

入院(その3)

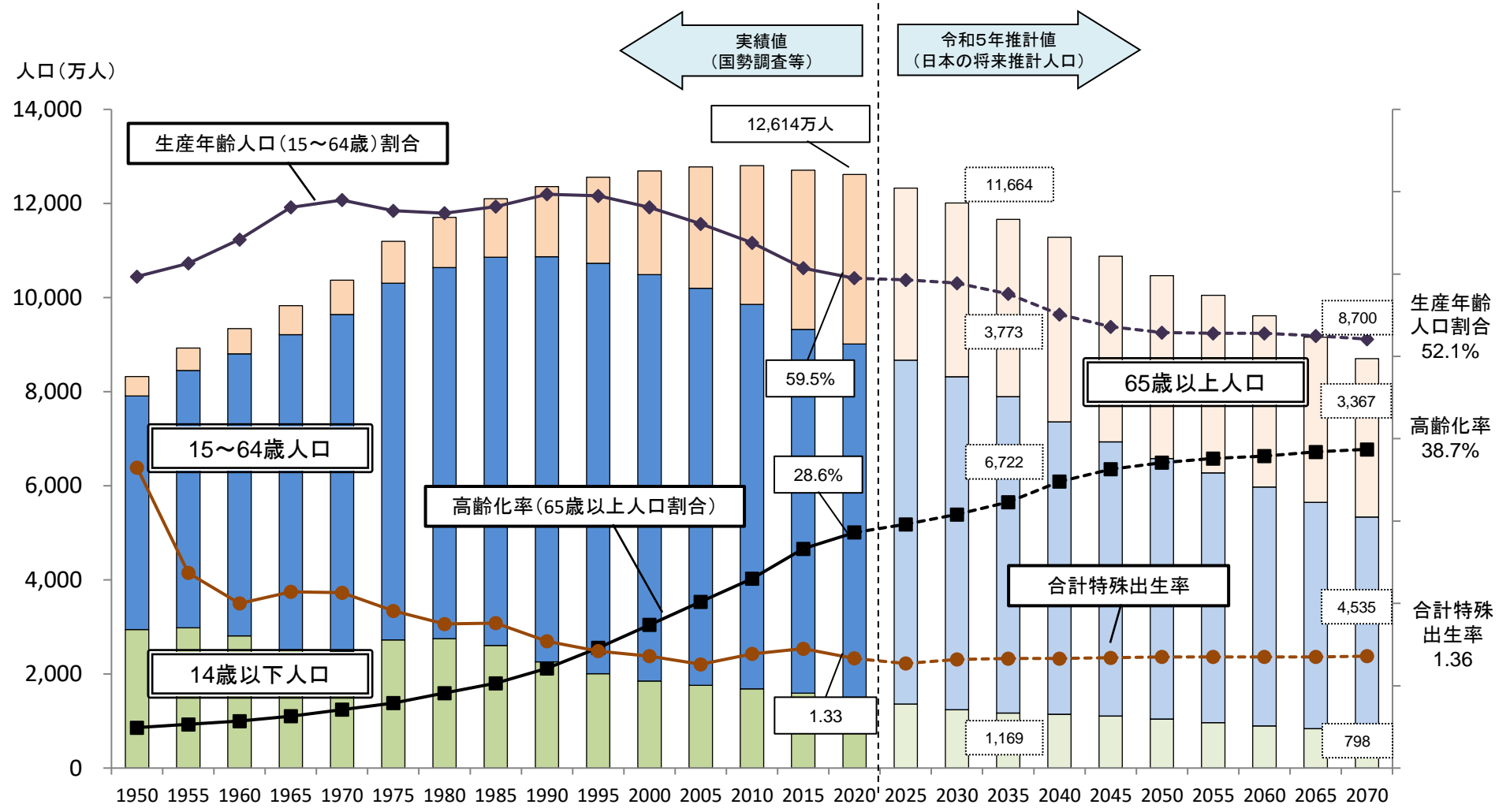
回復期入院医療について

回復期入院医療について

1. 回復期入院医療を取りまく現状等
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. 課題と論点

日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000 万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



出典：2020年までの人口は総務省「人口推計」(各年10月1日現在)、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」
 2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
 2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)：出生中位・死亡中位推計」

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

中医協 総-4
5 . 7 . 5

医療法の
位置付け

一般病床

(R3.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 886,272床
病床利用率 69.8%
平均在院日数 16.1日

療養病床

(R3.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 285,828床
病床利用率 85.8%
平均在院日数 131.1日

DPC/PDPS

1,764施設 483,425床※2
(+1,981床)
※2 R4.4.1現在

特定機能病院 入院基本料

87施設
58,726床 (+185床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

19施設6,249床 (+4床)

救命救急入院料

入院料1 188施設 3,640床 (+47)	入院料2 22施設 167床 (▲33)	入院料3 79施設 1,573床 (▲66)	入院料4 82施設 906床 (+15)
-------------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------

特定集中治療室管理料

ICU1 159施設 1,656床 (+169)	ICU2 80施設 927床 (+60)	ICU3 329施設 2,317床 (▲48)	ICU4 54施設 497床 (▲68)
--------------------------------	----------------------------	-------------------------------	----------------------------

ハイケアユニット入院医療管理料

HCU1: 643施設 6,327床 (+174床)
HCU2: 37施設 363床 (+54床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

203施設 1,667床 (+75床)

小児特定集中治療室管理料

16施設 161床 (+61床)

新生児特定集中治療室管理料

NICU1 75施設 731床 (▲20床)
NICU2 153施設 909床 (+24床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 841床 (▲16床)
新生児 1,771床 (+16床)

新生児治療回復室入院医療管理料

203施設 2,972床 (+73床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (▲2床)

小児入院 医療管理料	管理料1 81施設 5,373床 (▲63床)	管理料2 181施設 5,990床 (▲318床)	管理料3 80施設 1,876床 (▲154床)	管理料4 387施設 8,026床 (▲160床)	管理料5 167施設 -
---------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------

一般病棟入院基本料

575,751床 (▲4,036床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1 938施設 62,056床 (+2,675)	入院料2 193施設 10,371床 (+369)	入院料3 332施設 14,570床 (▲973)	入院料4 64施設 2,666床 (+150)	入院料5 33施設 1,191床 (▲748)	入院料6 11施設 440床 (▲1,019)
--------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1 1,392施設 46,819床 (+3,457)	入院料2 1,250施設 40,182床 (▲1,344)	入院料3 40施設 982床 (▲326)	入院料4 70施設 1,313床 (▲511)
--	--	--------------------------------	----------------------------------

障害者施設等入院基本料

891施設
72,004床 (+1,633床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床 (±0)
入院料2 2施設 79床 (±0)

特殊疾患

病棟入院料1 102施設 5,287床 (▲77床)	病棟入院料2 107施設 7,958床 (+192床)	入院管理料 32施設 424床 (▲42床)
-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

緩和ケア病棟入院料

入院料1 241施設 4,937床 (+118)
入院料2 219施設 4,250床 (+39)

療養病棟入院基本料

205,673床 (+101床)

介護療養 病床

13,647床
※R3.6末病院報告

施設基準届出
令和4年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料
173施設 10,875床 ※R4新設

精神科急性期治療病棟入院料
入院料1 367施設 16,560床 (▲67)
入院料2 9施設 358床 (▲29)

精神病棟 1,180施設 140,478床 (+1,660床)
精神科救急・合併症入院料 11施設 390床 (▲34)
児童・思春期精神科入院 50施設 1,690床 (+135)

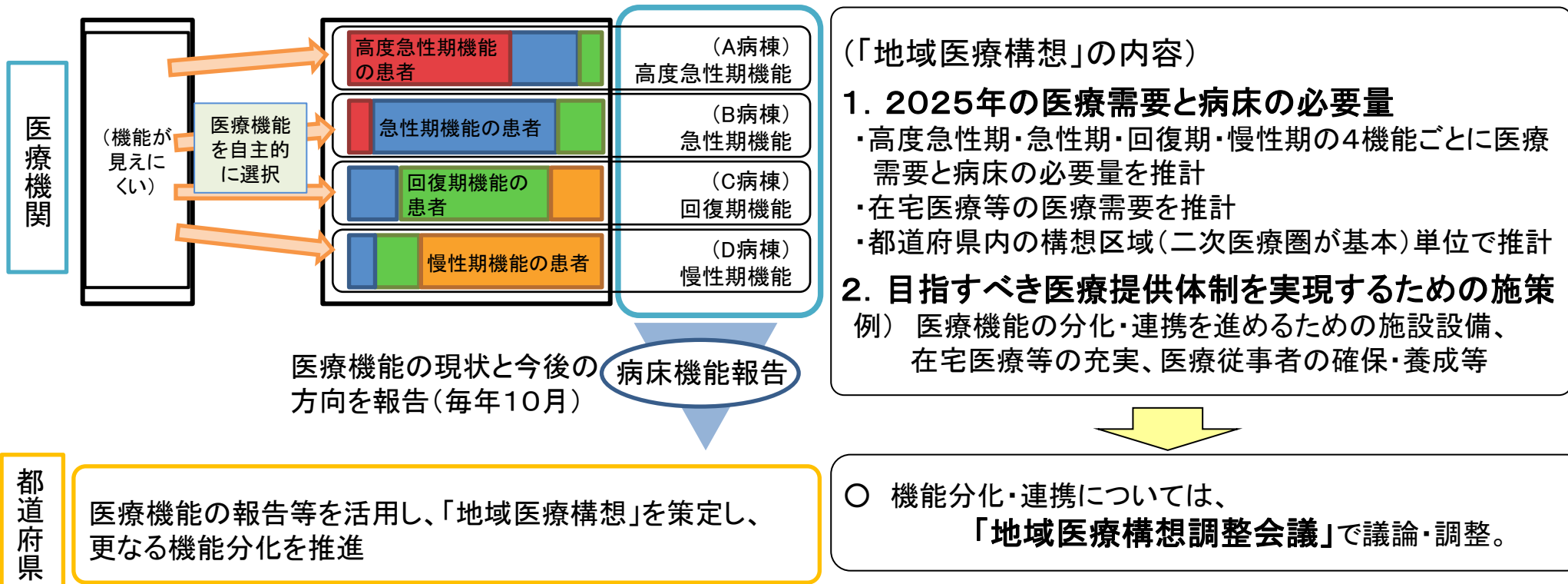
精神療養病棟入院料 808施設 88,399床 (▲1,312)
地域移行機能強化病棟入院料 27施設 1,129床 (▲207床)

認知症治療病棟入院料
入院料1 554施設 38,590床 (+436)
入院料2 3施設 220床 (+6)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



病床機能報告制度

○ 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

2022年度病床機能報告について

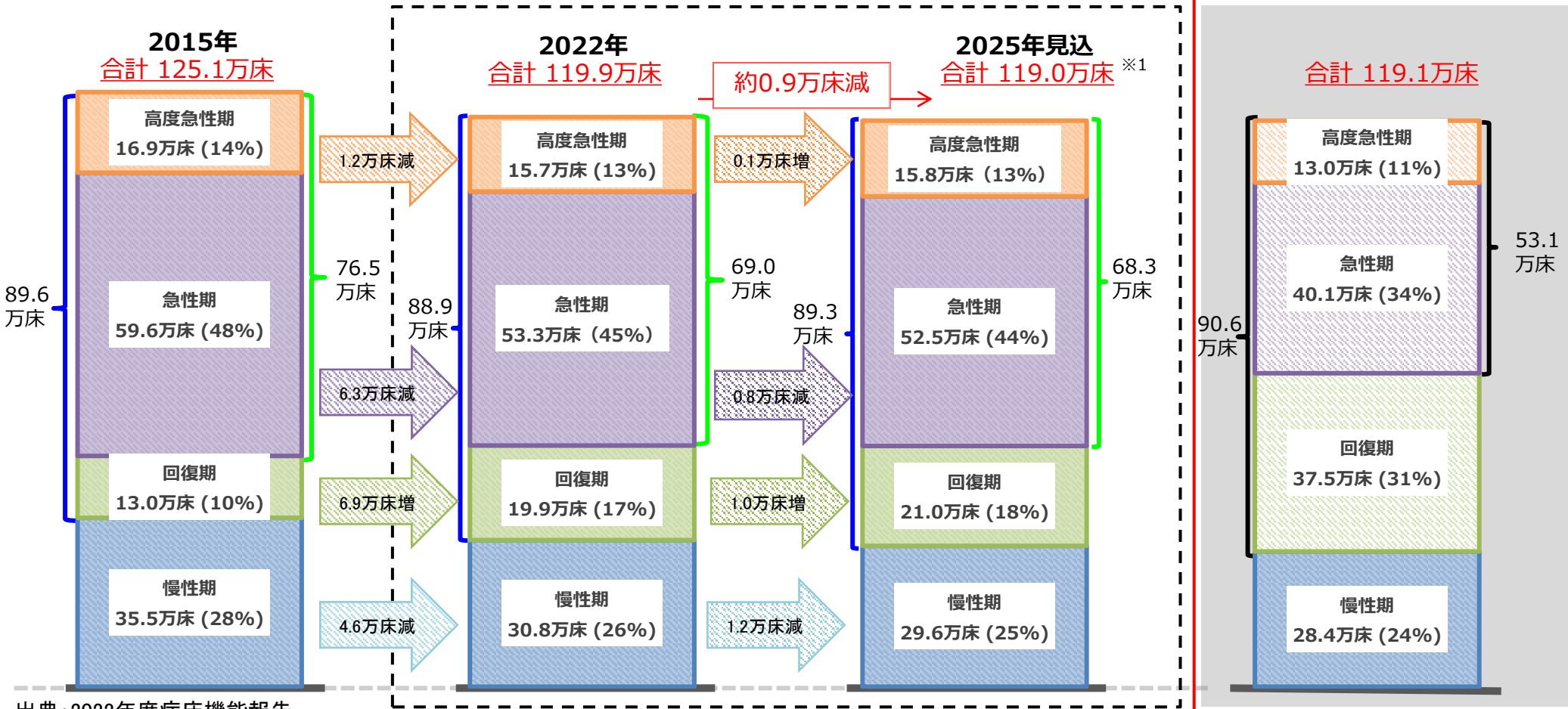
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))※4 ※6



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 12,171/12,590(96.7%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,399床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのはではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ（令和5年5月25日）資料2より抜粋

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取り扱う。その他の一般入院料等を算定する病棟については、各病棟の実態に応じて選択する。

高度急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期機能

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

慢性期機能

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ハイケアユニット入院医療管理料
- 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院医療管理料

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択

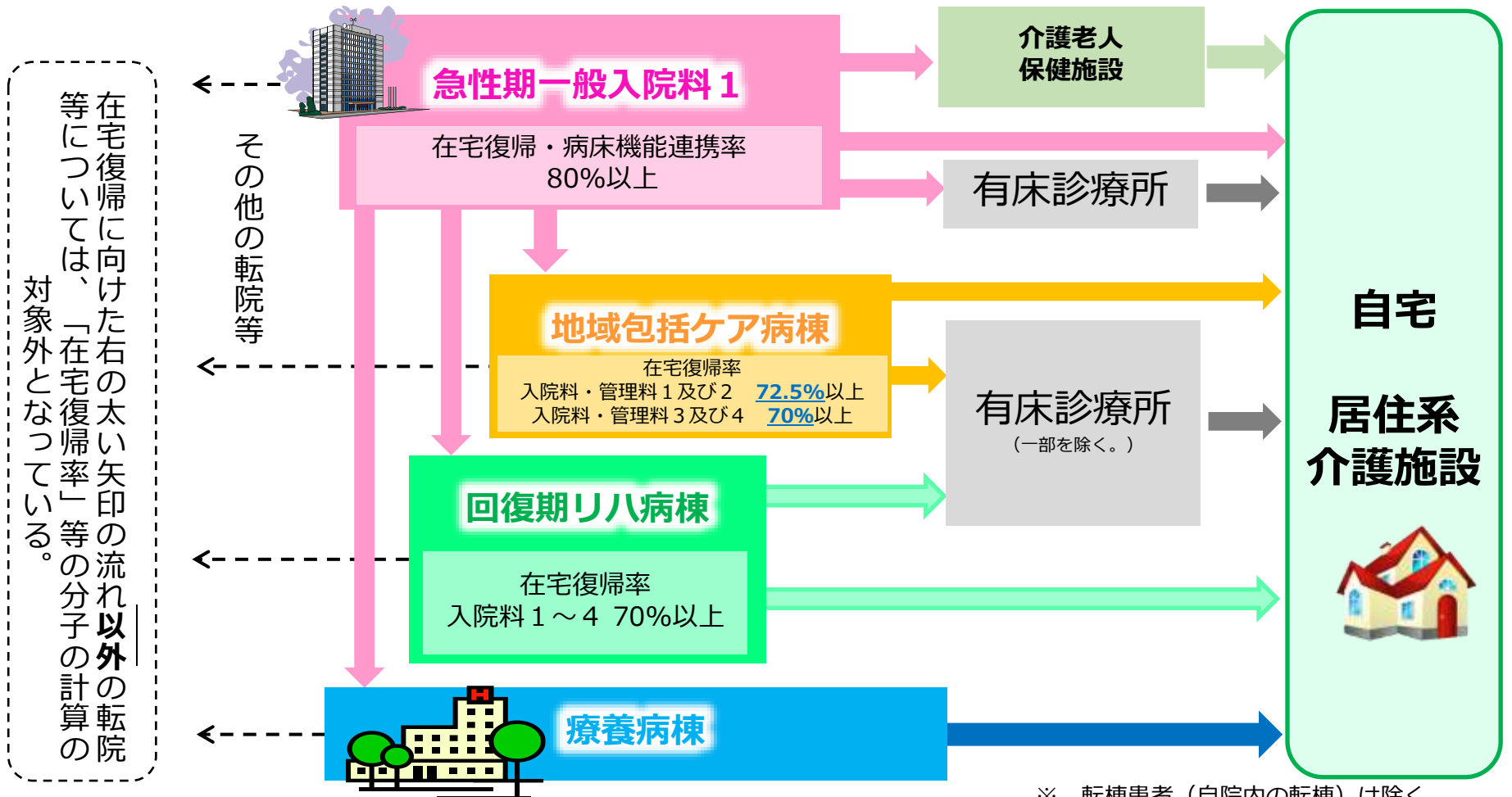
- 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料
- 障害者施設等入院基本料

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**



※ 転棟患者（自院内の転棟）は除く。
※ 在宅復帰機能強化加算に係る記載は省略。

医療提供体制の評価に係る診療報酬改定

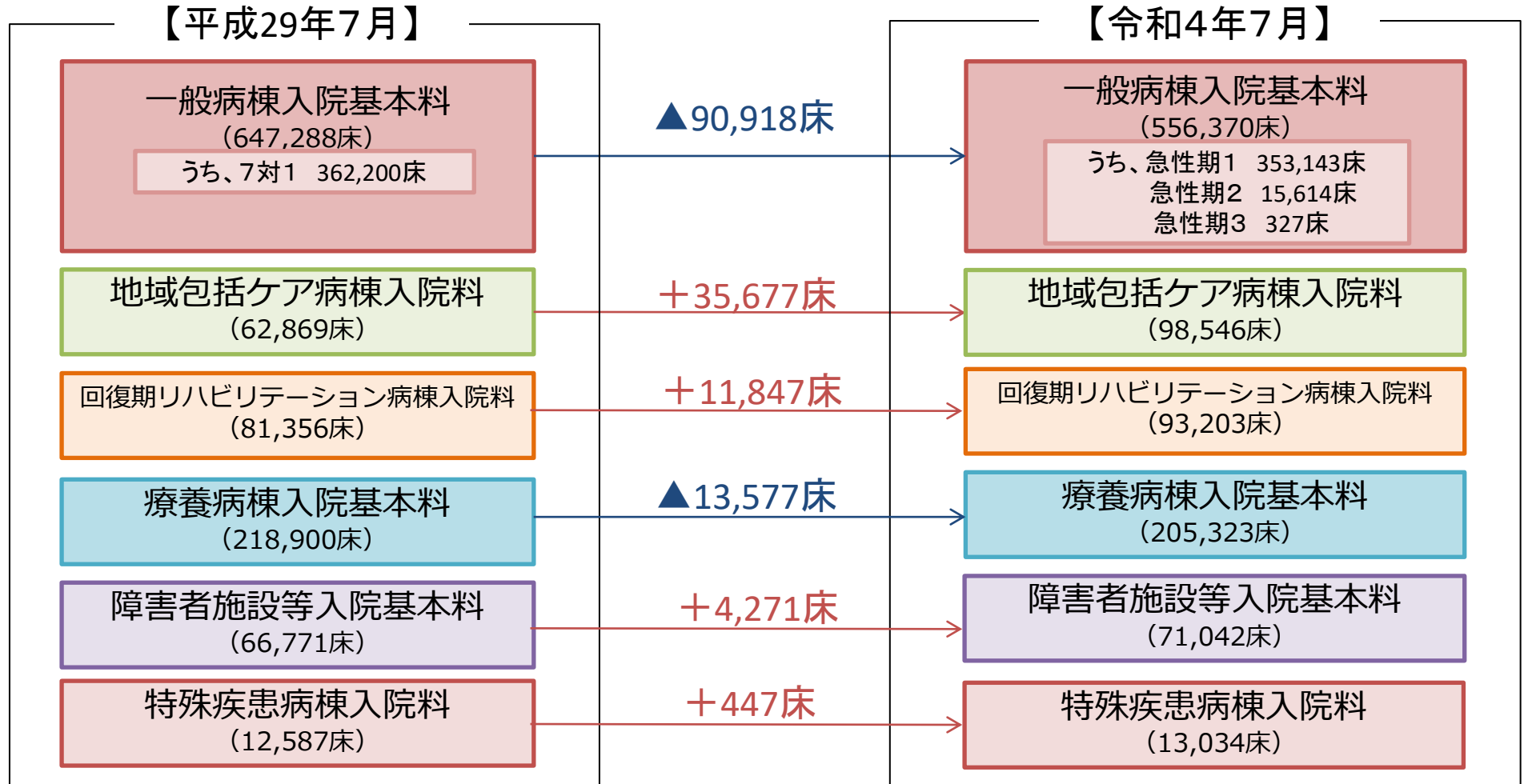
中医協 総-6
5. 5. 17

- これまで診療報酬では、累次の改定に地域の実情に応じて必要な医療を提供できるよう、各入院基本料等の設定を行うことにより病床機能の分化と連携を推進してきた。さらに平成26年に医療介護総合確保推進法が制定されてからは、地域医療構想の主旨を踏まえつつ、報酬改定毎に施設基準の見直し等を行ってきた。

	一般病棟	地域包括ケア病棟	回復期リハビリテーション病棟
～ 平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ○7対1入院基本料の創設(H18) ○7対1入院基本料の算定要件として一般病棟用の重症度・看護必要度基準の導入(H20) ※該当患者が10%以上 ○施設基準の見直し(H24) <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の該当割合基準の引き上げ(15%以上) ・平均在院日数要件の見直し(7対1病棟について19日から18日に短縮、13対1及び15対1病棟における長期療養の適正化) 	<ul style="list-style-type: none"> ○亜急性入院医療管理料の創設(H16) ○亜急性入院医療管理料を回復期リハビリテーションの実施状況に応じた体系に見直し(H24) 	<ul style="list-style-type: none"> ○回復期リハビリテーション病棟入院料の創設(H12) ○算定要件の拡大(H18)、重症者受入、在宅復帰率の要件を追加(H20) ○入院料1の新設(H24) ※専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上等
○平成26年に医療介護総合確保推進法が成立			
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度基準の名称変更及び急性期患者をより評価する項目へ見直し ・平均在院日数要件の見直し(短期滞在3の患者を計算対象から除外、17対1及び10対1病棟における長期療養の適正化) ・在宅復帰率の導入(7対1病棟について75%以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院料1に体制強化加算を新設 ※専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の見直し(侵襲性の高い治療を評価するC項目の新設等項目の見直し及び該当割合基準について25%以上に引き上げ) ・在宅復帰率の見直し(7対1病棟について80%以上に引き上げ) 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・500床以上の病院等において、届出病棟数を1病棟までとする ・在宅復帰率の退院先に有床診療所を追加 	<ul style="list-style-type: none"> ○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価の導入
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ○一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を「急性期一般入院基本料」へ再編・統合 ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の判定基準及び一部項目の見直し、診療実績データ等を用いる「必要度Ⅱ」の新設、該当割合基準の見直し ・在宅復帰率の名称変更及び定義の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ○評価体系の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分との組み合わせによる体系に見直し ・在宅医療や介護サービスの提供等を行う医療機関に対する評価の引き上げ 	<ul style="list-style-type: none"> ○評価体系の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・入院料を6区分に見直し ・基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を導入
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・必要度の判定基準の見直し、入院の必要性に基づいた一部項目の見直し及び項目見直しに伴う該当割合基準の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・実績要件の見直し ・入退院支援部門の設置を必須とする ・400床以上の場合新規届出を不可とする 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し ・管理栄養士の配置要件の見直し
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ○急性期充実体制加算の新設 ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点に基づく必要度の一部項目の見直し及び項目見直しに伴う該当割合基準の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・救急体制に係る要件の追加 ・重症患者割合の引き下げ ・自院一般病棟からの転棟患者の割合に関する要件の拡大 ・自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の引き上げ ・在宅復帰率の引き上げ 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院料の再編 <ul style="list-style-type: none"> ・入院料5の廃止 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の新設 ○施設基準の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・重症患者割合の引き上げ

届出病床数の推移について（概要）

- 平成29年7月時点の各入院料の届出病床数と令和4年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

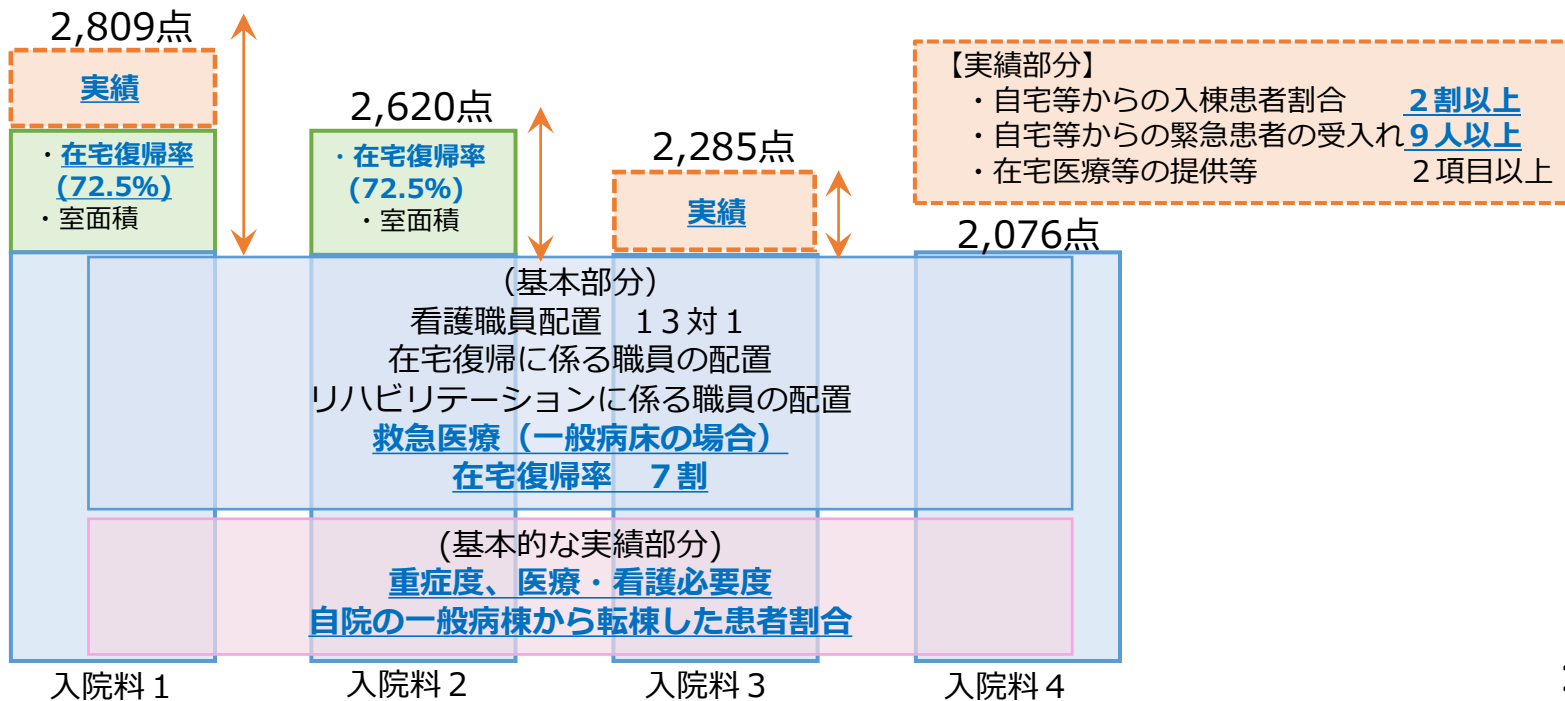
2-3 地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

2-4 地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

2-5 地域包括ケア病棟の在宅医療等との連携について

2-6 入退院支援について

地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	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）							
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	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	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
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	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 （満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	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 <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
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）	

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、**救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が6割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれか**を満たす場合は100/100

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

在宅医療等の実績

- 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及び**外来在宅共同指導料1**の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

➤ 救急体制に係る評価の見直し

- **一般病床において**地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア病棟管理料を算定する場合については、**第二次救急医療機関であること又は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を要件**とする。

※ ただし、**200床未満**の保険医療機関については、**当該保険医療機関に救急外来を有していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす**こととする。

実績要件の見直し①

➤ 重症患者割合の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の割合について、必要度Ⅰの割合は1割2分以上、必要度Ⅱの割合は0割8分以上へ見直す。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

(抜粋・概要)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 1割4分以上
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 1割1分以上



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

(抜粋・概要)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 **1割2分以上**
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 **0割8分以上**

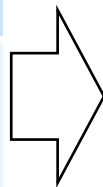
➤ 自院一般病棟からの転棟割合の見直し

- 入院料2及び4における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、**許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化**するとともに、当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の85に相当する点数**を算定することとする。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

400床以上の保険医療機関であって「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6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

200床以上の保険医療機関であって「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6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し②

実績要件の見直し②

➤ 自宅等から入棟した患者割合及び自宅等からの緊急患者の受入数の見直し

1. 入院料1・3、管理料1・3における自宅等から入院した患者割合の要件について、1割5分以上から2割以上に変更するとともに、自宅等からの緊急の入院患者の3月の受入れ人数について、6人以上から9人以上に変更する。

現行

【地域包括ケア病棟入院料1・3、管理料1・3】

- 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1割5分以上であること。（ただし、病床数が10未満のものにあつては、自宅等から入院した患者が6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3月間において6人以上であること。

改定後

【地域包括ケア病棟入院料1・3、管理料1・3】

- 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**2割以上**であること。（ただし、病床数が10未満のものにあつては、自宅等から入院した患者が**8人以上**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3月間において**9人以上**であること。

2. 入院料2・4、管理料2・4における自宅等から入院した患者割合の要件について、以下の**いずれか1つ以上を満たすことを追加**する。（※1）

- ア 自宅等から入棟した患者割合が2割以上であること
イ 自宅等からの緊急患者の受入れが3月で9人以上であること
ウ 在宅医療等の実績を1つ以上有すること

（※1）当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の90**に相当する点数を算定することとする。

3. 在宅医療等の実績における**退院時共同指導料2の算定回数の実績要件**について、**外来在宅共同指導料1の実績を加えてもよい**こととする。

➤ 在宅復帰率の見直し

- 入院料1・2、管理料1・2における在宅復帰率の要件について、7割以上から**7割2分5厘以上**に変更する。入院料3・4、管理料3・4について、**7割以上であることを要件に追加**する。（※2）

【地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2】

- 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3・4、管理料3・4】
（新設）

【地域包括ケア病棟入院料1・2、管理料1・2】

- 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2分5厘以上**であること。

【地域包括ケア病棟入院料3・4、管理料3・4】

- 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。

（※2） 当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の90**に相当する点数を算定することとする。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し③

医療法上の病床種別に係る評価の見直し

- 医療法上の病床種別に係る評価を見直す。
 - 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合には、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとする。
 - ただし、当該病棟又は病室について以下のうちいずれかを満たす場合、所定点数（100分の100）を算定する。

- ① 自宅等からの入院患者の受入れが6割以上
- ② 自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前3月で30人以上である場合
- ③ 救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合

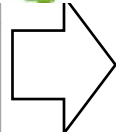
地域包括ケア病棟入院料の初期加算の見直し

➤ 地域包括ケア病棟入院料の初期加算について、評価を見直す。

現行

【急性期病棟から受入れた患者】
 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】
 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病床初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。



改定後

当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

(改) イ 急性期患者支援病床初期加算

- (1) 許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合
- ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 **150点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **50点**
- (2) 許可病床数400床未満の保険医療機関
- ① 他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合 **250点**
 - ② ①の患者以外の患者の場合 **125点**

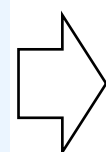


(改) ロ 在宅患者支援病床初期加算

- ① 介護老人保健施設から入院した患者の場合 **500点**
- ② 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 **400点**

現行

急性期病棟から受入れた患者：急性期患者支援病床初期加算
 150点（14日を限度とする。）
 在宅から受入れた患者：在宅患者支援病床初期加算
 300点（14日を限度とする。）



改定後

急性期患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床以上の地ケアの場合	自院等の一般病棟	50点
		他院の一般病棟	150点
在宅患者支援病床初期加算	算定する医療機関が400床未満の地ケアの場合	老人保健施設	500点
		自宅・その他施設	400点

地域包括ケア病棟の経緯①(平成24年度診療報酬改定まで)

中医協 総-4
5 . 7 . 5

【平成16年度診療報酬改定】

• 亜急性期入院医療管理料の創設

[主な要件] 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者1名

- 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

【平成20年度診療報酬改定】

- 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料2を新設

[管理料2の主な要件] 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者1名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より3週間以内である患者が2/3以上

【平成24年度診療報酬改定】

- 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進

(新) 亜急性期入院医療管理料1 2,061点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定
(最大60日まで算定可能)

(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,911点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定
(最大60日まで算定可能)

地域包括ケア病棟の経緯②(平成26年度、28年度診療報酬改定)

中医協 総-4
5 . 7 . 5

【平成26年度診療報酬改定】

• 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[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

【平成28年度診療報酬改定】

- 包括範囲から、手術・麻酔に係る費用を除外
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする
- 在宅復帰率の評価の対象となる退院先に、有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る)を追加

地域包括ケア病棟の経緯③(平成30～令和4年度診療報酬改定)

中医協 総-4
5 . 7 . 5

【平成30年度診療報酬改定】

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直し
- 在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価

【令和2年度診療報酬改定】

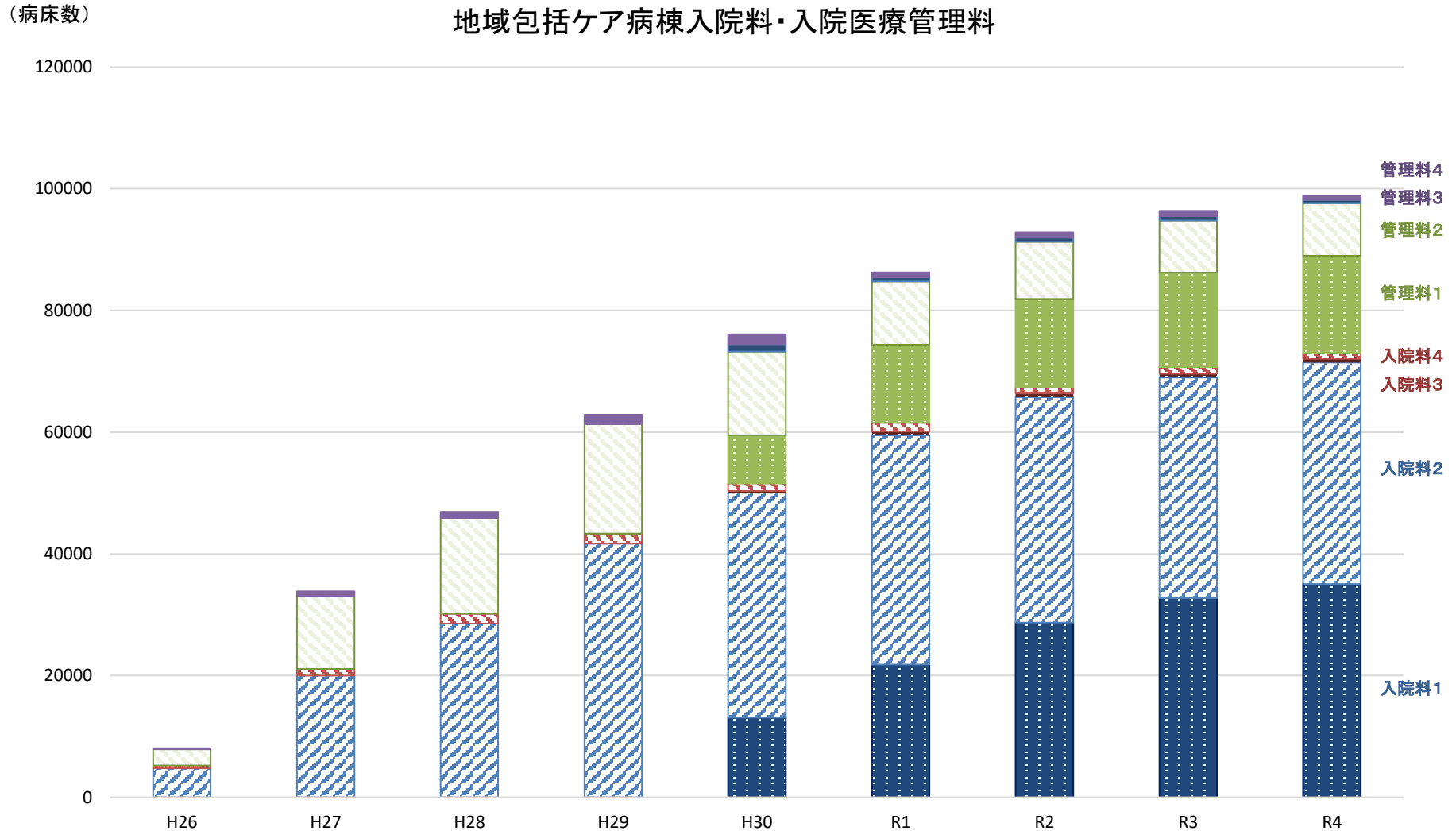
- 地域包括ケア病棟に求められる機能をさらに推進する観点から、
 - 実績要件の見直し
 - 400床以上の病院において、新規の届出を不可とする見直し
 - 入退院支援部門の設置を必須とする見直しを実施
- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直し

【令和4年度診療報酬改定】

- 在宅医療の提供や、在宅患者等の受入に係る評価を推進する観点から、
 - 一般病床において届け出ている場合に、救急告示病院等であることを要件化
 - 200床以上の病院で、自院一般病棟からの転棟割合を6割未満とし、満たさない場合、85/100に減算
 - 在宅医療に係る実績を全体に要件化し、水準も引き上げ
 - 在宅復帰率の水準を引き上げ等を行うとともに、許可病床数100床以上の病院で入退院支援加算1の届出を要件化

入院料別の届出病床数の推移

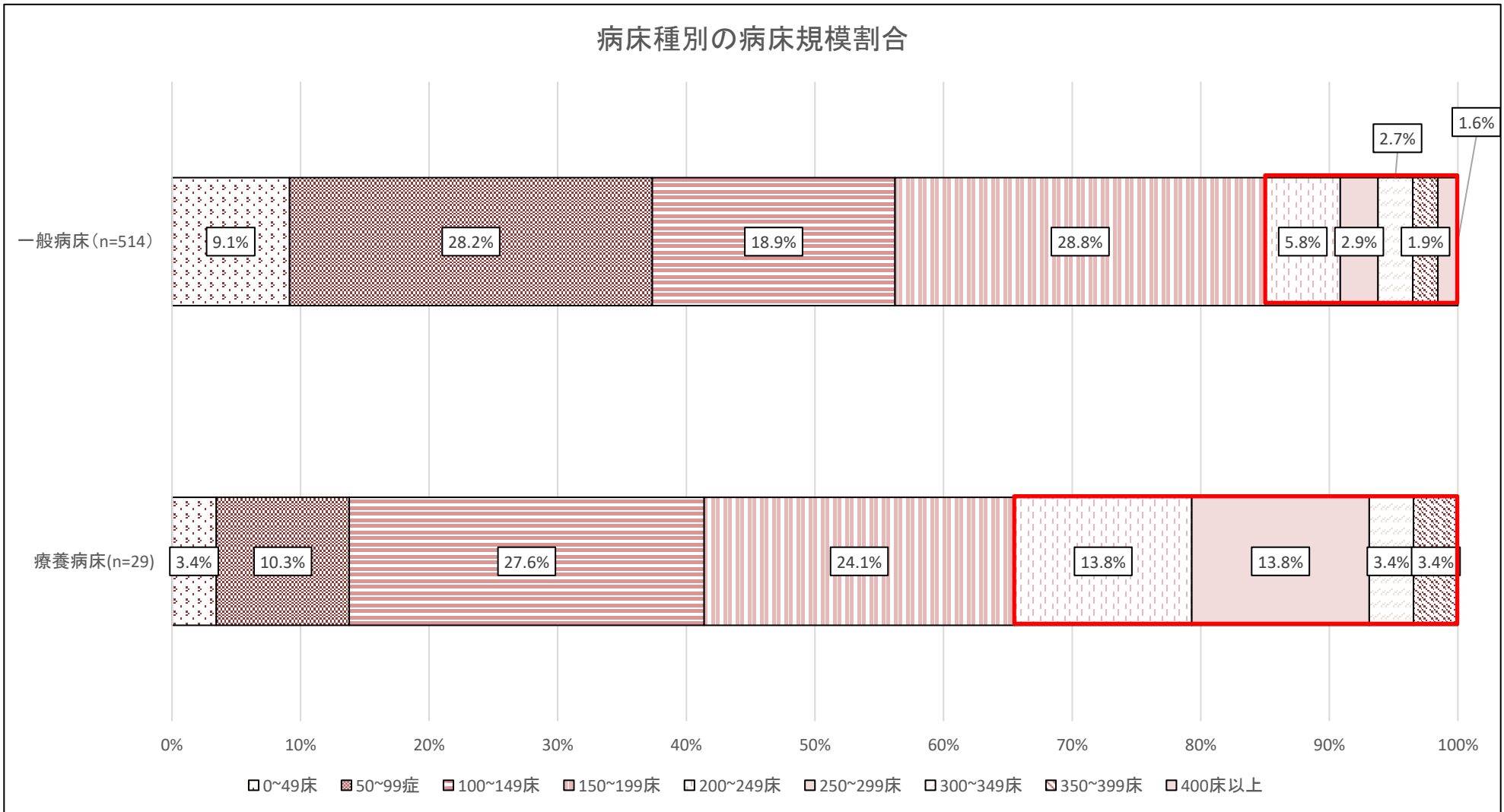
○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であった。



地域包括ケア病棟・病床の病床種別の許可病床数

診調組 入-1
5.6.8改

- 地域包括ケア病棟・病室について、有している地域包括ケア病棟・病室の病床種別の許可病床数の割合は、以下のとおりであった。
- 許可病床数200以上の医療機関の割合(赤枠)は、一般病床で14.9%、療養病床で34.4%であった。



地域包括ケア病棟入院料等の届出施設における入院料別届出病床

- 地域包括ケア病棟入院料及び管理料1・2を届け出ている施設の多くは、急性期一般入院料を届け出ている。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料3・4を届け出ている施設のうち半数は、療養病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料をそれぞれ届け出ている。

診調組 入-1
5 . 6 . 8

入院料別の届出病床の状況(令和4年11月1日時点で1床でも届け出ていれば、有として集計)

入院料		地域包括ケア病棟 入院料・管理料 1	地域包括ケア病棟 入院料・管理料 2	地域包括ケア病棟 入院料・管理料 3~4
回答施設数		285	200	8
届出率	急性期一般入院料	72.6%	87.5%	50.0%
	地域一般入院料	0.4%	1.0%	0.0%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	40.0%	35.0%	50.0%
	療養病棟入院料	29.5%	21.0%	50.0%
	障害者施設等入院基本料	3.5%	3.5%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	1.8%	5.0%	0.0%

地域包括ケア病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

診調組 入-1
5 . 6 . 8

入院料		地域包括ケア 病棟入院料 1	地域包括ケア 病棟入院料 2	地域包括ケア 病棟入院料 3~4
回答病棟数		139	93	1
平均病床数		43.75	44.22	50.00
40床あたり平均職員数	看護師	17.23	16.68	14.56
	准看護師	1.86	1.20	0.80
	看護師及び准看護師	19.09	17.88	15.36
	看護補助者	6.45	5.35	7.60
	看護補助者のうち、介護福祉士	1.48	1.61	0.00
	薬剤師	0.48	0.61	0.00
	管理栄養士	0.27	0.28	0.00
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	2.65	2.79	0.80
	相談員	0.73	0.70	0.80
	医師事務作業補助者	0.18	0.27	0.00
	その他の職員	0.60	0.22	0.00

※地域包括ケア病棟入院医療管理料の病棟は含めずに集計している

これまでの中医協総会等における地域包括ケア病棟全般に係る主な意見①

<中医協総会>

- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟において、より一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が 13 対 1 であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- 地域包括ケア病棟における救急医療の対応状況にはばらつきがあり、施設の背景等を踏まえて分析を進める必要がある。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

- 地域包括ケア病棟は施設ごとに果たしている機能が多様であることを尊重すべきではないか、との指摘があった。
- 自宅等からの緊急患者の受け入れをしっかりとっているのであれば、救急がなくとも地域の役割を果たしているのではないか、との指摘があった。

これまでの中医協総会等における回復期入院医療全般に係る主な意見②

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>（続き）

- 救急搬送後直接入棟の患者ではリハビリテーションの実施頻度が低いが、直接入院だとリハビリテーションがすぐには開始できないやむをえない事情もあるという指摘があった。一方で、できるだけ早期にリハビリテーションを提供することは重要ではないか、との指摘があった。
- 高齢者の急性期医療は症状が不安定で医療資源投入量が多く、地域包括ケア病棟で受け入れることを推進する方策が必要である、との指摘があった。また、その推進にあたっては、夜間も含め手厚い看護配置が必要との指摘があった。
- 短期滞在手術について、地域包括ケア病棟で白内障、大腸ポリペクトミー等の患者を受け入れている病院は多いが、こういった医療機関は、地域包括ケア病棟の指標がよくなりやすいことに加え、ポストアキュート、サブアキュートをバランスよく受け入れている医療機関と比べて退院支援等が少なく、偏った診療による収益確保にもつながるため、こういった患者の受入が多い地域包括ケア病棟とバランス良く受け入れている地域包括ケア病棟の差別化が必要、との指摘があった。
- 病態やADLが回復しているのに入院期間が長くなることは望ましくなく、必要性が低い長期入院を防ぐために、日数に応じた点数設定等が考えられるのではないかと指摘があった。
- 介護保険施設との連携は重要であるが、在宅療養後方支援病院であることが多い地域包括ケア病棟入院料2等の届出を行っている医療機関では、電話相談は可能だが緊急時の往診の対応が難しいことも踏まえた推進策が必要との指摘があった。また、介護保険施設と連携を行う医療機関は在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟に限らず、療養等を含めた全ての医療機関を合わせて検討していくべきとの指摘があった。

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

2-3 地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

2-4 地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

2-5 地域包括ケア病棟の在宅療養との連携について

2-6 入退院支援について

テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかりと受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないか。

(3) 入退院支援

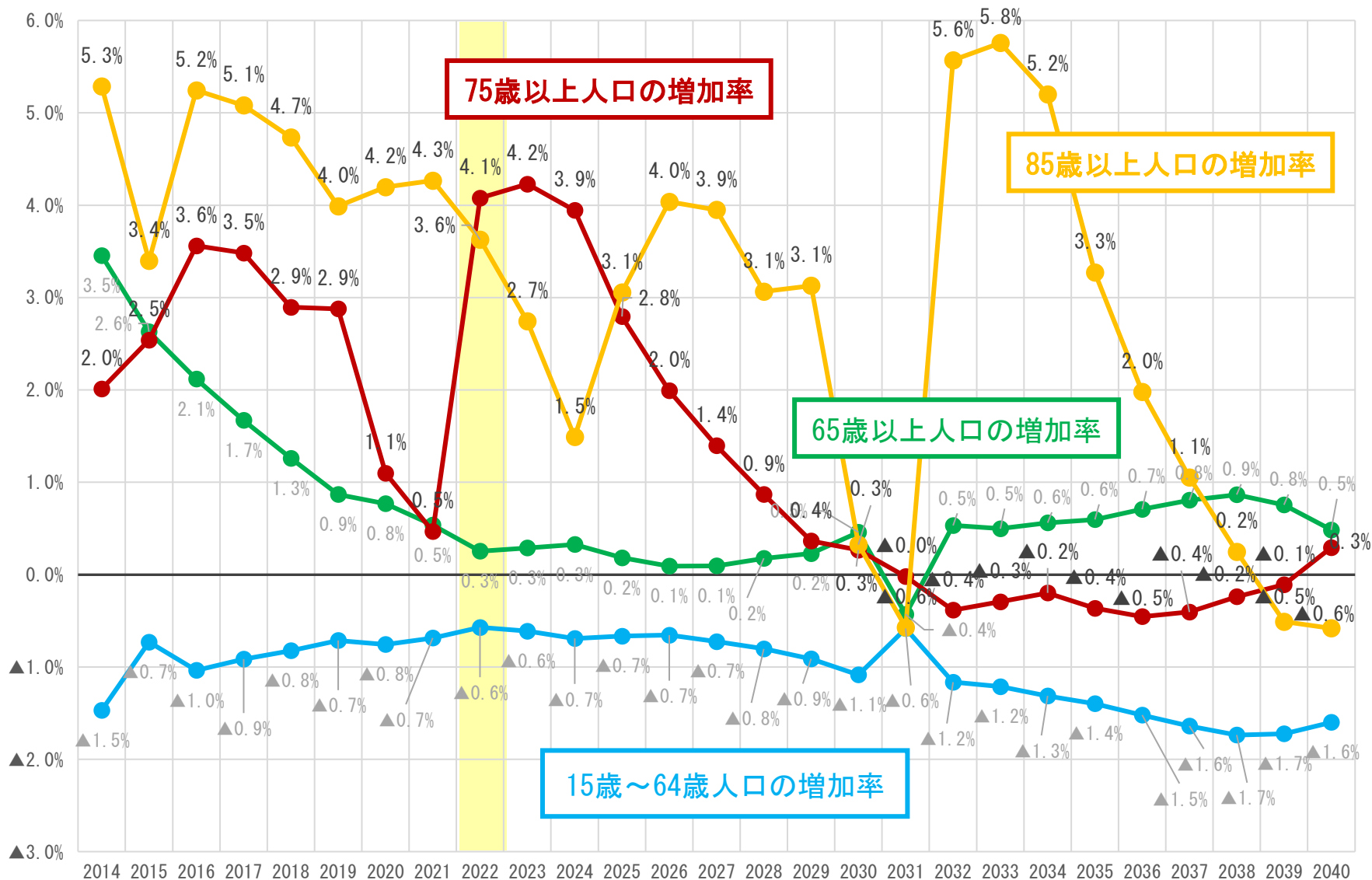
- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

(参考) 2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移

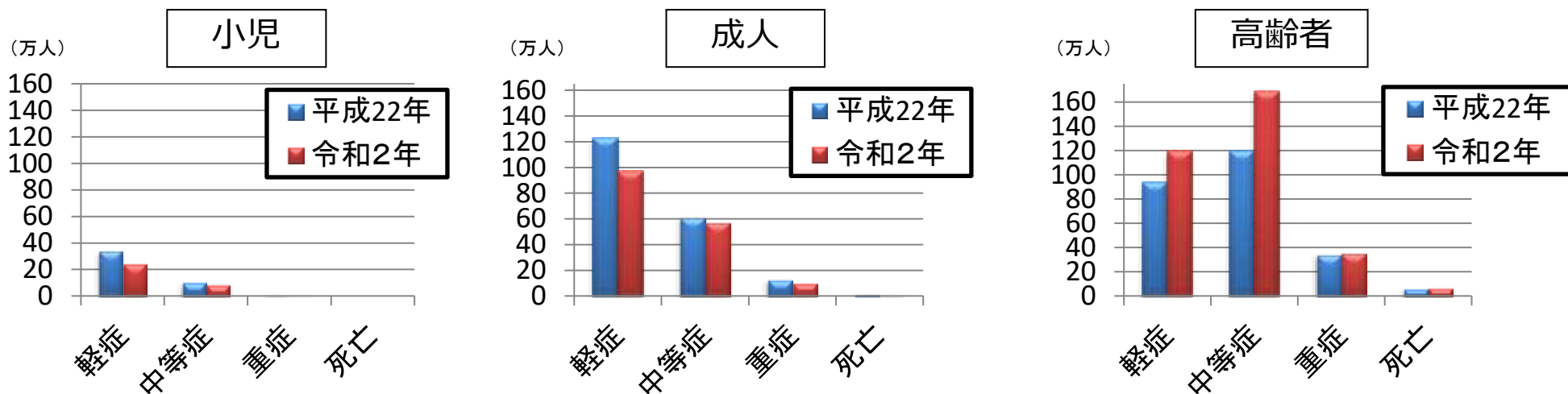
○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（出生中位・死亡中位）」

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和2年中

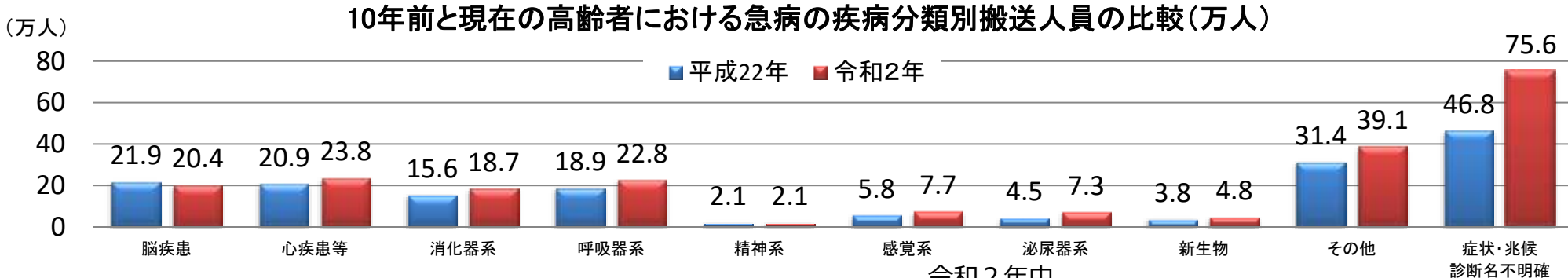
	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

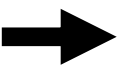
死亡：初診時において死亡が確認されたもの
 重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
 中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの
 軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人



	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.7万人 (2.5万人減)	20.4万人 (1.5万人減)
心疾患等	0.1万人	5.9万人 (1.1万人減)	23.8万人 (2.9万人増)
消化器系	1.0万人 (0.6万人減)	11.3万人 (3.9万人減)	18.7万人 (3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人 (1.0万人減)	5.5万人 (0.8万人減)	22.8万人 (3.9万人増)
精神系	0.4万人 (0.1万人減)	7.2万人 (2.7万人減)	2.1万人
感覚系	1.3万人 (0.5万人減)	6.0万人 (0.2万人減)	7.7万人 (1.9万人増)
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 (0.1万人減)	7.3万人 (2.8万人増)
新生物	0.01万人	1.2万人 (0.2万人減)	4.8万人 (1.0万人増)
その他	3.7万人 (1.3万人減)	19.5万人 (3.6万人減)	39.2万人 (7.8万人増)
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 (1.2万人減)	37.8万人 (7.0万人増)	75.6万人 (28.8万人増)
総人口	1835.9万人 (213.7万人減)	7176.0万人 (631.7万人減)	3602.7万人 (654.3万人増)

(出典) 救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、33.1%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、48.2%であった。

【入棟元】(n=2,838)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	33.1%
介護施設等	介護老人保健施設	2.1%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.1%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.6%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	17.3%
	他院の一般病床以外	1.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	27.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.6%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.4%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.1%
	特別の関係にある医療機関	0.5%
有床診療所	0.0%	
その他	0.1%	

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】(n=805)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	48.2%
介護施設等	介護老人保健施設	6.5%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	6.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	6.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.9%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.5%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.7%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	2.7%
自院	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	2.2%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
特別の関係にある医療機関	0.1%	
有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%	
有床診療所(上記以外)	0.0%	
死亡退院	7.2%	
その他	0.4%	

参考: 令和2年度入院医療等における実態調査

【入棟元】(n=2,115)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
	自宅(在宅医療の提供なし)	25.4%
介護施設等	介護老人保健施設	2.6%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%
他院	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.7%
	障害者支援施設	0.3%
	他院の一般病床	12.0%
自院	他院の一般病床以外	1.5%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	40.8%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.9%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
自院の精神病床	0.0%	
自院のその他の病床	0.0%	
特別の関係にある医療機関	0.0%	
有床診療所	0.1%	
その他	1.1%	

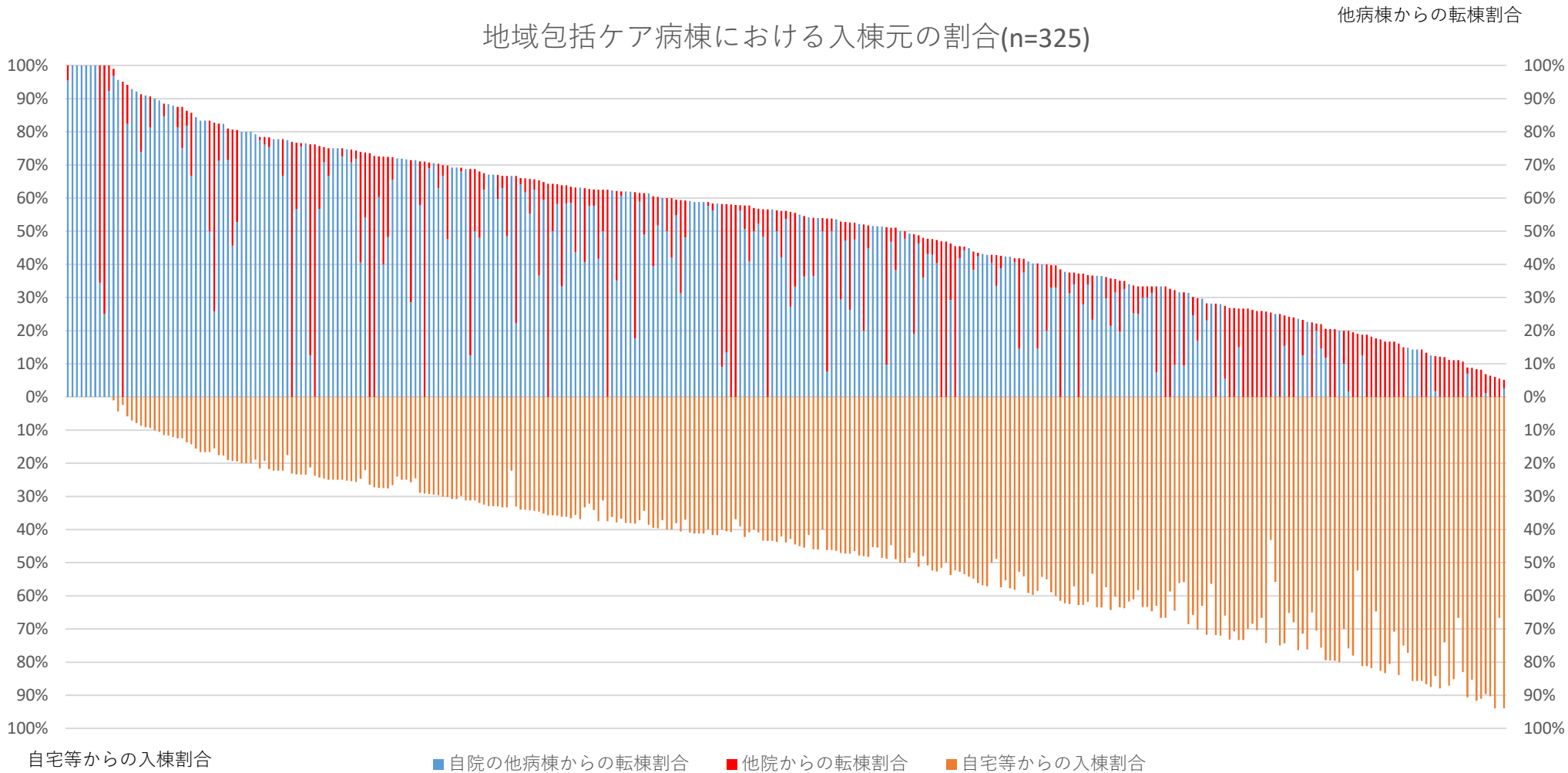
【退棟先】(n=546)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	50.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.6%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.7%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.5%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.8%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	1.6%
自院	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	1.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病床	1.1%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
特別の関係にある医療機関	0.0%	
有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%	
有床診療所(上記以外)	0.4%	
死亡退院	4.9%	
その他	0.0%	
無回答	5.9%	

地域包括ケア病棟・病室

地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

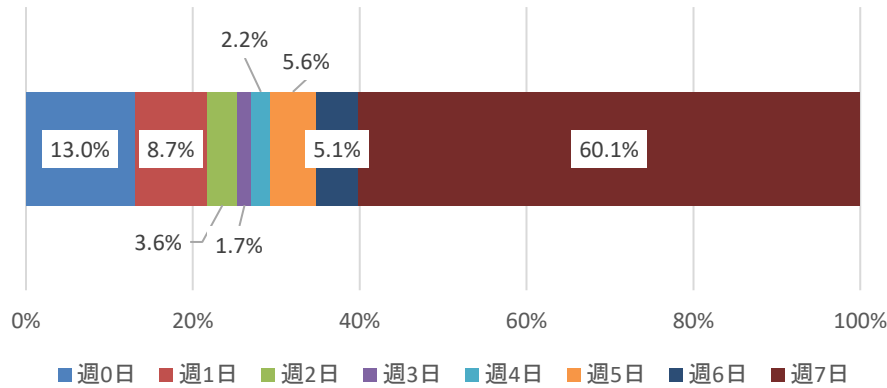
○ 地域包括ケア病棟に入院する患者の入棟元割合について、自宅等からの入棟割合はばらつきが見られる。



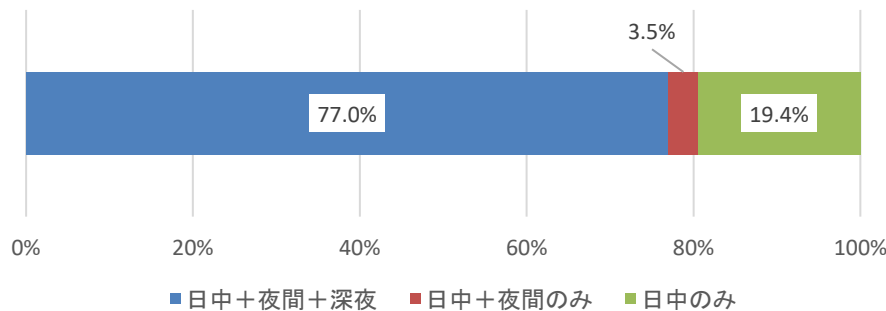
地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、100件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

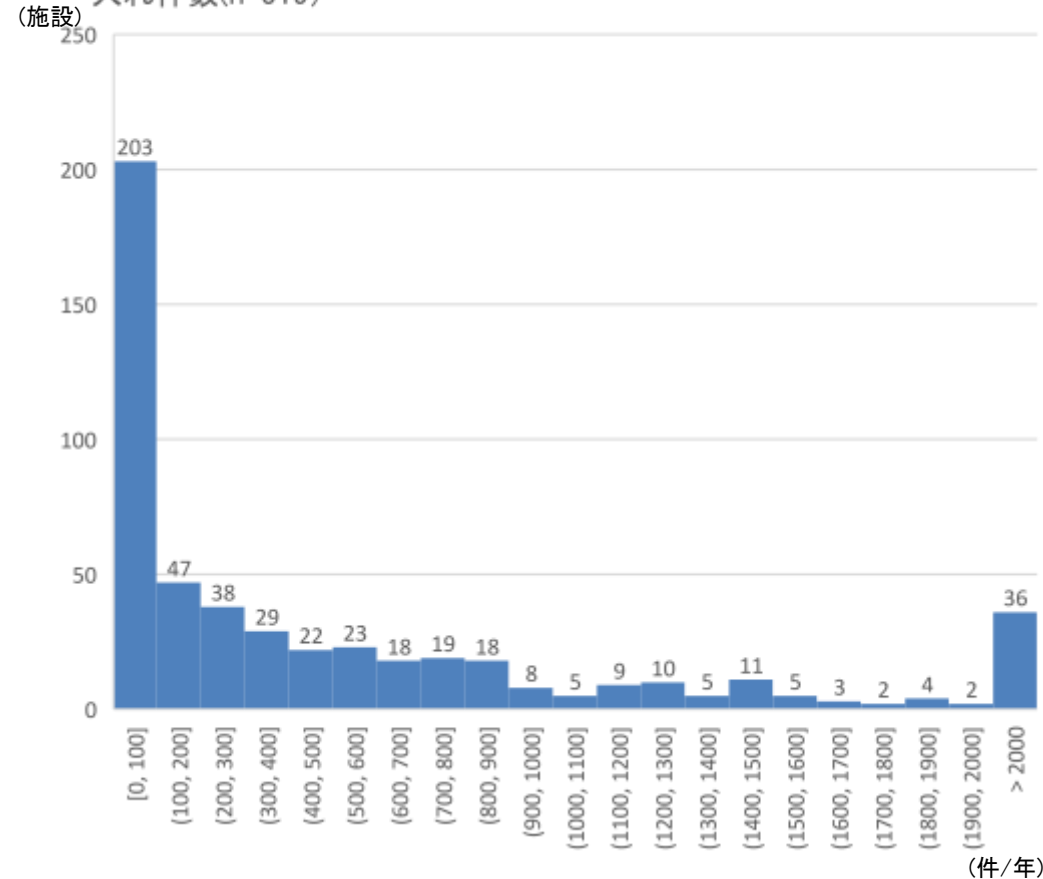
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



救急患者を受け入れている時間帯(n=396)



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



(件/年)

地域包括ケア病棟を有する病院の救急受け入れの判断の基準

○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否を判断している割合が高かった。

	全体 (n=601)	地域包括ケ ア病棟入院 料 1 (n=179)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 1 (n=130)	地域包括ケ ア病棟入院 料 2 (n=61)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 2 (n=98)	地域包括ケ ア病棟入院 料 3 (n=2)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 3 (n=4)	地域包括ケ ア病棟入院 料 4 (n=1)	地域包括 ケア入院 医療管理 料 4 (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	83.6%	91.8%	50.0%	75.0%	100.0%	100.0%
全患者受け入れている	8.3%	8.9%	10.8%	14.8%	10.2%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
医療機関からの紹介の有無により受け入れ可否を判断している	16.6%	20.1%	23.1%	13.1%	16.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	7.7%	4.5%	0.8%	4.9%	5.1%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

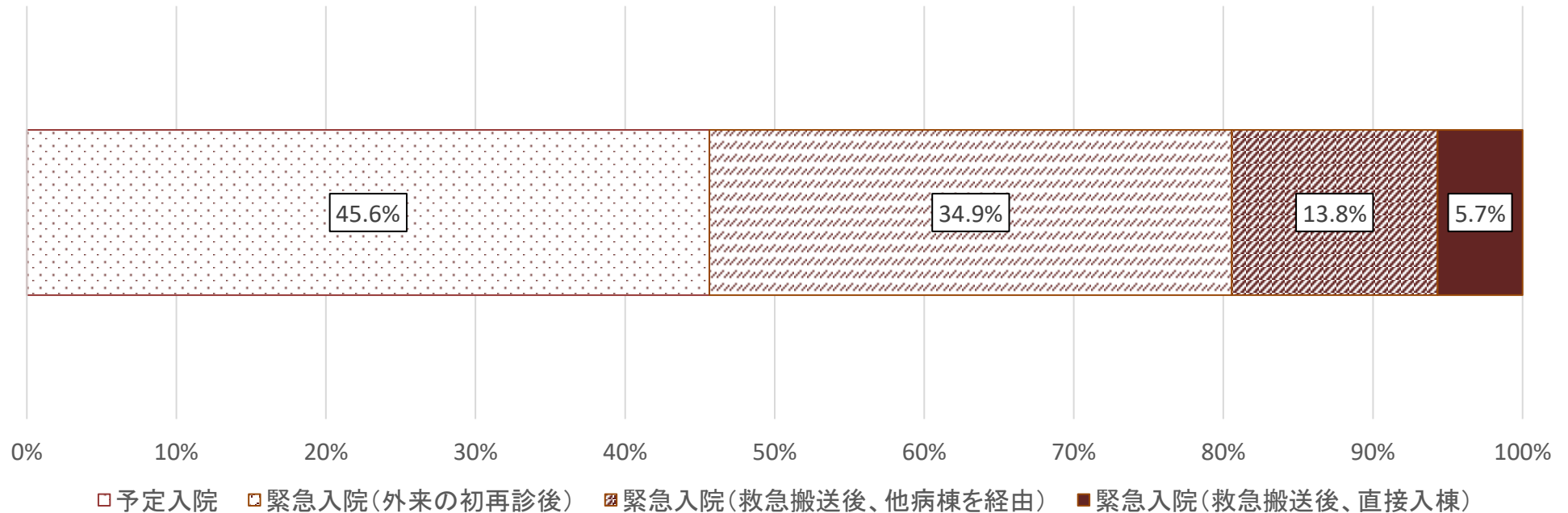
地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

- 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は5.7%であった。

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路

n = 2,835



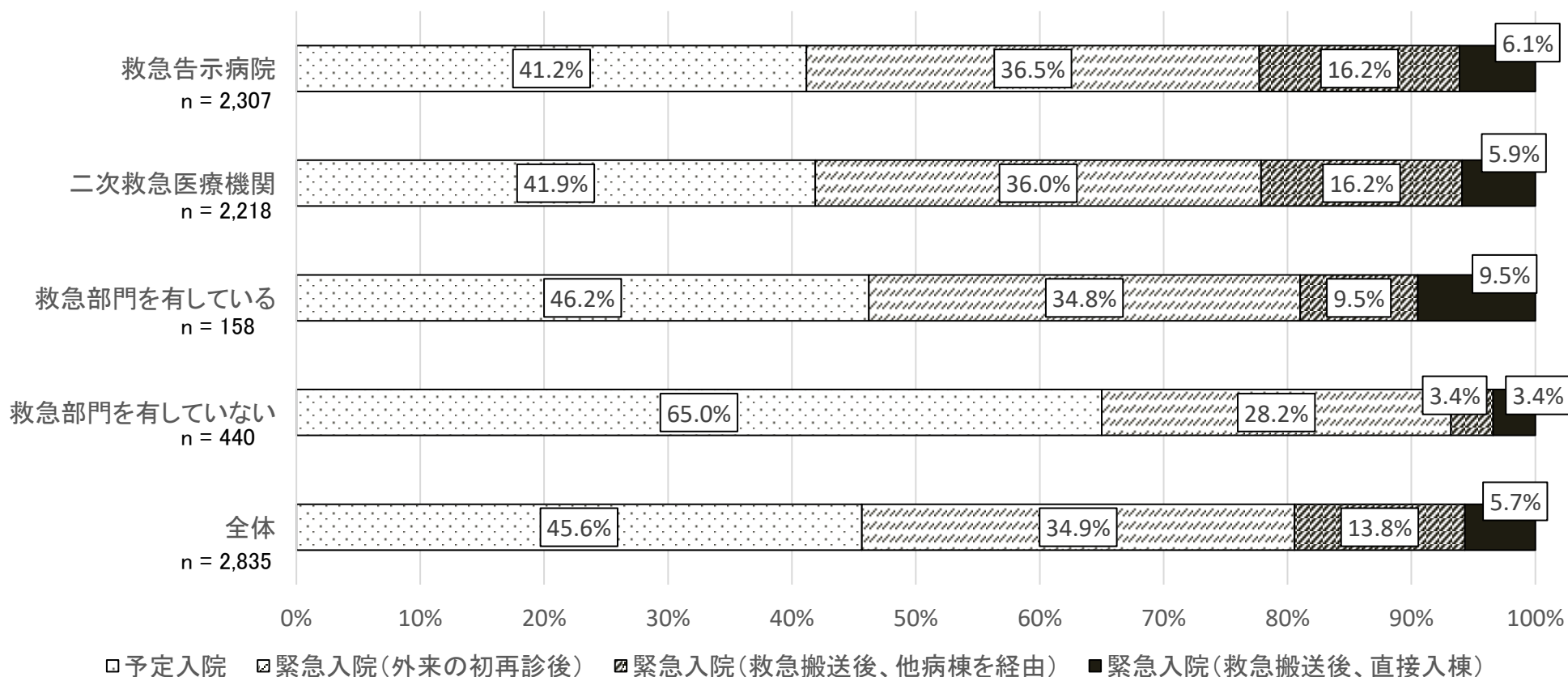
※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、救急医療における位置づけごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、医療機関の救急医療の位置づけごとと比較した。救急告示病院、二次救急医療機関の地域包括ケア病棟では、地域包括ケア病棟全体と比較して、救急搬送後、他病棟を経由して入棟する患者の割合はやや高いが、救急搬送後、直接入棟する患者の割合に大きな差はない。

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6

地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

入棟患者全て (n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後
(外来の初再診後) (n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由
(n=390)

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟
(n=161)

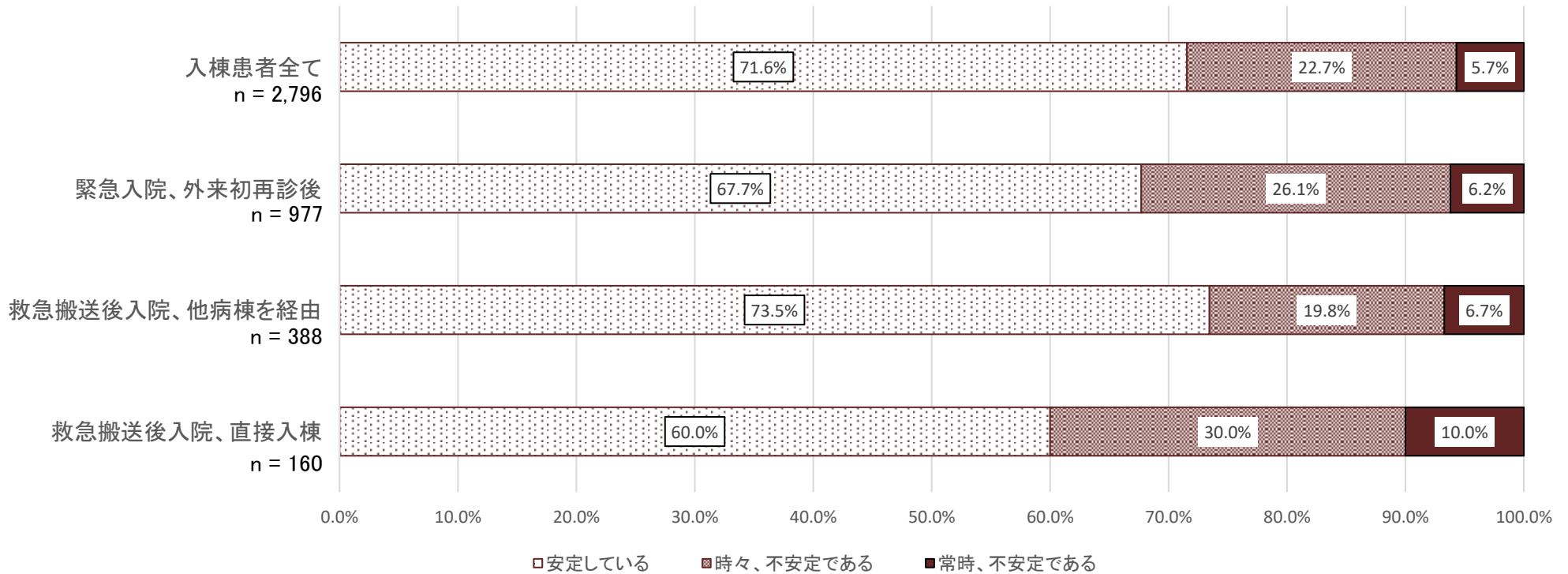
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

地域包括ケア病棟に入棟した患者の医療の必要性

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医療的に不安定である傾向であった。

医療的監視の必要性の観点からの患者の状態

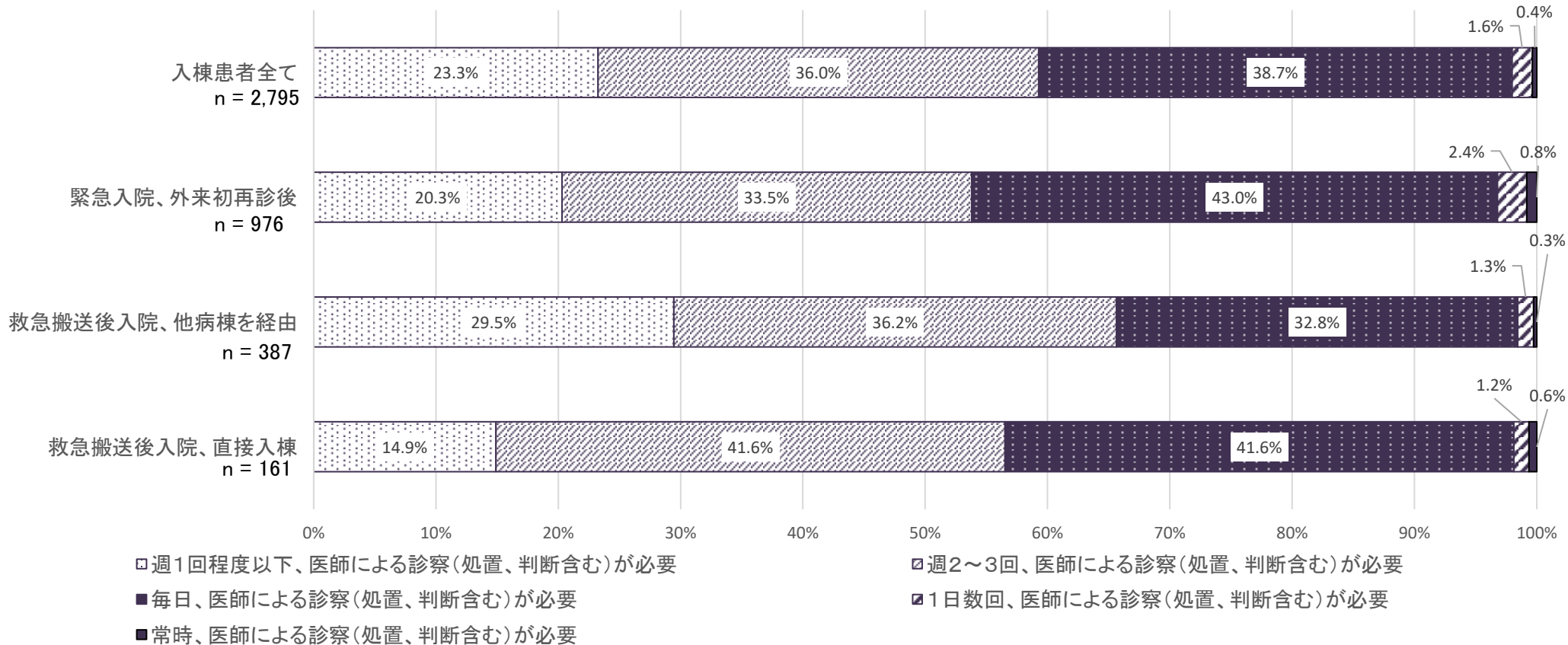


地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。

診調組 入-1
5.8.10

地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性



地域包括ケア病棟、DPCデータ解析① 入棟経路別の主傷病名

診調組 入-1
5. 8. 10

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者のうち、入棟経路別の主傷病名では、救急搬送後入院、直接入棟の患者においては、「食物及び吐物による肺臓炎」、「腰椎骨折 閉鎖性」といった主傷病の患者が多かった。

①算定患者全て (n=731,936)

1	食物及び吐物による肺臓炎	3.4%
2	老人性初発白内障	3.2%
3	腰椎骨折 閉鎖性	3.0%
4	大腸<結腸>のポリープ	2.9%
5	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.2%
6	うっ血性心不全	2.2%
7	体液量減少(症)	2.1%
8	肺炎, 詳細不明	2.0%
9	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	2.0%
10	尿路感染症, 部位不明	2.0%

②緊急入院後 (n=178,017)

1	腰椎骨折 閉鎖性	4.6%
2	体液量減少(症)	4.5%
3	食物及び吐物による肺臓炎	4.3%
4	肺炎, 詳細不明	3.8%
5	尿路感染症, 部位不明	3.4%
6	大腸<結腸>のポリープ	2.3%
7	心不全, 詳細不明	2.2%
8	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.2%
9	うっ血性心不全	2.1%
10	胸椎骨折 閉鎖性	2.0%

③救急搬送後入院、直接入棟 (n=39,757)

1	腰椎骨折 閉鎖性	6.2%
2	食物及び吐物による肺臓炎	5.1%
3	体液量減少(症)	4.8%
4	尿路感染症, 部位不明	3.1%
5	肺炎, 詳細不明	3.0%
6	その他の末梢性めまい <眩暈(症)>	2.8%
7	胸椎骨折 閉鎖性	2.7%
8	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.1%
9	熱及び光線のその他の作用	2.1%
10	下背部痛 腰部	1.9%

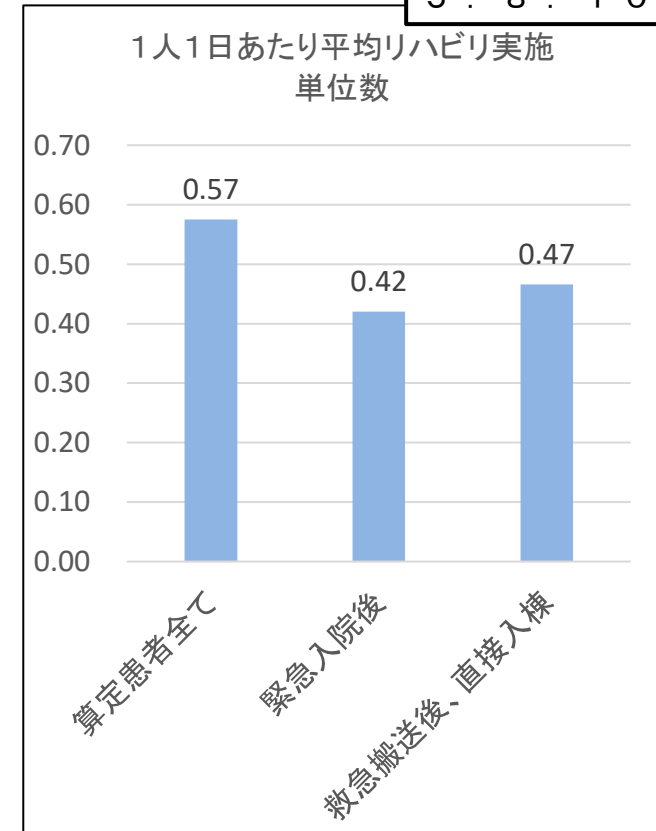
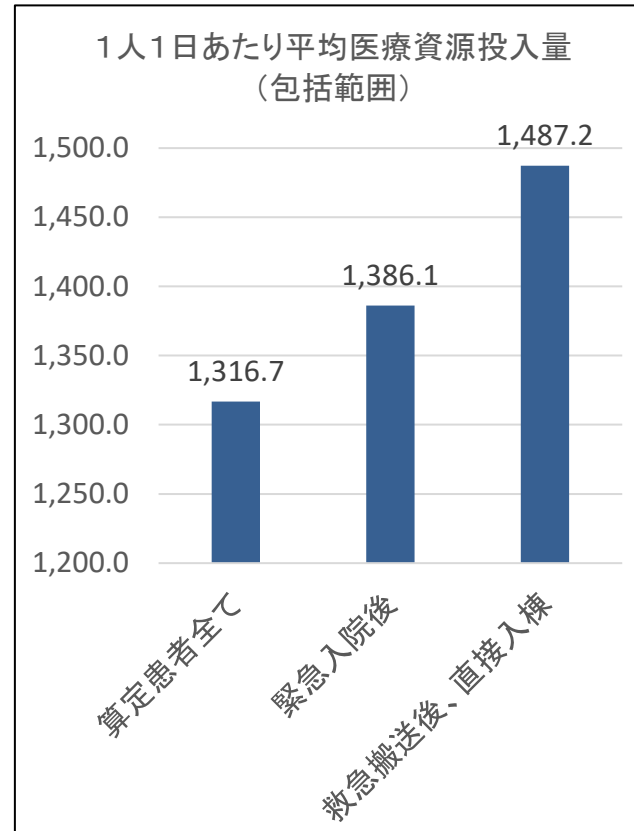
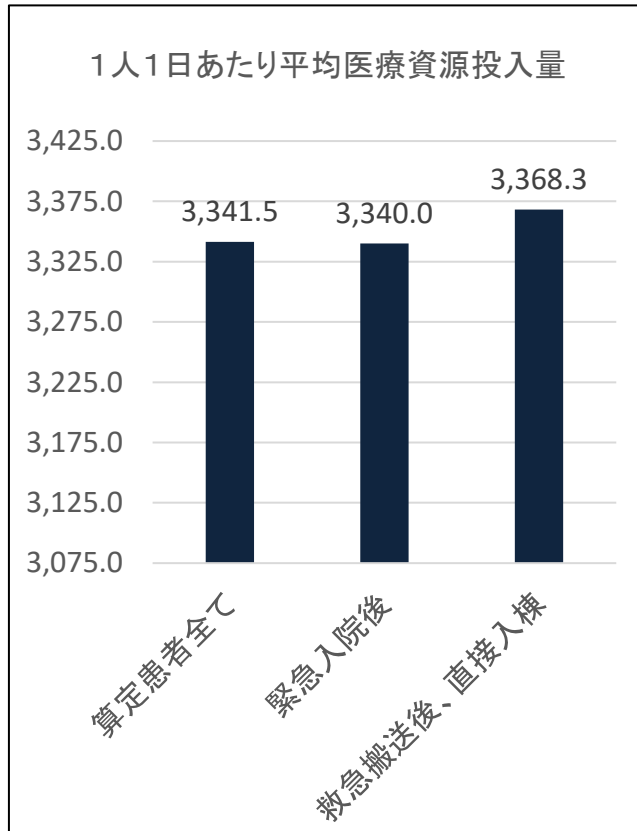
DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

地域包括ケア病棟、DPCデータ解析② 入棟経路別の医療資源投入量等

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者の、入棟経路別の医療資源投入量等においては、緊急搬送、直接入棟の患者は、包括範囲の医療資源投入量が多い傾向が見られた。

診調組 入-1
5.8.10



DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者 (n = 731,936)
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者 (n = 178,017)
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者 (n = 39,757)

地域包括ケア病棟、DPCデータ解析③

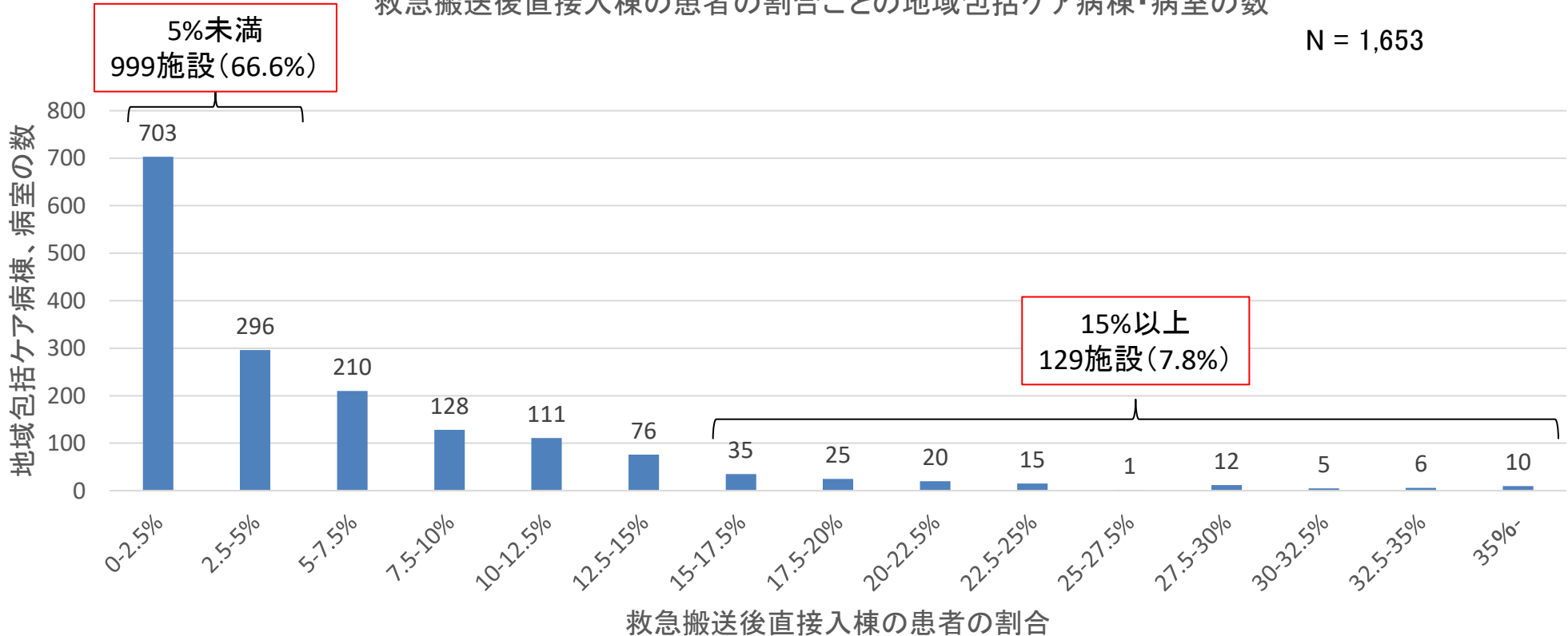
病棟・病室ごとの救急搬送後直接入棟の患者の割合

診調組 入-1
5.8.10

○ 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で5%未満であったが、129施設（7.8%）は15%以上であった。

救急搬送後直接入棟の患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数

N = 1,653



DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

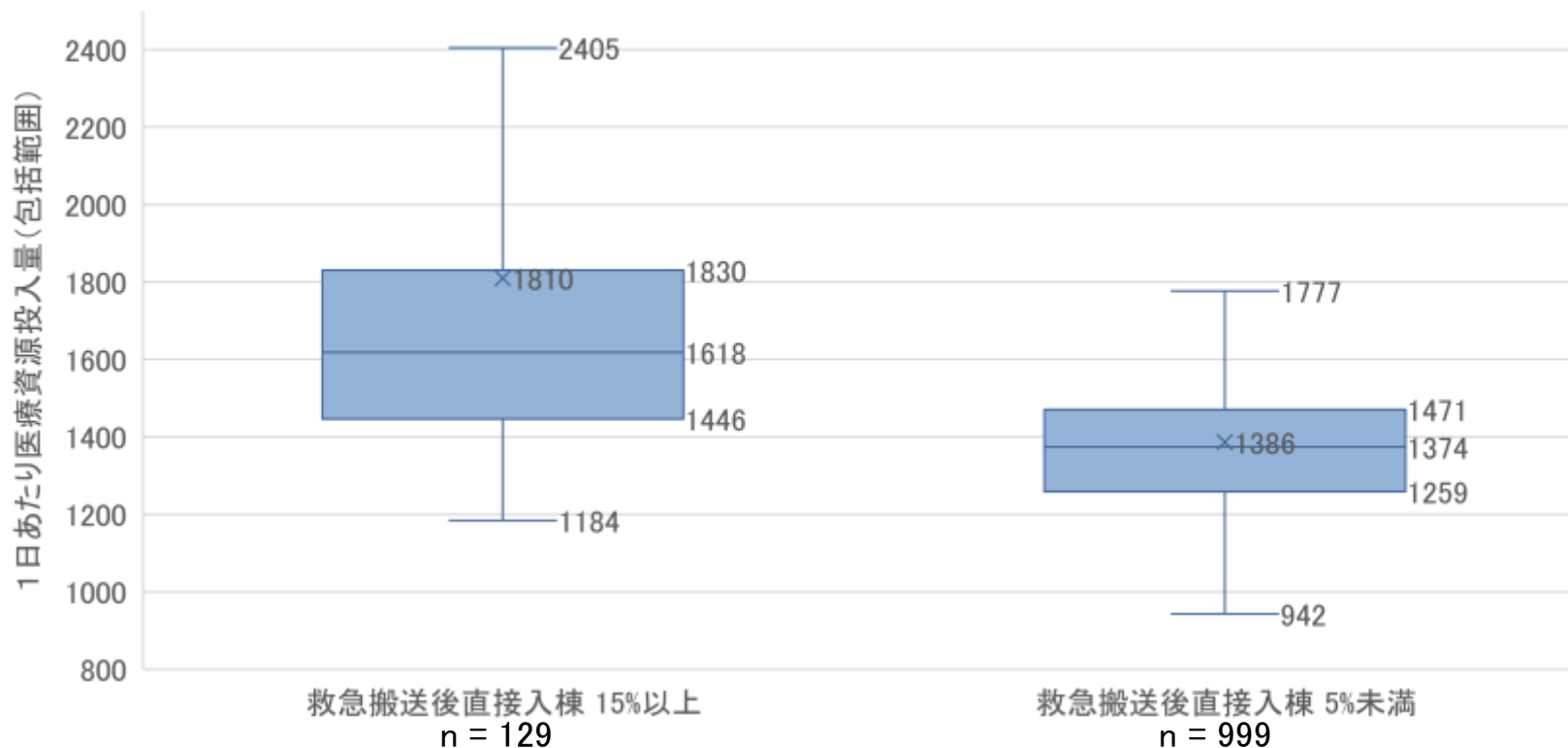
地域包括ケア病棟、DPCデータ解析④

救急搬送後直接入棟の患者の割合と、1日あたり医療資源投入量（包括範囲）

○ 救急搬送後直接入棟の患者の割合が15%以上である地域包括ケア病棟は、割合が5%未満である地域包括ケア病棟と比較して、包括範囲の1日あたり医療資源投入量が多い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

救急搬送後直接入棟の患者の割合と、1日あたり医療資源投入量（包括範囲）



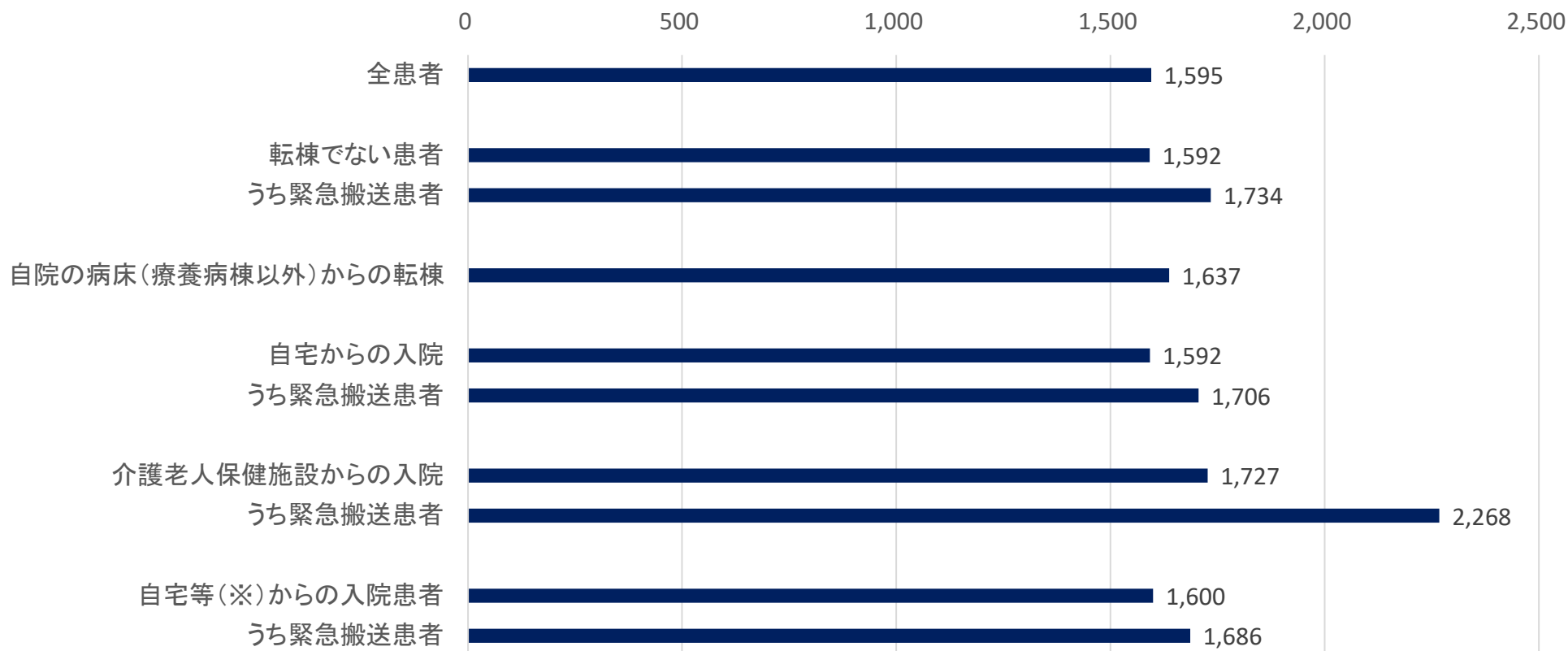
DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

地域包括ケア病棟における、入棟経路別の入院後14日以内の医療資源投入量（包括範囲）

○ 地域包括ケア病棟における、1人1日あたり医療資源投入量（包括範囲）は、いずれの入棟元においても、救急搬送患者の方が高かった。

地域包括ケア病棟における、入棟経路別の1人1日あたり医療資源投入量（包括範囲）



※ 自宅等：自宅、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

2-3 地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

2-4 地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

2-5 地域包括ケア病棟の在宅医療等との連携について

2-6 入退院支援について

地域包括ケア病棟の施設基準における、各指標の対象患者について

地域包括ケア病棟の施設基準（抜粋）

①重症度、医療・看護必要度の対象患者について

当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院している全ての患者の状態について、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A項目）及び手術等の医学的状況の項目（C項目）を用いて測定し、その結果、当該病床又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者又はC項目の得点が1点以上の患者をいう。）の割合が、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで1割2分以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.8割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。…

②在宅復帰率の対象患者について

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…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（…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。）

地域包括ケア病棟、DPCデータ解析① 入棟経路別の主傷病名

再掲

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者のうち、入棟経路別の主傷病名では、救急搬送後入院、直接入棟の患者においては、「食物及び吐物による肺臓炎」、「腰椎骨折 閉鎖性」といった主傷病の患者が多かった。

診調組 入-1
5.8.10

①算定患者全て (n=731,936)

1	食物及び吐物による肺臓炎	3.4%
2	老人性初発白内障	3.2%
3	腰椎骨折 閉鎖性	3.0%
4	大腸<結腸>のポリープ	2.9%
5	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.2%
6	うっ血性心不全	2.2%
7	体液量減少(症)	2.1%
8	肺炎, 詳細不明	2.0%
9	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	2.0%
10	尿路感染症, 部位不明	2.0%

②緊急入院後 (n=178,017)

1	腰椎骨折 閉鎖性	4.6%
2	体液量減少(症)	4.5%
3	食物及び吐物による肺臓炎	4.3%
4	肺炎, 詳細不明	3.8%
5	尿路感染症, 部位不明	3.4%
6	大腸<結腸>のポリープ	2.3%
7	心不全, 詳細不明	2.2%
8	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.2%
9	うっ血性心不全	2.1%
10	胸椎骨折 閉鎖性	2.0%

③救急搬送後入院、直接入棟 (n=39,757)

1	腰椎骨折 閉鎖性	6.2%
2	食物及び吐物による肺臓炎	5.1%
3	体液量減少(症)	4.8%
4	尿路感染症, 部位不明	3.1%
5	肺炎, 詳細不明	3.0%
6	その他の末梢性めまい <眩暈(症)>	2.8%
7	胸椎骨折 閉鎖性	2.7%
8	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.1%
9	熱及び光線のその他の作用	2.1%
10	下背部痛 腰部	1.9%

DPCデータ解析における定義

- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

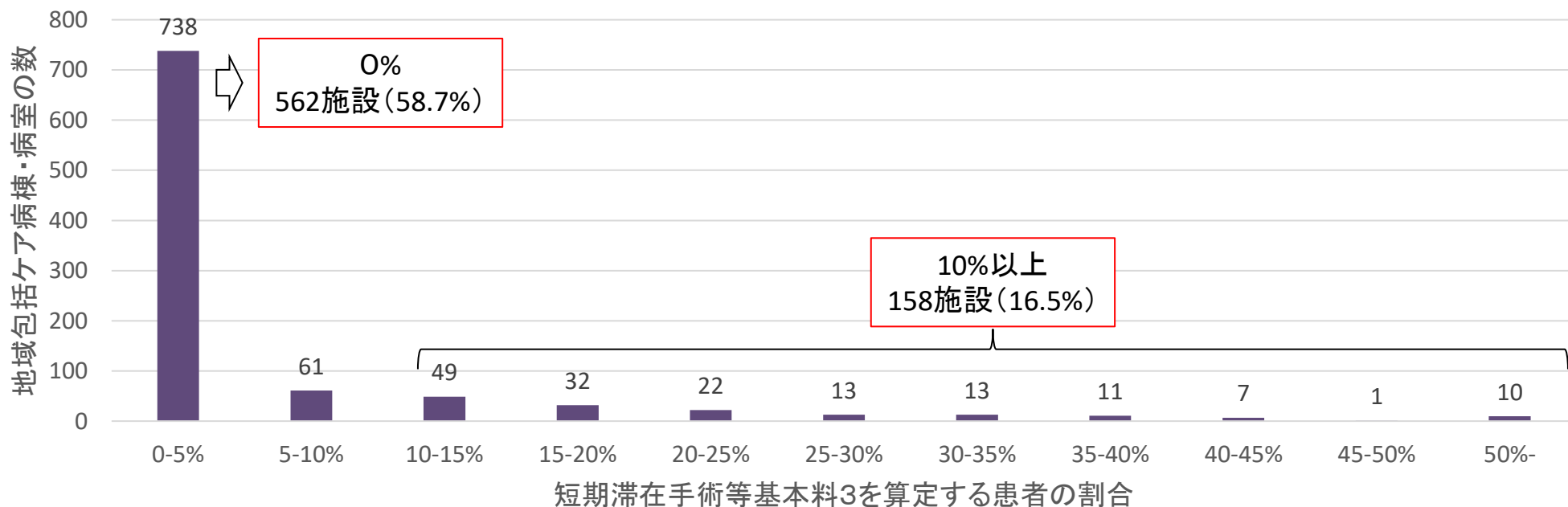
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析①

地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合

○ 地域包括ケア病棟の入棟患者のうち短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合は、多くの病棟、病室で0%であったが、158施設（9.5%）は10%以上であった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数
N = 957



(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合) = $\frac{\text{(地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数)}}{\text{(地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数)}}$

※ 短期滞在3が算定されないDPC対象病院の地域包括ケア病棟は除いて集計

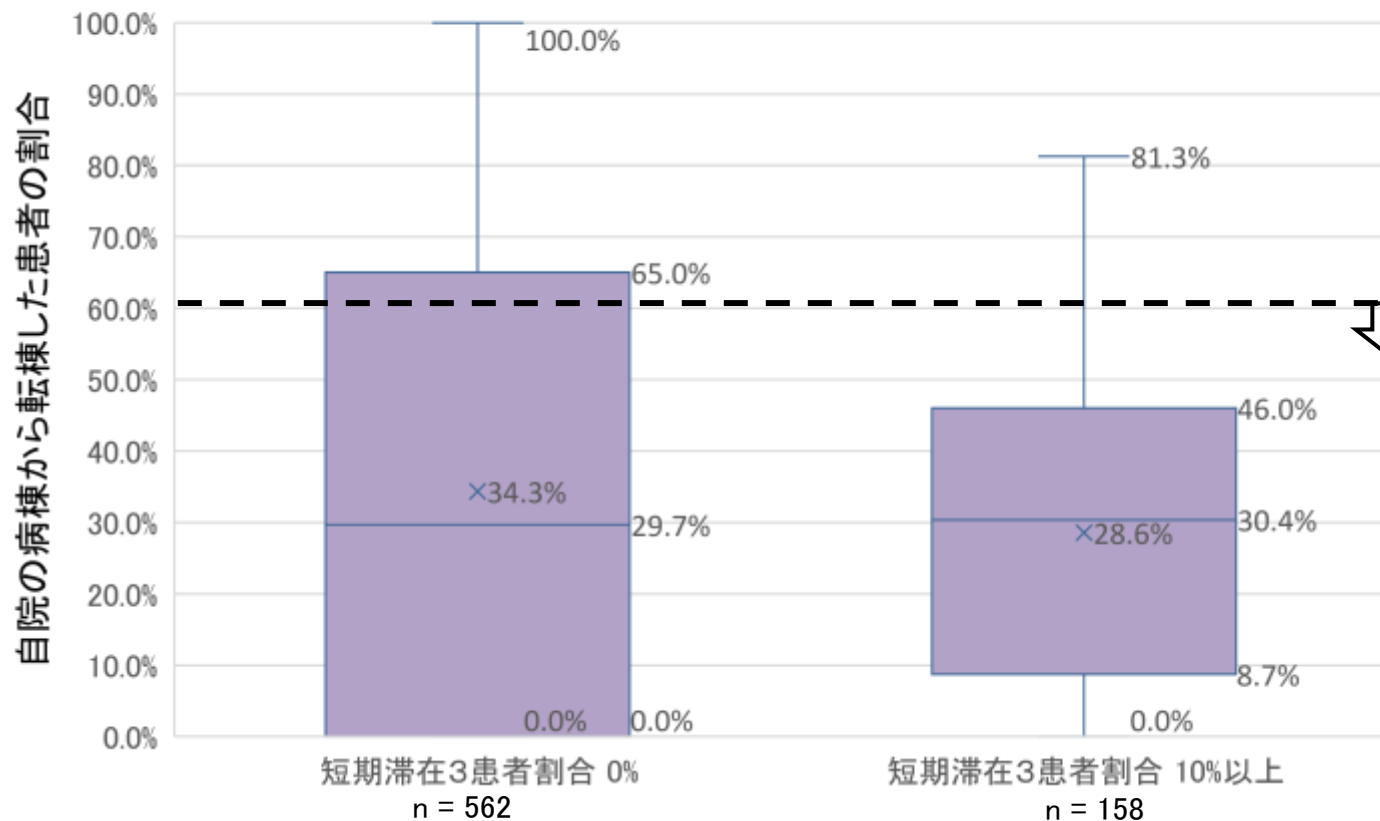
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析②

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、自院の病棟から転棟した患者の割合

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟と、割合が0%である地域包括ケア病棟とで、自院の病棟から転棟した患者割合に大きな差はなかった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、
自院の病棟から転棟した患者の割合



(参考)
地域包括ケア病棟入院料2・4の基準
自院の一般病棟から転棟した患者割合
6割未満

$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

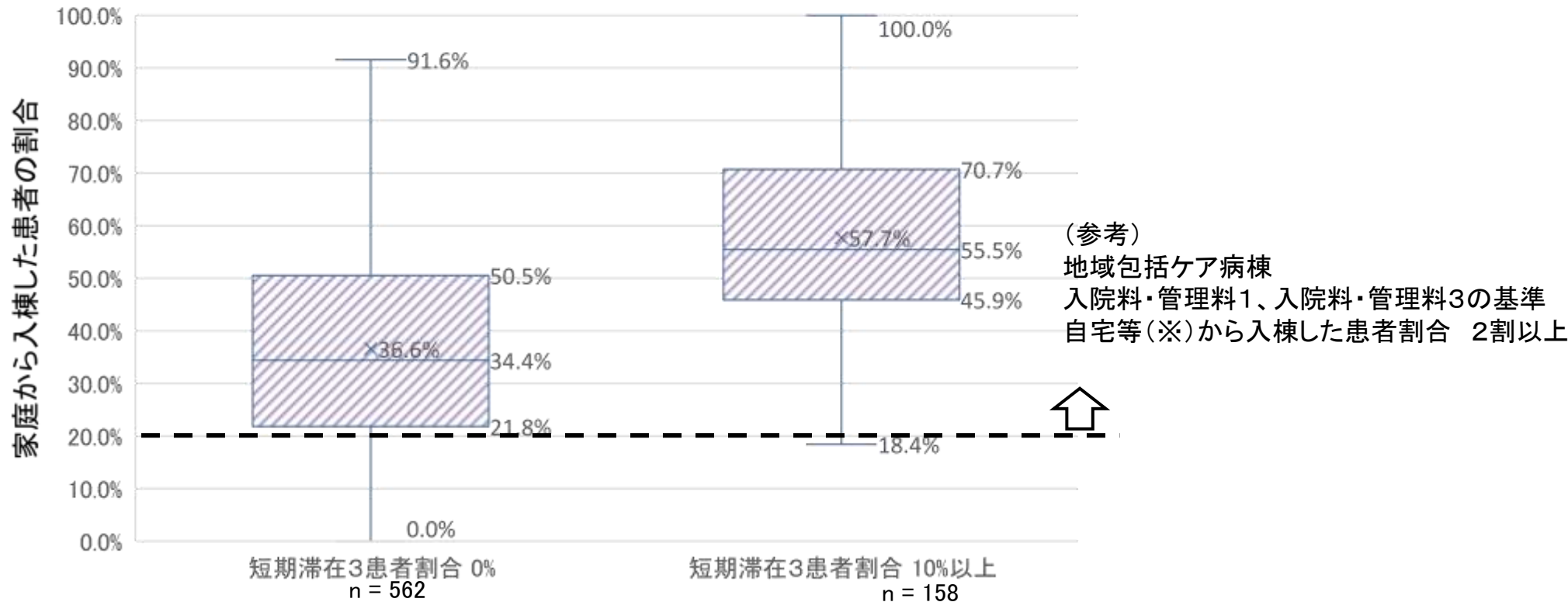
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析③

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、家庭から入棟した患者の割合

○ 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、家庭から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、
自宅から入棟した患者の割合



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 施設規程における自宅等: 自宅又は有料老人ホーム等(介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等)
※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

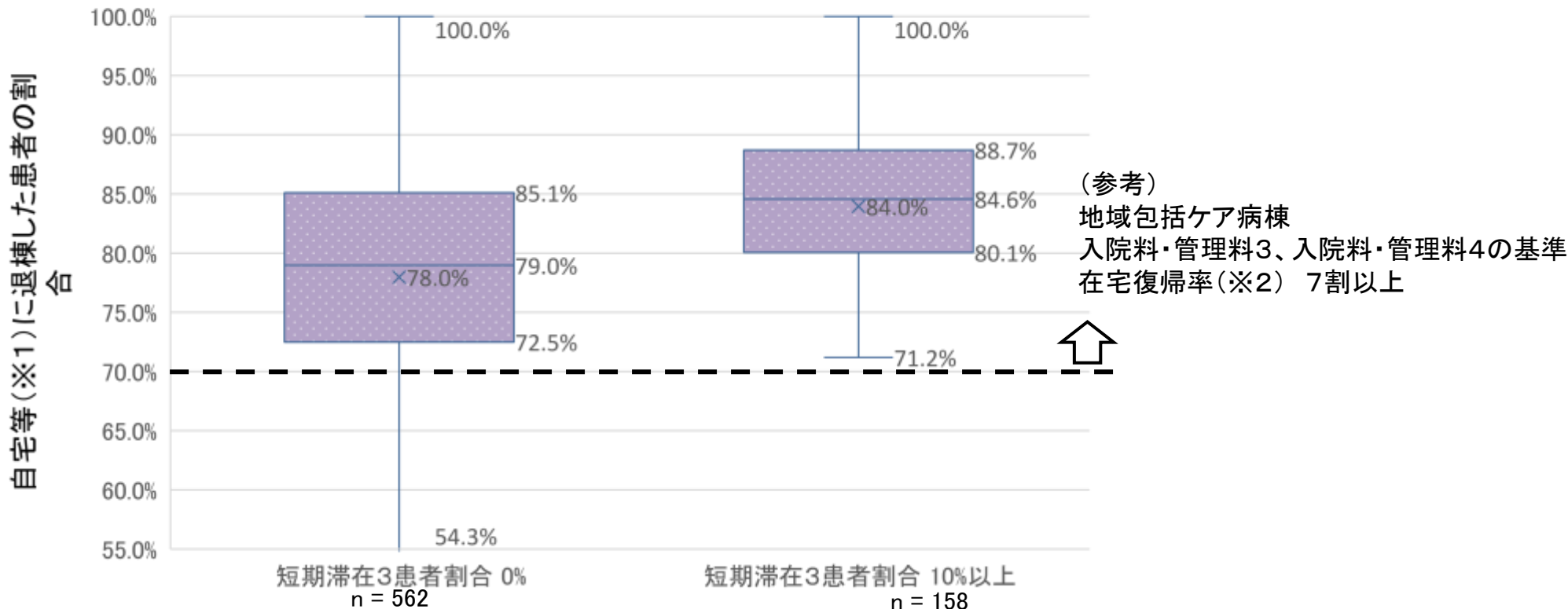
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析④

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、自宅等に退棟した患者の割合

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、自宅等（※1）に退棟した患者割合が高い傾向にあった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、
自宅等に退棟した患者の割合



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

- ※1 集計における自宅等 : 家庭、介護老人福祉施設、社会福祉施設、有料老人ホーム等、介護医療院
- ※2 施設規程における在宅復帰率における分子 : 他の保険医療機関(有床診療所を除く)に転院した者、介護老人保健施設に入所した者、他の病棟に転倒した者、以外の者
- ※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

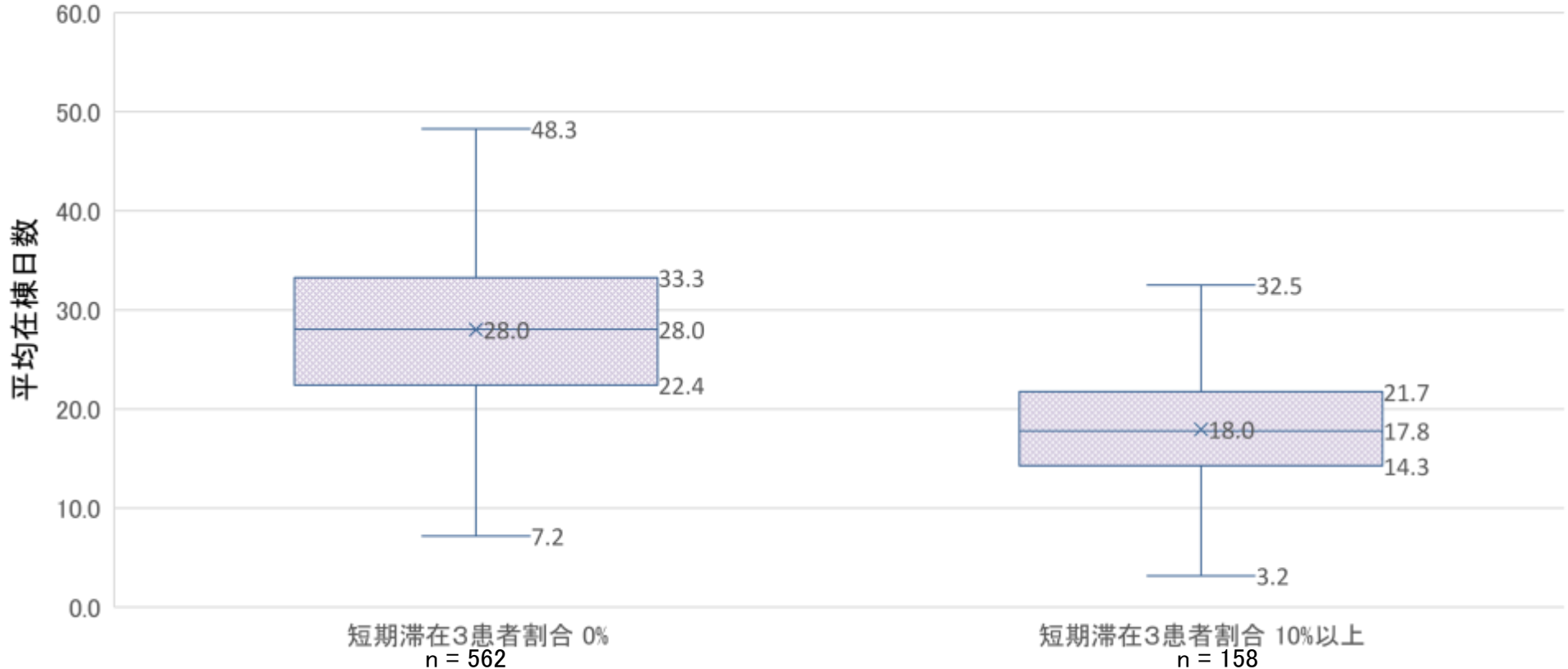
地域包括ケア病棟と短期滞在手術、DPCデータ解析⑤

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、平均在棟日数

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

- 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が10%以上である地域包括ケア病棟は、割合が0%である地域包括ケア病棟と比較して、平均在棟日数が短い傾向にあった。

短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合と、平均在棟日数



$$(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者の割合}) = \frac{(\text{地域包括ケア病棟で短期滞在手術等基本料3のみを算定する患者数})}{(\text{地域包括ケア病棟で地域包括ケア病棟入院料又は短期滞在手術等基本料3を算定する患者数})}$$

※ 短期滞在手術等基本料3を算定しないDPC対象病院を除いて集計している。

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

2-3 地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

2-4 地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

2-5 地域包括ケア病棟の在宅医療等との連携について

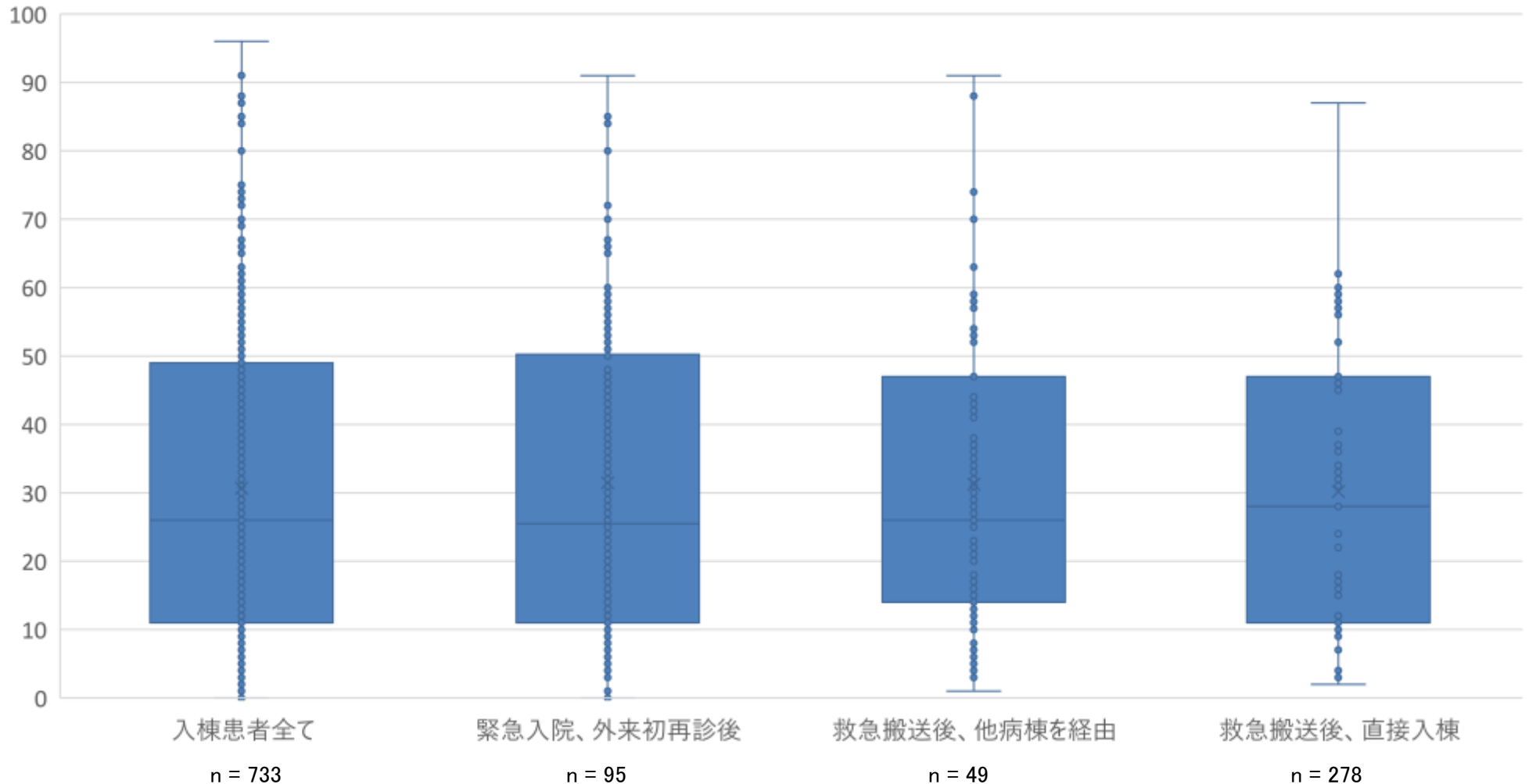
2-6 入退院支援について

地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟期間

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の在棟日数は、入棟経路による大きな差はない。

患者の入棟期間の分布



地域包括ケア病棟、DPCデータ解析① 入棟経路別の主傷病名

再掲

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者のうち、入棟経路別の主傷病名では、救急搬送後入院、直接入棟の患者においては、「食物及び吐物による肺臓炎」、「腰椎骨折 閉鎖性」といった主傷病の患者が多かった。

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

①算定患者全て (n=731,936)

1	食物及び吐物による肺臓炎	3.4%
2	老人性初発白内障	3.2%
3	腰椎骨折 閉鎖性	3.0%
4	大腸<結腸>のポリープ	2.9%
5	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.2%
6	うっ血性心不全	2.2%
7	体液量減少(症)	2.1%
8	肺炎, 詳細不明	2.0%
9	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	2.0%
10	尿路感染症, 部位不明	2.0%

②緊急入院後 (n=178,017)

1	腰椎骨折 閉鎖性	4.6%
2	体液量減少(症)	4.5%
3	食物及び吐物による肺臓炎	4.3%
4	肺炎, 詳細不明	3.8%
5	尿路感染症, 部位不明	3.4%
6	大腸<結腸>のポリープ	2.3%
7	心不全, 詳細不明	2.2%
8	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.2%
9	うっ血性心不全	2.1%
10	胸椎骨折 閉鎖性	2.0%

③救急搬送後入院、直接入棟 (n=39,757)

1	腰椎骨折 閉鎖性	6.2%
2	食物及び吐物による肺臓炎	5.1%
3	体液量減少(症)	4.8%
4	尿路感染症, 部位不明	3.1%
5	肺炎, 詳細不明	3.0%
6	その他の末梢性めまい <眩暈(症)>	2.8%
7	胸椎骨折 閉鎖性	2.7%
8	コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2.1%
9	熱及び光線のその他の作用	2.1%
10	下背部痛 腰部	1.9%

DPCデータ解析における定義

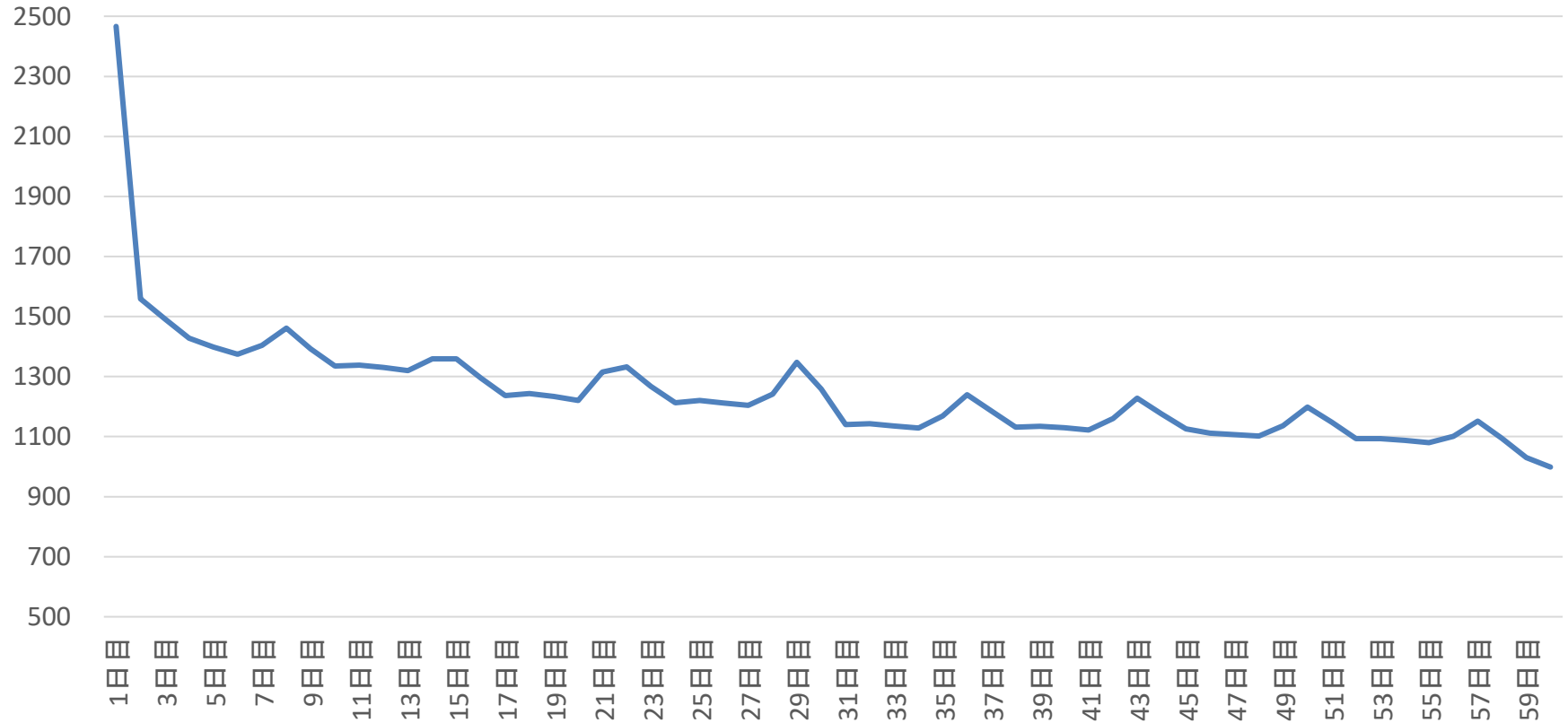
- ①算定患者全て - 1日でも地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者
- ②緊急入院後 - ①のうち、緊急入院である患者
- ③救急搬送後、直接入棟 - 救急車による搬送により入院した患者で、入院初日から地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定している患者

入院日数に応じた医療資源投入量

診調組 入-1
5 . 9 . 2 9

- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。

1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)



地域包括ケア病棟入院料に係る見直し①

実績要件の見直し①

➤ 救急体制に係る評価の見直し

- **一般病床において**地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア病棟管理料を算定する場合については、**第二次救急医療機関であること又は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を要件**とする。

※ ただし、**200床未満**の保険医療機関については、**当該保険医療機関に救急外来を有していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす**こととする。

実績要件の見直し①

➤ 重症患者割合の見直し

- 重症度、医療・看護必要度の割合について、必要度Ⅰの割合は1割2分以上、必要度Ⅱの割合は0割8分以上へ見直す。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

(抜粋・概要)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 1割4分以上
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 1割1分以上



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

(抜粋・概要)

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合 **1割2分以上**
 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合 **0割8分以上**

➤ 自院一般病棟からの転棟割合の見直し

- 入院料2及び4における自院の一般病棟から転棟した患者割合に係る要件について、**許可病床数が200床以上400床未満の医療機関についても要件化**するとともに、当該要件を満たしていない場合は、**所定点数の100分の85に相当する点数**を算定することとする。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

400床以上の保険医療機関であって「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6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

200床以上の保険医療機関であって「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6割未満であること」を満たさない場合は所定点数の**100分の85**に相当する点数を算定する。

地域包括ケア病棟における一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-
3	注射薬剤3種類以上の管理	なし	あり	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり
7	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	-	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(13日間)	なし	あり
16	開胸手術(12日間)	なし	あり
17	開腹手術(7日間)	なし	あり
18	骨の手術(11日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[重症患者割合の基準]

対象入院料	基準
地域包括ケア病棟	A得点が1点以上又はC得点が1点以上

[評価の対象]

当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近3月において入院している全ての患者。

ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者(基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料3に係る要件を満たす場合に限る。)及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に内科の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外する。

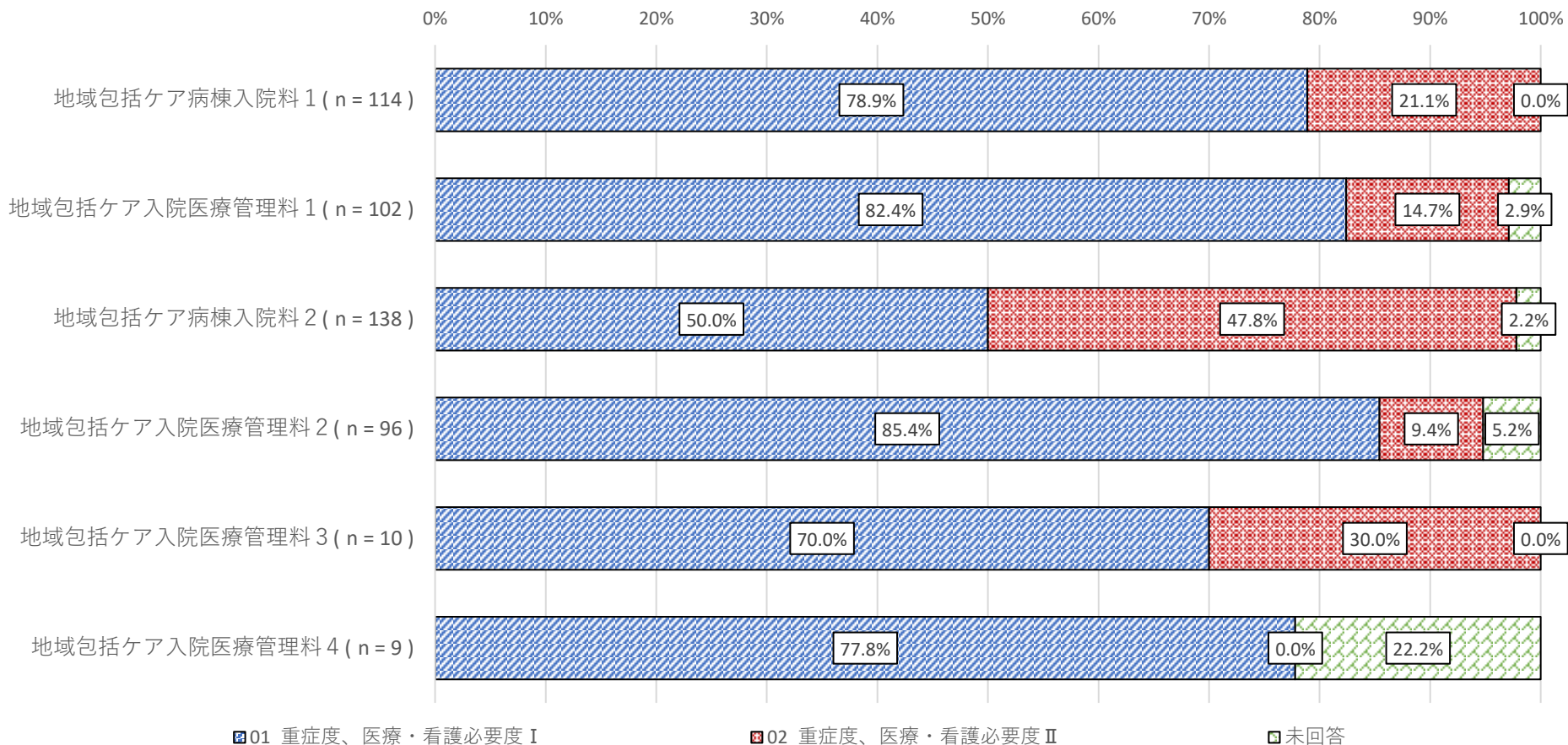
注)

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者: DPC病院において、短期滞在手術等基本料3の対象となっている手術、検査又は放射線治療を行った患者(入院した日から起算して5日までに退院した患者に限る。)

基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者: 短期滞在手術等基本料1の対象となっている手術又は検査を行った患者

○ 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料ともに、重症度、医療・看護必要度 I を届出ている施設が多くみられた。

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和2年11月1日時点）

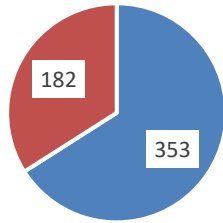


地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度①

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

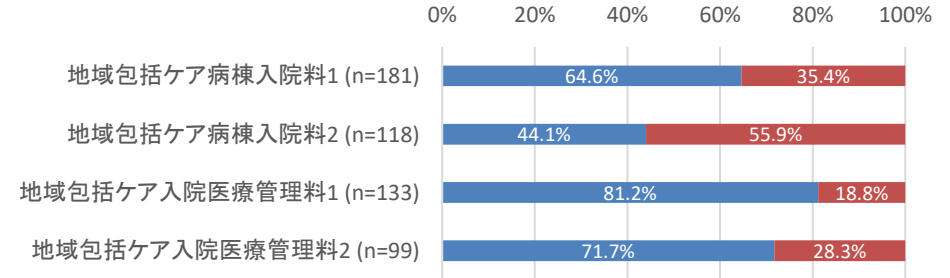
○ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の状況は以下のとおり。

必要度 I / II の届出状況
(令和4年11月時点、n=535)



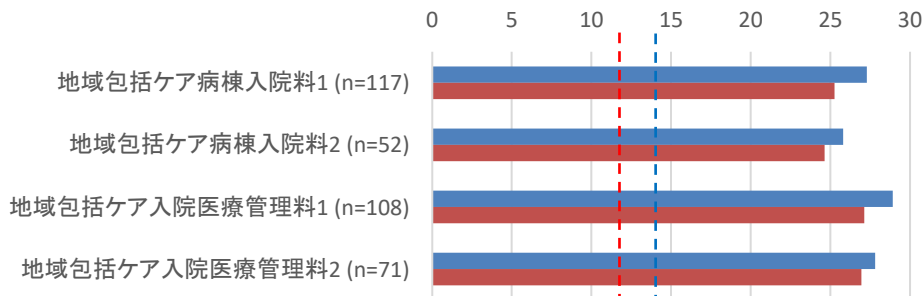
■ 必要度 I ■ 必要度 II

入院料の届出種類別の必要度 I / II の届出状況
(令和4年11月時点)



■ 必要度 I ■ 必要度 II

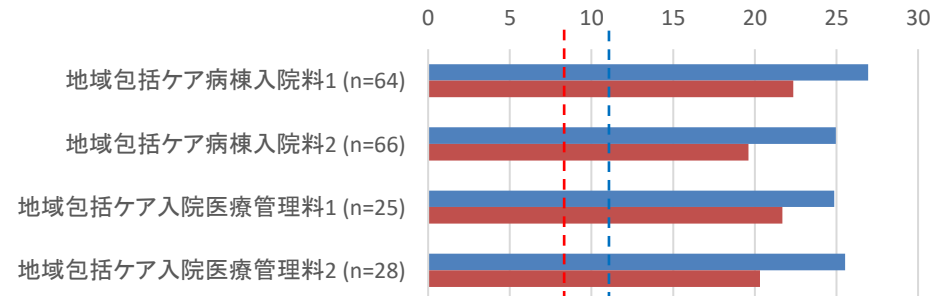
必要度 I の届出施設*における該当患者割合 (%)
※令和4年11月時点



■ R3 ■ R4

R3施設基準: 14%以上
R4施設基準: 12%以上

必要度 II の届出施設*における該当患者割合 (%)
※令和4年11月時点



■ R3 ■ R4

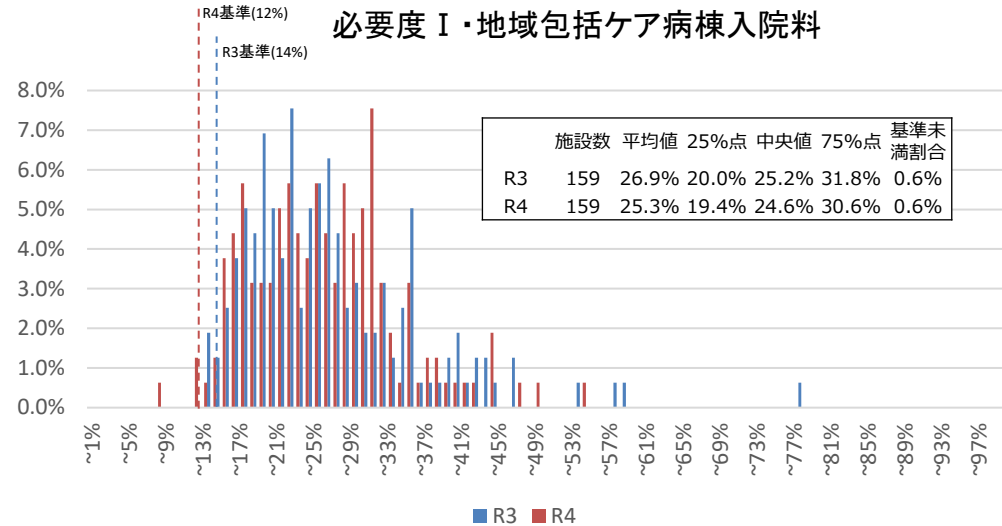
R3施設基準: 11%以上
R4施設基準: 8%以上

地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度②

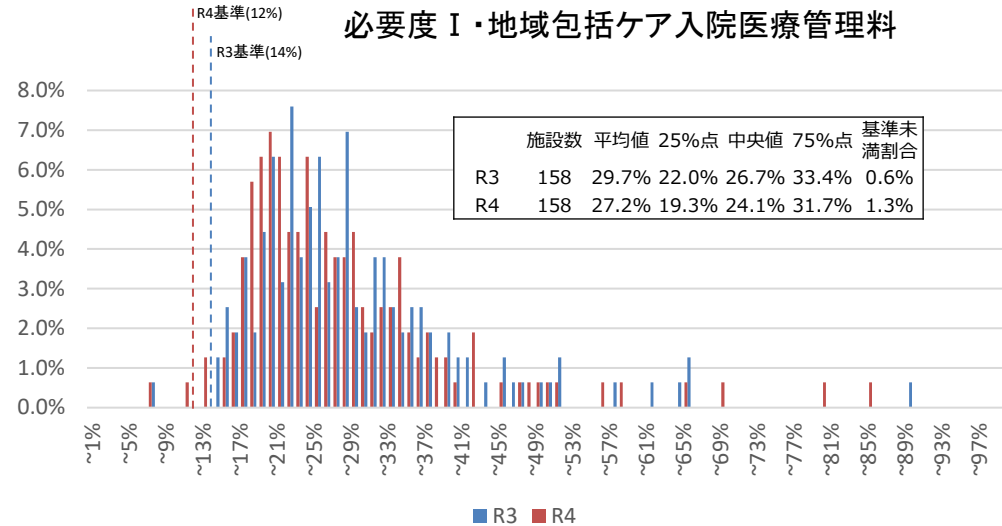
診調組 入-1
5.8.10

○ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合にはばらつきがある。

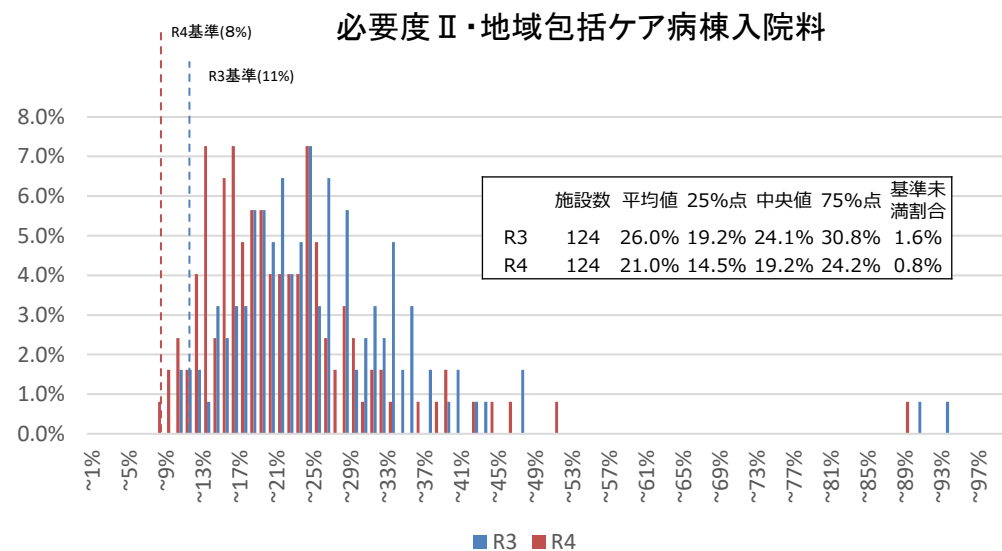
必要度Ⅰ・地域包括ケア病棟入院料



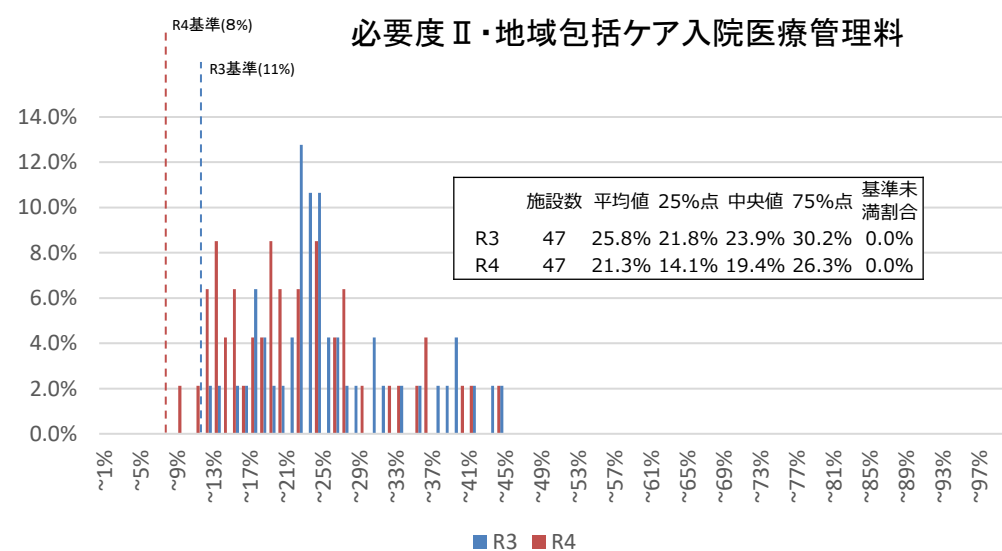
必要度Ⅰ・地域包括ケア入院医療管理料



必要度Ⅱ・地域包括ケア病棟入院料



必要度Ⅱ・地域包括ケア入院医療管理料



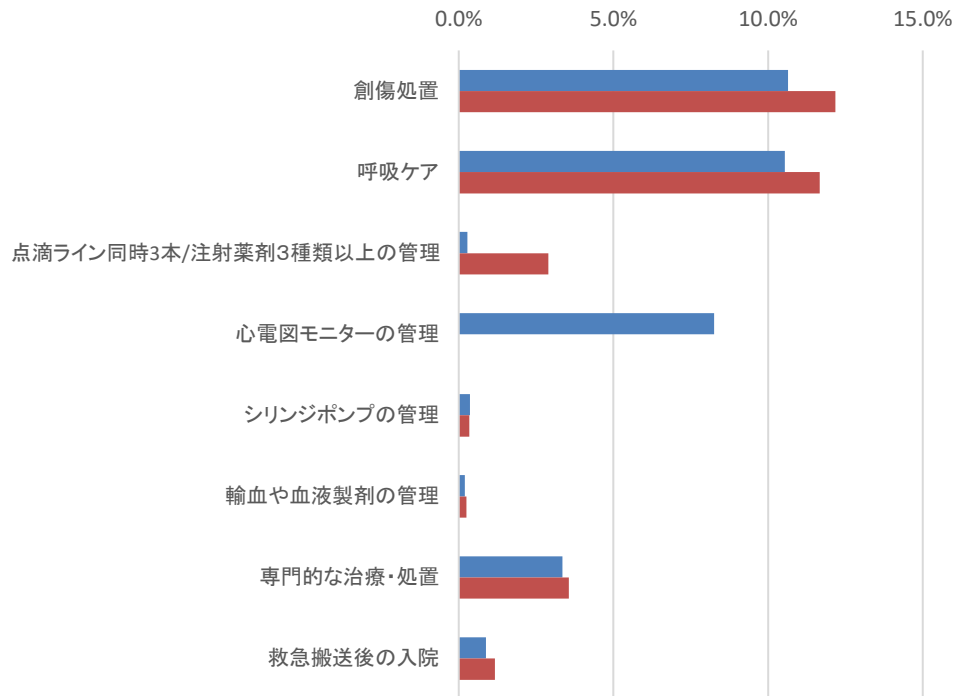
地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度^③

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度のA各項目の該当患者割合は以下のとおり。

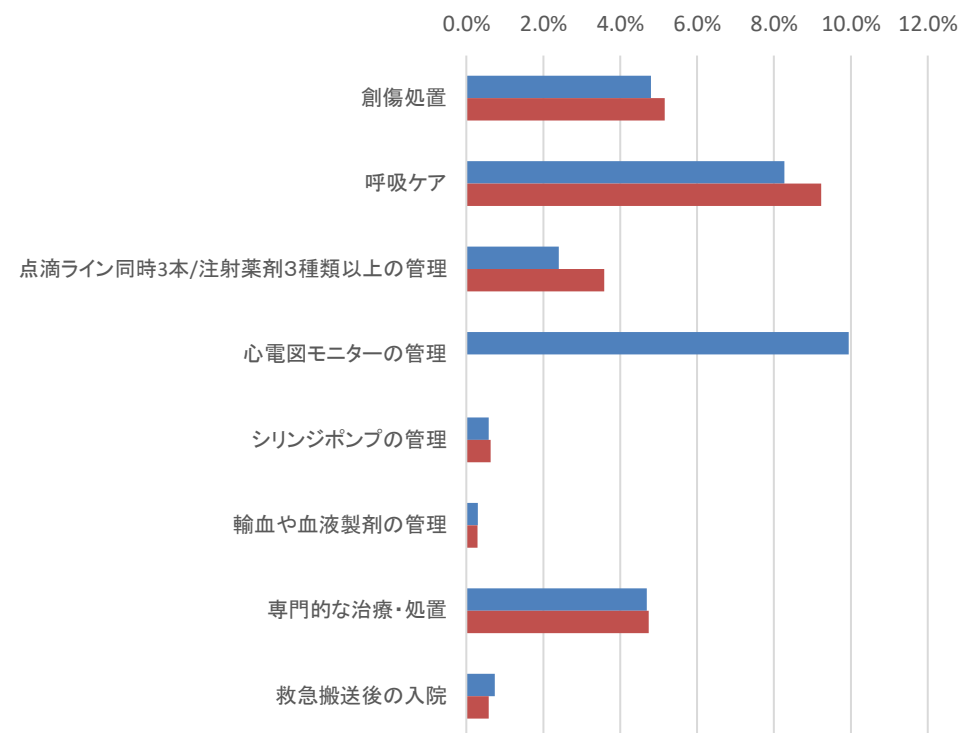
<重症度、医療・看護必要度 I >

■ R3 (n=621,184人・日) ■ R4 (n=381,297人・日)



<重症度、医療・看護必要度 II >

■ R3 (n=199,590人・日) ■ R4 (n=215,660人・日)



2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

2-3 地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

2-4 地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

2-5 地域包括ケア病棟の在宅医療等との連携について

2-6 入退院支援について

地域包括ケア病棟入院料の施設基準で求める在宅医療等の実績

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1・3

次に掲げる項目のうち **少なくとも2つ** を満たしていること。

ア 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。

イ 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。

ウ 当該保険医療機関と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。

エ 当該保険医療機関において区分番号「C006」**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。

オ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、**介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護**、同条第4項に規定する**訪問看護**、同条第5項に規定する**訪問リハビリテーション**、同法第8条の2第3項に規定する**介護予防訪問看護**又は同条第4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こと。

カ 当該保険医療機関において区分番号「B005」**退院時共同指導料2**及び区分番号「C014」**外来在宅共同指導料1**の算定回数が直近3か月間で**6回以上**であること。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2・4

次の **いずれか1つ** 以上を満たしていること。

ア 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が2割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入棟した患者を直近3か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。

イ 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で9人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。

ウ 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。

エ 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。

オ 当該保険医療機関と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。

カ 当該保険医療機関において区分番号「C006」**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。

キ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、**介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護**、同条第4項に規定する**訪問看護**、同条第5項に規定する**訪問リハビリテーション**、同法第8条の2第3項に規定する**介護予防訪問看護**又は同条第4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こと。

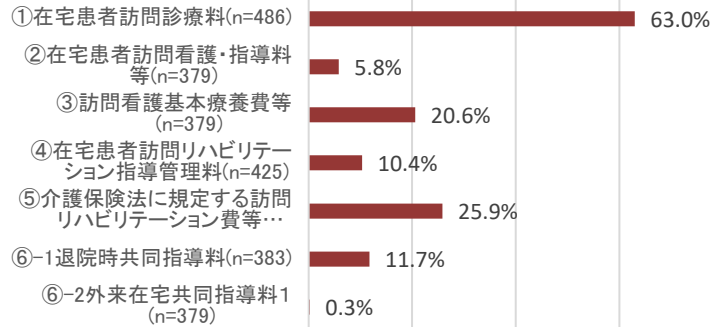
ク 当該保険医療機関において区分番号「B005」**退院時共同指導料2**及び区分番号「C014」**外来在宅共同指導料1**の算定回数が直近3か月間で**6回以上**であること

在宅医療等の提供状況①

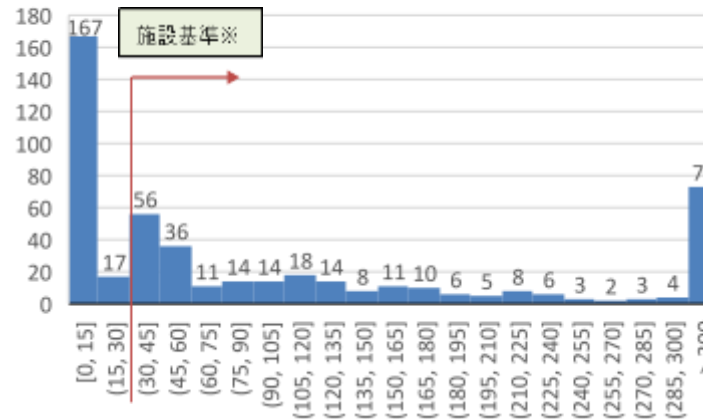
○ 地域包括ケア病棟を持つ病院の在宅医療の提供状況については、以下のとおり、訪問診療の基準を満たしている医療機関が多い。

在宅の実績に係る施設基準要件を満たしている割合

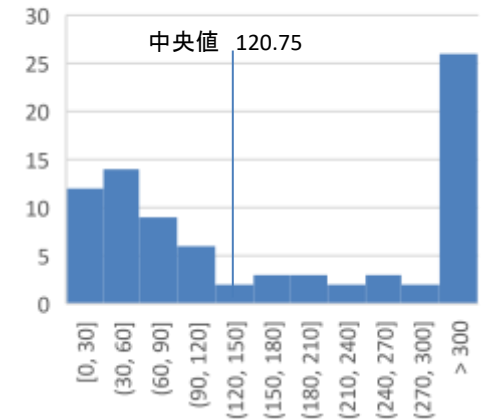
0.0% 割合 20.0% 40.0% 60.0% 80.0%



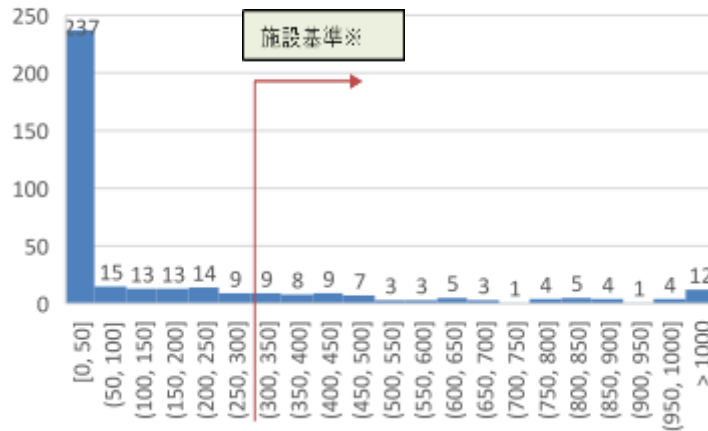
①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=486)



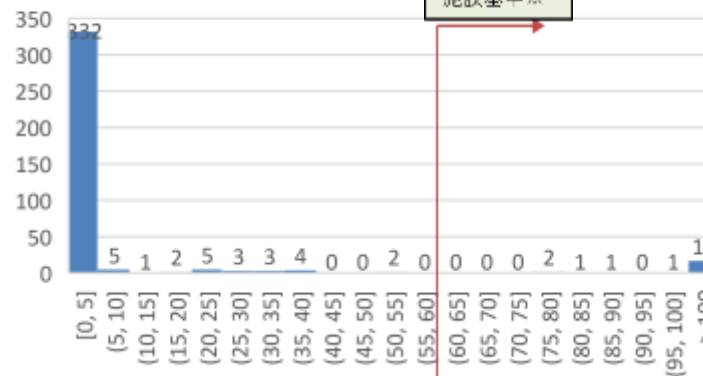
(参考) 在宅療養支援病院における在宅患者訪問診療の算定回数 (n=82)



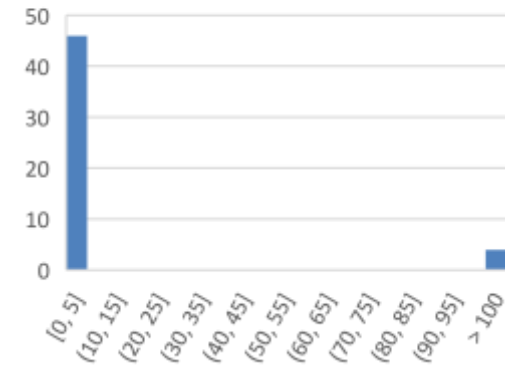
③訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



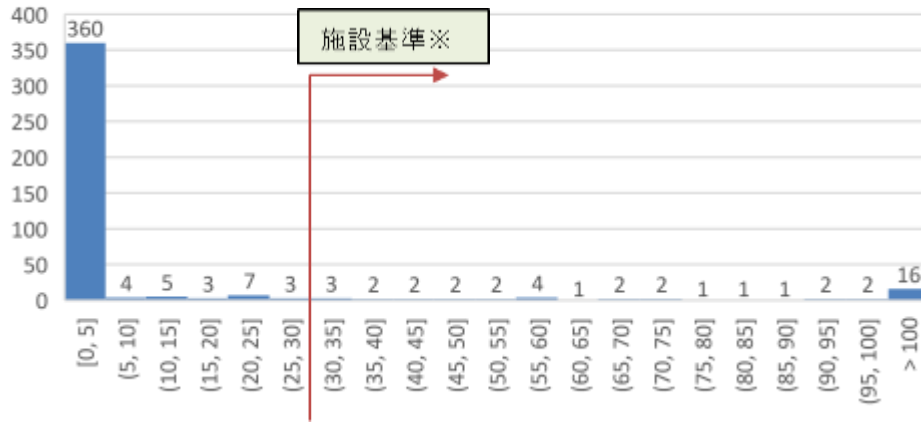
(参考) 在宅療養支援病院における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料の算定回数 (n=50)



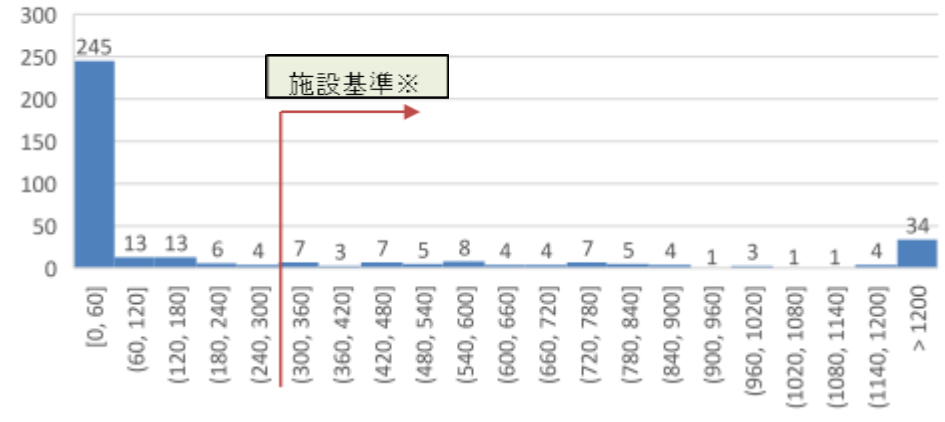
※地域包括ケア病棟入院料1・3においては上記①～⑥の要件について2つ以上満たしている必要がある。(2・4については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件)

○ 地域包括ケア病棟を有する病院の、在宅医療の提供状況は以下のとおり。

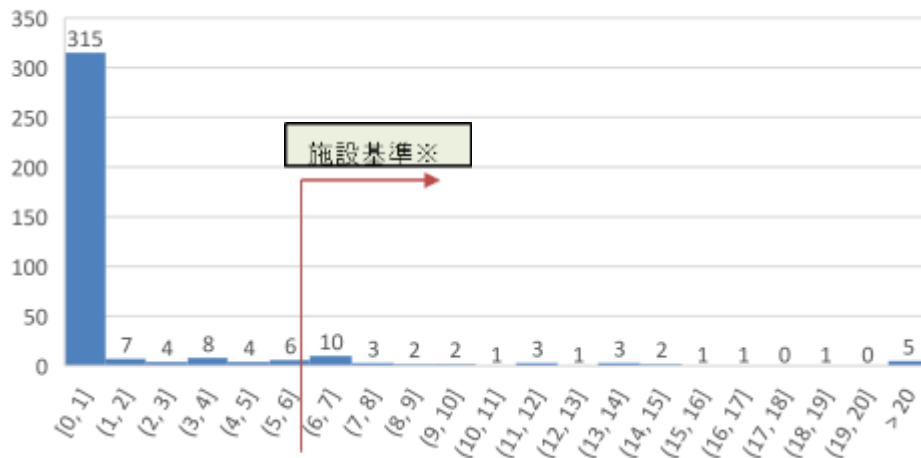
④区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=425)



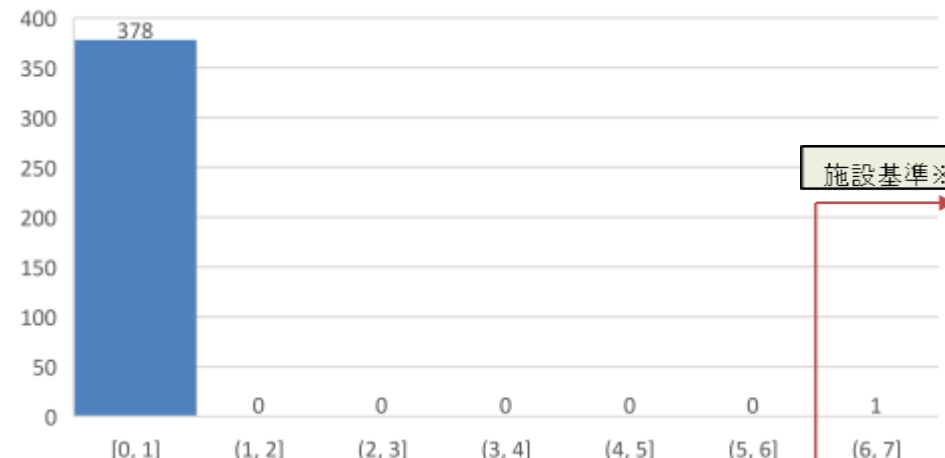
⑤介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



⑥-1退院時共同指導料2の算定回数(n=383)



⑥-2外来在宅共同指導料1の算定回数(n=379)

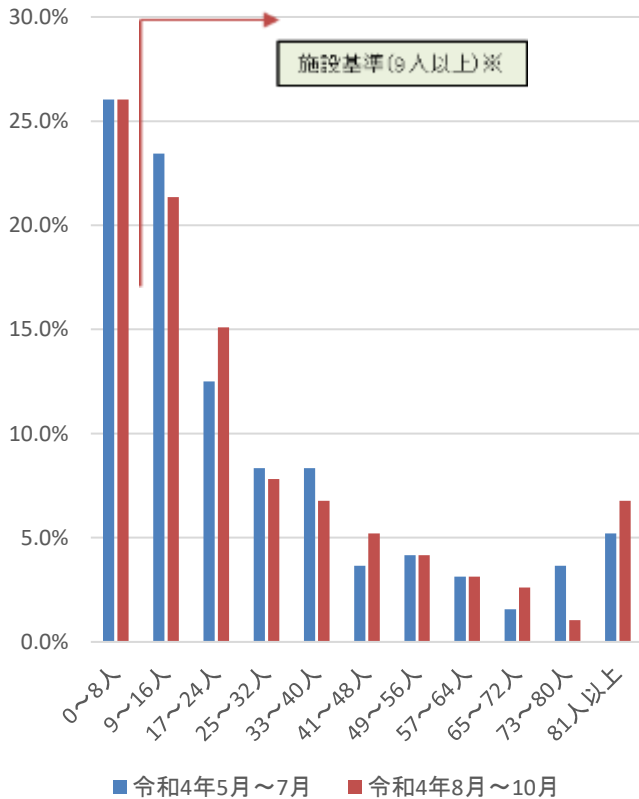


※地域包括ケア病棟入院料1・3においては上記①～⑥の要件について2つ以上満たしている必要がある。（2・4については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件）

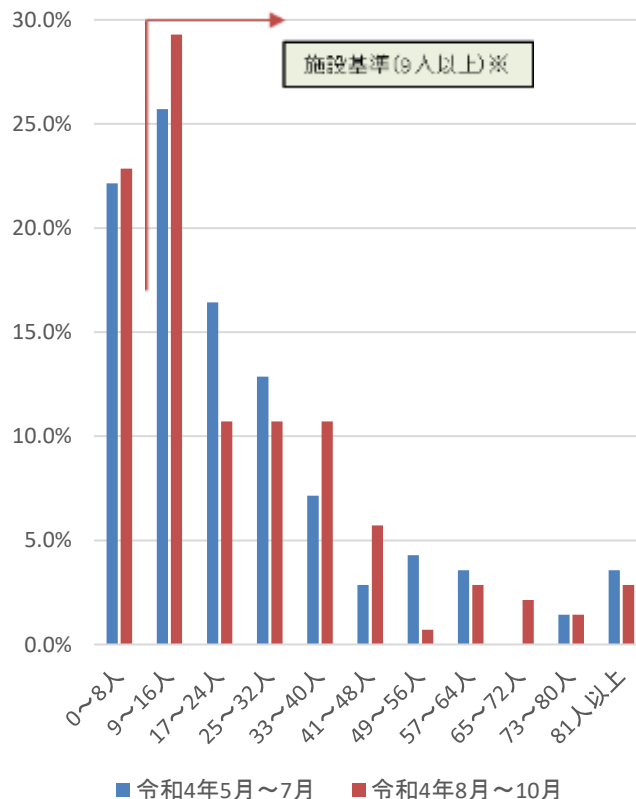
地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおり。
- 入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ※ 施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

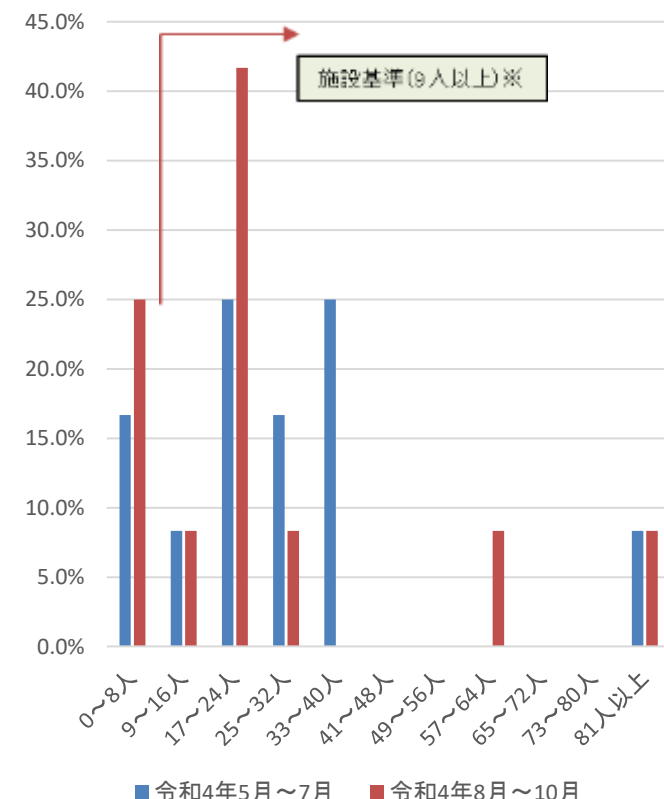
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1 (n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2 (n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3・4 (n=12)

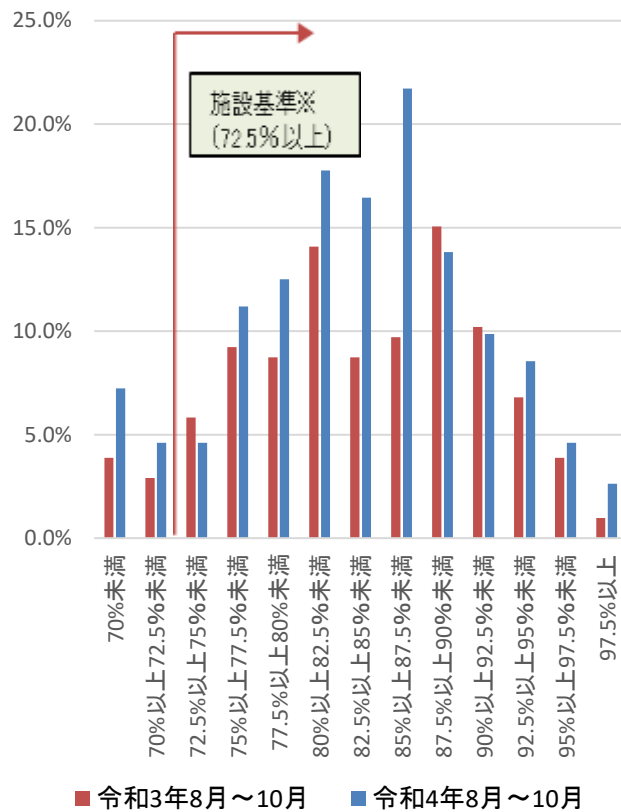


※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

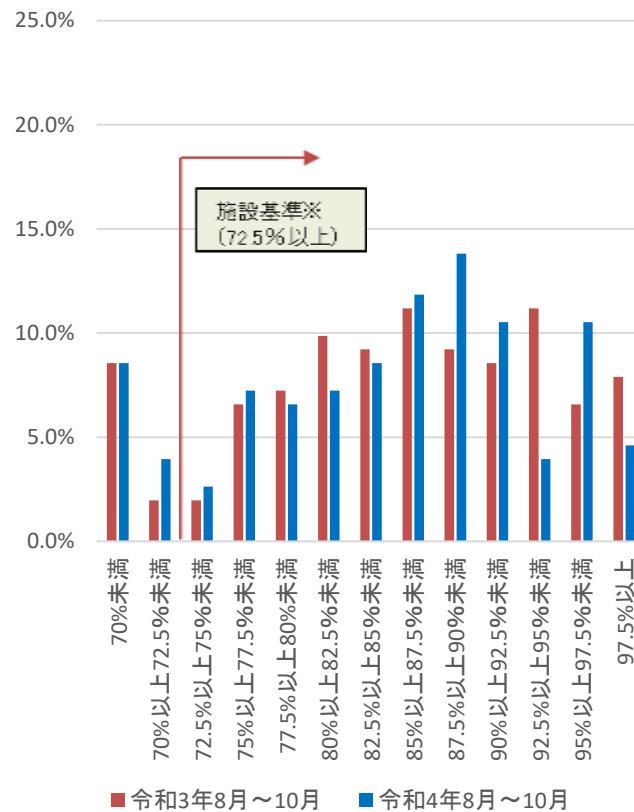
地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

- 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料を届け出ている病棟における、在宅復帰率の分布は以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2において、令和3年と比較して令和4年では、在宅復帰率が高い傾向にある。

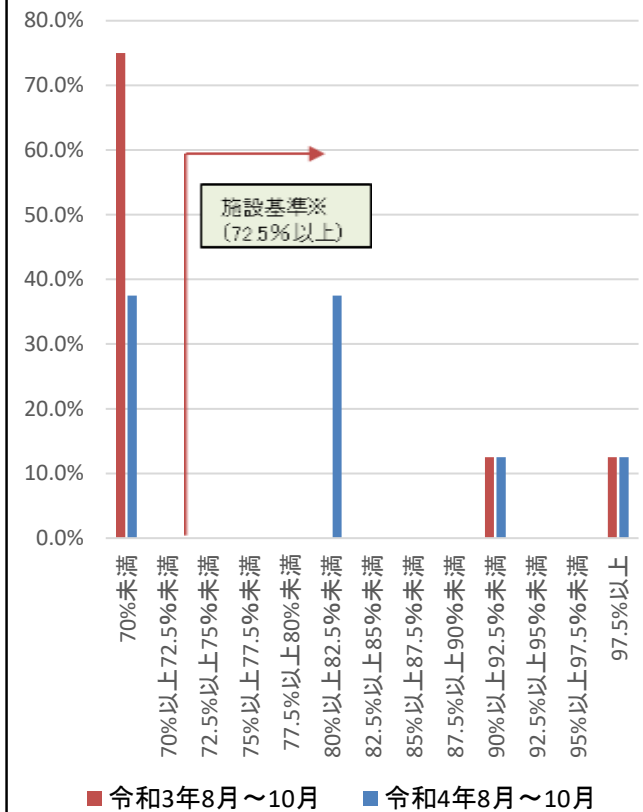
地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1 (n=206)



地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料2 (n=152)



地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料3・4 (n=8)

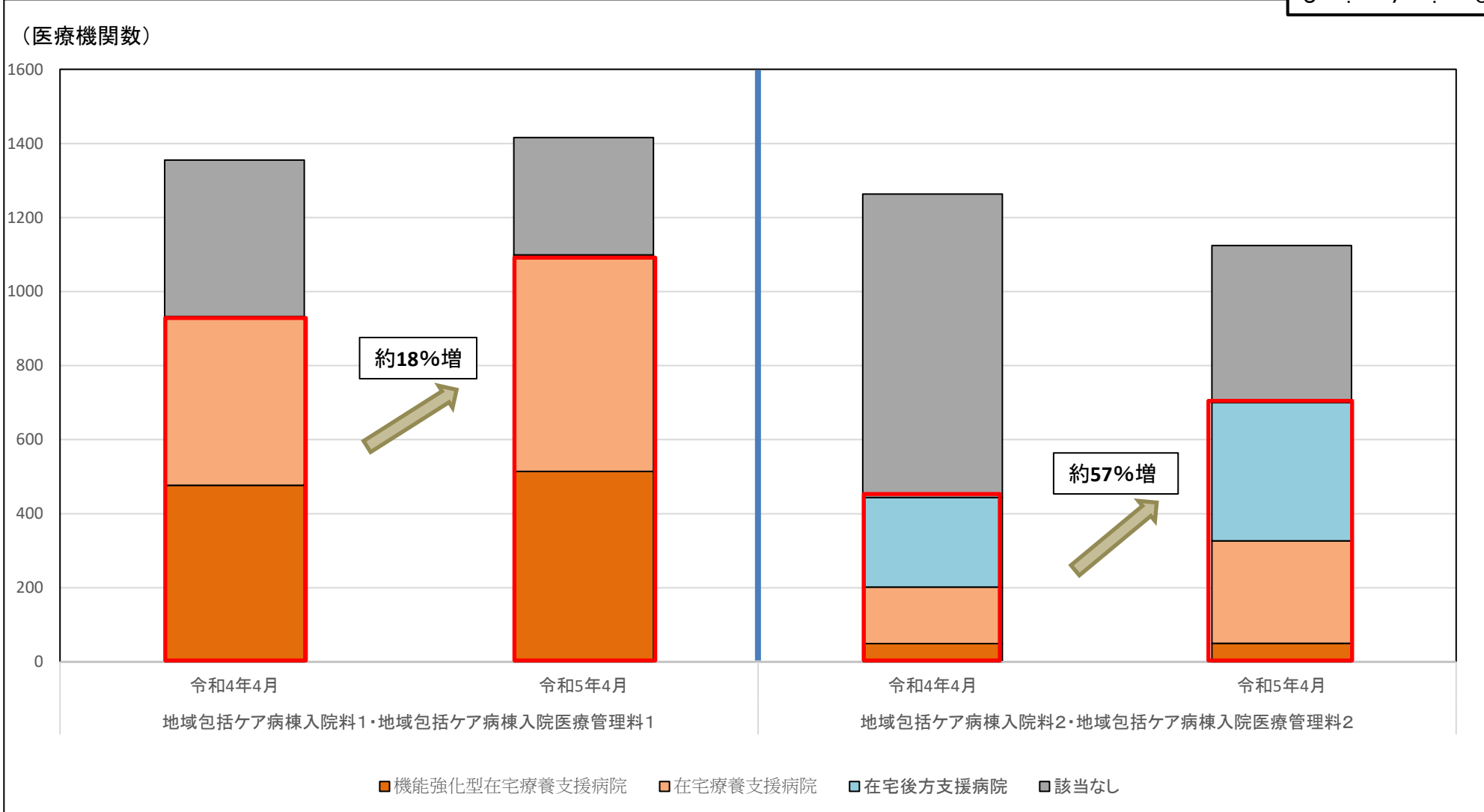


※令和4年度診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2については在宅復帰率が70%→72.5%以上、地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料3・4については在宅復帰率が70%以上が要件となった。

地域包括ケア病棟における在宅療養支援病院等の届出状況について

○ 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている医療機関において、在宅療養支援病院及び在宅療養後
方支援病院の届出状況の推移は以下のとおり。

診調組 入 - 1
5 . 7 . 6



提供する在宅医療等の組み合わせ

- 地域包括ケア病棟を有する病院から提供する在宅医療等の組み合わせは以下のとおり。
- 在宅患者訪問診療料の算定実績がある施設において、入院料1・3では訪問リハビリテーションや訪問看護等の算定実績がある施設が多く、入院料2・4では退院時共同指導等や訪問介護の算定実績がある施設が多い。

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3を算定する医療機関における、在宅医療等の提供の組み合わせ

	1)在宅患者訪問診療料 (Ⅰ)・(Ⅱ)の算定実績 あり	2)訪問看護等の提供実績あ り	3)訪問リハビリテーション (医療保険・介護保険)の 提供実績あり	4)訪問介護の提供実績あり	5)退院時共同指導・在宅患 者共同指導の実績あり
1)在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の 算定実績あり(n=272)		47%	50%	13%	16%
2)訪問看護等の提供実績あり(n=147)	86%		52%	22%	23%
3)訪問リハビリテーション(医療保険・ 介護保険)の提供実績あり(n=151)	91%	51%		18%	18%
4)訪問介護の提供実績あり(n=40)	88%	83%	68%		13%
5)退院時共同指導・在宅患者共同指導の 実績あり(n=53)	81%	64%	51%	9%	

注)訪問看護等には、以下を含む

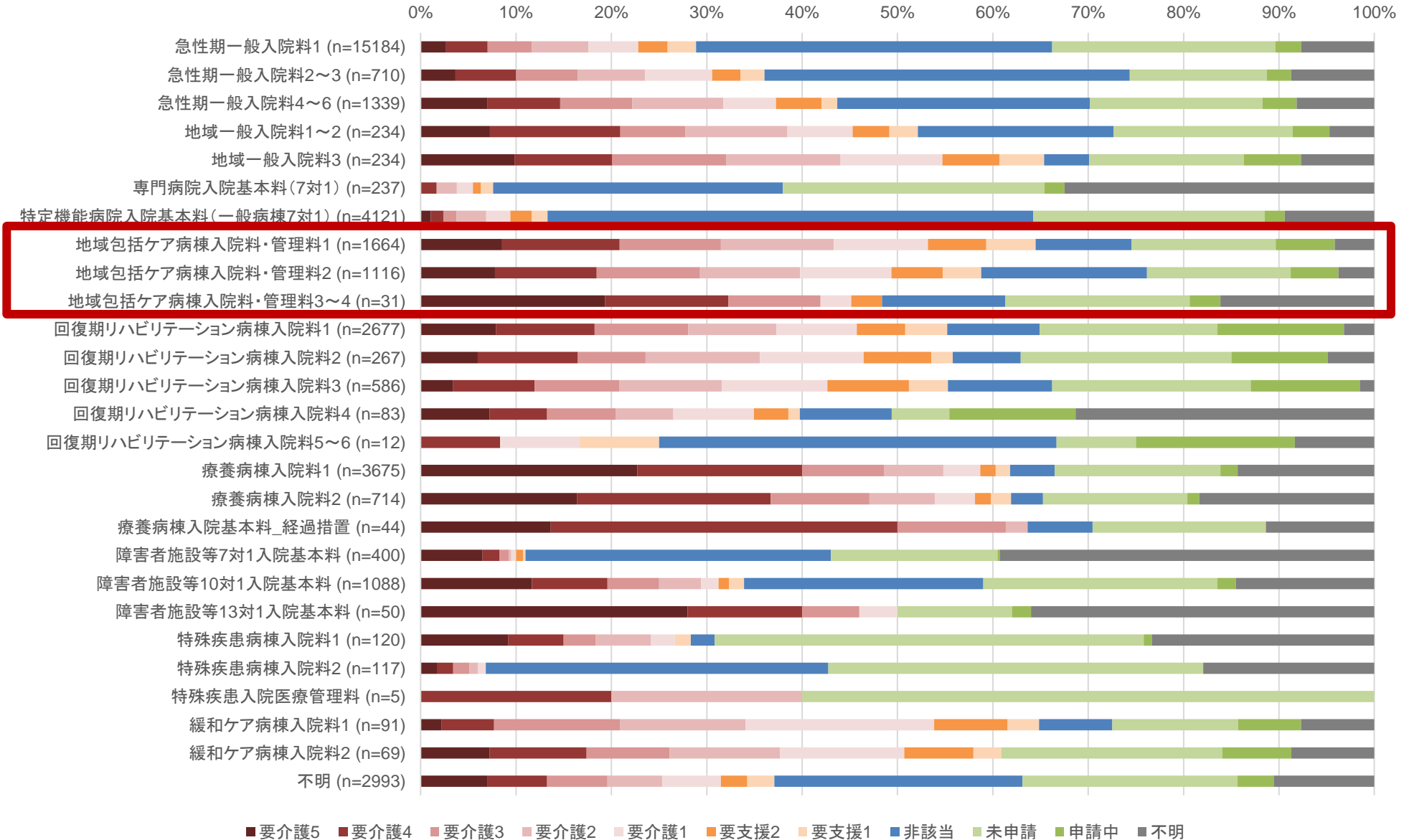
- 【病院からの訪問看護等の提供実績】
- ・在宅患者訪問看護・指導料
- ・同一建物居住者訪問看護・指導料
- ・精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)・(Ⅲ)
- ・退院後訪問指導料
- ・介護保険の指定訪問看護事業所としての訪問看護費
- 【同一敷地内または隣接する敷地内の訪問看護ステーションによる訪問看護の提供実績】
- ・訪問看護療養費または精神科訪問看護療養費
- ・介護保険法に規定する訪問看護費

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2・4を算定する医療機関における、在宅医療等の提供の組み合わせ

	1)在宅患者訪問診療料 (Ⅰ)・(Ⅱ)の算定実績 あり	2)訪問看護等の提供実績あ り	3)訪問リハビリテーション (医療保険・介護保険)の 提供実績あり	4)訪問介護の提供実績あり	5)退院時共同指導・在宅患 者共同指導の実績あり
1)在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の 算定実績あり(n=132)		30%	22%	52%	62%
2)訪問看護等の提供実績あり(n=67)	60%		48%	12%	27%
3)訪問リハビリテーション(医療保険・ 介護保険)の提供実績あり(n=60)	48%	53%		18%	20%
4)訪問介護の提供実績あり(n=83)	83%	10%	13%		94%
5)退院時共同指導・在宅患者共同指導の 実績あり(n=108)	76%	17%	11%	72%	

入院料ごとの要介護度別の患者割合

診調組 入-1
5. 6. 8 改



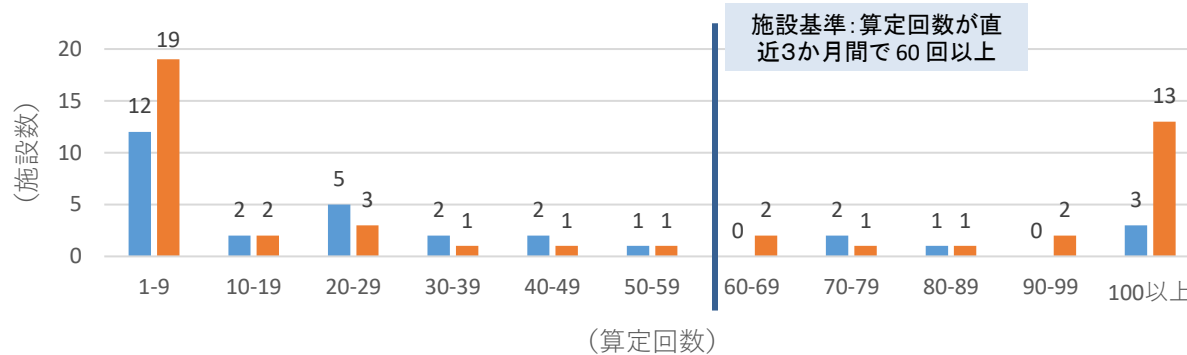
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

提供する在宅医療等のうち病院からの訪問看護等の提供状況

- 地域包括ケア病棟を有する病院から訪問看護・指導等を提供している割合は、入院料1・3又は入院料2・4でいずれも1割程度であるが、入院料2・4の方が入院料1・3と比較して算定回数が多かった。
- 現在の基準である医療保険による訪問看護・指導料の算定回数に、退院後訪問指導料や介護保険のみなし指定訪問看護事業所としての訪問看護費の算定回数を加えると、いずれも算定回数が100回以上の施設数が大きく増加していた。

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3届出医療機関

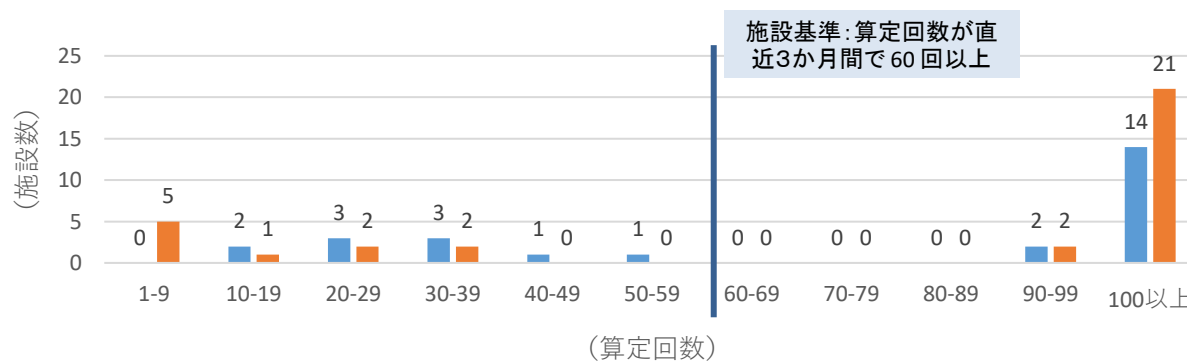
① 病院からの訪問看護・指導等（※）の提供実績（令和4年8月～10月の3か月間の算定回数）



	n数 (地ケア1・3算定医療機関に占める割合)	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
(i)	30(9.6%)	51.4	24	20.0%
(ii)	46(14.6%)	122.1	28.5	—

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2・4届出医療機関

① 病院からの訪問看護・指導等（※）の提供実績（令和4年8月～10月の3か月間の算定回数）



	n数 (地ケア2・4算定医療機関に占める割合)	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
(i)	26(11.3%)	440.5	102	61.5%
(ii)	33(14.3%)	487.0	155	—

(※)

■ (i) 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)(III)の算定回数

■ (ii) (i)に加えて、退院後訪問看護指導料及び介護保険のみなし指定訪問看護事業所としての訪問看護費の算定回数

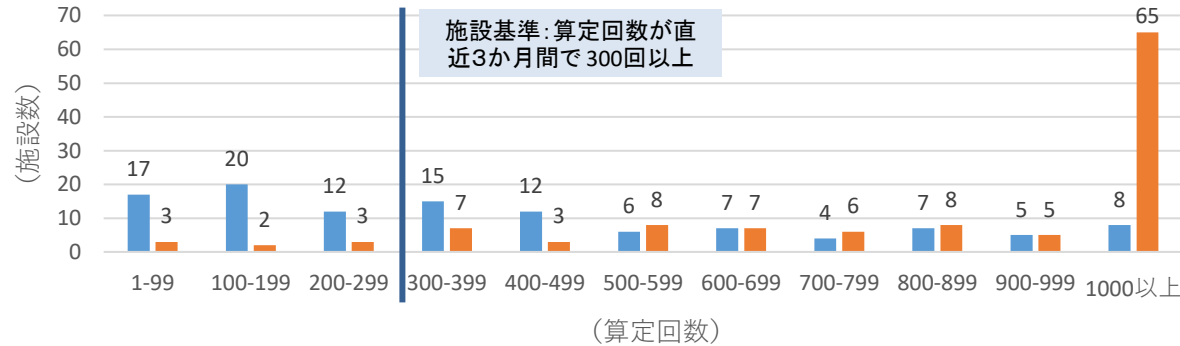
提供する在宅医療等のうち訪問看護ステーションからの訪問看護の提供状況

- 地域包括ケア病棟を有する病院の併設訪問看護ステーションから訪問看護を提供している割合は、入院料1・3の場合は約4割、入院料2・4の場合は約2割であり、算定回数はいずれもばらついていた。
- 現在の基準である医療保険による訪問看護療養費の算定回数に、介護保険の(介護予防)訪問看護費の算定回数を加えると、いずれも算定回数が1,000回以上の施設数が大きく増加した。

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1・3 算定医療機関

② 併設する訪問看護ステーションからの訪問看護等(※)の提供実績

(令和4年8月～10月の3か月間の算定回数)

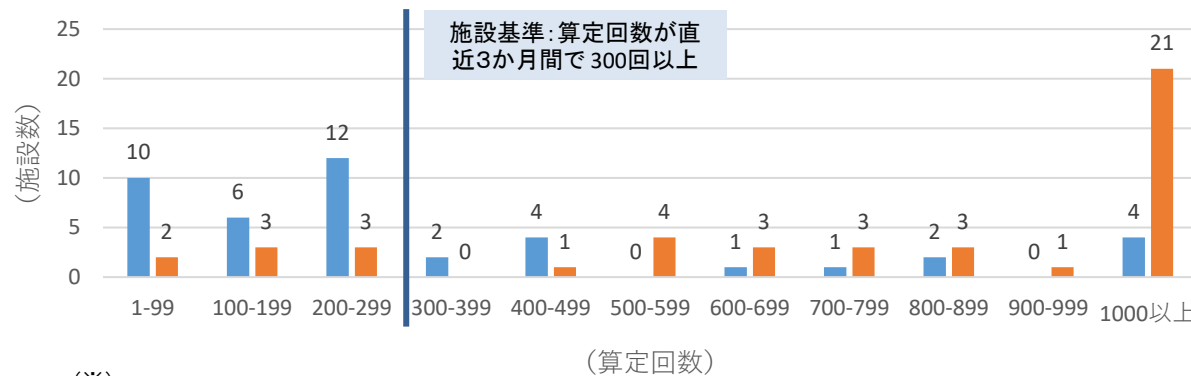


	n数 (地ケア1・3算定医療機関に占める割合)	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
(i)	113(36.0%)	582.1	331	56.6%
(ii)	117(37.3%)	1,505.6	1,190	—

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2・4 算定医療機関

② 併設する訪問看護ステーションからの訪問看護等(※)の提供実績

(令和4年8月～10月の3か月間の算定回数)



	n数 (地ケア2・4算定医療機関に占める割合)	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
(i)	42(18.2%)	362.7	242.5	33.3%
(ii)	44(19.0%)	1,126.8	898.4	—

(※)

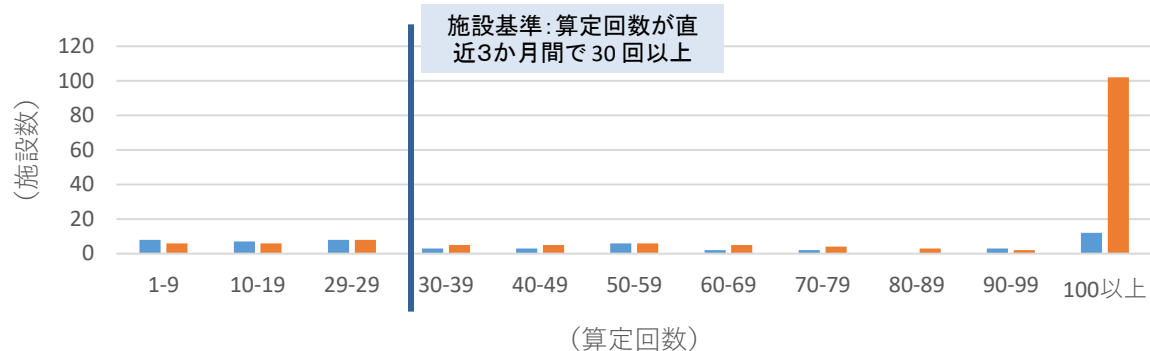
■ (i) 訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護療養費の算定回数

■ (ii) (i)に加えて、介護保険法に規定する(介護予防)訪問看護費(訪問看護ステーションの場合のみ)の算定回数

提供する在宅医療等のうち訪問リハビリテーションの提供状況

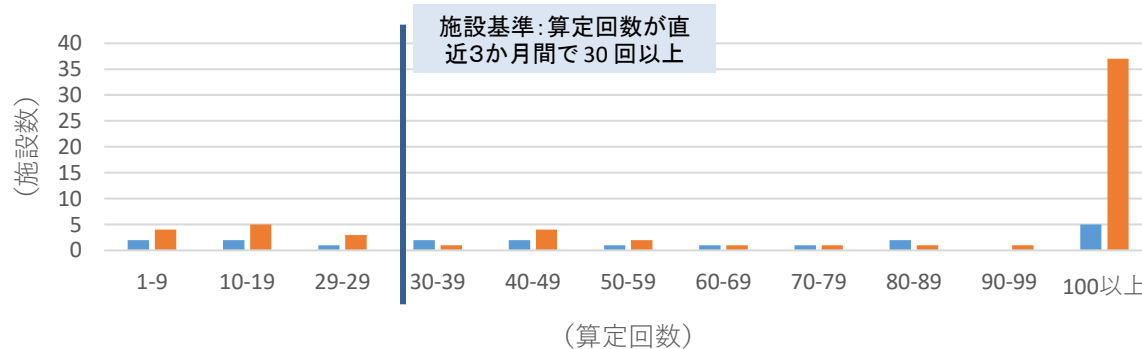
- 地域包括ケア病棟を有する病院から訪問リハビリテーションを提供している割合は、入院料1・3の場合は約2割、入院料2・4の場合は約1割であり、算定回数はいずれもばらついていました。
- 現在の基準である医療保険による訪問看護・指導料の算定回数に、退院後訪問指導料や介護保険のみなし指定訪問看護事業所としての訪問看護費の算定回数を加えると、いずれも算定回数が100回以上の施設数が大きく増加していました。

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1・3 を算定医療機関 訪問リハビリテーションの提供実績 (令和4年8月～10月の3か月間の算定回数)



	n数 (地ケア1・3算定医療機関に占める割合)	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における値		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
(i)	54(17.2%)	78.4	41	57.4%
(ii)	152(48.4%)	566.0	268.5	—

■ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2・4 を算定医療機関 訪問リハビリテーションの提供実績 (令和4年8月～10月の3か月間の算定回数)



	n数 (地ケア1・3算定医療機関に占める割合)	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設における値		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
(i)	19(8.2%)	78.0	59	73.7%
(ii)	60(26.0%)	646.0	192	—

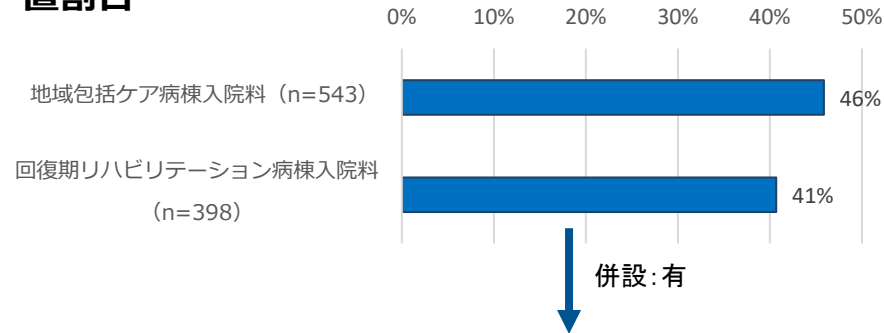
(※2)

■ (i) 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

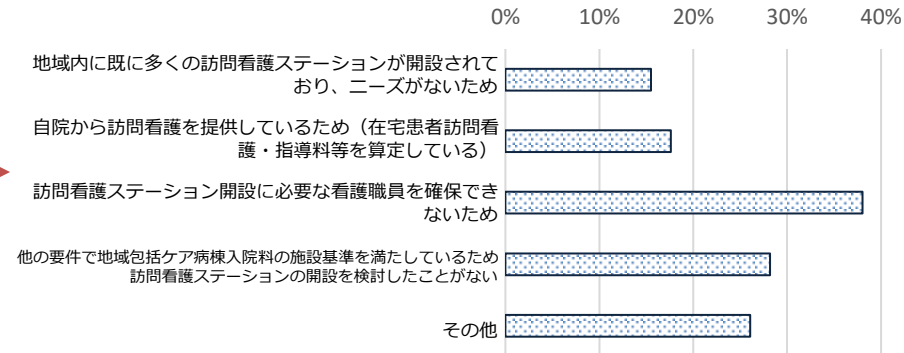
■ (ii) (i)に加えて、介護保険法に規定する(介護予防)訪問リハビリテーション費の算定回数

○ 地域包括ケア病棟を有する病院に併設する訪問看護ステーションでは、「24時間対応体制加算の届出」や「併設医療機関以外の主治医の利用者が1割以上」が約9割以上である一方、地域における人材育成等の実施割合は低い。

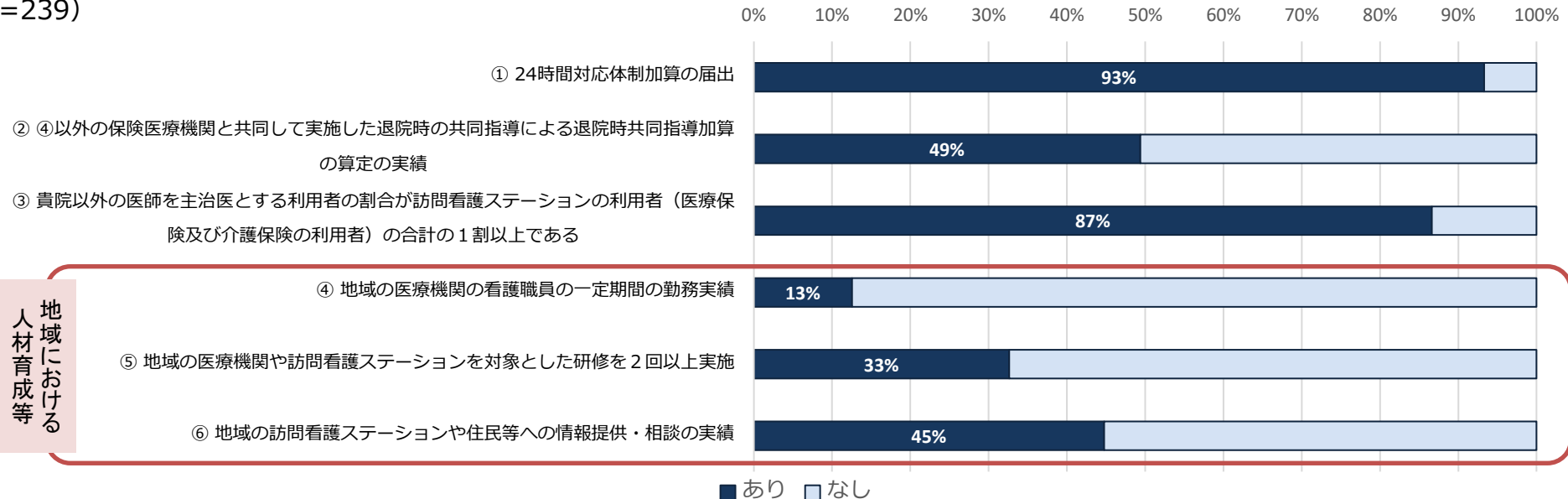
■ 同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション設置割合



■ 訪問看護ステーションを併設しない理由 (n=284)



■ 地域包括ケア病棟を有する医療機関における併設訪問看護ステーションの訪問看護療養費（医療保険）の届出状況等 (n=239)



地域における人材育成等

2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

2-1 概要について

2-2 地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

2-3 地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

2-4 地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

2-5 地域包括ケア病棟の在宅医療等との連携について

2-6 入退院支援について

地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	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）							
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	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	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）</u>							
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	○		-		○		-	
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>		2割 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) <u>(「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上				3月で 9人 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 （満たさない場合90/100に減算）			
入退院支援部門等	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 <u>入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合）（満たさない場合90/100に減算）</u>							
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）	

・療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、**救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれか**を満たす場合は100/100

A246 入退院支援加算（退院時1回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
入退院支援加算3 1,200点
- 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 小児加算 200点

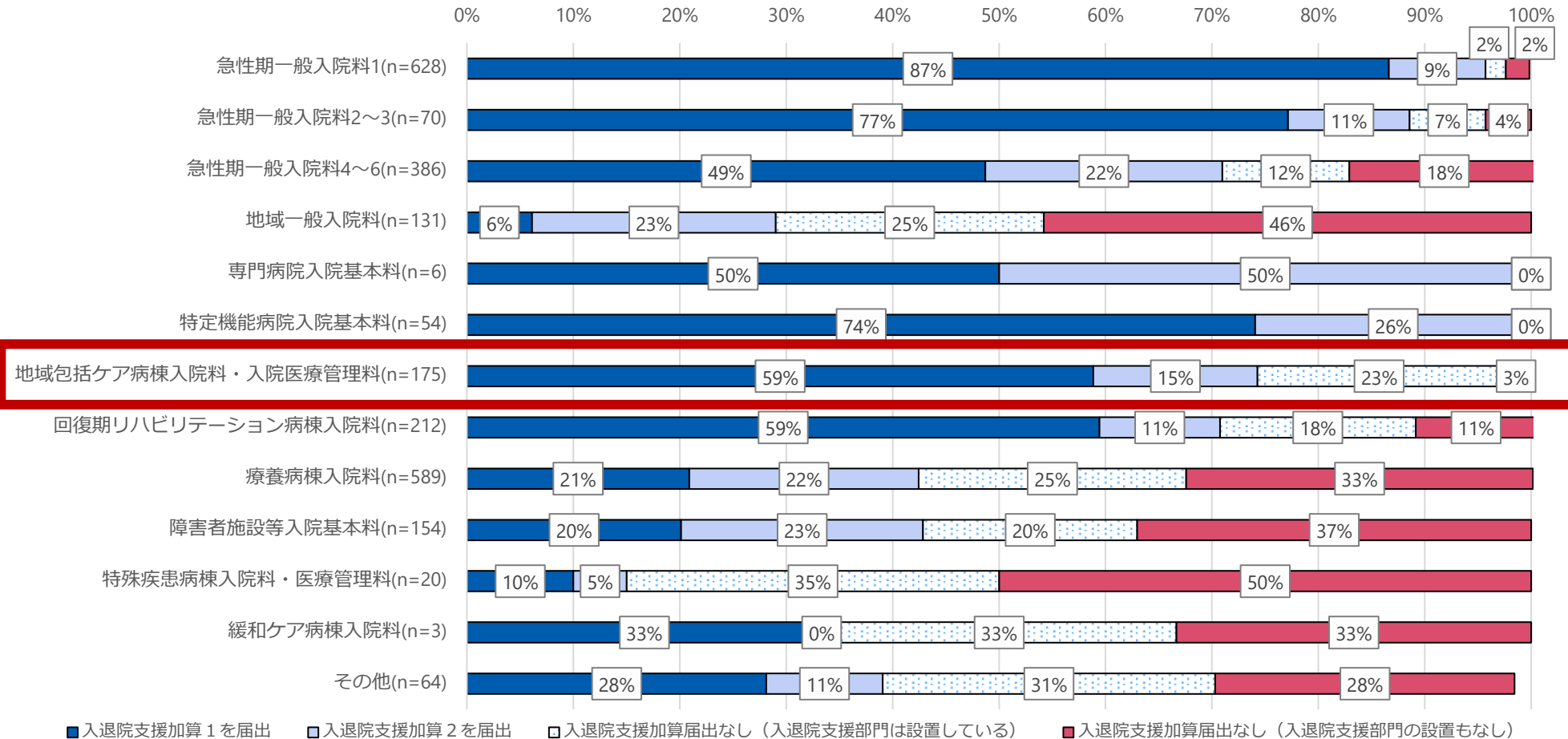
[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2	入退院支援加算3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-	-
連携機関との面会	連携機関の数が25以上であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	-	-

入退院支援加算 1・2 の届出状況

- 入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

■ 入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



入院料別の入院患者の特徴

○ 急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。

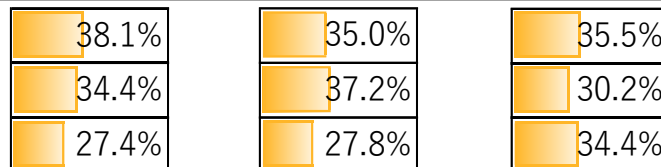
急性期一般入院料

急性期1 急性期2・3 急性期4～6

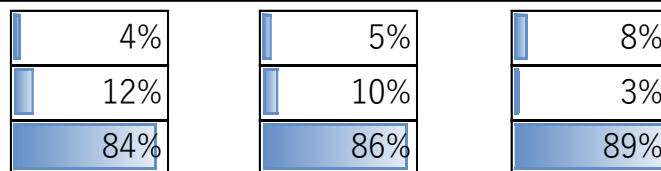
平均在院日数

11.7日 14.9日 13.8日

予定・緊急入院区分
 予定
 緊急（救急車等）
 緊急（外来初再診後）



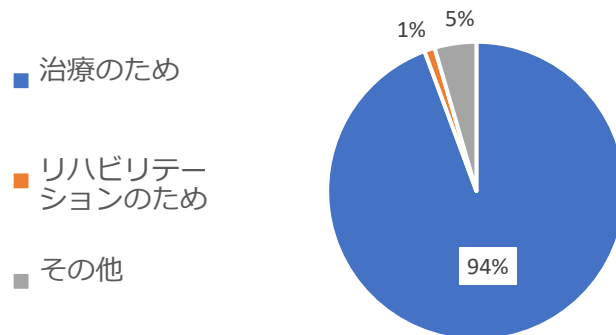
入棟前の場所
 他院（有床診含む）
 自院の他病棟
 その他



入院中の手術の実施

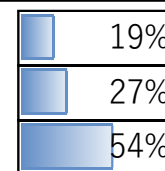
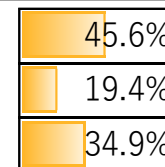
43.4% 42.8% 38.8%

入院の理由

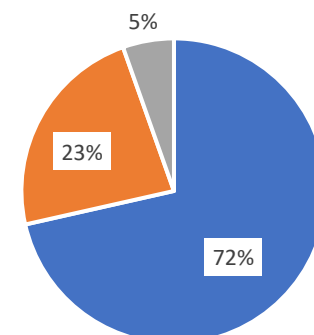


地域包括ケア病棟

26.9日

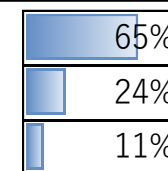
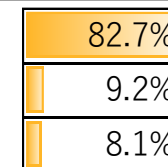


17.9%

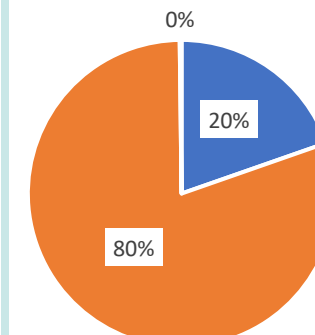


回復期リハビリテーション病棟

66.0日



10.5%



入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」の割合が高かった。

	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2～ 3(n=46)	急性期一般入院料4～ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

入退院支援加算届出医療機関における連携体制

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

■ 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

急性期一般病棟を有する医療機関		中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
	① 連携機関数の合計		34	26	76.5	25
② うち、病院		8	2	17	0	14.3
③ うち、診療所		2	0	6	0	11.3
④ うち、介護保険サービス事業所		20	5	39.3	0	34.0
⑤ うち、障害福祉サービス事業所		0	0	1	0	1.4
⑥ うち、その他の施設		1	0	7	0	9.9

地域包括ケア病棟を有する医療機関		中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
	① 連携機関数の合計		31	25	59.8	25
② うち、病院		4	1	11	0	8.5
③ うち、診療所		1	0	4	0	8.3
④ うち、介護保険サービス事業所		20	11	32.75	0	30.2
⑤ うち、障害福祉サービス事業所		0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設		0	0	5	0	4.9

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関		中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
	① 連携機関数の合計		32	25	79.3	25
② うち、病院		7	1	14.25	0	11.0
③ うち、診療所		1	0	4	0	5.9
④ うち、介護保険サービス事業所		22	11	44	0	37.3
⑤ うち、障害福祉サービス事業所		0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設		0	0	1	0	0.8

(※)連携機関

① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)であり、

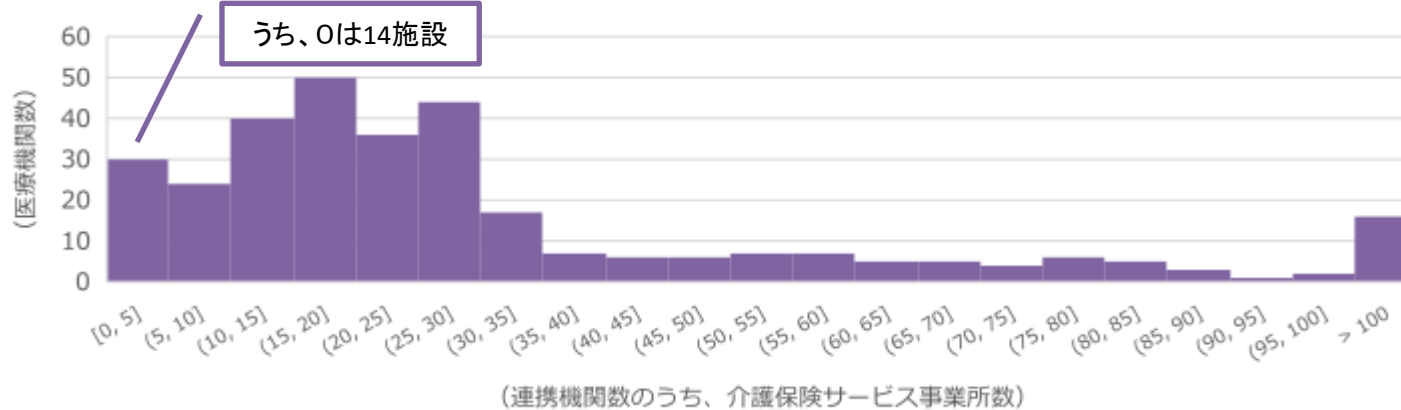
かつ
② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている施設等をいう。

入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

- 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
- 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある

■地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=321)

① 介護保険サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



② 障害福祉サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



Ⅱ. 検討結果の概要

13. 横断的個別事項について

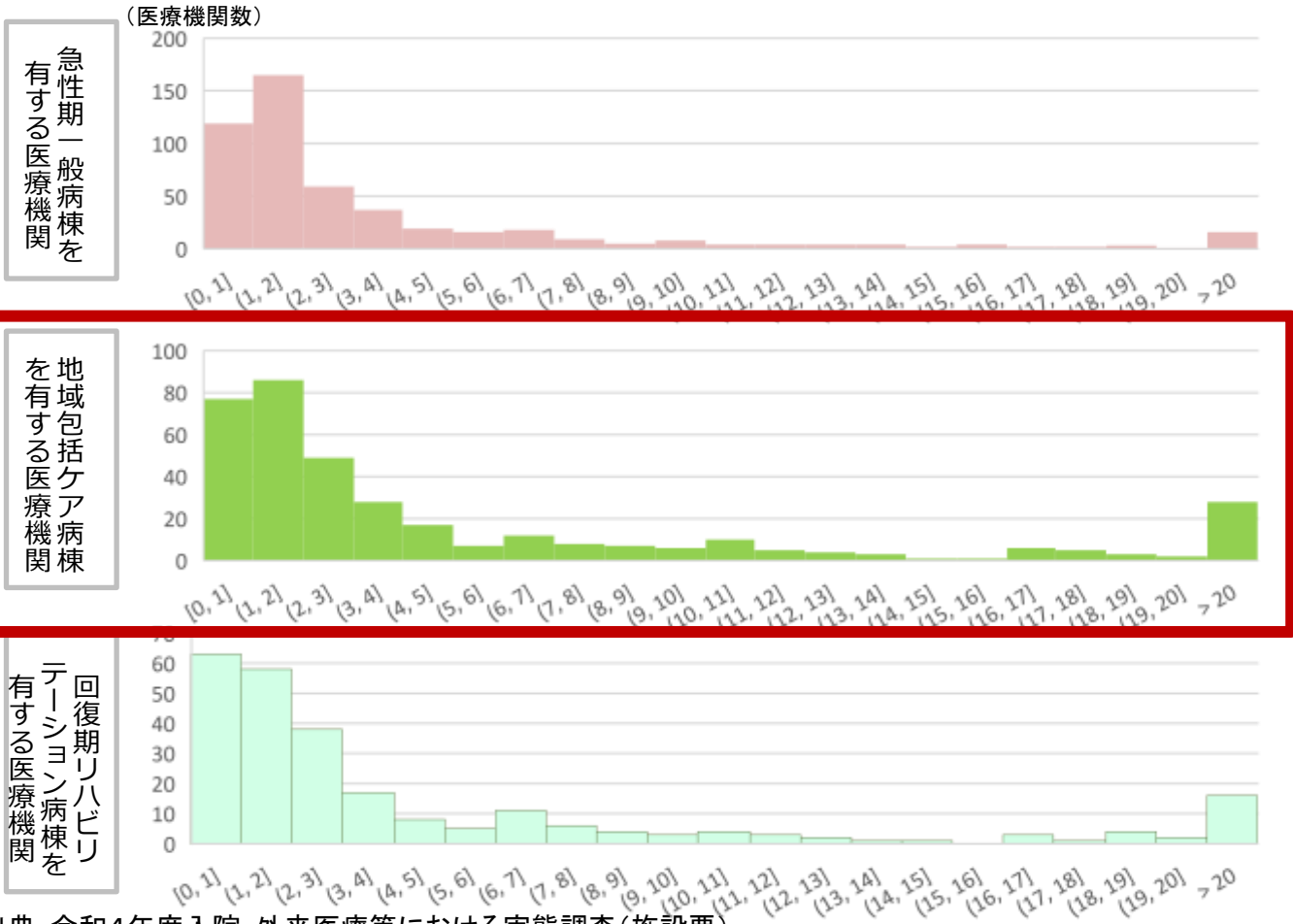
13-2. 入退院支援について

- ・ 入院料別の対象者や施設の特徴を踏まえた入退院支援という視点は非常に重要な視点。急性期はより病院や診療所との連携が必要であり、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に関しては、介護保険や障害福祉サービスとの連携がより進むべきではないかとの指摘があった。

入退院支援加算1届出医療機関における介護支援等連携指導料の算定回数

- 入退院支援加算1届出医療機関における、算定対象病床数に対する介護支援等連携指導料の算定回数の分布は、以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、算定対象病床数に対して介護支援等連携指導料の算定回数が多い医療機関が一定数ある。

■ (介護支援等連携指導料の算定回数) / (「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.15 を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数に 0.1 を乗じた数の合計) (令和3年11月1月～令和4年10月31日)



(※)入退院支援加算1における介護支援等連携指導料に係る施設基準

過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数(区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。)の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。

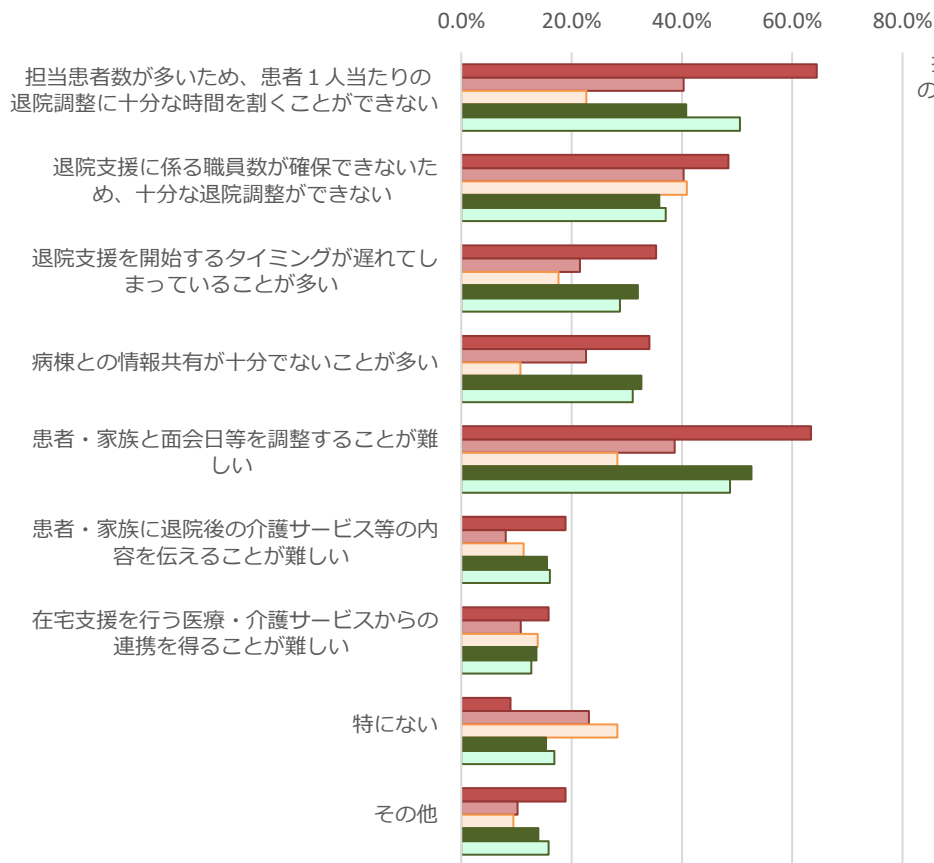
ア「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。)に0.1を乗じた数の合計

イ「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数(区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。)に0.05を乗じた数

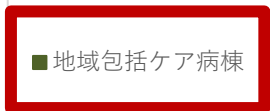
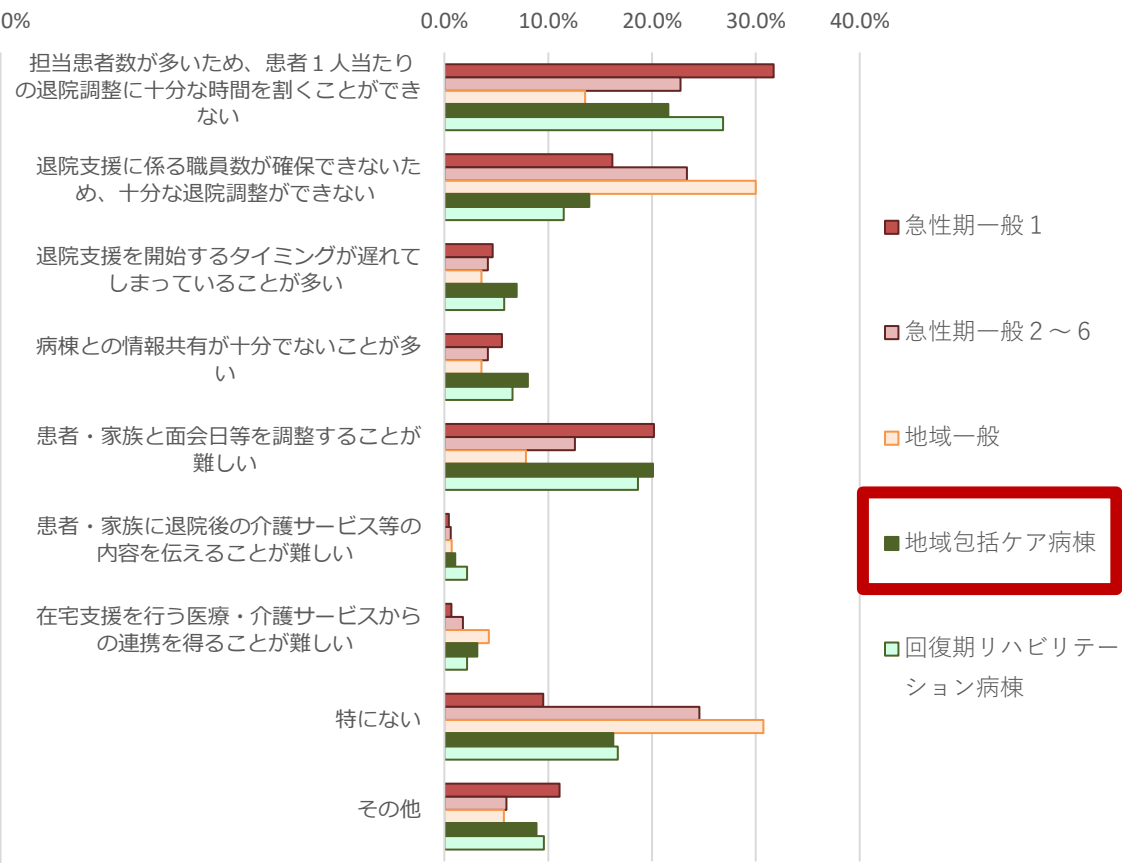
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

○ 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項は、届出入院料によりやや異なるが、急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」等の割合が高かった。

■ 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



■ 退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（最も該当するもの）

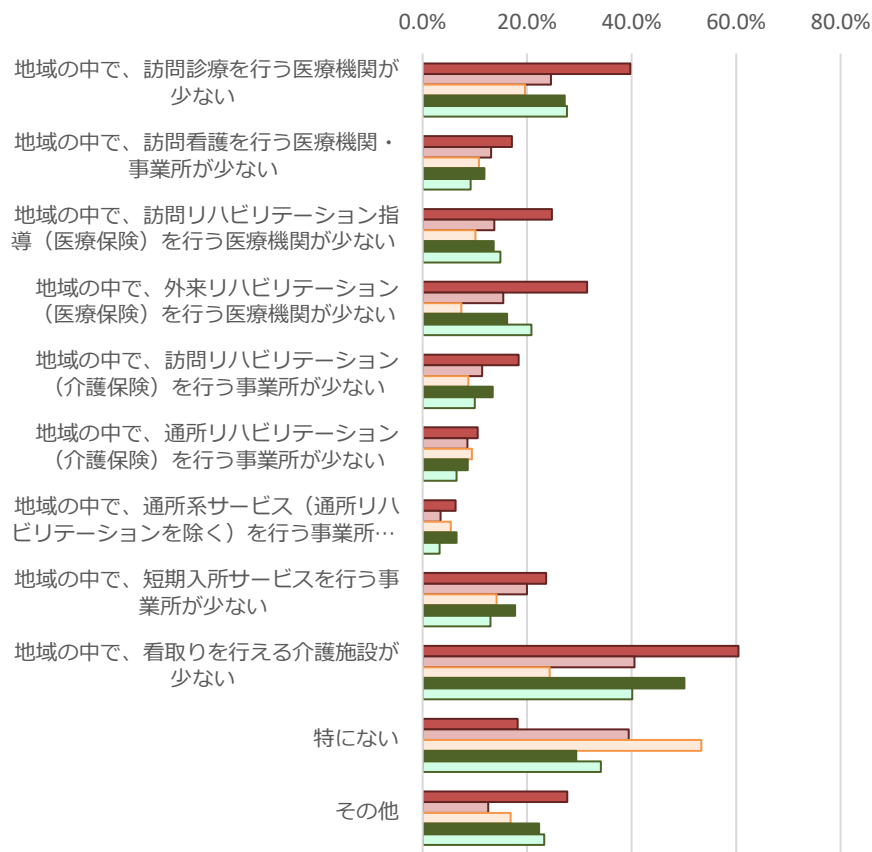


回復期リハビリテーション病棟

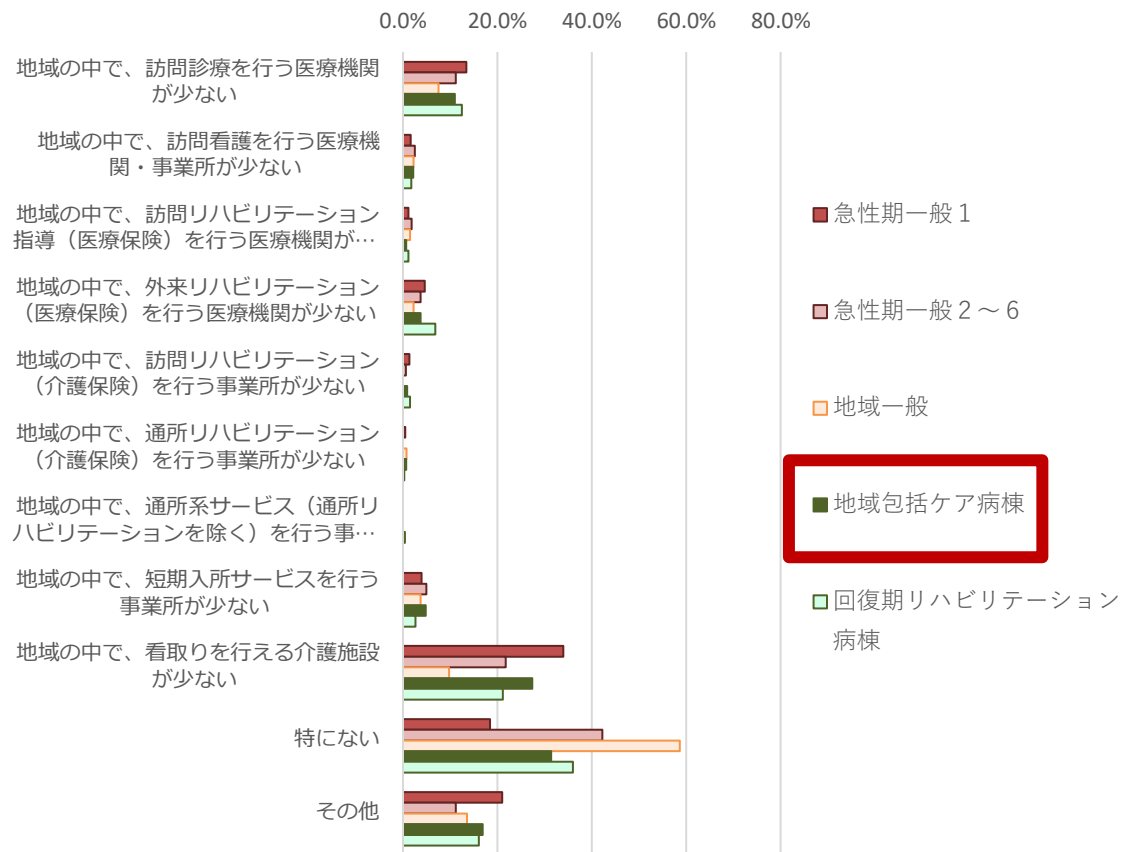
入院料別の退院を困難にしている事項

○ その他に退院を困難にしている事項は、「特にない」を除くと、いずれの入院料においても、「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」の割合が高かった。

■ その他に退院を困難にしている事項（該当するものすべて選択）



■ その他に退院を困難にしている事項（最も該当するもの）



3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

3-1 概要について

3-2 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について

3-3 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について

3-4 回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について

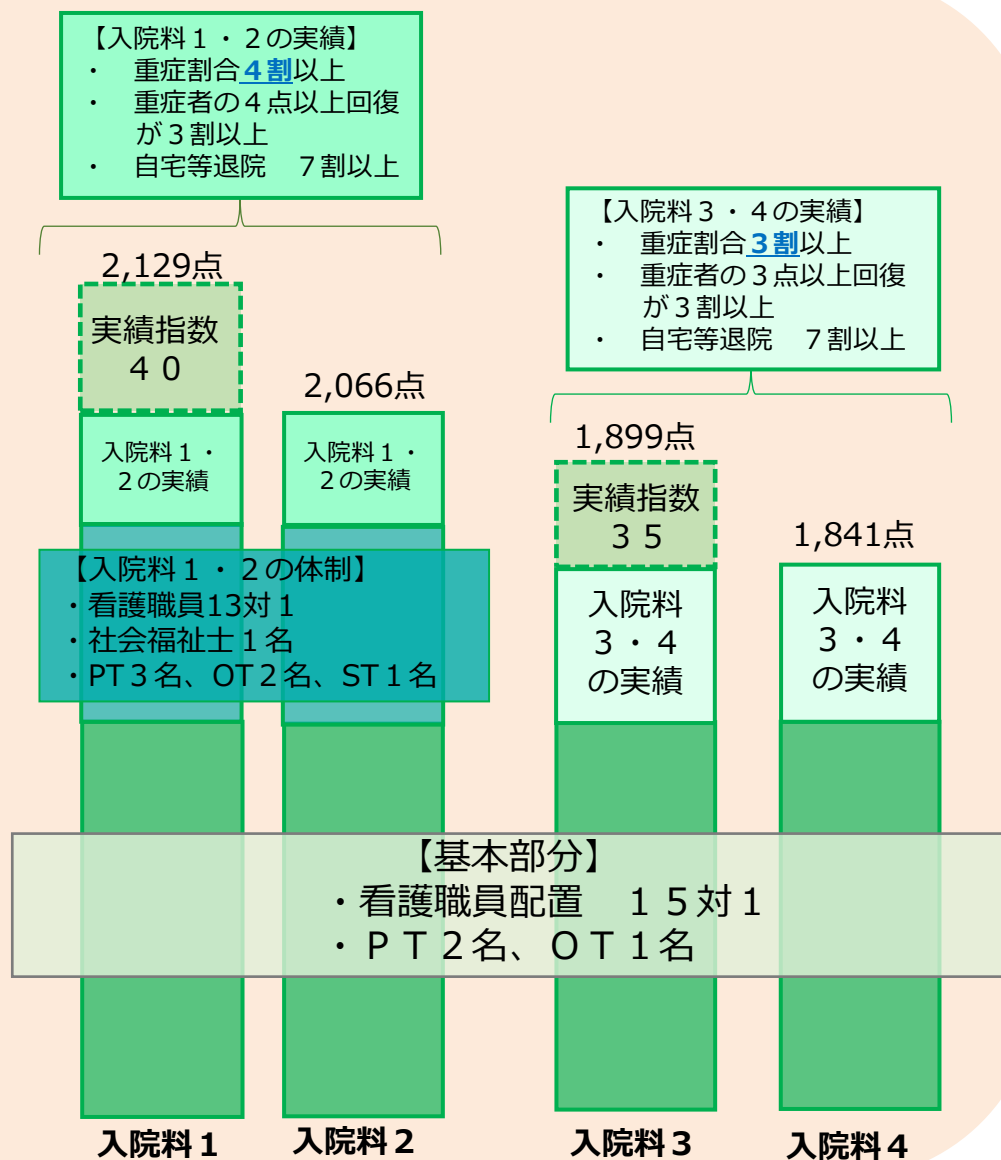
3-5 退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について

3-6 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

3-7 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について

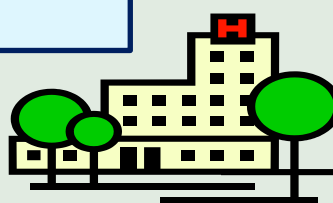
3-8 地域貢献活動について

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準 (イメージ)



実績要件を満たし届出

新規届出



入院料5については、届出から **2年間に限り届出可**

1,678点

入院料5

回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上		-		
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていることが望ましい</u>	-	<u>受けていることが望ましい</u>	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○		-		
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3割以上→ <u>4割以上</u>		2割以上→ <u>3割以上</u>		-
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 ()内はFIM総得点	3割以上が4点（16点）以上改善		3割以上が3点（12点）以上改善		-
自宅等に退院する割合	7割以上				-
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	-
点数 ()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

なお、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、1年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定し、その後1年間、新入院料5を算定することができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

入院料の評価体系の再編

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を再編し、入院料5を廃止するとともに、現行の入院料6を新たな入院料5として位置付ける
 - 新たに改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する場合は、**算定を開始した日から2年間に限り算定すること**ができることとする。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

【算定要件】（概要）

5	回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,736点
6	回復期リハビリテーション病棟入院料6	1,678点

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

【算定要件】（概要）

(新) 5	回復期リハビリテーション病棟入院料5	1,678点
	(削除)	

【経過措置】

令和4年3月31日時点において回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定できることとする。

重症の患者割合に係る要件の見直し

- 重症の患者割合の見直し
 - 回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までに係る施設基準における新規入院患者のうちの、**重症の患者の割合を見直し**、回復期リハビリテーション病棟**入院料1及び2については4割以上**、回復期リハビリテーション病棟**入院料3及び4については3割以上**とする。

【経過措置】

令和4年3月31日時点において回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、3又は4の届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間、当該基準を満たすものとみなす。

医療機関の体制に係る要件等の見直し

- 第三者評価について
 - 回復期リハビリテーション病棟**入院料1又は3**について、**公益財団法人日本医療機能評価機構等による第三者の評価を受けていることが望ましいこととする。**

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

回復期リハビリテーションを要する状態の見直し

- 回復期リハビリテーションを要する状態について、「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」を追加し、算定上限日数を90日以内とする。

	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
回復期リハビリテーション病棟入院料に入院する患者	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して 150日以内 ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して 180日以内
	2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	3 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	○ 算定開始日から起算して 60日以内
	5 股関節又は膝関節の置換術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	(新) 6 急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内

回復期リハビリテーション病棟の経緯① (平成24年度診療報酬改定まで)

中医協 総-4
5 . 7 . 5

[主な施設基準] 専従常勤で、PT2名以上、OT2名以上

平成12年	<ul style="list-style-type: none"> ○ リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、回復期リハビリテーション病棟入院料を新設 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一律180日としていた算定上限を、リハビリテーションを要する状態ごとに60～180日に設定 ○ 提供単位上限の引き上げ(6単位→9単位)
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院料1に重症患者回復病棟加算を新設 [施設基準] 重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善すること ○ 医師の病棟専従配置を緩和
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 入院料の施設基準に質の評価を導入 重症者の受け入れと居宅等への復帰率に関する要件を追加 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「提供すべき単位数」の設定 ○ 休日リハビリテーション加算の新設 [施設基準] 休日を含め、週7日以上リハビリテーションを提供できる体制の整備
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> ○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を新設 [主な施設基準] 専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重症患者回復病棟加算の包括化 ○ 包括範囲の見直し 人工腎臓等を包括外に見直し
平成24年		

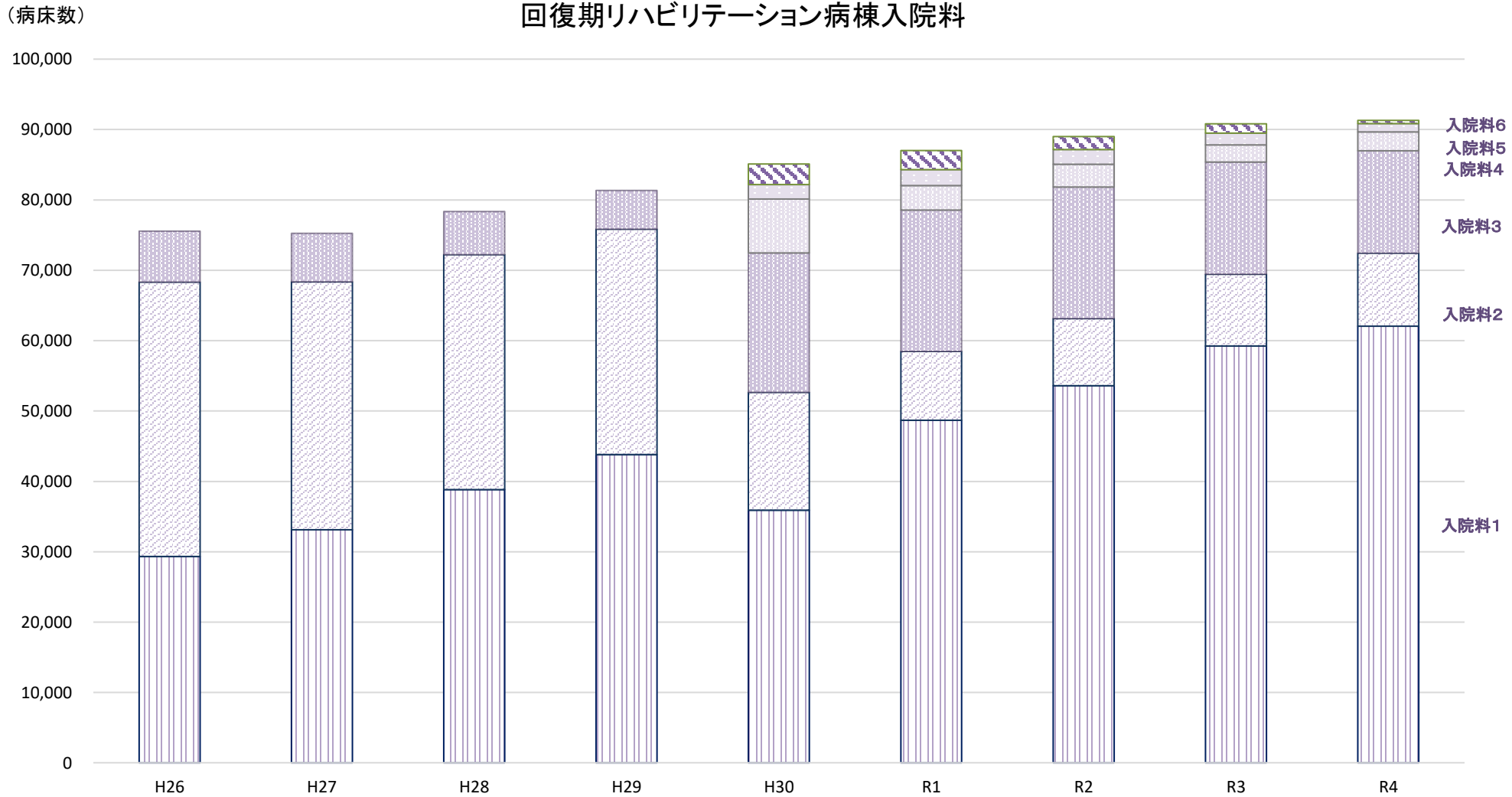
回復期リハビリテーション病棟の経緯②（平成26～令和4年度診療報酬改定）

中医協 総-4
5 . 7 . 5

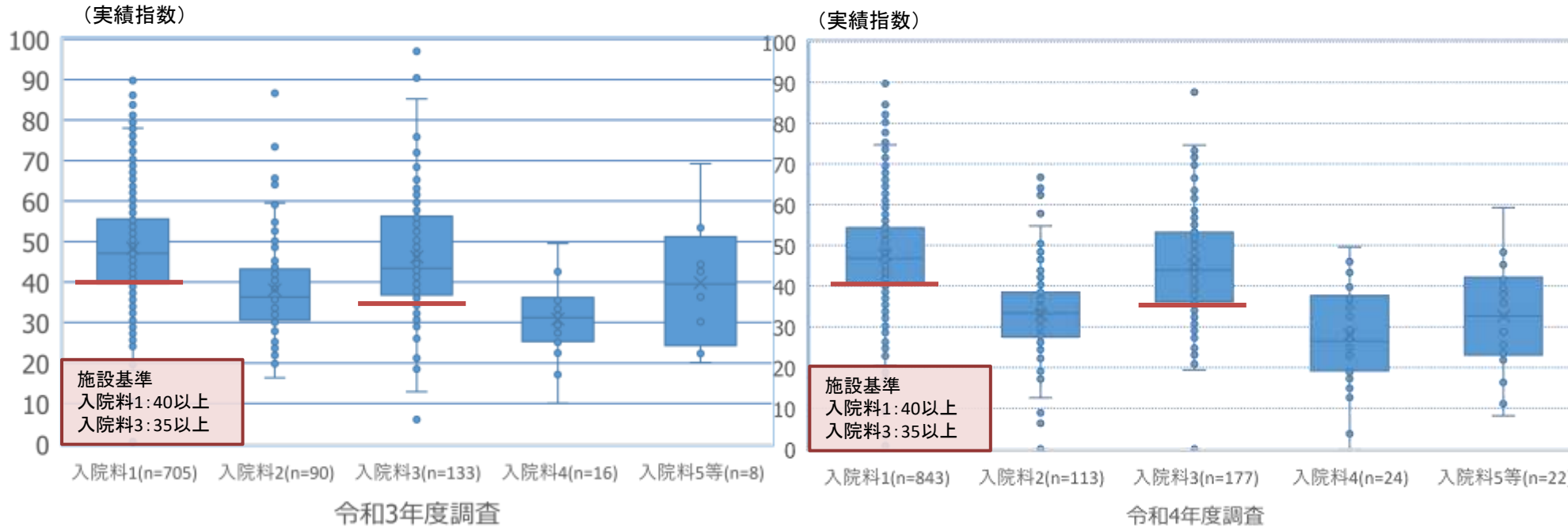
<p>平成26年</p>	<p>○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化</p>	<p>○入院料1に体制強化加算を新設 [施設基準]専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上</p>
<p>平成28年</p>	<p>○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価を導入</p>	<p>○入院料1に体制強化加算2を新設 [施設基準]専従の常勤医師2名以上(一定程度病棟外業務にも従事可能)</p>
<p>平成30年</p>	<p>○入院料を6区分に見直し ○基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を導入</p>	
<p>令和2年</p>	<p>○入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し ○入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除 ○管理栄養士の配置に係る要件の見直し</p>	<p>○特定機能病院での届出を原則不可とした</p>
<p>令和4年</p>	<p>○入院料5を廃止し、入院料6を新たな入院料5として位置づけの変更 ○入院料1～4における重症患者割合の見直し ○入院料1及び入院料3における第三者の評価を受けていることに係る評価の導入</p>	<p>○回復期リハビリテーションを要する状態の見直し ○特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の新設</p>

入院料別の届出病床数の推移

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は増加傾向であった。



- 回復期リハビリテーション病棟入院料別の実績指数について、令和3年度調査時と令和4年度調査時を比較すると大きな変化はなく、入院料1及び3においては、施設基準を下回る施設も存在する。



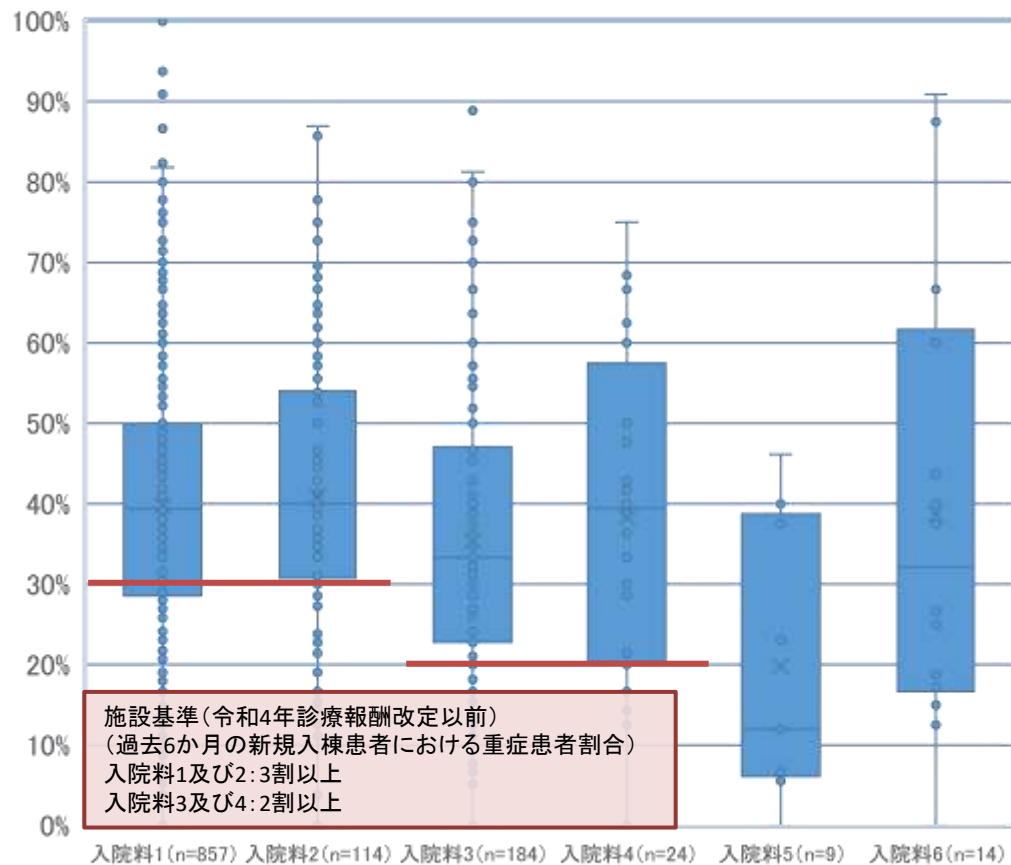
実績指数について

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

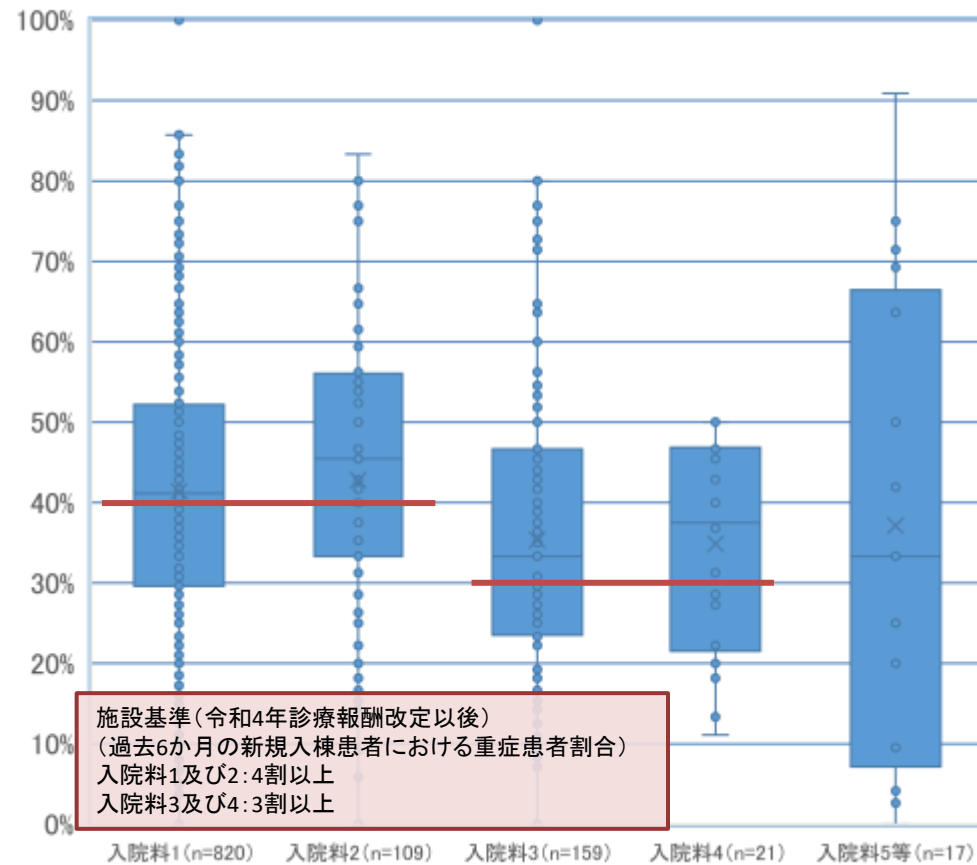
$$\text{実績指数} = \frac{\text{(FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差)}}{\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

FIMによる重症患者の割合について

- 入院料別のFIMによる重症患者の割合について、令和3年度調査時と令和4年度調査時を比較すると大きな変化はなく、令和4年度調査においても重症の患者の割合が入院料1及び2で4割未満、入院料3及び4で3割未満の医療機関が存在する。



令和3年度調査



令和4年度調査

※FIMによる重症患者: FIMが55点以下の患者

これまでの中医協総会等における回復期リハビリテーション病棟に係る主な意見①

<中医協総会>

- 回復期リハビリテーション病棟においては、重症度の高い患者の受け入れの促進とともに、入退棟時のFIMの改善のみならず、退院後に在宅医療を受ける場合や施設に入所する場合において、ADLが維持されるような取組が重要。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの第三者評価の義務化も視野に入れつつ、実績に基づく評価を更に推進すべき。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）①>

- 運動器疾患に対するリハビリテーションについて、実施単位数に応じた評価について検討が必要であるとの指摘があった。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるデータ提出加算の提出データ項目であるFIMについて、入院期間中の定期的な提出を求めているかどうかとの指摘があった。
- 体制強化加算について、効果が大きく出ていないことから、見直しの必要があるのではないかと指摘があった。
- 第三者機能評価について、施設基準の厳格化を図るべきであるとの指摘があった一方、FIMの適切な評価に係る取組の推進に着目して検討するのが良いのではないかと指摘もあった。

これまでの中医協総会等における回復期リハビリテーション病棟に係る主な意見②

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）②>

- 退院前訪問指導を推進すべきであるとの指摘の一方、多職種のマンパワーを要すること、遠方の患者等で自宅に訪問するのが困難なケースも踏まえ、ICTの活用や地域の医療機関との連携も考慮すべきとの指摘があった。
- また、退院後の患者について、リハビリテーションの提供が途絶えてADLが低下しないように訪問リハビリテーション等を提供できるような体制の整備が必要であるとの指摘があった。
- 入院栄養食事指導を実施していない回復期リハビリテーション病棟1については、必要な患者に実施するよう改善を求めるべきとの指摘があった。
- 身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があった。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。
- 栄養食事指導や退院前訪問指導のように、回復期リハビリテーション病棟として当たり前のことが確実に実施されるよう促す仕組みを検討すべきとの指摘があった。
- 回復期リハビリテーション病棟は自宅等への復帰を目指すことを目的としており、回復期リハビリテーション病棟の地域貢献活動への参加を促すような評価が必要ではないか。また、現在の取組状況は回復期リハビリテーション病棟1で61%と高いとは言えず、向上を目指すべきとの指摘があった。

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

3-1 概要について

3-2 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について

3-3 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について

3-4 回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について

3-5 退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について

3-6 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

3-7 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について

3-8 地域貢献活動について

日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

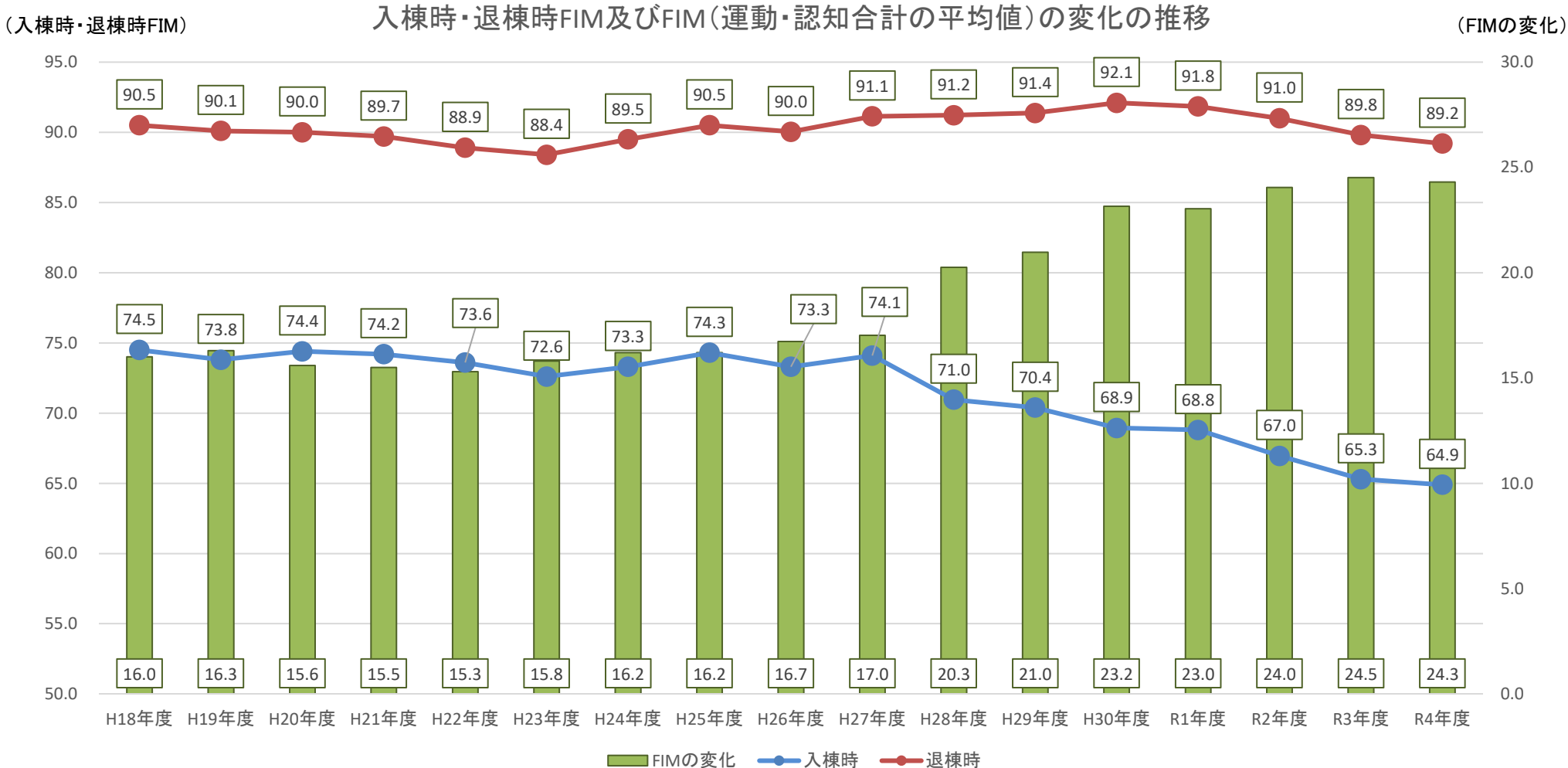
Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗			移動		コミュニケーション		社会認識			
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点			計14～2点		計14～2点		計21～3点			
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

入棟時・退棟時FIMの年次推移

- 入棟時・退棟時FIM(運動・認知合計の平均値)及びFIM(運動・認知合計の平均値)の変化の年次推移は以下のとおり。
- 平成28年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられている。



第三者機能評価について

- 公益財団法人日本医療機能評価機構により、病院機能評価が行われている。
- 本体審査機能種別のうち、「主として、リハビリテーション医療を担う病院」として、リハビリテーション病院が設定されている。

病院機能評価本体審査機能種別の設定 (機能種別版評価項目3rdG:Ver.3.0) R5年4月現在

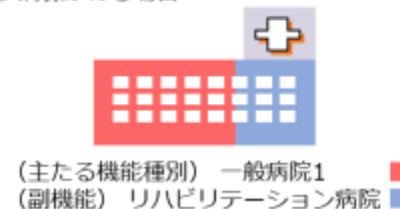
機能種別名	種別の説明
一般病院1	■ 主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院2	■ 主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
一般病院3	■ 主として、高度な医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院
リハビリテーション病院	■ 主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	■ 主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	■ 主として、精神科医療を担う病院
緩和ケア病院	■ 主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを有する病院

機能種別の決定 (主たる機能種別と副機能)

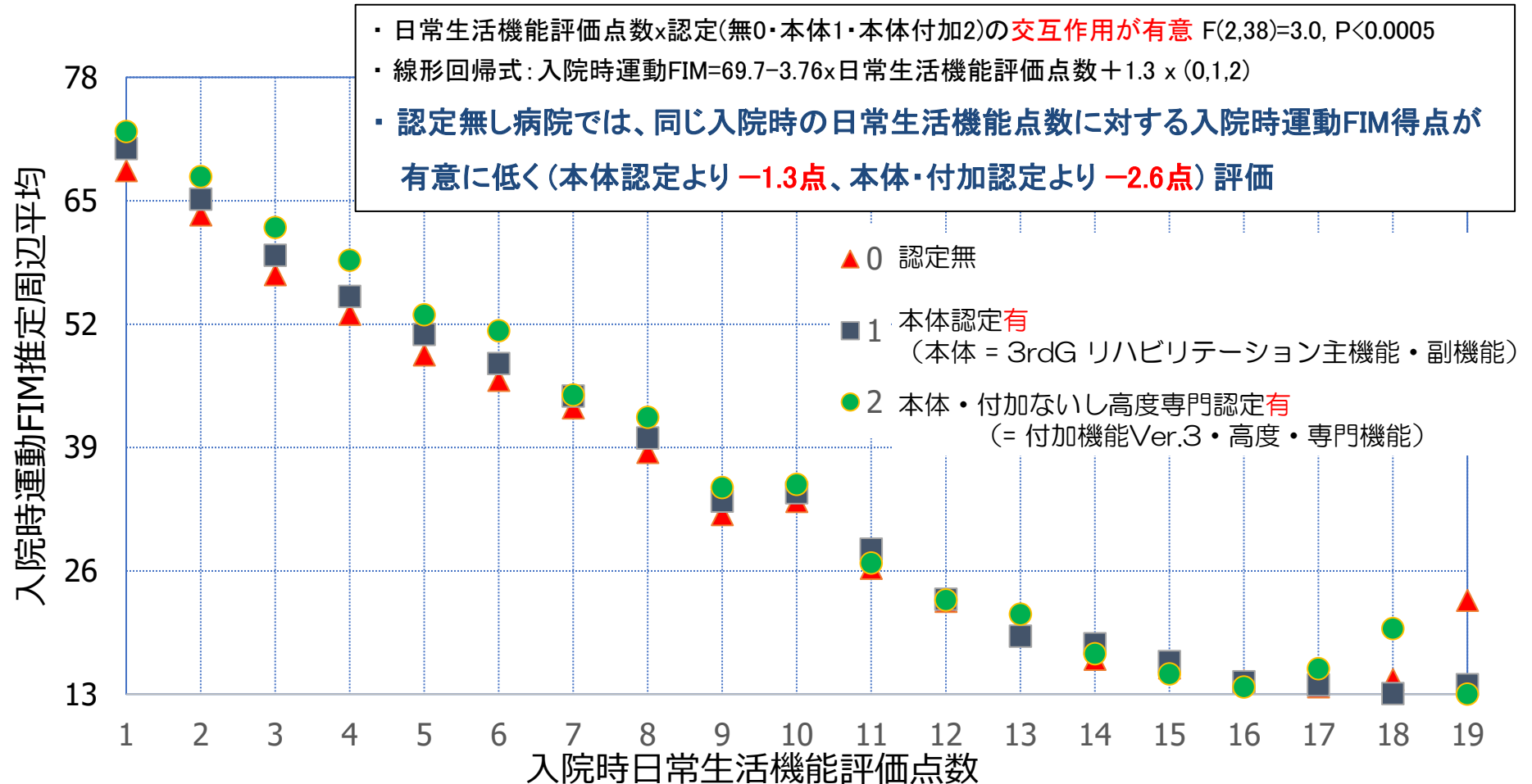
- 主たる機能種別の決定
病院と評価機構の合意のもと主たる機能種別を決定する
最も病床が多い機能に基づくことを原則とする (医療法上の病床の種別に関わらず、機能の実態で判断)
- 副機能について (任意)
主たる機能種別以外に重要な機能がある場合、副機能として他の機能種別を受審することができる
副機能は、主たる機能種別と同時にあるいは後日 (主たる機能種別の認定後)、受審することができる

ケース1: 全ての病棟が回復期リハビリテーション病棟の場合

ケース2: 最も多い病床が急性期病床で、他に回復期リハビリテーション病棟がある場合



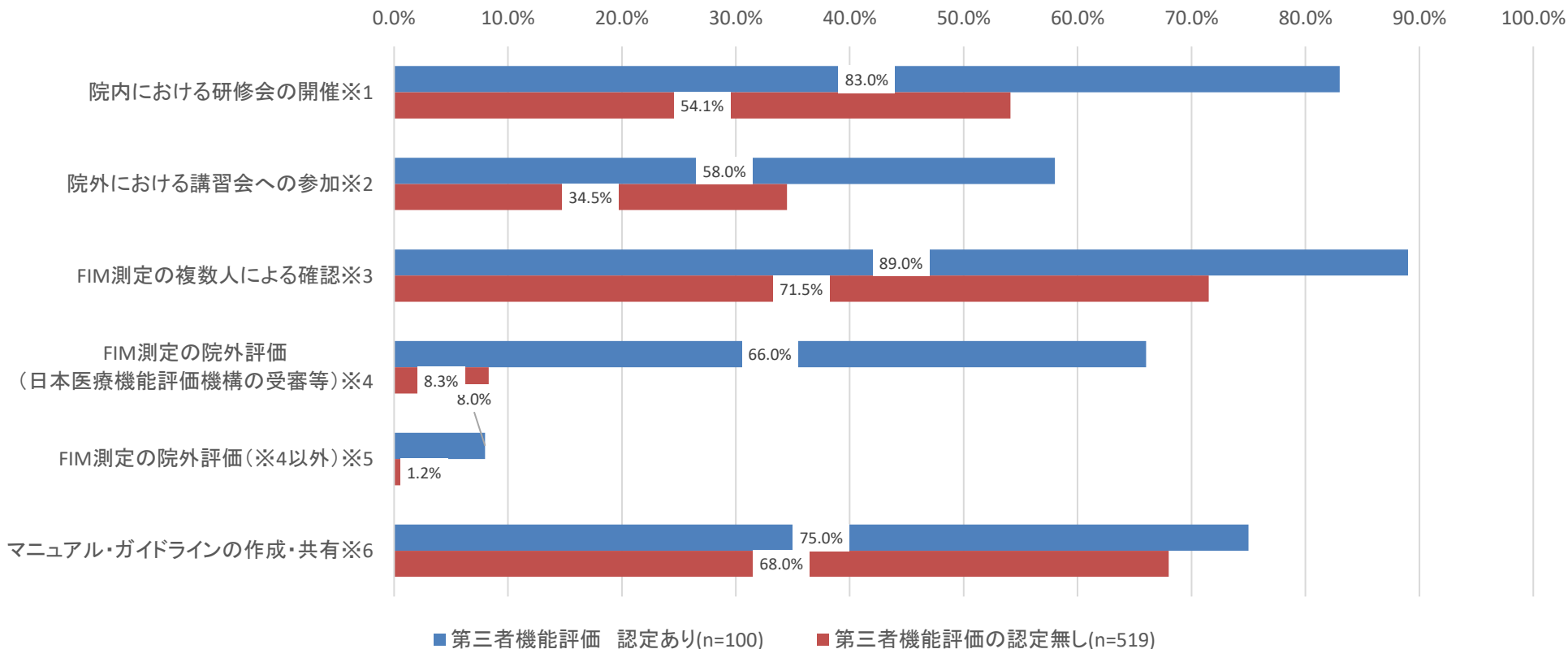
- 入院時の患者の日常生活機能評価と入院時運動FIMの関係を以下に示す。
- 入院時日常生活機能評価点数が同一の患者について、第三者評価の認定の無い病院と認定を受けている病院とで比較すると、認定の無い病院の方が運動FIMが低い傾向にあった。



第三者機能評価の認定有無別のFIMの測定に関する取組

○ 第三者機能評価の認定の有無別で、FIMの適切な測定に関する取組についての実施割合を比較すると、第三者機能評価の認定を受けている医療機関において、FIMの適切な測定に関する取組を実施している割合が高かった。

FIMの測定に関する取組について



- ※1 院内においてFIMの測定に関する研修会を定期的を開催している。
- ※2 院外において開催されるFIMの測定に関する講習会に定期的に参加している。
- ※3 FIMの測定後に、評価の内容について複数人で確認を行っている。
- ※4 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている(日本医療機能評価機構の受審などによるもの)。
- ※5 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に受けている(※4以外)。
- ※6 FIMの測定に関するマニュアル・ガイドラインを院内で作成し、共有している。

DPCデータ(様式1)のその他の項目について

- 様式1は簡易な診療録情報が含まれる。
- 全ての患者のデータを提出する必要がある、病棟グループ毎に作成する。
- 様式1の項目の中には、主として急性期の入院患者の診療内容や重症度に関する項目が含まれている。

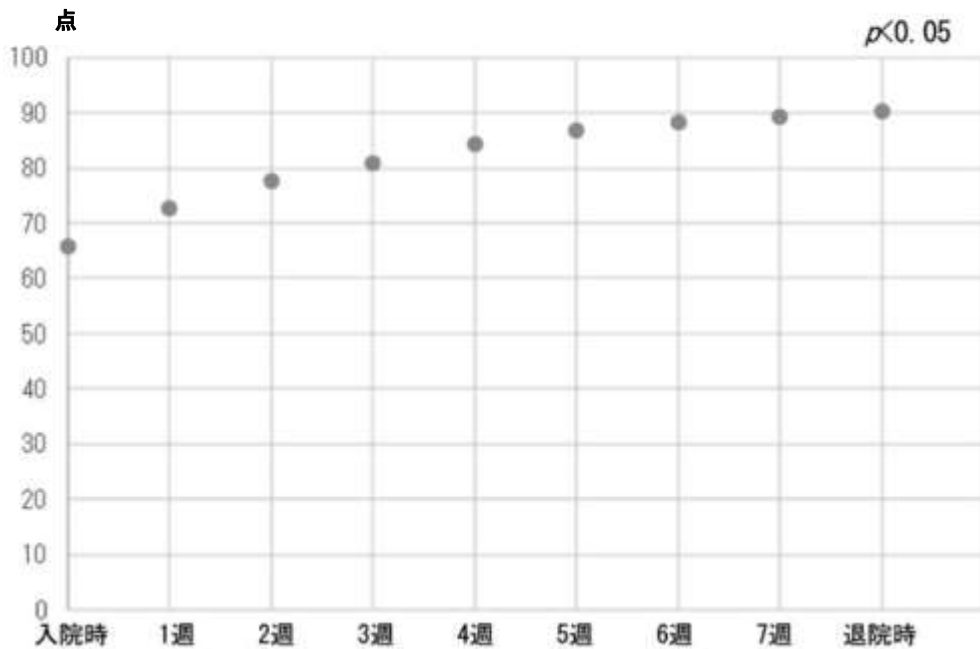
様式1で提出するデータ (主な項目、基本的に病棟グループ毎に1回作成)

性別	ADL(入院時、退院時)
郵便番号	FIM(回りハ病棟で、入退棟時)
入院年月日	認知症高齢者の日常生活自立度
入院経路	体重
紹介の有無	主傷病のICDコード
在宅医療の有無	JCS(入院時、退院時)
退院年月日	手術情報
退院時転帰	がん患者のTNM分類
退院後の在宅医療の有無	急性心筋梗塞、急性膵炎、熱傷等の各疾患の
診療科	急性期重症度分類
病棟	自傷行為・自殺企図の有無
身長	産科患者情報
	等

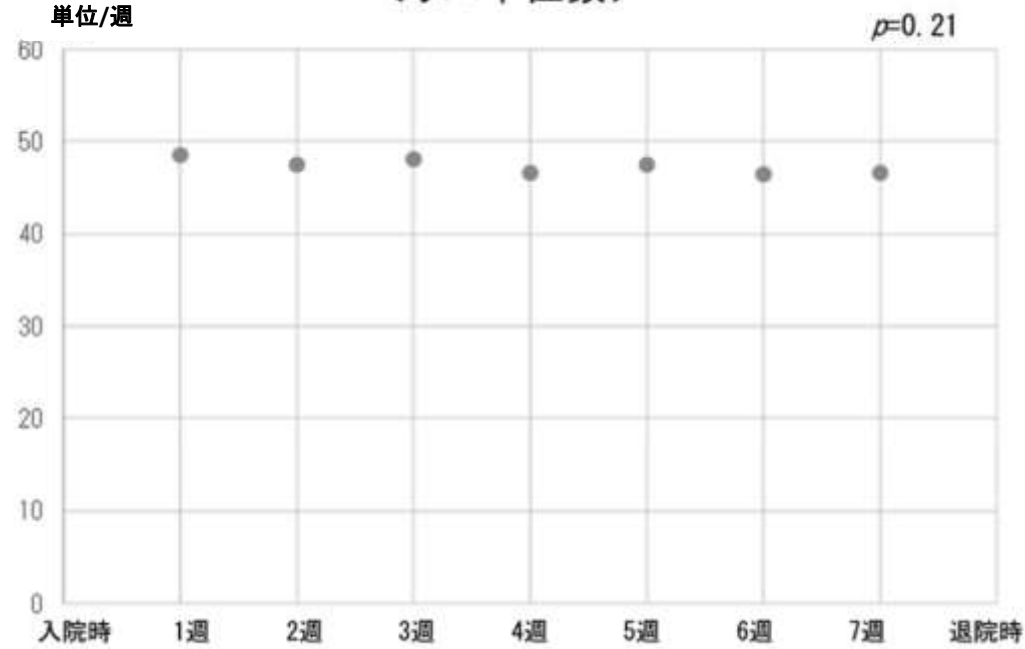
- 脳血管疾患後の患者における、入院後のFIMの推移に関する以下の報告では、週数が経過するにつれFIMの改善が小さくなる傾向にある。

脳卒中患者※におけるFIM合計点数とリハ単位数の推移
(n=752)

<FIM合計点数>



<リハ単位数>



※対象: 令和2年4月以降に当該報告医療機関の回復期リハビリテーション病棟に入院し、令和4年3月までに退院した脳卒中患者752名

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

3-1 概要について

3-2 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について

3-3 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について

3-4 回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について

3-5 退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について

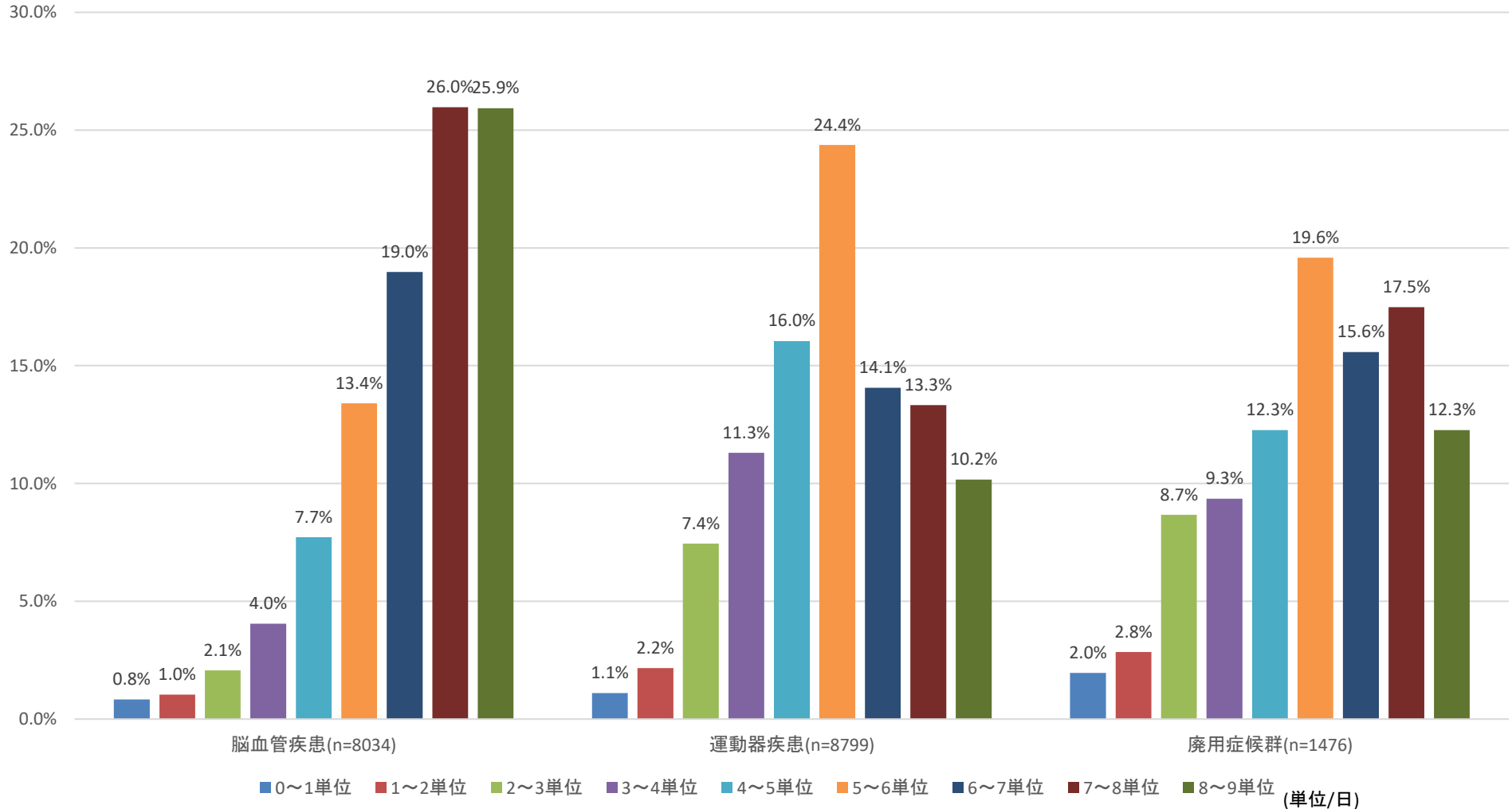
3-6 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

3-7 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について

3-8 地域貢献活動について

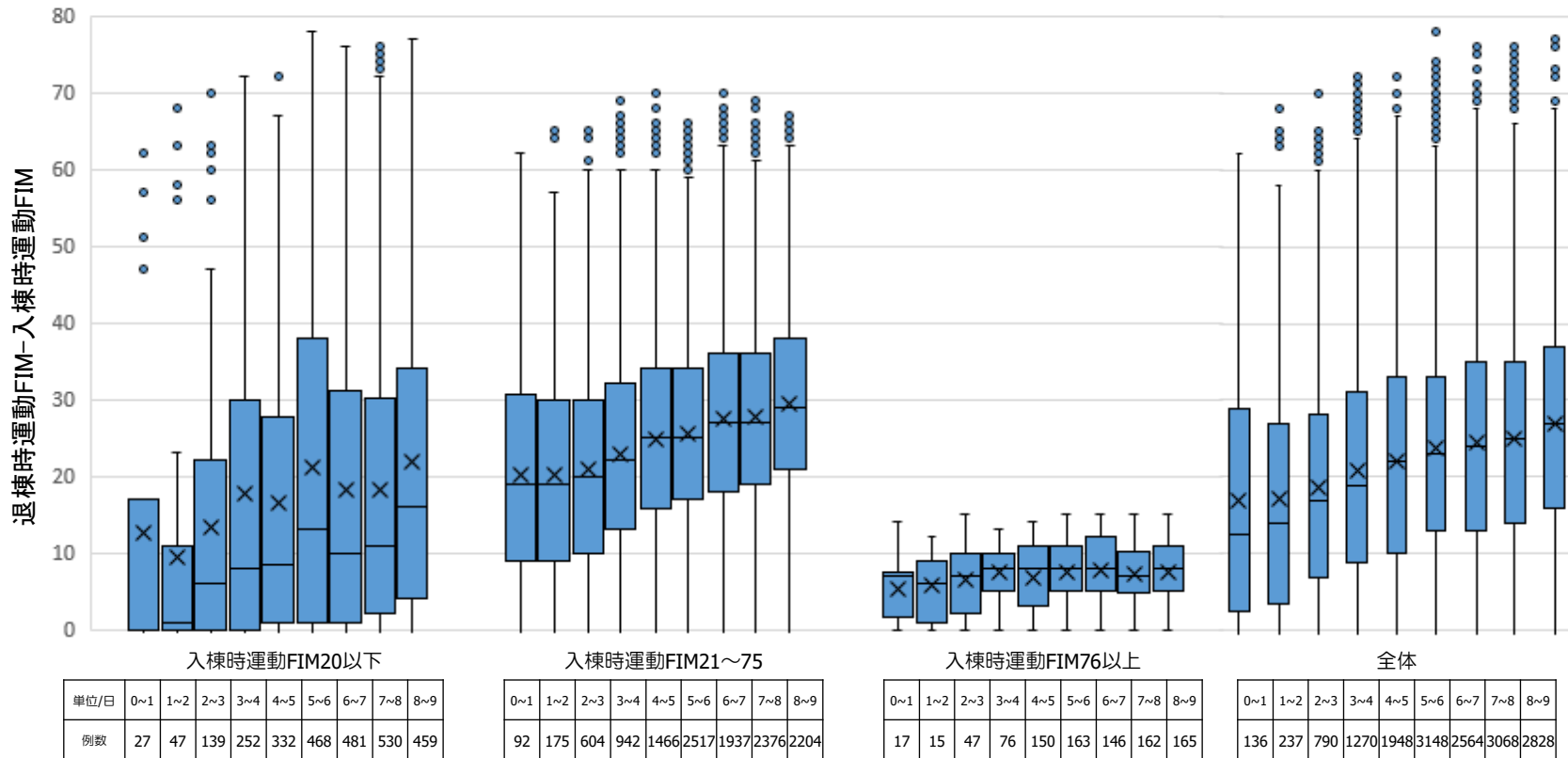
リハ提供単位毎の分布

- 疾患別リハビリテーションの平均提供単位数毎の患者分布については以下のとおり。
- 脳血管疾患については8~9単位/日に、運動器疾患と廃用症候群については5~6単位/日にピークが認められた。



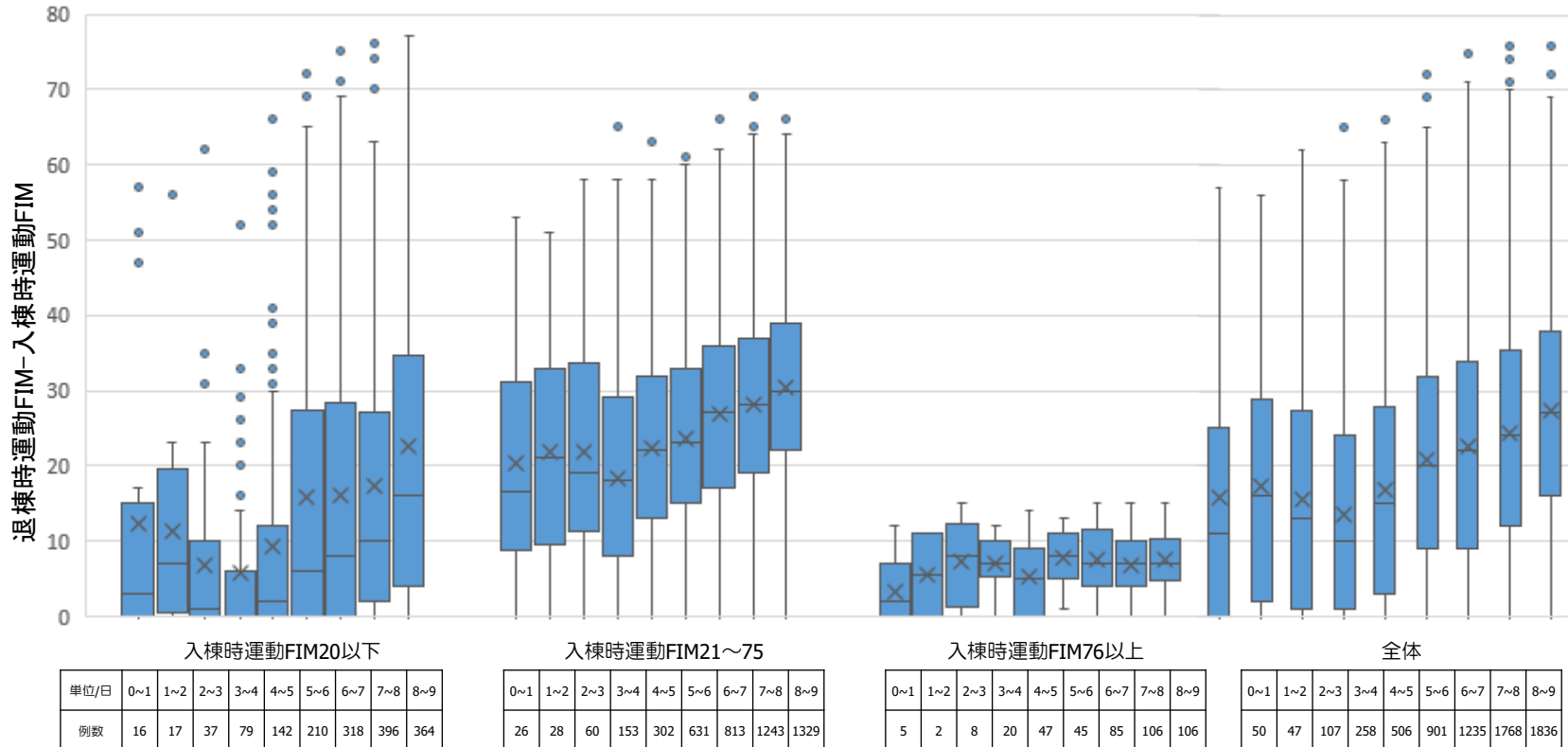
重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（全疾患）

○ 疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。平均リハ提供単位数が高い程、運動FIMの変化が高くなる傾向にあった。



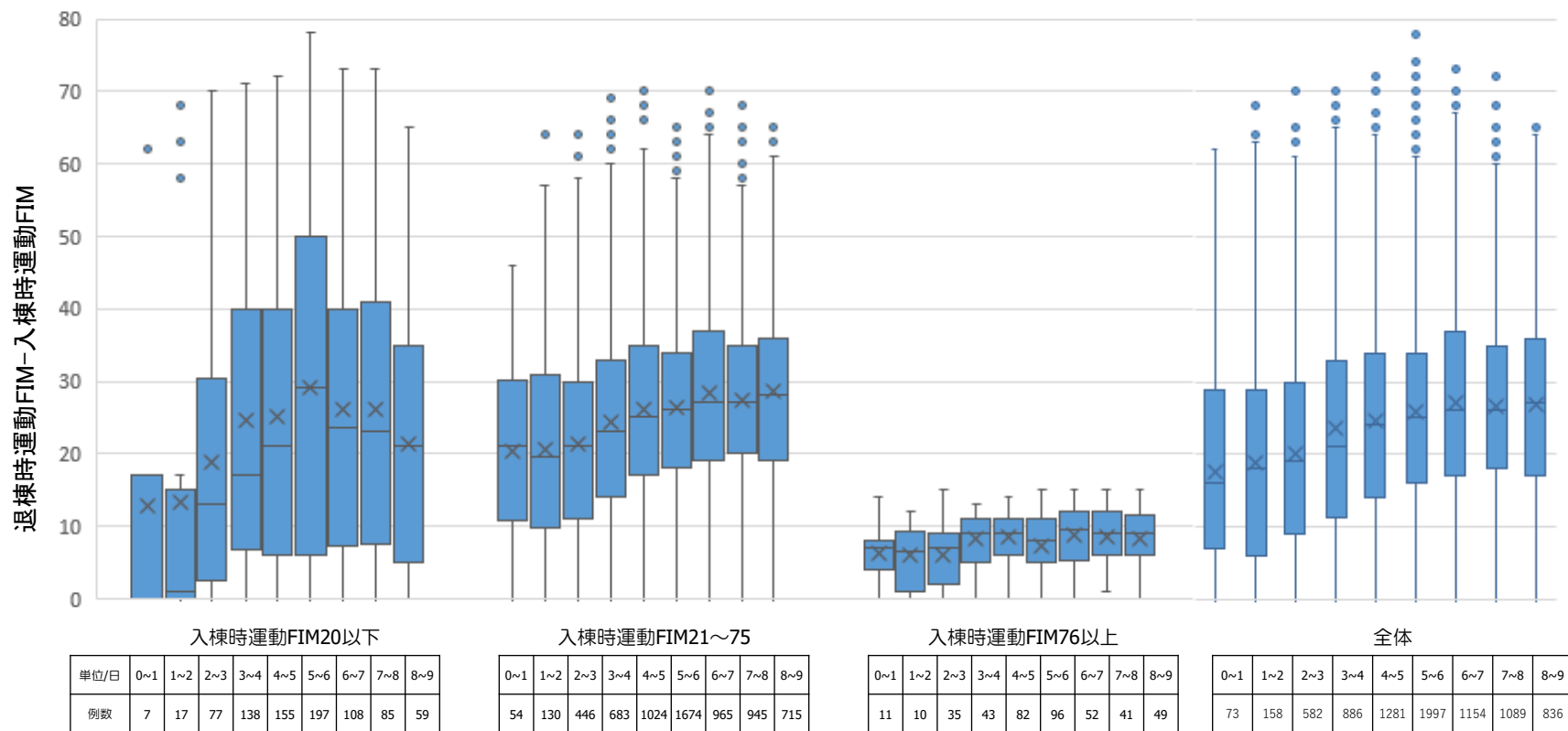
重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（脳血管疾患）

○ 脳血管疾患の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。平均リハ提供単位数が高い程、運動FIMの変化が大きくなる傾向にあった。



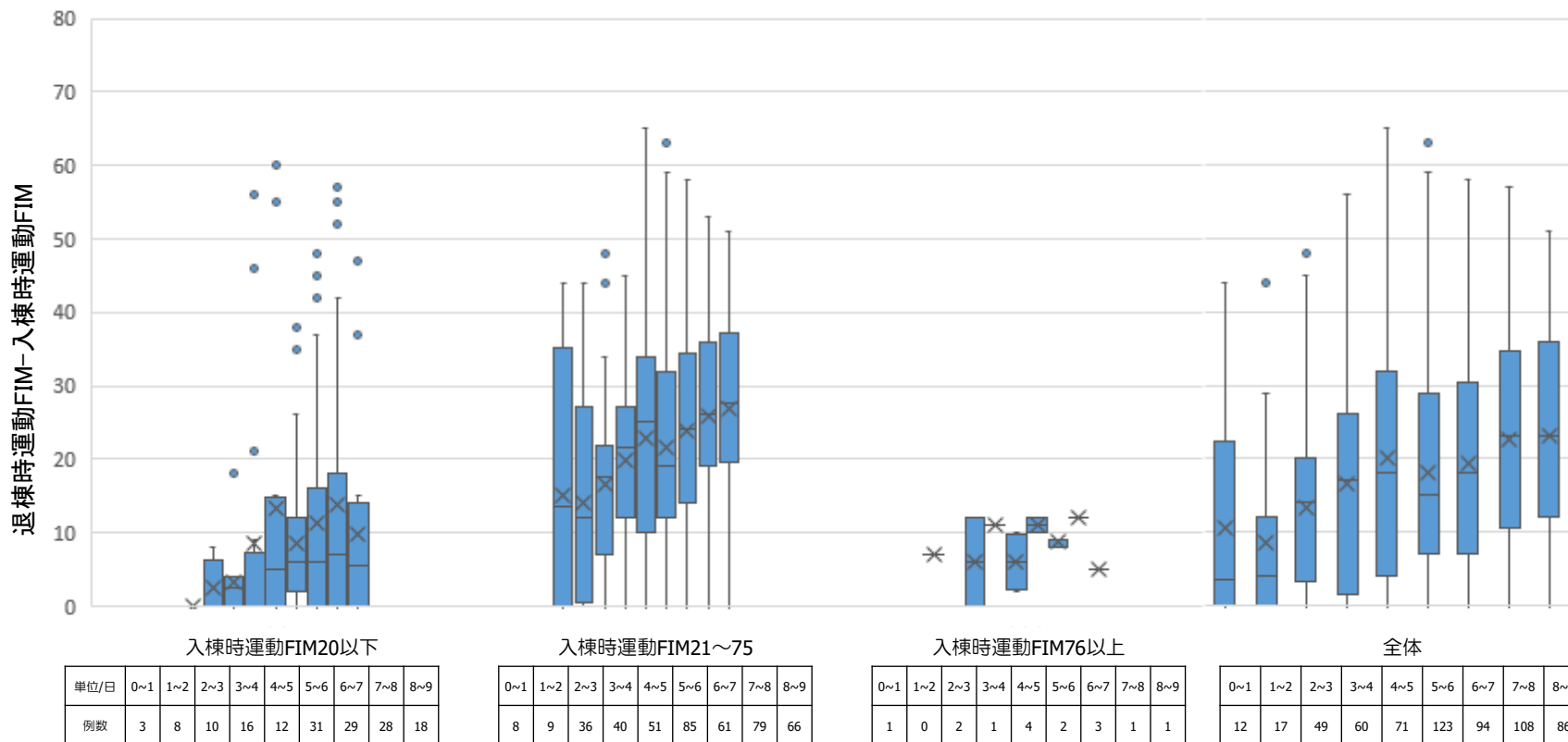
重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（運動器疾患）

○ 運動器疾患の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。1日あたりの平均リハビリテーション提供単位数が「6単位以上7単位未満」、「7単位以上8単位未満」「8単位以上9単位未満」の患者の運動FIMについて、リハビリテーション提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった。



重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（廃用症候群）

○ 廃用症候群の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数毎の実績については以下のとおり。入棟時運動FIMが21～75の患者では、実施単位数に応じて増加が見られた。



体制強化加算の概要

A308 注4 体制強化加算1(1日につき)	200点
体制強化加算2(1日につき)	120点

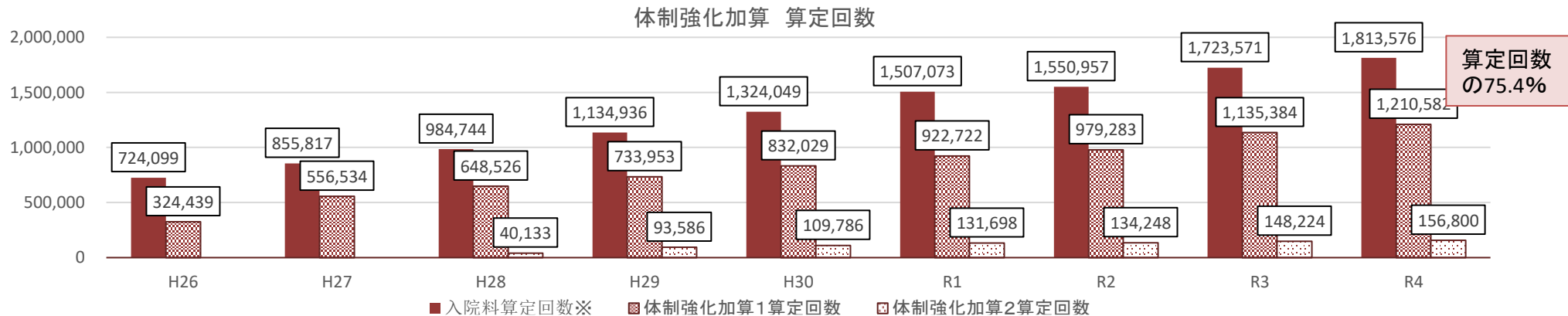
【施設基準】

体制強化加算 1

- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の届出を行っていること
- ② 当該病棟に専従の常勤医師 1 名以上（※）及び専従の常勤社会福祉士 1 名以上が配置されていること。
- ③ 医師については、以下のいずれも満たすこと。
 - ア リハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する 3 年以上の経験を有する者であること。

※ 体制強化加算 2 については専従の常勤医師を 2 名以上配置する必要があるが、下記条件を満たしていれば病棟内で従事しない日、時間において病棟外の業務に従事可能となる。

- ①前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
- ②病棟外業務をする 2 名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- ③週のうち 32 時間以上において、当該 2 名の医師のうち少なくともいずれか 1 名が当該病棟業務に従事していること。
- ④当該 2 名の医師は、いずれも当該病棟業務に週 8 時間以上従事していること。



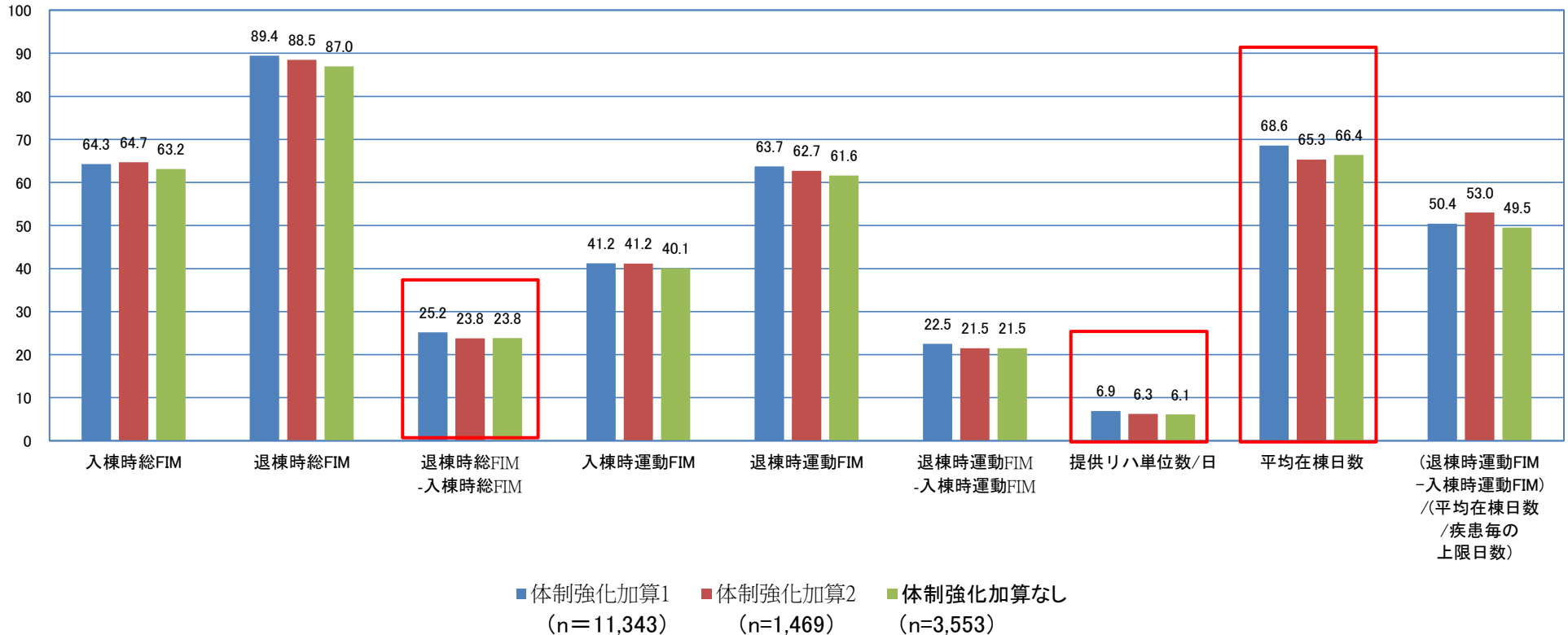
	届出医療機関数	体制強化加算1届出医療機関数	体制強化加算2届出医療機関数
回復期リハビリテーション病棟入院料1	940	606 (64.5%)	114 (12.1%)
回復期リハビリテーション病棟入院料2	188	82 (43.6%)	16 (52.1%)

※平成29年までの期間は回復期リハビリテーション病棟入院料 1、平成30年以降は回復期リハビリテーション病棟入院料1.2
 出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年 6 月審査分）、届出情報は保険局医療課調べ（令和4年7月1日時点）

体制強化加算の届出有無別の比較

- 体制強化加算の有無によるアウトカム指標の比較は以下のとおり。
- 体制強化加算1の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMの差がやや大きくなっており、提供リハビリテーション単位数が多く、平均在院日数が長かった。
- 体制強化加算2の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMに大きな差が無かった。

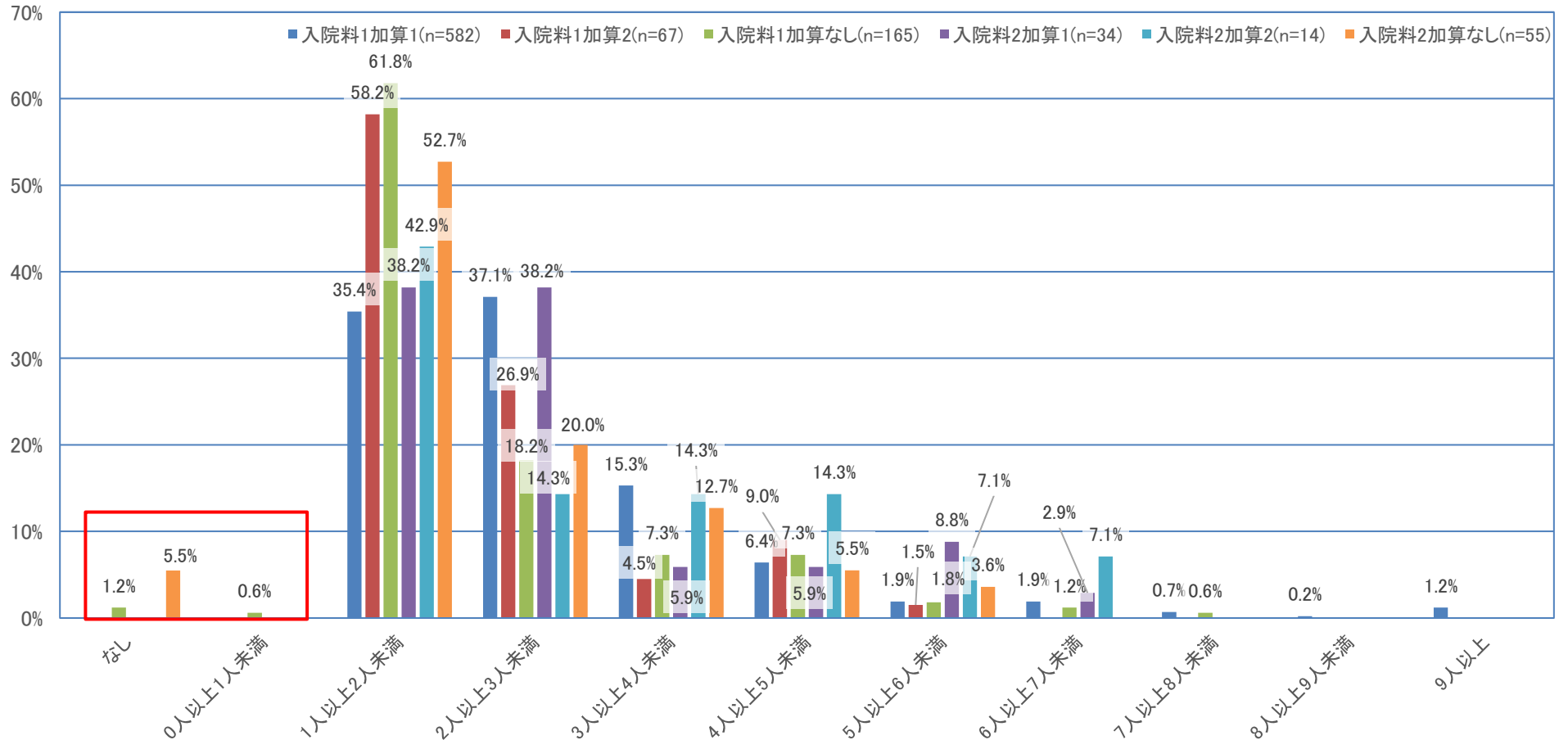
体制強化加算の有無別の比較



社会福祉士の配置状況について

○ 体制強化加算の届出のない回復期リハビリテーション病棟(入院料1及び2)で、常勤換算で社会福祉士の配置が1人未満の病棟の割合は、入院料1で1.8%、入院料2で5.5%である。

回復期リハビリテーション病棟における社会福祉士の配置状況(常勤換算)

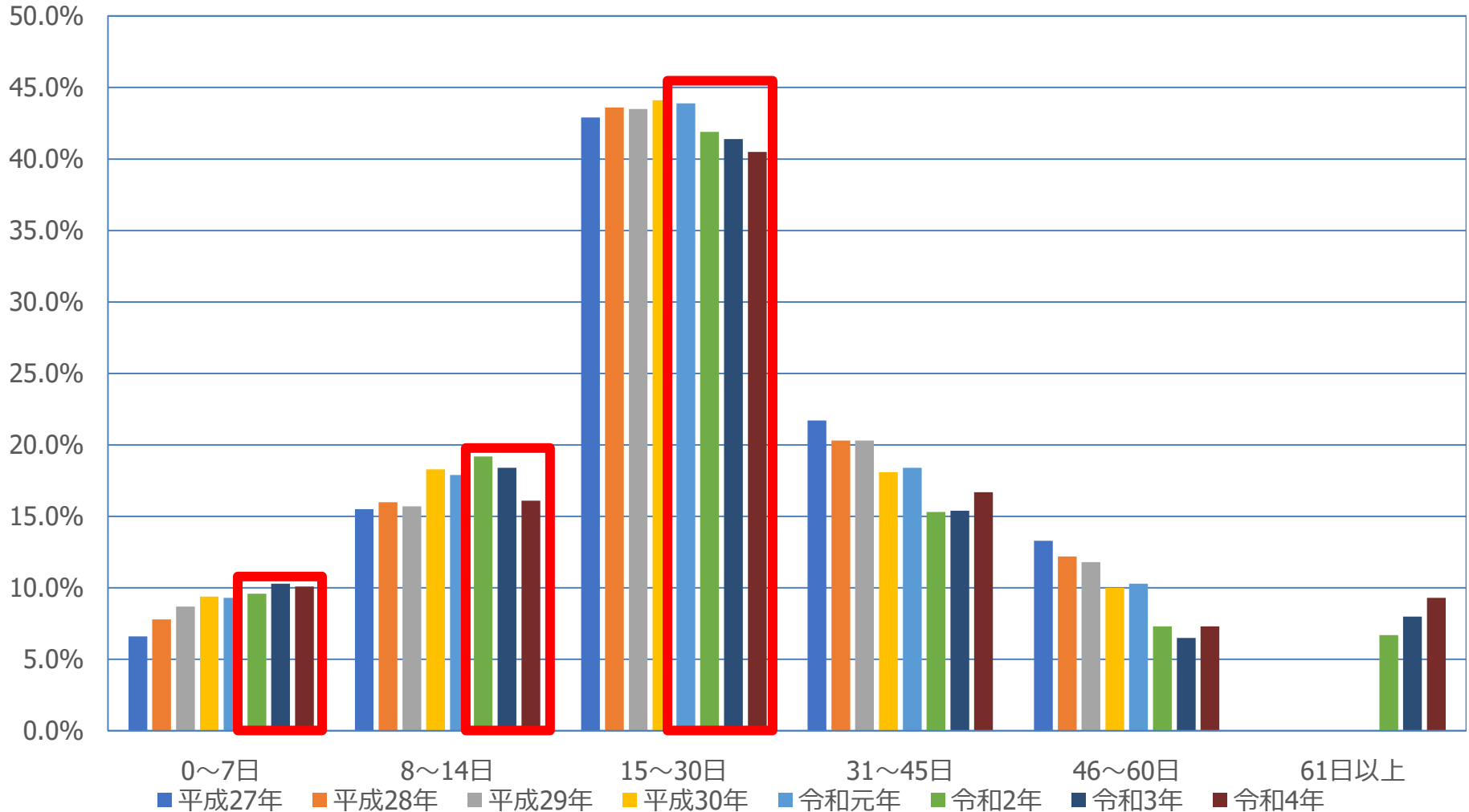


3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

- 3-1 概要について
- 3-2 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について
- 3-3 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について
- 3-4 回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について
- 3-5 退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について
- 3-6 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について
- 3-7 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について
- 3-8 地域貢献活動について

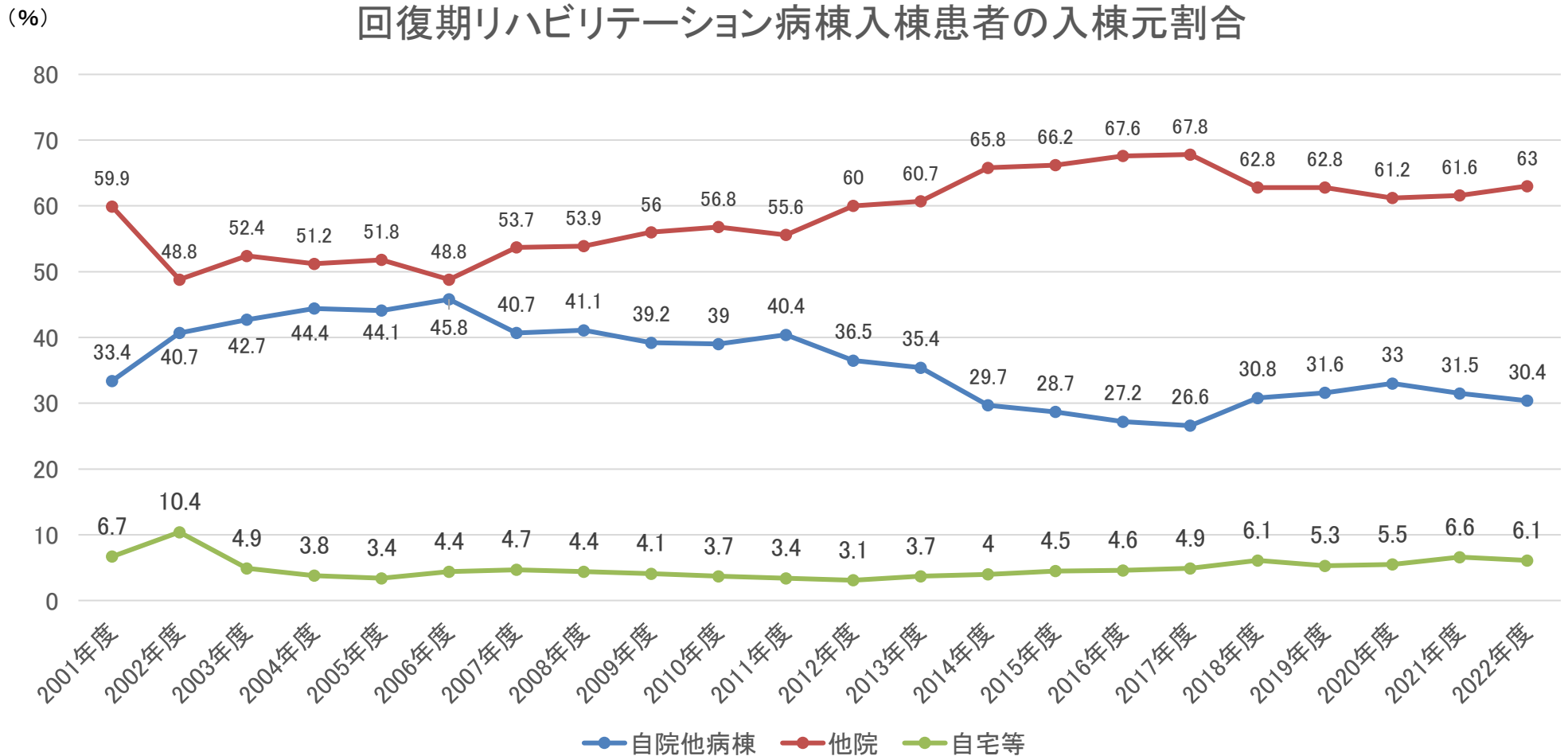
発症から入棟までの日数別の患者割合の年次推移について

- 発症から入棟までの日数別の患者割合の年次推移は以下のとおり。
- 回復期リハビリテーション病棟において発症後30日以内の患者は、近年減少傾向である。



入棟元の年次推移について

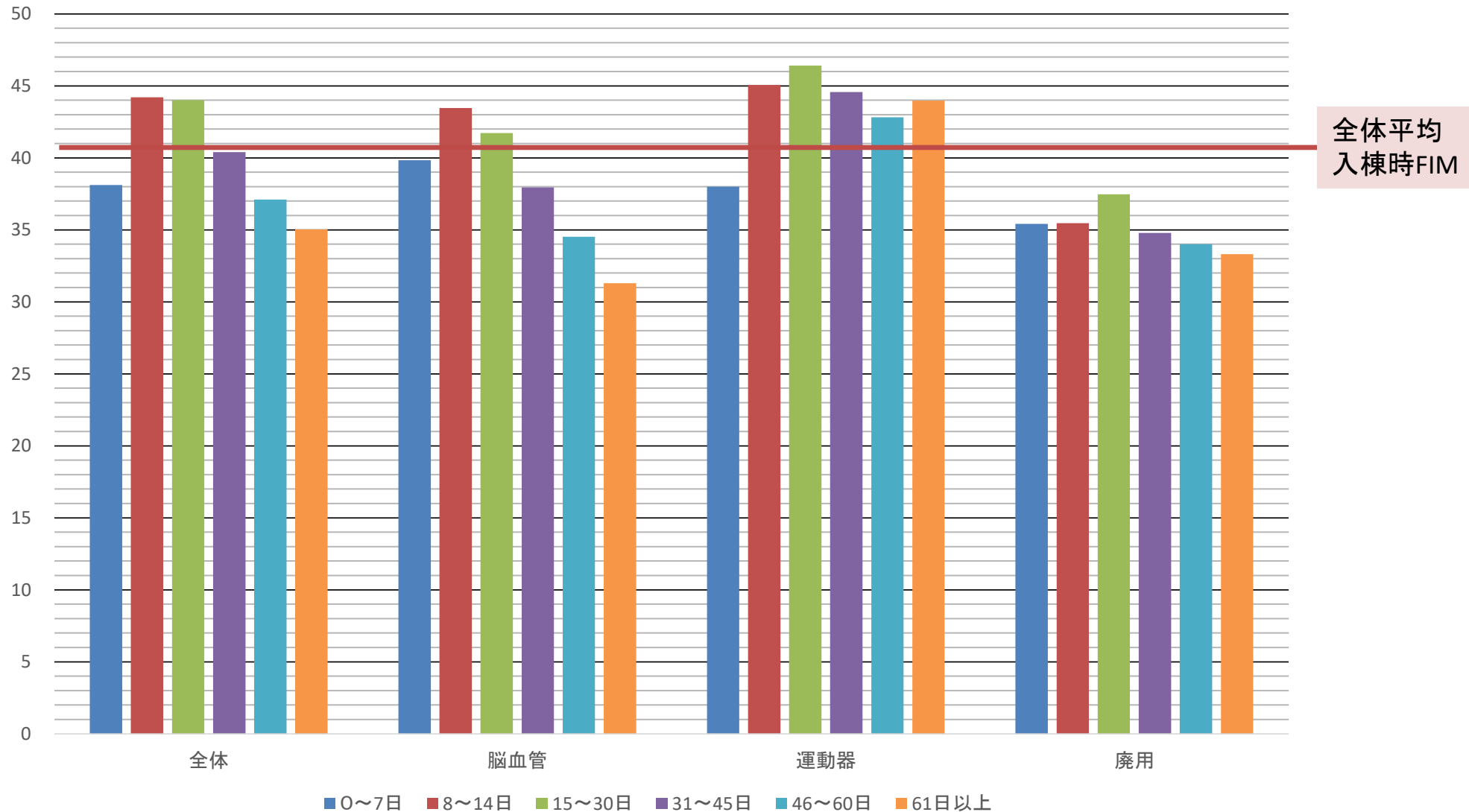
○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者について、2017年まで自院以外からの入棟する患者の割合が増加傾向にあったが、2018年に当該患者割合が低下して以降、横ばい傾向である。



疾患別の発症から入棟までの日数による入棟時FIMについて

診調組 入-1参考
5 . 9 . 6

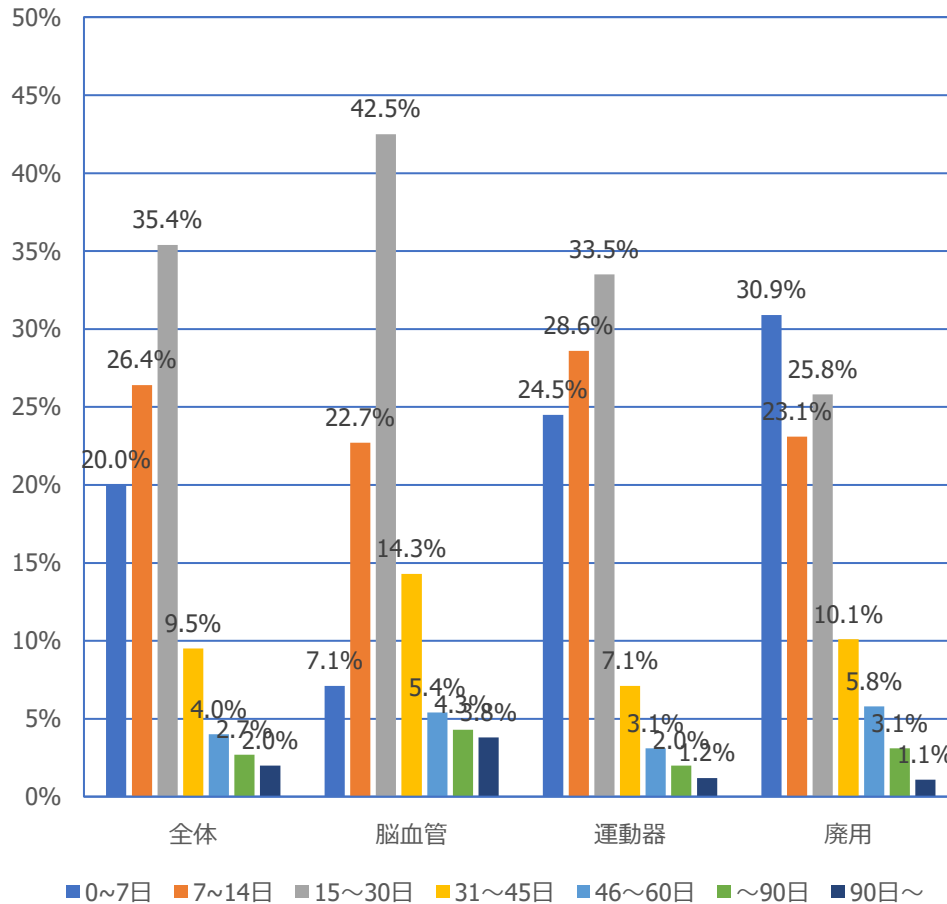
- 疾患別の発症から入棟までの日数による入棟時FIMの差異は以下の通り。
- 全体的に早期患者と61日以上の患者の入棟時FIMは低下している。



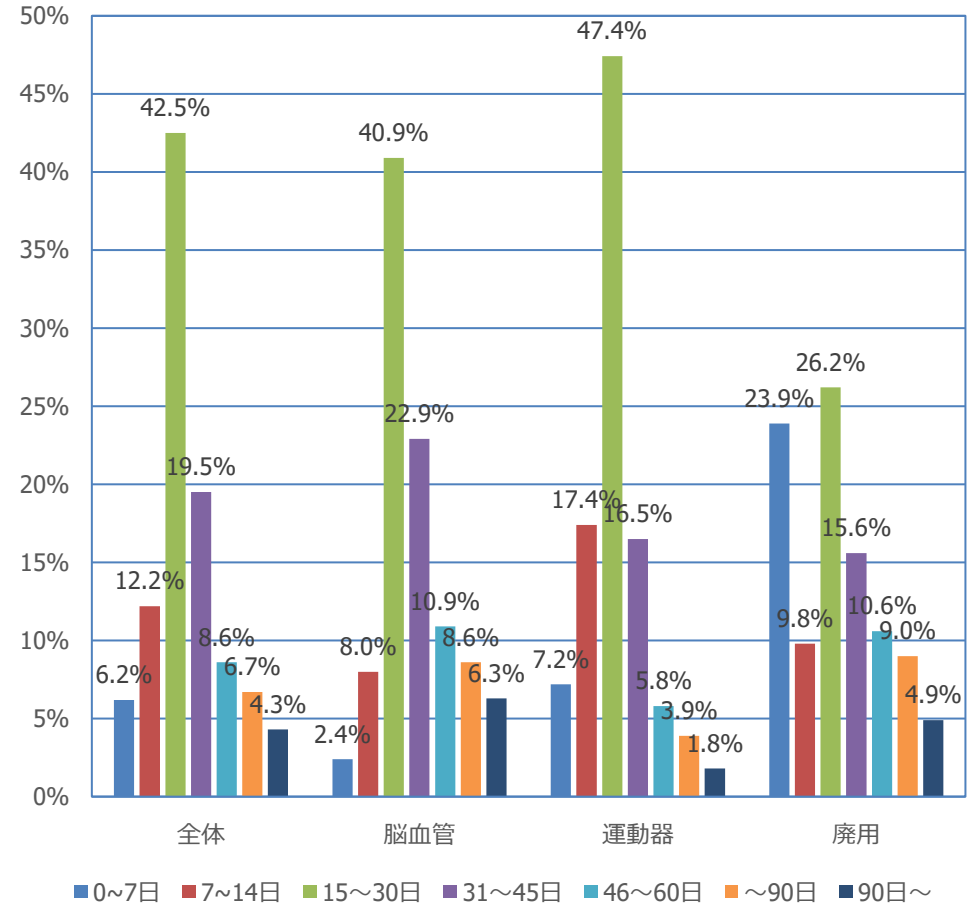
入棟元別の発症から入棟までの日数の患者割合について

○ 回復期リハビリテーション病棟において他院から転棟した患者は自院から転棟した患者と比較して発症から入棟までの日数が長い患者が多い。

発症～入棟日数と患者割合(自院からの転棟,n=5,264)



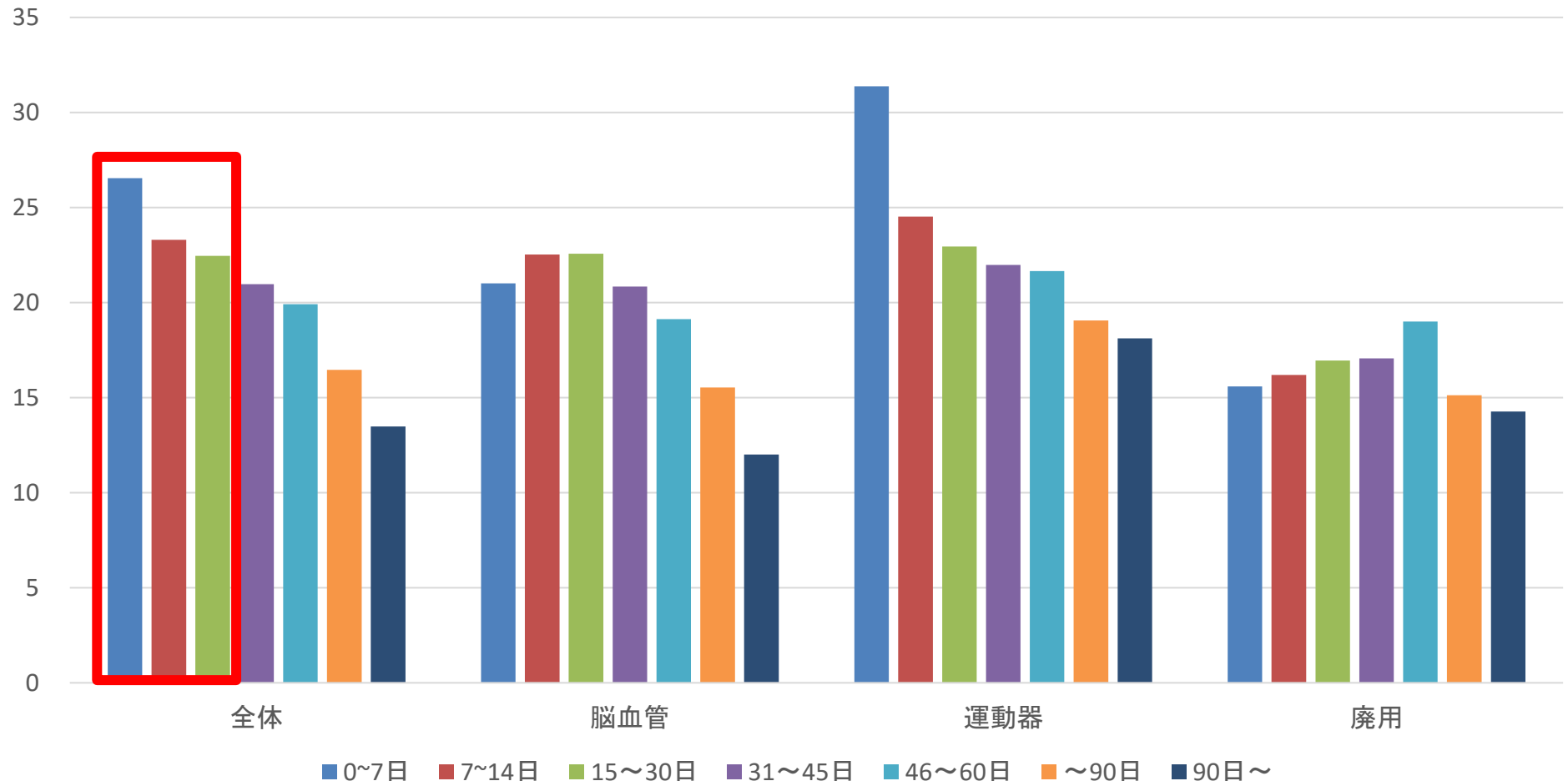
発症～入棟日数と患者割合(他院からの転棟,n=13,797)



発症から入棟までの日数とFIMの変化について

- 回復期リハビリテーション病棟において発症から入棟までの日数が短いほど入退棟時のFIMの変化が大きい傾向にある。

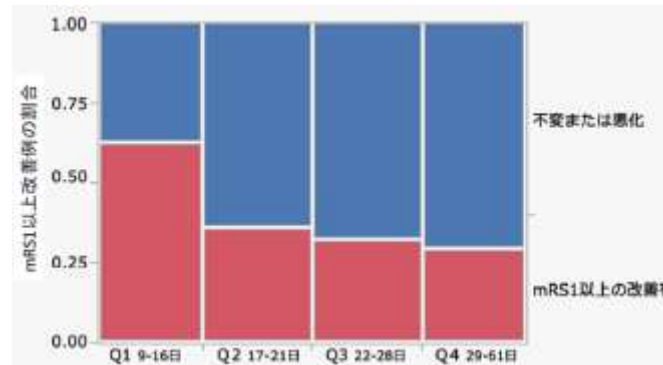
発症から入棟までの日数と運動FIMの変化



発症から入棟までの日数と機能予後について

- 急性期病棟における在棟日数(発症から回復期リハビリテーション病棟への転棟日数)が短いほど、その後の機能予後がよいとの報告がある。
- 急性期脳卒中408例中、回復期リハビリテーション病棟に転棟・転院したのは142例であった。急性期における在院期間が17日未満で回復期病棟に移った群で改善有(一年後にmodified Rankin scaleが1以上改善)が有意に多かった($P < 0.01$)。多変量解析においても同様の結果であった。

岩本高典ほか、川崎医学会誌(0386-5924)48巻 Page1-9(2022.)



- 急性期治療後に同施設の回りハ病棟に転棟した脳梗塞149例、脳出血108例の機能予後についての報告では、脳梗塞は、改善(実績指数が30点以上)群90例、非改善群59例で、急性期入院日数は20.3日、24.4日と改善群で短かった($p < 0.05$)。脳出血は、改善群60例、非改善群48例で、急性期入院日数は23.2日、31.5日と改善群で短かった($p < 0.05$)。

今西 正巳、Neurosurgical Emergency(1342-6214)26巻1号 Page44-50(2021.03).

- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害(特に運動障害)は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている¹。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

- 高齢であること(特に85歳以上)
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良(低アルブミン血症)
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization-associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800-1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645-52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M-M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206-16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83-8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ungaitedness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621-6.

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchear ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

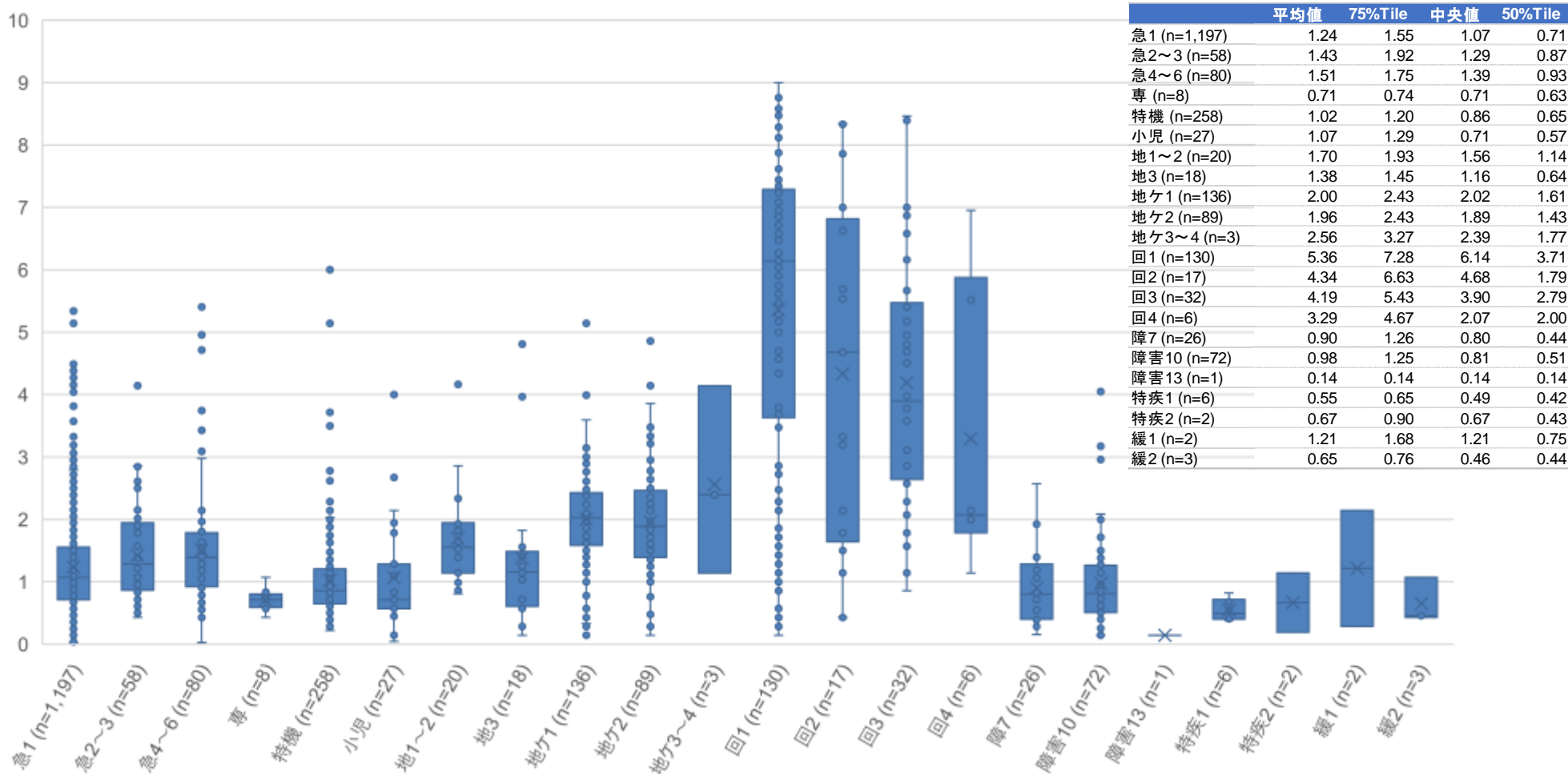
出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56::842-847.

入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

○ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、急性期一般入院料1を算定している病棟では1.24単位、回復期リハビリテーション病棟入院料1では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1では2.00単位であった。

入院料別リハビリテーション1日平均提供単位数

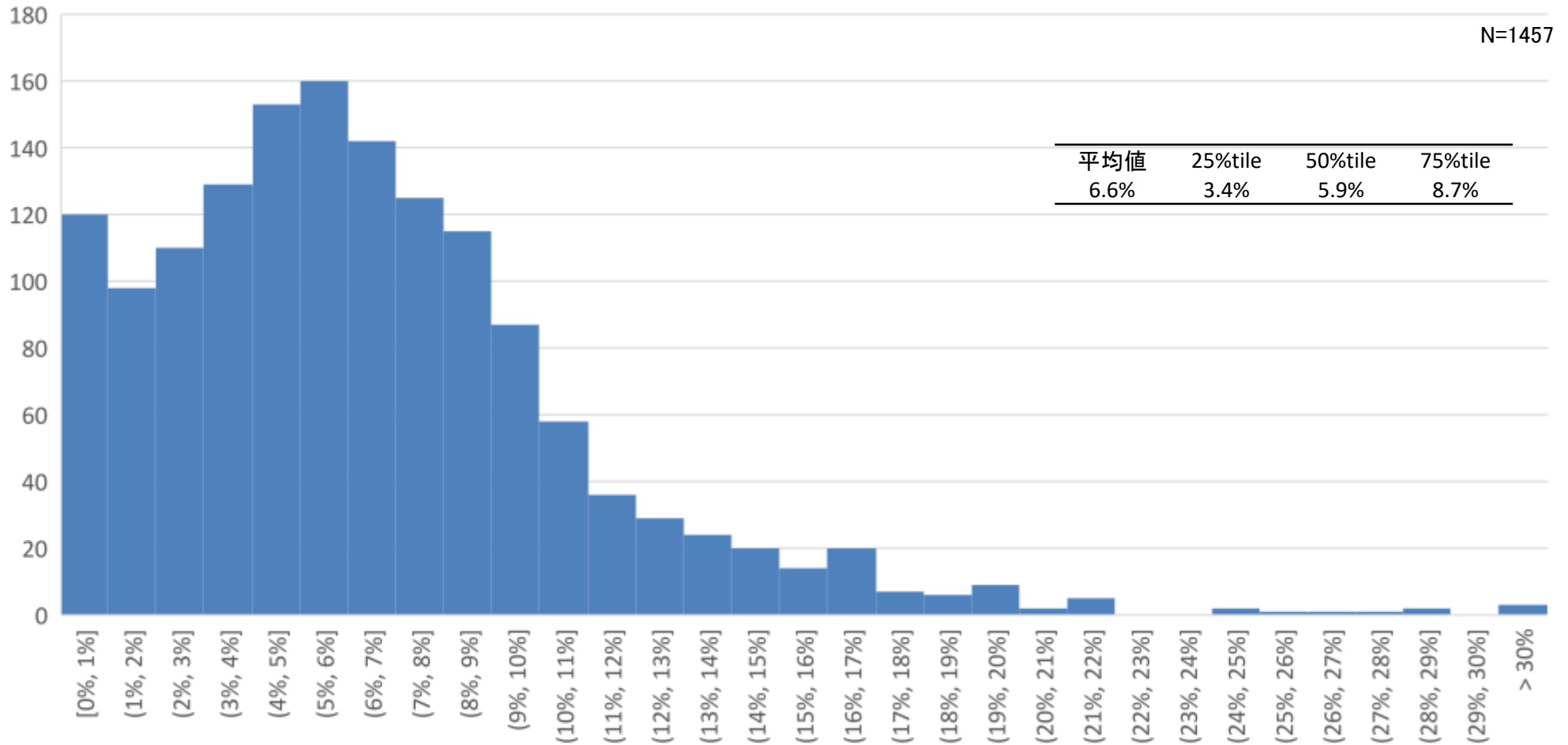


ADLが悪化した患者（65歳以上）の割合分布（急1）

診調組 入-3
5.9.6改

○ 急性期一般入院料1を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。

65歳以上の高齢者



抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上65歳以上の入院症例を抽出。

- 診療ガイドラインにおいて、急性期脳卒中患者に対し、積極的なリハビリテーションを発症後できるだけ早期から行うことがすすめられている。

脳卒中治療ガイドライン2021(一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会)より抜粋

- 合併症を予防し、機能回復を促進するために、24～48時間以内に病態に合わせたリハビリテーションの計画を立てることが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- 十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。
- 脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター管理下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit(SU)で治療することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- リハビリテーションプログラムは、脳卒中の病態、個別の機能障害、日常生活動作(ADL)の障害、社会生活上の制限などの評価およびその予後予測に基づいて計画することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

3-1 概要について

3-2 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について

3-3 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について

3-4 回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について

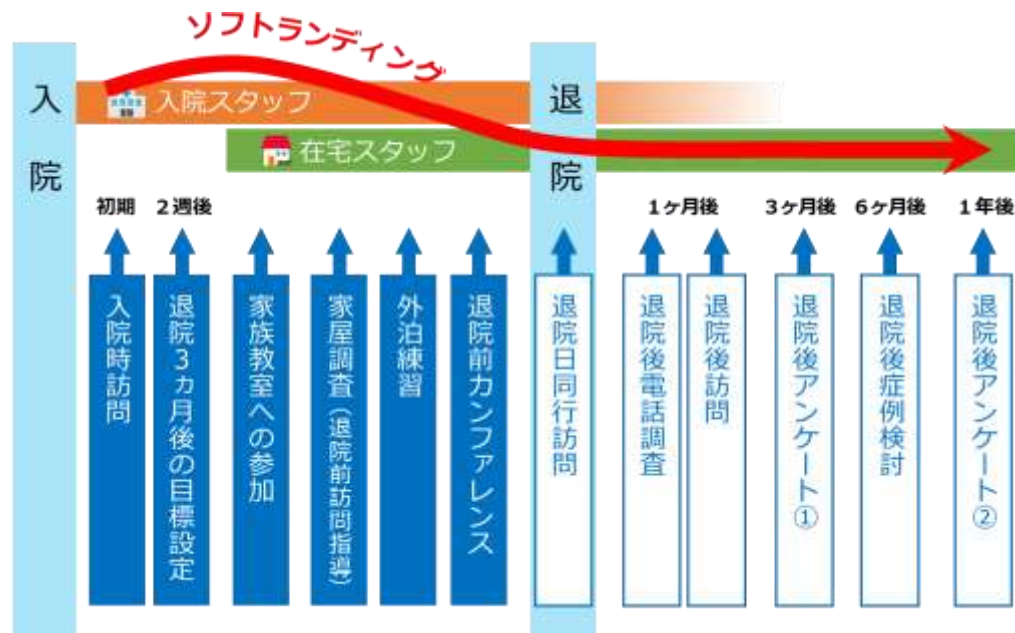
3-5 退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について

3-6 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

3-7 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について

3-8 地域貢献活動について

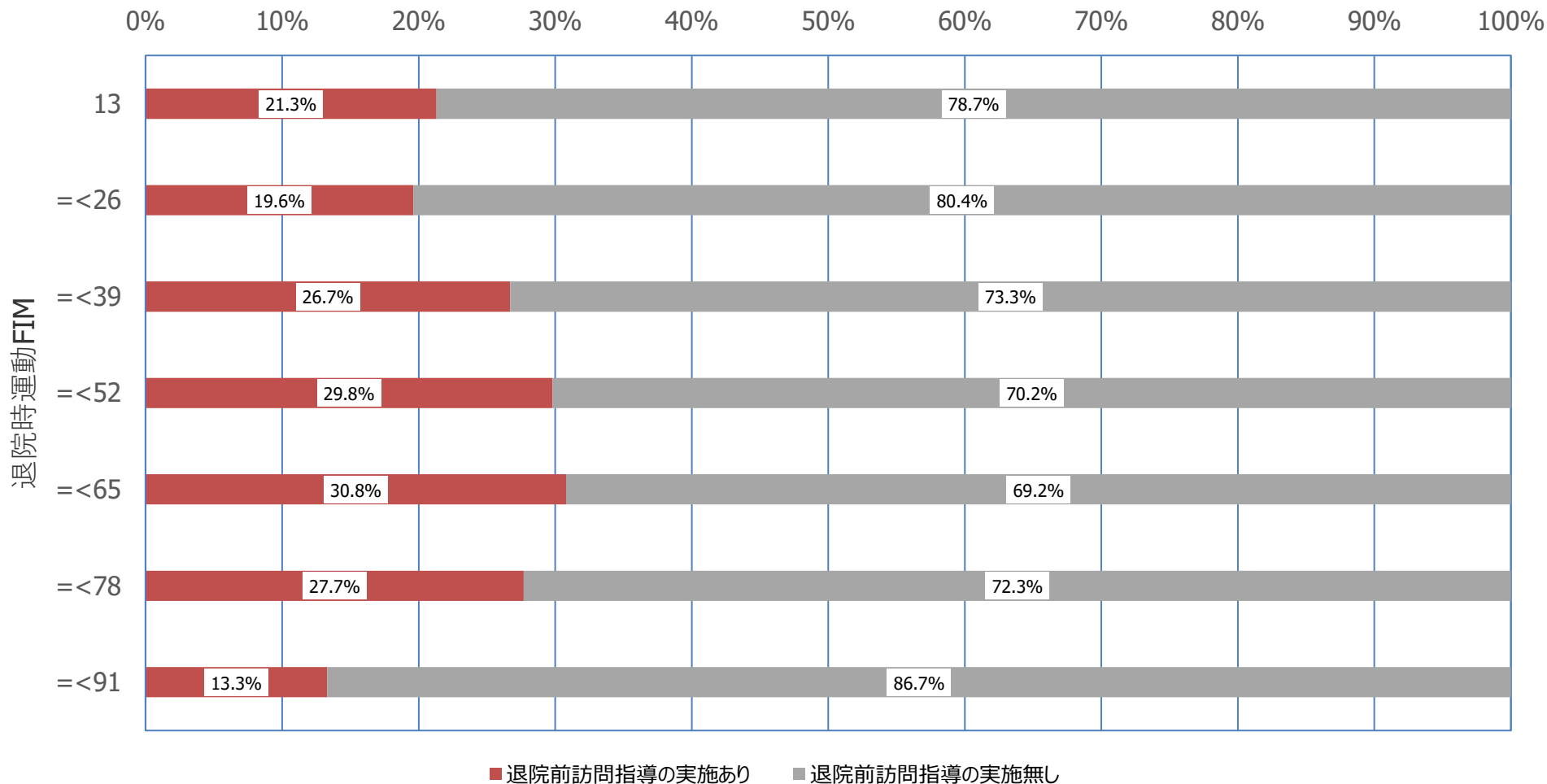
- 退院前訪問指導を実施することにより、再入院と転倒を減少させ、退院後のADLが向上する。
 - 家屋調査を含むフローにより回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
-
- 大腿骨頸部骨折患者を対象としたRCT(N=77)において、退院前に家屋訪問を実施した患者は、30日後の再入院と転倒が有意に改善するとともに、6か月後のADLが有意に高かったという報告がある。
Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.
 - 14研究を対象としたメタ解析において、退院前の家屋訪問を実施することが、転倒率を低下させること、退院後の活動レベルが改善すること、再入院率を減少させることが示されている。
Lockwood KJ, et al. J Rehabil Med. 2015 Apr;47(4):289-99.
 - 家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
岡光孝. OTジャーナル. 55(8) : 999-1003, 2021



退院時運動FIMと退院前訪問指導実施割合の関係

○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟し、在宅に退棟した患者の訪問指導実施割合は、退院時運動FIMが79以上91以下の患者では13.3%だったが、退院時運動FIMが78以下の患者では約2～3割だった。

在宅復帰患者のうち退院前訪問指導を実施した割合

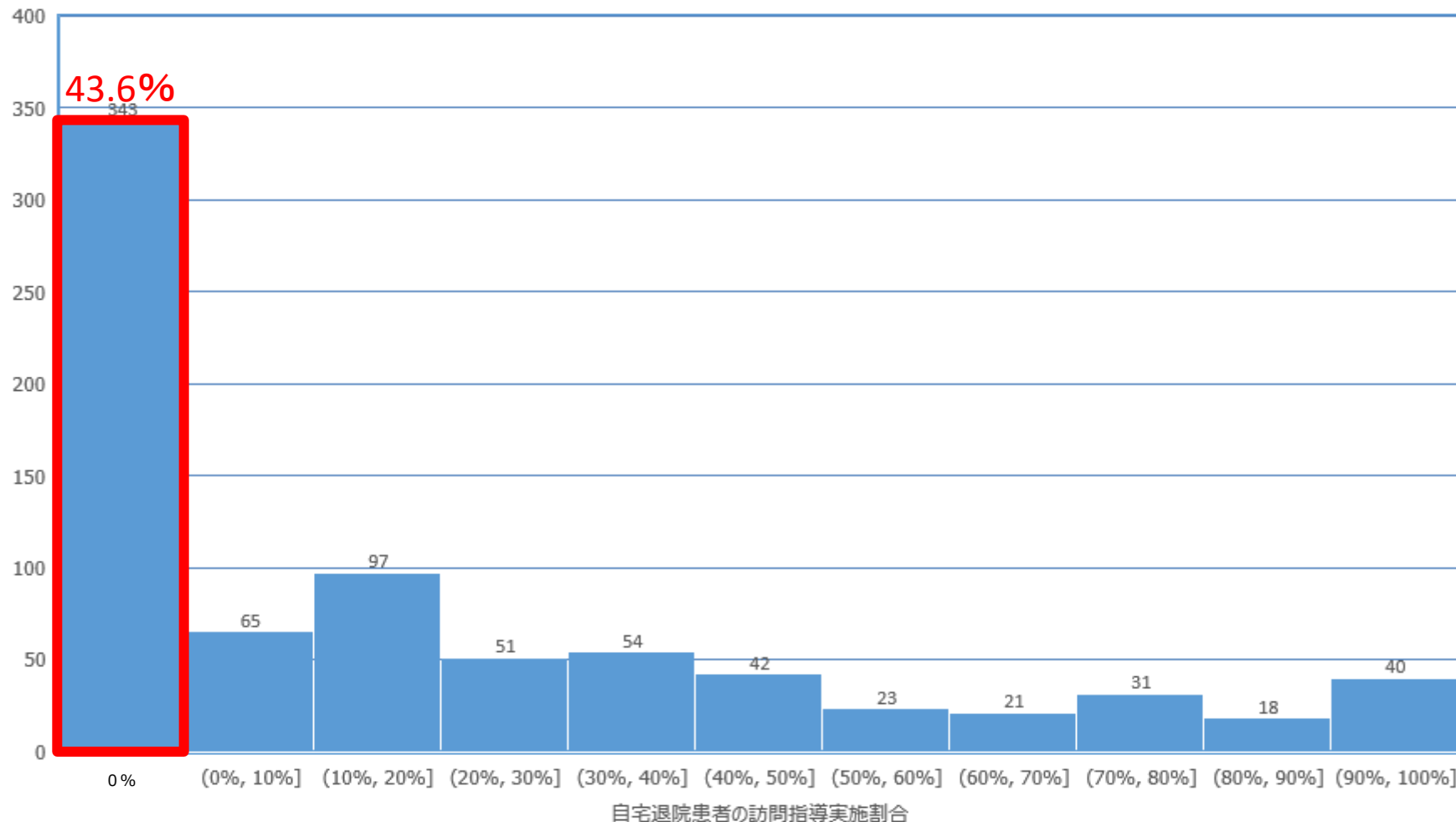


回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実施割合

診調組 入-3改変
5 . 9 . 6

- 回復期リハビリテーション病棟における自宅退院予定患者に対する退院前訪問指導実施割合は、0%の病院が最も多い。

(病院数) 回復期リハビリテーション病棟における自宅退院患者に対する退院前訪問指導の実施割合(n=785)

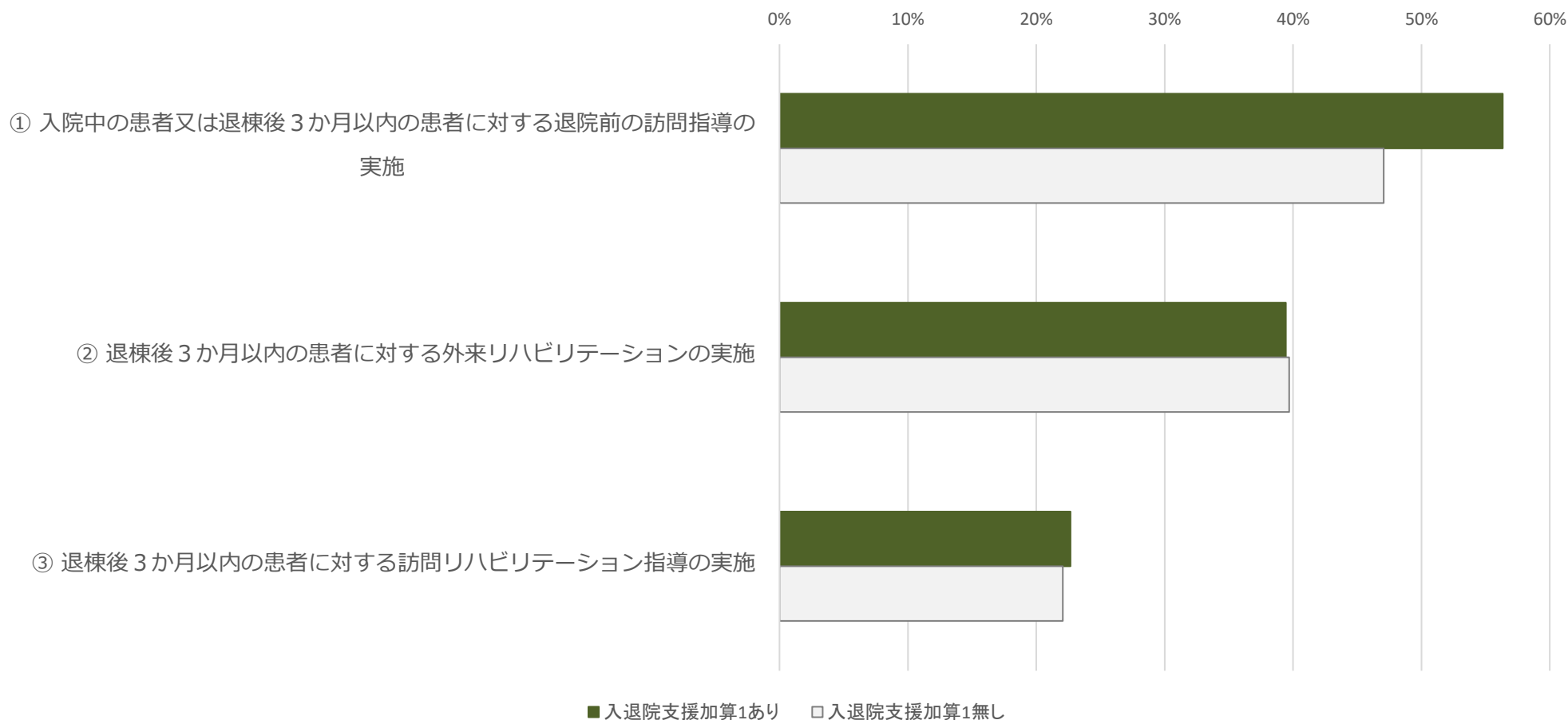


※退院前訪問指導: 入院中の患者に対し患者宅へ訪問指導を行うこと。

B007 退院前訪問指導料に係る費用は回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれている。

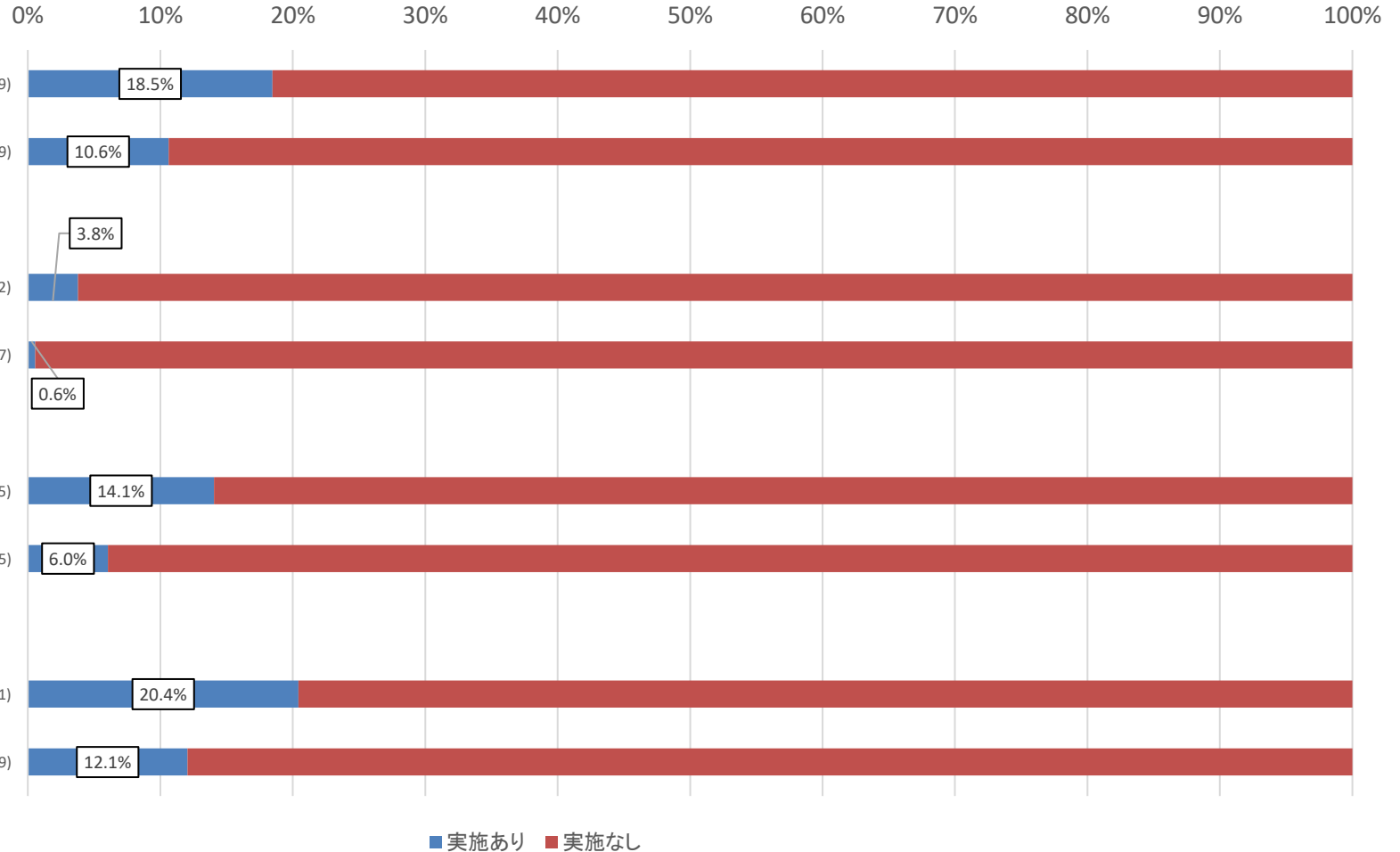
○ 回復期リハビリテーション病棟における入退院支援1の届出別の病棟専従のリハビリ専門職の退院後のフォローアップについて、入退院支援加算1を届出がある医療機関の方が、届出がない場合と比較して病棟専従のリハビリ専門職による退院前の訪問指導の実施があると回答した割合が高かった。

■ 回復期リハビリテーション病棟における、入退院支援加算1届出別の病棟専従のリハビリ職による退院前後の指導・リハビリの実施状況



○ リハビリテーション専門職による退院前訪問指導の実施のある医療機関はない医療機関と比較して、退院後の外来リハビリテーションや訪問リハビリテーションの実施割合が高かった。

外来リハビリテーション(医療保険)

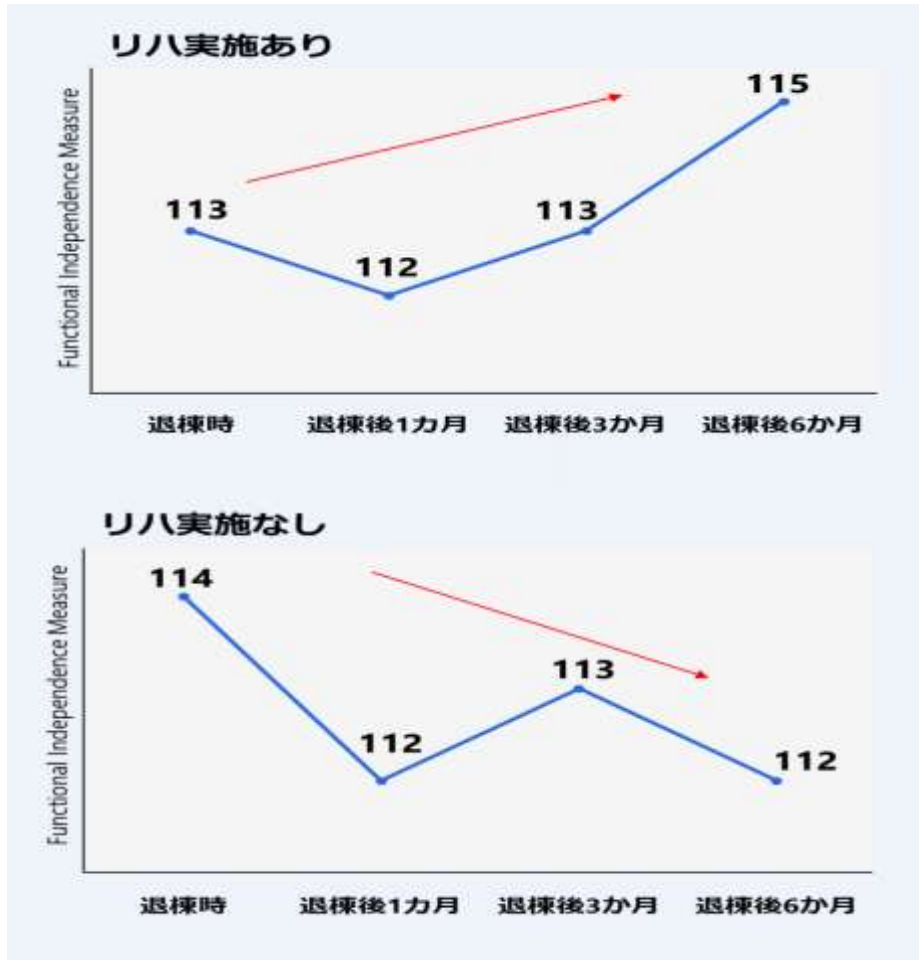


■ 実施あり ■ 実施なし

退院後のリハビリテーション実施の効果について

- 退院後のリハビリテーションについて、実施の有無を比較すると、退院後もリハビリテーションを実施している患者群は、退院後もFIMが上昇する傾向が認められた。

FIMの推移



対象: 令和3年8月1日から8月31日までに退棟した患者(207名)

背景

項目	リハ実施あり (n = 119)	リハ実施なし (n = 88)	P値
年齢	73 歳	76 歳	0.119
女性	46 %	53 %	0.327
原因疾患			0.018
脳血管疾患	58 %	44 %	
整形疾患	37 %	40 %	
廃用症候群	5 %	16 %	
発症～退棟まで日数	95 日	84 日	0.021
BMI値による分類			0.768
やせ (BMI < 18.5kg/m ²)	15 %	15 %	
肥満 (BMI ≥ 25kg/m ²)	14 %	18 %	

テーマ2:リハビリテーション・口腔・栄養

(1)リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

- リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。
- 令和3年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。
- リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。

(2)リハビリテーション

- 急性期・回復期と生活期のリハビリテーションの円滑な移行について、フェーズに応じてプログラム内容を変化させていくための仕組みが必要。医療機関で完結することが前提ではなく生活期で更なるQOL向上を目指すために、急性期・回復期では何をすべきかという視点が医療側に求められる。
- 医療側のリハビリテーションの計画が、介護事業者と十分に情報共有されていないことは問題。計画書を介護事業者に提供した場合の評価が診療報酬としては存在しており、情報提供を評価するという方法では改善が難しい。

(3)口腔

- 病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。
- 歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携も更に推進が必要。

(4)栄養

- 潜在的な低栄養の高齢者が多いことが課題であり、踏み込んだ対策が必要。
- 医療機関や介護保険施設では管理栄養士や多職種による栄養管理が行われているが、退院・退所後、在宅での栄養・食生活支援を行うための社会資源の充実が望まれる。

【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

医療保険 回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，左片麻痺・摂食嚥下障害があり，ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施． 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり，介護申請して自宅退院．左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション，訪問看護，通所介護を利用予定となった．

情報連携

連携のポイント①
診療情報を提供



診療情報提供書

- ・現病歴・既往歴
- ・治療経過 ・内服薬
- ・医学管理上の留意点
- ・入院中のイベントなど

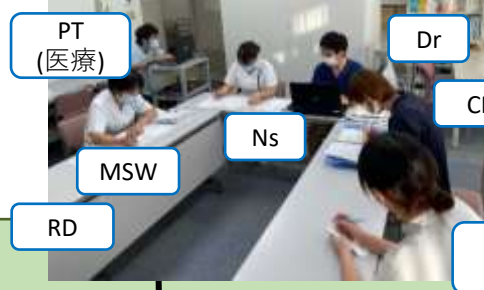
連携のポイント② 医療と介護共通の
リハビリテーション実施計画書を作成



リハビリ実施計画書

- ・現在の身体機能・動作能力
- ・訓練の目標・方針
- ・入院中の訓練内容
- ・訓練上の留意点・禁忌
- ・栄養管理の内容など

連携のポイント③ 退院前カンファレンスに
介護スタッフも参加



退院前カンファレンス

- ・入院経過の詳細
- ・本人・家族の思い
- ・退院後ケアプラン
- ・現状の課題 等

介護保険 訪問リハビリテーション

Survey

健康状態の把握・生活機能の評価

- ・診療情報提供書・リハ実施計画書を参照。
- ・課題：左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害
- ・ADL：Barthel Index：15点 娘の介助下にポータブルトイレで排泄

背景因子(環境・個人)

- ・本人の希望：普通のご飯を食べたい
- ・家族の希望：トイレで排泄してほしい
- ・夫と娘との3人暮らし
- ・家族は非常に熱心で協力的

Plan

訪問リハビリテーション計画書の作成・合意形成

目標	①杖歩行でトイレでの排泄ができるようになる ②誤嚥せずに肉じゃがを食べる
課題	左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害（排泄はポータブルトイレ介助）
訓練	摂食嚥下訓練，歩行訓練，排泄訓練，環境調整

Do



歩行訓練



嚥下訓練



トイレでの排泄訓練

Check

6か月後：娘の見守りのもと，杖歩行でトイレでの排泄ができるようになった
誤嚥することなく肉じゃがを食べることができるようになり目標は達成

アウトカム評価

Barthel Index：15点⇒45点に改善
Frenchay Activities Index：0点⇒0点

Act

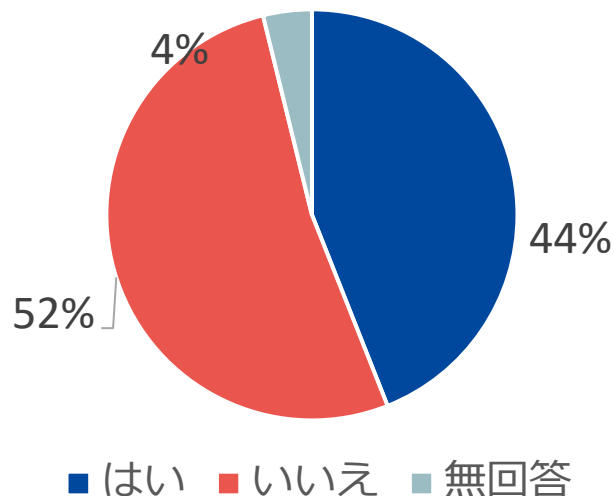
体力づくりと家庭での役割づくりを目的に外出と洗濯を目標に通所リハビリテーションに移行

疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

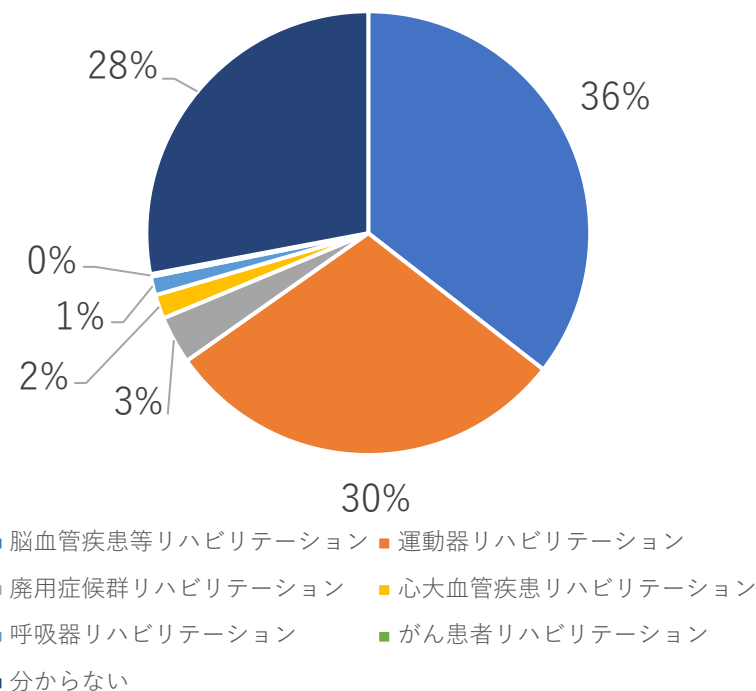
意見交換 資料-4参考-1
R 5 . 3 . 1 5

- 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している移行前の疾患別リハビリテーションの分類



医療機関からリハビリテーション実施計画書入手したか

		はい	いいえ	p-value*
		215	181	<0.001
同一医療法人	はい	54.3%	45.7%	
または関連医療機関	いいえ	48	131	
からの紹介		26.8%	73.2%	

*Fisherの正確検定

論点1 リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進

社会保障審議会
介護給付費分科会（第229回）

資料3

令和5年10月26日

論点1

- 退院後から通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能の回復は大きい傾向が見られている一方で、退院後の通所リハビリテーションの利用開始まで2週間以上かかっている利用者が一定数いる。
- 介護保険のリハビリテーション事業所が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっており、より連続的で質の高いリハビリテーションが行われる必要がある。
- また、通所リハビリテーションにおける退院時の医療機関との連携については、現行、基準上の要件や、例えば訪問看護で設けられている退院時共同指導を行った際の加算等の評価はない。
- 医療保険から介護保険に移行する際に、必要な方に対して早期に、連続的で質の高いリハビリテーションを提供するためには、どのような方策が考えられるか。

対応案

- ケアプラン作成に係る時間を短縮するために、ケアプランにリハビリテーションを位置づける際、意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院先の医療機関の医師を含むことを明確化してはどうか。
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施するために、以下の対応を行ってはどうか。
 - (1) 基本報酬の算定要件に、医療機関のリハビリテーション計画書を入手した上で、リハビリテーション計画を作成することを加える。
 - (2) 通所リハビリテーション事業所の理学療法士等が利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合の加算を新たに設ける。

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

3-1 概要について

3-2 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について

3-3 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について

3-4 回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について

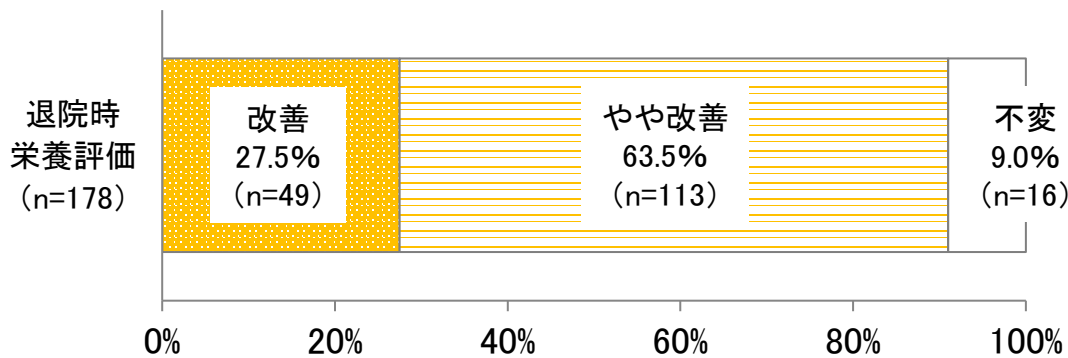
3-5 退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について

3-6 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

3-7 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について

3-8 地域貢献活動について

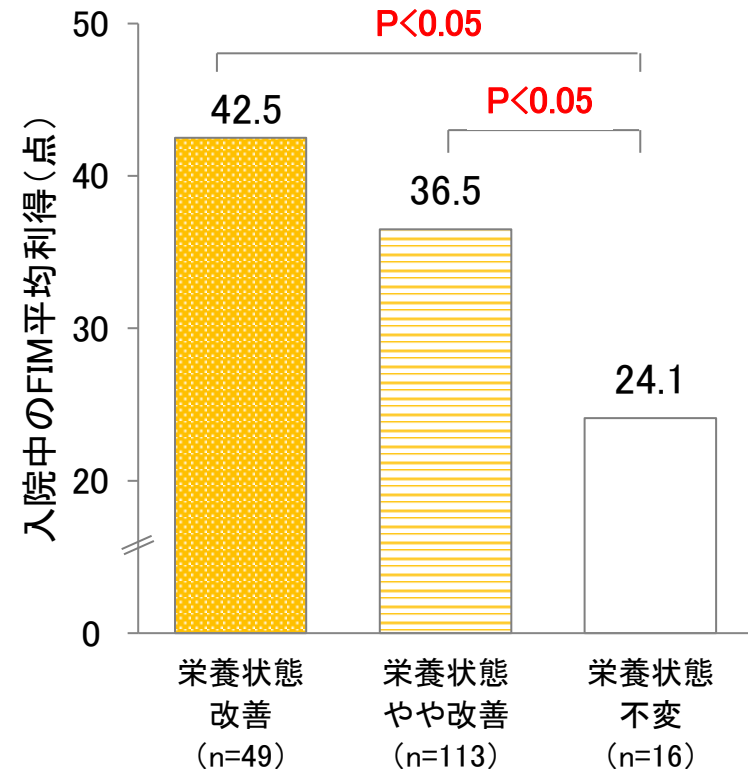
- 低栄養状態で回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注： 栄養状態は管理栄養士がMNA[®]-SF[※]を用いて評価。
 (退院時) 改善: 12-14点、やや改善: 8-11点、不変: 0-7点
 ※ Mini Nutritional Assessment - Short Form
 低栄養: 0-7点、低栄養リスクあり: 8-11点、栄養状態良好: 12-14点

対象期間: 2012年4月~2014年12月
 対象者: 回復期リハ病院に低栄養状態(MNA[®]-SF: 0-7点)で入院し、
 加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善



注: 各群は左図と対応

図 回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

- 回復期リハビリテーション病棟に配置されている管理栄養士は、入院料1で0.9人(常勤換算)であった。
- 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養情報提供書の作成以外は8割以上実施されていた。

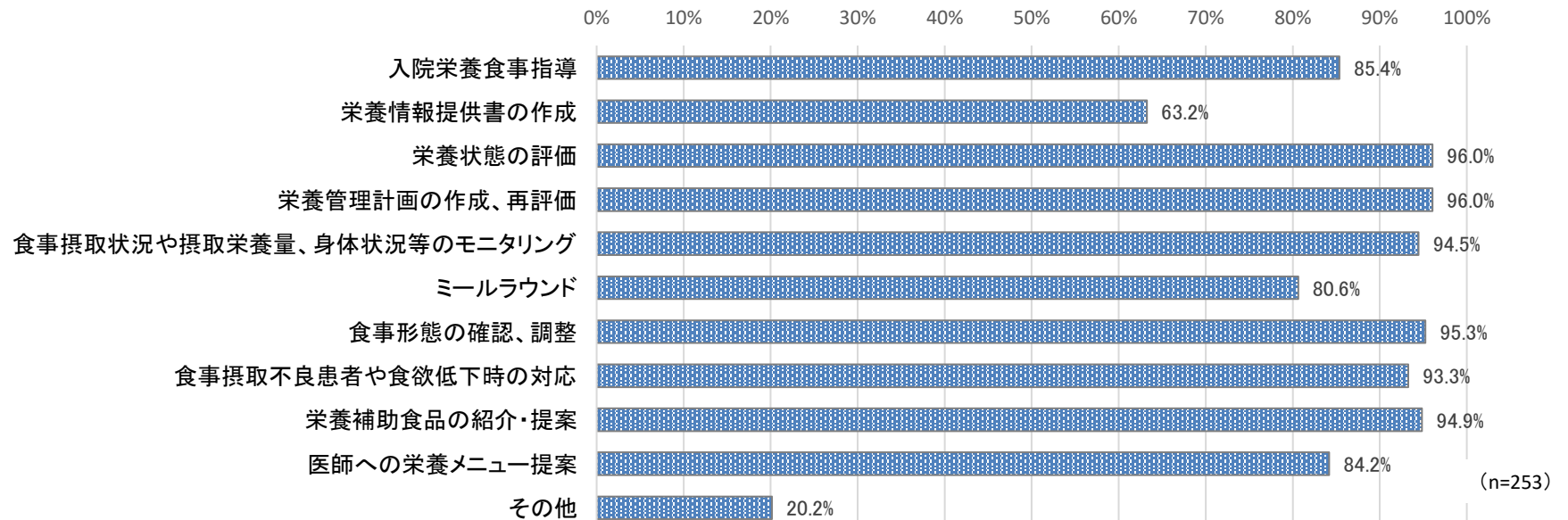
■ 回復期リハビリテーション病棟 職員数

	入院料1 (n=241)	入院料2 (n=34)	入院料3 (n=72)	入院料4 (n=8)	入院料 5~6 (n=2)
管理栄養士 (常勤換算)	<u>0.9</u>	0.5	0.5	0.1	0.0

<参考> 施設基準等

	入院料1	入院料2~5
管理栄養士配置	専任常勤1名以上	専任常勤1名の配置が望ましい
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	配置されている場合：実施が望ましい
入院栄養食事指導料	包括範囲外	包括範囲

■ 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施状況



B001・10 入院栄養食事指導料（入院中2回に限る）

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって、初回にあたっては概ね30分以上、2回目にあたっては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定

イ 入院栄養食事指導料1

※回復期リハビリテーション病棟入院料1で算定可

保険医療機関の管理栄養士が
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

(1) 初回 260点 (2) 2回目 200点

ロ 入院栄養食事指導料2

有床診療所において、当該診療所以外（他の医療機関又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき実施

(1) 初回 250点 (2) 2回目 190点

栄養情報提供加算（入院中1回） 50点

栄養食事指導に加え、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設等の医師又は管理栄養士と共有した場合に算定

【対象患者】

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

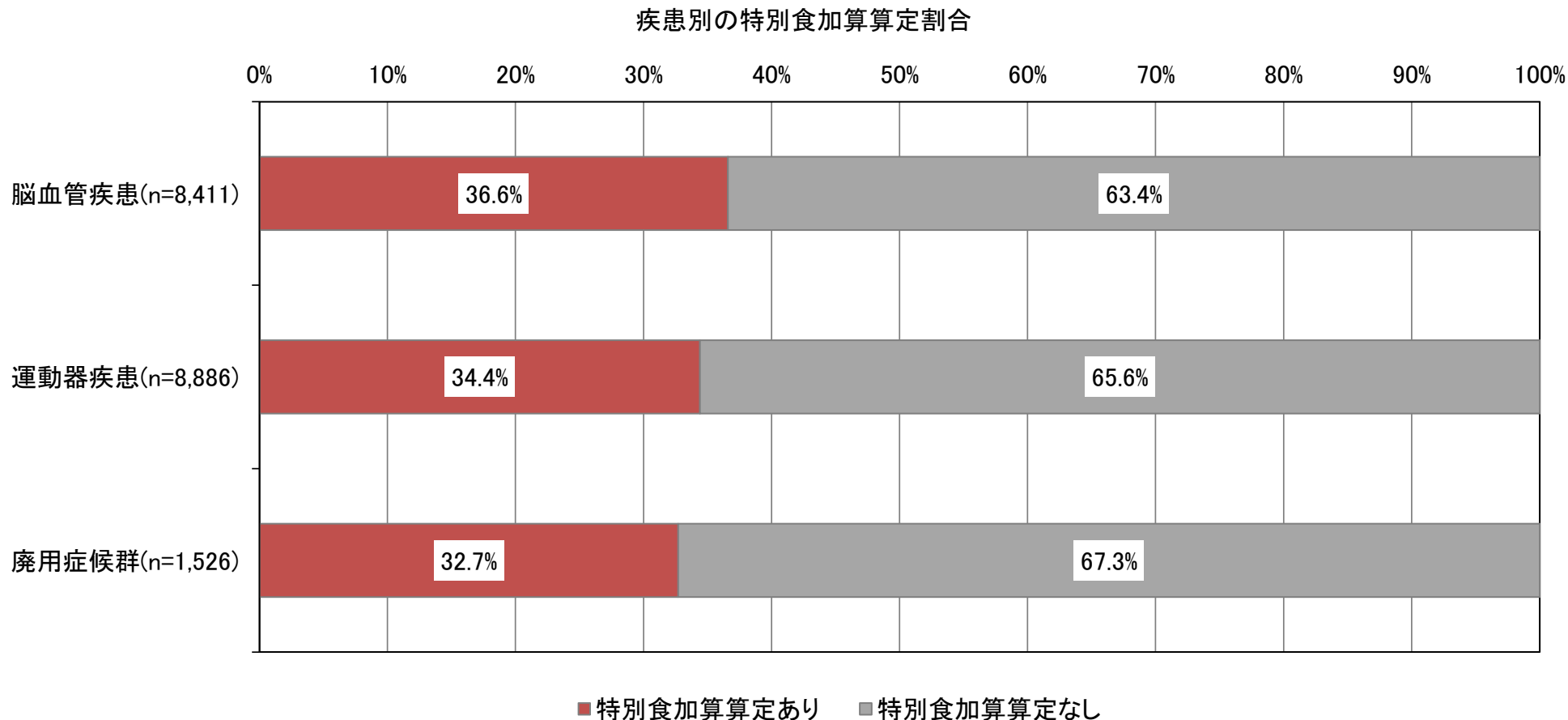
※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

回復期リハビリテーション病棟における疾患別の特別食加算算定状況

診調組 入-3
5 . 9 . 6

○ 各疾患においても、3人に1人程度は特別食加算を算定している。

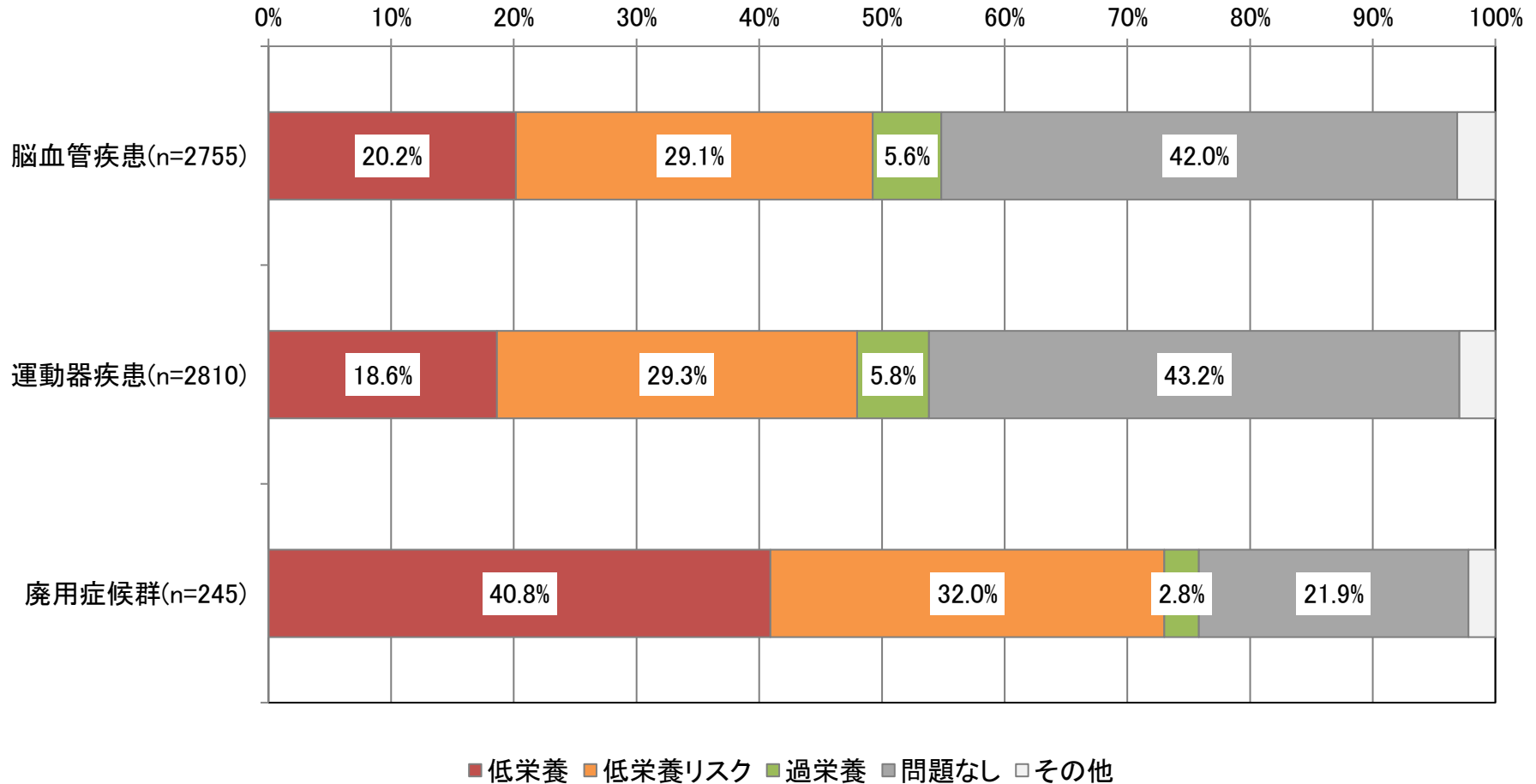


※入院食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

- 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者における、疾患別に見た栄養評価の状況は以下のとおり。
- 脳血管疾患や廃用症候群に限らず、運動器疾患においても、一定程度低栄養や過栄養等の患者が存在する。

疾患別の栄養評価

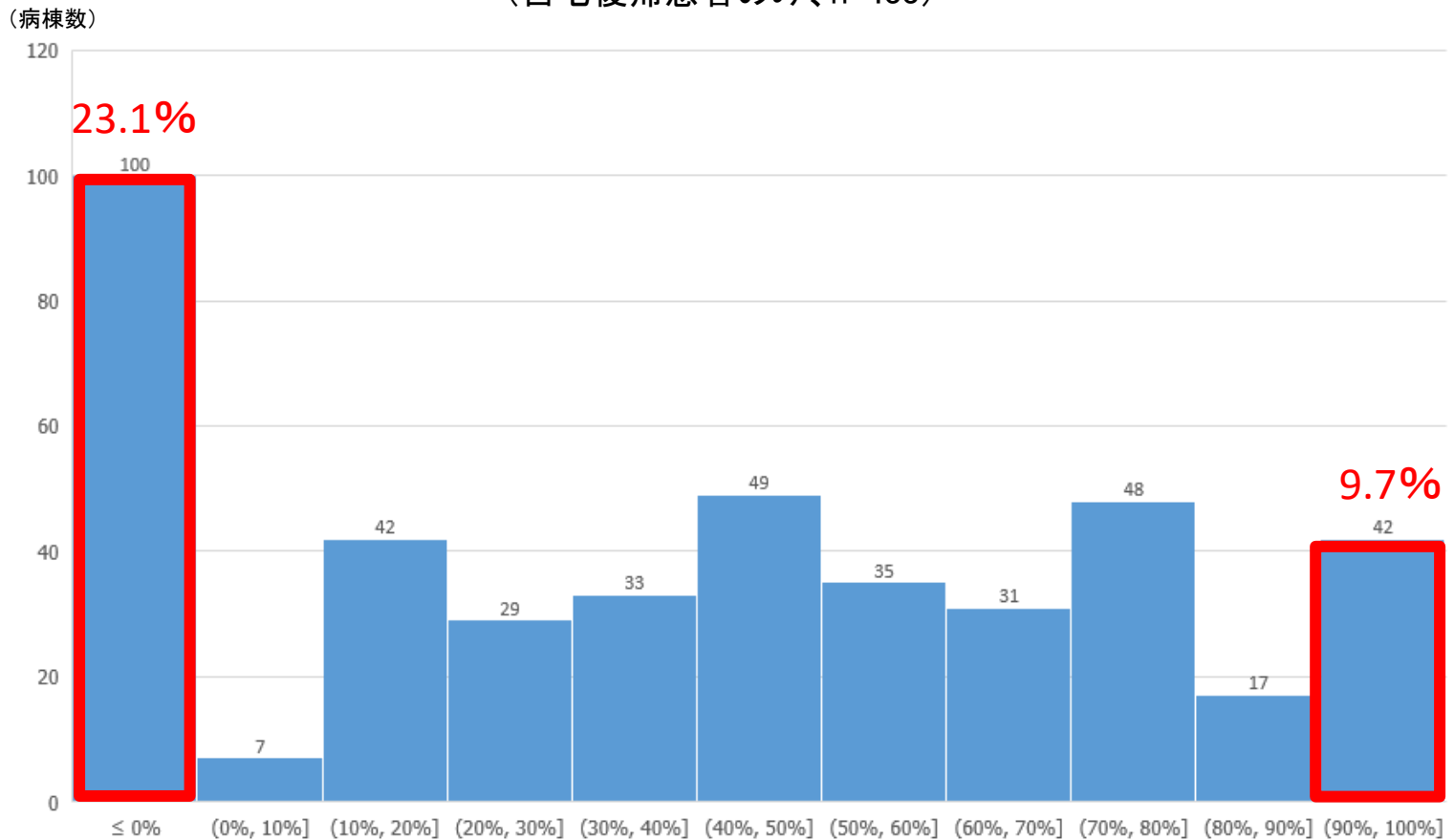


回復期リハビリテーション入院料1における入院栄養食事指導料の算定状況

診調組 入-3
5 . 9 . 6

- 入院栄養食事指導料の主な対象者である特別食が必要(特別食加算算定者)又は低栄養に該当し、自宅に復帰する患者に対する入院栄養食事指導料の算定割合の分布は、以下のとおり。
- 約1割の病棟でほぼ全ての対象患者に算定していた一方、約2割の病棟では全く算定していなかった。

回復期リハビリテーション病棟入院料1における $\frac{\text{入院栄養食事指導料算定患者数}}{\text{特別食加算算定又は低栄養に該当する患者数}}$ (%) の分布
(自宅復帰患者のみ、n=433)



リハビリテーション実施計画書における栄養に関する記載

- リハビリテーション実施計画書における栄養に関する項目として、身長、体重、BMI、栄養補給方法、嚥下調整食の必要性、栄養状態の評価等があり、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は、必須事項である。

(別紙様式①)

リハビリテーション実施計画書

患者氏名: _____ 性別: [男・女] 年齢: (歳) 計画開始日: (年 月 日)
 病室番号: _____ 治療内容: _____ 発症日・手術日: (年 月 日)
 _____ リハ開始日: (年 月 日)

理学療法 作業療法 言語療法 薬物療法
 安静度・リスク _____ 基品・特記事項 _____

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

意識障害 (JCS - GCS) _____ 関節可動域制限 (_____)
 呼吸機能障害 _____ 拘縮・変形 (_____)
 一 呼吸療法 (_____) L/min 氧切 人工呼吸器 筋力低下 (_____)
 EF (_____) % 不整脈 (者・無) _____ 運動機能障害 _____
 危険因子 _____ 脳梗塞/脳出血/慢性腎臓病/家族性 _____ 運動失調 パーキンソン病
 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 虚脱 _____ 感覚機能障害 (口 感覚 視覚 嗅覚 聴覚)
 肥満 _____ 認知症 _____ 骨格・関節障害 _____
 狭心症 _____ 陈旧性心筋梗塞 _____ その他 (_____) 構音 失語 吃音 その他 (_____)
 摂食嚥下障害 _____ 高次脳機能障害 (口 記憶 注意 失行 失認 実行)
 栄養障害 _____ 精神行動障害 _____
 排泄障害 _____ 異常睡眠 _____
 疼痛 _____
 その他 _____

基本動作

歩行 _____
 立ち上がり _____
 立ち上がり _____
 日常生活動作 _____

セルフケア

入浴 _____
 着脱 _____
 食事 _____
 排泄 _____
 移動 _____

運動

歩行 _____
 歩行 _____
 歩行 _____

小計 (FIM)

歩行 _____
 ケーショ _____
 認知 _____
 社会機能 _____
 小計 (FIM 3-35) _____
 合計 (FIM 18-128) _____

栄養 (※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)

基礎情報 身長 (*1): (_____) cm 体重: (_____) kg BMI (*1): (_____) kg/m²
 栄養補給方法 (複数選択可) 経口: (食事 補助食品) 経管栄養 静脈栄養: (末梢 中心) 胃ろう
 嚥下調整食の必要性: (無 有: (学会分類コード _____))
 栄養状態の評価: 問題なし 低栄養 低栄養リスク 過栄養 その他 (_____)
 【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】
 必要栄養量 熱量: (_____) kcal タンパク質量 (_____) g
 総摂取栄養量 (経口・経管・経静脈栄養の合計 (*2)) 熱量: (_____) kcal タンパク質量 (_____) g
 *1: 身長測定が困難な場合は省略可 *2: 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

社会保障サービスの申請状況

社会福祉サービスの申請状況 ※該当するもののみ

介護保険区分 _____ 身体障害者手帳 _____ 障害者年金・受給手帳 _____ その他 (記載等)
 申請中 要介護状態区分 (1 2) _____ 介護保険手帳 _____ 障害者手帳 _____ 障害程度 _____
 要介護状態区分 (1 2 3 4 5) _____ 種 _____ 額 _____ 額 _____ 障害程度 _____
 目標 (3ヶ月) _____ 目標 (終了時) _____ 予定入院期間 (_____)
 退院先 (_____)
 長期的・継続的にケアが必要

治療方針 (リハビリテーション療養方針) _____ 治療内容 (リハビリテーション療養内容) _____

リハ担当医 _____ 主治医 _____ 説明を受けた人: 本人、家族 (_____) 説明日: 年 月 日
 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語療法士 _____
 看護士 _____ 社会福祉士 _____ 署名 _____
 説明者署名 _____

心身機能・構造

基本動作

栄養

社会保障サービスの申請状況

- 入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータ(様式1)において把握可能な主な項目は、以下のとおり。

■ 患者プロフィール

- 身長(入院時のみ)
- 体重(入院時のみ) ※回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料算定病棟のみ入棟時・退棟時
- 褥瘡の有無(入棟時・退棟時) ※療養病棟入院基本料届出病棟のみ・任意項目

■ 要介護情報

- 低栄養の有無(様式1開始日時点・様式1終了日時点)

※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
- イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

- 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
- イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの(明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施することが困難である場合を含む。)

- 経管・経静脈栄養の状況(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 経鼻胃管、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

- ESPEN(欧州臨床代謝学会)、A.S.P.E.N(アメリカ静脈経腸栄養学会)、PENSA(アジア静脈経腸栄養学会)、FELANPE(南米栄養治療・臨床栄養代謝学会)による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良(低栄養)の定義が策定された。 ※ Global Leadership Initiative on Malnutrition
- 表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

診断のためのアセスメント(GLIM基準)

● 表現型

- 体重減少
6か月以内で5% 6か月以上で10%
- 低BMI

<20kg/m ² 70歳未満	アジア	<18.5kg/m ² 70歳未満
<22kg/m ² 70歳以上		<20kg/m ² 70歳以上
- 筋肉量減少

● 病因(※)

- 食事摂取量減少 / 吸収障害
- 疾病負荷 / 炎症

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

<重症度判定>

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5~10%: 過去6か月以内 10~20%: 過去6か月以上	<20: 70歳未満 <22: 70歳以上 アジア <18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上	軽度-中等度の 減少
ステージ2 重度の 低栄養	>10%: 過去6か月以内 >20%: 過去6か月以上	<18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注)臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

(※) 病因に基づく診断分類

慢性疾患で炎症を伴う低栄養
急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
炎症はなく飢餓による低栄養(社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因)
消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

- 3-1 概要について
- 3-2 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について
- 3-3 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について
- 3-4 回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について
- 3-5 退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について
- 3-6 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について
- 3-7 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について
- 3-8 地域貢献活動について

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定要件

(回復期リハビリテーション病棟入院料について)

(1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、**ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟**であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。

(2)～(18) (略)

安静臥床が及ぼす全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

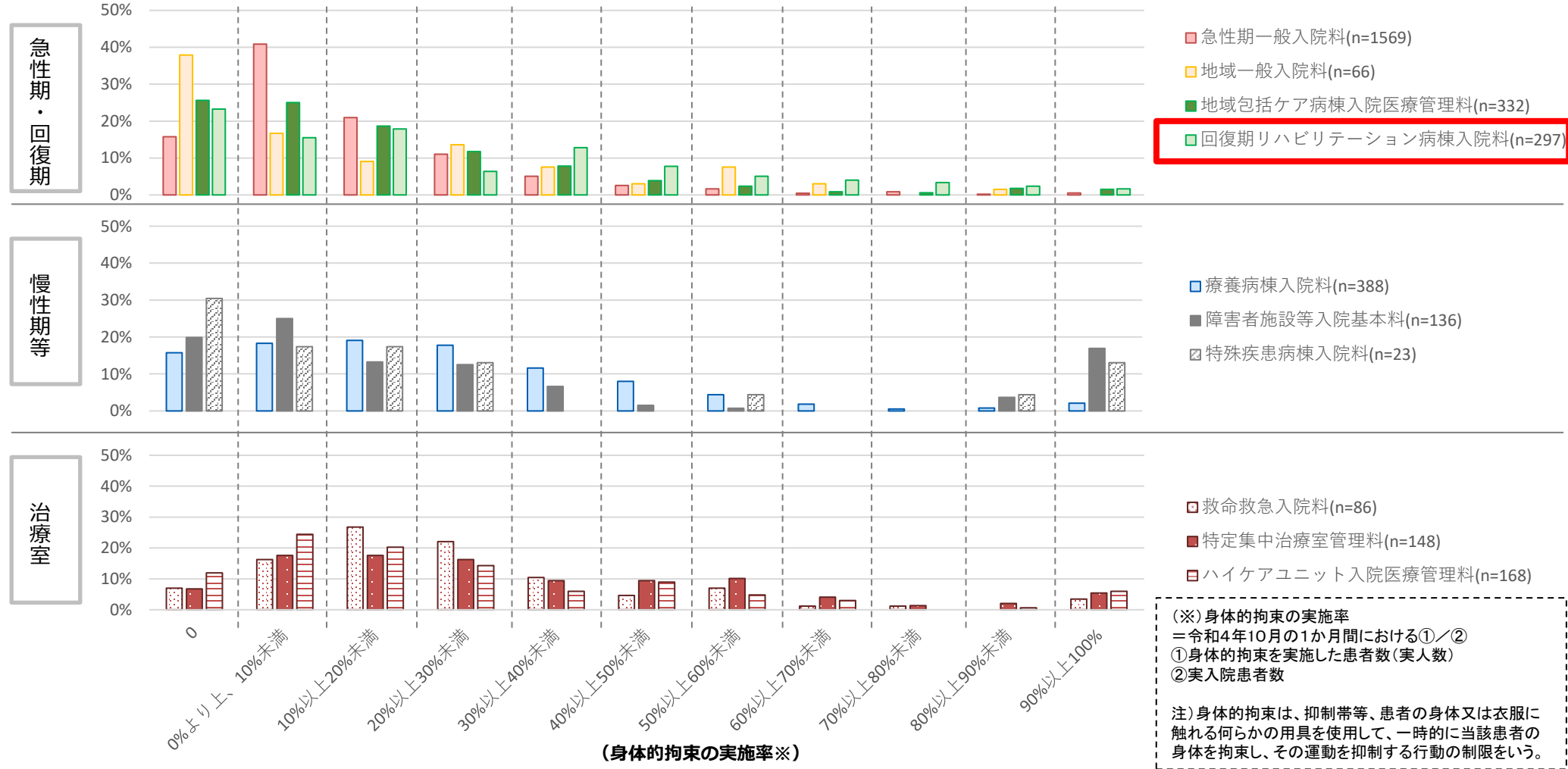
- 1) せん妄等

身体的拘束の実施状況

○ ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
 ○ 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■ 入院料別の身体的拘束の実施率 (※)

(拘束実施率別の各病棟の占める割合)

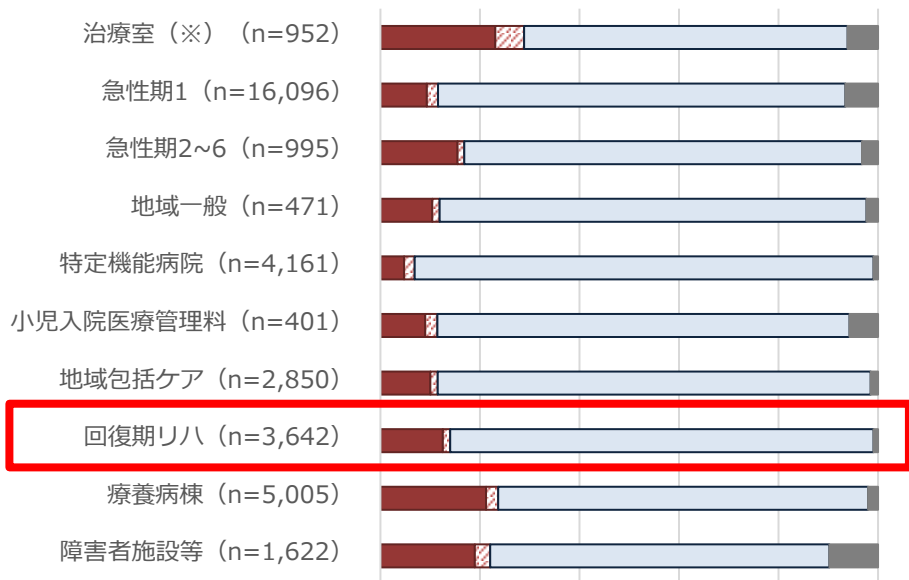


入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
- 「認知症あり」の患者の場合、約2~4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■ 入院料別の身体的拘束の実施有無

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



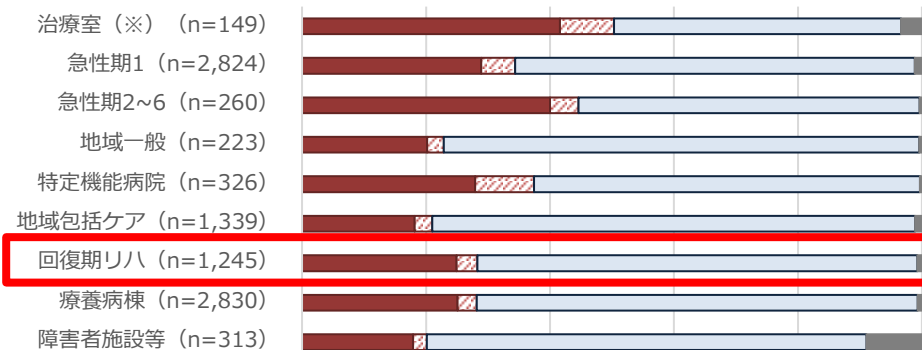
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

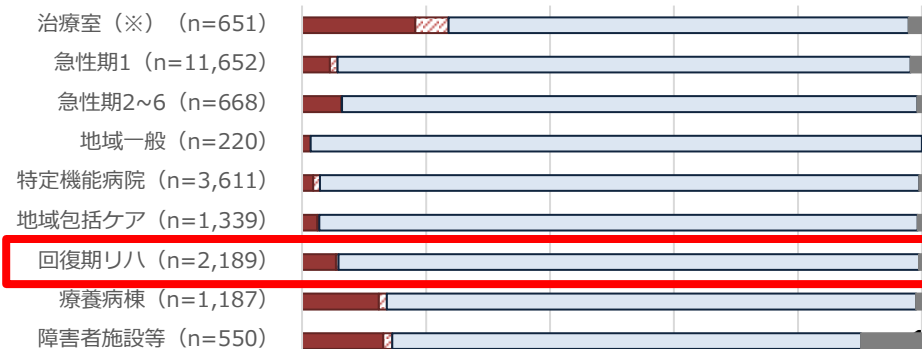
認知症ありの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



認知症なしの患者

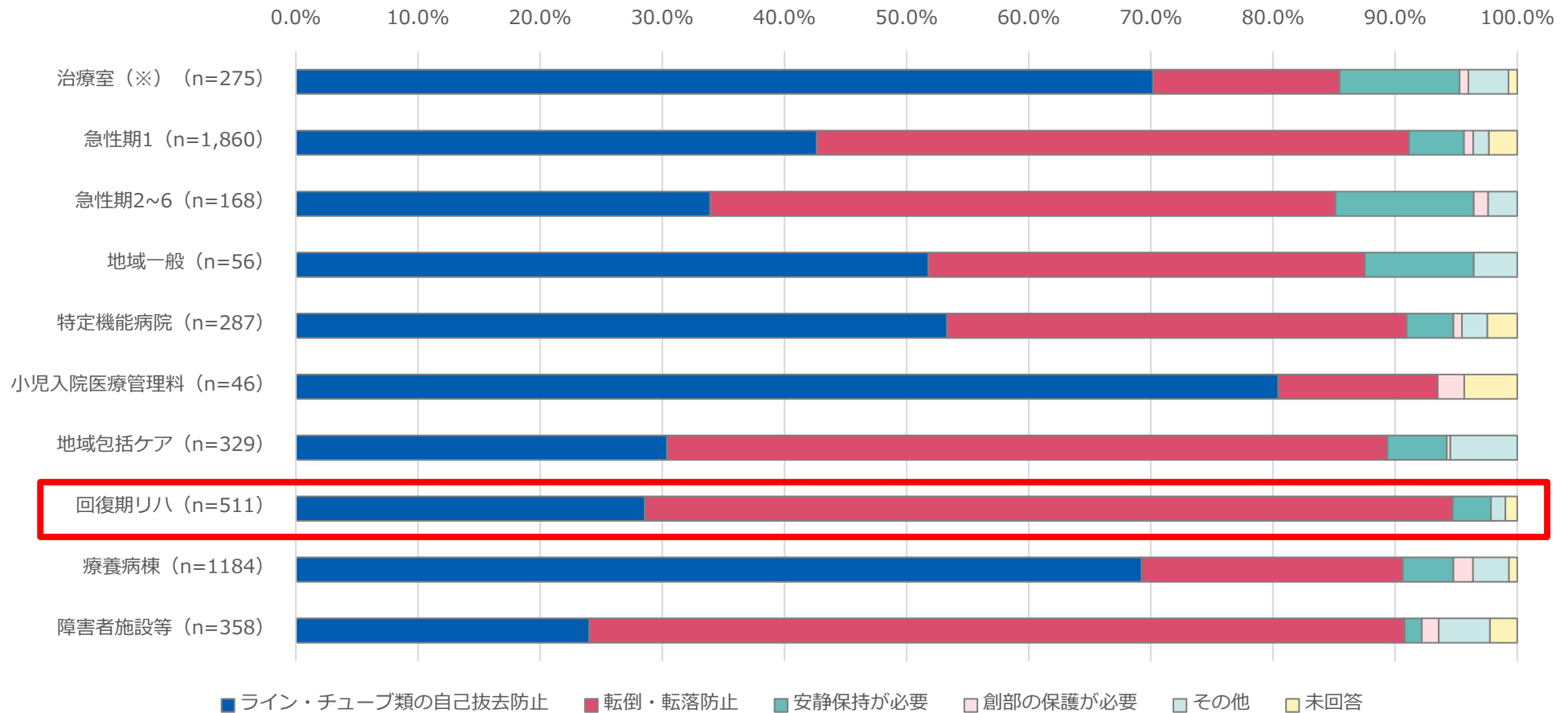
0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



入院料別の身体的拘束の実施理由

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

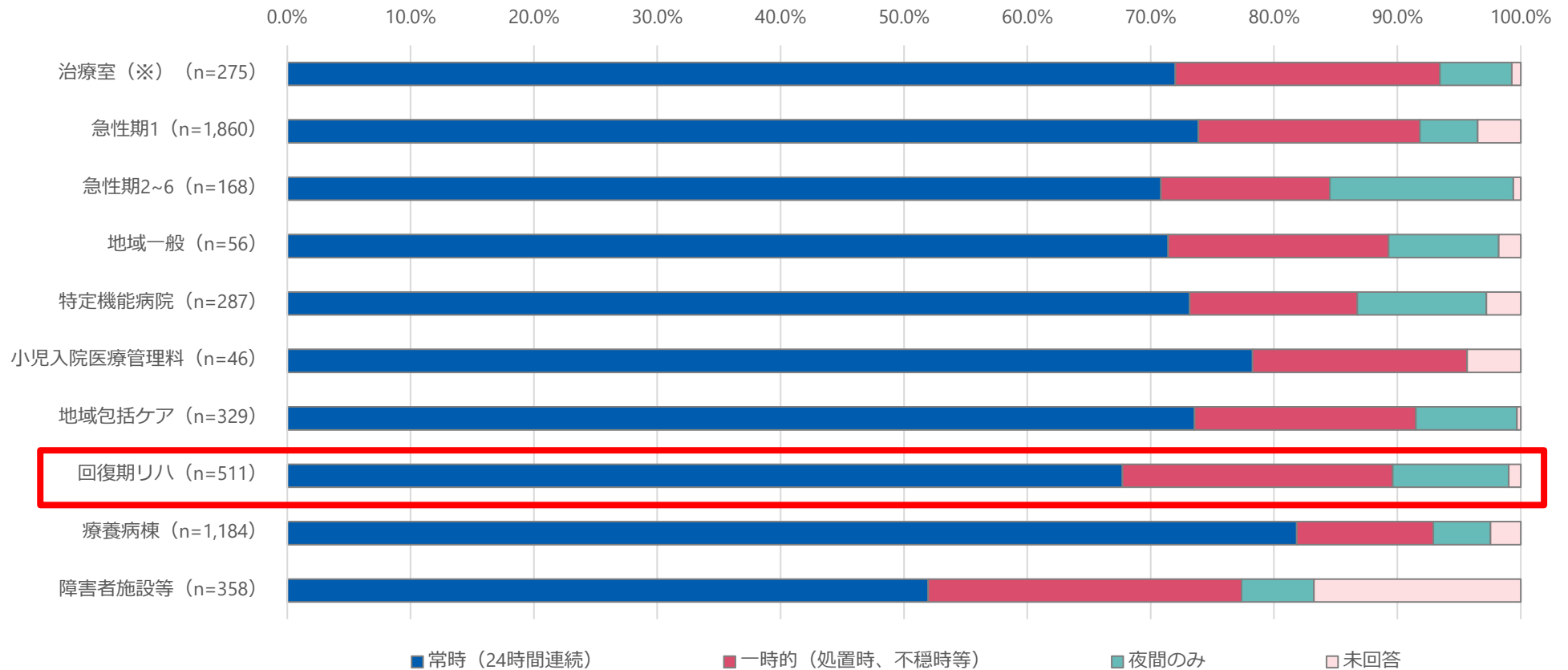
入院料別の拘束時間

診調組 入-1
5. 7. 8 改

- 身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしていた。
- 他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時(24時間)拘束している患者がやや多かった。

■ 拘束時間 (調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る)

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答



(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性①

診調組 入-3
5 . 9 . 6

○ 回復期リハビリテーション病棟の患者について、身体的拘束を実施している患者の主傷病は、脳梗塞や心原性脳塞栓症である患者が多かった。

■ 回復期リハビリテーション病棟の患者における身体的拘束の実施有無別の主傷病

基準日時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり (n=458)

調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり (n=53)

身体的拘束の実施なし (n=3,099)

	主傷病	n数	割合
1	脳梗塞	39	8.5%
2	心原性脳塞栓症	37	8.1%
3	大腿骨頸部骨折	34	7.4%
4	大腿骨転子部骨折	30	6.6%
5	アテローム血栓性脳梗塞	24	5.2%
6	視床出血	23	5.0%
7	廃用症候群	22	4.8%
8	脳皮質下出血	17	3.7%
9	被殻出血	16	3.5%
10	脳出血	13	2.8%

	主傷病	n数	割合
	脳梗塞	7	13.2%
	大腿骨転子部骨折	6	11.3%
	腰椎圧迫骨折	4	7.5%
	廃用症候群	4	7.5%
	心原性脳塞栓症	4	7.5%
	脳出血	3	5.7%
	大腿骨頸部骨折	3	5.7%
	脱水症	3	5.7%
	被殻出血	2	3.8%
	外傷性慢性硬膜下血腫	2	3.8%

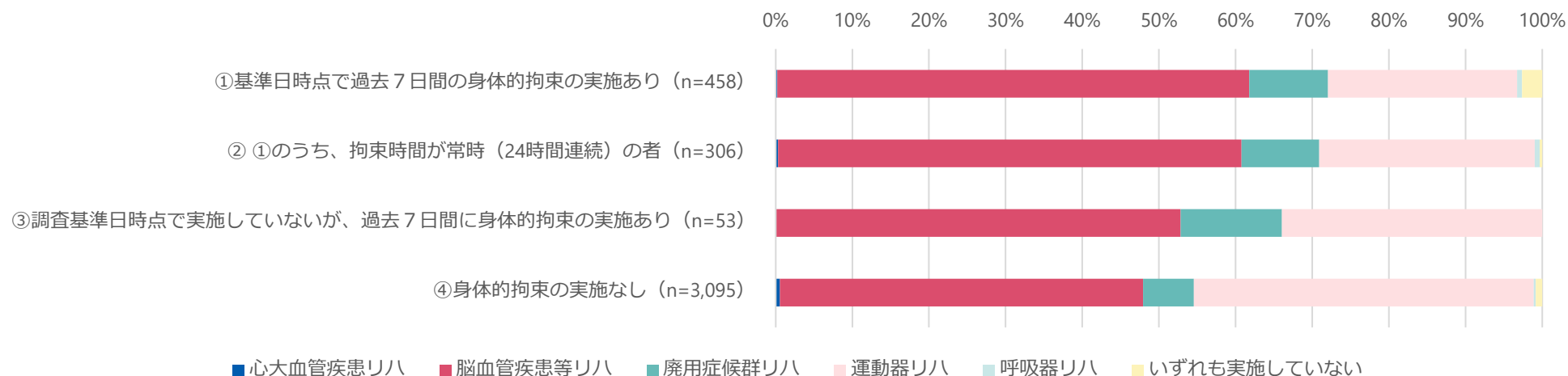
	主傷病	n数	割合
	大腿骨転子部骨折	246	7.9%
	大腿骨頸部骨折	231	7.5%
	脳梗塞	187	6.0%
	アテローム血栓性脳梗塞	187	6.0%
	腰椎圧迫骨折	125	4.0%
	心原性脳塞栓症	118	3.8%
	廃用症候群	89	2.9%
	視床出血	83	2.7%
	被殻出血	75	2.4%
	ラクナ梗塞	62	2.0%

回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性②

診調組 入-3
5 . 9 . 6

- 回復期リハビリテーション病棟では、身体的拘束の実施有無に寄らずほぼ100%疾患別リハビリテーションが実施されていた。疾患別リハビリテーションの具体的な内容としては、身体的拘束を実施している患者の方が脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合が高かった。
- 身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず、平均約6単位実施されていた。

■ 身体的拘束の実施有無別、疾患別リハビリテーションの実施状況



■ 身体的拘束の実施有無別、1日あたりのリハビリテーション実施単位数 (未回答を除く)

	平均値	中央値	25%tile	75%tile
① 基準日時時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり (n=198)	5.9	6.2	4.9	7.9
② ①のうち、拘束時間が常時(24時間連続)の者 (n=126)	6.1	6.1	5.0	8.0
③ 調査基準日時時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり (n=30)	6.3	7.6	4.2	8.5
④ 身体的拘束の実施なし (n=1,580)	5.8	6.1	4.0	8.0

算定要件

(4) 身体的拘束について

ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
- (ロ) 患者家族への説明と同意
- (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
- (ニ) 二次的な身体障害の予防
- (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

【疑義解釈資料の送付について(その1)(平成28年3月31日)】

問62 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

答 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合には、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

施設基準

認知症ケア加算1

認知症ケアチームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

認知症ケア加算2

専任の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

認知症ケア加算3

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

Ⅱ. 検討結果の概要

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

5-2. 質の高い回復期リハビリテーション医療の提供について

- ・ 身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があった。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。

入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

○ 40床あたりの看護職員及び看護補助者の数は、入院料によりその人数や比率が異なるが、40床あたりの職員数の合計は、回復期リハビリテーション病棟入院料が最も多い。

入院料グループ	回答施設数 ※1	40床あたり職員数の施設平均(単位:人)				
		全職員	看護職員	看護補助者 うち、介護福祉士	リハビリ職 ※2	
急性期一般入院料1	1,752	32.77	26.34	3.45	0.30	0.85
急性期一般入院料2-3	72	28.38	21.82	3.09	0.35	2.02
急性期一般入院料4-6	147	26.07	19.42	3.68	0.51	0.89
特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)	443	33.88	27.95	2.76	0.01	1.82
専門病院入院基本料(7対1)	25	24.01	21.48	1.98	0.00	0.00
小児入院医療管理料(病床単位で届け出ている場合を除く)	79	39.92	34.27	2.14	0.05	0.65
地域一般入院料1~2	37	30.95	19.22	5.80	0.65	3.51
地域一般入院料3	41	25.99	15.65	5.38	1.11	2.67
地域包括ケア病棟入院料	232	29.86	18.54	6.03	1.53	2.89
地域包括ケア病棟入院料1	138	30.86	19.01	6.48	1.49	2.92
地域包括ケア病棟入院料2	93	28.42	17.88	5.35	1.61	2.86
地域包括ケア病棟入院料3	1	25.36	15.36	7.60	0.00	1.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	347	45.60	17.36	7.12	3.53	20.23
回復期リハビリテーション病棟入院料1	238	48.61	18.06	7.14	3.86	23.49
回復期リハビリテーション病棟入院料2	32	43.48	17.98	6.60	3.02	17.94
回復期リハビリテーション病棟入院料3	68	38.17	15.24	7.28	2.81	11.58
回復期リハビリテーション病棟入院料4	8	27.61	11.99	7.34	2.16	6.75
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1	44.60	18.80	5.80	1.00	16.00
療養病棟入院料1	386	26.02	12.72	9.49	3.44	1.50
療養病棟入院料2	76	24.85	11.94	9.31	3.18	1.17

注1)20床以下の病棟は除いて集計している

注2)理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

3-1 概要について

3-2 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について

3-3 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について

3-4 回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について

3-5 退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について

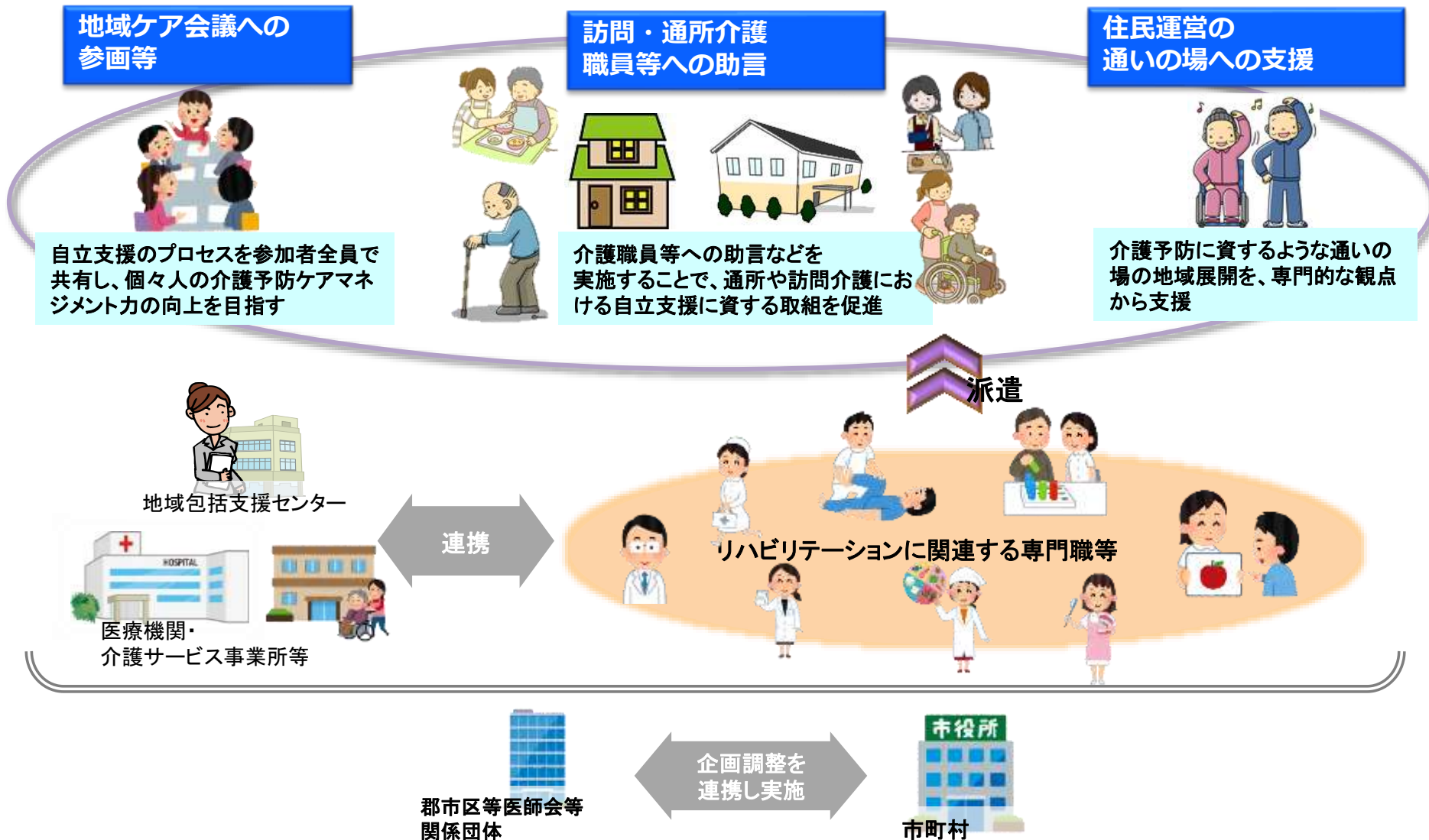
3-6 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

3-7 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について

3-8 地域貢献活動について

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進



市町村における総合事業へのリハビリ専門職の確保について

意見交換 資料-4 参考-1
R 5 . 3 . 1 5

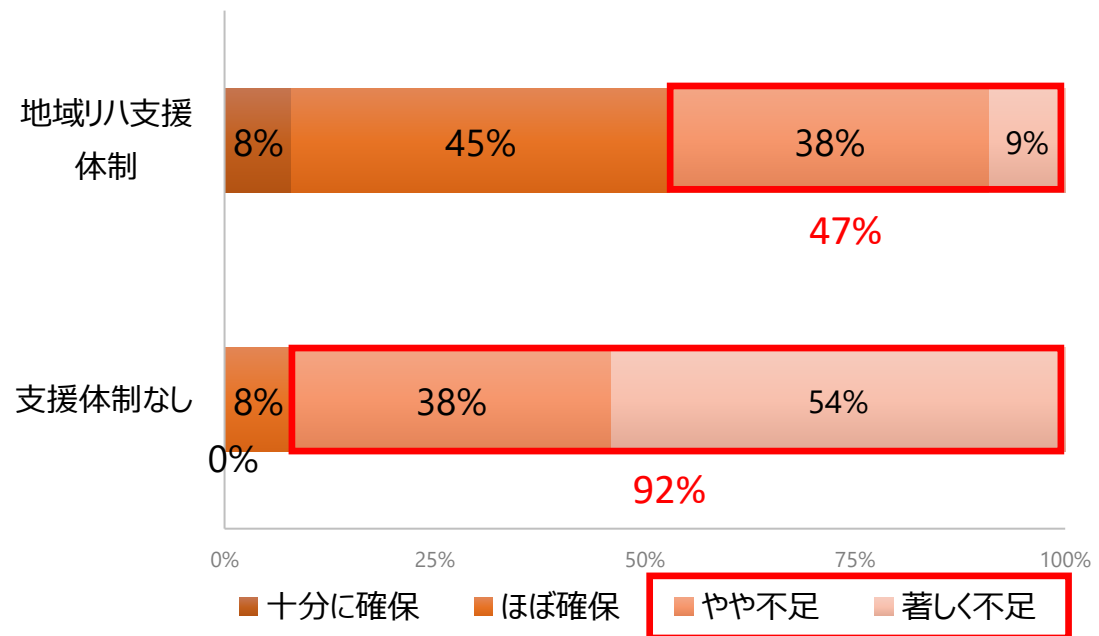
- 地域リハビリテーション活動支援事業は74.2%の市町村で実施されている。
- 総合事業へのリハビリ専門職について、地域リハ支援体制が整備されている市町村においては約半数、地域リハ支援体制がない市町村においては約9割が十分に確保できていない。

地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況

	有	無	計
実施市町村数(市町村)	1,292	449	1,741
割合[%]	[74.2%]	[25.8%]	[100.0%]

令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

総合事業へのリハビリ専門職の確保状況



訪問・通所リハビリテーションの実態調査事業、全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業、2017

○ 回復期リハ病棟を有する施設の地域貢献活動の状況は以下のとおり。実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が多い。

施設として実施している又は関与している取り組みについて（令和5年6月1日時点）	地域ケア会議への参加	訪問・通所介護事業所の介護職員などへの助言	住民主体の通いの場への支援	その他、地域リハビリテーション活動支援事業等の一一般介護予防事業への協力	上記のいずれも実施又は関与していない
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=265)	61.5%	49.4%	42.3%	51.3%	14.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=59)	52.5%	30.5%	27.1%	39.0%	30.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=88)	55.7%	33.0%	36.4%	45.5%	20.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=10)	50.0%	0.0%	30.0%	10.0%	40.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=13)	30.8%	15.4%	23.1%	15.4%	53.8%

上記取り組みに派遣している職種	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	その他
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=223)	35.4%	3.1%	10.3%	51.6%	79.8%	59.2%	39.0%	23.3%	6.3%	27.8%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=38)	26.3%	0.0%	7.9%	50.0%	81.6%	71.1%	34.2%	23.7%	7.9%	42.1%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=68)	38.2%	1.5%	5.9%	41.2%	85.3%	52.9%	27.9%	27.9%	2.9%	26.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=6)	50.0%	0.0%	16.7%	16.7%	66.7%	33.3%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=6)	33.3%	0.0%	16.7%	66.7%	83.3%	50.0%	16.7%	33.3%	33.3%	16.7%

1. 回復期入院医療を取りまく現状等
2. 地域包括ケア病棟入院料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
4. **課題と論点**

回復期入院医療に係る課題

地域包括ケア病棟について

(1) 概要について

- ・ 地域包括ケア病棟には、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つの機能がある。

(2) 地域包括ケア病棟における救急患者の受け入れについて

- ・ 2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2025年までの間、一時的に75歳以上人口が急増すると予想され、2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が増加する。
- ・ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- ・ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医師による診察の頻度、必要性が高い傾向にあった。またDPCデータにおいては、地域包括ケア病棟において、緊急搬送され直接入棟した患者は、包括範囲の医療資源投入量が多い傾向が見られた。

(3) 地域包括ケア病棟における短期滞在手術等について

- ・ 短期滞在手術等基本料3を算定する患者の割合が高い地域包括ケア病棟は、自院の病棟から転棟した患者割合が低く、家庭から入棟した患者割合が高く、自宅等に退棟した患者割合が高い傾向にあった。

(4) 地域包括ケア病棟の入院期間と患者の状態について

- ・ 地域包括ケア病棟に入棟している患者について、入棟経路により傷病は異なるが、在棟日数に大きな差はない。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)の、入院後の推移は、入院後、徐々に低下する傾向であった。
- ・ 地域包括ケア病棟における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合にはばらつきがある。

回復期入院医療に係る課題

地域包括ケア病棟について(続き)

(5) 地域包括ケア病棟の在宅療養との連携について

- ・ 地域包括ケア病棟を有する病院の在宅医療等の提供状況は、施設基準で求める実績のうち訪問診療の基準を満たしているところが多い。
- ・ 在宅患者訪問診療料の算定実績がある施設において、入院料1・3では訪問リハビリテーションや訪問看護等の算定実績が、入院料2・4では退院時共同指導等や訪問介護の算定実績がある施設が多い。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を算定する患者の6割以上は要支援1以上である。
- ・ 在宅医療等の提供実績のうち、訪問看護と訪問リハビリテーションに関する提供実績については以下の特徴があった。
 - － 病院からの訪問看護・指導等を提供している割合は、入院料1・3又は入院料2・4でいずれも1割程度であるが、入院料2・4の方が入院料1・3と比較して算定回数が多い
 - － 病院に併設する訪問看護ステーションから訪問看護を提供している割合は、入院料1・3の場合は約4割、入院料2・4の場合は約2割であり、算定回数はいずれもばらついている
 - － 訪問リハビリテーションを提供している割合は、入院料1・3の場合は約2割、入院料2・4の場合は約1割であり、算定回数はいずれもばらついている
 - － 現在の基準である医療保険による訪問看護や訪問リハビリテーションによる基準に、介護保険による訪問看護や訪問リハビリテーションの算定回数を加えると、病院から行われる訪問看護・指導や訪問リハビリテーションでは算定回数が100回／3か月以上、併設訪問看護ステーションから行われる訪問看護では算定回数が1,000回／3か月以上の施設が増加する

(6) 入退院支援について

- ・ 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入退院支援加算による評価しており、地域包括ケア病棟入院料では、「入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置」を求めるとともに、許可病床少数100床以上の入院料1・2については入退院支援加算1を届け出ていることを求めている。
- ・ 地域包括ケア病棟を有する医療機関の入退院支援の特徴を見ると、以下のような特徴があった。
 - － 入退院加算の対象者における「退院困難な要因」は、「ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要」が多い
 - － 連携機関の施設数は入院料別に大きな差はなく、いずれも介護保険サービス事業所との連携が最も多い
 - － 入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布はばらついており、連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある
 - － 入退院支援加算1届出医療機関における、算定対象病床数に対する介護支援等連携指導料の算定回数の分布はばらつきが大きく、算定回数が多い医療機関が一定数ある
 - － 退院支援を困難にしている事項は、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多い
 - － 退院を困難にしている事項は、いずれの入院料においても「地域の中で看取りを行える介護施設が少ない」、「地域の中で、訪問診療を行う医療機関が少ない」が多い

回復期リハビリテーション病棟について

(1) 概要について

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折などの患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う病棟である。

(2) 回復期リハビリテーション病棟におけるFIMの測定について

- ・ 平成26年以降、入棟時FIMは年々低下傾向である。
- ・ 第三者機能評価の認定を受けている医療機関は、認定を受けていない医療機関と比較し、近年の入棟時FIMの低下傾向が緩やかであり、FIMの適切な評価に関する取組を実施している割合も高かった。
- ・ データ提出加算では、FIMについて入退棟時の点数を提出するように求めている。一方で、FIMの変化の大きさは時期によって異なることを示す報告もあった。

(3) 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価について

- ・ リハビリテーションの提供単位数と運動FIMの変化について、入棟時の運動FIMに着目して分析をすると、全ての疾患で入棟時FIMが76点以上の患者についてはFIMの変化が小さい傾向にあった。また、運動器疾患においては、1日あたりの平均リハビリテーション提供単位数が「6単位以上7単位未満」、「7単位以上8単位未満」及び「8単位以上9単位未満」の患者の運動FIMについて、リハビリテーション提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった。
- ・ 体制強化加算1の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMの差がやや大きくなっており、提供リハビリテーション単位数が多く、平均在院日数が長かった。また、体制強化加算2の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMに大きな差が無かった。

(4) 回復期リハビリテーション病棟における発症後早期からのリハビリテーションの提供について

- ・ 回復期リハビリテーション病棟において発症後30日以内の患者は、近年減少傾向である。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟において発症から入棟までの日数が短いほど入退棟時のFIMの変化が大きい傾向にある。
- ・ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、急性期一般入院料1を算定している病棟では1.24単位、回復期リハビリテーション病棟入院料1では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1では2.00単位であった。

(5) 退院後の切れ目のないリハビリテーションの提供について

- ・ 退院前訪問指導は退院後のADL向上等に有効であるが、約40%の医療機関が全く実施していなかった。

回復期リハビリテーション病棟について(続き)

(6) 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理について

- ・ リハビリテーションを効果的に実施するためには栄養管理が重要であり、回復期リハビリテーション病棟においては、管理栄養士の専任配置やリハビリ計画書への栄養項目の記載を求めている。
- ・ 入院栄養食事指導料は、約1割の病棟でほぼ全ての対象患者に算定していた一方、約2割の病棟では全く算定していなかった。
- ・ リハビリ計画書の栄養項目として、身長、体重、BMI、栄養状態の評価等がある。2018年には、低栄養の世界的診断基準が策定された。

(7) 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束について

- ・ 回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施について、以下の特徴があった。
 - 急性期一般入院料や地域包括ケア病棟届出病棟と比較し、身体的拘束の実施率が30%以上の病棟が多い。
 - 身体的拘束の実施理由としては「転棟・転落防止」が多い。
 - 身体的拘束を実施している患者は、主傷病が脳梗塞や心原性脳塞栓症である者が多い。
 - 身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず約6単位提供されている。
- ・ リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。

(8) 地域貢献活動について

- ・ 地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へのリハビリテーション専門職の確保が不足している市町村は半数以上を占める。回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関における地域貢献活動について、実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が多い。

回復期入院医療についての論点

【論点】

(地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について)

- 地域包括ケア病棟において高齢者等の救急搬送患者の受け入れを推進することについてどのように考えるか。
- 短期滞在手術等基本料3の算定が多い地域包括ケア病棟が、地域包括ケア病棟の指標において、他の地域包括ケア病棟とは異なる傾向があることを踏まえ、指標のあり方についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)の推移が、入院後、徐々に低下する傾向であることを踏まえ、地域包括ケア病棟における入院医療の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟に求められる在宅復帰支援の役割及び地域包括ケア病棟に入院する患者の6割以上は要支援1以上であること等を踏まえ、施設基準で求める「在宅医療等の実績」のうち訪問看護と訪問リハビリテーションの実績の評価についてどのように考えるか。また、地域包括ケア病棟等を有する医療機関における入退院支援では、より介護サービス事業者や障害サービス事業者等との連携を強化してはどうか。

(回復期リハビリテーション病棟入院料について)

- 回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価を推進する観点から、FIMの測定のあり方について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価を推進する観点から、疾患別リハビリテーションの上限単位数や体制強化加算のあり方についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟において発症後早期からのリハビリテーションを提供した方が、FIMの変化が大きくなることを踏まえ、発症後早期から集中的にリハビリテーションを提供することを促すことについてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実態を踏まえ、通所リハビリテーション事業所等との医師・リハビリテーション専門職とのリハビリテーション実施計画書の共有や、退院前カンファレンスにおける情報共有など、退院後に早期にリハビリテーションが提供されることを推進するための方策についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟において栄養状態の評価や定期的なモニタリングを確実に実施し、栄養管理の充実を図るためには、どのような方策が考えられるか。
- 回復期リハビリテーション病棟に求められる機能を踏まえ、身体的拘束を予防・最小化する取組を強化するとともに、身体的拘束を実施した場合の評価についてどのように考えるか。
- リハビリテーション専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟等が地域で果たす機能として地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力することについてどのように考えるか。