



Medical management support by astellas

MAY 2024

## 高齢者の救急搬送の受け入れを主な対象とする新入院料が創設

2024年度の改定では、増加傾向にある高齢者の救急搬送患者の受け皿として、「地域包括医療病棟入院料」が新設された。この病棟では、救急患者の受け入れだけでなく、早期退院に向けたリハビリテーション、栄養管理、意思決定支援、在宅復帰支援などの機能を包括的に提供することが求められている。

### 急増する高齢者の救急搬送患者の対応が急務

少子高齢化に伴い、急増する高齢者の救急搬送患者への対応が急務となっています。その中でも特に軽症・中等症の高齢者の救急搬送患者が増加しており、現在そのような患者は、7対1病棟などの急性期病院に救急搬送などで入院する割合が高くなっています。この状況に関して、医療資源に限りがある中で重症患者の診療に支障を来す可能性が危惧されています。また一般的に急性期病棟ではリハビリテーション専門職の配置数が少ないことなどから、一部の高齢患者は離床が進まず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ます。

そこで今回の改定では、増加傾向にある高齢者の救急搬送患者の受け皿として、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「地域包括医療病棟入院料(1日につき3,050点)」が新設されました(図表1)。

### 包括評価、ただし一部の薬剤・手術・リハビリテーションなどは出来高算定可

地域包括医療病棟入院料は、1日あたり3,050点と比較的高い点数が設定されていますが、地域包括ケア病棟入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料と同様に、包括評価となっています。ただし、抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、手術・麻酔、リハビリテーション

■ 図表1 地域包括医療病棟が提供する機能のイメージ



10対1の看護配置に加えて、理学療法士等、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

(厚生労働省 令和6年度診療報酬改定説明資料等について「08 令和6年度診療報酬改定の概要 入院I(地域包括医療病棟)」より抜粋・加工 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251535.pdf>))

## ■ 図表2 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\*

#### ○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)

※ほか、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)

(厚生労働省 令和6年度診療報酬改定説明資料等について「08 令和6年度診療報酬改定の概要 入院I(地域包括医療病棟)」より抜粋・加工  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251535.pdf>)

などは、出来高で算定できます(図表2)。また平均在院日数は21日以内、重症度、医療・看護必要度も「15%以上(IIの場合)」かつ「入院初日にB項目3点以上が50%以上」などの施設基準が設定されており、急性期一般入院料4相当の機能が求められています。さらに在宅復帰率は80%以上が施設基準となっており、在宅復帰の対象となる施設も回復期リハビリテーション病棟や介護老人保健施設(一部を除く)などに限定されて、地域包括ケア病棟は対象外とされています。この地域包括医療病棟への移行については、急性期入院基本料1～6を算定する急性期病棟、もしくは一定の救急医療の実績がある地域包括ケア病棟等からの転換が想定されています。

### セラピストや管理栄養士の配置基準が設けられる

人員配置基準について、看護職員は急性期一般病棟

入院料(2～6)と同じ10対1の配置となっています。一方で、地域包括医療病棟には「常勤の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が2名以上」「専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置」が求められます。

高齢者の救急搬送などによる入院患者は、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症といった疾患が多い傾向にあることが報告されています。例えば、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の改善につながるとされています。高齢者の救急搬送患者の受け皿としての機能を、施設基準にも盛り込んだ形といえます。また今回の改定では、高齢者にも多い大腿骨近位部骨折の発症による骨粗鬆症の計画的な治療等を評価する二次性骨折予防継続管理料(1のみ)の対象病棟に、地域包括医療病棟も追加されました。