

日本在宅療養支援病院連絡協議会 勉強会

地域包括医療病棟への移行について
病院経営について



この組織にいたら この職場であれば
私はきっといい人生がおくれる



社会福祉法人 岡山博愛会 理事 事務局長
三宅 謙太郎



笑顔の似合う岡山博愛会を目指して

本日のお話の内容



01

岡山博愛会病院のご紹介と取り組み

02

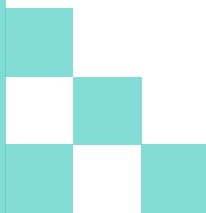
診療報酬改定における「地域包括医療病棟」と病床再編

03

岡山博愛会病院の病院改革と今と未来に向けての経営戦略

1

岡山博愛会病院のご紹介と取り組み



Loving all

博愛会

理念

「自分のして欲しいように
人にしてさし上げる」

1891年創立

プロテスタント系の法人

創始者

アリス・ペテー・アダムス





法人創始者
アリス・ペター・アダムス

1907年（明治38年）花畑施療院開院式：無料の医療事業

岡山県立病院から医師、薬剤師、医学生さんなどボランティアで支援





9

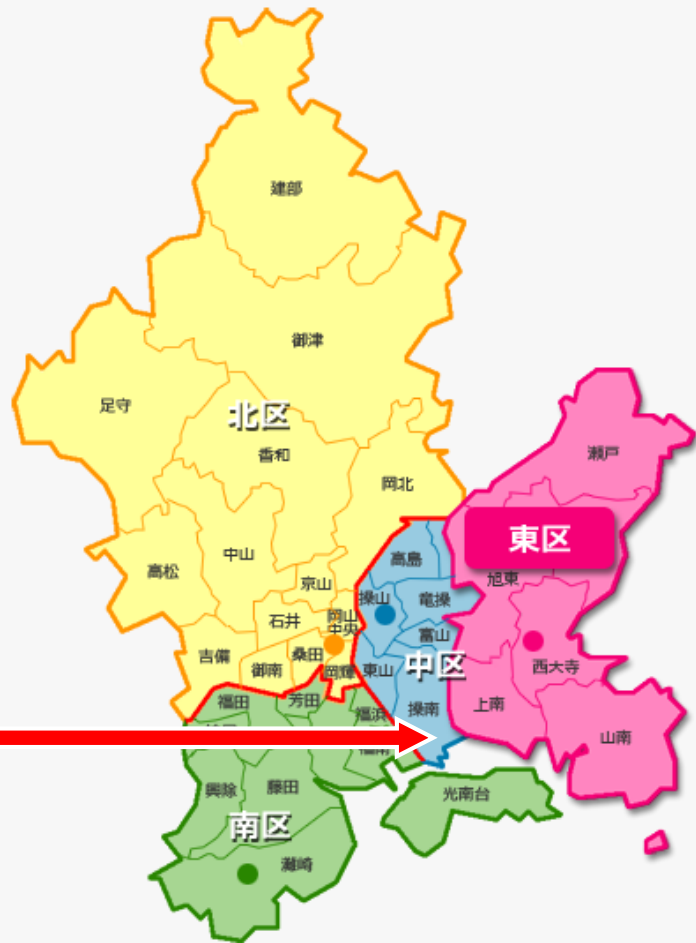
明治24年岡山博愛会が
医療・福祉を始めたルーツ



岡山博愛会 法人連携図 (創立132年)

- ・ 岡山博愛会病院
- ・ 介護医療院 みくに
- ・ 特別養護老人ホーム アダムスホーム
- ・ 養護老人ホーム岡山市友楽園
- ・ 訪問介護ステーションホサナ
- ・ 岡山博愛会 居宅介護支援事業所
- ・ 訪問看護ステーション サマリア
- ・ デイサービスセンター ハレルヤ
- ・ 岡山博愛会 御幸町クリニック
- ・ 看護小規模多機能型
居宅介護 のぞみ
- ・ グループホーム まこと
- ・ 岡山博愛会保育園





岡山市中区 (県南東部)

ネットワークVPN接続状況



施設間の音声（内線通話）・データ通信の統合を実現
スタッフの移動が発生してもナースコールを含む設備が同じな為、'使い方'で不便することがない

病院の概要

(病院171床 介護医療院63床)

内科診療を中心とした、
回復期から在宅医療まで行っ
ているケアミックス型の病院



4階

介護医療院 1 (63ベット / ユニット型)

3階

地域包括ケア病棟 1
(44床 / 地域包括ケア病棟入院料 1)

回復期リハビリテーション病棟
(39床 / 回復期リハビリテーション病棟入院料 1)

2階

地域包括医療病棟
(44床 / 地域包括医療病棟入院料)

回復期リハビリテーション病棟
(44床 / 回復期リハビリテーション病棟入院料 1)

1階

外来・健康管理センター・内視鏡センター
入退院サポートセンター

病院の目標（ミッション）

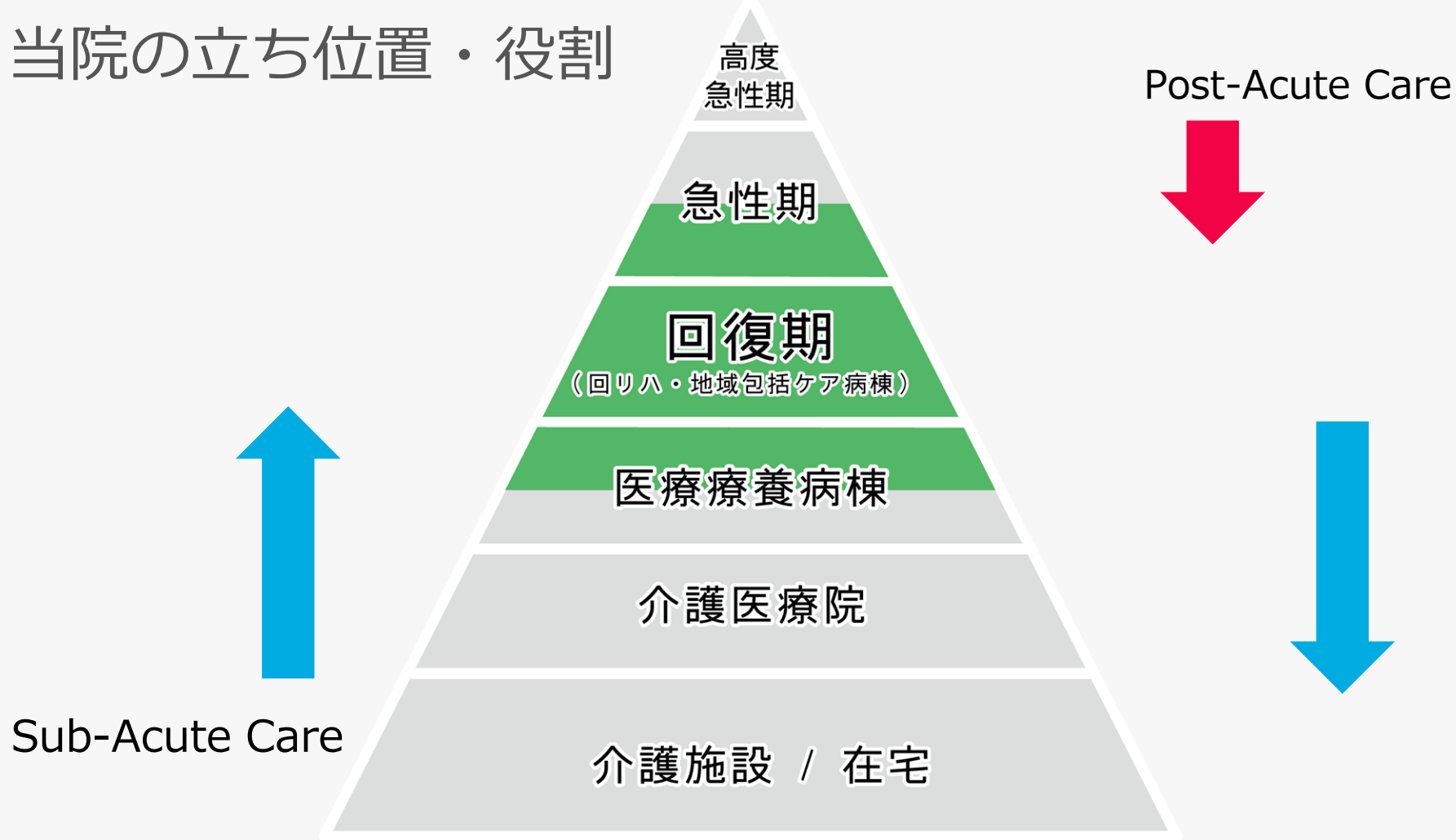
内科診療を中心とした

回復期から在宅医療まで岡山NO1の病院を目指す！

ケア・ミックス病院の強みを発揮する病院を目指します

患者さまが安心して退院できる病院を目指す！

当院の立ち位置・役割



診療報酬改定における 「地域包括医療病棟」と病床再編

2



2024年度診療報酬・介護報酬改定

1. 財政主導型報酬改定 ・ 財務省、財政経済諮問会議
2. 働き方改革と人件費アップ加算
3. 今後の高齢化・人口減少 労働人口の減少
 - 病院機能の持つべきものと捨てる勇気と覚悟
 - 医療・介護DXに向けての対応 業務改善の実施
 - 高齢者医療と地域医療の向き合い方
 - 医療・介護・在宅の連携が重要
 - 全体を統括する司令塔の役目が重要
 - リハビリ・栄養・口腔ケア 機能別多職種連携が必要

業績を持続的に向上させる強さを持ち得る病院経営を目指して

令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

1. 診療報酬 +0.88% (R6年6月1日施行)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア+2.5%、R7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%**
- ② 入院時の食費基準額の引上げ（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%**
- ③ 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%**
- ④ ①～③以外の改定分 **+0.46%**（※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）
うち各科改定率：医科+0.52%、 歯科+0.57%、 調剤+0.16%

2. 薬価等

- ① 薬価 **▲0.97%** (R6年4月1日施行)
- ② 材料価格 **▲0.02%** (R6年6月1日施行)

※ 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2000品目程度）

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

⇒選定療養の仕組みを導入し、後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とする（R6年10月1日施行）

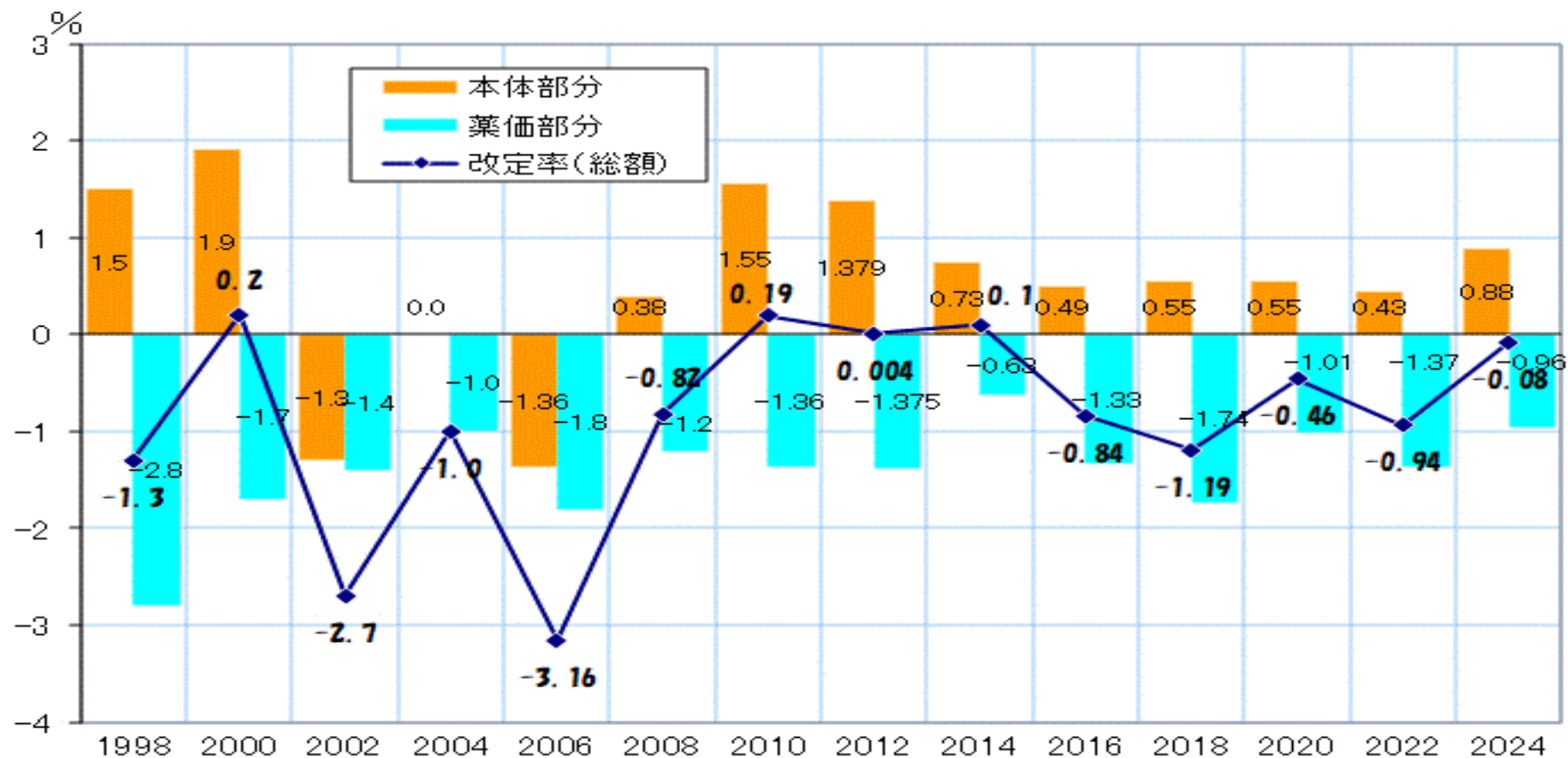
3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

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、R6年度に2.5%、R7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。

診療報酬改定率推移表



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

- 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ニーズ増大に対して地域包括医療病棟を新設した。
- 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を見直した。
- また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。

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

特定集中治療室等の見直し

- ・ SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- ・ 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- ・ 遠隔ICUの評価
- ・ ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

働き方改革の推進

- ・ 地域医療体制確保加算の要件見直し
- ・ 医師事務作業補助体制加算の引き上げ

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

救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)

看護補助者の体制整備

- ・ 看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
- ・ 看護補助加算の新設（小児入管）

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

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- コロナ禍の経験を踏まえて、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支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
- また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- ・ 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- ・ 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進



人生の最終段階における医療・ケアの充実

- ・ 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- ・ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ・ ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和



在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- ・ 在支診・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- ・ 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- ・ 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- ・ 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- ・ データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

※在支診・病でない医療機関においても同様

診療所等 地域包括診療料・加算の見直し

- ・ サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- ・ 認知症研修の要件化（望ましい要件）



地域包括ケア病棟 在支診・在支病、後方支援病院

医療機関と介護保険施設等の 平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設



診療所等



ケアマネジャー



介護サービス

介護保険施設等 (老健、介護医療院、特養)

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回る観点から、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
- 患者の状況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）
- 患者の状況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）

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- 医療従事者の人材確保や賃上げのための**ベースアップ評価料**により2.3%を目途とした賃上げを実施。
- 40歳未満勤務医師や事務職員の賃上げ及び入院料の通則の改定に伴う**入院基本料等の引き上げ**。
- 入院料通則においては、**栄養管理体制の基準の明確化、人生の最終段階における意思決定支援及び身体的拘束の最小化の取組**を要件化。
- 標準的な感染対策実施と賃上げを念頭においた**初再診料の引き上げ**。

2. 医療DXの推進

- **医療DX推進体制整備加算**により、マイナ保険証の活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備促進。
- **在宅医療DX推進体制加算**により、マイナ保険証による情報を用いた訪問診療計画の立案による質の高い在宅診療を推進。

3. ポストコロナの感染症対策の推進

- 改正感染症法及び第8次医療計画に基づく、協定指定医療機関であることを感染対策向上加算および外来感染対策向上加算の要件として規定。
- 発熱外来に代わる**発熱患者等対応加算**を新設。
- 入院患者に対して、**特定感染症入院医療管理料**を新設し、感染対策を引き続き評価。

4. 同時報酬改定における対応

- コロナ禍の経験を踏まえた、**医療機関と介護保険施設等との関係の強化**、協力医療機関の明確化。
- **かかりつけ医とケアマネ等との関係強化**。
- 障害者施設における末期癌患者等への訪問診療料等が算定可能に。

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- 在宅医療におけるICTを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携の推進。
- 往診料等の評価の見直し。
- 在宅時医学総合管理料等の評価の見直し。
- 専門性の高い看護師を配置やサービスの実績に基づく訪問看護管理療養費の見直し。
- 訪問看護ステーションにおける24時間体制にかかる評価の見直し。

8. 重点的な分野における対応

- 働き方改革も踏まえた救急患者のいわゆる下り搬送の評価。
- NICUにおける重症児へのより手厚い看護配置（2対1）等に対する評価の新設。
- 小児に付き添う家族等に配慮した小児入院医療提供体制の推進。
- 発達障害や不適切な養育に繋がり得る児への対応強化。
- 精神科における地域包括ケアを推する精神科地域包括ケア病棟の新設。
- 入院および外来におけるバイオ後続品の使用促進。

医療と介護の連携の推進

- 新型コロナウイルス感染症の経験も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、実効性のある連携の構築を促進する観点から、医療機関と介護保険施設等の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

- ・ 介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化
在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化
- ・ 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する
- ・ 介護保険施設等連携往診加算の新設
入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価
- ・ 介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し
高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し
- ・ 協力対象施設入所者入院加算の新設
介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

- ・ 地域包括診療料等の算定要件の見直し
地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じることを追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

青字：診療報酬／緑字：介護報酬

(1) 平時からの連携
(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- ・ 協力医療機関連携加算の新設
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算の新設
- ・ 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- ・ 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- ・ 介護保険施設等連携往診加算の新設
- ・ 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4) 入院調整

- ・ 退所時情報提供加算の見直し
- ・ 協力対象施設入所者入院加算の新設

(5) 早期退院

- ・ 退院が可能となった場合の速やかな受け入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院等】

協力医療機関等との連携の強化

- ・ 以下の要件を満たす協力医療機関を定めることの義務化
① 入所者の病状が急変した場合等の相談体制
② 診療の求めがあった場合の診療体制
③ 入院を要すると認められた入所者の入院受入体制
※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認
- ・ 協力医療機関連携加算の新設
介護保険施設等において、定期的なカンファレンスの実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価
- ・ 高齢者施設等感染対策向上加算の新設
感染対策向上加算を算定する医療機関等が主催する研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価
- ・ 退所時情報提供加算の新設
入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関へ生活支援上の留意点等の情報を提供するものを評価
- ・ 早期退院の受け入れの努力義務化
退院が可能となった場合の速やかな受け入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所等

- ・ 入院時情報連携加算の見直し
入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について新たに評価。あわせて、提供する情報を充実。
- ・ 通院時情報連携加算の見直し
算定対象に歯科医師を追加

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

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。

【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6.4m²/1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）であるとするとともに、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。
- 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又は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。



地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

急性期医療

回復期医療

急性期医療

回復期医療

平均在院日数
18日

平均在院日数
16日



看護職員配置
(10対1)

平均在院日数
21日

急性期一般

急性期一般病棟入院料



看護職員配置
(13対1)

算定可能日数
60日

地域包括ケア

地域包括ケア
病棟入院料
(包括評価)

重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直し

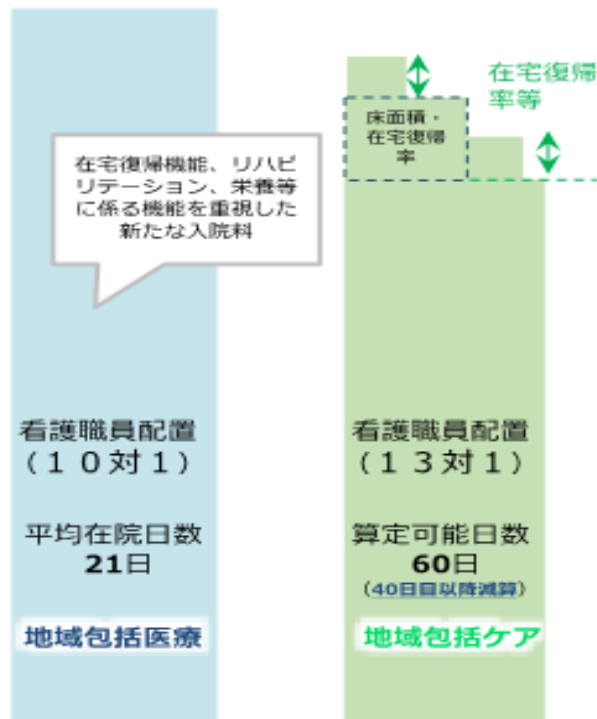


看護職員配置
(10対1)

平均在院日数
21日

急性期一般

急性期一般病棟入院料



地域包括医療
病棟入院料
(包括評価)

地域包括ケア
病棟入院料
(包括評価)

地域包括医療病棟における評価の観点

- ▶ 地域包括医療病棟においては、急性期医療機能の他に、後期高齢者を中心に早期からリハビリテーション、栄養等の管理を行うためのサービス提供が求められており、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの観点から病棟の機能を規定している。

※以下の整理は、考え方の一例である。それぞれの指標の活用の仕方は複数考えられるところ。

	ストラクチャー	プロセス	アウトカム・その他の実績要件
急性期機能	<ul style="list-style-type: none">▶ 10：1看護配置▶ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能▶ 夜間における画像検査等の体制確保▶ 看護職員夜間配置加算		<ul style="list-style-type: none">▶ 救急搬送直接入棟患者割合：1割5分以上▶ 平均在院日数：21日以内▶ 重症度、医療・看護必要度；急性期病棟入院料4相当▶ 入棟初日のB項目3点以上の患者：50%以上
リハビリ等	<ul style="list-style-type: none">▶ PT/OT/ST 2名配置▶ 管理栄養士の専任配置▶ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置▶ 看護補助体制加算▶ 看護補助体制充実加算	<ul style="list-style-type: none">▶ 原則48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態の評価▶ 定期的なカンファレンスの開催▶ 休日リハの提供体制▶ 休日リハ提供量：平日の8割以上▶ 早期リハ実施割合：8割以上▶ 管理栄養士による<ul style="list-style-type: none">・GLIM基準を用いた栄養状態評価・週5回以上の食事観察▶ 歯科医療機関との連携	<ul style="list-style-type: none">▶ 退院・転棟時にADLが低下する患者：5%以内▶ 退院・転棟時にADLが低下する患者：3%以内
在宅復帰機能	<ul style="list-style-type: none">▶ 入退院支援加算1	(入退院支援加算1)	<ul style="list-style-type: none">▶ 在宅復帰率：8割

地域包括医療病棟④ 包括範囲

以下の診療の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれる。（包括範囲）

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用（概要）

○ 入院基本料

○ 入院基本料等加算

臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算（1に限る。）、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算を除く。

○ 医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料

○ 検査

心臓カテーテル検査、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料
並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。

○ 画像診断

画像診断管理加算1～4、造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）
並びに造影剤注入手技（主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合）に伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。

○ 投薬、注射

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料を除く。

○ リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤。（※1）

○ 処置

人工腎臓等、局所陰圧閉鎖処置等の1,000点以上の処置
並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。

○ 病理標本作製料

術中迅速病理組織標本作成を除く。

※1 リハビリテーション及び精神療法は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）

※ 他、手術、麻酔等の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれない。（包括範囲外）

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

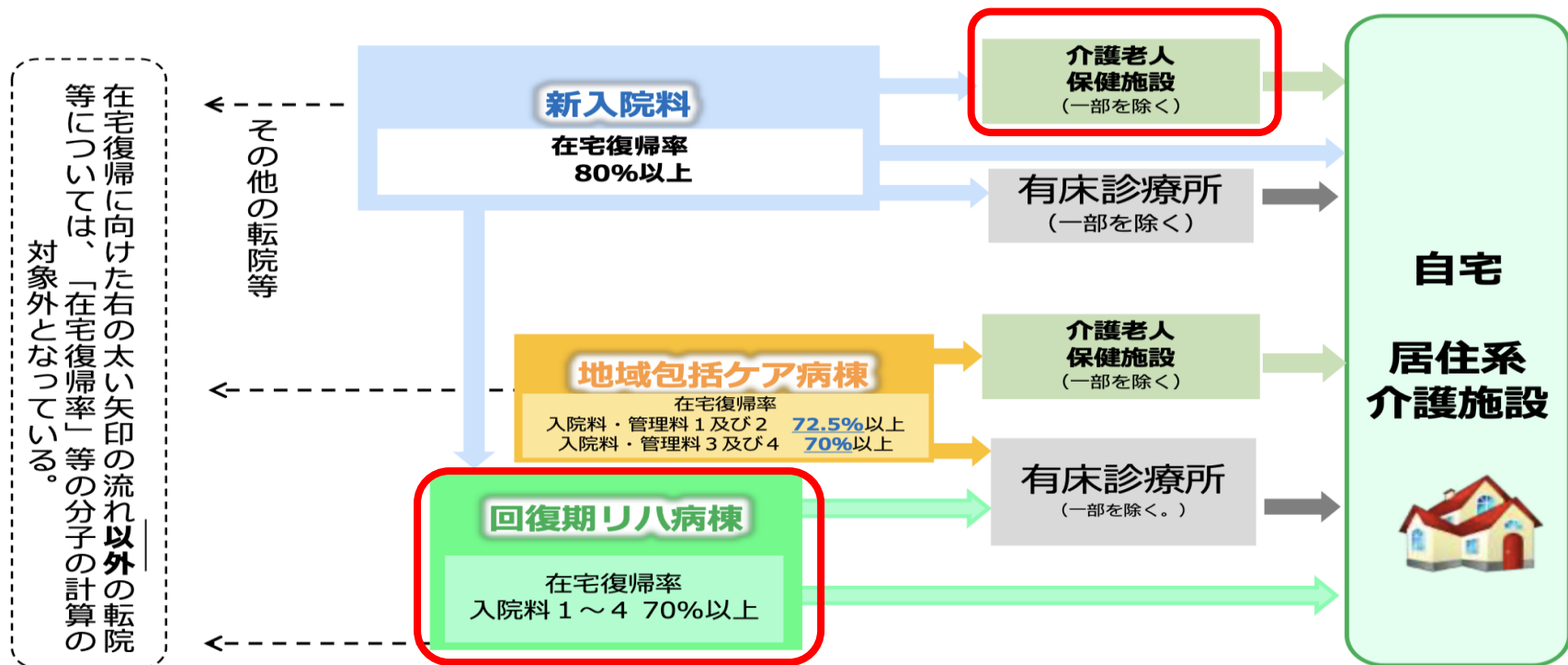


既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

地域包括医療病棟における在宅復帰率

- 地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（）で示す**

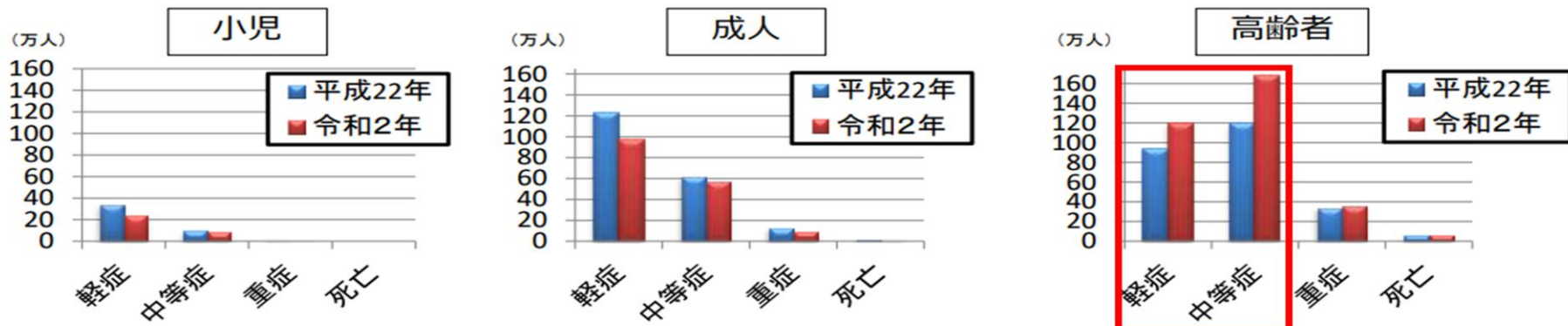


急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	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)

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 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。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

死亡：初診時において死亡が確認されたもの
重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

A 3 0 4 地域包括医療病棟入院料

基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上で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提供することについて、新たな評価を行う。

(新設) A 3 0 4 地域包括医療病棟入院料 (1日につき)

3,050点

注1 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A 1 0 0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。

注2 入院した日から起算して14日を限度として、初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

イ 年6日以内であること。

ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

注4 診療に係る費用のうち次に掲げるものは、地域包括医療病棟入院料に含まれるものとする。

注5 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき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に入院している患者については、看護補助体制加算として、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として、それぞれ所定点数に加算する。

イ 25対1看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) 240点

ロ 25対1看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) 220点

ハ 50対1看護補助体制加算 200点

ニ 75対1看護補助体制加算 160点

注6 夜間における看護業務の補助の体制につき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に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護補助体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ 夜間30対1看護補助体制加算 125点

ロ 夜間50対1看護補助体制加算 120点

ハ 夜間100対1看護補助体制加算 105点

注7 夜間における看護業務の体制につき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に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、夜間看護体制加算として、71点を更に所定点数に加算する。

注8 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき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に入院している患者（看護補助体制加算を算定する患者に限る。）については、看護補助体制充実加算として、当該基準に係る区分に従い、1日につきそれぞれ更に所定点数に加算する。ただし、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算3の例により所定点数に加算する。

イ 看護補助体制充実加算1 25点

ロ 看護補助体制充実加算2 15点

ハ 看護補助体制充実加算3 5点

注9 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に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

イ 看護職員夜間12対1配置加算

(1) 看護職員夜間12対1配置加算1 110点

(2) 看護職員夜間12対1配置加算2 90点

ロ 看護職員夜間16対1配置加算

(1) 看護職員夜間16対1配置加算1 70点

(2) 看護職員夜間16対1配置加算2 45点

注10 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として80点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

<通知> 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

(1) 地域包括医療病棟入院料を算定する病棟は、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上で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提供する役割を担うものである。

(2) 基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料等の費用については、地域包括医療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

(3) 当該病棟に入棟した患者全員に対し、入棟後、原則48時間以内にA D L、栄養状態、口腔状態について様式54又はこれに準ずる様式を用いた評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を別紙様式55又はこれに準ずる様式を用いて作成すること。退棟時においても様式54又はこれに準ずる様式を用いた評価を行うこと及びリスクに応じた期間で再評価を実施することが望ましいこと。

(4) 入院患者のA D L等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、医師、看護師、当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及び必要に応じてその他の職種が参加していること。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。

(5) 当該病棟に専従の理学療法士等は、当該病棟の患者に対し、以下に掲げる疾患別リハビリテーション等の提供等により、全ての入院患者に対するA D Lの維持、向上等を目的とした指導を行うこととし、疾患別リハビリテーション料等の対象とならない患者についても、A D Lの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。このため、専従の理学療法士等は1日につき6単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。

- ア 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料
- イ 「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料
- ウ 「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料
- エ 「H002」運動器リハビリテーション料
- オ 「H003」呼吸器リハビリテーション料
- カ 「H004」摂食機能療法
- キ 「H005」視能訓練
- ク 「H007」障害児（者）リハビリテーション料
- ケ 「H007-2」がん患者リハビリテーション料
- コ 「H007-3」認知症患者リハビリテーション料
- サ 「H008」集団コミュニケーション療法料

(6) 当該病棟に専任の管理栄養士は、全ての入院患者に対する低栄養の予防、改善等を目的とした栄養管理を行い、多職種のカンファレンスにおいて、患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む）に関する提案を行うこと。

(7) 地域包括医療棟入院料を算定した患者が退院又は退棟した場合、退院又は退棟した先について診療録に記載すること。

(8) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。

(9) 「注5」に規定する看護補助体制加算を算定するに当たっては、次の点に留意する。

ア 看護補助体制加算は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価するものである。

イ 看護補助体制加算は、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができるが、25対1看護補助体制加算は、当該加算の配置基準に必要な看護補助者の数に対するみなし看護補助者を除いた看護補助者の比率に応じた点数を算定すること。

ウ 看護補助体制加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、「A101」療養病棟入院基本料の(20)の例による。

エ 当該患者が入院した日から起算して14日を限度して算定できる。

(10) 「注6」に規定する夜間看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。

(11) 「注7」に規定する夜間看護体制加算は、「注6」に規定する夜間30対1看護補助体制加算、夜間50対1看護補助体制加算又は夜間100対1看護補助体制加算を算定している病棟において算定する。

(12) 「注8」に規定する看護補助体制充実加算は、看護職員と看護補助者の業務分担及び協働に資する十分な体制を評価するものである。

(13) 「注8」については、当該患者について、身体的拘束を実施した日は、看護補助体制充実加算1又は看護補助体制充実加算2の届出を行っている場合であっても、看護補助体制充実加算3を算定すること。この場合において、看護補助体制充実加算3の届出は不要である。なお、この身体的拘束を実施した日の取扱いについては、令和7年6月1日より適用すること。

(14) 「注9」に規定する看護職員夜間配置加算を算定するに当たっては、次の点に留意する。
ア 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第九の六の四の(8)に定める夜勤の看護職員の最小必要数を越えた3人以上でなければ算定できない。

イ 看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。

(15) 「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算は、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、専従の理学療法士等、専任の管理栄養士、その他必要に応じた他の職種の協働により、以下のアからウまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。

ア 定期的なカンファレンスにおいて、必要に応じ、想定される退棟先の環境を踏まえた退棟後に起こりうるリスク、転倒リスクを踏まえた転倒防止対策、患者の機能予後、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加等について共有を行うこと。

イ 適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促すこと。

ウ 指導内容等について、診療録等に要点を簡潔に記載すること。

16) 「注10」に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算は、(15)のアからウまでの取組を実施するとともに、専任の管理栄養士が次に掲げる栄養管理を実施する場合に算定できる。

ア リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画の作成に当たって、入棟後、原則48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM基準を用いた栄養状態の評価を行うこと。

イ 週5回以上、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握を行うこと。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、食事変更や食形態の調整等の対応を行うこと。

(17) 地域包括医療病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、地域一般入院料3を算定する。この際、地域一般入院料3を算定する場合の費用の請求については、地域一般入院料3と同様であること。

特定入院料

1 特定入院料（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を除く。以下この項において同じ。）は、**1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できるものであり、1回の入院期間中に、当該特定入院料を算定した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度同一の特定入院料を算定することはできない。**

以上により「地域包括医療病棟」は 一度転棟すると返ることができません

病棟転換するときには重要になります

1 地域包括医療病棟入院料の施設基準

(1) 病院の一般病棟の病棟単位で行うものであること。

(2) 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。

(3) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下、この項において「専従の理学療法士等」という。）が2名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。

(4) 当該病棟に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。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。

(5) 当該病棟の病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であることが望ましい。なお、床面積が患者1人につき、6.4平方メートルに満たない場合、全面的な改築等を行うまでの間は6.4平方メートル未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと

(6) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル（両側居室の場合は2.7メートル）に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル（両側居室の場合は2.7メートル）未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。

(7) 当該病棟に、又は当該医療機関内における当該病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

(8) 地域包括医療病棟入院料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添7の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。測定の結果、地域包括医療病棟入院料を算定するものとして届け出た病床における直近3月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準①を満たす患者（別添7の別紙7による評価の結果、別表3の該当患者割合①の基準のいずれかに該当する患者をいう。）の割合（以下「基準を満たす患者割合①」という。）が、別表4の基準以上であること。評価に当たっては、産科患者又は15歳未満の小児患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入（別添7の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く。）は、院内研修を受けたものを行うものであること。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出ること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

(9) 地域包括医療病棟入院料を算定するものとして届け出た病床において、直近3月の間に新たに当該病棟に入棟した患者に占める、当該病棟に入棟した日に介助を特に実施している患者（別添7の別紙7による評価の結果、別表3の該当患者割合②の基準に該当する患者をいう。）の割合（以下「基準を満たす患者割合②」という。）が、別表4の基準以上であること。評価に当たっては、産科患者又は15歳未満の小児患者は対象から除外する。

別表3

該当患者割合①の基準	A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
	A得点が3点以上の患者
	C得点が1点以上の患者
該当患者割合②の基準	入棟初日のB得点が3点以上の患者

別表4

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
基準を満たす患者割合①	1割6分	1割5分
基準を満たす患者割合②	5割	

(10) 当該病棟に入院する患者の平均在院日数が21日以内であること。

(11) 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。

(12) 当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

ア 直近6か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数

この場合において、在宅等に退院するものの数は、退院患者の数から、次に掲げる数を合計した数を控除した数をいう。

①他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）又は回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟、病室又は病床を除く。）に転院した患者

②介護老人保健施設（介護保険施設サービス費（Ⅱ）、（Ⅲ）若しくは（Ⅳ）又はユニット型介護保険施設サービス費の（Ⅱ）、（Ⅲ）若しくは（Ⅳ）の届出を行っているものに限る）に退院した患者

③同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟又は病室（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟又は病室を除く。）に転棟した患者の数

イ 直近6か月間に退院又は転棟した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）

(13) 当該病棟における、直近3か月の入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5分未満であること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

(14) 当該病棟において、直近3か月の入院患者に占める、救急搬送後の患者の割合が1割5分以上であること。救急搬送後の患者とは、救急搬送され、入院初日から当該病棟に入院した患者又は他の保険医療機関で「C004-2」に掲げる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、入院初日から当該病棟に入院した患者であること。ただし、14日以内に同一の保険医療機関の他の病棟（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟又は病室を除く。）に転棟した患者は、救急搬送後の患者に含めないこと。

(15) 当該保険医療機関が次のいずれかを満たしていること。

ア 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

イ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

(16) 当該保険医療機関において、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること。

(17) データ提出加算に係る届出を行っていること。また、当該基準については別添7の様式40の5を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

(18) 当該保険医療機関が、特定機能病院以外の保険医療機関であること。

(19) 当該保険医療機関が、急性期充実体制加算 1 又は 2 に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

(20) 当該保険医療機関が、専門病院入院基本料に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

(21) 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）及び運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）に係る届け出を行っていること。

(22) 入退院支援加算 1 に係る届け出を行っていること。

(23) 直近 1 年間に、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 A D L（基本的日常生活活動度（BarthelIndex）（以下「B I」という。）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。

(24) 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、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。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、当該病棟の患者に対し、曜日により著しい単位数を含めた提供量の差がないような体制とすること。

(25) 当該保険医療機関において、B I の測定に関わる職員を対象とした B I の測定に関する研修会を年 1 回以上開催すること。

2 地域包括医療病棟入院料の「注3」に掲げる夜間看護体制特定日減算について

当該減算は、許可病床数が100床未満の病院において、夜間、病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、病棟の看護職員体制は、看護職員1名を含め看護職員と看護補助者を合わせて2名以上であること。ただし、当該時間帯の入院患者数が30人以下の場合は、看護職員1名で差し支えない。加えて、当該時間帯に当該病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、当該病棟の看護に支障がないと当該病棟を担当する医師及び看護の管理者が判断した場合に限ること。

3 地域包括医療病棟入院料の「注5」に掲げる看護補助体制加算の施設基準

(1) 通則

ア 看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、研修内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。

イ 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。

ウ 当該病棟の看護師長等が所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年1回以上受講していることが望ましいこと。ただし、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、看護師長等の所定の研修及び看護職員の院内研修の内容については、別添2の第2の11の(6)の例による。

エ 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。

オ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。

5 地域包括医療病棟入院料の「注7」に掲げる夜間看護体制加算の施設基準

(1) 「注5」に掲げる25対1看護補助体制加算(看護補助者5割以上)、25対1看護補助体制加算(看護補助者5割未満)、50対1看護補助体制加算又は75対1看護補助体制加算のいずれかを算定する病棟であること。

(2) 「注6」に掲げる夜間30対1看護補助体制加算、夜間50対1看護補助体制加算又は夜間100対1看護補助体制加算のいずれかを算定している病棟であること。

(3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。また、当該3項目以上にケが含まれることが望ましいこと。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、ア又はウを含む3項目以上を満たしていること。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。

イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。

ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

ク 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ケ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

6 地域包括医療病棟入院料の「注8」に掲げる看護補助体制充実加算の施設基準

(1) 看護補助体制充実加算1の施設基準

ア 当該保険医療機関において3年以上の看護補助者としての勤務経験を有する看護補助者が、「注5」に掲げる看護補助体制加算のそれぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。

イ 主として直接患者に対し療養生活上の世話をを行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその端数を増すごとに1以上であること。当該看護補助者は、介護福祉士の資格を有する者又は看護補助者として3年以上の勤務経験を有し適切な研修を修了した看護補助者であること。なお、研修内容については、別添2の第2の11の2の(1)の口の例による。

ウ 看護補助体制充実加算に係る看護補助者に対する院内研修の内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

エ 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員(所定の研修を修了した看護師長等を除く。)が院内研修を年1回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、当該研修のそれぞれの内容については、別添2の第2の11の(6)の例による。

オ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。

(2) 看護補助体制充実加算2の施設基準

(1) のイからオを満たすものであること。

(3) 看護補助体制充実加算3の施設基準

(1) のウ及びエを満たすものであること。

(1) 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

ア 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、前段の規定にかかわらず、3以上であることとする。

イ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。

ウ 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、(イ)又は(ハ)を含む4項目以上を満たしていること。また、当該4項目以上に(ヌ)が含まれることが望ましいこと。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、(イ)及び(ハ)から(ヌ)までのうち、(イ)又は(ハ)を含む4項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

(2) 看護職員夜間12対1 配置加算2の施設基準

(1) のア及びイを満たすものであること。

(3) 看護職員夜間16対1 配置加算1の施設基準

ア (1) のイ及びウを満たすものであること。

イ 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数、前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、前段の規定にかかわらず、3以上であることとする。

(4) 看護職員夜間16対1 配置加算2の施設基準 (1) のイ及び (3) のイを満たすものであること。

8 地域包括医療病棟入院料の「注10」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。

ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。

イ 適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること。

(2) (1) の要件のうちイにおけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。また、令和6年3月31日までにADL維持等向上体制加算において規定された「適切なリハビリテーションに係る研修」を修了している医師については、令和8年3月31日までの間に限り当該研修を修了してものみとする。

- ア リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）
- イ リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。）
- ウ リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）
- エ リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）
- オ 高齢者リハビリテーションについて（廃用症候群とその予防を含む。）
- カ 脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて
- キ 心臓疾患（CCUでのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて
- ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて
- ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて
- コ 周術期におけるリハビリテーションについて（ICUでのリハビリテーションを含む。）
- サ 急性期における栄養状態の評価（GLIM基準を含む。）、栄養療法について
- シ 急性期における口腔状態の評価、口腔ケア、医科歯科連携について

(3) プロセス・アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。

ア 直近1年間に、当該病棟への入棟後3日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数から、当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数を除した割合が8割以上であること。

イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除した割合が8割以上であること。

ウ 直近1年間に、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の合計点数が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。

エ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の（イ）に掲げる数を（ロ）に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

（イ）調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

（ロ）調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。）

(4) 当該病棟の入院患者に対し、適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等へ連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。

地域包括医療病棟への現病棟とからの の転換について

転換による試算並びに施設基準

○一般病棟

	1月	2月	3月	3ヶ月
平均在院日数 (基準 21日以内)	15.2日	13.4日	14.5日	14.4日
看護必要度 (基準 18%以上)	25.7%	21.6%	23.7%	23.7%

○診療報酬改定の新基準による計測

	1月	2月	3月	3ヶ月
看護必要度 (基準 16%以上)	20.1%	16.7%	14.9%	17.3%

新基準での主な低下理由

1月	① 3剤(3.8%)	② 救急(1.7%)	③ 処置(0.1%)
2月	① 3剤(2.5%)	② 救急(1.7%)	③ 処置(0.5%)
3月	① 3剤(4.0%)	② 呼吸(3.1%)	③ 救急(1.7%)

○包括ケア病棟

復帰率 (72.5%)	10月	11月	12月	1月	2月	3月	6ヶ月
	83.6%	82.6%	95.7%	84.4%	92.5%	87.5%	87.5%
看護必要度 (施設基準12%)				1月	2月	3月	3ヶ月
				22.6%	43.5%	39.7%	35.0%
自宅からの入院率(施設基準20%)				25.5%	21.7%	23.8%	23.7%
自宅からの緊急入院(三ヶ月で9名以上)				10	12	10	32

○診療報酬改定の新基準による計測

	1月	2月	3月	3ヶ月
看護必要度 (基準 10%以上)	20.3%	40.1%	36.9%	32.2%

○2F回リハ病棟

	10月	11月	12月	1月	2月	3月
重症度(%)	64.2	80.0	60.8	55.5	77.7	41.1
改善率(%)	57.1	50.0	50.0	80.0	81.8	88.8
実績指数	53.0	44.0	68.6	51.7	47.3	55.6
在宅復帰率(%)	73.3	94.4	80.0	81.3	88.9	86.7

	6ヶ月
重症度 (40%以上)	63.7
改善率 (30%以上)	69.0
実績指数 (40以上)	52.9
在宅復帰率 (70%以上)	83.3

・回リハ対象者割合 (対象外 0 名)

合計	42 名	100.0%
脳疾患	17 名	
運動器	22 名	
廃用	3 名	

○3F回リハ病棟

	10月	11月	12月	1月	2月	3月
重症度(%)	64.7	65.2	64.0	50.0	68.4	77.7
改善率(%)	50.0	71.4	33.3	80.0	73.3	75.0
実績指数	52.2	57.4	84.0	46.8	54.0	61.2
在宅復帰率(%)	100.0	71.4	86.7	84.6	75.0	88.2

	6ヶ月
重症度 (40%以上)	64.9
改善率 (30%以上)	66.1
実績指数 (40以上)	58.2
在宅復帰率 (70%以上)	81.3

・回リハ対象者割合 (対象外 0 名)

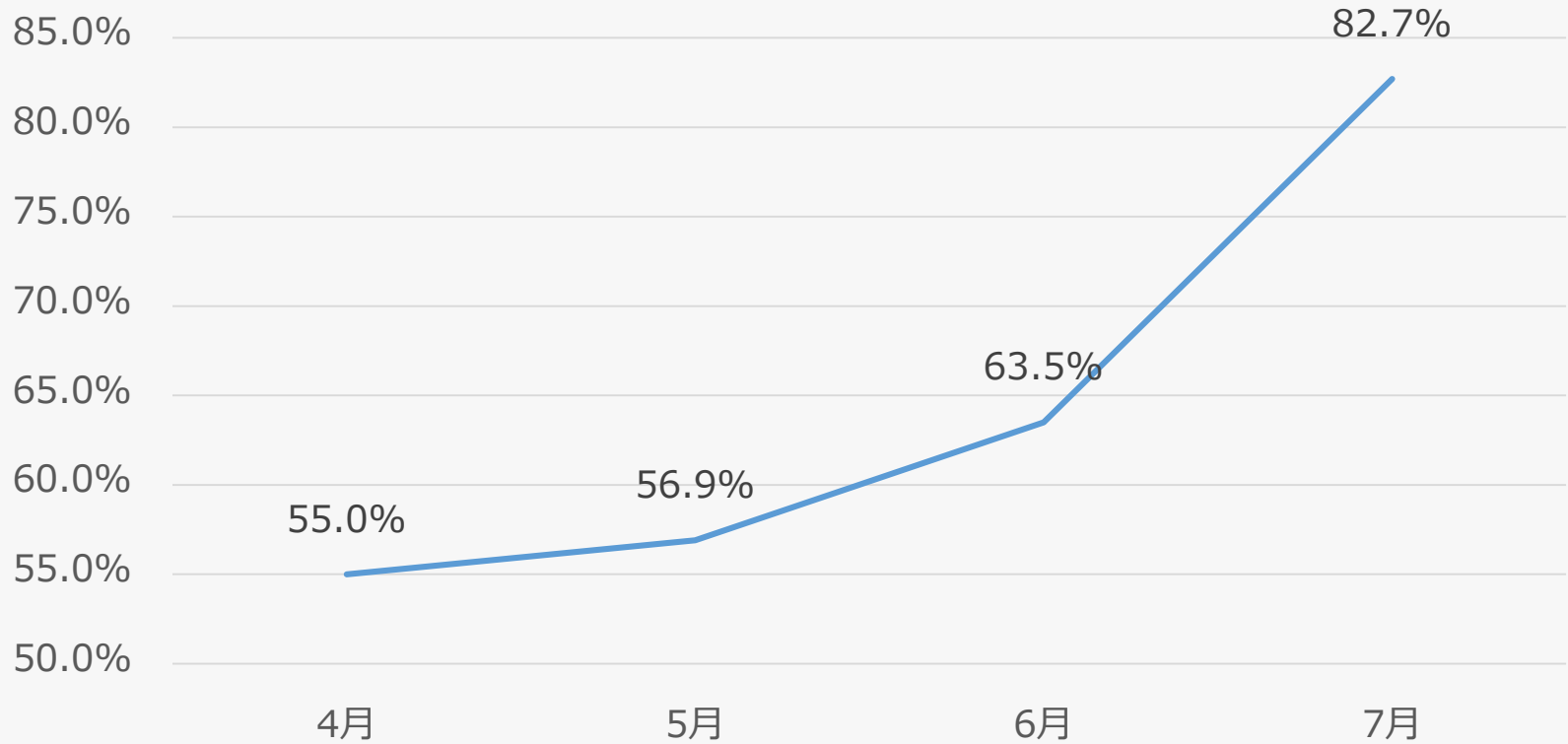
合計	36 名	100.0%
脳疾患	14 名	
運動器	19 名	
廃用	3 名	

項目	判定	備考
(1) 看護職員 10 : 1	○	
(2) セラピストの配置	○	
(3) 早期からリハを提供できる設備	○	
(4) ADL低下 (5%以下)	○	3ヶ月 1.6% (12月 2.1%、1月 0%、2月 1.2%)
(5) 看護必要度 (16%以上)	○	3ヶ月 17.3% (新基準で計測)
		1月 20.1% (総数1.202 該当数242)
		2月 16.7% (総数1.093 該当数183)
		3月 14.9% (総数1.114 該当数166)
入院初日B項目3点以上 (50%以上)	○	3ヶ月 75.1%
(6) 平均在院日数 21日以内	○	3ヶ月 14.4日
(7) 在宅復帰 8割以上	×	6ヶ月 55.2%
(8) 一般病棟からの転棟 5%未満	○	
(9) 救急搬送 15%以上	×	3ヶ月 11.2% (新規入棟数 257名中救急搬送 29名)
(10) 入院医療及び救急医療の体制	○	
(11) データ提出、入退院支援加算 1	○	
(12) 特定機能病院以外	○	
(13) 急性期充実加算及び専門病院以外	○	
(14) 脳疾患、運動器リハの届出	○	

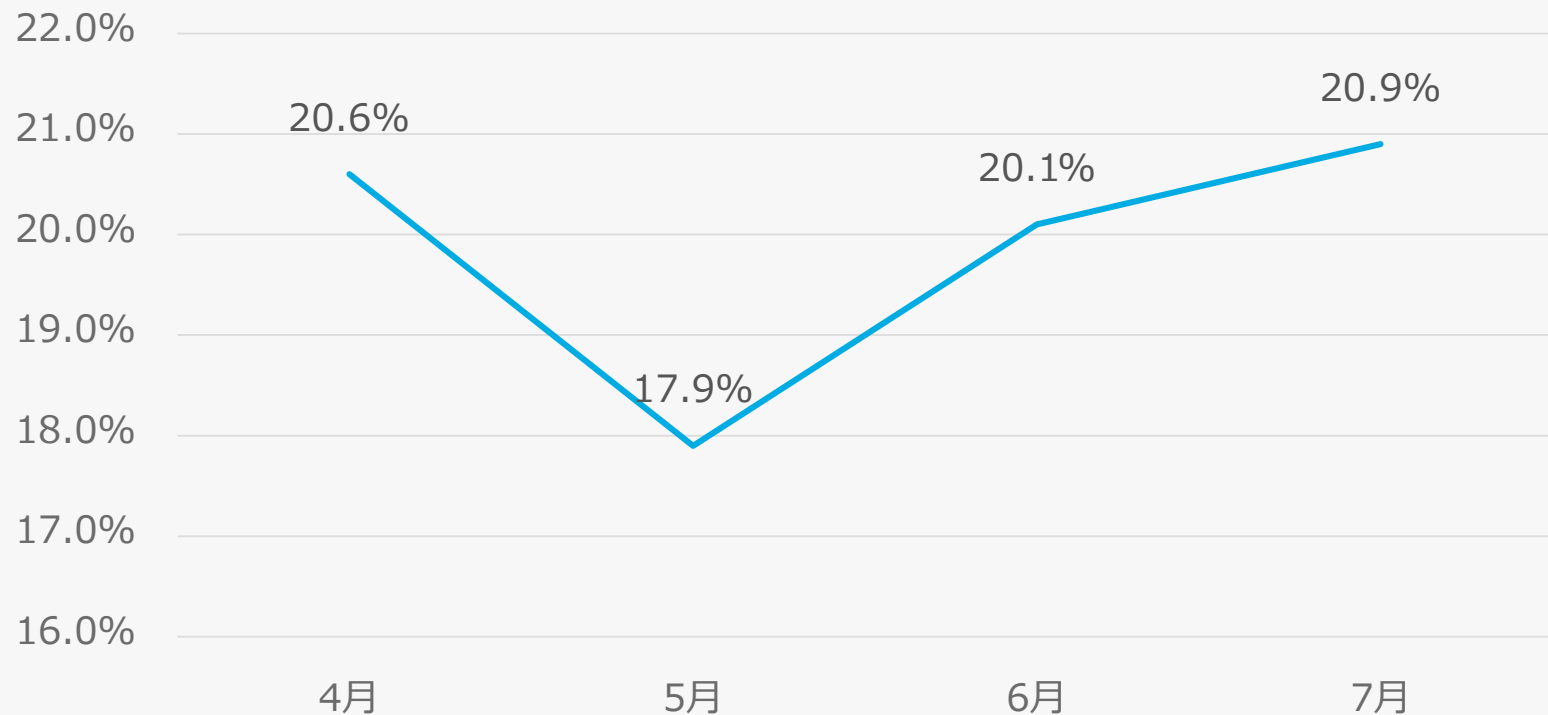
(5)の看護必要度内訳

項目	2024.1月分		2024.2月分		2024.3月分		2024.1~3月分	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
A得点が2点以上かつB得点が3点以上	145	59.9%	100	54.6%	80	48.2%	325	55.0%
A得点が3点以上	97	40.1%	83	45.4%	86	51.8%	266	45.0%

在宅復歸率月推移表

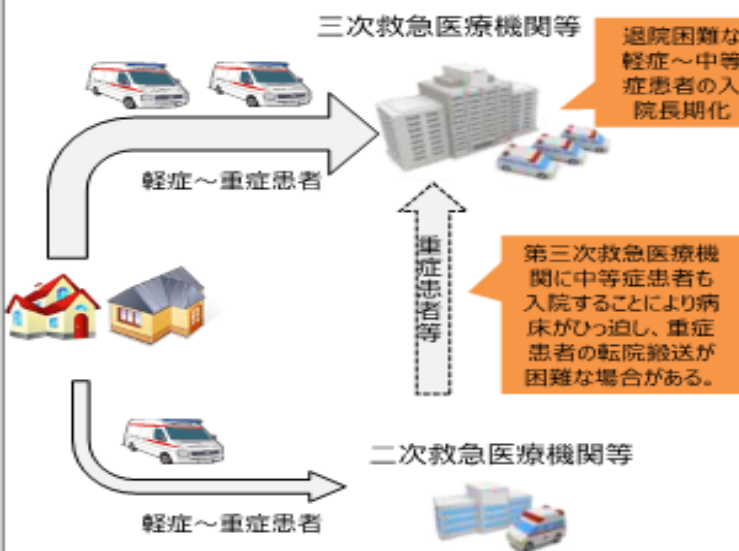


看護必要度月別推移表



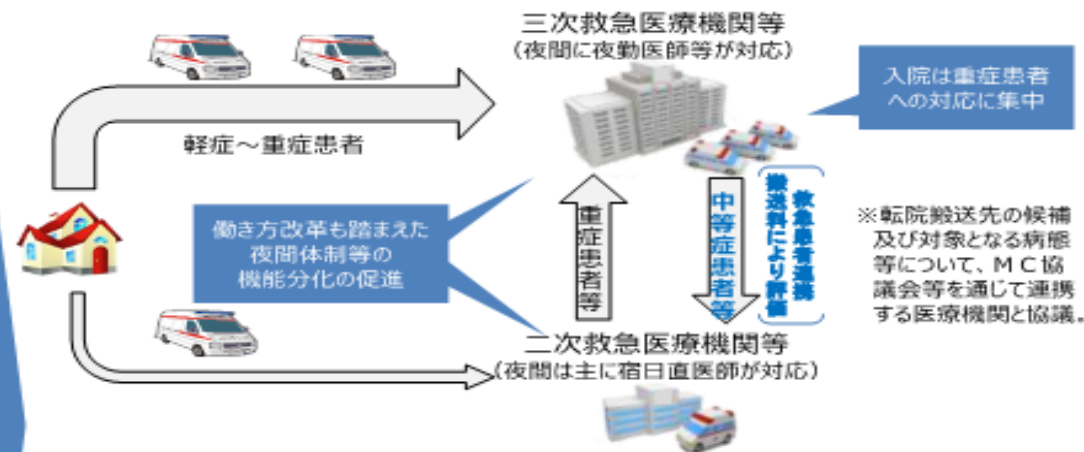
高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

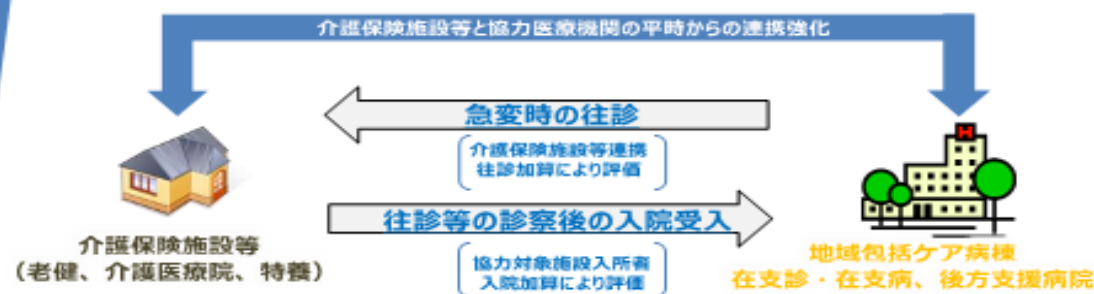


○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

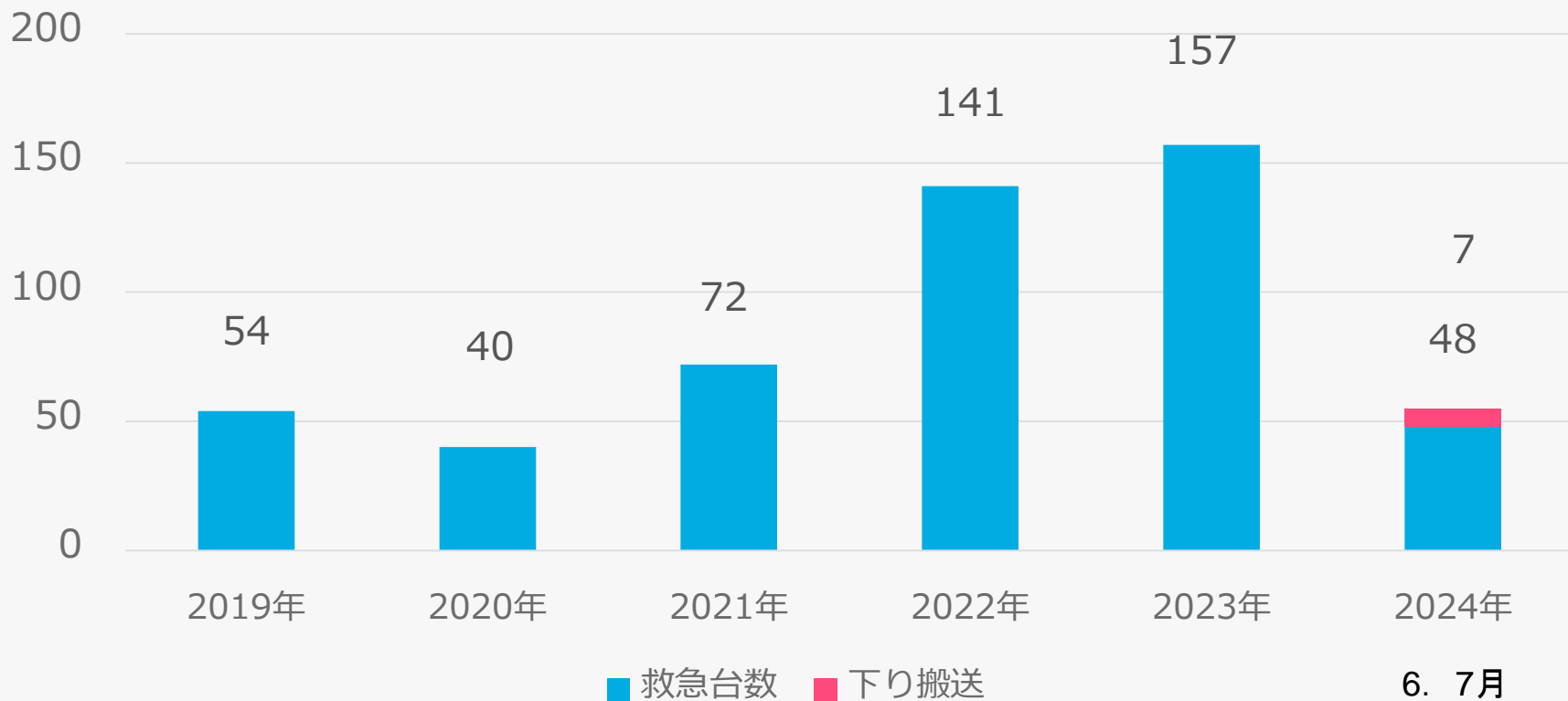
※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。



○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



救急搬送台数年度別推移



下り搬送の実際について



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

- 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を新設した。
- 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に各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系を見直した。
- また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。

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

特定集中治療室等の見直し

- ・ SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- ・ 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- ・ 遠隔ICUの評価
- ・ ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

働き方改革の推進

- ・ 地域医療体制確保加算の要件見直し
- ・ 医師事務作業補助体制加算の引き上げ

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

救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)

看護補助者の体制整備

- ・ 看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
- ・ 看護補助加算の新設（小児入管）

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

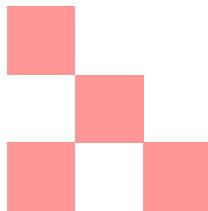
急性期



3



岡山博愛会病院の病院改革と今と未来 に向けての経営戦略



おうちへ帰ろうプロジェクト

「食べる・飲む」という行為

- ・ 身体的・心理的・社会的側面で意義深い行動
- ・ 生活をより豊かにし幸福感・満足感などを得るための主体的な行為
- ・ 幸せに生きる権利への保障

高齢化により運動機能、嚥下機能、
認知機能の低下し、「食べる・飲む」が困難



取り組み

楽しく食べて元気になろう!!
健康寿命を延ばそう!!

Activities to enjoy eating

(食べることを楽しむ活動)



患者・家族の希望に寄り添って、患者本人が食べることを楽しみ、笑顔で元気になれることを目標にします

栄養と嚥下と口腔の専門チームが、医師の指示のもと、入院時から患者・家族と一緒に口から食べることの重要性のお手伝いをいたします



好きなものを
口から食べること
は

ADLが上がり
健康寿命が延びる

その人の人生が
幸せになる



toward & beyond

変わるのは、今だっ！



はじめに
決意
ありき



病院改革は根気とパワーが必要です

改革を唱えることは簡単！

しかし組織に浸透させることは**至難の業**

昔は・・・・・・（過去依存 新しい事には？

私のところは・・・・・・（法人全体より 我が部署？）





全員で力を合わせて進むべき方向へ！！
こぎ出す最初はパワーがいるが・・・
しかしこの中にもこの中にも指揮官は存在します

どの組織にも燃える要素はあるモノです

火種は潜在的にあるモノ

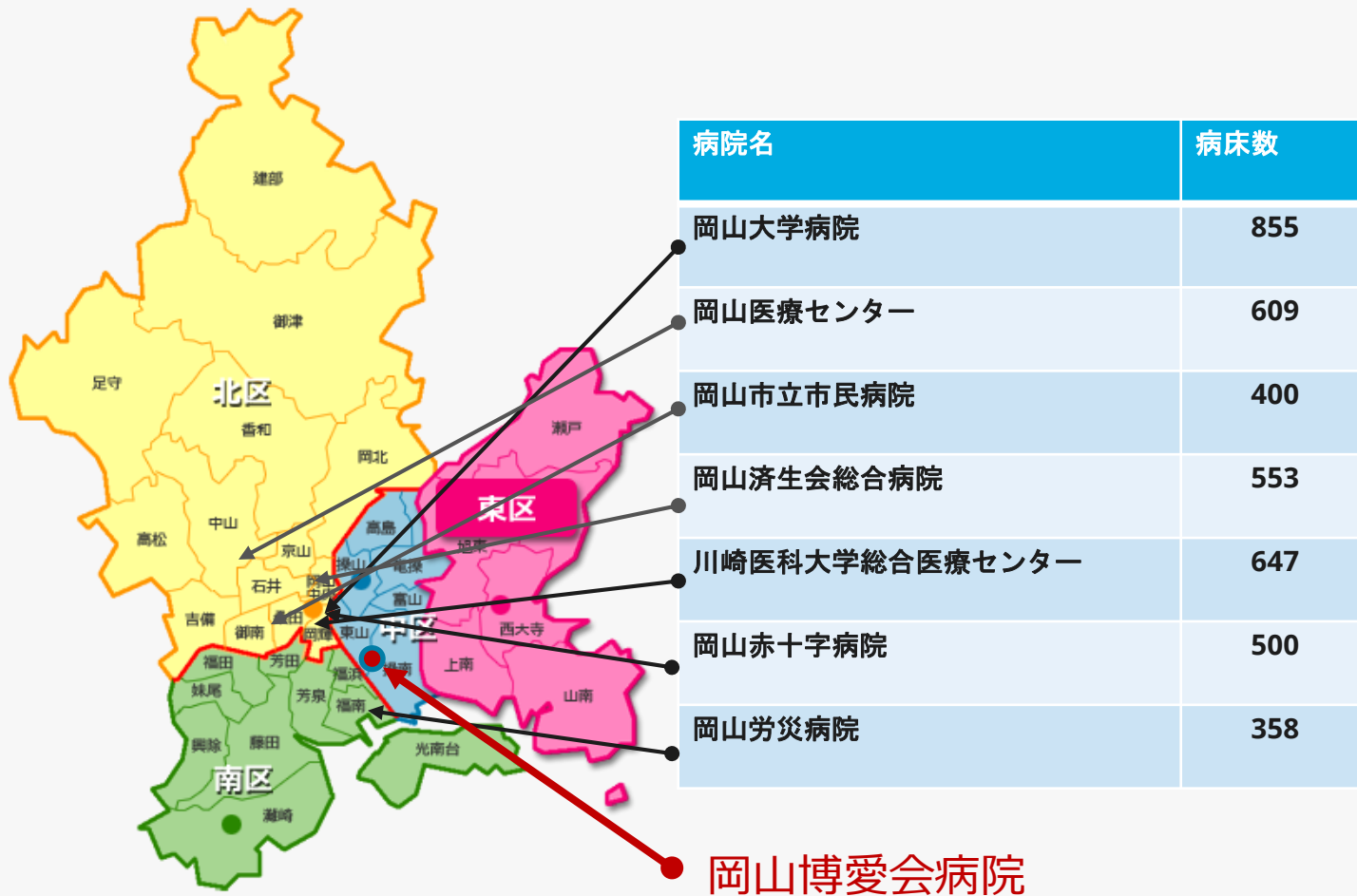
少しうちわを使えば



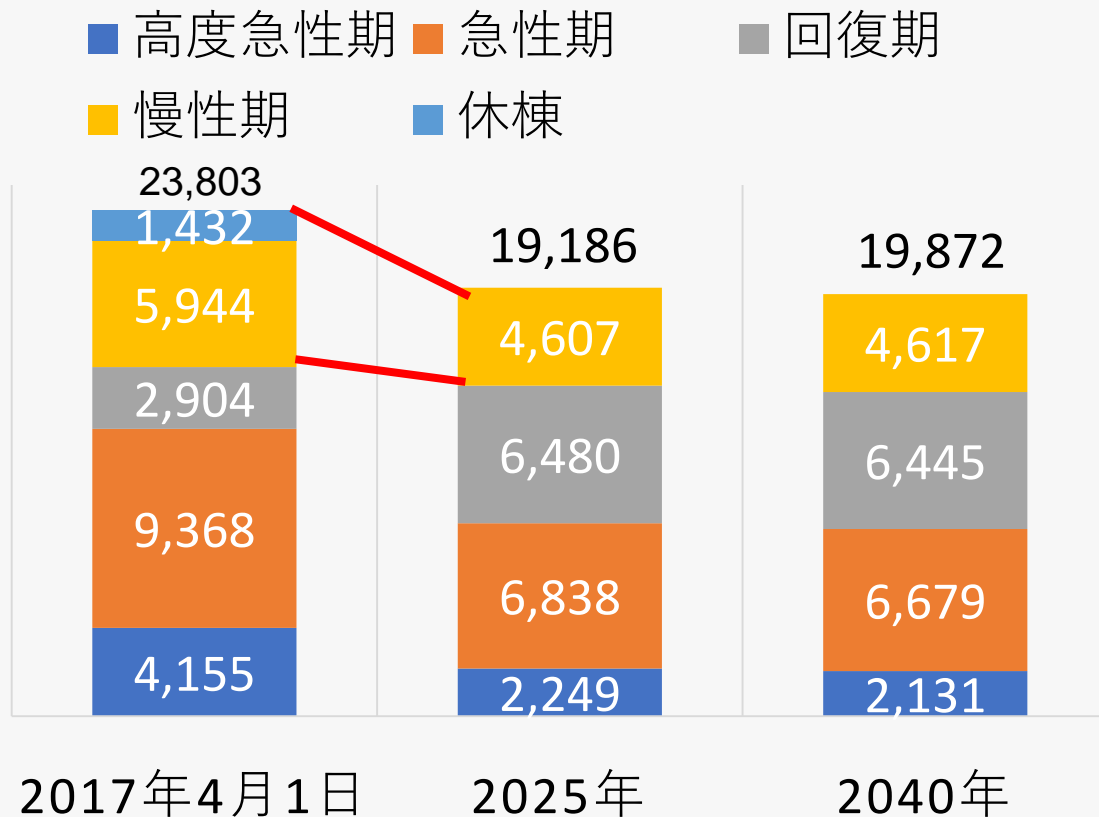
改革はマイナーチェンジではありません
抜本的な改革でなければ意味がありません
それは レボリューションでありスクラップ・アンド
・ビルドです



岡山市の主な高度急性期病院の配置



岡山県医療構想必要病床数推計



高度急性期病床
急性期病床
慢性期病床
以上は**減少**

回復期は**増加**

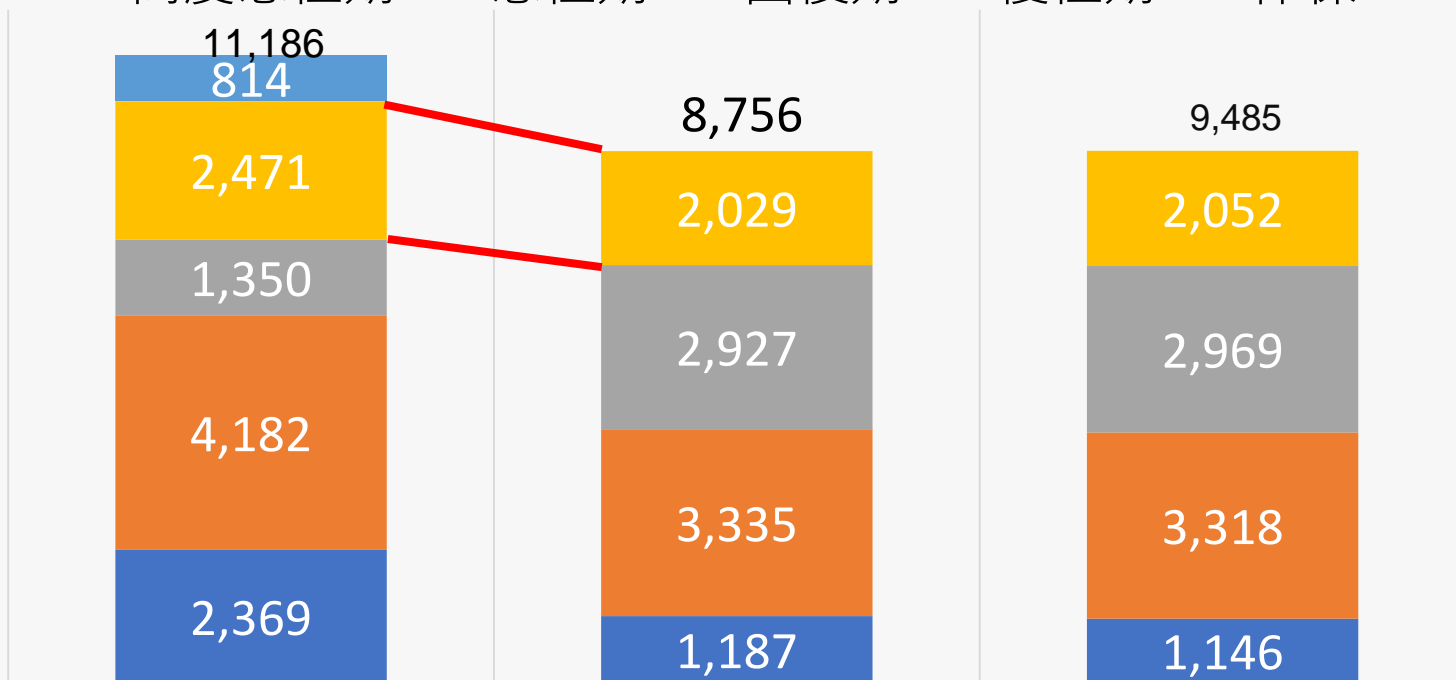
4,700床の減少計画

しかし**回復期までの総数**
は**減少しない**

岡山県南東部

2,400床減少

■ 高度急性期 ■ 急性期 ■ 回復期 ■ 慢性期 ■ 休棟



2017年4月1日

2025年

2040年

現状維持は後退である
いつも**一歩前**に

自分の 考え に気をつけよう	それは 言葉 になる
自分の 言葉 に気をつけよう	それは 行動 になる
自分の 行動 に気をつけよう	それは 習慣 になる
自分の 習慣 に気をつけよう	それは 人格 になる
自分の 人格 に気をつけよう	それは 運命 になる

地域とともに進化する病院

意識改革のミッション

- 「**良い病院**」を作ろう
- 「**明るい病院**」を作ろう
 - 明るい**笑顔と挨拶**
- 「**コミュニケーション**」を大切にしよう
 - チーム医療の推進
- 自主的に学習する風土を身につける
- 必要な人材を集めて安心して業務に取り組める雰囲気を作る



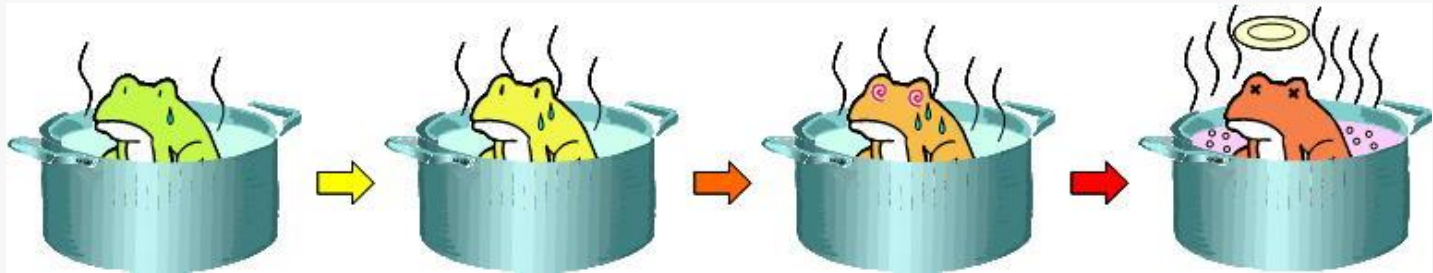
法人と共に良い職場を作る為に

- 適正な利益を追求しましょう
- チームによる医療・介護
- 多数精鋭主義
- 適正な利益を追求しましょう
- 強力な組織作り
- いい病院・いい施設を作りましょう
- 働きやすい職場を作りましょう

私たちの病院において
なされるべきは何か？
そして自らなすべきことは
何か？

「茹でカエルになってはいけない」

カエルを熱い湯に入れると、すぐに飛び出すので茹りませんが、水にカエルを入れて少しずつ温めていくと、熱くなっていることに気づかず茹ってしまうという逸話があります。日々の変化は小さいため気づきませんが、5年、10年たって気づいたときには、現場のニーズから大きくかけ離れていて驚くこととなります。そうならないために、今変わる必要があるのです



病院を取り巻く環境が厳しさを増す一方で、医療ニーズは増えています。医療機関においては自院が担う機能を明確にして、地域の中で自院をどう位置づけるかが重要になっています。

「あなたの病院がなくなったら 地域は本当に困るのか」

無くても困らない病院・施設であれば
存在意義はないのでは？

では成功の秘訣は

他人より先にやるべき事を知り 実行し続ける

これが、成功の秘訣です。

逆に、これができなければ、儲かることはありません。

もし、たまたま、儲かっているとしても、運に頼っているだけであり、すぐに行き詰るでしょう。



「強い者、頭の良い者が生き残るのではない。変化
するものが生き残るのだ」

強いなら、恐竜たちは生き残れたはずですが。
しかし、恐竜は見事絶滅してしまいました。
逆に、小動物や微生物たちのような弱い生き物のほうが、急速な地球
環境の変化にいち早く対応し、生き残ることができました。
「**変化と適応**」それが本当に強いのです。



現代は「VUCAの時代」

あらゆるものを取り巻く環境が目まぐるしく変化し、**将来の予測が困難な状態**を意味する「VUCA」。現代は「VUCAの時代」と呼ばれています。VUCAの時代では、変化に取り残されないよう、どのような対応が私たちの組織に求められるのでしょうか。VUCAの定義やVUCAの時代における組織の在り方、変化に取り残されないために求められるスキルなどが重要となります

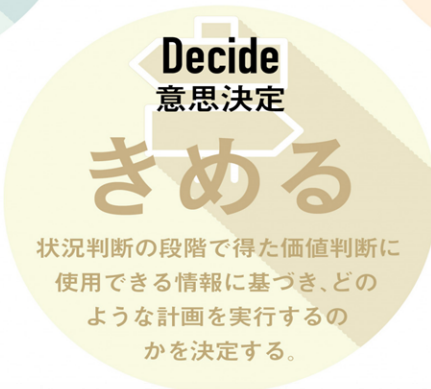


現在遭遇しているVUCA時代

- V**olatility (変動性)
- U**ncertainty (不確実性)
- C**omplexity (複雑性)
- A**mbiguity (曖昧性)



過去の同じやり方が通用しない
何が起こりうるか予測しづらい
様々な問題が絡み合っている
明確な答えを出せない



OODA

「OODAループ」は変化に柔軟かつ迅速な対応が可能な思考法



今後の医療取り巻く環境は激変し、未来型の病院経営

病院経営において、変化しないことは衰退を意味します。確実に生き残るためには、機を見ながら、**小さな変化を積み重ねること**はとても地味な活動ではありますが、こうした活動が定着し、継続できれば、どんな病院であっても、**大きな変化に耐えうる強い組織文化**を持った病院に生まれ変われます。

これからの変化の時代を生き残りさらに発展するためには、様々な創造や変革の活動を絶え間なく行い、**常に変化を生み出し続ける強い組織文化**をけ生することが大切です。

経済環境の多様化は加速度的に進んでいるので、病院を取り巻く経営環境は一段と複雑化し、すでに予測困難な時代に突入しています。

このような時代を生き抜くには、経験や勘をあてにした中途半端な経営姿勢から一刻も早く抜け出して、**経営環境の変化を的確に捉え、変化を進んで受け入れ改革する経営姿勢への転換**が求められます。

医療の未来は・・・先行き不透明であるからこそ病院の未来は、あるものではなく、**自身で創るもの、創ろうとするもの**です。



ご入職おめでとう

2024年度 入職式次第

1. 司会者 312名
2. 司会者 氏名
3. 司会者



この組織にいたら この職場であれば
私はきっといい人生がおくれる

「ファーストペンギン」になろう？

南極の氷や岩にいるペンギンの群れの中で最初に海に飛び込む1羽を指す用語で、海へ飛び込もうとしていながらその場に留まっている多数のペンギンが、この最初の1羽に続いて一斉に飛び込むペンギン達の集団行動の習性を人間の世界に例え、「**チャレンジ精神**」や「**最初の1人になる勇氣**」といった意味



ファーストペンギンに必要な力

まずはやってみる！という行動力

ファーストペンギンに必要な力の一つとして行動力があり、頭の中で思い描くだけでなく、まずは行動に移すというアクションは欠かせません。

ファーストペンギンがやろうとすることは、**周囲からの反対**があったり、周りからうまくいくはずがないという決めつけに阻まれたりするものです。しかし、周囲の声よりも自分の声を大切に、**泥臭く行動をし続ける**、という行動力がファーストペンギンには必要といえるでしょう。



岡山博愛会病院での進化とは



病棟編成の推移

2015年

2024年6月現在

4階	・ 転換型老健 (63ベット / ユニット型)
3階	・ 医療療養 2 (44床 / 25対1) ・ 医療療養 2 (39床 / 25対1)
2階	・ 一般病棟 (44床 / 15対1) ・ 一般病棟 (44床 / 15対1)
1階	外来



4階	介護医療院 1 (63ベット / ユニット型)
3階	地域包括ケア病棟 1 (44床 / 地域包括ケア病棟入院料 1) 回復期リハビリテーション病棟 (39床 / 回復期リハビリテーション病棟入院料 1)
2階	地域包括医療病棟 (44床 / 地域包括医療病棟入院料) 回復期リハビリテーション病棟 (44床 / 回復期リハビリテーション病棟入院料 1)
1階	外来・健康管理センター・内視鏡センター 入退院サポートセンター

以前の岡山博愛会病院は・・・

廊下に人が
歩いていない・・・

薄暗い



過疎地域

知られていない・・・

現在の岡山博愛会病院は・・・

明るい空間！ 廊下に人が
歩いてる！！



経費節減も考えて
照明を全て
LEDに変更しました。

待合の椅子を刷新



明るい空間！

- 暖色系で温かい空間
- ゆったりと座れる椅子の提案
- 照明を全てLEDに変更



外来 待合い

- 診察室がわかりやすい
- 動線の改善



相談室の新設



・光が導く、心地の良い空間

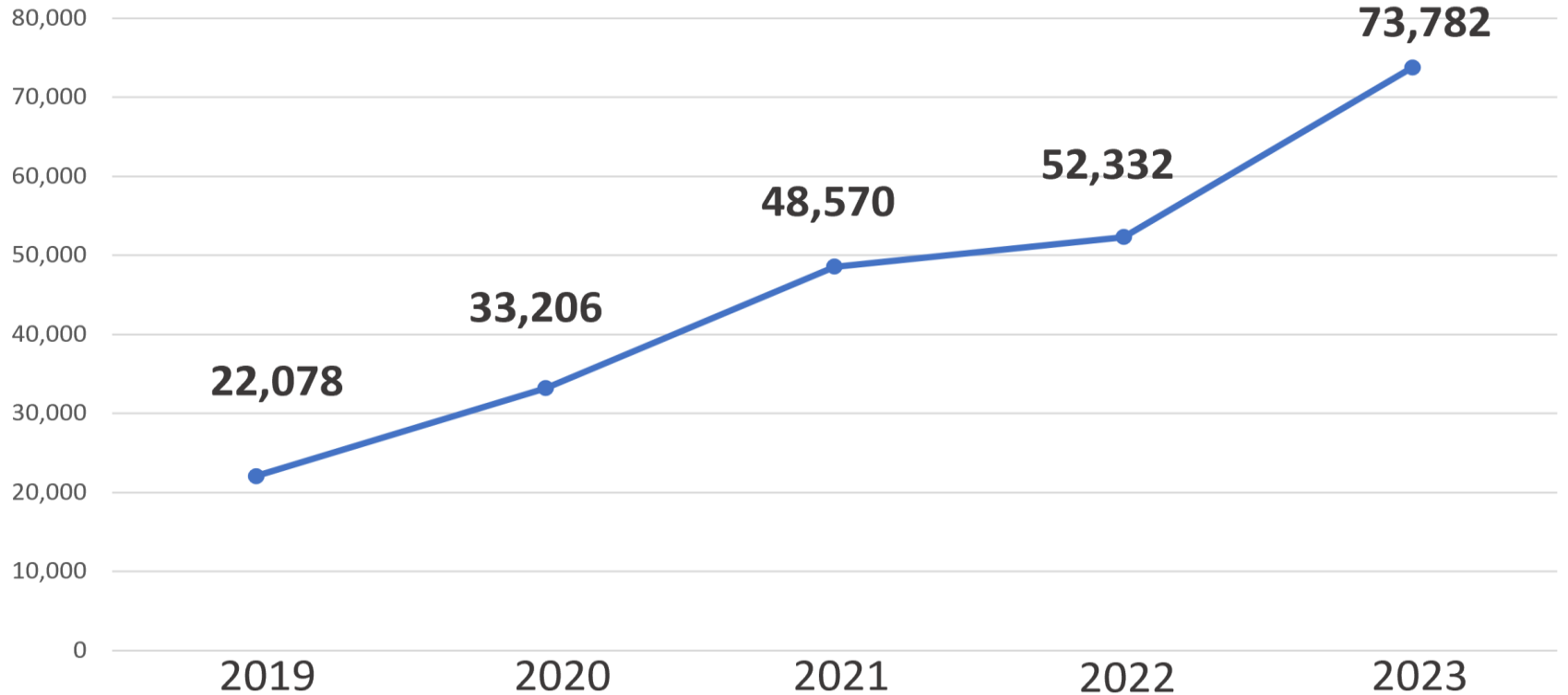
スタッフステーションの提案



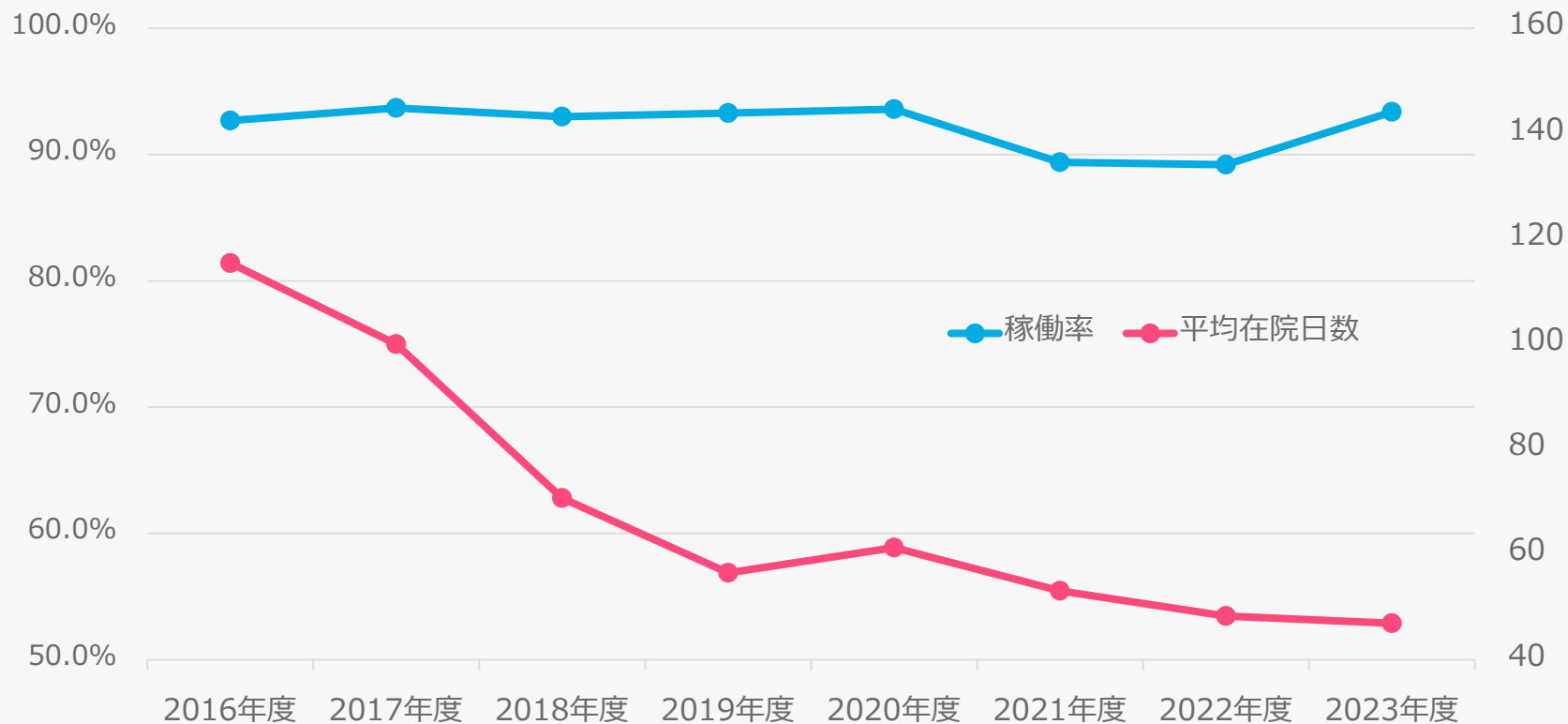
- 不揃いなデスク
- 低すぎて作業しにくい
- 暗い、劣化している

- キレイ、明るい！
- 作業しやすい
- 病院らしい

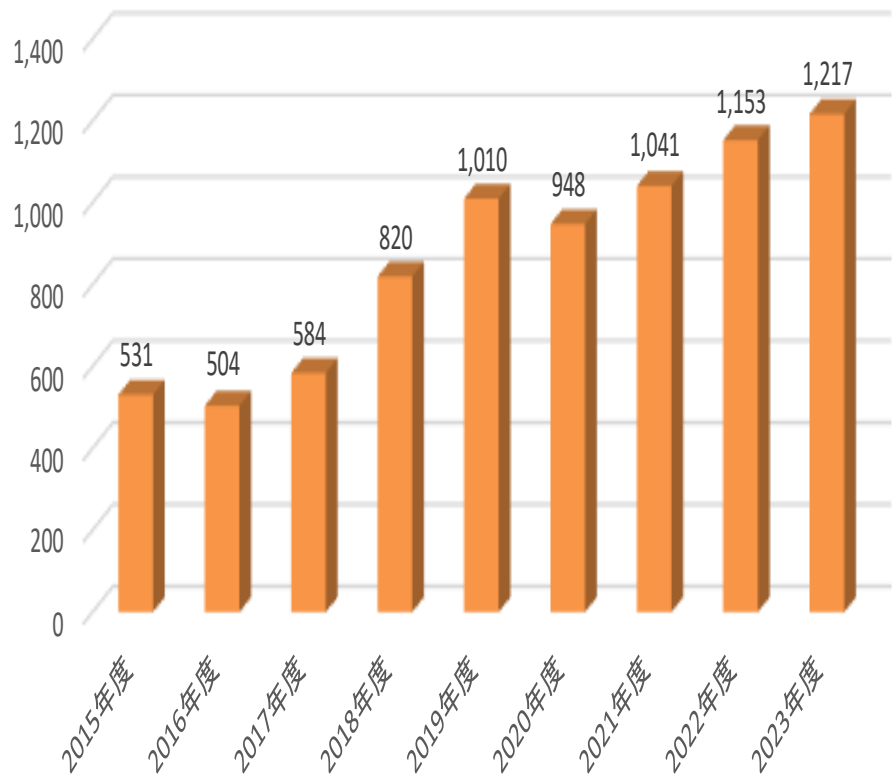
ホームページ閲覧数



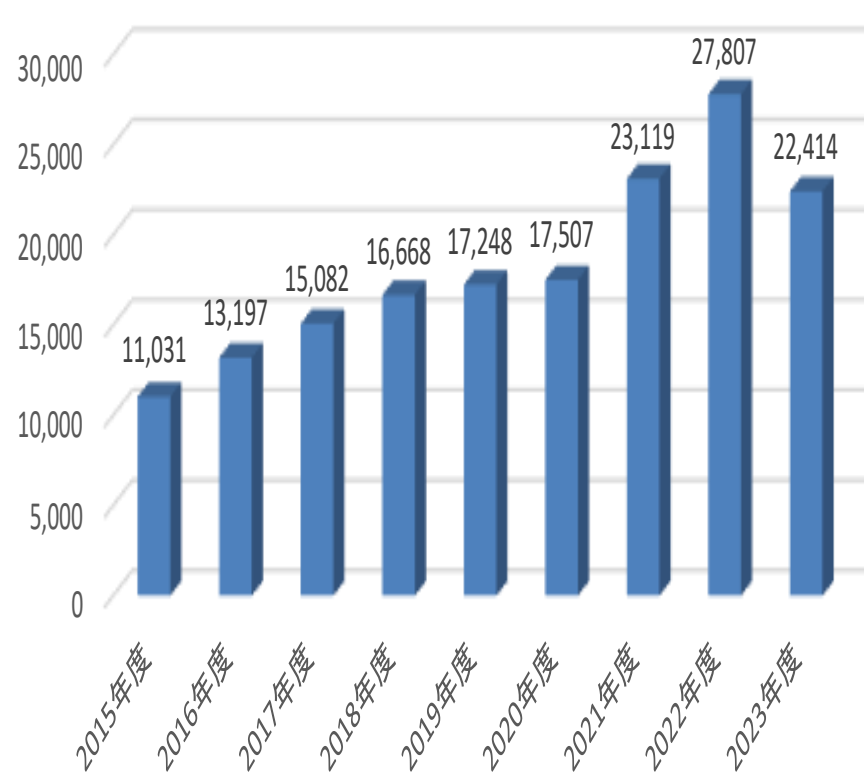
全病棟平均在院日数と稼働率



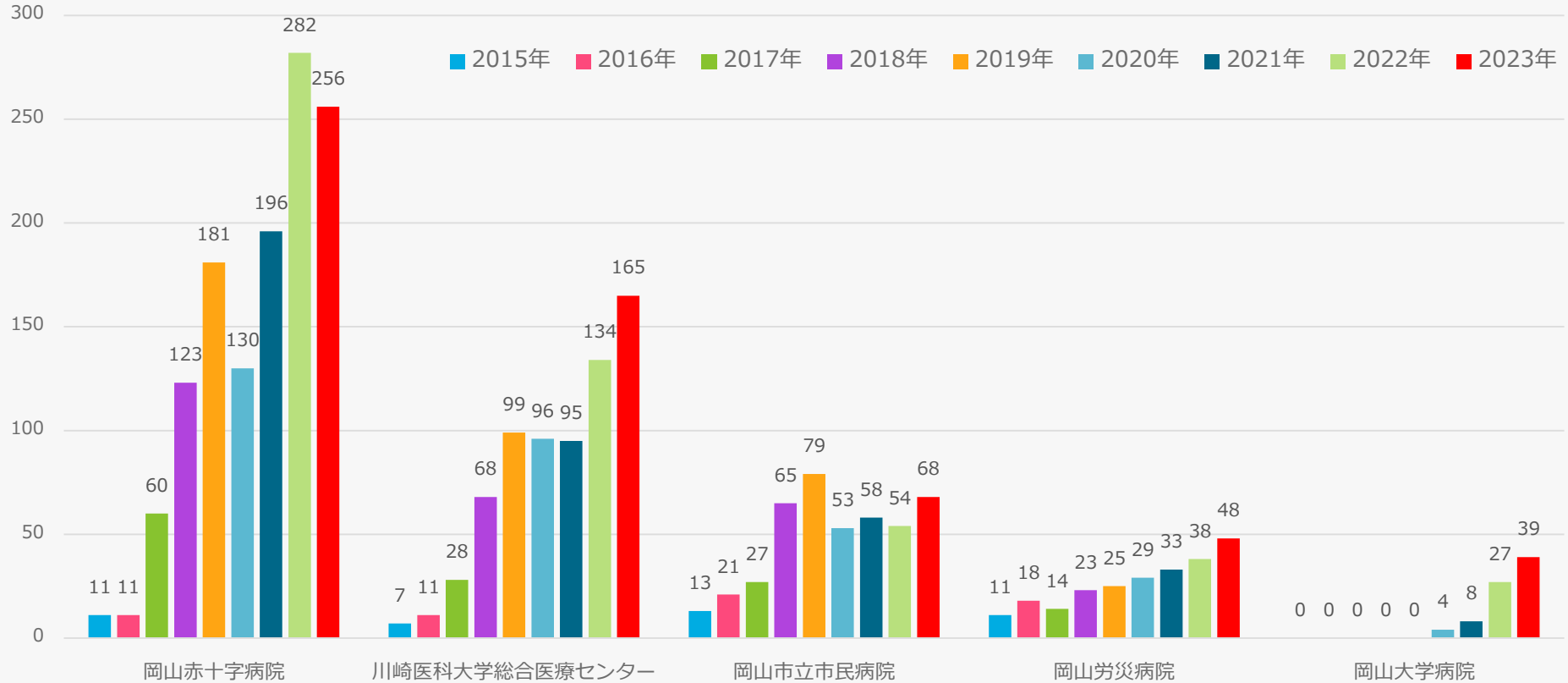
入院患者数



外来患者数

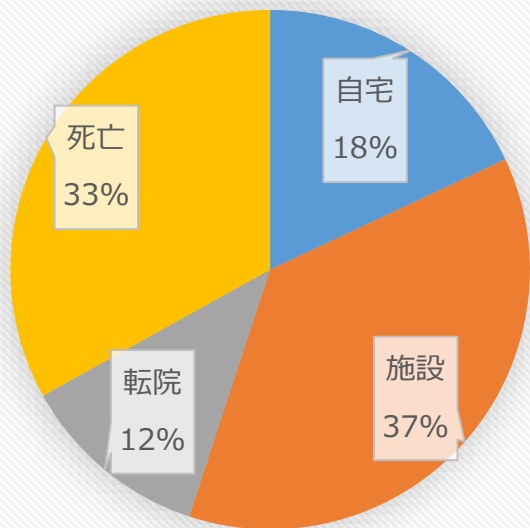


市内主な急性期病院からの紹介患者数

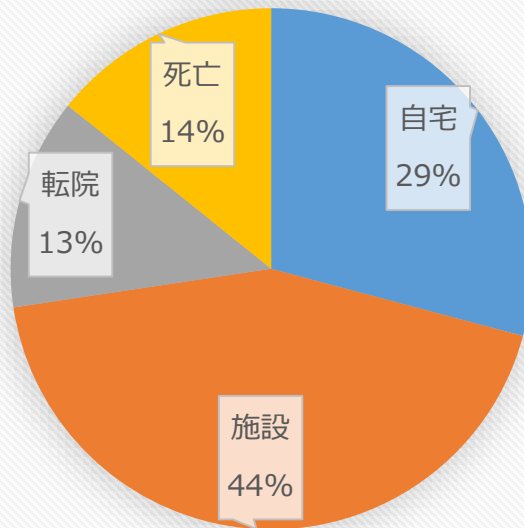


退院先

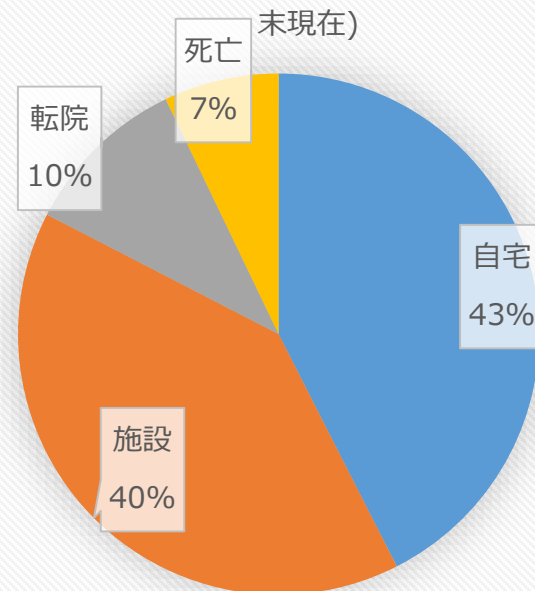
2016年度 N=505



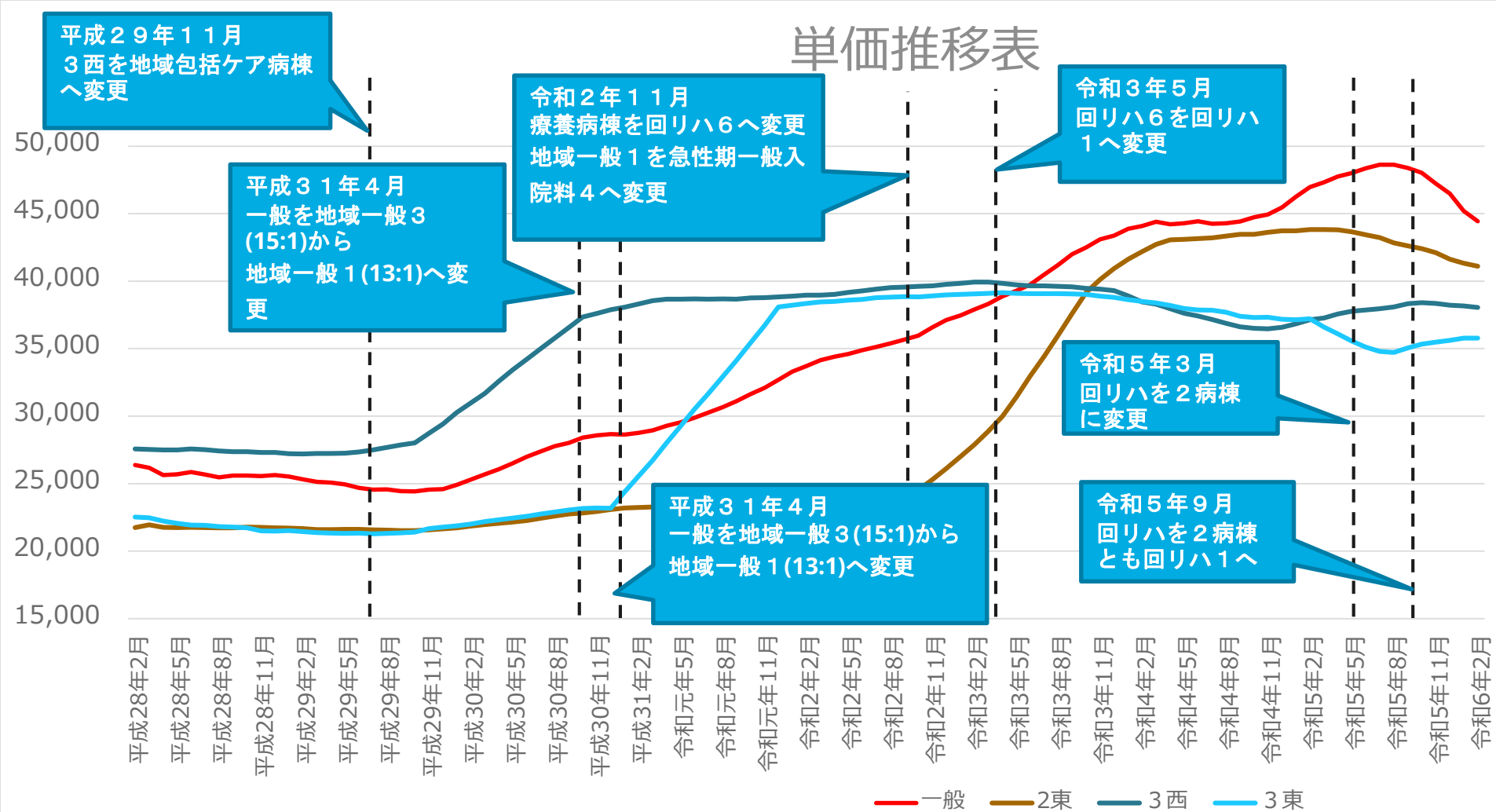
2019年度 N=1012



2023年度 N=1108(2月未現在)



単価推移表



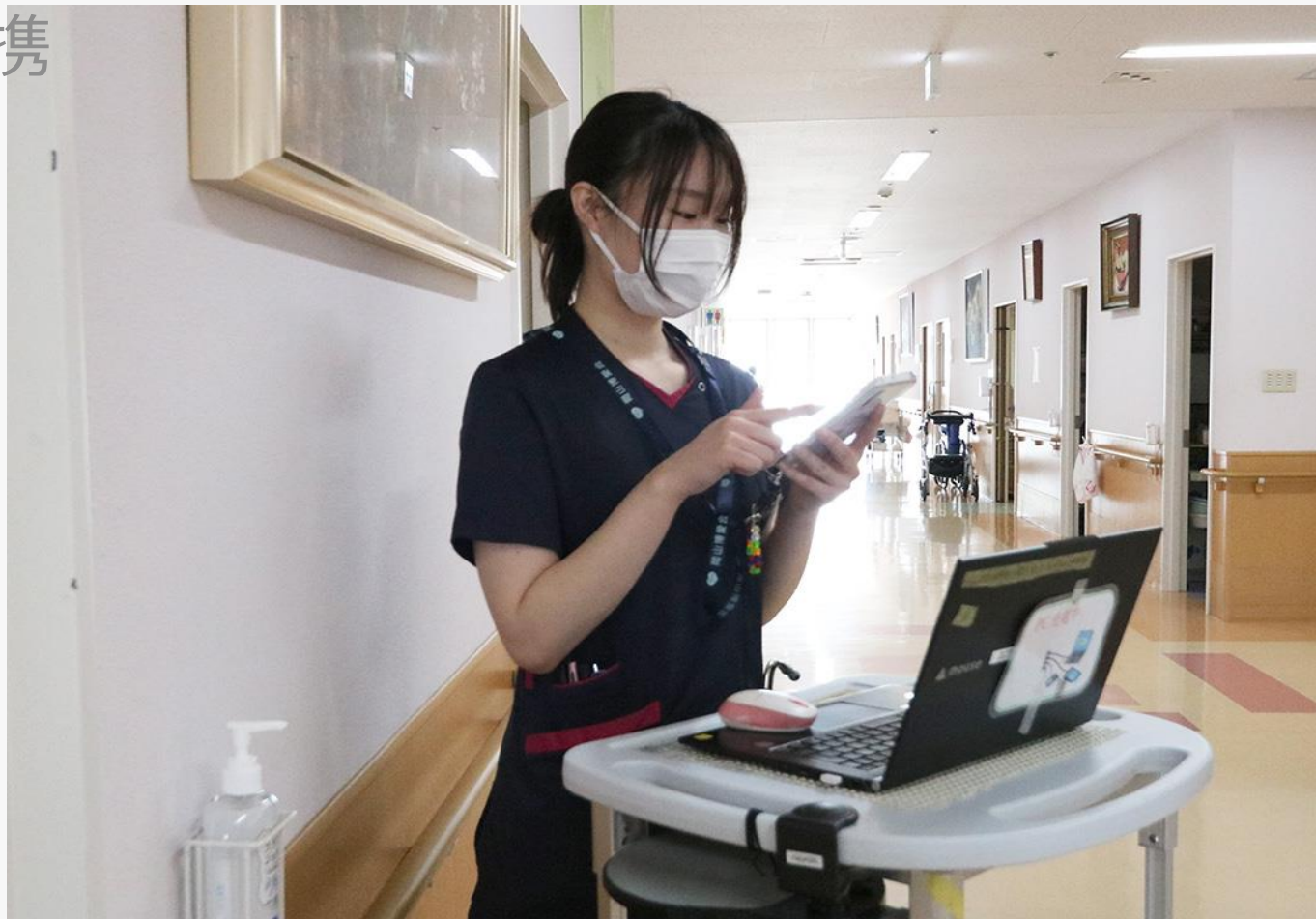
病棟単価推移表

	病棟別単価			
	西 2	療養	療養	一般
平成28年2月	26,373	21,741	22,524	27,579
	一般	療養	療養	包括 2
平成29年11月	26,598	22,513	22,590	35,374
平成30年2月	28,691	22,721	23,370	35,983
	一般	療養	包括 3	包括 2
平成31年1月	27,743	23,836	37,309	38,660
平成31年2月	30,266	23,195	37,488	39,033
	一般	回り八	3東	3西
令和2年11月	41,618	32,952	39,355	39,635
令和2年12月	41,671	34,010	39,738	40,445
令和4年9月	47,992	45,328	35,007	35,507
令和4年10月	49,774	45,230	37,266	37,434
令和4年11月	51,256	46,096	38,037	38,733
令和4年12月	51,501	45,067	36,813	40,121
令和5年1月	54,794	43,137	36,797	38,814
令和5年2月	51,385	43,004	39,086	39,434
	一般	2F回り八	3F回り八	包括
令和5年3月	48,518	43,127	30,729	38,902
令和5年4月	45,351	41,777	30,752	38,233
令和6年2月	42,233	40,213	39,151	37,963

生体情報モニタの採用



スマホを利用した 医療機器との連携



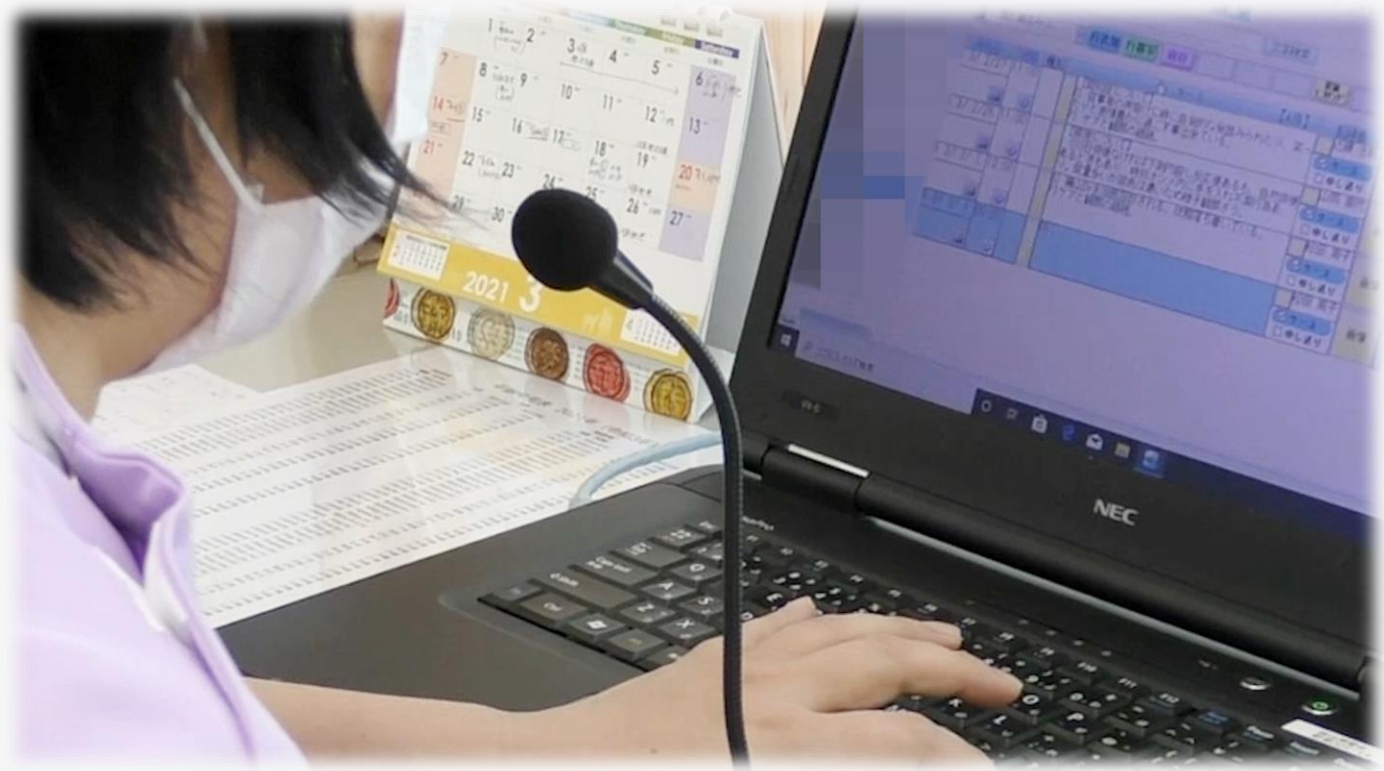
RPA (Robotic Process Automation)



入浴時のインカム利用



介護保険システムほのぼの音声入力



受付自動精算機



【入退院予定一覧】 2023年2月14日 (火)

患者名	病室	入院予定	退院予定	備考	患者名	病室	入院予定	退院予定	備考
10	1000	10:00	10:00	...	10	1000	10:00	10:00	...
2	2000	2:00	2:00	...	2	2000	2:00	2:00	...
3	3000	3:00	3:00	...	3	3000	3:00	3:00	...
0	0000	0:00	0:00	...	0	0000	0:00	0:00	...

空床 15
入院 156



サポートセンター



リハビリテーション

薬局



岡山博愛会病院
ベッドコントロールシステム

ObCs

【入退院予定一覧】 2024年4月4日 (木)

最終更新日時: 2024/4/4 14:23

更新

病棟	空床	本日入院予定				入院予定				退院予定				転入				転出				
		時間	氏名	入院元	担当医	日付	氏名	入院元	担当医	日付	氏名	退院先	担当医	日付	氏名	転入元	担当医	日付	氏名	転出先	担当医	
2階西 / 一般	3		川崎	後藤	4/9	岡大	中西		4/5	友楽園	浜崎							未定	山崎			
					4/17	後藤	中西		4/10	岡山赤十字病院	中西											
					未定	労災																
					未定	川大	中西															
					未定	労災																
					未定	日赤	山田															
2階東 / 回リハ	2								4/5	自宅 / 多田	4/5	2階西	中西									
									4/6	井上	4/5	2階西	山田									
									4/8	頼	4/8	2階西	頼									
									4/10	山田	未定	2階西	浜崎									
									4/13	井上												
3階東 / 回リハ	1								4/6	中西	4/9	2階西	頼									
									4/8	山田	4/10	2階西	後藤									
									未定	山崎	未定	2階西	國垣									
3階西 / 包括	0								4/5	後藤	4/5	2階西	頼									
									4/5	中尾	4/5	2階西	井上									
									4/5	中西	4/8	2階西	山崎									
									4/16	頼	未定	2階西	中西									
									未定	井上	未定	2階西	頼									
合計		1			6			15			12					1						

空床	6
入院	165

青字: 回リハ候補
 ピンク字: 自宅退院
 緑字: リハビリ栄養情報提供

色表示優先度は、自宅退院 > リハビリ栄養情報提供 となります。
 例) 自宅退院 かつ リハビリ栄養情報提供対象の場合 → ピンク字で表示

	日付	病院	病名	合計
面談予定	4/4	日赤	右大腿骨転子部骨折 (手術済み)	3
	4/5	岡大	全身性エリテマトーデス (治療)	
	4/8	労災	コロナ後遺症性肺炎	
相談	4/1	博愛会居宅	レスパイト (看護)	5
	4/2	川崎	尿路感染 (手術済み)	
	4/2	日赤	脳梗塞 (70歳)	
	4/3	労災	肺炎	
	4/3	川崎	脳梗塞 (70歳)	

面談・相談データ修正

入退院・転棟データ修正



入退院サポートセンター



センター長（看護師）：1名
MSW（医療ソーシャルワーカー）
：6名
事務職：1名
計：8名

営業チームの新設

- ▶ 専門職員採用により営業コンセプトの確定
- ▶ 協力医療機関契約の推進
- ▶ 営業対象の固定
 - ▶ 決定者へのアプローチ
 - ▶ 講演活動、ケアマネ勉強会
- ▶ 営業スケジュール管理
- ▶ 営業フィードバック管理

各病棟施設基準一覧

3 月 27 日 17時現在

○一般病棟

	1月	2月	3月	3ヶ月
平均在院日数 (基準 21日以内)	15.2日	13.4日	14.3日	14.3日
看護必要度 (基準 18%以上)	25.7%	21.6%	21.3%	23.0%

日毎の看護必要度

	3月25日	3月26日	3月27日
看護必要度	36.1%	27.0%	29.7%
対象患者数	13	10	11
患者数	36	37	37

○2F回リハ病棟

	10月	11月	12月	1月	2月	3月
重症度(%)	64.2	80.0	60.8	55.5	77.7	53.3
改善率(%)	57.1	50.0	50.0	80.0	81.8	87.5
実績指数	53.0	44.0	68.6	51.7	47.3	55.9
在宅復帰率(%)	73.3	94.4	80.0	81.3	88.9	92.9

	6ヶ月
重症度 (40%以上)	65.7
改善率 (30%以上)	68.5
実績指数 (40以上)	52.9
在宅復帰率 (70%以上)	84.2

-回リハ対象者割合 (対象外 0 名)

合計	41 名	100.0%
脳疾患	17 名	
運動器	20 名	
廃用	4 名	

○包括ケア病棟

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	6ヶ月
復帰率 (72.5%)	83.6%	82.6%	95.7%	84.4%	92.5%	88.5%	87.6%
看護必要度 (施設基準12%)				1月	2月	3月	3ヶ月
				23.0%	43.2%	39.8%	34.8%
自宅からの入院率 (施設基準20%)				25.5%	21.7%	25.6%	24.2%
自宅からの緊急入院数 (三ヶ月で9名以上)				10	12	10	32

○3F回リハ病棟

	10月	11月	12月	1月	2月	3月
重症度(%)	64.7	65.2	64.0	50.0	68.4	81.2
改善率(%)	50.0	71.4	33.3	80.0	73.3	75.0
実績指数	52.2	57.4	84.0	46.8	54.0	61.9
在宅復帰率(%)	100.0	71.4	86.7	84.6	75.0	88.2

	6ヶ月
重症度 (40%以上)	65.2
改善率 (30%以上)	66.1
実績指数 (40以上)	58.2
在宅復帰率 (70%以上)	81.3

-回リハ対象者割合 (対象外 0 名)

合計	35 名	100.0%
脳疾患	13 名	
運動器	19 名	
廃用	3 名	

岡山ふれ愛Tour 一例

岡山ふれ愛Tour 

〇〇〇〇様





「おうちに帰ろう」プロジェクト



Activities to
enjoy eating
AeE

楽しく食べて元気になろう!!

健康寿命を延ばそう!!



ご自宅に退院される患者さんに
花束のプレゼント



患者さんの「おうち」に退院後訪問
専用カー「元気ですカー」採用

岡山博愛会病院の今後のあり方

- 「持つべき機能」と「持たざる機能」を明確にする
- 「地域の司令塔の役割を果たすことが必要である」
- 病院経営にも多職種の視点が必要になった
- 中小病院のあり方は時代とともに変わっていく
- 地域に近い急性期医療を支える「生活支援型医療」を展開し地域での存在価値を高める
- 中小病院は自院のパワーと身の程を知る事が大事



おうちへ帰ろうルーム
おうちへ帰ろうさんぽみち



リーダーに取って必要な事 スピードと決断力





THE FUTURE STARTS TODAY,
NOT TOMORROW.

未来は今始まっている

開発計画図

S=1:700



用地取得を検討している土地②

用地取得を検討している土地①



既存露天駐車場
2196.64 m²

薬局

既存開発区域（病院敷地）
9734.25 m²

博愛会病院

凡 例

	開発区域
	県道
	市道
	水路

新設計画道路 幅員 12.00m

新設計画道路 幅員 12.00m
新設計画道路 幅員 12.00m

新設計画道路 幅員 12.00m



隣地購入デイケアを建設予定





社会福祉法人 岡山博愛会

SDGs宣言

当法人は、国連が提唱する「持続可能な開発目標（SDGs）」に賛同し、持続可能な社会の実現に向けた積極的な取り組みを行ってまいります。

2023年3月1日
社会福祉法人岡山博愛会
理事長 更井 哲夫

SDGsの達成に向けた取組み

元気にうちへ帰ろう

AeEチーム（当病院独自の「食べる」に取り組むチーム）と退院前後の自宅訪問を核としたリハビリプロジェクトや、内科・リハビリ特化型の診療体制構築に取り組んでいます。岡山の中心を担うリハビリのできる回復期病院を目指し、患者さんの生活を全面的にサポートしていきます。



本業に集中できる職場

ICT機材の導入による業務の効率化や、職場環境のデザイン刷新により、モチベーション高められる職場づくりを行っています。福利厚生充実や職員の働く意識の高さなど、「岡山博愛会らしさ」をブランドینگし、「いい人生を送れる職場」をつつていきます。



環境負荷の低減

照明のLED化や節水タイプの水回り設備の導入をはじめとする環境対策を積極的に行っています。これからも、再生可能エネルギーの活用やさらなる省エネ化、資源の有効活用に取り組み、一歩進んだ環境負荷の低減に取り組んでいきます。



Loving Allの精神

岡山博愛会の生みの親、アリス・ベティ・アダムス先生が大切にされた「全ての人を愛する神の愛」ラヴィング・オールを全ての職員が胸に刻み、日々の業務にて実践しています。質の高い、社会のニーズに対応した医療・介護の提供を通じ、皆さんに健康と安心を届けます。



SDGsとは

持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals）とは、2015年9月の国連サミットで採択された2030年までに国際社会が達成すべき目標。持続可能な社会を実現するための17の目標、169のターゲットで構成されています。

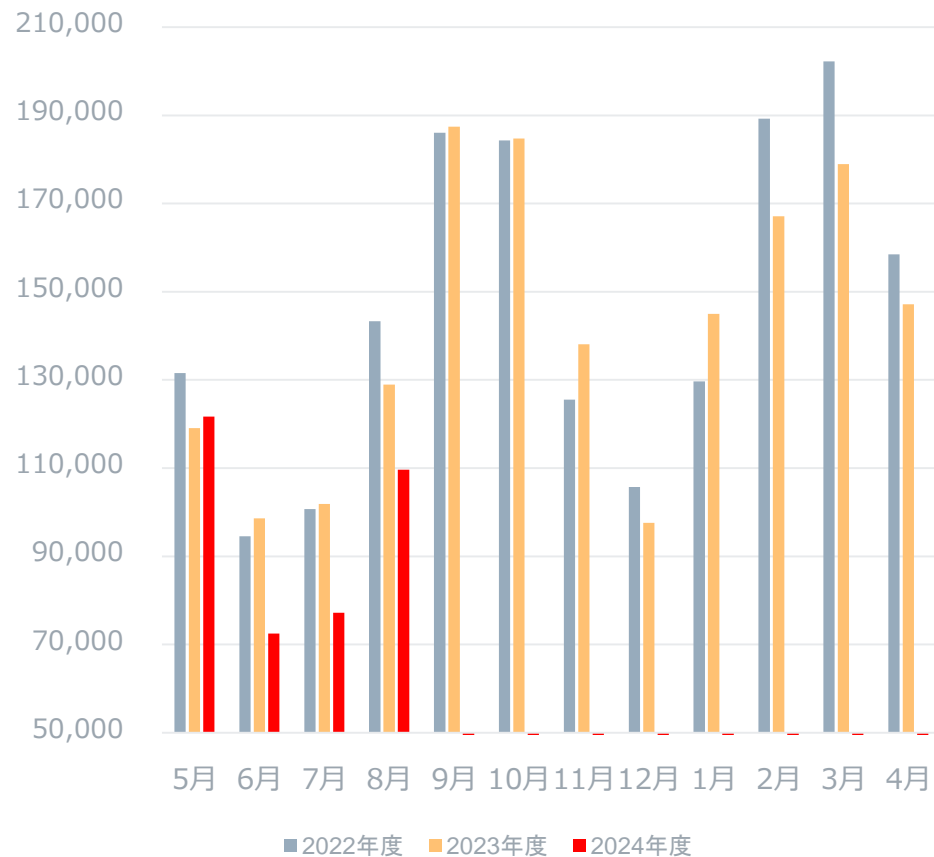
SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

2030年に向けて
世界が合意した
「持続可能な開発目標」です



太陽光パネルの設営

電力量(kWh) 月別



激流を制すれば静水



THANKS!