

【療養病床・慢性期医療の在り方の検討を受けた新たな選択肢】

厚生労働省の有識者検討会は1月15日、療養病床の再編方針を打ち出しました。それによると、厚生行政が既に決定している全国の約33万床の療養病床のうち14万床を2017年度までに廃止するという方針を踏まえた上で、入院中の高齢者が医療・介護難民とならないような受け皿として新たな施設案を提示しています。厚生労働省は、新施設的具体像や患者の費用等を社会保障審議会の部会で今後検討し、2017年の通常国会に関連法の改正案を提出する方針です。

今回廃止対象である介護療養病床ばかりでなく、慢性期医療を行う医療機関にとっては、施設案を注視しつつ、今後自施設をどのようにすべきかの検討が急がれます。

本号のデルタエム通信は、今後の方針検討の参考にしていただく資料として、サービス提供体制の新たな選択肢の案をまとめました。

1. 医療・介護の提供体制の一体的な整備

- ◆平成37年(2025年)に向けた医療・介護提供体制の一体的な整備が進められている
- ◆平成30年度(2018年)から第7次医療計画及び第7次介護保険事業計画がスタート、同時に診療報酬や介護報酬の同時改定も予定
- ◆介護療養病床と医療療養病床の看護人員配置25対1は、廃止の方向。設置期限である平成29年(2017年)までには、地域医療構想の実現に向け対応方針を早期に示すことが求められている

2. 医療・介護サービスの現状

- ◆長期療養を必要とする者のうち、病院・診療所への入院の必要はないが一定程度の医療を必要とする者を中心に、在宅医療・介護サービスを活用している
- ◆介護療養病床や医療療養病床(看護基準25対1)の利用者のイメージ
 - ・平均年齢は、介護療養病床・医療療養病床(看護基準25対1)のいずれにおいても80歳強
 - ・医療療養病床(看護基準25対1)においては40歳未満の者も少なからずいる
 - ・要介護度4以上の者が大半である
- ◆平均在院日数は、介護療養病床が長期に渡り、死亡退院が最も多い
- ◆医療療養病床(看護基準25対1)については、自宅退院に次いで死亡退院が多くなっている
- ◆介護療養病床や医療療養病床(看護基準25対1)では、比較的医療の必要性が低い者を受け入れている。また、急変するリスクを抱える者もいると考えられる。



3. 新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な条件

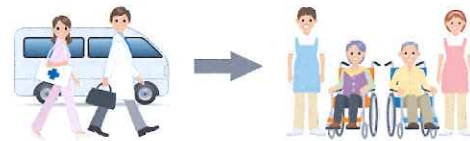
〔基本的な考え方〕

- ・利用者像と機能(サービス)の明確化が必要
- ・長期間の利用継続に対応する「住まい」の視点を踏まえる事が重要
- ・「医療」「介護」「住まい」を同時に満たす新たな類型
 - 日常的な医学的管理、一定程度の介護に加え「住まい」の機能を同時に満たす施設
 - 「経管栄養・喀痰吸引を中心とした日常的・継続的な医学管理」「看取りやターミナルケアを実施できる体制」「身体拘束ゼロ」「他職種連携」等の方針
- ・新たな類型には、「利用者の生活様式に配慮」「長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重」「家族や地域住民との交流が可能となる環境整備」が求められる

〔新たな選択肢に求められる条件〕

利用者の視点
<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容が利用者の状況に則したものであること ・生活空間の確保 ・利用者が負担可能な費用

実現の可能性の視点
<ul style="list-style-type: none"> ・地域のマンパワーで対応可能な形態にする ・経過措置として既存施設の有効活用を考慮 ・経営者や職員にとって魅力ややりがいを感じるもの



4. 考えられる選択肢

	現行の医療療養病床 (20対1)	案1. 医療内包型		案2. 医療外付型	現行の特定施設入居者生活介護
		案1-1	案1-2	案2	
サービスの 特徴	長期療養を目的としたサービス (特に「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・診療所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 経費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者 像	医療区分Ⅱ,Ⅲを中心	医療区分Ⅰを中心 長期の医療、介護が中心			
	医療の必要性が高い者	医療の必要性が比較的高く容態急変のリスクがある者	医療の必要性は多様だが、容態が比較的安定している者		
医療 機能	人工呼吸器や中心静脈栄養等の医療	喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		医療は外部の病院や診療所から提供
	24時間の看取り,ターミナルケア 当直体制(夜間,休日の対応)	24時間の看取り,ターミナルケア 当直体制(夜間,休日の対応)又はオンコル体制	オンコル体制による看取り,ターミナルケア	併設する病院,診療所からのオンコル体制による看取り,ターミナルケア	
介護 機能	介護コースは問わない	高い介護コースに対応	多様な介護コースに対応		

5. 療養病床の今後の選択肢(まとめ)

◆現行の「介護療養病床」「医療療養病床(25対1)」が提供している機能を担う新たな選択肢として、「住まい」の機能の強化を中心とする次の2つを新設する。

- ①医療を内包した施設類型
- ②医療を外から提供する「住まい」と医療機関の併設類型

*現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型として基準緩和についても併せて検討することも考えられる。

◆療養病床を有する個々の医療機関の選択肢としては、次の多様な対応の選択肢が考えられる。

- 1) 新たな類型に移行する
- 2) 医療療養病床(20対1)へ移行する
- 3) 介護老人保健施設へ移行する
- 4) 有料老人ホーム等の既存の類型に移行する
- 5) 複数の類型と組み合わせて移行する

◆どの施設へ移行するかは、各医療機関が「入院する患者像」「経営状況」を勘案して、自ら選択することになる。その場合、既存の類型、在宅医療・介護サービスも活用しながら、利用者像に側した多様な機能(サービス)を用意し、地域差にも配慮しつつ、今後の医療・介護ニーズに適切に対応できる体制を整備することが重要である。

6. 各医療機関への提案

療養病床に代わる新しい類型が提示され、各病院ではこれからどのような体制を設定すればよいかを考えることが今後の経営の根幹となります。そのためには、少なくとも以下のことを確認し、検討することが必要といえます。

- 1) 施設が対応する医療圏や介護圏の状況の把握
(介護度・疾患内容別の現状と将来の人数)
- 2) 圏内の医療間・介護間・医療と介護間の連携はどのようになっているのかの確認
- 3) 1) 2) から漏れている利用者や患者の確認と連携状況の把握
- 4) 医療間・介護間・医療と介護間の連携強化による各施設の機能の有効性や効率性が望める体制の検討
- 5) 自施設で行える医療と介護の可能性の検討(スタッフと設備及び連携)

※自施設だけでなく他の医療機関や介護施設(事業者を含む)の機能が有機的に活用できるかを検討し、実現に向けて対応することがこれからの経営の姿と考えることができます。

◆地域医療構想

以上のことは、ご当地医療として各県で作成する「地域医療構想」で明確化することになっています。それに先じて各施設で検討することは重要であり、周りの医療機関の動きや行政の動きを待ってから考えようとしても遅れをとることになります(例としては埼玉県の増床対応等があげられる)。なぜなら、「地域医療構想」の完成を待っていたのでは、経営体制を構築して運営へ向けて計画、実行するための時間が不足するからです。

したがって、これからは地域構想の実現に向けた対応を各病院や各施設が共同で行うことが求められます。それが医療や介護の環境を改善する道へと通ずると考えます。

※これらの対応を自施設のスタッフが業務の合間に行うことには困難を伴います。効率的・有効的データを入手し、自施設の将来構想を考えるにはコンサルタント等の専門家を活用することもひとつの手段だと思えます。