

地域包括ケア病棟協会

平成30年度診療報酬改定に向けて



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 年度診療報酬改定に向けて

要望 1 地域包括ケア病棟を届け出て、地域に必要な機能を維持しやすくするために、緊急時の受け入れをより評価して頂きたい。

要望 2 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。

急性期病院が地域包括ケア病棟を開設して、院内急性期病棟から患者を受け入れることに対して、病病連携を阻害するとの意見があるが、様々な地域ニーズに応え、かつ在宅・生活復帰支援を充実させていれば、大きな問題はない。H29 調査では、他の急性期病院が病床転換したことで、自院への回復期・慢性期の患者紹介が減ったために、地域包括ケア病棟を開設したという医療機関は、僅か 18 病院 2.9%であった。

地域包括ケア病棟協会

平成 30 年度以降の診療報酬改定に向けた課題

H29 年度調査より見えてきた課題は、以下の 2 つである。

1. 地域包括ケア病棟を活用して地域ニーズに応えたいが、届出が困難なケース
2. 在宅・生活復帰支援が様々な理由で充実していないケース

その背景には、多職種協働促進による人員増や、ALOS 短縮と病床稼働率低下による収支の悪化、救急・リハビリテーション（以下リハ）の増強や減床等の自院機能の見直し、治す従来型医療から治し支える生活支援型医療への意識改革等に対しての、経営上の不安がある。

そこで、課題を掘り下げて、提言に繋げたい。

1. 地域包括ケア病棟を活用して地域ニーズに応えたいが、届出が困難なケース

1-1) 救急診療や在宅・生活復帰支援のための人員確保や什器・設備充実のハードルが高くて、地域ニーズに応えられないケース。地域医療総合確保基金は、初期投資支援の意味合いが強く、人件費に適用されない場合もあるため、持続可能性を追求しにくい。診療報酬上の評価は重要である。

→ 提言①、②、③、④

1-2) 地域包括ケア病棟と別の病棟の組み合わせや病院の規模によって、地域ニーズの変化に迅速・柔軟に対応しにくくなるケース。人口減少の著しい地方都市・過疎地域の病院や、公的病院群が 2 次医療圏のほぼ全体の地域医療を担っている地域等が対象になるのではないか。

→ 提言⑤

2. 在宅・生活復帰支援が様々な理由で充実していないケース

2-1) 在宅・生活復帰支援が必要な患者に、様々な理由で積極的に医療資源を投入する事ができず、結果として、在宅復帰が妨げられて、在院日数の延長や慢性期機能の病床および介護施設等に転出しているケース。

→ 提言②、③、④

以上を踏まえ、地域包括ケア病棟協会として平成 30 年度以降の診療報酬改定に向けて提言したい。

地域包括ケア病棟協会

平成 30 年度以降の診療報酬改定に向けた提言

提言① 緊急時の受け入れ経路の充実

提言② 医療介護双方からの入退院支援の取り組みを評価

提言③ 在宅・生活復帰支援機能のアウトカム評価

提言④ 生活支援の程度のデータによる把握

提言⑤ 地域における地域包括ケア病棟を有する病院のあり方

提言① 緊急時の受け入れ経路の充実

地域包括ケア病棟の受け入れ経路は、緊急の受け入れ、急性期からの受け入れ等とされている。病院全体の急性期機能や病棟構成等のストラクチャーによって、地域包括ケア病棟の機能を評価するのではなく、どの経路で患者を受け入れ、どのような在宅・生活復帰をしたか、プロセスやアウトカム評価をしてはどうか。

「ときどき入院 ほぼ在宅」を実現し、地域包括ケアを推進するには、「緊急時に対応できる病院が暮らしの近くにある」という安心感が必要である。緊急時の受け入れ経路には、自宅や施設で、生活したり療養したりしている、高齢者、認知症者、障害児者、がん患者等、入院前後で日常的に生活支援が必要な患者の軽中等症の急性症状に対応するケースと、生活支援が不要なケースが考えられ、前者は超高齢社会により増加していく。

地域医療構想への貢献も含め、地域包括ケア病棟には、いずれのケースにも対応できるだけの急性期機能が求められる。「平成 28 年度地域包括ケア病棟の機能等に関する調査(以下 H28 調査)(資料 2)」では、地域包括ケア病棟に緊急入院した患者の内、1 割以上を救急搬送で受け入れており、他の受け入れに比べ、より多くの医療資源を投入している事が予想された。

これまで様々な理由で届出できなかった病院でも、地域ニーズに対応するために地域包括ケア病棟が必要になることもある。そのためにも、緊急時の受け入れをより評価してはどうか。

提言② 医療介護双方からの入退院支援の取り組みを評価

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 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。

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

提言③ 在宅・生活復帰支援機能のアウトカム評価

早期に情報提供を行い、方向性と懸案事項を共有すると同時に、院内・地域内の多職種協働を活性化する。

院内多職種協働では、発症前の生活支援の状況に応じて、リハ、栄養、認知症ケア、多剤投薬等に対する包括的アプローチを実施する。入退院支援・調整を行って、院内と地域内の多職種を繋ぐ機能も重要である。しかし、摂食機能療法や認知症ケア、退院支援等の一部の出来高算定項目や加算を除き、疾患別リハを含むほとんどの在宅・生活復帰支援は、実施を前提とした病棟入院料と入院医療管理料に包括されている。

そのため、入院患者像や疾患構成等がほぼ同一と仮定すると、現行の報酬では、積極的に在宅・生活復帰支援を行ってALOSを短縮した場合と支援を行わないでALOSを伸ばした場合は、稼働率が同じなら本病棟全体の収入はあまり変わらない。しかし、医療資源の投入量が多い前者の方は支出が多く利益が出にくい。つまり、「ときどき入院 ほぼ在宅」を行おうとすればするほど、利益が出にくくなる。

そこで、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、成績のよい施設はプラスの評価を行ってはどうか。よりよい在宅・生活復帰支援を評価することは、職員のモチベーションアップにもつながる。

提言④ 生活支援の程度のデータによる把握

提言②でその必要性を主張したものの、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③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、地域包括ケア病棟での受け入れの実態をより精緻に分析し、地域包括ケアシステムと地域医療構想への貢献度を評価することができる。

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。

提言⑤ 地域における地域包括ケア病棟を有する病院のあり方

平成 28 年度診療報酬改定から、「許可病床数が 500 床以上の病院や高度急性期を担う特定入院料の病床を届け出ている病院は、地域包括ケア病棟の届出は 1 病棟に限る」とされた。大都市部や 500 床以上の病院においては、病院間の機能分化・連携を促進し、地域包括ケアシステムの構築に資するための重要な報酬設定である。

しかしながら、求められる病院機能は地域により大きく異なり、それは動的に変化する。例えば、人口減少の著しい地方都市・過疎地域の病院や、公的病院群が 2 次医療圏のほぼ全体の地域医療を担っている地域では、その病院が地域医療構想と地域包括ケアシステムを同時に担うことになる。このような地域では、規模は 500 床未満であっても、高度急性期を担う特定入院料の病床と複数の地域包括ケア病棟を持つ事が、必要になるケースもある。

以上の様に、ストラクチャーに対する一律の評価や基準だけでは、地域特性に配慮した対応や地域ニーズの変化への対応が、難しくなると懸念される。

そこで、配慮すべき一定の特性を持つ地域（*）に限り、500 床未満の病院の高度急性期を担う特定入院料の病床と地域包括ケア病棟の組み合わせによる診療報酬上の制限を緩やかにし、地域包括ケア病棟を 2 病棟以上届け出可能としてはどうか。ただし、地域医療構想の協議の場や調整会議、医療審議会の結果を尊重し、真摯に対応するものとする。

* 配慮すべき一定の特性を持つ地域については、今後当協会機能評価委員会で検討

■ 現行の診療報酬		高度急性期を担う特定入院料の病床		
		あり	なし	
■ 提言⑤: 大都市部等	許可病床数	500床～	～1病棟	～1病棟
		～499床	* ～1病棟	* 制限なし
■ 提言⑤: * 配慮すべき一定の特性を持つ地域		高度急性期を担う特定入院料の病床		
		あり	なし	
許可病床数	500床～	* ～1病棟	* ～1病棟	
	～499床	* 0病棟～	* 制限なし	

* 配慮すべき一定の特性を持つ地域については、今後当協会機能評価委員会で検討

* 地域医療構想の協議の場や調整会議、医療審議会の結果を尊重し、真摯に対応する

(平成 29 年 11 月 8 日加筆修正、図表追加)

おわりに

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を最大限に活用しなければ、地域包括ケアシステムと地域医療構想は成り立たない。

地域ニーズに合わせて自院の機能を変え、院内・地域内の多職種と住民を巻き込み、在宅・生活復帰支援を促進しようとする病院が、安心して持続可能性を追求できるよう、一緒に地域包括ケア病棟を育てて頂きたい。

以上



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

〒162-0067 東京都新宿区富久町1-1-5 シャトレ市ヶ谷2階
TEL.03-3355-3120 FAX.03-3355-3122
ホームページ <http://chiiki-hp.jp> E-mail : info@chiiki-hp.jp