

2024.06.21

一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会
第6回定時社員総会

地域包括ケア推進病棟協会の 10年間の振り返りと未来への活動



一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会
会長 仲井培雄

地域包括ケア病棟の歴史

地域包括ケア病棟の胎動（仲井私見）

■1984年～2011年

- ・1984年頃 公立みつぎ総合病院の山口昇先生の「寝たきりゼロ作戦」、「医療と保健・福祉のドッキング」、「介護施設群の併設」が地域包括ケアシステムの原型
- ・2000年 介護保険と回復期リハビリテーション病棟の創設
→ 脳卒中モデルの社会復帰
- ・2001年 地域一般病床の提言 全日病
- ・2002年 亜急性期病床の新設
- ・2005年 介護保険法改正で「地域包括ケアシステム」という言葉を初めて使用。診療所は入っているが、病院は入っていなかった。
- ・2008年 社会保障国民会議の設置
社会保障のあるべき姿（ロードマップ）が初めて示された
- ・2011年 急性期病床群の提唱 社会保障審議会医療部会
急性期病床群の対象となる患者や急性期医療のイメージ → 廃案

2001年 地域一般病棟 全日病提唱

I. はじめに

「地域一般病棟」の概念は、2001年9月、四病院団体協議会の高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会報告書において、全日本病院協会（以下、全日病）を中心に纏められた概念である。地域（主として一次医療圏・生活圏）の医療を支える地域密着型病棟（病院）であり、地域住民、在宅療養中の患者、介護施設入居者等を対象として、連携を中心とした地域包括ケアを推進する病棟（病院）である¹。

その役割としては、下記のようなものが挙げられる。図1に、これらの概念を示す。

① 急性期医療機能

生活圏における住民、在宅療養中の患者、介護保険施設等の入居者等における軽～中等症の急性期入院需要に応える。更に高度な医療が必要と判断された場合、基幹病院等に紹介転送する。

② 亜急性期（急性期後）の医療連携

リハビリテーション、病状不安定、抗がん剤療法等、急性期加療後に引き続き入院を担う。

③ 救急医療機能と連携

救急指定病院もしくは救急対応として、主として軽～中等症の救急を担うが、必要に応じてより高次の救急医療機関に転送する。また、救急救命センター等で高度な入院医療は必要ないものの入院が必要と判断された場合、転送受け入れを行う。

④ 在宅療養支援機能

在宅療養支援診療所との連携、もしくは自ら在宅療養支援病院となり、地域の在宅療養の充実に貢献する。

地域包括ケア病棟の経緯①(平成24年度診療報酬改定まで)

【平成16年度診療報酬改定】

・ 亜急性期入院医療管理料の創設

[主な要件] 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者1名

- ・ 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

【平成20年度診療報酬改定】

- ・ 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料2を新設

[管理料2の主な要件] 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者1名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より3週間以内である患者が2/3以上

【平成24年度診療報酬改定】

- ・ 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進

(新)亜急性期入院医療管理料1 2,061点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定
(最大60日まで算定可能)

(新)亜急性期入院医療管理料2 1,911点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定
(最大60日まで算定可能)

地域包括ケア病棟の胎動（仲井私見）

■ 1984年～2011年

- ・1984年頃 公立みつぎ総合病院の山口昇先生の「寝たきりゼロ作戦」、「医療と保健・福祉のドッキング」、「介護施設群の併設」が地域包括ケアシステムの原型
- ・2000年 介護保険と回復期リハビリテーション病棟の創設
→ 脳卒中モデルの社会復帰
- ・2001年 地域一般病床の提言 全日病
- ・2002年 亜急性期病床の新設
- ・2005年 介護保険法改正で「地域包括ケアシステム」という言葉を初めて使用。診療所は入っているが、病院は入っていなかった。
- ・2008年 社会保障国民会議の設置
社会保障のあるべき姿（ロードマップ）が初めて示された
- ・2011年 急性期病床群の提唱 社会保障審議会医療部会
急性期病床群の対象となる患者や急性期医療のイメージ → 廃案

現状

- 在宅サービスメニュー、量の不足
- 居住系整備不足

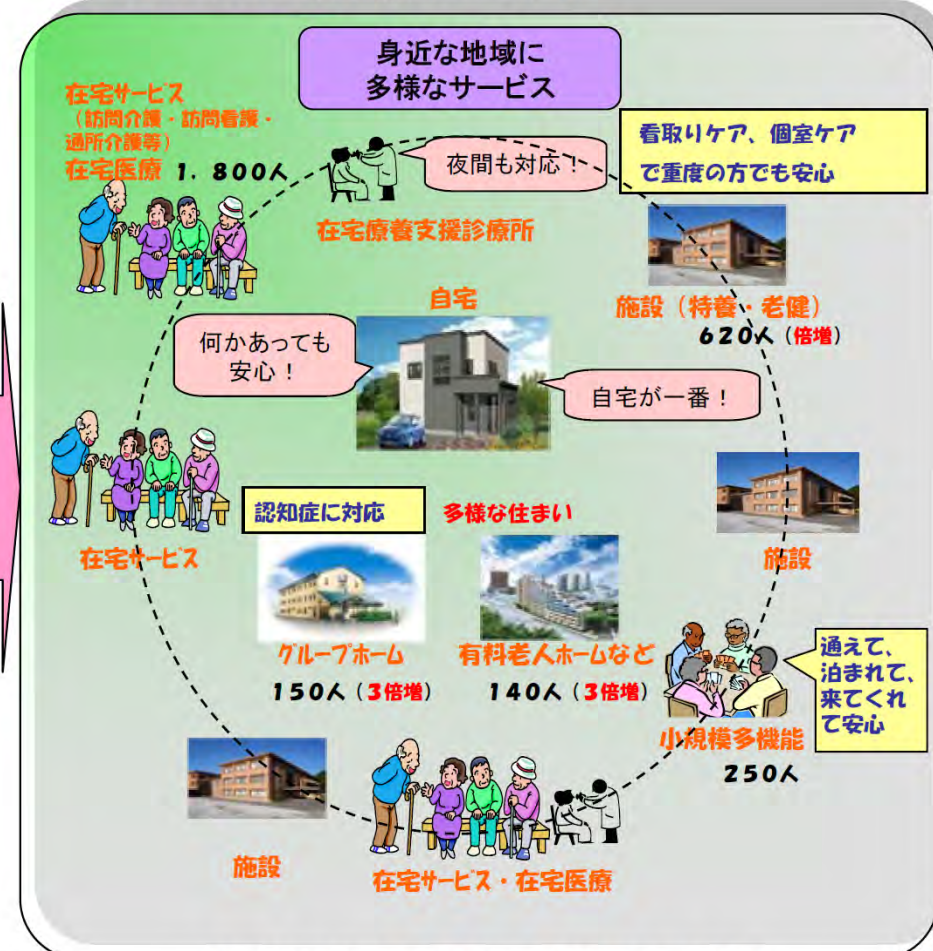
<人口5万人の場合>



65歳以上: 11,000人 (うち、75歳以上: 5,000人)

2025年の姿

- できる限り住み慣れた地域で暮らし続ける
- 自らの希望と選択でよりよいサービスを受けることができる
- 施設・居住系サービスをスウェーデン並みに拡充
- 24時間対応など多様な在宅サービス
- 施設も地域に密着した小規模化、ユニットケア



65歳以上: 15,000人 (うち、75歳以上: 9,000人)

医療・介護サービスのシミュレーションの前提(ポイント)

あるべき医療・介護サービスを前提＝改革(再生)への道筋を提示

不十分・非効率的なサービス提供体制

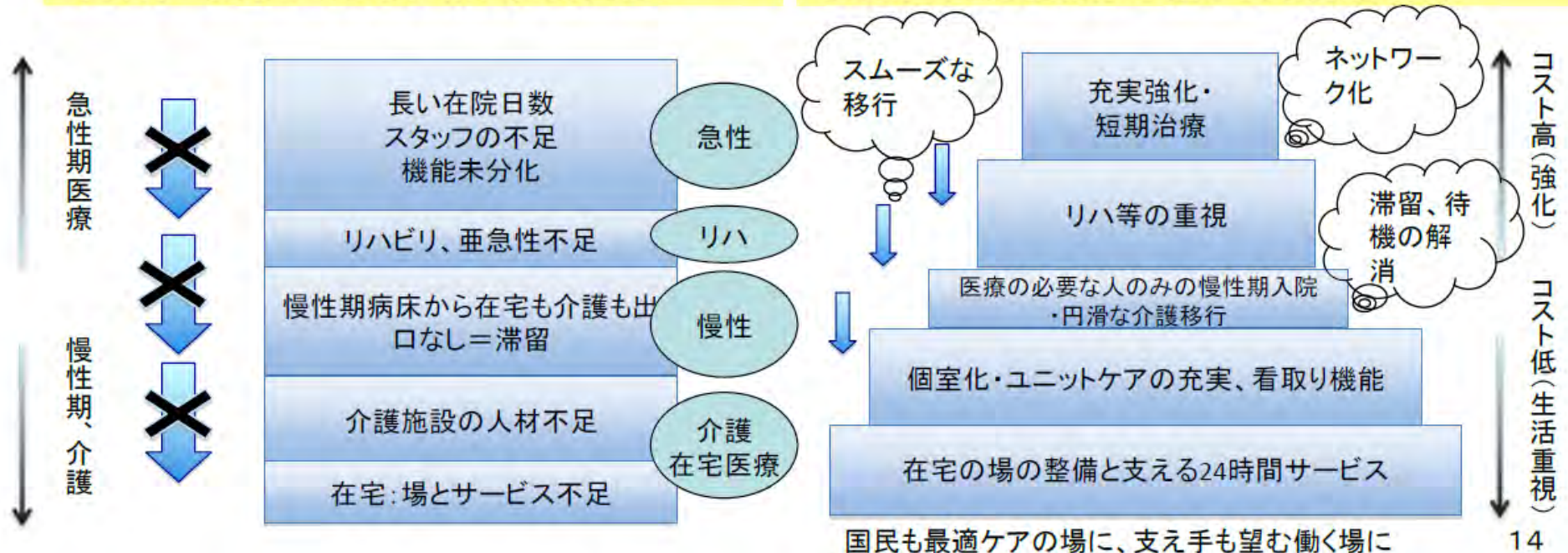
- ・病床数が多く在院日数が長い
- ・病床の機能が未分化・勤務医の疲弊
- ・地域医療、特に産科小児科救急の危機
- ・介護サービス不足、従事者不足 等

現状のままでは、問題未解決、しかも費用は増加

必要な改革＝必要なサービス強化と効率化を同時実現
→ **必要な医療・介護を効率的に確保**

<現状＝非効率な資源利用・非最適化>

<将来＝充実強化かつ効率的な資源利用>



地域包括ケア病棟の胎動(仲井私見)

■1984年～2011年

- ・1984年頃 公立みつぎ総合病院の山口昇先生の「寝たきりゼロ作戦」、「医療と保健・福祉のドッキング」、「介護施設群の併設」が地域包括ケアシステムの原型
- ・2000年 介護保険と回復期リハビリテーション病棟の創設
→ 脳卒中モデルの社会復帰
- ・2001年 地域一般病床の提言 全日病
- ・2002年 亜急性期病床の新設
- ・2005年 介護保険法改正で「地域包括ケアシステム」という言葉を初めて使用。診療所は入っているが、病院は入っていなかった。
- ・2008年 社会保障国民会議の設置
社会保障のあるべき姿(ロードマップ)が初めて示された
- ・2011年 急性期病床群の提唱 社会保障審議会医療部会
急性期病床群の対象となる患者や急性期医療のイメージ → 廃案

急性期病床群(仮称)の対象となる患者や急性期医療のイメージ

急性期病床群(仮称)の対象となる患者:

例えば、心筋梗塞によって入院した患者や、手術後の患者のように、状態が不安定であって、症状の観察などの医学的な管理や、傷の処置などの治療を日常的に必要としている場合を想定

○これまでの「急性期医療」の考え方

・「急性期とは患者の病態が不安定な状態から、治療によりある程度安定した状態に至るまでとする」

中医協DPC評価分科会から同基本問題小委への提案(平成19年11月21日)

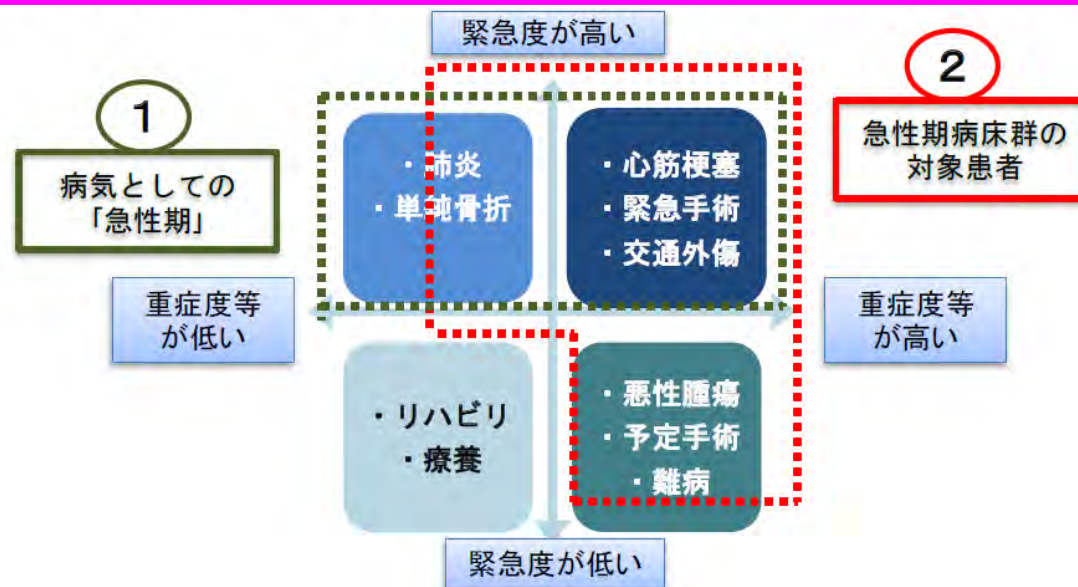
・「急性期入院医療とは、疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的とし、一定程度の改善まで、医師・看護師・リハビリテーション専門職員等が中心となって行う医療」全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書(2007年版)」

・急性期病棟の対応する入院医療は急性疾患だけではない。重度の急性疾患(心筋梗塞、脳動脈瘤破裂等)はもちろんであるが、悪性腫瘍、高度な専門的手術・治療等も、急性期病棟の提供する入院医療である。

四病院団体協議会「厚生労働省『医療提供体制の改革の基本的方向』に対する意見」(平成15年3月14日)

○医療者にとって「急性期」とは、病気のステージ(発症初期であること)や発症様式(急性に発症すること)、救急医療という概念で捉えられることが多い(①)。

「急性期病床群(仮称)」で想定する急性期医療とは、こうした「急性期」と必ずしも一致するものではなく、緊急度や重症度等を含め、より高密度な医療を必要とする患者を想定しており、より広い概念で捉えている(②)。



急性期病床群は廃案になって後に地域医療構想が誕生

地域包括ケア病棟の胎動(仲井私見)

■2012年～2015年

- ・2012年 LTAC研究会の創設 日慢協が関係

米国STAC(short term acute care)のALOSは5日である。

PA(ポストアキュート)は米国LTAC*(long term acute care)と入院リハビリテーション施設(Inpatient Rehabilitation Facilities:IRF)が賄う。

*LTACは複数の合併症を抱え、重篤で長期入院が必要な、医学的に複雑な患者に専門性の高い急性期ケアを提供。

PAもSA(サブアキュート)も提供。

- ・2012年 社会保障制度改革国民会議の設置

社会保障と税の一体改革

- ・2014年 地域医療構想と病床機能報告

客観的指標から都道府県がつくる必要量と病院開設者がつくる主観的機能分類による現状 → 回復期病床の齟齬

地域包括ケア病棟の胎動(仲井私見)

■2012年～2015年

- ・2012年 LTAC研究会の創設 日慢協が関係

米国STAC(short term acute care)のALOSは5日である。

PA(ポストアキュート)は米国LTAC*(long term acute care)と入院リハビリテーション施設(Inpatient Rehabilitation Facilities:IRF)が賄う。

*LTACは複数の合併症を抱え、重篤で長期入院が必要な、医学的に複雑な患者に専門性の高い急性期ケアを提供。

PAもSA(サブアキュート)も提供。

- ・2012年 社会保障制度改革国民会議の設置

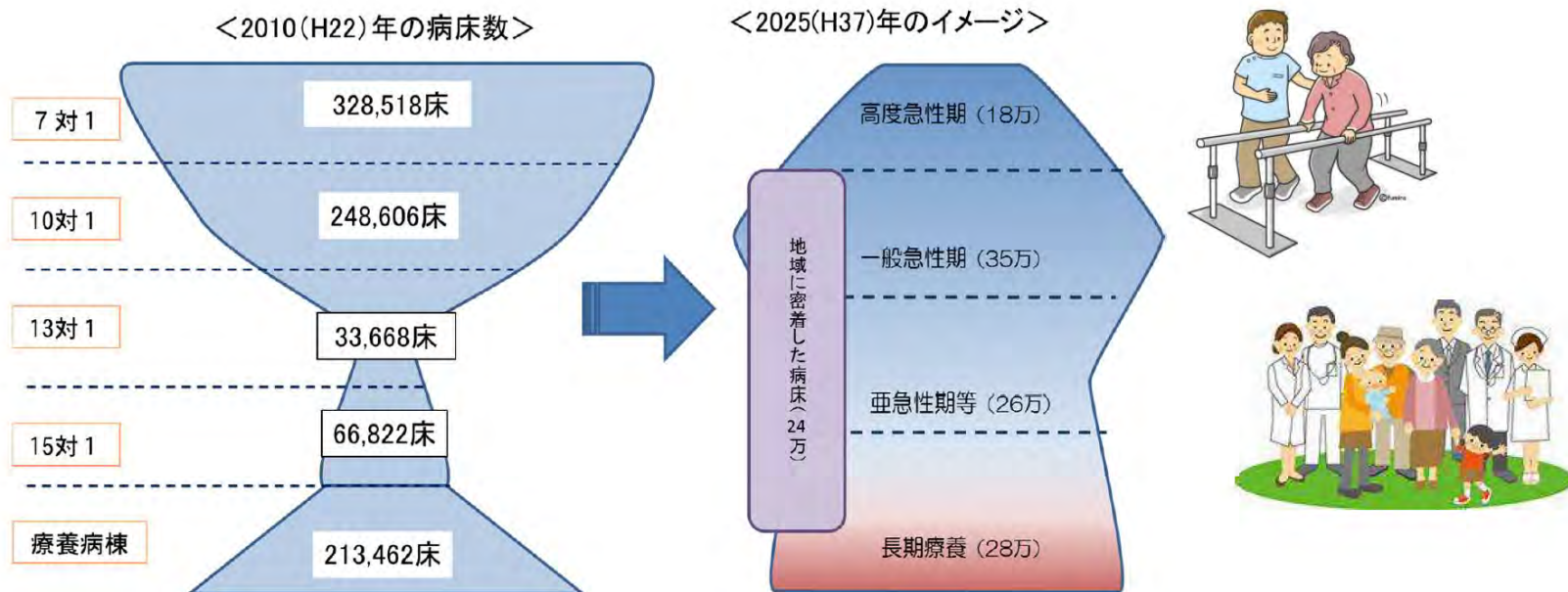
社会保障と税の一体改革

- ・2014年 地域医療構想と病床機能報告

客観的指標から都道府県がつける必要量と病院開設者がつける主観的機能分類による現状 → 回復期病床の齟齬

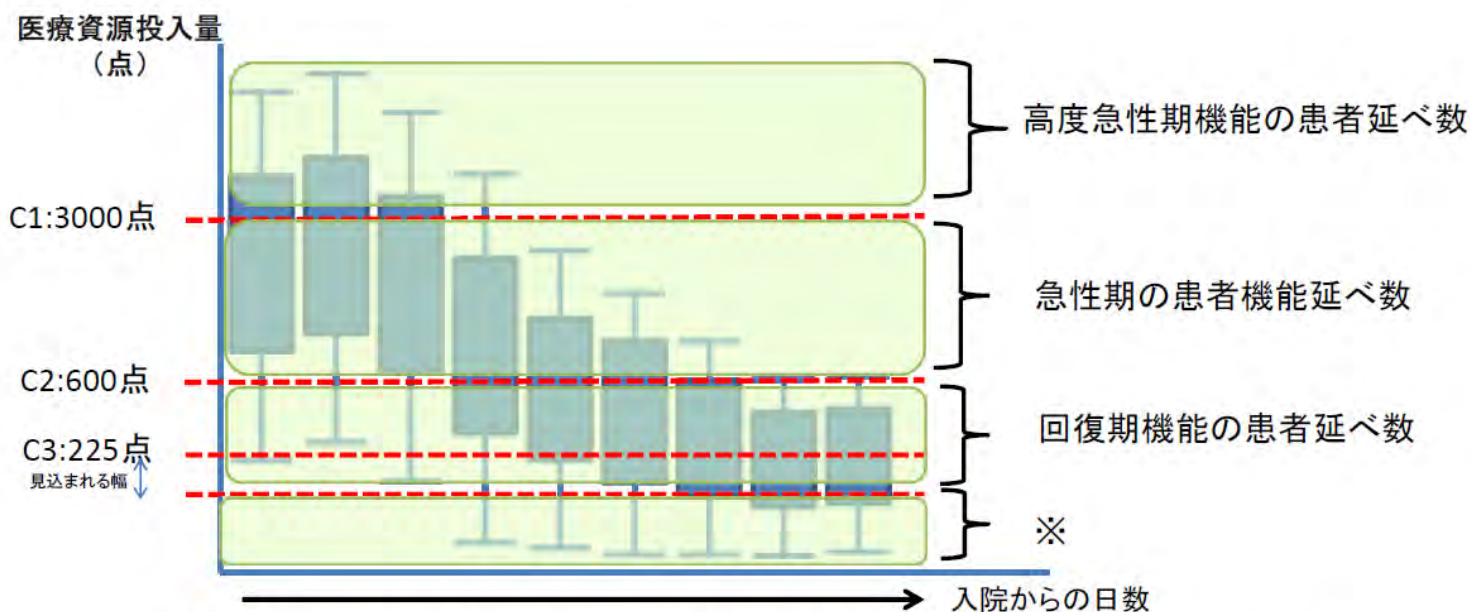
医療・介護 1. 5兆円程度

- ①病床の役割の分化・連携強化、在宅医療の推進(平成26年度から実施)
～ できるだけ早く社会復帰、在宅復帰ができるように効率的で質の高い医療を提供します ～
- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機関の間の連携強化
 - 患者さんの状態に応じた適切な医療を提供し、できるだけ早く社会復帰できる体制を整備



高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

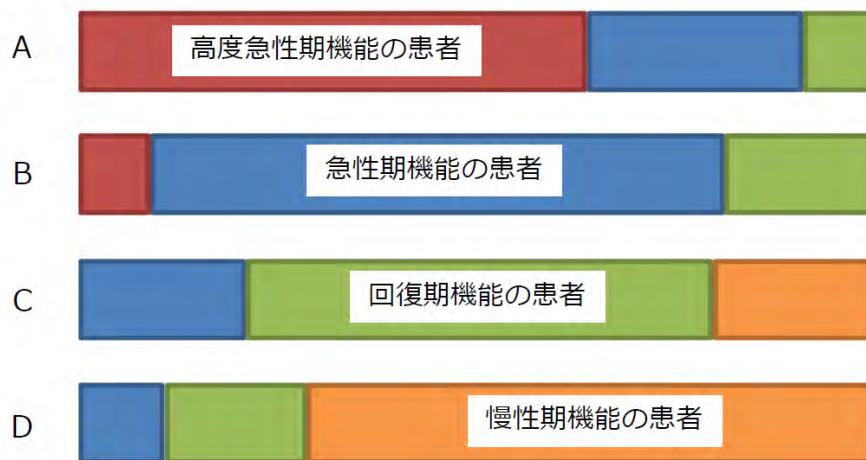


全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

医療機能の選択に当たっての基本的な考え方

病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、下図のように当該病棟でいずれかの機能のうち最も多くの割合の患者を報告することを基本とする。

(ある病棟の患者構成イメージ)



各々の病棟については、

「高度急性期機能」

「急性期機能」

「回復期機能」

「慢性期機能」

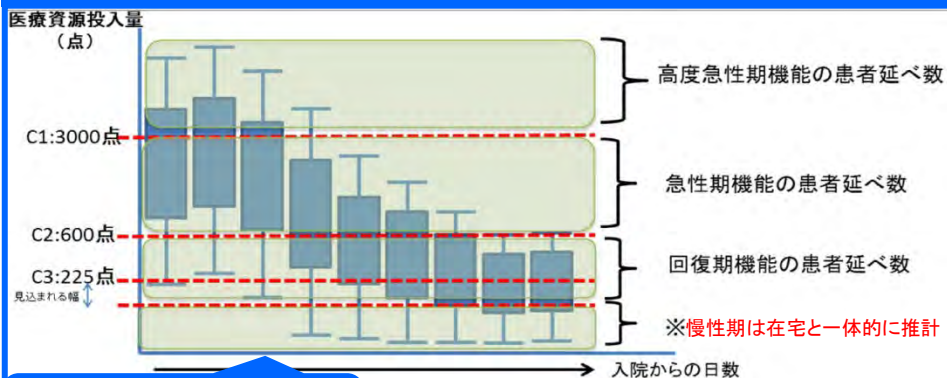
として報告することを基本とする。

推計と報告は根本的に見ているものが違う！

改変：2017.1 奈良県地域医療構想実現に向けたこれからの取り組みについて
2015.3 地域医療構想策定ガイドライン等

当該病院の患者一人1日当たりの出来高換算コストを1年分集積し、C1、C2、C3で機能区分して、それぞれの述べ患者数を365日で除して病床数を推計(高度急性期～回復期)

7月1日時点の当該病棟で、いずれかの機能のうち、最も多くの割合の患者の機能を報告することを、基本とする。



客観的指標

主観的指標

高度急性期

急性期 (比較的高度・重症)

急性期の一部 (かかりつけ、比較的軽症等)

回復期

慢性期

医療需要推計	医療機能区分	病床機能報告制度
国の医療需要推計における医療機能区分の内容 医療資源量: 3,000点以上	高度急性期 C1 3,000点	医療機能の内容 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
医療資源量: 600点~3,000点未満	急性期 C2 600点	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
医療資源量: 175点~600点未満+ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数	回復期 C3 175点	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
<一般病床> 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者 <療養病床> 療養病床(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く)一医療区分1の患者数の70%-地域差解消分	慢性期	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。 ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

軽症急性期患者が含まれている可能性

軽症急性期患者が含まれている可能性

高度急性期

急性期 (比較的高度・重症)
急性期の一部 (かかりつけ、比較的軽症等)

回復期

慢性期

地域包括ケア病棟の誕生と成長（仲井私見）

■ 2016年～2024年

- ・2014年 地域包括ケア病棟の創設 → 地域包括ケア病棟協会設立
- ・2016年度 診療報酬改定
- ・2018年度 トリプル改定 惑星直列
- ・2020年度 診療報酬改定
- ・2022年度 診療報酬改定
- ・2024年度 トリプル改定 賃上げ改定

2014年度地域包括ケア病棟創設

急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。



IV. 7:1、亜急性期病床、障害者病棟、医療療養、介護療養などをもつ総合的中規模病院の立場から

重宝される?!

自称「地域包括ケアミックス病院」



ごあいさつ

仲よく楽しく 人と社会を健康に

私たちは、法人の理念を「モットー和楽仁」と呼んでいます。本来、モットーは「目標や理想」という意味ですが、これに法人名「和楽仁」を付け加えることで自分たちの理念とし、創業当時の仲よく楽しく健康を追い求め受け継いでいきたいと志を立てています。そして、2013年4月に改訂した法人の理念「モットー和楽仁」は、「仲よく楽しく 人と社会を健康に」。職員が仲よく、一人ひとりが活る社会と働き、パートナーの皆さんを健康にするヘルスケアサービスを提供していきたい、この思いを胸に、これからも地域の皆さまとともに、この地域の発展に多くを担っていきます。

開院から30年の節目を迎えて

当院は、1983年（昭和58年）東口立地の地に開院して以来、地域の皆さまのご支援を受け、予防・医療・介護を軸の中核病院として期待されるまで成長してきました。この30年間、医療は専攻に専攻してきています。私たちが、最新の医療技術を取り入れ人と社会を健康に導き、守ってまいりました。今後も、救急医療・がん診療・生活習慣病対策・老年症候群対策など様々なことに取り組み、高加算の基幹病院としてさらに地域医療に貢献できよう、職員一同頑張っていきたいと考えています。

モットー和楽仁
「仲よく楽しく 人と社会を健康に」

基本方針

1. 地域医療を担う病院として、当院に関わる皆さまの生活の健康を支えます。
2. 心のふれあいを大切に、安心できるパートナーシップを築きます。
3. 利用される皆様のご権利を尊重し、充分な説明と同様のものにと、参加できる医療を提供します。
4. 救命救急から慢性疾患まで、最新の科学的根拠に基づき、安全で的確なチーム医療を、多職種協働で提供します。
5. 地域との交流を大切に、社会保険の向上と経済の発展に取り組みます。

私たちは、皆さまのパートナー。そして皆さまは、私たちのパートナー。

医療 不安を安心に
がん、内分分泌疾患、老年症候群、リハビリテーション、地域密着型医療、医療安全・感染対策

予防 健康になりたい地域をつくる

介護 地域密着型介護サービス

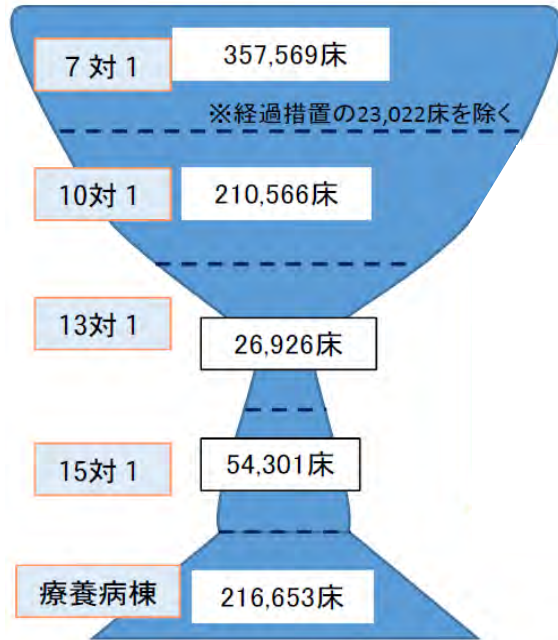
日本慢性期医療協会 理事
医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長
仲井培雄

いわゆる社会保障制度改革 プログラム法への対応

(持続可能な社会保障制度の確立を
図るための改革の推進に関する法律)

医療・介護サービス提供体制 現状の姿

<現在の姿>



■私的医療機関頼りの歴史で、1960年代の高度成長期から**変わっていない医療制度**。

■低めの医療費(対GDP比)と世界一の医療水準で**WHOの評価はNo.1**

■**少子高齢化の進展**により、医療ニーズと医療提供体制の**ミスマッチ**が顕在化。

■医療従事者の過剰労働は常態化しているが、**医療提供体制は不十分・非効率**。

■**国の財政は逼迫**しており**国難**として覚悟を決めて立ち向かうべき。

■GDPの取り分が増えている社会保障を担う我々には、**重大な役割と責任**がある。

<医療・介護サービス提供体制のロードマップ> 厚生労働省 URL参照

2014年

消費税
8%→10%

2018年

→?%

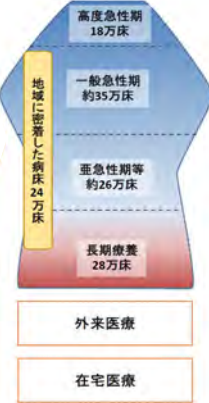
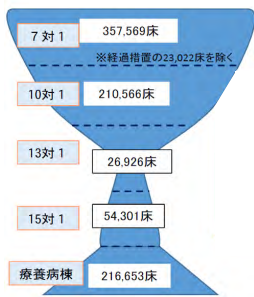
団塊の世代が
後期高齢者

→?%

2025年

→?%

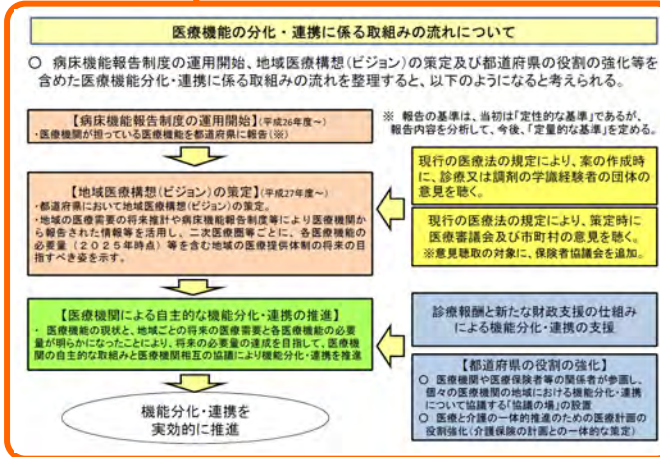
日本国レベル
社会保障制度改革
プログラム法



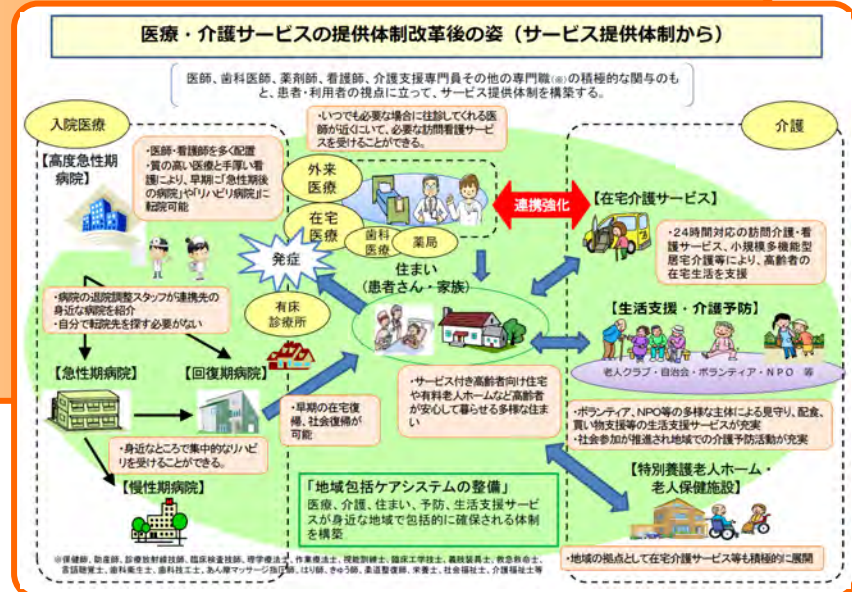
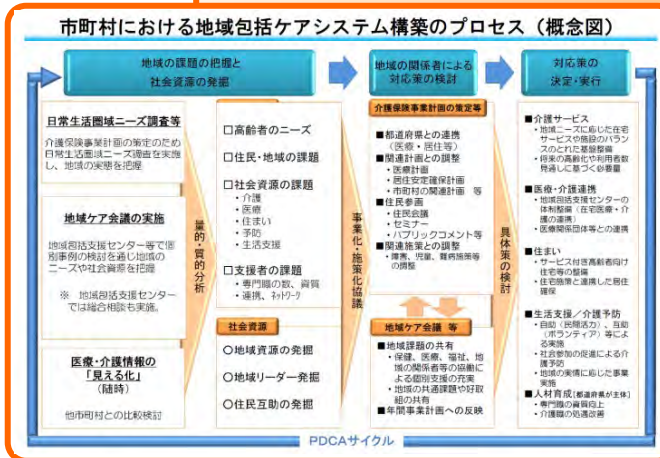
診療・介護報酬
同時改定

第7次 都道府県
医療計画
(介護保険計画と一体化)

都道府県レベル
医療制度
地域医療ビジョン



市町村レベル
介護保険制度
地域包括ケアシステム



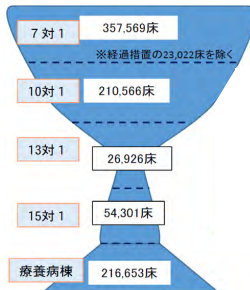
<医療・介護サービス提供体制のロードマップ>

2014年

私達は何をなすべきか？

2025年

日本国レベル
社会保障制度改革
プログラム法



消費

- ・国民として、良き医療人として
- ・医療機関経営者として
- ・地域包括ケア病棟協会として



都道府県レベル
医療制度
地域医療ビジョン

医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて

- ・病床機能報告制度
- ・地域医療ビジョンの策定
- ・都道府県の役割強化
- ・新たな財政支援制度
- ・医療機関による自主的な機能分化・連携の推進

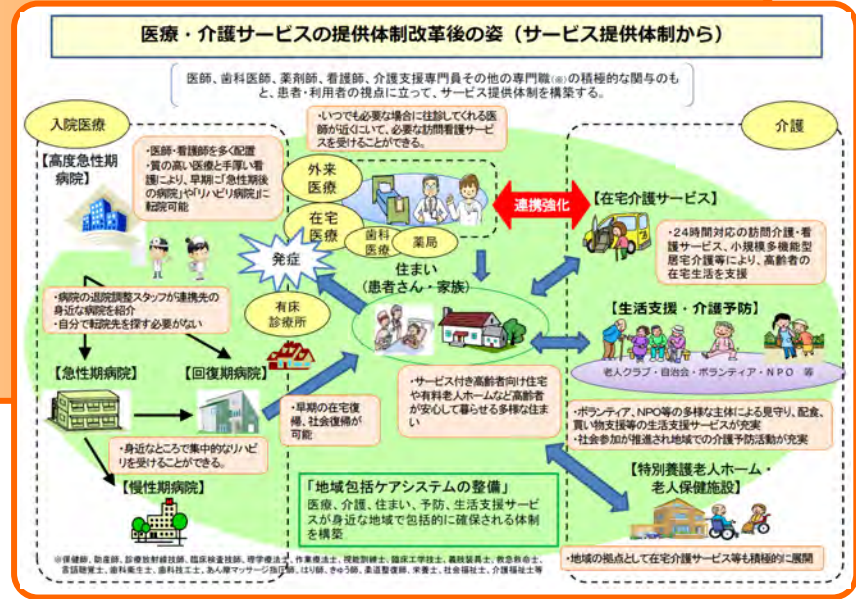
第7次 都道府県医療計画 (介護保険計画と一体化)

市町村レベル
介護保険制度
地域包括ケアシステム

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス (概念図)

- ・地域の課題の把握と社会資源の発掘
- ・地域の関係者による対応策の検討(介護保険事業計画策定、地域ケア会議)
- ・対応策の決定・実行

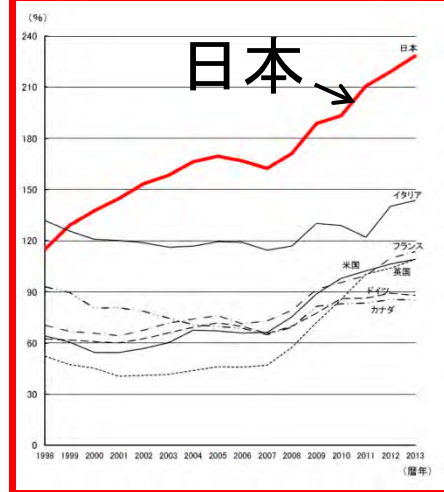
PDCAサイクル



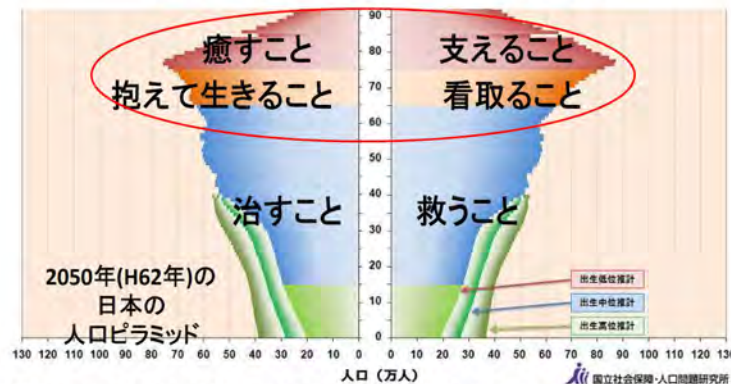
国民として、良き医療人としてなすべきこと

- 2013年12月5日 **社会保障制度改革プログラム法**の成立
- 政府と医療提供者(民間主体)と国民の**信頼関係**こそが改革の基本。
- 財源の確保(**消費税**の増加分)と医療の効率化(**地域医療ビジョン**策定と**地域包括ケアシステム**の構築)で**皆保険の維持**を目指す。
- 同時に、国債・地方債を合わせて**1,000兆円超の負担**を次世代に**先送りしない**ために**財政健全化**を達成する。
- 今改定の重点課題「**医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実**」により、医療提供体制の「**構造的な制度改革**」を目指す。

債務残高の国際比較(対GDP比)



多くの病気を治せなくなる頃



資料：1978～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

地域包括ケア病棟協会として

あなたならどうする？

「今回の改定・改革は“どちらに逃げたら有利か”などという逃げ得を一切許さない厳しいものとなるだろう」 武久洋三顧問談

昨年と今年の4月を比べて、院内外の状況がどう変わったか？

7:1
10:1

環境は昨年と大きく異なるはず。良い方向を伸ばし、悪い方向を見極める。

亜急性期病床

地域包括ケア病棟

- 1, 急性期後の患者受け入れ
- 2, 在宅患者急変時の受け入れ
- 3, 在宅復帰支援

障害者病棟

でも、収支が心配

13:1、15:1

医療療養20:1

地域包括ケア病棟協会としてなすべき事

■ 中期的

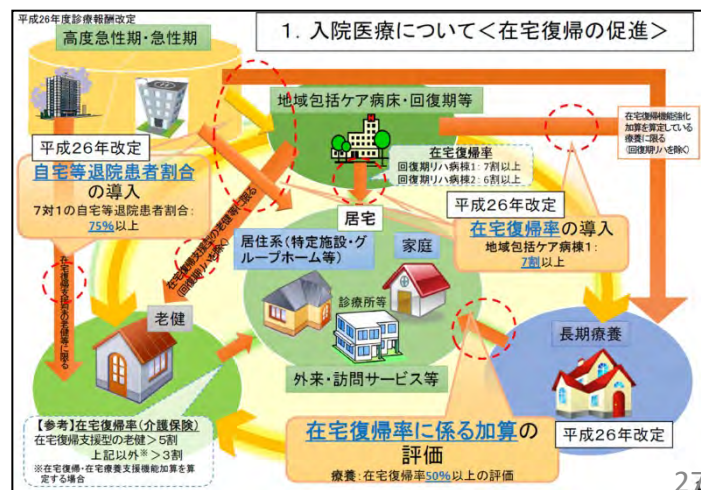
・地域包括ケアシステム構築(介護保険制度)や地域医療ビジョン策定(医療制度)の協議の中で、市町村～2次医療圏等における役割の明確化と連携のあり方を検討。

・医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度(いわゆる新たな財政支援制度)の活用法の検討。

■ 長期的

・地域包括ケア病棟に、相応しい医療人(医師を含む)のあり方と育成、相応しい患者像、Quality Indicatorの策定、未来への資金創りの方法を検討。

マインドは、
「地域包括ケア病棟は
最大で最強の病棟」



地域包括ケア病棟の誕生と成長（仲井私見）

■ 2016年～2024年

- ・2014年 地域包括ケア病棟の創設 → 地域包括ケア病棟協会設立
- ・2016年度 診療報酬改定
- ・2018年度 トリプル改定 惑星直列
- ・2019年度 4月1日地域包括ケア病棟協会の一般社団法人化
- ・2020年度 診療報酬改定
- ・2022年度 診療報酬改定
- ・2024年度 トリプル改定 賃上げ改定

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)

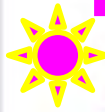
【平成26年度診療報酬改定】 2014年度

・ 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

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(入院医療管理料)1の届出が、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料の届出があること
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- 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届出があること
- 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、専任の医師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、イ) 在宅療養後方支援病院(新設) 救急医療施設、エ) 救急診療施設、オ) 救急診療施設
- 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医療機関は、入院基本料を届け出ることができない。
- 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の届出があること)
- ⑫ 11床以上の在宅療養支援病床を有する地域包括ケア病棟に入院している患者が、10人以上であること

を新設

に限定。

病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。

在宅復帰支援担当者1人以上

設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次

していること。

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

1のみ)

と看護職員配置加算(入院医療管理料)1の届出

50対1以上

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。) 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

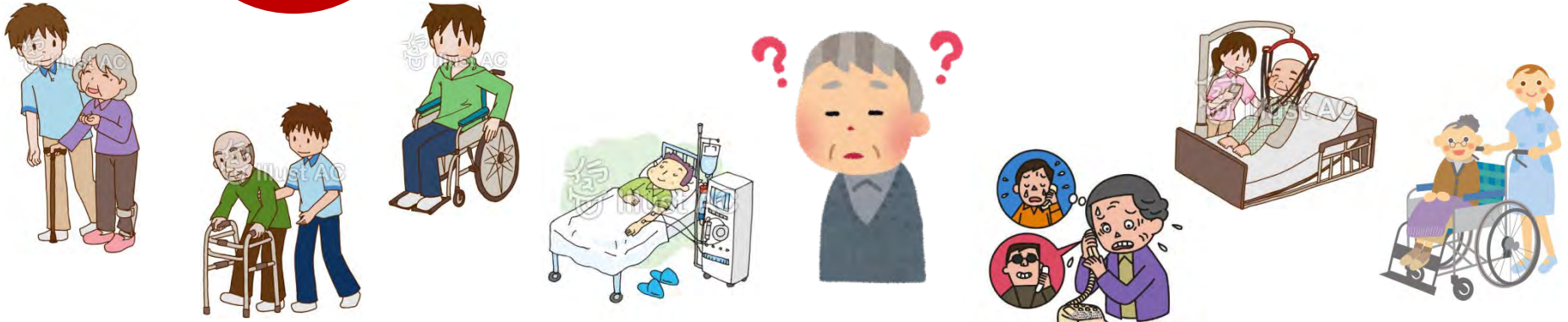
38

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて
看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「
救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院

地域包括ケア時代の患者像

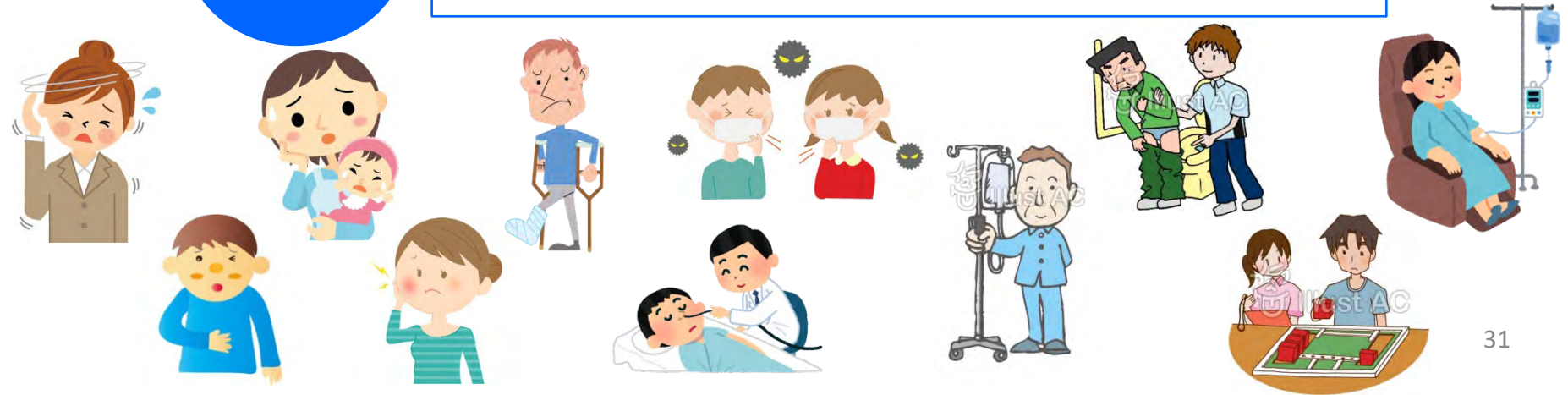
増

入院契機となった疾患が発症する前から
日常的な生活支援を要する患者



減

入院契機となった疾患が発症する前の
日常的な生活支援が不要な患者

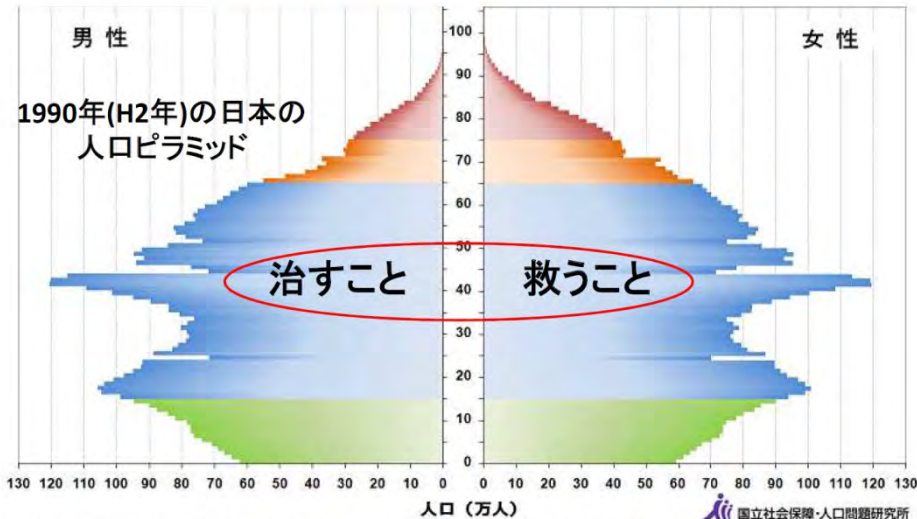


我が国の高齢化の課題

医療が変わる←高齢者の特性

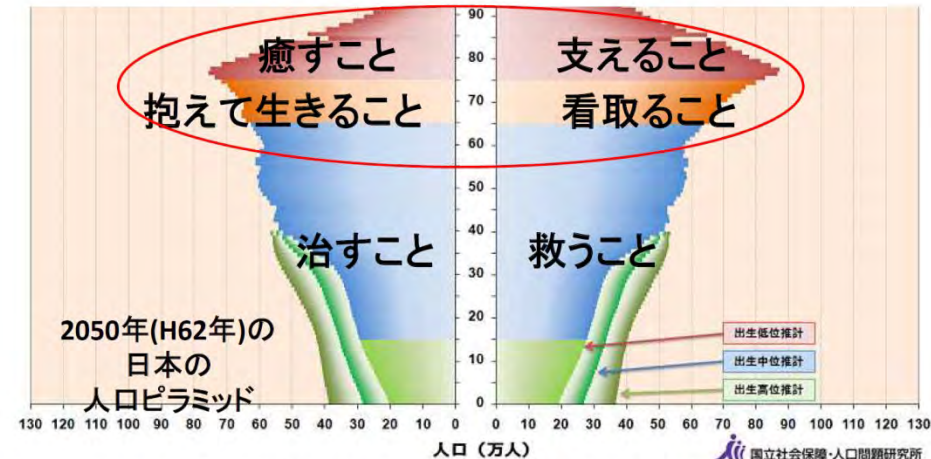
- 慢性疾患の増加 (CureからCareへ)
- 複数傷病を抱える
- 代謝能力の低下

多くの病気が治せた頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

多くの病気を治せなくなる頃



資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

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

リハビリ・栄養サポート・認知症ケア・ ポリファーマシー対策の取組方針

各種ガイドライン*を俯瞰した結果、
治し支える生活支援型医療の患者にとって、

■サルコペニアや認知症、ポリファーマシーの有害事象は、
リハビリ阻害因子となること

入院前や入院早期から、

最重要は
「食べる」

■リハビリ、栄養不良、認知症、ポリファーマシーに対して
包括的に対応すること

最重要は
「ACP」

■患者・家族をチーム医療の一員に迎えること

等に配慮して対応することが重要だと、仲井は気付いた。

* 認知症疾患治療ガイドライン2010

* 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015

* 静脈経腸栄養ガイドライン—第3版 2013

* 脳卒中治療ガイドライン2015

懐の深い「地域包括ケア病棟」4つの機能

— 3つの受け入れ経路・機能と2段階の在宅・生活復帰支援 —

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



3つの受け入れ経路・機能で受け入れる患者像や疾患

「急性期からの受け入れ」経路

ポストアキュート

- ・急性心筋梗塞や脳卒中、重症肺炎、がんや整形外科的疾患を含む手術等の中等～高度急性期医療を脱した患者を受け入れ。
- ・地域包括ケア病棟：懐の深い駆込寺。
- ・回復期リハビリ病棟：中・重度の脳卒中や重症整形外科疾患の術後等のリハビリで選ぶ専門店。

「緊急時の受け入れ」経路

肺炎・骨折・腸炎等の軽症急性疾患

サブアキュート

在宅や介護施設で療養生活中的な生活支援が多い患者を受け入れ。障害児・者～老年症候群と受け入れ時に年齢は不問。

■ 周辺機能（緊急時）：

7対1～13対1の代替機能として、生活支援が少ない患者を受け入れ。

周辺機能

懐の深い「地域包括ケア病棟」4つの機能

— 3つの受け入れ経路・機能と2段階の在宅・生活復帰支援 —

注：介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



「その他の受け入れ」経路

■ 周辺機能（その他）：

7対1～13対1代替の受け入れ機能

- ・ケモ±緩和ケア
- ・短期滞在手術等基本料3
- ・糖尿病教育入院
- ・減薬調整
- ・医療必要度の高いレスパイトケア 等

2段階の 在宅・生活復帰支援 とそれをつなぐ機能

院内 多職種協働の力

できるだけ早く、在宅・生活復帰ができるまで回復しているか



- 治療
EBMとナラティブアプローチ、ACP
- リハビリ、栄養、認知症、多剤投薬対策、入退院支援・調整等

連携の力



院内地域内をつなぐ機能を有しているか

- 院内の地域連携室
や入退院支援室
(看護師、MSW)
- 地域内の地域包括支援センター
- 居宅介護支援事業所
(ケアマネジャー)
- Person Flow Managementの概念

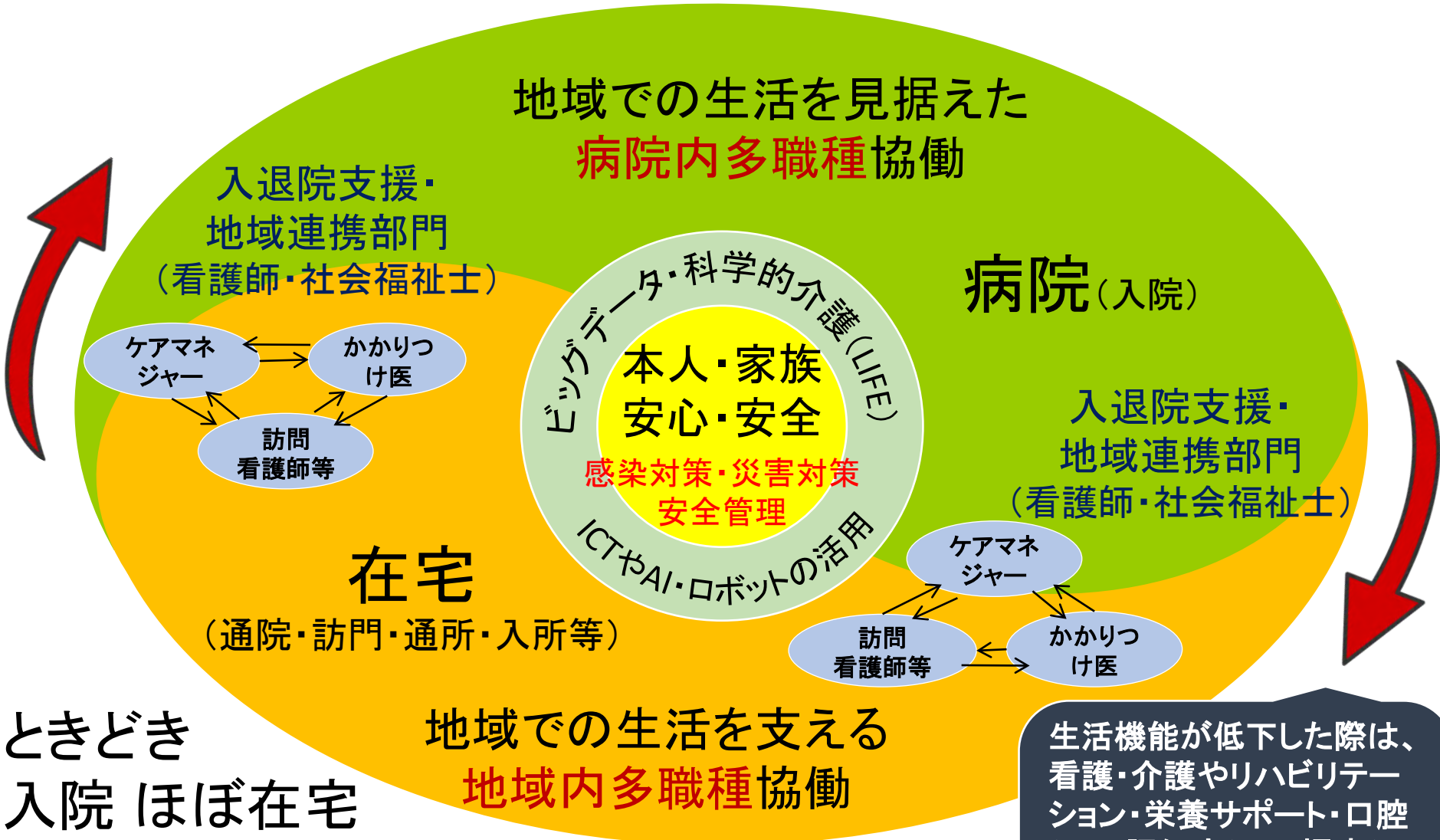
地域内 多職種協働の力

併設施設の有無を問わず、地域包括ケアシステムが構築できているか



- HUBとしての郡市医師会や自治体が重要
- かかりつけ医
- 医療介護福祉事業所
訪問、通所、入所、CM等
- 行政、社協、保健所等
- まちづくり互助組織

Person Flow Management : PerFM ver2.0



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

【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

■ 一般病床10対1以上の急性期病床の有無でサブ解析を実施

■ 病院機能別 受け入れ機能別 : n=1,182

0

10対1以上の 病床の有無	全症例数(%)	サブアキュートの 割合	ポストアキュートの割合		周辺機能の 割合
			院内から	院外から	
あり	1,019(100%)	7.3%	60.0%	6.5%	20.8%
なし	163(100%)	26.4%	11.7%	31.9%	24.5%

- ・10対1以上の急性期病床を待たない病院は、サブアキュートの割合が26.4%、ポストアキュートは43.6%であった。ポストアキュートは院外からが院内からの2.7倍であった。
- ・10対1以上の急性期病床を待つ病院は、ポストアキュートが66.5%と最多で、サブアキュートは7.3%と最少であった。ポストアキュートは院内からが90.2%を占めていた。

地域包括ケア病棟を有する病院の4つの病院機能

- 地域包括ケア病棟を有する病院は、その歴史や特徴と地域のニーズに合わせて、高度急性期・急性期機能を有する「ケアミックス型(後に急性期CM型)」、ときどき入院 ほぼ在宅の「地域密着型」、高度急性期病院のサテライトとしての「ポストアキュート連携型」、地域包括ケア病棟だけで構成される「地域包括ケア病院」の4つのタイプがあると仮説を立てた。
- この改定の方向性と4つのタイプを活かし、地域医療構想や地域包括ケアシステムの策定に参画し、基金を活用して地域に貢献することが、地域包括ケア病棟を届け出た病院に求められた。

従来型や生活支援型医療に主に必要な入院機能

仮説

当協会・他団体のアンケート結果、有識者や各地でお目にかかった先生方のお話を元に仲井が作成

高度急性期・急性期機能
集中治療センター ~ 一般病棟7:1

先進・専門領域は
集約して広域をカバー

医療機能の名称	医療	内容
高度急性期機能	<div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 5px; text-align: center;">従来型 医療</div> <div style="background-color: #C00000; color: white; padding: 5px; text-align: center;">生活 支援型 医療</div>	状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能		状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	<div style="background-color: #C00000; color: white; padding: 5px; text-align: center;">生活支援型医療</div>	<div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 5px; text-align: center;">従来型医療</div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期を経過した患者へのリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリ病棟等)
慢性期機能		<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

全人的医療はアクセス良く
日常生活圏域をカバー

急性期・回復期機能
地域包括ケア病棟

回復期・慢性期機能
回復期リハビリ病棟
医療・介護療養病床等

地域包括ケア病棟を取得した病院のタイプ

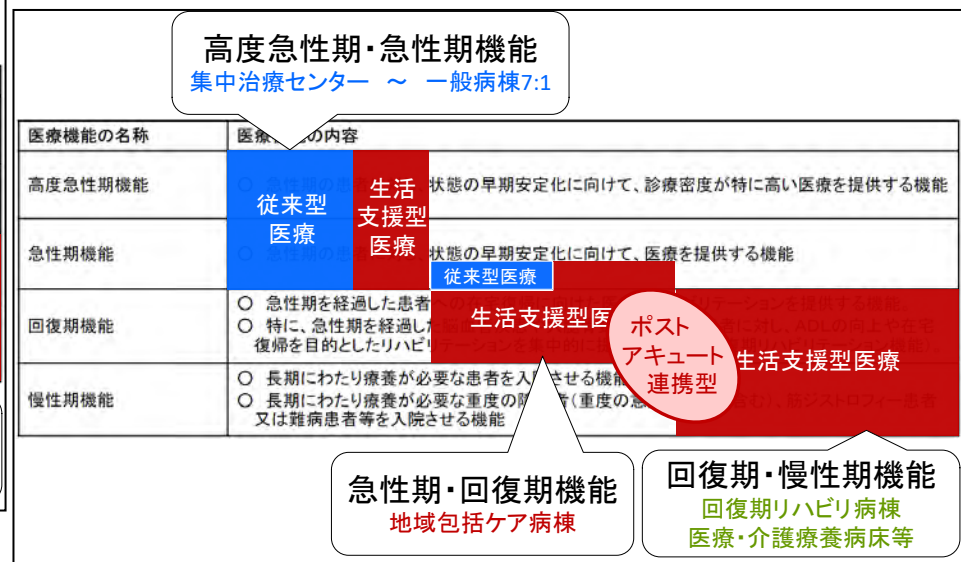
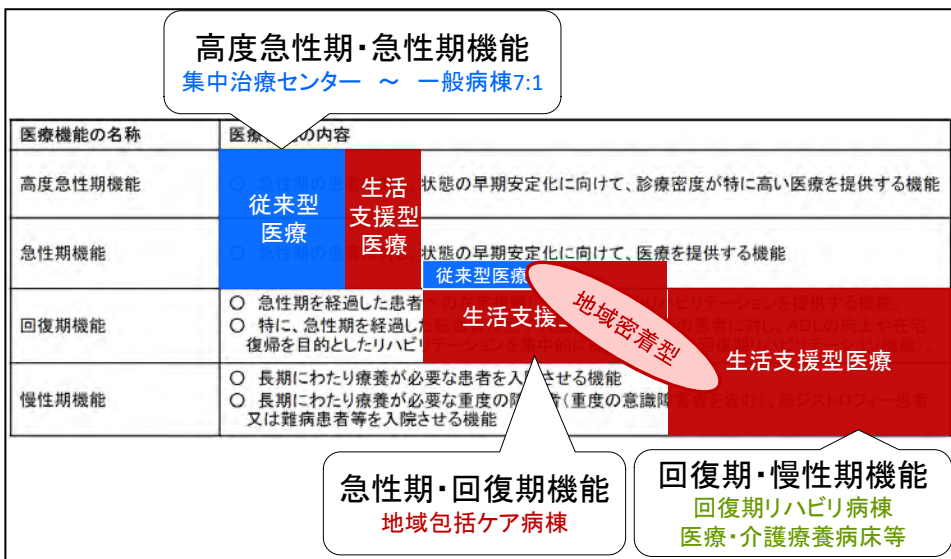
仮説

様々な協会・団体のアンケート結果、大学や訪問先の先生方のお話を元に仲井が作成



○ : 大きさは病床数をイメージ

※ケアミックス型は現在の急性期CM型に当たる



地域包括ケア病棟の誕生と成長（仲井私見）

■ 2016年～2024年

- ・2014年 地域包括ケア病棟の創設 → 地域包括ケア病棟協会設立
- ・**2016年度 診療報酬改定**
- ・2018年度 トリプル改定 惑星直列
- ・2019年度 4月1日地域包括ケア病棟協会の一般社団法人化
- ・2020年度 診療報酬改定 コロナ禍
- ・2022年度 診療報酬改定 コロナ禍
- ・2024年度 トリプル改定 賃上げ改定

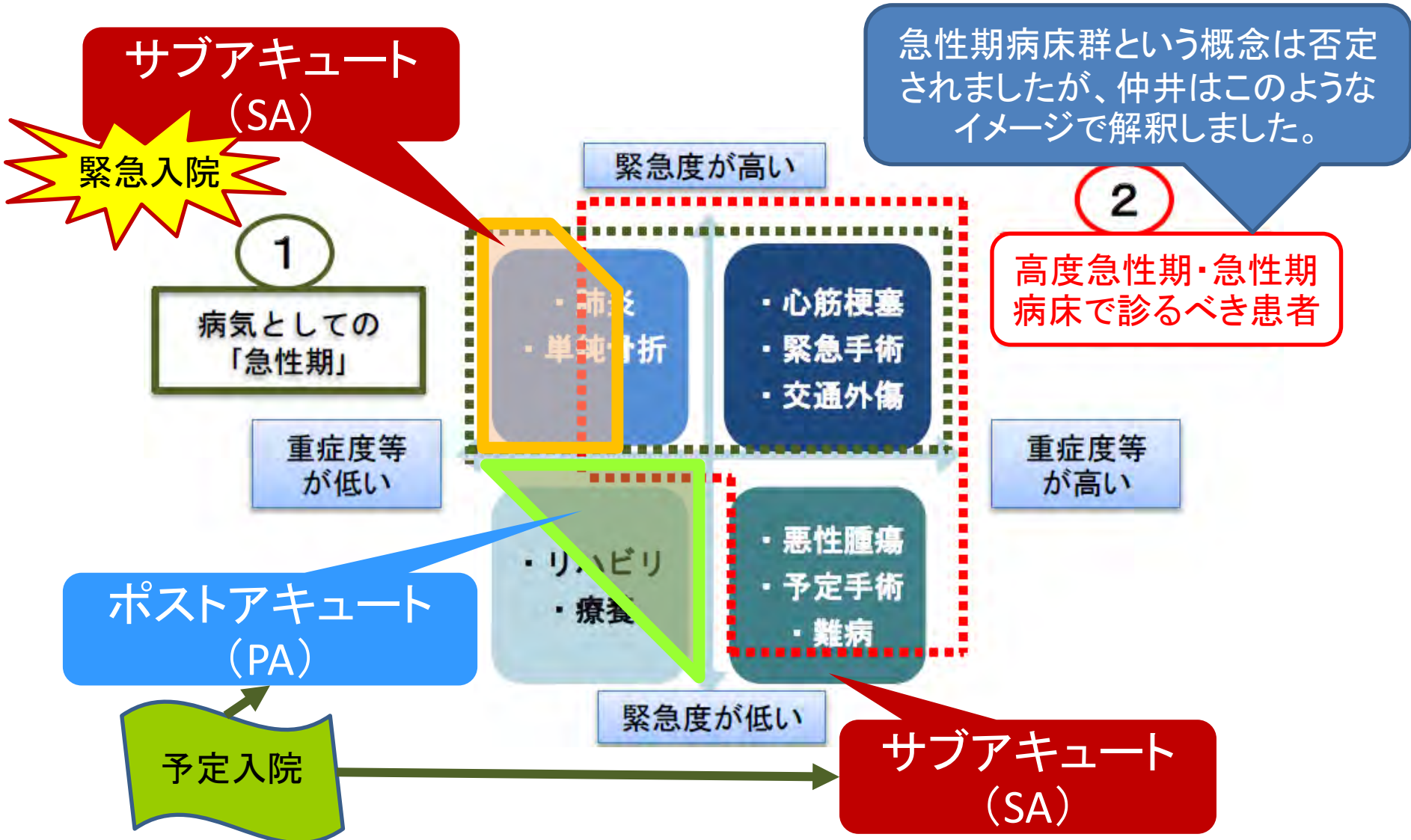
地域包括ケア病棟の経緯②(平成26年度、28年度診療報酬改定)

【平成28年度診療報酬改定】 2016年度

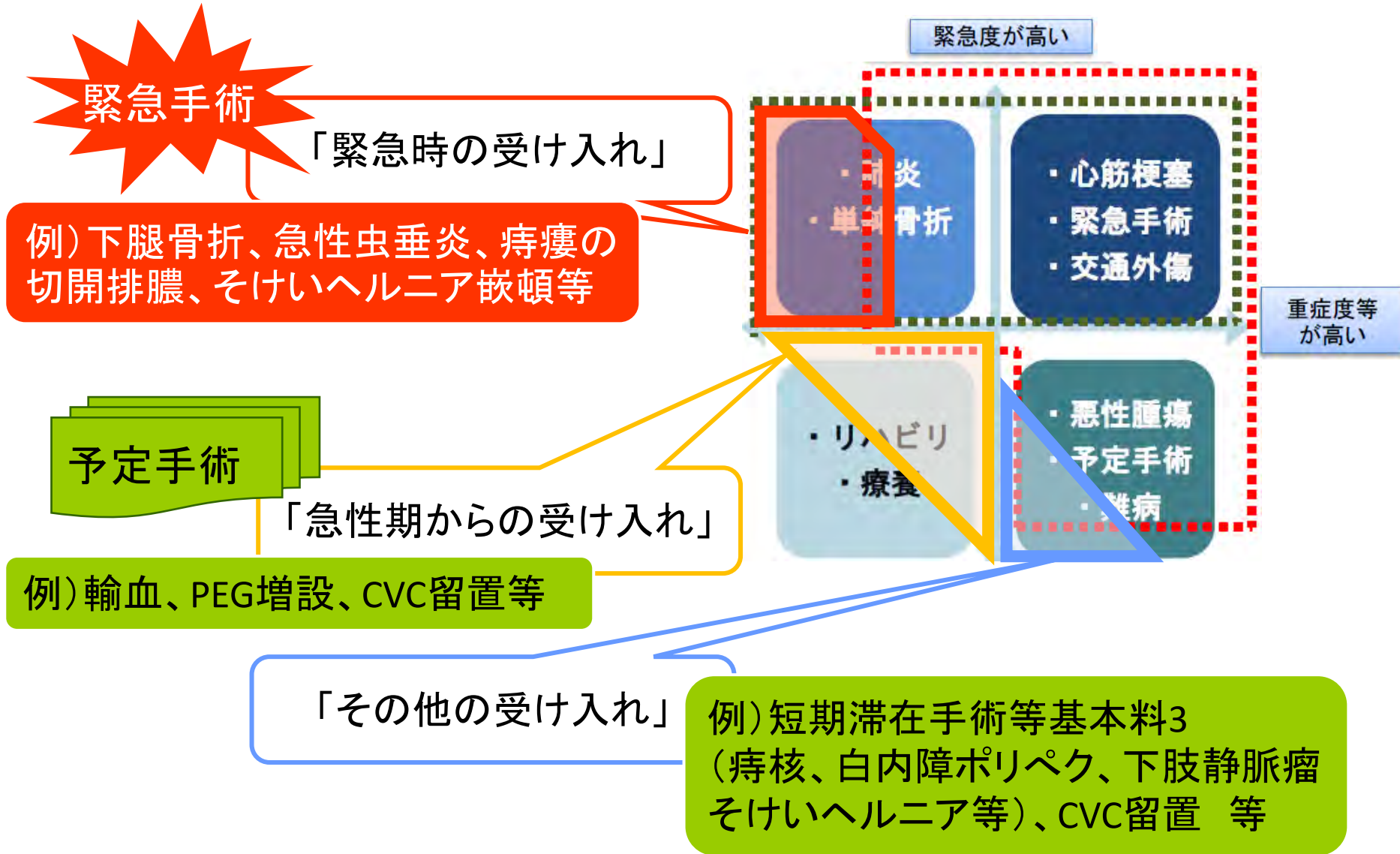
- 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)を追加

「地域包括ケア病棟」4つの機能

—3つの受け入れ機能のイメージ—



手術等は2通り 緊急手術と予定手術

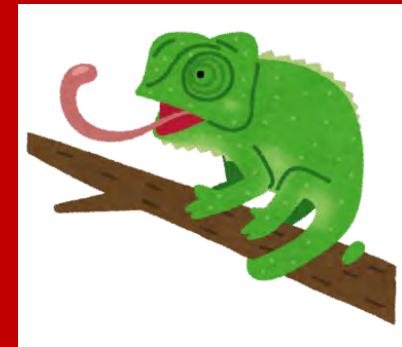


黎明期の地域包括ケア病棟

～2021年度

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。

地域包括ケア病棟の誕生と成長（仲井私見）

■ 2016年～2024年

- ・2014年 地域包括ケア病棟の創設 → 地域包括ケア病棟協会設立
- ・2016年度 診療報酬改定
- ・2018年度 トリプル改定 惑星直列
- ・2019年度 4月1日地域包括ケア病棟協会の一般社団法人化
- ・2020年度 診療報酬改定 コロナ禍
- ・2022年度 診療報酬改定 コロナ禍
- ・2024年度 トリプル改定 賃上げ改定

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】 2018年度

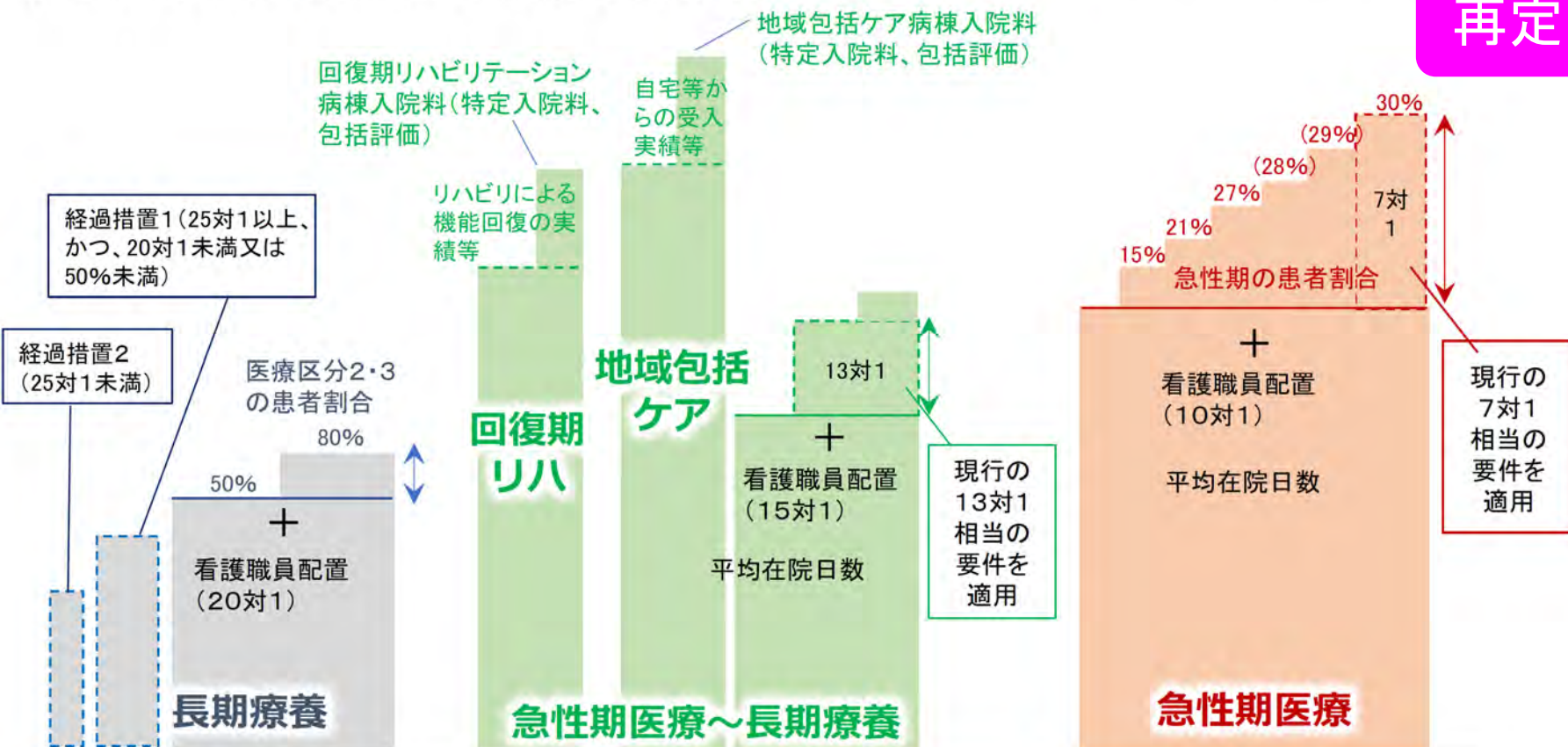
・入院料・管理料1-4に見直し ・ACP一部要件化

- 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

新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

再定義

入院医療評価体系について、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新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



療養病棟入院基本料(20対1、25対1)を再編・統合

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)等を再編・統合

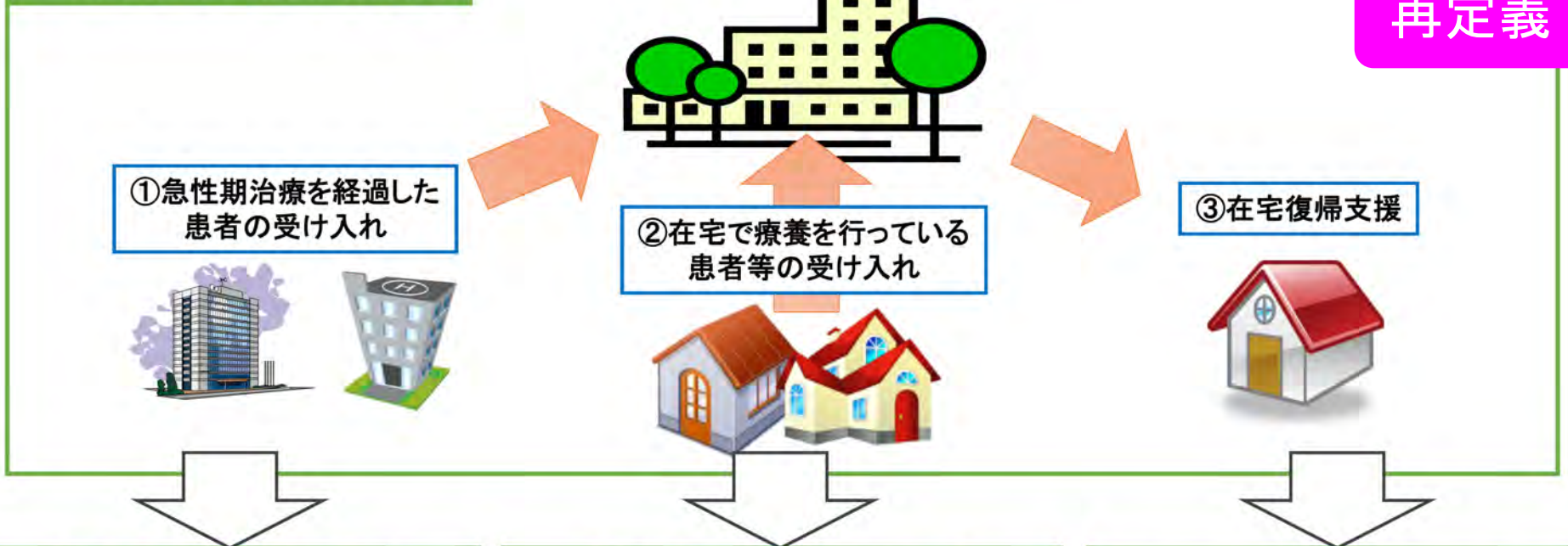
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、上記には含めていない。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟の役割

再定義



「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」に係る要件

- ✓ 許可病床数が200床未満

「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

- ✓ 自宅等からの入院患者の受け入れ
- ✓ 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- ✓ 在宅医療等の提供
- ✓ 看取りに対する指針の策定

「③在宅復帰支援」に係る要件

- 在宅復帰に係る職員の配置
- 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

✓ : 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件 **(新規)** ※ 上記の他、地域包括ケアに係る機能に関連した要件がある

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

【現行】



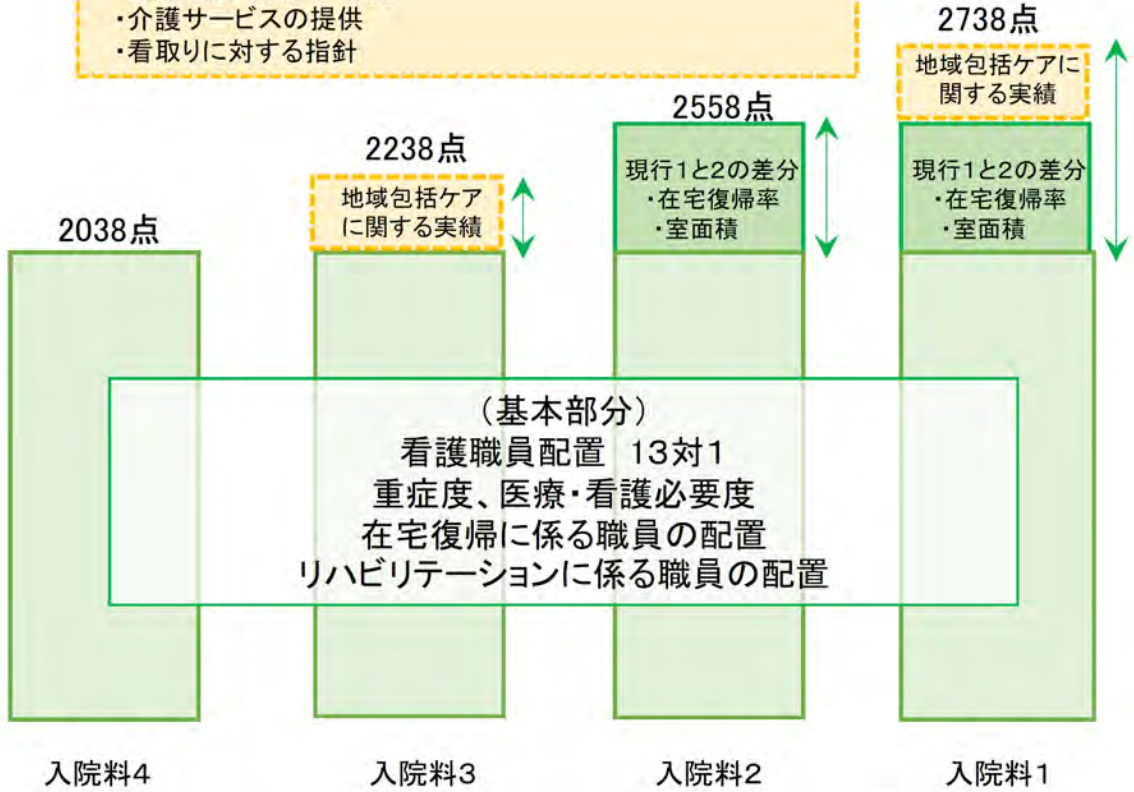
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



【平成30年度改定】

- 【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

 - ・自宅等からの入棟患者割合
 - ・自宅等からの緊急患者の受入れ
 - ・在宅医療等の提供
 - ・地域医療機関との連携
 - ・介護サービスの提供
 - ・看取りに対する指針



(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

- ▶ 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すとともに、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する。

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
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							
在宅復帰率	—				7割以上			
室面積	—				6.4㎡以上			
自宅等から入棟した患者割合	—	1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)		1割以上	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	—		3月で3人以上		—		3月で3人以上	
在宅医療等の提供(*3)	—		○		—		○	
看取りに対する指針	—		○		—		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○
点数(生活療養)	2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)	

実績部分

*3: 以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・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の算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③ 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④ 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

【令和2年度診療報酬改定】 2020年度

・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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
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	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> 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	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				-			
一般病棟から転棟した患者割合※1	-		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	-	-		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	-
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		-	3月で <u>6人</u> 以上		-	-
	地域包括ケアの実績※2	○		-	○		-	-
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床未満のみが対象	○		-	○	○		-	○
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)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①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回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・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の算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③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又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④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回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は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こと。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

新型コロナウイルス感染症に伴う医療関連の支援について

第二次補正予算においては、事態長期化・次なる流行の波に対応するため、次の①～④の観点から医療関連の支援を実施。

① **感染リスク**を抱えながら医療を提供する
医療従事者への支援

新型コロナウイルス感染症対応従事者
慰労金の支給

マスク等の医療用物資の確保・配布

② **新型コロナウイルス感染症に対応する**
医療機関への支援

重点医療機関の病床確保や設備整備支援 B

診療報酬の特例的な対応 A

福祉医療機構の優遇融資の拡充

③ **地域医療の確保**に必要な診療を継続する
医療機関への支援

救急・周産期・小児医療機関の
院内感染防止対策

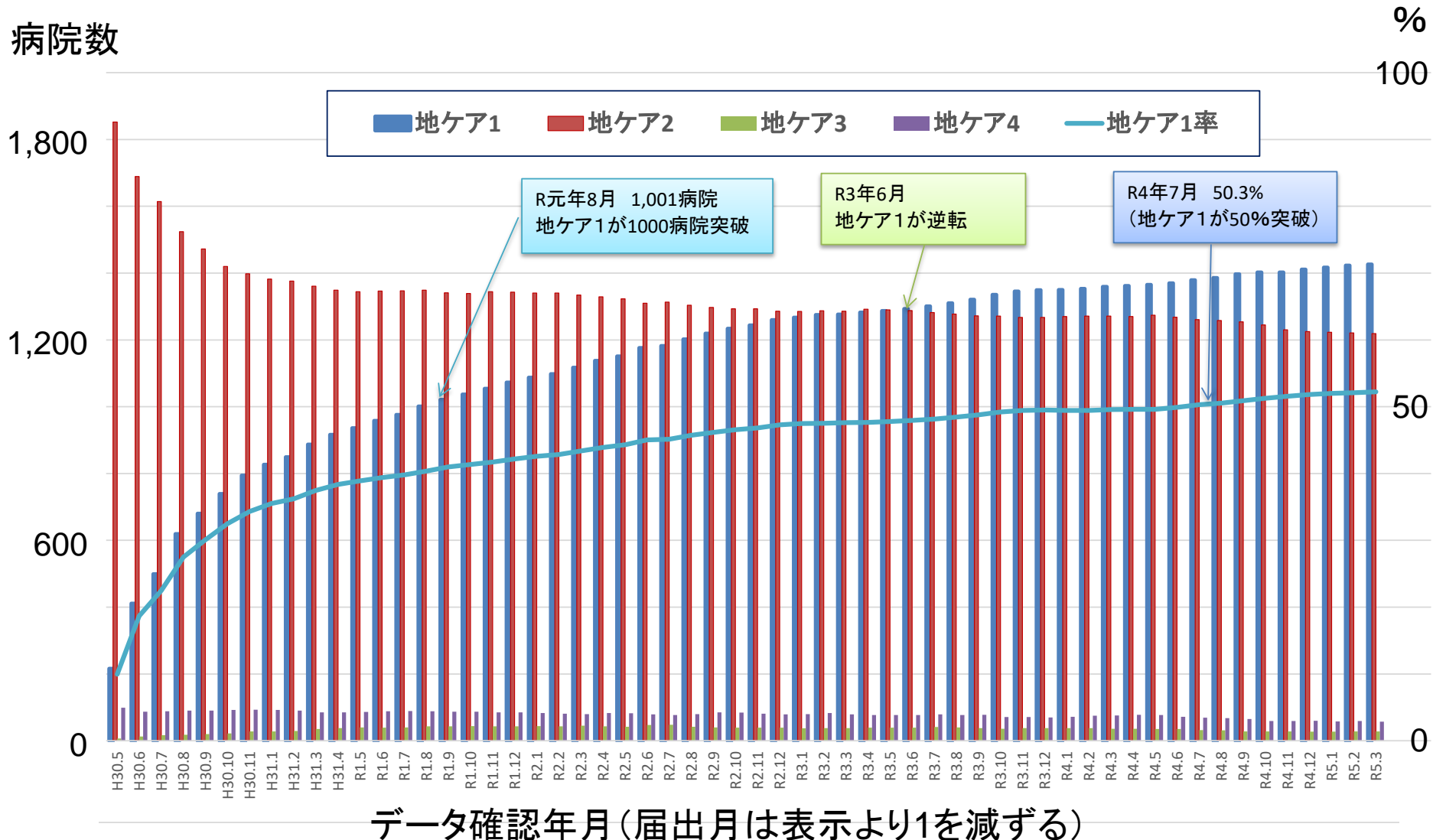
地域医療機関の感染拡大防止等の支援

④ 万全な**検査体制、ワクチン・治療薬**
の開発支援

地域外来・検査センターの設置
研修の推進、PCR・抗原検査の実施

ワクチン・治療薬の開発資金の補助
ワクチンの生産体制の整備補助

2021年 潮目が変わった地域包括ケア病棟



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

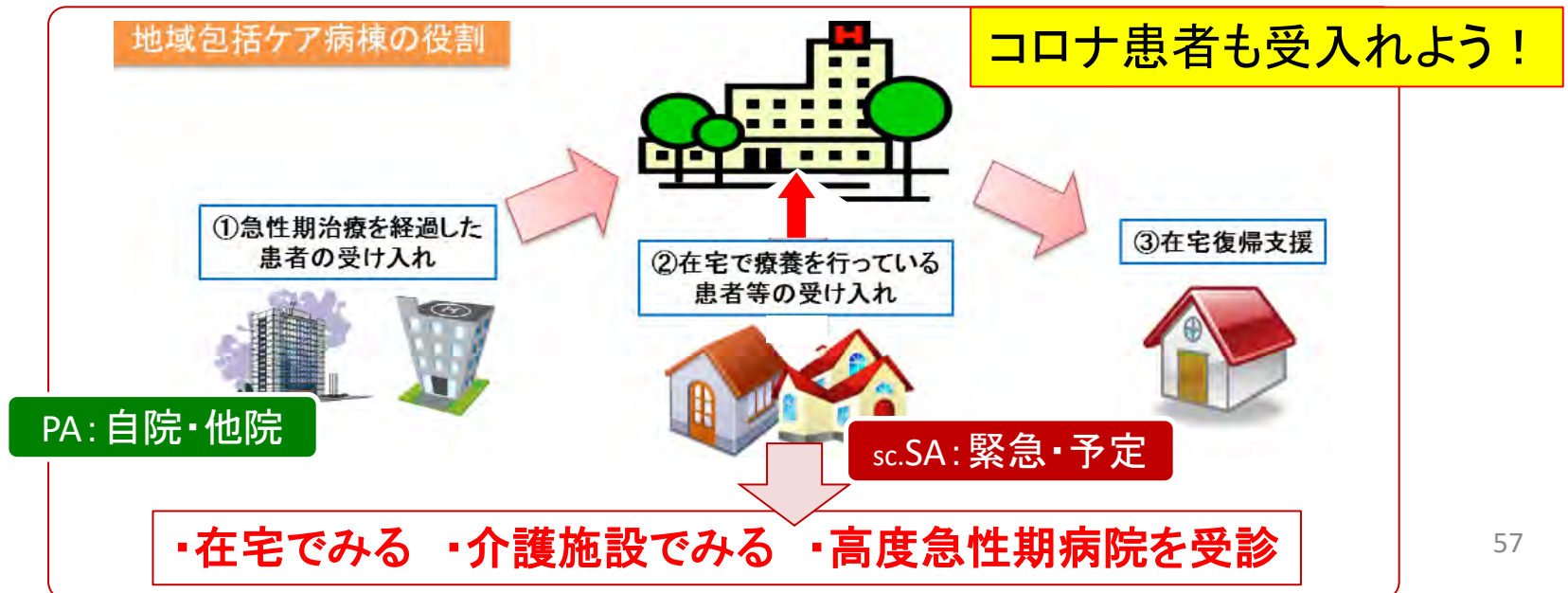
●在宅医療の充実

- ・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

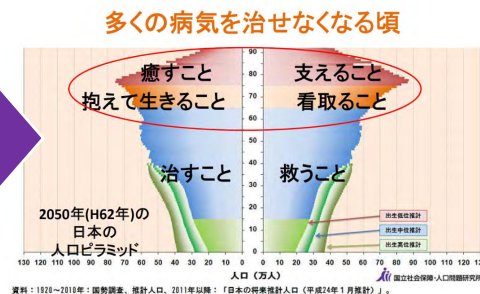
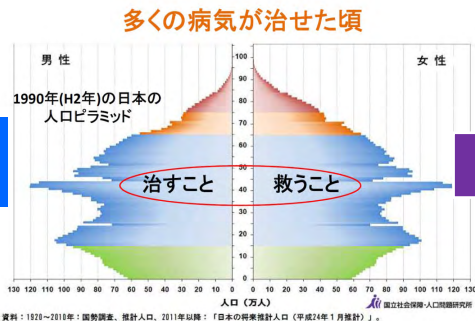
(2020年度許可病床400床以上、2022年度200床以上)



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.

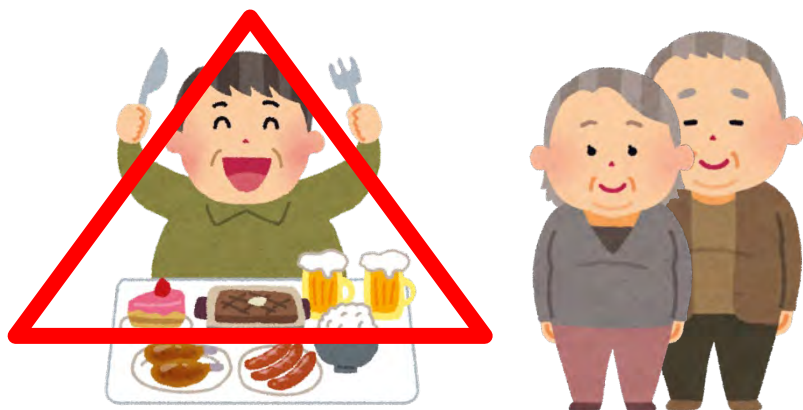
■ 高齢化と共に“**multimorbidity**患者”は増加

- ・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・・・

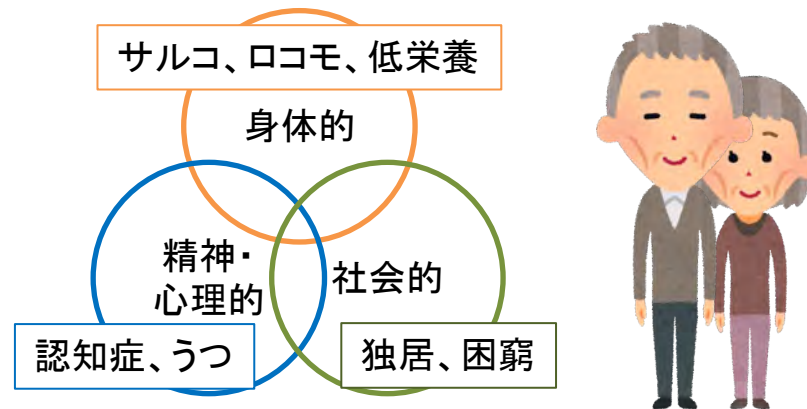
高齢メタボ型



- ・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

治す > 支える

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

治す < 支える

2023年度 ポストアキュート機能といわゆるサブアキュート機能の患者像

(2023.03.20改定)

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

①急性期治療を経過した患者の受入れ

■**ポストアキュート(PA)機能**: □自院・□他院

【主な疾患・状態】

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

②在宅で療養を行っている患者等の受入れ

■**いわゆるサブアキュート(sc.SA)機能**

□**在宅等緊急**:

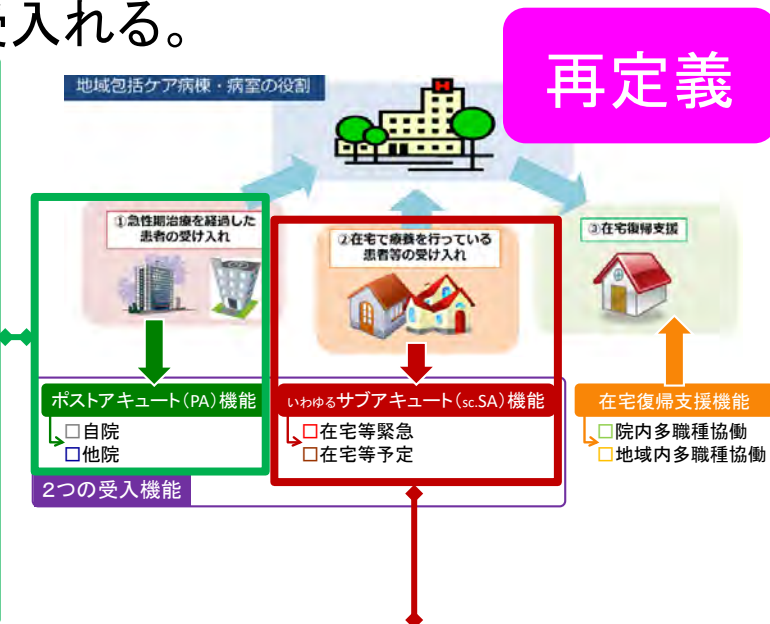
【主な疾患・状態】

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

□**在宅等予定**:

【主な疾患・状態】

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



※一部回復期や慢性期等の急性期病棟以外に入院している患者の受け入れも含む。

2023年度 在宅復帰支援機能の多職種協働

(2023.03.20改定)



③在宅復帰支援

■在宅復帰支援機能

**院内
多職種協働の力**

できるだけ早く在宅に復帰できるか



■治療

EBMとナラティブアプローチ

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

連携の力



院内と地域内をつなぐ機能を有しているか

■院内の地域連携室
や入退院支援室
(看護師、MSW)

■地域内の地域包括支援センター

■居宅介護支援事業所(CM)

■ Person Flow Managementの概念

**地域内
多職種協働の力**

併設施設の有無を問わず地域包括ケアシステムが構築できているか



■HUBとしての郡市医師会や自治体が重要

■共助: かかりつけ医、医療介護福祉事業所、訪問、通所、入所、CM等

■公助: 行政、社協、保健所、地域包括支援センター等

■互助: まちづくり組織等

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」

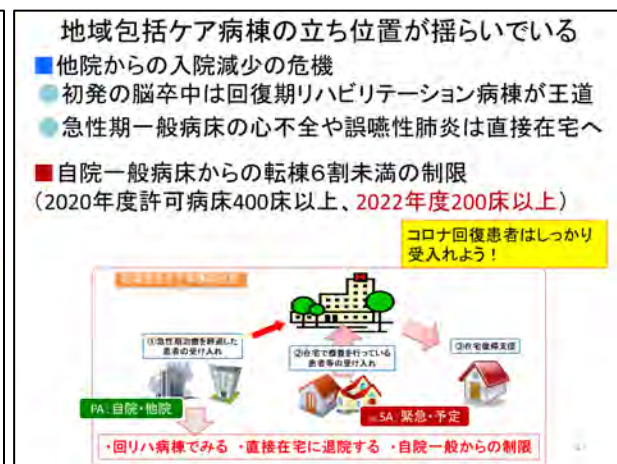
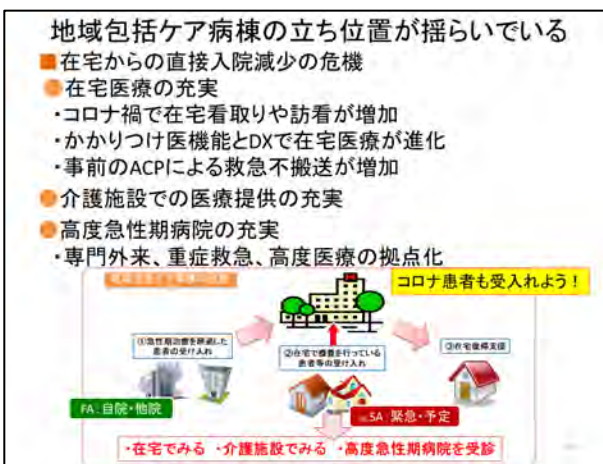
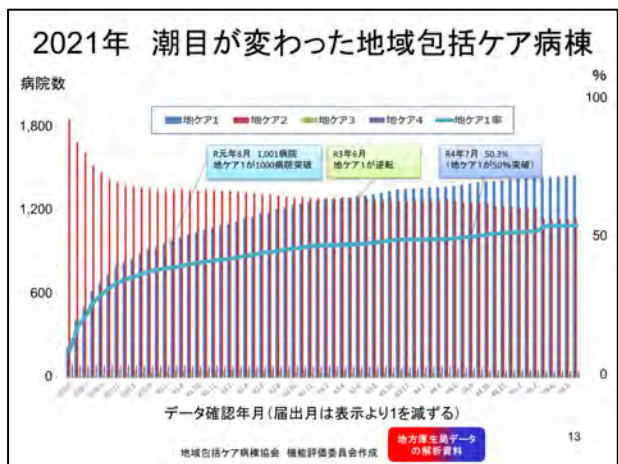
地域包括ケア病棟の誕生と成長（仲井私見）

■ 2016年～2024年

- ・2014年 地域包括ケア病棟の創設 → 地域包括ケア病棟協会設立
- ・2016年度 診療報酬改定
- ・2018年度 トリプル改定 惑星直列
- ・2019年度 4月1日地域包括ケア病棟協会の一般社団法人化
- ・2020年度 診療報酬改定 コロナ禍
- ・2022年度 診療報酬改定 コロナ禍
- ・2024年度 トリプル改定 賃上げ改定

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。



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)

【令和4年度診療報酬改定】 2022年度

・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

75

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、イ) 在宅療養後方支援病院(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ができる。
- 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旨に着目した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	○		-	○		○	-	○
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)							
点數 (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3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。

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			
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)	

・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

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

2022～2023年度

■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



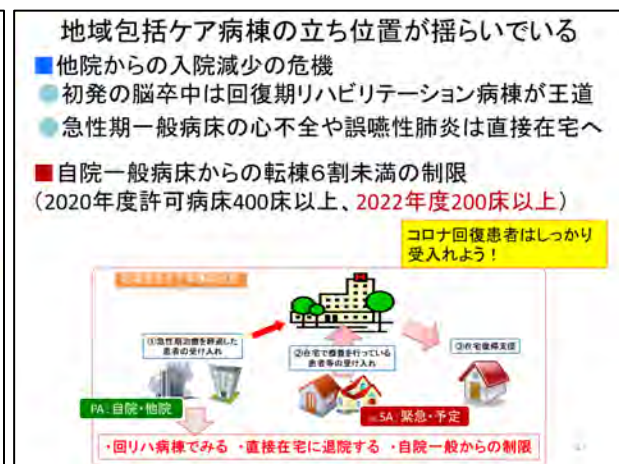
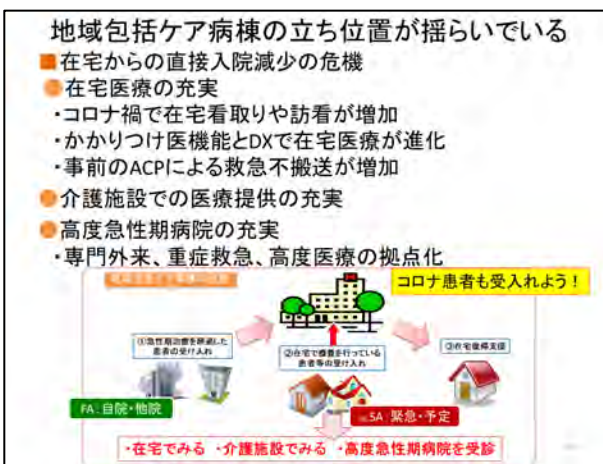
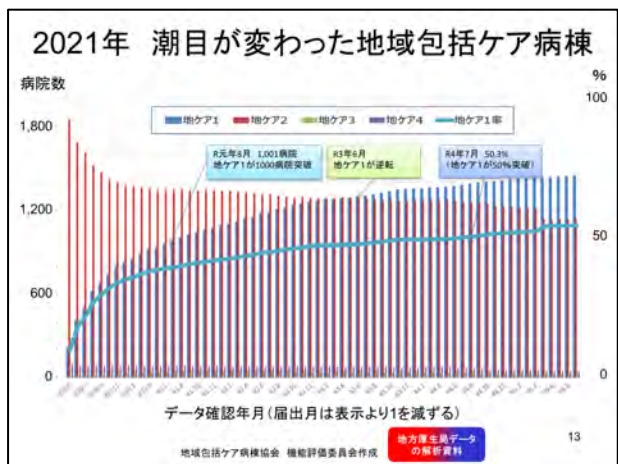
■やりたい医療の院内・地域内サポート
・これからの5疾病6事業・在宅医療等
・各診療科の専門的医療等

急性期でも回復期
でもない！地域包
括ケア病棟です。



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。



地域包括ケア病棟の誕生と成長（仲井私見）

■ 2016年～2024年

- ・2014年 地域包括ケア病棟の創設 → 地域包括ケア病棟協会設立
- ・2016年度 診療報酬改定
- ・2018年度 トリプル改定 惑星直列
- ・2019年度 4月1日地域包括ケア病棟協会の一般社団法人化
- ・2020年度 診療報酬改定 コロナ禍
- ・2022年度 診療報酬改定 コロナ禍
- ・2024年度 トリプル改定 賃上げ改定

2024年度トリプル改定の要点(仲井私見)

■ 久々のプラス改定

■ トピックス

- 1) 賃上げ
- 2) 医療介護DX
- 3) ポストコロナにおける感染症対策 → 医療措置協定
- 4) 医介福連携 → 協力医療機関

■ 高齢虚弱“multimorbidity 患者”に対する足固め

- 1) 入院料通則の見直し
 - ・栄養管理体制基準の明確化 → GLIM基準
 - ・意思決定支援の推進: → ACP
 - ・身体拘束最小化の強化: → 尊厳の保持
- 2) リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組
- 3) 高齢者救急 → 地域包括医療病棟創設

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

- 後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患の二一ズ増大に対して地域包括医療病棟を新設した。
- 患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系を見直した。
- また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。



急性期入院料の見直し

- ・ 入院基本料等の引き上げ
- ・ 重症度、医療・看護必要度の見直し（急1におけるB項目の廃止等）
- ・ 急1における平均在院日数の短縮（18日→16日）
- ・ リハ栄養口腔連携体制加算の新設

急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

- ・ 急性期充実体制加算を加算1及び加算2に再編
- ・ 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- ・ 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- ・ 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

特定集中治療室等の見直し

- ・ SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- ・ 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- ・ 遠隔ICUの評価
- ・ ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

働き方改革の推進

- ・ 地域医療体制確保加算の要件見直し
- ・ 医師事務作業補助体制加算の引き上げ

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟入院料の新設

- ・ 在宅復帰率8割
- ・ 救急搬送患者割合1割5分
- ・ ADL維持率95%以上 等

救急患者連携搬送料の新設（いわゆる下り搬送の促進）



看護補助者の体制整備

- ・ 看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
- ・ 看護補助加算の新設（小児入管）

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- ・ 40日目以降と以前の評価の見直し
- ・ 在宅医療要件の見直し
- ・ 在宅復帰率の見直し
- ・ 短期滞在手術の扱いの見直し

地域包括ケア病棟

有床診療所基本料の見直し

- ・ 介護障害連携加算の新設

療養病棟入院料の見直し

- ・ 医療区分の見直し
- ・ 中心静脈栄養の評価見直し
- ・ リハビリテーションの評価見直し
- ・ 経過措置病棟の廃止

回復期リハ入院料の見直し

- ・ FIMの測定等の要件見直し
- ・ 体制強化加算の廃止
- ・ 運動器リハ算定上限数見直し



回復期リハ



療養病棟

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
- また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- ・ 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- ・ 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進



人生の最終段階における医療・ケアの充実

- ・ 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- ・ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ・ ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和



在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- ・ 在支診・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- ・ 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- ・ 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- ・ 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- ・ データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

※在支診・病でない医療機関においても同様



地域包括ケア病棟 在支診・在支病、後方支援病院

医療機関と介護保険施設等の平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設



診療所等

地域包括診療料・加算の見直し

ケアマネジャー

介護保険施設等 (老健、介護医療院、特養)

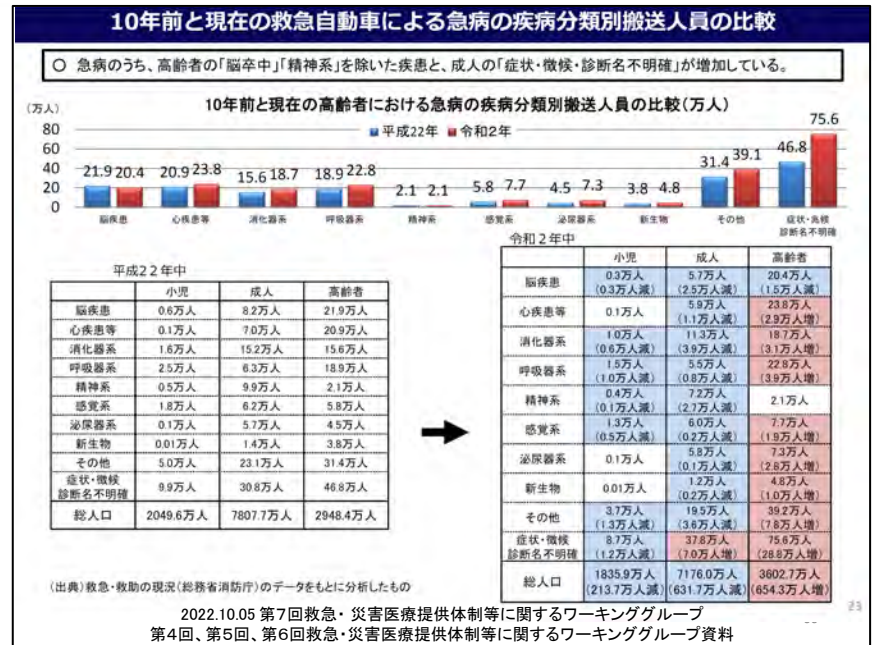
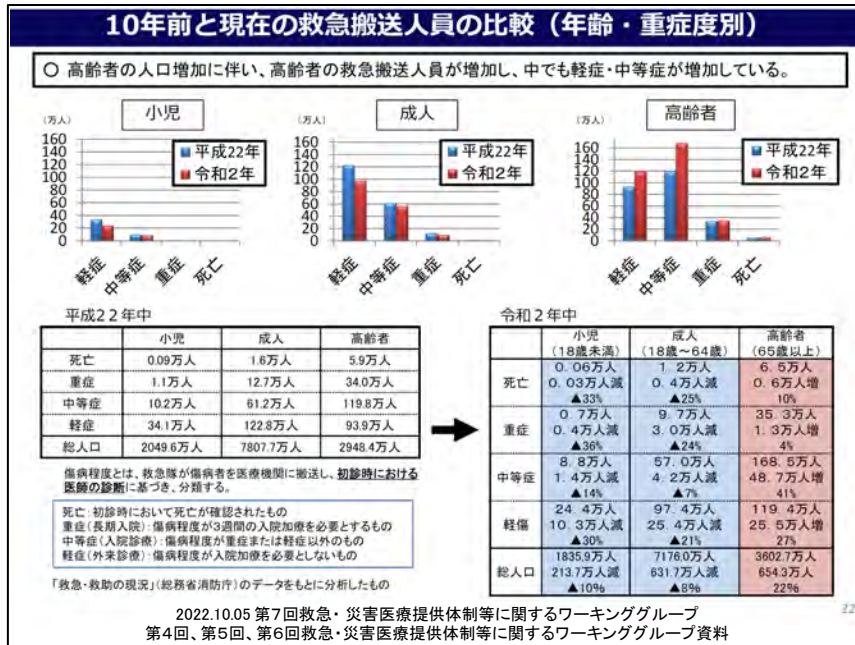
介護サービス

- ・ サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- ・ 認知症研修の要件化（望ましい要件）

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と期待する。

(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。

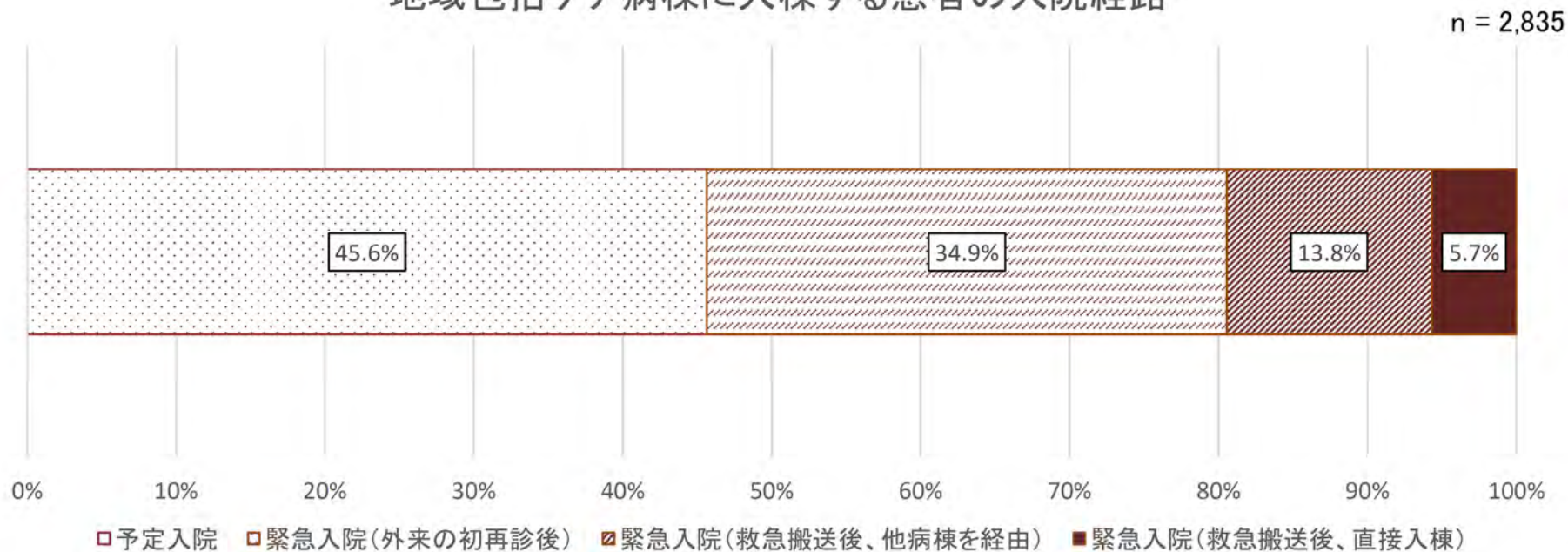
(4) 医療・介護の人材確保

- 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。

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。

転院（下り搬送）の必要性

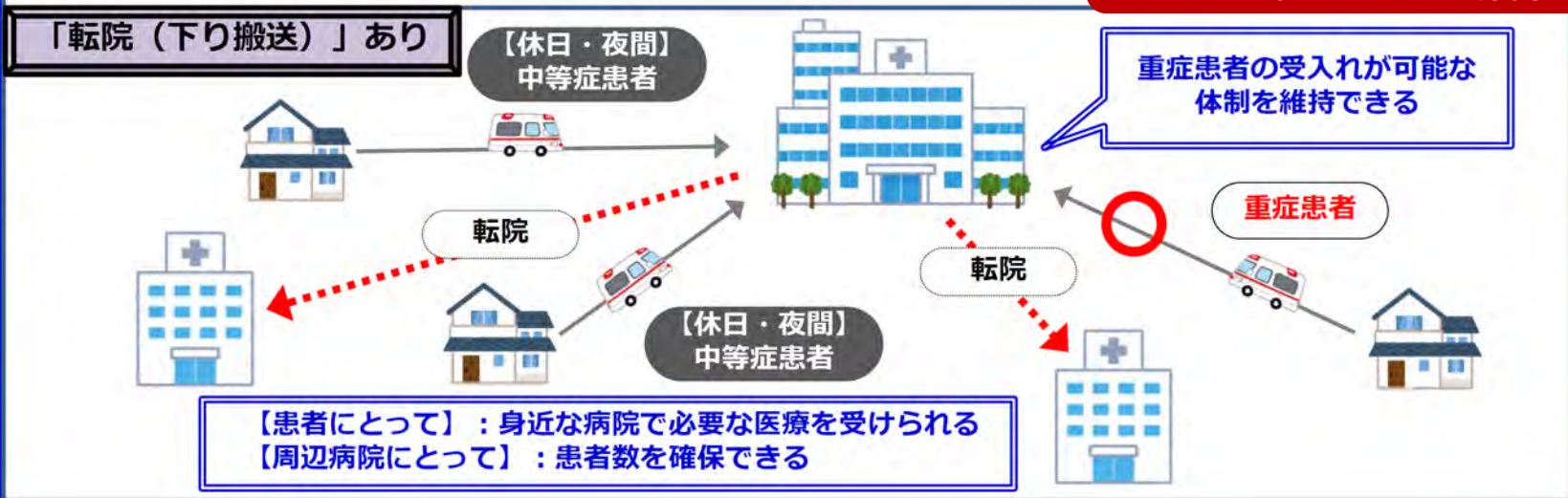
第2回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
(令和3年12月3日) 新潟県提出資料

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

地ケア病棟が受け入れる下り搬送への期待



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。

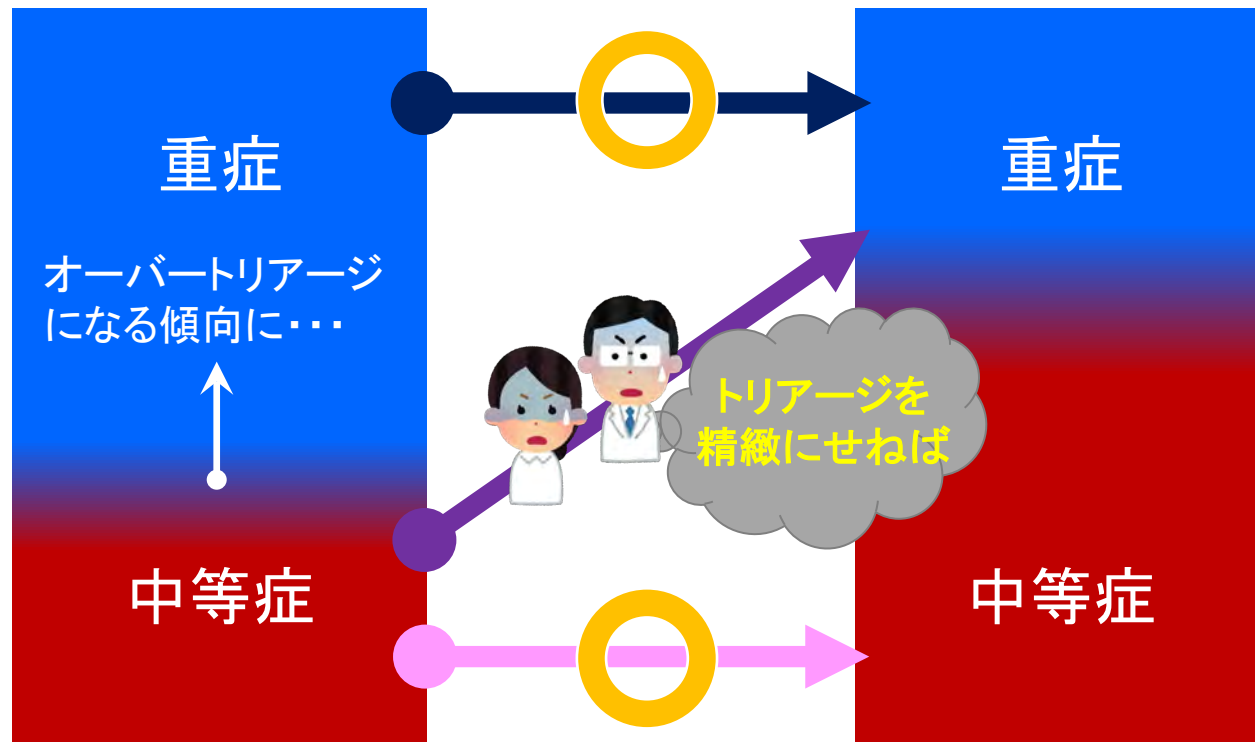
高齢虚弱“multimorbidity患者”の 救急医療対策（仲井私案）

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

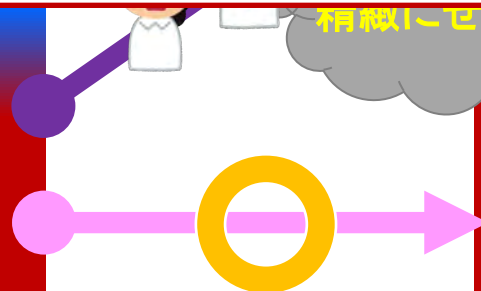
到着後・入院後の
診断結果



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

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。

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

2024地域包括医療病棟について

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

急性期医療

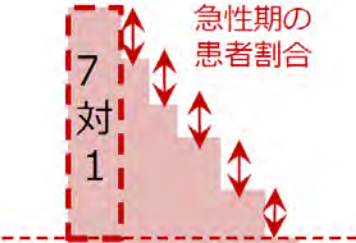
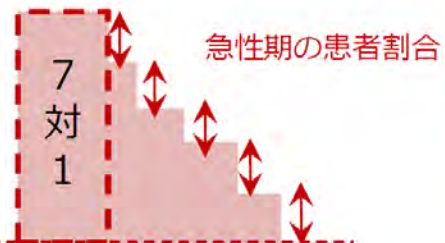
回復期医療

急性期医療

回復期医療

平均在院日数
18日

平均在院日数
16日



重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直し

急性期一般病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料
(包括評価)

急性期一般病棟入院料

地域包括医療病棟入院料
(包括評価)

地域包括ケア病棟入院料
(包括評価)

106

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 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
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**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。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



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



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

➤ 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

[算定要件]

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を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



[施設基準] (抜粋)

- (1) **看護職員が10:1以上配置**されていること。
- (2) 当該病棟に**常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (3) 入院**早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備**を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 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必要な体制**が整備されていること。
 ▶ (ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等) ◀ **ADLは厳しい基準**
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、**延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)**であるとともに、**入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上**であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の**平均在院日数が21日以内**であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、**在宅等に退院するものの割合が8割以上**であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、**当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満**であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、**救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し、当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上**であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な**入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制**を整備していること。
 (2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) **データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出**を行っている保険医療機関であること。
- (12) **特定機能病院以外**の病院であること。(13) **急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない**保険医療機関であること。
- (14) **脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出**を行っている保険医療機関であること。

総合入院体制加算も×

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: 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
- フレイル認知症モデルに対する効率の良いリハの提供

2024地域包括ケア病棟について

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	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							
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 10%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※1	-		6割5分未満 (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5分未満 (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※1	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			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率※1※2	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)							

・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

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料3を算定する患者及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直す。

現行			改定後	
【地域包括ケア病棟入院料】			【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	2,809点	➔	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	2,838点
			<u>40日以内</u>	2,690点
			<u>41日以降</u>	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	2,620点		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	2,649点
			<u>40日以内</u>	2,510点
			<u>41日以降</u>	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	2,285点		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	2,312点
			<u>40日以内</u>	2,191点
			<u>41日以降</u>	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	2,076点		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	2,102点
			<u>40日以内</u>	1,992点
			<u>41日以降</u>	

■ 改定された3つの入院料通則（栄養管理、ACP、身体拘束の最小化）とリハ・栄養管理・口腔の一体的取組を拠り所にした「ときどき入院 ほぼ在宅」の強化が、地ケア病棟入院料の41日目以降の逡減制を以て実装される。

■ QOLを成果とする高齢虚弱“multimorbidity 患者”への退院支援強化は急務。

137

地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直し

		現行				改定後				訪問		
① ② ③ ④ ⑤	医療	ア	病院	訪問診療 (I) (II)		ア	病院	訪問診療 (I) (II)		○	物居 精神 立数 単位 回以 法に 指定 費の 一	
		イ	病院	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 (看護師)、精神科訪問看護・指導料 (看護師・作業療法士)		イ	病院	退院後訪問指導、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 (看護師)、精神科訪問看護・指導料 (看護師・作業療法士)				
		ウ	同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション	訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費 (看護師、リハ療養士)	○	医療	ウ	同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション	訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費 (看護師、リハ療養士)			
		エ	病院	在宅患者訪問リハビリテーション指導料		介護	イ	みなし訪問看護	訪問看護口 (予防) (看護師)			
		オ	同一敷地内又は隣接敷地内の事業所	訪問介護 訪問看護 (予防) 訪問リハ (予防)	○	医療	エ	病院	在宅患者訪問リハビリテーション指導料			
⑥	医療	カ	病院	退院時共同指導料2		カ	病院	退院時共同指導料2		○	項に て規 てい	
				外来在宅共同指導料1				外来在宅共同指導料1				
		訪問看護				訪問リハ				ケア 管理料 一般入		
⑥	訪問看護費	イ	指定訪問看護ステーション	看護師		イ	病院			○	ケア 管理料 一般入	
				リハ療養士 (理学、作業、言語) (※ リハ職訪看)				老人保健施設	リハ療養士 (理学、作業、言語)			
		□ 病院 (みなし指定)	看護師		介護医療院							

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

短期滞在手術等基本料の対象手術等の取扱い

➤ 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	一般病棟用の重症度、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	○	対象外	対象外 → 対象
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 → 対象
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	一般病棟用の重症度、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	○	対象外	対象外 → 対象
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 → 対象
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

(※) 特定集中治療室用及びハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度における取扱いは従前と同様。196

2024 地域包括ケア病棟と 地域包括医療病棟のイメージ

急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	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	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	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	<ul style="list-style-type: none"> 「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16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)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	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は救急医療の体制 ※ 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)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	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ST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回リ八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回リ八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回リ八病棟等への退院を含まない)

急性期一般4と同じ

地メディ病棟のみ

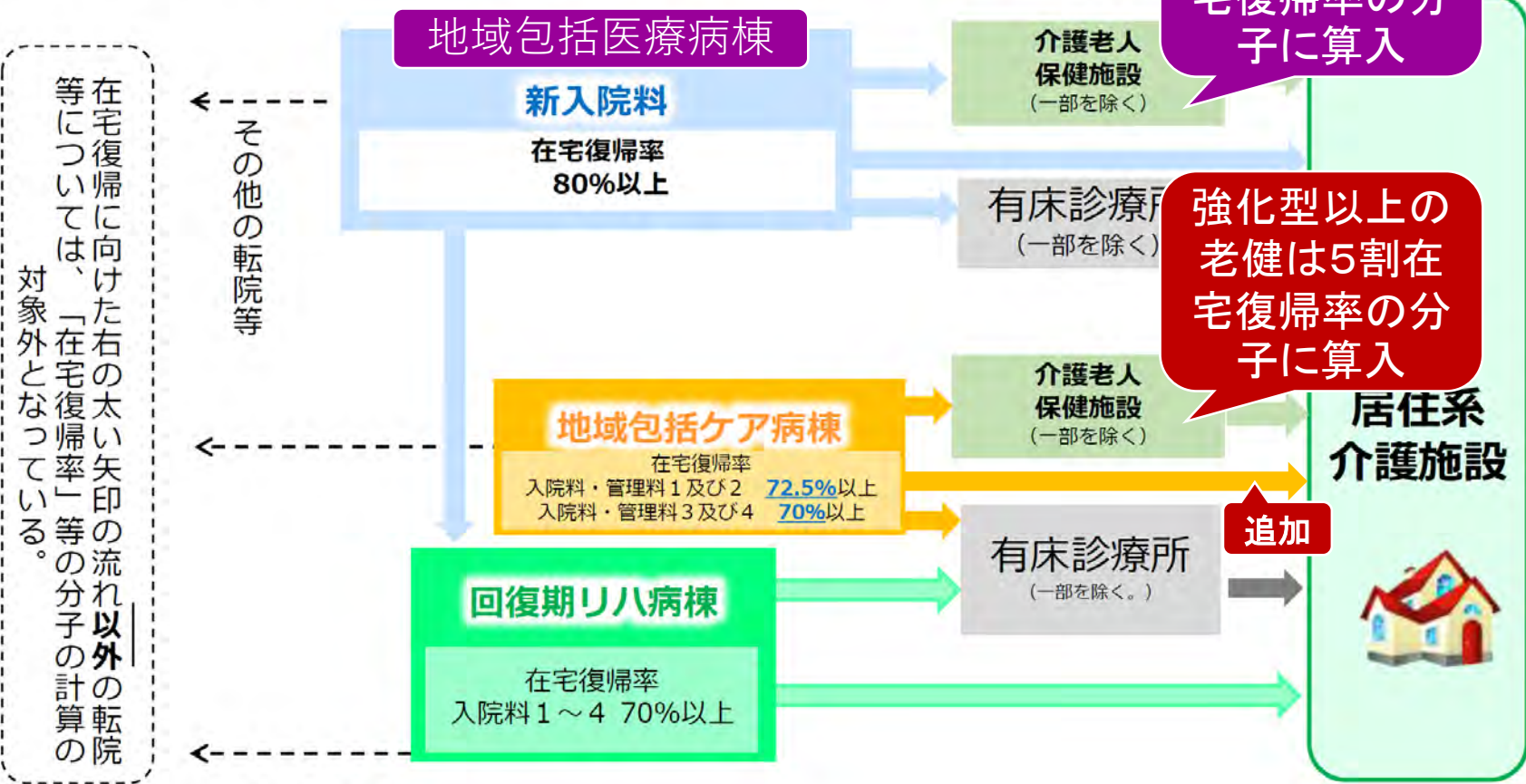
・2次救急医療機関又は救急告示病院
・常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること等

R6

地域包括医療病棟における在宅復帰率

○ 地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印で示す



強化型以上の老健は10割在宅復帰率の分子に算入

強化型以上の老健は5割在宅復帰率の分子に算入

地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の特徴

■ 地域包括ケア病棟

地域包括ケア
システムのMP



治し支える
生活支援型
医療

■ 地域包括医療病棟

治し 又は
支える
高齢者医療



高齢者救急
のMP

MP : masterpiece

2014年度新設

急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。

高齢虚弱“multimorbidity”患者

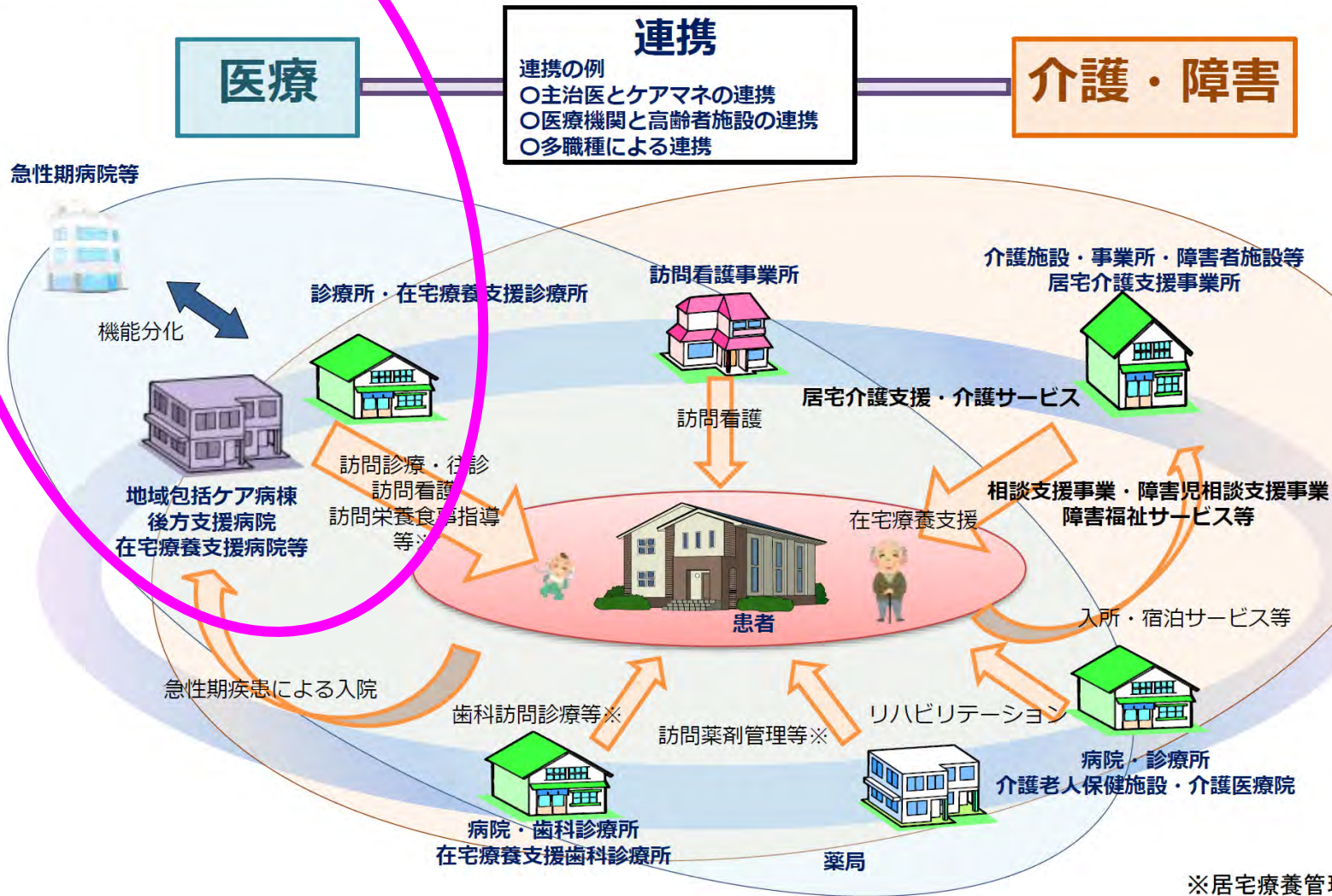
2024年度新設

地域包括医療病棟入院料を算定する病棟は、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担うものである。

高齢急性期患者

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。



※居宅療養管理指導を含む

■高度急性期病院

- ・総合入院体制加算
- ・急性期充実体制加算



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。

■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

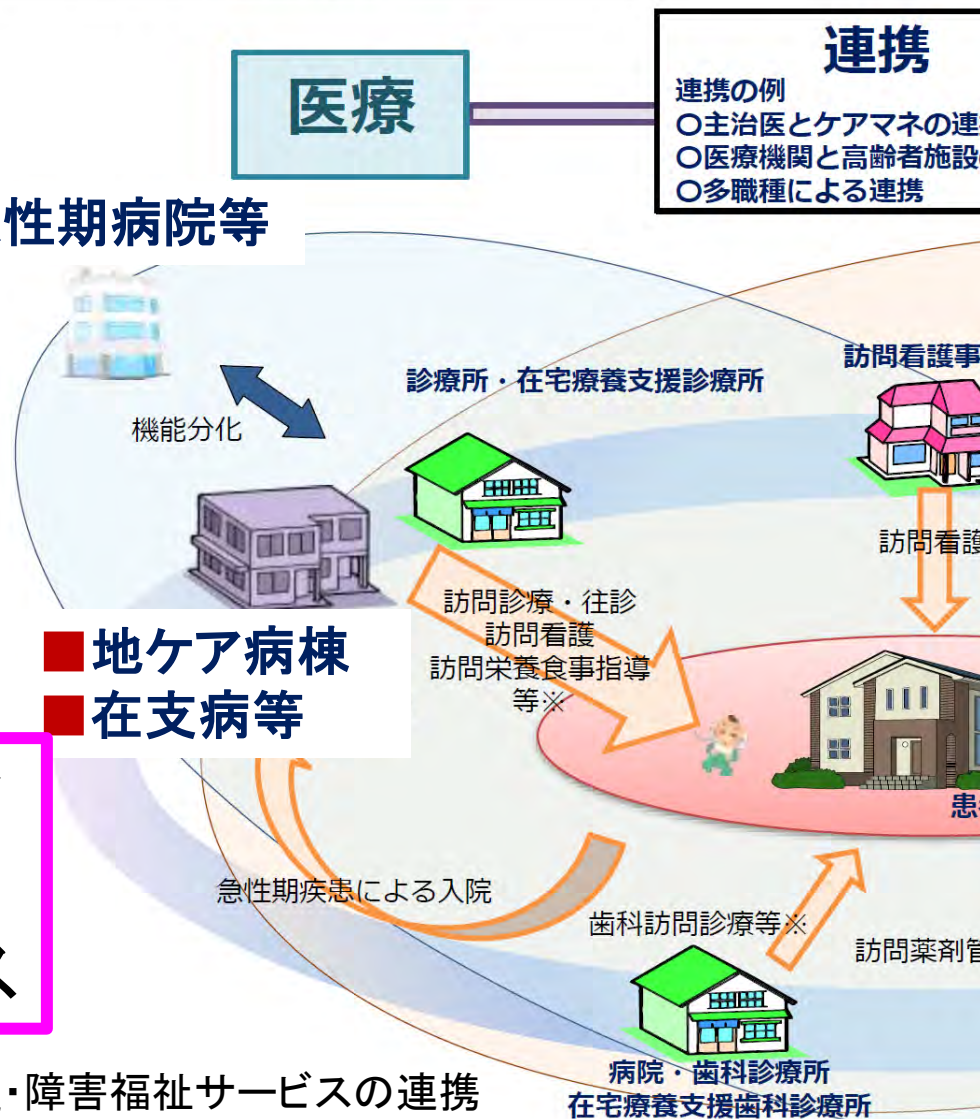
高齢者救急のマスターピース

地域包括ケアシステムのマスターピース

■急性期病院等

■地ケア病棟

■在宅病等



転棟のリスクとコストが消えて入院期間減少？

■ 急性期一般病床1：いわゆるSA

→ 地ケア病棟2：自院PA

- ・転棟のリスク：療養環境の変化、患者医療者関係の再構築、診療や看護の継続性の低下等
- ・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
- ・地ケア病棟の減算対象

■ 地ケア病棟 又は 地メディ病棟：いわゆるSA

- ・転棟のリスクやコストがない
- ・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
- ・地ケア病棟の初期加算増加
- ・地メディ病棟の救急受入れ増加

※ALOS激減の可能性あり
稼働率低下ダウンサイジング！

■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3つの病棟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

成長期の地域包括ケア病棟と黎明期の地域包括医療病棟

地域包括ケア病棟を
届け出る病院の立ち位置

2024年度～

■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。



地域包括ケア推進病棟協会 の成果と今後の取り組み

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)	・・・1,477病院(55.2%)
入院料(管理料)2	(2,620点・生活療養2,605点)	・・・1,128病院(42.2%)
入院料(管理料)3	(2,285点・生活療養2,270点)	・・・22病院(0.8%)
入院料(管理料)4	(2,076点・生活療養2,060点)	・・・47病院(1.8%)

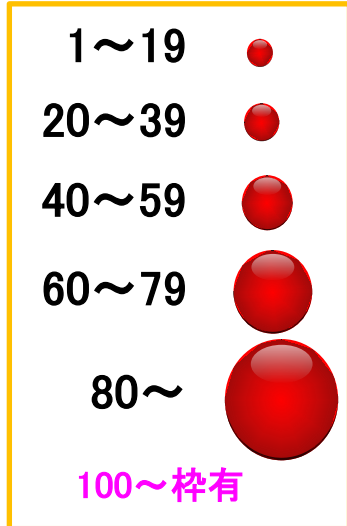
病院数カウント(例;地包ケア1・3
両方の算定病院は1でカウント)

地域包括ケア病棟算定2,674病院

令和6年(2024年)3月15日時点の地方厚生局確認データ

(R6年2月届出まで)

(一部3月更新あり)



TOP10ランキング

- 1 福岡県 173
- 2 東京都 155
- 3 兵庫県 139
- 3 大阪府 139
- 5 北海道 127
- 6 埼玉県 98
- 7 神奈川県 95
- 8 広島県 94
- 9 愛知県 91
- 10 鹿児島県 84

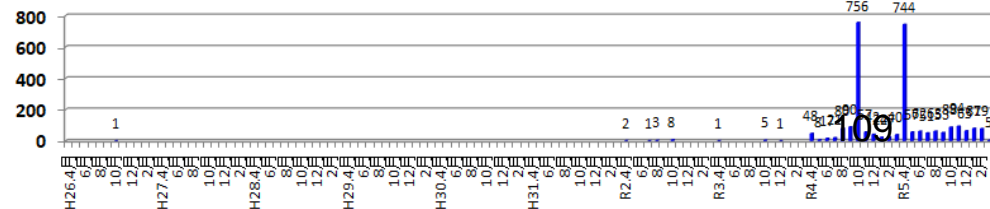
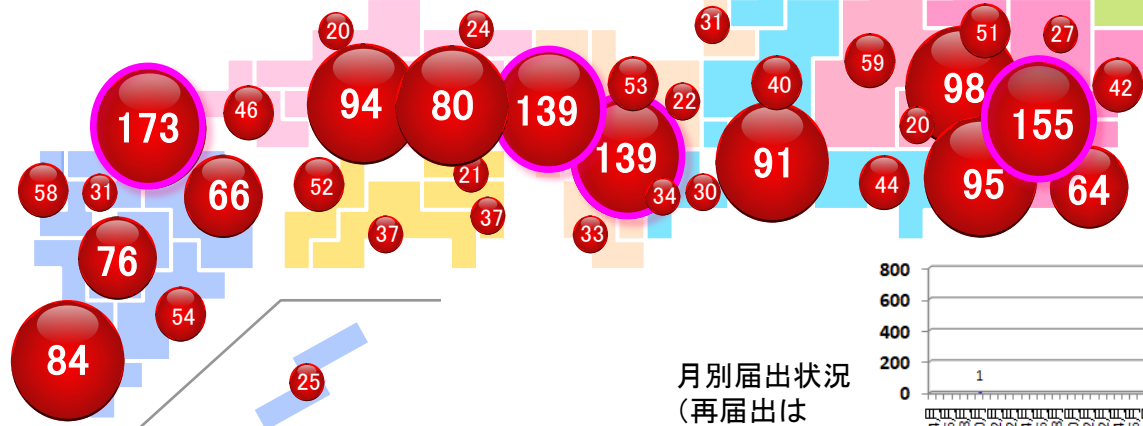
- | | | |
|--------|--------|--------|
| 岡山県 80 | 茨城県 42 | 栃木県 27 |
| 熊本県 76 | 福島県 41 | 秋田県 26 |
| 大分県 66 | 宮城県 40 | 富山県 26 |
| 千葉県 64 | 岐阜県 40 | 沖縄県 25 |
| 長野県 59 | 徳島県 37 | 鳥取県 24 |
| 長崎県 58 | 高知県 37 | 青森県 23 |
| 群馬県 55 | 岩手県 36 | 山形県 23 |
| 宮崎県 54 | 石川県 36 | 滋賀県 22 |
| 京都府 53 | 奈良県 34 | 香川県 21 |
| 愛媛県 52 | 和歌山 33 | 山梨県 20 |
| 新潟県 47 | 福井県 31 | 島根県 20 |
| 山口県 46 | 佐賀県 31 | |
| 静岡県 44 | 三重県 30 | |

127

病床数
101,700



地方厚生局別



地域包括ケア推進病棟協会 附属委員会の活動

1, 教育・研修 担当: 研修委員会

- ・地域包括ケア推進病棟アカデミー
- ・地域包括ケア推進病棟研究大会
- ・施設見学会
- ・日本地域医療学会 地域総合診療専門医と学会認定総合医のポイント付与
- ・POCリハのすすめ(補完代替リハの)

2, 調査 担当: 機能評価委員会

- ・診療報酬改定に係る調査
- ・補完代替リハに係る調査 エビデンスの集積

3, 宣言・提言 担当: 政策・企画委員会

- ・診療報酬や医療・介護政策関連

4, 広報 担当: 広報委員会

- ・ホームページ刷新
- ・魅力的なコンテンツのアップロード 等

黎明期から成長期の地域包括ケア病棟

成長期

黎明期

地域包括ケア病棟を届け出る病院の立ち位置

2022～2023

■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。



地域包括ケア病棟を届け出る病院の立ち位置

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。




～2021

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。



■地ケア病棟と地メディ病棟を皆様と一緒に育てていきましょう！

ご清聴ありがとうございました

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



一般社団法人

地域包括ケア推進病棟協会