

PICK
UP

昨今の厚生政策に関連した役立つ情報をセレクトして詳しく解説。
今回は、診療報酬の改定によって病院に迫られる病棟転換についてスポットをあてます。

2016年度診療報酬改定を踏まえた、病棟転換の考え方 ～一般病棟群制度・地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟～

一般病棟群制度の活用をどう考えるか

今回の改定では、7対1入院基本料病床の要件厳格化に伴う激変緩和措置により、一般病棟群制度が創設された。一般病棟群制度は2年間の時限措置となったが、実際に一般病棟群制度を利用する病院はあるのだろうか。ここでは一般病棟群制度の要件は詳述しないが、一般病棟群制度を利用する病院は少ないと思われる。

まず、7対1入院基本料を算定する病院が重症度、医療・看護必要度要件25%を満たさない場合の病棟転換の検討パターンを、仮想ケースの病院(図1)で考えてみよう。

【図1】

ケース病院: 某地方急性期病院

現在の病棟構成: 7対1入院基本料病床 - 400床(8病棟)

※わかり易くするために、稼働率は100%とする

重症患者割合: 25%

置かれている状況: 改定により全床7対1を維持するのが微妙なところ

本ケースは、重症度、医療・看護必要度試算の結果、25%ギリギリという状況である。本病院の選択肢と選択肢ごとの経済性を考えてみよう。

図2より、一般病棟群制度は7対1病院が今回の改定により経済的な影響を大きく受けないようにするための激変緩和措置的意味合いが強いことがよくわかる。恐らく、利用する病院像は、全床7対1から10対1へ転換する覚悟がある病院や病棟群として届出を行った病棟を地域包括ケア病棟や回復期病棟に転換する病院である。しかしながら、7対1からの転換の意思がある病院であっても、一般病棟群制度を利用するにはさまざまな要件があるため、単純に意思決定できるものではない。最も検討が困難なのは、4病棟以上を有し、高度急性期系の機能も有している病院だろう。

今回の改定により、高度急性期系機能(救命救急入院料やハイケアユニット入院医療管理料等)を保有している病院では、地域包括ケア病棟は1病棟までしか届出できないというルールが設けられた。これによって、4病棟以上かつ高度急性

【図2】 病棟構成再編の選択肢

選択肢	損益/月	留意点
現状維持 (7対1)	±0円	<ul style="list-style-type: none"> 将来的には、さらに基準が厳格化する可能性あり。 救急搬送入院や手術件数など新項目の維持が重要。
1病棟を 地域包括 ケア病棟へ	+400万円(※1)	<ul style="list-style-type: none"> 比較的医療依存度は低いが、介助を要したり、在宅復帰への調整が必要な患者への対応が必要。 混合病棟に不慣れな医療機関では院内の調整が必要。
病棟群届出	-777万円(※2)	<ul style="list-style-type: none"> 4病棟以上の場合、平成28年度については2病棟以上転換が必要。 将来的に一般病棟7対1は一般病床の100分の60以下である240床以下に制限され、その他の160床は転換が必要。損益への影響、人員の見直しなどを平成29年3月31日までに対応する必要有り。
全床10対1	-3,108万円(※3)	<ul style="list-style-type: none"> 7対1から10対1に転換した場合、看護人員の減少が同時に図られないと経済的には非常に厳しい。 当ケースを回避するための救済措置として、上記の病棟群制度が導入されている。

※1 弊社クライアントによるシミュレーション結果 地域包括ケア病棟における包括点数は加算込み2,858点として試算

※2 7対1入院料と10対1入院料の差額(1,591点-1,332点)×10円×50人×2病棟×30日

※3 7対1入院料と10対1入院料の差額(1,591点-1,332点)×10円×50人×8病棟×30日

※4 $\{(50/7 \times 3) \times 8 \times 30 \text{日} \div 160 \text{時間}\} - \{(50/10 \times 3) \times 8 \times 30 \text{日} \div 160 \text{時間}\}$ 注)看護職員1人1月160時間勤務として人数換算を行っている。

期機能を保有する病院が一般病棟群制度を利用してしまうと、2年後には10対1に引き下げた病棟を何に転換するのかという課題が生じてくるのだ。1病棟は地域包括ケア病棟に転換したとしても、先のルールによりもう1病棟は全く別の病棟に転換しなければならない。地域包括ケア病棟が1病棟しか取れないのであれば、残りを同じ回復期領域の回復期リハビリテーション病棟への転換を検討するケースが多くなるだろうと推測されるが、後述する回復期リハビリテーション病棟の行方も十分に考慮しておかなければならない。地域包括ケア病棟を2病棟以上で届出するためには、高度急性期系機能の取り下げという選択も検討しなければならないだろう。

このように、一般病棟群制度は創設されたものの、それを活用するには綿密な将来設計を立てた上で検討しておかなければならない。単純に7対1の重症度、医療・看護必要度要件25%を満たさないため、取りあえず一般病棟群制度を活用して2年間様子をみよう、という意識で検討してはならないといえる。

回復期領域はまだ不足しているものの 情勢は変わりつつある

回復期領域は、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に分類できる。回復期領域は、病床機能報告制度でも示されているように、全国的に病床数が圧倒的に不足している領域である。それゆえ、診療報酬では急性期や慢性期領域と比較すると大きなマイナスの影響を受けにくい領域といえるだろう。しかしながら、回復期領域は、回復期リハビリテ

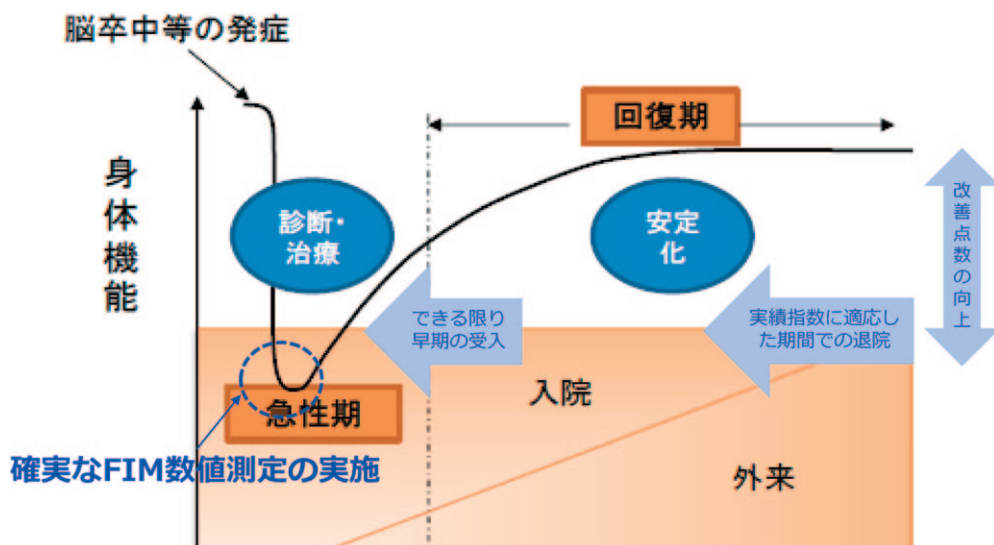
ーション病棟と地域包括ケア病棟で様相が異なることには注意が必要である。

今回の改定で回復期リハビリテーション病棟では、リハビリテーションのアウトカム実績指数が導入されることとなった。アウトカム実績指数を満たさない回復期リハビリテーション病棟の場合は、6単位超のリハビリ単位数が入院料に包括されることとなったのである。これによって、マイナスの影響を受けている病院があるだろう。また、「入院料に包括されたりハビリテーション実施単位数は、疾患別リハビリテーションの総単位数には含まない」こととされた。よって、患者あたり1日平均6単位以上のリハビリテーションの実施で算定できるリハビリテーション充実加算(1日40点)の施設基準も満たすことも同時に難しくなることとなった。

今回新たに設定された実績指数を満たしていくためには、平均在院日数を短縮し、FIM得点の改善点数を引き上げていく必要がある。まず、平均在院日数の短縮は自助努力によって対応可能である。一方で、FIM得点の改善点数を引き上げるには、急性期の病院からできる限り早期に患者を引き受けることが必要となり、急性期病院の協力が必要となるため、簡単には対応できないだろう。急性期病院側の視点に立つと、早期に回復期リハビリテーション病棟に患者を紹介するということは急性期側の平均在院日数の短縮を意味する。そのため、新入院患者が非常に多く、患者の回転率が高い急性期病院でなければ、病床稼働率の低下を招くことになるためだ(図3)。

回復期リハビリテーション病棟を有する病院では、今回の実

【図3】 回復期リハビリテーション病棟の動向



績指数の設定を受けて、急性期病院からできる限り早期に患者を受け入れることができる体制作りおよび連携関係の構築、さらには急性期病院からの早期の紹介が難しい場合に備えて、紹介ルートが多様化を図っていく必要がある。

回復期リハビリテーション病棟は、回復期リハビリテーション病棟協会の整備目標数によると人口10万人あたり50床と設定されている。同協会によると2016年3月1日時点で人口10万人あたり約60(図4)床となっており、回復期リハビリテーション病棟は全国的にはある程度充足している状況となっている。すなわち、不足している回復期領域ではあるが、回復期リハビリテーション病棟の評価は今後徐々に厳格化(質的評価の拡大)に動いていくことが予想されるという訳だ。

地域包括ケア病棟は手術・麻酔区分が出来高評価となった以外に大きな影響を受ける要素は少なかったといえる。地域包括ケア病棟は全国的には大幅な不足状況となっており、しばらくは経済的な評価も維持される状態が続くものと想定される。しかしながら、ある程度の病床数が確保されてくると、徐々に施設基準や実績要件が見直されてくる可能性は高い。

2016年度診療報酬改定による急性期病院のケアミックス化や回復期リハビリテーション病棟の厳格化等の流れを受けて、地域包括ケア病棟は全国的に急速的に普及していく可能性が高いだろう。急性期病床数(10対1、7対1)の病床数の減少と地域包括ケア病棟の増加がどの程度進んでいるのか

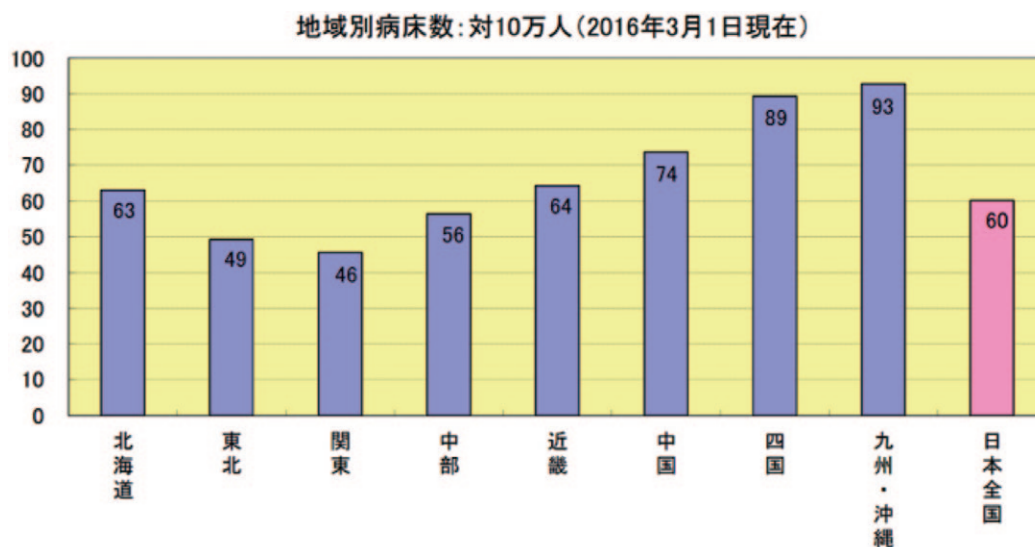
は、中医協等の議論の中でデータが出されてくるはずなので、しっかりと確認しておきたい。

地域包括ケア病棟の導入を新たに検討している病院では、地域包括ケア病棟の運用を事前に十分準備しておく必要がある。なぜなら、地域包括ケア病棟を導入した病院において、当該病棟の病床利用率が思うように上がらない病院が多いためだ。特に、これまで急性期病院として運営してきた病院に多いように見受けられる。

病床利用率が上がらない要因は何だろうか。一言で表すならば、「院内における地域包括ケア病棟の導入意義の不明確さ」といえるのではないだろうか。たとえば、これまで7対1入院基本料を算定していた病院が、今回の診療報酬改定の影響を受けて1病棟を地域包括ケア病棟に転換したとする。この場合、経営者の判断としては、経済合理性を中心とした経営的な判断から地域包括ケア病棟への転換を意思決定する。ここで注意しておかなければならないのは、経済合理性の判断の基に病棟転換を意思決定したとしても、現場の医療従事者には「地域包括ケア病棟の医療的な導入意義」をしっかりと説明しておかなければならない。現場からすると、転棟による患者からのクレームの発生や医師の場合は回診にあたっての移動距離が増加する等、さまざまなマイナス要素が発生する。その場合に重要となるのが、「地域包括ケア病棟の医療的な導入意義」である。ここがしっかりとしていないと、「地域包括ケア病棟を活用せよ」と号令を出したところで思うように病床利用率は上がらないだろう。

(厚生政策情報センター)

【図4】 地域別の人口10万人あたり回復期リハビリテーション病床数



(出典) 回復期リハビリテーション病棟協会「回復期リハビリテーション病棟の都道府県別データ(平成28年3月1日資料)」より