

【2016年診療報酬改定の動向～慢性期入院医療編～】

- ★在宅復帰機能強化加算を維持するためには、他院と連携は無論のこと介護事業者(施設)との連携も必要であり、連携することによって患者の入退院数と入退院率が高くなる傾向にある
- ★連携を推進するためには「多職種カンファレンスの実施」「連携室の設置」が有効であり、患者の情報の共有化が重要となる
- ★来年度の診療報酬改定では、入院先と退院先について今まで以上に細分化され対応が厳しくなることが予測される
- ★連携の意味を職員が理解して対応することが基本と言える



平成26年診療報酬改定は、在宅復帰に向けての連携が強化されています。すなわち、急性期機能については、他機能をもつ病院及び介護事業者との連携を前提にした内容になっています。急性期以外の機能をもつ病院は、患者が回復するにしたがって訪問系サービスや居住系介護施設との連携が必要となっています。

つまり、診療報酬の体系からみて、平均在院日数が短い機能をもつ医療機関ほど多様な退院が認められています。平均在院日数が長い機能をもつ病院は、退院先が限定的となり、自宅又は居住系介護施設しか認められない状況となっています。したがって、長期の入院が認められている医療機関は介護事業者との連携が必要不可欠となります。

そのため、自病院の「在宅復帰率」を維持するためには、連携できる医療機関や介護事業者を増やし、在宅療養を促すための方法を確立しておくことが重要だと言えます。

◆「在宅復帰率」の設定によって想定される在宅復帰の流れ

- (1)一般病床：7対1入院基本料(自宅等退院患者割合75%以上)
 - ①自宅・居住系介護施設
 - ②介護老人保健施設(在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設)
 - ③地域包括ケア病棟
 - ④回復期リハビリテーション病棟
 - ⑤療養病棟(在宅復帰機能加算を算定する病棟)
- (2)地域包括ケア病棟：7対1入院基本料(在宅復帰率70%以上)
 - ①自宅・居住系介護施設
 - ②介護老人保健施設(在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出施設)
 - ③療養病棟(在宅復帰機能加算を算定する病棟)
- (3)回復期リハビリテーション病棟・在宅復帰率(入院料1 70%以上、入院料2 60%以上)
 - ①自宅・居住系介護施設
- (4)療養病棟(在宅復帰率50%：在宅復帰機能強化加算を算定する病棟)
 - ①自宅・居住系介護施設



◆療養病床へ入院前の状況(複数回答)

入院前 加算 有無	自宅	自病院	他病院	介護施設		
		急性期病床	急性期病床	老健	特養	居宅系介護施設
加算あり	39%	18%	21%	5%	3%	11%
加算なし	16%	31%	32%	3%	3%	5%

出典：平成26年度入院医療等の調査(患者票)

この調査によれば、「加算あり」の療養病床では「自宅」「急性期病床」(自他)からの入院がそれぞれ39%であり、両方で全体の8割近くを占め、介護施設からの入院患者の割合は19%と低くなっています。

一方、「加算なし」の病院では、「自宅」および「介護施設」からの入院割合がそれぞれ16%、11%であり、入院の6割以上が「急性期病床」からの入院となっているのが特徴と言えます。いずれの場合も療養病床においては急性期病床からの入院の受入れが重要になることがわかります。



◆療養病床からの主な退院先

入院前 加算 有無	自宅	自病院	他病院	介護施設			その他
		急性期 病床	急性期 病床	老健	特養	居宅系 介護施設	死亡退院
加算あり	32%	3%	5%	3%	11%	11%	37%
加算なし	15%	7%	5%	4%	4%	7%	49%

出典：平成26年度入院医療等の調査(患者票)

療養病床の主な退院先は、「加算あり」、「加算なし」の場合とも「死亡退院」の占める割合が高くなっています。特に、「加算なし」の場合は「死亡退院」が約半数を占めています。また、「加算あり」の療養病床は、「自宅」へ退院する割合が全体の30%以上を占めているのに対し、「加算なし」の療養病床はその半数の15%となっています。さらに、「加算なし」の療養病床では、「自宅退院」と「死亡退院」で半数以上の64%と高くなり、それ以外は4%~7%になっています。療養病床は加算の有無に関わらず、死亡退院の割合がどの退院先よりも高くなっており、看取りは、療養病床にとって重要な役割となっていることがわかります。

調査の結果より、「加算あり」療養病床では、「自宅」に住む患者を入院させ、「自宅」へ退院させる体制とシステムが出来てくるのではないかと考えられます。また、「加算なし」の療養病床では、自院・他院の急性期病床から主に患者を入院させ、死亡するまで入院させている傾向が強いと考えられます。

しかし、加算の有無に関わらず、療養病床は介護施設からの入退院の割合が低いことより、介護事業者との連携が十分取れていないのではないかと考えることが出来ます。

したがって、これから療養病床を経営していく上で、介護事業者との連携が課題になると考えます。

◆早期退院への取り組み

〔入院時に退院に向けた多職種カンファレンス実施の有無からみた比較〕

	連携病院数	連携診療所数	平均在院日数	在宅復帰率
実施有	9.4施設(n=223)	10.3施設(n=219)	235.7日(n=232)	51.8%(n=230)
実施無	4.0施設(n=59)	4.4施設(n=58)	374.4日(n=67)	39.9%(n=67)

〔退院支援室・地域連携室設置の有無からみた比較〕

	連携病院数	連携診療所数	平均在院日数	在宅復帰率
いずれか設置有	8.3施設(n=279)	9.2施設(n=267)	263.6日(n=337)	48.7%(n=337)
設置無	1.3施設(n=30)	1.3施設(n=26)	357日(n=163)	36.0%(n=173)

出典：平成26年度入院医療等の調査（患者票）

上記の結果より早期退院に向けての取り組みとしては、「退院に向けた多職種カンファレンス」「退院支援室・連携室の設置」は有効だといえます。多職種カンファレンスを実施していない病院は、連携施設数も少ないため、当然のこととして平均在院日数も374.4日と実施している病院の235.7日に比較して111.7日長くなっており、在宅復帰率も39.9%と実施している病院(51.8%)に比較して11.9%も低いことがわかります。

また、「退院支援室・連携室の設置」については、設置している病院は279施設であるのに対して設置していない病院は30施設であり、圧倒的に設置している病院が多くなっています。その設置の有無により、平均在院日数で93.4日の差違、在宅復帰率で12.7%の差違が表れています。



◆結論

厚生行政はできるだけ入院から在宅へシフトするように仕向けています。診療報酬改定では、在宅復帰率の基準を決めてそれを達成するために、他医療機関だけでなく介護事業者（施設）を含めた対応を推進しており、医療と介護の連携促進をしなければ高い報酬額を確保することが難しい環境になっています。そして、「在宅復帰機能強化加算」を取得することが今後の療養病床を運営する基本と考えます。一般病院だけでなく介護事業者からも信頼される役割と機能を持つことが今後の経営を行う上で重要な課題と言えます。

◆現在の論点→ 次回(来年)診療報酬改定のポイント

1. 在宅復帰機能強化加算の届出の強化

在宅復帰率又は病床稼働率の評価にあたって、自宅からの入院と他院からの転院を区別して在宅等への退院を評価することについてどう考えるか。併せて、在宅復帰率の算出から、1ヵ月未満の入院を除外していることの影響についてどう考えるか。

2. 退院支援機能の強化についてどう考えるか