

4

地域包括ケア病棟の概要

1 地域包括ケア病棟の歴史（診療報酬の変遷）

- 地域包括ケア病棟の前身は、「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者などに対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室」であり、2004年度の診療報酬改定で創設された亜急性期入院医療管理料で運営されるようになった。
- 2008年度診療報酬改定では、200床未満の病院に限定して、疾患の主たる治療開始より3週間以内に急性期病床から転床させ、患者の安定化を図る病室として亜急性期入院医療管理料2が新設された。
- 2012年度診療報酬改定では、脳血管疾患等リハビリテーション料あるいは運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者と算定がある患者について、それぞれ亜急性期入院医療管理料1と2に分けた評価体系に見直され、算定日数はすべて最大60日となった。
- 地域包括ケア病棟は2014年度診療報酬改定で創設され、その役割を「①急性期治療を経過した患者及び②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③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」と定義された。算定上限は60日、看護体制は13対1で7割以上の看護師が必要である。廃止となった亜急性期病床との違いは、届け出が病棟単位の地域包括ケア病棟入院料（以下、入院料）と病室単位の地域包括ケア病棟入院医療管理料（以下、管理料：200床未満で1病棟に限る）となり、疾患別・がん患者リハビリテーションが包括評価となった。リハビリテーション医療については、フレイル・認知症モデルに包括算定を適用する画期的な改定であった。
- 2016年度診療報酬改定では、手術・麻酔にかかわる費用が包括範囲から除外された。
- 2018年度診療報酬改定で、入院料・管理料は1-4に見直され、基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績にかかわる評価部分を組み合わせた評価体系となった。200床未満の病院に限る入院料・管理料1・3は、在宅医療や介護サービスの提供、在宅で療養を行っている患者などの受け入れ、意思決定支援の取り組みが高く評価された。
- 2020年度診療報酬改定では、地域包括ケア病棟の役割①～③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年度診療報酬改定は、2020年度改定の方向性をさらに進化させて、①の機能の偏りが是正され、②③の機能が推進された。一般・療養病床、許可病床数、入院料・管理料ごとに施設基準

が細分化されており、届出の際には注意を要する(表1)。

2 地域包括ケア病棟の対象患者と施設基準

- 地域包括ケア病棟は、①急性期治療を経過した患者と、②在宅で療養を行っている患者の緊急・予定入院が対象である。療法士について、回復期リハビリテーション病棟のような要件の規定はないが、療法士1名以上の専従配置が必要である。効率的なリハビリテーション治療の提供で60日の算定期間内に在宅復帰を目指す骨折、肺炎、脳梗塞、悪性腫瘍、心不全などの多彩な疾患を受け入れている。
- 共通の届け出要件として、「在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院(年3件以上)、同一敷地内の訪問看護ステーションのいずれかを満たす」「データ提出加算の届出」「入退院支援および地域連携業務を担う部門の設置」「患者の入棟時に測定したADLスコアの結果などを参考に疾患別リハビリテーション治療の必要性を判断し、結果について診療録に記載して患者・家族に説明」「適切な意思決定支援に関する指針の策定」が求められている。なお、一般病床においては、「二次救急医療機関又は救急告示病院の届出」が要件化された。200床未満の場合は、「救急外来の設置又は24時間の救急医療提供」と要件が緩和されている。
- 疾患別リハビリテーション料・がん患者リハビリテーション料を提供する患者については包括算定であり、1日平均2単位以上(1患者9単位まで)提供しなければならない。ただし肺炎、特に誤嚥性肺炎などに対する摂食機能療法は出来高算定である。また、2020年度から算定方法が見直され、DPC対象病棟から自院地域包括ケア病棟・病室への転棟患者は入院期間Ⅱまで、転室患者はこれまで通り入院期間Ⅲまで、DPC/PDPS(diagnosis procedure combination/per-diem payment system)を継続し、リハビリテーション治療が出来高算定となった。以降は転棟・転室から60日目までそれぞれ管理料と入院料を算定し、リハビリテーション治療は従来通りの包括算定となる。なお、医療法上の療養病床の入院料・管理料にはDPC/PDPSは適用されない。
- 急性期治療を経過した患者の受け入れにかかわる要件に重症患者割合があり、重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が12%(Ⅱは8%)以上入院していることなどが求められている。
- 在宅で療養を行っている患者の受け入れにかかわる要件である、200床未満に限る入院料・管理料1・3の地域包括ケアの実績には、①自宅などからの入棟患者割合2割以上、②自宅などからの緊急の入院患者の受け入れが3か月で9人以上、③訪問リハビリテーションなどを含む在宅医療や介護サービス等6つのうち2つ以上満たすことが求められている。新たに入院料・管理料2・4には①～③のいずれか1つ以上の提供が求められている。なお、③は6つのうち1つを満たせば良い。
- 200床以上の病院では、自院の一般病棟から転棟した患者の割合が6割を超えると入院料2・4が1割5分減算される。2020年度以降、400床以上の病院は下記の再編・統合の場合を除き、地域包括ケア病棟の新規届出が認められないため、入院料2・4は400床未満の病院に限られる。
- 2020年6月18日地域医療構想調整会議において、再編・統合により、許可病床数400床以上となった病院が地域包括ケア病棟入院料2・4の届出を行う場合は1病棟に限って認められることとなった。ただし、①許可病床数400床未満の複数の病院が再編・統合を行う対象病院であること、②再編・統合を行う対象病院のいずれかが地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること、③地域医療構想調整会議において再編・統合後の病院が地域包括ケア病棟を有する必要がある

表 1 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

看護職員	入院料 1	管理料 1	入院料 2	管理料 2	入院料 3	管理料 3	入院料 4	管理料 4
リハビリテーション専門職	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
リハビリテーション実施	○	○	○	○	○	○	○	○
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること (ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数 200床未満	○	○	○	○	○	○	○	○
室面積	6.4平方メートル以上							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上	3月で9人以上	3月で9人以上	3月で9人以上	3月で9人以上	3月で9人以上	3月で9人以上	3月で9人以上
在宅医療の実績	○ (2つ以上)	○ (2つ以上)	○ (2つ以上)	○ (2つ以上)	○ (2つ以上)	○ (2つ以上)	○ (2つ以上)	○ (2つ以上)
在宅復帰率	7割2分5厘以上							
入院支援部門等	入院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)	2,620点(2,605点)	2,285点(2,270点)	2,076点(2,060点)	2,809点(2,794点)	2,620点(2,605点)	2,285点(2,270点)	2,076点(2,060点)

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

(2020.03.04 厚生労働省保険局医療課 令和4年度診療報酬改定の概要)

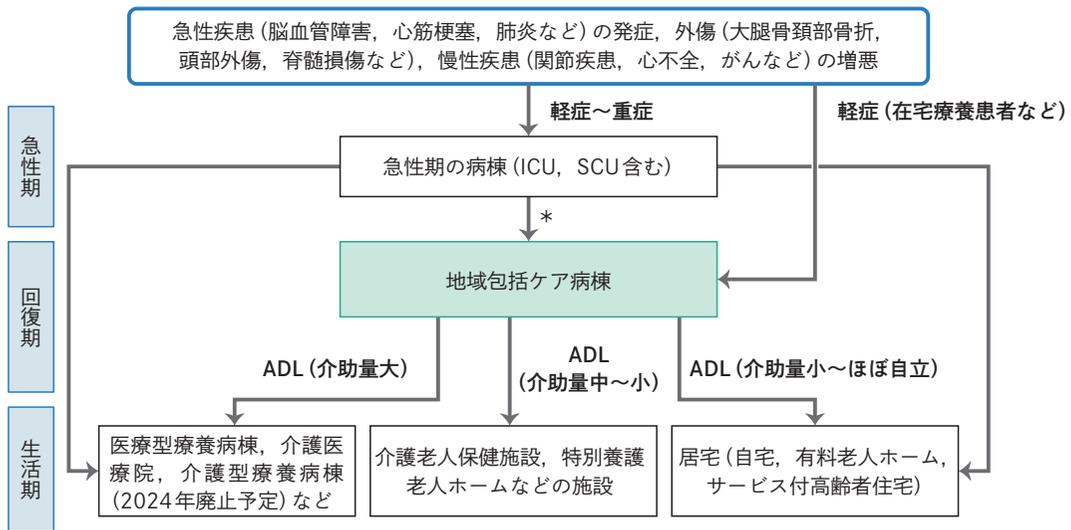


図 1-15 リハビリテーション医療を担う地域包括ケア病棟の位置付け (図 1-8, 8 頁参照)

*: 急性期を経過し、在宅復帰を目指す医療(リハビリテーション医療を含む)が必要な場合(集中的なリハビリテーション医療も一部可能)。在宅療養患者などの軽症急性期も受け入れる機能を有する。

あると合意を得ていること、の3つの要件をすべて満たす必要がある。

- 在宅復帰にかかわる要件として、①入退院支援および地域連携業務を担う部門の設置(専従の看護師と専任の社会福祉士または、専従の社会福祉士と専任の看護師の配置)、②在宅復帰率[入院料・管理料1・2:7割2分5厘以上、入院料・管理料3・4:7割以上(満たさない場合9割に減算)]、③入退院支援加算1を届け出ていること[100以上の入院料・管理料1・2のみ(満たさない場合9割に減算)]などが求められている。
- 療養病床は5%減算とされる。救急告示病院、自宅等からの入棟患者割合6割以上、自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たすと減算が免除される。
- 以上の減算要件と救急医療提供の緩和要件は、一般病床と療養病床、許可病床数、入院料・管理料1~4の組合せによって減算率が最大3種類掛け合わされる。
- 一般病床からの患者受け入れを評価する「急性期患者支援病床初期加算」について、400床以上の自院からは大幅減点、400床未満の他院からは大幅増点となる。在宅患者の受け入れを評価する「在宅患者支援病床初期加算」については大幅増点となる。

3 地域包括ケア病棟の運用の実際とあり方

- 地域包括ケア病棟の運用は、①急性期治療を経過した患者と②在宅で療養を行っている患者などを受け入れて、基軸となる③在宅復帰支援を実践することである。人口減少が進む地域では、病床機能報告制度に照らして、急性期から回復期、生活期の一部まで、役割と運用をニーズに合わせて柔軟に変えられる。都市部では病院間の機能分化・連携を推進するため、病床機能を疾患や重症度など患者の状態に応じて適切に選択することが重要であり、正確で迅速な患者評価が必要である(図 1-15)。
- 地域包括ケア病棟協会による2019年度入院医療等の調査では、地域包括ケア病棟への転棟元として、自院の一般病床が43.5%と最も多く、自宅は29.3%、他院の一般病床は12.4%であり、

■地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

- ◆疾患別・がん患者のリハビリテーション治療：スケジュールと提供量（20分1単位）が管理されている。
- ◆補完代替のリハビリテーション治療：包括算定を活かし、時間・単位・場所に縛られない。

- POC (point of care)* リハビリテーション治療
 - ① OT-POC リハビリテーション治療：個別のADL訓練
 - ② PT-POC リハビリテーション治療：個別の廃用・褥瘡予防と機能回復訓練
 - ・患者の傍らで、個別に短時間（20分未満/回）、状況に応じて「しているADL」を訓練する。
- 集団でのリハビリテーション治療
- 院内デイケア・デイサービス
- 自主訓練指導
- 運動療法指導

■以下の出来高算定リハビリテーションは含まない

- 摂食機能療法
- 自院DPC病棟から転室・転棟してDPC/PDPSを算定している患者に対する疾患別・がん患者のリハビリテーション治療
 転室：入院期間Ⅲまで
 転棟：入院期間Ⅱまで（2020年度から）

■補完代替のリハビリテーション治療の注意点

- ・主治医が包括的指示として処方
- ・療法士が実施
- ・リハビリテーション治療の記録（分単位）の記載が必要
- ・療法士の勤務時間として計算
- ・疾患別・がん患者のリハビリテーション治療と同時実施は不可
- ・1日平均2単位以上の疾患別・がん患者のリハビリテーション治療には含まれない

図 1-16 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

* POC (point of care)：「療養中の患者の傍ら」を表わす。

（地域包括ケア病棟協会，2019年度地域包括ケア病棟の機能等に関する調査結果より引用・改変）

また、許可病床数が多いほど自院の一般病床からの入棟割合が高いと報告されている。

- ・しかし、2022年度の診療報酬改定後は、200床未満の病院には地域包括ケアとかかりつけ医を支えて「ときどき入院 ほぼ在宅」を実践する役割が、200床以上の病院には自院急性期後患者だけでなく、在宅で療養を行っている患者などの受け入れを強化することが求められる。
- ・在宅復帰支援について、院内では疾患別・がん患者リハビリテーションに加えて、包括算定を活かして、療養中の患者の状態や居場所に応じて効率よく提供する補完代替リハビリテーション治療（地域包括ケア病棟協会提唱）を実践している（図 1-16）。NST (nutrition support team)、認知症ケア、ポリファーマシー対策などを包括的に提供して患者の活動を育てている。院内と地域内の多職種協働をつなぐ入退院支援・調整の場では、患者・家族とともにチーム医療を紡ぎ、EBM (evidence based medicine) に ACP (advanced care planning) を交えて課題解決に取り組むことが重要である。
- ・2019年度の入院医療の調査評価分科会によると、疾患別リハビリテーションは、運動器リハビリテーションが40%と最も多く実施され、廃用症候群リハビリテーションが12%、脳血管疾患等リハビリテーションが10%実施されているが、33%の患者には実施されていない。ただし、補完代替リハビリテーション治療として行われている20分未満の個別 (point of care ; POC) リハビリテーション治療や集団でのリハビリテーション治療、院内デイケアなどは、同調査には含まれていない。
- ・病院により、①疾患別・がん患者リハビリテーション（1日平均2単位以上）、②POCリハビリテーション治療（1日数回）、③集団でのリハビリテーション治療や院内デイケア（1日1～2回）、また①～③をさまざまに組み合わせた対応がなされている。2019年度の地域包括ケア病棟協会の調査では、補完代替リハビリテーションは約15%の症例で行われている。
- ・DPC対象病棟から自院地域包括ケア病棟・病室への転棟・転室患者と地域包括ケア病棟・病室

直入患者が混在する施設は、地域包括ケア病棟届出病院の約3割を占める（2021年度地域包括ケア病棟協会調べ）。DPCの算定期間は回復期リハビリテーション病棟に準じた脳血管・身体障害モデルの環境、包括となった後はフレイル・認知症モデルの環境でリハビリテーション医療が求められる。また、在宅医療等の実績の6つの条件には訪問リハビリテーションの実績要件が含まれており、院内・地域内の包括的な取り組みも選択できる。リハビリテーション診療の必要性の判断と説明を含めて、地域包括ケア病棟を有する病院のリハビリテーション医療の総合力が期待されている。

文献

- 1) 医科点数表の解釈 平成16, 20, 22, 24, 26, 28, 30年4月版, 社会保険研究所
- 2) 厚生労働省：令和元年度第11回入院医療等の調査・評価分科会における検討結果報告(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000561558.pdf>)
- 3) 厚生労働省：令和2年度診療報酬改定の概要(入院医療)(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000612671.pdf>)
- 4) 地域包括ケア病棟協会，2019年度 地域包括ケア病棟の機能等に関する調査結果(https://chiiki-hp.jp/wp-content/uploads/2019/08/20190830_2019年度アンケート調査.pdf)2020年5月29日閲覧
- 5) 保医発0618第2号 令和2年6月18日「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(令和2年3月5日付け保医発0305第2号)」の一部改正
- 6) 厚生労働省：令和4年度診療報酬改定の概要 入院II(回復期・慢性期入院医療)(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000911806.pdf>)

(西村一志・仲井培雄)