

2015.12.10 地域包括ケア病棟協会 記者会見

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

協会の概要	活動	ニュース	会員
-------	----	------	----



「ときどき入院、ほぼ在宅」
地域包括ケア病棟を活用して、地域の人と社会の健康を実現します。

地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄

平成27年度 地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査

※追加・更新資料を(**new**)と表示



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

次期診療報酬改定に向けた 地域包括ケア病棟に関する議論

■大都市で急性期病院がひしめいている地域の
地域包括ケア病棟のあり方と、

■人口が急減する地方都市や過疎地で、
他に医療機関がない拠点病院の地域包括ケア
病棟のあり方は、
全く異なる。

■この地域包括ケア病棟のあり方を、公民問わず、
診療報酬で律することは難しい。

キーワードは
競争 → 協調

■ 診療報酬改定は全国一律、地域のことは地域医療構想会議とその協議の場や医療介護総合確保基金を使ってご当地毎に、という医療介護総合確保法のポリシーを遵守する。

■ 様々な医療機関の地域毎の事情による格差は、診療報酬よりも、まずは地域のこととして解決する。

■ むしろ、大都市や地方都市、過疎地における地域格差を解消する目的で、地域包括ケア病棟の自由度を高めることに主眼に置いた、王道を歩む改定になることを期待したい。

手術料等を包括外にして
出来高算定にする案件について

■手術料の出来高算定が認められれば、
地域包括ケア病棟の本来の目的通り、
手術があってもなくても、
受け入れた患者の在宅復帰を支援し、
急性増悪した場合には、
また地域包括ケア病棟で受け入れる、
「ときどき入院、ほぼ在宅」という機能が、
目に見える形で診療報酬上評価される。

■ 中医協の調査では、
地域包括ケア病棟に入院した患者について、
手術点数が出来高でないという理由で、
手術を実施していない病院が多いと考える。

■ 短期滞在手術等基本料3を活用して、
手術を実施している病院もあり、
手術を行える医療の質は兼ね備えている。

例えば、整形外科的疾患では、

■明らかな骨折がある場合は、手術の要否はすぐに判るが、変性疾患の場合は経過を観察する場合がある。保存的治療か？手術か？入院時迷うことは多い。そのため、脊柱管狭窄症や腰椎ヘルニアなどは、10対1以上の急性期病床で経過を診ることになる。

■内科で誤嚥性肺炎で地域包括ケア病棟に入院。転倒骨折し、10対1以上の急性期病床に転棟して、手術を実施するも、ポストアキュートで地域包括ケア病棟には戻れない。診療報酬上評価されていない。

急性期病床を持つ病院が
地域包括ケア病棟を
届け出ている場合

急性期病床を持つ病院が地域包括ケア病棟を届け出ている場合

■現状の手術料は、
出来高／DPCの急性期病床で算定して、
ポストアキュートは地域包括ケア病棟で、
患者を受け入れる流れになっている。

■手術料の出来高算定が認められれば、
10対1以上の病床を持たない病院並みに、
急性期を経由しない緊急時の受け入れ経路の
患者が増えて、
ポストアキュートの転棟に伴うリスクやコスト、
クレームも減少し、
受け入れ時のアンダートリッジによる経営リスクも
減少する。

急性期病床を持つ病院が地域包括ケア病棟を届け出ている場合

■意見1

要件は現行のまま、
包括の手術料を外出しにするとなれば、
「手術は急性期病床でやって、その後に地域包括
ケア病棟に移すから外出しにしないでいい」
という判断になる。

■意見2

サブアキュートとポストアキュートとでは、
病棟の運営コストが異なる。
現行の点数ではサブアキュートの運営は厳しい。
手術症例を含めたDPCに準じた報酬体系が必要。

急性期病床を持つ病院が地域包括ケア病棟を届け出ている場合

■意見3

“単独”もしくは“複数”の病棟で「病棟群」を設定し、病棟群ごとに最適な入院基本料を算定できるようになり、「病棟群」内での看護師数傾斜配置も可能になれば、地域包括ケア病棟は、ポストアキュートだけを診れば良い。

■意見4

7対1の要件が厳格化され、地域包括ケア病棟の手術が出来高化されれば、病棟転換の対象には、10対1より、地域包括ケア病棟を複数届け出るかもしれない。

急性期一般病棟を持たない病院
や

数が少ない急性期一般病棟と地域包
括ケア病棟の両方を持っている病院
の場合

急性期一般病棟を持たない病院や数が少ない急性期一般病棟と
地域包括ケア病棟の両方を持っている病院の場合

■手術料を出来高算定にすると、
中等度までの救急受け入れが円滑になり、
地域包括ケア病棟だけの病棟構成でも、
病院運営ができるようになるので、
地域包括ケア病棟の届出が増える可能性がある。

2016年度改定とそれに関わる 地域包括ケア病棟協会の提言



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

地域包括ケア病棟協会では、手術料等の出来高化には3つの意義があると考えている。

■緊急手術は、

・緊急時の受け入れ経路の強化

例) 下腿骨折、急性虫垂炎、痔瘻の切開排膿
そけいヘルニア嵌頓等

■予定手術は、

・その他の受け入れ経路の強化

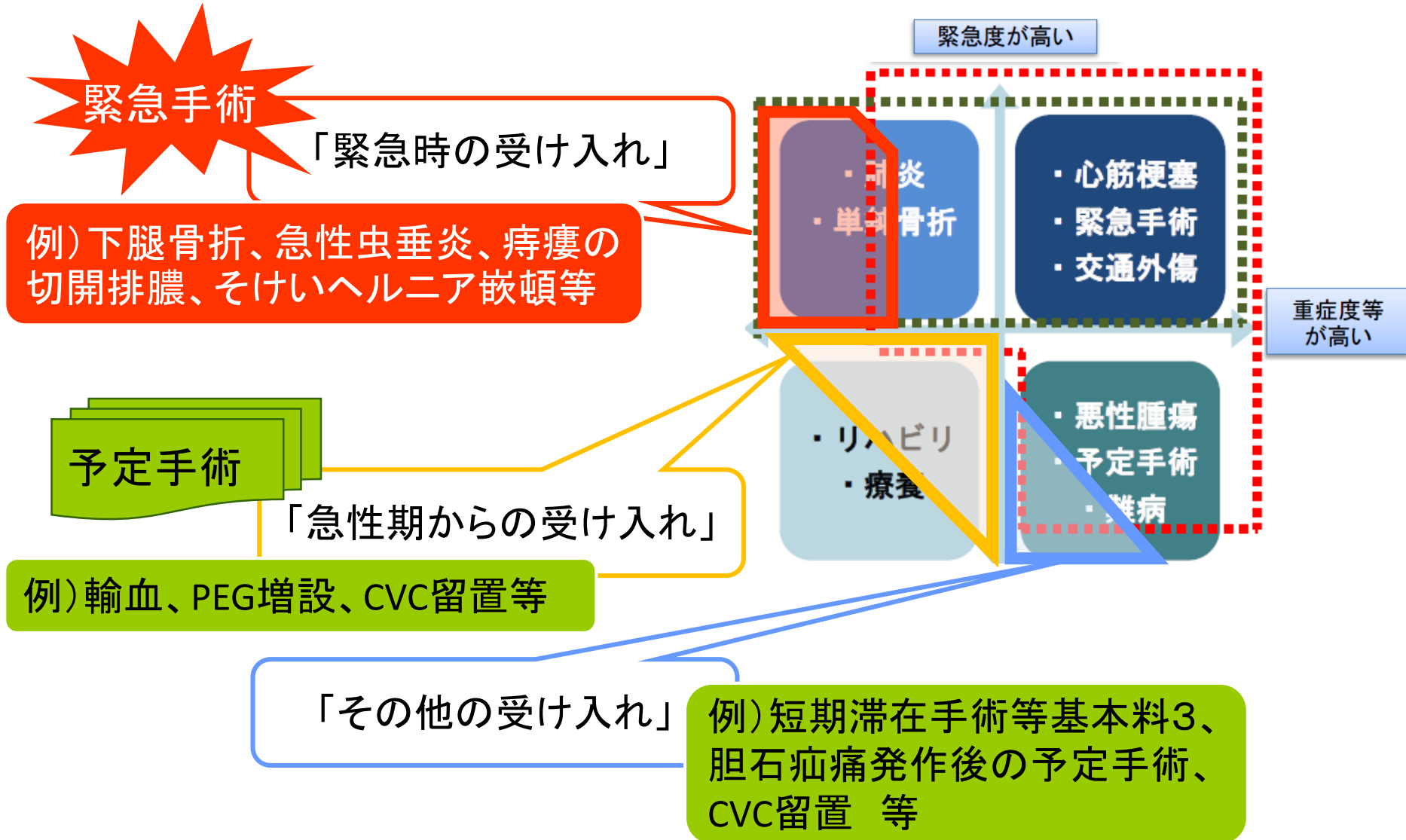
例) 胆石疝痛発作後の予定手術、CVC留置等

・急性期からの受け入れ経路の強化

例) 輸血、PEG、CVC留置等の出来高化

である。

手術等は2通り 緊急手術と予定手術



■急性期からの受け入れ経路の強化は、急性期病床を有する病院においては、他院高度急性期・急性期病棟からのポストアキュート患者を受け入れる場合に、急性期病棟でまず受け入れた後に地域包括ケア病棟に転棟するケースがある。手術料等の出来高化により輸血・PEG等が実施できる様になると、地域包括ケア病棟に直接入院する他院からのポストアキュート連携が促進される。

■手術料の出来高化を巡って、急性期機能の有無や病床数によって地域包括ケア病棟を分類することよりも、生まれたばかりの病棟であるため、まずは、現状の病棟機能を十分把握し、現在の類型のままその機能をどう生かすかをじっくり検討する事が重要である。

■いったん分けてしまうと、元に戻すことは、とても難しい。

■唯一強く要望するのは、
懐の深さを追求して、
地域包括ケア病棟における、手術、麻酔、輸血、
高度な処置等急性期の対応の評価である。

■出来高化が具現化する場合には、
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の1と
2、200床以上・未満、一般病床・療養病床のいず
れの場合においても、**一律に出来高払いで評価**
することを提言したい。

■加えて、
以下の院内・地域内の多職種協働の評価を提言。

・地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション等の評価（2018年度改定を見据えた、1単位20分未満の生活回復リハビリテーションやNST、認知症ケア、薬剤管理、入院調整等の総合力を評価する地域包括ケア病棟機能評価係数を創設）

・認知症患者の受け入れと在宅・生活復帰支援に対する評価（重症度、医療・看護必要度のB項目での評価）

・薬物多剤併用療法の適切な管理に対する評価（転倒予防、活動性向上、リハビリテーション促進等が期待できる薬剤多剤服用の減薬について評価）

2016年度改定とそれに関わる 地域包括ケア病棟協会の提言



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

2016年度診療報酬の改定に向けての提言

■ 地域包括ケア病棟における、急性期の対応(手術、麻酔、輸血、高度な処置等)の評価

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の1と2、200床以上・未満、一般病床・療養病床のいずれの場合においても、一律に出来高払いで評価する。

■ 地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション等の評価

次回改定を見据えて、DPCの機能評価係数のようにデータ提出を活用した評価を行う。生活回復リハビリテーション等の院内チーム医療を活性化して、全国平均より早期に退院できた場合の地域包括ケア病棟機能評価係数を創設する。

■ 認知症患者の受け入れと在宅・生活復帰支援に対する評価

重症度、医療・看護必要度のB項目での認知機能低下やせん妄での評価を地域包括ケア病棟の同必要度にも反映し、一定の割合を超えた場合に加算をつけて評価する。

■ 薬物多剤併用療法の適切な管理に対する評価

転倒予防、活動性向上、リハビリテーション促進等が期待できる薬剤多剤服用の減薬について、入院中に5剤以下に減らした場合には退院時減薬指導加算を、調剤薬局や地域の医師会、訪問看護、ケアマネジャー等と共に取り組んだ場合には地域連携減薬加算をつけて評価する。

2016年度診療報酬改定に関連した提言

■ 病床機能報告時の選択肢を整理

提出したデータと地域包括ケア病棟の4つの機能の情報を活用して、急性期～回復期の機能を定義できれば、地域包括ケア病棟は急性期と回復期をあわせた1つの病床機能として報告する事が可能となる。10対1～15対1一般病棟や回復期リハビリ病棟にもデータ提出を義務づけして、それを解析すれば、複雑な病床機能報告を簡略化できる可能性がある。

■ イコールフットイング

全国一律の診療報酬改定で、地域毎の公民格差を是正することは難しい。地域医療構想の協議の場や、医療介護総合確保基金を活用する際に、役割を熟考した上で格差を埋める方略を、あくまでその地域の当事者や団体が練ることが基本と考える。

全国単位なら、社会医療法人の要件に、高度急性期病院から地域包括ケア病棟に受け入れるポストアキュートの患者数を要件に上げることを提案する。

■ 高機能病院と中小病院の役割分担

地域医療構想による機能分化と連携の推進は、真の高度急性期医療を担うべく、大学附属や都道府県立の特定機能病院や基幹病院の施設数と病床規模にも影響がおよぶと予想される。

地域包括ケアシステムの要となる医療機関は、ご当地毎の地域包括ケア病棟の必要病床数を確保し、大学等と連携して、地域医療を学ぶべき医師を受け入れ、超高齢社会に見合った医学教育の環境整備に貢献すべきである。

まとめ

地域包括ケア病棟届出病院数 「最大の病棟」への道

2014年 7月280 8月388 9月500 10月830 11月986 12月1,044

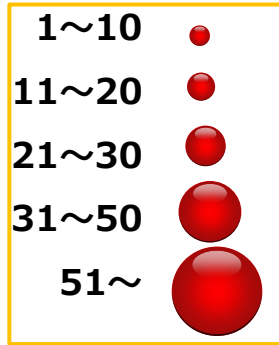
2015年 1月1,089 2月1,110 3月1,126 4月1,173 5月1,205 6月1,228 7月1,246 8月1,267 9月1,291 10月1,317

(地包ケア1) 地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1
 (地包ケア2) 地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2

・・・1,232病院
 ・・・85病院

地包ケア1・2算定 1,317病院

(H27年11月14日時点の地方厚生局で確認できたデータ)(H27年10月届出まで)



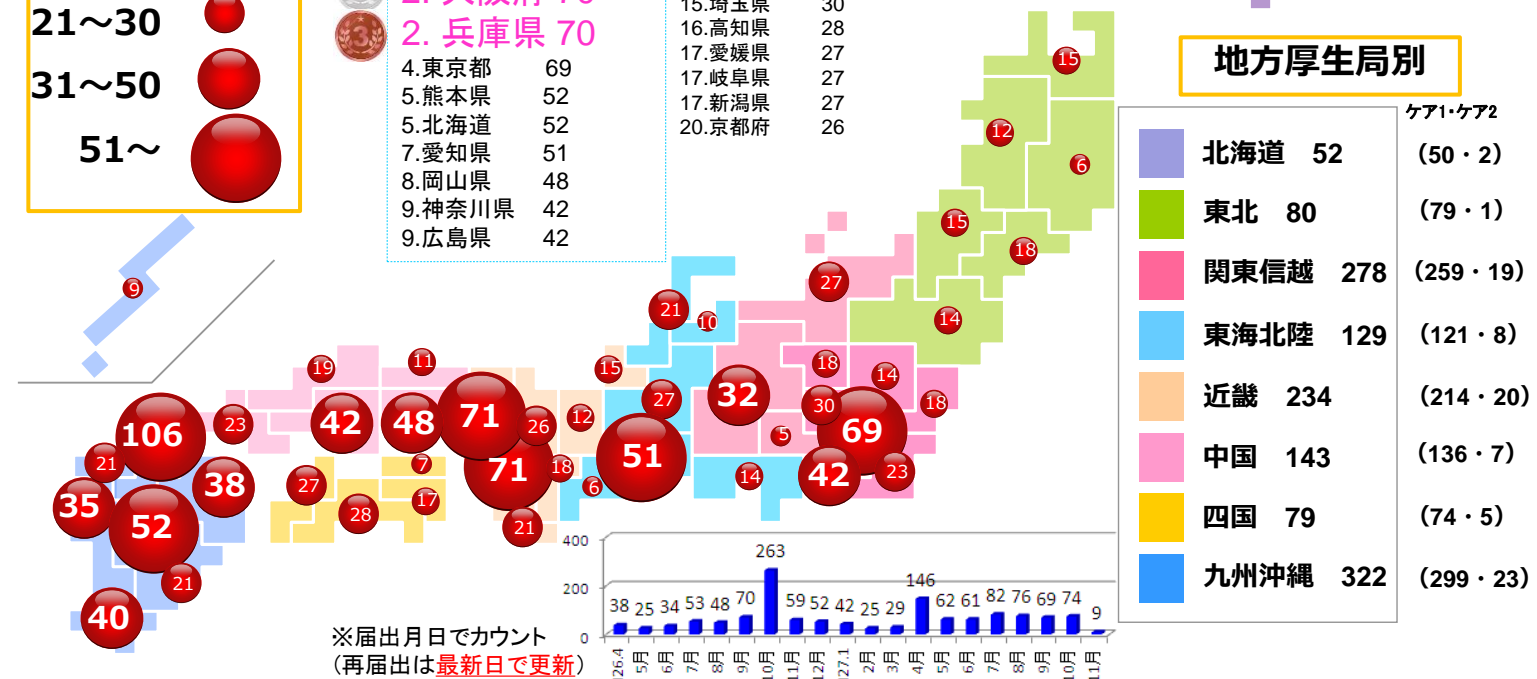
TOP20

1. 福岡県 106
2. 大阪府 70
2. 兵庫県 70
4. 東京都 69
5. 熊本県 52
5. 北海道 52
7. 愛知県 51
8. 岡山県 48
9. 神奈川県 42
9. 広島県 42
11. 鹿児島県 40
12. 大分県 38
13. 長崎県 35
14. 長野県 32
15. 埼玉県 30
16. 高知県 28
17. 愛媛県 27
17. 岐阜県 27
17. 新潟県 27
20. 京都府 26

(一部11月更新あり)

届出総病床数別状況

1000床~	2
500~999床	20
400~499床	47
300~399床	100
200~299床	153
100~199床	612
20~99床	383
	1317



調査) 大村市民病院 福田 行弘氏

「最強の病棟」が持つ筋の良さ

- 4機能のどれを重視し、どういうタイプの病院を創るか？
 - ・ 施設基準を遵守すれば、急性期よりから回復期よりまで、裁量は自由
- **ご当地毎**の以下の要因に順応しやすく懐が深い
 - ・ 人口構成やそれに起因する疾病構造の変化
 - ・ 医療・介護の需要と供給の変化
 - ・ 同一時期における地域格差
 - ・ 同一地域における現状と未来とのギャップ
- 上記の柔軟性を活かして「ときどき入院 ほぼ在宅」の地域包括ケアシステムと、地域医療構想の整合性を**ご当地毎に図る**要となる。

ご静聴ありがとうございました



地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

<<http://chiiki-hp.jp/>>