

⑪ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

骨子< I-1 (10)>

第1 基本的な考え方

入院医療の評価体系の再編・統合の方向性を踏まえ、地域包括ケアシステムの構築をより一層推進する観点から、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を有している場合について、評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 地域包括ケア病棟入院料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

地域包括ケア病棟入院料

(新)	1	地域包括ケア病棟入院料 1	2,738 点
		(生活療養を受ける場合にあつては)	2,724 点
(新)	2	地域包括ケア入院医療管理料 1	2,738 点
		(生活療養を受ける場合にあつては)	2,724 点
(新)	3	地域包括ケア病棟入院料 2	2,558 点
		(生活療養を受ける場合にあつては)	2,544 点
(新)	4	地域包括ケア入院医療管理料 2	2,558 点
		(生活療養を受ける場合にあつては)	2,554 点
(新)	5	地域包括ケア病棟入院料 3	2,238 点
		(生活療養を受ける場合にあつては)	2,224 点
(新)	6	地域包括ケア入院医療管理料 3	2,238 点
		(生活療養を受ける場合にあつては)	2,224 点
(新)	7	地域包括ケア病棟入院料 4	2,038 点
		(生活療養を受ける場合にあつては)	2,024 点

(新)	8 地域包括ケア入院医療管理料 4	2,038 点
	(生活療養を受ける場合にあつては)	2,024 点

[施設基準]

(1) 通則

- イ 当該病棟（入院医療管理料 1、2、3 及び 4 にあつては、当該病室を有する病棟。）において、1 日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 13 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。
- ロ 当該病棟（入院医療管理料 1、2、3 及び 4 にあつては、当該病室を有する病棟。）において、看護職員の最小必要数の 7 割以上が看護師であること。
- ハ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を 1 割以上、又は一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を 0.8 割以上入院させる病棟又は病室であること。
- ニ 当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当する者が適切に配置されていること。
- ホ 当該病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が 1 名以上配置されていること。
- ヘ データ提出加算の届出を行っていること。
- ト 特定機能病院以外の病院であること。
- チ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った保険医療機関であること。
- リ 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。
- ヌ 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟（入院医療管理料 1、2、3 及び 4 にあつては病室）単位で行うものであること。

(2) 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準

- イ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が 7 割以上であること
- ロ 当病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であること。

- ハ 許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であること。
- ニ 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が 1 割以上であること。
- ホ 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが 3 月で 3 人以上であること。
- ヘ 以下の a、b、c 又は d のうち少なくとも 2 つを満たしていること。
 - a. 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が 3 月で 20 回以上であること。
 - b. 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料 I の算定回数が 3 月で 100 回以上、又は同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が 3 月で 500 回以上であること。
 - c. 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が 3 月で 10 回以上であること。
 - d. 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。
- ト 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。

※上記(2)のニ、ホ、ヘ及びトが、「診療実績の評価」に係る新たな要件。

(3) 地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準

- イ 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が 7 割以上であること。
- ロ 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が 1 割以上であること。（当該病室が 10 床未満の場合については自宅等から入室した患者を前 1 月において 1 人以上受け入れていること。）
- ハ 当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが 3 月で 3 人以上であること。

- ニ (2)のロ、ハ、ヘ及びトを満たす医療機関であること。
- (4) 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準
(2)のイ及びロを満たす医療機関であること。
- (5) 地域包括ケア入院医療管理料 2 の施設基準
(2)のロ及び(3)のイを満たす医療機関であること。
- (6) 地域包括ケア病棟入院料 3 の施設基準
(2)のハ、ニ、ホ、ヘ及びトを満たす医療機関であること。
- (7) 地域包括ケア入院医療管理料 3 の施設基準
(2)のハ、ヘ及びト並びに(3)のロ及びハを満たす医療機関であること。
- (8) 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準
通則の施設基準を満たす医療機関であること。
- (9) 地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準
通則の施設基準を満たす医療機関であること。

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準について、地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、訪問看護サービスを併設している医療機関についても、要件の一つとする。

現 行	改定案
<p>【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>次のいずれかの基準を満たしていること。</p> <p>ア 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の 第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。</p> <p>イ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の 第16の</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>次のいずれかの基準を満たしていること。</p> <p>ア 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の 第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。</p> <p>イ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の 第16の</p>

<p>3に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の受入実績が3件以上（区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算の1を算定したものに限る。）であること。</p> <p>ウ 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。</p> <p>エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>3に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の受入実績が3件以上（区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算の1を算定したものに限る。）であること。</p> <p>ウ 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。</p> <p>エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。</p> <p>オ <u>訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。</u></p>
---	---