

2018.10.04

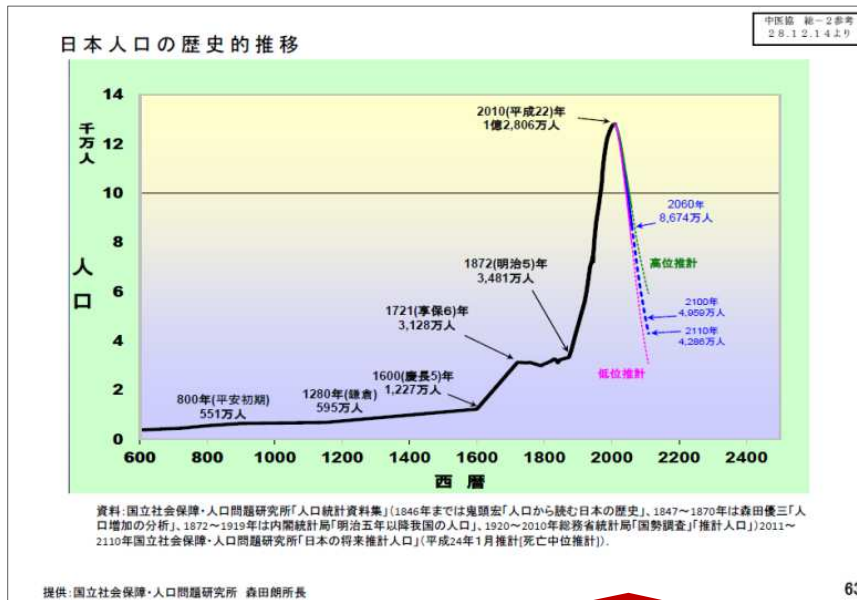
地域包括ケア病棟協会 記者会見資料



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

プロローグ

2018年度 惑星直列



2100年＝82年後の
人口は5000万人不足！



需要のピークが遅れるのは、
主に太平洋ベルト地帯！

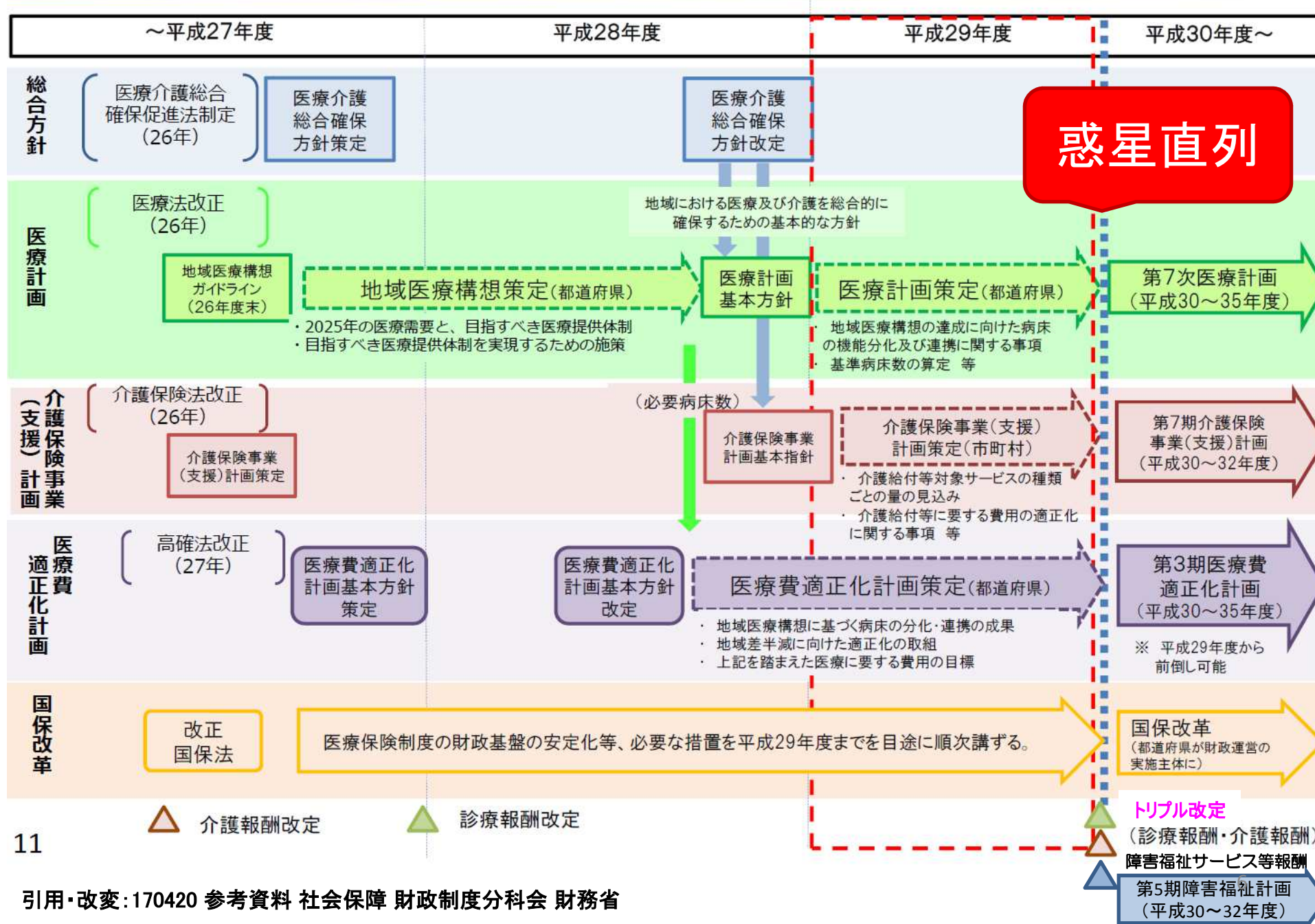
惑星直列の価値観

- 日本は人口減少、少子化、超高齢社会、認知症高齢者激増に直面している。
- 医療需要のピークは既に訪れた地域から2040年以上の先まで2次医療圏毎に大きく異なる。
- 加えて82年後の2100年の日本の総人口は5,000万人を切ると推定されている。
- そのため、現状の入院患者像も、高齢で複数疾患を有し、ADLと栄養状態、認知機能が低下し、服薬数が増加し、入院前から生活支援を必要とする人が多くなっている。

惑星直列の価値観

- このような治す「従来型医療」から治し支える「生活支援型医療」への転換に応じて、
- 地域医療構想の策定と地域包括ケアシステムを踏まえた地域共生社会の実現や、
- これらを支える医師をはじめとする医療・介護従事者の働き方改革等が、ご当地毎の時間軸で進められている。
- 2018年度は、この状況でトリプル改定や各種計画の更新、関連法の改正が同時に行われる“惑星直列”を迎えた。

(参考)医療・介護提供体制の見直し／医療費適正化に向けたスケジュール



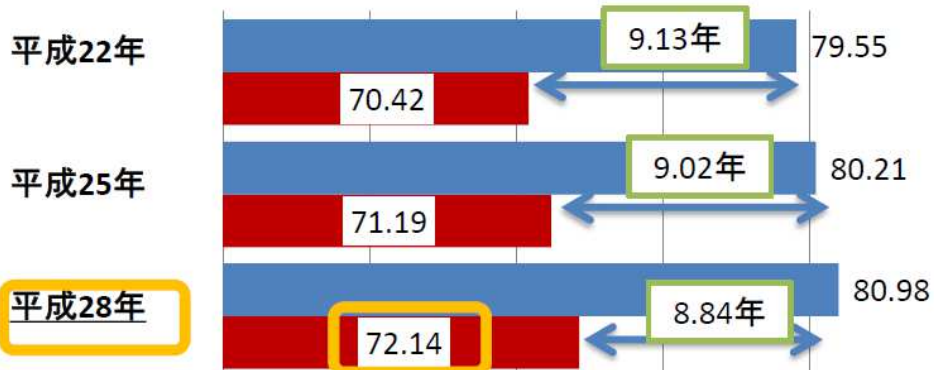
惑星直列の価値観

- 惑星直列の価値観をQOLとQODの向上と感じた。
- 介護保険の自立支援や保険者へのインセンティブ、先進医療の保険収載などで、QOLを向上させて健康寿命を延伸し、
- QODは、ACPを基礎にした「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するGL」を活用して向上させる。
- さらに、働き方改革で医師をはじめとする医療・介護従事者のQOLを向上させる。

2018年度 惑星直列 目指すはQOLとQODの向上

健康寿命と平均寿命の推移

男性



女性

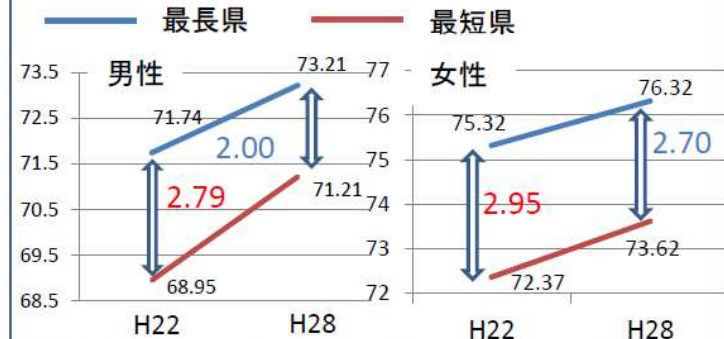


○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

H22からの増加分	男性	女性
健康寿命	+1.72	+1.17
平均寿命	+1.43	+0.84

○ 都道府県格差※の縮小

※日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差



健康寿命は全体として延伸しており、格差も縮小している。

※ 厚生労働科学研究費補助金:健康日本21(第二次)の地域格差の評価と要因分析に関する研究(研究代表者 辻一郎)において算出。
 ※ 平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。
 ※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標
 ・健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(平成34年度)
 ・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標:「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」
 ・一億総活躍プランの指標:「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

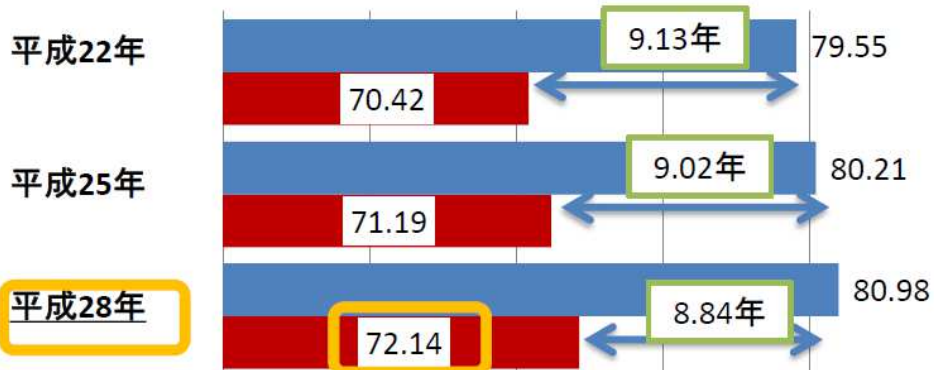
【資料】

○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」「平成28年簡易生命表」
 ○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」
 総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」より算出

2018年度 惑星直列 目指すはQOLとQODの向上

健康寿命と平均寿命の推移

男性



女性



○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

■ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するGL活用

■ 介護保険自立支援や保険者の健康増進へのインセンティブ
■ 高度・先進医療の保険収載

■ 働き方改革で医療・介護従事者のQOLを向上させる



健康寿命は全体として延伸しており、格差も縮小している。

※ 厚生労働科学研究費補助金:健康日本21(第二次)の地域格差の評価と要因分析に関する研究(研究代表者 辻一郎)において算出。
 ※ 平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。
 ※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標
 ・健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(平成34年度)
 ・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標:「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」
 ・一億総活躍プランの指標:「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

【資料】

○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」「平成28年簡易生命表」
 ○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」
 総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」より算出

惑星直列の価値観

“地域住民のQOLの向上”には2つの意味があると感じている。

■ 惑星直列前：

Quantity of Life (生命の量) = 寿命を伸ばす。

■ 惑星直列後：

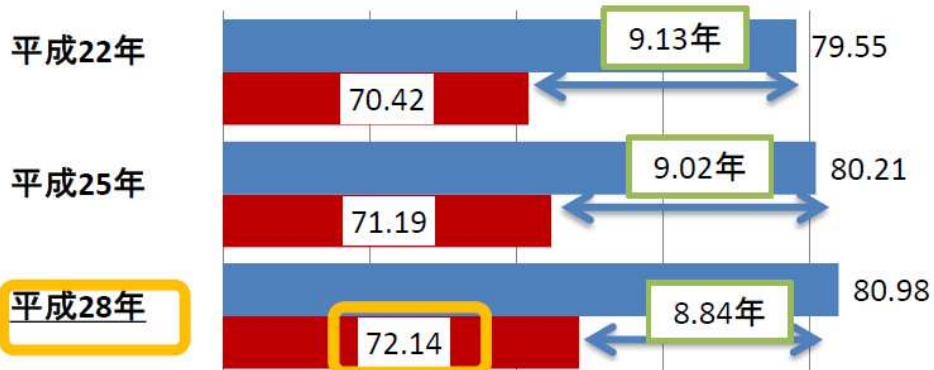
Quality of Life (人生や生活の質) = 健康寿命を伸ばす。

■ 惑星直列後のQOLとQODの普及・啓発が進めば、地域包括ケアシステムを発展させて、我が事丸ごと地域共生社会を実現し、地域住民のQOLとQODの向上に寄与するものと思われる。

2018年度 惑星直列 目指すはQOLとQODの向上

健康寿命と平均寿命の推移

男性



女性



○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

■ 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するGL活用

■ 介護保険自立支援や保険者の健康増進へのインセンティブ
■ 高度・先進医療の保険収載

■ 働き方改革で医療・介護従事者のQOLを向上させる

■ 共生型社会の実現で地域住民のQOLとQODを向上させるという意味もある！

健康寿命は全体として延伸しており、格差も縮小している。

※ 厚生労働科学研究費補助金:健康日本21(第二次)の地域格差の評価と要因分析に関する研究(研究代表者 辻一郎)において算出。
 ※ 平成28年(2016)調査では熊本県は震災の影響で調査なし。
 ※ 健康寿命を用いたその他の主な政府指標
 ・健康日本21(第二次)の目標:平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加(平成34年度)
 ・日本再興戦略及び健康・医療戦略の目標:「2020年までに国民の健康寿命を1歳以上延伸」
 ・一億総活躍プランの指標:「平均寿命を上回る健康寿命の延伸加速を実現し、2025年までに健康寿命を2歳以上延伸」

【資料】
 ○平均寿命:厚生労働省「平成22年完全生命表」「平成25年簡易生命表」「平成28年簡易生命表」
 ○健康寿命:厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年簡易生命表」
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年人口動態統計」
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年国民生活基礎調査」
 総務省「平成22年/平成25年/平成28年推計人口」より算出

第1部

地域包括ケア病棟 について

地域包括ケア病棟に関する 地方厚生局データの解析資料 — 2018年7月届出分まで —

地方厚生局データ
の解析資料

地域包括ケア病棟協会
機能評価委員会作成

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 (2,738点・生活療養2,724点)・・・ 678病院(30.0%)
 入院料(管理料)2 (2,558点・生活療養2,544点)・・・1,474病院(65.2%)
 入院料(管理料)3 (2,238点・生活療養2,224点)・・・ 20病院(0.9%)
 入院料(管理料)4 (2,038点・生活療養2,024点)・・・ 90病院(4.0%)

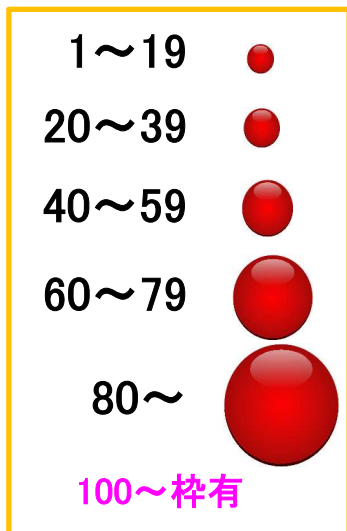
病院数カウント(例:地包ケア1・3
両方の算定病院は1でカウント)

地域包括ケア病棟算定2,262病院

H30年9月20日時点の地方厚生局で確認できたデータ (H30年8月届出まで)

(一部9・10月更新あり)

112
推計病床数
74,600



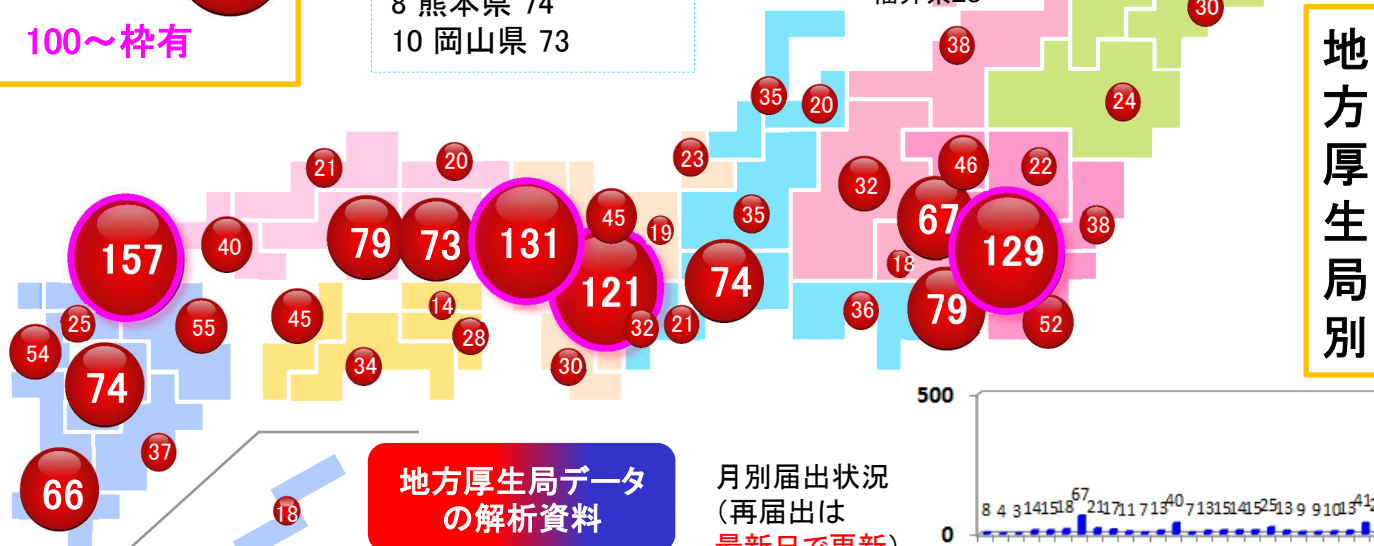
TOP10ランキング

- 1 福岡県 157
- 2 兵庫県 131
- 3 東京都 129
- 4 大阪府 121
- 5 北海道 112
- 6 神奈川県 79
- 6 広島県 79
- 8 愛知県 74
- 8 熊本県 74
- 10 岡山県 73

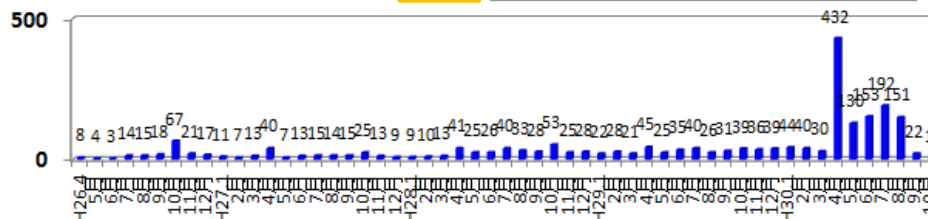
埼玉県67	静岡県36	栃木県22
鹿児島66	石川県35	三重県21
大分県55	岐阜県35	島根県21
長崎県54	高知県34	富山県20
長野県53	奈良県32	鳥取県20
千葉県52	宮城県30	山形県19
群馬県46	和歌山30	滋賀県19
京都府45	徳島県28	山梨県18
愛媛県45	青森県26	沖縄県18
山口県40	佐賀県25	香川県14
茨城県38	秋田県24	
新潟県38	福島県24	
宮崎県37	岩手県23	
	福井県23	

地方厚生局別

北海道	112
東北	146
関東信越	542
東海北陸	221
近畿	401
中国	233
四国	121
九州沖縄	486



月別届出状況
(再届出は最新日で更新)



■当協会では、2014年設立当時から、地域包括ケア病棟を独自に4つの病棟機能*に分類している。

・4つの受け入れ機能

「ポストアキュート機能(PA)」

「サブアキュート機能(SA)」

「周辺機能(緊急時)

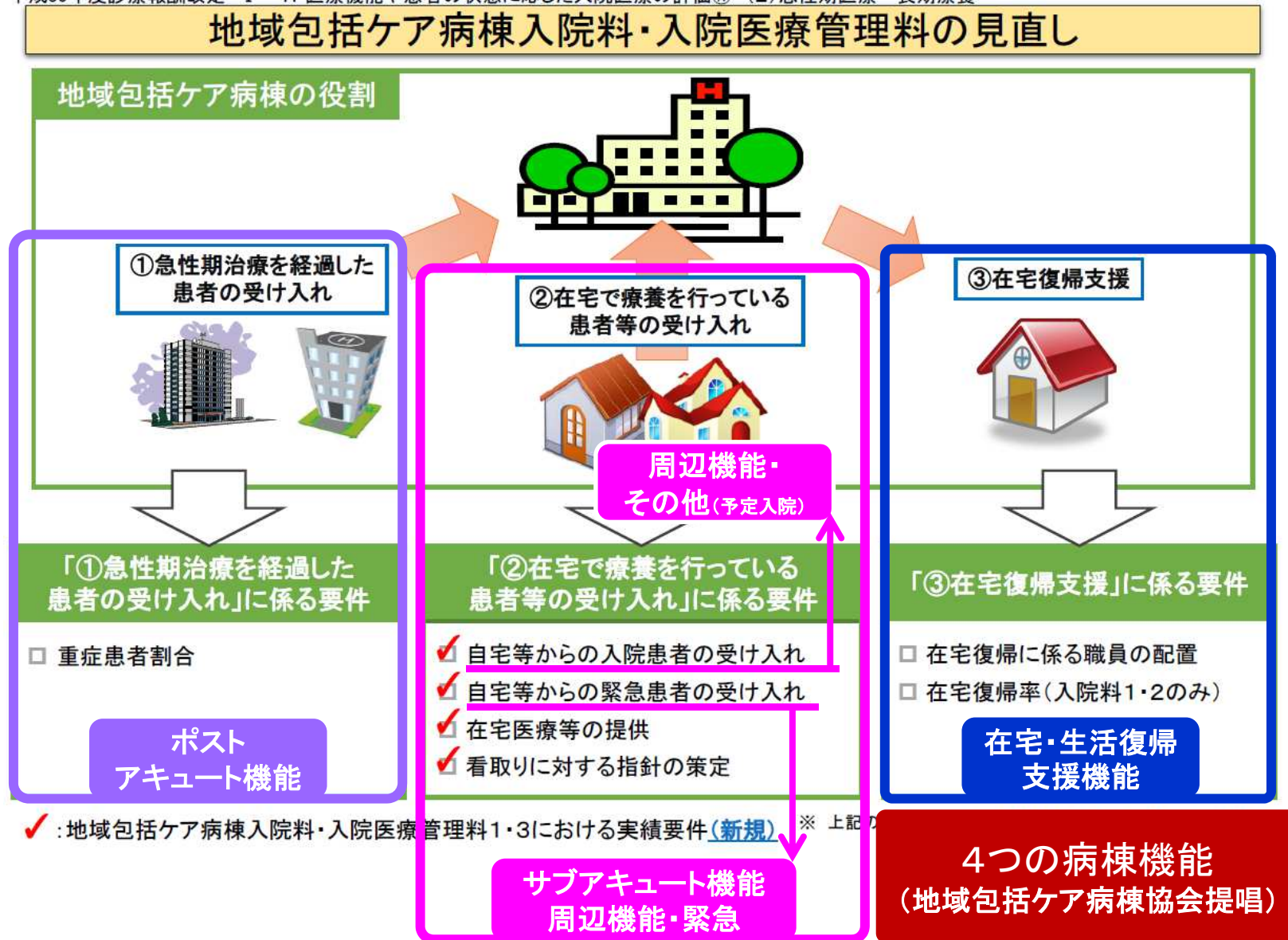
同(その他)」

・「在宅・生活復帰支援機能」

*) 厚生労働省の地域包括ケア病棟の役割と当協会4つの病棟機能との整合性はスライド参照

地域包括ケア病棟の役割と4つの病棟機能との整合性

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑰ (2)急性期医療～長期療養



ご当地ニーズに寄り添うために

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）

入院医療

入院医療

【高度急性期病院】

・医師・看護師を多く配
・質の高い医療と手厚い
看護により、早期に「急性
の病院」や「リハビリ病
院」へ転院可能

・病院の退院調整スタッフが連携先の
身近な病院を紹介
・自分で転院先を探す必要が低い

【急性期病院】

【回復期病

地域包括ケア病棟の機能

の整備

医療、介護、住まい、予防、生活支援サー
ビスが身近な地域で包括的に確保される体制
を構築

・社会参加が推進され地域での介護予防活動が充実

【特別養護老人ホーム・ 老人保健施設】

・地域の拠点として在宅介護サービス等も積極的に展開

※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・生活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。

- 地域包括ケア病棟を有する病院を、
当協会では独自に3つの病院機能に分類している。
- ・急性期機能が中核の「急性期ケアミックス(CM)型」
 - ・高度急性期病院のサテライトの「PA連携型」
 - ・これら以外の「地域密着型」

■ 許可病床数全てが地域包括ケア病棟である
「地域包括ケア病院」は、
「地域密着型」又は「PA連携型」に分類される。

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

10対1一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。

- ・急性期対応が強み！
- ・ケア病棟は院内のポストアキュート中心

■地域密着型

■定義

「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。

- ・200床未満の小規模病院が多い
- ・日常生活圏域のサブアキュートに主に対応

■ポストアキュート(PA)連携型

■定義

施設全体として、実患者数の概ね半分以上が他院からのポストアキュート患者。

- ・連携先は高度急性期～急性期病院
- ・回りハや療養の後方病床と、訪問・通所・入所の併設施設が豊富

■地域包括ケア病院

■定義

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」



「地域包括ケア病院」27病院 (H30年9月20日確認時点)

(許可病床数＝地域包括ケア病棟だけで構成される病院)

栃木県 野木病院
 東京都 医療法人社団 輝生会 成城リハケア病院
 東京都 あやせ循環器リハビリ病院
 東京都 医療法人財団 寿康会 寿康会病院
 長野県 社会医療法人財団 慈泉会 相澤東病院
 富山県 八尾総合病院
 石川県 伊藤病院
 大阪府 社会医療法人 愛仁会 しんあい病院
 大阪府 大阪府済生会 新泉南病院
 兵庫県 医療法人社団 星晶会 あおい病院
 鳥取県 医療法人 清生会 谷口病院
 岡山県 国立病院機構 岡山市立金川病院
 岡山県 武田病院
 岡山県 社会医療法人 清風会 日本原病院
 岡山県 医療法人 おだうじ会 小田病院
 岡山県 医療法人 美甘会 勝山病院
 岡山県 岡山市立せのお病院
 香川県 医療法人 春風会 檜村病院
 愛媛県 増田病院

福岡県 福岡信和病院
 福岡県 医療法人 仁正会 鎌田病院
 福岡県 南折立病院
 大分県 社会医療法人 関愛会 坂ノ市病院
 熊本県 水俣協立病院
 熊本県 本庄内科病院
 宮崎県 三財病院
 宮崎県 医療法人 慶明会
 けいめい記念病院

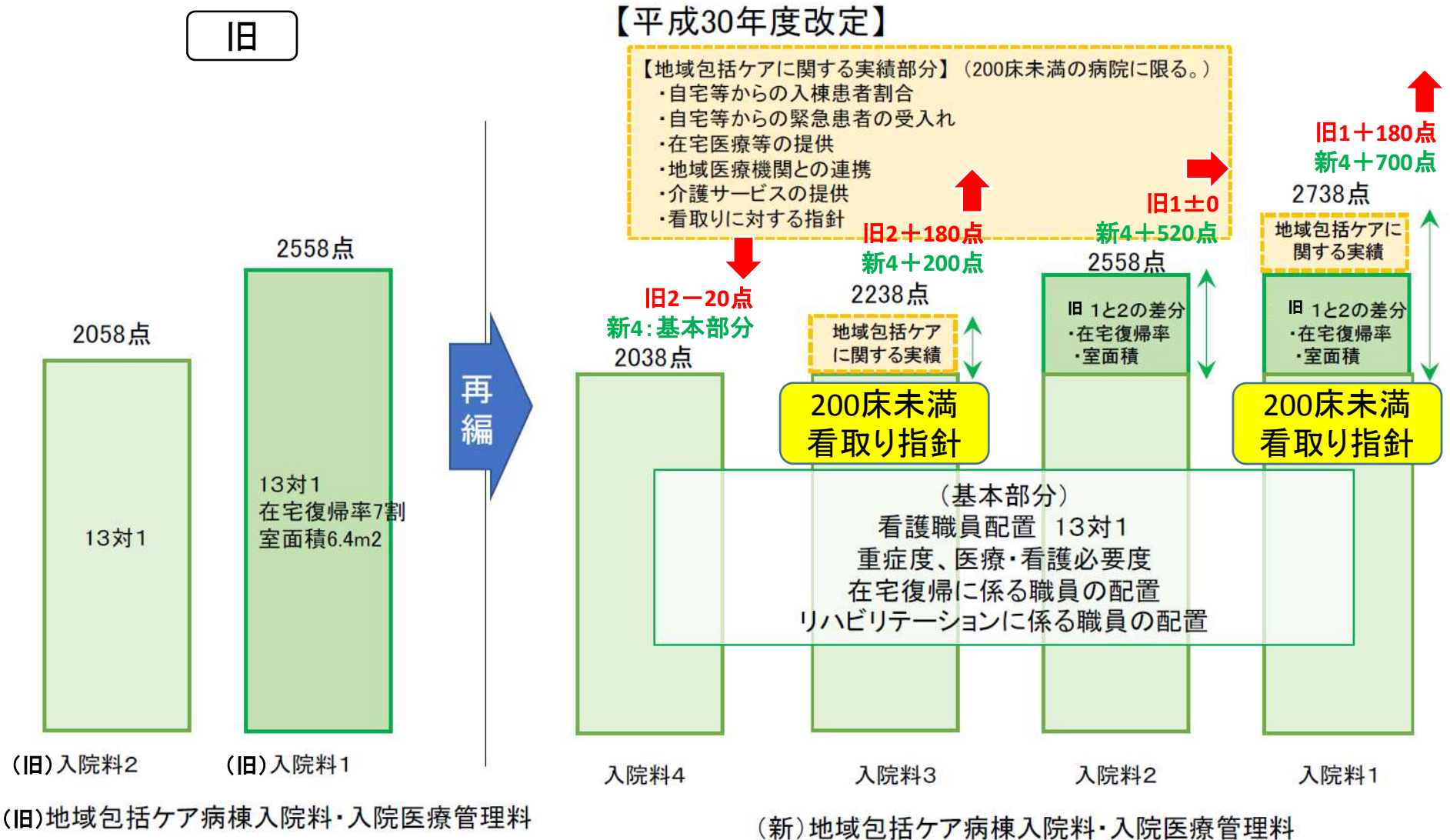


2018年度診療報酬改定 — 地域包括ケア病棟 —

- 入院料(管理料)1、3と実績評価
- 在宅患者支援病床初期加算とACP
- 在宅復帰率の分子の変更
- 入退院支援

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑱ (2)急性期医療～長期療養

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



平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑱ (2)急性期医療～長期療養

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。

〇〇支援病床初期加算

改定前

救急・在宅等
支援病床初期加算
150点/日(14日間)

改定後

急性期患者
支援病床初期加算
150点/日(14日間)

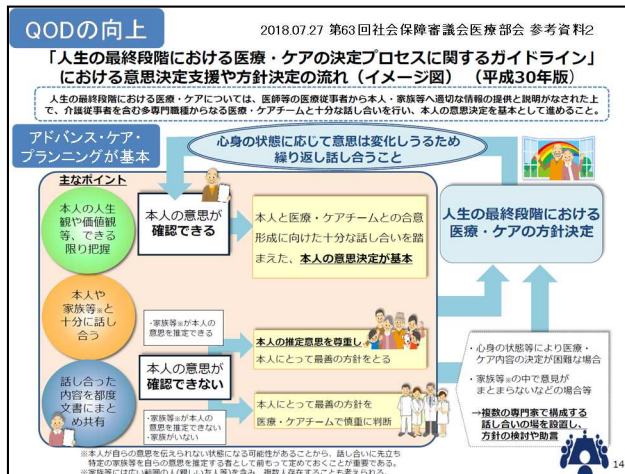
■急性期医療を担う医療機関の一般病棟からの転院/転棟患者

在宅患者
支援病床初期加算
300点/日(14日間)

■介護医療院や他の介護施設等(併設は含まず)と、自宅からの入院患者

※治療方針に関する意思決定支援が要件

疑義解釈



2018.03.30 厚生労働省保険局医療課
疑義解釈資料(その1)

【看取りに対する指針】

問 54 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ看取りに対する指針を定めている」とあるが、具体的にはどのようなものを作成すればよいか。

(答) 看取り時の医療・ケアの方針をどのように決定するか、患者本人や家族等への説明や手続き等、当該医療機関としての手順を定めたものであり、各医療機関の実情にあわせて作成いただきたい。当該指針を定めるに当たっては、医療従事者から適切な情報提供と説明がなされること、患者本人や家族等の信頼できる者も含めた話し合いが繰り返し行われること、このプロセスに基づく話し合いの内容をその都度文書にまとめておくこと等、各ガイドラインの内容を踏まえた上で作成いただきたい。

2018.04.25 厚生労働省保険局医療課
疑義解釈資料(その3)

【在宅患者支援療養病床初期加算、在宅患者支援病床初期加算】

問 1 療養病棟入院基本料の注6の在宅患者支援療養病床初期加算及び地域包括ケア病棟入院料の注5の在宅患者支援病床初期加算の算定要件に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うこと」とあるが、具体的にどのような支援を行えばよいか。

(答) 人生の最終段階における医療・ケアに関する当該患者の意思決定について、当該患者の療養生活を支援していた関係機関（介護保険施設や在宅療養支援を行う医療機関等）と連携し、情報の共有を図ること。患者本人の意思決定やその支援に関する情報が得られない場合については、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人や家族等のほか、必要に応じて関係機関の関係者とともに、話し合いを繰り返し行う等の支援を行うこと。ただし、ここでいう支援は、画一的に行うものではなく、患者の病状や社会的側面を考慮しながら支援の実施の必要性について個別に評価した上で行うことをいう。

- 看取り指針は、プロセスGL等を踏まえて、各医療機関の実情に合わせて、それぞれの手順を定める。
- 在宅患者支援病床初期加算の算定に必要な「人生の最終段階における医療・ケアに関する患者の意思決定支援」は、患者の療養生活を支援していた医療・介護事業所や患者本人・家族等の代理決定人と連携・情報共有しつつ、プロセスGL等を踏まえて実践する。必然的に自院の看取り指針を活用することになる。
- ACPの実践が重要であり、言外に地域内の普及・啓発や院内の啓発・人材育成が求められている。

在宅患者支援病床初期加算と在宅復帰率

入院時

- **在宅**患者支援病床初期加算
- ・介護医療院

- ・介護老人保健施設
- ・特別養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム
- ・有料老人ホーム 等

非併施設は算定可

- ・自宅
から入院した患者

地域包括ケア病棟

退院時

- **在宅**復帰率(70%以上)の分子
- ・介護医療院
- ・~~介護老人保健施設(+強化加算)~~
- ・居住系介護施設
- ・有床診療所
(介護サービス提供医療機関に限る)
(~~+強化加算~~)
- ・~~療養病棟(+強化加算 自院・他院)~~
- ・自宅
へ退院した患者

■ 老健は、**入院時は在宅だが、退院時は在宅ではなくなった。**

■ 共に急性期一般病床からの**ポストアキュート**の受け入れ先として、

・**地ケア病棟**は主に**医療・介護**が必要な方を、

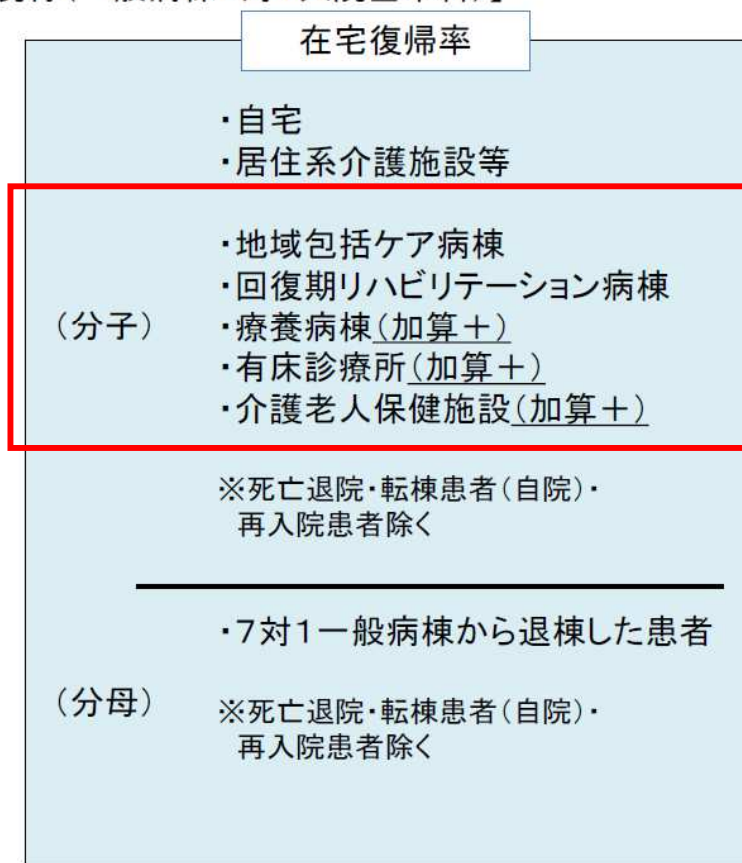
・**老健**は主に**介護**が必要な方を、対象とすることが鮮明となった。

在宅復帰率の見直し①

一般病棟7対1入院基本料の在宅復帰率見直し

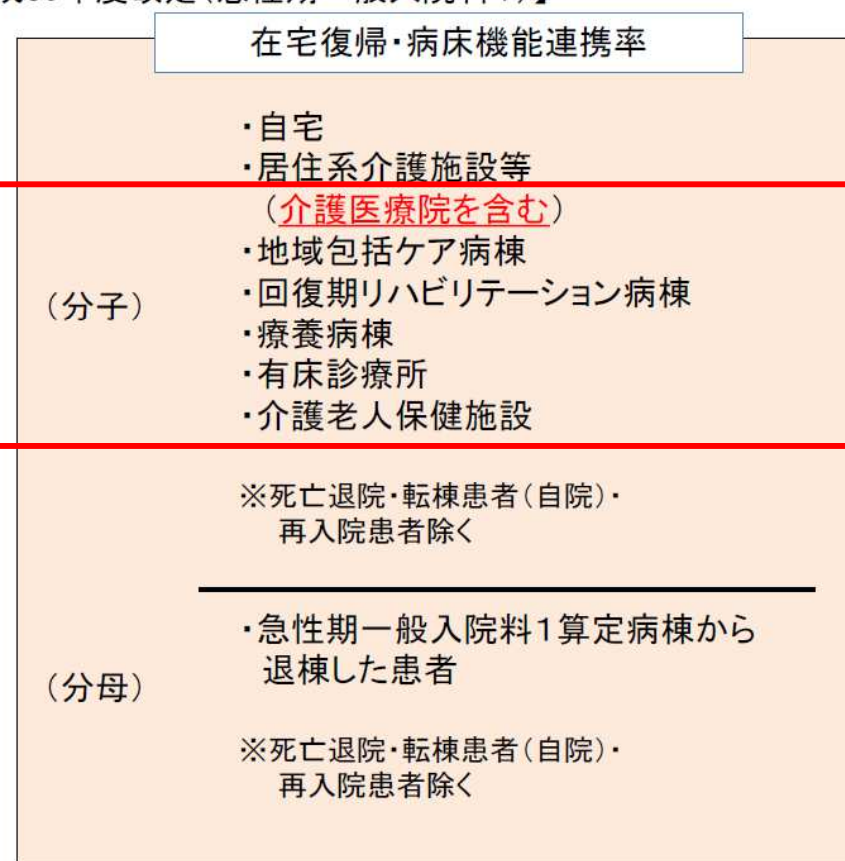
- 在宅復帰に係る指標について、医療機関間の連携や在宅復帰の機能をより推進する観点から、指標の定義等について見直しを行う。

【現行(一般病棟7対1入院基本料)】



[施設基準]8割

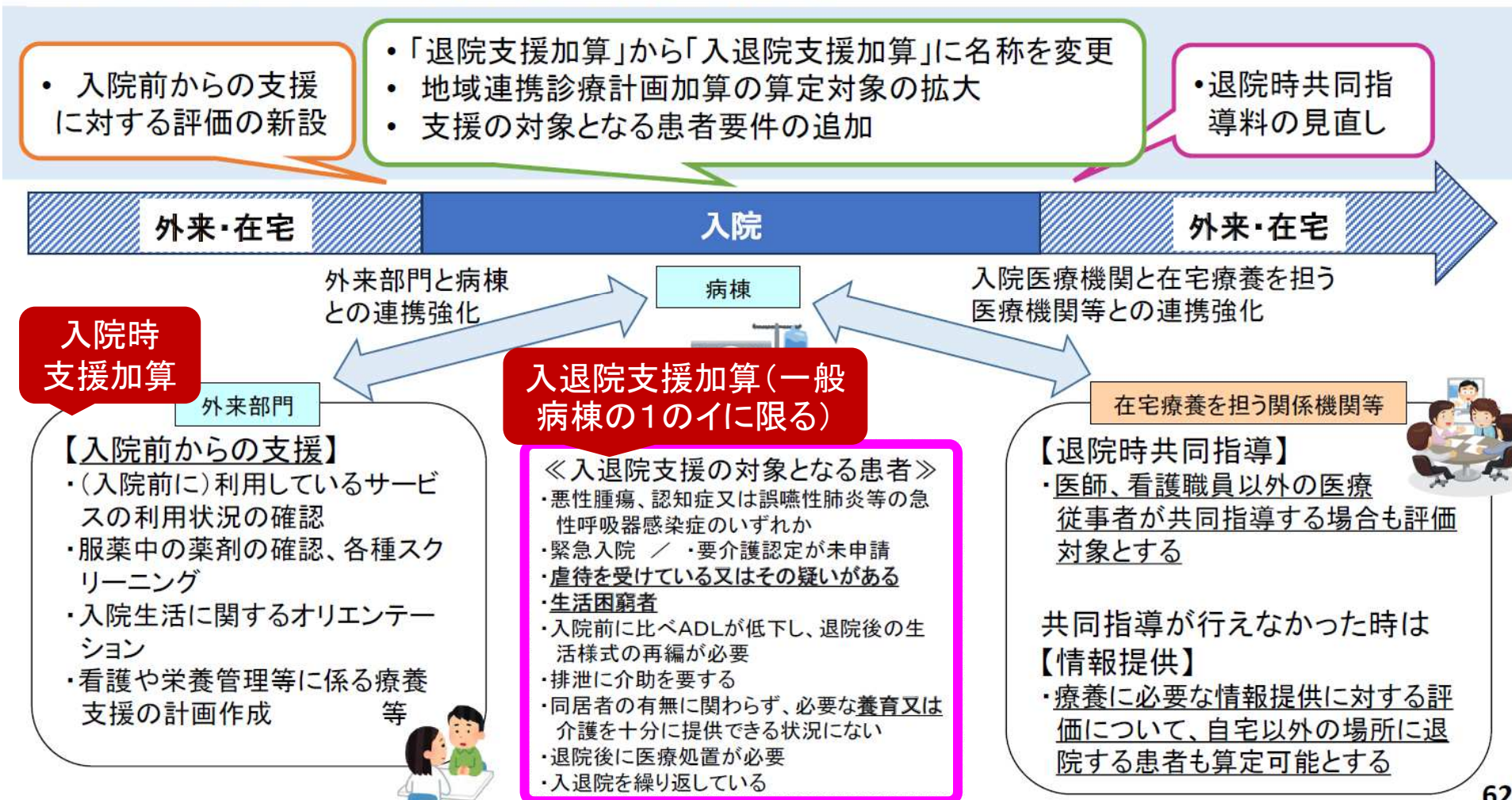
【平成30年度改定(急性期一般入院料1)】



[施設基準]8割

入退院支援の評価(イメージ)

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す



入院前からの支援の機能強化(イメージ)

従来

外来

- 治療方針の説明

入院

検査・治療

- 検査・治療内容の説明
- ✓ 持参薬の確認

療養の支援

- 入院生活の説明
- ✓ 患者情報（入院前のサービス利用等）の確認
- ✓ 療養上のリスクアセスメント（転倒・転落、褥瘡、認知症等）

退院調整

- ✓ 退院支援スクリーニング

外来(地域、在宅)

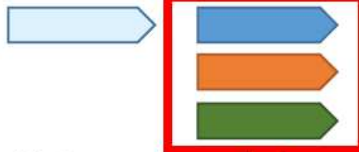
治療のために一旦中止にしなければならなかった内服薬を飲んでいた、、

歩行に杖が必要な状態なのに、トイレに遠いベッドだ、、

治療が始まった直後で大変なのに、退院後の事なんか考えられない、、

入院前からの支援の機能強化

外来



外来において、

- ・入院生活のオリエンテーション
- ・患者情報（入院前のサービス利用等）や服薬中の薬剤の確認
- ・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施



患者は、入院生活やどのような治療過程を経るのかイメージし、準備した上で入院に臨める。



病院は、患者個別の状況を事前にアセスメントした上で患者を受け入れられるため、円滑な入院医療の提供等につながる。



第2部

地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査 について

2018.10.04

平成30年度 地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査

平成30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

■対象と方法

調査票(設問)



平成30年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

各位

平成30年6月吉日

地域包括ケア病棟協会
会長 仲井 培雄

地域包括ケア病棟(病床)に関するアンケートへのご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は、当協会の活動にご理解ご協力をいただき、御礼申し上げます。

さて、昨年実施致しました当協会のアンケートでは、多くの皆さまにご意見をお寄せいただき、ありがとうございました。そこから見えてきた姿をもとに、当協会として、2018年度診療報酬・介護報酬改定への要望と提言を取りまとめ、厚生労働省に提出致しましたところ、その多くを取り上げていただくことができました。地域包括ケア病棟の機能を活かし、地域の実状に合わせて柔軟に対応していくとする姿勢を認めていただけたものと思います。

この後は、自分たちが要望したことを、しっかり活用していることを示すとともに、役割と期待を果たすために、改善が必要なことを引き続き提示していく等、行政と医療介護従事者が一体となって、地域包括ケア病棟を育てていくことが、地域包括ケアシステムの構築と持続において肝要になります。

そこで、2018年4月現在で地域包括ケア病棟(病床)を持つ病院が、2018年度診療報酬改定をどのように活かし、運用しようとしているのか、アンケートにて近況をお聞きする次第です。お忙しいところ、ボリュームのある内容で恐縮ですが、趣旨をご理解いただき、ご協力賜りますよう、お願い申し上げます。

なお、本アンケートは全体集計のみ行い、個別の病院が特定されることはありません。

集計結果は、7月15日に開催される第4回地域包括ケア病棟研究大会 in 札幌<<http://www.gakkai.co.jp/jahcc4/>>のシンポジウムIで速報として発表し、最終報告は地域包括ケア病棟協会のホームページで公開致しますので、ご了承ください。

敬具

***本アンケートは、平成30年4月時点で、地域包括ケア病棟(病床)を届け出ている病院に伺っています。各設問について別紙回答用紙にご記入の上、ご返信をお願いいたします。**

⇒FAX:03-3355-3122 地域包括ケア病棟協会事務局

***急なお願いで誠に恐縮でございますが、本アンケートは、平成30年6月25日(月)までにご回答くださいますよう、お願い致します。**

地域包括ケア病棟(病床)に関するアンケート(質問)

本アンケートは、2018年4月時点で、地域包括ケア病棟(病床)(以下地ケア病棟)を届け出ている病院に伺っています。次の各設問に対し、別紙回答用紙にご記入をお願い致します。

1. 貴院の基本情報について

(1) 病院名

(2) 開設法人: 下表の小分類から該当するものを選択して下さい。

大分類	中分類	小分類
公的	国	1. 厚生労働省、独立行政法人国立病院機構 2. 国立大学法人 3. 独立行政法人労働者健康福祉機構 4. 国立高度専門医療研究センター 5. その他(国の機関)
	公的医療機関	6. 都道府県 7. 市町村 8. 地方独立行政法人 9. 日赤 10. 済生会 11. 北海道社会事業協会 12. 厚生連 13. 国民健康保険団体連合会
	社会保険 関係団体	14. 全国社会保険協会連合会 15. 厚生年金事業振興団 16. 船員保険会 17. 健康保険組合及びその連合会 18. 共済組合及びその連合会 19. 国民健康保険組合
	その他	20. その他の公的病院
民間	医療法人	21. 医療法人
	個人	22. 個人
	その他	23. 公益法人 24. 私立学校法人 25. 社会福祉法人 26. 医療生協 27. 会社 28. その他法人

(3) 所在地(都道府県市町村まで)と2次医療圏名

(4) 許可病床数と病床機能報告に準じた病床機能の構成(6月1日現在)

※機能別の病床数と休床を合計した数が、許可病床数と一致することをご確認ください

(5) 同じ法人やグループで提供している介護サービス等の状況

(6) 常勤の総合診療医の数

(7) 常勤の老年病科医や老年内科医の数

(8) 常勤の歯科医の数

(9) 救急車の受入実績

①2018年4月の病院全体の救急車の受入件数と、そのうち入院した患者数

②2018年4月に地ケア病棟へ直接入院した患者数と、そのうち救急車による搬送の数

(10) 地ケア病棟の状況(設問により日付が異なるのでご注意ください)

※複数の病棟がある場合は病棟毎にご記入下さい

①届け出ている地ケア病棟の特定入院料の区分(6月1日)

②病床数(6月1日)

③2018年3月1日時点の病床の種類(別添「病床一覧」で該当する番号をご入力下さい)

④医療法上の位置付け(一般病床か療養病床)(6月1日)

⑤入院医療管理料の場合は、その病棟の入院基本料(別添の「病床一覧」で該当する番号を入力して下さい)(6月1日)

⑥看護職員配置加算の取得の有無(6月1日)

調査票(設問)



平成30年度
地域包括ケア病棟の
機能に関する調査

- ⑦看護補助者配置加算の取得の有無(6月1日)
- ⑧看護職員夜間配置加算の取得の有無(6月1日)
- ⑨稼働率の実績(2018年4月)
- ⑩重症度、医療・看護必要度(以下必要度)の評価方法(I又はII)と実績(2018年2～4月の3ヶ月平均)
- ⑪平均在院日数(以下ALOS)(2018年2～4月の3ヶ月平均)
- ⑫リハビリ単位数(2018年2～4月の3ヶ月で(疾患別またはがん患者リハを提供した総単位数)÷(疾患別またはがん患者リハ等を提供した患者の入院延べ日数))
- ⑬摂食機能療法の総算定件数(2018年4月時点)
※⑨～⑫は、小数点第一位まで記入して下さい
※⑨～⑫は、厚生局への届出と同じ算出方法です
※4月に初めて地ケア病棟を開設した病院は、⑩⑪⑫は転換前の病棟の実績と4月実績の平均で算出して下さい

2. 貴院の診療圏の状況について

- (1) 選択肢の定義をご確認のうえ、次のどれに該当するか○を付けて下さい。また、“どちらでもない”場合で特徴ある医療に特化している場合は自由記述欄に記載下さい。

1. 急性期ケアミックス型 ・ 2. ポストアキュート連携型 ・ 3. どちらでもない

(選択肢の定義)

- ・急性期ケアミックス型:

急性期一般入院基本料7以上の急性期病棟があり、病床機能報告に照らして一定以上の急性期機能を有していると自ら判断し、病院全体として急性期を最も重視している病院です。地ケア病棟は院内のポストアキュートが主になります。

- ・ポストアキュート連携型:

病院全体の実入院患者数の半数以上が他院からのポストアキュートを受け入れる病院です。実患者数が半数に届くかどうか判断に迷う場合は、次の“どちらでもない”を選択して下さい。

- ・どちらでもない:

多くは自宅や居住系施設、介護施設等で療養している患者の内科的・外科的急性増悪や軽症急性疾患などのサブアキュートを中心に受け入れる病院です。しかし、上記に該当しないケースもありますので、特徴ある医療に特化している場合は自由に記載して下さい。

- (2) 2017年6月から2018年5月の間に、病棟構成を見直しましたか?また、そのとき近隣の医療機関と意見交換するなどの調整を行いましたか?
- (3) 地域連携推進法人への加入等について、回答用紙の該当に○を付けて下さい(複数回答可)。
- (4) かかりつけ医の高齢化や跡継ぎ等の問題から、貴院が地域の訪問診療や往診を行う必要性を感じていますか?
- (5) 貴院では、地域包括診療料又は認知症地域包括診療料(加算は対象外です)を算定していますか?また、算定している場合は診療料の種別と、算定理由を回答用紙の該当するもの全てに○を付けて下さい。(複数回答可)

3. 在宅・生活復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

- (1) 在宅・生活復帰支援のために、貴院が取り組んでいる、または2018年度内に取り組む予定の事項を伺います。回答用紙の選択肢で、該当するもの全てに○を付けて下さい。(複数回答可)
- (2) ①届け出ている入退院支援加算の種類をご記入ください
②病院全体と地ケア病棟における入退院支援加算(地ケア病棟は一般病棟1のイに限る)と入院時支援加算の算定件数、退院患者数(いずれも2018年4月)をご記入下さい
- (3) 貴院の地ケア病棟では、POC(Point Of Care)リハを提供していますか?
・POC(Point Of Care)リハについて
地ケア病棟では、スケジュールと提供量を管理された疾患別・がん患者リハ(20分1単位)以外の取り組みとして、リハ包括算定を活かした時間・単位・場所に縛られないリハを提供できます。このうち、患者の傍らで、個別に短時間、オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハをPOC(Point Of Care)リハと総称しています。OTは生活回復リハ、PTは廃用・褥瘡予防と機能回復リハを主に担当します。
- (4) その他、在宅・生活復帰支援のために、院内の多職種協働による特徴的な取り組みをされていたら、ご紹介下さい。(自由記述)

4. 地域包括ケア病棟における2018年度診療報酬改定への取り組みについて

- (1) 2018年4月以降に地ケア病棟を開設しましたか?また、今回の開設は“同一敷地内に訪問看護ステーションを開設している”の要件が追加されたことで可能となりましたか?
- (2) **6月1日現在、入院料(管理料)1、3を1病棟でも届け出ている病院**に伺います。
次のi～vの在宅医療等の実績に関する要件で、満たしている項目全てに○を付けて下さい
 - i 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
 - ii 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回以上であること
 - iii 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
 - iv 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
 - v 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(当該保険医療機関における上記サービスのみなし指定を含む)
- (3) **6月1日現在、入院料(管理料)1、3を届け出していない病院**に伺います。2018年度中に1、3を届け出る予定はありますか?また、次の①～④の要件で満たすことが困難な項目全てに○を付けて下さい
 - ①許可病床数200床未満
 - ①自宅等から入棟した患者の占める割合(1割以上)
 - ②自宅等からの緊急入院患者の受入れ(3人以上/3月)
 - ③在宅医療等の提供
 - ③-i 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
 - ③-ii 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回以上であること

調査票(設問)



平成30年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

- ③-iii 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50回以上であること
- ③-iv 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
- ③-v 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（当該保険医療機関における上記サービスのみなし指定を含む）
- ④「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた看取りの指針
- 以下、設問4.（4）～（12）については、複数病棟ある場合は全ての病棟の合計をご記入下さい。
- （4）薬剤総合評価調整加算の算定件数をご記入下さい（2018年4月）
- （5）①腹膜透析に関する算定件数をご記入下さい（2018年4月）
②人工腎臓に関する算定件数をご記入下さい（2018年4月）
- （6）急性期患者支援病床初期加算の総点数と算定した実患者数をご記入下さい（2018年4月）
- （7）在宅患者支援病床初期加算の総点数と算定した実患者数をご記入下さい（2018年4月）
- （8）2018年3月の救急・在宅等支援病床初期加算の総点数と算定した実患者数をご記入下さい
- （9）地ケア病棟で看護職員夜間配置加算を算定した延べ日数をご記入下さい（2018年4月）
- （10）地ケア病棟で出来高算定の手術（小手術～全麻）を行った実件数をご記入下さい（2018年4月）
- （11）地ケア病棟で化学療法を施行した延べ患者数をご記入下さい（2018年4月）
- （12）地ケア病棟の糖尿病教育入院の延べ患者数をご記入下さい（2018年4月）
- （13）在宅復帰率の要件において、在宅復帰の対象から医療療養病床や介護老人保健施設、機能強化型有床診療所が外れたことの影響がありますか？影響があった場合、どの施設が外れたことが影響しましたか？また、どのような対策を取られましたか？
- （14）複数の地ケア病棟を届け出る際の要件について伺います。貴院が次の①②のどちらにも該当する場合は、両設問ともお答え下さい
- ①現在または2018年3月以前の許可病床数が500床以上の病院で、許可病床数が400床未満に既に削減した、または2018年度中に削減する予定がありますか？
- ②現在または2018年3月以前に、特定集中治療室管理料やハイケアユニット入院医療管理料等の高度急性期の病床を届け出ている病院で、これらの高度急性期病床の届出を既に取り下げた、または2018年度中に取り下げる予定がありますか？
- （15）100床未満の病院に伺います。夜間看護体制特定日減算を活用して、地ケア病棟の看護師が夜間の救急外来の対応をしたことがありますか？（2018年4月以降）
- （16）貴院は、「許可病床が200床未満に限る」とされている基準が240床未満に緩和される、「医療資源の少ない地域に属する医療機関」に該当しますか？
該当する場合は、以下に続けてお答え下さい。現在または2018年3月以前の許可病床数が240床以上の病院で、200床以上240床未満に、既に許可病床を削減した、または2018年度中に削減する予定がありますか？
- （17）短期滞在手術等基本料3（以下 短手3）について伺います
- ①貴院は、DPC対象病院ですか？
DPC対象病院の場合は、以下に続けてお答え下さい。
- ②2018年3月以前は、短手3を地ケア病棟で対応していましたか？
- ③2018年4月以降は、どのように対応していますか？

5. 人生の最終段階における医療・ケアの決定に関する取り組みについて
- （1）貴院では、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた看取りに関する指針を策定していますか？
- （2）地ケア病棟での在宅患者支援病床初期加算について伺います
①どのような支援を行った場合に算定している、または算定する予定ですか？（複数回答可）
②厚労省は「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を取りまとめているますが、認知機能の低下を算定の基準にしている、またはする予定がありますか？
③その他、算定にあたり行っている支援や困っていること等を、自由にお書き下さい
- （3）在宅患者支援療養初期加算の算定にかかわらず、人生の最終段階における医療・ケアの決定支援やACP（アドバンス・ケア・プランニング）等の啓発を、院内で行っていますか？
- （4）貴院の地域では、死生観教育や人間観・人生観・倫理観の育成といった、住民を巻き込んだ地域啓発活動が行われていますか？

6. 介護療養病床や医療療養病床（入院基本料2）の転換（休床や返上含む）について
- （1）介護療養病床と医療療養病床（入院基本料2）の転換（休床や返上含む）について伺います
①介護療養病床または医療療養病床（入院基本料2）をお持ちですか？
②これらの病棟を、既に転換した、また2018年度中に転換予定がありますか？
③②で既に転換した、または転換予定を選択された場合転換先を選択して下さい。介護療養病床と医療療養病床（入院基本料2）の両方や複数ある場合は、全て記入をお願い致します。用紙が足りない場合はコピーしてご使用下さい
- （2）転換の目的をお聞かせ下さい（複数回答可）

7. 4月の2018年度診療報酬改定と9月末の経過措置終了を経た10月以降の経営について
- （1）10月以降、病院全体の経営状況はどのような傾向になると予想しますか？
- （2）そのとき、貴院の地ケア病棟の受入れ機能（サブアキュート、ポストアキュート、周辺 ※詳細は回答用紙をご参照ください）は6月現在と比べて、どのように変化すると思われますか？
- （3）これらの予測に対し、特に重要な対策は何だと考えていますか？回答用紙の該当する項目3つに○を付けて下さい

8. 自由記述
- 今回の改定を運用するにあたって対策や困難となる要件、地域ニーズを充足するために地ケア病棟に必要な機能等、その他ご意見がございましたら、ご自由にご記載下さい。

9. お答えいただいた内容で、貴院の取り組みが、特徴的で広く展開すべきと思われる場合は、協会として、個別に問い合わせをしたり、ご紹介致したりしてもよろしいでしょうか？

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。 <本アンケートの問い合わせ先>
地域包括ケア病棟協会
事務局 村上
TEL : 03-3355-3120
FAX : 03-3355-3122
メール : info@chiiki-hp.jp

調査票(回答用紙)



平成30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(病床)に関するアンケート調査(回答用紙)

返信期日:平成30年6月25日(月)

返信先:地域包括ケア病棟協会事務局

FAX:03-3355-3122 メール: info@chiiki-hp.jp

*メールタイトル、添付ファイルは「都道府県・病院名」にて作成ください

1. 病院基本情報について

- (1) 病院名: _____
- (2) 開設法人:(該当する小分類番号) _____
- (3) 所在: 都道府県 _____ 市町村: _____ 2次医療圏 _____
- (4) 許可病床: 床 _____ 高度急性期 _____ 床/急性期 _____ 床/回復期 _____ 床/慢性期 _____ 床/休床 _____ 床 _____
※機能別の病床数と休床を合計した数が、許可病床数と一致することをご確認ください
- (5) 訪問系: 有・無 _____ 通所系: 有・無 _____ 介護施設: 有・無 _____ 居住系: 有・無 _____
- (6) 常勤の総合診療医の数: 1. いる (_____ 人) ・ 2. いない (専門医資格は問いません)
- (7) 常勤の老年病科医や老年内科医の数: 1. いる (_____ 人) ・ 2. いない (専門医資格は問いません)
- (8) 常勤の歯科医の数: 1. いる (_____ 人) ・ 2. いない
- (9) ①救急車の受入実績: _____ 件 / うち入院患者数: _____ 人
②地ケア病棟へ直入院患者数: _____ 人 / うち救急搬送: _____ 件
- (10) 地域包括ケア病棟(病床)の状況 (複数の病棟をお持ちの場合は病棟別にご記入下さい)
※別紙回答用紙にご記入ください

2. 貴院の診療圏の状況について

- (1) 該当するものに○を付けてください
1. 急性期ケアミックス型 ・ 2. ポストアキュート連携型 ・ 3. どちらでもない
(特徴的な医療: _____)
- (2) 病棟見直し: 1. した ・ 2. していない / 地域との調整: 1. した ・ 2. していない ・ 3. 不明
- (3) 1. 近隣に地域連携推進法人がない ・ 2. 加入している ・ 3. 2018年度中に加入予定 ・ 4. 検討中 ・ 5. 脱退した
- (4) 在宅診療の実践は: 1. 必要と考えている ・ 2. 必要はない ・ 3. 実際に要望があった ・ 4. わからない
- (5) 1. 算定している ・ 2. 2018年度中に算定予定 ・ 3. 算定しない
診療料の種類(※加算は対象外) 1. 地域包括診療料 ・ 2. 認知症地域包括診療料 ・ 3. 1と2共に
(算定理由: 複数回答可) 1. 対象患者が多い ・ 2. 医師会や行政等との協働 ・ 3. 地域にかかりつけ医が不足
4. 疾病や介護予防への貢献 ・ 5. 住民のQOLとQOD向上への貢献 ・ その他(_____)

都道府県[_____] 病院名[_____]

3. 在宅・生活復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

- (1) 取り組んでいるまたは2018年度内に取り組む予定の事項(複数回答可)
- ①リハビリ ②リハビリ栄養 ③認知症ケア ④NST ⑤ポリファーマシー対策 ⑥レスパイトケアの受入
⑦口腔ケア ⑧排泄ケア ⑨摂食機能療法 ⑩院内デイサービス・デイケア ⑪患者・家族との退院調整
⑫院内地域内共通のアセスメント※ ⑬地域ケアマネとの連携 ⑭その他(_____)
- ※⑫は、生活支援の状況を含めた患者情報を共有するために、地域の複数の医療・介護施設で使用するオリジナルの評価票等であり、地域連携バスや医療・介護保険上の用紙等は含みません。
- (2) ①入退院支援加算 1 _____ ・ 2 _____ ・ 3 _____ 届け出ていない
②病院全体の算定実績:(4月)
入院支援加算 _____ 件 入院時支援加算 _____ 件 退院患者数 _____ 件
※うち、地ケア病棟:(4月)
入院支援加算 _____ 件 入院時支援加算 _____ 件 退院患者数 _____ 件
(地ケア病棟の入退院支援加算は1のイに限る)
- (3) POCリハを ①提供している ・ ②提供していない ・ ③2018年度中に取り組む予定

(4) (自由記述)

4. 地域包括ケア病棟における2018年度診療報酬改定への取り組みについて

- (1) 2018年4月以降に 1. 開設した ・ 2. 開設していない → 1. はい(要件追加で可能) ・ 2. いいえ(他の要件で届出)
- (2) 入院料・管理料1・3を届け出ている病院(満たしている要件全てに○を付けて下さい): i _____ ・ ii _____ ・ iii _____ ・ iv _____ ・ v _____
- (3) 入院料・管理料1・3を届け出していない病院: 2018年度中に 1. 届け出る予定 ・ 2. 検討中 ・ 3. 届け出ない
(困難な要件全てに○を付けてください)
① _____ ・ ② _____ ・ ③-i _____ ・ ③-ii _____ ・ ③-iii _____ ・ ③-iv _____ ・ ③-v _____ ・ ④ _____

以下、設問4.(4)~(12)については、地ケア病棟が複数ある場合は全ての病棟の合計をご記入下さい。

- (4) 薬剤総合評価調整加算(4月) _____ 件
- (5) ①腹膜透析に関する算定件数(4月) _____ 件
②人工腎臓に関する算定件数(4月) _____ 件
- (6) 急性期患者支援病床初期加算(4月) 総点数: _____ 点 実患者数: _____ 人
- (7) 在宅患者支援病床初期加算(4月) 総点数: _____ 点 実患者数: _____ 人
- (8) 救急・在宅等支援病床初期加算(3月) 総点数: _____ 点 実患者数: _____ 人

調査票(回答用紙)



都道府県[] 病院名[]

(9) 看護職員夜間配置加算を届け出た日数(4月) 延べ日数: 日

(10) 出来高算定の手術(小手術～全麻)件数(4月) 実件数: 件

(11) 化学療法を施行した延べ患者数(4月) 延べ患者数: 人

(12) 糖尿病教育入院の延べ患者数(4月) 延べ患者数: 人

(13) 在宅復帰率: 1. 影響あり ・ 2. 影響なし → (複数回答可) 1. 医療療養 ・ 2. 老健 ・ 3. 有床診
対策:()

(14) ① 1. 既に削減した / 2018年度中に 2. 削減予定 ・ 3. 検討中 ・ 4. 削減しない
② 1. 既に取り下げた / 2018年度中に 2. 取り下げ予定 ・ 3. 検討中 ・ 4. 取り下げない

(15) 1. 対応したことがある ・ 2. 対応したことがない

(16) 1. 該当する ・ 2. 該当しない
1. 既に削減した / 2018年度中に 2. 削減予定 ・ 3. 検討中 ・ 4. 削減しない

(17) ① 1. DPC対象病院である ・ 2. 対象ではない
DPCのみ回答 ②(3月以前) 1. 地ケアのみで対応 ・ 2. 地ケアや他病棟でも対応 ・ 3. 対応なし
DPCのみ回答 ③(4月以降) 1. DPCのみで対応 ・ 2. DPCや他病棟(地ケア以外)でも対応 ・ 3. その他 ・ 4. 対応なし
その他を具体的に()

5. 人生の最終段階における医療・ケアの決定に関する取り組みについて

(1) 1. 策定済み / 2018年度内に 2. 策定予定 ・ 3. 検討中 ・ 4. 策定しない ・ 5. 未定

(2) ① 1. リーフレットの配布等で啓発をした場合 ・ 2. 本人の意思を代理決定をする家族等を特定した場合 ・
3. 人生最終段階における医療・ケアに関する意思決定に至った場合 ・ 4. その他 (複数回答可)
その他を具体的に()
② 1. 基準にしている ・ 2. 基準にする予定 ・ 3. 基準にしない ・ 4. 未定
③自由記述:

(3) 院内啓発: 1. 行っている ・ 2. 行う予定 ・ 3. 行わない ・ 4. 未定

(4) 地域内啓発: 1. 盛んに行われている ・ 2. 行われてはいる ・ 3. 行われていない ・ 4. わからない

都道府県[] 病院名[]

6. 介護療養病床や医療療養病床(入院基本料2)の転換(休床や返上含む)について

(1) ① 1. 介護療養病床あり ・ 2. 医療療養病床(入院基本料2)あり ・ 3. 両方あり ・ 4. 両方なし
② 1. 既に転換した / 2018年度中に 2. 転換予定 ・ 3. 検討中 ・ 4. 転換しない ・ 5. 未定

③-1 1病棟目 介護療養病床の転換先
1. 介護医療院(I) ・ 2. 介護医療院(II) ・ 3. 医療療養1 ・ 4. 医療療養2
5. 地ケア病棟 ・ 6. 特定施設 ・ 7. 休床 ・ 8. 返上 ・ 9. その他
その他を具体的に()

③-1 2病棟目 介護療養病床の転換先
1. 介護医療院(I) ・ 2. 介護医療院(II) ・ 3. 医療療養1 ・ 4. 医療療養2
5. 地ケア病棟 ・ 6. 特定施設 ・ 7. 休床 ・ 8. 返上 ・ 9. その他
その他を具体的に()

③-2 1病棟目 医療療養病床(入院基本料2)の転換先
1. 介護医療院(I) ・ 2. 介護医療院(II) ・ 3. 医療療養1 ・ 4. 地ケア病棟
5. 特定施設 ・ 6. 休床 ・ 7. 返上 ・ 8. その他
その他を具体的に()

③-2 2病棟目 医療療養病床(入院基本料2)の転換先
1. 介護医療院(I) ・ 2. 介護医療院(II) ・ 3. 医療療養1 ・ 4. 地ケア病棟
5. 特定施設 ・ 6. 休床 ・ 7. 返上 ・ 8. その他
その他を具体的に()

(2) 転換の目的 複数回答可
1. 許可病床数の縮小 ・ 2. 医療機能の向上 ・ 3. 稼働率の確保 ・ 4. 地域ニーズへの対応 ・
5. 人員の効率的活用 ・ 6. 制度改正への対応 ・ 7. スペースの確保 ・ 8. 在宅医療介護の強化 ・
(9～12は地ケア病棟に関する選択肢) 9. 地ケア病棟の開設 ・ 10. 入院料・管理料1-3の届出 ・
11. 地ケア病棟の在宅復帰率向上 ・ 12. 在宅患者支援病床初期加算件数増 ・
13. その他(具体的に())

調査票(回答用紙)



平成30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(病床)に関するアンケート調査 (1.(10)回答用紙)

都道府県[

]病院名[

]

1. (10) 地域包括ケア病棟(病床)の状況 (設問により日付が異なるのでご注意ください。複数の病棟をお持ちの場合は病棟別にご記入下さい)

		1病棟目	2病棟目	3病棟目	4病棟目	5病棟目
①地ケア病棟の特定入院料区分: (6月1日現在)	入院料	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4
	管理料	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4	1・2・3・4
②病床数: (6月1日現在)		床	床	床	床	床
③当該病棟の以前の病床種類: (3月1日現在) ※別紙「病床一覧」から番号を選択		No.	No.	No.	No.	No.
④医療法上の位置づけ (6月1日現在)		一般病床・療養病床	一般病床・療養病床	一般病床・療養病床	一般病床・療養病床	一般病床・療養病床
⑤入院医療管理料の場合、その病棟の入院基本料: (6月1日現在) ※別紙「病床一覧」から番号を選択		No.	No.	No.	No.	No.
⑥看護職員配置加算: (6月1日現在)		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑦補助者配置加算: (6月1日現在)		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑧看護職員夜間配置加算: (6月1日現在)		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑨稼働率: (4月分)		%	%	%	%	%
⑩必要度の評価方法と実績: (2~4月平均)		I・II %	%	%	%	%
⑪ALOS: (2~4月平均)		日	日	日	日	日
⑫リハ単位: (2~4月平均)		単位	単位	単位	単位	単位
⑬摂食機能療法: (4月1ヵ月分)		件	件	件	件	件

※⑨~⑫は小数点第一位までご記入下さい。

調査項目について

実施期間： 2018年6月中旬～下旬

件数が少ないため、統計学的有意差は求めない

回収状況： 発送：2,232病院 回収：500病院 回収率：22.4%

アンケートの概要： (うち地域包括ケア病棟協会員 発送：451病院 回収：176病院 回収率：39.0%)

1. 病院基本情報

- ・病床数、病床機能、介護サービス等の状況、常勤医師歯科医師数、救急車受入実績等
- ・地ケア病棟の状況

地ケア病棟の特定入院料の区分、転換前の病床種類、加算の届出状況、実績(稼働率、重症度、医療・看護必要度、ALOS、リハビリ単位数等)等

2. 診療圏の状況について

- ・病院機能、他施設との関係性、地域医療連携推進法人、訪問診療等

3. 院内多職種協働の取組

- ・在宅・生活復帰支援促進の取り組み、入退院支援加算、POCリハ等

4. 地ケア病棟における2018年度診療報酬改定への取組

- ・2018年4月以降の地ケア病棟開設、入院料(管理料)1、3の届出状況、在宅医療等の実績、新設加算の届出状況、出来高項目の算定状況、在宅復帰率要件の影響、複数地ケア病棟届出の取組、算定・届出要件緩和の取組等

5. 人生の最終段階における医療・ケアの決定に関する取り組み

6. 介護療養病床や医療療養病床(入院基本料2)の転換

7. 10月以降の経営

8. 自由記述

調査結果の全てはお手元の資料をご覧ください。
本日ホームページにアップロード致します。

■ 設問毎の集計

- はスライド内のまとめとした。
- 統計処理をしていないため、まとめ内では、
 - ・割合は、0.5割刻みとし、
 - ・強、弱、前後、以上、以下、超、未満等で表現した。
- 最大頻度や割合を赤、最小を青、その中間で強調したい場合を紫で表した。

■ クロス集計

- クロス集計の項目は、
 - ・設問番号と設問名を×で括った。
例) 1.-(3)所在地 × 2.-(1)病院機能
- 列又は行で強調したい場合は で囲んだ。
- 最大頻度や割合を赤、最小を青、その中間で強調したい場合を紫で表した。

病院機能毎の傾向と課題

— 下記より抜粋 —

■ 設問毎の集計

- はスライド内のまとめとした。
- 統計処理をしていないため、まとめ内では、
 - ・割合は、0.5割刻みとし、
 - ・強、弱、前後、以上、以下、超、未満等で表現した。
- 最大頻度や割合を赤、最小を青、その中間で強調したい場合を紫で表した。

28

■ クロス集計

- クロス集計の項目は、
 - ・設問番号と設問名を×で括った。
 - 例) 1.-(3)所在地 × 2.-(1)病院機能
- 列又は行で強調したい場合は で囲んだ。
- 最大頻度や割合を赤、最小を青、その中間で強調したい場合を紫で表した。

28

病院機能毎の傾向

我が国の現状を踏まえた病院機能毎の特徴は、

- 民間、200床未満の割合は、どの病院機能でも過半数であった。
- 急性期CM型は、病院数、地方都市・過疎地に占める割合が最多であり、200床未満が6割弱であった。
- PA連携型は、民間、併設介護施設あり、大都市に占める割合が最多であり、200床未満が8.5割弱であった。
- 地域密着型は、200床未満の割合が最も多く、他の4項目では中位であり、200床未満が9割弱であった。

病院機能毎の傾向

日本の将来人口の動向の3段階に沿うように、

■ H29調査と比較して、

・地方都市・過疎地では、従来型急性期医療のニーズ低下と高齢化率の増加により、規模の縮小と生活支援型医療への対応が迫られており、急性期CM型の割合が減り、地域密着型の割合が増えた。

・大都市では、生活支援型医療への対応で割合は低いが同様の傾向となった。

■ 200床未満が多い地域密着型やPA連携型は入院料(管理料)1・3を届け出て、生活支援型医療の受け皿となっていると推察された。

病院機能毎の傾向

■ キーワードは、

「入院料(管理料)1、3と実績評価」、「在宅患者支援病床初期加算」、「在宅復帰率の分子の変更」と「入退院支援」の4つであり、相互に交絡する。

■ 200床未満の病院が9割近いPA連携型と地域密着型は、「入院料(管理料)1・3」を届出済み病院が3割、予定・検討病院は3割に認め、地域包括ケアシステムを充実させるべく取り組んでいる。

■ さらに、PA連携型は、「在宅復帰率の分子が変更」となり、受入れ元も退院先も自宅等を選択する様に促され、真摯に取り組んでいる。

病院機能毎の傾向

■「在宅患者支援病床初期加算」は、

- ・高い点数だが、意思決定支援の際に、看取り指針の整備とACPの活用を求められている。
- ・院内や地域内での普及啓発が進んでいる病院は、実際の意思決定支援がより多く行われていた。
- ・しかし、急性期CM型での取り組みは遅れていた。

■「入退院支援」は、

- ・患者・家族に対する意思決定支援や入院時の情報共有の迅速化と対象の広範囲化、
- ・リハビリ、栄養、認知症、ポリファーマシー対策等の在宅・生活復帰支援の充実が求められている。
- ・入院時連携加算などの取り組みはこれから。

病院機能毎の傾向

- 200床未満に係る実績評価を受けて、PA連携型と地域密着型の9割弱と急性期CM型の6割弱の地域包括ケア病棟は正常進化を遂げた。
- しかし、200床以上の施設、特に急性期CM型の4割強は、「地域包括ケアに関する実績評価」を受けられないし、自院からが多い「ポストアキュート」に関する質評価もない。
- また、急性期CM型には、「ときどき入院ほぼ在宅を支える施設」と「その他の役割の施設」(例)400床以上の高度急性期病院)が混在していると予想している。

病院機能毎の課題

地域包括ケア病棟の質向上を目的に、

- 急性期CM型の亜分類を調査検討し、
- 全ての病院機能について、
 - ・特に、200床以上400床未満の病院と、400床以上の病院における、
 - ・「地域包括ケアに関する実績」と
 - ・「ポストアキュート」の質評価について、検討してはどうか？



■エビデンス

1. 病院基本情報

1.-(2)開設法人：(n=500)

	公的	民間	合計
回答数	149	351	500
%	29.8	70.2	100.0

H29調査とほぼ
同じ結果

1.-(4)許可病床の規模：(n=461)

※許可病床数と、機能別病床数+休床数の合計が一致しない39病院のデータを除く。

	~49	50~99	100~ 149	150~ 199	200~ 299	300~ 399	400~ 499	500~	合計
回答数	21	96	83	127	49	62	15	8	461
%	4.6	20.8	18.0	27.5	10.6	13.4	3.3	1.7	100.0

66.3%

1.-(10) 地ケア病棟の状況

④医療法上の位置づけ：(n=495) 【2018年6月1日】

※2病棟を有する病院は、両病棟とも集計した。(443病院×1+26病院×2=495)

	一般病床	療養病床	未回答	合計
回答数	434	52	9	495
%	87.7	10.5	1.8	100.0

■ 病院機能の特徴

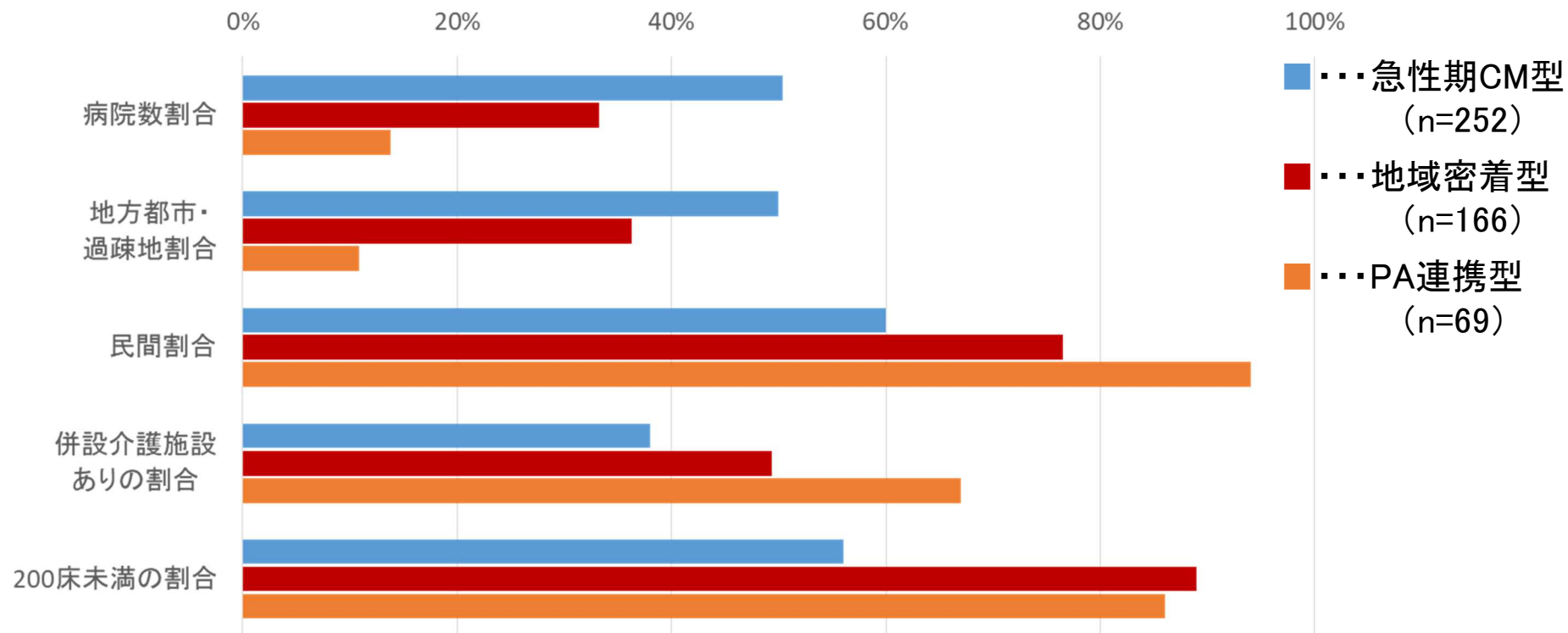
- 入院料(管理料)1、3と実績評価
- 在宅患者支援病床初期加算とACP
- 在宅復帰率の分子の変更
- 入退院支援

キーワードは

- 将来人口動向
- 200床未満
- 入院料(管理料)1・3

クロス集計

2.-(1)病院機能×下記5項目



- ・民間、200床未満の割合は、どの病院機能でも過半数であった。
- ・急性期CM型は、病院数、地方都市・過疎地に占める割合が最多であった。
- ・PA連携型は、民間、併設介護施設あり、大都市に占める割合が最多であった。
- ・地域密着型は、200床未満の割合が最も多く、他の4項目では中位であった。

2. 診療圏の状況

■ 病院機能について

・急性期ケアミックス型(急性期CM型):

一般病床10対1以上の急性期病棟があり、かつ病床機能報告に照らして一定以上の急性期機能を有していると自ら判断し、病院全体として急性期を最も重視している病院。地域包括ケア病棟は自院のポストアキュートが主となる。

・ポストアキュート連携型(PA連携型):

病院全体の実入院患者数の半数以上が他院からのポストアキュートを受け入れる病院。実患者数が半数に届くかどうか判断に迷う場合はどちらでもないに該当。

・地域密着型:

上記二つのどちらでもないと回答した病院を当協会では地域密着型と定義している。多くは自宅や居住系施設、介護施設等で療養している患者の内科的・外科的急性増悪や軽症急性疾患などのサブアキュートを中心に受け入れる病院。これに該当せず、手術等の特徴ある医療に特化しているケースもある。

・ 2.-(1)診療圏における自院の病院機能:(n=500)

	急性期CM型	PA連携型	地域密着型	未回答	合計
回答数	252	69	166	13	500
%	50.4	13.8	33.2	2.6	100.0

・H29調査と比較して、急性期CM型の割合がほぼ1割減少し、地域密着型の割合がほぼ1割増加した。

クロス集計

・ 1.-(4)許可病床数の規模 × 2.-(1)病院機能: (n=461)

※許可病床数と、機能別病床数+休床数の合計が一致しない39病院のデータを除く。

	～49	50～99	100～ 149	150～199	200～ 299	300～ 399	400～ 499	500～	合計
急性期 CM	4(1.7)	33(14.2)	37(15.9)	60(25.8)	37(15.9)	45(19.3)	13(5.6)	4(1.7)	233 (100.0)
	57.5%				42.5%				
PA連携	4(6.2)	9(13.8)	21(32.3)	21(32.3)	2(3.1)	7(10.8)	0	1(1.5)	65 (100.0)
	84.6%				15.4%				
地域密着	12(7.9)	52(34.2)	24(15.8)	46(30.3)	8(5.3)	8(5.3)	0	2(1.3)	152 (100.0)
	88.1%				11.9%				
未回答	1	2	1		2	2	2	1	11
合計	21(4.6)	96(20.8)	83(18.0)	127(27.5)	49(10.6)	62(13.4)	15(3.3)	8(1.7)	461 (100.0)
	71.0%				29.0%				

許可病床数の規模と病院機能のクロス集計では、

- ・全病院の7割強が200床未満であった。H29調査とほぼ同様の結果であった。
- ・急性期CM型の6割弱が200床未満、4割強が200床以上であった。
- ・PA連携型8.5割弱が200床未満であった。
- ・地域密着型は9割弱が200床未満であり、ピークは50～99床で3割以上を占めた。

クロス集計

- 1.-(3)所在地 × 2.-(1)病院機能: (n=500)

	急性期CM	PA連携	地域密着	未回答	合計
大都市	↓ 77 (51.3)	31 (20.7)	↑ 39 (26.0)	3 (2.0)	150 (100.0)
地方都市	↓↓ 130 (48.3)	34 (12.6)	↑↑ 98 (36.4)	7 (2.6)	269 (100.0)
過疎地	↓↓ 45 (55.6)	4 (4.9)	↑↑ 29 (35.8)	3 (3.7)	81 (100.0)
合計	↓ 252 (50.4)	69 (13.8)	↑ 166 (33.2)	13 (2.6)	500 (100.0)

所在地と病院機能のクロス集計では、

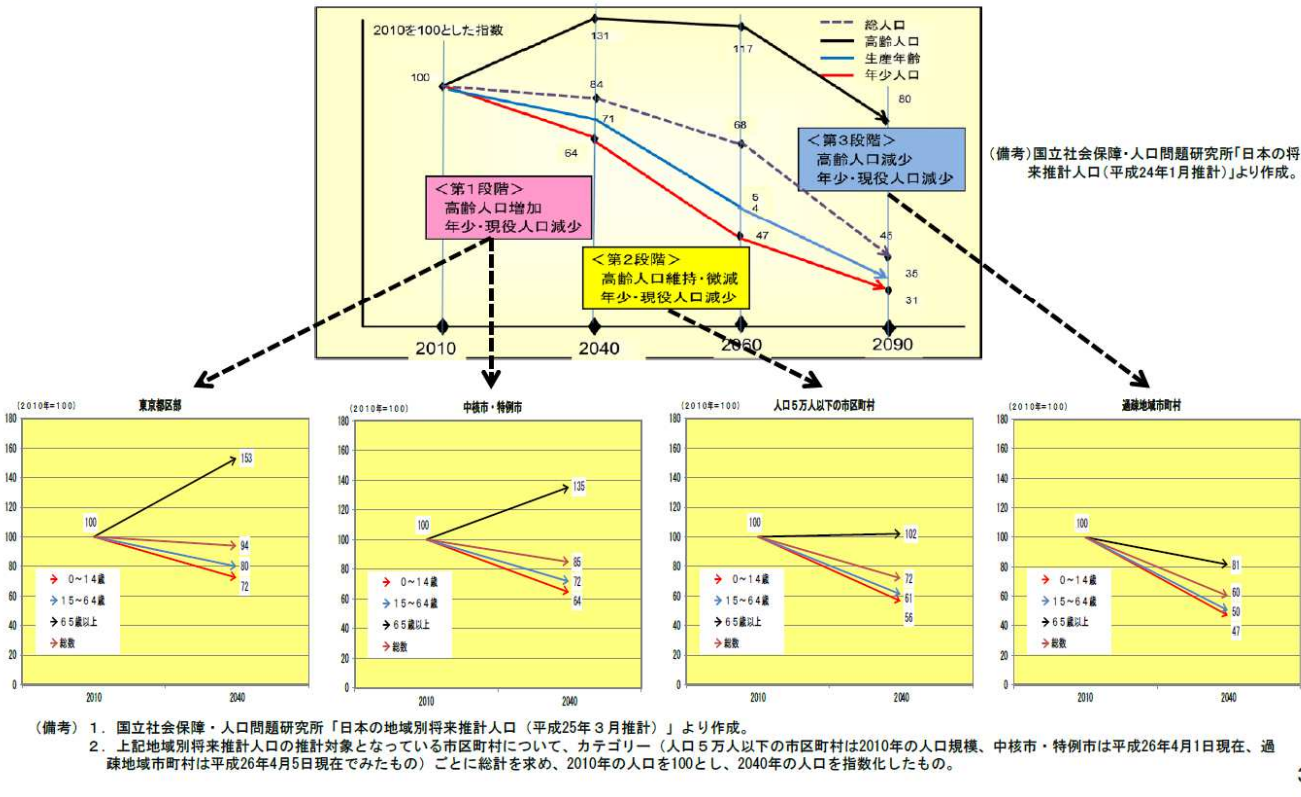
- ・どの所在地でも、急性期CM型、地域密着型、PA連携型の順に多かった。
- ・PA連携型は大都市部では2割強を占めるが、地方都市1.5割弱、過疎地0.5割弱と差を認めた。
- ・H29調査と比較すると、急性期CM型の割合は、大都市では約5ポイント(↓)、地方都市・過疎地では10ポイント(↓↓)前後が減少し、地域密着型の割合がその分増加(↑)していた。

3. 地域によって異なる将来人口動向



平成30年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

○ 地域によって人口の「減少段階」は大きく異なる。東京圏や大都市などは「第1段階」にあるのに対して、地方はすでに「第2・3段階」になっている。



引用: まち・ひと・しごと創生長期ビジョン
—国民の「基本認識の共有」と「未来への選択」を目指して—
<参考資料集> 平成26年12月27日 内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局

■ 日本の将来人口の動向は、3段階に分かれる。

「第1段階」2010～40年までは、総人口は減るが、老年人口は増える。

「第2段階」2040～60年には、総人口減少に加え、老年人口が維持から徐々に減り始める。

「第3段階」2060年～は、総人口が本格的に減少する。

■ 3つの段階で医療ニーズが異なるので、それに沿った国家戦略を立てなければいけない。

■ 各段階は地域ごとに時差がありながら起こっていくものであり、全国一律の対策ではなく、地域ごとに考えていかなければならない。

クロス集計

4.-(3)入院料(管理料)1、3の届出状況 × 2.-(1)病院機能:(n=469)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかが空欄、病床数に誤記入がある33病院は対象外とした。

※下段()は、病院機能毎の病院数を100%にした百分率

1、3届出状況	急性期CM	PA連携型	地域密着型	未回答	合計
届出済み	49 (20.9)	27 (41.5)	62 (39.7)	3 (27.3)	141 (30.2)
予定または検討中	61 (26.0)	22 (33.8)	58 (37.2)	0 (0.0)	141 (30.2)
どちらでもない	125 (53.2)	16 (24.6)	36 (23.1)	8 (72.7)	185 (39.6)
病院計	235 (100.0)	65 (100.0)	156 (100.0)	11 (100.0)	467 (100.0)

入院料(管理料)1、3を既に**届け出た**病院と入院料(管理料)1、3の届け出を**予定・検討**している病院を合わせると、

- ・PA連携型と地域密着型の中では**7.5割**に上った。
- ・急性期CM型の中では、どちらでもない病院と概ね**半々**であった。

■ 病院機能の特徴

- 入院料(管理料)1、3と実績評価
- 在宅患者支援病床初期加算とACP
- 在宅復帰率の分子の変更
- 入退院支援



人口動態の将来的な減少
高齢者医療・介護の需要量のピークの地域格差
治す従来型医療から治し支える生活支援型医療への転換

地域包括ケアシステム構築

惑星直列とQOLとQODの向上

2018年度トリプル改定

在宅復帰率の分子の変更
○削除
・介護老人保健施設(強化加算)
・医療療養病棟(強化加算 自院・他院) など
○追加
・介護医療院 など

地域包括ケア病棟の届出
○敷地内訪問看護ステーションの要件を追加

医療資源の少ない地域への配慮
○240床未満への要件緩和

地域包括ケアに関する実績評価
○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
・訪問診療
・訪問看護(医療保険)
・開放型病床
・訪問介護・看護(介護保険)・リハ
○看取りに対する指針

急性期患者支援病床初期加算
○ポストアキュートの受け入れ

入退院支援

**在宅患者支援病床
初期加算の算定**

入院料(管理料)1・3の届出

400床以上、ICU等の高度急性期病棟を有する病院
○1病棟のみ届出可

地域包括ケアシステム構築促進
ACPの普及・啓発

地域医療構想
医療機能の分化・連携

2025年地域医療構想のゴール



人口動態の将来的な減少
高齢者医療・介護の需要量のピークの地域格差
治す従来型医療から治し支える生活支援型医療への転換

地域包括ケアシステム構築

惑星直列とQOLとQODの向上

2018年度トリプル改定

3つの病院機能の課題

- PA連携型：サブアキュートの受け入れ強化
- 地域密着型：ときどき入院ほぼ在宅の充実
- 急性期CM型：
200床未満：ACPと在宅医療の充実
200床以上：実績評価やPAの質評価の不足

地域包括ケアシステム構築促進
ACPの普及・啓発

地域医療構想
医療機能の分化・連携

2025年地域医療構想のゴール

- 病院機能の特徴
- 入院料(管理料)1、3と実績評価
- 在宅患者支援病床初期加算とACP
- 在宅復帰率の分子の変更
- 入退院支援

キーワードは

- サブアキュート
- 在宅医療の充実
- 追い風

4. 地ケア病棟における診療報酬改定への取り組み

・4.-(2) 入院料(管理料)1・3にかかる在宅医療等の提供の充足状況

・入院料(管理料)1・3の届出状況:(n=467)



※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかが空欄、病床数に誤記入がある33病院は対象外とした。

	届け出済み	届け出していない	合計
回答数	141	326	467
%	30.2	69.8	100.0

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
 看取りに対する指針 を充足

・入院料(管理料)1・3を届出済み病院の在宅医療等の実績の充足状況:(n=117)

※未回答が15病院あった。 ※1項目のみを選択している9病院は、対象外とした。

(複数回答あり)

	a. 在宅患者訪問診療料	b1. みなし指定の在宅患者訪看・指導料等	b2. 同一敷地内訪看Stの訪看基本療養費等	c. 開放型病院共同指導料	d. 同一敷地内/みなし指定の訪問系介護サービス
回答数	107	19	15	6	110
117病院のうち、選択した割合(%)	91.5	16.2	12.8	5.1	94.0

・a.とd.を含む組み合わせの病院数 : 100病院 85.5% (n=117)

- ・入院料(管理料)1・3の届出施設は3割を超えていた。
- ・平成30年度地域包括ケア病棟 訪看ステーション要件 緊急調査においても、a.とd.を含む組み合わせの病院数は9割強を占め、本調査とほぼ同様の結果であった。

クロス集計

4.-(3)入院料(管理料)1、3の届出状況 × 2.-(1)病院機能:(n=469)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかが空欄、病床数に誤記入がある33病院は対象外とした。

※下段()は、病院機能毎の病院数を100%にした百分率

1、3届出状況	急性期CM	PA連携型	地域密着型	未回答	合計
届出済み	49 (20.9)	27 (41.5)	62 (39.7)	3 (27.3)	141 (30.2)
予定または検討中	61 (26.0)	22 (33.8)	58 (37.2)	0 (0.0)	141 (30.2)
どちらでもない	125 (53.2)	16 (24.6)	36 (23.1)	8 (72.7)	185 (39.6)
病院計	235 (100.0)	65 (100.0)	156 (100.0)	11 (100.0)	467 (100.0)

入院料(管理料)1、3を既に**届け出た**病院と入院料(管理料)1、3の届け出を**予定・検討**している病院を合わせると、

- ・PA連携型と地域密着型の中では**7.5割**に上った。
- ・急性期CM型の中では、どちらでもない病院と概ね**半々**であった。

1. 病院基本情報(地ケア病棟の実績)

・ 7.-(1) 10月以降の経営の傾向 × 4.-(2) 入院料(管理料)1・3の届出状況:

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかが空欄、病床数に誤記入がある33病院は対象外とした。(n=500)

	増収増益	増収減益	減収増益	減収減益	わからない	未回答	合計
届出済み	54 (38.3)	0 (0.0)	12 (8.5)	7 (5.0)	59 (41.8)	9 (6.4)	141 (100.0)
予定あり	20 (29.9)	1 (1.5)	8 (11.9)	3 (4.5)	32 (47.8)	3 (4.5)	67 (100.0)
検討中	11 (14.9)	2 (2.7)	7 (9.5)	7 (9.5)	41 (55.4)	6 (8.1)	74 (100.0)
届け出ない	23 (16.9)	1 (0.7)	5 (3.7)	12 (8.8)	86 (63.2)	9 (6.6)	136 (100.0)
未回答	8 (16.3)	2 (4.1)	2 (4.1)	5 (10.2)	22 (44.9)	10 (20.4)	49 (100.0)
合計	121 (24.8)	8 (1.3)	36 (7.3)	35 (7.3)	260 (51.4)	40 (7.9)	467 (100.0)

10月以降の経営の傾向と入院料(管理料)1・3の届出状況のクロス集計について、

- ・増収増益の割合が最も多かったのは、届出済みの4割弱であった。
- ・全病院機能で、わからないが4割を超えていたが、届け出済みが最少であった。

- 病院機能の特徴
- 入院料(管理料)1、3と実績評価
- **在宅患者支援病床初期加算とACP**
- 在宅復帰率の分子の変更
- 入退院支援

キーワードは

- **ガンバロー！急性期CM型**
- **院内・地域内啓発**
- **迷い風**

クロス集計

4.-(8) 救急・在宅等支援病床初期加算の算定×2.-(1)病院機能: (n=436)

・算定実績がある病院数: (n=436) ※総点数と実人数のいずれかが空欄である64病院は対象外とした。【2018年3月実績】

	急性期CM	PA連携型	地域密着	未回答	合計
算定あり	182 (79.8)	45 (72.6)	115 (81.0)	3	345 (79.1)
実績なし	46 (20.2)	17 (27.4)	27 (19.0)	1	91 (20.9)
合計	228 (100.0)	62 (100.0)	142 (100.0)	4	436 (100.0)

4.-(6) 急性期患者支援病床初期加算の算定×2.-(1)病院機能: (n=446)

・算定実績がある病院数: (n=446) ※総点数と実人数のいずれかが空欄である54病院は、対象外とした。【2018年4月実績】

	急性期CM	PA連携型	地域密着	未回答	合計
算定あり	211 (91.3)	52 (81.3)	119 (81.0)	3	385 (86.3)
実績なし	20 (8.7)	12 (18.8)	28 (19.0)	1	61 (13.7)
合計	231 (100.0)	64 (100.0)	147 (100.0)	4	446 (100.0)

4.-(7) 在宅患者支援病床初期加算の算定状況×2.-(1)病院機能: (n=440)

・算定実績がある病院数: (n=440) ※総点数と実人数のいずれかが空欄である60病院は対象外とした。【2018年4月実績】

	急性期CM	PA連携型	地域密着	未回答	合計
算定あり	142 (62.3)	46 (73.0)	111 (76.6)	4	303 (68.9)
実績なし	86 (37.7)	17 (27.0)	34 (23.4)	0	137 (31.1)
合計	228 (100.0)	63 (100.0)	145 (100.0)	4	440 (100.0)

・急性期CM型は、他の病院機能に比べて急性期患者支援病床初期加算の算定は10ポイント以上多く、在宅患者の同加算は10ポイント以上少なかった。⁶⁶

5. 人生の最終段階における医療・ケアの決定に関する取り組み



平成30年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 5.-(1) 看取りに関する指針の策定状況：(n=500)

	策定済み	2018年度 策定予定	検討中	策定しない	未定	未回答	合計
回答数	247	114	67	19	41	12	500
%	49.4	22.8	13.4	3.8	8.2	2.4	100.0

85.6%

・看取りに関する指針の策定は、策定済みが5割弱と最多で、策定予定と検討中を含めると8.5割超を占めた。

クロス集計

※500病院のうち、リーフレット等での啓発活動を算定対象にしているのは96病院、家族の特定は159病院、

意思決定の支援は207病院、その他は72病院であった**(複数回答可)**

※下段()は、病院機能毎の病院数に占める当該回答をした病院の割合

・5.-(2)在宅患者支援病床初期加算の算定対象とする支援活動 × 2.-(1)病院機能: (n=500)

算定対象にしている支援活動	急性期CM	PA連携型	地域密着型	未回答	合計
リーフレット等での啓発活動	46 (18.3)	13 (18.8)	36 (21.7)	1 (7.7)	96 (19.2)
家族の特定	77 (30.6)	26 (37.7)	55 (33.1)	1 (7.7)	159 (31.8)
意思決定の支援	95 (37.7)	37 (53.6)	75 (45.2)	0 (0.0)	207 (41.4)
その他	32 (12.7)	8 (11.6)	30 (18.1)	2 (15.4)	72 (14.4)
病院数	252 (100.0)	69 (100.0)	166 (100.0)	13 (100.0)	500 (100.0)

(複数回答可)

在宅患者支援病床初期加算の算定対象とする支援活動と病院機能では、

- ・リーフレットでの啓発が2割前後、家族の特定は3割以上と差異はなかった。
- ・意思決定支援はPA連携型と地域密着型は5割前後であったが、急性期CM型は4割弱とやや少なかった。

クロス集計

※500病院のうち、リーフレット等での啓発活動を算定対象にしているのは96病院、家族の特定は159病院、

意思決定の支援は207病院、その他は72病院であった**(複数回答可)**

※下段()は、病院機能毎の病院数に占める当該回答をした病院の割合

・5.-(2)在宅患者支援病床初期加算の算定対象とする支援活動 × 5.-(3)院内啓発: (n=500)

算定対象にしている支援活動	行っている	行う予定	行わない	未定	未回答	合計
リーフレット等での啓発活動	28(23.9)	34(21.7)	3(14.3)	31(17.6)	0(0.0)	96(19.2)
	22.6%		17.3%			
家族の特定	39(33.3)	69(43.9)	3(14.3)	44(25.0)	4(13.8)	159(31.8)
	39.4%		23.9%			
意思決定の支援	64(54.7)	79(50.3)	7(33.3)	53(30.1)	4(13.8)	207(41.4)
	52.2%		30.5%			
その他	24(20.5)	15(9.6)	2(9.5)	30(17.0)	1(3.4)	72(14.4)
病院数	117(100.0)	157(100.0)	21(100.0)	17(100.0)	29(100.0)	50(100.0)

(複数回答可)

在宅患者支援病床初期加算の算定対象とする支援活動と院内啓発では、

- ・院内啓発を行っていると行う予定はリーフレットでの啓発が2割強、家族の特定は4割弱、意思決定支援が5割強と、行わないと未定より支援活動が活発であった。
- ・意思決定支援では20ポイント超、家族の特定では15ポイント超の差があった。



クロス集計

※500病院のうち、リーフレット等での啓発活動を算定対象にしているのは96病院、家族の特定は159病院、意思決定の支援は207病院、その他は72病院であった**(複数回答可)**

※下段()は、病院機能毎の病院数に占める当該回答をした病院の割合

・5.-(2)在宅患者支援病床初期加算の算定対象とする支援活動 × 5.-(4)地域内啓発: (n=500)

算定対象にしている支援活動	盛んに 行われている	行われては いる	行われて いない	わからない	未回答	合計
リーフレット等での啓発活動	1 (14.3)	19 (19.0)	45 (21.2)	31 (20.2)	0 (0.0)	96 (100.0)
家族の特定	1 (14.3)	35 (35.0)	69 (32.5)	50 (32.7)	4 (14.3)	159 (100.0)
意思決定の支援	4 (57.1)	55 (55.0)	87 (41.0)	57 (37.3)	4 (14.3)	207 (100.0)
その他	1 (14.3)	10 (10.0)	34 (16.0)	27 (17.6)	0 (0.0)	72 (100.0)
病院数	7 (100.0)	100 (100.0)	212 (100.0)	153 (100.0)	28 (100.0)	500 (100.0)

(複数回答可)

在宅患者支援病床初期加算の算定対象とする支援活動と地域内啓発では、

- ・地域内啓発が**行われている**は、**意思決定支援が5.5割**と、行われていないとわからないの4割前後と比べて、約15ポイント支援活動が活発であった。
- ・地域内啓発が盛んにおこなわれていると答えた病院はわずか7施設であった。

5. 人生の最終段階における医療・ケアの決定に関する取り組み

・ 5.-(2) 在宅患者支援病床初期加算の算定について



平成30年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

②認知機能の低下を算定の基準とするか：(n=500)

	基準にしている	基準にする 予定	基準にしない	未定	未回答	合計
回答数	56	80	36	239	89	500
%	11.2	16.0	7.2	47.8	17.8	100.0

27.2% (11.2% + 16.0%)
65.6% (47.8% + 17.8%)

在宅患者支援病床初期加算の算定の対象とする支援活動について、

・認知機能低下を、算定の基準にしているとする予定を合わせると、3割弱を占めたが、未定や未回答が6.5割強に達していた。

・認知機能が低下している患者にとってACPや看取り指針の活用は重要だが、本加算の算定に困難を感じている施設が多いと推察される。

- 病院機能の特徴
- 入院料(管理料)1、3と実績評価
- 在宅患者支援病床初期加算とACP
- **在宅復帰率の分子の変更**
- 入退院支援

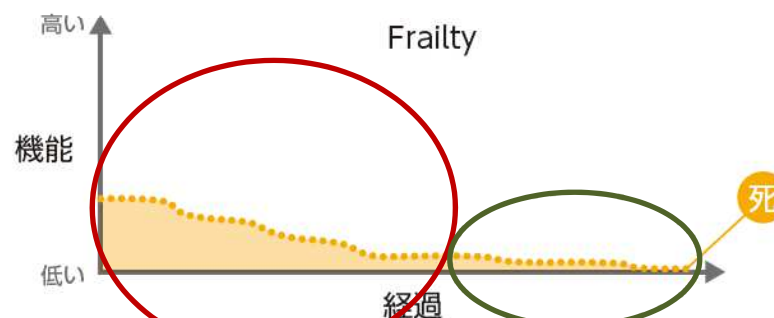
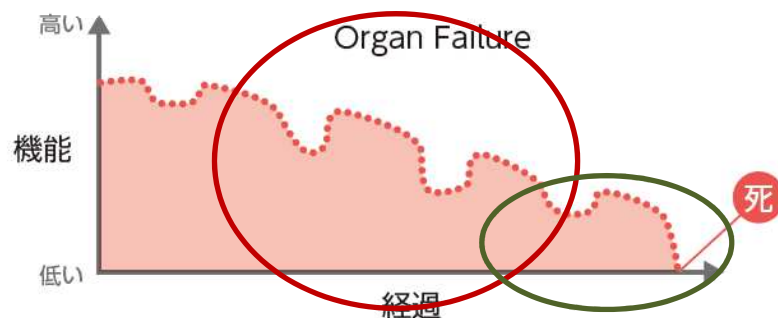
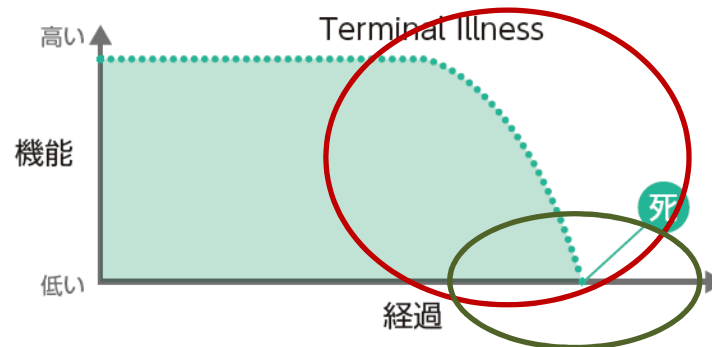
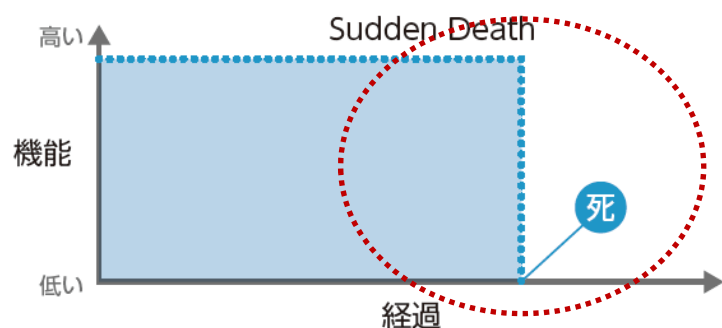
キーワードは

- 急性期後の機能分化・連携
- 変わるPA連携型
- 介護医療院スペシャル

急性期後の機能分化・連携

図 人生の最期に至る軌跡

- 地域包括ケア病棟は主に医療と介護をみる
- 介護老人保健施設は主に介護をみる



(Lunney JR, Lynn J, Hogan C: J Am Geriatr Soc. 2002;50:1108-1112 より)

■: 急性期医療等における急性型

■: がん等の亜急性型

■: 高齢者等の慢性型 (呼吸不全等)

■: 高齢者等の慢性型 (フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会: 終末期医療のあり方について-亜急性型の終末期について. 2008 より)

引用・改変: 日本医師会「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」

クロス集計

4.-(13)在宅復帰率の要件変更の影響 × 2.-(1)病院機能:(n=500)

	影響あり	影響なし	未回答	合計
急性期CM型	102 (40.5)	146 (57.9)	4 (1.6)	252 (100.0)
PA連携型	47 (68.1)	20 (29.0)	2 (2.9)	69 (100.0)
地域密着型	79 (47.6)	84 (50.6)	3 (1.8)	166 (100.0)
未回答	3	2	8	13
合計	231 (46.2)	252 (50.4)	17 (3.4)	500 (100.0)

在宅復帰率の要件変更の影響と病院機能のクロス集計について、

- ・PA連携型では、影響ありが7割弱と最多で、影響なしが3割弱と最少であった。
- ・急性期CM型では、影響ありが4割強と最少で、影響なしが6割弱と最多であった。
- ・地域密着型では、影響ありとなしがほぼ半々であった。

クロス集計

- 2.-(4)自院で訪問診療や往診を展開する必要性 × 2.-(1)病院機能:
(n=500)

	必要がある	要望があった	必要ない	わからない	未回答	合計
急性期CM	179 (71.0)	6 (2.4)	24 (9.5)	38 (15.1)	5 (2.0)	252 (100.0)
PA連携	60 (87.0)	0 (0.0)	4 (5.8)	4 (5.8)	1 (1.4)	69 (100.0)
地域密着	137 (82.5)	3 (1.8)	8 (4.8)	15 (9.0)	3 (1.8)	166 (100.0)
未回答	2	0	1	0	10	13
合計	378 (75.6)	9 (1.8)	37 (7.4)	57 (11.4)	19 (3.8)	500 (100.0)

自院で訪問診療や往診を展開する必要性と病院機能のクロス集計では、
 ・PA連携型と地域密着型の必要ありは8割超と、急性期CM型より10ポイント以上高かった。

6. 介護療養病床、医療療養病床の転換について



平成30年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

6.-(1) 介護療養病床、医療療養病床(入院基本料2)の転換について

①当該病床の有無:(n=500)

	介護療養あり	医療療養2あり	両方あり	両方なし	未回答	合計
回答数	34	32	6	383	45	500
%	6.8	6.4	1.2	76.6	9.0	100.0

14.4%

②転換の意向:(n=72)

	既に転換した	2018年度に予定	検討中	転換しない	未定	未回答	合計
回答数	4	19	20	18	8	3	72
%	5.6	26.4	27.8	25.0	11.1	4.2	100.0

59.8%

- ・介護療養または医療療養2を有する病院は72施設1.5割弱に上った。
- ・72施設の内、既に介護医療院に転換した施設は0.5割を超え、今年度中の予定と検討中を合わせると6割弱に上った。

6. 介護療養病床、医療療養病床2の転換について



6.-2) 転換の目的: (n=43)

※介護療養病床、医療療養病床(入院基本料2)のいずれかの病床持つ72病院を対象にする。

※そのうち、転換について“意思がない”、“未定”、“未回答”と回答した29病院は、対象外とした。

※%は、43病院のうち、当該項目を選択した割合。

(複数回答あり)

	1.許可病床の縮小	2.医療機能の向上	3.稼働率の確保	4.地域ニーズに対応	5.人員の効率的活用	6.制度改正への対応	7.スペース確保	8.在宅医療介護の強化
回答数	6	8	9	19	4	27	1	9
%	14.0	18.6	20.9	44.2	9.3	62.8	2.3	20.9

	9.地ケア病棟の開設	10.入院料(管理料)1・3届出	11.地ケア病棟の在宅復帰率向上	12.在宅患者支援病床初期加算の算定強化	13.その他
回答数	1	3	7	3	3
%	2.3	7.0	16.3	7.0	7.0

※9. ~12. は、地ケア病棟に関する選択肢

介護療養と医療療養2を転換する目的は、

- ・制度改正が6.5割弱と最多であり、地域ニーズへの対応が4.5割弱、稼働率の確保、在宅医療介護の強化、医療機能の向上が2割前後と続いた。
- ・地ケア病棟に関連する項目の順位は低く、在宅復帰率の向上が1.5割強に、地ケア病棟増棟を1施設に認めた。

- 病院機能の特徴
- 入院料(管理料)1、3と実績評価
- 在宅患者支援病床初期加算とACP
- 在宅復帰率の分子の変更
- **入退院支援**

キーワードは

- ケアマネとの連携
- 在宅・生活復帰支援
- ACPと退院調整

3. 在宅・生活復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

・3.-(1)在宅・生活復帰支援のための取り組み:(n=500) (複数回答あり)



平成30年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

取り組み	選択病院数	500病院に占める割合
1. リハビリ	448	89.6
2. リハビリ栄養	145	29.0
3. 認知症ケア	331	66.2
4. NST	306	61.2
5. ポリファーマシー対策	96	19.2
6. レスパイトケアの受け入れ	344	68.8
7. 口腔ケア	287	57.4
8. 排泄ケア	213	42.6
9. 摂食機能療法	309	61.8
10.院内デイサービス・デイケア	122	24.4
11. 家族との退院調整	432	86.4
12.院内地域内共通のアセスメント	46	9.2
13.地域ケアマネとの連携	362	72.4
14.その他	15	3.0

・**リハビリ、家族との退院調整、地域ケアマネとの連携**に取り組んでいる病院の割合が**7割以上**と多かった。

・**院内地域内共通アセスメント、ポリファーマシー対策、院内デイサービス・デイケア、リハビリ栄養**に取り組んでいる病院の割合が**3割未満**と少なかった。⁷⁹

3. 在宅・生活復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

3.-(2) 入退院支援加算の算定状況 【2018年4月実績】



③-1 退院患者に占める入退院支援加算の算定割合(地ケア病棟): (n=312)

※②-1の37病院のほか、入退院支援加算<入院時支援加算となっている1病院は、対象外とした。

※地ケア病棟の入退院支援加算実績と退院患者数のいずれかが空欄、もしくは入退院支援加算>退院患者数になっている37病院は、対象外とした。

	退院患者なし	0%	0.1以上 10%未満	10以上 20%未満	20以上 30%未満	30以上 40%未満	40以上 50%未満	50%以上 60%未満	60%以上 70%未満	70%以上 80%未満	80%以上 90%未満	90%以上	合計
回答数	11	98	19	23	19	24	17	28	27	12	20	14	312
%	3.5	31.4	6.1	7.4	6.1	7.7	5.4	9.0	8.7	3.8	6.4	4.5	100.0

入退院支援加算(一般病棟の1のイに限る)
算定実績あり:203病院

※地ケア病棟での入退院支援加算(一般病棟の1のイに限る)の算定実績がある病院の割合: (n=312)

算定実績あり : 203病院 65.1%

3. 在宅・生活復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

3.-(2) 入退院支援加算の算定状況 【2018年4月実績】



③-2 入院時支援加算の算定割合(地ケア病棟) : (n=299)

※②-1の37病院のほか、地ケア病棟の入退院支援加算、退院患者、入院時支援加算のいずれかが空欄になっている46病院は、対象外とした。

	地ケアから退院なし	③-1算定なし	0%	0.1以上 10%未満	10以上 20%未満	20以上 30%未満	30以上 40%未満	40以上 50%未満	50%以上 60%未満	60%以上 70%未満	70%以上	合計
回答数	11	96	180	9	2	0	0	0	0	0	1	299
%	3.7	32.1	60.2	3.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	100.0

入退院支援加算の
算定実績なし: 107病院

入院時支援加算
算定実績あり: 12病院

※地ケア病棟での入院時支援加算(一般病棟の1のイに限る)の算定実績がある病院の割合 : (n=192)

(地ケア病棟での入退院支援加算の算定実績がある病院における割合)

算定実績あり : 12病院 6.25%

エピローグ

人口減少、少子化、超高齢社会、認知症高齢者
激増、地域間格差の時代を迎えて、自院の病棟構
成の中で急性期から回復期、慢性期までの機能を
選べる柔軟性と、ご当地毎のニーズに応えられる
懐の深さを併せ持つ地域包括ケア病棟を最大限に
活用しなければ、地域包括ケアシステムと地域医
療構想は成り立たない。

地域ニーズに合わせて自院の機能を変え、院内・
地域内の多職種と住民を巻き込み、在宅・生活復
帰支援を促進しようとする病院が、安心して持続可
能性を追求できるよう、一緒に地域包括ケア病棟を
育てて頂きたい。

報告

第4回

地域包括ケア
病棟研究大会

会期 2018年7月15日(日)

会場 ロイトン札幌
〒060-0001 北海道札幌市中央区北1条西11丁目

大会長 小熊豊
(砂川市立病院 名誉院長)

テーマ

地域包括ケア病棟(床)の
展望と課題

シンポジウム 「地域医療構想、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域包括ケア病棟(床)の現状と課題」
「平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定の影響」

特別講演 地域住民の健康、医療の歴史を繋げていく
デジタルコホートの取り組み

指定演題 「入院時連携から退院時連携、アウトカム評価について」
「退院前訪問指導と退院後指導、診療体制について」

事前参加登録期間 2018年4月9日(月)～5月18日(金)

URL <http://www.gakkai.co.jp/jahcc4>

主催 地域包括ケア病棟協会
〒162-0067 東京都新宿区富久町 11-5 シャトレ市ヶ谷 2 階
TEL : 03-3355-3120 FAX : 03-3355-3122 E-mail : info@chiiki-hpjp

運営事務局 学会サービス
〒150-0032 東京都渋谷区猿谷町 7-3-101
TEL : 03-3496-6950 FAX : 03-3496-2150 E-mail : jahcc4@gakkai.co.jp

事前参加登録申込は
裏面をご参照ください

第4回地域包括ケア病棟研究大会 テーマ：地域包括ケア病棟(床)の展望と課題

日時：平成30年7月15日(日) 会場：ロイトン札幌3階ロイトンホール

総会司会：井川誠一郎(地域包括ケア病棟協会幹事)

8:50 9:00	開会式	大会長：小熊豊(砂川市立病院名誉院長) 会長：仲井培雄(芳珠記念病院理事長)
9:00 10:50 (110分)	シンポジウムⅠ： 「平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定の影響」	座長：小山秀夫 (兵庫県立大学大学院名誉教授)
	1. 平成30年度診療報酬、介護報酬の目指すもの	演者：迫井正深 (厚生労働省保険局医療課長)
	2. 中医学協での審議と重点項目	演者：猪口雄二(全日本病院協会会長・ 中央社会保険医療協議会委員)
	3. 医療・介護体制の影響と対応	演者：武久洋三 (日本慢性期医療協会会長)
11:00 11:30 (30分)	特別講演： 「地域住民の健康、医療の歴史を繋げていく デジタルコホートの取り組み」	座長：邊見公雄 (全国自治体病院協議会会長) 演者：川上浩司 (京都大学大学院教授)
	11:35 11:45	総会 昼食
12:20 14:30 (130分)	シンポジウムⅡ：「地域医療構想、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域包括ケア病棟(床)の現状と課題」	座長：小熊豊 (砂川市立病院名誉院長)
	1. 3つの病院機能から見た地域包括ケア病棟(床)	
	(1) 急性期ケアミックス型病院から (2) ポストアキュート連携型病院から (3) 地域密着型病院から	演者：石川賀代(HITO病院院長) 演者：戸田為久(ベルビアノ病院院長) 演者：志田知之(志田病院理事長)
14:40 16:00 (80分)	2. 地域医療連携推進法人から見た地域包括ケア病棟(床)	演者：中島浩一郎(庄原赤十字病院院長)
	3. 在宅医療・介護から見た地域包括ケア病棟(床)	演者：田中志子(内田病院理事長)
16:00 16:10	指定演題	座長：高橋 泰 (国際医療福祉大学大学院教授)
	1. 入院時連携から退院時連携、アウトカム評価について	演者1：矢野 諭(多摩川病院理事長) 演者2：加藤章信(盛岡市立病院院長)
	2. 退院前訪問指導と退院後指導、診療体制について	演者3：小笠原俊夫(真栄病院理事長) 演者4：織田良正(織田病院医師)
16:00 16:10	閉会式	総評：小山信彌 (東邦大学医学部特任教授)



地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に関わる 医療・ケアの質と経営の質」講習会のご案内

〈日程〉平成30年**11月4日**（日） 〈会場〉田町グランパークカンファレンス（東京都港区）

プログラム（予定）

10：30	地域包括ケア病棟に関する機能調査から得た改定への取組実態 仲井培雄（地域包括ケア病棟協会 会長、芳珠記念病院 理事長）
11：00	基調講演① 「いま求められている ACP とは何か？」 浜野 淳（筑波大学附属病院 病院教授 医療連携患者相談センター 部長）
12：15	（昼食休憩）
13：00	基調講演② 「ものがたりと ACP」 佐藤伸彦（医療法人社団ナラティブホーム ものがたり診療所 所長）
14：15	PerFM に基づく入退院支援・調整と ACP について 石川賀代（HITO 病院 理事長）
15：00	（休憩）
15：10	病院から地域全体を巻き込んだ認知症ケアと ACP について 田中志子（内田病院 理事長）
15：55	全体討論
16：30	終了

ご清聴ありがとうございました。

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



地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

參考資料

2018年度トリプル改定 地域包括ケア病棟関連の メッセージ

■ **地域包括ケア病棟**を有する病院には、
日常生活圏域の**生活支援が必要な高齢者**に、
緊急時の受け入れや在宅・生活復帰支援等の
医療と介護を連携したサービスを提供すると同時に、
高齢化の進む、**かかりつけ医が行う在宅診療の支援**
を期待されている。

■ **しかし2017年度までは、**
2次救急指定、救急告示病院、在宅療養支援病院、
在宅療養後方支援病院のいずれかを満たさないと、
本病棟を届出できなかった。

■ **地域包括ケア病棟を届け出て地域包括ケアに貢**
献しようと望んでも、200床未満の病院や医療療養病
床を主体とした病院等にはハードルが高かった。

■そこで、2018年度から

病院敷地内に訪問看護ステーションがあれば、新たに地域包括ケア病棟を届け出できることにした（サテライトステーションも可）。

■さらに、200床未満と、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するGL」等を踏まえた看取りに対する指針の策定を要件に、基本的な評価部分に加えて、実績が反映される評価（入院料（管理料）1、3）とした。

- ・自宅等から入棟した患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入
- ・在宅医療の提供（介護サービスの提供を含む）
- ・看取りに対する指針

■救急・在宅等支援病床初期加算は、自宅等からが、在宅患者支援病床初期加算として2倍の300点/日(14日間)に評価され、看取りに対する指針に基づく意思決定支援の実施が要件となった。

■自院・他院の急性期からの入院患者は、急性期患者支援病床初期加算として区別された。

■自宅等で療養する患者の受入とアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及啓発を期待されている。



■地ケア病棟と介護老人保健施設(老健)との関係は、

・入院元としての老健(併設施設を除く)は、在宅患者支援病床初期加算を算定できるが、

・退院先としての老健(在宅復帰の超強化型を含む)は、在宅復帰率の分子から削除された。

■共に急性期一般病床からのポストアキュートの受け入れ先として、

・地ケア病棟は主に医療・介護が必要な方を、

・老健は主に介護が必要な方を、

対象とすることが鮮明となった。

■また、医療・介護が必要になった老健入所者の受け入れは、サブアキュート機能を持つ地ケア病棟が担うことは本命である。



- 一方、200床以上の病院は新設の実績評価の対象ではなく、入院料(管理料)2、4しか算定できない。
- しかし、医療資源の少ない地域とされる41の2次医療圏や一部の離島においては、200床未満の要件が2割増しの240床未満となり、一定の配慮がなされた。
- また、自院からのポストアキュート患者の割合が多い、高度急性期機能を重視した大病院の地ケア病棟届出制限(1病棟まで)は、500床以上から400床以上と厳格化され、地域内医療機能の分化連携が促されている。



■ ケアマネジャー等と連携して、
入院前からの入退院支援を行うと
診療・介護報酬の双方から評価される体制とした。

■ 新設の介護医療院は、
自宅等と同じく在宅復帰率の分子になり、
在宅患者支援病床初期加算の対象にもなるので、
(両者とも病院併設の場合も算定可)
地域包括ケア病棟と介護医療院の組み合わせは、
効率よく地域包括ケアを支えることができる。

■ オンライン診療や対面を求めるカンファレンス、リハ会議への医師の参加は、TV電話を活用できる。

■ 地域包括ケア病棟を持つ病院の医師や医療従事者、地域内多職種の仕事方が、変わると思われる⁹⁵。