

2019.08.30

地域包括ケア病棟協会 記者会見資料



一般社団法人

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 の現状について

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 — 2019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

「地域包括ケア病院」 34病院 (2019年8月22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)

- 北海道 社会医療法人 明生会 道東の森総合病院
- 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 医療法人財団 寿康会 寿康会病院
- 東京都 あやせ循環器リハビリ病院
- 東京都 聖カタリナ病院
- 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
- 富山県 医療法人財団正友会中村記念病院
- 石川県 伊藤病院
- 愛知県 医療法人笠寺病院
- 大阪府 大阪府済生会新泉南病院
- 兵庫県 松田病院
- 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 武田病院
- 岡山県 医療法人 美甘会 勝山病院
- 岡山県 社会医療法人清風会 日本原病院
- 岡山県 国立病院機構岡山市立金川病院
- 岡山県 岡山済生会外来センター病院
- 岡山県 セントラルシティ病院
- 岡山県 医療法人おだうじ会 小田病院
- 岡山県 岡山市立せのお病院

- 広島県 府中北市民病院
- 香川県 医療法人春風会 榎村病院
- 福岡県 南折立病院
- 福岡県 医療法人仁正会 鎌田病院
- 福岡県 福岡信和病院
- 熊本県 水俣協立病院
- 熊本県 本庄内科病院
- 大分県 社会医療法人関愛会 坂ノ市病院
- 宮崎県 医療法人慶明会 けいめい記念病院
- 宮崎県 三財病院
- 宮崎県 野崎東病院



病床数 TOP3

都道府県	病院名	病床数
愛知県	医療法人笠寺病院	128
宮崎県	野崎東病院	96
岡山県	岡山済生会外来センター病院	80

地方厚生局データの解析資料

2019.08.30

令和2年度 診療報酬改定に向けて

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



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

資料1

2019.08.30

2019年度 地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査 (R1調査)

公開済
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

 一般社団法人
地域包括ケア病棟協会
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

10

QRコード
参照

資料2

2019.08.30(改定版)

地域包括ケア病棟の 包括算定リハビリテーションについて

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

 一般社団法人
地域包括ケア病棟協会
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

QRコード
参照

資料3

2019.08.30(改定版)

地域包括ケア病棟の病棟機能と 地域包括ケア病棟を有する病院の病院機能

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

 一般社団法人
地域包括ケア病棟協会
Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

QRコード
参照

令和2年度 診療報酬改定に向けた要望

令和2年度診療報酬改定に向けた要望

■「ときどき入院、ほぼ在宅」を具現化するために、在宅復帰支援の充実に関し、次の3点を要望致します。

要望1 包括算定を活かしたリハビリテーションや栄養管理等の非薬物的療法とポリファーマシー対策等のマネジメントを評価して頂き、さらに実態の把握にもつなげて頂きたい。

要望2 在宅医療介護連携推進事業への参画等、地域内多職種協働を拡充する取り組みを、地域包括ケア病棟の特定入院料の中で評価して頂きたい。

要望3 上記の促進と、地域包括ケア病棟における職員の教育や働き方改革を両立できる様に、病棟と在宅の看看連携や入院支援等に係る職員の配置要件を緩和して頂きたい。

令和元年度 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

令和元年度 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の地方厚生局解析資料によると、地域包括ケア病棟入院料／入院医療管理料の届け出病院は、2019年4月で2,388病院、推定8万床となった。本年6月に当協会が実施した「令和元年度地域包括ケア病棟の機能等に関する調査(以下R1調査) (資料1)」では、1, 会員・非会員共通の施設調査(以下施設調査、2,388病院中529病院22.2%の回収率)、2, 会員限定の患者状況調査(以下患者調査、485病院中141病院29.1%の回収率)の2つの調査を行った。

1. 施設調査

1) 地域包括ケア病棟(以下地ケア病棟)の在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みは、リハビリテーション(以下リハ)や家族との退院調整、地域ケアマネジャーとの連携の割合が8割以上と多かったが、リハ栄養、ACP、ポリファーマシー対策等は3割未満と少なかった(資料1P37)。自院の在宅復帰支援の充実度の主観的評価は、「充実している」と「まあまあ充実している」を合わせてほぼ8割であった(資料1P38)。

2) 地ケア病棟の包括算定リハ(資料2) (資料2P2-3)には、疾患別・がん患者リハとそれに該当しないリハとして“補完代替リハ(CARB)”を提供している施設を5割弱、補完代替リハ(CARB)の内POCリハを提供している施設を2割強認められた(資料1P41)。疾患別リハを実施せずに、補完代替リハ(CARB)のみを提供している施設も認められた。POCリハの優れている点として、「しているADL」への直接介入、短時間・低負荷介入、認知症患者への優れた対応等が挙げられる(資料1P43-49)。

地域包括ケア病棟協会

令和元年度 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査

集団リハや自主トレ指導、院内デイケア等を活用すると、リハの質を落とさずに療法士一人あたりのリハ提供単位数が一気に増加し、働き方改革にも繋がる(資料1P50)。しかし補完代替リハ(CARB)は報告義務がなく実態は把握されていないため、実際に提供されている地ケア病棟の包括算定リハは、疾患別・がん患者リハの届出件数より多くなっていた(資料1P47)。

3) 在宅復帰支援に関わる加算等のうち算定実績が7割を超えるものは、入退院支援加算(一般病棟の1のイに限る)(資料1P57)や、認知症ケア加算(資料1P63)、特別訪問看護指示料(資料1P65)等に限られていた。薬剤総合評価調整加算(資料1P61)や在宅患者緊急入院診療加算(資料1P59)、退院前在宅療養指導管理料(資料1P66)は実績が3割未満であった。施設や地域によっては取り組んでいるが報酬に繋がらない、人員基準が満たせない等の阻害要因が挙げられていた(資料1P70)。

4) 地ケア病棟入院料(管理料)1・3の届出は4割を超える施設が届け出ているが、「在宅医療等の提供」の内訪問看護(医療保険)の訪問回数や開放型病床の利用回数の要件を満たせる施設は、それぞれ1.5割前後、0.5割強と僅かであった(資料1P71)。届出済みの施設の内4.5割前後がこれらの要件を満たすことは困難と応えていた(資料1P72)。

5) 診療圏内の在宅医療・介護機能の充足度は、未回答が4.5割と最多であり、充足している、分からない、不足しているが2割弱と均衡し、充足していると言えない現状を反映していると思われた(資料1P76)。

地域包括ケア病棟協会

令和元年度 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査

2. 患者調査

- 1) 141病院から1,470症例がエントリーされた(資料1P97)。
- 2) 年齢は、70才以上が8割強を占めていた。予定入院と緊急入院は、ほぼ半々で、緊急入院の内救急搬送を3割に認めた。
- 3) 受け入れ機能(資料3)(資料3P9-10)は、ポストアキュート(以下PA)他院が1.5割弱、PA自院が4割弱となった。在宅等からは4.5割強となり、平成28年度調査から約1割増えた(資料1P101)。
- 4) 実際に提供されている地ケア病棟の包括算定リハは、疾患別・がん患者リハの届出患者数に加えて、補完代替リハ(CARB)のみ実施分の5%多くなっていた(資料1P105)。
- 5) PA他院とPA自院を比較すると、他院の方が、地ケア病棟での在院日数が長く(資料1P122)、「地ケア病棟の包括算定リハ」の実施件数が多い(資料1P124)。一方、自宅や居住系施設に退院・転出した患者の割合は、PA自院の方がPA他院より1割強多い(資料1P123)。急性期からの一貫した在宅復帰支援によって差が生じる可能性が示唆された。
- 6) 在宅等からの受け入れは、在宅等・緊急と在宅等・予定との間で、主病名(資料1P121)、地ケア病棟での在院日数(資料1P122)、「地ケア病棟の包括算定リハ」の実施状況(資料1P124-125)、在宅復帰支援に関わる加算等の算定(資料1P126)、患者毎の在宅復帰支援への介入程度(資料1P127)に、明らかな違い見られた。両者の実態は分けて捉える必要があると思われる。
- 7) アンケートによる患者の実態調査は、質・量ともに限界がある。地ケア病棟の方向付けを行うには、取り組みの実態を詳らかにする必要がある。

令和2年度 診療報酬改定への課題

地域包括ケア病棟協会

令和2年度 診療報酬改定への課題

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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟の役割

①急性期治療を経過した患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」に係る要件

- 重症患者割合

「②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

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

「③在宅復帰支援」に係る要件

- 在宅復帰に係る職員の配置
- 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

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

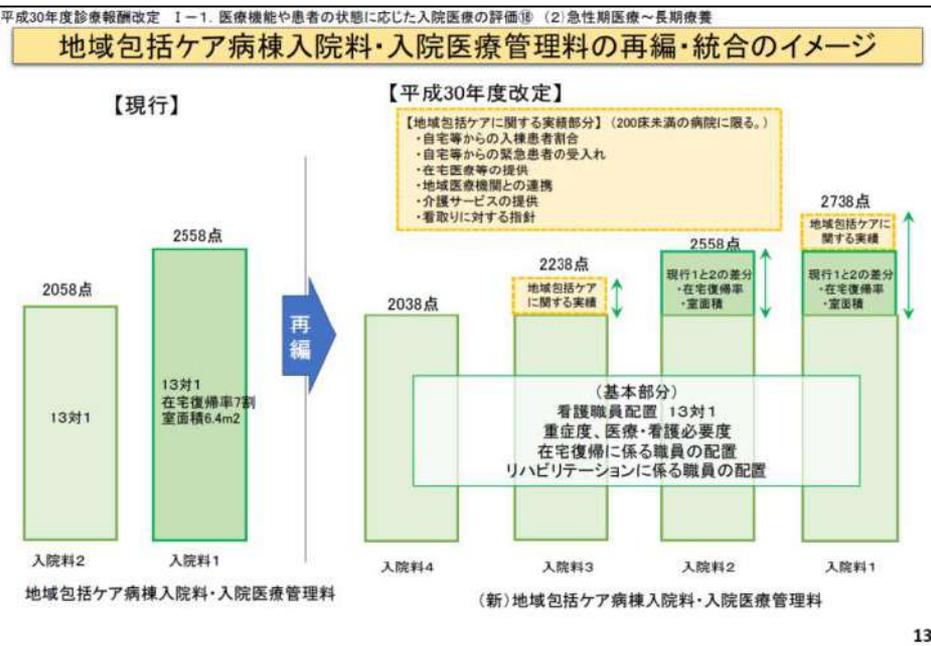
地域包括ケア病棟協会

令和2年度 診療報酬改定への課題

1, 地域包括ケア病棟の役割に係る要件の課題

1) 地域内多職種協働

①地域包括ケア病棟の「②在宅療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件の「在宅医療等の提供」は、在宅からの円滑な受け入れと入院・再入院を予防する視点で2018年度に設計された。入院料(管理料)1・3の届出施設を満たす上で必須である。R1調査では訪問看護(医療保険)や開放型病床の要件を満たせない施設が多いことから、要件の緩和や代替要件を設定してはどうか。



平成30年度診療報酬改定 1-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価① (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	6.4m ² 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け入れ	-	-	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)	

*3. 以下1～3のうちの少なくとも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1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。

地域包括ケア病棟協会

令和2年度 診療報酬改定への課題

1, 地域包括ケア病棟の役割に係る要件の課題

1) 地域内多職種協働

②「③在宅復帰支援」に係る要件は、入院料(管理料)1・2の要件として在宅復帰に係る職員の配置と在宅復帰率が設定されている(前頁参照)。在宅復帰の促進には、地域に在宅医療介護に関する力があることが必須である。地域包括ケア病棟を有する病院は、行政や地域包括支援センターと共にこれらの地域力を結集し高めるカンファレンスや会議等の取り組みに積極的に参画、主導することが求められる。しかし、地域内多職種協働の評価になる「③在宅復帰支援」に係る要件は設定されていない(前々頁参照)。

③病棟看護師には在宅医療を経験していない看護師が多いため、「③在宅復帰支援」を活性化するには、在宅医療を知ることが必須である。退院後の訪問看護同行加算の算定(地ケア病棟では包括算定)に相当する業務は、看看連携を通じた地域内多職種協働が経験できる良い機会である。しかし、同業務の当該看護師は病棟勤務から外れてしまうため、研鑽の場を設定しにくい。地域での看看連携を促進するには、病棟業務の繁閑を鑑みながら、柔軟に地域に出て行ける環境を創り出す必要がある。またその際には、同法人で訪問看護を行っていることが有用である。同法人が同一の日常生活圏域内で事業を行っていれば、病棟と地域の間で十分に連携をとった活動ができるはずである。

地域包括ケア病棟協会

令和2年度 診療報酬改定への課題

1, 地域包括ケア病棟の役割に係る要件の課題

2) 院内多職種協働

①地域包括ケア病棟における「③在宅復帰支援」のマネジメントと評価は、入院料(管理料)1・2の要件である在宅復帰率7割以上(前々頁参照)と、疾患別・がん患者リハ提供要件(平均2単位/日)、出来高算定できる入院基本料等加算や摂食機能療法等である。データ提出加算のルール上NSTや排泄ケアに関する情報はアップロードしないため、加算にならない介入だけでなく、包括算定による介入の実績もデータとして残らない。地域包括ケア時代の患者像には、リハ、NST、認知症ケア、ポリファーマシー対策等の包括的提供は必須だが、その成果を評価する方法が存在しない現状では、「③在宅復帰支援」の質を担保できる包括的なマネジメント体制への評価が求められる。

②中央社会保険医療協議会の討議の場では、地域包括ケア病棟入院中にリハをしていない患者が3分の1を占める結果が示された。実際には、リハビリ包括算定を活かし、疾患別・がん患者リハを補完代替するリハを実施して、介護施設の様な生活回復リハを実践している施設が少なからず存在している。現在のデータから把握できるリハビリ介入件数だけで、リハ実施に関する良し悪しを論ずることは難しい。院内多職種協働で行われる様々な在宅復帰支援の取り組みを、データで把握し評価に結びつける必要がある。

地域包括ケア病棟協会

令和2年度 診療報酬改定への課題

1, 地域包括ケア病棟の役割に係る要件の課題

2)院内多職種協働

③「③在宅復帰支援」の内でも重要な機能である地域包括ケア病棟の包括算定リハの内、疾患別・がん患者リハの実施には、i)種類:疾患別リハ・がん患者リハ、ii)提供量:直近3ヵ月間に1日平均2単位以上最高9単位まで、iii)提供期間:提供を開始した日以降終了するまでの日数の要件がある。しかし、疾患別・がん患者リハを実施しなければ、上記要件をクリアする必要がないため、補完代替リハ(CARB)のみのリハを提供することもできる。これは回復期リハ病棟の実績指数の除外要件のように、地域包括ケア病棟の医師に与えられたリハ実施の裁量権と理解できる。認知症やサルコペニア、悪液質等の患者が多い病棟では、補完代替リハ(CARB)の効果期待されると同時に効率的なリハビリ提供で働き方改革にも繋がる。

④リハビリ介入件数の少ない施設が補完代替リハ(CARB)を提供する理由には、i)疾患別・がんリハビリのニーズが少ない疾病の患者が多い、ii)人手不足の地域にある、iii)柔軟な雇用がかなわない運営母体、iv)リハを提供しない施設の方針等が考えられる。i)の提供量が少なくなることは致し方ないが、ii)iii)iv)の場合は医の倫理上問題がある。これらを是正、予防、救済するには、リハビリマネジメントやアウトカムに対する評価が必要である。

令和2年度 診療報酬改定への提言

地域包括ケア病棟協会

令和2年度 診療報酬改定への提言

1, 「②在宅療養を行っている患者等の受け入れ」に係る要件

1) 在宅医療等の提供

①入院料(管理料)1・3の在宅医療提供の実績要件の緩和

i) 訪問看護(医療保険)の要件

・敷地内訪看St 500回/3月

※訪看St: 訪問看護ステーション

・みなし訪看St 100回/3月(現行の要件)

以上の要件緩和



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

地域包括ケア病棟協会

令和2年度 診療報酬改定への提言

2, 「③在宅復帰支援」に係る要件

1) 地域内多職種協働

①入院料(管理料)1~4の在宅医療提供の実績要件の新設

i) 訪問看護(医療保険)の要件を新設

※訪看St: 訪問看護ステーション

・訪看St(医療保険) ○回/3月 **新設**

訪看Stは、運営母体の病院が存在する日常生活圏域内に開設されていることを要件としてはどうか。

ii) 在宅医療介護連携推進事業への参画を要件を新設

病院所在地の自治体職員や地域包括支援センターの保健師・ケアマネジャー・社会福祉士等と連携して、勤務時間内に行われる在宅医療介護連携推進事業を推進するカンファレンスや会議等に参画する事を**要件(新設)**としてはどうか。

②看看連携の促進

患者の退院後、病棟看護師が訪問看護師に同行して、退院後訪問指導料と訪問看護同行加算(地ケア病棟では包括算定)に相当する業務を行った場合は、病棟の看護師が退院後訪問指導をした時間を入院基本料の看護職員の数として、1日1件2時間程度までの算入を**在宅療養支援の観点から要件を緩和**して認めてはどうか。



地域包括ケア病棟協会

令和2年度 診療報酬改定への提言

2, 「③在宅復帰支援」に係る要件

2) 院内多職種協働

① 地域包括ケア病棟における、在宅復帰支援のマネジメントとその評価の新設

i) 通所リハビリテーションを参考にする

地域包括ケア病棟の包括算定リハをマネジメントする事を評価してはどうか。その際にリハ阻害因子の除外は重要である。補完代替リハ(CARB)を有効活用して働き方改革にも繋げてはどうか。

ii) DPCを参考にする

主に加算に繋がらないまたは包括算定である介入を行った患者に対する非薬物的療法(含リハ)やポリファーマシー対策を、データ提出を活かして評価してはどうか。

iii) 介護老人保健施設を参考にする

将来的な再設計を見据えた提言。

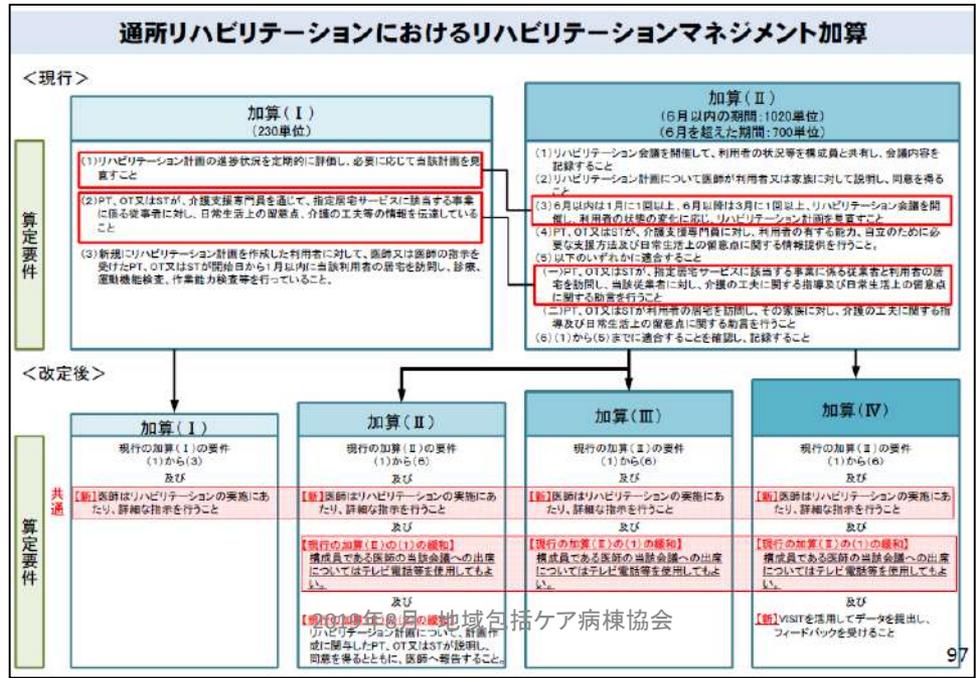
地域包括ケア病棟の在宅復帰支援に係る評価

i) 通所リハビリテーションを参考にする

■ 通所リハでは、2015年度の介護報酬改定で個別リハ実施加算は本体報酬に包括化されたため、「個別リハ20分」の縛りはなくなった。

■ リハ単位制からリハマネジメント加算と生活行為向上リハ(MTDLP)実施加算等が出来高となっている。

例) POCリハを含む補完代替リハ(CARB)や疾患別・がん患者リハの実践に当たり、疾患別・がん患者リハ1日2単位の縛りをなくして、研修受講やデータ提出、多職種カンファレンスの実施等を要件にリハマネジメントの評価としてはどうか。



地域包括ケア病棟の在宅復帰支援に係る評価

: iii) 介護老人保健施設を参考にする

■ 介護老人保健施設の在宅復帰・在宅療養支援に対する評価は、多方面にわたる段階的評価が行われ、復帰支援に対するインセンティブがついて、安心安全に介護資源の投入量に合わせた報酬を得られる。将来的な再設計を見据えて取り組んではどうか。

21. 介護老人保健施設 ①在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価 (続き)					
算定要件等					
	超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)	70以上	60以上	40以上	20以上	
退所時指導等	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	左記の要件を満たさない
リハビリテーションマネジメント	要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動	要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ	要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標 :				
下記評価項目(①~⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値(最高値:90)				
①在宅復帰率	50%超 20	30%超 10	30%以下 0	
②ベッド回転率	10%以上 20	5%以上 10	5%未満 0	
③入所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
④退所前後訪問指導割合	30%以上 10	10%以上 5	10%未満 0	
⑤居室サービスの実施数	3#-ピス 5	2#-ピス 3	1#-ピス 2	0#-ピス 0
⑥リハ専門職の配置割合	5以上 5	3以上 3	3未満 0	
⑦支援相談員の配置割合	3以上 5	2以上 3	2未満 0	
⑧要介護4又は5の割合	50%以上 5	35%以上 3	35%未満 0	
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	
⑩経管栄養の実施割合	10%以上 5	5%以上 3	5%未満 0	

評価項目	算定要件
退所時指導等	a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
リハビリテーションマネジメント	入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動	地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ	少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

おわりに

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。

令和元年8月30日

地域包括ケア病棟協会
会長 仲井培雄

当協会の取り組み

開会式 / 閉会式

8:50~9:00 開会式
16:40~16:50 閉会式

報告

9:00~11:00 シンポジウム 1

「地域包括ケアシステムにおける地域包括ケア病棟のあるべき姿」

座長	中井 修 (第5回地域包括ケア病棟研究大会 大会長)
シンポジスト	木下栄作 (厚生労働省保険局 医療課課長補佐) 石丸文至 (厚生労働省老健局 老人保健課課長補佐) 田中 滋 (埼玉県立大学 理事長、慶應義塾大学 名誉教授) 仲井培雄 (地域包括ケア病棟協会 会長)

11:05~11:55 特別講演

座長	加藤章信 (盛岡市立病院 院長)
演者	鎌田 寛 (諏訪中央病院 名誉院長)

13:00~15:00 シンポジウム 2

「地域に寄り添う医療と福祉・介護行政との連携を考える」

座長	小山 秀夫 (兵庫県立大学大学院 名誉教授)
シンポジスト	中島浩一郎 (庄原赤十字病院 院長) 江角悠太 (志摩市民病院 院長) 歌川さとみ (千代田区保健福祉部 部長) 山澤 正 (独立行政法人都市再生機構 ウェルフェア総合戦略部 部長)

15:10~16:40 パネルディスカッション

「地域包括ケア病棟入院料1の現状と課題」

座長	井川誠一郎 (平成記念病院 常務理事)
パネリスト	大谷まり (島の病院おおたに 理事長) 黒澤一也 (くろさわ病院 理事長・院長) 野瀬範久 (野瀬病院 院長) 増永高晴 (北陸病院 病院長)

第5回 地域包括ケア病棟研究大会

会期 2019年7月27日 土

会場 大手町サンケイプラザ
〒100-0004 東京都千代田区大手町1-7-2

大会長 中井 修
国家公務員共済組合連合会 九段坂病院 病院長



テーマ

地域に寄り添う医療・介護連携のあり方
-福祉・介護行政との関わりを考える-

演題登録期間 2019年2月8日(金)正午~3月29日(金)正午

事前参加登録期間 2019年4月1日(月)正午~6月14日(金)正午



URL:<http://www.gakkai.co.jp/jahcc5>

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
E-mail: info@chiiki-hp.jp
TEL:03-3355-3120 FAX:03-3355-3122

運営事務局: 株式会社 学会サービス
〒150-0032 東京都渋谷区麩谷町 7-3-101
E-mail: jahcc5@gakkai.co.jp
TEL:03-3496-6950 FAX:03-3496-2150

地域包括ケア病棟協会 第7回施設見学会のご案内 世田谷記念病院（東京都世田谷区）

医療法人 平成博愛会 世田谷記念病院は、当協会顧問の武久洋三先生が理事長を務められており、2012年に世田谷野毛に開設した入院医療を中心とした病院です。急性期病院での治療終了後、ご自宅や施設で生活する高齢者のみなさんの「在宅生活を支える」という目的のために設立されました。PAC（Post Acute Care）急性期治療を終えた患者さんの受け入れ、SAC（Sub Acute Care）在宅患者さんの緊急受け入れ、長期療養機能病状の悪化により在宅生活の継続がどうしても難しくなった患者さんの受け入れ、この3つを中心に在宅支援へ積極的に取り組み、地域の在宅生活を支えておられます。「地域包括ケア病棟」、「回復期リハビリテーション病棟」、「医療療養病棟」の3つの病棟があつてはじめて地域の在宅患者さんを支える病院になれるとの考えのもと、それぞれの病棟が協力しあつて在宅支援機能を高めておられます。患者さんに関わる医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・介護職員・MSW・事務らのすべてのスタッフでチーム医療を展開され、専門多職種からEBMに基づいた意見を積極的に出し合うことにより、最良の医療や介護を提供することを目標に取り組んでおられます。

こうした取り組みは、地域包括ケア病棟（病床）を運営していく上で大いに参考となるに違いありません。皆様の奮ってのご参加をお待ちしております。

開催概要

- 【日 時】 2019年10月26日（土）
- 【見学施設】 医療法人 平成博愛会 世田谷記念病院（東京都世田谷区野毛2丁目30-10）
- | | |
|----------------|------|
| （病床数）地域包括ケア病棟 | 56床 |
| 回復期リハビリテーション病棟 | 93床 |
| 医療療養病棟 | 49床 |
| 合計 | 198床 |
- 【定 員】 50名（先着順）
- 【参加費】 会員：5,000円 会員以外10,000円
- 【申込方法】 参加申込フォームに必要事項を記入しお申込ください。
- 【申込締切】 2019年9月27日（金）
- 【プログラム（予定）】
- 14:00 世田谷記念病院 1F 正面玄関 待合集合
 - 14:10 オリエンテーション・施設概要説明
 - 15:00 施設見学
 - 16:00 質疑応答
 - 16:30 終了

主催 一般社団法人 地域包括ケア病棟協会
〒100-0003 東京都千代田区一ツ橋1-1-1 パレスサイドビル9F
（株）毎日学術フォーラム内
TEL：03-6267-4550 FAX：03-6267-4555
ホームページ：<https://chiiki-hp.jp/>

ご清聴ありがとうございました。

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



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care