

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



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

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。

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