

2015.11.23

# 地域包括ケア病棟協会 記者会見資料

地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄



地域包括ケア病棟協会  
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

# 地域包括ケア病棟協会の活動

- 地域包括ケア病棟ができて1年7ヵ月、地域包括ケア病棟協会が設立されて1年半が経ちました。
- 皆様のご支援とご協力の下、地域包括ケア病棟の機能と本協会の役割は、随分と認知されたように思います。
- 今後ともご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い致します。

# 地域包括ケア病棟協会 これまでの活動

## ■ 短期的 届け出を行う病院に対する支援

### ・調査や各種セミナー

- 2014.08 地域包括ケア病棟(病床)に関するアンケート調査(日本慢性期医療協会との合同調査)
- 2014.08.02 & 10.26 地域包括ケア病棟 看護実践講座(計2回)
- 2014.08.16 & 10.18 データ提出加算取得のための講習会(計2回)
- 2014.09.23、2015.06.05、08.22 & 08.23 経営対策講座(計4回)
- 2014.10.13 病床機能報告制度 講習会
- 2015.01.25 地域包括ケア病棟リハビリテーション実践講座
- 2015.10.30 地域包括ケア病棟 第1回認知症ケア実践講座

### ・座談会等の開催

- 2014.05.15 地域包括ケア病棟協会設立記念座談会
- 2014.11 「地域包括ケアを実現するシステムをどうつくるか」(共催 日本慢性期医療協会)
- 2015.01.28放映 日経CNBC「迫る！医療危機～地域包括ケアをどう実現するか～」
- 2015.02.12 地域包括ケア病棟協会 記者会見

アンケート調査結果の表。表の上部には「アンケート調査結果」とあり、下部には「アンケート結果の概要」という見出しがあります。表には複数の項目と数値が記載されています。アンケート調査結果の表。表の上部には「アンケート調査結果」とあり、下部には「アンケート結果の概要」という見出しがあります。表には複数の項目と数値が記載されています。アンケート調査結果の表。表の上部には「アンケート調査結果」とあり、下部には「アンケート結果の概要」という見出しがあります。表には複数の項目と数値が記載されています。病床機能報告制度講習会。表の上部には「病床機能報告制度講習会」とあり、下部には「講習会の概要」という見出しがあります。表には講習会の日程、講師、参加費などが記載されています。アンケート調査結果の表。表の上部には「アンケート調査結果」とあり、下部には「アンケート結果の概要」という見出しがあります。表には複数の項目と数値が記載されています。アンケート調査結果の表。表の上部には「アンケート調査結果」とあり、下部には「アンケート結果の概要」という見出しがあります。表には複数の項目と数値が記載されています。右下には数字「3」が表示されています。





# 地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

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

■地域包括ケア病棟協会では、シンボルマークとロゴスタイルを刷新し、英語名を新しく設定致しました。

■シンボルマークの四方から中央の十字でforceを受ける矢印は「懐の深い病棟」を表現すると同時に、地域包括ケア病棟がもつ、**ポストアキュート、サブアキュート、周辺機能、在宅生活・復帰支援の4つの機能**によって、さまざまな病態の患者さんに医療を届けるあり方をイメージしています。

■また、**急性期や慢性期、公的や民間の医療機関「急慢公民」**を問わず、様々な病床や経営母体から当協会に入会されたパートナーの皆様とともに、**本病棟の医療の質と経営の質を高めたい**との思いが込められています。中央には、協会の英語名Japanese Association of Hospitals for Community-based Careの略称であるJAHCCを入れました。

■これから地域包括ケア病棟は、第7次医療計画、第7期介護保険事業計画、医療費適正化計画、まち・ひと・しごと創生総合戦略等、**さまざまな制度の整合性を図る要**として、地域の社会保障に貢献していくことでしょう。地域包括ケア病棟が、このシンボルマークのように**懐深く受け入れ、かつ多方面のパートナーと共に発展**していけるよう希望をこめて創作致しました。

■多くの皆さまへのご周知を、ぜひお願い致します。



# 平成27年度 地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査



地域包括ケア病棟協会  
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

# 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査項目

■病院全体を対象（2015年11月6日（金）の届出状況や実績を調査、解析対象は病院）

## 【A. 基本情報 A-1～A-5】

開設者の分類、病床種別と数、併設する関連施設

## 【B. 2016年度診療報酬改定について B-1～B-2】

地域包括ケア病棟の手術等の出来高算定が及ぼす、7対1一般病棟の転換先、急性期からの受け入れ先への影響

## 【C. 医療・介護に関する様々な連携やベッドコントロールについて C-1～C-5】

管理部門、担当職種、医介連携現場での統一アセスメントツール

## 【D. 認知症患者について D-1～D-5】

物忘れ外来、専門職種、認知症ケアサポートチーム、院内デイケア

## 【E. Nutrition Support Team : NSTについて E-1～E-10】

NST活動状況、VE・VFの実施、リハビリ栄養の取組、薬剤調整（特にポリファーマシー）への積極的関与

## ■地域包括ケア病棟を対象

## 【F. 地域包括ケア病棟で提供しているリハビリテーションについて F-1～F-10】

（2015年11月6日（金）の届出状況や実績を調査、解析対象は病棟）

リハビリ提供体制、疾患別・がん患者リハビリ提供状況

疾患別・がん患者リハビリとして定義されている「1単位20分」の関わり以外

短時間（20分未満）での個別の関わり、集団での関わり、他職種職員や介護者への指導

同一施設内で回復期リハビリ病棟と地域包括ケア病棟を併設している施設

入院受入患者の病棟毎の選択基準

## 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について G-1～G-10】

（2015年10月27日（火）～11月5日（木）10日間の実績を調査、解析対象は病院と症例）

入院経路等の内訳、退院先等の内訳、入退院調整・支援中の患者、

PFM（Patient Flow Management）の認知度

# 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査項目

1, 調査結果は、ドナベディアン分類で医療の質を分類し、以下の表示を添付した。

**S** : ストラクチャ(構造)

**P** : プロセス(過程)

**O** : アウトカム(成果)

2, 地域包括ケア病棟の4つの機能について

本調査を円滑に実施するために4つの機能を「3つの受け入れ機能」と「2段階の在宅生活復帰支援」から、「3つの受け入れ経路・機能」と「2段階の在宅生活復帰支援」に再分類した(解説資料を参照)。

3, 全体に件数が少ないため、統計学的有意差は求めている。



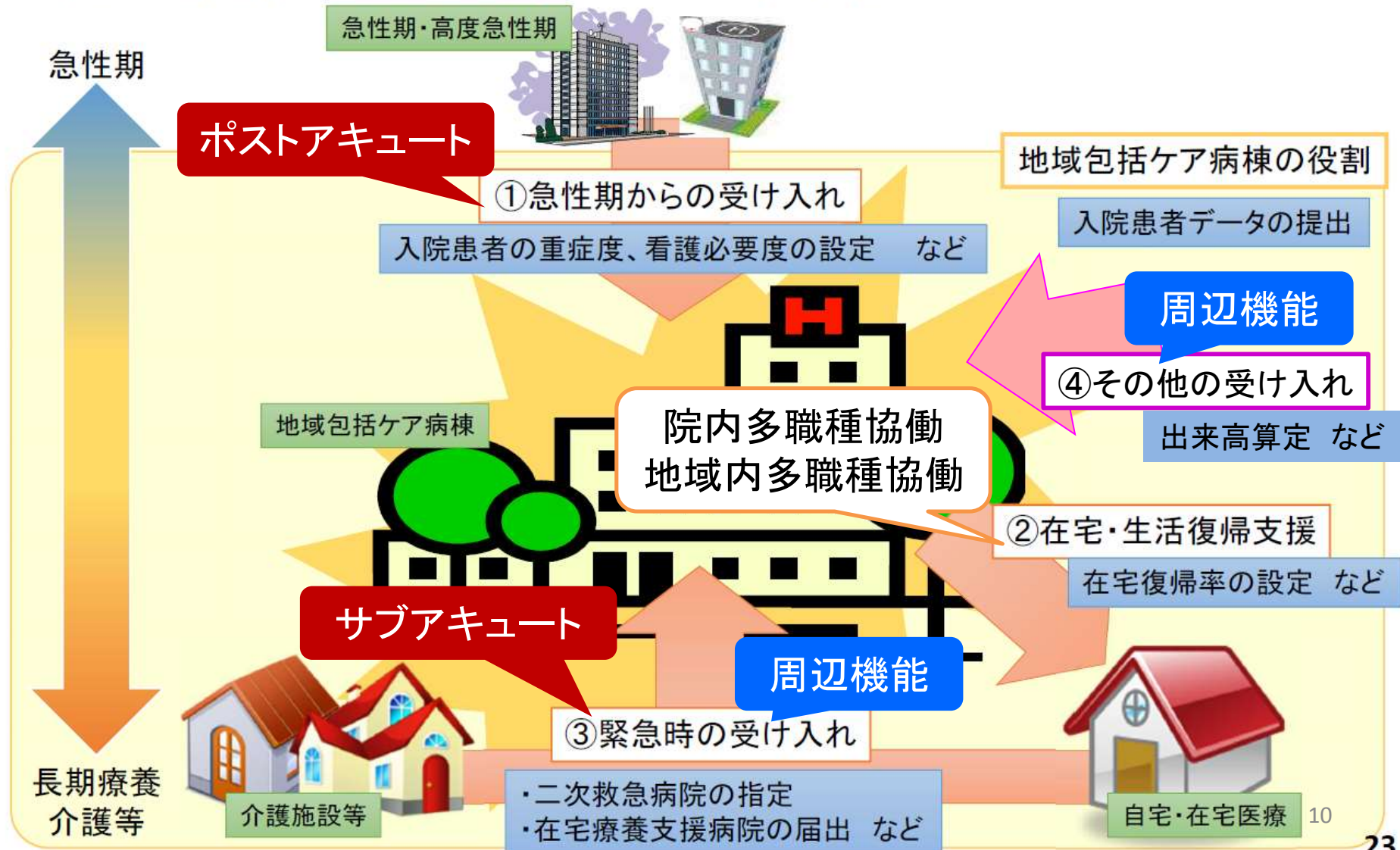
# 解説資料

地域包括ケア病棟4つの機能  
「3つの受け入れ経路・機能」  
「2段階の在宅生活復帰支援」

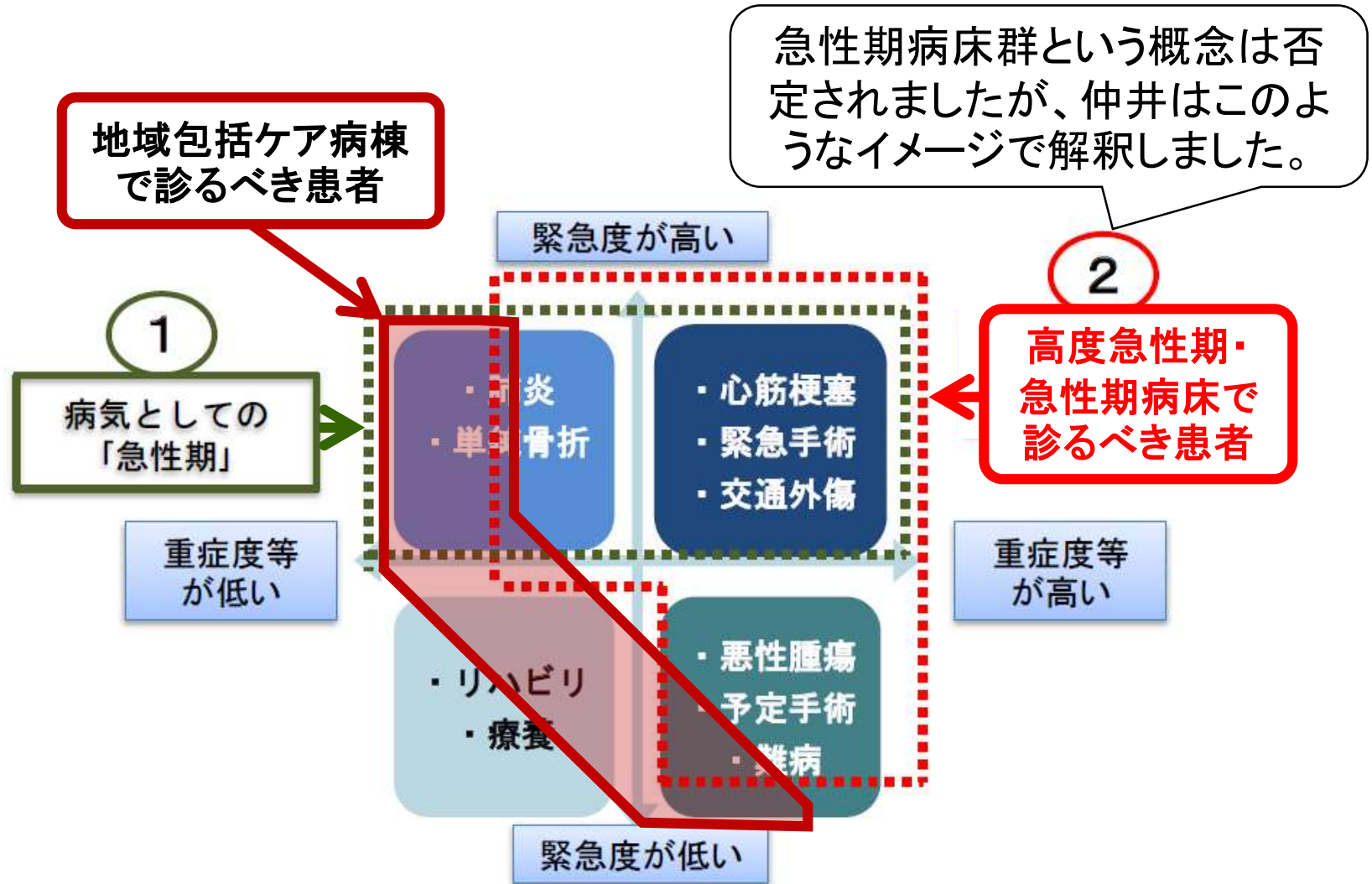
# 懐の深い「地域包括ケア病棟」4つの機能

— 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。

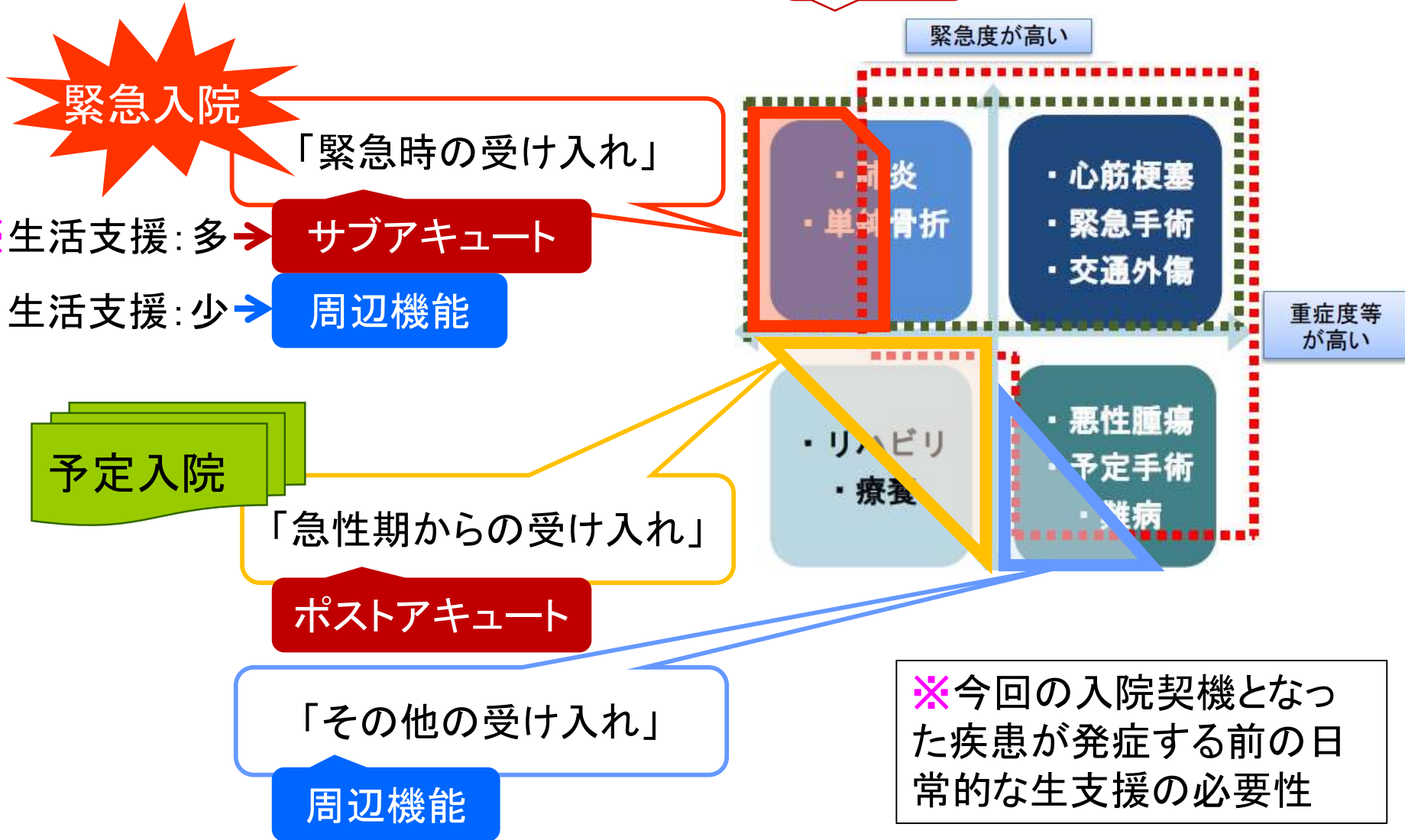


# 「地域包括ケア病棟」 —診るべき患者のイメージ—



# 「地域包括ケア病棟」4つの機能

—3つの受け入れ「経路」と **機能** のイメージ—



# 3つの受け入れ経路・機能の分類

入院経路		緊急入院	予定入院	
受け入れ経路		③ 緊急時の受け入れ	① 急性期からの受け入れ	④ その他の受け入れ
今回の入院契機となった疾患が発症する前の日常的な生支援の必要性	多い	サブアキュート (中核機能)	ポストアキュート (中核機能)	周辺機能
	少ない	周辺機能		

①急性期からの受け入れ経路：自院他院を問わず、高度急性期～急性期の病棟から、急性期後の治療や回復期のリハビリを要する患者を、予定入院で受け入れる経路。

③緊急時の受け入れ経路：肺炎や単純骨折等の軽～中等度の急性期患者を、緊急入院で受け入れる経路。

④その他の受け入れ経路：①以外の予定入院で、出来高算定が認められている慢性期の定期的な抗悪性腫瘍剤治療±緩和ケア等や、短期滞在手術等基本料3、糖尿病教育入院、医療必要度の高いレスパイトケア等の患者を受け入れる経路。

# 3つの受け入れ経路・機能の分類

入院経路		緊急入院	予定入院	
受け入れ経路		緊急時の受け入れ	急性期からの受け入れ	その他の受け入れ
今回の入院契機となった疾患が発症する前の日常的な生支援の必要性	多い	サブアキュート (中核機能)	ポストアキュート (中核機能)	周辺機能
	少ない	周辺機能		

■ **中核機能**: 地域包括ケア病棟に期待される中核となる受け入れ機能。

・ **サブアキュート** 中核機能(緊急時): 今回の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の必要性が多い方の緊急時の受け入れ機能。

・ **ポストアキュート** 中核機能(急性期から): 高度急性期・急性期からの予定された入院で、急性期後の治療や回復期のリハビリを行う受け入れ機能。

■ **周辺機能**: 中核機能を補完し、7対1～13対1一般病棟を代替する受け入れ機能。

・ **周辺機能(緊急時)**: 今回の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の必要性が少ない方の緊急時の受け入れ機能。

・ **周辺機能(その他)**: 予定された入院で、急性期からの受け入れ以外の、その他の受け入れ機能。

# 3つの受け入れ経路・機能で受け入れる患者像や疾患

## ■生活支援の多寡による患者像

入院契機となった疾患が発症する前から  
日常的な生活支援が多い患者

入院契機となった疾患が発症する前  
日常的な生活支援が少ない患者

## ■疾患と患者像

### 「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の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。

### 「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。

### 「その他の受け入れ」経路

#### ■周辺機能(その他):

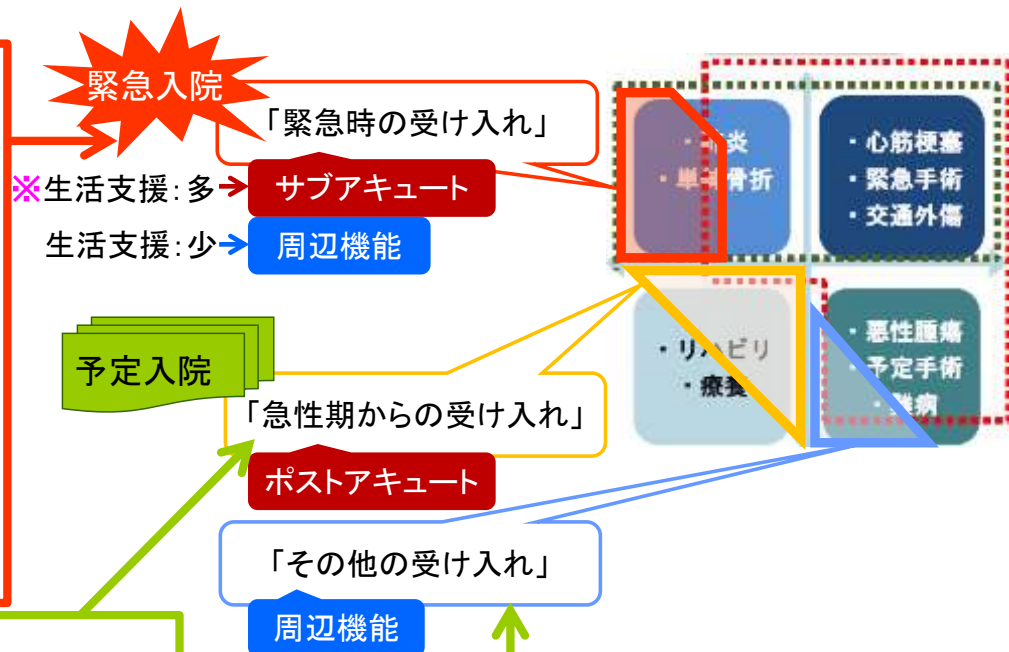
7対1～13対1代替の受け入れ機能

・ケモ土緩和ケア

・短期滞在手術等基本料3

・糖尿病教育入院

・医療必要度の高いレスパイトケア 等



# 「地域包括ケア病棟」4つの機能

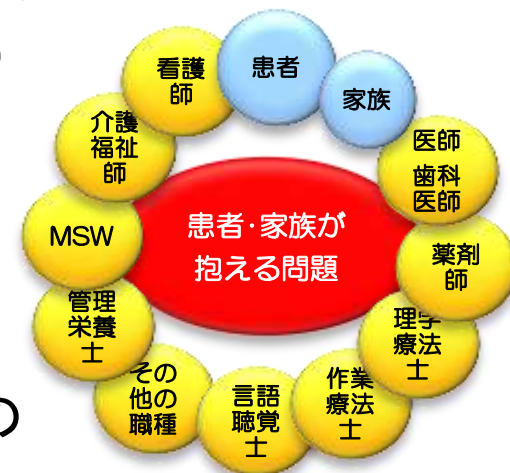
## —2段階の在宅・生活復帰支援—

### ②在宅・生活復帰支援(ICFで必要な支援が多い患者)

#### -1 院内多職種協働

■①③④で受け入れた患者に、リハビリや摂食機能療法、口腔ケア、栄養指導、認知症ケア、減薬調整、服薬指導、退院支援・調整等を院内多職種協働で提供する。

■包括算定で自由度の高い生活回復リハビリは、退院後の在宅生活で疾患別リハビリが突然激減する「リハビリテーションのリロケーションダメージ」を防ぐ役割を担う。



院内チーム医療の活性化

#### -2 地域内多職種協働

■①③④で受け入れた患者にMSWやケアマネジャーが地域内多職種協働による在宅サービスの段取りをして、最高60日を目安に在宅・生活復帰を目指す。

■フォーマル・インフォーマルサービスを提供する地域の多様なプレイヤーとの連携は必須。HUBとしての郡市医師会や、地域の拠点病院、自治体、保健所、社会福祉協議会等、地域社会のリーダーが地域内多職種協働を円滑化、活性化する。

地域包括ケアシステムの構築や生活支援のためのまちづくりは  
地域包括ケア病棟を持つ病院の大きな役割の1つ



# 結果と考察

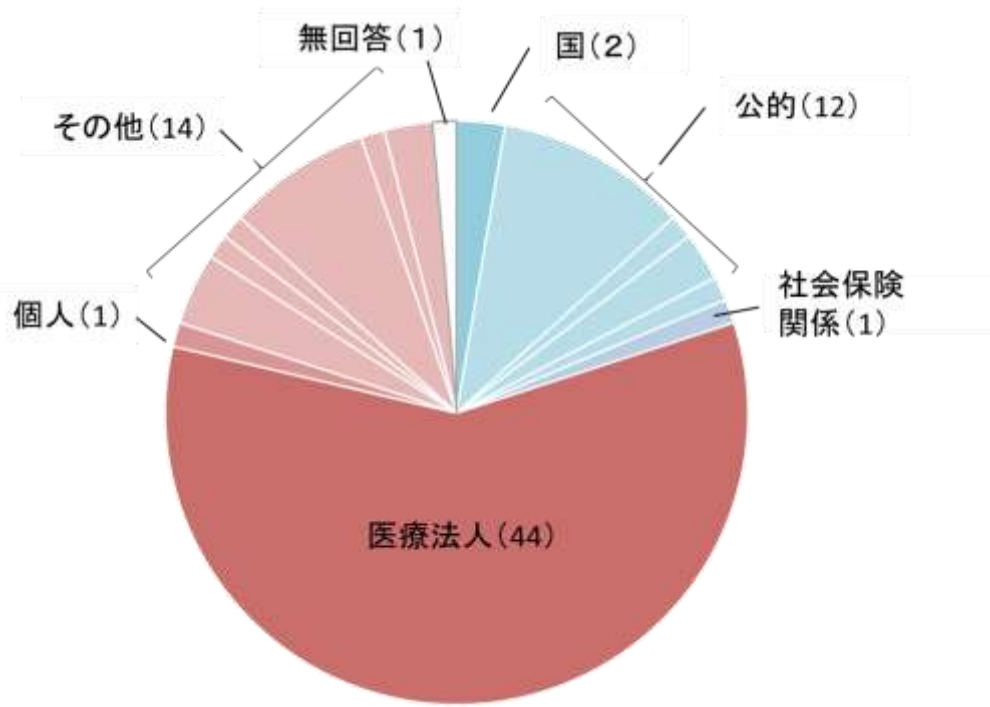
平成27年度  
地域包括ケア病棟の  
機能等に関する調査

# 【A. 基本情報】

・調査対象：地域包括ケア病棟協会員のうち、  
地域包括ケア病棟を持つ病院

・回答数：75件／約220件（34.1%）

・A-1 開設者別：n=75



公的：20.0% 民間：78.7% 無回答：0.3%

・A-2 総病床数別：

病床数	病院数
～99	12
～199	44
～299	9
300～	10

総病床数 14,493床  
平均193.2床/病院

・A-3 介護保険病床：  
(介護療養型医療施設)

病院数	病床数
6	313

# 【A. 基本情報】

## ・A-4 医療保険病床：n=75

(特定入院料 ICU～HCU等の高度急性期病床)

	病院数	病床数
A300 救命救急入院料	1	20
A301 特定集中治療室管理料	3	28
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	8	83
A307 小児入院医療管理料	4	70
A311-2 精神科急性期治療病棟入院料	1	40

合計 241

(一般病棟入院基本料)

	病院数	病床数
一般病棟入院基本料 7対1	21	4,085
一般病棟入院基本料 10対1	36	2,419
一般病棟入院基本料 13対1	5	235
一般病棟入院基本料 15対1	2	44

合計6,504

合計 279

# 【A. 基本情報】

## ・A-4 医療保険病床：n=75

(療養病棟入院料)

	病院数	病床数
療養病棟入院基本料1	23	1,227
療養病棟入院基本料2	6	202

合計1,429

(回復期リハビリテーション病棟入院料)

	病院数	病床数
回復期リハビリテーション病棟入院料1	18	935
回復期リハビリテーション病棟入院料2	19	839
回復期リハビリテーション病棟入院料3	1	44

合計1,818

# 【A. 基本情報】

## ・A-4 医療保険病床：n=75

（地域包括ケア病棟入院料）

	病院数	病床数
地域包括ケア病棟入院料1	46	2,078
地域包括ケア病棟入院料2	2	80
地域包括ケア入院医療管理料1	25	548
地域包括ケア入院医療管理料2	2	16

合計2,722  
(18.8%)

（その他入院料）

	病院数	病床数
精神病棟入院基本料	5	538
障害者施設等入院基本料	10	557
緩和ケア病棟入院料	4	75
その他	-	17

合計1,187

# 【A. 基本情報】

## ■ 一般病棟10対1以上の病床の有無でサブ解析：n=75

あり	なし
57(76.0%)	18(24.0%)

(特定入院料 ICU～HCU等の高度急性期病床、一般病棟入院基本料 7対1、10対1のいずれかを有する病院数)

## ・A-5 併設する関連施設の有無別の病院数：n=69

あり	なし
56(81.2%)	13(18.8%)

## ・A-5 併設する関連施設の種別とその有無別の病院数：

	あり	なし	n
介護老人保健施設	22	33	55
特別養護老人ホーム	7	40	47
居宅系介護施設(特養除く)	21	34	55
訪問系医療・介護事業所	48	15	63
通所系介護事業所	38	18	56

- ・一般病棟10対1以上の急性期病床を届け出ている病院が57施設76.0%と多い。
- ・併設する関連施設を有している病院が56施設81.2%と多い。

## 【B. 2016年診療報酬改定について】



- ・B-1 重症度、医療・看護必要度が厳格化された場合に7対1病棟を転換する可能性は高いですか？ :n=20

はい	いいえ
11	9

n=11と少ないため以降の解釈は実施せず

- ・B-1-1 その時の転換先は？ :n=11
- ・B-1-2 地域包括ケア病棟の手術等が出来高になった場合の転換先は？ :n=11
- ・B-2 地域包括ケア病棟の手術等が出来高になった場合、他院からの急性期後の受け入れで、地域包括ケア病棟に直接受け入れるケースは増えると思いますか？ :n=20

# 「ときどき入院ほぼ在宅」

C～Gの項目は「ときどき入院ほぼ在宅」を実践する上で重要な院内・地域内多職種協働についての、医療の質を調査した。

- 【C. 医療介護に関する様々な連携やベッドコントロールについて】
- 【D. 認知症患者について】
- 【E. Nutrition Support Team : NSTについて】
- 【F. 地域包括ケア病棟で提供しているリハビリテーションについて】
- 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】



# 【C. 医療介護に関する様々な連携やベッドコントロールについて】

・C-1 管理部門の有無 : n=75 **S**

管理業務	あり	なし
病病連携	74	1
病診連携	74	1
医介連携	74	1
院内ベッドコントロール	71	4
行政、社会福祉協議会等の関連団体との連携	68 (90.7%)	7 (9.3%)

・C-2 組織形態 : n=73 **S**

	回答数
一部門で統括	36 (49.3%)
複数部門で分担	34
将来的に統括	3

・C-3 統括部門の職員配置 : n=36 **S**

	病院数	平均人数
医師	14	1.1
看護師	31	1.8
事務職	19	2.2
社会福祉士	34	2.6
介護支援専門員	9	0.7

・C-4 統一アセスメントツールの有無

	回答数
あり	14 (18.7%)
なし	46 (61.4%)
運用予定あり	8 (10.6%)
わからない	7 (9.3%)

: n=75 **P**

・行政、社会福祉協議会等の関連団体との連携が、他と比べて若干遅れているが、概ね院内外連携と地域包括ケアシステム構築への参画は意識されている。  
 ・連携組織の統轄が半数に満たず、アセスメントツールも更なる機能強化が求められる。

# 【D. 認知症患者について】

・D-1 専門外来の有無 : n=74

あり	なし
17	57 (77.0%)

・D-2 専門医、サポート医 : n=74

専門医		サポート医		いない
常勤	非常勤	常勤	非常勤	
15	7	6	7	41 (55.5%)

・D-3 認知症認定看護 認定看護師 : n=71

常勤		非常勤		いない
病院数	平均人数	病院数	平均人数	
9	1.1	1	-	61 (85.9%)

認知症に対する対応が全体に遅れ気味である。精神科を標榜しない施設であっても、新オレンジプランに準拠した取組が求められる。

・D-4 サポートチームの有無 : n=73

あり	なし	予定あり
10	45 (61.6%)	18

・D-5 院内デイサービスの有無 : n=73

あり	なし	無回答
11	62 (84.9%)	2

# 【E. Nutrition Support Team: NSTについて】

・E-1 NST活動の有無:n=74

S

	病院数
活動している	52 (70.3%)
活動していない	22

・E-2, -3 地域包括ケア病棟におけるNST活動の状況:n=49

0

	平均
ラウンド頻度	3.2回
介入件数	7.9人

・E-4 NST介入基準:n=52

P

	回答数
Subjective Global Assessment: SGA等を利用した入院時スクリーニングから抽出	31
血清アルブミン値、血清総コレステロール値、リンパ球数などの血液検査を利用して抽出	43
NST依頼書の運用による抽出	30
症例検討からの抽出	20
その他	15

NST活動をしている病院は、栄養サポートに注力している。

※複数回答あり

# 【E. Nutrition Support Team: NSTについて】

対象: NST活動ありと回答した52病院

- E-5 栄養サポートチーム加算の算定: n=52

している	していない
23	29

P

- E-6 VFやVE等の嚥下機能評価の実施: n=50

している	していない
42 (84.0%)	8

P

- E-7 リハビリ栄養の活動の有無: n=51

している	していない	予定あり
13	30 (58.8%)	8

P

▪ E-6 嚥下機能評価の主な担当科: n=37

S

	回答数
内科	13
耳鼻咽喉科	5
リハビリテーション科	5
歯科口腔外科	4
神経内科	3
その他	7

- E-8 NST対象患者への薬剤管理指導、薬剤調整の実施: n=51

している	していない
41 (80.4%)	10

P

嚥下機能評価や薬剤管理指導、薬剤調整は、NST活動をしている病院の8割以上で行われている。リハビリ栄養は過半数に認められたが、今後の取組強化に期待する。

# 【E. Nutrition Support Team: NSTについて】

・ポリファーマシーの対策の有無: n=72

あり	なし
31 (43.1%)	41

P

ポリファーマシーはあらゆる患者に良い影響を与えない。その対策は、NSTの場では、薬剤師が中心となっていた。自由記載で目立った苦勞している点は、他院からの処方の変更の難しさであった。地域レベルでの解決が求められている。

・介入内容: n=30

P

	回答数
疑われる全症例への介入	20
服薬コンプライアンスの不良	7
施設内基準による	5
薬剤の副作用が疑いによる	5
その他	3
治療目標値の設定	1

※複数回答あり

・中心となる職種: n=24

S

	回答数
薬剤師	19
医師	3
管理栄養士	2
看護師	1

※複数回答あり

# 【F. 地域包括ケア病棟で提供しているリハビリテーションについて】

・回答数：70病院／72病棟※

※70病院の72病棟が回答。1病棟をn=1として集計

・F-1 地域包括ケア病棟の50床あたりのリハビリ職員数：

	専従	兼任	常勤換算
理学療法士	1.2	6.6	4.7
作業療法士	0.9	3.4	2.4
言語聴覚士	0.3	2.3	1.2
合計	2.4	12.3	8.3

S

・F-2 リハビリ職員充足度：n=72

十分	不十分
40	32

S

・F-3 増員予定：n=32

ある	ない
27	5

S

・F-7 専従、非専従での業務内容の違い：n=72

あり	なし
31	42

P

# 【F. 地域包括ケア病棟で提供しているリハビリテーションについて】

※70病院の72病棟が回答。1病棟をn=1として集計

0

## ・F-4 地域包括ケア病棟におけるリハビリ実施状況：n=72

種別	職種	実施病棟数	患者数	単位数	平均単位
疾患別 リハビリ	PT	71	1,459.4	3,376.3	2.3
	OT	60	675	1,308.1	1.9
	ST	27	143	253	1.8
がん患者 リハビリ	PT	11	22	50	2.3
	OT	6	12	24	2.0
	ST	2	3	3	1.0

疾患別・がん患者リハビリは、11月6日の“one day”調査なので、平均単位数が若干低いものもあるが、概ね2単位となっている。

# 【F. 地域包括ケア病棟で提供しているリハビリテーションについて】

※70病院の72病棟が回答。1病棟をn=1として集計



・F-5 疾患別・がん患者別リハビリとして定義されている「1単位20分」の関わり以外のリハビリの実施の有無：n=72

あり	なし
43 (59.7%)	29

疾患別・がん患者リハビリとして定義されている「1単位20分」の関わり以外のリハビリは、過半数の施設で実施されていた。内容も、個別、集団、指導と多様であった。

・F-6-1 20分未満の個別の関わりで、病棟ADL/IADL等の改善に結びつくリハビリの実施の有無：n=43

あり	なし
37 (86.0%)	6

・F-6-2 集団リハの実施：n=42

あり	なし
19	23 (54.8%)

・F-6-3 他職種や介護者への指導の実施：n=43

あり	なし
42 (93.0%)	1



# 【F. 地域包括ケア病棟でのリハビリテーションについて】

【再掲】・F-6-1 20分未満の個別の関わりで、病棟ADL/IADL等の改善に結びつくリハビリの実施の有無：n=43

あり	なし
37 (86.0%)	6

個別の20分未満のリハビリについて37施設86.0%で実施されていた。POSTの合計で50床あたりの平均で、2.4人の療法士が、6.1人の患者に関わり、内容も多様であった。

(個別の実施状況：n=37)

		PT	OT	ST
職員数(50床あたり)		1.4人/日	0.6人/日	0.4人/日
患者数(50床あたり)		4.0人/日	1.8人/日	0.3人/日
内容 実施している 施設の割合 (単位：%)	起居/立位動作練習	69.0	47.6	7.7
	移乗動作訓練	65.5	52.4	7.7
	移動訓練	55.2	47.6	0
	摂食・嚥下訓練	20.7	38.1	100.0
	言語訓練	3.4	4.8	15.4
	トイレ訓練	44.8	51.9	0
	入浴訓練	10.3	19.0	0
	自主トレーニング指導	55.2	52.4	7.7

# 【F. 地域包括ケア病棟でのリハビリテーションについて】

※70病院の72病棟が回答。1病棟をn=1として集計

## ・F-8 回復期リハビリ病棟の併設：n=70

あり	なし
36	34



※病院数で集計

- ・回復期リハビリ病棟は過半数の施設で併設されていた。
- ・「1単位20分」の関わり以外のリハビリについて、“回復期リハビリの先駆者である”回復期リハビリ病棟では、地域包括ケア病棟より多くの施設で実施されていた。

## ・F-10 回復期リハビリ病棟における1単位20分以外のリハビリの実施：n=33

あり	なし
21	13
61.8%	38.2%



※病棟数で集計

## 【再掲】・F-6-1 地域包括ケア病棟における1単位20分以外のリハビリの実施：n=72

あり	なし
43	29
59.7%	40.3%



※病棟数で集計

# 【F. 地域包括ケア病棟でのリハビリテーションについて】

・F-9 病棟の選択基準：n=36(回復期リハビリ病棟を併設)

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

※基準項目ごとに無回答あり

- 選択基準の特徴：11の項目で選択基準なしが最多の回答であった。
- 回復期リハビリ病棟：
  - ・要件と予測リハビリ提供量1日5単位以上が最多であった。
  - ・予測ADL改善率の高い方を2番目に選んでいた。
- 地域包括ケア病棟：
  - ・60日以下の予想在院日数が最多であった。
  - ・予測リハビリ提供量1日4単位以下を2番目に選んでいた。

## 【F. 地域包括ケア病棟でのリハビリテーションについて】

### ・「回復期リハを要する状態」の要件

下記の疾患別リハビリを要する患者が常時80%以上

- ①脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
- ②大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
- ③外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
- ④大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
- ⑤股関節又は膝関節の置換術後の状態

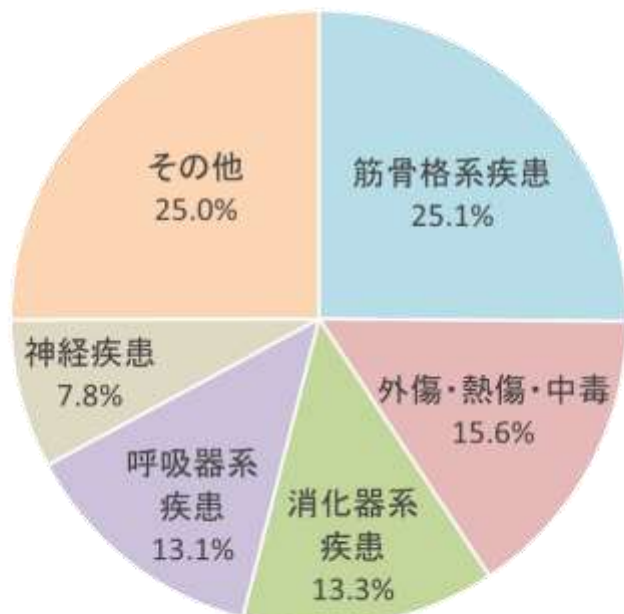
# 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

## ■G-1 入院患者について

- ・10月27日～11月5日の10日間の実績
- ・データ数：1,205症例（68病院）
- ・平均年齢：77.6歳
- ・性別：男495（41.5%） 女：700（58.5%） n=1,195
- ・入院時主病名の状況：n=1,202

- ・入院元は院内53.3%、自宅26.6%と多く、院外は9.2%と少なかった。
- ・疾患は整形外科的疾患が4割を占め、消化器、呼吸器、神経と続いた。

- ・入院元：n=1,201



（DPC/PDPS主要診断群による分類）



# 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

・G-1 受け入れ機能別症例数：n=1,182

入院経路		緊急入院	予定入院	
受け入れ経路		緊急時の受け入れ	急性期からの受け入れ	その他の受け入れ
今回の入院契機となった疾患が発症する前の日常的な生支援の必要性	要	サブアキュート (中核機能) <b>117</b> <b>(9.9%)</b>	ポストアキュート (中核機能) <b>813</b> <b>(68.8%)</b>	周辺機能 <b>157</b> <b>(13.3%)</b>
	不要	周辺機能 <b>95</b> <b>(8.0%)</b>		

緊急時の受け入れ212症例(17.9%)と一定の症例数に対応している。

# 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

■ 以下に、受け入れ機能と種々の項目でサブ解析を実施

■ 受け入れ機能別 × 病床数：

病床数別の受入機能に大差はない。

病床数	症例数	サブアキュート	ポストアキュート	周辺機能(その他)	周辺機能(緊急時)
全体	1,182	9.9%	68.8%	13.3%	8.0%
～99床	102	10.8%	71.6%	11.8%	5.9%
～199床	523	12.6%	66.7%	10.9%	9.8%
～299床	270	7.4%	69.6%	17.0%	5.9%
300床～	287	7.0%	70.7%	14.6%	7.7%

■ 受け入れ機能別 × 10対1以上の病床の有無：

病棟の有無	症例数	サブアキュート	ポストアキュート	周辺機能(その他)	周辺機能(緊急時)
あり	1,019	7.3%	71.9%	13.4%	7.4%
なし	163	26.4%	49.1%	12.3%	12.3%

- ・一般病床10対1以上の急性期病床を持たない病院は、サブアキュートが多く、ポストアキュートが少ない。
- ・緊急の受け入れ(サブアキュートと周辺機能(緊急時))は共に14%以上と一定の症例に対応している。

# 【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 基本情報：n=75



10対1以上の 病床の有無	病院数	開設者分類※		平均 病床数	総病床数に占める 地域包括ケア病床の割合	回復期リハ病棟の 保有率
		公的	民間			
あり	57	14	42	208.0	18.2%	45.6%
なし	18	1	17	146.5	22.0%	61.1%

※無回答あり

- ・一般病床10対1以上の急性期病床を待たない病院は、開設主体がほとんど民間で、平均病床数が200床未満であった。総病院数に占める割合は、18施設24.0%であり、回復期リハビリ病棟の保有率は61.1%と若干高めであった。
- ・一般病床10対1以上の急性期病床を待つ病院は、開設主体は同様に民間が主体だが、公的病院も14施設18.7%に認めた。平均病床数が200床以上であった。
- ・総病床数に占める地域包括ケア病棟の割合は、両者とも2割前後であった。



# 【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%

■ 病院機能別 受け入れ経路別 : n=1,200

0

10対1以上の 病床の有無	全症例数	緊急時の受け入れ 経路の割合	急性期からの受け 入れ経路の割合	その他の受け入れ 経路の割合
あり	1,033(100%)	14.5%	72.2%	13.3%
なし	167(100%)	35.9%	51.5%	12.6%

- ・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。
- ・しかし、緊急時の受け入れ経路に着目すると共に14%以上であり、一定の緊急患者を受け入れている。その他の受け入れも共に10%超であった。

# 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

・G-2 他院高度急性期・急性期から、一旦自院の一般病床15対1以上の急性期病棟を経由して地域包括ケア病棟に転棟した症例数：n=61

ある	ない
26 (43.3%)	35

0

10月27日～11月5日の  
10日間の実績

↓  
実人数2.2人(50床あたり 10日間)

他院高度急性期・急性期から、一旦自院の一般病床15対1以上の急性期を経由した症例は、10日間で 地域包括ケア病棟50床あたり実患者数平均2.2人であった。

地域包括ケア病棟直入院にすると、他院からのポストアキュートの件数を数%程押し上げると予想される。

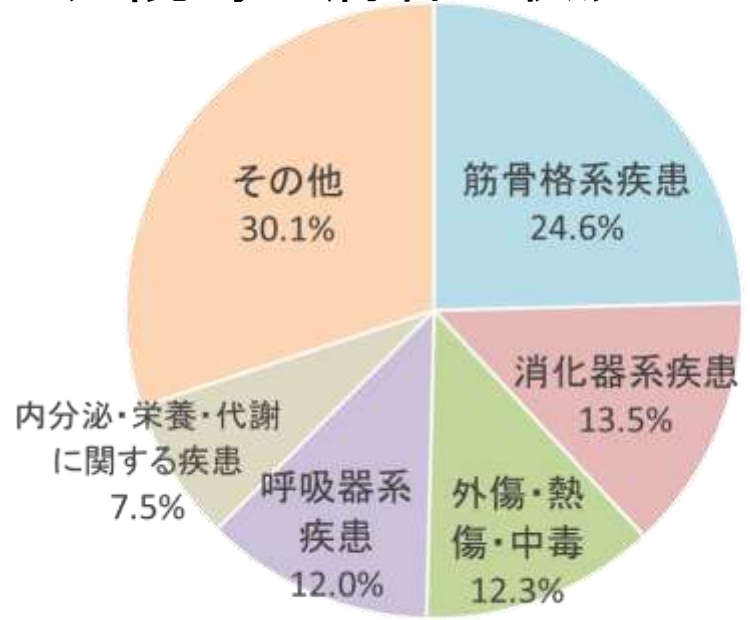
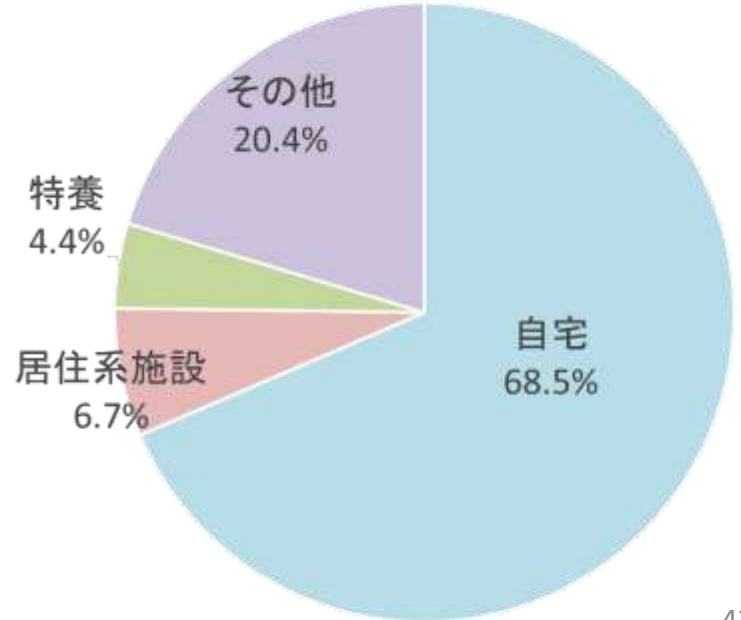
# 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

## G-3 退院患者について

- ・10月27日～11月5日の10日間の実績
- ・データ数：792症例（67病院）
- ・平均在院日数：25.5日 n=782
- ・平均年齢：76.8歳 n=781
- ・性別：男345（44.1%） 女：438（55.9%） n=783
- ・入院時主病名の状況：n=772

・退院先は自宅68.5%と最も多く、居住系施設、特養と併せた在宅復帰は79.6%となった。  
 ・疾患は入院患者調査と大差はない。

### ・退院先の状況：n=791



(DPC/PDPS主要診断群による分類)

# 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

・退院患者における日常的な生活支援の変化：n=769

発症前		退院後	症例数(%)	平均年齢
不要	→	不要	321(41.7%)	68.8
不要	→	要	54(7.0%)	79.6
要	→	要	368(47.9%)	83.2
要	→	不要	26(3.4%)	83.0
合計			769(100%)	—

・今回の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の要・不要を、発症前と退院後で比較した。不要→不要、要→要は、いずれも4割超であった。不要→要が7.0%に認められた。要→不要も3.4%に認め在宅・生活復帰支援の重要性を再認識できた。

# 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

・G-4 入院調整中の患者数(50床あたり 11月6日現在):

緊急時の受け入れ	急性期からの受け入れ	その他
0.5	7.2	0.9

0

・G-5 退院支援中の入院患者数(50床あたり 11月6日現在):

50床当たり
25.4

0

・G-6 PFM (Patient Flow Management) の認知度:

知っている	知らない	聞いたことがある
24	19 (27.9%)	25

P

n=68

PFM (Patient Flow Management) とは、患者の情報や課題を入院前から把握し、入院早期の支援介入はもちろん、退院後も地域と連携しながら切れ目ない支援の継続を行う事を目的とした仕組みのこと。担当部門は、中央病床管理を行い、病床の効率的運用を図りながら患者の流れを向上させる役割も担う。

- ・入院調整中の患者は50床あたり8.6人、退院支援中の患者は25.4人と活発な入退院支援が行われている。
- ・PFM (Patient Flow Management) は29.4%の施設で知らないと答えられている。

# 2016年度改定とそれに関わる 地域包括ケア病棟協会の提言



地域包括ケア病棟協会  
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

# 2016年度診療報酬の改定に向けての提言

## ■地域包括ケア病棟における、急性期の対応(手術、麻酔、輸血、高度な処置等)の評価

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の1と2、200床以上・未満、一般病床・療養病床のいずれの場合においても、一律に出来高払いで評価する。

## ■地域包括ケア病棟におけるリハビリテーション等の評価

次回改定を見据えて、DPCの機能評価係数のようにデータ提出を活用した評価を行う。生活回復リハビリテーション等の院内チーム医療を活性化して、全国平均より早期に退院できた場合の地域包括ケア病棟機能評価係数を創設する。

## ■認知症患者の受け入れと在宅・生活復帰支援に対する評価

重症度、医療・看護必要度のB項目での認知機能低下やせん妄での評価を地域包括ケア病棟の同必要度にも反映し、一定の割合を超えた場合に加算をつけて評価する。

## ■薬物多剤併用療法の適切な管理に対する評価

転倒予防、活動性向上、リハビリテーション促進等が期待できる薬剤多剤服用の減薬について、入院中に5剤以下に減らした場合には退院時減薬指導加算を、調剤薬局や地域の医師会、訪問看護、ケアマネジャー等と共に取り組んだ場合には地域連携減薬加算をつけて評価する。

# 2016年度診療報酬改定に関連した提言

## ■ 病床機能報告時の選択肢を整理

提出したデータと地域包括ケア病棟の4つの機能の情報を活用して、急性期～回復期の機能を定義できれば、地域包括ケア病棟は急性期と回復期をあわせた1つの病床機能として報告する事が可能となる。10対1～15対1一般病棟や回復期リハビリ病棟にもデータ提出を義務づけして、それを解析すれば、複雑な病床機能報告を簡略化できる可能性がある。

## ■ イコールフットイング

全国一律の診療報酬改定で、地域毎の公民格差を是正することは難しい。地域医療構想の協議の場合、医療介護総合確保基金を活用する際に、役割を熟考した上で格差を埋める方略を、あくまでその地域の当事者や団体が練ることが基本と考える。

全国単位なら、社会医療法人の要件に、高度急性期病院から地域包括ケア病棟に受け入れるポストアキュートの患者数を要件に上げることを提案する。

## ■ 高機能病院と中小病院の役割分担

地域医療構想による機能分化と連携の推進は、真の高度急性期医療を担うべく、大学附属や都道府県立の特定機能病院や基幹病院の施設数と病床規模にも影響がおよぶと予想される。

地域包括ケアシステムの要となる医療機関は、ご当地毎の地域包括ケア病棟の必要病床数を確保し、大学等と連携して、地域医療を学ぶべき医師を受け入れ、超高齢社会に見合った医学教育の環境整備に貢献すべきである。



# 手術等の出来高化の意義

## 【B. 2016年診療報酬改定について】

- B-1 重症度、医療・看護必要度が厳格化された場合に7対1病棟を転換する可能性は高いですか？ : n=20

はい	いいえ
11	9

n=11と少ないため以降の解釈は実施せず

- B-1-1 その時の転換先は？ : n=11
- B-1-2 地域包括ケア病棟の手術等が出来高になった場合の転換先は？ : n=11
- B-2 地域包括ケア病棟の手術等が出来高になった場合、他院からの急性期後の受け入れで、地域包括ケア病棟に直接受け入れるケースは増えると思いますか？ : n=20

## 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

- G-2 他院高度急性期・急性期から、一旦自院の一般病床15対1以上の急性期病棟を経由して地域包括ケア病棟に転棟した症例数: n=61

ある	ない
26(43.3%)	35

0

10月27日～11月5日の  
10日間の実績

実人数2.2人(50床あたり 10日間)

他院高度急性期・急性期から、一旦自院の一般病床15対1以上の急性期を経由した症例は、10日間で 地域包括ケア病棟50床あたり実患者数平均2.2人であった。  
地域包括ケア病棟直入院にすると、他院からのポストアキュートの件数を数%程押し上げると予想される。

# 手術等は2通り 緊急手術と予定手術

**緊急手術**

「緊急時の受け入れ」

例) 下腿骨折、急性虫垂炎、痔瘻の切開排膿、そけいヘルニア嵌頓等

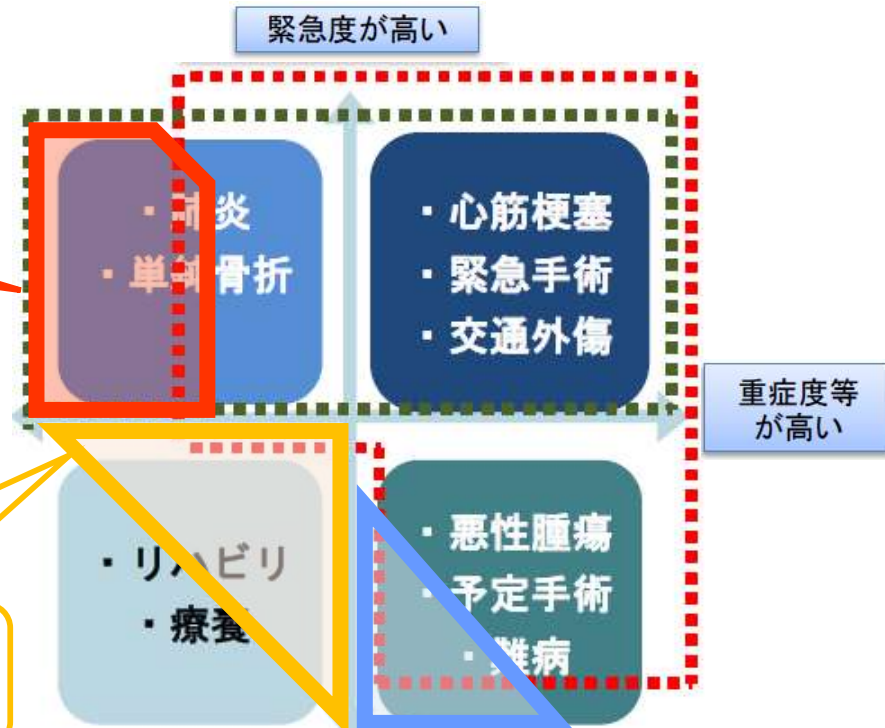
**予定手術**

「急性期からの受け入れ」

例) 輸血、PEG増設、CVC留置等

「その他の受け入れ」

例) 短期滞在手術等基本料3 (痔核、白内障ポリペク、下肢静脈瘤そけいヘルニア等)、CVC留置 等



# 地域包括ケア病棟 手術等の出来高化の3つの意義

緊急手術	→	①緊急時の受け入れ経路の強化
予定手術	→	②その他の受け入れ経路の強化
輸血・PEG等	→	③急性期からの受け入れ経路の強化

■緊急・予定手術では、本来ポストアキュートとして受けていた疾患群を、手術実施時から診ることになる。

■これまでより重症度が上がり、混合病棟化が進み、リスクが増加

■転棟にかかわるリスク、クレーム、コストが低下

■一般病床 急性期の一部を地域包括ケア病棟にデチューン：7～13対1で行っていた手術の一部は、地域包括ケア病棟でもコストを気にせずできるようになる。

■輸血・PEG等の手術は、地域包括ケア病棟に直接入院するポストアキュート連携を促進。

良くも悪くも  
7対1病床削減の自由度  
が増加

■療養病床のみの病院が地域包括ケア病棟にアップグレード：新たに手術を行うとなると更にハードルが高くなるが、急性期機能の強化を謳う場合には使い勝手が良くなる。

# ポストアキュートの受け入れ方法

## 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

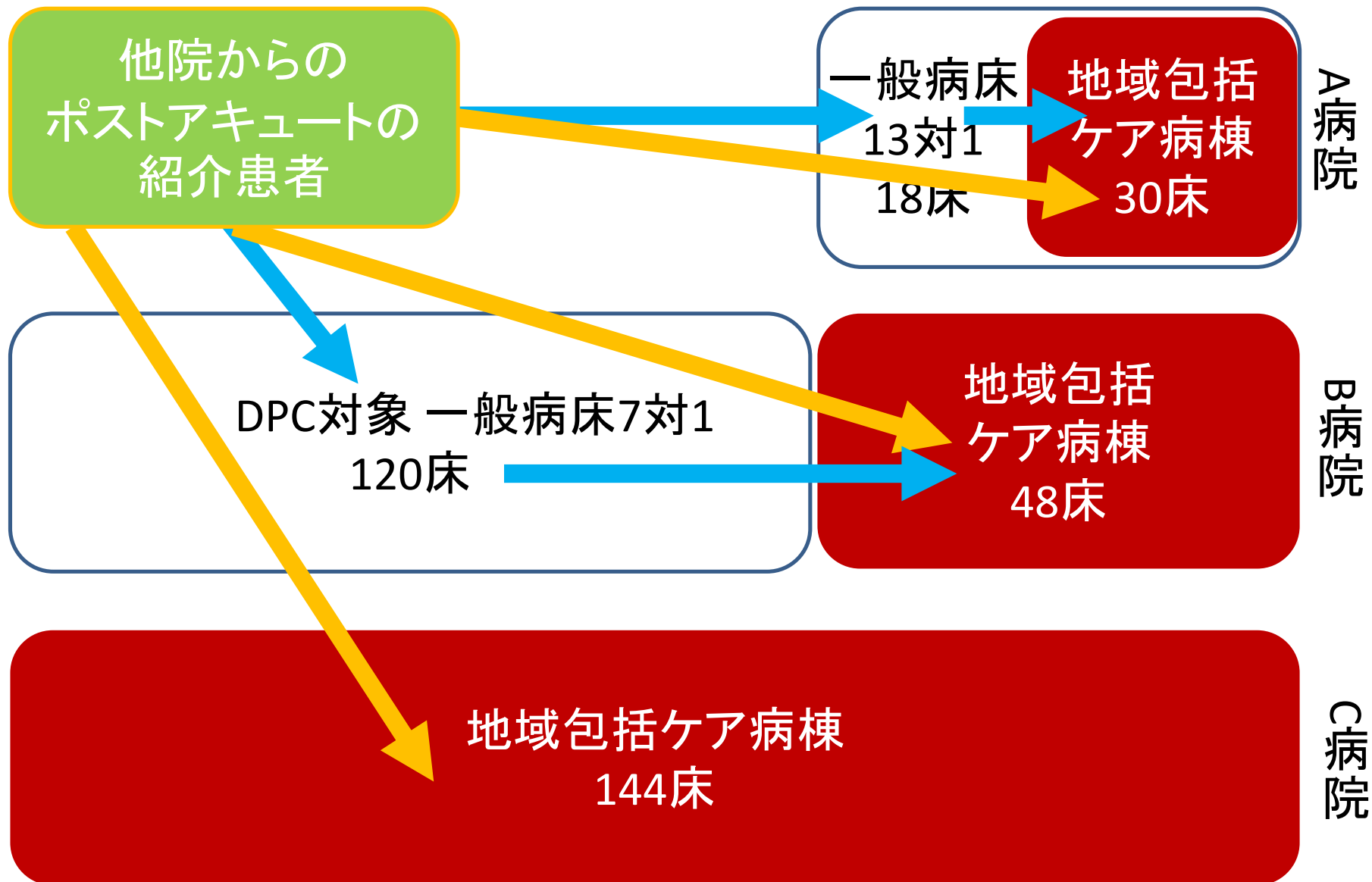
・G-2 他院高度急性期・急性期から、一旦自院の一般病床15対1以上の急性期病棟を経由して地域包括ケア病棟に転棟した症例数: n=61

ある	ない	0	10月27日～11月5日の 10日間の実績
26(43.3%)	35		

↓  
実人数2.2人(50床あたり 10日間)

他院高度急性期・急性期から、一旦自院の一般病床15対1以上の急性期を経由した症例は、10日間で 地域包括ケア病棟50床あたり実患者数平均2.2人であった。  
地域包括ケア病棟直入院すると、他院からのポストアキュートの件数を数%程押し上げると予想される。

# 病病連携によるポストアキュート受け入れ方法



# ブルーのラインはなぜ発生しているのか？

## ■ 安心・安全面

実際に患者を診たら・・・

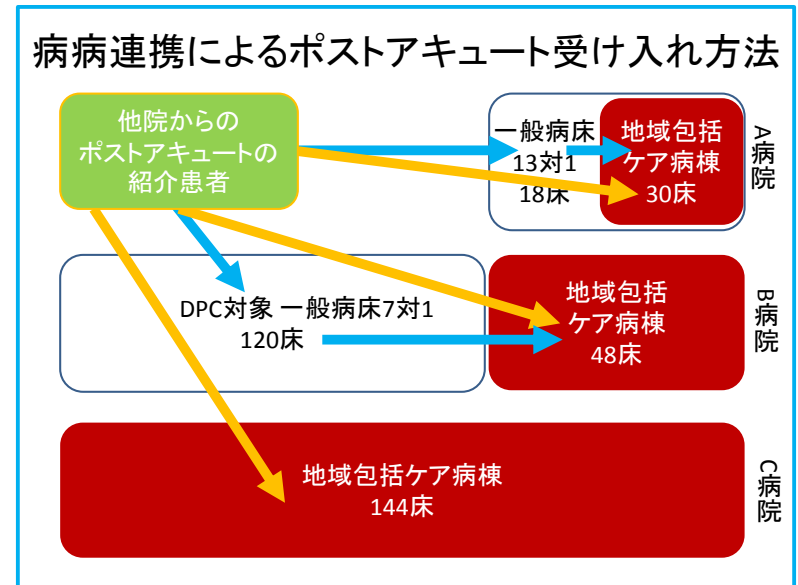
- ・意外と重症度が高かった
- ・必要な処置・手術が必要！

■ 60日以上入院が必要  
脳卒中等で後100日ほど回復期  
機能が必要だとすると・・・

- ・40日ほど一般病床の後、60日以内の地域包括ケア病棟

## ■ 高額な処置・手術、検査が必要

- ・DPCなら入院期間Ⅰ、Ⅱで、支出を補える収入が期待
- ・DPC対象外一般病床なら、支出を補える出来高で請求可能  
等でしょうか？



# ブルーのラインを減らすには？

## ■安心・安全面

実際に患者を診たら・・・

- ・意外と重症度が高かった
- ・必要な処置・手術が必要！

## ■60日以上入院が必要

脳卒中等で後100日ほど回復期機能が必要だとすると・・・

- ・40日ほど一般病床の後、60日以内の地域包括ケア病棟

## ■高額な処置・手術、検査が必要

- ・DPCなら入院期間Ⅰ、Ⅱで、支出を補える収入が期待
- ・DPC対象外一般病床なら、支出を補える出来高で請求可能等でしょうか？

入院患者に占める割合を、一定以上にしない工夫

- ・医療療養や障害者病棟等の後方病床を届出／連携。
- ・回復期リハ病棟を持つ

・高額な手術・処置等を出来高にする。

# リハ包括算定で評価される 生活回復リハビリテーション

- 地域包括ケア病棟で提供されている疾患別やがん患者リハビリ以外の生活回復リハビリは、中医協のリハビリ提供量の集計に算定されていない。
- 包括化されたリハビリの実態を把握し、提供量を精緻化することが必要である。



【F. 地域包括ケア病棟で提供しているリハビリテーションについて】

・回答数: 70病院 / 72病棟 ※

※70病院の72病棟が回答。1病棟をn=1として集計

・F-1 地域包括ケア病棟の50床あたりのリハビリ職員数:

	専従	兼任	常勤換算
理学療法士	1.2	6.6	4.7
作業療法士	0.9	3.4	2.4
言語聴覚士	0.3	2.3	1.2
合計	2.4	12.3	8.3

・F-2 リハビリ職員充足度: n=72

十分	不十分
40	32

・F-3 増員予定: n=32

ある	ない
27	

・F-7 専従、非専従での業務内容の違い: n=72

あり	なし
31	42

【F. 地域包括ケア病棟で提供しているリハビリテーションについて】

※70病院の72病棟が回答。1病棟をn=1として集計

・F-4 地域包括ケア病棟におけるリハビリ実施状況: n=72

種別	職種	実施病棟数	患者数	単位数	平均単位
疾患別 リハビリ	PT	71	1,459.4	3,376.3	2.3
	OT	60	675	1,308.1	1.9
	ST	27	143	253	1.8
がん患者 リハビリ	PT	11	22	50	2.3
	OT	6	12	24	2.0
	ST	2	3	3	1.0

【F. 地域包括ケア病棟でのリハビリテーションについて】

・F-9 病棟の選択基準: n=36 (回復期リハビリ病棟を併設)

基準	回復期リハビリ			地域包括ケア病棟		
回復期リハビリを要する状態の要件 (ADL/IADL)	あり	なし	選択基準なし	あり	なし	選択基準なし
	35	0	1	5	6	24
年齢	70以下	70以上	選択基準なし	70以下	70以上	選択基準なし
	0	0	34	0	0	34
予想在院日数	0以下	0以上	選択基準なし	0以下	0以上	選択基準なし
	1	11	25	30	0	5
認知症 (Ⅱ以上)	あり	なし	選択基準なし	あり	なし	選択基準なし
	2	4	29	4	3	29
予測リハビリ提供量	単位 0以下	単位 0以上	選択基準なし	単位 0以下	単位 0以上	選択基準なし
	3	21	12	16	0	20
予測ADL改善率	悪い	良い	選択基準なし	悪い	良い	選択基準なし
	0	16	20	3	4	29
発症する前の日常的な生活状態の悪化	あり	なし	選択基準なし	あり	なし	選択基準なし
	1	1	31	1	0	33

※基準項目ごとに集計あり

- 選択基準の特徴: 11の項目で選択基準なしが最多の回答であった。
- 回復期リハビリ病棟: ・要件と予測リハビリ提供量1日5単位以上が最多であった。  
・予測ADL改善率の高い方を2番目に選んでいた。
- 地域包括ケア病棟: ・60日以下の予想在院日数が最多であった。  
・予測リハビリ提供量1日4単位以下を2番目に選んでいた。

がん患者リハビリは、11月6日の“one day”なので、平均単位数が若干低いものもあるが、単位となっている。

【F. 地域包括ケア病棟で提供しているリハビリテーションについて】

※70病院の72病棟が回答

・F-5 疾患別・がん患者別リハビリとして定義「1単位20分」の関わり以外のリハビリの実施状況

あり	なし
43 (59.7%)	29

疾患別・がん患者リハビリとして定義されている「1単位20分」の関わり以外のリハビリは、過半数の施設で実施されていた。内容も、個別、集団、指導と多様であった。

・F-6-1 20分未満の個別の関わりで、病棟ADL/IADL等の改善に結びつきリハビリの実施の有無: n=43

あり	なし
37 (86.0%)	6

・F-6-3 他職種や介護者への指導の実施: n=43

あり	なし
42 (93.0%)	1

・F-6-2 集団リハビリの実施: n=42

あり	なし
19	23 (54.8%)

地域包括ケア病棟でのリハビリテーションについて  
20分未満の個別の関わりで、病棟ADL/IADL等のリハビリの実施の有無: n=43

内容	PT	OT	ST
職員数(50床あたり)	1.4人/日	0.6人/日	0.4人/日
患者数(50床あたり)	4.0人/日	1.8人/日	0.3人/日
起居/立位動作練習	69.0	47.6	7.7
移乗動作訓練	65.5	52.4	7.7
移動訓練	55.2	47.6	0
摂食・嚥下訓練	20.7	38.1	100.0
言語訓練	3.4	4.8	15.4
トイレ訓練	44.8	51.9	0
入浴訓練	10.3	19.0	0
自主トレーニング指導	55.2	52.4	7.7

個別の20分未満のリハビリについて37施設 86.0%で実施されていた。POSTの合計で50床あたりの平均で、2.4人の療法士が、6.1人の患者に関わり、内容も多様であった。

# リハ包括算定で評価される生活回復リハ

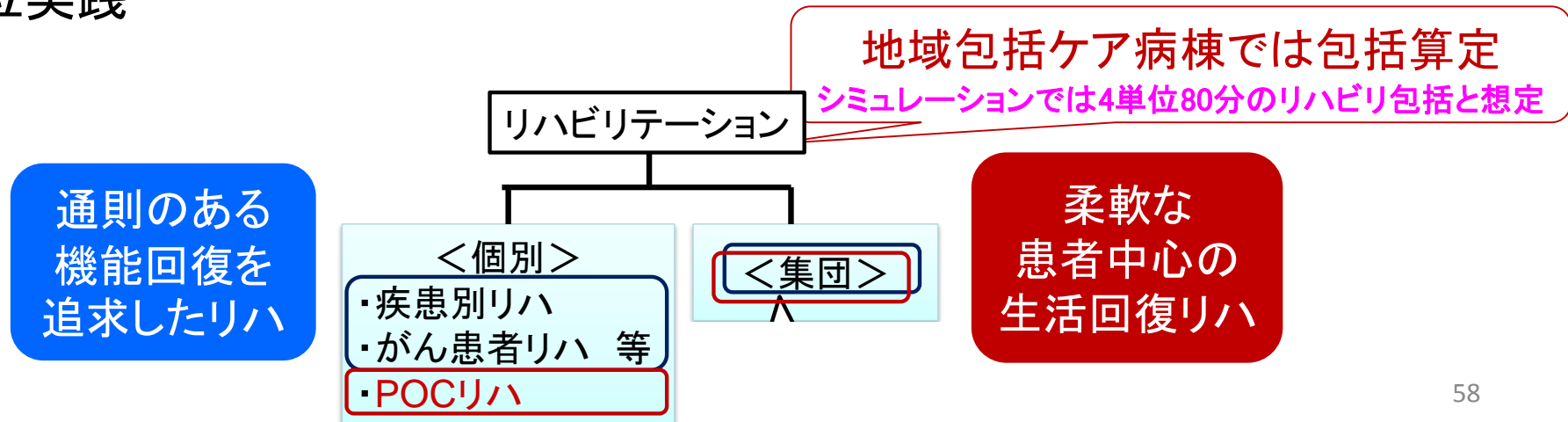
■ 通則のある機能回復を追求した疾患別・がんリハ(1日平均2単位以上提供)にはない、時間にも、単位数にも、場所にも、個別や集団にもしぼられない、柔軟な患者中心の生活回復リハが初めて診療報酬上評価された病棟。

## ■ 芳珠記念病院(石川県)

集団リハビリの他に、病棟にリハビリスタッフが常駐して、排泄や移動など病棟ADLの場面に合わせて、あるいは促して短時間介入するPOC(Point of Care)リハビリを実践

## ■ 博愛記念病院(徳島県)

個別のオンデマンドリハビリであるRIDL(Rehabilitative Intervention for Daily Living)、集団リハビリや自主トレ、摂食機能療法や排便機能訓練等を1日多単位実践



# リハビリ栄養・認知症対応

## 【D. 認知症患者について】

S

- D-1 専門外来の有無:n=74
- D-2 専門医、サポート医:n=74

あり	なし
17	57(77.0%)

専門医		サポート医		いない
常勤	非常勤	常勤	非常勤	
15	7	6	7	41(55.5%)

- D-3 認知症認定看護 認定看護師:n=71

常勤		非常勤		いない
病院数	平均人数	病院数	平均人数	
9	1.1	1	-	61(85.9%)

認知症に対する対応が全体に遅れ気味である。精神科を標榜しない施設であっても、新オレンジプランに準拠した取組が求められる。

- D-4 サポートチームの有無:n=73
- D-5 院内デイサービスの有無:n=73

あり	なし	予定あり
10	45(61.6%)	18

あり	なし	無回答
11	62(84.9%)	2

## 【E. Nutrition Support Team: NST(について)】

S

- E-1 NST活動の有無:n=74

	病院数
活動している	52(70.3%)
活動していない	22

- E-2, -3 地域包括ケア病棟におけるNST活動の状況:n=49

	平均
ラウンド頻度	3.2回
介入件数	7.9人

- E-4 NST介入基準:n=52

	回答数
Subjective Global Assessment: SGA等を利用した入院時スクリーニングから抽出	31
血清アルブミン値、血清総コレステロール値、リンパ球数などの血液検査を利用して抽出	43
NST依頼書の運用による抽出	30
症例検討からの抽出	20
その他	15

NST活動をしている病院は、栄養サポートに注力している。

※複数回答あり

## 【E. Nutrition Support Team: NST(について)】

対象:NST活動ありと回答した52病院

- E-5 栄養サポートチーム加算の算定:n=52

している	していない
23	29

- E-6 VFやVE等の嚥下機能評価の実施:n=50

している	していない
42(84.0%)	8

- E-7 リハビリ栄養の活動の有無:n=51

している	していない	予定あり
13	30(58.8%)	8

- E-8 NST対象患者への薬剤管理指導、薬剤調整の実施:n=51

している	していない
41(80.4%)	10

嚥下機能評価や薬剤管理指導、薬剤調整は、NST活動をしている病院の8割以上で行われている。リハビリ栄養は過半数に認められたが、今後の取組強化に期待する。

- E-6 嚥下機能評価の主な担当科:n=37

	回答数
内科	13
耳鼻咽喉科	5
リハビリテーション科	5
歯科口腔外科	4
神経内科	3
その他	7

## 【E. Nutrition Support Team: NST(について)】

- ポリファーマシーの対策の有無:n=72

あり	なし
31(43.1%)	41

ポリファーマシーはあらゆる患者に良い影響を与えない。その対策は、NSTの場では、薬剤師が中心となっていた。自由記載で目立った苦勞している点は、他院からの処方の変更の難しさであった。地域レベルでの解決が求められている。

- 介入内容:n=30

	回答数
疑われる全症例への介入	20
服薬コンプライアンスの不良	7
施設内基準による	5
薬剤の副作用が疑いによる	5
その他	3
治療目標値の設定	1

- 中心となる職種:n=24

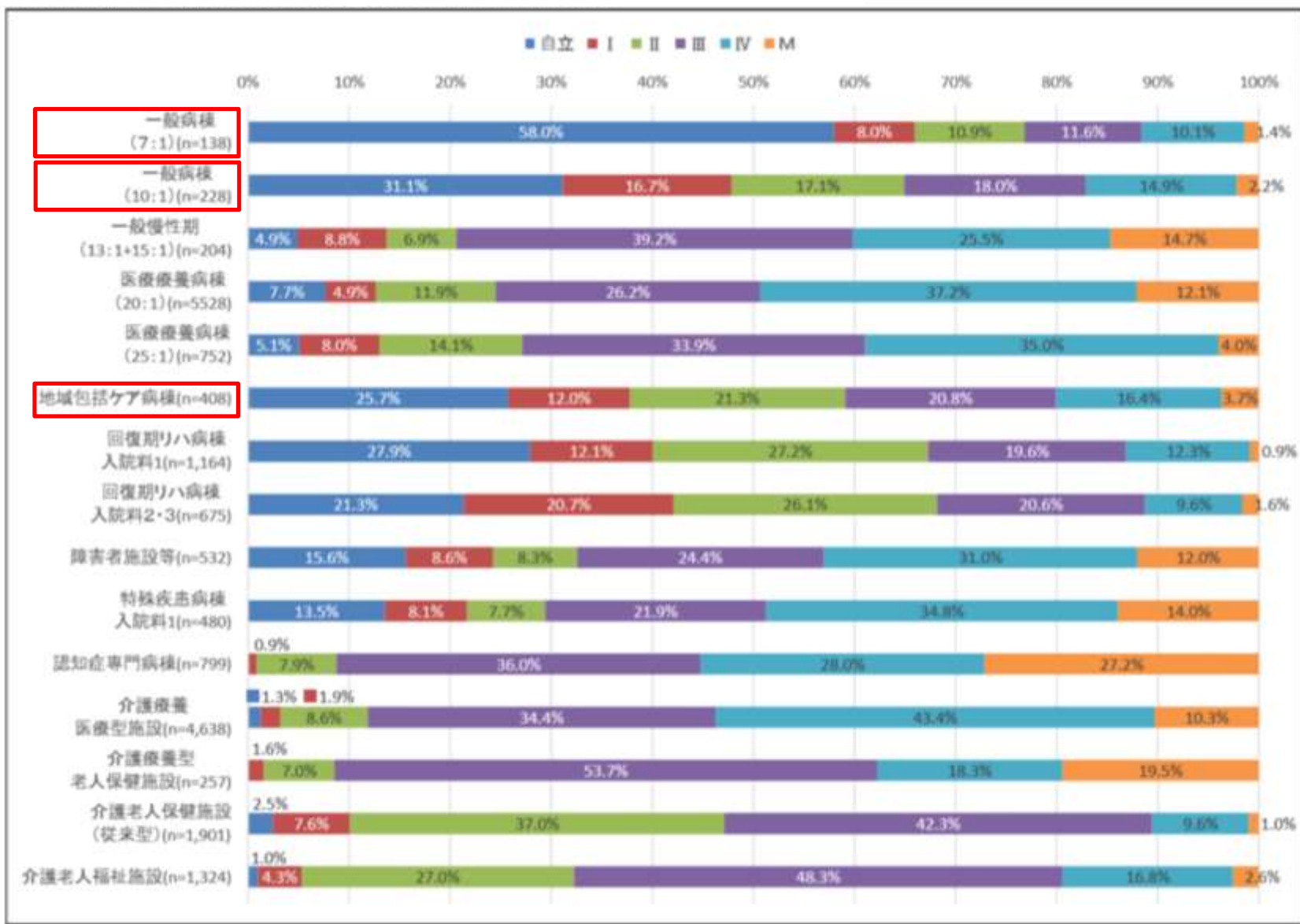
	回答数
薬剤師	19
医師	3
管理栄養士	2
看護師	1

※複数回答あり

※複数回答あり

# 病床種別毎の認知症である老人の日常生活自立度

引用: 2015.05.31 日本慢性期医療協会 医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査



認知症の患者は、最も少ない一般病床7:1でも42%を占め、どの病院病床および介護保険施設においても認知症へのケアは欠かすことができない。

# リハビリ栄養・認知症に関わるエビデンスは強くなく多くない

■脳卒中<sup>12)</sup>でも大腿骨頸部骨折<sup>13)</sup>でも、歩行の獲得には、受傷前の状態や年齢等の他に、**認知症や栄養状態が大きく関与**している。しかし、認知機能そのものの向上を目的としたリハビリは有意性が示されておらず、廃用を防ぎ残存機能を高め、**ADLを改善する目的のリハビリが推奨**されている。その結果、**二次的に認知機能も向上**することが期待されている<sup>14)</sup>。

■今回**各種ガイドライン<sup>14)</sup><sup>15)</sup><sup>16)</sup>**を俯瞰して、**需要の高い高齢者のリハビリを質高く効率よく実施**するには、**栄養や薬剤管理の知識と認知症への対応力が不可欠**だと再認識できた。

■さらに、**認知症を有し、その重症度が高くなるにつれて、多くの医療行為の有用性が薄れ、種々の効果が限定的**になることが確認できた。

■認知症患者に提供する医療行為には、**高度な倫理的・社会的判断や介護者への支援等を要求される上、尊厳を重視した高度な対応**が求められるため、一人の患者に**労力がかかる**ことは大きな課題である。

■今後は、**経験則を拠り所**にしている医療行為から、**何らかの法則性を導き出し、エビデンス**にしていくことが要求されると考える。

12)寺坂晋作 他、急性期脳卒中患者のFIMを用いた予後予測. 脳卒中29:p735-739, 2007年

13)岡本伸弘 他、高齢大腿骨頸部骨折患者の栄養状態と歩行能力予後との関連性について、理学療法科学 30(1)、p53-56、2015年

14)脳卒中治療ガイドライン2015、日本脳卒中学会 脳卒中治療ガイドライン委員会 編集

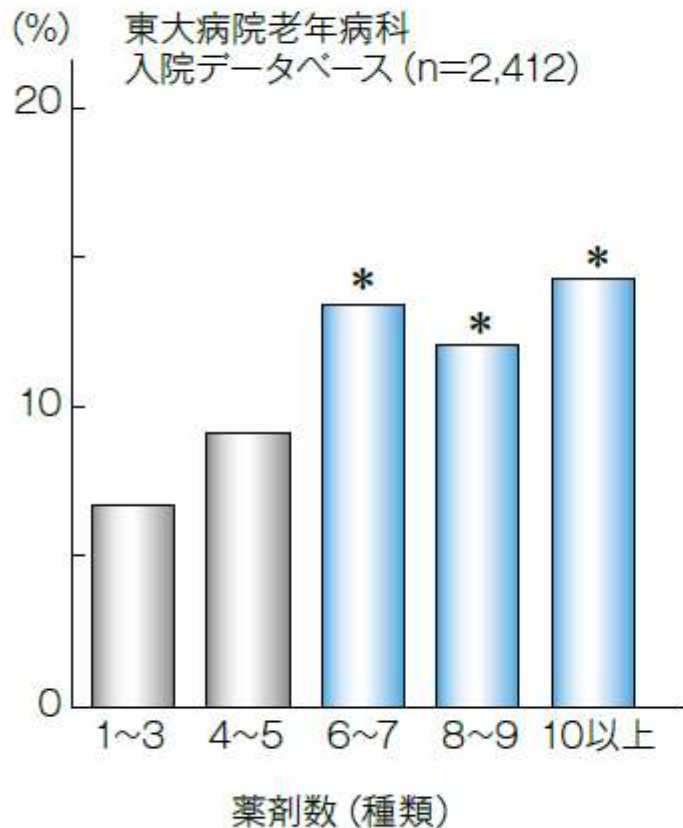
15)認知症疾患治療ガイドライン2010、日本神経学会 監修、「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会 編集

16)日本静脈経腸栄養学会 静脈経腸栄養ガイドライン—第3版、日本静脈経腸栄養学会 編集、2013

# 多剤処方（ポリファーマシー）のリスク

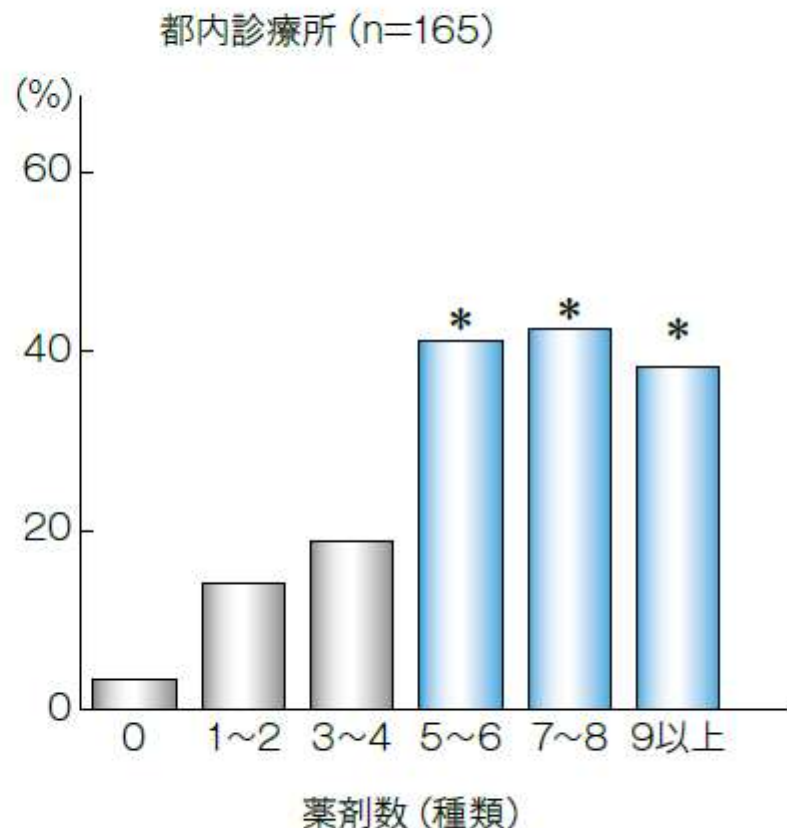
図1 多剤処方と薬物有害事象および転倒の発生リスク

## 1) 薬物有害事象の頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2. より引用)

## 2) 転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30. より引用)

# 病床機能と地域医療構想

## 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

・G-1 受け入れ機能別症例数: n=1,182

入院経路		緊急入院	予定入院	
受け入れ経路		緊急時の受け入れ	急性期からの受け入れ	その他の受け入れ
今回の入院契機となった疾患が発症する前の日常的な生支援の必要性	要	サブアキュート (中核機能) 117 (9.9%)	ポストアキュート (中核機能) 813 (68.8%)	周辺機能 153 (13.3%)
	不要	周辺機能 95 (8.0%)		

緊急時の受け入れ212症例(17.9%)と一定の症例数に対応している。

## 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

■以下に、受け入れ機能と種々の項目でサブ解析を実施

■受け入れ機能別×病床数: 病床数別の受入機能に大差はない。

病床数	症例数	サブアキュート	ポストアキュート	周辺機能(その他)	周辺機能(緊急時)
全体	1,182	9.9%	68.8%	13.3%	8.0%
～99床	102	10.8%	71.6%	11.8%	5.9%
～199床	523	12.6%	66.7%	10.9%	9.8%
～299床	270	7.4%	69.6%	17.0%	5.9%
300床～	287	7.0%	70.7%	14.6%	7.7%

■受け入れ機能別×10対1以上の病床の有無:

病棟の有無	症例数	サブアキュート	ポストアキュート	周辺機能(その他)	周辺機能(緊急時)
あり	1,019	7.3%	71.9%	13.4%	7.4%
なし	163	26.4%	49.1%	12.3%	12.3%

・一般病床10対1以上の急性期病床を持たない病院は、サブアキュートが多く、ポストアキュートが少ない。  
・緊急の受け入れ(サブアキュートと周辺機能(緊急時))は共に14%以上と一定の症例に対応している。

## 【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 基本情報: n=75

10対1以上の病床の有無	病院数	開設者分類		平均病床数	総病床数に占める地域包括ケア病床の割合	回復期リハビリ病棟の保有率
		公的	民間			
あり	57	14	42	208.0	18.2%	45.6%
なし	18	1	17	146.5	22.0%	61.1%

※割合あり

・一般病床10対1以上の急性期病床を持たない病院は、開設主体がほとんど民間で、平均病床数が200床未満であった。総病院数に占める割合は、18施設24.0%であり、回復期リハビリ病棟の保有率は61.1%と若干高めであった。  
・一般病床10対1以上の急性期病床を持つ病院は、開設主体は同様に民間が主体だが、公的病院も14施設18.7%に認めた。平均病床数が200床以上であった。  
・総病床数に占める地域包括ケア病床の割合は、両者とも2割前後であった。

## 【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

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%

■病院機能別 受け入れ経路別: n=1,200

10対1以上の病床の有無	全症例数	緊急時の受け入れ経路の割合	急性期からの受け入れ経路の割合	その他の受け入れ経路の割合
あり	1,033(100%)	14.5%	72.2%	13.3%
なし	167(100%)	35.9%	51.5%	12.6%

・10対1以上の急性期病床を持たない病院は、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持つ病院は、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。  
・しかし、緊急時の受け入れ経路に着目すると共に14%以上であり、一定の緊急患者を受け入れている。その他の受け入れも共に10%超であった。

# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果 (全国ベースの積上げ)

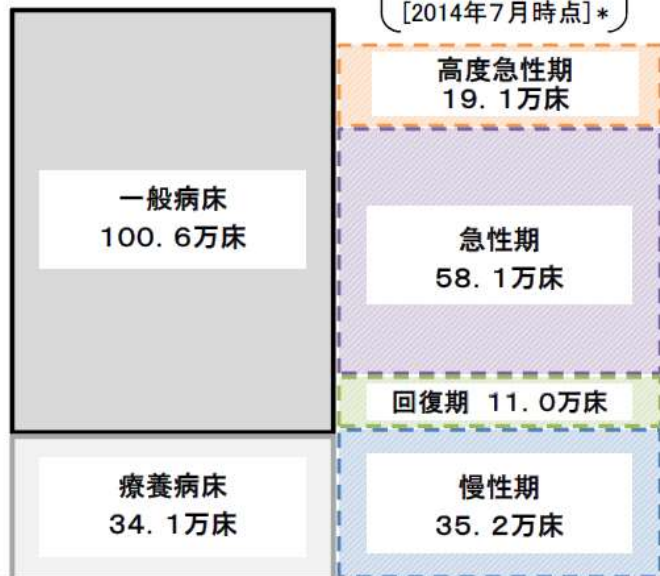
6/15内閣官房  
専門調査会資料

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。  
(→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

## 【現状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



## 【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度



# 市町村と都道府県の整合性をどうやって確保する？

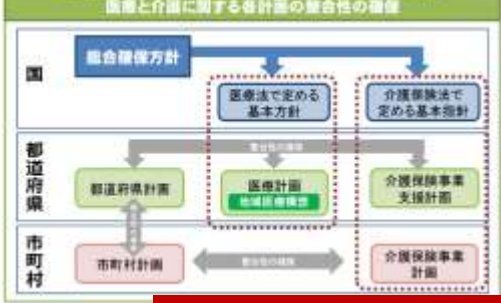
## 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（概要）

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第3条に基づき、平成26年9月12日、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）を策定。

### 地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

- 趣 意：「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築、自立と尊厳を支えるケアを実現。
- 基本的方向：① 効果的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築  
② 地域の創意工夫を生かせる仕組み / ③ 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進  
④ 限りある資源の効率的かつ効果的な活用 / ⑤ 情報通信技術（ICT）の活用

### 医療法の基本方針と介護保険法の基本方針の基本事項



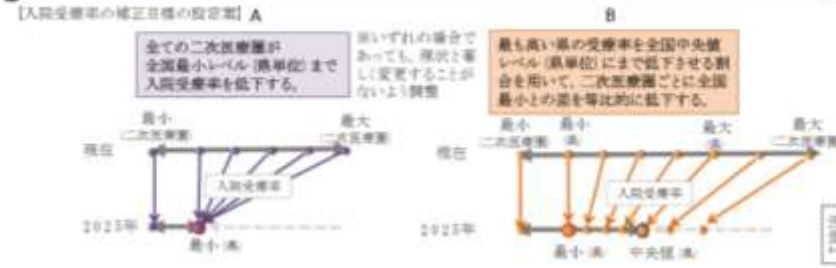
### 地域医療介護総合確保基金の基本事項

- 【基金の活用に応じた基本方針】
- 都道府県は、関係者の意見が反映される仕組みの整備
  - 事業主体間の公平性など、公正性・透明性の確保
  - 医療機関・介護施設等との役割分担の考慮 等
- 【基金事業の範囲】
- ① 地域医療圏の形成に向けた医療機関の施設及び設備の整備に関する事業
  - ② 長寿等における医療の提供に関する事業
  - ③ 介護施設等の整備・地域型サービス等に関する事業
  - ④ 医療従事者の確保に関する事業
  - ⑤ 介護事業の確保に関する事業

整合性はどうやって確保するのか？

## 地域の実情に応じた慢性期と在宅医療等の需要推計の考え方【案】

- 慢性期の医療需要については、医療機能の分化・連携により、現在では療養病棟で入院している状態の患者のうち一定数は、2025年には、在宅医療等（※）で対応するものとして推計する。  
※ 在宅、養老老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、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、医療提供施設以外の場所における医療をさす。
- その際、療養病棟については、現在、診療報酬がほぼ算定であるので、行われた診療行為が分からず、医療資源投入量に基づいて分析できない。また、地域によって、療養病床数や在宅医療の充実、介護施設の数や状況等は異なる。
- 従って、医療資源投入量と別に、地域が、療養病床の患者を、どの程度、慢性期機能の増強で対応するか、在宅医療・介護施設で対応するものについて、目標を定めることとして、患者数を推計する。  
その目標としては、現在、療養病床の入院受療率に地域差があることを踏まえ、この差を縮小しつつ、地域が一定の幅の中で目標を設定することとする。
- 更に、これらの目標を設定する際には、著しく現状から変更することがないよう、調整の考え方を示す必要があるのではないか。



## 「地域医療構想」の実現に向けた今後の対応について

- 今後、都道府県が策定する「地域医療構想」の実現に向けて、以下の対応を図っていくことが必要。  
1. 回復期の充実（急性期からの病床転換）  
2. 医療従事者の需給見直し、養成数の検討  
3. 慢性期の医療ニーズに対応する医療・介護サービスの確保について

ポストアキュートの病床数を積み上げて確保

1. 回復期の充実（急性期からの病床転換）等について
- 急性期中心の病床から回復期（リハビリや在宅復帰に向けた医療）の病床への転換など自主的な取組を進める必要。 ※ 回復期を前提として不足している医療機能を充足していくことが必要。
  - その際に必要な施設・設備の整備は、「地域医療介護総合確保基金」により、補助を行い、病床転換を誘導。  
※ 「地域医療介護総合確保基金」（1127年度は、1628億円（医療分904億円、介護分724億円）は、  
1 病床の機能分化・連携に関する事業 2 在宅医療の推進  
3 介護施設等の整備に関する事業 4 医療従事者の確保に関する事業  
5 介護従事者の確保に関する事業 が対象。  
医療分は、特に、1の「病床の機能分化・連携に関する事業」に重点的に配分。
- また、各機能に必要な看護師等の人数も異なることなどを踏まえ、転換に当たって妨げとならないような適切な診療報酬の設定が必要。

2. 医療従事者の需給見直し、養成数の検討について
- 「地域医療構想」による病床推計等を踏まえ、医療従事者の需給について、見直ししていく。  
※ 回復期の病床の充実のためには、リハビリ関係職種等の確保を進めていく必要があるなど、病床の機能分化・連携に対応して、医療従事者の需給の見直しを検討。
  - こうした見直しの中で、医師の養成数についても、医学部入学定員等について検討していく。この夏以降にも、検討会を設置して、検討を開始する予定。  
※ 2025年度には人口10万人あたりの医師数（OECD）加重平均を超える見込み。  
一方、18歳人口の減少により医学部に進学する者の割合は132人に1人（2014年）から92人に1人（2050年）になる見込み。

## 在宅医療・介護連携の推進

- 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・介護の連携（※）が連携して、包括かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。  
（※）在宅療養を支える関係機関の例  
・ 診療所、在宅療養支援診療所、歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）  
・ 病院、在宅療養支援病院、診療所（有床診療所）等（急変時の診療、一時的な入院の受入れの実施）  
・ 訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、処方管理や点滴、褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）  
・ 介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



サブアキュートの病床数を積み上げて確保

# 病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

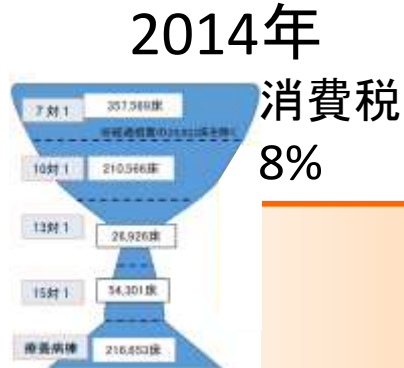
	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		
回復期	C2 600点	急性期から回復期へ移行する患者の増加に伴って、急性期病棟の数を積み上げたら、それより川上が中～高度急性期、川下が慢性期と定義できるのでは？
※	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。

※ 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。

# 医療・介護サービス提供体制のロードマップ

日本国レベル

医療・介護  
総合確保推進法



2014年 消費税 8%

2016年 診療報酬改定

→10%

2018年 診療・介護報酬同時改定  
医療番号運用開始

→?%

→30?%

団塊の世代が後期高齢者

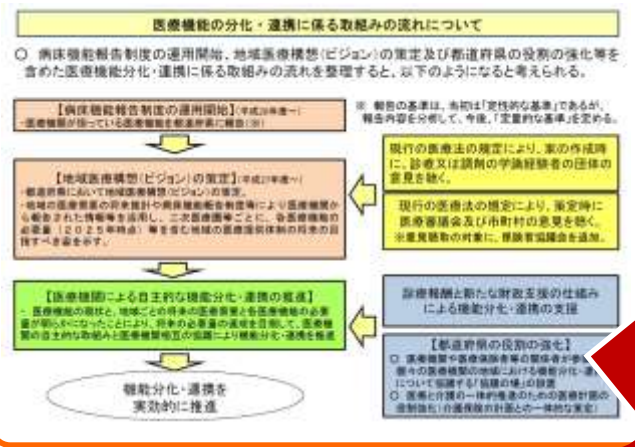
2025年



人口  
・75歳～ +800万人  
・65～74歳 ▲40万人  
・～64歳 ▲1400万人  
出典:厚生労働省URL

都道府県レベル

医療制度  
地域医療構想等

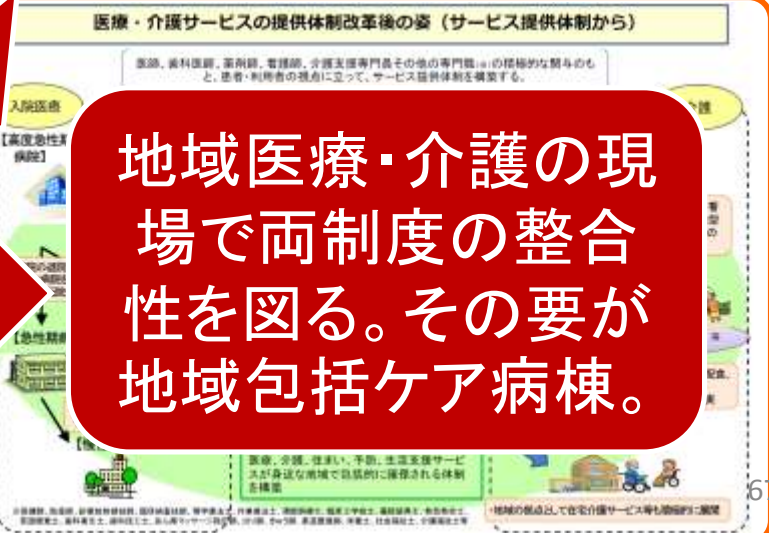


都道府県計画

- ・第7次医療計画
- ・第7期介護保険事業計画
- ・第3期医療費適正化計画
- 国民健康保険の運営移管
- 地域医療連携推進法人創設?

市町村レベル

介護保険制度  
地域包括ケアシステム

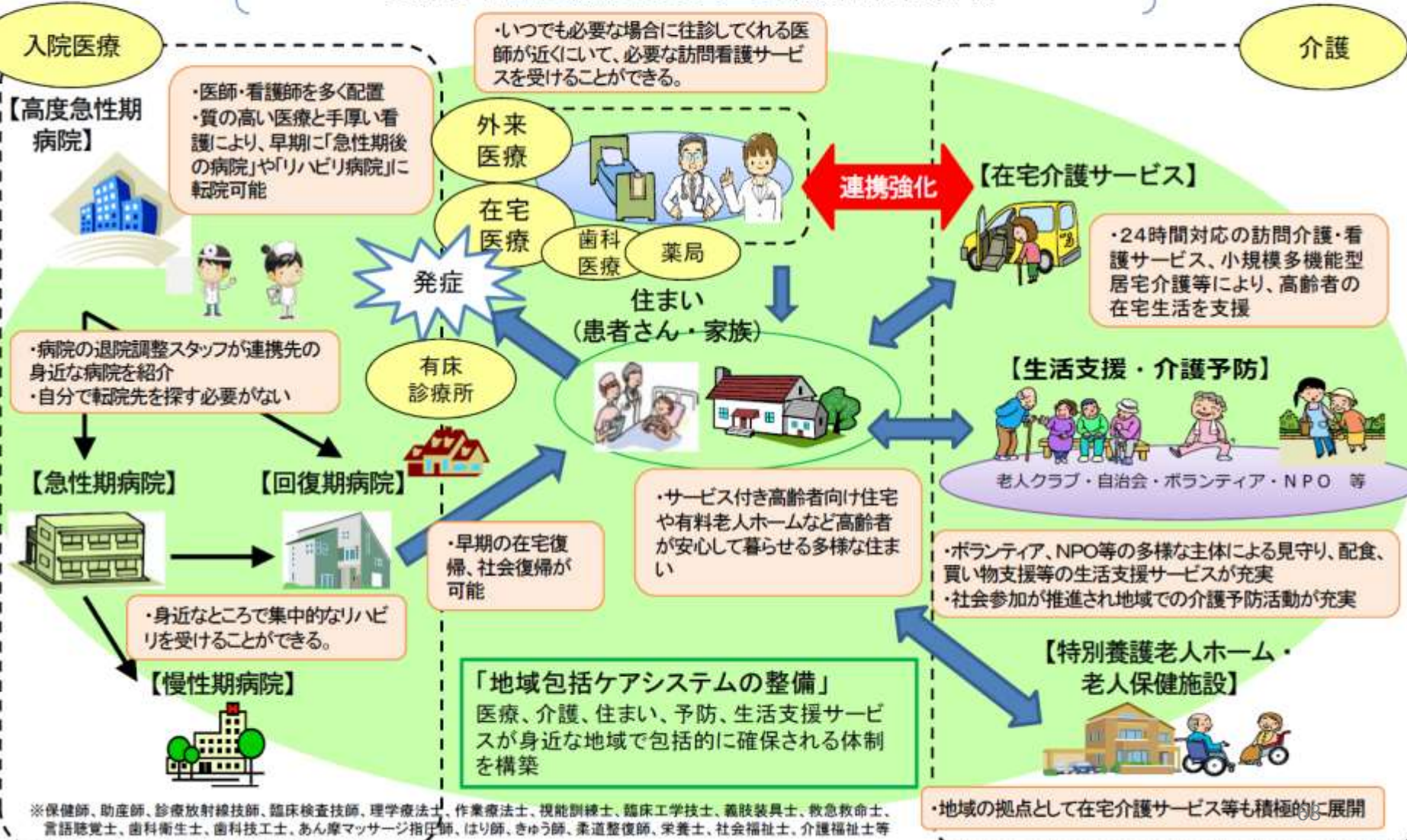


地域医療・介護の現場で両制度の整合性を図る。その要が地域包括ケア病棟。

# 地域包括ケアシステム

## 医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

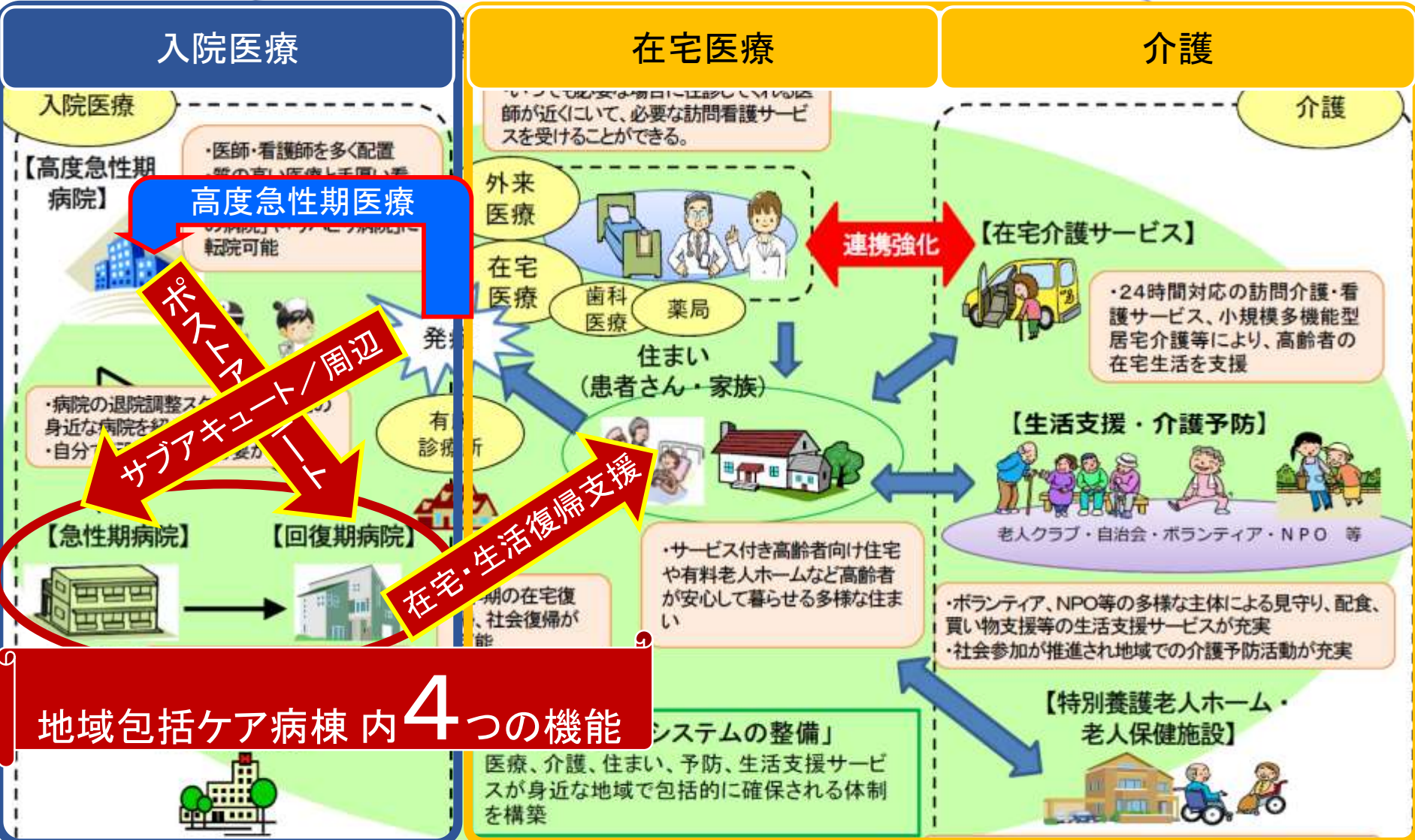
医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職<sup>(※)</sup>の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等

# 地域医療構想と地域包括ケアシステムの整合性を図る要

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）

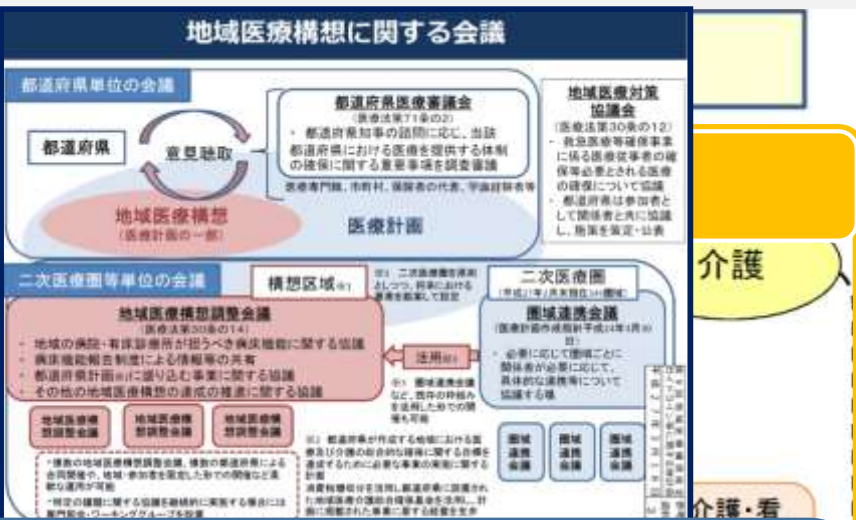


地域包括ケア病棟内4つの機能

※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等

# 地域医療構想と地域包括ケアシステムの整合性を図る要

## 医療・介護サービスの提供体制改革後の



- まず、地域包括ケアシステムで緊急時の受け入れの病床数を積み上げ、
- 次に、地域医療構想で急性期からの受け入れの病床数を積み上げれば、
- それが回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の必要数にほぼ一致するのでは？
- これより川下が算出された慢性期の病床数になるので、
- 最後に、これより川上の中等～高度急性期の病床数をご当地に合わせて増減させれば良いのでは？

地域包括ケア病棟 内 **4**つの機能

回復期リハ病棟 **2**つの機能

※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整



# まとめ



# 地域包括ケア病棟届出病院数「最大の病棟」への道

2014年 7月280 8月388 9月500 10月830 11月986 12月1,044

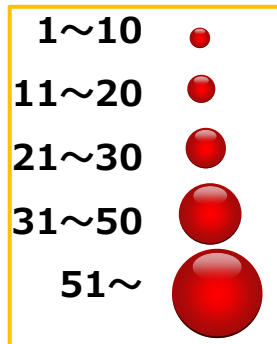
2015年 1月1,089 2月1,110 3月1,126 4月1,173 5月1,205 6月1,228 7月1,246 8月1,267 9月1,291 10月1,317

(地包ケア1) 地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1  
 (地包ケア2) 地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2

・・・1,232病院  
 ... 85病院

## 地包ケア1・2算定 1,317病院

(H27年11月14日時点の地方厚生局で確認できたデータ)(H27年10月届出まで)



TOP20

1. 福岡県 106
2. 大阪府 70
2. 兵庫県 70
4. 東京都 69
5. 熊本県 52
5. 北海道 52
7. 愛知県 51
8. 岡山県 48
9. 神奈川県 42
9. 広島県 42

11. 鹿児島県 40
12. 大分県 38
13. 長崎県 35
14. 長野県 32
15. 埼玉県 30
16. 高知県 28
17. 愛媛県 27
17. 岐阜県 27
17. 新潟県 27
20. 京都府 26

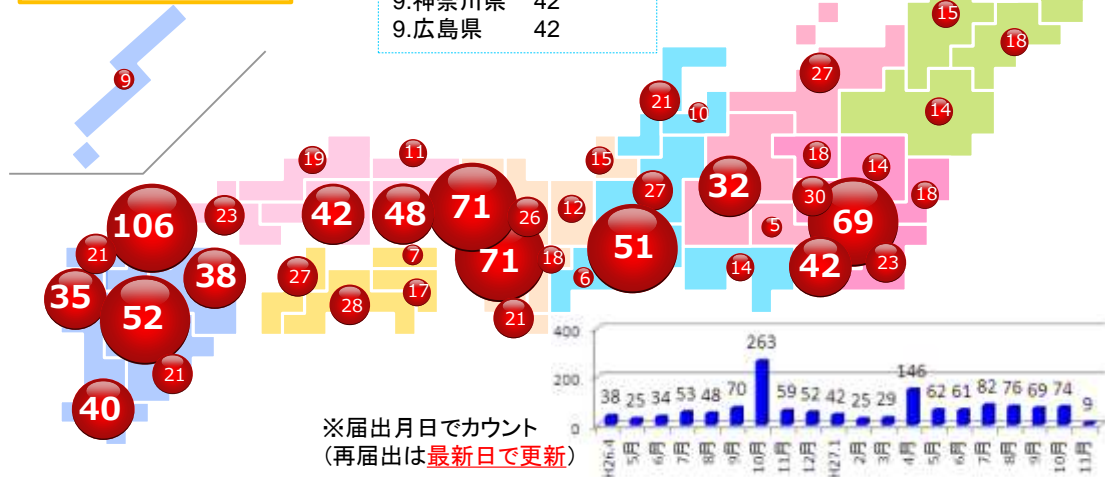
(一部11月更新あり)

届出総病床数別状況

1000床~	2
500~999床	20
400~499床	47
300~399床	100
200~299床	153
100~199床	612
20~99床	383
	1317

### 地方厚生局別

地方厚生局	ケア1・ケア2
北海道	52 (50・2)
東北	80 (79・1)
関東信越	278 (259・19)
東海北陸	129 (121・8)
近畿	234 (214・20)
中国	143 (136・7)
四国	79 (74・5)
九州沖縄	322 (299・23)



調査) 大村市民病院 福田 行弘氏

# 「最強の病棟」が持つ筋の良さ

- 4機能のどれを重視し、どういうタイプの病院を創るか？
  - ・ 施設基準を遵守すれば、急性期よりから回復期よりまで、裁量は自由
- **ご当地毎**の以下の要因に順応しやすく懐が深い
  - ・ 人口構成やそれに起因する疾病構造の変化
  - ・ 医療・介護の需要と供給の変化
  - ・ 同一時期における地域格差
  - ・ 同一地域における現状と未来とのギャップ
- 上記の柔軟性を活かして「ときどき入院 ほぼ在宅」の地域包括ケアシステムと、地域医療構想の整合性を**ご当地毎に図る**要となる。

# 「地域包括ケア病棟は最大で最強の病棟」

## 地域包括ケアシステムで大切なこと

2014.11.14 公立みつき病院名誉院長の山口昇先生のご講演から

- 連携、在宅、地域
- まちづくり
- QOLとQOD
- 市町村と都道府県の役割
- 人をみる医療・介護
- 総合診療専門医

地域包括ケアシステムの要となる  
地域包括ケア病棟にとっても大切な項目

今後ともどうぞよろしくお願ひ致します。



地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

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