

概 説

「なんちゃって急性期」と 言わせないための取り組みを

「なんちゃって急性期病院」の整理・縮小こそ医療費適正化のカギ——といった見解がある。一方で「診療以外のサービス」の重要性が、注目されつつある。「なんちゃって」の可視化を進めることで、こうしたサービスの意義が共有され、高齢者医療の質向上につながるとの期待が寄せられている。

高齢者急性期で必須の リハ・栄養・口腔管理

2024年度診療報酬改定論議が盛り上がっている最中、ある厚生労働省OBは「なんちゃって急性期病院」が担っている業務の可視化こそ、高齢者急性期のカギ」と語っていた。急性期病院を謳いながら、実際は慢性期の患者も多く受け入れ、それによって病床稼働率を維持している病院の呼び名として「なんちゃって急性期病院」が冠され、こうした病院の整理・縮小によって医療費の適正化を図

ることができるといふ意見が聞かれていたことを受けての発言だった。確かに機能は不明確だが、本来に縮小してしまつて、高齢者急性期医療は維持できるのかという懸念も示していた。

「急性期病院が受け入れている慢性期の患者」を受け入れ、どのような医療、ケアを提供しているのか。あるいは、提供すべきなのか。これが明確になれば、「なんちゃって」の汚名も返上できるはずで、答えのモデルの一つが、24年度改定で新設された地域包括医療病棟と見ることもできる。

そもそも「純度の高い」急性期病棟において、入院患者の多くを占める高齢患者に対応できなくなっているという危機感は、現場レベルで広く指摘されるようになってきた。長年にわたって救急医療の段階からのリハビリテーション、栄養、口腔管理の重要性を訴えてきた栗原正紀・長崎リハビリテーション病院理事長は、次のように述べている。「急性期病院では医師と看護師中心の医療を続けているケースが少なくないのではないのでしょうか。原因疾患に対する臓器別専門治療だけでは廃用症候群や低栄養、合併症、慢性疾患、さらに生活再建への対策が欠如しが

「早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供」以降はむしろリハビリセラピストや管理栄養士ら多職種が中心的役割を果たすことになる。このあたりの業務と担い手が不明瞭なままだったため、「なんちゃって」と称されていたと言えそうだが、今回の改定でそうした眼差しも減っていくことが期待される。

業務の可視化で進める 現場業務の平準化・均質化

ただ、これらの体制・取り組みを具体化するのには一朝一夕とはいかないようで、施行後1カ月の時点では地域包括医療病棟を算定した病院、リハ・栄養・口腔連携体制加算を算定した病院のいずれも40に満たない件数といわれている。現在も来年からの算定をめざして準備を進める病院は散見されるが、現行体制ですぐに算定できなかったようだ。医療現場それぞれで独自に対応していたことも一因と言えそうだが、業務の平準化・

均質化を進めるうえでも、算定要件を参照した業務の見直しは必要だろう。

そのポイントの一つとして、やはり「業務の可視化」が上がりそうだと今回の特集でレポートしている田中脳神経外科病院は、地域包括医療病棟の届出タスクを可視化するように一覧表示し、項目ごとに「進行中」「未着手」など進捗状況を確認、担当者はそれぞれの課題の解決に向けた取り組み内容を明確化している。

右田病院はもとも全床を地域包括ケア病床とし、高齢の急性期患者を多く受け入れてきたが、施設基準の一つであるADL評価割合について、実績の「集計法」に着目、BI (Barthel Index) 値を測定するタイミングを見直すことで基準を満たし、かつ担当者も決める対応することにしたという。

可視化と共有の範囲は 病院内にとどまらない

厚生労働省の「地域包括医療病棟に

院において、入院患者の多くを占める高齢患者に対応できなくなっているという危機感は、現場レベルで広く指摘されるようになってきた。長年にわたって救急医療の段階からのリハビリテーション、栄養、口腔管理の重要性を訴えてきた栗原正紀・長崎リハビリテーション病院理事長は、次のように述べている。「急性期病院では医師と看護師中心の医療を続けているケースが少なくないのではないのでしょうか。原因疾患に対する臓器別専門治療だけでは廃用症候群や低栄養、合併症、慢性疾患、さらに生活再建への対策が欠如しが

ちで、入院期間の長期化による寝たきりを招きかねません（本誌2024年5月号16ページ）

地域包括医療病棟のイメージが示すサービス

24年度改定の陣頭指揮を執った、厚生労働省保険局医療課の真鍋馨課長（当時）は、改定の説明会で「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」の新設や「ADL維持向上等体制加算」の点数引き上げについて、「急性期からリハ、口腔、栄養にぜひ取り組んでいただきたいというメッセージになっていきます」と語り、急性期からのリハビリ等の重要性を強調していた。

また厚生労働省が「地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ」で示した図には、大きく5つの機能が示されているが（図）、医師による「診療」を想起させるのは「救急患者を受け入れる体制を整備」「一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱」

図 厚生労働省が示した「地域包括医療病棟」における医療サービス



出典：厚生労働省「令和6年度診療報酬改定の概要【入院1（地域包括医療病棟）】」

における医療サービスのイメージ」では、10対1の看護配置に加えてリハビリセラピスト、管理栄養士、介護福祉士を含む看護補助者など

高齢者医療に必要な多職種配置を求めているが、患者本人に焦点を当てれば、「多職種」の範囲はさらに広がる。退院支援時にはMSWの手腕は不可欠になるし、患者の状態を知らせる院外の連携先にまで視野を広げれば、ケアマネジャーや訪問看護師、在宅医なども含まれてくる。こうした異なる専門性を備えた職種間での連携を進めるならば、当然、認識を共有するための「共通言語」も必要で、業務の可視化はその第一歩となる。高齢者急性期医療における「診療以外の業務」は、「なんちゃって」どころか、患者のことを考えれば不可欠な業務であり、その質の向上を進めるためにも、可視化に向けた取り組みが重要になりそうだと。

続きは、本誌11月号をご覧ください

(C) 2024 日本医療企画