

大きく変わる地域医療構想と入退院支援

～2024年同時改定を踏まえて～



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地
- 横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、
○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、
ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設 老健（衣笠ろうけん）特養（衣笠ホーム）訪問診療クリニック 訪問看護ステーション
通所事業所（長瀬ケアセンター）など

■グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉
逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

衣笠病院グループ



浦賀

長瀬
ケアセンター

三浦



目次

- パート 1
 - 2024年診療報酬改定率と基本方針
- パート 2
 - 高齢者救急をどこで診る？
- パート 3
 - 地域包括医療病棟の新設
- パート 4
 - 入退院支援はPFMの考え方から
- パート 5
 - 2024年診療報酬改定と入退院支援・入院時支援



パート1

2024年診療報酬改定率と 基本方針

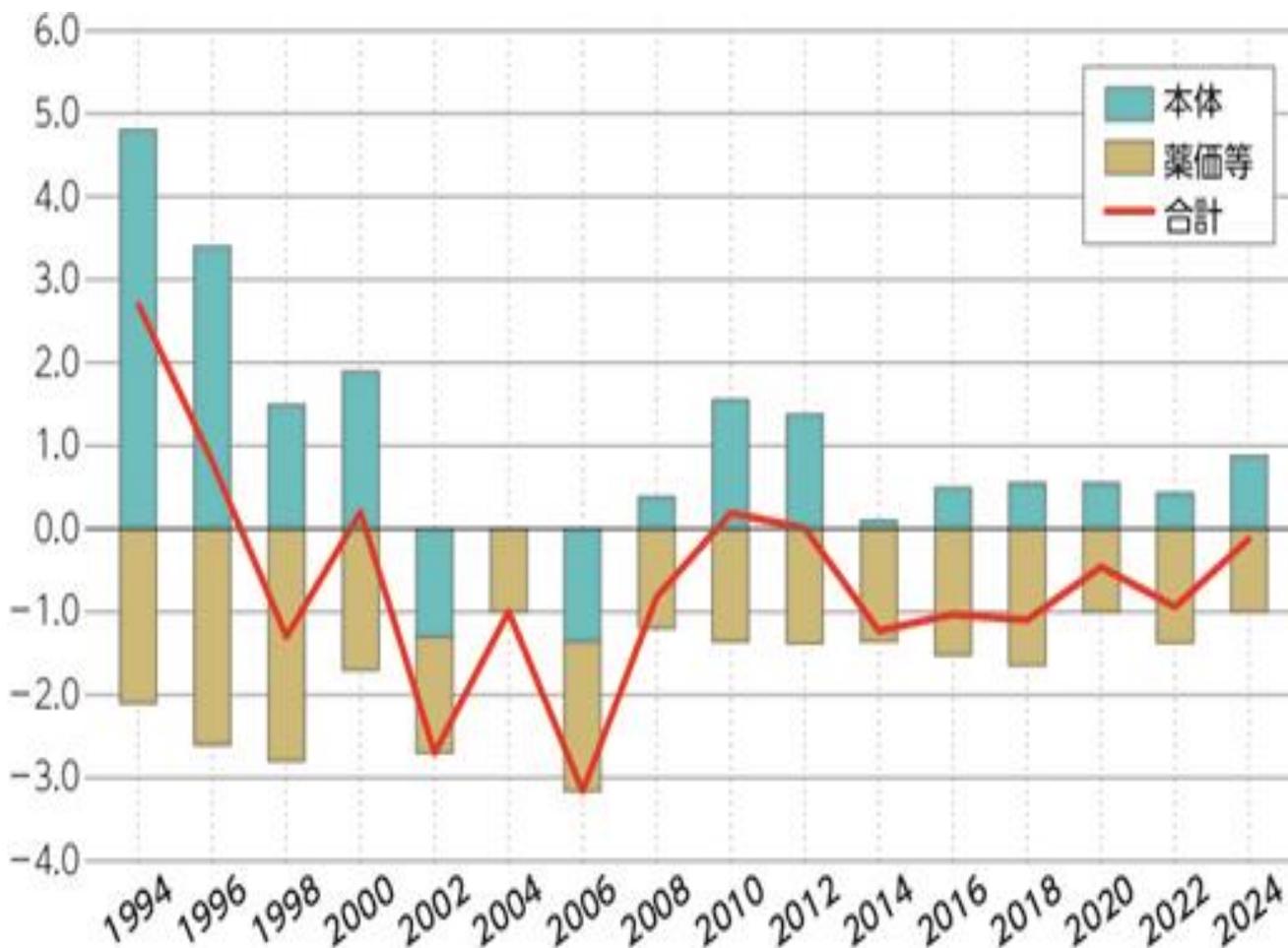


2023年12月15日

2024年診療報酬改定率 本体部分0.88%



武見敬三大臣



年度	本体	薬価等	合計
1994	4.8	-2.1	2.7
1996	3.4	-2.6	0.8
1998	1.5	-2.8	-1.3
2000	1.9	-1.7	0.2
2002	-1.3	-1.4	-2.7
2004	0	-1	-1
2006	-1.36	-1.80	-3.16
2008	0.38	-1.2	-0.82
2010	1.55	-1.36	0.19
2012	1.379	-1.375	0.004
2014	0.1	-1.36	-1.26
2016	0.49	-1.52	-1.03
2018	0.55	-1.65	-1.1
2020	0.55	-1.01	-0.46
2022	0.43	-1.37	-0.94
2024	0.88	-1	-0.12

図1 診療報酬改定率の推移

(1) 診療報酬：令和6年6月施行

+0.88% (国費800億円程度(令和6年度予算額。以下同じ))

※1 うち、※2～※4を除く改定分+0.46%

各科改定率 医科 +0.52%
 歯科 +0.57%
 調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種(上記※1を除く)について、令和6年度にベア+2.5%、令和7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応
 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ(1食当たり30円)の対応(うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円)
 +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化
 △0.25%

(2) 薬価等：令和6年4月施行

(ただし材料価格は令和6年6月施行)

薬価 △0.97% (国費△1,200億円程度)
 材料価格 △0.02% (国費△20億円程度)
 合計 △1.00% (国費△1,200億円程度)

※イノベーションの更なる評価等として、革新的新薬の薬価維持、有用性系評価の充実等への対応を含む。

※急激な原材料費の高騰、後発医薬品等の安定的な供給確保への対応として、不採算品再算定に係る特例的な対応を含む。
 (対象：約2,000品目程度)

※イノベーションの更なる評価等を行うため、後述の長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行う。

(3) 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- 調剤基本料等の適正化

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、実態を把握する。

2024年診療報酬改定の基本方針

社会保障審議会医療保険部会
2023年12月8日

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 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
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 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
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 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（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

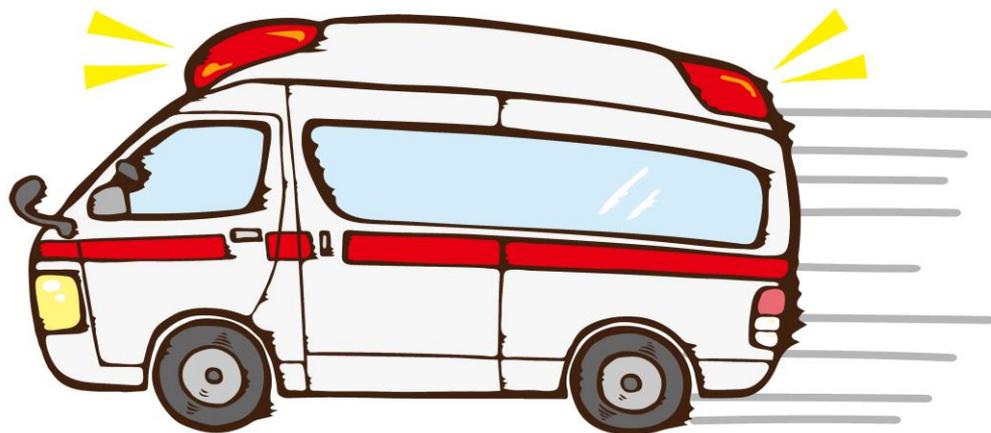
パート 2

高齢者救急をどこで診る？

- ①急性期一般病床に高齢者救急が集まるワケ
- ②地域包括ケア病棟と高齢者救急



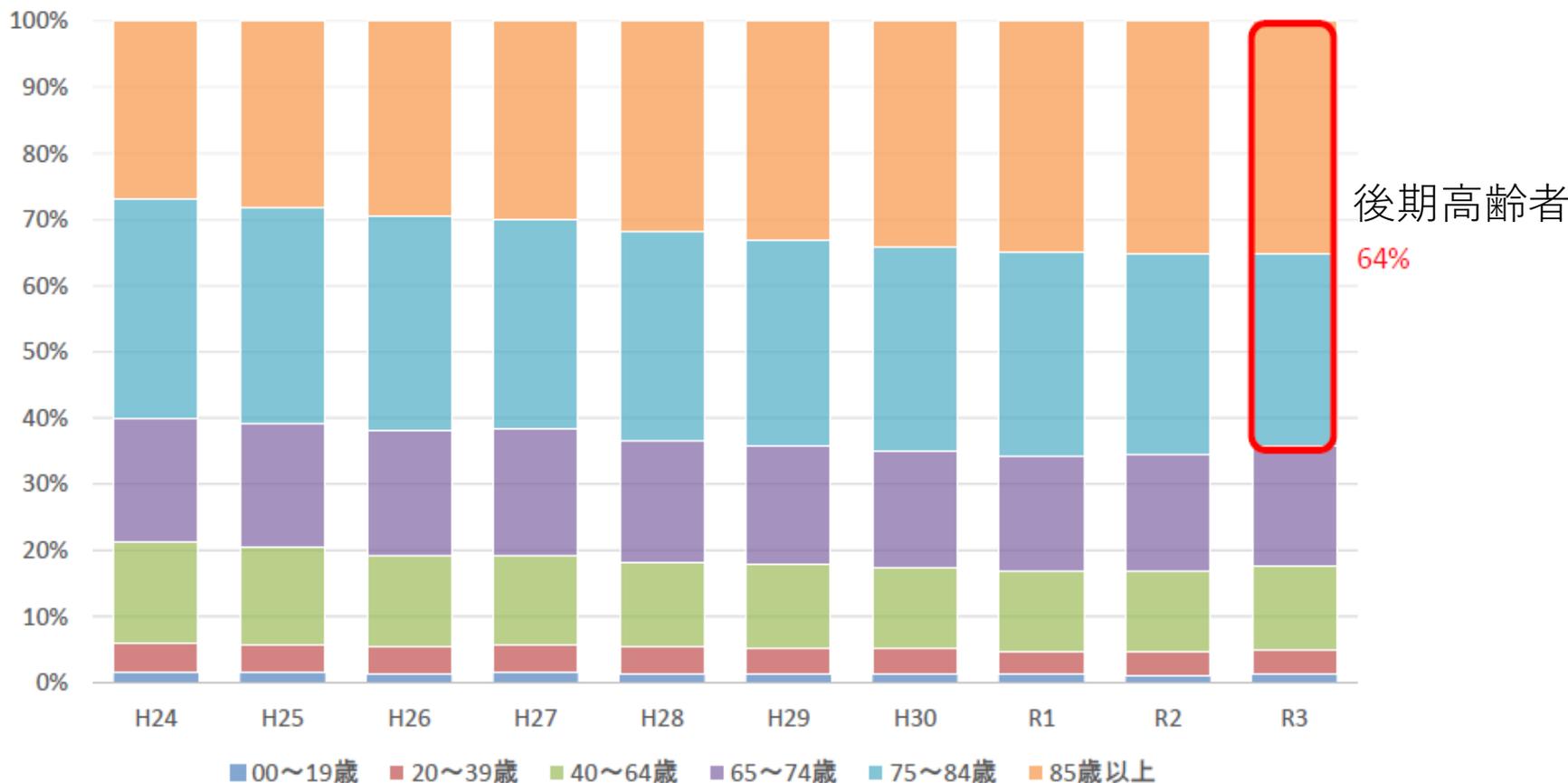
①急性期一般病床に高齢者救急が集まるワケ



入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24～H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料

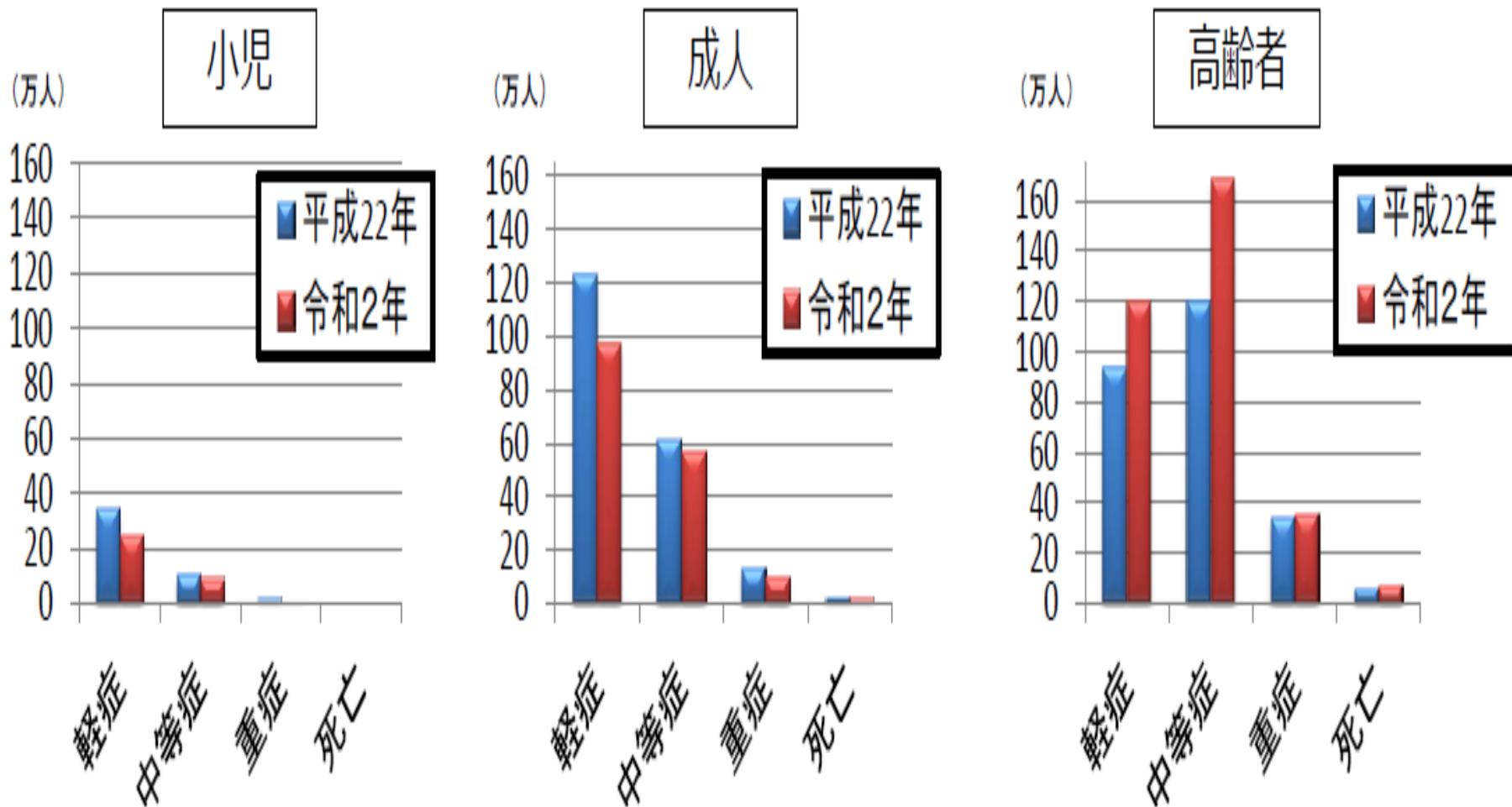


10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

○ 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。



介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

急性期一般病床に
介護福祉施設から
の入院66万人

介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

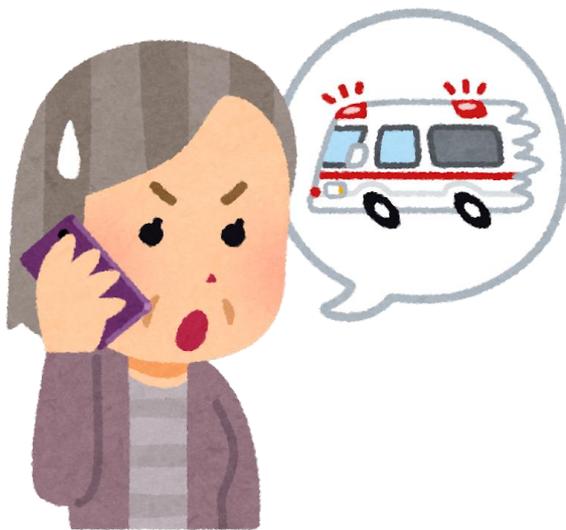
介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	10,754	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	7,054	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [糸条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	6,054	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	5,854	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	5,654	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	5,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

誤嚥性肺炎
尿路感染
心不全

高齢者救急が
急性期一般病床に
入院するワケは重症度、
医療・看護必要度にあり



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A モニタリング及び処置等		0点	1点	2点	C 手術等の医学的状況		0点	1点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—	16	開頭手術(13日間)	なし	あり
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—	17	開胸手術(12日間)	なし	あり
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—	18	開腹手術(7日間)	なし	あり
4	心電図モニター管理	なし	あり	—	19	骨の手術(11日間)	なし	あり
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	—	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージ管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり	22	救命等に係る内科的治療(5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)	なし	あり
	23				別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし		
8	I: 救急搬送後の入院(5日間)	なし	—	あり	24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり
	II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)							

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

B	患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
15	危険行動	ない		ある			

「看護必要度を満たす患者」の条件

次のいずれかを満たす患者

A項目2点以上 かつ B項目3点以上

A項目3点以上

C項目1点以上

急性期一般1で誤嚥性肺炎・尿路感染の救急搬送を受け入れるワケは？

- 救急搬送患者では「5日間、A項目2点」を獲得できる
- 高齢者の多くはADLに問題があるので、B項目は満たしやすい
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症でも「救急搬送」すれば、急性期一般1の重症度、医療・看護必要度をアップすることができる（A2点以上・B3点以上に該当する）
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症は急性期一般1でも地域一般でも医療資源投入量に大差はない。
- しかし上記の理由から急性期一般1で受け入れることのインセンティブが働いてしまう。

「看護必要度を満たす患者」の条件

次のいずれかを満たす患者

廃止

急性期一般
入院料 1

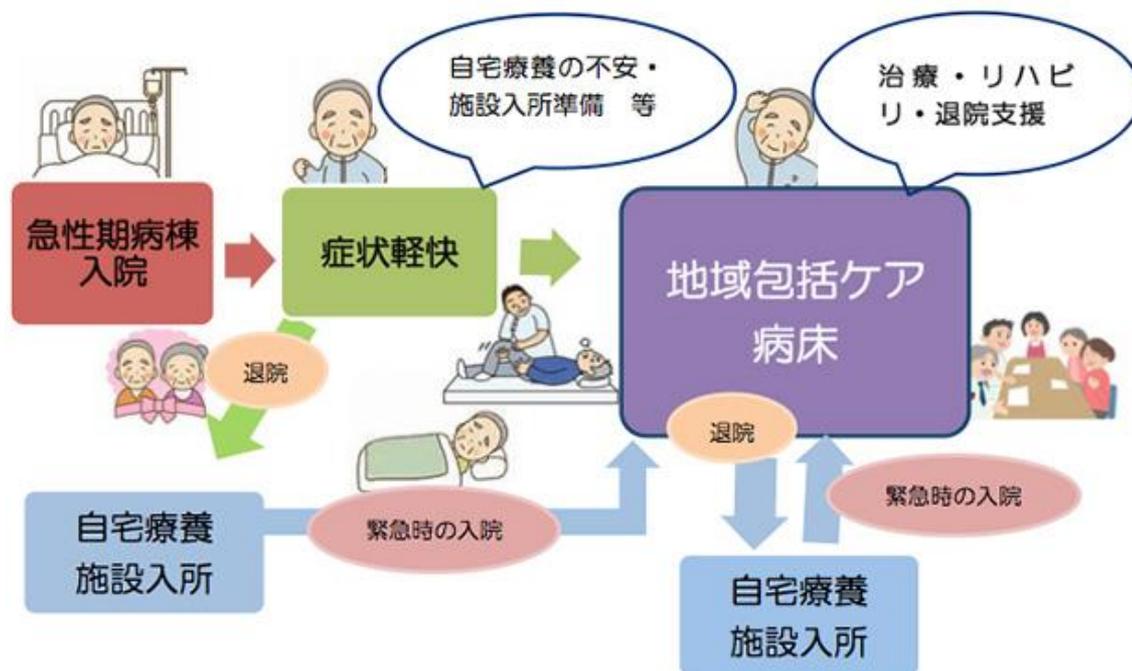
~~☑ A項目2点以上 かつ B項目3点以上~~

☑ A項目3点以上

☑ C項目 1 点以上

B項目が
消えた!

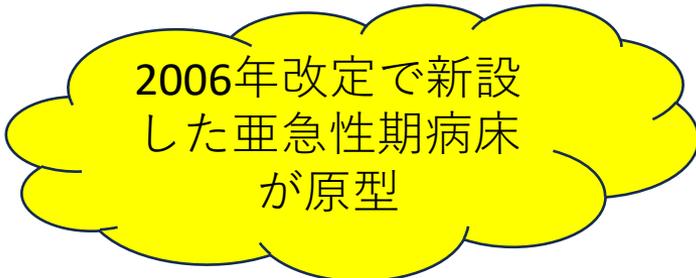
②地域包括ケア病棟と 高齢者救急



地域包括ケア病棟の経緯①

- 2014年診療報酬改定

- 地域包括ケア病棟が新設された。
- 厚生労働省はその役割を「急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える」と定義した。
- 算定項目は、算定上限60日、看護体制は13対1で7割以上の看護師が必要とされ、疾患別・がん患者リハビリテーションを含む多くの項目が包括評価となっている
- リハビリテーションは、地域包括ケア時代を反映して廃用症候群・認知症モデルに包括算定となっている。



2006年改定で新設
した亜急性期病床
が原型

地域包括ケア病棟経緯②

- 2016年度改定

- 手術と全身麻酔などが包括から出来高算定となる。

- 2018年度改定

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1-4 が新設されて地域包括ケアシステムを支える機能が強化された。

- 2020年度改定

- 地域包括ケア病棟の役割をバランスよく発揮できるよう、地域包括ケアに係る実績や入退院支援等に係る施設基準、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法が見直された。

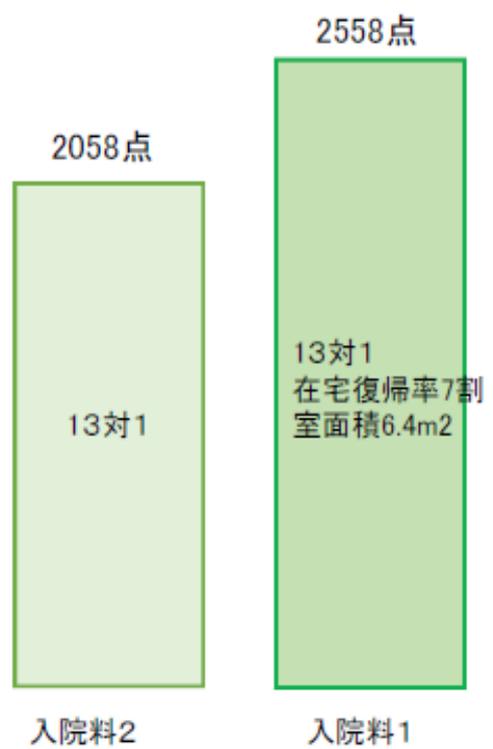
- 2022年度改定

- 救急の実施等の要件化、自院一般病棟からの転棟割合適正化、在宅患者の受入等の強化、在宅医療等の実績の充実、入退院支援加算の要件化、在宅復帰強化、初期加算の見直し等、大幅な改定が行われた

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

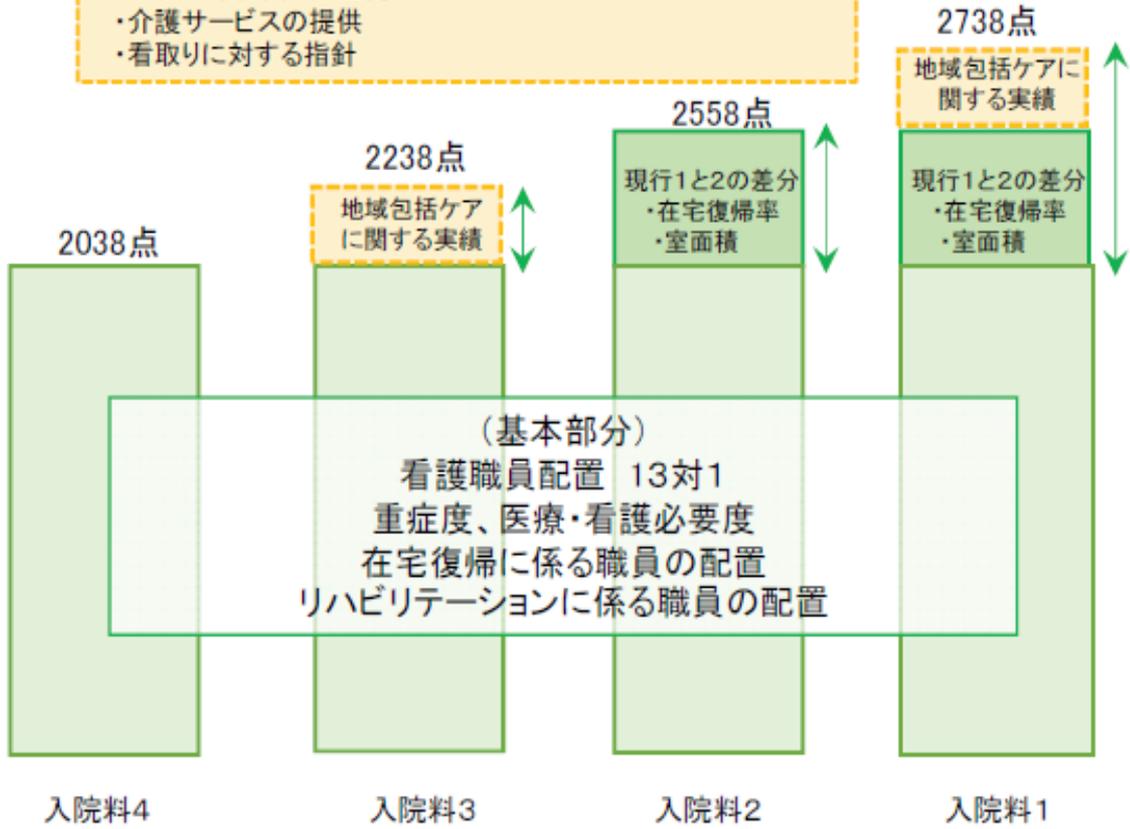
【現行】

2018年 【平成30年度改定】



【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療等の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針



(基本部分)
 看護職員配置 13対1
 重症度、医療・看護必要度
 在宅復帰に係る職員の配置
 リハビリテーションに係る職員の配置

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

中医協調査専門組織

2014年入院医療分科会



宇都宮啓医療課長

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長: 松原由美(早稲田大学人間科学学術院准教授)
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度2回
平成26年度6回
平成27年度4回
平成28年度3回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 中村洋(慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度14回
平成24年度8回
平成25年度13回
平成26年度3回
平成27年度13回
平成28年度13回

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 田辺国昭(東京大学大学院法学政治学研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5:5:6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度開催なし
平成24年度5回
平成25年度2回
平成26年度7回
平成27年度9回
平成28年度3回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口晴子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5:5:4
開催: 調査設計で開催
平成23年度2回
平成24年度4回
平成25年度1回
平成26年度3回
平成27年度1回
平成28年度3回

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 秋下雅弘(東京大学医学部老年病学教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月1回程度

保険医療材料等専門組織

所掌: 特定保険医療材料及び対外診断用医薬品の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 小澤壯治(東海大学医学部医学科領域主任教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、月1回程度

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長: 荒井耕(一橋大学大学院商学研究科教授)
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6:6:4:2
開催: 改定の議論に応じて開催
平成24年度8回
平成25年度7回
平成26年度8回
平成27年度10回
平成28年度4回

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 関ふ佐子(横浜国立大学大学院国際社会科学研究院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4:4:4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成23年度8回
平成24年度1回
平成25年度10回
平成26年度4回
平成27年度9回
平成28年度1回

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

■DPC評価分科会

会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)

■医療技術評価分科会 時期: 年1回程度

会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)

■医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授)

■医療機関等における消費税負担に関する分科会

会長: 田中滋(慶應義塾大学名誉教授)

■入院医療等の調査・評価分科会

会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

費用対効果評価専門組織

所掌: 医薬品及び医療機器の費用対効果評価について調査審議
設置: H28
委員長: 田倉智之(大阪大学大学院医学研究科医療経済産業政策学教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 1年に数回程度

地域包括ケア病棟（新設）

• 地域包括ケア病棟入院料 1、2

- 疾病別リハの届出
- **看護配置13：1**
- 常勤リハビリスタッフ
- リハ1日2単位以上
- 重症度・看護必要度
- 在宅復帰率
- 1床あたり原則6・4平米
- 在宅療養支援病院（200床未満）
- 2次救急指定病院、救急告示病院
- データ提出加算

リハスタッフ
充実

看護師・看護
補助者の加配

最大の争点は
救急の扱い！

• 地域包括ケア病棟

入院料 1

- 在宅復帰率
- 看護職員配置加算
- 看護補助者配置加算

診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会

委員名簿

氏名	所属
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援セ
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授



武久洋三先生

○：分科会長

入院医療分科
会ですべてを
決めるな。越
権行為だ！



中川俊男委員



入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

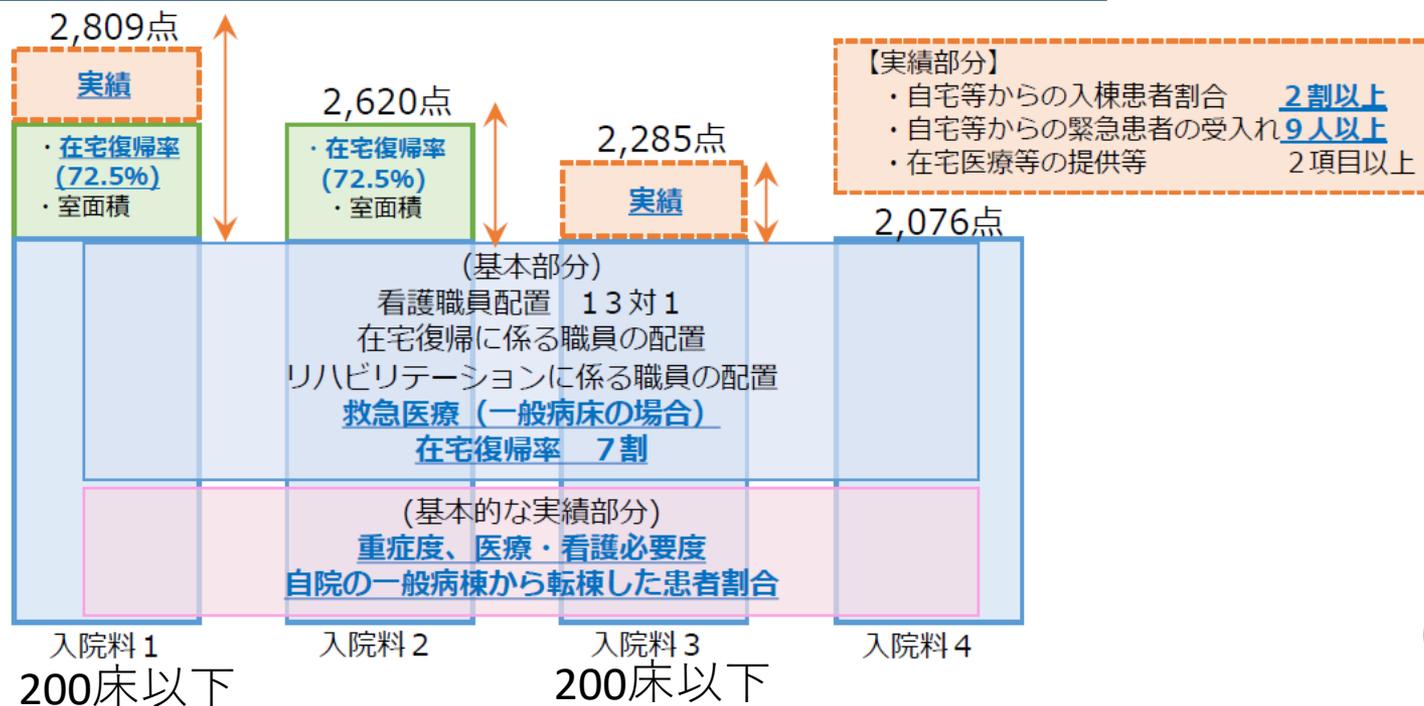


(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



2014年

地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て(n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後
(外来の初再診後)(n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由
(n=390)

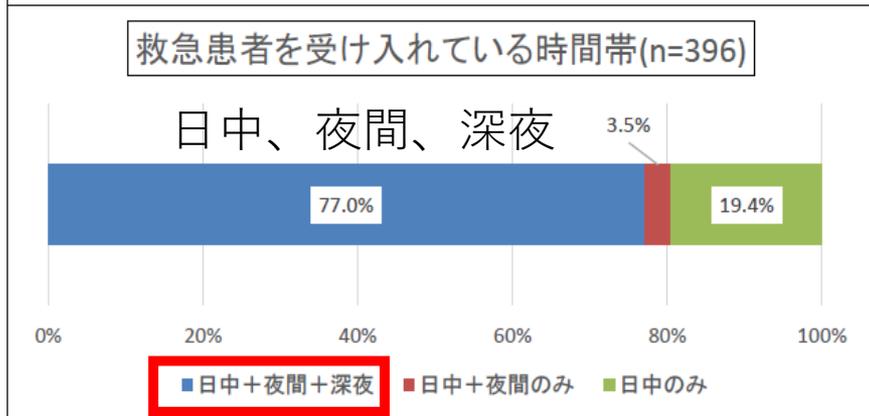
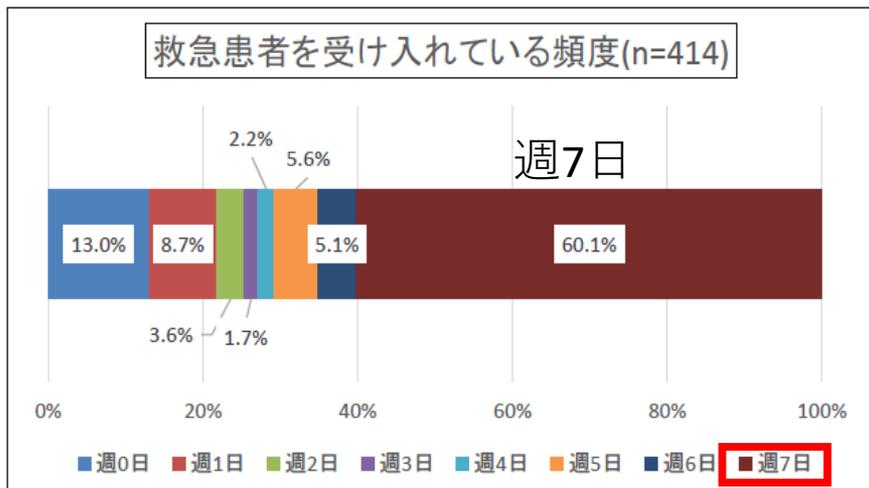
1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

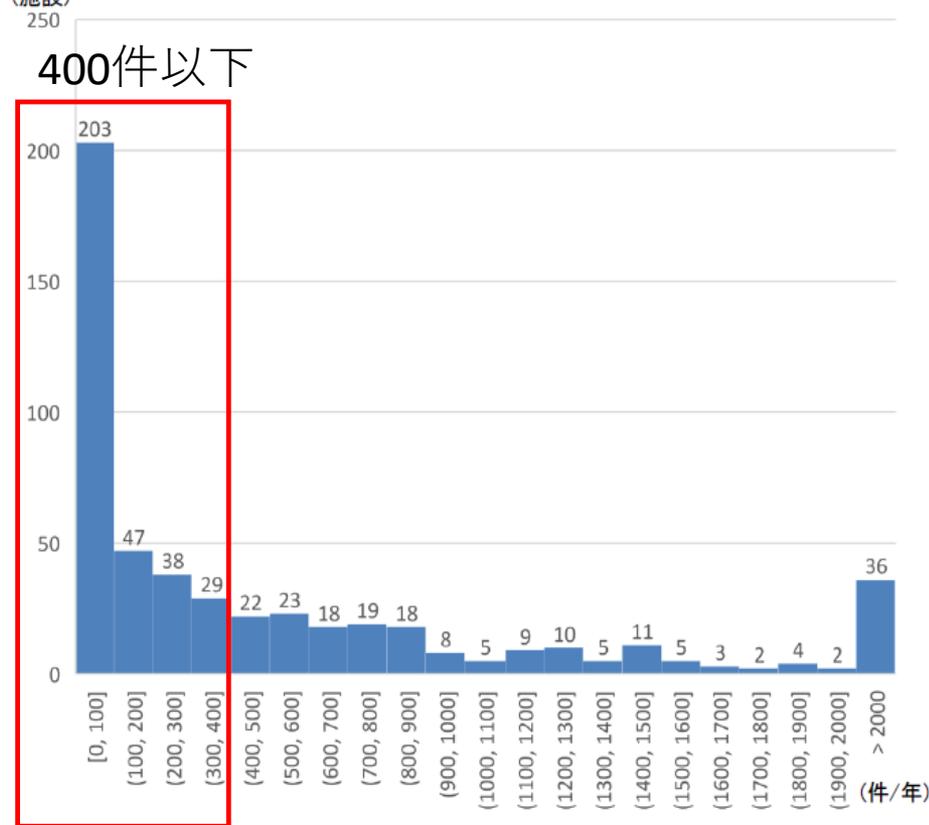
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、400件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。



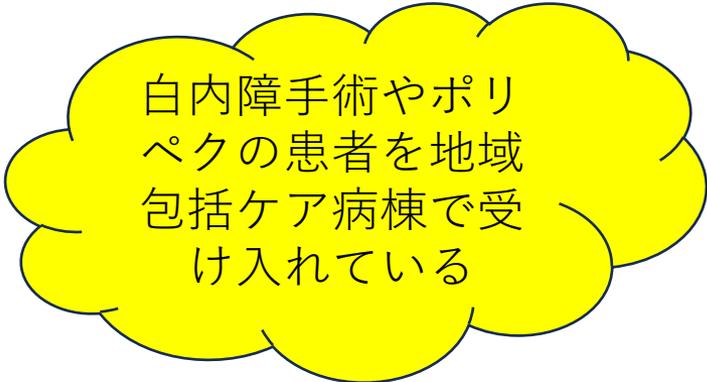
地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



地域包括ケア病棟への救急患者の直接入院

- 医療・看護の必要性が高く、医療資源投入量が多い点を踏まえ、報酬上のインセンティブを設けるべき（井川委員）
- 現行の在宅患者支援病床初期加算の要件を見直して、受け入れ体制の整備、受け入れの促進を図ってはどうか（武井委員）
- 比較的重症の患者に適切な対応をするには看護加配などが必要となる。また三次救急に高齢患者が搬送等されれば生活状況把握などが困難になることから、地域包括ケア病棟などへの下り搬送が重要。これを評価しては（津留委員）

地域包括ケア病棟で
短期滞在手術患者を受け
入れている



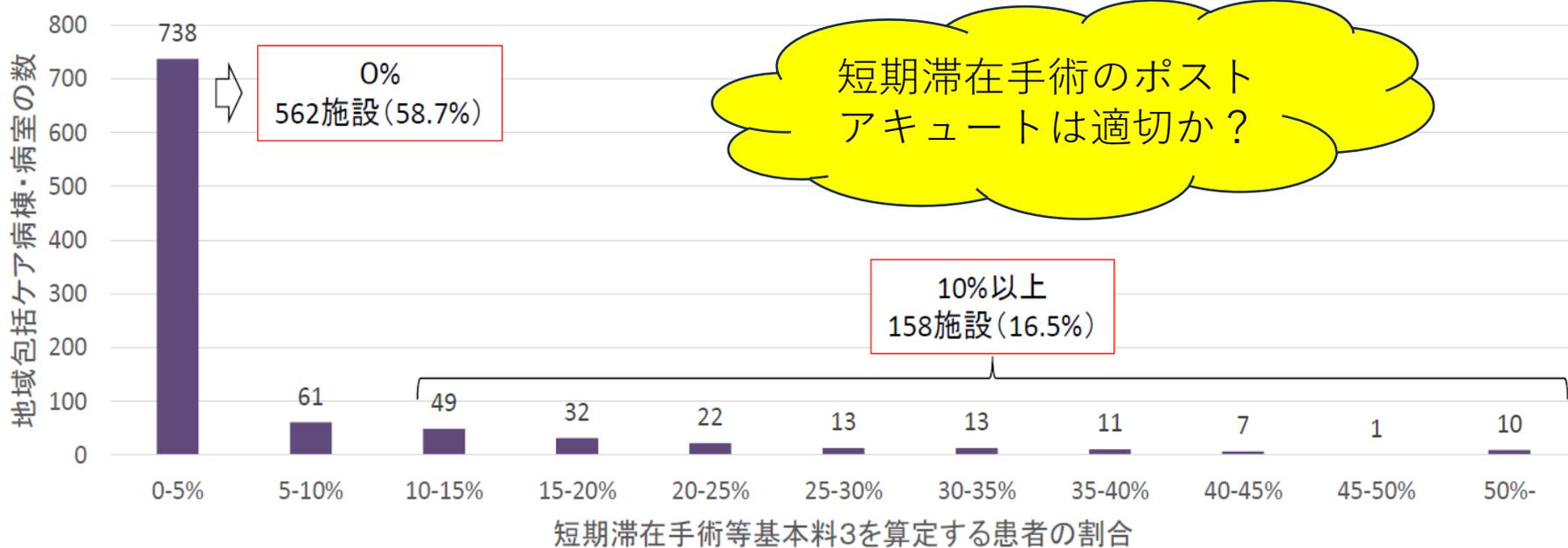
白内障手術やポリ
ペクの患者を地域
包括ケア病棟で受
け入れている

地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設（9.5%）は10%以上であった。

短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数
N = 957



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

⑬ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

第1 基本的な考え方

地域包括ケアの深化・推進に向け、地域包括ケア病棟の効果的な入院医療の提供を更に推進する観点から、地域包括ケア病棟の要件を見直す。

第2 具体的な内容

地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、在宅復帰率等の対象患者から、短期滞在手術等基本料3を算定する患者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を除くとともに、在宅復帰率の計算方法を改める。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等</p> <p>(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準</p> <p>ニ 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>六割五分未満</u>であること。</p> <p>2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準</p> <p>(1) 当該病棟において、退院患者</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等</p> <p>(4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準</p> <p>ニ 当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が<u>六割未満</u>であること。</p> <p>2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準</p> <p>(1) 当該病棟において、退院患者</p>

パート 3

地域包括医療病棟の新設



高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

○ これまでの主な指摘

- ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

○ 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。

○ 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



包括的に提供

[施設基準] (抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院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を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、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されていること。
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、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」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)であるとともに、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%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で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の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に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していること。
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 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であること。
- (14) 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を行っている保険医療機関であること。

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- ▶ 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

1 入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2 入院1日目の患者の場合	1,200点
3 入院2日目の患者の場合	800点
4 入院3日目の患者の場合	600点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- ▶ 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> 「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回り八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含まない)

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

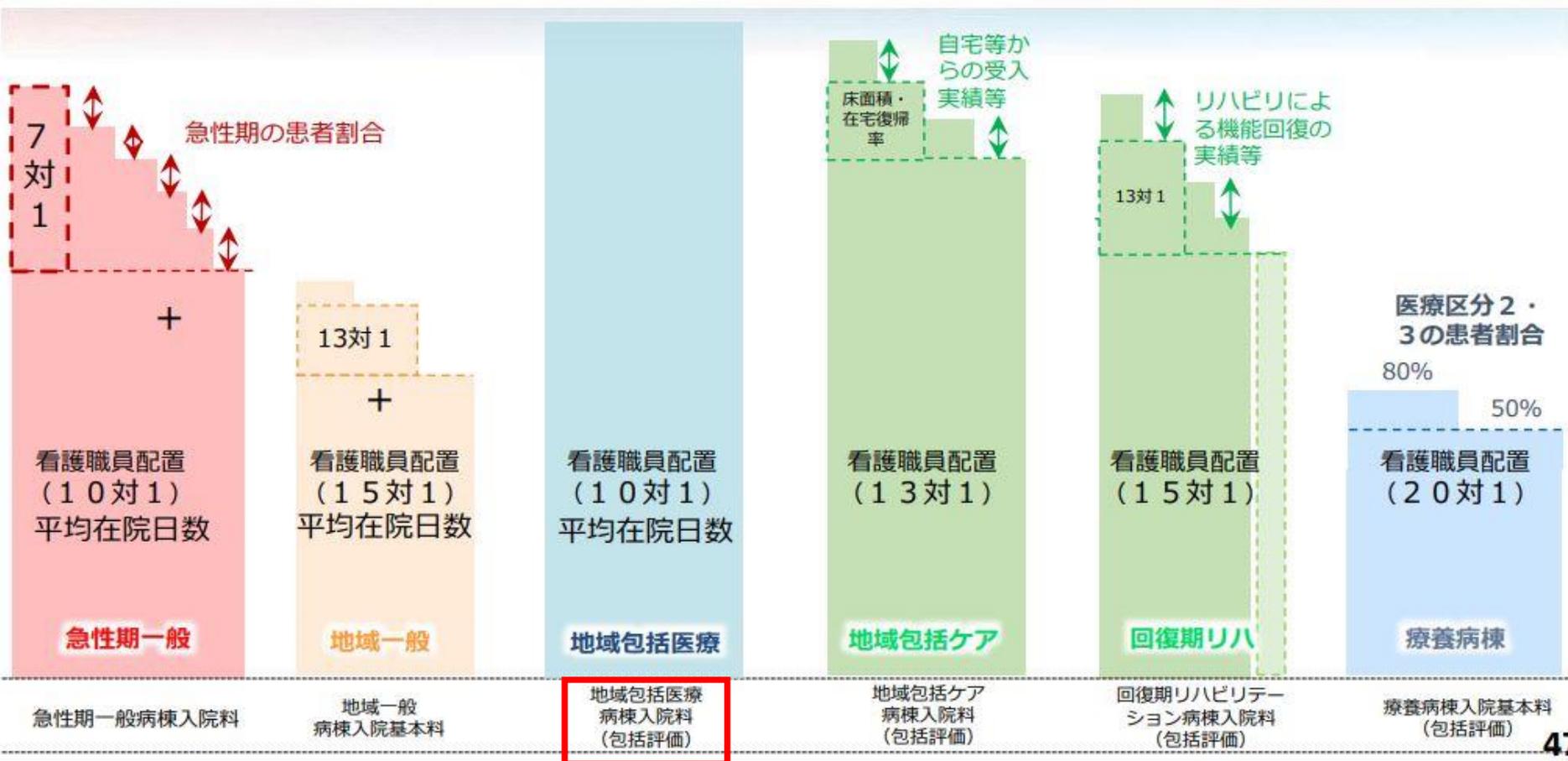
- 入院医療評価体系については、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。急性期医療と回復期医療を担う**地域包括医療病棟**を新設した。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。

急性期医療

回復期医療

慢性期医療



地域包括医療病棟は 「地ケア並び」にあらず

- 地域包括医療病棟は、より高齢者救急に特化しては、より高ポストアキュートではなく、高ポストアキュートを診る。
- 平均在院日数も21日以内と定めている。
- 3次の医療機関で患者さんを迎え入れた「7対1病分床」でなくても診られると分かったら、地域包括医療病棟に送ることもありえる。
- 地域包括医療病棟の包括範囲はDPCに近く、より急性期の医療が可能だ。
- 「地ケア並び」と考えるのではなく、この点にご留意いただきたい。



眞鍋馨医療課長

想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

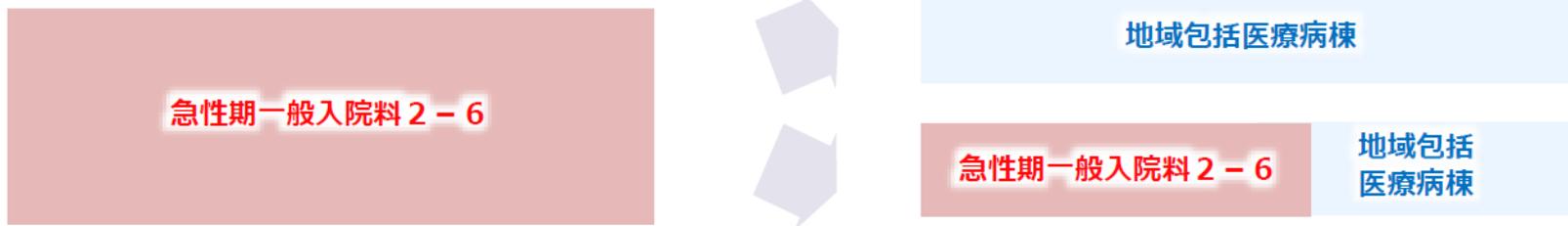
- ▶ 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2 - 6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期入院基本料2 - 6からの転換



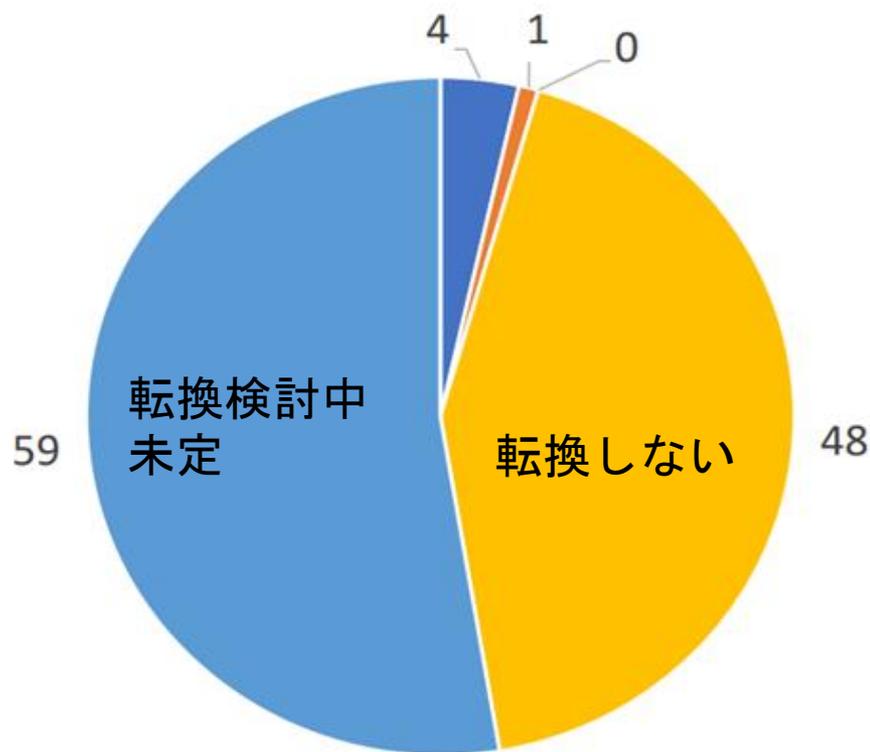
急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換



既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

地域包括医療病棟への転換の意向



地域包括医療病棟
医療 → medical → メディカル
地メディ病棟

転換の意向	n	%
する(6月中旬)	4	4.5
する(7/1~9/31)	1	
する(10/1~)	0	
しない	48	42.3
検討中・未定	59	53.2
合計	112	100

する
5件

- する(6月中旬に)
- する(10月1日以降)
- 検討中または未定

- する(7月1日~9月31日まで)
- しない

地域包括医療病棟 地域医療構想では どの区分？



千葉県地域医療構想調整会議

病床機能報告における4医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- **回復期機能については、**「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる。**
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。

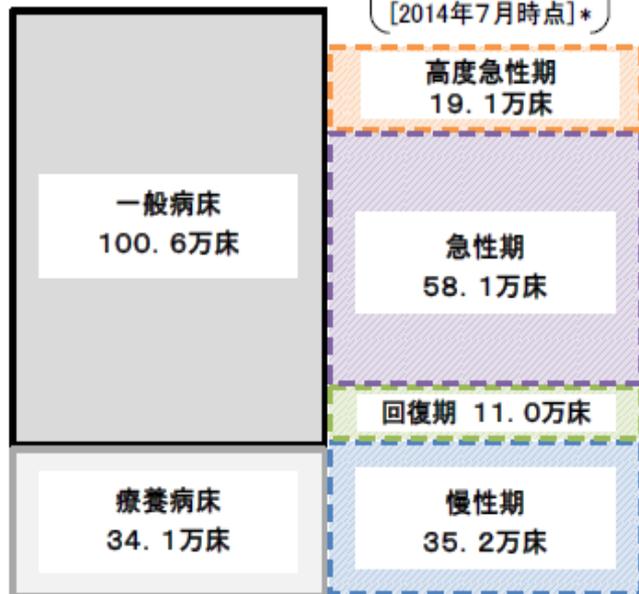
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2022年度病床機能報告について

速報値

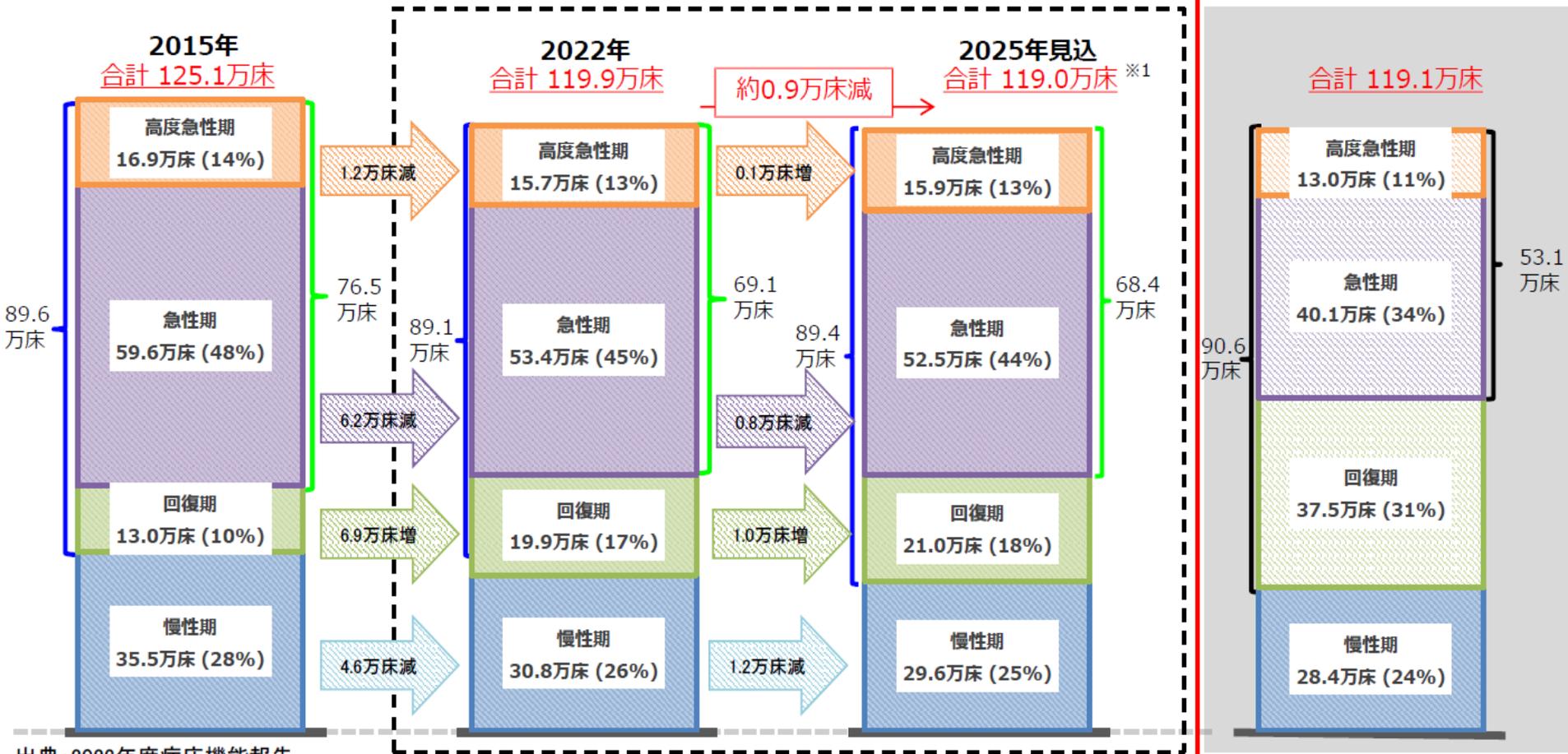
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点) ※4 ※6)



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

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

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538 (95.5%)、2022年度病床機能報告: 13,885/14,538 (95.5%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合があります

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別人口推計』を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 19,065床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている医療機関を指す

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それ

を単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

高齢者の受け皿
の回復期病床が
16万床足りない

(一部精査中)

地域包括医療病棟は
回復期病床数をアップする



新たな地域医療構想等に関する検討会

2024年3月29日



2. 具体的な改革の内容について

(3) 地域医療構想の推進

(地域医療構想 2025)

- 中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、新型コロナウイルス感染症対応が続く中ではあるが、地域医療構想の背景である中長期的な状況や見通しは変わっていない。感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の医療計画に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想についてはその基本的な枠組みを維持しつつ、着実に取組を進めていく必要がある。
- 地域医療構想の推進にあたっては、これまでも PDCA サイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の 2025年までの取組を地域の実情を踏まえつつ着実に進めるために、対応方針の策定率を目標とした PDCA サイクルの強化や構想区域の評価・分析など都道府県の責務の明確化により取組を進めるべきではないか。
- また、第8次医療計画の策定作業と併せて、各都道府県において、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを進めるべきではないか。
- 厚生労働省においては、各地域における検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域について、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援を行うべきではないか。

(今後の取組)

- 2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃までを視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定すべきではないか。
- そのため、現在の取組を確実に進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向け、現状と課題を分析し、課題の整理・検討を行うべきではないか。
- なお、今後の取組については、必要な医療を面として提供するための医療機関ごとの機能分化と連携が重要である、かかりつけ医機能や在宅医療を取り込むため、外来医療、在宅医療の整備計画の中で新たな方向性や目標を踏まえながら、2025年以降の入院需要を推計していくべき、新たな地域医療構想を踏まえて、看護職員の需給推計を実施すべき、医師の働き方改革への各医療機関の対応を踏まえた上で、地域医療構想における医療機関の役割分担と連携の在り方を議論すべき、構想区域の規模や在り方を議論すべきとの意見を踏まえて、検討を深めるべきではないか。

新たな地域医療構想
は外来・在宅も含む

新たな地域医療構想等に関する検討会 構成員名簿

(敬称略。五十音順)

氏 名

所 属・役 職

いしはら	やすゆき	岡山県鏡野町健康推進課長
石原	靖之	
いとう	しんいち	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
伊藤	伸一	
いのくち	ゆうじ	公益社団法人全日本病院協会会長
猪口	雄二	
いまむら	ともあき	奈良県立医科大学教授
今村	知明	
えざわ	かずひこ	公益社団法人日本医師会常任理事
江澤	和彦	
○ 遠藤	ひさお	学習院大学長
おおや	ゆうすけ	一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
大屋	祐輔	
おか	としあき	一般社団法人日本病院会副会長
岡	俊明	
おがた	ひろや	九州大学名誉教授
尾形	裕也	
おぐま	ゆたか	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
小熊	豊	
かとり	てるゆき	一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
香取	照幸	
かわもと	しげふみ	健康保険組合連合会専務理事
河本	滋史	
さくらぎ	しょうじ	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
櫻木	章司	
さとう	ひろふみ	岐阜県飛騨市市民福祉部地域包括ケア課長
佐藤	博文	
たかはし	たい	国際医療福祉大学大学院教授
高橋	泰	
たまかわ	あきら	福島県保健福祉部次長(健康衛生担当)
玉川	啓	
どい	たけろう	慶応義塾大学経済学部教授
土居	丈朗	
ひがし	けんたろう	公益社団法人全国老人保健施設協会会長
東	憲太郎	
まつだ	しんや	産業医科大学教授
松田	晋哉	
やまぐち	いくこ	認定 NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
山口	育子	
よしかわ	くみこ	公益社団法人日本看護協会常任理事
吉川	久美子	

○：座長

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等を含めた、医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。**その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

など

地域医療構想に関する今後の想定スケジュール（案）

現行の地域医療構想

3/13 地域医療構想及び医師確保計画に関するWG

議題：地域医療構想の更なる推進について

→ 年度内に2025年に向けた取組の通知を发出

夏頃 推進区域・モデル推進区域（仮称）の設定

アウトリーチ
の伴走支援

地域医療構想の取組
状況について、随時、
調査を実施した上で、
WGにおいて、進捗
状況の評価等を行う。

報告

WGの議論
の内容を新
検討会に報
告し、現行
の地域医療
構想の評
価・課題を
踏まえ、新
たな地域医
療構想の検
討を進める。

新たな地域医療構想

3月下旬 第1回新たな地域医療構想等に関する検討会（仮称）

※ 検討会を月1～2回程度開催

※ 医療部会に報告しながら検討を進める

1巡目の議論

・関係団体等からのヒアリング
・論点の提示、議論

夏～秋頃 中間まとめ（予定）

2巡目の議論

・制度改正の具体的な内容に関
する議論

年末 最終まとめ（予定）

令和7年度（2025年度）

・新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・发出

令和8年度（2026年度）

・新たな地域医療構想の検討・策定

令和9年度（2027年度）

・新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組）

新地域医療構想で 地域医療構想が大きく変わる

見直しに向けた 地域医療構想の 検討項目

- 2040年ごろを見据えた病床の数や役割
- 医療と介護の連携強化
- 在宅医療の在り方
- 医療機関ごとの役割分担
- 都市部や過疎地など地域の特性に応じた医療提供体制
- 医療機関の再編に向けた知事の権限

パート3

入退院支援はPFMから

- ①PFM(Patient Flow Management)
- ②クリティカルパスと退院調整



歴史に学ぶ

① PFMとは？

(Patient Flow Management)

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- PFMは日本では1999年、東海大学医学部付属病院から始まった。

東海大学医学部付属病院



病院管理学助教授
田中豊氏（当時）が1999年より
PFMを始めた

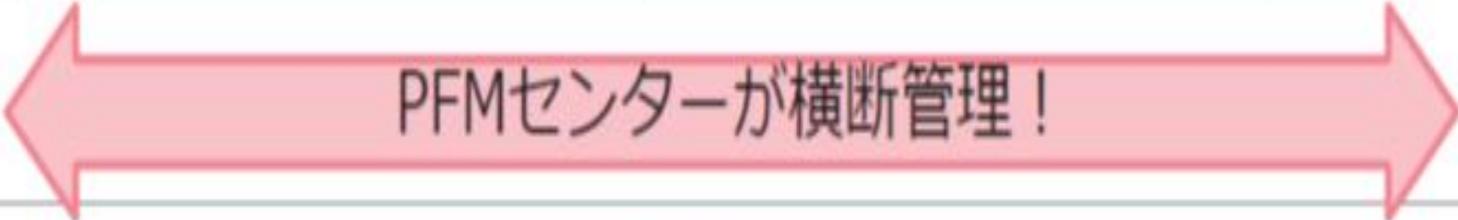


PFMは東海大学病院から始まった

- 1999年に入院未収金および社会的入院患者対策を検討していた、東海大学医学部付属病院の企画部長（当時）の田中豊らが、患者の社会的・身体的・精神的リスクは入院前に把握できることに気いた。
- これらの問題に対して入院前から対策を講じる組織を設ける判断をし、この組織をPFMと名付けた。その後、PFMの運営ノウハウ等を蓄積し、2006年新病院開院を機会に、PFMを全面的に機能させた。
- 2006年に東海大学が設定したPFMの機能
 - ①外来初診患者の受診科振り分け
 - ②PFM看護師のサポートによる医療連携の充実
 - ③予定入院患者入院申込み時のPFM看護師による患者情報収集と各種リスクのアセスメント、必要に応じた医療ソーシャルワーカーなどの介入
 - ④病床管理（ベッドコントロール）
- PFMの成功もあり、新東海大学付属病院の経営は大幅な黒字化を達成した。

PFM (Patient Flow Management) の流れ

	紹介予約	入院前 スクリーニング	病床管理	後方連携
業務	患者受付 科別振分	入院前 患者情報収集	ベッドコントロール	退院調整
部署	地域連携室 (事務)	病棟 (看護師) 地域連携室(MSW)	看護部	患者サポートセンター (看護師・MSW)

 PFMセンターが横断管理！

PFMを取り入れた3病院



牧野 憲一氏 (旭川赤十字病院院長)
西澤 延宏氏 (佐久総合病院・佐久医療センター副統括院長兼副院長)
鬼塚 伸也氏 (長崎リハビリテーション病院)

3病院のPFMの現状

		佐久医療センター 患者サポートセンター	旭川赤十字病院 入退院支援室	長崎みなとメディカルセ ンター入院支援センター
設立の経緯		2007年に外科の予定手術入院患者対象の術前検査センターを開設。14年の病院分割時に全予定入院患者対象となった。入退院支援室、医事課などを含む。	2013年に入院支援センターを開設。18年4月に退院支援部門と統合した。全予定入院患者と一部の当日入院患者が対象。	2012年に外科を対象に設立。18年4月に医療連携センター（医療連携部門、患者相談部門など）を統合し、患者総合支援センター（みなとさぼーと）に一元化。
2017年のPFM実績		5800人（全入院患者の41.5%）	6673人（全入院患者の51.8%、予定入院患者の99.6%）	5365人（予定入院患者の83.8%）
人員	医師	1人（兼任）	1人（兼任）	1人（兼任）
	看護師	24人（入退院支援19人、退院支援5人）	13人	8人（嘱託職員含む）
	医師事務 作業補助者	5人	0人	4人
	その他	MSW 5人、事務職員等22人、薬剤師1人、管理栄養士1人。歯科医や歯科衛生士と連携。	MSW 8人、事務職員3人の他、薬剤師、管理栄養士が常駐。	薬剤部、栄養係、歯科衛生士と連携体制。患者総合支援センターに看護師4人、MSW 8人、事務職員5人などが在籍。

② クリティカルパスと退院調整

乳房の手術を受けられる方へ(リンパ郭清なし・術後5日目退院) 緑

	入院日・手術前日	手術当日		術後1日目	術後2日目	術後3-4日目	術後5日目(退院日)
検査 処置	<ul style="list-style-type: none"> 手術する側の腋の毛を処理します 手術にマムントをつけます 	<ul style="list-style-type: none"> 手術前の準備 <ul style="list-style-type: none"> 手術室まで来て頂くために、お持ちください 手術室での消毒薬は着けてください 3マムントは着けてください 3マムントは着けてください 3マムントは着けてください 	<ul style="list-style-type: none"> 胸に麻酔が1本入っています(3日自まで) 薬を保護し(圧迫等で剥がさず) 心電図モニターをつけます 鼻から酸素吸入をします ※3時間後に帰ります ※術者が入っています 	<ul style="list-style-type: none"> ※術者退室 ※術者退室 	<ul style="list-style-type: none"> ※圧迫等を外して、専用下着を使用します 		<ul style="list-style-type: none"> ※押える糸を使用していますので、傷の心配はありません
薬 注射	<ul style="list-style-type: none"> 鎮静薬を打っている場合は、お知らせください ご希望があれば鎮静薬をお返します 	<ul style="list-style-type: none"> 手術しない側の腋に、持続点滴を打つきます 手術室に行く前に、麻酔をかける予定です ※抗生剤の点滴があります 	<ul style="list-style-type: none"> ※1本で終了です 			<ul style="list-style-type: none"> ※入院費概算 <ul style="list-style-type: none"> 3割負担 約 20万円 本人負担1割負担 約 5万~10万円 本人負担3割負担 約 8万~10万円 ※費用は患者様によって異なります ※保険の適用はあります 	
安静 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーションのプログラムをお待ちください 		<ul style="list-style-type: none"> ベッドの上で、自由に動くことができます ※術後2日目から歩行練習を始めることができます ※歩行練習は、術後2日目から歩行練習を始めることができます 	<ul style="list-style-type: none"> ※術者の着ている服は、術後2日目から着替えます 			
食事	<ul style="list-style-type: none"> 夕食まで普通食ができます ※術後2日目からは普通食を食べてください ただし、水、お粥のみ飲めます 	<ul style="list-style-type: none"> ※食事まではできません ※水、お粥のみ ※術後の場合は術後2日目まで飲めます 	<ul style="list-style-type: none"> ※術後2日目からは普通食を食べてください ※術後2日目からは普通食を食べてください 	<ul style="list-style-type: none"> ※術後2日目からは普通食を食べてください ※術後2日目からは普通食を食べてください 			
清潔 ケア	<ul style="list-style-type: none"> 腋の処置後、入浴していただきます 			<ul style="list-style-type: none"> ※身体を拭きます 			<ul style="list-style-type: none"> ※3日目より看護士の指導でシャワーができます
説明	<ul style="list-style-type: none"> ※主治医より手術について説明があります ※手術の同意書をお返しいたが、入院について説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> ※手術後、主治医より説明があります ※ご家族の方は3輪の車椅子をご用意ください 	<ul style="list-style-type: none"> ※術後1日目には「リンパ郭清」について説明があります ※術後1日目には「リンパ郭清」について説明があります ※術後1日目には「リンパ郭清」について説明があります 	<ul style="list-style-type: none"> ※術後1日目には「リンパ郭清」について説明があります ※術後1日目には「リンパ郭清」について説明があります 			<ul style="list-style-type: none"> ※退院後の生活について説明があります

私とクリティカルパスとの出会い

- 1995年3月
- JCAHOで病院機能評価の10日間研修
- 病院訪問
 - シカゴ郊外のコミュニティホスピタルを訪問
 - クリティカルパスに出会う！！



JCAHO本部



国立医療・病院管理研究所

シカゴの病院で・・・パスに出会う (1995年)

- 研修最終日にシカゴ郊外の病院見学（1995年3月）
 - 整形病棟で、「クリティカルパスを発見！」
 - 最初の印象「へ～、これまで、なんでこんなことに気づかなかったんだらう？」
 - 看護師さんにインタビュー
 - 「年配のアテンディング・ドクターの中には、こんな定型的なプログラムで縛られるのはかなわないという人もいるけど、レジデントには好評ですよ」
 - 「それにアウトカムも明確になっているので、みんなが目標を共有できる。それで看護師はみんな熱心にとりくんでいるのよ」
 - 退院計画は入院第1日目から作成！
 - 業務改善委員会（P I 委員会）で作成していた

問題/ニード	手術日	術後第1日	術後第2日	アウトカム
疼痛	4時間ごとに疼痛評価 鎮痛剤投与 弛緩薬投与			疼痛緩和 不眠解消
運動	2~3時間ごとに体位交換 移動介助	自力による体位交換		自立歩行
内服薬に関する知識 創傷処置 行動制限 ソフト頸椎カラー	患者教育 1体位交換 2後屈 3鎮痛剤 4食事 5身体状況 6ソフト頸椎カラー	補強 補強 補強 補強 補強 創傷処置		患者、家族が手術の処置、薬剤、身体の状態、行動制限についての理解
輸液	末梢静脈輸液 8時間ごとの水分出納チェック 4時間ごとのバイタルチェック	生食ロック 包帯交換 バイタルチェック		バイタルサインが正常範囲
退院計画		家庭環境評価 退院支援評価 退院指示計画作成	退院指示書作成 退院準備	自宅への退院

セントラル・デュページ病院(米国イリノイ州)の頸椎手術クリティカルパス(1995年)

医療におけるクリティカルパスとは？

- クリティカルパスはプロジェクト・マネジメントの技法のひとつ
- 1986年、看護師カレン・ザンダー氏によって臨床に導入
- 疾患別・処置別に、ケアに係る医療チーム全員で作成する診療計画表（ケアマップ）
- アウトカム（達成目標）に向かってできる限り無駄を削減して在院日数を短縮した診療計画によってケアをおこなう



ニューイングランド・メデイカルセンター（ボストン）
カレン・ザンダーさん

東京済生会中央病院 (脳梗塞のパス) 1996年

東京都済生会中央病院 平成8年11月11日
脳梗塞クリティカル・パス：入院から確定診断まで

◆患者 _____ 歳
◆医師 _____

◆入院日：平成____年____月____日
◆既往歴： _____

◆確定診断名
① アテローム血栓性
② 心源性脳梗塞
③ ラクナ梗塞
④ その他

バス _____
へ移行 _____

主治医 _____

◆注意：パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

	入院前 生活アセスメント	入院当日		
		2日目	3日目	4日目
活動	ADLレベル 睡眠	ベッド上安静	ベッド上安静	ベッド上安静
食事	内容・摂食行動・入歯	NPO	NPO	NPO
コンサルテーション	キー・パーソン	PT ST MSW		
検査		MR依頼 HCT CXR EKG 血液(一般、血型、生化学、 凝固系、感染症) 尿一般 ← ヘパリン使用時 APTT	頸部エコー (B)ホルター心電図 (B)心エコー → ヘパリン使用時 APTT	MR ヘパリン使用時 APTT
ナーシング		バイタルサイン 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)
薬物療法	常用薬	高浸透性利尿剤(クリセオール) DIV 抗凝固剤(ガスター) IV 補液 DIV 抗血栓薬(スロノンin・キサン ボン・ヘパリン) DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV
おもな 患者アウトカム	①ADLレベルの明確化 ②健康レベルの明確化 ③キー・パーソンの明確化	①ベッド上安静 ②ストレス・フリー ③頭蓋圧亢進症状が無い ④併存症マネジメント良好	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い
特記事項		無 有 ① ②	無 有 ① ②	無 有 ① ②
サイン	医師			
	看護師			
	PT			
	ST			
	MSW			

(注) 表中(B)は、EMBOLISM(脳塞栓)の治療を指す。

日本で最初の
クリティカルパス



山崎 絳氏

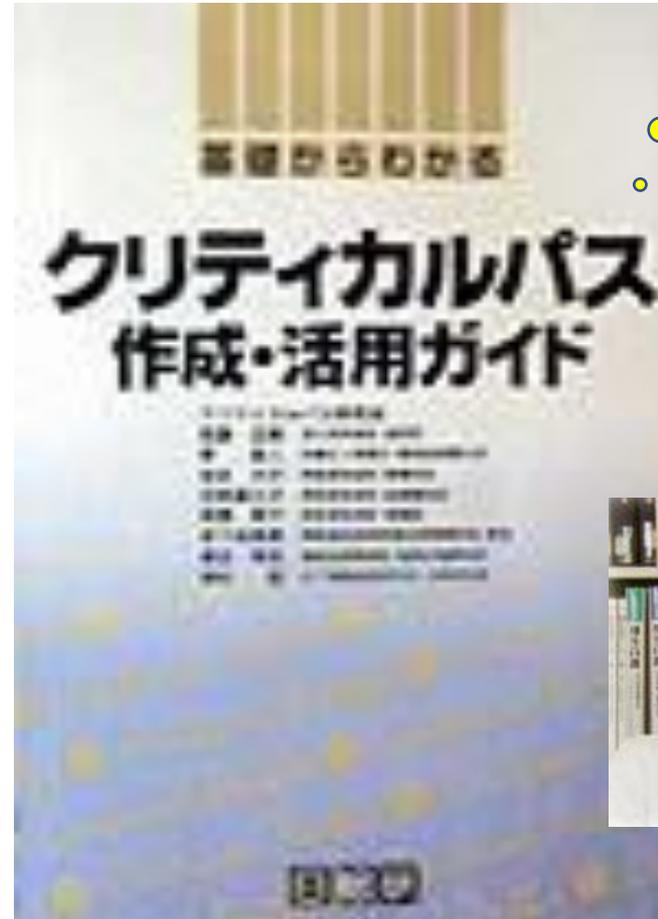
済生会中央病院の脳梗塞クリティカルパス：脳梗塞の治療は、病型によって様々であるが、病型診断まではどれも大
体一定している。このパスは、脳梗塞で入院した患者に対して一律に用いるものであり(パスの適用についての判断
は医師が下す)、病型が確定した後は、各病型ごとのパスに移行する。入院当日にPT, OT, MSWへ連絡され、それ
らの職能を含めた早期チームアプローチが行なわれる。

「基礎からわかるクリティカルパス 作成・活用ガイド」(1997年)

1万部の大
ヒット

目次

- 第1章 クリティカルパスの基本的知識の理解
- 第2章 クリティカルパスを活用して、病院の経営管理はどのように行う
- 第3章 臨床でのクリティカルパス導入と活用の実際
- 第4章 バリエーションとクリティカルパスの評価
- 第5章 クリティカルパスと看護記録・電子化
- 第6章 クリティカルパスの現在、そして未来
- 第7章 資料集 10のクリティカルパス
- 第8章 本書を理解するための用語集



坂本すかがさん

1997年日総研出版

地域連携パスと 退院調整



大腿骨頸部骨折

シームレスケア研究会（2003年熊本）

- 研究会参加施設
 - K病院（急性期特定病院）、S病院（急性期特定病院）、C病院（急性期特定病院）
 - N病院（回復期リハ）、S病院（回復期リハ）、K病院（回復期リハ）、T医院（有床診療所）、K医院（無床診療所）
- 月1回会合（医師、看護師、理学療法士他）
 - 会場：持ち回り
- ネットワーク診療ガイドライン作成
- データベース作成
- 連携パスの作成・改訂



国立熊本医療センター整形
野村一俊先生

国立病院機構熊本医療センター連携パス

〇〇〇〇病院→〇〇〇〇病院 〇〇〇〇様 〇歳 【大腿骨頸部内側骨折用連携パス】案 医療者用

診断名:(右・左)大腿骨頸部骨折 手術:平成〇年〇月〇日 人工骨頭置換術施行 退院後:自宅・施設()

受傷前歩行能力:車椅子・伝い歩行・歩行器・シルバーカー・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立)

達成目標:移動能力		車椅子坐位	平行棒内歩行	歩行器歩行	杖歩行	階段昇降	屋外歩行	()						
訓練開始日		〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	自・監・介						
経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日~6日	術後7日	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	退院後 1週以内	
排泄	尿道カテーテル 留置	尿道カテーテル 抜去	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	病棟内トイレ	自・監・介	
清潔	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	自・監・介	
セルフ	【荷重制限】 有・無	禁忌肢位 他禁忌事項	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	股関節 過度屈曲 内転・内旋	自・監・介	
薬剤	持参薬 確認	術後1~2日まで 抗生剤点滴	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)	疼痛 有・無	
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	有・無	
処置	鋼線牽引 有・無	ドレーン抜去 創処置	創処置(1回/2日)	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	有・無	
食事	常食 特食()	腹鳴音確認後飲水可 常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	常食 特食()	有・無	
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	家屋調査説明有 介護保険説明有	試験外泊 退院時 訪問〇/〇	
退院時 情報	問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位:) 意欲:有・無・どちらとも言えない	可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位:) 薬:飲薬・坐薬(回/日)	可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位:) 薬:飲薬・坐薬(回/日)	可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位:) 薬:飲薬・坐薬(回/日)	可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位:) 薬:飲薬・坐薬(回/日)	サービス:有・無()

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

急性期病院

リハビリ病院

【コメント】 平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション科 術後1~2週間 平成 年 月 日 〇〇病院 人工骨頭 術後8週間 骨接合 術後10週間
* 食院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報()ードバックして頂ければ幸いです。

地域連携クリティカルパスの効果

- 患者家族の転院不安の解消
 - 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- 診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消
 - 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- 診療目標やプロセスの共有化
 - 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- 平均在院日数の短縮化
 - 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- 電子化により情報共有とパス見直しの促進
 - 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況等の分析を行うことが可能となり、連携パスの見直しを通じて、連携医療の質と効率の向上につなげていくことができるようになった。

宇都宮宏子氏と退院調整

- 2002年ごろからの京都大学附属病院地域ネットワーク医療部での看護師の宇都宮宏子氏が退院調整のステップを整理
- 退院調整の3ステップ
- ステップ1
 - 外来の時点から入院後3日以内に退院支援が必要になる患者の把握
- ステップ2
 - 入院3日目から退院までに受容支援・地域支援と暮らしの場に戻るためのチームアプローチ
- ステップ3
 - 在宅支援チームとの共同によるサービス調整であるという



宇都宮宏子氏

退院支援・退院調整の3段階プロセス



STEP1 第1段階 外来(入院決定)～入院後3日以内

退院支援が必要になる患者の把握 病気の理解・受けとめ、どうしたい？

- 入院(発症)前の生活状況を把握 **すでに在宅支援チームがいれば連携**
- 入院理由・目的・治療計画などから退院時の状態像を予測 暮らしが変わる？
- 退院支援の必要性を医療者間・患者・家族と共有

STEP2 第2段階 入院3日目～退院まで **第2・3段階は重なる時期もある**

受容支援・自立支援 暮らしの場に帰るためのチームアプローチ

- 継続的にアセスメントし、チーム(在宅&病院)で支援
- 患者・家族の疾患理解・受容への支援 **医療選択の場面**
- 「退院後の生活のイメージ」を患者・家族とともに相談・構築 **未来の姿**
 - ①病状・病態から考える医療・看護上の視点
 - ②ADL・IADLから考える生活・ケア上の視点
- 経済的・社会的な課題がある場合、MSW・行政などによる支援を検討・実施
在宅支援チームとの相談・協働

STEP3 第3段階 必要になった時点～退院まで

サービス調整(退院調整) **在宅支援チームとの協働!**

- 退院を可能にする制度・社会資源との連携調整 **インフォーマルな繋がりも大事に**
- 必要時、「退院前カンファレンス」「退院前自宅訪問」を実施
- 看護の継続が必要⇒訪問看護導入or自院から訪問 **安定在宅着地!**



退院支援に係る診療報酬の変遷

2000年

【入院治療計画の策定】

平成8年:入院治療計画加算(入院時医学管理料)

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価(現在、入院基本料の算定要件)

平成12年:急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価

平成14年:急性期入院加算、急性期特定入院加算(改)

- ・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

クリティカルパス

2006年

【医療機関の連携の推進】

平成18年:地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画管理料退院指導料

- ・対象疾患:大腿骨頸部骨折

平成20年:地域連携診療計画管理料等の対象疾患に脳卒中が追加

地域連携

クリティカルパス

2008年

【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年:退院調整加算、総合評価加算

平成22年:介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、
新生児退院調整加算

平成24年:退院調整加算1・2、新生児退院調整加算1・2、地域連携計画加算

退院支援

パート5

2024年診療報酬改定と 入退院支援加算・ 入院時支援加算

PFMの考え方がベースにある

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域との連携を評価。

・ 入院時支援加算

- ・ 入退院支援加算
- ・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う
医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・ (入院前に) 利用しているサービスの利用状況の確認
- ・ 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・ 入院生活に関するオリエンテーション
- ・ 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している
- ・ 長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
- ・ 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・ 患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同で行う

共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・ 保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供



入退院支援加算 1・2 の概要

A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- | | | | | |
|-------------------|-----------------|------|-----------------|--------|
| ➤ <u>入退院支援加算1</u> | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 700点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,300点 |
| <u>入退院支援加算2</u> | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点 |

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. <u>入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</u> シ. <u>家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> ス. <u>児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が 25以上 であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で 対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて 面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	※青字下線はR4年度改定事項

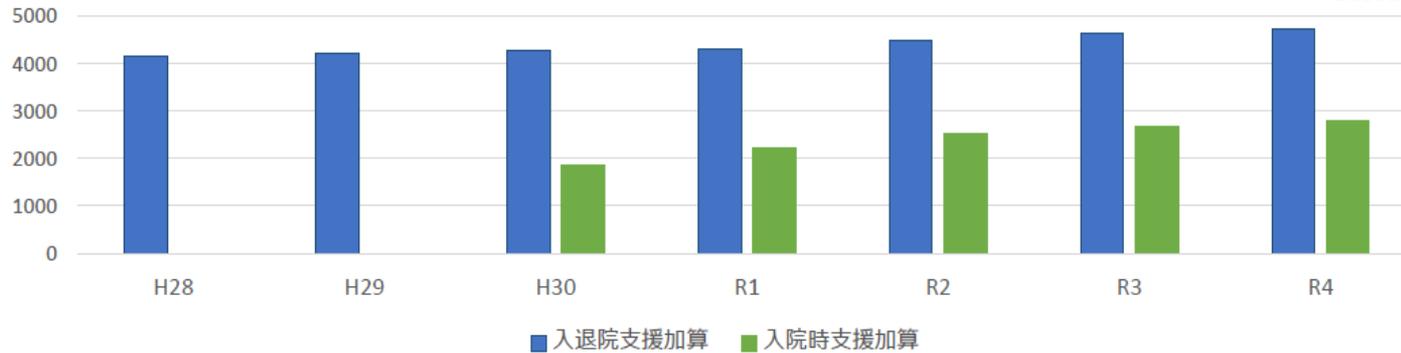
入退院支援加算の届出・算定状況

中医協 総-4
5. 7. 5 改

- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

■入退院支援加算（※）の届出状況の推移

入退院支援加算届出施設数

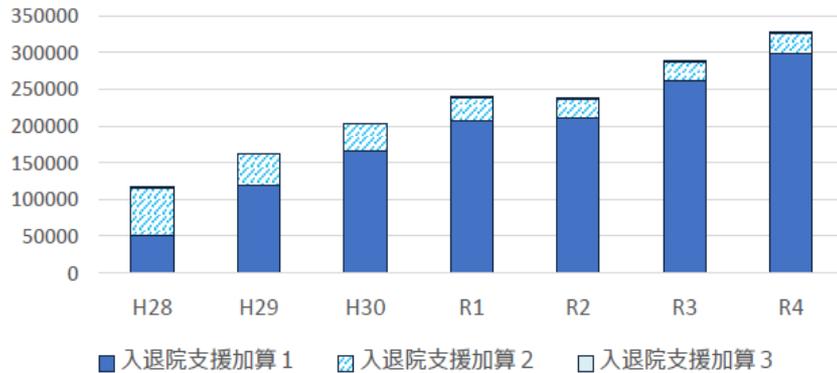


（※）
加算名称について、H28は「退院支援加算」、H30以降は「入退院支援加算」となっている。

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

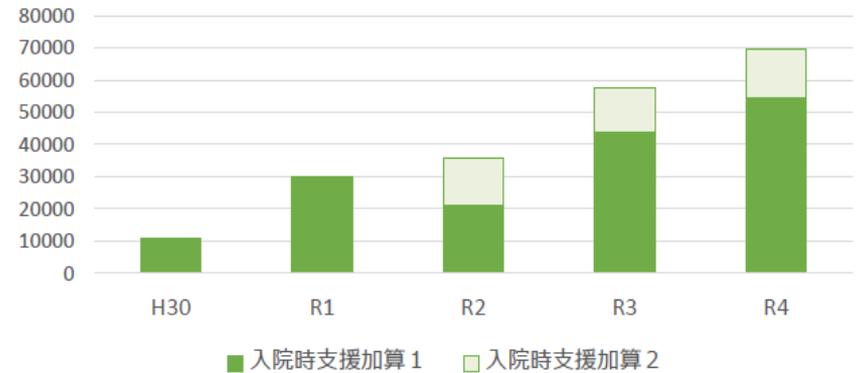
■入退院支援加算（※）の算定状況の推移

入退院支援加算(算定回数)



■入院時支援加算の算定状況の推移

入院時支援加算(算定回数)

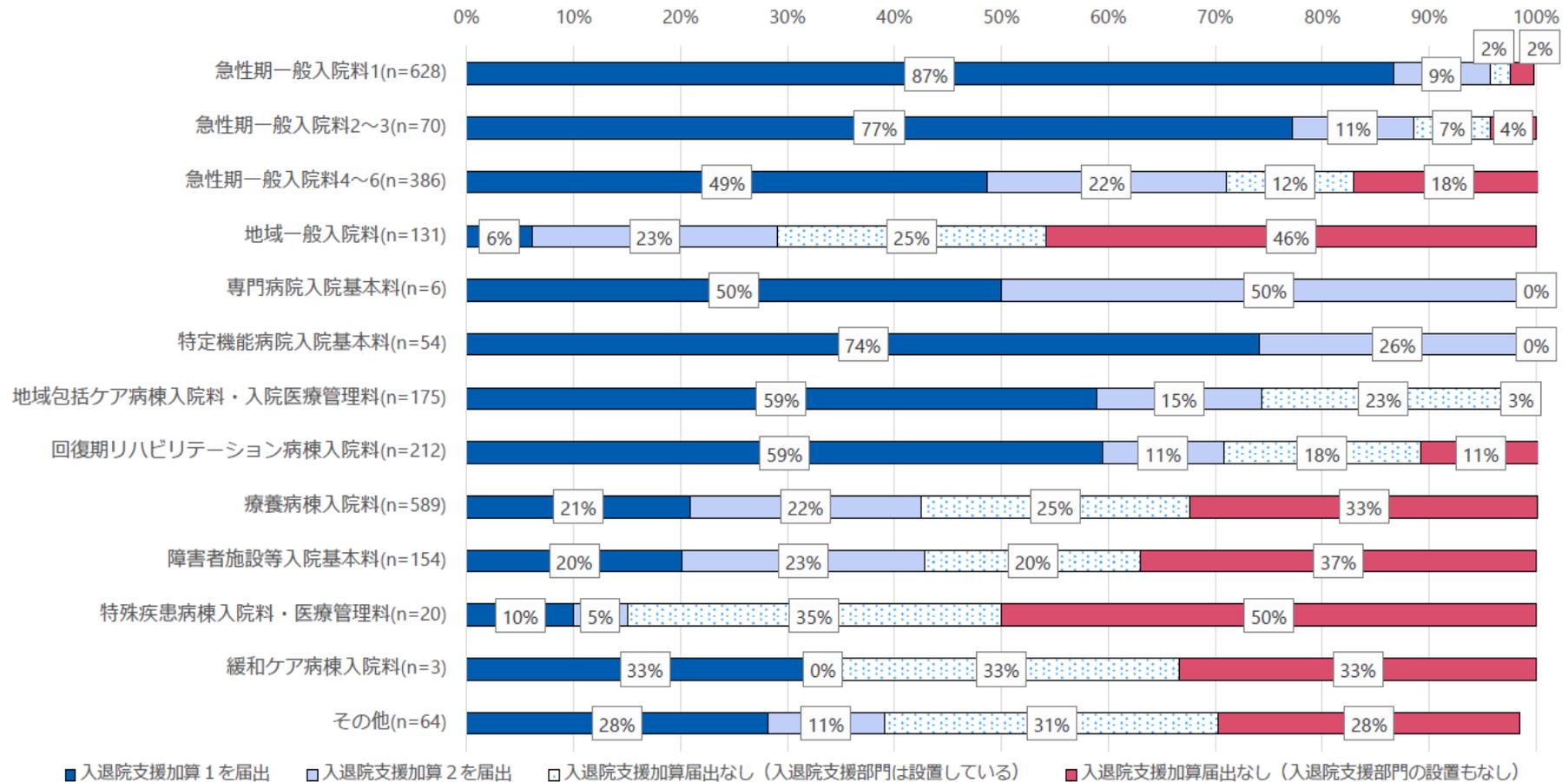


出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

入退院支援加算 1・2の届出状況

- 入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

■入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



2024年診療報酬改定と 入退院支援のポイント

- ①退院困難な要因
- ②入退院支援における連携機関
- ③入院前からの支援の強化
- ④退院後の継続支援

①退院困難な要因



入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」の割合が高かった。

	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2~ 3(n=46)	急性期一般入院料4~ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

入退院支援加算1・2の見直しについて②

入退院支援加算の対象の見直し

- 入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。

現行

【入退院支援加算1及び2】

〔算定要件〕

退院困難な要因

ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ 緊急入院であること

ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること

エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること

オ 生活困窮者であること

カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）

キ 排泄に介助を要すること

ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと

ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと

コ 入退院を繰り返していること

サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること

シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること

ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること

セ その他患者の状況から判断してアからスマでに準ずると認められる場合

改定後

【入退院支援加算1及び2】

〔算定要件〕

退院困難な要因

ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ 緊急入院であること

ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること

エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者

オ 強度行動障害の状態の者

カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること

キ 生活困窮者であること

ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）

ケ 排泄に介助を要すること

コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと

サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと

シ 入退院を繰り返していること

ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること

セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること

ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること

タ その他患者の状況から判断してアから~~スマ~~までに準ずると認められる場合

「強度行動障害」の定義・障害福祉サービス等報酬上の評価

○ 強度行動障害の定義

・自分の体を叩いたり食べられないものを口に入れる、危険につながる飛び出しなど**本人の健康を損ねる行動**、他人を叩いたり物を壊す、大泣きが長時間も続くなど**周囲の人のくらしに影響を及ぼす行動**が、**著しく高い頻度**で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態のこと。

○ 強度行動障害に関する障害福祉サービス等報酬上の評価

- ・障害福祉サービス等を受ける際に行う障害支援区分の調査と併せて把握する「行動関連項目」（福祉型障害児入所施設の場合は強度行動障害判定基準表）を用いて判定。障害福祉サービス等報酬においては、**一定の点数以上となる人（24点中10点）**に対する特別に配慮された支援の提供が評価されている。（利用者数：下図参照）
- ・**強度行動障害に至る前からの支援や行動改善が見られた後における継続的な支援**を評価するため、「行動援護」は平成20年に、「共同生活援助、短期入所、施設入所支援の重度障害者支援加算」は平成24年に、対象者判定の基準を変更した。
- ・平成30年度障害福祉サービス等報酬改定において、生活介護にも「重度障害者支援加算」を設けるとともに、障害児通所支援について「強度行動障害児支援加算」を創設した。
- ・令和3年度障害福祉サービス等報酬改定において、共同生活援助の区分4・5を「重度障害者支援加算」の対象とするとともに、障害者支援施設で実施する生活介護の外部通所者にも「重度障害者支援加算」を算定可能とする等の拡充を実施した。

行動障害関連の障害福祉サービス・障害児支援の利用者

（国民健康保険団体連合会データ）

のべ68,906人（令和3年10月時点）



重度訪問介護
1,079人



行動援護
12,117人



短期入所（重度障害者支援加算） 4,994人
施設入所支援（重度障害者支援加算Ⅱ） 21,933人
福祉型障害児入所施設（強度行動障害児特別支援加算） 15人



共同生活援助（重度障害者支援加算Ⅰ） 4,618人
（重度障害者支援加算Ⅱ） 2,759人



放課後等デイサービス（強度行動障害児支援加算） 3,451人
児童発達支援（強度行動障害児支援加算） 307人



生活介護（重度障害者支援加算）
17,633人

（参考）平成26年度から、重度訪問介護についても行動援護等の基準と同様の対象者に対して支援を提供することを可能としている。

②入退院支援における 連携機関



入退院支援加算 1・2 の概要

A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- | | | | | |
|------------|-----------------|------|-----------------|--------|
| ➤ 入退院支援加算1 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 700点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,300点 |
| ➤ 入退院支援加算2 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点 |

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. <u>入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</u> シ. <u>家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> ス. <u>児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が 25以上 であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で 対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて 面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	※青字下線はR4年度改定事項

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

介護保険サービス事業所との連携が多い

■入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

急性期一般病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
② うち、病院	8	2	17	0	14.3
③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9

地域包括ケア病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
② うち、病院	4	1	11	0	8.5
③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

（※）連携機関

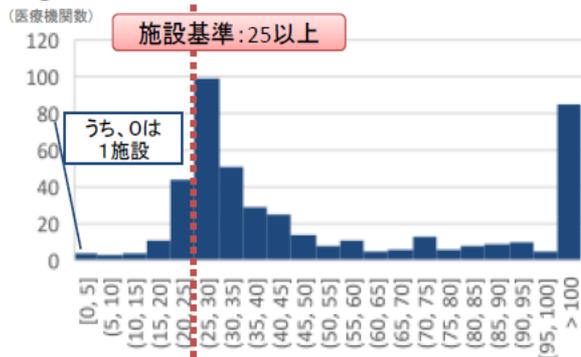
- ① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）であり、かつ
- ② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている施設等をいう。

入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

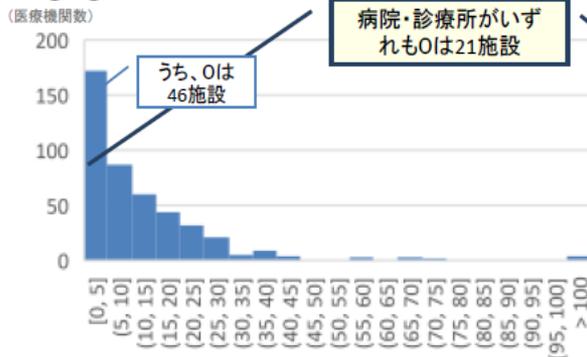
- 急性期一般病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数の分布は以下のとおり。
- 連携する病院・診療所数がいずれもない施設も一部ある。

■急性期一般入院料の病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=450) (令和4年11月1日時点)

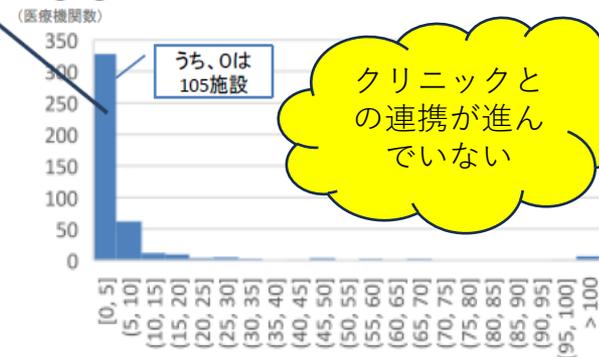
① 連携機関数の合計



② ①のうち病院

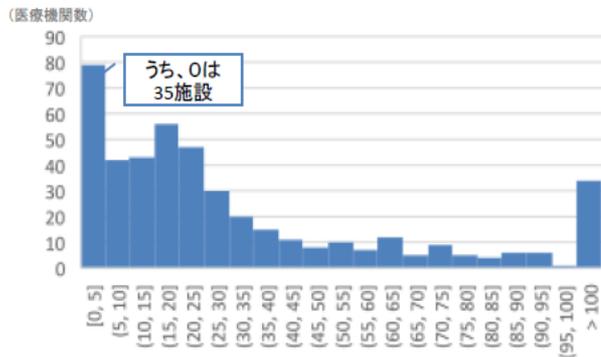


③ ①のうち診療所

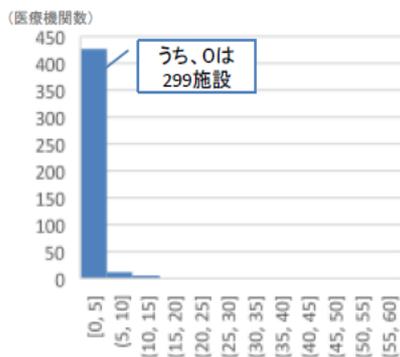


クリニックとの連携が進んでいない

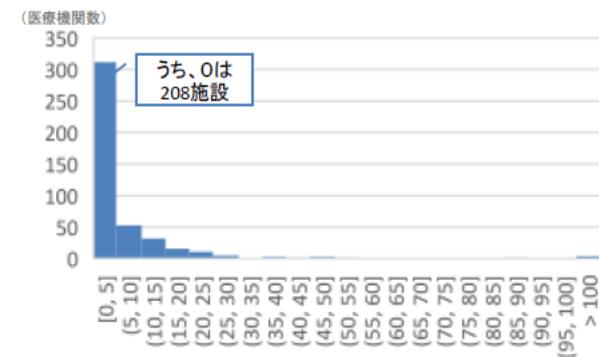
④ ①のうち介護保険サービス事業所



⑤ ①のうち障害福祉サービス事業所



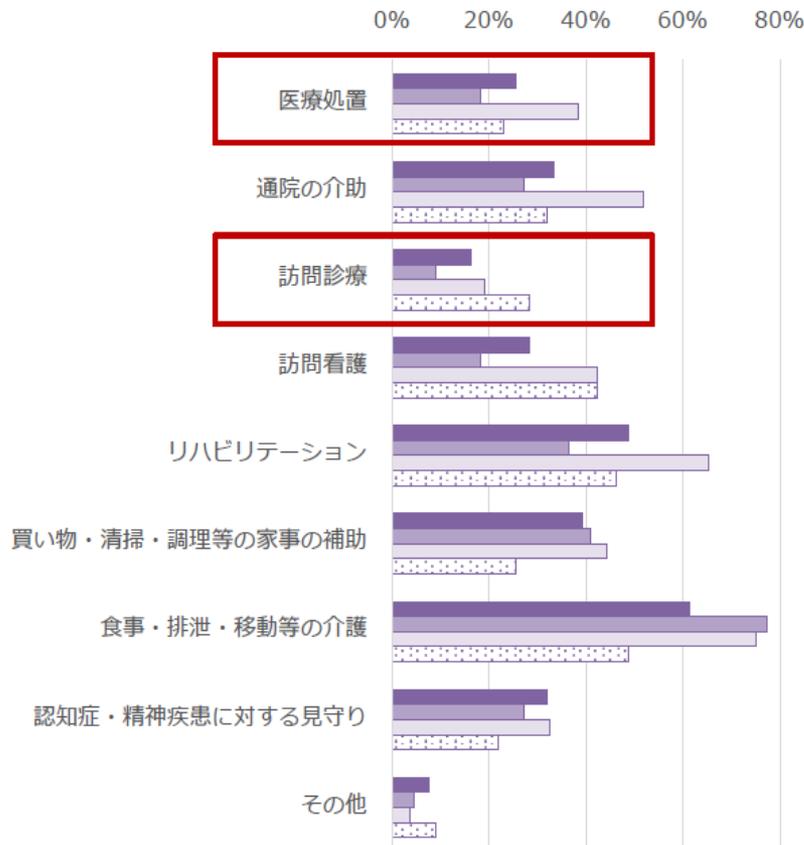
⑥ ①のうちその他の施設



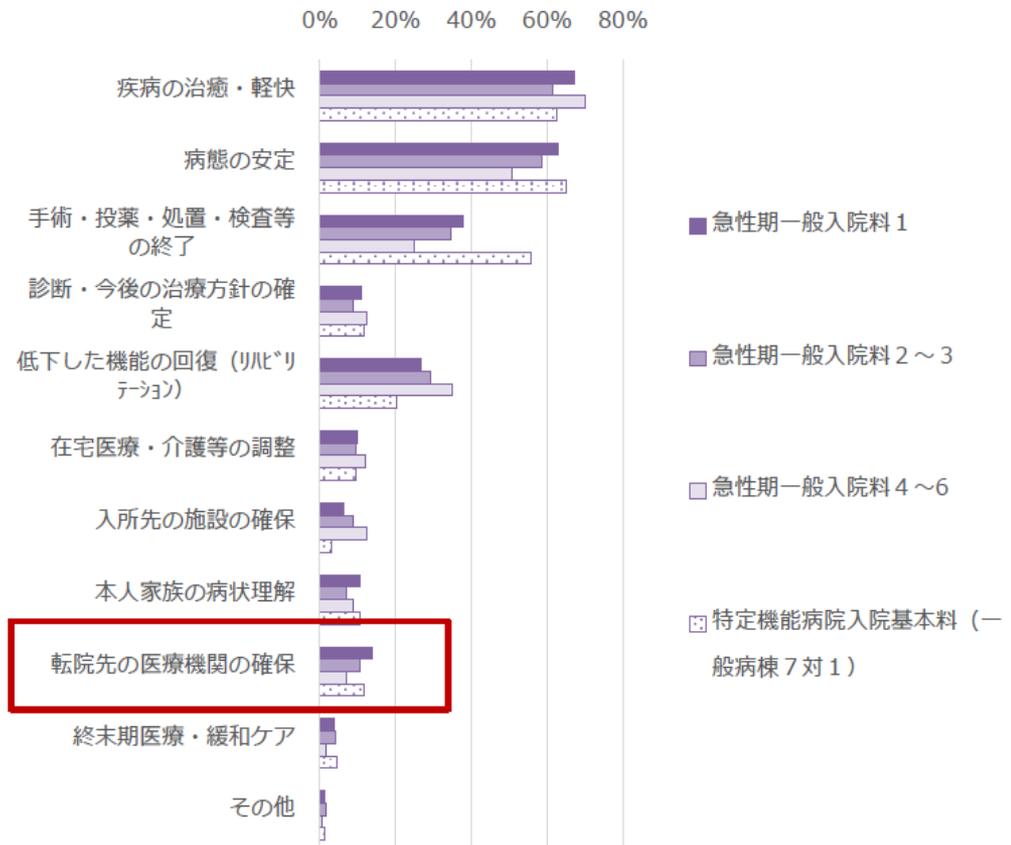
急性期病棟における退院後に必要な支援

- 急性期病棟において、医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援について、約2割の患者では「医療処置」や「訪問診療」が必要とされた。
- また、退院に向けた目標・課題等として、約1割の患者では「転院先の医療機関の確保」が挙げられた。

■医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援（複数回答）



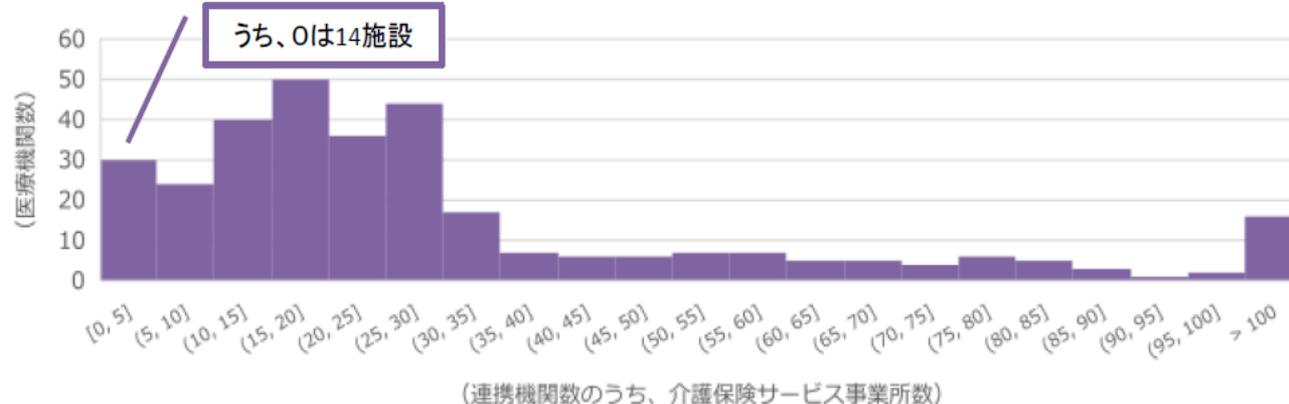
■退院へ向けた目標・課題等（複数回答）



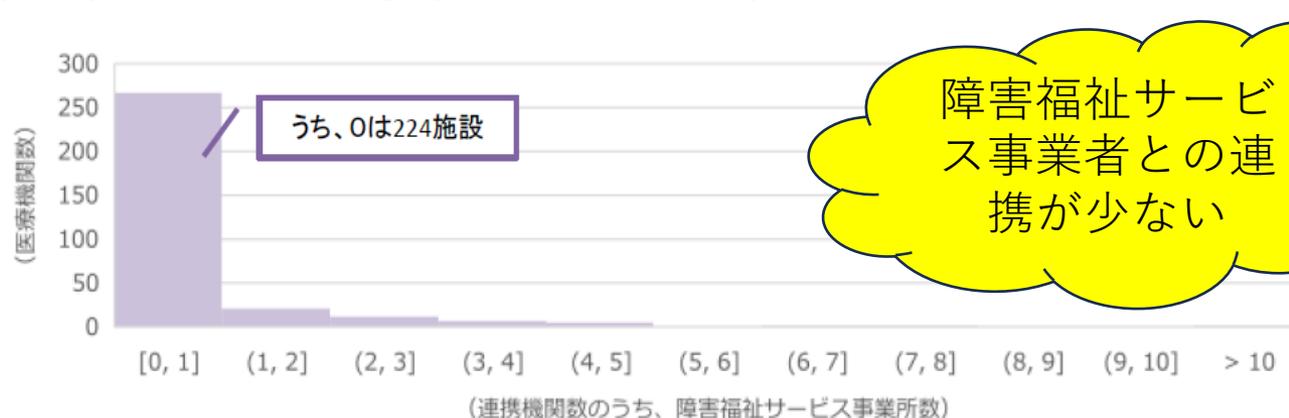
- 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
- 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある。

■地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=321)

① 介護保険サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



② 障害福祉サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



入退院支援加算1・2の見直しについて①

入院時支援加算1の見直し

- 入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算1の評価を見直す。

現行			改定後		
【入退院支援加算】			【入退院支援加算】		
注7	入院時支援加算1	230点	注7	入院時支援加算1	240点
	入院時支援加算2	200点		入院時支援加算2	200点

入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について

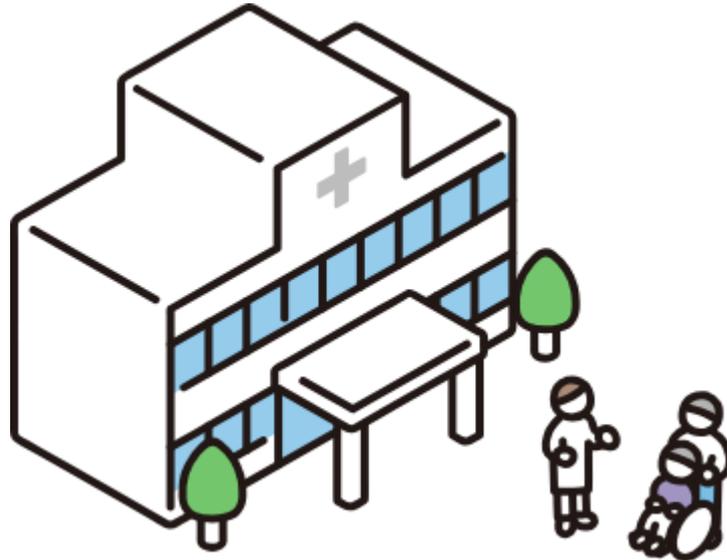
- 入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める。

現行	改定後
<p>【入退院支援加算1】 【施設基準】</p> <p>(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。</p>	<p>【入退院支援加算1】 【施設基準】</p> <p>(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。</p> <p>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。</p>

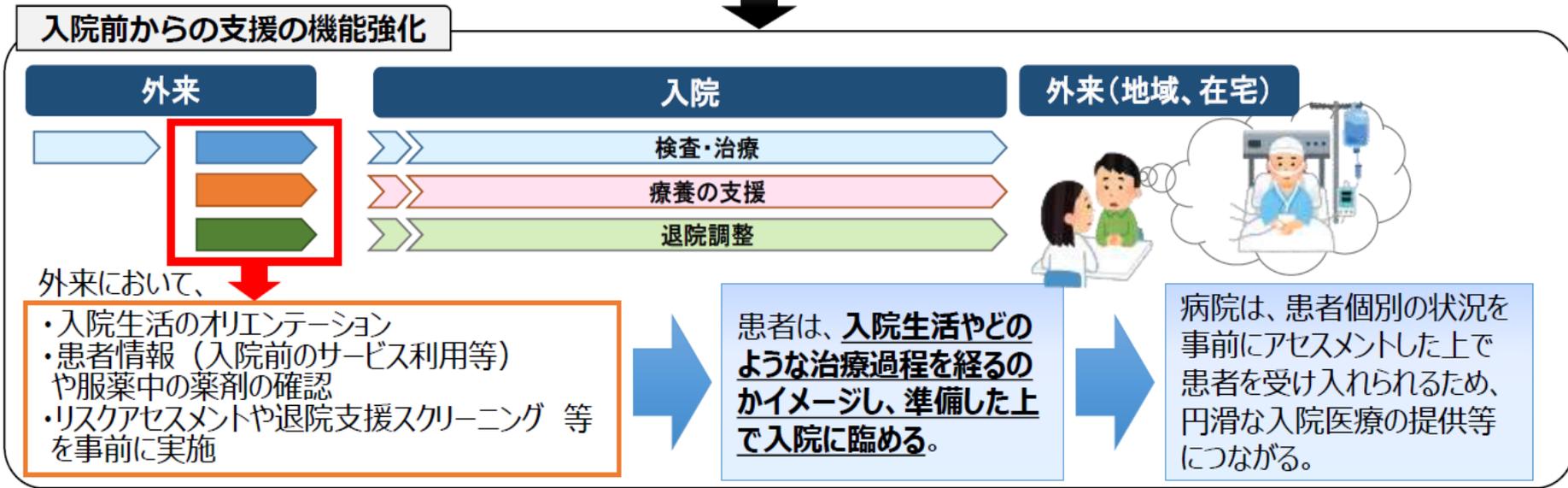
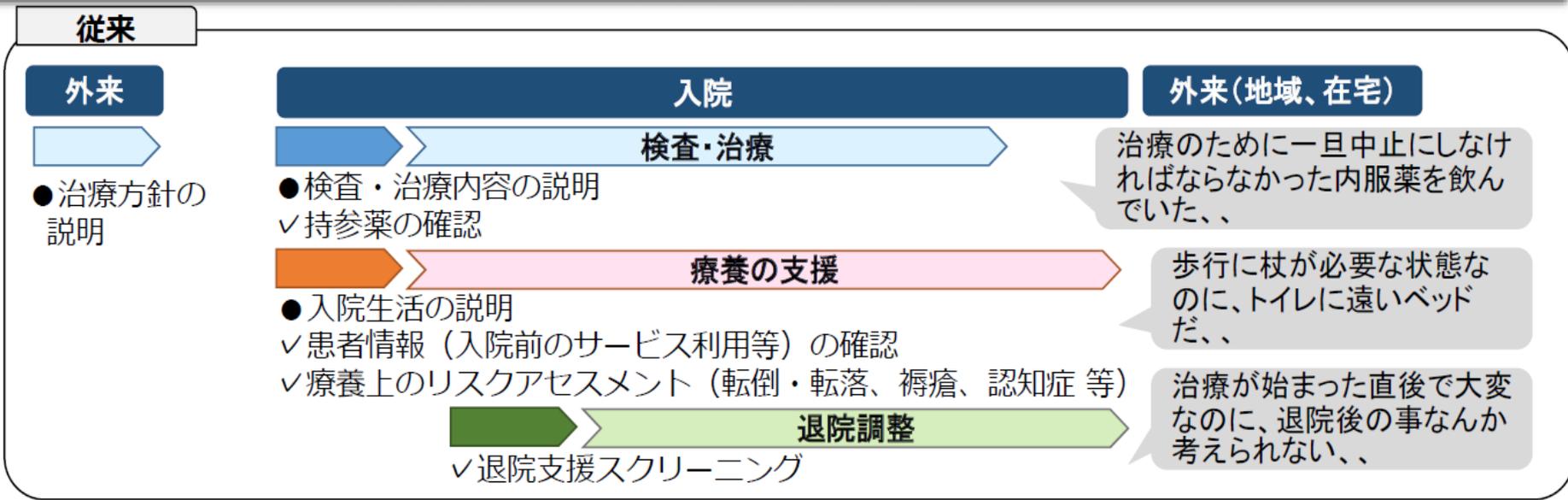
生活に配慮した支援の強化

- 退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担を盛り込むことを明記する。

③入院前からの 支援の強化



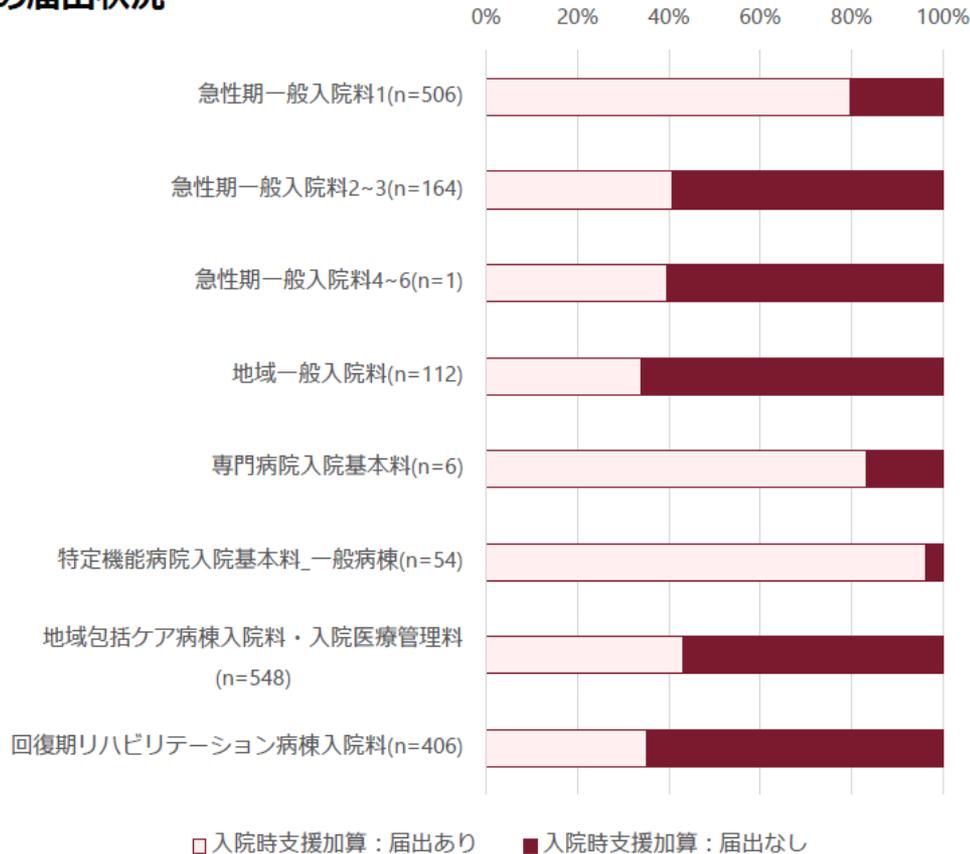
入院前からの支援の機能強化(イメージ)



入院時支援加算の届出状況

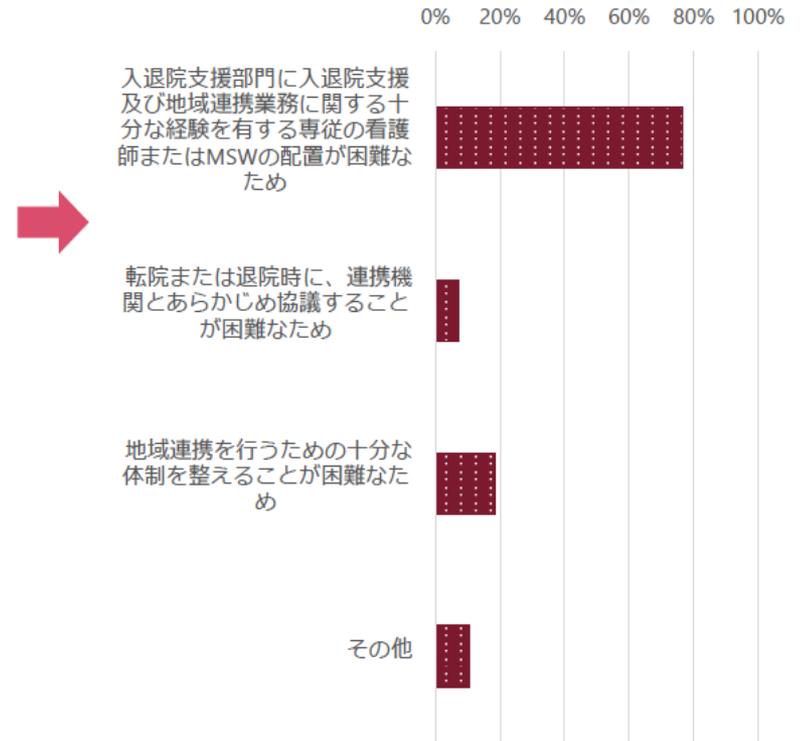
- 入退院支援加算1・2届出医療機関のうち、急性期一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を8割以上届け出ている。
- 入院時支援加算を届け出していない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSWの配置が困難なため」が最も多い。

■入退院支援加算1・2届出医療機関における入院時支援加算の届出状況



■急性期医療機関(※)において入院時支援加算を届け出していない理由(複数回答) (n=112)

(※) 急性期一般病棟、特定機能病院(一般)、専門病院

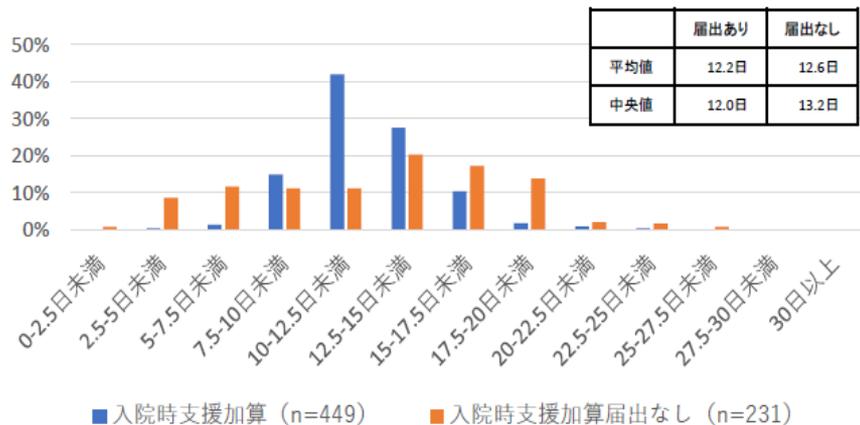


入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

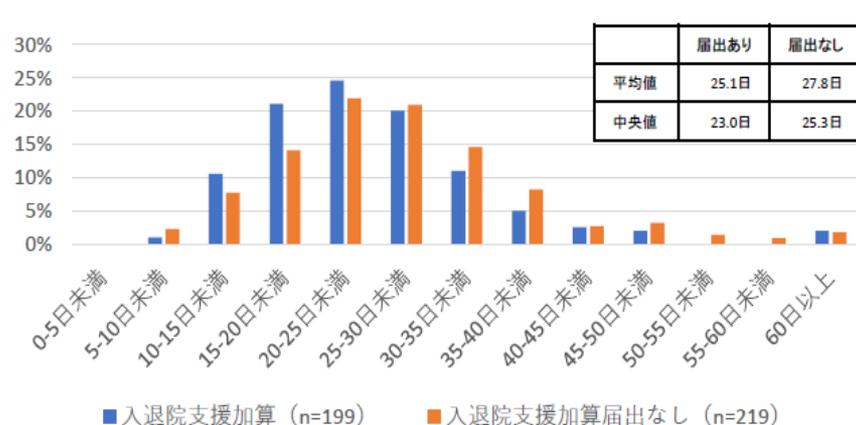
○ 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても、入院時支援加算の届出が有る場合は、届出無い場合と比較して平均在院日数が短かった。

■入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

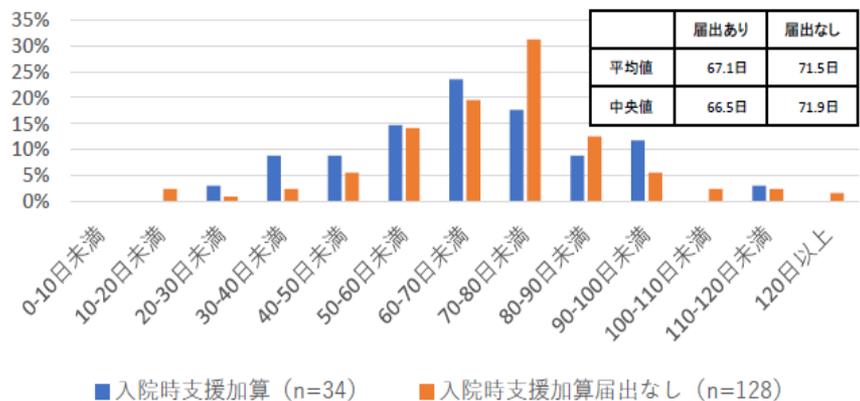
急性期一般入院基本料



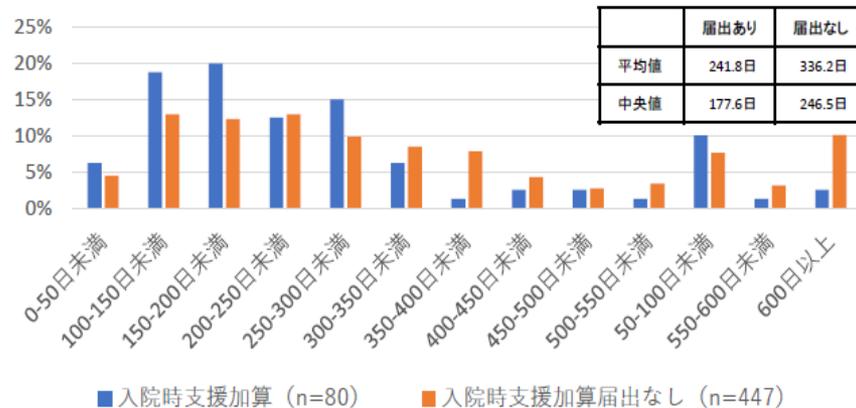
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



回復期リハビリテーション病棟入院料



療養病棟入院基本料

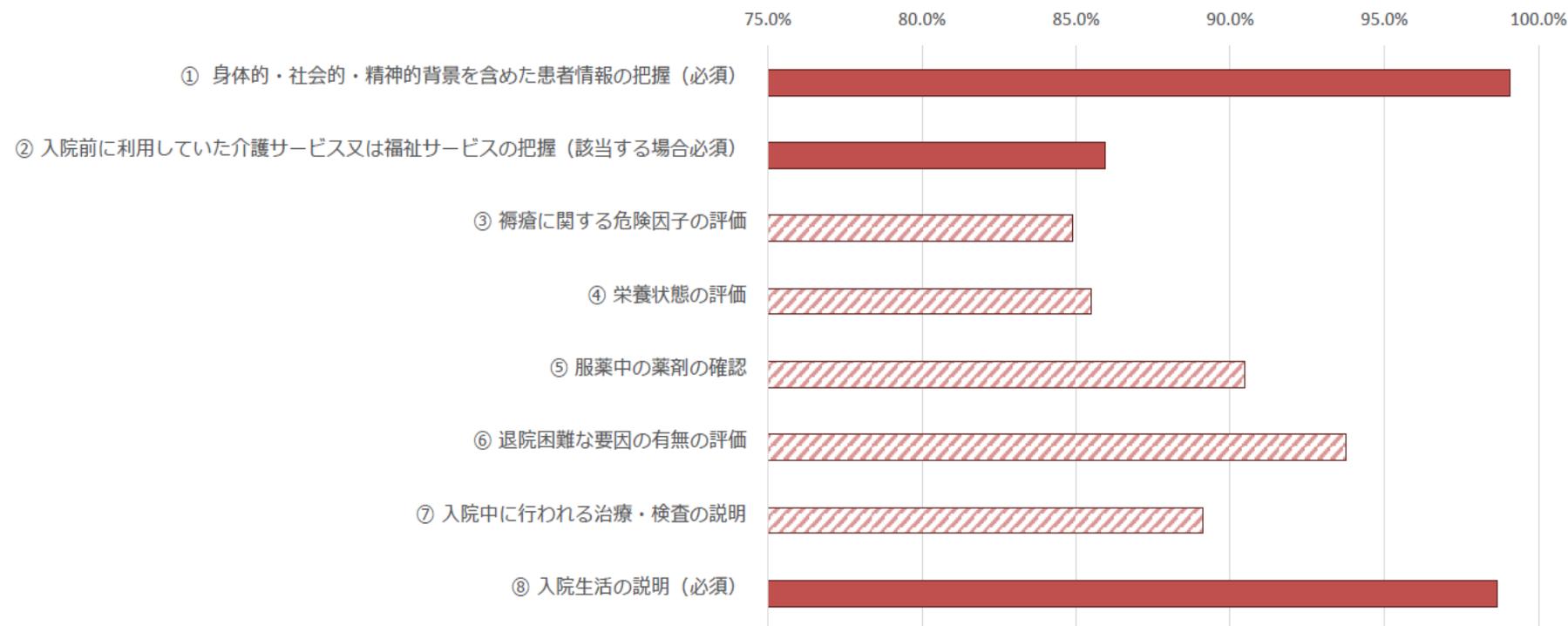


入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

中医協 総-1
5. 7. 20

- 入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低い。

■入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和4年8月～10月の3か月間）



※

入院前に①から⑧まで全て実施した場合は、入院時支援加算1
患者の病態等により①、②及び⑧を含む一部項目を実施した場合は、入退院支援加算2

中医協委員意見

- 松本委員（支払い側）

- 「褥瘡リスクの評価、栄養評価の重要性に鑑みれば、加算を一本化することを検討してはどうか」
- 褥瘡リスクの評価や栄養評価は、加算2では必須となっていないために、実施状況が若干低めであり、この点を改善するために「すべての項目実施が要件となる加算1への一本化」を松本委員は提案しているのです。
- 2020年度診療報酬改定では、より強力な支援を目指し「すべての項目実施を要件とする加算1を新設した経緯」を踏まえれば、「加算1への統合」案には一定の合理性があると言えそう

- 長島委員（診療側）

- 「【入院時支援加算】を取得していない医療機関もある中では、底上げを重視すべきではないか。このためには加算の一本化はせず（加算1・2の維持）、そのうえで加算1へ誘導するために点数の引き上げ（230点からの引き上げ）を行うことも考えられる」

入院前からの支援を行った場合の評価

➤ 入院時支援加算1 230点

【算定対象】

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

【施設基準】

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - 《許可病床数200床以上》
 - ・専従の看護師が1名以上 又は
 - ・専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
 - 《許可病床数200床未満》
 - ・専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

入院時支援加算2 200点（退院時1回）

【算定要件】

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下のア) からク) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算1を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算2を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認
- カ) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

入退院支援加算1・2の見直しについて③

入院前の医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等との事前調整の評価

- 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業所等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

(新) **入院事前調整加算** **200点**

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、所定点数に加算する。
- (2) 当該加算を算定するに当たっては、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。

[施設基準]

入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者

- (1) コミュニケーションにつき特別な支援を要する者又は強度行動障害を有する者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

- 医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。

(新) 医療的ケア児（者）入院前支援加算 1,000点

[対象患者]

医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）



[算定要件]

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が、入院前に別に厚生労働大臣が定める患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の特定入院料のうち、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、当該保険医療機関の入院期間が通算30日以上のもを除く。）の患家等を訪問し、患者の状態、療養生活環境及び必要な処置等を確認した上で療養支援計画を策定し、入院前又は入院した日に当該計画書を患者又はその家族等に説明し、文書により提供した場合に、**保険医療機関ごとに患者1人につき1回に限り**、入院初日に限り所定点数に加算する。
- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医療的ケア児（者）入院前支援加算を算定すべき入院前支援を**情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、500点を所定点数に加算する。**
- 区分番号A 2 4 6の注7に掲げる入院時支援加算は別に算定できない。

[施設基準]

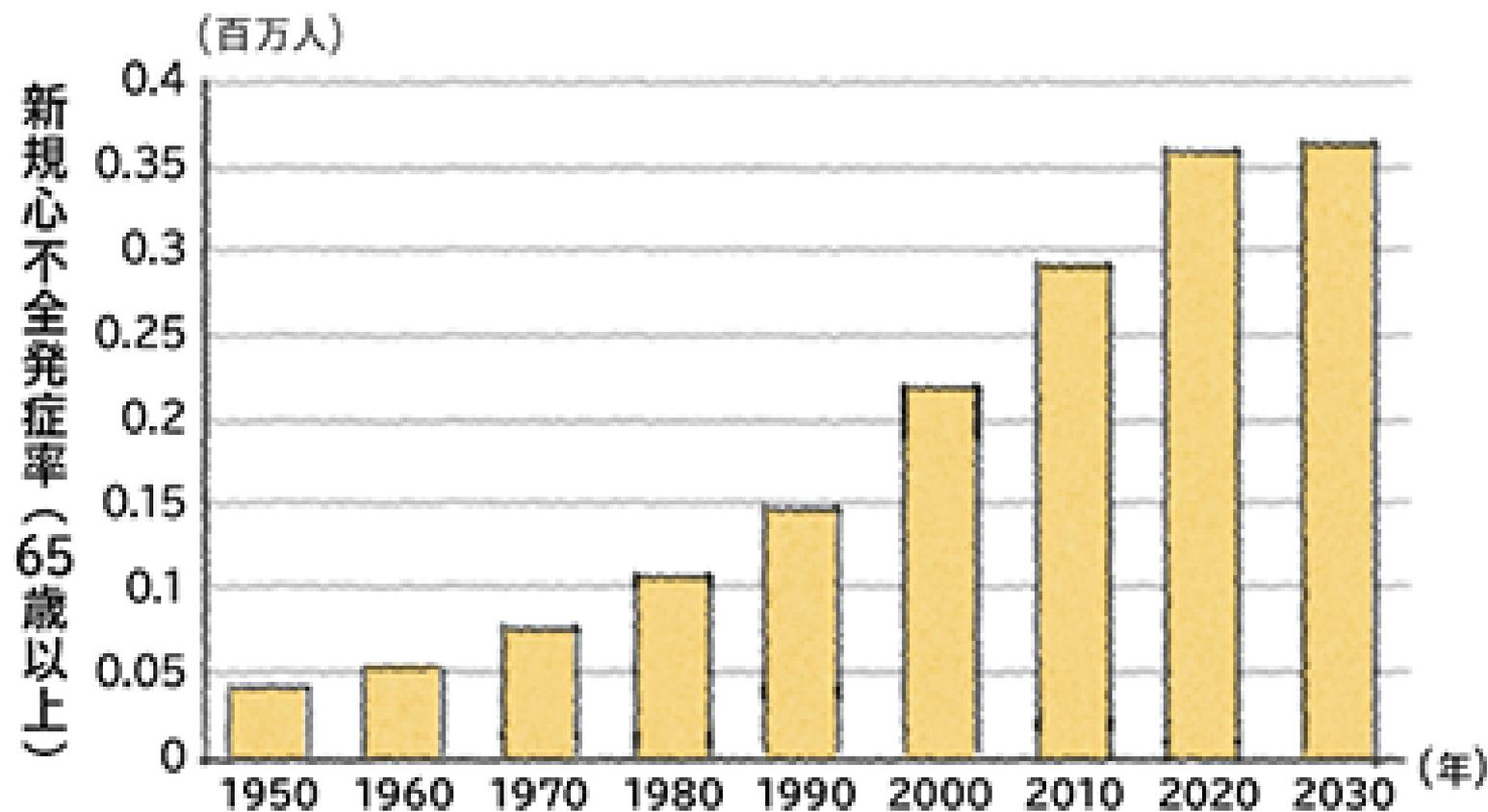
- 直近1年間の医療的ケア判定スコア16点以上の医療的ケア児（者）の入院患者数が10件以上**であること。
- 令和7年5月31日までの間に限り、（1）の基準を満たしているものとする。

医療的ケア判定スコア		基本スコア	見守りスコア		
			高	中	低
1. 人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置及び高頻度胸壁振動装置を含む。）の管理N		10	2	1	0
2. 気管切開の管理		8	2		0
3. 鼻咽頭エアウェイの管理		5	1		0
4. 酸素療法		8	1		0
5. 吸引（口鼻腔又は気管内吸引に限る。）		8	1		0
6. ネブライザーの管理		3			0
7. 経管栄養	(1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻又は食道瘻	8	2		0
	(2) 持続経管注入ポンプ使用	3	1		0
8. 中心静脈カテーテルの管理（中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬等）		8	2		0
9. 皮下注射	(1) 皮下注射（インスリン、麻薬等の注射を含む。）	5	1		0
	(2) 持続皮下注射ポンプの使用	3	1		0
10. 血糖測定（持続血糖測定器による血糖測定を含む。）		3	1		0
11. 継続的な透析（血液透析、腹膜透析等）		8	2		0
12. 導尿	(1) 間欠的導尿	5	0		
	(2) 持続的導尿（尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻又は尿路ストーマ）	3	1		0
13. 排便管理	(1) 消化管ストーマの使用	5	1		0
	(2) 摘便又は洗腸	5	0		
	(3) 浣腸	3	0		
14. 痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置		3	2		0

④退院後の継続支援



心不全パンデミック

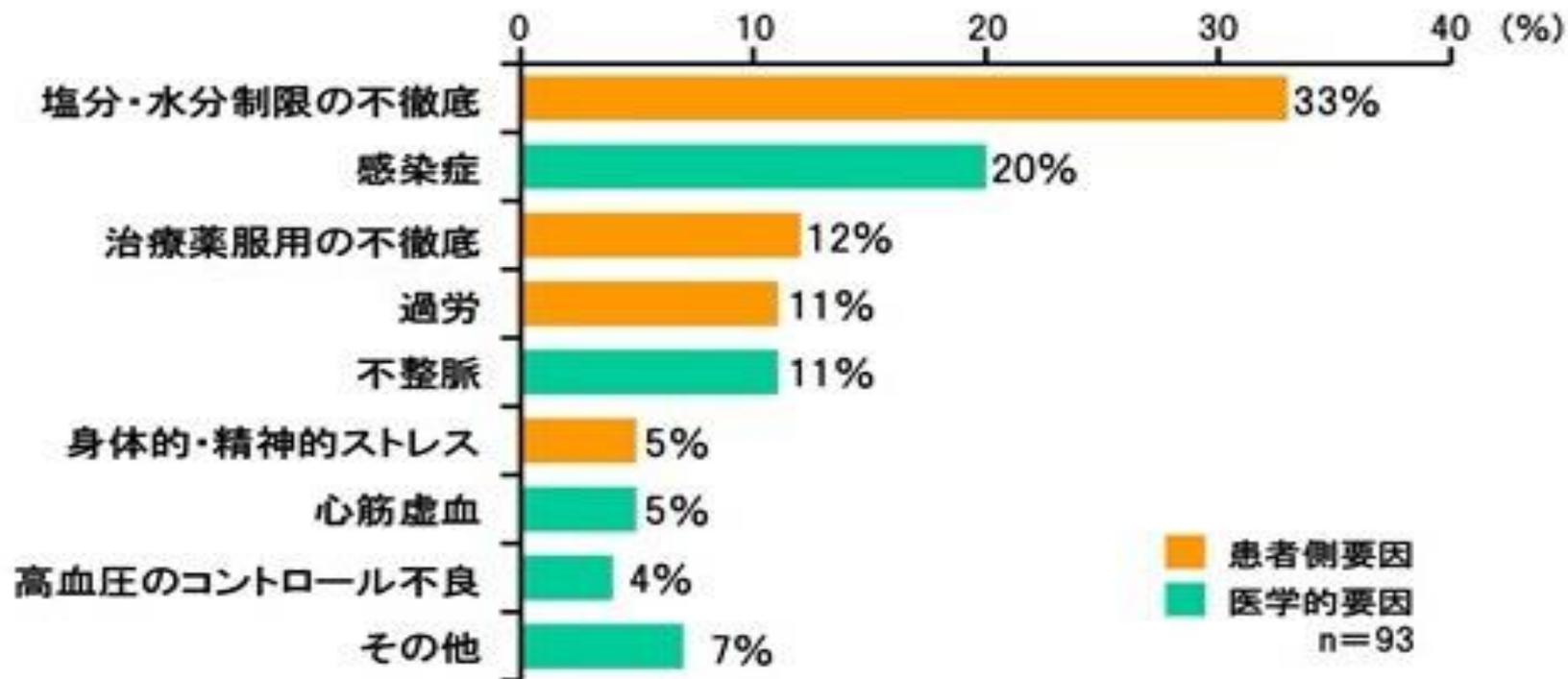


総人口 (百万人)	83.2	93.4	103.7	117.1	123.6	126.9	128.1	124.1	116.6
--------------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

出典：Shimokawa H, et al. Eur J Heart Fail 2015;17:884-892.

心不全では再入院が多い

図2 心不全再入院の原因



(Tsuchihashi M, et al : Jpn Cir J 2000;64:953-959より改変)

慢性心不全患者に求められる疾病管理

- 「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、疾病管理として、退院後特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効であるとしている。

急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)

XII. 疾患管理

1. プログラム(教育など)とチーム医療

1. 2 疾病管理プログラムの具体的な内容

1. 2. 1 アドヒアランスとセルフケアを重視した患者教育

患者の適切なセルフケアは心不全増悪の予防に重要な役割を果たし、セルフケア能力を向上させることにより生命予後やQOLの改善が期待できる。医療従事者は患者のセルフケアが適切に行われているかを評価し、患者および家族に対する教育、相談支援により患者のセルフケアの向上に努める。患者教育では、疾患に関する情報にアクセスし、理解し、活用する能力であるヘルスリテラシーを考慮しつつ、患者の理解度に応じた教材を有効に活用することも重要である。

2021年「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」フォーカスアップデート版

第7章 疾病管理

2. 疾病管理プログラムの具体的な内容

2. 8 退院調整・退院支援および移行期支援と継続的フォローアップ

入院後早期からの退院調整および退院支援は、心不全患者の退院後早期の再入院の回避に効果的である。入院中の退院調整では、退院支援の必要性の評価、具体的な支援内容の検討を行うとともに、セルフケア能力を強化するための患者教育も同時に実施する。退院後の受診頻度は退院後の再入院のリスクと関連しており、**退院後、特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効**である。

心不全に対する疾病管理のエビデンスレベル及び具体的な治療及び教育・支援内容

- 心不全に対する疾病管理として、「多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援」、「退院支援と継続的フォローアップ」が推奨されている。
- ガイドラインにおいて、心不全患者、家族及び介護者に対する教育・支援内容が具体的に示されている。

■心不全に対する疾病管理の推奨とエビデンスレベル*

	推奨クラス	エビデンスレベル	Minds推奨グレード	Mindsエビデンス分類
多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援を行う：患者および家族、介護者に対して。	I	A	A	I
退院支援と継続的フォローアップを行う。	I	A	B	I
禁煙教育・支援を行う。	I	C	B	IVb
身体症状のモニタリングを行う。	I	C	C1	VI
精神症状のモニタリングと専門的治療を行う。	I	B	B	II
心不全増悪の高リスク患者への教育支援と社会資源の活用を行う：独居者、高齢者、認知症合併者などに対して。	I	A	A	I
感染症予防のためのインフルエンザワクチン接種を行う。	I	A	B	IVa
1日6g未満の減塩食を考慮する。	IIa	C	C1	VI
節酒を考慮する。	IIa	C	C1	VI

■心不全患者、家族および介護者に対する治療および生活に関する教育・支援内容**

教育内容	具体的な教育・支援方法	教育内容	具体的な教育・支援方法
心不全に関する知識	定義、発症、症状、病の経過 重症化の予防（療養内容） 療養の原則 合併症 薬物治療、医療物治療	アドヒアランス	心不全の病歴を含め個別性を考慮し、状況に即する教育を行う。
セルフモニタリング	患者自身が症状モニタリングを実施することの必要性・重要性 セルフモニタリングのスキル 療養手帳の活用	禁煙	「禁煙ガイドライン2014準拠」を参照。
運動の対応	運動時の症状と評価 運動時の危険性への連絡方法	身体活動	運動量目標、適切性を評価する。 定期的に日常生活動作を評価する。 定期的な適切な身体活動の必要性 一定状態化時の安静、活動制限の必要性 適度な安静による併発（運動耐容低下など）
家族に対するアドヒアランス	薬剤名、薬効、服薬方法、副作用 処方通りに服用することの重要性 アドヒアランスの目的、治療に関する生活上の注意事項	入浴	適切な入浴方法 重症度や生活環境に応じた方法を指導する。
感染予防とワクチン接種	心不全増悪因子としての感染症 インフルエンザ、肺炎に対するワクチン接種の必要性	旅行	旅行中の注意事項（服装、飲水、食事内容、身体活動量） 旅行に伴う心不全増悪の危険性 旅行中の発生機軸時の対応方法
塩分・水分制限	適量の飲水の危険性 重症心不全患者における飲水制限 適正な塩分摂取（0.5g未満/日） 減塩食の維持の重要性	性生活	旅行中の食事内容や食事時間の変化、気候の変化、運動量の増加などが心不全に及ぼす影響を説明する。 旅行中の準備に関する備前情報を行う。
栄養管理	過度の飲水の危険性 重症心不全患者における飲水制限 適正な塩分摂取（0.5g未満/日） 減塩食の維持の重要性	心理的支援	継続的に精神状態を評価する。 日常生活におけるストレスマネジメントの必要性とその方法について説明する。 心不全と心理精神的変化 日常生活におけるストレスマネジメント
バランスのよい食事の必要性 合併症を考慮した食事内容	定期的な栄養状態を評価する。 嚥下機能などの身体機能や生活状況に応じた栄養指導に努める。 食事量の減少や食欲不振は、心不全増悪の危険性の可能性があることを説明する。	定期的な評価	定期的に重症度の評価を行う。 重症度は、診断予定にかかわらず、すみやかに医療機関に連絡することを説明する。 医師へのアクセスを確保する。（電話相談、社会的資源の活用）

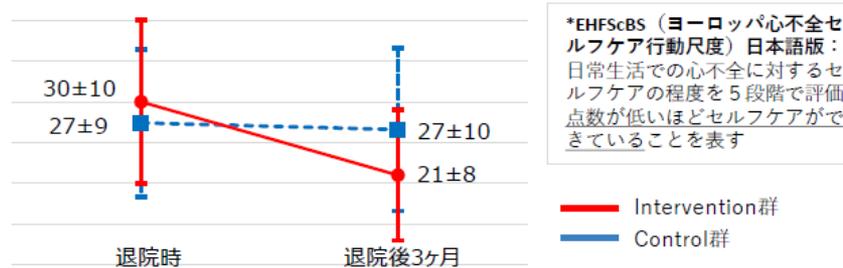
慢性心不全患者に対する退院直後の療養支援の効果

- 慢性心不全患者に対し、ガイドラインに基づき退院直後に集中的な対面及び電話による療養支援を行うと、セルフケア行動が有意に改善することが示されている。
- 心不全患者において、セルフケア行動が維持されていると、再入院率が低くなることが示されている。

■慢性心不全患者の重症化予防に向けた、退院後の集中的な支援の効果

<退院後3か月におけるセルフケア行動の変化>

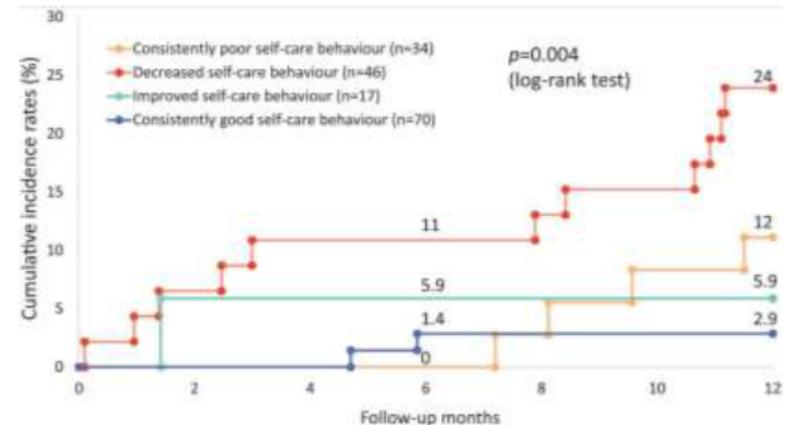
退院後3か月におけるEHFScBS*の総得点は、有意に介入群で低値であった ($p < 0.001$)



■セルフケア行動と入院率

<セルフケア行動別、心血管疾患による累積入院率>

セルフケア行動が維持されることにより、心血管疾患による累積入院率は有意に低い ($p = 0.004$)



出典: Lijeroos M, et al. (2020) 「Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors」
European Journal of Cardiovascular Nursing, Vol19, 5, 421-432

【研究方法】介入研究

Intervention群: 「2021年JCS/JHFSガイドラインフォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療」で示された、疾病管理プログラムに基づき提案する、療養支援フローに則り、対面及び電話による療養支援プログラムを実施



【対象患者】

慢性心不全と診断された成人患者(18歳以上)で、ACC/AHAの心不全ステージ分類Stage Cにあり、包含基準に該当する者 (包含基準) 過去1年間に1回以上の入院を経験し、アドヒアランスに関わる問題を1つ以上有している

出典: 日本看護協会「慢性心不全患者に対する外来看護師による対面及び電話による療養支援の効果に関する研究」(2022~2023年度)

地域全体で心不全患者を診る ～倉敷地区地域チーム医療～

●心不全地域連携パス

●マイカルテオンラインシステム

心不全入院から外来診療までの流れを円滑に

急性期病院

心不全チーム
CCUチーム
NST

●心不全手帳

患者・家族への教育と多職種、施設間の情報共有ツール



心不全教室

患者及び家族への教育

●心臓リハビリ地域ネットワーク

外未での心臓リハビリ継続

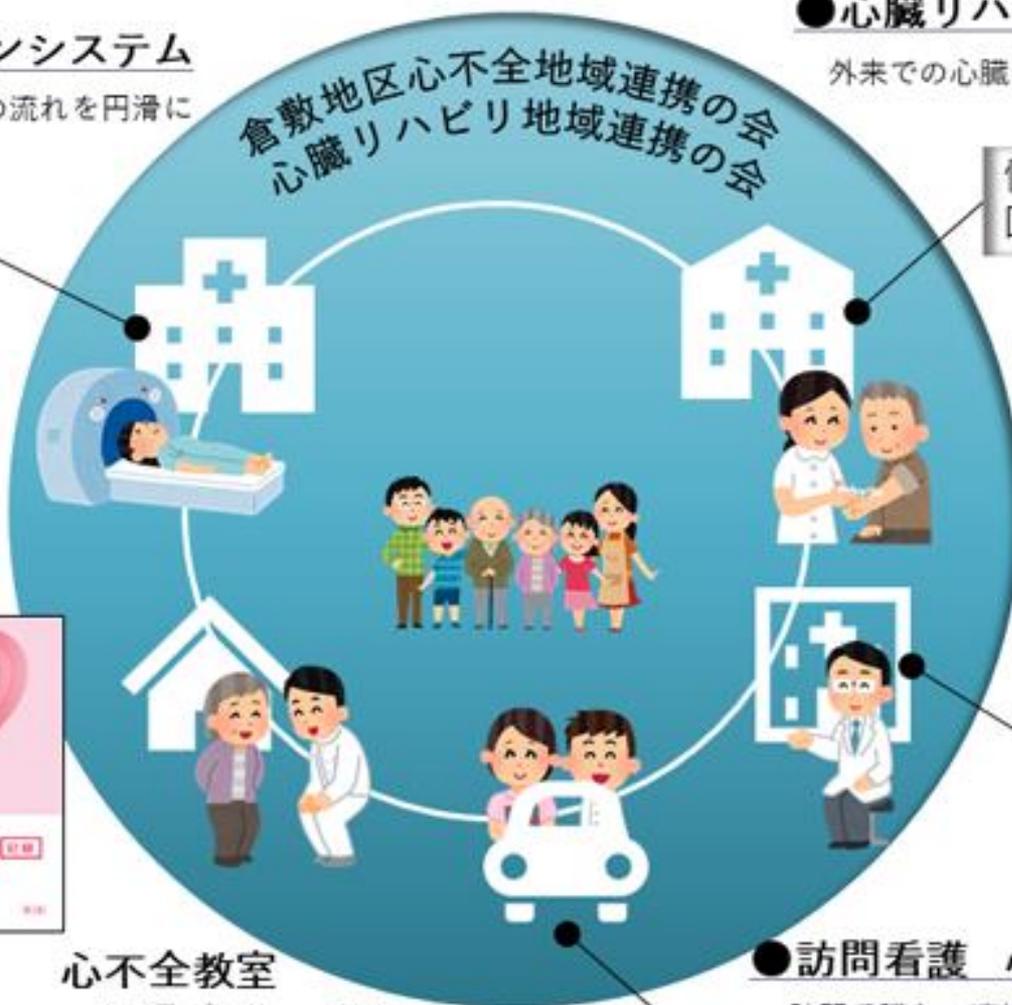
慢性期/
回復期リハビリ病院

かかりつけ医

●訪問看護 心不全ホットライン

訪問看護との連絡ツール

訪問看護ステーション



まとめと提言

- **ポスト2025年**は後期高齢者入院パンデミックが課題
- **2024年診療報酬改定**の最大課題は「高齢者救急をどこで診るか？」
- このため地域包括医療病棟が新設された。
- 地域包括医療病棟は地域医療構想では回復期に相当
- 入退院支援は**PFM**の考え方から
- **2024年診療報酬改定**で入退院支援・入院時支援加算も変わった
- 心不全地域連携パスが必要

そこが知りたい！ 入退院支援まるわかりガイド

これからの医療のキーワード“PFM”



- 監修 武藤正樹
- 編著：医療福祉連携士の会
- B5判、192頁、定価：3,080円（本体2,800円）
- 2024年4月22日発行
- 株式会社照林社

絶賛販売中！



第26回日本医療マネジメント学会学術総会

The 26th Annual Meeting of the Japan Society for Health Care Management

信頼と調和による医療マネジメント ～地域と共に質の高い、安全な医療をつくる～

会期

2024年6月21日[金]・22日[土]

会場

福岡国際会議場 福岡サンパレス
〒812-0032 福岡市博多区石城町2-1 〒812-0021 福岡市博多区築港本町2-1

会長

中房 祐司 (福岡赤十字病院 院長)



ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp