

# 「超高齢社会において地域医療の中心軸となる 地域包括ケア病棟の躍進と新たな経営を探る」

～2020年診療報酬改定が及ぼす地域包括ケア病棟のインパクトと地域連携の新たな展開とは～

2014年に創設された地域包括ケア病棟は、順調に増加し、全国に2,562か所（87,100床）設置されている。そのような中、2020年診療報酬改定の答申が行われ、400床以上の急性期病院の地域包括ケア病棟の新設が禁止、さらに400床以上の急性期病院で設置している地域包括ケア病棟への転棟に規制（減算）が示され、また、地域包括ケア病棟が本来担う在宅支援の観点からサブアキュート患者の受け入れ強化のための要件の見直しも行われた。

そこで、「Visionと戦略」4月号特集では、今後、超高齢社会の中心軸として期待される地域包括ケア病棟を取り上げ、2020年診療報酬改定の影響分析から、今後のあるべき姿や経営戦略について、厚生労働省をはじめ、団体の長、医療経営コンサルタント、病院経営者にお話を伺い、その内容をとりまとめたので報告する。

- |               |   |  |
|---------------|---|--|
| <b>Part 1</b> | 急性期一般入院基本料1の削減へ<br>地域包括ケア病棟の本来機能を強化     | 『Visionと戦略』編集部                                     |
| <b>Part 2</b> | 地域包括ケア病棟の歪みを修正する<br>「それぞれあり方を考えてほしい」    | 厚生労働省 保険局医療課長<br>森光 敬子 氏                           |
| <b>Part 3</b> | 地域包括ケア病棟を有する病院は<br>ご当地ニーズに合わせて役割を変えよ    | 地域包括ケア病棟協会 会長<br>芳珠記念病院 理事長<br>仲井 培雄 氏             |
| <b>Part 4</b> | 400床以上の病院が減床の可能性？<br>地域包括ケア病棟新設の動きが出る!? | ASK 梓診療報酬研究所 所長<br>中林 梓 氏                          |
| <b>Part 5</b> | 重症度、医療・看護必要度の見直しで<br>急性期の連携先として重要性増す    | 株式会社 MM オフィス 代表<br>工藤 高 氏                          |
| <b>Part 6</b> | 日本最大の地域包括ケア病棟128床<br>周囲の特定機能病院と住み分け図る   | 医療法人笠寺病院 理事長<br>春日井 貴雄 氏<br>医療法人笠寺病院 事務長<br>鈴木 学 氏 |



# 急性期一般入院基本料1の削減へ 地域包括ケア病棟の本来機能を強化

昨年11月6日、中央社会保険医療協議会・診療報酬基本問題小委員会で、入院医療等の調査・評価分科会の尾形裕也分科会長（九州大学名誉教授）が、2018年度と2019年度の入院医療等の実態調査を報告した直後だった。

「あ然とした……」

1号側（支払側）の幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料をめぐる実態に、そう言い放った。

2014年度に地域包括ケア病棟が創設されたとき、厚生労働省は「地域包括ケア病棟入院料は、急性期医療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える」と定義した。ところが、現状は、自院の急性期からの

単なる受け皿として、リハビリや在宅復帰支援が十分に行えていない医療機関も多く存在する。そのような地ケアの存在意義をどう捉えるのか。

幸野委員は「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料には前回改定で比較的高い点数がついたが、実績要件が病棟の機能を評価する上で妥当かを見直さなければならぬ」と指摘し、問題を抱えている」と指摘し、ケアミックス型病院での地域包括ケア病棟の運用方法を批判した。

「自院からの転棟患者が多い病院は3つの役割（サブアキュート、ポストアキュート、在宅復帰支援）を果たしていないばかりか、患者の状態にかかわらず、DPC/PDP/Sによる点数が地域包括ケア病棟入院料を下回るタイミングに、転棟時期が偏っている。DPC対象病棟としても問題だ」

いつもなら幸野委員の主張に真っ先に反発する2号側（診療側）の松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は「今日は報告の場合なので、大人の対応として反論しない」と述べるにとどまった。

実態調査を受けて、12月6日の中医協総会で、厚生労働省保険局の森光敬子医療課長は地域包括ケア病棟については①自院からの転棟割合に一定の制限を設けてはどうか②許可病床数が大きい医療機関が地域包括ケア病棟を届け出る場合、地域の意見を求めることを要件にすることはどうかなどを提案した。

この日は、松本吉郎委員（日本医師会常任理事）が、幸野委員への反論は口にせず、自院からの転棟割合への制限について「200床以上ではなく、まず400床以上にすぎない」と提言した。

「調査結果では200床前

後で転棟割合が大きく異なっているが、いきなり広範囲に制限をかけると現場が混乱する。400床以上への制限で地ケア病棟の在り方にメツセージを出せば、200床以上の地ケア病棟に対して事実上の抑止力が働く」

この提言が採用されたのかどうかはともかく、400床以上の病院に設置する地域包括ケア病棟について、同一医療機関の一般病棟からの転棟患者割合に6割という上限を設け、6割以上となった場合、当該病棟で算定する地域包括ケア病棟入院料が90%に減算される。さらに400床以上の病院は地域包括ケア病棟の新設が認められなくなった。

見直しを受けて、400床以上で病床稼働率が低い病院のなかには、399床に削減して地域包括ケア病棟に転換するケースが相次ぐかもしれない。行き当たりばつたりの対応策に見えないこともないが、今回の診療報酬改定の基本コンセプトは「地域医療構想に寄り添い、後押しする」である。平たく言えば、急性

期一般入院基本料1を減らすことだ。MMオフィスの工藤高社長は「399床に削減する病院が増えれば、厚生労働省の思惑通りだろう」と推察する。

このほかにも①同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数に従って算定する②疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする③地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする——などの見直しが行われた。

だが、本来機能が強化されただけだ。地域包括ケア病棟協会の仲井培雄会長は「地域包括ケア病棟を有する病院は、ご当地ごとのニーズに合わせて役割を変えよ」と述べている。

（文／編集部）

# 地域包括ケア病棟の歪みを修正する

## 「それぞれあり方を考えてほしい」

令和2年度診療報酬改定の大きな特徴は、医療従事者の働き方改革が多くの項目に反映されたことである。その一方で、地域包括ケア病棟のあり方について「たんなる自院の一般病棟の患者に受け皿になっている」ことなどが問題視され、さまざまな見直しが行われた。厚生労働省の森光敬子医療課長が解説する。



厚生労働省 保険局医療課長

森光 敬子 氏

番大事なことは消費税財源を活用したことで、

財源が別であることです。特例的財源についてどういう使われ方をしたのか

フォロワーされることになりま  
す。また、働き方改革の全て  
がこの財源で賄われるわけ  
はありません。

■令和2年度診療報酬改定の  
主要なテーマに据えたことを  
振り返っていただけますか。  
**森光** 今回改定の特徴は働き  
方改革であり、改定率の中  
に「消費税財源を活用した救  
急病院における勤務医の働き  
方改革への特例的な対応」と  
してプラス0・08%が含まれ  
ました。これについてはいろ  
いろな意見がありますが、一

いろいろな意味で働き方改  
革を進めなければならないの  
で、その一部の財源である  
ご理解ください。2024年  
4月までの労働時間上限規制  
の取り組みには地域医療介護  
総合確保基金143億円と合  
わせて、この財源でという  
成果を上げるか次のステッ

プにつながると理解してい  
たかと思えます。

■どのような方針のもとに改  
定が行われたのでしょうか。

**森光** 改定に当たっての基本  
認識は①健康寿命の延伸、人  
生100年時代に向けた「全  
世代型社会保障」の実現②患  
者・国民に身近な医療の実現  
③どこに住んでも適切な  
医療を安心して受けられる社  
会の実現、医師等の働き方改  
革の推進④社会保障制度の安  
定性・持続可能性の確保、経  
済・財政との調和。この4つ  
の基本に基づく具体的方向性  
として「医療従事者の負担軽  
減、医師等の働き方改革の推  
進」「患者・国民にとって身  
近で安心・安全で質の高い医

療の実現」「医療機能の分化・  
強化、連携と地域包括ケアシ  
ステムの推進」「効率化・適  
正化を通じた制度の安定性・  
持続可能性の向上」を固めま  
した。

■働き方改革はどのように点  
数に反映されたのですか。

**森光** 消費税財源によるプラ  
ス0・08%分は基本的に地域  
医療体制確保加算(520点)  
に集約されています。算定要  
件に①救急車や救急医療用へ  
リコプターによる搬送件数が  
年間2000件以上②「病院  
勤務医の負担の軽減及び処遇  
の改善に資する計画」の作成  
などが盛り込まれました。  
働き方改革を推進する中で  
医療の量は減らせないので、  
私は、病院が医療を提供する  
コストとして診療報酬で手当  
てすべきだと思っています。  
診療報酬ではなく補助金で対  
応すればよいのではないかと  
いう意見も出ました。今回は  
加算という形になりましたが、  
2年間の成果を見た上で、  
対象の病院を拡大するなど次  
の議論につながるものだと考

えています。

■タスク・シェアリング/タ  
スク・シフティングやICT  
の活用についてはいかがで  
しょうか。

**森光** タスク・シェアリング  
/タスク・シフティングでは、  
例えば看護補助者の給与水準  
を上げてきましたが、他の職  
業に比べてまだ低いので、確  
保が難しいという現状を踏ま  
えて、急性期看護補助体制加  
算の点数を引き上げました。  
ICTの活用について  
は、いろいろな所でいろいろ  
な言い方がされていますが、  
WEB会議で移動時間を削減  
するなど仕事が楽になること  
をしっかりと考えなければな  
りません。これが隠れたテー  
マでした。カンファレンス、  
外来栄養食事指導、診療記録  
などへのICT活用が進むよ  
うに改定しました。  
一方、今回改定の「基本的  
視点と具体的方向性」に示さ  
れた「治療と仕事の両立に資  
する取組等の推進」につい  
て、平成30年度改定で新設さ  
れた療養・就労両立支援指導

# 「超高齢社会において地域医療の中心軸となる 地域包括ケア病棟の躍進と新たな経営を探る」

料は「算定のタイミングが分からない」という医療機関が多かったことを踏まえ、算定要件をシンプルに変更しました。

## ■ 地ケア病棟への転棟割合の要件 400床以上では6割未満

■ 今回の改定では地域包括ケア病棟入院料が大きく見直されました。背景と方針について教えてください。

**森光** 自院の一般病床から地域包括ケア病棟への転棟割合が100%という病院も一部にありました。地域包括ケア病棟でリハビリを実施していない病院は3割ありました。さらにDPC対象病院ではDPCの点数が下がるタイミングで転棟している件数が多いことも明らかになりました。いろいろな意見があるでしょうが、少し本来の役割を考えてほしいというのが改定の背景でした。

改定に当たっては、地域包括ケア病棟において、急性期治療を経過した患者や在宅で療養を行っている患者を受け入れる役割が偏りなく発揮さ

れるよう、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直しました。

地域包括ケア病棟を有する許可病床数400床以上の病院について、入院患者のうち同一保険医療機関内の一般病床から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直して、施設要件に「許可病床数が400床以上の病院にあつては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病床から転棟したものの割合が6割未満であること」を新設しました。

地域包括ケア病棟入院料1及び3並びに地域包括ケア入院医療管理料1及び3について、地域包括ケアの実績に係る施設基準を見直しました。入院料1では「当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したもの割合」を「一割以上」から「一割五分以上」に変更しました。さらに「当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数」について、前3月間において「三人以上」から「六

人以上」に変更しました。

## ■ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直しについてはいかがでしょうか。

**森光** 適切に在宅復帰支援等を行う観点から、地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、入院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件として、「入院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること」と示しました。

さらに地域包括ケア病棟における疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件としました。具体的には「リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明するこ

と」を新設しました。

地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることも要件として、厚生労働省の「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること」を新設しました。

## ■ DPC対象病棟から地域包括ケア病棟へ転棟する場合について、どのように要件を見直したのでしょうか。

**森光** 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日IIまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直しました。

## ■ 地域における医療機関間の機能分化・連携を適切に進める観点から、地域包括ケア病棟の届出も見直されましたね。

**森光** 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととしました。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができます。

## ■ 回復期リハビリテーション病棟入院料では、実績要件にアウトカムの反映が求められることになりました。

**森光** 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び回復期リハビリテーション病棟入院料3におけるリハビリテーション実績指数的要件について、それぞれ水準を引き上げます。さらに回復期リハビリテーション病棟に入院した患者に対して、入院時FIM及び目標とするFIMについてリハビリテーション実施計画書を用いて説明し、計画書を交付することとして、退院時FIMについても同様の取扱いとします。

(文／編集部)

# 地域包括ケア病棟を有する病院は ご当地ニーズに合わせて役割を変えよ

「治し支える生活支援型医療には、リハビリ・栄養サポート・認知症ケア・ポリファーマシー対策が必須」と述べる地域包括ケア病棟協会会長の仲井培雄氏は、令和2年度診療報酬改定で厚生労働省にさまざまな要望を提出した。その攻防を尋ねた。



地域包括ケア病棟協会 会長  
芳珠記念病院 理事長

氏名 仲井 培雄

65歳以上人口はそれほど増えてませんが、支える方はどんどん減っていきま。つまり25年までと40年までと

く、地域医療構想を後押しする」と話されましたが、後押し要素が改定内容にきちんとして入っています。

は人口動態が異なるので、2つの目標を定めたのです。今回の改定は25年を何とか乗り越えようという趣旨と、40年への布石という趣旨に基づいています。40年への布石は働き方改革を模索する形で改定内容に入って、25年は喫緊なので、地域医療構想と地域包括ケアシステムをしっかり組み立てようという内容になっていると思います。厚生労働省の森光医療課長は「地域医療構想に寄り添うだけでな

地域包括ケア病棟（以下、地ケア病棟）については、地ケア病棟の改定だけを見るのではなく、DPCに係る取組や急性期一般病棟の改定と合わせてみる必要があります。

■令和2年度診療報酬改定について、全体的にどのようにご覧になっていますか。仲井先生のご意見をお聞かせください。

仲井 2025年と2040年をそれぞれめざした改定だと思えます。2025年までは75歳以上の高齢者人口が爆発的に増え、支える方の人口は減ったままです。40年に近づくと75歳以上人口が減り、

療構想に寄り添うだけでな

■地域包括ケア病棟の改定内容に対する評価はいかがでしたでしょうか。

仲井 地ケア病棟については、「地域連携業務を担う部門を開設する」「疾患別リハはADLをしっかりと測って評価して、結果を患者家族に説明する」「看取りの指針を定める」などが新たな届出の

要件に加わりました。また自院のポストアキユー（PA）からの受け入れに限らず、他院のPAや急性期、予定入院の人をもっとバランス良く受け入れることが求められます。400床以上の病院では自院の地ケア病棟への転棟の割合を6割未満にし、それを超えたら1割減算します。さらに400床以上の病院は地ケア病棟の新設を認めません。

それから地ケア病棟の入院料・管理料1と3の要件をかなり見直して、多くの病院がクリアしている項目を厳しくして、クリアできていない項目を緩くしましたが、どちらかと言えば1と3を取りやすくしたと思います。

■DPC対象病棟から自院の地域包括ケア病棟への転棟で算定方法が見直されたことも、今回の改定で注目されるのではないのでしょうか。

仲井 DPC対象病棟から自院の地ケア病棟への転棟については、入院日IIまでDPCが適用されます。自院の特定

入院料の「病棟」に転棟後に、前の病棟の点数を引っ張るのは今回が初めてです。

それから、新設・既設・出来高・包括を問わず、人員配置の要件緩和やICTの活用、研修業務の効率化、チーム医療などが推進されること、地ケア病棟を含めた今改定の特徴です。

国が言いたいことは、それぞれの病院の在り方を再考すること。今回の改定で国が言いたいであろうことをまとめると、次のようになります。

まず、急性期一般病棟の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い「現行必要度の基準②の該当患者が少ない」「手術と救急の受け入れが多い病棟」「必要度IIを採用」以外の急性期一般病棟は必要度の維持が困難になり、「ダウンサイジング」「急性期一般1から2、4への変更」「地ケア病棟への転換や既設の地ケア病棟への在宅等からの患者受け入れ」が進むと予想され、これらのいずれかを

# 「超高齢社会において地域医療の中心軸となる 地域包括ケア病棟の躍進と新たな経営を探る」

しないと対応できないでしょう。

次に「治し支える生活支援型医療の患者は地ケア病棟で診てほしい」「DPC対象病棟では疾患の重症度が高い治す従来型医療の患者を診てほしい」「その結果DPC対象病院は、許可病床数400床以上は高度急性期に特化し、中途半端な病床数の場合は地域医療構想の協議の場で今後の方向性をしっかり探っていただきたい」「地ケア病棟は、サブアキュートの需要が高く、とくに200床未満は在宅医療をしっかり提供して、とときどき入院は在宅」を実践してほしい」「急性期一般病棟やDPCに係る取り組みと地ケア病棟の自院PA、他院PA、在宅等の受入れのバランス取りは一蓮托生である」。

■超高齢社会の中心となる病院が地域包括ケア病棟を持つ病院になってきていると理解してよいのでしょうか。

**仲井** 地ケア病棟を持つほしいのは200床未満の病院で、DPC対象病院はできれば持たないでくれと（笑）。持つてもいいけれども、統合再編に資するような指標はたくさん持たないでくれと国は言っているように思います。

400床以上の病院で、地域ニーズがあつて地ケア病棟を取ろうとするところは、地方の過疎地などの病院が多いと思います。そういう病院は早晩400床を維持できなくなると思います。だから病床を399床に減らして地ケア病棟を取る方がよいように思います。

一方、都市部の400床以上の病院で病床が空いているから地ケア病棟を取ろうとしているところは、将来DPCからの退場を勧められていく病院だと考えてよいでしょう。これまで400床以上の病院で地ケア病棟を開設したところの多くは、病床稼働率が下がったから開設してきました。しかも、地ケア病棟の稼働率も低い場合が多いのです。

4月から400床以上は届け出できなくなりますが、理解はできます。

■地域包括ケア病棟の入院料・管理料1と3の在宅要件が見直されたことは、どのように影響しそうですか。

**仲井** 要件が上がった項目についてはほとんどの病院がクリアしたからで、要件が下がったのはクリアしていないからです。200床未満の病院は地ケア病棟の入院料・管理料1と3を届け出しやすくなりました。ただし200床未満でもDPCなら、よく考えてくださいという流れになったと思います。

地域包括ケア病棟協会は、地ケア病棟を有する病院を4つのタイプ（3つの病院機能と地域包括ケア病院）に分けています。第一に急性期ケアミックス（CM）型で、急性期一般病棟以上の病棟を有し、施設全体で急性期機能を最も重視しています。地ケア病棟は自院PA中心です。200床以上3.5割強、400床以上が1割弱を占めています。

す。

第二にPA連携型で、施設全体として実患者数の概ね半分以上が他院からのPA患者です。連携先は高度急性期（急性期病院で、回りハや療養等の後方病床と訪問・通所・入所の併設施設が豊富です。200床未満は9割強を占めています）。

第三に地域密着型で、「急性期CM型」と「PA連携型」のどちらでもない定義しています。200床未満が8.5割弱を占め、日常生活圏域の在宅等からの受け入れが中心です。

そして第四のタイプが地域包括ケア病院です。全病棟病室が地ケア病棟の「形態分類」で、「機能分類」では「地域密着型」または「PA連携型」に該当します。

3つの病院機能のうちDPC対象病院が多い急性期CM型が全体の5割と最も多く、次いで地域密着型が3.5割を占めます。地域密着型の割合が年々増えていて、一方で急性期CM型の割合は減っています。DPC対象病院は

地ケア病棟を持たないように急性期CM型を減らすようにすることが「地域医療構想に寄り添い、後押しする」という厚労省の方針であるように見えます。また今回の改定は我々の要望がほとんど通らず、厳しい改定でした。

## 訪問看護の要件緩和は 要望が受け入れられた

■地域包括ケア病棟協会は診療報酬改定に向けて、厚労省にどんな要望を出したのでしょうか。

**仲井** 数は少なかったのですが、通った要望もありました。まず、地ケア病棟の入院料・管理料1と3の要件の中に包括算定である「退院時共同指導料2」が入りました。私は「地ケア病棟はデータを提出しているのだから、出来高算定、包括算定を問わず多くの在宅復帰支援に取り組む病院を評価してください」と要望しました。それから入院料・管理料1と3の要件で、医療保険の訪問看護の要件を緩和してほしいという要望が通り、「3月で300回以上」

が「3月で60回以上」となりました。

さらに、従来は訪問看護ステーションの施設が病院と同一の敷地内にあることが入院料・管理料1と3の要件でしたが、「同一の敷地内」が「併設」に変更されました。この緩和には2018年度改定後に強く要望しました。

リハビリテーション（以下リハ）については、疾患別リハに加え、Point of Care (POC) リハや集団リハ、院内デイケア等の補完代替リハの「リハビリテーションマネジメント」を行い、1単位20分の縛りを外してほしい、通所リハと同じようにしてほしいと要望しました。この要望については入院医療分科会で「疾患別リハ以外の取り組みはリハではなくてケアでしよう」と言われてしまいました。ただし、「疾患別リハはADLをしっかりと測って評価して、結果を患者家族に説明する責任」が求められたことは、リハビリテーションマネジメントをしっかりと実施してほしいという意味なの

で、この点は私の意見が通ったと思っています。

この中に我々が提唱している補完代替リハを入れることは問題ありませんが、疾患別リハを充実させることが重要だと思います。

■令和4年度診療報酬改定に向けての要望をお願いします。

仲井 地ケア病棟についてはデータ提出をもっと活かしてほしいですし、リハやケアの取り組みを評価していただきたい。とくに補完代替リハは「ケア」と呼んでも構わないので、在宅復帰支援の軸としてきちんと評価していただきたい。これは私がライフワークのように長年要望していることです。

それから点数にならないけれど実施しているNST（栄養サポートチーム）なども、データを取って評価していただきたい。それらが包括算定の入院料の在宅復帰支援に関するアウトカム評価になるのではないだろうか。

(文/編集部)

## 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料

入院料(管理料)1 (2,809点・生活療養2,794点)・・・1,087病院(42.6%)  
 入院料(管理料)2 (2,620点・生活療養2,605点)・・・1,340病院(52.5%)  
 入院料(管理料)3 (2,285点・生活療養2,270点)・・・44病院(1.7%)  
 入院料(管理料)4 (2,076点・生活療養2,060点)・・・83病院(3.2%)

病院数カウント(例:地色ケア1・3両方の算定病院は1でカウント)

# 地域包括ケア病棟算定2,554病院

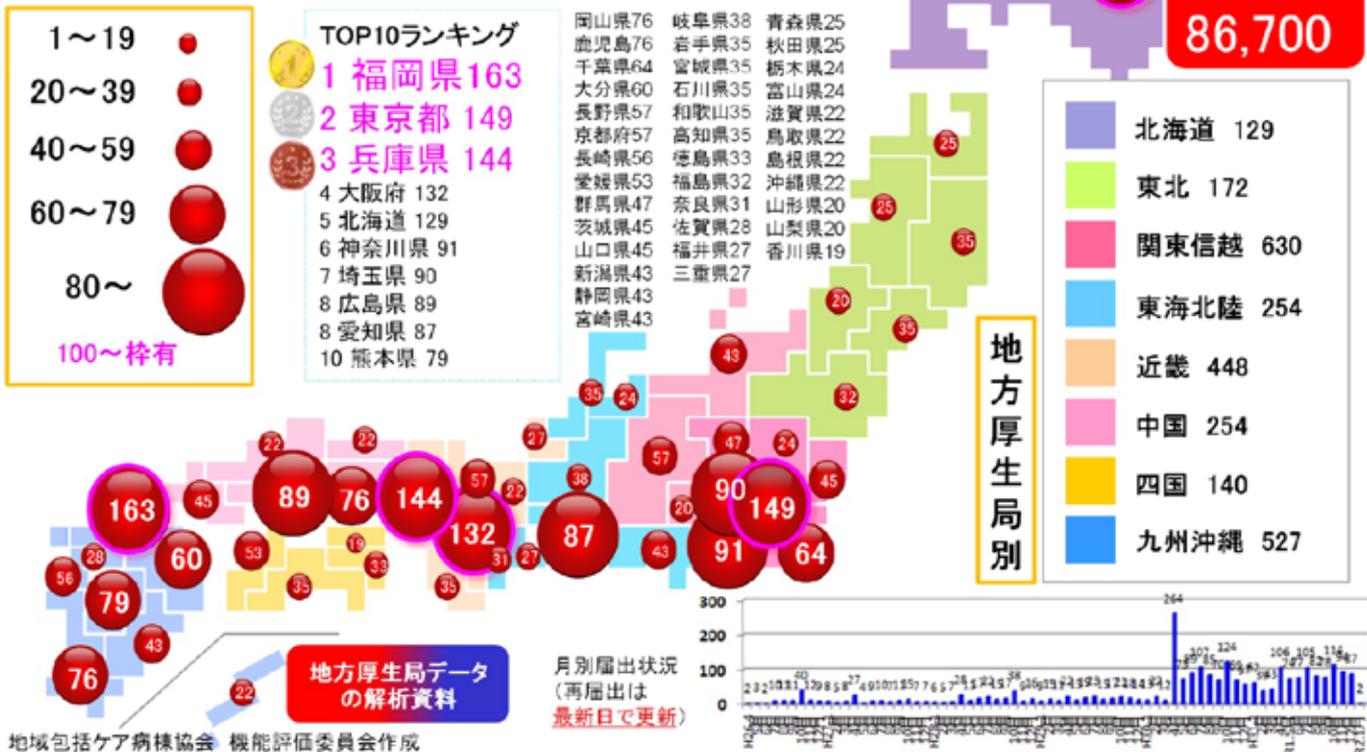
令和2年1月20日時点の地方厚生局確認データ

(R元年12月届出まで)

(一部1月更新あり)

129

推計病床数  
86,700



# 「超高齢社会において地域医療の中心軸となる 地域包括ケア病棟の躍進と新たな経営を探る」

## 400床以上の病院が減床の可能性？

## 地域包括ケア病棟新設の動きが出る!?

400床以上の病院は自院の急性期病棟から地域包括ケア病棟への転棟割合を6割以下に制限された上に、地域包括ケア病棟の新設ができなくなった。しかし、減床する可能性は——？  
地域包括ケア病棟をめぐる診療報酬改定の深層について、中林梓氏が読み解く。



ASK診療報酬研究所 所長

中林 梓 氏

きなくなりました。ことなどです。400床以上を399床に減床すれば、転棟割合10割も可能ですし、地域包括ケア病棟も新設

41床消えるわけですから、地域医療構想の推進にもなりません。

今回の改定では、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合も厳格化されて、急性期から回復期への移行を促しましたが、全てが地域医療構

ア病棟をつくるという考え方は一面的です。700〜800床で超急性期一本の経営をしていける病院もあれば、440床で稼働率が下がっている病院は399床にして地域包括ケア病棟をつくるでしょう。急性期の中身を考えるべきです。

例えば400床以上の病院は自院の急性期から地域包括ケア病棟への転棟割合が6割以下に制限されたことで、4割をサブアキュートに転棟させたなら、他の中小病院がライバルになります。この状況を想定して、地域包括ケア病棟を手放す病院も出てくるでしょう。

かりに地域包括ケア病床を40床持っている病院が地域包括ケア病床を閉鎖して、急性期の患者さんを近隣の地域包括ケア病棟に紹介すると判断した場合、40床が減った分、働き方改革が進みます。

したがって、今回の改定によって、地域包括ケア病棟の戦略にはいくつかの選択肢が用意されました。

■中小病院の地域包括ケア病棟の経営はどのような影響が出そうですか。

中林 病床を399床に減らして地域包括ケア病棟をつくる大病院がライバルになるかもしれません。大病院に患者さんを取られてしまいう可能性がある中で、この事態を警戒している中小病院は多いのではないのでしょうか。

■中小病院で全病棟が地域包括ケア病棟の病院があります。このタイプは増えていくのでしょうか。

中林 増えると思います。シミュレーションをすれば収益増は明らかですから。それから250床前後で苦闘している急性期病院が199床に減らして、減らした分を地域包括ケア病棟に転換すれば、地域包括ケア病棟の報酬単価が高いのでシミュレーション上は収支が安定します。1年後ぐらいに、このメリットに気づいて転換を始める病院が出てくるでしょう。

■地域包括ケア病棟をめぐる改定内容で何に着目すべきでしょうか。

中林 サブアキュート、ポストアキュート、在宅復帰

支援の3つの役割が果たしている病院をきちんと評価するというのが改定内容です。

一番の影響は地域医療構想にも関わってくるのですが、400床以上の病院に対して、自院からの転棟割合を6割に制限されることや、地域包括ケア病棟を新設で

できます。400床以上の病院は急性期しかないのですから、ベッド数の削減に誘導することは、すなわち地域医療構想の推進です。

例えば440床の病院が41床を返せば、削減率が1割以上なので補助金を受け取れます。41床を減らせば399

床になり、地域包括ケア病棟をつくれますし、つくった後は自院からの転棟割合を6割以下に制限する必要もなくなります。しかも急性期病床が

■超急性期は別として、急性期病院も病床数を減らして地域包括ケア病棟に転換しない

中林 いえ、そうではない

と思います。急性期を維持するために地域包括ケ

# 重症度、医療・看護必要度の見直しで 急性期の連携先として重要性増す

令和2年度診療報酬改定を「ピンポイント攻撃改定」と表現する工藤高氏は、地域包括ケア病棟について、400床以上の病院に係る見直しが行われたものの、全体として改定内容のハードルは高くないと見ている。



株式会社 MM オフィス 代表 工藤 高

氏 400床以上の病院に係る見直しが行われたものの、全体として改定内容のハードルは高くないと見ている。

高 400床以上の病院に係る見直しが行われたものの、全体として改定内容のハードルは高くないと見ている。

工 400床以上の病院に係る見直しが行われたものの、全体として改定内容のハードルは高くないと見ている。

氏 400床以上の病院に係る見直しが行われたものの、全体として改定内容のハードルは高くないと見ている。

■令和2年度診療報酬改定について、どのような印象を持っていますか。

工藤 私は「ピンポイント攻撃改定」と呼んでいます。入院料（重箱）のラインナップは前回改定までに揃いました。今回は新しい入院料が創設されず、外来の点数にも大きな変化がありません。その意味で全体としてはマイナーチェンジで、看護必要度、地域包括ケア病棟の要件、DPCから地ケアへの院内転棟扱い、リハビリ実績指数、医療区分3の中心静脈栄養な

あれば、なかには重箱の材質や重箱そのものを変えざるを得ない病院も出てきます。つまり一部の病院にとってはメジャーチェンジなのがピンポイントと呼ぶ所以です。

■地域包括ケア病棟の主要改定項目と重点施策について教えてくださいいただけますか。

工藤 400床以上の病院は院内転棟割合が60%未満に制限される上に、地域包括ケア病棟の新規開設ができなくなりました。60%以上になったら

入院料全体が10%引き下げられます。400床で区切ってきたことが特徴のひとつです。それから入院調整室の設置が求められ、リハビリについてはADLの説明を患者、家族等に行うことが要件化されました。地域包括ケア病棟入院料・医療管理料1と3、の施設基準が引き上げられましたが、決して高いハードルではありません。要件の項目は増えましたが、クリア2項目以上は変わっていません。私から見れば緩和です。

■厚労省の地域包括ケア病棟の整備促進をどのように考えているのでしょうか。

工藤 400床以上の病院の新規開設を認めないことになりましたが、既存の地域包括ケア病棟を削減しようという改定内容ではありません。むしろ促進しようという意図があるのではないのでしょうか。ただ、今までが地域包括ケア病棟の大病院における新規開設はバブルだったとも言えます。

■改定内容が地域包括ケア病棟の運営に与える影響として何が考えられますか。

工藤 重症度、医療・看護必要度の見直しによって、急性期は今まで以上に回転率を上げなければならぬので、ポストアキュートの連携先として重要性はますます高まっています。また、400床以上の病院が院内転棟割合を下げるには、直接入院を増やさなければなりません。

■地域包括ケア病棟の新設を考えていた400床以上の病院への影響はいかがですか。

工藤 400床以上の病院はそもそも数が少ないので、あまり影響は出ないと思います。急性期1本でやるならば地ケアはいらぬ。転棟割合60%の縛りについては入院料全体が10%下がるので影響はあると思います。しかし、10%下

がっても重症度、医療・看護必要度やDPCの係数をキープできるのならばよいという考え方もあるでしょう。

地域包括ケア病棟の実収入を優先するのか、他の経営指標を優先するのか、どちらを優先するかは病院ごとに判断の問題です。どちらが望ましいかは一概に言えません。転棟割合を60%未満にして患者を増やすために、サブアキュートの直接入院に力を入れる病院も出てくるでしょう。

■新たに病院を分離して地域包括ケア病棟専門病院をつくることはどうでしょうか。

工藤 既存の分院ならば問題ないでしょう。もし、新たに病院を分離して地域包括ケア病棟に特化した病院をつくる場合、本院からの紹介患者は院内転棟に該当しませんが、その代わりに病院としての医師・看護師・管理栄養士などの配置基準が求められます。そのイニシャルとランニングコストを考えると、この方法はお勧めできません。

（文／編集部）

# 日本最大の地域包括ケア病棟128床

## 周囲の特定機能病院と住み分け図る

「名古屋の医療圏は狭い土俵で白鵬と小錦が戦っているようなもので、うちは炎鵬のような存在とみずから例えるのは笠寺病院理事長の春日井貴雄氏。同院は地域包括ケア病棟専門病院である。開設の目的と運営の秘訣を尋ねた。



医療法人笠寺病院  
理事長 春日井 貴雄 氏

呼吸器内科、老年内科、糖尿病内科、代謝内科、内分泌内科、神経内科、循環器内科、外科、消化器外科、整形外科、皮膚科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科です。

病棟の1病棟(42床)に切り替えたのです。

かりに地域包括ケア病棟が創設されなかったら、笠寺病院の経営はかなり悪化して、破綻したかもしれません。地域包括ケア病棟、ワンフロアで新設したときには、近くの

院に転換されましたね。  
**春日井** 平成30年度改定では、200床未満の病院に180点の加算が付いたので療養病床を地域包括ケア病棟に替えましたが、このときは療養病床の看護師長にも「地域包括ケア病棟のほうが楽しそうだ」と言われました。各病棟の機能が違っていると、忙しさも違って不公平感が出てきて、病棟間のバランスを取るのが難しいのです。その点、今は地域包括ケア病棟だけなので、この問題を解消できました。

■地域包括ケア病棟の概要、他法人の地域包括ケア病棟との違いはありますか。

**春日井** 今までは周囲の基幹病院が地域包括ケア病棟を開設したらどうなるだろうかと心配していましたが、今回の改定で400床以上の病院は除かれましたので、心配の種が減りました。また、ポストアキュートに頼るだけでなく、サブアキュートにも力を入れてきました。この2日間に3人が入院しましたが、近くの特定機能病院の救急外から1人、あとの2人は在宅からですが、これはサブアキュートに一生懸命取り組んできた成果です。

■平均在宅復帰率は過去6カ月で84.5%

■全病棟を地域包括ケア病棟に転換した当初、稼働率を維持できるかどうか、不安はなかったのでしょうか。

**鈴木** 約80床で稼働していた病棟を120床で稼働させることは可能なのかという問題に直面したわけですが、都市部では可能です。地方ではひ

## 「超高齢社会において地域医療の中心軸となる 地域包括ケア病棟の躍進と新たな経営を探る」

■笠寺病院の事業概要と特徴について教えてください。

**春日井** 昭和21年に20床で開院し、昭和26年に法人化しました。その後、結核医療を中心に180床を開設し、改築によって143床に減床しましたが、改築資金の返済などを考えて地域包括ケア病棟を開設しました。開設以降、毎年1億円近い建て替え資金の返済が余裕を持ってできるようになりました。現在の許可病床数は地域包括ケア病棟(128床)で、標榜科目は、内科、消化器内科、内視鏡内科、

■改めて地域包括ケア病棟開設の目的とその経緯をお聞かせいただけますか。

**春日井** 改築前は一般病床13対1で運営していたのですが、周辺に急性期の基幹病院が多かったことや、平均在院日数などの問題で稼働率が低下したことがきっかけです。それから亜急性期も10床を運営していたので、それを地域包括ケア病棟に転換して3つの病棟に地域包括ケア病床を開設しようとしたところ、1病棟でないといけないことが分かったので、地域包括ケア

病棟の事務長さんたちから「そんなことして大丈夫？」と言われました。その後、療養病床(43床)13対1の一般病床(43床)を10対1に転換しましたが、稼働が悪いので地域包括ケア病棟に替えました。看護師に意見を聞いたら「一般病床ではいくらがんばっても収益が上がらない。地域包括ケア病棟は専門職として楽しく働ける」と言われました。

■平成30年度診療報酬改定を機に、丸ごと地域包括ケア病

理論上は、急性期があつて、地域包括ケア病棟があつて、療養病床があると非常に良さそうに見えるのですが、実際には現場はギクシャクしてしまうのです。ところが、同じ地域包括ケア病棟の看護師という立ち位置になると、皆で競って稼働率を上げるようになりしました。

今回の改定で要件が厳しくなった項目と甘くなった項目がありますが、全てクリアできそうで、非常に助かっています。



医療法人笠寺病院  
事務長 鈴木 学氏

とつの病院がいろいろな機能を持つ必要がありますが、都市部で大規模な基幹病院がたくさんある地区では、当院のようなタイプは生き残れませんし、かつ介護施設を持つていないほうが有利であることが分かりました。

■紹介元の病院はどのようにして開拓したのですか。

鈴木 周囲の高機能病院の救急外来は高齢者であふれていて、自宅より施設から送られてきた患者さんが多かったのですが、笠寺病院でお預かりすれば在宅復帰できるのではないかと想定して連携を始めた、上手くいきました。

法人内で運営している老健施設などを活用して患者さんを抱え込んでしまうと、要件が変わって経営が苦しくなるとき、施設を閉鎖して患者さんが行き場を失ってしまうという問題が発生します。笠

寺病院は待機ナースを1名配置したので「24時間お受けできます」という案内に加えて、「うちは老健施設を持っていませんし、患者さんを奪うということはしません」と申し上げているので、安心して紹介してくださっています。

さらに周囲の特定機能病院のオペ室が満杯のときには、当院で手術を引き受けることもありませんが、これは包括ではなく出来高なので経営に寄与しています。しかも、こちらから提案したのではなく、先方からの依頼を受ける形で取り組んでいます。

地域包括ケア病棟協会の調査によると、全病棟が地域包括ケア病棟の病院としては、笠寺病院は日本最大規模で、協会のホームページにも紹介されています。それを見た他の病院から「笠寺病院、日本一になつとるよ」と言われましたが、「そんなこと、知ったこっちゃないわ」と（笑）。規模に関してはすぐに追い抜かれると思っていましたが、そういう状況にはなっていない。

■地域包括ケア病棟の収支状況はいかがですか。

鈴木 病棟は3階、4階、5階の3フロアで構成されています。過去3カ月の自宅入院率は、3階が57・3%、4階が71・4%、5階が63・4%で、過去6カ月の在宅復帰率は、3階が82・7%、4階が87・6%、5階が83・9%でした。平均84・5%です。

通常、在宅復帰率70%の確保はそう簡単ではありません。早く自宅に帰れる患者さんに入院していただかないと、70%をクリアすることは難しいのです。

大病院でCT、MRIなどを全ての検査をやっていた上で、そのまま当院に入ると在宅から入院することになって、非常に利益率が高くなっています。しかも2週間の入院に対して300点の加算も付きます。

■リハビリの提供にはどのように取り組んでいますか。

鈴木 過去3カ月リハビリの実施は、3階が2・90単位、4階が2・64単位、5階が2・

85単位でした。地域包括ケア病棟をつくる前にセラピストは3人しかいませんでしたが、今は20人います。人件費は増えましたが、病棟運営の質が飛躍的に高まりました。セラピストに聞くと「療養病床で単位を取るためにリハを行うよりも、在宅復帰できそうな患者さんにリハを行ったほうが、やりがいがある」と言われました。

今取り組んでいることは、病棟で関わったセラピストが、退院直後の2週間、訪問リハに行くことです。今回の改定で要件化された内容は楽々クリアできそうです。2週間が過ぎたら併設している訪問看護ステーションにつないで、介護保険で対応しています。また、最近気づいたのですが、どの患者さんにもかかりつけ医がいるので、ケアマネジャーに連絡して、早く迎えに来ていただいて、かかりつけ医につなぐことが在宅復帰を早めます。

■令和2年度診療報酬改定について答申内容をどのよ

うにご覧になっていますか。

鈴木 地域包括ケア病棟にとってはあまり逆風にはならないと思いますが、問題は働き方改革です。当院のような規模だと非常勤医師のマンパワーが必要なのですが、当直に対して大学側がどのような縛りを入れるのが気がかりです。

しかし次の改定で高齢者が2割負担になると病院経営は本当に苦しくなるでしょう。長期にわたって2割負担では入院できないから、必要ときだけ短期間受け入れて、あとは在宅医療で対応する方針です。これしかないと思います。

(文／編集部)



笠寺病院 外観