

一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会

2026 年度
地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟
の診療報酬改定に係る提言



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

謝 辞

厚生労働省 保険局医療課長
林 修一郎 殿

地域包括ケア推進病棟協会は、地域包括ケア病棟が2014年度診療報酬改定にて新設された事を受けて、同年5月に当時地域包括ケア病棟協会として設立されました。2025年度は11年目を迎えます。

2024年度診療報酬改定にて高齢者救急を担う病棟として地域包括医療病棟が新設されました。そこで、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を推進することにより、国民の医療・介護・福祉ニーズに応え、生活の質の向上に資することを協会の目的と致しました。そして、2つの病棟を、地域包括ケアを推進する病棟と定義して、協会名を地域包括ケア推進病棟協会に変更致しました。

本年2025年度は、「地域包括ケアシステムの構築」と「地域医療構想の実現」における最初の重要なゴールであり、2040年に向けた準備の年でもあります。

一方で、人口減少、高齢虚弱マルチモビディティ患者の増加、働き方改革に伴う医師不足と診療科のミスマッチ、看護師等の人材不足、人件費率の増加、コロナ後の患者受療行動の変化、さらには海外情勢不安、物価高騰、長期金利の上昇、頻発する激甚災害への対応など、医療機関を取り巻く環境は極めて厳しく、地域医療はまさに崩壊寸前の危機に瀕しています。2024年度の当協会調査で7割近くの病院が赤字という状況もこれを裏付けています。

このような状況においても、「ときどき入院ほぼ在宅」を掲げて、様々な研修会や講座、研究大会、調査等を通じて、また、急性期、慢性期、公的、民間を問わず、全国の医療機関や関係団体と協調して地域包括ケアを推進する病棟に勤める専門職の質向上と、2つの病棟の普及啓発を目指します。

今日までの活動にご協力頂いた事を感謝申し上げます。

2025年8月12日
一般社団法人 地域包括ケア推進病棟協会
会長 仲井培雄

2026年度 地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の 診療報酬改定に係る提言

はじめに

地域社会の最も必要なインフラの一つである病院医療の持続可能性を追求して、国民の命を守り、高齢虚弱マルチモビディティ患者の生活を支えるために、「2026年度地域包括ケア病棟と地域包括医療病棟の診療報酬改定に係る提言【資料編】」や、「2025年度入院・外来医療等の調査・評価分科会」の資料等を元に、以下を提言します。

<2つの病棟に係る提言>

提言1 物価や人件費、委託費、建築費等の医療提供にかかるコストは高騰し続けており、病院経営の持続性が脅かされている。こうした状況に対応しつつ、患者への質の高い医療とケアを継続し、安定した医療提供体制を確保するために、特定入院料や入院基本料の大幅な引き上げを行ってはどうか。

提言2 病棟業務は高齢虚弱“multimorbidity 患者”の増加と共に複雑化し、患者横断的なチーム医療は不可欠である。しかし、現在の専従要件では、専従職員がその専門知識やスキルを他のチーム医療に活かすことができない。人材確保が厳しさを増すなか、医療の質向上と効率化を図るため、各種チーム医療の専従要件をなくし、兼務を認めてはどうか。具体的には、必要な資格と一定の経験年数を経た上で、専任として複数の兼務を可能とってはどうか。これにより、職員のスキルを最大限に活用できることとなり、チーム医療全体の強化に繋がる。

提言3 3次救急医療機関等における救急患者連携搬送料の利用実績は低く、在宅患者支援病床初期加算の対象となっている地域包括ケア病棟でも受け入れ実績は僅かである。そこで、利用促進のため、搬送先の医療機関の地域包括ケア・医療病棟においても、救急患者を3次救急医療機関等まで迎えに行き転院搬送する場合の評価を新たに行ってはどうか。

提言4 2028年度の改定を見据えて、肺炎や尿路感染、めまい等の内科系疾患の評価について、現状の重症度、医療・看護必要度では評価しきれない治療・療養の手間の評価方法を探索するために、慢性併存疾患の累積罹患状況や、インスリン治療・CPAP・内服抗血栓療法等の継続的治療の累積状況、服用薬剤種類数といったマルチモビディティに対する調査を行って、評価への応用を2026年度から検討してはどうか。

<地域包括ケア病棟に係る提言>

提言5 現在の看護職員配置加算の要件には、看護職員の負担軽減と処遇改善が求められている。人材確保が厳しさを増す中、この要件を満たすため、「看護職員

と他職種との業務分担」および「柔軟な勤務体制の工夫」に着目した新たな要件緩和を行なってはどうか。具体的には、看護師の早出・遅出業務を他職種が専門性を活かして代替した場合、その職員を看護職員配置加算の対象とみなし、加算を届け出可能とする。その際、ICT等の技術活用による業務負担軽減が十分に図られ、安全管理や感染対策が適切に行われていることを要件としてはどうか。

提言6 現在の制度では、地域包括ケア病棟へ直接入棟した患者が重症化して、自院急性期一般病床へ転棟すると、回復後の地域包括ケア病棟への再入棟による地域包括ケア病棟入院料を算定できない。これは、救急搬送患者の受け入れをためらう一因となり、特に中小病院のベッドコントロールを停滞させる原因となっている。そこで、救急搬送患者を地域包括ケア病棟で直接受け入れた場合、SOFAスコア等の指標を活用して、数日間のトリアージ期間を設けてはどうか。その期間中に病態が悪化した場合に、1回に限り急性期一般病床を経た後の地域包括ケア病棟への再入棟を認め、入院料を算定可能とすることで、救急搬送の受け入れ促進とベッドコントロールの円滑化を図ってはどうか。

提言7 地域包括ケア病棟において、主に内科系の救急搬送や緊急入院患者の直接受け入れを促進するために、在宅患者支援病床初期加算の上乗せ加算として、救急や緊急患者の直入割合を一定以上にする場合を評価してはどうか。これにより、地域包括医療病棟の届出が難しい中小病院も、高齢者救急の受け入れに対する評価を得ることができ、地域医療への貢献が促されると考える。

提言8 短期滞在手術等基本料3について、外来中心にすべきという意見がある。しかし、過疎地の高齢独居患者など、通院が困難なケースも多い。このような場合、入院での手術は患者や支援者にとって都合がよい。一律に外来中心と規制するのではなく、地域の医療資源や訪問診療の充実度、手術環境などを考慮し、柔軟なルールを設けてはどうか。

<地域包括医療病棟に係る提言>

提言9 地域包括医療病棟は厳格な要件により、軽中等症の高齢者救急を一定以上受け入れることは難しい。そこで、重症度、医療・看護必要度に係る救済措置の期限延長や新たな評価軸を設けて、病院が届出し易い環境を整えてはどうか。

提言10 地域包括医療病棟は高齢者救急を担う。DPC退出基準を満たせない急性期病院や、救急搬送受け入れに注力する地域包括ケア病棟が転換を検討しているが、中小病院には転換が困難な厳しい要件がある。大都市や過疎化が進む地方都市では、急性期一般病床+地域包括ケア病棟の需要は今後も続くと考えられる。しかし、これらの病棟に地域包括医療病棟と回復期リハビリテーション病棟を追加すると、患者の受け入れが複雑化する。そこで、高齢者救急を地域包括医療病棟に集約するのではなく、地域の医療ニーズに応じ、急性期一般病床+地域包括ケア病棟、または療養病床+地域包括ケア病棟のように、簡潔な組み合わせで転換を複線化してはどうか。これは、地域医療の崩壊を防ぐための過渡期的な対策となる。