

6 病院と介護保険施設の現状と今後

2006（平成18）年、社会保障費の削減を掲げて行われた医療制度改革関連法の改正は、今後の医療提供体制や介護保険施設のあり方、特に2012（平成24）年3月末までに廃止される13万床の介護療養型医療施設と、25万床から15万床に集約するとした医療療養病床の機能を、根本から見直すものであり、38万床中23万床が医療施設から消えるという激変をはらむものであった。しかし、その後顕著となった医療・介護提供体制の危機を背景に、全国都道府県の地域ケア整備構想で積み上げられてきた必要病床数は、国の構想を大きく上回っており、動向は流動的である。いずれにしろ、自らの地域特性において医療機関としてどのような機能を持ち、他の機関や施設とどのように有機的に連携するのかが問われ、各自治体とも協力しながら、よりよいサービスを提供することが、いっそう求められることになる。

● 病棟機能分化の類型

(1) 急性期入院医療

一般病床には、次の病院・病棟が挙げられる。

- ① 特定機能病院 ……大学病院本院、国立がんセンター等
 - ② 地域医療支援病院 ……二次医療圏に1つ設置することを目標に整備中
- 医療機能連携の体系化の一環として、1997（平成9）年4月の医療法改正で創設された。地域の病院、診療所などを後方支援する役割を担い、都道府県知事によって承認される。

地域医療支援病院の承認要件

- 1 紹介患者中心の医療を提供していること。
 - ① 紹介率80%を上回っていること（紹介率が60%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成することが見込まれる場合も含む）。
 - ② 紹介率が60%を超え、かつ、逆紹介率が30%を超えること。
 - ③ 紹介率が40%を超え、かつ、逆紹介率が60%を超えること。

- 2 救急医療を提供する能力を有すること。
- 3 建物、設備、機器などを地域の医師などが利用できる体制を確保していること。
- 4 地域医療従事者に対する教育を行っていること。
- 5 原則として 200 床以上の病床および地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。

③急性期病棟 ……いわゆる急性期一般病床

(2) 亜急性期入院医療

①亜急性期病床

2004（平成 16）年 4 月に創設されたカテゴリー。急性期から受け入れ、在宅への移行を担う。急性期以降の状態が固定していない、回復もしくは増悪する患者、慢性期患者（在宅医療、介護保険施設などで療養する）の増悪に対応する入院医療と定義できる。

②回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーションを要する状態の患者に特定され、入院目的が ADL 向上、寝たきりの防止、家庭復帰と明確である。入院日数も 180 日以内と限定されている。地域リハビリテーションの拠点施設としての役割が期待され、療養病床からの転換もあり、増加傾向にある。

③緩和ケア病棟

主として末期の悪性腫瘍や AIDS（後天性免疫不全症候群）に罹患している患者を対象に、治癒をめざした積極的な治療がもはや有効でなくなった患者へ緩和ケアを病棟単位で行う。在宅緩和ケアを支えるショートステイ施設としての役割も期待されている。
上記の 3 つを在宅医療を支える亜急性期医療と位置づけることができる。

(3) 療養病床

療養病床には医療保険適用の医療療養病床と、介護保険適用の介護療養型医療施設の 2 つがある。今回の改正で、医療療養病床の機能としては、より医療が必要な患者のための病床ということが重視された。

一方、介護療養型医療施設は3つの介護保険施設の1つとして、介護と医療が常時提供できる施設の役割を果たしているが、3年後には廃止されることが決まっており、「医療崩壊」と言われる中、混乱の状況下にある。

しかし、患者の流れとしては、急性期病院の後方病院の機能、介護保険施設、あるいは在宅療養中に医療必要度が高くなった際の受け入れ先病床として、療養病床の役割は重要である。また、いずれ廃止とはいえ介護療養型医療施設は、中程度の医療やターミナルケアなどが必要な要介護者に対して、24時間の介護・医療サービスが提供できるため、さらに医療療養病床の入院条件が厳しくなったことと相まって、入院希望者は増え続けている。

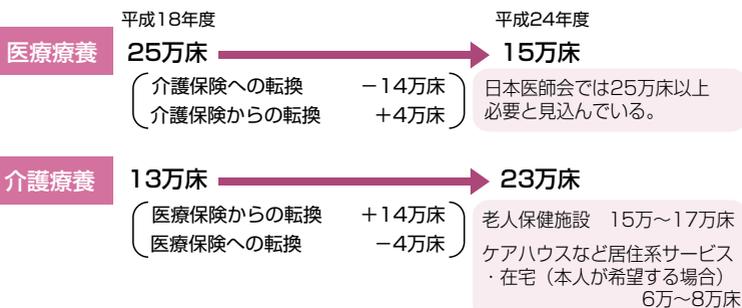
最近の日本医師会によるアンケート調査からは、医療難民2万人、介護難民4万人が出るであろうと推定されていることと、団塊の世代の高齢化問題などから、病床の削減については大きな危惧が抱かれ、より慎重な医療政策が求められるところである。

① 医療療養病床

2006（平成18）年から、医療区分およびADL区分などに基づく患者分類を用いた評価が導入された結果、軽い病態の患者はだんだん入院する余地がなくなり、治療が不十分なまま在宅に返される例も想定され、地域のかかりつけ医の支援がこれまで以上に必要となる。

現行療養病床の見直し後の姿（粗い見通し）

●療養病床の再編は、6年間かけて、かつ、転換先の確保を図りつつ行うものであり、入院患者が追い出されるような事態が生じないようにすることが大前提



◎ 2008（平成20）年4月からの療養病棟入院基本料

療養病棟入院基本料（1日につき）				
		医療区分（患者の疾患及び状態）		
		医療区分3 (表1に該当する患者)	医療区分2 (表2に該当する患者)	医療区分1 (表1、2以外の患者)
患者のADL区分 (得点)	ADL区分3 (24～23点)	入院基本料A 1,709点 [1,695点]	入院基本料B 1,320点 [1,306点]	入院基本料D 885点 [871点]
	ADL区分2 (22～11点)		入院基本料C 1,198点 [1,184点]	入院基本料E 750点 [736点]
	ADL区分1 (10～0点)			
A	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3～1	ADL得点(0～24)
B	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3～2	ADL得点(11～24)
C			ADL区分1	ADL得点(0～10)
D	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点(23～24)
E			ADL区分2～1	ADL得点(0～22)

【表 1 入院基本料 A に係る疾患及び状態】

対象疾患の名称
スモン
対象となる状態
<p>医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態</p> <p>中心静脈栄養を実施している状態</p> <p>24 時間持続して点滴を実施している状態</p> <p>人工呼吸器を使用している状態</p> <p>ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態</p> <p>気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態</p> <p>酸素療法を実施している状態</p> <p>感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態</p>

【表 2 入院基本料 B 及び入院基本料 C に係る疾患及び状態等】

対象疾患の名称
<p>筋ジストロフィー症</p> <p>多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る））その他の難病（スモンを除く）</p> <p>脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る）</p> <p>慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る）</p> <p>悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る）</p>
対象となる状態
<p>肺炎に対する治療を実施している状態</p> <p>尿路感染症に対する治療を実施している状態</p> <p>傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、30 日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）</p> <p>脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態</p> <p>消化管等の体内からの出血が反復継続している状態</p>

頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
 褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2箇所以上に認められる場合に限る）
 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
 せん妄に対する治療を実施している状態
 うつ症状に対する治療を実施している状態
 他者に対する暴行が毎日認められる状態
 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態
 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態
 気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く）
 頻回の血糖検査を実施している状態
 創傷（手術創や感染創を含む）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

対象となる患者

次に掲げる保険医療機関の療養病棟であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料又は特殊疾患入院施設管理加算を算定する療養病棟に入院している患者（重度の肢体不自由児（者）又は知的障害者に限る）

- (1) 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設
- (2) 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設
- (3) 児童福祉法第7条第6項及び身体障害者福祉法第18条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの

【表3 表1・表2の経過措置に関する疾患】

脊髄損傷、筋ジストロフィー症、多発性硬化症、重症無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る）、ハンチントン病、多系統萎縮症（綿条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病（クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病、致死性家族性不眠症）、亜急性硬化性全脳炎、仮性球麻痺、脳性麻痺

社会保険研究所「点数表ハンドブック」より一部抜粋

② 特殊疾患療養病棟

2006（平成18）年7月から、療養病棟については、重度心身障害者、神経難病、脊髄損傷などの重度障害者、重度の意識障害者などの長期療養を目的とした特殊疾患療養病棟のカテゴリーが廃止され、患者分類を用いた評価が適応されることとなった。

③ 介護療養型老人保健施設の導入

介護療養型医療施設の3年後の全廃をにらみ、すでに廃止したり、医療療養病床、回復期リハビリテーション病棟あるいは一般病床に転換したりする動きがある中、介護療養型老人保健施設のカテゴリーが導入された。他方では介護老人福祉施設が不足しているため、将来的にはその受け皿が必要である。また、一部は在宅への流れに従わざるを得なくなることから、ここでも地域のかかりつけ医の役割はさらに重いものとなるだろう。

在宅医療と入院（入所）施設

在宅医療との連携を考えると、「亜急性期病床」の存在は大きい。急性期主体の病院では、在宅への移行を準備するだけの入院期間の確保がむずかしいが、亜急性期を利用することで、介護認定も含めて準備期間を確保すると同時に、リハビリテーションの継続が可能となる。また、在宅医療で急性増悪した場合も、一般病床のなかに位置づけられているため、一般的な急性期医療には対応可能と考えられる。同様に、「医療療養病床」の機能の多様化も重要であろう。

また、今後の緩和ケアは在宅中心になると考えられる。しかし現在、「緩和ケア病棟」は全国で3,000床弱であり、年間のがん死30万人の時代に即応できる規模ではない。幸い近年、包括的がん医療の進歩により、通院のがん治療や在宅緩和ケアの普及が進みつつある。かかりつけ医がこの病棟との連携のうえで包括的がん医療の一環としての在宅医療を行うことは、本人・家族の安心感を高め、価値ある終末医療を可能とするであろう。

在宅患者が増悪したり、ほかの急性期疾患を被り状態回復の見込みがある場合は、円滑に急性期病院（病棟）を利用できる体制整備が必要である。

また、病状や近親者の状況から在宅療養の継続がむずかしくなった場合は、医療療養病床への入院が望ましい。今後長期入院（入所）施設の機能分化が再編された場合、医療・介護両面から評価し、国民の理解の下に療養の場を障壁なく選択できるようになることが望ましい。

長期療養における医療病床と介護保険施設の機能分化の方向

急性期入院医療	
特定機能病院 地域医療支援病院	医療法上定められた特定の病院。一般的な急性期病院より、高度な医療を提供する。
急性期病棟	一般的な急性期入院を行う病棟。大規模な病院中心だが、専門単位の病院もある。
亜急性期入院医療	
亜急性期病床	地域の在宅医療・介護保険施設などのバックアップや急性期病棟からの受け入れを担う。
回復期リハビリテーション病棟	地域リハビリテーションに特化した専門病棟。
緩和ケア病棟	がん末期に在宅を基軸に、必要に応じて入院できる病棟。
慢性期入院医療	
医療療養病棟	慢性期医療の継続を要する場合の長期入院病棟。
特殊疾患療養病棟	神経難病などの特殊な疾患に対する長期入院病棟。
介護保険施設	
介護療養型医療施設	継続的な医療および介護を提供する施設。 (介護療養型老人保健施設などへ転換)
介護老人保健施設	介護および維持的リハビリテーションを提供する施設。
介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護の継続的提供を行う生活施設。
その他の介護保険施設	グループホーム、ケアハウス、高齢者専用住宅など。