

地域包括ケア病棟について



神奈川県病院協会 常任理事 篠原裕希



2019年7月10日（水）
在宅医療・介護連携推進事業研修会

背景

➤ 病床機能分化

||

地域医療構想

➤ 在宅医療

•||

地域包括ケアシステム

両方の受け皿

背景

**制度開始から5年目、
国も手探りの段階であり、
実態を知りたい**

期待は大きい

プロフィール

➤ 外科医

➤ 在宅医

法人内 在宅療養支援病院 在宅療養支援診療所
介護老人保健施設
デイケアセンター（通所リハビリ）
訪問看護ステーション 有料老人ホーム

➤ 嘱託医として

- ・ 特別養護老人ホーム ・ 有料老人ホーム
- ・ グループホーム ・ 小規模多機能施設

➤ 藤沢市では

- ・ 介護認定審査委員および委員長として10年間活動
- ・ 藤沢市医師会理事として3期活動
- ・ 認知症サポート医

➤ 神奈川県では

- ・ 神奈川県医師会 理事 ・ 神奈川県病院協会 常任理事

進め方

総論 ① 2025年問題

② 在宅医療と在宅療養支援病院

③ 地域医療構想と地域包括ケアシステム

各論 ① 地域包括ケア病棟とは

② 地域包括ケア病棟のあるべき姿と現状

③ 在宅患者の緊急対応

本日の主題

(当院における地域包括ケア病棟の運営状況から)

追加 ① 入退院支援

② 高齢者救急

③ ACP (Advance care planning)

総論

2025年問題とは①

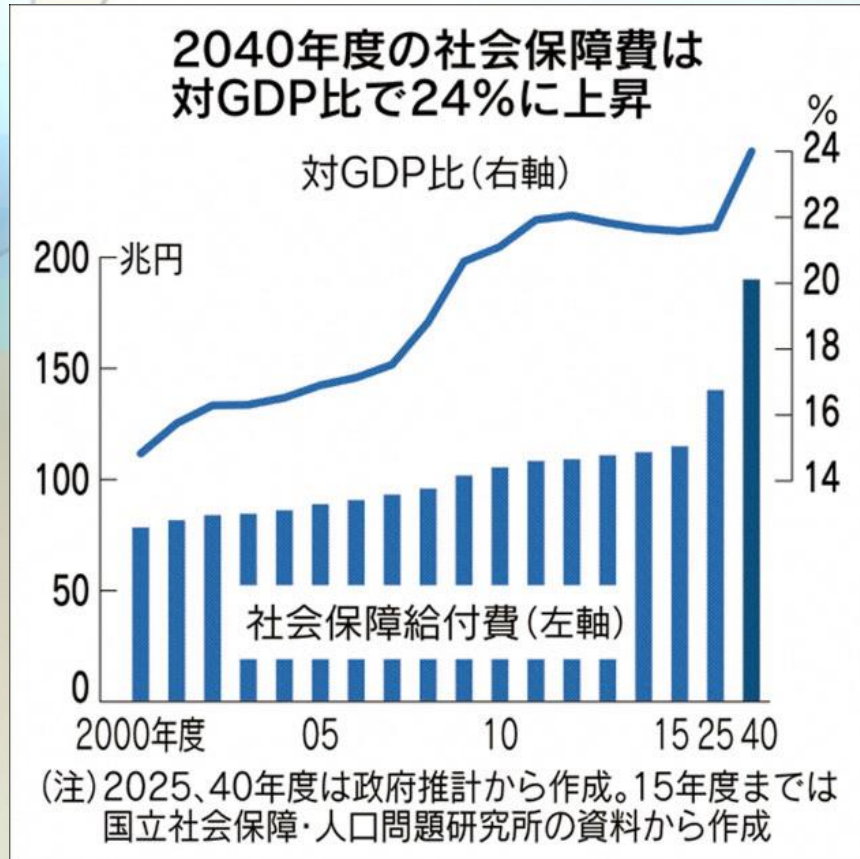
- 2025年とは団塊世代が75歳を迎える年
ー 医療・介護需要の最大化
- 高齢者人口の増加には大きな地域差
ー 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。

2025年問題とは②

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要

社会保障制度改国民会議報告書「医療・介護分野」（H25.8.6）から作成

2025年問題とは③



- ✓ 65歳以上の人口が4千万人近くとピークに達し、人口のほぼ3人に1人を占める
- ✓ 15～65歳の生産人口は18年度より約1500万人減り、税や保険料を負担し社会保障制度を支える就業者数も930万人減る
- ✓ 社会保障費は、18年度から6割増え、特に介護は高齢者数の増加で2.4倍の約26兆円
- ✓ 給付全体が経済成長を上回るペースで増え、国内総生産（GDP）に対する比率は18年度より2.5ポイント高い24%となる
- ✓ 制度の持続可能性を保つには、給付と負担の両面からの改革が必要

< 国 策 > 将来の医療需要を踏まえた医療供給制を目指すための課題と施策の方向性

1. 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制の構築
2. 地域包括ケアシステムの推進に向けた在宅医療の充実
3. 人生の最終段階における医療・ケアに関する動向
4. 将来の医療供給体制を支える医療従事者の確保・養成

在宅医療のモットー

だれでも

いつでも

いつまでも

在宅医のストレス

- ①24時間365日体制の維持
- ②緊急時の対応
- ③入院先の確保 ➡ これに尽きる!!

受け皿としての 在宅療養支援病院

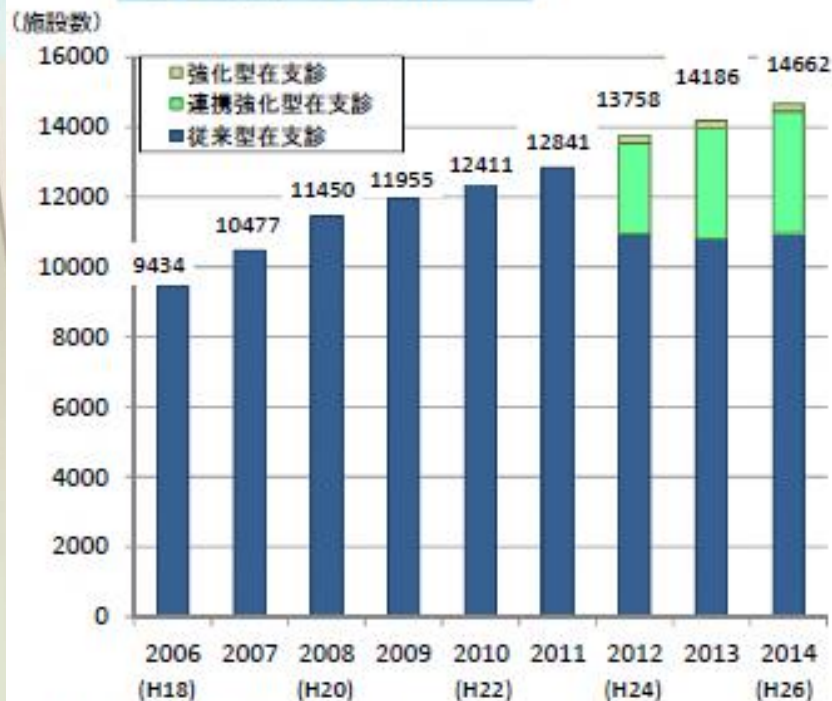
○ 24時間対応体制の在宅医療を提供する医療機関（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院）の数は増加している。

24時間対応体制で在宅医療を提供する医療機関数の推移

緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保している在宅医療を行う医療機関について、平成18年度より診療報酬上の評価を創設。
（平成18年度に在宅療養支援診療所の評価、平成20年度に在宅療養支援病院の評価を創設）

【主要要件】・24時間患者からの連絡を受ける体制の確保 ・24時間の往診が可能な体制の確保 ・24時間の訪問看護が可能な体制の確保
・緊急時に在宅療養患者が入院できる病床の確保 等

在宅療養支援診療所



在宅療養支援病院



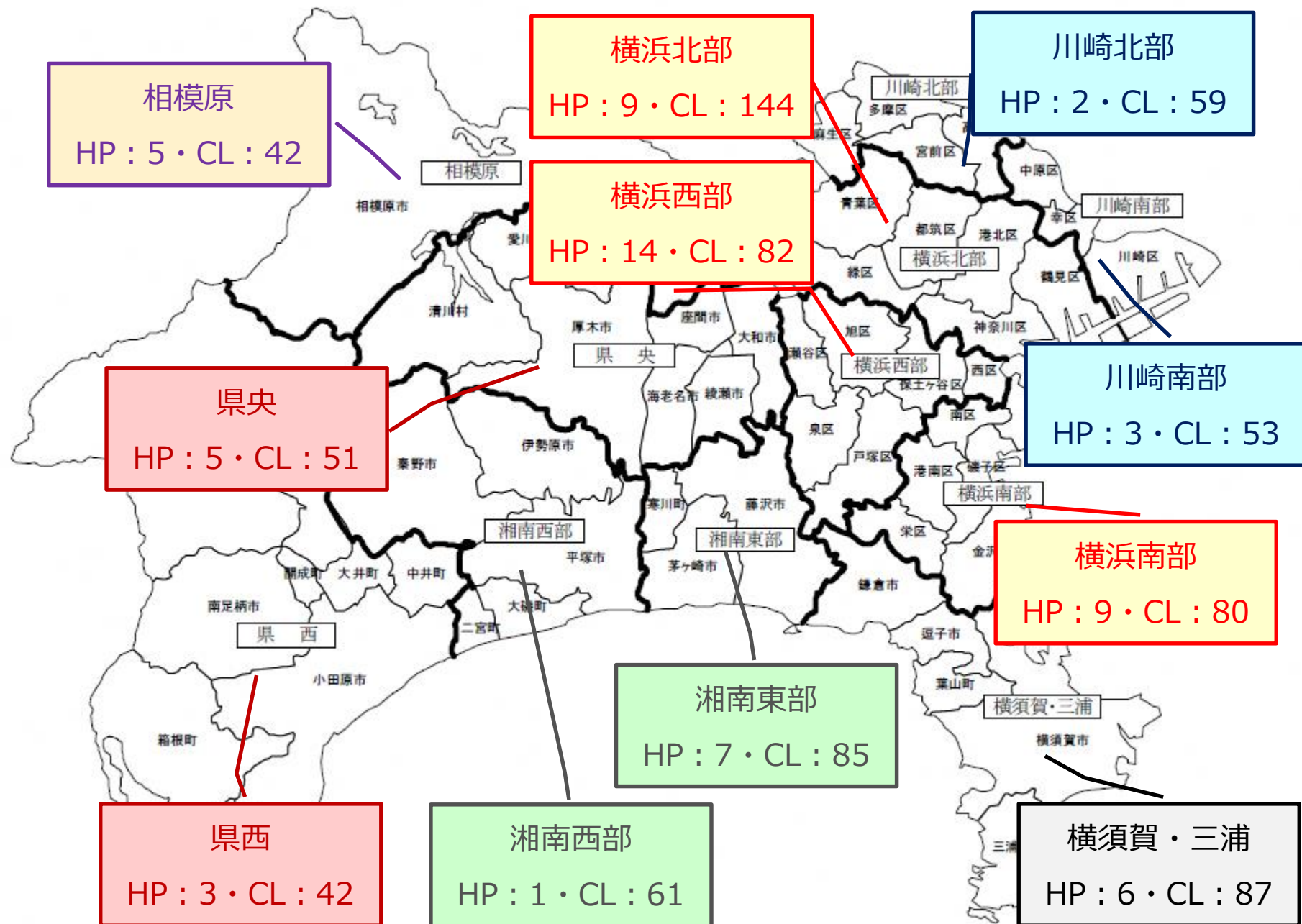
出典：厚生局届出状況に基づき作成

◎ 神奈川県内の在宅療養支援病院及び同診療所の施設数（2017年10月現在）

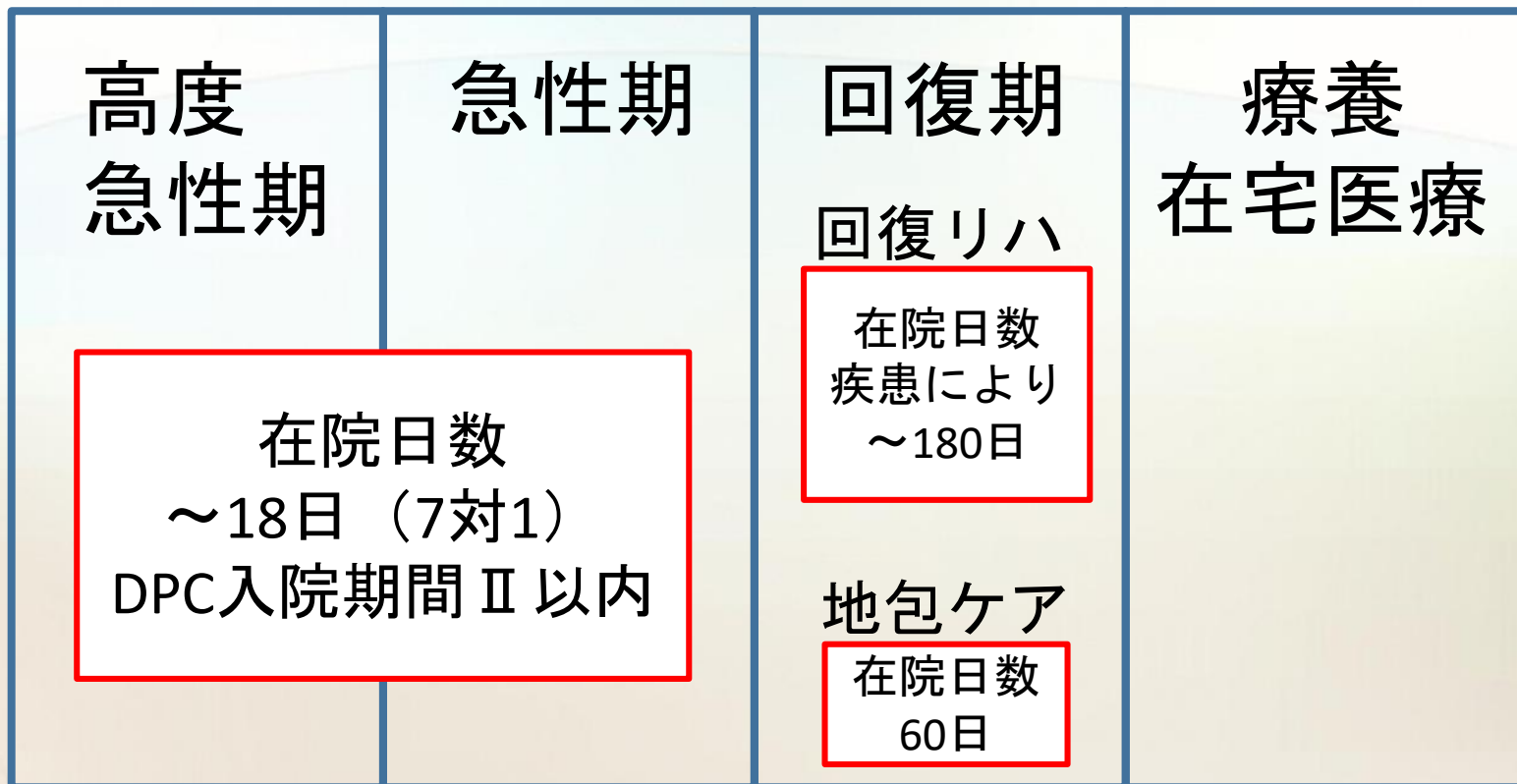
病院／診療所	施設数 (合計、類型別の内訳（再掲）)		
在宅療養支援病院 (HP)	64	機能強化型 (単独)	6
		機能強化型 (連携)	26
		従来型	32
在宅療養支援診療所 (CL)	786	機能強化型 (単独)	18
		機能強化型 (連携)	268
		従来型	500

（出所）地域医療情報システム（JMAP）（日本医師会）より抜粋

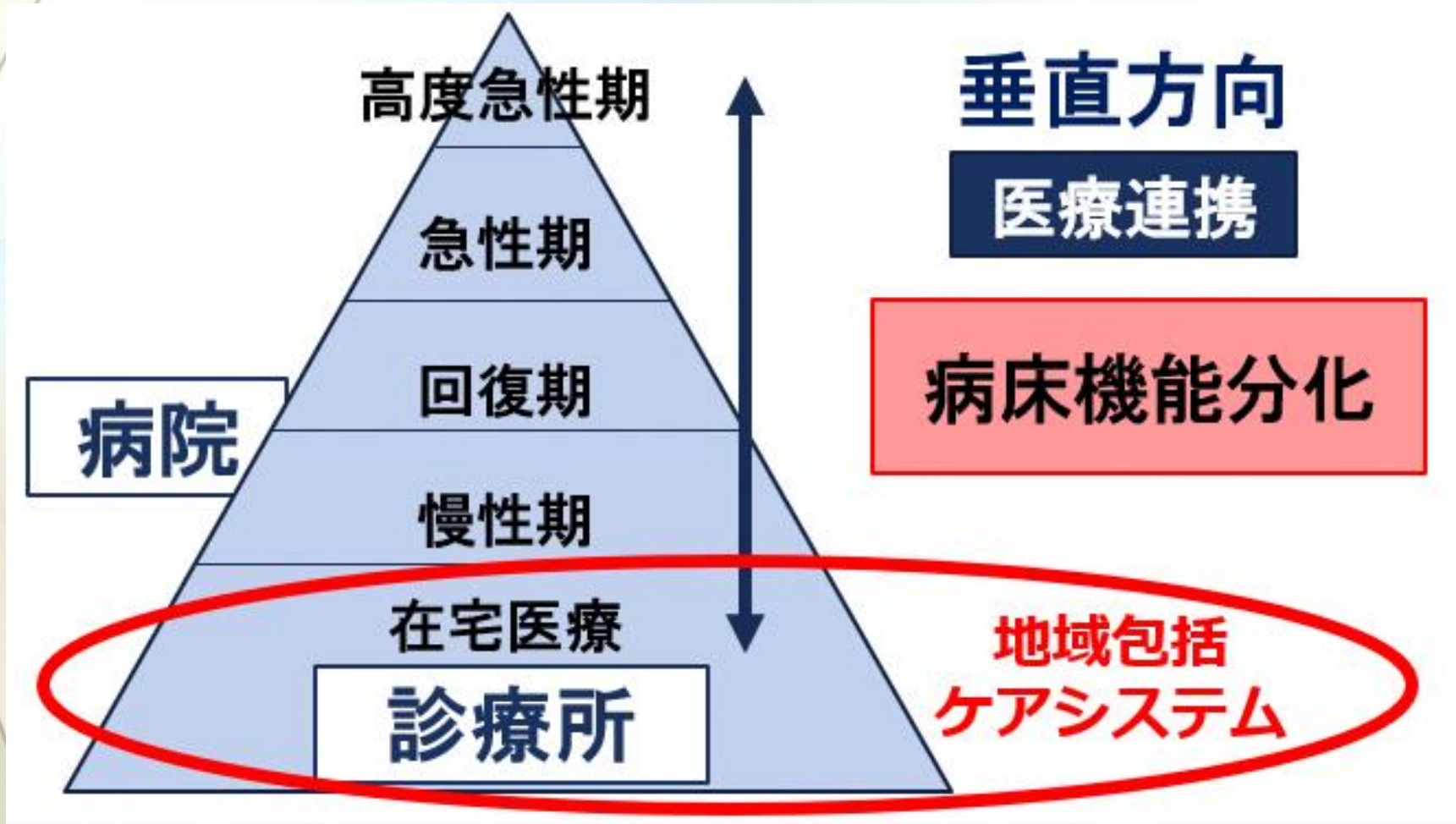
【図表】二次保健医療圏別の在宅療養支援病院（HP）及び同診療所（CL）の内訳



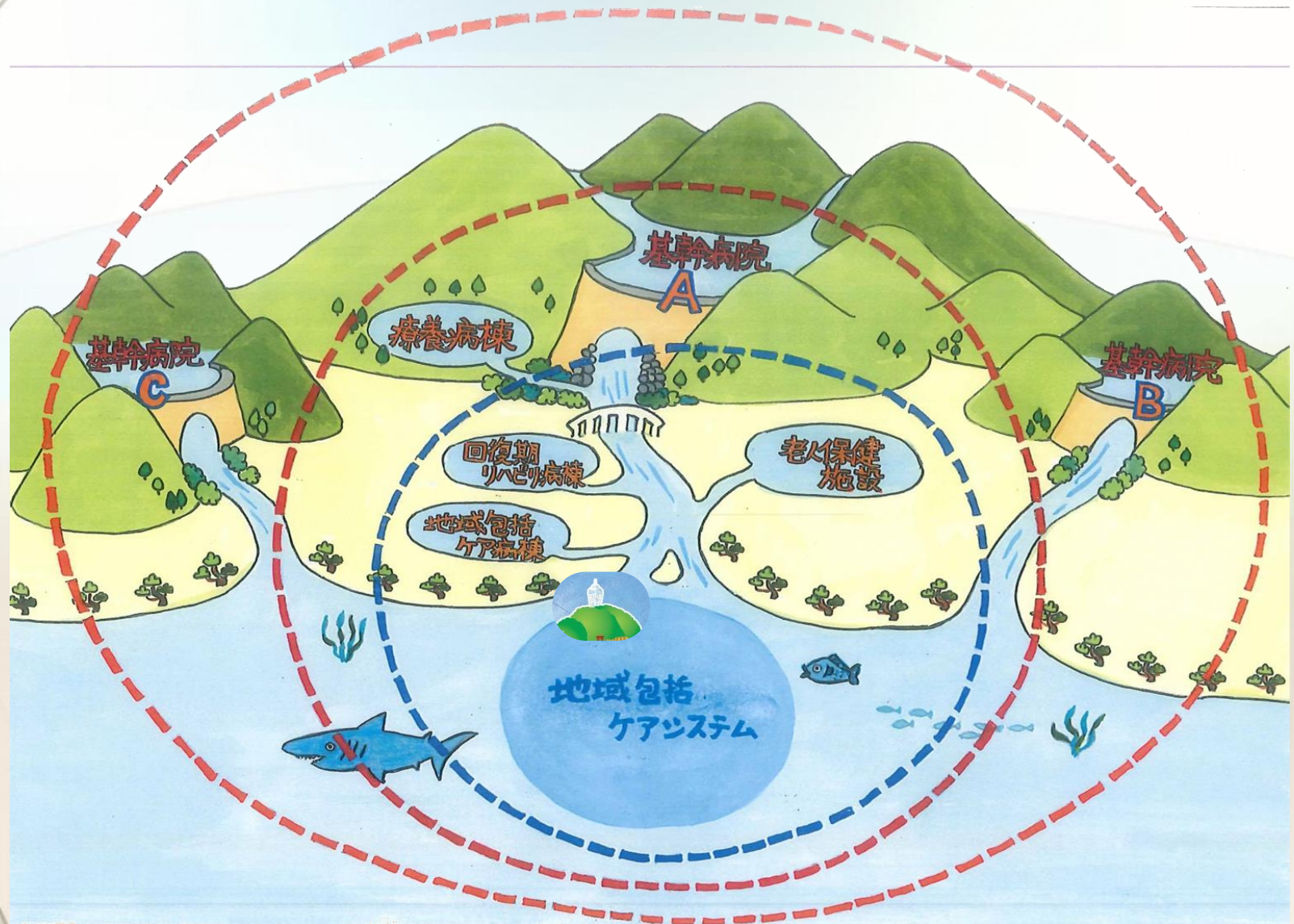
地域医療構想【基本図】



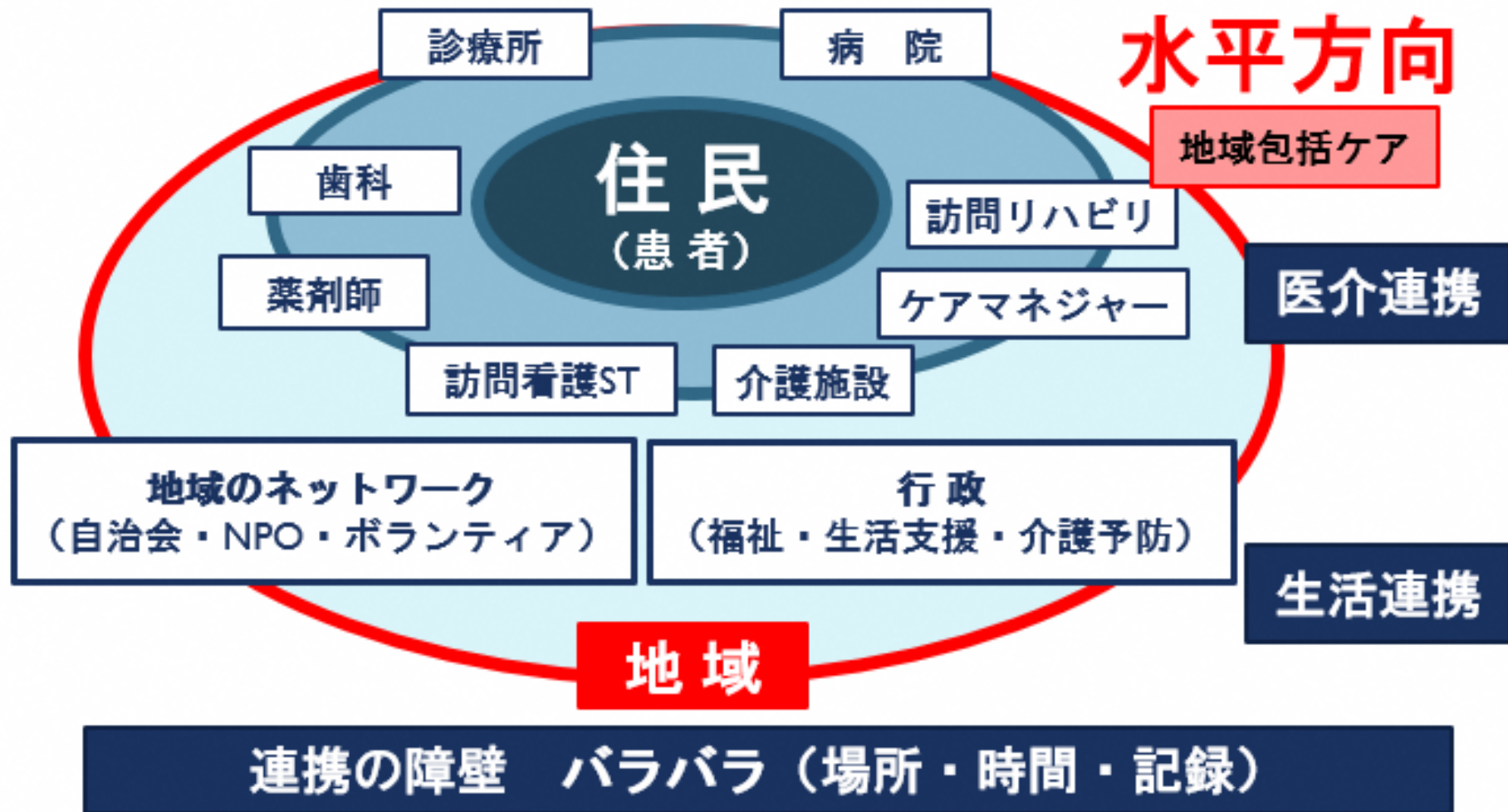
地域医療構想 垂直連携



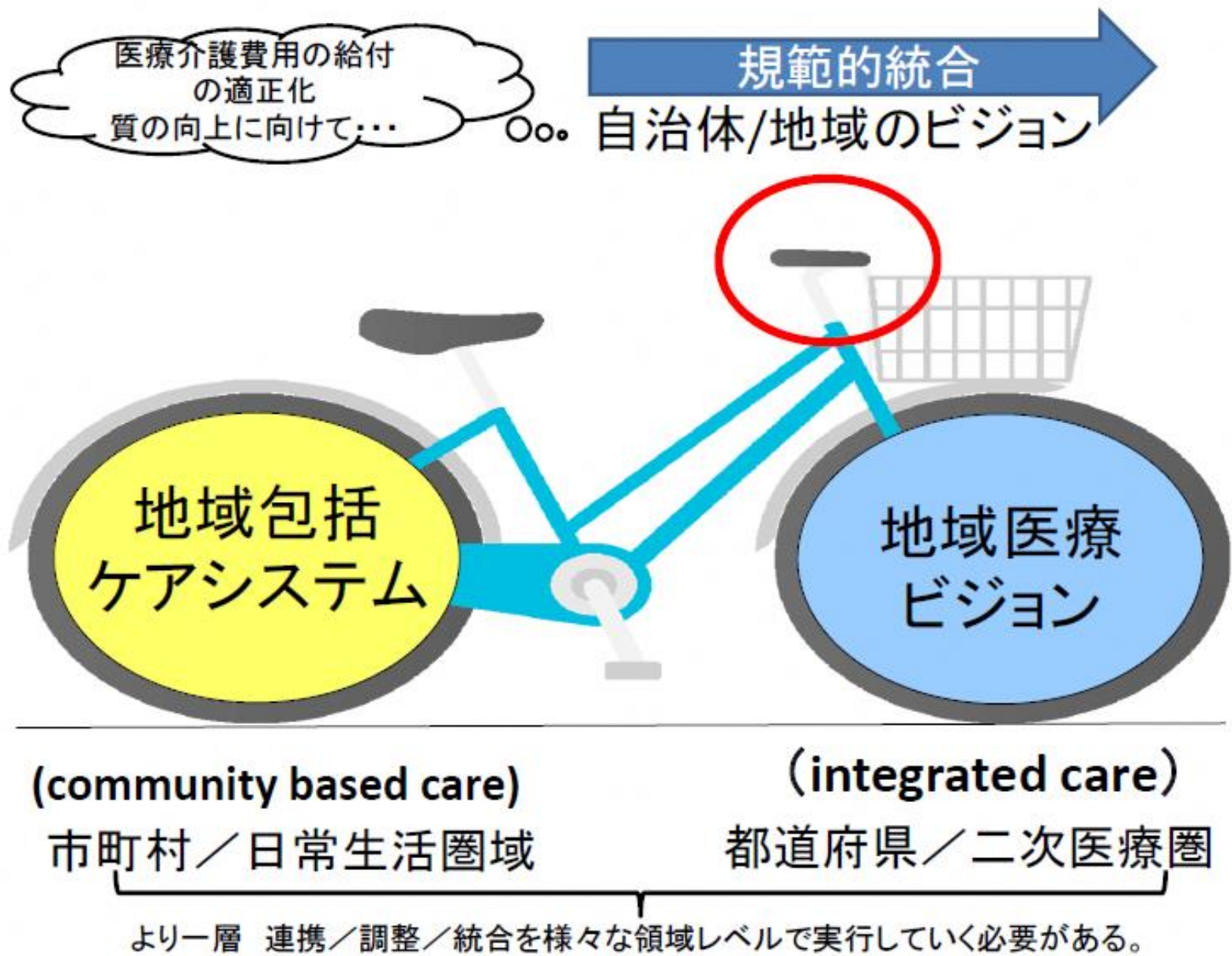
地域包括ケアシステムのイメージ



地域包括ケアシステム 水平連携



模範的統合のビジョン



各論

地域包括ケア病棟とは

2025年日本型高齢社会到来

医療のパラダイムシフト

- ❖ 「治す医療」から「**治し支える医療**」へ
- ❖ 「臓器の回復」から「**機能の回復・維持**」へ
⇒全身を診ることができる医療従事者が
求められている
- ❖ 「病院の時代」から「**在宅の時代**」へ
⇒「**ときどき入院、ほぼ在宅**」
- ❖ 「急性期で治す」から
「**適切な場所で適切な医療・介護を提供**」へ
⇒「**タスキリレー**」
- ❖ 「多死社会」
⇒「病院看取り」から「**在宅看取り**」へ

在宅療養支援病院の定義

- 2008年に新設
- 24時間365日体制で往診や訪問診療を行う200床未満の病院
- 緊急時入院できる病床の確保
- 24時間 訪問看護が可能
- 年1回 看取り数の報告

地域包括ケア病棟の定義

地域包括ケア病棟とは、急性期医療を経過した患者、及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ、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

地域包括ケア病棟 1

病室単位の場合は、特定機能病院を除く病院に限る

在宅復帰率 7割以上

診療報酬 2,558点

地域包括ケア病棟 2

病室単位の場合は、200床未満の病院に限る

在宅復帰率 要件なし

診療報酬 2,058点

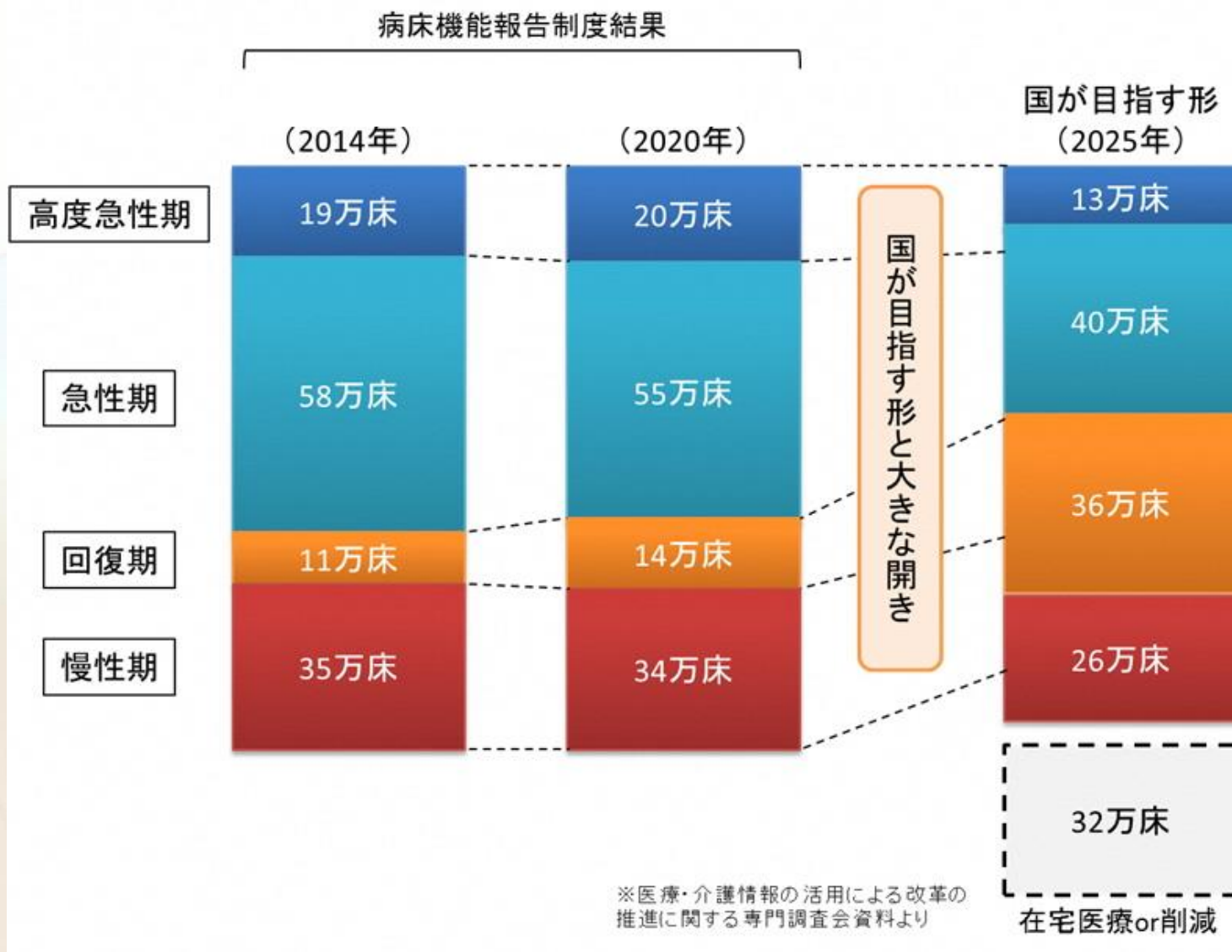
要件

- 看護配置 13 : 1
- 上限在院日数 60日
- 在宅復帰率 70%以上
- リハビリを1日2単位実施
- 重症度医療介護必要度 A項目10%以上

地域包括ケア病床数

- 全国 61,796床（2017年10月現在）
- 神奈川県 2,200床
- 病床数では47都道府県で上から7番目
（福岡、兵庫、大阪、東京、北海道、
愛知、神奈川）
- 人口10万人当たりでは、下から5番目
（沖縄、埼玉、千葉、東京、神奈川）

地域医療構想



国のキモ入り

亜急性病棟の発展型

2014年新設

以下の役割が期待される

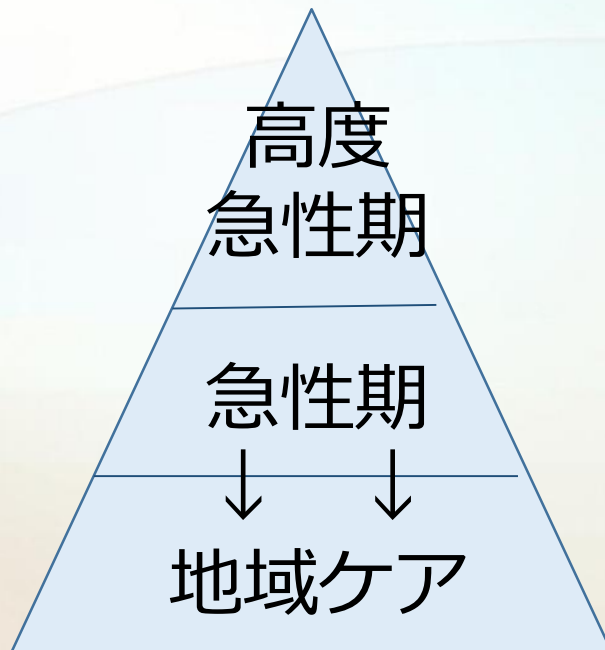
- ポストアキュート（急性期治療後）
- サブアキュート（亜急性）
- 在宅復帰支援

地域包括ケアシステムの中核は 在宅医療である

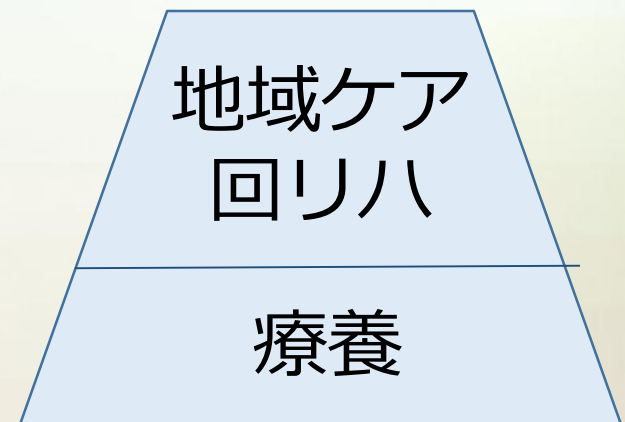
在宅医療が安心して活動できる
ためには、地域包括ケア病棟の
存在は必須である。

地域包括ケア病棟のパターン

併設型

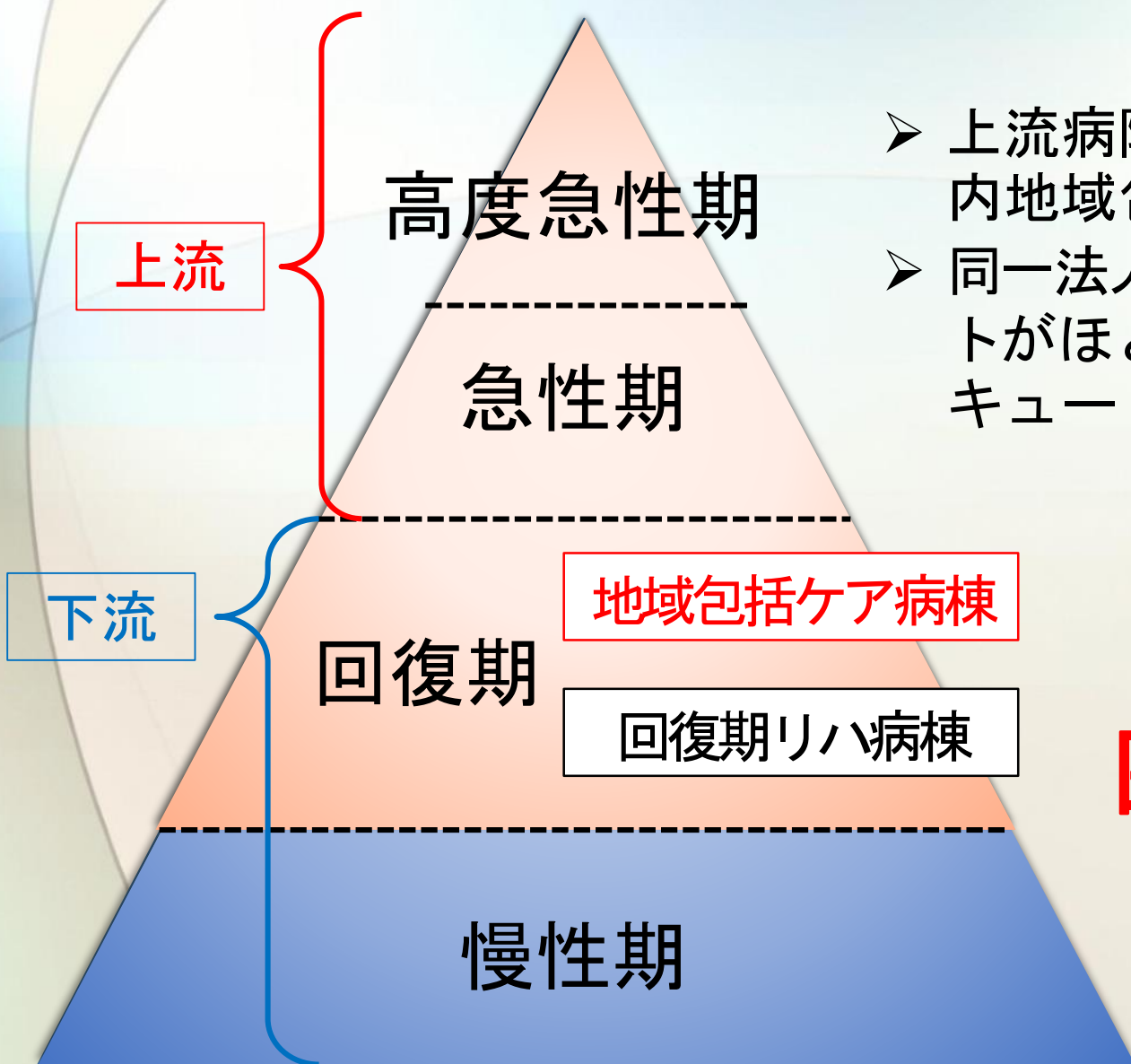


単独型



★ 単独型地域包括ケア病棟もある程度の急患は受けられるが、せいぜい1.5次

望ましくない地域包括ケア病棟



- 上流病院における同一法人内地域包括ケア病棟の設置
- 同一法人のポストアキュートがほとんどで、サブアキュートを受け入れない



困り込み

地域包括ケア病棟

超高齢社会において

最強の病棟

地域包括ケア病棟

在宅患者の緊急対応

『闘う高齢者ER病棟』

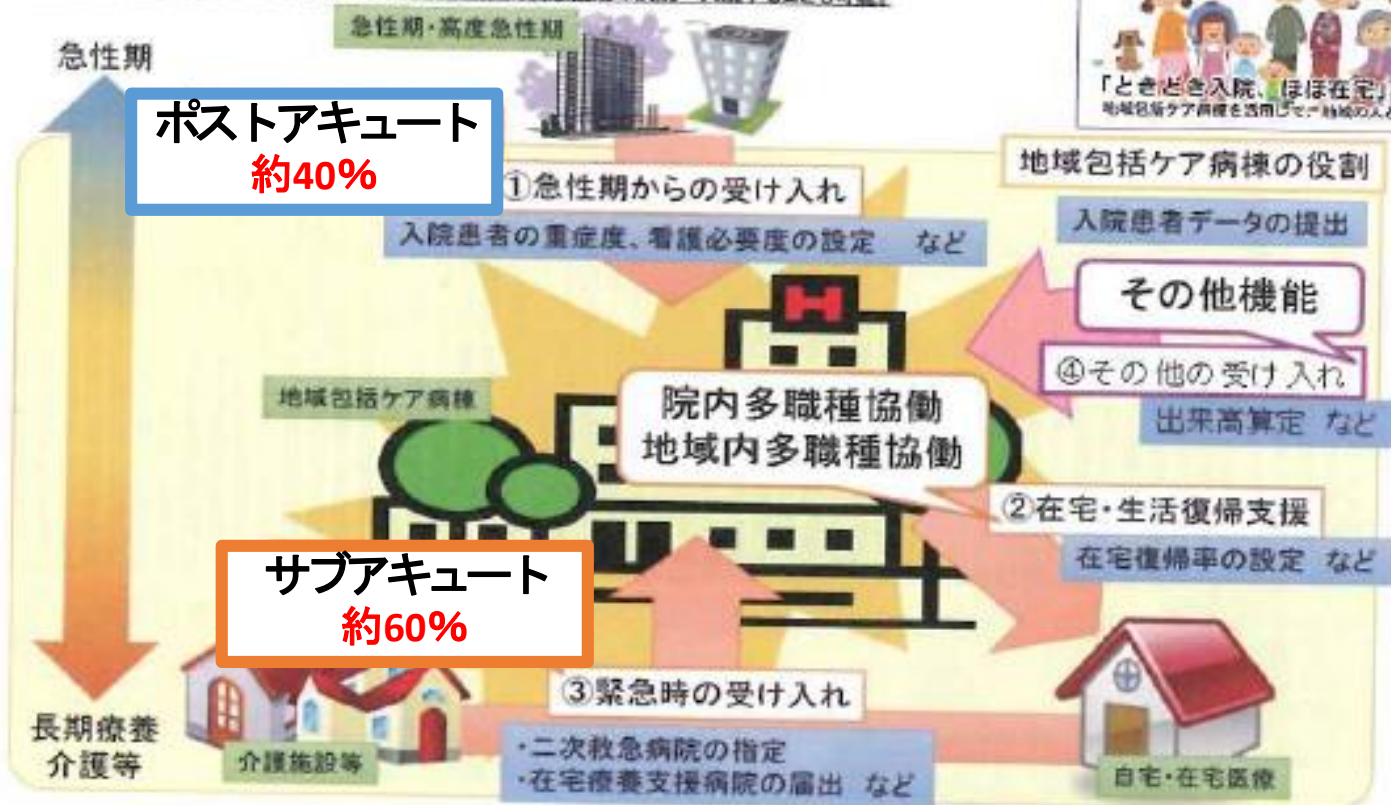
地域包括ケア病棟のイメージ

**高齢者ERがそのまま病棟に移行
さらにほぼ全例に認知症が存在する**

理想の地域包括ケア病棟

懐の深い「地域包括ケア病棟」4つの機能 — 3つの受け入れ機能と2段階の在宅・生活復帰支援 —

注：介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



地域包括ケア病棟の患者像

呼吸器疾患・尿路感染症・心疾患

てんかん・神経難病・糖尿病

整形外科疾患・脳血管疾患・がん末期

インフルエンザ・脱水症・フレイル

ほとんどに認知症

課題と対策

① 究極の混合病棟＝スタッフの疲弊

⇒総合診療医の配置、看護スタッフの増員

② 在院日数と在宅復帰率のしびりが厳しい

⇒退院調整、退院支援は必須

MSW・DPNの複数配置

医師、看護師は介護保険の知識に乏しい

③ 看取りの問題（亜急性病棟における）

⇒在宅においてACPへの取り組みは必須

④ 回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病棟が同じ回復期に分類されている

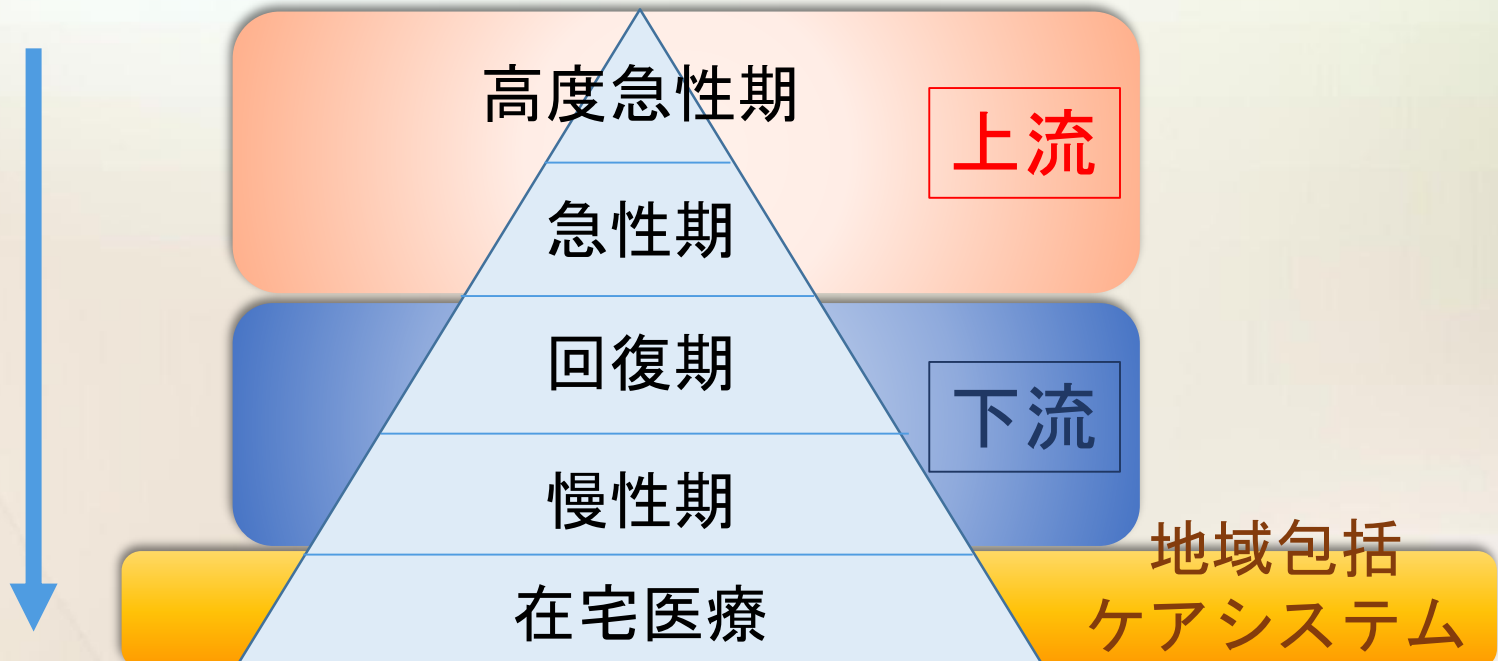
⇒全方位に向けた大々的キャンペーンが必要
病棟スタッフ（特に新入職スタッフ）に
丁寧なレクチャー

課題と対策

④について

上流の病院群はほとんど下流病院に関心がないし、知ろうともしない

新しく設置された病棟のため、国も患者層や患者の流れを把握しきれていない



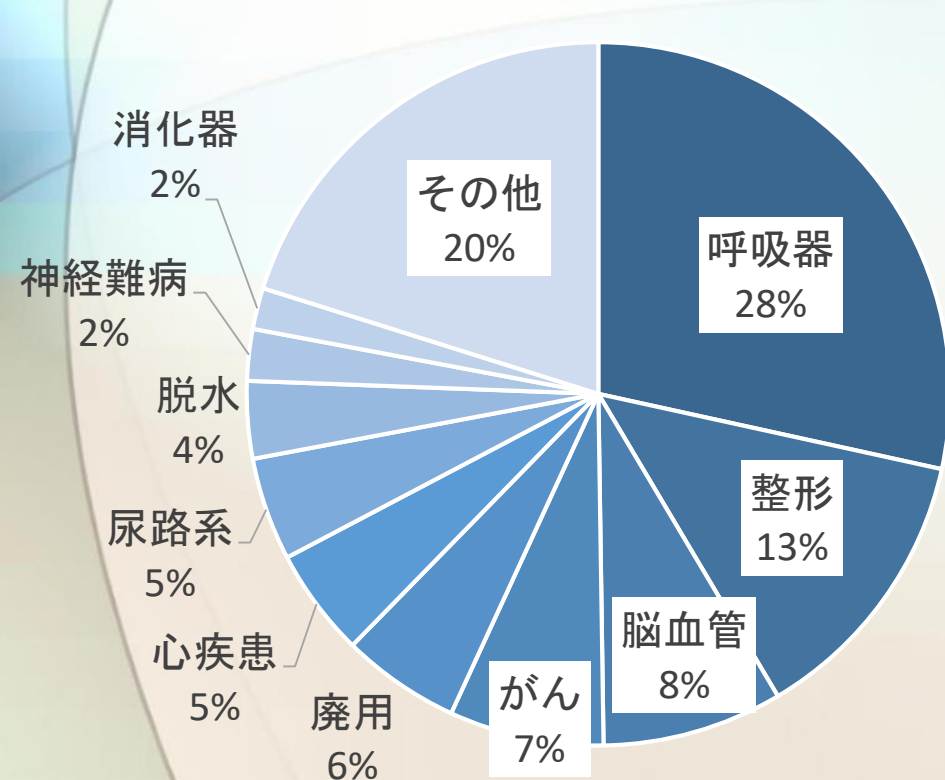
当院における 地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟における主な疾患

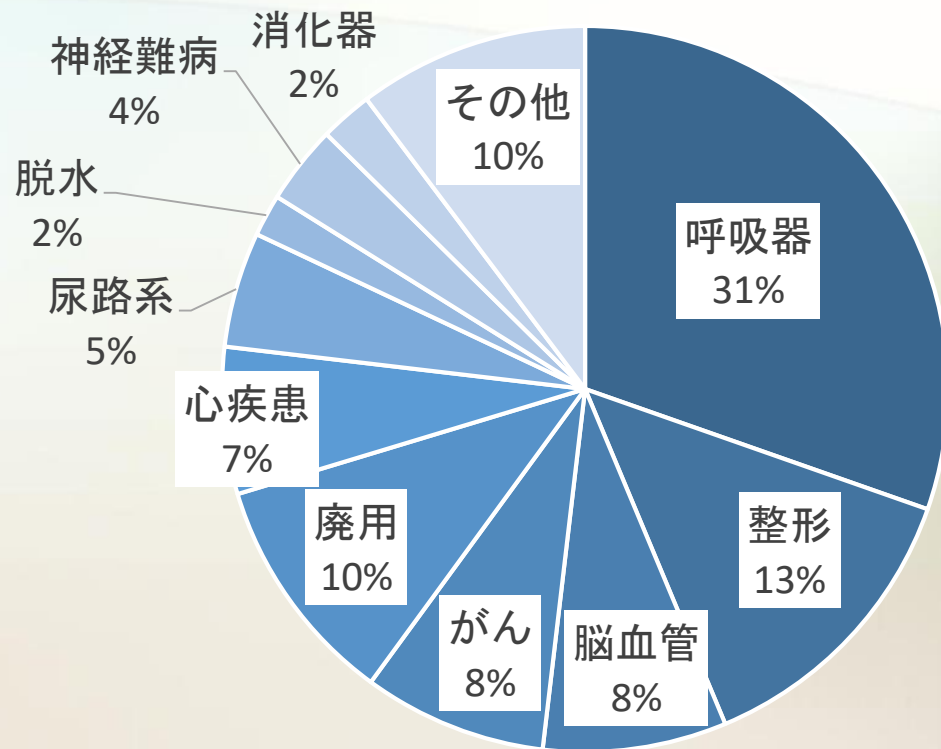
	平成29年	平成30年	(人)
呼吸器	120	130	
整形	55	57	
脳血管	35	35	
がん	30	35	
廃用	23	44	
心疾患	21	28	
尿路系	20	22	
脱水	15	8	
神経難病	10	15	
消化器	8	10	
その他	85	44	

地域包括ケア病棟における疾患割合

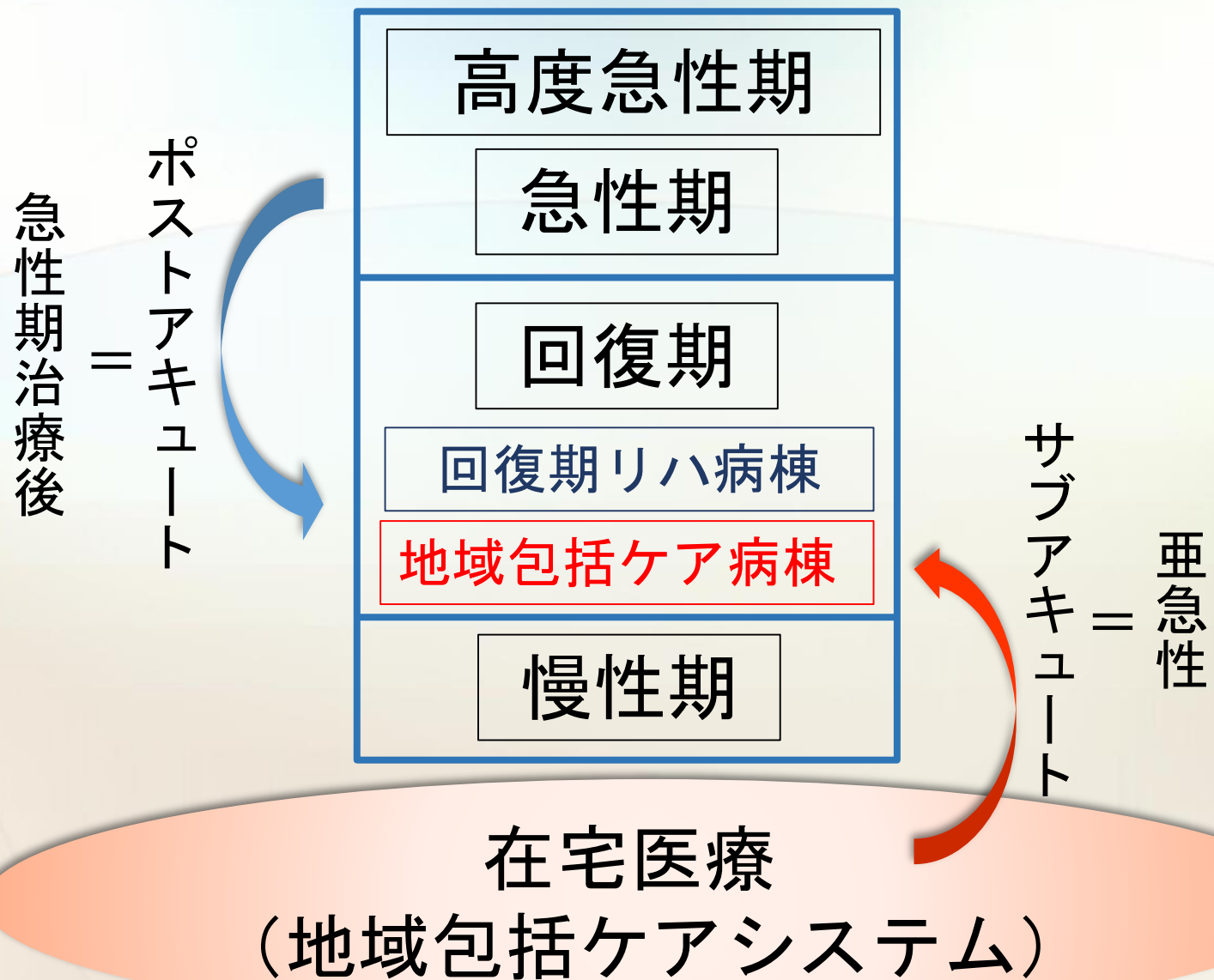
平成29年



平成30年



一般的な患者の流れ

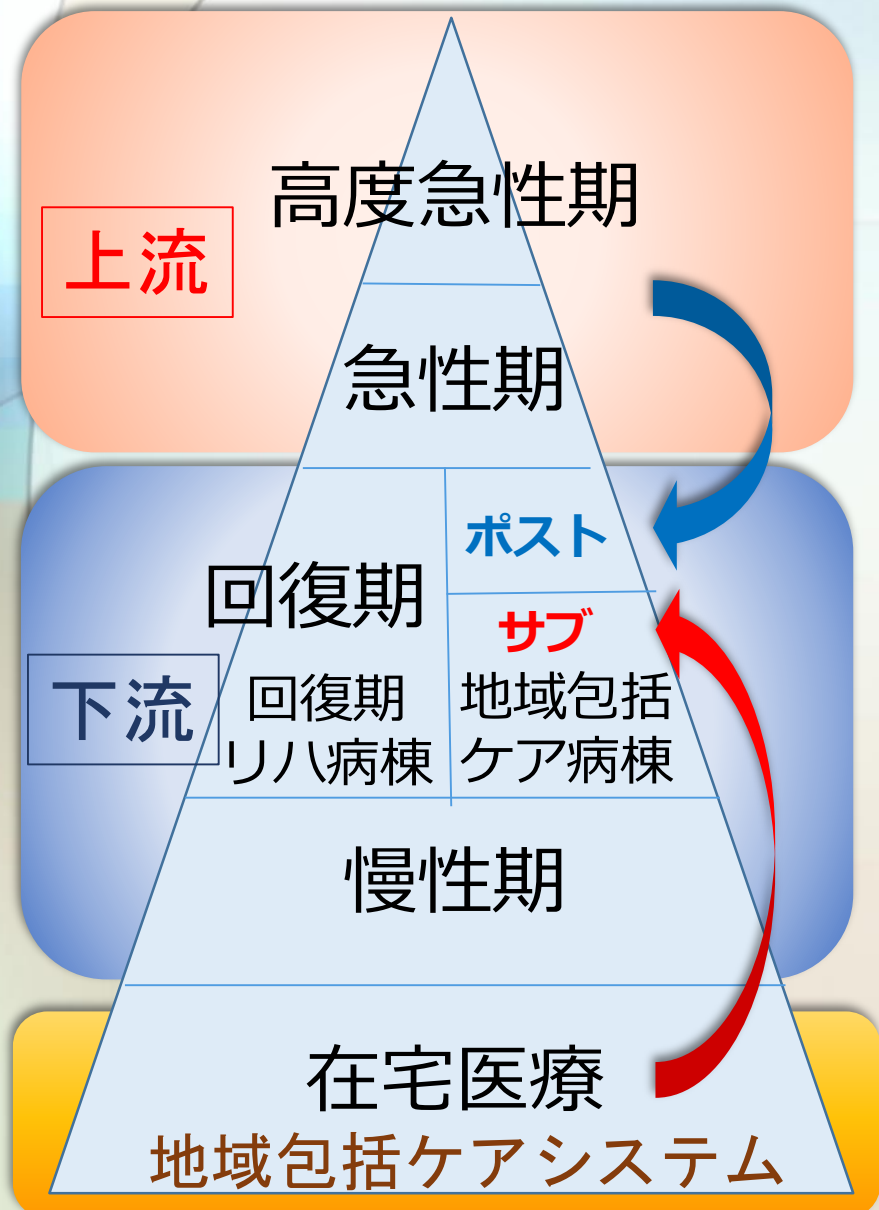


地域包括ケア病棟の苦悩①

- 在宅療養支援診療所は基本的に
24時間365日体制
訪問看護ステーションも同様である
- したがって在宅療養支援病院としての
地域包括ケア病棟としても
24時間365日体制をとらざるを得ない
- 入院患者のイメージは高齢者救急

予定入院と緊急入院とでは
スタッフの負担は大きく異なる

地域包括ケア病棟の苦悩②



- 回復期リハビリ病棟とは同じ回復期の位置付けだが、患者層、流れは全く別物
- 患者受け入れのため常に空床を準備する必要がある
- 上流病院のように夜間救急体制は整っていない

まとめ

- ① 地域包括ケアシステムが機能するためには、受け皿としての地域包括ケア病棟は最後の砦となる。
- ② 医師、看護師をはじめとする医療スタッフは、総合診療・介護保険の知識を求められ、ERに近い役割もこなさなければならない。
- ③ スタッフの疲弊は著しく、長期にわたってのモチベーション維持は困難。
現状の13：1看護 配置では厳しい
- ④ 在宅（施設も含む）レベルでのACPを一層推進していただきたい

追加

- ① 入退院支援
- ② 高齢者救急
- ③ ACP（Advance Care Planning）
人生会議への取り組み

地域包括ケア病棟が円滑に運営される
ためには上記①②③は絶対条件

①入退院支援

スムーズな患者の移動に欠かせない
「癒し系」

地域包括ケア病棟の忙しすぎる
スタッフにとっての強力な助っ人

入退院支援の目的

**病院から住み慣れた地域へ、
安心して生活が送れるために**

東京都退院支援マニュアルより

入退院支援が必要な理由

1. 病床機能分化に伴い、一人の患者を一つの病院で完結するのは困難
2. 限りある医療資源を有効に活用

入退院支援のポイント

- ①入院前よりADLを低下させない
- ②本人・家族の目標
- ③病棟スタッフとの連携

意志を汲み取り、希望をつなぐ

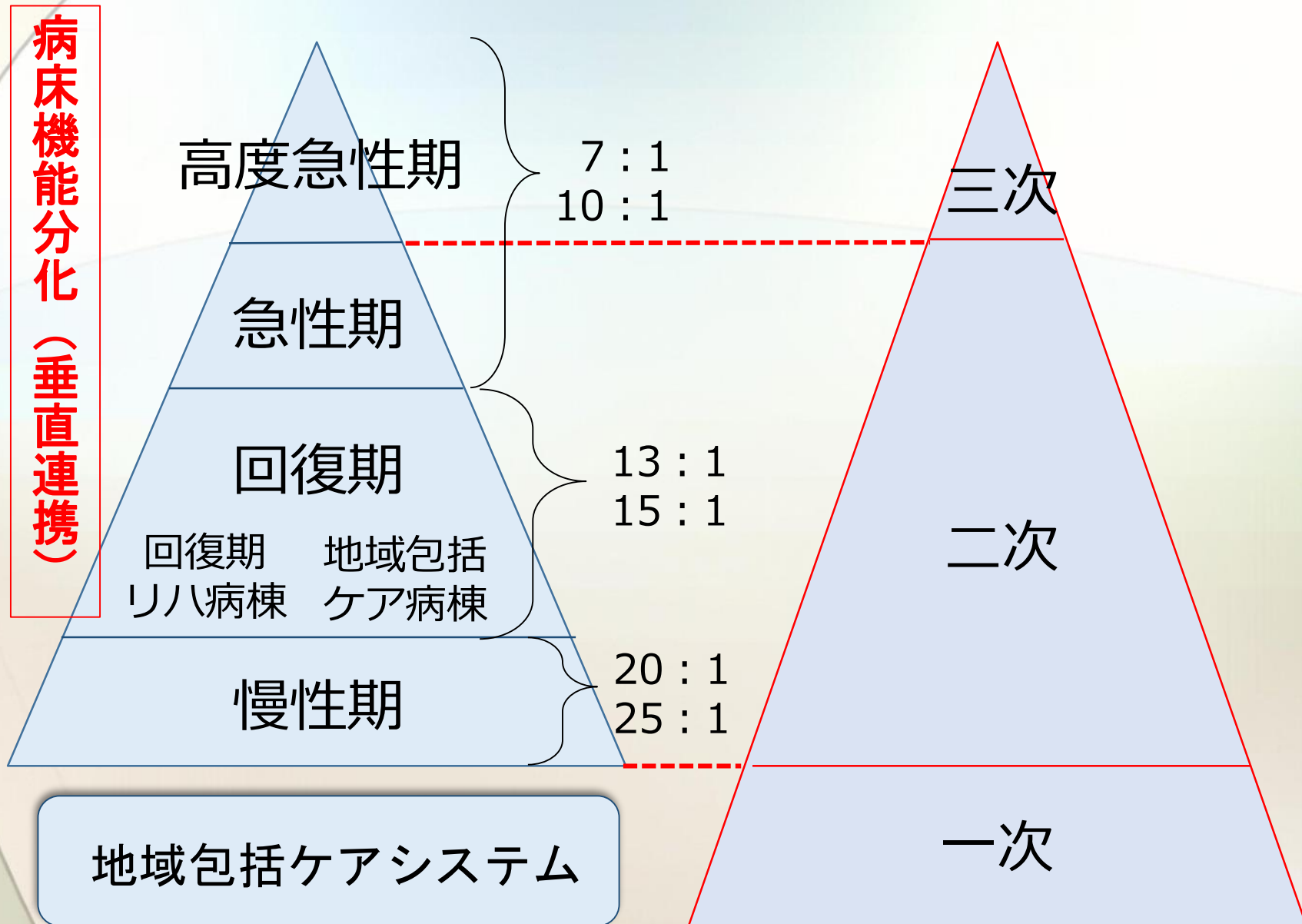
②高齢者救急

地域包括ケア病棟に
期待される役割

高齢者救急のポイント

- ①救急体制の制度疲労
(一次・二次・三次)
- ②診療報酬体制の不備

地域医療構想と病院群輪番制（藤沢市）



最大の問題

**二次救急病院が
急性期、回復期、慢性期の
病院群で構成されている**

地域医療構想・病床機能分化の初期の
段階で二次救輪番制の見直しに取り組む
べきであった（私見）

その結果、病院間で対応に差が出るのは
当然である。

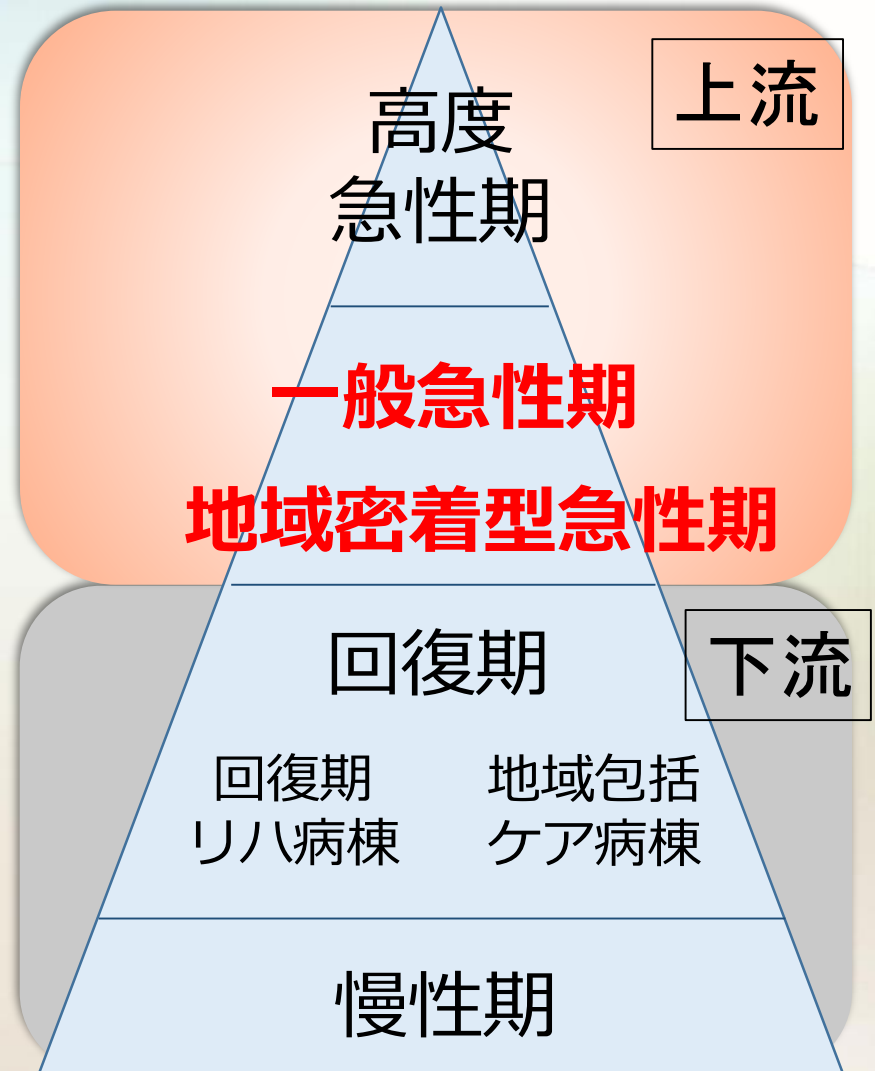
神奈川県からの提案

一般急性期

- 重症患者や救急などを積極的に受け入れていく急性期病床
- 救急や重傷者への対応を重点的に行う、断らない病床

地域密着型急性期

- ポストアキュート・サブアキュート機能を中心に、回復期的な機能も含めて幅広く担っていく急性期病床
- 地域のニーズに応じて、急性期の患者から回復期の患者まで、幅広く患者を受け入れている病床



課題

三次救急の疲弊

(原因) ①安易な救急要請

②高齢化による救急患者増加

③三次救急にwalk in患者がいる

④二次救急を担う医療機関減少

(対策) ① } ACP(Advance Care Planning)
② }

③市民への啓発活動

③ ACP (Advance Care Planning)

人生の最終段階において受けてたい
医療・ケアについて考える



無駄な救急搬送をなくし、
限りある医療資源を有効に活用

ACPとは

定義 今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

目標 重篤な疾患ならびに慢性疾患において患者の価値や目標・選好を実際に受ける医療に反映させること

健康人に対するACP
もらう

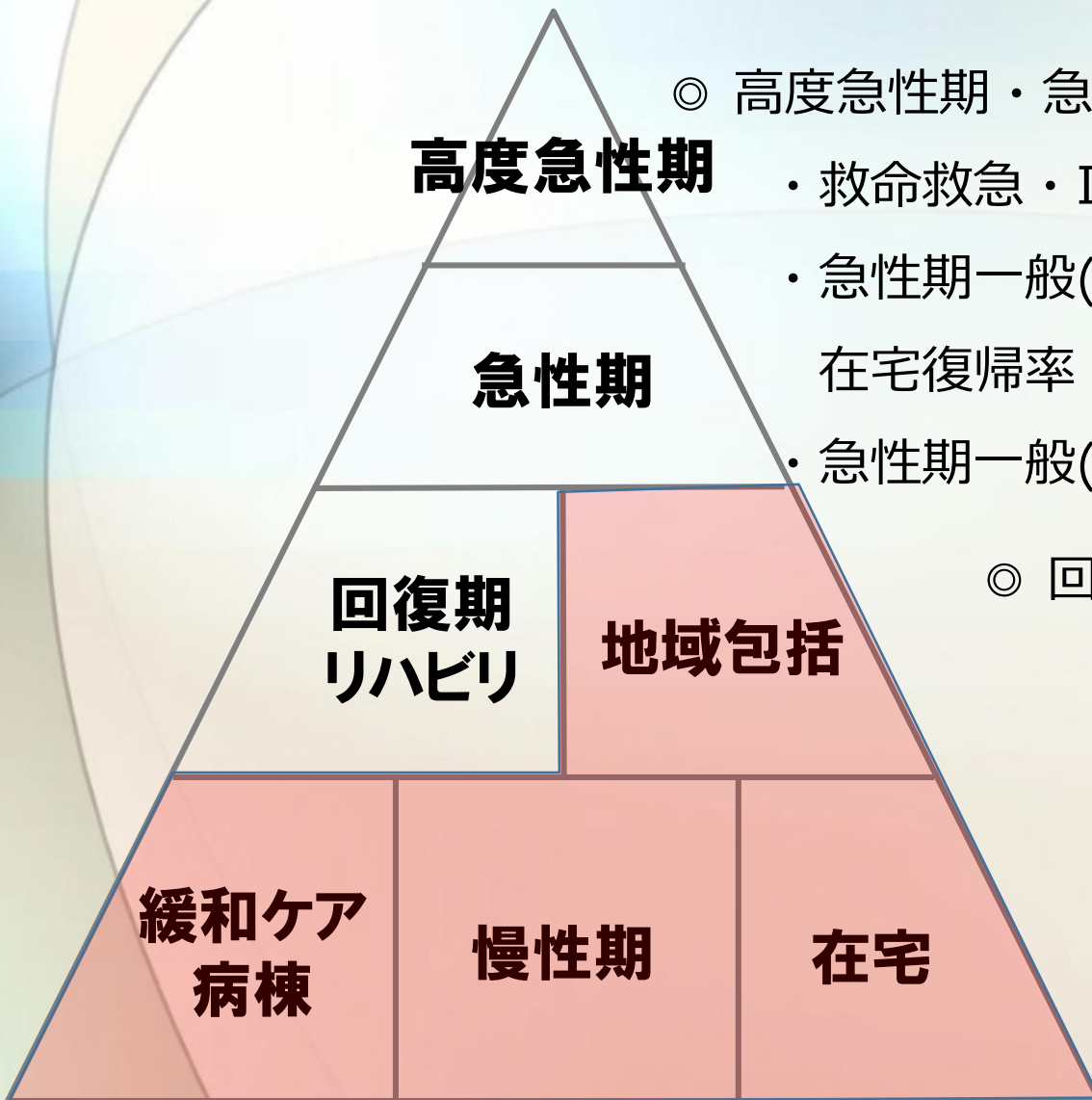
- ・ ACPやADについて知って

病気を持った人に対するACP

- ・ 予後の限られた患者
- ・ 慢性疾患を持つ患者
- ・ 人生の最終段階にある患者

プロセスが大事

病床機能分化とACP



◎ 高度急性期・急性期機能

- ・ 救命救急・ICU・HCUなど：14～21日
- ・ 急性期一般(7対1・平均在院日数：18日)
在宅復帰率 8割
- ・ 急性期一般(10対1・平均在院日数：21日)

◎ 回復期

- ・ 回復期リハ：60～180日
在宅復帰率 7割
- ・ 地域包括ケア：60日
在宅復帰率 7割

延命とは

可能な限りの医療手段を駆使して、
生命の最後の一滴（ひとしずく）まで
見とどける



延命治療

- 心臓マッサージなどの心肺蘇生
- 延命のための人工呼吸器装着
- 抗生物質の強力な使用
- 経管での栄養補給
- 中心静脈からの高カロリー輸液
- 点滴による水分補給
- 輸血
- 人工透析

ACP作成に対して2つのパターン

I 在宅復帰

- ①自宅 訪問診療
 訪問看護 } **必須**
- ②施設 施設の方針

II 最後まで病院

- ①平穏死 全家族の同意が必要
- ②治療希望 ・フルコース
 ・酸素、点滴位

ACPと事前指示（AD）の関係

ACP(Advance care planning)
アドバンス・ケア・プランニング

AD

(Advance Directives)
事前指示

ADに欠けていた患者家族、医療従事者を含めた取り組み

LW Living Will

まず第一に、LW Living Will
ある状況下において自分がしてほしい医療、あるいは
してほしくない医療について述べる書類

AD Advance Directives

次いで、AD Advance Directives
自分が思考能力を含め判断できなくなった場合に備え、
誰かに自分の医療につき決定する権利を委託しておく書類

正式にはこのLW、ADの二種類の書類が必要
最近では同義語として使われる

ACPとADとLWの違い

	ACP	AD	LW
代理意思決定者の選定	○	○	△
治療などに関する希望の明示	○	○	○
患者一人で実施できる	×	○	○
患者・ケア提供者の協働	○	△	△
話し合いプロセス重視	○	×	×
決断の裏にある価値を重視	○	△	△

ご清聴ありがとう
ございました