

【地域包括班①】地域包括ケア病棟における受け入れ患者層と 運用実態に関する検討

研究分担者 佐方 信夫(医療経済研究機構研究部 主任研究員)
研究分担者 野田 龍也(奈良県立医科大学公衆衛生学教室 講師)
研究協力者 牧野 憲一(旭川赤十字病院 院長)
研究協力者 木村 慎吾(石川県健康福祉部地域医療推進室 次長)

研究要旨

地域包括ケアの推進のため「地域包括ケア病棟入院料」が診療報酬で設定され、現在多くの病院が設置してきている。しかし、地域包括ケア病棟が実際どのように運用されているのか、その実態に関する情報は少ない。当分担班では、地域包括ケア病棟の現場でのオペレーションや受け入れている患者層の把握を目的にヒアリング調査を実施した。

地域包括ケア病棟への入棟については、院内からの転棟、自宅からの入院のいずれも病棟管理を行う看護師が病態を評価した上で入棟を判断し、その判断過程において、自宅退院の見通しや診療報酬、病床の稼働状況も考慮するというプロセスであった。地域包括ケア病棟は、DPC病床のような医療・看護必要度や平均在院日数の基準が厳しい病棟では、時間をかけて療養することが困難な患者層が入院できるため、急性期病院や診療所からのニーズも多く、それらの受け皿として機能しており、地域包括ケアの推進に一定の役割を果たしていると考えられた。

A. 研究目的

地域包括ケアの充実および病院の機能分化を推進するために、診療報酬制度では平成24年度診療報酬改定で「地域包括ケア病棟入院料」が設定され、現在多くの病院が届出を行っている。この地域包括ケア病棟は、一般的に自宅で療養する高齢者が軽度の肺炎になった場合などに入院する急性期的な機能(サブアキュート)と急性期の治療後にリハビリと退院調整を行う回復期的な機能(ポストアキュート)の役割を担うとされている。

しかしながら、地域包括ケア病棟の運用には病院ごとに大きなばらつきがあることが指摘されており、地域包括ケアの推進にどのように寄与しているかについては必ずしも明らかでない。もとより、地域包括ケア病棟が実際の医療現場でどのように運用されて、その役割を果たそうとしているのかについての情報は少なく、収益を上げるツールとして利用されているという意見さえある。

そこで、本研究では、地域包括ケア病棟の実際の運用や受け入れている患者層に

ついて把握し、本病棟が地域包括ケアの推進にどのような機能を果たしているのか理解することを目的としてヒアリング調査を行った。

B. 研究方法

地域包括ケア病棟には入棟経路として、自院他病棟からの転棟、自宅・介護施設からの入院、他院からの転院の3つの経路がある。それぞれの経路で入棟する患者層は異なっている可能性があることから、いずれの経路でも患者が入棟している病院を調査の対象とした。病院選択に当たっては、平成29年度病床機能報告データにおいて入棟経路で自宅および介護施設から直接入棟している割合が30%を超えている病棟を抽出した。それらのうち、調査の協力を了承いただいた石川県内の2病院に平成31年2月に訪問して、面接でヒアリングを実施した。

① 石川県能美市 芳珠記念病院

(平成31年2月21日ヒアリング実施)

② 石川県白山市 公立つるぎ病院

(平成31年2月21日ヒアリング実施)

ヒアリングにおいては、いずれの施設にも以下の項目を質問した。また、本項目は事前に質問内容として通知した上で、聞き取り調査を実施した。

- (1) 地域包括ケア病棟への転換の経緯と導入後の調整
- (2) DPC 病床から当該病棟へ転棟するケースの運用
- (3) 当該病棟へ自宅などから直接入院するケースの運用
- (4) 当該病棟で治療する患者層と DPC 病床の患者層の違い
- (5) 当該病棟での入院医療のメリット
- (6) 当該病棟における運用もしくは制度上の問題点

(倫理面への配慮)

本研究は個人情報等を扱っておらず、倫理的配慮を要しない。また、本報告書に記載する内容の公開については、ヒアリングを行った施設に事前に確認を行った。

C. 研究結果

各質問項目についてのヒアリングにおいて、両病院に共通して聴取された内容および両病院で異なる見解で特徴的な内容について、その概要を以下に記す。

1. 地域包括ケア病棟への転換の経緯と導入後の調整

- ・両病院とも以前から亜急性期入院管理料を算定しており、診療報酬の誘導に従って地域包括ケア病棟の点数に移行した。亜急性期病棟からの転換では、人員配置や医師・看護師間のやりとりで大きな変化はなかった。
- ・旧7対1看護配置の病床から転換した病棟もあったが、そこでは導入時に医師側の不安があった。
- ・入棟対象となる患者層について、地域包括ケア病棟の導入時に院内で検討しており、手術後に自宅退院予定だが退院調整が必要な者、高齢者のごく軽度の肺炎だがりハビリを要する者など具体的な患者像を職員間で共有した。
- ・当該病棟の導入時には、周辺医療機関(急性期病院と診療所)にどのような患者さんを受け入れることができるのかを説明しており、このような取り組みが持続的な患者紹介につながった。

2. DPC 病床から当該病棟へ転棟するケースの運用

- ・自院の DPC 病床から地域包括ケア病棟へ転棟するタイミングとしては、患者さ

んの状態が安定して急性期を過ぎたと判断された場合や DPC の各診断群分類における標準在院日数（入院期間Ⅱ）を超えた場合が目安になる。

- ・実際の運用では、主にベッドコントロール担当の看護師が急性期病棟の看護師長と定期的にミーティングを行い、転棟のタイミングを判断している。
- ・転棟の判断には、患者さんの病態、自宅退院の見通し、60日以内に退院が可能かどうかを評価基準とし、DPC 病床の稼働状況、診療報酬上の点数についても考慮に入れることがある。
- ・患者さんに対しては、入院時に状態が安定した場合には転棟する可能性がある旨を説明しており、患者側からの不満はほぼない。

3. 当該病棟へ自宅などから直接入院するケースの運用

- ・DPC 病床と地域包括ケア病棟のどちらの病棟へ入院するかは、入院時に患者の病態や状態安定後のリハビリや退院調整の可否を看護師が評価を行って、最終的に医師が判断するという仕組みになっている。
- ・判断の基準として、病態が重い場合は必ず DPC 病床に入院する。地域包括ケア病棟でも対応できる治療内容の場合は、両方の病床の稼働状況や診療報酬上の評価を考慮して判断する。この場合、医事課の職員も検討に加わっている。
- ・必ずしも入院時は DPC 病床に入った方が病院の運営上良いというわけではなく、転棟しないことのメリット（病棟スタッフが同じ、転棟の時間的コストやリスクが発生しない等）もある。
- ・診療報酬の多寡はケースバイケースであり、厳密に予測できるわけではないこと

から、病態を中心に総合的に判断するという考え方である。

- ・地域包括ケア病棟の運用を重ねるうちに、よく見られる症例のパターン等が把握できたため、ある程度のルールを作っており、どちらの病棟（DPC か地ケア病棟）に入院するかルールに基づき判断できるようになっている疾患もある。

4. 地域包括ケア病棟と DPC 病床の入院時の患者層の違い

- ・DPC 病床へ入院する患者層との一番の違いは、病態の重さである。病状が不安定であるうちは、基本的には DPC 病床で治療する。
- ・治療にあたって高度な医療処置や薬剤を使用する場合には DPC 病床で、処置の少ない、診療密度の高くない患者については地域包括ケア病棟へ直接入院できるかを検討することが一般的である。
- ・特に地域包括ケア病棟では、医療・看護必要度の基準が DPC 病床（急性期一般入院基本料）のように高い水準が求められないため、軽症の場合は地域包括ケア病棟に入院するという認識が定着している。
- ・急性期病院からの紹介では、治療が終了して退院可能だが自宅退院のために介護サービスなど療養環境の調整が必要なケース、診療所からはご家族の都合で一次的に軽度のリハビリ入院が必要になったケースが先方のニーズと合致しているようで、よく紹介される。

5. 当該病棟の導入効果とメリット

- ・両病院とも地域包括ケア病棟を導入しても平均在院日数や病床稼働率にそれほど大きな変化はなかった。

- ・メリットとしては、比較的時間をかけて退院調整が行えるということや、包括算定であるために柔軟なリハビリテーションを行うことが可能であり、これにより自宅への退院準備を進められることである。
- ・軽い受傷に対するリハビリテーションや自宅の療養環境整備に係る入院など医療・看護必要度の低い患者さんを入院で対応しやすくなった。

6. 当該病棟における運用もしくは制度上の問題点

- ・診療報酬上の問題としては、入院期間が短くなった場合と長くなった場合の両方に問題がある。
- ・早期に退院をした場合は、収支が悪くなる一方、漫然と入院を継続している方が収益の上がるため、早期退院に関するインセンティブがより必要ではないか。
- ・一人の患者が同じ病名で3ヶ月以内に再入院した場合（悪性腫瘍と一部難病は1ヶ月）、一連の入院として算定日数が通算されてしまうので、上限の60日を超えてしまう。心不全やCOPDの患者さんなどは再増悪することも頻回にあるため、制度上の対応が必要ではないか。

D. 考察

本調査を行った病院では、地域包括ケア病棟に、急性期病院での治療が終わった患者さん（いわゆるポストアキュート）と、軽症疾患の患者さん（いわゆるサブアキュート）の両パターンの入院を受け入れていた。

サブアキュート・ポストアキュートの症例はいずれも、本来は急性期一般入院基本料のような病棟での入院継続が適当とはいえない。地域包括ケア病棟はこのような

ケースの受け皿になっていることが、今回のヒアリングを通じて把握することができた。これは、地域包括ケア病棟が期待している役割を十分に果たしていることを示している。

地域包括ケア病棟の良い適応となるケースは、退院調整により自宅療養できる見通しがあることであり、自宅退院の見込みが少ない方が多く入院する療養病床への転棟とは大きく異なっている。この点についてはヒアリングを行った両病院とも強く意識しており、「地域包括ケア病棟は自宅退院の促進」という考えが浸透していると考えられた。

地域包括ケア病棟への新規入院患者さんの割り振りについては、病態・診療報酬・病床の稼働状況を中心に総合的に判断して決定されていた。これは、旧7対1入院基本料など急性期の病床を効率的に利用し、そこまで医療資源を要しないケースは看護配置が比較的少ない病棟で治療するということになり、病床の適切な利用を進められているとも考えられる。これを可能にした要因として、比較的寛容な施設基準が挙げられる。すなわち、地域包括ケア病棟では、医療・看護必要度の基準についてDPC病床のように高い水準が求められず、平均在院日数の制限も緩いため、退院調整で時間がかかりそうなケースや、レスパイト入院などの軽症の場合を受けられると推察される。

患者の入院時の割り振り、転棟タイミングの調整については、収益に基づいた操作が懸念されがちである。しかし、それらはベッドコントロールの検討要因の一つではあるものの、実際の医療現場においては、それ以上に本病棟の使いやすさによるニーズが多く、多様な患者の受け皿として機能しているため、収益のみではベッドコン

トロールしがたい状況も多いことが推察される。特に、今回のヒアリング先のように様々な経路から入院を受けており、一定の稼働率を保っている医療機関においては、収益のみを目的とした地域包括ケア病棟の運用は少ないのではないかと考えられた。

E. 結論

地域包括ケア病棟は、急性期後の療養やごく軽症の病態の治療において、現行の制度下で適切な入院先として機能している。その入棟判断においては、病棟管理の看護師等により病態の評価、自宅退院の見通し、診療報酬、病床の稼働状況を考慮した、一定のプロセスで決定されており、円滑に運用されていると考えられた。

(謝辞)

当分担研究班のヒアリングにご協力いただいた芳珠記念病院、公立つるぎ病院の皆様方に深謝いたします。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

(別紙1) ヒアリング概要 (石川県能美市内)

平成31年2月21日実施

市政概況

人口総数：50,179人 男：24,909人 女：25,270人
(平成29年12月31日時点)

面積：84.14 km²

高齢化率：24.91% (平成29年12月31日時点)

お話をお伺いした病院概況：芳珠記念病院

一般病床 200床 (急性期一般入院料1：86床、地域包括ケア：82床、障害者：32床)
療養病床 120床 (医療療養：60床、介護療養：60床)
計 320床

芳珠記念病院における取り組み

1) 地域包括ケア病棟に転換する前から現在までの病棟(床)転換の経緯について

(1) ①地域包括ケア病棟届出前の状況および転換に際しての問題点について

・芳珠記念病院では、以前から療養病棟、障害者病棟、亜急性期入院医療管理料の届出を段階的に行って、ケア・ミックス病院になった経緯があった。今回は、以前の亜急性期入院医療管理料を地域包括ケア病棟へ転換したため、人員配置や入院する患者層などにそれほど大きな変更はなかった。

(2) 当該病棟の届出にあたり地域の医療機関や院内での調整について

- ・地域包括ケア病棟の運営にあたり、最初に取り組んだことは、院内の職員(主に医師)に対して、どのような患者層(疾患の種類や予定在院日数)の入院に適しているのかを説明して、入院時に選択できるように教育することであった。医師がどの病棟に入院するかを最終的に決定するため、この理解を得ることが特に必要であった。当初は在院日数が長期になる患者も入院できると思っていたり、入院期間の見込みが入院診療計画書に記載されていなかったりしたことから、それらの評価を行うように徹底した。
- ・周囲に競合の医療機関はないため、当該病棟の届出に関して調整などは行っていない。集患のために多くの医療機関に当該病棟で受け入れることができる患者層を説明して回った。高次医療機関では、急性期後の患者、診療所からは軽症急性期の患者(レスパイトも含め)が入院できることを説明した。また、退院調整にもう少し時間がかかる、自宅での療養を可能にするためのリハビリ等包括的な取り組みが必要、食思不振などの患者さんも

入院できることを説明した。在院日数や制度の問題についても説明して回ったところ、結果として多くの患者さんの紹介を得ることができている

2) 地域包括ケア病棟の運用実態と導入の効果について

(1) 全体について

- ・当該病棟の病床稼働率は 90%程度であり、病院全体の在宅復帰率はおおむね横ばいである。在院日数もあまり変わらないが、病床全体の回転率は上がっているため、療養病床の稼働率が低下している。
- ・当該病棟の制度を利用して、Point of Care(POC)リハビリテーションと呼ぶ、自宅療養に向けた短時間訓練などの介入を入院中に細かく実施する仕組みを取り入れており、自宅復帰に貢献できている。
- ・前述の P O C リハビリテーション実施に伴い、毎週のミーティングで個々の患者さんの状態を把握して、退院前の現在地を評価し、必要なリハビリ等包括的な取り組みの検討が進んでいる。
- ・看護業務は D P C 病棟のような医療処置は多くないが、当該病棟では退院調整を含む、家族とのやりとりなどが多いため、コミュニケーションを要する仕事が多い。また、回転率が上昇しているため、当該病棟でも業務は忙しくなっている。

(2) ポストアキュート機能（DPC 病床から当該病棟へ転棟するケースの運用）について

- ・転棟の判断は、毎週看護師長とベッドコントロール担当看護師のミーティングがあり、急性期を過ぎた転棟可能な患者さんをピックアップして検討している。患者さんの DPC における標準入院期間や DPC 病床、地域包括ケア病棟の稼働状況なども判断材料としている。
- ・事前に転棟することを患者さんにも説明しているため、それに関する患者さん側からの不満などはない。
- ・リハビリ（その他職種の介入を含む）要否の判断は、当該病棟専従の PT および看護師が入棟する患者さんを見て、必要と考えれば医師に進言する。医師側でも DPC 病棟の時からリハビリをオーダーしているケースもあり、その場合は当該病棟での継続を申し送る。
- ・基本的に、リハビリ単位数の計算は PT 側で行っており、従事者一人あたりの実施上限もそれほど気にせずに運営できている。
- ・主治医は急性期病棟から同じ医師が転棟した後も担当している。

(3) サブアキュート機能（当該病棟へ直接入院するケースの運用を中心に）について

- ・DPC と地域包括ケア病棟のどちらの病棟に入るかは、基本的には医師が患者さんの病態を見て判断することとしているが、ベッドコントロール担当の看護師が最初に評価を行っており、医師に提案する形となっている。
- ・入棟先の検討では、看護師のみならず、医事課職員も検討に加わり、疾患、重症度（必要な処置）、患者の生活機能、病床の稼働状況、見込み入院期間、診療報酬などを考慮して決める。
- ・地域包括ケア病棟の運用を重ねていくうちに、頻度の高い疾患や典型的な入退院のパター

ンが徐々に分かってきた。このため、当院に入院の多い疾患については、どちらの病棟へ最初入るかについて既に検討しており、一定数の疾患について入棟先を判断するスキームが概ね決まっている。

- ・ケースによっては、見込み入院期間などによって、地域包括ケア病棟に直接入院するような場合がある。具体的には、リハビリ（その他職種の介入）が必要であるとか、退院調整が必要なことが入院時から明らかな場合には、転棟の手間やリスク、コストを考えると、最初から地域包括ケア病棟に入院するケースもある。
- ・直接入院すると転棟に係る看護師の時間削減、リスク削減、患者さんの安心につながり、病棟の担当スタッフとも慣れるので、時間をかけて治療できるメリットがある。単純に診療報酬だけの比較ではなく、トータルコストで検討してどちらが有益、効率的であるか検討する。医師は同じなので、治療内容が変わるわけではない。
- ・レスパイトや在宅で療養環境を整えるためのリハビリ入院などは、医療必要度が高い方であれば入院期間2週間を目安にして、地域包括ケア病棟で受け入れている。

3) 地域包括ケア病棟の診療報酬について

- ・診療報酬のコストはほかの入院基本料に比べて利益は少ないと感じている。特に制度上の問題として、リハビリ等の包括的な取り組みを十分に行って早く在宅復帰を達成すると、初期の費用がかかる一方で、コストが十分に反映されない。病床稼働率との関係もあるが介入が少ない長期の入院と比べて、収益的にはよくない。早期退院に対する強いインセンティブが必要と感じる。

4) その他

- ・本病院は、当該病棟から老健や施設への退院が少ないが、それは中間施設を経由する必要がないほどに地域包括ケア病棟で、ADL や栄養状態等の回復、薬剤の総合評価・調整を行った上で在宅復帰しているからと考えられる。介護が主な方のための老健等の介護施設と、医療と介護が必要な方のための地域包括ケア病棟は、役割分担ができており自然に連携が減少している。

(別紙2) ヒアリング概要 (石川県白山市内)

平成31年2月21日実施

市政概況

人口総数：113,616人 男：55,646人 女：57,970人
(平成29年12月31日時点)

面積：754.93 km²

高齢化率：26.96% (平成29年12月31日時点)

お話をお伺いした病院概況：公立つるぎ病院

総病床数 152床

一般病床 45床

地域包括ケア病床 54床

療養病床 53床

公立つるぎ病院における取り組み

1) 地域包括ケア病棟に転換する前から現在までの病棟(床)転換の経緯について

(1) ①地域包括ケア病棟届出前の状況および転換に際しての問題点について

- ・地域包括ケア病棟の届け出前は亜急性期入院医療管理料を届け出していたが、診療報酬改定で地域包括ケア病棟になったため、猶予期間終了直前に一部転換して、その後54床まで拡大した。
- ・元々10対1入院基本料の病棟において、平均在院日数が退院調整などで長くなりがちであったが、地域包括ケア病棟に転換してそれらの入院の受け皿となった
- ・地域包括ケア病棟へ転換した際には、どのような患者さんを入棟させるべきなのか模索していた。当初は、救急車による入院などは基本的に全てDPC病床へ入院というルールで運用したり、試行錯誤していた。
- ・地域包括ケア病棟を運用していく中で、退院支援とリハビリに力を入れよう、と院内で話がまとまった。しかし、実際にどのように退院支援の介入を行うか、リハビリはどのように行うのがよいのか、という点はまだ色々と試しながら行っている段階である。

(2) 当該病棟の届出にあたり地域の医療機関や院内での調整について

- ・地域の医療機関(診療所や高次医療機関)へ地域包括ケア病棟を開設した旨の周知を行い、急性期後の患者さんの受け入れが可能であることを幅広く周知した。長年人材などの点でも交流のある急性期病院から転院してくるケースが多いが、それ以外の急性期病院へも宣伝を行い、患者さんを紹介してもらえるように呼びかけた。以前は白山市にゆかりのある

人が転院してくることが主だったが、現在ではそうでない人も紹介してもらえるようになっている。

2) 地域包括ケア病棟の運用実態と導入の効果について

(1) 全体について

- ・病床稼働率は地域包括ケア病棟を導入してから改善したというよりは、導入前年に医師数が減少したことで診療できる患者数が減少し、その後に体制を整えたことで患者数（病床稼働率）が回復した。（病床利用率 H24 年 85%、H25 年 76%、H26 年 76%、H27 年 82%、H28 年 88%）
- ・地域包括ケア病棟を導入した時から退院支援をしっかりと行おうという趣旨で、ミーティングも定期開催することとした。ミーティングの回数は3回（入院時、中間、退院時）行っている。
- ・地域包括ケア病棟は 60 日間入院できるため、じっくりと退院調整に取り組めるが、そのために退院支援に入るタイミングが遅くなることや、理学療法士や医師、看護師の退院時期のすり合わせができておらず、十分な退院調整ができていないと感じる事例が時々ある。
- ・地域包括ケア病棟の看護師の労働負荷は、DPC 病床のように動き回るようなことはないが、家族とのやりとり、ケアマネジャーへの連絡などコミュニケーションが求められるため、時間はかかっており労働負荷はそれほど軽くない。

(2) ポストアキュート機能（DPC 病床から当該病棟へ転棟するケースの運用）について

- ・DPC 病床から地域包括ケア病棟への転棟の判断は、病棟師長と退院調整室ナースの集まる会議で検討する。概ね、DPC 点数表の入院期間Ⅱ、Ⅲを目安に転棟できないか考えている。
- ・病棟の利用状況によって、どちらの病棟に入院するのか調整することもあり、概ねその判断は看護師サイドで提案して医師が了承するという仕組みになっている。例えば、DPC 病棟が満床になり、新しい急性期の患者が入院するため、状態の安定している患者さんに地域包括ケア病棟へ転棟してもらうこともある。
- ・リハビリの要否は、担当する看護師や病棟師長が患者さんの状態を見ながら検討して、医師に進言することが多い。入院中に医師自らリハビリをオーダーすることもある。
- ・主治医は DPC 病床から地域包括ケア病棟へ転棟しても変わらない。患者さんは医師が変わらないので安心して療養を継続でき、転棟すれば最大 60 日間入院できるのでゆっくりと退院調整できる。

(3) サブアキュート機能（当該病棟へ直接入院するケースの運用を中心に）について

- ・入院する病棟については、基本的に救急車で来院や救急医療管理加算の対象となる患者は DPC 病床に入院する。検査・処置が必要な患者さんも DPC 病床へ入院する。例えば、レスパイト入院や社会的入院（介護者の病気などによる在宅医療の継続困難）等は、医療看護必要度が低いこともあり、地域包括ケア病棟に入院する。あとはベッドコントロール担当看護師の判断による。療養病床はほとんど病床が空かない状態であり、DPC と地域包括ケア病棟間のベッドコントロールにあまり関係しない。

- ・本病院では、DPC/PDPS の医療機関別係数が低いため、診療報酬上では必ずしも DPC 病床の方が地域包括ケア病棟より高い点数になるとは言えない。しかし、診療報酬を厳密に比較して、どちらの病棟に入院するか決めているわけではない。
- ・リハビリが必要な場合は、地域包括ケア病棟では包括になるため DPC 病棟に入院する。
- ・他院から地域包括ケア病棟に直接入院するケースで多いのは、脳外科単科病院からの肺炎、（高度）急性期病院からの終末期、急性期病院からの退院調整依頼、回復期リハビリ病棟適応外のリハビリ等である。
- ・当該病棟に直接入院させるメリットは、在院日数や医療看護必要度を気にしなくて良い点である。ただし、入院期間が 60 日越えるケースもあるので注意が必要である。
- ・また、療養病棟には医療区分が低くて入棟できない患者さんでも、当該病棟では受け入れ可能で排泄ケアやおむつ管理などの対応を看護補助の人が時間をかけて行える。
- ・DPC 病床で受けられず、地域包括ケア病棟で受けやすいのはレスパイト入院である。

3) 地域包括ケア病棟の診療報酬について

- ・入院期間が 60 日を越えるケース（施設の順番待ちなど）が現行の診療報酬では対応が困難になる。
- ・当該病棟の入院中に再び肺炎になったりして、退院が遅れたりするケースでは、嚥下訓練などがもう一回必要になる。この場合、入院期間の 60 日を超えてしまうことがあり、診療報酬上でかなり厳しい点数になる
- ・施設基準で定められている、夜間配置の常時 6 人が厳しい基準であると感じる。従事者の負担が減らない。
- ・治癒がありえない慢性心不全や COPD などでは増悪して再入院してくるが、診療報酬上で通算されるため、二度目の入院では地域包括ケア病棟への入院が難しくなる点も問題である。