

療養病床の在り方等に関する特別部会資料
当院における
医療療養病床の現状と
今後の方向性

2016・6・22

医療法人社団大和会 多摩川病院 理事長
矢野 諭

多摩川病院の概要

回復期リハビリテーション病棟【入院料1】	58床
地域包括ケア病棟【病棟入院料1】	49床
医療療養病棟【入院基本料1】 (在宅復帰機能強化加算算定)	60床
計	167床

診療科目

内科 循環器科 整形外科
リハビリテーション科

多摩川病院病棟転換の歩み(1)

- * 平成22年10月平成医療福祉グループ傘下に：法人名を医療法人社団大和会に変更：**167床全て介護療養病棟**であった
- * 平成22年12月：1病棟47床を医療療養病棟(25:1)に転換
介護療養病床計120床【60床×2】
- * 平成23年6月：120床のうち1病棟を医療療養病棟(25:1)に転換
【47床・60床】、介護療養病床60床
- * 平成23年10月：残りの介護療養病床を医療療養病床に転換
医療療養(20:1)47床、医療療養(25:1)120床
- * 平成24年9月：さらに1病棟を、医療療養病棟(20:1)に転換
- * 平成25年8月：47床を回復期リハ病棟(入院料2)に転換
- * 平成25年9月：2病棟(60床×2=120床)をすべて入院基本料1算定医療療養病棟(20:1)に

多摩川病院病棟転換の歩み(2)

- * 平成25年10月: 矢野、医療法人社団大和会理事長に就任
- * 平成26年4月: 医療療養病棟で在宅復帰機能強化加算算定開始
- * 平成26年7月: 医療療養病床の一部、23床を地域包括ケア病床(入院医療管理料2)に転換⇒医療療養病床97床・回復期リハ病棟47床に再編成
- * 平成26年11月: データ提出加算届け出
- * 平成27年1月: 回復期リハ入院料1取得
- * 平成27年4月: 地域包括ケア入院医療管理料1取得
- * 平成27年11月: 医療療養(入院基本料1)60床、地域包括ケア49床
回復期リハ58床 に再編成
- * 平成28年6月: 認知症ケア加算2算定開始

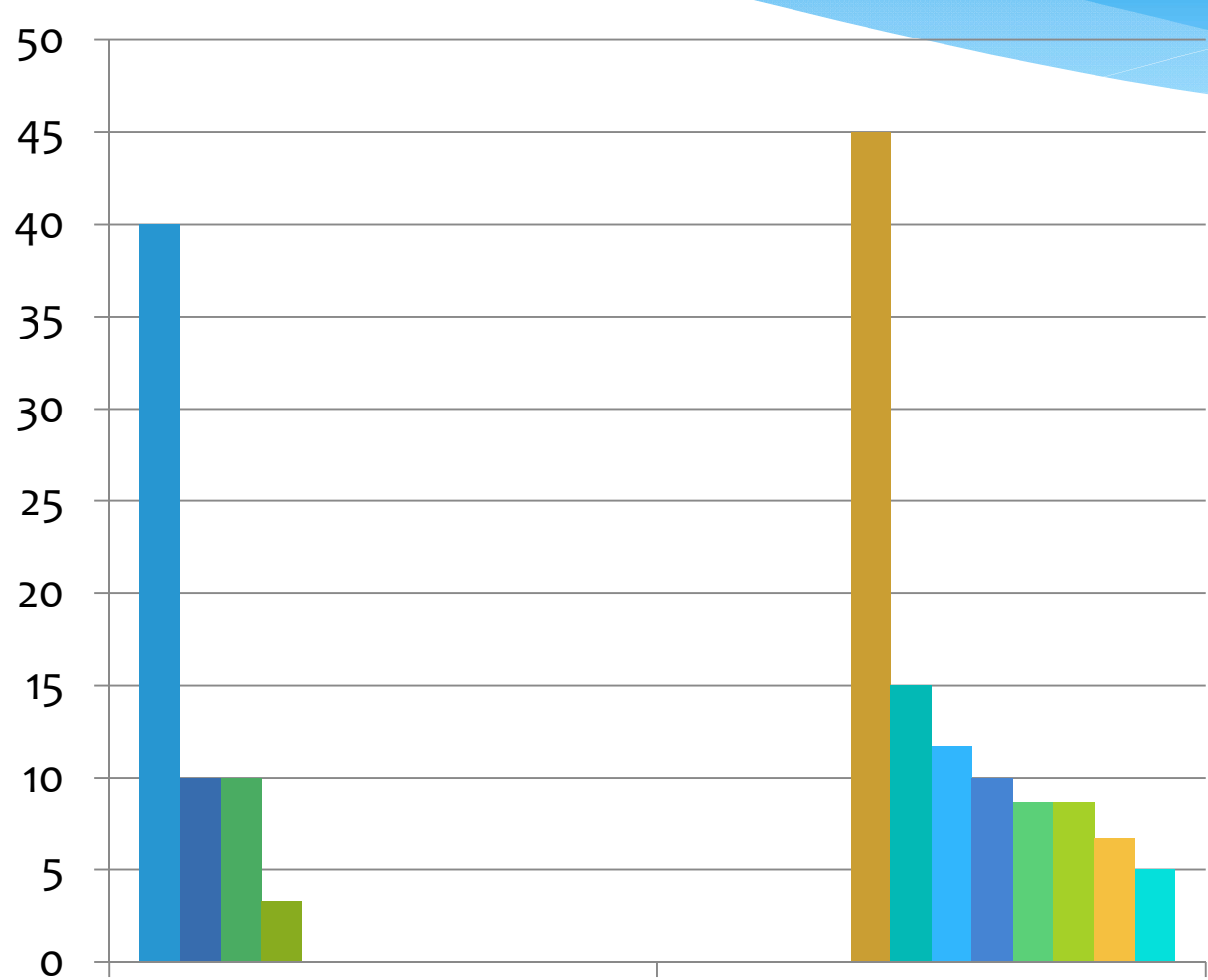
入院患者(60名)の医療区分とADL区分

	ADL区分3	ADL区分2	ADL区分1
医療区分3	26	0	1
医療区分2	19	7	0
医療区分1	4	1	2

多摩川病院4階医療療養病棟(60床・入院基本料1)
平成28年6月1日

医療区分2・3患者は60名中53名(88.3%)である。

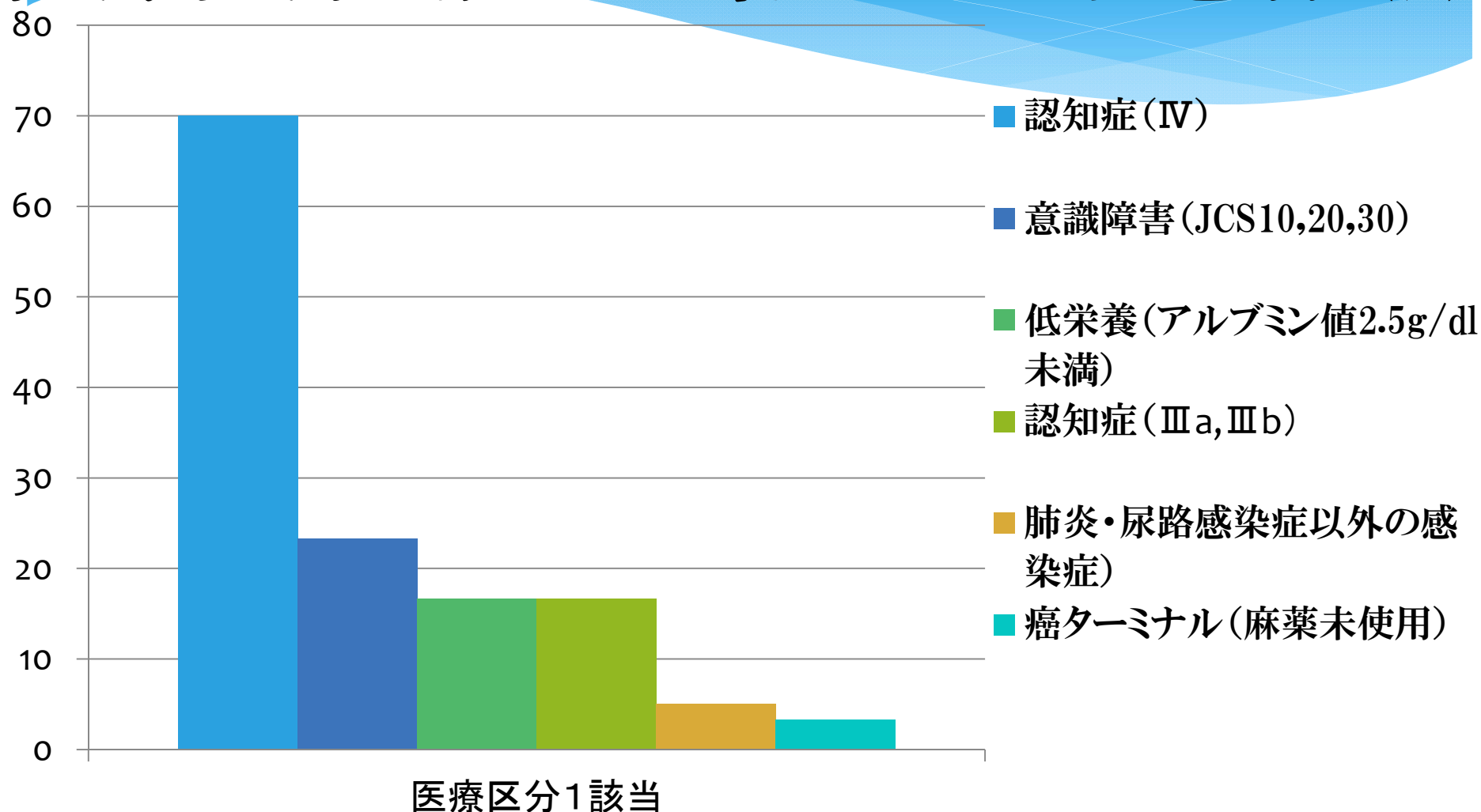
入院患者(60名)の状態像(%)



- 中心静脈栄養
- 気管切開(発熱を伴う)
- 酸素療法
- 24時間点滴
- 喀痰吸引(8回以上)
- 褥瘡
- 発熱嘔吐を伴う経管栄養
- パーキンソン病関連疾患
- 頻回の血糖測定
- 肺炎(区分2相当)
- 気管切開(発熱なし)
- 麻薬による疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍

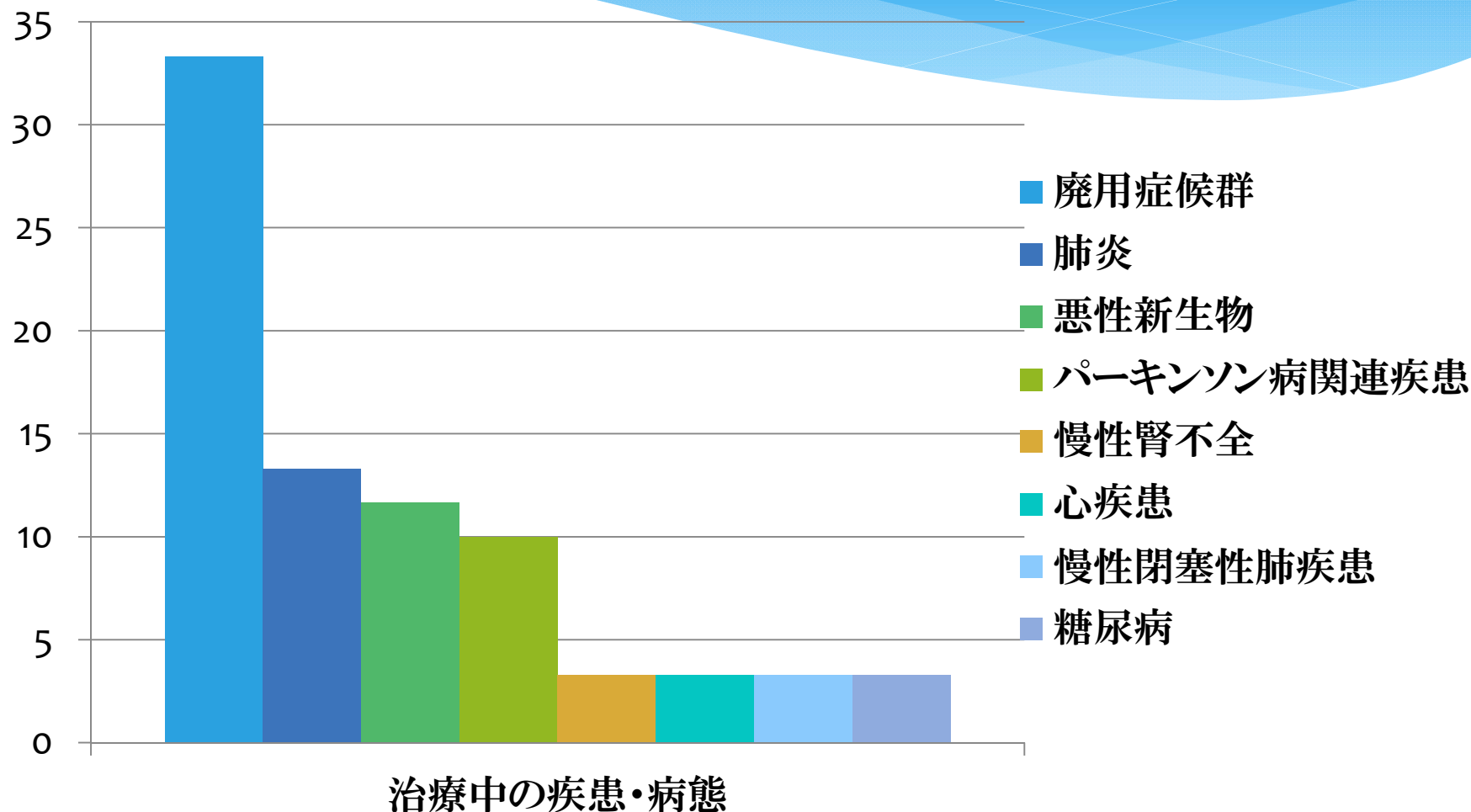
医療区分3該当
 医療区分2該当
 多摩川病院4階医療療養病棟(60床・入院基本料1)
 平成28年6月1日

医療区分1該当患者の主な状態像 (%)



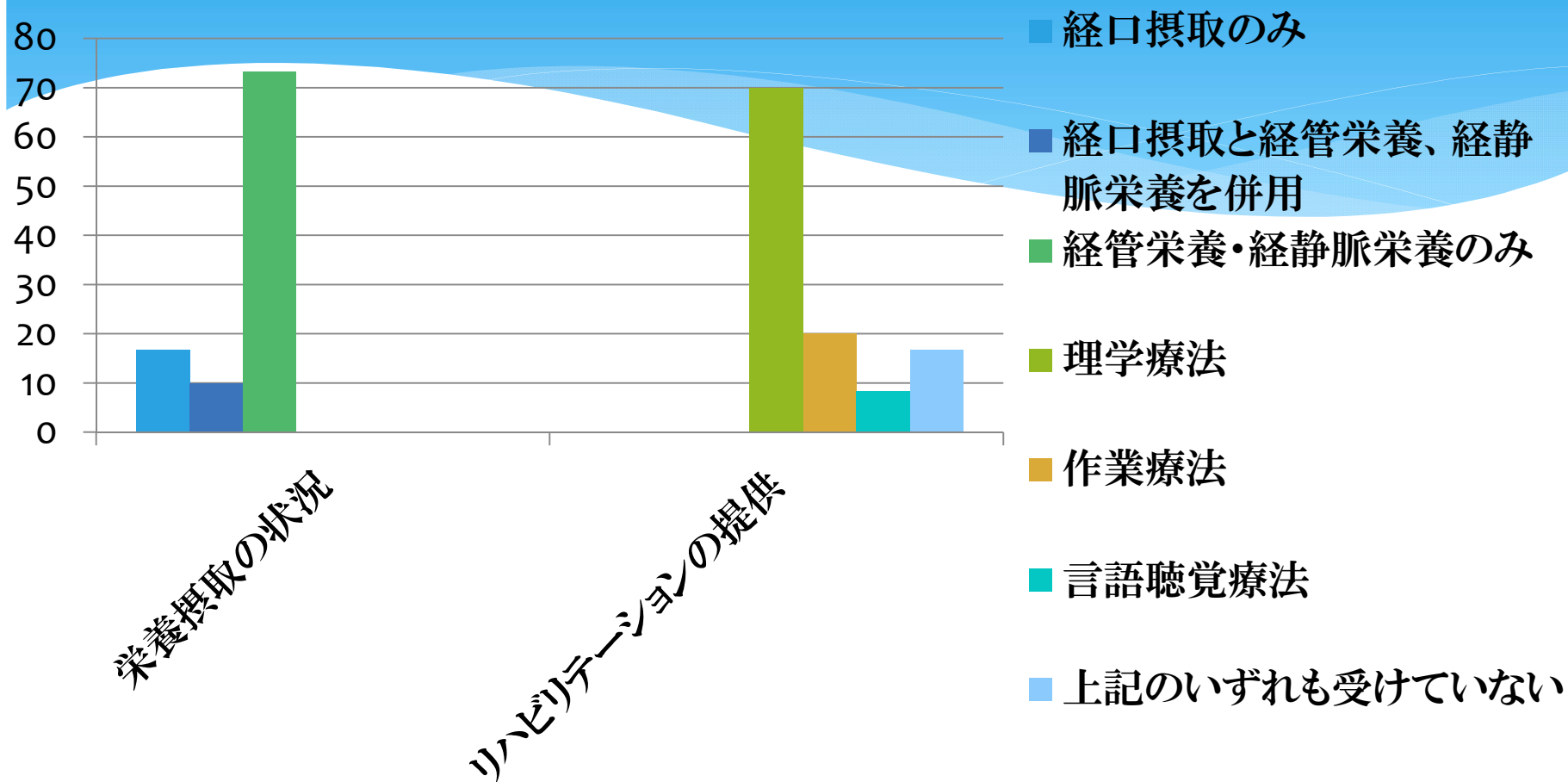
認知症(Ⅳ)、JCS30、低アルブミン血症など医療区分1の中にも一定の重症患者が含まれている。

治療中の疾患・病態 (%)



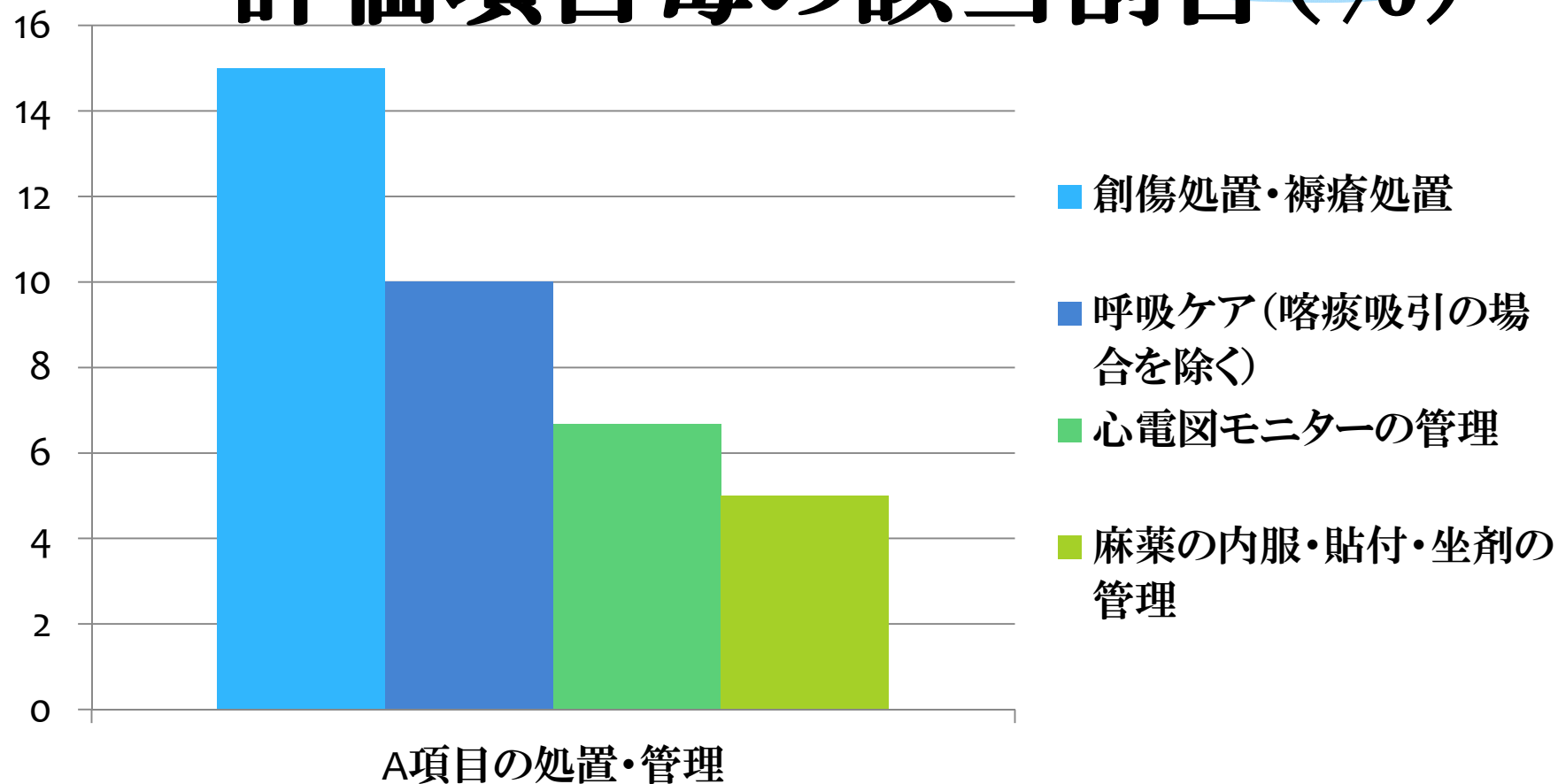
急性疾患発症後の廃用症候群に積極的なリハビリが実施されるとともに、多彩な病態に対する慢性期治療機能も十分に発揮されている。

栄養摂取とリハビリの実施状況(%)



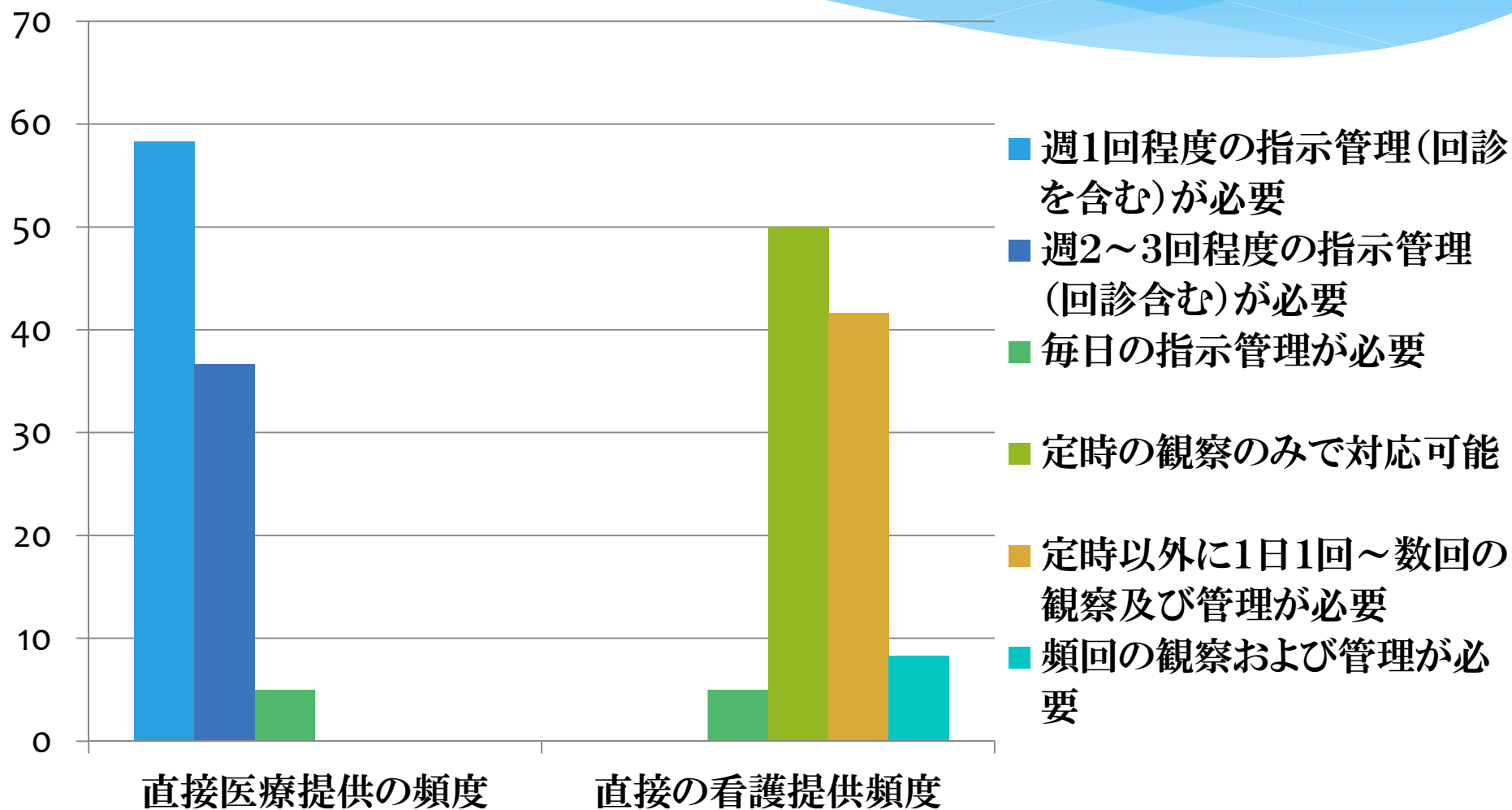
経口摂取不能例が多いが、PT・OTに比べるとSTの実施率は低い。
嚥下機能の改善が期待できない症例が多いと推察される。

重症度、医療看護必要度A項目の 評価項目毎の該当割合(%)



A項目に該当する処置・管理の比率は極端に高くない。
A項目が2点以上、かつB項目が3点以上患者は3名(5%)である。

直接の医療提供・看護提供の頻度 (%)



約40%が医師による週2~3回以上の指示管理が必要な患者である。

入院元の内訳(全病棟合計人数)

	4月	5月
高度急性期	19	14
一般	19	26
精神	1	0
療養	0	0
クリニック	2	0
特養	5	4
老健	1	0
有料	1	0
自宅	11	6
合計	59	50

高度急性期・一般急性期からの受入れ(post acute)が71.5%、自宅・特養(sub acute)からが23.9%である。

退院・転院先(全病棟合計人数)

	4月	5月
高度急性期	2	5
一般	0	1
精神	1	2
療養	2	4
特養	6	1
老健	0	1
有料	4	1
自宅	32	33
死亡	12	3
合計	59	51

自宅退院は59.1%、死亡退院は13.6%である。

職種別職員数

		常勤	非常勤
医師		7	34
看護師		36	23
准看護師		12	16
薬剤師		3	6
リハビリ	PT	43	0
	OT	12	0
	ST	6	0
介護福祉士		23	6
介護		8	4
臨床検査技師		8	1
臨床放射線技師		3	1
管理栄養士		4	0
調理師		5	0
歯科衛生士		2	1
社会福祉士		4	0
ケアマネージャー		1	1
その他		29	87
合計		206	180

(人)

リハビリスタッフの常勤職員に占める割合は29.6%である。回復期リハ病棟の存在が他の病棟にも良い影響を及ぼしていると推察される。

医療療養病棟における病棟指標

		4月	5月
在宅復帰率	単月	50%	50%
	6カ月平均	75%	68.8%
平均在院日数	単月	134日	277日
	3カ月平均	167日	188日
病床回転率		22.8%	20.7%

医療療養病棟でも、平均在院日数はさらなる短縮を目指さなければならない。

介護療養167床からの病棟転換 ～段階的転換へのインセンティブ～

- 「病院とは長期療養をする場所ではなく、治療をする場所である」という医療政策のメッセージ⇒在宅医療へのシフトが加速
- 平成医療福祉グループ・日本慢性期医療協会の方向性
 - 介護療養病棟から医療療養病棟への転換⇒入院患者病態の多様化・重症化【急性期機能からターミナルまで】:紹介患者数増加・診療の質向上・地域の信頼獲得・経営の安定化・・・良いサイクル
 - 回復期リハ病棟開設による「回復させて自宅・在宅系に帰す」という充実感・喜びを病院全体で共有⇒病院本来の機能を再認識
 - 医療療養病棟においては、重症化の一方で病院本来の機能＝「治して地域に帰す」という意識がやや希薄化⇒ハードルは高かったが「最大で最強の病棟」＝「地域包括ケア病棟」への転換を目指すことで、職員の意識・診療の質が向上、収益増加・・・良好なアウトカム

平成医療福祉グループにおける 「診療の質」向上に向けた取組み

- * **グループ内共通電子カルテ【メディスカルテ】の運用：情報共有化が容易・病院も特養も同じ形式を採用⇒診療録を「SOAP」で記載**
- * **グループ内で統一した独自のマニュアルの作成・整備：「適正な高齢者医療の10か条」、「当院の治療理念」、「各種治療マニュアル」【誤嚥性肺炎・尿路感染症・血管内留置カテーテル関連血流関連感染症・褥瘡・病態別治療用パス】、「終末期の定義」、「チーム医療時代のカルテ記載」、「データ提出加算」などの各種マニュアル**
- * **診療適正化のための症例監査制度のIT化：本部中央監査室で全てのデータ管理・問題症例の抽出⇒1週間に1回程度、血液検査データ異常・多剤内服・死亡患者リスト、病院別集計データを各病院に転送⇒各病院で医師へ直接指導、診療適正化委員会開催**
- * **医師のレベル向上のための各種勉強会開催・研修会参加推進**

地域包括ケア病床への転換を 意識した当院における取組み

- * 地域包括ケア病床転換のための委員会設置:関係多職種で構成⇒地域包括ケア病床に対する情報の収集、患者選択・移動
- * データ提出加算取得のための委員会設置:定期的開催⇒加算のための知識習得・問題点の整理、各職種への働きかけ
- * 「入院診療計画書医師記入欄の記載例」作成:病名、症状、治療計画など:診療録の記載内容にも反映⇒入院時記載統一、病棟別の特性を意識=DPCデータ提出加算につなげる第1歩
- * 診療適正化委員会:多職種による症例検討会の定期的開催⇒単なる症例検討だけではなく、診療録記載内容にまで言及
- * 院内勉強会の充実:特に地域包括ケア病棟に関連が深い地域連携、感染症、リハビリ等をテーマに



病院全体で地域包括ケア病棟転換に向けての認識を共有
結果的に、全病棟における「診療の質」向上に寄与

医療療養病棟の 存在意義はまだ大きい

- * 急性期病院から患者受け入れ＝Post acute機能が中心の病棟では、在宅復帰機能強化加算算定は必須：在宅復帰率50%
- * 在宅系患者の急性増悪：Subacute 機能が主体である病棟では、在宅復帰機能強化加算を取得していない病院も多い
- * ハードルは高いが、「地域包括ケア病棟」への転換を目指すことは、地域における貢献度が大きく、収益面でも有利であるだけでなく、病院全体の「診療の質」の向上に寄与：在宅復帰率70%
- * 医療療養病棟の地域における存在意義は依然として大きい。重度長期慢性期患者、ターミナル患者(がん・非がん)、認知症身体合併症患者に対する「質の高い」医学的管理の需要が依然として存在するからである。

今後も3病棟の特色をフルに活用 ～いずれも方向は「在宅復帰」の推進～

- * 地域包括ケア病棟【病棟入院料1】: post acute、subacute (手術も含む) に対応⇒在院日数60日以内のcase = 在宅復帰率70%
- * 回復期リハ【入院料1】: post acute (脳血管障害・骨折・..) のみに対応⇒在院日数算定期間内のcase = 在宅復帰率70%
- * 医療療養【入院基本料1、20:1】: 多彩な病態のpost acute、subacute に対応⇒在院日数が長いcase【重度長期慢性期機能】 = 上記2者の受け皿機能、時に在宅復帰不能例・ターミナルケア (ただし「終末期」の定義を明確化) にも対応 = 在宅復帰率50%



①「患者」②「診療の質」③「採算性」の確保: 適切な人材の配置
特に診療の標準化とリハビリ機能の充実は必須、在院日数短縮も
常に重症度・医療看護必要度、DPCデータをチェック

慢性期の医療・介護ニーズへ 対応するための体制【私見・所感】

- * 「医療区分1」該当患者の中にも不安定な重症患者が存在：医療外付け、オンコール体制ではハイリスク⇒最低限、同一施設内にすぐ駆けつけることが出来る当直医師の存在が必須＝「医療機能を内包した施設系サービス(案1-1、案1-2)」が理想的と考える。
- 医療機能もある程度整備され、介護ニーズへのウエイトが医療療養より高い病院内施設系サービス：Skilled Nursing Residence (SNR)
- 院内施設の責任者は医師以外：たとえば「特定行為研修を修了した看護師」などを想定
- 当施設内では、特に看取り・ターミナルケア機能の比重を増加：医療療養病棟・地域包括ケア病棟はさらに「治療機能」を強化⇒慢性期医療においても「病院はより病院らしく」、施設は施設としての特色を

総括

- * 急性期・慢性期を問わず、全ての病院病床は「病気を治療して退院させる」機能を整備しなければならない。
- * 地域包括ケアネットワークの構築を基盤とした「在宅医療の推進」が加速する中で、慢性期病院の使命は「地域包括ケア病棟」・「回復期リハ病棟」・「医療療養病棟」として、地域の中で各々の特色を発揮していくことである。
- * 慢性期病院が良好なアウトカムを出し、地域（急性期病院・在宅系）の信頼をかちえていく努力をしていくために最も重要な要素は「診療の質」の向上である。
- * 今後の慢性期の医療・介護ニーズに対応する体制では、「医療機能を内包した施設系サービス」（案1-1、1-2）の新設が理想的であり、高い介護ニーズへの対応を基盤として、容体急変のリスクがある患者への対応と看取り・ターミナルケア機能の強化などを特色とすべきである。