

# 2022.10.13 地域包括ケア病棟協会 【修正版】

## 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査結果 と診療報酬等に係る提言等について



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

会長 仲井培雄

# 本日の内容

- 1, 「地域包括ケア病棟の機能等に関する調査(R4調査)」結果報告
- 2, 地域包括ケア病棟における診療報酬等に係る提言について
- 3, 2022年度地域包括ケア病棟アカデミー開講について

# 本日の内容

1, 「地域包括ケア病棟の機能等に関する調査(R4調査)」結果報告

2, 地域包括ケア病棟における診療報酬等に係る提言について

3, 2022年度地域包括ケア病棟アカデミー開講について

2022.07.23

# 2022年度 地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査 (R4調査)

令和4年度  
地域包括ケア病棟の  
機能等に関する調査



7

**実施期間:** 2022年6月22日～7月4日

**回収状況:** 発送:2,751病院(2022年4月届出病院) 回収:470病院 回収率:17.8%  
(うち地域包括ケア病棟協会員 発送:528病院 回収:175病院 回収率:33.1%)

- ご協力ありがとうございました。
- 詳細は別冊「R4調査 概要版」をご参照下さい。

## ■ R4調査の概要

### ◆ (2022年3月1日現在)

地域包括ケア病棟を届け出る病院の許可病床数や病院機能分類、地域包括ケア病棟(以下地ケア病棟)の届出状況等の基本情報

### ◆ (2022年4月1日現在)

新型コロナウイルス感染症(コロナ)への対応

### ◆ (2022年10月1日時点)

令和4年度診療報酬改定の影響

### ◆ (2023年3月まで)

今後の方向性

◆ R4調査は、2022年6月22日～7月4日で、当協会会員の全病院528病院を含む、全国の地ケア病棟届出病院2,751病院(2022年4月届出)を対象としてメールで調査票を配信した。  
・7月4日現在の回答数は470病院、回収率:17.8%(内 会員施設 回答:175病院、回収率:33.1%)であった。

## ■ (2022年6月20日現在)地ケア病棟に関する地方厚生局データの解析

※以下に略語を示す

- ・R1調査:2019年度地域包括ケア病棟の機能等に関する調査
- ・R4調査:(本調査)2022年度地域包括ケア病棟の機能等に関する調査
- ・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
- ・新向上加算:(新)感染対策向上加算
- ・旧防止加算:(旧)感染防止対策加算



# 地域包括ケアシステムにおける 地域包括ケア病棟の本分

■ 地域包括ケアシステムにおける  
虚弱“multimorbidity患者”の地域診療拠点

## ◆ 基本情報について

### <2022年3月1日現在の解析>

- ・各施設は、地域包括ケア病棟の機能のバランスを重視する方向に沿って運営していたと考える。



# ◆ 基本情報 (2022年3月1日現在)

## ■ 許可病床別回答数 (n=461)

	～99床	100～199床	200床～	総計
病院数	119	203	139	461
	25.8%	44.0%	30.2%	100.0%

※内400床以上：27施設5.9%

## ■ 医療法上の位置付け (n=438病棟)

	一般病床	療養病床	未回答	合計
病棟数	359	55	24	438
	82%	13%	5%	100%

## ■ DPC対象病院の回答数と割合 (n=470)

	DPC	非DPC	未回答	総計
病院数	191	273	6	470
	40.6%	58.1%	1.3%	100.0%

## ■ 地域包括ケア病棟の種類: 全病棟 (n=465病棟)

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	合計
病棟数	146	157	3	7	88	48	8	8	465
	31.4%	33.8%	0.6%	1.5%	18.9%	10.3%	1.7%	1.7%	100.0%

- ・許可病床数は200床未満が322施設7割弱であった。
- ・医療法上の一般病床は8割強、療養病床は1.5割弱を占めた。
- ・DPC対象病院は191施設4割超であった。
- ・全病棟で入院料2と1が3割超、管理料1が2割弱、同2が1割強となり、全体の9.5割弱を占めた。また、入院料・管理料1の合計が過半数を占めた。

# 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

R4調査 254施設5.5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。

- ・200床以上かつ入院料2・4が4.5割強
- ・2割強がICU等の高度急性期病棟開設
- ・6割がコロナ重点～協力医療機関
- ・地域包括ケア病棟は自院PA中心
- ・訪問(6.5割強)、通所・入所(4割弱)

## ■ 地域密着型

### ■ 定義

R4調査 156施設3.5割弱

「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。

- ・199床以下9割、99床以下4.5割弱
- ・入院料・管理料1・3(199床以下)が7割強
- ・6割弱が急性期一般病棟開設
- ・4割強がコロナ回復患者のみの受入医療機関
- ・訪問(7割強)、通所・入所(6割弱)

## ■ ポストアキュート (PA) 連携型

### ■ 定義

R4調査 55施設1割強

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。

- ・199床以下9割強
- ・入院料・管理料1・3(199床以下)が6.5割強
- ・4.5割が大都市部に開設
- ・6割強が回りハ病棟開設
- ・5割強がコロナ回復患者のみの受入医療機関
- ・訪問(7.5割弱)、通所・入所(6割強)

## ■ 地域包括ケア病院



### ■ 定義

地方厚生局解析 70施設

2022.4.20 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」

## ◆ 新型コロナウイルス感染症への対応について

### < 2022年4月1日現在の解析 >

- ・8.5割強の施設がコロナ患者、疑い患者、回復患者のいずれかもしくはいくつかを受け入れていた。
- ・地域包括ケア病棟は、重点～その他医療機関において3.5割以上がコロナ患者、疑い患者の受入に、回復のみでは7.5割弱が回復患者の受入に使用されていた。
- ・その際、入院料や加算の算定、重症患者割合や在宅復帰率の実績、定数超過入院等は診療報酬上の臨時的な取り扱いを活用できる。
- ・概ね厚生労働省の想定通り、病院機能とコロナ患者の受入指定、感染対策向上加算が連動していた。

# ◆新型コロナウイルス感染症(コロナ)への対応(2022年4月1日現在)



令和4年度  
地域包括ケア病棟の  
機能等に関する調査

■コロナ入院診療の状況(n=469) ※重点、協力、その他に複数回答している病院を、①重点②協力③その他の順で、何れか一つに分類して集計した。  
回復患者だけの受入施設指定を④回復のみとした。

	重点	協力	その他	回復のみ	受入なし	合計
病院数	137	91	48	123	70	469
	29.2%	19.4%	10.2%	26.2%	14.9%	100.0%

## ■コロナ入院診療における地ケア病棟の使い方

	n (病棟数)	使用あり			使用なし
		陽性患者	疑似症	回復	
重点	131	41	4	26	84
協力	85	15	20	36	45
その他	44	14	2	11	24
回復のみ	114	4	5	83	29

	n (病棟数)	使用あり			使用なし
		陽性患者	疑似症	回復	
重点	100.0%	31.3%	3.1%	19.8%	64.1%
協力	100.0%	17.6%	23.5%	42.4%	52.9%
その他	100.0%	31.8%	4.5%	25.0%	54.5%
回復のみ	100.0%	3.5%	4.4%	72.8%	25.4%

### ■コロナ入院診療の状況について、

- ・重点が137施設3割弱と最多で、回復のみ2.5割強、協力2割弱、受入なし1.5割弱、その他1割強と続いた。
- ・地ケア病棟は、重点～その他では3.5割以上が陽性／疑似症患者の受け入れに利用されていた。
- ・地ケア病棟は、回復のみでは7.5割弱がコロナ回復患者に使用されていた。



## 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)× <del>3</del> 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)× <del>3</del> 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)× <del>5</del> 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)× <del>5</del> 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;">           個室に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)         </div>		—	—



## ※診療報酬上の臨時的な取扱い

事務連絡

令和2年8月31日

厚生労働省保険局医療課

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）

新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえた臨時的な診療報酬の取扱い等については、下記のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーションに対し周知徹底を図られたい。

(1) これまでに示した臨時的な取扱いについて

- ⑤ 平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率及び医療区分2又は3の患者割合等の要件について、基本診療料の施設基準等通知における当該要件を満たさなくなった場合においても、直ちに施設基準の変更の届出を行わなくてもよい。  
(4月14日事務連絡別添問7)

(2) 臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等

- ① (1)で示した臨時的な取扱いの対象とする保険医療機関等については、(以下「対象医療機関等」という。)以下ア～エのとおりとする。
- ア 新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等
  - イ アに該当する医療機関等に職員を派遣した保険医療機関等
  - ウ 学校等の臨時休業に伴い、職員の勤務が困難となった保険医療機関等
  - エ 新型コロナウイルス感染症に感染し又は濃厚接触者となり出勤ができない職員が在籍する保険医療機関等



# 入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

○ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。



# コロナ入院医療のクロス表

## ・病院機能×コロナ入院診療(2022年4月1日現在)(n=467)

	重点	協力	その他	回復のみ	受入なし	合計
急性期CM	117	59	24	30	24	254
PA連携	3	9	6	28	9	55
地域密着	17	21	17	64	36	155
未回答		1		1	1	3
合計	137	90	47	123	70	467

	重点	協力	その他	回復のみ	受入なし	合計
急性期CM	25.1%	12.6%	5.1%	6.4%	5.1%	54.4%
PA連携	0.6%	1.9%	1.3%	6.0%	1.9%	11.8%
地域密着	3.6%	4.5%	3.6%	13.7%	7.7%	33.2%
未回答	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%	0.2%	0.6%
合計	29.3%	19.3%	10.1%	26.3%	15.0%	100.0%

## ・旧感染防止対策加算2022年3月1日現在×新感染対策向上加算2022年4月1日現在×病院機能(n=373)

	新向上加算1	新向上加算2	新向上加算3	算定しない	未定・未回答	合計
旧防止加算1	99 26.5%	19 5.1%	7 1.9%	1 0.3%	0 0.0%	126 33.8%
急性期CM	95	17	4	0		116
PA連携	1		1	1		3
地域密着	3	2	2	0		7
旧防止加算2	5 1.3%	98 26.3%	129 34.6%	6 1.6%	9 2.4%	247 66.2%
急性期CM	5	56	47	1	4	113
PA連携	0	8	21	1	2	32
地域密着	0	34	61	4	3	102
合計	104	117	136	7	9	373

- コロナ入院医療と(旧)防止加算、(新)向上加算、病院機能について、
- ・コロナ重点機関指定と(旧)防止加算1の大部分を占める急性期CM型が、(新)向上加算1のほとんどを占めていた。
- ・コロナ協力・その他機関は各病院機能それぞれが一定の施設数を占めており、(旧)防止加算2と(新)向上加算2と3の多くを占めていた。
- ・概ね厚生労働省の想定通り、医療機能と感染対策向上機能が連動していた。



## ◆今後の方向性について

### <2023年3月までと同年4月1日以降の兆し分析>

- ・在宅機能拡充施設が全体の2割弱に上る予定
- ・PA連携型と急性期CM型が減少し、地域密着型が増加する予定
- ・地域包括ケアシステムに資する地域包括ケア病棟の機能と病院機能を持つとする病院が増える予兆を認めた。

# ◆令和4年度診療報酬改定の影響と今後の方向性について



令和4年度  
地域包括ケア病棟の  
機能等に関する調査

## ■ 2023年3月までに実施予定の施策

・今後の病院全体の各機能(急性期、回復期、慢性期、在宅医療)の方向性

	拡充	現状維持	縮小	取り止め	未定・未回答	総計
急性期機能	28	298	27	2	115	470
回復期機能	50	296	5	44	74	469
慢性期機能	7	224	20	1	218	470
在宅機能	89	175	0	0	206	470

	拡充	現状維持	縮小	取り止め	未定・未回答	総計
急性期機能	6.0%	63.4%	5.7%	0.4%	24.5%	100.0%
回復期機能	10.7%	63.1%	1.1%	9.4%	15.8%	100.0%
慢性期機能	1.5%	47.7%	4.3%	0.2%	46.4%	100.0%
在宅機能	18.9%	37.2%	0.0%	0.0%	43.8%	100.0%

- 2023年3月までに実施予定の施策の内、今後の病院全体の各機能について、
- ・在宅機能は、拡充が2割弱と際立ち、未定未回答も4.5割弱と伸び代が多かった。
- ・急性期と回復期機能は、維持が6.5割弱だが、回復期は拡充と縮小・取止めが1割強と多めであった。
- ・慢性期は、維持が5割弱だが、未定未回答も4.5割強であった。

2023年3月までに実施予定の施策

・病院機能分類の変化 2022年4月1日現在と2023年4月1日以降の比較

・(旧)病院機能 2022年3月1日現在 (n=468)

	急性期CM	PA連携	地域密着	未回答	総計
病院数	254	55	156	3	468
	54.3%	11.8%	33.3%	0.6%	100.0%

・(新)病院機能 2023年4月1日以降 (n=464)

	急性期CM	PA連携	地域密着	未回答	総計
病院数	238	47	171	8	464
	51.3%	10.1%	36.9%	1.7%	100.0%

・(旧)病院機能 × (新)病院機能 (n=464)

		(新) 2023年4月1日以降				
		急性期CM	PA連携	地域密着	未回答	総計
(旧) 2022年3 月1日現 在	急性期CM	237	3	9	2	251
	PA連携	0	42	9	4	55
	地域密着	1	2	152	1	156
	未回答	0	0	1	1	2
	総計	238	47	171	8	464

		(新) 2023年4月1日以降				
		急性期CM	PA連携	地域密着	未回答	総計
(旧) 2022年3 月1日現 在	急性期CM	94.4%	1.2%	3.6%	0.8%	100.0%
	PA連携	0.0%	76.4%	16.4%	7.3%	100.0%
	地域密着	0.6%	1.3%	97.4%	0.6%	100.0%
	未回答	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
	総計	51.3%	10.1%	36.9%	1.7%	100.0%

■病院機能分類の変化について

- ・減少する急性期CM型(0.5割強↓)とPA連携型(1.5割弱↓)に対して、地域密着型(1割弱↑)は増加する予定
- ・(旧)急性期CM型の9施設0.5割弱が(新)地域密着型、3施設が(新)PA連携型を予定
- ・(旧)PA連携型の9施設1.5割強が(新)地域密着型を予定
- ・(旧)地域密着型の2施設が(新)PA連携型、1施設が(新)急性期CM型を予定

# ◆R4年度診療報酬改定の影響と今後の方向性についてのクロス表

＜施設基準を満たす件数と割合R4基準(2022年10月1日)×(旧)病院機能(2022年3月1日)から解析＞

- ・小規模病院や療養病床においては人的資源が乏しく、⑫救急医療等の実施を求められても、コロナ対策に既に手を取られ、要件達成に困難を感じている施設もあった。
- ・199床以下の病院では③一般病床救急の実施、④室面積、⑤重症患者割合、⑪入退院支援加算1の届出(100床以上)等を中心に達成予定率が8割台以下と低かった。
- ・感染対策上コロナ患者や疑い患者、救急患者、手術患者等を急性期病棟で受け入れてから地域包括ケア病棟へ転棟させる施設では、自院一般病棟からの転棟割合の適正化について減算要件を達成できないケースも1.5割強存在した。



本調査の要件項目No.

## 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	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	1.3対1以上（7割以上が看護師）							
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	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	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
③ 救急の実施	<b>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</b>							
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	○		-	○	○		-	○
④ 室面積	6.4平方メートル以上				-			
⑤ 重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <b>12%</b> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%</b> 以上							
⑥ 自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-
⑦ 自宅等から入棟した患者割合	<b>2割以上</b> (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		<b>2割以上</b> (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
⑧ 自宅等からの緊急患者の受入	3月で <b>9人</b> 以上				3月で <b>9人</b> 以上			
⑨ 在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
⑩ 在宅復帰率	<b>7割2分5厘</b> 以上				<b>7割以上</b> （満たさない場合90/100に減算）			
⑪ 入退院支援部門等	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 <b>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</b>							
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）	
⑫	<b>療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100</b>							

# バランス重視の進化した地域包括ケア病棟

2020年度改定

地域包括ケア病棟入院料等の施設基準について

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料4	管理料4
看護職員	1.1以上					
入院支援部門	1.1以上					
リハビリテーション	1.1以上					
救急対応体制	1.1以上					
重症患者対応	1.1以上					
在宅医療連携	1.1以上					
その他	1.1以上					



2022年度改定

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料4	管理料4
看護職員	1.1以上					
入院支援部門	1.1以上					
リハビリテーション	1.1以上					
救急対応体制	1.1以上					
重症患者対応	1.1以上					
在宅医療連携	1.1以上					
その他	1.1以上					

- 救急・在宅医療実施体制の内、救急の実施等が要件化
    - ③ 一般病床は救急医療実施が要件化され、200床未満は要件緩和
    - ⑫ 療養病床は5%減算とされ、救急告示又はいわゆるSAの受入充実で100%算定可
  - 自院一般病棟からの転棟割合適正化
    - ⑥ 入院料2, 4の自院一般病棟のPA受入6割未満制限は200床以上と減算率1.5割に拡大
  - 在宅患者の受入等、在宅医療等の実績
    - ⑦⑧⑨ 入院料・管理料1, 3のいわゆるSAや在宅医療等の実績の充実と同2, 4への拡大
  - 入退院支援加算の要件化、在宅復帰強化
    - ⑪⑩ 入退院支援加算1届出の100床以上での要件化や在宅復帰率の厳格化と減算規程
  - 重症患者割合
    - ⑤ 一般病床用の重症度、医療・看護必要度の厳格化に伴い I 12%(2減) II 8%(3減)
  - 床面積
    - ④ 従来通り入院料・管理料1, 2の必須要件
- ※以上、5つの減算要件と1つの要件緩和に見直された。一般病床と療養病床、入院料・管理料1~4、許可病床数の組合せによって減算率が最大4種類掛け合わされる。



# 修正 救急医療と在宅医療を提供する体制要件の変遷 療養病床の地域包括ケア病棟入院料の見直しとの関連

R2基準

R4基準



以下のいずれかを満たす

## ■ 救急医療提供体制

- ・二次救急医療機関
- ・救急告示病院

## ■ 在宅医療提供体制

- ・在宅療養支援病院
- ・在宅療養後方支援病院  
(年3件の実績)
- ・訪問看護ステーションを  
同一敷地内に設置

病一般

(1) 救急医療と在宅医療を提供する体制等を有している

- ・ **A** は **3** 救急の実施として必須要件化(199床以下は **a** に緩和) **かつ** **B** も満たす
- ・ **A B** の5つの条件のいずれか1つを満たす(2018年度から不変)

病療養

**12** 療養病床の地域包括ケア病棟入院料の見直し

- ・ **A C** いずれかを満たすと95%の減算が回避可能
- ・ 上記 (1) と **12** を共に達成する条件: **A** のみを満たす 又は **B** **かつ** **C** を満たす

### 救急医療を提供する体制

- A**
  - ・ 救急告示病院  
又は
  - ・ 二次救急医療機関

- a**
  - ・ 救急外来を有す  
又は
  - ・ 救急患者を24時間受け入れている

### 在宅医療を提供する体制

- B**
  - ・ 在宅療養支援病院
  - ・ 在宅療養後方支援病院(年3件の実績)
  - ・ 敷地内訪問看護ステーション  
いずれか1つを満たす

### 自宅等からの受け入れ

- C**
  - ・ 自宅等からの受入患者6割以上  
又は
  - ・ 自宅等からの緊急の受入3月で30人以上

R4基準の  
達成予定

⊗

⊙

&

⊙

⊗

## 施設基準を満たす件数と割合 R4基準 (2022年10月1日)

・【再掲】医療法上の位置付け (n=438病棟)

	一般病床	療養病床	未回答	合計
病棟数	359	55	24	438
	82%	13%	5%	100%

・医療法上の一般病床の地ケア病棟を持つ病院の救急の実施に関する要件達成状況

③一般病床の救急の実施 (2022年10月1日) × (旧)病院機能 (2022年3月1日) から解析

※救急要件クリア: 設問3.1) ③「二次救急もしくは救急告示病院」又は「一般病床の救急の実施」のどちらかの達成を予定している病院

・ ~199床

	R4基準		
	n	件数	%
急性期CM	73	68	93.2%
PA連携	25	15	60.0%
地域密着	68	54	79.4%
合計	166	137	82.5%

・ 200床~

	R4基準		
	n	件数	%
急性期CM	75	73	97.3%
PA連携	2	2	100.0%
地域密着	8	8	100.0%
合計	85	83	97.6%

**2023.03.31**  
経過措置終了

③医療法上の一般病床の救急の実施要件達成の状況について、

- ・全体では、200床以上はほぼ100%の達成予定と病院機能間では大差なく、199床以下は8.5割弱の達成予定だが病院機能間でばらつきがあった。
- ・199床以下について、急性期CM型は9.5割強達成の予定
- ・199床以下について、地域密着型は2割強、PA連携型は4割の必須要件未達の予兆



R4基準の  
達成予定

×

○

&

○

×

## ■施設基準を満たす件数と割合・R4基準(2022年10月1日)

・【再掲】医療法上の位置付け(n=438病棟)

	一般病床	療養病床	未回答	合計
病棟数	359	55	24	438
	82%	13%	5%	100%

・⑫医療法上の療養病床の地ケア病棟の場合の減算状況×医療法上の療養病床の地ケア病棟を有する病院の(旧)病院機能(2022年3月1日)を組み合わせる解析

※減算回避:療養病床の地ケア病棟の減算回避要件の達成を予定している病院

	R4基準		
	n	減算回避	%
急性期CM	11	4	36.4%
PA連携	10	3	30.0%
地域密着	23	9	39.1%
合計	44	16	36.4%

**2022.09.30**  
経過措置終了

- 医療法上の療養病床の場合の減算回避要件の達成状況について、
- ・医療法上の療養病床の地ケア病棟を届け出る病院は55施設1.5割弱
- ・減算回避要件達成率は、全体で3.5割強の予定であった。
- ・病院機能間で大きな差は認めなかった。

# いわゆるSAと自院PAの組合せによる地域包括ケア病棟の分類

## R2基準



## R4基準

地域包括ケア病棟入院料等の施設基準について

	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)							
入退院支援部門	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							
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	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 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	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
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	○	-	○	-	○	-	-	○
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 14%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 11%以上							
一般病棟から転棟した患者割合 <sup>※1</sup>	-	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	○	-	-	-	○	-	-	-
在宅復帰率	7割以上							
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)

11

令和4年度診療報酬改定 1-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	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)							
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	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 適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病棟において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること (ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
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床未満の室内積	○	-	○	-	○	-	-	○
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-	6割未満 (許可病床数200床以上の場合、1割未満の場合95/100に減算)	-	-	-	6割未満 (許可病床数200床以上の場合、1割未満の場合95/100に減算)	-	-
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で9人以上)	-	-	-	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)	-	-	-
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上	-	-	-	3月で9人以上	-	-	-
在宅医療等の実績	○ (2つ以上)	いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6のうち1つ以上を満たせばよい)	○ (2つ以上)	-	○ (2つ以上)	-	○ (2つ以上)	いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6のうち1つ以上を満たせばよい)
在宅復帰率	7割2分5厘以上							
入退院支援部門等	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 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を属していること (許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							
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)

48

入院料・管理料	許可病床数	いわゆるSA在宅医療	自院PAの減算
入院料・管理料 1, 3	~199床	要件あり	要件なし
管理料 2, 4			
入院料 2, 4	~399床	要件なし	要件あり
入院料 2, 4	400床~		

入院料・管理料	許可病床数	いわゆるSA在宅医療	自院PAの減算
入院料・管理料 1, 3	~199床	高度要件	要件なし
入院料・管理料 2, 4		標準要件	
入院料 2, 4	200床~		要件あり

## ■施設基準を満たす件数と割合・R2基準(2022年3月1日)とR4基準(2022年10月1日)の比較

### ・⑥自院一般病棟からの転棟患者割合要件の達成状況

**R2基準:** (許可病床数**400**床以上)

自院一般病棟から転棟した患者割合6割未満で**10%**減算回避

**R4基準:** (許可病床数**200**床以上)

自院一般病棟から転棟した患者割合6割未満で**15%**減算回避

R2・R4基準  
達成の比較

- 
- 
- 
- 

	R2基準			R4基準		
	n	達成	%	n	件数	%
400床～	19	16	84.2%	19	15	78.9%
200～399床	86	40	46.5%	86	71	82.6%

81.9%

**2022.09.30**  
経過措置終了

### ■自院一般病棟からの転棟(自院PA)患者割合要件の達成について、

- ・400床以上の要件であるR2基準は、1.5割強が減算されていた。
- ・200床以上の要件であるR4基準は、2割弱が減算予兆

# いわゆるSAと自院PAの評価の組合せによる 地域包括ケア病棟入院料・管理料1・2の分類



R4基準の  
達成予定

⊗

⊙

&

⊙

⊗

## 【(新)病床種類+許可病床数(2023年3月までに)

9.5割弱の圧倒的多数の入院料・管理料1・2について、いわゆるSAと自院PAの評価が異なる「入管1(-199)」と「入管2(-199)」、「入2(200-)」の3類型

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	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	1.3対1以上(7割以上が看護師)							
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	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	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病棟において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること(ただし、200床未満の場合は救急外来を設けていること又は24時間救急医療提供を行っていること要件を満たす。)							
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	○	-	-	○	○	-	-	○
室面積	6.4平方メートル以上							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上又は重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転じた患者割合	-	-	6割未満 (許可病床数200床以上の場合は「在宅急症等の実績」 100%減額)	-	-	-	6割未満 (許可病床数200床以上の場合は「在宅急症等の実績」 100%減額)	-
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)	いずれか1つ以上 (満たさない場合90%/100%減額) 〔「在宅急症等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい〕		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)	いずれか1つ以上 (満たさない場合90%/100%減額) 〔「在宅急症等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい〕			-
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上	3月で9人以上		3月で9人以上	3月で9人以上			-
在宅医療等の実績	○(2つ以上)		○(2つ以上)		○(2つ以上)			-
在宅復帰率	7割2分5厘以上							
入院支援部門等	入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 入院料及び管理料の1・2については入院支援部門を掲げていること(許可病床数100床以上の場合は満たさない場合0%/100%減額)							
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)				

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急急患あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

※いわゆるSAと自院PAの要件は入院料・管理料1・2の3分類で異なるが、その他の要件の評価方法は同一のため、特徴が出やすく、比較もしやすい。入院料・管理料1・2は全体の9.5割弱を占める。また、入院料・管理料3・4は26施設0.5割強と少なく解析は行わなかった。

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	合計
病棟数	146	157	3	7	88	48	8	8	465
	31.4%	33.8%	0.6%	1.5%	18.9%	10.3%	1.7%	1.7%	100.0%



# 2022年度 地域包括ケア病棟入院料等の施設基準の見直し — 自宅等からの受入や在宅医療等の実績 —

入院料・管理料1, 3は ⑦⑧⑨ 全てを満たすこと。満たせない場合は届出できない。  
 入院料・管理料2, 4は ⑦⑧⑨ いずれか1つを満たすこと。満たせない場合は90%を算定。

		改定後	
⑦	自宅等から入棟した患者割合	2割以上	(10床未満の病室は3月) 8人以上
⑧	自宅等からの緊急患者の受入(3月)	9人以上	
⑨	在宅医療等の提供	入院料・管理料1, 3は2/6以上、入院料・管理料2, 4は1/6以上	
	-1	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月)	30回以上
	-2	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数(3月)	60回以上
	-3	※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)	300回以上
	-4	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	
	-5	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)	30回以上
	-6	退院時共同指導料2の算定回数(3月)	6回以上

※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

引用改変: 2022.02.09 中医協 個別改定項目について

# 令和4年度診療報酬改定の影響と今後の方向性についてのクロス表



令和4年度  
地域包括ケア病棟の  
機能に関する調査

## 施設基準を満たす予定の件数と割合 R4基準(2022年10月1日)の達成率

× (新)病床種類 + 許可病床数(2023年3月までに)

n 件数 % 必須要件

n 件数 % 減算要件

R4基準の  
達成予定  
⊕  
⊙  
&  
⊙  
⊕

H I J 対象

◆2022年10月1日

R4基準達成予定について

		H 入管1 (-199)			I 入管2 (-199)			J 入2 (200-)			
		R4基準			R4基準			R4基準			
		n	件数	%	n	件数	%	n	件数	%	
病院 指標	①二次救急・救急告示	128	93	72.7%	33	28	84.8%	81	80	98.8%	⊕
	③救急の実施【一般病床】	128	105	82.0%	33	29	87.9%	81	80	98.8%	⊕
	⑨-1訪問診療	158	119	75.3%	42	15	35.7%	93	15	16.1%	
	⑨-2みなし訪問看護	158	30	19.0%	42	3	7.1%	93	12	12.9%	
	⑨-3併設訪問看護St	158	67	42.4%	42	11	26.2%	93	23	24.7%	
	⑨-4訪問リハ	158	43	27.2%	42	4	9.5%	93	14	15.1%	
	⑨-5介護事業実績	158	97	61.4%	42	15	35.7%	93	22	23.7%	
	⑨-6退院時共同指導等	158	27	17.1%	42	3	7.1%	93	22	23.7%	⊕
	⑩入退院加算1【100床以上】	103	86	83.5%	28	21	75.0%	93	85	91.4%	⊕
	病棟 指標	④室面積	170	144	84.7%	43	36	83.7%	100	92	92.0%
⑤重症者患者割合		170	150	88.2%	43	38	88.4%	100	92	92.0%	⊕
⑥自院一般棟からの割合【200床以			-			-		100	83	83.0%	⊙
⑦自宅等から入棟		170	150	88.2%	43	19	44.2%	100	73	73.0%	
⑧自宅等から緊急患者		170	149	87.6%	43	18	41.9%	100	53	53.0%	
⑩在宅復帰率		170	154	90.6%	43	39	90.7%	100	91	91.0%	⊕
両方	⑫【療養病床】減算回避	26	8	30.8%	8	3	37.5%	8	4	50.0%	⊕

⑦⑧⑨について、  
・入院料・管理料1は1つ1つが必須要件のため、他よりも達成予定率は高い。

・入院料・管理料2はいずれか1つ達成で良い減算要件のため、個々の達成率は低い。

※③：一般病床のみ集計

※⑥：200床以上のみ集計

※⑩：100床以上のみ集計

※⑫：療養病床の地ケア病棟のみ集計



本調査の要件項目No.

## 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	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	1.3対1以上（7割以上が看護師）							
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	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	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
③ 救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること (ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
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	○		-	○	○		-	○
④ 室面積	6.4平方メートル以上				-			
⑤ 重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <b>12%</b> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%</b> 以上							
⑥ 自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-			6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-
⑦ 自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
⑧ 自宅等からの緊急患者の受入	3月で <b>9人</b> 以上				3月で <b>9人</b> 以上			
⑨ 在宅医療等の実績	○ (2つ以上)				○ (2つ以上)			
⑩ 在宅復帰率	<b>7割2分5厘</b> 以上				<b>7割以上</b> (満たさない場合90/100に減算)			
⑪ 入退院支援部門等	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 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること (許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							
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)	
⑫	療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で3人以上のいずれかを満たす場合は100/100							

# 令和4年度診療報酬改定の影響と今後の方向性についてのクロス表



令和4年度  
地域包括ケア病棟の  
機能等に関する調査

## 施設基準を満たす予定の件数と割合 R4基準(2022年10月1日)の達成率

× (新)病床種類 + 許可病床数(2023年3月までに)

n 件数 % 必須要件

n 件数 % 減算要件

R4基準の  
達成予定



H I J 対象

◆2022年10月1日

R4基準達成予定について

・③④⑤⑩⑪は200床以上の入院料2の達成予定率が9割以上。

・③④⑤⑪は199床以下は達成予定率が8割台以下と低くなる。

・⑥は200床以上の入院料2の減算要件だが、達成予定率は8.5割弱とやや低い。

・⑫はいずれも達成予定率が低い。

H 入管1 (-199)			I 入管2 (-199)			J 入2 (200-)		
R4基準			R4基準			R4基準		
n	件数	%	n	件数	%	n	件数	%

	H 入管1 (-199)				I 入管2 (-199)				J 入2 (200-)				
	n	件数	%		n	件数	%		n	件数	%		
病院指標	①二次救急・救急告示	128	93	72.7%		33	28	84.8%		81	80	98.8%	⬆️
	③救急の実施【一般病床】	128	105	82.0%		33	29	87.9%		81	80	98.8%	⬆️
	⑨-1訪問診療	158	119	75.3%	⬆️	42	15	35.7%		93	15	16.1%	
	⑨-2みなし訪問看護	158	30	19.0%	⬆️	42	3	7.1%		93	12	12.9%	
	⑨-3併設訪問看護St	158	67	42.4%	⬆️	42	11	26.2%		93	23	24.7%	
	⑨-4訪問リハ	158	43	27.2%	⬆️	42	4	9.5%		93	14	15.1%	
	⑨-5介護事業実績	158	97	61.4%	⬆️	42	15	35.7%		93	22	23.7%	
	⑨-6退院時共同指導等	158	27	17.1%		42	3	7.1%		93	22	23.7%	⬆️
	⑩入退院加算1【100床以上】	103	86	83.5%		28	21	75.0%		93	85	91.4%	⬆️
病棟指標	④室面積	170	144	84.7%		43	36	83.7%		100	92	92.0%	⬆️
	⑤重症者患者割合	170	150	88.2%		43	38	88.4%		100	92	92.0%	⬆️
	⑥自院一般棟からの割合【200床以			-				-		100	83	83.0%	⬇️
	⑦自宅等から入棟	170	150	88.2%	⬆️	43	19	44.2%		100	73	73.0%	
	⑧自宅等から緊急患者	170	149	87.6%	⬆️	43	18	41.9%		100	53	53.0%	
	⑩在宅復帰率	170	154	90.6%		43	39	90.7%		100	91	91.0%	⬆️
両方	⑫【療養病床】減算回避	26	8	30.8%		8	3	37.5%		8	4	50.0%	⬆️

※③：一般病床のみ集計

※⑥：200床以上のみ集計

※⑪：100床以上のみ集計

※⑫：療養病床の地ケア病棟のみ集計



# 地域医療構想における 受皿としての地域包括ケア病棟

## ■ 地域医療構想における

7対1急性期一般病床1の受皿として地域包括ケア病棟のいわゆるサブアキュート機能が注目されている

# 地域包括ケア病棟入院料・地域包括ケア入院医療管理料1-4におけるバランスの良い機能とは

■ 主に軽症急性期と回復期医療を担う病棟として、地域包括ケア病棟はPAといわゆるSA、在宅復帰支援のバランスと救急対応が促進される。

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

### 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

	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	1.3対1以上（7割以上が看護師）							
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	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	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病床において届ける場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設け、24時間対応の救急医療を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟		病棟		病室	
許可病床数200床未満	○		-		-		-	○
室面積	6.4平方メートル以上							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 要度Ⅱ 8.9%以上							
自院の一般病棟から転院した患者割合	6割未満 (許可病床200床以上の場合) (満たさない場合は95/100未満)		6割未満 (許可病床200床以上の場合) (満たさない場合は95/100未満)					
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)					
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上		3月で9人以上					
在宅医療等の実績	○（2つ以上）		○（2つ以上）					
在宅復帰率	7割2分5厘以上		7割以上（満たさない場合90/100未満）					
入退院支援部門等	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 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） (満たさない場合90/100未満)							
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)	

200床以上の自院一般病床PA 6割以上は1.5割減算

48

### 2022年度 地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

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

PA sc.SA

- 自院一般病床からのPAは減算（400床以上は更に減算）
- 他院PAは維持から加算

	～2021年度	2022年度～		
PA ポストアキュート	急性期患者支援病床初期加算	150点 × 14日間	急性期患者支援病床初期加算	自院(含 関連病院) 一般病棟からのPA × 14日間 50点 (▲100)
				他院(除 関連病院) 一般病棟からのPA × 14日間 150点 (±0)
sc.SA いわゆるサブアキュート	在宅患者支援病床初期加算	300点 × 14日間	在宅患者支援病床初期加算	自院(含 関連病院) 一般病棟からのPA × 14日間 125点 (▲25)
				他院(除 関連病院) 一般病棟からのPA × 14日間 250点 (+100)
				介護老人保健施設からのSA (併設施設の取り扱い是要確認) × 14日間 500点 (+200)
				自宅、介護医療院、介護老人福祉施設、その他施設等からのSA × 14日間 400点 (+100)

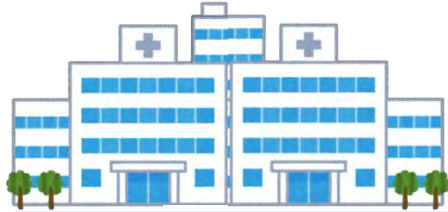
引用改変：・2021.11.10 中央社会保険医療協議会 入院（その7）  
・2022.03.04 厚生労働省保険局医療課 令和4年度診療報酬改定の概要

・いわゆるSAは加算！

34

# 医療圏内の病院の急性期機能

## ■ 特定集中治療室等～急性期一般病棟1



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

都道府県単位を担う高度急性期

## ■ 急性期一般病棟1-4



DPC標準病院群等

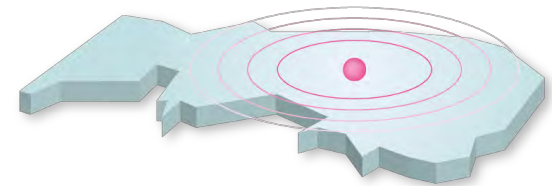


地域医療構想区域単位を担う急性期

## ■ 地域包括ケア病棟

“multimorbidity”患者

急性期一般病棟5-6、地域一般病棟



日常生活圏域単位の救急搬送を含む  
軽症急性期患者の受入

高度急性期機能

急性期機能

急性期機能

(いわゆるサブアキュート)

# 急性期一般入院料1-4において いわゆるSAをたくさん受け入れにくくなる

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目から心電図モニター  
の管理が削除
- DPC/PDPS制度の点数は入院期間  
I 増、II・III減でDRG/PPSに近づく
- 急性期の診療密度が増加

引用改変：2022.03.04

厚生労働省保険局医療課 令和4年度診療報酬改定の概要

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状況に応じた入院医療の評価③

### 重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直し

評価項目の見直し

一般病床用の重症度、医療・看護必要度の分子になる内科系疾患が減少すると予想

改定後

- ・「心電図モニターの管理」の項目を廃止する。
- ・「注射薬剤3種類以上の管理」へ変更する。
- ・「輸血や血液製剤の管理」の項目の評価について2点に変更する。

【一般病棟用】	0点	1点	2点
<b>A</b> モニタリング及び処置等			
1 創傷処置 ① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、② 褥瘡の処置	なし	あり	-
2 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	-
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	-
4 心電図モニターの管理	なし	あり	-
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	-
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	あり
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の投与、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ トレナジーの管理	なし	-	あり
8 II：緊急に入院を必要とする状態（5日間）	なし	-	あり

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状況に応じた入院医療の

### 重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度について、200床以上は未満より厳格化された。

重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、施設基準を右のとおり見直し。	現行		必要度 I		必要度 II	
	急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 2	急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 2	急性期一般入院料 1	急性期一般入院料 2
	31%	29%	31%	29%	31%	29%
	28%	26%	28%	25%	28%	25%
	25%	23%	27%	24%	27%	24%
	23%	21%	25%	22%	25%	22%
	22%	20%	24%	21%	24%	21%
	20%	18%	22%	19%	22%	19%
	18%	15%	20%	17%	20%	17%
	-	28%	18%	15%	18%	15%
	-	28%	17%	14%	17%	14%
	11%	9%	-	28%	-	28%
	30%	28%	10%	8%	30%	28%
	22%	20%	22%	20%	22%	20%
	20%	18%	22%	20%	22%	20%
	18%	15%	22%	20%	22%	20%

令和4年度診療報酬改定 I-3 医療機能や患者の状況に応じた入院医療の評価④

### 診断群分類点数表の見直し④

点数設定方式の見直し

入院初期に投じられる医療資源投入量は、経年的に増加が見られる実態を踏まえ、標準的な点数設定方式Aについて、入院初期（入院期間I）をより重点的に評価する体系に見直し。

DPC/PDPSから少しずつDRG/PPSに近づいていく

見直し後の点数設定方式A（現行の点数設定は赤線）

34種類の支払分類のうち、点数設定方式Aで設定される1,688種類（72%）の支払分類において、適となる。

内科系虚弱“multimorbidity患者”の受け入れ先は？



# 地域包括ケア時代のkey wordは“multimorbidity”

「複数の慢性疾患が一個人に併存している状態であり、中心となる疾患を特定できない状態」

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、貧困、フレイルや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、ポリドクターや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
- ・疾患別GL群に基づく介入はエビデンスによる裏付け不十分
- ・アウトカムは患者のQOL向上

# 令和の7対1受皿として再び注目される 地域包括ケア病棟のいわゆるサブアキュート機能

## 高度急性期・急性期病院 200床～399床

■ 急性期一般病床1:いわゆるSA  
→ 地域包括ケア病棟2: **自院PA**

- ・転棟のコスト:入院時情報の再収集、申し送りや担送等の発生
- ・転棟のリスク:患者医療者関係の再構築、診療や看護の継続性の低下、療養環境の変化等
- ・地域包括ケア病棟の**減算対象**

■ 地域包括ケア病棟2:いわゆるSA

- ・転棟のコストやリスクがない
- ・いわゆるSAからPAを引き続きみることができる。
- ・急性期一般病棟入院収入減少
- ・地域包括ケア病棟の**加算対象**

- DPC対象7対1の稼働率や重症度、医療・看護必要度が低下
- 許可病床数を維持しながら、7対1を減らして地域包括ケア病棟を届出

### 平成の7対1受皿

DPC対象急性期一般病床1

+

地域包括ケア病棟2  
(**自院PA**)

減算  
対象

### 令和の7対1受皿

DPC対象急性期一般病床1

+

地域包括ケア病棟2  
(**いわゆるSA + 自院PA + 他院PA**)

加算  
対象

# これからの地域包括ケア病棟

■「ときどき入院ほぼ在宅」を実践する病院が、安心して持続可能性を追求できるように一緒に地域包括ケア病棟を育てて頂きたい。

Before 2022

■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。

# 地域包括ケア病棟と本病棟を届け出る病院の本分

After 2022

■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、

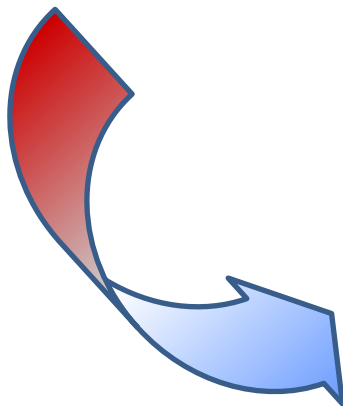


■やるべき医療の実践として  
総合診療や老年医学のマインドを持つ医師と共に急性期後や在宅療養中の“**multimorbidity** 患者”を病棟で受け入れる、在宅でみる地域診療拠点



■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。





# 本日の内容

1, 「地域包括ケア病棟の機能等に関する調査(R4調査)」結果報告

**2, 地域包括ケア病棟における診療報酬等に係る提言について**

3, 2022年度地域包括ケア病棟アカデミー開講について

一般社団法人 地域包括ケア病棟協会

# 地域包括ケア病棟の診療報酬等に係る提言



# 地域包括ケア病棟協会

## 地域包括ケア病棟の診療報酬等に係る提言

**提言1** 地域包括ケア病棟の施設基準について、新型コロナウイルス感染症が引き続き医療提供体制に影響を与えている間は、新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いを継続してはどうか。

**提言2** 令和4年度診療報酬改定において経過措置を設けた地域包括ケア病棟の施設基準について、10月1日以降新たに届出を行った場合は、新型コロナウイルス感染症が引き続き医療提供体制に影響を与えている間、当該施設基準を新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いの対象としてはどうか。

# 令和4年度診療報酬改定の影響と今後の方向性についてのクロス表



令和4年度  
地域包括ケア病棟の  
機能等に関する調査

## 施設基準を満たす予定の件数と割合 R4基準(2022年10月1日)の達成率

× (新)病床種類+許可病床数(2023年3月までに)

n 件数 % 必須要件

n 件数 % 減算要件

		H 入管1 (-199)			I 入管2 (-199)			J 入2 (200-)				
		R4基準			R4基準			R4基準				
		n	件数	%	n	件数	%	n	件数	%		
病院 指標	①二次救急・救急告示	128	93	72.7%	33	28	84.8%	81	80	98.8%	経過 措置 終了	
	③救急の実施【一般病床】	128	105	82.0%	33	29	87.9%	81	80	98.8%		23/3/31
	⑨-1訪問診療	158	119	75.3%	42	15	35.7%	93	15	16.1%		22/9/30
	⑨-2みなし訪問看護	158	30	19.0%	42	3	7.1%	93	12	12.9%		
	⑨-3併設訪問看護St	158	67	42.4%	42	11	26.2%	93	23	24.7%		
	⑨-4訪問リハ	158	43	27.2%	42	4	9.5%	93	14	15.1%		
	⑨-5介護事業実績	158	97	61.4%	42	15	35.7%	93	22	23.7%		
	⑨-6退院時共同指導等	158	27	17.1%	42	3	7.1%	93	22	23.7%		
	⑩入退院加算1【100床以上】	103	86	83.5%	28	21	75.0%	93	85	91.4%	22/9/30	
病棟 指標	④室面積	170	144	84.7%	43	36	83.7%	100	92	92.0%	22/9/30	
	⑤重症者患者割合	170	150	88.2%	43	38	88.4%	100	92	92.0%		
	⑥自院一般棟からの割合【200床以上の割合】		-			-		100	83	83.0%		
	⑦自宅等から入棟	170	150	88.2%	43	19	44.2%	100	73	73.0%		
	⑧自宅等から緊急患者	170	149	87.6%	43	18	41.9%	100	53	53.0%		
	⑩在宅復帰率	170	154	90.6%	43	39	90.7%	100	91	91.0%		
両方	⑫【療養病床】減算回避	26	8	30.8%	8	3	37.5%	8	4	50.0%	22/9/30	

9.5割弱を占める入院料・管理料1・2で全体の方向性を代用

いわゆるコロナ補正の対象

入院料・管理料3・4では在宅復帰率は減算要件。経過措置終了は22/9/30

※③：一般病床のみ集計

※⑥：200床以上のみ集計

※⑩：100床以上のみ集計

※⑫：療養病床の地ケア病棟のみ集計

# 本日の内容

1, 「地域包括ケア病棟の機能等に関する調査(R4調査)」結果報告

2, 地域包括ケア病棟における診療報酬等に係る提言について

3, 2022年度地域包括ケア病棟アカデミー開講について

2022年度 地域包括ケア病棟アカデミー  
(総論、各論第1講～第7講)

主 催 : 一般社団法人 地域包括ケア病棟協会  
開講期間 : 2022年9月～2023年4月





授業題目

地域包括ケア病棟アカデミー（総論、第1講～第7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」

授業概要  
スケジュール

2022年度 地域包括ケア病棟アカデミー  
年間スケジュール（ホームページに掲載）参照

実施時期	分野	統括者	講師	講義内容
9-3月	総論	仲井培雄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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 20分</li> <li>・日本老年医学会 理事長 秋下雅弘（Multimorbidity高齢者の診療指針と地域包括ケア病棟における活用方法） 40分</li> <li>・計1時間</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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7項までの各論受講に備えた基礎を身に付けます。</li> </ul>
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"> <li>・地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄 概要 10分</li> <li>・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</li> <li>・社会医療法人石川記念会 H I T O病院 総合診療科 部長 五十野博基 事例 20分</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・計1時間40分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
10月	第2講 ACP	仲井培雄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄 概要 10分</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・計1時間40分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
11月	第3講 経営 ～働き方改革を踏まえて～	石川賀代	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟協会 理事 石川賀代 概要 20分</li> <li>・南砺市民病院 内科副部長 大浦 誠 事例 20分</li> <li>・社会医療法人石川記念会 H I T O病院 総合診療科 地域包括ケア病棟長 五十野桃子 事例 20分</li> <li>・医療法人平成博愛会 世田谷記念病院 看護部 師長 特定行為看護師 杉本大介 事例 20分</li> <li>・医療法人社団富家会 富家病院 理事長 富家隆樹 眠りスキャン等の事例 20分</li> <li>・計1時間40分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経営的にもインパクトのある2024年から適用となる「時間外労働の上限規制」を中心とした医師の働き方改革に向けての理解を深め、対応策を学びます。</li> <li>・多職種のタスク・シフト・シェアの推進や、総合診療医や病院総合医のフロアマネジメントを含めた事例を学び、自院での取り組みを後押しします。</li> </ul>



授業概要  
スケジュール

2022年度 地域包括ケア病棟アカデミー  
年間スケジュール（ホームページに掲載）参照

実施時期	分野	統括者	講師	講義内容
12月	第4講 認知症ケア	富家隆樹	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟協会 理事 富家隆樹 概要 30分</li> <li>・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</li> <li>・医療法人大誠会 内田病院 理事長 田中志子 事例 20分</li> <li>・医療法人社団富家会 富家病院理事長 富家隆樹 事例 20分</li> <li>・計1時間40分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
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"> <li>・地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄 概要 30分</li> <li>・医療法人社団大和会 多摩川病院 リハビリテーション部 係長 理学療法士 谷本源太 事例 20分</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・計1時間30分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>
2月	第6講 NST・SST	加藤章信	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟協会 副会長 加藤 章信 概要 20分</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・計1時間40分。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
3月	第7講 在宅復帰支援 ～Person Flow Management～	石川賀代	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟協会 理事 石川賀代 概要 10分</li> <li>・医療法人社団焔 おうちにかえろう病院 院長 水野 慎大 事例 30分</li> <li>・社会医療法人祐愛会 ゆうあい訪問看護ステーション 管理者 吉井 朋代 事例 30分</li> <li>・医療法人平成博愛会 世田谷記念病院 看護部 地域包括ケア病棟 師長 松木徳子 事例 30分</li> <li>・計1時間40分</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の在宅復帰に向けてのPerson Flow Managementの概念を学び、在宅復帰支援のあり方を学びます。</li> <li>・「ときどき入院ほぼ在宅」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事例からより良い連携の形を見出します。</li> </ul>



## 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（※7回で3万5千円）  
※第1講～第7講のいずれかを受講の場合、総論の受講は無料です。

## 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7回受講すると3万5千円となり、年会費より高くなります。

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  
（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

虚弱“**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