

2019.08.30

※第1版の要点に  
2019年度以降の  
改定を追加

<第2版>

地域包括ケア病棟の病棟機能

地域包括ケア病棟を有する病院の病院機能

Person Flow Management (PerFM)

< <http://chiiki-hp.jp> >



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

# 1, 地域包括ケア病棟の4つの病棟機能の変遷

## 1) 2014年度～2017年度

2014年度改定で厚生労働省は、医科点数表で地域包括ケア病棟(以下地ケア病棟)の役割を「地ケア病棟入院料は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである」と定義した。本定義は2019年度現在も継承されている。

2014年度改定時の「地域包括ケア病棟のイメージと要件(図1)」のポンチ絵では、地ケア病棟の役割のうち①急性期からの受け入れ(入院患者の重症度、看護必要度(当時)の設定など)と、②在宅・生活復帰支援(在宅復帰率の設定 など)、③緊急時の受け入れ(二次救急病院の指定、在宅療養支援病院の届け出 など)の3つの役割が強調された。このうちの①と③の役割は、救急・在宅等支援病床初期加算「急性期医療の後方病床を確保し、介護老人保健施設等入居者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支える」で評価された。

当協会は、図1で表現されていない役割があるとして、④その他の受け入れ(図2)を示し、その上で、ポストアキュート(PA)機能、サブアキュート(SA)機能、周辺機能(2014年5月当初のその他機能を、2015年11月に周辺機能に改称)の3つの受け入れ機能と在宅・生活復帰支援機能の合計4つの病棟機能に分類(図2)した。この内PA機能とSA機能は救急・在宅等支援病床初期加算で評価された機能であり、SA機能の定義は「入院契機となった疾患が発症前から生活支援を要する患者の緊急時の受け入れ」とした。

一方、「在宅等からの予定入院患者の受け入れ」や、「入院契機となった疾患が発症前の生活支援が不要な患者の緊急時の受け入れ」は、受け入れ可能にもかかわらず周知されていなかったため、当協会は周辺機能を提唱し、前者を周辺機能・その他、後者を周辺機能・緊急時に亜分類(図2)し、地ケア病棟の使い勝手の良さを生かす運営を提唱してきた。

# 1, 地域包括ケア病棟の4つの病棟機能

## 2) 2018年度～2019年度

2018年度改定で、厚生労働省は「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し」を行い(図3)、ポンチ絵(図4)に示した。地ケア病棟の役割(図4)を、本来の定義(1, 1)の下線)に合わせて「①急性期治療を経過した患者の受け入れ((カッコ内は要件)重症患者割合)」、「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ(自宅等からの緊急患者の受け入れ、自宅等からの入院患者の受け入れ、在宅医療等の提供、看取りに対する指針の策定)」、「③在宅復帰支援(在宅復帰に係る職員の配置、在宅復帰率(入院料1・2のみ))」とした。

「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」の要件では、自宅等からの入院患者には、緊急入院と予定(=緊急以外)入院があることが整理された(図3)。また、在宅医療等の提供が入院料(管理料)1・3で別に評価されたことによって、地ケア病棟の対象には、在宅医療等を受けていない患者(=発症前の生活支援が不要な患者)も含まれることが示された(図3)。結果として、当協会が提唱した周辺機能が評価対象となった。

同時に、救急・在宅等支援病床初期加算は、2018年度から急性期患者支援病床初期加算(①のPA機能の評価)と在宅患者支援病床初期加算(②のうちACPの実践を伴う在宅で療養を行っている患者の受け入れ機能の評価)に分けて、その意義を明確化した。

そこで、2019年度に、当協会もこれまでの病棟機能を見直した。図5下段に示すように「ポストアキュート(PA)機能」「在宅等緊急受入機能」「在宅等予定受入機能」の3つの受け入れ機能に、「在宅復帰支援機能」をあわせた4つの病棟機能(改定版)に再整理した。在宅等緊急受入機能は、生活支援型救急(サブアキュート(SA)機能)と従来型救急に亜分類した。具体的な3つの受入機能は図6を、2014年度と2018年度の地ケア病棟の役割と受入機能の整合性は図7を参照頂きたい。

## 1, 地域包括ケア病棟の4つの病棟機能

### 3) 在宅復帰支援機能

基軸となる在宅復帰支援機能(図8)は、院内多職種と地域内多職種が協働して実践する。

院内では、地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション(以下リハ)(図9)として、疾患別・がん患者リハやこれらを補完・代替する“補完代替リハ(CARB; Complementary and Alternative Rehabilitation)”、NST、認知症ケア、ポリファーマシー対策等を包括的に提供する。

地域内では、中心となる郡市医師会や行政等と共に、規範的統合により地域をマネジメントする。

両者を繋ぐ入退院支援・調整の場では、患者・家族をチーム医療の一員に迎え、EBMと共にナラティブアプローチやACPも活用して課題解決に取り組むことが重要である。以上はPerFM(Person Flow Management)(図10)で括られる。

## 2, 地域包括ケア病棟を有する病院の3つの病院機能

病院経営の立場から見た地ケア病棟の機能は、「地域包括ケアシステムや地域医療構想のニーズをご当地毎に捉えた上で、在宅復帰支援機能を基軸に、自院がご当地ニーズに寄り添える様に、自院の他病棟の機能が活きる様に、カスタマイズできる病棟」といえる。

そのため、当協会では、地ケア病棟を有する病院を2014年5月から独自に3つの機能に分類(図11)している。急性期一般病棟があり、病院全体として急性期機能を最も重視し、自院からのPAが多い“急性期ケアミックス(CM)型”、病院全体の入院実患者の半数以上が他院からのPAであり、高度急性期病院のサテライトとなる“ポストアキュート(PA)連携型”、両者のどちらでもない“地域密着型”である。

全病棟病室が地ケア病棟で構成される形態の“地域包括ケア病院“は、主にPA連携型か地域密着型に分類される。

# 図1 2014年度 地域包括ケア病棟の役割

平成26年度診療報酬改定

## 地域包括ケア病棟のイメージと要件

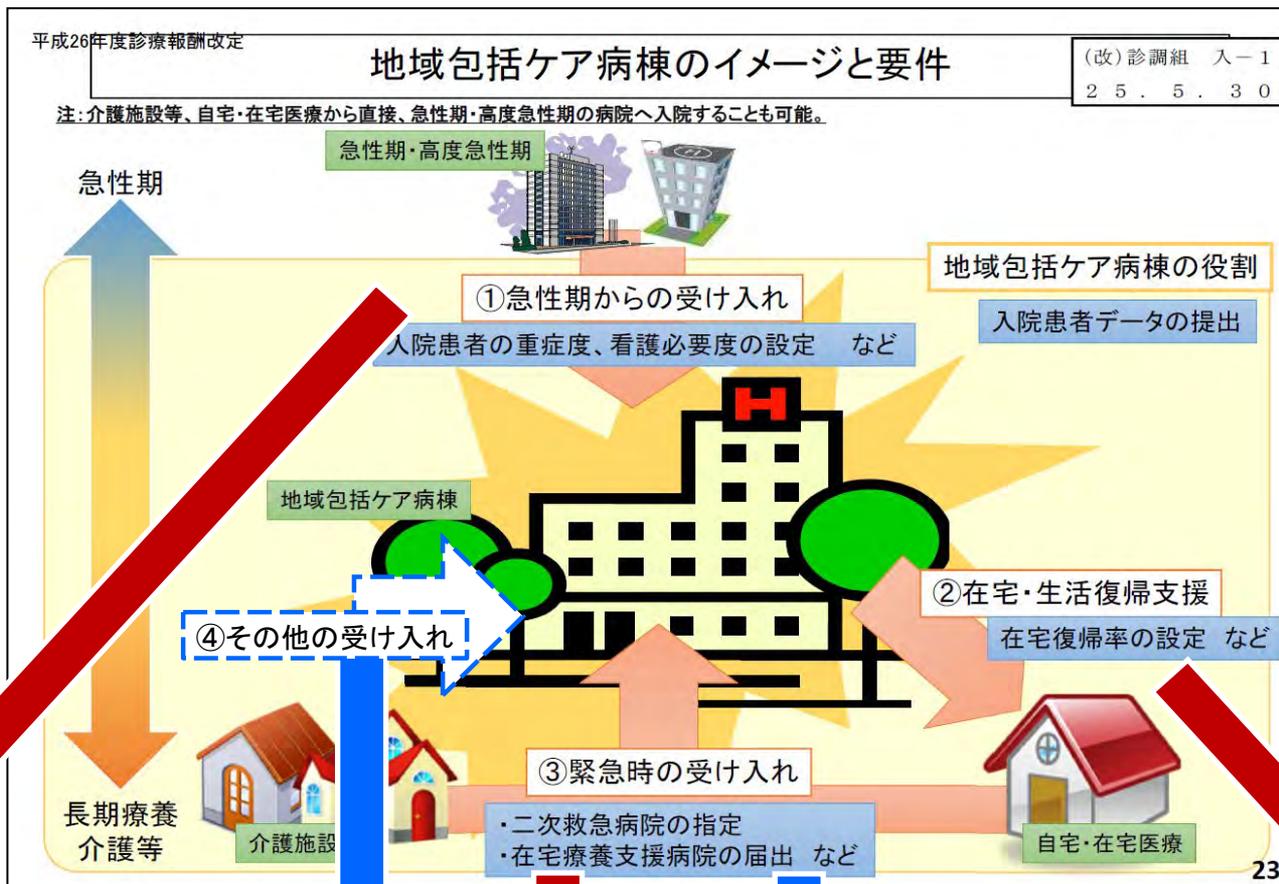
(改) 診調組 入-1

25.5.30

注: 介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



# 図2 2014年度 地域包括ケア病棟の役割と4つの病棟機能



引用改変:  
2014.03.05  
平成26年度診療報酬改定の概要その2  
平成26年度診療報酬改定説明会

## ポストアキュート機能

- 院内
- 院外

3つの受入機能

## サブアキュート機能

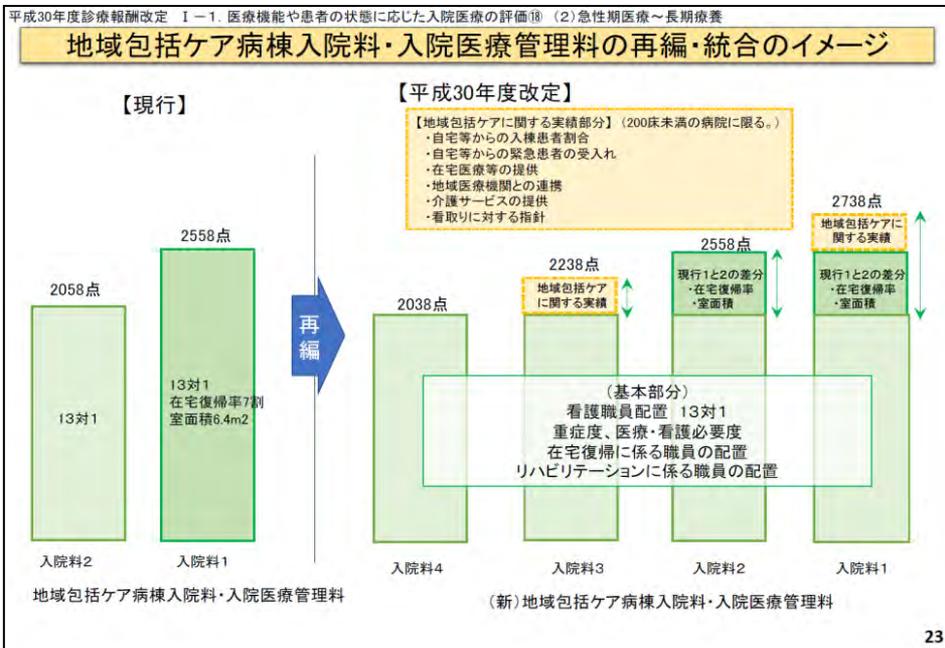
周辺機能・その他 / 緊急時

## 在宅・生活復帰支援機能

- 院内多職種協働
- 地域内多職種協働

地域包括ケア病棟協会提唱  
4つの病棟機能

# 図3 2018年度 診療報酬改定 地域包括ケア病棟



23

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑱ (2)急性期医療～長期療養

## 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理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る。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。

\*1: 現行方法による評価 \*2: 診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度 I *1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度 II *2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
リハビリ専門職	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を1名以上配置							
在宅復帰率	-				7割以上			
室面積	-				6.4㎡以上			
自宅等から入棟した患者割合	-	1割以上 (10床未満は3月で3人以上)	-	1割以上	-	1割以上 (10床未満は3月で3人以上)	-	1割以上
自宅等からの緊急患者の受け入れ	-	3月で3人以上	-	-	-	3月で3人以上	-	-
在宅医療等の提供(*3)	-	○	-	-	-	○	-	○
看取りに対する指針	-	○	-	○	-	○	-	○
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満のみが対象	○	-	○	○	○	-	○	○
点数(生活療養)	2,038点 (2,024点)		2,238点 (2,224点)		2,558点 (2,544点)		2,738点 (2,724点)	

\*3: 以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ②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、若しく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。
- ③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。
- ④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。

24

## 上位の入院料1を算定するポイント

- 許可病床数200(医療資源の少ない地域では240)床未満
- 在宅療養患者等の受け入れ
- 在宅医療・介護サービスの提供
- ACPの普及啓発
- 在宅復帰率70%以上、病室面積6.4㎡以上

# 図4 2018年度 地域包括ケア病棟の役割

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑰ (2)急性期医療～長期療養

## 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し



### 「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」に係る要件

- 重症患者割合

### 「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

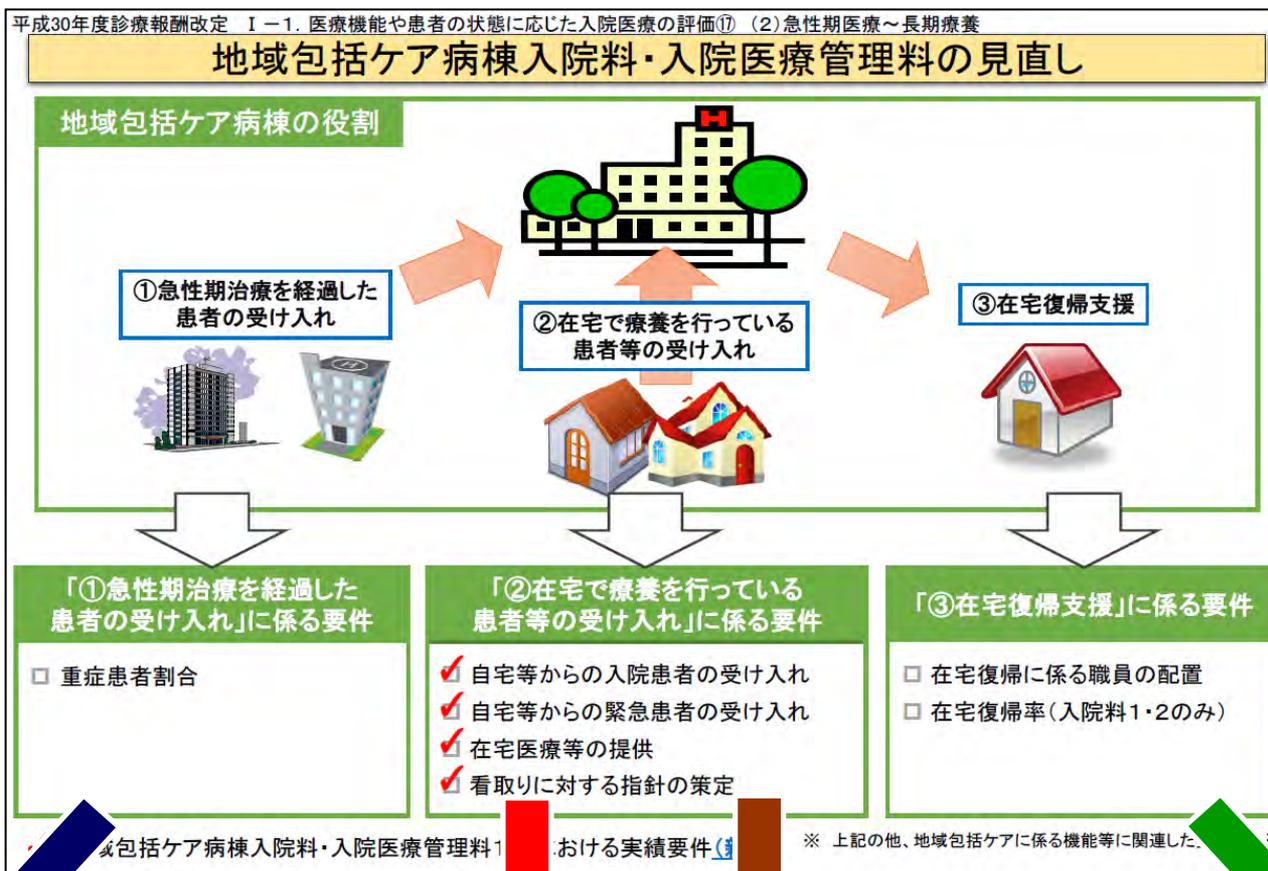
- 自宅等からの入院患者の受け入れ
- 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- 在宅医療等の提供
- 看取りに対する指針の策定

### 「③在宅復帰支援」に係る要件

- 在宅復帰に係る職員の配置
- 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

✓ : 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件(新規) ※ 上記の他、地域包括ケアに係る機能等に関連した要件がある

図5 2019年度 地域包括ケア病棟の役割と4つの病棟機能(改定版)



引用改変:  
2018.07.12  
2018年度 第1回  
入院医療等の調査・  
評価分科会

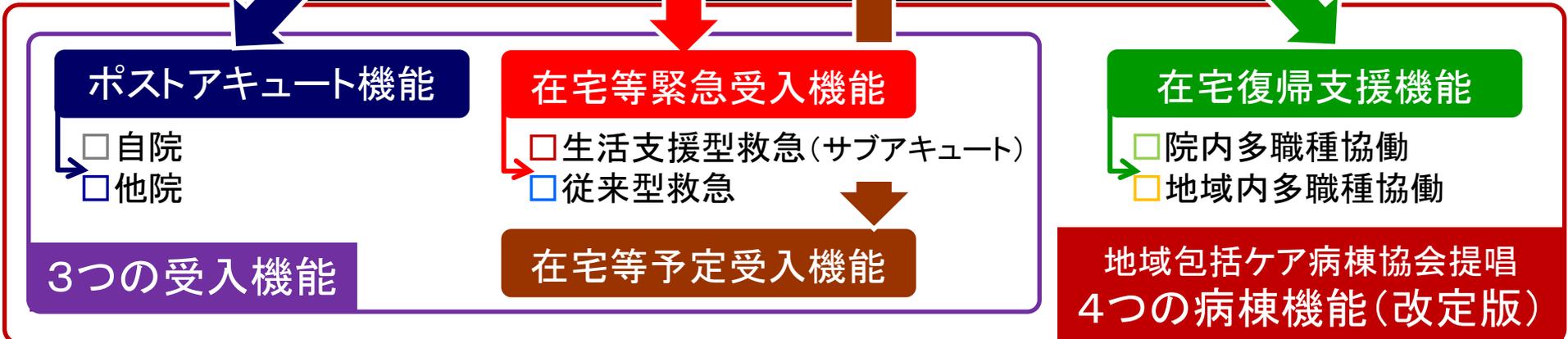


図6 2019年度 2つの役割(①②)と3つの受け入れ機能(■●■)の患者像

### ①急性期治療を経過した患者の受け入れ

#### ■ポストアキュート機能:

□自院・□他院を問わず、長引く急性期の治療や回復期のリハビリテーションが必要な患者を受入れ。

- ・地域包括ケア病棟: 一定程度状態が安定した患者
- ・回復期リハビリテーション病棟: 要件に合致した脳卒中や整形外科疾患等のリハビリテーションを行う患者

#### 【主な疾患・患者像】

急性心不全や脳卒中、重症肺炎、がんや整形外科的疾患を含む手術等の**中等～高度急性期医療を脱した状態**



### ②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ

#### ■在宅等緊急受入機能:

【主な疾患・患者像】肺炎・腸炎・脱水等や、緊急手術・麻酔が必要な骨折・外傷等の**軽症急性疾患**

#### □生活支援型救急(サブアキュート):

発症前から在宅や介護施設で療養生活中的の生活支援が多い患者を受け入れ。障害児・者～老年症候群と受け入れ時に年齢は不問。

#### □従来型救急:

発症前に日常的な生活支援が少ない患者を受け入れ。

#### ■在宅等予定受入機能:

- ・化学療法／緩和ケア
  - ・手術・麻酔(出来高、短期滞在手術等基本料3)
  - ・糖尿病教育入院
  - ・薬剤使用の適正化
- 等

「ときどき入院 ほぼ在宅」をマネジメント

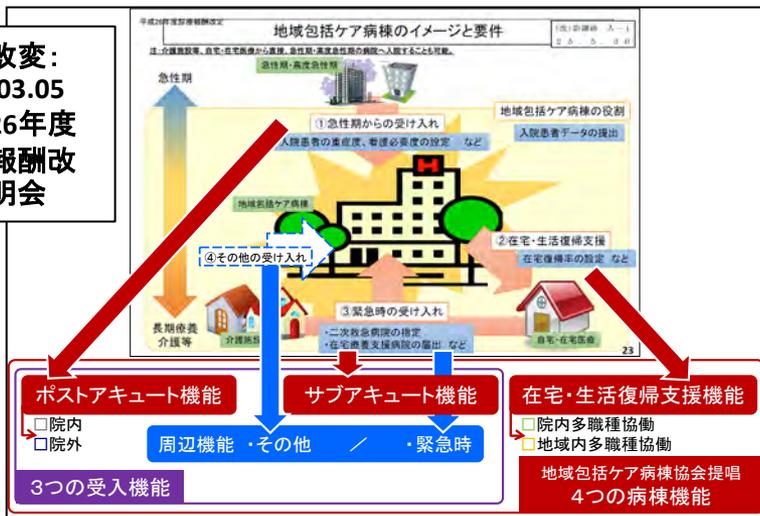
※一部回復期や慢性期等の急性期病棟以外に入院している患者の受け入れも含む。

# 図7 2014年度と2018年度の地ケア病棟の役割と受入機能の整合性

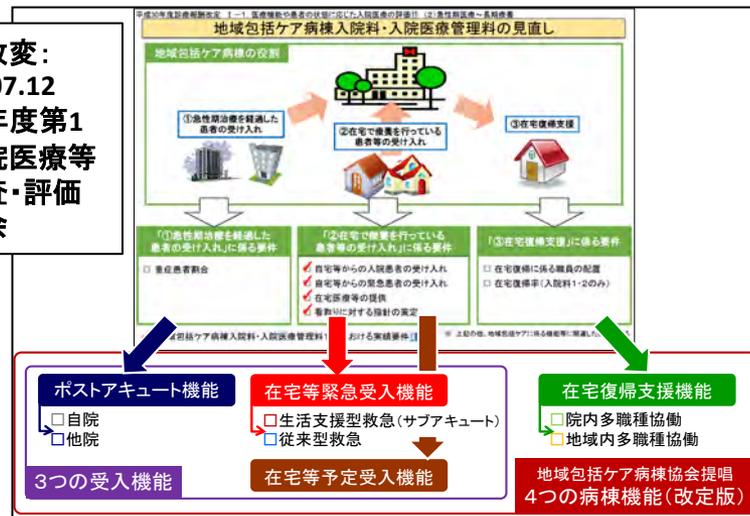
## 2014年度診療報酬改定

## 2018年度診療報酬改定

引用改変:  
2014.03.05  
平成26年度  
診療報酬改定  
説明会



引用改変:  
2018.07.12  
2018年度第1  
回入院医療等  
の調査・評価  
分科会



		2014年度改定		2018年度改定			
受入役割		* 受入機能		* 受入機能		受入役割	
		分類	亜分類	亜分類	分類		
緊急入院	③緊急時	SA機能	—	生活支援型救急 (SA機能)	在宅等緊急受入機能	②在宅で療養を行っている患者等	緊急入院
		周辺機能	緊急時	従来型救急			
予定入院	④*その他	周辺機能	その他	—	在宅等予定受入機能	①急性期治療を経過した患者	予定入院
		PA機能	院内	自院			
①急性期から	院外		他院				

\* : 当協会提唱の役割と機能、SA: サブアキュート、PA: ポストアキュート

図8 2段階の

### ③在宅復帰支援機能



## 院内 多職種協働の力

できるだけ早く、在宅・生活復帰ができるまで回復しているか



- 治療  
EBMとナラティブアプローチ、ACP
- リハビリ、栄養サポート、認知症ケア、ポリファーマシー対策、入退院支援・調整等

## 連携の力



院内地域内をつなぐ機能を有しているか

- 院内の地域連携室や入退院支援室 (看護師、MSW)
- 地域内の地域包括支援センター
- 居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)
- Person Flow Managementの概念

## 地域内 多職種協働の力

併設施設の有無を問わず、地域包括ケアシステムが構築できているか



- HUBとしての郡市医師会や自治体が重要
- かかりつけ医
- 医療介護福祉事業所訪問、通所、入所、CM等
- 行政、社協、保健所等
- まちづくり互助組織

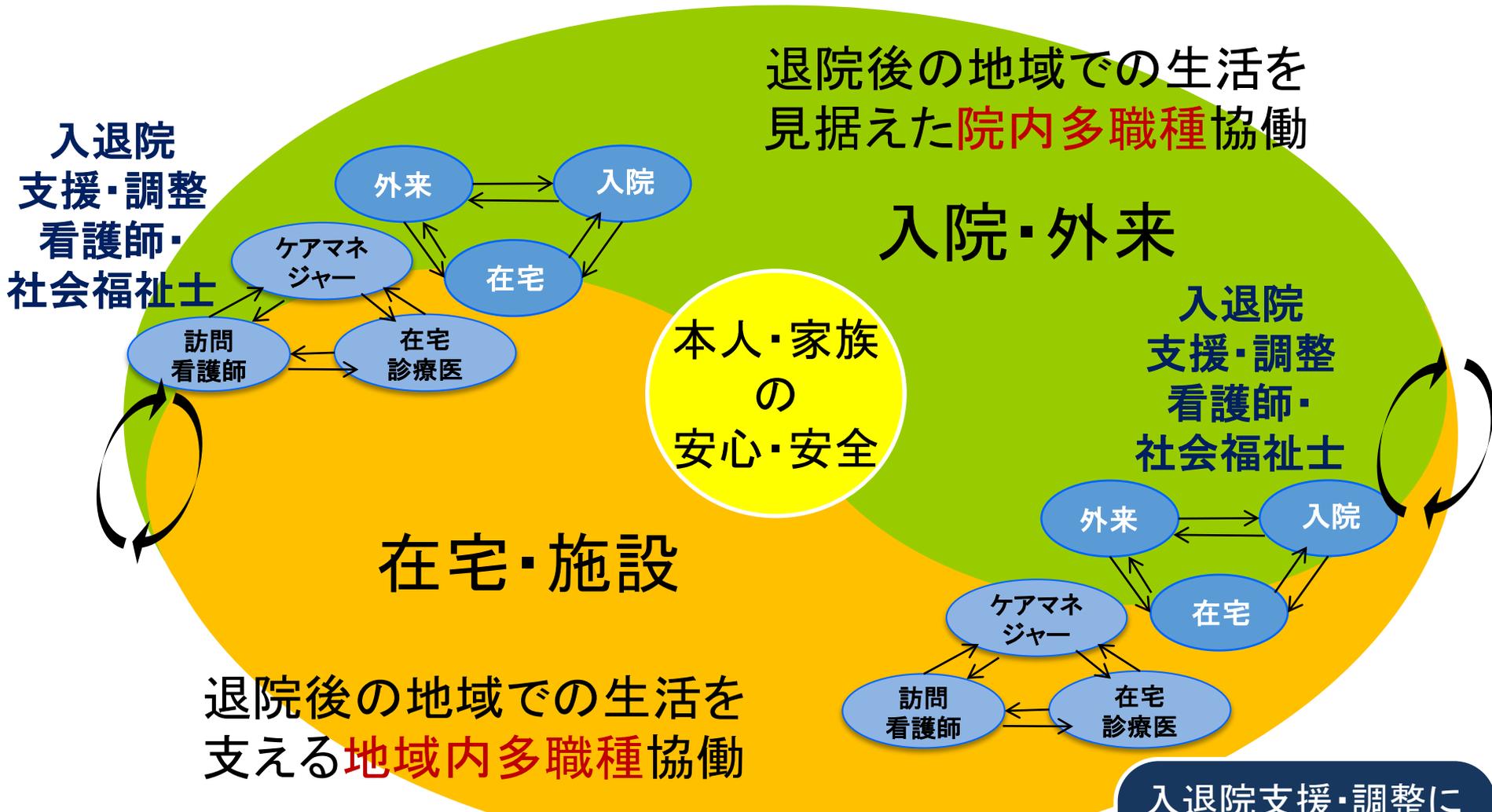
## 図9 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

- 1、疾患別・がん患者リハビリテーション(以下リハ)
- 2、補完代替リハ(CARB: Complementary and Alternative Rehabilitation)
  - 1) POC(Point Of Care)リハ
    - ①OT-POCリハ: 個別の生活回復リハ
    - ②PT-POCリハ: 個別の廃用・褥瘡予防と機能回復リハ
  - 2) 集団リハ
  - 3) 院内デイケア・デイサービス
  - 4) 自主トレーニング指導
  - 5) 運動療法指導

※出来高算定の摂食機能療法は除く
- 3、補完代替リハ(CARB)の注意点
  - ・主治医が包括的指示として処方
  - ・リハ療法士が実施
  - ・リハ記録(分単位)の記載が必要
  - ・疾患別リハと同時実施は不可
  - ・リハ療法士の勤務時間として計算
  - ・1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハには含まれない。

詳細は当協会ホームページを参照

図10 Person Flow Management : PerFM



患者を生活者の視点でとらえ、病院と地域を一体と考えて、切れ目ない医療介護を提供する。

入退院支援・調整には、リハビリ・栄養サポート・認知症ケア・ポリファーマシー対策やACPIは必須！

## 図11 地域包括ケア病棟を有する病院の 3つの病院機能と地域包括ケア病院

### ■急性期ケアミックス(CM)型

#### ■定義

急性期一般病棟以上の急性期病床を有し、施設全体で急性期機能を最も重視。

- ・急性期対応が強み！
- ・地ケア病棟は自院ポストアキュート中心
- ・他型より200床以上の割合が多い

### ■地域密着型

#### ■定義

「急性期ケアミックス型」と「ポストアキュート連携型」のどちらでもない。

- ・日常生活圏域のSAに主に対応
- ・200床未満が大多数

### ■ポストアキュート(PA)連携型

#### ■定義

施設全体として、実患者数の概ね半分以上が他院からのPA患者。

- ・連携先は高度急性期～急性期病院
- ・回りハや療養の後方病床と、訪問・通所・入所の併設施設が豊富
- ・200床未満が大多数

### ■地域包括ケア病院

#### ■定義

全病棟病室が地域包括ケア病棟の“形態分類”

- ・“機能分類”では「地域密着型」または「ポストアキュート連携型」