

ては、良く知られた「日本病院機能評価」がある。「日本医療機能評価機構」の認定も第三者評価の導入という視点で、同じく9領域の6項目に選択されている。病院機能評価の評価項目はプロセス指標が中心であるが、その8領域目が「療養病床」についてのものである(表7)。表現は異なっているが、(別表)の4領域・5領域・6領域・10領域に記載された内容と重複する部分がある。

慢性期医療のCI策定の必要性が生まれた背景には、わが国の医療政策の変遷^{1,2)}とそれに対応した慢性期病院の変貌がある。医療区分の導入は「ショック」といわれるほどのペナルティー的な意味合いを持ち、慢性期病院にも「できるだけ早く治療して、地域に帰す」という病院本来の機能が求められるようになった。医療療養病床は「ICUと類似化」とまで言われるようになり、これは平成22年6月に実施された「横断調査」の結果でも明らかになった。超高齢社会の進展、今後数年の死亡者の激増は、慢性期病院の役割増加と負担に拍車をかける。また近年の医療療養病床には、多くが「医療区分2・3」に該当する多彩な原発臓器の悪性腫瘍の終末期や神経難病の入院患者が増加し、対象年齢が必ずしも高齢者だけではなくなっている。「治す」とは対極の「治らない病気」への対応、「死」を考えた「終末期」への対応もCIに設定されている。これは「ホスピスケア」とは違った多彩な内容を含んでいる「慢性期医療機能」のひとつといえる。

慢性期医療の現状を対外的にも明示できる客観的な多くのデータを材料として、平成21年より協会は、中医協の「慢性期入院医療の包括評価調査分科会」において、回復期リハと同様に慢性期包括医療に対する「医療の質の評価」の導入を訴えてきた。その結果、平成22年度の診療報酬改定において、入院基本料や地域連携などのいくつかの領域で評価が得られた。CIを活用する場合は、認定審査だけではない。慢性期医療においても、診療機能の質によって診療報酬上の評価に差がつくことは当然であり、「医療区分」はいわば、「Pay for Process」としての役割の一部を担ってきたといえる。そしてCIによるアウトカム評価はP4Pへのアプローチも可能にする。急性期医療や回復期リハに限らず、P4Pについての議論はわが国ではまだ未成熟である¹³⁾。認定審査の進捗とともに、協会が提出するデータとしてのアウトカムが出てくれば、慢性期医療における

P4Pについての議論も可能である。ただ、アウトカムとしての肺炎・尿路感染の治癒率がCIに選定されたのは、医療区分2に記載された疾患であるという理由である。院内発生と治療目的の入院患者を含めた治癒率であり(肺炎では90%以上が2点)、そこではリスク調整が全く行われていないため、ベンチマーキングには不適である。しかし、高度急性期病院で治療する必要のない患者がやむを得ずそこに搬入される、いわゆる「ミスマッチ」患者の解消は「救急難民」の防止にも貢献するだけでなく、それらをトリアージすることで節約できる医療費は、年間1兆6,000億円以上と試算される³⁾。肺炎、尿路感染、脱水、褥瘡などの患者がまさにそれに該当する。急性疾患発症後の廃用症候群に対するリハビリ機能も付随する慢性期医療は、医療費節減効果だけでなく、在宅復帰率向上にも大きく貢献できる。

協会は今後もCIを、認定審査の推進・普及だけではなく、他の色々な場面で公表・活用して一般に周知させてゆく。その中で重要な課題は、選定項目は適切であるか、基準値は適当か、追加が必要な項目はないかなどの、情報収集・分析・評価によるCIの「妥当性の検証」である。「慢性期認定病院認定審査」は、平成23年3月1日現在、12の病院が認定されているにすぎず、妥当性の検証データとしてはいまだ不十分である。しかし、12病院中10病院が、すでに「日本医療機能評価機構」の認定病院である。認定審査を協会内部だけのものではなく、広く第三者評価として確立してゆくためには、データの集積だけではなく、サーベイヤーと受審病院の視点も加味した、2つの機能評価の整合性における議論が必要になる。

また、医療政策にも医療現場の実情が反映される傾向がますます強まり、必然的に慢性期病院の今後求められる診療の質の内容にも変化が求められる。

今後は、現場の実情と認定審査の結果をふまえて、各方面の批判も受けながら、CIに適宜変更・修正・追加を行う柔軟な対応が肝要であろう。現在のCIには具体的な項目が設定されていない、協会が今後の慢性期病院の2大必需機能であると考えている「がん患者支援機能・認知症治療機能」も視野に入れなければならない。特に先述の横断調査の結果を受けて、いずれこのCIは、基準13:1、15:1の一般病床を含めた、慢性期医療を提供する病院全部に適応可能であるように対応してゆく必要性が生じて

くるであろう。その基盤になるのは、平成22年10月に協会が作成した、「慢性期医療版DPC」ともいえる、「慢性期病態別診療報酬試案」である。ここでは、患者の「処置」ではなく「病態」を中心として、現状の医療区分の見直しを含め、上記の2大必需機能への評価も加味されている。

慢性期医療に求められる「診療の質」とは何か、そして「質」を正確に反映するCIとはいかなるものであるかについての議論はまだ緒に就いたばかりである。すなわち認定審査等における十分なデータの集積はこれからである。CIは妥当性の検証がなされて初めて、それを用いた医療供給体制、医療経済などの多角的な視点からの説得力のある議論が可能となる。

V. 結 語

日本慢性期医療協会が策定した「慢性期医療の臨床指標(CI)」の導入における策定の視点、特徴と「慢性期医療認定病院認定審査」への活用、および今後の展望と課題について述べた。

このCIでは、慢性期医療に求められる多彩な機能が強調され、従来の急性期医療が中心のCIとの差別化を鮮明にしている。協会は、現在の慢性期医療のスタンダードとしての「慢性期医療における病院機能評価機構」の確立をめざすとともに、CIを慢性期医療の内容を一般に周知させて、多角的な視点からの議論を可能とするツールとして活用してゆく。今後の最も重要な課題は、データの集積を基盤

とした妥当性の検証である。

文 献

- 1) 池上直己, 急性期以外の入院医療のための新たな支払方式, 医療経済・政策学第5章, 勁草書房, 2005
- 2) 池上直己, ベーシック医療問題入門(第4版), 日本経済新聞社, 2010
- 3) 武久洋三, どうする療養病床転換 ~行政の動きからの検証~, 病院経営 No. 411, 産労総合研究所, 4-11, 2009
- 4) 武久洋三, 慢性期医療の概論について, JMC, 65(4), 23-30, 2009
- 5) 医療の質用語事典編集委員会, 医療の質用語辞典, 日本規格協会, 2005
- 6) 福井次矢, 「医療の質」を測り改善する~聖路加国際病院の先端的試み, インターメデカ, 2009
- 7) 真野俊樹, 患者さんの満足度UP, 南山堂, 26-31, 2010
- 8) Donabedian A, Exploration in quality assessment and monitoring, Volume I: The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, 1980
- 9) 日本医療・病院管理学会 学術情報委員会編, 医療・病院管理用語事典, 市ヶ谷出版社, 76, 2010
- 10) 全国医学部長・病院長会議, 臨床指標による大学病院の医療の質・安全・患者満足度に関する調査報告書, 2005
- 11) Zimmerman D.R, Karon S.L, Arling G. et al, Development and testing of nursing home quality indicators, Health Care Financing Review, 16(4), 27-107, 1995
- 12) International Quality Indicator Project (<http://www.internationalqip.com/>)
- 13) 埴岡健一, P4Pは医療をどのように変えるか, P4Pのすべて~医療の質に対する支払い方式とは~(P4P研究会編), 医療タイムス社, 18-38, 2007

(平成23.1.4受付, 平成23.3.7採用)

連絡先: 〒047-0002 小樽市潮見台1-5-3
南小樽病院 矢野 諭
E-mail: s_yano@seiyukai-gr.jp

INTRODUCTION AND UTILIZATION OF A CLINICAL INDICATOR OF CHRONIC THERAPY

— Measuring quality of medical care in chronic therapy —

Satoshi YANO¹⁾ and Yozo TAKEHISA²⁾

Benchmarking (comparison of results) by introducing a “clinical indicator (CI),” an objective quantitative indicator consisting of complex components to measure the “quality of medical care,” is a powerful method to ensure and improve the quality, regardless of the acute or chronic stage of the care. The Japan Association of Medical and Care Facilities (hereafter referred to as the association), which has continued to emphasize the necessity and importance of chronic therapy as post-acute therapy (PAT) following acute therapy, completed its own “CI of chronic therapy” consisting of “10 areas and 62 items,” which fully reflects the characteristics of chronic therapy and efforts of people involved, and by which objective third-party evaluation can be made. This CI emphasizes various functions required for chronic therapy, is clearly differentiated from the usual CIs, which deal mainly with acute therapy, and is scored with a maximum of 124. It will be used for the “certification examination for chronic therapy certified hospitals” of the association and also utilized as a tool for making the standard of chronic therapy generally known, and its validity will be verified. Thereby, it will be possible to have discussions from various points of view, such as the medical supply system and health economics.

Key words : clinical indicator/benchmarking/quality of medical care/chronic therapy function/chronic therapy certified hospital

¹⁾ Minamiotaru Hospital

²⁾ Hakuai Memorial Hospital

慢性期医療と在宅診療のあらたな連携

Home health care and a new cooperative medical care of chronic



武久洋三

YOZO TAKEHISA

日本慢性期医療協会、平成博愛会博愛記念病院

○ 2025年の医療・介護提供体制予想は、医療・介護が必要な患者が現在より300万人増加し、年間死亡者数は2008年度の1.5倍の約160万人、患者数としては3倍以上になるとしている。病院病床を増やさなければ、患者1人当りの入院期間を現在の1/3以下にしなければならない。そして病院から溢れ出した患者は在宅療養を余儀なくされる。本年(2011)6月に国が示した資料では、高度急性期病床の平均在院日数を15~16日、一般急性期病床を9日としているが、急性期治療後の患者全員がかならずしも回復するわけではない。気管切開や人工呼吸器などの慢性期ICU患者には、長期急性期病床が必要である。2025年には全患者の約90%が慢性期医療対象患者となり、500万人以上が在宅療養患者となる。現在、在宅療養支援機能の指標を“在宅看取り死”としているが、在宅療養を継続するには、急変時は在宅療養支援病院に入院するほうが短期間で在宅復帰できる。地域に密着した在宅支援を行い、慢性期急変患者に対する緊急対応ができる慢性期病院の存在が必要不可欠である。



慢性期医療、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、長期急性期病床、長期慢性期病床

慢性期医療とは高齢者医療と同義語であるわけではない。しかし現実には、慢性期医療の病棟において患者の平均年齢は80歳前後であることは事実である。

超高齢化の波は確実に押し寄せており、いまや急性期医療の現場でも多くが高齢者、しかも超高齢者であるという現実を直視しなければならない。高齢者に対する医療というものは、全国の22の医学部や医科大学において老年医学教室が存在することからも、従来の臓器別専門医のみの急性期医療から高齢者の総合医的な要素を熟知したうえで治療がなければ高齢者の疾病は治せない状況にきていることがわかる。しかし最近、老年医学教室を減らしていこうという動きがあることを著者はたいへん憂慮している¹²⁾。

在宅療養患者の増加と重度化

さて、2009年10月に社会保障国民会議が発表した2025年の医療・介護提供体制予想計画の一部

表1 医療介護体制シミュレーション¹³⁾

	2009年		2025年
病院病床	102万人	▶	111万人 +9万人
介護保険施設	81万人	▶	149万人 +65万人
居住系療養者	25万人	▶	68万人 +43万人
在宅療養者	243万人	▶	129万人 +186万人
計	154万人	▶	757万人 +303万人

を簡単にしたのが表1¹³⁾である。

急性期医療から在宅療養までの医療と介護を必要とする患者の総数は、2009年には454万人であったが、2025年の予想ではなんと757万人と、実に300万人も増加する予想となっている。これらの患者をどこで治療するかという話であるが、厚生労働省は病院病床を増やすつもりはまったく

ないようである¹⁾。介護保険施設は約10年間で65万人分増やす予定であり、つまり1年に65,000人分増やさなければならないということになる。

しかし平成23年(2011)3月で参酌標準がなくなったとはいえ、日本の人口の約1割を有する東京都を例にとってみると、10年間で65,000床増やすということは毎年6,500床増やすということになり、これは100床の特養を65カ所建設するということでもある。

現実には年間で10カ所も建設されていない東京でこのような実現不可能な予想をすることは、実に虚しいことである。せいぜい10年間で20万床増えれば万々歳ではないかと思われる。

そうなれば、居住系を含む在宅療養を強いられる患者は、増加する300万人のうちの270万人、すなわち増加する患者の90%を在宅という名の場所で療養をしてもらわなければならないという、まことに政府としては無策な数字合わせの計画で終わっている。

しかし予算もなく短期間で急増する需要に対応する方法は、ほかにあるわけではない。

また、2025年には2008年度の年間死亡者の1.5倍の約160万人の年間死亡者が出るという確定的未来予想も明らかになっている¹⁵⁾。このことは国民が1回病気にかかり、1回入院して死亡すると仮定しても、患者数は1.5倍になることを意味する。複数回病気にかかり、複数回入院した結果、死亡する国民が多いと想定すれば、患者数は最低でも3倍以上になる計算である。しかし、病院病床は将来とも増やさない方針は明らかであるので、これらの激増する患者を急性期・慢性期を問わず入院加療するならば、患者1人当りの入院期間を現在の1/3以下にしなければ対応することは物理的に不可能である¹⁾。

その結果、現在よりはるかに短期間で病院を退院してくる患者は、介護保険施設を経由してほとんどは居住系を含む在宅療養を余儀なくさせられることになるのである。

在宅療養患者が現在の2倍になり、しかも数倍重度化するとして、たった10年でそういう事態を迎え撃つ体制づくりをしなければいけない。

このことは行政だけが計画をし、指針をつく

り、その方向に導いてゆくのを当然だと考える国民が多いかもしれないが、行政はあくまでも方向性を示し、現場が対応しやすいような環境づくりをすることがその責任範囲である。

東日本大震災の復興計画をみても、政府の無策を問い、被災地の復興が遅れているのは一方的に政府に全面的に責任があるような広報宣伝をしているが、実際に動くのは現場であり、そんなに短期間に元のようになると考えるほうが異常である。

要するに超高齢化・大量死時代を迎えるにあたり、政府にばかりその責任をもたせることはできない。医療・介護・福祉に携わる事業所や職員も、きたるべき時代に自ら備え、世界に冠たる日本において世界に先がけて国民の満足する医療介護提供体制を現場から発信し、実現していかなければならない。

長期急性期病床と長期慢性期病床の必要性

2011年6月には医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み〔平成27年(2025)年度〕が発表された。これによると、高度急性期病床が22万床、平均在院日数を15~16日、一般急性期病床を46万床、平均在院日数を9日、回復期・亜急性期病床を35万床、平均在院日数を60日としている。

高度急性期病院は重度の患者が入院することを想定すれば妥当かと思われるが、一般急性期病床が平均在院日数9日ということは、現状の約1/3にしようとする考え方であり、著者が前述した入院期間を1/3としなければならないという予想どおりの数値である。

しかし現実には46万床もの病床が平均在院日数9日で回るわけもなく、せいぜい30万床がその基準をクリアできれば上等であろう。一方、高度急性期病院で治療した患者のうち、回復する可能性が高い患者は回復期・亜急性期病床に転院するであろうが、かならずしも全員が回復するわけではない。気管切開や人工呼吸器、また重度の多臓器不全など、回復期ではとても診られないような慢性期ICU患者については、平均在院日数9日の一般急性期病床ではこれらの患者の受け皿になること

表 2 医療の提供状況

	一般病棟 (13:1) 亜急性期・ 回復期を含む	一般病棟 (15:1) 亜急性期・ 回復期を含む	医療療養 病棟 (20:1)	医療療養 病棟 (25:1)	介護療養 病棟 (30:1)	介護老人 保健施設 (療養型) (30:1)	介護老人 保健施設 (従来型) (50:1)	介護老人 福祉施設 (125:1)	在宅
総数	3,999人	7,874人	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈栄養	8.1%	10.6%	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人工呼吸器	1.5%	1.6%	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開・ 気管内挿管	4.0%	4.8%	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	13.1%	14.5%	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	18.4%	21.7%	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管・胃瘻	13.9%	17.1%	35.7%	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

(平成22年6月実施, 厚生労働省「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値より)

はできない。

そうすると計画にはない長期急性期病床が必要となる。すなわち長期に入院できる急性期機能をもった病床が必要である。この機能は、最近4年間で急激に入院患者が重度化した医療療養病床と高度急性期機能を維持できなかった地域の中小病院が、この部分を担うことになるであろう。また、回復期・亜急性期病床を現在の約6万床から35万床に短期間に増やすという計画はまさに画餅の餅である。

急性期医療の平均在院日数がますます短縮化されていけばいくほど、そのpost acuteを引き受ける長期急性期病床がかならず必要であるにもかかわらず、厚生労働省はあえてその不可欠な病床機能を過小評価している。最低に見積もっても約30万床の長期急性期病床と約30万床の長期慢性期病床の存在がなければ、近未来の医療体制は国民にとって厳しいものになるであろう。

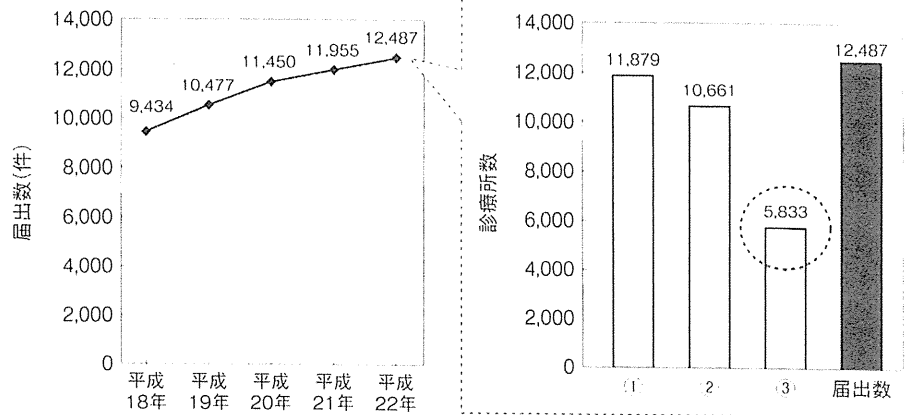
2011年より、特養で胃瘻や喀痰吸引の処置を介護職員に行わせるというように介護保険法が改正されたが、これは介護保険施設にどんどん重度者が押し寄せることをあらかじめ想定して対応したものである。2010年6月に厚生労働省の保険局と老健局が行った横断調査の一部を表2に示してあるが、現在でも老健より特養、特養より在宅のほうに重度処置の必要な人が多い。表3に慢性期医療の行われている範囲を示してあるが、2025年には全対象患者757万人のうち慢性期医療の受けもち部分はその90%と想定されている。

表 3 慢性期医療の範囲

- ・医療療養病床(長期急性期病床, 長期慢性期病床)
- ・介護療養型医療施設
- ・回復期リハビリ病棟(亜急性期病床)
- ・一般病床13:1, 15:1の特定除外患者など
- ・一般病床7:1, 10:1の特定除外患者など
- ・介護老人保健施設, 介護老人福祉施設における医療
- ・在宅および居住系施設における医療

今後、慢性期医療の重要性がいかに高まるかというのを全国民は認識しなければいけない。しかもそのうち500万人以上の患者が在宅療養の患者である。厚生労働省の在宅療養に対する施策として2006年4月、在宅療養支援診療所という制度をつくったが、申請した診療所は10,000件以上であるものの、実態として在宅療養支援診療所として稼働している診療所は1,000件にも満たないといわれている¹⁵⁾。さらに後方ベッドをもたない診療所では在宅療養支援は十分できるわけもなく、2010年4月から著者らの要望に応じて在宅療養支援病院が認可され、現在1年間で400を超える病院が認可されているが、ベッド数を200床以下の病院に限定したため、実際は在宅療養支援に熱心な病院でもベッド数が200以上あったため申請できなかった病院や、ベッド数が200床以下なので実際は在宅療養支援をまったく行っていないけれども、とりあえず申請しておこうかという病院まで混在し、やはりこちらのほうも実態はお寒い限りである。このことに関する2つの調査について図1に示してある¹⁶⁾。

(A) 在宅療養支援診療所の届出数の推移



(B) 在宅療養支援病院の届出数の推移

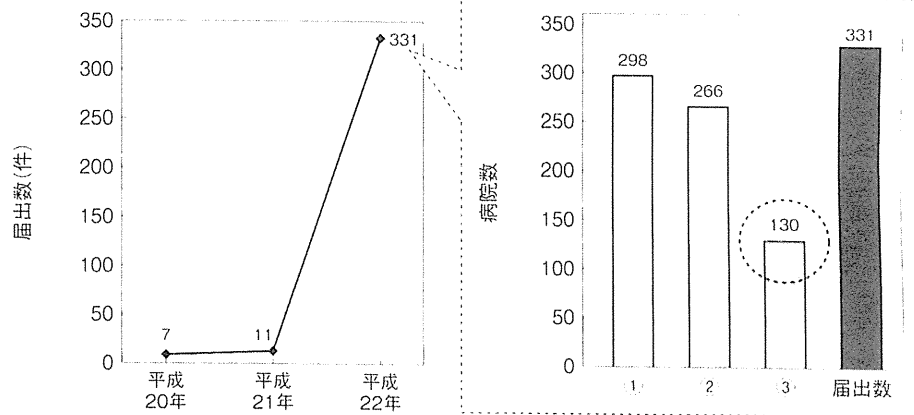


図1 在宅療養支援診療所(A)、在宅療養支援病院(B)の届出数の推移(2010年7月1日時点)
 A：在宅療養支援診療所のうち平成22年(2010)に看取りを行っているのは約半数。
 B：平成22年(2010)の診療報酬改定の際に、在宅療養支援病院の要件が緩和され、数が急増している。
 1：厚生局への実績報告届出数、2：担当患者数1名以上機関数、3：在宅看取り数1名以上機関数。

一方、在宅療養支援機能の指標を“在宅看取り死”にしていることは、病状が悪くなくても病院には送らないで、あくまでも在宅で看取ることが在宅療養支援診療所としては優秀な診療所ということになっているため、患者の家族がみるにみかねて病院へ紹介してほしいという、診療所側が面白くない態度をとるところもあると聞く。そのため家族が診療所に黙って地域の慢性期病院に入院させると、慢性期病院が診療所の患者を取ったというふうで大騒ぎをする場合もあると聞く¹⁷⁾。図2に示してあるような調査によると、国民は在宅療養を望むといっても最後まで在宅で看取られ

たいと思う人は、実は10%しかいないということがわかる⁸⁾。その理由は図2に示してあるようにいろいろであるが、患者の思いのほうがより自然に受け入れられるのではなかろうか。

在宅療養支援病院の条件

快適に在宅療養を長期に継続しようと思えば、病状が悪くなったときは、ただちに連携している在宅療養支援病院で早期に検査・治療するようになれば短期間で改善して在宅療養に戻ることができる¹⁾。こういう状況が数回繰り返される可能性はあり、最後には病院で亡くなることもあるが、

問：あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか

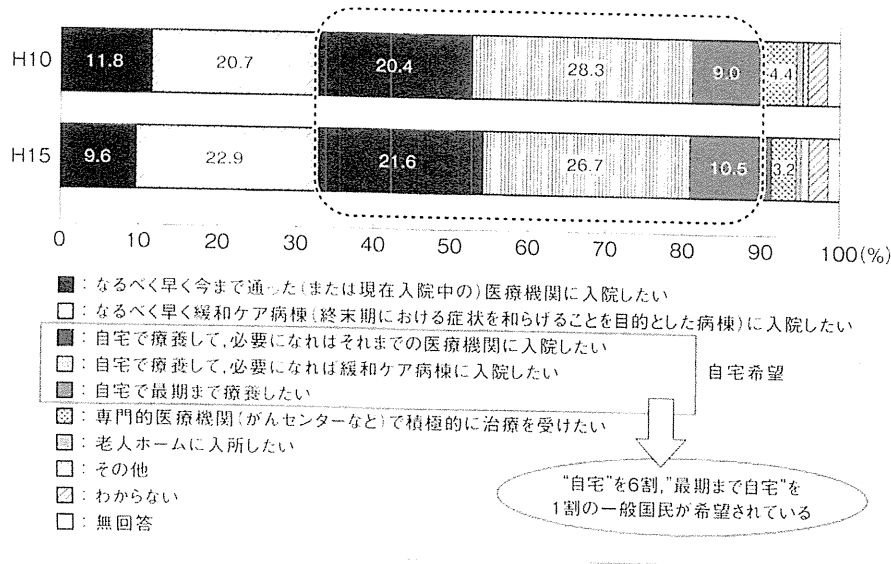


図2 終末期における療養場所についての希望²⁾

実際患者の病状が変化してもあくまでも在宅で暮らるといふ診療所の存在はたしかに早期の在宅看取り死につながり、医療費の節約になるかもしれないが、果たしてそれは患者の望むところであろうか。患者の望みを叶えるという意味では、診療所と後方病床との密接な連携が在宅療養を継続させる唯一の方法である。そのためには診療所と病院のたがいの信頼関係を醸成させなければならない。しかし、“在宅看取り死”という指標がこれを阻害し、両者はいわゆる同床異夢となっている点はないへん残念である³⁾。

著者の病院では2006年4月から病院の周辺の約30の診療所と連携をとり、つねに2床のベッドを空けておくことと、慢性期開放型病床として入院を紹介してきた診療所の医師が病院に回診にきて治療を行い、退院も紹介医の判断でできるようにしている。医師に病院に診察にきていただいたときには、1回10,000円の報酬を支払っており、かつ年数回の症例検討会を行っている⁴⁾。

日本慢性期医療協会では、在宅療養支援病院の5つの指針として、1)24時間の在宅療養支援体制が整備されていること、2)在宅療養支援診療所(在宅診療)などと連携がとれていること、3)在宅患

者の緊急検査、緊急入院ができること、4)十分なリハビリテーション提供体制を有すること、5)入院時から退院計画を立て、早期在宅復帰に努めていることを提唱している。

2025年を迎え撃つ

在宅支援は当然のことながらそのほとんどが慢性期医療の分野である。しかし慢性期病院のなかにも一部ではあるが、老人収容所といわれても仕方がないような病院もあることは事実である。そのような病院では、在宅患者の急変時に緊急検査をしたり緊急画像診断をしたりすることは不可能かもしれない。しかし今後、慢性期病院での入院期間も1/3になり、入院患者の回転が激しくなれば、老人収容所的な病院は慢性期病院としての機能を果たすことは早晚不可能となるであろう。

地域のなかで地域に密着した在宅支援と疾患ハスの継続を行い、慢性期急変患者に対する緊急対応ができ、かつその診療の質が担保されるような地域の在宅療養支援病院、すなわち地域の慢性期病院つまり地域密着病院というものの存在が、地域包括支援センターの機能をもった地域包括医療センター的な役割を果たし、地域の在宅療養支援

診療所と信頼のできる連携の要として地域全体の医療・介護・福祉のレベルをあげていくという気構えのある地域密着病院が、すこしでも多くその力を発揮してくれることを切実に願っている。そうでなければ、魔の2025年を迎え撃つことは不可能である。

文献

- 1) 武久洋三：日本老年医学会への期待—日本慢性期医療協会から、*Geriatric Medicine*(老年医学), **49**: 71-73, 2010.
- 2) 武久洋三：慢性期医療を行う療養病床の重要性, 日

- 本老年医学会雑誌, **48**: 239-242, 2010.
- 3) 2025年の医療・介護サービスの需要と供給(一日当たりの利用者数等)のシミュレーション, 社会保障国民会議サービス保障分科会資料, 2009.
- 4) 武久洋三：慢性期病床と地域連携—総論, 日本慢性期医療協会雑誌(JMC), **76**: 7-14, 2011.
- 5) 武久洋三：超高齢社会を迎える医療・介護体制は！日本病院会雑誌, **56**: 72, 2009.
- 6) 厚生労働省医政局：第5回医療計画の見直し等に関する検討会資料, 2011.
- 7) 武久洋三：新しい地域医療連携を考える, 日本医事新報, **4291**: 77-80, 2006.
- 8) 厚生労働省：終末期医療に関する調査等検討会報告書, 2004.
- 9) 武久洋三：新しい地域連携システム「徳島方式」の提案, 日本医事新報, **4378**: 78-80, 2008.

* * *

《療養病床，介護施設での高齢者医療》 療養病床で行う医療

武久洋三*

要 旨

- 医療療養病床には 2006 年 7 月から医療区分制度が導入された。
- 急性期病院では臓器別専門医による主病名の治療が中心で，高齢者に多い合併症状まで治療する余裕がなく，医原性身体環境破壊と思われる症状を伴って療養病床へ紹介されて入院してくることが多い。そのため今では医療区分 2, 3 の割合だけでなく，区分 1 の中の重度患者も増加している。
- 今後医療・介護が必要な患者は 750 万人にもなり，その 90% が療養病床を中心とする慢性期医療の範疇である。
- 慢性期患者の重度化は必然的であり，post acute を受けて早く適切な治療を行い，回復させて地域へ帰すとともに，本当に緊急な総合治療が必要な患者を引き受けられる体制作りが必要である。

はじめに○

療養病床の届出のときに，病床面積などのハードを条件とした。そのため実態は老人病院であっても病床面積 4.3 m²，多床部屋という古い基準のままで改装できていなかった病院がすべて一般病床となってしまったのである¹⁾。

巷でいわれている，療養病床が慢性期で，一般病床が急性期であるという概念は，すでに出発時から崩れてしまっているのである。今では，急性期，回復期，慢性期という患者の病期によって分けられているのが実態である。

療養病床には，医療療養病床と介護療養型医療施設がある。ここでは主に医療療養病床で行う治

療について報告する。

医療療養病床とは○

医療療養病床は，2006 年 7 月から患者分類による医療区分という診療報酬体系が導入されている。医療区分は，重度の病態を区分 3 とし，中等度の医療必要度をもつ患者を区分 2 として，区分 1 は，医療区分 2, 3 の 37 項目に該当しない患者としているが，かなり恣意的な手法を用いたため，現在では，その矛盾が噴出してきている。

医療療養病床には，医療区分導入前に比べて医療区分 2, 3 の割合が多くなるだけでなく，医療区分 1 の中でも重度患者の増加が明らかとなっている。そこで日本慢性期医療協会では，医療処置を評価する医療区分ではなく，患者の病態別に

* Y. Takehisa (理事長)：医療法人平成博愛会博愛記念病院(〒770-8023 徳島県徳島市勝占町惣田 9)。

Table 1. 医療の提供状況

	一般病棟 (13:1)	一般病棟 (15:1)	医療療養 病棟 (20:1)	医療療養 病棟 (25:1)	介護療養 病棟 (30:1)	介護老人 保健施設 (療養型) (30:1)	介護老人 保健施設 (併来型) (50:1)	介護老人 福祉施設 (125:1)	在 宅
	亜急性期・回復期を 含む								
総数	3,999人	7,874人	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈 栄養	8.1%	10.6%	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人工呼吸器	1.5%	1.6%	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開・ 気管内挿入	4.0%	4.8%	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	13.1%	14.5%	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	18.4%	21.7%	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管・ 胃ろう	13.9%	17.1%	35.7%	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

[2010年6月実施、厚生労働省「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値より引用]

新しい診療報酬体系を提案し、大規模な調査を行っている^{2,3)}。

その結果として、医療区分1の「重度意識障害」、「仮性球麻痺(経管栄養)」、「低栄養」、「脱水」、「痛末期」などについては、診療報酬で評価すべきだという主張をしている。

Table 1に2010年6月に行われた厚生労働省による医療介護横断調査結果のうち、重度の医療処置が必要な患者の割合を示してある。この表からも明らかなように医療療養病棟の20:1病棟が一番重度の患者が多く入院しており、それは13:1, 15:1の一般病棟と比べても明らかであった³⁾。医療療養病床の入院の紹介元は、急性期病院がもっとも多い。急性期病院では多くの場合、DPC制度という診療報酬体系で運営されているうえに、臓器別専門医による治療が一般的である。そのため、どうしても主病名の治療に傾注するあまり、とくに高齢者に多い合併症状まで治療をする余裕もなく、かつまた平均在院日数の短縮という命題を背景にするとどうしても主病名中心の治療に偏ることは致し方がないことである。しかし、その弊害として急性期病院への入院時にすでに合併していた随伴症状の悪化やさらに「医原性身体環境破壊」と思われるような症状まで伴って、慢性期医療の現場に紹介されてくる患者が近年ますます

す多くなっている⁴⁾。

当院の例○

当院では、かねてより患者の血液検査の6項目の値によって、患者の病態を樹形図により64通りの病態像に分類をしている⁵⁾。

6項目の検査値は一般の正常値ではなく限界値としている。その値は、Alb 3.5 g/dl 以下、TC 120 mg/dl 未満、BUN 25 mg/dl 以上、Na 136 mEq/l 未満、Glu 150 mg/dl 以上、Hb 8.0 g/dl 未満である。この値は、ただちに何らかの対応を開始すべき値として経験上仮に独自に設定したものである。

2010年1月から2011年6月までの関連13病院の全入院患者5,835名について、この6項目の検査値の異常者の割合は、Alb 3.5 g/dl 以下が48.8%、TC 120 mg/dl 未満が11.5%、BUN 25 mg/dl 以上が25.5%、Na 136 mEq/l 未満が29.2%、Glu 150 mg/dl 以上が24.8%、Hb 8.0 g/dl 未満が4.0%であった。これら6項目において異常値を示す患者をどのように治療するべきかということで、具体例を供覧する。

<症 例>

血糖値が1,000 mg/dl 以上という高値であり、入院時すでに病態としては非ケトン性高浸透圧性

Table 2. 糖尿病, 高脂血症, 高血圧症にて 2/1 に入院し 2/19 に自宅へ退院した 67 歳, 男性例

		2/2	2/2	2/3	2/4	2/5	2/7	2/8	2/9
BUN(mg/dl)		123.7	129.7	109.3	90.0	60.1	29.5		22.9
Cr(mg/dl)		5.0	5.1	4.1	3.4	2.4	1.8		1.7
Na(mEq/l)		120.5	137.5	138.7	142.8	139.8	139.2		140.2
Cl(mEq/l)		83.7	104.6	113.9	116.4	111.4	107.4		108.1
K(mEq/l)		7.08	5.94	4.63	4.49	4.28	4.37		4.15
TC(mg/dl)		358			228				206
Glu(mg/dl)		1.122	163	179		212	166		
HbA1c(%)		14.19							
Alb(g/dl)		4.1						13.87	
Hb(g/dl)		11.6							3.2
CRP(mg/dl)		1.0							
体温(°C)			37.4	37.5	37	36.7	36.7	36.9	36.7
血圧(mmHg)			151/90	133/88	150/52	160/68	166/92	179/76	177/88
投与熱量(kcal)	合計		212	216	340	660	1,292	1,453	1,500
	経消化管		112	216	240	460	1,092	1,353	1,400
	点滴		100	0	100	200	200	100	100
水分量(ml)	合計		4,609	2,210	2,533	1,944	2,405	1,736	1,814
	経消化管		109	210	533	444	905	1,236	1,314
	点滴		4,500	2,000	2,000	1,500	1,500	500	500
		2/2 昼 糖尿食 1,400 kcal 摂取 2 割		2/3 昼~2/5 朝 糖尿食 1,200 kcal 摂取 2 割		2/5 昼 糖尿食 1,000 kcal 摂取 9 割		2/7 昼~ 糖尿食 1,400 kcal 摂取良好	
		2/3 昼 HS1-3 150 ml			2/3 夕~HS1-3 150 ml・牛乳 450 ml				
2/1 生食 1,000 ml	2/2 生食 4,000 ml/ 5% TZ 500 ml/ 100 kcal	2/3 牛食 2,000 ml	2/4 生食 1,500 ml/ 5% TZ 500 ml/ 100 kcal	2/5 生食 500 ml/ ラクテック G 1,000 ml/ 200 kcal	2/6 生食 500 ml/ ラクテック G 1,000 ml/ 50% TZ2A 40 ml/ 280 kcal	2/7 生食 500 ml/ ラクテック G 1,000 ml/ 200 kcal	2/8~9 ラクテック G 500 ml/ 100 kcal		

HS1-3: HSW (Heisei Solution Water), TZ: ブドウ糖液.

糖尿病性昏睡に陥っていると思われる症例であるが、高血糖、高 BUN 血症、低 Na 血症、低栄養、貧血等の所見を示している。このような症例の治療の原則は、感染症に対してその重篤化因子である高血糖を是正することがまず前提である。一般には高血糖を急速に正常化することで、合併症の発生を憂慮することも多いが、ことここにおいて、救命が先行することはいうまでもない。ここでは Table 2 に治療とその経過を示している。この患者は比較的短期間で改善し、入院後 20 日以内に軽快退院した。

脱水は、慢性期病床に入院する患者の約 25% 程度に認められる⁶⁾。また、低栄養は 50% 近くある^{7,8)}。ここで注意しなければならないことは、脱水が背景にあることで、高血糖はますます高血糖として現れるが、Alb や赤血球が濃縮されることによって実際よりも見かけ上正常に近い値を呈することもあるということである。脱水を補正することによって、むしろ低栄養や貧血という実際の病態が明らかになることが多い。高血糖の是正には、一般的にいわれているようにハーフ生食の中に速効型インスリンを混入し、時間当たり、体重

当たりの投与により徐々に血糖値を 150 mg/dl 程度に是正していくが、ある程度は是正された段階からは、その患者の 1 日の責任インスリンの半量を持効型インスリンに、あと半量は、食事の度に超速効型インスリンを投与するようにしている。症例によっては、安定後にインスリン療法から DPP-4 阻害薬を中心とする内服薬療法に移行することができることもある。

高血糖に次いで是正の緊急性が高いものが、脱水である。脱水だからといって単に水分だけを多量に投与することが適切でない場合も多い。とくに低アルブミン血症と脱水とが合併していて、足背や側腹部等に浮腫がある場合に、安易に furosemide 等の利尿薬を長期多量投与することは、禁忌である。当院でも浮腫を伴って高 BUN 値を呈している症例に、furosemide を投与することによる死亡例が過去には認められる。

血管内に溶媒である水分を投与しても、低アルブミン血症による浸透圧の低下で、水分が血管外に漏出し、細胞間隙に蓄積されやすいため、期待したように利尿がつかず、むしろ血管内の水分が優先的に利尿されるため、血管内の BUN 値がさらに上昇し、腎前性腎不全の状態での死亡する例もある。

そのためわれわれは、その患者の 1 日の必要水分量の 3/4 から 2/3 の低濃度の補液を行い、利尿薬は中止をするようにしている。生理的には必要な水分を多めに投与したまま利尿薬を使うよりも、投与水分を減量して利尿薬を使わないほうがよいと考えている。また、必要なカロリーを投与しながら低濃度の補液も併用しても、早期に脱水が改善する症例が少なかった⁶⁾ことから、当院では、補正した低濃度補液を間欠的に投与する間欠的補液療法を行っている。これは、症例によって 1 日目は低濃度補液のみを投与し、その後 2 日間は十分なカロリーを投与するという方法や、低栄養の著しい人には、12 時間低濃度液を投与し、24 時間は高カロリーを投与することの繰り返しを行うというものである。

また当院では、脱水、とくに血管内脱水の治療には、低濃度補正液の経静脈投与を行ってきたが、最近ではより生理的な方法として経消化管に低濃度補正液の投与をしている。

経静脈的には生食、5% 糖液、3 号維持液などを電解質の値によって選択投与している。一方、経消化管投与は HSW (Heisei Solution Water) と名づけ、Na 値と K 値、血糖値などにより、それぞれの濃度勾配をつけている。作製は厨房で行い、材料は水、砂糖、食塩、にがり、味つけとして市販のレモン水を使用している。塩分濃度は、0.0、0.3、0.5% の 3 種類、糖分濃度は 1.5、2.5% の 2 種類、K 濃度は 0.003、0.01% の 2 種類に分類し、全部で 12 種類の HSW を作成して使用している。詳細は文献を参照されたい⁹⁾。

経静脈投与は心不全等のおそれもあるため、より生理的な HSW の経消化管投与に変更する目的で経静脈投与と経消化管投与の効果を比較したところ、経消化管投与でもほとんど遜色なく脱水が正常化したことより、高度な高張性脱水以外は、現在では経消化管投与を行っている^{6,9)}。

低栄養の症例については、当院では平成式必要栄養量算出式を用いている¹⁰⁾。まず安静時基礎代謝量 (BEE) を測定し、それに対し相乗係数、相加係数を考慮して現在の状態を維持する栄養計画を立てたうえで、現状と正常値との乖離を補正するために 1 H 200 kcal、蛋白質 10 g を 1 単位として、患者の状態によって 2 単位まで増量している。経消化管や中心静脈栄養単独ではカロリーが不十分なため、経消化管と中心静脈栄養を併用する例が多い。血中 Alb 値が 3.0 mg/dl まで改善すれば、少しずつ 3.5 mg/dl に向けて栄養補正を調節しながら行っている。

いずれにしても、慢性期病床では、比較的重度の病態を示す患者の割合が多く、医療スタッフが休む暇もない状況にある病院も増えてきている。このため、チーム医療によっていろいろなコメディカルの助けを借りなければ十分な治療はできないし、看護師や介護福祉士についても法定の

20~30% 以上加配しないと十分な治療が行えない状況にある。

今後の課題○

2025年には急性期医療から在宅医療まで、医療と介護を必要とする患者は750万人にもなるという¹¹⁾。実はその90%はpost acuteとしての慢性期医療の範疇であることを考えると誠に重大な任務を与えられていることに愕然とする。また、年間死亡者が1.5倍になるとされており、国が病院病床を増やさない政策である以上、入院患者数が3倍になるならば急性期も慢性期も在院期間を1/3にしなければ激増する患者の治療に破綻をきたすことになる。そのことは、現状で急性期医療が行われている期間の後半の2/3を慢性期病院で治療を引き受けなければいけないということを示している。今後、post acuteを受けていかに早く適切な治療を行い早期に在宅や介護施設へ退院させるかが命題となる。従来ややもすると療養病床は、老人収容所的な機能でよいとする病院経営者や、家族の意向もあって、いまだにそのように十分な医療もリハビリテーションも提供できていないような療養病床も存在している。しかし時代は、そのような状況を継続することを許容しえなくなってきた。post acuteの治療の原則は、脱水や低栄養などの身体環境の改善と感染症などの合併症の治療のうえに入院日からの積極的リハビリテーションが必須である。

一方ターミナルに対する考え方も、現場での治療の混乱を引き起こす原因ともなっているが、当院では独自に次の3つの状態をターミナルと規定している。① 病末期であって多発性転移による多臓器不全に陥っている状態、② 高齢者の重積感染症等で長期の治療にもかかわらず多臓器不全に陥っている状態、③ 筋萎縮性側索硬化症(ALS)等の難病や変性疾患等による呼吸不全を背景に重症感染症を合併し、治療効果の望めない状態。また、長期間重篤な状態が継続してきた患者が心肺停止になったときには、心肺蘇生は行わないことをあ

らかじめ病棟に徹底している。

2011年6月には医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み(平成37年(2025年)年度)が発表された¹²⁾。高度急性期病床が22万床、平均在院日数を15~16日、一般急性期病床を46万床、平均在院日数を9日、回復期、亜急性期病床を35万床、平均在院日数を60日としている。

しかし、一般急性期病床の平均在院日数を現状の約1/3としており、実現できるとは思えない。また、高度急性期病院で治療した患者のうち、回復する可能性が高い患者は、回復期、亜急性期病床に転院するであろうが、気管切開や人工呼吸器また重度の多臓器不全などの慢性期ICU患者については、平均在院日数が9日の一般急性期病床ではこれらの患者の受け皿になることはできない。

そこで、筆者は新たに長期に入院できる急性期機能をもった「長期急性期病床」の設立を提案している。これは、最近4年間で急激に入院患者が重度化した医療療養病床と高度急性期機能を維持できなかった地域の中小病院が担うべきであると考える。

今後、急性期医療の平均在院日数が短縮すると、そのpost acuteを引き受ける長期急性期病床が必要である。しかし厚生労働省があえてその不可欠な病床機能を過小評価しているのは残念である。

ときはすでに特別養護老人ホームに経管栄養や喀痰吸引の必要な患者さんが入所することを前提とした体制作りが進んでいる。ある程度病状の固定した胃瘻や喀痰吸引が必要な患者は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、在宅へと移行し、療養病床等の慢性期病院には、ただちに緊急な総合治療が必要な患者のみが入院してくる時代がすぐそこにある。われわれはこれらの患者を引き受けるための体制作りを至急整えなければならない。

文献○

- 1) 武久洋三：救急難民を防ぐための病院間の緊急連携の課題. JMC 68：9, 2010
- 2) 武久洋三：療養病床再編の行方：日本の慢性期医療施設の将来像. 日老医学会誌 46(2)：137, 2009
- 3) 武久洋三：慢性期病態別診療報酬試案の基本的な考え方. JMC 72：42, 2010
- 4) 武久洋三：慢性期医療を行う療養病床の重要性. 日老医学会誌 48(3)：239, 2011
- 5) 武久洋三：高齢者用基本治療マニュアル 64, 改訂版, 初版, メディス, 大阪, p96, 2007
- 6) 大和 薫ほか：高齢者の血管内脱水の治療：間歇性低張液投与療法について. JMC 64：78, 2009
- 7) 武久洋三：栄養ケア・マネジメントと NST のあり方. GPnet 52(10)：13, 2006
- 8) 鳥羽研二：痴呆老人と脱水・栄養障害. 老年精医誌 11(10)：1101, 2000
- 9) 武久洋三：血管内脱水に対する間歇的補液療法の効果について. 日老医学会誌, 投稿中
- 10) 倉本悦子, 武久洋三：高齢者の PEM 改善のための必要栄養量算出方法. JMC 62：94, 2009
- 11) 武久洋三：慢性期病床と地域連携：総論. JMC 76：7, 2011
- 12) 社会保障改革に関する集中検討会議資料より, 2011

nko



■感染症医と ICT チームスタッフのための心強い一冊

感染症チーム医療のアプローチ

解決力・交渉力を磨く

共著 大曲貴夫 (静岡県立静岡がんセンター部長) / 貝 芳明 (国立感染症研究所)
 岸田直樹 (静岡県立静岡がんセンター) / 冲中敬二 (静岡県立静岡がんセンター) /
 藤田崇宏 (静岡県立静岡がんセンター)

■A5判・240頁 2009.10. ISBN978-4-524-25383-8

定価 **3,675** 円 (本体 3,500 円+税 5%)

特集 24年度診療報酬・介護報酬同時改定への期待

1 協会としてどう取り組むか——そのポイント解説

医療・介護の実態的需給バランスを考え 自らの医療機関の質を高めていく努力を

日本慢性期医療協会会長、博愛記念病院理事長 武久洋三

2025年問題への実態はお寒い限り 年間死亡者1.5倍にどう対応するか

何度もいうように、2025年問題のことを皆はわかっているのか、特に官僚はわかっているのか。政策を実行する官僚に危機意識が希薄なのではないか。各種医療団体の顔色を窺うばかりで、大胆な体制改革をやろうという気力がないのではないか。診療報酬改定もまだ後2回、同時改定のチャンスがあると呑気に構えているのではないか。

2006年4月から在宅療養支援診療所の制度を発足させ、なかなか在宅支援に動こうとしない診療所を制度と診療報酬の両方から鼓舞しようとしたが、もうすぐ6年経つにもかかわらず、実態はお寒い限りである。6年も費やしてこの状態であるということは、現在より約1.5倍も増える年間死亡者に対応できるはずもない。

後の10年で入院患者は約3倍、在宅療養者が約2倍になると予想され、全患者が介護施設より在宅に流れるといわれており、そして、その患者が2倍以上も重症化すると思わ

れる。つまり、現状のような生易しいことで済むはずもないのである。

日医の同時改定延期の発言 むしろ、被災地に特別な手当てを

こともあろうに、日本医師会が24年同時改定の延期をいい出した時には、飛び上がって驚いた。東日本大地震の被災地だけの問題と役員の一部は考えたかもしれないが、24年同時改定というものはその一点に矮小化すべきものではない。有識者であれば簡単に理解できることではないか。もちろん今回の大震災は未曾有のもので、当然、日本国全体で対応すべきであるが、これと2025年問題とは切り離して考えなければならない。少なくとも東北の被災地の3県については、むしろ診療報酬上、特別な手当てをするべきであろう。

しかるにそれもしないで、医療と介護の同時改定すら一切手をつけなくなれば、被災地に対しても何らの対応をしなくてもよいということになってしまう。それで被災者の心を汲み取っているといえるのであろうか。

日本医師会は診療報酬については改定の見

送りを要請できる立場にあらうが、特に介護報酬については、老健施設や特養の団体である全老健や老施協、さらには各種介護保険事業者に何の相談もなく、また同意も得ずに改定の延期を強要することは、いくら日本医師会といえども越権行為なのではないか。しかし最近、日本医師会も態度を軟化させ、小幅な改定や医療・介護体制の改革について許容する態度に変容したことは評価される。各種病院団体は、肅々と改定を進めるべきだという態度を貫いている。

ほとんどの死亡者は複数回入院加療 入院患者数は3倍以上に

最初に述べたように、もう残された時間はあまりない。世界で類を見ない急速な超高齢化、それを迎え撃つ体制の整備に対し、サービス提供者側や制度改革、監督指導する側が呑気に構えていればどうなるだろうか。国民の大半はまだその来たるべき危機を察知していないが、困るのは国民である。本人や家族が高齢となり病気になった時に、入る病院もなく在宅支援も受けられないとなれば、何のために保険金を延々と支払っているのか、何のために日本国を信頼して税金を納め、年金を支払ってきたのか。

単純に考えても、2025年には2009年の年間死亡者が1.5倍になるといわれている。この種の統計は、少しずつ早めに達成されている事実から考えると、あと約10年しかない。都会では現在でも需給バランスが完全に狂っている。しかもこれから超高齢化に向かうのは都市部である。ほとんどの死亡者は何らかの疾病や障害にかかり、入院加療のうえ死亡す

る。その入院が1回ならともかく、複数回入院加療した上で死亡するとしたら、入院患者数は3倍以上になるのである。

一般病床入院90日以上の特 定患者の95%以上が特定除外である現実

厚労省は2011年6月初旬に「社会保障・税の一体改革成案」を公表したが、ここで一般急性期平均在院日数を9日に設定しているところを見ると、現在の入院期間を3分の1に縮めなければならないという危機感を持っていることがわかる。その提案に対し、各種病院団体ではそれを荒唐無稽なものとして、「そんなものできるわけじゃないか」という論調に終始しているが、それ自体、2025年問題の重要性を認識していないという証左に他ならない。

ここでのポイントは、果たして予測平均在院日数には特定除外患者も含めた算定を前提としているのかということである。ご存知のように、一般病床（7：1～15：1）では、90日以上入院している患者は特定患者として入院基本料が安くなることになっている。しかし、それに陥らないように特定除外規定があり、特定患者のうちの95%以上が特定除外となっている現実がある。特定除外されることで入院費は減額されることなく、永遠に出来高払いで入院することが可能である。

この制度は撤廃されるはずでありながら、経過措置として既に6年もの間、牛の涎のごとくだらだらと慣例化されてきたため、一般病床を持つ病院は、特定除外のための項番を記載しなければならないという診療担当規則をほとんど無視して、永遠に出来高で入院できるのを当然のこととして取り扱っている事

実が明らかとなっている。しかもこれら特定除外患者は、病棟の平均在院日数に算定しなくてもよいという、ほとんどまやかしのような仕組みまでつくられているのである。

これは、一般病床側がそれぞれ決められている平均在院日数（19日、21日、24日、60日）をクリアするのが事実上大変で、現時点ではそれだけの入退院患者を確保することがほとんど不可能な病院も多いことと、厚労省側が、世界の他の国に比べて日本の平均在院日数が異常に長いという事実を糊塗するために、特定除外患者を平均在院日数に算定しないことで、実際よりも短い統計が得られるため両者の利害が一致し、「まあいいか」という、国民を無視した実質的談合ともいえる状況が長年続いているのである。

姑息な手段はやめて すべての患者を平均在院日数に

もう姑息な手段はやめた方がいいのではないか。正直にすべての患者を平均在院日数に計算するのは当然であり、これからは難病などの超慢性期は平均在院日数が数年に亘ってもいいのではないか。慢性期は平均在院日数が2か月から6か月くらいあってもいいのではないか。急性期はやはり1週間から2週間程度になるのが当然ではないか。

急性期の定義においても諸外国と同じように「急性期治療や処置が終わって数日間」とすべきではないか。それを一般病床は急性期だとし、結果的に入院期間が長い患者まで入れてしまうと、一般病床の平均在院日数が30日どころか60日以上にもなる事態を慮って、90日以上長期入院患者を平均在院日数

から外すという暴挙を続行している姑息な手段をよしとするべきなのか。

高度急性期病床は2025年での平均在院日数を15～6日としており、これは可能になると予測している。しかし一般急性期として46万床が平均在院日数9日で運営しなければならないという予想は誠に厳しい。現在の一般病床は特定除外患者もすべて算入したとしたら、30日を軽く超えてしまっているのではないか。特定除外患者もすべて算定するとしたら、9日で46万床と想定しても、それは入院患者が3倍になり、到底それだけの一般急性期病床は存在し得なくなるであろう。

一般病床という曖昧な冠頭詞をつけて 慢性期を急性期と詐称

一般という言葉はその他大勢ということであり、そのような曖昧な冠頭詞をつけてまで実質、慢性期病床を急性期病床と詐称するという虚構を構築しなければならない意図がどうしてもわからない。したがって、一般病床というものは襍みじのような存在なのである。まして、現在1万2千床ほどの亜急性期病床をこの10年間で35万床にするなどとは、狂気の沙汰である。

どうしてこのような予測を立てたのかを類推すると、高度急性期病床については妥当であるものの、今現在、約100万床近くある一般病床という枠取りはそのまま、その枠に実態は急性期でない病床を無理やり入れ込んだため、こんな歪な形になったのだろう。この枠組みでは、亜急性期病床は急性期治療から在宅へ復帰するための一時的入院患者を扱うということであろうし、一般急性期病床を9

図 医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

現状(2011年)		現状実態(2011年)		厚労省案(2025年)		将来実態予想(2025年)	
一般病床 7:1~15:1	107万床 19~60日	高度急性期	30万床 19~21日	高度急性期	22万床 15~16日	高度急性期	25万床 15~16日
亜急性期 回復期リハ		急性期	20万床 20~30日	一般急性期	46万床 9日程度	一般急性期	25万床 9日程度
医療療養 20:1,25:1		実質慢性期	30万床 19~60日	亜急性期 回復期リハ	35万床 60日程度	回復期	15万床 60日程度
介護療養	9万床 300日	医療療養 20:1,25:1	23万床 60~180日	慢性期	28万床 135日程度	長期急性期	30万床 60日程度
精神病床	35万床 300日	介護療養	8万床 300日	精神病床	27万床 270日程度	長期慢性期	30万床 120日程度
(入院小計)	176万床	精神病床	35万床 300日	(入院小計)	159万床	精神病床	30万床 270日程度
特養 老健	42万人分 32万人分	(入院小計)	159万床	特養 老健 (老健+介護療養)	72万人分 59万人分	介護療養	15万床 300日程度
居住系	31万人分	特養 老健	42万人分 32万人分	居住系	61万人分	(入院小計)	170万床
在宅	237万人分	居住系	31万人分	在宅	436万人分	特養 老健	119万床
大計	518万人分	在宅	237万人分	大計	786万人分	居住系	61万人分
		大計	501万人分			在宅	436万人分
						大計	786万人分

2011.6.7 第10回社会保障改革に関する集中検討会議資料より抜粋

H23.9月 武久洋三 作成

日で回せということは、ここが高度急性期病床からの重度な後遺症患者の受け皿とはなり得ないことは明白である。するとやはり、高度急性期や一般急性期からの重度な後遺症患者や回復に期間を要する患者は、慢性期病床が引き受けなければならない。

長期急性期病床と長期慢性期病床、介護療養病床含め75万床が必要

厚労省は慢性期病床の概念として、一般病床の13:1、15:1と医療療養の20:1、25:1を想定している。これらの約40万床近くある病床の中で、特に長期ではあるが急性期機能を持つ病床群として、長期急性期病床という概念を想定しなくてはならない。さらに、急性期機能が十分でない病床は、長期慢性期病

床としての役割を果たすべきではないか。

したがって、慢性期病床は長期急性期病床としての約30万床と、長期慢性期病床としての約30万床、さらにはターミナルや認知症身体合併症を主に入院させる介護療養病床としての約15万床、合計すると約75万床の病床が実態としては必要になるだろう(図)。

長期急性期病床は、一般急性期として想定されている病床のうち、約半分の20数万床は急性期としての能力を発揮できない状態となり、長期急性期に参入せざるを得なくなるだろう。一方、亜急性期病床は回復期を含めてもせいぜい15万床であろう。この亜急性期と想定されている35万床の半分以上は、長期急性期病床や長期慢性期病床機能を持つ病床へと変化していくことになろう。

亜急性期病床というほんの10年前に生まれた実態を伴わない病床名を冠につけて、急性期病床の一部だという錯覚を起こさせること自体、一般病床という大きな枠の中に含めてしまうつもりなのかもしれないが、現在約6万床ある回復期リハビリテーション病棟のうち、約75%が療養病床である(図)。

実情に目を向けて 実態に即した病床の呼称を

ここに至っては、厚労省の先輩官僚がつくった一般病床、療養病床という枠組みを実態に戻して、病院病床は急性期、回復期、慢性期と大別する時期に来ているのではないか。これは現在、回復期リハビリテーション病棟と呼ばれているものの、亜急性期や回復期にはリハビリテーション機能は必須であることから、単にこの部分は回復期病棟という呼称にする方が実数からいって妥当である。

先輩がつくった政策を後輩が打ち破ることなど考えられなかったかもしれないが、そろそろ実情に目を向けて、実態に即した病床呼称を用いるべきではないか。最近の方向としては、このような実質名称を使用している厚労省公式文書も多くなってきているという事実がある。

24年同時改定は、20年までは保険局と老健局が陣取り合戦をして対立してきた経過がある。ここに医政局が仲介役となり3局合同で局益を捨てて、来るべき2025年問題を強力に迎え撃つ改革を築くために、厚労省のキーパーソンは、24年同時改定を2025年問題解決のための橋頭堡として位置づける大胆な実態展開を決意してもいいのではないか。

私たち医療提供現場の業務遂行者は、10年

先を見据えて将来の私たちのあるべき姿を予測しながら、体制づくりをしていかなければならない。その航路案内人であるべき厚労省が2011年の現状を意図的に誤認し、その基礎の上に10年後の将来予想を組み立てた目標に向かって進んで行けと指導されても、実際は、将来の実態に即したベクトルにしか到達点はないと自覚するべきである。

常識的に考えても、急性期治療を終えて数日間という急性期病床が慢性期病床より多いなどという想定は、それ自体が根本的に誤っているということは門外漢でも簡単にわかることではないか。急性期を約50万床と仮定したら、少なくともpost acuteとしての慢性期病床はその2倍の100万床が必要であろう。そろそろ、実態を逆さまに認めている状況を是正してもよい時期になっているとは思わないであろうか。このような医療・介護の実態的需給バランスを将来推測しながら、自らの医療機関の質を高みに導く努力をしていかなければならない。そのために、当協会の常任理事会では、今回の24年同時改定に対して2つの大きなテーマを決定している(表)。

当協会としての大きな基本方針を明記し、苦しく厳しいながらも前を向いて病床機能を向上させようとする病院に手厚い評価を求めるとともに、今なお改革が遅々として進んでいない実質慢性期病院に対して、これまで貪っていた惰眠ともいえるべき状況から今こそ覚醒して、真に国民のための慢性期病床に生まれ変わることを心より期待している。

「良質な慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」という3年前のスローガンは、今も色褪せてはいない。