護保険の適用施設になるとは考えられない。また仮に適用施設になってもそれだけの介護保険証を使つての要介護者が認定をうけるとは考えづらい。

当然、療養型病床群の一部は名称は変わっても医療保険適用の施設として残る可能性が高い。その場合、医療保険からの報酬と介護保険からの報酬がどうなるのかは現時点でわからない。勿論、今回療養型に転換した有床診療所が介護保険導入後無床になったり、或いは従来の有床診療所に戻ることは可能である。ただ一つ注意しなければならないのは、転換に際し公の補助金を受けた場合にはその全額もしくは一部の返還義務が生じるかも知れない。今回、診療所の療養型病床群開設の申請は9月末日までであり、そのうち従来の有床診療所からの転換が承認され年度内に増改築等が完成する場合に限って有床診療所の場合にも補助金申請が可能である。補助額は1床当たり国100万円プラス道補助金であるが、オーバーベッド圏域ではベッドの10パーセントのカットが必要となる。

平成12年、介護保険給付が始まりいよいよ21世紀に向けての医療提供体制の変革の総仕上げが行われようとしている。この際国民の求める良質で効率的な医療をどう展開するのか、その時医師一人ひとりがどの分野をどのように分担するのか、正に真価を問われる時期がもうそこに来ている。今回の療養型病床群の整備は、一つのエポックでしかなく、今後の我が国において本来的な医療提供はどうあるべきかを見極め、その上で医療提供体制の変革を読み取る姿勢が求められている。その意味で特定機能病院、地域医療支援病院が真の機能を発揮し、公病院、一般診療所等の棲み分けこそが21世紀の医療の展開でなかるうか。医療界の中であまりにも介護保険に関連しての動揺が強く感じられるので、あえて療養型病床群整備について触れてみた。