

2023.03.20

<第3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病棟機能の変遷

1) 2014年度－2021年度(詳細は2019.08.30第2版参照)

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(図1)。本定義は2022年度現在継承されている。

2018年度改定を受けて、当協会もこれまでの病棟機能を2019年度に見直した。図2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。この内サブアキュート(SA)機能「発症前からの生活支援が必要な方の緊急の受入れ」は当協会が2014年度に定義した。2018年度前後から解釈が多様化し、従来型救急を含めて「在宅等緊急受入機能」をSAとしたり、「在宅等緊急受入機能」と「在宅等予定受入機能」をあわせた受け入れをSAとしたり、混乱を生じた。

2) 2022年度以降

そこで、2023年3月からこれまでのSAの定義を廃止して、「在宅等緊急受入機能」と「在宅等予定受入機能」をあわせた受け入れを「いわゆるサブアキュート(sc.SA)機能」とした(図3)。その結果、地ケア病棟の病棟機能は「ポストアキュート(PA)機能」、「いわゆるサブアキュート(sc.SA)機能」、「在宅復帰支援機能」の3つの機能となり、それぞれ「自院／他院」、「在宅等緊急／在宅等予定」、「院内多職種協働／地域内多職種協働」に亜分類した(図3)。

地域包括ケア病棟に受け入れる患者像や疾患、状態(図4)についても、地域包括ケア時代の患者像(図5)や高齢者リハビリテーションの3つのモデル(図6)、回復期リハビリテーション病棟との違い(図7)、“multimorbidity(多疾患併存)(図8)”、新型コロナウイルス感染症(以下コロナ)等を加味して、現状に沿う形にアップデートした。

1, 地域包括ケア病棟の病棟機能の変遷

2) 在宅復帰支援機能

基軸となる在宅復帰支援機能(図9)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、地ケア病棟の包括算定リハビリテーション(以下リハ)(図10)として、疾患別・がん患者リハやこれらを補完し代替する“補完代替リハ(CARB; Complementary and Alternative Rehabilitation)”を始め、NST、認知症ケア、ポリファーマシー対策、ACP等を包括し提供する。

地域内では、HUB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を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11)で括られる。

2, 地域包括ケア病棟を有する病院の3つの病院機能と病院運営から見た地域包括ケア病棟の機能

1) before2022年度改定

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12)している。急性期一般病棟以上の病棟を有して施設全体で急性期機能を最も重視する“急性期ケアミックス(CM)型”、病院全体として実患者数の概ね半分以上が他院からのPA患者である“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、PA連携型か地域密着型に分類される。

同時に、病院運営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」と定義してきた(図13)。

2, 地域包括ケア病棟を有する病院の3つの病院機能

1) after2022年度改定

コロナが発生し社会が混乱した2020年度以降、地ケア病棟の立ち位置が揺らいでいる。「在宅からの直接入院減少の危機」(図14)は、在宅でみる、介護施設でみる、高度急性期病院を受診するといった患者が増えて、在宅から地ケア病棟へ直接入院する患者が減少するリスクを示している。「他院からの入院減少の危機」(図15)は初発脳卒中は回復期リハビリテーション病棟でみる、急性期病棟からは直接在宅に退院するリスクを示し、「自院一般病床からの地ケア病棟への転棟制限」はそれが厳格化されるリスクを挙げている。

そこで、2022年度改定以降は、病院運営から見た地ケア病棟と本病棟を届け出ている病院の機能をver2.0(図16)にアップグレードして「地域包括ケアシステムや地域医療構想のニーズ、人口ビジョンをご当地毎に捉えた上で、やるべき医療の実践として、総合診療や老年医学のマインドを持つ医師と共に急性期後や在宅療養中の“multimorbidity 患者”を病棟で受け入れる、在宅でみる地域診療拠点になる」とした。加えて、やりたい医療の院内・地域内サポートとして、これからの5疾病6事業・在宅医療等、各診療科の専門的医療等を取捨選択して提供する事になる。コロナに関しても、既に多くの施設が地ケア病棟でコロナ患者やコロナ回復患者を受け入れており、今後も要介護や障害者等の発症前からの生活支援が必要な方を中心に受け入れることが求められている。

図1 地域包括ケア病棟の経緯②(平成26～28年度診療報酬改定)

【平成26年度診療報酬改定】

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

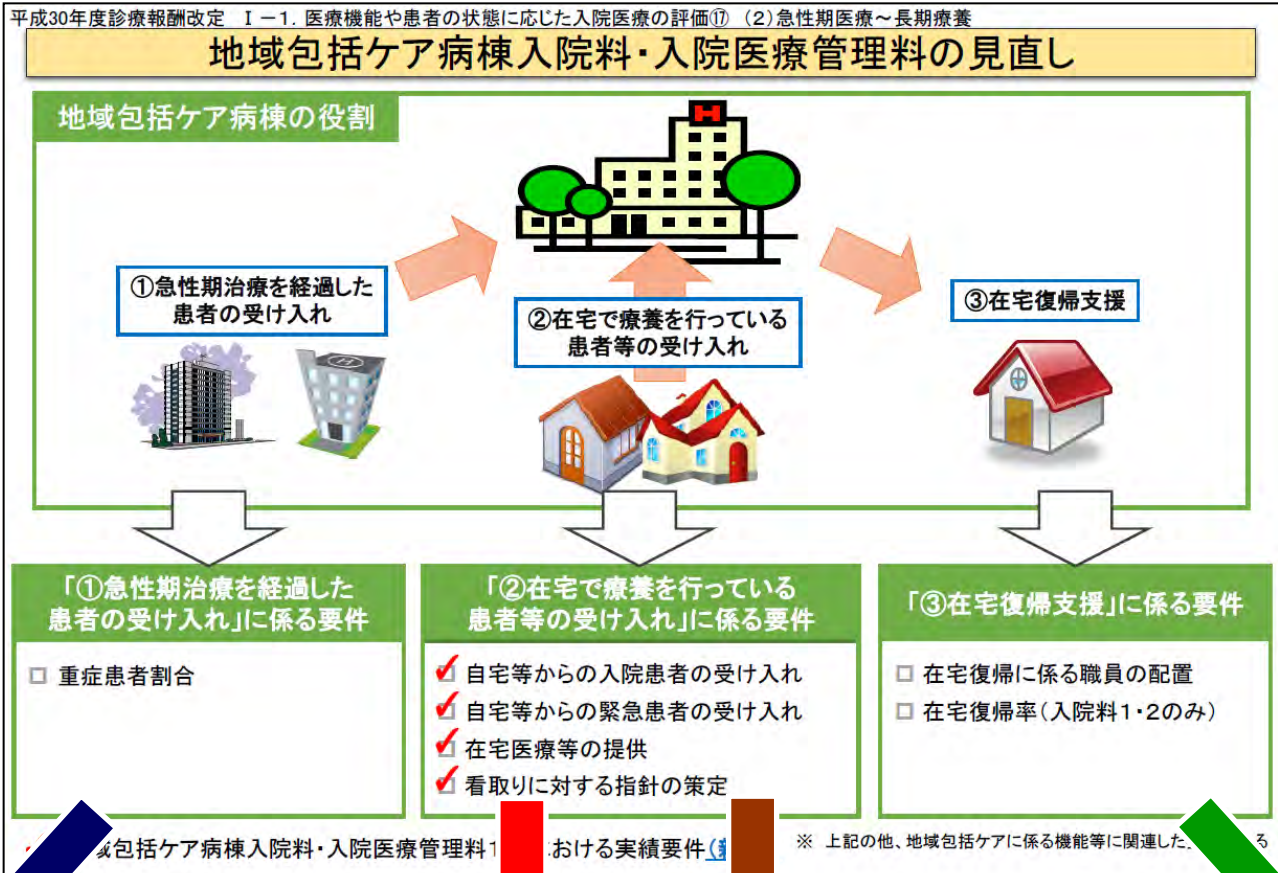
[主な要件]

- ▶ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
 - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
 - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
- ▶ データ提出加算の届出を行っていること
- ▶ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
 - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ）
 - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ▶ 療養病床については、1病棟に限る
- ▶ 当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

▶ :2022年度も変更なし



図2 2019年度 地域包括ケア病棟の役割と4つの病棟機能 (2019.08.30改定)



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

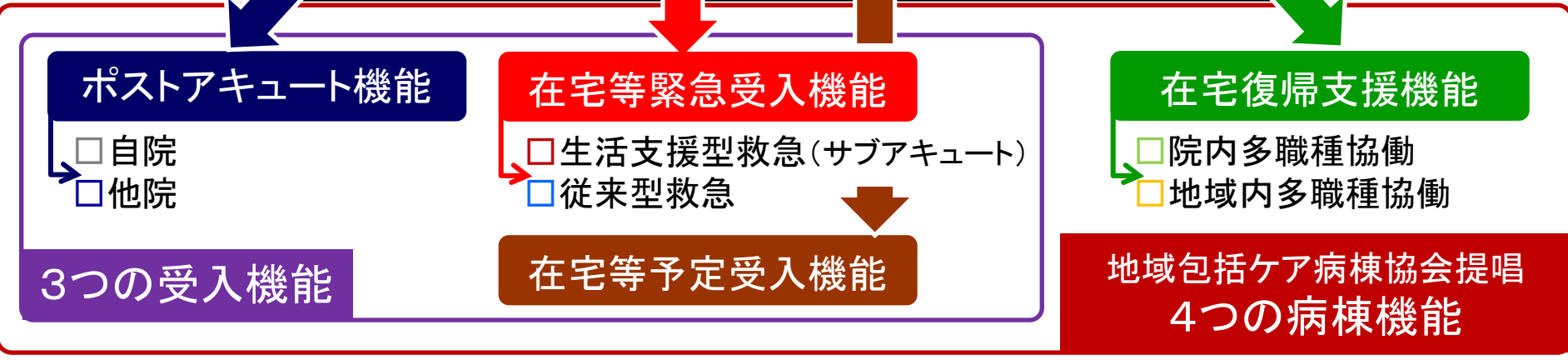


図3 2022年度 地域包括ケア病棟の役割と3つの病棟機能 (2023.03.20改定)



図4 2023年度 ポストアキュート機能といわゆるサブアキュート機能の患者像

(2023.03.20改定)

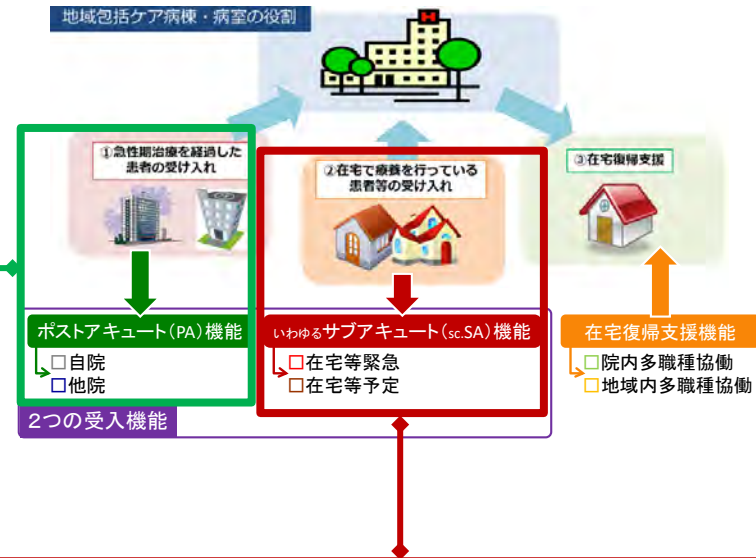
【患者像】発症前からの生活支援の有無や受入れ時の年齢は問わないが、積極的に**高齢虚弱“multimorbidity 患者”**を受入れる。

①急性期治療を経過した患者の受入れ

■**ポストアキュート(PA)機能**: □自院・□他院

【主な疾患・状態】

繰り返す慢性心不全の急性増悪や脳卒中、誤嚥性肺炎等、がんや大腿骨近位部骨折等の手術等の**急性期治療を経過して落ち着いた状態**の患者、**コロナ回復患者**等を受入れ、主に廃用症候群・認知症モデルの生活復帰を担う。(※ 回復期リハビリテーション病棟は主に脳卒中モデルの社会復帰を担う)



②在宅で療養を行っている患者等の受入れ

■**いわゆるサブアキュート(sc.SA)機能**

□**在宅等緊急**:

【主な疾患・状態】

肺炎・腸炎・尿路感染・脊椎圧迫骨折・脱水等や、緊急手術・麻酔が必要な四肢単純骨折・外傷、**高齢虚弱のコロナ患者等の日常生活圏域単位の救急搬送を含む軽・中等症の急性疾患**

□**在宅等予定**:

【主な疾患・状態】

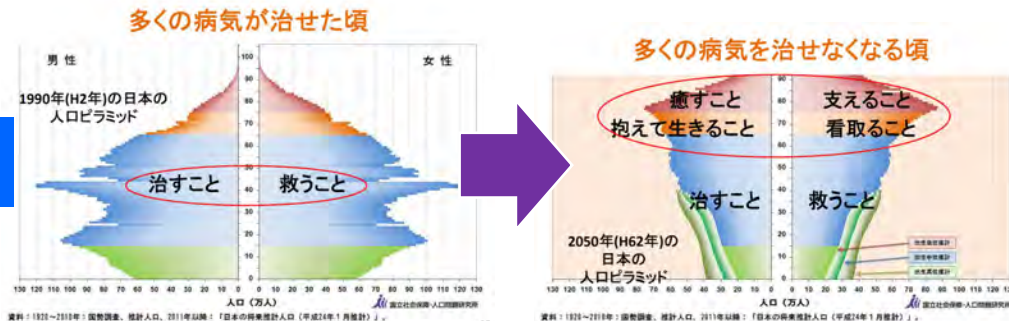
・白内障や大腸ポリープ切除、単純骨折等の待機手術(出来高、短期滞在手術等基本料3等)
 ・糖尿病教育入院
 ・がん化学療法／緩和ケア
 ・薬剤使用の適正化

等

※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5 地域包括ケア時代の患者像

- 高齢で複数疾患を有し、ADLと栄養状態、認知機能が低下し、ポリファーマシーになりやすい。入院前から継続して入院中も包括的な生活支援を必要とする患者が多くなる。
- リハビリテーションは、社会復帰を目指す脳卒中モデルよりも、生活復帰を目指す廃用症候群・認知症モデルが主となる。
- QOLとQODの価値観は人それぞれ異なる上、介入のエビデンスは乏しいためACPや多職種協働によるカンファレンスは必須となる。
- 地域包括ケア時代のkey wordは“**multimorbidity**”



従来型医療
脳卒中モデル

生活支援型医療
廃用症候群・認知症モデル

図6 2004年高齢者リハビリテーションの3つのモデル

- 高齢者の態様に応じた、以下の3つのモデルの対策が必要。

<脳卒中モデル>

急性に生活機能が低下するタイプ（脳卒中、骨折など）

従来型
医療

<廃用症候群モデル>

徐々に生活機能が低下するタイプ（骨関節疾患など）

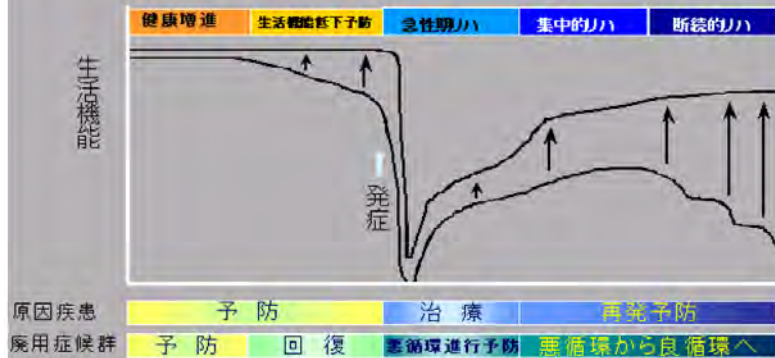
生活支援型
医療

<認知症高齢者モデル>

いずれにも属さないタイプ、環境の変化に対応困難（認知症）

脳卒中モデル（脳卒中・骨折など）

社会
復帰



- 発症直後の急性期からリハビリテーションを開始し、その後、自宅復帰を目指して短期的に集中して、リハビリテーションを実施。
- 自宅復帰後は、日常的に適切な自己訓練を行い、リハビリテーションの必要な時に、期間を定めて、計画的に提供。

廃用症候群モデル （廃用症候群、変形性関節症など）

生活
復帰



- 生活機能の低下が軽度である早い時期からリハビリテーションを実施。
- リハビリテーションの必要な時に、期間を定めて、計画的に提供。

図7 地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟の機能

■ 地域包括ケア病棟

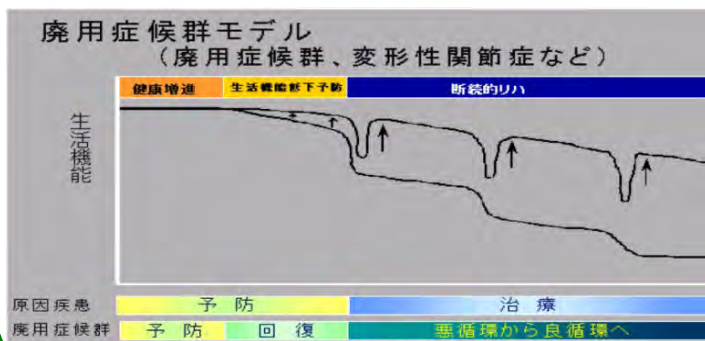
■ 回復期リハビリテーション病棟



主に

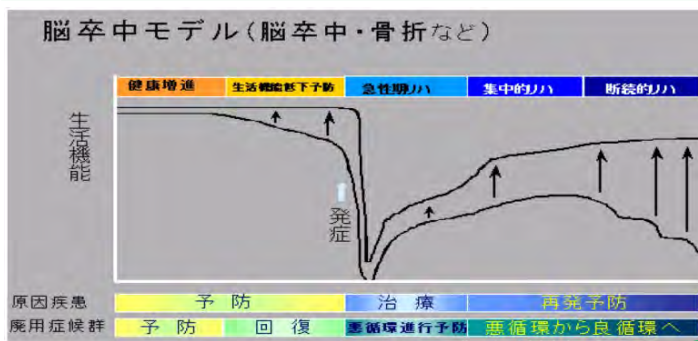
日常生活圏域単位の救急搬送を含む
軽症急性期患者の受け入れ

回復期リハビリテーションを要する患者



主に

廃用症候群・認知症モデルの生活復帰



主に

脳卒中モデルの社会復帰

入退院支援と在宅医療・介護事業

（いわゆるサブアキユート）
急性期機能

（ポストアキユート）
回復期機能

在宅復帰
支援機能

図8 地域包括ケア時代のkey wordは“**multimorbidity**”

「複数の慢性疾患が一個人に併存している状態であり、中心となる疾患を特定できない状態」

表1 multimorbidity の定義 慢性疾患上位 20 位のリスト

TOP 5	COPD	糖尿病	高血圧	悪性疾患	脳血管障害
TOP 10	認知症	うつ病	関節疾患	不安障害	うっ血性心不全
TOP 20	虚血性心疾患	気管支喘息	不整脈	甲状腺疾患	貧血
	聴力障害	脂質異常症	肥満	前立腺肥大	骨粗鬆症

システマティックレビューで抽出された 14 論文において 50% (7 論文) 以上が multimorbidity を定義する際に含める対象とした疾患. 文献 5 から一部修正して引用した.

■ 高齢化と共に“**multimorbidity**患者”は増加

- ・性別、貧困、フレイルや精神疾患合併と相関
- ・死亡率上昇、QOL低下等の健康アウトカムへの負の影響
- ・受診回数増加、ケアの分断、ポリドクターやポリファーマシー等の患者負担増加
- ・救急受診、予定外入院、医療費上昇等
- ・疾患別GL群に基づく介入はエビデンスによる裏付け不十分
- ・アウトカムは患者のQOL向上

図9 2022年度 在宅復帰支援機能の多職種協働

(2023.03.20改定)



③在宅復帰支援

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に復帰できるか



■治療

EBMとナラティブアプローチ

■リハビリテーション、栄養サポート、認知症ケア、ポリファーマシー対策、ACP、入退院支援・調整等

連携の力



院内と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(CM)

■ 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

■共助: かかりつけ医、医療介護福祉事業所、訪問、通所、入所、CM等

■公助: 行政、社協、保健所、地域包括支援センター等

■互助: まちづくり組織等

図10 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

■ 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

- ◆ 疾患別・がん患者のリハビリテーション治療: スケジュールと提供量(20分1単位)が管理されている。
- ◆ 補完代替のリハビリテーション治療: 包括算定を活かし、時間・単位・場所に縛られない。

● POC(Point of Care)※リハビリテーション治療

①OT-POCリハビリテーション治療: 個別のADL訓練

②PT-POCリハビリテーション治療: 個別の廃用・褥瘡予防と機能回復訓練

・患者の傍らで、個別に短時間(20分未満/回)、状況に応じて「しているADL」を訓練する。

● 集団でのリハビリテーション治療

● 院内デイケア・デイサービス

● 自主練習指導

● 運動療法指導

■ 補完代替リハビリテーション治療の注意点

- ・主治医が包括的指示として処方
- ・療法士が実施
- ・リハビリテーション治療の記録(分単位)の記載が必要
- ・療法士の勤務時間として計算
- ・疾患別・がん患者リハビリテーション治療と同時実施は不可
- ・1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない。

■ 以下の出来高算定リハビリテーションは含まない

● 摂食機能療法

● 自院DPC病棟から転室・転棟して、

DPCを算定している患者

転室: 入院期間Ⅲまで

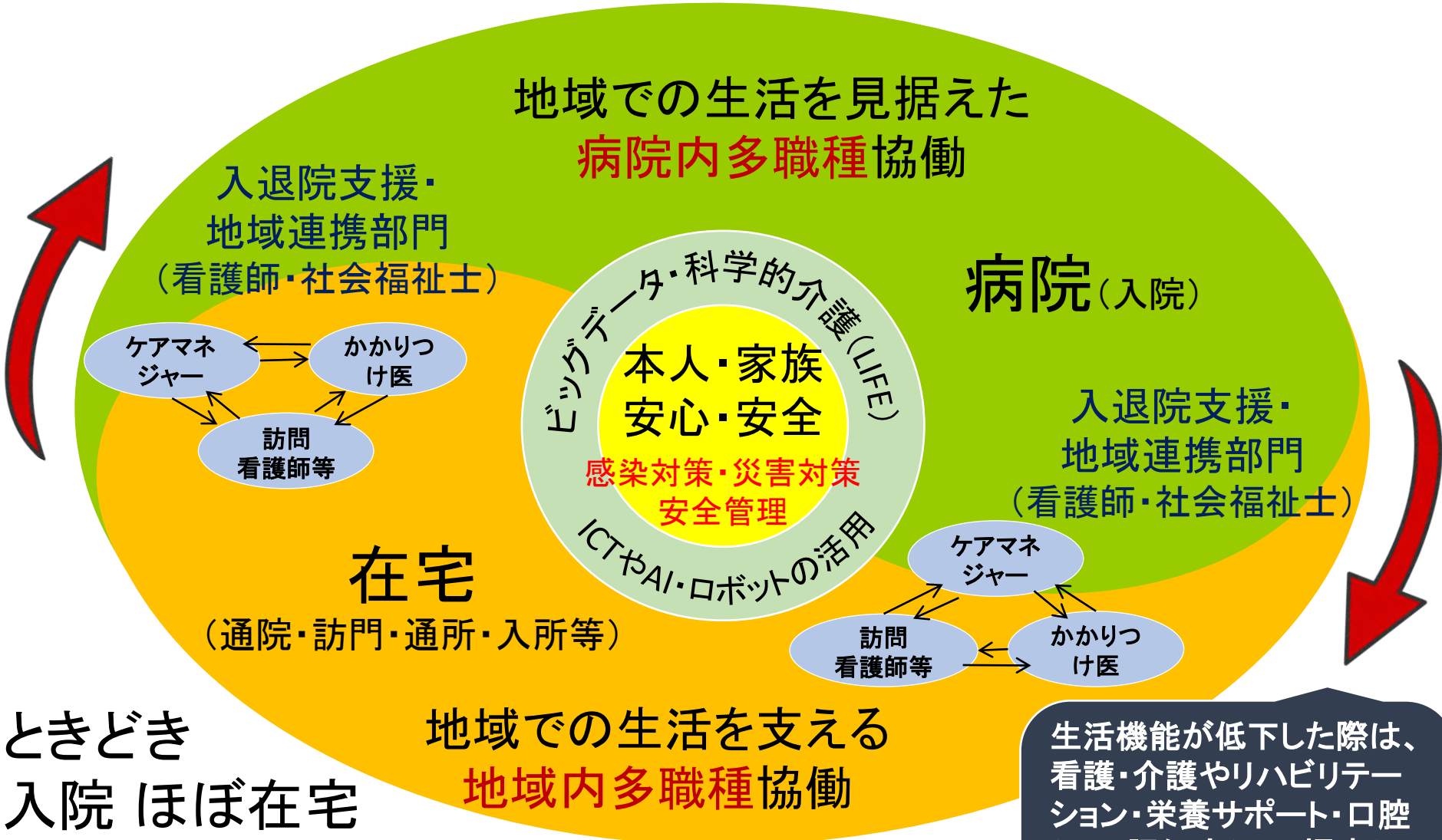
転棟: 入院期間Ⅱまで(2020年度から)

※POC(Point of Care): 「療養中の患者の傍ら」を表す。

引用改変: 回復期のリハビリテーション医学・医療テキスト

- 補完代替リハは診療報酬上規定されていない当協会独自のリハ治療
- 廃用症候群・認知症モデルに対する効率の良いリハの提供

図11 Person Flow Management : PerFM ver2.0



ときどき
入院 ほぼ在宅

生活機能が低下した際は、看護・介護やリハビリテーション・栄養サポート・口腔ケア・認知症ケア・褥瘡ケア・排泄ケア・ポリファーマシー対策、ACP、ケアマネジメント等が必要となる。

患者・利用者を生活者の視点で捉え、病院と在宅を一体とした切れ目ない地域医療介護福祉を提供する。

図12 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

R4調査 254施設5.5割弱

急性期一般病棟以上の病棟を有し、施設全体で急性期機能を最も重視。

- ・200床以上かつ入院料2・4が4.5割強
- ・2割強がICU等の高度急性期病棟開設
- ・6割がコロナ重点～協力医療機関
- ・地域包括ケア病棟は自院PA中心
- ・訪問(6.5割強)、通所・入所(4割弱)

■ 地域密着型

■ 定義

R4調査 156施設3.5割弱

「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。

- ・199床以下9割、99床以下4.5割弱
- ・入院料・管理料1・3(199床以下)が7割強
- ・6割弱が医療療養病棟開設
- ・4割強がコロナ回復患者のみの受入医療機関
- ・訪問(7割強)、通所・入所(6割弱)

■ ポストアキュート (PA) 連携型

■ 定義

R4調査 55施設1割強

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。

- ・199床以下9割強
- ・入院料・管理料1・3(199床以下)が6.5割強
- ・4.5割が大都市部に開設
- ・6割強が回りハ病棟開設
- ・5割強がコロナ回復患者のみの受入医療機関
- ・訪問(7.5割弱)、通所・入所(6割強)

■ 地域包括ケア病院



■ 定義

地方厚生局解析 80施設

2022.12.16 確認

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」

図13 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



Before 2022

■ポストアキュート(PA)連携型

■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。

急性
施設

- ・200床
- ・2割強
- ・6割強
- ・地域
- ・訪問

「急
キ

- ・199床
- ・入院
- ・6割強
- ・4割強がコロナ回復患者のみの受人医療機関
- ・訪問(7割強)、通所・入所(6割弱)

「ポストアキュート連携型」

機関

施設

の

図14 地域包括ケア病棟の立ち位置が揺らいでいる

■在宅からの直接入院減少の危機

●在宅医療の充実

- ・コロナ禍で在宅看取りや訪看が増加
- ・かかりつけ医機能とDXで在宅医療が進化
- ・事前のACPによる救急不搬送が増加

●介護施設での医療提供の充実

●高度急性期病院の充実

- ・専門外来、重症救急、高度医療の拠点化



図15 地域包括ケア病棟の立ち位置が揺らいでいる

■ 他院からの入院減少の危機

- 初発の脳卒中は回復期リハビリテーション病棟が王道
- 急性期一般病床の心不全や誤嚥性肺炎は直接在宅へ
- コロナ回復患者はしっかり受け入れよう

■ 自院一般病床からの転棟6割未満の制限

(2020年度許可病床400床以上、2022年度200床以上)



図16 地域包括ケア病棟の立ち位置が揺らいでいる

他院からの入院減少の危機

After 2022

道へ

■地域包括ケアシステムや地域医療構想のニーズ、人口ビジョンをご当地毎に捉えた上で、



■やるべき医療の実践として

特に高齢虚弱患者

総合診療や老年医学のマインドを持つ医師と共に急性期後や在宅療養中の“**multimorbidity** 患者”を病棟で受け入れる、在宅でみる地域診療拠点



■やりたい医療の院内・地域内サポート

- ・これからの5疾病6事業・在宅医療等
- ・各診療科の専門的医療等

急性期でも回復期でもない！地域包括ケア病棟です。



SC.SA. 系志 予定

・回りハ病棟でみる ・直接在宅に退院する ・自院一般からの制限