

Dr武藤のミニ動画講座 2026年診療報酬改定シリーズ① **地域包括医療病棟と地域連携**



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
通所介護事業所など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



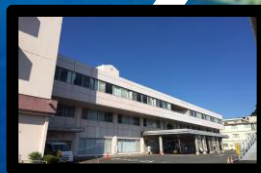
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

目次

- パート1
 - 入院外来分科会
- パート2
 - 高齢者の入院医療
- パート3
 - 地域包括ケア病棟
- パート4
 - 地域包括医療病棟
- パート5
 - 地域連携



パート1 入院外来分科会

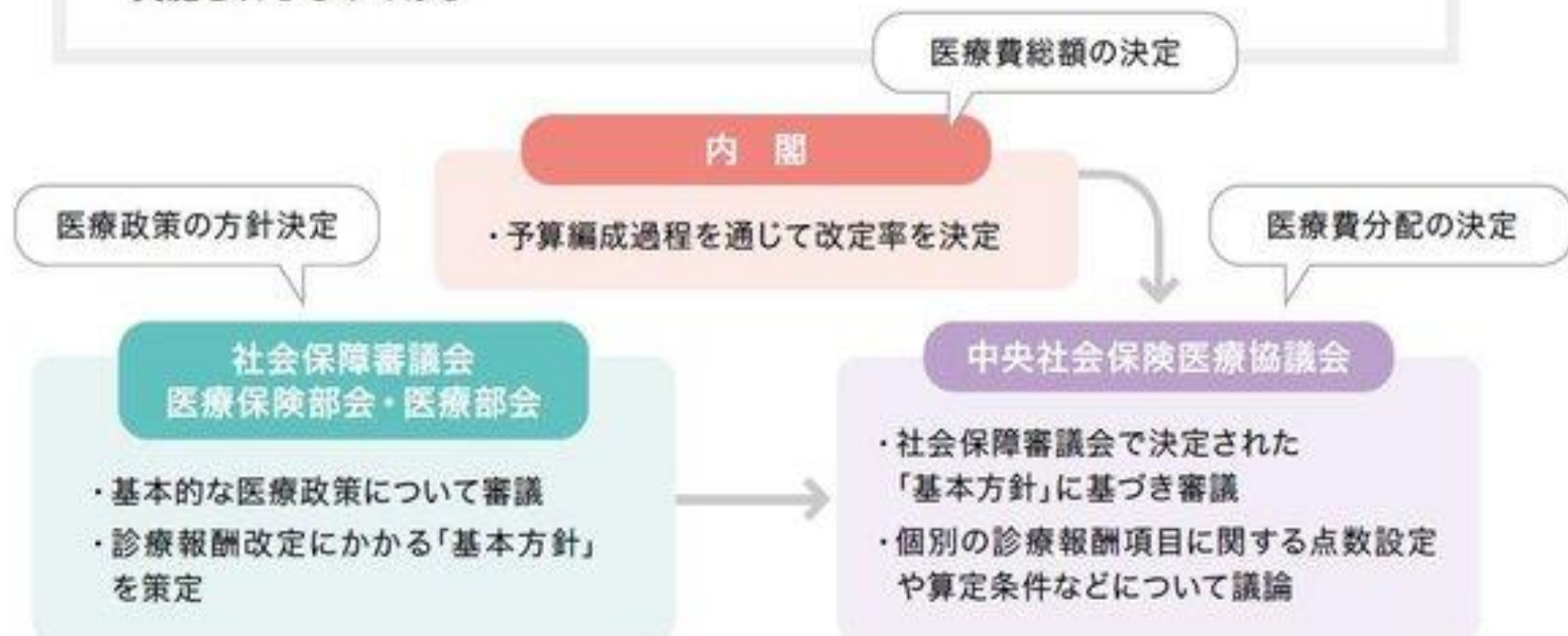


中医協とは？

診療報酬改定は、

- ① 予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、
- ② 社会保障審議会医療保険部会および医療部会が策定した「基本方針」に基づき、
- ③ 中央社会保険医療協議会において具体的な診療報酬点数の設定などにかかる審議を行い、

実施されるものである



中央社会保険医療協議会 総会 (1950年設置)

報告

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

診療報酬改定結果検証部会

所掌：診療報酬が医療現場などに与えた影響などについて審議

設置：2005年
委員：公益委員のみ
開催：改定の議論に応じて開催

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：2012年
委員：支払：診療：公益＝6：6：4
開催：改定の議論に応じて開催

薬価専門部会

所掌：薬価の価格算定ルールを審議

設置：1990年
委員：支払：診療：公益＝4：4：4
開催：改定の議論に応じて開催

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：1999年
委員：支払：診療：公益＝4：4：4
開催：改定の議論に応じて開催

報告

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

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：1991年
委員：支払：診療：公益＝5：5：6
開催：改定の議論に応じて開催

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：1967年
委員：支払：診療：公益＝5：5：4
開催：調査設計で開催

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌：診療報酬体系の見直しにかかる技術的課題の調査・検討

設置：2003年
委員：保険医療専門審査員

- ・医療技術評価分科会(年1回程度)
- ・医療機関のコスト調査分科会(年1回程度)
- ・医療機関等における消費税負担に関する分科会
- ・入院・外来医療等の調査・評価分科会

聴取

意見

専門組織

薬価算定、材料の適用および技術的課題などについて調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聞くことができる

薬価算定組織

所掌：新薬の薬価算定などについての調査審議

設置：2000年
委員：保険医療専門審査員
時期：4半期に一度の薬価収載、緊急収載などに応じて月1回程度

保険医療材料等専門組織

所掌：特定保険医療材料および体外診断用医薬品の保険適用についての調査審議

設置：2000年
委員：保険医療専門審査員

入院医療分科会座長
武藤正樹
(2012～2018年)

入院・外来医療等の調査・評価分科会

2025年6月13日



診療報酬調査専門組織 入院・外来医療等の調査・評価分科会 委員名簿

本委員

氏 名	所 属
あきやま ともや 秋 山 智 弥	名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター 教授
いいじま かつや 飯 島 勝 矢	東京大学 未来ビジョン 研究センター／高齢社会総合研究機構 教授
いかわ せいいちろう 井 川 誠 一 郎	日本慢性期医療協会 副会長
いけだ しゅんや 池 田 俊 也	国際医療福祉大学医学部公衆衛生学 教授
いまむら ひでひと 今 村 英 仁	日本医師会 常任理事
おがた ひろや 尾 形 裕 也	九州大学 名誉教授
こいけ そういち 小 池 創 一	自治医科大学地域医療学センター 医療政策・管理学部門 教授
たけい じゅんこ 武 井 純 子	社会医療法人財団慈泉会 相澤健康センター 総合管理部長
たみや な な こ 田 宮 菜 奈 子	筑波大学 医学医療系 教授
つる えいち 津 留 英 智	全日本病院協会 常任理事
とりうみ や す お 鳥 海 弥 寿 雄	東京慈恵会医科大学 前医療保険指導室室長
なかの めぐみ 中 野 恵	健康保険組合連合会 参与
はやしだ けんし 林 田 賢 史	東京大学大学院医学系研究科 特任教授
まきの けんいち 牧 野 憲 一	旭川赤十字病院 特別顧問・名誉院長
ま の なりやす 真 野 成 康	東北大学病院 教授・薬剤部長
まにわ よしまさ 真 庭 謙 昌	神戸大学国際がん医療・研究センター センター長

◎ : 分科会長 ○ 分科会長代理

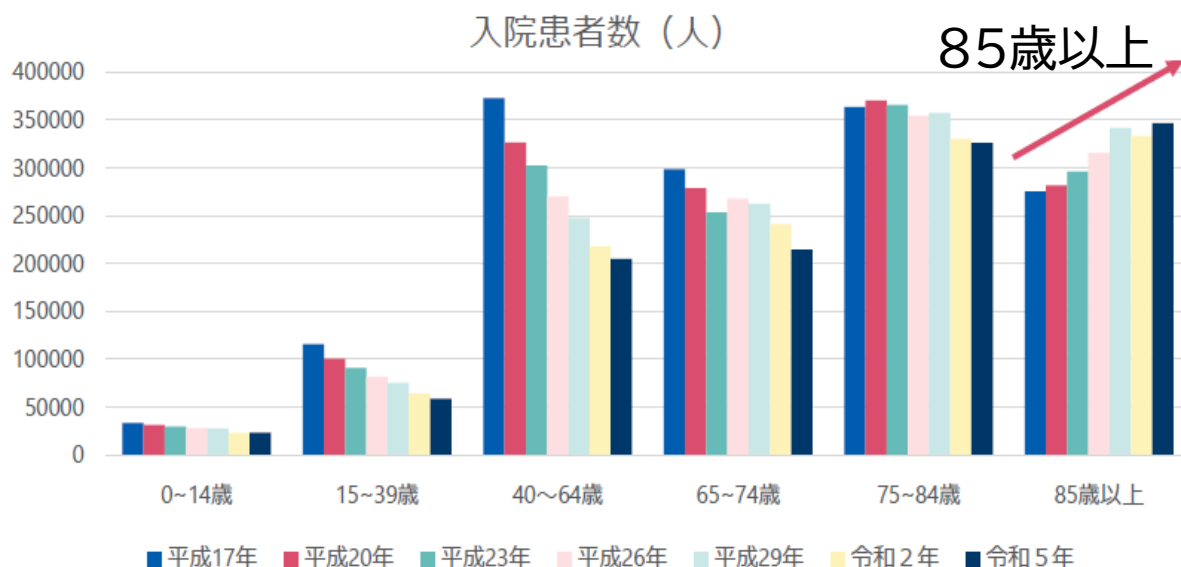
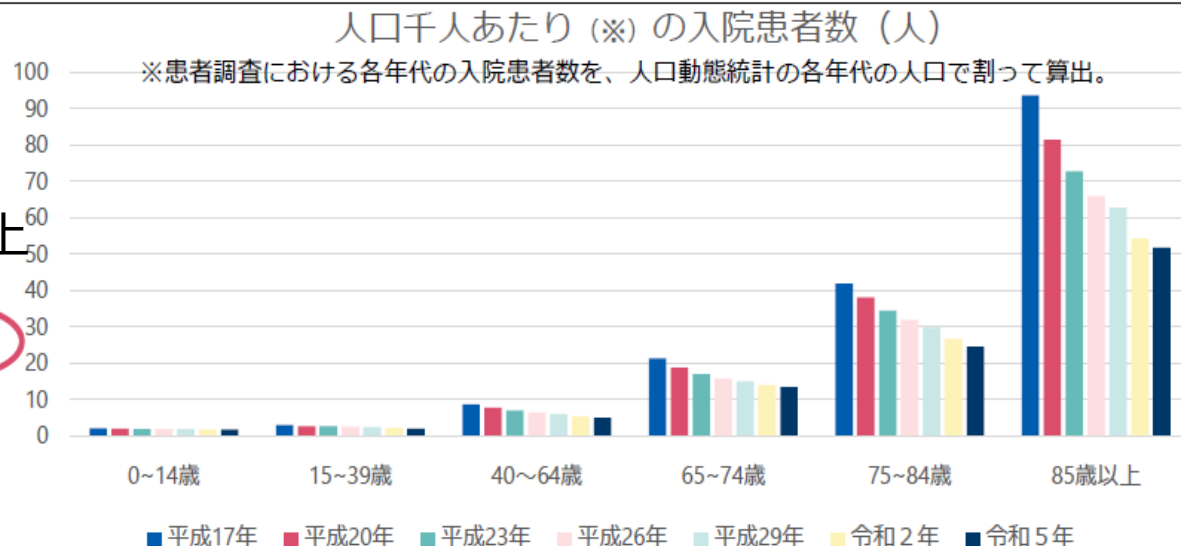
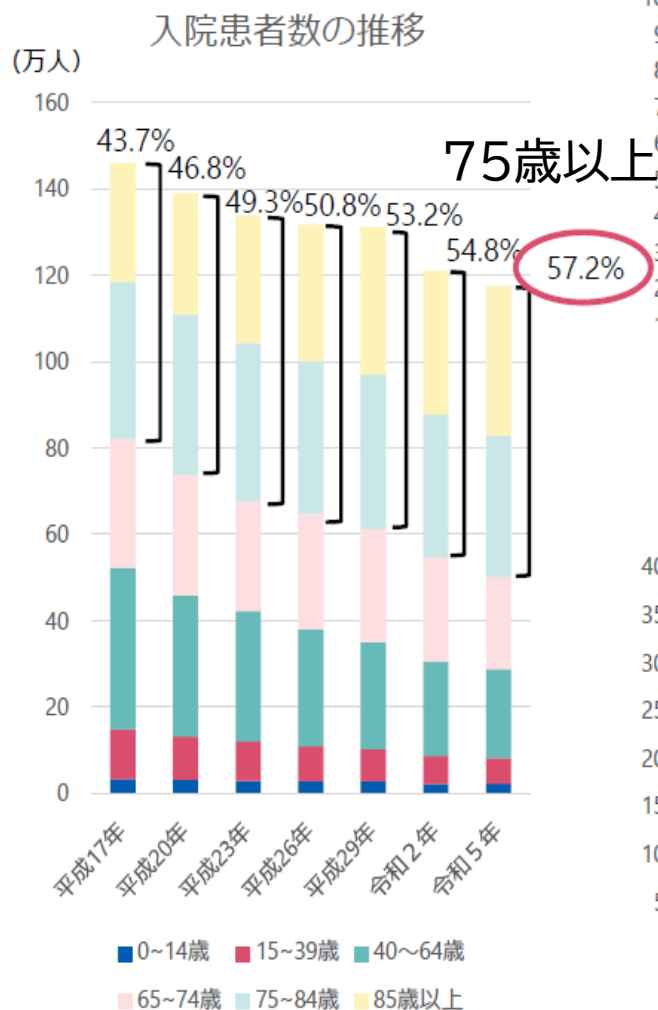
パート2

高齢者の入院医療



入院患者の高齢化

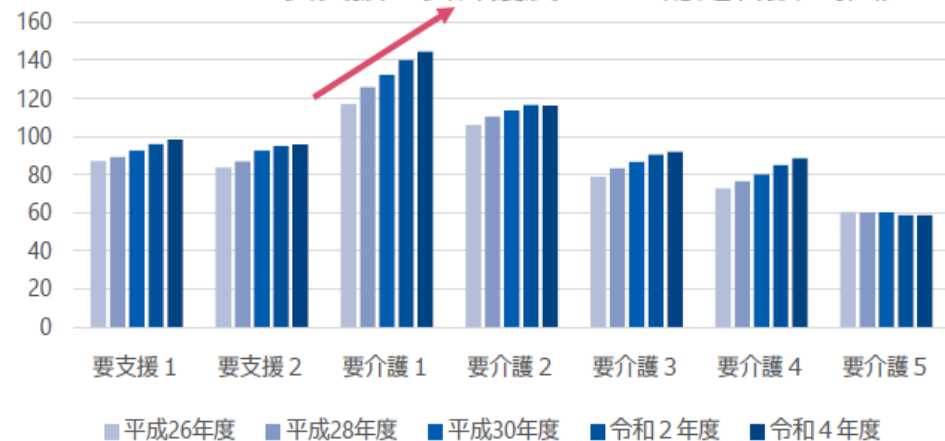
- 入院患者の総数は減少傾向であるが、75歳以上の高齢者の割合は漸増しており、令和5年に57.2%であった。
- いずれの年代においても、人口千人あたりの入院患者数は減少しているが、85歳以上においては、入院割合の減少を上回る人口増加により、入院患者の実数は増加している。



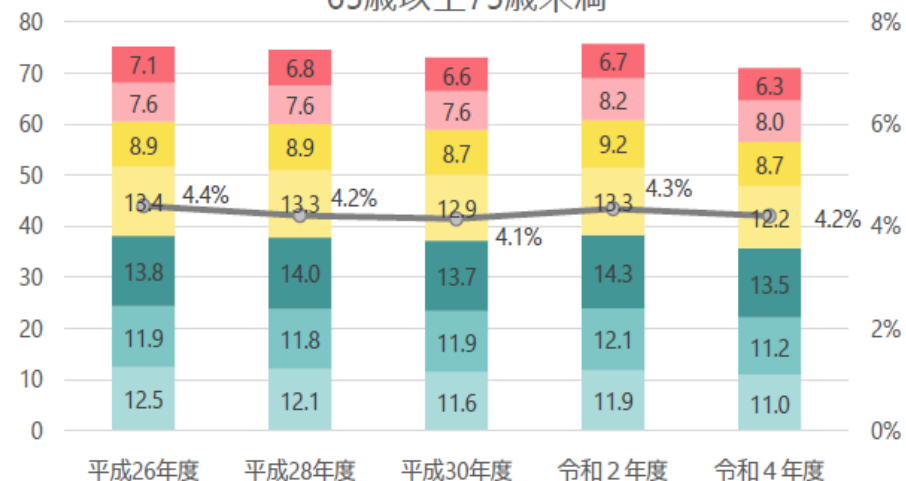
要支援・要介護認定者数の経年推移

- 要支援・要介護の認定者数は要介護5以外の全ての区分で漸増傾向であり、特に要介護1の増加が目立つ。
- 年代別の認定者数と認定割合をみると、認定割合は横ばい～漸減で推移している一方で、85歳以上においては人口増加のために要支援・要介護認定者の絶対数が増加している。

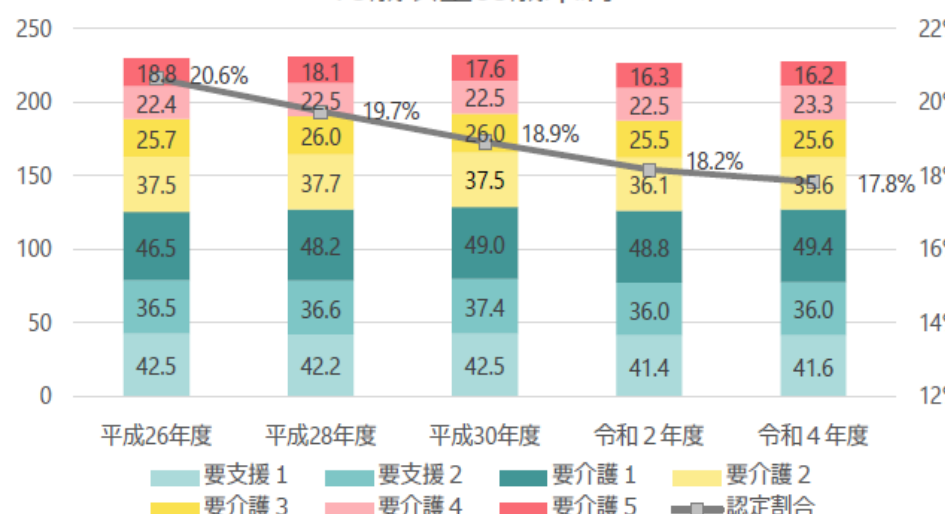
要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



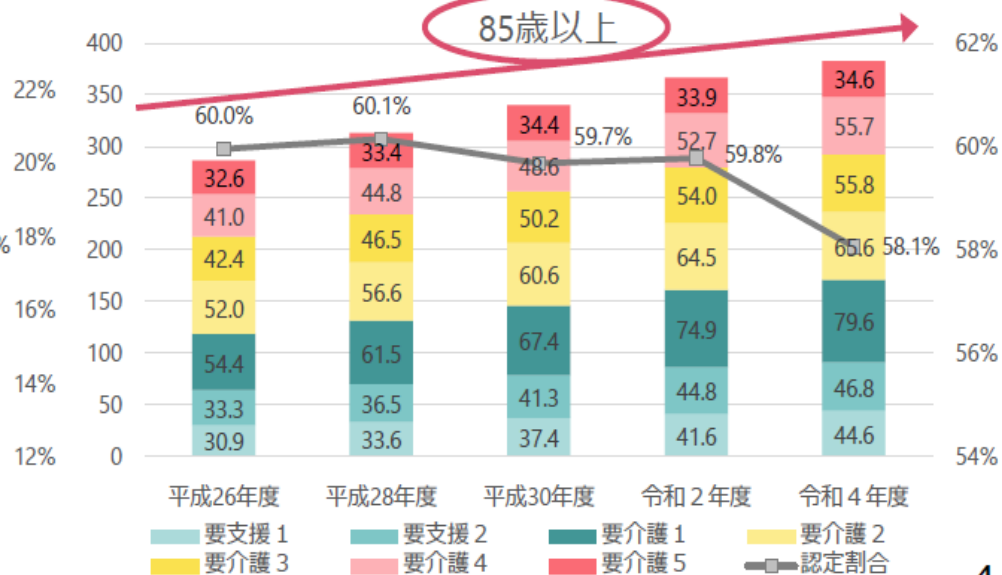
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



85歳以上



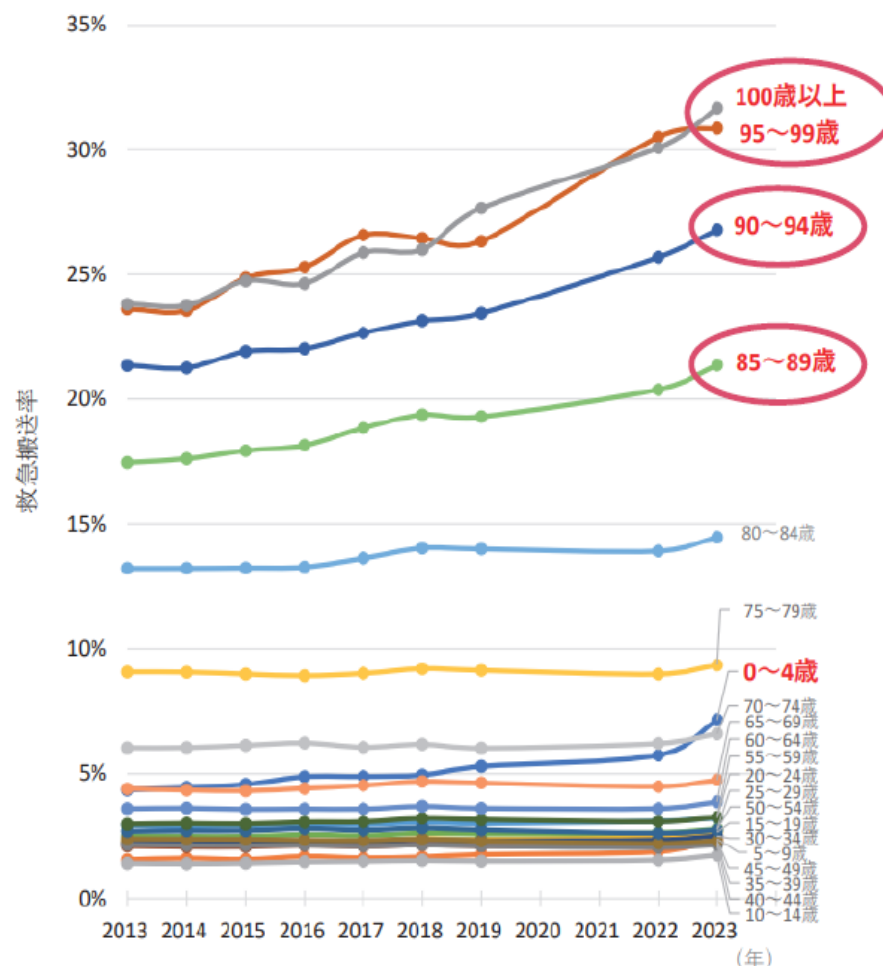
高齢者の救急搬送の増加

- 主に85歳以上の年齢階層で、救急搬送率が増加している。

年齢階層別の救急搬送率（全国単位）

救急搬送率 = 年間の救急搬送人員 ÷ 当該年の人口

救急搬送率の推移（2013～2023年）（コロナの2020、2021年除く）



85歳以上の
超後期高齢
者の救急搬
送が増えて
いる

高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

軽症～重症まで
集まる三次救急

三次救急医療機関等

救急搬送の受入

退院困難な
軽症～中等
症患者の入院
長期化

第三次救急医療機
関に中等症患者も
入院することにより病
床がひっ迫し、重症
患者の転院搬送が
困難な場合がある。

重症患者等

二次救急医療機関等

○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。

三次救急医療機関等
(夜間に夜勤医師等が対応)

入院は重症患者
への対応に集中

軽症～重症患者

働き方改革も踏まえた
夜間体制等の
機能分化の促進

重症患者等

搬送料により評価
救急患者連携

※転院搬送先の候補
及び対象となる病態
等について、M C協
議会等を通じて連携
する医療機関と協議。

二次救急医療機関等
(夜間は主に宿日直医師が対応)

下り搬送

○介護保険施設等との連携促進を通じた救急医療提供体制

後方支援機能

介護施設との連携

急変時の往診

介護保険施設等連携
往診加算により評価

往診等の診療後の入院受入

協力対象施設入所者
入院加算により評価

介護保険施設等
(老健、介護医療院、特養)

地域包括ケア病棟
在支診・在支病、後方支援病院

令和6年度診療報酬改定における高齢者の医療のあり方に係る見直し

- 令和6年度診療報酬改定では、後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患の二一増大に対して地域包括医療病棟が新設された。また、患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系が見直された。
- さらに、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅療養支援診療所の平時および急変時の対応の強化に関する見直しが実施された。また、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、在宅医療分野においてICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等が行われた。

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟入院料の新設

- ・ 在宅復帰率8割
- ・ 救急搬送患者割合1割5分
- ・ ADL維持率95%以上 等

急性期入院料の見直し

- ・ 入院基本料等の引き上げ
- ・ 重症度、医療・看護必要度の見直し（急1におけるB項目の廃止等）
- ・ 急1における平均在院日数の短縮（18日→16日）
- ・ リハ栄養口腔連携体制加算の新設

急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

- ・ 急性期充実体制加算を加算1及び加算2に再編
- ・ 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- ・ 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- ・ 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- ・ 40日目以降と以前の評価の見直し
- ・ 在宅医療要件の見直し
- ・ 在宅復帰率の見直し
- ・ 短期滞在手術の扱いの見直し

地域包括ケア病棟

有床診療所基本料の見直し

- ・ 介護障害連携加算の新設

療養病棟入院料の見直し

- ・ 医療区分の見直し
- ・ 中心静脈栄養の評価見直し
- ・ リハビリテーションの評価見直し
- ・ 経過措置病棟の廃止

回復期リハ入院料の見直し

- ・ FIMの測定等の要件見直し
- ・ 体制強化加算の廃止
- ・ 運動器リハ算定上限数見直し

回復期リハ

療養病棟

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

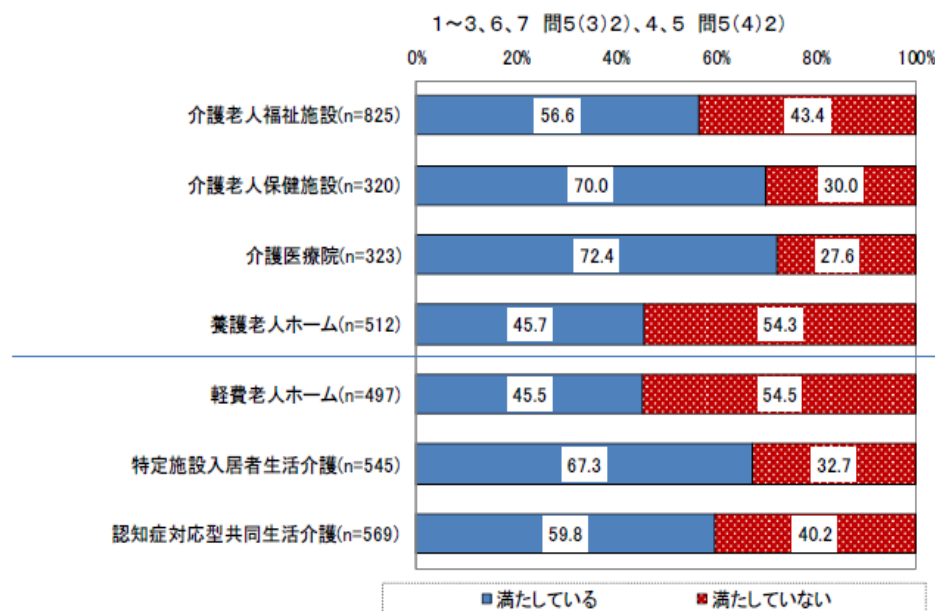
3. 調査結果概要

【協力医療機関の定めの状況】

○介護老人福祉施設は56.6%、介護老人保健施設は70.0%、介護医療院は72.4%、養護老人ホームは45.7%が義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制(③は病院に限る)、の全てを満たす協力医療機関を定めていた。

○軽費老人ホームは45.5%、特定施設入居者生活介護は67.3%、認知症対応型共同生活介護は59.8%が努力義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を満たす協力医療機関を定めていた。

図表6 要件を満たす協力医療機関を定めている施設



※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務とした。

※軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

協力医療機関
を定めている
介護保険施設
は救急搬送が
少ない

3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

- 医療機関に入院となった入所者等について、どの施設も、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少なかった。
- 救急車による搬送が行われたケースにおいて、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等は、概ね入院先の医療機関と事前調整をした上で救急車を呼んだ割合が高かった。

図表36 救急車による搬送の有無

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	あり	なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=761)	33.0%	64.3%	2.8%
	満たしていない(n=429)	42.2%	53.6%	4.2%
介護老人保健施設	満たしている(n=504)	38.7%	58.7%	2.6%
	満たしていない(n=213)	39.9%	52.1%	8.0%
介護医療院	満たしている(n=191)	15.2%	80.1%	4.7%
	満たしていない(n=32)	28.1%	71.9%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=327)	30.6%	66.7%	2.8%
	満たしていない(n=341)	34.6%	60.1%	5.3%
軽費老人ホーム	満たしている(n=191)	33.0%	61.3%	5.8%
	満たしていない(n=165)	49.1%	48.5%	2.4%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=406)	49.5%	43.8%	6.7%
	満たしていない(n=183)	61.7%	34.4%	3.8%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=131)	47.3%	49.6%	3.1%
	満たしていない(n=93)	57.0%	40.9%	2.2%

図表37 救急車による搬送があったもののうち、入院先の医療機関と事前調整をした上で、救急車を呼んだか

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	調整あり	調整なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=251)	57.0%	41.0%	2.0%
	満たしていない(n=181)	46.4%	53.0%	0.6%
介護老人保健施設	満たしている(n=195)	75.4%	23.1%	1.5%
	満たしていない(n=85)	81.2%	15.3%	3.5%
介護医療院	満たしている(n=29)	89.7%	10.3%	0.0%
	満たしていない(n=9)	88.9%	11.1%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=100)	54.0%	42.0%	4.0%
	満たしていない(n=118)	33.9%	66.1%	0.0%
軽費老人ホーム	満たしている(n=63)	57.1%	33.3%	9.5%
	満たしていない(n=81)	43.2%	54.3%	2.5%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=201)	62.7%	34.8%	2.5%
	満たしていない(n=113)	57.5%	36.3%	6.2%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=62)	62.9%	37.1%	0.0%
	満たしていない(n=53)	45.3%	52.8%	1.9%

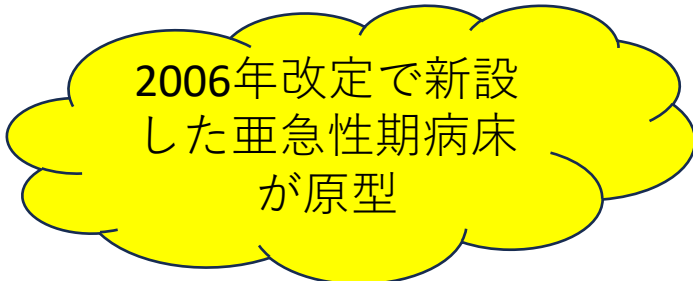
パート3

地域包括ケア病棟



地域包括ケア病棟の経緯

- 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。

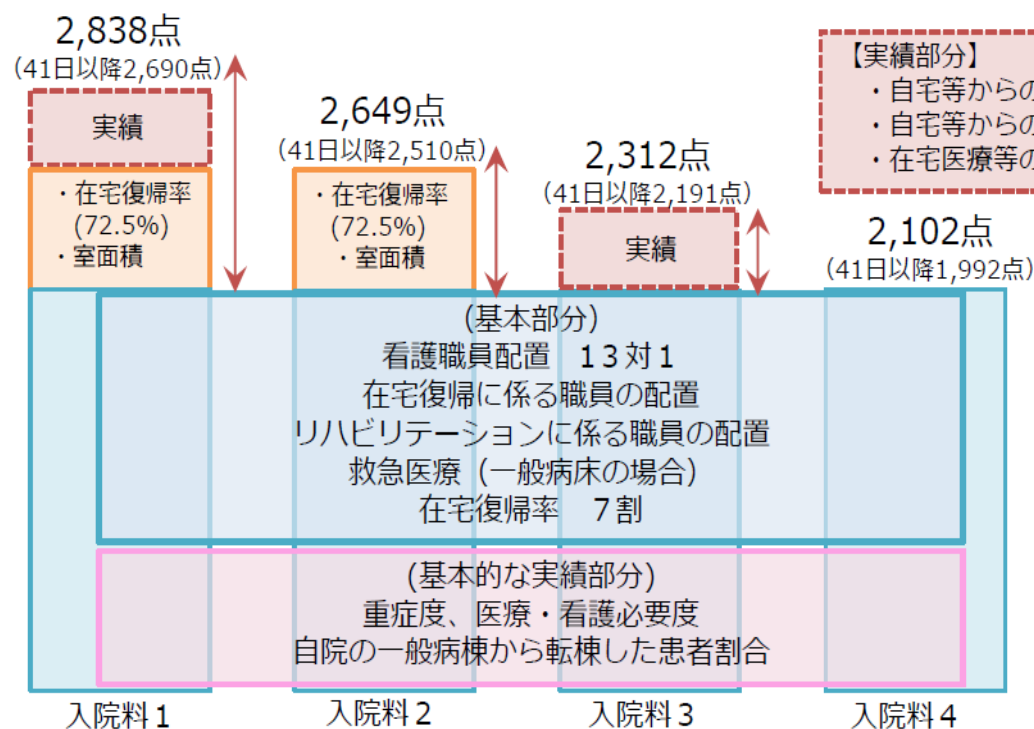


2006年改定で新設
した亜急性期病床
が原型

地域包括ケア病棟経緯

- 2014年改定で新設
- 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

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



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



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



○：分科会長

武久洋三先生

地域包括ケア病棟(新設)

- 地域包括ケア病棟入院料 1、2
- 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
- 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！

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)

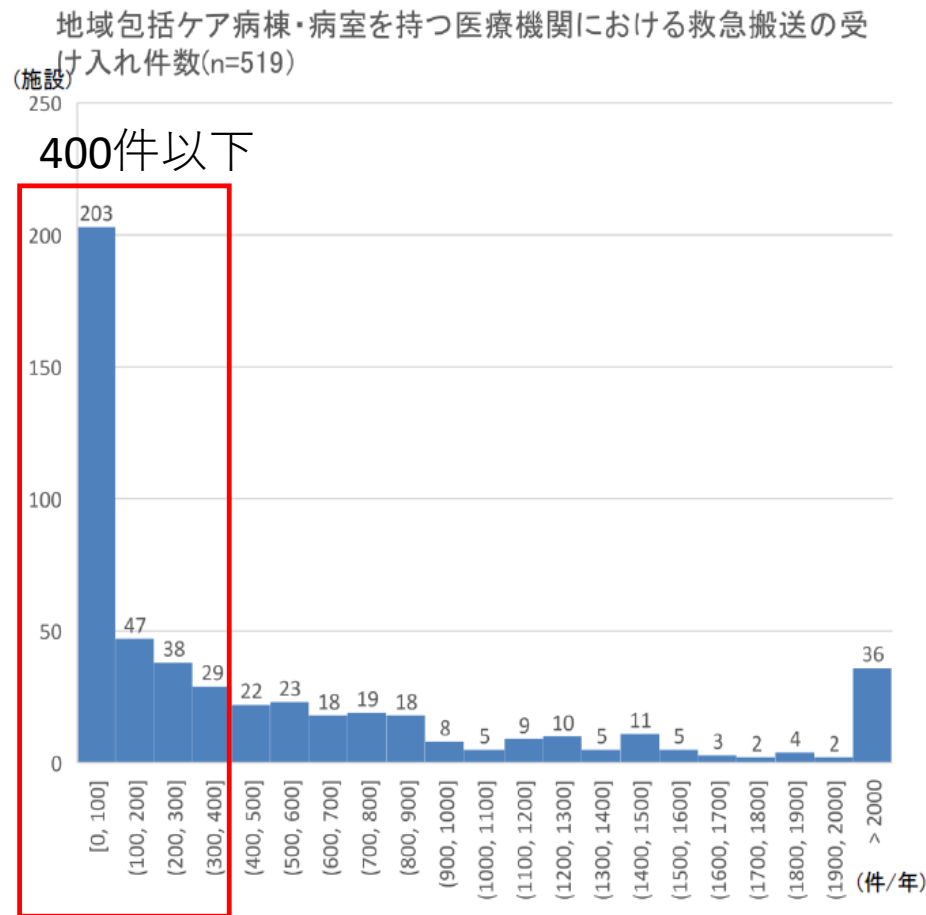
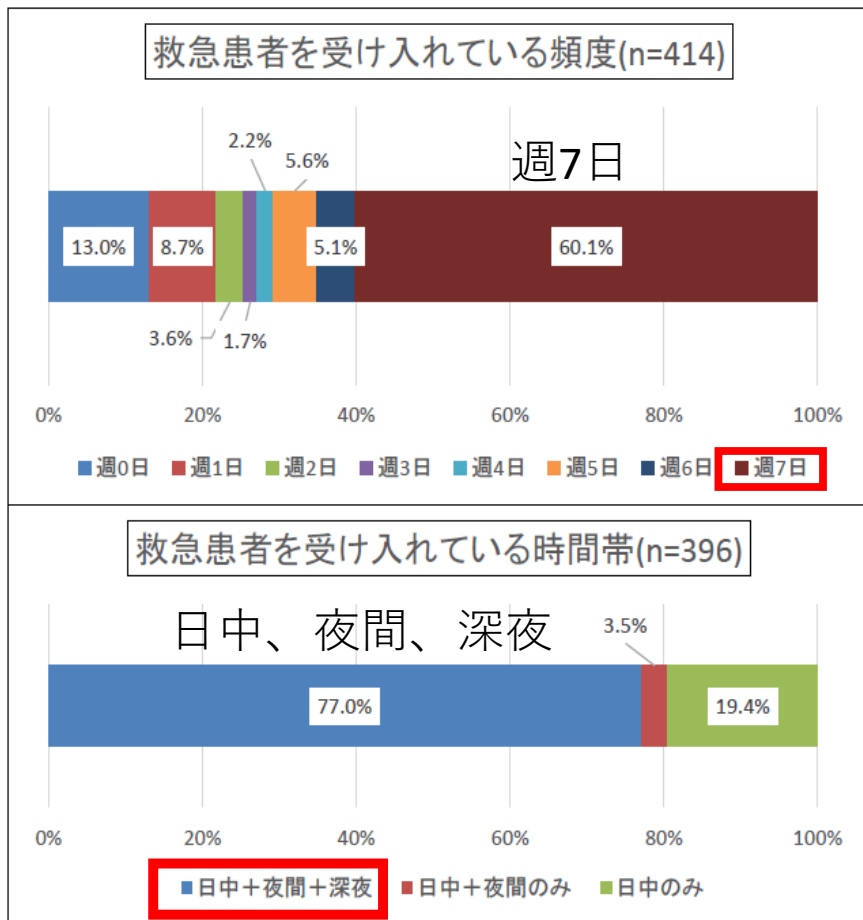
1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

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）

急性期患者・在宅患者支援病床初期加算（2022年改定）

項目		対象患者	算定病院 の限定	点数	算定日数
急性期患者 支援病床 初期加算	改定前	自病院もしくは他病院の一般病棟から転棟した患者	—	150点	14日
	改定後	他病院の一般病棟から転棟した患者	400床以上	150点	
		その他の転棟患者		50点	
		他病院の一般病棟から転棟した患者	400床未満	250点	
		その他の転棟患者		125点	
在宅患者 支援病床 初期加算	改定前	介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者	—	300点	14日
	改定後	介護老人保健施設から入院した患者	—	500点	
		介護医療院、特別養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者	—	400点	

2024年 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直す。

現行			改定後	
【地域包括ケア病棟入院料】			【地域包括ケア病棟入院料】	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,809点</u>	➡	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	
			<u>40日以内</u>	<u>2,838点</u>
			<u>41日以降</u>	<u>2,690点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,620点</u>		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	
			<u>40日以内</u>	<u>2,649点</u>
			<u>41日以降</u>	<u>2,510点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,285点</u>		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	
			<u>40日以内</u>	<u>2,312点</u>
		<u>41日以降</u>	<u>2,191点</u>	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,076点</u>		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	
			<u>40日以内</u>	<u>2,102点</u>
			<u>41日以降</u>	<u>1,992点</u>

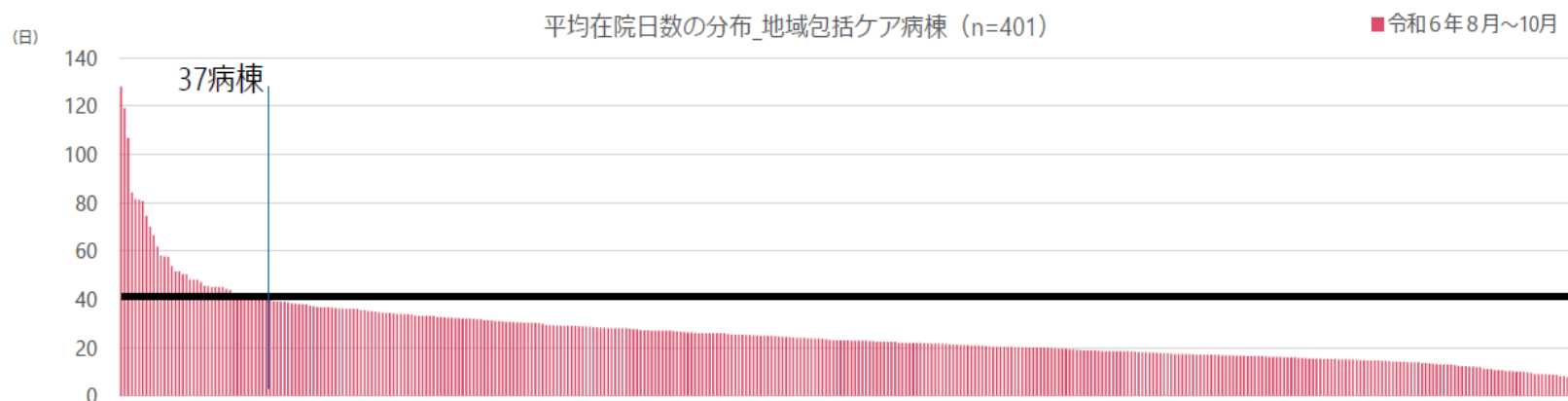
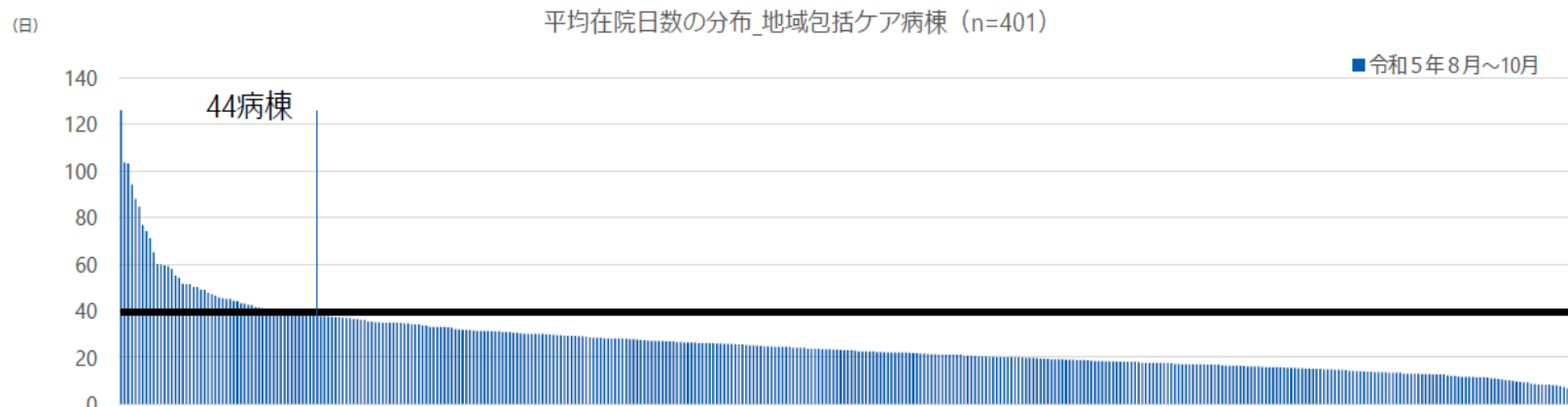
地域包括ケア病棟の平均在院日数の分布

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

- 地域包括ケア病棟・病室の病棟ごとの平均在院日数にはばらつきがあった。
- 令和5年と令和6年の同時期を比較したところ、入院期間の中央値等は変わらなかった。改定の前後で平均在院日数が40日を超える病棟は減少した。

単位（日）	25%Tile	中央値	75%Tile	平均
令和5年8月～10月	16.8	23	31.3	26.1
令和6年8月～10月	17	23	31.4	26.1

平均在院日数が40日を超える病棟数

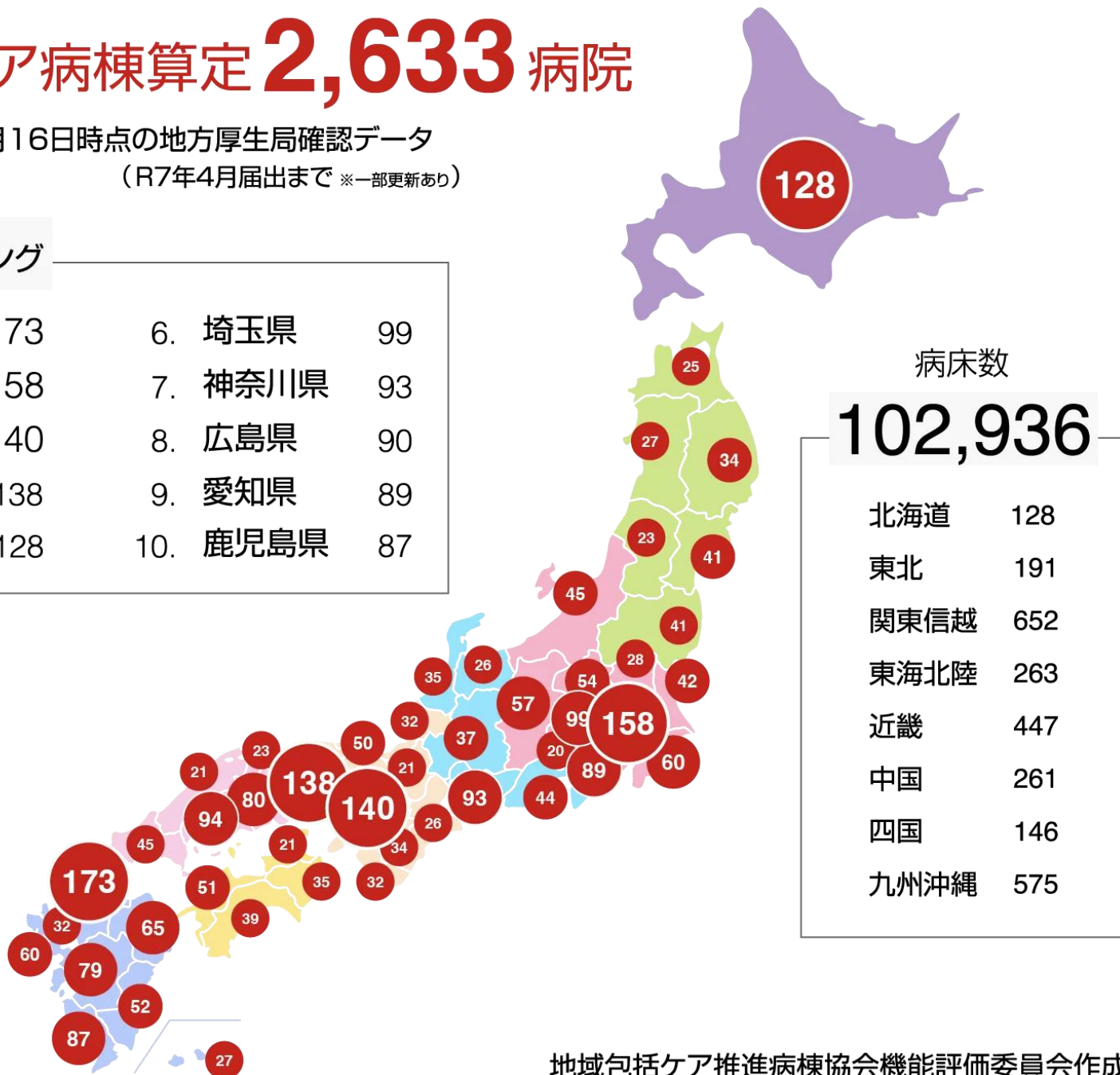


地域包括ケア病棟算定 **2,633** 病院

令和7年(2025年)5月16日時点の地方厚生局確認データ
(R7年4月届出まで ※一部更新あり)

TOP 10 ランキング

1. 福岡	173	6. 埼玉県	99
2. 東京都	158	7. 神奈川県	93
3. 大阪府	140	8. 広島県	90
4. 兵庫県	138	9. 愛知県	89
5. 北海道	128	10. 鹿児島県	87



地域包括ケア推進病棟協会機能評価委員会作成

パート4

地域包括医療病棟

- ①地域包括医療病棟の新設
- ②地域包括医療病棟の患者像
- ③地域包括医療病棟のプロセス・アウトカム評価
- ④直し支える医療を提供する医療機関について

①地域包括医療病棟の新設

2024年診療報酬改定

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

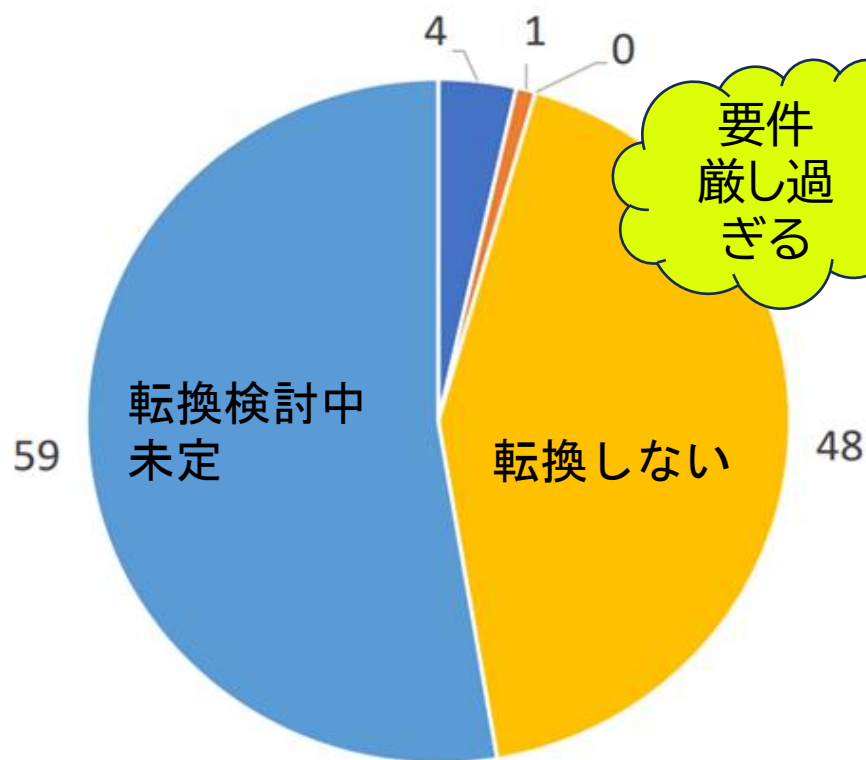
[施設基準]（抜粋）

- (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。

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 B項目削除	10対1以上 急性期一般4と同じ	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	「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	「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） <u>入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上</u>	「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 90日まで算定可能 地域包括医療病棟のみ	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)	2 救急医療機関又は救急告示病院 常時、必要な検査、CT、MRI（連携可）等 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 在宅患者支援病床初期加算による評価
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 3月で15%以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
自院一般病棟からの転棟割合	-	直近3か月で5%未満	※ 65%未満(200床以上入院料2・4のみ)
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回リハ病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含む) (分子に地ケア病棟を含まない)	72.5%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含まない)
リハビリ	-	専従常勤POST2名以上の配置 <u>入院時比較でADL低下患者が直近1年で5%未満</u> 専従POSTによる疾患別リハビリは1日6単位まで 緩和措置	専従常勤POST名以上の配置 リハビリ実施患者平均2単位以上包括算定1(人1日最大9単位まで)
栄養管理	-	専任常勤管理栄養士 1名以上の配置	-

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

地域包括医療病棟算定153病院

地域包括医療病棟入院料（1日につき）3,050点

令和7年（2025年）5月16日時点の地方厚生局確認データ（R7年4月届出まで）

（一部4月更新あり）

TOP10ランキング

1 大阪府 18

2 東京都 17

3 神奈川県 12

3 兵庫県 12

5 愛知県 7

5 京都府 7

8 岡山県 7

9 千葉県 7

9 長野県 6

9 福岡県 6

病床数8,495床

北海道 2

東北 8

関東信越 54

東海北陸 16

近畿 46

中国 12

四国 2

九州沖縄 22



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おり、ポストアキュートではなく、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受け入れ、「7対1病床」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。

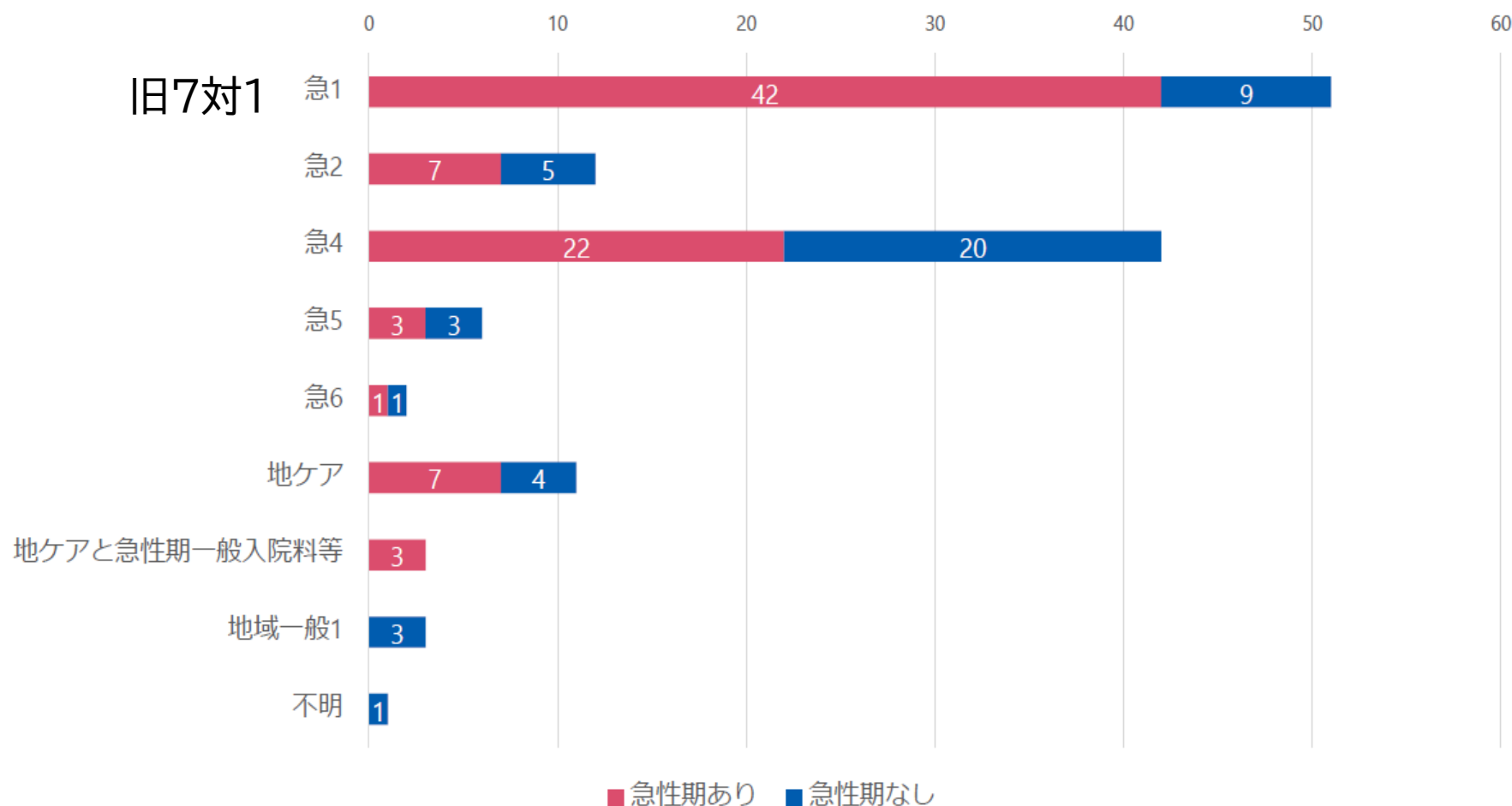


眞鍋馨医療課長

地域包括医療病棟入院料を届け出る前の入院料

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

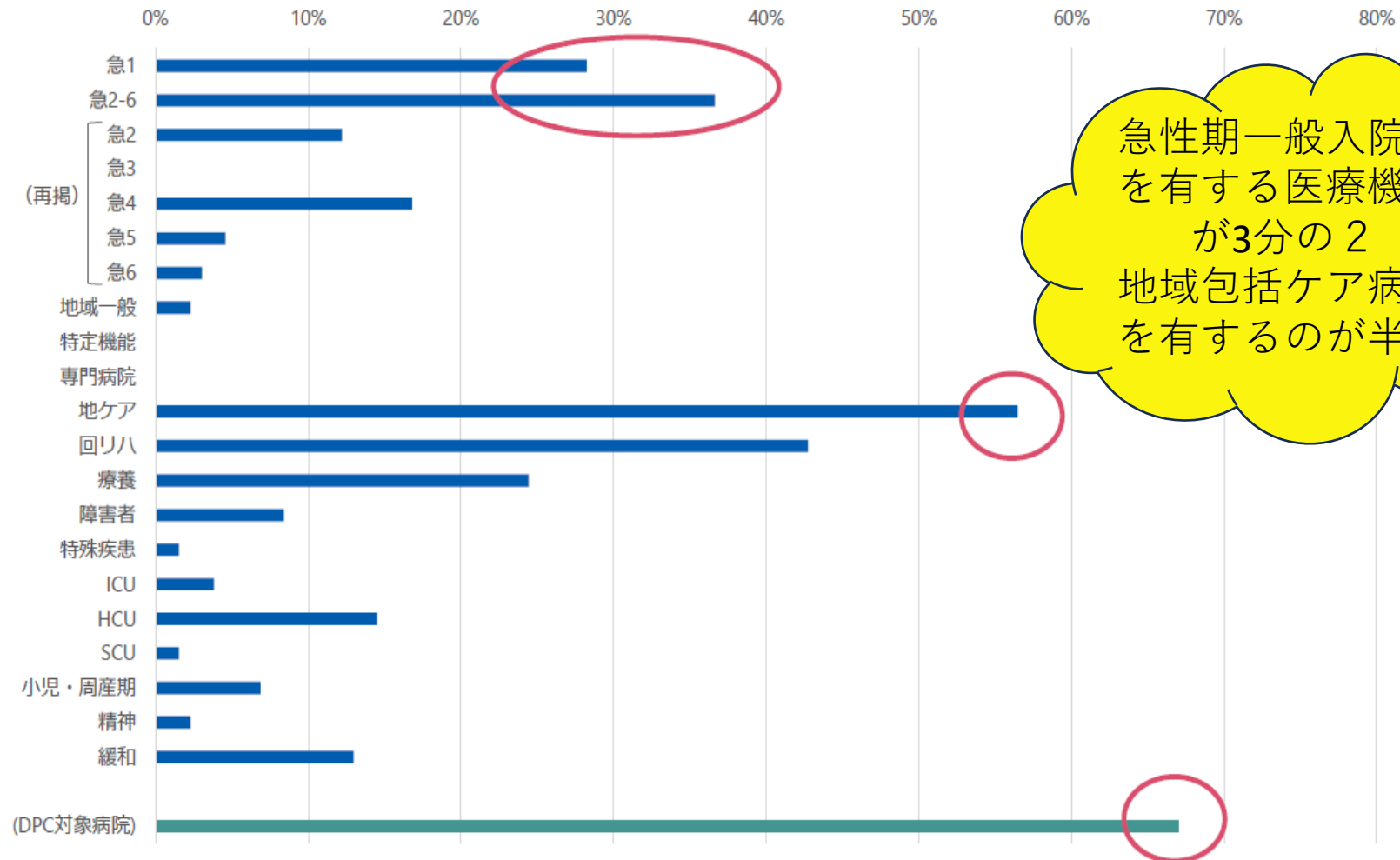
地域包括医療病棟を届け出る前の入院料ごとの医療機関数(n=131)



地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

- 同一医療機関内に急性期一般入院料 1～6 のいずれかを有する医療機関が約 3 分の 2 であり、地域包括ケア病棟を有する医療機関が半数以上であった。
- 約 3 分の 2 が同一医療機関内にDPC対象病床を有していた。

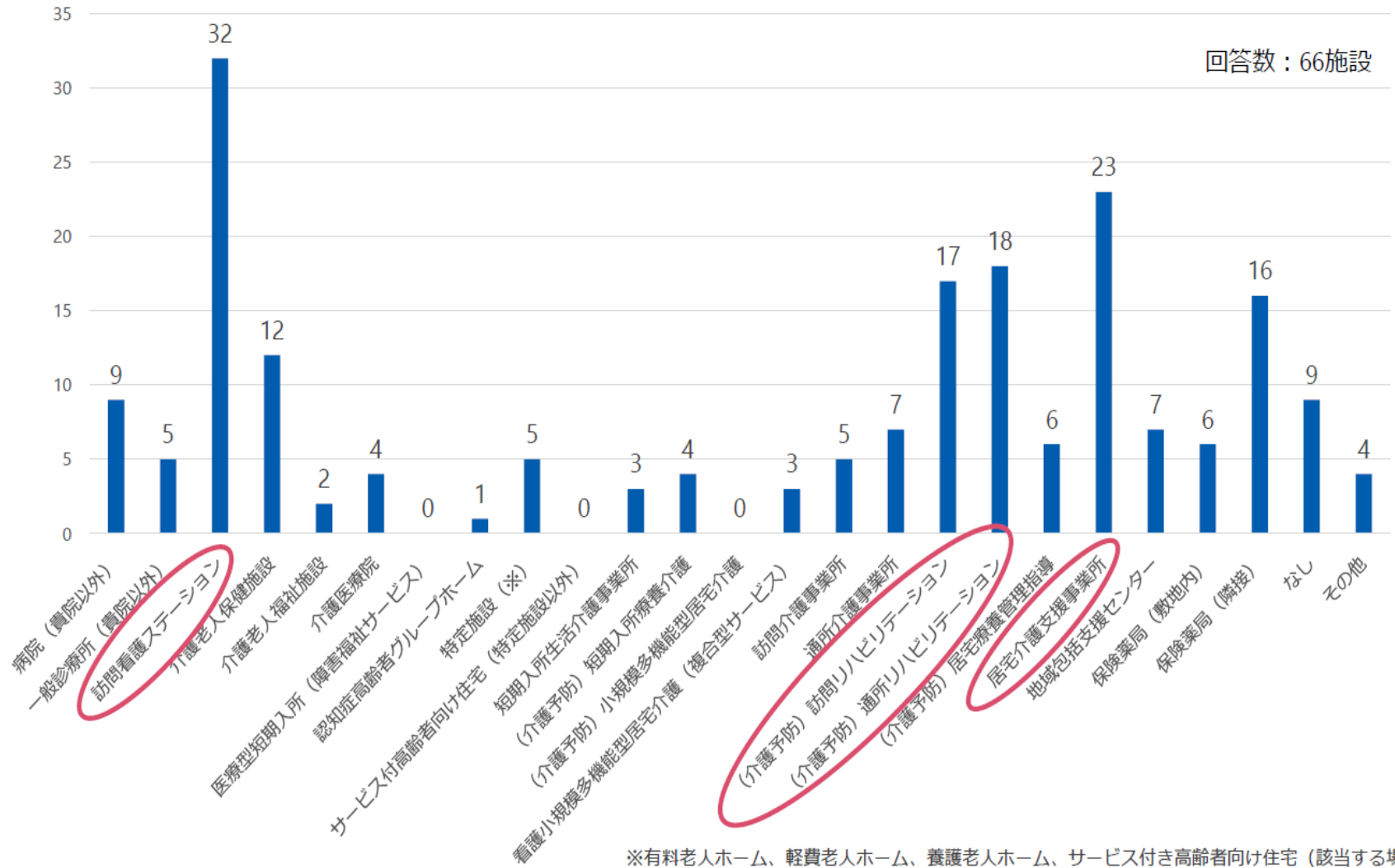
地域包括医療病棟を有する医療機関における、他の入院料を届け出ている施設の割合(n=131)



急性期一般入院料
を有する医療機関
が3分の2
地域包括ケア病棟
を有するのが半分

地域包括医療病棟入院料の届出施設における同一・隣接敷地内の事業所

- 地域包括医療病棟入院料を届け出ている施設のうち、同一・隣接敷地内に約半数が訪問看護ステーションを有していた。また、居宅介護支援事業を有する施設も多くみられた。



地域包括医療・地域包括ケア病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数

診調組 入-1
7.5.22改

- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟の40床あたり平均職員数は以下のとおりであった。

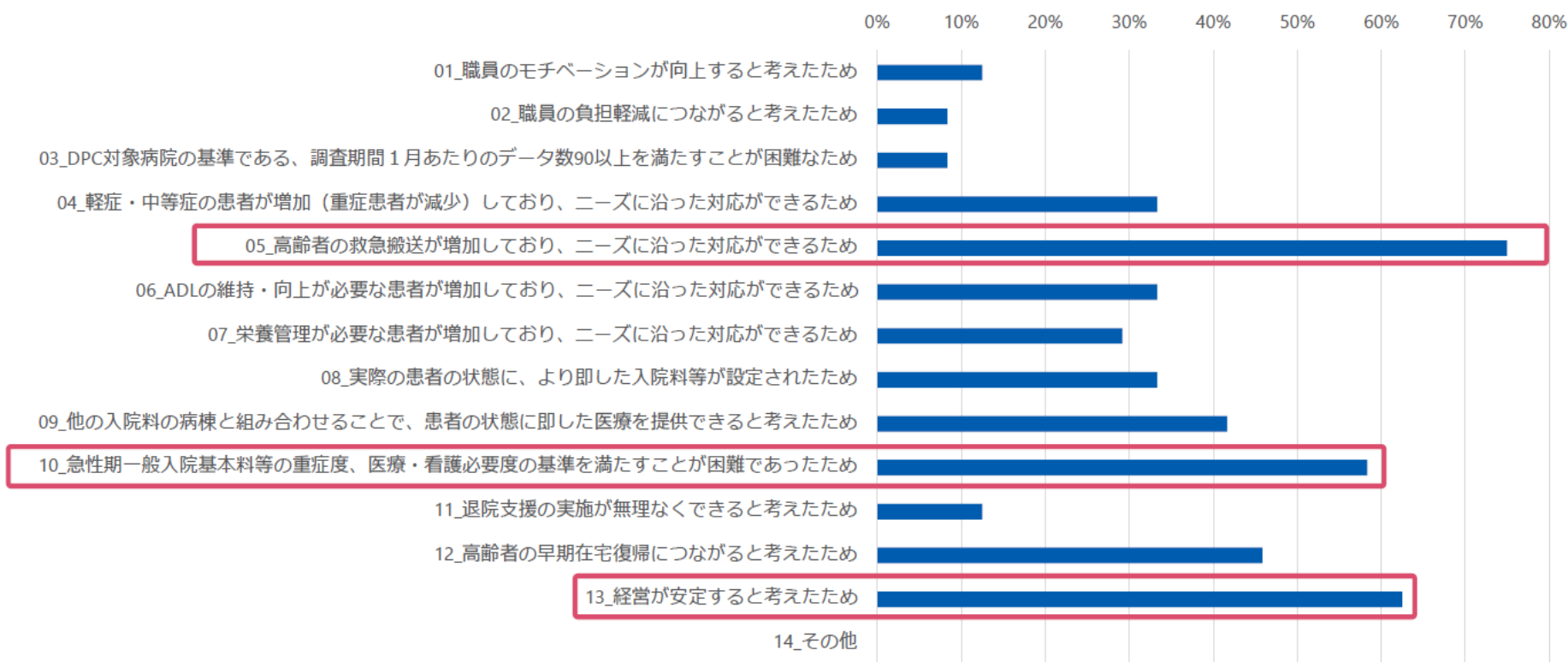
入院料		地域包括医療病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料 ・管理料 1	地域包括ケア病棟入院料 ・管理料 2	地域包括ケア病棟入院料 ・管理料 3～4
回答病棟数		21	281	213	9
平均病床数		43.19	41.16	44.27	37.67
40床あたりの平均職員数	看護師	20.74	21.76	21.61	19.65
	准看護師	0.57	1.96	2.06	2.44
	看護師及び准看護師	21.30	23.73	23.66	22.09
	看護補助者	3.75	7.75	7.70	8.36
	看護補助者のうち介護福祉士	0.57	2.74	1.68	2.33
	薬剤師	0.99	0.55	0.61	0.40
	管理栄養士	0.41	0.39	0.26	0.43
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	2.02	3.99	2.05	1.81
	相談員	0.70	0.64	0.44	0.66
職員数	医師事務作業補助者	0.10	0.22	0.13	0.34
	その他職員	0.13	0.23	0.13	0.00

地域包括医療病棟入院料の届出を行った理由

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

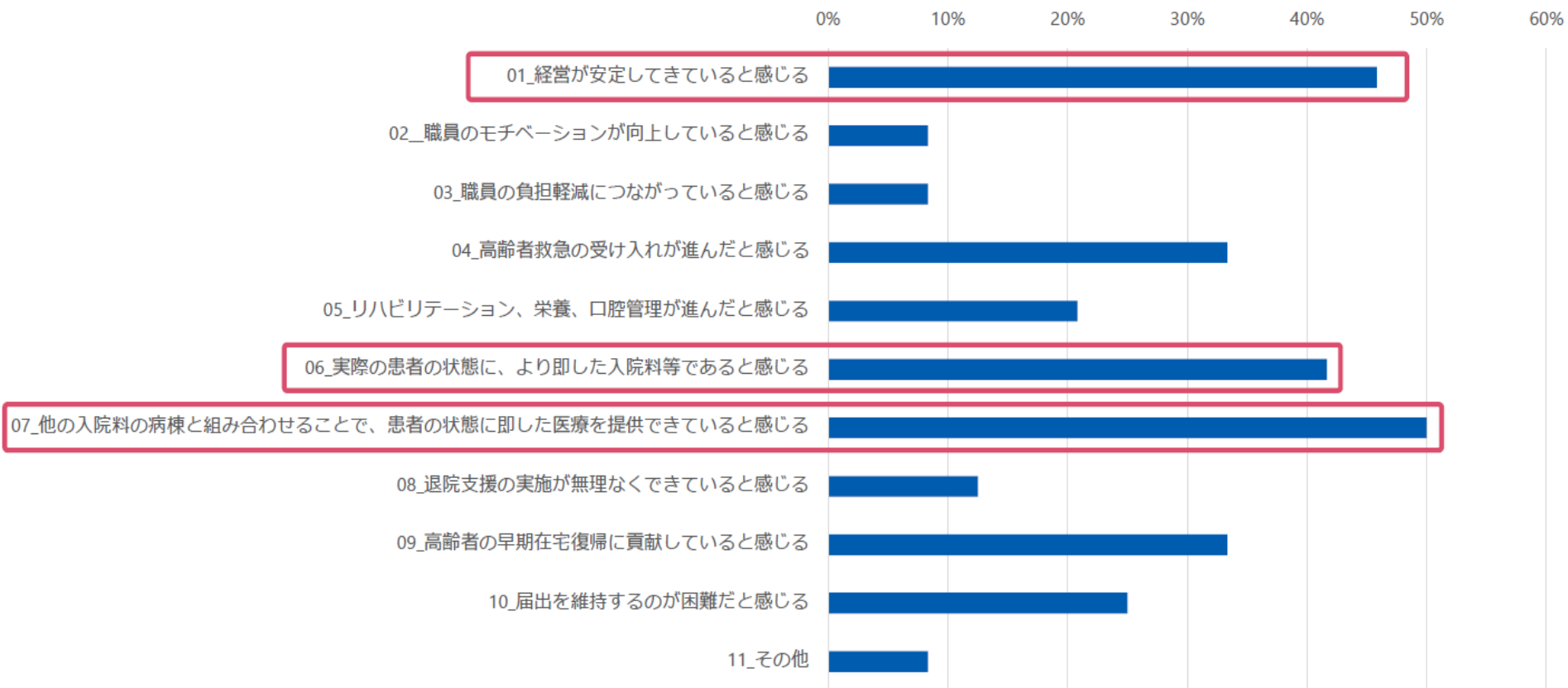
- 地域包括医療病棟の届出を行った医療機関において、届出を行った理由は「高齢者の救急搬送の増加に伴いニーズに沿った対応が可能」「経営が安定すると考えた」「急性期一般病棟入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難」が多かった。

地域包括医療病棟入院料の届出を行った理由（n=24）



- 地域包括医療病棟入院料の届出を行った結果、現時点で感じていることとしては、「他の入院料の病棟と組み合わせることで患者の状態に即した医療を提供できている」「経営が安定してきている」「実際の患者の状態により即した入院料等であると感じている」が上位であった。

地域包括医療病棟入院料の届出を行った結果、現時点でどのように感じているか (n=24)

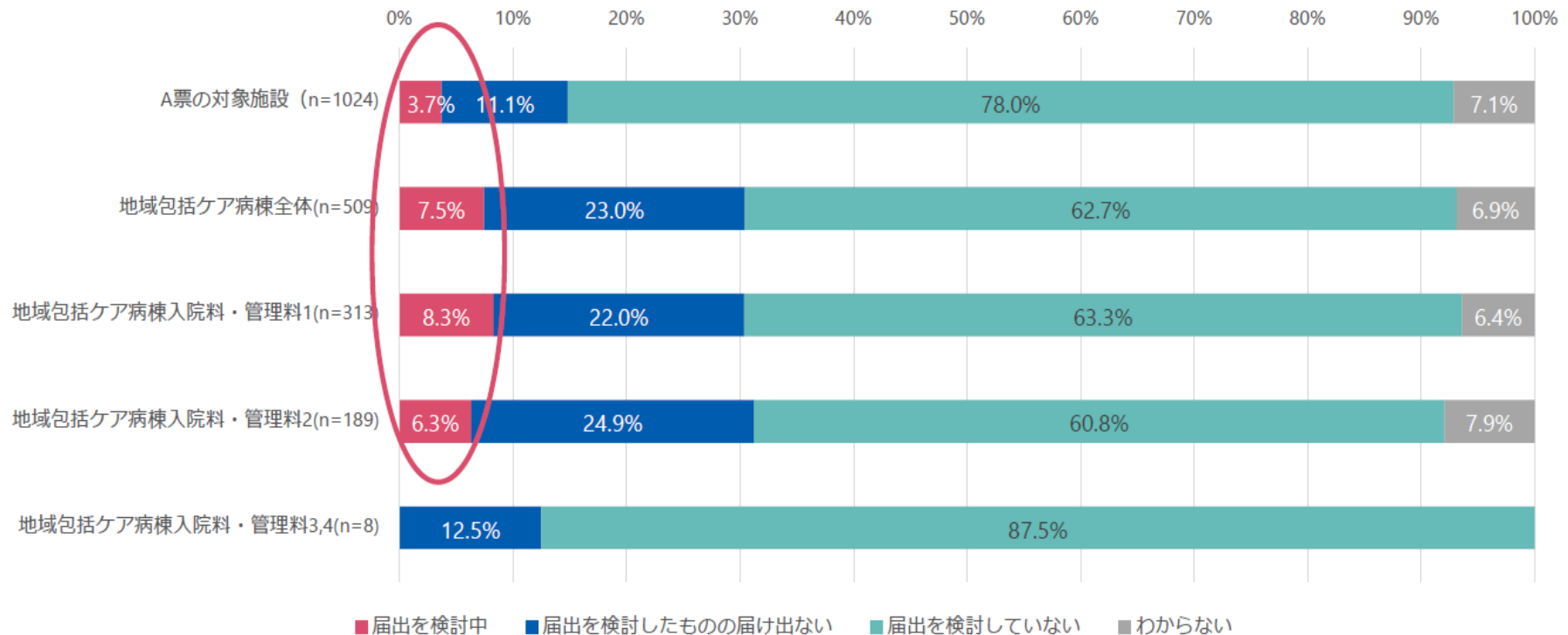


今後の地域包括医療病棟の届出意向

診調組 入-1参考
7. 5. 22改

- 施設調査票（A票）の対象施設のうち、地域包括医療病棟を届け出ていない医療機関における今後の届出について、検討した医療機関は約15%であり、実際に届出を検討中の医療機関は3.7%であった。
- 地域包括ケア病棟を届け出ている施設では、届出を検討した医療機関は30.5%あり、実際に検討中の医療機関は7.5%で、急性期の医療機関と比較して届出を検討している施設が多かった。
- A票の対象施設の約8割、地域包括ケア病棟・病室を届け出ている施設の約6割は届出を検討していないと回答した。

地域包括医療病棟の届出意向

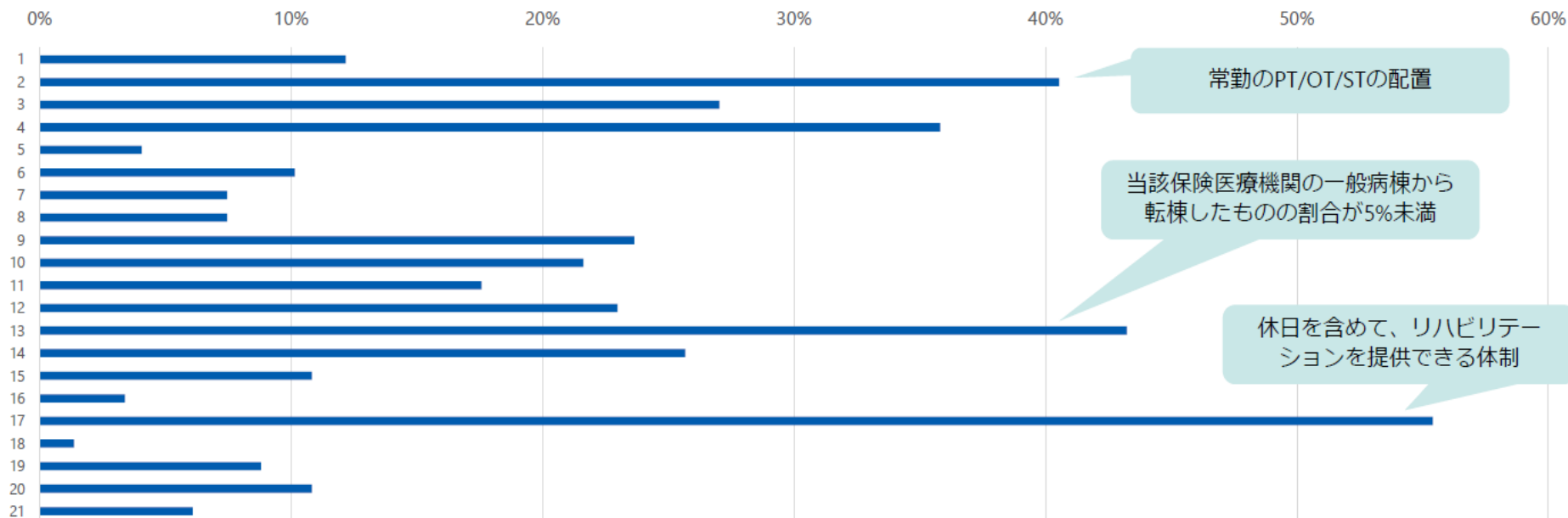


(A票) 地域包括医療病棟の届出にあたり基準を満たすことが困難な項目

- 届出にあたって満たすことが困難な施設基準として、「休日を含めすべての日にリハビリテーションを提供できる体制の整備」を回答した医療機関が半数を超えていた。
- 続いて、「自院の一般病棟からの転棟が5%未満」「常勤のPT/OT/STの配置」「ADLが低下した患者が5%未満」が多くあげられた。

診調組 入-1参考
7. 5. 22 改

地域包括医療病棟の届出にあたり、基準を満たすこと等が困難な項目 (n=148)



01_看護職員の配置

02_常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置

03_専任の常勤の管理栄養士の配置

04_当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）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

05_退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催

06_DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすこと

07_2次救急医療機関又は救急告示病院であること

08_常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること

09_重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと

10_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、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

11_平均在院日数が21日以内であること

12_退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること

13_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

14_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

15_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

16_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

17_休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること

18_リハビリテーションに必要な構造設備

19_急性期充実体制加算を届出を行っていない保険医療機関であること

20_経営の安定性

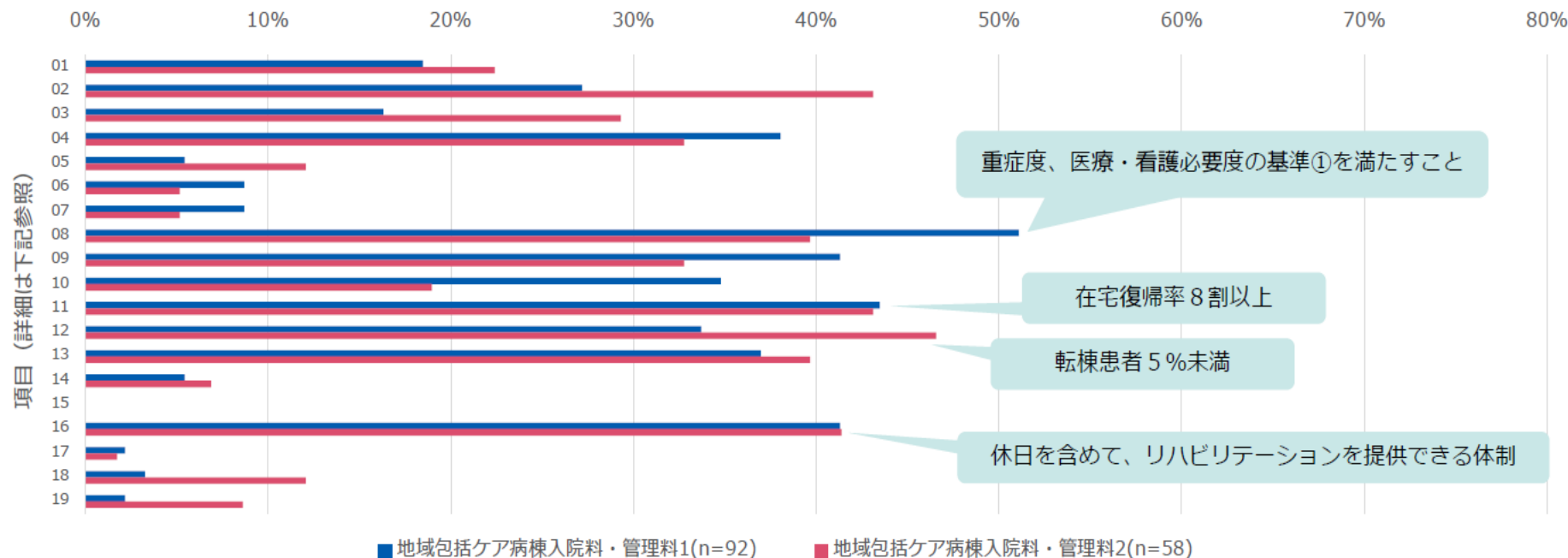
21_その他

(B票) 地域包括医療病棟の届出にあたり基準を満たすことが困難な項目

- 届出にあたって満たすことが困難な施設基準として、「重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと」を回答した医療機関が半数程度であった。
- 続いて、「在宅復帰率 8 割」「休日を含むリハビリの体制整備」「初日にB項目 3 点以上」「ADL低下が5%未満」を回答した施設が多く、A票の施設とは違った傾向がみられた。

診療組 入-1参考
7 . 5 . 2 2 改

地域包括医療病棟の届出にあたり、基準を満たすこと等が困難な項目について（令和 6 年11月 1 日時点）



重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと

在宅復帰率 8 割以上

転棟患者 5 %未満

休日を含めて、リハビリテーションを提供できる体制

■ 地域包括ケア病棟入院料・管理料1(n=92)

■ 地域包括ケア病棟入院料・管理料2(n=58)

- 01 看護職員の配置
02 常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置
03 専任の常勤の管理栄養士の配置
04 当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）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
05 退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催
06 2次救急医療機関又は救急告示病院であること
07 常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること
08 重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと
09 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、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

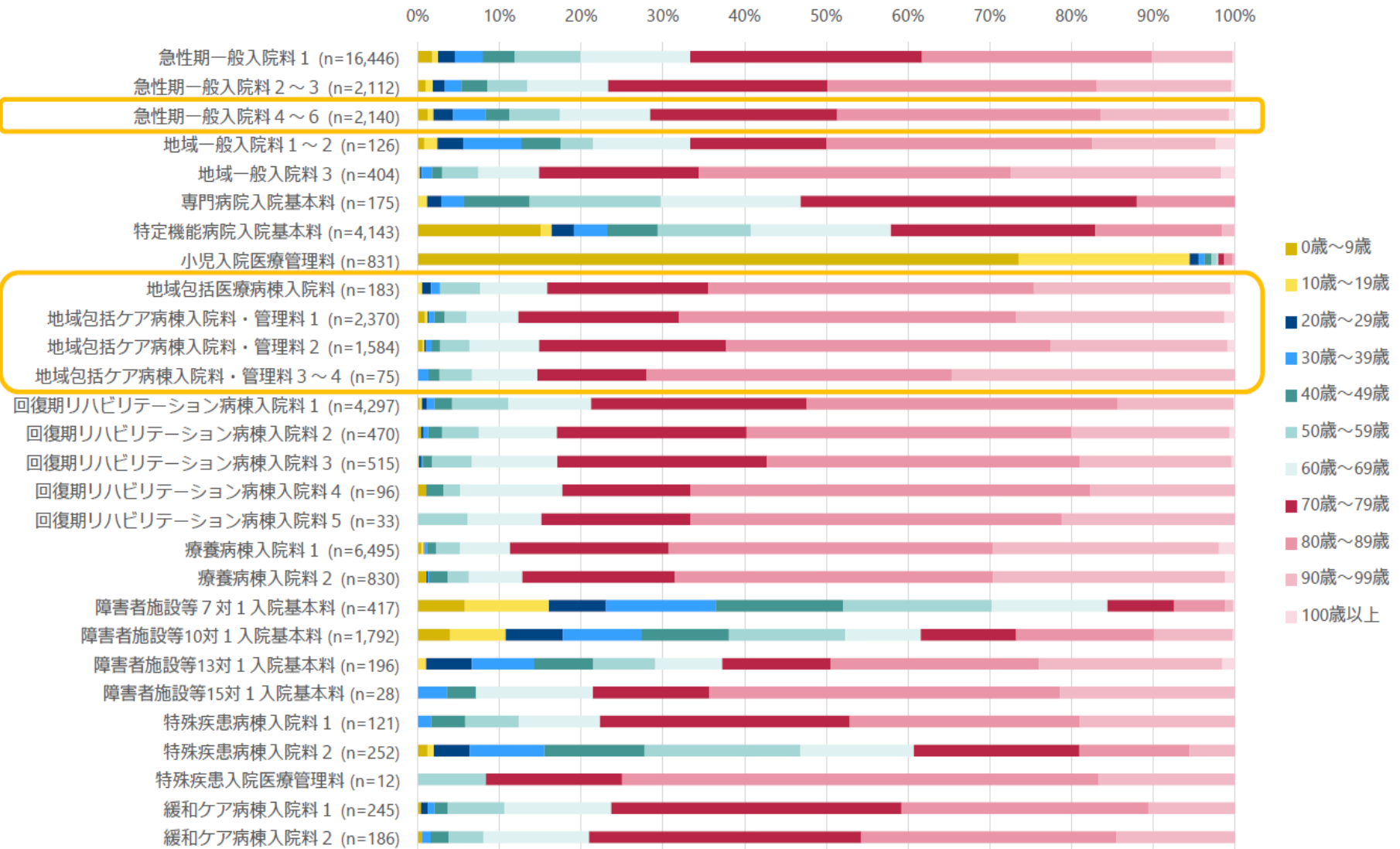
- 10 平均在院日数が21日以内であること
11 退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること
12 入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること
13 入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること
14 データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること
15 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること
16 休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること
17 リハビリテーションに必要な構造設備
18 経営の安定性
19 その他

③地域包括医療病棟 の患者像

入院料ごとの年齢階級別分布

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

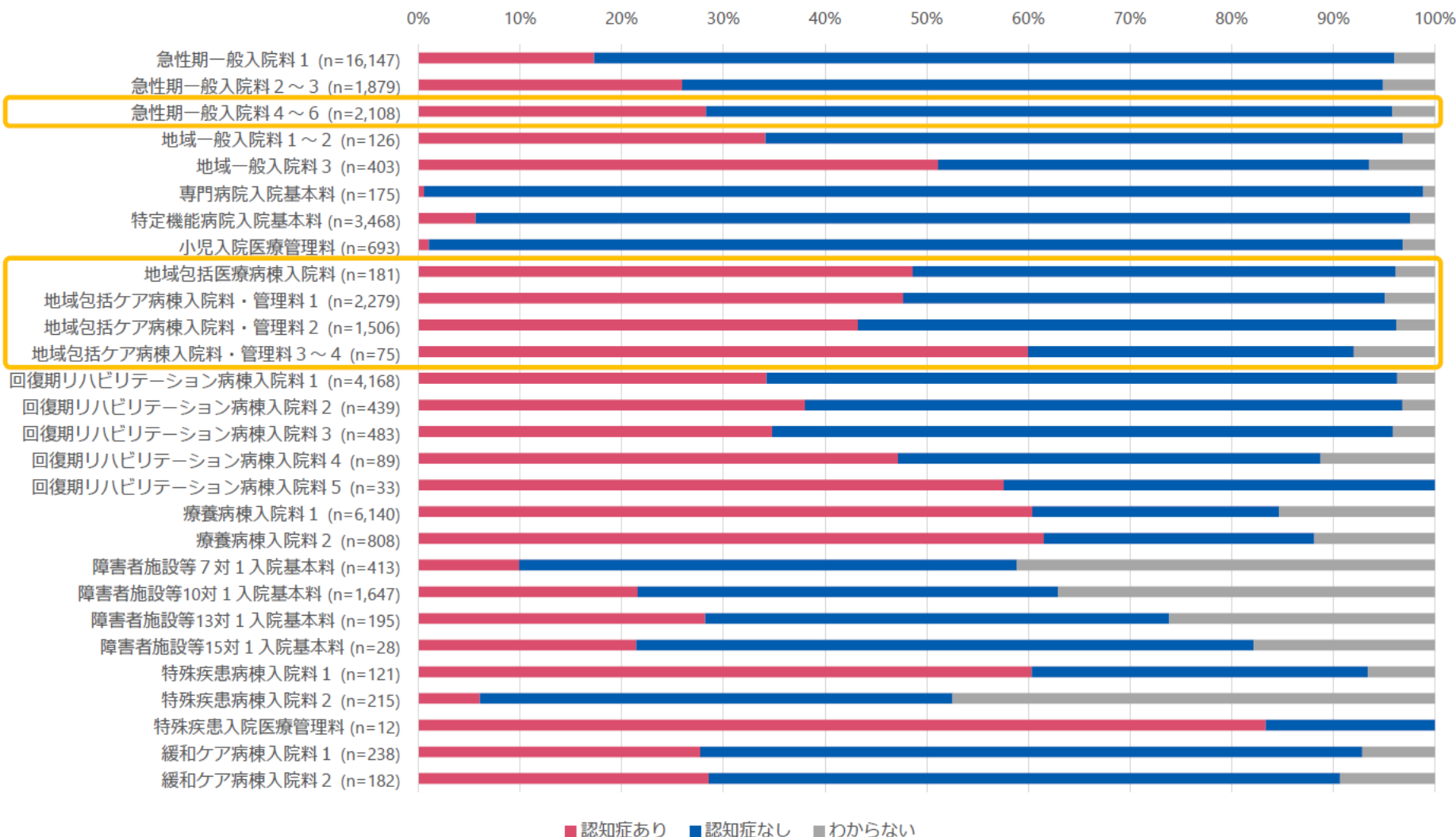
- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では70歳以上の高齢者の割合が多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の年齢分布には大きな差はない。



入院料ごとの認知症の有無

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では認知症を有する患者の割合が多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はない。



パート5

地域包括ケア病棟・
地域包括医療病棟と
地域連携

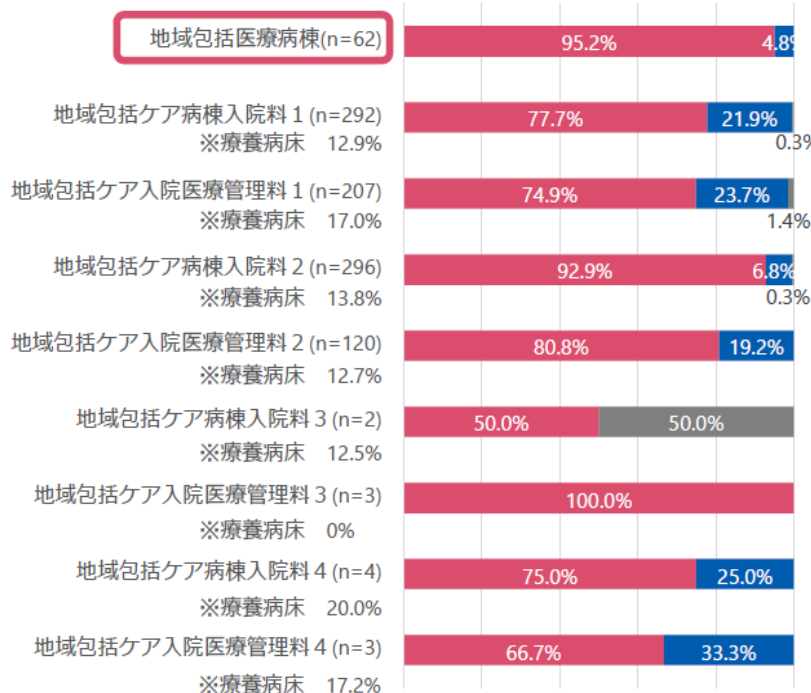
地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急提供体制

- 地域包括医療病棟を有する医療機関の95%、地域包括ケア病棟入院料1を届出している医療機関の77.7%、地域包括ケア病棟入院料2を届出している医療機関の92.9%が救急告示病院であった。
- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料1～2を届け出ている医療機関の75%以上は二次救急医療機関であった。地域包括医療病棟を有する医療機関で救急部門のない医療機関はなかった。

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2

救急告示の有無

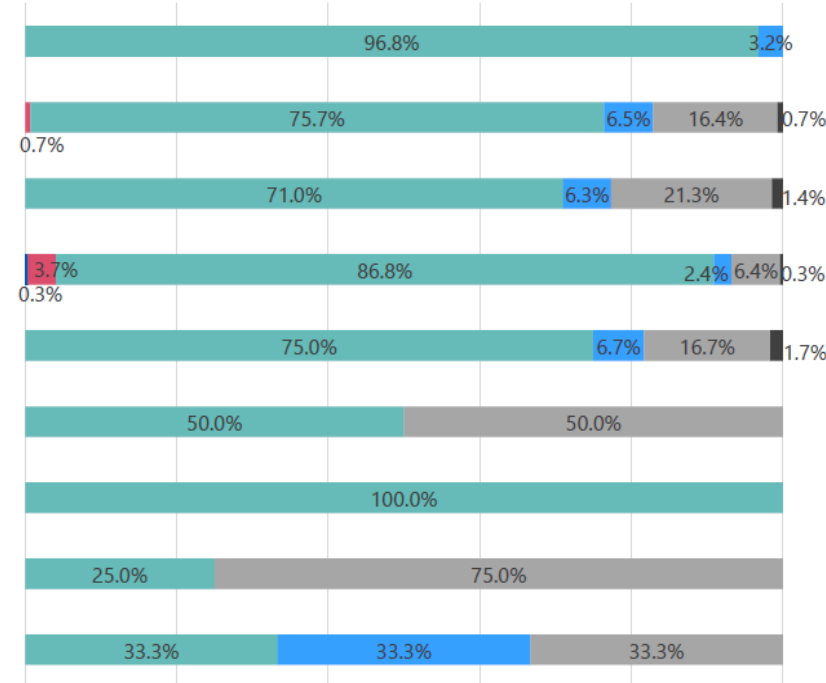
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 救急告示あり ■ 救急告示なし ■ 回答なし

救急医療体制

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 高度救命救急センター
■ 救命救急センター
■ 二次救急医療機関
■ いずれにも該当しないが救急部門を有している
■ 救急部門を有していない
■ 回答なし

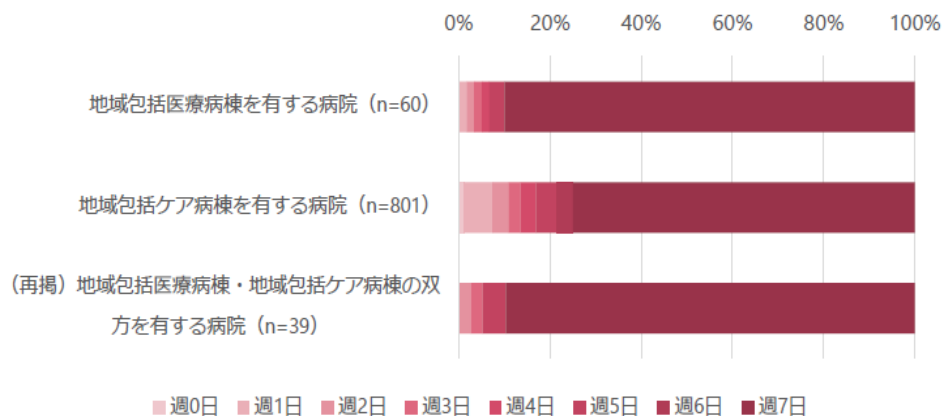
※療養病床である地域包括ケア病棟においては、救急医療体制、在宅等からの入院のいずれの基準も満たさない場合、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとなっている。参考として、各入院料・入院医療管理料を算定する施設のうち、療養病床であるものの割合（全国値）を示した。

地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入状況

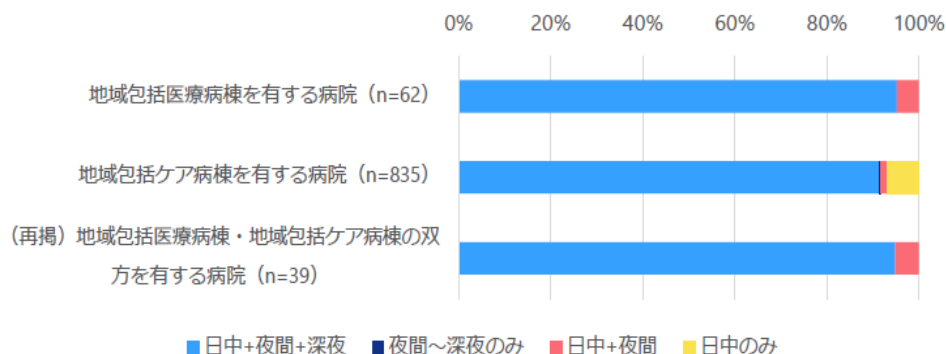
- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約90%、地域包括ケア病棟を有する医療機関の約70%が毎日救急受入をしていた。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関では、救急受入が日中のみの病院が1割弱みられた。
- 救急受入件数の中央値は784件であった。救急受入件数が2000件以上の医療機関は約22%あり、1-199件の医療機関数と同程度であった。

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

救急患者を受け入れている頻度



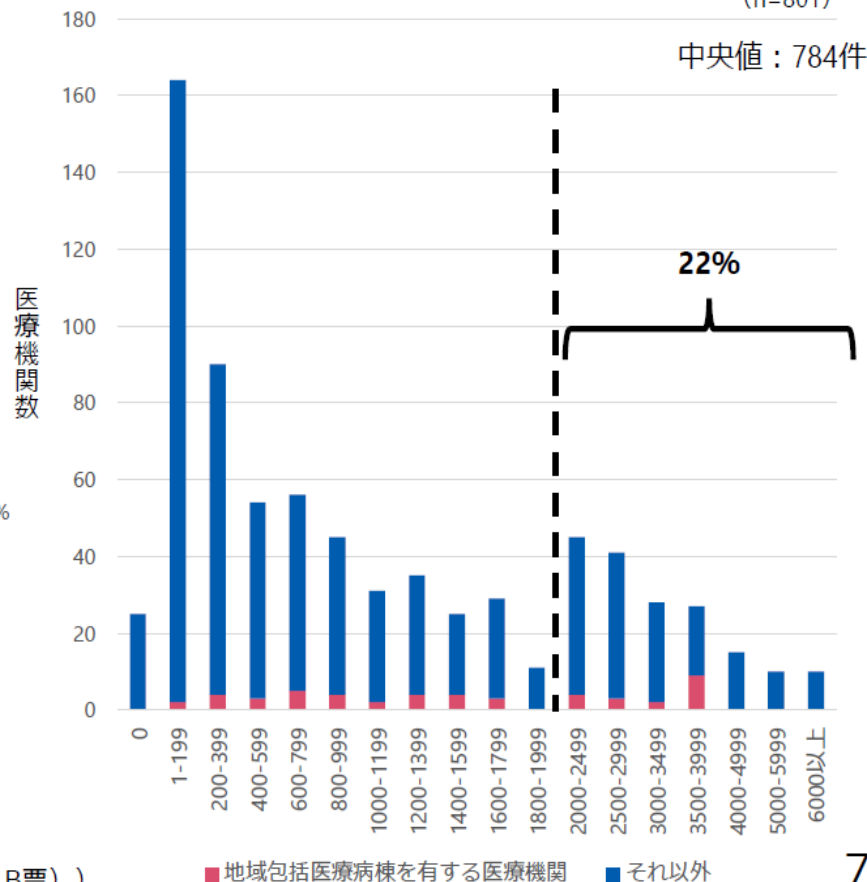
救急患者を受け入れている時間帯



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を有する

医療機関における救急搬送受入台数の分布

(n=801)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入患者像

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

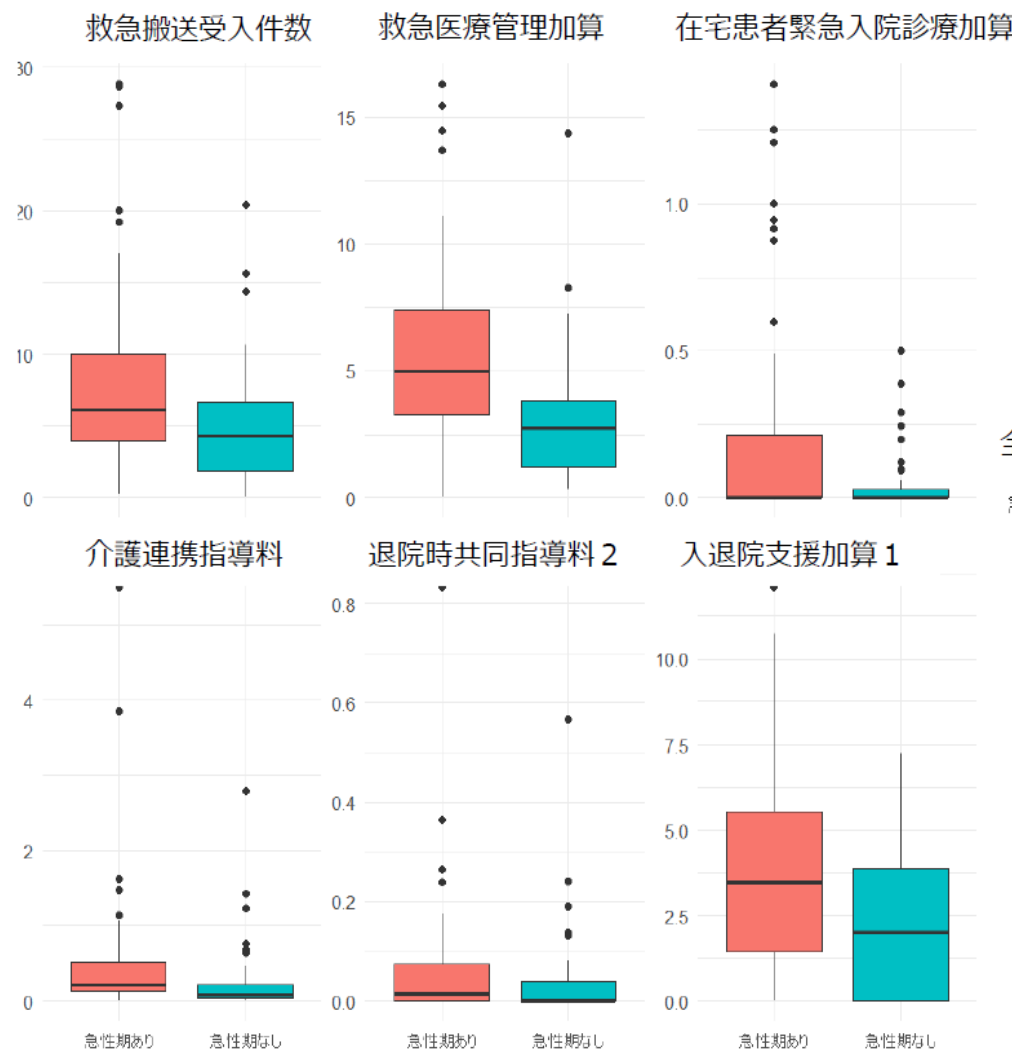
- a-hの患者像について、救急受入を行っていると答えた医療機関の割合は以下のとおり。
- いずれの患者像についても地域包括医療病棟で地域包括ケア病棟より受入の頻度が高かった。
- 「d_精神疾患を有する者」について受入を行っていると回答した施設はいずれの入院料を届け出ている医療機関においても少なかった。

入院料 施設数	地域包括 医療病棟 入院料 (n=66)	地域包括ケア 病棟全体 (n=1055)	地域包括ケア 病棟入院料 1 (n=340)	地域包括ケア 入院医療 管理料 1 (n=231)	地域包括ケア 病棟入院料 2 (n=317)	地域包括ケア 入院医療 管理料 2 (n=145)	地域包括ケア 病棟入院料 3 (n=3)	地域包括ケア 入院医療 管理料 3 (n=6)	地域包括ケア 病棟入院料 4 (n=7)	地域包括ケア 入院医療 管理料 4 (n=6)
a_自院の通院歴・入院歴を有する患者	92.4%	75.2%	73.5%	66.2%	85.8%	71.7%	66.7%	66.7%	57.1%	66.7%
b_要介護認定又は要支援認定に時間を要すると見込まれる患者	86.4%	64.0%	63.5%	52.4%	77.0%	58.6%	66.7%	16.7%	28.6%	66.7%
c_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患者	65.2%	49.8%	49.1%	38.5%	63.1%	43.4%	33.3%	16.7%	28.6%	33.3%
d_精神疾患を有する患者	37.9%	31.5%	26.8%	22.9%	40.4%	37.9%	33.3%	16.7%	14.3%	33.3%
e_生活困窮者であり社会調整に時間を要する患者	81.8%	61.7%	61.8%	51.9%	74.1%	53.8%	66.7%	16.7%	28.6%	50.0%
f_入院前に比べADLが低下し退院後の社会調整に時間を要すると見込まれる患者	87.9%	66.3%	65.3%	58.0%	77.3%	61.4%	66.7%	33.3%	28.6%	50.0%
g_長期的な低栄養状態となることが見込まれる患者	84.8%	63.5%	63.2%	56.7%	73.5%	56.6%	66.7%	33.3%	28.6%	50.0%
h_他医療機関から自施設への紹介状を有する患者	89.4%	71.7%	70.3%	62.3%	82.6%	68.3%	66.7%	66.7%	28.6%	66.7%
(a~hすべて受け入れ可能な施設)	36.4%	29.2%	25.9%	21.2%	38.5%	31.7%	33.3%	16.7%	0.0%	16.7%
その他	4.5%	5.2%	6.8%	3.0%	5.7%	3.4%	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%

地域包括医療病棟を有する医療機関の救急や連携の状況

- 地域包括医療病棟を有する医療機関において、救急搬送受入件数、救急機能や在宅等との連携機能に関連する加算の1床あたりの件数は、いずれも急性期一般入院料1－6を届け出る病棟をもつ病院群で多かった。

救急に関する加算等
(1床あたり件数)



全131施設

急性期グループ

急性期あり

急性期なし

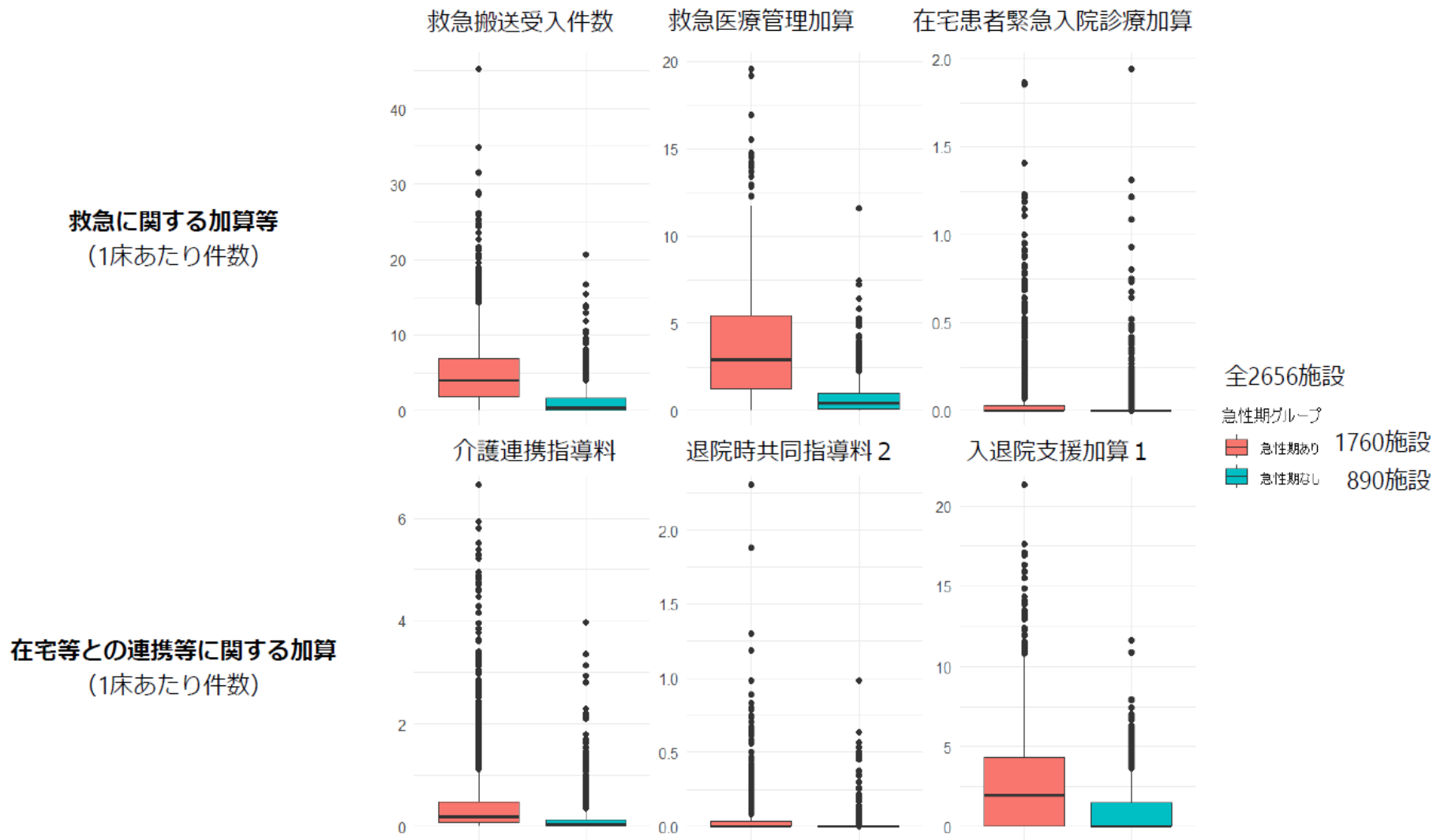
85施設

46施設

在宅等との連携等に関する加算
(1床あたり件数)

地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急や連携の状況

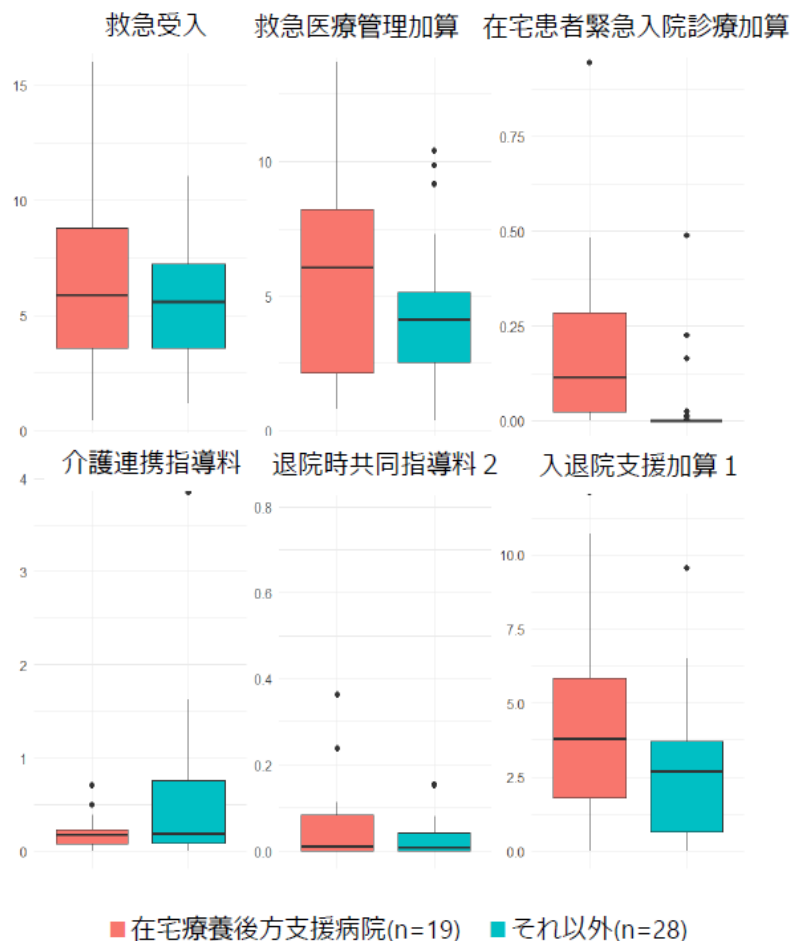
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関においても、同様に、急性期一般入院料 1 – 6 を届け出る病棟を有する医療機関で救急等に関連する加算や在宅等との連携に関する加算の件数が多かった。



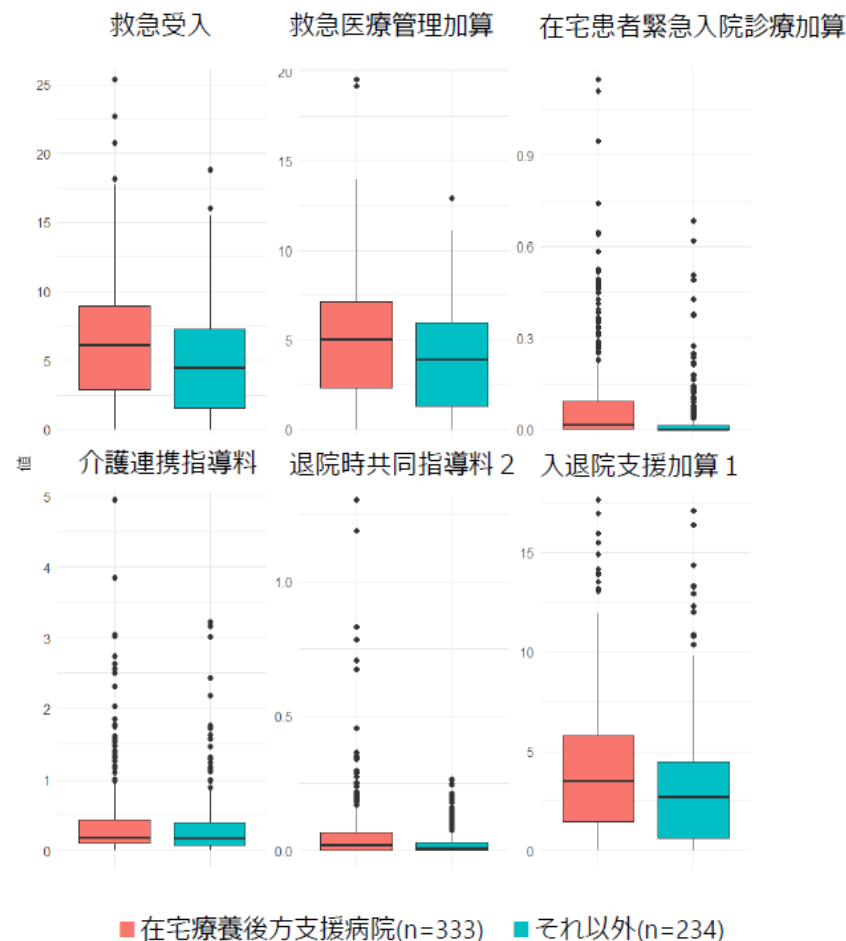
在宅療養後方支援病院の機能

- 地域包括医療病棟、地域包括ケアを有する200床以上の病院において、在宅療養後方支援病院である病院はそれ以外の病院と比較し、救急や在宅等との連携に係るいずれの加算等の算定件数も多かった。

地域包括医療病棟（いずれも1床あたり件数）



地域包括ケア病棟（いずれも1床あたり件数）



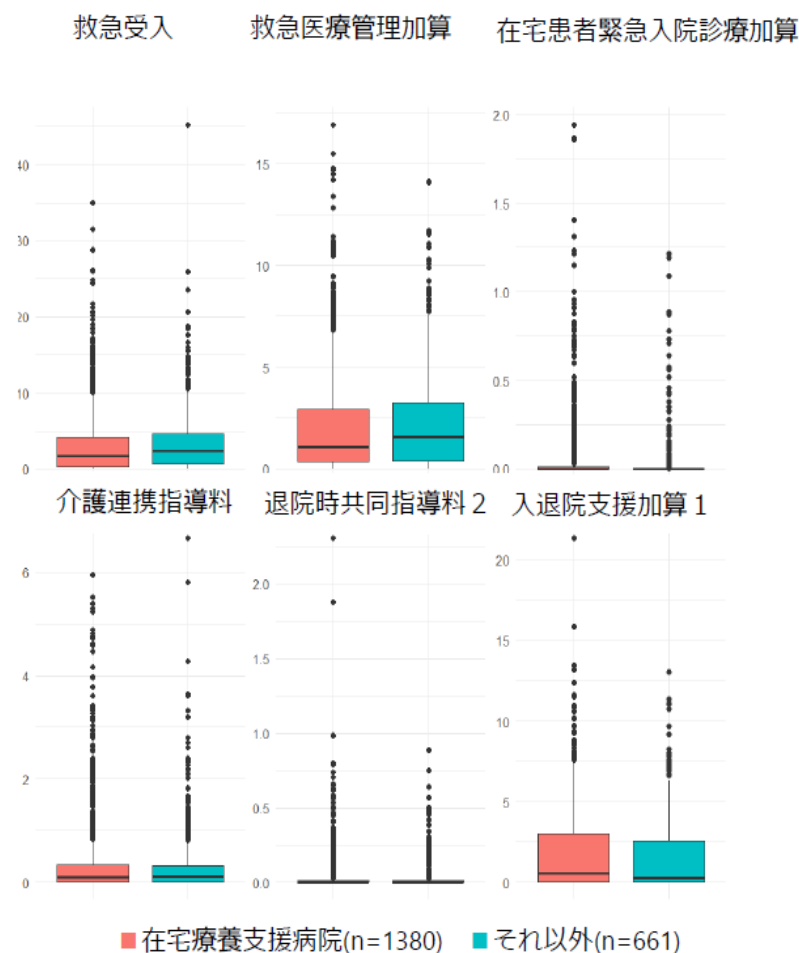
在宅療養支援病院の機能

- 地域包括医療病棟を有する200床未満の病院において、在宅療養支援病院である病院はそれ以外の病院と比較し、救急や在宅等との連携に係る加算等の算定件数が多かった。
- 地域包括ケア病棟を有する200床未満の病院においては、救急搬送の受入と救急医療管理加算について、在宅療養支援病院でない医療機関の算定件数が多かった。

地域包括医療病棟（いずれも1床あたり件数）



地域包括ケア病棟（いずれも1床あたり件数）



包括期を担う病棟の施設基準

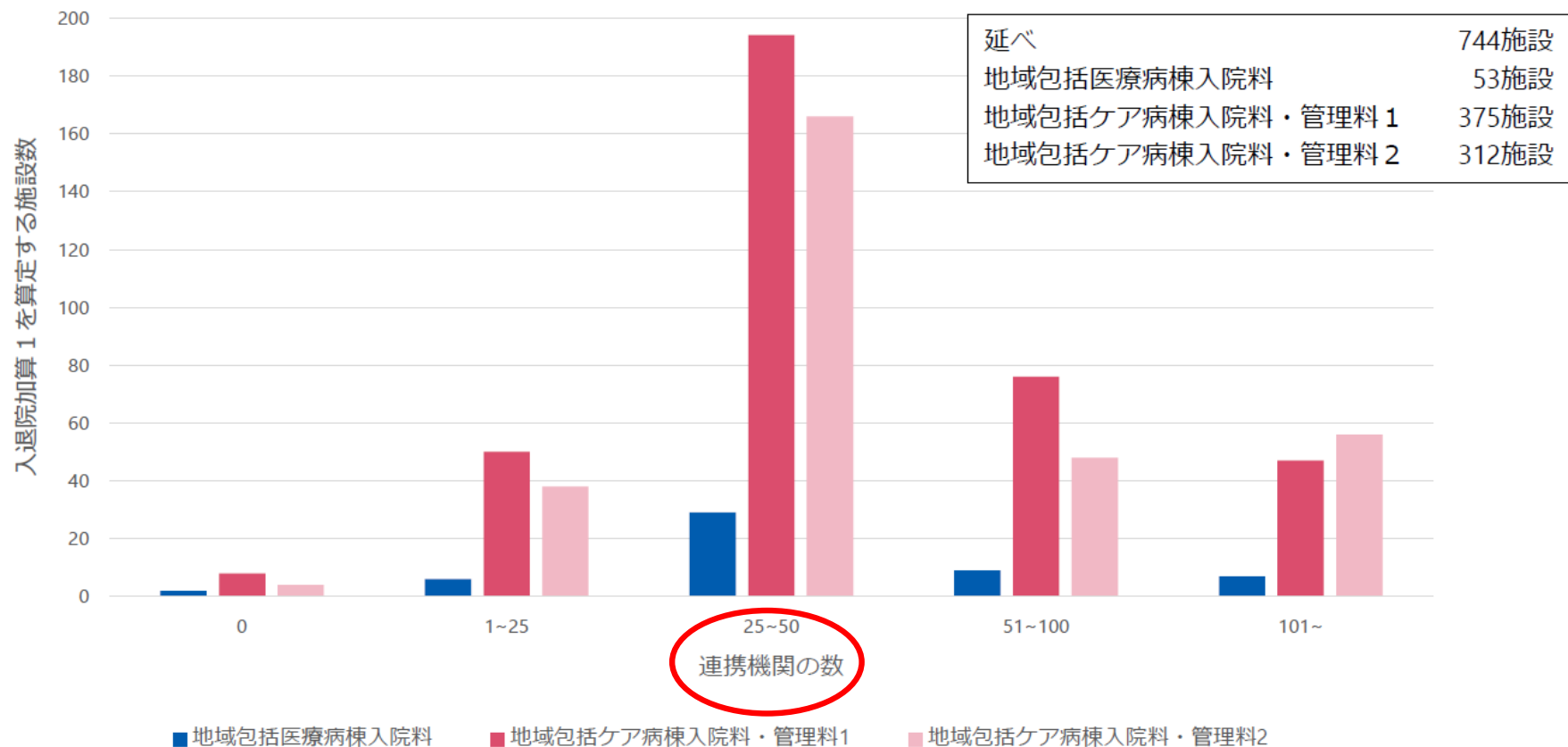
		(参考) 急性期一般入院料 4	地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対 1	10対 1	13対 1	13対 1
	看護師割合	7割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(-)	常勤 2 名以上	常勤 1 名以上	常勤 1 名以上
	管理栄養士	(-)	専任常勤 1 名以上	(-)	(-)
	リハ実施	出来高	出来高、専任リハ職は 6 単位まで	包括、必要者に 2 単位以上	包括、必要者に 2 単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に資する体制整備		要		
病棟プロセス・アウトカム	重症度、医療・看護必要度	A 3 点以上又は C 1 点以上 / A 2 点以上又は C 1 点以上	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	A 1 点以上又は C 1 点以上	A 1 点以上又は C 1 点以上
	看護必要度Ⅰ	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度Ⅱ	15%以上	15%以上	8%以上	8%以上
	入院日に特に介助を要する患者		5 割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		5 %未満		65%未満
	自宅等から入院			2 割以上	★ 2 割以上
	自宅等からの緊急入院			前 3 ヶ月で 9 人以上	★前 3 ヶ月で 9 人以上
	救急搬送		15%以上		
	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		8 割以上	72.5%以上 / 70%以上	72.5%以上 / 70%以上
病院ストラクチャー・プロセス	その他の プロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が 5 %未満 院内褥瘡発症が 2.5%未満		
	病床数等			200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			6 項目のうち 2 つ以上を提供	6 項目のうち 1 つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援		入退院支援加算 1 の届出 (=連携機関数が 25 以上)	専任/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 1) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)	専任/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 2) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)
病院ストラクチャー・プロセス	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟入院料届出施設の連携機関数

- 地域包括医療病棟入院料・地域包括ケア病棟入院料 1・2 を届け出ている施設のうち、入退院支援加算 1 を届け出ている施設における連携機関数は、25～50施設が最も多かった。

連携機関数ごとの届出入院料別医療機関数（入退院支援加算 1 を算定する施設のみ）

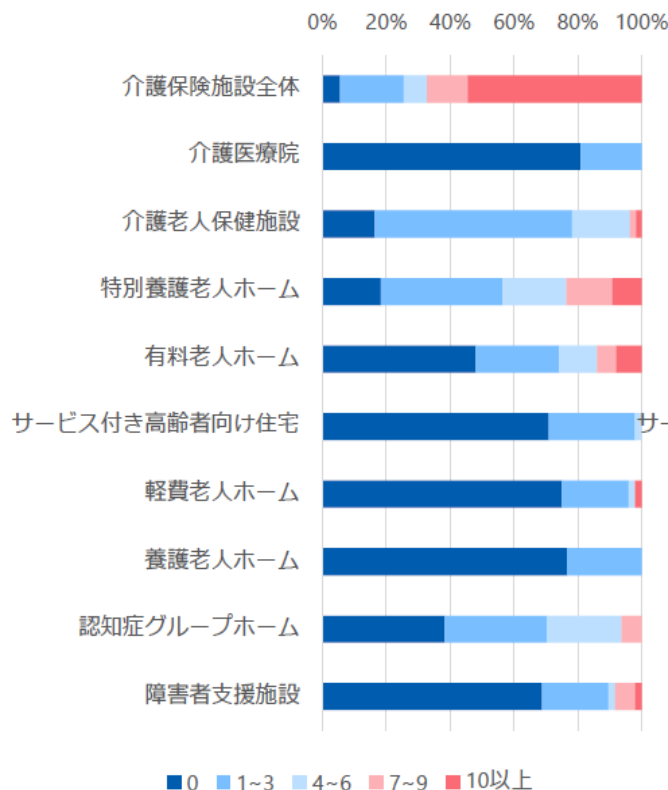


協力医療機関となっている介護保険施設の数と類型

- 地域包括医療病棟を届出施設の半数以上で、10以上の介護保険施設の協力医療機関を引き受けていた。
- 協力医療機関を引き受けている介護保険施設の類型としては特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、認知症グループホーム、介護老人保健施設が多く、届け出ている病棟の種類による差はみられなかった。
- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約1割において7以上の障害者支援施設と連携していた。

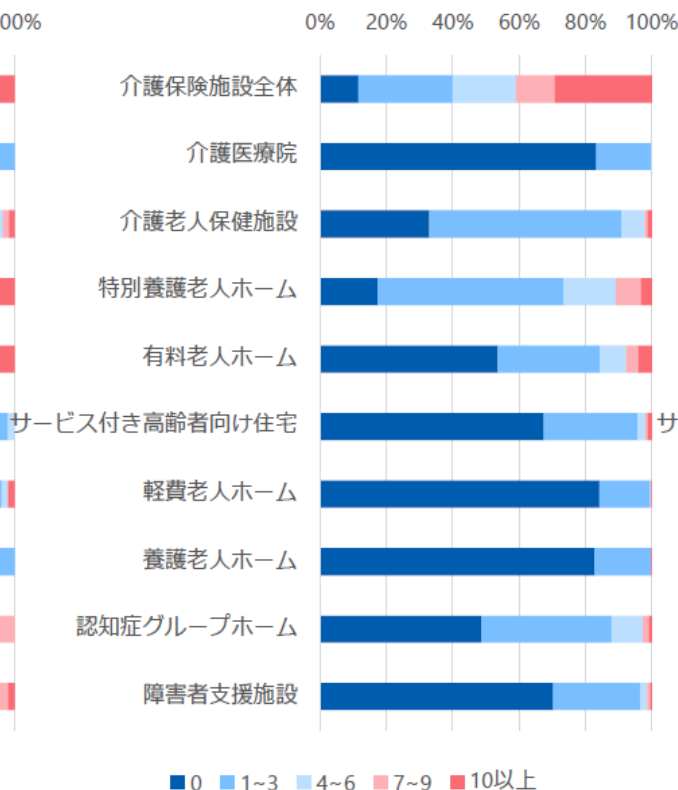
協力医療機関となっている介護保険施設数

(地域包括医療病棟)



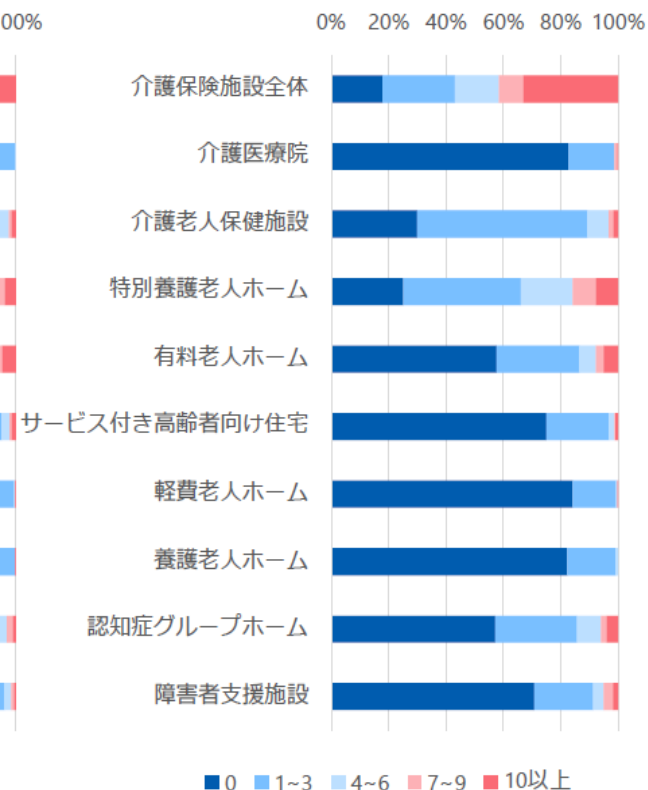
協力医療機関となっている介護保険施設数

(地域包括ケア病棟入院料・管理料1)



協力医療機関となっている介護保険施設数

(地域包括ケア病棟入院料・管理料2)

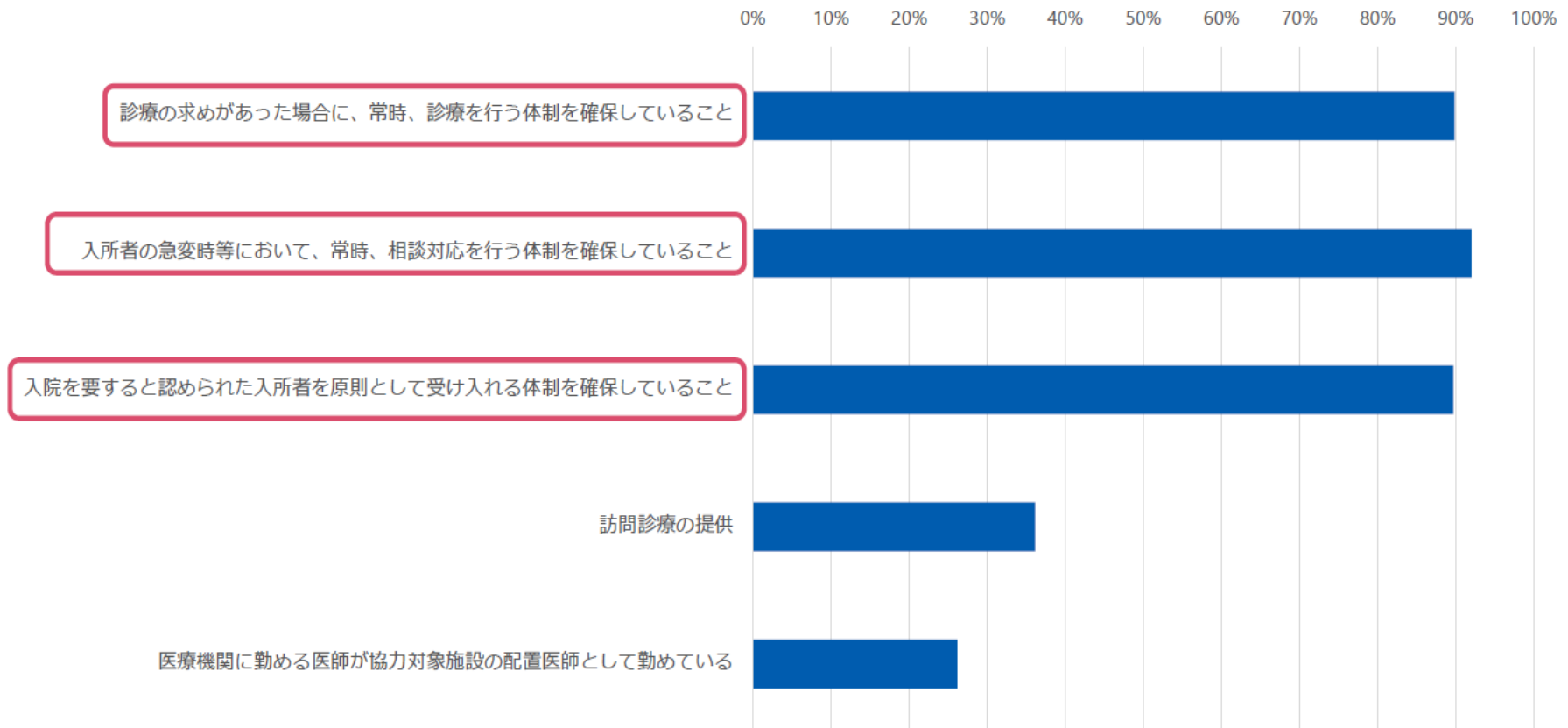


協力対象施設への医療提供内容

- 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関において、協力対象施設への医療提供内容として、診療の求めがあった場合の診療、入所者の急変時等の相談体制の確保、入院を要する入所者の原則受入体制確保を9割以上の医療機関が提供していた。
- 訪問診療の提供は1/3程度、配置医師としての勤務は1/4程度の医療機関が実施していた。

地域包括医療病棟もしくは地域包括ケア病棟において、1施設以上の協力医療機関である場合、

協力対象施設への医療提供内容(n=642)

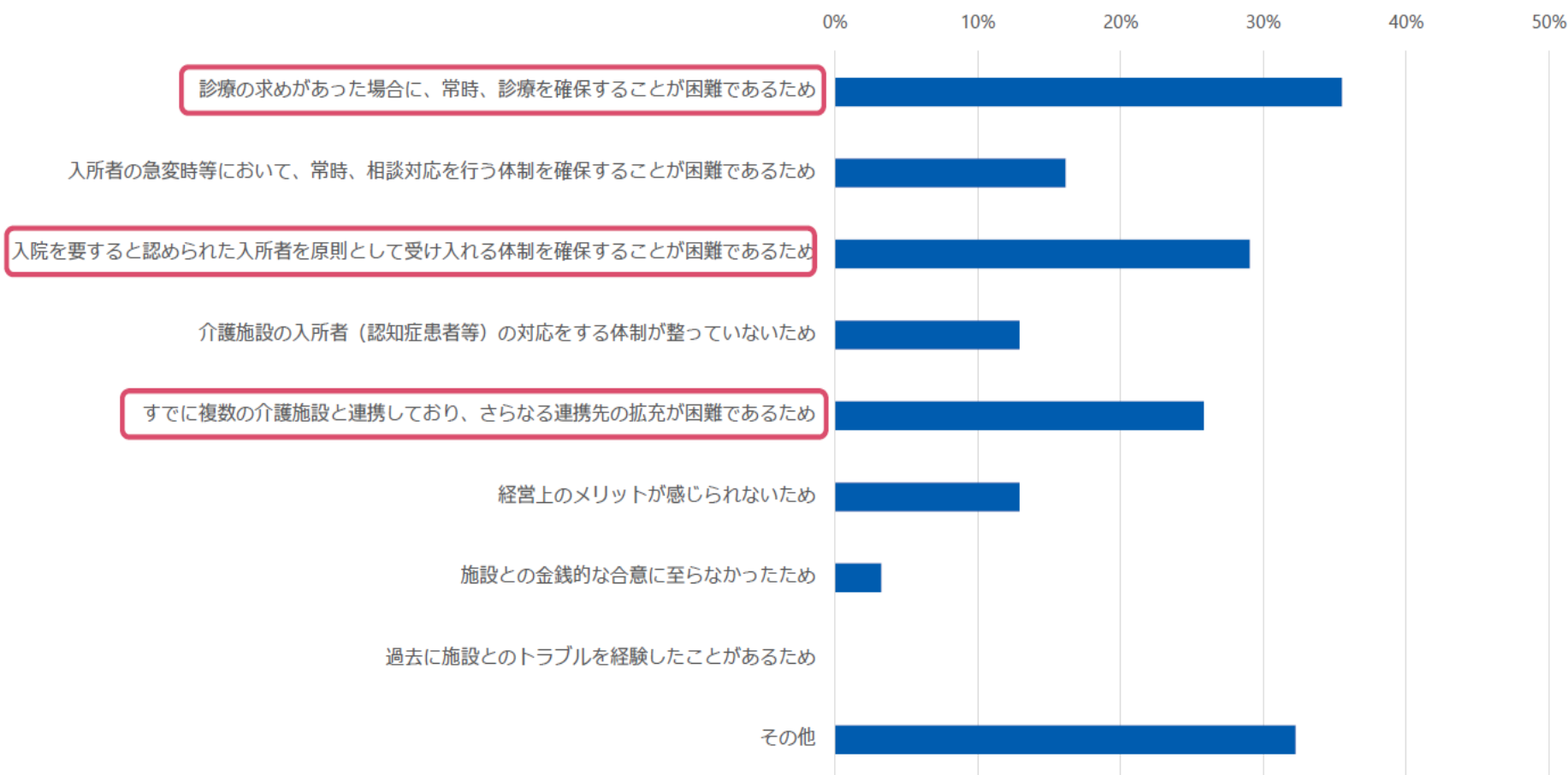


協力医療機関となることを断った理由

- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関において、協力医療機関となることを断った件数が1件以上ある場合の理由として、「診療の求めがあった場合の診療が困難」「入院必要時の受入困難」「既に複数の介護施設と連携しており、これ以上の拡充が困難」をあげた施設が多かった。

地域包括医療病棟もしくは地域包括ケア病棟において、協力医療機関となることを断った理由

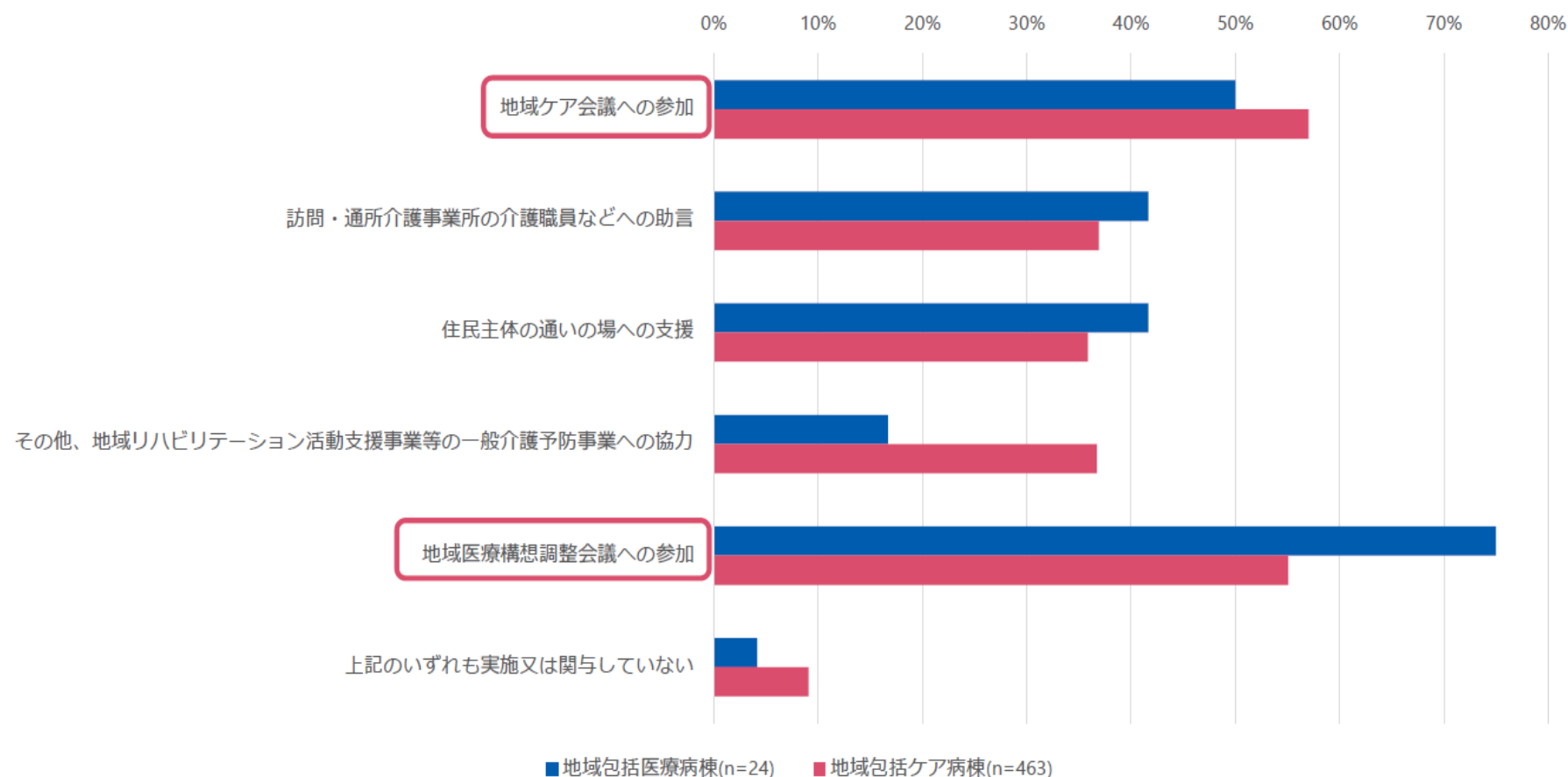
(n=31)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設における地域貢献活動

- 各病棟を届け出ている医療機関の半数以上が、地域貢献活動の取組として「地域ケア会議への参加」「地域医療構想調整会議への参加」を実施していた。地域包括医療病棟を有する医療機関では、特に地域医療構想調整会議へ参加している割合が多かった。
- 取組の実施状況は似た傾向であったが、地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関のほうが「一般介護予防事業への協力」を実施している割合が多かった。

施設として実施している又は関与している取組について



まとめと提言

- 地域包括医療病棟数や病床数は徐々に増えつつある
- 地域包括医療病棟は急性期一般入院料1～6からの病床転換の受け皿となっている
- 地域包括医療病棟を有する病院のケアミックス状況を見ると、急性期病床を有する群と地域包括ケア病棟を有する群に分かれる
- 急性期病床を有する群に救急や在宅に係る加算が多い
- 在宅療養支援病院を有する病院群に救急や在宅に係る加算が多い
- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟とも連携を結ぶ医療介護機関数は20～50が多かった

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

・ 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- ・ 地域医療構想、医療DX
- ・ 働き方改革、かかりつけ医
- ・ 医師偏在対策、少子化対策など
- ・ ポスト2040年も予想
- ・ 医学通信社より、
7月発刊予定
- ・ 2色刷240頁、2600円



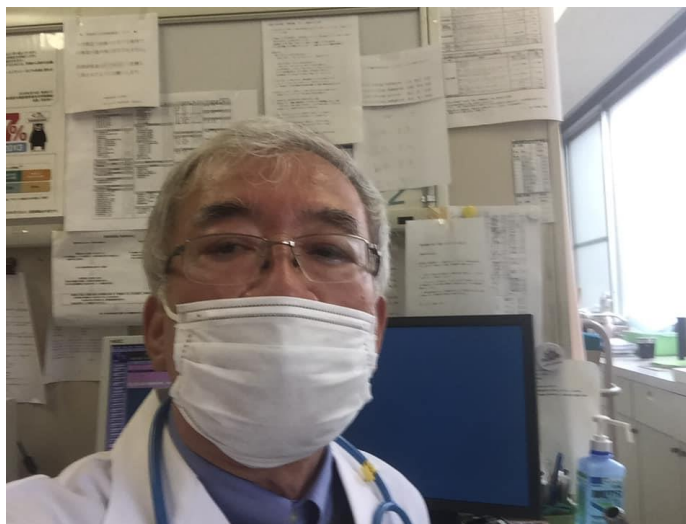
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



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。患者さんをご紹介します

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

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