

総説

## これからの地域包括ケアシステムを考える

神野正博

社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院 理事長

### 【要約】

地域包括ケアシステムは、公式に、The Integrated Community Care System と英語表記される。この Integrated (=統合した) に、この地域包括ケアシステムの真意があると思われる。地域で増加する高齢者に対して、医療と介護の連続的な垣根のない提供のみならず、生涯にわたり、かつ生活まで含めた統合されたケアを目指すべきである。新型法人（非営利ホールディングカンパニー型法人）議論も、この地域で統合されたケアを提供するための選択肢の一つであるならば、意義深いものと考ええる。

このような背景と認識のもとで、いわゆる医療福祉複合体である“けいじゅヘルスケアシステム”が目指す地域包括ケアシステムの現状とこれからの示し、「病院の品質」から「地域の品質」に貢献する事業体のあり方を考えたい。

**Key Words :** 地域包括ケアシステム, 非営利ホールディングカンパニー型法人,  
けいじゅヘルスケアシステム

### 【はじめに～地域包括ケアシステムの本質】

すべての団塊の世代が後期高齢者に突入する 2025 年まで、あと 10 年となった。高齢社会の進展と国の財政悪化を背景に社会保障制度の改革は急務となった。そこでは、医療や介護提供体制の選択と集中とともに、施設と在宅を地域で効率的に活用する仕組みとして地域包括ケアシステムの構築が謳われているのである。

地域包括ケアシステムはもともと約 40 年前に現在の公立みつぎ総合病院（広島県尾道市）の退院後患者を行政や地域と一体になってケアするという考えから生まれ、その考え方と実践が時の厚生省から評価され、後世へ連綿とつながるのである。まさに、病院医療を終了した後の領域であり、現在の介護保険領域から生まれた言葉であると理解したい。したがって、その包括ケアの範囲は、日常生活圏域であった。

ここに、これからの医療を絡めた地域包括ケアシステムを論じるときに、不具合が生じることがある

と考える。なぜならば、医療計画の立案は都道府県であるのに対して、介護保険事業計画を立てるのは市町村であり、しかもその担当は医療とは異なる介護福祉にかかわる部署であることが多いからである。また、介護保険事業は日常生活圏域単位であるのに対して、医療は医療圏、さらにもっと広い範囲が単位となるのである。市町村の介護福祉担当者の発想や動きを医療にまで広げることは並大抵のことではないと思われる。

地域包括ケアシステムの本質を考えた時、正式英語表記から紐解くことが有用かもしれない。英語表記は“The Integrated Community Care System”であり、「包括」は“Comprehensive”ではなく“Integrated”であることに注目したい。すなわち、“Integrated=統合された”が必要なのである。統合とは、医療の病期別の超急性期から慢性期、在宅までの流れとこれらに必要なに応じて提供される介護サービスとの統合であろう。加えて、人の一生の時間軸に亘っての医療介護サービス履歴（Life Log）

の統合であり、さらには日常習慣やセルフメディケーション、予防、未病対策などといった生活と医療介護情報の統合などが必要であろう。

筆者は、「地域包括ケアシステム」ではなく、「地域統合ケアシステム」こそ本質であり、当然、このシステムは、友人関係などといった「連携」ではなく、ビジョンを共有し、ガバナンスを効かせた強い連合（アライアンス）であるべきであると考えている。

#### 【2014年4月診療報酬改定と医療制度改革の方向性】

2014年4月の診療報酬改定で地域包括ケア病床が誕生した。また、同年10月からは在宅復帰率のキャップが高度急性期病院から地域包括ケア病棟、回復リハ病棟、さらには療養型病床、老人保健施設までかぶさってきた。

また、6月には、

『今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること』

を改革の目的とする19本の法律よりなるいわゆる医療介護総合確保推進法（医療介護一括法）が可決され、介護の領域で先行してきた地域包括ケアシステムを広く医療の領域に広げようとしている。

すなわち、国の財政難を背景に、地域主体でより効率のいい医療介護をデザインする目的で、診療報酬改定と医療制度改革の両輪で医療を主体とした地域包括ケアシステムを構築しようとしているといつてよいだろう。この包括（統合）ケアを回すための道具の主なものとして、まとめると

診療報酬改定では、

1. 地域包括ケア病棟（地域包括ケア病棟入院料）・地域包括ケア病床（地域包括ケア入院医療管理料）の開設（以下、両者を一括して地域包括ケア病床）  
～在宅支援のための亜急性期 post-acute と軽度急性期 sub-acute

#### 2. 在宅復帰率重視

医療制度改革では、

1. 病床機能報告制度と地域医療ビジョン策定
2. 非営利ホールディングカンパニー型新型法人（地域連携型医療法人制度\*）で地域統合

\*2014年10月10日 厚生労働省「医療法人の事業展開等に関する検討会」にて提示

があげられる。本稿では、これらの制度改革への認識に加えて、恵寿総合病院を中心とする“けいじゅヘルスケアシステム”のあるべき姿について触れてみたい。

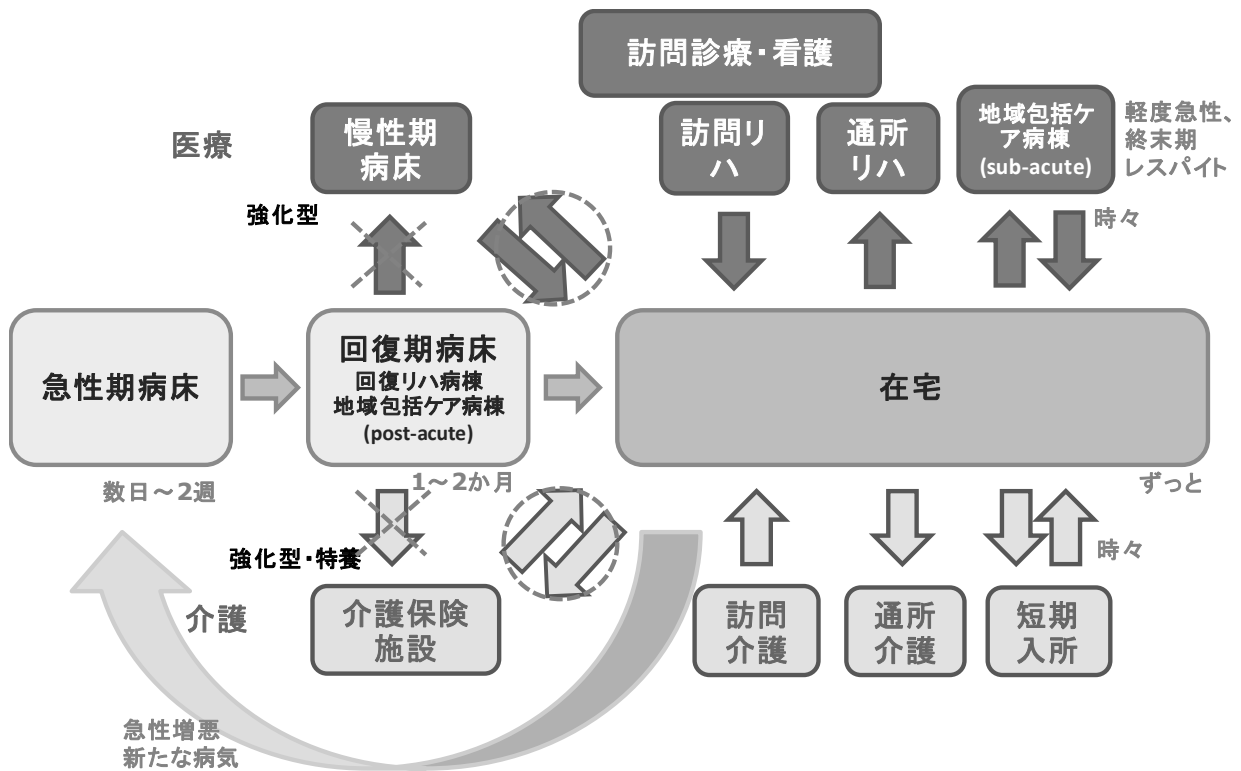
#### 【地域包括ケアのあるべき姿と担い手】

診療報酬改定の方向性が示された翌日2014年2月13日の朝日新聞朝刊一面では、「時々入院、ほぼ在宅」という見出しで在宅重視を表現した。筆者は、今後の方向性を、図1のようにまとめた。

これを解説すると、急性期医療は数日から長くとも2週間程度あり、その後多くは在宅に移行する。それが難しい患者は亜急性期を担う回復期リハビリテーション病棟や急性期後 post-acute という位置付けの地域包括ケア病床へ移った後に在宅へと移行する。今回の在宅復帰率の導入によって、これら急性期病棟や亜急性期病棟から、一般病棟はいうに及ばず、一般の（強化型ではない）療養病床、老人保健施設への移行は難しくなり、在宅への道へ向かわせるしかなくなる。その在宅を支えるために、訪問系、通所系の医療や介護サービスを提供し、それがままたなくなった状態になった時に療養病床入院や老人保健施設入所を考慮する。もちろん、これらにも在宅復帰率が規定されており、終の住処とはなり得ない。

そして、在宅を支えるために、軽度の肺炎や尿路感染、脱水症など軽度急性期 sub-acute 患者や医療依存度が高いレスパイト入院の受け皿としての地域包括ケア病床が、介護におけるレスパイト入所の受け皿として短期入所施設（ショートステイ）施設がある。しかし、急変時には再び急性期病院へ搬送し、その後は同じように在宅へと移行させる。

図1 地域包括ケアシステムのあるべき姿



このように在宅を中心として入院，外来，訪問系医療と入所，通所，訪問系介護を間断なく，かつ全体最適をさせながら回していくことが，今後の地域包括ケアシステムのあるべき姿となると思われる。そのためには，これらを俯瞰しながら強いガバナンスを持って指示する役割と情報の共有が重要と思われる。

指示する役割は，これまでの臓器別専門医には担えない。医師としては，介護保険制度にも精通し，しかもリーダーシップを発揮できる管理職医師であろう。将来的には，全人的な診療能力を持つ（はずである）家庭医，総合診療医もその候補であろう。また，その医師を支えるのは医療知識を持ったMSW（メディカルソーシャルワーカー）や看護職ということになる。いずれの職種も，医療と介護に亘る総合的な知識が必要であり，このような人材の育成システムの構築が急務であろうと考える。また，情報共有に関しても，医療と介護情報の共通化には，一方の領域のみの共有化以上に多大の労力を覚悟しなければならないことだろう。

【地域包括ケアと非営利ホールディングカンパニー型法人を考える】

新たな法人形態，特に非営利ホールディングカンパニー型法人（図2）の是非とあり方を巡って意見が錯綜している。それぞれの立場によって同床異夢の状況にあると思われる。

表1に筆者の類型私案を示す。第1に，米国ピッツバーグのUPMC（University Pittsburg Medical Center）を範とする急性期先端病院を中心とし，研究開発や治験などを統合するモデルが挙げられる。第2に，従来，わが国にも多数存在する医療法人，社会福祉法人，さらには医療サービス法人などからなるいわゆる医療福祉複合体から発展するモデルが挙げられる。さらに，第3の類型として，医療過疎，ないしは逆に医療過剰地域で存続の危機に晒された医療機関同士の統合が挙げられると思われる。

そもそも，2013年8月6日に出された社会保障制度改革国民会議の報告書では，

『医療法人等の間競争を避け，地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るために

図2 非営利ホールディングカンパニー型法人制度のイメージ

厚生労働省 医療法人の事業展開等に関する検討会資料より

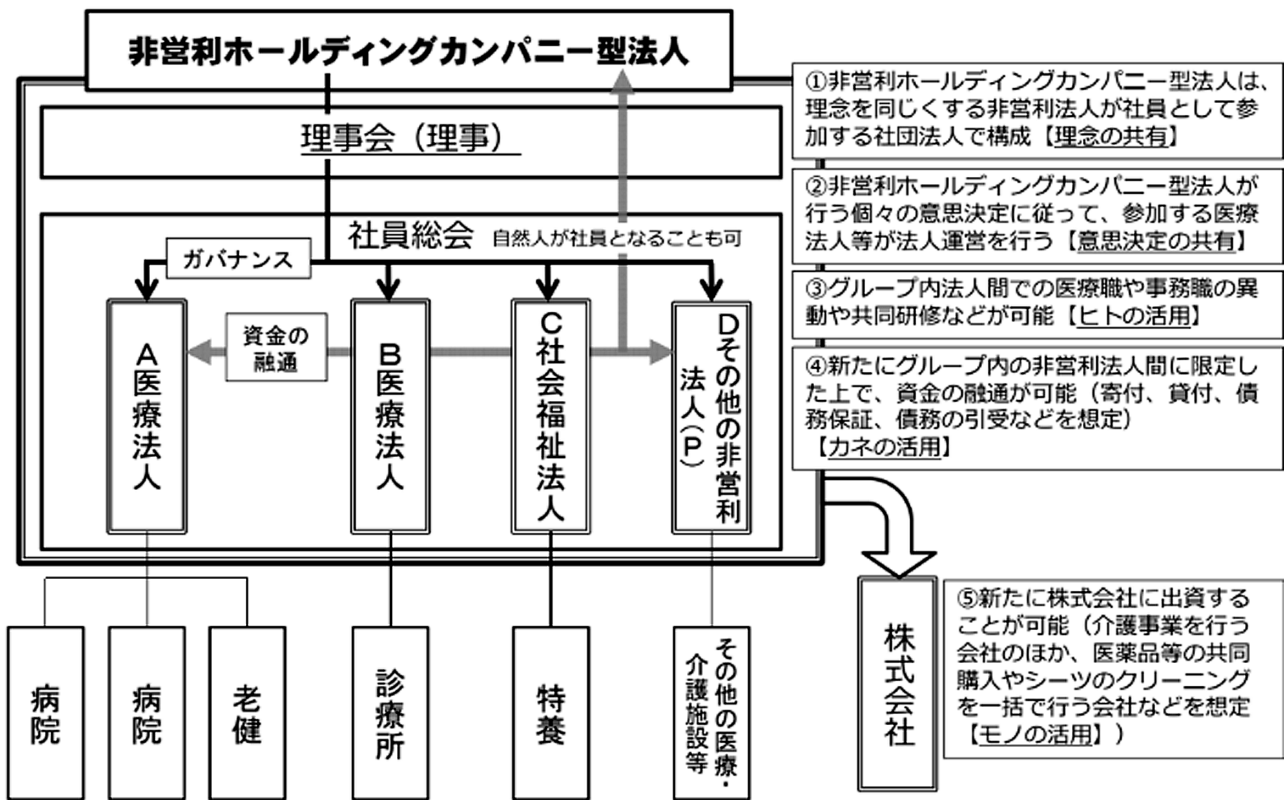


表1 新型法人3つの類型 (神野私案)

<p>1. 先進医療・研究開発型法人 (R&amp;D 型法人)                  - Pittsburgh (UPMC) 型</p> <p>2. 包括自己完結型法人 (統合法人)                  - 従来型の医療福祉複合体からの移行                  - 効率性追求</p> <p>3. 窮状打開型連携型法人                  - 医療資源が乏しい地域                  - 医療資源が過剰な地域 (過当競争地域)</p>
---

は、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。

このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人

間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改革を検討する必要がある。』

と、「例えば～のような」でこの新たな法人形態が提言された。一方、2014年の1月20日に出された安倍総理を議長とする産業競争力会議では、「医療・介護等の一体的サービス提供促進のための法人制度改革等」として

『複数の医療法人や社会福祉法人等を社員総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする「非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)」を創設する。(中略) 具体的内容について平成26年中に結論を得て速やかに制度的措置を講じる。』

と、今年度中という期限付きで、「～のような」ではなく、「創設」が下命されたのである。

この考え方は、総合開発研究機能 (NIRA) レポート2012年12月号「老いる都市と医療を再生する—まちなか集積医療の実現策の提示—」(<http://www.nira.or.jp/outgoing/report/entry/n12>)

0120\_619.html) の中で、現在、厚生労働省大臣官  
房審議官 (医療保険担当) である武田俊彦氏が

『円滑な医療・介護供給システムの構築

地域包括ケアによる円滑な医療・介護供給シ  
ステムは、ホールディングカンパニー型の新型医  
療法人を容認し、医療・介護、まちづくりといっ  
た多様なサービス提供主体の連携を図る。』

と提言したことに始まる。

この議論の背景に、日本の高齢社会の進展と財政  
の問題がある。財源が少ない中、地域で爆発的に増  
える高齢者をいかにお世話していくか。その解は、  
限られた医療施設や介護保険施設を、その時その時  
の高齢者の状況に合わせて、高回転で回していくと  
いうことに他ならない。先に地域包括ケアのあり方  
として挙げたように、費用のかかる急性期医療をで  
きるだけ早く終わらせ、回復期医療へ移行させる。  
その後、施設ではなく在宅へ誘導し、在宅で、医療  
や介護サービスを提供する。一時期、容態が悪くな  
れば、施設に入るが、終の住処ではなく、そしてま  
た在宅に帰る。家族の介護力を保つためにレスパイ  
ト入院や短期入所を活用するなどといった考え方  
である。

ここでこの『高回転』を可能にするのは、統合さ  
れ、ビジョンと意志を統一した地域包括ケアシステ  
ムということになる。“機能分化の時代から統合の時  
代となる”のである。そして、この統合した地域包  
括ケアシステムを作るときには、従来型の緩やかな  
連携では難しいといった判断があったものと推察す  
る。だから、ビジョンばかりではなく、ヒト・モノ・  
カネによって結びつく非営利ホールディングカンパ  
ニー型新型法人なのである。

ヒト・モノ・カネに加えて、情報の共有化が鍵で  
あると思われる。『高回転』するためには、ゆっくり  
申し送り文章を作り、ゆっくり診断し、ゆっくり医  
療・介護必要度を計測し、ゆっくり本人や家族の思  
いを聴取する暇はないからである。

非営利ホールディングカンパニー型新型法人論議  
では、このような地域包括ケアのためという理念を  
離れて、高度急性期を担う病院と関連病院間のホー  
ルディングや全国チェーン病院のホールディングな

ど種々雑多である。これまでの原点に戻った論議を  
進めれば、そのあり様は見えてくるように思うので  
ある。

この非営利ホールディングカンパニー型法人こそ、  
ガバナンスある地域包括ケアシステム構築のための  
最強の道具かもしれないとさえ、思うのである。

### 【けいじゅヘルスケアシステムにおける地域包括 ケアシステムの現在】

石川県能登中部医療圏、人口 56,000 人、高齢化  
率 32% の七尾市を中心とし、426 床の恵寿総合病院  
を基幹とする社会医療法人財団董仙会と社会福祉法  
人徳充会は、いわゆる医療福祉複合体として、米国  
IHN ( Integrated Healthcare Network ) に倣い  
英語名を Keiju Healthcare System と表記し、患  
者・利用者を一元的にお世話する、多施設多制度に  
またがるシステムを構築してきた。

2 病院、4 診療所、3 介護老人保健施設 (うち 1  
か所は転換型)、2 特別養護老人ホーム、2 身体障害  
者入所施設、1 知的障害者入所施設、1 ケアハウス、  
1 短期入所専用施設、4 デイサービス専用施設、3 小  
規模多機能型居宅介護施設、1 センtralキッチン、  
1 健康増進施設など総入院入所ベッドは 1,442 床と  
なり、約 1,700 名の法人職員を擁する。また、2015  
年 3 月には総合病院前に診療所、血液浄化センター、  
ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅を合築し  
たメディカルホーム (ローレルハイツ恵寿) をオー  
プンさせる。

そこでは、『先端医療から福祉まで、「生きる」を  
応援します』をモットーに、医療～介護～福祉に生  
活までを視野に入れたサービス提供を目指すことと  
した。単に施設間の経営的、精神的なつながりば  
かりではなく、1 患者・利用者 IID、医療と介護福祉  
あるいは入院と外来、入所と通所、そして訪問まで  
全施設と全サービスを共通電子カルテで記録する仕  
組み KISS ( Keiju Information Spherical System )  
を構築してきた。加えて、2014 年 1 月から、これ  
らの仕組みを最新の仮想化システムに更新した<sup>1)</sup>。

また、このシステムを背景として、患者・利用者、  
紹介者や現場職員からの音声や紙などによる情報を

電子情報へつなぐ役割をはたす部署として、コールセンターを設置し<sup>2)</sup>、さらに2法人間の各施設に散らばっていたケアマネジャー事業所を2014年4月に1カ所に統合した。

これらが、結果的には地域における包括ケア実践の背骨となると確信している。加えて、いかに記録やデータを共有化しても、スムーズでかつ機動的な包括的なケアの提供には、けいじゅヘルスケアシステムに共通するアセスメントシート(評価表)の作成が肝要と判断された。

そこで、法人介護保険事業部が中心となって、アセスメントシートを作成することとした。しかし、同一あるいは関連法人間でもその作成は容易なものではない。施設毎、さらに看護、リハビリ、栄養や介護などそのサービス毎に要求するアセスメント内容は異なるのである。その解決策として、すべての要求項目を入れ込んだ巨大なシートを作成した。それを運用していく過程で、記載されていない項目は必要のない項目と判断し、徐々に削減し、最小公倍数的なシートが完成した。これを、オンラインシステム上で運用し、入力は極力プルダウンメニューとし、省力化とデータ分析に供している。

生活や住宅に寄り添う市街地の中の病院にこだわり、病院を移転させることなく大規模な病院増改築を行った<sup>3)</sup>。国の医療施設耐震化臨時特例交付金の一部を利用して病院本館の免震による改築と既存棟の耐震化改修を行った。これに伴って、2013年より病床削減と看護単位の見直し、病棟再編を余儀なくされた(表2)。

その際に、障害者病棟を2014年1月から亜急性期病棟40床に転換したものの、同4月の診療報酬改定で亜急性期病床廃止と地域包括ケア病棟・病床の新設を見たため、6ヵ月間の実績を持って同年7月から地域包括ケア病棟40床とし、さらに8月から7床を追加し、47床の病棟とした。

表3に2013年度の恵寿総合病院における入院患者の年齢構成と転帰を示す。すでに43.5%の入院患者は75歳以上であり、75歳以上入院患者の在院日数は長く、かつ自宅退院困難事例が増えていることがわかる。高齢者の多疾患罹患、入院前よりのADL低下、認知症合併などのほか、単身世帯、老々世帯であるといった社会的な状況も自宅退院を難しくする理由と考えられる。

表2 恵寿総合病院の病棟編成と看護基準

【恵寿総合病院地域包括ケア病棟の誕生と運用】

		期間:			
		～H2512	H2601～	H2607	H2608～
総病床数		445	419(7)	419(7)	426
回復期リハビリテーション病棟入院料	病床数	47	47	47	47
	看護基準	13:1	13:1	13:1	13:1
障害者施設等入院基本料	病床数	80	40	40	40
	看護基準	10:1	10:1	10:1	10:1
亜急性期入院医療管理料	病床数		40		
	看護基準		13:1		
地域包括ケア病棟入院料	病床数			40	47
	看護基準			13:1	13:1
一般病棟入院基本料 (DPC)	病床数	318	292(7)	292(7)	292
	看護基準	7:1	7:1	7:1	7:1
	病棟数	7	7	7	7

(7)は休床を表現

表3 平成25年度入院患者数とその転帰  
(恵寿総合病院)

・入院患者数	
-75歳未満	3,433人
-75歳以上	2,638人 (43.45%)
・平均在院日数 (ケアミックスのすべての病棟)	
-75歳未満	16.4日
-75歳以上	30.4日
・退院先	
-75歳未満	自宅 93.8%, 転院 1.6%, 施設 1.4%, 死亡 3.2%
-75歳以上	自宅 77.8%, 転院 3.7%, 施設 9.1%, 死亡 9.4%

一般的に、当院のようなケアミックス病院における地域包括ケア病床は急性期後 post-acute で利用することが多い。旧来の亜急性期病床と同じような考え方である。もちろん、前述のように地域包括ケアシステムの中で、急性期後の在宅復帰を準備し、スムーズな移行を図る病棟としての機能を担うこととなる。具体的に、病後の体力回復に加えて、退院後に住まう自宅のバリアフリー化や介護認定待ち期間もこの対象となる。

経営的には、回復期リハビリテーション病棟とは対象疾患で役割・機能を分担し、当院の場合には7対1 DPC1 日入院料と地域包括ケア病棟入院料との兼ね合いからの転棟となる。

一方、地域包括ケアシステムの中で求められている地域における在宅療養を支えるという使命について事例が少ないのが現状かもしれない。当院は在宅療養後方支援病院であり、在宅を支える診療所や他病院の後方支援という役割がある。しかし、在宅急変時の駆け込み寺的な24時間救急支援は、高齢者といえどもどちらかという急性期で診ることが本筋であろう。ならば、軽度急性期 sub-acute としての需要がどれだけあるかということになる。

これに対して、同じく在宅を支える機能としてレスパイト入院という機能がある。介護保険における短期入所もまたレスパイトとして介護する家族の精

神的、肉体的苦勞を軽減するものである。しかし、例えば、人工呼吸器装着、注射や創傷処置が必要ななど医療依存度の高い患者に関しては、短期入所施設では対応不能である。したがって、医療依存度が高い在宅患者、年少者を含む介護保険を申請していない在宅患者に対してのレスパイト入院は必要なものであり、それによって家族の介護力を維持、向上させることができるものと思われる。そのような意味での、地域包括ケア病棟の利用を図っている。これこそ、在宅を支える機能と思われる。

実際に、地域の介護保険事業者に対して、医療依存度の高い患者のレスパイト入院を紹介し、入院中はすべての診療科を総合的にケアする当院家庭医療科医師が主治医となって、在宅療養における方針チェックを含めて対応している。

在宅療養を守るために、このレスパイト入院を、診療報酬や制度上、明らかなものとして認知させる必要があるように思われる。

#### 【おわりに】

病院医療の質の向上にわれわれは腐心してきた。今後、その上に、地域を包括的にケアすることは、安心の住みよい街づくりへの貢献であり、それによってわれわれが「地域の品質」に寄与するという気概で仕組みの構築に努力したい。

#### 【文献】

- 1) 神野正博：病院の経営戦略と HIS～仮想化システムを導入して. 月刊新医療 41 : 29-33, 2014
- 2) 神野正博：グループ間の IT 連携はなぜ行われるべきか. 月刊新医療 39 : 29-33, 2012
- 3) グラフ 七尾の地で80年～恵寿総合病院の挑戦. 病院 73 : 329-332, 2014
- 4) 池上直己：2025年を視野に入れた医療提供体制のあり方. 病院 73 : 934-939, 2014