

# 平成27年度 地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査

※追加・更新資料を( **new** )と表示



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

# 対象と方法

# 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。

# 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

別紙Ⅰ G-1 回答用

## 調査票の抜粋

【地域包括ケア病棟の入院患者について】

調査対象期間：10月27日（火）～11月5日（木）10日間

No.	年齢	性別	地域包括ケア病棟への入院日	1) 発症前の日常的な生活支援	2) 入院元 (番号記入)	3) 緊急入院			4) 入院時 主病名
						①緊急時の受け入れ	②急性期からの受け入れ	③その他の受け入れ	
1		男・女	月 日	要・不要					
2		男・女	月 日	要・不要					
3		男・女	月 日	要・不要					
4		男・女	月 日	要・不要					
5		男・女	月 日	要・不要					
6		男・女	月 日	要・不要					
7		男・女	月 日	要・不要					
8		男・女	月 日	要・不要					
9		男・女	月 日	要・不要					
10		男・女	月 日	要・不要					

※対象患者が10名を超える場合は、お手数ですが本用紙をコピーしてご記入下さい。

1) 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・不要をご記入下さい。

日常的な生活支援とは、老年症候群、フレイル、要介護状態、障害児・者や、疾病、外傷、先天的要因等様々な原因で、心身機能・構造、日常生活活動、社会参加の観点から支援を要する状態（金銭的支援は除く）です。

2) 入院元は、別紙Ⅲの1から番号を選択しご記入下さい。

3) 入院の分類は、診療報酬で使用されている「緊急入院」「予定入院」に分かれています。さらに、緊急時の受け入れ、急性期からの受け入れ、その他の受け入れは、地域包括ケア病棟協会が提唱している3つの受け入れ機能の分類です。該当する欄に○をご記入下さい。

①緊急時の受け入れ：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た場合。

②急性期からの受け入れ：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た場合。

③その他の受け入れ：②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士緩和ケア等や、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た場合。

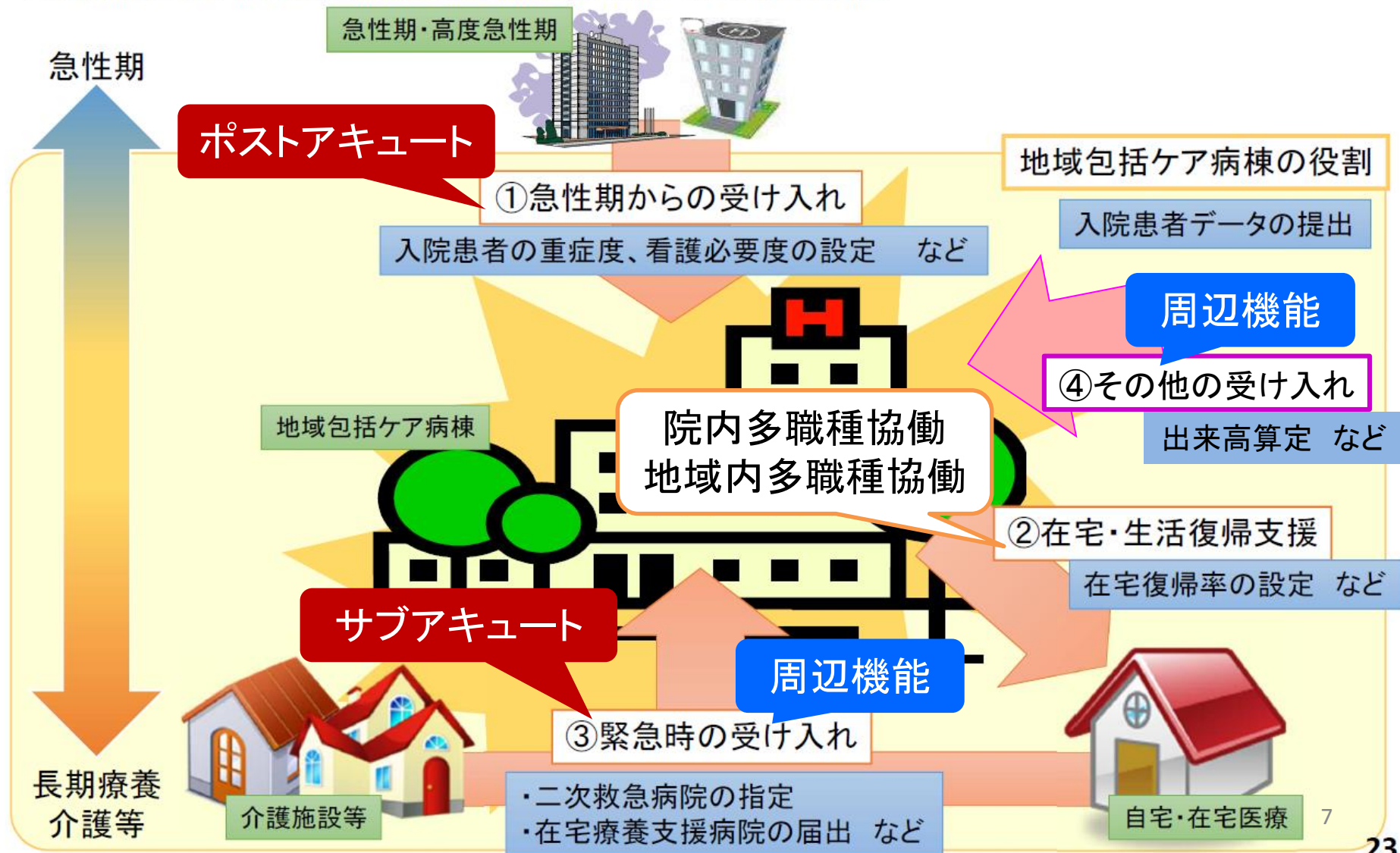
# 解説資料

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。





# 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)

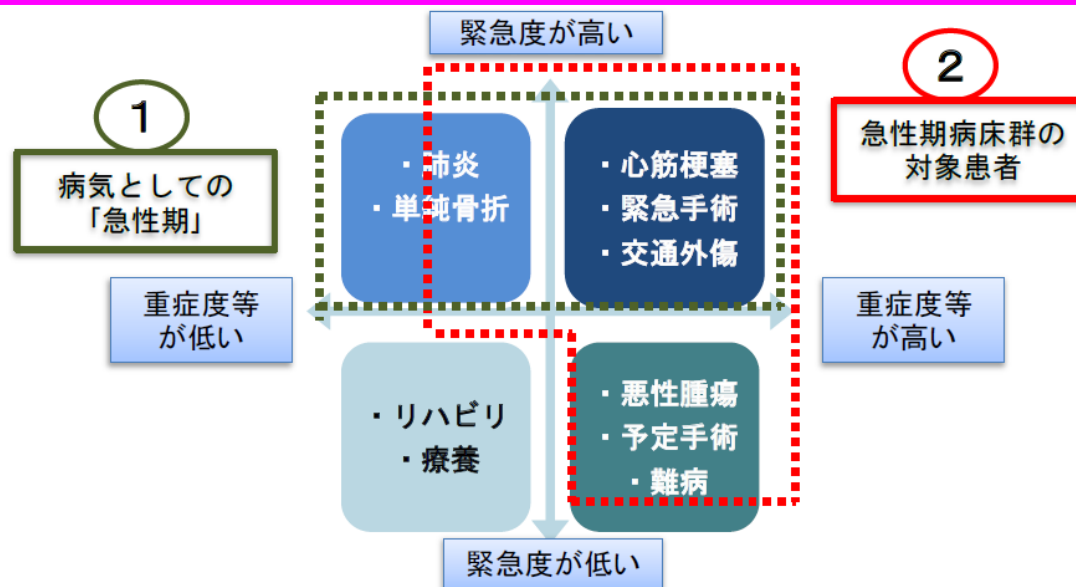
・「急性期入院医療とは、疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的とし、一定程度の改善まで、医師・看護師・リハビリテーション専門職員等が中心となって行う医療」全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書(2007年版)」

・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)

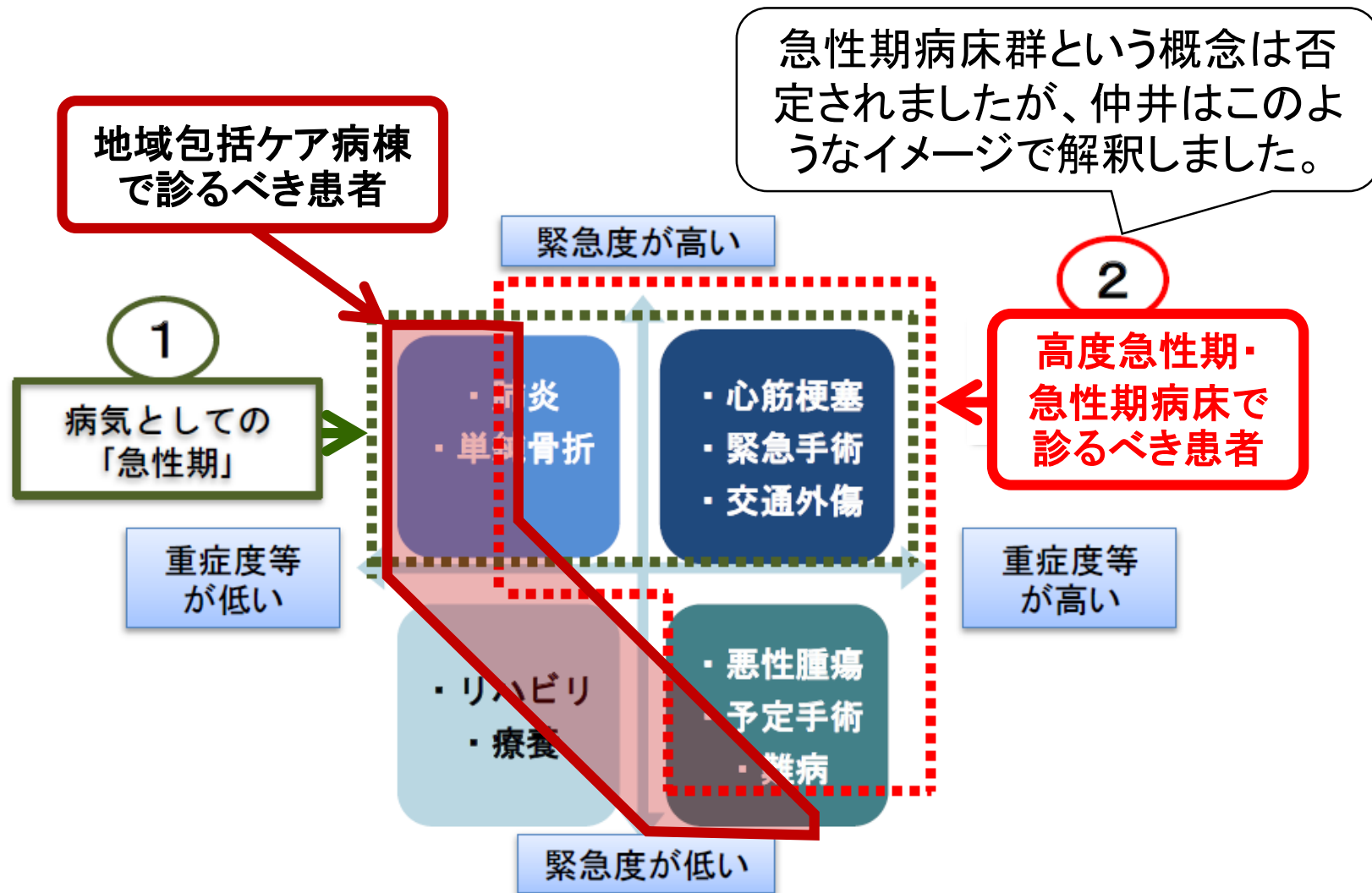
○医療者にとって「急性期」とは、病気のステージ(発症初期であること)や発症様式(急性に発症すること)、救急医療という概念で捉えられることが多い(①)。

「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)。



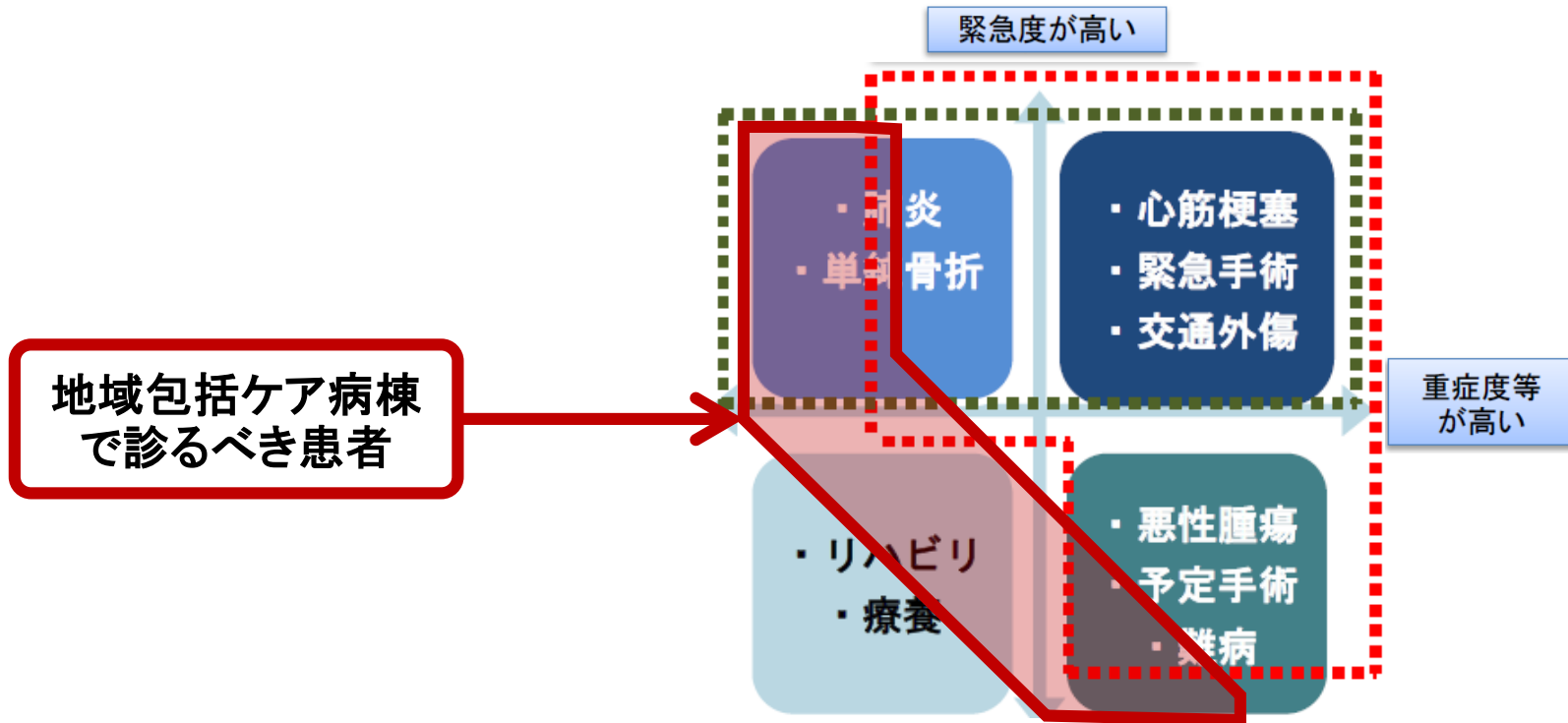


# 「地域包括ケア病棟」 —診るべき患者のイメージ—



# 「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活支援の必要性	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生活支援の必要性	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生活支援の必要性	* 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		

※ 日常生活支援とは、老年症候群、フレイル、要介護状態、障害児・者や、疾病、外傷、先天的要因等様々な原因で、心身機能・構造、日常生活活動、社会参加の観点から支援を要する状態（金銭的支援は除く）です。

## 調査との整合性

今回の入院契機となった疾患が発症する前の日常生活支援の \* 要・不要をご記入下さい。

（\* 日常生活支援は、多い・少ないでは答えにくいいため、要・不要で調査を実施。）

## 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

【地域包括ケア病棟の入院患者について】

調査票の抜粋

調査対象期間：10月27日（火）～11月5日（木）10日間

No.	年齢	性別	地域包括ケア病棟への入院日	1) 発症前の日常生活支援	2) 入院元 (番号記入)	3) 予定入院			4) 入院時 主病名
						① 緊急時の受け入れ	② 急性期からの受け入れ	③ その他の受け入れ	
1		男・女	月 日	要・不要					
2		男・女	月 日	要・不要					
3		男・女	月 日	要・不要				14	

# 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):

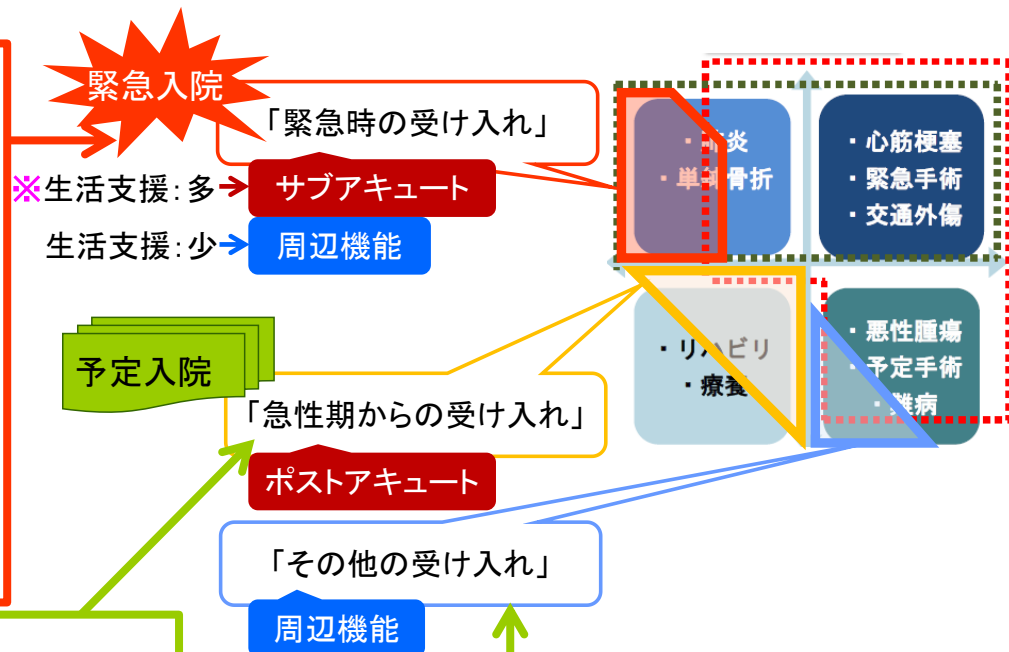
7対1～13対1代替の受け入れ機能

・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

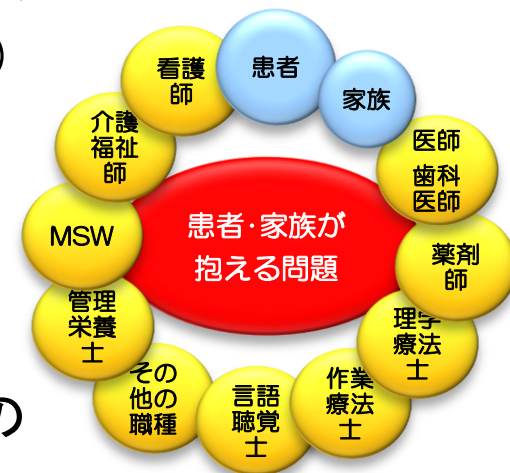
## —2段階の在宅・生活復帰支援—

### 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。

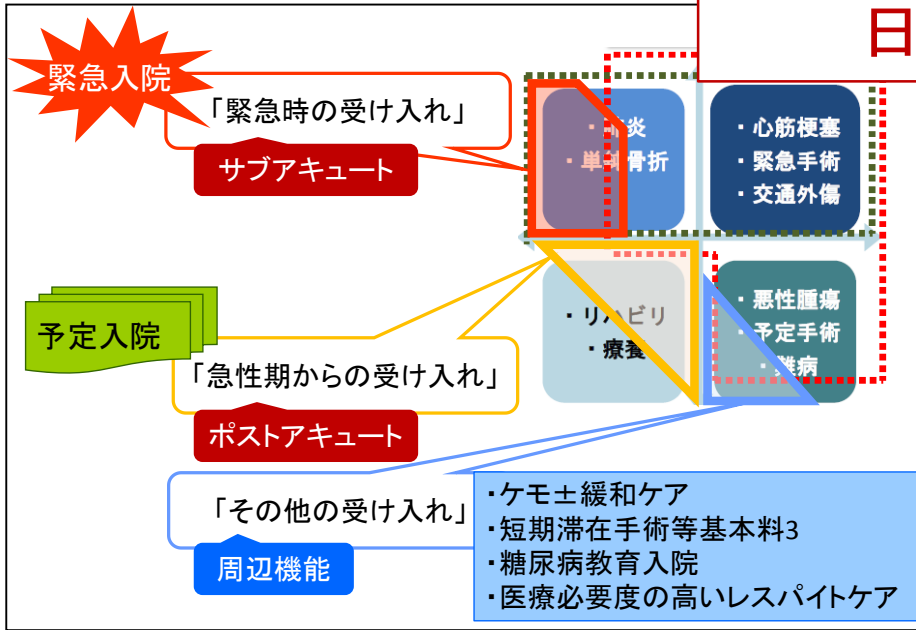
■フォーマル・インフォーマルサービスを提供する地域の多様なプレイヤーとの連携は必須。HUBとしての都市医師会や、地域の拠点病院、自治体、保健所、社会福祉協議会等、地域社会のリーダーが地域内多職種協働を円滑化、活性化する。

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

# 「地域包括ケア病棟」4つの機能

—3つの受け入れ機能と2段階の在宅・生活復帰支援—

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



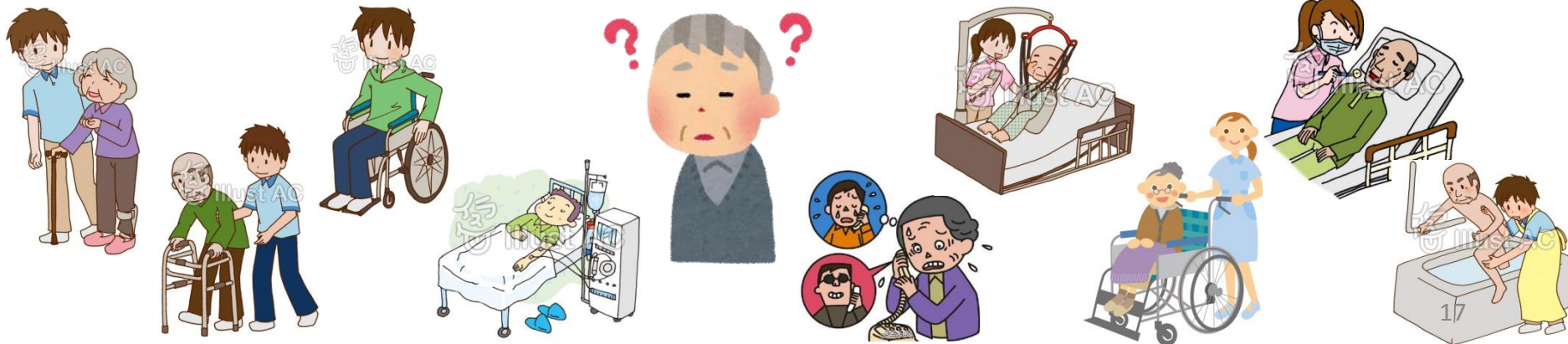
在宅・生活  
復帰支援



退院後も地域内で  
日常的な  
生活支援を継続

在宅・生活復帰支援は  
退院後不要 となり、

日常的な  
生活支援が少なくなった。





# 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

医療機能の名称	医療機能の内容		
高度急性期機能	従来型医療	生活支援型医療	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		従来型医療	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	生活支援型医療		回復期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(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	生活支援型医療		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

## 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



# 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: 10px; text-align: center;">従来型 医療</div> <div style="background-color: #C00000; color: white; padding: 10px; 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: 10px; 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"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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機能)。</li> </ul>
慢性期機能		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>○ 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</li> </ul>

全人的医療はアクセス良く  
日常生活圏域をカバー

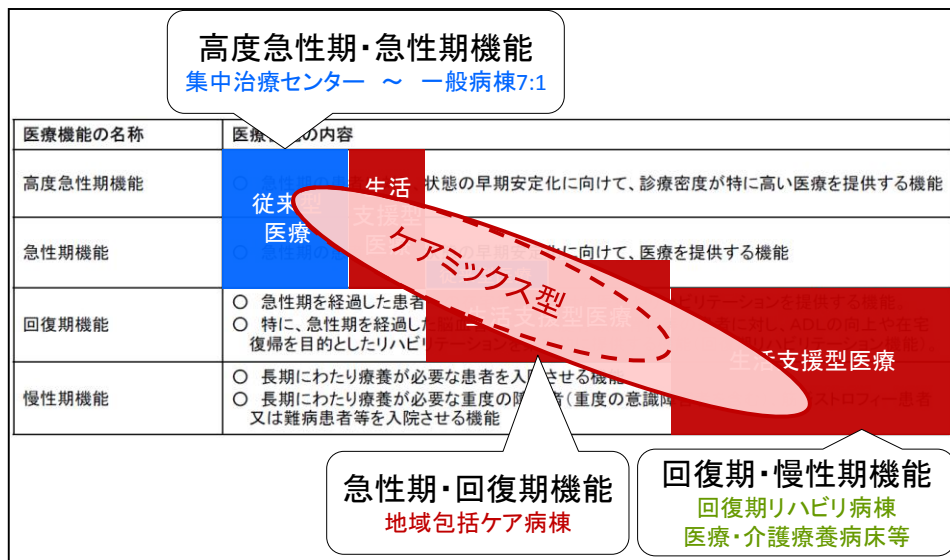
急性期・回復期機能  
地域包括ケア病棟

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

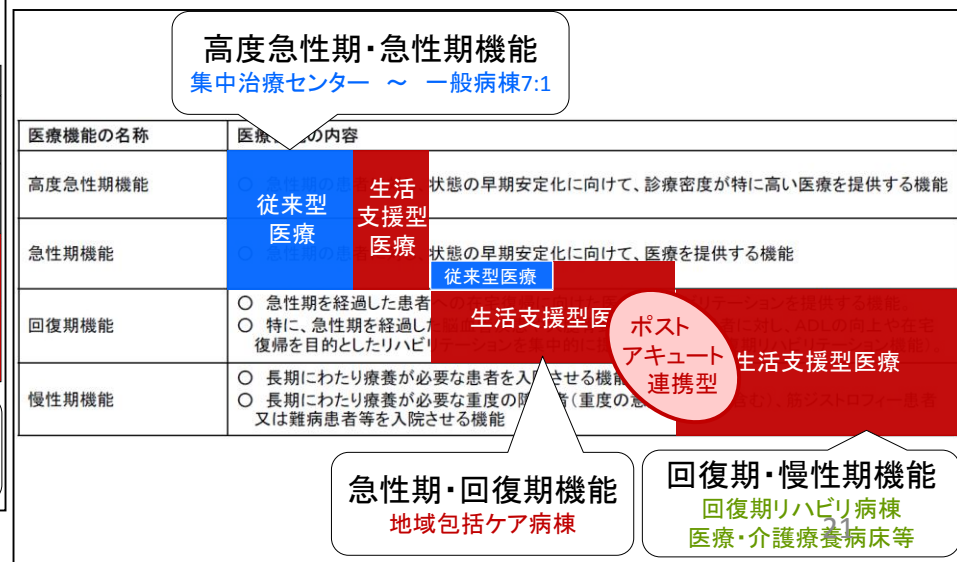
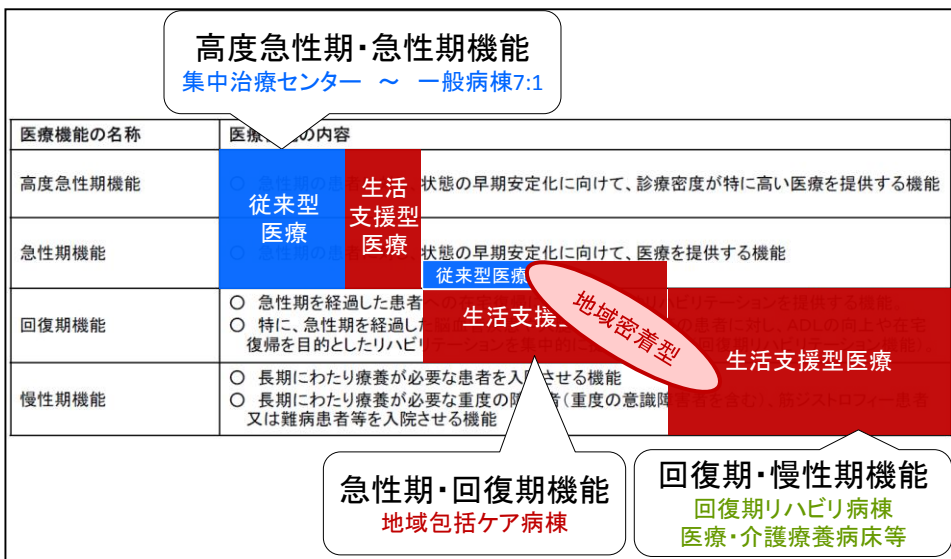
# 地域包括ケア病棟を取得した病院のタイプ

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



# 結果と考察

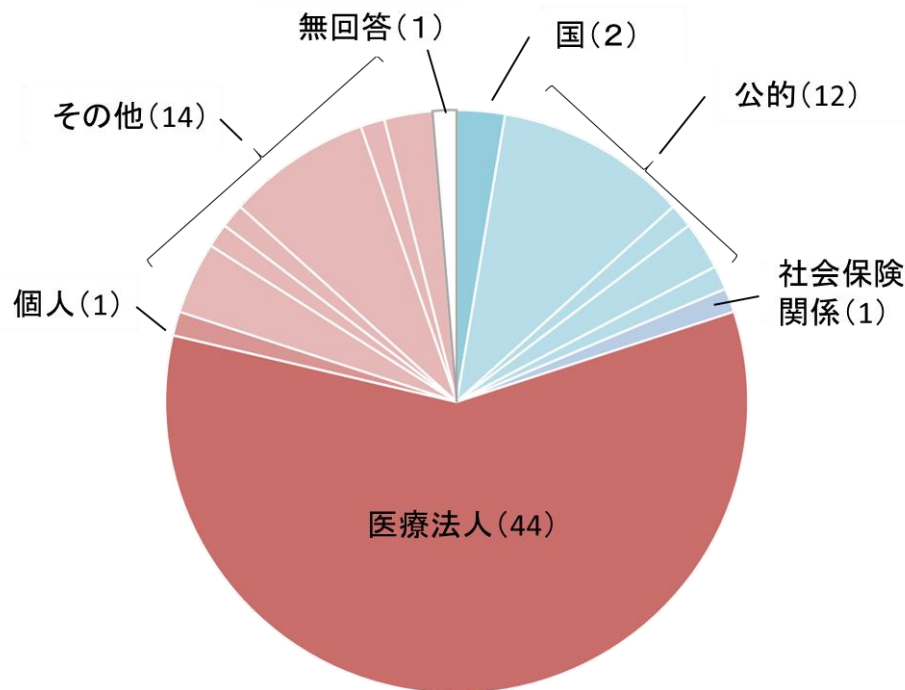


# 【A. 基本情報】

・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)

病床数：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

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

6,504

279

- ・75施設
- ・総病床数 14,493床

(療養病棟入院料)

病床数：床

	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

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

1,818

(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

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

1,187

# 【A. 基本情報】

- ・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

- ・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。

# 【A. 基本情報】

S

## ■ 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)

- ・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。

## ■ 病床規模 許可病床数200床以上と未満でサブ解析：n=75

200床以上	200床未満
19(25.3%)	56(74.7%)

- ・許可病床数200床未満の病院が56施設74.7%と多い。

# 【A. 基本情報】

## ■ 地域タイプ\* でサブ解析: n=75

\* 国際医療福祉大学大学院高橋泰 教授の下記区分を改変

二次医療圏ごとの人口および人口密度から、次のように分類した

- ・大都市 : 人口100万人以上 または 人口密度2,000人/km<sup>2</sup>以上
- ・地方・過疎地 : 下記の地方都市 または 過疎地

大都市	地方・過疎地
24 (32.0%)	51 (68.0%)

・地方・過疎地の病院が51施設68.0%と多い。

本集計では、症例数や病院数をまとめるためと、地方都市と過疎地では似通った内容が多いと判断して、以下のごとく地域タイプ別に2分類して実施した。

・2次医療圏地域区分\* ※国際医療福祉大学大学院 高橋 泰 教授の分類を引用

二次医療圏ごとの人口および人口密度から、次のように区分している

大都市型二次医療圏: 人口100万人以上 または 人口密度2,000人/km<sup>2</sup>以上

地方都市型二次医療圏: 人口20万人以上 または 人口10-20万人かつ人口密度200人/km<sup>2</sup>以上

過疎地型二次医療圏: 大都市、地方都市以外

・使用データ

株式会社ウェルネス「二次医療圏基礎データ(巧見さんVer.6.0.0)」の二次医療圏毎の面積と2015年の推計人口

## 【B. 2016年診療報酬改定について】

P

- ・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

P

- ・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提供している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りハビリの実施の有無：n=43 ※70病院の72病棟が回答。1病棟をn=1として集計

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

P  
0

# 【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-8 回復期リハビリ病棟の併設：n=70

あり	なし
36	34

S

※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%

P

※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%

P

※病棟数で集計

# 【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-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提供している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

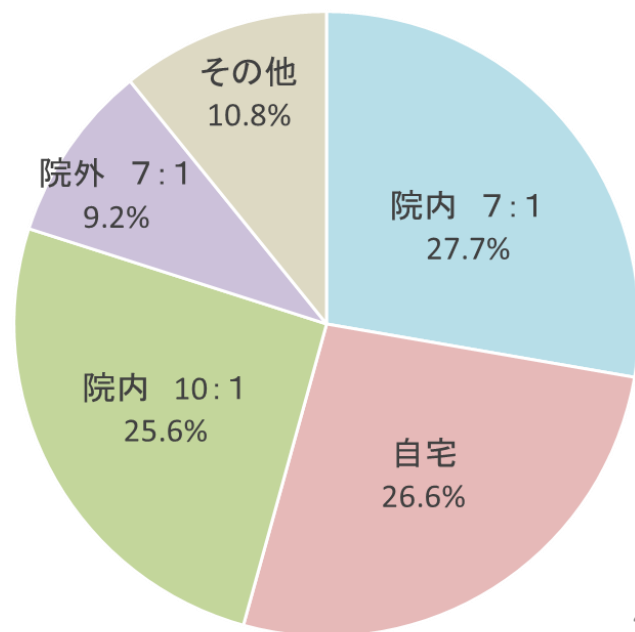
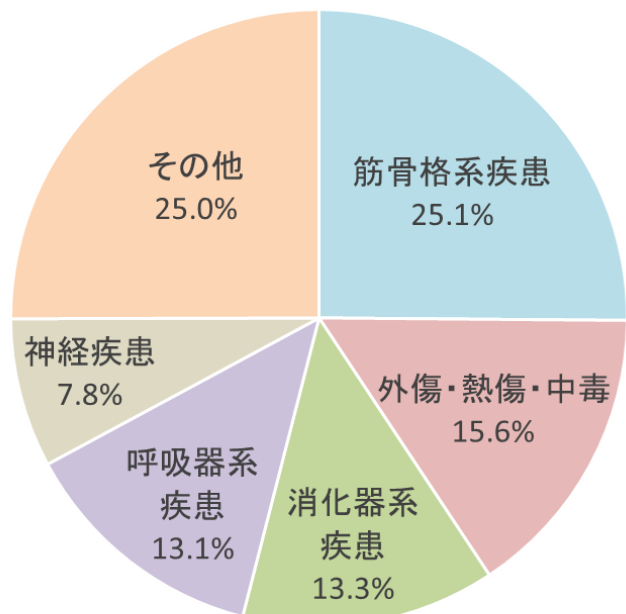
# 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

## ■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>		

中核機能は930症例78.7%、周辺機能は252例21.3%であった。  
ポストアキュートが813例68.8%と最多であった。  
緊急時の受け入れ経路は212症例17.9%と一定の症例数に対応している。

new

- 基本情報
- 独立性（病院数、症例数）
- 受け入れ機能の割合
- ポストアキュートの内訳
- 受け入れ経路の割合



- 10対1以上の病床の有無別
- 病床規模別
- 地域タイプ別



・10対1以上の病床の有無別：

小数点以下の四捨五入のため100%にならない場合があります

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	18.2%	45.6%
なし	18	1	17	146.5	22.0%	61.1%

・病床規模別：

地域タイプ	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			
200床以上	19	8	11	345.3	14.2%	47.4%
200床未満	56	7	48	141.7	22.6%	50.0%

・地域タイプ別：

地域タイプ	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			
大都市	24	3	21	217	17.9%	62.5%
地方・過疎地	51	12	38	182	19.3%	43.1%

10対1以上の病床がない病院と大都市の病院では、民間病院の割合と回復期リハ病棟の保有率が高めであった。

# 独立性(病院数、症例数)

S

【G. 地域包括ケア病棟の入退院について】

new

病院数 n=75		10対1以上の病床		合計
		あり	なし	
病床規模	200床以上	16 84.2%	3	19
	200床未満	41 73.2%	15	56

症例数 n=1,205		10対1以上の病床		合計
		あり	なし	
病床規模	200床以上	490 89.2%	59	549
	200床未満	545 83.1%	111	656

病院数 n=75		10対1以上の病床		合計
		あり	なし	
地域タイプ	大都市	17 70.8%	7	24
	地方・過疎地	40 78.4%	11	51

症例数 n=1,205		10対1以上の病床		合計
		あり	なし	
地域タイプ	大都市	264 80.5%	64	328
	地方・過疎地	771 87.9%	106	877

病院数 n=75		地域タイプ		合計
		大都市	地方・過疎	
病床規模	200床以上	8	11 57.9%	19
	200床未満	16	40 71.4%	56

症例数 n=1,205		地域タイプ		合計
		大都市	地方・過疎	
病床規模	200床以上	143	406 74.0%	549
	200床未満	185	471 71.8%	656

10対1以上の病床の有無と、地域タイプ、病床規模のクロス表では、大差はなかった。

# 受け入れ機能の割合：n=1,182

0

【G. 地域包括ケア病棟の  
入退院について】

new

## ・10対1以上の病床の有無別：

小数点以下の四捨五入のため100%にならない場合があります

10対1以上の 病床の有無	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%

## ・病床規模別：

病床規模	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)
200床以上	548	6.8%	70.8%	15.7%	6.8%
200床未満	634	12.6%	67.0%	11.2%	9.1%

## ・地域タイプ別：

地域タイプ	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)
大都市	314	5.7%	76.1%	15.3%	2.9%
地方・過疎地	868	11.4%	66.1%	12.6%	9.9%

10対1以上の病床がない、200床未満、地方・過疎地の病院では、サブアキュートの割合が高めであった。特に、10対1以上の病床がないとサブアキュートは26.4%、ポストアキュートは49.1%と他と違う機能を示した。しかし、全体に占める症例は163例13.8%と低かった。

# ポストアキュートの内訳：n=813

0

【G. 地域包括ケア病棟の  
入退院について】

new

## ・10対1以上の病床の有無別：

小数点以下の四捨五入のため100%にならない場合があります

10対1以上の 病床の有無	症例数	院内から	院外から	不明
あり	733	83.4%	9.0%	7.6%
なし	80	23.8%	65.0%	11.3%

## ・病床規模別：

病床規模	症例数	院内から	院外から	不明
200床以上	388	81.4%	11.1%	7.5%
200床未満	425	73.9%	17.6%	8.5%

## ・地域タイプ別：

地域タイプ	症例数	院内から	院外から	不明
大都市	239	78.7%	15.5%	5.9%
地方・過疎地	574	77.0%	14.1%	8.9%

10対1以上の病床がない病院では、ポストアキュートの割合は、院外からが65.0%と高く、院内からが23.8%と低かった。その他は、いずれも院内からが75～80%前後であった。

# 受け入れ経路の割合：n=1,200

0 【G. 地域包括ケア病棟の入退院について】 new

小数点以下の四捨五入のため100%にならない場合があります

## ・10対1以上の病床の有無別：

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

## ・病床規模別：

地域タイプ	全症例数	緊急時の受け入れの割合	急性期からの受け入れの割合	その他の受け入れの割合
200床以上	549	13.5%	70.9%	15.7%
200床未満	651	20.9%	68.0%	11.1%

## ・地域タイプ別：

地域タイプ	全症例数	緊急時の受け入れの割合	急性期からの受け入れの割合	その他の受け入れの割合
大都市	326	8.3%	76.7%	15.0%
地方・過疎地	874	20.9%	66.6%	12.5%

10対1以上の病床がない、200床未満、地方・過疎地の病院では、緊急時の受け入れの経路の割合が高めであった。特に、10対1以上の病床がないと緊急時の受け入れは35.9%、急性期からの受け入れは51.5%と他と違う経路を示した。大都市の病院は緊急時の受け入れが8.3%と最も低かった。

# 【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。

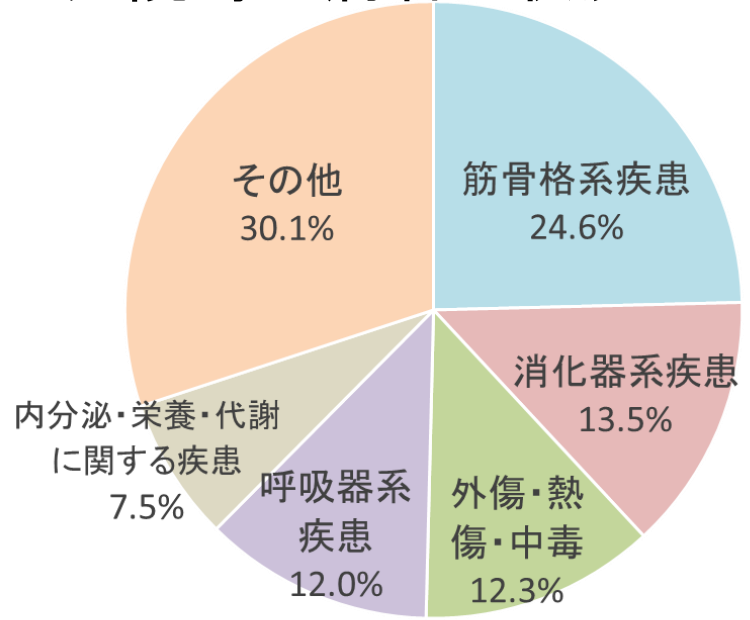
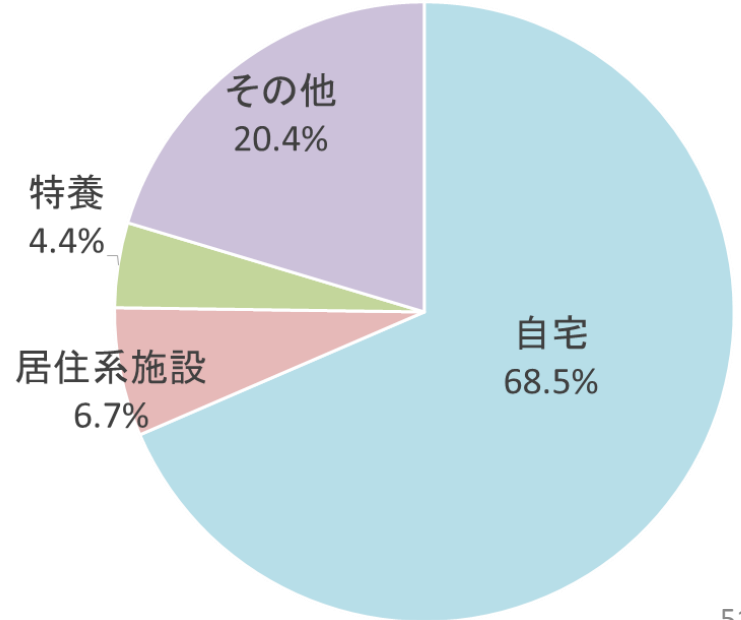
# 【G. 地域包括ケア病棟の入出状況について】

## 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
0.5	7.2	0.9	

・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	0
25.4	

・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	P	n=68
24	19 (27.9%)	25		

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。

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/>>