

2025.07.29

地域包括ケア推進病棟協会 記者会見



地域包括ケア推進病棟協会 会長 仲井培雄

地域包括ケア推進病棟協会 2024年度経営調査報告

2025/5/22
政策企画委員会

(調査対象)

会員施設かつ「地域包括ケア病棟の機能等に関する調査」

又は「地域包括医療病棟に関する調査」に回答いただいた施設

(発送数) : 134病院

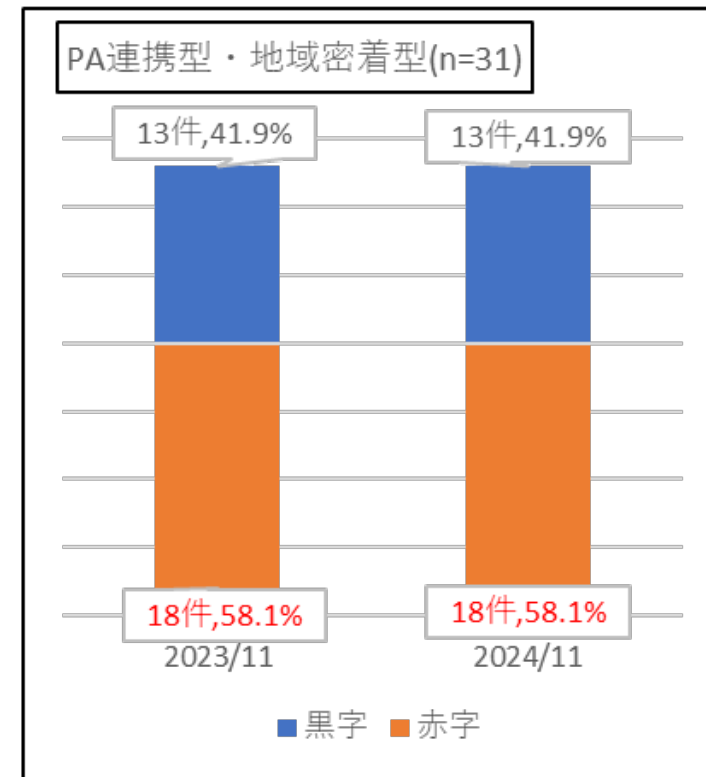
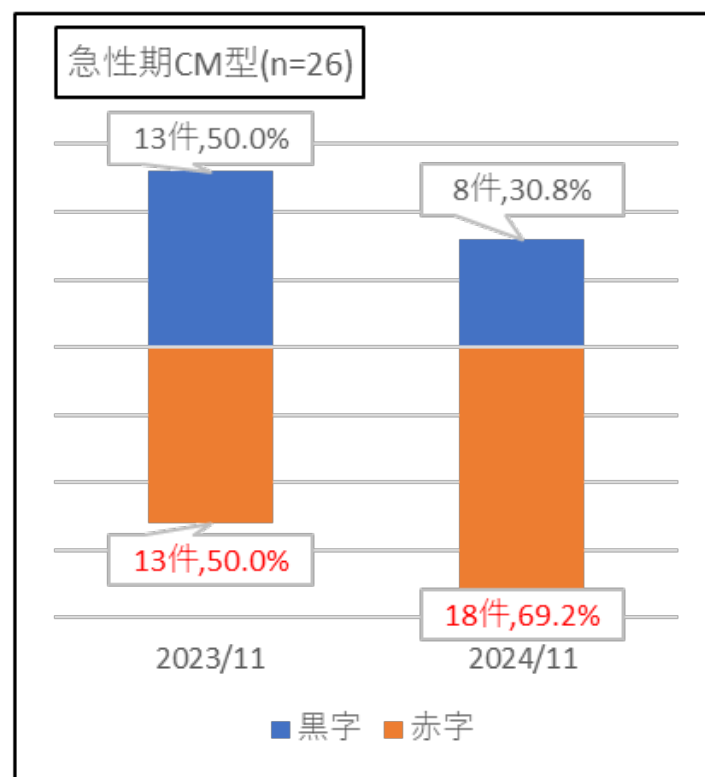
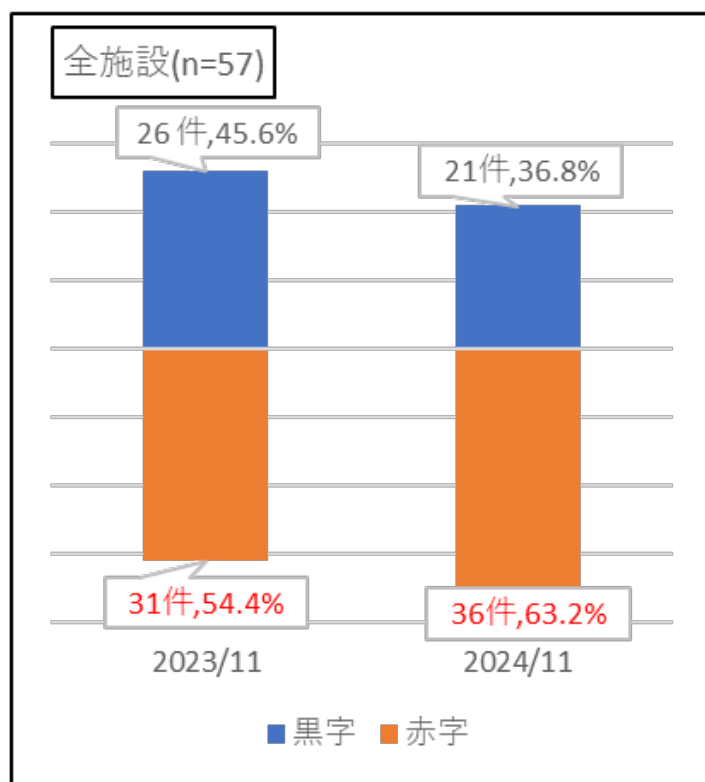
(回答数) : 60病院

(回答率) : 44.8%

※地メディ病棟は、回答数が3施設のため集計から除外

【結果】

設問 1) 2023年11月と2024年11月の医業利益の状況についてお答えください



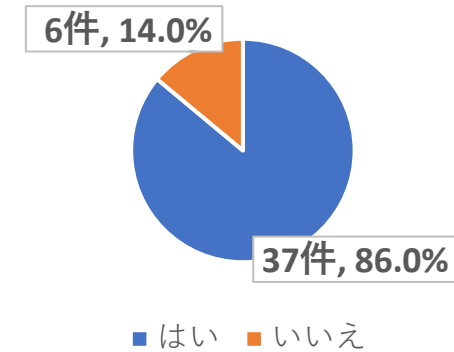
※黒字施設も赤字施設も共に2024年11月は医業利益が減少

【結果】

設問 3－1 設問 2) で医業費用が増えたと答えた方にお聞きします。

人件費以外の医業費用が増えましたか (n=43)

(n=43:100%)	回答施設数	割合
はい	37	86.0%
いいえ	6	14.0%



設問 4) 2024年11月はベースアップ評価料を算定していましたか？

全施設 (n=57)

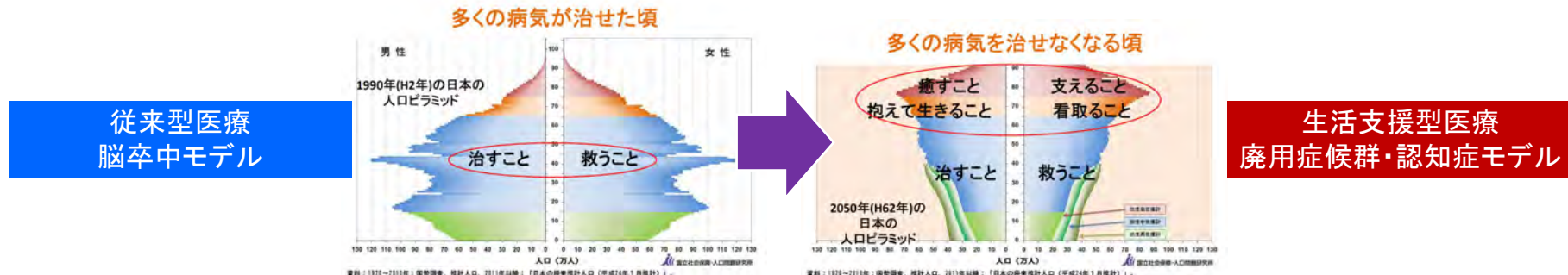
(n=57:100%)	回答施設数	割合
算定していた	56	98.2%
算定していない	1	1.8%



地域包括ケア時代の高齢者救急

地域包括ケア時代の患者像

- 高齢で多疾病が併存し、ADLと栄養状態、認知機能が低下し、ポリファーマシーになりやすい。入院前から継続して入院中も包括的な生活支援や意思決定支援を必要とする患者が多くなる。
- リハビリテーションは、社会復帰を目指す脳卒中モデルよりも、生活復帰を目指す廃用症候群・認知症モデルが主となる。
- QOLとQODの価値観は人それぞれ異なる上、介入のエビデンスは乏しいためACPや多職種協働によるカンファレンスは必須となる。



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

地域包括ケア病棟の役割と3つの病棟機能

地域包括ケア病棟・病室の役割

2014年度
地域包括ケア病棟創設

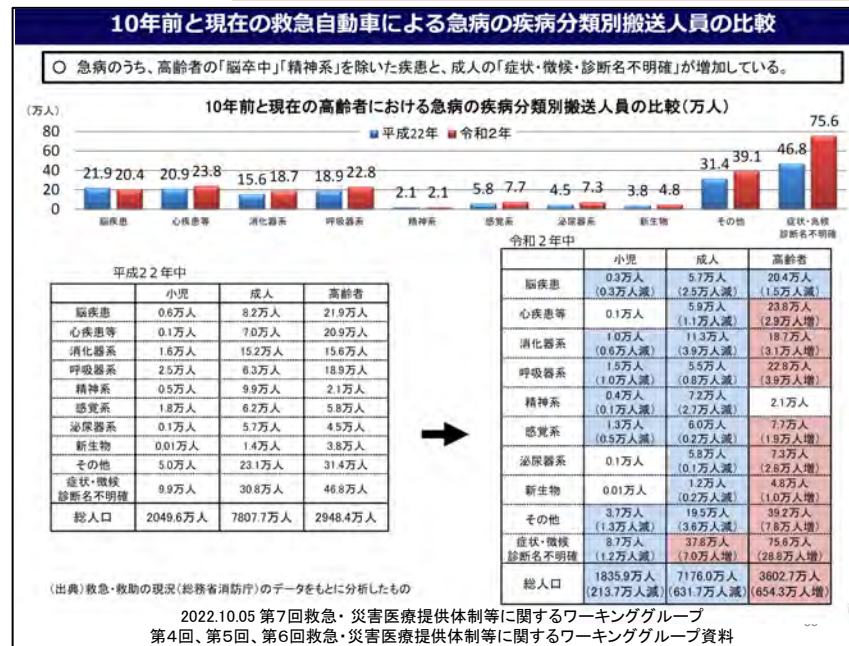
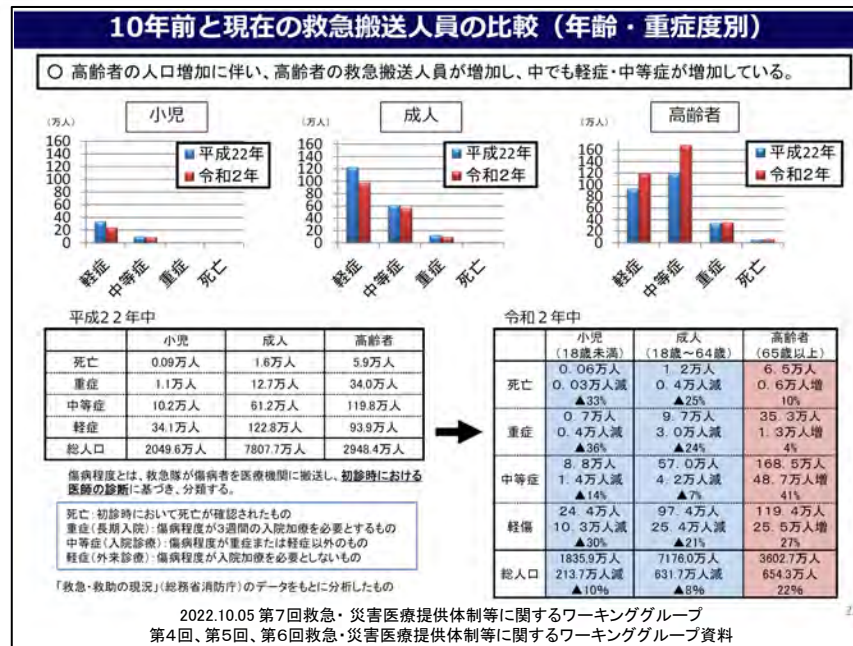


3つの病棟機能で地域包括ケアシステムを支える

病院前救護活動の現状（まとめ）

- 救急出動件数及び搬送人員数は、令和2年は新型コロナの影響等により若干減少しているものの、**年々増加傾向**である。
- 高齢者の搬送割合の中でも、**特に75歳から84歳、85歳以上**の割合が増加傾向にある。
- 「交通事故」は減少し、「**急病**」と「**一般負傷**」の搬送割合が徐々に増加している。
- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者**の救急搬送人員が増加し、中でも**軽症・中等症**が増加している。
- 急病の疾病分類別搬送人員のうち、特に高齢者の「**症状・徴候・診断名不明確**」が増加している。

これが“**multimorbidity患者**”

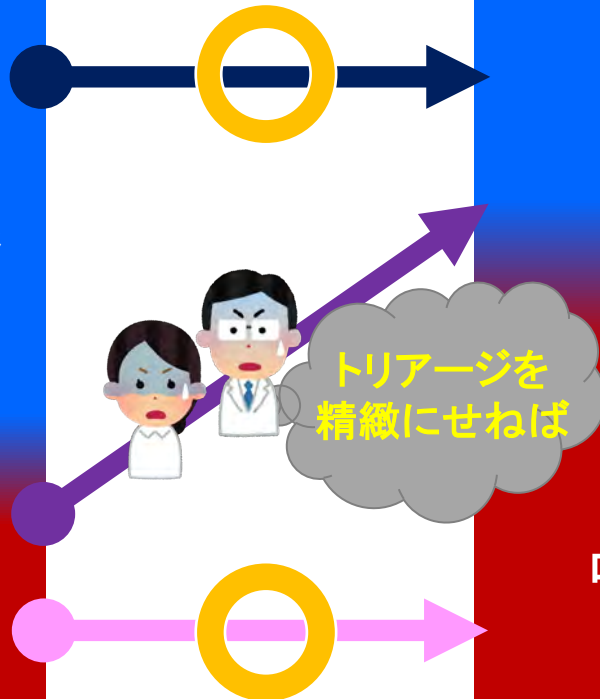


トリアージのジレンマ

- 救急隊員や外来医師・看護師も、アンダートリアージの結果3次救急等への再搬送やより高次機能の院内転棟を避けたいので、オーバートリアージなりやすい。
- 搬送時は高度急性期病院に行きがちになり、入院時は急性期病棟を選びがちになる。
- トリアージの精緻化が重要である。

救急搬送・救急外来の
トリアージ

到着後・入院後の
診断結果



トリアージのジレンマ

- 救急隊員や外来医師・看護師も、アンダートリアージの結果3次救急等への再搬送やより高次機能の院内転棟を避けたいので、オーバートリアージなりやすい。
- 搬送時は高度急性期病院に行きがちになり、入院時は急性期病棟を選びがちになる。
- **トリアージの精緻化**が重要である。

救急搬送・救急外来の
トリアージ

到着後・入院後の
診断結果



トリアージの精緻化

- 救急隊、医師・看護師の臨床能力の向上やかかりつけ医機能を持つ医療機関と救急の連携強化
- いつも外来で診ている、自宅・施設で診ている、連携医療機関が診ている、**ACP**もしている、**かかりつけの高齢虚弱“multimorbidity患者”**を増やす。
- **アンダートリアージを恐れない多くの高齢者救急を受け入れられる病棟を設ける。**
- **3次救急からの下り搬送を活用して、重症疑いのトリアージは自院で行わない。**

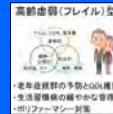
高齢者の救急患者等についての論点

看護師が多くて、リハ療法士や管理栄養士等の多職種協働が不足
要介護高齢者は入院すると介護度が悪化

小児や成人に加えて臓器別高度専門医療を要する高齢者の救急



+

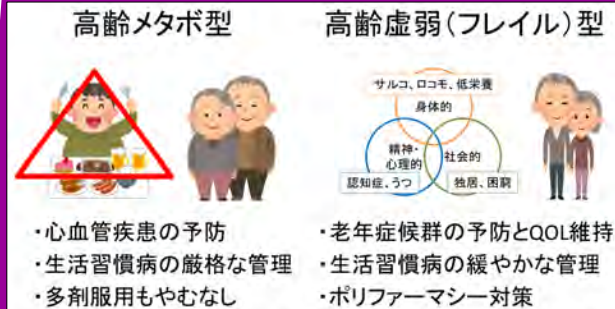


急性期一般病棟

看護師が10対1、かつリハ療法士や管理栄養士等の多職種協働も十分

いいとこ取りの新病棟

かかりつけ患者に加えて新患の救急搬送や下り搬送



地域包括医療病棟

入院医療のあり方についてどのように考えるか

リハ療法士や入退院支援等の多職種協働は十分だが、看護師が13対1では足りない。
救急搬送直入が6%未満

自宅や施設のかかりつけ患者の急変



+



地域包括ケア病棟

2024年度 病棟機能調査の要点



令和6年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

2025.07.14

2024年度 地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査 (R6調査)

令和6年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査



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

対象：2024年10月時点で地域包括ケア病棟を届け出ている病院

当協会会員の全施設545病院および地域包括ケア病棟（以下地ケア病棟）を届け出ている全国の非会員施設2,677病院

回収件数（回収率）：

総数300件（11.2%）

内会員病院126件（23.1%）



令和6年度
地域包括医療病棟の
機能等に関する調査

2025.07.14

2024年度 地域包括医療病棟の 機能等に関する調査 (R6調査)

令和6年度
地域包括医療病棟の
機能等に関する調査



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

対象：2024年10月時点で地域包括医療病棟を届出している、もしくは届出を予定、検討している病院であり、かつ、当協会会員の全施設545病院および、全国の非会員施設で地域包括ケア病棟（以下地ケア病棟）を届け出ている2,132病院の、合計2,677病院

回収件数（回収率）：

総数57件（2.1%）

内会員病院25件（4.6%）

・地メディ病棟を届出済や予定・検討中の施設の約3割が本調査に回答したとすると、
2,677施設の約7%（=2.1/0.3）
が届出や検討をしていると推定。



2025.07.14

2024年度 地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査 (R6調査)

令和6年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査



2025.07.14

2024年度 地域包括医療病棟の 機能等に関する調査 (R6調査)

令和6年度
地域包括医療病棟の
機能等に関する調査



■調査の概要:

◆患者票(別途、**地ケア病棟**と**地メディ病棟**と共に報告)

記入時点からさかのぼって、地ケア病棟又は地メディ病棟に入院した患者10名

1. 性別、年齢、要介護度
2. マルチモビディティ(入院・棟時の主病名、慢性併存疾患名(22疾患))

◆地方厚生局データの解析資料(別途、**地ケア病棟**と**地メディ病棟**と共に報告)

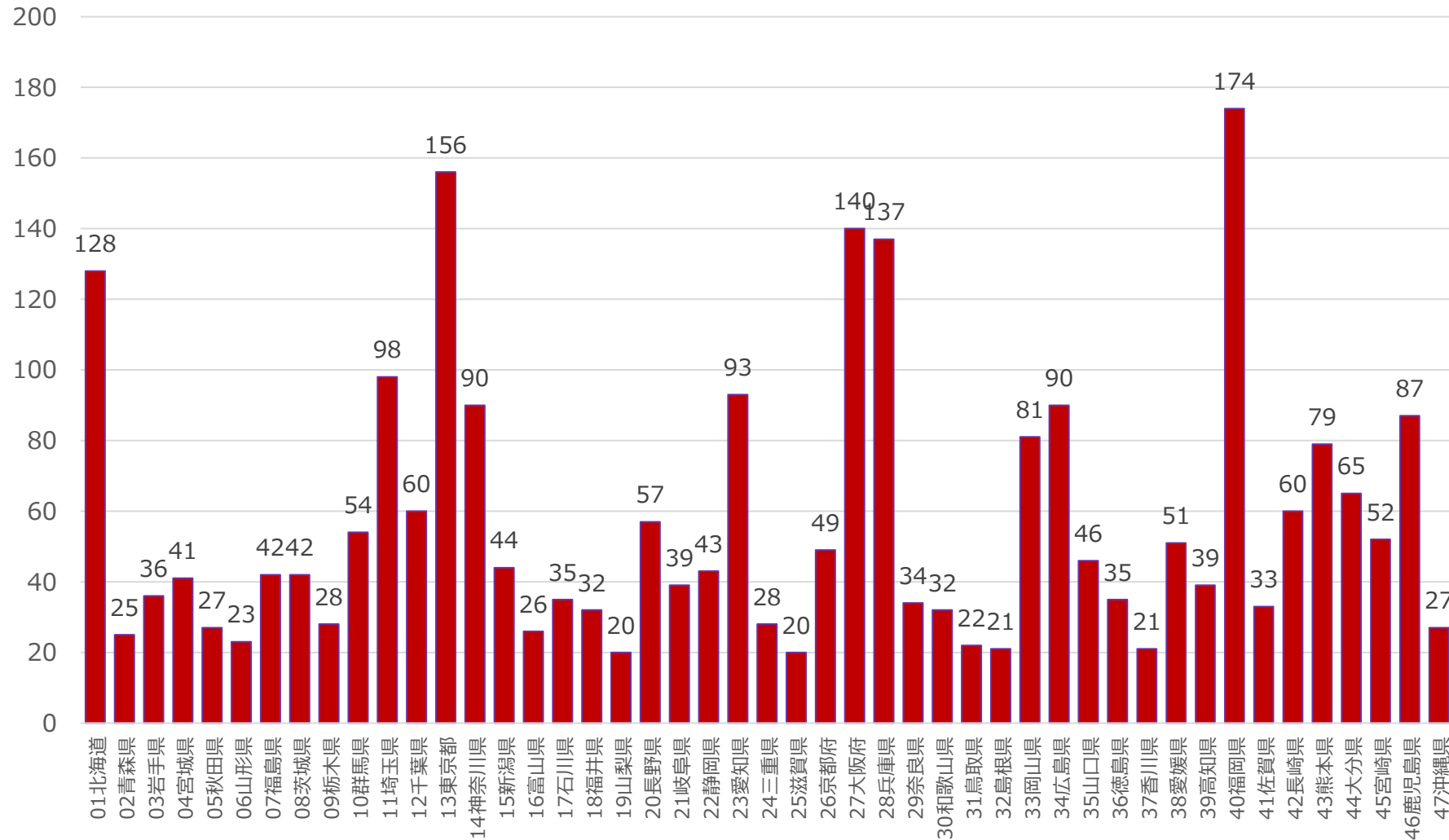
- ・地域包括ケア推進病棟協会 機能評価委員会作成
- ・全国の全病院の地方厚生局データを解析して毎月20日前後の定点観測を実施

地域包括ケア病棟協会 機能評価委員会作成

地方厚生局データ
の解析資料

地域包括ケア病棟・管理料

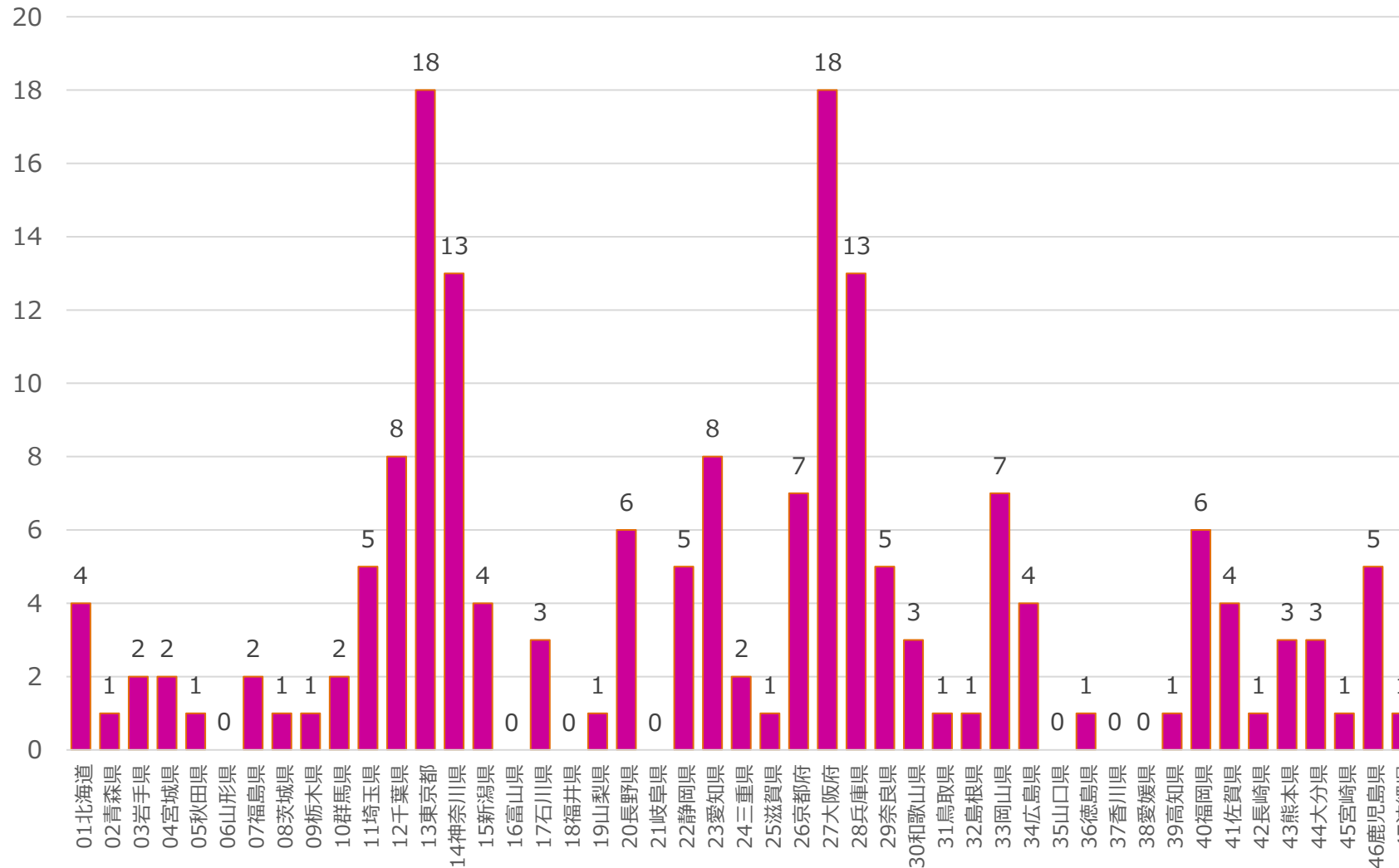
2,662病院（約103,100病床）



地ケア病院：
110/2662
=4.1%

地域包括医療病棟

175病院（約9,200病床）

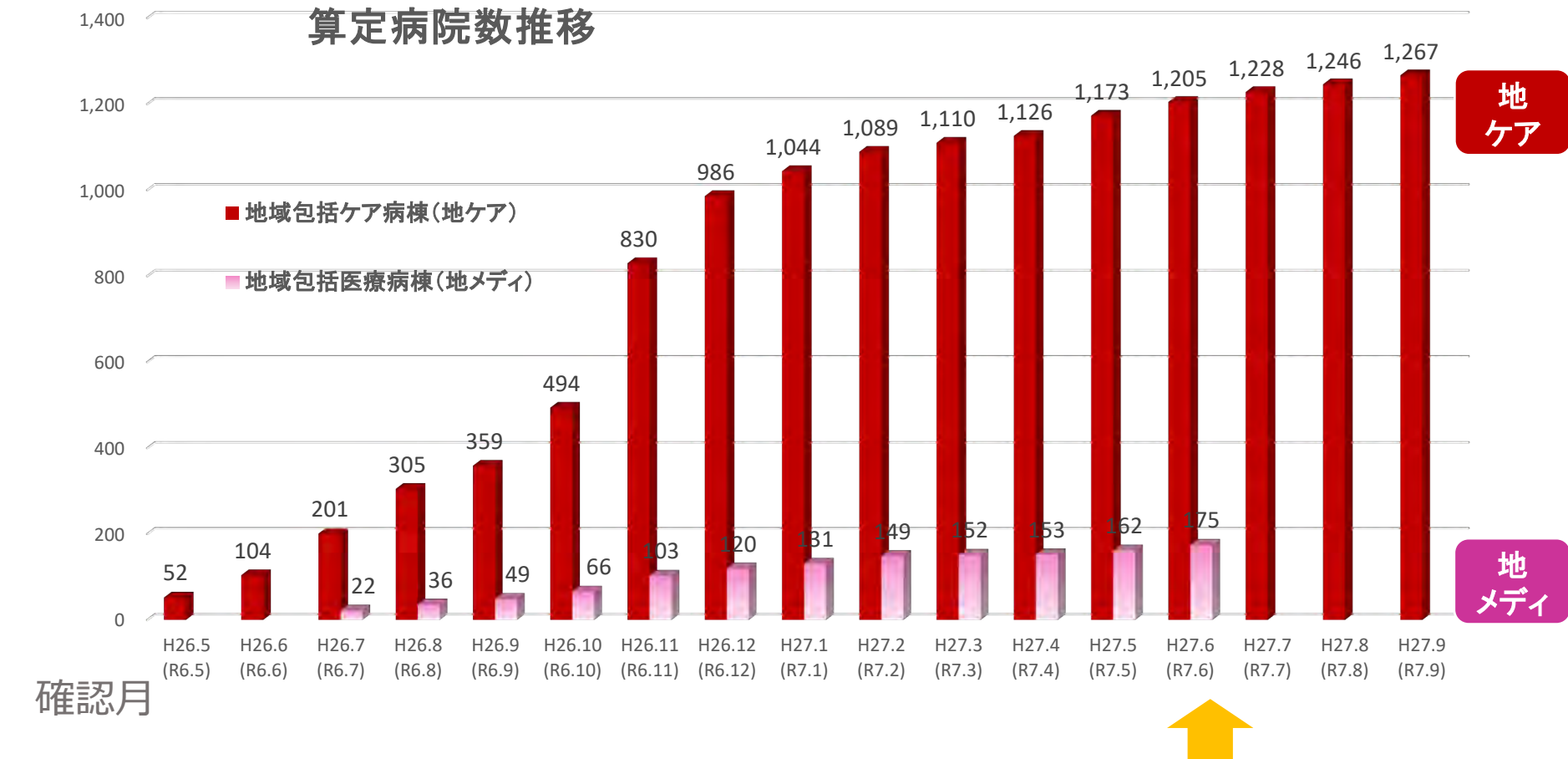


地メディ病院：
10/175
＝5.7%

地ケア・地メディ 改定後の算定病院数推移

地方厚生局定点データ（毎月中旬）

病院数

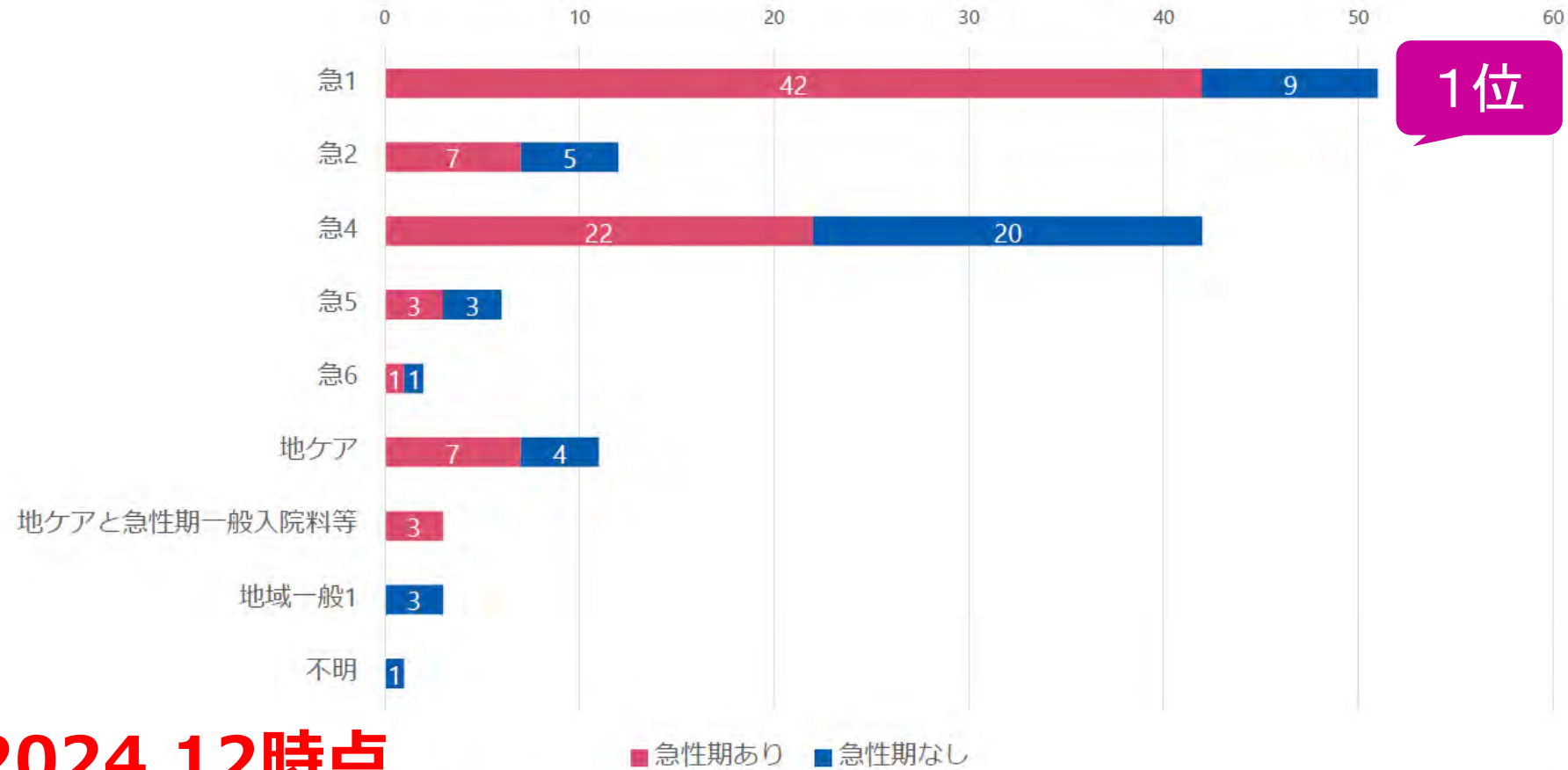


地域包括医療病棟入院料を届け出る前の入院料

地
メディ

- 急性期一般入院料 1 からの移行が4割程度と最多であり、急性期一般入院料 4、急性期一般入院料 2、地域包括ケア病棟からの移行が続いた。急性期一般入院料 2－6 から移行した医療機関の半数程度では、移行により急性期一般入院料の届出病棟がなくなっていた。

地域包括医療病棟を届け出る前の入院料ごとの医療機関数(n=131)



1位

2024.12時点

出典：DPCデータ（2024年12月）、令和5年7月1日定例報告

27

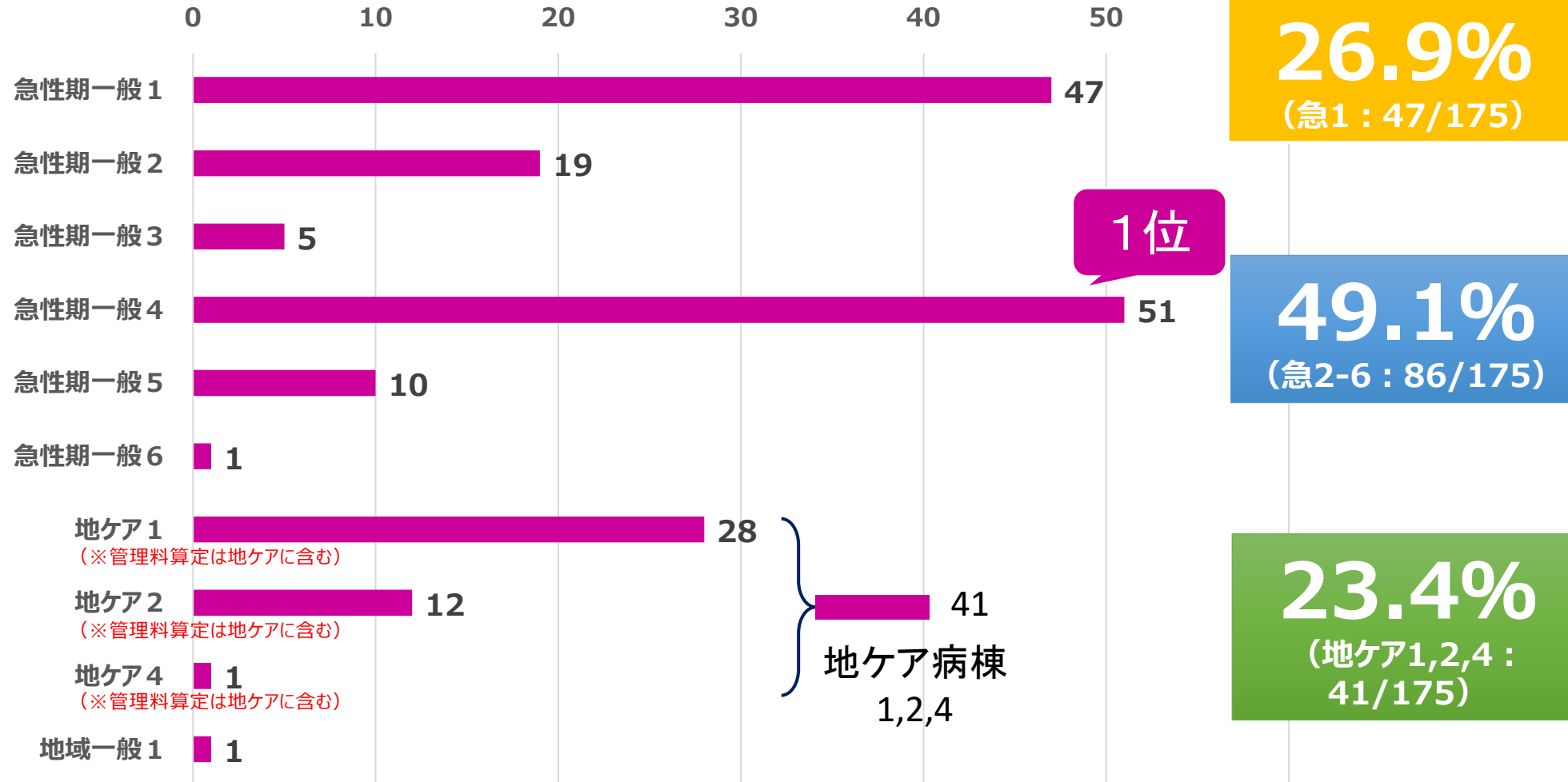
地域包括医療病棟入院料を届け出る前の入院料

診調組 入 - 1
R7. 6. 13改

地
メディ

地域包括医療病棟を届け出る前の入院料ごとの医療機関数(n=175)

20250614時点
厚生局定点データ



2025.06.14時点

JAHCC地域包括ケア推進病棟協会 機能評価委員会作成

地方厚生局データ
の解析資料

令和7年度第3回入院・外来医療等の調査・評価分科会 議事次第
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00272.html

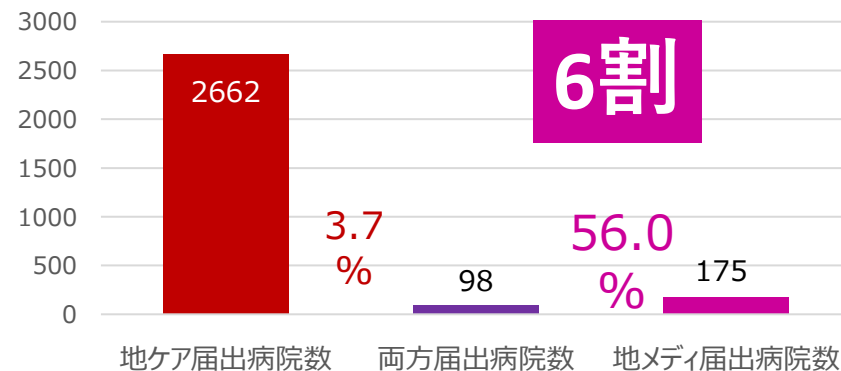
地
ケア

地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟

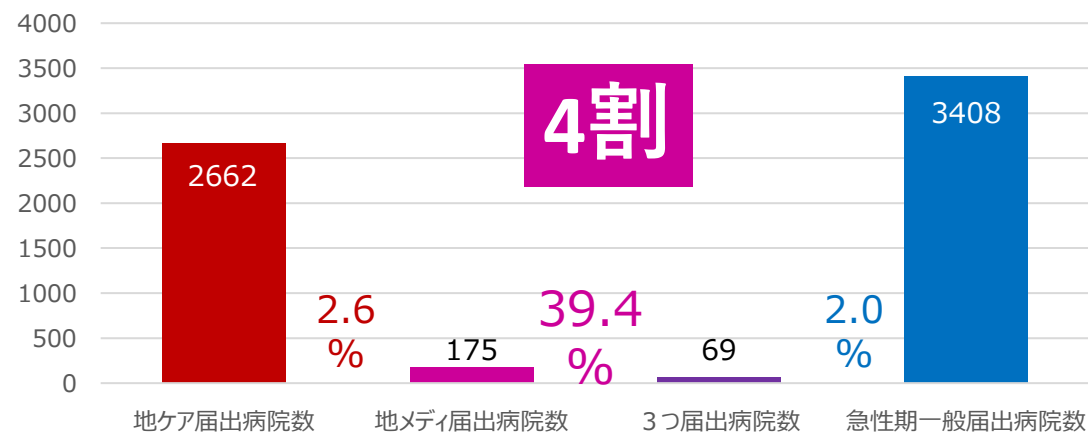
地
メディ

の届出病院の組み合わせ解析

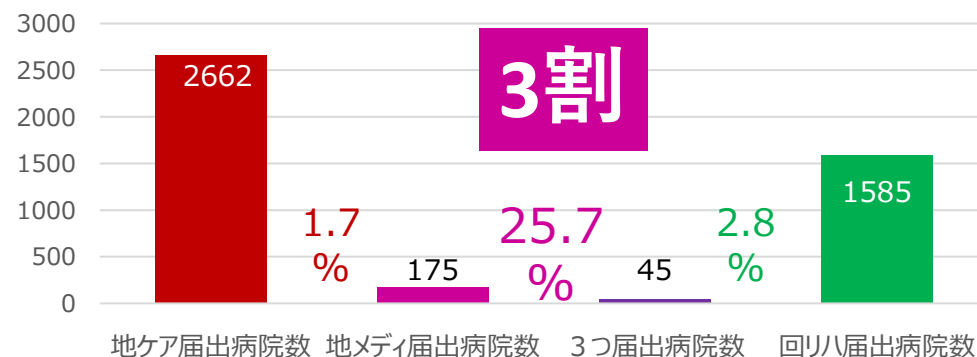
届出病院数（地ケア・地メディ）



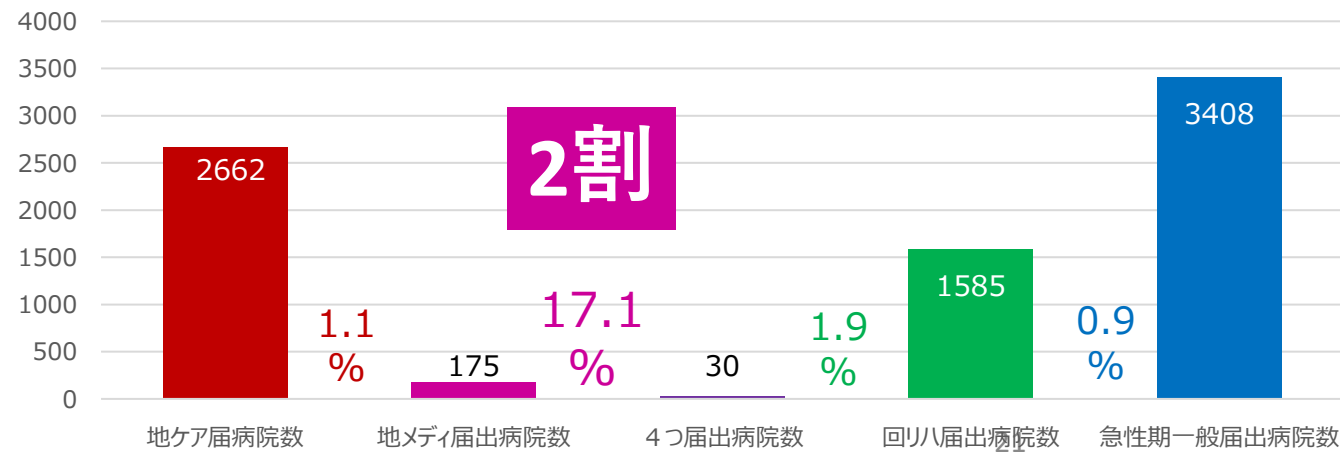
届出病院数（地ケア・地メディ・急一般）



届出病院数（地ケア・地メディ・回りハ）



届出病院数（地ケア・地メディ・回りハ・急一般）



■患者調査：

◆患者票（別途、**地ケア病棟**と**地メディ病棟**と共に報告）

記入時点からさかのぼって、地ケア病棟又は地メディ病棟に入院した患者10名

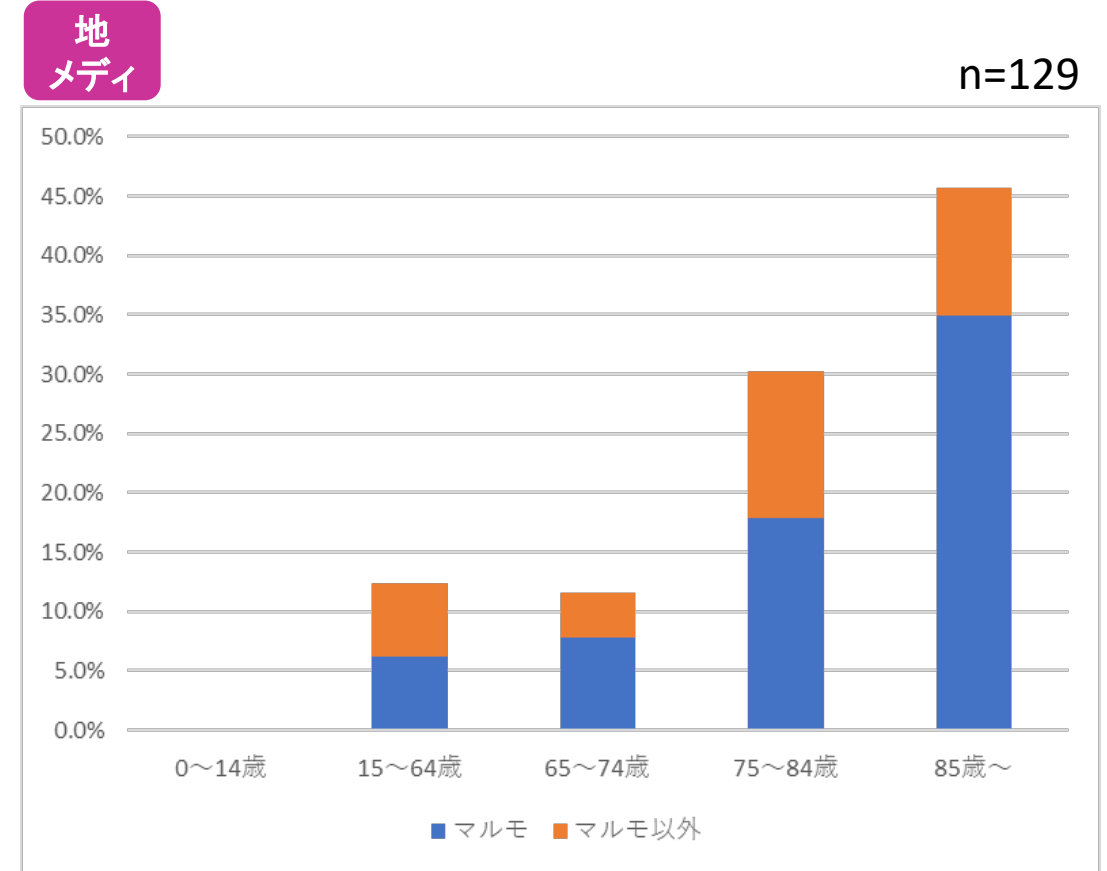
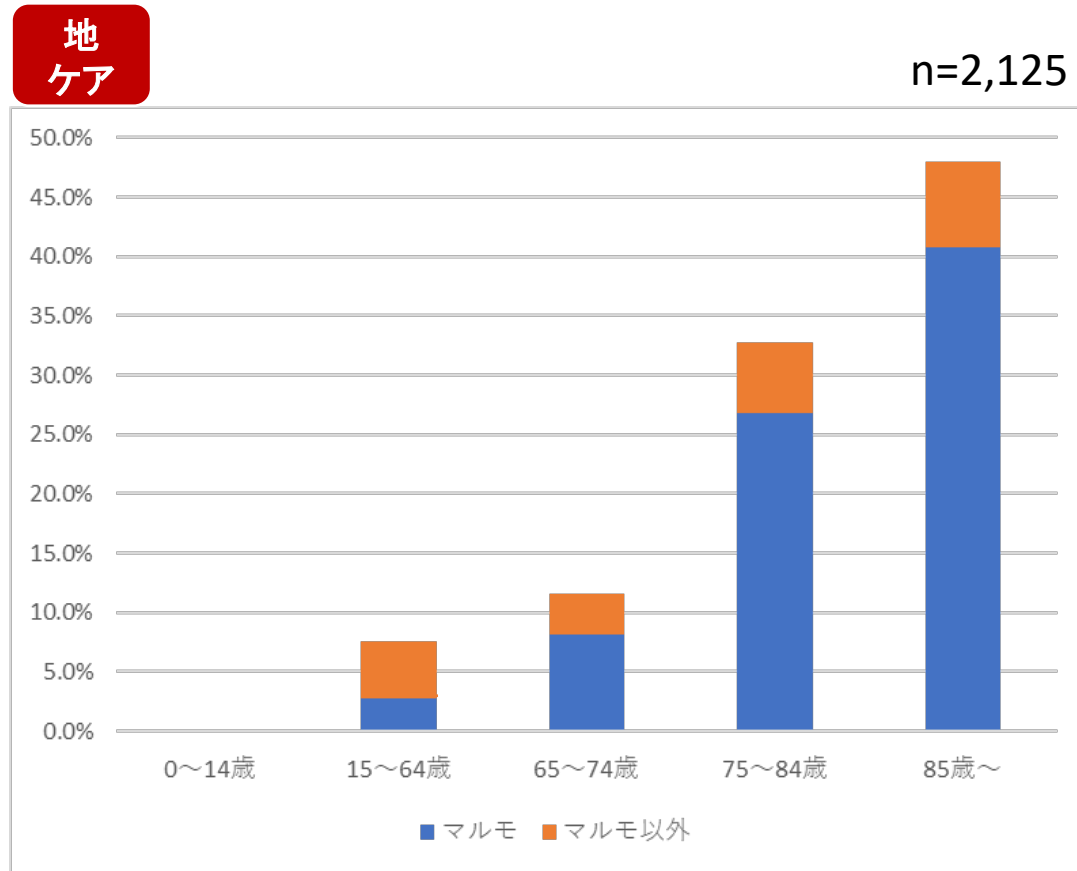
1. 性別、年齢、要介護度
2. マルチモビディティ（入院・棟時の主病名、慢性併存疾患名（22疾患））

■中央社会保険医療協議会において、病床種別毎の疾患や要介護を調査して比較しているが、マルチモビディティの実態を加味すると、疾患や要介護だけではわからなかったことが見えてくるかもしれない。

■地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の患者像の比較



■マルモ患者数×年齢区分



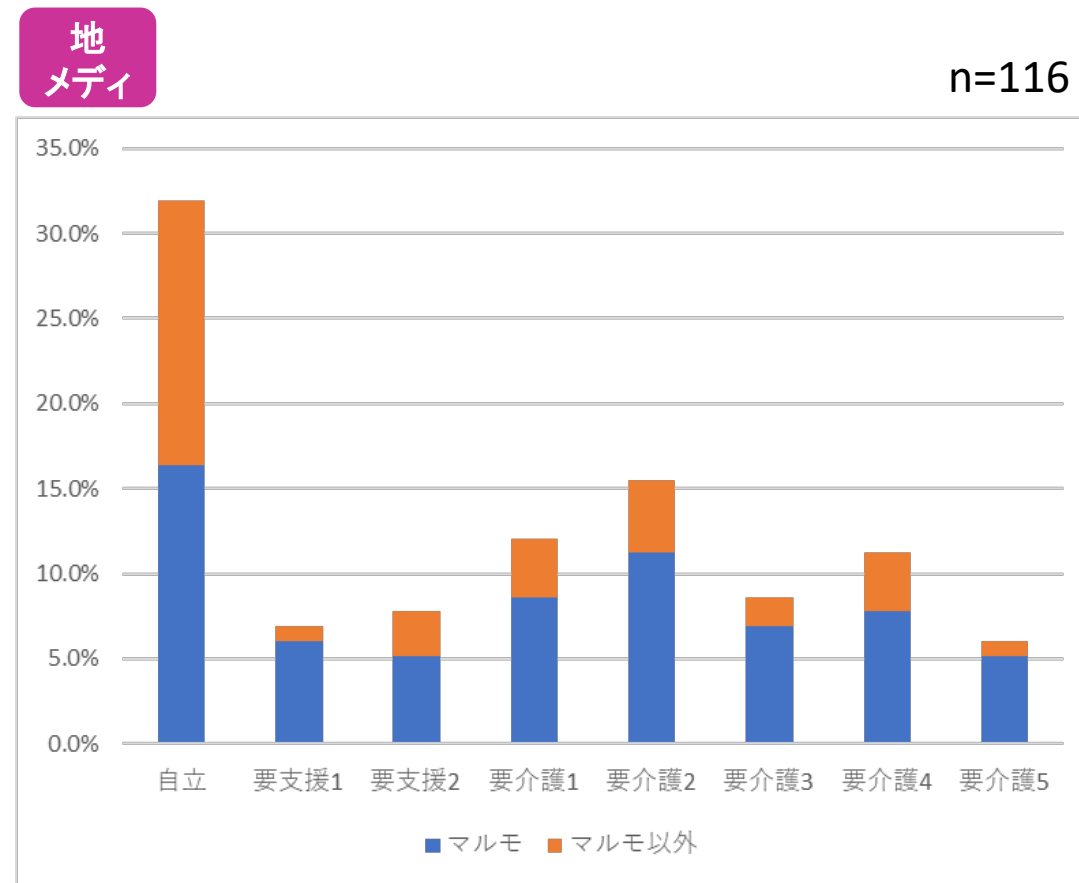
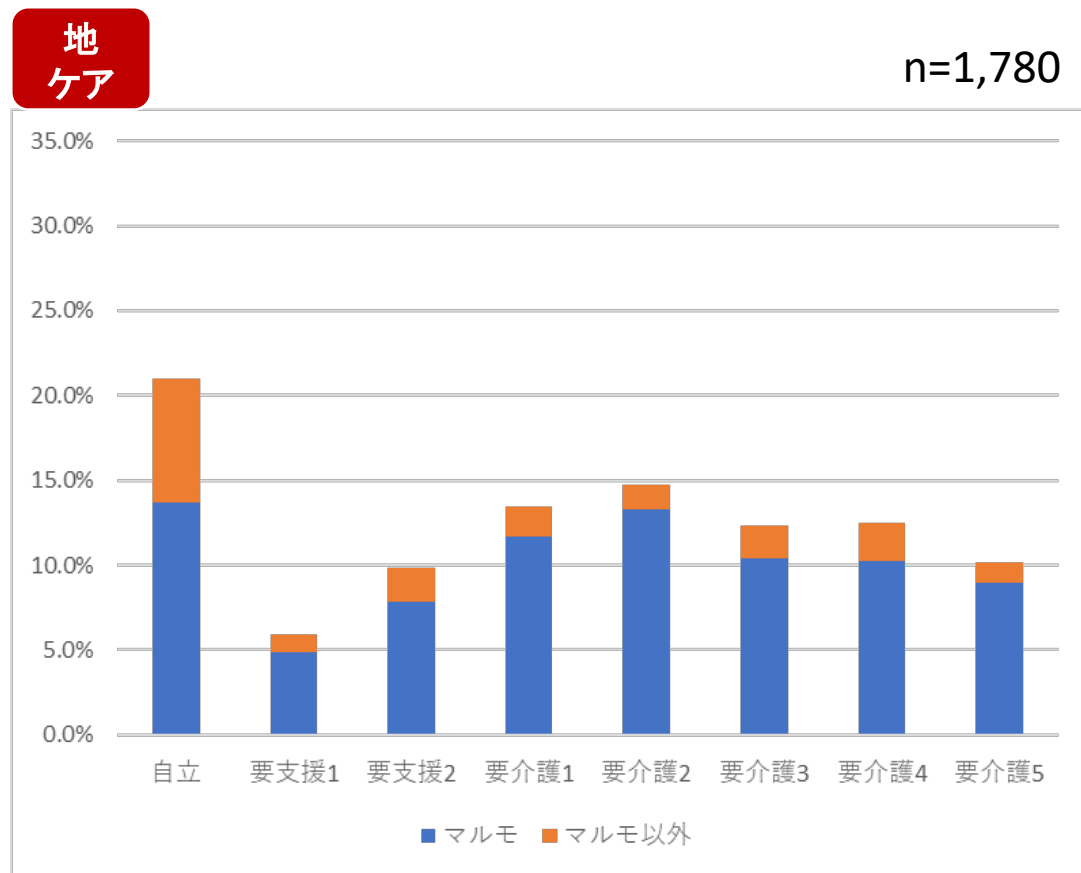
■マルモ割合について、

- ・地メディ病棟において、75歳以上は地ケア病棟よりもマルモの割合が低い。

■地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の患者像の比較



■マルモ患者数×要介護度



■介護度の割合について、

・地メディ病棟において、概ねどの介護度においても地ケア病棟よりもマルモ患者の割合が低い。

■地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の患者像の比較

罹患率が30%以上



■マルモ患者の慢性併存疾患の罹患状況

地
ケア

	1. 高血圧症	2. 泌尿器疾患	3. 糖尿病	4. 認知症	5. 脂質異常症	6. 貧血	7. 脳血管障害	8. 骨粗鬆症	9. 心房細動	10. がん	11. 変形性関節症／脊椎障害	12. 冠動脈疾患	13. 白内障／緑内障	14. てんかん	15. 高尿酸血症	16. COPD	17. 不眠症	18. 関節リウマチ	19. パーキンソン病	20. 甲状腺機能低下症	21. うつ病	22. 消化性潰瘍（PPI使用）
入院契機	2	129	43	25		18	16	1		82	43	104	13	10	1	8	1	1	24		1	4
併存疾患	1,112	342	482	484	452	199	350	362	248	161	273	159	113	69	122	74	327	44	55	59	106	222
合計	1,114	471	525	509	452	217	366	363	248	243	316	263	126	79	123	82	328	45	79	59	107	226
%	66.7%	28.2%	31.4%	30.5%	27.0%	13.0%	21.9%	21.7%	14.8%	14.5%	18.9%	15.7%	7.5%	4.7%	7.4%	4.9%	19.6%	2.7%	4.7%	3.5%	6.4%	13.5%
1-10位	1	4	2	3	5		6	7			9	10					8					

地
メディ

1.5割
超多

	1. 高血圧症	2. 泌尿器疾患	3. 糖尿病	4. 認知症	5. 脂質異常症	6. 貧血	7. 脳血管障害	8. 骨粗鬆症	9. 心房細動	10. がん	11. 変形性関節症／脊椎障害	12. 冠動脈疾患	13. 白内障／緑内障	14. てんかん	15. 高尿酸血症	16. COPD	17. 不眠症	18. 関節リウマチ	19. パーキンソン病	20. 甲状腺機能低下症	21. うつ病	22. 消化性潰瘍（PPI使用）
入院契機		15	2			1	3			3	2	5		2				1				
併存疾患	57	18	23	23	26	21	28	19	5	6	13	4	5	2	9	1	19	4	3	3	6	13
合計	57	33	25	23	26	22	31	19	5	9	15	9	5	4	9	1	19	5	3	3	6	13
%	66.3%	38.4%	29.1%	26.7%	30.2%	25.6%	36.0%	22.1%	5.8%	10.5%	17.4%	10.5%	5.8%	4.7%	10.5%	1.2%	22.1%	5.8%	3.5%	3.5%	7.0%	15.1%
1-10位	1	2	5	6	4	7	3	8			10						8					

■慢性併存疾患の罹患状況について、

・地メディ病棟において、地ケア病棟よりも1.5割以上罹患率が高い疾患は、脳血管障害であった。

2025.07.14

2024年度 地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査 (R6調査)

令和6年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査



一般社団法人

地域包括ケア推進病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

2024年度 改定の要点(私見)

追加

■ 久々のプラス改定

■ トピックス

- 1) 賃上げ
- 2) 医療介護DX
- 3) ポストコロナにおける感染症対策 → 医療措置協定
- 4) 医介福連携

■ 高齢虚弱“multimorbidity 患者”に対する足固め

- 1) 入院料通則の見直し
 - ・栄養管理体制基準の明確化 → GLIM基準
 - ・意思決定支援の推進: → ACP
 - ・身体拘束最小化の強化: → 尊厳の保持
- 2) リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組
- 3) 医介福連携協定
- 4) 高齢者救急 → 地域包括医療病棟創設

◆ 要旨:

本調査結果は、地域包括ケア病棟が超高齢社会における地域包括ケアシステムを支える存在として、着実に機能していることを示す一方で、診療報酬改定や将来のDPC退出基準、地域毎の特性といった外部要因によって、その運営や戦略に変化が求められていることを示している。

今後、地域包括ケア病棟は、それぞれの地域における医療・介護ニーズの変化に柔軟に対応し、より強化した高齢者救急の受け入れ体制や、より評価の範囲を広げた下り搬送の受入れ、より分かりやすい短手3の受入れ条件、より効果的な病診連携と医療介護連携を構築していくことができるように、2026年度改定に向けた更なる進化が求められている。

◆ 1, 地ケア病棟の機能変化:

過去3年間で、地域包括ケア病棟は急性期CM型が1割減少し、地域密着型がその分増加した。これは、コロナ後の受療行動の変化や人口規模や構成の変化が、地域密着型の需要を喚起したことを示している。

◆ 2, 在宅患者支援病床初期加算と退院先分析の課題(患者分析と一部施設分析):

小括: 地域包括ケア病棟は在宅患者を積極的に受け入れているものの、入院の搬送ルートとして救急搬送や高次医療機関を経由した下り搬送が少ないことや、老健との連携不足が課題である。2024年度改定後も、多くの施設で対応が遅れており、老健側の運営を支えるインセンティブの不足も連携を阻んでいる。一部の先行的な取り組みは見られるものの、全体としての連携強化にはさらなる評価が必要である。

1) 在宅患者支援病床初期加算の積極的な活用: 地域包括ケア病棟は、8.5割強の施設が算定している在宅患者支援病床初期加算を通じて、在宅からの患者を積極的に受け入れていた。特に規模が小さく、在宅・施設との連携を重視する病院で算定率が高かった。

2) 搬送ルートの課題: 入院搬送ルートは「その他」が8割強と大半を占めており、救急搬送や高次医療機関からの下り搬送は少なかった。在宅患者の救急搬送受け入れや、高次医療機関との連携強化が課題である。

3) 入院前施設と退院先: 入院患者は自宅や居住系介護施設からの受け入れがほとんどであり、介護老人保健施設(老健)からの受け入れは少なかった。退院先も同様に、老健への退院はごくわずかであった。

2024年度アンケート調査で使用した 地域包括ケア病棟を届け出る病院の病院機能分類

- ・**急性期ケアミックス(CM)型**: 急性期一般入院基本料6以上の急性期病棟があり、病床機能報告に照らして一定以上の急性期機能を有していると自ら判断し、病院全体として急性期を最も重視している病院である。
- ・**ポストアキュート(PA)連携型**: 病院全体の実入院患者数の概ね半数以上が他院からのポストアキュートを受け入れる病院である。実患者数が半数に届くかどうか判断に迷う場合は、次の“どちらでもない”を選択する。
- ・**どちらでもない(地域密着型)**: 多くは自宅や居住系施設、介護施設などで療養している患者の内科的・外科的急性増悪や軽症急性疾患などのいわゆるサブアキュートを中心に受け入れる病院である。これに該当しない特徴ある医療に特化している病院も含む。当協会では「どちらでもない」を地域密着型と定義している。

1. 基本情報(2024年10月1日現在)

-10ポイント

+10ポイント

※20250601時点(改定後)

・地域包括ケア病棟を有する病院の
病院機能分類(n=300)

	急性期CM	PA連携	地域密着	未回答	総計
病院数	135	37	126	2	300
	45.0%	12.3%	42.0%	0.7%	100.0%



2022年度調査

・地域包括ケア病棟を有する病院の
病院機能分類(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%

◆ 要旨:

本調査結果は、地域包括ケア病棟が超高齢社会における地域包括ケアシステムを支える存在として、着実に機能していることを示す一方で、診療報酬改定や将来のDPC退出基準、地域毎の特性といった外部要因によって、その運営や戦略に変化が求められていることを示している。

今後、地域包括ケア病棟は、それぞれの地域における医療・介護ニーズの変化に柔軟に対応し、より強化した高齢者救急の受け入れ体制や、より効果的な病診連携と医療介護連携を構築していくことができるように、2026年度改定に向けた更なる進化が求められている。

◆ 1, 地ケア病棟の機能変化:

過去3年間で、地域包括ケア病棟は急性期CM型が1割減少し、地域密着型がその分増加した。これは、コロナ後の受療行動の変化や人口規模や構成の変化が、地域密着型の需要を喚起したことを示している。

◆ 2, 在宅患者支援病床初期加算と退院先分析の課題(患者分析と一部施設分析):

小括: 地域包括ケア病棟は在宅患者を積極的に受け入れているものの、入院の搬送ルートとして**救急搬送や高次医療機関を経由した下り搬送が少ない**ことや、**老健との連携不足**が課題である。2024年度改定後も、多くの施設で対応が遅れており、老健側の運営を支えるインセンティブの不足も連携を阻んでいる。一部の先行的な取り組みは見られるものの、**全体としての連携強化にはさらなる評価が必要**である。

1) **在宅患者支援病床初期加算の積極的な活用**: 地域包括ケア病棟は、**8.5割強の施設が算定**している在宅患者支援病床初期加算を通じて、在宅からの患者を積極的に受け入れていた。特に**規模が小さく、在宅・施設との連携を重視する病院**で算定率が高かった。

2) 搬送ルートの課題: 入院搬送ルートは「その他」が8割強と大半を占めており、救急搬送や高次医療機関からの下り搬送は少なかった。在宅患者の救急搬送受け入れや、高次医療機関との連携強化が課題である。

3) 入院前施設と退院先: 入院患者は自宅や居住系介護施設からの受け入れがほとんどであり、介護老人保健施設(老健)からの受け入れは少なかった。退院先も同様に、老健への退院はごくわずかであった。

— 参考 —

令和6年度診療報酬改定 II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価-⑫

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

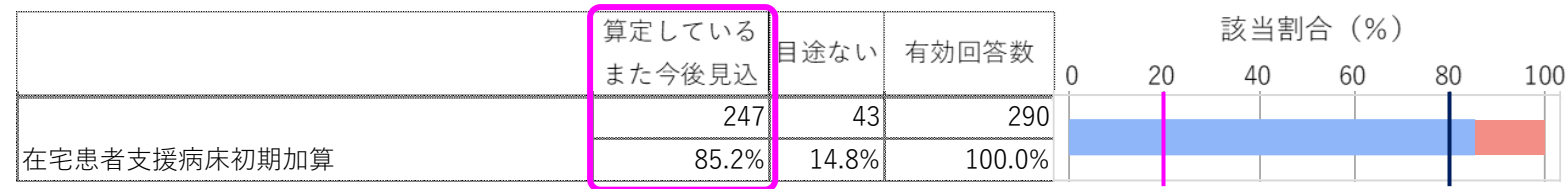
- 地域包括ケア病棟における適切な在宅患者等の緊急入院の受入れを推進する観点から、地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期支援加算について、救急搬送患者の緊急入院を受け入れることによる負担等を考慮した評価体系に見直す。

加算	受入経路	搬送の有無	～23年度	24年度 6月～
在宅患者支援 病床初期 加算 (14日まで)	介護老人保健施設	救急搬送、 救急患者連携搬送料	500点	580点 ↑
		その他		480点 ↓
	自宅、介護医療院、 特養、老人ホーム等	救急搬送、 救急患者連携搬送料	400点	480点 ↑
		その他		380点 ↓



136

◆施設分析: 地域包括ケア病棟の加算・注加算の届出と見込み施設の充足度(2024年8月1日～10月31日、n=277)



■在宅患者支援病床初期加算のクロス表

・入院実患者における在宅患者支援病床初期加算の算定の有無 × 許可病床数

	200床未満	200床以上	合計
算定	11,056	3,233	14,289
非算定	14,212	7,334	21,546
合計	25,268	10,567	35,835

	200床未満	200床以上	合計
算定	43.75%	30.60%	39.87%
非算定	56.25%	69.40%	60.13%
合計	100.00%	100.00%	100.00%

・入院実患者における在宅患者支援病床初期加算の算定の有無 × 病院機能分類

	急性期 C M 型	P A 連携型	地域密着型	合計
算定	6,118	2,401	5,770	14,289
非算定	12,614	1,952	6,980	21,546
合計	18,732	4,353	12,750	35,835

	急性期 C M 型	P A 連携型	地域密着型	合計
算定	32.66%	55.16%	45.25%	39.87%
非算定	67.34%	44.84%	54.75%	60.13%
合計	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

◆ 要旨:

本調査結果は、地域包括ケア病棟が超高齢社会における地域包括ケアシステムを支える存在として、着実に機能していることを示す一方で、診療報酬改定や将来のDPC退出基準、地域毎の特性といった外部要因によって、その運営や戦略に変化が求められていることを示している。

今後、地域包括ケア病棟は、それぞれの地域における医療・介護ニーズの変化に柔軟に対応し、より強化した高齢者救急の受け入れ体制や、より効果的な病診連携と医療介護連携を構築していくことができるように、2026年度改定に向けた更なる進化が求められている。

◆ 1, 地ケア病棟の機能変化:

過去3年間で、地域包括ケア病棟は急性期CM型が1割減少し、地域密着型がその分増加した。これは、コロナ後の受療行動の変化や人口規模や構成の変化が、地域密着型の需要を喚起したことを示している。

◆ 2, 在宅患者支援病床初期加算と退院先分析の課題(患者分析と一部施設分析):

小括: 地域包括ケア病棟は在宅患者を積極的に受け入れているものの、入院の搬送ルートとして救急搬送や高次医療機関を経由した下り搬送が少ないことや、老健との連携不足が課題である。2024年度改定後も、多くの施設で対応が遅れており、老健側の運営を支えるインセンティブの不足も連携を阻んでいる。一部の先行的な取り組みは見られるものの、全体としての連携強化にはさらなる評価が必要である。

1) 在宅患者支援病床初期加算の積極的な活用: 地域包括ケア病棟は、8.5割強の施設が算定している在宅患者支援病床初期加算を通じて、在宅からの患者を積極的に受け入れていた。特に規模が小さく、在宅・施設との連携を重視する病院で算定率が高かった。

2) 搬送ルートの課題: 入院搬送ルートは「その他」が8割強と大半を占めており、**救急搬送や高次医療機関からの下り搬送は少なかった**。在宅患者の救急搬送受け入れや、高次医療機関との連携強化が課題である。

3) 入院前施設と退院先: **入院患者は自宅や居住系介護施設からの受け入れがほとんどであり、介護老人保健施設(老健)からの受け入れは少なかった**。退院先も同様に、**老健への退院はごくわずか**であった。

◆患者分析:在宅患者支援病床初期加算算定患者（2024年8月1日～10月31日）

・在宅患者支援病床初期加算算定の搬送ルート毎の実患者数

	患者数	%
救急	2,425	17.0%
下り	282	2.0%
その他	11,582	81.1%
合計	14,289	100.0%

・在宅患者支援病床初期加算の入院前施設毎の算定実患者数

	患者数	%
老健	651	4.6%
*介護医療院他	13,638	95.4%
合計	14,289	100.0%

* 介護医療院他：介護医療院、特養、経費老人ホーム、有料老人ホーム等、又は自宅

◆患者分析:総退院患者（2024年8月1日～10月31日）

・退院患者の退院先の状況

	患者数	%
老健（強化）	494	1.8%
老健（その他）	643	2.4%
有床診療所	82	0.3%
有床（復帰率非該当）	39	0.1%
居住系介護施設	4,117	15.3%
回りハ	254	0.9%
療養病床	671	2.5%
その他	20,676	76.6%
合計	26,976	100.0%

■考察【概要版】



◆ 2, 在宅患者支援病床初期加算と退院先分析の課題(患者分析と一部施設分析):

4) 2024年度改定と老健連携への期待: 2024年度改定では、在宅患者支援病床初期加算が見直され、特に**老健からの救急搬送や高次医療機関を経た下り搬送の受入れが評価され、強化型老健への退院患者の5割が在宅復帰率の分子となり、介護保険施設等との連携協定締結が望ましい**とされる地ケア病棟の施設要件が追加された。老健との入退院連携が進むことが期待されていたが、まだ**具体的な数値には表れていない**。

5) 改定への対応の遅れ: 在宅患者支援病床初期加算の見直しがあったにもかかわらず、**5割強の施設が「何もしていない」**と回答していた。これは、改定内容の理解不足や対応の遅れを示唆している。また、老健側は、特に強化型以上において入所者の入院が在宅復帰率に影響するため、連携へのインセンティブが低い。

6) 連携強化の動き: 一部の施設(**1.5割強**)は、**改定を機に老健からの受け入れを強化**していた。その内の**6割強は、連携協定締結が望ましいとされた要件を強化の理由**に挙げており、今後の地域医療・介護連携をリードする存在となる可能性がある。

7) 搬送ルート「その他」の内訳: 搬送ルートの最多を占める「その他」の内訳を見ると、**自院の救急車両を使用した老健等からの搬送を強化した施設は0.5割弱とわずか**であった。これは、**診療報酬上の評価がない**ことが原因と考えられる。

◆ 3, 重症度、医療・看護必要度の現状(施設分析):

地域包括ケア病棟で頻度の高い疾患である肺炎や骨折に関連する項目が目立っていた。診療報酬改定によって必要度ⅠとⅡは両方とも低下傾向にあり、特に必要度Ⅱの低下度合いが高いため、積極的に救急搬送を受け入れている病棟のモチベーションを下げる設計となっている。

◆ 4, 地ケア病棟入院料の41日目以降の逡減制導入への対応:

地域包括ケア病棟入院料の41日目以降の逡減制に対し、**8割強の施設が診療体制・行為の変更や、医療介護施設との連携強化等の何らかの対応を行い、6割以上が入院期間を40日以内にしようと試みていた**。これにより、早期在宅復帰支援が促されている。

— 参考 —

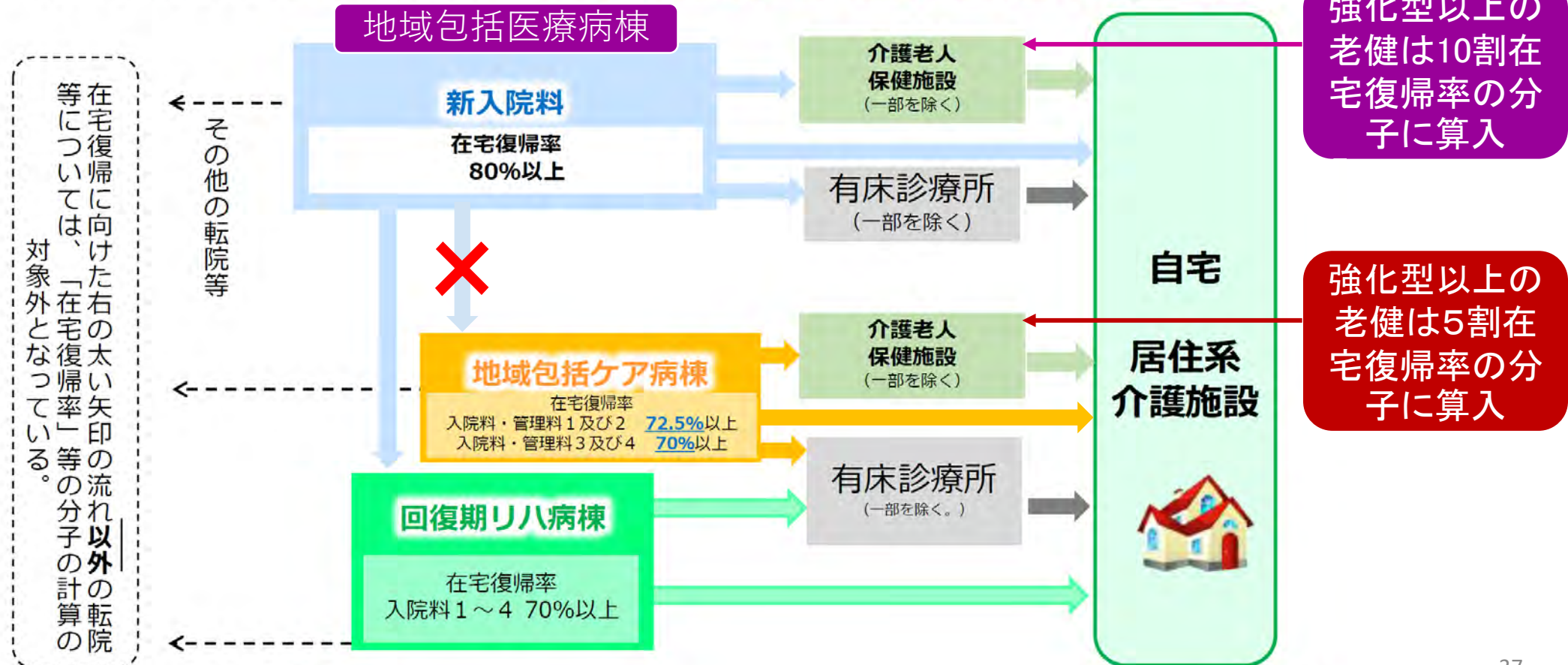
令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

2024年度

地域包括医療病棟における在宅復帰率

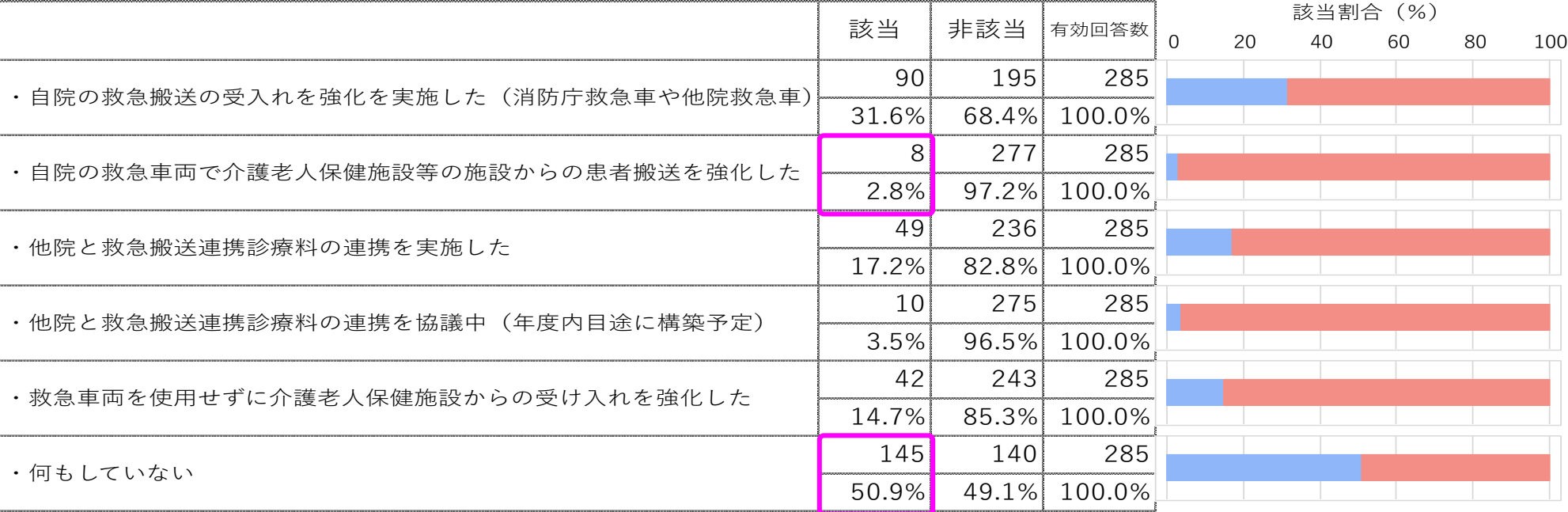
- 地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（→）で示す**

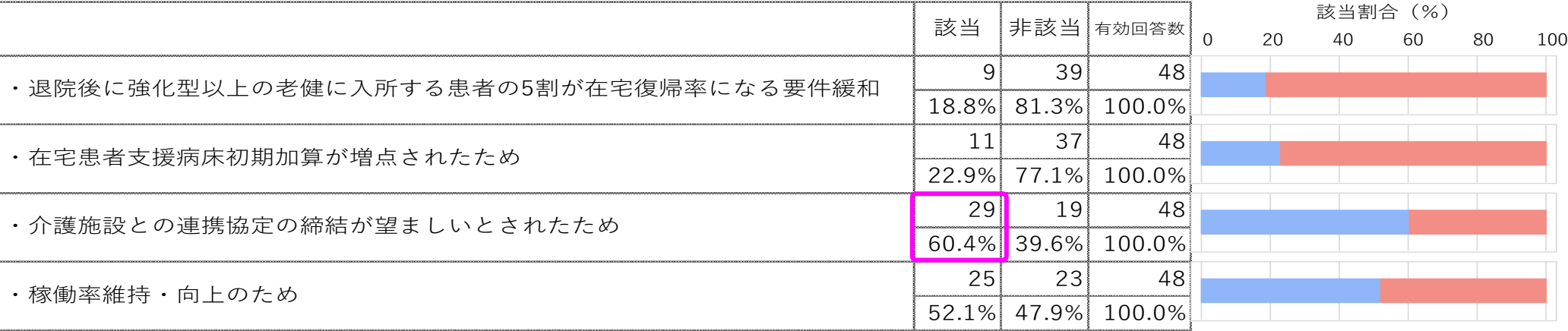


3. 令和6年度診療報酬改定の影響について

◆在宅患者支援病床初期加算見直しへの対応について(2024年10月1日時点、n=285)



◆在宅患者支援病床初期加算見直しへの対応で、 老健からの受け入れ強化をした医療機関の回答理由について(2024年10月1日時点、n=48)



◆ 2, 在宅患者支援病床初期加算と退院先分析の課題(患者分析と一部施設分析):

4) 2024年度改定と老健連携への期待: 2024年度改定では、在宅患者支援病床初期加算が見直され、特に老健からの救急搬送や高次医療機関を経た下り搬送の受入れが評価され、強化型老健への退院患者の5割が在宅復帰率の分子となり、介護保険施設等との連携協定締結が望ましいとされる地ケア病棟の施設要件が追加された。老健との入退院連携が進むことが期待されていたが、まだ具体的な数値には表れていない。

5) 改定への対応の遅れ: 在宅患者支援病床初期加算の見直しがあったにもかかわらず、5割強の施設が「何もしていない」と回答していた。これは、改定内容の理解不足や対応の遅れを示唆している。また、老健側は、特に強化型以上において入所者の入院が在宅復帰率に影響するため、連携へのインセンティブが低い。

6) 連携強化の動き: 一部の施設(1.5割強)は、改定を機に老健からの受け入れを強化していた。その内の6割強は、連携協定締結が望ましいとされた要件を強化の理由に挙げており、今後の地域医療・介護連携をリードする存在となる可能性がある。

7) 搬送ルート「その他」の内訳: 搬送ルートの最多を占める「その他」の内訳を見ると、自院の救急車両を使用した老健等からの搬送を強化した施設は0.5割弱とわずかであった。これは、診療報酬上の評価がないことが原因と考えられる。

◆ 3, 重症度、医療・看護必要度の現状(施設分析):

地域包括ケア病棟で頻度の高い疾患である肺炎や骨折に関連する項目が目立っていた。診療報酬改定によって必要度ⅠとⅡは両方とも低下傾向にあり、特に必要度Ⅱの低下度合いが高いため、積極的に救急搬送を受け入れている病棟のモチベーションを下げる設計となっている。

◆ 4, 地ケア病棟入院料の41日目以降の逡減制導入への対応:

地域包括ケア病棟入院料の41日目以降の逡減制に対し、8割強の施設が診療体制・行為の変更や、医療介護施設との連携強化等の何らかの対応を行い、6割以上が入院期間を40日以内にしようと試みていた。これにより、早期在宅復帰支援が促されている。

◆重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡ（2024年10月1日時点）

・届出している重症度、医療・看護必要度の種別

有効回答病院数	280
重症度、医療・看護必要度Ⅰ	139
重症度、医療・看護必要度Ⅱ	141

※無効回答・未回答の20病院を除外

◆施設分析：重症度、医療・看護必要度の各項目における対象者の分布と割合（％）（2024年8月1日～10月31日、n=61-87）

A 項目		2%未満	4%未満	6%未満	8%未満	10%未満	12%未満	14%未満	16%未満	18%未満	20%未満	10%～ 20%未満	20%～ 30%未満	合計 病院数
創傷処置		20	14	7	9	10	11	7	2	1	1	2	3	87
		22.99%	16.09%	8.05%	10.34%	11.49%	12.64%	8.05%	2.30%	1.15%	1.15%	2.30%	3.45%	100.00%
呼吸ケア		7	7	5	13	14	9	5	8	4	6	3	6	87
		8.05%	8.05%	5.75%	14.94%	16.09%	10.34%	5.75%	9.20%	4.60%	6.90%	3.45%	6.90%	100.00%
C 項目	骨の手術＜10日間＞	59	2	1	0	1	1	1	0					65
		90.77%	3.08%	1.54%		1.54%	1.54%	1.54%						100.00%
	胸腔鏡・腹腔鏡手術＜4日間＞	62	0	0	0	0	0	0	0					62
		100.00%												100.00%
全身麻酔・脊椎麻酔の手術＜5日間＞		60	1	0	1	0	3	0	1					66
		90.91%	1.52%		1.52%		4.55%		1.52%					100.00%

◆重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡ（2024年10月1日時点）

・届出している重症度、医療・看護必要度の種別毎に年度変化による差異

	2022年度改定	2024年度改定	差異(ポイント)		2023年度 8-10月実績 平均値	2024年度 8-10月実績 平均値	差異(ポイント)
必要度Ⅰ	12%	10%	-2	必要度Ⅰ	25.55%	21.11%	-4.44
必要度Ⅱ	8%	8%	0	必要度Ⅱ	20.95%	17.93%	-3.02

◆施設分析：重症度、医療・看護必要度の各項目における対象者の分布と割合（％）（2024年8月1日～10月31日、n=61-87）

A 項目		2%未満	4%未満	6%未満	8%未満	10%未満	10%～ 20%未満	20%～ 30%未満	30%以上	合計 病院数
	看護必要度Ⅰ：救急搬送後の入院	19	3	1	1	0	3	1	1	29
		65.52%	10.34%	3.45%	3.45%		10.34%	3.45%	3.45%	100.00%
	看護必要度Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態	35	▲ 2	0	0	0	▲ 2	0	0	39
		89.74%	5.13%				5.13%			100.00%

▲ 誤入力と考察

- ・必要度Ⅰ：救急搬送後の入院（2日間）
→ 救急車搬送についての評価を人手で実施
- ・必要度Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態（2日間）
→ 夜間休日救急医療管理料と救急医療管理加算を算定する患者をEFファイルより抽出する。
→ 同管理料と加算は包括算定のため評価されない設計となっている。

◆ 2, 在宅患者支援病床初期加算と退院先分析の課題(患者分析と一部施設分析):

4) 2024年度改定と老健連携への期待: 2024年度改定では、在宅患者支援病床初期加算が見直され、特に老健からの救急搬送や高次医療機関を経た下り搬送の受入れが評価され、強化型老健への退院患者の5割が在宅復帰率の分子となり、介護保険施設等との連携協定締結が望ましいとされる地ケア病棟の施設要件が追加された。老健との入退院連携が進むことが期待されていたが、まだ具体的な数値には表れていない。

5) 改定への対応の遅れ: 在宅患者支援病床初期加算の見直しがあったにもかかわらず、5割強の施設が「何もしていない」と回答していた。これは、改定内容の理解不足や対応の遅れを示唆している。また、老健側は、特に強化型以上において入所者の入院が在宅復帰率に影響するため、連携へのインセンティブが低い。

6) 連携強化の動き: 一部の施設(1.5割強)は、改定を機に老健からの受け入れを強化していた。その内の6割強は、連携協定締結が望ましいとされた要件を強化の理由に挙げており、今後の地域医療・介護連携をリードする存在となる可能性がある。

7) 搬送ルート「その他」の内訳: 搬送ルートの最多を占める「その他」の内訳を見ると、自院の救急車両を使用した老健等からの搬送を強化した施設は0.5割弱とわずかであった。これは、診療報酬上の評価がないことが原因と考えられる。

◆ 3, 重症度、医療・看護必要度の現状(施設分析):

地域包括ケア病棟で頻度の高い疾患である肺炎や骨折に関連する項目が目立っていた。診療報酬改定によって必要度ⅠとⅡは両方とも低下傾向にあり、特に必要度Ⅱの低下度合いが高いため、積極的に救急搬送を受け入れている病棟のモチベーションを下げる設計となっている。

◆ 4, 地ケア病棟入院料の41日目以降の逡減制導入への対応:

地域包括ケア病棟入院料の41日目以降の逡減制に対し、**8割強の施設**が診療体制・行為の変更や、医療介護施設との連携強化等の**何らかの対応**を行い、**6割以上が入院期間を40日以内にしようと試み**ていた。これにより、早期在宅復帰支援が促されている。

◆地域包括ケア病棟入院料の41日目以降の逡減制導入への対応について(2024年10月1日時点、n=287)



■考察【概要版】



◆ 5, 地ケア病棟の加算・注加算の届出と見込み施設の充足度(施設分析):

2024年度改定で新設された**入院ベースアップ評価料は9.5割**の施設が、**看護職員配置加算は8.5割弱**の施設が届け出ている。一方で、**協力対象施設入所者入院加算は4割弱**にとどまっている。医療介護施設連携はこれからの経緯に注目し、高齢者救急を受け入れる地ケア病棟に対する評価も再考すべきである。

◆ 6, R6年度診療報酬改定で定められた地ケア病棟に関わる基準の達成状況:

今改定を契機に基準を満たした施設が10%以上の項目を挙げると、介護保険施設等との協力医療機関を担うことが望ましいとの要件、短手1・3患者における在宅復帰率除外の明確化、看護補助体制充実加算1であり、少なからず病院機能に影響を与えていることを示している。

◆ 7, DPC退出基準と病床規模・機能分類の関連性:

DPC対象病院のうち、200床未満や急性期を主たる機能としない病院では、約4分の1が将来的なDPC退出基準(従来の基準に1月当たりのデータ数が90未満を追加)を満たせない可能性を認めた。特に小規模な急性期一般4を有する病院は、DPCを継続することが厳しくなると考えられる。

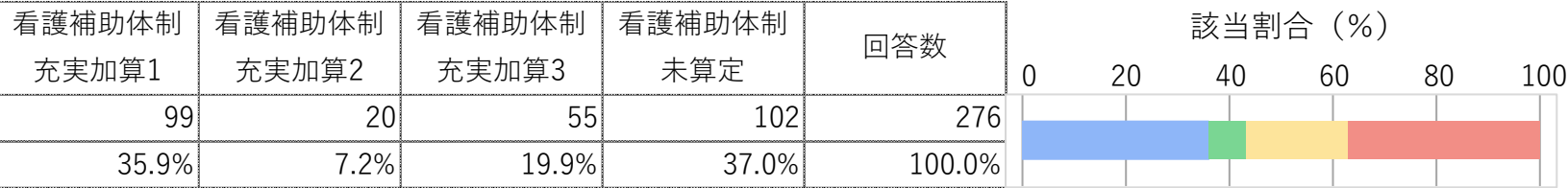
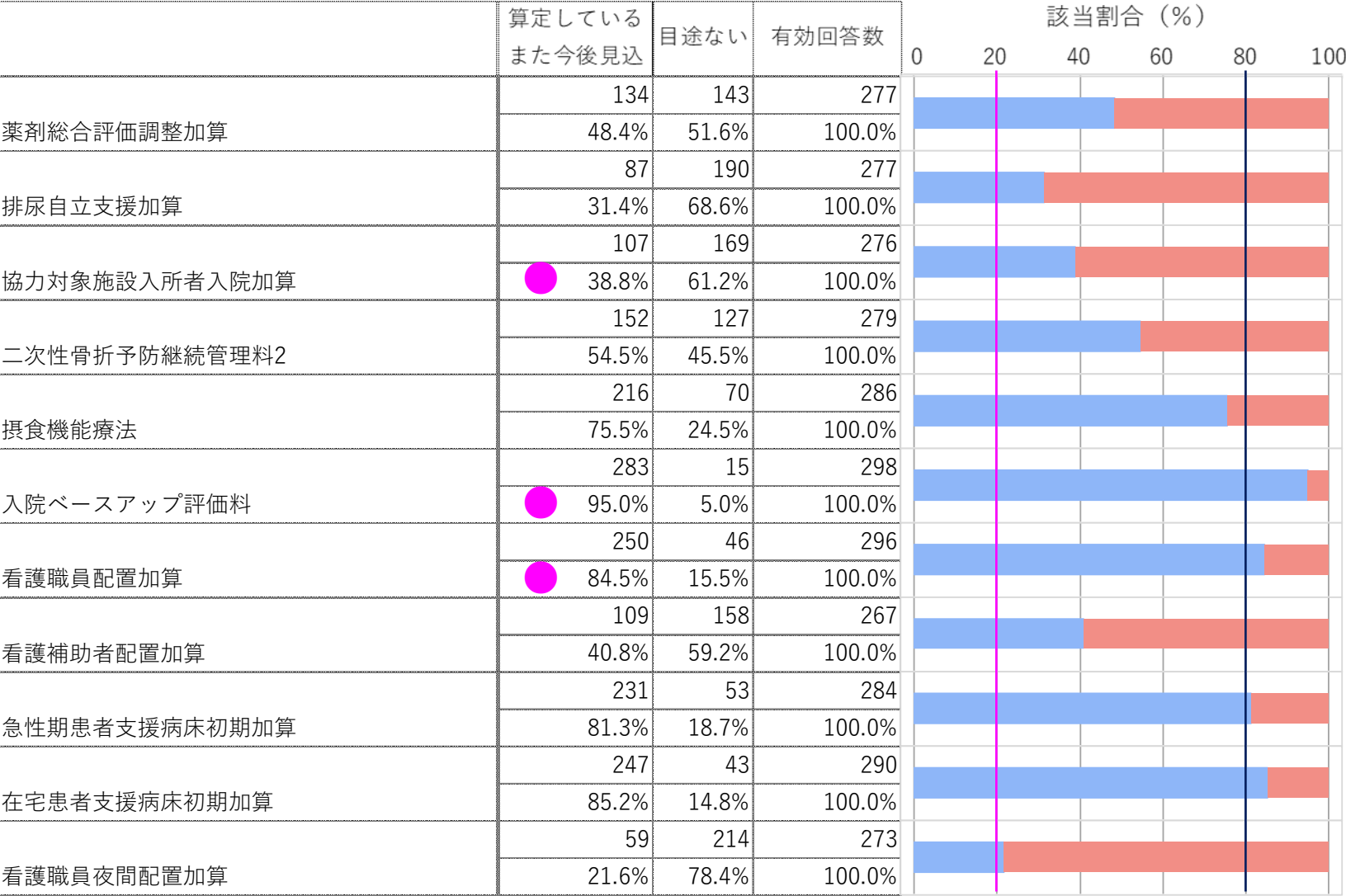
◆ 8, 医療法上の療養病床の地ケア病棟の95%算定要件の現状:

医療法上の療養病床を持つ地域包括ケア病棟は全体の1割強を占める。そのうち、約2割強の施設は95%算定を回避できなかった。これらの施設には、訪問診療や介護施設・居住系施設等との連携強化が求められている。

◆ 9, 医療資源の少ない地域における課題:

医療資源が少ない地域では、地域包括ケア病棟の基準緩和が導入されたものの、十分な効果が得られない場合も認めた。これは、基準緩和だけでは解決できない医師や看護師等の確保、医療連携の構築といった構造的な課題が、これらの地域には存在することを示唆している。

◆施設分析: 地域包括ケア病棟の加算・注加算の届出と見込み施設の充足度(2024年8月1日～10月31日、n=277)



■考察【概要版】



◆ 5, 地ケア病棟の加算・注加算の届出と見込み施設の充足度(施設分析):

2024年度改定で新設された入院ベースアップ評価料は9.5割の施設が、看護職員配置加算は8.5割弱の施設が届け出ている。一方で、協力対象施設入所者入院加算は4割弱にとどまっている。医療介護施設連携はこれからの経緯に注目し、高齢者救急を受け入れる地ケア病棟に対する評価も再考すべきである。

◆ 6, R6年度診療報酬改定で定められた地ケア病棟に関わる基準の達成状況:

今改定を契機に基準を満たした施設が10%以上の項目を挙げると、介護保険施設等との協力医療機関を担うことが望ましいとの要件、短手1・3患者における在宅復帰率除外の明確化、看護補助体制充実加算1であり、少なからず病院機能に影響を与えていることを示している。

◆ 7, DPC退出基準と病床規模・機能分類の関連性:

DPC対象病院のうち、200床未満や急性期を主たる機能としない病院では、約4分の1が将来的なDPC退出基準(従来の基準に1月当たりのデータ数が90未満を追加)を満たせない可能性を認めた。特に小規模な急性期一般4を有する病院は、DPCを継続することが厳しくなると考えられる。

◆ 8, 医療法上の療養病床の地ケア病棟の95%算定要件の現状:

医療法上の療養病床を持つ地域包括ケア病棟は全体の1割強を占める。そのうち、約2割強の施設は95%算定を回避できなかった。これらの施設には、訪問診療や介護施設・居住系施設等との連携強化が求められている。

◆ 9, 医療資源の少ない地域における課題:

医療資源が少ない地域では、地域包括ケア病棟の基準緩和が導入されたものの、十分な効果が得られない場合も認めた。これは、基準緩和だけでは解決できない医師や看護師等の確保、医療連携の構築といった構造的な課題が、これらの地域には存在することを示唆している。

◆R6年度診療報酬改定で定められた基準の達成状況について



・病院全体に関わる項目（2024年10月1日時点）

<病院全体に関わる項目>	R6年改定 前より基 準クリア	R6年改定 時に基準 クリア	該当なし	有効 回答数
①-1訪問看護指導料(Ⅰ)(Ⅲ)の算定回数（60⇒150回以上）	43	6	224	273
①-2併設訪問看護ステーションの実績（300⇒800回以上）	66	9	205	280
②介護保険施設等との協力医療機関を担うことが望ましい （施設基準外）第1種協力指定医療機関締結	110	47	116	273
（施設基準外）第2種協力指定医療機関締結	73	42	142	257
③介護サービス事業所・障害福祉サービス事業所等と連携5以上	81	42	133	256
	181	17	85	283

<病院全 体に関わ る項目>	R6年改定 前より基 準クリア	R6年改定 時に基準 クリア	該当なし	有効 回答数
①-1	15.8%	2.2%	82.1%	100.0%
①-2	23.6%	3.2%	73.2%	100.0%
②	40.3%	17.2%	42.5%	100.0%
第1種	28.4%	16.3%	55.3%	100.0%
第2種	31.6%	16.4%	52.0%	100.0%
③	64.0%	6.0%	30.0%	100.0%

・地域包括ケア病棟入院料や地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟・室に関わる項目（2024年10月1日時点）

<地ケア病棟入院料を算定する病棟>

<病棟毎の項目>	R6年改定 前より基 準クリア	R6年改定 時に基準 クリア	該当なし	有効 回答数
④重症者患者割合（重症度、医療・看護必要度）新基準	217	19	4	240
⑤在宅復帰率の短手1・3患者の除外明確化（6ヵ月）	152	30	56	238
⑥-1看護補助体制充実加算1	49	25	150	224
⑥-2看護補助体制充実加算2	12	6	193	211
⑥-3看護補助体制充実加算3	45	4	164	213

<病棟毎 の項目>	R6年改定 前より基 準クリア	R6年改定 時に基準 クリア	該当なし	有効 回答数
④	90.4%	7.9%	1.7%	100.0%
⑤	63.9%	12.6%	23.5%	100.0%
⑥-1	21.9%	11.2%	67.0%	100.0%
⑥-2	5.7%	2.8%	91.5%	100.0%
⑥-3	21.1%	1.9%	77.0%	100.0%

■考察【概要版】



◆ 5, 地ケア病棟の加算・注加算の届出と見込み施設の充足度(施設分析):

2024年度改定で新設された入院ベースアップ評価料は9.5割の施設が、看護職員配置加算は8.5割弱の施設が届け出ている。一方で、協力対象施設入所者入院加算は4割弱にとどまっている。医療介護施設連携はこれからの経緯に注目し、高齢者救急を受け入れる地ケア病棟に対する評価も再考すべきである。

◆ 6, R6年度診療報酬改定で定められた地ケア病棟に関わる基準の達成状況:

今改定を契機に基準を満たした施設が10%以上の項目を挙げると、介護保険施設等との協力医療機関を担うことが望ましいとの要件、短手1・3患者における在宅復帰率除外の明確化、看護補助体制充実加算1であり、少なからず病院機能に影響を与えていることを示している。

◆ 7, DPC退出基準と病床規模・機能分類の関連性:

DPC対象病院のうち、**200床未満や急性期を主たる機能としない病院では、約4分の1が将来的なDPC退出基準(従来の基準に1月当たりのデータ数が90未満を追加)を満たせない可能性を認めた。特に小規模な急性期一般4を有する病院は、DPCを継続することが厳しくなると考えられる。**

◆ 8, 医療法上の療養病床の地ケア病棟の95%算定要件の現状:

医療法上の療養病床を持つ地域包括ケア病棟は全体の1割強を占める。そのうち、約2割強の施設は95%算定を回避できなかった。これらの施設には、訪問診療や介護施設・居住系施設等との連携強化が求められている。

◆ 9, 医療資源の少ない地域における課題:

医療資源が少ない地域では、地域包括ケア病棟の基準緩和が導入されたものの、十分な効果が得られない場合も認めた。これは、基準緩和だけでは解決できない医師や看護師等の確保、医療連携の構築といった構造的な課題が、これらの地域には存在することを示唆している。

・2026年度以降に予想されるDPC退出基準の充足度×許可病床数

	200床未満	200床以上	合計
全て○	38	45	83
×あり	12	2	14
合計	50	47	97

	200床未満	200床以上	合計
全て○	76.0%	95.7%	85.6%
×あり	24.0%	4.3%	14.4%
合計	100.0%	100.0%	100.0%

・2026年度以降に予想されるDPC退出基準の充足度×病院機能分類(6月時点)

	急性期CM	PA連携	地域密着	合計
全て○	71	3	9	83
×あり	9	1	4	14
合計	80	4	13	97

	急性期CM	PA連携	地域密着	合計
全て○	88.8%	75.0%	69.2%	85.6%
×あり	11.3%	25.0%	30.8%	14.4%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

・DPC対象病院の回答数と割合(n=300)

	DPC	非DPC	総計
病院数	105	195	300
	35.0%	65.0%	100.0%

2026年度
以降に予想
されるDPC
退出基準

・DPC退出基準の充足状況(n=97)

	全て満た している	満たしていない項目数別				合計
		1つ×	2つ×	3つ×	全て×	
病院数	83	12	0	1	1	97
%	85.6%	12.4%	0.0%	1.0%	1.0%	100.0%

※いずれかの項目が未回答になっている8病院を除く

・DPC退出基準を満たせていない項目(n=14)

	データ90	不明コード	記載矛盾	未コード
病院数	12	2	3	2

急性期
一般病床の
病床数

・DPC退出基準を満たせない予想の病院(n=13)

急一病床数	60床未満	100床未満	100床以上
病院数	11	1	1
%	84.6%	7.7%	7.7%

※急性期一般入院料の病床数の記載がない1病院を除く

・DPC退出基準を全て満たす予想の病院(n=73)

急一病床数	60床未満	100床未満	200床未満	200床以上
病院数	8	16	37	12
%	11.0%	21.9%	50.7%	16.4%

※急性期一般入院料以上の病床数の記載がない9病院を除く

※病棟種類の回答が異常値の1病院を除く

病床
種類数

・DPC退出基準を満たせない予想の病院(n=13)

種類	急一1	急一2	急一3	急一4	急一5	急一6
病院数	1	2	0	8	1	1
%	7.7%	15.4%	0.0%	61.5%	7.7%	7.7%

・DPC退出基準を全て満たす予想の病院(n=73)

種類	特定	急一1	急一2	急一3	急一4	急一5	急一6
病院数	20	40	17	6	18	10	8
%	27.4%	54.8%	23.3%	8.2%	24.7%	13.7%	11.0%

※急性期一般入院料の病床数以上の記載がない9病院を除く

※病棟種類の回答が異常値の1病院を除く

※複数病棟を持っている病院があるため、合計が73にはならない

■考察【概要版】



◆ 5, 地ケア病棟の加算・注加算の届出と見込み施設の充足度(施設分析):

2024年度改定で新設された入院ベースアップ評価料は9.5割の施設が、看護職員配置加算は8.5割弱の施設が届け出ている。一方で、協力対象施設入所者入院加算は4割弱にとどまっている。医療介護施設連携はこれからの経緯に注目し、高齢者救急を受け入れる地ケア病棟に対する評価も再考すべきである。

◆ 6, R6年度診療報酬改定で定められた地ケア病棟に関わる基準の達成状況:

今改定を契機に基準を満たした施設が10%以上の項目を挙げると、介護保険施設等との協力医療機関を担うことが望ましいとの要件、短手1・3患者における在宅復帰率除外の明確化、看護補助体制充実加算1であり、少なからず病院機能に影響を与えていることを示している。

◆ 7, DPC退出基準と病床規模・機能分類の関連性:

DPC対象病院のうち、200床未満や急性期を主たる機能としない病院では、約4分の1が将来的なDPC退出基準(従来の基準に1月当たりのデータ数が90未満を追加)を満たせない可能性を認めた。特に小規模な急性期一般4を有する病院は、DPCを継続することが厳しくなると考えられる。

◆ 8, 医療法上の療養病床の地ケア病棟の95%算定要件の現状:

医療法上の療養病床を持つ地域包括ケア病棟は全体の1割強を占める。そのうち、約2割強の施設は95%算定を回避できなかった。これらの施設には、訪問診療や介護施設・居住系施設等との連携強化が求められている。

◆ 9, 医療資源の少ない地域における課題:

医療資源が少ない地域では、地域包括ケア病棟の基準緩和が導入されたものの、十分な効果が得られない場合も認めた。これは、基準緩和だけでは解決できない医師や看護師等の確保、医療連携の構築といった構造的な課題が、これらの地域には存在することを示唆している。

◆療養病床の地ケア病棟入院料・管理料、39施設において、右記要件を満たす割合
・医療法上の位置付け(n=330病棟)

	一般病床	療養病床	未回答	総計
病棟数	274	39	17	330
	83.0%	11.8%	5.2%	100.0%

・単純集計(複数回答あり)

	* 病院数	割合
療養病床の地域包括ケア病棟入院料・管理料届出総数	39	100.0%
①自宅等からの入院患者の受入れが6割以上	14	35.9%
②自宅等からの緊急入院患者の受入れ実績が前3月で30人以上	11	28.2%
③救急告示あり	19	48.7%
④いずれも満たせていない	8	20.5%

*療養病床は1病棟のみ届出られるので、病院数=病棟数となる

◆医療資源の少ない地域で基準緩和(自院一般病棟からの転棟)について(2024年10月1日時点、n=9)

・改定緩和分(5%)によりクリアすることが出来た	1
・緩和されてもギリギリの状態でも今後取り下げも視野に入れいる	2
・従前より比較的問題なく基準クリアしており影響は特にない	6

※療養病床については、95/100の点数を算定する。
ただし、③救急告示あり／①自宅等から入棟した患者割合が6割以上／②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
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
※療養病床は、1病棟のみ届出ることができる。



2025.07.14

2024年度 地域包括医療病棟の 機能等に関する調査 (R6調査)

令和6年度
地域包括医療病棟の
機能等に関する調査



一般社団法人

地域包括ケア推進病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

◆要旨:

地メディ病棟は、**高齢者救急の受け入れと地域包括ケアシステムの推進**において重要な役割を担いつつあるが、**その導入と運用**には、病院の規模や既存機能、そして要件への適合といった多岐にわたる**課題が存在**する。今後、これらの課題に対する**具体的な解決策や、地域医療提供体制全体の最適化に向けた継続的な検討が不可欠**である。

◆1, 地メディ病棟の導入状況と病院の意向:

地メディ病棟への転換意向は、「届出済」が15施設、「予定」が2施設、「検討中」が21施設となり、解析対象施設は合計38施設となった。許可病床数が100床以上の病院が約8割、200床以上が3割弱を占めており、比較的規模が大きめの病院が地メディ病棟の導入に関心を持っている傾向が見られる。地ケア病棟を有する37病院の病院機能分類でも急性期CM型が6.5割弱を占め、急性期よりの病院が目立った。DPC対象病院も全体の5割を占め、その内約3.5割が2026年度以降の予想DPC退出基準を満たせていない状況である。これらの病院は全て60床未満であり、内7割が地メディ病棟への転換を検討していることは、**DPC退出基準回避の一環として、新設された病棟への期待の表れ**である。

◆2, 施設基準要件と運用上の課題:

地メディ病棟の施設基準要件は、届出済みの病棟では全て充足されているものの、予定・検討中の病棟ではCTやMRI撮影体制、入退院支援加算1の未届出が課題として挙げられた。特に「重症度、医療・看護必要度」や「ADL維持向上割合」といった項目において、届出済みも予定・検討中の病棟でも、2.5割以上の施設が「救済処置を受ける」必要があると回答していた。特に重症度、医療・看護必要度Ⅱでは、2023年度よりも2024年度において有意に重症者割合が低下すると予想していた。地メディ病棟が想定する患者像や提供される医療の質と、現場の適合にギャップがあることを示しており、救済処置終了後の運用に課題を残す可能性がある。軽中等症の内科系疾患や難易度の高くない予定手術の受け入れに関する要件の厳格さが、地メディ病棟への転換を躊躇させる要因となっていることが明らかになった。救済処置が2026年5月末までとされているため、それまでにこれらの患者層をどのように扱うか、病院は明確な戦略を立てる必要がある。

2. 今回新設された地域包括医療病棟について(2024年10月1日現在)

・解析のカテゴリ(n=38)

		回答数		解析 カテゴリ
① 転換 する	a.9月末までに転換した	9	17	届出 n=15
	b.10月1日以降（2025年1月）までに転換した	6		予定
	c.（2025年2月）以降に転換予定	2		n=2
	d. a、bに該当しており2025年2月以降さらに増やす予定	0		
②現在検討中である		10		検討
③詳細検討していないが関心のある入院料である		11		n=21
合計		38		全体 n=38

1. 基本情報(2024年10月1日現在)

・許可病床別回答数(全体:n=38)

	～99床	100～199床	200床～	合計
病院数	8	19	11	38
割合	21.1%	50.0%	28.9%	100.0%

※400床以上2施設5.3%

・地域包括ケア病棟を有する病院の病院機能分類(全体:n=38)

※20250601時点(改定後)

	急性期CM型	PA連携型	地域密着型	地ケアなし	合計
病院数	24	3	10	1	38
割合	63.2%	7.9%	26.3%	2.6%	100.0%

■ 2026年度以降に予想されるDPC退出基準のクロス表

- ・DPC対象病院の回答数と割合
(全体: n=38)

	DPC	非DPC	合計
病院数	19	19	38
%	50.0%	50.0%	100.0%

2026年度以
降に予想さ
れるDPC退
出基準

- ・2026年度以降に予想されるDPC退出基準の充足状況
(全体: n=19)

	全て満た している	満たしていない項目数別				合計
		1つ×	2つ×	3つ×	全て×	
病院数	12	6	0	0	1	19
%	63.2%	31.6%	0.0%	0.0%	5.3%	100.0%

- ・2026年度以降に予想されるDPC退出基準を満たせていない項目(全体: n=7)

	データ90	不明コード	記載矛盾	未コード
病院数	7	1	1	1

- ・急性期一般病床の病床数について、
DPC退出基準を満たせない予想の病院(n=7)

急一病床数	60床未満
病院数	7

- ・急性期一般病床の病床数について、
DPC退出基準を全て満たす予想の病院(n=12)

急一病床数	60床未満	100床未満	200床未満	200床以上
病院数	2	2	5	3

- ・DPC退出基準を満たせない予想の病院の地域包括医療病棟
転換への意向(n=7)

	届出・予定	検討	合計
病院数	2	5	7
%	28.6%	71.4%	100.0%

◆要旨:

地メディ病棟は、**高齢者救急の受け入れと地域包括ケアシステムの推進**において重要な役割を担いつつあるが、**その導入と運用には、病院の規模や既存機能、そして要件への適合といった多岐にわたる課題が存在する**。今後、これらの課題に対する**具体的な解決策や、地域医療提供体制全体の最適化に向けた継続的な検討が不可欠**である。

◆1, 地メディ病棟の導入状況と病院の意向:

地メディ病棟への転換意向は、「届出済」が15施設、「予定」が2施設、「検討中」が21施設となり、解析対象施設は合計38施設となった。許可病床数が100床以上の病院が約8割、200床以上が3割弱を占めており、比較的規模が大きめの病院が地メディ病棟の導入に関心を持っている傾向が見られる。地ケア病棟を有する37病院の病院機能分類でも急性期CM型が6.5割弱を占め、急性期よりの病院が目立った。DPC対象病院も全体の5割を占め、その内約3.5割が2026年度以降の予想DPC退出基準を満たせていない状況である。これらの病院は全て60床未満であり、内7割が地メディ病棟への転換を検討していることは、DPC退出基準回避の一環として、新設された病棟への期待の表れである。

◆2, 施設基準要件と運用上の課題:

地メディ病棟の施設基準要件は、届出済みの病棟では全て充足されているものの、予定・検討中の病棟ではCTやMRI撮影体制、入退院支援加算1の未届出が課題として挙げられた。**特に「重症度、医療・看護必要度」や「ADL維持向上割合」といった項目において、届出済みも予定・検討中の病棟でも、2.5割以上の施設が「救済処置を受ける」必要があると回答していた**。特に重症度、医療・看護必要度Ⅱでは、2023年度よりも2024年度において有意に重症者割合が低下すると予想していた。地メディ病棟が想定する患者像や提供される医療の質と、現場の適合にギャップがあることを示しており、救済処置終了後の運用に課題を残す可能性がある。軽中等症の内科系疾患や難易度の高くない予定手術の受け入れに関する要件の厳格さが、地メディ病棟への転換を躊躇させる要因となっていることが明らかになった。**救済処置が2026年5月末までとされているため、それまでにこれらの患者層をどのように扱うか、病院は明確な戦略を立てる必要がある**。

3. 地域包括医療病棟施設基準要件について（2024年10月1日現在）

・施設基準要件と疑義解釈7の救済処置について（予定・検討：n=23）

		・疑義解釈7の 救済処置7要件				該当割合（％）					
		満たす	維持対策	目途ない	合計	0	20	40	60	80	100
(1)	看護職員が10:1以上配置	18	2	0	20						
		90.0%	10.0%	0.0%	100.0%						
(2)	常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上、専任の常勤の管理栄養士を1名以上配置	12	6	2	20						
		60.0%	30.0%	10.0%	100.0%						
(3)	早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備（病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等）	19	1	0	20						
		95.0%	5.0%	0.0%	100.0%						
(4)	ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備（入院時と比較したADL低下患者割合が5%未満 等）	7	9	4	20						
		35.0%	45.0%	20.0%	100.0%						
(5)	延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に 該当割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%上（必要度Ⅱ）	8	7	5	20						
		40.0%	35.0%	25.0%	100.0%						
(6)	入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上	10	5	5	20						
		50.0%	25.0%	25.0%	100.0%						
(7)	平均在院日数が21日以内	12	4	4	20						
		60.0%	20.0%	20.0%	100.0%						
(8)	在宅復帰率8割以上	8	8	4	20						
		40.0%	40.0%	20.0%	100.0%						
(9)	自院の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満	10	6	4	20						
		50.0%	30.0%	20.0%	100.0%						
(10)	救急用の自動車等により緊急搬送又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し搬送された患者の割合が1割5分以上	10	7	3	20						
		50.0%	35.0%	15.0%	100.0%						
(11)	包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備（2次救急医療機関又は救急告示病院であること 等）	17	1	2	20						
		85.0%	5.0%	10.0%	100.0%						
(12)	データ提出加算及び入院支援加算1に係る届出保険医療機関	18	1	1	20						
		90.0%	5.0%	5.0%	100.0%						
(13)	特定機能病院以外の病院	19	0	1	20						
		95.0%	0.0%	5.0%	100.0%						
(14)	急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関	18	0	2	20						
		90.0%	0.0%	10.0%	100.0%						
(15)	脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出保険医療機関	20	0	0	20						
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%						

・疑義解釈7の
救済処置7要件

		救済措置 受けない	救済措置 受ける	有効 回答数	該当割合（％）					
					0	20	40	60	80	100
(4)	ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備 (入院時と比較したA D L 低下患者割合が5 %未満 等)	11	4	15						
		73.3%	26.7%	100.0%						
(5)	延べ患者数のうち「A3 点以上、A2 点以上かつB3 点以上、又はC1 点以上」に 該当割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%上（必要度Ⅱ）	8	7	15						
		53.3%	46.7%	100.0%						
(6)	入棟患者のうち入院初日に「B3 点以上」に該当する割合が50%以上	14	1	15						
		93.3%	6.7%	100.0%						
(7)	平均在院日数が21日以内	14	1	15						
		93.3%	6.7%	100.0%						
(8)	在宅復帰率 8 割以上	15	0	15						
		100.0%	0.0%	100.0%						
(9)	自院の一般病棟から転棟したものの割合が5 %未満	15	0	15						
		100.0%	0.0%	100.0%						
(10)	救急用の自動車等により緊急搬送又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を 算定し搬送された患者の割合が1 割 5 分以上	15	0	15						
		100.0%	0.0%	100.0%						

問6. 地メディ病棟へ転換をしたいが、転換できないもしくは転換しにくい理由について



■:○の上位5回答、■:○が25%以上の内興味深い回答についての課題解決

1) 疾患や診療科構成の特徴により転換ができない。

① 誤嚥性肺炎や尿路感染、めまい、熱発などの内科系疾患など、重症度、医療・看護必要度の分子とならない疾患が多い。

② 予定手術が多く、整形外科系の緊急手術が少ないため、ADL低下5%未満をクリアできない。

7) 地ケア病棟から転換できない。

② 地ケア病棟において、難易度又は重症度の高くない予定手術患者が多く、地メディ病棟の重症度、医療・看護必要度やADL低下患者5%未満の要件を満たせない。



■ 課題1

地メディ病棟における重症度、医療・看護必要度、ADL維持・向上等の様々な要件により、軽中等症の内科系疾患や難易度の高くない予定手術等は、一定数以上受け入れにくい。

地メディ病棟における、2024年5月31日の疑義解釈(その7)の救済処置は、2026年5月末までとされている。



◆3、地メディ病棟転換による影響と機能分化:

地メディ病棟への転換によって、全ての病院が、救急搬送受け入れ件数と全身麻酔手術件数の両方、又はいずれか一方が増加したと回答しており、新病棟が急性期医療の一部を担い、地域における高齢者救急の受け入れ機能強化に貢献していることが伺える。転換元病棟としては、2024年10月1日現在で急性期一般2～6や地ケア病棟が主であるが、最新情報は当協会の地方厚生局データの解析資料を参照されたい。課題として、地メディ病棟を導入することで、急性期の受け入れオペレーションが「複線化・複雑化する」という指摘がある。これは、病院内の病棟構成とその連携や効率的なPFM(Patient Flow Management)の構築が今後の課題となることを示しており、過渡期における包括期医療の円滑化・複線化に向けた対策が求められる。

◆4、地メディ病棟の加算・注加算の届出と見込み施設の充足度:

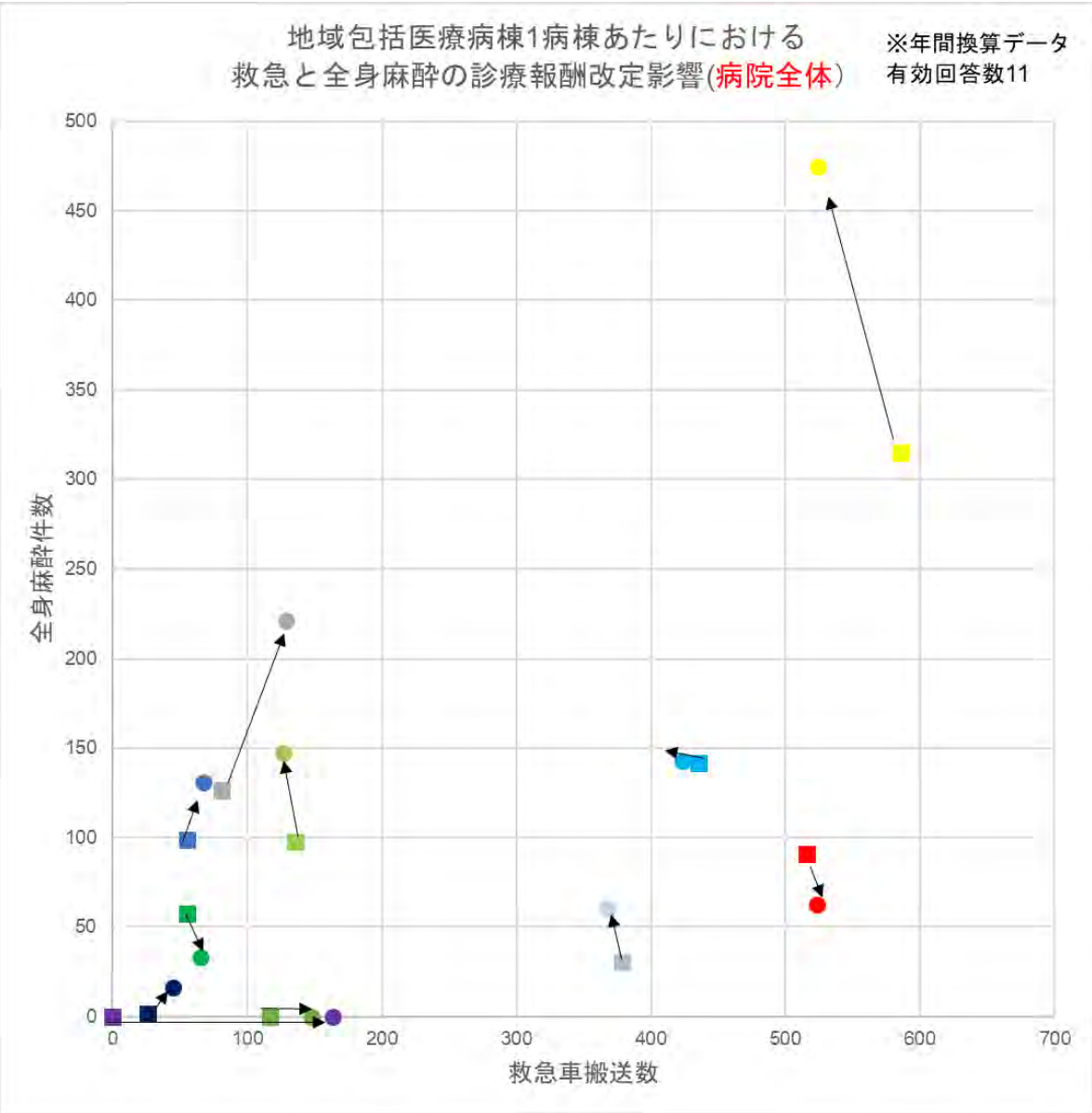
地メディ病棟の加算の充足度について、注目の入院ベースアップ評価料は、届出施設も予定・検討施設も10割充足していた。救急医療管理加算や入退院支援加算1のイ等は届出施設だけで10割充足していた。注加算の充足度について、新設のリハ・栄養・口腔連携加算は、満たす・見込み合わせて、届出施設で7割弱、予定・検討中施設で8割強充足していた。高齢者救急の受入れやPFMの充実に寄与する加算・注加算は、積極的に届出して患者のQOL向上に貢献したいところである。

◆5、地域医療提供体制における役割と今後の展望:

地域医療提供体制において、地メディ病棟は高齢者救急の受け入れを担う重要な役割を持つ。DPC退出基準を満たせない急性期病院や、救急に注力する地ケア病棟が、地域医療の崩壊を防ぎ、かつ生き残るために、地メディ病棟への転換を検討している。しかし、中小病院では厳しい要件のため転換が困難なケースもある。今後は、地域ごとの医療ニーズに応じ、柔軟な病床機能の転換を可能にする制度設計と、中小病院への支援が不可欠である。

2. 今回新設された地域包括医療病棟について(2024年10月1日現在)

・地域包括医療病棟届出前後の救急搬送受入れ件数と全身麻酔手術件数(届出:回答 n=11)



		救急搬送件数		
		減少	不変	増加
全身麻酔手術件数	増加	4	—	3
	不変	—	—	2
	減少	—	—	2

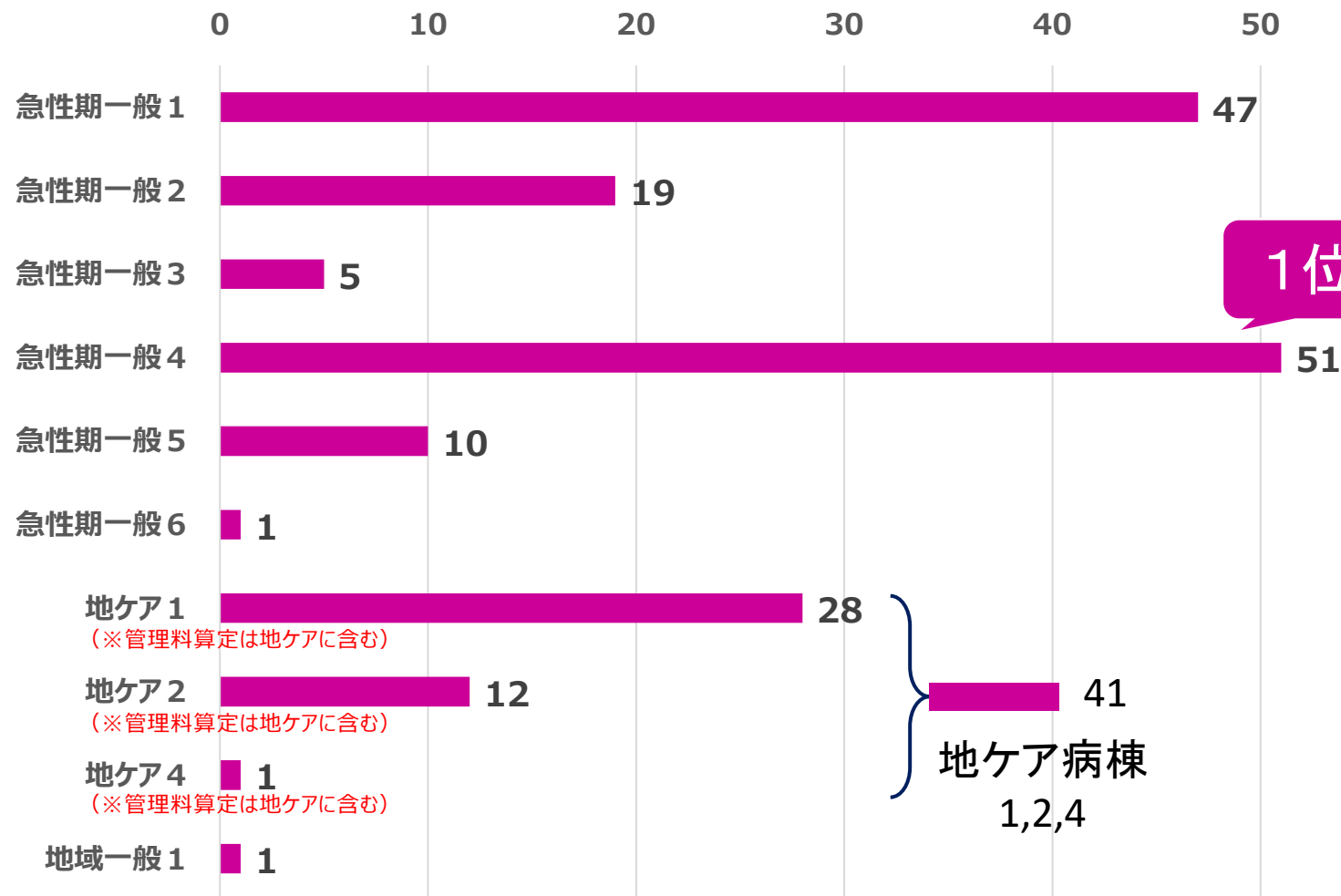
地域包括医療病棟入院料を届け出る前の入院料

診調組 入 - 1
R 7. 6. 1 3改

地
メディ

地域包括医療病棟を届け出る前の入院料ごとの医療機関数(n=175)

20250614時点
厚生局定点データ



26.9%
(急1 : 47/175)

1位

49.1%
(急2-6 : 86/175)

急1から急4へと
転換元病棟の潮
目が変わる？

23.4%
(地ケア1,2,4 :
41/175)

2025.06.14時点

JAHCC地域包括ケア推進病棟協会 機能評価委員会作成

地方厚生局データ
の解析資料

令和7年度第3回入院・外来医療等の調査・評価分科会 議事次第
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00272.html

■: ○の上位5回答、■: ○が25%以上の内興味深い回答について

6) 急一般病床と地ケア病棟を有する急性期ケアミックス型病院において、急一般病床から転換できない。

① DPC対象病院だが急一般病床数が少なく、転換すると調査期間1月当たりのデータ数が90以上を満たせなくなる。

② ①の結果、DPC対象病院を返上した場合、自院ポストアキュート患者を地ケア病棟に受け入れても、DPC/PDPS算定期間中のリハビリテーションの出来高算定ができなくなり、必要で十分なリハビリテーションを提供できない恐れがある。

③ 急一般病床1を2以下にする方が転換するより運営がしやすい。

7) 地ケア病棟から転換できない。

① 急一般病床と地ケア病棟を有する急性期ケアミックス型病院だが、急一般病床からの自院ポストアキュート患者を、地メディ病棟では5%未満しか受け入れできない。



課題3

大都市部や過疎化の進む地方都市では、生産年齢人口も高齢者救急も診られる急性期CM型の需要は、一定程度継続すると思われる。急性期一般+地ケア病棟に、地メディ病棟と回りハ病棟を届出ると、受け入れは複線化・複雑化して、急性期は3通り、回復期は2通りとなる。一方で急性期一般+地ケア病棟や療養病床+地ケア病棟、地メディ+回りハ病棟だけの組み合わせは、オペレーションは単純化される。包括期医療への過渡期対策そのものを複線化する機運が不足している。



◆3、地メディ病棟転換による影響と機能分化:

地メディ病棟への転換によって、全ての病院が、救急搬送受け入れ件数と全身麻酔手術件数の両方、又はいずれか一方が増加したと回答しており、新病棟が急性期医療の一部を担い、地域における高齢者救急の受け入れ機能強化に貢献していることが伺える。転換元病棟としては、2024年10月1日現在で急性期一般2～6や地ケア病棟が主であるが、最新情報は当協会の地方厚生局データの解析資料を参照されたい。課題として、地メディ病棟を導入することで、急性期の受け入れオペレーションが「複線化・複雑化する」という指摘がある。これは、病院内の病棟構成とその連携や効率的なPFM(Patient Flow Management)の構築が今後の課題となることを示しており、過渡期における包括期医療の円滑化・複線化に向けた対策が求められる。

◆4、地メディ病棟の加算・注加算の届出と見込み施設の充足度:

地メディ病棟の加算の充足度について、注目の入院ベースアップ評価料は、届出施設も予定・検討施設も10割充足していた。救急医療管理加算や入退院支援加算1のイ等は届出施設だけで10割充足していた。注加算の充足度について、新設のリハ・栄養・口腔連携加算は、満たす・見込み合わせて、届出施設で7割弱、予定・検討中施設で8割強充足していた。高齢者救急の受入れやPFMの充実に寄与する加算・注加算は、積極的に届出して患者のQOL向上に貢献したいところである。

◆5、地域医療提供体制における役割と今後の展望:

地域医療提供体制において、地メディ病棟は高齢者救急の受け入れを担う重要な役割を持つ。DPC退出基準を満たせない急性期病院や、救急に注力する地ケア病棟が、地域医療の崩壊を防ぎ、かつ生き残るために、地メディ病棟への転換を検討している。しかし、中小病院では厳しい要件のため転換が困難なケースもある。今後は、地域ごとの医療ニーズに応じ、柔軟な病床機能の転換を可能にする制度設計と、中小病院への支援が不可欠である。

4. 地域包括医療病棟算定について

・地域包括医療病棟の加算の充足度について(2024/10/1~2024/12/31の実績)

地域包括医療病棟(届出: n=15)



■ 目途無 ■ 見込み ■ 満たす

地域包括医療病棟(予定・検討: n=23)



4. 地域包括医療病棟算定について

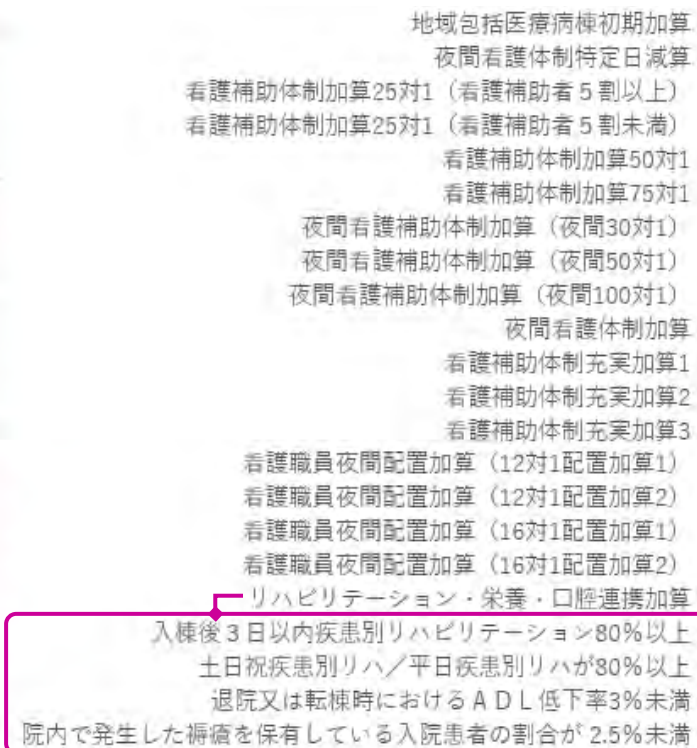
・地域包括医療病棟の注加算等の充足度について(2024/10/1～2024/12/31の実績)

地域包括医療病棟(届出: n=15)



■ 目途無 ■ 見込み ■ 満たす

地域包括医療病棟(予定・検討: n=23)



◆3、地メディ病棟転換による影響と機能分化:

地メディ病棟への転換によって、全ての病院が、救急搬送受け入れ件数と全身麻酔手術件数の両方、又はいずれか一方が増加したと回答しており、新病棟が急性期医療の一部を担い、地域における高齢者救急の受け入れ機能強化に貢献していることが伺える。転換元病棟としては、2024年10月1日現在で急性期一般2～6や地ケア病棟が主であるが、最新情報は当協会の地方厚生局データの解析資料を参照されたい。課題として、地メディ病棟を導入することで、急性期の受け入れオペレーションが「複線化・複雑化する」という指摘がある。これは、病院内の病棟構成とその連携や効率的なPFM(Patient Flow Management)の構築が今後の課題となることを示しており、過渡期における包括期医療の円滑化・複線化に向けた対策が求められる。

◆4、地メディ病棟の加算・注加算の届出と見込み施設の充足度:

地メディ病棟の加算の充足度について、注目の入院ベースアップ評価料は、届出施設も予定・検討施設も10割充足していた。救急医療管理加算や入退院支援加算1のイ等は届出施設だけで10割充足していた。注加算の充足度について、新設のリハ・栄養・口腔連携加算は、満たす・見込み合わせて、届出施設で7割弱、予定・検討中施設で8割強充足していた。高齢者救急の受入れやPFMの充実に寄与する加算・注加算は、積極的に届出して患者のQOL向上に貢献したいところである。

◆5、地域医療提供体制における役割と今後の展望:

地域医療提供体制において、地メディ病棟は高齢者救急の受け入れを担う重要な役割を持つ。**DPC退出基準を満たせない急性期病院や、救急に注力する地ケア病棟が、地域医療の崩壊を防ぎ、かつ生き残るために、地メディ病棟への転換を検討している。**しかし、中小病院では厳しい要件のため転換が困難なケースもある。今後は、**地域ごとの医療ニーズに応じ、柔軟な病床機能の転換を可能にする制度設計と、中小病院への支援が不可欠である。**

■：○の上位5回答、■：○が25%以上の内興味深い回答についての課題解決

1)疾患や診療科構成の特徴により転換ができない。

①誤嚥性肺炎や尿路感染、めまい、熱発などの内科系疾患など、重症度、医療・看護必要度の分子とならない疾患が多い。

②予定手術が多く、整形外科系の緊急手術が少ないため、ADL低下5%未満をクリアできない。

5)地メディ病棟の自院ポストアキュート患者に関連する要因で転換できない。

①地メディ病棟の自院ポストアキュート患者の内、大腿骨近位部骨折や脊椎圧迫骨折であっても、地ケア病棟に転棟すると地メディ病棟の在宅復帰率の分子に算定されない。

②在宅医療等医療連携機能を持つ地ケア病棟を病院機能の中心にすると、地メディ病棟との院内病棟間連携が難しい。

③地メディ病棟の自院ポストアキュート患者が在宅復帰率の分子に算定される回りハ病棟は院内病棟間連携をとりやすいが、回りハ病棟施設基準、通則等の要件を満たせなくなる、と予想される。

7) 地ケア病棟から転換できない。

②地ケア病棟において、難易度又は重症度の高くない予定手術患者が多く、地メディ病棟の重症度、医療・看護必要度やADL低下患者5%未満の要件を満たせない。



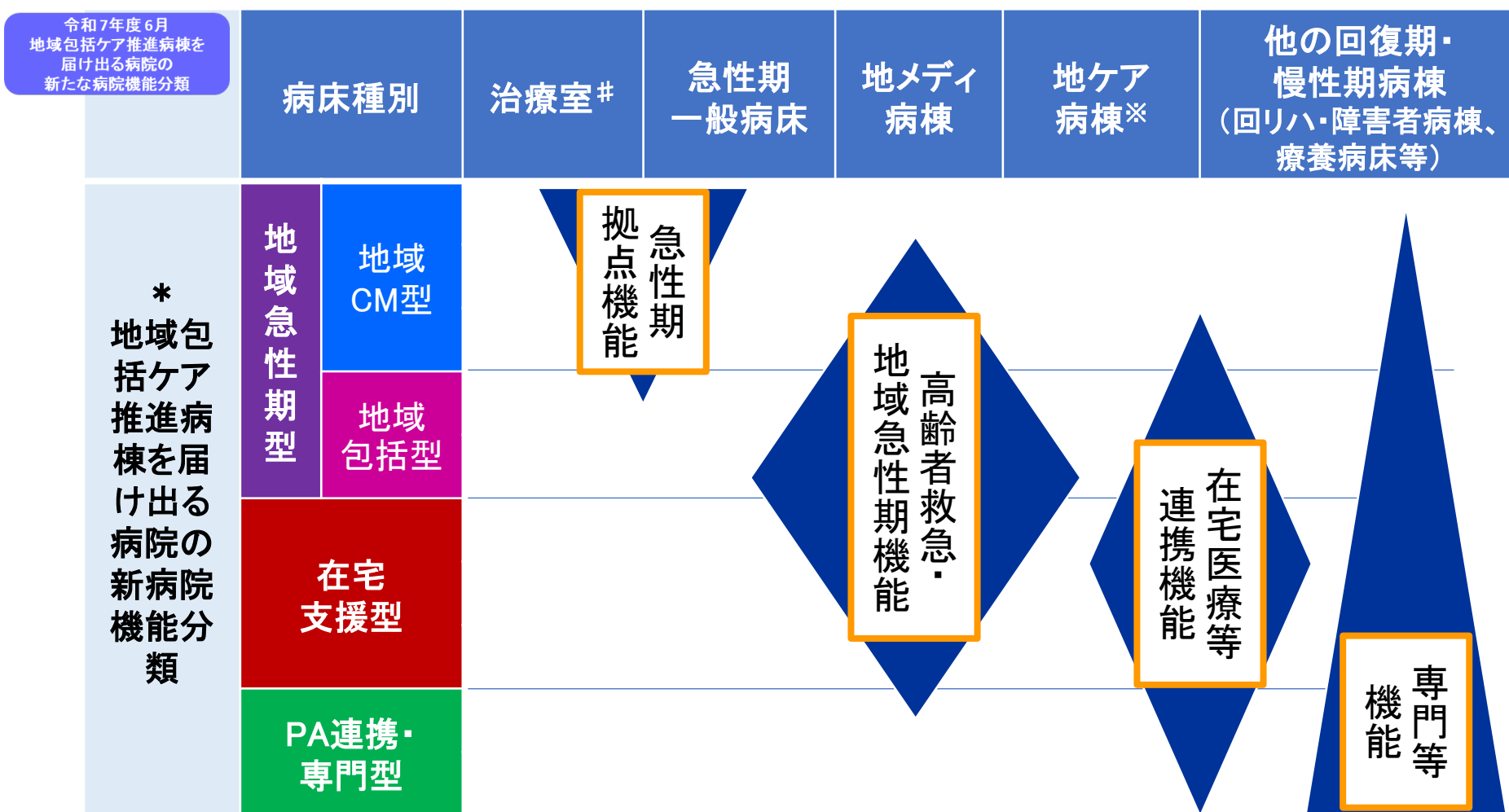
■課題2

地メディ病棟は、地ケア病棟よりもかなり高い急性期機能を持つように設計されている。

一部の地ケア病棟を有する中小病院では、難易度又は重症度の高くない手術を積極的に行っており、高齢者救急への関心も高い。しかし、重症度、医療・看護必要度、ADL維持・向上等の様々な厳格な要件により、地メディ病棟の届け出は2段階上の印象であり、届け出は難しい。



地域ごとの医療機能と新病院機能分類



- 地域包括ケア推進病棟を届け出る病院の新たな病院機能分類では、
1つの医療機関は最も近似する1つの病院機能を持つことになる。
- 新たな地域医療構想では、
一医療機関が必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。

地域包括ケア推進病棟を 届け出る病院の**新**病院機能分類

■**地域急性期型**: 病床機能報告に照らして、救急搬送・全身麻酔下手術件数等が一定以上の急性期機能を有していると自ら判断し、病院全体として急性期を最も重視している病院である。

急性期一般入院基本料6以上の急性期一般病棟を届出ている地域ケアミックス(CM)型と、急性期一般病棟を有さず地域包括医療病棟を届出ている地域包括型に亜分類する。

■**在宅支援型**: 在宅療養中のかかりつけ高齢虚弱マルチモビディティ患者を主な対象として、いわゆるサブアキュート(SA)患者の受け入れと在宅復帰を最も重視している病院である。在宅医療の提供や、他の医療機関・介護施設・訪問事業所等と連携した、看取りを含む24時間対応も実施する。

■**ポストアキュート(PA)連携・専門型**: 上記2類型のどちらでもない場合にPA連携・専門型と定義している。病院全体の実入院患者数の概ね半数以上が他院からのPAを受け入れる病院や、地域ニーズに応じた特徴ある医療に専門特化している病院である。

病床種別		治療室 [#]	急性期 一般病床	地メディ 病棟	地ケア 病棟※	他の回復期・ 慢性期病棟 (回りハ・障害者病 棟、療養病床等)
* 地域包 括ケア 推進病 棟を届 け出る 病院の 新病院 機能分 類	地域 急性期 型	地域 CM型	△	◎	◎	△
			△	◎	◎	△
			△	◎	◎	△
		地域 包括型	－	◎	◎	△
			－	◎	－	△
	在宅 支援型		－	△	◎	△
			－	△	◎	△
			－	△	◎	△
	PA連携・ 専門型		－	△	◎	△
			－	－	◎	△

地域包括ケア推進病棟を届け出る病院の新たな病院機能分類では、
1つの医療機関は最も近似する1つの医療機関機能を持つことになる。

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

新たな地域医療構想では、
 地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、必要に応じて複数の医療機関機能を報告することもある。

引用：2025.12.25 社会保障審議会医療部会「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	- 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	- 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	- 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

問6. 地メディ病棟へ転換をしたいが、転換できないもしくは転換しにくい理由について

n=25



■×:いいえ、■△:どちらでもない、■○:はい、■:○の上位5回答、■:○が25%以上の内興味深い回答

令和7年度6月
地域包括ケア推進病棟を
届け出る病院の
新たな病院機能分類

病床種別

治療室[#]

急性期
一般病床

地メディ
病棟

地ケア
病棟※

他の回復期・
慢性期病棟
(回リハ・障害者病棟、
療養病床等)

包括期医療への過
渡期対策そのもの
を、医療機関機能
を活用して複線化・
見える化することで、
地域包括ケアシス
テムを推進する。

* 地域包
括ケア
推進病
棟を届
け出る
病院の
新病院
機能分
類

地域急性期型

地域
CM型

地域
包括型

在宅
支援型

PA連携・
専門型

急性期
拠点機能

高齢者救急・
地域急性期機能

在宅医療等
連携機能

専門等
機能

■ 地域包括ケア推進病棟を届け出る病院の新病院機能分類では、
1つの医療機関は最も近似する1つの病院機能を持つことになる。

■ 新たな地域医療構想では、
一医療機関が必要に応じて複数の医療機関機能を報告すること考えられる。

お知らせ

<入会申込書>

一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会会長 殿

地域包括ケア推進病棟協会に入会を申し込みます。

西暦 年 月 日

会員種類	1. 正会員（医療機関） 2. 賛助会員（団体・企業等） ※どちらかに○印をご記入ください。		
ふりがな 貴医療機関・団体名			
ふりがな 会員登録者氏名			
会員登録者御役職		総病床数	床
連絡担当者氏名		御役職	
ご住所	(〒 -)		
TEL.	FAX.		
E-mail:			

※会員登録者様宛に入会金・年会費の請求書をお送りします。

【地域包括ケア病棟入院料・地域包括医療病棟入院料 取得状況】

種別	取得済	取得もしくは増床準備中
地域包括ケア病棟入院料 1	床	西暦 年 月 床
地域包括ケア病棟入院料 2	床	西暦 年 月 床
地域包括ケア病棟入院料 3	床	西暦 年 月 床
地域包括ケア病棟入院料 4	床	西暦 年 月 床
地域包括ケア入院医療管理料 1	床	西暦 年 月 床
地域包括ケア入院医療管理料 2	床	西暦 年 月 床
地域包括ケア入院医療管理料 3	床	西暦 年 月 床
地域包括ケア入院医療管理料 4	床	西暦 年 月 床
地域包括医療病棟入院料	床	西暦 年 月 床

※紹介者がいる場合には、下記にご記入下さい。

紹介者氏名		御所属先	
-------	--	------	--

「地域包括ケアを推進する医療の未来を創る、あなたへ」

2024 年度トリプル改定では、医療・介護・福祉の連携が強く求められています。地域包括ケア病棟はもちろん高齢者救急を担う地域包括医療病棟においても、高齢の multimorbidity 患者に対応していく必要があります。

アカデミーを通じて、最先端の地域包括ケアを推進する医療・ケアを学び、医療人としてのスキルアップを目指しませんか？昨年度の受講者の皆様からも多くの学びと多職種連携の基礎的なスキルと実践力を学べたとのこと意見をいただいております。在宅復帰を推進する医師・看護師・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・薬剤師・管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士・社会福祉士など、今年度もより医療現場で活用できる多職種の医療スタッフに最適な講座を提供します。

※尚、本アカデミーを修了された医師は、日本地域医療学会（JACH）の「日本地域医療学会認定総合医」制度における下記の受講ポイントとして 10 ポイントが認定されます。

- ①「地域総合診療専門医」資格更新のポイント
- ②「日本地域医療学会認定総合医」制度におけるポイント

【開催概要】

・オンライン講義

反復学習ができるオンデマンド配信 ※6本をパッケージにして一度に配信

配信期間：2025 年 8 月 4 日（月）正午～9 月 12 日（金）正午

・集合研修

実践的な体験とディスカッション

日 時：2025 年 9 月 20 日（土） 12 時～17 時 （18 時 50 分まで情報交流会）

会 場：グランパークカンファレンス 302+303 号室（東京都港区芝浦 3-4-1）

※集合研修後、情報交流会（懇親会）を実施予定

・定員

50 人

・参加費（情報交流会費を含む）

会員：1 万 5 千円/人、非会員：3 万円/人

・申込方法

下記申込入力フォームに必要事項を記入しお申込ください。

⇒<https://form.run/@maf-jahcc-SkZjnB79SYMGGWPFmVXy>

・持参物等

抑制帯（四肢抑制の抑制帯。もしくは自院で使用している抑制の紐。）

・受講申込締切日

2025 年 7 月 22 日（火）17 時 7 月 29（火）17 時まで延長

・2025.08.04-09.12
事前学習OL講義
・2025.09.20
リアル集合研修

(オンデマンド配信)

「地域包括医療病棟の届出研修」～各医療機関の課題と方略～

2024 年度トリプル改定では、地域包括ケア病棟と共に高齢者救急を守る地域包括医療病棟が創設されました。当協会では会員施設において、急性期一般病床や地域包括ケア病棟から地域包括医療病棟を届け出る際の移行支援や転換後の会員継続の要望等に応えることとしており、地域包括ケア病棟ならびに地域包括医療病棟を充実させて地域包括ケアシステムの推進を図ってまいります。

今回、地域包括医療病棟を既に届出された医療機関より、届出に際しての各医療機関の課題と職種毎の対応、特に要件等を満たすための工夫や苦勞された点など、得られた様々な知見について解説いただきます。

皆様の多数のご参加をお待ち申し上げます。

【開催概要】

◇日時 (オンデマンド配信) :

8 月 18 日 (月) 正午から 9 月 30 日 (火) 17 時まで

◇プログラム・講師 (講義は各々 20 分～30 分) :

医療法事財団興和会	右田病院	法人本部長	菊地品紀
社会医療法人 駿甲会	コミュニティホスピタル	甲賀病院	
リハビリテーション科	主任	作業療法士	榊原伸哉
岩手県立宮古病院	院長		佐藤 一
社会福祉法人恩賜財団	東京都済生会向島病院	看護部長	佐久間あゆみ

◇対 象 : 地域包括ケア推進病棟協会会員施設 (左記以外の方も参加可)

◇参加費 : 会員 無料

非会員 5,000 円

◇申 込 : 入力フォームに必要事項を記入し、web でお申し込みください。

入力フォーム⇒<https://form.run/@maf-jahcc-0K7Pww98yp39Kwv8hu9p>

申込期日:2025 年 8 月 6 日 (水) 17 時

後日、視聴案内を参加申込時の連絡先メールアドレスに送付いたします。

※送付予定 : 8 月 8 日 (金) 以降

・2025.08.18-09.30
オンデマンド配信
地メディ病棟の届出
研修 (多職種協働)



地域包括ケア推進病棟協会 第 11 回施設見学会のご案内

『甲賀病院(静岡県焼津市)』

社会医療法人 駿甲会 コミュニティーホスピタル 甲賀病院は、2024 年度診療報酬改定により、急性期一般入院料 1 の維持と並行し、一部の急性期病床を新設された地域包括医療病棟へ転換されました。その後、さらに急性期一般入院料 1 を地域包括医療病棟に全面転換し、HCU および地域包括ケア病棟の廃止、回復期リハビリテーション病棟の維持、病床数のダウンサイジングを行うことで、限られた医療資源を最大限に活用する新たな医療モデルを確立されました。

甲賀病院の取り組みは、地域包括医療病棟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】 2025 年 9 月 6 日 (土) 13:30～18:00

【見学施設】 社会医療法人 駿甲会 コミュニティーホスピタル 甲賀病院
(〒425-0088 静岡県焼津市大覚寺 2 丁目 30 番地の 1)
(URL:<http://www.sunkohkai.or.jp>) TEL:054-628-5500

※病床数:349 床(地域包括医療病床 249 床、回復期リハビリテーション病床 100 床)

【定 員】 50 名(先着順)

【参 加 費】 会員:5,000 円/人、会員以外 10,000 円/人 ※情報交換会費:4,000 円(希望者のみ)

【申込方法】 入力フォームに必要事項を記入しお申込ください。

(入力フォーム:<https://form.run/@maf-jahcc-R3PtI96Vs3It0nB8caSe>)

【申込締切】 2025 年 8 月 27 日 (水) 正午

【プログラム】

13:30 甲賀病院 予防医療センター 1 階エレベーター前 集合
13:40 オリエンテーション・施設概要説明
14:30 質疑応答
15:20 施設見学
15:50 質疑応答
16:15 終了
16:30 情報交換会(病院内にて食事を用意します。) 事前申込者のみ
18:00 終了

【参考】アクセス

電車でお越しの場合:JR 焼津駅下車、タクシーで 10 分(又は、バスをご利用ください。)

バスをご利用の場合:JR 焼津駅より ①焼津循環線バス「ゆりかもめ」が「さつき」(1 番のりば、駅北廻り <総合福祉会館、さかなセンター、高草山石脇入口方面>
片道運賃 200 円)に乗り、「大覚寺」下車、徒歩 1 分。

・2025.09.06
リアル施設見学会
驚きの病棟トランス
フォーメーション

ご清聴ありがとうございました

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



一般社団法人

地域包括ケア推進病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care