



医療法人
大誠会

内田病院



2022年12月2日

日本地域医療学会第1回学術集会

シホ・ジ・ム「地域総合診療専門医の活躍の場」

1525-17:45(発表:15分・シホ・ジ・ム50分)

地域総合診療専門医が輝く 地域包括ケア病棟協会 ～地域包括ケア病棟協会の立場から～



一般社団法人 地域包括ケア病棟協会 理事
医療法人 大誠会 内田病院 理事長
田中 志子

地域包括ケア病棟とは

地域包括ケア病棟の経緯②(平成26～28年度診療報酬改定)

【平成26年度診療報酬改定】：2014年度

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

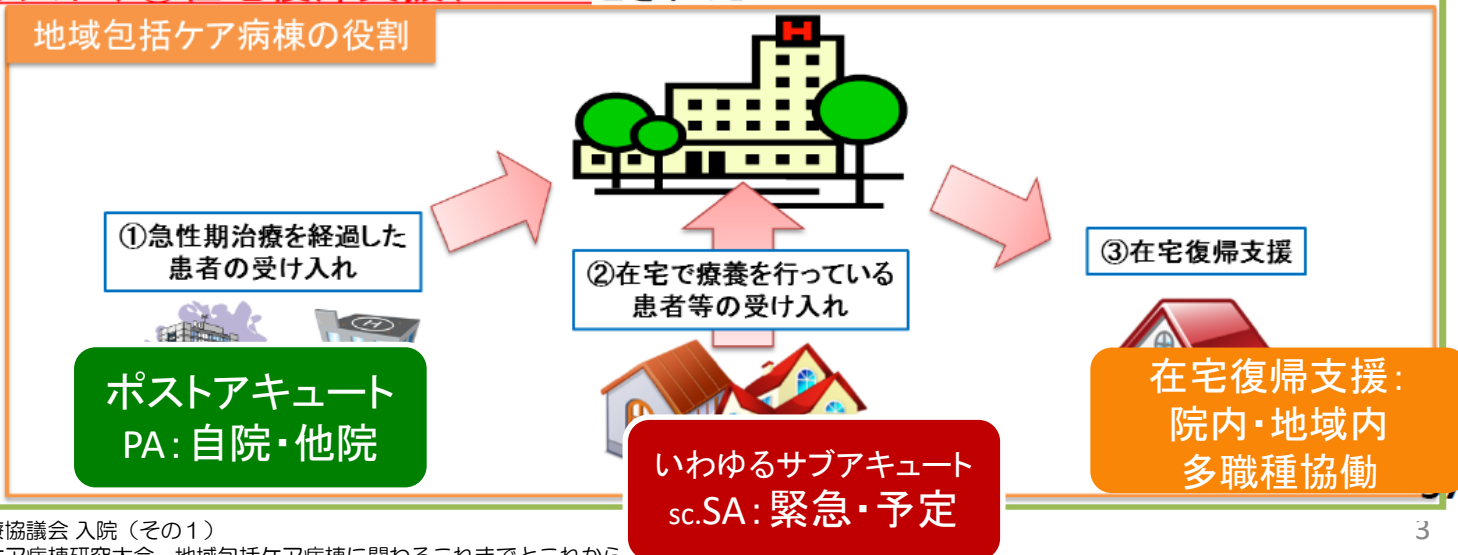
➡：2022年度も変更なし

➡[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
- ➡ データ提出加算の届出を行っていること
- リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ）
- ➡ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- 療養病床については、1病棟に限る

- ・ 当該入院料の役割は、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、の3つとされた

地域包括ケア病棟の役割



地域包括ケア病棟を有する病院の 3つの病院機能と地域包括ケア病院

■急性期ケアミックス（CM）型

■定義

R4調査 254施設5.5割弱

急性期一般病棟以上の病棟を有し、施設全体で急性期機能を最も重視。

- 急性期対応が強み！
- 地域包括ケア病棟は自院PA中心
- 200床以上4.5割強
- 併設介護事業は最も少ない

■地域密着型

■定義

R4調査 156施設3.5割弱

「急性期ケアミックス型」と「ポストアキュート連携型」のどちらでもない。

- 200床未満9割
- 日常生活圏域のいわゆるSA中心
- 在宅医療に取り組む

■ポストアキュート（PA）連携型

■定義

R4調査 55施設 1割強

施設全体として、実患者数の概ね半分以上が他院からのPA患者。

- 連携先は高度急性期～急性期病院
- 回りハや療養等の後方病床と、訪問・通所・入所の併設施設が豊富
- 200床未満9割強

■地域包括ケア病院



■定義

地方厚生局解析 70施設
2022.4.20 確認

全病棟病室が地域包括ケア病棟の“形態分類”

- “機能分類”では
「地域密着型」 または
「ポストアキュート連携型」

Before 2022

■ 地域包括ケアシステムや
地域医療構想のニーズを
ご当地毎に捉えた上で、

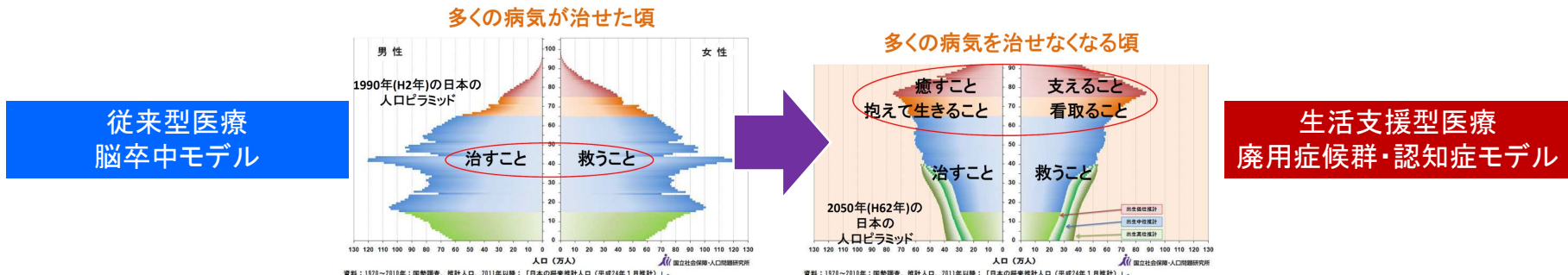


■ 在宅復帰支援機能を基軸に、
自院がご当地ニーズに寄り添える様に、
自院の他病棟の機能が活きる様に、
カスタマイズできる病棟。

地域包括ケア病棟に入る患者像

地域包括ケア時代のkey wordは “multimorbidity”

- 高齢で複数疾患を有し、ADLと栄養状態、認知機能が低下し、ポリファーマシーになりやすく、入院前から生活支援を必要とする患者が多くなる。
- リハビリテーションは、社会復帰を目指す脳卒中モデルよりも、生活復帰を目指す廃用症候群・認知症モデルが主となる。
- QOLとQODの価値観は人それぞれ異なる上、介入のエビデンスは乏しいためACPや多職種協働によるカンファレンスは必須となる。



「複数の慢性疾患が一個人に併存している状態であり、中心となる疾患を特定できない状態」

表 1 multimorbidity の定義 慢性疾患上位 20 位のリスト

TOP 5	COPD	糖尿病	高血圧	悪性疾患	脳血管障害
TOP 10	認知症	うつ病	関節疾患	不安障害	うっ血性心不全
TOP 20	虚血性心疾患	気管支喘息	不整脈	甲状腺疾患	貧血
	聴力障害	脂質異常症	肥満	前立腺肥大	骨粗鬆症

システマティックレビューで抽出された 14 論文において 50% (7 論文) 以上が multimorbidity を定義する際に含める対象とした疾患。文献 5 から一部修正して引用した。

■高齡化と共に“multimorbidity患者”は増加

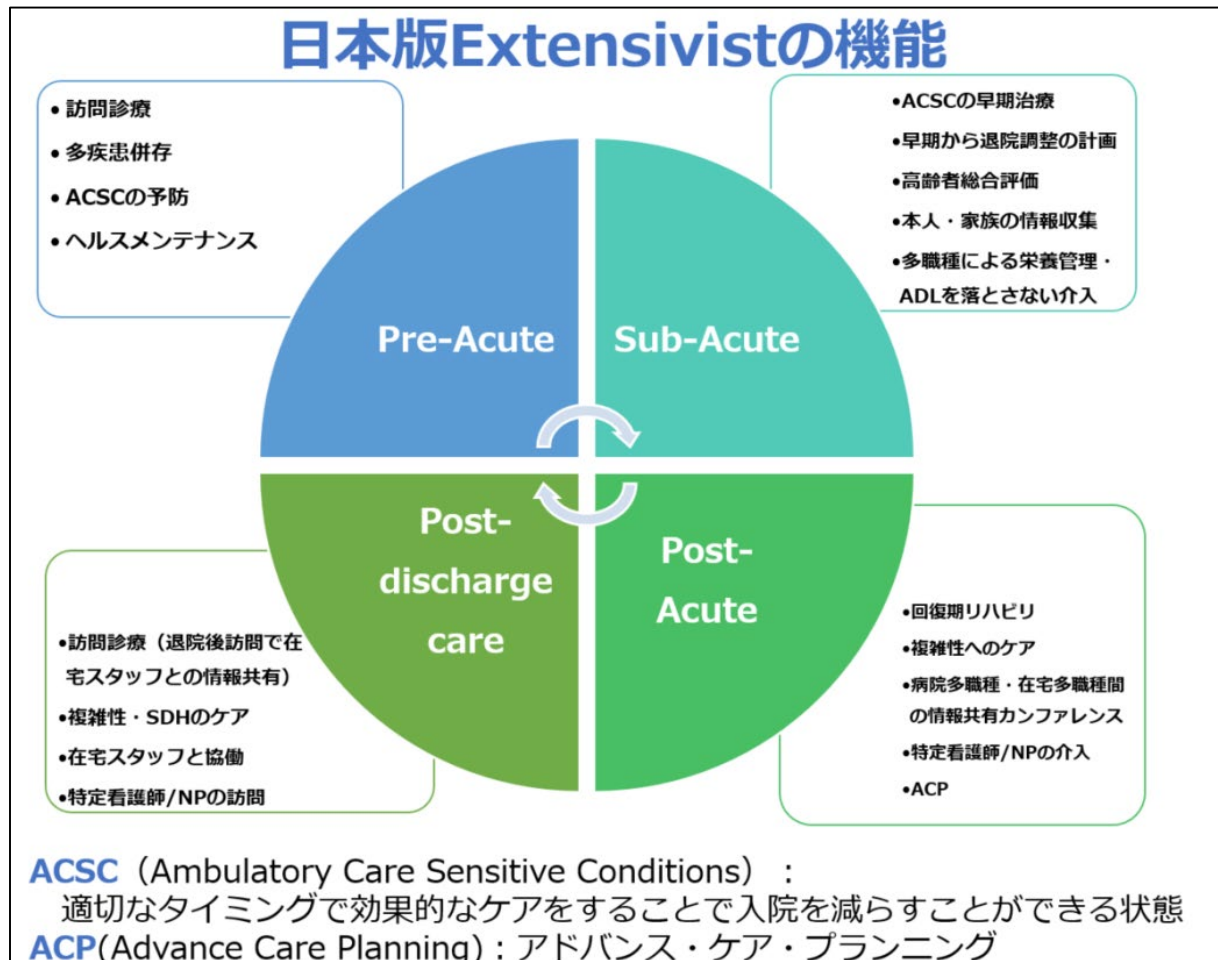
- 呼吸器疾患であるCOPD、気管支喘息をはじめ、高血圧、虚血性心疾患、不整脈、うっ血性心不全と言った循環器疾患、認知症やうつ病、フレイルなど様々な疾患や状態が重複。
- 死亡率が上昇しQOLが低下することなどから、健康アウトカムへの負の影響があると言われている。
- 受診回数や受診科が増加し、合わせて医療費も自己負担、社会保障ともに上昇しやすくなる。
- アウトカムは患者のQOL向上

中小病院における “multimorbidity患者”

- ①日本では病院をかかりつけ医としている患者が多い。
- ②多くの通院患者が “multimorbidity” ・ポリファーマシー・ポリドクターの状態
- ③ケアの分断を潜在的に抱えている
- ④ある程度の重症度を持った患者の診療が病院中心にならざるを得ない
- ⑤これらを解決できる総合診療や老年医学のマインドを持った医師、特に” **地域総合診療専門医**” や特定行為研修修了看護師を含む多職種協働に期待がかかる

高齢 “multimorbidity 患者” をみる ” 地域総合診療専門医”

— 病棟・外来・在宅のケアを繋ぐ —



地域包括ケア時代のkey wordは“multimorbidity”

「複数の慢性疾患が一個人に併存している状態であり、中心となる疾患を特定できない状態」

表 1 multimorbidity の定義 慢性疾患上位 20 位のリスト

TOP 5	COPD	糖尿病	高血圧	悪性疾患	脳血管障害
TOP 10	認知症	うつ病	関節疾患	不安障害	うっ血性心不全
TOP 20	虚血性心疾患	気管支喘息	不整脈	甲状腺疾患	貧血
	聴力障害	脂質異常症	肥満	前立腺肥大	骨粗鬆症

システマティックレビューで抽出された 14 論文において 50% (7 論文) 以上が multimorbidity を定義する際に含める対象とした疾患。文献 5 から一部修正して引用した。

■高齡化と共に“multimorbidity患者”は増加

- 呼吸器疾患であるCOPD、気管支喘息をはじめ、高血圧、虚血性心疾患、不整脈、うっ血性心不全と言った循環器疾患、認知症やうつ病、フレイルなど様々な疾患や状態が重複。
- 死亡率が上昇しQOLが低下することなどから、健康アウトカムへの負の影響があると言われている。
- 受診回数や受診科が増加し、合わせて医療費も自己負担、社会保障ともに上昇しやすくなる。
- アウトカムは患者のQOL向上

地域包括ケア時代のkey wordは“multimorbidity”

「複数の慢性疾患が一個人に併存している状態であり、中心となる疾患を特定できない状態」

表 1 multimorbidity の定義 慢性疾患上位 20 位のリスト

TOP 5	COPD	糖尿病	高血圧	悪性疾患	脳血管障害
TOP 10	認知症	うつ病	関節疾患	不安障害	うっ血性心不全
TOP 20	虚血性心疾患	気管支喘息	不整脈	甲状腺疾患	貧血
	聴力障害	脂質異常症	肥満	前立腺肥大	骨粗鬆症

システマティックレビューで抽出された 14 論文において 50% (7 論文) 以上が multimorbidity を定義する際に含める対象とした疾患。文献 5 から一部修正して引用した。

■高齡化と共に“multimorbidity患者”は増加

- 性別、貧困、フレイルや精神疾患合併と相関
- 死亡率上昇、QOL低下等の健康アウトカムへの負の影響
- 受診回数増加、ケアの分断、ポリドクターやポリファーマシー等の患者負担増加
- 救急受診、予定外入院、医療費上昇等
- 疾患別GL群に基く介入はエビデンスによる裏付け不十分
- アウトカムは患者のQOL向上

■地域包括ケアシステムや地域医療構想の
ニーズ、人口ビジョンをご当地毎に捉えた上で、



■やるべき医療の実践として

総合診療や老年医学のマインドを持つ医師と共に
急性期後や在宅療養中の“**multimorbidity** 患者”を
病棟で受け入れる、在宅でみる地域診療拠点



■やりたい医療の院内・地域内サポート
・これからの5疾病6事業・在宅医療等
・各診療科の専門的医療等

急性期でも回復期
でもない！地域包
括ケア病棟です。



2004年高齢者リハビリテーションの3つのモデル

- 高齢者の態様に応じた、以下の3つのモデルの対策が必要。

<脳卒中モデル>

急性に生活機能が低下するタイプ（脳卒中、骨折など）

従来型
医療

<廃用症候群モデル>

徐々に生活機能が低下するタイプ（骨関節疾患など）

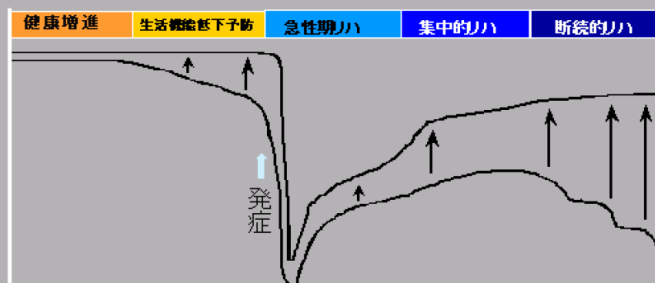
生活支援型
医療

<認知症高齢者モデル>

いずれにも属さないタイプ、環境の変化に対応困難（認知症）

脳卒中モデル（脳卒中・骨折など）

社会
復帰



原因疾患	予防	治療	再発予防
廃用症候群	予防	回復	悪循環進行予防 悪循環から良循環へ

- 発症直後の急性期からリハビリテーションを開始し、その後、自宅復帰を目指して短期的に集中して、リハビリテーションを実施。
- 自宅復帰後は、日常的に適切な自己訓練を行い、リハビリテーションの必要な時に、期間を定めて、計画的に提供。

廃用症候群モデル （廃用症候群、変形性関節症など）

生活
復帰



原因疾患	予防	治療
廃用症候群	予防	回復 悪循環から良循環へ

- 生活機能の低下が軽度である早い時期からリハビリテーションを実施。
- リハビリテーションの必要な時に、期間を定めて、計画的に提供。

リハビリ・栄養サポート・認知症ケア・ ポリファーマシー対策の取組方針

各種ガイドライン*を俯瞰した結果、
治し支える生活支援型医療の患者にとって、

■サルコペニアや認知症、ポリファーマシーの有害事象
は、リハビリ阻害因子となること

入院前や入院早期から、

最重要は
「食べる」

■リハビリ、栄養不良、認知症、ポリファーマシーに対
して包括的に対応すること

最重要は
「ACP」

■患者・家族をチーム医療の一員に迎えること

等に配慮して対応することが重要だと、仲井は気付いた。

* 認知症疾患治療ガイドライン2010

* 静脈経腸栄養ガイドライン—第3版 2013

* 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015

* 脳卒中治療ガイドライン2015

引用一部改変：仲井培雄 2022年度 地域包括ケア病棟アカデミー「総論」地域包括ケア病棟の概要と調査結果

引用一部改変：仲井培雄 2021年度 地域包括ケア病棟アカデミー「第5講 リハビリテーション（含 補完代替リハビリテーション）」概要と調査結果

地域包括ケア病棟リハビリテーションの特徴

* 廃用症候群・認知症モデルのリハを支える

- 共通の施設基準 リハビリテーション（以下リハ）関連
- 疾患別・がん患者リハ料の届出
- 常勤POST専従1名配置
- リハを提供する患者は平均2単位/日以上を提供
- 患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハの必要性を判断・説明・記録すること → 評価方法はBarthel Index
- 適切な意思決定支援の指針策定 → リハのACPを推進
- 在宅復帰率7割 ※リハに特化したアウトカム評価なし
→ 患者個人の価値観に沿ったQOL向上が目標
- ストラクチャー指標
- プロセス指標
- アウトカム指標

地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

■ 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

①OT-POCリハビリテーション治療: 個別のADL訓練

②PT-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

● 自主練習指導

● 運動療法指導

■ 補完代替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・がん患者リハビリテーション治療には含まれない。

■ 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を算定している患者

転室: 入院期間Ⅲまで

転棟: 入院期間Ⅱまで(2020年度から)

※POC(Point of Care): 「療養中の患者の傍ら」を表す。

補完代替リハビリテーションは診療報酬上規定されていない
地域包括ケア病棟協会独自のリハビリテーション治療

当院地域包括ケア病棟における 補完代替リハビリテーションの例

※本研究は大誠会グループ倫理委員会の承認を得ており、開示すべきCOIはない。



医療法人
大誠会

内田病院

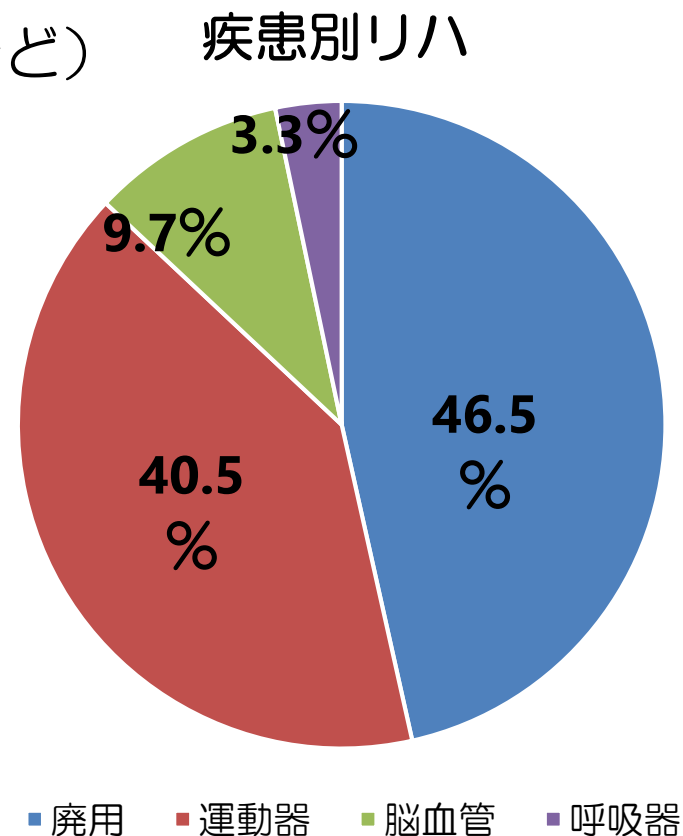
【当院地域包括ケア病棟実績】（R3.4.1～R3.9.30）

入院人数	109人	平均年齢	84.3歳
在宅系からの 直接入院	50人/109人	認知症自立度 Ⅲa以上の割合	75.5%
在宅系からの 緊急入院	35人/109人	リハビリ介入	103人/109 人(94.5%)
在宅復帰率 (6か月平均)	81.3%	1患者当たりの 一日平均単位	3.9単位/日
平均在院日数	24.2日		

当院ではほとんどの方にリハビリ介入しており、
高齢であっても入院を長期化させず、早期退院へ繋がられている

【地域包括ケア病棟のリハビリの特徴】

- CARB、Point Of Careリハビリ、日常生活活動
- 個別・集団リハビリ、作業活動
- 屋外練習（畑、リンゴ園、買い物練習など）
- ドライバーリハビリ
- 就労支援
- 退院前訪問、退院後訪問
- 365日体制の導入
- イブニングリハ・モーニングリハ
- ハイブリッドリハ
- ロボットスーツHALの導入 など



【調査目的】

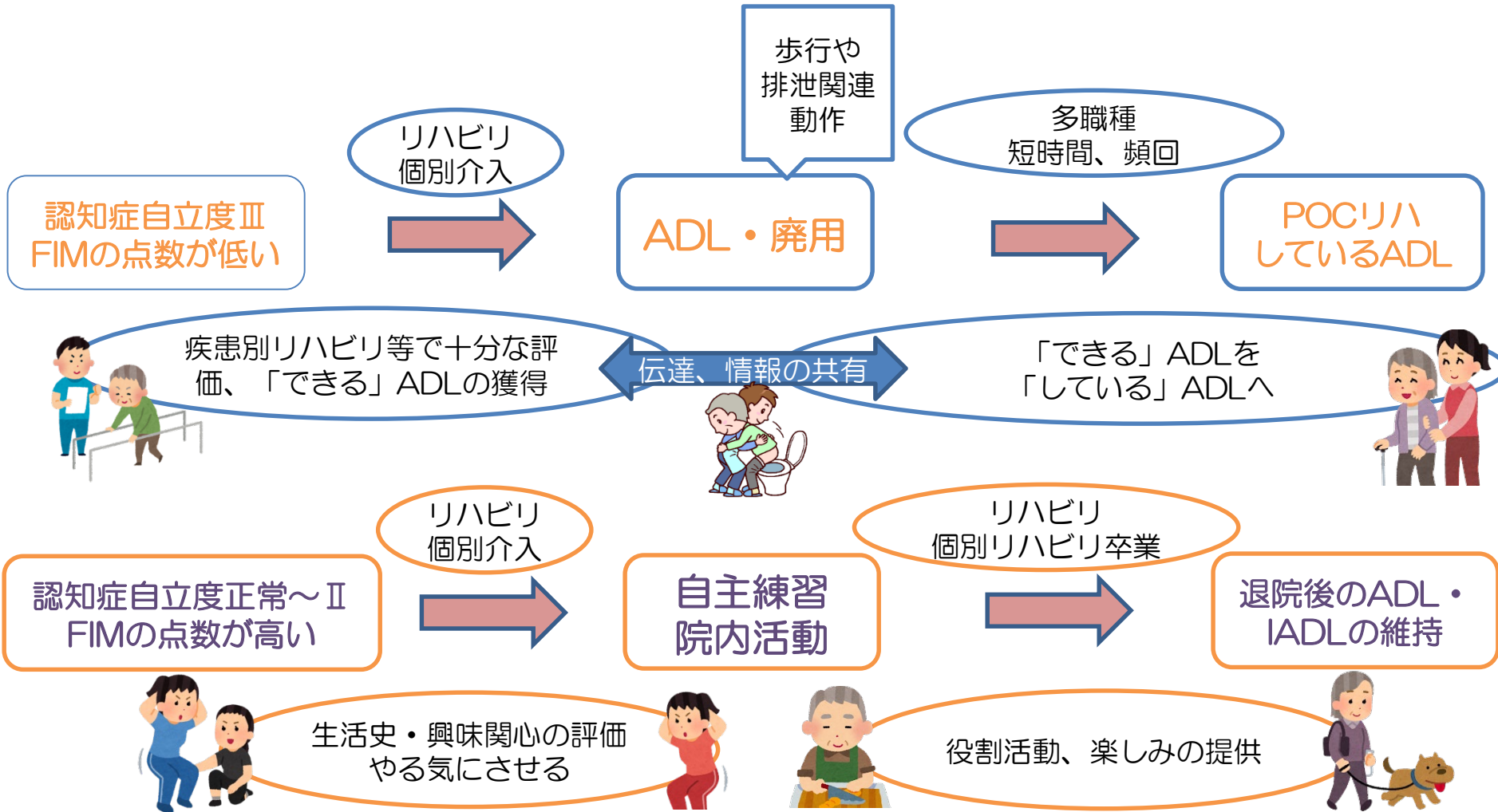
当院地域包括ケア病棟では疾患別リハビリに加えて、Point Of Care（以下POC）リハビリ含む補完代替リハビリテーション（以下CARB：Complementary and Alternative Rehabilitation）にも取り組んでいる。

疾患別リハを補完代替するCARBにはこのPOCリハの他に、集団リハ・活動、自主トレ指導などを総称している¹⁾。

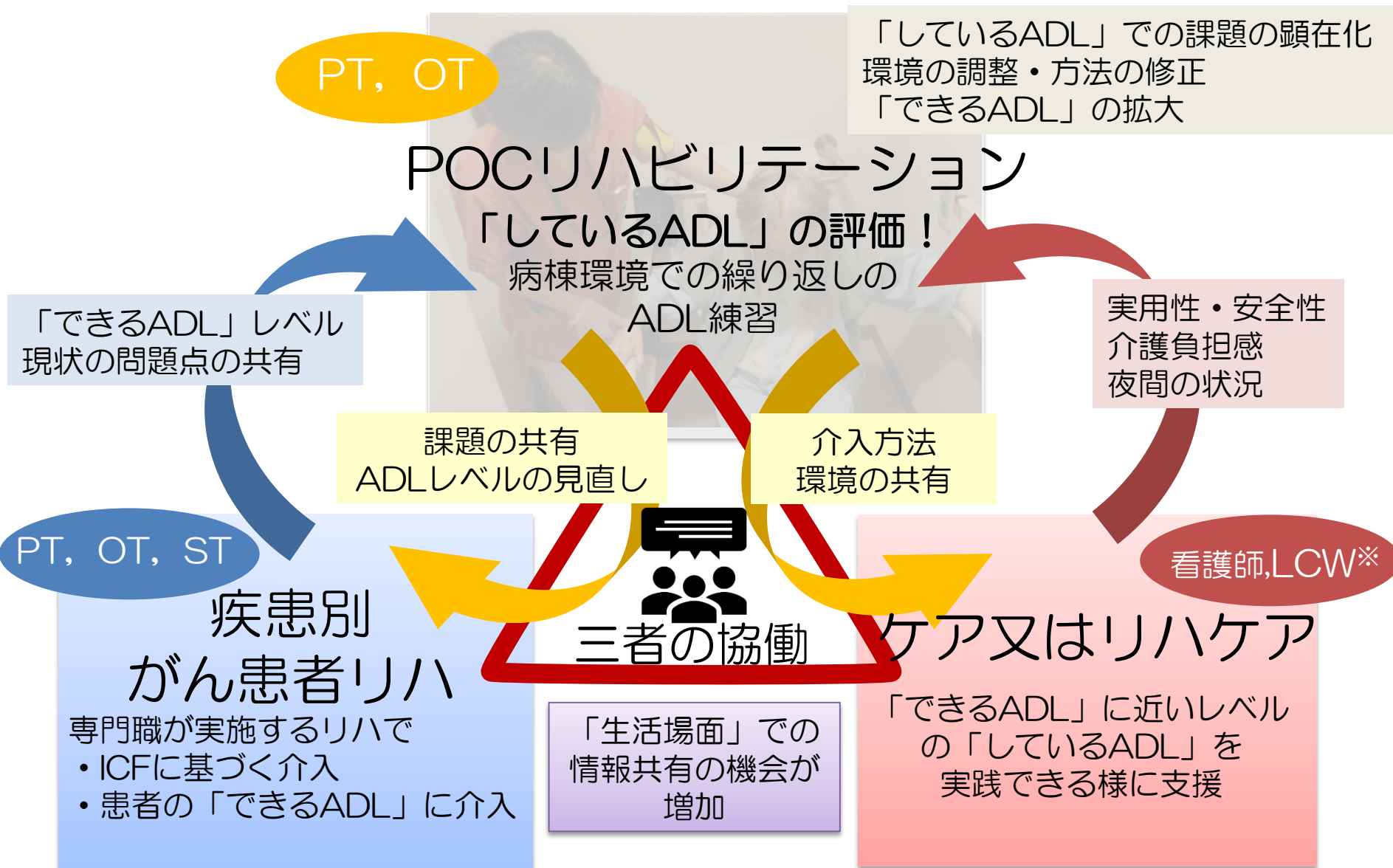
今回、CARBについてどのような効果があるかを検証するため、CARBを必要とする患者像やCARB内容、またリハビリ担当者のCARBの介入時間を明らかにした。

1) 地域包括ケア病棟協会HP 地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーションについて (<http://chiiki-hp.jp>)

【調査から見たこと】



POCリハビリテーション導入後

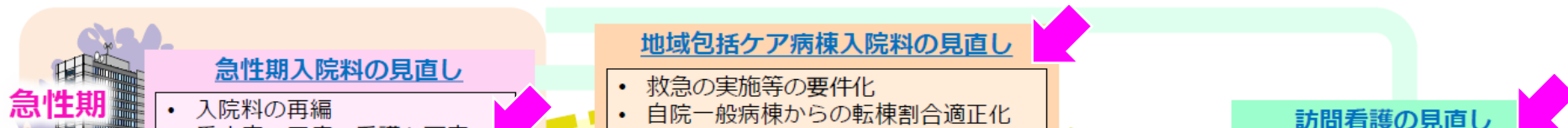


※LCW（ライフケアワーカー）：当院での介護分野の専門職の呼称

コロナ禍の地域包括ケア病棟

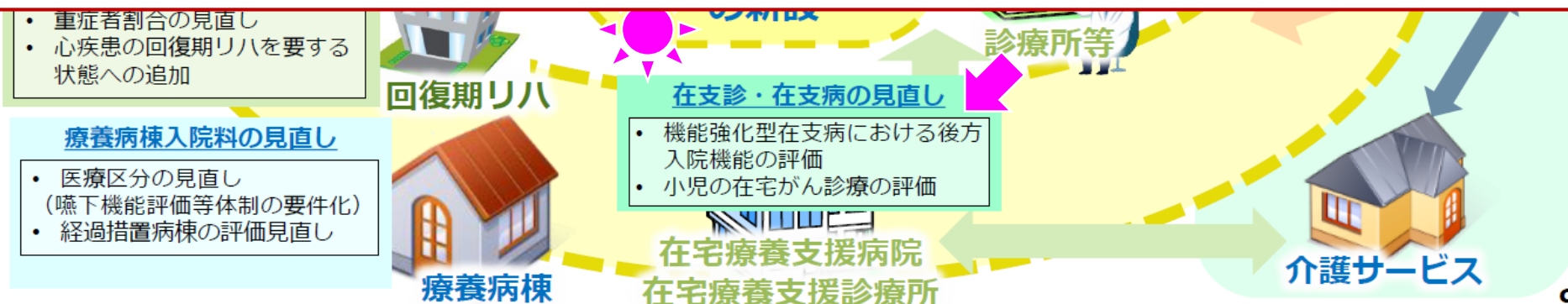
入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。



■ コロナ禍で問われた

- ・ 救急と感染対策のバランス
- ・ 疾患別診療GLのEBM と患者価値観によるQOL向上
- ・ かかりつけは病院？ 医院？
- ・ 高齢 “multimorbidity患者” の医療・介護・福祉



入院から在宅まで切れ目のない医療を提供するための取組①（機能編）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する観点から、提供する医療の対象となる患者の病態像や医療の内容に着目し、それらに見合った適切な評価となるよう、見直し・加算の新設等を実施。その際、医療機関の機能に応じた感染対策が実施されるよう、感染対策向上加算1・2・3、外来感染対策向上加算を新設し、取組を推進。



外来感染対策向上加算の新設及び感染防止対策加算の見直し②

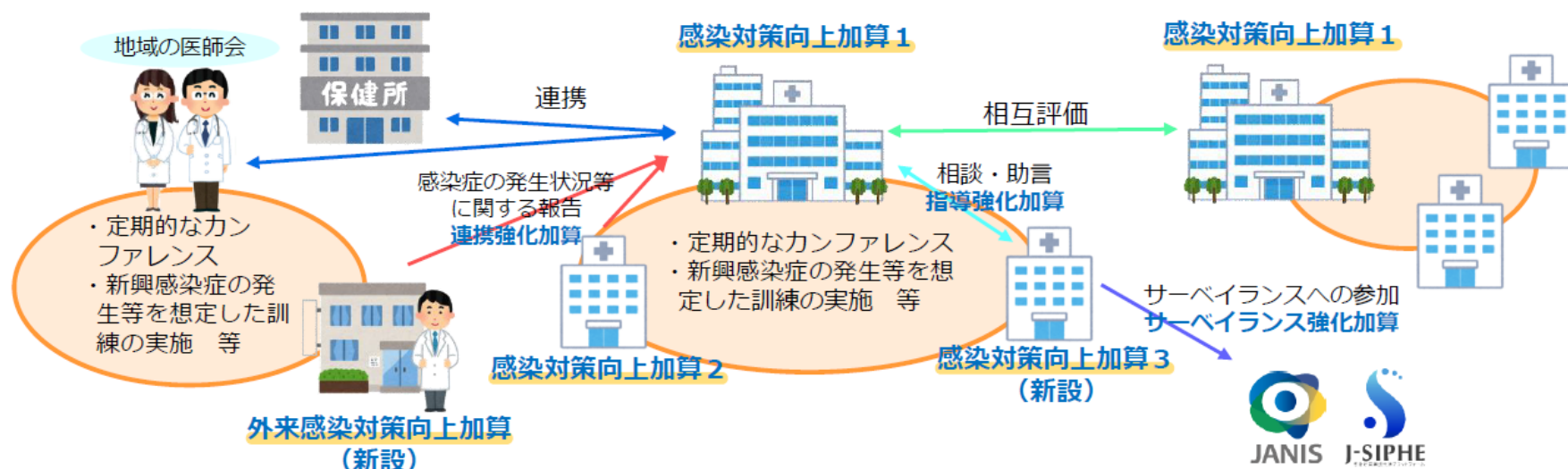
- これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、感染防止対策加算の名称を感染対策向上加算に改めるとともに、要件を見直す。

現行			改定後	
【感染防止対策加算】			<u>（新）【感染対策向上加算】</u>	
感染防止対策加算 1	390点	➡	<u>感染対策向上加算 1</u>	<u>710点（入院初日）</u>
感染防止対策加算 2	90点		<u>感染対策向上加算 2</u>	<u>175点（入院初日）</u>
（新設）			<u>感染対策向上加算 3</u>	<u>75点（入院初日、90日毎）</u>

- 感染対策向上加算 1 の保険医療機関が、加算 2、加算 3 又は外来感染対策向上加算の保険医療機関に対し感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設するとともに、加算 2、加算 3 の保険医療機関においても、連携強化加算とサーベイランス強化加算を新設する。

(新) 指導強化加算 30点 (加算 1 の保険医療機関)

(新) 連携強化加算 30点、サーベイランス強化加算 5点 (加算 2 又は 3 の保険医療機関)



地域包括ケア病棟の役割

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

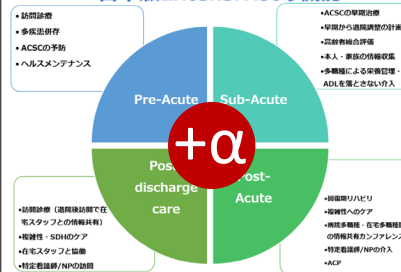


③在宅復帰支援



訪問等

日本版Extensivistの機能



ACSC (Ambulatory Care Sensitive Conditions) :
適切なタイミングで効果的なケアをすることで入院を減らすことができる状態
ACP (Advance Care Planning) : アドバンス・ケア・プランニング

引用改変：スライド提供 南城市民病院 大浦 誠先生
日本版Extensivistについて考える 日本でのExtensivistは4つの時期と場で活躍する
< <https://moura.hateblo.jp/entry/2020/03/08/170846> >

“multimorbidity”
患者のQOL 向上

■第8次医療計画や地域医療構想を見据えて、総合診療医”地域総合診療専門医”や老年医学医、特定行為研修修了看護師等と地域包括ケア病棟を届け出る病院の組合せは、生活者としてのmultimorbidity患者・利用者のQOLだけでなく、医師等の働き方改革や病院経営にも好影響をもたらすと予想している。その際、医療・介護・福祉子育てDXは必須である。

地域共生社会の実現に向けた包括的支援体制

高齢者

地域包括ケアシステム

【地域医療介護確保法第2条】

【高齢者を対象にした相談機関】

地域包括支援センター

共生型
サービス

「必要な支援を包括的に確保する」という理念を普遍化

「必要な支援を包括的に確保する」という理念を普遍化

生活困窮者支援

障害者

地域移行、地域生活支援

【障害者を対象にした相談機関】

基幹相談支援センター 等

○既存の制度による解決が困難な課題

課題の複合化

- ・高齢の親と無職独身の50代の子が同居(8050)
 - ・介護と育児に同時に直面する世帯(ダブルケア) 等
- ⇒各分野の関係機関の連携が必要

制度の狭間

- ・いわゆる「ごみ屋敷」
- ・障害の疑いがあるが手帳申請を拒否 等

子ども・子育て
家庭

【子ども・子育て家庭を対象にした相談機関】

地域子育て支援拠点

子育て世代包括支援センター
等

土台としての地域力の強化

「他人事」ではなく「我が事」と考える地域づくり

ご静聴ありがとうございました

“multimorbidity 患者” の地域診療拠点
“地域総合診療専門医” こそ働いてほしい



地ケア協会



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

<<http://chiiki-hp.jp/>>