

2024.02.22

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

プロローグ

1) 地域包括ケア病棟の役割の変遷

第1部 2024年度トリプル改定

1) 高齢者救急について

2) 地域包括ケア病棟協会の提言

第2部 調査の実施

1) 地域包括ケア病棟を有する病院における、
地域包括医療病棟の届出意向調査

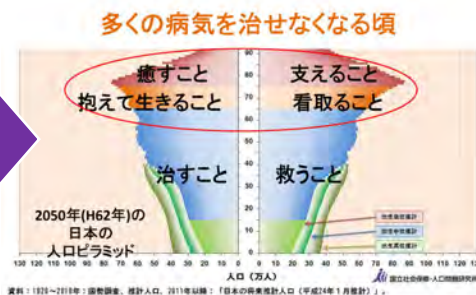
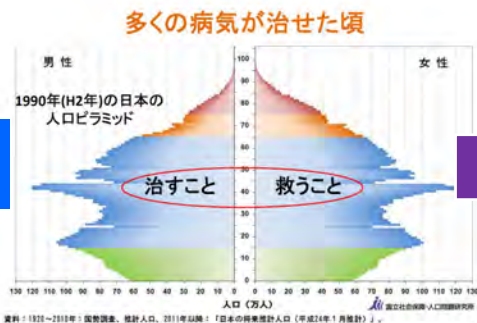
プロローグ

地域包括ケア病棟の役割の変遷

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や意思決定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。

従来型医療
脳卒中モデル



生活支援型医療
廃用症候群・認知症モデル

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.

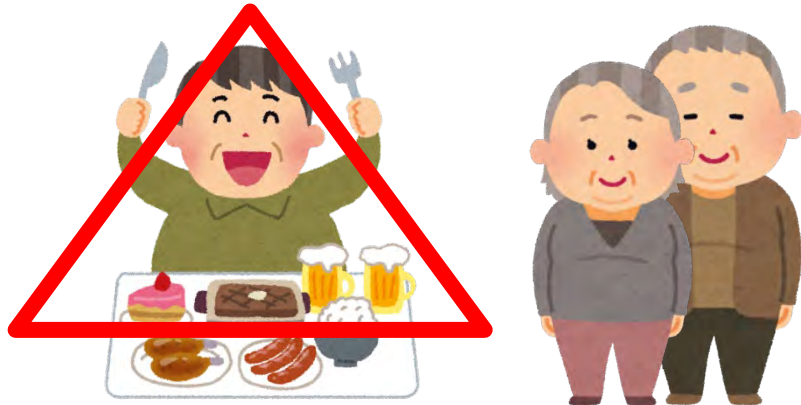
■ 高齢化と共に“**multimorbidity**患者”は増加

- ・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

高齢“multimorbidity患者”は2つに大別

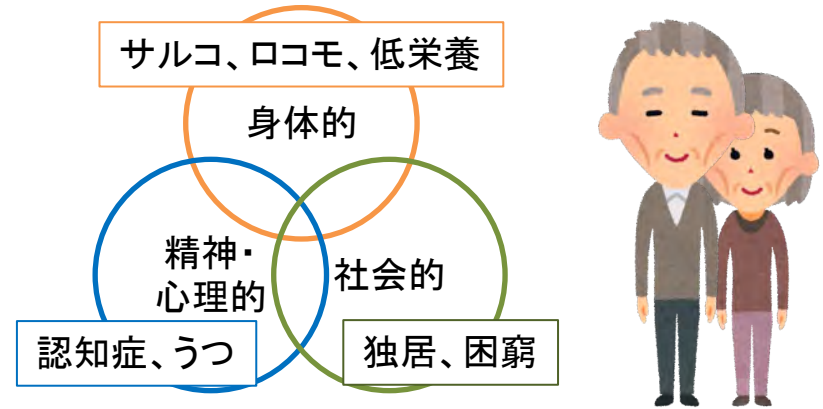
同じ80歳でも・・・

高齢メタボ型



- ・心血管疾患の予防
- ・生活習慣病の厳格な管理
- ・多剤服用もやむなし

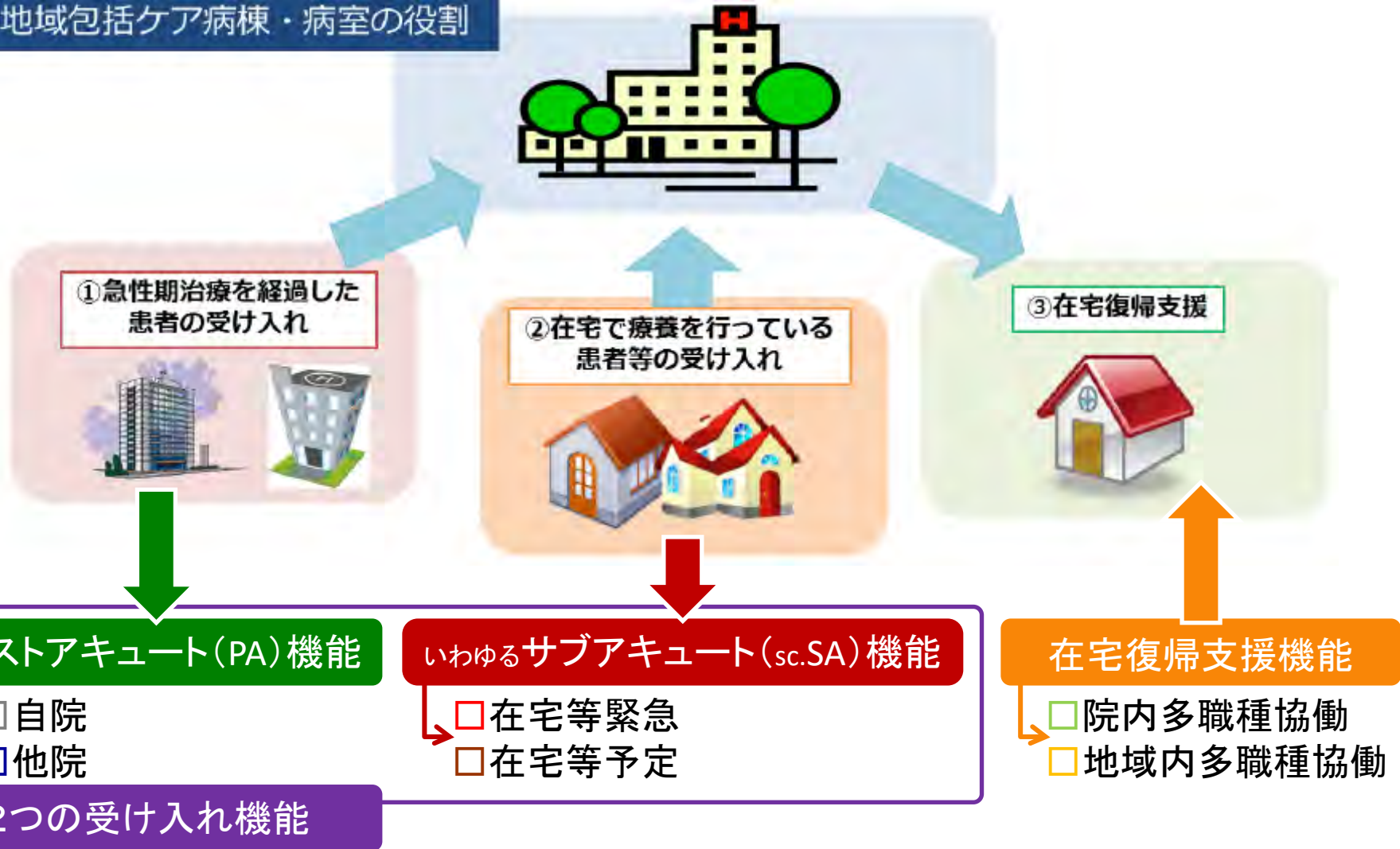
高齢虚弱(フレイル)型



- ・老年症候群の予防とQOL維持
- ・生活習慣病の緩やかな管理
- ・ポリファーマシー対策

地域包括ケア病棟の役割と3つの病棟機能

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

黎明期の地域包括ケア病棟

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活きる様に、
カスタマイズできる病棟。



2020年～2023年の出来事

- コロナ禍で日本社会の様々な膿が出た。
- 人口減少・少子化・超高齢社会に拍車がかかった。
- 地域包括ケア病棟の立ち位置が揺らいでいると感じた。
- 2022年度改定で報酬体系は大変複雑化した。
- ウクライナ戦禍、物流障害、人手不足、円安等により、物価や人件費が高騰している。
- 高齢者救急はどの様な病棟でみると良いか熟考した。

診療報酬上の特例の見直し②

高齢虚弱“multimorbidity”患者

高齢虚弱“multimorbidity”患者とは、身体的・精神的・社会的・認知症・うつ、複数の病状を併発する患者を指す。

身体的：サルコ、ロコモ、低栄養

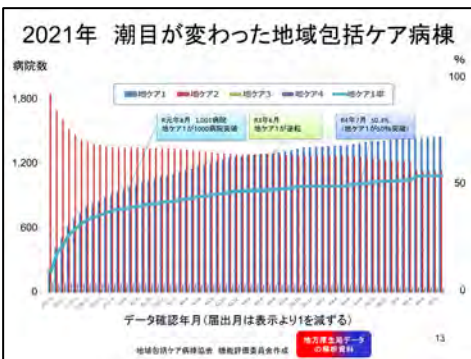
精神的：認知症、うつ

社会的：社会的孤立

認知症・うつ

Positive strand think

2023.03.30 中央社会保険医療協議会 経費後算料 新型コロナウイルス感染症の診療報酬上の取扱いについて



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

■ 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。

成長期の地域包括ケア病棟

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。



第1部

2024年度トリプル改定

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期取載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

診療報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

令和6年度診療報酬・薬価等改定は、医療費の伸び、物価・賃金の動向、医療機関等の収支や経営状況、保険料などの国民負担、保険財政や国の財政に係る状況を踏まえ、以下のとおりとする。(1については令和6年6月施行、2については令和6年4月施行(ただし、材料価格は令和6年6月施行))

1. 診療報酬 +0. 88% (国費 800 億円程度 (令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2~4を除く改定分 +0. 46%

各科改定率	医科 +0. 52%
	歯科 +0. 57%
	調剤 +0. 16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10~20円) +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 ▲0.25%

2. 薬価等

①薬価	▲0.97% (国費▲1,200億円程度)
②材料価格	▲0.02% (国費▲20億円程度)
合計	▲1.00% (国費▲1,200億円程度)

※ イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※ 急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。(対象：約2000品目程度)

※ イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

4. 医療制度改革

長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とすることとし、令和6年10月より施行する。

また、薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」について、引き続き検討を行う。

令和6年度介護報酬改定の概要

- 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

- 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 医療と介護の連携の推進
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療・介護の連携強化
 - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

- 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化
- ・ 基準費用額（居住費）の見直し
- ・ 地域区分

令和6年度障害福祉サービス等報酬改定の基本的な方向性について（概要）

障害福祉サービス等報酬改定検討チームにおけるこれまでの議論を踏まえ、以下の主要事項に沿って、基本的な方向性を取りまとめた。障害福祉分野における賃上げをはじめとする人材確保への対応は喫緊かつ重要な課題であり、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等を踏まえ、利用者が必要なサービスを受けられるよう、必要な処遇改善の水準の検討を含め、必要な対応を行うことが重要な課題である。

I 障害者が希望する地域生活を実現する地域づくり

1. 障害者が希望する地域生活を実現・継続するための支援の充実

- ・ 障害者支援施設のすべての入所者に対して、地域移行の意向を確認。グループホームの見学、地域活動への参加等を評価
- ・ 施設から地域移行した者がいる場合に加算で評価
- ・ 地域生活支援拠点等の機能の充実を図るため、障害者の緊急時の受け入れや地域移行の推進に取り組む相談支援事業者を評価
- ・ グループホームにおける食材料費等の適切な管理の徹底、外部の目を定期的に入れる取組
- ・ 居宅介護及び重度訪問介護の国庫負担基準について、介護保険対象者の区分の追加や単位の見直しを実施
- ・ 高次脳機能障害を有する者への支援に対する評価
- ・ 相談支援における医療等の多機関連携のための各種加算の拡充
- ・ 強度行動障害を有する児者を支援する「中核的人材」の配置や「集中的支援」について評価

2. 医療と福祉の連携の推進

- ・ 医療的ケアが必要な者への喀痰吸引や入浴支援等の促進
- ・ 福祉型短期入所サービスにおける医療的ケア児者の受け入れを促進
- ・ 入院中に特別なコミュニケーション支援を行うための重度訪問介護の利用について、障害支援区分4及び5の利用者も対象に追加
- ・ 感染症発生時に備えた医療機関との連携強化

3. 精神障害者の地域生活の包括的な支援

- ・ 多職種による包括的支援を中心とした、回復期の入院患者に対する医療や入退院の支援等を含めた医療提供体制の評価
- ※ 診療報酬改定については、中医協において議論

II 社会の変化等に伴う障害児・障害者のニーズへのきめ細かな対応

1. 障害児に対する専門的で質の高い支援体制の構築

- ・ 児童発達支援センターの機能強化
- ・ 児童発達支援・放課後等デイサービスにおける総合的な支援の推進、時間区分創設、関係機関との連携強化
- ・ 支援ニーズの高い児への支援や家族支援の評価拡充
- ・ インクルージョンの取組や保育所等訪問支援の評価拡充
- ・ 障害児入所施設の家庭的な環境確保や移行支援の充実

2. 障害者の多様なニーズに応じた就労の促進

- ・ 就労継続支援A型の生産活動収支の改善等を評価
- ・ 就労継続支援B型における平均工賃月額の上昇を評価
- ・ 就労選択支援の円滑な実施のための人員配置基準等の設定

III 持続可能で質の高い障害福祉サービス等の実現のための報酬等の見直し

- ・ 処遇改善加算の一本化。必要な水準とあわせ、処遇改善に構造的につながる仕組みを構築
- ・ 障害者支援施設における見守り機器導入による加算要件の緩和
- ・ 事業者が提出する各種様式等の簡素化・標準化
- ・ 経営実態調査を踏まえた経営状況やサービスの質に応じた評価を行うための基本報酬の見直し
- ・ 生活介護の基本報酬設定にサービス提供時間毎の区分を追加
- ・ 補足給付の基準費用額について経営実態調査等の結果を踏まえた見直し

介護報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の介護報酬改定は、以下のとおりとなった。

改定率 +1.59%

(内訳)

介護職員の処遇改善分 +0.98% (令和6年6月施行)

その他の改定率(※) +0.61%

※賃上げ税制を活用しつつ、介護職員以外の処遇改善を実現できる水準

また、改定率の外枠として、処遇改善加算の一本化による賃上げ効果や、光熱水費の基準費用額の増額による介護施設の増収効果として+0.45%相当の改定が見込まれ、合計すると+2.04%相当の改定となる。

障害福祉サービス等報酬改定について

12月20日の予算大臣折衝を踏まえ、令和6年度の障害福祉サービス等報酬改定は、以下のとおりとなった。

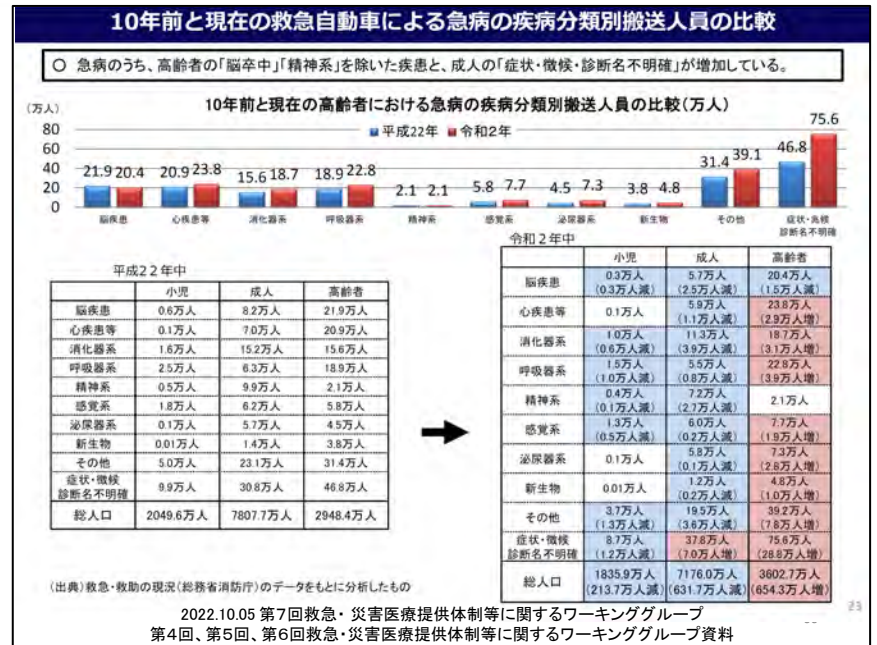
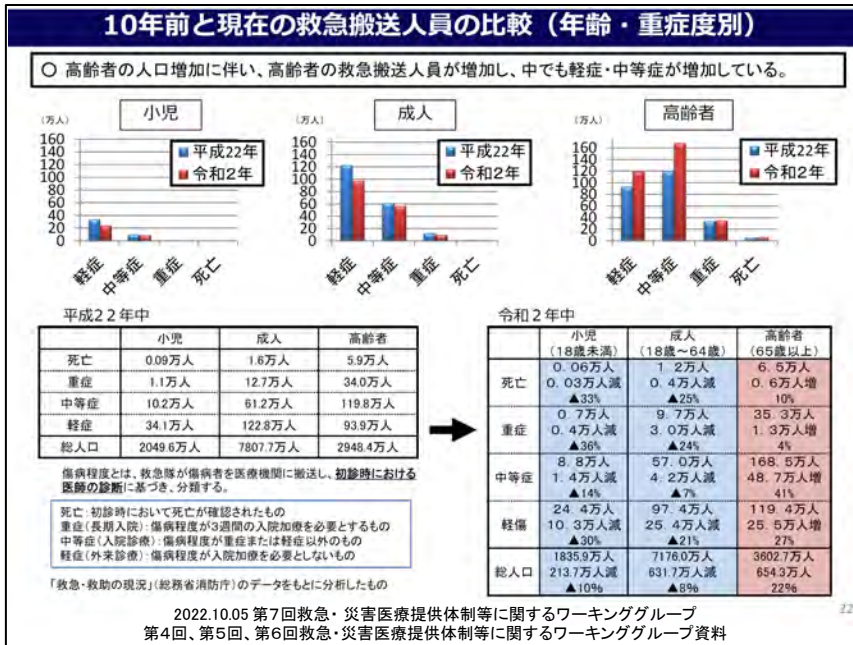
改定率 +1.12%

なお、改定率の外枠で処遇改善加算の一本化の効果等があり、それを合わせれば改定率+1.5%を上回る水準となる。

1) 高齢者救急について

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。



在宅要介護高齢者の要介護度悪化の要因

急性期一般病床における生活支援の不足に対する不安

○ 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))

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

急性期一般病床における生活支援充実への期待

- 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。

これまでの中医協総会等における高齢者の急性期医療に係る主な意見

<中医協総会（令和5年7月5日 入院について（その1））>

（総論・急性期/高度急性期入院医療）

2次救急から見た地ケア病棟に対する不安

○ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。

○ 全ての団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて、病床の機能分化・連携を進める観点から地域医療構想が推進されてきており、高齢化が進む中で、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合は増加傾向にあり、急性期医療が高度かつ集中的な医療を必要とする患者への対応に重点化されるよう、機能分化による効率的な医療をさらに評価すべき。

地ケア病棟が関わるべき2次救急への期待

○ 急性期一般入院料においても65歳以上の患者が相当数を占めており、また、要介護の患者やADLの低い患者がそれなりに入っている一方で、リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置されているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましい。

○ 高齢者等の救急搬送を効率的に受け止めるためには、医療機関同士、医療機関と高齢者施設等の連携とともに、救急隊のトリアージによる適切な搬送先の選択が重要。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

Ⅱ. 検討結果の概要

1. 一般病棟入院基本料について

（3）その他

高齢者救急とケアを兼ね備えた病棟の必要性

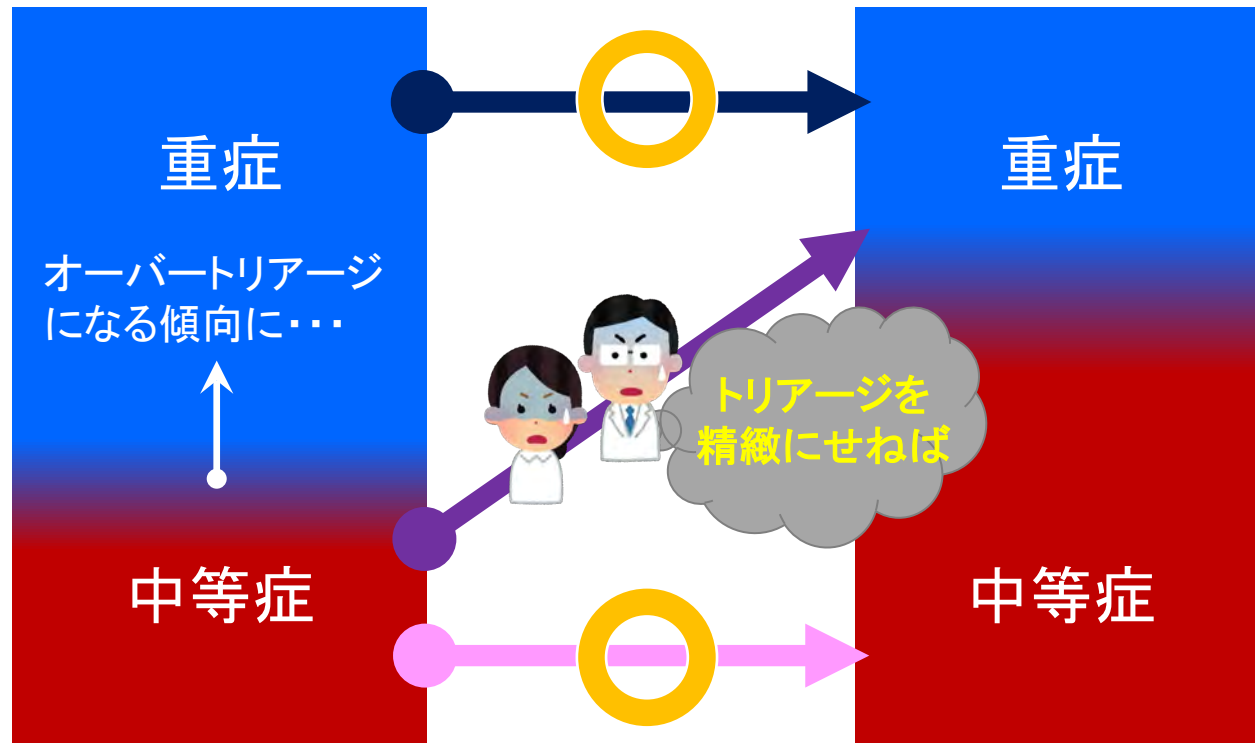
○ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

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

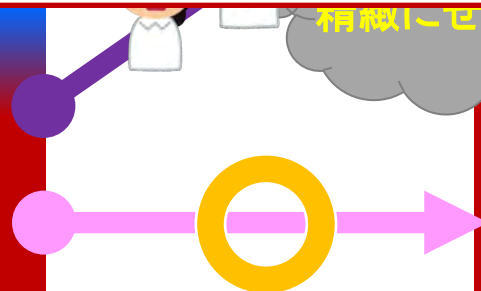
到着後・入院後の
診断結果



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、自宅・施設で診ている、**ACP**もしている、**かかりつけの高齢虚弱“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・自宅・施設と救急の連携は、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

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 + ACP

機能をオーバーラップさせ、ACPを普及させて、
ご当地毎の救急医療体制に余裕を持たせて、
皆で救急頑張りましょう！

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？

機能をオーバーラップさせ、ACPを普及させて、
ご当地毎の救急医療体制に余裕を持たせて高齢者救急に対応

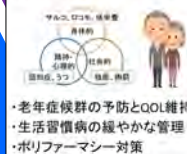
高齢メタボ型



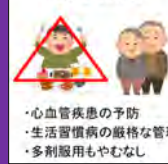
- ・心血管疾患の予防
- ・生活習慣病の厳格な管理
- ・多剤服用もやむなし

急性期一般病棟

高齢虚弱(フレイル)型



高齢メタボ型



- ・心血管疾患の予防
- ・生活習慣病の厳格な管理
- ・多剤服用もやむなし

高齢虚弱(フレイル)型



- ・老年症候群の予防とQOL維持
- ・生活習慣病の緩やかな管理
- ・ポリファーマシー対策

地域包括ケア病棟

高齢“**multimorbidity**患者”は2つに大別 同じ80歳でも・・・

ふたを開けてみると・・・

高齢者の救急患者等についての論点

【論点】

(高齢者の救急患者等に対応する入院医療について)

- 高齢者の救急患者等が増加していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方についてどのように考えるか。
- その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。

急性期一般病棟、地域包括ケア病棟の施設基準の概要

■急性期一般病棟入院料1

■急性期一般病棟入院料4

■地域包括ケア病棟入院料1

病棟の趣旨	急性期医療を行う	急性期医療を行う	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
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	該当患者の基準:A項目3点以上等 該当患者割合 31%(I)28%(II) ※200床以上の場合	該当患者の基準:A項目3点以上等 該当患者割合 20%(I)17%(II) ※200床以上の場合	該当患者の基準:A項目1点以上 又はC項目1点以上 該当患者割合 12%(I)8%(II)
在院日数	平均在院日数 18日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	- (救急医療管理加算等で評価)	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合、救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	- (地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	- (地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	-	PT、OT又はST1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含む)	80%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含む)	72.5%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含まない)
在宅医療	-	-	実績要件
人生の最終段階における医療・ケア	-	-	ガイドライン等の内容を踏まえ、指針を定めていること

地域包括医療病棟

55

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

○ これまでの主な指摘

- ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- ・ 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。

○ 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。

○ 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）

地域包括医療病棟



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

高齢者の救急患者等についての論点

【論点】

(高齢者の救急患者等に対応する入院医療について)

- 高齢者の救急患者等が増加していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方についてどのように考えるか。
- その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。

小児や成人に加えて
臓器別高度専門医療を
要する高齢者の救急


高齢メタボ型



- ・心血管疾患の予防
- ・生活習慣病の厳格な管理
- ・多剤服用もやむなし

+

高齢虚弱(フレイル)型





- ・老年症候群の予防とQOL維持
- ・生活習慣病の緩やかな管理
- ・ポリファーマシー対策

急性期一般病棟

いいとこ取りの
新病棟

かかりつけ患者に加えて
新患の救急搬送や下り搬送

<p>高齢メタボ型</p>  <ul style="list-style-type: none">・心血管疾患の予防・生活習慣病の厳格な管理・多剤服用もやむなし	<p>高齢虚弱(フレイル)型</p>  <ul style="list-style-type: none">・老年症候群の予防とQOL維持・生活習慣病の緩やかな管理・ポリファーマシー対策
--	--

地域包括医療病棟

自宅や施設の
かかりつけ患者の急変

高齢メタボ型



- ・心血管疾患の予防
- ・生活習慣病の厳格な管理
- ・多剤服用もやむなし

+

高齢虚弱(フレイル)型

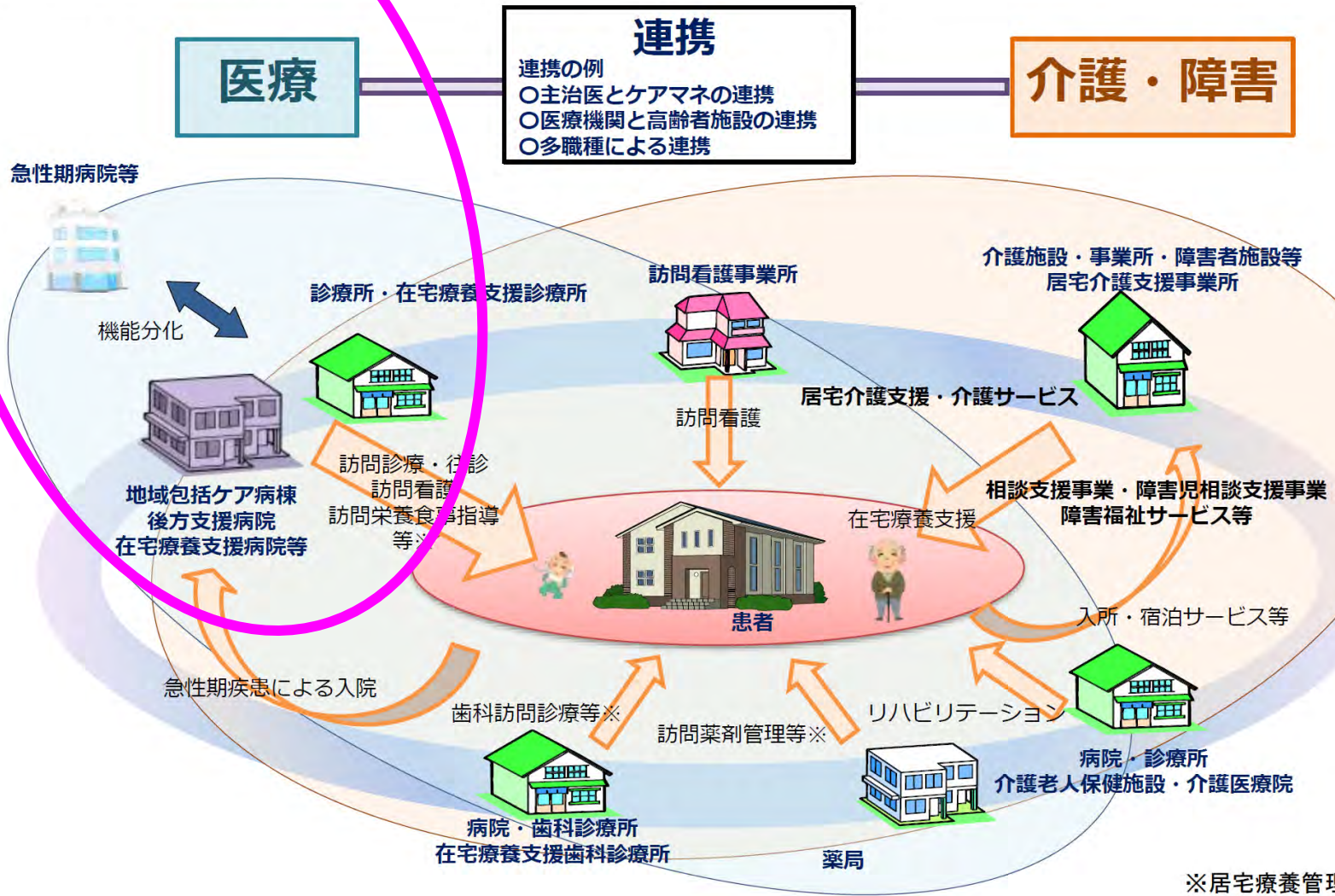


- ・老年症候群の予防とQOL維持
- ・生活習慣病の緩やかな管理
- ・ポリファーマシー対策

地域包括ケア病棟

地域包括ケアシステムにおける医療・介護（イメージ）

○ 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要である。



急性期一般病床には厳しい改定

- 急性期一般病床1のALOSが短縮
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度はどんどん厳格化
- DPC/PDPS制度の点数は入院期間 I 増、II・III 減でDRG/PPSに近づく
- DPC/PDPS対象病院の基準が「1月当たりのデータ数が90以上」となる
- DPC・急性期一般病床1の診療密度が増加



■ 地域包括**ケア**病棟を有する急性期CM型病院の急性期病床が、高齢者救急が主であれば地域包括**医療**病棟へ移行する。

元気のある地域包括ケア病棟から移行

■ 看護配置加算(10対1相当)をとっている地域密着型病院の地域包括**ケア**病棟において、積極的に新患の高齢者救急を主にみる方針ならば、地域包括**医療**病棟へ移行する。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

■高度急性期病院

- ・総合入院体制加算
- ・急性期充実体制加算



■ICU・HCU等

■7対1急性期一般

■10対1急性期一般

■地域包括医療病棟

■地域包括ケア病棟

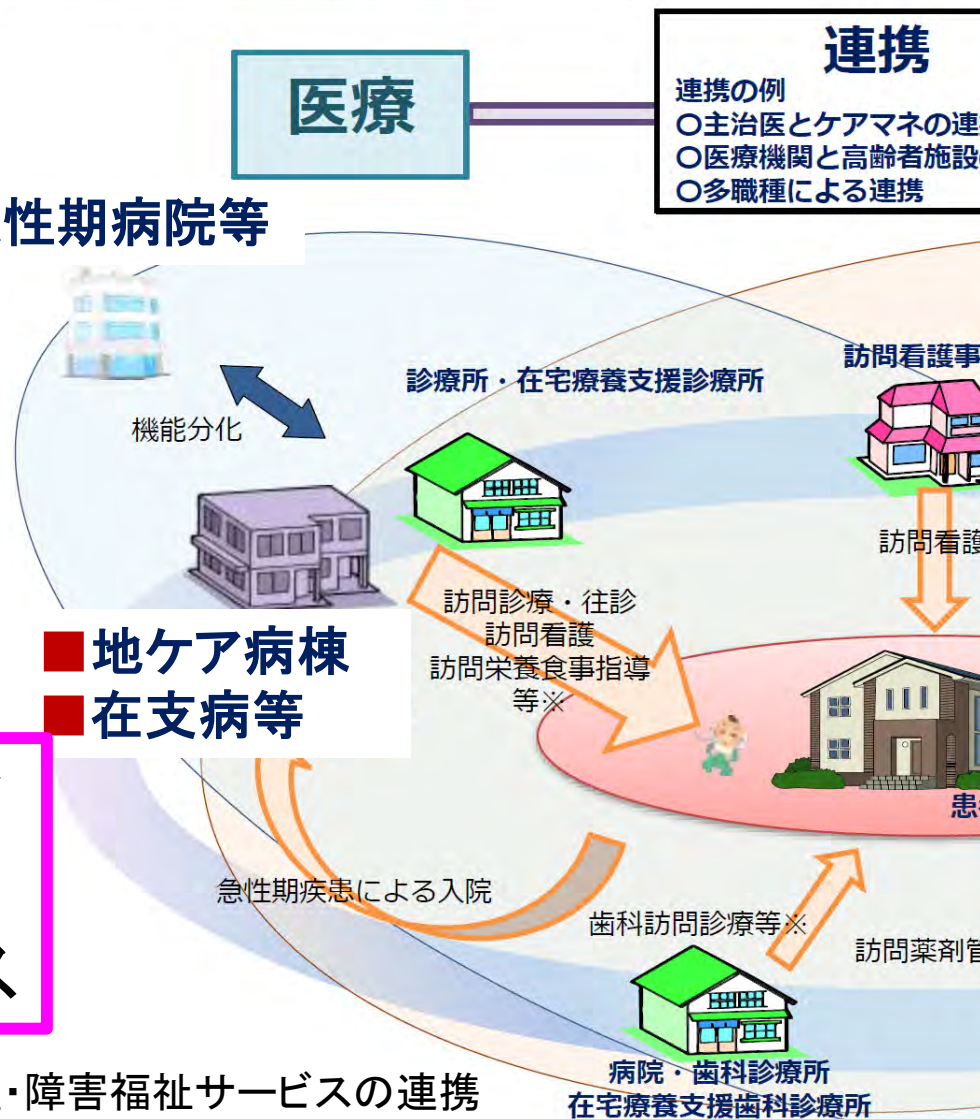
高齢者救急のマスターピース

地域包括ケアシステムのマスターピース

地域包括ケアシステムにおける

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住めるよう、地域における医療・介護の関係機関が連携することが重要である。

■急性期病院等



- ### 連携
- 連携の例
- 主治医とケアマネの連携
 - 医療機関と高齢者施設
 - 多職種による連携

■地ケア病棟

■在宅病等

■高度急性期病院以外の病院

・ 地域包括ケアシステムと地域共生社会のマスターピースは三つの機能を持つ地域包括ケア病棟！

・ 本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・福祉機能をモジュールのように組み合わせるかどうか？

- 一般急性期より → 急性期一般病棟1
- 高齢者救急より → 地域包括医療病棟
- 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 → 訪問診療・看護・リハ・介護
- 施設より → 介護施設等・障害児者施設

地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の概要

(新) 地域包括医療病棟	項目	地域包括ケア病棟
一般	病棟種別	一般・療養
3,050点 (身体的拘束最小化体制整備要) 40点減算/日	入院基本料	入院料1~4 (身体的拘束最小化体制整備要) 40点減算/日 40日以内 2,102点~2,838点 2,086点~2,823点 (療養) 41日以上 1,992点~2,690点 1,976点~2,675点 (療養)
10対1	人員基準	13対1
看護職員の7割以上が看護師	看護師数	看護職員の7割以上が看護師
常勤PT、OT又はSTが2名以上配置	リハビリスタッフ	常勤PT、OT又はSTが1名以上配置
常勤専任管理栄養士1名以上配置	管理栄養士	—
I 16% II 15% かつ B項目3点以上 (初日のみ) 5割以上	看護必要度	I : 10% II : 8%
21日以内	平均在院日数	—
90日 (超えた場合は、地域一般入院料)	算定日数	60日 (40日以内、41日以上の2段階) 超えた場合は、特別入院基本料 (一般) 療養病棟入院基本料1又は2の入院料27 (療養)
80%	在宅復帰率	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1・2 : 72.5% * 3・4 : 70%以上 * (満たせない場合90/100減算3・4のみ) ■ 退院患者数から下記の数を合計した数を差し引いた数 ①他の保険医療機関への転院患者数 ②介護老人保健施設 (介護保険施設サービス費等の届出をおこなっている) に入所した患者の5割の数 ③介護老人保健施設 (介護保険施設サービス費等の届出をおこなっていない) に入所した患者の数 ④院内の他病棟への転棟患者
5%未満	自院の一般病棟からの転棟割合	■ 2・4 (200床以上) 65%未満 (満たさない場合85/100減算) * (医療資源の少ない地域は除く)
<ul style="list-style-type: none"> ■ 初期加算 150点 (14日間) ■ 看護補助体制加算 160点~240点/日 (14日間) <ul style="list-style-type: none"> ・夜間看護補助体制加算 105点~125点/日 ・夜間看護体制加算 71点/日 ■ 看護補助体制充実加算 5点~25点/日 (14日間) ※介護福祉士100対1、身体的拘束実施日: 同加算3算定 ■ 看護職員夜間12対1配置加算 90点~110点/日 (14日間) ■ 看護職員夜間16対1配置加算 45点~70点/日 (14日間) 	加算等	<ul style="list-style-type: none"> ■ 急性期患者支援病床初期加算 50点~500点/日 (14日間) ■ 在宅患者支援病床初期加算 380点~580点/日 (14日間) ※救急搬送又は他院救急患者連携搬送料算定患者の初日から受入れ評価 ■ 看護職員配置加算 150点/日 ■ 看護補助者配置加算 160点/日 ■ 看護補助体制充実加算 165点/日 ■ 看護職員夜間配置加算 70点/日
		* 短期滞在手術等基本料3および短期滞在手術等基本料の対象手術を実施した患者は計算対象から除外

地域包括ケア病棟の概要

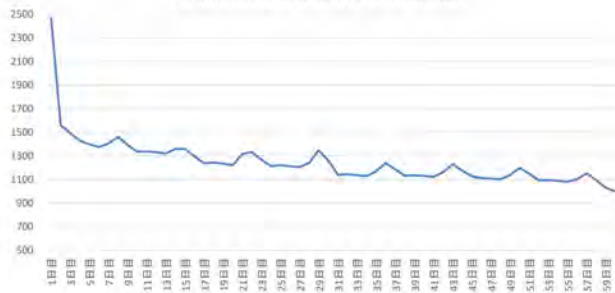
項目	地域包括ケア病棟
病棟種別	一般・療養
入院基本料	入院料1～4 (身体的拘束最小化体制整備要) 40点減算/日 40日以内 2,102点～2,838点 2,086点～2,823点 (療養) 41日以上 1,992点～2,690点 1,976点～2,675点 (療養)
人員基準	13対1
看護師数	看護職員の7割以上が看護師
リハビリスタッフ	常勤PT、OT又はSTが1名以上配置
管理栄養士	—
看護必要度	I : 10% II : 8%
平均在院日数	—
算定日数	60日 (40日以内、41日以上)の2段階) 超えた場合は、特別入院基本料 (一般) 療養病棟入院基本料1又は2の入院料27 (療養)
在宅復帰率	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1・2 : 72.5% * 3・4 : 70%以上 * (満たせない場合90/100減算3・4のみ) ■ 退院患者数から下記の数を合計した数を差し引いた数 <ul style="list-style-type: none"> ①他の保険医療機関への転院患者数 ②介護老人保健施設 (介護保険施設サービス費等の届出をおこなっている) に入所した患者の5割の数 ③介護老人保健施設 (介護保険施設サービス費等の届出をおこなっていない) に入所した患者の数 ④院内の他病棟への転棟患者
自院の一般病棟からの転棟割合	■ 2・4 (200床以上) 65%未満 (満たさない場合85/100減算) * (医療資源の少ない地域は除く)
加算等	<ul style="list-style-type: none"> ■ 急性期患者支援病床初期加算 50点～500点/日 (14日間) ■ 在宅患者支援病床初期加算 380点～580点/日 (14日間) ※救急搬送又は他院救急患者連携搬送料算定患者の初日から受入れ評価 ■ 看護職員配置加算 150点/日 ■ 看護補助者配置加算 160点/日 ■ 看護補助体制充実加算 165点/日 ■ 看護職員夜間配置加算 70点/日
	* 短期滞在手術等基本料3および短期滞在手術等基本料の対象手術を実施した患者は計算対象から除外

入院日数に応じた医療資源投入量

○ 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。

診調組 入-1
5.9.29

1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)



出典: DPCデータ(令和4年4月～12月)

46

引用: 2023.10.12 (令和5年度第10回)入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編③

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価対象・評価票

2022年度改定版

【評価の対象】

当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院している全ての患者。

ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。

注)

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者：DPC病院において、短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者：短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術又は検査を行った患者

A	モニタリング及び処置等	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	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	輸血や血液製剤の管理 専門的な治療・処置 (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、	なし	-	あり
6	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抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
7	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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間) 救命等に係る内科的治療(5日間)	なし	あり
21	(①経皮的血管内治療、 ②経皮的心的焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)(例：経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)(例：眼窩内異物除去術)	なし	あり

B	患者の状況等	患者の状況		
		0点	1点	2点
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
9	移乗	自立	一部介助	全介助
10	口腔清潔	自立	要介助	-
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	-
14	危険行動	ない	-	ある

介助の実施	
0	1
-	-
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
-	-
-	-

【該当患者の基準】

対象入院料	
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	
基準	
基準①	A得点が2点以上かつB得点が3点以上
基準②	A得点が3点以上
基準③	C得点が1点以上

1, 「創傷処置」：評価対象診療行為を実施した場合。「重度褥瘡処置」を除外。

2, 「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」：評価対象診療行為を実施した場合。

3, 「注射薬剤3種類以上の管理」：初日から7日間を上限。「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外。

6①, 「専門的な治療・処置」の「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」：入院使用6割未満の薬剤を除外。

6②, 「専門的な治療・処置」の「抗悪性腫瘍剤の内服の管理」：入院使用7割未満の薬剤を除外。

重症度、医療・看護必要度Ⅱについて

A	モニタリング及び処置等	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	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) 3点 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③麻薬の使用(注射剤のみ) 3点 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) 3点 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 3点 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療) 3点	なし	-	あり
7	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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（13日間）	なし	あり
16	開胸手術（12日間）	なし	あり
17	開腹手術（7日間）	なし	あり
18	骨の手術（11日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（5日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（5日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（6日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

C項目の対象手術及び評価日数について見直す。

短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加。

〔評価の対象〕

当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院している全ての患者。

ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、~~短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の二に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限り。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。~~また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。

注）

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者：DPC病院において、短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者：短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術又は検査を行った患者

B	患者の状況等	患者の状態		
		0点	1点	2点
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
9	移乗	自立	一部介助	全介助
10	口腔清潔	自立	要介助	—
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
14	危険行動	ない	—	ある

急性期一般入院料 1 (7対1)のみ：該当患者の評価項目からB項目が削除。
 ※地域包括ケア病棟は元々対象外。

	介助の実施		B
	0	1	
	—	—	8
×	実施なし	実施あり	9
	実施なし	実施あり	10
	実施なし	実施あり	11
	実施なし	実施あり	12
	—	—	13
	—	—	14

地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の概要

(新) 地域包括医療病棟	項目	地域包括ケア病棟
<ul style="list-style-type: none"> ■ 救急車又は3次救急から転送された患者割合15%以上 ■ データ提出加算届出を行っている ■ 特定機能病院以外 ■ 急性期充実体制加算の届出を行っていない ■ 専門病院入院基本料の届出を行っていない ■ 脳血管疾患等及び運動器リハビリテーション料届出を行っている ■ 入退院支援加算 1 届出を行っている 	<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1 日平均2単位以上リハ ■ 入退院支援部門設置（専従看護師又は専従社会福祉士配置） ■ 入退院支援加算1届出（1・2）（満たさない場合90/100減算） ■ 介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましい ■ 救急の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・一般病床 ①②⑤いづれか1つ以上及び③又は④ ・療養病床 ①②③④⑤いづれか1つ以上 <ul style="list-style-type: none"> ①在宅療養支援病院②在宅療養後方支援病院（在宅患者受入実績3件/年） ③2次救急医療機関、④救急病院、⑤訪問看護ステーションが同一敷地内に設置（一般病床200床未満 ③④に代えて救急外来設置又は24時間救急医療提供） ■ 実績要件 <ul style="list-style-type: none"> ・（1・3） <ul style="list-style-type: none"> ①自宅等からの入棟（室）患者割合 20%以上* ②自宅等からの緊急患者受け入れ数 3ヶ月で9人以上 ③在宅医療等の実績 ア～カのうち2つ以上満たす <ul style="list-style-type: none"> ア. 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及びⅡの算定回数が直近3か月間で30回以上 イ. 当該保険医療機関において退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ・Ⅲ）訪問看護費ロ（介護予防）の算定回数が直近3か月間で150回以上 ウ. 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイの算定回数が直近3か月間で800回以上 エ. 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上 オ. 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、又は同条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している カ. 当該保険医療機関において退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1の算定回数が直近3か月間で6回以上 ・（2・4） <ul style="list-style-type: none"> ①もしくは②又は③いづれか1つ以上満たす（満たさない場合90/100減算） <p>* 短期滞在手術等基本料3および短期滞在手術等基本料の対象手術を実施した患者は計算対象から除外</p>

地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の概要

(新) 地域包括医療病棟

項目

地域包括ケア病棟

■入院基本料等加算

臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症入院医療管理加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算 1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算・医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料、禁煙治療補助システム指導管理加算除く）

■在宅医療

■検査の費用

心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取（血液採取除く）

■画像診断

画像診断管理加算 1、画像診断管理加算 2、画像診断管理加算 3 及び画像診断管理加算 4、造影剤注入手技、特定保険医療材料

■注射 菌製剤処置料

■処置

熱傷処置 5に限る、局所陰圧閉鎖処置（入院）、局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、多血小板血漿処置、硬膜外自家血注入、経皮的肝膿瘍等穿刺術、エタノールの局所注入、リンパ管腫局所注入、高気圧酸素治療、内視鏡的結腸軸捻転解除術、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、局所灌流、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法、腹膜灌流、人工臍臓療法、経会陰的放射線治療用材料局所注入、一酸化窒素吸入療法、カウンターショック、心腔内除細動、食道圧迫止血チューブ挿入法、熱傷温浴療法、皮膚レーザー照射療法、腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、酵素注射療法、歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、四肢ギプス包帯（4から6までに限る）、体幹ギプス包帯、鎖骨ギプス包帯（片側）、ギプスベッド、斜頸矯正ギプス包帯、先天性股関節脱臼ギプス包帯、脊椎側弯矯正ギプス、義肢採型法（2に限る）、練習用仮義足又は仮義手採型法 2に限る）ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く）

■病理標本作製料 術中迅速病理組織標本作製

■手術、麻酔

■リハビリテーション

算定可能
項目

■入院基本料等加算

看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算、急性期患者支援病床初期加算、在宅患者支援病床初期加算、看護職員夜間配置加算、臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算

■医学管理等

二次性骨折予防継続管 理料（ロに限る。）

■在宅医療

■除外薬剤・注射薬

■処置

人工腎臓、腹膜灌かん流及び特定保険医療材料（人工腎臓又は腹膜灌かん流に係るものに限る。）

■手術、麻酔

■リハビリテーション

摂食機能療法、DPC/PDPS算定期間中

地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の概要

(新) 地域包括医療病棟

■リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 80点（14日間）

[算定要件]

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める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病棟に入院している患者について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算
栄養サポートチーム加算は別に算定できない

[施設基準]

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること
- (2) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

項目

一体的取組
関連

地域包括ケア病棟

(新) 回復期等口腔機能管理計画策定料 300点

療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定

(新) 回復期等口腔機能管理料 200点

療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において回復期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定

(新) 回復期等専門的口腔衛生処置 100点

回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において月2回に限り算定

(新) 協力対象施設入所者入院加算

- 1 往診が行われた場合 600点
- 2 1以外の場合 200点

次のいずれかに該当することが要件

- ① 在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること
 - ② 在宅療養後方支援病院であること
 - ③ 地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること
- 介護保険施設等の入所者について、病状が急変した際に、当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、定期的にカンファレンスを行う等、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関（受入れを行う協力医療機関以外の協力医療機関を含む）の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し入院をさせた場合

特定感染患者療養環境特別加算（1日につき）

（二類感染症患者療養環境加算からの名称変更）

- 1 個室加算 200点
- 2 陰圧室加算 100点

感染症法上の二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症に位置づけられる感染症であって、個室管理又は陰圧室管理の必要性が特に高い患者を個室又は陰圧室で管理した場合を評価

2) 地域包括ケア病棟協会の提言

地域包括ケア病棟の概要

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乘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乘せする新たな加算を新設してはどうか。

項目	地域包括ケア病棟
病棟種別	一般・療養
入院基本料	入院料1～4（ 身体的拘束最小化体制整備要 ）40点減算/日 40日以内 2,102点～2,838点 2,086点～2,823点（療養） 41日以上 1,992点～2,690点 1,976点～2,675点（療養）
人員基準	13対1
看護師数	看護職員の7割以上が看護師
リハビリスタッフ	常勤PT、OT又はSTが1名以上配置
管理栄養士	—
看護必要度	I：10% II：8%
平均在院日数	—
算定日数	60日（40日以内、41日以上上の2段階）超えた場合は、特別入院基本料（一般）療養病棟入院基本料1又は2の入院料27（療養）
在宅復帰率	■1・2：72.5%＊ 3・4：70%以上＊ （満たせない場合90/100減算3・4のみ） ■退院患者数から下記の数を合計した数を差し引いた数 ①他の保険医療機関への転院患者数 ②介護老人保健施設（介護保険施設サービス費等の届出をおこなっている）に入所した患者の5割の数 ③介護老人保健施設（介護保険施設サービス費等の届出をおこなっていない）に入所した患者の数 ④院内の他病棟への転棟患者
自院の一般病棟からの転棟割合	■2・4（200床以上）65%未満（満たさない場合85/100減算）＊ （医療資源の少ない地域は除く）
加算等	■急性期患者支援病床初期加算 50点～500点/日（14日間） ■在宅患者支援病床初期加算 380点～580点/日（14日間） ※救急搬送又は他院救急患者連携搬送料算定患者の初日から受入れ評価 ■看護職員配置加算 150点/日 ■看護補助者配置加算 160点/日 ■看護補助体制充実加算 165点/日 ■看護職員夜間配置加算 70点/日 ※加算等含めると入院料 3,200点～3,900点
	＊短期滞在手術等基本料3および短期滞在手術等基本料の対象手術を実施した患者は計算対象から除外

地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の概要

(新) 地域包括医療病棟	項目
一般	病棟種別
3,050点 (身体的拘束最小化体制整備要) 40点減算/日	入院基本料
10対1	人員基準
看護職員の7割以上が看護師	看護師数
常勤PT、OT又はSTが2名以上配置	リハビリスタッフ
常勤専任管理栄養士1名以上配置	管理栄養士
I 16% II 15% かつ B項目3点以上 (初日のみ) 5割以上	看護必要度
21日以内	平均在院日数
90日 (超えた場合は、地域一般入院料)	算定日数
80%	在宅復帰率
5%未満	自院の一般病棟からの転棟割合
<ul style="list-style-type: none"> ■ 初期加算 150点 (14日間) ■ 看護補助体制加算 160点～240点/日 (14日間) <ul style="list-style-type: none"> ・夜間看護補助体制加算 105点～125点/日 ・夜間看護体制加算 71点/日 ■ 看護補助体制充実加算 5点～25点/日 (14日間) <ul style="list-style-type: none"> ※介護福祉士100対1、身体的拘束実施日：同加算3算定 ■ 看護職員夜間12対1配置加算 90点～110点/日 (14日間) ■ 看護職員夜間16対1配置加算 45点～70点/日 (14日間) ※加算等含めると入院料 3,600点～3,900点 	加算等

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乘せする新たな加算を新設してはどうか。

提言2

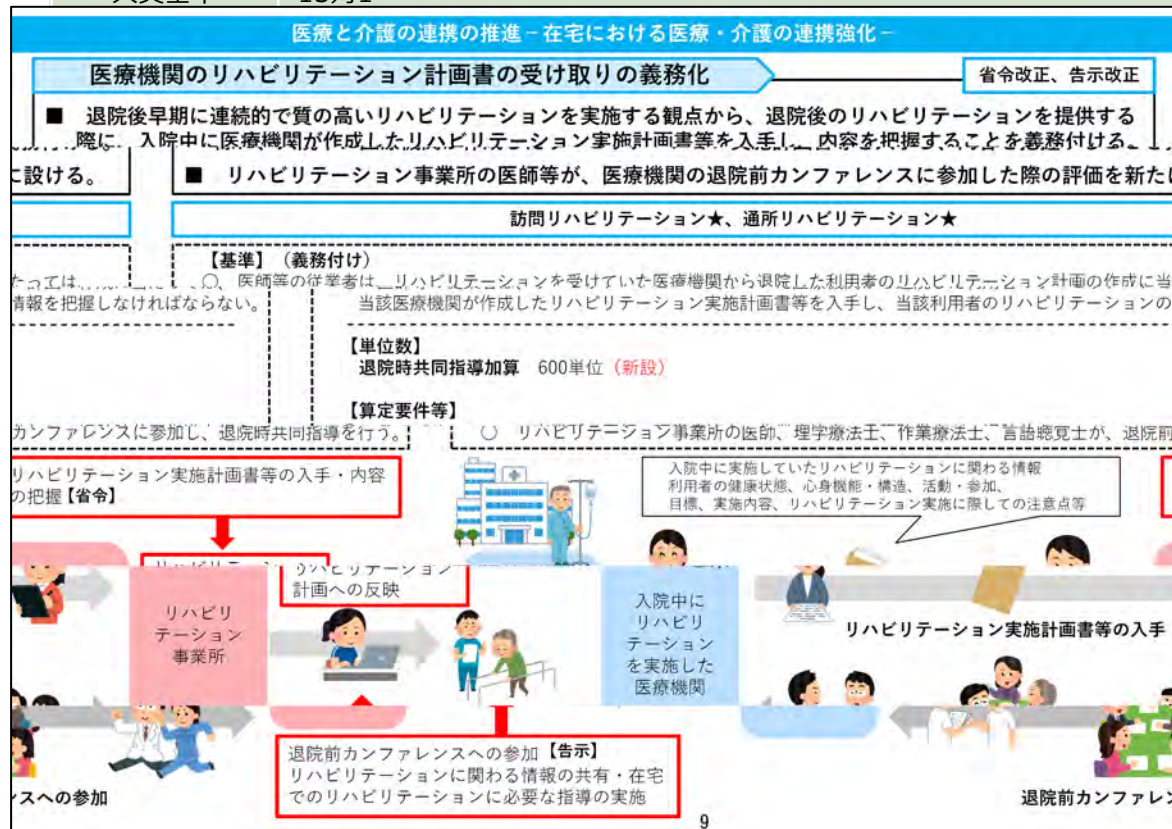
地域包括ケア病棟において、高次救急医療機関に救急搬送された生活支援を要する高齢者等の下り搬送の受け入れを推進するために、急性期患者支援病床初期加算に短期間上乘せする新たな加算を新設してはどうか。

地域包括ケア病棟の概要

項目	地域包括ケア病棟
病棟種別	一般・療養
入院基本料	入院料1~4 (身体的拘束最小化体制整備要) 40点減算/日 40日以内 2,102点~2,838点 2,086点~2,823点 (療養) 41日以上 1,992点~2,690点 1,976点~2,675点 (療養)
人員基準	13対1

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。



- ※救急搬送又は他院救急患者運搬搬送料算定患者の初日から受入料評価
- 看護職員配置加算 150点/日
- 看護補助者配置加算 160点/日
- 看護補助体制充実加算 165点/日
- 看護職員夜間配置加算 70点/日

※加算等含めると入院料 3,200点~3,900点

* 短期滞在手術等基本料3および短期滞在手術等基本料の対象手術を実施した患者は計算対象から除外

地域包括ケア病棟の概要

項目	地域包括ケア病棟
病棟種別	一般・療養
入院基本料	入院料1～4（身体的拘束最小化体制整備要）40点減算/日 40日以内 2,102点～2,838点 2,086点～2,823点（療養） 41日以上 1,992点～2,690点 1,976点～2,675点（療養）
人員基準	13対1
看護師数	看護職員の7割以上が看護師
リハビリスタッフ	常勤PT、OT又はSTが1名以上配置
管理栄養士	—
看護必要度	I：10% II：8%
平均在院日数	—
算定日数	60日（40日以内、41日以上上の2段階）超えた場合は、特別入院基本料（一般）療養病棟入院基本料1又は2の入院料27（療養）
在宅復帰率	■1・2：72.5%＊ 3・4：70%以上＊ （満たせない場合90/100減算3・4のみ） ■退院患者数から下記の数を合計した数を差し引いた数 ①他の保険医療機関への転院患者数 ②介護老人保健施設（介護保険施設サービス費等の届出をおこなっている）に入所した患者の5割の数 ③介護老人保健施設（介護保険施設サービス費等の届出をおこなっていない）に入所した患者の数 ④院内の他病棟への転棟患者
自院の一般病棟からの転棟割合	■2・4（200床以上）65%未満（満たさない場合85/100減算）＊ （医療資源の少ない地域は除く）
加算等	■急性期患者支援病床初期加算 50点～500点/日（14日間） ■在宅患者支援病床初期加算 380点～580点/日（14日間） ※救急搬送又は他院救急患者連携搬送料算定患者の初日から受入れ評価 ■看護職員配置加算 150点/日 ■看護補助者配置加算 160点/日 ■看護補助体制充実加算 165点/日 ■看護職員夜間配置加算 70点/日 ※加算等含めると入院料 3,200点～3,900点
	＊短期滞在手術等基本料3および短期滞在手術等基本料の対象手術を実施した患者は計算対象から除外

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。

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術（13日間）	なし	あり
16	開胸手術（12日間）	なし	あり
17	開腹手術（7日間）	なし	あり
18	骨の手術（11日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（5日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（5日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（5日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（6日間）（例：眼窩内異物除去術）	なし	あり

C項目の対象手術及び評価日数について見直す。

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。

短期滞在手術等基本料の対象手術等を実施した患者を評価対象者に追加。

〔評価の対象〕

当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院している全ての患者。

ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、~~短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の二に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限り。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。~~また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。

注）

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者：DPC病院において、短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。）

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者：短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術又は検査を行った患者

地域包括医療病棟

(新) 地域包括医療病棟

項目

- 救急車又は3次救急から転送された患者割合15%以上
- データ提出加算届出を行っている
- 特定機能病院以外
- 急性期充実体制加算の届出を行っていない
- 専門病院入院基本料の届出を行っていない
- 脳血管疾患等及び運動器リハビリテーション料届出を行っている
- 入退院支援加算 1 届出を行っている

その他

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乘せする新たな加算を新設してはどうか。

地域包括ケア病棟の概要

項目	地域包括ケア病棟
その他	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1日平均2単位以上リハ ■ 入退院支援部門設置（専従看護師又は専従社会福祉士配置） ■ 入退院支援加算1届出（1・2）（満たさない場合90/100減算） ■ 介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましい ■ 救急の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・一般病床 ①②⑤いづれか1つ以上及び③又は④ ・療養病床 ①②③④⑤いづれか1つ以上 <ul style="list-style-type: none"> ①在宅療養支援病院②在宅療養後方支援病院（在宅患者受入実績3件/年） ③2次救急医療機関、④救急病院、⑤訪問看護ステーションが同一敷地内に設置（一般病床200床未満 ③④に代えて救急外来設置又は24時間救急医療提供） ■ 実績要件 <ul style="list-style-type: none"> ・（1・3） <ul style="list-style-type: none"> ①自宅等からの入棟（室）患者割合 20%以上* ②自宅等からの緊急患者受け入れ数 3ヶ月で9人以上 ③在宅医療等の実績 ア～カのうち2つ以上満たす <ul style="list-style-type: none"> ア. 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及びⅡの算定回数が直近3か月間で30回以上 イ. 当該保険医療機関において退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ・Ⅲ）訪問看護費□（介護予防）の算定回数が直近3か月間で150回以上 ウ. 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイの算定回数が直近3か月間で800回以上 エ. 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上 オ. 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、又は同条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している カ. 当該保険医療機関において退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1の算定回数が直近3か月間で6回以上 ・（2・4） <ul style="list-style-type: none"> ①もしくは②又は③いづれか1つ以上満たす（満たさない場合90/100減算）
	<p>* 短期滞在手術等基本料3および短期滞在手術等基本料の対象手術を実施した患者は計算対象から除外</p>

提言4

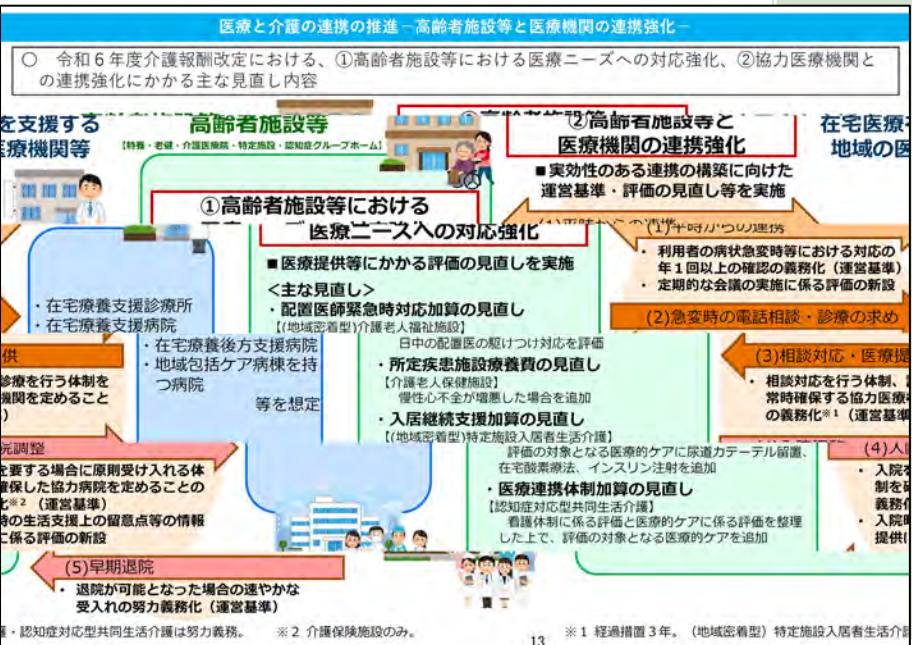
短期滞在手術等基本料3の受け入れが過剰になり、地域包括ケア病棟の機能のバランスが崩れている病棟について、一定程度の受け入れを超えた場合、同基本料3の届け出を認めないこととすればどうか。

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。

地域包括ケア病棟の概要

項目	地域包括ケア病棟
その他	<ul style="list-style-type: none"> ■ 1日平均2単位以上リハ ■ 入退院支援部門設置（専従看護師又は専従社会福祉士配置） ■ 入退院支援加算1届出（1・2）（満たさない場合90/100減算） ■ 介護保険施設の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましい ■ 救急の実施 <ul style="list-style-type: none"> ・一般病床 ①②⑤いづれか1つ以上及び③又は④ ・療養病床 ①②③④⑤いづれか1つ以上 <ul style="list-style-type: none"> ①在宅療養支援病院②在宅療養後方支援病院（在宅患者受入実績3件/年） ③2次救急医療機関、④救急病院、⑤訪問看護ステーションが同一敷地内に設置（一般病床200床未満 ③④に代えて救急外来設置又は24時間救急医療提供） ■ 実績要件 <ul style="list-style-type: none"> ・（1・3） <ul style="list-style-type: none"> ①自宅等からの入棟（室）患者割合 20%以上* ②自宅等からの緊急患者受け入れ数 3ヶ月で9人以上 ③在宅医療等の実績 ア〜カのうち2つ以上満たす <ul style="list-style-type: none"> ア. 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及びⅡの算定回数が直近3か月間で30回以上 イ. 当該保険医療機関において退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ・Ⅲ）訪問看護費（介護予防）の算定回数が直近3か月間で150回以上 ウ. 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費、指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問看護費のイ及び指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防訪問看護費のイの算定回数が直近3か月間で800回以上 エ. 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上 オ. 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、又は同条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している カ. 当該保険医療機関において退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1の算定回数が直近3か月間で6回以上 ・（2・4） <ul style="list-style-type: none"> ①もしくは②又は③いづれか1つ以上満たす（満たさない場合90/100減算）



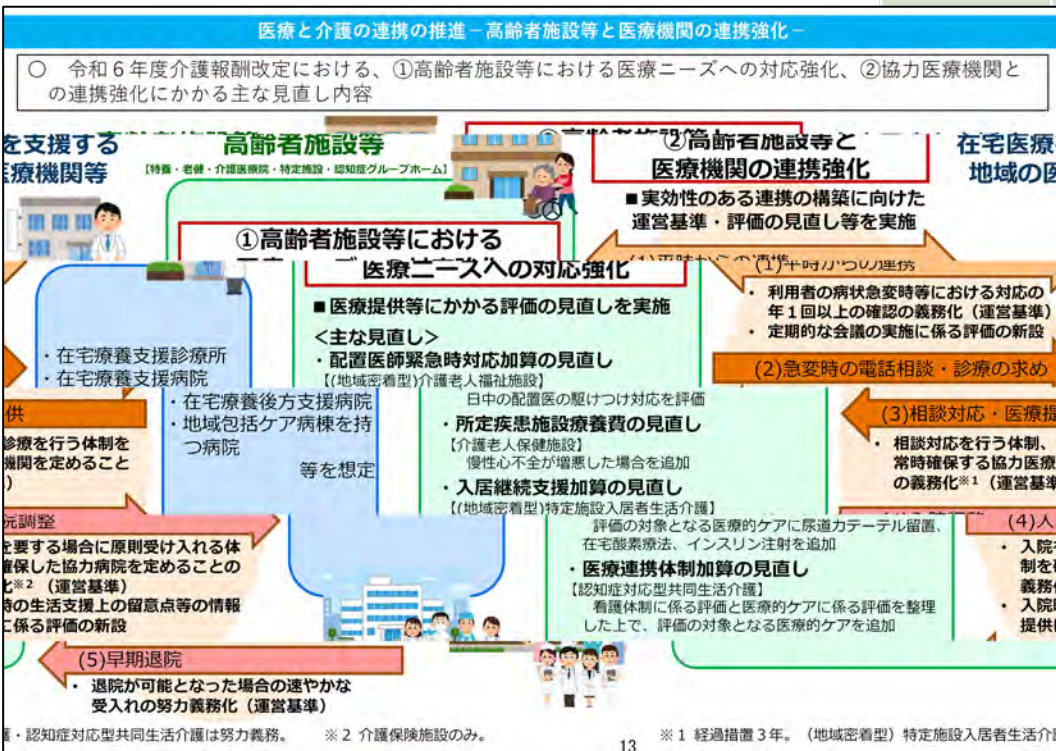
* 短期滞在手術等基本料3および短期滞在手術等基本料の対象手術を実施した患者は計算対象から除外

地域包括ケア病棟の概要

項目	地域包括ケア病棟
算定可能項目	<ul style="list-style-type: none"> ■入院基本料等加算 <ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算、急性期患者支援病床初期加算、在宅患者支援病床初期加算、看護職員夜間配置加算、臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算 ■医学管理等 <ul style="list-style-type: none"> 二次性骨折予防継続管理料（ロに限る。） ■在宅医療 ■除外薬剤・注射薬 ■処置 <ul style="list-style-type: none"> 人工腎臓、腹膜灌かん流及び特定保険医療材料（人工腎臓又は腹膜灌かん流に係るものに限る。） ■手術、麻酔 ■リハビリテーション <ul style="list-style-type: none"> 摂食機能療法、DPC/PDPS算定期間中

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。



(新) 地域包括医療病棟

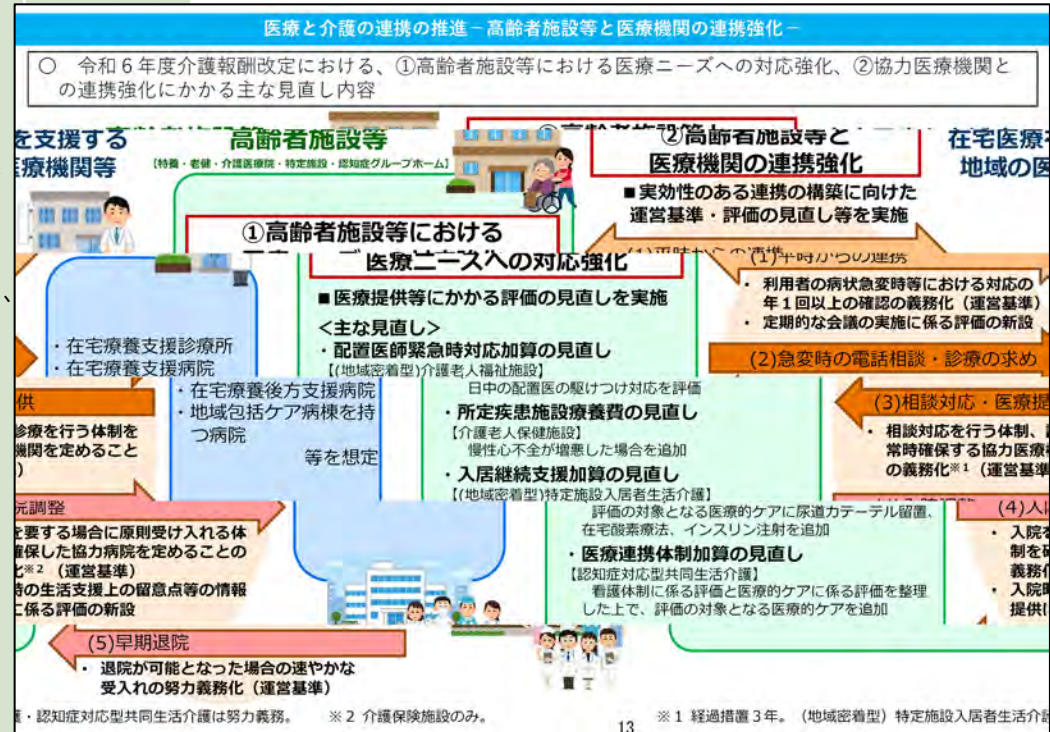
項目

算定可能
項目

- 入院基本料等加算
臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、**特定感染症入院医療管理加算**、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算 1、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、**医療的ケア児（者）入院前支援加算**、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び**協力対象施設入所者入院加算**・医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料、禁煙治療補助システム指導管理加算除く）
- 在宅医療
- 検査の費用
心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取（血液採取除く）
- 画像診断
画像診断管理加算 1、画像診断管理加算 2、画像診断管理加算 3 及び画像診断管理加算 4、造影剤注入手技、特定保険医療材料
- 注射 菌製剤処理料
- 処置
熱傷処置 5 に限る、局所陰圧閉鎖処置（入院）、局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）、多血小板血漿処置、硬膜外自家血注入、経皮的肝膿瘍等穿刺術、エタノールの局所注入、リンパ管腫局所注入、高気圧酸素治療、内視鏡的結腸軸捻転解除術、人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法、局所灌流、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法、腹膜灌流、人工臍臓療法、経会陰的放射線治療用材料局所注入、一酸化窒素吸入療法、カウンターショック、心腔内除細動、食道圧迫止血チューブ挿入法、熱傷温浴療法、皮膚レーザー照射療法、腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）、酵素注射療法、歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）、四肢ギプス包帯（4から6までに限る）、体幹ギプス包帯、鎖骨ギプス包帯（片側）、ギプスベッド、斜頸矯正ギプス包帯、先天性股関節脱臼ギプス包帯、脊椎側弯矯正ギプス、義肢採型法（2に限る）、練習用仮義足又は仮義手採型法 2 に限る）ただし、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く）
- 病理標本作製料 術中迅速病理組織標本作製
- 手術、麻酔
- リハビリテーション

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。



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。

地域包括ケア病棟の概要

項目	地域包括ケア病棟
----	----------

一体的取組 関連	<p>(新) 回復期等口腔機能管理計画策定料 300点 療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定</p> <p>(新) 回復期等口腔機能管理料 200点 療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を算定する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において回復期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定</p> <p>(新) 回復期等専門的口腔衛生処置 100点 回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において月2回に限り算定</p> <p>(新) 協力対象施設入所者入院加算 1 往診が行われた場合 600点 2 1以外の場合 200点 次のいづれかに該当することが要件 ① 在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること ② 在宅療養後方支援病院であること ③ 地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること 介護保険施設等の入所者について、病状が急変した際に、当該介護保険施設等に協力医療機関として定められている保険医療機関であって、定期的にカンファレンスを行う等、当該介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関（受入れを行う協力医療機関以外の協力医療機関を含む）の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し入院をさせた場合</p>
-------------	--

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保部-介護給付費分科会
第17号 (R2.6.25) 資料1

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事が期待される。

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

筋力・持久力の向上
活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
低栄養の予防・改善
食欲の増進

リハビリテーション・機能訓練

口腔・嚥下機能の維持・改善
口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

栄養

口腔

適切な食事形態・摂取方法の提供・食事摂取量の維持・改善・経口摂取の維持

- 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

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)

特定感染患者療養環境特別加算 (1日につき)

(二類感染症患者療養環境加算からの名称変更)

- 1 個室加算 200点
- 2 陰圧室加算 100点

感染症法上の二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症に位置づけられる感染症であって、個室管理又は陰圧室管理の必要性が特に高い患者を個室又は陰圧室で管理した場合を評価

(新) 地域包括医療病棟

項目

■リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 80点（14日間）

[算定要件]

リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき別に厚生労働大臣が定める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病棟に入院している患者について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算
栄養サポートチーム加算は別に算定できない

[施設基準]

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること
- (2) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること

一体的取組
関連

提言5

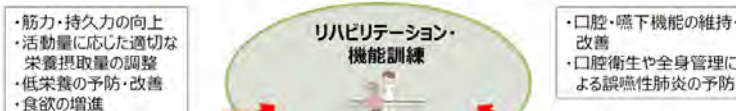
高齢・虚弱のmultimorbidity患者の中でも、誤嚥性肺炎の患者について、摂食嚥下機能の改善や平均在院日数の短縮、死亡率の低下等が見込まれるリハビリテーション・口腔・栄養の一体的取組を、入院早期からチーム医療等で介入した場合に評価してはどうか。

自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

社保審-介護給付費分科会
第178 (R2.6.25) 資料1

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が期待される。

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



適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

- 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

3

成長期の地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟を
届け出る病院の立ち位置

After 2024

■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

特に自宅・施設かかりつけ患者

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高齢虚弱“**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・介護・福祉・子育て
高齢者救急なら地域包括医療病棟

急性期でも回復期
でもない！地域包
括ケア病棟です。



第2部

調査の実施

1) 地域包括ケア病棟を有する病院における 地域包括医療病棟の届出意向調査

- 地域包括ケア病棟協会では、地域包括ケア病棟を有する病院の、地域包括医療病棟届出支援を行います。
- 3月中旬に結果を公表する予定です。

■ 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



「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
〒101-0003東京都千代田区一ツ橋2-6-2

大会長 西村 直久
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