

地域包括ケア病棟を持つ病院に転送される仕組みが必要である。また、逆に地域包括ケア病棟に運ばれた患者の病態によっては、そこからより高度な救急医療が提供できる施設への転送ができるようになっていることも必要である。緊急時の患者搬送のパスについてあらかじめ関係者間で十分な協議を行っておくことが望ましい。また、制度面での対応も必要であろう。

ところで、以上のような3つの機能に加えて「レスパイト入院」も地域包括ケア病棟の役割として重要である。在宅でのケア提供は多くの場合、家族のインフォーマルケアを必要とするが、その場合の家族の心理的・肉体的負担は大きい。老々介護になっている場合はなおさらである。医療ニーズの高い患者のレスパイトケアをする仕組みが、在宅ケアを充実させるためには不可欠である。もちろんこうした形態の入院が乱用されることは防止しなければならない。そのためにもこうしたレスパイトケアの事例について収集した上で、一定のガイドラインを策定する必要があると考える。

## (2) 介護

地域包括ケア病棟を退院する患者については、自宅に戻るのではなく介護施設やサービス付き高齢者住宅、グループホームなどに入る者も相当数になるであろう。したがって、ADL レベルや病状、家族の状況などを勘案して、入院時から退院後に向けて調整を行うケースマネジメント機能が地域包括ケア病棟には求められる。患者の持つ医療ニーズを考えれば、この際のケースマネジメントは看護診断・看護計画的な視点が不可欠となる。すなわち対象者の持つリスクを評価し、そのリスクが顕在化しないような予防サービスのケアプランを考えることができるケースマネジメントである。こうした力量を持った調整担当看護師が病棟に存在し、在宅を担うケアマネージャーと十分な情報共有をする体制をいかに作るかが課題である。尾道市医師会方式では退院前カンファレンスが地域システムとして体系化されており、そこで医療側・介護側の関係者及び患者とその家族が退院後のケアについて総合的に話し合い、ケアプランが策定される仕組みとなっている<sup>6),7)</sup>。

このような退院前カンファレンスの仕組みが地域包括ケア病棟に実装されていることが、医療と介護との協働のためには不可欠であると考えられる。

## (3) 予防

地域包括ケア病棟を利用する患者の多くは複数の医療・介護リスクを持つ高齢者である。例えば、脳梗塞の後遺症で左半身麻痺と軽度の嚥下障害のある要介護度3の誤嚥性肺炎患者を考えてみよう。こうした高齢者は適切な予防的管理を行わなければ、誤嚥性肺炎による入退院を繰り返す可能性が高い。こうした高齢患者やその家族に体位交換や口腔ケアの方法とその意義、さらには栄養管理や服薬の留意点について入院中に教育・指導することの意義は大きい。フランスではこうした教育・指導を「治療的健康教育 Education thérapeutique」として、看護師・薬剤師・セラピストの職務として明確に定義している<sup>7)</sup>。

我が国の診療報酬においても入院栄養食事指導料など類似のものがあるが、より明確に「治療的健康教育」を診療報酬体系に位置づける必要があると考える。また、そのための教育研修体制も必要であろう。健康教育は対象者がその必要性を実感しているとき、すなわち病気になった時が最も効果的であるという。地域包括ケア病棟入院中は治療的健康教育の非常に適切な機会であると考えられる。

#### (4) 生活支援

筆者らが福岡県において 180 日以上入院・入所している高齢者について行った調査結果によると、退院・対処可能であるにも関わらずそれができない理由の第一のものは在宅での生活に対する不安であった<sup>9)</sup>。特にこうした傾向は独居高齢者で強かった。在宅で暮らすことの安心、すなわち広く生活を支援するという仕組みがなければ、こうした高齢者を在宅でケアすることは難しい。「生活すること」を支援する病院の機能を地域に開放するという発想が求められている。例えば、函館市の高橋病院では在宅高齢者の健康管理システムに買い物支援機能も連動させるという画期的な試みを行っている<sup>9)</sup>。在宅患者の健康状態をモニタリングする携帯端末に買い物注文機能を付加し、患者が在宅で商品を購入し、それを地域の商店街の業者が届けるという仕組みである。

病院ではないが青森市にある石木医院は「朝めし食堂」というコミュニティレストランを運営することで、地域の高齢者の「食生活」を支援している<sup>9)</sup>。また、最近増えている病院に併設されたコンビニエンスストアは「買い物」や ATM による「お金の出し入れ」を支援していると考えられることもできる。さらに本誌でも取り上げられた福岡県北九州市のふらて会西野病院は園芸など種々のアクティビティを地域住民に提供することで「生きがいづくり」を支援している<sup>11)</sup>。私事で恐縮であるが、筆者自身、フランス留学中は昼食や夕食を地域にある病院のレストラン（住民に開放されている）で取ることが少なくなかった。フランスでは病院や高齢者施設がレストランや図書室などを地域住民に開放し（これを社会化 **Socialization** という）、地域の高齢者の生活拠点になっている例が多い。

地域包括ケア病棟は、その概念から言えば「患者の日常生活圏域」に存在しなければならない。日常生活圏域にある病院がこうした生活支援を行うことで、地域品質は大きく向上するであろう。医療法や診療報酬で規定された役割ではないが、地域包括ケア病棟を持つ施設にはこうした役割を果たすことも期待したい。もちろんそれを可能にする制度面での配慮（例えば、生活支援事業に対する自治体からの補助金など）も必要だろう。

#### (5) 住

地域包括ケア病棟が機能するためには、患者が帰ることができる「すまい」があることが前提である。地域包括ケア病棟をも持つ病院がサービス付き高齢者住宅を整備し、医療・介護・生活を総合的に保証する複合体になるという選択肢も当然あるだろう。サービス付き高齢者住宅入居者に対する医療提供に関しては乱用とみなされるような問題事例があっ

たことから平成 26 年度の診療報酬改定で制限がかかった。しかし、それが適切に運用されるのであれば、今後の少子高齢社会においてはサービス提供の効率性を向上させる有効な方法の一つである。行われているサービスの可視化などの適切な対策を導入して、その展開のための再検討が必要であると考ええる。

住に関しては、住政策一般に関する見直しも必要である。公的住宅の住環境の改善に加えて、民間賃貸住宅の利便性を高める工夫が、特に都市部において必要である。例えば、独居高齢者や高齢夫婦世帯の患者が、退院後その病院の近くのアパートに転居したいと希望しても、保証人等の問題でそれができない場合が少なくない。福岡市では社会福祉協議会がコーディネーターとなり、これまで保証人がいない等の理由により、民間賃貸住宅への入居が困難であった高齢者の入居を支援するモデル事業を開始している<sup>12)</sup>。この制度では今まで賃借人が不動産会社を通じて保証会社に支払っていた保証料を、滞納時の立替準備金として不動産会社内で積み立てるという「自社保証方式」を導入することで、協力不動産会社のリスクを回避する工夫がされている。このような仕組みを広め、地域の住環境を整備することも、地域包括ケア病棟が機能する社会環境整備として必要であろう。

### 3. まとめ

地域包括病棟に関しては、今のところ経営的な視点からの議論が主流である。一般病棟からの転換は単体では減収減益だが、7:1 急性期病棟を維持することのメリットを考えるとトータルで増益、療養病床からの転換は看護師やセラピストの確保等の人件費増があるとしても増収増益になるという解説がされているようである。病院経営という経済行為を行っている以上、こうした検討はもちろん必要不可欠なものである。

しかしながら、医療システムを研究している者の立場としては、今一度「なぜ、地域包括ケア病棟なのか？」という理念の確認をしていただきたいと考えている。日本慢性期医療協会・地域包括ケア病棟協会のホームページで武久洋三氏は「地域包括ケア病棟は、遠く離れた地域に住む患者さんが評判を聞きつけて集まるような病棟ではありません。あくまでも、その地域の住民が在宅に復帰するために機能する病棟です」と述べている<sup>13)</sup>。また、会長の仲井培雄氏は「自分の住み慣れた所でずっと暮らせるようにしていくのが、私たちの役割」と述べている<sup>13)</sup>。非常に重要なメッセージであろう。

高度急性期、一般急性期、回復期、慢性期という区分は病期に対応した区分である。高度高齢社会においてはこのような区分では、地域医療のニーズに応えられない。在宅高齢者の高齢化と医療ニーズの高まりにより、施設ケアと在宅ケアの内容もオーバーラップしていく。さらに医療技術・看護技術の進歩が在宅医療を高度なものにしていくと考えられる。こうした新しい環境に対応した病棟機能が必要なのである。フランスでは患者の自宅を病院のベッドとみなし、そこで病院の医療チームが地域の開業医や開業看護師と共同で「入院治療」を行うという在宅入院制度がある<sup>7)</sup>。筆者の私論であるが、地域包括ケア病棟は、将来的にこのようなサービスも行うべきではないかと考えている。

地域包括ケア病棟はその果たすべき役割からも明らかなように、単体では機能しない。ネットワークの中に配置されることが必要であるし、むしろ地域包括ケア体制の中核になることが求められていると考えてよいだろう。例えば、各自治体が設置する「地域包括ケア会議」も、地域包括ケア病棟を持つ組織がその事務局を受託し、運営を行っていく方が良いのではないかと筆者は考えている。モデルは尾道市医師会方式である<sup>6),7)</sup>。

**表 1** は東京都杉並区における推計結果であったが、**表 2** に島根県太田市における推計結果を示した<sup>2)</sup>。太田市の場合、人口減少量が大きいため現在の入院受療率と病床数で、数字上は十分やっていくことができる。しかしながら、大幅に生産年齢人口が減少する中で医療・介護を担う人材をどのように確保するのが大きな課題である。このように医療介護システムの基盤となる地域条件は非常に多様である。したがって、地域包括ケア病棟が担うべき役割やサービス提供のあり方は地域ごとに異なるものにならざるを得ない。前報で地域医療構想は多様性を計画するものであると述べたが<sup>2)</sup>、「ご当地医療」を実現するために地域包括ケア病棟の運用に関しては制度的にも柔軟性が必要である。今後、実践経験を通じて、それぞれの地域から種々の問題提起や改善案が出されるであろう。日本医師会や病院団体、あるいは新たに創設された地域包括ケア病棟協会などがそうした意見をとりまとめ、建設的な議論をリードすることを期待したい。

日本創生会議の出した地域別人口の将来推計の結果が大きな反響を呼んでいる<sup>14)</sup>。しかしながら人口変化の動向は変えられるものでもある。人は安心が保障された「地域品質の高い」地域に集住するようになるだろうし、行政効率を向上させるためのコンパクトシティ構想はそうした動きを加速させるだろう。的外れという批判を受けるかもしれないが、地域包括ケア病棟を「まちづくり」、「地域づくり」の視点から考える大きな構想が必要であるように思う。そのような視点を持つことで地方リノベーション計画（国土交通省）のような他省庁のプログラムとの連動も可能になり、結果として地域包括ケア病棟はその本来の役割を果たせるようになるのと考えている。関係者の積極的な取り組みを期待したい。

#### 引用文献

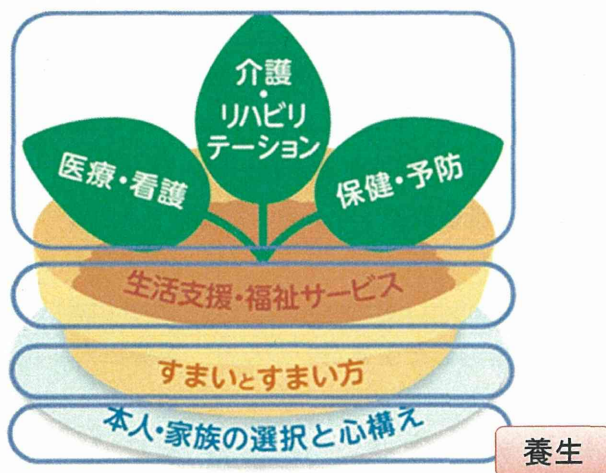
- 1) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書 ～今後の検討のための論点整理～（平成 20 年度 老人 保健 健康 増進 等 事業）、  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>（平成 26 年 10 月 17 日閲覧）
- 2) 松田晋哉：医療計画・地域医療ビジョンとこれからの病院マネジメント第 1 回 地域医療ビジョンと第 6 次医療計画のめざすもの、病院、2014。
- 3) 松田晋哉：平成 25 年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）総括報告書、2014。
- 4) 宇沢弘文：社会的共通資本、東京：岩波新書、2000。
- 5) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書 地域包括ケアシステムの構築におけ

る今後の検討のための論点整理（平成 205 年度老人保健健康増進等事業）、  
[http://www.murc.jp/thinktank/rc/public\\_report/public\\_report\\_detail/koukai\\_130423](http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423)  
（平成 26 年 10 月 17 日閲覧）

- 6) 松田晋哉、片山壽： 地域包括ケアをどのように具体化するのか、社会保険旬報、No.2525: 10-16, 2013.
- 7) 松田晋哉:医療の何が問題なのかー超高齢社会日本の医療モデル, 東京:勁草書房, 2013.
- 8) Matsuda S and Tanaka M: Why does the Japanese Frail Aged Prefer to Stay in the Long Term Care Wards?, APJDM, Vol.4 (2): 41-48, 2010.
- 9) 高橋 肇： 医療・介護連携をシームレスに構築するための IT ネットワークの条件、新医療、No.420: 32-36.
- 10) <http://www.ikiiki-asamushi.net/asameshi-syokudou.html> (平成 26 年 10 月 17 日閲覧)
- 11) 巻頭グラフ： 自然を通じた生きがいがづくり 医療法人ふらて会 西野病院、病院、Vol.72(1): 1-4, 2013.
- 12) 福岡市社会福祉協議会・高齢者受け入れ生活支援サービス [http://www.fukuoka-shakyo.or.jp/work\\_service/life\\_welfare\\_fund.html](http://www.fukuoka-shakyo.or.jp/work_service/life_welfare_fund.html) (平成 26 年 10 月 17 日閲覧)
- 13) 武久洋三、仲井培雄： 日本慢性期医療協会・地域包括ケア病棟協会 急性期病院と慢性期病院の融合を」ー 5 月 15 日の記者会見 <http://chiiki-hp.jp/katsudou/pdf/20140515.pdf>(平成 26 年 10 月 17 日閲覧)
- 14) 日本創生会議： <http://www.policycouncil.jp/> (平成 26 年 10 月 17 日閲覧)



図1 地域包括ケアの概念



出典：地域包括ケア研究会 [http://www.murc.jp/thinktank/rc/public\\_report/public\\_report\\_detail/koukai\\_130423](http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423)

表1 杉並区における必要病床数と平均在院日数の推計結果  
(現在の入院率を前提としたシミュレーション)

参考値

各年度推計病床数	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	635	698	745	788	806	812	829
一般急性期	1,588	1,746	1,864	1,970	2,016	2,031	2,072
回復期	953	1,048	1,118	1,182	1,210	1,218	1,243
医療療養	807	931	1,035	1,138	1,176	1,188	1,237
介護療養	254	298	335	373	385	390	409
精神	1,076	1,152	1,212	1,257	1,285	1,292	1,292
その他	27	29	31	33	34	34	34

病床利用率は、高度急性期 85%、一般急性期85%、回復期85%、医療療養95%、介護療養95%、精神90%、その他50%と仮定  
一般病床は高度急性期：一般急性期：回復期を20:50:30に分割  
医療圏内外の患者移動は考慮していない

各年度平均在院日数 (現状追認シナリオ)	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	15.6	14.2	13.3	12.6	12.3	12.2	12.0
一般急性期	9.4	8.5	8.0	7.5	7.4	7.3	7.2
回復期	62.4	56.8	53.2	50.3	49.2	48.8	47.8
医療療養	201.7	174.9	157.3	143.1	138.5	137.1	131.7
介護療養	391.8	333.6	296.5	266.6	257.8	254.8	242.8
精神	215.6	201.4	191.4	184.5	180.5	179.5	179.5
その他	70.0	65.3	61.4	58.1	56.7	56.5	56.0

2010年の推計病床数で患者数の変化を踏うために必要な在院日数として推計

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究（H25-特別-指定-007）（研究代表者：松田晋哉）

**表2 大田市における必要病床数と  
平均在院日数の推計結果**  
(現在の入院率を前提としたシミュレーション)

参考値

各年度推計病床数							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	84	82	78	76	72	68	62
一般急性期	211	204	195	189	181	169	156
回復期	127	123	117	114	108	102	93
医療療養	110	107	102	103	100	96	88
介護療養	36	35	34	35	34	33	30
精神	124	119	112	104	97	90	82

病床利用率は、高度急性期 85%、一般急性期85%、回復期85%、医療療養95%、介護療養95%、精神90%、その他50%と仮定  
一般病床は高度急性期・一般急性期・回復期を20:50:30に分割  
医療圏内外の患者移動は考慮していない

各年度平均在院日数(現状追認シナリオ)							
年度	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
高度急性期	19.5	20.2	21.1	21.7	22.8	24.3	26.5
一般急性期	11.7	12.1	12.7	13.0	13.7	14.6	15.9
回復期	78.0	80.6	84.6	87.0	91.2	97.3	105.9
医療療養	163.3	167.8	174.9	173.6	178.3	187.3	204.5
介護療養	157.8	162.5	169.0	163.4	165.2	171.7	187.9
精神	260.9	273.1	290.1	312.2	335.0	361.6	393.1

2010年の推計病床数で患者数の変化を賅うために必要な在院日数として推計

出典：平成25年度厚生労働科学研究補助金（厚生労働科学特別研究事業）・今後の医療需要を踏まえた医療機能の分化・連携を促すための地域医療ビジョン策定に向けて把握すべきデータやその活用方法に関する研究(H25-特別-指定-007)（研究代表者：松田晋哉）



---

---

---

---