

2025.07.29

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

■ 序文と調査概要、要約、 考察（概要版、詳細版）

■ 序文

超高齢社会を迎えた我が国において、医療提供体制は「病院完結型」から、住み慣れた地域で医療・介護サービスを継続的に受けられる「地域完結型」への転換が急務とされている。その中で、軽症救急患者、急性期治療を経過した患者や在宅・介護施設等からの患者を受け入れ、在宅復帰支援を行う地域包括ケア病棟は、地域包括ケアシステムの要として極めて重要な役割を担っている。

本病棟がその機能を効果的に発揮し、地域医療に貢献していくためには、各病院における運営実態や課題、先進的な取り組み等を把握し、共有することが不可欠である。

このような背景のもと、一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会は、診療報酬改定に合わせて地域包括ケア病棟の現状と課題を明らかにし、今後の質の向上と円滑な運営に資することを目的に、アンケート調査を実施している。

2024年度診療報酬改定では新たに包括期の医療を担う病棟として地域包括医療病棟が新設された。そこで今年度は地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の両面からアンケート調査を行った。

本報告書は地域包括ケア病棟に関する調査結果を取りまとめたものである。ご多忙の中、本調査にご協力いただいた各病院の関係者、解析に携わっていただいた方々に心より感謝申し上げます。本報告書が、地域包括ケア病棟の運営改善や政策立案の一助となれば幸いである。

■調査の概要:

◆会員・非会員共通の調査

◆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

◆方法: 上記対象施設に地域包括ケア病棟用調査票(調査票1)を配布して、2025年1月20日～1月29日の期間に調査を実施した。

配布方法: 会員に対してはメールと郵送、非会員には郵送

回答方法: ①googleフォームへの入力送信、②調査票(excelファイル)アップロード送信、③郵送した調査票に記入の上FAX、のいずれかにより回答

回収件数(回収率): 総数300件(11.2%)、 内会員病院126件(23.1%)

◆病院調査票

1. 基本情報(2024年10月1日現在)

- ・開設法人、所在地、2次医療圏、DPC対象病院、DPC退出基準、医療資源が少ない地域、介護医療院、病院機能分類、療養病床の救急要件
- ・許可病床数、病院の病棟構成
- ・地ケア病棟の届出状況
 - 特定入院料の区分、病床数、管理料の元病棟、医療法上の位置付け

■調査の概要:

◆病院調査票

2. 実績状況

- ・在宅患者支援病床初期加算算定実患者数、入院経路と退院経路(2024年8月1日～10月31日)
- ・重症度、医療・看護必要度(2024年10月1日)
同重症患者割合(%) (2023年と2024年の8月1日～10月31日の期間の比較)
- ・短手3と短手1患者数(2023年12月1日～半年間と2024年6月1日～半年間の比較)
- ・身体拘束の有無(2024年10月1日)
- ・地ケア病棟の加算と注加算の算定状況(2024年8月1日～10月31日)
- ・重症度、医療・看護必要度の対象割合(%) (2024年8月1日～10月31日)

3. 令和6年度診療報酬改定の影響について(2024年10月1日)

- ・病院全体に関わる項目、病棟毎の項目
- ・地ケア病棟入院基本料の40日以降の逡減性に関する対応
- ・在宅患者支援病床初期加算の見直しに関する対応
- ・自院一般病棟からの転棟に関する医療資源の少ない地域での基準緩和の影響

4. その他

◆患者票(別途、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))

■調査の概要:

◆地方厚生局データの解析資料(別途、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

■要約

◆病院調査票

1. 基本情報

- ・DPC対象病院は105施設3.5割を占めた。この内、2026年度以降に予想されるDPC退出基準を全て満たしている病院は8.5割強を、満たしていない病院は1.5割弱を占めた。満たせていない最多の項目数は1つで、同最多の項目は1月当たりのデータ数が90未満であった。
- ・医療資源が少ない地域には、0.5割弱の施設が存在した。介護医療院は1割弱の施設が届け出ていた。
- ・改定後の病院機能分類は、急性期CM型が4.5割、PA連携型が1割強、地域密着型が4割強であった。改定前と比べると変化は僅かであったが、3年前と比べると、急性期CM型が約10ポイント減少し、地域密着型が約10ポイント増加した。
- ・医療法上の療養病床を届け出た病棟が39病棟1割強を占めた。内8病棟2割強が95%算定となっていた。3つの条件の内、救急告示ありが5割弱と最多であった。
- ・許可病床数は200床未満が8割弱を占めた。保有病棟数別病院数は1病棟が8.5割強を占めた。最大3病棟を有する病院が2施設に認めた。全病棟で入院料1が4割弱、同2が3割強、管理料1が2割となり、全体の9割強を占めた。また、入院料・管理料1の合計が6割弱を占めた。

2. 実績状況

- ・在宅患者支援病床初期加算算定患者の患者分析について、254病院3.5万人超の患者分析を行った。算定実患者数は14,289人と全体の4割弱を占めた。※85.2%の施設が本加算を算定していた。搬送ルート毎の実患者数は、そのほか8割強と最多で、救急搬送は1.5割強、下り搬送は0.2割と僅かであった。入院前施設毎の実患者数は、介護医療院他施設が9.5割強の大部分を占め、老健は0.5割弱と僅かであった。
- ・総退院患者の患者分析について、199病院約2.7万人超の患者分析を行った。自宅を含むそのほか7.5割強と最多を占めた。5割が在宅復帰率の分子となる強化型老健はその他の老健よりも少なかった。居住系介護施設が1.5割強と一定数を占めた。200床以上と未満で大きな差は認めなかった。自宅を含むその他について、急性期CM型は8割強であったが、地域密着型・PA連携型は7割前後であった。居住系介護施設について、急性期CM型は1割弱であったが、地域密着型・PA連携型は2割前後であった。

■要約

◆病院調査票

2. 実績状況

・重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡ（2024年10月1日時点）について、ⅠとⅡはほぼ同数の病院が届け出ていた。改定による低下の差異以上に、改定前後の実績平均値の低下に差異を認めた。139施設の2023年度と2024年度の看護必要度Ⅰの評価をt検定で比較すると、統計的に極めて有意な低下が認められた（平均差4.44ポイント, $p<0.001$ ）。141施設の2023年度と2024年度の看護必要度をⅡ評価をt検定で比較すると、統計的に極めて有意な低下が認められた（平均差3.02ポイント, $p<0.001$ ）。

・重症度、医療・看護必要度の各項目における対象者割合について施設分析を行った。＜A項目について＞2%未満に9割以上の施設が分布する項目は、17項目中10項目58.9%に認めた。創傷処置や呼吸ケアは、対象患者が分散しており、呼吸ケアは8%-10%未満が最多の1.5割強を占めた。救急搬送や緊急入院については、必要度ⅠとⅡで指標が異なり、必要度Ⅰの方が分散が多く拾い上げやすい状況であった。＜C項目について＞全施設が2%未満に9割以上分布していた。4-6%未満以上に分布が及ぶ項目は、骨の手術＜10日間＞と全身麻酔・脊椎麻酔の手術＜5日間＞の2項目であった。

・短手3を算定する患者数及び短手1の対象手術を実施した患者数について、3要件（自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率）の対象から除外されたが、改定前後の半年間に大きな変化は認められなかった。

・入院料通則となった身体拘束最小化の取り組み（2024年10月1日時点）について、9割弱の施設は基準に照らして身体拘束を行っていた。僅かだが取り組みの不十分な施設も見受けられた。

・地域包括ケア病棟の加算・注加算の充足度の施設分析（2024年8月1日～10月31日、 $n=277$ ）について、＜2割未満の項目＞離島加算、報告書管理体制加算、医療的ケア児(者)入院前支援加算、＜8割以上の項目＞医療安全対策加算、感染対策向上加算、データ提出加算（必須要件）、入退院支援加算1のイ（一部必須）、認知症ケア加算、入院ベースアップ評価料、看護職員配置加算、急性期/在宅患者支援病床初期加算。介護保険施設等の協力医療機関となることが望ましいとされる中、注目される協力対象施設入所者入院加算は4割弱に認めた。

■要約

◆病院調査票

3. 令和6年度診療報酬改定の影響について

・病院全体に関わる項目について、地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直しを受けて、医療保険と介護保険の訪問看護は、別々の2条件からまとめて1条件となった。これを受けて院内も敷地内も訪問看護部門において、改定前からクリアした施設を含めて、改定時に1.5割弱の施設が条件を満たしていた。介護保険施設等の協力医療機関となることが望ましいとされる中、1.5割強の施設が新たに同機関を担った。入退院支援加算1の施設基準が求める連携機関数について、介護サービスや障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求められた。改定前に既に6.5割弱が対応しており、改定後に総計7割が対応していた。

・入院料・管理料に関わる項目について、入院料と管理料で大きな違いは認められなかった。必要度について、9割以上が改定前から1割未満が改定時に対応した。短手1・3患者における在宅復帰率除外について、5割以上が改定前から1割前後が改定時に対応した。看護補助体制加算1は1割前後が改定時に対応した。

・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、＜2割弱が「何もしていない」＞何かしている施設が、8割強もあることが判明した。各施設に適した方略を、それぞれの施設で実践していることが推定された。＜6割以上の項目＞40日以内に入院期間をコントロール、コントロール方法は、診療体制や診療行為の変更、医介連携の強化とつながる。

・在宅患者支援病床初期加算見直しへの対応について、何もしていないが5割強に認めた。救急搬送受入れの強化を3割強に認めた。下り搬送の連携や、老健からの緊急の受け入れ強化を1.5割前後認めた。その受け入れを強化した回答理由について、介護保険施設等との連携協定締結が望ましいとの要件が6割強に上った。稼働率の維持・向上のためが5割強に認めた。

・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、9施設全てが基準を満たしていた。緩和の効果は3施設において認められたが、内2施設は取り下げの可能性があった。

■要約

◆病院調査票

■ 2026年度以降に予想されるDPC退出基準のクロス表

・ 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、病院機能分類、急性期一般病床の病床数、病床種類数について、全て満たしている病院は、200床以上では9.5割強、同未満では7.5割強であった。200床未満の病院の4分の1が予想退出基準を満たせていなかった。全て満たしている病院は、急性期CM型では9割弱、PA連携型と地域密着型では7.5割以下であった。60床未満の病院は、基準を満たせない予想の病院の8.5割弱、満たす予想の病院の1割強を占めていた。基準を満たせない予想の病院の大部分の6割強を急性期一般4が占めていた。満たす予想の病院は急性期一般1と治療室が主体となっていた。

■ 在宅患者支援病床初期加算のクロス表

- ・ 在宅患者支援病床初期加算算定の有無毎 × 許可病床数、病院機能分類、について、算定患者は、200床未満が4.5割弱、同以上が3割強を占めていた。いずれも非算定患者が過半数を占めていた。急性期CM型と地域密着型は非算定患者が過半数を占めていたが、PA連携型は算定患者が5.5割強を占めていた。
- ・ 同加算の搬送ルート × 許可病床数、病院機能分類について、200床未満と以上で大差はなかった。200床以上では下り搬送が極僅かであった。病院機能毎に大差はなかった。急性期CM型とPA連携型では下り搬送が極僅かであった。
- ・ 同加算の入院前施設 × 許可病床数、病院機能分類について、200床未満と以上や病院機能毎に大差はなかった。

■考察【概要版】

◆ 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。

■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。

■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。

■考察【詳細版】

◆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：

3年前と比較して急性期CM型が約10ポイント減少し、地域密着型が約10ポイント増加したことは、地域包括ケア病棟が地域の多様なニーズに応える形で分化しつつあることを示唆している。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と考える。

◆ 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）：

在宅患者支援病床初期加算について、254病院3.5万人超の患者分析において算定患者は全体の4割弱となり、290病院の施設分析において85.2%の施設が本加算を算定していることから、地域包括ケア病棟が在宅からの患者を積極的に受け入れたことが確認できた。算定割合について、200床未満やPA連携型・地域密着型の方が10-20ポイント高く、規模が小さく在宅・施設との連携を重視する病院の算定率が高かった。

しかし、搬送ルートにおいて「その他」が8割強と最多であり、救急搬送が1.5割強、下り搬送が0.2割と少ないことから、「その他」ルートの活動内容の検討や、在宅患者の救急搬送受け入れ、高次医療機関との連携の強化が重要と考える。

入院前施設毎の実患者数について、「介護医療院や特養、経費老人ホーム、有料老人ホーム等、又は自宅」からが9.5割強の大部分を占め、「老健」は僅かであった。

総退院患者の退院先について、199病院2.7万人弱の患者分析において、「その他（主に自宅）」が7.5割強と最多を、次いで「居住系介護施設（老健を除く）」が1.5割強を占め、「老健」は強化型もそれ以外も僅かであった。

令和6年度改定において、在宅患者支援病床初期加算が見直されて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け入れが評価され、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と期待されたが、まだ数字に表れていない。

実際、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」と答えていた。これは、加算の要件変更に対する理解不足や対応の遅れ、あるいは既存の運用で十分と判断している施設の存在を示唆している。また、特に強化型以上の老健においては入所者の入院件数が一定数を超えたり、入院期間が1週間を超えたりすると在宅復帰率を満たせなくなるため、老健側のインセンティブは少ない。

しかし、在宅患者支援病床初期加算の見直しにより、1.5割強の施設は老健からの受け入れを強化し、その内の6割強の施設が介護保険施設等との連携協定締結が望ましいとの要件を強化の理由として挙げていた。介護施設等からの救急搬送受け入れ強化等の具体的な取り組みを、多くの施設の協力医療機関となって推進する病院は、今後の地域医療・介護連携をリードすると予想される。

また、在宅患者支援病床初期加算の搬送ルートは、最多であったその他の内容について、自院救急車両を使用した老健等からの患者搬送を強化した施設は0.5割弱と僅かであり、診療報酬上評価されていないためと考える。

■考察【詳細版】

◆ 3. 重症度、医療・看護必要度の現状（施設分析）：

必要度ⅠとⅡはほぼ同数の病院が届け出ていた。2%未満に8割以上の施設が分布する項目は、17項目中必要度Ⅰで15項目88.2%に、必要度Ⅱで14項目82.4%に認めた。この1項目の差は、必要度ⅠとⅡで要件が異なる以下の項目が存在するためである。必要度Ⅰ：救急搬送後の入院（2日間）と、必要度Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態（2日間）となる。前者は救急車搬送についての評価を人手で行い、後者は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。必要度Ⅱの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。必要度Ⅰは改定により12%から10%に2ポイント下がったが、本調査では、昨年比で4.44ポイント低下しており、差し引くと2.44ポイント低下したことになる。必要度Ⅱはそれぞれ0ポイント、3.02ポイント下がりと、差し引き3.02ポイント低下した。必要度Ⅱの方が低下の度合いが高いため、積極的に救急搬送を受入れている地ケア病棟にとって、モチベーションが下がる設計となっている。

A項目で対象患者が分散していた項目は、創傷処置や呼吸ケアであり、C項目では骨の手術＜10日間＞と全身麻酔・脊椎麻酔の手術＜5日間＞であった。地ケア病棟で頻度が高い疾患とされる、肺炎や骨折に関連する項目が目立った。

◆ 4. 地ケア病棟入院料の41日目以降の逓減制導入への対応：

地域包括ケア病棟入院料の41日目以降の逓減制導入に対し、287施設中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などの何らかの細かな対応を行い、6割以上が入院期間を40日以内にしようと試みていた。このことは、診療報酬改定が患者のQOL向上につながる早期在宅復帰支援を促した結果と考える。

◆ 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）：

令和6年度改定項目の目玉であった、入院ベースアップ評価料は9.5割に、協力対象施設入所者入院加算は4割弱に認めた。また、高齢者救急の受入れにおいて、看護師の配置が課題とされたものの、10対1配置となる看護職員配置加算は8.5割弱に認めた。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%以上に上る項目を挙げると、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。

◆ 7. DPC退出基準と病床規模・機能分類の関連性：

DPC対象病院は300施設中105施設3.5割を占めた。DPC対象病院の内、2026年度以降の予想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）の充足度を見ると、満たしている病院は8.5割強を占めた。200床以上や急性期CM型の病院は9割前後が基準を満たしているのに対し、200床未満やPA連携型・地域密着型の病院では7.5割前後にとどまっていた。200床未満や急性期を主たる機能としない病院の約4分の1が予想基準を満たしていないと判明した。

一方、急性期一般病床を有するDPC対象86病院の予想DPC退出基準について、満たせない13病院の8.5割弱が60床未満の病院であり、6割強が急性期一般4を占めていることから、1月当たりのデータ数が90未満となるような小規模な急性期一般4に代表される病院が、DPCを継続するに当たり厳しい状況に直面すると考えられる。

◆ 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：

地ケア病棟を有する330施設の内、医療法上の療養病床の地ケア病棟は39施設1割強を占めた。95%算定を回避する要件を満たす割合について、39病棟中8病棟2割強の施設は減算を回避できなかった。回避できる3条件の内、救急告示ありが5割弱と最多で、自宅等からの入院患者の受入れ6割以上が3.5割強、同緊急入院患者の受入れ実績が前3月で30人以上が3割弱と続いた。回避できなかった2割強の施設には、訪問診療や、介護施設・居住系施設等との連携の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において、地ケア病棟を有する300施設中13施設0.5割弱の病院が存在した。地域包括ケア病棟の基準緩和（自院一般病棟からの転棟）が導入されたが、9施設中3施設で効果が見られたものの、2施設では取り下げの可能性があったことは、単なる基準緩和だけでは解決できない地域医療提供体制の構造的な課題が存在することを示している。これらの地域では、医師や看護師の確保、医療連携の構築など、多角的な支援が引き続き必要であると考えられる。

■ 対象と方法

※本アンケートは、2024年10月1日時点の地域包括ケア病棟を持っている病院に伺っています。

※集計や結果の公開にあたっては、法人や施設の名称やお名前が特定されないように取り扱います。

※ご回答は、色付セルにご回答ください。

※地域包括ケア病棟を「地ケア」と略して表記します。

施設名：		
ご記入者：	お役職	お名前
ご記入者メールアドレス：		
郵便番号(ハイフンなし)：		
二次医療圏名：		
地域包括ケア推進病棟協会会員区分：		

※頂いたメールアドレスは不明点などのご質問、今後のアンケート調査の送付に利用させていただきます。

1. 基本情報 2024年10月1日時点でご回答ください

1)貴院はDPC対象病院ですか？

・DPC対象病院である

R8年度から提出率率の以下10/1時点満たしているやご回答ください。

①提出期間1月当たりのデータ数が90以上

②「医療患者調査」の種別1（医療資源調査）における「急性期・重症期コード」の使用割合が10%未満

③「医療患者調査」の種別2で記載内容のあるデータが1%未満

④「医療患者調査」の種別1における半コード化関係病名の使用割合が2%未満

・DPC対象病院ではない

→該当する方に 1

2)貴院は、診療報酬上の許可病床数の上限が緩和される「医療資源が少ない地域」にありますか？

・医療資源が少ない地域にある

・医療資源が少ない地域ではない

→該当する方に 1 を入力してください

3)貴院には、併設の介護医療院がありますか？ ある場合は、病床数をご確認ください

・併設の介護医療院がある

・併設の介護医療院がない

ある場合の病床数 床

→該当する方に 1 を入力してください

4)貴院は地ケア病棟を有する病院機能のどれに分類されますか？ 2024年3月31日時点と2024年6月1日時点のそれぞれでご回答ください

※これの「病院機能の分類」をご覧ください。

①急性期ケアミックス型

②ポストアキュート連携型

③地域密着型

それぞれ該当する項目に 1 を入力してください

5)貴院の地ケア病棟入院料・入院管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である施設はご回答ください

救急事件について満たしているものについて入力ください

①急病等からの入院患者の受け入れが6割以上

②急病等からの緊急入院患者の受け入れ割合が前3月で30人以上

③救急科あり

④いずれも満たしていない

→該当する方に 1 を入力してください

6) 2024年10月1日時点の病床の届出状況をご回答ください

(1)許可病床数

床

※介護医療院は許可病床に含みません

(うち病床 床)

(2)病床の種類と病床数についてご回答ください

※例「病床等一覧」から、当該病棟に該当する病床の種類（名称）を探し、その番号を「種類」を入力してください。

※当該病棟の病床数を「病床数」と入力してください。

※地ケア入院医療管理料を含む病棟の場合は、元々なっている病床の種類（名称）の数字だけを「種類」を入力し、当該病棟の全病床数を「病床数」を入力してください。（地ケア入院医療管理料については②も入力してください）

病棟病棟No. ①

病棟病棟No. ②

病棟病棟No. ③

病棟病棟No. ④

病棟病棟No. ⑤

病棟病棟No. ⑥

種類

病床数

種類

病床数

種類

病床数

種類

病床数

種類

病床数

種類

病床数

病棟病棟No. ⑦

病棟病棟No. ⑧

病棟病棟No. ⑨

病棟病棟No. ⑩

病棟病棟No. ⑪

病棟病棟No. ⑫

種類

病床数

種類

病床数

種類

病床数

種類

病床数

種類

病床数

種類

病床数

(3)地ケア病棟の届出状況の詳細についてご回答ください

※地ケア入院医療管理料の場合は、「地ケア入院料1病棟目～6病棟目」にご回答ください。

→「(1)病棟病棟No.」は、(2)でご回答いただいた病棟病棟の番号、地ケア入院料の病棟病棟No. (①～⑥)を入力してください。

→医療法上の病床区分について、「一般病床」と「療養病床」のどちらに該当するかに 1 を入力してください。

※地ケア入院医療管理料の場合は、「地ケア入院医療管理料 入力欄」にご回答ください。

→「(1)病棟病棟No.」は、(2)でご回答いただいた病棟病棟の番号地ケア入院医療管理料が含まれる病棟病棟No. (①～⑥)を入力してください。

→医療法上の病床区分について、「一般病床」と「療養病床」のどちらに該当するかに 1 を入力してください。

→「地ケア入院医療管理料の一覧」から、当該病棟に該当する病床の種類（名称）を探し、その番号（22～25）を「種類」を入力してください。

→病床数は、地ケア入院医療管理料の病床数のみを入力してください。

地ケア入院料 1病棟目	地ケア入院料 2病棟目	地ケア入院料 3病棟目
(1)病棟病棟No. 一般病床 療養病床	(2)病棟病棟No. 一般病床 療養病床	(3)病棟病棟No. 一般病床 療養病床
地ケア入院料 4病棟目	地ケア入院料 5病棟目	地ケア入院料 6病棟目
(1)病棟病棟No. 一般病床 療養病床	(2)病棟病棟No. 一般病床 療養病床	(3)病棟病棟No. 一般病床 療養病床

地ケア入院医療管理料 入力欄			
(1)病棟病棟No.	種類	病床数	一般病床 療養病床

◆ 病院調査票

・急性期ケアミックス型: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す。

※急性期一般入院基本料1～6以上の急性期機能を届出していない病院は、①急性期ケアミックス型を選ぶことはできません！

・ポストアキュート連携型: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す。実患者数が半数に届くかどうか判断に迷う場合は、次の“どちらでもない”を選択して下さい。

・どちらでもない(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サブアキュートを中心に受け入れる病院です。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まれます。当協会では「どちらでもない」を地域密着型と定義しています。

名称	番号	名称	番号
特定入院料（A300～A303-2）	1	地域包括ケア病棟入院料1	18
急性期一般入院基本料1	2	地域包括ケア病棟入院料2	19
急性期一般入院基本料2	3	地域包括ケア病棟入院料3	20
急性期一般入院基本料3	4	地域包括ケア病棟入院料4	21
急性期一般入院基本料4	5	地域包括医療病棟入院料	36
急性期一般入院基本料5	6	療養病棟入院基本料1	26
急性期一般入院基本料6	7	療養病棟入院基本料2	27
地域一般入院基本料1	9	精神病棟入院基本料	28
地域一般入院基本料2	10	障害者施設等入院基本料	29
地域一般入院基本料3	11	特殊疾患病棟入院料	30
回復期リハビリテーション病棟入院料1	12	緩和ケア病棟入院料	31
回復期リハビリテーション病棟入院料2	13	精神療養病棟入院料	32
回復期リハビリテーション病棟入院料3	14	認知症治療病棟入院料	33
回復期リハビリテーション病棟入院料4	15	介護医療院（院内併設）	35
回復期リハビリテーション病棟入院料5	16	その他	99

A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室医療管理料

名称	番号
地域包括ケア入院医療管理料1	22
地域包括ケア入院医療管理料2	23
地域包括ケア入院医療管理料3	24
地域包括ケア入院医療管理料4	25

2. 実績状況

1) 貴院の下記項目の実績をご回答ください（2024/8/1～2024/10/31の実績）

在宅患者支援病床初期加算の算定患者につき、以下の区分から入院した**実患者数**をご回答ください

○介護老人保健施設

救急搬送にて入院した**実患者数**（580点）

うち）救急患者連携搬送料算定患者で当該病棟に入院した**実患者数**（580点）

（区分番号 C 004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者）

その他の**実患者数**（480点）

○介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者

救急搬送にて入院した**実患者数**（480点）

うち）救急患者連携搬送料算定患者で当該病棟に入院した**実患者数**（480点）

（区分番号 C 004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者）

その他の**実患者数**（380点）

退院患者数について以下の区分に対して退院した**実患者数**をご回答ください

総**退院実患者数**

介護老人保健施設に（強化型）**退院した実患者数**

介護老人保健施設に（上記以外）**退院した実患者数**

有床診療所に**退院した実患者数**

有床診療所に（在宅復帰率に非該当）**退院した実患者数**

居住系介護施設に**退院した実患者数**

回復期リハビリテーション病棟に**退院した実患者数**

療養病棟に**退院した実患者数**

その他の退院先へ**退院した実患者数**

2) 届出している重症度、医療・看護必要度の種別をご回答ください（2024/10/1時点）

重症度、医療・看護必要度Ⅰ

重症度、医療・看護必要度Ⅱ

←該当する方に 1 を入力してください

3) 重症度、医療・看護必要度における重症患者割合（％）をご回答ください

2023/8/1～2023/10/31

←小数点第一位までを入力してください（小数点第二位を切り捨て）※例：0.156325⇒15.6％⇒15.6と入力

2024/8/1～2024/10/31

←小数点第一位までを入力してください（小数点第二位を切り捨て）※例：0.156325⇒15.6％⇒15.6と入力

4) 地ケア病棟に入院した短期滞在手術等基本料3を算定する患者数及び短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者数をご回答ください

2023/12/1～2024/5/31			2024/6/1～2024/11/30		
左記対象実患者数 (6ヵ月)	総入院実患者数 (6ヵ月)	割合	左記対象実患者数 (6ヵ月)	総入院実患者数 (6ヵ月)	割合
短期滞在手術等基本料3を算定する患者		#DIV/0!			#DIV/0!
短期滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者		#DIV/0!			#DIV/0!

5) 身体的拘束について該当するものをご回答ください

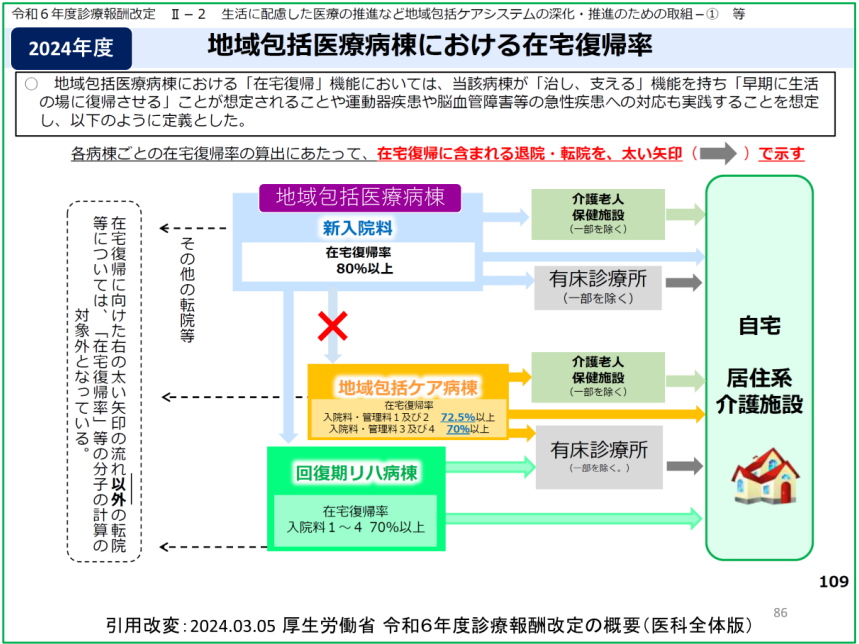
身体的拘束は行っていない

身体的拘束を予防・最小化する取り組みは実施しているが、身体的拘束は行われている

身体的拘束を予防・最小化する取り組みも不十分で、身体的拘束は行われている

入院総実患者数

←以下の割合を算出するため教えてください。



2. 実績状況

6) 地域包括ケア病棟の加算、注加算の充足度について、次の基準でご回答ください（2024/8/1～2024/10/31の実績）

- ：すでに算定している または 満たしている
- △：転換後1年以内に取得する（満たす）見込みである
- ×：満たす目途が立たない

対象期間延患者数

算定延件数

A204-2	臨床研修病院入院診療加算	
A206	在宅患者緊急入院診療加算	
A207-2	医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る)	
A218	地域加算	
A218-2	離島加算	
A220-2	特定感染症患者療養環境特別加算	
A234	医療安全対策加算	
A234-2	感染対策向上加算	
A234-3	患者サポート体制充実加算	
A234-5	報告書管理体制加算	
A245	データ提出加算	
A246	入退院支援加算 1 イ	
A246-3	医療的ケア児（者）入院前支援加算	
A247	認知症ケア加算	
A250	薬剤総合評価調整加算	
A251	排尿自立支援加算	
A253	協力対象施設入所者入院加算	
B001 34-ロ)	二次性骨折予防継続管理料2	
H004)	摂食機能療法	
O102	入院ベースアップ評価料	
注3)	看護職員配置加算	
注4)	看護補助者配置加算	
注5-イ)	看護補助体制充実加算1	
注5-ロ)	看護補助体制充実加算2	
注5-ハ)	看護補助体制充実加算3	
注6-イ)	急性期患者支援病床初期加算	
注6-ロ)	在宅患者支援病床初期加算	
注8)	看護職員夜間配置加算	

7) 【回答任意項目】重症度、医療・看護必要度の各項目における対象者割合（％）をご回答ください。
（2024/8/1～2024/10/31の実績）可能な限りお願いします。

※計算式 創傷処置 ＝ 創傷処置該当者数／評価対象者総数（％）※例：0.156325⇒15.6％⇒15.6と入力

	創傷処置	
	呼吸ケア	
	注射薬剤3種類以上の管理<最大7日間>	
	シリンジポンプの管理	
	輸血や血液製剤の管理	
	専門的な治療・処置	
	①抗悪性腫瘍剤の使用	
	②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	
A	③麻薬の使用	
項	④麻薬の内服・貼付・坐剤の管理	
目	⑤放射線治療	
	⑥免疫抑制剤の管理	
	⑦昇圧剤の使用	
	⑧抗不整脈剤の使用	
	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	
	⑩ドレナージの管理	
	⑪無菌治療室での治療	
	看護必要度Ⅰ：救急搬送後の入院	
	看護必要度Ⅱ：緊急に入院を必要とする状態	
	開頭手術<11日間>	
	開胸手術<9日間>	
	開腹手術<6日間>	
C	骨の手術<10日間>	
項	胸腔鏡・腹腔鏡手術<4日間>	
目	全身麻酔・脊椎麻酔の手術<5日間>	
	救命等に係る内科的治療<4日間>	
	①経皮的血管内治療	
	②経皮的心筋焼灼術等の治療	
	③侵襲的な消化器治療	
	別に定める検査<2日間>	
	別に定める手術<5日間>	

3. 令和6年度診療報酬改定の影響について

1) 地ケア病棟入院料・入院医療管理料の項目で、**令和6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ご回答ください

※**2024年10月1日時点**で、貴院が届け出をされていた地ケア入院料・入院医療管理料の各基準について、いつからクリアしているのか

お聞きするものです。2024年4月1日時点で届け出されていた病床の基準と関係がない項目につきましては、

「該当なし」に 1 を入力してください。

※”○病棟目”は、基本情報1. 6(3)と一致させるようにお願いします。

<病院全体に関わる項目>	R6年改定前より、R6基準をクリアしていた	R6年改定を受けてクリアした	該当なし
①-1訪問看護指導料(Ⅰ)(Ⅲ)の算定回数(60⇒150回以上)			
①-2併設訪問看護ステーションの実績(300⇒800回以上)			
②介護保険施設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			
(施設基準外)第2種協力指定医療機関締結			
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			

←該当する項目に 1 を入力してください
(複数選択可)

1病棟目

<病棟毎の項目>	R6年改定前より、R6基準をクリアしていた	R6年改定を受けてクリアした	該当なし
④重症者患者割合(重症度、医療・看護必要度)新基準			
⑤在宅復帰率の短手1・3患者の除外明確化(6ヵ月)			
⑥-1看護補助体制充実加算1			
⑥-2看護補助体制充実加算2			
⑥-3看護補助体制充実加算3			

←該当する項目に 1 を入力してください
(複数選択可)

<地ケア入院医療管理料を算定する病棟>

項目	R6年改定前より、R6基準をクリアしていた	R6年改定を受けてクリアした	該当なし
④重症者患者割合(重症度、医療・看護必要度)新基準			
⑤在宅復帰率の短手1・3患者の除外明確化(6ヵ月)			
⑥-1看護補助体制充実加算1			
⑥-2看護補助体制充実加算2			
⑥-3看護補助体制充実加算3			

←該当する項目に 1 を入力してください
(複数選択可)

改定後

【入退院支援加算1】
【施設基準】
(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、急性期一般入院基本料特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)又は専門病院入院基本料(13 対1入院基本料を除く。)を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関であること。

また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。

3. 令和6年度診療報酬改定の影響について

1) 地ケア病棟入院料・入院医療管理料の項目で、**令和6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ご回答
※**2024年10月1日時点**で、貴院が届け出をされていた地ケア入院料・入院医療管理料の各基準について、いつからクリアしているのか
お聞きするものです。2024年4月1日時点で届け出されていた病床の基準と関係がない項目につきましては、
「該当なし」に 1 を入力してください。
※"〇病棟目"は、基本情報1. 6)(3)と一致させるようにお願いします。

<病院全体に関わる項目>	R6年改定前より、R6基準をクリアしていた	R6年改定を受けてクリアした	該当なし
①-1訪問看護指導料(Ⅰ)(Ⅲ)の算定回数 (60⇒150回以上)			
①-2併設訪問看護ステーションの実績 (300⇒800回以上)			
②介護保険施設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			
(施設基準外) 第2種協力指定医療機関締結			
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			

1病棟目

<病棟毎の項目>	R6年改定前より、R6基準をクリアしていた	R6年改定を受けてクリアした	該当なし
④重症者患者割合（重症度、医療・看護必要度）新基準			
⑤在宅復帰率の短手1・3患者の除外明確化（6ヵ月）			
⑥-1看護補助体制充実加算1			
⑥-2看護補助体制充実加算2			
⑥-3看護補助体制充実加算3			

<地ケア入院医療管理料を算定する病棟>

項目	R6年改定前より、R6基準をクリアしていた	R6年改定を受けてクリアした	該当なし
④重症者患者割合（重症度、医療・看護必要度）新基準			
⑤在宅復帰率の短手1・3患者の除外明確化（6ヵ月）			
⑥-1看護補助体制充実加算1			
⑥-2看護補助体制充実加算2			
⑥-3看護補助体制充実加算3			

改定後
【入退院支援加算1】 【施設基準】 (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、急性期一般入院基本料特定機能病入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病入院基本料（13 対1入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関であること。 また、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者であること。

・40日以内の入院期間をコントロールするようにしている	
・診療体制の変更をしたもしくは予定している	
上記体制内容) 地ケア病棟配置医師の増員	
上記体制内容) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の増員	
上記体制内容) 対応診療科構成の変更	
上記体制内容) 早期転院のための連携実施（右を1にした上で以下のその他に詳細記載ください）	
上記体制内容) 早期院内転機（右を1にした上で以下のその他に詳細記載ください）	
上記体制内容) その他の変更（右を1にした上で以下のその他に記載ください）	
・診療行為の変更をしたもしくは予定している	
上記行為内容) 治療計画の短縮	
上記行為内容) 入院早期におけるPOCリハビリテーションもしくは疾患別リハビリテーション提供量を増やす取り組みを実施	
上記行為内容) 摂食機能療法の介入量の増やす取り組みを実施	
上記行為内容) その他の変更（右を1にした上で以下のその他に記載ください）	
・他医療機関との連携を強化したもしくは予定している	
・介護老人保健施設等の連携を強化したもしくは予定している	
・介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等の連携を強化したもしくは予定している	
・何もしていない	
・その他：下欄に入力してください	

3) 在宅患者支援病床初期加算について、令和6年度診療報酬改定を受けて対応したことをご回答ください

・自院の救急搬送体制の強化を実施した	
・他院と救急搬送連携診療料の連携を実施した	
・他院と救急搬送連携診療料の連携を協議中（年度内目途に構築予定）	
・老健からの受け入れを強化した	
・何もしていない	
・その他：下欄に入力してください	

4) 3)で・老健からの受け入れを強化したを回答した医療機関はご回答ください

令和6年度診療報酬改定で強化型以上の老健が在宅復帰率に組み込む緩和がされましたが、在宅患者支援病床初期加算増点において老健の救急搬送患者受入れは影響を受けましたでしょうか？	
・在宅復帰率の緩和を受け老健からの救急搬送を強化した（従前の施設基準では受入困難だった）	
・地域医療・介護体制のために強化した	
・稼働率維持（向上）のため強化した	
・その他：下欄に入力してください	

5) 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、影響の範囲をご回答ください（該当医療機関のみ）

・改定緩和分（5％）によりクリアすることが出来た	
・緩和されてもギリギリの状態で今後取り下げも視野に入れている	
・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	
・その他：下欄に入力してください	

◆患者票

地域包括ケア病棟もしくは病床に入院（入棟）した患者の内、記入時点からさかのぼって10名について、ご回答ください。

年齢		←2025年1月1日現在年齢の整数にて入力ください
性別		

設問1. 患者の要介護度について、ご回答ください。

0. 自立	☐
1. 要支援1	☐
2. 要支援2	☐
3. 要介護1	☐
4. 要介護2	☐
5. 要介護3	☒
6. 要介護4	☐
7. 要介護5	☐
8. 判定不能（※申請なし）	☐

←該当する項目いずれか1つに☑して下さい

設問2. マルチモビディティ（多疾患依存状態・複数の慢性疾患をもつ高齢患者）について、ご回答ください。

1)入院（入棟）時の主病名について、ご回答（記載）ください。

--

2) 主病名以外の慢性併存疾患として、該当する疾患（下記1～22）が有る場合は、すべて☑してください。

現病歴（※現在も治療、生活支援、経過観察をしているもの）について、ご回答ください。

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使用例含む）	☐

←該当する全ての疾患に☑して下さい

■ 設問毎の集計

-  はスライド内のまとめとした。
- 統計処理をしていない情報は、
 - ・割合は、大まかに0.5割刻みと、
 - ・強、弱、以上、以下、超、未満の修飾語で表した。

◆病院調査票

1. 基本情報(2024年10月1日現在)

1. 基本情報(2024年10月1日現在)

・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

・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(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

■ DPC対象病院、予想されるDPC退出基準について、

- ・DPC対象病院は105施設3.5割を占めた。
- ・この内、2026年度以降に予想されるDPC退出基準を全て満たしている病院は8.5割強を、満たしていない病院は1.5割弱を占めた。
- ・満たせていない最多の項目数は1つで、同最多の項目は1月当たりのデータ数が90未満であった。

1. 基本情報(2024年10月1日現在)

・医療資源が少ない地域の病院数(n=300)

	少なくない	少ない	総計
病院数	287	13	300
	95.7%	4.3%	100.0%

・介護医療院の有無(n=300)

	ある	ない	総計
病院数	27	273	300
	9.0%	91.0%	100.0%

介護医療院の平均64.4床

・地域包括ケア病棟を有する病院の病院機能分類(n=300)

※20240331時点 (改定前)

	急性期CM	PA連携	地域密着	未回答	総計
病院数	136	38	125	1	300
	45.3%	12.7%	41.7%	0.3%	100.0%



※20250601時点 (改定後)

	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%

- 医療資源が少ない地域、介護医療院、地域包括ケア病棟を有する病院の病院機能分類について、
- ・医療資源が少ない地域には、0.5割弱の施設が存在した。
- ・介護医療院は1割弱の施設が届け出ている。
- ・改定後の病院機能分類は、急性期CM型が4.5割、PA連携型が1割強、地域密着型が4割強であった。改定前と比べると変化は僅かであった。
- ・しかし、3年前と比べると、急性期CM型が約10ポイント減少し、地域密着型が約10ポイント増加した。

1. 基本情報(2024年10月1日現在)

- ◆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

- ・クリアした条件数

	1条件	2条件	3条件	なし	合計
病院数	22	5	4	8	39
%	56.4%	12.8%	10.3%	20.5%	100.0%

※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。

- 療養病床の地ケア病棟入院料・管理料、39施設において、95%算定を回避する要件を満たす割合について、
- ・医療法上の療養病床を届け出た病棟が39病棟(＝病院数)1割強を占めた。
- ・39病棟中、8病棟2割強が95%算定となっていた。31病棟8割弱の施設は減算を回避できた。
- ・3つの条件の内、救急告示ありが5割弱と最多であった。
- ・クリアした条件数は、1条件が5.5割強と最多で、複数条件クリアは1割超と少なかった。

1. 基本情報(2024年10月1日現在)

・許可病床別回答数(n=300)

	～99床	100～199床	200床～	総計
病院数	106	127	67	300
	35.3%	42.4%	22.3%	100.0%

※内400床以上：11施設3.6%

77.7%

・保有病棟数別病院数(n=291病院)

	1病棟	2病棟	3病棟	総計
病院数	254	35	2	291
	87.3%	12.0%	0.7%	100.0%

・地ケア病棟の種類:全病棟(n=330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	総計
病棟数	128	106	1	1	66	24	3	1	330
	38.8%	32.1%	0.3%	0.3%	20.0%	7.3%	0.9%	0.3%	100.0%

・地ケア病棟の種類:1病棟目(n=292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	総計
病棟数	115	98	1	1	55	19	3	0	292
	39.4%	33.6%	0.3%	0.3%	18.8%	6.5%	1.0%	0.0%	100.0%

・地ケア病棟の種類:2病棟目(n=36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	総計
病棟数	12	7	0	0	11	5	0	1	36
	33.3%	19.4%	0.0%	0.0%	30.6%	13.9%	0.0%	2.8%	100.0%

・地ケア病棟の種類:3病棟目(n=2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	総計
病棟数	1	1	0	0	0	0	0	0	2
	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

■地ケア病棟の届出状況について

- ・許可病床数は200床未満が8割弱を占めた。
- ・保有病棟数別病院数は1病棟が8.5割強を占めた。最大3病棟を有する病院が2施設に認めた。
- ・全病棟で入院料1が4割弱、同2が3割強、管理料1が2割となり、全体の9割強を占めた。また、入院料・管理料1の合計が6割弱を占めた。
- ・1病棟目から3病棟目まで、入院料1が最多の割合を占めた。

◆病院調査票

2. 実績状況

2. 実績状況

◆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解析対象病院数と入院実患者数

	病院数	入院実患者数
有効回答	254	35,835

※無効回答・未回答の46病院を除外

・在宅患者支援病床初期加算算定の有無毎の入院実患者数・割合

	入院実患者数	割合
算定	14,289	39.9%
非算定	21,546	60.1%
合計	35,835	100.0%

(再掲)在宅患者支援病床初期加算算定病院:247施設85.2%

※引用:本報告書 2. 実績状況、6) 地域包括ケア病棟の加算・注加算の充足度(2024年8月1日～10月31日、n=277)より

- 在宅患者支援病床初期加算算定患者の患者分析について、
- ・254病院3.5万人超の患者分析を行った。
 - ・算定実患者数は14,289人と全体の4割弱を占めた。
 - ・(再掲)本報告書2. 6)より、85.2%の施設が本加算を算定していた。

2. 実績状況

◆**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

・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算定患者の**患者分析**について、

- ・入院前施設毎の実患者数は、介護医療院他施設が9.5割強の大部分を占め、老健は0.5割弱と僅かであった。
- ・搬送ルート毎の実患者数は、その他が8割強と最多で、救急搬送は1.5割強、下り搬送は0.2割と僅かであった。

— 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。

現行

【在宅患者支援病床初期加算】

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 **400点**



改定後

【在宅患者支援病床初期加算】

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
- ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **580点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **480点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
- ① 救急搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号C004-2に掲げる救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者であって、入院初日から当該病棟に入院した患者の場合 **480点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **380点**



136

2. 実績状況

◆患者分析: 総退院患者(2024年8月1日～10月31日)

・退院実患者数

	病院数	退院実患者数
有効回答	199	26,976

※無効回答・未回答の101病院を除外

・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%

■総退院患者の患者分析について、

- ・199病院約2.7万人超の患者分析を行った。
- ・その他(主に自宅)が7.5割強と最多を占めた。
- ・5割が在宅復帰率の分子となる強化型老健はその他の老健よりも少なかった。
- ・居住系介護施設(老健を除く)が1.5割強と一定数を占めた。

— 参考 —

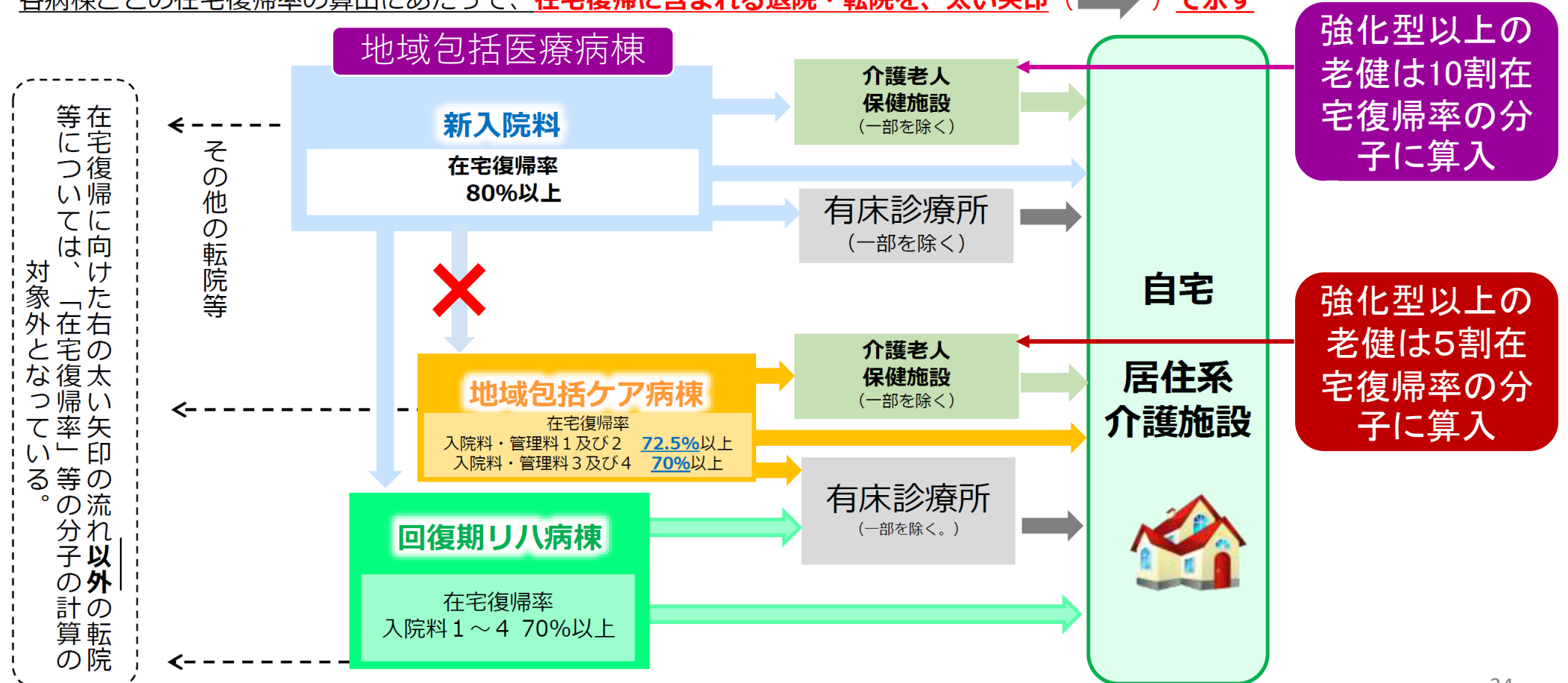
令和6年度診療報酬改定 II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組-① 等

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**



2. 実績状況

◆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

・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)
必要度Ⅰ	12%	10%	-2
必要度Ⅱ	8%	8%	0

	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	25.55%	21.11%	-4.44
必要度Ⅱ	20.95%	17.93%	-3.02

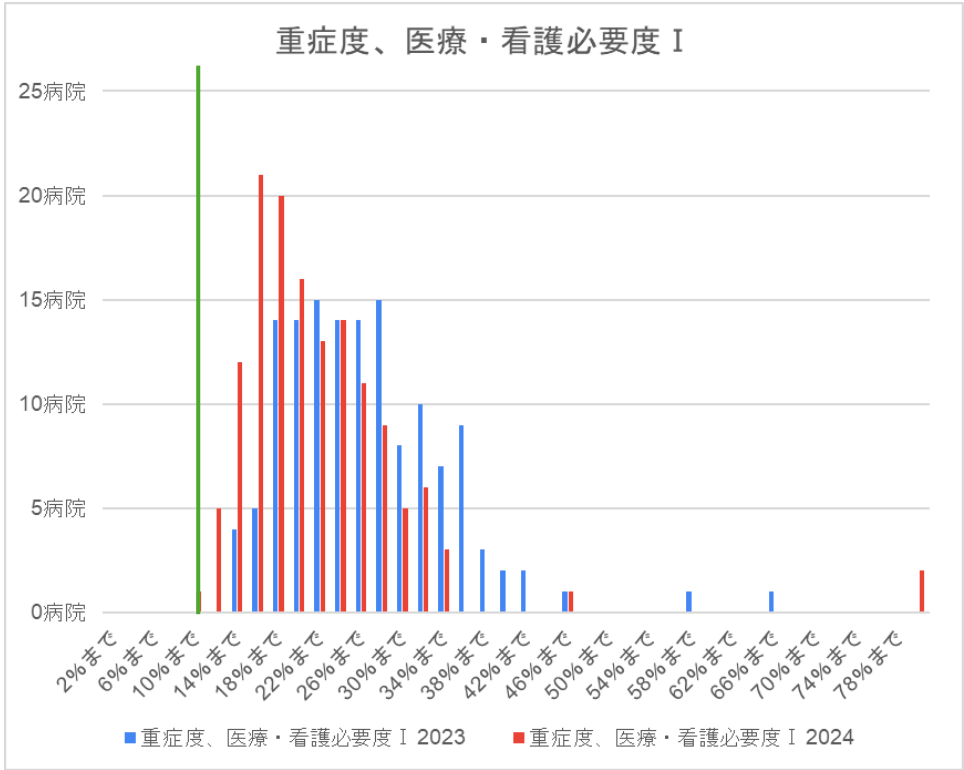
- 重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡ（2024年10月1日時点）について、
- ・ⅠとⅡはほぼ同数の病院が届け出ていた。
 - ・改定による低下の差異以上に、改定前後の実績平均値の低下に差異を認めた。

2. 実績状況

◆重症度、医療・看護必要度 I と II（2024年10月1日時点）

・重症度、医療・看護必要度 I の度数分布

有効回答数139病院



F-検定: 2 標本を使った分散の検定

	変数 1	変数 2
平均	25.55506125	21.1137
分散	66.05757574	99.11074
観測数	139	139
自由度	138	138
観測された分散比	0.666502677	
P(F<=f) 片側	0.008878839	
F 境界値 片側	0.75502407	

t-検定: 一対の標本による平均の検定ツール

	変数 1	変数 2
平均	25.55506125	21.1137
分散	66.05757574	99.11074
観測数	139	139
ピアソン相関	0.43071137	
仮説平均との差異	0	
自由度	138	
t	5.359148278	
P(T<=t) 片側	0.00000017	
t 境界値 片側	1.655970382	
P(T<=t) 両側	0.00000034	
t 境界値 両側	1.977303542	

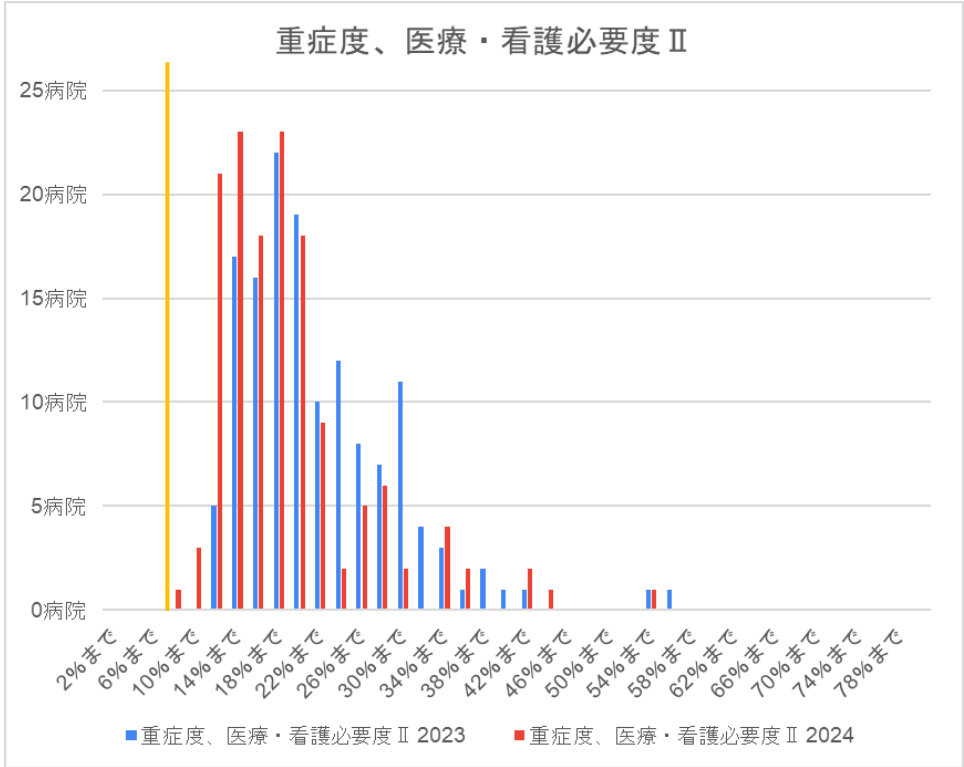
■重症度、医療・看護必要度 I（2024年10月1日時点）について、
・医療機関139施設の2023年度と2024年度の看護必要度 I の評価をt検定で比較した。
統計的に極めて有意な低下が認められた（平均差4.44ポイント，t=5.359，df=138，p<0.001）

2. 実績状況

◆重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡ（2024年10月1日時点）

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの度数分布

有効回答数141病院



F-検定: 2 標本を使った分散の検定

	変数 1	変数 2
平均	20.95120567	17.92943
分散	57.87829496	54.63832
観測数	141	141
自由度	140	140
観測された分散比	1.059298673	
P(F<=f) 片側	0.366861826	
F 境界値 片側	1.321777599	

t-検定: 一対の標本による平均の検定ツール

	変数 1	変数 2
平均	20.95120567	17.92943
分散	57.87829496	54.63832
観測数	141	141
ピアソン相関	0.672389164	
仮説平均との差異	0	
自由度	140	
t	5.907438624	
P(T<=t) 片側	0.000000013	
t 境界値 片側	1.655810511	
P(T<=t) 両側	0.000000025	
t 境界値 両側	1.97705372	

■重症度、医療・看護必要度Ⅱ（2024年10月1日時点）について、
・医療機関141施設の2023年度と2024年度の看護必要度をⅡ評価をt検定で比較した。
統計的に極めて有意な低下が認められた（平均差3.02ポイント, t=5.907, df=140, p<0.001）

2. 実績状況

◆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	20%未満	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%

	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
注射薬剤3種類以上の管理<最大7日間>	64	8	2	2	1	0	0	0	77
	83.12%	10.39%	2.60%	2.60%	1.30%				100.00%
シリンジポンプの管理	68	2	1	0	2	1	0	0	74
	91.89%	2.70%	1.35%		2.70%	1.35%			100.00%
輸血や血液製剤の管理	75	2	1	0	0	1	0	0	79
	94.94%	2.53%	1.27%		0.00%	1.27%			100.00%
専門的な治療・処置									
①抗悪性腫瘍剤の使用	63	0	0	0	0	0	0	0	63
	100.00%								100.00%
②抗悪性腫瘍剤の内服の管理	63	1	0	0	0	0	0	1	65
	96.92%	1.54%						1.54%	100.00%
③麻薬の使用	65	1	0	0	0	3	0	0	69
	94.20%	1.45%				4.35%			100.00%
④麻薬の内服・貼付・坐剤の管理	65	6	0	0	0	1	0	1	73
	89.04%	8.22%				1.37%		1.37%	100.00%
⑤放射線治療	62	0	0	0	0	0	0	0	62
	100.00%								100.00%
⑥免疫抑制剤の管理	58	6	5	0	0	0	0	0	69
	84.06%	8.70%	7.25%						100.00%
⑦昇圧剤の使用	66	1	1	0	1	0	0	0	69
	95.65%	1.45%	1.45%		1.45%				100.00%
⑧抗不整脈剤の使用	64	1	0	0	0	0	0	0	65
	98.46%	1.54%							100.00%
⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用	66	2	0	0	1	0	0	0	69
	95.65%	2.90%			1.45%				100.00%
⑩ドレナージの管理	60	7	1	1	0	1	0	0	70
	85.71%	10.00%	1.43%	1.43%		1.43%			100.00%
⑪無菌治療室での治療	63	0	0	0	0	0	0	0	63
	100.00%								100.00%

■重症度、
おける対象

<A項目に>

- ・2%未満に項目は、17
- ・2%未満に要度Ⅰで15項目82.4%
- ・創傷処置散しており、最多の1.5害
- ・緊急入院指標が異ななく拾い上げ

■ 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について、

＜A項目について＞

- ・2%未満に9割以上の施設が分布する項目は、17項目中10項目58.9%に認めた。
- ・2%未満に8割以上の場合、17項目中必要度Ⅰで15項目88.2%に、必要度Ⅱで14項目82.4%に認めた。
- ・創傷処置や呼吸ケアは、対象患者が分散しており、呼吸ケアは8%-10%未満が最多の1.5割強を占めた。
- ・緊急入院については、必要度ⅠとⅡで指標が異なり、必要度Ⅰの方が分散が多く拾い上げやすい状況であった。

2. 実績状況

◆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割合(%) (2024年8月1日～10月31日)

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%

C 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
開頭手術<11日間>		62	0	0	0	0	0	0	0	62
		100.00%								100.00%
開胸手術<9日間>		61	0	0	0	0	0	0	0	61
		100.00%								100.00%
開腹手術<6日間>		63	0	0	0	0	0	0	0	63
		100.00%								100.00%
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%
救命等に係る内科的治療<4日間>										
①経皮的血管内治療		62	0	0	0	0	0	0	0	62
		100.00%								100.00%
②経皮的心筋焼灼術等の治療		63	0	0	0	0	0	0	0	63
		100.00%								100.00%
③侵襲的な消化器治療		59	1	0	0	0	0	0	0	60
		98.33%	1.67%							100.00%
別に定める検査<2日間>		61	0	0	0	0	0	0	0	61
		100.00%								100.00%
別に定める手術<5日間>		63	2	0	0	0	0	0	0	65
		96.92%	3.08%							100.00%

■重症度、医療・看護必要度の各項目における対象者割合について、

<A項目について> 前頁参照

<C項目について>

- ・2%未満に全施設が分布する項目は、11項目中7項目63.6%に認めた。
- ・全施設が、2%未満に9割以上分布していた。
- ・4-6%未満以上に分布が及ぶ項目は、骨の手術<10日間>と全身麻酔・脊椎麻酔の手術<5日間>の2項目であった。

— 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

2. 実績状況

◆地ケア病棟に入院した短期滞在手術等基本料3（短手3）を算定する患者数及び 短期滞在手術等基本料1（短手1）の対象手術を実施した患者数（2023/12/1～2024/5/31と2024/6/1～2024/11/30の改定前後の半年間の比較）

	2023/12/1～2024/5/31			2024/6/1～2024/11/30		
	対象実患者数	総入院実患者数	割合	対象実患者数	総入院実患者数	割合
短手3算定患者	9,245	90,322	10.2%	8,249	87,587	9.4%
短手1対象手術実施患者	8,584	90,322	9.5%	8,825	87,587	10.1%

※自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、短手3を算定する患者及び短手1の対象手術を実施した患者を対象から除く。
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

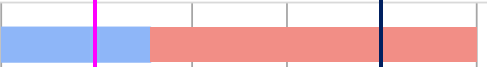
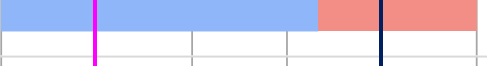
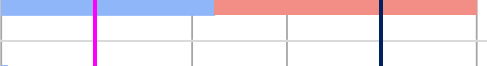
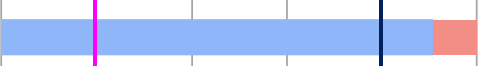
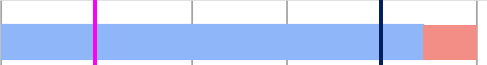
◆身体拘束最小化の取り組み（2024年10月1日時点）

	病院数	割合
全体	298	100.0%
身体的拘束は行っていない	31	10.4%
身体的拘束を予防・最小化する取り組みは実施しているが、身体的拘束は行われている	263	88.3%
身体的拘束を予防・最小化する取り組みも不十分で、身体的拘束は行われている	4	1.3%

- 短手3を算定する患者数及び短手1の対象手術を実施した患者数（改定前後の半年間の比較）について、
・右上の要件の対象から除外されたが、両手術共に大きな変化は認められなかった。
- 入院料通則となった身体拘束最小化の取り組み（2024年10月1日時点）について、
・9割弱の施設は基準に照らして身体拘束を行っていた。
・僅かだが取り組みの不十分な施設も見受けられた。

2. 実績状況

◆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)

	算定している また今後見込	目途ない	有効回答数	該当割合 (%)					
				0	20	40	60	80	100
臨床研修病院入院診療加算	87	190	277						
	31.4%	68.6%	100.0%						
在宅患者緊急入院診療加算	116	158	274						
	42.3%	57.7%	100.0%						
医師事務作業補助体制加算(一般病棟に限る)	191	96	287						
	66.6%	33.4%	100.0%						
地域加算	125	154	279						
	44.8%	55.2%	100.0%						
離島加算	3	265	268						
	1.1%	98.9%	100.0%						
特定感染症患者療養環境特別加算	142	135	277						
	51.3%	48.7%	100.0%						
医療安全対策加算	239	57	296						
	80.7%	19.3%	100.0%						
感染対策向上加算	270	28	298						
	90.6%	9.4%	100.0%						
患者サポート体制充実加算	137	144	281						
	48.8%	51.2%	100.0%						
報告書管理体制加算	33	237	270						
	12.2%	87.8%	100.0%						
データ提出加算	297	1	298						
	99.7%	0.3%	100.0%						
入退院支援加算 1 イ	249	44	293						
	85.0%	15.0%	100.0%						
医療的ケア児(者)入院前支援加算	10	260	270						
	3.7%	96.3%	100.0%						
認知症ケア加算	262	33	295						
	88.8%	11.2%	100.0%						

■ 地域包括ケア病棟の加算・注加算を算定又は算定の見込みとした施設について、

<2割未満の項目—>

- ・離島加算
- ・報告書管理体制加算
- ・医療的ケア児(者)入院前支援加算

<8割以上の項目—>

- ・医療安全対策加算
- ・感染対策向上加算
- ・データ提出加算(必須要件)
- ・入退院支援加算1のイ(一部必須)
- ・認知症ケア加算
- ・入院ベースアップ評価料
- ・看護職員配置加算
- ・急性期患者支援病床初期加算
- ・在宅患者支援病床初期加算

2. 実績状況

◆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)

	算定している また今後見込	目途ない	有効回答数	該当割合 (%)	
				0	20
薬剤総合評価調整加算	134	143	277		
	48.4%	51.6%	100.0%		
排尿自立支援加算	87	190	277		
	31.4%	68.6%	100.0%		
協力対象施設入所者入院加算	107	169	276		
	● 38.8%	61.2%	100.0%		
二次性骨折予防継続管理料2	152	127	279		
	54.5%	45.5%	100.0%		
摂食機能療法	216	70	286		
	75.5%	24.5%	100.0%		
入院ベースアップ評価料	283	15	298		
	● 95.0%	5.0%	100.0%		
看護職員配置加算	250	46	296		
	● 84.5%	15.5%	100.0%		
看護補助者配置加算	109	158	267		
	40.8%	59.2%	100.0%		
急性期患者支援病床初期加算	231	53	284		
	81.3%	18.7%	100.0%		
在宅患者支援病床初期加算	247	43	290		
	85.2%	14.8%	100.0%		
看護職員夜間配置加算	59	214	273		
	21.6%	78.4%	100.0%		

看護補助体制 充実加算1	看護補助体制 充実加算2	看護補助体制 充実加算3	看護補助体制 未算定	回答数	該当割合 (%)	
					0	20
99	20	55	102	276		
35.9%	7.2%	19.9%	37.0%	100.0%		

■ 地域包括ケア病棟の加算・注加算を算定又は算定の見込みとした施設について、

・前頁参照<2割未満の項目—>
<8割以上の項目—>

・介護保険施設等の協力医療機関となることが望ましいとされる中、注目される協力対象施設入所者入院加算(●)は4割弱に認めた。

・注目の入院ベースアップ評価料(●)は9.5割が算定していた。

・看護師の配置も話題となったが、看護職員配置加算(●)は8.5割弱の施設が届け出ていた。

◆病院調査票

3. 令和6年度診療報酬改定の影響について

3. 令和6年度診療報酬改定の影響について

◆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	110	47	116	273
（施設基準外）第1種協力指定医療機関締結	73	42	142	257
（施設基準外）第2種協力指定医療機関締結	81	42	133	256
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	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%

■ R6年度診療報酬改定で定められた基準の達成状況の内、病院全体に関わる項目について

- ・地域包括ケア病棟入院料における在宅医療等の実績の評価の見直しを受けて、医療保険と介護保険の訪問看護は、別々の2条件からまとめて1条件となった。これを受けて院内も敷地内も訪問看護部門において、改定前からクリアした施設を含めて、改定時に1.5割弱の施設が条件を満たしていた。
- ・介護保険施設等の協力医療機関となることが望ましいとされる中、1.5割強の施設が新たに同機関を担った。
- ・入退院支援加算1の施設基準が求める連携機関数について、介護サービスや障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求められた。改定前に既に6.5割弱が対応しており、改定後に総計7割が対応していた。

3. 令和6年度診療報酬改定の影響について

◆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

・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%

＜地ケア入院医療管理料を算定する病棟＞

＜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	63	4	2	69
⑤在宅復帰率の短手1・3患者の除外明確化（6ヵ月）	38	6	30	74
⑥-1看護補助体制充実加算1	10	4	55	69
⑥-2看護補助体制充実加算2	1	0	67	68
⑥-3看護補助体制充実加算3	11	2	57	70

＜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	91.3%	5.8%	2.9%	100.0%
⑤	51.4%	8.1%	40.5%	100.0%
⑥-1	14.5%	5.8%	79.7%	100.0%
⑥-2	1.5%	0.0%	98.5%	100.0%
⑥-3	15.7%	2.9%	81.4%	100.0%

- R6年度診療報酬改定で定められた基準の達成状況の内、入院料・管理料に関わる項目について
- ・入院料と管理料で大きな違いは認められなかった。
 - ・必要度について、9割以上が改定前から1割未満が改定時に対応した。
 - ・短手1・3患者における在宅復帰率除外について、5割以上が改定前から1割前後が改定時に対応した。
 - ・看護補助体制充実加算1は1割前後が改定時に対応した。

3. 令和6年度診療報酬改定の影響について

◆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)



■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

＜2割弱が「何もしていない」＞

・何かしている施設が、8割強もあることが判明した。

・各施設に適した方略を、それぞれの施設で実践していることが推定された。

＜6割以上の項目－＞

・40日以内に入院期間をコントロール

・コントロール方法は、左記の診療体制や診療行為の変更、医介連携の強化とつながる。

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)

	該当	非該当	有効回答数	該当割合 (%)
・ 自院の救急搬送の受入れを強化を実施した (消防庁救急車や他院救急車)	90	195	285	31.6%
・ 自院の救急車両で介護老人保健施設等の施設からの患者搬送を強化した	8	277	285	2.8%
・ 他院と救急搬送連携診療料の連携を実施した	49	236	285	17.2%
・ 他院と救急搬送連携診療料の連携を協議中 (年度内目途に構築予定)	10	275	285	3.5%
・ 救急車両を使用せずに介護老人保健施設からの受け入れを強化した	42	243	285	14.7%
・ 何もしていない	145	140	285	50.9%

- 在宅患者支援病床初期加算見直しへの対応について、
- ・何もしていないが5割強に認めた。
 - ・救急搬送受入れの強化を3割強に認めた。
 - ・下り搬送の連携や、老健からの緊急の受け入れ強化を1.5割前後認めた。

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)

	該当	非該当	有効回答数	該当割合 (%)
・退院後に強化型以上の老健に入所する患者の5割が在宅復帰率になる要件緩和	9	39	48	
	18.8%	81.3%	100.0%	
・在宅患者支援病床初期加算が増点されたため	11	37	48	
	22.9%	77.1%	100.0%	
・介護施設との連携協定の締結が望ましいとされたため	29	19	48	
	60.4%	39.6%	100.0%	
・稼働率維持・向上のため	25	23	48	
	52.1%	47.9%	100.0%	

- 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を強化した回答理由について、
- ・介護保険施設等との連携協定締結が望ましいとの要件が6割強に上った。
 - ・稼働率の維持・向上のためが5割強に認めた。

3. 令和6年度診療報酬改定の影響について

◆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す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	6

■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

- ・9施設全てが基準を満たしていた。
- ・緩和の効果は3施設において認められたが、内2施設は取り下げの可能性があった。

■ クロス集計

■ クロス集計の項目は、

- ・ 設問名を×で括った。

例) 許可病床数 × 病院機能

■ 列又は行で強調したい場合は で囲んだ。

■ 2026年度以降に予想されるDPC退出基準のクロス表

■ 2026年度以降に予想されるDPC退出基準のクロス表

・ 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

■ 2026年度以降に予想されるDPC退出基準の充足度×許可病床数について、

・全て満たしている病院は、200床以上では9.5割強、同未満では7.5割強であった。

・200床未満の病院の4分の1が退出基準を満たせていなかった。

■ 2026年度以降に予想されるDPC退出基準の充足度×病院機能分類について、

・全て満たしている病院は、急性期CM型では9割弱、PA連携型と地域密着型では7.5割以下であった。

■ 2026年度以降に予想されるDPC退出基準のクロス表

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

・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

病床種類数

・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

■ 2026年度以降に予想されるDPC退出基準充足の有無 × 急性期一般病床の病床数について

・60床未満の病院は、基準を満たせない予想の病院の8.5割弱、満たす予想の病院の1割強を占めていた。

■ 2026年度以降に予想されるDPC退出基準充足の有無 × 病床種類数について、

・基準を満たせない予想の病院の大部分の6割強を急性期一般4が占めていた。

・満たす予想の病院は急性期一般1と治療室が主体となっていた。

■在宅患者支援病床初期加算のクロス表

■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%

■在宅患者支援病床初期加算算定の有無毎 × 許可病床数について、

- ・算定患者は、200床未満が4.5割弱、同以上が3割強を占めていた。
- ・いずれも非算定患者が過半数を占めていた。

■在宅患者支援病床初期加算算定の有無毎 × 病院機能分類について、

- ・急性期CM型と地域密着型は非算定患者が過半数を占めていたが、PA連携型は算定患者が5.5割強を占めていた。

■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入院前施設 × 許可病床数

	200床未満	200床以上	合計
老健	557	94	651
介護医療院他	10,499	3,139	13,638
合計	11,056	3,233	14,289

	200床未満	200床以上	合計
老健	5.0%	2.9%	4.6%
介護医療院他	95.0%	97.1%	95.4%
合計	100.0%	100.0%	100.0%

・入院実患者における在宅患者支援病床初期加算の入院前施設 × 病院機能分類

	急性期CM	PA連携	地域密着	合計
老健	368	53	230	651
介護医療院他	5,750	2,348	5,540	13,638
合計	6,118	2,401	5,770	14,289

	急性期CM	PA連携	地域密着	合計
老健	6.0%	2.2%	4.0%	4.6%
介護医療院他	94.0%	97.8%	96.0%	95.4%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

■在宅患者支援病床初期加算の入院前施設 × 許可病床数について、

・200床未満と以上で大差はなかった。

■在宅患者支援病床初期加算の入院前施設 × 病院機能分類について、

・病院機能毎に大差はなかった。

■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搬送ルート × 許可病床数

	200床未満	200床以上	合計
救急	1,924	501	2,425
下り	264	18	282
その他	8,868	2,714	11,582
合計	11,056	3,233	14,289

	200床未満	200床以上	合計
救急	17.4%	15.5%	17.0%
下り	2.4%	0.6%	2.0%
その他	80.2%	83.9%	81.1%
合計	100.0%	100.0%	100.0%

・入院実患者における在宅患者支援病床初期加算の搬送ルート × 病院機能分類

	急性期CM	PA連携	地域密着	合計
救急	1,238	360	827	2,425
下り	38	21	223	282
その他	4,842	2,020	4,720	11,582
合計	6,118	2,401	5,770	14,289

	急性期CM	PA連携	地域密着	合計
救急	20.2%	15.0%	14.3%	17.0%
下り	0.6%	0.9%	3.9%	2.0%
その他	79.1%	84.1%	81.8%	81.1%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

■在宅患者支援病床初期加算の搬送ルート × 許可病床数について、

- ・200床未満と以上で大差はなかった。
- ・200床以上では下り搬送が極僅かであった。

■在宅患者支援病床初期加算の搬送ルート × 病院機能分類について、

- ・病院機能毎に大差はなかった。
- ・急性期CM型とPA連携型では下り搬送が極僅かであった。

■ 退院先のクロス表

■退院先のクロス表

・退院患者（2024年8月1日～10月31日）の退院先の状況 × 許可病床数

	200床未満	200床以上	合計
老健（強化）	310	184	494
老健（その他）	436	207	643
有床診療所	70	12	82
有床（復帰率非該当）	18	21	39
居住系介護施設	3,047	1,070	4,117
回りハ	206	48	254
療養病床	486	185	671
その他	15,209	5,467	20,676
合計	19,782	7,194	26,976

	200床未満	200床以上	合計
老健（強化）	1.6%	2.6%	1.8%
老健（その他）	2.2%	2.9%	2.4%
有床診療所	0.4%	0.2%	0.3%
有床（復帰率非該当）	0.1%	0.3%	0.1%
居住系介護施設	15.4%	14.9%	15.3%
回りハ	1.0%	0.7%	0.9%
療養病床	2.5%	2.6%	2.5%
その他	76.9%	76.0%	76.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%

■退院先の患者分析 × 許可病床数について、
・200床以上と未満で大きな差は認めなかった。

■退院先のクロス表

・退院患者(2024年8月1日～10月31日)の退院先の状況 × 病院機能分類

	急性期CM	PA連携	地域密着	合計
老健（強化）	222	66	206	494
老健（その他）	386	46	211	643
有床診療所	36	19	27	82
有床（復帰率非該当）	15	1	23	39
居住系介護施設	1,350	480	2,287	4,117
回りハ	160	37	57	254
療養病床	329	81	261	671
その他	11,666	1,901	7,109	20,676
合計	14,164	2,631	10,181	26,976

	急性期CM	PA連携	地域密着	合計
老健（強化）	1.6%	2.5%	2.0%	1.8%
老健（その他）	2.7%	1.7%	2.1%	2.4%
有床診療所	0.3%	0.7%	0.3%	0.3%
有床（復帰率非該当）	0.1%	0.0%	0.2%	0.1%
居住系介護施設	9.5%	18.2%	22.5%	15.3%
回りハ	1.1%	1.4%	0.6%	0.9%
療養病床	2.3%	3.1%	2.6%	2.5%
その他	82.4%	72.3%	69.8%	76.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

■退院先の患者分析 × 病院機能分類について、

- ・199病院約2.7万人超の患者分析を行った。
- ・その他(主に自宅)について、急性期CM型は8割強であったが、地域密着型・PA連携型は7割前後であった。
- ・居住系介護施設(老健を除く)について、急性期CM型は1割弱であったが、地域密着型・PA連携型は2割前後であった。
- ・他の退院先に大きな差は認めなかった。

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