報告 REPORT

令和６年度病院管理研修会

常任理事・地域医療部長　青木（あおき）　秀俊（ひでとし）

仲井講師

令和６年度病院管理研修会を北海道病院協会との共催により、令和６年12月15日（日）にハイブリッド方式にて開催し、参加者は84名（会場24名、Web60名）であった。

講師に、地域医療を支えるキーパーソンとして、数々の要職を務められている「ほうじゅグループ」代表の仲井培雄先生をお招きし、「地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟について」をテーマにご講演いただいたので、内容を報告する。

◇

◎地域包括ケアを推進する病棟

●地域包括ケア時代の患者像

地域包括ケア時代のキーワードは「マルチモビディティ」である。高齢化とともに複数の慢性疾患が併存し中心となる疾患を特定できないマルチモビディティ患者が増加し、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いところに問題があり、アウトカムは患者のQOLにならざるを得ない場合がある。

また、同じマルチモビディティ患者でもメタボ型とフレイル型に別れ、メタボ型は治す要素も多いが、フレイル型は治すよりも支える医療となる。私が会長を務める地域包括ケア推進病棟協会が目指すパーソンフローマネジメント（図１）を基に、「ときどき入院・ほぼ在宅」を実現するため活動している。

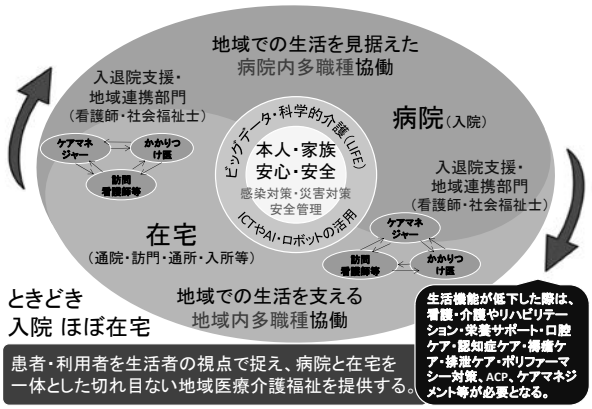

図１　Person Flow Management

●地域包括ケア病棟の変遷

地域包括ケア病棟は亜急性期病床に代わり、2014年度の診療報酬改定で誕生し、ポストアキュート機能、いわゆるサブアキュート機能、在宅復帰支援機能の３つの病棟機能で地域包括ケアシステムを支えている。

2022年度の４回目の改定では、複雑で制限の多い報酬体系となり、大混乱をきたした。

●高齢者救急

2023年３月に開催された厚生労働省の「令和６年度の同時報酬改定に向けた意見交換会」において、在宅要介護高齢者が一般病院に入院することにより、要介護度を悪化させる要因になるとの研究成果が報告された。高齢者の軽症・中等症の救急搬送が増加し、急性期病棟に入院した高齢者の一部は、急性期の治療を受けている間は離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院することとなり、在宅復帰が遅くなることが報告されている。地域包括ケア病棟が救急を行う上でのネックは、多くが他病棟を経由して入院していることで、2022年度の入院・外来医療等における実態調査で、直接の入棟は5.7％であった。そのような中、2024年度新設の地域包括医療病棟入院料を算定する病棟は、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担う。

◎2024年度診療報酬改定および現行地域医療構想

●診療報酬改定

診療報酬改定は高齢虚弱マルチモビディティ患者に対する診療の足固めが行われたと解釈している。入院料通則が見直され、GLIM基準による栄養管理体制を明確化し、さらに意思決定支援の推進としてACP実践ができる体制の整備、尊厳保持のための身体拘束最小化の強化が規定された。その他に、医療介護福祉連携にかかる協力医療機関協定や高齢救急患者の受け皿となる地域包括医療病棟が創設された。

●地域包括ケア病棟

今回の改定で地域包括ケア病棟の施設基準が見直され、自院の一般病棟から転棟した患者割合が60％から65％に緩和された。さらに同割合と自宅等から入棟した患者割合や在宅復帰率は、短期滞在手術基本料３を算定する患者および短期滞在手術基本料１の対象手術を実施した患者を分母分子から除外することや、在宅復帰率の分子に在宅強化型以上の介護老人保健施設への退院者数半数を加えるとされた。その介護保険施設等の求めに応じ協力医療機関を担うことが望ましいと要件化され、平時からの連携体制を構築して急変時の往診・入院を推進する協力対象施設入所者入院加算や、医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設等のほか、在宅患者支援病床初期加算に係る介護施設等の患者の救急搬送や救急患者連携搬送料（下り搬送）が評価された。

さらに、入院料の41日目以降の逓減制が導入され飴と鞭が混ざった改定となった。

●地域包括医療病棟

地域包括ケア病棟の高齢者救急の機能を特化して進化させた地域包括医療病棟が創設され、地域包括ケアシステムに厚みが増した。地域包括医療病棟入院料として、１日3,050点を算定できるが、特定機能病院以外の病院であること、急性期充実体制加算および専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であることとされている。注加算では看護補助体制充実加算において史上初の介護福祉士配置が要件化された。2024年11月時点でこの病棟の届出をした病院は、全国で103病院（北海道は２病院）ある。

●現行地域医療構想

2022年度病床機能報告における2025年度見込みでは、急性期病床がまだ多く、回復期病床が足りない状況だが、急性期病床の中に地域包括ケア病床が含まれており、それを回復期へ移行させることにより、2025年の必要量とされた急性期病床が52.5万床から40.1万床、回復期病床は21万床から37.5万床となり一定程度目的は達成されたのではないかと思う。

◎課題と今後の方向性

●課題

地域包括ケア推進病棟協会は地域包括医療病棟の想定以上に高い施設基準が告示された後、地域包括ケア病棟を届け出ている会員施設に対して2024年６月緊急調査を実施した結果、75％近くが転換を検討しないと回答しており、算定病院数が頭打ちになりそうな状況であった（図２）。

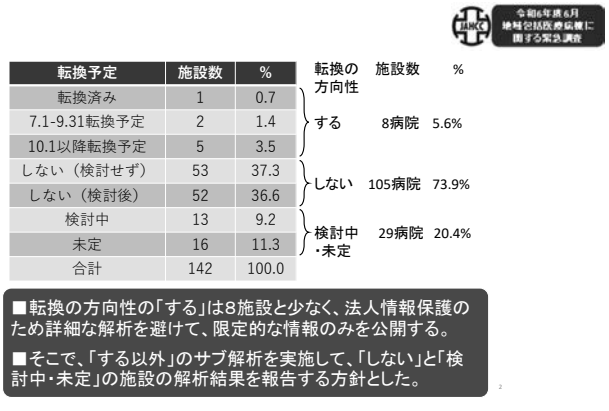

図２　地域包括医療病棟への意向調査

厚生労働省より2024年５月31日に発出された事務連絡で、一時的に平均在院日数等の実績を満たすことが難しい場合の要件緩和措置が示され、「ADL低下割合」、「重症度、医療・看護必要度の要件」、「入院時Ｂ３点以上が50％以上」、「平均在院日数」、「在宅復帰率」、「自院転棟割合」、「救急搬送割合」について、2026年５月末まで３か月を上限とし実績の対象期間から除いて差し支えないこととなった。同入院料を届け出る予定の医療機関が、救済措置を受ける可能性のある上位３項目は、「重症度、医療・看護必要度の要件」「救急搬送割合」「ADL低下割合」であり、３割を超えている。この緩和措置により届出が増えることを願っている。

在宅復帰率については、新入院料の算定は在宅復帰率80％以上が要件の一つとなっており、地域包括医療病棟から強化型以上の老健への退院は10割在宅復帰率の分子へ算入できるが、地域包括ケア病棟からではようやく５割が分子に算入されたにすぎない。

いわゆるサブアキュートを急性期一般病床１で受入れた後に、自院ポストアキュートとして地域包括ケア病棟２へ転棟することは、一般的である。転棟に際しては、療養環境の変化・診療や看護の継続性低下等のリスク、入院時情報の再取集・申し送りや担送等のコストが発生するほか、地域包括ケア病棟の減算対象となる。地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟への直接の入院は、転棟のリスクやコストがなく地域包括ケア病棟の初期加算や地域包括医療病棟への救急受け入れの増加につながるが、いわゆるサブアキュートの受け入れとは引き続きポストアキュートを診ることになり、機能がかぶるため地域包括ケア病棟への転棟は在宅復帰とはならない。ALOS（平均在院日数）激減の可能性もあり、人口減少地域では稼働率低下にも注意が必要である。

●新たな地域医療構想の方向性

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される中、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）が示された。本構想は、「地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想の策定」、「今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築」、「限られたマンパワーにおける効率的な医療提供体制の実現」の３つの基本的な方向性を基盤として構築されている。

病床機能については、12月３日に開催された「第13回新たな地域医療構想に関する検討会」において、「高度急性期機能」「急性期機能」「包括期機能」「慢性期機能」の４つに分けることが提案された。現行の「回復期機能」は増加する高齢者救急等の受け皿として、急性期と回復期の機能を併せ持つことが重要となること等を踏まえて、「包括期機能」への変更が示された。包括期機能とは、高齢者等の急性期患者に対して治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能と現行の回復期機能を併せ持つ位置づけとなる。

医療機関機能（案）の考え方としては、地域の実

情に応じ「治す医療を担う医療機関」と「治し支える医療を担う医療機関」の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進するとされた。地域ごとの医療機関機能は「高齢者救急・地域急性期機能」「在宅医療等連携機能」「急性期拠点機能」「専門等機能」が提案された。

また、検討会では構想区域（案）は引き続き二次医療圏を原則とするも、人口が20万人未満の二次医療圏が161か所、100万人以上の二次医療圏は25か所あることから、必要に応じて見直しについても触れており、具体的区域については、今後のガイドラインを作成する際に検討すべきとしている。

◎ほうじゅグループと芳珠記念病院の取組

ほうじゅグループ（**写真１**）は芳珠記念病院と関連施設の総称で、「仲よく楽しく人と社会を健康に」をモットーに、石川県能美市辰口地区を中心に様々なサービスを提供している。

■医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院は1983年6月13日に前理事長の「信念」と地域・行政の「要望」が共鳴して誕生した公益的民間総合病院
■併設の社会福祉法人 陽翠水等と共につくる「ほうじゅグループ」は予防・医療・介護・福祉・子育て複合体

写真１　ほうじゅグループ

◎エピローグ

2024年５月22日に開催された「第３回新たな地域医療構想等に関する検討会」において、現在の77歳は50年前の77歳と比べると劇的に若返っており、その変化を将来に向けての病床や高齢者施設のベッド数予測に反映すべきであるとの意見があった。団塊世代が高齢虚弱マルチモビディティ患者の多くを占めるようになれば、乏しいエビデンスより十分なQOLを求める患者を支え、入院なら個室、在宅なら訪問診療を選択する方が増えると思う。

◇

講演後の質疑応答では、

①「芳珠記念病院では地域包括医療病棟に移行する考えはあるか」との質問に対し、「どうしたら一番地域のニーズに合うか、職員が一番働きやすいのか、一番利益がでるのは何かというパズルを紐解いているが、なかなか埋まらず、地域包括医療病棟を届け出できていないのが現状である」との回答があった。

②「地域包括医療病棟の施設条件は緩和されるのか、また急性期一般病棟の条件を厳しくし、地域包括医療病棟に転換しなければならない状況追い込んでいくのか」との質問には「急性期一般病棟１と２～６は、今後別物扱いになる気がしている。地域包括医療病棟では、様々なところより内科系疾患患者を多く受け入れる病院・病棟も転換できる施設基準にして欲しいとの意見も出てくると思う。このことについては厚生労働省も認識している。次の改定では地域包括医療病棟は内科系の高齢者疾患が多い場合でも開設できる基準にしていただかないと、急性期一般病棟から地域包括医療病棟へ移行できないので、しっかり提言していきたい」との回答があった。

③「地域包括医療病棟の人員配置の問題は、これ以上緩和されることはないとお考えか」との質問に対して、「日本病院団体協議会議長の立場で協議会後の記者会見で、現在の診療報酬は人員配置を評価するものとなっているが、医療人材を容易に確保できない状況なので、プロセス評価やアウトカム評価に置き換えてはどうか提案している」との回答があった。

◇

当日ご参加・ご視聴いただいた参加者へ御礼申し上げる。

感染症関連情報

感染症に関する日本医師会からの通知等は、北海道医師会ホームページ「医師の皆様へ－感染症情報」に掲載しています。

ＵＲＬ：http://www.hokkaido.med.or.jp/doctor/infection.html