

地域包括ケア病棟協会

平成30年度介護報酬改定に向けて



地域包括ケア病棟協会  
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

## 謝 辞

地域包括ケア病棟協会は、地域包括ケア病棟が平成 26 年度診療報酬改定にて新設された事を受けて、同年 5 月に設立されました。

「ときどき入院ほぼ在宅」を掲げて、様々な研修会や講座、研究大会、調査等を通じて、また、急性期、慢性期、公的、民間を問わず、全国の医療機関や関係団体と協調して、地域包括ケア病棟に努める専門職の質向上と、本病棟の普及啓発を目指しています。

今日までの活動にご協力頂いた事を感謝申し上げます。

平成 29 年 8 月 24 日

地域包括ケア病棟協会  
会長 仲井培雄



## 地域包括ケア病棟協会

### 平成 30 年度介護報酬改定に向けて

#### 要 望

医師又は入退院支援担当者とケアマネジャー等が、入院前あるいは超早期から医療介護福祉に関する情報共有がしやすくなるよう、入退院支援の取り組みを評価して頂きたい。

## 地域包括ケア病棟協会

### 平成 29 年度 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査

地域包括ケア病棟協会の地方厚生局解析資料によると、地域包括ケア病棟入院料／入院医療管理料の届け出病院は、2017 年 4 月で 1,894 病院、推定 6 万床となった。本年 6 月に当協会が実施した「平成 29 年度地域包括ケア病棟の機能等に関する調査（以下 H29 調査）（資料 1）」では、この内の 32.5%、616 病院から回答を得た。

地域包括ケア病棟を開設した理由を聞いたところ、7 割を超える病院が“地域のニーズや患者の状態に即した医療を提供できる”ことを挙げていた。また、開設によって、7 割の病院で院内の多職種協働が深まり、6 割の病院で地域内の他施設との交流が増えた。さらに、病棟構成の見直しの際に他施設との調整を行ったとの回答が 2.5 割もあり、在宅医療・介護機能は 3 割の病院が充足としており、地域包括ケアが進んでいる兆しがある。

在宅・生活復帰支援のための取り組みは、リハビリテーション（以下リハ）、家族との退院調整、地域ケアマネとの連携に取り組んでいる病院の割合が 8 割以上と多いが、院内地域内共通アセスメント、多剤投薬対策、リハ栄養に取り組んでいる病院の割合は 1.5 割未満と少なかった。また、介護サービス等に取り組んでいる病院の割合は、訪問系 6 割、通所系 5 割、介護施設 4 割、居住系 3 割であり、特に訪問・通所系は過半数の病院で併設していた。地域包括ケア病棟の役割から見ても、医療介護連携の充実は必須である。

## 地域包括ケア病棟協会

### 平成 30 年度以降の介護報酬改定に向けた提言

人口減少、少子化、超高齢社会、認知症高齢者激増、地域間格差の時代を迎えて、自院の病棟構成の中で急性期から回復期、慢性期までの機能を選べる柔軟性と、ご当地毎のニーズに応えられる懐の深さを併せ持つ地域包括ケア病棟がなければ、地域包括ケアシステムと地域医療構想は成り立たない。

以上を踏まえ、地域包括ケア病棟協会として平成 30 年度介護報酬改定に向けて提言したい。

**提言① 退院時連携から入退院時連携に向けて**

**提言② 医療介護福祉共通のアセスメント票の開発と活用**

## 提言① 退院時連携から入退院時連携に向けて

前述のとおり、日常的に何らかの生活支援が必要な人は増えていく。一方で、少子化や働き方改革等で、家族も含めた医療・介護の担い手の確保は難しくなる。これからは、入院前後で、生活支援の程度を重くしない、もしくは軽減させることが、重要になり、そのプロセスとアウトカムを評価することで、在宅・生活復帰支援を促進する必要がある。

そのためにまず必要なのは、発症前・入院前の生活の状況を知ることである。それは在宅・生活復帰支援のゴールでもあり、元のままの暮らしに戻るための基準にもなる。加えて、発症前・入院前の生活支援の有無によって、投入される医療資源が違うことも想定される。

H29年度調査では、地域包括ケア病棟を持つ病院の7割は、既に発症前・入院前のアセスメントを行い、退院時のゴール設定につなげていた。独自にあるいはケアマネジャーやかかりつけ医、自治体介護・福祉担当者、障害者支援施設担当者等（以下CM等）と連携して評価を行っていると考えられ、現場の意識は、退院支援から入退院支援に向かっている。

より良い在宅・生活復帰支援のために、入院早期からCM等が病棟を訪れることができるよう、普段から顔の見える連携を取ることの必要性は論を待たないが、コミュニケーションの取りにくさや機会の確保の難しさがある。

そこで、入院前あるいは超早期に、医師又は入退院支援担当者からCM等に介護福祉情報提供を依頼し、その情報に基づいて策定した、予後や在宅医療介護福祉サービスの変化の予測等を含んだ診療計画を、CM等に提供することで、入院前あるいは超早期から双方向の医療介護の情報共有を図ってはどうか。

介護報酬では、CM等から病院へのアプローチを評価し、診療報酬では、病院側からCM等へのアプローチを評価する。

## 提言② 医療介護福祉共通のアセスメント票の開発と活用

発症前・入院前の生活支援の状態を把握できる情報は、データ提出の様式1の脳卒中の発症前 Rankin Scale や、入院前の要介護度等をアップロードしているに過ぎない。

発症前の生活から、入院、退院、在宅復帰後まで、生活支援の程度の変化を把握し、提言①で述べたような評価を行うには、全国統一の院内・地域内共通のアセスメント票を開発し、データマイニングできる形に蓄積する必要がある。例えば、平成29年3月日本能率協会総合研究所が報告した、平成28年度老人保健健康増進等事業の「入退院を繰り返す可能性のある要介護者等における再発防止のためのセルフマネジメントの在り方に関する調査研究事業（参考資料）」で示された様な、医療介護福祉を一気通貫した情報収集である。より簡便なアセスメント票を開発し、その結果をデータアップロードするプロセスを評価してはどうか。

これにより、発症前の生活においてできていたことを100%として、入院後の最も悪い状態、退院時の状態、退院後の在宅・施設における状態を把握して、どのくらい悪化し、または改善したかの改善度を見える化することで、アウトカム評価を行い、成績のよい施設は診療報酬でプラス評価を行ってはどうか。介護報酬では、上記のアセスメント票等を用いて、発症前・入院前や在宅復帰後の生活の状況をCM等が病院側に提供することを評価してはどうか。これにより地域包括ケア病棟の機能の評価を、地域で医療介護福祉に携わる多職種により評価できることになる。

また、データヘルス改革推進計画に基づく、2020年度以降の健康・医療・介護ICTによるビッグデータ解析や科学的介護にも活用可能ではないか。

さらに、医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直しに必要な、複数資格の共通基礎過程において、効率的なアセスメントの履修が可能ではないか。

以上