

1

超高齢化のプロセスで 地域包括ケア病棟は要を担う 地域密着型の病院が増える

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会 会長
仲井 培雄 氏

2

自院急性期からの転棟か 地域からの受け入れか 経営方針で比重が変わる

奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授
今村 知明 氏

3

医療療養から地ケア I に転換 看護師・MSW・リハ職が 連携先を訪問して受入れ判断

社会福祉法人岡山博愛会 岡山博愛会病院 事務局長
三宅謙太郎 氏

4

病棟全てを地ケアに転換 在支病として在宅復帰を支援 常時満床を目指す

医療法人笠寺病院 事務長・常務理事
鈴木 学 氏

5

地ケアが向き合う対象は 自院の急性期ではなく 地域のクリニックと施設

株式会社 ASK 梓診療報酬研究所 所長
中林 梓 氏

6

ウィズコロナと Web3.0 の時代における 地域包括ケア病棟

東日本税理士法人 代表社員 所長・公認会計士 税理士
長 英一郎 氏

地ケア病棟に与えられた 3つの本来機能

今から8年前の2014（平成26）年、それまでの「亜急性期入院医療管理料」が廃止され、新たに「地域包括ケア病棟入院料」が新設された。これにともない厚生労働省は、地域包括ケア病棟（以下、地ケア）の役割について、「地ケア入院料は、急性期治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役割を担うものである」と定義。そのうえで、①急性期からの受け入れ（入院患者の重症度、看護必要度の設定など）②緊急時の受け入れ（二次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届け出など）③在宅・生活復帰支援（在宅復帰率の設定など）という、3つの役割をとりわけ大きく強調した。

こうした地ケア創設の背景には、急激に進む社会の高齢化のなかで、地域における患者像の変化があった。これについて地域包括ケア病棟協会会長の仲井培雄氏は、「高齢で複数疾患を有し、ADLと栄養状態、認知機能が低下し、ポリ

ファーマシーになりやすく、入院前から継続して入院中も包括的な生活支援を必要とする患者が多くなること。またリハビリテーションに関して、社会復帰を目指す脳卒中モデルよりも、生活復帰を目指す廃用症候群・認知症モデルが主となること。さらに、QOLとQOD（quality of death）の価値観は人それぞれ異なるうえ、介入のエビデンスが乏しいためACP（Advance Care Planning）や多職種協働によるカンファレンスが必須となることがある」と指摘している。

以後8年間にわたり地ケアは、国の地域医療構想における病床数の「ワイングラス型から乳酸菌飲料型へ」の変化を誘導する強烈なインセンティブ政策を背景に、順次整備が進められてきた。その結果、2022（令和4）年9月22日時点での地方厚生局確認データによれば、全国で地ケアを算定している医療機関は2744病院で、病床数は合計9万9043床にまで増えてきた。

2040年に向けて 地域医療の「核」となる

しかし前回、2022年度の診

「地域包括ケア病棟は、2040年に向け 地域包括ケアシステムの『核』となれるか」

～我が国の「最大で最強の病棟」を目指す地域包括ケア病棟の現状と

2024年同時改定、2040年の着地点を考える～

2014年診療報酬改定で創設された地域包括ケア病棟は、8年以上が経過し、2022年9月22日時点で2,744病院、99,043床となっている。そこで、「Visionと戦略」12月号では、創設当時「ときどき入院、ほぼ在宅」をスローガンに、我が国最大で最強の病棟、そして地域包括ケアシステムの「核」となることをめざした地域包括ケア病棟の現状の成果や課題を分析するとともに、目前の2024年診療・介護報酬同時改定の方向や、2040年の着地点を展望し、地域包括ケア病棟のあるべき方向について取材し、とりまとめた。

療報酬改定では、地ケアに関する施設基準が厳格化され、一般病床

大きく左右されるのではないかと考えられる。

で地域包括ケア病棟入院料を算定する場合、救急告示病院であることなどが要件に加わり、救急医療の重要性が強く打ち出された。加えて地ケアの本来機能であるべき「急性期後の患者の受け入れ」「在宅患者の入院の受け入れ」「在宅復帰支援」という3つの役割も一層求められるようになった。これは、急性期からの受け皿（ポストアキュート）のみの急性期病院にとつては大きなダメージであり、地ケアの増加にブレーキがかかるのではないかという懸念も指摘されている。

さらに、いわゆる「団塊の世代」約800万人全員が75歳以上、つまり後期高齢者となる「2025年問題」の年を目前に、少子化による急速な人口減少と団塊ジュニア世代

17年後の2040年には人口減少が進み、急性期医療の需要は大幅に減少することが見込まれている。しかし一方で、高齢化は今よりもさらに進んでピークを迎え、これにともない在宅をはじめ、高齢者向けの住宅や介護施設などで療養する人々は、爆発的に増加する。その時に「地域包括ケア病棟」という名称が、そのまま残されているのか定かではない。しかし、地ケアに求められている「急性期後の患者の受け入れ」「在宅患者の入院の受け入れ」「在宅復帰支援」という3つの役割は、爆発的に増えた療養を必要とする高齢者を支えるために、必須の存在になっていることは疑う余地がないだろう。

が65歳以上の高齢者になることで高齢者人口が最大となる「2040年問題」に向けた、わが国の医療・介護制度の大きな分岐点になるであろう、来るべき2024（令和6）年度医療・介護報酬同時改定では、その政策誘導により地ケアの促進、ひいては地域医療構想の将来が大

だとすれば、現在約10万床ある地ケアが、2040年に向けて20万あるいは30万床に増床されているという未来図も、決して絵空事ではない。地域における「最大で最強の病棟」（地域包括ケア病棟協会・仲井氏）となりうる地ケアが、これからの地域医療における「核」のひとつとなることは間違いない。

超高齢化のプロセスで 地域包括ケア病棟は要を担う 地域密着型の病院が増える

「地ケアは最大で最強の病棟をめざす」と語る仲井培雄氏。その真意は現時点で最大のシェアを占める急性期・回復期病棟であり、2040年の地域共生社会に向かうプロセスで要となる最強の病棟という趣旨である。仲井氏に新たな門出を迎えた地ケアのあり方を聞いた。

■仲井先生のご経歴を振り返っていただけますか。

仲井 1985年に自治医科大学医学部を卒業し、舩倉島診療所長、白峰村診療所長、金沢大学附属病院第2外科入局を経て1999年芳珠記念病院外科部長、2004年に医



一般社団法人
地域包括ケア病棟協会
会長

仲井 培雄 氏

Nakai Masuo

療法人社団和楽仁理事長、2012年に社会福祉法人陽翠水理事長、ほじゅグループ代表に就任しました。その後2014年に地域包括ケア病棟協会設立と同時に初代会長に就任しました。

■地域包括ケア病棟協会の特徴、活動内容、会員数などを教えてください。

仲井 地域包括ケア病棟協会は2014年5月に設立されました。地域包括ケア病棟（以下「地ケア」）を育て、趣旨に沿った活用を普及することが目的です。全国の医療機関や関係団体と協力して、地ケアの啓発と質の向上、従事する専門職の教育研修、

医療者・有識者との情報交換を行い、これらの活動を通じて2025年に地ケアを中心とした医療介護福祉の体制構築、2040年に地域共生社会の実現をめざしています。会員数は今年6月30日現在で正会員が528会員、賛助会員が9会員です。

現在は「地域包括ケア病棟アカデミー」を開催し、概論・ポリファーマシー対策、ACP、経営、認知症ケア、補完代替リハビリ、NST・SST、在宅復帰支援の講座を実施しています。各講座とも百数十施設が受講しているため、受講者は各施設5〜6人と仮定すると、受講者数は600〜700人、7講座の累計では約4000人に達すると推計できます。さらに年明けには回復期リハビリテーション病棟協会と合同シンポジウムを開催します。

■2014年に創設された地域包括ケア病棟は、2022年8月時点で2744病院とかがいました。病床数は10万床弱ですが、この数をどう評価されていますか。

仲井 2022年度診療報酬改定以降、病院数は減ったり増えたりして伸び悩んでいます。地域の状況と自

ら、一般急性期や回復期リハビリテーション病棟等に変更しているのが実情です。また今、改定で病床の100%をポストアキュートで使っている病院は厳しくなるため、病床数が200強なら199床に減らしたケースもあったと思います。

地域医療構想で、病床構成の基本が2010年のワイングラス型から2025年の乳酸菌飲料型へと移行されたときに、そこに書かれた24万床が地ケアとすると、もう少し増えなければならぬのですが、国は少し多いと考えたのでしょうか。

昨年5月、地ケア入院基本料1の算定が初めて2を上回り、潮目が変わりました。多くの病院が自院からの転棟だけではなく、もう少しパランスよくしようと先を見始めたのだと思います。しかし、私は在宅からの直接入院が減る兆しを感じました。コロナ禍で在宅と介護施設における医療提供の充実や、最新医療への期待感から高度急性期病院を受診する患者が増えることで、その分いわゆるサブアキュートが細るだろうと。

また、患者にとって初発の脳卒中は回復期リハビリ病棟が王道であり、要介護者の心不全や誤嚥性肺炎は直接在宅に退院する傾向が強

『地域包括ケア病棟は、2040年に向け地域包括ケアシステムの「核」となれるか』

なっています。自院一般病床からの転棟割合の制限も拡大するため、ポストアキュートも減少する兆しがありました。このような危機感から、地ケアは方向転換に直面していると感じました。

■これからの地ケアはどうあるべきだとお考えでしょうか。

仲井 2022年より前の地ケアは、地域包括ケアシステムや地域医療構想のニーズをご当地ごとに捉えたうえで、在宅復帰支援機能を基軸に自院がそのニーズに寄り添って、自院の他病棟の機能が活かせるようにカスタマイズできる病棟でした。カメレオンのように変幻自在の病棟だったのです。

ところが今お話しした危機感から、2022年以降の地ケアを届け出ている病院は、地域包括ケアシステムや地域医療構想のニーズ、人口ビジョンをご当地ごとに捉えたうえで、やるべき医療の実践として総合診療や老年医学のメインドを持つ医師とともに、急性期後や在宅療養中の multimorbidity 患者（複数の慢性疾患が一個人に併存している状態であり、中心となる疾患を特定できない状態）を病棟で受け入

れる、在宅で診る地域診療拠点になっているのではないのでしょうか。さらに、これからの5疾病6事業、在宅医療、各診療科の専門的医療などを病院として取捨選択してやりたい医療を担えればと思います。

この見解は私見ではなく、地域包括ケア病棟協会の理事会で承認された内容です。

■3つの病院機能と地域包括ケア病院という分類とは？

仲井 創設した当時は地ケア機能の説明が本当に通じませんでした。そこで病棟機能だけを説明してもだめだと気付いて地ケアを持つ病院の機能に紐付けて説明しました。

3つの病院機能の一つ目は「急性期ケアミックス型」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ます。200床以上かつ入院料2・4が4.5割強を占めて、2割強がICU等の高度急性期病棟を開設しています。二つ目は「ポストアキュート連携型」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ポストアキュート患者です。199床以下が9割強を占め、4.5割が大都市部に開設され、6割強が回りハ病棟を届出

ています。

三つ目は「地域密着型」で、「急性期ケアミックス型」と「ポストアキュート連携型」のどちらでもないという定義です。199床以下が9割で、99床以下が4.5割弱を占め、6割弱が急性期一般病棟を開設しています。

「地域包括ケア病院」は全病棟病室が地ケアの形態分離で、機能分類では「地域密着型」または「ポストアキュート連携型」に該当します。

■3つの病院機能と地域包括ケア病院はどのような構成比率でしょうか。

仲井 急性期ケアミックス型が5.5割弱（25.4施設）、ポストアキュート連携型が1割強（5.5施設）、地域密着型が3.5割弱（15.6施設）で、まだ急性期ケアミックス型が多いのです。地域包括ケア病院が78施設で、当然急性期一般を持っています。救急を受けている病院は結構あります。

■2022年度診療報酬改定で様々な要件が厳格化されましたが、問題は何かとお考えですか。

仲井 救急医療と在宅医療を提供する体制要件は、2021年度まではそれぞれ「二次救急医療機関または

救急告示病院」の2条件と「在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院（年3件の実績）、訪問看護ステーションを同一敷地内に設置」の3条件、合わせて5条件から1つを満たせばよかったです。療養病床の地ケアは変更なしでしたが、一般病床の地ケアは、今改定で救急医療の実施「二次救急医療機関または救急告示病院」の2条件が必須要件となったことから、結果的に在宅医療の3条件からも1つを選ぶこととなりました。ただし、199床以下の一般病床の場合、救急医療の実施は「救急外来を有す又は救急患者を24時間受け入れている」に緩和されています。訪問看護ステーションを持たない二次救急病院が在宅療養後方支援病院の指定を得るために、あわててクリニックにお願いに訪問したケースもありました。また、訪問看護ステーションを持つものの敷地外の場合は悔しい思いをされていると思います。これまでに何度も厚労省に見直しを掛け合いましたが、受け入れていただけませんでした。

一方、療養病床の基準では「救急医療と在宅医療を提供する体制等を有している」要件と、「療養病床の地ケア入院料の見直し（95%の算

定)を回避する要件とともに達成する条件として、「救急告示病院又は二次救急医療機関」のみを満たすか、「在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院(年3件の実績)、敷地内訪問看護ステーションのいずれか1つを満たす」かつ「自宅等からの受入患者6割以上又は自宅等からの緊急の受入3月で30人以上」を満たすことと規定され、非常に複雑になりました。

また、地ケアは救急医療管理加算の届出ができないので、地ケアだけの地域包括ケア病院は看護師処遇改善評価料を算定できません。救急管理加算は包括なのに、届出ができないために看護師処遇改善評価料を算定できないという理不尽な評価体系です。この問題も厚労省に説明しましたが、残念ながら現状を変更して頂けませんでした。

■地域包括ケア病棟協会は2022年度診療報酬改定の影響について調査を行いましたね。

仲井 一般病床の救急の実施要件達成予定は、全体では200床以上はほぼ100%の達成予定であり病院機能間では大差がありません。199床以下は85割弱が達成予定で

すが、病院機能間でばらつきがありました。急性期ケアミックス型は95割強が達成予定で、地域密着型の2割強、ポストアキュート連携型の4割が必須要件未達の予定です。この調査は今年6月から7月にかけて実施して、10月に達成しているかどうかを質問したので、実際は改善をしてもっと達成できていると思います。厚労省も「救急外来を有す」の解釈は自主的にしてよいという方針を示していますので。

■減算状況はいかがでしょう。

仲井 医療法上の療養病床の地ケア病棟を届け出る病院は15割弱の55施設で、減算回避要件達成率は、全体で35割強の予定でした。病院機能間で大きな差は認められませんでしたが、自院一般病棟からの転棟患者割合要件については、2022年基準である200床以上の要件では2割弱に減算の予兆があります。

問題は評価体系があまりにも複雑なことです。私は厚労省に対して複雑な評価体系にせず、入院料と管理料が2もしくは4の病院については、自院のポストアキュート割合が8割以上なら減算、8割未満なら加算してはどうかと提言しました。8

割未満にするには一般的にはいわゆるサブアキュートを受けなければならぬので、いわゆるサブアキュート自体を評価する必要がないと考えたのです。ところが改定内容を見たら、非常に複雑な評価体系になっていてビックリしました。

新しい評価体系の趣旨は地ケアの評価を進化させる方向性としては良いと思いますが、2回か3回の改定を経て実施することを1回で実施してしまったので、あまりにも歩みが速すぎると思います。コロナ禍や地域医療構想の進捗を踏まえて、政府からのプレッシャーがきつかったのでしょうか。

■これまでお話しいただいた内容を踏まえると、地ケアの運営は全体的に理想に向かって進んできたという評価ですか？

仲井 その通りです。バランスの良さが評価されている入院料1と3が増えているのですから。調査では今後どう運営していくかも質問しました。

2023年3月までに実施予定の施策のうち、今後の病院全体の各機能について、在宅機能は拡充が2割弱と際立ち、未定未回答でも45割弱と伸び代が多く認められました。急性

期と回復期機能は、維持が65割弱でした。慢性期は、維持が5割弱でしたが、未定未回答も45割強でした。

今後の病院機能分類の変化については、2022年4月1日現在と2023年4月1日以降を比較しました。その結果、0.5割強減少する急性期ケアミックス型と1.5割弱減少するポストアキュート連携型に対して、地域密着型は1割弱増加する予想です。入院料1・3がさらに増えると思われれます。ただ、人口が増えている地域では地ケアを閉じて急性期に転換する急性期ケアミックス型病院もあります。その選択はよく理解できます。

全体を俯瞰すると、在宅機能拡充施設が全体の2割弱になり、ポストアキュート連携型と急性期ケアミックス型が減少し、地域密着型が増加する予定です。このように、地域包括ケアシステムに資する地ケアの機能と病院機能を持つとする病院が増えると思われました。

■地ケアのいわゆるサブアキュート機能はどのように変化していくのでしょうか。

仲井 必要度の高い急性期疾患が減少している病院において、平成の7

『地域包括ケア病棟は、2040年に向け地域包括ケアシステムの「核」となれるか』

対1受け皿としての地ケアは自院ポストアキュートがメインでした。しかしこのあり方は今では入院料も初期加算も減算対象です。しかも転棟のコストとして入院時情報の再収集、申し送りや担送等が発生し、転棟のリスクも患者と医療者の関係の再構築、診療や看護の継続性の低下、療養環境の変化等があげられます。

一方、要介護高齢者の割合が増える病院において、令和の7対1受け皿としての地ケアは、いわゆるサブアキュートや他院ポストアキュートを受け入れれば入院料は減算を免れ、初期加算は加算対象になります。転棟のコストやリスクもなく、いわゆるサブアキュートからポストアキュートを引き続きみることができそうです。

■仲井先生は2024年度のトリプル改定に何を要望されますか。

仲井 改革の歩みが速すぎるので、率直に言って、あまりいらさないでいただきたい。ただし、医療介護福祉の連携において、働き方改革や効率化につながる改定はよいと思います。

■地ケア拡充策の当面の着地点を2040年に設定した場合、地ケアのシエアはどう推移していくと展望

していますか。

仲井 地域医療とはアウトカムではなく、あくまでプロセスです。地域共生社会をつくるプロセスで地ケアは重要な役割を担い、要になると思います。しかし2040年に、急性期一般や地ケア、療養病床という区分が存在しているかどうか分かりません。すでに過疎地では人口減少で急性期一般の稼働率が下がり続けています。2040年には、東京も人口減に転じますが、現在人口減少で地ケアが増加している地域は、2040年はさらに医療需要が低下していきます。どの患者さんも一つの施設に入って、そこで進化した在宅での医療や介護が提供され、重症化して治療が必要なら急性期病院にドローン等で送られるという時代になるかもしれません。

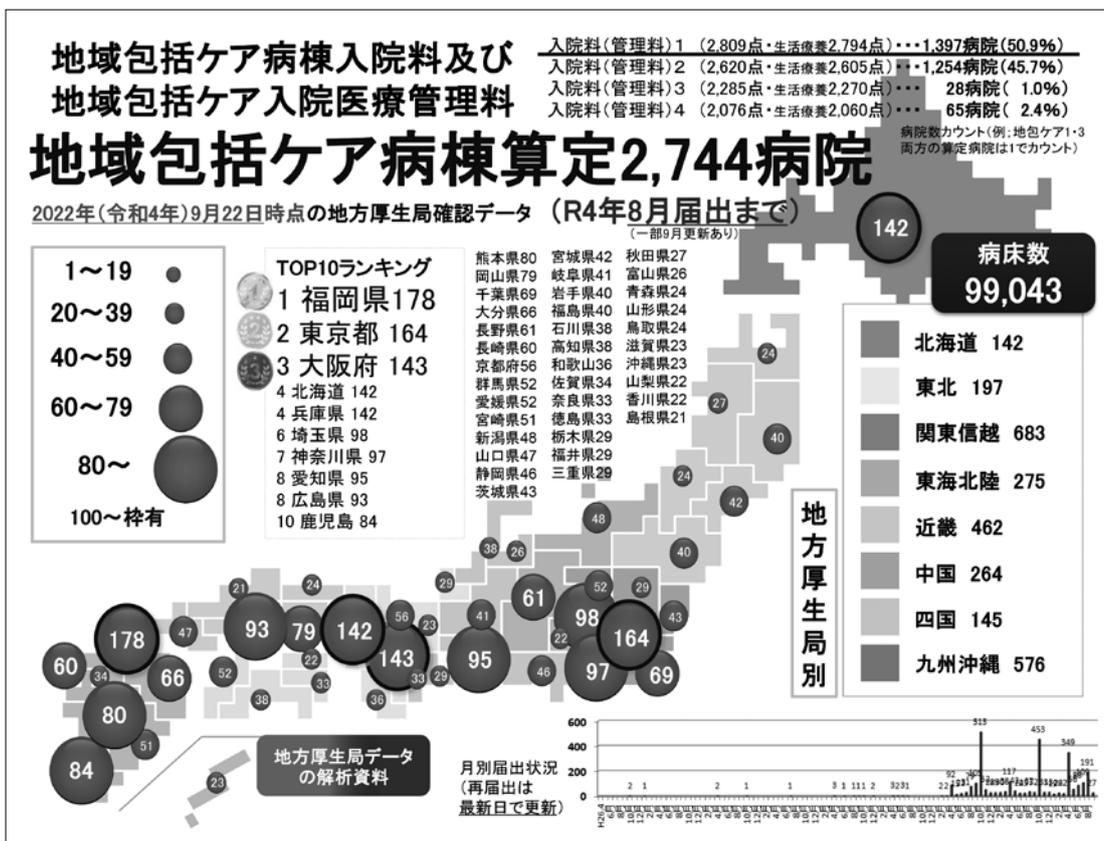
■その一方で、デジタル化の進展で、オムツ交換という行為が不要になる技術が普及することも想定できますね。

仲井 ロボットがオムツ交換をやらば人手が離れるかもしれませんが、今のところオムツ交換や食事介助は人手が必要なので、北欧のようにこの様な介助が必要になったときは天に召されるときの価値観や民意

が高まれば、遠隔での見守りは増える可能性があります。

もともと2040年にはAIやロボットのほとんどは作業をこなすFアニメのような世界になるかもし

れませんが、そうなった場合、何のために生きるのか、何のための介護なのかという根源的な問題に直面するでしょう。



出典：地域包括ケア病棟協会 機能評価委員会作成

自院急性期からの転棟か 地域からの受け入れか 経営方針で比重が変わる

高齢者の脳卒中や心筋梗塞は2025年までは初発が増え、40年にかけては再発が増える。再発の受け皿として地域包括ケア病棟の需要は拡大するが、運営の実態は、制度の趣旨に準拠するか、経営を優先させるかに分かれている。今村知明氏に制度の問題点を聞いた。



奈良県立医科大学
公衆衛生学講座 教授

今村 知明氏

Imamura Tomoaki

院すると、本人にとっては過剰な治療が提供されてしまいます。

2つのバランスを地ケアでコントロールすることはなかなか難しいのです。もともと重急性期病棟にその役割があったのですが、様々な理由から地ケアに移行しました。しかし役割は変わっていません。この難しい課題が地ケアには残っているのです。

■制度創設から8年が経過して約9万床が開設されています。普及状況をどのようにご覧になりますか。

今村 急性期病棟からの転床先ではなく、地域フォロワーという機能のためだけに使うのが本来の目的と考えますが、それはまだ少ないと思います。とくに大都市では地域フォロワーがまだ足りないのです。大都市にどれだけ開設されるかが今後の課題でしょうか。ただ大都市の病院は利にさといところが多いので、儲かるほうに地ケアを使うかもしれません。難しい問題です。

■診療報酬が上がらない経営環境にあつて、地ケアに走るの自然な流れにも見えます。

今村 地ケアは院内の急性期からの転床に活用すると、もの凄く利ザヤが出て儲かるのです。誘惑にかられて

地ケアをつくるのは邪道だという理由で、開設しなかった大学病院もあります。現に制度創設の数年後に、国から「大学病院は地ケアを開設しないように」という要請が出ました。

今は「地ケアの2分の1以上を院内転床に使わないように」というメッセージが出ていますが、かりに私が民間病院の院長なら、儲かるので院内転床に使うのではないのでしょうか。急性期病棟に比べて利ザヤ率が5倍ぐらい上がります。急性期で治療をして、あとは寝ているだけでよいという患者さんを地ケアに送って60日間入院してもらえば、凄く利益が出ます。

良い医療を提供して地ケアで経過観察をすれば儲かるのですから、誘惑にかられる病院は多いのではないのでしょうか。しかし国は困ります。

■2022年度診療報酬改定で、在宅復帰率や自宅等からの受入れ人数など地ケアの要件が厳格化されました。この政策転換をどう評価されますか。

今村 必要な政策だと思えます。制度創設の当初からこうした制約を設けていたほうがよかったのかもしれませんが、地ケアは広がらなかったでしょう。こんな面倒な病棟を持つことは割に合わない。儲かるからこれだけ

■地域包括ケア病棟協会は、地域包括ケア病棟が「最大最強の病棟」で「地域包括ケアシステムの核」というアドバランを上げています。先生の見方はいかがですか。

今村 地域包括ケア病棟には医療と介護を結んで、地域包括ケアシステムの

核になつてほしいと心から思っています。例えば脳卒中が再発した高齢患者をすべてICUで受けられるかといえば受けられません。4回目や5回目の再発に対して血栓溶解療法を実施するかどうかは、実施してほしくない患者さんもあるでしょうし、もはや実施しても効果が無いケースもあるでしょう。

地ケアが適切なタイミングで患者さんを受け入れられる病棟になるとありがたいのですが、難しいのは、とことん延命してほしいと望む方が地域包括ケア病棟に入ると、あまり治療を提供してもらえないと思われてしまうことです。また、積極的な治療をしてほしくないと思わむ方が一般急性期病棟に入

『地域包括ケア病棟は、2040年に向け地域包括ケアシステムの「核」となれるか』

広がったのですが、今の時期に制限をかけて本来機能を求めたことは適切な政策だと思っています。

ハシゴを外されたと思った病院もあるでしょうが、今回の改定内容が本来の役割ですから。間違った使われ方をしてしまったので、自院からの転棟割合に制限をかけて利益を半減させる措置を取ったのが現状だと思います。

慢性期の高齢者が脳卒中や心不全を再発させたときに受け入れるのが本来の趣旨で、社会的にも必要とされる病棟の使い方です。再発の方を7対1や10対1で受け入れたら医療費が持ちませんが、院外からの受け入れだけでは赤字になってしまうので、院内からの転棟でもよいという趣旨の制度だと思います。ただ、良心的に運営すべきだという意見と黒字が出る範囲で運営すべきだという意見がせめぎ合っています。その結果、統一的な使い方になっていないことが、今の大きな問題だと思います。

■統一的な運営がされていないのは、病棟の位置付けが今ひとつ明確でないからでしょうか。

今村 昔は亜急性期病棟がサブアキュートとポストアキュートの両方を診ていましたが、地ケアに変わってか

ら回復期まで含むことになって、地ケアは急性期と回復期の間で宙に浮く存在になってしまったのです。急性期と回復期の間に位置するサブアキュートとポストアキュートであることをもっと明確に打ち出せばよいのですが、それは以前の亜急性期病棟に戻すことになるので、医療関連団体は難色を示すかもしれません。

■今回の改定で自院急性期からの転棟に歯止めがかかるでしょうが、それでも自院の急性期からの転棟を増やす目的で地ケアの開設が増えている方向でしょうか。

今村 これから増えるのは脳卒中や心筋梗塞、心不全など高齢者の持病の再発です。こうした高齢者を受け入れることが、地ケアの一番のニーズです。60日と制約せずに、もっと長期入院できるようにしていただきたいと思っています。ただ、かりに上限を80日に緩和すれば、入院すればするほど儲かる構図になるので、好ましくないという見方になるでしょう。したがってサブアキュートの何回入ってもよいとするか、ポストアキュートの60日を限界にするのか、明確に分けて対応したほうがよいと思います。

■国は地ケアに3つの役割を指定していますが、病院によって役割の温度差のようなものは出てくるでしょうか。

今村 地ケアの大きな目的は自院の急性期からの受け入れと外部の急変した患者さんを受け入れることの2つですが、この目的は変わらないと思います。ただ、2つの目的の比率が変わっていくでしょう。院内の患者を中心に受け入れて余力で外部から受け入れるのか、あるいはその逆なのか、経営方針によって主力をどちらにするかが違ってくると思います。サブアキュート側に力を入れるのか、ポストアキュート側に力を入れるかの違いです。

■地ケアの役割である救急、在宅医療、リハビリはそれぞれどうあるべきなのでしょう。

今村 報酬がマルメなので各病院で実施する医療内容に差があることが問題です。地ケアの目的はできるだけ早く在宅復帰してもらうことですが、家に帰ったあとは関わらないというわけにはいきません。在宅フォローが必要ですが、また入院中にリハビリをしなければ悪化して退院できなくなるので、リハビリは必須条件です。しかしマルメなので何も実施しなければ一番儲かるのが現実で、純粹に病院側に良心を求める報酬体系に

なっているので、経営方針によって良い地ケアにも悪い地ケアにもなるでしょう。

■今後、地ケアに問われる課題は何でしょうか。

今村 自宅や介護施設で急変や再発した人をどう円滑に地ケアで受け入れるかが大きなテーマだと思います。介護施設をグループ内に持っている病院は上手く受け入れてきました。

地ケアは自院からの転棟とグループ内の特養等からの受け入れにシフトすることが、一番儲かる方式なのです。しかし本来機能を強く求められる今後は、グループ外からの受け入れをどう円滑にするかが問われてきます。それと今回の改定で求められた本来機能を果たすことです。

■2040年に日本の全病床数の何割ぐらいが地ケアになっていることが望ましいのでしょうか。

今村 先ほどもお話ししましたが、今の病床数では少ないので、15万床ぐらいは開設されてもよいと思います。あと8万床が急性期から地ケアに移ると地域医療構想にもビタリと合うのではないのでしょうか。ただ地ケアが本来機能を発揮して運営されていくかどうかは微妙な問題です。

医療療養から地ケア I に転換 看護師・MSW・リハ職が 連携先を訪問して受入れ判断

岡山博愛会病院は地域包括ケア病棟を含め年間約400名の患者を岡山赤十字病院等から紹介をうけている。同院は医療療養を地域包括ケア病棟に転換した。いわば“下から上に移行した”稀有なケースである。稼働率も好調だ。軌道に乗せた手法を三宅謙太郎氏に聞いた。



社会福祉法人岡山博愛会
岡山博愛会病院 事務局長

三宅 謙太郎 氏

Miyake Kentaro

■三宅事務局長のご経歴を教えてください。

三宅 金融機関勤務を経て2000年に医療業界に転じました。最初の半年間は老健でオムツ交換、入浴介助、当直や送迎など現場業務を一通り経験しました。この経験がなければ頭でっかちで現

場が見えていなかったかもしれません。その後病院に異動し、リネンや消耗品等の管理を担当しました。未経験の業界でしたが、医療界の人はビーター・ドラッグヤーやアルピン・トフラール知らず、マネジメントが10年遅れていたもので「これなら勝てる！」と思いました。当時はプラス改定が続いていたので、医療界ではマネジメントが必要なかったのだと思います。

岡山博愛会に入ったのは2017年です。日本の医療業界は全国一律の保険点数で、病床も行政が規制しているある意味社会主義的な業界です。収益を上げるには報酬単価を上げる以外にありません。地域包括ケア病棟を始めたのも単価を上げるためです。

■2017年と現在とでは病棟構成はどのように変化したのでしょうか。

三宅 当院の目標を「内科医療を中心とした回復期から在宅医療まで岡山ナンバーワンをめざす」「元気になる病棟」とし、2017年は一般病棟（15対1）が88床、医療療養が83床、転換型老健が63ベッドの長期療養型病院でした。2019年には一般病棟（13対1）を44床、地域包括ケア病棟Iを83床、医療療養Iを44床、介護医療院Iを63ベッドへ変更しました。その後2021年に医療療養病棟44床を回復期リハ病棟Iに変更し当初の病院目標に向けて移行していきました。

通常は一般病棟が立ちいかなくなって地域包括ケア病棟に変えるケースが多いのですが、医療療養を地域包括ケア病棟に変更したのは珍しいケースだと思います。今ではPT・OT・STを70名雇用していますが、当初のリハ職員はPT1名だけでしたから回復期に向けて病院を変革したことがわかんと思います。

運営で絶対的に必要なことは地域連携です。岡山市内には高度急性期の大病院が7つありますが、例えば岡山赤十字病院からは年間約400名の患者が紹介され、緊急時には休日でも受け入れることがあります。岡山赤十字病院以外にも他の急性期の大病院から患者が紹介されてきます。この実績は「地域包括ケア

病棟のある岡山博愛会病院に紹介すれば元気になって退院できる」と認めていただいたと思います。

■地域包括ケア病棟が創設されて8年が経過し、約10万床が開設されています。この現状をどのようにご覧になっていますか。

三宅 地域包括ケアシステムの地域包括ケア病棟が半分もあればよいというのが現状だと思います。半分は7対1や10対1の一般病棟が立ちいなくなり、保険点数を稼ぐために地域包括ケア病棟に転換したパターンが多いのではないのでしょうか。ただ、現行の点数がこれからも続くことはないでしょうし、今回の改定で在宅復帰率や自宅等からの受け入れ患者数などの要件が厳しくなりました。

これからは徐々に自然淘汰されて、本来の地域包括ケア病棟しか生き残っていきなくなると思います。地域包括ケア病棟入院料1を入院料3に切り替えて生き残るなどの手段も必要になると思います。入院料1を保つには地域包括ケアシステムのツールになる病棟運営が必要です。当院も今後はサブアキュートの拡充を考えています。

■地域包括ケア病棟の稼働状況はいかがでしょうか。

三宅 9月の稼働率は93%で稼働状況は

『地域包括ケア病棟は、2040年に向け地域包括ケアシステムの「核」となれるか』

好調です。入退院サポートセンターにMSWを7名、看護師を1名配置していて、看護師とMSWとリハ職員でチームを組んで連携先の高度急性期病院を訪問し、その場で患者さんを診て受け入れを判断しています。あとは家族と面談して医療のステージが変わることを了承していただき、スケジュールを決めるだけです。看護師が訪問することで安心感を得られているのではないかと思います。

■今回の診療報酬改定では、地域包括ケア病棟に対してどのような改革が盛り込まれてくるでしょうか。見通しをお聞かせいただけますか。

三宅 サブアキユートの要素が強くなると思います。自宅等からの患者受け入れ数や在宅復帰率などの要件もさらに厳しくなるでしょう。なんちゃって地域包括ケア病棟にとつては厳しい改定になるでしょう。

地域包括ケア病棟を残していくにはクリニックやケアマネジャーとの連携強化が必要です。私どもは地域のケアマネジャーは、入院するほどではないという方を結構受け持っています。私は「医療区分1難民」と言っているのですが、在宅生活をしていて困っている方を地域包括ケア病棟で受け入れることが必要になって

くると思います。

難しい問題は救急搬送への対応です。必要な検査をし点数を取るために、あるいは医療訴訟が起きないように検査をするためには一般病棟で受け入れなければなりません。地域包括ケア病棟でも医療はかなり進んでいます。この問題に各病院がどう対処するのかが焦点になるのではないのでしょうか。一般病棟からの受け入れに対しては点数を下げるでしょうから、医療の必要のない短期入院の受け入れも今後は検討しなければならなくなるかもしれません。

■今回の診療報酬改定に対して要望事項はありますか。

三宅 自宅に帰る患者さんに対するリハビリの単位数をもっと増やしてほしいと思います。

現在の単位では不足と感じます。単位数を増やさないとADLが上がりません。しかも2単位ではSTが入りにくいですし、患者さんによっては自宅で食べるという行為に結びつきません。

当院では自宅復帰の患者さんには4単位以上を実施しています。そうでないと自宅に帰るには難しいと思います。在宅復帰率を言い換えれば自宅復帰率であり、いかにして自宅に帰れるようにするかを考えると、リハビリを増やす必要があります。

■リハビリについて貴院で工夫していることがありましたら教えてください。

三宅 当院ではSTが7名在籍していて、看護師とOTも関わりながら「楽しく食べて元気になろう(A&E)」という方針で摂食機能訓練を提供し、口から食べられない方は、戻してもよいから、いったん口に入れて食感と味を楽しめるように工夫しています。

それから当院では現在「おうちに帰ろうプロジェクト」を進めています。自宅に帰られる方には花束を贈呈しています。通常は退院するときにナースステーションに「お世話になりました」と挨拶し、看護師は「お大事になさってください」と声をかけるだけです。入院した方にとって一番ハッピーなのは元気になって自宅に帰ることです。院長や担当医が花束を贈呈して、多数の職員で「お元気になってください」と声をかけると非常に喜ばれるのです。なぜ医療人は亡くなったときにしかお見送りをしないのか？私は長らく疑問に思っていました。

■地域包括ケア病棟協会は「日本最大で最強の病棟」とアピールしています。が、中長期を展望すると、地域包括ケア病棟はどんなポジションを占めていくとご覧になっていますか。

三宅 一番のポイントは在宅復帰率だと

思います。今後は老老世帯や独居世帯が非常に増えてきて、自宅に帰ることが困難になっていくからです。一方で、労働人口はどんどん減っていくので、介護施設も今以上にスタッフ不足で、稼働できているかどうか分りません。2040年には医療と介護の従事者が他の業種よりも多くなるだろうという予測もありますが、もしその通りになったら、いびつな社会になってしまいます。GDPに貢献しない業種の従事者が一番多くなる社会はいびつです。

これからの医療と介護は業務改善をして、ICTや医療デバイス等に行きわたることは切り替えて、看護師や介護士は自分たちにしかできない仕事に専念できるようにすることです。また医療の進歩にともない、更に看護師数も必要になってくるので、地域包括ケア病棟でも10対1で運営するように考え方を変える必要があると思います。

■地域包括ケア病棟の開設を検討している病院経営者へのメッセージをお願いします。

三宅 地域包括ケア病棟入院料1はなかなか取れないと思われているようですが、そんなことはありません。頑張れば取れます。また、医療療養から地域包括ケア病棟に転換できないと思われていますが、当院は転換できました。病院、職員全体の意識改革が必要だと思っています。

病棟全てを地ケアに転換 在宅病として在宅復帰を支援 常時満床を目指す

「急性期病床 6000 床に囲まれた地ケア 128 床は極めて有利、さっさと急性期をやめて大正解」。施設を一切持たず、病院 1 つだけでもネットワークがあれば経営が成り立つと語る鈴木学氏に、都市型の地域包括ケア病棟専門病院の経営について聞いた。

■医療法人笠寺病院の概要について
教えてください。

鈴木 1946年に名古屋市中南区に20床で開院し、その後1951年に法人化しました。結核医療を中心に180床へ増床したのち、改築による減床を経て、2014年



医療法人笠寺病院
事務長・常務理事

鈴木 学 氏

Suzuki Manabu

に一般病棟43床、地域包括ケア病棟（以下「地ケア」）42床、療養病棟43床へ変更。2016年に一般病棟を地ケアに転換し、2018年9月には全128床が地域ケアになりました。
最近では、2022年7月のコロナ第7波で、全職員数約200名のうち60名ほどがコロナ感染（濃厚接触を含む）で休職しました。子育て中の職員が多く、家庭内感染によるものです。子育て中の職員が多い理由は、2040年の労働人口減少を見据えた、当院の戦略で、「職員のポストアキュート」です。

新卒で入職した急性期病院で疲弊したスタッフが、笠寺病院に転職してきます。20代後半より結婚、出産、育児を迎えます。現在も産休育休中のスタッフは10人ほどいますし、2人目、3人目の子育て中の職員もいます。笠寺病院に託児所はありませんが、近隣に保育園や幼稚園が充実しているので、待機児童の問題はありません。若い医療スタッフにとって、地域包括ケアシステムに関わることも魅力があるのでしよう。経営サイドとしては、向こう30年働いてもらえれば、ありがたいことです。

■近年の地域包括ケア病棟に関する国の施策をどのように評価されていますか。また、地域包括ケア病棟が期待されている機能と役割をどのように考えられていますか。

鈴木 国の施策については、診療報酬でデータ提出が要件化されているため、きわめて緻密で論理的であると評価しています。2022年4月の診療報酬改定でそろそろ逆風が吹き始め、質の向上をしていない病院は淘汰されていくでしょう。特に、ASK中林梓先生がいうところの「7対1救済病棟」としての地ケア

は厳しいです。それ以上に、その地ケアを持っている病院自体の経営が厳しいとの指摘があります。

当院では、地ケアの医師をはじめとする病棟スタッフが在宅医療に関わってきたことが、2022年4月の診療報酬改定への対応策であり、これがとても重要で、期待されている機能と役割だと私は考えています。サブアキュート機能も大切だと、当初から言われていました。笠寺病院は、全128床が地ケアですが、診療放射線技師が6人、臨床検査技師が7人、薬剤師が8人います。

■地域包括ケア病棟への転換を行われてからの経営はいかがでしょう。

鈴木 地ケアへの転換で出始めた利益を、サブアキュート対応の人員費につぎ込んでいます。3年前から、在宅対応するための当直医を配置しています。年間の費用は3500万円かかります。病院の当直医師と2人体制で、常勤医師は誰も当直をしていません。在宅当直医を確保するのは大変でしたが、現在、希望者が多い状態になっています。

それから退院直後2週間、病棟の看護師が自宅に訪問する際は主治

『地域包括ケア病棟は、2040年に向け地域包括ケアシステムの「核」となれるか』

医も同行しています。患者さんも喜び、主治医も、自宅で元気になって笑っている患者さんを目にするので、よい関係を築けるようになっていきます。在宅に関心がなかった若い臓器別の専門医も、行つてくれるようになりました。

医師には平日で4万5000円、税金を引いた4万円ちよつとの当直料を、来た日か翌朝に現金払いしています。それに加え、夜中に訪問診療を行った場合は診療報酬の半額を、帰る時に現金払いしています。現金で渡さないと忘れて来ない医師がいることや、個人的なネットワークで医師を集めていることが理由です。夜10時を過ぎると訪問診療は軽く1万を超えるのでそれを貰えるならとしっかり対応してくれます。看取りになった場合にも、診療報酬の半額を現金で渡しています。この仕組みで、ポストアキュートでたくさん受けて、必要な時に依頼されれば在宅でちゃんと対応するという形でできています。

寝たきりになった人を急性期病院から引き受けるのではなく、寝たきりにさせたくない人を急性期病院のERから引き受けています。急性期病院で点滴を2週間すると大体寝た

きりになってしまうので、当院で点滴をしつくりハビリをやってお帰しますというところで、在宅復帰になっていきます。

ここ1年間の自宅看取り件数は88人です。連携機能強化型在支病として、13の在支診と連携していますが、資本関係は全くありません。ある意味ボランティアとして、連携しています。ジャーマックには、3000人の後方支援と書かれています。ですが、在宅専門でやっているクリニックは自己完結型で、あまり笠寺病院を頼っていません。笠寺病院自体では、在宅患者数は100人程度ですが、今後は200人ぐらいにしたいです。

笠寺病院としては、2040年に向けて、在宅を行っていない診療所のサポートの準備が完了しました。在宅当直医が、確保できているため、都市部では1万人ぐらいの後方支援が可能だと思っています。このくらいの人数を在宅でサポートをすれば、120床ぐらいはいつも満床でまわせると考えています。

■2024年改定への要望や期待していることをお聞かせください。

鈴木 方向性が間違っていないと

たら、改定は恐れるに足らずと思っています。いちいちこちらがこんなことをしてくださいと言う必要はなく、すぐいくか2年先か4年先かぐらいのスケール感で、2040年へ粛々と進んでいくのだと考えています。

■我が国の高齢化のピークとなる2040年には、在宅、介護施設、高齢者住宅などで療養する高齢者が爆発的に増加すると思われれます。笠寺病院のビジョンと戦略をお聞かせください。

鈴木 笠寺病院のビジョンは、半径7キロ圏内の急性期病床のポストアキュート機能です。急性期病床6000床に囲まれた、地ケア128床は極めて有利で、さつさと急性期をやめて大正解でした。在宅復帰率は、現在9割を超えており、退院直後2週間、病棟スタッフが退院患者宅へ訪問看護、訪問リハに行っています。ここ2年で特養の嘱託医を3カ所取りました。のべ300床、常時10人ほどの入院があります。特養へ往診した場合、看取り以外は保険請求できませんが、医師には現金を渡しています。

戦略の一つ目は、マルチモビディティ患者を診られる医療体制の構築です。医局が臓器別に変わり、関連の医局が消化器内科になりました。常勤医師が消化器内科だけで128床を満床にできるわけがないと、困った末に病棟看護師長が考え出したのが、非常勤の先生にちよつとずつ診てもらえればいいということでした。笠寺病院は4年前に電子カルテを導入し、外来はすべて予約診療なので、病棟看護師長が専門医の予約を入れていきます。大学から派遣される臓器別専門医の診療を電子カルテに記載しておくことで、常勤医師のスキルアップを図っています。在宅にも行くと、それもなんとなく分かっています。総合診療医を探すのは難しいので、皆で診ればいいかなと思っています。

二つ目は、摂食嚥下看護師の認定看護師の養成です。この成功により、接触嚥下の点数の算定が増加しました。アウトカム評価の加算の取得が目標です。三つめは、施設を一切持たず、病院1つだけでもネットワークのみで経営が成り立つことの証明です。

地ケアが向き合う対象は 自院の急性期ではなく 地域のクリニックと施設

今年4月の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟は本来機能の発揮が強く求められるようになった。その背景は何か。次回以降の改定はどのような方向が予想されるのか。今後、地ケアを開設する病院はいかなる手を打っていくべきか。中林梓氏に聞いた。

株式会社 ASK 梓診療報酬研究所
所長

中林 梓 氏
Nakabayashi Azusa



業収入診断、経営改善指導、医事運用コンサルティング、在宅医療運営指導、レセプト精度診断に携わっています。

■中林先生のご経歴を教えてください。
中林 医療・福祉分野の仕事を始め、30年が経ちました。この間、1997年に梓診療報酬研究所を設立し、2003年に株式会社として法人化しました。医療経営コンサルタントとして、診療報酬に関する各種研究、医

2003年に株式会社として法人化しました。医療経営コンサルタントとして、診療報酬に関する各種研究、医

■2014年に創設された地域包括ケア病棟は、2022年6月時点で2745病院、9万8105床になりました。この数についてどのような認識されていますか。また、地域包括ケア病棟に期待されている機能と役割、その実態をどのように評価されますか。
中林 地域包括ケア病棟（以下、地ケア）は創設当初から注目されてきた病棟ですが、確実に増えてきたという印象を持っています。ただ、機

能と役割の実態が求めている内容とは異なる方向に流れていたため、今年4月の診療報酬改定で修正されました。それまでは一般病棟の平均在院日数と重症度、医療・看護必要度をクリアするために、一部を地ケアに転換する病院が増えてきました。

しかし地ケアはそもそも地域のための病棟であり、自院の一般病棟のための病棟ではありません。国は地ケアを増やしたかったので、自院からの転棟患者に偏重している実態を容認してきた傾向もうかがえましたが、今回の改定で本来の役割を担ってほしいという強いメッセージが出たのです。本来の役割を果たさず、実態として急性期病棟の救済病棟になっている病院は、考え方を変えてほしいという趣旨の厳しい改定内容になりました。

■このタイミングで厚労省が本来機能の発揮を強く求めてきた理由は何でしょうか。
中林 地域包括ケア病棟が本来の役割を強く求められた背景には高齢化問題もあります。例えば脱水症状の高齢者が三次救急病院に入院したら、コロナ対応もあって重症者用ベッド確保などで病院が疲弊してしまいます。国の考えとしては、三

次救急が必要でない患者は二次救急か地ケアで診ることです。そこで今回の改定では、200床以上の病院が地ケアを運営する場合、二次救急医療機関又は救急病院であることが要件に入りました。

2040年にかけて高齢者が増え、働く人が少なくなっていくので、高齢者がどんどん三次救急に入院しないように布石が打たれたのだと思います。だからこそ自宅等からの患者受け入れが高く評価されたのです。一般病床の稼働率が低いから地ケアに転換したというような病院は評価が厳しくなりましたが、これからの改定でも厳しくなるでしょう。

療養病床にも救急の受け入れが求められています。これも三次救急の疲弊を防ぐことが目的です。厚労省の資料から、医療崩壊の阻止という観点に立っていることが読み取れます。

もうひとつ読み取れることはACPの浸透です。在宅看取りを希望している末期の患者さんが三次救急に入院するようなケースもあり、かかりつけ医がACPに深く関与することを求めています。

■地域包括ケア病棟協会が掲げた「ときどき入院、ほぼ在宅」へと強

『地域包括ケア病棟は、2040年に向け地域包括ケアシステムの「核」となるか』

力に舵を切ったわけですね？

中林 「ときどき入院、ほぼ在宅」

は良い言葉ですね。これからは高齢者の緊急受け入れができる地ケアが生き残っていくと思います。今でも一般病床を地ケアに転換した病院は救急を受け入れていますが、多くは一般病床で受け入れてから地ケアに転棟させています。今回の改定で自院からの転棟は6割という要件が入ったので、該当する病院はいろいろ考えるでしょう。脱水の患者なら一般病床ではなく地ケアで診療するよう持つていくのではないのでしょうか。うがった見方ですが、2016年改定や2018年改定で厚労省が本来機能の発揮を強く求めてこなかったのは、一般病床を減らしたからではないのでしょうか。ただその代償として、本来の役割ではない運営をする病院が想定以上に増えたので、自院のための地ケアではなく地域のための地ケアへと修正を図ったのだと思います。次の改定では高齢者対策や機能分化、感染症対策などを踏まえて、さらに本来機能の役割を求めてくるのではないのでしょうか。

とにかく、サブアキユートと在宅復帰支援を強化することが重要です。在宅復帰支援では地域連携がポイントになるのではないかと思います。

■地ケアを運営する病院経営者に対して「これだけは取り組んでほしい」という助言がありましたらお願いします。

中林 今お伝えしたとおり「地域連携」です。地域をよくチェックして、どこに急性期病院があるかを把握し、退院した患者を自院の地ケアで受けるといふ連携の仕組みをつくること。それから介護施設から地ケアに移行させると初期加算が高いので、特養、老健、有料老人ホームなど全ての介護施設と高齢者住宅がどこにあるかを把握しておくことです。

もうひとつはクリニックとの連携です。在宅医療を行っているクリニックとの連携は必須ですが、高齢化がこれだけ進むと、一人暮らしの外来患者が脱水症状を起こしたら地ケアに搬送するなどの連携が考えられます。

これからの地ケアは自院の患者さんだけを診るのではなく、地域の患者さんを診るのです。

■地域のクリニックや介護施設などへの広報活動はどのような方法が有効でしょうか。

中林 一番は院長名義の手紙だと思います。コロナ前は地域連携室の職

員が臨床事例の資料を持参して対象先に挨拶のため訪問していました。そのためにも日頃から院内においては

医師や病棟看護師と地域連携室が情報共有して、地域のクリニック、介護施設、高齢者住宅を把握しておくことが重要です。

私が関わったなかで一番印象深かった例は、他の病院とクリニックから「あの地ケアがなかったら困る」といわれた病院です。こまめに営業したことで頼られる地ケアになったのです。

■急性期から地ケアへの転換と療養から地ケアへの転換の違いを教えてください。

中林 療養から地ケアへ転換した病院は今回の改定ではあまり影響を受けていないようです。それだけ努力したのでしよう。地ケアで軽度の急性期を受け入れる例も出ているので、両者にそれほど差があるとは思っていません。地ケアを持っている療養病院は、療養を慢性期、地ケアを急性期と捉えていただきたい。

地ケアの平均在院日数目標は、他の病棟の稼働状況や人員配置をみて設定することが基本です。例えば地ケアが20床の場合、10床を最大60日のギリギリまで受け入れて、

他の10床で廻すという目標設定が考えられます。

■地ケアを上手に運営している病院で注目されている事例がありましたら教えてくださいませんか。

中林 慢性期と地ケアと回り回して持っている病院の例です。地ケア40床の運営は上手くいっていたのですが、平均在院日数が長くなりつつあるので、地ケアを減らして回り回し切り替える計画です。

■2040年にかけて地ケア病棟の役割はどのように変化しそうですでしょうか。

中林 2040年にかけて介護施設で暮らす方が増えていくので、施設内で少し体調を悪化させた方にも、速やかに対応できる地ケアであることが求められると思います。これから地ケアの病床数が増えるかどうかについては、急性期や施設の多い地域では増えるかもしれませんが、人口減少が著しい地域では減っていくでしょう。高齢者人口が増えていく地域もあれば、減っていく地域もあります。ともかく地域差が大きいので、全国的に病床数がどうなるかという予測は非常に難しいのです。

ウィズコロナと Web3.0の時代における 地域包括ケア病棟

在宅ケアのバックアップベッドとしての機能・役割を担い、これまで約10万床が整備された地域包括ケア病棟。2040年に向けた今後の地ケア病棟の展望や可能性について、医療のデジタル化等にも詳しい長 英一郎氏に話を聞いた。



東日本税理士法人 代表社員 所長
公認会計士 税理士

長 英一郎氏

Osa Eiichiro

■地域包括ケア病棟の現在の整備数と、期待されている機能・役割、実態をどのように評価されますか。
長 地域包括ケア病棟（以下地ケア）については当初、診療報酬による誘導、特に「入院期間の長くなった患者さんについては、地ケアで」とい

うことで、皆さんどんどん誘導されていたように思います。しかし、その後の報酬改定により、地ケアがそれとは別の形になってきたところで、「しまった……」と、途中で気づいた法人もあるのではないのでしょうか。一方で、150床くらいの小さな病院の場合、普段からまめにベッドコントロールを行っていますので、地ケアという制度が変わってきて、比較的うまく対応されているように思います。病床数はこの8年間で約10万床になったということ、当初からある程度は増えるだろうと予想していましたから、想定内ですね。

地ケアに対しては、やはり在宅のバックアップベッドとしての期待がありますので、訪問診療や訪問看護とからめて、在宅の患者さんに何かあったときに直接受け入れることが、大きな役割と機能だといえるでしょう。また、ここ数年のコロナ禍で、コロナ患者の受け入れは、地ケアにもたいへん期待されているのではないのでしょうか。ただし行政側は、コロナ患者については一般急性期病棟が直接受け入れることを前提にしているような感じで、空床確保料等を決めている節はあります。

いずれにしても今後の地ケアの運営では、在宅医療の支援と合わせて、地域でのコロナ対応も一体的に行うことが重要です。普段から関わっている患者さんだからこそ、コロナをはじめとした救急の受け入れも安心してできるといえることですね。

■地域包括ケア病棟協会では、「時々入院」「ほぼ在宅」をスローガンに事業を進め、その間、既に4回の診療報酬改定が行われ、その都度見直しが行われてきました。

長 厚労省は当初から、地ケアに関するビジョンをしっかりと示していましたね。具体的にはポストア

キュートだけではなく、地ケアはサブキュートの機能も持っているということは、当初から言っていたと思います。そのようなビジョンがあったうえで、その後の診療報酬改定ですから、国の目指すところは当初から変わっていませんでした。そういう意味では予測できる範囲内でしたし、医療機関によってはその辺りも見越した機能として、当初から変化に対応できたところもあるでしょう。そういう法人はその後の改定についても、大きな影響は受けなかったのではないかと思います。

■地域包括ケア病棟を運営する病院経営者に対する、助言等がありましたらお願いします。

長 地ケアについては、その要件として訪問診療や訪問看護の実績等が入っています。ですので、新たに地ケアを立ち上げようとする医療機関は、そういった在宅サービスをセツト・ミックスした医療提供をしないと厳しいですね。さらに今後は、地ケアにも救急の役割が求められると思います。すると、医師の働き方改革との関連で、宿日直許可など急性期病院と同じ問題を地ケアでも抱える

『地域包括ケア病棟は、2040年に向け地域包括ケアシステムの「核」となれるか』

でしようから、こちらへの対応は必須です。

■これから準備が始まる2024年の制度・報酬改革における、地域包括ケア病棟に関する展望や政策提言などご意見をうかがえますか。

長 2024年改定については、いささか予測がつきづらいいところはありますが、地ケアに関しては、制度はある程度完成されつつあるのかなという気はしています。ただしコロナに関わる部分については、地域包括ケア病棟協会も要望されているように、なんらかの要件を入れていくとか、コロナ後遺症の患者さん受け入れをもう少し積極的に進めるなど、「コロナ」というキーワードは必ず入ってくると思います。あとは細かい要件について、たとえば自宅から直接入院する数を増やすであるとか、そういう変化は若干あるかもしれないですが、大きなところでは概ね整理はついたのではないでしようか。

一方で、医療従事者のみなさんに向けてということであれば、今まで一般急性期病棟だけが、「救急で急性期」という感覚だったかもしれない。しかし、地域包括ケア病棟が

準急性期を担うというように、イメージが変わってきている気がします。実際に地ケアを運営されている病院の方にお話を聞いても、急性期医療の一病棟のような感覚で運営されている感じがしますね。

■我が国の高齢化のピークとなる2040年に向けての地域包括ケア病棟の位置づけや、全病床の中での構成比はどのように変貌すると展望されますか。

長 地ケアは、さまざまな方を受け入れられるのがメリットであり、急性期も対応できるし、リハビリや看取りもできます。2040年くらいになってくると、今までのような急性期病棟より、地ケアのような混合的な病棟のほうが、よりニーズが高くなると思いますので、病床としてはもつと増えてもおかしくないと思います。ただし、当然ながら急性期病棟がメインの病院が、すべて地ケアに舵を切るかという点、そういうことも無いでしよう。地ケアのニーズがありつつも、診療報酬の点数という経済的な点もありますので。

その上で急性期の医療需要そのものについては、現在、不必要な救急

がかなり利用されていることから、それに対応する地域の医療体制が変われば、ベッドのニーズは減るはずですが、この点に関しては今後の国の政策次第で、大きく変わるのではないかと思います。

いずれにしても2040年に向けては、在院日数の制限が厳しい一般急性期や、疾患が限定されている回復期に比べ、裾野が広い地ケア、あるいは介護医療院といったところにニーズが高まっていくと思われるし、医療機関としても患者さんを受け入れやすいといえるでしよう。

■ご自身の最近の取り組みについて、地域包括ケア病棟とのかかわりも含めてお聞かせください。

長 これまでITの世界は Web2.0としてグループやフェイスブックなど特定の巨大企業が力を握っていたのですが、最近は Web3.0という新しい世界が広がり、これに強い関心を持っています。新しいデジタル化の流れは医療の世界でも広がっており、こうした医療における新しいデジタル化に関する活動を、私なりに支援させていただいております。

具体的には、医学部6年生の方が主催されている「Medical DAO」と

いうコミュニティがあり、そちらを支援させていただく中で、若い医師や医学生とコミュニケーションをとる機会が増え、これまでとは違った人脈が増えてきました。またコロナ禍で、月2回ほどのオンラインサロンや、オフラインでの勉強会などを行っています。

最近の個人的な体験としては、マインポータルへの登録やLINEによるオンライン診療、薬局によるオンライン服薬指導などを体験し、こうした形での医療をはじめとした社会福祉サービスの便利さに、改めて気づきました。今後、現役世代のビジネスパーソンがこれに気づいたときには、いよいよ対面での診察を希望しない患者さんが急増するのではないかと思います。一方で病院経営者の皆さんは、そういういった危機感はまだあまり感じていないようで、いざそのようになった時には相当な激震が走るのではないでしようか。

地ケアも含めた今後の医療についても、医療機関はデジタル化の部分で弱いところが少なくないですが、5年後、10年後には、状況は今とまったく変わっているだろうと思います。