

指標

病床機能分化と地域包括ケア病棟(床)に係る最近の論点

副会長

小熊 豊

1. はじめに

現在、わが国の医療分野では多くの重要問題が提起されており、全国的レベルのみならず、各都道府県、医療圏単位でもさまざまな検討が行われている。

- ① 人口減、少子高齢化の進展と疾病構造の変化、認知症の増加と多死社会到来の問題
- ② 医師の養成、偏在と地域医療のあり方に関する問題
- ③ 医師の働き方、過重労働に係る問題
- ④ 第7次医療計画の作成：医療圏のあり方、5疾病5事業、在宅医療等に関する体制の構築や、医療従事者確保の問題など
- ⑤ 地域医療構想の策定と病床機能の再編、医療・介護の連携と地域包括ケアシステムの構築、かかりつけ医機能、看取りの強化等の問題
- ⑥ 療養病床、介護施設等を巡る新たな制度の導入と介護スタッフの不足問題
- ⑦ 新専門医制度の開始：新たなプログラム制度による研修体制と地域医療に係る問題、総合診療専門医を巡る問題
- ⑧ 地域枠医師の養成とキャリア形成プランに係る問題
- ⑨ 大学での卒前教育、国際標準に準拠したモデルコアカリキュラムの改定と実習体制の強化、医科大学新設等に係る問題
- ⑩ 消費税問題と、財政危機下での次年度医療、介護報酬同時改定
- ⑪ 診療報酬の抑制と、不合理な控除対象外消費税による病院経営の悪化
- ⑫ 高額医薬品、医療機器の購入、保守点検問題や未収金問題
- ⑬ 新たな医療事故調査制度に係る問題
- ⑭ 医療ビッグデータの活用とマイナンバー制度の導入、診療情報の電子的提供、遠隔診療等

に関する問題

- ⑮ 医療連携推進法人制度等に関する問題
- ⑯ 新公立病院改革プラン、公的医療機関等改革プラン（仮称）の制定問題

思いつくままに主要項目を挙げただけでも以上のように列挙され、いずれもが関連しながら解決を待つ大問題として、われわれの前に立ちはだかっている。

本稿では、今後各圏域での地域医療構想調整会議において白熱した議論が進められるであろう病床機能の分化・再編について、また、現在急速に病棟（床）整備が進んでいる地域包括ケア病棟（床）の問題について、次年度報酬改定の動向を一部踏まえながら私見を述べてみたい。

2. 病床機能の分化、再編について

既によく知られているように、病床機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能に分類し、2025年以降の推計医療需要と比較して過不足ない病床数に再編し、効率的な医療提供体制を構築することが目指されている。病床機能報告制度では、病床の区分基準を参考に自院の現状と今後の目指すべき機能を報告する一方、圏域内の調整会議において、医療機能と病床数の調整が検討されようとしている。北海道では21ヵ所の二次医療圏毎に、2025年の医療需要値と2014年以降の病床機能報告数との比較がなされているが、地域毎に今後の人口動態、既存の病床機能、病床数、在宅・外来へのシフト機能等が大きく異なり、病床の不足するところや過剰なところが見られている。多くの圏域では急性期病床、慢性期病床が過剰で、回復期病床が不足する傾向になっている。2016年7月の報告では、道全体で高度急性期は前年に比べ1,575床減の6,203床、急性期は1,130床増の37,936床、回復期は552床増の6,420床、慢性期は415床増の27,068床であると報告された。病床機能報告では、病棟に入院する患者さんのうち最も多い病期を一つ報告することになっており、同一病棟に同じ病期の患者さんだけが入院しているわけではなく、高度急性期、急性期、回復期等が混在していることが多いことから、単純に病床機能の報告を絶対視して評価することは難しい。病床機能の分化、再編は、あくまでも自主的に徐々に収斂していくことが望ましいとされているが、今後の医療状況、診療報酬上の制約もあり、予断は許さない。

最近の中医協のデータでは、大学病院や特定機能病院、一部の中核的病院で高度急性期を100%近くに報告する割合が高いが、札幌医大のように高度急性期を57床、急性期を833床と報告するところも少なからずあり、高度急性期と急性期の間で同じ標榜科同士を比較した場合、手術件数、全身麻酔件数が大きく異なる科（脳神経外科、循環器内科）と、同水準の標榜科（耳鼻科、眼科、整形外科）もあって、

両者の違いを整理する必要性が提案されている。さらに、こうした大学病院等を圏域内に持っているところでは、地域医療構想調整会議でどのように扱うべきかの問題も提起されている。一方、急性期と報告した病床でも小規模、単独の急性期機能を担う病院では、規模の大きい病院と比べ看護職員数が少ない、平均在院日数が長い、新規入院患者の割合が高いといった傾向があり、13：1、15：1入院基本料を届出しているところでは、主として回復期機能を担う特定入院料を届出している病棟（回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟）と同等の看護職員数となっており、看護配置と手術件数、全身麻酔手術件数との間に一定の関係があることから、こうしたところでは必ずしも急性期機能を担っていない場合も見られ、適切な機能を選択することが必要ではないかと報告されている。

また病床機能報告に当たっては、構造設備、人員配置等に加え、具体的な医療の内容に関する多数の項目の報告が義務付けられているが、さらに報告項目を変更、追加し、平成30年度診療報酬改定を経て抜本的に見直しを検討することも考えられている。

次年度診療報酬改定では、DPC群の暫定調整係数が廃止され機能係数への移行が完了すること、機能評価係数Ⅱのうち後発医薬品使用係数と重症度係数がⅡから外されることが決定されており、過去の診療報酬改定の影響を踏まえたうえ、7：1病棟での在院日数の短縮、重症度、医療・看護必要度割合の引き上げ（現行25%）なども検討される可能性がある。平均在院日数のこれ以上の短縮は急性期医療のあり方に甚大な影響を及ぼし、重症度、医療・看護必要度は25～28%で推移しているところが大半であることから、厚労省、中医協、医師会、病院団体の関係者は慎重に協議を重ねてほしいと考えている。一方、こうした数値とは別に急性期指標を反映するものとして、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）からの提案項目が、既に診療報酬の改定やDPCⅡ群病院の要件指定に活用されているが、内科系学会社会保険連合（内保連）からの指標も提案されており、今後さらに検討が加えられる可能性が考えられる。また、本年5月の地域医療構想に関するワーキンググループで提案された「病床機能報告を利用した急性期指標の検討について」の報告を巡って、現時点ではさまざまな問題点が指摘されているが、急性期指標の定量化、見える化という観点から有用なものとして一層精緻化が図られ、DPC急性期群の定量的評価指標として用いられる可能性がある。いずれにしろ、今後は診療内容の定量的評価、厳密化が進むものと思われ、今から対策を進めておく必要がある。

一方、慢性期病床にあっては、2025年に向けて病床の機能分化や連携に伴い生じる新たなサービス必要量が約30万人、訪問診療を利用する患者さんの高

齢化の影響による増加見込みが約100万人と推計されており、医療と市町村の在宅・介護推進事業とが一体となった体制構築が必要とされている。そして慢性期医療を担う病床については、地域ごとにどのような医療機関があり、どのような役割を担うのか、介護療養病床については、新たな介護医療院の導入も踏まえ転換等の方針の早期共有を目指すこと、各病棟における入院患者の病態や医療区分など解析を進め、入退院の状況、在院日数等を参考にしながら（従来は6月単月報告であったものを、1年を通じたものに改める）、当該病院、病棟の地域における役割、位置づけを検討するとされている。訪問診療、訪問介護、かかりつけ医機能に力点を置く傾向にあり、拙速に陥ることはないが、地域内の自院の役割、立ち位置をしっかりと把握して今後に当たる必要がある。

3. 地域包括ケア病棟（床）に係る論点

主として回復期機能を担当する病棟（床）は、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟（床）が挙げられる。前者は脳梗塞、骨折・外傷、脳出血、片麻痺等が主体であり、後者は骨折・外傷、肺炎、悪性腫瘍、脳梗塞、心不全などが入所しているとされる。それぞれ入院基本料の算定に当たっては要件が定められており、リハビリスタッフ、看護師、在宅復帰支援担当者などの人員配置や、リハビリの実施単位、重症度、医療・看護必要度の基準等があって、決して安易にクリアできるわけではない。事前のシミュレーション、十分な検討が必要である。

地域包括ケア病棟協会によると、地域包括ケア病棟（床）は平成29年4月の時点で1,892病院、59,989床と推計されており、急性期7：1、10：1からの転換が著増している。地域包括ケア病棟（床）では①急性期からのポストアキュート患者の受け入れ②在宅、生活復帰支援を行うこと③緊急時のサブアキュート患者の受け入れ④短期滞在手術、がん化学療法、レスパイトケアなどの受け入れ機能等が求められており、こうした役割を通じて院内、地域内の多職種協同体制が強化され、地域包括ケアシステムの活性化に多大の貢献をしている。同協会では、病院の主体となる医療によって本病棟（床）の機能が変わることが報告し、急性期を主体とする中～大病院では、院内急性期病棟から本病棟へポストアキュート患者が90%以上転棟していること（急性期ケアミックス型）、他院からのポストアキュート患者を積極的に受け入れる中～小病院（ポストアキュート連携型）や、小病院でサブアキュート患者を多く受け入れるタイプ（地域密着型）に分かれるとしているが、中医協、日本医師会等では、機能が異なっただまま同じ評価をすることに疑問を投げかける意見もある。しかし前者では、地域包括ケア病棟の開設前は急性期病棟内での不十分なりハビリのまま、在

院日数などの急性期入院基準の確保の観点から早期に退院を余儀なくされ、病院に置いてくれない、準備不足の状態での退院させられるなどの批判が多く寄せられていたところで、回復期機能の大幅な改善、在宅、院外施設等との退院支援連携体制の強化など、医療の質の向上に果たす役割は大きく、患者さん、ご家族の満足度が大いに向上している。過疎地などで医療資源が乏しいところでは、一つの病院がいろいろな機能を担わなければならないこともあり、地域の実情を踏まえた議論や、医療の質の向上、病院経営上の観点からの議論も必要であろう。現在、地域包括ケア病棟（床）の平均在院日数は30日程度とされているが、中には在宅、生活復帰支援を十分に提供せずに60日間入院させるところなどもあり、問題視されている。そのため回復期リハビリテーション病棟と同様に、アウトカム評価の設定が地域包括ケア病棟協会からは提案されている。また、退院後の訪問診療、訪問看護体制、リハビリの提供体制のあり方なども検討すべき課題として考えられており、今後の高齢化社会への対応に即した体制作りに

より変化していくのではないかと考えている。

4. おわりに

初めに述べたように、わが国では今、多くの大問題を医療界では抱えている。そのための検討会、委員会等が頻繁に開催されているが、立場の違い、主義主張の違いによって簡単に結論を導き出すことは容易ではない。病床の機能分化にしても、地域包括ケア病棟（床）の問題にしても、地域ごと、病院ごとに抱えている状況は大きく異なり、関係者間での十分な議論、検討が不可欠と思われる。地域医療構想調整会議では、過剰の病床の削減を検討するのみでなく、地域に不足している医療や介護機能の確保を考えることも、極めて重要な検討項目である。関係者が忌憚のない意見を交わし、地域に最良の医療、介護提供体制を構築するよう取り組まれることを切に願っている。また、地域住民の理解が得られるよう、行政を中心に広報活動を十分に展開することが望まれる。

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、
人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、
医師は責任の重大性を認識し、
人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

- 1 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
- 2 医師はこの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
- 3 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
- 4 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
- 5 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
- 6 医師は医業にあたって営利を目的としない。