



地域包括医療病棟の病床機能の取扱い

令和6年5月29日

神奈川県 健康医療局 医療企画課

■本資料の目的

- 本資料は、令和6年度診療報酬改定により新設される「地域包括医療病棟」に係る病床機能の取り扱いについて現時点での考え方と方向性について検討するもの

■目次

1. 地域包括医療病棟の病床機能の取扱いに係る前回の相談結果
2. 地域包括医療病棟の病床機能の取扱い（概要・更新版）
3. 地域包括医療病棟とは
4. 病床機能報告における地域包括医療病棟の病床機能の取扱い
5. 病床機能の取扱いの方向性
6. 今後の地域医療構想の推進に向けて

1. 地域包括医療病棟の病床機能の取扱いに係る前回の相談結果

当初の県の考え

「急性期」と「回復期」双方の病床機能を有していることや、近隣都道府県の方向性も考慮し、**「回復期」として整理**してはどうか。

県病院協会のご意見

- 今後、地域医療構想の推進において、「4機能に固執しない」ということには同意できる。
- これまでも**病院の自主判断**による報告しており、**診療報酬における細部事項**を考慮すると、**「回復期」とすることで齟齬が生じる**のではないかと懸念。
- **国の示す考え方に準拠すればよい**のではないかと懸念。

今後の方向性

- ご意見を踏まえ、現時点では、地域包括医療病棟は、地域包括ケア病棟と同様、一旦、**医療機関の判断により「回復期」、または「急性期」と整理**する可能性があるものと捉え、**当面、国の動向を注視していくこと**としてはどうか。 ⇒ **改めて、こうした方向での調整を検討中**

※ なお、「回復期」と報告した病院を対象に基金活用を検討することを想定

2.地域包括医療病棟の病床機能の取扱い（概要・更新版）

背景

- 令和6年度の診療報酬改定により「地域包括医療病棟」が新設され、急性期の治療後、ADLの低下などから回復期に転院できない状況を防ぐため、「急性期」と「回復期」双方の病床機能を有している。

論点

- 病床機能報告における病床機能の取扱いは、国からまだ示されていないが、令和6年第1回地域医療構想調整会議では、「2025プランの更新」について協議するため、その会議を目途に病床機能の取扱いを整理する必要がある。

取扱いの方向性

更新

- 地域包括医療病棟は、地域包括ケア病棟と同様、一旦、医療機関の判断により「回復期」、または「急性期」と整理する可能性があるものと捉え、当面、国の動向を注視していくこととしてはどうか。
- なお、「回復期」と報告した病院を対象に基金活用を検討することを想定

関係者との調整

- 第1回保健医療計画推進会議（7月23日開催）での議論に先立ち、各病院をはじめとする関係者へ理解を求めるため、適宜事前説明を行っていきたい。

【地域包括医療病棟の概要】

地域包括医療病棟	
病棟の趣旨	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。
看護配置	10対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	・「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
在院日数	平均在院日数 21日以内
救急医療体制	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
救急実績	緊急入院割合:緊急入院直接入棟1割5分以上
リハビリ	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件
在宅復帰率	80%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含む)

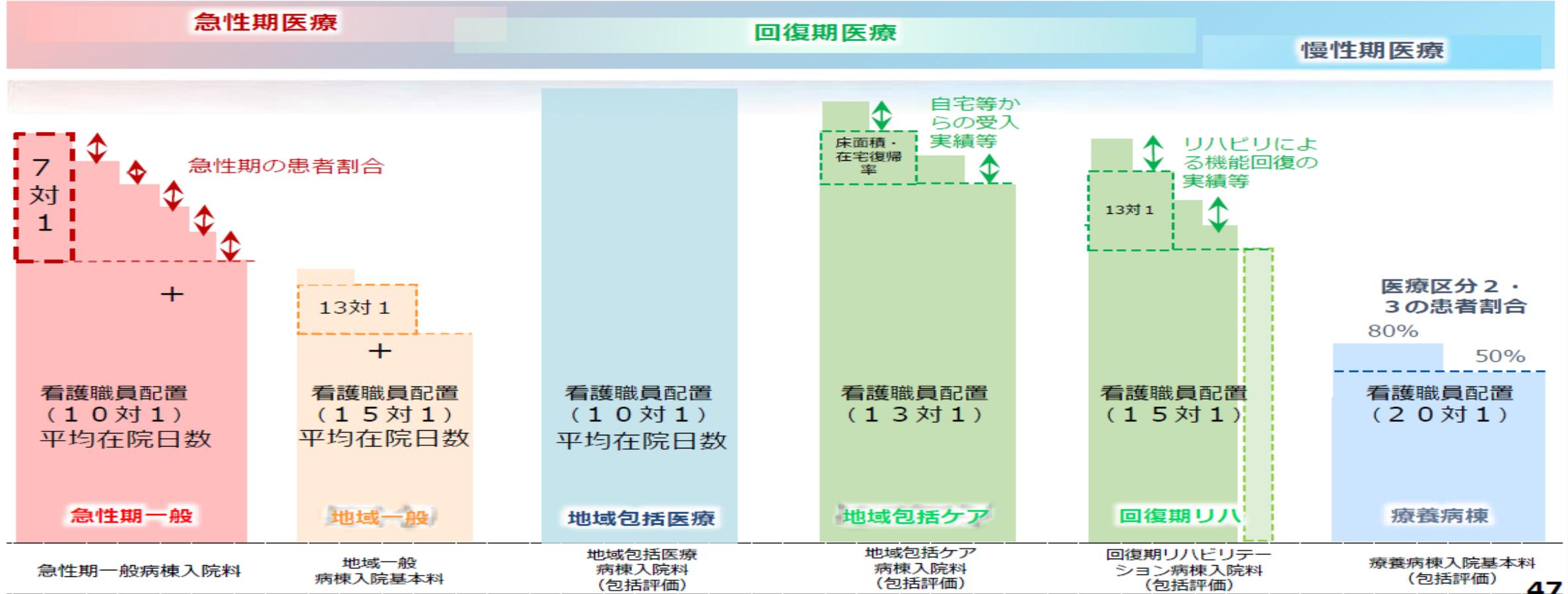
3.地域包括医療病棟とは①

令和6年度診療報酬改定

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。



3.地域包括医療病棟とは②

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



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



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

3.地域包括医療病棟とは③

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)

- 看護職員が10:1以上配置されていること。
- 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。
- 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)
- 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)
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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)
- 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。
- 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。
- 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。

3.地域包括医療病棟とは④

論点：病床機能報告における病床機能は示されていない

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

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)	72.5%以上 (分子に回リハ病棟等への退院を含まない)

4.病床機能報告における地域包括ケア病棟の病床機能の取扱い

- 複数の医療機能の選択可能性がある「**地域包括ケア病棟**」の報告上の区分は、各医療機関が実態に基づき「回復期」、「急性期」を選択するものであり、一律の基準はない。

令和 5 年度	病床機能報告 報告マニュアル<①基本編>
---------------	-------------------------

(抜粋)

- 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してください。

5.病床機能の取扱いの方向性①

■論点

- 病床機能報告における病床機能の取扱いは、国からまだ示されていない。
- 一方、第1回地域医療構想調整会議では、「2025プランの更新」について協議するため、その会議を目的に病床機能の取扱いを整理する必要がある。

■考え方

- 「地域包括医療病棟」は、急性期の治療後、ADLの低下等から在宅復帰が遅くなることを防ぐため、「急性期」と「回復期」双方の機能を有している。
- 同様に急性期と回復期の双方の機能を有している「地域包括ケア病棟」は医療機関の判断により、「急性期」または「回復期」を選択している。

■取扱いの方向性 更新

- 現時点では、地域包括医療病棟は、地域包括ケア病棟と同様、一旦、医療機関の判断により「回復期」、または「急性期」と整理する可能性があるものと捉え、当面、国の動向を注視していくこととしてはどうか。

6. 今後の地域医療構想の推進に向けて①

(1) 推進区域・モデル推進区域（仮称）に関する取組の方向性

- 2025年に向けて、国、都道府県、医療機関が取り組む事項を明確化し、国等による積極的な支援を実施するため取り組むもの
- **各都道府県 1、2 箇所**を推進区域として設定
- **推進区域では**、今後の取組の方向性を明確化し、着実な取組を実施するため、「**推進区域対応方針**」を定めることが求められている。
- また、**推進区域のうち、既存病床数と必要病床数等の差異が特に大きい全国 10～20箇所をモデル区域**として設定
- **国からの技術的及び財政支援**により、「**推進区域対応方針**」を定めることが**求められる見込み**



※ **今後の地域医療構想調整会議等で議論する必要がある見込まれる。**

6. 今後の地域医療構想の推進に向けて②

(2) 地域医療構想の進め方

- これまで、**各地域では、4機能別の病床機能の過不足を議論**してきた。
 - しかし、その議論に終始しがちで、介護や福祉を含めた議論は進んでいない。
 - **国では、2040年に向けた新たな地域医療構想に関する検討を進めているが、今後も4機能の議論は続く**と見込まれる。
 - 第8次保健医療計画の**基準病床数と必要病床数の乖離は詰まっていない**。
 - 「地域医包括医療病棟」のように、**診療報酬改定で誘導される機能もある**。
- ⇒ **これまでの議論の継続には限界があるのではないか。**
- ⇒ データに基づき4機能別の現状を共有することは有益だが、**4機能に固執した議論では解決策は得られないのではないか。**
- ⇒ 個別の病院の経営は各病院の自助努力により行っているため、各地域として**大きな支障がなければ、各病院の考えを尊重してもよいのではないか。**

6. 今後の地域医療構想の推進に向けて③

(3) 令和6年度病床整備事前協議の進め方

- 令和5年度の地域医療構想調整会議等でのご意見を踏まえ、令和6年度の病床整備事前協議においては、次のことを考慮することを検討中

① 希望が配分可能病床数を超えた際の調整方法を明確化

⇒ 令和5年度の調整時の方法を基礎に**基本的な調整方法を事前に明確化**

② 地域医療構想調整会議等に諮る前の事前調整の実施

⇒ 会議日程等を考慮すると、**新たな会議等の設置は難しい。**

このため、**医師会、病院協会等の関係者による事前調整をzoom等で実施することを検討**している。

説明は以上です