

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

令和2年度診療報酬改定に向けて



一般社団法人

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。

令和元年8月30日

一般社団法人 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

令和2年度診療報酬改定に向けた要望

要望1 包括算定を活かしたリハビリテーションや栄養管理等の非薬物的療法とポリファーマシー対策等のマネジメントを評価して頂き、さらに実態の把握にもつなげて頂きたい。

要望2 在宅医療介護連携推進事業への参画等、地域内多職種協働を拡充する取り組みを、地域包括ケア病棟の特定入院料の中で評価して頂きたい。

要望3 上記の促進と、地域包括ケア病棟における職員の教育や働き方改革を両立できる様に、病棟と在宅の看看連携や入退院支援等に係る職員の配置要件を緩和して頂きたい。

地域包括ケア病棟協会

令和元年度 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、2019年4月で2,388病院、推定8万床となった。本年6月に当協会が実施した「令和元年度地域包括ケア病棟の機能等に関する調査(以下R1調査)(資料1)」では、1、会員・非会員共通の施設調査(以下施設調査、2,388病院中529病院22.2%の回収率)、2、会員限定の患者状況調査(以下患者調査、485病院中141病院29.1%の回収率)の2つの調査を行った。

1. 施設調査

1) 地域包括ケア病棟(以下地ケア病棟)の在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みは、リハビリテーション(以下リハ)や家族との退院調整、地域ケアマネジャーとの連携の割合が8割以上と多かったが、リハ栄養、ACP、ポリファーマシー対策等は3割未満と少なかった。自院の在宅復帰支援の充実度の主観的評価は、「充実している」と「まあまあ充実している」を合わせてほぼ8割であった。

2) 地ケア病棟の包括算定リハ(資料2)には、疾患別・がん患者リハとそれに該当しないリハとして“補完代替リハ(CARB)”を提供している施設を5割弱、補完代替リハ(CARB)の内POCリハを提供している施設を2割強認めた。疾患別リハを実施せずに、補完代替リハ(CARB)のみを提供している施設も認められた。POCリハの優れている点として、「しているADL」への直接介入、短時間・低負荷介入、認知症患者への優れた対応等が挙げられる。

集団リハや自主トレ指導、院内デイケア等を活用すると、リハの質を落とさずに療法士一人あたりのリハ提供単位数が一気に増加し、働き方改革にも繋がる。しかし補完代替リハ(CARB)は報告義務がなく実態は把握されていないため、実際に提供されている地ケア病棟の包括算定リハは、疾患別・がん患者リハの届出件数より多くなっていた。

3) 在宅復帰支援に関わる加算等のうち算定実績が7割を超えるものは、入退院支援加算(一般病棟の1のイに限る)や、認知症ケア加算、特別訪問看護指示料等に限られていた。薬剤総合評価調整加算や在宅患者緊急入院診療加算、退院前在宅療養指導管理料は実績が3割未満であった。施設や地域によっては取り組んでいるが報酬に繋がらない、人員基準が満たせない等の阻害要因が挙げられていた。

4) 地ケア病棟入院料(管理料)1・3の届出は4割を超える施設が届け出ているが、「在宅医療等の提供」の内訪問看護(医療保険)の訪問回数や開放型病床の利用回数の要件を満たせる施設は、それぞれ 1.5 割前後、0.5 割強と僅かであった。届出済みの施設の内 4.5 割前後がこれらの要件を満たすことは困難と答えていた。

5) 診療圏内の在宅医療・介護機能の充足度は、未回答が 4.5 割と最多であり、充足している、分からない、不足しているが 2 割弱と均衡し、充足していると言えない現状を反映していると思われた。

2. 患者調査

1) 141 病院から 1,470 症例がエントリーされた。

2) 年齢は、70 才以上が8割強を占めていた。予定入院と緊急入院は、ほぼ半々で、緊急入院の内救急搬送を3割に認めた。

3) 受け入れ機能(資料3)は、ポストアキュート(以下 PA)他院が 1.5 割弱、PA 自院が 4割弱となった。在宅等からは 4.5 割強となり、平成 28 年度調査から約 1 割増えた。

4) 実際に提供されている地ケア病棟の包括算定リハは、疾患別・がん患者リハの届出患者数に加えて、補完代替リハ(CARB)のみ実施分の5%多くなっていた。

5) PA 他院と PA 自院を比較すると、他院の方が、地ケア病棟での在院日数が長く、「地ケア病棟の包括算定リハ」の実施件数が多い。一方、自宅や居住系施設に退院・転出した患者の割合は、PA 自院の方が PA 他院より1割強多い。急性期からの一貫した在宅復帰支援によって差が生じる可能性が示唆された。

6) 在宅等からの受け入れは、在宅等・緊急と在宅等・予定との間で、主病名、地ケア病棟での在院日数、「地ケア病棟の包括算定リハ」の実施状況、在宅復帰支援に関わる加算等の算定、患者毎の在宅復帰支援への介入程度に、明らかな違い見られた。両者の実態は分けて捉える必要があると思われる。

7) アンケートによる患者の実態調査は、質・量ともに限界がある。地ケア病棟の方向付けを行うには、取り組みの実態を詳らかにする必要がある。

地域包括ケア病棟協会

令和2年度 診療報酬改定への課題

1, 地域包括ケア病棟の役割に係る要件の課題

1) 地域内多職種協働

①地域包括ケア病棟の「②在宅療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件の「在宅医療等の提供」は、在宅からの円滑な受け入れと入院・再入院を予防する視点で2018年度に設計された。入院料(管理料)1・3の届出施設を満たす上で必須である。R1調査では訪問看護(医療保険)や開放型病床の要件を満たせない施設が多いことから、要件の緩和や代替要件を設定してはどうか。

②「③在宅復帰支援」に係る要件は、入院料(管理料)1・2の要件として在宅復帰に係る職員の配置と在宅復帰率が設定されている。在宅復帰の促進には、地域に在宅医療介護に関する力があることが必須である。地域包括ケア病棟を有する病院は、行政や地域包括支援センターと共にこれらの地域力を結集し高めるカンファレンスや会議等の取り組みに積極的に参画、主導することが求められる。しかし、地域内多職種協働の評価になる「③在宅復帰支援」に係る要件は設定されていない。

③病棟看護師には在宅医療を経験していない看護師が多いため、「③在宅復帰支援」を活性化するには、在宅医療を知ることが必須である。退院後の訪問看護同行加算の算定(地ケア病棟では包括算定)に相当する業務は、看看連携を通じた地域内多職種協働が経験できる良い機会である。しかし、同業務の当該看護師は病棟勤務から外れてしまうため、研鑽の場を設定しにくい。地域での看看連携を促進するには、病棟業務の繁閑を鑑みながら、柔軟に地域に出て行ける環境を創り出す必要がある。またその際には、同法人で訪問看護を行っていることが有用である。同法人が同一の日常生活圏域内で事業を行っていれば、病棟と地域の間で十分に連携をとった活動ができるはずである。

2) 院内多職種協働

①地域包括ケア病棟における「③在宅復帰支援」のマネジメントと評価は、入院料(管理料)1・2の要件である在宅復帰率7割以上と、疾患別・がん患者リハ提供要件(平均2単位/日)、出来高算定できる入院基本料等加算や摂食機能療法等である。データ提出加算のルール上NSTや排泄ケアに関する情報はアップロードしないため、加算にならない介入だけでなく、包括算定による介入の実績もデータとして残らない。地

地域包括ケア時代の患者像には、リハ、NST、認知症ケア、ポリファーマシー対策等の包括的提供は必須だが、その成果を評価する方法が存在しない現状では、「③在宅復帰支援」の質を担保できる包括的なマネジメント体制への評価が求められる。

②中央社会保険医療協議会の討議の場では、地域包括ケア病棟入院中にリハをしていない患者が3分の1を占める結果が示された。実際には、リハビリ包括算定を活かし、疾患別・がん患者リハを補完代替するリハを実施して、介護施設のような生活回復リハを実践している施設が少なからず存在している。現在のデータから把握できるリハビリ介入件数だけで、リハ実施に関する良し悪しを論ずることは難しい。院内多職種協働で行われる様々な在宅復帰支援の取り組みを、データで把握し評価に結びつける必要がある。

③「③在宅復帰支援」の内でも重要な機能である地域包括ケア病棟の包括算定リハの内、疾患別・がん患者リハの実施には、i)種類:疾患別リハ・がん患者リハ、ii)提供量:直近3ヵ月間に1日平均2単位以上最高9単位まで、iii)提供期間:提供を開始した日以降終了するまでの日数の要件がある。しかし、疾患別・がん患者リハを実施しなければ、上記要件をクリアする必要がないため、補完代替リハ(CARB)のみのリハを提供することもできる。これは回復期リハ病棟の実績指数の除外要件のように、地域包括ケア病棟の医師に与えられたリハ実施の裁量権と理解できる。認知症やサルコペニア、悪液質等の患者が多い病棟では、補完代替リハ(CARB)の効果が期待されると同時に効率的なリハビリ提供で働き方改革にも繋がる。

④リハビリ介入件数の少ない施設が補完代替リハ(CARB)を提供する理由には、i)疾患別・がんリハビリのニーズが少ない疾病の患者が多い、ii)人手不足の地域にある、iii)柔軟な雇用がかなわない運営母体、iv)リハを提供しない施設の方針等が考えられる。i)の提供量が少なくなることは致し方ないが、ii) iii) iv)の場合は医の倫理上問題がある。これらを是正、予防、救済するには、リハビリマネジメントやアウトカムに対する評価が必要である。

地域包括ケア病棟協会

令和2年度 診療報酬改定への提言

1、「②在宅療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

1) 在宅医療等の提供

①入院料(管理料)1・3の在宅医療提供の実績要件の緩和

i) 訪問看護(医療保険)の要件 ※訪看 St: 訪問看護ステーション

・敷地内訪看 St 500回/3月 ・みなし訪看 St 100回/3月 (現行の要件)

以上の要件緩和

2、「③在宅復帰支援」に係る要件

1) 地域内多職種協働

①入院料(管理料)1～4の在宅医療提供の実績要件の新設

i) 訪問看護(医療保険)の要件を新設 ※訪看 St: 訪問看護ステーション

・訪看 St(医療保険) ○回/3月 **新設**

訪看 St は、運営母体の病院が存在する日常生活圏域内に開設されていることを要件としてはどうか。

ii) 在宅医療介護連携推進事業への参画要件を新設

病院所在地の自治体職員や地域包括支援センターの保健師・ケアマネジャー・社会福祉士等と連携して、勤務時間内に行われる在宅医療介護連携推進事業を推進するカンファレンスや会議等に参画する事を要件(新設)としてはどうか。

②看看連携の促進

患者の退院後、病棟看護師が訪問看護師に同行して、退院後訪問指導料と訪問看護同行加算(地ケア病棟では包括算定)に相当する業務を行った場合は、病棟の看護師が退院後訪問指導をした時間を入院基本料の看護職員の数として、1日1件2時間程度までの算入を在宅療養支援の観点から要件を緩和して認めてはどうか。

2) 院内多職種協働

①地域包括ケア病棟における、在宅復帰支援のマネジメントとその評価の新設

i) 通所リハビリテーションを参考にする

地域包括ケア病棟の包括算定リハをマネジメントする事を評価してはどうか。その際にリハ阻害因子の除外は重要である。補完代替リハ(CARB)を有効活用して働き方改革にも繋げてはどうか。

ii) DPC を参考にする

主に加算に繋がらないまたは包括算定である介入を行った患者に対する非薬物的療法(含リハ)やポリファーマシー対策を、データ提出を活かして評価してはどうか。

iii) 介護老人保健施設を参考にする

将来的な再設計を見据えた提言。

地域包括ケア病棟の在宅復帰支援に係る評価

i) 通所リハビリテーションを参考にする

通所リハでは、2015年度の介護報酬改定で個別リハ実施加算は本体報酬に包括化されたため、「個別リハ 20分」の縛りはなくなった。

リハ単位制からリハマネジメント加算と生活行為向上リハ(MTDLP)実施加算等が出来高となっている。

例) POC リハを含む補完代替リハ(CARB)や疾患別・がん患者リハの実践に当たり、疾患別・がん患者リハ1日2単位の縛りをなくして、研修受講やデータ提出、多職種カンファレンスの実施等を要件にリハマネジメントの評価としてはどうか。

ii) DPC を参考にする

加算に繋がらないまたは包括算定である介入を行った患者も含めた非薬物的療法やポリファーマシー対策を、データ提出を活かして評価してはどうか。

例) 在宅復帰支援に関わる加算や療法等の算定数を患者毎に積算し、多い患者順に並べて、患者毎の在宅復帰支援への介入程度として上中下位に層別化する。入院患者一人あたりの積算件数を病院毎に評価してはどうか。

iii) 介護老人保健施設を参考にする

介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援に対する評価は、多方面にわたる段階的評価が行われ、復帰支援に対するインセンティブがついて、安心安全に介護資源の投入量に合わせた報酬を得られる。将来的な再設計を見据えて取り組んではどうか。

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