

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

2025年を見据えた
地域包括ケア病棟と届け出病院の質向上宣言

2024年度
地域包括ケア病棟の診療報酬・介護報酬・障害福祉
サービス等報酬改定に係る提言

謝 辞

厚生労働省 保険局医療課長
眞鍋 馨 殿

地域包括ケア病棟協会は、地域包括ケア病棟が2014年度診療報酬改定にて新設された事を受けて、同年5月に設立されました。2024年度は10年目を迎えます。

コロナの5類移行後の一般医療との両立や、光熱費・諸物価高騰による医療提供コストの大幅な増加、医療従事者の処遇改善等、多くの課題が突きつけられる現状においても、「ときどき入院ほぼ在宅」を掲げて、様々な研修会や講座、研究大会、調査等を通じて、また、急性期、慢性期、公的、民間を問わず、全国の医療機関や関係団体と協調して地域包括ケア病棟に努める専門職の質向上と、本病棟の普及啓発を目指しています。

今日までの活動にご協力頂いた事を感謝申し上げます。

2023年10月25日

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

会長 仲井培雄

2025年を見据えた 地域包括ケア病棟と届け出病院の質向上宣言

はじめに 地域包括ケア病棟は、地域包括ケアシステムを支えるために、ポストアキュート(自院、他院)、いわゆるサブアキュート(緊急、予定)、在宅復帰支援の3つの病棟機能をバランスよく発揮しつつ、地域ごと、病院ごとの特性に合わせた一定の多様性を求められています。また、13 対1の看護配置を施設基準とするため、病棟ごとに提供できる診療密度を超えた受け入れが難しい場合があります。組み合わせる病棟機能も、治療室、急性期一般病床から、回復期リハビリテーション病棟、療養病床まで様々なため、病院ごとに提供できる医療にも多様性があります。以上を踏まえて、以下を宣言します。

宣言1 地域包括ケア病棟の使われ方には、それまで本病棟を届け出る病院が担ってきた役割や機能、綴ってきた歴史、培ってきた組織風土等が反映されている様に思います。私達地域包括ケア病棟協会は、全国各地の地域包括ケアシステムや地域医療構想、人口ビジョンの多様性に鑑みて、本病棟を届け出る病院が、開設地域に存在する唯一無二の地域資源(予防・医療・介護・福祉・子育てを含む、自助・互助・共助・公助)と連携・協働し、主として生活支援や意思決定支援が必要な高齢・虚弱 multimorbidity 患者をみる地域診療拠点となることを支え、以て地域共生社会の創造に挑戦します。

宣言2 特に、高齢者救急搬送については、地域包括ケア病棟でも積極的に受け入れるだけでなく、地域のかかりつけ医やケアマネージャー等の相談員と協働し、又は自院が協力病院となっている在宅や施設事業所と連携し、高齢・虚弱 multimorbidity 患者をできる限り発症初期に受け入れて、入院期間の短縮や本人・家族の QOL 向上等を実現します。

宣言3 重要な高次救急医療機関との連携は、生活支援を要する高齢救急患者に対して、高次救急医療機関が初期対応を行った後に速やかに後方医療機関に紹介・搬送する下り搬送と、自院では対応困難な救急患者に対して必要な救命処置を行った後に速やかに高次救急医療機関に紹介・搬送する上り搬送があります。地域包括ケア病棟を届け出る病院は、どちらの搬送においても、高次救急医療機関との連携と情報共有を充実させて、日常生活との橋渡し役を担います。

宣言4 医療従事者の働き方改革や人手不足を踏まえて、高齢・虚弱の multimorbidity 患者を効率よくみるために、総合診療や老年医学の mind を持つ医師や、看護師特定行為研修修了看護師を育成し、多職種協働のチーム医療を醸成します。特にリハビリテーションは、疾患別・がん患者リハビリテーションだけでなく、当協会独自の補完代替リハビリテーションのエビデンスを探求しつつ、普及啓発を実践します。

2024年度

地域包括ケア病棟の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定に係る提言

はじめに「2025年を見据えた地域包括ケア病棟と届け出病院の質向上宣言」を実現するために、2024年度の診療・介護・障害福祉サービス等報酬のトリプル改定を見据えて、入院・外来医療等の調査・評価分科会が取りまとめた資料を元に、以下を提言します。

提言1 地域包括ケア病棟において、救急搬送された高齢者等の直接の受け入れを推進するために、在宅患者支援病床初期加算に短期間上乗せする新たな加算を新設してはどうか。

提言2 地域包括ケア病棟において、高次救急医療機関に救急搬送された生活支援を要する高齢者等の下り搬送の受け入れを推進するために、急性期患者支援病床初期加算に短期間上乗せする新たな加算を新設してはどうか。

提言3 地域包括ケア病棟でも使用する一般病床用の重症度、医療・看護必要度のうち、B項目使用の是非が議論されていますが、高齢・虚弱の multimorbidity 患者の診療に ADL 評価は必須です。そこで、地域包括ケア病棟のデータ提出として入棟時と退棟時に測定が求められている ADL スコア(内容は BI と同等)や、回復期リハビリテーション病棟で活用されている FIM を積極的に活用してはどうか。

提言4 短期滞在手術等基本料3の受け入れが過剰になり、地域包括ケア病棟の機能のバランスが崩れている病棟について、一定程度の受け入れを超えた場合、同基本料3の届け出を認めないこととすればどうか。

提言5 高齢・虚弱の multimorbidity 患者の中でも、誤嚥性肺炎の患者について、摂食嚥下機能の改善や平均在院日数の短縮、死亡率の低下等が見込まれるリハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を、入院早期からチーム医療等で介入した場合に評価してはどうか。

提言6 介護・障害事業所や在宅医療との連携強化に関して、疾病が重度化する前の状態変化を捉えるために、医療介入を検知する早期警戒スコア(Early Warning Score:EWS)を導入した事業所(ICT導入補助金等の利用も想定)に対して、アラートが発生した場合の受診を含む対処方法を支援した病院に対する評価を新設してはどうか。

おわりに

地域包括ケアの時代を迎えて、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が、これからの地域包括ケア病棟を有する病院の本分です。

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、院内・地域内の多職種と地域住民、自治体を巻き込んで「ときどき入院ほぼ在宅」を実践し、「ときどき施設ほぼ在宅」を支援する病院が、安心して持続可能性を追求できるように一緒に地域包括ケア病棟を育てて頂ければ幸甚です。

以上

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2025年を見据えた地域包括ケア病棟と届け出病院の質向上宣言」

「2024年度地域包括ケア病棟の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定に係る提言」

参考資料

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2025年を見据えた地域包括ケア病棟と届け出病院の質向上宣言」

はじめに

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

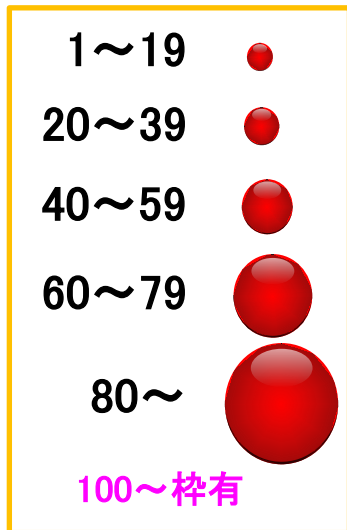
入院料(管理料)1	(2,809点・生活療養2,794点)	・・・1,436病院(54.4%)
入院料(管理料)2	(2,620点・生活療養2,605点)	・・・1,127病院(42.7%)
入院料(管理料)3	(2,285点・生活療養2,270点)	・・・25病院(0.9%)
入院料(管理料)4	(2,076点・生活療養2,060点)	・・・50病院(1.9%)

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)



TOP10ランキング

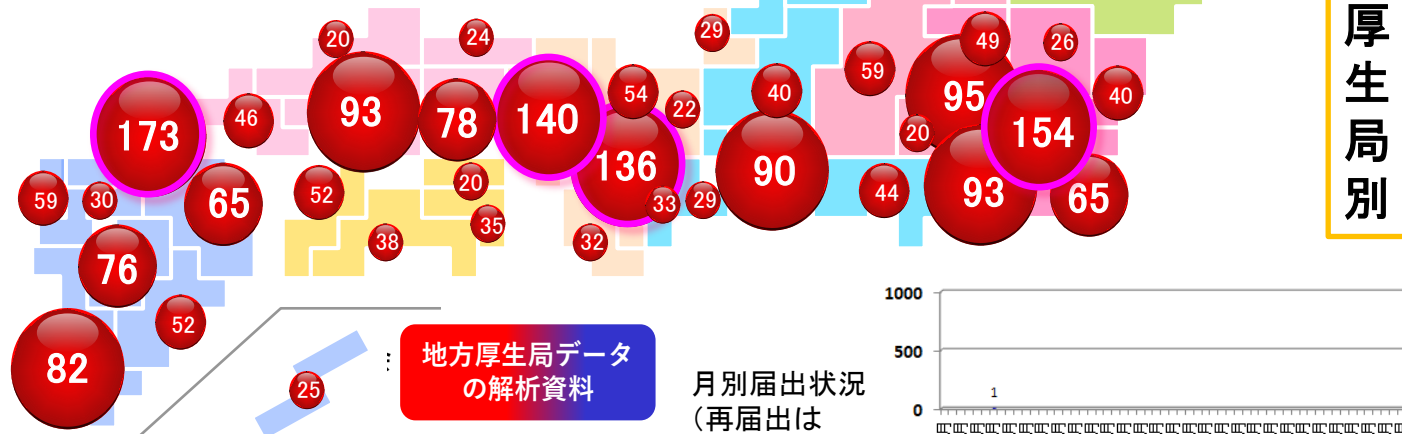
1	福岡県	173
2	東京都	154
3	兵庫県	140
4	大阪府	136
5	北海道	129
6	埼玉県	95
7	神奈川県	93
8	広島県	93
9	愛知県	90
10	鹿児島県	82

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	

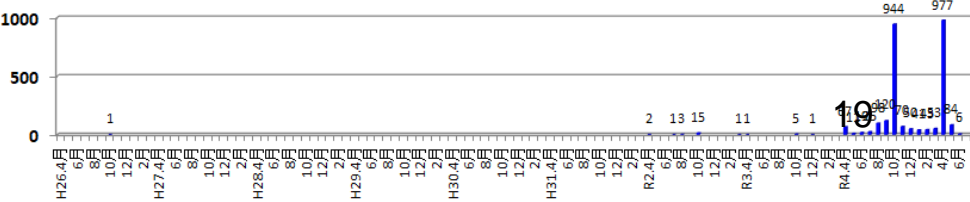


地方厚生局別

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

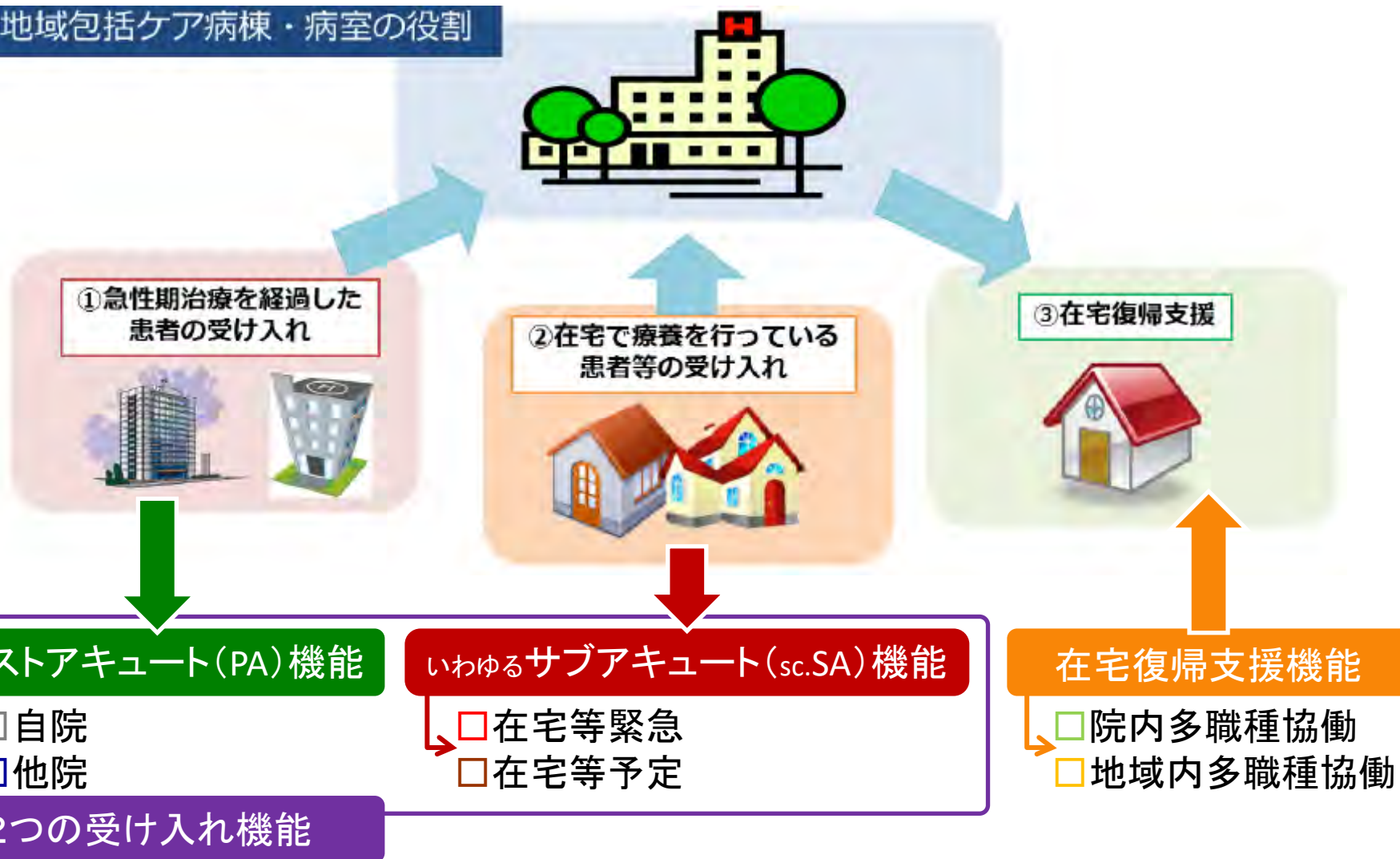


月別届出状況
(再届出は
最新日で更新)



地域包括ケア病棟の役割と3つの病棟機能 (2023.03.20改定)

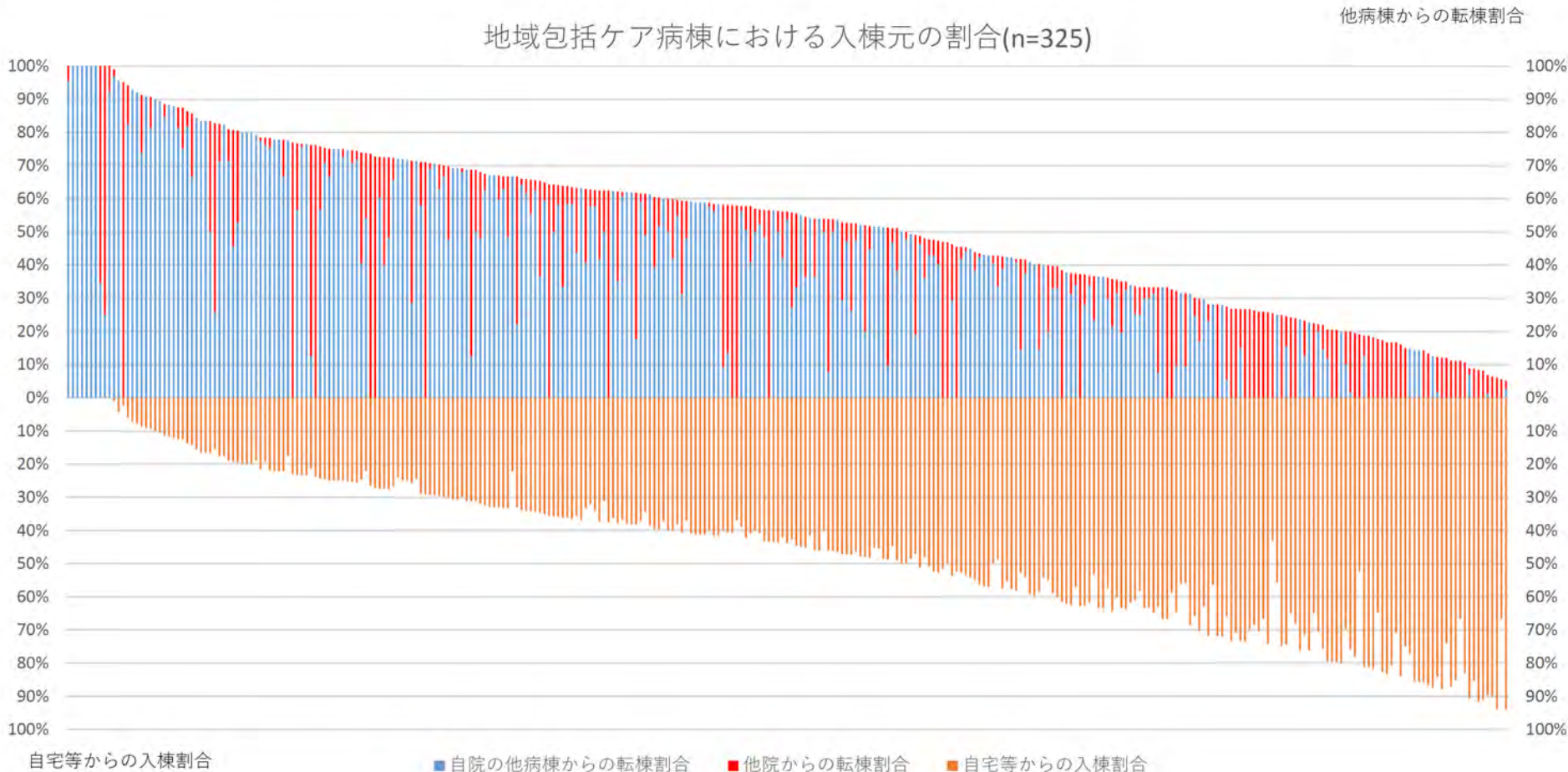
地域包括ケア病棟・病室の役割



3つの病棟機能 地域包括ケア病棟協会提唱

地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

○ 地域包括ケア病棟に入院する患者の入棟元割合について、自宅等からの入棟割合はばらつきが見られる。



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票)

本文P7-8

(3)その他

■急性期医療における機能分化の在り方については、**地域包括ケア病棟など13 対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合がある**ことを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、**地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。**

地ケア

入院料		地域包括ケア 病棟入院料・管理料 1	地域包括ケア 病棟入院料・管理料 2	地域包括ケア 病棟入院料・管理料 3~4
回答病棟数		214	159	9
平均病床数		39.15	38.51	29.22
40床あたり平均職員数	看護師	19.00	17.89	13.76
	准看護師	1.96	1.55	2.23
	看護師及び准看護師	20.96	19.44	15.99
	看護補助者	6.94	5.79	6.25
	看護補助者のうち、介護福祉士	1.62	1.68	0.44
	薬剤師	0.58	0.58	0.47
	管理栄養士	0.34	0.28	0.25
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	3.04	2.58	4.10
	相談員	0.80	0.64	0.77
	医師事務作業補助者	0.22	0.24	0.07
その他の職員	0.80	0.35	0.16	

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）

地ヶア参考

入院料		急性期 一般入院料 1	急性期 一般入院料 2~3	急性期 一般入院料 4~6	地域一般 入院料 1~2	地域一般 入院料3	専門病院 入院基本料 (7対1)	特定機能病院 入院基本料 (一般7対1)	小児入院 医療管理料
回答病棟数		1876	73	152	40	45	25	456	90
平均病床数		43.61	46.19	45.91	43.08	44.84	44.92	43.33	32.47
40床あたり平均職員数	看護師	31.53	28.86	24.54	17.99	16.56	26.59	33.04	23.52
	准看護師	0.29	0.34	1.52	4.42	4.08	0.04	0.01	0.01
	看護師及び准看護師	31.82	29.20	26.06	22.41	20.64	26.63	33.05	23.54
	看護補助者	4.26	4.31	5.29	6.38	6.87	2.49	3.26	1.61
	看護補助者のうち、介護福祉士	0.38	0.50	0.75	0.72	1.45	0.00	0.02	0.04
	薬剤師	1.31	0.83	1.02	0.58	0.71	0.49	1.05	0.71
	管理栄養士	0.27	0.18	0.54	0.43	0.60	0.12	0.26	0.16
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	0.95	2.19	1.05	3.82	2.82	0.00	2.05	0.62
	相談員	0.32	0.42	0.28	0.61	0.52	0.00	0.15	0.11
	医師事務作業補助者	0.23	0.29	0.33	0.37	0.20	0.49	0.32	0.17
保育士	0.02	0.03	0.03	0.03	0.00	0.00	0.01	0.73	
その他の職員	0.35	0.28	0.85	0.33	1.21	0.00	0.17	0.15	

地域包括ケア病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

- 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。
- 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。

地ケア

入院料別の届出病床の状況（令和4年11月1日時点で1床でも届け出ていれば、有として集計）

入院料	地域包括ケア病棟 入院料・管理料 1	地域包括ケア病棟 入院料・管理料 2	地域包括ケア病棟 入院料・管理料 3~4
回答施設数	285	200	8
届出率			
急性期一般入院料	72.6%	87.5%	50.0%
地域一般入院料	0.4%	1.0%	0.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料	40.0%	35.0%	50.0%
療養病棟入院料	29.5%	21.0%	50.0%
障害者施設等入院基本料	3.5%	3.5%	0.0%
緩和ケア病棟入院料	1.8%	5.0%	0.0%

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）

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2025年を見据えた地域包括ケア病棟と届け出病院の質向上宣言」

宣言1

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」



一般社団法人
地域包括ケア病棟協会
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care



■急性期や慢性期、公的や民間の医療機関「急慢公民」を問わず、様々な病床や経営母体から当協会に入会されたパートナーの皆様とともに、本病棟の医療の質と経営の質を高めていきたいとの思いが込められています。

■これからの地域包括ケア病棟は、地域包括ケアシステムをベースとした地域共生社会の実現や、地域医療構想と医師・医療従事者の働き方改革、医師偏在対策等を通じた地域医療提供体制改革等、さまざまな制度の整合性を図る要として、地域の社会保障に貢献していくことでしょう。



13:00～14:50 パネルディスカッション

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～

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）

「急性期ケアミックス・重点医療機関の立場から」

パネリスト：石川 賀代（社会医療法人石川記念会HITO病院理事長）

「コロナ禍で得た富家病院のマルチモビディティ対応」

パネリスト：富家 隆樹（医療法人社団富家会富家病院理事長）

「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」

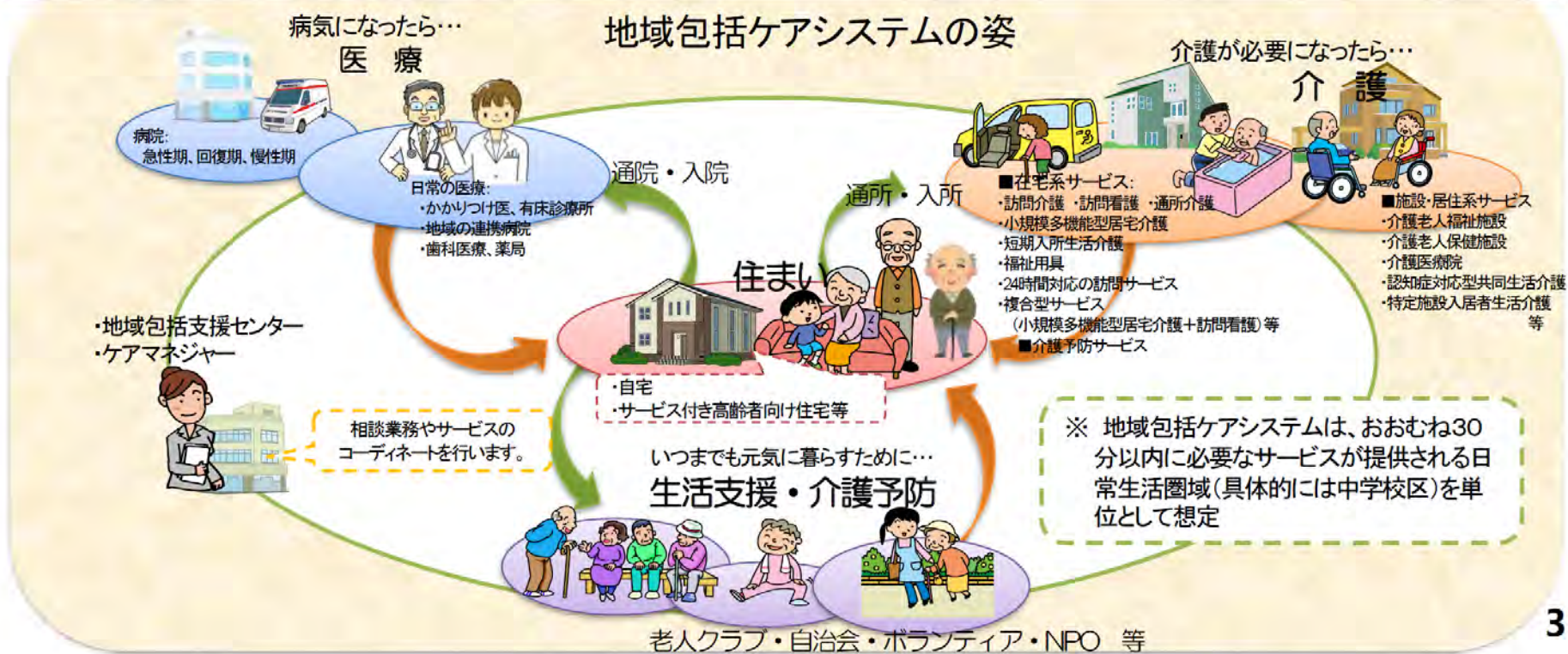
パネリスト：井川誠一郎（平成医療福祉グループ診療本部長）

「地域包括ケア病棟が地域に果たせる役割と挑戦」

パネリスト：水野 慎大（医療法人社団焔おうちにかえろう病院院長）

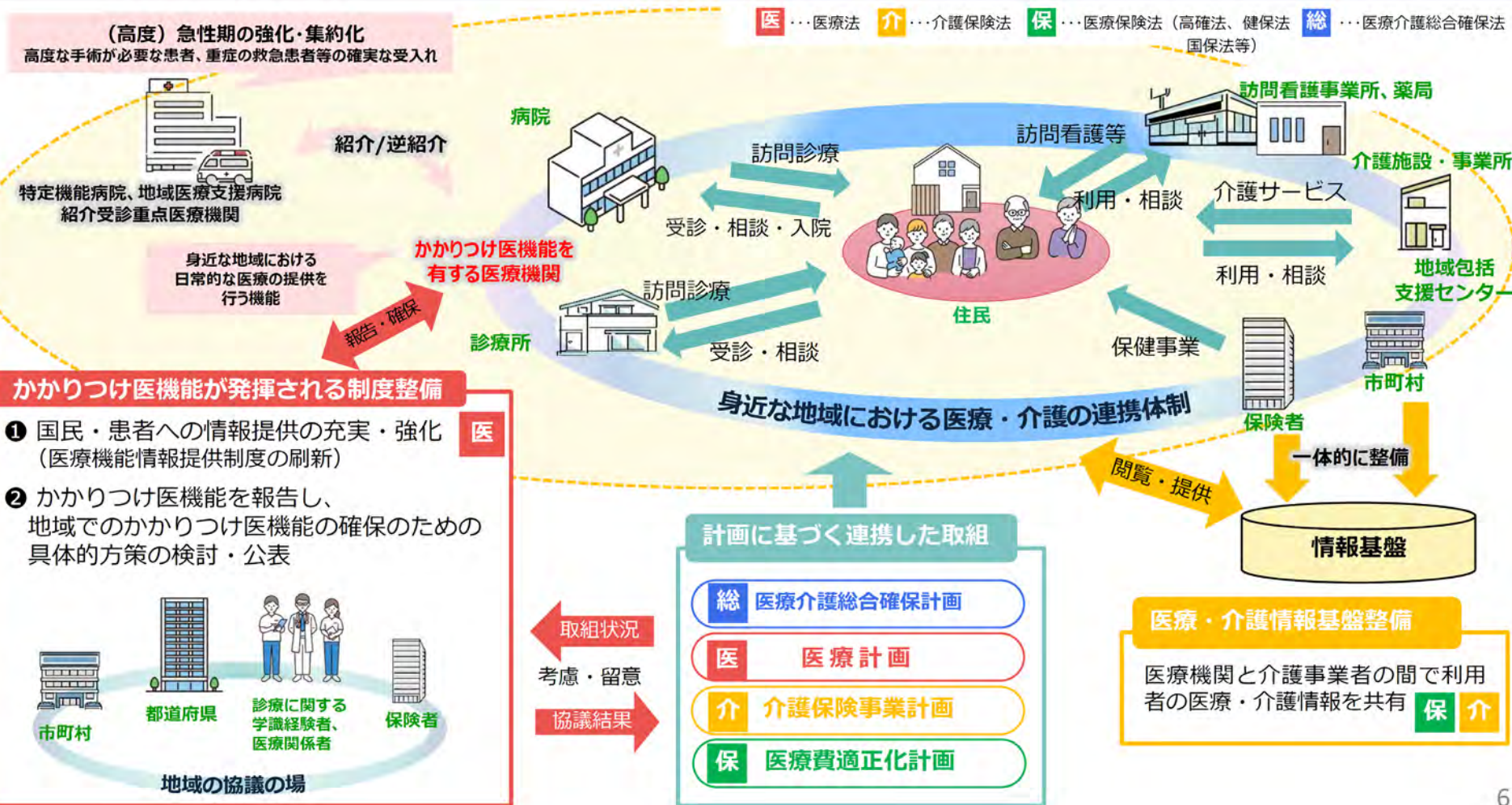
地域包括ケアシステムの構築について

- 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。**



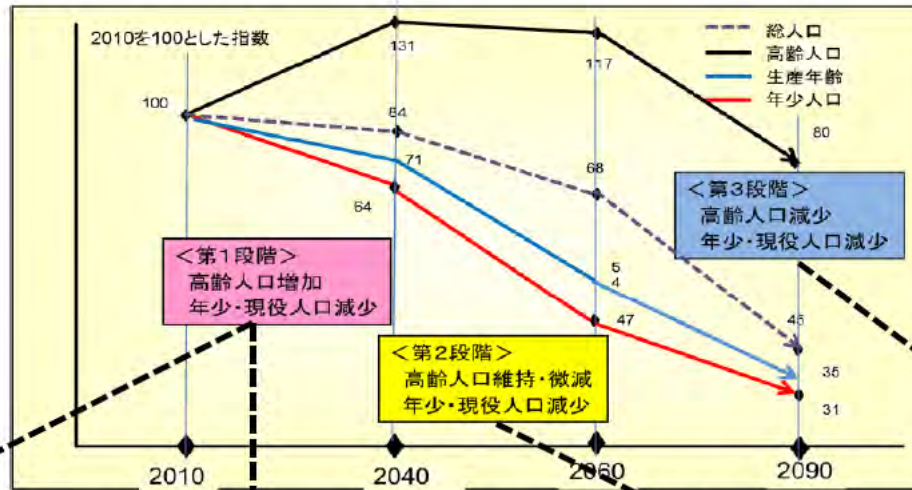
地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。

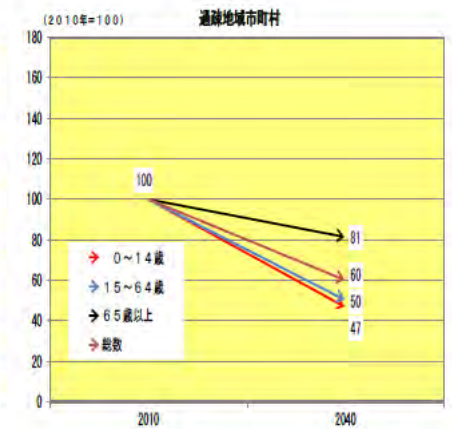
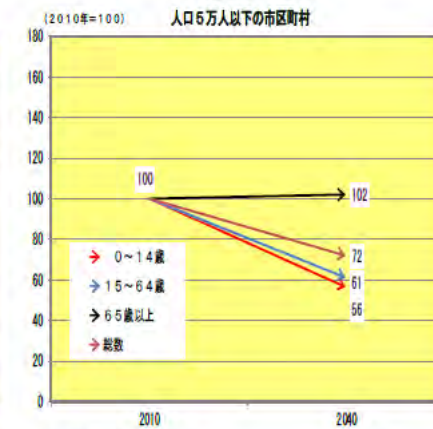
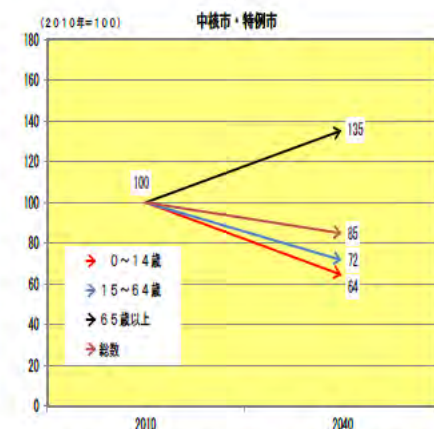
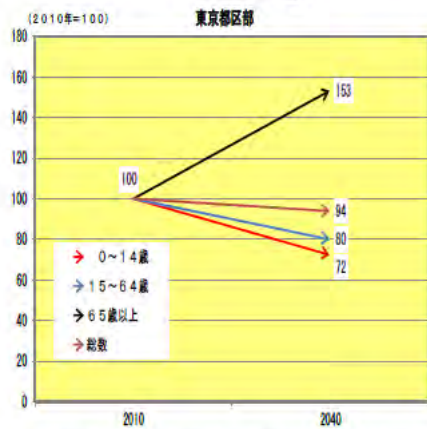


3. 地域によって異なる将来人口動向

○ 地域によって人口の「減少段階」は大きく異なる。東京圏や大都市などは「第1段階」にあるのに対して、地方はすでに「第2・3段階」になっている。



(備考) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」より作成。

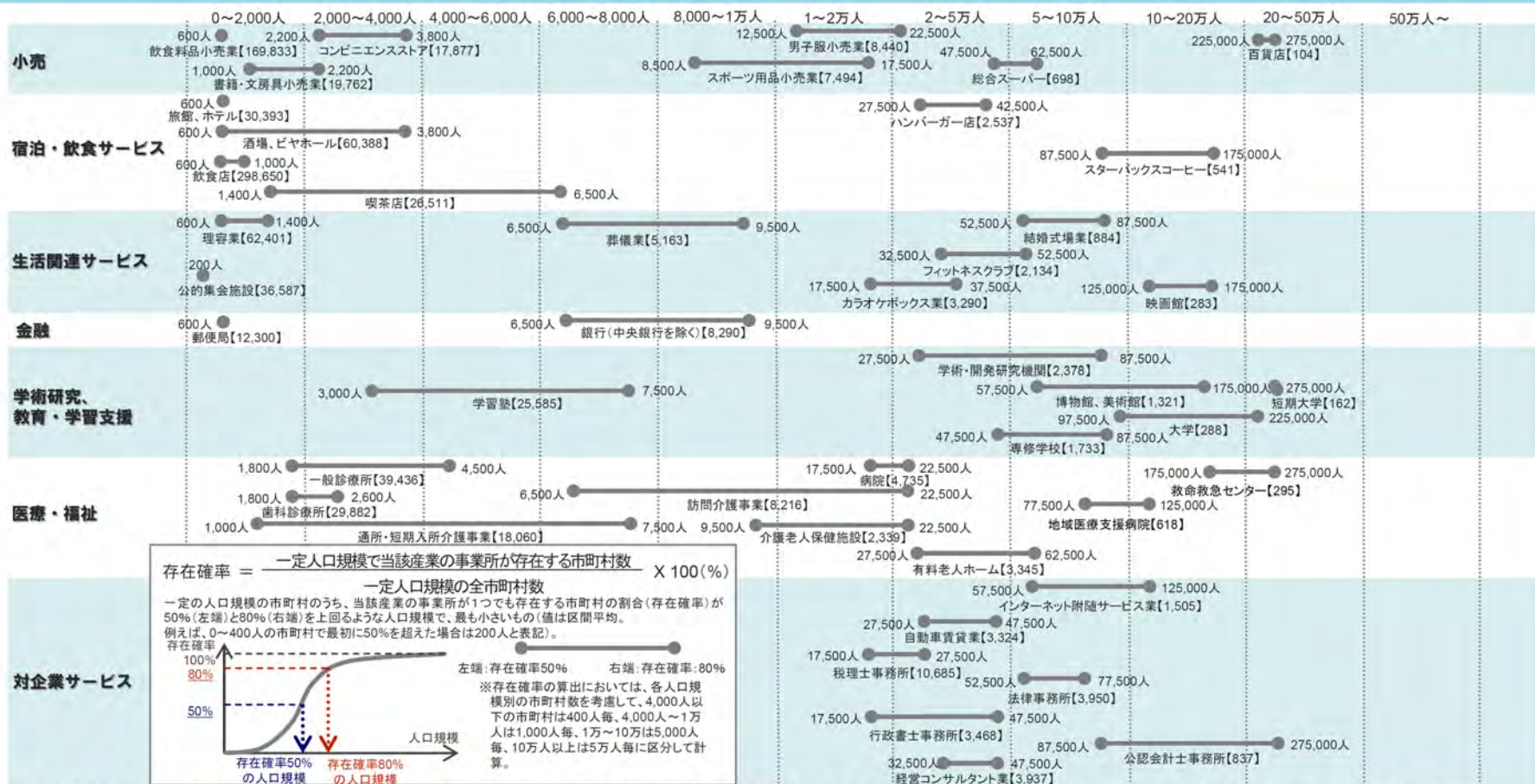


(備考) 1. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」より作成。

2. 上記地域別将来推計人口の推計対象となっている市区町村について、カテゴリー(人口5万人以下の市区町村は2010年の人口規模、中核市・特例市は平成26年4月1日現在、過疎地域市町村は平成26年4月5日現在でみたもの)ごとに総計を求め、2010年の人口を100とし、2040年の人口を指数化したもの。

地域住民の生活を支える機能の減少

- 人口減少による需要縮小等により、**住民の生活を支える機能を果たす役割を担っている事業所も大半の都道府県で減少。**
- 多くの市町村が、人口減少に伴い現状では立地確率が低くなっている人口規模に移行していきことが想定され、そういった地域では産業の撤退等により、**これまで通りの生活サービスの維持が困難になっていくことが懸念される。**



(参考) 2015年と2050年における人口規模別の市町村数(三大都市圏※を除く) ※三大都市圏: 埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、愛知県、三重県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県

市区町村数	上:2015年	75	108	107	83	71	224	303	156	75	40	13
	下:2050年	208	173	101	84	69	194	238	101	47	30	10

(注1) 2050年の市町村別人口は、国土交通省国土政策局推計値
 (注2) 人口規模別の市町村数は、平成27(2015)年10月1日現在の三大都市圏を除く1,255市町村を基準に分類
 (出典) 総務省「平成26年経済センサス-基礎調査」、経済産業省「平成26年商業統計」、「全国学校総覧2016」、「国土数値情報」、「スターバックスホームページ」もとに数値を算出のうえ、国土交通省国土政策局作成

(出典) 令和3年3月8日国土交通省国土の長期展望専門委員会(第13回) 資料2-2「地域生活圏に係るデータ等」より抜粋。経済産業省一部加工。 41

地域生活はこうやって支える：地域包括ケアシステムの植木鉢

関係者が「まとまる」取組

葉っぱ：多職種連携



資格や専門的な知識をもった専門職

医師、看護師、リハビリテーション職、介護職、ケアマネジャー、保健師、ケースワーカー。介護保険は引き続き生活支援サービスも提供するが、より「専門職にしかできない業務」に集中。バラバラに経営されている事業者が連携してチームに。

日常生活／地域生活

地域の様々な主体や関係者を表している。住民グループは趣味の会、ボランティアグループ、民生委員、町内会、ご近所づきあい、民間企業、商店街、コンビニ、郵便局など。多様な資源を組み合わせることで多様な選択肢を提示することで、住民は、心身能力が低下しても従前の生活を維持しやすくなる。

土：地域づくり

関係者が「まじわる」取組

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

地域包括ケア病棟を届け出る病院の立ち位置

After 2022

■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

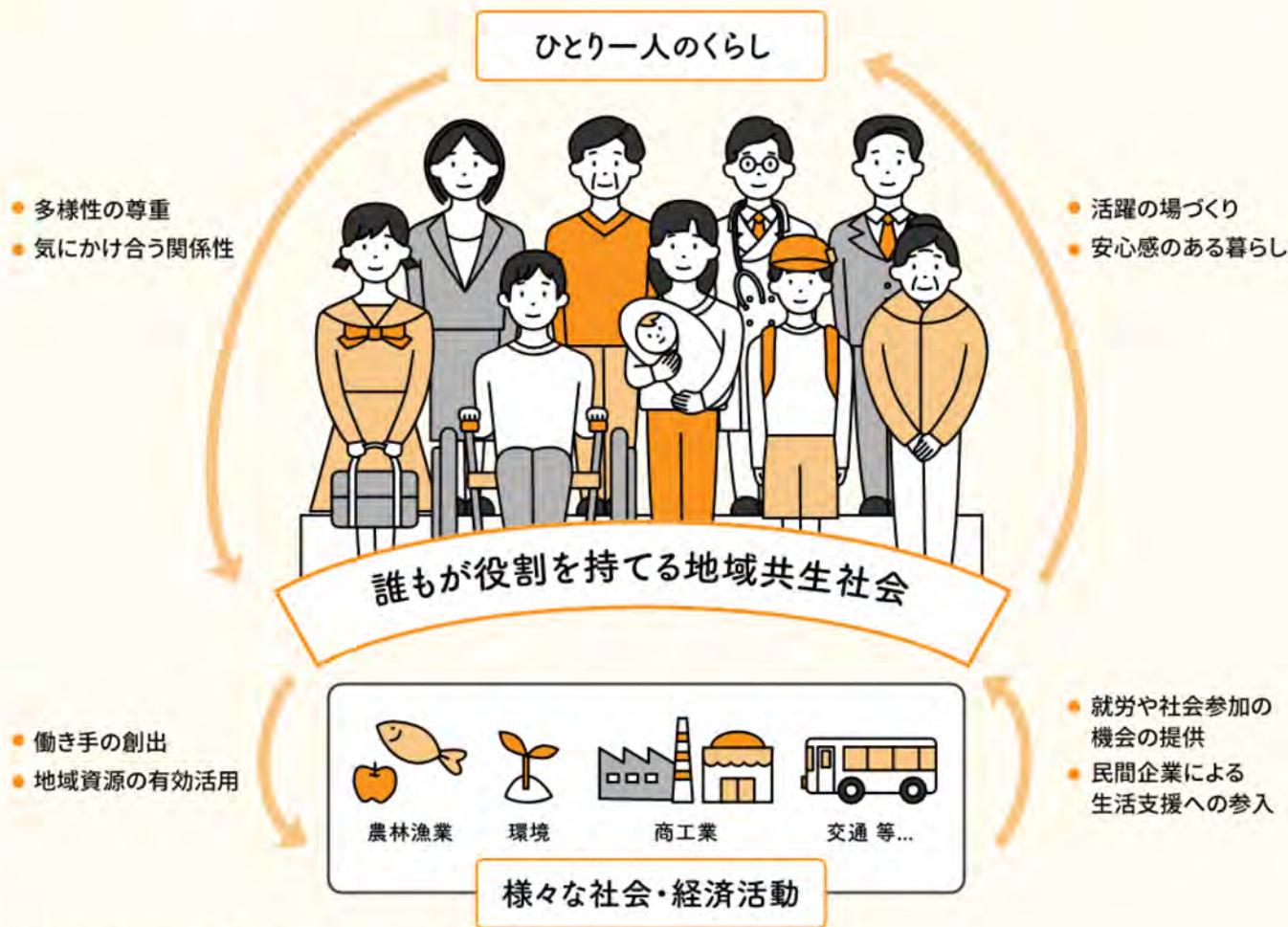
- ・これからの5疾病6事業・在宅医療等
- ・各診療科の専門的医療等

急性期でも回復期でもない！地域包括ケア病棟です。



地域共生社会

制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、
地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が
世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を指しています。



出典:厚生労働省「地域共生社会のポータルサイト」 URL: <https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/>

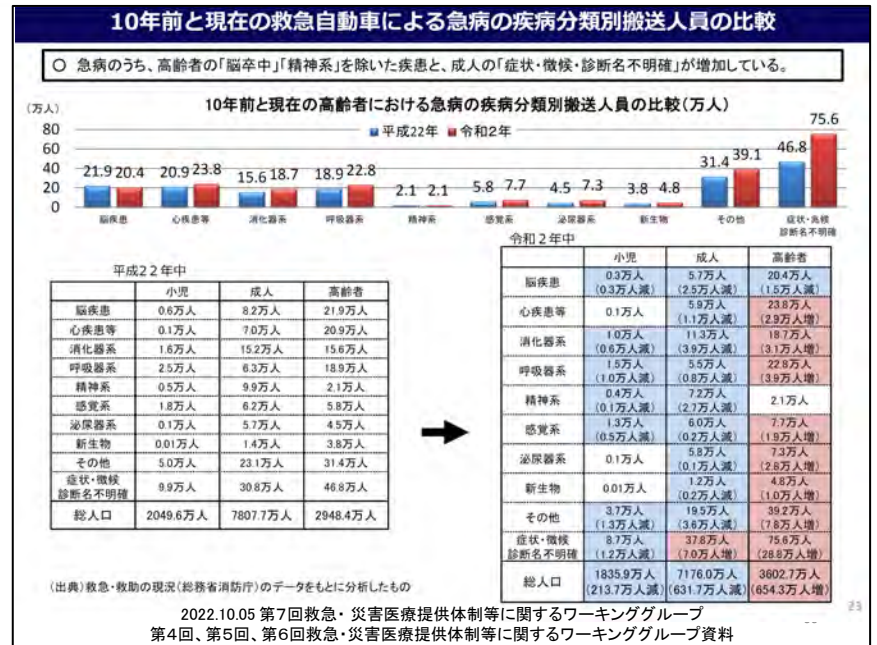
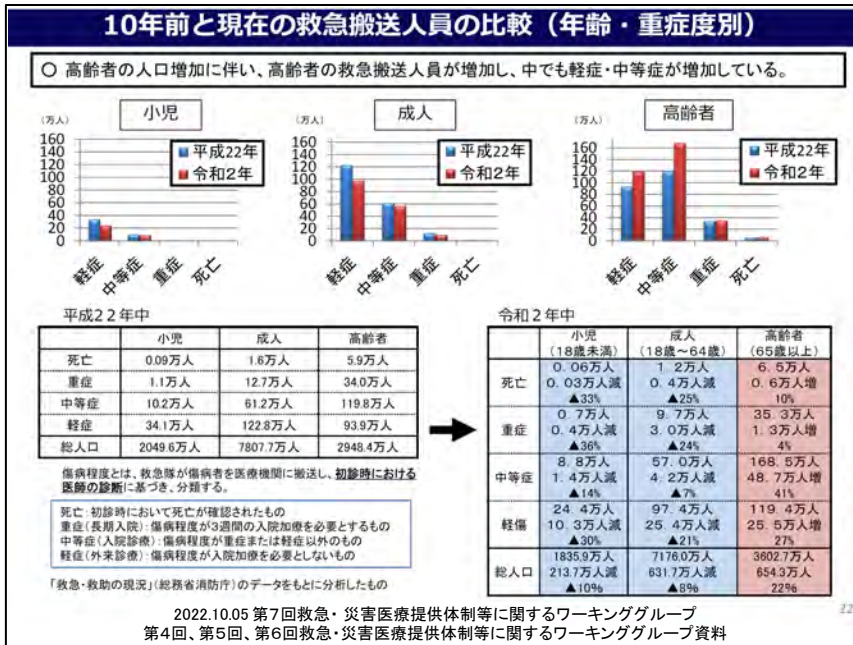
一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2025年を見据えた地域包括ケア病棟と届け出病院の質向上宣言」

宣言2

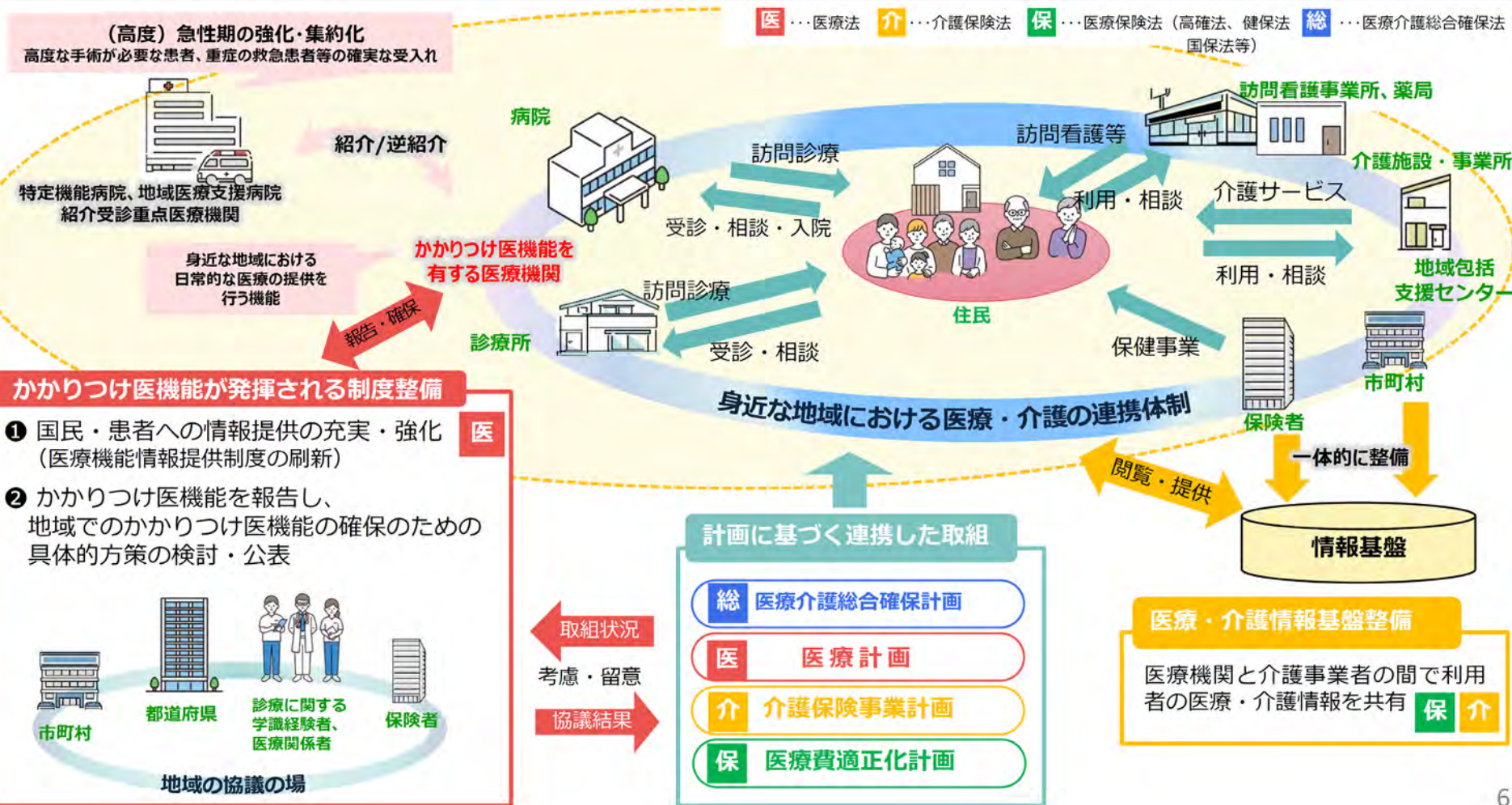
病院前救護活動の現状（まとめ）

- 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。



地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



■介護保険施設との連携は重要であるが、在宅療養後方支援病院であることが多い地域包括ケア病棟入院料2等の届出を行っている医療機関では、電話相談は可能だが緊急時の往診の対応が難しいことも踏まえた推進策が必要との指摘があった。また、**介護保険施設と連携を行う医療機関は在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟に限らず、療養等を含めた全ての医療機関を合わせて検討していくべきとの指摘があった。**

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2025年を見据えた地域包括ケア病棟と届け出病院の質向上宣言」

宣言3

入院を要する救急医療を担う医療機関(第二次救急医療)の機能【入院救急医療】

目標

- 24 時間 365 日、救急搬送の受け入れに応じること
- 傷病者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

医療機関に求められる主な事項

- 地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行う。
- 医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。
- 自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。
- 救急救命士等への教育も一部担う。

詳細な項目

- ・ 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること。
- ・ 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること。
- ・ 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること。
- ・ 初期救急医療や精神科救急医療体制等と連携していること。
- ・ 当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること。
- ・ 救命医療情報センターを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること。
- ・ 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること。
- ・ 医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと。
- ・ 数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること。
- ・ 救急病院等を定める省令によって定められる救急病院であること。

(出典) 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(令和2年4月13日付医政指発0331第3号)

9

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。

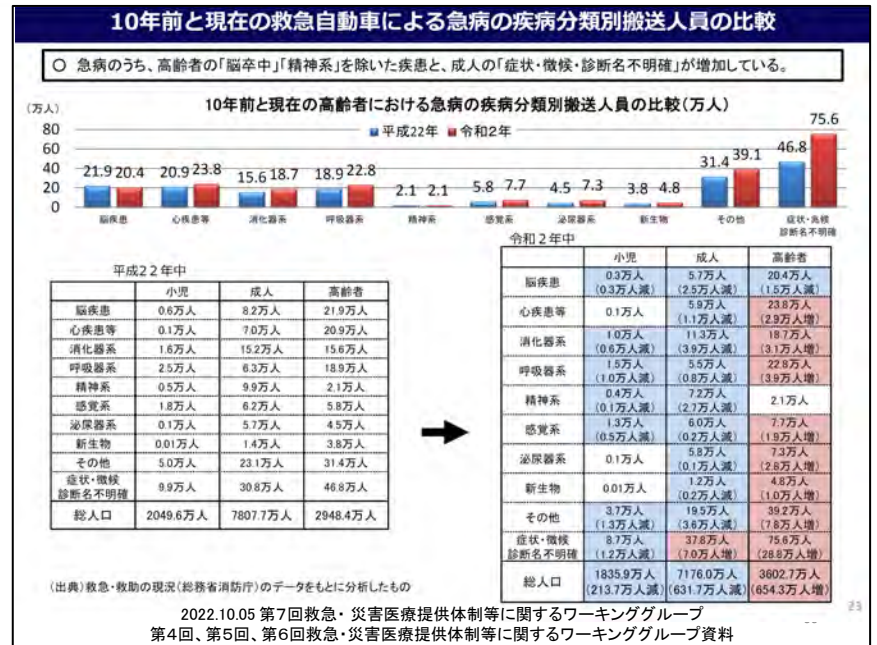
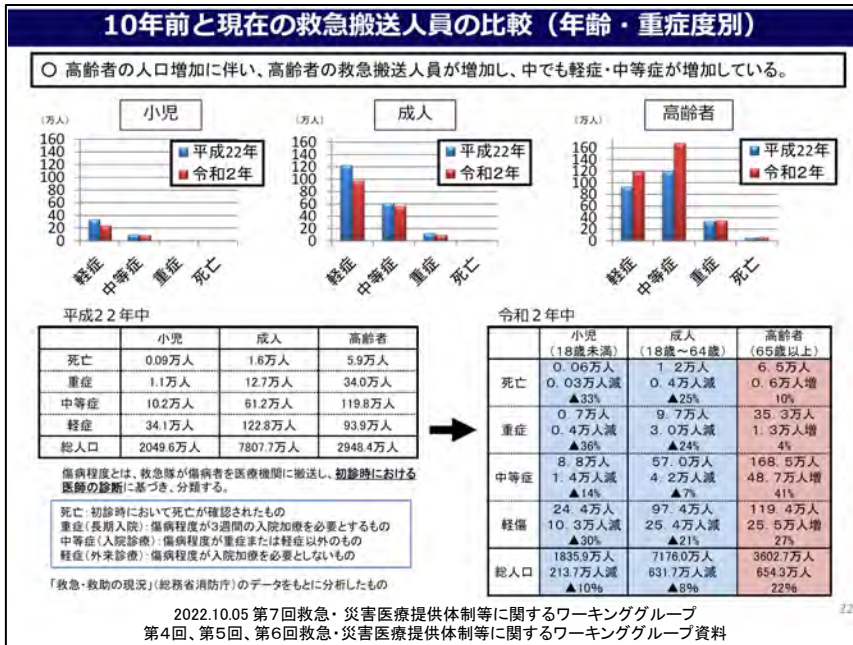
【下り搬送の促進】

○ 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⁴⁴

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。



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

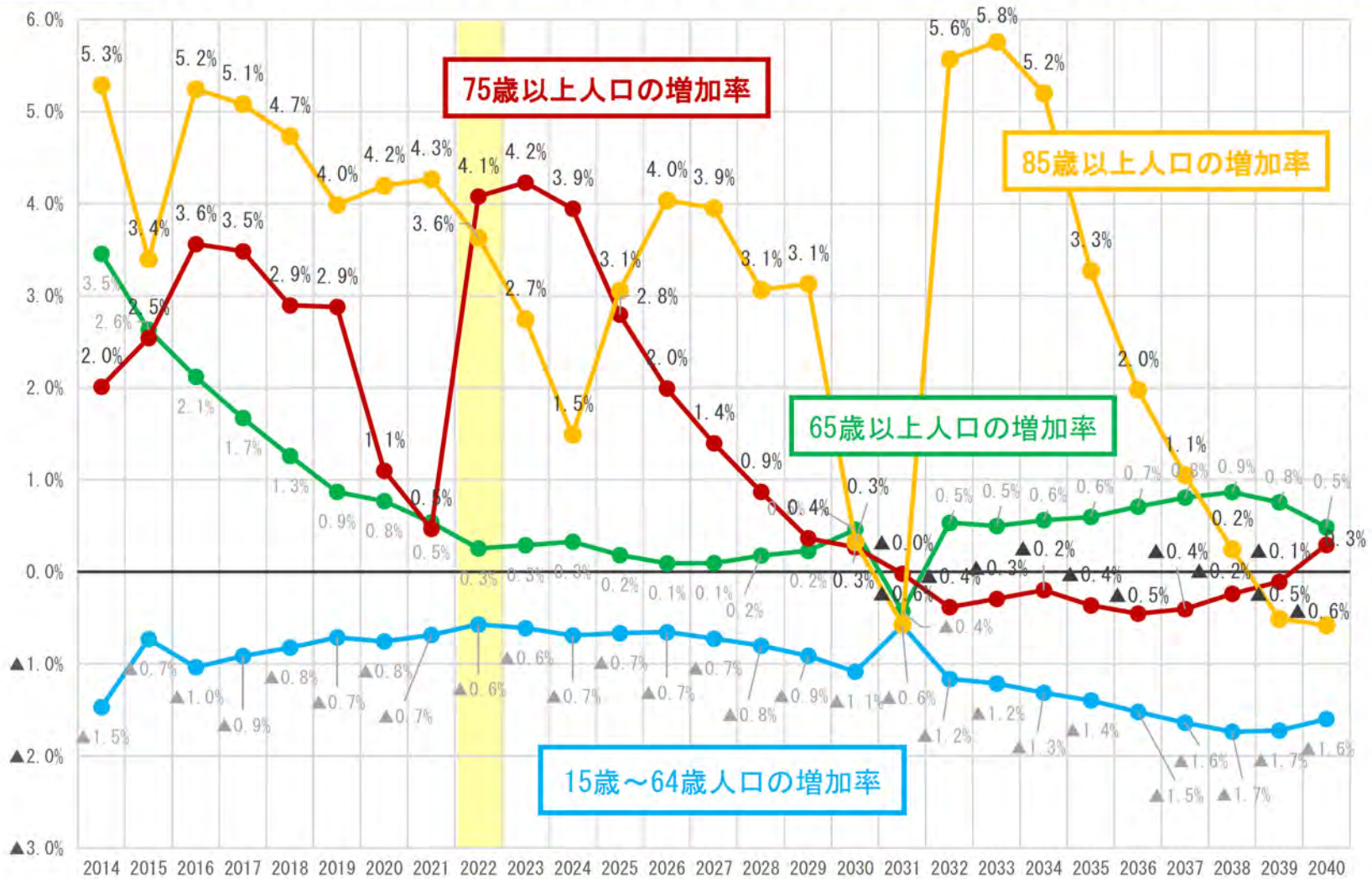
- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2025年を見据えた地域包括ケア病棟と届け出病院の質向上宣言」

宣言4

○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)」



■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。

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
 - ① OT-POCリハビリテーション治療: 個別のADL訓練
 - ② PT-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

地域包括ケア病棟におけるPoint of Careリハビリテーションの実施状況 ならびに導入病院と非導入病院間における患者転帰の検討

- 1) 医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 (石川県能美市)
- 2) 京都大学大学院医学研究科薬剤疫学分野 (京都府京都市左京区)
- 3) 京都府立医科大学大学院医学研究科循環器内科学 (京都府京都市上京区)
- 4) 地域包括ケア病棟協会 (東京都千代田区)
- 5) メディカル・データ・ビジョン株式会社 (東京都千代田区)
- 6) 京都大学大学院医学研究科デジタルヘルス講座 (京都府京都市左京区)

医師 関知嗣^{1) 2) 3)}、仲井培雄^{1) 4)}、上田佳史¹⁾、川上浩司^{2) 4)}
事務職 西田径^{1) 4)} 会社員 中村正樹⁵⁾ 統計家 田中佐智子^{2) 6)}

注)2020年度改定前の研究のため、DPCから地域包括
ケア病棟に転棟しても地域包括ケア病棟入院料を算定。

【和文抄録】

本研究ではDPC対象病院の地域包括ケア病棟におけるPoint of Careリハビリテーション (POCR) 導入の有無ならびに退院時Barthel index (BI) 効率 (退院時BI-入院時BI/入院期間)、30日以内の予定外再入院等について、多変量一般線形モデルおよびロジスティック回帰モデルを用いて解析した。2014年4月から2018年3月の間に24病院に入院した患者20,178人のうち、10,056人 (49.8%) がPOCR病院入院群に分類された。POCR病院入院群は非POCR病院入院群と比べてBI効率は良好であった (調整後 β : 0.23, 95%信頼区間 : 0.08 to 0.40, $P=0.004$) が、再入院に関しては有意なリスクの低下を認めなかった (調整オッズ比 : 0.88, 95%信頼区間 : 0.76 to 1.02, $p=0.08$) 。

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2024年度地域包括ケア病棟の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定に係る提言」

はじめに

入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果
(とりまとめ)

令和5年10月27日

入院・外来医療等の調査・評価分科会

分科会長 尾形裕也

I. 概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院・外来医療等の調査・評価分科会」（以下「分科会」という。）は、令和4年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見等に関する事項等について、技術的な課題に関して専門的な調査及び検討を行うこととされている。入院・外来医療等に関連する事項について、令和4年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、令和6年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「令和4年度入院・外来医療等における実態調査」及び「令和5年度入院・外来医療等における実態調査」を実施し、調査結果の分析及び技術的課題に関する検討を行った。

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| 1. 一般病棟入院基本料について | 別添資料①P12 ~ P95 |
| 2. 特定集中治療室管理料等について | 別添資料①P96 ~ P132 |
| 3. DPC/PDPS について | 別添資料②P2 ~ P113 |
| 4. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について | 別添資料③P2 ~ P50 |
| 5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について | 別添資料③P51 ~ P103 |
| 6. 療養病棟入院基本料について | 別添資料③P104 ~ P155 |
| 7. 障害者施設等入院基本料等について | 別添資料③P156 ~ P178 |
| 8. 外来医療について | 別添資料④P2 ~ P82 |
| 9. 外来腫瘍化学療法について | 別添資料④P83 ~ P113 |
| 10. 情報通信機器を用いた診療について | 別添資料④P114 ~ P150 |
| 11. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進について | 別添資料④P151 ~ P200 |
| 12. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について | 別添資料⑤P2 ~ P21 |
| 13. 横断的個別事項について | 別添資料⑤P22 ~ P186 |

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2024年度地域包括ケア病棟の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定に係る提言」

提言1

2022年度 地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し



・自院一般病床からのPAは減算
(400床以上は更に減算)
・他院PAは維持から加算

	～2021年度	2022年度～
PA ポストアキュート	急性期患者支援病床初期加算	急性期患者支援病床初期加算
	150点 × 14日間	許可病床数400床以上の医療機関 自院(含 関連病院)一般病棟からのPA: 50点(▲100) × 14日間 他院(除 関連病院)一般病棟からのPA: 150点(±0) × 14日間
sc.SA いわゆるサブアキュート	在宅患者支援病床初期加算	在宅患者支援病床初期加算
	300点 × 14日間	許可病床数400床未満の医療機関 自院(含 関連病院)一般病棟からのPA: 125点(▲25) × 14日間 他院(除 関連病院)一般病棟からのPA: 250点(+100) × 14日間 介護老人保健施設からのSA(併設施設の取り扱い是要確認): 500点(+200) × 14日間 自宅、介護医療院、介護老人福祉施設、その他施設等からのSA: 400点(+100) × 14日間

・いわゆるSAは加算！

引用改変: ・2021.11.10 中央社会保険医療協議会 入院(その7)
 ・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

本文P7-8

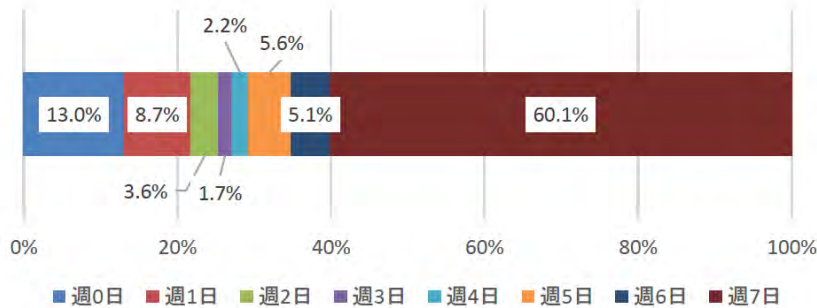
(3)その他

■急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、**どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきか**について検討した上で、**地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要**ではないかとの指摘があった。

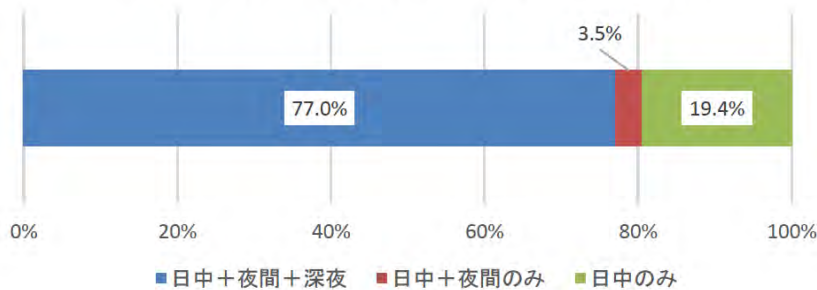
地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 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。

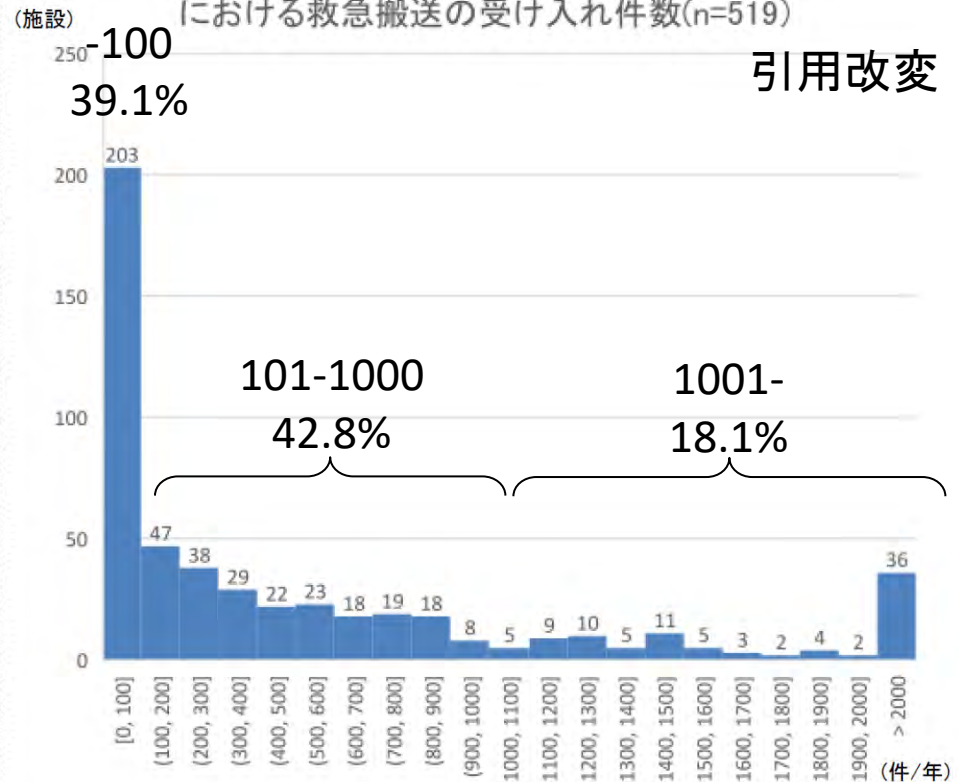
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



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

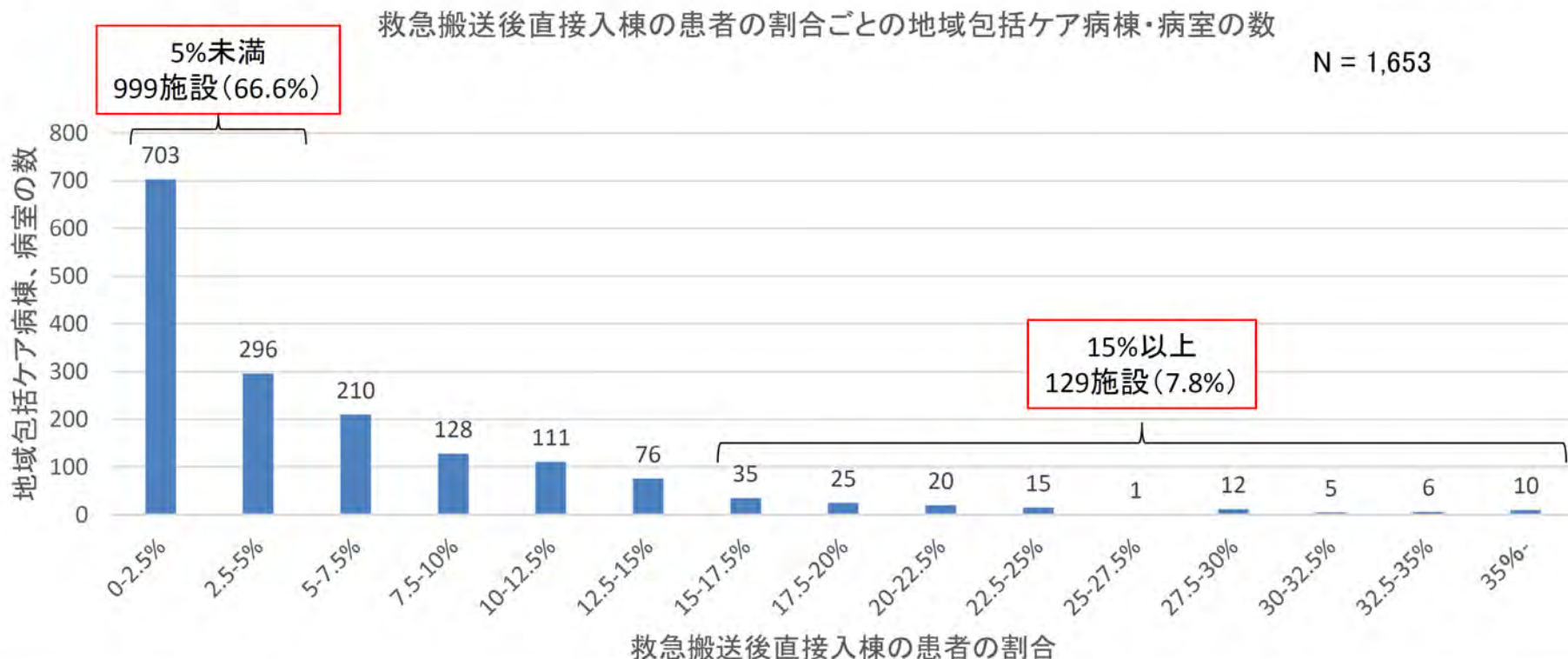
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

地域包括ケア病棟、DPCデータ解析③

病棟・病室ごとの救急搬送後直接入棟の患者の割合

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で5%未満であったが、129施設（7.8%）は15%以上であった。



DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

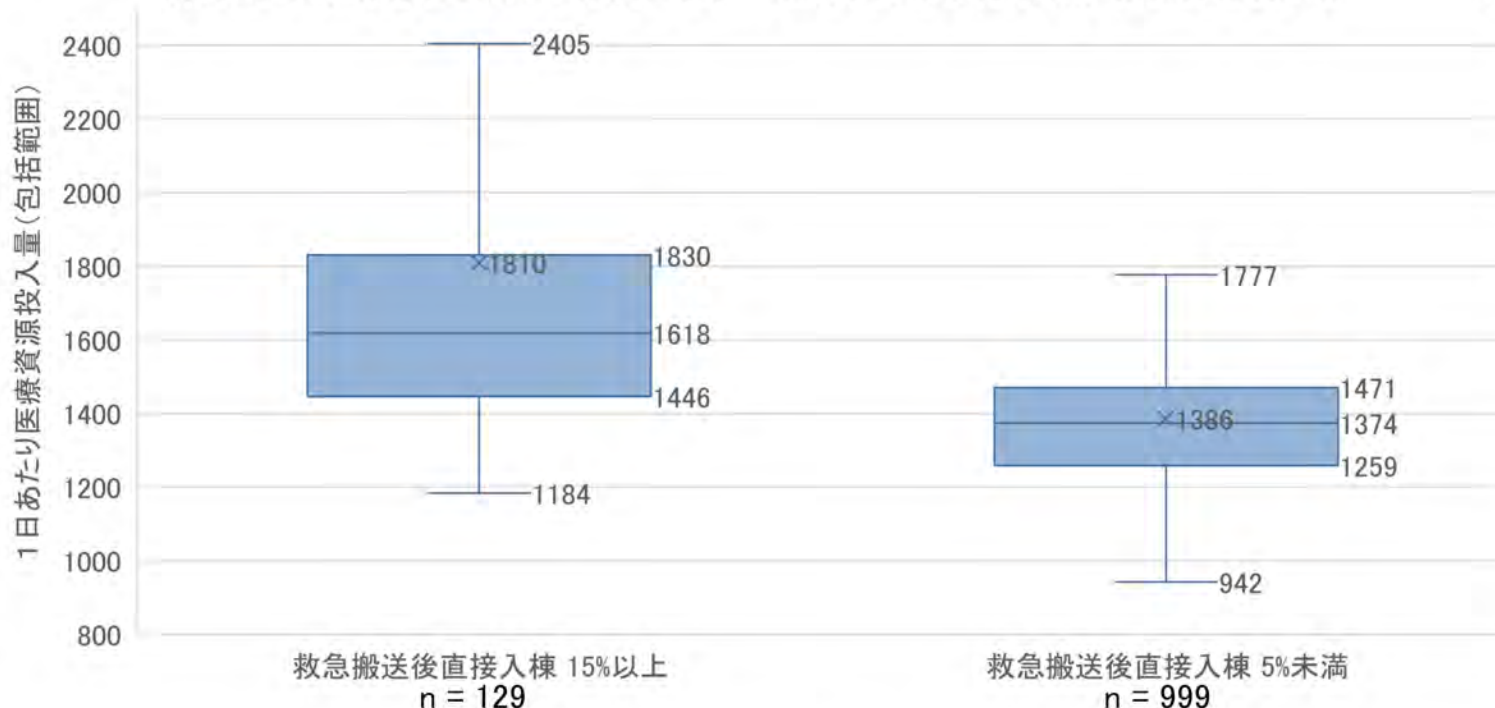
地域包括ケア病棟、DPCデータ解析④

救急搬送後直接入棟の患者の割合と、1日あたり医療資源投入量（包括範囲）

○ 救急搬送後直接入棟の患者の割合が15%以上である地域包括ケア病棟は、割合が5%未満である地域包括ケア病棟と比較して、包括範囲の1日あたり医療資源投入量が多い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

救急搬送後直接入棟の患者の割合と、1日あたり医療資源投入量（包括範囲）



DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

出典：DPCデータ（令和4年4月～12月）

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2024年度地域包括ケア病棟の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定に係る提言」

提言2

2022年度 地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し



・自院一般病床からのPAは減算
(400床以上は更に減算)
・他院PAは維持から加算

	～2021年度	2022年度～
PA ポストアキュート	急性期患者支援病床 初期加算 150点 × 14日間	急性期患者支援病床 初期加算
		許可病床数 400床以上の 医療機関 自院(含 関連病院) 一般病棟からのPA 50点(▲100) × 14日間 他院(除 関連病院) 一般病棟からのPA 150点(±0) × 14日間
sc.SA いわゆるサブアキュート	在宅患者支援病床 初期加算 300点 × 14日間	在宅患者支援病床 初期加算
		許可病床数 400床未満の 医療機関 自院(含 関連病院) 一般病棟からのPA 125点(▲25) × 14日間 他院(除 関連病院) 一般病棟からのPA 250点(+100) × 14日間 介護老人保健施設からのSA (併設施設の取り扱い是要確認) 500点(+200) × 14日間 自宅、介護医療院、介護老人福祉施設、その他施設等からのSA 400点(+100) × 14日間

・いわゆるSAは加算！

引用改変：・2021.11.10 中央社会保険医療協議会 入院(その7)
 ・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

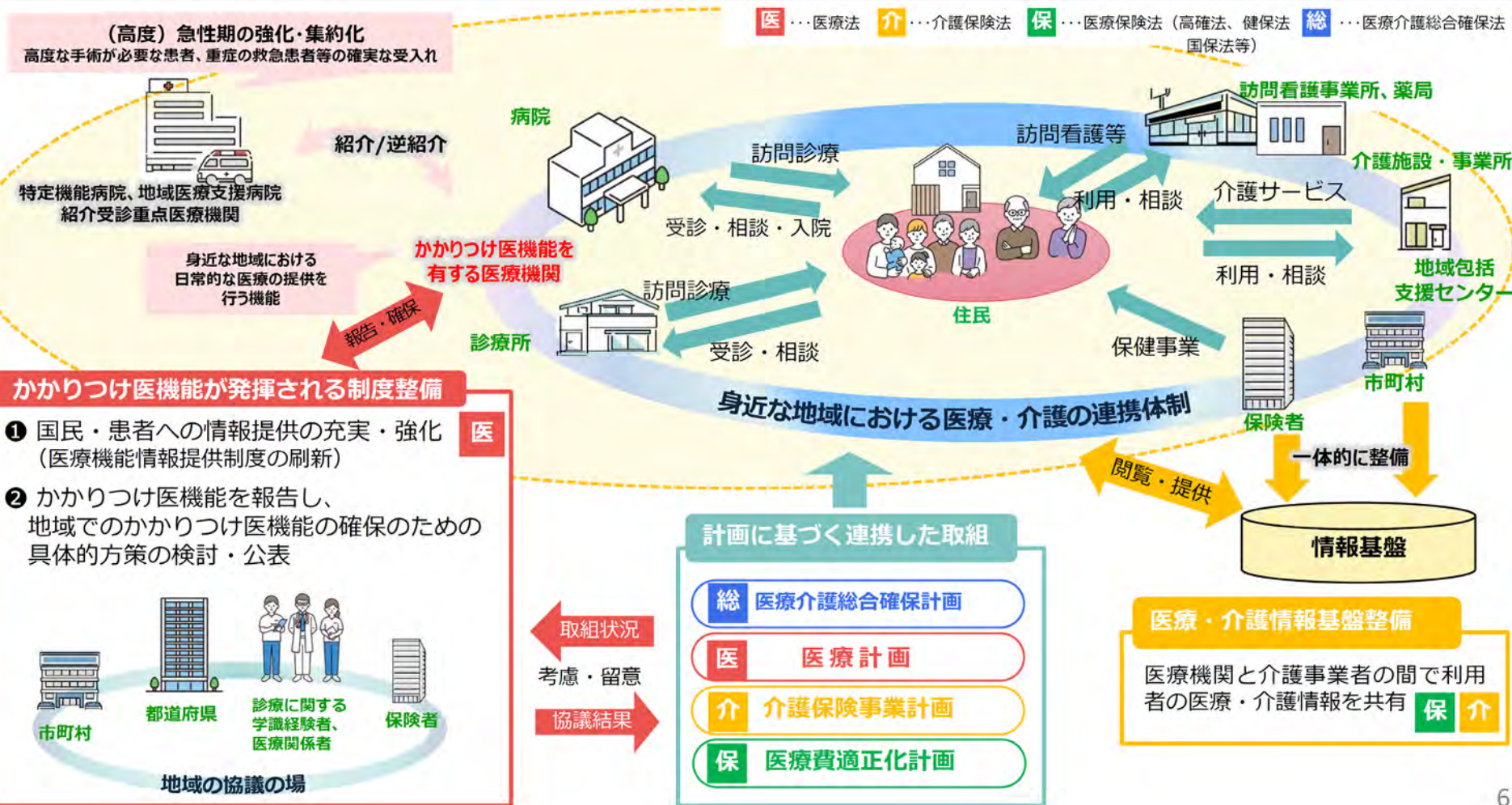
本文P7-8

(3)その他

■高齢者等に対する急性期医療への対応においては、**まずは診断をつけることが重要である場合があることや、三次救急医療機関は高度な医療に集中すべきであることから、救急医療機関で初期対応を行った後の転院搬送について評価するとともに、地域包括ケア病棟等によるこうした転院搬送の患者の受入についても評価すべきではないかとの指摘があった。**一方で、救急外来から他院へ転院搬送する体制には多くの人的資源が必要となり、必ずしも効率的とは言えないのではないかとの指摘もあった。

地域完結型の医療・介護提供体制の構築

在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者を支えるため、かかりつけ医機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、かかりつけ医機能を有する医療機関を中心とした患者に身近な地域における医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。そのために、関係法律を一体的に改正する。



在宅要介護高齢者の要介護度悪化の要因

○ 一般病院への入院が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果(要介護1)

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科(国民健康保険、後期高齢者医療制度)及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院(※)	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定していない病棟への入院

厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 長寿科学政策研究「自立支援に資する介護等の類型化及びエビデンスの体系的な整理に関する研究(21GA2003)」
令和3年度 総括研究報告書(研究代表者(所属機関) 松田 晋哉(産業医科大学 医学部・公衆衛生学))

安静臥床の弊害について

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

出典：佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56:842-847.

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典：Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典：Puthuchear Z A, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典：長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典：佐々木信幸.Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典：Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

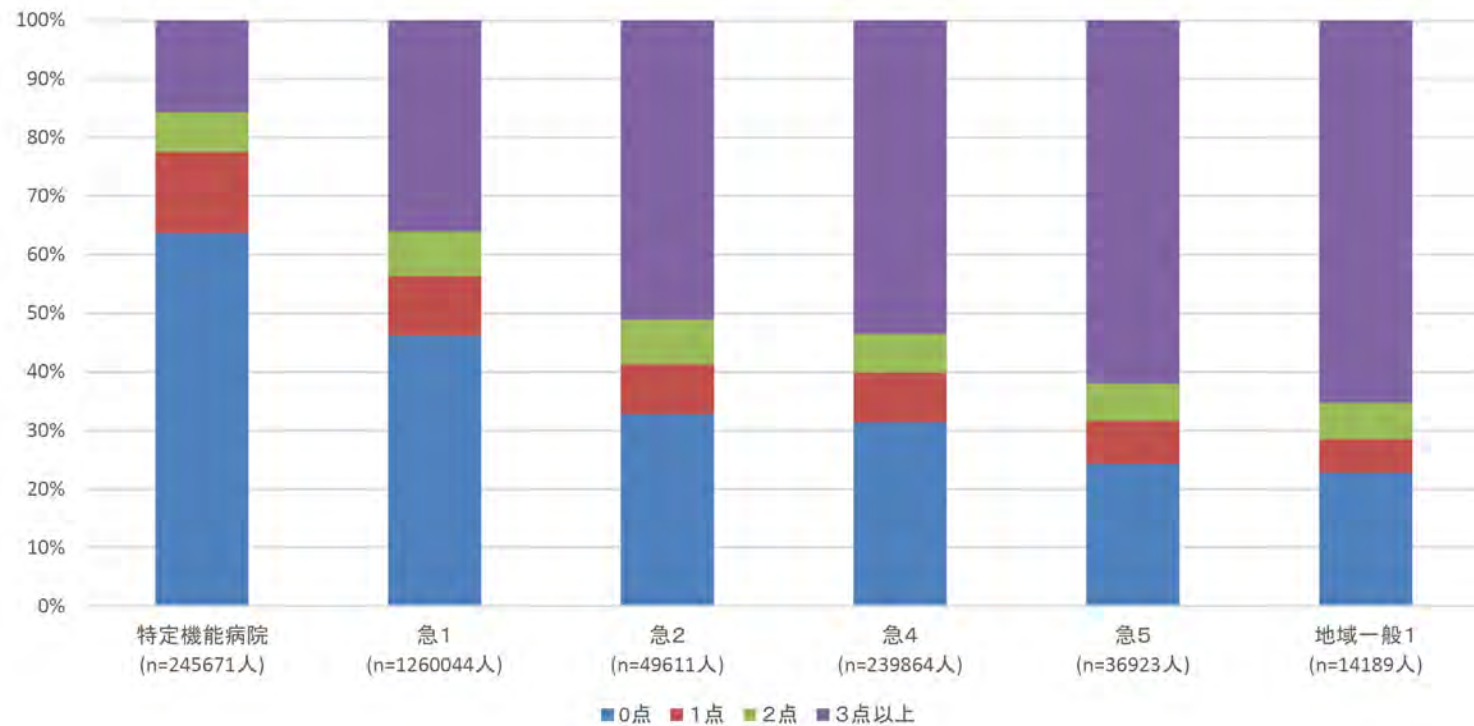
「2024年度地域包括ケア病棟の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定に係る提言」

提言3

入院初日のB得点の内訳

- 入院初日にB得点が3点以上である割合は、特定機能病院や急性期一般入院料1で低く、急性期一般入院料2-5や地域一般入院料1で高い。

3日間以上入院している患者における
入院初日のB得点の割合

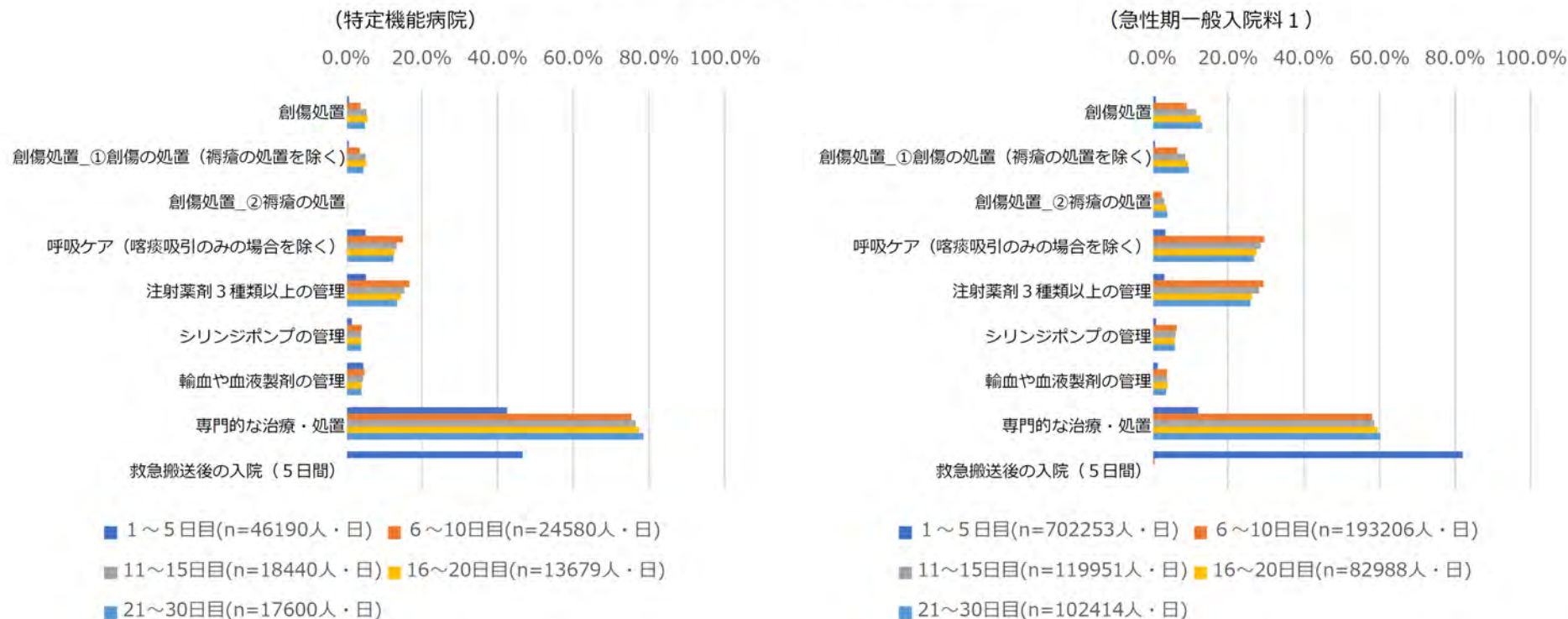


出典: DPCデータ(令和5年1月~3月)

A得点2点、B得点3点以上かつC得点0点の患者の状況①

○ 特定機能病院及び急性期一般入院料1に入院する基準2(A3点以上)又は基準3(C1点以上)に該当せずに基準1(A2点以上かつB3点以上)に該当する患者においては、入院1～5日目は多くが「救急搬送後の入院/緊急に入院が必要な状態」に該当し、入院6日目以降は多くが「専門的な治療・処置」に該当していた。

A2点、B3点以上かつC0点に該当する患者における
入院後日数ごとの各項目の該当割合



出典: DPCデータ(令和5年1月~3月)

地域包括ケア病棟における入棟時に測定したADL(ADLスコア:内容はBIと同等)等を参考にリハビリテーションの必要性を判断

・ADL0010 ADLスコア/入院時

年齢が15歳以上の場合、入力必須となる。ただし、産科の患者を除く。

② 入院時のADLスコア

入院時に下表の分類に従って各分類の値を決め、その値を連ねて入力する。15歳以上の場合には必須（ただし産科の患者を除く）。

食事="1"、移乗="2"、整容="1"、トイレ動作="1"、入浴="1"、平地歩行="1"、階段="1"、更衣="1"、排便管理="0"、排尿管理="0"の場合は"1211111100"と入力する。

※ "9"は、どうしてもわからない場合のみ使用することとし、極力使用しないようにする。

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食 事	2	1 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	0	9
移 乗	3	2 軽度の介助で可能	0 座位バランス困難	9
		1 高度の介助を必要とするが、座ってられる。		
整 容	1 顔/髪/歯/ひげ剃り	0		9
ト イ レ 動 作 ト イ レ の 使 用	2	1 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人で行える。	0	9
入 浴	1	0		9
平 地 歩 行	3	2 一人介助で歩く	0	9
		1 車いすで自立		
階 段	2	1	0	9
更 衣	2	1	0	9
排 便 管 理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排 尿 管 理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目								認知項目									
セルフケア					排泄			移乗		移動		コミュニケーション		社会認識			
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点											認知項目 計35～5点						
合計 126～18点																	

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2024年度地域包括ケア病棟の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定に係る提言」

提言4

短期滞在手術等基本料の評価の見直し（参考）

短期滞在手術等基本料の取扱い

➤ DPC対象病院の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象 → 対象外	対象 → 対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	× (DPC/PDPSで算定) ※DPC対象病院ではDPC/PDPSによる評価を優先するため	対象外	対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	× (DPC/PDPSで算定)	対象	対象

➤ DPC対象病院以外の場合

	短期滞在手術等基本料の算定可否	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度
短期滞在1の対象手術等を実施する入院患者	○	対象 → 対象外	対象 → 対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たす場合)	○ (原則、短期滞在3を算定する)	対象外	対象外
短期滞在3の対象手術等を実施する入院患者 (短期滞在手術等の要件を満たさない場合)	×	対象	対象

手術の算定方法の全体像(イメージ)

- 手術の算定方法には、出来高の場合やDPC/PDPSの包括報酬の場合、検査・麻酔管理料や入院料を包括した短期滞在手術等基本料の場合がある。
- DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3は算定不可となっている。

手術

日帰り

4泊5日まで

5泊以上

1日入院(DPC)

入院(DPC)

入院(DPC)

1日入院(出来高)

入院(出来高)

入院(出来高)

短期滞在手術
等基本料1

入院外(出来高)

短期滞在手術等基本料3

【病院の類型毎の短期滞在手術等基本料の算定可否】

	短期滞在手術等基本料1	短期滞在手術等基本料3
DPC対象病院	○	×
DPC対象病院以外(病院)	○	特に規定する場合を除き、算定する
DPC対象病院以外(診療所)	○	×

○:算定可能、×:算定不可

令和5年度特別調査の結果について（2）①

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

5. 調査結果

（2）短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

① 入院外での実施割合が低い病院

<入院外で実施する場合の設備・体制>

- 患者数に比して、外来や日帰りに対応可能な手術室や回復室を整備できていない。
- 外来看護師等のスタッフが不足している。
- 術後の夜間等に緊急に対応する体制が整っていない。

<短期滞在手術等を実施する症例の特徴>

- 地域において手術が実施可能な医療機関が少なく、地域の患者を広く対応している。
- 近隣の外来診療に特化した医療機関では対応困難な症例の紹介を受けている。
- 高齢者及び高齢者の独居の患者層が多く、手術後翌日の通院が困難な方が多い。
- 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

<入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準>

- 外来や日帰りでの対応が困難な症例が紹介されることから、原則として入院での診療を行っている。
- 体制・設備の観点で外来や日帰りでの対応が困難であることから、入院外での実施は行っていない。
- 高齢患者で遠方在住の場合、有事の受診が困難であり、入院での実施を原則としている。
- 術後に異常があった場合に迅速に対応できるよう入院での診療を基本としている。

【医療機関からの聴取内容】

- 連携医療機関から入院が必要な症例として紹介される患者が中心。病院としても、救急用の入院病床の確保のため、短期滞在手術等については外来移行したいと考えているが、回復室等外来で経過観察可能な設備が整備できていない。現状の体制でも、外来で実施可能なものは移行できるよう体制等の見直しを行っており、今後は施設の改修も行う予定。
- 外来で実施する設備、体制が整備できていない。手術は特定の日に集中して実施することが多いが、術後経過観察するスペースがなく、日帰りの場合でも入院としている。

令和5年度特別調査の結果について（2）②

DPC/PDPSに係る令和5年度特別調査の結果報告について（令和5年9月6日入院・外来分科会資料抜粋）

5. 調査結果

(2) 短期滞在手術等の入院／入院外での実施状況について

② 入院外での実施割合が高い病院

<入院外で実施する場合の設備・体制>

- 日帰り手術センターを設置しており、手術実施後は当該センター内の専用ベッドで経過観察している。
- 入院、入院外を問わず、手術実施場所については、中央手術室で実施しており、中央手術室内に回復室を整備している。
- 内視鏡センター内に「回復室」の設置がある。
- 手術実施後は、外来ブースにおいて術後の経過観察を行っており、看護師も配置している。

<短期滞在手術等を実施する症例の特徴>

- 手術施設のない近隣からの紹介患者が多い。
- 近隣医院で実施できないような困難症例を紹介で受けている。
- 全身状態が不良な症例や合併症のリスクが高い症例を中心に受け入れている。

<入院／入院外での実施を判断する際の方針や基準>

- 手術の難易度や合併症のリスク評価を行ったうえで、患者・家族の希望を考慮した上で総合的に判断している。
- 基本的に入院外での実施としており、年齢や全身状態等を考慮して一部の患者について入院での実施としている。
- 遠方の在住等により有事の受診が困難な場合については入院で実施としている。
- 社会背景や交通手段等の問題により手術実施後翌日の来院が困難な場合には入院で実施としている。
- 新型コロナウイルス感染症の影響による病床制限や、一般病棟看護師の不足のため、結果として入院外での実施割合が増加した。

【医療機関からの聴取内容】

- 病床稼働率が高く、救急搬送による入院症例の病床を確保するため、外来や日帰りで実施可能な症例は日帰り手術センターで診療する体制を整えた。いずれの手術も基本的に日帰りで実施し、リスクや通院等の社会状況を踏まえて必要に応じて入院対応とすることとしている。
- 比較的ゆとりのある回復室を備えている。コロナの影響により外来に移行した部分も大きい。高齢者の場合は患者、家族が入院を希望されることがある。

本文P18-19

(2)短期滞在手術等の算定ルールについて

■DPC 対象病院においては、短期滞在手術等基本料3は算定不可となっており、DPC 算定病床において対象手術等を実施した場合、入院初日に大部分の報酬が設定される点数設定方式Dで算定することとされている。

■短期滞在手術等基本料3の対象手術等のうち、短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術等については入院外での実施割合が高いものの、DPC 対象病院においては入院外での実施割合が低いものが存在する。

■また、個別の手術等に着目すると、DPC 対象病院の中でも入院/入院外での実施状況に大きなばらつきがあることが確認された。

■入院における包括評価のあり方も踏まえつつ、短期滞在手術等の入院/入院外での実施状況等の実態把握のため令和5年度特別調査を実施し、以下の指摘があった。

■短期滞在手術等の入院外での実施状況については、設備や人員体制が整備できているかが大きく関わっている。

■患者や家族の意向等により外来に移行できない状況や病床稼働率等により相対的に決まっている部分もあり、短期滞在手術等自体の診療報酬上の評価の見直しにより解決するのは難しいのではないか。

■日帰り手術として実施可能な手術について、術後の経過観察目的に病床を利用した上で、1日入院として当日に入退院させる場合がある。

■入院の必要性については、データの取得が可能であればより詳細な検討を進めることができるのではないか。

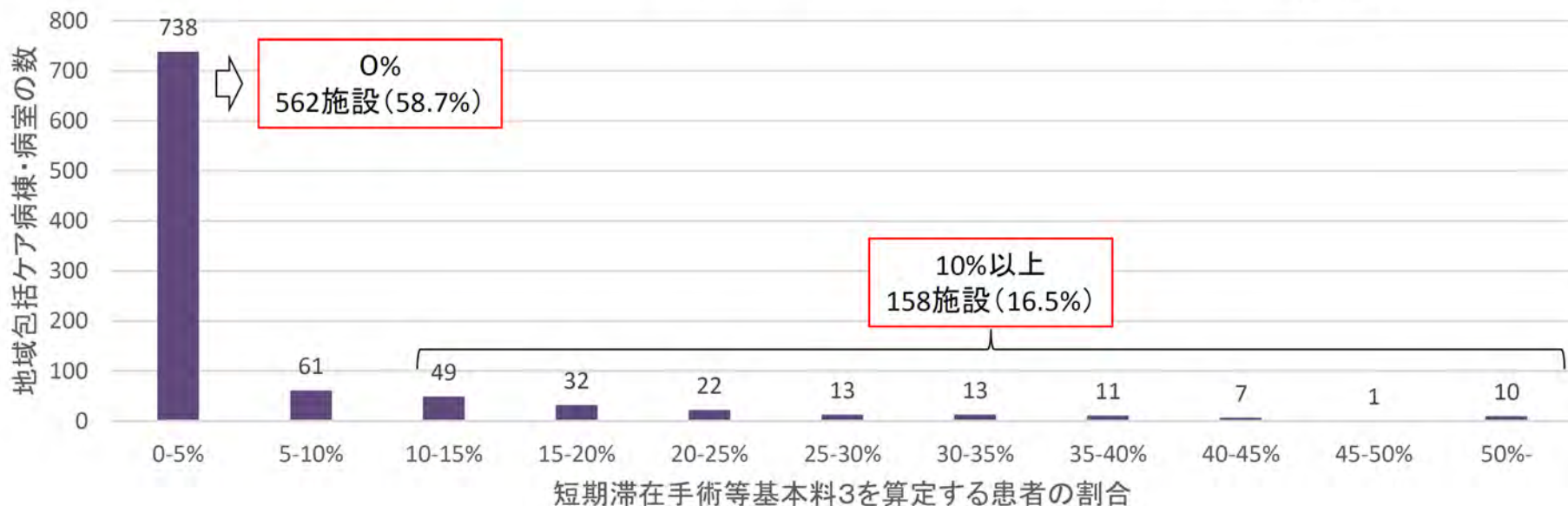
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設(9.5%)は10%以上であった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数
N = 957



(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合) = $\frac{\text{(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数)}}{\text{(地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数)}}$
 ※ 短期滞在が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

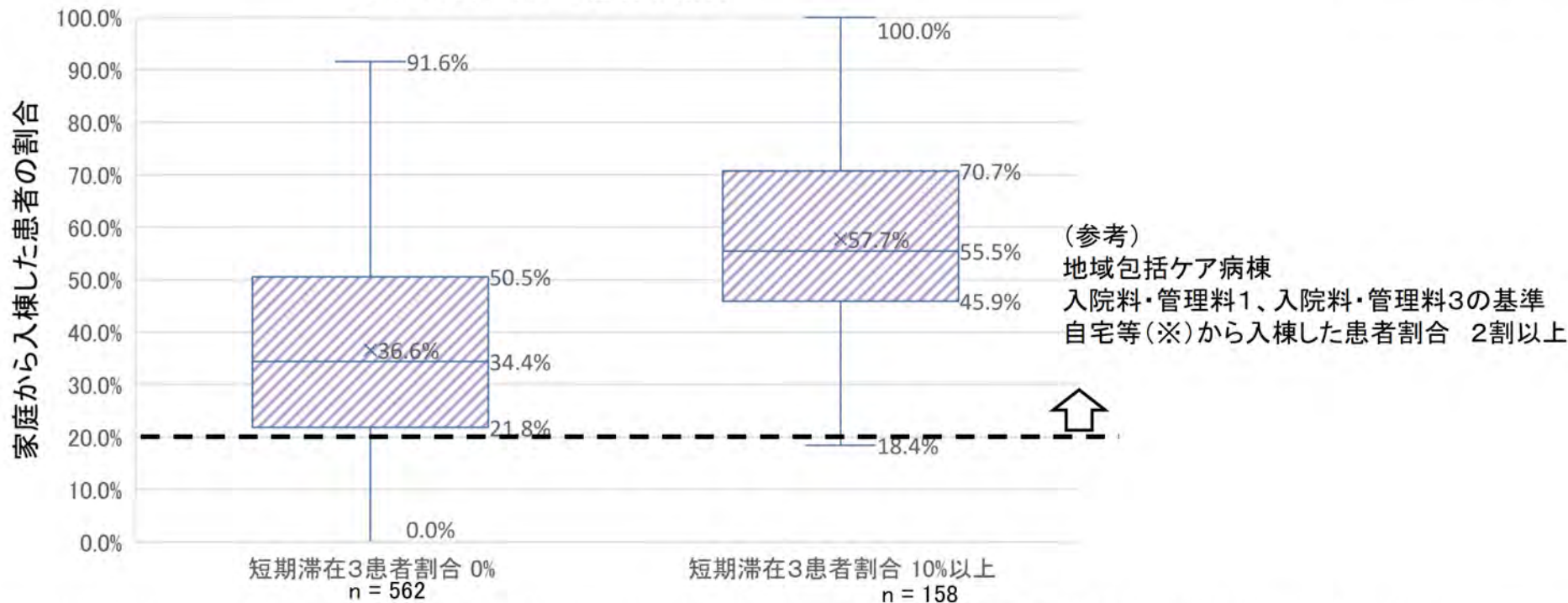
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析③

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、家庭から入棟した患者の割合

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、家庭から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、
自宅から入棟した患者の割合



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 施設規準における自宅等： 自宅又は有料老人ホーム等(介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等)
※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

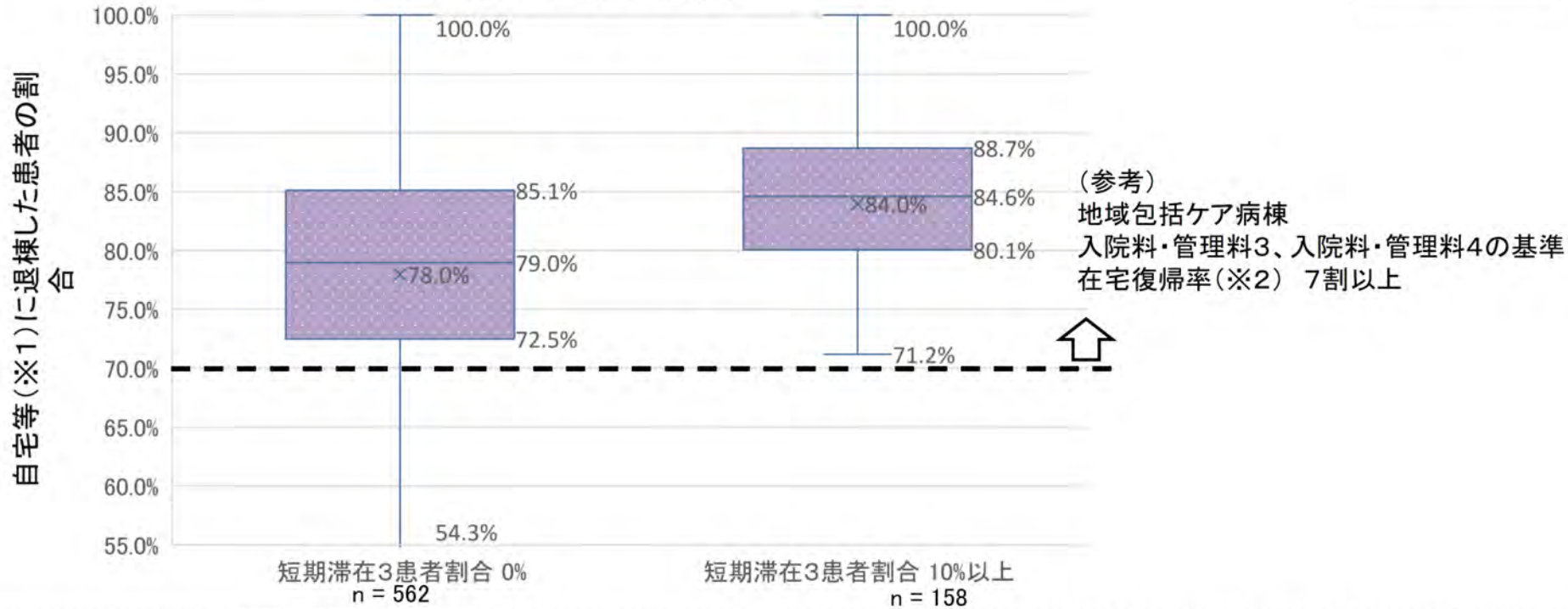
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析④

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、自宅等に退棟した患者の割合

○ 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、自宅等（※1）に退棟した患者割合が高い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、
自宅等に退棟した患者の割合



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

- ※1 集計における自宅等 : 家庭、介護老人福祉施設、社会福祉施設、有料老人ホーム等、介護医療院
- ※2 施設基準における在宅復帰率における分子 : 他の保険医療機関(有床診療所を除く)に転院した者、介護老人保健施設に入所した者、他の病棟に転倒した者、以外の者
- ※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

出典: DPCデータ(令和4年4月~12月)

■短期滞在手術について、地域包括ケア病棟で白内障、大腸ポリペクトミー等の患者を受け入れている病院は多いが、こういった医療機関は、地域包括ケア病棟の指標がよくなりやすいことに加え、ポストアキュート、サブアキュートをバランスよく受け入れている医療機関と比べて退院支援等が少なく、偏った診療による収益確保にもつながるため、こういった患者の受入が多い地域包括ケア病棟とバランス良く受け入れている地域包括ケア病棟の差別化が必要、との指摘があった。

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)

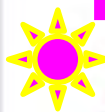
【平成26年度診療報酬改定】

・ 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

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2024年度地域包括ケア病棟の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定に係る提言」

提言5

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

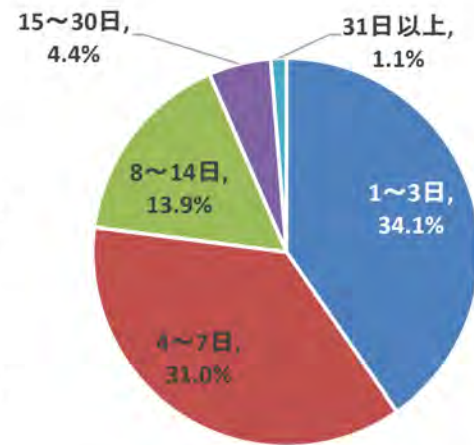


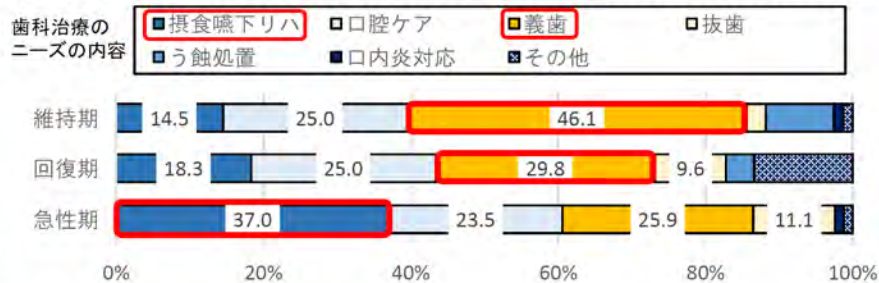
図 禁食から食事が開始された時期
(n = 72,315)

医療・介護における口腔管理の課題

- 口腔の状態は全身の疾患の影響等により変化するため、例えば脳卒中患者では、急性期では摂食嚥下障害への対応が、回復期や維持期では義歯への対応が多いなど、歯科治療のニーズも変化する。
- 回復期や生活期では歯科のかかわりがない場合も多く、転院により口腔機能管理が途切れる可能性がある。
- 入院により歯科治療や口腔管理が中断し、口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが指摘されている。

歯科治療のニーズ(急性期、回復期、維持期)

- 脳卒中患者で食事に問題のある高齢者に対する歯科治療のニーズとして、急性期では摂食嚥下障害への対応が、回復期や維持期では義歯への対応が多い。

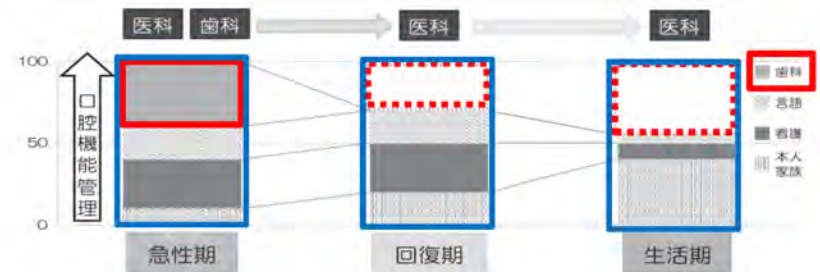


脳卒中と口腔機能 古屋純一・日補会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 309-315, 2020
図「病気による歯科的ニーズの違い」を元に作図

出典: 脳卒中と口腔機能 古屋純一・日補会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 309-315, 2020

脳卒中患者における口腔管理の課題

- 回復期や生活期では歯科のかかわりがない場合も多く、転院により口腔機能管理が途切れる可能性がある。
- また、回復期や生活期においては、口腔機能管理の提供量は減少する。



地域と多職種でつなぐ脳卒中患者の口腔機能管理 古屋純一・老年歯科医学 34 27-33 2019
図 脳卒中患者における口腔機能管理の問題を元に作図

出典: 地域と多職種でつなぐ脳卒中患者の口腔機能管理 古屋純一・老年歯科医学 34 27-33 2019

在宅歯科医療の課題

在宅歯科医療に関する現状と課題

- 在宅歯科医療に関して、**医科歯科連携の推進、歯科医療と介護との連携の推進及び歯科医療機関間(歯科診療所間、病院歯科と歯科診療所)における連携の強化**が課題である。
- **入院により歯科治療や口腔管理が中断し、その間に口腔内の状況の悪化や口腔機能の低下が進行することが多く、退院後に「痛くて食べられない」等の訴えがでて初めて、家族やかかりつけ医からかかりつけ歯科医に連絡が入り、治療を再開するケースが多い。**
- **要支援・要介護高齢者の口腔内の状況は良好とはいえないことが多く、潜在的な歯科医療や口腔ケア等のニーズがあると考えられるが、患者からの訴えがない場合はそのニーズを把握することが難しいため、介護支援専門員等も含めた要支援・要介護高齢者に関わる他職種との連携が必要**である。

出典: 在宅歯科医療の充実に向けた議論の整理(在宅歯科医療の提供体制等に関する検討会報告書、令和元年6月10日)

入院時の高齢患者の栄養状態

- 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。
- 高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表 入院時の栄養状態

		総数	40歳～ 69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	41.9%
低栄養**		18.0%	10.6%	25.7%

* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価

** GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition) による評価

対象者：国内の大学病院 入院患者1,987名
(40～69歳 717名、70歳以上 1,270名)

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

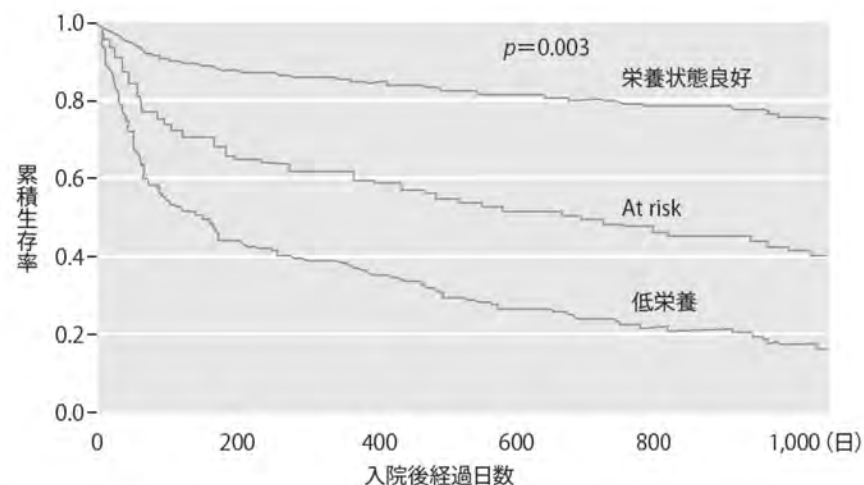
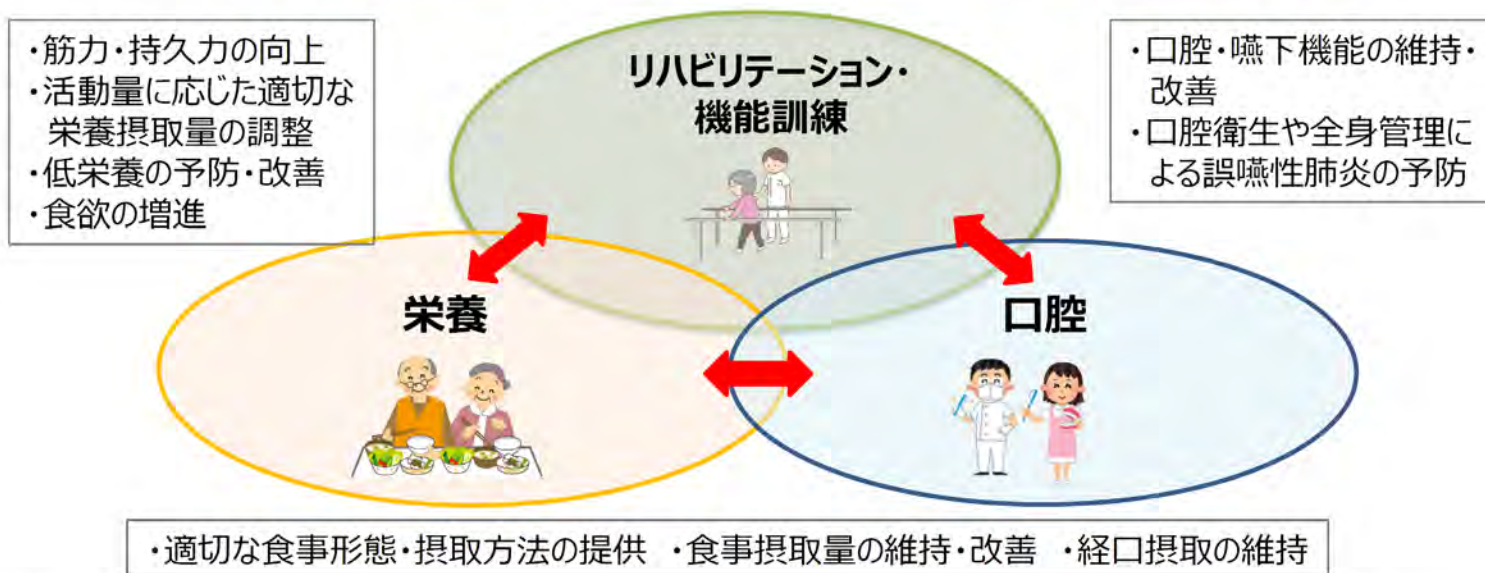


図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

出典：前田；日内会誌 110:1184～1192, 2021
(文献1)Kagansky N, et al. Am J Clin Nutr 82 : 784—791, 2005.

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

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

「2024年度地域包括ケア病棟の診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬改定に係る提言」

提言6



介護施設入所者の肺炎入院における個人ごとのバイタルサインの基準域
を用いた Modified Early Warning Score (MEWS) の有用性
: National Early Warning Score (NEWS) との比較

前田俊輔, 水上諭, 富田義人, 伊達豊, 有馬和彦, 青柳潔

(ACTA MEDIA NAGASAKIENSIA, in press)

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 先進予防医学共同専攻 公衆衛生学分野
(主任指導教員: 青柳 潔 教授)

はじめに

要介護高齢者の増加により、日本の介護施設入所者は約 90 万人と報告されている。要介護高齢者において、肺炎は急性期病院に搬送される最も一般的な原因であり、死亡率に大きな影響を与える。したがって介護施設入所者の肺炎の徴候を早期に発見することは重要である。

Early Warning Scores (EWS) は、血圧や心拍数などのバイタルサインを元にしたスコアリングシステムである。代表的な EWS である National Early Warning Scores (NEWS) は、各バイタルサインの絶対値を用いて決定している。しかしバイタルサインは個人ごとに異なる個体内変動を示し、体温、心拍数、血圧などのバイタルサインは、健康状態によって、加齢に伴い変化する可能性がある。

そこで、絶対値ではなく、平均値および標準偏差(standard deviation [SD])から導き出した各個人の基準域を用いた Modified Early Warning Scores (MEWS) を提案する。



考察

本研究は、介護施設入所者の肺炎入院に対する各個人の基準域を用いた MEWS の有用性を評価した最初の研究である。肺炎入院予知のための MEWS の AUC は、NEWS の AUC よりも有意に高く、肺炎治療を要する介護施設入所者を早期に発見できる可能性がある。

高齢者は自覚症状がないことが多いため、EWS システムは、介護施設入所者の健康状態悪化を早期に発見するために有用であると思われる。

介護施設では高齢者の急性期疾患を特定することが困難な場合があり、発病がすぐに検知されない場合、適切な治療開始の機会を逃す危険がある。したがって、介護施設での MEWS システムの利用を推奨する。

MEWS を算出するための基準域は、バイタルサインの測定期間によって変化することがある。例えば、年齢、気温、降圧剤、自律神経に作用する薬などにより、血圧や心拍数が変化することがある。基準域が変わると MEWS も変化するため、基準域の計算期間の設定には注意を要する。

結語

個人の基準域を用いた MEWS は介護施設入所者の肺炎入院の予知に良好な結果を示した。MEWS が経験の浅いスタッフに重症度を知らせる簡便で効果的な手段となり得ることから、入所者の急変時の標準的な手法として使用されることを提案する。