

テーマ

療養病床の今後について



日時 平成19年9月26日(水) 19:30～
場所 沖縄ハーバービューホテル 2F 金鶏の間

出席者

広報担当理事：村田謙二（沖縄県医師会理事）
司 会：玉井 修（沖縄県医師会理事、広報委員）
発 言 者：宮城信雄（沖縄県医師会長）
小渡 敬（沖縄県医師会副会長）
平 順寧
（沖縄県福祉保健部医務・国保課医療制度改革専門監）
松岡政紀（沖縄県療養病床協会会長）
又吉智子（沖縄県医療ソーシャルワーカー協会事務局長）
山田君子（沖縄県老人クラブ連合会副会長）

沖縄県医師会理事 玉井 修



平成19年9月26日水曜日にハーバービューホテルにおいて療養病床の今後についてというテーマで座談会を行いました。療養病床

の削減に関しては各マスコミも大きく取り上げており、社会の耳目を集めております。財政主導で社会福祉の切り捨てが行われ、特に社会的に弱い立場の人たちが更に厳しい状況に追い込まれています。社会福祉を担う様々な組織がそれぞれに危機感を持って対応を練っておりますが、今後はその取り組みを如何に調和させ、実

効性のあるものにしていくのが大切です。それぞれの立場を超えて、相互に理解、協力を推し進めていくために何ができるのかを考え、今回の座談会が一石を投じる事になればと思い計画しました。今回の座談会は、行政、医師会、ソーシャルワーカー協会、療養病床協会、老人クラブ連合会とそれぞれに微妙な立場の方々に卓を囲んでいただきました。司会としては、果たしてこのメンバーで座談会が成立するのかが気がかりでした。しかし、県民の福利厚生に共通の使命感を持ち、今後の見通しに関してはかなり未確定な部分が多いにも関わらず、活発な意見の交換ができた事は大変有意義であったと思います。多くの資料もお互いに持ち寄り、それぞれに突き合わせて状況の分析、理解を深める事にもなりました。座談会が終了しても、熱い意見交換、本音の議論は更に続きました。財政主導により、朝令暮改を繰り返す介護保険のあり方に翻弄されているのはお年寄り、医療機

関、医療従事者、更に行政もその対応に苦慮を強いられているのがよく理解できました。お互いの立場を超えて、それぞれに出来る事を考え、知恵を出し合いながらこの難局を乗り越える議論が出来る事を確認できました。政府の決めた療養病床6割削減という方針を、無理に実行すれば、介護難民が生じ、社会に大きな混乱と不安を生じるでしょう。特に年金生活をしている比較的貧しいお年寄りは行き場のない状況となり、人間関係が希薄になりつつある現代においては、悲惨な結果となる可能性もあります。どのようなソフトランディングが可能なのかを模索する為にもこのような議論の場は大切だと思います。この様な議論は今後更に注目を集め、マスコミを含め多くの注目を集めるものになるでしょう。なお、今回の座談会には出てきませんでしたが、座談会終了後の雑談の中では在宅医療に関しての議論も白熱致しました。

座談会「療養病床の今後について」

○司会（玉井） これより沖縄県医師会の座談会を開催させていただきます。

広報担当の村田理事よりご挨拶をいただきます。よろしくお願いいたします。

○村田



ご多忙の中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。

今回は、療養病床23万床削減と、医療難民・介護難民という言葉が聞かれますけれど

も、何とかこの問題をなるべく影響が少なく、あるいはソフトランディングする方法はないかということが今日の座談会のメインテーマにな

ると思います。

この座談会は、実は我々医師会が毎月、医師会員に向けて「県医師会報」を発行しておりますが、そこに時節にあった興味のあるテーマの座談会をもちまして、それを各先生方に読んでいただくというのが趣旨でございます。

活発なご議論をよろしくお願いいたします。

○司会（玉井） ありがとうございます。

申し遅れました私、今回の司会を担当させていただきます沖縄県医師会理事の玉井と申します。よろしくお願いいたします。

それでは早速、当会の宮城信雄会長より、今回の削減とこれまでの経緯についてお願いします。

療養病床削減に至るこれまでの経緯

○宮城



資料の「グランドデザイン2007」は、日本医師会が出したものの抜粋ですが、これの抜粋で、「病床数のこれまでの推移」というのがあります。ベットが増え

ると医療費は増えるということで、国としては何とか医療費を削減したいという思いから、ベット数というのを削減していかないといけないという方針をずっともっていたわけです。そのために医療計画をつくったときには、各医療圏に必要病床数というものの基準を設けたわけですね。これ以上はベットはつくれませんという法律をつくったものですから、それに間に合わせるようにということで、各病院が駆け込みでベットを増やしてきました。その結果、最大ピーク194.6万床になったということです。これだけ増えたベットをいかに減らしていくかということが国の方針になってきたわけです。その中で療養病床というものをつくり出してきたわけですね。一般病床から分離して、療養病床というのをつくりました。療養病床については、これはマルメということではいきました。マルメになると医療費の抑制というのは簡単にできるわけです。定額制ですから、それを減らすことによってすぐにでも医療費を削減できるということで、療養病床をつくったわけです。

ただ、一般病床から療養病床に移行するためには何らかの利益誘導がなければいけなかったわけですが、マルメで非常に高い点数をつけたわけです。一般病床から療養病床への誘導が行われたということで、1993年をピークに徐々に一般病床は減っていくわけです。その流れが2005年の段階では38万床という療養病床ができたということです。

そういう形で療養病床に誘導していった中で、昨年の医療制度改革関連法案で、突然、療養病床の中の介護療養病床というのをなくす

と。医療型療養病床は15万床に削減をするということを決めたわけです。

これは現場にとってみたら、非常に乱暴な政策です。その乱暴な政策を突然出してきたという思いがあるわけでございます。これもみんな医療費を削減するということから出てきているわけです。現場でどういう医療が必要なのかということは全く論議を抜きにして、ただ単に医療費を削減するということからこういう方針が出てきたというふうに思っております。

では、なぜ38万床ある療養病床を15万床に減らすのか。その根拠はどこにあるのかということですが、彼らはいろいろ根拠をつくってはいるんです。その根拠、データの取り方ですが、医師が療養病床に入院している患者さんに対して指示変更の度合いというのを見ているわけですね。指示変更があまりない方から常時24時間、医師が監視して見ていかないといけないというところまで分類をしてきて、入院している患者さんがどういう状態にあるかというアンケートをとっているわけです。そのアンケートをとったというのは、あくまでも指示変更。その指示の変更の度合いというのでアンケートをとっておきながら、実際に出てきたデータとしては医療の必要性があるかどうか。医療の必要性がない患者が5割近くいるというデータを発表してきたわけです。それに基づいて療養病床には半分以上、医療の必要性のない患者がいるからそれを半分に減らしても問題がないというところで、それを根拠に数値というのを出してきているわけですね。こういうことが強行されていくと、医療の現場、介護の現場というのは非常に大きな問題が起こってくるだろうと考えております。

○司会 (玉井) ありがとうございます。

松岡先生、現在、療養病床にはどのような患者さんがいらっしゃるのでしょうか。

療養病床の現状

○松岡



平成18年の医療法改正で、療養病床では医療区分が導入されています。

患者の病態像に従って医療区分1, 2, 3に分けられています。

医療区分1というのは、軽症の患者さんです。軽症といっても中身はかなり実態とちがっています。それから医療区分2というのは、中等症。医療区分3は重症と思ったら、いいです。

先ほど、宮城会長より説明がありましたように、療養病床に実地された患者の指示に関する調査データを基にして、医療区分は作られました。医療区分1は、ほとんど指示が固定されて変更がない状態とし、頻繁に指示が変更されているのを医療区分2または3としております。指示の変更を医療必要度にすり替えているのは大きな問題があります。それで医療区分1は厚労省の判断では入院患者の50%ないし60%を占めていると主張しており、そして医療区分1は、医療必要度がないと判断したのです。

しかし実際、現場では、私たちは一日一回患者さんを回診しているのです。患者さんを診て病態に対して適当な医療的処置をやっていきます。患者さんが落ち着いていれば、特に指示の変更はしていません。

それでは、そのような中で、医療区分1というのは、実際どういうのが想定されているかというと、重度意識障害であっても、あるいは高度麻痺があっても、指示変更がなければ、医療区分1であります。これは医療区分1の約20%が該当します。そういう患者さんは医師から見ても、看護師から見ても、スタッフは常に神経をそこに注いで診ているわけですが、このへんがまったく医療区分で表れていないのですね。

医療区分2というのは、発熱があるとか、あるいは痰をとるのが頻繁で8回以上など、いろいろ回数も決められています。

慢性閉塞性肺疾患、尿路感染症、神経難病、体内出血、褥創なども含まれています。

医療区分3というのはちょうど急性期病院のICUでやっているような、24時間目が離せない状態の患者さんです。ですから、病態から見ると医療区分1の診療報酬が764点はあまりにも低く設定されています。医療区分1は適正な診療報酬でないと、十分な医療サービスの提供は困難で、経営もなりたないです。病院の経費はほとんどが人件費ですからね。それで医療区分1の占める割合が大きくなると、減収となり病院経営を圧迫してきます。

今度の医療法改定では、介護と医療を明確に分けた形となりましたね。介護療養病床に入所している患者さんの介護度は3, 4, 5で、ほとんどが寝たきりか、あるいは車椅子移動で、自分では操作が出来ない、その上医療必要度が高く、医療区分2に相当する者だと思います。介護療養病床が廃止された場合は、このような状態の患者さんは老人保健施設より、療養病床で対応すべきだと思います。

療養病床は100床につき医師3人、看護師20人、老健施設は、医師1人、看護師20人で、医療スタッフにもかなりの差がありますので、状態の不安定な患者さんは老健では限界があり、その為療養病床の必要数は是非確保すべきだと思います。そうしないと、医療難民、介護難民は発生してきます。

○司会(玉井) 小渡先生、今現在、沖縄県の療養病床は軽症の方、重症の方、またはいろいろな方がいらっしゃるというんですけど、現在はどのようなふうな受け入れ方をしているんですか。

○小渡



医療区分は区分1~3まであります。区分については区分の仕方については以前から指摘されてきました。しかし中医協で再議論され、結局は

現行通りでいいということになりましたが、そ

れでもまだまだ不満はあるようです。

沖縄県の医療療養病床と介護療養病床にアンケート調査をした結果、医療療養病床は区分1が26%、区分2が56%、区分3が18%という結果でした。そこそこ妥当な線だと思えます。そこそこ妥当というのは、本土のアンケート調査では、医療区分1は、沖縄県は高い方ではないように思えます。軽い人ばかりを見ているわけではないということです。介護療養病床では、医療区分1が57%、約6割ぐらいです。むしろ区分2が36%で、中には区分3というのが約6%あり、介護型でも区分2や3の重症の方が入院していることが分かりました。

○司会(玉井) 沖縄県は患者さんの具合というのは、軽症の方を見ているのではなく、施設はかなり頑張っていていらっしゃるという現状なんではないでしょうか。

実際にソーシャルワーカーで仕事されている又吉さん。病院から療養病床、いろんな患者さんがシフトしていくということがあるかと思うんですけども、実際にかなり重症な方がシフトされていますか。

○又吉



重症というか、急性期の病院は今の現状では在院日数と治療を早めて速やかに帰すようという使命がありますので、常にソーシャルワーカーは退院援助

が主になるというのが急性期でもありますし、療養型のソーシャルワーカーは入院相談から受けて、その人を自分たちの病院の機能にはこの患者さんが適しているとか、そういうことをちゃんと病院でカンファレンス等をして受け入れているというのが現状なので、先ほどの数字になっているかと思えます。

○司会(玉井) いわゆる施設に対しての適材適所を守っていらっしゃる。

○又吉 ただ懸念しているところは、その中で、今、介護保険施設にも医療区分2とか、重

症の方が流れている中で、その方たちはどのようになっているかといいますと、やっぱり急性期病院の入退院を繰り返しているのが現状でありますね。その統計が出ています。その中で、今後、そういう重症の方がますます増えていくでしょう。療養病床を削減することによって老健にいくと、またそこで診れない。先ほど先生がおっしゃった100床に1名のナースで対応できるかということ、かなり現場が混乱をしてくるので、やっぱり救急病院に戻ってくるというところが出てきますね。

○司会(玉井) 今後の話をするのはもう少し後でなんですけど、老健施設に入りながらも急性期病院に出たり入ったりを繰り返すというような、あまりよくないようなパターンが起きるかもしれないということですね。

今、介護の現場ではどのような問題がおきているのか

○又吉 それとあとは、老健施設でも重症の方は受けてはいるんですけど、胃瘻に関したりとか、あと気管切開、在宅酸素は大丈夫なんですけど、人数の制約があって人数制限をされているというのが1つはあります。

○司会(玉井) 山田さん実際に、老人クラブでどんな話が出ますかね。

○山田



地域にわりあいに元氣老人が老人クラブの会員には多いことでございますし、いろいろとお友達だとか家族と親戚に状況を聞くと、やはり施設依存型が多いですね。

何かがあれば、老人ホームへ行けばいい。あるいは老健施設に行けば、あっちは心配ないよと。

現に2、3年前に、ご婦人方を対象にアンケートをとったことが、「あなたは将来病気になったとき、どうなされますか」と、家族に見てもらって、親子の絆とか、やっぱり昔のいい時

代の親子の絆というものを復元したいとは思いますが、皆さん、どう思いますかと聞いたら、「息子たちにこんな苦勞をさせたくなかったら、やはり施設に入りたい、病院に入りたい」、「介護保険もかけているんだし、健康保険もかけているんだから当たり前でしょう。もう、私たちは今まで相当苦勞したんだから、病院でちゃんと診てほしい」という要望が強い。

その背景には核家族で介護力がないということ。昼間1人暮らしだとか、夫婦とも働いているとか、別居をしているとか、老老家庭とか、核家族の人が多い。元気の間はいろいろと飛んでまわっていろいろなことをやっていますけれども、いったん病気になるとどうしたらいいか、やっぱり施設にお願いしたいというのがみんな本音で言っていましたね。

○司会（玉井） お年寄りの方がお家で見てもらおうというふうには発想しないで、施設に行こうと考えているんですか。

○山田 はい。

○司会（玉井） そう、せざるを得ないということですか。

○山田 やっぱり今、親子間とか家族間の情愛、絆が希薄になっていると言われますよね。それが如実に表れてきていますね。

私、本当に高齢者の口からこういうことを聞いてがっかりしました。私だったら、いや、家族に見てほしい。やっぱり大きく育ててきたのに。ちゃんと家族に見てもらっておさめてほしいし。絆で温めて、最期にはいい最期をむかえたいと思うんですけど。施設に預けたほうが子供たちも楽だし、私も気兼ねをしないというようなことを言うんですから。社会の背景として親子の絆、あるいは肉親の絆が希薄というのは、私もはっきりつくづく見せつけられてがっかりしました。

○司会（玉井） お年寄りの皆様もそういう志向を持っていらっしゃるんですね。

○山田 だから、今、医療費抑制のためなのか何なのかは知りませんが、いろいろと抑制が厚生労働省あたりからかかってくるわけですね。そうすると困ったなということが最近やっ

と聞かれるようになりました。

○司会（玉井） なるほど。実際もう困ったなという声も聞こえ始めて…。

○山田 はい、聞こえ始めておりますね。だからこれは、今現在の社会的な背景として、やはり地域で高齢者を、みんなで地域力とか、地域の介護力で見えていないといけないよと、老人クラブの会員を対象にあちらこちら、私、お話に行っております。要請があれば講演という形式で、宮古に行ったり、あるいは北部に行ったり。昨今は中部で孤独死がありましたよね。あってはならないことだから。友愛訪問でみんなのことをサポートしていきましょうという話をしてきたんですけども、それも限度が…。

○司会（玉井） ゆいまーるの話はあとでお聞きます、すみません。

○宮城 家庭の中での介護力の問題、親子の絆の話があったんですが、グランドデザインを見ていただきたいんですけども、これは親子の絆の問題だけでなく、施設病床、施設数というのは1つは独居老人が増えてきているわけですね。それと75歳以上で2人暮らしだというのは急に増えてきていますね。そういう意味で、どうしても施設利用者が増えてくるというのは、これは現実だと思います。それと複数の家族がいたとしても、沖縄の場合は共働きですよ。昼間は介護する人がいないわけです。確かに地域で住んだり、あるいは生まれた家で住むんだというのは、お年寄りは望んではいるかもしれませんが、どうしてもそこで住めない人が出てきて、そういう方々が施設を利用するようになってきている。それが急激に増えてきている。そういう意味では、施設の必要性というのはあるんですね。

75歳以上の人口というのは、急激に増えていくわけですね。全人口というのはこれは逆に減ってきていますね。75歳以上の後期高齢者というのは病気になりやすい人がたくさんいますから、当然、入院する人も増えてくるわけです。逆に病院や療養病床を削減してくるというのは、時代の流れに逆行しているんですね。

○司会 (玉井) 平さん、実際に療養病床のアンケートもいただいたということではありますが、現場からどのような声が聞こえてくるのでしょうか。

○平



小渡先生の説明と少しダブる部分がありますが、資料をご覧ください。県全体のところを見ますと、医療区分1、軽症の方が大体3割に満たないぐらいいて、

55%ぐらいが医療区分2の中等度の方ですね。あと、17.5%が医療区分3の重度の方がおられるということになっております。昨年の全国の平均値と比べると、全国は、医療区分1のほうが大抵38%ぐらいなんですね。大体10%ぐらい本県より医療区分1が多いです。沖縄県は医療区分1が他県よりは少ない。その代わり医療区分2が多い。それから、医療区分3がやや多いというような結果が出ております。

介護療養病床ですが、医療区分1のほうがかなり、医療療養病床に比べては多くなっている。これは当然の結果だなという状況はあります。

年齢については、医療療養病床が前回の調査で平均年齢が79歳なんですね。介護療養病床が89歳。10歳ぐらいの違いがあります。

それから、医療機関の転換意向はどうなっているかというところ、72%の方が「そのまま医療療養病床で残りたい」。それから、22.4%が「まだわからない」。あと、「介護老人保健施設に行きたい」というのが3.3%ぐらいですので、まだ態度を決めかねている部分があるような状況なんですね。これは多分、来年の4月に介護報酬と診療報酬の改定がありますので、この改定の状況を見ながら経営的にどうなのかということ踏まえて、多分決定していくんだらうと思います。県としては、来年の春頃に再度、意向調査をするので、その後具体的に、どういうふうに行っていくかというふうになるかと思えます。

ちょっと前のページに戻っていただいて、実は皆様のお話を聞いて非常に心苦しいんですけど、県では5年後を目標とした療養病床数の目標値を立てるんです。これをどういうふうにするかといいますと、まず医療区分1、27.3%は介護かどこかに転換していただく。

それから医療区分2の55.2%のうちの3割を介護保険施設か、何かに転換していただこうと。

残るのを医療区分2の7割と、医療区分3の17.5%を医療療養病床として残していただく。

介護療養病床についても医療区分1は別のところへ、それから医療区分2の7割と医療区分3は医療療養病床に残るといような形の計算をします。ただ、これは強制するわけではありませんので、各医療機関からの意向調査を踏まえながらやっていきます。医療機関が残りたい、あるいは老健施設にいきたい、老健施設に行くのであれば、それはそれとしてその分は認めていくという形になります。ただ、いろんな新しい病院が多いですので、やはり建物の借金があるわけですよね。そういうお金の返済もしながら老健施設に行くのであれば改築もしないといけない。そのためのお金も必要ということになりますので、いろんな支援策もやっていかなければいけないというふうには考えております。医療機関としては、まだ態度を決めかねているというのが今の状況だと思います。

○司会 (玉井) 小渡先生、「医療機能強化型老健施設」という言葉が出てまいりますね。あれは医療型の介護療養病床のことですか。

今後どのような対応があり得るのか

○小渡 医療機能強化型老健施設は、医療保険ではなく介護保険で対応する介護保険施設です。ただ、従来の老健施設とは異なり、一部、医療区分2の医療を要する人が入所できる施設を考えているようです。しかし、人員配置基準や施設基準あるいは介護報酬等は全く示されていないため、病床を移行するかどうかアンケートを行っても、各病院とも移行について判断することが出来ず、態度を保留するしかないよう

です。また、この施設については、老健施設協会から老人保健施設という名称を使うと、老健がダブルスタンダードになるので、好ましくないと反対というようです。いずれにしても、この辺のところは、決まるまでに、まだまだ紆余曲折があるように思います。

○司会（玉井） 態度を決めかねているということは、今まさに制度そのものも動いているという形ですか。

○小渡 そうです。まだ細かい基準が決まらないため、各病院では転換するかどうか決めることが出来ないようです。国が療養病床を削減しようとする根本的な目的を考える必要があると思います。その背景には、高齢人口の増加が急速に起こっていることが挙げられます。先ほど会長が話されたように、人口は減るけれど高齢者は増えていく、いわゆる高齢化率がどんどん高くなっているわけです。そして、高齢になると医療も必要になるし、介護も必要になる、そのための財源をどのように確保するかが問題です。本来なら、高福祉高負担か、低福祉低負担かを国民に問うべきであるが、それもせず、医療の「効率性」とか「適切性」等を盾にして、医療費削減や利用者の自己負担を上げ、財源の帳尻あわせをしようとしているように思います。このような考え方は変えなければいけないと思います。いずれにしても療養病床の再編は、2011年度末までに行うことになっております。そこで、国は各都道府県に今後30年を見越して、10年単位で地域の高齢者に必要なベッド数を、この秋までに算定するように指示しています。これが高齢者ケア整備構想です。そして、これに基づいて、今後の本県の高齢者保健福祉計画や医療費適正化計画、医療計画等を行うことになっており、非常に重要な時期にあるように思います。

また、高齢化が進むと、いずれにしても全ての人を施設や病院で看ることはできないので、在宅医療や在宅介護が必要になると思います。現在のような医療体制あるいは支援体制では、まだ不十分であるように思います。

○司会（玉井） 又吉さん、今の在宅の話が出たところで、この問題が非常に頭を痛ませている問題だと思うんですが、いかがでしょうか。

○又吉 その前に1つだけ言いたいのは、さっき言った平専門監のほうから、沖縄県の区分のことをおっしゃっていましたが、私たちから見たら、療養病床だから状態が安定している区分1にいるのではないかなというふうに考えています。

今おっしゃっている在宅推進で、急性期から治療が終わったらすぐ在宅に帰すような方法でやっていますけれど、やっぱりそこに回復期リハビリとかいう病棟があればそこにに入れて1カ月ぐらい、ある程度状態が安定、車椅子レベルで少し機能がよくなったという状態で帰すようにやっています。リハビリ訓練をしている間に介護保険を申請して、約1カ月半ぐらいかかるので、そして在宅推進をしていく。その中には、さっき小渡先生がおっしゃった24時間ではないですよ。役割分担しましょうということで、家族も含めて、チーム医療で家族役割、医療役割、それから福祉の役割、それから介護保険での役割分担をして、在宅推進しているケースもいまして、胃瘻の方もお家に帰ったり、脊損の方も帰しているという、日々努力はしています。

ですが、そうじゃない人たちは託老所。急性期から在宅は無理ですというときには、今、託老所も現在、沖縄県は増えていると思うんですが、そこに紹介をしているということで、そこで今度は費用の問題で、これは大体9万円から12万円、もっと幅があるんですけど、大体それが相場なんですけれど、やっぱり年金生活で家族の援助が得られない。でも生活保護は受けられない人たちというのがちょっと行き詰っているというのが現状ですね。

○司会（玉井） 例えば、今、託老所という話が出てまいりましたけれども、かなり貧しい方々、年金生活の方々が託老所の中でもあまり十分な設備がない、人が十分に配置できていないようなところに行かれているようなケースも

まま見るような気がするんですけど。

○松岡 一見健康そうに見える患者さんでも、高齢者は基礎疾患を持っていることがありますので、託老所が、老人のお世話を引き受ける際は、一人ひとりの状態をよく見て決めてほしい、無理は禁物と思いますね。

また、近くの診療所や病院との連携も是非密にしてほしいと思います、

療養病床が大幅に削減されますと、療養病床で対応可能な患者さんでも、急性増悪を発症した場合、託老所や特老より急性期病院へ搬送されますので、急性期病院のベットを占領する可能性があり、急性期病院のベットへの影響を考えると、療養病床の削減は決して療養病床だけでなく、急性期病院にまで及ぶと思います。

○司会 (玉井) 小渡先生、そのへんはいかがでしょう。

○小渡 一番大事なのは、今、先生がおっしゃったように、結局、託老所に行ける人はいいんです。しかし託老所は10万円前後費用がかかるので、経済的に託老所にも行けない人がいるので、これが一番困りますね。療養病床の再編では、ある程度それを見越して計画を作る必要があると思います。

それからもう1つ、アンケート調査で医療型療養病床で区分1の軽症の方が20数%いるということでしたが、それは、おそらく軽症の方を最初から診ているのではなく、区分2や3で入院していた方が、治療で良くなり区分1になったものと考えられます。そして、介護施設の不足等、色々な事情で退院できない人が、結局、残っているのではないかと思います。これらの人々を退院させるには、地域にもっと受け皿を整備する必要があると思います。

沖縄県の医療型療養病床は、他府県に比べ医療区分1が少ないように思うので、おそらく頑張らなくて退院させていると思います。

○司会 (玉井) 療養病床に入ってくる人たちは、もともと病院から入ってくると。

○小渡 そうです、病院から紹介の人も入るし、直接入る人もいますね。だから最初から区

分1の軽い人が入ってくるわけではないように思います。

○司会 (玉井) 老健とかは、例えば託老所もそうですけど、病院から入ってくるわけではなくて、ご自宅から入ってこられるという方がいらっしゃいますね。

○松岡 ちょっといいですか。私の資料があります。療養病床として重視している機能として出したデータです。

急性期病院で治療を受けた高齢の患者さんが、引き続き治療が必要と見なされた場合に療養病床で引き受けます。脳梗塞や脳出血で高度の身体障害や意識障害の患者さんです。

そのような患者さんの急性期病院からの受け入れが56.6%で最も多いですね、その意味で我々療養病床の側では、急性期病院との連携が最も大切だと思っています。

また寝たきりで頻回に痰を吸引している患者さんや、レスピレータで呼吸管理をしている患者、難病患者などの長期療養を要する患者が52.4%、リハビリテーションが50.4%、在宅ケアとの連携42.9%、終末期ケア22.2%であり、慢性期医療に必要ないろいろな複合的な医療サービスを提供しております。

○司会 (玉井) 最初から軽症の方がいらっしゃっているわけではなくて、実際に松岡先生の資料を見ても、療養病床でも医療型療養病床でもやっていることはあまり変わってないですね。喀痰吸引にしても。経管栄養にしても。

○松岡 そうですね。

○小渡 本来、療養病床の実態を知りたいなら、先ず入院時の区分を出してもらい、治療した後の、状態の区分も出せば、療養病床でどのようにしているのか、よく分かると思います。そのような調査もせずに、一方的に医療区分1は社会的入院だと決め付けるのはどうかと思います。私の聞いている範囲では、始めから区分1の人たちを、どんどん入院させているわけではないように思います。

○松岡 今度の医療区分最大のポイントは「重度意識障害」や「重度麻痺」という病態それ

自体が医療区分1になったところにあります。

医療区分1について平成18年度の医療法の改定で特殊疾患療養病棟が廃止になりましたが、急激な制度改正で病院が経済的に行きづまるのを救済するために、重度障害や神経難病用の病棟である特殊疾患療養病棟に入院されている患者さんは、来年3月31日まで医療区分2または3が適応されています。しかしこの経過処置も平成20年4月以降は適応されず現在の医療区分に従います。この病棟に入院中の患者を調べてみますと私の病院では医療区分1が、20%ほどの患者が該当する見込みです。現在医療区分1は沖縄県では病床全体のおよそ25%を占めていますが、来年の4月以降は現在より増えると思われれます。

○司会（玉井） 療養病床が無理矢理削減されたとした場合は、場合によっては老健とか、託老所とか、在宅とかいうところが、受け皿になるのかも知れません。宮城会長、いかがでしょうか

○宮城 平専門監にお聞きしたいんですけど、先ほど言った医療区分1は全部削る。医療区分2の3割はカットするという話があって、これは医療療養、介護療養、どちらでも同じ計算をしていくと、沖縄県は何割ぐらいカットになるんですか。

○平 沖縄県は、先ほど宮城会長が言ったように、後期高齢者の人口が増えていきます。去年の段階で後期高齢者の人口は、75歳以上で10万人なんです。5年後に13万人になるんですね。1.3倍に増える。そうすると、算定式は、国が示した式ですので、高齢化の状況も踏まえて計算しないといけないんです。まだきちんとした数字では出していないんですけど、沖縄県の医療区分の状況、例えば国は38万床を15万床にしようということで6割カットですよ。本県では、単純にA-B+Cで計算しますと、大体4割ぐらいになるんだろうと。あと、高齢者の状況を考慮して、病床は残さざるを得ないでしょうということになりましたら、多分3割カットぐらいになるのかなと。国が目標と

している6割カット、そこには沖縄県はいかない状況。それは重度の方が入院しておられるということが影響しています。

○小渡 平さんは、立場上これをはっきり言うにくいと思いますが、県医師会で厚労省のいうやり方で試算をすると、沖縄県の場合、現在、医療型療養病床が2,876床ありますが、これが1,513床になります。そうすると約1,000床くらい減ることになります。このように単純にやると、それぞれ医療難民どころではなくなります。こんな乱暴な試算はないと思います。

○宮城 私がお聞きしたのは、国が考えているように6割カットの数字でやるのかというのが1つ。それではないというお話でした。それは非常に大事なことです。

日本医師会の調査では、現状は医療療養病床25.4万床、介護療養病床が13万床。中に入っている人たちの医療区分とか、医療の必要度を調べていくと、療養病床として残していくべきベットは22万床、新たに介護施設が必要、これは老健とか老人ホームとか、有料老人ホームとか、在宅系に移行しているというところが、在宅へのシフトということです。介護保険適用の施設というのが12万床。在宅の可能性のあるのが3.8万床ということで、試算をしているんですよ。それと同じように、沖縄県は、今、実態調査をしていますよね。それに合わせて必要な施設整備をしていくことであると思います。一律に国が出してきたから、その基準に基づいて全部カットするということはやってはいけないということ。これは去年の法律が通ったときにも、附帯決議できちんとうたわれているわけですよ。きちっと調査をして、問題が起こらないように整備をするようにということですよ。

それともう1つは、療養病床が介護施設に移行するときには、緩和基準というのがあるわけですよ。今の基準に合わせて全部やれということではなくて、かなり緩和されているんですね。そのへんのところも通達が出てきているはずですので、これをきちっと読み込んだ上で沖縄に

については問題が起こらないようにしていただきたいということです。

本当は療養病床とか介護施設、それから介護療養、医療療養病床としても、施設のベット数が決まっていたら、医療費はもうこれ以上上がらないんですよ。なぜかという、マルメですから。削減していくというのは、別に増えていく医療費を抑えるために、この分野から削るということですよね。

みんな在宅でということを行っているけれども、さっき又吉さんが言ったように、24時間介護の必要な在宅で介護保険を使うと一体どれぐらいかかるのかということになると、施設基準より高くなる可能性もあるんですよ。重症の方が施設から追い出されて在宅に行ったときに、24時間訪問介護とか、訪問リハとかいろんなサービスを利用すると、ほとんど施設基準と変わらなくなってくる。

療養病床の医療区分1というものの保険設定というのは、デイケアより安く設定されている。介護療養病床は法律でなくすというのは決まっているわけですがけれども、医療療養病床を強制的になくす方法というのはないんです。ただ、経営的に成り立たないようにしていくということです。医療区分1の患者さんを抱えていたら、その施設は成り立たなくなるというので、医療区分1の人を外へ出さないといけません。それで軽症の方を病院側は施設からどんどん出していくということになりまして、病院が悪者になっているわけです。

○司会(玉井) 数学的にどこがカットということではなくて、何らかの可能性を模索しているということだと思いますけど、松岡先生、何かございますか。今のご指摘。

○松岡 療養病床の削減はこれまで申し上げてきたように、単に療養病床だけの問題じゃないですよ。療養病床の前方連携病院の急性期病院が頑張っ、入院日数を短縮すればするほど療養病床のベット数が必要になってきます。

○小渡 後方病院としてですね。

○松岡 そうです。後方支援病院としてです。

療養病床が生き残っていくためには、私はおもいますが、これからはより急性期病院と連携し、医療必要度の高い医療区分2と3に特化して療養病床へ入ってくるができるように、療養病床の体制を整える必要があります。

実際現場では、18年の医療法改正後、療養病床に変化が見られます。平成18年4月以降医療区分2,3が増えるに従って仕事量がかなり増えてきていますので、各種の医療スタッフ職員の疲労が現れています。医療事故発生も懸念されています。それを防ぐために、何らかの対策が必要になっています。

○司会(玉井) 医療というものに対してもう少しシフトするとか、もっともっとシフトしていくような。

○松岡 そうです。シフトして行かざるを得ないんじゃないかなど。というのは医療区分1は療養病床では診てはいけませんという国の方針ですから。医療区分1の患者さんを全体の30%以上かかえていますと、病院経営が成り立たないですからね。

○司会(玉井) 例えばマルメにされたり、そんな診療報酬によって医療介護施設は大変なことになると思うんですが、いかがでしょうか。

○平 沖縄県の医療費の特徴、ちょっと参考資料を見ていただきたいんですけど、1人当たり医療費の全国の比較というところですね。一番上の沖縄県、真ん中が全国平均、下が医療費が少ないといわれている長野県。70歳未満の方というのは、入院は沖縄県では大体1人当たり年間5万8,000円、外来で7万6,000円。全国平均や長野とそんなに変わらない。ところが70歳以上になると、かなり入院のほうにお金をかけている。他県は入院と外来で半分・半分なんですよ。高齢者の医療が入院にシフトしていることが課題です。

それはなぜなのかという問題がありまして、療養病床の平均在院日数の全国比較なんですけど、一番右が沖縄県なんですけど、全国第2位で、1人当たり大体8カ月ぐらい入院しています。一番長いのが富山県でありまして、沖縄県

が2番目と。これが高齢者医療で入院にお金をかけている要因の1つにもなっていると考えています。一般病床の平均在院日数は全部平均並なんです。19日とか、非常に短い期間でかなり頑張っています。では療養病床数と平均在院日数の関係を考えますと、前のページに人口10万対療養病床数というのがあります。これを見ますと大体全国平均並みという状況で、病床数と、平均在院日数の関係はあまり見えない。次に療養病床の医療区分で結構、重度、中等度の方が多く75歳以上で入院する方が多い状況にあります。沖縄県は入院中心になっているんですね。このへんがなぜなのかというので、糖尿病を例に見ますと外来受療率は、沖縄県が一番低いんですよ。この数字を見ると、沖縄県は糖尿病は本当に少ないのかという疑問があります。

住民健診の糖尿病の要医療、あなたは糖尿病に関して何らかの生活習慣を変える必要がありますよという指導を受けた数ですけど、全国平均より高いんですね。県民栄養調査でも、「あなたは糖尿病で治療が必要ですよ」と言われている方の40歳代で36.4%、50歳代で53.2%しか治療していない。そのことが体力の落ちた高齢期に入院せざるを得ない状況につながっているんだろうと思います。重度な状況になって、それが長期に入院をせざるを得ない状況も生んでいるのかなと。

そうなりますと、単に療養病床の再編という問題は、沖縄県の若いときから医療に対する県民の意識をどう変えていくかという大変な課題にも行き着くところになるんですね。

別の要因として、長野県との比較で、なぜ病院からまた家に帰れる状況がないのかなとこのことを持ち家比率で見ると、沖縄県は46位で下から2番目なんですね。長野県は12位でまあまあ持ち家があります。長野県はかなり大家族世帯が多いと言われてますね。持ち家比率も高い。沖縄は借家が多いんですよ。その借家に住んでいることがどういう高齢者の問題があるかといいますと、まず、バリアフリー化ができないですね。借家ですから勝手に改造ができ

ない。

それから、65歳、高齢者の1人暮らしも多いことも要因ですが、高齢者の就労割合、これが沖縄が一番低いんですよ。長野県は1位なんですね。65歳になっても何らかの仕事をやっている。これは生き甲斐の問題なんですよ。沖縄は、多分、面積も小さいし、畑仕事をやるにしてもやる場所がないとか、いろいろあると思いますが、長野県は結構農作業をやっている方が多いんですね。

また、核家族化率は沖縄県は結構高いんです。核家族化というのは、親と子供が住んでいるような状況なんですけれども、やっぱり介護の必要な老人が家に帰ってきたら子供だけでは難しいですね。孫も、いろんな人たちが加わって介護していくという形でないとなかなか厳しい。面積は小さい。借家なのでバリアフリーも簡単にできない。それから、家に帰ってもやる事があまりないので、生き甲斐もちょっと見出せない。いろんな問題が絡んで、療養病床の結果とか、そういうのに表れているのかなという感じもします。ただ、この全体を変えようとすると、長い時間がかかると思うんです。県としても予防対策から始まって、いろんな計画をつくり出すけど、健康増進計画や地域ケア体制整備構想等。全体的かつ中長期的な計画の中で議論していかないといけないと考えております。

○司会（玉井） 沖縄県は離婚率一番で、共働き世帯割合が下から3番めですね。

地域の果たす役割とは…ゆいまーる精神の真価が問われる

○平 共働き世帯割合が45位で少ないみたいに見えますよね。本県は、離婚率1位ですよ。この数字夫婦共働きですので、離婚したら夫婦じゃないんですよ。その人たちは分母から除外されると考えます。ですから、そのことをふまえないと、総務省のこの数字は使えないです。

○司会（玉井） これですべてということではなくて。

○平 だから僕は離婚率と共働きをそばに出

しているんです。離婚率が高いとなると、やっぱり見る人が減りますよね。

○司会（玉井） 一般世帯としてカウントされないんです？

○平 一般世帯、夫婦共働きの「共働き」に入らないと思います。1人しかいないですから。

○小渡 高齢者ケア整備構想を考える上で、療養病床の在院日数が長いのは、これはやはり問題があると思います。それで何が原因かというと、1つは全国平均よりも入院者の年齢が高い、85歳以上の人たちが療養病床にいるというのも1つの理由だと思います。85歳以上にもなると、なかなか在宅に帰せないように思います。それと、退院できないもう1つの理由は、認知症の方が多いということがあげられます。

一方では、療養病床の人口当たりの数が多いから、そのまま回転しないで、とどまっているんじゃないかという考えも出ます。

それで見てみると、例えば人口10万人当たりの療養病床の病床数、これは沖縄は全国のレベルで12位ぐらいです。10万人当たりになると、療養病床の数は決して多くないんです。一番多いのは高知県で、断トツに10万人当たりの療養病床の数が多いです。でも平均在院日数を見ると、少ないんです。だから療養病床の10万人当たりの数と在院日数とは関係ないんです。入院している人の状態、それと関係があると思います。

それからもう1つは、在宅に受け皿があるかどうかです。これが問題になると思います。在院日数が長いとか、病床数が多いんじゃないかと誤解する人がいますが、決してそうではないです。それを付け足しておきます。

○宮城 それと1人当たり医療費というのは、お年寄りが1人どれだけかかったかというのは別なんですよね。高齢人口が多いところは平均すると医療費は高く出るんですね。75歳以上の方、あるいは高齢者が病院へ行ったら、若い人より医療費は高くかかっているかということ、かかってないんですね。そういう意味での1人当たりの医療費ではないんです。

お年寄りというのは病気になりやすいですか

ら、ですから老人1人当たりの医療費の出し方というのは、老人がどれだけいるかどうか。その老人の人口を出してもらわないといけないですね。沖縄はどうなんですか。

○平 沖縄は老人の人口は先ほど言いましたように、75歳以上が10万人ぐらいですので、割合としては全国の中で少ないほうなんです。ただ、沖縄の特徴は85歳以上の人口が多いんです。だから超高齢者というのは、それだけ医療にかかる比率はもっと高くなりますので、先ほど言いましたように、介護療養で89歳が平均年齢ということですので、結構長生きされている状況があるんですね。ですから、老人医療費を考える時は、70歳以上の人口割合がどうなっているのかをふまえないといけないと思います。

○宮城 それ出してもらわないといかんですね、階層別にね。70～75、75～80と。

○小渡 沖縄の療養病床は本土と違って特殊性があると思います。だからそういう理由で在院日数がどうしても長くなるとか、そういうのはあると思います。それも加味して必要病床数や、療養病床数も計算していかないと、溢れる人が出てくると思います。

○宮城 沖縄の場合、療養病床が不足しても、患者さんを見ていると、毎日増えてきておりますね。結局、内地の場合そういう後方施設というのは、沖縄に比べてどうですかね、やっぱり多いですか。あるいは同じか、少ないとか。ただ、特養の整備率は一番高いです。老健も5番目、結局詰まっています、結局どっちも動かない状態なんですね。これ自体結構待っていますからね。

○又吉 特養で5、6年ですか。

○小渡 1つには後期高齢者が多いということです。これがやっぱり影響していると思います。

○山田 重複して申請している人も多いみたいです。1人で、掛け持ちで。どこか空いたらすっとうと行こうということで。家族は奔走していますよ。

○又吉 とにかく申し込んでおいて、中部でも南部でもご家族は車で通ってもいいからということで、6カ所から7カ所。那覇市に住んでいて中部まで申し込んだりしています。

○司会（玉井） 要するに、もう、最初に入れるところ。

○又吉 入れるところところだったらどこでもいいということだと思います。

○平 以前都市と郡部のある地区の認知症の実態調査の違いとして、郡部の地区ではある程度の認知症があっても、1人暮らししている人が結構いるんですね。洗濯したりとか、普通に生活している人もいます。ところが、都会でそういう状態になると、もういろんな問題が出てきたりとか、かなりの差がありますね。今は、都会的な形の生活環境が広がっていったらいいんじゃないかと思えますけども。

○又吉 でも、那覇市は努力しているほうだと思います。包括を中心に地域相談センターが動いて、地域マップをつくって、見守り支援とか、標準プランの方たちすべてが、1人が3人の年寄りを支えようということで、在宅のほうも頑張っているんですけど、まだまだ。

○平 非常に厳しいですね。都会というのは隣にだれが住んでいるかわからない。田舎に行くとやっぱり徘徊していても、みんな知っちゃーるー（知り合い同士）ですから。そこらへんの違いも若干あったんだろうと思えますけどね。

○司会（玉井） 山田さん、先ほどゆいまーるとか、地域で支えるとかという話があったんですけども、那覇の方が中部で入院したとか、家族が奔走して、何とかしてくれという感じ、すごく焦っているような状況が現在あるんですか。

○山田 ありますね。家族がね。やはり施設に入って、そうしないと共働きで稼ぐことができないみたいです。とにかく見る人がいらっしやらないから、すぐにも入れてほしいということで奔走していらっしやいますね。

○司会（玉井） ということは、地域で支えるというのはいろいろ、あちらこちらで聞く言

葉ですけれども、それに行き着く前にもっともっと知恵を出さないといけない段階なんですよかね。

○山田 そうですね。

○司会（玉井） まだ整備されていない部分も多いですからね。

○山田 やはり地域で支えるということ、老人クラブ単独だけではだめですので、地域ぐるみということで。特に行政と結びつけてやらないと、老人クラブの独走では、とても実は結びません。地域を支えるといっても軽い人、地域で生活がある程度できる人しか老人クラブはみられませんから、さっき先生方がおっしゃったように、2とか3とかいう中等症、重症が在宅でもいいと在宅に帰ってこられたときには、やっぱりチームをつくってネットをはって、老人クラブがいけないところ、同僚としてお世話してあげる、近所の人をお世話してあげるということは可能ですけれどもね。やっぱり老人クラブ単独ではできませんので。老人クラブも、今、社会福祉協議会を中心に、やっぱり地域の保健師さん、師長さん、民生委員、ネットをはってやっていこうという構想で、今、一生懸命まわっているんですけども、なかなかこういうような社協を動かすにしても何にしても、もう1つ高齢者のほうが切羽詰った意識がないですね。

だって私たち高齢者になると、福祉の恩恵を受けるのは私たちだから、私たちが動かないでもいいじゃないとか、民生委員さんの業務の項目に私たちの見守り活動もあるんですよ。民生委員の仕事までとっている老人クラブに何ができるかという、そのとおりですよと、説得しても。だから、これを行政につなげて、行政も官民一体となって見守り活動、軽症の人たちを地域で見守って行って、そして地域の先生も含めてネットはって行って、「先生、おかしくなったら担ぎ込みますから見てくださいよ、せめて昼間だけでも」というふうに、ちゃんとネットはらないと安心して見れませんね。高齢者はいつ、どうなるかわかりませんからね。

軽い人は、見ようとする、全国的な流れです。見守り活動。孤独死をなくす。病弱な人、痴呆の人を見守っていきましょうという、ものすごく国も県も痴呆症まで見てくださる。孤独死をなくしなさいというようなおふれはどんどん出ております。だけどそこにいろいろ理論はわかっている、どういうふうにネットをはっていくのか。アクションを起こすのに、今、手間取っています。

○司会（玉井） 沖縄県は沖縄県の特殊性がありますし、それが今いろいろなお話の中で明らかになった部分があると。そして、沖縄県の特殊性を踏まえた解決というのが必要になってくるのかなという感じがいたします。

時間も押し迫ってまいりましたけど、宮城会長、最後に何か。

○宮城 こういう状況というのは、沖縄の社会状況を反映していると思うんですね。沖縄の人というのは、他府県に比べると年齢的には10歳若いと思っているんですよ。体格的にも。本当にそれぐらい歳をとって来ると差があるんですね。元気なお年寄りが多いはずですよ。先ほどのデータで65歳以上は働いていない。そのへんのところがやっぱり若いけど、働く場がない。65歳以上になると働ける力があっても、もう働く職場がなくなってくるという問題があ

ると思います。

それと同時に、全国的にも沖縄も高齢人口というのは、どんどん増えてきます。それから、核家族化が増えていきます。共働きも増えてきます。老後、問題が起こったときに、その人が一番ふさわしい処遇というんですかね、サービスが受けられるような体制というのは、沖縄県独自でつくっておかないといけないことです。それは病院、医療、療養病床があり、老健があり、老人ホームがあり、在宅系のいろいろな施設があるということがあって、これはもうすべてバランスをとりながら計画をしていくという。20年、30年先にはかなりの数のお年寄りが増えてきますから、今から準備はしておくということですね。

国はいろんな指示を出してはくるんですけども、沖縄は沖縄独自で考えてやっていかざるを得ないということで、行政のほうでもぜひ踏ん張って、そのへんの実態をつかんだ上で計画を立てていただきたいと思います。

○司会（玉井） ありがとうございます。

これで「療養病床の今後について」という座談会を終了させていただきます。

どうも長時間にわたりまして、ありがとうございました。

