

# 地域包括ケア病棟入院料の現状と将来像

## ～最大で最強の地域包括ケア病棟～

入江 興 四 郎

キーワード：地域包括ケア病棟、将来人口推移、高齢者救急

### 1. はじめに

わが国は世界各国が経験したことがない人口減少と超高齢化社会を迎えようとしている。わが国が直面している急速な高齢化は、疾病構造の変化を通じて必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた。平均寿命が 60 歳代の社会では救急、延命、治癒、社会復帰を前提とした「治す医療」が必要とされてきた。平均寿命が男女とも 80 歳代の社会では慢性疾患、複数の疾病を抱えるなどの特徴を持つ高齢期の患者が中心となり、病気と共存しながら QOL の維持・向上を重視した「治し支える医療」への転換が求められている。そのような状況の中、限られた医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制実現のために病床再編が進められている。

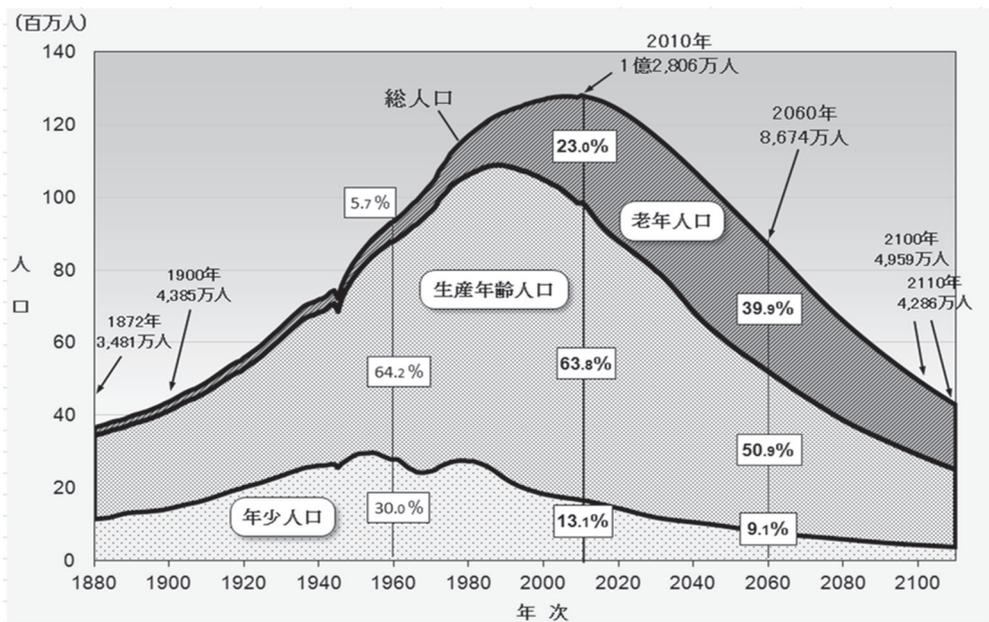
2014 年の診療報酬改定で地域包括ケア病棟入院料が新たに設定された。大都市と地方では高齢化の状況が違い、各地域において有する医療資源・介護資源も異なるなか、地域包括ケア病棟入院料は幅広い患者を受けることができ、さらに多くの機能を兼ね備えている。多様な医療が追求できる地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟が近い将来、最大で最強の病棟になると筆者は考えている。

本論文では人口推移と救急搬送患者件数から地域包括ケア入院料ができた背景をふまえ、地域包括ケア入院料の現状を調査し、そのうえで将来像について提言を行いたい。

## 2. 人口推移と救急搬送患者件数

### 2-1. 日本の将来推計人口

日本の総人口は図表 1 に示すように 2010 年の 1 億 2,806 万人をピークに減少に転じている。生産年齢人口は既に減少しており、2010 年では 63.8% であるが、2060 年には 50.9% になると推計されている。老年人口は逆に増加しており、2010 年では 23.2%、2060 年には 39.9% になると推計されている。今後も人口全体および生産年齢人口は減少するが 65 歳以上の老年人口は増加するという状態が続き、高齢化がますます進むことになる。

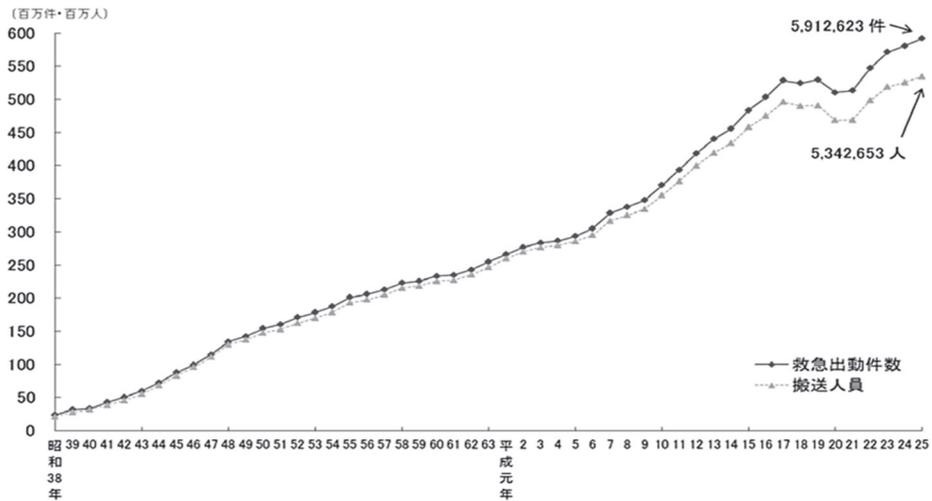


(出所：国立社会保障・人口問題研究所 平成 24 年 1 月推計 日本の将来推計人口)

図表 1：年齢 3 区分別人口の推移（出生中位・死亡中位）

### 2-2. 救急出動件数および搬送人員の推移

図表 2 は救急出動件数と搬送人員の推移を表したものである。出動件数・搬送人員ともに右肩上がりが増えてきている。平成 10 年（1998 年）あたりから増加割合が上がっており、人口のピークを迎えた平成 22 年（2010 年）以降も救急搬送人員は増え続けており、平成 25 年（2013 年）の救急搬送人員は約 534 万人となっている。

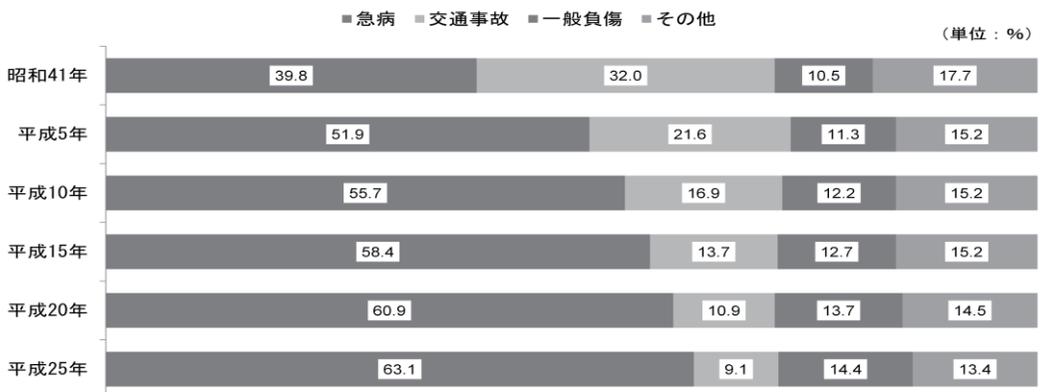


(出所：総務省消防庁 平成 26 年度版救急救助の現状)

図表 2：救急出動件数および搬送人員の推移

### 2-3. 事故種別出動件数構成比の推移

図表 3 は急病、交通事故、一般負傷、その他で救急車出動件数の構成比の推移を表したものである。急病は昭和 41 年 (1966 年) では 39.8% だったが、平成 25 年 (2013 年) には 63.1% と構成比が 1.5 倍になっている。交通事故は昭和 41 年 (1966 年) では 32.0% だったが、平成 25 年 (2013 年) には 9.1% と構成比が 3 分の 1 以下に減少している。

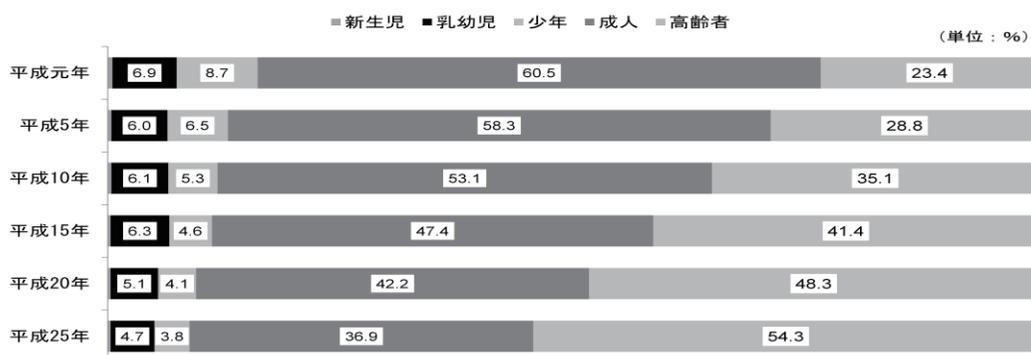


(出所：総務省消防庁 平成 26 年度版救急救助の現状 筆者加工)

図表 3：救急車による事故種別出動件数構成比の推移

## 2-4. 年齢区分別・傷病程度別の救急搬送人員構成比の推移

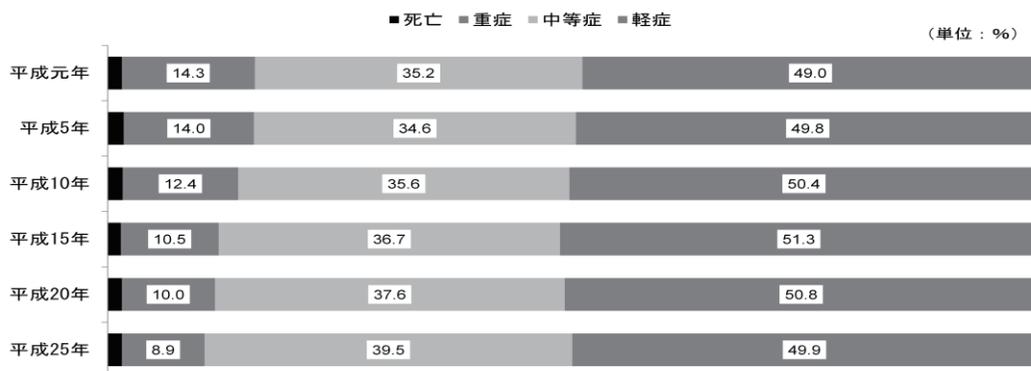
図表 4 は年齢区分別に救急搬送された人員の構成率の推移を表したものである。成人が平成元年（1989年）は60.5%であったが、平成25年（2013年）は36.9%と大幅に減少している。高齢者は平成元年（1989年）は23.4%であったが、平成25年（2013年）には54.3%と構成比率が2倍以上に増えている。



（出所：総務省消防庁 平成26年度版救急救助の現状 筆者加工）

図表 4：年齢区分別搬送人員構成比率の推移

図表 5 は平成元年（1989年）～平成25年（2013年）までの傷病程度別に救急搬送された人員構成の推移を表したものである。軽症の構成割合は50%前後と変化はないが、中等症の構成割合は平成元年（1989年）の35.2%から平成25年（2013年）の39.5%と増加している。平成15年（2003年）以降は軽症と中等症を合わせて90%弱となっている。



（出所：総務省消防庁 平成26年度版救急救助の現状 筆者加工）

図表 5：傷病程度別搬送人員構成比の推移

## 2-5. 年齢区分別・傷病程度別の救急搬送人員

図表6は平成25年(2013年)新生児・乳幼児・少年・成人・高齢者と年齢区分別に疾病程度の搬送人員の状況を表したものである。重症は合計が47.4万人でそのうち高齢者が34.3万人と72.5%を占めている。中等症は合計が210.8万人でそのうち高齢者が137.5万人と65.2%を占めている。軽症は合計が266.7万人でそのうち高齢者が111.5万人と41.8%を占めている。

(平成25年中)

	新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
死亡	77 0.1%	478 0.6%	277 0.4%	14,814 19.0%	62,515 80.0%	78,161 100.0%
重症	2,161 0.5%	4,298 0.9%	4,673 1.0%	119,468 25.2%	343,575 72.5%	474,175 100.0%
中等症	9,462 0.4%	52,826 2.5%	45,316 2.1%	625,672 29.7%	1,375,472 65.2%	2,108,748 100.0%
軽症	1,802 0.1%	192,804 7.2%	150,331 5.6%	1,207,553 45.3%	1,115,037 41.8%	2,667,527 100.0%
その他	90 0.8%	1,200 10.4%	785 6.8%	4,926 42.8%	4,505 39.2%	11,506 100.0%

(出所：総務省消防庁 平成26年度版救急救助の現状 筆者加工)

図表6：救急車による急病に係る年齢区分別の傷病程度別搬送人員の状況

## 2-6. 人口推移と救急搬送患者件数のまとめ(小括)

日本の総人口は2010年をピークに減少へ転じており、生産年齢人口は1995年頃をピークに減少している。一方、65歳以上の老年人口は年々増え続けており、2060年には全人口の約40%を占めると推計されている。

救急搬送人員数は年々増加しており、平成25年(2013年)は約534万人が救急搬送されている。種別では急病が増加しており、平成20年(2005年)以降は全体の60%以上を占めている。年齢区分では高齢者が増えており、平成25年(2013年)には54.3%を占めている。傷病程度別では重症のうち高齢者が72.5%、中等症のうち高齢者が65.2%、軽症のうち高齢者が41.8%を占めている。重症や中等症で特に高齢者の割合が高い。

### 3. 地域包括ケア病棟入院料とは

#### 3-1. 地域包括ケア病棟入院料が生まれた背景

今後も高齢化がさらに進み、救急搬送人員もますます増えると予想されている。高齢者、とくに75歳以上の後期高齢者は慢性疾患の合併が統計的に増加する。その上に急性疾患を患うと対処方法に様々な工夫の必要になり、生活回復を見据えた支える医療＝生活支援型医療への転換が迫られている。そのため病棟再構成が不可欠となり地域包括ケア病棟入院料が新たに設定されたと考える。

#### 3-2. 地域包括ケア病棟入院料に期待される機能

- ①高度急性期病棟・一般急性期病棟から患者の受け入れ（post-acute）
- ②在宅療養あるいは居宅系介護施設等に入所されている高齢者の急性疾患の患者の受け入れ（sub-acute）
- ③在宅復帰支援

#### 3-3. 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等

地域包括ケア病棟入院料（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（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また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たっては、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、専任の在宅復帰支援担当者1人以上。
- ⑥一般病床用の重症度、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) 2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(2014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入院基本料は届け出ることはできない。
- ⑪在宅復帰率7割以上(地域包括ケア病棟入院料1(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(地域包括ケア病棟入院料1(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
  - ◆救急・在宅等支援病床初期加算：他の急性期病棟(自院・他院問わず)、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

#### 3-4. 地域包括ケア病棟入院料の出来高算定項目

- ①地域連携診療計画指導料(Ⅰ)
- ②摂食機能療法(リハビリ平均2単位の計算に算入しない)
- ③人工腎臓
- ④厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬  
抗悪性腫瘍剤、疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン、ダルベポエチン、インターフェロン製剤及び血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

### 3-5. 短期滞在手術料 3 の算定について

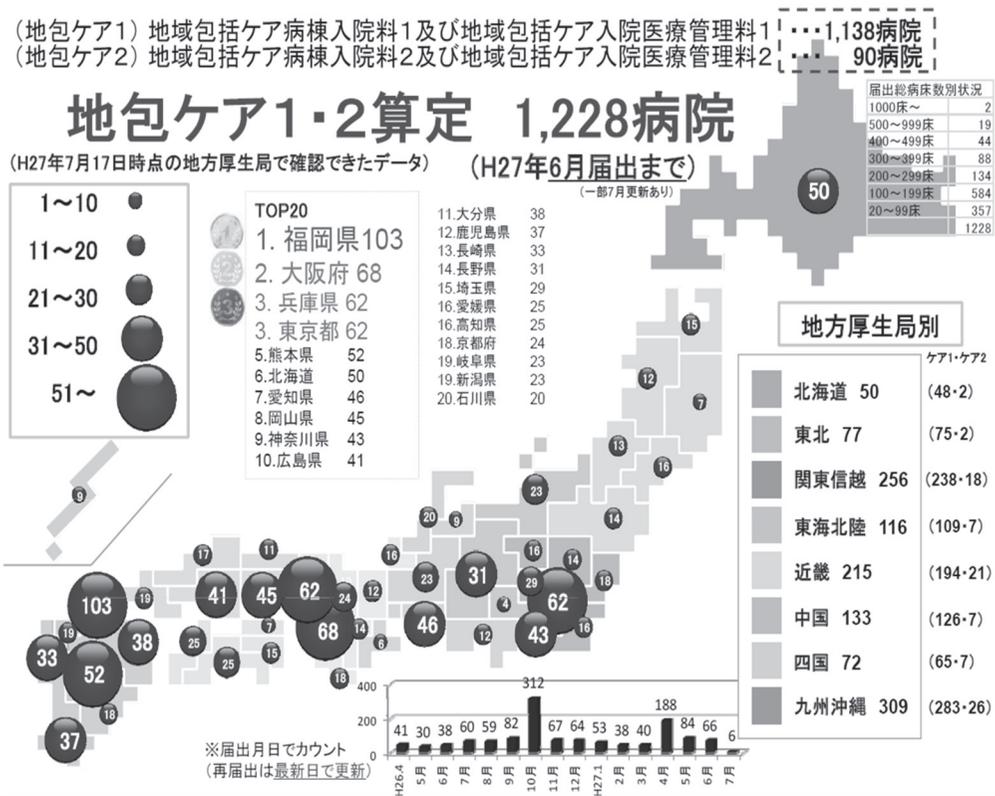
地域包括ケア病棟を含む全ての病棟において、短期滞在手術等基本料 3 の対象患者が入院した場合は、短期滞在手術料 3 を算定することができる。短期滞在手術等基本料 3 を算定することで地域包括ケア病棟の日当点を 30,000 円（3,000 点）以上にすることが可能である。

#### 《短期滞在手術料 3》

終夜睡眠ポリグラフィー1	携帯用装置を使用した場合	16,773 点
終夜睡眠ポリグラフィー2	多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	9,383 点
終夜睡眠ポリグラフィー3	1 および 2 以外の場合	9,638 点
小児食物アレルギー負荷検査		6,130 点
前立腺針生検法		11,737 点
腋臭症手術 2	皮膚有毛部切除術	17,485 点
関節鏡下手根管開放手術		20,326 点
胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）		43,479 点
水晶体再建術 1	眼内レンズを挿入する場合	27,093 点
水晶体再建術 2	眼内レンズを挿入しない	21,632 点
乳房腫瘍摘出術 1	長径 5 cm 未満	20,112 点
下肢静脈瘤手術 1	抜去切除術	27,311 点
下肢静脈瘤手術 2	硬化療法	9,850 点
下肢静脈瘤手術 3	高位結紮術	12,371 点
ヘルニア手術 5	鼠径ヘルニア（15 歳未満の場合）	29,093 点
ヘルニア手術 5	鼠径ヘルニア（15 歳以上の場合）	24,805 点
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（15 歳未満の場合）		56,183 点
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（15 歳以上の場合）		51,480 点
内視鏡的結腸ポリープ粘膜切除術 1	長径 2 cm 未満	14,661 点
内視鏡的結腸ポリープ粘膜切除術 2	長径 2 cm 以上	18,932 点
痔核手術 2	硬化療法（4 段階注射法）	13,410 点
子宮頸部（膣部）切除術		18,400 点
子宮鏡下子宮筋腫切除術		35,524 点

### 3-6. 地域包括ケア病棟入院料の届出病院数（都道府県別）

図表7は平成27年（2015年）6月届出時点で地域包括ケア病棟（病床）を届出した病院数を都道府県別に表示したものである。届出病院数は1,228病院となっており、最も多いのは福岡県で103病院、続いて大阪府が68病院、兵庫県が62病院、東京都が62病院、熊本県が52病院となっている。反対に最も少ないのは山梨県で4病院、続いて三重県が6病院、香川県が7病院、岩手県が7病院、沖縄県が9病院、富山県が9病院となっている。傾向として西高東低となっており、最も多い福岡県と最も少ない山梨県では約21倍の開きがある。届出病院数50病院以下が42都道府県、30病院以下が33都道府県となっており、地域包括ケア病棟を届出して運営している病院数がまだまだ少ない。次期診療報酬改定で7対1入院基本料の施設基準がさらに厳しくなれば、地域包括ケア病棟の届出病院数が大きく増えるのではないかと考える。



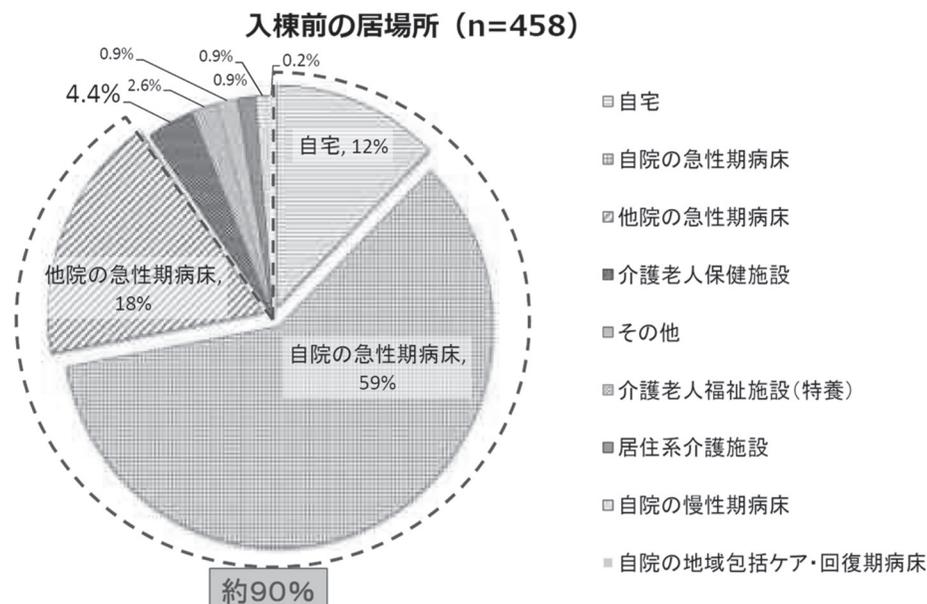
(出所：九州医事研究会ブログ)

図表7：地域包括ケア病棟届出病院数

## 4. 地域包括ケア病棟の現状調査

### 4-1. 入棟した患者の入棟前の居場所

図表 8 (次頁参照) は地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟前の居場所を表したものである。自宅+他院の急性期病床+自院の急性期病床=約 90%となっている。また post-acute となる自院の急性期病床+他院の急性期病床=77%となっている。sub-acute となる自宅や居住系施設等からの入院は 20%程度になっている。



(出所：平成 27 年第 3 回 中央社会保険医療協議会)

図表 8：地域包括ケア病棟へ入棟した患者の入棟前の居場所

### 4-2. 入院の理由と平均在院日数・重症者割合・褥瘡発生率

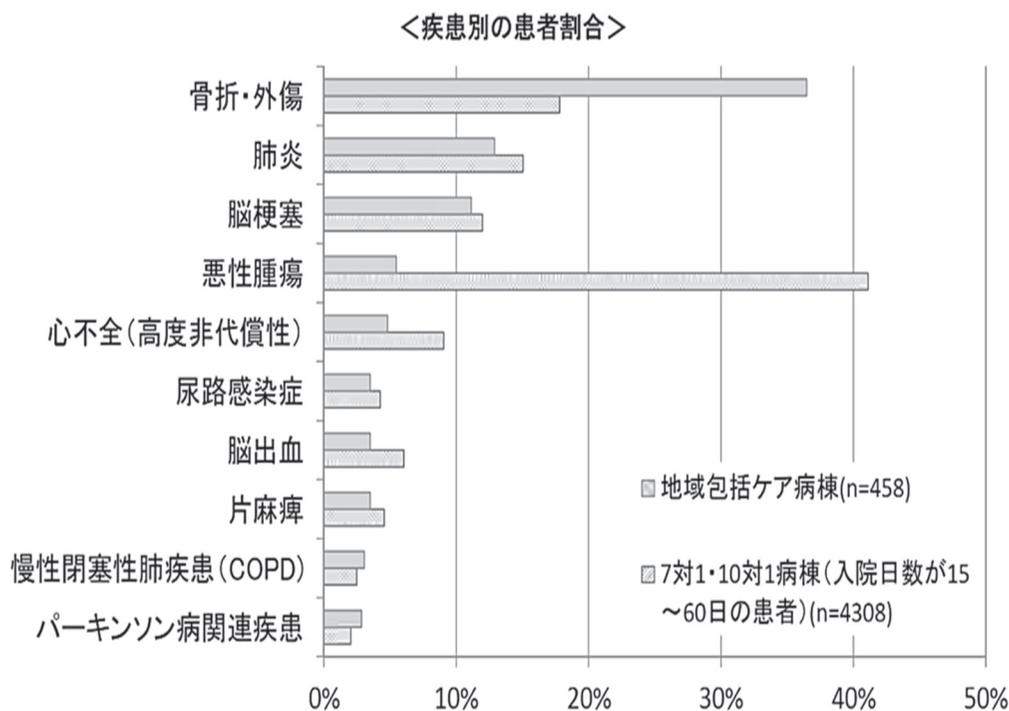
地域包括ケア病棟への入院理由は、自宅と自院の急性期病床からは 80%前後が治療のため、20%弱がリハビリテーションのためとなっている。他院の急性期病床からは 10%が治療のため、88%がリハビリテーションのためとなっており、自宅や自院の急性期病床から入院した患者とは対照的な割合になっている。

地域包括ケア病棟の平均在院日数の中央値が 23.9 日となっており、入院可能日数 60 日と比較すると短い在院日数となっている。重症者割合の中央値は 19.7%となっており、施設基準の 10%をかなり上回っている。入院後褥瘡発生率の中央値は 0.0%となっており、褥瘡の発生はほとんどない。

(出所：平成 27 年第 3 回 中央社会保険医療協議会)

### 4-3. 疾患別患者割合（7対1、10対1病棟との比較）

図表9は疾患別の患者割合をあらわしたものである。各疾患の上段が地域包括ケア病棟、下段が7対1・10対1病棟（入院日数が15日～60日）の疾患別患者割合を表している。地域包括ケア病棟に入院している患者は、7対1・10対1に入院している患者と比べて「骨折・外傷」に罹患している割合が高かった。



(出所：平成27年第3回 中央社会保険医療協議会)

図表9：地域包括ケア病棟の疾患別割合

### 4-4. 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合と手術の実施状況

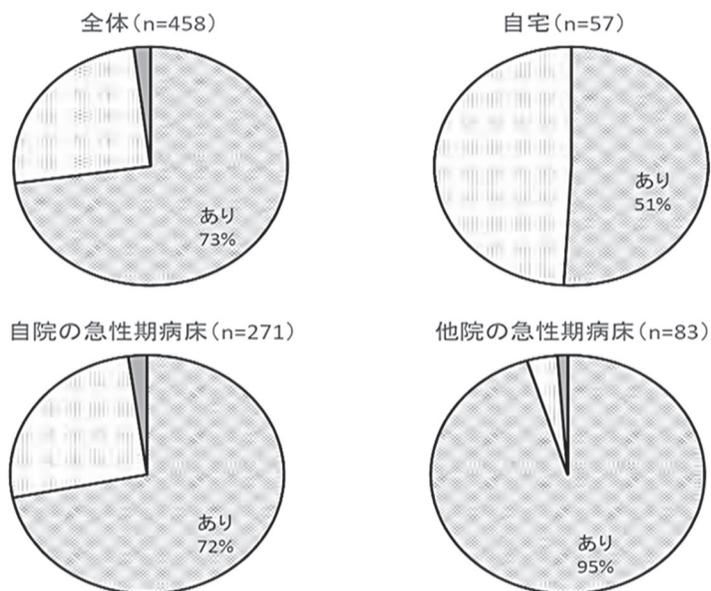
地域包括ケア病棟入院患者のうち、A項目1点以上の患者が21%あり、施設基準の10%よりも高かった。項目別では「創傷処置」と「呼吸ケア」が高かった。その次に「専門的な治療処置」と「心電図モニター」が高かった。

地域包括ケア病棟では手術はほとんど行われていなかった。図表8で示したように自院の急性期病床と他院の急性期病床からの入棟が合計77%なので、手術は急性期病床入院中に行われた後に地域包括ケア病棟に転棟してきていると考える。

(出所：平成27年第3回 中央社会保険医療協議会)

#### 4-5. リハビリテーションの実施状況

図表 10 は地域包括ケア病棟に入院している患者の個別リハビリテーションの実施状況を入棟前の居場所別に表したものである。自院・他院の急性期病床から転棟した患者の割合が高い傾向がみられ、特に他院の急性期病棟から転棟してきた患者においては実施状況が 95% と非常に高くなっている。

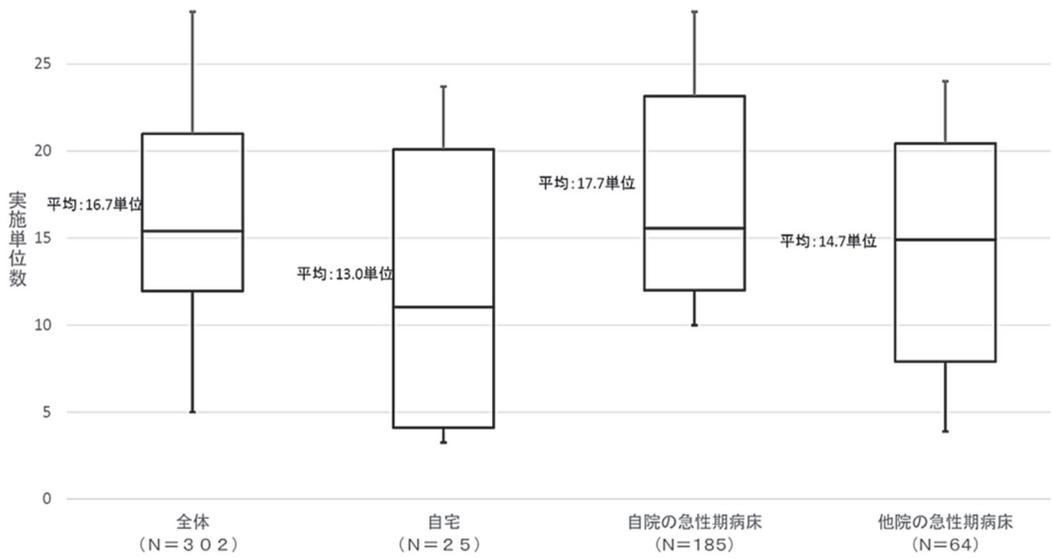


(出所：平成 27 年第 3 回 中央社会保険医療協議会)

図表 10：地域包括ケア病棟入院患者の個別リハビリテーションの実施状況

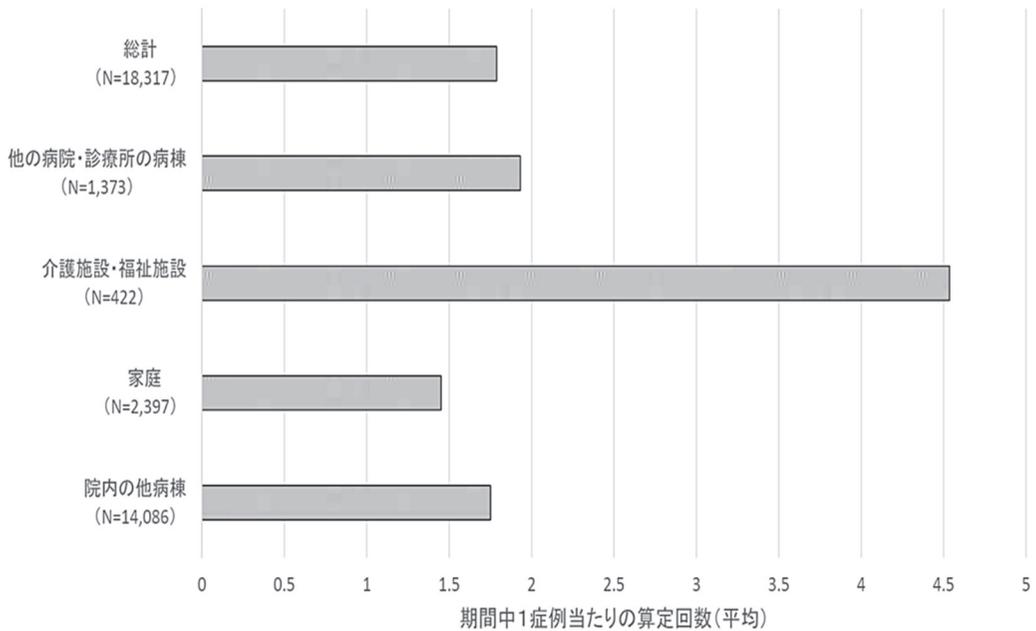
図表 11 は週あたりの個別リハビリテーションの実施単位数の分布を入棟前の居場所別に表したものである。自宅から入棟した患者は平均 13.0 単位だが、他院の急性期病床から転棟した患者は平均 14.7 単位、自院の急性期病床から転棟した患者は平均 17.7 単位と週 14 単位（1 日あたり 2 単位）を上回っていた。

図表 12 は摂食機能療法の算定状況を入棟前の居場所別に表したものである。全体の平均として期間中 1 症例あたり 2 回弱算定されていた。入棟前に介護施設や福祉施設にいた患者は期間中 1 症例あたり 4.5 回算定されている。



(出所：平成 27 年第 3 回 中央社会保険医療協議会)

図表 11：地域包括ケア病棟入院患者の週あたりの個別リハビリテーションの実施状況

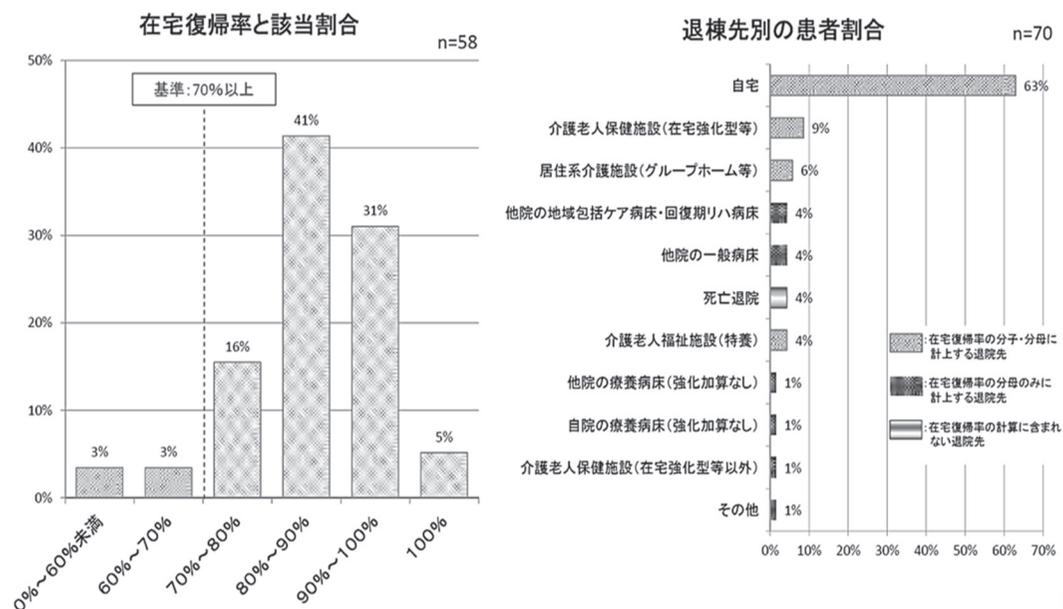


(出所：平成 27 年第 3 回 中央社会保険医療協議会)

図表 12：地域包括ケア病棟入院患者の摂食機能療法の算定状況

#### 4-6. 在宅復帰率と退棟先別の患者割合

在宅復帰率は施設基準の要件となっている70%を大きく上回る医療機関が多く、退棟先は自宅が最も多く次に介護老人保健施設（在宅強化型等）が多かった。



(出所：平成27年第6回 中央社会保険医療協議会)

図表13：地域包括ケア病棟入院患者の在宅復帰率と退棟先別の患者割合

#### 4-7. 地域包括ケア病棟の現状調査のまとめ（小括）

地域包括ケア病棟に入棟前の居場所は、自宅＋自院・他院の急性期病床で約90%を占めており、中でも自院の急性期病床は59%を占めていた。入院の理由としては、入棟前の居場所が自宅と自院の急性期病床は治療のためが最も多く、他院の急性期病床はリハビリテーションのためが88%を占めていた。入院患者の疾患としては骨折・外傷が最も多く、次に肺炎や脳梗塞となっていた。地域包括ケア病棟では手術はほとんど行われていなかった。リハビリテーションは1日あたり2単位程度が実施されており、摂食機能療法については期間中1症例あたり2回程度算定されていた。

## 5. 考察

### 5-1. 地域包括ケアシステムの要となる病棟

2025年には団塊の世代が75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となると推計されている。高齢者、特に75歳以上の後期高齢者は要介護や慢性疾患の合併が統計的に増加すると言われている。その上に急性疾患を患うと対処方法に様々な工夫が必要となり、生活回復を見据えた支える医療が必要になる。

急性期と慢性期の間にあつて、post-acuteとsub-acute、在宅復帰支援、それにリハビリテーションの機能を加えた地域包括ケア病棟が地域包括ケアシステムの要になるのではないかと考える。

### 5-2. 増え続ける高齢者救急の対応

人口全体は減少に転じているのに救急出動件数がどんどん増えている。高齢者に対する救急出動件数が増えているのが理由で、今後も高齢化が進むため増加傾向が続くと予想される。救急搬送の中でも軽傷が約50%、中等症が40%弱を占めている。3次救急病院や高度急性期病院でこれらを全て担うのは非現実的な話である。2次救急病院が軽症・中等症の高齢者救急患者を積極的に受け入れることが地域の救急医療を支える上で不可欠である。

地域包括ケア病棟の施設基準の中に次のような記載がある。『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) 2次救急病院 エ) 救急告示病院』。2次救急病院が高齢者の軽症・中等症の救急患者を受け入れ、入院が必要になった場合は地域包括ケア病棟で対応する。このようにして今後も増え続ける高齢者の軽症・中等症の救急患者を地域で診ていくことが求められている。

## 6. 結語

急速な高齢化により疾病構造の変化を通じて必要な医療の内容に変化をもたらした。そのため限られた医療資源を有効活用し、より質の高い医療体制実現のために病床再編が進められていることは先にふれたとおりである。今後、大都市では75歳以上の高齢者が急増する一方で、地方では75歳以上の高齢者の伸びは緩やかになり、減少に転じる地域も少なくない。地域ごとに高齢化の状況が異なり、地域ごとに有する医療資源・介護資源は異なるが、地域包括ケア病棟は大都市のケースや地方のケー

スも含めて幅広く対応できる。全国各地域で多様な医療が追求できるのが地域包括ケア病棟である。

そして post-acute、sub-acute、在宅復帰支援、リハビリテーションと多機能な上に、中央社会保険医療協議会で手術料やブロック注射を除く麻酔料を包括外にしてはどうかの議論がされている。地域包括ケア病棟が期待される役割を果たせるようにさらに機能が追加される可能性が高いのではないか。

このように全国各地の色々なケースに幅広く対応でき、非常に多機能であることから地域包括ケア病棟は最大で最強の病棟になると考える。

医療・介護に携わる者として、どのようにすれば地域に貢献できるか自問自答を継続し、今後もしっかりと考え続けることを筆者の宣言とし、本論文の結びとする。

## 謝辞

本論文を作成するにあたり兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に適切な助言とご指導を賜りました。深く感謝致します。

## 引用ホームページ（最終アクセス日：2015年8月17日）

[1] 社会保障制度改革国民会議 報告書

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>

[2] 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口（平成24年1月推計）

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf>

[3] 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo.html?tid=128166>

[4] 厚生労働省 平成26年診療報酬改定説明資料

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000038855.html>

[5] 総務省消防庁 平成26年度版救急救助の状況

[http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/kyukyukyujyo\\_genkyo/h26/01\\_kyukyuu.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/kyukyukyujyo_genkyo/h26/01_kyukyuu.pdf)

[6] 九州医事研究会ブログ

<http://ameblo.jp/mm-office/entry-12051653586.html>