

2023.08.04

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

記者会見

	一般社団法人 地域包括ケア病棟協会 Japanese Association of Hospitals for Community-based Care	
協会の概要	活動情報	関連機関情報
 <p>「ときどき入院、ほぼ在宅」 地域包括ケア病棟を活用して、地域の人と社会の健康を実現します。</p>		

地域包括ケア病棟協会 会長
仲井培雄

本日の内容

- 1, 第9回地域包括ケア病棟研究大会「地域包括ケア病棟のあるべき姿」の成果報告
- 2, 2023年度地域包括ケア病棟認定医養成アカデミーの告知
- 3, その他

本日の内容

- 1, 第9回地域包括ケア病棟研究大会「地域包括ケア病棟のあるべき姿」の成果報告
- 2, 2023年度地域包括ケア病棟認定医養成アカデミーの告知
- 3, その他

第9回 地域包括ケア病棟研究大会

地域包括ケア病棟、
あるべき姿への挑戦

会期

2023年7月8日(土)

会場

大手町サンケイプラザ
〒100-0004 東京都千代田区大手町1-7-2

大会長

鬼塚 一郎
医療法人聖峰会田主丸中央病院 理事長

演題登録期間

2023年2月1日(水)正午~3月31日(金)正午

事前参加登録期間

2023年4月3日(月)正午~5月31日(水)正午

主催
事務局

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会事務局
〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1/レンサイドビル
(株)毎日学術フォーラム内E
E-mail: info@chiki-hp.jp

運営
事務局

株式会社 学会サービス
〒150-0032 東京都渋谷区鷹谷町 7-3-101
TEL: 03-3496-6950 FAX: 03-3496-2150
E-mail: jahcc@gakkai.co.jp

裏面を
ご覧ください

■ 第9回地域包括ケア病棟 研究大会報告

- ・参加者約670名
- ・演題数90件
- ・コロナの5類移行により実現した本大会が、2019年当時と同じ大手町サンケイプラザで開催できたことが感慨深かったです。
- ・4年ぶりのリアル開催となり、主会場では立ち見が出るなど、素直に参加された皆様との交流に胸が熱くなりました。

1, 第9回地域包括ケア病棟研究大会「地域包括ケア病棟のあるべき姿」の成果報告

1, 地域包括ケア時代の患者像

- key wordは“**multimorbidity**”

2, 地域包括ケア病棟の経緯

・地域包括ケア病棟の立ち位置を論じていた黎明期から、同病棟を届け出る病院や併設施設の立ち位置が如何に地域包括ケアシステムに資するかを問う成長期を迎えている。

3, 回復期リハビリテーション病棟との相違 ※仲井の私見

- ・回復期リハビリテーション病棟は、エビデンスに基づく西洋医学の脳神経科学。社会復帰を目指す**回復期リハを要する患者**。RCTでアウトカムを定義
- ・地域包括ケア病棟は、患者の価値観に基づく総合診療や老年医学。生活復帰を目指す**高齢虚弱“multimorbidity患者”**。エビデンスによる裏付け不十分。アウトカムは漢方の如く患者のQOLとQODの向上。

4, 救急と在宅医療の提供

・在宅患者の2次救急受け入れ。2次救急からみた地ケア病棟に対する不安と、地ケア病棟が関わるべき2次救急への期待。3次救急の下り搬送は新たなPAの需要喚起。急性期機能の高い病院はSAの割合が少なめに。誤嚥性肺炎の「ときどき入院 ほぼ在宅」は一体的取組で。望まない救急搬送とACPの推進。トライアージのジレンマと精緻化。

5, 地域包括ケア病棟のコロナ受入れ

- ・5類移行後の地域包括ケア病棟での対応は、特に高齢虚弱“**multimorbidity患者**”の、コロナ回復患者とコロナ患者受け入れ。

6, 地域医療構想に寄り添う

- ・高度急性期病院以外の病院は、地域包括ケア病棟をどんと真ん中に据えて、地域ニーズに合わせて医療・介護機能をモジュールのように組み合わせるはどうか？

7, 経過措置終了と救急医療管理加算

- ・2023.03.31救急医療と在宅医療を提供する体制要件終了。急性期一般病棟増加、地域包括ケア病棟減少の逆転現象。
- ・2023.09.31施設基準等のコロナ特例の多くが終了。
- ・救急医療管理加算と看護職員処遇改善評価料について、地域包括ケア病院は算定できない。

8, 2040年への挑戦 ・トリプル改定を経て、

- ・地域包括ケア病棟を持つ病院は、2040年までに地域共生社会を支える礎を築き、成熟期を迎えるであろう。
- ・高齢虚弱“**multimorbidity患者**”や認知症患者の未来を築き、障害を持つ高齢者や医療的ケア児、終末期医療・緩和ケアを必要とする方々を含む全世代の地域診療拠点となるであろう。

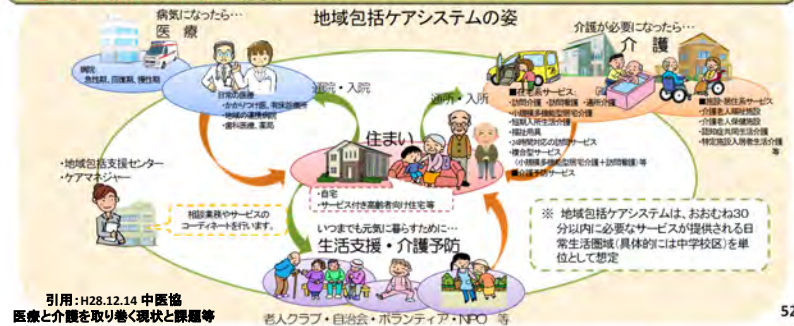
1, 地域包括ケア時代の患者像

■ key wordは“**multimorbidity**”

地域包括ケアシステムはご当地医療介護ネットワーク

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、**認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。**
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

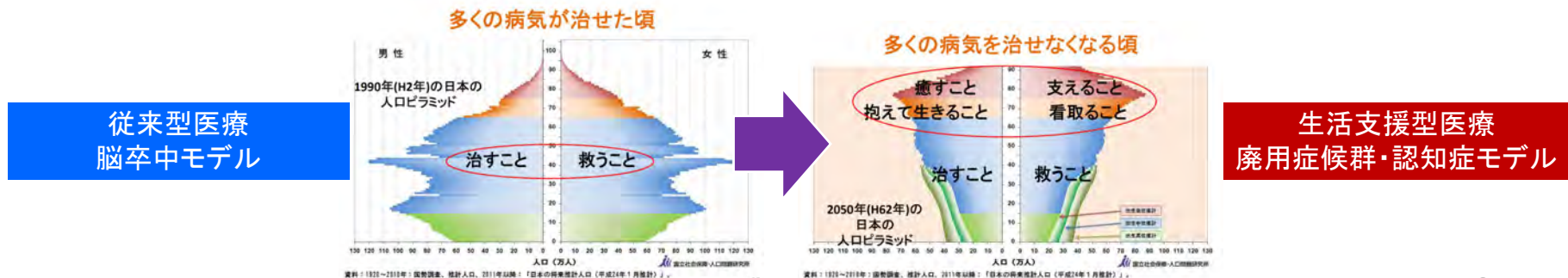


地域包括ケア時代の患者像

■ 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**”

「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

2, 地域包括ケア病棟の経緯

■ 地域包括ケア病棟の立ち位置を論じていた黎明期から、同病棟を届け出る病院や併設施設の立ち位置が如何に地域包括ケアシステムに資するかを問う成長期を迎えている。

地域包括ケア病棟の経緯②(平成26年度、28年度診療報酬改定)

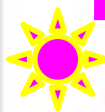
【平成26年度診療報酬改定】

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

➡: 2022年度も変更なし

[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



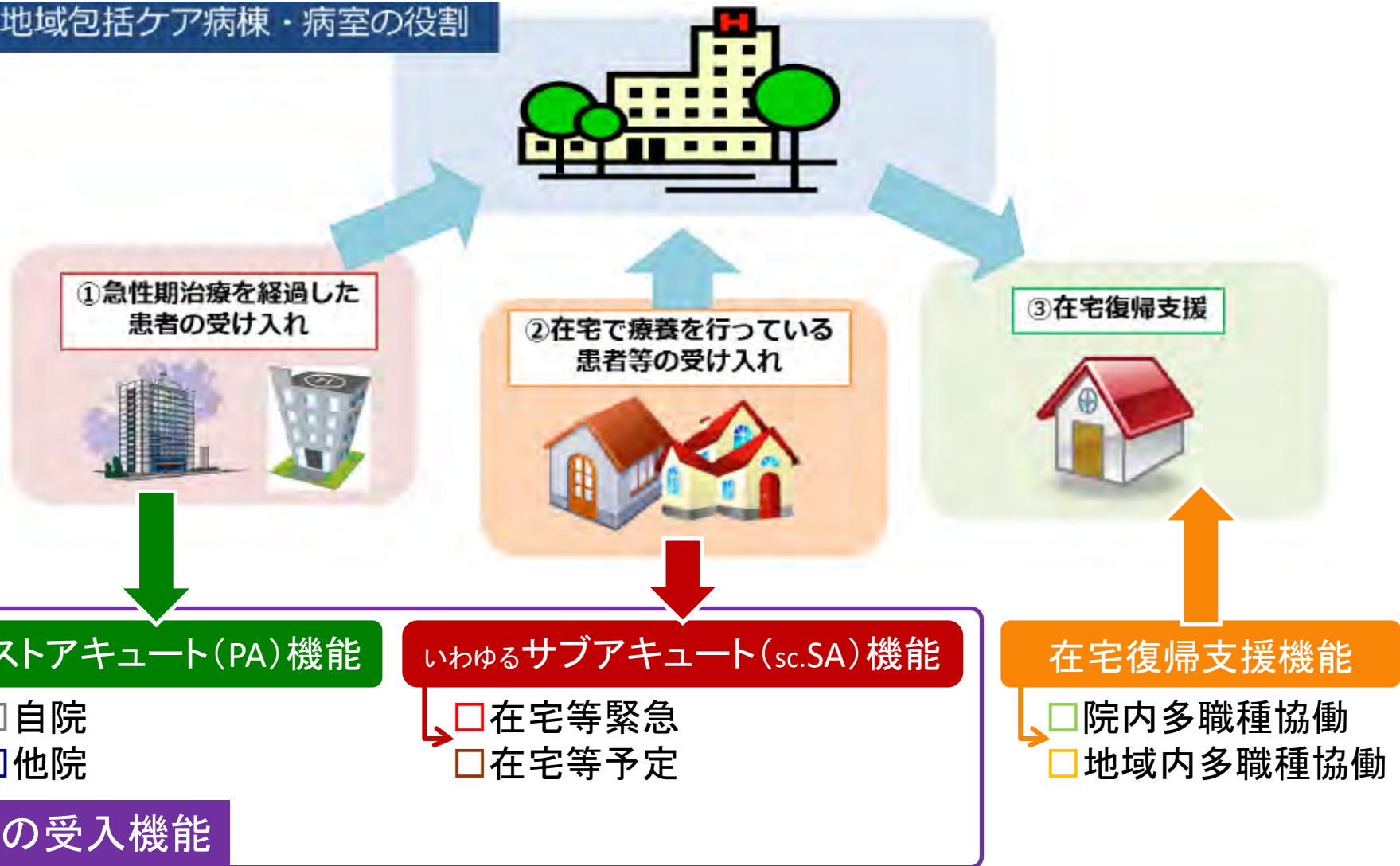
当該入院料の役割は、①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援、の3つとされた

【平成28年度診療報酬改定】

- ・ 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- ・ 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- ・ 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)を追加

地域包括ケア病棟の役割と3つの病棟機能 (2023.03.20改定)

地域包括ケア病棟・病室の役割



3つの病棟機能 地域包括ケア病棟協会提唱

Before 2022

地域包括ケア病棟
の立ち位置

■ 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生きる様に、
カスタマイズできる病棟。



能
働
協
働

3つの病棟機能 地域包括ケア病棟協会提唱

2014年度～2016年度の黎明期

■「懐の深い地域包括ケア病棟」

10対1以上の急性期病棟を持っている病院の地域包括ケア病棟は、自院PAがほとんどであった。

上記以外の病院の地ケア病棟は、いわゆるSAや他院PAが多かった。地域包括ケア病棟の運営から見た定義は、懐が深くカメレオンのように使い勝手の良い病棟であったが、これも良しとされ、2016年度は手術・麻酔が出来高算定となった。

■いわゆる「なんちゃって地域包括ケア病棟」

しかし、高度急性期病院の稼働率の下がった7対1急性期病棟を地域包括ケア病棟に変えて、リハビリテーション提供量が少なく、質が高くない病院が現れ、後方病院との信頼関係を崩すこととなった。2016年度、500床以上は地域包括ケア病棟を届け出できなくなった。

地域包括ケア病棟の経緯③(平成30～令和4年度診療報酬改定)

【平成30年度診療報酬改定】

・入院料・管理料1-4に見直し ・ACP一部要件化

- ・ 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た体系に見直し
- ・ 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

【令和2年度診療報酬改定】

・400床以上は、自院一般病棟からの転棟割合適正化

- ・ 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、
 - ・ 実績要件の見直し
 - ・ 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
 - ・ 入退院支援部門の設置を必須とする見直し

を実施

・DPC算定中のリハビリテーションは出来高算定

- ・ 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直し

【令和4年度診療報酬改定】

・一物多価が激増

- ・ 在宅医療の提供や、在宅患者等の受入に係る評価を推進する観点から、
 - ・ 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化
 - ・ 200床以上の病院で、自院一般病棟からの転棟割合を6割未満とし、満たさない場合、85/100に減算
 - ・ 在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げ
 - ・ 在宅復帰率の水準を引き上げ等を行うとともに、許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化

コロナ禍の改定

2022年度改定で報酬体系は大変複雑化

2014年度 創設時

2022年度 4回目の改定

平成26年度診療報酬改定

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新) 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1 2,558点 (60日まで)
 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2 2,058点 (60日まで)

看護職員配置加算 150点
 看護補助者配置加算 150点
 救急・在宅等支援病棟初期加算 150点(14日まで)

【施設基準等】

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出ることができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ 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。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることできない。
- ⑪ 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)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算: 看護職員が最少必要人数に加えて50対1以上
 看護補助者配置加算: 看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)
 救急・在宅等支援病棟初期加算: 他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転搬してきた患者について算定

38

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
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							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病棟において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める旨に基づく協定された救急病院であること(ただし、200床未満の場合は救急外来を設けていること又は24時間救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○		○	-	○
室面積	6.4平方メートル以上							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転搬した患者割合	-		6割未満 (許可病床200床未満の場合) (満たさない場合は100%未満)	-		6割未満 (許可病床200床未満の場合) (満たさない場合は100%未満)	-	
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合は0/100に減算)、「1」(在宅療養等の実績)について該当ののうち1つ以上を満たせばよい。		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合は0/100に減算)、「1」(在宅療養等の実績)について該当ののうち1つ以上を満たせばよい。	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○ (2つ以上)				○ (2つ以上)			
在宅復帰率	7割2分5厘以上				7割以上 (満たさない場合90/100に減算)			
入院支援部門等	入院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入院支援加算1を届け出ていること (許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							
点数(生活療養)	2,809点 (2,794点)		2,620点 (2,605点)		2,285点 (2,270点)		2,076点 (2,060点)	

療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

9

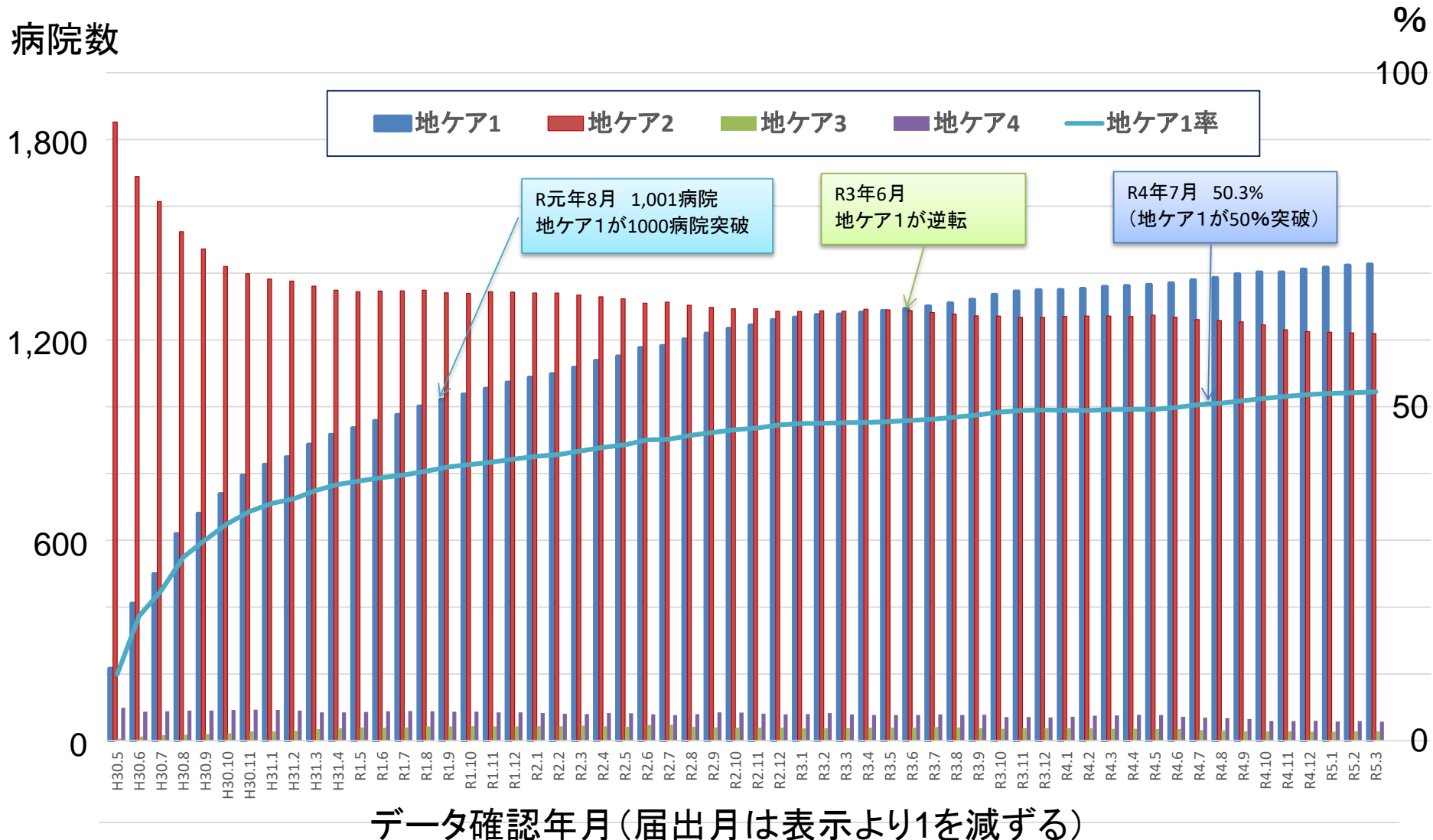
■ 入院料・管理料1-2

■ 入院料・管理料1-4 × 200床以上・未満

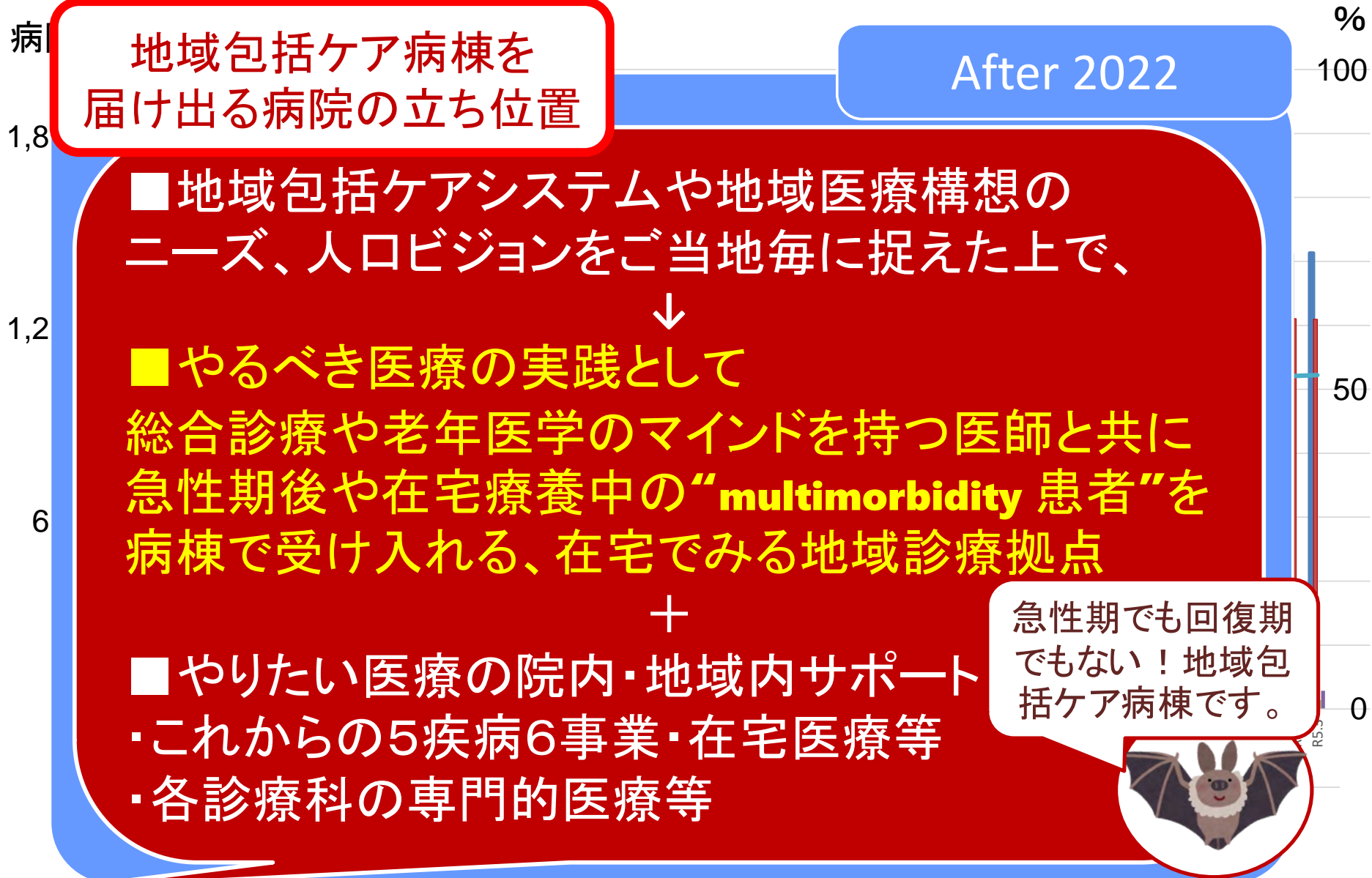
- × 一般又は療養病床
- × DPC対象病床の有無
- × 減算要件充足の有無
- + コロナ特例

2回分の改定を一度に行ったような複雑で制限の多い体系となり、混乱した。

2021年 潮目が変わった地域包括ケア病棟



2021年 潮目が変わった地域包括ケア病棟



3, 回復期リハビリテーション病棟との相違

仲井の私見

■ 回復期リハビリテーション病棟は
エビデンスに基づく西洋医学の脳神経科学
社会復帰を目指す回復期リハを要する患者
RCTでアウトカムを定義

エビデンスによる裏付け不十分

■ 地域包括ケア病棟は
患者の価値観に基づく総合診療や老年医学
生活復帰を目指す高齡虚弱“**multimorbidity**患者”
アウトカムは漢方の如く患者のQOLとQODの向上

地域包括ケア病棟入院料及び 地域包括ケア入院医療管理料

入院料(管理料)1 (2,809点・生活療養2,794点)・・・1,436病院(54.4%)
 入院料(管理料)2 (2,620点・生活療養2,605点)・・・1,127病院(42.7%)
 入院料(管理料)3 (2,285点・生活療養2,270点)・・・25病院(0.9%)
 入院料(管理料)4 (2,076点・生活療養2,060点)・・・50病院(1.9%)

病院数カウント(例;地包ケア1・3
両方の算定病院は1でカウント)

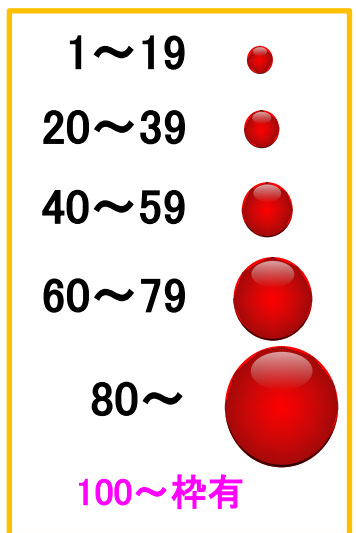
地域包括ケア病棟算定2,638病院

2023年(令和5年)6月15日時点の地方厚生局確認データ (R5年5月届出まで)

(一部6月更新あり)

129

病床数
98,896



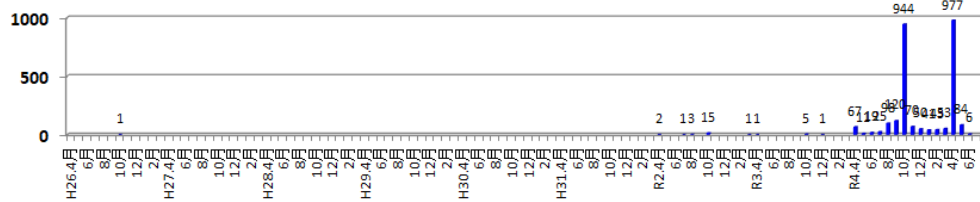
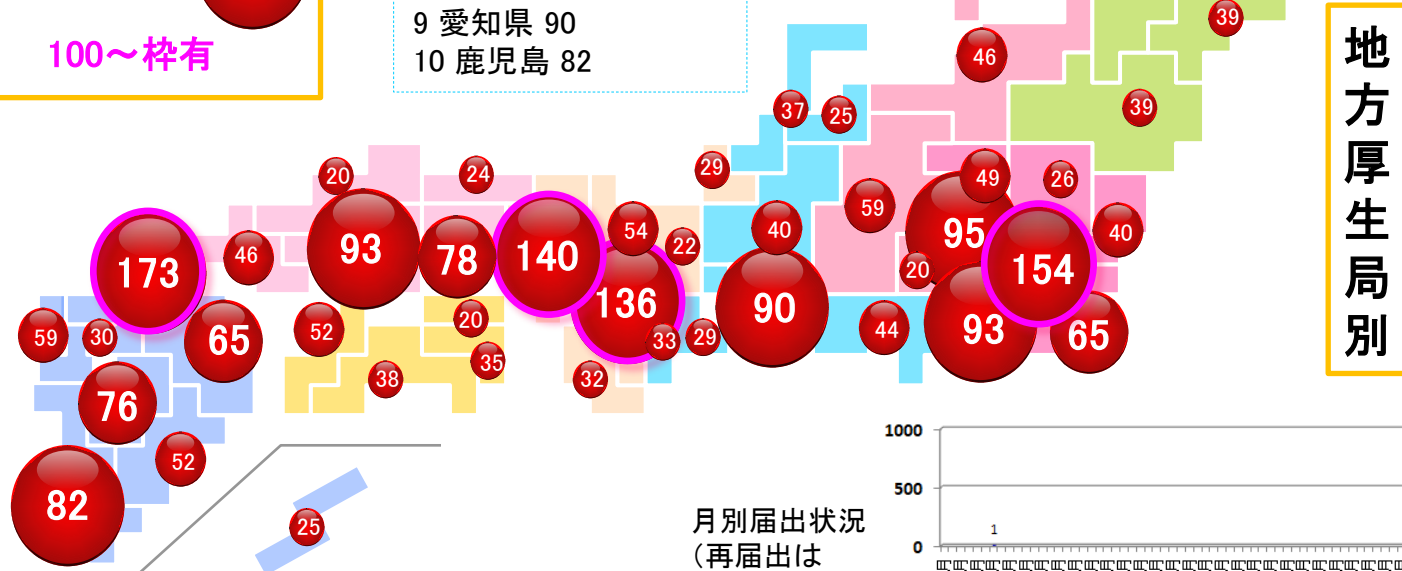
TOP10ランキング

1	福岡県	173
2	東京都	154
3	兵庫県	140
4	大阪府	136
5	北海道	129
6	埼玉県	95
7	神奈川県	93
8	広島県	93
9	愛知県	90
10	鹿児島県	82

岡山県	78	茨城県	40	秋田県	26
熊本県	76	岐阜県	40	栃木県	26
千葉県	65	宮城県	39	富山県	25
大分県	65	福島県	39	沖縄県	25
長野県	59	高知県	38	鳥取県	24
長崎県	59	石川県	37	青森県	23
京都府	54	徳島県	35	山形県	23
愛媛県	52	岩手県	33	滋賀県	22
宮崎県	52	奈良県	33	山梨県	20
群馬県	49	和歌山	32	島根県	20
新潟県	46	佐賀県	30	香川県	20
山口県	46	福井県	29		
静岡県	44	三重県	29		

地方厚生局別

北海道	129
東北	183
関東信越	647
東海北陸	265
近畿	446
中国	261
四国	145
九州沖縄	562



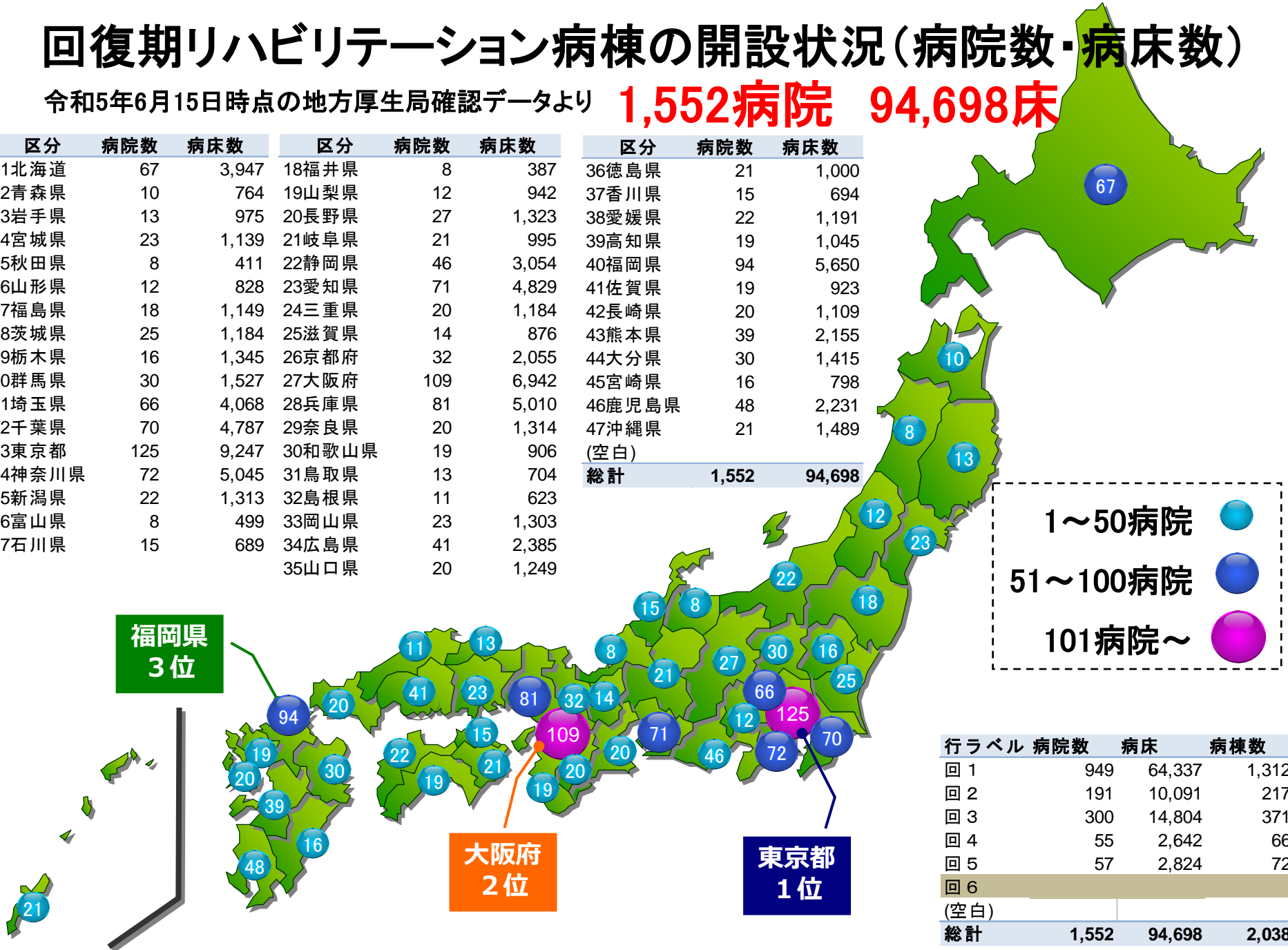
月別届出状況
(再届出は
最新日で更新)

回復期リハビリテーション病棟の開設状況(病院数・病床数)

令和5年6月15日時点の地方厚生局確認データより

1,552病院 94,698床

区分	病院数	病床数	区分	病院数	病床数	区分	病院数	病床数
01北海道	67	3,947	18福井県	8	387	36徳島県	21	1,000
02青森県	10	764	19山梨県	12	942	37香川県	15	694
03岩手県	13	975	20長野県	27	1,323	38愛媛県	22	1,191
04宮城県	23	1,139	21岐阜県	21	995	39高知県	19	1,045
05秋田県	8	411	22静岡県	46	3,054	40福岡県	94	5,650
06山形県	12	828	23愛知県	71	4,829	41佐賀県	19	923
07福島県	18	1,149	24三重県	20	1,184	42長崎県	20	1,109
08茨城県	25	1,184	25滋賀県	14	876	43熊本県	39	2,155
09栃木県	16	1,345	26京都府	32	2,055	44大分県	30	1,415
10群馬県	30	1,527	27大阪府	109	6,942	45宮崎県	16	798
11埼玉県	66	4,068	28兵庫県	81	5,010	46鹿児島県	48	2,231
12千葉県	70	4,787	29奈良県	20	1,314	47沖縄県	21	1,489
13東京都	125	9,247	30和歌山県	19	906	(空白)		
14神奈川県	72	5,045	31鳥取県	13	704	総計	1,552	94,698
15新潟県	22	1,313	32島根県	11	623			
16富山県	8	499	33岡山県	23	1,303			
17石川県	15	689	34広島県	41	2,385			
			35山口県	20	1,249			



1～50病院 ●
 51～100病院 ●
 101病院～ ●

行ラベル	病院数	病床	病棟数
回 1	949	64,337	1,312
回 2	191	10,091	217
回 3	300	14,804	371
回 4	55	2,642	66
回 5	57	2,824	72
回 6			
(空白)			
総計	1,552	94,698	2,038

高齢虚弱“multimorbidity患者”が多い 地域包括ケア病棟のイメージ

■主に骨折や肺炎、心不全、脳梗塞、がん等に罹患した高齢虚弱の“multimorbidity患者”が、その患者の価値観に沿って治療と在宅復帰を目指す。

■リハビリテーションは2単位/日の包括算定であり、様々な検査や治療、処置が包括であることも、臨機応変に介入できる強みと考えられる。

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

■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。

■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。

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

4, 救急と在宅医療の提供

■ 在宅患者の2次救急受け入れ

- ・2次救急からみた地ケア病棟に対する不安と、地ケア病棟が関わるべき2次救急への期待
- ・3次救急の下り搬送は新たなPAの需要喚起
- ・急性期機能の高い病院はSAの割合が少なめに
- ・誤嚥性肺炎の「ときどき入院 ほぼ在宅」は一体的取組で
- ・望まない救急搬送とACPの推進
- ・トリアージのジレンマと精緻化

2022.10.25

救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ における意見のとりまとめ 厚労省医政局

本ワーキンググループにおけるこれまでの議論を踏まえ、第8次医療計画に向けて、見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行う。

① 救急医療機関の役割

【救急医療機関の役割】

○ 高齢者の救急搬送が増加していく中で、

・ 初期救急医療機関：主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者への夜間及び休日における外来診療を担う。

・ 第二次救急医療機関は地域で発生する高齢者救急の初期診療と入院治療を主に担う。

・ 第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担う。

○ 特に高齢者の患者が帰宅する際には、受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導や、必要な支援へのつなぎをすすめる。

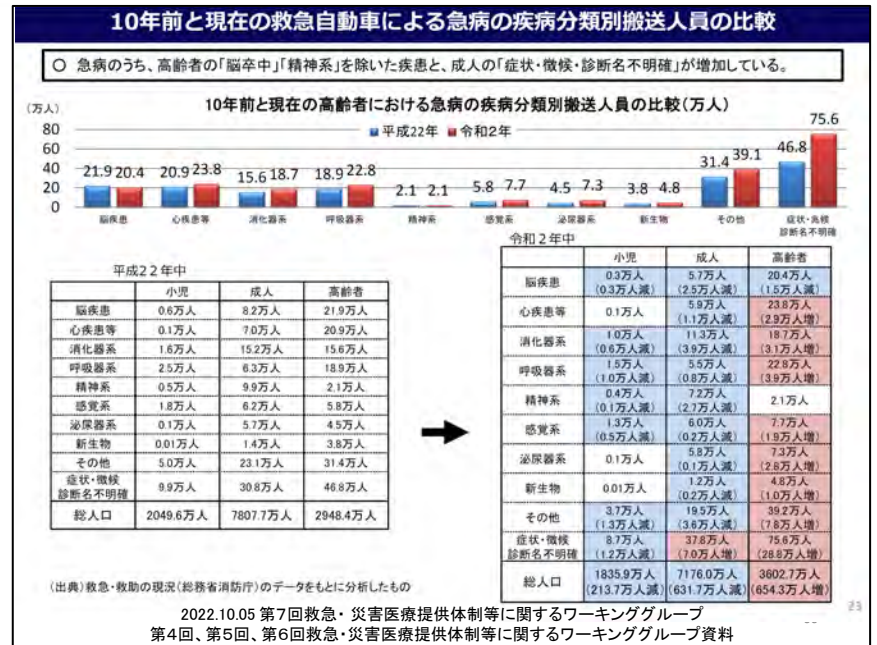
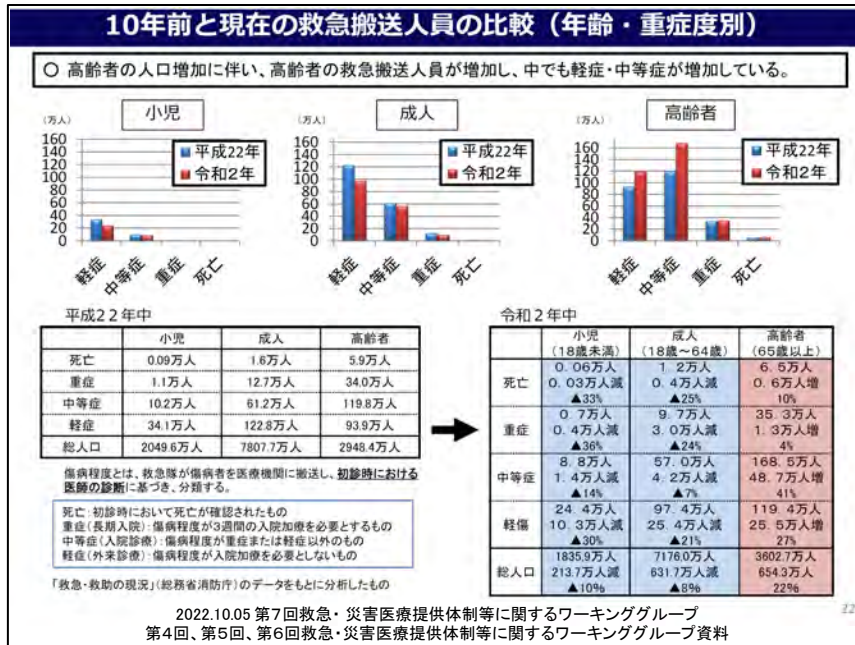
【下り搬送の促進】

○ 高次の医療機関からの下り搬送を促進する。具体的には、受け入れ先となる医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておく。

○ 下り搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等の活用をすすめる²⁴

病院前救護活動の現状（まとめ）

- 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、**年々増加傾向**である。
- 高齢者の搬送割合の中でも、**特に75歳から84歳、85歳以上**の割合が増加傾向にある。
- 「交通事故」は減少し、「**急病**」と「**一般負傷**」の搬送割合が徐々に増加している。
- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者**の救急搬送人員が増加し、中でも**軽症・中等症**が増加している。
- 急病の疾病分類別搬送人員のうち、特に高齢者の「**症状・徴候・診断名不明確**」が増加している。

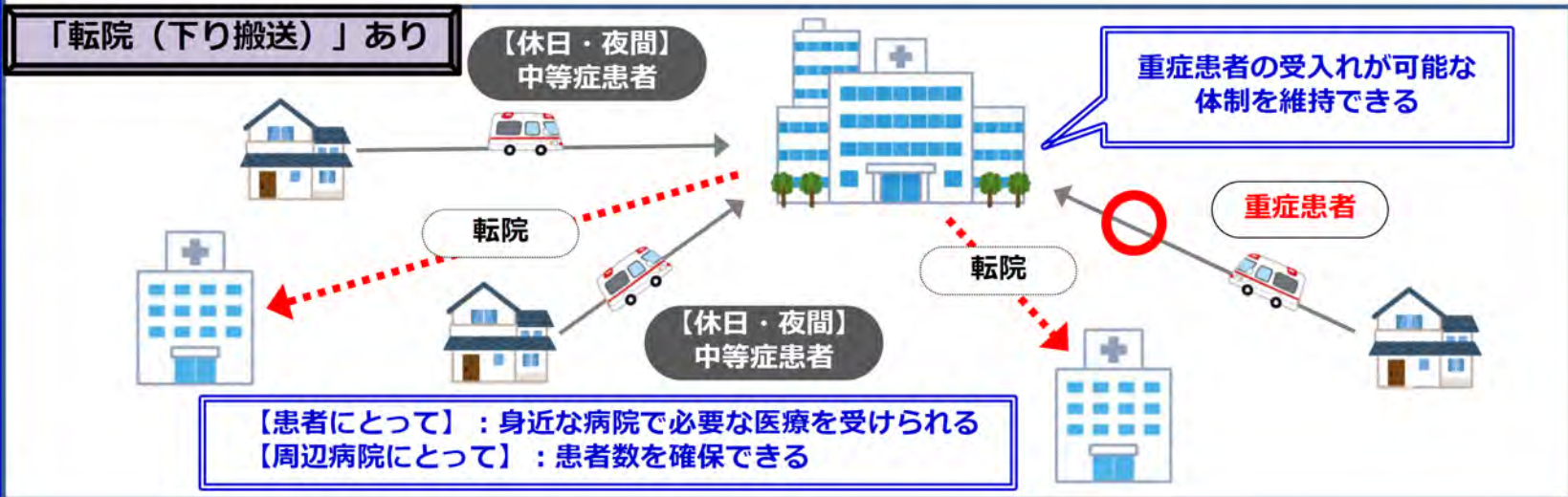


転院（下り搬送）の必要性

休日・夜間の救急医療体制の役割分担



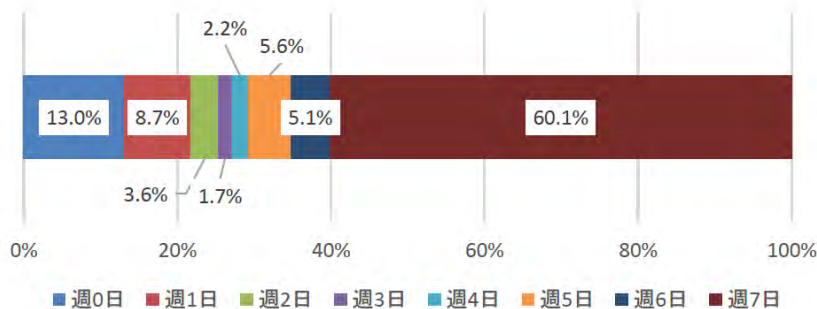
転院（下り搬送）の促進



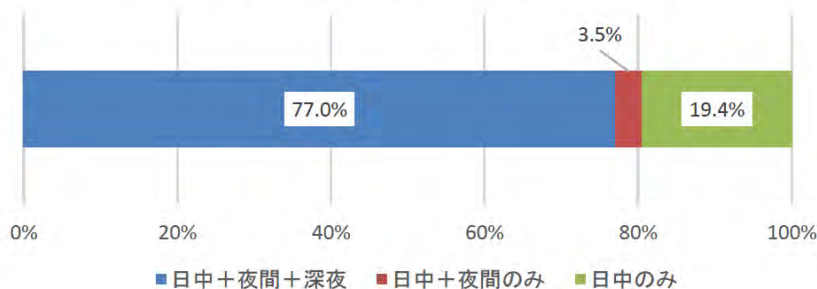
地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、100件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

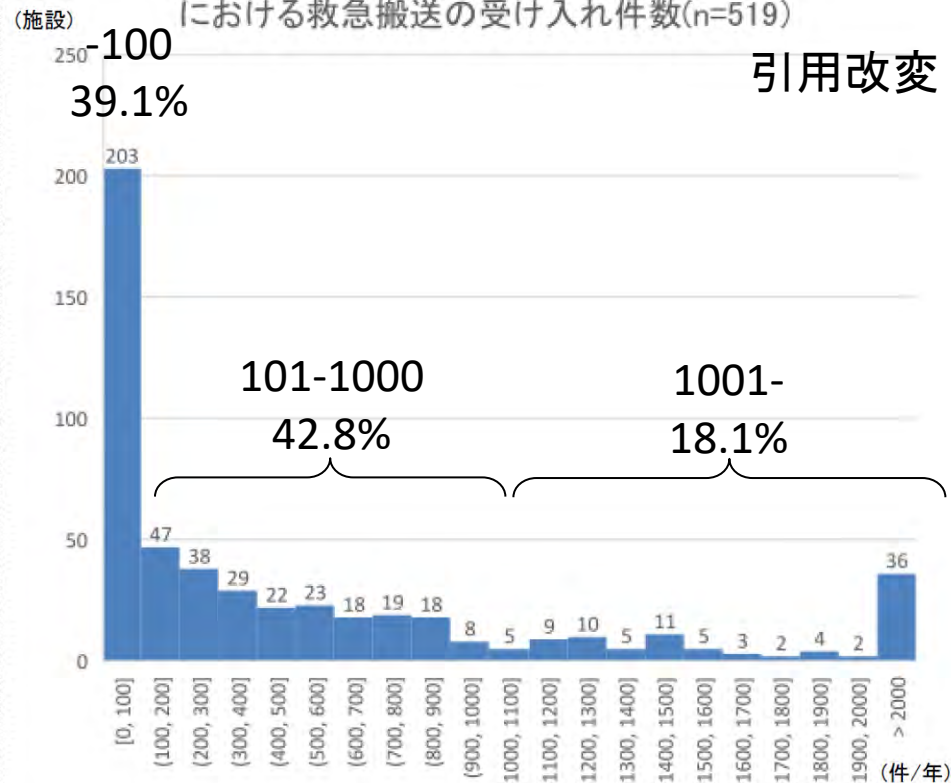
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



救急患者を受け入れている時間帯(n=396)



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



引用改変

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

これまでの中医協総会等における急性期入院医療等に係る主な意見

2次救急から見た地ケア病棟に対する不安

<令和5年5月17日 中医協総会（医療計画について）>

- 救急医療における機能分化のためには、三次医療機関が求められている役割をより果たすためにも、三次医療機関での対応が求められる患者への対応により重点化すべきではないか。
- 救急医療における機能分化のためには、各地域の二次医療機関、三次医療機関がそれぞれの役割を果たすことが重要ではないか。
- 救急搬送される高齢者については、誤嚥性肺炎や尿路感染症が迅速に治療され結果的に早期に回復する場合でも、発症の段階では重篤な疾患との判別が困難な場合があるため、不必要に救急搬送されている場合が多いわけではないことに留意すべきではないか。
- 高齢者救急においては、重篤度の判断が困難な場合もあり、高齢者ということだけで地域包括ケア病棟で救急搬送を受け入れるものとするべきではないのではないか。
- 救急搬送で三次救急医療機関に搬送され、結果的に三次救急医療機関以外でも対応可能な病態の患者であった場合には、迅速に下り搬送を行うことが重要ではないか。
- 三次救急医療機関等に搬送された患者の下り搬送に当たっては、救急外来等において転院のための情報収集を行う体制が必要ではないか。
- 急性期充実体制加算の新設による総合入院体制加算の届出医療機関数の減少が地域の周産期医療体制にどのように影響していくのか注視すべきではないか。
- 人口構造の変化を踏まえれば、2025年に向けた地域医療構想の取組は引き続き推進すべきではないか。
- 医療計画に掲げられる目標の達成や地域医療構想の推進においては、補助金との役割分担に留意しつつ、不足している部分については引き続き診療報酬による対応を検討すべきではないか。

<令和5年6月8日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 急性期一般入院料を算定する病棟においても要介護度の高い患者や認知症を有する患者を多く受け入れている現状があるため、本来的に適切な介護人材の配置のあり方とともに、重症度、医療・看護必要度のあり方についても検討すべきではないか。
- 医師による診察の頻度や入院継続の理由に着目すると、急性期一般入院料2～6の入院患者と地域包括ケア病棟の入院患者は、全体像としては異なるのではないか。
- 高齢者の急性期疾患をどのような機能を持つ病棟で受け入れるべきかについての議論においては、高齢者の急性期の病態としてどのようなものが多いかについて、医療資源の投入の状況や入院料間での比較も含め分析してはどうか

テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

地ケア病棟が関わるべき2次救急への期待

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかりと受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないか。

(3) 入退院支援

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

急性期一般病棟の生活支援強化？ 地域包括ケア病棟の救急医療強化？

	急性期一般病棟	地域包括ケア病棟
救急医療の充実	◎～○	△～○
生活支援の充実	△～○	◎～○

✕ どちらの△を改善するか？



○ 両方の△を改善する

機能のオーバーラップで地域毎の救急体制に余裕をつくる

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

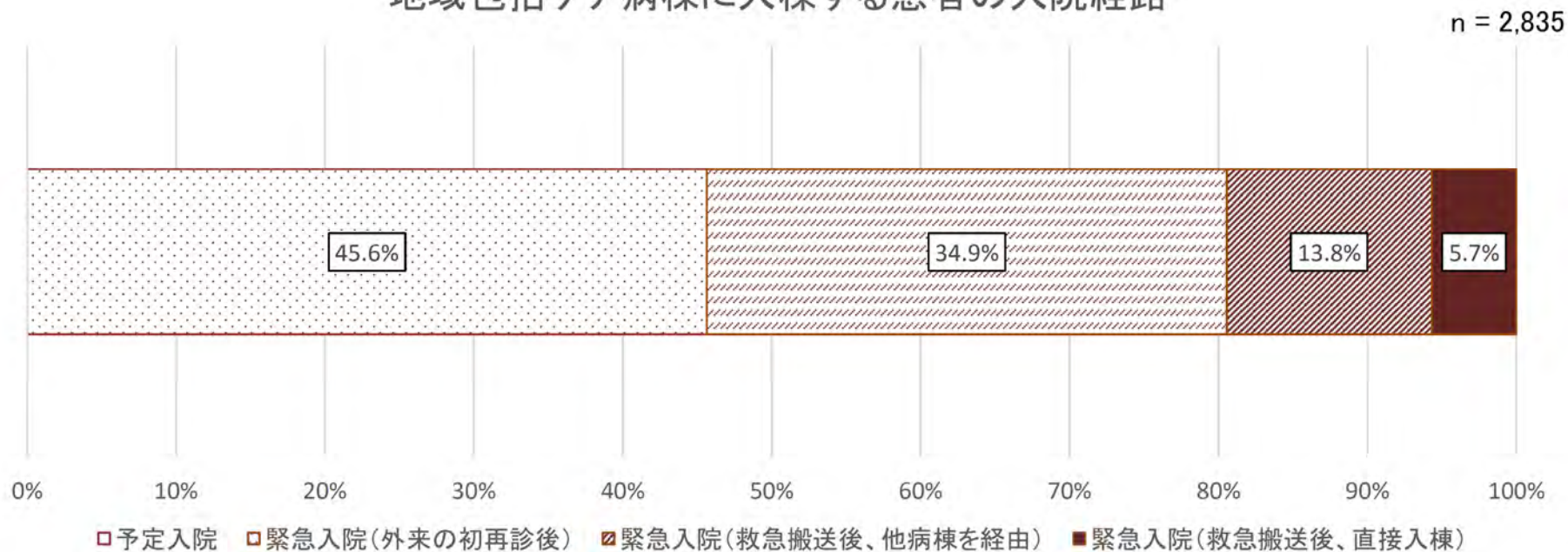
入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料 1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料 1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料 2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料 1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料 1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

- 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は5.7%であった。

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

3. クロス集計



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 病院機能 × 受け入れ機能: (n=1,425)

※病院機能、入院前の場所等の未回答の34件は除く。

(単位: %)

R1年度 (n=1,468)	PA 他院	PA 自院	在宅等・予定	在宅等・緊急	合計
急性期CM型	8.5	56.8	15.9	18.8	100.0
PA連携型	34.3	15.7	20.8	29.2	100.0
地域密着型	14.9	20.5	38.8	25.9	100.0

H28年度 (n=867)	PA 他院	PA 自院	在宅等・予定	在宅等・緊急	合計
急性期CM型	4.5	66.3	18.2	11.0	100.0
PA連携型	39.6	10.4	13.8	36.2	100.0
地域密着型	9.9	42.0	14.9	33.2	100.0

病院機能別の受入機能をH28調査とR1調査とを比較すると、

- ・急性期CM型はPA自院が1割弱減少して、その分在宅等・緊急が増加した。
- ・PA連携型は大きな変化は認めず、R1調査ではPA他院が3.5割弱と最多で、次いで在宅等・緊急が3割弱を占めた。
- ・地域密着型はH28調査で4割強と最多であったPA自院が、R1調査で2割強に減少した。その分他の3つの割合が増加して在宅等・予定が4割弱と最多となった。

入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て(n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

救急搬送後入院、他病棟を経由(n=390)

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

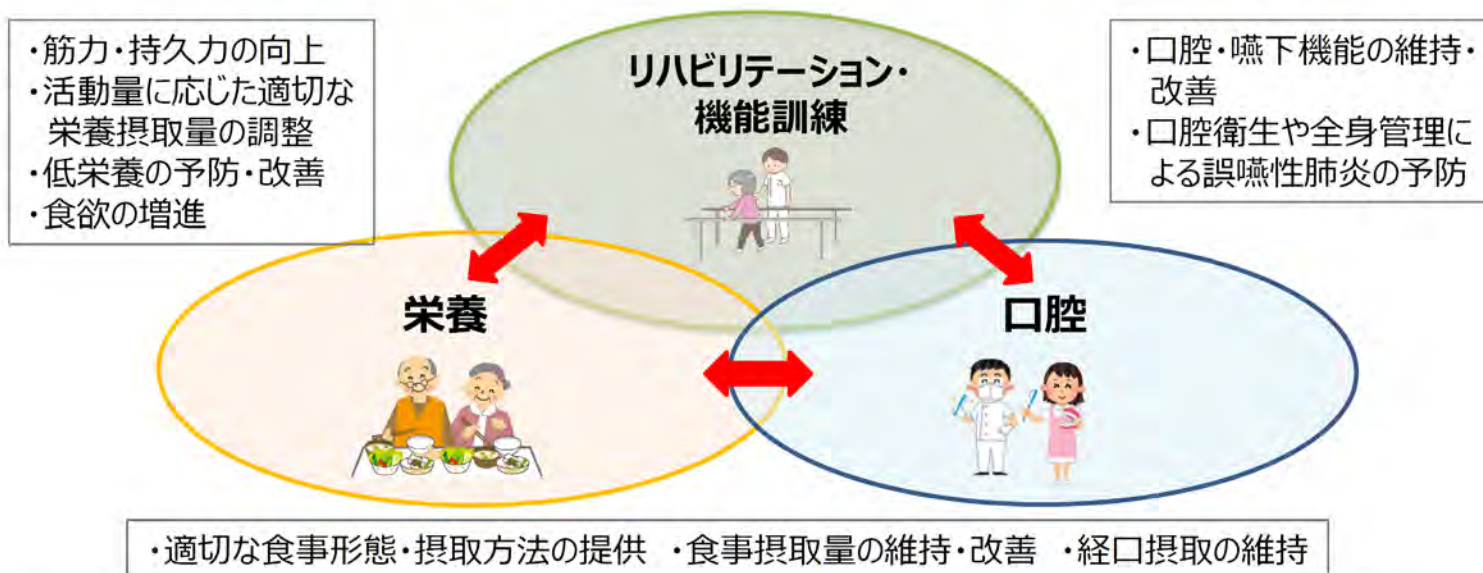
救急搬送後入院、直接入棟(n=161)

1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（入院患者票）

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

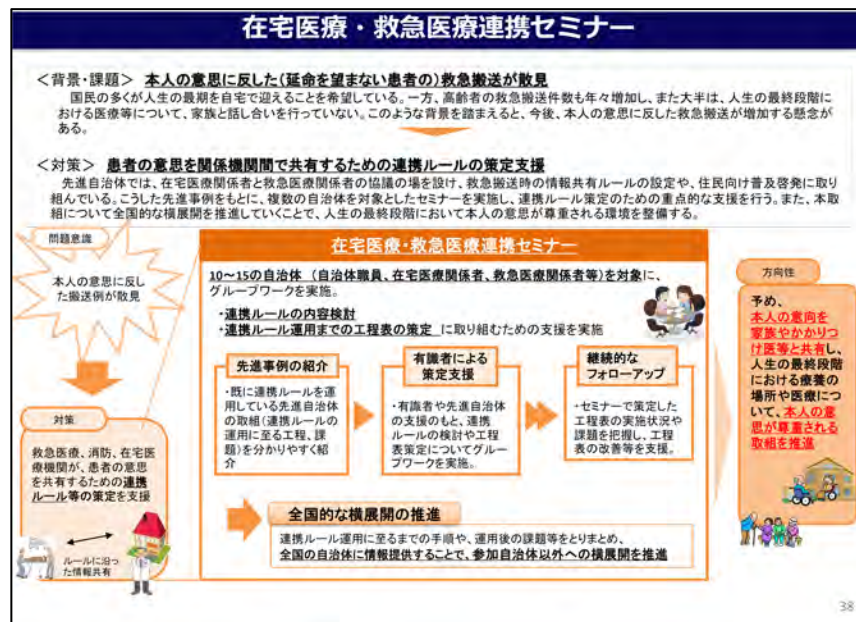
- 入院での治療と生活支援の取り組み
- 在宅(自宅・施設)での維持向上と再入院予防の取り組み

2022.10.25

救急・災害医療提供体制等に関するワーキンググループ における意見のとりまとめ 厚労省医政局

②居宅・介護施設の高齢者の救急医療

- 医療関係者、介護関係者は、**地域包括ケアシステムやACP**に関する議論の場等において、**患者の希望する医療**について必要な時に確認できる方法について検討する。
- 自治体や医療従事者等は、**患者や家族が**、人生の最終段階において**どのような医療を望むか**について日頃から話し合うことを促す。
- ACPに関する議論や**救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針**等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催するなどにより、**地域の関係者が協力**して検討する。

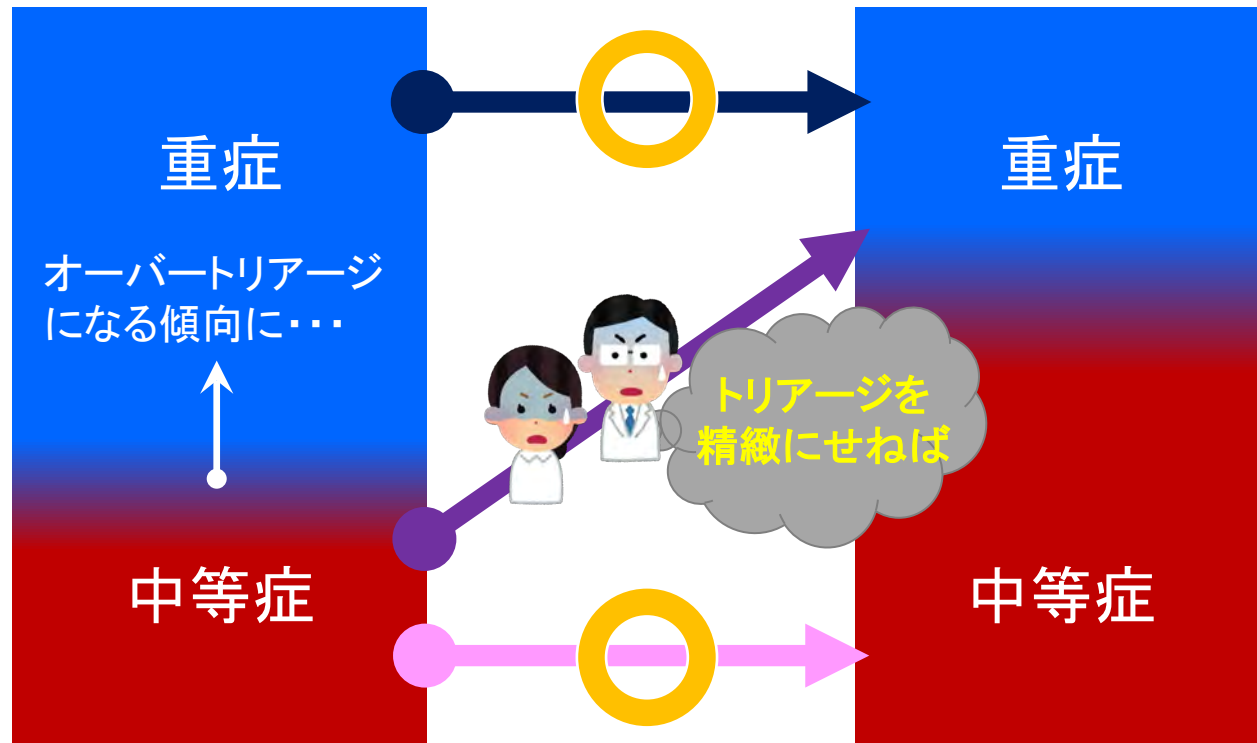


トリアージのジレンマ

- 救急隊員や外来医師・看護師も、アンダートリアージの結果3次救急等への再搬送やより高次機能の院内転棟を避けたいので、オーバートリアージなりやすい。
- その結果、搬送時は高度急性期病院に行きがちになり、入院時は急性期病棟を選びがちになる。
- トリアージの精緻化が重要である。

救急搬送・救急外来の
トリアージ

到着後・入院後の
診断結果



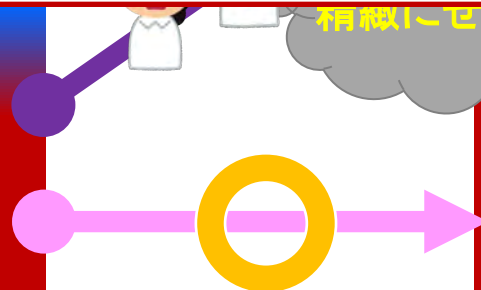
トリアージの精緻化

- 救急隊、医師・看護師の臨床能力の向上
- いつも外来で診ている、いつも在宅で診ている、**馴染みの高齢虚弱のmultimorbidity患者**であれば、体調の変化に気付きやすく、**トリアージの精緻化につながる可能性**がある。
- **外来・在宅と救急の連携とACPの推進**は、医師にも救急隊にも重要なポイントになる。
- **3次救急からの下り搬送**を積極的に活用して、**重症疑いのトリアージは自院で行わない**選択肢もある。

中等症

中等症

相繼いでいる



5, 地域包括ケア病棟のコロナ受入れ

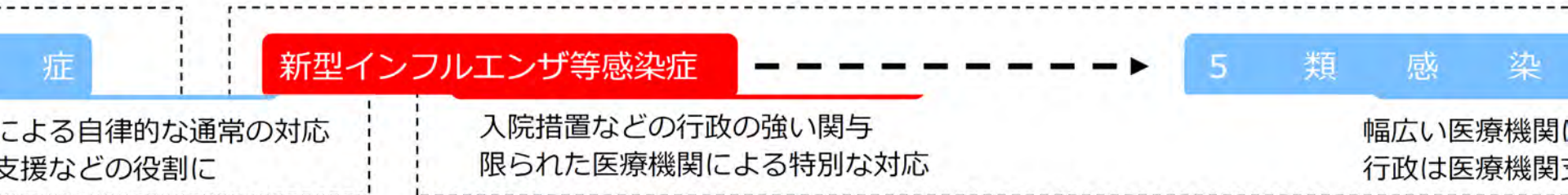
- 5類移行後の地域包括ケア病棟での対応
特に高齢虚弱“**multimorbidity患者**”に対しての
 - ・回復患者受け入れ
 - ・コロナ患者受け入れ

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について（ポイント）

参考資料

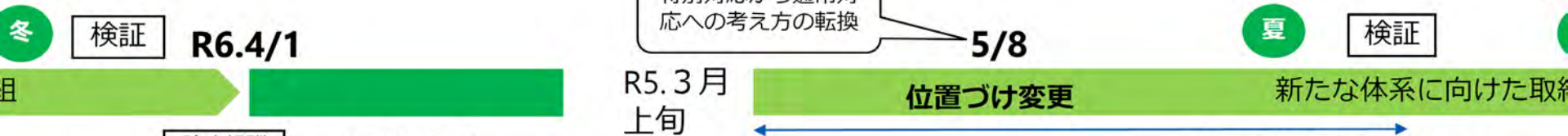
※ 本資料は、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」（令和5年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）について、補足資料も加えつつポイントをまとめたものである。

○新型コロナウイルス感染症は、5月8日から5類感染症に



による自律的な通常への対応支援などの役割に
 入院措置などの行政の強い関与
 限られた医療機関による特別な対応
 幅広い医療機関
 行政は医療機関

できる医療体制に向けて、必
 づから段階的に移行
 医療提供体制
 幅広い医療機関で新型コロナウイルス感染症の患者が受診す
 要となる感染対策や準備を講じつつ国民の安心を確保しな



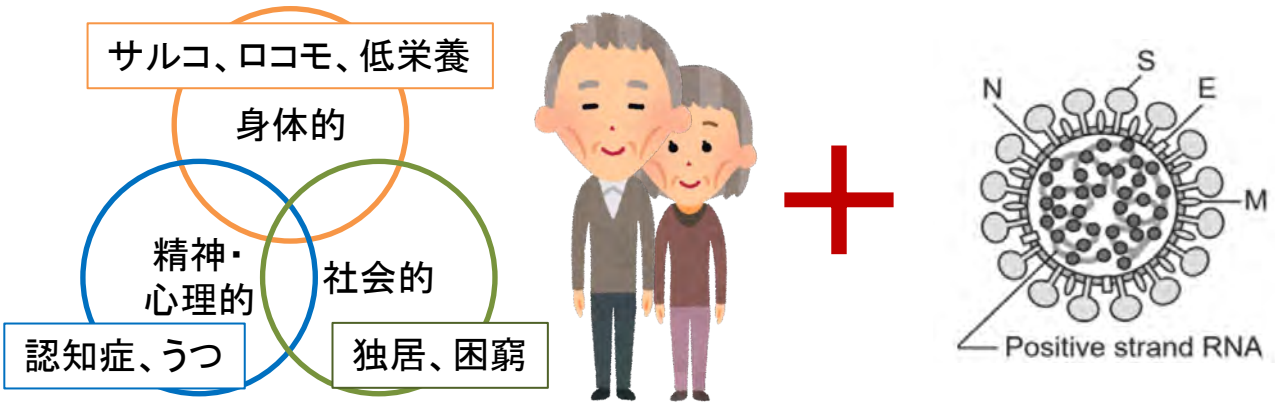
感染拡大？
 冬 検証 R6.4/1
 暫定的な診療報酬措置
 診療報酬
 介護報酬
 同時改定
 新たな診療報酬体系
 R5.3月上旬
 位置づけ変更
 夏 検証
 新たな体系に向けた取組
 冬の感染拡大に先立って
 重点的な取り組みを行う



が生じないように、入院・外来の医療費の自己負担分に係る一定の
 いて、期限を区切って継続
 入院・外来の医療費
 急激な負担増が
 公費支援につ

診療報酬上の特例の見直し②

高齢虚弱“multimorbidity”患者



- 適切な医療資
き評価する。(対応) 緊急往
- 薬剤師による
対応) コロナ
- 入院患者の高
介護保険施設等
に対する評価※を行
※ 介護

緊急往診は引き続
いても評価する。)

を実施する場合 (950点)

も評価する。

質向上の観点から、
における入院医療に

対応) リハビリテーション・介護サービスとの連携が充実した病棟 (例: 地域包括ケア病棟等) による介護保険施設の入所者等の高齢患者の受入 ⇒ +950点



※2023.05.08～適用

更新版

診療報酬上の臨時的な取り扱い



2023.04.28

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

地域包括ケア病棟における新型コロナウイルス感染症及び疑似症患者、回復患者の入院料や加算について

(新型コロナウイルス感染症の5類移行に伴う臨時的取り扱い：2023年5月8日～適用)

医療法上		一般病床		療養病床	
算定する入院料		地域包括ケア病棟入院料	地域一般入院料	地域包括ケア病棟入院料	一般病棟 特別入院基本料
都道府県による受入れ確保病床の有無		有無に関わらず			有 無
新型コロナウイルス感染症及び疑似症患者	軽症		—		—
	中等症Ⅰ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の特定入院料 *1+2類感染症患者入院診療加算(250点) *2+2類感染症患者療養環境特別加算(個室：300点、陰圧室：200点) *3+在宅患者支援病床初期加算(300点、14日間) 	<ul style="list-style-type: none"> ・*5地域一般入院基本料(13対1) *1+2類感染症患者入院診療加算(250点) *2+2類感染症患者療養環境特別加算(個室：300点、陰圧室：200点) *4+2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 *10+救急医療管理加算1(950点)×2(14日間)※ 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の特定入院料 *1+2類感染症患者入院診療加算(250点) *2+2類感染症患者療養環境特別加算(個室：300点、陰圧室：200点) *3+在宅患者支援病床初期加算(300点、14日間) 	<ul style="list-style-type: none"> ・*12一般病棟入院基本料のうちの特別入院基本料 *1+2類感染症患者入院診療加算(250点) *2+2類感染症患者療養環境特別加算(個室：300点、陰圧室：200点) *4+2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 *10+救急医療管理加算1(950点)×2(14日間)※
	中等症Ⅱ以上	<ul style="list-style-type: none"> *4+2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 *6+抗ウイルス剤の薬剤のみ 	<ul style="list-style-type: none"> ・*5地域一般入院基本料(13対1) *1+2類感染症患者入院診療加算(250点) *2+2類感染症患者療養環境特別加算(個室：300点、陰圧室：200点) *4+2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 *11+救急医療管理加算1(950点)×3(14日間)※ *13+救急医療管理加算1(950点、14日間)：高齢者施設等からの受入、入退院支援加算1・2届出医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> *4+2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 *6+抗ウイルス剤の薬剤のみ 	—
新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院を受け入れた場合	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の特定入院料 *7+2類感染症患者入院診療加算(250点)×3.60日間 *8+救急医療管理加算1(950点、14日間) *9上記2つの加算は、再転院でも引き続き算定可 	—	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の特定入院料 *7+2類感染症患者入院診療加算(250点)×3.60日間 *8+救急医療管理加算1(950点、14日間) *9上記2つの加算は、再転院でも引き続き算定可 	—	—

※ *10*11 新型コロナウイルス感染症患者のうち、継続的に診療が必要な場合には、15日目以降も当該点数を算定できる。

引用改変：地域包括ケア病棟協会 地域包括ケア病棟における新型コロナウイルス感染症及び疑似症患者 回復患者の入院料や加算のまとめ

< <https://chiiki-hp.jp/system/2301/> >

6, 地域医療構想に寄り添う

■ 高度急性期病院以外の病院

- ・地域包括ケア病棟をどんと真ん中に据えて、地域ニーズに合わせて医療・介護機能をモジュールのように組み合わせるはどうか？

地域の“リハビリテーション患者”が増加

■ 高度急性期病院以外の病院

■ 地域包括ケア病棟をどんと真ん中に据えて、地域ニーズに合わせて医療・介護機能をモジュールのように組み合わせるはどうか？

- 急性期より → 急性期一般病棟等
- 回復期より → 回復期リハビリテーション病棟
- 慢性期より → 療養病棟、障害者病棟等
- 在宅より → 訪問看護St、訪問診療
- 施設より → 介護医療院等

7, 経過措置終了と救急医療管理加算

■経過措置終了

- ・2023.03.31救急医療と在宅医療を提供する体制要件終了。急性期一般病棟増加、地域包括ケア病棟減少の逆転現象。
- ・2023.09.31施設基準等のコロナ特例の多くが終了。

■救急医療管理加算と看護職員処遇改善評価料について、地域包括ケア病院は算定できない。

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）							
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							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
経過措置※ 救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること (ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○		○	-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	85%	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	85%
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		90% いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		90% いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○ (2つ以上)				○ (2つ以上)			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 (満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること (許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							
点数 (生活療養)	2,809点 (2,794点)		2,620点 (2,605点)		2,285点 (2,270点)		2,076点 (2,060点)	

緩和

85%

90%

90%

90%

90%

95%

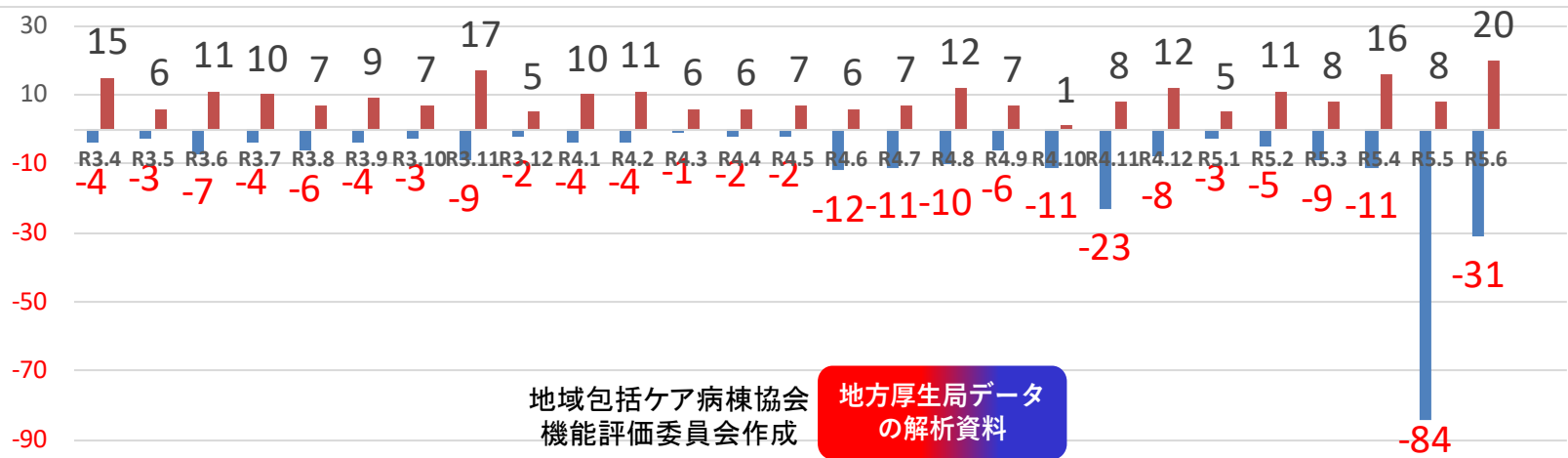
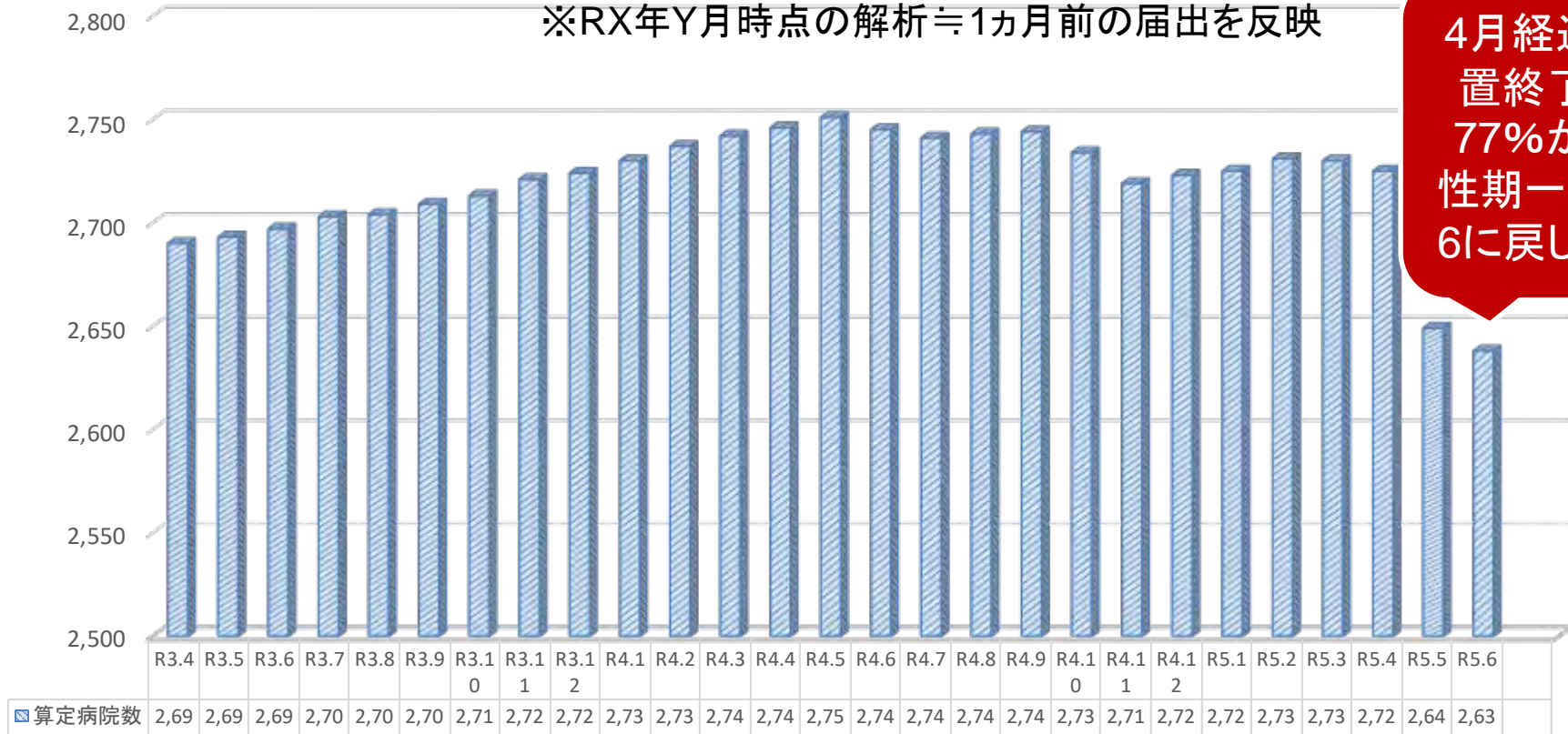
48

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

地ケア病棟 算定病院数と減少病院数 推移

※RX年Y月時点の解析≒1カ月前の届出を反映

4月経過措置終了で77%が急性期一般1-6に戻した。



地域包括ケア病棟協会
機能評価委員会作成

地方厚生局データの
解析資料

令和5年4月6日

施設基準等のコロナ特例

引用改変：新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う
施設基準等に関する臨時的な取扱いについて

今般、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」(令和5年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)において、新型コロナウイルス感染症の位置づけの変更に伴う保険医療機関等の診療報酬上の特例の見直しについて示されたところである。

(中略)

なお、令和5年5月8日以降の診療報酬上の取扱いについては、本事務連絡及び「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」(令和5年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡)によることとし、これまで発出した「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」については同日をもって廃止する。

看護職員処遇改善評価料の新設①

- 地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、令和4年10月以降収入を3%程度（月額平均12,000円相当）引き上げるための処遇改善の仕組みを創設する。

(新)	看護職員処遇改善評価料1	1点	(1日につき)
	看護職員処遇改善評価料2	2点	
	↓		
	看護職員処遇改善評価料165	340点	



【算定要件】

- ・ **看護職員の処遇の改善を図る体制その他の事項につき**施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

地域包括ケア病院は救急医療管理加算を届け出られないので救急搬送件数を満たしても本処遇改善評価料は算定できない！

【施設基準の概要】

- 次のいずれかに該当すること。
 - イ **救急医療管理加算の届出**を行っており、**救急搬送件数が年間で200件以上**であること。
 - ロ **救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置**していること。
- (1)のイの救急搬送件数は、賃金の改善を実施する期間を含む年度の**前々年度1年間（新規届出の場合は、前年度1年間（※1））における実績**とする。ただし、現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関について、当該実績が同イの基準を満たさなくなった場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する6か月間において、救急搬送件数が100件以上である場合は、同イの基準を満たすものとみなすこと。
- 当該保険医療機関に勤務する**看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金（基本給、手当、賞与等を含む。）の改善を実施**しなければならない。この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関の実情に応じて、**看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表1に定めるコメディカルである職員も加えることができる**。
- (3)について、賃金の改善は、基本給、手当、賞与等のうち対象とする賃金項目を特定した上で行うとともに、特定した賃金項目以外の賃金項目の水準を低下させてはならない。また、賃金の改善は、「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。
- (3)賃金改善の合計額の**3分の2以上（※2）は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げにより改善を図る**こと。

※1 令和4年度中に新規届出を行う「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和2年度における実績とする。

※2 「看護職員等処遇改善事業補助金」が交付された保険医療機関については、令和4年度中においては、同補助金に基づくベア等水準を維持することで足りるものとする。

8, 2040年への挑戦

■トリプル改定を経て、

・地域包括ケア病棟を持つ病院は、2040年までに地域共生社会を支える礎を築き、成熟期を迎えるであろう。

・高齡虚“**multimorbidity患者**”や認知症患者の未来を築き、障害を持つ高齡者や医療的ケア児、終末期医療・緩和ケアを必要とする方々を含む全世代の地域診療拠点となるであろう。

全世代型社会保障構築会議 報告書（概要）		令和4年12月16日 全世代型社会保障構築会議		
全世代型社会保障の基本的考え方				
<p>1. 目指すべき社会の将来方向</p> <p>①「少子化・人口減少」の流れを変える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・少子化・人口減少の進行は、経済活動における供給（生産）及び需要（消費）の縮小、社会保障機能の低下をもたらし、経済社会を「縮小スパイラル」に突入させる。国の存続そのものにかかわる問題 ・子どもを生み育てたいという個人の希望を叶えることは、個人の幸福追求の支援のみならず、少子化・人口減少の流れを大きく変え、経済と社会保障の持続可能性を高め、「成長と分配の好循環」を実現する上で社会全体にも大きな福音 → 最も緊急を要する取組は、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力に整備すること。子育て費用を社会全体で分かち合い、子どもを生み育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境の整備が急務 <p>②これからも続く「超高齢社会」に備える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・働き方に中立的な社会保障制度を構築し、女性や高齢者を含め、経済社会の支え手となる労働力を確保する ・社会保障を能力に応じて皆で支える仕組みを構築し、医療・介護・福祉等のニーズの変化に的確に対応する <p>③「地域の支え合い」を強める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・独居者の増加、就職氷河期世代の高齢化、孤独・孤立の深刻化等を見据え、人々が地域社会の中で安心して生活できる社会の構築が必要 				
2. 全世代型社会保障の基本理念				
<p>①「将来世代」の安心を保障する</p> <p>「全世代」は、これから生まれる「将来世代」も含む。彼らの安心のためにも、負担を先送りせず、同時に、給付の不断の見直しが必要。</p>	<p>②能力に応じて、全世代が支え合う</p> <p>年齢に関わらず、全ての国民が、能力に応じて負担し、支え合うことで必要なステージに応じ、必要な保障の提供を目指す。</p>	<p>③個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする</p> <p>社会保障は、リスク等に社会全体で備え、個人の幸福増進を図るとともに、健康寿命の延伸等により社会全体も幸福にする。</p>	<p>④制度を支える人材やサービス提供体制を重視する</p> <p>人材確保・育成や働き方改革、処遇改善、生産性向上、業務効率化に加え、医療・介護ニーズ等を踏まえたサービス提供体制の構築が必要。</p>	<p>⑤社会保障のDXに積極的に取り組む</p> <p>社会保障給付事務の効率化、新サービスの創出等のため、社会保障全体におけるデジタル技術の積極的な活用を図ることが重要。</p>
3. 全世代型社会保障の構築に向けての取組				
<p>○時間軸の視点</p> <p>2040年頃までを視野に入れつつ、足元の短期的課題とともに、当面の2025年や2030年を目指した中長期的な課題について、「時間軸」を持って取組を進めていくことが重要。（「今後の改革の工程」を提示。）</p>				
<p>○地域軸の視点</p> <p>社会保障ニーズや活用可能資源の地域的差異を考慮し、地域に応じた解決の手法や仕組みを考案することが重要。</p>				

仲井の価値観による社会保障の大流の鳥観

1984年 2000年 2004年 2005年 2008年 2012年 2014年 2018年 2020年

寝たきりゼロ作戦
 介護保険創設
 回復期リハ病棟創設
 亜急性期病床創設
 地域包括ケアシステム
 社会保障国民会議
 社会保障改革国民会議
 社会保障と税の一体改革
 地域医療構想
 病床機能報告
 地域包括ケア病棟の創設
 惑星直列
 三位一体の取組
 入院医療の質評価
 コロナ禍
 コロナ対応(支援金・特令)

2022年 2024年 2025年 2040年

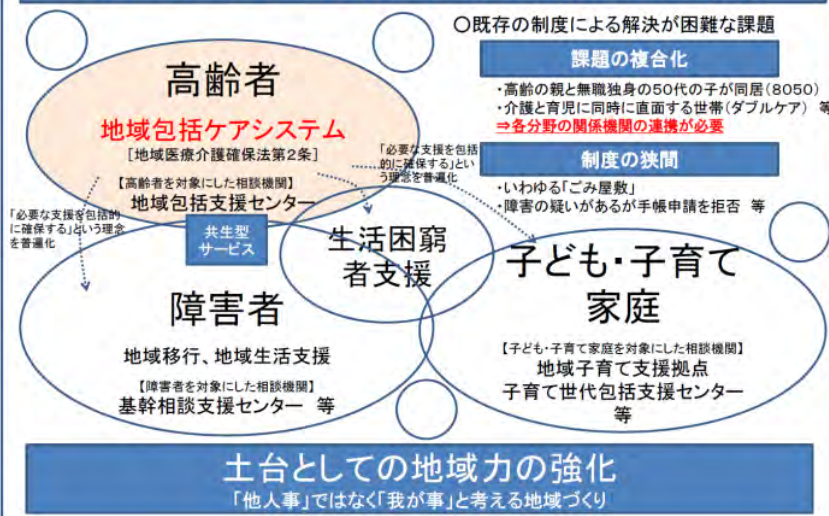
地域包括ケア病棟 Ver.2.0

医療提供体制改革に係る今後のスケジュール

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	...	2030年度	...	2036年度	...	2040年度
医療計画	検討会・省WGTでの協議・とりまとめ、基本方針・作成指針等の改正	各都道府県での計画策定	第8次医療計画(2024~2029)	第9次医療計画(2030~2035)	...	第10次医療計画(2036~2041)	...			
新型コロナ対応	緊急対応	...	とりまとめ結果を踏まえた対応	...	...	...	...	...	...	...
地域医療構想	...	地域医療構想(～2025)	...	...	...	“to be continued” とのこと	...	...	...	...
外来医療・かかりつけ医療	外来機能報告の策定(～9月頃)	報告の実施(～12月頃)	各都道府県での外来医療計画の策定	...	...	...	...	...	...	...
医師の働き方改革	...	...	(B) 水選：実態調査等を踏まえた段階的な見直しを検討	...	...	...	...	2035年度末を目途に解消予定	...	...

2024年度 ■診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬のトリプル改定
 ■都道府県医療費適正化計画、介護保険第9期計画、第4期特定健康診査等実施計画

地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制



地域共生社会の実現

I. マクロ経済運営の基本的考え方

我が国が直面する「時代の転換点」とも言える内外の歴史的・構造的な変化と課題の克服に向け、大胆な改革を進める。

- ・30年ぶりの高水準となる賃上げ、企業部門の高い投資意欲など、今こそ、こうした前向きな動きを更に加速させるとき。
- ・賃金上昇やコストの適切な価格転嫁・マークアップの確保を伴う「賃金と物価の好循環」を目指すとともに、人への投資、グリーン、経済安全確保などが支えの柱となるように、成長と分配の好循環を成し遂げ、分厚い中間層を復活。
- ・「こども未来戦略方針」に沿って、政府を挙げて取組を抜本強化し、少子化傾向を反転させる。
- ・G7広島サミットでは、人への投資や民間投資などを通じて持続的成長を目指す供給サイドの改革の重要性が改めて強調。予算・税制、規制・制度改革を総動員し、持続的成長を実現しつつ、政策運営の国際的コンセンサス形成、連携強化に向けた議論をリード。

- ・政府は、賃金上昇やコストの適切な価格転嫁を伴う「賃金と物価の好循環」、「成長と分配の好循環」を目指す。
- ・日本銀行においては、賃金の上昇を伴う形で、2%の物価安定の目標を持続的・安定的に実現することを期待。
- ・政府・日銀の緊密な連携の下での取組により、長らく続いたデフレに後戻りしないとの認識を広く醸成し、デフレ脱却につなげる。
- ・デジタル社会の変革に即した大胆な行財政改革に取り組み、経済あっての財政であり、経済を立て直し、そして、財政健全化に向けて取り組む。

II. 新しい資本主義の加速

■ 持続可能な社会保障制度の構築

・次期診療報酬等の改定において、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者・保険料負担への影響を踏まえ必要な対応を行う。

- 食料安全保障の強化と農林水産業の持続可能な成長の推進
 - ・食料供給基盤・みどりの食料システムの確立、輸出促進、スマート農林水産業の実装。
- 対外経済連携の促進、企業の海外ビジネス投資促進
 - ・英国のCPTTP加入プロセス主導等の多角的貿易体制の維持・強化。柔軟で大胆な「日本ならではの」の活用と回復と発展。

- GX、DX等の加速
 - ・(GX) 徹底した省エネの推進、再エネの主力電源化(次世代革新炉への建替の具体化等)、水素・アンモニアのサ民GX投資を実現、「GX経済移行債」を活用した先行投資、かな実現・実行。
 - ・(DX) デジタルの力を活用して国が地方を支える、国・自パーカードの制度の安全・信頼確保に努め、「利便性・機能性」の向上を図る。

- 社会実装の促進
 - ・電池等の社会実装等)、原子力の活用(次世代の早期構築、10年間で150兆円の官民志向型カーボンプライシング構想)の速やかな実現。

- 官民連携を通じた科学技術・イノベーションの促進
 - ・AI、量子技術、健康・医療、フューチャー分野の官民連携による科学技術投資の取組強化等。
- インバウンド戦略の展開
 - ・日本を舞台とした国際交流回復。国際観光の振興を図る。

防災・減災、国土強靭化、東日本大震災等からの復興

国民生活の安全・安心

- 女性活躍(Ｌ字カーブ解消)
- 共生・共助社会づくり
- 孤独・孤立対策

V. 当面の経済財政運営と令和6年度予算編成に向けた考え方

持続可能な社会保障制度の構築

- ・次期診療報酬等の改定において、物価高騰・賃金上昇、経営の状況、支え手が減少する中での人材確保の必要性、患者・利用者・保険料負担への影響を踏まえ必要な対応を行う。

生産性を高め経済社会を支える社会資本整備

国と地方の新たな役割分担等

経済社会の活力を支える教育・研究活動の推進

- ・質の高い公教育の再生等(教職の魅力向上、国策としてのGIGAスクール構想推進、高等教育費負担軽減等)。

中長期の視点に立った持続可能な経済財政運営

- ・コロナ禍を脱し、歳出構造を平時に戻していく。
- ・財政政策は主として潜在成長率の引上げと社会課題の解決に注力する。中長期の計画的な投資を推進、ロイヤリティ・インセンティブを徹底し質・効率の高い行財政改革を推進。
- ・財政健全化の「旗」を下ろさず、これまでの財政健全化目標に取り組む。
- ・多年度の計画的な投資については財源も一体的に検討し、歳出・歳入を多年度でバランス。
- ・中期的な経済財政の枠組みの策定に向け、デジタル時代の行財政改革を見据え、「成長と分配の好循環」の進捗目標の在り方、経済再生と財政健全化の両立の枠組みなどを検討。
- ・歳出全体を通じ優先順位を明確化し成果指向の支出を徹底するため、EBPMの取組等を強化。

“multimorbidity”患者の未来

- multimorbidityの定義と評価・測定方法は未確立。
- 2024年度のトリプル改定を見据えて、地域包括ケア病棟を届け出る病院は、「医療・介護・障害サービスの連携」や「リハビリテーション・口腔・栄養」、「要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療」、「認知症」、「人生の最終段階における医療・介護」等に対応して、“multimorbidity 患者”のアセスメントと介入方法を確立する。

医療的ケア児について

○ 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
○ 全国の医療的ケア児（在宅）は、約2万人（推計）である。

在宅の医療的ケア児の推計値（0～19歳）

その他の医療行為とは、気管切開の管理、呼吸器ケアの管理、酸素療法、ネブライザーの管理、経管栄養、経口経腸栄養の管理、皮下注射、血糖測定、経皮的な透析、褥瘡、等

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月14日法律第9号・同年9月14日施行）

第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、経管吸引その他の医療行為をいう。
2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であつて高等学校（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。

2023.03.15 令和6年度の同時報酬改定に向けた意見交換会（第1回）

認知症の合併をもつ救急患者の受入状況

○ 認知症を合併した救急患者は、約半数の二次救急医療機関で受け入れられないことがあるとされるなど、急性期医療機関への受け入れが忌避されやすい傾向にあった。

<受入対応方針（認知症の合併）>

施設タイプ	受入拒否	受け入れていない	受け入れている	拒否が多い	受け入れられない	その他	無回答
高度救命救急センターを有する医療機関 (n=188)	0.0%	0.3%	85.1%	12.8%	0.3%	0.3%	0.0%
二次救急医療機関 (n=358)	0.3%	48.3%	79.1%	7.0%	3.9%	6.3%	5.0%
その他の医療機関 (n=68)	0.0%	24.0%	30.0%	10.0%	3.0%	28.0%	10.0%

出典：平成26年度診療報酬改定検証調査（救急医療の実況状況）速報

最期を迎えるにあたり重視する点

○ 国民がどこで最期を迎えるかを考える際に重要としていることは、「家族等の負担にならないこと」が71.6%、「体や心の苦痛なく過ごせること」が60.2%であった。

最期を迎えるにあたり重視する点（一般国民（n=3,000）のみ）

重視する点	割合
家族等の負担にならないこと	71.6%
体や心の苦痛なく過ごせること	60.2%
医療費の負担にならないこと	31.0%
可能な限り救急医療を受けること	8.1%
精神的苦痛を軽減されること	9.0%
経済的な負担が少ないこと	55.9%
どこかでも最期を迎えることができること	25.9%
どんな苦痛・ケアを受けたいからその後の世とつながることを理解した上で判断すること	25.2%
その他	0.9%
無回答	0.4%

出典：厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書」（速報値）

本日の内容

- 1, 第9回地域包括ケア病棟研究大会「地域包括ケア病棟のあるべき姿」の成果報告
- 2, 2023年度地域包括ケア病棟認定医養成アカデミーの告知
- 3, その他

2023年度 地域包括ケア病棟認定医養成アカデミー
(第1講～第7講)

主 催：一般社団法人 地域包括ケア病棟協会
開講期間：2023年9月～2024年3月



2, 2023年度地域包括ケア病棟認定医養成アカデミーの告知

2023年度 地域包括ケア病棟認定医養成アカデミー (第1講～第7講)

～最先端のmultimorbidity(マルモ)診療医を養成～

地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄

地域包括ケア時代の患者像は、高齢複数疾患を有し、ADL、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く、入院前から生活支援や意思決定支援を必要とします。また、QOL、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ります。この様な患者にとって、「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」地域包括ケア病棟はなくてはならない存在です。

本病棟においては、入院当初から疾患に対する治療と共に、リハビリテーション、栄養・摂食嚥下サポート(NST・SST)、認知症ケア、ポリファーマシー対策、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)等を多職種協働で包括的に提供し、入院退院支援を行うことが重要です。特にリハビリテーションは、脳卒中モデルよりも認知症・フレイルモデルが主軸になるため、疾患別・がん患者リハビリテーションに加えて、当協会が提唱する補完代替リハビリテーション(POCリハビリテーション、集団リハビリテーション、院内デイケア、自主トレや運動療法の指導等)の活用が求められます。

一方、1980年代頃から「複数の慢性疾患をもつこと」は「multimorbidity(多疾患併存)」と呼ばれ、地域包括ケア病棟において求められる医療を研究する上で大きなテーマとなっています。プライマリケア領域における2014年のシステマティックレビューでは、multimorbidityパターンを分析した14文献の検討から、上位20位のリストが提示され、定義に含めるべき慢性併存疾患の参考となっています。上位5位までの慢性併存疾患は、COPD、糖尿病、高血圧、悪性疾患、脳血管障害であり、ごく普通にみられる疾患群です。高齢化と共に multimorbidity 患者は増加し、性別、生活困窮、精神疾患との相関が示されています。また、死亡率上昇やQOL低下、受診回数増加、ケアの分断、ポリファーマシー、救急受診、予定外入院、医療費上昇等が指摘されています。

この様に地域包括ケア時代の患者像とmultimorbidityの患者像はよく重なります。そこで地域包括ケア病棟協会では、地域包括ケア病棟を届け出る病院を「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高齢虚弱 multimorbidity患者を病棟で受け入れる、在宅で診る診療拠点」と位置付けています。地域の医療・介護・福祉資源を把握し、多職種と協働して、患者の個別性に応じて受け入れた患者の在宅復帰支援を院内・地域内で実践することを期待されています。そのためにも、地域包括ケア病棟に従事する医師の養成が不可欠であると考え、本アカデミーを開校致します。

2023年度 地域包括ケア病棟認定医養成アカデミー

授業題目

地域包括ケア病棟認定医養成アカデミー(第1講～第7講)
～地域包括ケア病棟協会独自のカリキュラム～

キーワード

最先端のmultimorbidity(マルモ)診療医を養成

目的

地域包括ケア病棟協会では、地域包括ケア病棟を届け出る病院を「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”を受け入れる、在宅でみる地域診療拠点」と位置付けています。

上記のマインドを学び、実践力を身につけるために、アカデミアや第一人者から知見を学び、グループディスカッションを通じて、受講施設とその開設地域において活躍できる認定医を養成します。

患者に寄り添う医療や患者・家族のニーズに応じたケアを提供し、多職種協働を実践できる。

到達目標

multimorbidityを理解し、複数の慢性併存疾患を包括的に診療できる知識と技術を習得する。

認定医として、地域包括ケア病棟を最大限に活用し、「ときどき入院 ほぼ在宅」を通じて地域を活性化できる。

2, 2023年度地域包括ケア病棟認定医養成アカデミーの告知

2023年度 地域包括ケア病棟認定医養成アカデミー カリキュラム

実施日程	分野	総司会	プログラム	講義内容
9/9 (土)	第1講 Per FM マルチモビ ディティ	石川賀代	<ul style="list-style-type: none"> ・ 11:00～11:10 開講式、オリエンテーション ・ 11:10～12:10 (60分) 地域包括ケアシステムを支えるPerson Flow Managementと地域包括ケア病棟 地域包括ケア病棟における医師のコンピテンシー 地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄 ・ 13:00～14:10 (70分) 地ケアのマルチモビディティを踏まえた診療のコツ 南砺市民病院 内科副部長 大浦 誠 ・ 14:20～16:30 (130分) グループディスカッション：地域包括ケア病棟認定医活躍のフィールドはどこにある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケア病棟の役割と機能を確認し、日本の高齢者が直面しているMultimorbidity (多疾患併存) についてのエビデンスを学び、どのような介入を行いどのようなアウトカムを目指せば良いかを考えて、実践できる事を目指します。
10/7 (土)	第2講 認知症 ポリファーマシー・ポリドクター 対策	富家隆樹	<ul style="list-style-type: none"> ・ 11:00～12:10 (70分) 地域包括ケア病棟における認知症とせん妄の治療 医療法人大誠会 内田病院 理事長 田中志子 ・ 13:00～14:10 (70分) 地ケアのポリファーマシー・ポリドクター対策 北海道家庭医療学センター 理事長 草場鉄周 ・ 14:20～16:30 (130分) ケースディスカッション：ポリファーマシー・ポリドクター 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケア病棟の入院患者にとって、ポリファーマシーとMultimorbidityは強く関連しています。 ・ なかでも認知症とせん妄は、薬が効果を発揮することも、ポリファーマシーになることもあります。 ・ 高齢者のポリファーマシー対策を学び、具体的な取り組みを知り、自院で取り組むきっかけをつくりまます。
11/11 (土)	第3講 リハビリ テーション・栄養・ 口腔ケア	加藤章信	<ul style="list-style-type: none"> ・ 11:00～12:10 (70分) 地域包括ケア病棟における誤嚥性肺炎の治療と再発予防 医療法人社団富家会 富家病院 摂食嚥下サポートチーム チームリーダー 医師 金沢英哲 ・ 13:00～14:10 (70分) 地ケアのリハビリテーション・栄養・口腔ケアの提供 東京女子医科大学病院 リハビリテーション科教授/診療部長 若林秀隆 ・ 14:20～16:30 (130分) ケースディスカッション：リハビリテーション・栄養・口腔ケア 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケア病棟におけるNSTやリハ栄養、SST について基礎と実践を学びます。 ・ SSTが介入しても誤嚥が改善しない食べる意欲が強い患者に嚥下手術という選択肢がある事を理解します。

2, 2023年度地域包括ケア病棟認定医養成アカデミーの告知

12/23 (土)	第4講 終末期医療 ACP	石川賀代	<ul style="list-style-type: none"> ・ 11:00~12:10 (70分) 地域包括ケア病棟における終末期医療 社会医療法人石川記念会 HI T O病院 理事長 石川賀代 ・ 13:00~14:10 (70分) 地ケアの終末期医療や死についてのコミュニケーション 社会医療法人石川記念会 HI T O病院 緩和ケア内科 部長 大坂巖 ・ 14:20~16:30 (130分) ケースディスカッション: ACP 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケア病棟におけるアドバンス・ケア・プランニング (ACP) は患者の価値観に沿った治療やケアを行う上で必須です。 ・ がん患者や高齢の看取りを含めて地域包括ケア病棟で終末期医療を実践する事も多く、死に至る様々な過程におけるACPの実践方法や患者・家族とのコミュニケーションスキルを学び、自院におけるACPの文化を醸成することを目指します。
1/13 (土)	第5講 高齢者の ハイリスク 疾患	石川賀代	<ul style="list-style-type: none"> ・ 11:00~12:10 (70分) 地ケアのフレイル、サルコ、ロコモの評価方法と介入方法 平成医療福祉グループ 会長 武久洋三 ・ 13:00~14:10 (70分) 地域包括ケア病棟における慢性心不全の治療と再入院予防 平成医療福祉グループ 診療本部長 井川誠一郎 ・ 14:20~16:30 (130分) ケースディスカッション: Person Flow Management、入院前・時支援、在宅復帰支援、退院時・後支援、再入院予防・短期入院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢患者におけるMultimorbidityにおいて、心血管/腎/代謝疾患などを含めて、入退院を繰り返し、徐々に廃用症候群へ移行するケースが多くみられ、適切な多職種介入、在宅復帰支援の実践を目指します。
2/10 (土)	第6講 整形外科疾患・リハビリテーション	仲井培雄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 11:00~12:10 (70分) 地域包括ケア病棟における整形外科疾患 平成医療福祉グループ 代表 武久敬洋 ・ 13:00~14:10 (70分) 地ケアの補充代替リハビリテーション 医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長 仲井培雄 ・ 14:20~16:30 (130分) ケースディスカッション: チーム医療・多職種連携 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケア病棟における代表的整形外科疾患について学びながら、認知症・フレイルモデルのリハビリテーションを深掘りします。 ・ 地域包括ケア病棟における補充代替リハビリテーションや疾患別・がん患者リハビリテーションの現状を把握して、多様な補充代替リハビリテーションのあり方やリハビリテーションマネジメントの実践等の取り組みを通じて理解を深め、自院での応用を目指します。
3/2 (土)	第7講 緊急入院 への対応	富家隆樹	<ul style="list-style-type: none"> ・ 11:00~12:10 (70分) 地域包括ケア病棟で見ていくサブアキュート 医療法人社団富家会 富家病院 理事長 富家隆樹 ・ 13:00~15:10 (130分) ケースディスカッション: 緊急搬送基準 ・ 15:20~16:20 意見交換 (60分) ・ 16:20~16:30 閉講式 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域包括ケア病棟では、在宅や介護施設から緊急の直接入院の患者の受入もあり、どのような疾患が対象となるのかを学び、より安全に病棟を活用する方法を学びます。 ・ 終了時に、認定証授与式を行い、受講生間での意見交換の場を予定しています。

2, 2023年度地域包括ケア病棟認定医養成アカデミーの告知

2023年度 地域包括ケア病棟認定医養成アカデミー

授業概要
スケジュール

2023年度 地域包括ケア病棟認定医養成アカデミー
カリキュラム参照

受講条件

- ①地域包括ケア病棟協会の会員施設
- ②地域包括ケア病棟を届け出ている
もしくは届け出を検討している非会員施設

受講方法

第1講～第6講はWEB受講
第7講は集合研修（会場：グランパークカンファレンス
東京都港区芝浦3-4-1）

受講費

会員：35,000円 非会員：70,000円

連絡先

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会事務局
〒100-0003
東京都千代田区一ツ橋1-1-1パレスサイドビル
（株）毎日学術フォーラム内
mail（事務局宛）：maf-jahcc@mynavi.jp

参照
ホーム
ページ

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

本日の内容

- 1, 第9回地域包括ケア病棟研究大会「地域包括ケア病棟のあるべき姿」の成果報告
- 2, 2023年度地域包括ケア病棟認定医養成アカデミーの告知
- 3, その他

今後の取り組み

- 2023年度地域包括ケア病棟協会アンケート調査
- 2023年度補完代替リハビリテーション実態調査等を通じて、
- 2024年度トリプル改定に向けた提言等を行います。
- 2024年7月6日第10回地域包括ケア病棟研究大会開催

第10回地域包括ケア病棟研究大会

10th ANNIVERSARY
第10回記念大会

「地域包括ケア未来構想」～人生100年時代に向けて～

会期 2024年7月6日(土) 会場 日本教育会館 大会長 西村 直久
〒101-0003東京都千代田区一ツ橋2-6-2 医療法人聖仁会西部総合病院 理事長

ご清聴ありがとうございました

<<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

■ 參考資料

第9回 地域包括ケア病棟研究大会

地域包括ケア病棟、あるべき姿への挑戦

会期

2023年7月8日(土)

会場

大手町サンケイプラザ
〒100-0004 東京都千代田区大手町1-7-2

大会長

鬼塚 一郎
医療法人聖峰会田主丸中央病院 理事長

演題登録期間

2023年2月1日(水)正午~3月31日(金)正午

事前参加登録期間

2023年4月3日(月)正午~5月31日(水)正午

主催
事務局

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会事務局
〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1/ハルスサイドビル
(株)毎日学術フォーラム内E
E-mail: info@chiiki-hp.jp

運営
事務局

株式会社 学会サービス
〒150-0032 東京都渋谷区鶯谷町 7-3-101
TEL:03-3496-6950 FAX:03-3496-2150
E-mail: jahcc@gakkai.co.jp

裏面を
ご覧ください

1, 第9回地域包括ケア病棟研究大会「地域包括ケア病棟のあるべき姿」の成果報告

大会長挨拶

第9回地域包括ケア病棟研究大会 開催にあたって

このたび第9回地域包括ケア病棟研究大会の大会長を仰せつかった鬼塚一郎です。

私が理事長・院長を務める病院は、福岡県の片田舎にある急性期ケアミックス型の病院です。福岡県は地域包括ケア病棟を有する病院が全国で最も多く、当院もこの病棟を早くから開設し、他の急性期病棟などと連携しながら効率よく運営してきました。地域包括ケア病棟は地域に密着した医療を営むには、まさに無くてはならない病棟であり、仲井培雄会長の「最大にして最強の病棟」という言葉を肌身に感じていた次第です。

しかし、先般の診療報酬改定では、この地域包括ケア病棟に大きなメスが入られました。本来、自由度の高さが地域包括ケア病棟の最大の特徴であったはずなのに、と梯子をはずされたような気持ちになった方も少なくなかったのではないのでしょうか。ただ、これは「地域包括ケア病棟のあるべき姿とは何なのか」という事を改めて考える良い機会になったとも思っています。

今、大会では基調講演および特別講演に、日本の医療政策に大きくかかわる重鎮の先生方をお呼びする予定です。地域包括ケア病棟の今後の方向性を含めた貴重なお話を拝聴できるものと信じています。

また時節は、WithコロナからAfterコロナの潮目に当たると思います。その中で、パネルディスカッションでは、地域包括ケア病棟のあるべき姿をどう捉えて診療報酬改定をリードするのか、増え続けるmultimorbidity患者の診療にどう挑んでいくのかを4人の先生方に、様々な運営形態の立場から切り込んでもらいたいと思います。

そして最後にシンポジウムでは、各方面でご意見番ともいえる先生方に、地域包括ケア病棟の枠を超えた、日本の医療のあるべき姿へ向けて稀有壮大なお話を語って頂けるのではないかとワクワクする次第です。

(スピーカーは決まり次第、プログラムに載せますのでご期待ください。)

昨年まではオンラインでの大会を強いられました。今回こそは完全リアルで皆様と直に語り合える大会にしたいと思っております。是非、多くの方々にご参加いただきたくお待ち申し上げております。

どうぞよろしくお願いいたします。



第9回地域包括ケア病棟研究大会
大会長 **鬼塚 一郎**

第1会場 (4F ホール)

開会式

9:00~9:10

基調講演

9:10~10:30

「日本の地域医療のあるべき姿と地域包括ケア病棟への期待」

座長：仲井培雄（地域包括ケア病棟協会会長/医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長）

演者：松本吉郎（公益社団法人日本医師会会長）

特別講演

10:45~12:00

「2024年を見据えた地域包括ケア病棟の方向性」

座長：鬼塚一郎（第9回地域包括ケア病棟研究大会大会長/医療法人聖峰会田主丸中央病院
理事長・院長）

演者：眞鍋 馨（厚生労働省保険局医療課長）

座長：加藤章信（地域包括ケア病棟協会副会長/盛岡市立病院院長）

「コロナ禍の振り返りと今後の取り組み～マルチモビディティへの対応を含めて～」

PD-1 急性期ケアミックス・重点医療機関

石川賀代（社会医療法人石川記念会 HITO 病院理事長）

PD-2 コロナ禍で得た富家病院のマルチモビディティ対応

富家隆樹（医療法人社団富家会富家病院理事長）

PD-3 ポストアキュート連携型の回復患者受け入れと取り組み

井川誠一郎（平成医療福祉グループ診療本部長）

PD-4 地域包括ケア病棟が地域に果たせる役割と挑戦

水野慎大（医療法人社団焔おうちにかえろう病院院長）

1, 第9回地域包括ケア病棟研究大会「地域包括ケア病棟のあるべき姿」の成果報告

■ シンポジウム

15:00~16:50

座長：小熊 豊（公益社団法人全国自治体病院協議会会長）

「地域包括ケア病棟、あるべき姿への挑戦」

特別発言 地域包括ケア病棟と地域密着型中小病院としての在宅療養支援病院の必要性

鈴木邦彦（医療法人博仁会志村大宮病院理事長・院長）

S-1 日本在宅救急医学会の挑戦：在宅医療と救急医療の一つの病院連携

小豆畑丈夫（医療法人社団青燈会小豆畑病院理事長・院長）

S-2 最大で最強の地域包括ケア病棟 ver. 2.0

仲井培雄（地域包括ケア病棟協会会長/医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長）

S-3 ポストアキュート？サブアキュート？

山本修一（独立行政法人地域医療機能推進機構理事長）

S-4 地域包括ケア病棟、あるべき姿への挑戦

高橋 泰（国際医療福祉大学大学院教授）

■ 閉会式

16:50~17:00

2, 地域包括ケア病棟の経緯

■ 地域包括ケア病棟の立ち位置を論じていた黎明期から、同病棟を届け出る病院や併設施設の立ち位置が如何に地域包括ケアシステムに資するかを問う成長期を迎えている。

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

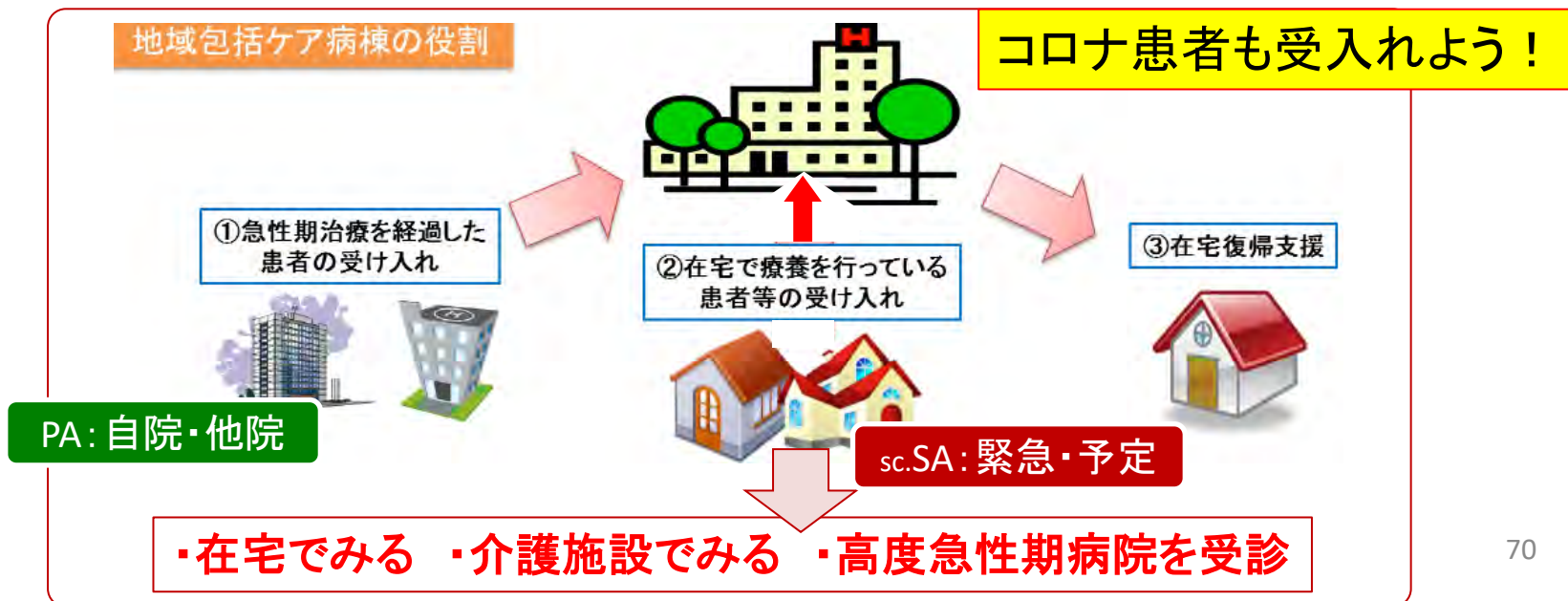
●在宅医療の充実

- ・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



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)



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
- ・5割が療養病棟開設
- ・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 84施設

2023.06.15 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」

2022年度改定で報酬体系は大変複雑化

2014年度 創設時

2022年度 4回目の改定

平成26年度診療報酬改定

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新) 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1 2,558点 (60日まで)
 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2 2,058点 (60日まで)

看護職員配置加算 150点
 看護補助者配置加算 150点
 救急・在宅等支援病床初期加算 150点(14日まで)

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出ることができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ 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。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることではない。
- ⑪ 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)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最少必要人数に加えて50対1以上
 看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「のみなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)
 救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
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							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病棟において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める責令に基づき認定された救急病院であること(ただし、200床未満の場合は救急外来を算定していること又は24時間救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○		○	-	○
居室積	6.4平方メートル以上							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床200床未満の場合) (満たさない場合は100に減算)	-		6割未満 (許可病床200床未満の場合) (満たさない場合は100に減算)	-	
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合は90/100に減算) 「(在宅療養等の実施)について該当するうち1つ以上を満たせばよい。」	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合は90/100に減算) 「(在宅療養等の実施)について該当するうち1つ以上を満たせばよい。」		
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上			3月で9人以上				
在宅医療等の実績	○ (2つ以上)			○ (2つ以上)				
在宅復帰率	7割2分5厘以上				7割以上 (満たさない場合は90/100に減算)			
入院支援部門等	入院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入院支援加算1を届け出ていること (許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合は90/100に減算)							
点数 (生活療養)	2,809点 (2,794点)		2,620点 (2,605点)		2,285点 (2,270点)		2,076点 (2,060点)	

療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

■ 入院料・管理料1-2

■ 入院料・管理料1-4 × 200床以上・未満

- × 一般又は療養病床
- × DPC対象病床の有無
- × 減算要件充足の有無
- + コロナ特例

2回分の改定を一度に行ったような複雑で制限の多い体系となり、混乱した。

3, 回復期リハビリテーション病棟との相違

仲井の私見

■ 回復期リハビリテーション病棟は
エビデンスに基づく西洋医学の脳神経科学
社会復帰を目指す回復期リハを要する患者
RCTでアウトカムを定義

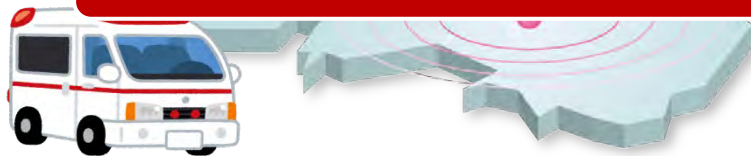
エビデンスによる裏付け不十分

■ 地域包括ケア病棟は
患者の価値観に基づく総合診療や老年医学
生活復帰を目指す高齢虚弱“multimorbidity”患者
アウトカムは漢方の如く患者のQOLとQODの向上

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

高齢虚弱“multimorbidity”患者

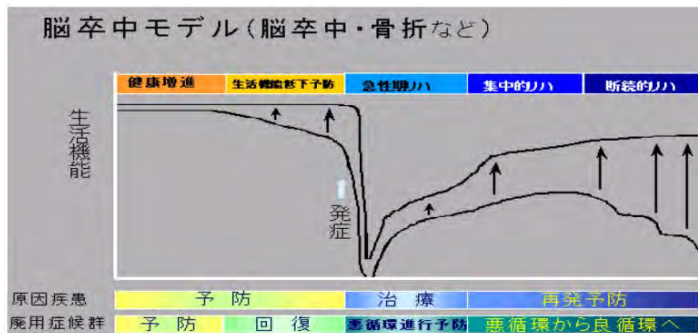


主に

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

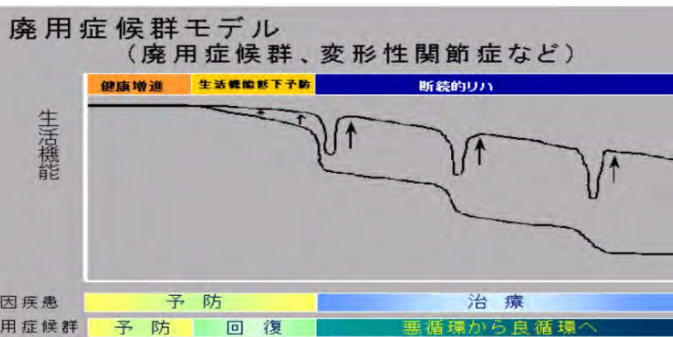
■ 回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーションを要する患者



主に

脳卒中モデルの社会復帰



主に

廃用症候群・認知症モデルの生活復帰

入退院支援と在宅医療・介護事業

急性期機能
(いわゆるサブアキユート)

回復期機能
(ポストアキユート)

在宅復帰
支援機能

2015年度 受け入れ患者の選択基準

基準	回復期リハ病棟			地域包括ケア病棟		
	あり	なし	選択基準なし	あり	なし	選択基準なし
回復期リハを要する状態の要件(次ページの詳細参照)	35	0	1	5	6	24
年齢	74歳以下	75歳以上	選択基準なし	74歳以下	75歳以上	選択基準なし
	0	0	34	0	0	34
予想在院日数	60日以下	61日以上	選択基準なし	60日以下	61日以上	選択基準なし
	1	11	23	30	0	5
認知症(Ⅲ以上)	あり	なし	選択基準なし	あり	なし	選択基準なし
	2	4	28	4	3	28
予測リハビリ提供量	4単位/日以下	5単位/日以上	選択基準なし	4単位/日以下	5単位/日以上	選択基準なし
	3	21	12	16	0	20
予測ADL改善率	低い	高い	選択基準なし	低い	高い	選択基準なし
	0	16	18	3	4	28
発症する前の日常生活支援の有無	あり	なし	選択基準なし	あり	なし	選択基準なし
	1	1	31	1	0	33

平成27年度 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査より引用

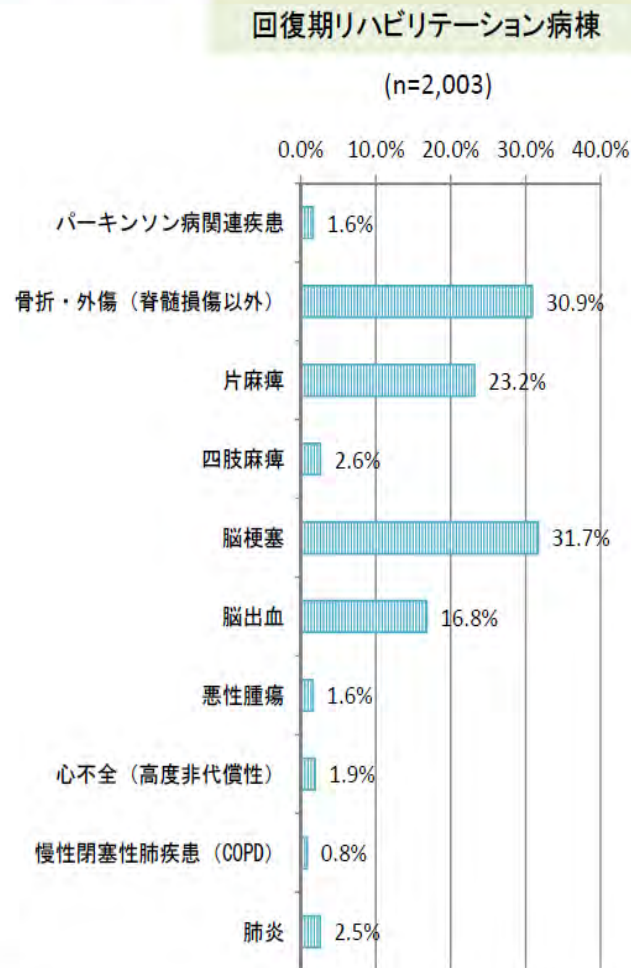
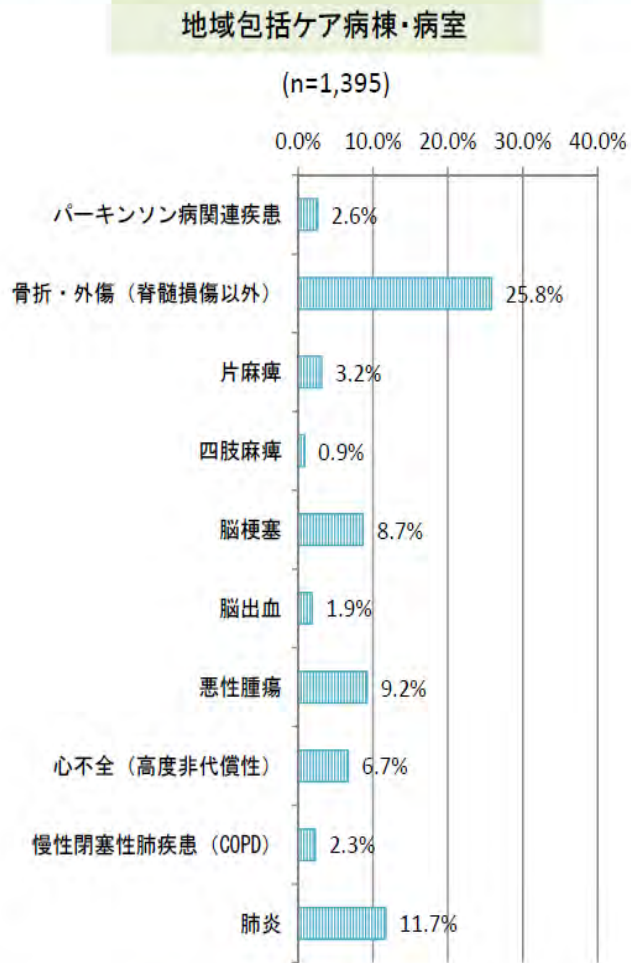
- ・調査回答 施設数:75
- ・両病棟併設 施設数:36

※基準項目ごとに無回答あり

■ 回復期リハビリ病棟: 「回復期リハを要する状態」の要件を満たし、高いADL改善率を獲得できる様な脳血管疾患や整形外科疾患患者等に、5単位以上、61日以上の十分な身体機能回復リハで、社会復帰を目指す。

■ 地域包括ケア病棟: 多様な疾患群の治療と、リハ・栄養・認知症・ポリファーマシーに対する対策が必要な患者に、1日平均2単位以上4単位以下の効率の良い残存身体機能を活かす生活回復リハで、60日以内に在宅生活復帰を目指す。

- 患者の疾患の状況をみると、地域包括ケア病棟・病室では「骨折・外傷（脊髄損傷以外）」の患者が最も多く、回復期リハビリテーション病棟では、「脳梗塞」の患者が最も多い。



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
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							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
H 意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
H 救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること (ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
H 在宅医療等の実績	○ (2つ以上)				○ (2つ以上)			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 (満たさない場合90/100に減算)			
H 入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること (許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							
点数 (生活療養)	2,809点 (2,794点)		2,620点 (2,605点)		2,285点 (2,270点)		2,076点 (2,060点)	

H 療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

H 病院全体で取り組む項目 **が多い**

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		-		
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
H 第三者評価	<u>受けていることが望ましい</u>	-	<u>受けていることが望ましい</u>	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
H データ提出加算の届出	○				○
H 休日リハビリテーション	○	-			
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3割以上→ <u>4割以上</u>		2割以上→ <u>3割以上</u>		-
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 ()内はFIM総得点	3割以上が4点（16点）以上改善		3割以上が3点（12点）以上改善		-
自宅等に退院する割合	7割以上				-
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	-
点数 ()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

なお、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、1年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定し、その後1年間、新入院料5を算定することができる。

57

H 病院全体で取り組む項目 **が少ない**

補完代替リハビリテーションの定義

❖ POCリハ、集団リハ、院内デイケア、
自主練習指導、運動療法指導



疾患別・がん患者リハ



+ (❖)

■補完リハ

リハを提供されている入院患者が、**疾患別・がん患者リハ**を受けている**期間中**に、上記リハ(❖)で訓練を**補完**している場合

疾患別・がん患者リハ



(❖)のみ

■代替リハ

リハを提供されている入院患者が、**疾患別・がん患者リハ**を受けていない**期間**に、上記リハ(❖)で訓練を**代替**している場合

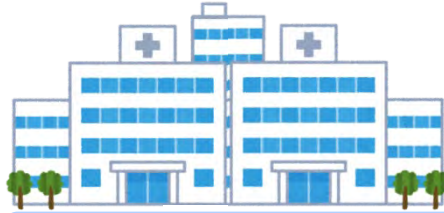
4, 救急と在宅医療の提供

■ 在宅患者の2次救急受け入れ

- ・2次救急からみた地ケア病棟に対する不安と、地ケア病棟が関わるべき2次救急への期待
- ・3次救急の下り搬送は新たなPAの需要喚起
- ・急性期機能の高い病院はSAの割合が少なめに
- ・誤嚥性肺炎の「ときどき入院 ほぼ在宅」は一体的取組で
- ・望まない救急搬送とACPの推進
- ・トリアージのジレンマと精緻化

医療圏内の病院の急性期機能

■ 特定集中治療室等～急性期一般病棟1



大学病院本院群
DPC 特定病院群
がん診療連携拠点病院
救命救急センター等

主に

都道府県単位を担う高度急性期

■ 急性期一般病棟1-4



DPC標準病院群等



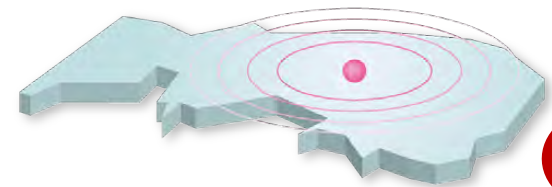
主に

地域医療構想区域単位を担う急性期

■ 地域包括ケア病棟

“multimorbidity”患者

急性期一般病棟5-6、地域一般病棟



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入

機能はある程度
オーバーラップ

高度急性期機能

急性期機能

急性期機能

(いわゆるサブアキュート)

課題と論点

(急性期入院医療)

- 入院医療の評価は、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入されるよう、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。
- 令和4年度診療報酬改定においては、急性期及び高度急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、重症度、医療・看護必要度について見直しを行ったところ、看護配置7対1の病床数は増加傾向にある。また、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価として急性期充実体制加算を新設している。
- 高齢者人口や高齢者の救急搬送の増加とともに、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合も増加傾向にある中、急性期一般病棟は集中的な急性期医療を必要とする患者への対応に重点化すべき等、2025年を期限とした地域医療構想に向けた取り組みとともに、さらなる機能分化の必要性が指摘されている。

(回復期入院医療)

- 地域包括ケア病棟入院料は、「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つの役割を担うこととされており、平成26年度改定において設定された。令和4年度診療報酬改定においては、在宅医療の提供や在宅患者等の受入に対する評価の観点から、在宅医療に係る実績要件の水準引き上げ、一般病床において届け出ている場合に救急告示病院等であることの要件化等を行っている。現状、救急搬送の受入件数は100件以下の医療機関が多い。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料は、リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、平成12年に新設された。質の高いリハビリテーション医療を充実する観点から、アウトカム評価に基づく入院料の評価を導入し、水準の引き上げを講じてきており、令和4年度診療報酬改定においても重症患者割合の見直し等を行っている。

(慢性期入院医療)

- 療養病棟入院基本料の経過措置(注11)を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少している。令和4年度改定においては、療養病棟入院基本料2の75/100の点数に切り下げを行った。なお、療養病床等についての、医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置の有効期限は令和6年3月31日までである。
- 療養病棟入院基本料の医療区分については累次の改定で見直しを実施されており、令和4年度改定では中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価を見直しを実施した。
- 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者が対象」、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者が対象」とされている。令和4年度改定において、重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。

課題と論点

(入院医療におけるその他の取組)

- DPC対象病院数は令和4年4月1日時点で1,764病院となり、経年的に増加傾向である一方、急性期病床規模の小さいDPC対象病院も増加している。DPC/PDPSにおける評価については、医療機関の機能や役割に応じた医療機関別係数を設定するとともに、入院初期を重点評価するため在院日数に応じた3段階の定額報酬を設定している。
- 日帰り及び4泊5日までの入院による手術等を行うための管理等について、包括的な評価を行う短期滞在手術等基本料が設定されており、実態等に合わせ、対象手術等や評価の見直しを実施してきている。
- ▶ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価するため、入退院支援加算を設定しており、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では8割以上が届出を行っている。
- 緩和ケア病棟入院料は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者に対する入院医療及び緩和ケア並びに外来や在宅への円滑な移行支援の評価として、令和2年度に設定された。令和4年度においては、患者の状態に応じた入院医療の提供を更に推進する観点から、疼痛の評価等を実施した場合の評価として、緩和ケア疼痛評価加算が新設されている。

【論点】

- ▶ 急性期入院医療について、高齢者の救急搬送件数の増加等を踏まえ、急性期病棟と地域包括ケア病棟に求める役割・機能について及びこれらの機能分化を促進し、個々の患者の状態に応じた適切な医療資源が投入される効率的かつ質の高い入院医療の提供を推進するための評価のあり方についてどのように考えるか。
- ▶ 回復期入院医療について、在宅患者等に対する救急医療を含め、地域包括ケア病棟に求められる役割やその評価のあり方及び回復期リハビリテーション病棟における質の高いリハビリテーションを推進するための評価のあり方についてどのように考えるか。
- 慢性期入院医療について、療養病床に係る医療法施行規則における看護師等の員数等についての経過措置が終了すること等を踏まえ、長期にわたり療養が必要な患者に対する適切な入院医療の評価のあり方についてどのように考えるか。

誤嚥性肺炎に対するリハビリテーション

- 急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている。
- 早期リハビリテーションを実施する場合において、1日2単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることを示されている。

- DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後3日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

	早期リハ群 (N=16,835)	対照群 (N=51,749)	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後7日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64)。

Yagi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

	早期リハ群 (N=48,201)	対照群 (N=64,357)	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- 入院後3日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者(4,148例)を対象としたデータベース研究において、1日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下(オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97)、自宅退院割合(オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71)、在院日数の短縮(係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40)に関連していた。

Kato Y. et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

誤嚥性肺炎患者に対する多職種連携

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

- 入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%

出典: Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

出典: Geriatr. Med. 55(11):1239-1241,2017

- 誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた

出典: Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

- 経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない

出典: Geriatr Gerontol Int. 2016[PMID: 25953259]

- 誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入(口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等)を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された

出典: 日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

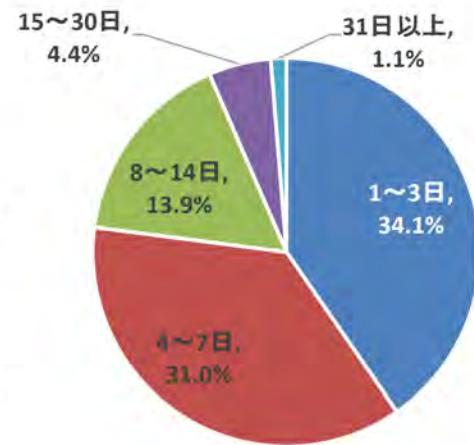


図 禁食から食事が開始された時期 (n = 72,315)

課題と論点

(地域包括ケア病棟)

- 地域包括ケア病棟入院料及び管理料1・2を届け出ている施設の多くは、急性期一般入院料を届け出ている施設が多かった。地域包括ケア病棟入院料・管理料3・4を届け出ている施設のうち半数は、療養病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料をそれぞれ届け出ている施設が多かった。
- 地域包括ケア病棟の入棟元、退棟先ともに、自宅が最も多かった。また、自宅等からの入棟割合には病棟ごとにばらつきが見られた。
- 地域包括ケア病棟を有する病院の救急搬送の受け入れ件数は100件以下が多いが、ばらつきが見られた。
- 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は5.7%であった。
- 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の特徴は以下のとおりであった。
 - 傷病名は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。
 - 医療的な状態が不安定である傾向であった。
 - 医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。
 - 看護師による直接の看護提供の頻度・必要性が高い傾向にあった。
 - リハビリ実施頻度、リハビリ実施単位数は低い傾向にあった。
- 地域包括ケア病棟入院料の届け出を行っている医療機関において、在宅療養支援病院及び在宅療養後方支援病院の届け出が増加している。

【論点】

- 地域包括ケア病棟の現状、地域包括ケア病棟に求められる3つの役割、増加している高齢者救急搬送への対応及び今後も需要の増加が見込まれる在宅医療への対応が期待されていることを踏まえ、地域包括ケア病棟のあり方についてどのように考えるか。

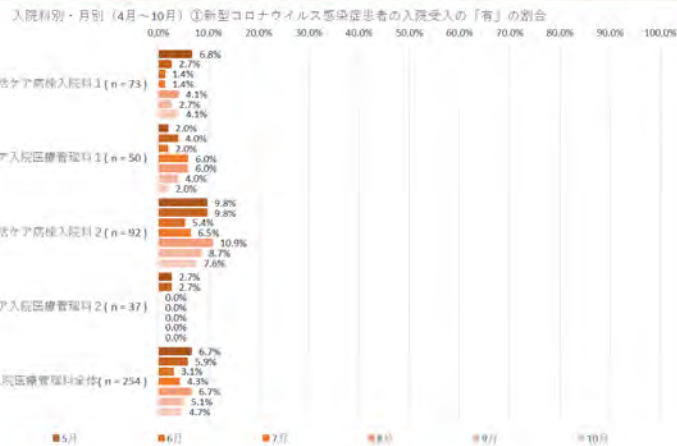
5, 地域包括ケア病棟のコロナ受入れ

- 5類移行後の地域包括ケア病棟での対応
特に高齢虚弱“**multimorbidity患者**”に対しての
 - ・回復患者受け入れ
 - ・コロナ患者受け入れ

2020年度のコロナ患者、回復患者の受入れ割合

地域包括ケア病棟・病室でのコロナ受入有無

○ 新型コロナウイルス感染症患者の地域包括ケア病棟・病室での受入状況は以下のとおりであった。



出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

76

回復期リハビリテーション病棟でのコロナ受入有無

○ 新型コロナウイルス感染症患者の回復期リハビリテーション病棟での受入状況は以下のとおりであった。



出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

77

地域包括ケア病棟・病室でのコロナ回復後患者等の受け入れ有無

○ 地域包括ケア病棟・病室でのコロナ回復後患者等の受け入れ状況は以下のとおりであった。

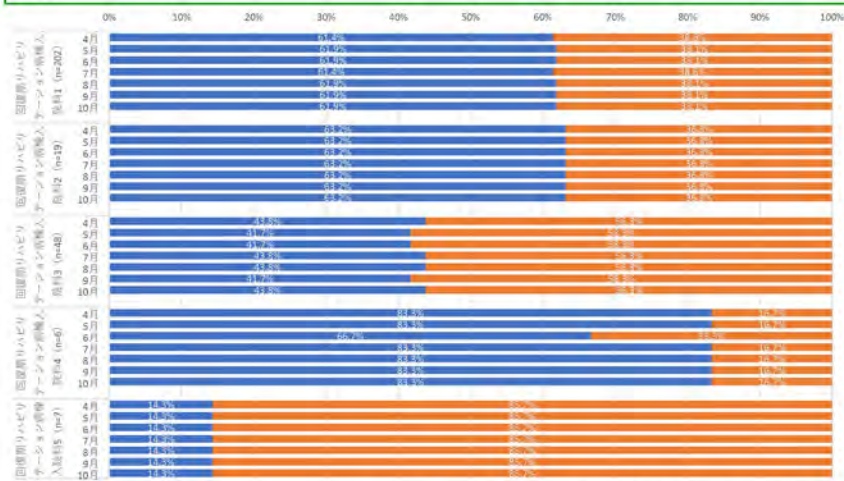


出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

78

回復期リハビリテーション病棟でのコロナ回復後患者等の受け入れ有無

○ 回復期リハビリテーション病棟でのコロナ回復後患者等の受け入れ状況は以下のとおりであった。



出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

79

地域包括ケア病棟における新型コロナウイルス感染症及び疑似症患者、回復患者の入院料や加算について

医療法上		一般病棟		療養病床		
算定する入院料	地域包括ケア病棟入院料	*1 地域一般入院料		地域包括ケア病棟入院料	*2 一般病棟 特別入院基本料	
都道府県による受入れ確保病床の有無	有無に関わらず	あり	なし	有無に関わらず	あり	なし
新型コロナウイルス感染症及び疑似症患者	軽症	—		—		
	中等症Ⅰ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の特定入院料 *3 + 在宅患者支援病床初期加算(300点、14日間) *4 + 2類感染症患者入院診療加算(250点) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ *6 地域一般入院基本料(13対1) *4 + 2類感染症患者入院診療加算(250点) *7 + 救急医療管理加算(950点) × 4 *12 + 2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 	<ul style="list-style-type: none"> ・ *6 地域一般入院基本料(13対1) *4 + 2類感染症患者入院診療加算(250点) *5 + 救急医療管理加算(950点) × 2 *12 + 2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の特定入院料 *3 + 在宅患者支援病床初期加算(300点、14日間) *4 + 2類感染症患者入院診療加算(250点) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ *6 一般病棟入院基本料のうちの特別入院基本料 *4 + 2類感染症患者入院診療加算(250点) *7 + 救急医療管理加算(950点) × 4 *12 + 2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可
	中等症Ⅱ以上	<ul style="list-style-type: none"> *12 + 2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 	<ul style="list-style-type: none"> ・ *5 地域一般入院基本料(13対1) *4 + 2類感染症患者入院診療加算(250点) *8 + 救急医療管理加算(950点) × 6 *12 + 2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 	<ul style="list-style-type: none"> *12 + 2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 	<ul style="list-style-type: none"> ・ *6 一般病棟入院基本料のうちの特別入院基本料 *4 + 2類感染症患者入院診療加算(250点) *8 + 救急医療管理加算(950点) × 6 *12 + 2類感染症患者入院診療加算(250点)：疾患別リハ実施時併算定可 	
*10 新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院を受け入れた場合	—	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の特定入院料 *9,10 + 2類感染症患者入院診療加算(250点) × 3 *10 + 救急医療管理加算(950点 × 2、30日間 → 950点、31-90日間) *11 + 2類感染症患者療養環境特別加算の個室加算(300点、90日間) 	—	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の特定入院料 *9,10 + 2類感染症患者入院診療加算(250点) × 3 *10 + 救急医療管理加算(950点 × 2、30日間 → 950点、31-90日間) *11 + 2類感染症患者療養環境特別加算の個室加算(300点、90日間) 	—	

6, 地域医療構想に寄り添う

■ 高度急性期病院以外の病院

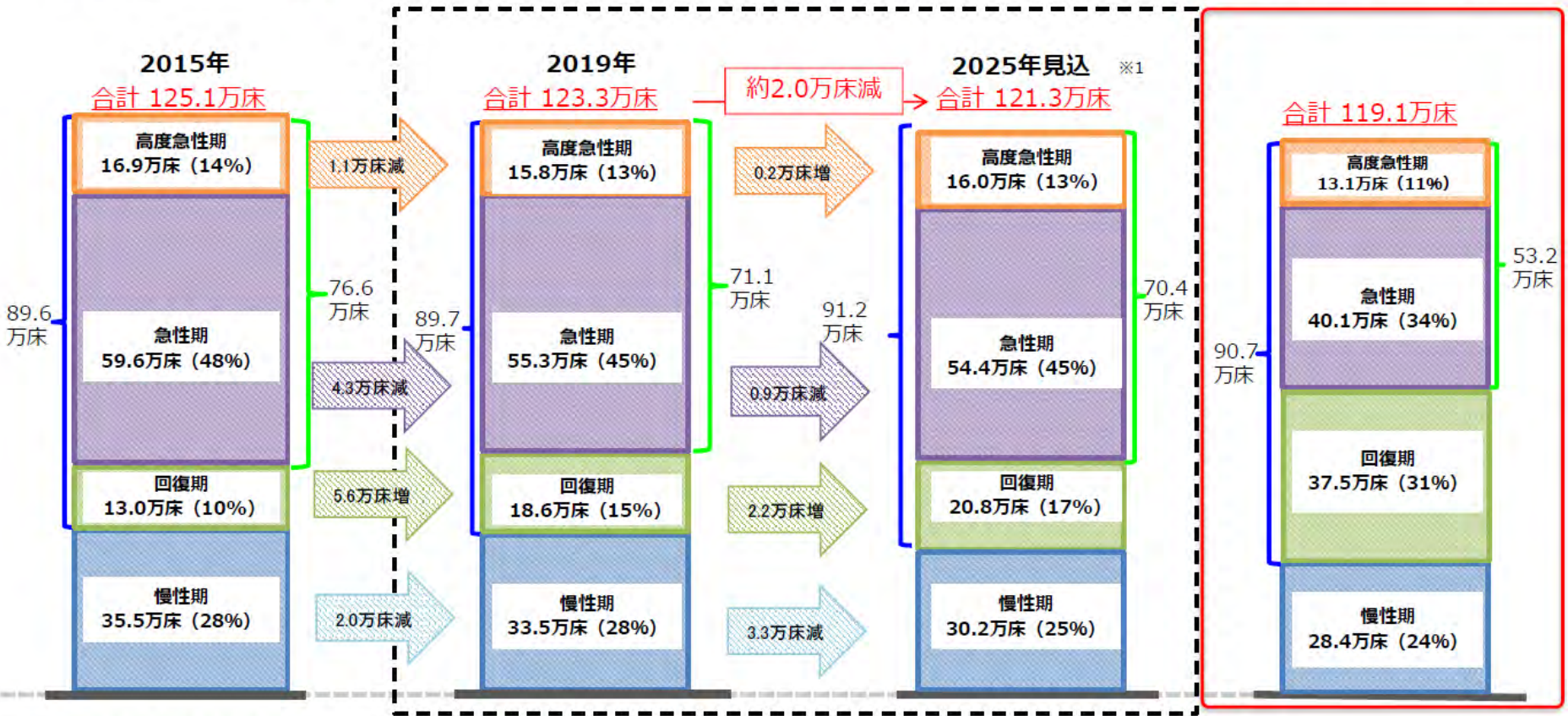
- ・地域包括ケア病棟をどんと真ん中に据えて、地域ニーズに合わせて医療・介護機能をモジュールのように組み合わせるはどうか？

2019年度病床機能報告について

地域医療構想における ※4
2025年の病床の必要量
(平成28年度末時点の推計)

2015年度病床機能報告

2019年度病床機能報告



出典: 2019年度病床機能報告

※1: 2019年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

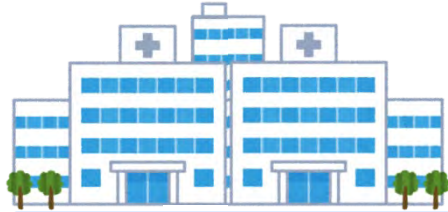
※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

※3: 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

医療圏内の病院の急性期機能

■ 特定集中治療室等～急性期一般病棟1



大学病院本院群
DPC 特定病院群
がん診療連携拠点病院
救命救急センター等

主に

都道府県単位を担う高度急性期

■ 急性期一般病棟1-4



DPC標準病院群等



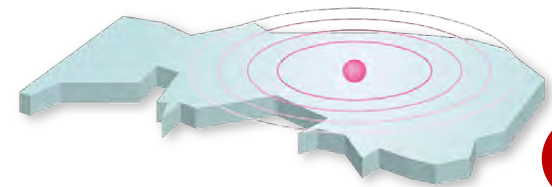
主に

地域医療構想区域単位を担う急性期

■ 地域包括ケア病棟

“multimorbidity”患者

急性期一般病棟5-6、地域一般病棟



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入

高度急性期機能

急性期機能

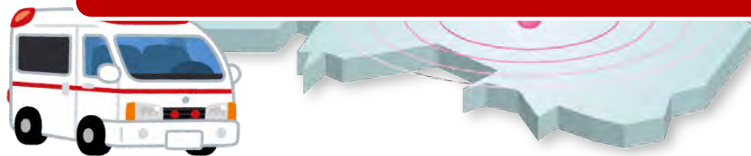
急性期機能

(いわゆるサブアキュート)

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

高齢虚弱“multimorbidity”患者

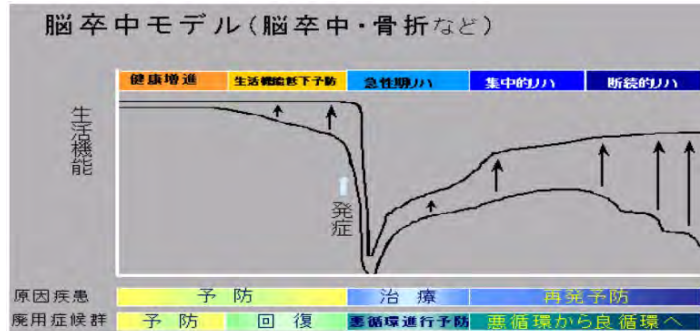


主に

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

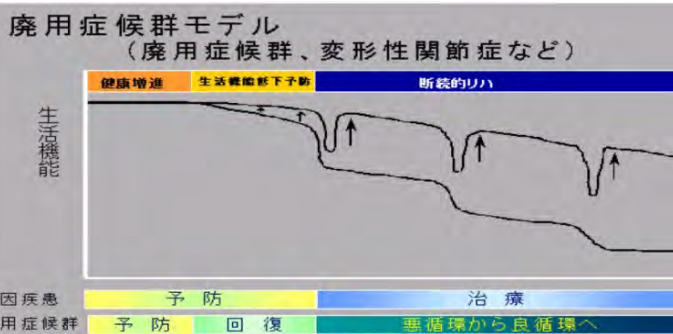
■ 回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーションを要する患者



主に

脳卒中モデルの社会復帰



主に

廃用症候群・認知症モデルの生活復帰

入退院支援と在宅医療・介護事業

急性期機能
(いわゆるサブアキユート)

回復期機能
(ポストアキユート)

在宅復帰
支援機能

急性期一般入院料1-4において いわゆるSAをたくさん受け入れにくくなる

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目から心電図モニター
の管理が削除
- DPC/PDPS制度の点数は入院期間
I 増、II・III減でDRG/PPSに近づく
- 急性期の診療密度が増加

引用改変: 2022.03.04

厚生労働省保険局医療課 令和4年度診療報酬改定の概要

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価③

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

一般病床用の重症度、医療・看護必要度の分子になる内科系疾患が減少すると予想

改定後

- ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する。
- ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。

【一般病棟用】	A	0点	1点	2点
1	創傷処置 ① 創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)、② 褥瘡の処置	なし	あり	-
2	呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	-
4	心電図モニターの管理	なし	あり	-
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	あり
7	① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用 (注射剤のみ)、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理 (注射剤のみ)、 ⑦ 昇圧剤の使用 (注射剤のみ)、 ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ トレナジーの管理	なし	-	あり
8	① 無菌治療室での治療 I: 救急搬送後の入院 (5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態 (5日間)	なし	-	あり

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度について、200床以上は未満より厳格化された。

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、施設基準を右のとおり見直す。	現行*		必要度 I	必要度 II
	必要度 I	必要度 II		
急性期一般入院料 1	31%	29%	31%	28%
急性期一般入院料 2	28% (26%)	26% (24%)	28%	25%
急性期一般入院料 3	25% (23%)	23%	27%	24%
急性期一般入院料 4	22% (20%)	20%	25%	22%
急性期一般入院料 5	20%	18%	24%	21%
急性期一般入院料 6	18%	15%	22%	19%
7対1入院基本料 (特定)	-	28%	20%	17%
7対1入院基本料 (結核)	11%	9%	18%	15%
7対1入院基本料 (結核)	30%	28%	17%	14%
看護必要度加算 1 (特定、専門)	22%	20%	-	28%
看護必要度加算 2 (特定、専門)	20%	18%	10%	8%
看護必要度加算 3 (特定、専門)	18%	15%	30%	28%
			22%	20%

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価④

診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期 (入院期間 I) をより重点的に評価する体系に見直す。

DPC/PDPSから少しずつDRG/PPSに近づいていく

見直し後の点数設定方式A (現行の点数設定は赤線)

1人入院期間での1日当たりの医療資源の平均投入量

入院初期に重点的に評価

A = B

15%または、入院期間中の1日当たりの医療資源の平均投入量の1/3、低い方の値

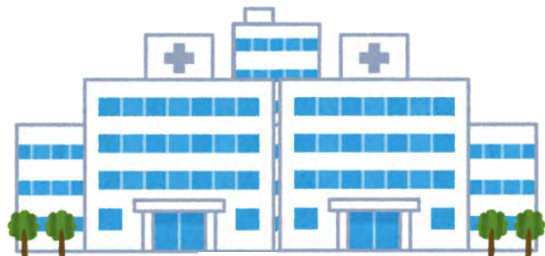
第1日 (2.5パーセント値) 第2日 (平均在院日数) 第3日 (平均在院日数+2.5D以上の30の整数倍の日数)

34種類の支払分類のうち、点数設定方式Aで設定される1,688種類 (72%) の支払分類において、適となる。

内科系虚弱“multimorbidity患者”の受け入れ先は？

令和の7対1受皿として再び注目される 地域包括ケア病棟のいわゆるサブアキュート機能

高度急性期・急性期病院
200床～399床



- DPC対象7対1の稼働率や重症度、医療・看護必要度が低下
- 許可病床数を維持しながら

DPC対象急性期一般病床1
(頑張って集患！)

又は

DPC対象急性期一般病床4
(モチベーション低下?)

- DPC対象7対1の稼働率や重症度、医療・看護必要度が低下
- 許可病床数を維持しながら、7対1を減らして地域包括ケア病棟を届出

平成の7対1受皿

DPC対象急性期一般病床1

+

地域包括ケア病棟2
(自院PA)

減算
対象

令和の7対1受皿

DPC対象急性期一般病床1

+

地域包括ケア病棟2
(いわゆるSA+自院PA+他院PA)

加算
対象

令和の7対1受皿として再び注目される 地域包括ケア病棟のいわゆるサブアキュート機能

高度急性期・急性期病院 200床～399床

■ 急性期一般病床1:いわゆるSA
→ 地域包括ケア病棟2: **自院PA**

- ・転棟のコスト:入院時情報の再収集、申し送りや担送等の発生
- ・転棟のリスク:患者医療者関係の再構築、診療や看護の継続性の低下、療養環境の変化等
- ・地域包括ケア病棟の**減算対象**

■ 地域包括ケア病棟2:いわゆるSA

- ・転棟のコストやリスクがない
- ・いわゆるSAからPAを引き続きみることができる。
- ・急性期一般病棟入院収入減少
- ・地域包括ケア病棟の**加算対象**

- DPC対象7対1の稼働率や重症度、医療・看護必要度が低下
- 許可病床数を維持しながら、7対1を減らして地域包括ケア病棟を届出

平成の7対1受皿

DPC対象急性期一般病床1

+

地域包括ケア病棟2
(**自院PA**)

減算
対象

令和の7対1受皿

DPC対象急性期一般病床1

+

地域包括ケア病棟2
(いわゆるSA+自院PA+他院PA)

加算
対象

7, 経過措置終了と救急医療管理加算

■経過措置終了

- ・2023.03.31救急医療と在宅医療を提供する体制要件終了。急性期一般病棟増加、地域包括ケア病棟減少の逆転現象。
- ・2023.09.31施設基準等のコロナ特例の多くが終了。

■救急医療管理加算と看護職員処遇改善評価料について、地域包括ケア病院は算定できない。

救急医療と在宅医療を提供する体制要件の変遷 療養病床の地域包括ケア病棟入院料の見直しとの関連

R2基準

R4基準



以下のいずれかを満たす

■ 救急医療提供体制

- ・二次救急医療機関
- ・救急告示病院

■ 在宅医療提供体制

- ・在宅療養支援病院
- ・在宅療養後方支援病院
(年3件の実績)
- ・訪問看護ステーションを
同一敷地内に設置

病一般

(1) 救急医療と在宅医療を提供する体制等を有している

- ・ **A** は **3** 救急の実施として必須要件化(199床以下は **a** に緩和) **かつ** **B** も満たす
- ・ **A B** の5つの条件のいずれか1つを満たす(2018年度から不変)

病療養

12 療養病床の地域包括ケア病棟入院料の見直し

- ・ **A C** いずれかを満たすと95%の減算が回避可能
- ・ 上記 (1) と **12** を共に達成する条件: **A** のみを満たす 又は **B** **かつ** **C** を満たす

救急医療を提供する体制

- A**
 - ・ 救急告示病院
又は
 - ・ 二次救急医療機関

- a**
 - ・ 救急外来を有す
又は
 - ・ 救急患者を24時間受け入れている

在宅医療を提供する体制

- B**
 - ・ 在宅療養支援病院
 - ・ 在宅療養後方支援病院(年3件の実績)
 - ・ 敷地内訪問看護ステーション
いずれか1つを満たす

自宅等からの受け入れ

- C**
 - ・ 自宅等からの受入患者6割以上
又は
 - ・ 自宅等からの緊急の受入3月で30人以上

令和5年4月6日

施設基準等のコロナ特例

引用改変：新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う
施設基準等に関する臨時的な取扱いについて

2. 施設基準に係る特例について

(1) 施設基準に係る特例の期限について施設基準に係る特例については、以下(2)から(7)までのとおりとし、(4)、(5)及び(7)を除き令和5年9月30日をもって終了する。(中略)

(2) 月平均夜勤時間数等に1割以上の変動があった場合の取扱いについて：9月末終了(中略)

(3) 患者及び利用者の診療実績等に係る要件の取扱いについて：9月末終了(中略)

(4) 対象医療機関等に該当しなくなった後の施設基準の取扱い等について (次頁)

(5) 研修要件にかかる取扱いについて(中略)

(6) その他の取扱いについて：9月末終了(中略)

(7) 特例により届出を行わなかった対象医療機関等における報告について

対象医療機関等が、施設基準等を満たさなくなった場合に特例により届出を行わなかった場合、令和5年10月における入院基本料及び特定入院料の施設基準に関する状況について自己点検を行い、令和5年11月17日までに各地方厚生(支)局へ当該点検結果を報告すること。なお、令和5年4月1日以降に新たに施設基準を届け出た又は施設基準の変更を行った保険医療機関等、施設基準通知等において毎年7月に報告を求めている施設基準であって、7月の報告において施設基準を満たしていた保険医療機関等については届出を省略して差し支えない。

当該報告において、施設基準を満たしていない保険医療機関等については、速やかに変更の届出を行うこと。また、報告様式については、別途お示しする予定である。

施設基準等のコロナ特例

引用改変：新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う
施設基準等に関する臨時的な取扱いについて

2. 施設基準に係る特例について

(4) 対象医療機関等に該当しなくなった後の施設基準の取扱い等について

① 平均在院日数等の一定期間の実績を求める要件及び直近の一定期間における手術の実績件数等の患者及び利用者の診療実績等に係る要件について(中略)

ア. 対象医療機関等に該当する期間については、実績を求める対象とする期間から控除した上で、控除した期間と同等の期間を遡及して実績を求める対象とする期間とする。

例1：ある年の4月から6月までの間に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた保険医療機関における、当該年の11月時点での「直近1年間の実績」を求める対象とする期間

前年					当該年										
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
●	●	●	○	○	○	○	○	★	★	★	○	○	○	○	

○：通常の取扱いのとおり、実績を求める対象とする月

★：対象医療機関等に該当するため、実績を求める対象としない月

●：実績期間から控除した月(★)の代用として、実績を求める対象とする月

イ. 対象医療機関等に該当する期間については、当該期間の実績値の代わりに、実績を求める対象とする期間から対象医療機関等に該当する期間を除いた期間の平均値を用いる。

例2：ある年の8月から9月までの間に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた保険医療機関における、当該年の11月時点での「直近3か月の実績」を求める対象とする期間

前年					当該年										
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
												■	■	○	

○：通常の取扱いのとおり、実績を求める対象とする月

■：対象医療機関等に該当するため、○の平均値を代用する月

例3：ある年の5月から7月までの間に新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた保険医療機関における、当該年の11月時点での「直近1年間の実績」を求める対象とする期間

前年		当該年													
11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月				
○	○	○	○	○	○	■	■	■	○	○	○				

○：通常の取扱いのとおり、実績を求める対象とする月

■：対象医療機関等に該当するため、○の平均値を代用する月

8, 2040年への挑戦

■トリプル改定を経て、

・地域包括ケア病棟を持つ病院は、2040年までに地域共生社会を支える礎を築き、成熟期を迎えるであろう。

・高齡虚**“multimorbidity患者”**や認知症患者の未来を築き、障害を持つ高齡者や医療的ケア児、終末期医療・緩和ケアを必要とする方々を含む全世代の地域診療拠点となるであろう。

全世代型社会保障構築会議 報告書（概要）		令和4年12月16日 全世代型社会保障構築会議		
全世代型社会保障の基本的考え方				
<p>1. 目指すべき社会の将来方向</p> <p>①「少子化・人口減少」の流れを変える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・少子化・人口減少の進行は、経済活動における供給（生産）及び需要（消費）の縮小、社会保障機能の低下をもたらし、経済社会を「縮小スパイラル」に突入させる。国の存続そのものにかかわる問題 ・子どもを生み育てたいという個人の希望を叶えることは、個人の幸福追求の支援のみならず、少子化・人口減少の流れを大きく変え、経済と社会保障の持続可能性を高め、「成長と分配の好循環」を実現する上で社会全体にも大きな福音 → 最も緊急を要する取組は、「未来への投資」として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力に整備すること。子育て費用を社会全体で分かち合い、子どもを生み育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境の整備が急務 <p>②これからも続く「超高齢社会」に備える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・働き方に中立的な社会保障制度を構築し、女性や高齢者を含め、経済社会の支え手となる労働力を確保する ・社会保障を能力に応じて皆で支える仕組みを構築し、医療・介護・福祉等のニーズの変化に的確に対応する <p>③「地域の支え合い」を強める</p> <ul style="list-style-type: none"> ・独居者の増加、就職氷河期世代の高齢化、孤独・孤立の深刻化等を見据え、人々が地域社会の中で安心して生活できる社会の構築が必要 				
2. 全世代型社会保障の基本理念				
<p>①「将来世代」の安心を保障する</p> <p>「全世代」は、これから生まれる「将来世代」も含む。彼らの安心のためにも、負担を先送りせず、同時に、給付の不断の見直しが必要。</p>	<p>②能力に応じて、全世代が支え合う</p> <p>年齢に関わらず、全ての国民が、能力に応じて負担し、支え合うことで必要なステージに応じ、必要な保障の提供を目指す。</p>	<p>③個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする</p> <p>社会保障は、リスク等に社会全体で備え、個人の幸福増進を図るとともに、健康寿命の延伸等により社会全体も幸福にする。</p>	<p>④制度を支える人材やサービス提供体制を重視する</p> <p>人材確保・育成や働き方改革、処遇改善、生産性向上、業務効率化に加え、医療・介護ニーズ等を踏まえたサービス提供体制の構築が必要。</p>	<p>⑤社会保障のDXに積極的に取り組む</p> <p>社会保障給付事務の効率化、新サービスの創出等のため、社会保障全体におけるデジタル技術の積極的な活用を図ることが重要。</p>
3. 全世代型社会保障の構築に向けての取組				
<p>○時間軸の視点</p> <p>2040年頃までを視野に入れつつ、足元の短期的課題とともに、当面の2025年や2030年を目指した中長期的な課題について、「時間軸」を持って取組を進めていくことが重要。（「今後の改革の工程」を提示。）</p>				
<p>○地域軸の視点</p> <p>社会保障ニーズや活用可能資源の地域的差異を考慮し、地域に応じた解決の手法や仕組みを考案することが重要。</p>				

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師需給分科会」で議論。
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

連携

報告

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療提供体制等に関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

・へき地医療

厚生労働科学研究の研究班

・周産期医療、小児医療

有識者の意見交換

地域包括ケア病棟の役割

“夢”

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



訪問等

“multimorbidity”
患者のQOL向上

報

■第8次医療計画を見据えて、総合診療医や老年医学医、特定行為研修修了看護師等と地域包括ケア病棟を届け出る病院の組合せは、生活者としてのmultimorbidity患者・利用者のQOLだけでなく、医師等の働き方改革や病院経営にも好影響をもたらすと予想している。その際、医療・介護・福祉DXは必須である。