

2014 年度診療報酬改定の検証と今後の課題

ー地域包括ケアシステムを見据えた取り組みー

光 吉 五 朗

キーワード：診療報酬改定、地域包括ケア病床、病棟編成、地域包括ケアシステム

1. はじめに

2014 年 5 月 14 日に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」（医療介護総合確保推進法）が衆議院を通過し、6 月 18 日には参議院本会議で可決され、6 月 25 日に公布された。今回の医療法改正は、700 万人の団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を目標とした、医療と介護の提供体制改革へ向けての施策である。

2014 年度診療報酬改定は、2013 年 8 月の「社会保障制度改革国民会議」報告書に基づいて基本方針が描かれ、実施された。こちらでも 2025 年に向けた「社会保障・税一体改革」の方針が貫かれたほか、施設基準の厳格化による病院機能分化が進められた。

A 市にあるケアミックス B 病院が今後にあたって目指すべき姿とそれに向けての理想的な病棟編成、限られた医療資源を再編・活用し、患者・住民が安心できる地域の医療提供体制づくりに向けて、果たすべき役割を提示することが本論文の目的である。

2. A 市 B 病院の現状

2-1. 病院を取り巻く環境

地域医療は、存在する地域や医療状況によって課題や対応が異なる。A 市は 2014 年時点で人口約 8 万人、高齢化率 26.9%、要支援と要介護を合わせて 3,953 人である。高齢化率の推計予測をみると、10 年後（2025 年）には 31.8%、要介護 5,070 人となっている。

A 市においても、2012 年度を初年度とする 3 ヶ年計画「第 5 期高齢者保健福祉計画

及び介護保険事業計画」を策定し、安心して暮らせるまちづくりの展開、健康づくりや介護予防の推進、介護サービスを適切に提供する体制づくり、高齢者を地域で支えるネットワークづくりなどに取り組んできた。しかし、高齢化の進行に伴う介護給付費の増加に加え、事業者による適正なサービスの提供や人材の確保などのサービス基盤の充実、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるための仕組みである「地域包括ケアシステム」の実現に関しては、なお継続的な課題として残っている。

2-2. B病院の現状と課題

近隣には同規模のケアミックス病院が多く、急性期患者の多くは近隣の都市部に流出している。主な診療科は内科と整形外科であり、患者層は後期高齢者の比率が高い。患者特性から判断すると、急性期医療を必要とする患者は少なく、回復期と慢性期の患者が混在している。社会的な入院も少なからず存在するため、平均在院日数は伸びがちである。入院機能も一部の診療科に限定した非救急の入院患者に対しての医療提供が中心であり、要介護者や高齢者の医療などに偏った特徴がある。手術・早期の急性期患者とリハビリ・長期の慢性期患者との区分が曖昧であり、患者の疾病状態に応じた病棟編成がなされていない。

病床数は109床（一般56床、医療療養53床）で、一般56床のうち亜急性期が5床であった。一般病棟入院基本料は10対1である。今回の改定により亜急性期病床が廃止されたため、必然的に病室単位である亜急性期5床を地域包括ケア病床5床に変更せざるを得なかった。B病院は2013年7月1日から2014年6月30日の1年間において一般病棟の病床利用率は81.8%であったが、平均在院日数が21.6日であり10対1の維持が非常に難しい状況であった。

顕在化した問題が放置されたままで、しかも職員はその問題解決を行わなければならないという意識が低く、停滞した状態であった。院長の第一の思いは地域医療を支える病棟編成と職員の育成である。そこで、病棟編成を改善し、患者の疾病状態に応じた治療を行う体制をつくることにより、より質の高い医療と利益の向上を図ることを目的とした。また、職員全員がコスト意識と経営状態の現状認識を高める事を主眼とし、病棟編成（一般病床56床）シナリオを踏まえた医業収益の差異を明らかにすることにした。

3. 2014年診療報酬改定を受けてのB病院の課題

図表1は本稿で取り上げるB病院の病棟編成に向けた4通りのシナリオを示したものである。また、続く図表2は当該シナリオの評価に際して使用したデータ、そして図表3は関連する指標の計算式を表したものである。

図表1：B病院における病棟編成4つのシナリオ

- シナリオ1：56床（そのうち5床は病室単位の地域包括ケア入院医療管理料2）を現状のまま、10対1で維持する
- シナリオ2：56床（そのうち13床は病室単位の地域包括ケア入院医療管理料2）を13対1に基準を下げる
- シナリオ3：56床（そのうち26床は病室単位の地域包括ケア入院医療管理料2）を現状のまま、10対1で維持する
- シナリオ4：56床を全て地域包括ケア病棟入院料2にする

図表2：B病院のシナリオに使用したデータ

- 10対1平均単価 ¥30,300（2014年B病院実績）
- 13対1平均単価 ¥28,190（10対1入院基本料との差額211点で推計）
- 地域包括ケア病床平均単価 ¥26,471（2014年12月～2015年5月）
- 一般病床利用率 81.8%（2014年12月～2015年5月）
- 看護職員平均年棒 412万円（B病院実績）

図表3：B病院のシナリオに使用した計算

- 病床利用率：在院患者延数 / (病床数 × 365) × 100%
- 看護職員1日最低必要人数（10対1の場合、値は小数点以下繰り上げ）：入院患者数 / 10 × 2（2交代制） × 1.5（勤務表を回すため）、病室単位の地域包括ケア入院医療管理料の場合は10対1の計算で行う
- 看護職員1日最低必要人数（13対1の場合、値は小数点以下繰り上げ）：入院患者数 / 13 × 2（2交代制） × 1.5（勤務表を回すため）、病室単位の地域包括ケア入院医療管理料の場合は13対1の計算で行う
- 看護職員1日最低必要人数（地域包括ケア入院料の場合は13対1の計算、小数点以下繰り上げ）：入院患者数 / 13 × 2（2交代制） × 1.5（勤務表を回すため）

3-1. 10対1入院基本料51床、地域包括ケア病床5床のシナリオ1

このシナリオ1はB病院の現在の病棟編成であり、2013年11月に13対1から10対1にアップグレードしたものである。そもそも在院日数がクリアできないことが問題であり、現在の医療提供体制では難しいため、このシナリオは非現実案である。

図表4：10対1入院基本料51床、地域包括ケア病床5床のシナリオ

1. 予想年間収入

病棟種別	項目	データ
10対1入院基本料	10対1単価	¥30,300
	病床数	51
	病床利用率（43名/日確保するため）	84.3%
	入院患者数/日	43
	①10対1の年間収入	¥475,558,500
地域包括ケア病床	地域包括ケア病床単価	¥26,471
	病床数	5
	病床利用率	100%
	入院患者数/日	5
	②地域包括の年間収入	¥48,309,575
収入合計（A）	①+②	¥523,868,075

2. 年間の看護要員の人件費

職種	項目	データ
看護職員	①1日最低必要人数（患者47名）	10
	② ①×1.5（勤務表を回すため）	15
	③平均年棒 412万円（B病院実績）	¥61,800,000
固定費の合計(B)	③	¥61,800,000

3. 収入－看護要員の人件費、人件費比率等

(A)－(B)	¥462,068,075
看護要員の人件費比率	13.4%

（出所：筆者作成）

3-2. 13 対 1 入院基本料 43 床、地域包括ケア病床 13 床のシナリオ 2

シナリオ 2 は一般病床を 13 対 1 とする案であり、これにより在院日数は現状よりもクリアしやすくなる。また、地域包括ケア病床を 13 床に増やすことで、一般病床からの転入と地域包括ケア病床の退院調整を上手に行えば病床利用率はほぼ 100%を維持できると予想される。13 対 1 にダウングレードすることで、10 対 1 との差額 2,110 円×36 床×365 日=27,725,400 円の減収となる。人件費は 13.4%から 11.1%に少し下がるが、結果的に収益は 3.4%悪化する。

図表 5 : 13 対 1 入院基本料 43 床、地域包括ケア病床 13 床のシナリオ

1. 予想年間収入

病棟種別	項目	データ
13 対 1 入院基本料	13 対 1 単価	¥28,190
	病床数	43
	病床利用率 (36 名/日を確認するため)	83.7%
	入院患者数/日	36
	①13 対 1 の年間収入	¥370,416,600
地域包括ケア病床	地域包括ケア病床単価	¥26,471
	病床数	13
	病床利用率	100%
	入院患者数/日	13
	②地域包括の年間収入	¥125,604,895
収入合計 (A)	①+②	¥496,021,495

2. 年間の看護要員の人件費

職種	項目	データ
看護職員	①1 日最低必要人数 (患者 48 名)	8
	② ①×1.5 (勤務表を回すため)	12
	③平均年棒 412 万円 (B 病院実績)	¥49,440,000
固定費の合計 (B)	③	¥49,440,000

3. 収入－看護要員の人件費、人件費比率等

(A) - (B)	¥446,581,495
看護要員の人件費比率	11.1%

(出所：筆者作成)

3-3. 10対1入院基本料30床、地域包括ケア病床26床のシナリオ3

シナリオ3は10対1の一般病床を30床に減らし、地域包括ケア病床を26床に増やす案である。これにより病床回転率が上がることが予想される。収入合計は4つのシナリオの中では最も高くなる。しかし病棟全体で10対1に準じた看護職員が必要なため、看護要員の人件費率は15.3%と高くなり、結果的に約1%の減収となる。

図表6：10対1入院基本料30床、地域包括ケア病床26床のシナリオ

1. 予想年間収入

病棟種別	項目	データ
10対1入院基本料	10対1単価	¥30,300
	病床数	30
	病床利用率(25名/日を確認するため)	83.3%
	入院患者数/日	25
	①10対1の年間収入	¥276,487,500
地域包括ケア病床	地域包括ケア病床単価	¥26,471
	病床数	26
	病床利用率	100%
	入院患者数/日	26
	②地域包括の年間収入	¥251,209,790
収入合計(A)	①+②	¥527,697,290

2. 年間の看護要員の人件費

職種	項目	データ
看護職員	①1日最低必要人数(患者50名)	11
	② ①×1.5(勤務表を回すため)	17
	③平均年棒 412万円(B病院実績)	¥70,040,000
固定費の合計(B)	③	¥70,040,000

3. 収入－看護要員の人件費、人件費比率等

(A)－(B)	¥457,657,290
看護要員の人件費比率	15.3%

(出所：筆者作成)

4. 地域包括ケアシステムを見据えた経営戦略

4-1. 地域包括ケア病床を推進する背景

2014年度診療報酬改定は、まさに医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等の2点に絞られた改定である。その議論の中心である中医協（中央社会保険医療協議会）のなかでも「地域包括ケア」という言葉がたびたび登場し、同改定は本格的な「地域包括ケア時代」の幕開けとなった。

なかでも中小病院として最も注目すべき点は、やはり7対1病棟から療養病床まで各種病院病床に既存の老健と同様に「在宅復帰率」が条件として入ったことである。急性期病院（7対1病棟）75%以上、地域包括ケア病棟70%以上、療養病床（在宅復帰機能強化加算の場合）50%以上、在宅復帰支援型老健（50%以上または30%以上）などのように、医療機能をもった施設に対してすべて在宅復帰率を課し、それを取得していない場合は少なくとも7対1病棟からの患者の流れが止まる仕掛けを組み込んだのだから驚きである。

特定除外患者と短期滞在手術が平均在院日数から除外され、一般病棟の「重症度、医療・看護必要度」がより厳しく見直されたことにより、7対1病棟の平均在院日数と在宅復帰率をクリアすることが困難になった病院も少なくないと思われる。

また10対1病棟は、「在宅復帰対象病床」から外されたことにより7対1病棟からの紹介患者は望めず、平均在院日数と新しい重症度、医療・看護必要度をクリアするのは、自院のみで対象患者を地域から集められるような病院に限定されると思われる。

となれば地域の実情にもよるが、中小病院の方向性としては「地域包括ケア病棟（病床）」か、回復期リハビリテーション病棟、または在宅復帰強化加算を取れる20対1の療養病床への転換を一度は視野に入れるべきであろう。なぜなら今後7対1や10対1病棟から地域包括ケア病棟への転換が進めば、療養病床として安閑としていては、患者は1人も流れてこなくなってしまうことになるからである。

療養病床から地域包括ケア病棟への転換に対して、その急性期医療の能力に一部疑問を呈する意見もあるようだが、療養病床もさすがに自院の能力は知っており、患者本人や家族の意向に沿いながら、近隣の高度急性期・急性期病院、さらには単科の専門診療所等との綿密な連携の下で、自院の医療機能を最大限に発揮できる道を探ることになる。その意味で、在宅復帰機能強化加算の計算式から「病状の急性増悪等により、他の医療機関（当該医療機関と特別の関係にあるものを除く）での治療が必要になり、転院した患者」が除かれたことにより、この連携はより促進され、それぞれ地

域ごとに7対1、10対1病棟の急性期機能とのすみわけが進む可能性がある。これこそがまさに、地域包括ケアにおける中小病院のあり方そのものではないだろうか。

4-2. 地域包括ケア病棟の施設基準

地域包括ケア病棟の施設基準等について地域包括ケア病棟とは、急性期治療を経過した患者およ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病棟または病室である。

平成26年度診療報酬改定において新設されたものであり、その内容は以下の通りである。

[報酬点数]

- 地域包括ケア病棟入院料1 2,558点(60日まで)
- 地域包括ケア病棟入院医療管理料1 2,558点(60日まで)
- 地域包括ケア病棟入院料2 2,058点(60日まで)
- 地域包括ケア病棟入院医療管理料2 2,058点(60日まで)
- 看護職員配置加算 150点
- 看護補助者配置加算 150点
- 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(14日まで)

[施設基準等]

- ①疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること。
- ②入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④許可病床200床未満の医療機関にあつては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、および専任の在宅復帰支援担当者1人以上の配置。
- ⑥一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上。
- ⑦以下のいずれかを満たすこと。
 - ア) 在宅療養支援病院
 - イ) 在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績

ウ) 二次救急医療施設

エ) 救急告示病院

⑧データ提出加算の届出を行っていること。

⑨リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。

⑩平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはいできない。

⑪在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）

⑫1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）

看護職員配置加算：看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上看護補助者配置

加算：看護補助者が25対1以上（原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる）

救急・在宅等支援病床初期加算：他の急性期病棟（自院・他院を問わず）、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定。

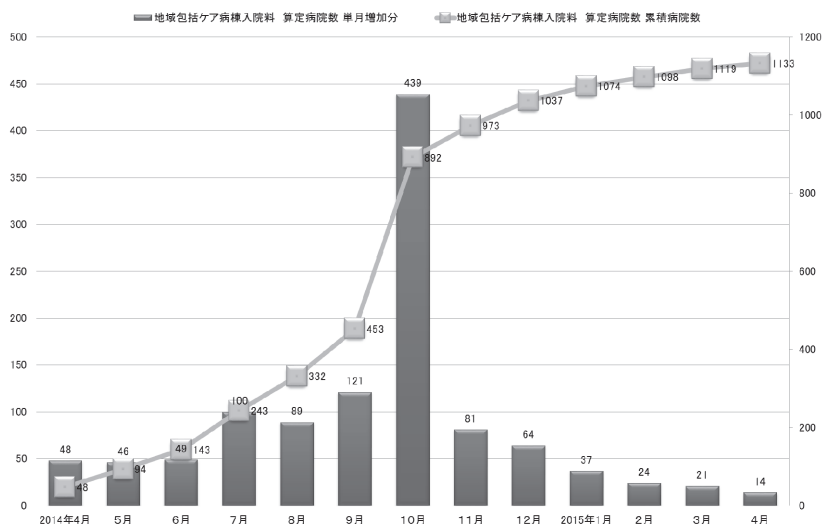
[留意事項]

- ・地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）の施設基準⑧データ提出加算の届出については、平成27年4月1日から適用するものとする。
- ・地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1の施設基準⑫居室面積については、平成27年3月31日までに届出を行った医療機関にあっては、壁芯での測定でも差し支えない。

4-3. 地域包括ケア病棟への転換状況

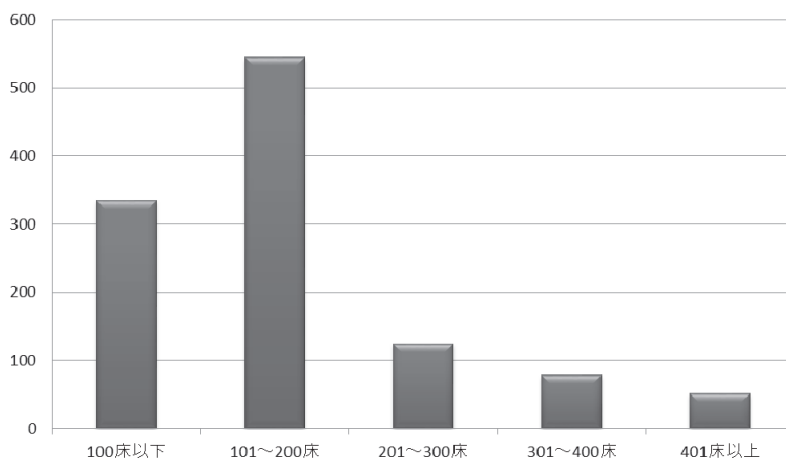
グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン（GHC-J）の集計によると、2014年4月から2015年3月における地域包括ケア病棟の届出数は1,133病院である。2014年10月に急増したが、それ以降は微増である（図表7参照）。また、200床以下の中小病院からの届出が中心である（図表8参照）。

図表7：地域包括ケア病棟入院料 算定病院数



(出所：「メディウォッチ」グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンを改変)

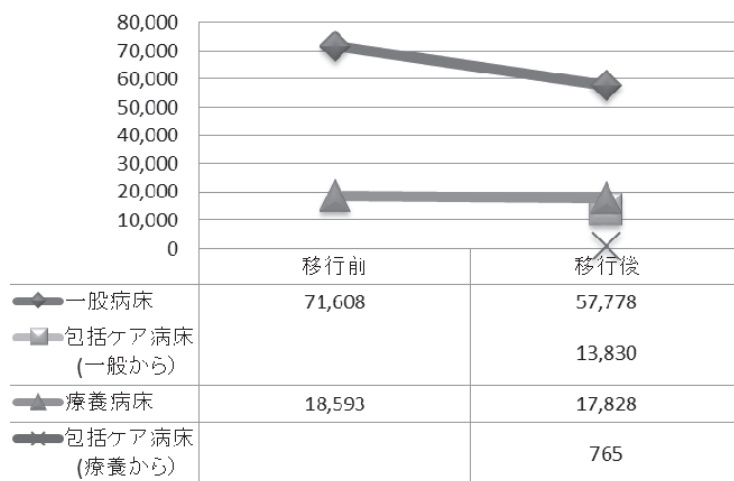
図表8：病床規模別 地域包括ケア病棟算定病院数



(出所：「メディウォッチ」グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンを改変)

病床数は、確認できる 24 道県だけで 1 万 4,595 床であり、そのうち一般病床からの移行が 1 万 3,830 床、療養病床からの移行が 765 床であった（図表 9 参照）。

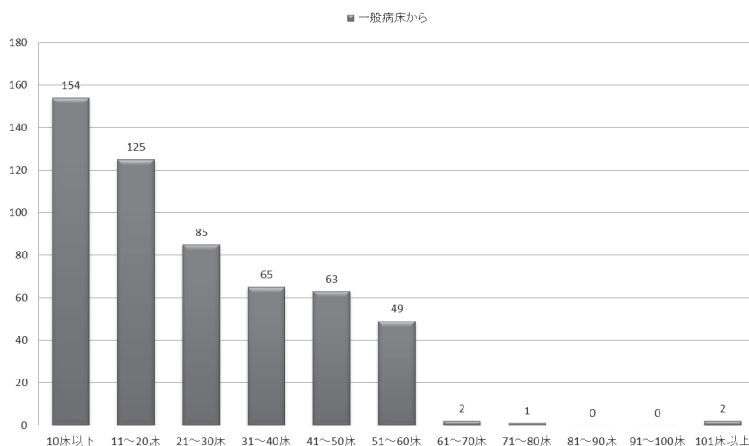
図表 9：一般・療養病床区分別 病床数移行状況



(出所：「メディウォッチ」グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンを改変)

また、1 病院あたりの地域包括ケア病床数は、10 床以下が 154 病院と最多で、病棟単位での導入となる 40 床以上の病院はまだ少ない（図表 10 参照）。

図表 10：設置した地域包括ケア病床数（一般病床からのみ記載）



(出所：「メディウォッチ」グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンを改変)

4-4. A市における地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例

A市では二次医療圏レベルでの医療・介護連携に向けての取り組みを2012年度から行っている。具体的には保健所と包括支援センターがコーディネーターとなり、圏域内の病院の看護師及び居宅の介護支援専門員（ケアマネジャー）をそれぞれ組織化した上で、病院・介護連携を実現している。

保健所の活動としては、圏域の看護協会に病院・介護連携に向けて居宅介護支援専門員との協議を行うことを提案し、結果として圏域の病院を組織化している。また、スムーズな退院調整システム構築をめざして居宅介護支援専門員に対する要望や課題の抽出を取りまとめ、病院と居宅介護支援専門員の協議へと調整している。

地域包括支援センターの活動としては、退院調整の現状を把握するため、居宅介護支援専門員へアンケートを実施した。その結果、市民は入院する時、通常二次圏域以上に広がっているケースが多いことがわかった。また、保健所と協力して全居宅介護支援事業所に呼びかけ、圏域の居宅介護支援専門員を組織化した。居宅介護支援専門員協議において、病院から欲しい情報、望ましい退院調整ルール等を確認するようにした。

以上の活動の成果として、病院・居宅介護支援専門員協議の連携調整を行い、圏域全体での退院調整ルールを確立した。協議前には要介護者の退院調整なしでの退院率は43%であったが、運用後2ヶ月で12%減少（改善）した。居宅介護支援専門員からの入院時情報提供は、61%から77%に改善した。「病院—在宅連携ルール（手引き）」を作成し、誰でも病院との連携がスムーズに行えるようにした。

上述のようにA市では医療・介護連携の意識が高まりつつある。B病院が地域に先駆けて地域包括病棟を編成することで、地域の住民や他の医療機関から求められている医療へのシフトが可能になると考えられる。

4-5. 地域包括ケア病床56床の場合のシナリオ4

図表11は56床全てを地域包括ケア病床に転換したケースを病床稼働率毎にシミュレーションしたものである。病床稼働率毎の予想医業収益や人件費率のほか、シナリオ1,2,3それぞれの医業収益との差を示している。この図表からは病床稼働率が77~88%までは他のシナリオとの差額がマイナスで、89%からプラスに転じていることがわかる。

図表 11：地域包括ケア病床 56 床のシナリオ

◆地域包括ケア病床56床の場合							
地域包括ケア稼働病床数			43	44	45	46	47
病床稼働率		%	77	79	80	82	84
地域包括ケア平均単価(2,058点)	26,471	円	415,462,345	425,124,260	434,786,175	444,448,090	454,110,005
合計			415,462,345	425,124,260	434,786,175	444,448,090	454,110,005
①看護職員1日最低必要人数		人	4	4	4	4	4
②勤務表を回すための必要人数		人	6	6	6	6	6
③平均年棒412万円(B病院実績)		円	28,260,000	28,260,000	28,260,000	28,260,000	28,260,000
看護職員年間固定費		円	28,260,000	28,260,000	28,260,000	28,260,000	28,260,000
医業収益		円	387,202,345	396,864,260	406,526,175	416,188,090	425,850,005
人件費率		%	7.3	7.1	7.0	6.8	6.6
一般病床稼働率82-84%とした場合							
10対1、地域包括5床との差		円	-60,266,230	-50,604,315	-40,942,400	-31,280,485	-21,618,570
13対1、地域包括13床との差		円	-65,040,205	-53,980,705	-42,921,205	-35,981,705	-24,922,205
10対1、地域包括26床との差		円	-66,914,945	-57,253,030	-47,591,115	-37,929,200	-28,267,285

◆地域包括ケア病床56床の場合							
地域包括ケア稼働病床数			48	49	50	51	52
病床稼働率		%	86	88	89	91	93
地域包括ケア平均単価(2,058点)	26,471	円	463,771,920	473,433,835	483,095,750	492,757,665	502,419,580
合計			463,771,920	473,433,835	483,095,750	492,757,665	502,419,580
①看護職員1日最低必要人数		人	4	4	4	4	4
②勤務表を回すための必要人数		人	6	6	6	6	6
③平均年棒412万円(B病院実績)		円	28,260,000	28,260,000	28,260,000	28,260,000	28,260,000
看護職員年間固定費		円	28,260,000	28,260,000	28,260,000	28,260,000	28,260,000
医業収益		円	435,511,920	445,173,835	454,835,750	464,497,665	474,159,580
人件費率		%	6.5	6.3	6.2	6.1	6.0
一般病床稼働率82-84%とした場合							
10対1、地域包括5床との差		円	-11,956,655	-2,294,740	7,367,175	17,029,090	26,691,005
13対1、地域包括13床との差		円	-13,862,705	-2,803,205	8,256,295	11,075,795	22,135,295
10対1、地域包括26床との差		円	-18,605,370	-8,943,455	718,460	10,380,375	20,042,290

◆地域包括ケア病床56床の場合						
地域包括ケア稼働病床数			53	54	55	56
病床稼働率		%	95	96	98	100
地域包括ケア平均単価(2,058点)	26,471	円	512,081,495	521,743,410	531,405,325	541,067,240
合計			512,081,495	521,743,410	531,405,325	541,067,240
①看護職員1日最低必要人数		人	5	5	5	5
②勤務表を回すための必要人数		人	8	8	8	8
③平均年棒412万円(B病院実績)		円	37,680,000	37,680,000	37,680,000	37,680,000
看護職員年間固定費		円	37,680,000	37,680,000	37,680,000	37,680,000
医業収益		円	474,401,495	484,063,410	493,725,325	503,387,240
人件費率		%	7.9	7.8	7.6	7.5
一般病床稼働率82-84%とした場合						
10対1、地域包括5床との差		円	28,112,920	37,774,835	47,436,750	57,098,665
13対1、地域包括13床との差		円	33,194,795	44,254,295	55,313,795	62,253,295
10対1、地域包括26床との差		円	21,464,205	31,126,120	40,788,035	50,449,950

(出所：筆者作成)

5. 考察

5-1. なぜ地域包括ケア病床 56 床のシナリオが最強なのか

56 床全てを地域包括ケア病床に転換したケースでは、他のシナリオと比較した損益分岐点（一般病床の稼働率 82～84%と仮定）は病床稼働率 89%である。つまり 89%以上の病床稼働率を保つことができれば、その転換は間違っていなかったことになる。

地域包括ケア病床は自院外来からはもちろんの事、他病院の 7 対 1 病棟や 10 対 1 病棟からの紹介患者が充分に見込まれるため、病床稼働率を 95%以上保つことは可能と予想される。そのため 60 日間入院可能な地域包括病棟に切り替えることで増収が見込まれる。看護職員は 13 対 1 の基準となり、看護要員の人件費率は 6.0～7.9%と非常に低い。

したがって、平均在院日数が長く、一般病床の入院単価が決して高くない B 病院は地域包括ケア病床に転換した方が賢明である。現状ではこれが最強のシナリオではないかと考えている。

今後は高齢化の一層の進展により、支援体制の充実が急務である。B 病院が急性期医療病院として対抗することは、医療機器設備の充実や専門医の確保など超えるべき高いハードルがあった。また、高齢者中心の B 病院の入院患者層と地域性を考慮すると、急性期病院として競合することを避けて、地域包括病床を核として在宅までカバーした切れ目のない医療を提供する独自のポジションを得る戦略をとることにした。その内容は一般急性期病床を廃止して地域包括ケア病床に転換することにより、急性期医療病院にはない地域に根差したきめ細かな医療を提供することである。

5-2. 病床再編に伴う課題

5-2-1. 病院設備の問題

地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準では以下のような規定がある。

「病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8 メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が 1.8 メートル(両側居室の場合は 2.7 メートル)に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は 1.8 メートル(両側居室の場合は 2.7 メートル)未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年 1 回

報告を行うこと。」

B病院は廊下の幅が両側居室で2.27mであるため、地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準を満たせず地域包括ケア入院医療管理料2で届出している。地域包括ケア入院医療管理料1と比較すると500点低いため、56床では94.6%(53床)の稼働率と仮定した場合、年間96,725,000円もの収益差がある。廊下の幅が狭いことによる減収はかなり大きい。

5-2-2. 看護師配置の問題

一般病床を全て地域包括ケア病床に変換することで、施設基準上では余剰人員となる看護師の配置転換問題が生じる。今後は訪問看護ステーションなどの在宅医療に起用するケースも考えられる。看護師サイドから見れば、異動は病棟の夜勤手当がなくなるという収入減の問題や、在宅医療をするには看護師としての技術や知識への不安感等の解決すべき点も多い。

また、退院時に生活地域における連携を目的とした退院調整を専任とする看護師を育成し、在宅医療へスムーズに移行するマネジメントができる能力を養う必要がある。そうすることにより病棟看護師の負担軽減につながり、限られた入院期間中に質の高い看護を提供できるようになる。

5-2-3. 医師をはじめとした職員の意識改革

地域包括ケア病棟では患者の心身を総合的に診る全科診療、つまりプライマリ・ケアを意識した医療が必要となる。プライマリ・ケアとは、「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」と定義されており、円滑な退院への医療・介護連携を図るためには是非とも実践したい機能である。

これからの医師に必要とされるのは、家庭医や総合診療医とも訳されるプライマリ・ケア医のような役割である。医療者としての「責任性」はプライマリ・ケアに限ったことではないが、『充分な説明の中で受療者との意思疎通を行うこと』や、『医療内容の質の維持、見直し』はもちろんのこと、『プライマリ・ケアに関わる医療者の生涯教育や、今後、プライマリ・ケアの現場に出る医療者の後進育成』についても責任をもって実践していくことが今後もより一層求められている。このような視点に立ち、医療、福祉、介護、保健を提供し続けていくことがプライマリ・ケアの根幹を

なす部分である。

自分の専門以外の分野を学ぶことが出来る機会が増えるような施策を構築することで、地域包括ケアシステムに向けての医師の意識改革が進むのではないだろうか。また、高齢期の疾病を生活機能障害の視点から理解し、患者や家族の生活面から病因を推測するアプローチが主になっていかなければならないであろう。

地域包括ケア病床に転換することに対して、現場で働く職員の理解が得られるだろうかという懸念が生じるが、地域包括ケア病床の役割を明確にし、併せて図表 11 のデータを示して説明することで、意識改革していくことができるであろう。

B病院の建物自体も老朽化してきており、近い将来に建て替えをすることを念頭に入れて、地域包括ケアシステムに向けた病院づくりを考えていかなければならない。

6. 結び

今日の医療体制は、資源の活用を図るためにも機能分化という医療機関間の役割分担と、施設完結型から地域完結型という地域連携重視の下、地域生活を重視した支える医療へ、つまり地域包括ケアの推進へ根本的な見直しを余儀なくされている。

これからの中小病院に求められるのは、たとえ完治せず疾病や障害をもったままでも、「元の生活に戻る」ことを目的とした医療を充実させることである。入院によって患者の生活能力や生きる気力が低下し、地域や家族とのつながりが切られてしまい、入院前後の生活が分断することがないように努めなければならない。入院を出来るだけ短期間に絞り込み、入院した日からリハビリテーションを積極的に行ってADLの低下を最小限に防ぎ、元の生活に戻すことが出来るように地域連携を図っていく事が重要である。

したがって、これからの中小病院は小回りが利く機能を生かしながら地域包括ケア病床を通して、患者の思いに寄り添った医療を「地域単位」で提供できるようコーディネートする機能をいかに発揮できるかが生き延びる鍵となるのである。

現在の自院の立ち位置と将来のあるべき姿を地域の住民や自院の職員に明確にしたうえで、その方向に向かって全職員一丸となって取り組んでいく姿勢が求められるであろう。

謝辞

本論文の作成にあたり厳しくも優しい指導を賜りました、兵庫県立大学大学院経営研究科 小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授をはじめ多数の先生方に深謝いたします。また、B病院の協力していただいた方々、一緒に学んだ第5期生の仲間たちに感謝いたします。

参考文献（引用文献を含む）

- [1]池端幸彦（2014）『医療連携と地域包括ケア-中小病院の立場から-』日医雑誌 143 巻・第4号 768-771 頁
- [2]工藤高 寄稿・市川剛志 編集主幹（2014）『2014 年度診療報酬改定の検証』Healthcare note (No.14-08) 野村証券株式会社
- [3]厚生労働省（2014）『平成 26 年度診療報酬改定の概要』平成 26 年 3 月 19 日版：10
- [4]高橋紘士・武藤正樹 共編（2015）『地域連携論』オーム社
- [5]田中滋（2014）『地域包括ケアの概念と変遷』日医雑誌 143 巻・第4号 741-745 頁
- [6]豊田育子・國澤英雄・足立明隆（2014）『病院経営の戦略と戦術』成文堂
- [7]櫃本真幸（2014）『医療連携と地域包括ケア-大学病院の立場から-』日医雑誌 143 巻・第4号 765-767 頁
- [8]武藤正樹（2014）『病床機能報告制度と地域医療ビジョン』看護管理 24 巻・第8号 763-767 頁
- [9]村上紀美子（2014）『納得の老後』岩波新書

引用ホームページ

- [1]地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例
<http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/files/282294tatunosi.pdf>(2015年8月9日アクセス)
- [2]地域包括ケアを支援する病棟の評価
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039380.pdf> (2015年8月12日アクセス)
- [3]増える「地域包括ケア病棟」デビュー
<http://www.recruit-dc.co.jp/rdc/feature/1507/a/> (2015年8月9日アクセス)
- [4]プライマリ・ケアとは
<http://www.primary-care.or.jp/paramedic/> (2015年8月12日アクセス)