

2.現在の医療情勢と病院の機能分化

名古屋記念病院 がん相談支援センター
医療ソーシャルワーカー
友松 裕子



講義の狙い

- 社会保障に関する国の動きと、それに伴い病院の機能がどのように分かれているかを学ぶ。
- がん患者さんが入院、入所できる施設はどのようなところがあるのかを知る。

はじめに

ピアサポーターの皆さんもこんな相談を受けたことはないでしょうか。

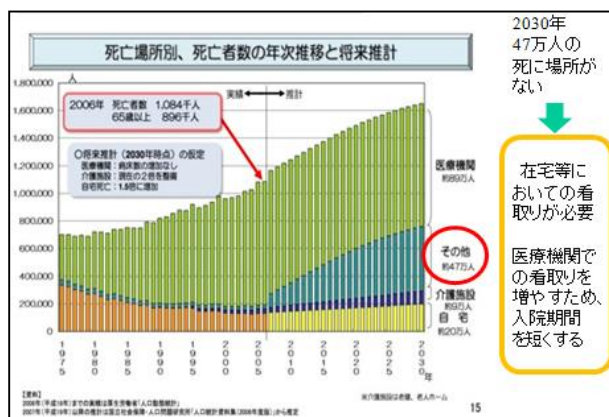
Aさんは胃がんの手術のために入院し、術後、体調が戻るまで、ゆっくり入院したいと考えていたが、主治医から「退院しましょう」と言われた。昔はもう少しゆっくり入院できたように思うが、どうしてすぐ退院しなければいけないのかと疑問が残った。また、Bさんは積極的な治療が難しく、主治医から緩和ケア病棟を紹介されたが、今の病院にずっと入院していることはできないのか、といった相談です。

このように、医療機関から退院や転院を促されという話が時々聞かれるかと思いますが、その背景について、少し大きな視点から話したいと思います。

人口ピラミッドの変化と医療情勢の変化

今、問題になっているのが、働く世代である64歳以下の人口がどんどん減っていき、その一方で、最も人口が多い団塊の世代が高齢者になり、医療や介護が必要となる世代が多くなるということです。1965年には9人の若い人たちが1人の高齢者を支える「胴上げ型」でしたが、2012年には2.4人で1人、2050年には1.2人で1人を支える「肩車型」になると言われています。人口ピラミッドの変化とともに、年金や医療費などの社会保障費がどんどん増え、国内総生産（GDP）に対する比率は2011年で23%となっています。

さらに、高齢者の増加とともに亡くなる人も増加することになりますが、これからの深刻な問題として、看取りの場所の確保があります。2030年には47万人の方が死ぬ場所がないという推計があり、今まで以上に在宅での看取りの体制を整えることが必要になってきますし、医療機関での看取りを増やすために入院期間を短くしなければいけないということも言われています。



社会保障・税の一体改革と医療・介護における改革の方向性

このような現状を踏まえて、日本では社会保障・税の一体改革が進められており、医療や福祉の現場は、この改革に基づいて急速に動いています。大きな方向性は、社会経済の変化に対応した社会保障の機能の強化、現役世代も含めたすべての人が受益できる社会保障制度の再構築です。改革の方向性の柱の一つとして、「社会保障の安定財源の確保」のために消費税を8%、10%と引き上げて、その部分を医療や介護など、社会保障費に充てる予定でした。しかし、景気の回復が予想を下回ったため、2015年10月の消費税10%への引き上げは見送られましたので、医療業界としては、次の診療報酬の改定がとて厳しくなるのではないかと

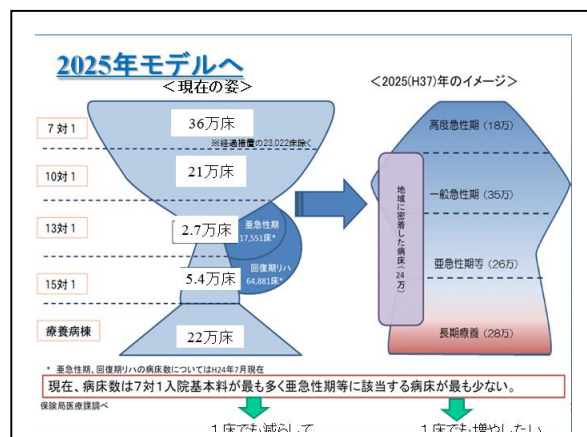
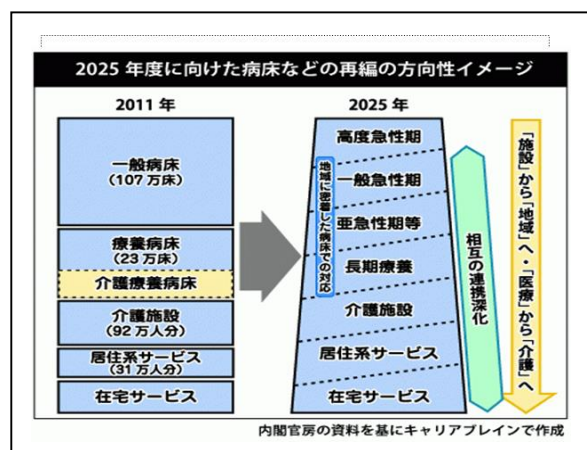
危惧しています。

既にさまざまな取り組みが始められていますが、いくつかのキーワードがあります。子育て支援、貧困層・格差の対策の強化、多様な働き方を支える社会保障制度、全員参加型社会の実現などがありますが、働ける方は働きましょうという方向性があるように思います。医療・介護の分野では、医療サービス提供体制の改革として、まず、病院の機能分化の強化、在宅医療の推進、チーム医療の推進があげられます。在宅の分野では、地域包括ケアシステムの構築、在宅サービスの強化が目指されています。この中で、病院の機能分化と地域包括ケアシステムについて具体的に見ていきたいと思います。病院の機能分化とは、急性期病床を減らして、地域ごとに適切な病床を割り当てるという考え方であり、地域包括ケアシステムは、在宅で療養生活ができる地域づくりを目標としています。改革のキーワードは「2025年を目標に」ということです。2025年は団塊の世代が75歳以上になるので、ここに目標を定めて改革を進めています。

2025年に向けた病床などの再編の方向性イメージ

右の図は2025年に向けた病床などの再編の方向性イメージです。現在（2011年）は、一般病床、いわゆる急性期の治療を積極的に行う病床が107万床ありますが、療養型病床は23万床と少なくなっています。それを2025年にはそれぞれの機能の相互連携を強化していき、医療機関は高度急性期、一般急性期、亜急性期、長期療養の4つにバランスよく分化しようとしています。介護施設、居住系サービス、在宅サービスも、シームレスで行き来がしやすくなることを目標にしています。

病院の病床の種類ごとの数を見ると、現在は、患者7人に対して看護師1人が配置されている「7対1」の看護体制の病床が最も多く36万床もあります。なぜかという、7対1を取ると診療報酬における入院基本料が非常に高くなっていたため、多くの医療機関は7対1の体制を取ることを目標に看護師を増やしました。しかし、将来を見据えると、7対1の急性期はそれほど要らないので、2025年には、高度急性期18万床とし、限られた医療機関、病床に高度急性期を任せて、あとは一般急性期、亜急性期、長期療養はバランスよく割り当てるという考え方になっています。この「2025年モデル」への移行に向けて、行政は今、様々なデータを集めています。例えば、2014年から病床機能報告制度が新しくできました。また、10年程前からDPC（診断群分類包括評価）という診療報酬の枠組みができ、大きな医療機関はほとんどDPCで請求するようになりました。このDPCによっても、膨大な医療に関するデータが集まっています。



地域医療ビジョンがスタート

地域医療ビジョンが2015年度から本格的に始まります。各都道府県は、基本的に二次医療圏ごとに将来の医療の必要量など、その地域にふさわしい医療の振り分けのビジョンを策定しなくてはなりません。名古屋市は一つの二次医療圏ですが、人口も多くとても大きな医療圏です。地域がん診療連携拠点病院も、基本的には二次医療圏に1つですが、名古屋市内には多くの拠点病院があります。一方、二次医療圏の中には、人口が少なく1つしか拠点病院がないところもあります。こうしたことから、二次医療圏の区分ごとに考えるのは無理があり、地域の実情にあった医療を考える必要があります。

先月（2014年11月）、各医療機関は県に最初の病床報告を行いました。医療機器や職員の人員配置など、

病院の機能を細かく報告しました。さらに、一般急性期、長期療養など、将来どの機能を選択するつもりかといったアンケートのようなものを提出しています。この病床報告制度は、今後、毎年行います。各医療機関がどこを目指していきたいかを考えなくてはならない状況になっています。

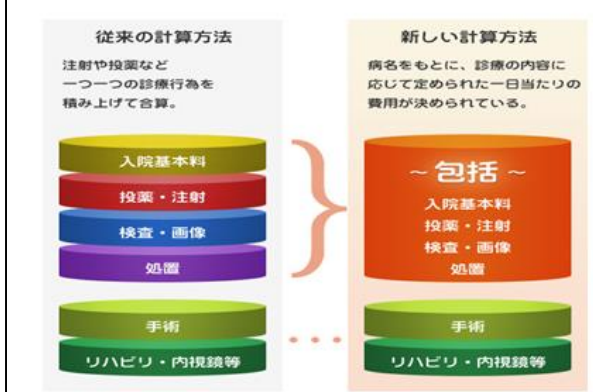
人員配置についても、例えば、私どものような相談業務を行う者は、社会福祉士が何人で、どのような仕事をしているかなども報告していますので、いろいろなデータが県に集まっていくと思います。県はこの報告を見て、医療機関の希望も聞きますが、この二次医療圏は高齢者が多いので、長期療養を増やしたいなど、病床の割り振りを考えていくと思われます。

DPC（診断群分類包括評価方式）とは

DPCは診療報酬の請求の枠組で、「包括部分」と「出来高部分」を組み合わせることでできています。包括部分とは、入院基本料や検査、薬などがあわさった部分で、一方、手術など高い処置については出来高で行った分だけ請求できます。

なぜDPCで請求している病院に長く入院できないかというと、皆さんは長く入院すると入院基本料が下がることは知っていると思いますが、DPCでは望ましい入院期間が病名・治療法ごとに決まっています。この望ましい入院日数で退院していただければ、病院としては収益が高いけれども、入院期間が長くなればなるほど収益は下がってしまい、ある一定の日を過ぎると出来高方式に変わります。出来高は治療を行った分だけ請求できるとはいえ、この時点ではそれほど治療をしていないことが多いので請求額も少ないということになります。従って、積極的な治療をしていない状況で長く入院することは、病院の経営的には厳しいということになります。

DPC(包括評価方式)の概念図



地域包括ケアシステム

このように、長く入院ができない状況で、地域で生活や介護をしていくために考えられたのが「地域包括ケアシステム」です。ここで言う地域は中学校区、30分以内にサービスを提供できる範囲となっています。

地域包括ケアシステムの考え方として、在宅で生活することの意味を国民はよく考えて心構えを持つこと、その方の今まで蓄えてきた資力に応じた住まいで生活することが言われています。また、「自助、互助、共助、公助」という考え方が基本にあります。自助は、ボランティア活動などを積極的に行うなど、お互いに助け合いましょうということですし、自助というのは自分のことを自分でするセルフケアを心がけ、自分の資力を使って市場サービス、民間のサービスを購入しようということです。国が全面的に公費で賄うというシステムではないという理解が必要です。

地域包括ケアシステムの考え方

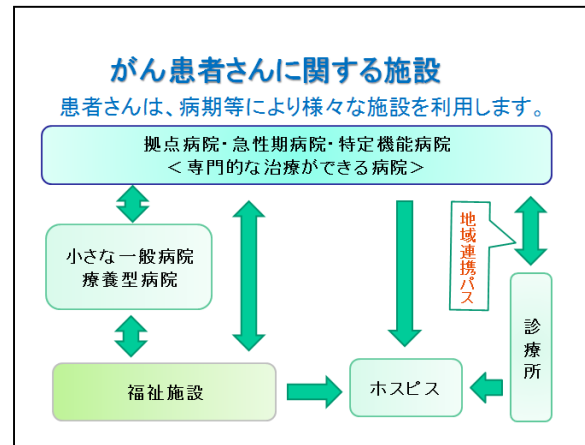


地域包括ケアシステムでは、介護、医療、予防、住まい、生活支援が中学校区内ですべて提供されます。高齢者が住んでいる場所に訪問介護が来てくれたり、施設に通所したり、病院に通院したり、診療所が往診したり、老人クラブや自治体の活動をする。そのコーディネート地域包括センターが行います。高齢者の住まいとして、自宅だけでなく、ケア付き高齢者住宅も含まれているのは注目すべきところだと思います。

がん患者さんに関する施設

現在のがん患者さんの療養・治療の場はどうなっているのでしょうか。がん患者さんは、がん診療拠点病院のような急性期病院で手術をした後、自宅近くの診療所へ通院したり、要介護の状態で療養が必要になると療養型病院に入院されたり、福祉施設に入所しながらがん拠点病院へ通ったりと、様々な場で療養・治療しています。

地域連携パスを使って診療所に通院している方も多くなっていますので、ここで地域連携パスの考え方についてご紹介します。がん診療拠点病院は、5大がん（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、肝がん）の地域連携パスを運用していません。愛知県には愛知県統一パスがあります。まず、がん診療拠点病院で手術をした患者さんが、連携先の診療所に通院することになります。腫瘍マーカーのチェックなど日常の診療は診療所が行い、CTなどの大きな検査だけ3カ月～6カ月に1回程度、拠点病院で行います。がん種により異なりますが、5～10年続けて問題がなければパスは終了となります。



がん患者さんの入院する主な医療機関

がん患者さんが入院する主な医療機関をピックアップしました。まず、がん診療拠点病院を中心とした、積極的ながん治療を行うときに入院できる病院があります。また、50～100床ほどの小さな規模の病院があります。このような病院は名古屋市内にも多くありますが、一部のがん治療はできませんが、緩和医療の専門家がいないなどの問題点があります。療養型病院は様々な種類の病床があるケアミックスとなっていることが最近が多くなっています。ここでは積極的ながん治療は一般的に行いません。療養病床でがんのターミナル患者さんが入院されることもあります。そして、緩和ケア病棟・ホスピスがあります。

がん診療拠点病院は一般病棟であり、積極的な治療をすることを目的とした病床です。大きな手術をした場合、10日で退院できる方は少ないですが、大体1カ月で退院することが多く、3カ月以上入院している方は珍しいというのが現状です。1日の入院基本料は、患者さん7人に対して看護師1人の体制をとっている7対1では1万6,000円程が実費となります。70歳未満の患者さんはその3割を支払うわけです。しかし、長く入院すればするほど、DPCも出来高払いの病院も、この入院基本料は下がっていくことになります。一般病院は積極的な治療のとき、1カ月程しか入院できないというのが現状だと思います。また、看護師の数が少なくなるほど入院基本料は安くなります（10対1：約1万3,000円、13対1：約1万1,000円、15対1：約9,600円）。

がん患者さんの入院する主な医療機関

がん診療拠点病院・大学病院等 積極的ながん治療を行う時期のみ入院・通院	<急性期>
小さな規模の病院 一部のがん治療を行うことができる。緩和医療の専門家がいない等の問題もある。	<急性期・亜急性期>
療養型病院 (ケアミックス：一般床・地域包括ケア病床・医療療養型病床・介護療養型病床) 慢性期の治療を行う。がんのターミナル患者さんが入院することも多い。	<亜急性期・慢性期>
緩和ケア病棟・ホスピス がん・AIDSのターミナルの患者さんが対象	<緩和医療>

	看護師比率	平均在院日数	看護重症度	在宅復帰率
7対1	70%	18日以内	15%以上	75%以上※
10対1	70%	21日以内	—	—
13対1	70%	24日以内	—	—
15対1	40%	60日以内	—	—

※退院患者のうち、自宅・回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟・在宅復帰機能強化加算算定の療養病棟・居住系介護施設（特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅・グループホーム等）・在宅強化型老人保健施設に退院した者の割合が75%以上であること。

なぜ長期間の入院ができないのか

一般病棟で7対1の基準を取っている急性期病院の課題の一つは、平均在院日数を18日以内にしないといけないという基準があることです。また、看護重症度・必要度が一定以上の患者さんが15%以上いなければならないという基準があります。全入院患者さんに対して、看護師が重症度・医療看護の必要度を毎日チェックしています。今日は心電図モニターをしているから何点と、点数化しています。7対1を維持していくために、重症度、医療・看護の必要度の高い患者さんが常に一定以上入院している必要があるため、医療機関としては、常に入院患者さんの状況をみていかなくてはなりません。

在宅復帰率というのは、2014年の診療報酬で新しくできたものです。入院している患者さんが、医療機関に転入院するのではなく、自宅へ退院する割合が75%以上でなければいけないという基準です。これにより病院は、転入院だけではなく在宅支援を視野に入れて退院支援をしなくてはいけなくなります。患者さんから「病院に転入院できませんか」と言われても、病院として、在宅復帰率が引っかけかかってしまうこともあるかもしれません。現状は、ほとんどの急性期病院の在宅復帰率は75%を大きく超えている場合が多いようですので、差し迫った問題ではないと思いますが、今後の診療報酬の改定で注視しなくてはいけないところだと思います。

もう一つの動きとして、緩和ケア病棟やホスピスは、2012年の診療報酬の改定で逓減制が導入されました。緩和ケア病棟は包括での請求となっていますが、入院日数が30日以内の場合は1日の入院料が約4万8,000円だったのが、31日以上になると約4万3,000円になって、二か月以上になると約3万3,000円になってしまい、入院が長くなるほど、入院料が下がってしまうことになりました。この基準ができて以来、緩和ケア病棟では2か月以上の入院になりそうな患者さんについては、様子を見て自宅へ退院する場合があることを、入院申込み時に説明することも多くなってきました。また、緩和ケア病棟・ホスピスの施設数が少なく、より重症の患者さんの入院を優先しなくてはならないという理由もあります。

なぜ一般病床で長く入院できないのかというと、先ほど述べたように、7対1の体制の医療機関は、患者さんの平均在院日数が18日以内となります。また、看護重症度・必要度の基準もあり、重症の患者さんが一定数以上入院していなくてはいけませんので、治療を積極的にしていない軽症の状態での入院を継続することが難しくなっています。また、入院が長くなれば、同じ医療を行っていても入院費が安くなってしまうので、病院としては経営上厳しくなります。そして、在宅復帰率によって、なるべくご自宅へ退院することも病院としては考えざるをえない状況もあります。

これらは、主治医の考え方や、ひとつの医療機関の問題ではなく、診療報酬を通じて国が政策的に行っているという認識をしていただければと思います。

がん患者さんが入所できる主な施設

がん患者さんが入所できる施設は増えてきています。様々な種類の施設形態がありますが、ここでは、4つをご紹介します。

介護老人保健施設は老人保健法という法律に基づいてできた施設で、医師が1名います。原則、治療、薬の処方施設で完結しなければならないため、限られた医療を行っている方しか入所できません。がん治療中の患者さんは、一般的には入所不可と思っていた方がよいと思います。化学療法については、一部、別扱いで請求できることになっていますが、全身状態の管理などを考えると、入所はなかなか難しいと思います。

特別養護老人ホーム、特養と言われているところですが、老人福祉法に基づいてできた施設で、昔からあります。医師は施設外の嘱託医となります。積極的に看取りに取り組む施設も出てきましたが、施設基準として24時間看護師が必ずいるわけではないので、なかなか困難なことが多いです。重症の方がより多く入所できるように、2015年4月の介護保険の改定後は、要介護3以上の人しか入所できないことになりました。

介護老人保健施設 入所者100人・医師1名 原則、入所者の治療・処方は施設で完結しなければならないため、医療費の制限あり。がん治療の患者さんの入所は一般的に不可。(化学療法は別請求の特例もある)

特別養護老人ホーム 医師は嘱託医。看取りを行う施設もあるが、施設基準は看護師が24時間配置となっていないため、困難な場合が多い。入所の待機が長期(年単位)。2015年4月～ 要介護3以上の要介護者が入所対象となる。

有料老人ホーム(住宅型・介護型) 医師は嘱託医。がん患者など医療依存度の高い方の入所できる施設もある。概ね高額な入所費用が必要。

サービス付高齢者住宅(サ高住)

自宅と同じ扱いとなるため、在宅のサービスを自由に組み合わせて利用できる。施設の責任の面においては脆弱な面もある。

赤字:在宅扱いの施設

利用料も比較的安いいため、待機者が非常に多く、名古屋市内では、数百人の待機者がいる施設もあります。

有料老人ホームは、民間の施設で、住宅型・介護付など、いろいろな形態があります。有料老人ホームによっては、看護師が24時間いて、医療依存度の高い方を中心に受け入れ、看取りも行う施設もあります。入所費用が概ね高額で、トータルで月30万円程必要な所もあるため、費用を捻出できるかが、入所を検討するにあたってのポイントになると思います。

サービス付き高齢者向け住宅は、「サ高住」とも言われています。国土交通省と厚生労働省が管轄しており、在宅扱いとなっており、今、あちこちに開設されています。

在宅扱いの施設

サ高住のような在宅扱いの施設の多くは、1人に対して1部屋ずつ部屋があり、一見、介護付有料老人ホームなどと変わらないような雰囲気ですが、施設内のサービスとしては食事が出たり、生活の相談に乗ったり、施設職員が安否確認ぐらいはするけれども、例えばおむつ交換などの介護は外の事業者からヘルパーや看護師が来て、訪問介護・訪問看護を行うシステムになっています。例えば、日中は施設の1階でレクリエーションなどのプログラムを利用している方は、デイサービスセンターを利用している扱いになったりします。実際は、ヘルパーも常駐しているので、一見だけでは分からないのですが、仕組みとしてはそのようになっています。

こうした在宅扱いの施設は、医療依存度の高い患者さんの入所も可能なところもあり、がん患者さんや、脳卒中後の寝たきりの方などにご紹介することもあります。

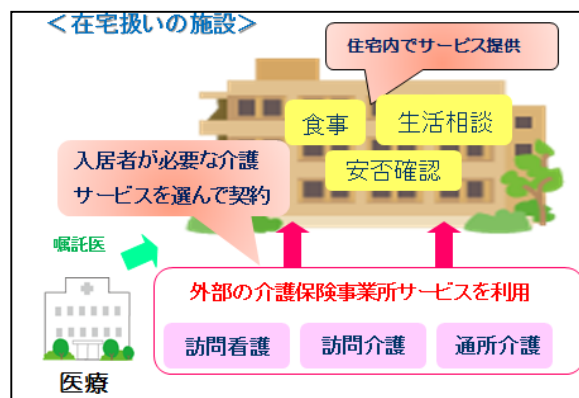
この他、認知症対応のグループホームもあります。ここで、私が担当させていただいた、がん患者さんの事例をご紹介します。74歳女性の方が、化学療法を行っていたのですが、認知症を発症され化学療法を中止しました。徘徊もあり、ご主人がご自宅での介護がとてもできないということでご相談がありました。この方は、がん性疼痛があり、医療用麻薬の痛み止めの貼付薬を貼ると落ち着かれるということで、グループホームの職員に貼付薬を貼ることをお願いすることになりました。一般的に、グループホームでは医療用麻薬の取り扱いが行われていませんので、施設の看護師に当院の薬剤師から説明をして入所となりました。

このように認知症対応のグループホームへ入所されるがん患者さんもいらっしゃいますので、医療情報や必要な処置について、医療機関から正確に伝えることが大切だと思います。

まとめ

国は、団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて医療機関の機能を再編成して、在宅での療養を推進していこうとしています。がん患者さんも1つの医療機関にかかる従来のスタイルから、そのときの病期に合わせて医療機関や生活の場を変えることも考えなければならない時代になっています。がん患者さんが地域で過ごすために利用できる施設や往診専門のクリニックや、訪問看護ステーションはどんどんできていきますので、社会資源は充実していくことが予想されます。

様々な情報が氾濫していますので、ピアサポーターの皆さんも、今後、行政や地域包括支援センター、私どものようながん相談支援センターの相談員に、この地域の社会資源は何があるのか、どんな動きになっているのかということを、どんどん聞いていただくと良いと思います。



名古屋記念病院 がん相談支援センター
医療ソーシャルワーカー 友松 裕子