

2021.10.05 地域包括ケア病棟協会
記者会見

これからの地域包括ケア病棟



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

会長 仲井培雄

本日の内容

- 1, R308緊急調査報告
- 2, これからの地域包括ケア病棟のあり方
- 3, 2022年度診療報酬改定に向けて
- 4, 地域包括ケア病棟アカデミーについて

本日の内容

1, R308緊急調査報告

2, これからの地域包括ケア病棟のあり方

3, 2022年度診療報酬改定に向けて

4, 地域包括ケア病棟アカデミーについて

2021.10.05

令和3年度 新型コロナウイルス感染拡大が 一般病棟から転棟した患者割合に 及ぼす影響の緊急調査 (R308緊急調査)報告

令和3年度
新型コロナウイルス感染拡大が
一般病棟から転棟した患者割合に
及ぼす影響の緊急調査



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

1. 調査結果要旨

<概要>

2020年度診療報酬改定にて、地域包括ケア(以下地ケア)病棟は急性期後の患者や在宅療養等の患者の受け入れと在宅復帰支援の3つの機能をバランスよく発揮することが求められた。以降、会員施設は自院の地ケア病棟における自院ポストアキュート(PA)、他院PA、在宅等からなる患者受け入れ経路の偏りの見直しに取り組んできた。その証に、2021年5月届出の地方厚生局データ(当協会調べ)によると、地域包括ケア病棟入院料(以下入院料)・地域包括ケア入院医療管理料(以下管理料)1*1が、入院料・管理料2*2を初めて上回り、在宅療養中の患者を支える施設が増加して機能が一層強化された。

その一方、2022年度診療報酬改定を見据えて、拡大し続けるCOVID-19(以下コロナ)がこの流れに及ぼした影響を検証する必要があると感じた。そこで、地ケア病棟・病室に加えてICU等の特定入院料や急性期一般入院基本料1~7を届け出ている病院を対象に、受け入れ経路毎の実患者数と自院PAの割合がコロナ拡大の影響を受けてどう変化したか調査した。

*1:入院料・管理料1は、許可病床数200床未満や地域包括ケアに係る実績等が求められる。

*2:入院料・管理料2は、地域包括ケアに係る実績等は問われない。入院料2は、許可病床数200床以上でも届け出可能である。2019年度以前に既設の400床以上の病院では自院一般病床から転棟した患者が6割以上になると入院料が1割減算となる。2020年度以降400床以上は新たに届出できない。

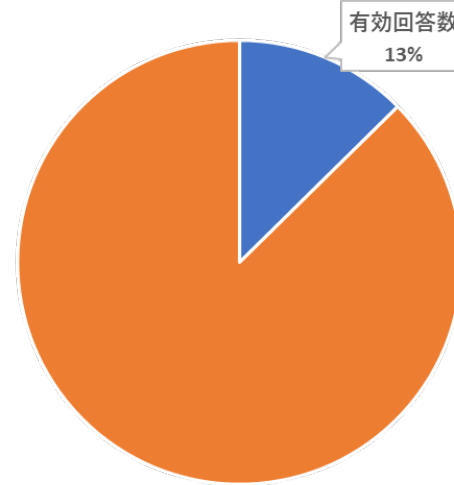
<概要>

調査は、2021年8月6日～8月12日で、当協会会員の全病院507病院を対象としてメールで調査票を配信した。8月16日現在の回答数は82病院、回答率16.2%であった。回答率は通常4割前後頂くが、引き続きコロナによる混乱が影響していると考ええる。また、対象を2021年8月1日現在、地ケア病棟・病室に加えてICU等の特定入院料や急性期一般入院基本料1～7を届け出ている病院に限定したため、有効回答率は64病院12.6%となった。対象病棟は複数の地ケア病棟・病室を届け出る病院があるため74病棟となった。

・対象施設・病棟

会員施設	507	病院
回答施設	82	病院
	回答率	16.2%
対象施設	64	病院
	有効回答率	12.6%
対象病棟	74	病棟

有効回答率(n=507)

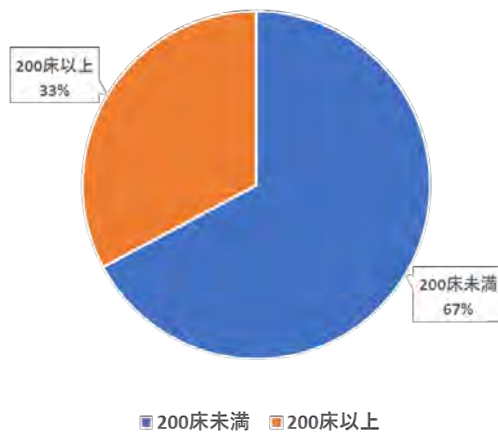


■ 有効回答数

<病院基本情報>

対象となった64病院の許可病床数は、200床未満が43病院6.5割強、同以上が21病院3.5割弱であった。コロナ・疑似症・回復患者について、それぞれの確保病床と受け入れ実績はどれも5割以上に認めた。いずれかの患者の確保病床ありは52病院8割強を占めた。受け入れた病床種別の上位3種別は、急性期一般病棟42病院7割強、地ケア病棟26病院4.5割弱、ICU等7病院1割強の順であった。

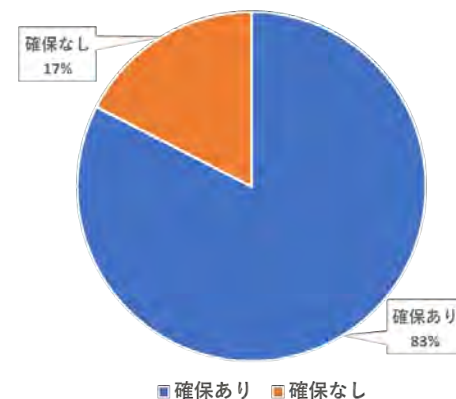
許可病床数 (n=64)



・確保病床の種類 (病院単位 n=64)

コロナ患者	疑似症患者	回復患者	確保なし
32	35	35	11
50.0%	54.7%	54.7%	17.2%

病床確保 (n=64)



・受け入れ実績 (病院数 n=64)

コロナ患者	疑似症患者	回復患者	実績なし
34	40	37	10
53.1%	62.5%	57.8%	15.6%

※確保病床がなくかつ受け入れ実績ないのは5病院

・受け入れ病床 (病院数 n=59)

①ICU等	②急一般	③地一般	④回りハ	⑤地ケア病棟	⑥医療療養	⑦精神	⑧障害者	⑨緩和	⑩介護療養	⑪その他		
3位	7	1位	42	2	4	26	2	0	1	2	0	1
11.9%	71.2%	3.4%	6.8%	44.1%	3.4%	0.0%	1.7%	3.4%	0.0%	1.7%		

※割合は、確保病床がなくかつ受け入れ実績がない5病院を除く

<参考資料：調査票の抜粋>

(5) コロナ禍の前後で、地域包括ケア病棟の受け入れ経路毎の実患者数に変化はありましたか。またその変化はコロナの影響があると思われますか。8月の回答日におけるご判断でお答えください

	実患者数の変化			コロナの影響		
	増えた	変わらない	減った	ある	ない	分からない
自院ポストアキュート						
他院ポストアキュート						
在宅等からの緊急や予定の受け入れ						

該当する項目に1を入力してください 該当する項目に1を入力してください

(6) 地域包括ケア病棟の受け入れ経路に占める自院ポストアキュートの割合は変化したと思われますか

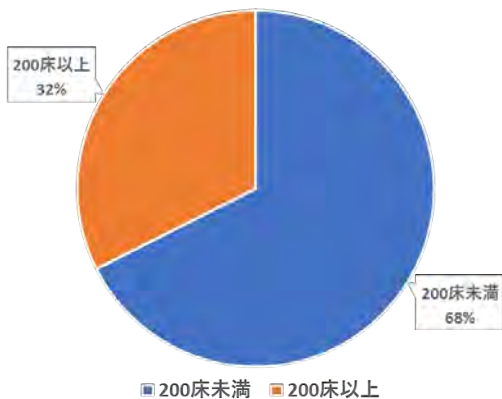
	増えた	変わらない	減った
自院ポストアキュートの割合 (自院PA割合)			

該当する項目に1を入力してください

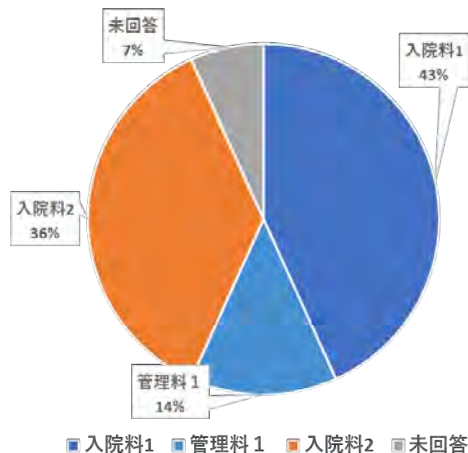
<病棟基本情報>

対象となった74病棟の許可病床数は、200床未満が50病棟7割弱、同以上が24病棟3割強であった。地ケア病棟・病室の届出について、入院料・管理料1が42病棟5.5割強、入院料2が3.5割強であった。他の入院料・管理料の届出はなかった。コロナ・疑似症・回復患者について、それぞれの確保病床はどれも5割前後に認めた。いずれかの患者の確保病床ありは60病棟8割強を占めた。**地ケア病棟の受け入れ経路に占める自院ポストアキュート(PA)の割合(以下 自院PA割合)**について、「変わらない」36病棟5割弱、「減った」21病棟3割弱、「増えた」11病棟1.5割弱の順に多かった。尚、自院PA割合が「増えた」地ケア病棟を持つ病院は64病院中9施設1.5割弱であった。

許可病床数 (n=74)



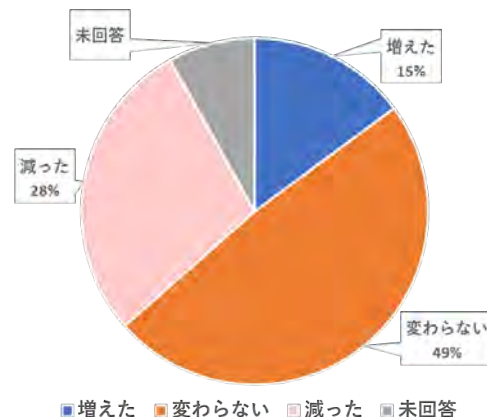
届出基準 (n=74)



・確保病床の種類 (病棟単位 n=74)

コロナ患者	疑似症患者	回復患者	確保なし
36	39	39	12
48.6%	52.7%	52.7%	16.2%

自院PAの割合 (n=74)



<病院・病棟基本情報クロス集計>

自院PA割合が増えた11病棟を有する9病院(全64病院の1.5割弱)全てがコロナ・疑似症・回復患者のいずれかの確保病床を持ち、受け入れ実績もコロナ患者の一部を除いて全9病院に認めた。

コロナ感染拡大に伴い、自院PA割合が増加した11病棟(全74病棟の1.5割弱)について、コロナ・疑似症・回復患者のいずれかの患者の「確保病床あり」は11病棟、「確保病床なし」はゼロであった。入院料・管理料1と2、許可病床数200未満と以上を比較すると、自院PA割合の変化に大差はなかった。

・受け入れ実績(詳細)×確保病床の有無
 (自院PA割合増加の病院 n=9)

合計			確保病床の有無	
			確保あり	なし
縦計		9	9	0
		100.0%	100.0%	
コロナ患者	実績あり	4 44.4%	4 44.4%	
	なし	5 55.6%	5 55.6%	
疑似症患者	実績あり	9 100.0%	9 100.0%	
	なし	0 0.0%		
回復患者	実績あり	9 100.0%	9 100.0%	
	なし	0 0.0%		

・自院PA割合×確保病床(病棟数 n=74)

		合計	確保病床の有無		
			あり	なし	未回答
縦計		74	60	12	2
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
自院PA割合	増えた	11 14.9%	11 18.3%	0 0.0%	0 0.0%
	変わらない	36 48.6%	26 43.3%	10 83.3%	0 0.0%
	減った	21 28.4%	17 28.3%	2 16.7%	2 100.0%
	未回答	6 8.1%	6 10.0%	0 0.0%	0 0.0%

※自院PA割合が増えた地域包括ケア病棟を持つ病院は64病院中9施設14.1%

<病院・病棟基本情報クロス集計>

地ケア病棟における受け入れ経路(自院PA、他院PA、在宅等)毎の実患者数の変化について、全ての受け入れ経路において、実患者数が「増えた」と「減った」は「コロナ影響あり」、「変わらない」は「コロナ影響なし」と多くが回答していた。自院PA実患者数の変化については、コロナ影響の有無が最も顕著に現れていた。

受け入れ経路毎の実患者数の変化×コロナの影響(病棟数 n=74)

		合計	コロナ影響 n=74			
			あり	なし	不明	未回答
横計		74	35	26	7	6
		100.0%	47.3%	35.1%	9.5%	8.1%
自院PA実患者	増えた	11	9	1	1	
		100.0%	81.8%	9.1%	9.1%	
	変わらない	30		25	5	
		100.0%		83.3%	16.7%	
	減った	26	25		1	
100.0%		96.2%		3.8%		
未回答	7	1			6	
	100.0%	14.3%			85.7%	

		合計	コロナ影響 n=74			
			あり	なし	不明	未回答
横計		74	33	20	14	7
		100.0%	44.6%	27.0%	18.9%	9.5%
他院PA実患者	増えた	8	6		2	
		100.0%	75.0%		25.0%	
	変わらない	28	1	20	7	
		100.0%	3.6%	71.4%	25.0%	
減った	30	25		5		
	100.0%	83.3%		16.7%		
未回答	8	1			7	
	100.0%	12.5%			87.5%	

		合計	コロナ影響 n=74			
			あり	なし	不明	未回答
横計		74	32	26	9	7
		100.0%	43.2%	35.1%	12.2%	9.5%
在宅等実患者	増えた	14	11	2	1	
		100.0%	78.6%	14.3%	7.1%	
	変わらない	31		24	7	
		100.0%		77.4%	22.6%	
減った	21	20		1		
	100.0%	95.2%		4.8%		
未回答	8	1			7	
	100.0%	12.5%			87.5%	

※自院PA割合が増えた地域包括ケア病棟を持つ病院は64病院中9施設14.1%

<病院・病棟基本情報クロス集計>

自院PA割合が増加した11病棟における受け入れ経路毎の実患者数の変化パターンは、コロナの影響が強い自院PAの実患者数が「増えた」を含むパターンが9病棟、自院PAは「不変」だがコロナの影響が強い他院PAと在宅等の実患者数が「減った」を含むパターンが2病棟を占めた。この変化について想定された理由として、ICU等や急性期一般病棟、地ケア病棟でコロナ患者の病床確保や受け入れ、コロナを疑う症例の受け入れ、病床の見直し、地域のコロナ対応病院の影響を挙げている病棟がそれぞれ2.5割以上に認めた。

・自院PA割合が増加した病棟における受け入れ経路毎の実患者数の変化パターンとその変化について想定した理由(自院PA割合増加の病棟 n=11)

		実患者数の変化パターン					合計			
		増えた	増えた	増えた	増えた	不変				
地域包括ケア病棟への受け入れ経路	自院PA	増えた	増えた	増えた	増えた	不変				
	他院PA	増えた	減った	不変	不変	減った				
	在宅等	増えた	減った	減った	不変	減った				
実患者数の変化について想定した理由	誤嚥性肺炎を含む肺炎や心不全等のコロナを疑う症例はICUや急性期一般で受け入れることにしているため	3	1	1	0	1	6	54.5%		
	地域の急性期病院のコロナ対応の影響を受けたため	3	1	0	0	1	5	45.5%		
	ICUや急性期一般はコロナ対応病棟にしているため	4	0	0	0	0	4	36.4%		
	コロナ対応の確保病床として病床を空けてあるため	2	0	1	0	1	4	36.4%		
	病床数や病床機能の見直しを行ったため	1	1	0	0	1	3	27.3%		
	地域包括ケア病棟をコロナ対応病棟にしているため	1	0	0	1	1	3	27.3%		
	コロナ以外の患者数が減少しているため	0	1	0	0	0	1	9.1%		
	疾患に関わらず新規入院はICUや急性期一般で受け入れることにしているため	0	0	0	0	0	0	0.0%		
	地域の回復期病院のコロナ対応の影響を受けたため	0	0	0	0	0	0	0.0%		
	自院でクラスターが発生したため	0	0	0	0	0	0	0.0%		
その他	*a	1	*b	1	*c	1	0	0	3	27.3%
※自院PAの割合が増加した病棟		5	2	1	1	2	11	100%		

*a 今年度病床数、機能の見直しを行い急性期一般病床数が減少したためコロナを疑う患者以外を受け入れている。

*b 他院からのポストアキュート患者は、コロナの感染有無を確認するため一旦急性期一般病床で受け入れてから転棟している。

急性期一般入院料1の1病棟をコロナ専用病床としているため、他の急性期一般入院料1の病棟が逼迫しており、地域包括ケア病棟への転棟が
*c 増加している。

※自院PA割合が増えた地域包括ケア病棟を持つ病院は64病院中9施設14.1%

<考察>

地域包括ケア病棟・病室に加えてICU等の特定入院料や急性期一般入院基本料1～7を届け出ている病院の中で、地域包括ケア病棟の受け入れ経路に占める自院ポストアキュートの割合が増加している施設は約1.5割を占め、それらの病院は許可病床数や地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料1、2に関わらず、病院全体でバランスを取りながらコロナ・疑似症・回復患者等を積極的に受け入れていた。

2022年度診療報酬改定を控えた入院医療等の調査・評価分科会において、自院PA割合が高い地域包括ケア病棟が注目されている。しかし、地域包括ケア病棟の受け入れ経路の割合の変化は、COVID-19の影響を強く受けていると考えられる。COVID-19拡大が続くと予想される2022年度診療報酬改定を前に、地域の医療提供体制や各病院機能等を十分考慮せずに、地域包括ケア病棟への受け入れ経路やその機能について一律に定義づけることは、上述のような病院が実践する「コロナ対策を含む地域医療の持続可能性の追求」を妨げる可能性がある。

アフターコロナが想定される2024年度を見据えて検討されている、新興感染症等への対応を含む5疾病・6事業・在宅医療等、医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想等に、ウィズコロナにおける上記病院機能の重要性を反映して、第8次医療計画の立案に臨んで頂ければ幸甚である。

本日の内容

- 1, R308緊急調査報告
- 2, これからの地域包括ケア病棟のあり方
- 3, 2022年度診療報酬改定に向けて
- 4, 地域包括ケア病棟アカデミーについて

2021.10.05

これからの 地域包括ケア病棟のあり方



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

地域包括ケア時代の患者像

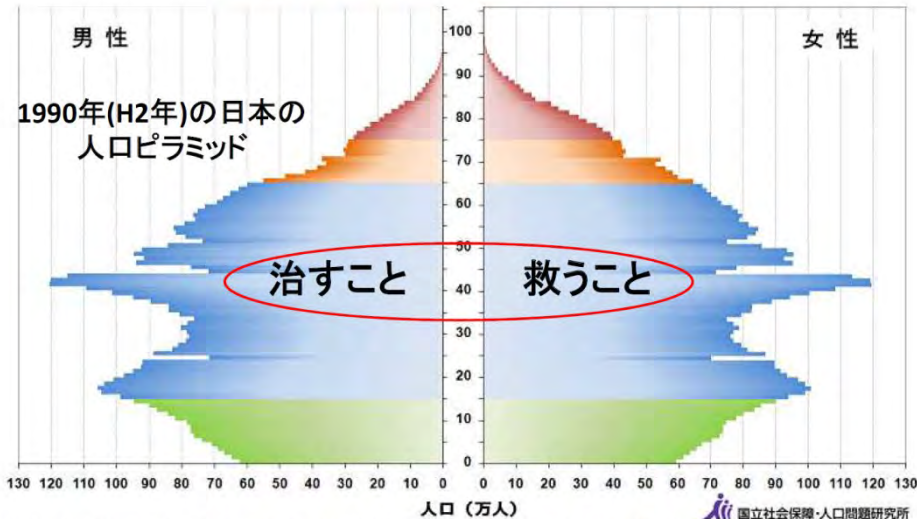
■ 高齢で複数疾患を有し、ADLと栄養状態、認知機能が低下し、服薬数が多く、入院前から生活支援を必要とする患者が多くなる。

我が国の高齢化の課題

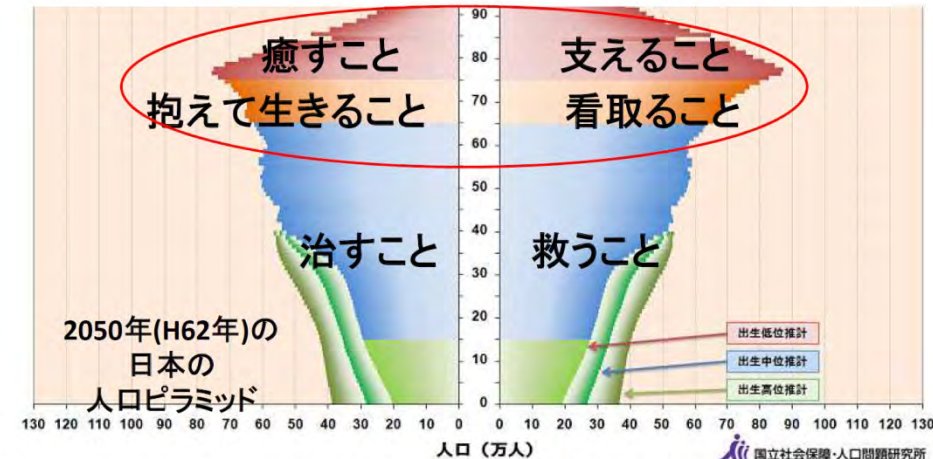
医療が変わる←高齢者の特性

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

多くの病気が治せた頃



多くの病気を治せなくなる頃



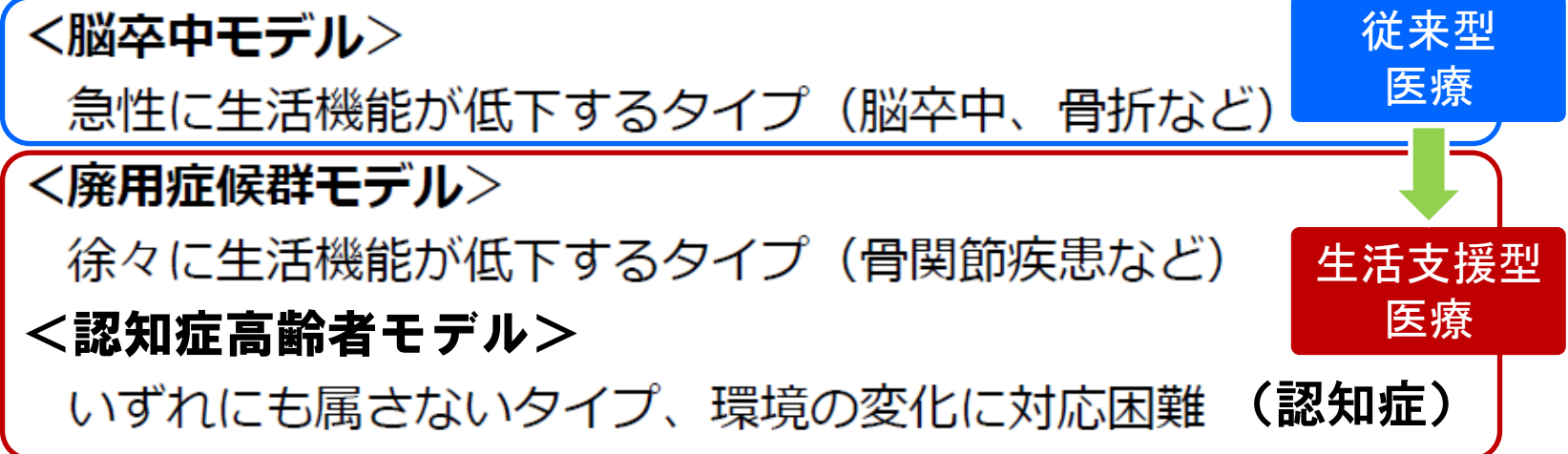
従来型医療
脳卒中モデル



生活支援型医療
廃用症候群・認知症モデル

2004年高齢者リハビリテーションの3つのモデル

○ 高齢者の態様に応じた、以下の3つのモデルの対策が必要。



脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)

社会復帰

原因疾患	予防	治療	再発予防
廃用症候群	予防	回復	悪循環進行予防 悪循環から良循環へ

- 発症直後の急性期からリハビリテーションを開始し、その後、自宅復帰を目指して短期的に集中して、リハビリテーションを実施。
- 自宅復帰後は、日常的に適切な自己訓練を行い、リハビリテーションの必要な時に、期間を定めて、計画的に提供。

廃用症候群モデル (廃用症候群、変形性関節症など)

生活復帰

原因疾患	予防	治療
廃用症候群	予防	回復 悪循環から良循環へ

- 生活機能の低下が軽度である早い時期からリハビリテーションを実施。
- リハビリテーションの必要な時に、期間を定めて、計画的に提供。

リハビリ・栄養サポート・認知症ケア・ ポリファーマシー対策の取組方針

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

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

入院前や入院早期から、

最重要は
「食べる」

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

■患者・家族をチーム医療の一員に迎えること

最重要は
「ACP」

等に配慮して対応することが重要だと、仲井は気付いた。

* 認知症疾患治療ガイドライン2010

* 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015

* 静脈経腸栄養ガイドライン—第3版 2013

* 脳卒中治療ガイドライン2015

Person Flow Management : PerFM

人の一生を支える
地域包括ケア

地域での生活を見据えた
院内多職種協働

入退院
支援・調整
看護師・
社会福祉士

入院・外来

入退院
支援・調整
看護師・
社会福祉士

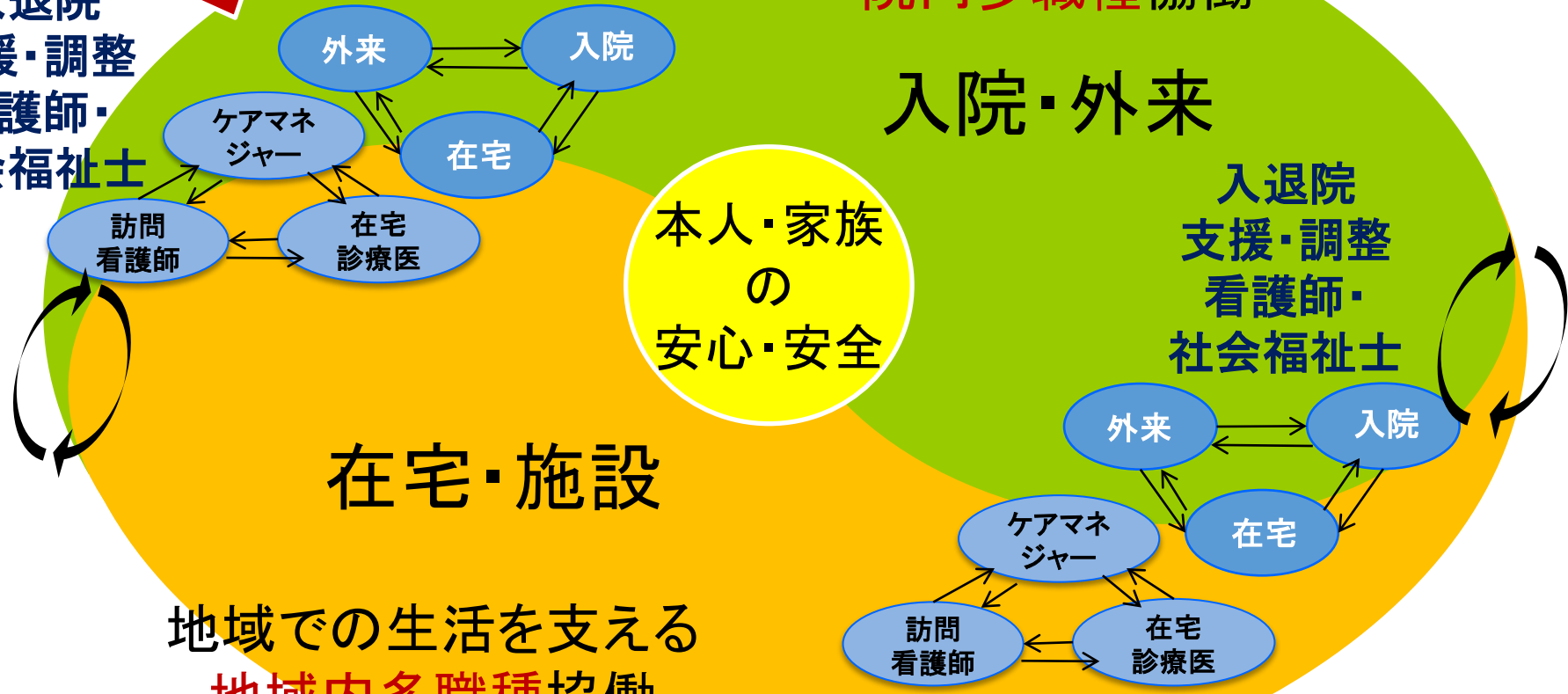
本人・家族
の
安心・安全

在宅・施設

地域での生活を支える
地域内多職種協働

患者を生活者の視点でとらえ、病院と地域を
一体と考えて、切れ目ない医療介護を提供する。

入退院支援・調整には、リハビリ・栄養サ
ポート・認知症ケア・
ポリファーマシー対
策やACPIは必須！



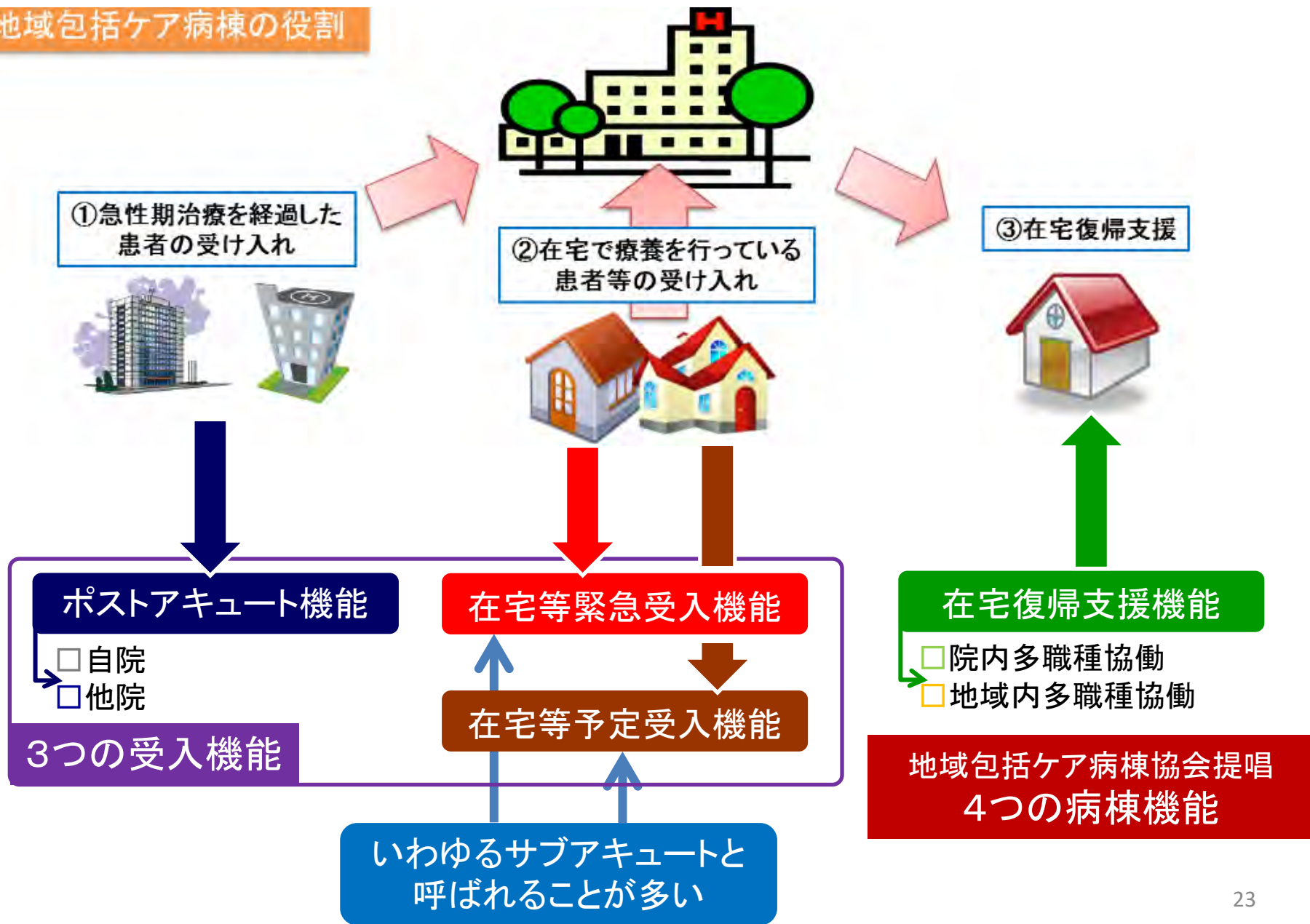
地域包括ケア病棟の誕生

■ 2014年度新設時からの定義：

「地ケア病棟入院料は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える」

地域包括ケア病棟の役割と4つの病棟機能

地域包括ケア病棟の役割



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				-			
一般病棟から転棟した患者割合※1	-		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	-	-		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		-	-
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		-	3月で <u>6人</u> 以上		-	-
地域包括ケアの実績※2	○		-	-	○		-	-
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		-	○	○		-	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

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

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料の特徴

* 地域包括ケアシステムと生活支援型医療を支える

■ 地域包括ケア病棟入院料（以下入院料）

次のうちいずれか1つを満たす → 在宅医療・救急への貢献

- ・在宅療養支援病院
- ・在宅療養後方支援病院（年間3件以上の実績）
- ・2次救急医療機関
- ・救急告示病院
- ・同一敷地内の訪問看護ステーション

■ 地域包括ケア入院医療管理料（以下管理料）

- ・上記の病院において病室単位で算定
- ・許可病床数200床未満（特定地域280床未満）で1病棟に限る

地域包括ケア病棟入院料の特徴

* 地域包括ケアシステムと生活支援型医療を支える

■ 共通の施設基準

- ・入院期間 : 60日、**疾患要件無し**
- ・看護職員 : 13対1、看護師比率7割以上(看護職員配置加算にて10対1に相当)
- ・重症度、医療・看護必要度 : I : 14%以上、II : 11%以上
- ・データ提出加算届出
- ・適切な意思決定支援の指針策定 → **ACPの推進**
- ・入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること
- ・看護師又は社会福祉士1名の配置。一方が専従なら他方は専任でよい。 → **「ときどき入院 ほぼ在宅」の実践**

地域包括ケア病棟入院料の特徴

* 廃用症候群・認知症モデルのリハを支える

- 共通の施設基準 リハビリテーション(以下リハ)関連
- 疾患別・がん患者リハ料の届出
- 常勤POST専従1名配置
- リハを提供する患者は平均2単位/日以上を提供
- 患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハの必要性を判断・説明・記録すること → 評価方法はBarthel Index
- 適切な意思決定支援の指針策定 → リハのACPを推進
- 在宅復帰率7割 ※リハに特化したアウトカム評価なし
→ 患者個人の価値観に沿ったQOL向上が目標
- ストラクチャー指標
- プロセス指標
- アウトカム指標

地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

- ◆ 疾患別・がん患者のリハビリテーション治療: スケジュールと提供量(20分1単位)が管理されている。
- ◆ 補完代替のリハビリテーション治療: 包括算定を活かし、時間・単位・場所に縛られない。

● POC(Point of Care)※リハビリテーション治療

① OT-POCリハビリテーション治療: 個別のADL訓練

② PT-POCリハビリテーション治療: 個別の廃用・褥瘡予防と機能回復訓練

・患者の傍らで、個別に短時間(20分未満/回)、状況に応じて「しているADL」を訓練する。

● 集団でのリハビリテーション治療

● 院内デイケア・デイサービス

● 自主練習指導

● 運動療法指導

■ 補完代替リハビリテーション治療の注意点

- ・主治医が包括的指示として処方
- ・療法士が実施
- ・リハビリテーション治療の記録(分単位)の記載が必要
- ・療法士の勤務時間として計算
- ・疾患別・がん患者リハビリテーション治療と同時実施は不可
- ・1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハビリテーション治療には含まれない。

■ 以下の出来高算定リハビリテーションは含まない

● 摂食機能療法

● 自院DPC病棟から転室・転棟して、

DPCを算定している患者

転室: 入院期間Ⅲまで

転棟: 入院期間Ⅱまで(2020年度から)

※POC(Point of Care): 「療養中の患者の傍ら」を表す。

補完代替リハビリテーションは診療報酬上規定されていない
地域包括ケア病棟協会独自のリハビリテーション治療

地域包括ケア病棟におけるPoint of Careリハビリテーションの実施状況 ならびに導入病院と非導入病院間における患者転帰の検討

- 1) 医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院（石川県能美市）
- 2) 京都大学大学院医学研究科薬剤疫学分野（京都府京都市左京区）
- 3) 京都府立医科大学大学院医学研究科循環器内科学（京都府京都市上京区）
- 4) 地域包括ケア病棟協会（東京都千代田区）
- 5) メディカル・データ・ビジョン株式会社（東京都千代田区）
- 6) 京都大学大学院医学研究科デジタルヘルス講座（京都府京都市左京区）

医師 関知嗣^{1) 2) 3)}、仲井培雄^{1) 4)}、上田佳史¹⁾、川上浩司^{2) 4)}
事務職 西田径^{1) 4)} 会社員 中村正樹⁵⁾ 統計家 田中佐智子^{2) 6)}

【和文抄録】

本研究ではDPC対象病院の地域包括ケア病棟におけるPoint of Careリハビリテーション（POCR）導入の有無ならびに退院時Barthel index（BI）効率（退院時BI-入院時BI/入院期間）、30日以内の予定外再入院等について、多変量一般線形モデルおよびロジスティック回帰モデルを用いて解析した。2014年4月から2018年3月の間に24病院に入院した患者20,178人のうち、10,056人（49.8%）がPOCR病院入院群に分類された。POCR病院入院群は非POCR病院入院群と比べてBI効率は良好であった（調整後 β ：0.23, 95%信頼区間：0.08 to 0.40, $P=0.004$ ）が、再入院に関しては有意なリスクの低下を認めなかった（調整オッズ比：0.88, 95%信頼区間：0.76 to 1.02, $p=0.08$ ）。

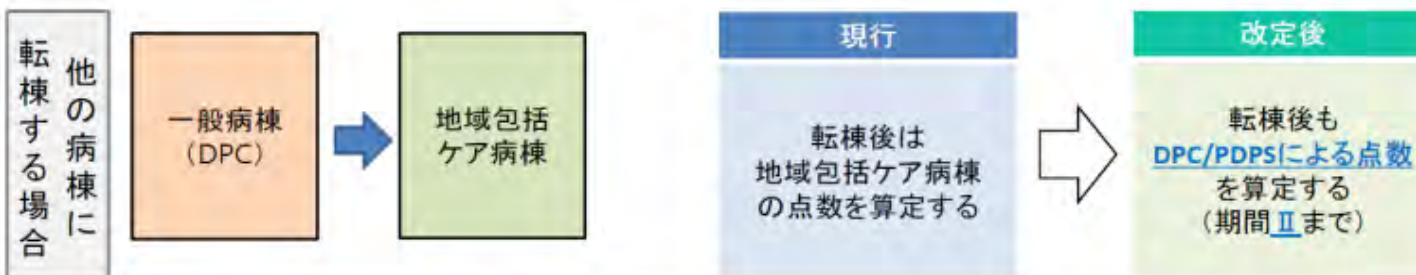
地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 -⑪

地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直し

- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直す。



※診断群分類に定められた期間Ⅱ又はⅢまではDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

16

■ 上記DPC算定期間中は、DPC/PDPSに準じるので、疾患別・がん患者リハは出来高算定となる。

地域包括ケア病棟入院料の特徴

*** 地域包括ケア病棟の3つの役割をバランス良く発揮**

■ 入院料・管理料等に係る許可病床数等の様々な要件

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 -⑨、⑩

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
在宅復帰率 / 床面積	7割以上 / 6.4㎡以上						-	
一般病棟から転棟した患者割合※1	-		6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-	-	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-
自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)		-	-	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)		-	-
自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		-	-	3月で6人以上		-	-
地域包括ケアの実績※2	○		-	-	○		-	-
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○		-	○	○		-	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

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

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(I)及び(II)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Iの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問看護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

200床以上400床未満は入院料2、4のみ届出可能

地域包括ケア病棟の入院料・管理料1、3の実績要件

*地域包括ケア病棟の3つの役割をバランス良く発揮

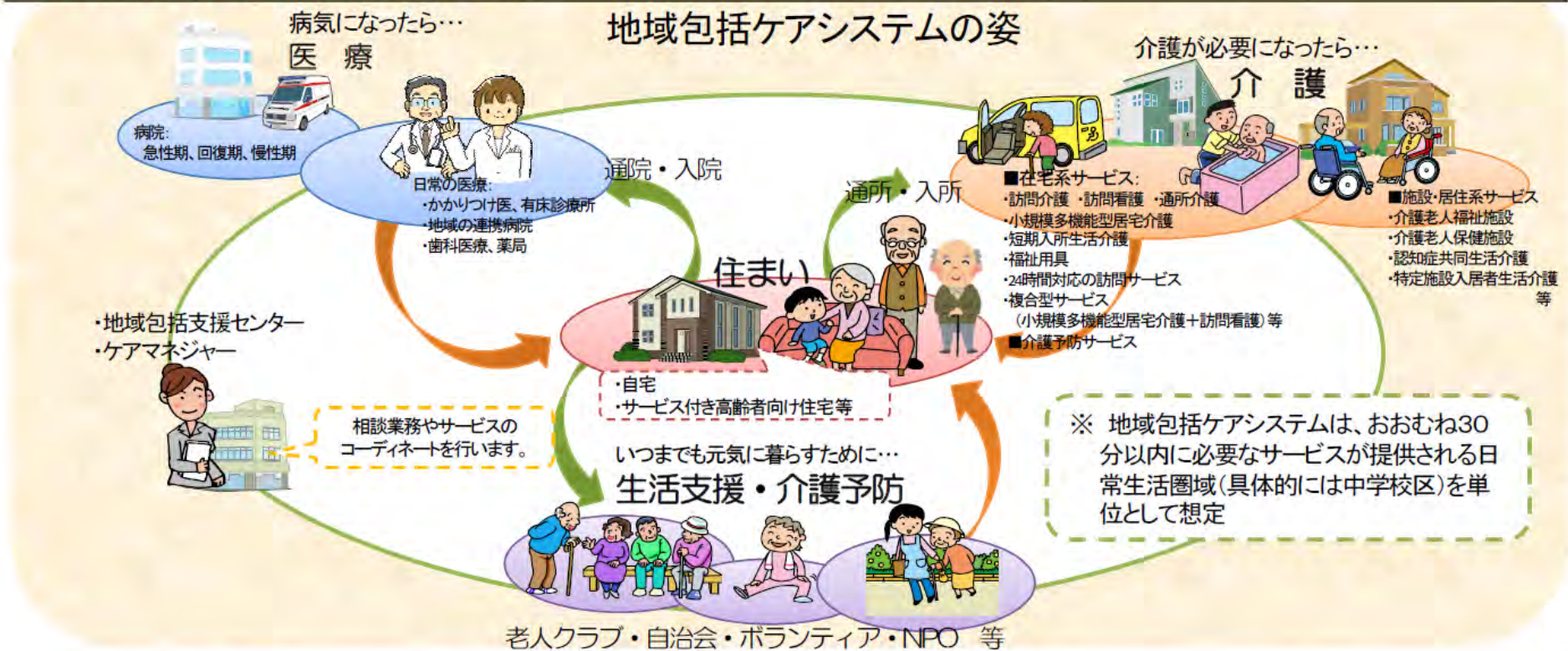
地域包括ケアに係る実績要件	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上(10床未満の病室は3月 <u>6人</u> 以上)
	自宅等からの緊急患者の受入(3月)	<u>6人</u> 以上
在宅医療等の提供	以下(6つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと	
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月)	<u>30回</u> 以上
	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数(3月)	<u>60回</u> 以上
	併設の訪問看護ステーションにおける訪問看護基本療養費等の算定回数(3月)	<u>300回</u> 以上
	併設の事業所が介護サービスの提供実績を有していること	
	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数(3月)	<u>30回</u> 以上
	退院時共同指導料2の算定回数(3月)	<u>6回</u> 以上

※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること



地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域医療構想との整合性

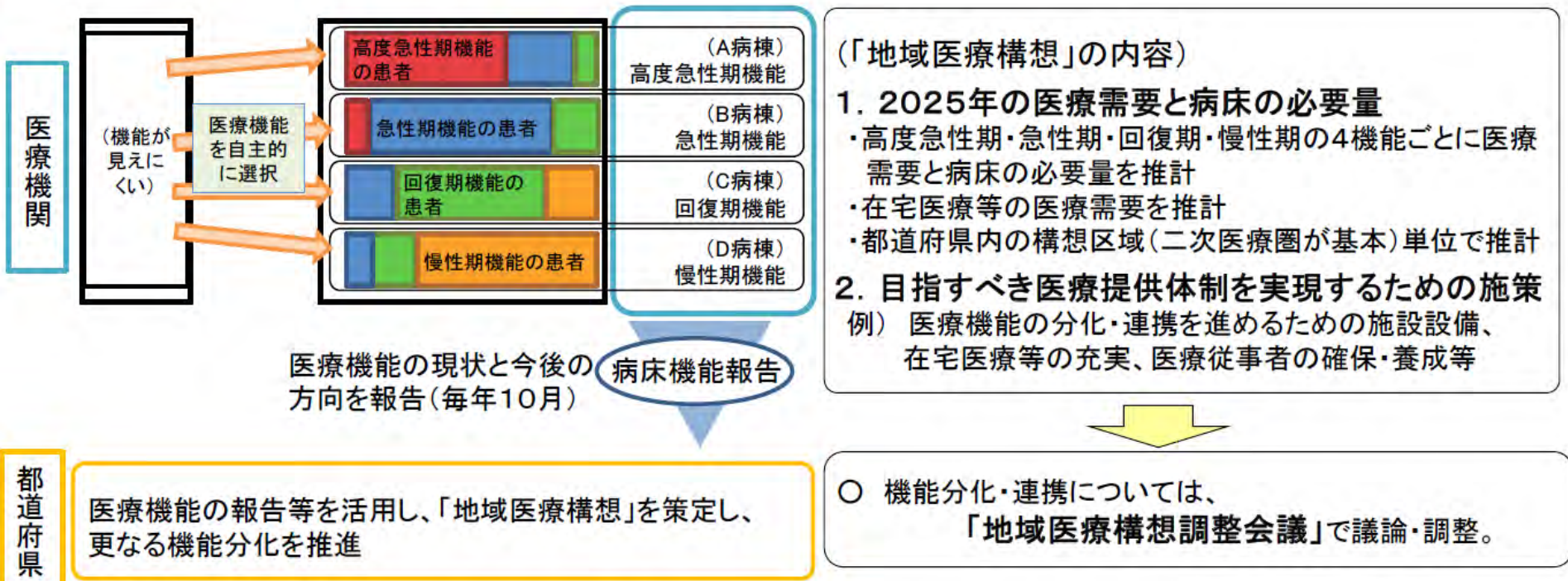
地域医療構想について

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

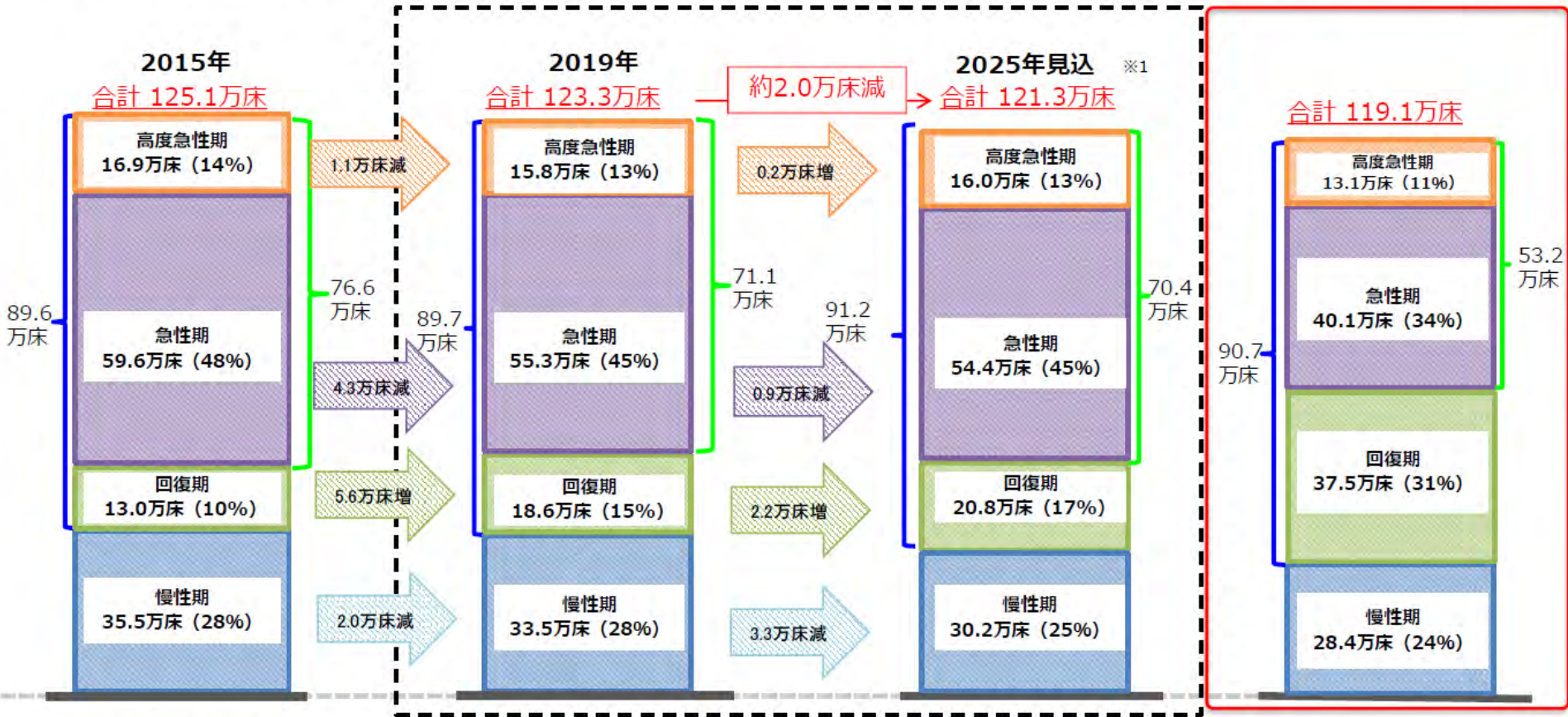


2019年度病床機能報告について

地域医療構想における ※4
2025年の病床の必要量
(平成28年度末時点の推計)

2015年度病床機能報告

2019年度病床機能報告



出典: 2019年度病床機能報告

※1: 2019年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

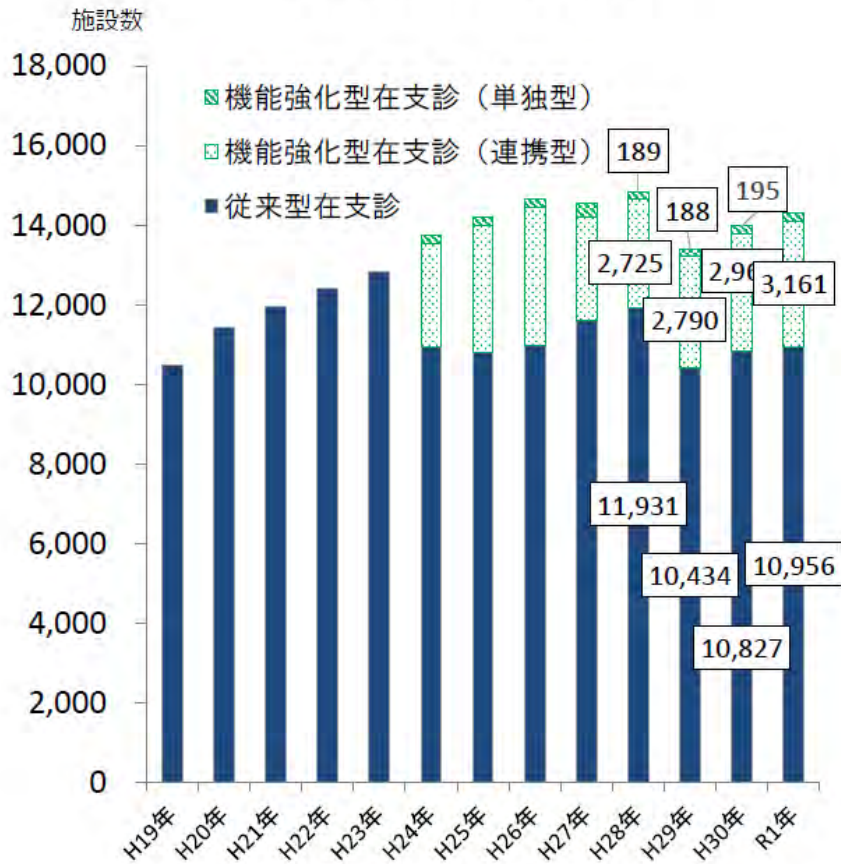
※3: 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

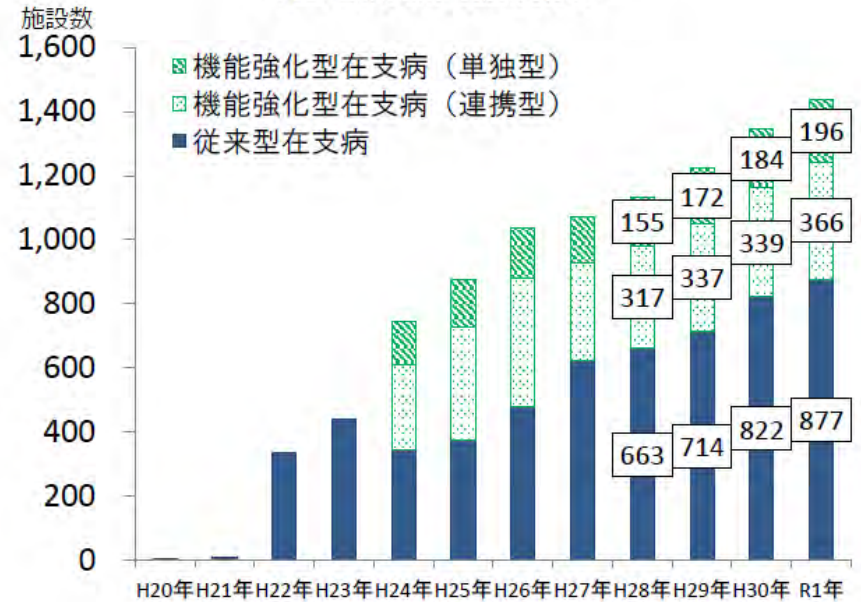
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばいであり、在宅療養支援病院は、増加傾向である。

<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



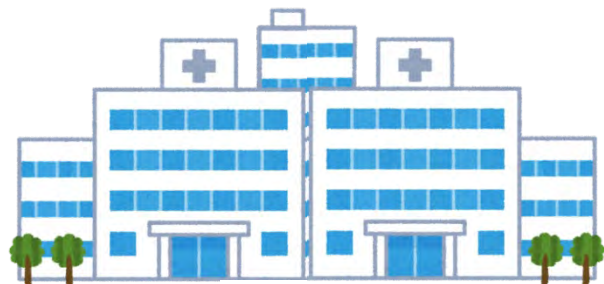
出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

医療圏内の病院の機能分化のあり方

■ 高度急性期機能

・未来に向けて進化し続ける気概！

・地域の標準病院



・大学病院本院群・DPC 特定病院群
がん診療連携拠点病院、救命救急センター等



DPC標準病院群

■ 急性期機能

・地域医療構想区域単位を担う
急性期？

従来型
医療

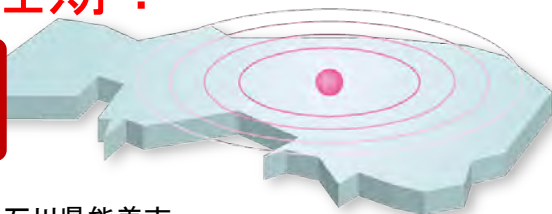


例) 石川県南加賀医療圏

ICU等～急性期一般病棟1～4の
一部の高度急性期～急性期機能

・日常生活圏域単位を担う
軽症急性期？

生活支援型
医療



例) 石川県能美市

地域包括ケア病棟や急性期一般病棟
5～7、地域一般病棟1～3の
在宅等緊急や予定受入機能 39

病院の機能分化のあり方

■回復期機能

・地域包括ケア病棟？

・回復期リハ病棟？

懐の深い
駆け込み寺

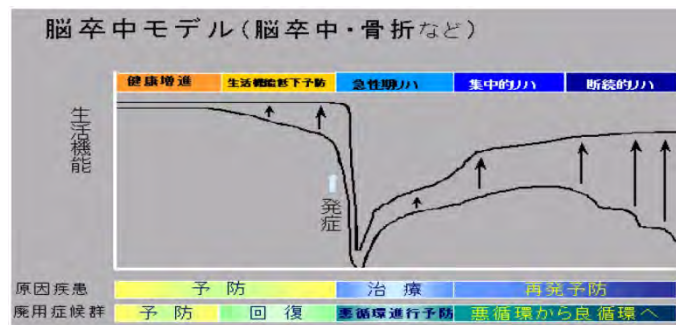
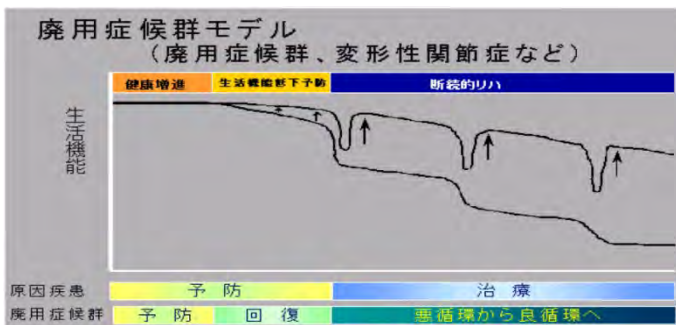


生活支援型
医療

従来型
医療



回復期リハ
の専門店



両病棟
併設？

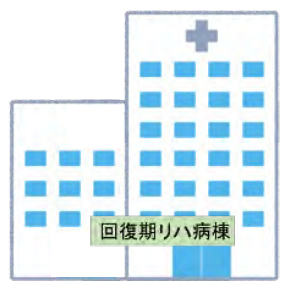
主に

主に

廃用症候群・認知症モデルの生活復帰

脳卒中モデルの社会復帰

・自院のポストアキュートを担う？ & / or 地域内のポストアキュートを担う？

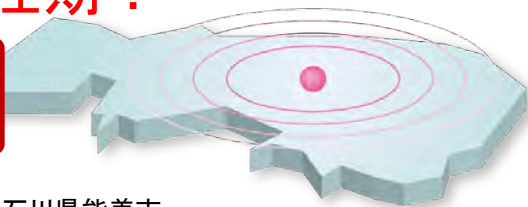


地域包括ケア病棟を一言で言うと地域包括ケア病棟です！？

■急性期機能

- ・日常生活圏域単位を担う
軽症急性期？

生活支援型
医療



例) 石川県能美市

地域包括ケア病棟や急性期一般病棟
5~7、地域一般病棟1~3の
在宅等緊急や予定受入機能



在宅医療も
やるんだよ！

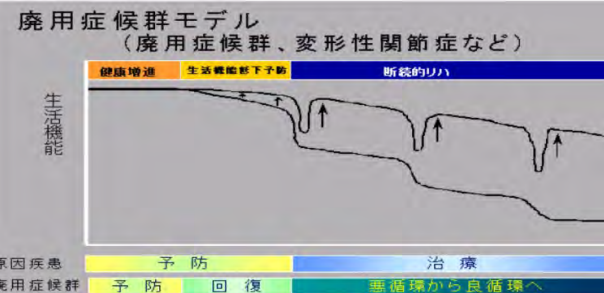
■回復期機能

- ・地域包括ケア病棟？

懐の深い
駆け込み寺



生活支援型
医療



主に

廃用症候群・認知症モデルの生活復帰

■2014年度によく言われた言葉

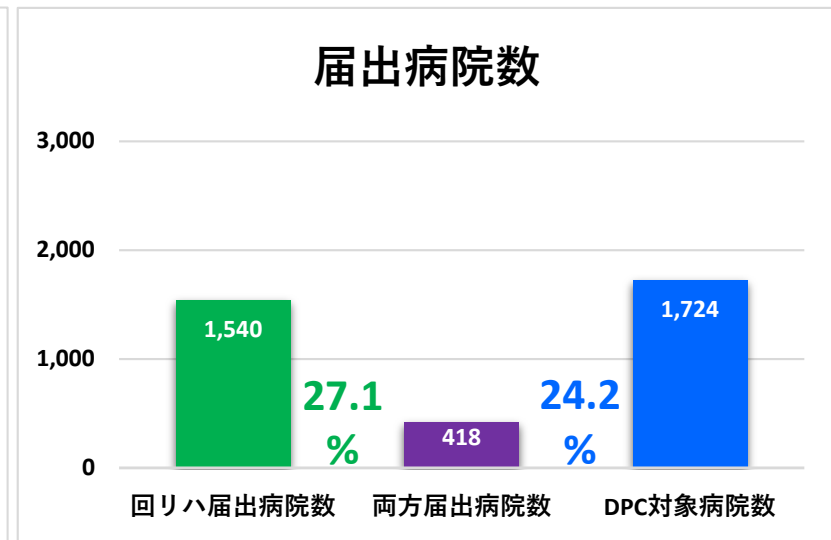
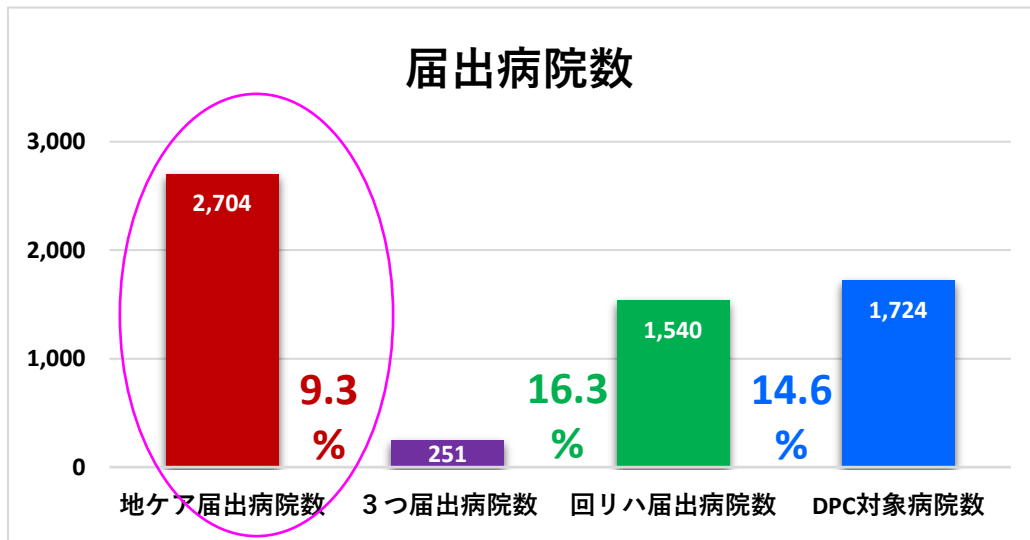
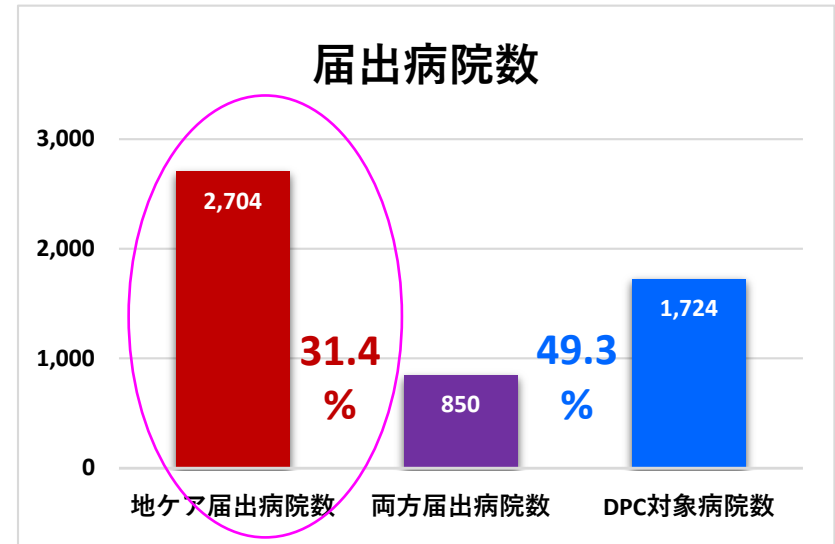
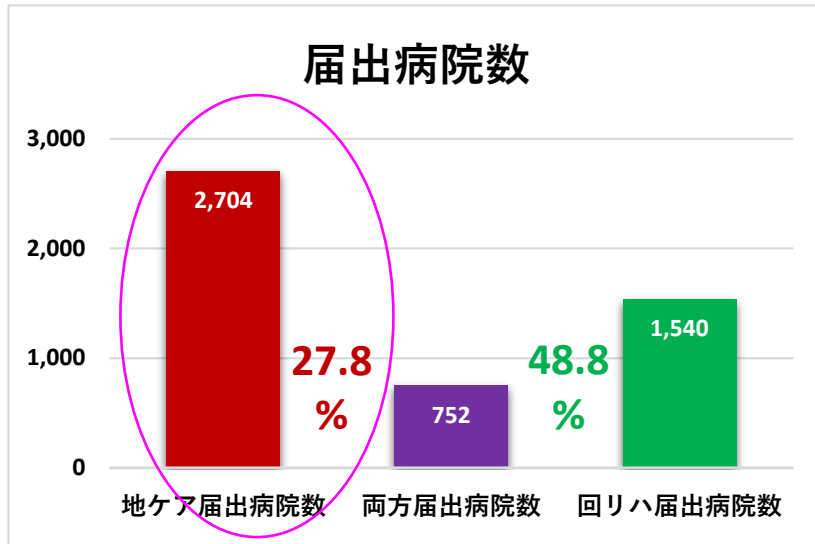
「地域包括ケア病棟の機能は急性期ですか？回復期ですか？両方ですか？判りにくいですね！」

■動物にもいる。姿をよく見て、慣れれば理解できる。

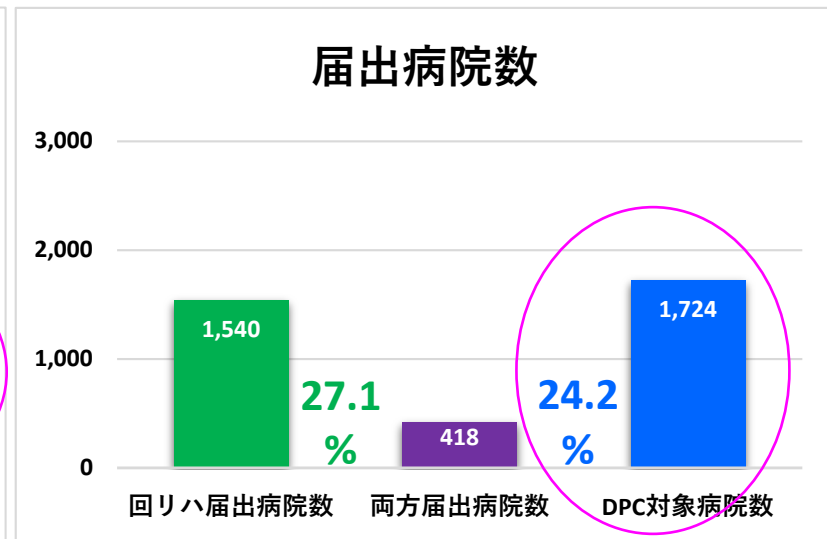
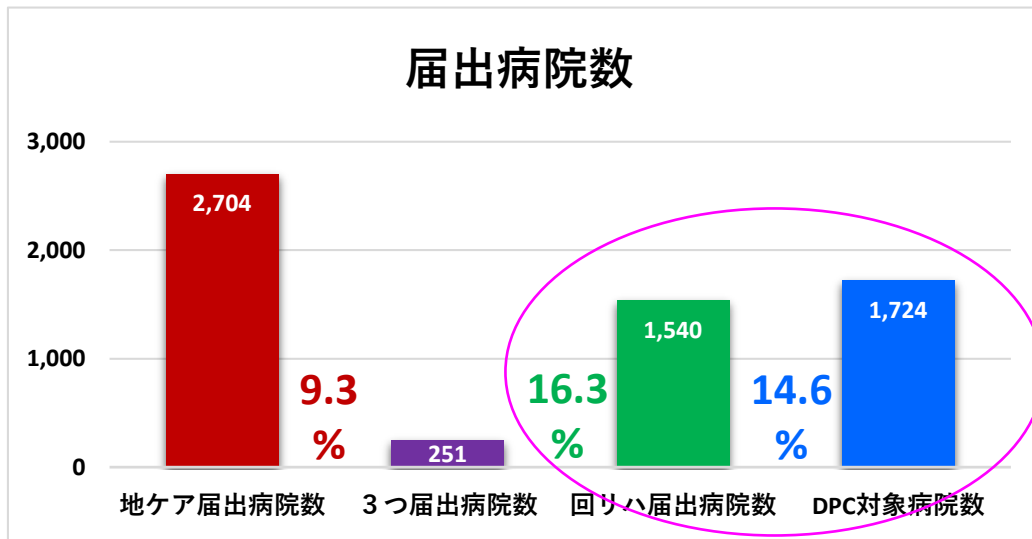
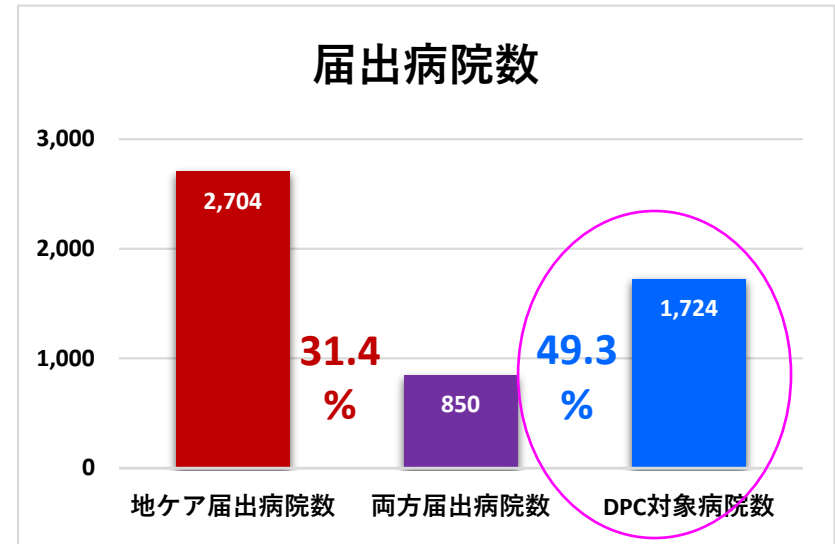
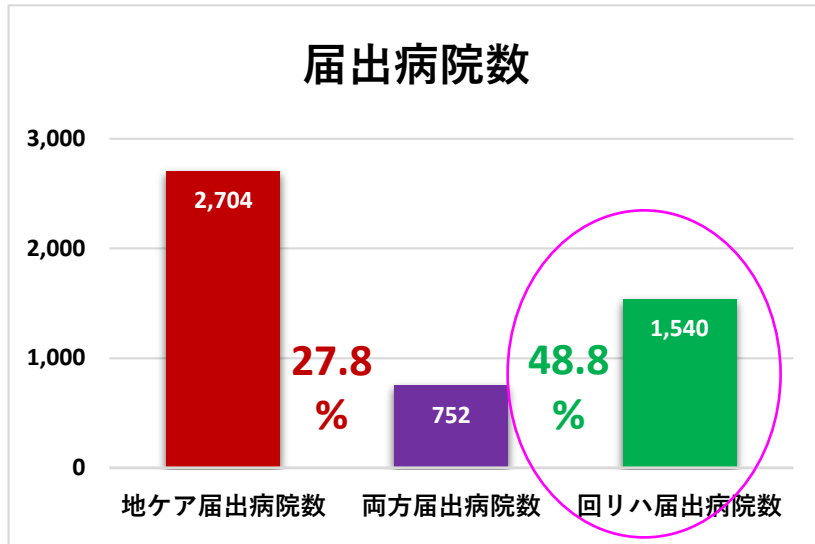
- ・土のように赤く、時には葉っぱのように緑に。カメレオンは変幻自在！
- ・鳥類でもない、陸上ほ乳類でもない。コウモリは空飛ぶほ乳類！



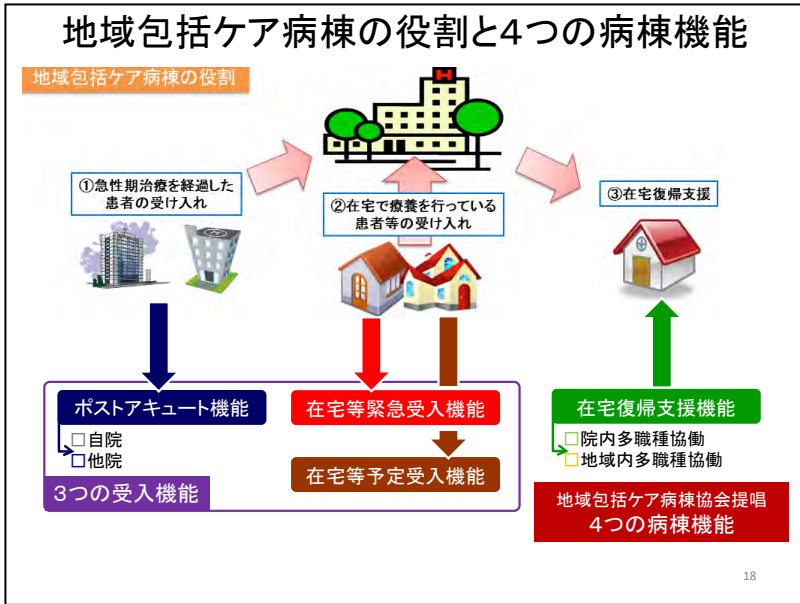
地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟、 DPC対象病床の届出病院の組み合わせ解析



地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟、 DPC対象病床の届出病院の組み合わせ解析



地域包括ケアシステムと地域医療構想に寄り添う 懐の深い地域包括ケア病棟



地域医療構想について

令和3年2月8日 第76回社会保険医療協議会医療部会 参考資料1

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。

医療機能
(機能が見える化) 医療機能を見える化に選択

高度急性期機能の必要量 (A病棟) 高度急性期機能
急性期機能の必要量 (B病棟) 急性期機能
回復期機能の必要量 (C病棟) 回復期機能
慢性期機能の必要量 (D病棟) 慢性期機能

医療機能の現状と今後の方向を報告(毎年10月)

病床機能報告

「地域医療構想」の内容

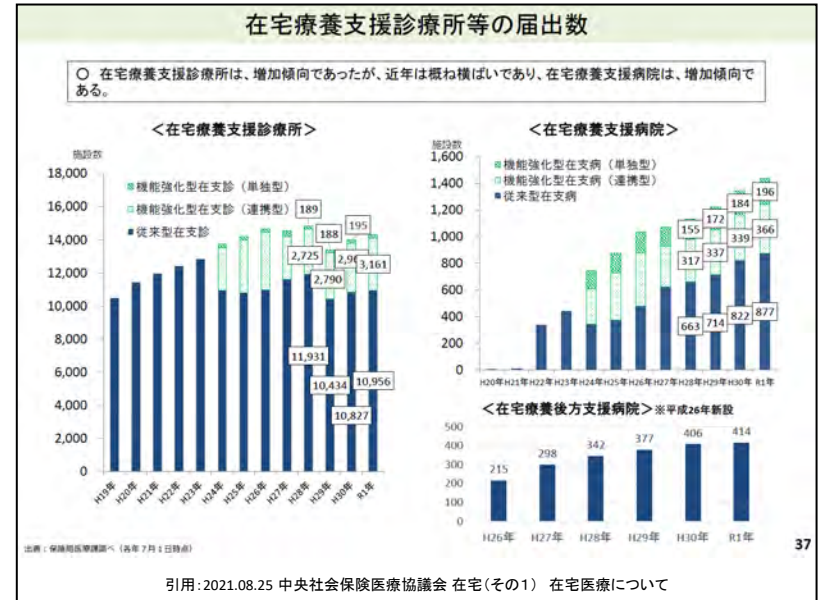
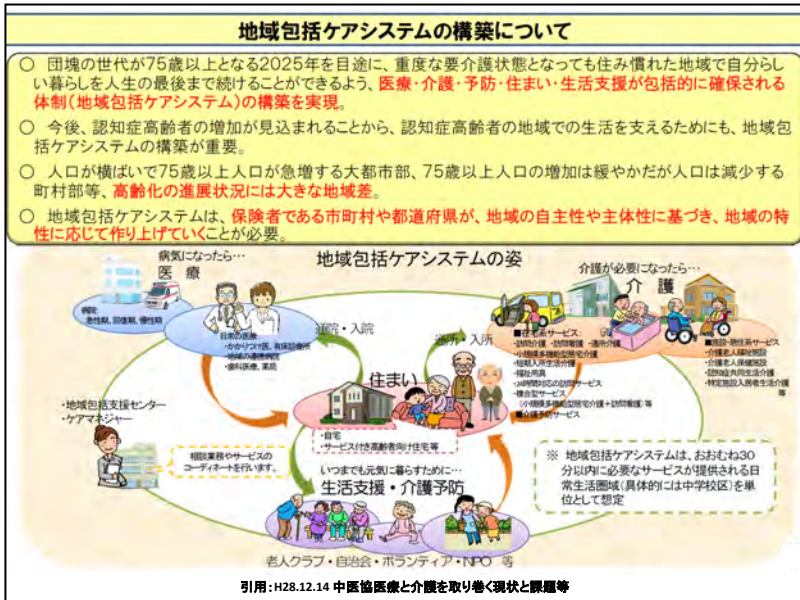
- 2025年の医療需要と病床の必要量
 - 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
 - 在宅医療等の医療需要を推計
 - 都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

都道府県 医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

18

引用: 2021.08.25 中央社会保険医療協議会 入院(その1)



地域包括ケアシステムと地域医療構想に寄り添う 懐の深い地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟の役割と4つの病棟機能

地域包括ケア病棟の役割



①急性期治療を終った患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている患者の受け入れ

③在宅復帰支援

ポストアキ

□自院
□他院

3つの受入

■地域包括ケアシステムや地域医療構想のニーズをご当地毎に捉えた上で、



■在宅復帰支援機能を基軸に、自院がご当地ニーズに寄り添える様に、自院の他病棟の機能が活きる様に、カスタマイズできる病棟。



地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。

必要量
1の4機能ごとに医療
が(基本)単位で推計
現するための施策
ための施設設備、
の確保・養成等

18
24



引用: H28.12.14 中協医療と介護を取り巻く現状と課題等



引用: 2021.08.25 中央社会保険医療協議会 在宅(その1) 在宅医療について

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

R1調査 262施設5割弱

急性期一般病棟以上の病棟を有し、施設全体で急性期機能を最も重視。

- ・急性期対応が強み！
- ・地域包括ケア病棟は自院PA中心
- ・200床以上3.5割強、400床以上1割弱
- ・併設介護事業は最も少ない

■ 地域密着型

■ 定義

R1調査 189施設3.5割強

「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8.5割弱
- ・日常生活圏域のサブアキュート中心
- ・在宅医療に取り組む

■ ポストアキュート (PA) 連携型

■ 定義

R1調査 68施設1.5割弱

施設全体として、実患者数の概ね半分以上が他院からのPA患者。

- ・連携先は高度急性期～急性期病院
- ・回りハや療養等の後方病床と、訪問・通所・入所の併設施設が豊富
- ・200床未満9割強

■ 地域包括ケア病院



■ 定義

地方厚生局解析 63施設

2021.08. 27確認

全病棟病室が地域包括ケア病棟の“形態分類”

- ・“機能分類”では「地域密着型」または「ポストアキュート連携型」

「地域包括ケア病院」 63病院

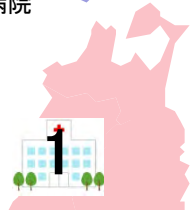
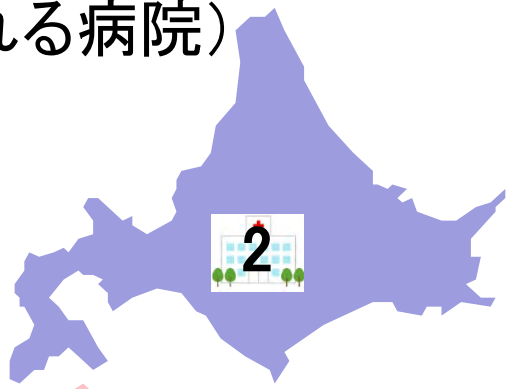
R3年(2021年)8月27日確認

(許可病床数＝地域包括ケア病棟だけで構成される病院)

- 広島県 府中市市民病院
- 山口県 周友会 徳山病院
- 香川県 春風会 桜村病院
- 徳島県 徳島平成病院
- 高知県 長生会 大井田病院
- 高知県 山村会 山村病院
- 福岡県 南折立病院
- 福岡県 仁正会 鎌田病院
- 福岡県 福岡信和病院
- 佐賀県 諸隈病院
- 佐賀県 真仁会 境野病院
- 長崎県 光省会 福田外科病院
- 熊本県 水俣協立病院
- 熊本県 本庄内科病院
- 大分県 秋芳会 秋吉病院
- 大分県 関愛会 坂ノ市病院
- 大分県 秋水堂 若宮病院
- 大分県 関愛会 大東よつば病院
- 宮崎県 三財病院
- 宮崎県 野崎東病院
- 鹿児島県 うすき整形外科病院

- 愛知県 ちくさ病院
- 愛知県 笠寺病院
- 愛知県 桃源堂後藤病院
- 福井県 光陽生協病院
- 福井県 奥村病院
- 京都府 原田病院
- 京都府 吉祥院病院
- 大阪府 大阪府済生会新泉南病院
- 兵庫県 姫路医療生活協同組合共立病院
- 兵庫県 松田病院
- 兵庫県 星晶会あおい病院
- 兵庫県 恒生かのこ病院
- 鳥取県 清生会 谷口病院
- 岡山県 武田病院
- 岡山県 清風会 日本原病院
- 岡山県 恵誠会 大西病院
- 岡山県 敬和会 近藤病院
- 岡山県 セントラルシティ病院
- 岡山県 岡山市立せのお病院
- 岡山県 国立病院機構岡山市立金川病院
- 岡山県 美甘会 勝山病院
- 岡山県 岡山済生会外来センター病院
- 岡山県 おだうじ会 小田病院

- 北海道 町立南幌病院
- 北海道 道東の森総合病院
- 秋田県 土崎病院
- 栃木県 野木病院
- 群馬県 上大類病院
- 東京都 苑田第二病院
- 東京都 聖カタリナ病院
- 東京都 久米川病院
- 東京都 くじらホスピタル
- 東京都 寿康会病院
- 東京都 あやせ循環器リハビリ病院
- 神奈川県 恵生会 竹山病院
- 神奈川県 明和会 亀田病院
- 長野県 相澤東病院
- 長野県 雨宮病院
- 富山県 八尾総合病院
- 富山県 正友会中村記念病院
- 富山県 チューリップ長江病院
- 石川県 伊藤病院



60床以上抜粋

愛知県	医療法人笠寺病院	128
秋田県	医療法人運忠会 土崎病院	110
東京都	医療法人 青峰会 くじらホスピタル	101
宮崎県	野崎東病院	96
北海道	明生会 道東の森総合病院	85
岡山県	岡山済生会外来センター病院	80
山口県	医療法人周友会 徳山病院	78
神奈川県	医療法人社団恵生会 竹山病院	64
長崎県	医療法人光省会 福田外科病院	63
北海道	国民健康保険町立南幌病院	60
東京都	苑田会 苑田第二病院	60
神奈川県	医療法人 明和会 亀田病院	60
岡山県	社会医療法人清風会 日本原病院	60
岡山県	セントラルシティ病院	60
岡山県	岡山市立せのお病院	60
広島県	府中市市民病院	47
福岡県	医療法人仁正会 鎌田病院	60
佐賀県	医療法人 諸隈病院	60
熊本県	水俣協立病院	60

地方厚生局データの解析資料

1病院あたり51.7床

地域包括ケア病棟の兆し分析

地域包括ケアシステムと地域医療構想に寄り添う 懐の深い地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟の役割と4つの病棟機能

地域包括ケア病棟の役割

①急性期治療を終った患者の受け入れ
②在宅で療養を行っている患者の受け入れ
③在宅復帰支援
④在宅療養支援

ポストアキュート
 自院
 他院
3つの受入

地域医療構想について

令和3年2月9日 第76回社会保障審議会医療部会 参考資料1

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。

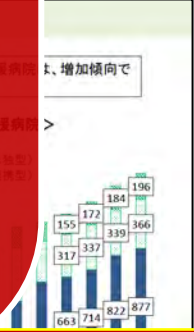
必要量
1の4機能ごとに医療
が(基本)単位で推計
現するための施策
ための施設設備、
の確保・養成等

18
24

■地域包括ケアシステムや地域医療構想のニーズをご当地毎に捉えた上で、
↓
■在宅復帰支援機能を基軸に、自院がご当地ニーズに寄り添える様に、自院の他病棟の機能が活きる様に、カスタマイズできる病棟。



影が薄くなってきた



- ・400床以上の大病院は新規届出不可
- ・400床以上で既設の場合、自院ポストアキュートが6割超にて1割減算
- ・コロナ禍での受け入れは主に回復患者

潮目が変わった「ときどき入院 ほぼ在宅」

- 1位: 入院料・管理料1 (2,809点・生活療養2,794点)・・・1,301病院(48.1%)
- 2位: 入院料・管理料2 (2,620点・生活療養2,605点)・・・1,282病院(47.4%)
- 3位: 入院料・管理料4 (2,076点・生活療養2,060点)・・・79病院(2.9%)
- 4位: 入院料・管理料3 (2,285点・生活療養2,270点)・・・41病院(1.5%)

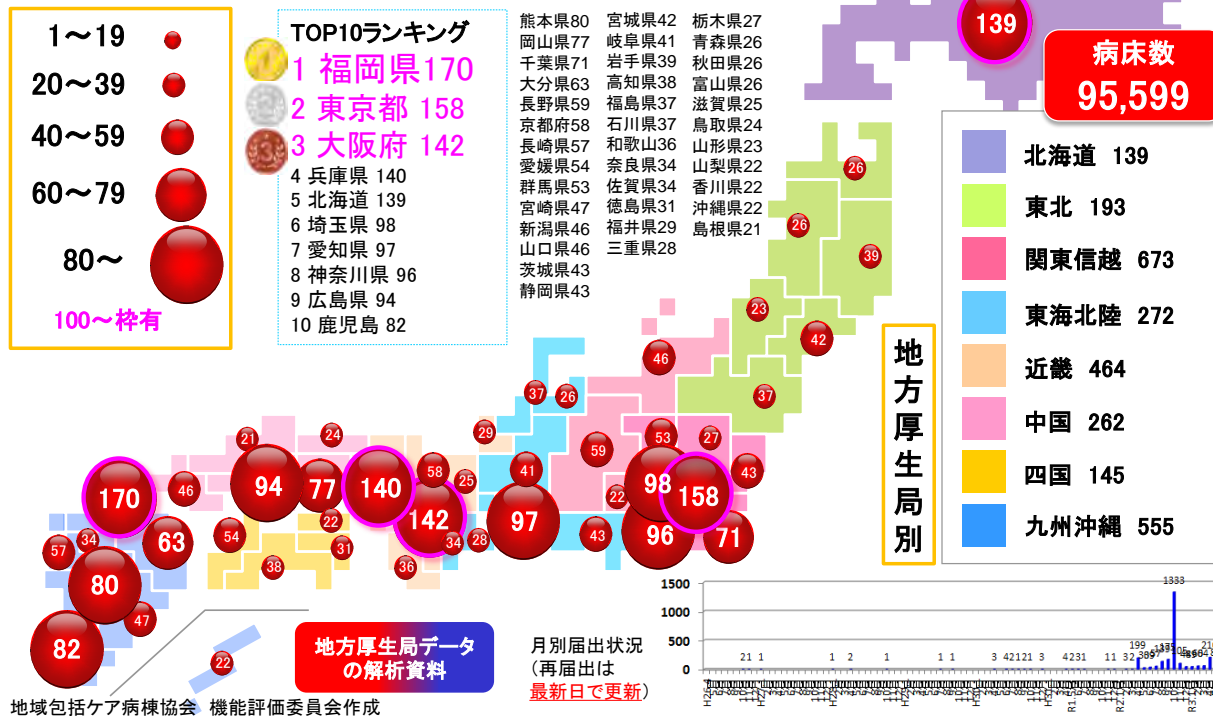
※病院数カウント
(例; 地包ケア1・3
両方の算定病院
は1でカウント)

※入院料: 地域包括ケア病棟入院料、管理料: 地域包括ケア入院医療管理料

地域包括ケア病棟算定2,703病院

令和3年7月25日時点の地方厚生局確認データ

(R3年6月届出まで)
(一部7月更新あり)



■ 2021年5月届出時点で入院料・管理料1が同2を逆転。
■ 大きな要件は200床未満。

地域包括ケア病棟の立ち位置が揺らいでいる

■在宅からの直接入院減少の危機

●在宅医療の充実

- ・コロナ禍で在宅看取りや訪看が増加
- ・かかりつけ医機能とDXで在宅医療が進化

●介護施設での医療提供の充実

●高度急性期病院の充実

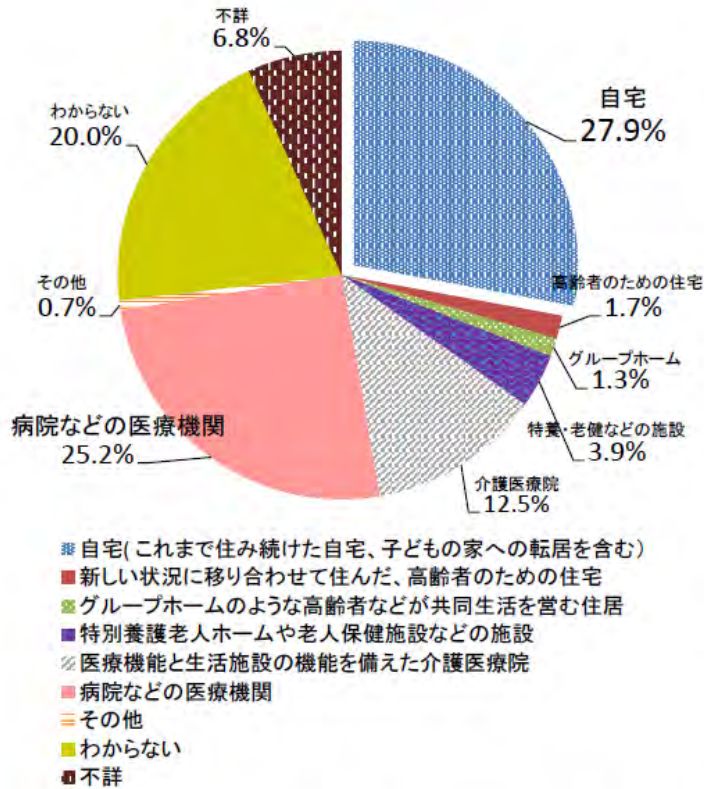
- ・専門外来、重症救急、高度医療の拠点化



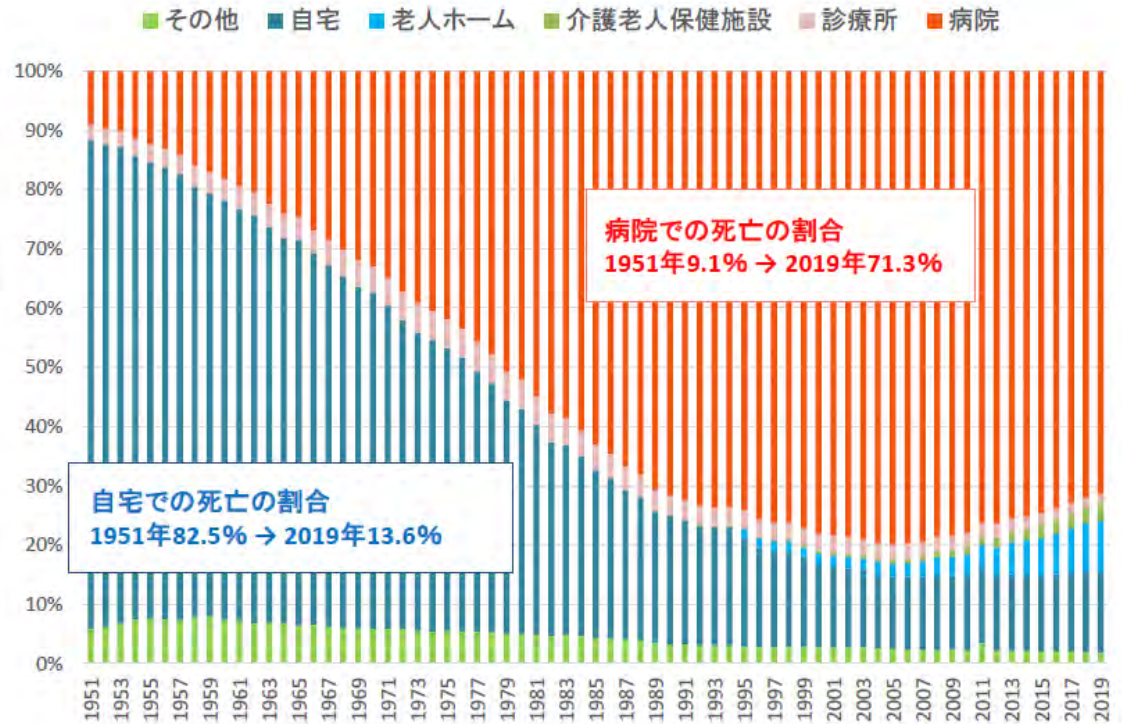
死亡場所の推移

- 国民の約3割は、「最期をむかえるときに生活したい場所」について、「自宅」を希望している。
- 場所別の死亡者数をみると、多くの方は「病院」で亡くなっている

人生の最期をむかえるとき生活したい場所



死亡の場所の推移



出典:厚生労働省「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」

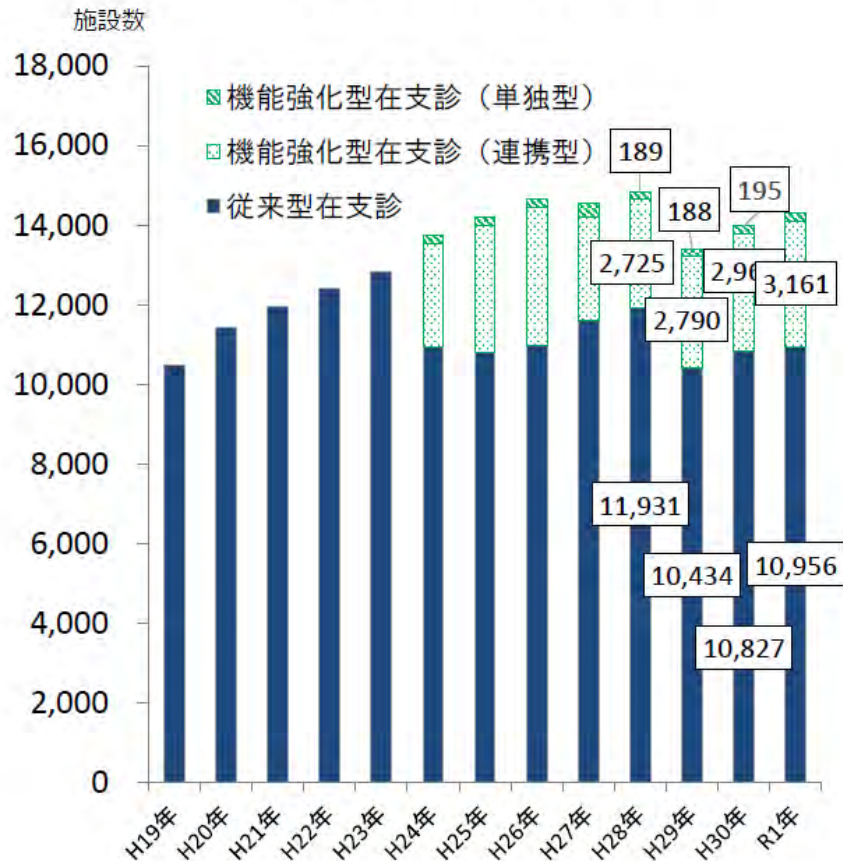
出典:厚生労働省人口動態調

コロナ禍で増加

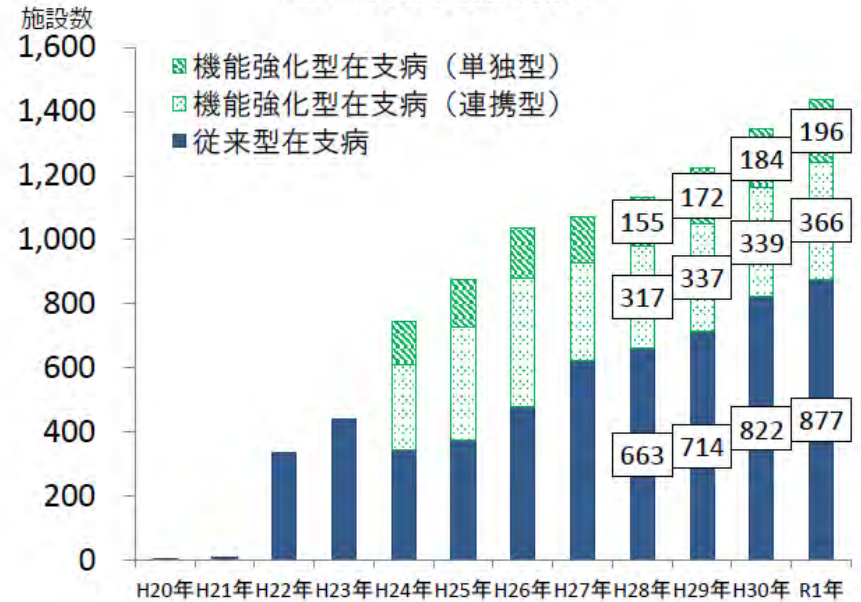
在宅療養支援診療所等の届出数

○ 在宅療養支援診療所は、増加傾向であったが、近年は概ね横ばいであり、在宅療養支援病院は、増加傾向である。

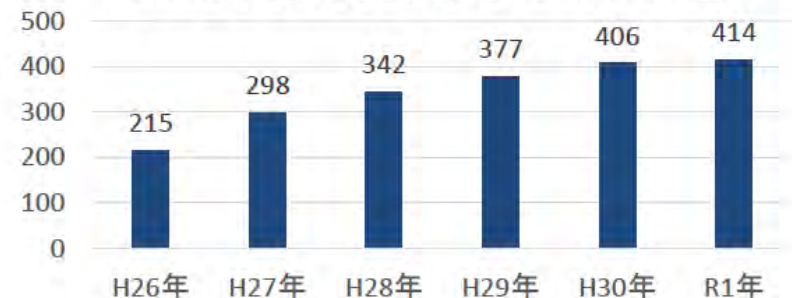
<在宅療養支援診療所>



<在宅療養支援病院>



<在宅療養後方支援病院> ※平成26年新設



コロナ禍で活躍の報道

出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

6. 地域包括ケア病棟・病床の実績について



令和2年度
地域包括ケア病棟の機能と
新型コロナウイルス感染症
対応に関する調査

4) 地域包括ケア病棟・病床の実績

(5) 在宅医療等の提供に係る実績

・有効回答病院全体の平均

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	上期平均	前1年平均
訪問診療料	129.4	125.1	130.5	132.8	130.1	131.6	129.9	123.6
みなし 訪看	32.0	27.5	27.8	24.7	34.5	26.0	28.8	23.3
併設 訪看	189.3	184.3	215.7	224.0	210.1	206.9	205.0	198.3
介護サービスあり	28	25	25	26	27	27		24
訪リハ	172.8	172.3	203.8	203.7	181.4	193.7	187.9	172.7
共同指導料	1.1	0.9	1.1	1.3	1.2	1.5	1.2	1.2

有効回答数	行っていない	不明
40	9	26
6	23	46
19	23	33
29	16	30
13	24	38
25	13	37

※4月～9月実績と前年平均の全てが0の場合は、不明としてカウントした

※「介護サービスあり」のみ、事業を行っている病院の数

2. (3) 医療と介護の連携の推進 (その2)

老健施設の医療ニーズへの対応強化

- 老健施設において、適切な医療を提供する観点から、所定疾患施設療養費について、検査の実施の明確化や算定日数の延長、対象疾患の追加を行う。かかりつけ医連携薬剤調整加算について、かかりつけ医との連携を推進し、継続的な薬物治療を提供する観点から見直しを行う。【告示改正】

介護老人保健施設

軽症急性疾患の治療の充実

【所定疾患施設療養費の見直し】

- 算定要件において、**検査の実施**を明確化する。(※)当該検査については、協力医療機関等と連携して行った検査を含むこととする。
- 所定疾患施設療養費(Ⅱ)の算定日数を「連続する10日まで」に延長する。

(現行) 1月に1回、連続する7日を限度として算定 → (改定後) 1月に1回、連続する10日を限度として算定

- 対象疾患について、肺炎、尿路感染症、带状疱疹に加えて、「**蜂窩織炎**」を追加する。
- ※ 業務負担軽減の観点から、算定にあたり、診療内容等の給付費明細書の摘要欄への記載は求めないこととする。

介護老人保健施設

【かかりつけ医連携薬剤調整加算の見直し】

- 入所時及び退所時におけるかかりつけ医との連携を前提としつつ、当該連携に係る取組と、かかりつけ医と共同して減薬に至った場合を区分して評価する。また、CHASEへのデータ提出とフィードバックの活用によるPDCAサイクルの推進・ケアの向上を図ることを新たに評価する。

(※) 連携に係る取組については、入所に際し、薬剤の中止又は変更の可能性についてかかりつけ医に説明し理解を得るとともに、入所中に服薬している薬剤に変更があった場合には、退所時に、変更の経緯・理由や変更後の状態に関する情報をおかかりつけ医に共有することを求める。

(※) 入所中に薬剤の変更が検討される場合に、より適切な薬物治療が提供されるよう、当該介護老人保健施設の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していることを求める。

<現行>

かかりつけ医連携薬剤調整加算 125単位 →

(※) 退所時に1回に限り算定可能

<改定後>

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) 100単位 (新設)

(入所時・退所時におけるかかりつけ医との連携への評価)

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) 240単位 (新設)

(Ⅰに加えて、CHASEを活用したPDCAサイクルの推進への上乗せの評価)

かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ) 100単位 (新設)

(Ⅱに加えて、減薬に至った場合の上乗せの評価)

急性期医療を担う医療機関の役割(イメージ)

中医協 総-3
25.11.13

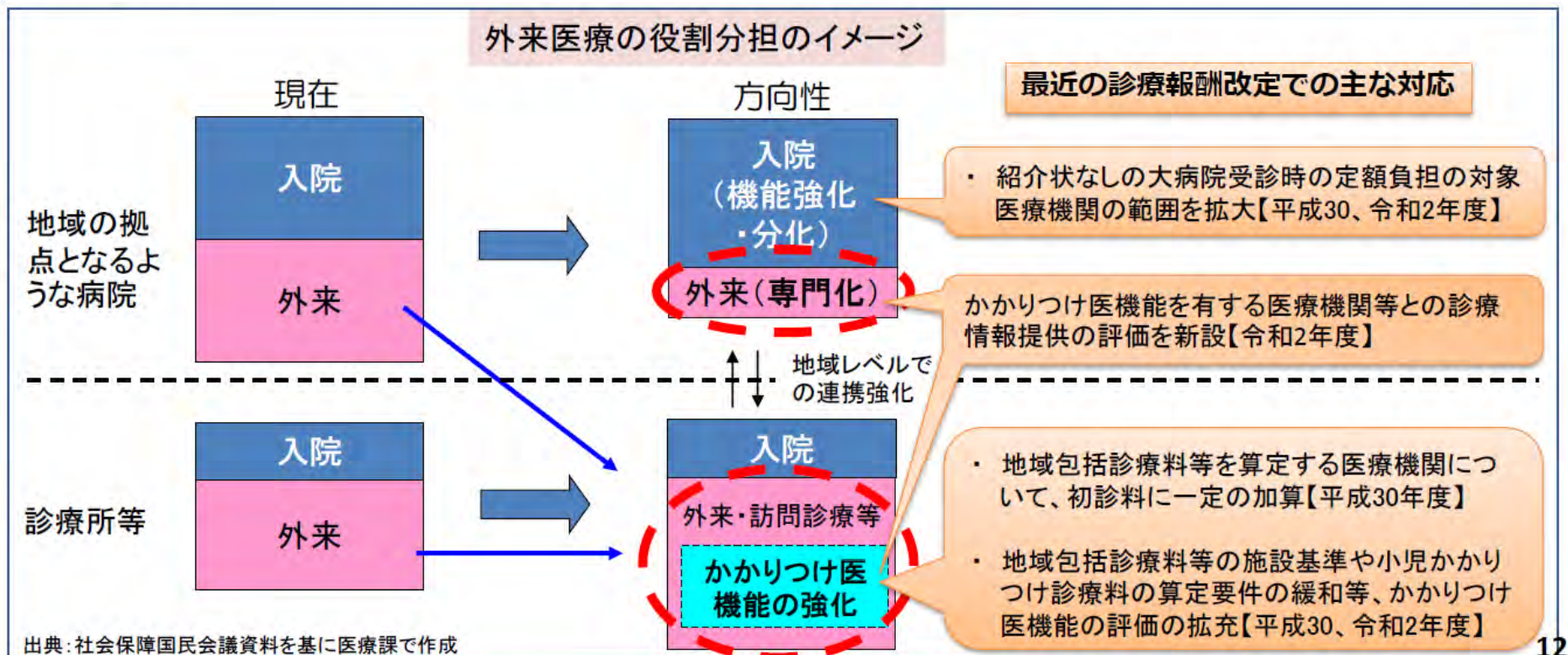


急性期医療の役割として、24時間の救急受入体制、総合的かつ専門的な医療の提供、急性期後の患者の後方病床等への退院支援などが重要であると考えられる。

外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



地域包括ケア病棟の立ち位置が揺らいでいる

■他院からの入院減少の危機

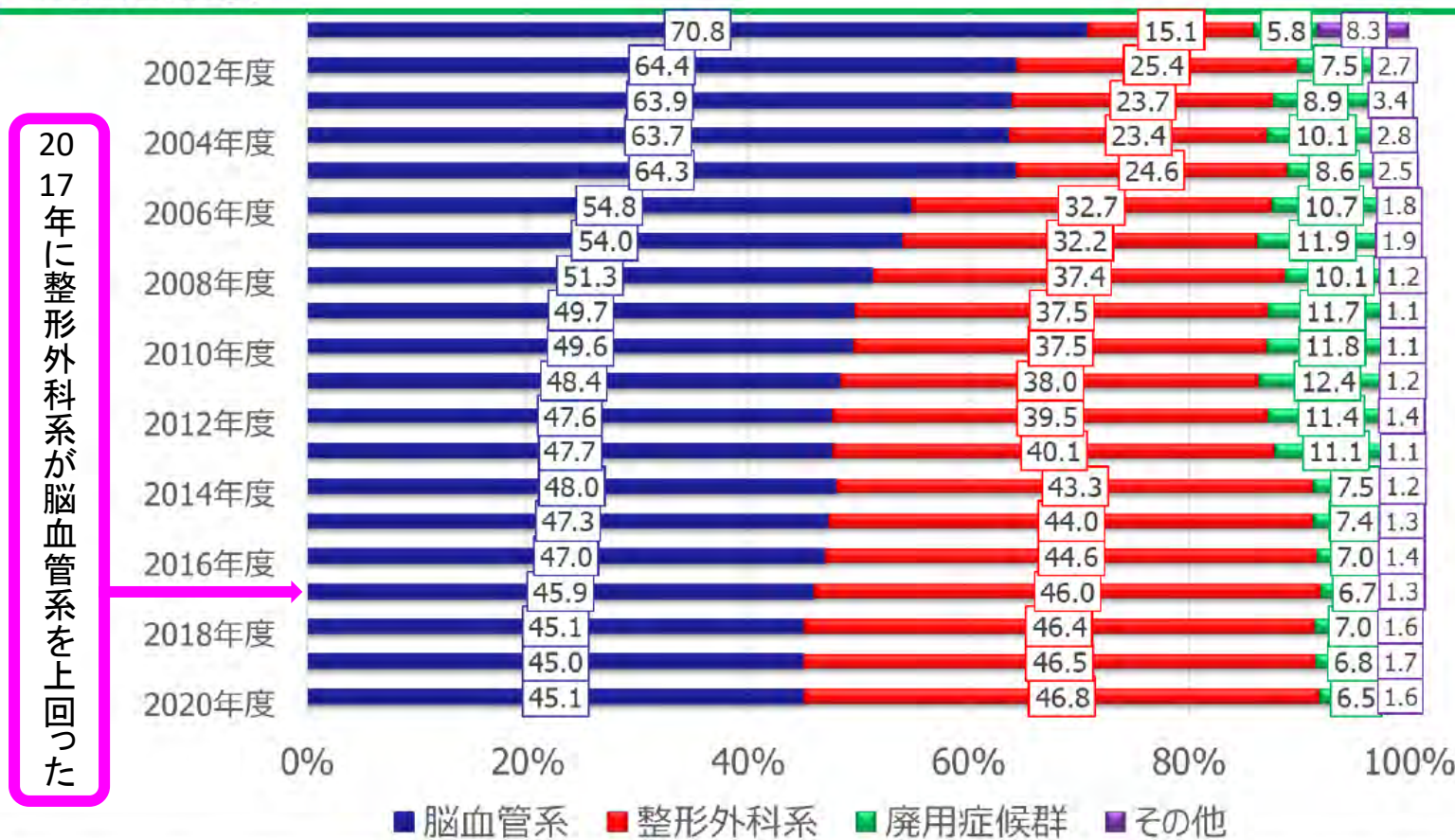
- 初発の脳卒中は回復期リハビリテーション病棟が王道
- 急性期一般病床の心不全や誤嚥性肺炎は直接在宅へ
- コロナ回復患者はしっかり受け入れよう

■自院一般病床からの転棟6割未満の制限(許可病床400床以上)



疾患構成の年次推移

○ 疾患構成の年次推移は以下のとおり。経年的に脳血管系の割合が下がり、整形外科系の割合が上昇している。



脳血管系：「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」
 整形外科系：「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」、「股関節又は膝関節の置換術後の状態」
 廃用症候群：「外科手術後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」
 その他：「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」

高齢化の進行に伴う医療介護複合ニーズの変化にどのように対応するのか？

高齢者脳梗塞、股関節骨折、心不全、肺炎の急性期病院入院症例における入院前後のサービス利用状況
 (西日本の一自治体データ：2014年10月～2016年3月
 DPC対象病院入院症例)

	入院6か月前		一般病床入院1か月後					
	介護保険利用	介護施設入所	一般病床	回復期病床	療養病床	介護保険利用	介護施設入所	累積死亡
脳梗塞(1,734名)	32.5%	5.4%	68.7%	21.9%	1.8%	19.4%	5.4%	1.1%
股関節骨折(1,493名)	54.5%	5.8%	78.4%	37.6%	3.7%	24.0%	7.5%	0.1%
心不全(1,192名)	45.0%	6.9%	70.1%	0.5%	3.0%	33.6%	6.8%	3.3%
一般肺炎(1,798名)	47.3%	7.6%	56.1%	0.8%	3.4%	38.6%	7.5%	2.9%
誤嚥性肺炎(1,585名)	73.4%	21.5%	66.9%	0.9%	5.9%	45.3%	17.4%	5.0%

出典：松田(2019)

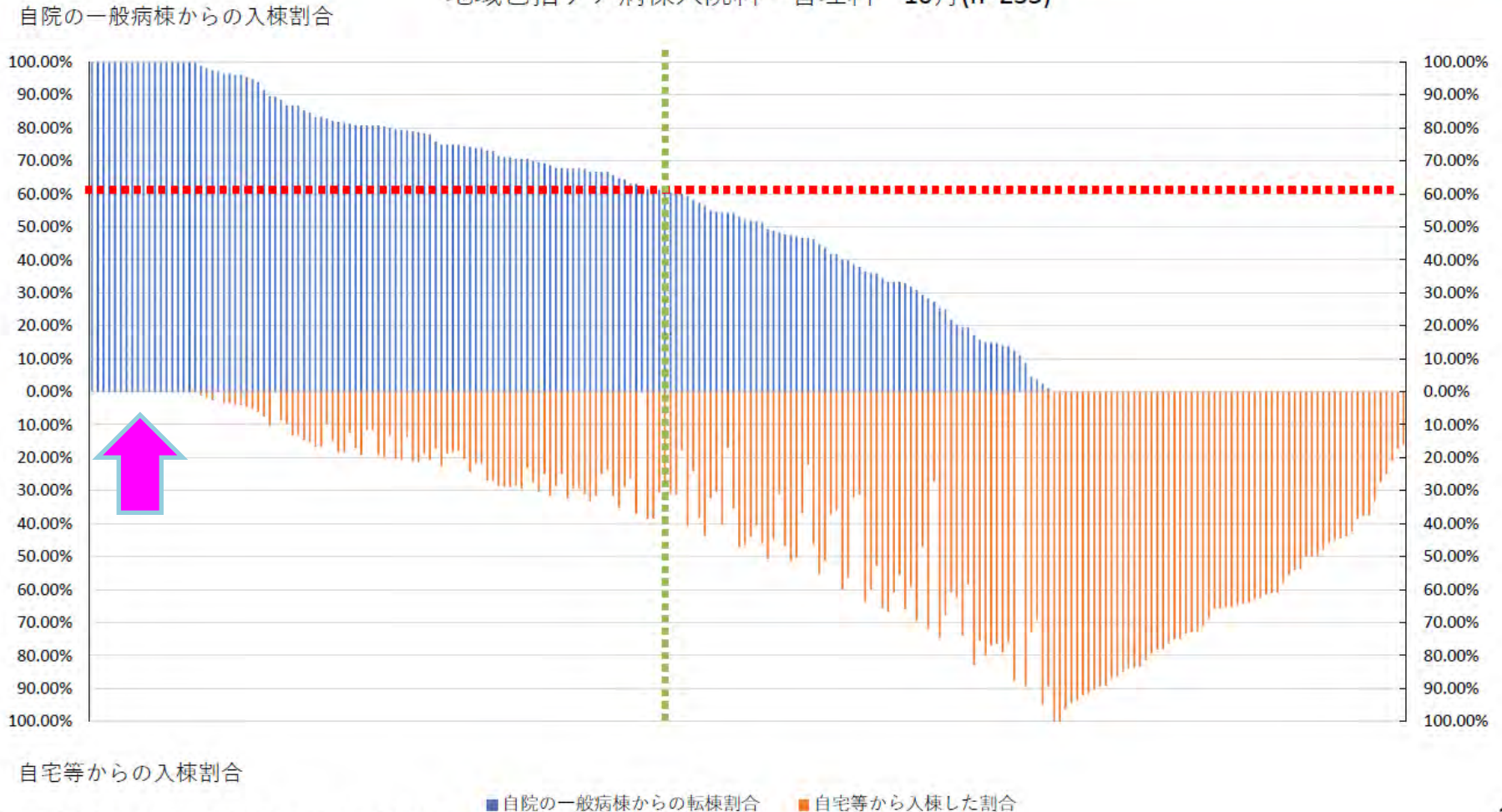
資料提供：
 産業医科大学
 公衆衛生学教室
 松田晋哉教授

- 脳梗塞等の急性期入院→回復期入院(リハ)→慢性期(入院・入所・在宅)という一方向の流れだけではない
- 急性期↔在宅という直接的往復のケースが増加
- 原因疾患として肺炎・心不全・尿路感染症が増加

入棟元の割合分布 ②

- 自院の一般病棟からの入棟割合に着目すると、例えば、60%を超える医療機関はおよそ半数であり、その中には自院の一般病棟からの転棟割合が100%となっている医療機関があった。
- 一方、自院の一般病棟からの転棟割合が0の医療機関も一定程度存在し、自宅等からの入棟割合の分布をみると、その割合が高い医療機関が多くを占めていた。

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)

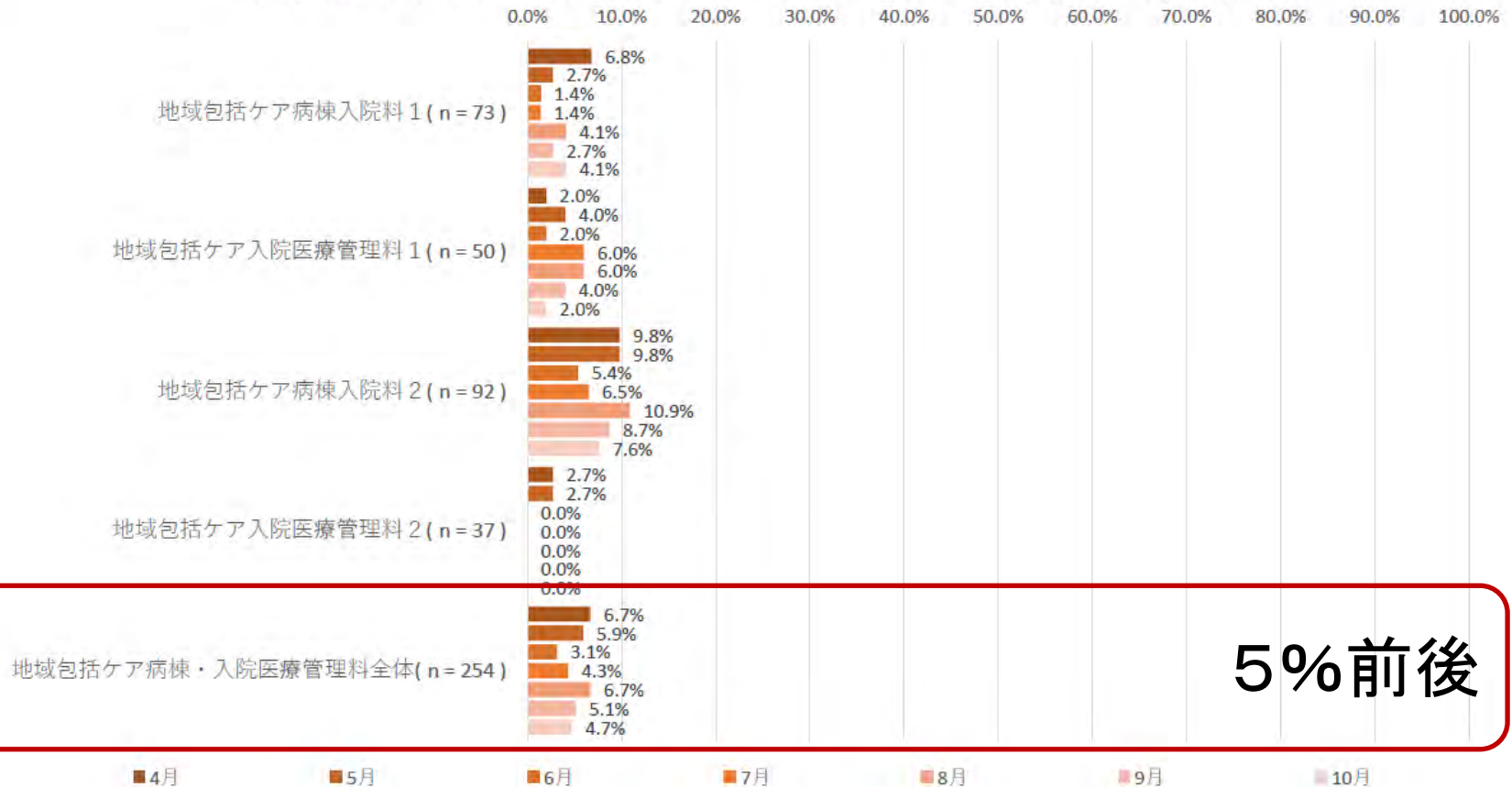


出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

地域包括ケア病棟・病室でのコロナ受入有無

○ 新型コロナウイルス感染症患者の地域包括ケア病棟・病室での受入状況は以下のとおりであった。

入院料別・月別（4月～10月）①新型コロナウイルス感染症患者の入院受入の「有」の割合

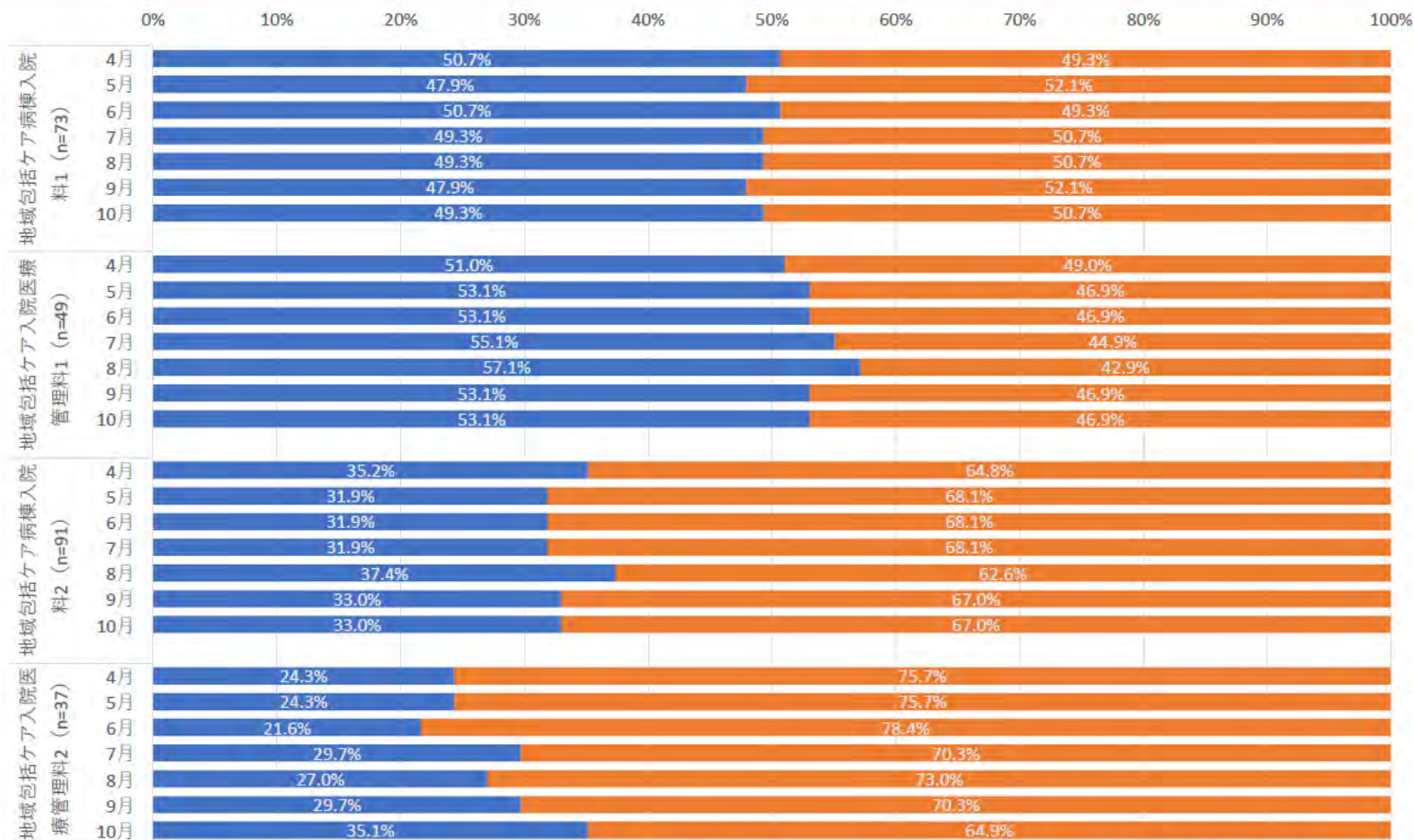


5%前後

出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

地域包括ケア病棟・病室でのコロナ回復後患者等の受け入れ有無

○ 地域包括ケア病棟・病室でのコロナ回復後患者等の受け入れ状況は以下のとおりであった。



■ 該当有 ■ 該当無

※新型コロナウイルス感染症患者受入医療機関からの新型コロナウイルス感染症患者以外の患者又は新型コロナウイルス感染症治療後の患者の受入ありの場合に該当有と定義。

出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

引用：2021.06.16 令和2年度調査結果（速報その2）概要

新型コロナウイルス感染症を踏まえた診療に係る特例的な対応（案）

- 新型コロナウイルス感染症に関する新たな知見が明らかとなっていることや、新型コロナウイルス感染症の診療における感染患者の年齢構成の変化、診療に係る人材のさらなる確保の必要性も踏まえ、感染が急速に拡大している間、以下の対応をすることとしてはどうか。

1. 新型コロナウイルス感染症患者の診療に係る評価

- 令和2年9月以降、新型コロナウイルス感染症の感染状況・診療には、以下のような変化が生じている。
 - 新型コロナウイルス感染症患者の年齢構成が、若年齢層にシフトしている。
 - より多くの重症化のリスク因子が明らかとなるなど、診療の際に注意を要する事項が増加している。
 - 新たな知見に基づく、医薬品の使用が進んでいる。
 - ▼ ～中等症Ⅰの患者に対する中和抗体薬（カシリビマブ/イムデビマブ）の投与が可能になった。
 - ▼ 中等症Ⅱ以上の患者に対するバリシチニブ（レムデシビルと併用）の投与が可能となった。
- これらの変化を踏まえ、以下のような診療の必要性が生じている。
 - ・ 患者像の変化に対応するため、多職種連携を含むより手厚い体制に係る医療従事者のさらなる確保が必要
 - ・ 病態を踏まえた迅速な治療方針の決定や重症化に備え、重点的な観察・頻回の検査等が必要
 - ・ 血液検査で重症化マーカーを検索・フォローし、より重篤な状況への移行を見極める必要

→ 入院加療を実施している患者*の診療に係る評価を、3倍から**4倍に引き上げる**。

※ これまでの臨時特例 救急医療管理加算（3倍）2,850点 → 今回の見直し 救急医療管理加算（4倍）**3,800点**

* 酸素療法が必要な状態の患者のほか、免疫抑制状態にある患者の酸素療法が終了した後の状態など、急変等のリスクに鑑み、宿泊療養、自宅療養の対象とすべきでない患者を含む。
(中和抗体薬（カシリビマブ/イムデビマブ）の投与のため、入院管理を行う患者を含む。)

→ 呼吸不全管理を要する患者（中等症Ⅱ）以上の診療に係る評価を、5倍から**6倍に引き上げる**。

※ これまでの臨時特例 救急医療管理加算（5倍）4,750点 → 今回の見直し 救急医療管理加算（6倍）**5,700点**

15

地域包括ケア病棟における新型コロナウイルス感染症及び疑似症患者、回復患者の入院料や加算について

医療法上		一般病床		療養病床		
算定する入院料		地域包括ケア病棟入院料	*1地域一般入院料		地域包括ケア病棟入院料	*2一般病棟 特別入院基本料
都道府県による受入れ確保病床の有無		有無に関わらず	あり	なし	有無に関わらず	あり なし
新型コロナウイルス感染症及び疑似症患者	軽症		—			—
	中等症Ⅰ	・地域包括ケア病棟の特定入院料 *3＋在宅患者支援病床初期加算(300点、14日間) *4＋2類感染症患者入院診療加算(250点)	・*5地域一般入院基本料(13対1) *4＋2類感染症患者入院診療加算(250点) *6＋救急医療管理加算(950点)× 3 4	・*5地域一般入院基本料(13対1) *4＋2類感染症患者入院診療加算(250点) *4＋救急医療管理加算(950点)×2	・地域包括ケア病棟の特定入院料 *3＋在宅患者支援病床初期加算(300点、14日間) *4＋2類感染症患者入院診療加算(250点)	・*5一般病棟入院基本料のうちの特例入院基本料 *4＋2類感染症患者入院診療加算(250点) *6＋救急医療管理加算(950点)× 3 4
	中等症Ⅱ以上		・*5地域一般入院基本料(13対1) *4＋2類感染症患者入院診療加算(250点) *7＋救急医療管理加算(950点)× 5 6			・*5一般病棟入院基本料のうちの特例入院基本料 *4＋2類感染症患者入院診療加算(250点) *7＋救急医療管理加算(950点)× 5 6
*9新型コロナウイルス感染症からの回復患者の転院を受け入れた場合	—	・地域包括ケア病棟の特定入院料 *8,9＋2類感染症患者入院診療加算(250点)×3 *9＋救急医療管理加算(950点、90日間)	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; color: white; text-align: center;"> <p>個室で必要な感染予防策を講じた上で入院診療を行った場合は、二類感染症患者療養環境特別加算の個室加算(300点/日)を最大90日間算定できる。(令和3年5月11日事務連絡)</p> </div>		—	—

第8次医療計画の策定に向けた検討体制（イメージ）【案】

- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目があることから、本検討会の下に、以下の3つのワーキンググループを立ち上げ、議論することとしてはどうか。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設けることとしてはどうか。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師需給分科会」で議論。
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

連携

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

報告

地域医療構想及び 医師確保計画に関する ワーキンググループ （仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するワーキンググループ（仮称）※

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

※検討事項の取りまとめ後、外来医療計画ガイドラインに関する検討の場として改組を予定。

在宅医療及び 医療・介護連携に関する ワーキンググループ （仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

* 第7次医療計画の策定に当たり、5事業については、それぞれ、以下の場で検討した上で、「医療計画の見直し等に関する検討会」に報告し、協議。第8次医療計画の策定に向けた検討も、同様に進める予定。

- ・**救急医療、災害医療**
救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
- ・**へき地医療**
厚生労働科学研究の研究班
- ・**周産期医療、小児医療**
有識者の意見交換

地域包括ケア病棟のkey wordは“multimorbidity”

表1 multimorbidity の定義 慢性疾患上位 20 位のリスト

TOP 5	COPD	糖尿病	高血圧	悪性疾患	脳血管障害
TOP 10	認知症	うつ病	関節疾患	不安障害	うっ血性心不全
TOP 20	虚血性心疾患	気管支喘息	不整脈	甲状腺疾患	貧血
	聴力障害	脂質異常症	肥満	前立腺肥大	骨粗鬆症

システマティックレビューで抽出された 14 論文において 50% (7 論文) 以上が multimorbidity を定義する際に含める対象とした疾患. 文献 5 から一部修正して引用した.

■ 高齢化と共にmultimorbidity患者は増加

- ・性別、社会経済的地位の低さ、精神疾患合併と相関
- ・死亡率上昇、QOL低下等の健康アウトカムへの負の影響
- ・受診回数増加、ケアの分断、ポリファーマシー等の患者負担増加
- ・救急受診、予定外入院、医療費上昇等
- ・介入方法はエビデンスによる十分な裏付けなし
- ・アウトカムは患者のQOL向上

地域包括ケア病棟のkey wordは“multimorbidity”

表1 multimorbidity の定義 慢性疾患上位 20 位のリスト

TOP 5	COPD	糖尿病	高血圧	悪性疾患	脳血管障害
TOP 10					不全
					る

■ 地域包括ケアシステムや地域医療構想のニーズ、人口ビジョンをご当地毎に捉えた上で、



■ やるべき医療の実践として

総合診療や老年医学のマインドを持つ医師と共に急性期後や在宅療養中の“multimorbidity 患者”を病棟で受け入れる、在宅でみる地域拠点



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

急性期でも回復期でもない！地域包括ケア病棟です。



引用改変：高橋光太郎、プライマリケアにおけるmultimorbidityの現状と課題、日本プライマリ・ケア連合学会誌2019, vol. 42, no. 4, p. 213-219

地域包括ケア病棟のkey wordは“multimorbidity”

表1 multimorbidity の定義 慢性疾患上位 20 位のリスト

TOP 5	COPD	糖尿病	高血圧	悪性疾患	脳血管障害
TO					不全

■ 地域包括ケアシステムや地域医療構想の

地域包括ケア病棟の役割

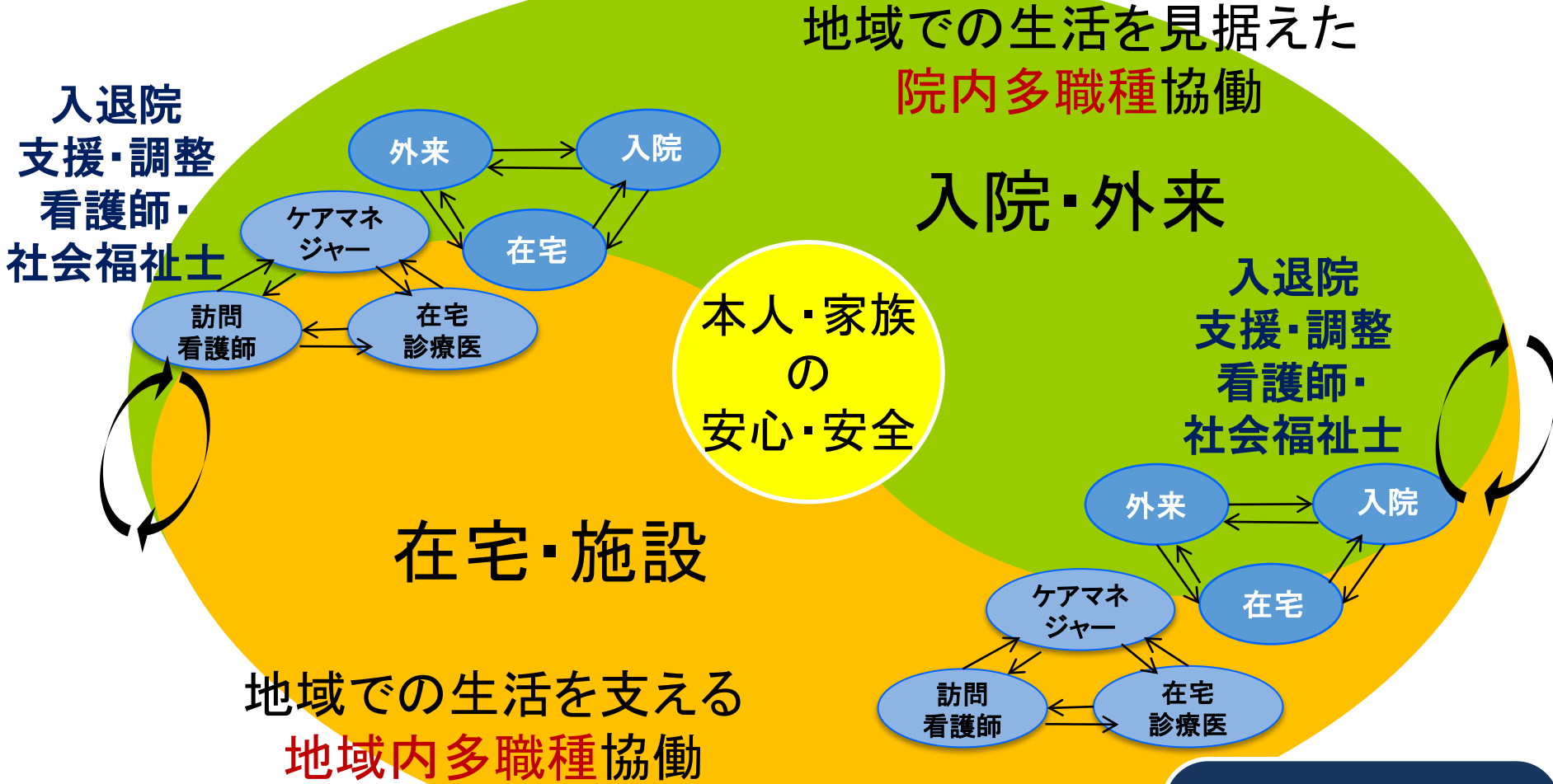


- ・ これからの5疾病6事業・在宅医療等
- ・ 各診療科の専門的医療等

未来に向かう PerFM ver2.0

■ 第8次医療計画を見据えて、総合診療医や老年医学の専門医、特定行為研修修了看護師等と地域包括ケア病棟を届け出る病院の組合せは、医療・介護・福祉DXと共に、生活者としてのmultimorbidity患者・利用者のQOLだけでなく、医師等の働き方改革や病院経営にも好影響をもたらすと予想している。

Person Flow Management : PerFM



患者を生活者の視点でとらえ、病院と地域を
一体と考えて、切れ目ない医療介護を提供する。

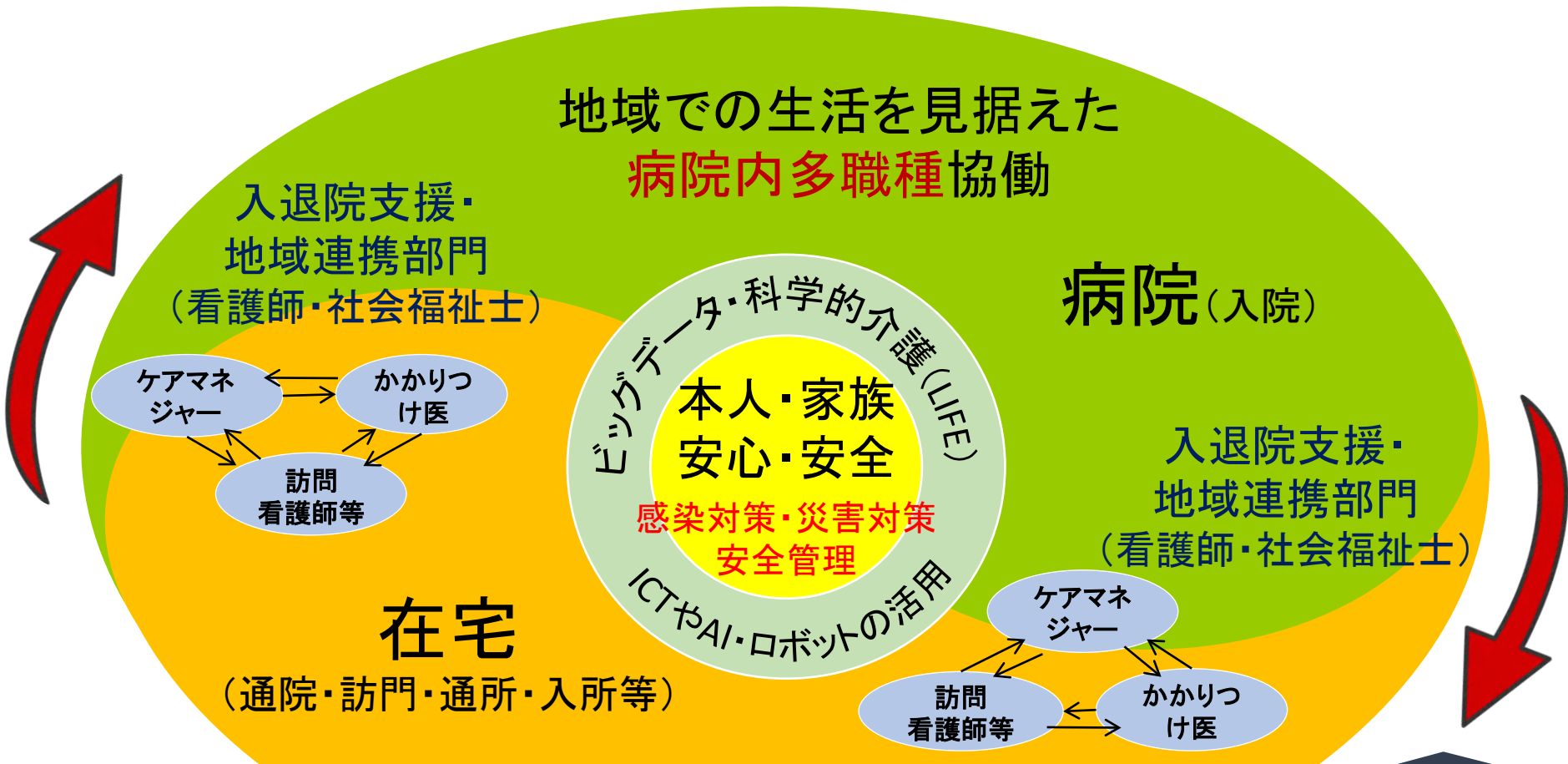
入退院支援・調整には、リハビリ・栄養サポート・認知症ケア・ポリファーマシー対策やACPIは必須！

Person Flow Management : PerFM

地域包括ケア時代は、治し支える「生活支援型医療」を必要とする患者が増える。実際に医療の現場でも、高齢で複数疾患を有し、ADLと認知機能が低下し、内服薬剤数が多く、発症前から生活支援を必要とする人が多くなっている。この様な患者には、リハビリテーション(以下リハ)の効果のエビデンスは薄れ、薬剤有害事象等がそれを更に修飾する²⁾ことが判明した。そのため、生活支援型医療の患者にとって、①サルコペニアや認知症、ポリファーマシーの有害事象は、リハ阻害因子となること、②入院前から、リハ、栄養不良、認知症、ポリファーマシーに対して包括的に対応すること、③患者・家族をチーム医療の一員に迎えること、等に配慮して対応することが重要だと気付いた。②で最も重要なのは「食べる」ことからQOLを考える³⁾ことである。③で重要になるQODの向上には、アドバンス・ケア・プランニング(以下、ACP)⁴⁾を踏まえた意思決定である。

生活支援型医療の患者を支えるには、地域包括ケア病棟協会が提唱する、病院視点から地域包括ケアを支える概念「Person Flow Management(PerFM):患者を生活者の視点でとらえ、病院と地域を一体と考えて、切れ目ない医療介護を提供する」が重要である。PerFMに基づき、発症直後から発症前の生活状況と病状を把握し、在宅・生活復帰時のゴールを設定し「ときどき入院 ほぼ在宅」を目指す。目指すべきゴールは、歩いていた人なら歩いて、車いすの方なら車いすの様に、入院前と同じ生活に戻ることであり、理想はより改善した状況で復帰することである。

Person Flow Management : PerFM ver2.0



地域での生活を見据えた
病院内多職種協働

病院 (入院)

入退院支援・
地域連携部門
(看護師・社会福祉士)

入退院支援・
地域連携部門
(看護師・社会福祉士)

科学的介護 (LIFE)

本人・家族
安心・安全

感染対策・災害対策
安全管理

ビッグデータ・ICTやAI・ロボットの活用

在宅

(通院・訪問・通所・入所等)

地域での生活を支える
地域内多職種協働

ときどき
入院 ほぼ在宅

生活機能が低下した際は、
看護・介護やリハビリテー
ション・栄養サポート・口腔
ケア・認知症ケア・褥瘡ケ
ア・排泄ケア・ポリファーマ
シー対策、ACP、ケアマネジ
メント等が必要となる。

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

Person Flow Management : PerFM ver2.0

地域包括ケア時代は、治す「従来型医療」の患者が減り、治し支える「生活支援型医療」を必要とする患者が増える。実際に医療の現場でも、高齢で複数疾患を有し、ADLと認知機能が低下し、内服薬剤数が多く、発症前から生活支援を必要とする人が多くなっている。令和の時代は、激甚災害の頻発やCOVID-19等の新興・再興感染症等による外的リスク、支える側の人口減少という内的リスクに伴い、働き方改革や地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画、5疾病6事業在宅医療等を全て網羅する第8次医療計画(2024年度)など、ありとあらゆる制度改革が目前に迫っている。更に、医療分野のDXも進化して否応なくITリテラシーの向上が求められる。

一方、「生活支援型医療」の患者には、リハビリテーション(以下リハ)の効果のエビデンスは薄れ、薬剤有害事象等がそれを更に修飾することが判明した。そのため、生活支援型医療の患者にとって、①サルコペニアや認知症、ポリファーマシーの有害事象は、リハ阻害因子となること、②入院前から、リハ、栄養、認知症、ポリファーマシーに対して包括的に対応すること、③患者・家族をチーム医療の一員に迎えること、等に配慮して対応することが重要だと気付いた。②で最も重要なのは「食べる」ことからQOLを考えることである。③で重要になるQODの向上には、アドバンス・ケア・プランニング(以下、ACP)を踏まえた意思決定支援である。

また、地域包括ケア病棟協会が提唱する「生活支援型医療」の患者を支えるための概念「Person Flow Management(PerFM)には、在宅や施設における生活者や利用者として支える視点が欠けていた。また、感染対策や災害対策・安全管理とそれを支えるビッグデータや科学的解釈、ICT、AI、ロボットの活用を追記した。そして、新たに在宅と病院の視点から地域包括ケアを支える概念「Person Flow Management(PerFM) ver2.0:患者・利用者を生活者の視点で捉え、病院と在宅を一体とした切れ目ない地域医療介護福祉を提供する。」に再定義した。PerFM ver2.0に基づき、発症直後から発症前の生活状況と病状を把握し、在宅・生活復帰時のゴールを設定し「ときどき入院 ほぼ在宅」を目指す。

本日の内容

- 1, R308緊急調査報告
- 2, これからの地域包括ケア病棟のあり方
- 3, 2022年度診療報酬改定に向けて**
- 4, 地域包括ケア病棟アカデミーについて

2021.10.05

2022年度診療報酬改定に向けて

令和4年度診療報酬改定の基本方針の検討について

- 「令和2年度診療報酬改定の基本方針」においては、①改定に当たっての基本認識に続いて、②改定の基本的視点と具体的な方向性を示している。
- これまでの基本方針における改定の視点は、社会保障・税一体改革を経て、これまでの改定でも基本的に継承されてきており、それに各改定時における医療を取り巻く状況を踏まえた重点課題等を追加してきたところである。
- 新型コロナウイルス感染症の拡大を踏まえ、当該感染症をはじめとする新興感染症等への対応力の強化を図ることは重要なテーマ。
- また、2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指して、健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現、給付や負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保についての取組・議論が進められる予定。
- 加えて、患者・国民に身近で、どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進、医療におけるICTの利活用なども引き続き重要となる。

引用改変：2021.01.04 第81回社会保障審議会医療部会 令和4年度診療報酬改定の基本方針の検討について



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

①令和4年度診療報酬改定の基本方針について

- 令和4年度改定においても、これまでの改定の視点（※別添参照）をベースとしつつ、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえたものとしてはどうか。その際、改定に当たっての基本認識や各視点の具体的な検討の方向について、どのようなものが考えられるか。

（1）改定に当たっての基本認識

（例）

新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築

（例）

健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現

（例）

患者・国民に身近で、どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、
医師等の働き方改革の推進

（例）

社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

（参考）令和2年度改定時の「改定に当たっての基本認識」

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

(2) 改定の基本的視点と具体的方向性

○「視点」の例と「方向」の例における記述は、前回の議論や中央社会保険医療協議会での議論を参考に整理している。

「視点」の例	「方向」の例
<p>(例) 新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症等に対応できる医療提供体制を構築する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応 ・ 医療計画の見直しを踏まえた新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
<p>(例) 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価 ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価 ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進
<p>(例) 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機能や患者の状態に応じた効果的・効率的で質の高い入院医療の評価 ・ 質の高い外来医療を確保するための外来機能の明確化・連携の推進や、かかりつけ機能の強化 ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組
<p>(例) 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療を実現する視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が安心して医療を受けられる体制の評価 ・ アウトカムに着目した評価の推進 ・ 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（安心で安全な不妊治療の評価等） ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能の管理、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ・ 薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進 ・ 医療におけるICTの利活用
<p>(例) 効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点</p>	<p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進等の医薬品の適切な使用の促進 ・ 費用対効果評価制度の活用 ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

働き方改革@地域包括ケア病棟

1, 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に伴う看護師特定行為研修修了者の評価

■令和元年11月の医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会における特定行為研修修了者の病棟配置の影響についての報告より、特定行為研修修了者の配置前に比べ、配置後は、

- ・医師による1週間あたりの指示回数、医師による夜間帯(19時以降)の指示回数が有意に減少
- ・病棟看護師の月平均残業時間が有意に減少
- ・医師の年間平均勤務時間が有意に短縮

■具体的提案

- ・医師の負担軽減及び処遇の改善を目的として、看護師特定行為研修を修了した看護師の配置に係る体制加算を新設してはどうか。
- ・特定行為研修修了者が特定行為を実施した場合に、更に加算をつけて評価してはどうか。

地域包括ケアの推進@地域包括ケア病棟

2, 廃用症候群等患者に係る短期集中リハビリテーションのアウトカム評価

■高齢患者の廃用症候群等治療の課題

・高齢患者の廃用症候群等のリハビリテーションは転倒・転落の恐れや、高齢患者の不安、認知症等により進まないことが多い。

■具体的提案

・1回20分以内、1日数回、1週間以内の短期集中リハビリテーションを行って、効率よく効果を上げた場合に、アウトカム評価として加算を付けてはどうか。

・今後、腰部装着型医療用ロボットを活用して、廃用症候群等患者のADL向上を認めたケースを集積して、エビデンスを構築する。

・廃用症候群等患者にも訓練を支える職員にも、負担の軽減が期待される。

腰HAL心不全リハビリテーション@HITO病院

【運動内容】 頻度：5回/週 実施時間：15分～20分

20分弱の個別ロボットリハ

自覚的運動強度を用いて、「楽である」～「ややきつい」の範囲内で実施

1 体を起こす(上下に伸ばす)



2 おじぎ(深く曲げる)



3 立ち座り



4 スクワット



腰HAL前
第22病日

腰HAL3日目実施中

第26病日

腰HAL3日目実施後



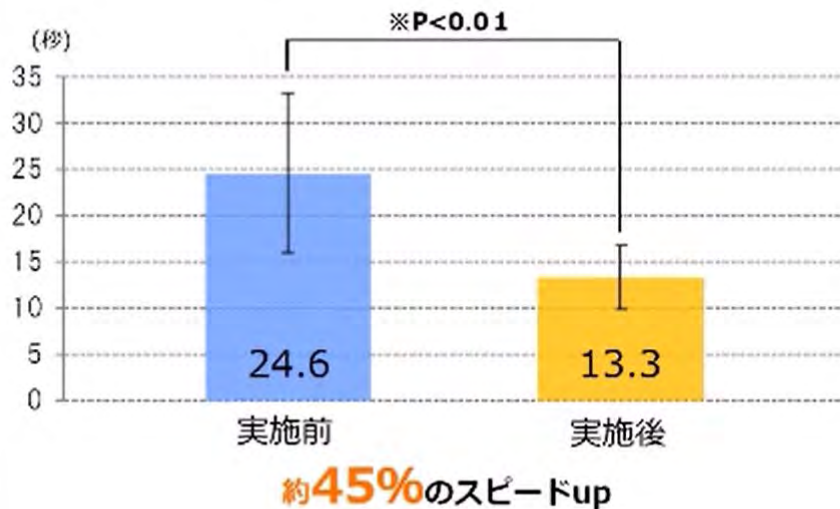
腰HAL心不全リハビリテーション@HITO病院

廃用症候群患者14名

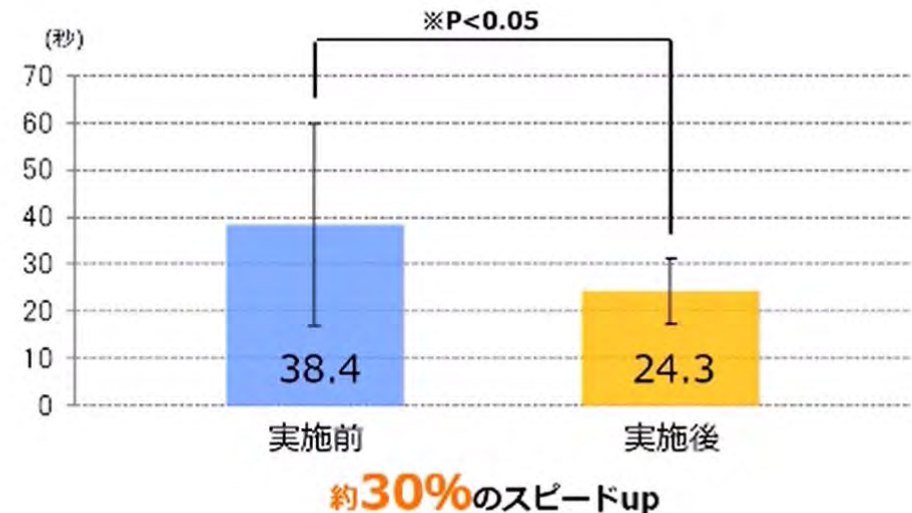
(男性：6名 女性：8名 平均年齢：86.8±4.8歳)

腰HAL実施回数：平均15回

5回立ち上がりテスト



TUG



本日の内容

- 1, R308緊急調査報告
- 2, これからの地域包括ケア病棟のあり方
- 3, 2022年度診療報酬改定に向けて
- 4, **地域包括ケア病棟アカデミーについて**

2021年度 地域包括ケア病棟アカデミー
(総論、各論第1講～第6講)

主 催 : 一般社団法人 地域包括ケア病棟協会
開講期間 : 2021年9月～2022年2月



授業題目

地域包括ケア病棟アカデミー（第1講～第6講）
～これであなたも地域包括ケア病棟のエキスパート～

キーワード

「ときどき入院 ほぼ在宅」

目的

厚生労働省は、2014年度に新設した地域包括ケア病棟の役割を「地域包括ケア病棟入院料は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える」と定義しました。

地域包括ケア病棟協会では、この役割を一言で表す「ときどき入院 ほぼ在宅」を、価値観に据えました。

「ときどき入院 ほぼ在宅」を具現化するために、院内・地域内の多職種協働について、会員施設の現状を把握し、アカデミアや第一人者から知見を学びます。先行事例の取り組みを共有して理解を深め、受講施設とその開設地域における価値を創造します。

※尚、「ときどき入院 ほぼ在宅」は朝日新聞記者の方の造語であり、使用の承諾を得ています。

到達目標

高齢者の特性である「多病」と「代謝能力の低下」、「患者複雑性」を理解し、治し支える生活支援型医療を提供できる。

リハビリテーション（以下リハ）を主軸に据えて、NST・SSTや認知症ケア、ポリファーマシー対策等の在宅復帰支援をマネジメントして提供できる。

患者の価値観に寄り添うアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を実践し、住みなれた街で最後まで自分らしく生きることを支えられる。

「ときどき入院 ほぼ在宅」を通じて社会に貢献し、その結果として未来を創造する原資を築き、受講施設の持続可能性を追求できる。

授業概要
スケジュール

2021年度 地域包括ケア病棟アカデミー
年間スケジュール参照

実施時期	分野	統括者	講師	講義内容
9-2月	総論	仲井培雄	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄 地域包括ケア病棟の概要と患者調査結果 20分 ・日本老年医学会 理事長 秋下雅弘（日本版Multimorbidity高齢者の診療手引き作成と地域包括ケア病棟における活用方法）40分 ・計1時間 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の役割と機能を確認し、地域包括ケア病棟協会の患者調査結果の概要を把握します。 ・日本の高齢者が直面しているMultimorbidity多病についてのエビデンスを学び、どのような介入を行いどのようなアウトカムを目指せば良いかを考えて、第1講から第6項までの各論受講に備えた基礎を身に付けます。
9月	第1講 ポリファーマシー対策	仲井培雄	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄 概要と患者調査結果10分 ・東京大学大学院医学系研究科 老年病学 教授 秋下雅弘 概論30分 ・社会医療法人石川記念会 HI TO病院 総合診療科 医長 五十野博基 事例20分 ・医療法人社団永生会 みなみ野病院 医療技術部 部長補佐（薬剤科 科長）比留間 祐介 事例20分 ・医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 薬剤部 係長 中川貴史 事例20分 ・計1時間40分 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の入院患者にとって、ポリファーマシーとMultimorbidity多病は強く関連しています。 ・主に高齢者のポリファーマシー対策を学び、様々な事例を通じて具体的な取り組みを知り、自院で取り組むきっかけをつくります。
10月	第2講 ACP	仲井培雄	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄 概要と患者調査結果10分 ・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 濱野 淳 概論 50分 ・市立福知山市民病院 総合内科 医長 / 研究研修センター長 川島篤志 実践方法論40分 ・計1時間40分 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟におけるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）は患者の価値観に沿った治療やケアを行う上で必須です。 ・海外におけるACPの歴史やエビデンスから、死に至る様々な過程におけるACPの実践方法までを学んで、自院におけるACPの文化を醸成することを目指します。

授業概要
スケジュール

2021年度 地域包括ケア病棟アカデミー
年間スケジュール参照

実施時期	分野	統括者	講師	講義内容
11月	第3講 経営	石川賀代	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟協会 理事 石川賀代 概要と患者調査結果10分 ・兵庫県立大学院経営研究科 特任教授 小山秀夫 概論30分 ※VUCAの時代の経営とOODAループ ・社会医療法人石川記念会HITO病院 理事長 石川賀代 事例20分 ※入院料2 ・特定医療法人谷田会谷田病院 事務長 医療マネジメント職 藤井将志 事例20分 ※入院料1 ・医療法人財団興和会右田病院 理事長 右田敦之 事例20分 ※入院料1 地域包括ケア病院 ・計1時間50分。	<ul style="list-style-type: none"> ・不安定で不確実で複雑で曖昧な（VUCA）時代が訪れ、すぐに決断できる組織に必須のOODAループに取り組む施設も散見されるようになりました。 ・「とどきき入院 ほぼ在宅」を具現化するために、院内多職種協働による治療と在宅復帰支援をどのように素早くマネジメントして、地域づくりにどう携わっているのか各施設の取り組みから学びます。
12月	第4講 認知症ケア	富家隆樹	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟協会 理事 富家隆樹 概要と患者調査結果30分 ・社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長山口晴保 概論30分 ・社会医療法人祐愛会 織田病院 総合診療科部長 織田良正 事例20分 ・医療法人社団富家会 富家病院理事長 富家隆樹 事例20分 ・計1時間40分	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の診断・治療、BPSDへの対応等の診療の基礎を学びます。 ・地域包括ケア病棟で提供している認知症ケア、そこから退院して自院が提供する在宅医療に繋いで実践する認知症ケア。再入院予防等も織り交ぜた事例を通じて、自院での実践に繋がります。
1月	第5講 リハビリテーション (含 補完代替リハビリテーション)	仲井培雄	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄 概要と患者調査結果30分 ・医療法人社団大和会 多摩川病院 リハビリテーション部 主任/理学療法士 小林 昂将 事例20分 ・医療法人大誠会 内田病院 地域包括ケア病棟 理学療法士 池谷勇樹 事例20分 ・社会医療法人石川記念会 HITO病院 リハビリテーション科 主任/理学療法士 藤川智広 事例20分 ・計1時間40分	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟における補完代替リハビリテーションや疾患別・がん患者リハビリテーションの調査結果から現状を把握して、多様な補完代替リハビリテーションのあり方やリハビリテーションマネジメントの実践等の取り組みを通じて理解を深め、自院で実践できる補完代替リハビリテーションを見つけて下さい。
2月	第6講 NST・SST	加藤章信	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟協会 副会長 加藤 章信 概要と患者調査結果20分 ・社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 栄養科 科長 矢野目英樹 基礎と実践30分 ・東京女子医科大学病院 リハビリテーション科教授/診療部長 若林秀隆 基礎と実践30分 ・医療法人社団富家会 富家病院 摂食嚥下サポートチーム チームリーダー 医師 金沢英哲 事例20分 ・計1時間40分。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟におけるNSTやリハ栄養、SSTについて基礎と実践を学びます。 ・SSTが介入しても誤嚥が改善しない食べる意欲が強い患者には、嚥下手術という選択肢がある事を理解します。

2021年度 地域包括ケア病棟アカデミー 開講期間

	テーマ	開講日	終了日
総論	総論	9/21 (火)	3/22 (火)
第1講	ポリファーマシー対策	9/21 (火)	10/29 (金)
第2講	ACP	10/21 (木)	11/20 (土)
第3講	経営	11/22 (月)	12/20 (月)
第4講	認知症ケア	12/21 (火)	1/20 (木)
第5講	リハビリテーション (含 補完代替リハビリテーション)	1/21 (金)	2/20 (日)
第6講	NST・SST	2/21 (月)	3/22 (火)
		開始：正午	終了：17時

受講条件

- ①地域包括ケア病棟協会の会員施設
- ②地域包括ケア病棟を届け出ている
もしくは届け出を検討している非会員施設

推奨する 視聴方法

多職種協働の文化を醸成するために
専門領域以外の講座も積極的にご視聴ください

受講費

会員は無料、非会員は5千円/回（6回で3万円）

非会員の方・継続的な受講をご検討の方へ

非会員の参加費は、研修1回5千円の講座を年間6回受講すると3万円となり、年会費と同額となります。会員であれば、受講料は無料となりますので、これを機会に入会をご検討されてはいかがでしょうか？



連絡先

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会事務局
〒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
mail（事務局宛）：maf-jahcc@mynavi.jp

参照
ホーム
ページ

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

ご清聴ありがとうございました

“**multimorbidity** 患者” の地域診療拠点

<<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