

# 療養病床の行方と 医療型療養病床を有する病院の対応策

医療型療養病床を有する病院は大きな岐路に立たされている。  
慢性期入院医療の包括評価が施行されたことにより、医療依存度の低い患者に対しては、  
これまでの療養病床入院基本料1より低い報酬になってしまう。  
今回は、今後、医療型療養病床を有する病院がどのような方向を目指せばよいのかを考える材料を提示していく。

## はじめに

地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、維持期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを構築することが、わが国の目指す医療提供体制であり、そのなかで療養病床の担う役割は非常に大きいものと考えられる。しかしながら、療養病床を有する病院は、経営面で大きな岐路に立たされている。

現在、療養病床は38万床（一般診療所含む）と、全病床に占める割合は2割を超える。療養病床には、介護保険対象の「介護型」（13万床）と医療保険対象の「医療型」（25万床）があるが、厚生労働省は2012年度から介護型を廃止して医療型に一本化し、病床数も現在の38万床から15万床に減らす方針を示している。削減する23万床は、リハビリテーション中心の老人保健施設や有料老人ホームなどの居住系施設や在宅に転換を促している。

継続される「医療型」の療養病

床にとっても、決して安穏とできる状況ではない。2006年4月の診療報酬改定の慢性期入院医療の包括評価、いわゆる日本版RUGの導入により20～30%の減収が予想され、「医療型」として生き抜いていくか、数年後の機能転換を前提に「介護型」へ変換するかの選択を迫られることとなる。

## 慢性期入院医療の 包括評価

2006年度診療報酬改定を受け、7月1日より慢性期入院医療の包括評価（表1）が施行された。医療の必要性による区分（表2）およびADLの状況による区分（表3）、ならびに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価が導入され、医療の必要性の高い患

者に係る医療については評価を引き上げ、必要性の低い患者に係る医療については引き下げられた。

施行以前の療養病床入院基本料1の1,209点（老人1,151点）と比べ、最大で4,450円の引き下げとなっている。なお、180日を超えて入院している患者については「特定療養費」扱いとなり、入院基本料は請求できない。医療区分1の対象患者は、現行の入院患者の半数を占めることから、医療型療養病床を有する病院にとって、医業収入に与える影響は非常に大きい。医療型療養病床の取り得る方向性は以下のとおりである。

・「医療型療養病床」として、医療区分3および2の対象の入院患者比率を増やし収入を確保する。

●表1 慢性期入院医療の包括評価

|        |       |        |        |
|--------|-------|--------|--------|
| ADL区分3 | 885点  | 1,344点 | 1,740点 |
| ADL区分2 | 764点  | 1,344点 | 1,740点 |
| ADL区分1 | 764点  | 1,220点 | 1,740点 |
|        | 医療区分1 | 医療区分2  | 医療区分3  |

※認知機能障害加算5点（医療区分2、ADL区分1）

専修大学経営学部卒業。製薬会社、経営コンサルタント会社を経て、1997年日本光電入社。販売会社、営業本部、事業戦略開発チームを経て2006年より現職。2003年より同社のコンサルティング事業を手がける。財団法人日本医業経営コンサルタント協会認定登録医業経営コンサルタント。MMPG（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ）会員。



●表2 医療区分

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <p>医療区分3<br/>「医療ケアの必要性が最も重い」</p> | <p>以下のいずれかの条件に該当する者</p> <p><b>【疾患・状態】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護師による24時間体制での監視・管理を要する状態</li> </ul> <p><b>【医療処置】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養（消化管異常、悪性腫瘍等により消化管からの栄養摂取が困難な場合）</li> <li>・24時間持続点滴</li> <li>・レスピレーター使用</li> <li>・ドレーン法、胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア</li> <li>・酸素療法（安静時、睡眠時、運動負荷いずれかでSaO<sub>2</sub>90%以下）</li> <li>・感染隔離室におけるケア</li> </ul>   |
| <p>医療区分2</p>                     | <p>医療区分3に該当しない者のうち以下のいずれかの条件に該当する者</p> <p><b>【疾患・状態】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋萎縮性側索硬化症</li> <li>・パーキンソン病関連疾患（パーキンソン病についてはヤールの分類Ⅲ、日常生活障害Ⅱ度以上）</li> <li>・その他神経難病（スモンを除く）</li> <li>・神経難病以外の難病</li> <li>・脊椎損傷（四肢麻痺がみられる状態）</li> <li>・肺気腫／慢性閉塞性肺疾患（COPD）（Hugh Jones V度の状態）</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍</li> <li>・肺炎</li> <li>・尿路感染症（「発熱」、「細菌症」、「白血球尿（&gt;10/HPF）」の全てに該当する場合）</li> <li>・創感染</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内</li> <li>・脱水（舌の乾燥、皮膚の乾燥の両方ともみられるもの）</li> <li>・体内出血（持続するもの）</li> <li>・頻回の嘔吐（1日1回以上を7日間のうち3日以上）</li> <li>・褥瘡（2度以上または2箇所以上）</li> <li>・うっ血性潰瘍（末梢循環障害による下肢末端の開放創2度以上）</li> <li>・せん妄の兆候<sup>※1</sup></li> <li>・うつ状態<sup>※2</sup></li> <li>・暴行が毎日みられる状態</li> </ul> <p><b>【医療処置】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析</li> <li>・発熱または嘔吐をともなう場合の経管栄養（経鼻・胃ろう等）</li> <li>・喀痰吸引（1日8回以上）</li> <li>・気管切開、気管内挿管のケア</li> <li>・血糖チェック（1日3回以上の血糖チェックを7日間のうち2日以上実施）</li> <li>・皮膚の潰瘍のケア</li> <li>・手術創のケア</li> <li>・創傷処理</li> <li>・足のケア（開放創、蜂巣炎、膿等の感染症）</li> </ul> |
| <p>医療区分1</p>                     | <p>医療区分3、2に該当しないもの</p>   |

※1 せん妄の兆候は、以下の6項目のうち「この7日間は通常状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合  
 a. 注意がそらされやすい b. 周囲の環境に関する認識が変化する c. 支離滅裂な会話が時々ある  
 d. 落ち着きが無い e. 無気力 f. 認知能力が一日の中で変動する

※2 うつ状態は、以下の7項目の回答点数（1点：3日間のうち1、2日観察された 2点：3日間のうち毎日観察された）の合計が4点以上の場合  
 a. 否定的な言葉を言った b. 自分や他者に対する継続した怒り c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した  
 d. 健康上の不満を繰り返した e. たびたび不安、心配事を訴えた f. 悲しみ、苦悩、心配した表情 g. 何回も泣いたり、涙もろい

都道府県等担当者会議資料、2006年4月3日。

# 療養病床の行方と 医療型療養病床を有する病院の対応策

●表3 ADL得点の算出方法と区分

(点)

|          | 自立 | 準備 | 観察 | 部分的な援助 | 広範な援助 | 最大の援助 | 全面依存 | 本動作なし |
|----------|----|----|----|--------|-------|-------|------|-------|
| ベッド上の可動性 | 0  | 1  | 2  | 3      | 4     | 5     | 6    | 7     |
| 移乗       | 0  | 1  | 2  | 3      | 4     | 5     | 6    | 7     |
| 食事       | 0  | 1  | 2  | 3      | 4     | 5     | 6    | 7     |
| トイレの利用   | 0  | 1  | 2  | 3      | 4     | 5     | 6    | 7     |

※合計のADL得点による区分  
 ADL 0～10点 → ADL区分1  
 ADL 11～22点 → ADL区分2  
 ADL 23～24点 → ADL区分3

- ・2012年度の機能転換を前提とした「介護保険移行準備病棟」を選択する。
- ・「回復期リハビリテーション病棟」など、ほかの機能へ転換する。
- ・病棟を閉鎖して外来に特化する（従業員の解雇、退職金の支払いなどの課題あり）。

## 医療型療養病床として 生き残る

医療区分とADL区分による包括評価の導入以前の状況を見ると、特殊疾患療養病棟入院加算を算定している患者群を含めても、医療区分1に該当する患者が5割を超える。すなわち、5割の病床が収入減となることがうかがえる。特に医療区分1でADL区分が1および2の場合は764点と、従前より1日当たり4,450円の減

●表4 患者構成比

(%)

| ADL区分  | ADL区分3 | ADL区分2 | ADL区分1 | 医療区分  |
|--------|--------|--------|--------|-------|
| ADL区分3 | 42.5   | 13.9   | 18.9   | 9.8   |
|        | ADL区分2 | 29.4   | 16.7   | 11.2  |
| ADL区分1 |        | 28.1   | 19.6   | 1.9*1 |
|        | 5.3    |        |        |       |
|        |        | 50.2   | 37.2   | 12.6  |
|        |        | 医療区分1  | 医療区分2  | 医療区分3 |

※1 認知機能障害の加算該当者の割合

※2 療養病棟入院基本料、特殊疾患療養病棟入院基本料1・2に入院する患者3,538件を対象

収、さらに介護療養型（多床室）要介護1の782単位よりも180円も低く設定されている。医療区分2以上の入院患者比率を上げることが狙う施設が多いと思われるが、患者の獲得ができない場合は、介護保険移行準備病棟への転換を余儀なくされるだろう。

これまで特殊疾患療養病棟を有していない病院では、医療区分2・3の患者を確保するために、ほかの医療施設との密な連携が必須となる。急性期病院との連携では、急性期治療が必要な患者を紹

介する代わりに、急性期は脱しているが医療によるケアが必要な患者を紹介してもらい、老人保健施設や特別養護老人ホーム、介護療養病床との連携では、自院の医療区分1に該当する患者を紹介する代わりに、医療必要度の高い患者を紹介してもらうなどの対策が必須である。

現状の患者構成比（表4）において、医療区分2・3の多くの部分を占めるのが、2006年7月1日に廃止された特殊疾患療養病棟（床）である（一般病床および精

神病床の届出は2008年3月までの経過措置が適用される)。療養病床区分で特殊疾患療養病棟を有する病院では、入院患者が医療区分2・3に近似していることから、医療型療養病床への移行を第一に検討すべきだと思われる。特殊疾患療養病棟の2年間の経過措置を活用するために、一般病床への機能転換を行うことも考えられるが、医師の配置基準などの問題からも得策とは考えにくい。

これまで療養病床では、医療の必要度・看護の必要度が異なっても同じ診療報酬であったこともあり、医業経営的にはできる限り軽度の患者を受け入れる傾向にあった。いわゆる社会的入院患者が多いという実態があったことは否めない。「医療型」と「介護型」の機能も重複する部分が多く、真に医療を必要とする患者の受け入れ先が少ないという現象も多く見受けられた。特殊疾患療養病棟は、これまで医療の必要度の高い患者を受け入れてきたが、この病棟のスタッフは、業務フローや看護の特殊性、スタッフのモチベーションなどの問題からほかの病棟とのローテーションがしづらいなど、管理面での課題があったため、特

殊疾患療養病棟を医療型療養病床の中心機能に据える病院は少なかったのが現状だ。しかしながら、今後はこの特殊疾患療養病棟の機能、スタッフが医療型療養病床の中心を担うこととなるだろう。

医療型療養病床として収入を確保していくためには、医療区分2・3の比率を上げることが必須であるが、該当患者が8割を超える病棟は、「看護職員の実質配置20:1(従前の看護職員配置4:1)・看護補助者の実質配置20:1(従前の看護職員配置4:1)」を満たしていなければ、医療区分2・3に相当する点数は算定できないなど、人的投資が必要になることに注意が必要となる。

また、医療区分3に該当する患者は、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸などのバイタルサインを、少なくとも4時間以内の間隔で観察し、医師による治療方針に関する確認を行う必要がある。褥瘡防止のための体位変換などのケアと同時に行うとしても、すべての患者の巡回間隔を4時間以内に行うのは非常に困難である。そうした場合は、生体情報モニターを活用して、ナースステーションなどへバイタルサインを転送し観

察するなどの工夫が必要となる。

これまで軽度の患者を多く受け入れていた療養病床にあっては、患者を確保するだけでなく、提供する医療の質そのものの向上を図るなどの変革が必要だろう。

## 「介護保険移行準備病棟」を選択する

医療区分1に該当する入院患者比率が多い病院で、今後も医療必要度の高い患者を確保する見込みが薄いケースや、看護職員の配置を変更することが難しいといったケースでは、介護保険移行準備病棟を選択することも生き残り戦略の一つと考えられる。

厚生労働省は療養病床について、老人保健施設、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム、在宅療養支援拠点などへの転換を進めるため、転換支援の助成などを行うと共に、介護保険において2011年度までに必要な受け入れを図るとしている。具体的な転換支援策はまだ固まっていないが、医療保険財源による転換支援措置(助成創設までは医療提供体制施設整備交付金〈都道府県交付金〉のメニュー項目の活用により対応)、医師・看護職員等の配置基

## 療養病床の行方と 医療型療養病床を有する病院の対応策

準の緩和（経過的類型）、療養病床が老人保健施設に転換する場合に既存の建物をそのまま活用して転換できるような施設基準の緩和（経過的措置）などが挙げられている。

しかし、これはあくまでも2012年までの経過措置・転換支援であって、「病院」から「老人保健施設や居住系サービス」へ転換するという大きな決断が必要となる。

### 「回復期リハビリテーション病棟」などのほかの機能へ転換する

医療型療養病床から回復期リハビリテーション病棟への転換を狙うという可能性について検討してみると、施設基準、人員配置基準、患者の確保先などハードルは高いが、急性期病院との連携が機能している病院にあっては、大きな生き残り戦略となる。

2000年改定で新設された回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーション点数以外のほとんどが包括化された特定入院料であり、1日当たり1,680点が算定できる。今回の改定で入院できる期間が短縮されたため、大きな収入減となる病院も出てきてはいる

が、そのような状況のなかでも、回復期リハビリテーション病棟の病床数は増加し続けている。急性期病院や医療型療養病床などの慢性期病院からの転換、もともとリハビリテーションを中心に据えた一般病床からの転換といったパターンが多いが、いずれも従前からリハビリテーション機能を重視して医療提供してきた病院が転換を選択している。

### まとめ

医療型療養病床は、大きな選択を迫られているが、ここで熟慮を重ねて方向性を見定めなければ、療養病床主体の病院経営は必ず破綻することとなる。どの機能を選択しても、大きな手術が必要となるだろう。

医療型療養病床にとどまり生き抜いていくことを選択するなら、看護職員・専門スタッフの教育・新規雇用、生体情報モニターなどの設備投資、医療区分2・3の患者の確保先との密な連携が重要となる。介護保険移行準備病棟の選択においては、施設基準に合わせて改修を行うだけでなく、2012年以降を見据えたアメニティへの設備投資を検討しなければならな

い。当然、看護職員・専門スタッフの教育・新規雇用も必要となる。回復期リハビリテーション病棟などほかの機能へ転換するのであれば、職員の教育・雇用や設備投資はもちろんのこと、自院の持つ強みを再度洗い出し、特化・強化に取り組まなければならない。

医業経営の視点として、組織の存続に向けて必要な医業収益の確保を図るということは重要であるが、目前の収入確保策だけに執事するのはなく、自院の将来的なあり方を根本的に見直してることが重要である。医療型療養病床・介護型療養病床の削減・廃止の向かい風を悲観的に対処するのではなく、チャンスとしてとらえて医療提供の強化・再編に挑む意思決定が望まれる。

### 参考文献

- 1) 厚生労働省：医療制度構造改革試案，平成17年10月19日。
- 2) 厚生労働省：診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会資料，平成17年11月11日。
- 3) 月刊マーク，Vol.17，No.6，2006。
- 4) 医療型療養病床意識調査，日本光電工業株式会社 社内資料，平成18年6月15日。