

# 地域包括ケア病棟入院料 の取扱いについて

## 地域包括ケア病棟入院料に係る見直し(概要)

### 実績要件の見直し

- 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。
- 地域包括ケア病棟入院料(管理料)1及び3の実績に係る施設基準を見直す。

- (例)
- ・入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合 1割以上 → 1割5分以上
  - ・前3月における在宅患者訪問診療料の算定回数 20回以上 → 30回以上

### 施設基準の見直し

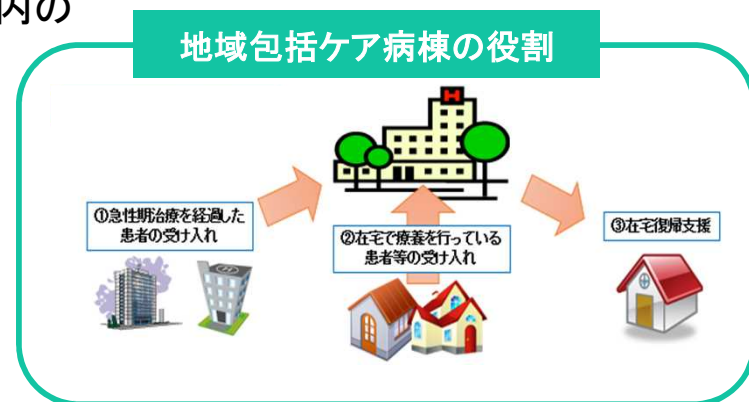
- 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。
- 疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。
- 適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。

### 転棟に係る算定方法の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

### 届出に係る見直し

- 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。



# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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	
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)															
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上															
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること															
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置															
リハビリテーション実施	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること															
意思決定支援の指針	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること															
在宅復帰率	7割以上								—							
一般病棟から転棟した患者割合※1	—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)		—		—		<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)		—		—		—	
実績部分	自宅等から入棟した患者割合		1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—		—		1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—		—		—	
	自宅等からの緊急患者の受入		3月で <u>6人</u> 以上		—		—		3月で <u>6人</u> 以上		—		—		—	
	地域包括ケアの実績※2		○		—		—		○		—		—		—	
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床未満のみが対象	○		—		○		—		○		—		○		—	
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)		—	

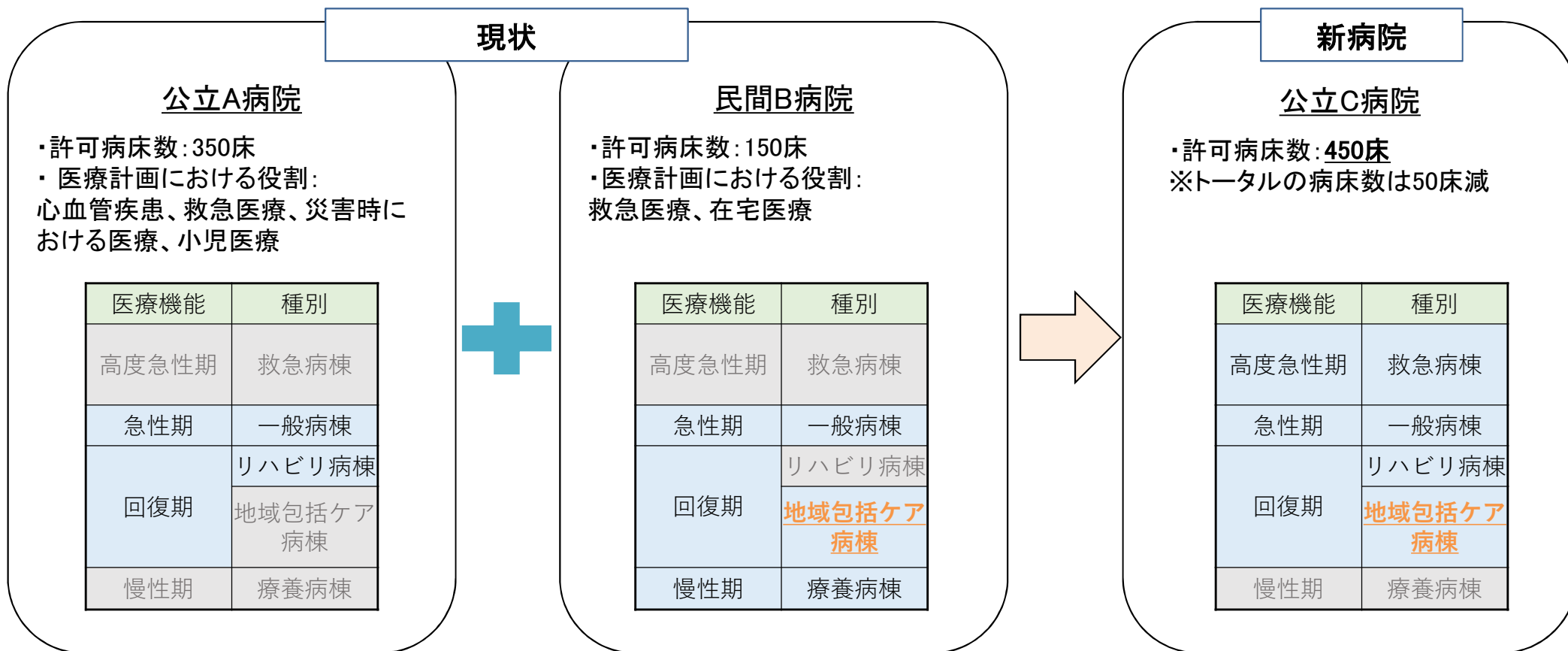
※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

# 構想区域で進められている再編・統合の例

- 地域医療構想の実現に向け、地域の医療機能の分化・連携を図り救急医療や小児医療、在宅療養者への医療など現状で不足している医療を充実させるため、公立A病院と民間B病院を、経営統合。新たに公立C病院を開設する方針。



## 課題等

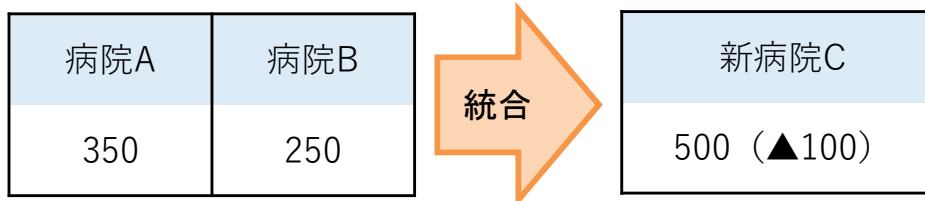
- 2025年の地域医療構想の実現に向け、各構想区域において医療提供体制を見直し医療機能の分化・連携を進めるため、病院の再編・統合が行われている。
- 令和2年度診療報酬改定において、地域における病院の機能分化を適切に推進する観点から、400床以上の病院は新規に地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととなった。
- 上記の例は、地域の医療提供体制の検討の結果、新病院は400床以上となるため、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことができない。

# 想定される再編・統合のパターンの例（イメージ）

- 今後、地域医療構想の実現に向けて、各構想区域において、さらなる医療提供体制の見直しが行われる。
- 見直しに当たって、次のとおり、いくつかのパターンが考えられる。

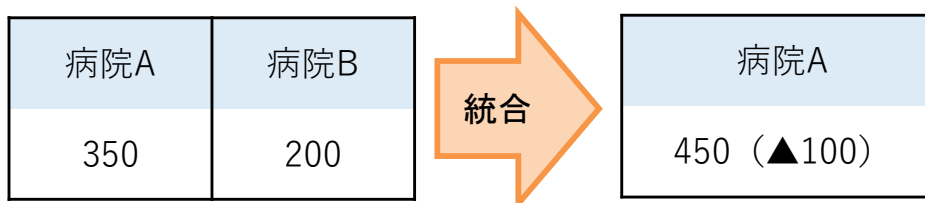
## パターン1

- 2025年の地域医療構想の実現のために、複数の病院を再編・統合し、400床以上の病院を新たに開設する。



## パターン2

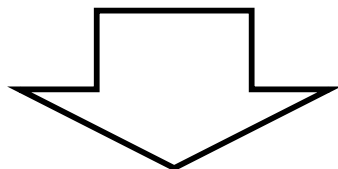
- 2025年の地域医療構想の実現のために、既存の病院が他の病院を吸収し、400床以上の病院とする。



# 地域包括ケア病棟入院料に係る現状及び課題と論点

## 【現状及び課題】

- 2025年の地域医療構想の実現に向け、各構想区域において医療提供体制を見直し医療機能の分化・連携を進めるため、病院の再編・統合が行われている。
- 令和2年度診療報酬改定において、地域における病院の機能分化を適切に推進する観点から、400床以上の病院は新規に地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととなった。
- 今後、地域医療構想の実現に向けて、各構想区域において、さらなる医療提供体制の見直しが行われる。



## 【論点】

- 2025年の地域医療構想の実現に向けた、複数の病院の再編・統合において、400床未満であった病院が、再編・統合により400床以上となる場合、地域包括ケア病棟入院料を届け出ることができなくなる。
- その際、地域における医療機能の分化・連携を進めるにあたり、当該病棟の届出ができず、医療提供体制の見直しが妨げられる可能性がある。地域医療構想の実現のため、再編・統合によって病床が400床以上となる場合にも、地域包括ケア病棟入院料を届け出ることと認めることとしてはどうか。
- 届出にあたっては、
  - ① 複数の病院の再編・統合を伴う医療提供体制の見直しであること
  - ② 再編・統合対象となる病院のいずれかが地域包括ケア病棟を有していること
  - ③ 地域医療構想調整会議において、再編・統合後の病院が引き続き地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていることを要件としてはどうか。  
なお、その場合、再編・統合後の病院における地域包括ケア病棟は1病棟までとしてはどうか。

# 地域包括ケア病棟入院料 施設基準(抄)

## 【告示】

### (1) 通則

イ 当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する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、二以上であること(地域包括ケア病棟入院料の注8の場合を除く。)とする。

ロ 当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

ハ 次のいずれかに該当すること。

① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割四分以上入院させる病棟又は病室であること。

② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割一分以上入院させる病棟又は病室であること。

ニ 当該保険医療機関内に入退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。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。

ホ 当該病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。

ヘ データ提出加算の届出を行っていること。

ト 特定機能病院以外の病院であること。

チ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者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。

リ 救急医療又は在宅医療を提供する体制等の地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。

ヌ 許可病床数が四百床以上の保険医療機関にあつては、当該病棟における入院患者に占める、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六割未満であること。

ル 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

# 地域包括ケア病棟入院料 施設基準(抄)

## 【告示】

### (2) 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準

- イ 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
- ロ 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七割以上であること。
- ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。
- ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。
- ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。
  - ① 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
  - ② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
  - ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第六十七号)に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
  - ④ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
  - ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
  - ⑥ 退院時共同指導料2を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
- ヘ 許可病床数が二百床(別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床)未満の保険医療機関であること。
- ト 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟を単位として行うものであること。

### (4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準

- イ 許可病床数が四百床未満の保険医療機関であること。
- ロ (2)のイ、ロ及びトを満たすものであること。

### (8) 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準

- イ 許可病床数が四百床未満の保険医療機関であること。
- ロ (2)のトを満たすものであること。



# 地域包括ケア病棟入院料 施設基準(抜粋)

## 【通知】

### 2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準

(1) 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7割以上であること。地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のアからウまでのいずれにも該当しない患者をいう。

ア 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。)を算定する病床を除く。)に転院した患者

イ 介護老人保健施設に入所した患者

ウ 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への転棟患者

(2) 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。

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

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。)

(3) 当該病室の床面積は、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。なお、平成27年3月31日までの間に、床面積について、壁芯による測定で届出が行われたものについては、平成27年4月1日以降も有効なものとして取扱う。

### 4 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準

(1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

(2) 2の(1)から(3)までを満たすものであること。

(3) 許可病床数400床未満の保険医療機関であること。

### 8 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準

(1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

(2) 4の(3)を満たすものであること。

# 地域包括ケア病棟入院料 施設基準(抜粋)

## 【通知】

### 14 届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式10、様式20、様式50から様式50の3までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。また、1の(8)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添7の様式50又は50の2により地方厚生(支)局長に報告すること。

「注3」、「注4」、「注7」及び「注9」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護職員夜間配置加算及び地域包括ケア病棟特別入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式13の3、様式18の3、様式20、様式50及び様式50の2を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において別添7の様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。

また、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料(専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、2の(1)及び(2)又は3の(1)について実績を要しない。

なお、平成26年3月31日時点で10対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料に限る。)を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料の届出を行うことはできない。

許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関であって、現に許可病床数が400床以上のものについては、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

また、以下の場合にあつては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であつて、(3)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

(1) 療養病床により届出を行う場合

(2) 許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床)未満の保険医療機関であつて、地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4の届出を行う場合

(3) 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であつて、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合