

地域包括ケア病棟の運営 2018年診療報酬改定対応



医療法人さくら 清水義文

2018年4月16日

新設施設基準 1 を届出済 (H30年4月16日)

別添 7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード	280.159.3	届出番号	地名ケア(1) 第 月
連絡先 担当者氏名: 白田 大祐 電話番号: 049 253 3811			
(届出事項) [地域包括ケア入院医療管理料 1] の施設基準に係る届出 ※今回届出をする事項と併せて加算の届出をする場合には、下記[]内の加算名を ○で囲んでください。			
告示注 3 (看護職員配置加算) 告示注 4 (看護補助者配置加算) 告示注 7 (看護職員夜間配置加算) 特定地域			
[1-111] (09195)			
当届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。 当届出を行う前6月間において療養規則及び基準並びに施設基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。 当届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第78条第1項の規定に基づく療養等の提供、診療内容又は診療報酬の算定に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 当届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。 備考について、上記基準のすべてに適合しているため、別添の様式を添えて届出します。			
平成30年 4月 14日			
保険医療機関の所在地及び名称		富士見市水谷東1-28-1 医療法人さくら さくら記念病院	
開設者名		理事長 黒澤 範夫	
関東信越厚生局長 殿			
備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 [] には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

2 総合入院体制加算

- (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票(該当に○)(I ・ II)
 (2) 届出事項(該当に○)
 (入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更)
 (3) 直近3月の実績

届出の加算 (該当に○)	届出病床数	入院患者の状況(直近3月)(年 月 ~ 年 月)				
		重症度、医療・看護 必要度 I		重症度、医療・看護 必要度 II		⑤から③を 差し引いた 値
		① 入院患者 延べ数	② ①のうち基 準を満たす 患者の延べ 数	③ 該当患者割 合 (②/①)	④ ①のうち基 準を満たす 患者の延べ 数	⑤ 該当患者割 合 (④/①)
総合入院体制加算 1						
総合入院体制加算 2	床	名	名	%	名	%
総合入院体制加算 3						

3 特定入院料

- (1) 評価に用いる重症度、医療・看護必要度の評価票(該当に○)(I ・ II)
 (2) 届出事項(該当に○)
 (入院料等の届出の変更 ・ 入院料等の届出及び評価方法の変更 ・ 評価方法の変更)
 (3) 直近3月の実績

届出 入院料 (該当に○)	届出 区分 (該当に ○)	届出 病床数	入院患者の状況(直近3月)(平成30年1月 ~平成30年3月)				
			重症度、医療・看護 必要度 I		重症度、医療・看護 必要度 II		⑤から③を 差し引いた 値
			① 入院患者 延べ数	② ①のうち基 準を満たす 患者の延べ 数	③ 該当患者割 合 (②/①)	④ ①のうち基 準を満たす 患者の延べ 数	⑤ 該当患者割 合 (④/①)
新中ケアユニット 入院医療管理料 又は 地域包括ケア 病院入院料 又は 特定一般病棟 入院料 又は 特定一般病棟 入院料の注7	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 一般病棟看護 必要度評価加算	13 床	1,045 名	182 名	17.4 %	名	%

様式50の2

地域包括ケア入院医療管理料①・②・③・④（いずれかに○）等の
施設基準に係る届出書添付書類

当該病棟届出病棟 (一般・療養)	病 棟 名		3階病棟
	病 床 数	当該入院医療管理 病床数及び病室番号	13床 (401, 402, 403, 405, 406, 407 号室)
		病床数（上記を含む）	49床
	看護職員配置加算に係る届出		☒
	看護補助者配置加算に係る届出		☒
	看護職員夜間配置加算に係る届出		☐
	「注2」に規定する点数の届出		☐
	A317 特定一般病棟入院料の「注7」に 規定する点数の届出		☐
許 可 病 床 数			91床
当該病棟専任の在宅復帰支援担当者氏名			井田 淳子 (専任となった年月:30年1月)
当該病棟専任の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 (A317特定一般病棟入院料の場合は専任でよい)			(いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 山田 昇 (専任となった年月:30年1月)
当該病棟・入院医療管理届出病床の状況	当該入院医療管理病室部分の面積		91.46 m ² (1床当たり面積 7.04m ²)
	① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間 (1か月) 年 月) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	② ①のうち認知症等の患者の延べ数 (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		名
	認知症等の患者の割合 (②/①) (看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)		%
	③ 直近6月間における退院患者数 (算出期間 29年10月1日～ 30年3月31日)		81名
	内訳	(1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)	77名
		(2) 介護老人保健施設	1名
		(3) 有床診療所	0名
		(4) うち、別添2の第3の5の(1)のイ の(イ)に該当する病床	0名
		(5) (1)～(4)を除く病院、診療所	3名
④ 直近6月間における転床患者数 (算出期間 29年10月1日～ 30年3月31日)		10名	
在宅等へ退出した患者の割合 (1) + (4) / (③ + ④)		84.60%	
医療機関の状況	☒ 在宅療養支援病院の届出 ☐ 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上 ☐ 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 ☒ 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 ☒ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること		

様式50の3

地域包括ケア病棟入院料等のリハビリテーションの基準に係る届出添付書類

①	直近3ヶ月間に疾患別リハビリテーション等を提供した患者数	54名
②	直近3ヶ月間における上記患者における当該病室又は病棟の入院延べ日数	819日
③	直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたリハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v + vi)	1742単位
再掲	i 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	0単位
	ii 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	54単位
	iii 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	723単位
	iv 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	892単位
	v 直近3ヶ月に上記患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	73単位
	vi 直近3ヶ月に上記患者に対して提供されたがん患者リハビリテーションの総単位数	0単位
④	1日当たりリハビリテーション提供単位数 (③/②)	2.13単位

(算出期間 : 平成30年1月1日～平成30年3月31日)

1. 地域包括ケア病棟入院料について

地域包括ケア病棟入院料とは、病棟を対象とするものの病室を対象とする2つの点数が存在する。

①病棟を対象とする

「地域包括ケア病棟入院料 1、2、3、4」

②病室を対象とする

「地域包括ケア入院医療管理料 1、2、3、4」

2. 地域包括ケア病棟入院料のアウトカム

	在宅復帰率	必要度	自宅から	緊急入院	点数
1	入院料 1	必要度 I 10%	1割	3月で3人	2738点
2	管理料 1				2738点
3	入院料 2		1割	3月で3人	2558点
4	管理料 2				2558点
5	入院料 3	必要度 II 8%	1割	3月で3人	2238点
6	管理料 3				2238点
7	入院料 4		1割	3月で3人	2038点
8	管理料 4				2038点

別に算定可能な加算

- ・看護職員配置加算 50対1 150点/日
- ・看護補助者配置加算 25対1 150点/日
- ・急性期患者支援病床初期加算 150点/日 (14日間) 一般病棟から
- ・在宅患者支援病床初期加算 300点/日 (14日間) 自宅などから

**看護職員夜間配置加算
55点 (16:1)**

※入院料・管理料1の最大点数 3,360点

一般病棟で日当点2,000点を切った患者を包括ケアへ移した場合

13,600円増/日 10床で136,000円増/日

4,080,000円増/月 約4,900万円増/年

3. 地域包括ケア病棟は便利な病床

①人工腎臓、腹膜透析、手術、麻酔は、出来高で算定可能

②短期滞在手術等基本料3の入院ベッドとしての使用は可能。この場合は、地域包括ケアの入院料・管理料では算定しない。短期滞在で算定。

PTA、鼠径ヘルニア、水晶体再建術

下肢静脈瘤手術、内視鏡的大腸ポリープ粘膜切除術など

③地域包括ケア病棟は、患者を疾患で限定しない。
(回復期リハは患者を選ぶ為なかなか満床にならない)

④抗悪性腫瘍剤治療（緩和ケア）、糖尿病教育入院、レスパイト入院も可能。

4. 施設基準

- ①看護師 1 3 対 1 以上（看護師 7 割以上、夜勤 2 名以上）
- ②一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者（A1点以上またはC 1 点以上を満たす。）が 1 割以上。
- ③在宅復帰支援担当者（専任のMSW、社会福祉士が望ましい）
- ④理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか 1 名が配置されている。（専従）リハ対象患者には 3 ヶ月平均 2 単位以上必要。
（土、日、祝含むので、GWや年末年始は要注意）
専従者で捌き切れない場合は、他病棟の担当でリハ可能。
また、分母を減らす為、リハ中止を医師の指示でカルテへ記載。
通知（平26.3.5 保医発 0305 1）の内容（算定用件中の該当患者の割合については、暦月で 3 か月を超えない期間の一割以内の一時的な変動）は適用されない。
要件を満たせない場合は、即刻一般病床などへ変更する。在宅復帰率も同様。

- ⑤データ提出加算の届出を行っている。
入院時120点～180点で加算、60名入院で月10万円
程度増収。紙カルテでもレセコンがあれば大丈夫。
- ⑥疾患別リハビリテーションの届出がなされている。
- ⑦同じフロアに介護を行える浴室がある
- ⑧在宅復帰率70%以上（6ヶ月の平均）
※入院料・管理料1のみ
（7：1入院基本料の病棟は実績の届出不要）
在宅扱いは、自宅、特養、特養ショート、
軽費老人ホーム、GH、サ高住、特定有料、
居住型有料、介護療養院など
（死亡退院、再入院は、カウントに入れない）
転棟・転床は、分母へ入れるので注意。

在宅対象外



1	転院
2	転棟・転室
3	介護老人保健施設
4	自宅・居宅
5	療養Ⅰ 強化型 病棟
6	介護療養院
7	介護老人福祉施設
8	介護老人福祉施設 ショート
9	認知症対応型共同生活介護
10	都市型軽費老人ホーム
11	サービス付き高齢者向住宅
12	介護付有料老人ホーム
13	住宅型有料老人ホーム

地域包括ケア病棟在宅復帰率実績調査

平成 29年 6月						退室番号		
No.	日付	患者名	退室番号	転帰		1 転院		
1	4	山田 太郎	7	老健プリムローズ（在宅強化）		2 転棟・転室		
2	6	山口 さくら	4	自宅		3 介護老人保健施設（入所）		
3	6	〇〇 〇〇	13	シニアコートビオラ		4 自宅・居宅		
4	7	〇〇 〇〇	7	老健プリムローズ（在宅強化）		5 療養Ⅰ 強化型 病棟		
5	8	〇〇 〇〇	4	自宅		6 介護老人保健施設 支援型		
6	10	〇〇 〇〇	4	自宅		7 介護老人保健施設 強化型		
7	11	〇〇 〇〇	1	リハビリテーション病院（療養）		8 介護老人保健施設 ショート		
8	11	〇〇 〇〇	6	老健エーデルワイス（在宅復帰支援）		9 介護老人福祉施設		
9	13	〇〇 〇〇	9	特養ブルーポピー		10 介護老人福祉施設 ショート		
10	15	〇〇 〇〇	4	自宅		11 認知症対応型共同生活介護		
11	16	〇〇 〇〇	2	一般病棟へ転室		12 都市型軽費老人ホーム		
12	16	〇〇 〇〇	6	老健エーデルワイス（在宅復帰支援）		13 サービス付き高齢者向け住宅		
13	17	〇〇 〇〇	6	老健エーデルワイス（在宅復帰支援）		14 介護付有料老人ホーム		
14	17	〇〇 〇〇	4	自宅		15 住宅型有料老人ホーム		
15	17	〇〇 〇〇	1	杉並病院（療養）				
16	18	〇〇 〇〇	15	有料ホーム イリーゼ戸田				
17	18	〇〇 〇〇	7	老健プリムローズ（在宅強化）		は在宅復帰対象外		
18	20	〇〇 〇〇	14	有料ホーム あみかの郷和光				
19	21	〇〇 〇〇	10	特養 きりしきショートステイ				
20	21	〇〇 〇〇	2	一般病棟へ転棟				
21	22	〇〇 〇〇	2	一般病棟へ転棟				
22	23	〇〇 〇〇	4	自宅				
23	23	〇〇 〇〇	4	自宅				
24	24	〇〇 〇〇	1	リハビリテーション病院（療養）				
25	25	〇〇 〇〇	15	有料ホーム アミューレジデンス氷川台				
26	27	〇〇 〇〇	4	自宅				
27	27	〇〇 〇〇	13	サ.高住 ビオラ				
28	28	〇〇 〇〇	4	自宅				
29	28	〇〇 〇〇	6	老健エーデルワイス（在宅復帰支援）				
30	29	〇〇 〇〇	1	武蔵野病院				
31	29	〇〇 〇〇	9	特養 フローラユーワ				
32	30	〇〇 〇〇	11	愛グループホーム板橋常盤台				
33	30	〇〇 〇〇	9	特養ブルーポピー				
34								
35								
月実績		在宅復帰	26名	在宅復帰率＝	78.79%	6月（1月～6月）在宅復帰率		
		退院数合計	33名			87.80%		

⑨在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関、救急病院のいずれか1つを届け出している。

⑩リハビリ科を標榜している。

⑪地域包括ケア入院医療管理料1については、許可病床200床未満に限る。（療養病床からの届け出は1病棟に限る）

⑫一般病棟で60日オーバーの場合は、特別入院基本料（584点／日）の算定となる。

療養病棟で60日オーバーの場合は、

療養1入院基本料I

（814点／日 生活療養の場合は800点／日）

療養2入院基本料I

（750点／日 生活療養の場合は735点／日）

の算定となる。

⑬地域包括ケア病棟、管理料の入院患者は、平均在院日数から除外される。（特定入院料の為）

⑭病室は6.4㎡以上、廊下は1.8m以上、（両方居室は2.7m以上）

⑮薬剤・注射薬、リハビリについては包括される。

除外薬剤・注射薬

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチンEPO（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る）、インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）、抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）及び血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体。

5. 別に算定可能な加算

①地域加算 5点／日（6級地の場合）

②臨床研修病院入院診療加算

③在宅患者緊急入院診療加算

④医師事務作業補助体制加算

⑤医療安全対策加算

⑥感染防止対策加算

⑦患者サポート体制充実加算

入院初日に算定

⑧退院支援加算（1のイに限る）

⑨摂食機能療法

リハビリ平均2単位の計算には算入しない

※地域包括ケアに入院中、他院に受診した場合

包括（マルメ）に含まれる薬など使用した場合40％減、それ以外は10％減

6. 地域包括ケア病棟の運営のポイント

60日までの退院は、絶対厳守！

ベッドコントロールの会議を週1回を行う。

看護師、連携室（MSW）、医事課、リハビリ科のチームを作り効率の良いベッドコントロールを実践する。

（医師が入ればなお良い）

日当点2,500点以下の患者の洗い出し。

退院先の確保。

→看護師の視点が変わってくる。

例）包括されている高額な薬を使用の患者を地域包括に転棟するとどちらが特か考える。

→介護系の施設との連携で、新たな患者の紹介が増える。

→退院支援加算につながる。（算定するかどうか）

稼働目標は100%以上を！

ベッドコントロールの会議で絶えず稼働状況をチェック。
102～105%を通常とする。（退院数は入れず）

患者様が納得いく転床の説明 （地域包括ケア病棟の説明書）を！

同院からの転床であれば入院診療計画書は新しく作成しなくても可。ただし「別紙様式7」の在宅復帰支援に関する事項は必要。

退室した場合には必ず診療録へ退室先を記入。

DPC算定病院は同院からの転床は入院日Ⅲまでの間は、
診断群分類点数表で算定。

7. 地域包括ケア病棟の役割

地域包括ケア病棟入院料と入院医療管理料は2014年度の診療報酬改定に伴って新設。

これらの報酬をつくった大きな狙いが**病床の機能分化を促す**ことでした。この時に厚労省が挙げた役割は、

- ①高度急性期や急性期の治療は一段落したものの、そのまま在宅復帰するのは困難な患者の受け入れ（**ポストアキュート**）
- ②在宅療養中に容体が悪化した患者の緊急受け入れ（**サブアキュート**）
- ③これらの在宅復帰・生活支援

急性期医療を提供する病院と、長期療養が必要な患者を受け入れる慢性期の病院、在宅医療などとを橋渡しし、なおかつ軽症な急性期の患者の治療もカバーするようなイメージ。

これらの役割ごとに点数設定の違いはなく、これまでは一律に評価されてきました。

地域包括ケア病棟のイメージと要件

(改) 診調組 入-1
2 5 . 5 . 3 0

注: 介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。



8. 地域包括ケア病棟の今後その 1

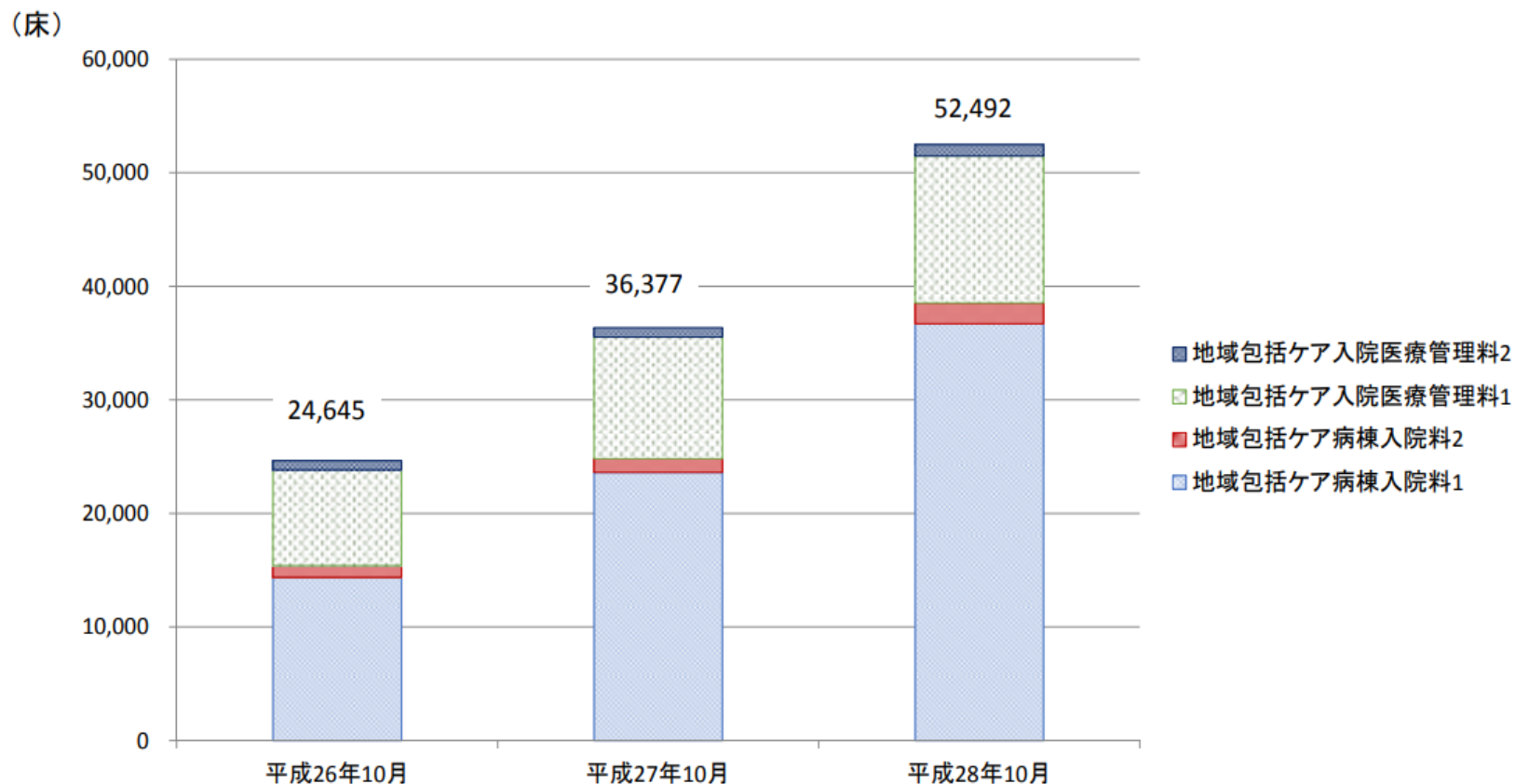
- ①この 3 年で地域包括ケア病棟が急速に増えている。
H.28 年 10 月時点 53,500 床なのに対し、
回復期リハは 18 年かけて 75,000 床)
ほとんどが入院料・管理料 1 で、2 は少ない。
- ②入院の 9 割が自院の病棟からの転床。
- ③入院前の居場所が自宅などは 10 % 未満がほとんど。

**※ 自院からのポストアキュートが圧倒的に多い！
サブアキュートがほとんど機能していない！**

地域包括ケア病棟入院料等の届出病床数の推移

中医協 総－ 5
29. 1. 25

○ 地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は増加傾向である。

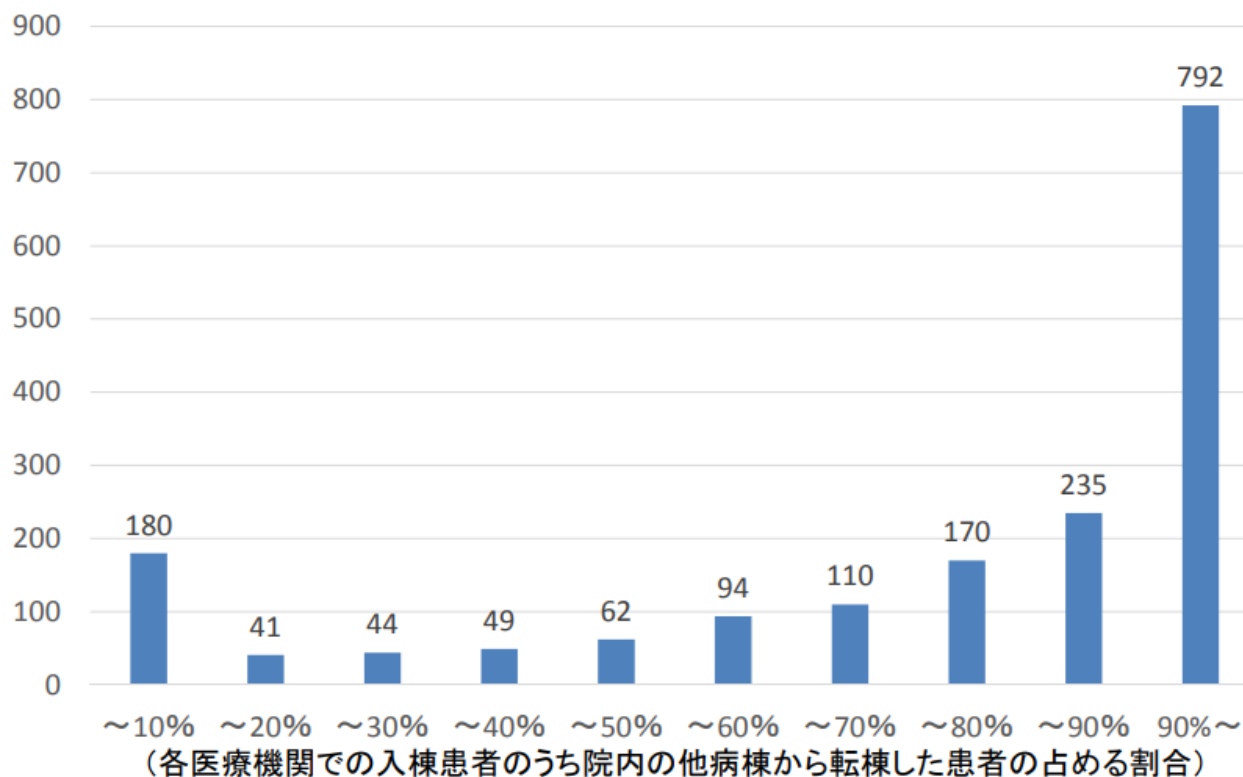


地域包括ケア病棟(病室)における入棟患者の状況①

中医協 総 - 7
29 . 5 . 17

- 地域包括ケア病棟(病室)を有する各医療機関において、地域包括ケア病棟(病室)の入棟患者のうち、院内の他病棟から転棟した患者の占める割合をみると、その割合が90%を超える医療機関が、全体の4割5分を占める。

(医療機関数)(n=1,777)



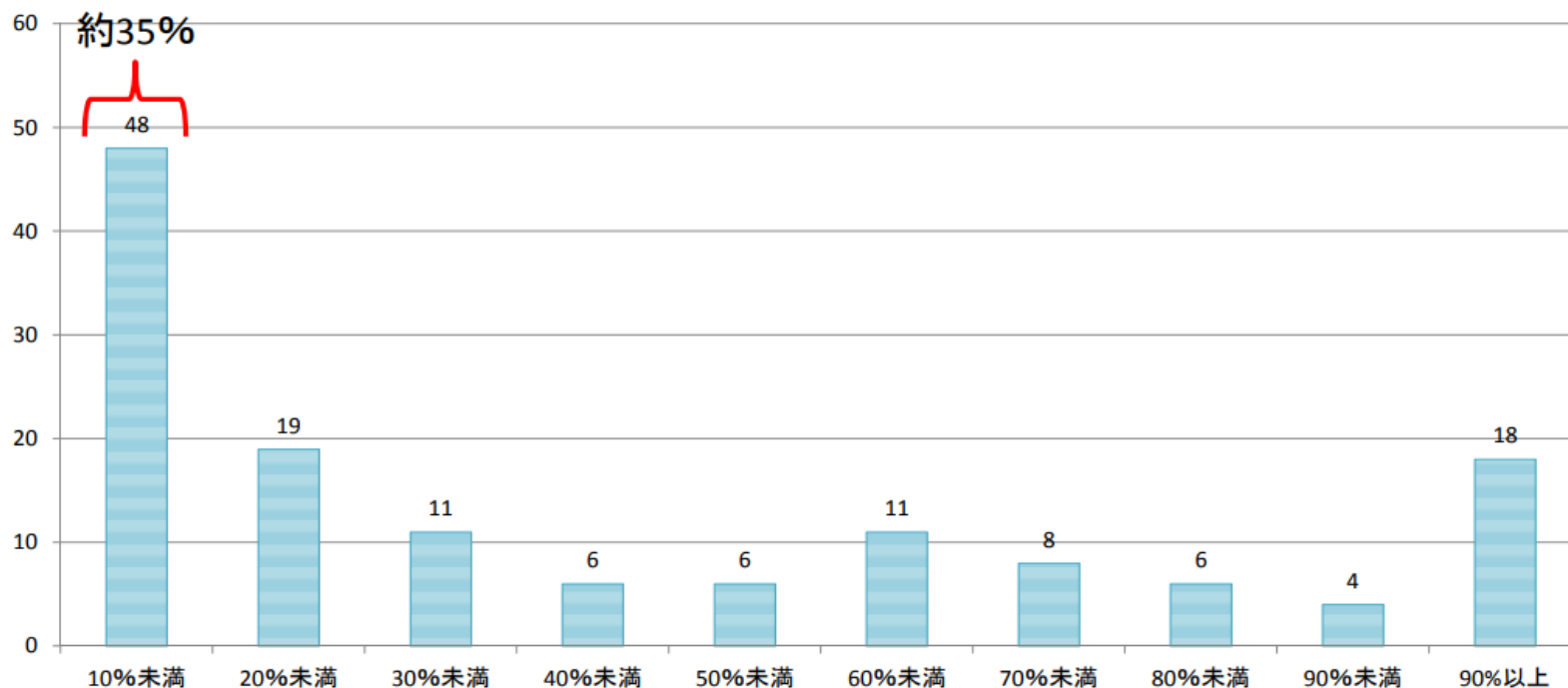
出典: DPCデータ(平成28年10月~12月分)

入棟前の居場所別の地域包括ケア病棟(病室)の状況④

診調組 入-1
29.7.21

- 回答施設のうち、地域包括ケア病棟(病室)を有する医療機関において、地域包括ケア病棟の入棟患者のうち入棟前場所が「自宅等※」である患者の割合をみると、その割合が「10%未満」の医療機関が、全体の約35%を占める。

(医療機関数) (n=137)



(各医療機関における、入棟前場所が「自宅等※」である患者の割合)

※自宅等: 自宅、介護老人福祉施設(特養)、居住系介護施設、障害者支援施設

出典: 平成28年度入院医療等の調査(患者票)

9. 地域包括ケア病棟の今後その2

①設立当初の厚い診療報酬で量産

→量を満たせば質の差で点数を落とす。

→ポストアキュートは減点？

→サブアキュートは増点？

院内連携の強化!!

②自宅（居宅）を病院のベッドとして考える。

→地域医療構想と地域包括ケアシステムの考え方。

医療と介護の連携強化!!

③超急性期、急性期、回復期、療養との住み分けを

→30年診療報酬改定後には自院の5年先、10年先を決める方向。

※ 地域包括ケア病棟 + 訪問診療 + 訪問看護が鍵！

介護系の事業がプラスされれば尚良い

2018年診療報酬改定で新たに新設された基準

地域包括ケア入院医療管理料 1 の新基準（加わったもの）

→**新基準の 1 を取得、さくら記念病院の場合**

- ・ 自宅等からの直接入院が **3 月で 1 割以上**→**クリアしている**
- ・ 自宅等からの緊急入院が 3 月で 3 人以上→**クリアしている**
- 訪問診療の算定回数が 3 月で 20 回以上
- ・ 訪問看護・指導料で 3 月で 100 回以上、または同一敷地内訪問看護 St で訪問看護基本療養費を 3 月で 500 回以上算定→**難しい**
- ・ 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(I)又は(II) の算定回数が 3 月で 10 回以上であること→**難しい**
- 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーションを同一敷地内の施設などで実施していること。 (**みなし看護でも可**)

2
つ
以上
該当

1
つ
以
上
該
当

- 在宅療養支援病院の届出を行っていること。
- ・ 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1 年間の在宅患者 の 受入実績が3 件以上。
- ・ 第二次救急 医療機関であること。
- ・ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。 **新設**

- ・急性期患者支援病床初期加算 1日につき150点（14日間）
名称変更
- ・在宅患者支援病床初期加算 1日につき300点（14日間） 新設
- ・「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。 新設
- ・区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものは別で算定できる。
- ・看護職員夜間配置加算 55点 要検討
（看護職員夜間16：1配置加算1と連動できる、看護師3名以上）
- ・許可病床数が200床未満の保険医療機関であること。→クリアしている