

入院医療等の調査・評価分科会 における検討状況について(報告)

1. 一般病棟入院基本料等
2. 療養病棟入院基本料
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
4. 回復期リハビリテーション病棟入院料
5. 入退院支援

現在の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準①

入院料等		急性期一般入院基本料							地域一般入院基本料
		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5	入院料 6	入院料 7	入院料 1
看護職員配置		7 対 1	10対 1						
必要度に係る加算		なし							
重症度、医療・看護必要度に係る基準		・ A得点 2 点以上かつB得点 3 点以上 ・ B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点 1 点以上かつB得点 3 点以上 ・ A得点 3 点以上 ・ C得点 1 点以上						継続的な測定と結果に基づいた評価	
患者割合基準	必要度Ⅰ	30%	— (27%)	— (26%)	27%	21%	15%	なし	
	必要度Ⅱ	25%	24% (22%)	23% (21%)	22%	17%	12%		

※ 1 重症度、医療・看護必要度Ⅱは、ⅠとⅡを満たす患者割合の差が0.04を超えない場合に使用できる。

※ 2 重症度、医療・看護必要度における患者割合基準の（ ）内は許可病床数200床未満の一般病棟 7 対 1 入院基本料の経過措置（2018年 9 月末まで）。

現在の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る基準②

入院料等		専門病院入院基本料 及び 特定機能病院入院基本料（一般病棟）					専門病院入院基本料
区分（看護職員配置）		7 対 1	10対 1				13対 1
必要度に係る加算		なし	看護必要度加算 1	看護必要度加算 2	看護必要度加算 3	なし	一般病棟看護 必要度評価加算
重症度、医療・看護必要 度に係る基準		・ A得点 2 点以上かつB得点 3 点以上 ・ B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点 1 点以上かつB得点 3 点以上 ・ A得点 3 点以上 ・ C得点 1 点以上				継続的な測定と結果に基づいた評価 （必要度Ⅰ）	測定した結果に基づく評価 （必要度Ⅰ）
患者割合 基準	必要度Ⅰ	28%	27%	21%	15%	なし	なし
	必要度Ⅱ	23%	22%	17%	12%		

入院料等		特定機能病院入院基本料（結核病棟）	結核病棟入院基本料
区分（看護職員配置）		7 対 1	7 対 1
必要度に係る加算		なし	なし
重症度、医療・看護必要 度に係る基準		継続的な測定と結果に基づいた評価（必要度Ⅰ）	・ A得点 2 点以上かつB得点 3 点以上 ・ B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点 1 点以上かつB得点 3 点以上 ・ A得点 3 点以上 ・ C得点 1 点以上
患者割合 基準	必要度Ⅰ	なし	11%
	必要度Ⅱ		9 %

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	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、 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
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

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項目及びC項目は日々の診療実績データを用い測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	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、 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

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2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

[各入院料・加算における該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

重症度、医療・看護必要度の見直し⑤

各入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」に係る該当患者割合要件の変更

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等に伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合要件について、見直しを行う。
()内は200床未満の経過措置

現行の基準を満たす患者割合の要件	
一般病棟7対1入院基本料	25%(23%)
看護必要度加算1(一般)	24%
看護必要度加算2(一般)	18%
看護必要度加算3(一般)	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	25%(23%)
看護必要度加算1(特定、専門)	24%
看護必要度加算2(特定、専門)	18%
看護必要度加算3(特定、専門)	12%
7対1入院基本料(結核)	10%
総合入院体制加算1・2	30%
総合入院体制加算3	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	6%
看護補助加算1	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%



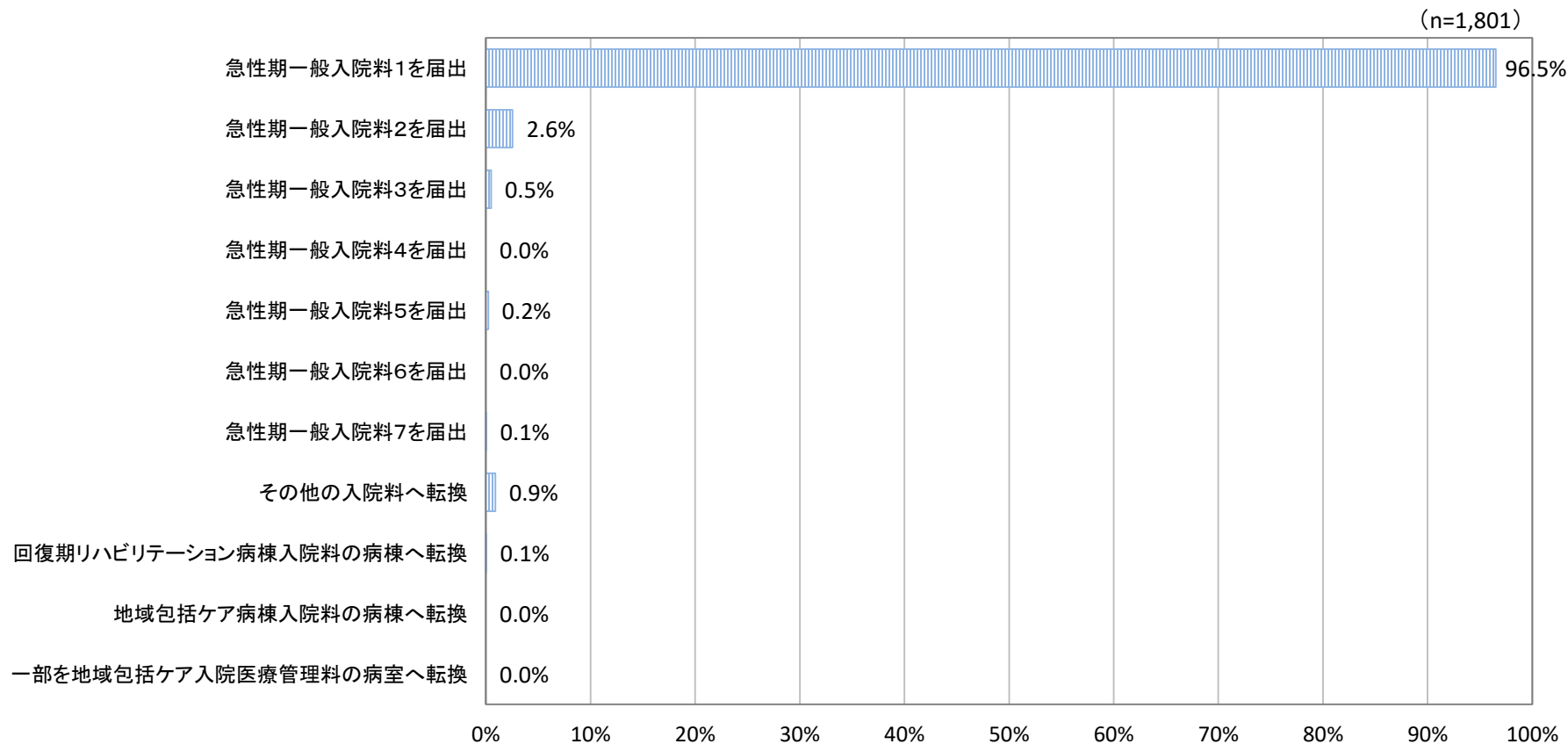
改定後の基準を満たす患者割合の要件		
	重症度、医療・看護 必要度Ⅰ	重症度、医療・看護 必要度Ⅱ
急性期一般入院料1	30%	25%
急性期一般入院料2	—(27%)	24%(22%)
急性期一般入院料3	—(26%)	23%(21%)
急性期一般入院料4	27%	22%
急性期一般入院料5	21%	17%
急性期一般入院料6	15%	12%
7対1入院基本料(特定、専門)	28%	23%
看護必要度加算1(特定、専門)	27%	22%
看護必要度加算2(特定、専門)	21%	17%
看護必要度加算3(特定、専門)	15%	12%
7対1入院基本料(結核)	11%	9%
総合入院体制加算1・2	35%	30%
総合入院体制加算3	32%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	7%	6%
看護補助加算1	6%	5%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	10%	8%

改定前に一般病棟（7対1）を届出ていた病棟の状況

診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

- 改定前に一般病棟（7対1）を届出ていた病棟について、平成30年11月1日時点の状況をみると、急性期一般入院料1を届出ている病棟が最も多かった。
- 急性期一般入院料1以外を届出した病棟の中では、急性期一般入院料2を届出ている病棟が多かった。

改定前に一般病棟（7対1）を届出ていた病棟の平成30年11月1日時点の届出状況



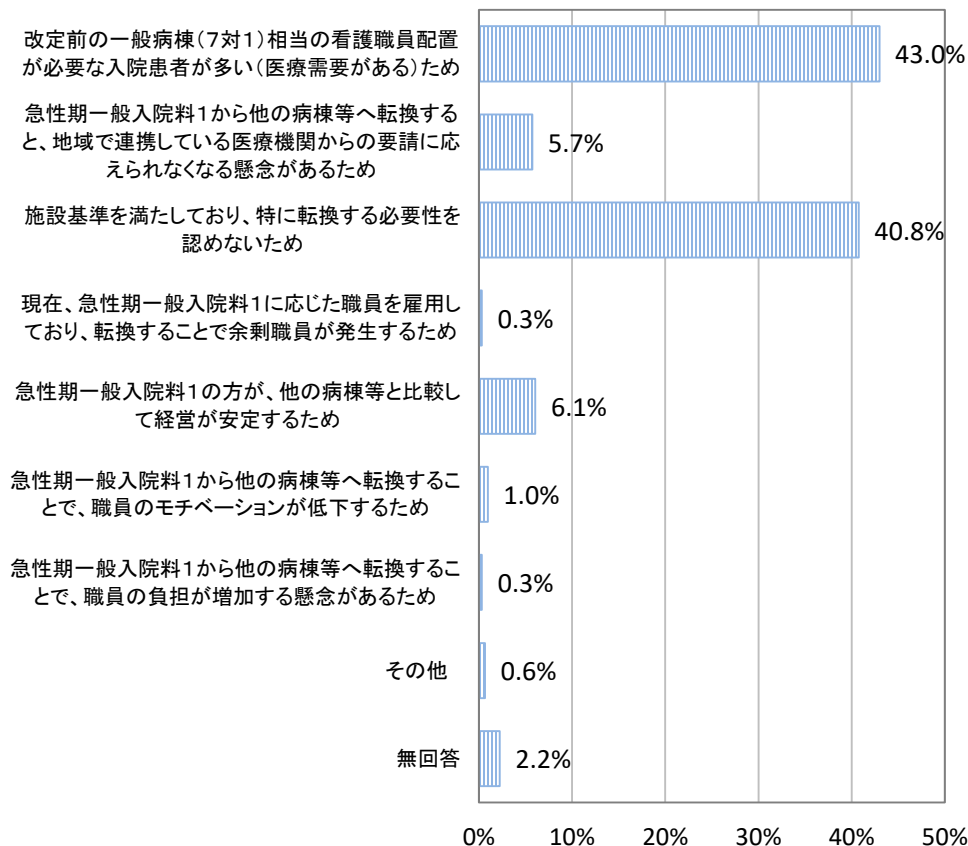
急性期一般入院料1を届出ている理由

診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

- 急性期一般入院料1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「改定前の一般病棟(7対1)相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。

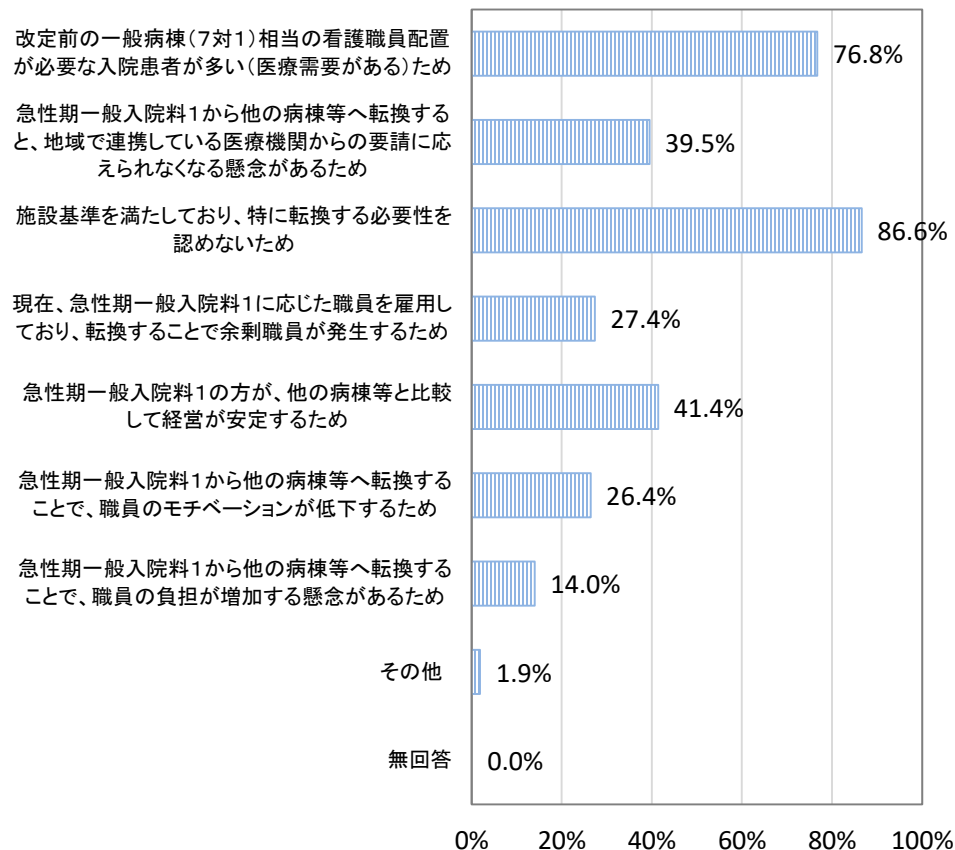
急性期一般入院料1を届出ている理由
(最も該当するもの)

(n=314)



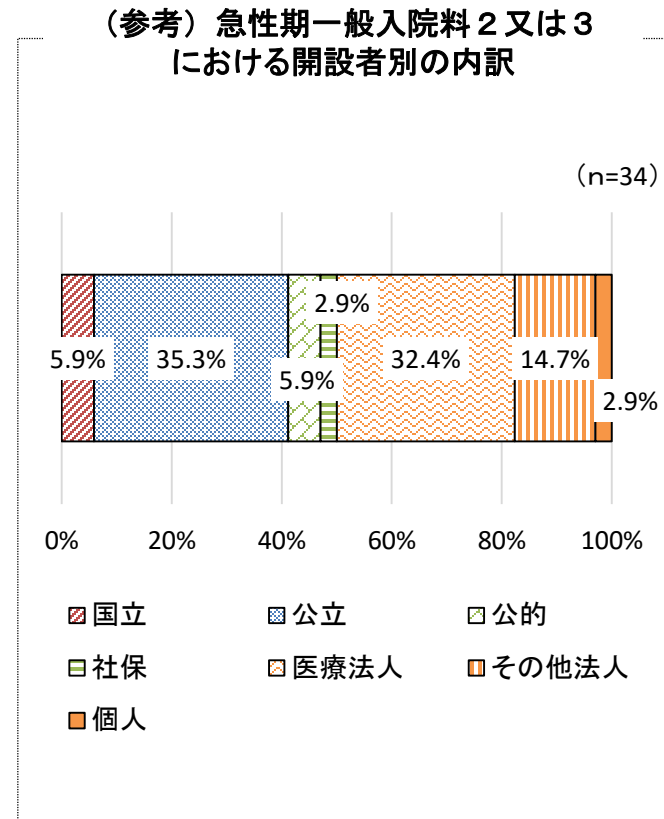
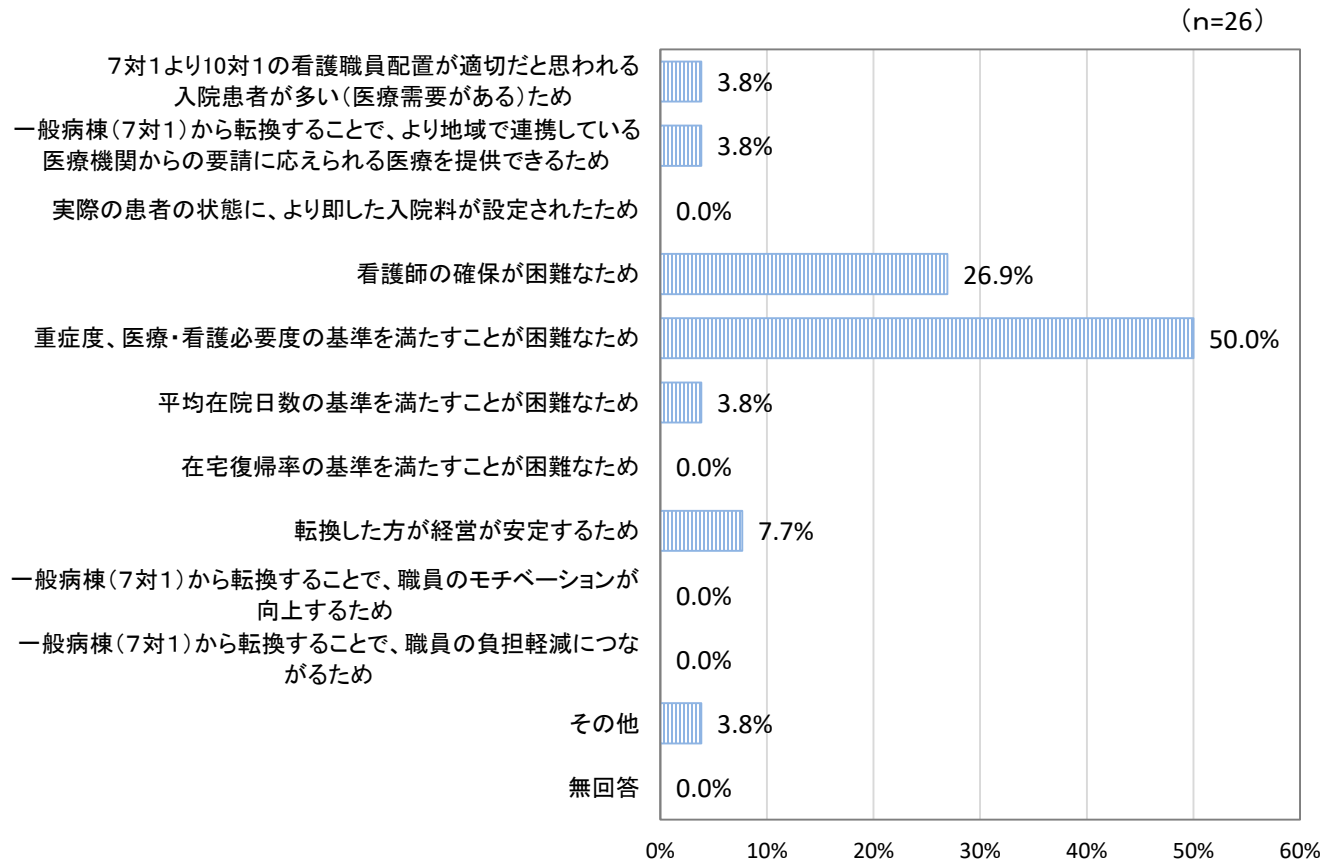
急性期一般入院料1を届出ている理由
(複数回答)

(n=314)



○ 一般病棟（7対1）から急性期一般入院料2又は3に転換した医療機関に、その理由を聞くと、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。

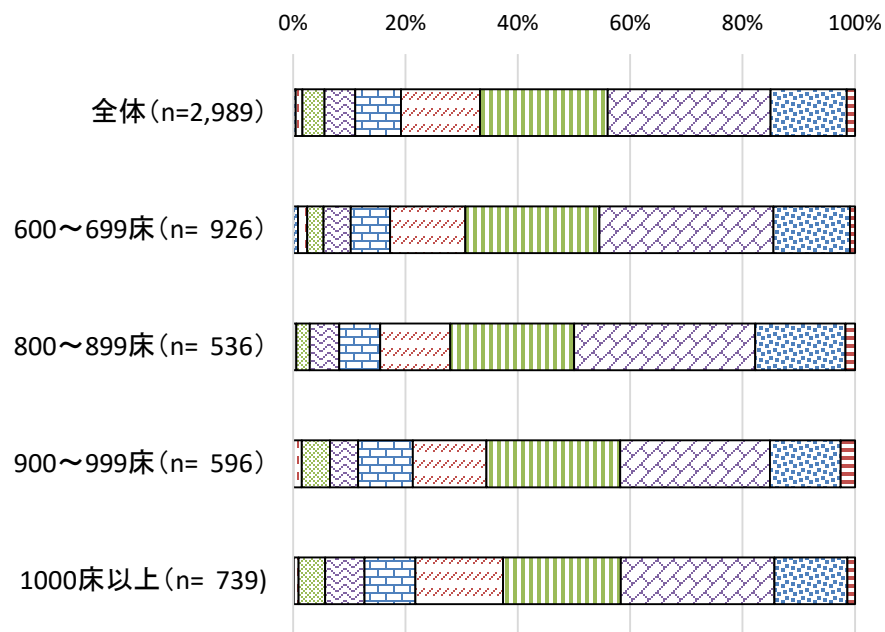
一般病棟（7対1）から転換した理由（最も該当するもの）



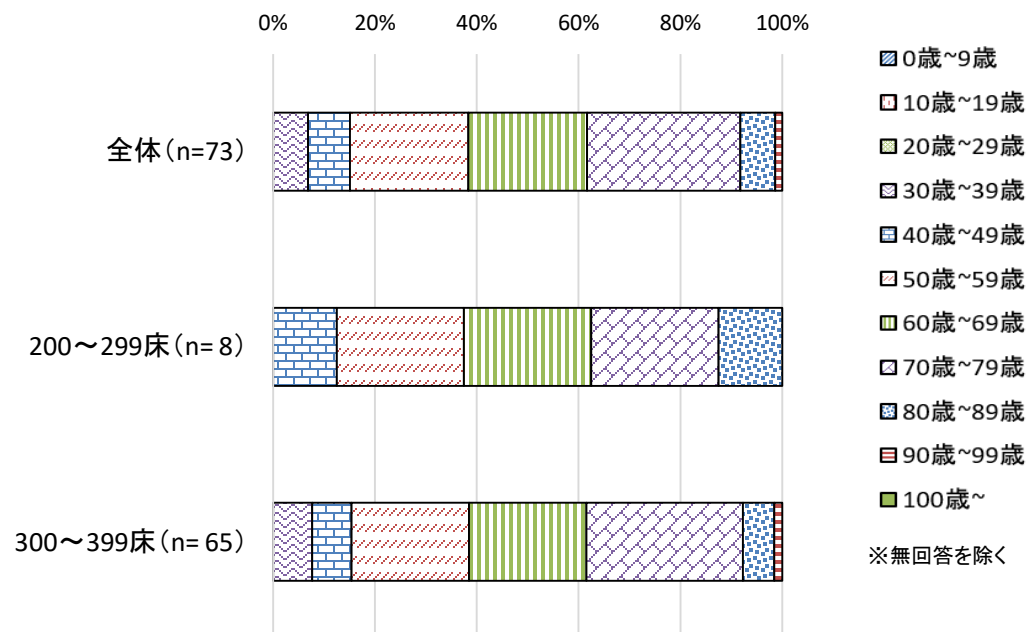
○ 特定機能病院及び専門病院では、病床規模による年齢階級別分布の違いは明らかでない。

年齢階級別分布

＜特定機能病院入院基本料＞



＜専門病院入院基本料＞



入院料・病床規模ごとの年齢階級別分布

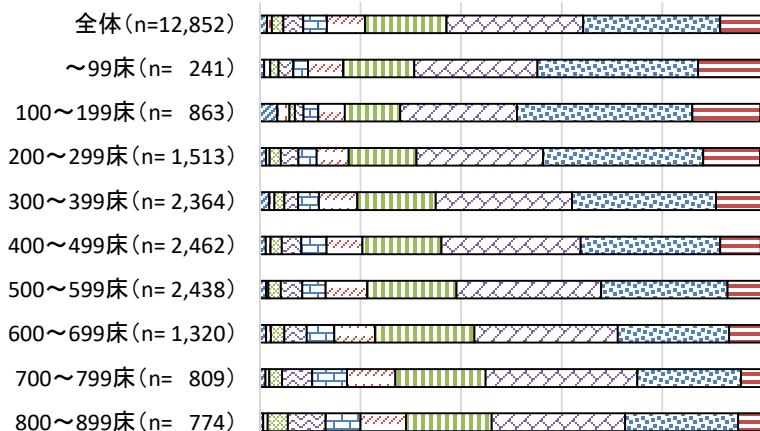
診調組 入-1
元. 6. 19

○ 急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど高齢の患者が多い傾向にあった。

年齢階級別分布

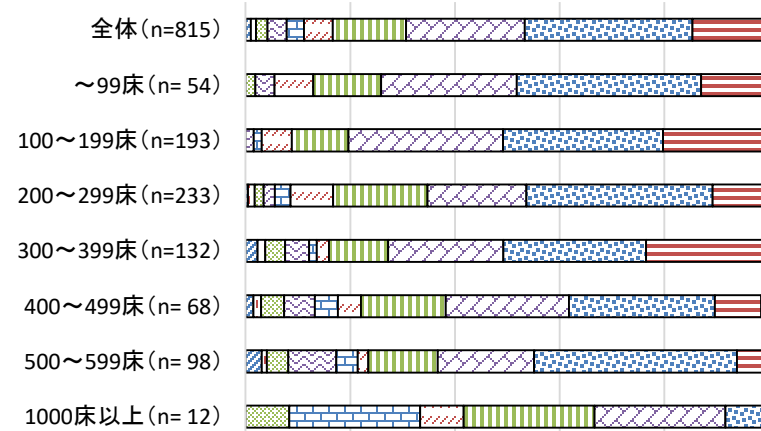
<急性期一般入院料1>

0% 20% 40% 60% 80% 100%



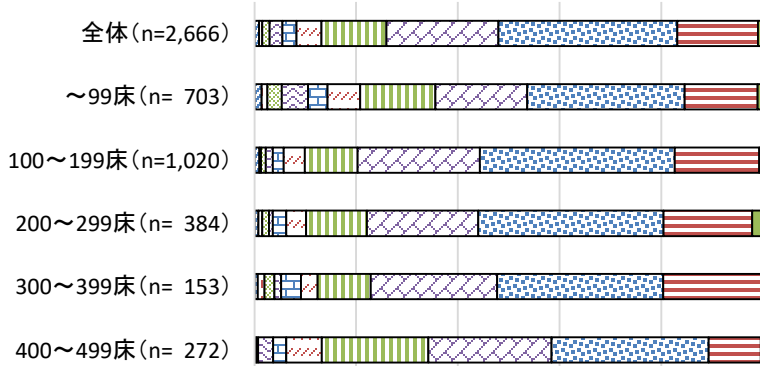
<急性期一般入院料2~3>

0% 20% 40% 60% 80% 100%



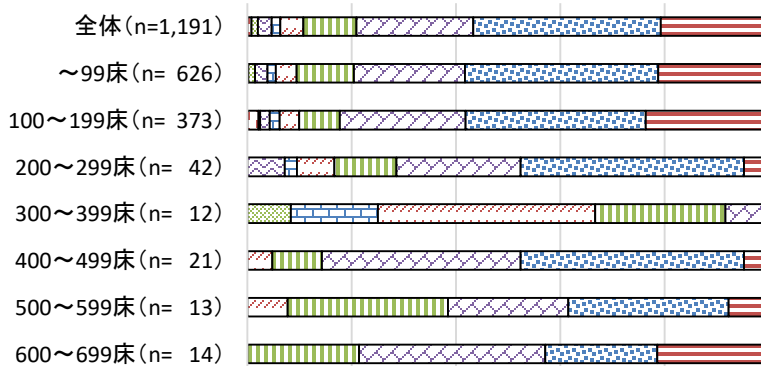
<急性期一般入院料4~7>

0% 20% 40% 60% 80% 100%



<地域一般入院料1~3>

0% 20% 40% 60% 80% 100%



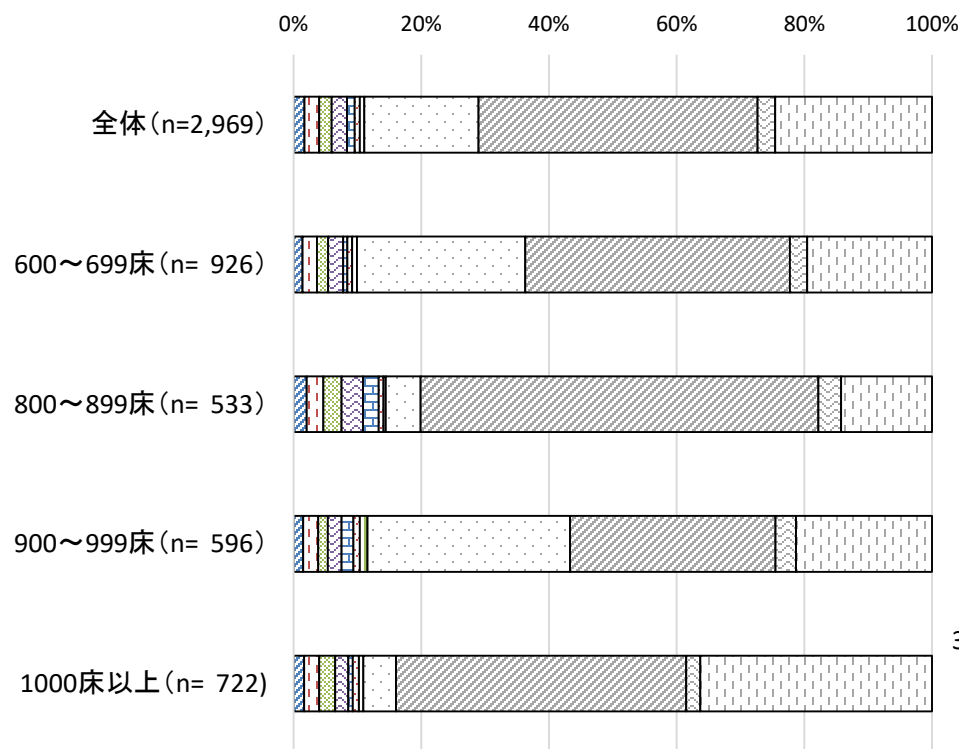
0歳~9歳
10歳~19歳
20歳~29歳
30歳~39歳
40歳~49歳
50歳~59歳
60歳~69歳
70歳~79歳
80歳~89歳
90歳~99歳
100歳~

※無回答を除く

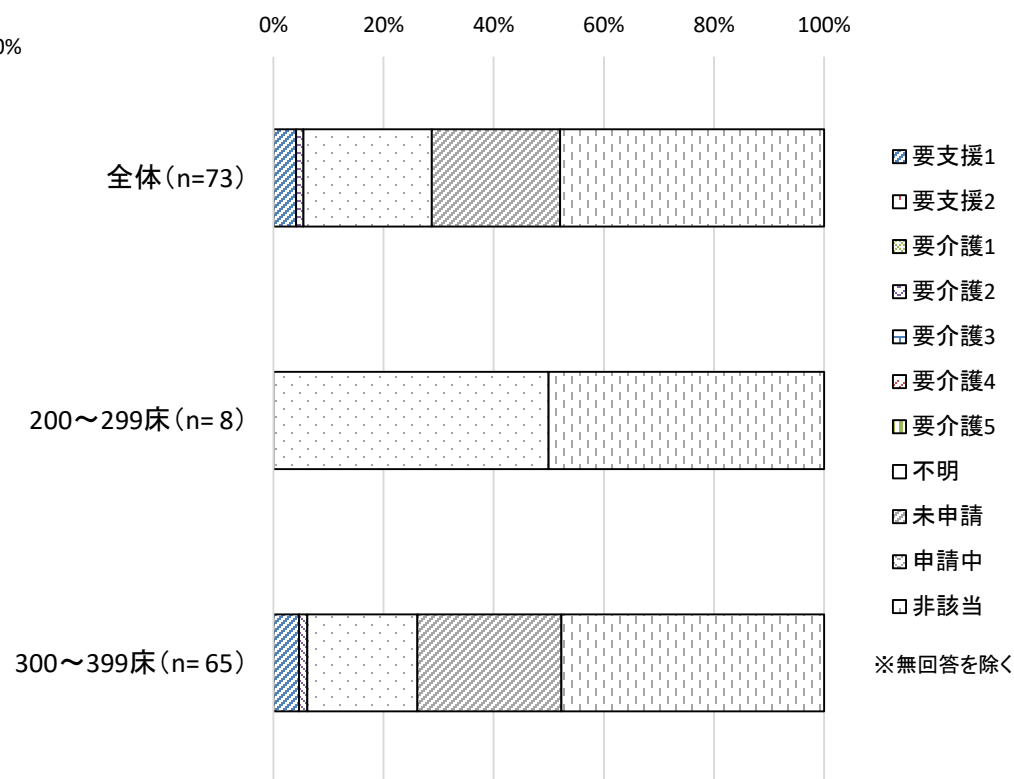
○ 特定機能病院及び専門病院では、要介護度「不明」「未申請」「非該当」の患者が多かった。

要介護度別の患者割合

＜特定機能病院入院基本料＞



＜専門病院入院基本料＞



※無回答を除く

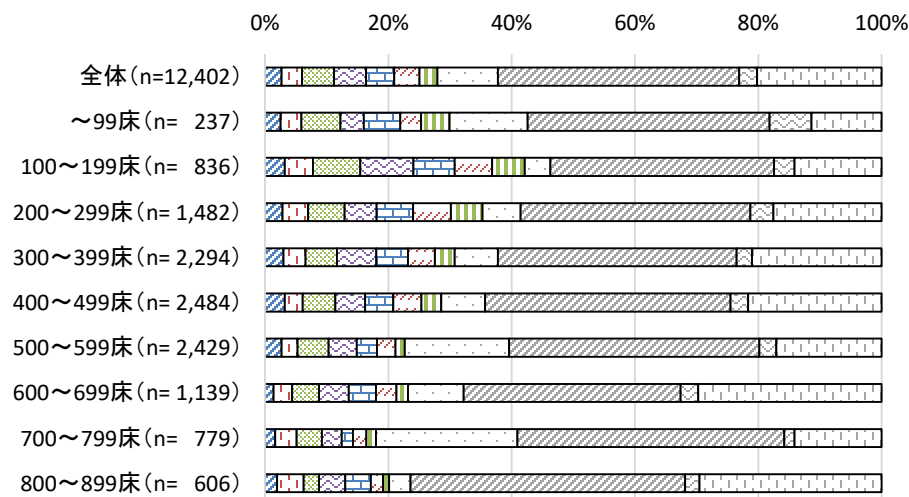
入院料・病床規模ごとの要介護度別の患者割合

診調組 入-1
元 6 1 9

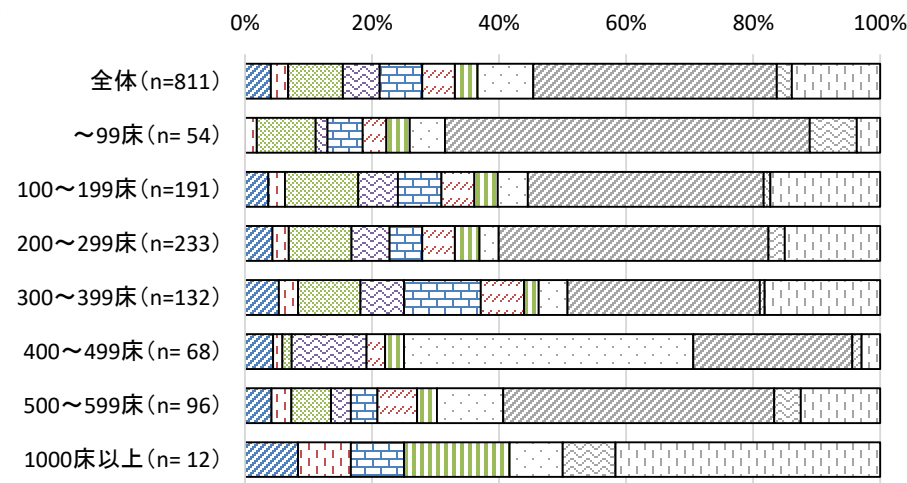
○ 急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど要支援・要介護の患者が多い傾向にあった。

要介護度別の患者割合

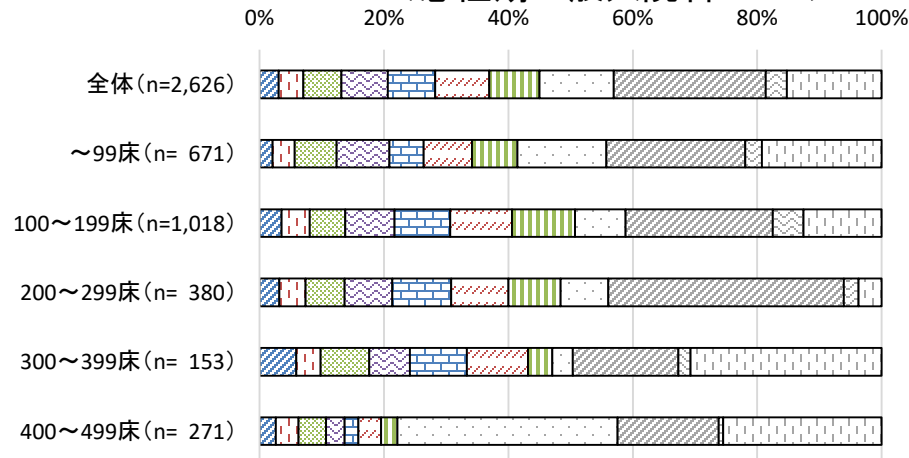
<急性期一般入院料1>



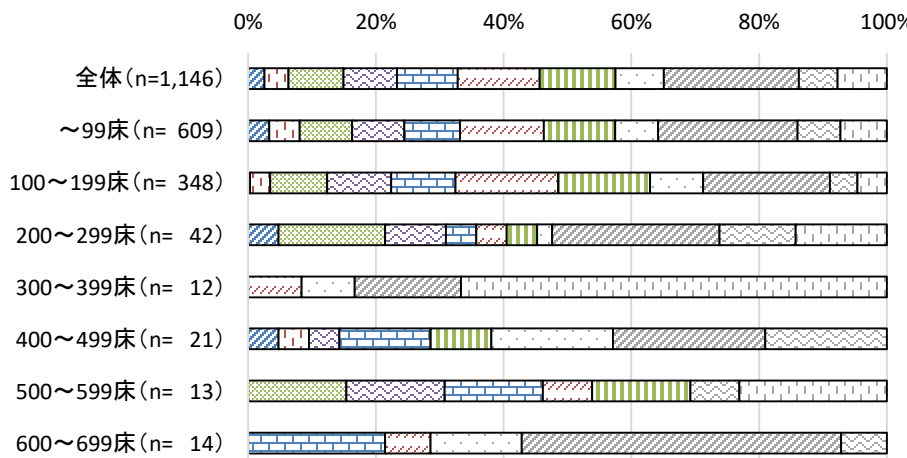
<急性期一般入院料2~3>



<急性期一般入院料4~7>



<地域一般入院料1~3>



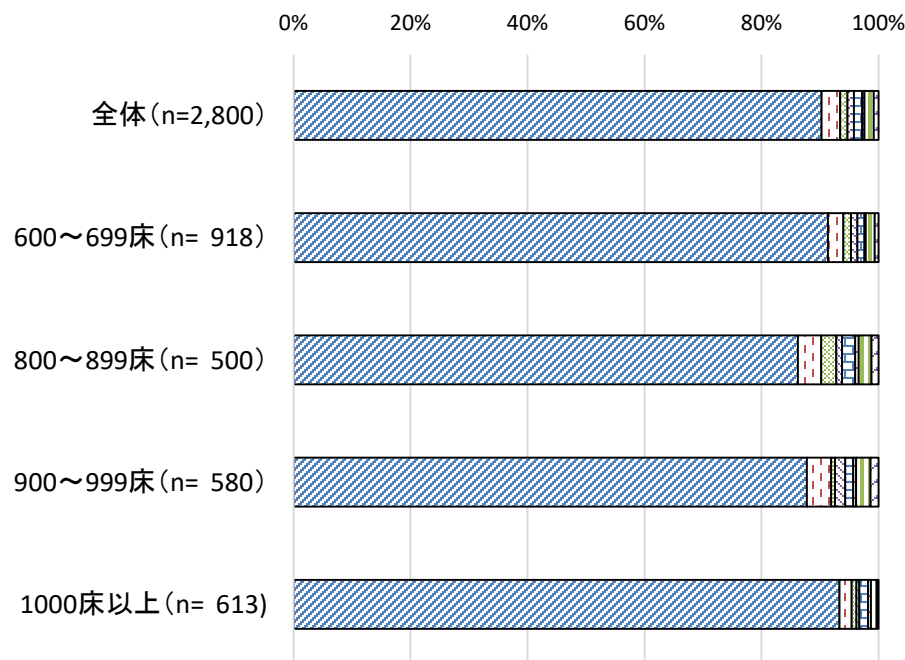
■ 要支援1
■ 要支援2
■ 要介護1
■ 要介護2
■ 要介護3
■ 要介護4
■ 要介護5
□ 不明
■ 未申請
□ 申請中
□ 非該当

※無回答を除く

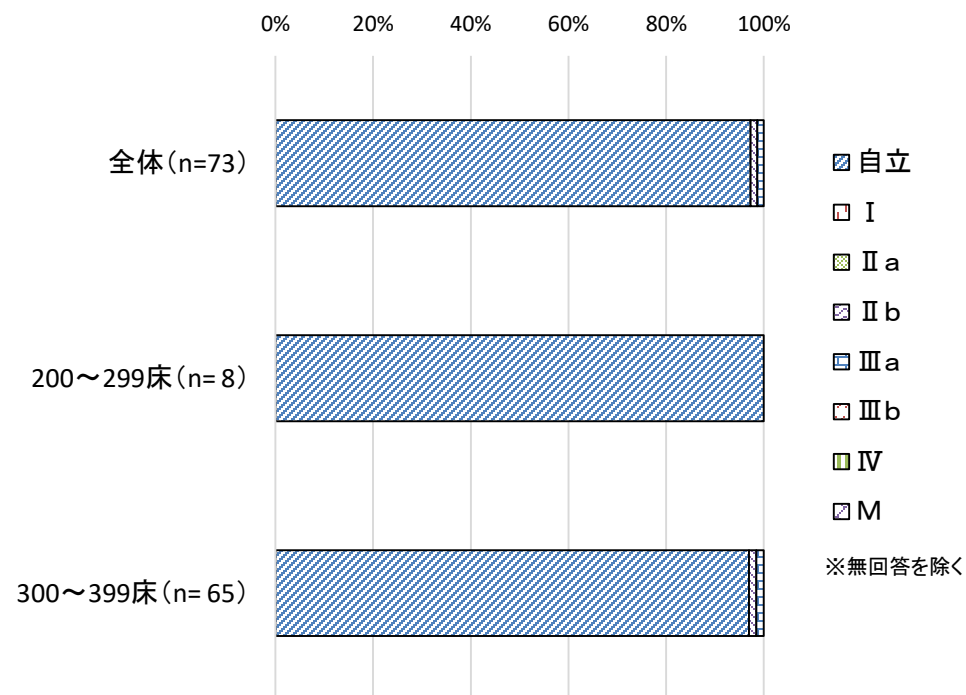
○ 特定機能病院及び専門病院では、認知症高齢者の日常生活自立度は「自立」が多かった。

認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

＜特定機能病院入院基本料＞



＜専門病院入院基本料＞



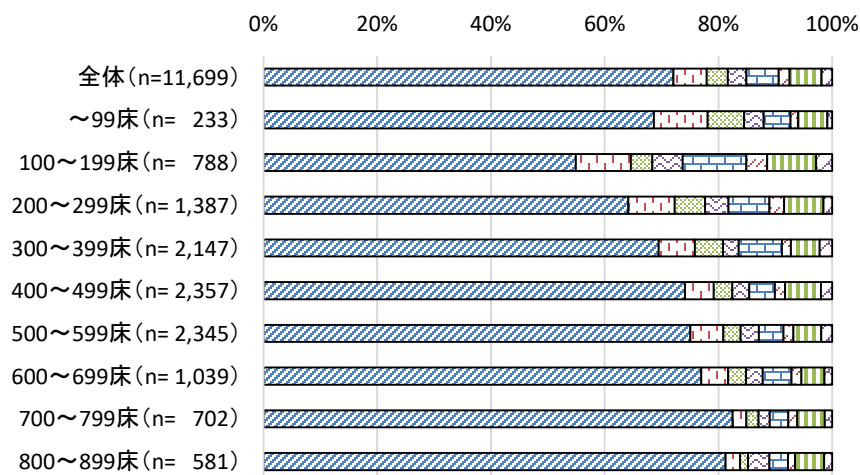
入院料・病床規模ごとの日常生活自立度別の患者割合

診調組 入-1
元 6 1 9

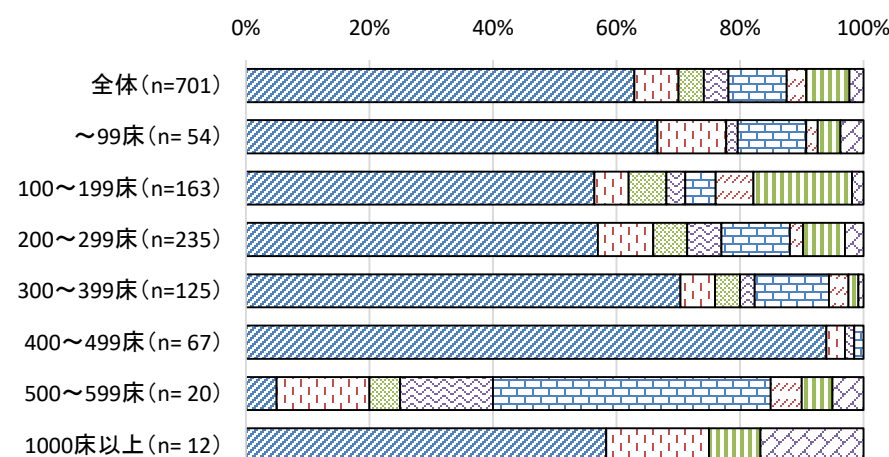
○ 急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど「自立」の患者が少ない傾向にあった。

認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

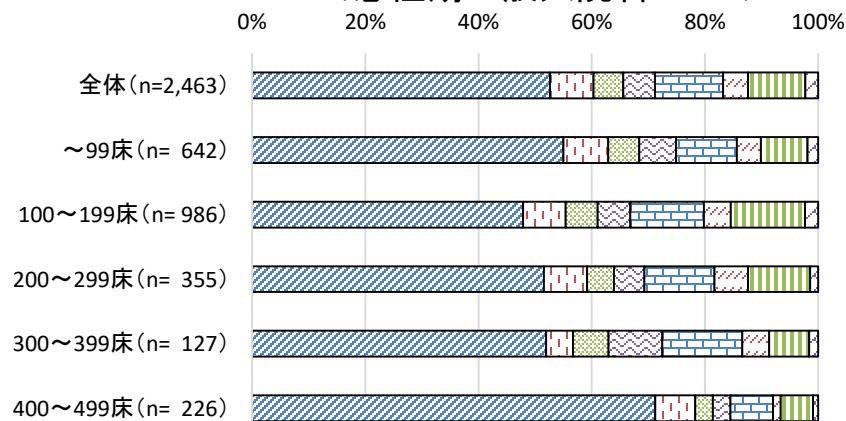
<急性期一般入院料1>



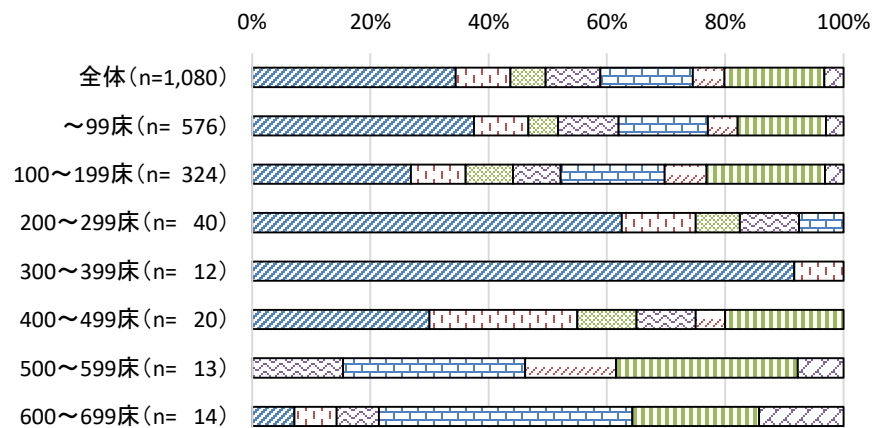
<急性期一般入院料2~3>



<急性期一般入院料4~7>



<地域一般入院料1~3>

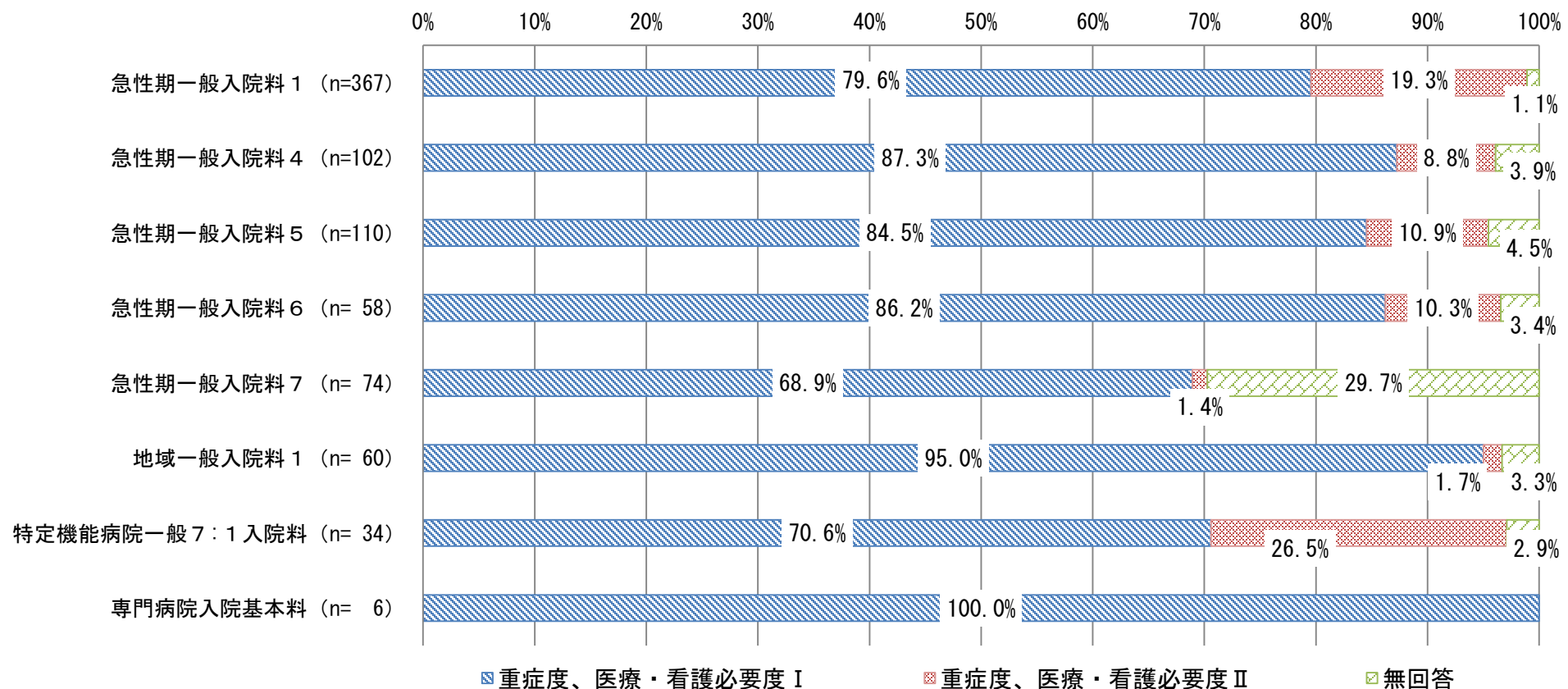


■ 自立
□ I
■ II a
■ II b
■ III a
□ III b
■ IV
■ M

※無回答を除く

- 重症度、医療・看護必要度Ⅱを届出ている施設は、急性期一般入院料1では約2割、急性期一般入院料4～6では1割前後であった。

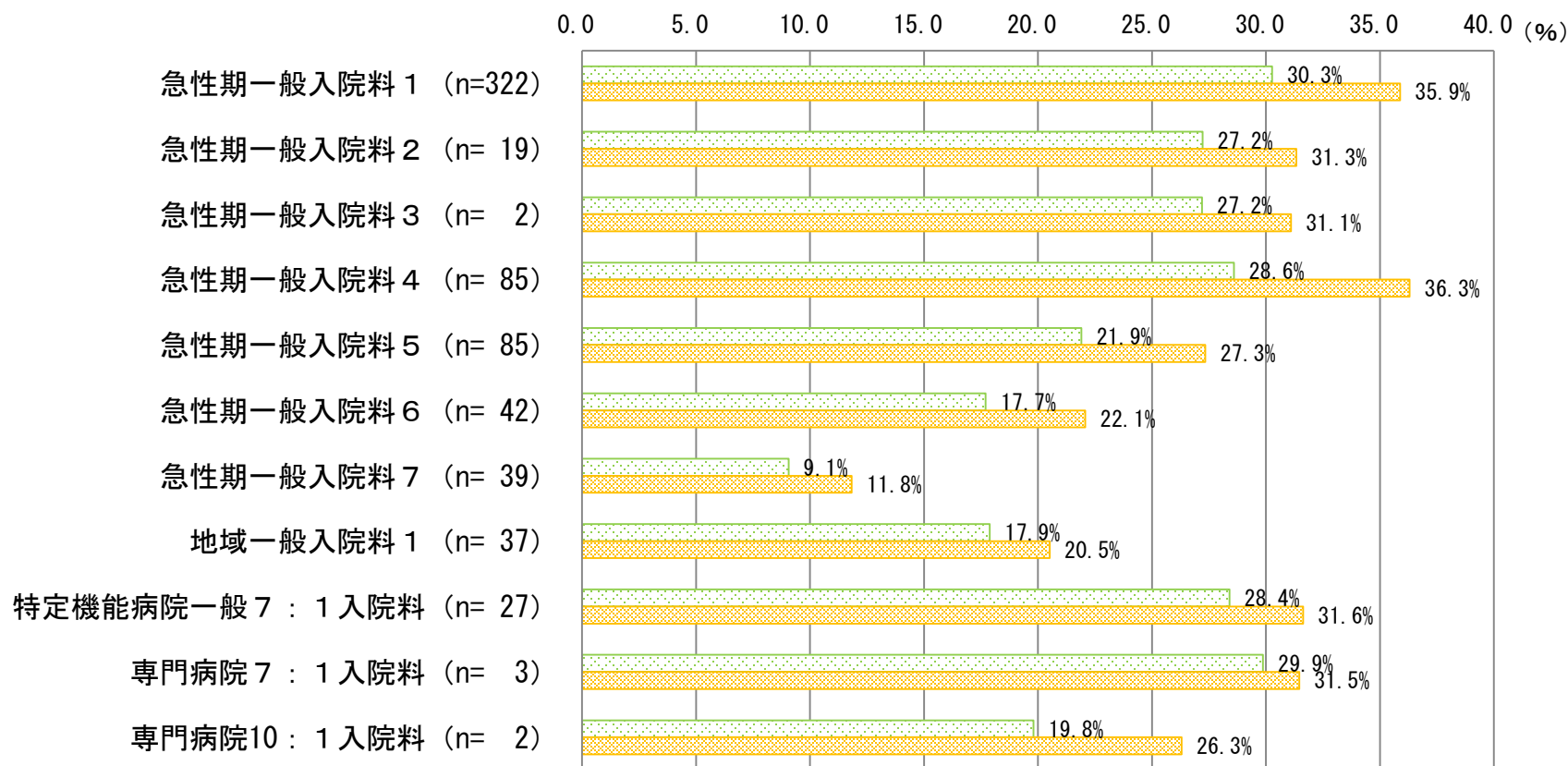
届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別



※届出区分無回答のものは除く

○ 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、平成29年と平成30年のいずれも回答した施設の平均をみると、平成30年の方が割合が高かった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 （平成29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較）



□ 平成29年 8月～10月

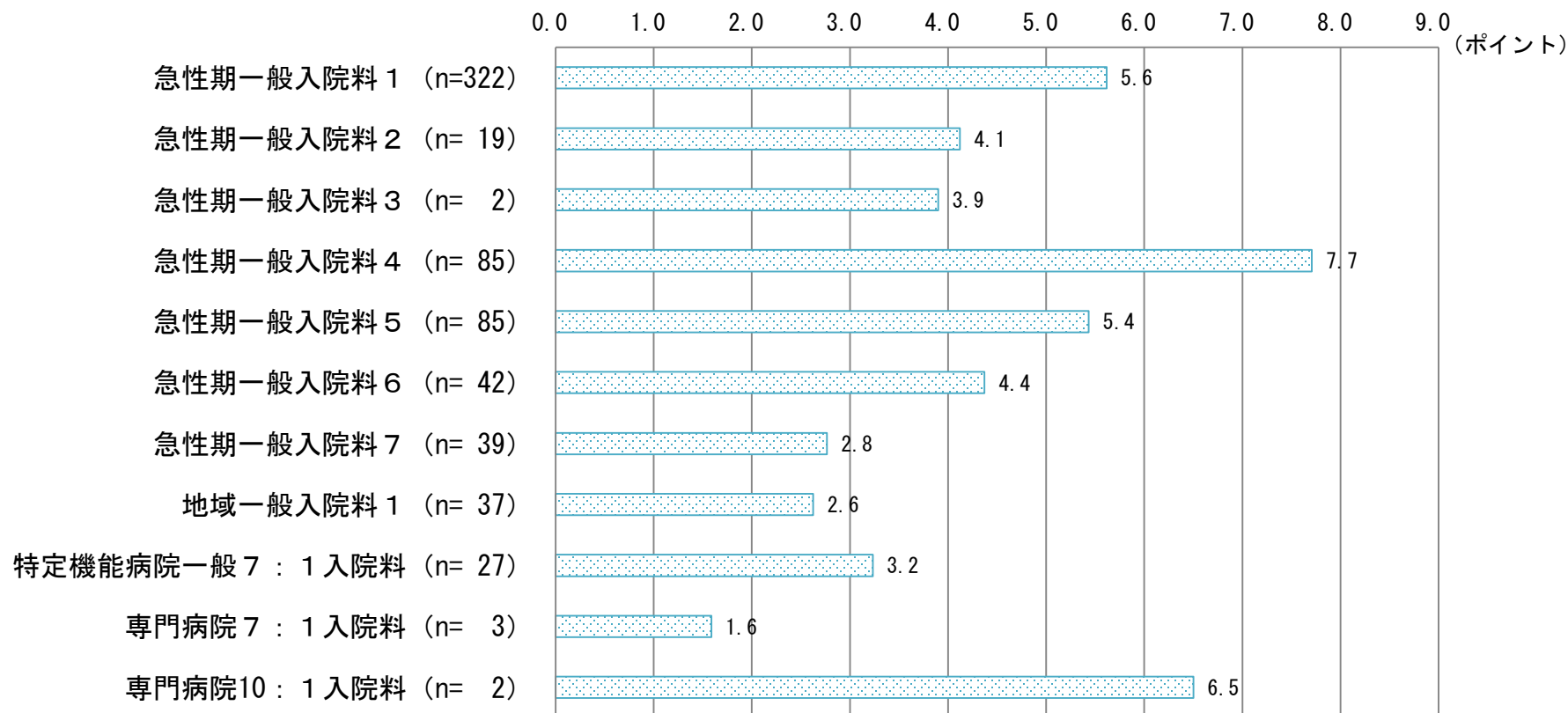
■ 平成30年 8月～10月（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）

※届出区分無回答のものは除く
※平成29年と平成30年（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）の両方を回答したもののみ集計

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

- 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、平成29年と平成30年のいずれも回答した施設における差の平均をみると、急性期一般入院料1では 5.6 ポイントの差があった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の差 （平成29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較）



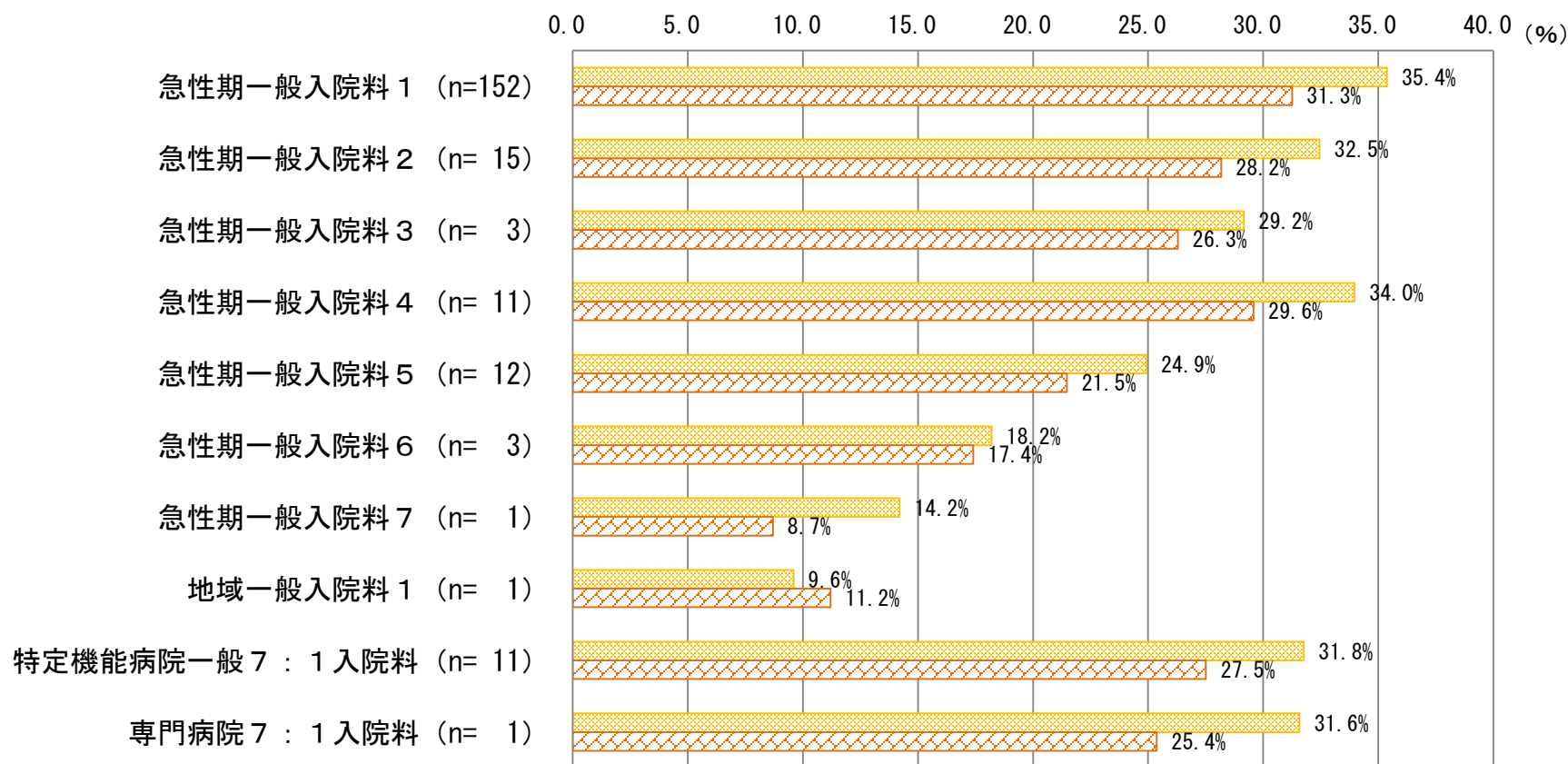
■ 平成29年 8 月～10 月と平成30年 8 月～10 月（重症度、医療・看護必要度 I）の差 [平成30年－平成29年]

※届出区分無回答のものは除く

※平成29年と平成30年（重症度、医療・看護必要度 I）の両方を回答したもののみ集計

- 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について平成30年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設の平均をみると、Ⅰの方が割合が高い傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合 （平成30年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）

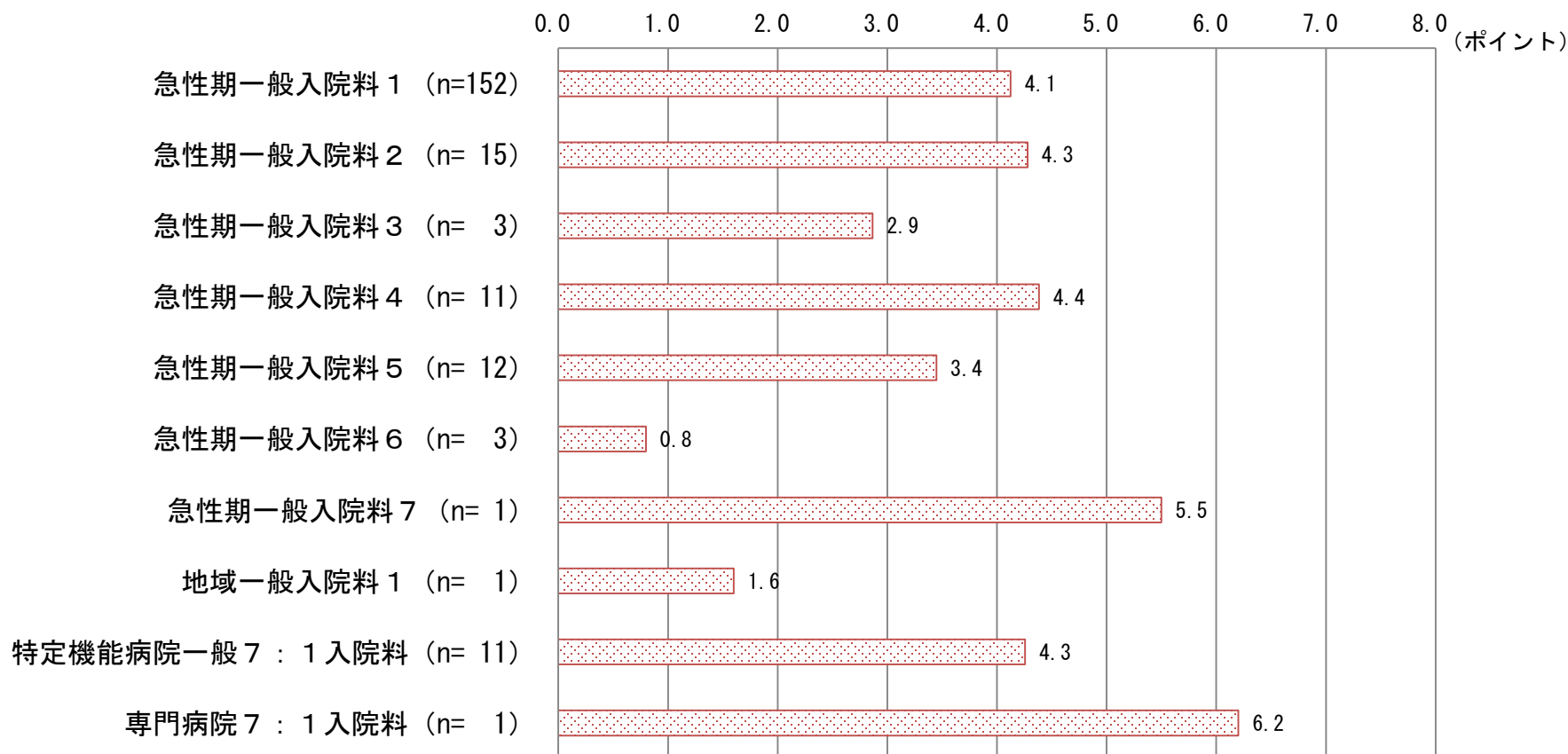


■ 平成30年 8 月～10 月（重症度、医療・看護必要度Ⅰ）
■ 平成30年 8 月～10 月（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）

※届出区分無回答のものは除く
※平成30年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

- 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、平成30年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設における差の平均をみると、急性期一般入院料1では4.1ポイントの差があった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者割合の差 （平成30年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）



※届出区分無回答のものは除く

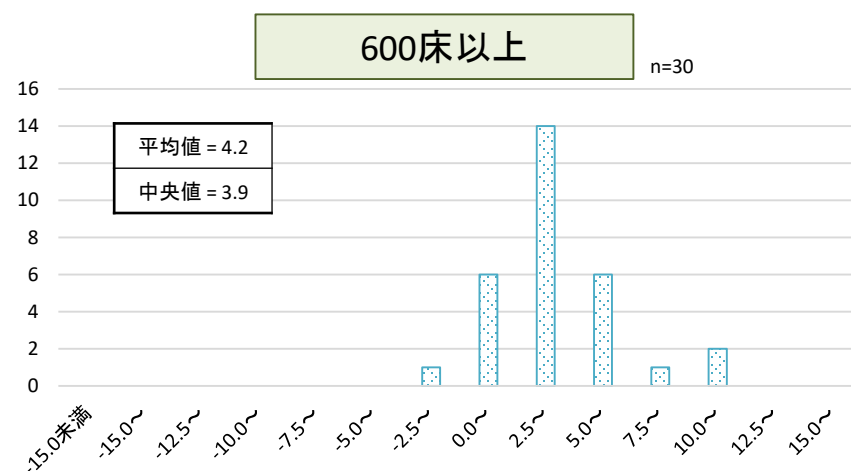
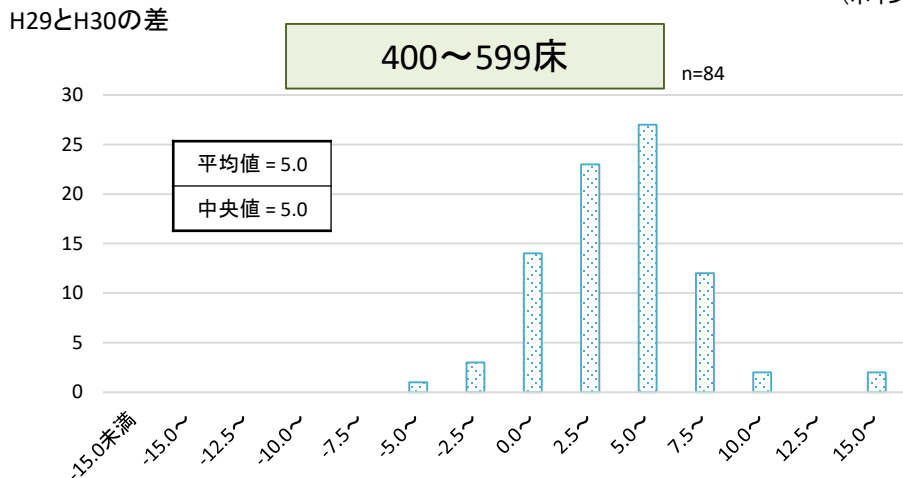
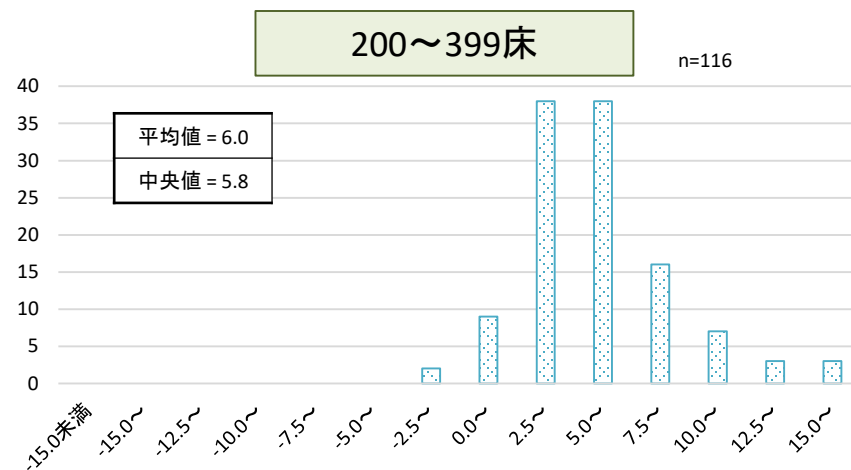
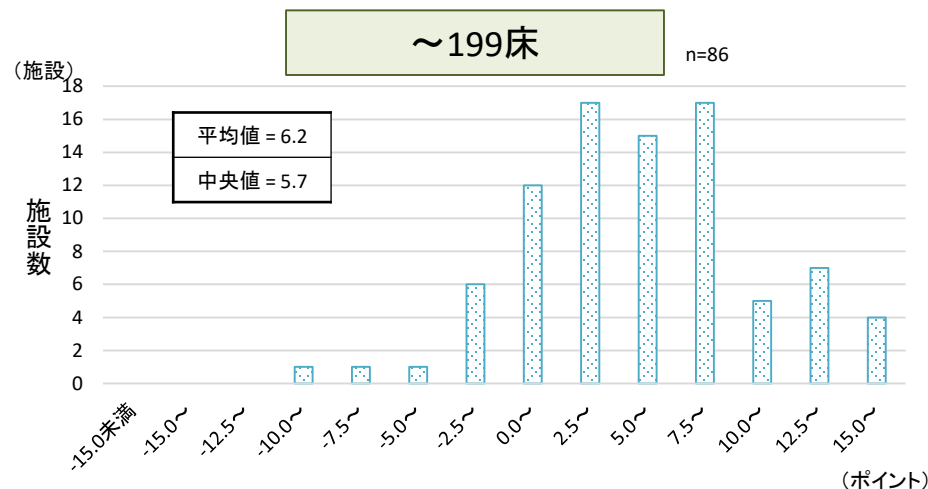
※平成30年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

□ 平成30年8月～10月における重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの差〔Ⅰ－Ⅱ〕

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

○ 急性期一般入院料 1 において病床規模別に改定前後の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の差の分布をみると、600床未満では5ポイント前後の医療機関が最も多かった。

【急性期一般入院料 1】改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者割合の差の分布（平成29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較）

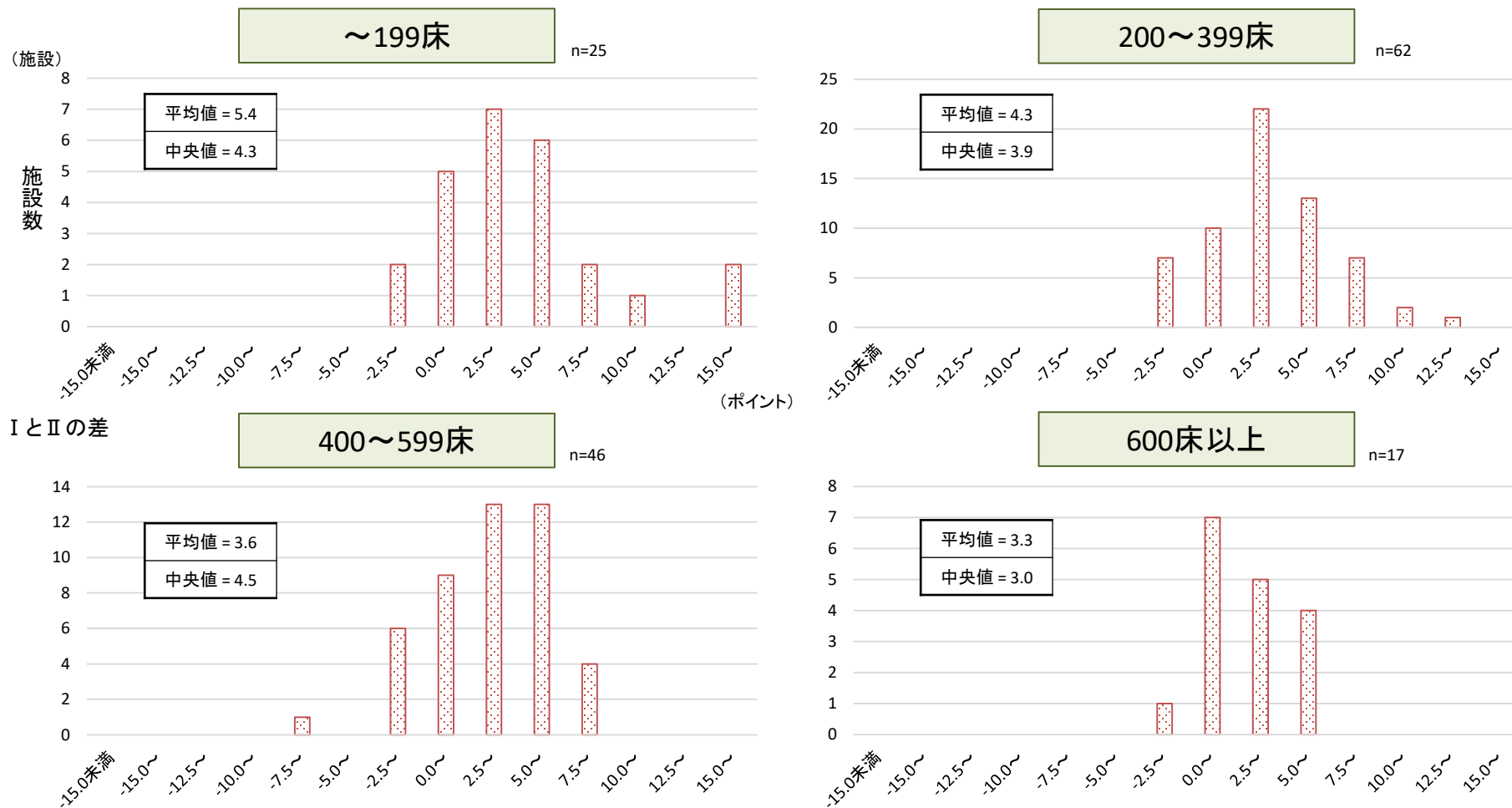


□ 平成29年8月～10月と平成30年8月～10月（重症度、医療・看護必要度 I）の差 [平成30年－平成29年]

※届出区分又は病床規模が無回答のものは除く
※平成29年と平成30年（重症度、医療・看護必要度 I）の両方を回答したもののみ集計

- 急性期一般入院料 1 において病床規模別に重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの該当患者割合の差の分布をみると、600床未満では2.5ポイント以上5ポイント未満の医療機関が最も多かった。

【急性期一般入院料 1】重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者割合の差の分布（平成30年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）

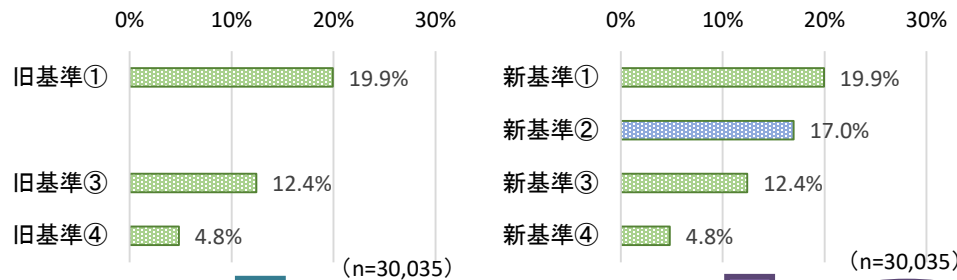


○ 重症度、医療・看護必要度 I の該当患者のうち、平成30年度に新設された基準を満たした患者は、急性期一般入院料 1 では約 5 割、急性期一般入院料 2 では約 6 割を占めていた。

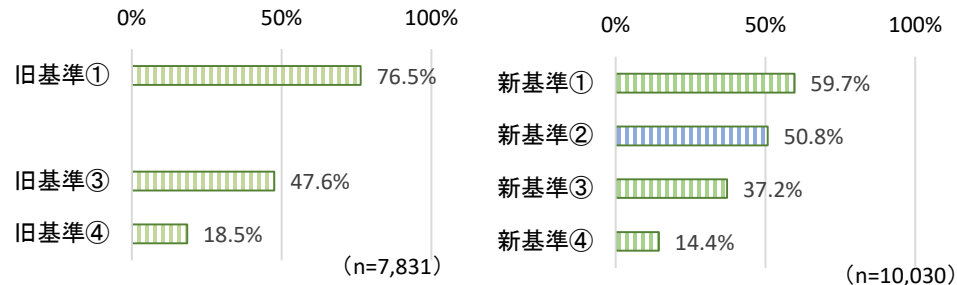
改定前後の基準における重症度、医療・看護必要度 I の各基準を満たす患者の割合

急性期一般入院料 1

<各基準を満たす患者の割合>

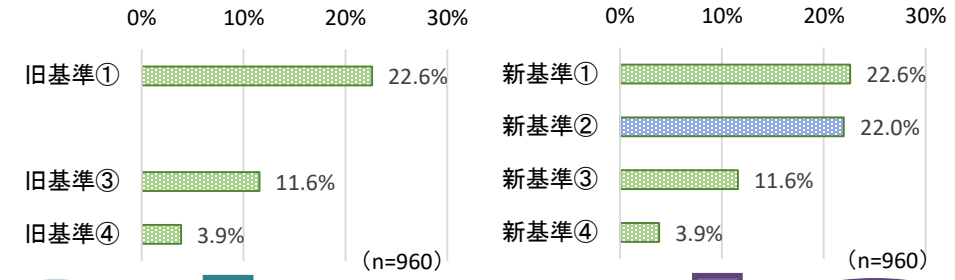


<該当患者のうち、各基準を満たす患者の割合>

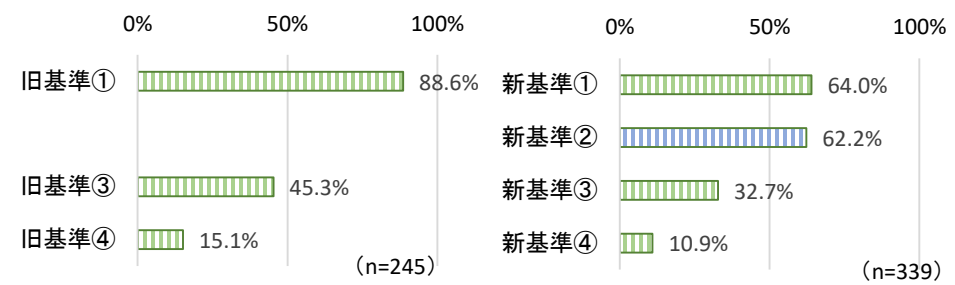


急性期一般入院料 2

<各基準を満たす患者の割合>



<該当患者のうち、各基準を満たす患者の割合>



	旧	新
基準①	A2点以上かつB3点以上	
基準②	—	「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A1点以上かつB3点以上
基準③	A3点以上	
基準④	C1点以上	

※届出区分無回答のものは除く ※急性期一般入院料 3 は回答なし

※下段は「該当患者」を100%とした場合の割合を表す

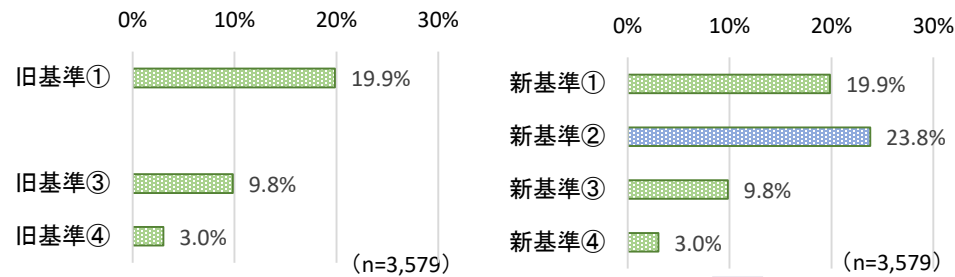
※nは患者数×日数（人・日）

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者のうち、平成30年度に新設された基準を満たした患者は、急性期一般入院料4では約7割、急性期一般入院料5では約6割を占めていた。

改定前後の基準における重症度、医療・看護必要度Ⅰの各基準を満たす患者の割合

急性期一般入院料4

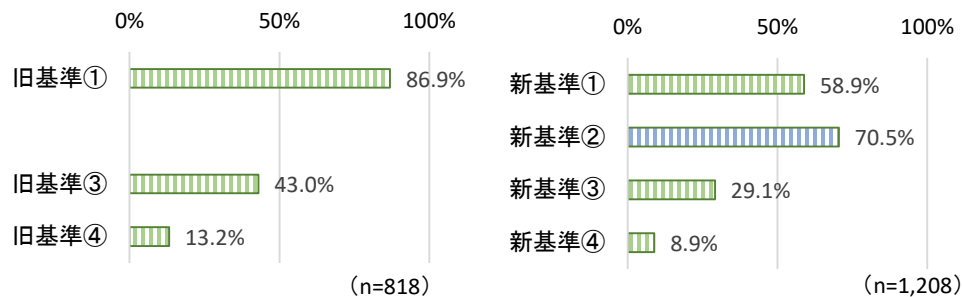
<各基準を満たす患者の割合>



改定前

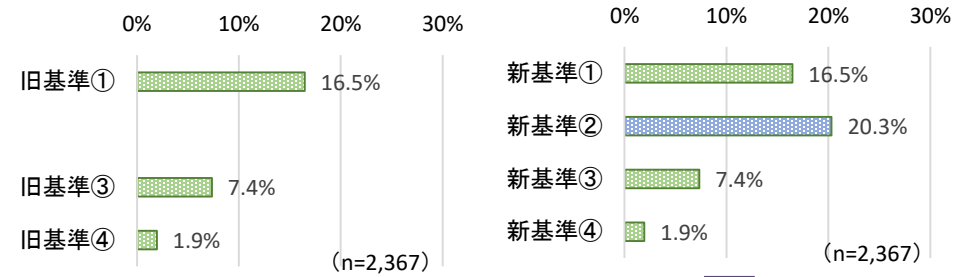
改定後

<該当患者のうち、各基準を満たす患者の割合>



急性期一般入院料5

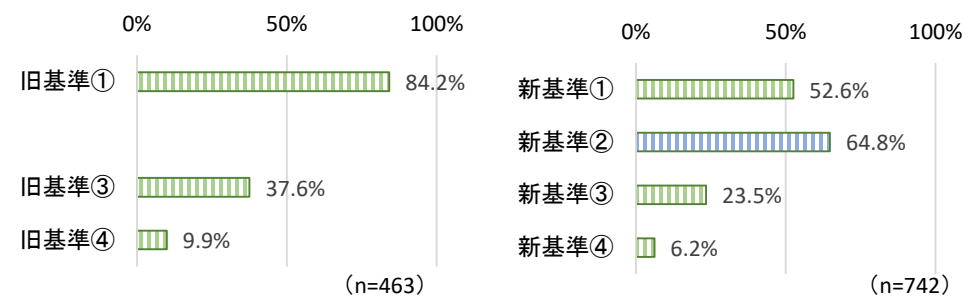
<各基準を満たす患者の割合>



改定前

改定後

<該当患者のうち、各基準を満たす患者の割合>



※届出区分無回答のものは除く ※急性期一般入院料3は回答なし
 ※下段は「該当患者」を100%とした場合の割合を表す
 ※nは患者数×日数（人・日）

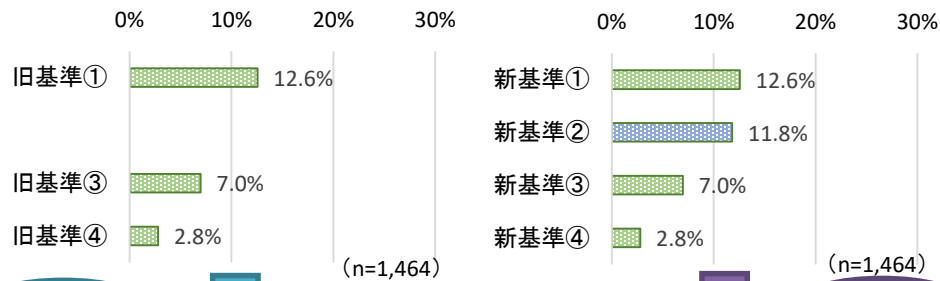
	旧	新
基準①	A2点以上かつB3点以上	
基準②	—	「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A1点以上かつB3点以上
基準③	A3点以上	
基準④	C1点以上	

○ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者のうち、平成30年度に新設された基準を満たした患者は、急性期一般入院料6・7では約5割を占めていた。

改定前後の基準における重症度、医療・看護必要度Ⅰの各基準を満たす患者の割合

急性期一般入院料6

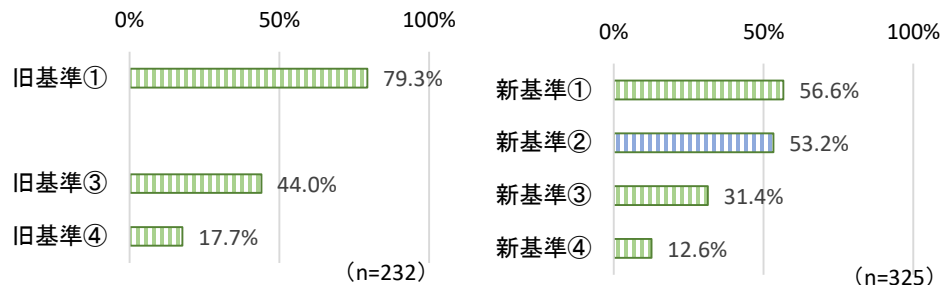
<各基準を満たす患者の割合>



改定前

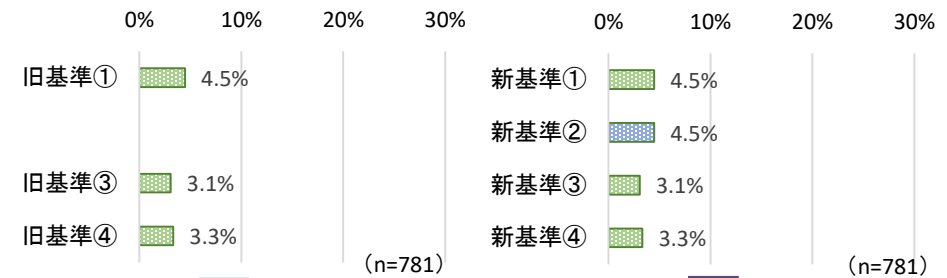
改定後

<該当患者のうち、各基準を満たす患者の割合>



急性期一般入院料7

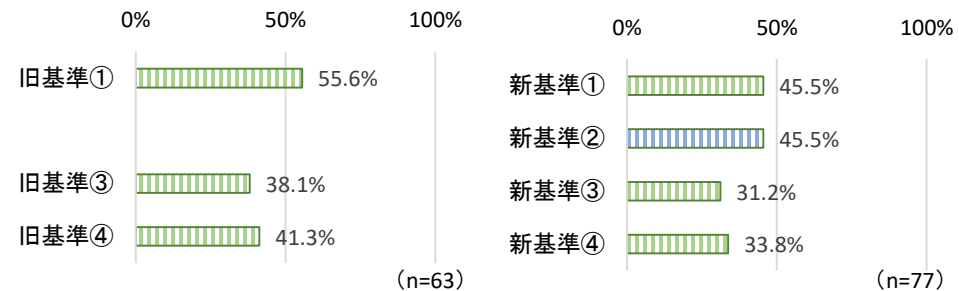
<各基準を満たす患者の割合>



改定前

改定後

<該当患者のうち、各基準を満たす患者の割合>



	旧	新
基準①	A2点以上かつB3点以上	
基準②	—	「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A1点以上かつB3点以上
基準③	A3点以上	
基準④	C1点以上	

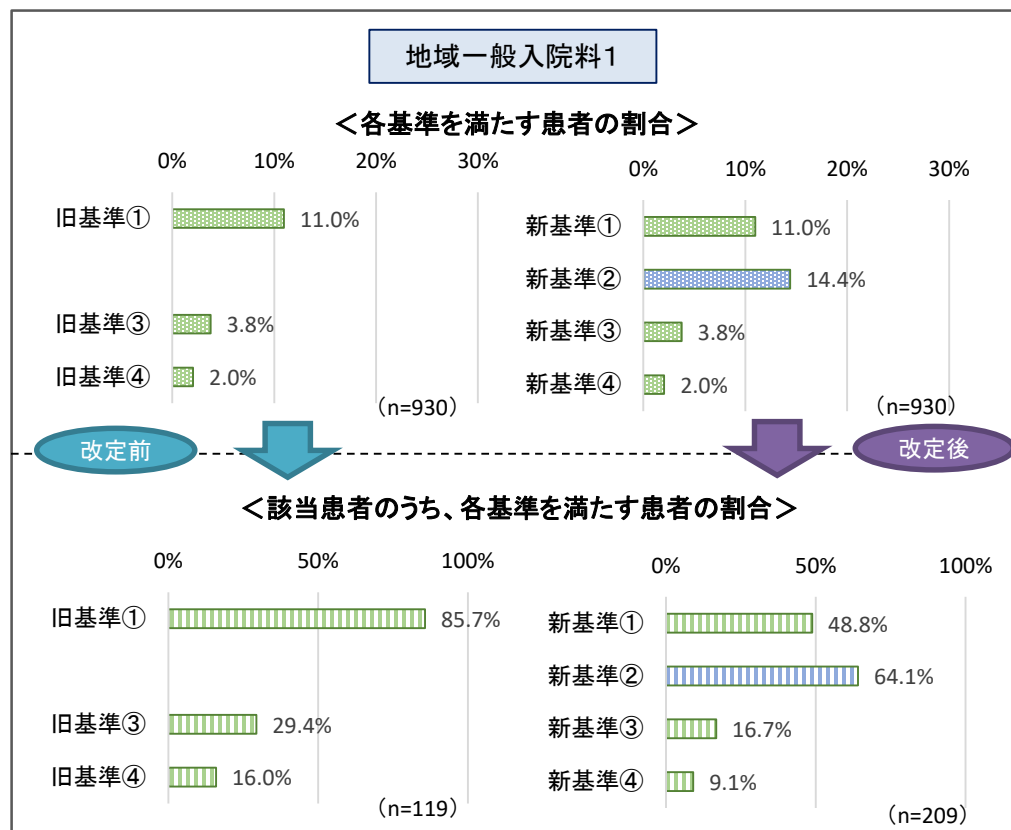
※届出区分無回答のものは除く

※下段は「該当患者」を100%とした場合の割合を表す

※nは患者数×日数（人・日）

- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者のうち、平成30年度に新設された基準を満たした患者は、地域一般入院料1では約6割を占めていた。

改定前後の基準における重症度、医療・看護必要度Ⅰの各基準を満たす患者の割合



	旧	新
基準①	A2点以上かつB3点以上	
基準②	—	「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A1点以上かつB3点以上
基準③	A3点以上	
基準④	C1点以上	

※届出区分無回答のものは除く

※下段は「該当患者」を100%とした場合の割合を表す

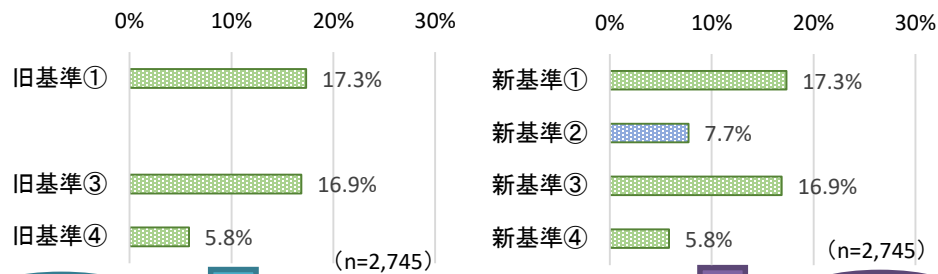
※nは患者数×日数（人・日）

○ 重症度、医療・看護必要度 I の該当患者のうち、平成30年度に新設された基準を満たした患者は、特定機能病院では3割以下であった。

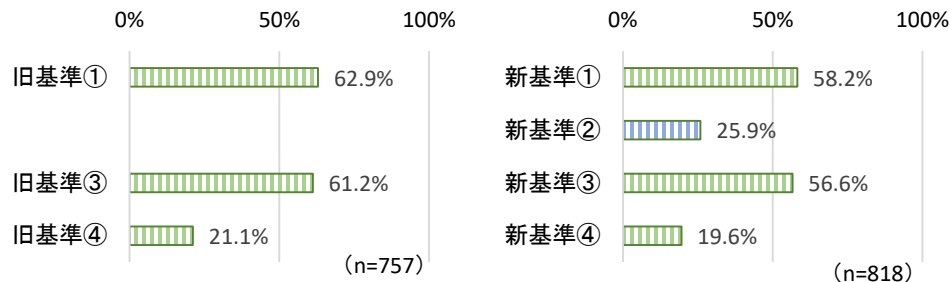
改定前後の基準における重症度、医療・看護必要度 I の各基準を満たす患者の割合

特定機能病院 一般7:1入院料

<各基準を満たす患者の割合>

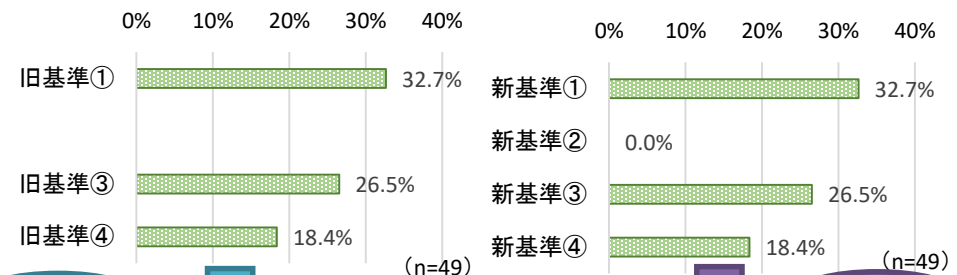


<該当患者のうち、各基準を満たす患者の割合>

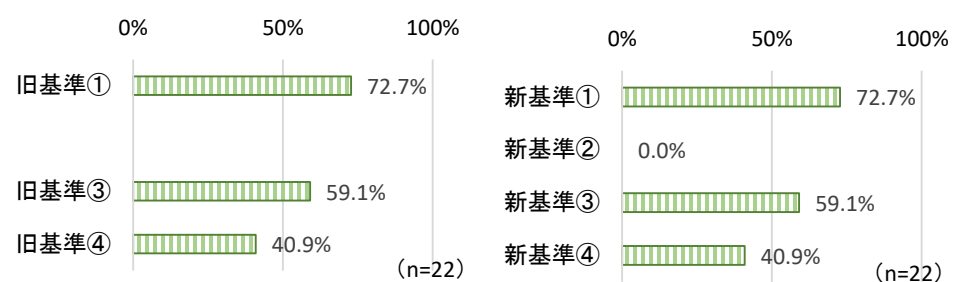


専門病院 7:1入院料

<各基準を満たす患者の割合>



<該当患者のうち、各基準を満たす患者の割合>



※届出区分無回答のものは除く
 ※下段は「該当患者」を100%とした場合の割合を表す
 ※nは患者数×日数(人・日)

	旧	新
基準①	A2点以上かつB3点以上	
基準②	—	「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A1点以上かつB3点以上
基準③	A3点以上	
基準④	C1点以上	

一般病棟入院料等入院基本料等について

【現状・課題】

（患者の状態）

- 入院料・病床規模ごとの患者の状態をみると、急性期一般入院料1では、許可病床99床以下を除き、病床規模が小さいほど、高齢の患者、要支援・要介護の患者の割合が多く、自立の患者が少ない傾向にあった。

（重症度、医療・看護必要度）

- 平成30年度診療報酬改定において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の一部項目の見直し、該当患者の基準の追加、重症度、医療・看護必要度Ⅱの新設等を行った。
- 重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合について、改定前と改定後を比較すると、全体として改定後の割合の方が高く、急性期一般入院料1においては差が2.5ポイント以上5ポイント未満の施設が最も多かった。ただし、入院料によって、分布がばらついていた。
- 改定後の重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの該当患者割合を比較すると、全体としてⅠの割合の方が高く、急性期一般入院料1においては差が2.5ポイント以上5ポイント未満の施設が最も多かった。ただし、入院料によって、分布がばらついていた。
- 平成30年度に新設された重症度、医療・看護必要度の基準を満たした患者は、Ⅰの該当患者のうち約5～7割、Ⅱの該当患者のうち約3～5割であった。

（看護職員の配置状況）

- すべての急性期一般入院料において、25対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）の届出が最も多かった。

（今後の届出の意向）

- 入院基本料別の今後の届出の意向をみると、「現状を維持」が最も多く、「他の病棟へ転換」は約1～2割であった。

【論点】



- 重症度、医療・看護必要度の改定前後の該当患者割合の差や、改定後のⅠとⅡの割合の差をみると、急性期一般入院料1等において5ポイント前後の施設が多かったことについて、どのように考えるか。
- 重症度、医療・看護必要度の改定前後の割合の差や、ⅠとⅡの割合の差に着目した分析や、項目別・基準別の該当患者割合に着目した分析等については、今後、届出入院料や患者の状態等の観点も踏まえて進めてはどうか。

1. 一般病棟入院基本料等
2. 療養病棟入院基本料
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
4. 回復期リハビリテーション病棟入院料
5. 入退院支援

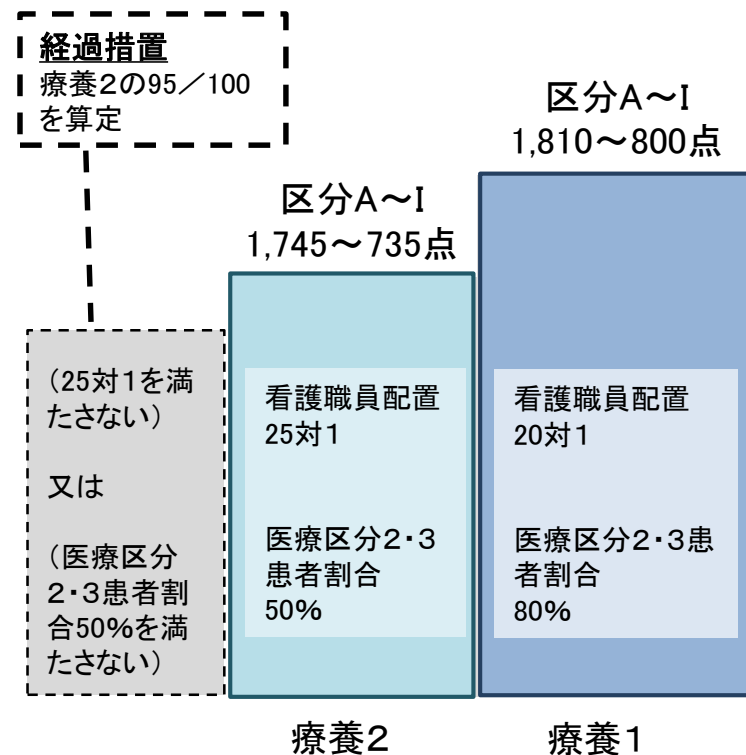
療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置1 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)	経過措置2 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員※	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上	30対1以上
看護補助者※	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上	
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上		
データ提出	200床以上の病院は必須			
点数	医療区分1 800点～ 967点 医療区分2 1,215点～1,412点 医療区分3 1,454点～1,810点	医療区分1 735点～ 902点 医療区分2 1,151点～1,347点 医療区分3 1,389点～1,745点	療養病棟入院料2の 90／100を算定	療養病棟入院料2の 80／100を算定

療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

【現行】

療養病棟入院基本料

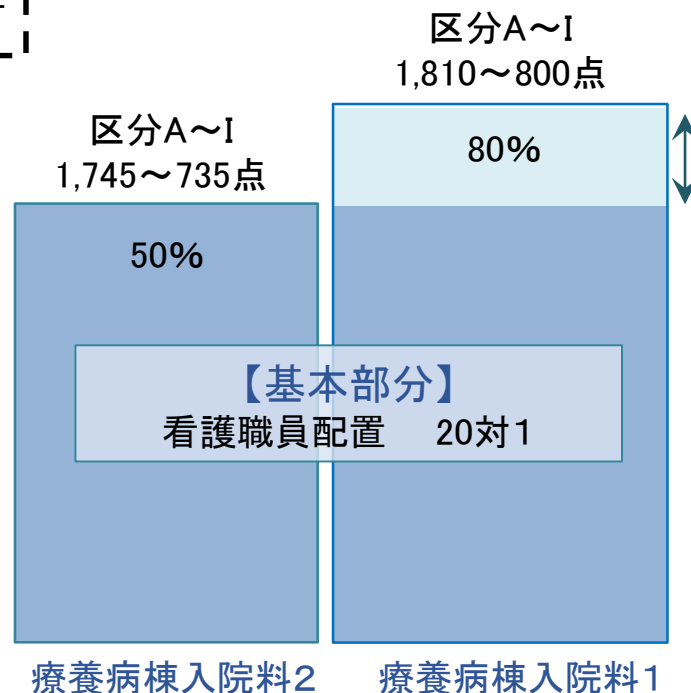


再編

【平成30年度改定】

療養病棟入院基本料

【実績部分】
・医療区分2・3該当患者割合

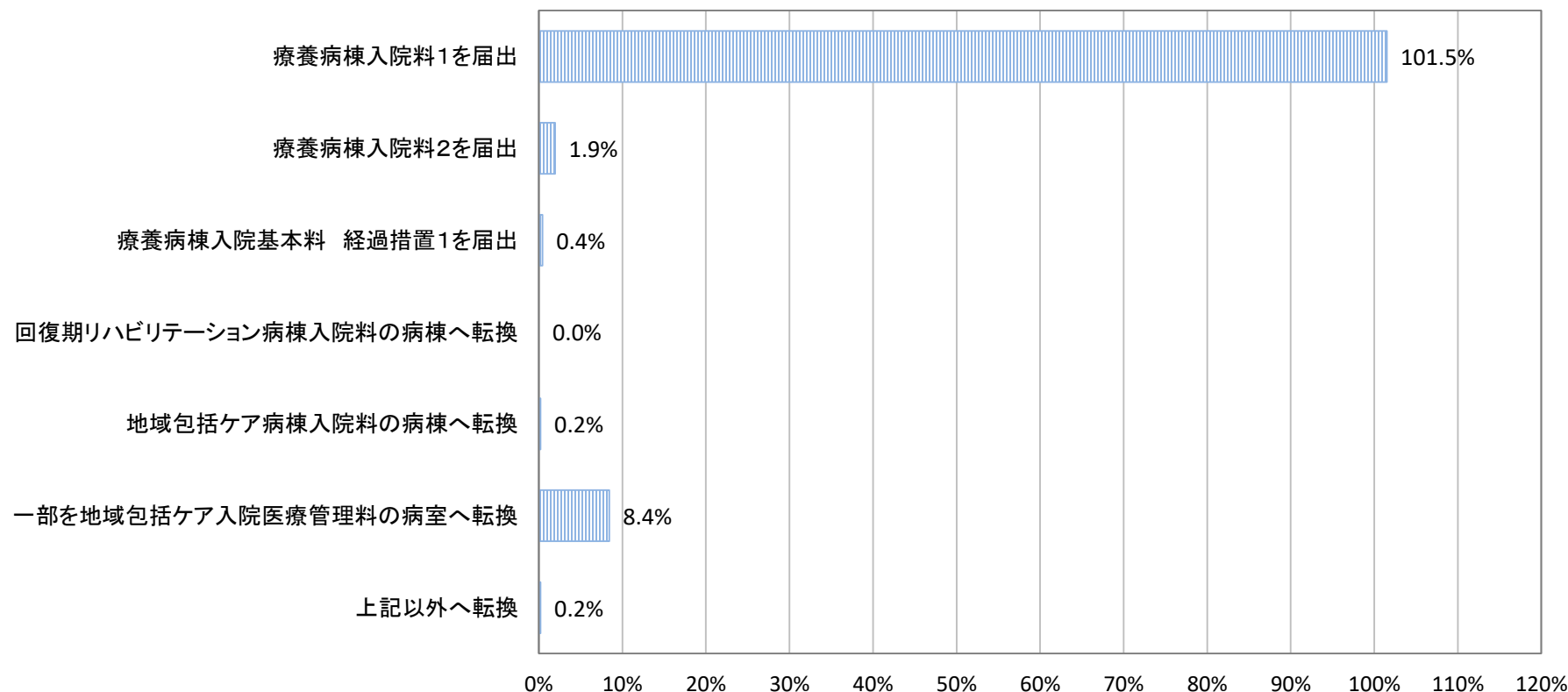


上記の対応関係にある病棟については、平成30年9月30日までの間は、施設基準を満たしているものとみなす。

○ 改定前に療養病棟入院基本料1(20対1)を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料1を届出ている病棟が最も多かった。

改定前に療養病棟入院基本料1(20対1)を届けていた病棟の 平成30年11月1日時点での当該病棟の状況

(n=463(病棟数))



※改定前に療養病棟(20対1)を届出していた285施設の調査結果

※改定前に療養病棟(20対1)を届出していると回答があった病床数は19,418床であり、改定後の病床数の合計は19,424床であった。

※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

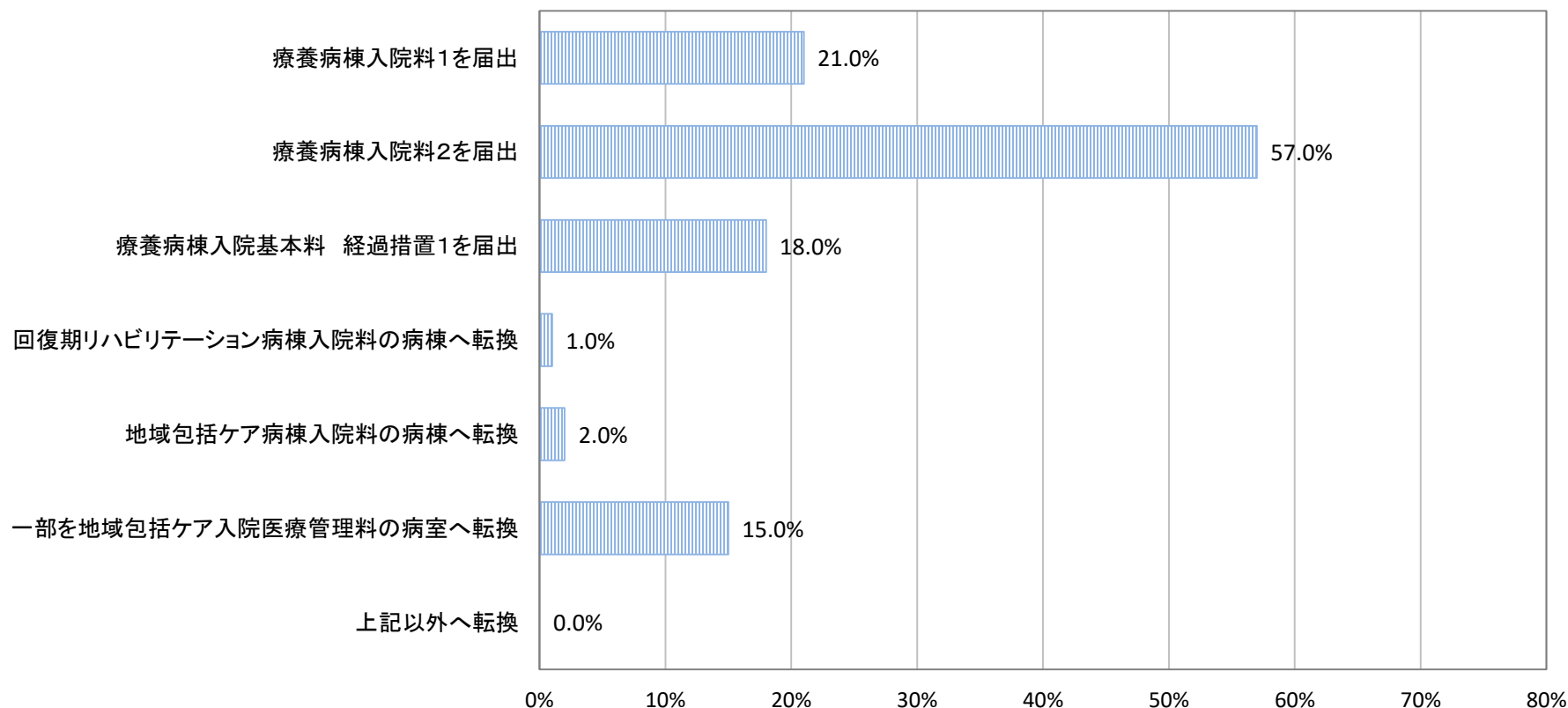
改定前に療養病棟（25対1）を届出していた病棟の状況

診調組 入 - 1 改
元 . 6 . 7

- 改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料2を届出ている病棟が最も多かった。
- 次いで、療養病棟入院料1、療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている病棟が多かった。

改定前に療養病棟入院基本料2（25対1）を届けていた病棟の 平成30年11月1日時点での当該病棟の状況

（n=100（病棟数））



※改定前に療養病棟（25対1）を届出していた88施設の調査結果

※改定前に療養病棟（25対1）を届出ていると回答があった病床数は4,149床であり、改定後の病床数の合計は4,148床であった。
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

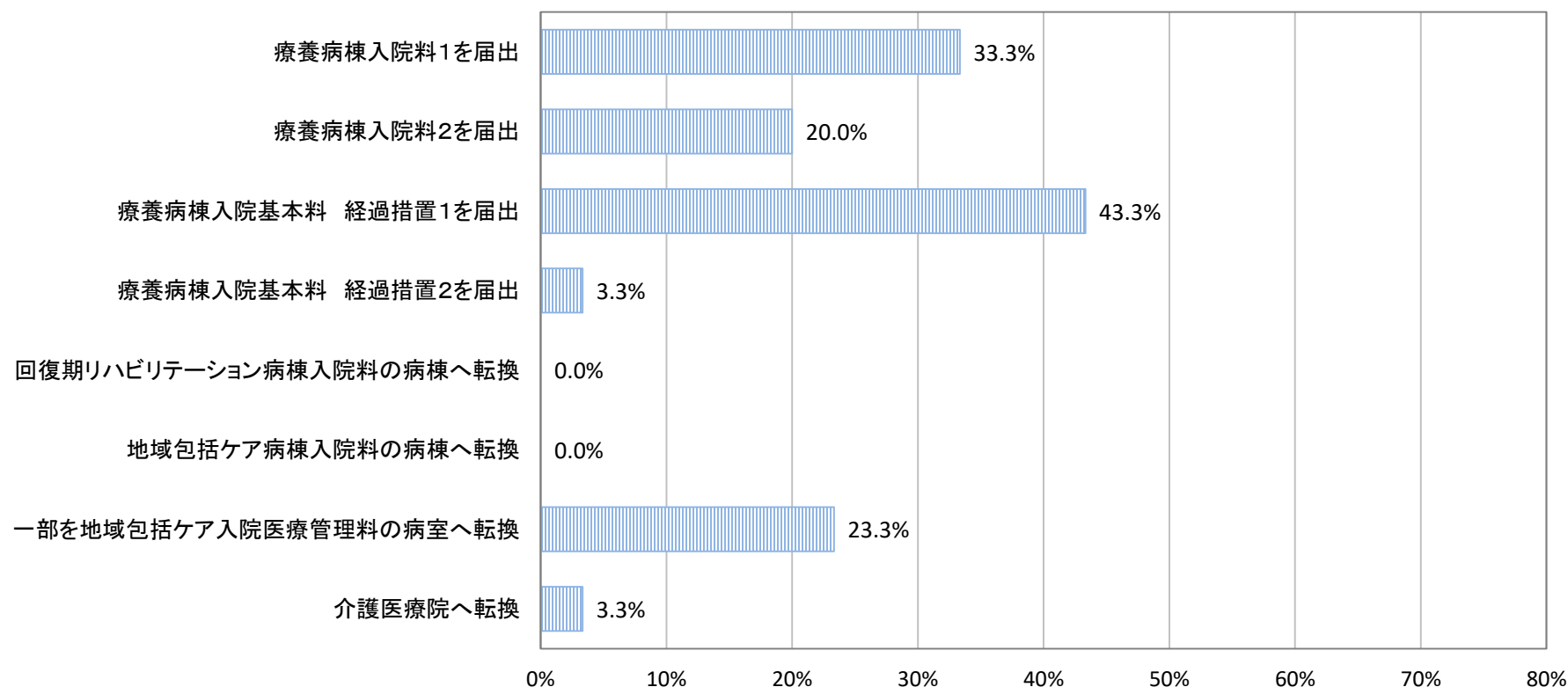
改定前に療養病棟（経過措置）を届出していた病棟の状況

診調組 入 - 1
元 . 7 . 3

- 改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届出していた病棟について、平成30年11月1日時点の状況をみると、療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟が最も多かった。
- 次いで、療養病棟入院料1を届出ている病棟が多かった。

改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届けていた病棟の 平成30年11月1日時点での当該病棟の状況

(n=30(病棟数))



※改定前に療養病棟（経過措置）を届出していた26施設の調査結果

※改定前に療養病棟（経過措置）を届出していると回答があった病床数は1,458床であり、改定後の病床数の合計は1,513床であった。

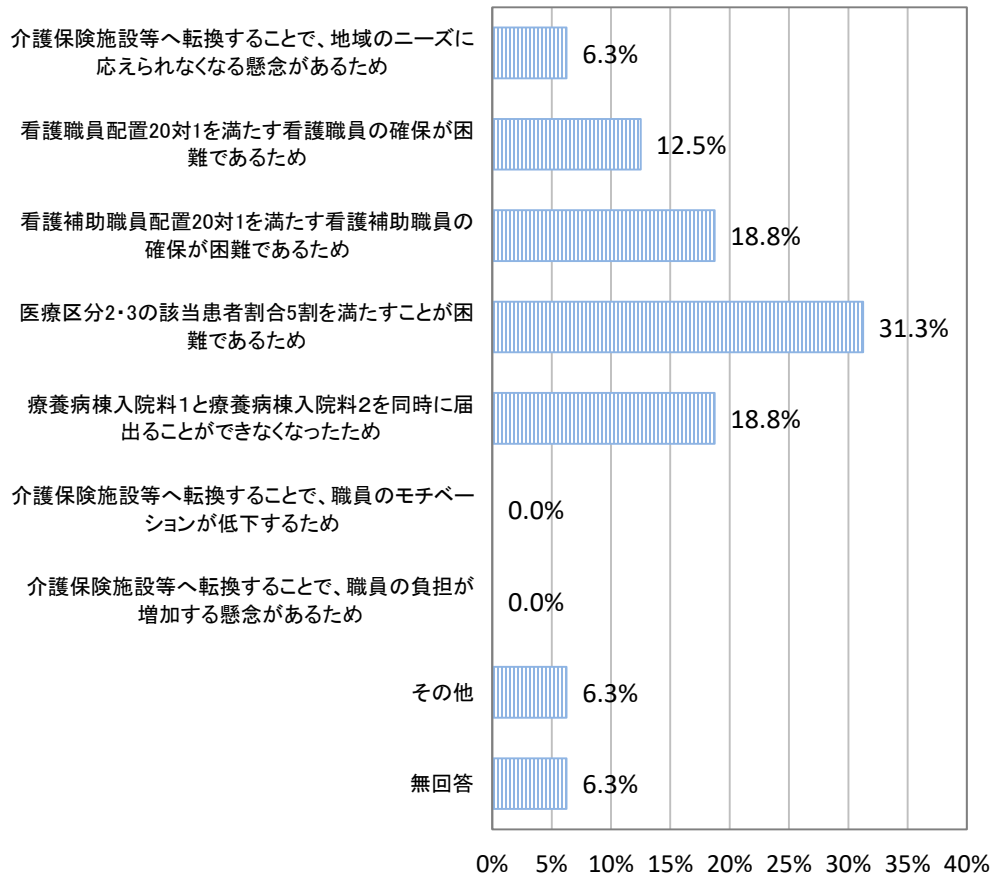
※病棟・病室の再編・統合の影響のため、合計値が100%を上回っている。

療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由

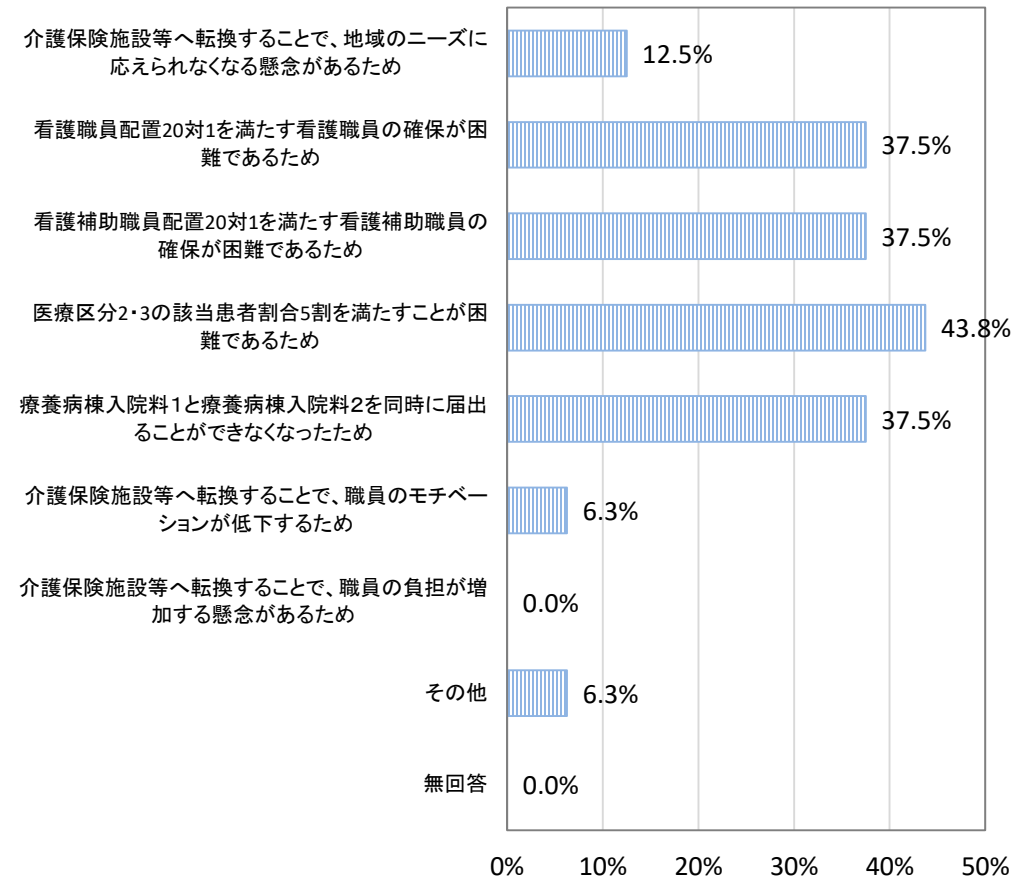
診調組 入-1
元 . 6 . 7

○ 療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「医療区分2・3の該当患者割合5割を満たすことが困難であるため」が最も多かった。

療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由
(最も該当するもの) (n=16(施設数))



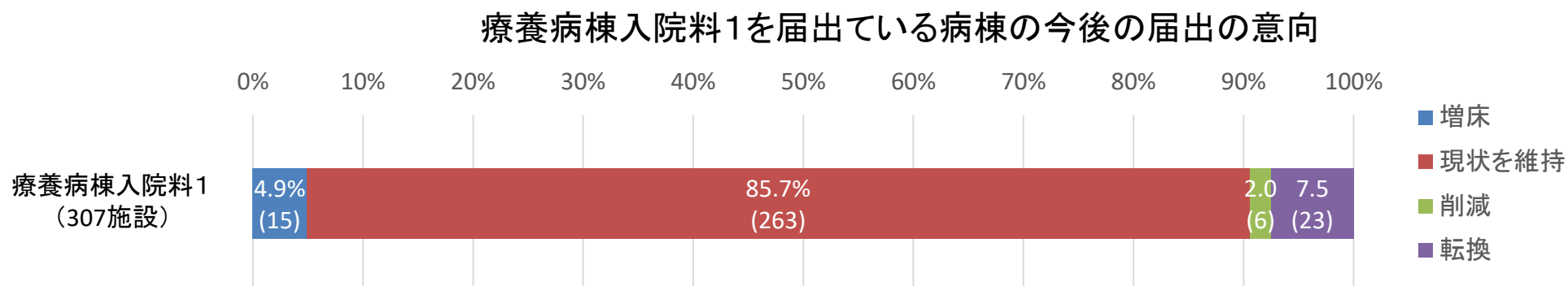
療養病棟入院基本料経過措置1を届出ている理由
(複数回答) (n=16(施設数))



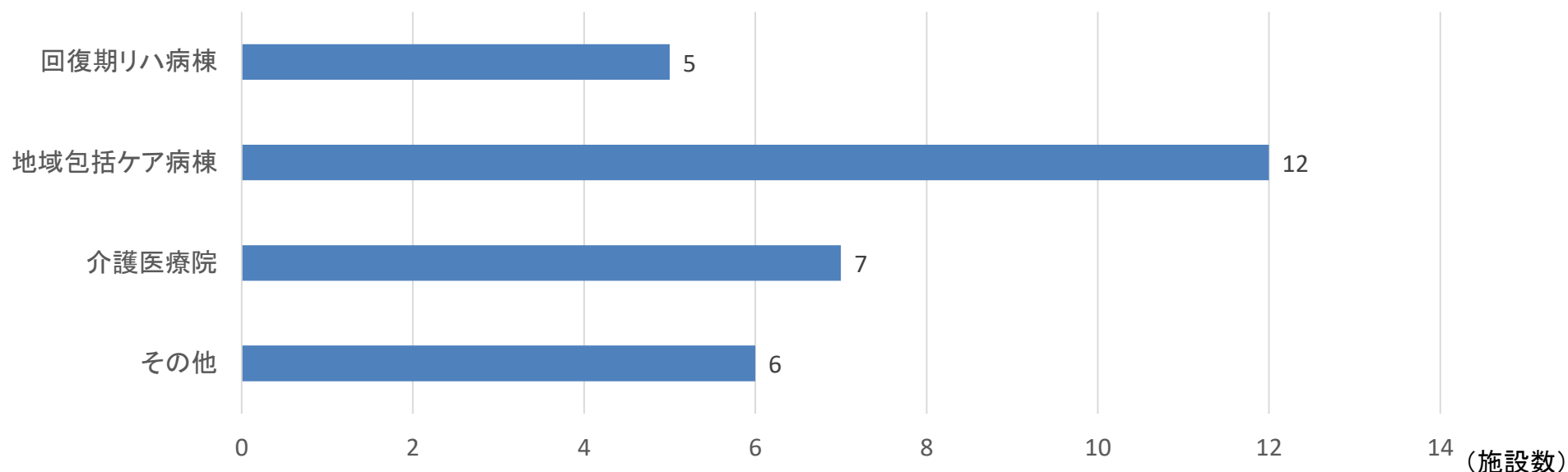
療養病棟入院料1を届出ている病棟の今後の届出の意向

診調組 入 - 1
元 . 7 . 3

- 療養病棟入院料1を届出ている病棟のうち、7.5%が他の病棟等への転換の意向があった。
移行先としては、地域包括ケア病棟、介護医療院の順に多かった。



現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)

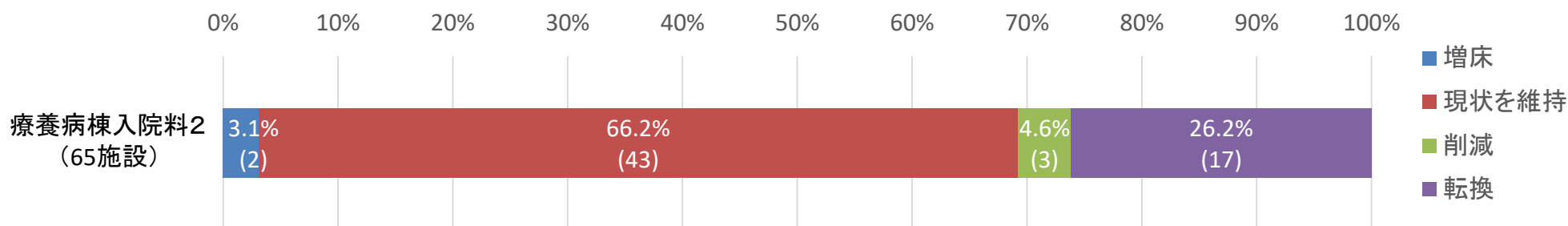


療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向

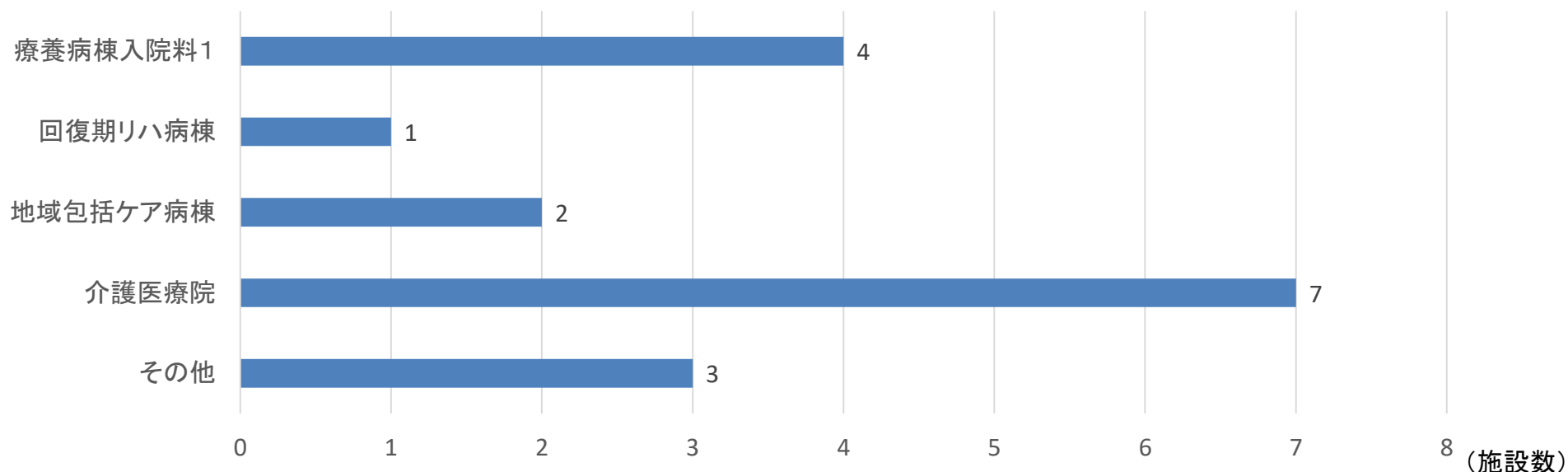
診調組 入 - 1
元 . 7 . 3

○ 療養病棟入院料2を届出ている病棟のうち、26.2%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、療養病棟入院料1の順に多かった。

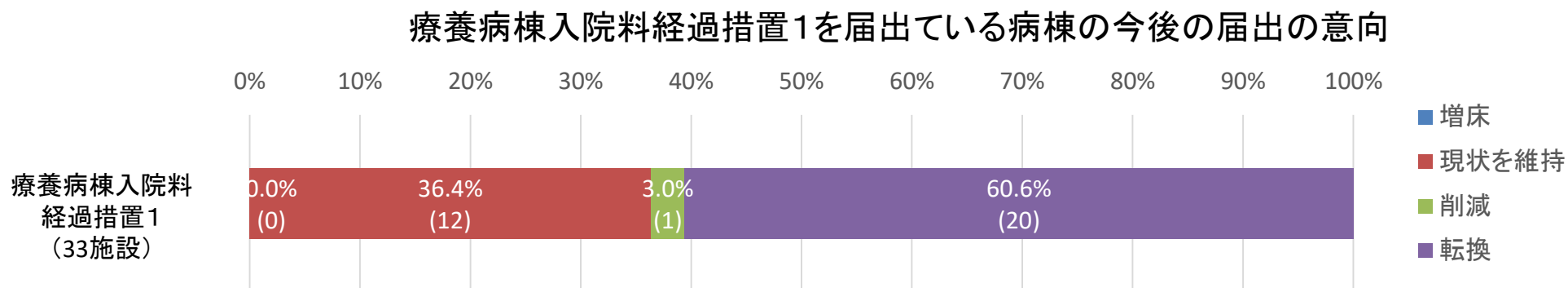
療養病棟入院料2を届出ている病棟の今後の届出の意向



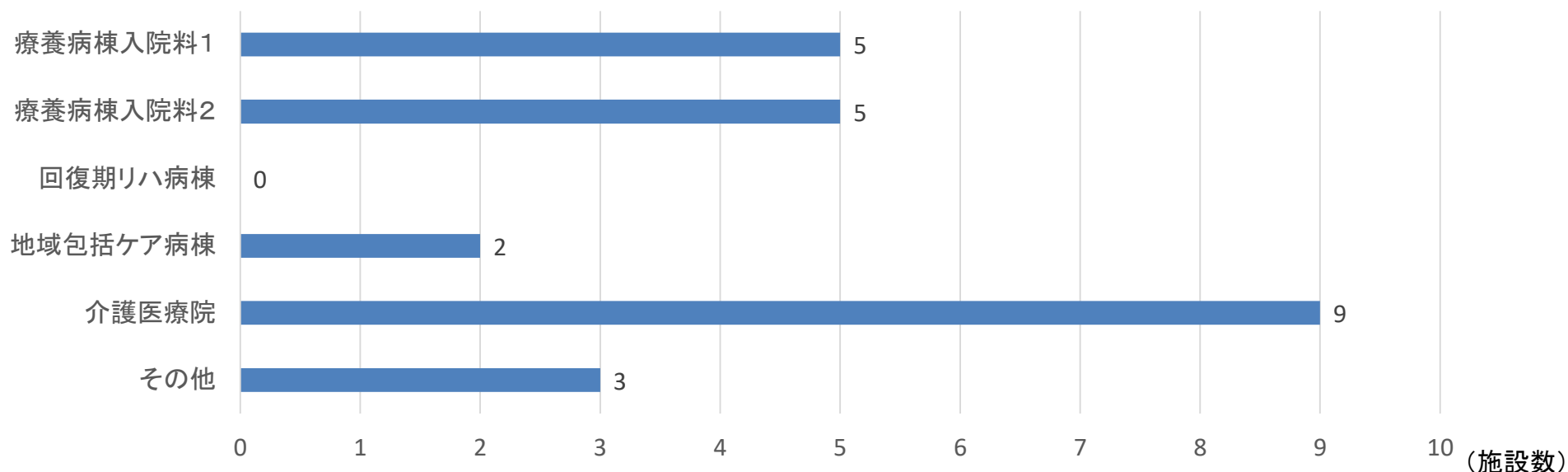
現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)



○ 療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟のうち、60.6%が他の病棟等への転換の意向があった。移行先としては、介護医療院、療養病棟入院料1・療養病棟入院料2の順に多かった。

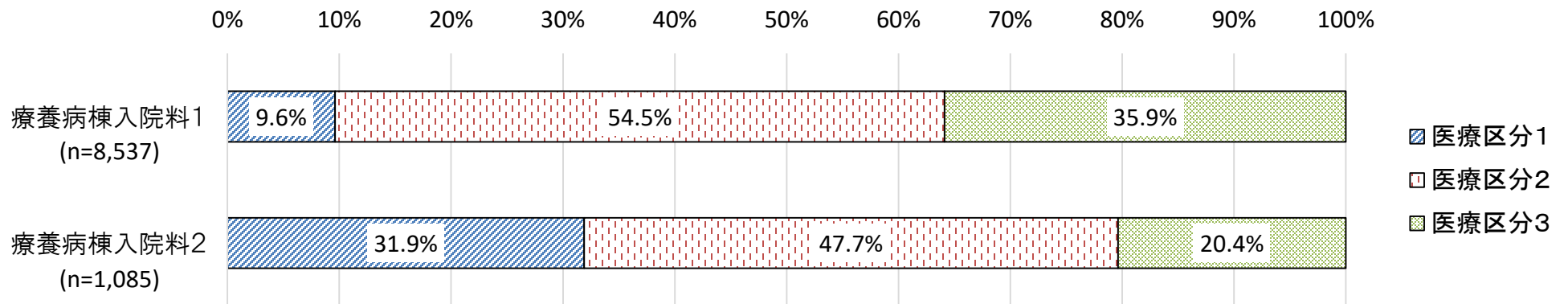


現在届出ている入院基本料から転換を検討している病棟・施設(複数回答)

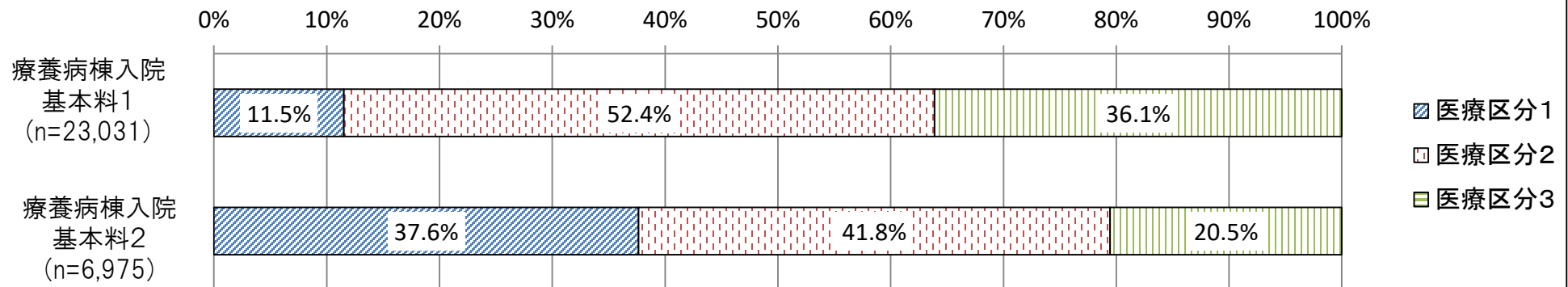


○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体のおよそ9割、療養病棟入院料2では全体のおよそ7割を占めた。

入院患者の医療区分



参考：平成29年度調査

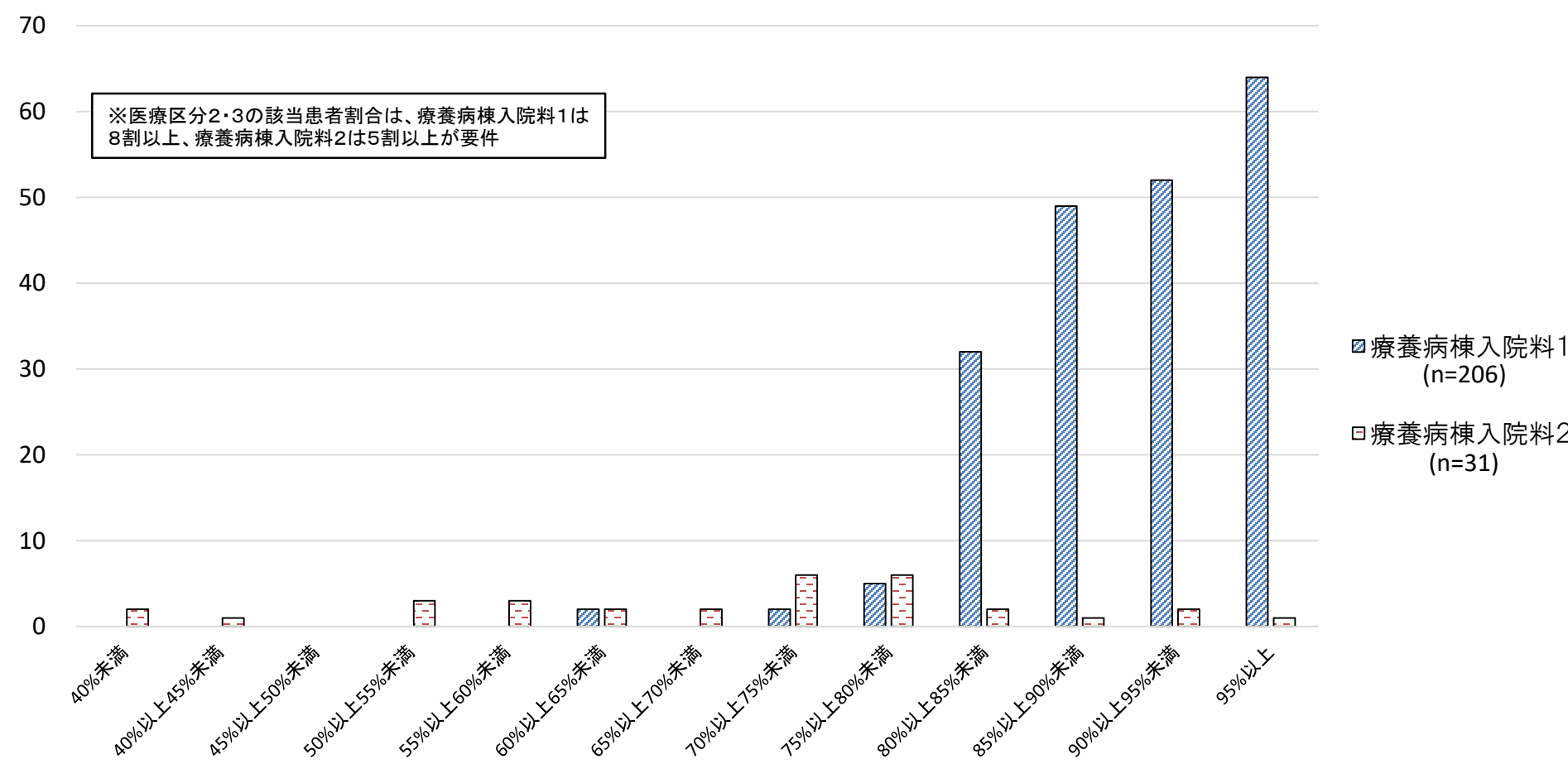


各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

- 療養病棟入院料1を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。
- 療養病棟入院料2を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、70%以上80%未満が最も多かった。

各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

(病棟数)



医療区分の判定方法の見直し

- 療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」について、以下のように見直す。

現行

【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
[算定要件]
少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。
(初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。

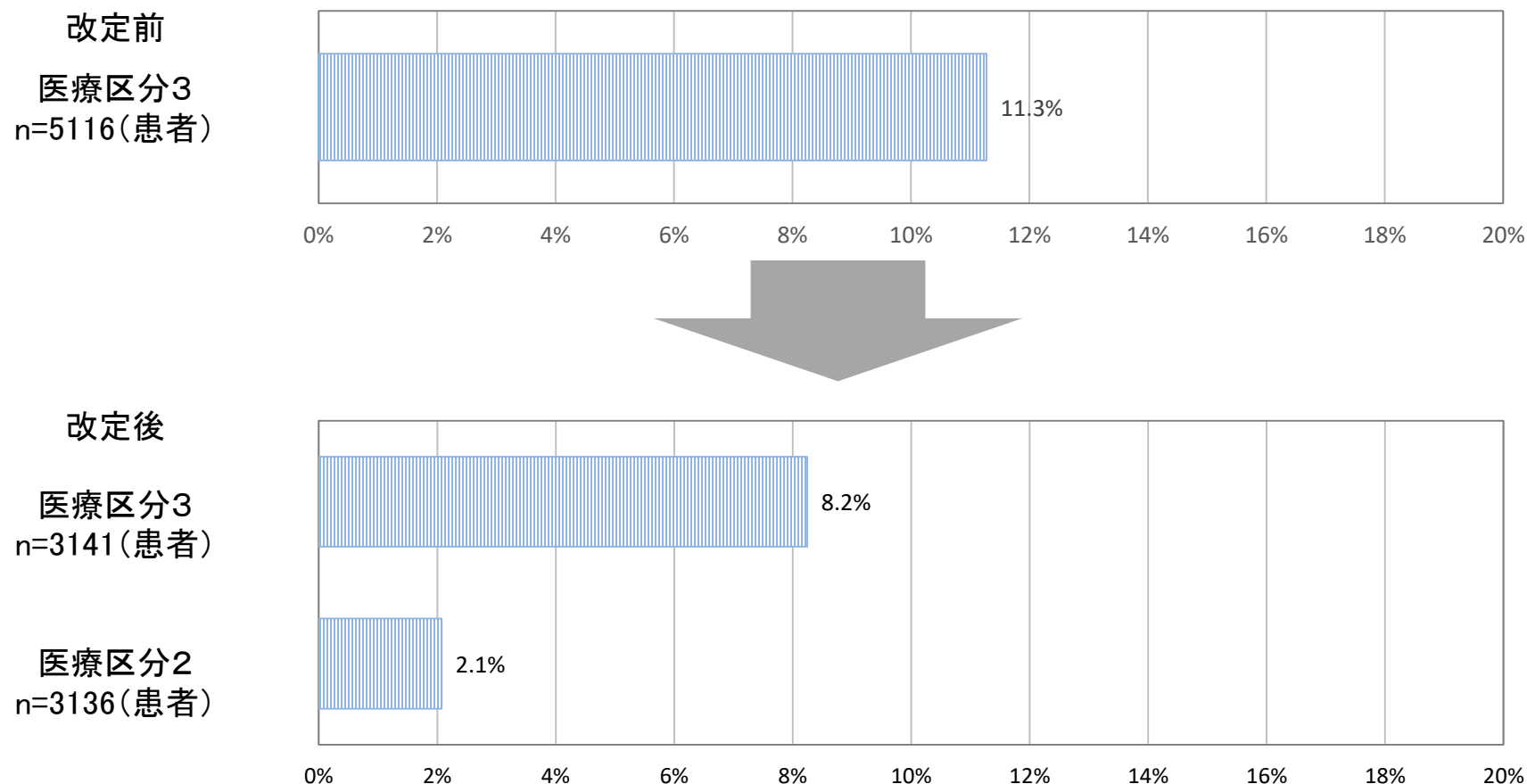


改定後

【医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態】
[算定要件]
少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。
(初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。なお、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。

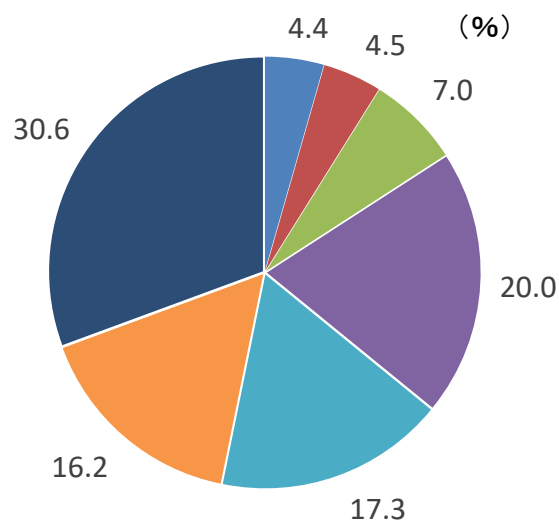
- 「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」について、改定前に医療区分3だった患者は11.3%であったが、改定後に医療区分3だった患者は8.2%であった。

医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

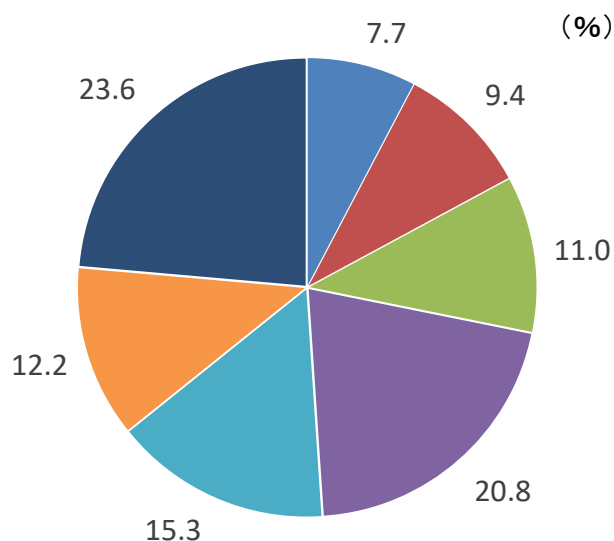


○ いずれの入院料においても、700日以上入院している患者の割合が多い。

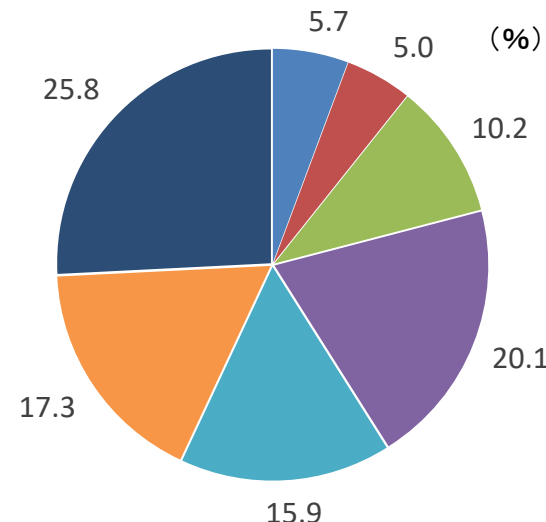
療養病棟入院料1
(n=8649(213病棟が回答))



療養病棟入院料2
(n=987(31病棟が回答))



療養病棟入院基本料
経過措置1及び2
(n=597(17病棟が回答))



■ 14日以内 ■ 15～30日 ■ 31～60日 ■ 61～180日 ■ 181～365日 ■ 366～700日 ■ 701日以上

医療区分3の項目別の該当患者割合

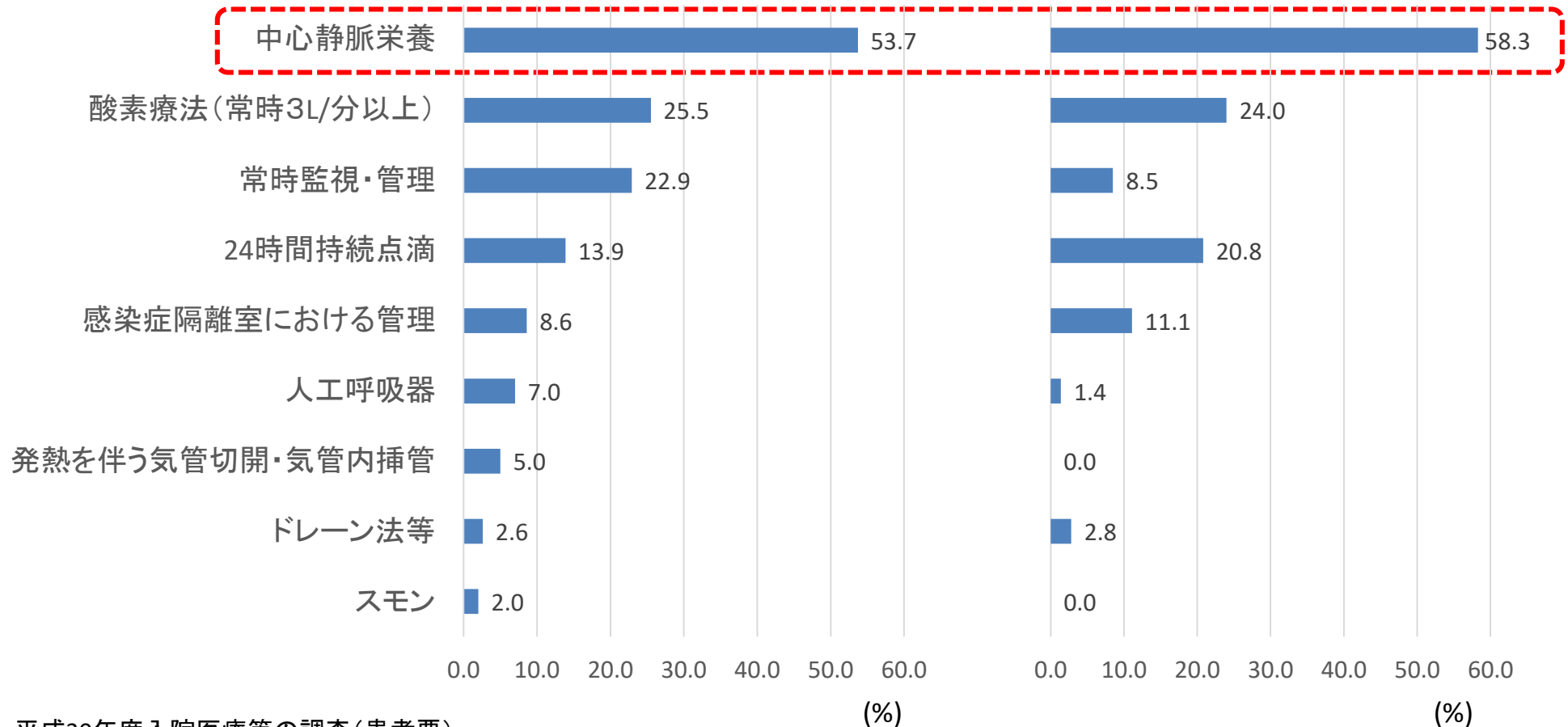
診調組 入 - 1
元 . 7 . 3

- 医療区分3の患者について、医療区分3の要件である項目の該当割合をみると、療養病棟入院料1・2ともに医療処置として「中心静脈栄養」に該当する患者割合が最も多い。

医療区分3該当患者
(n=1113)

療養病棟入院料1 (n=1037)

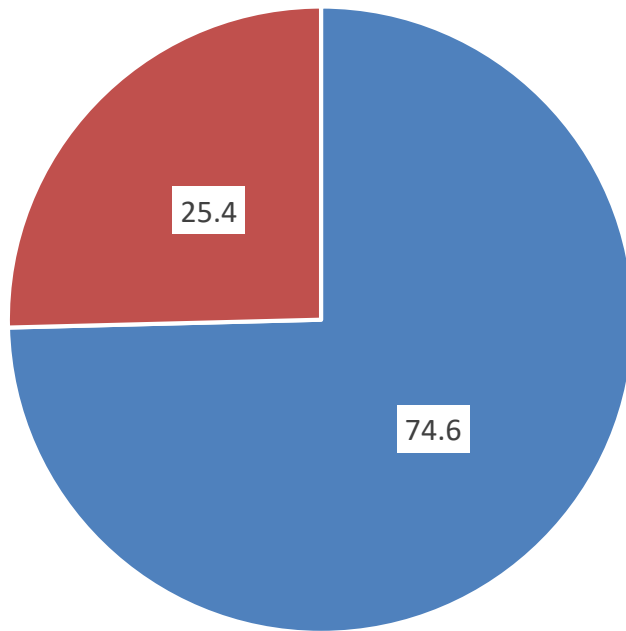
療養病棟入院料2 (n=76)



○ 調査基準日において、3月前と同じ医療処置に該当する患者割合は約7～9割である。

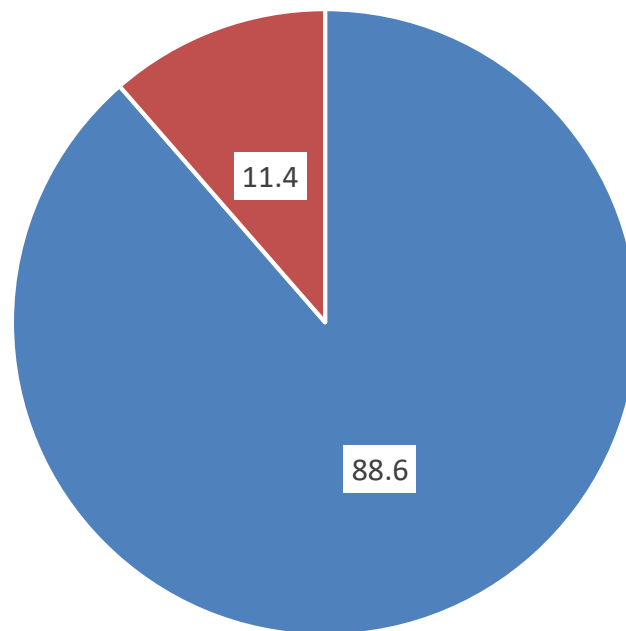
3月前に該当していた項目に、調査基準日においても引き続き該当している患者の割合

中心静脈栄養 (n=449)



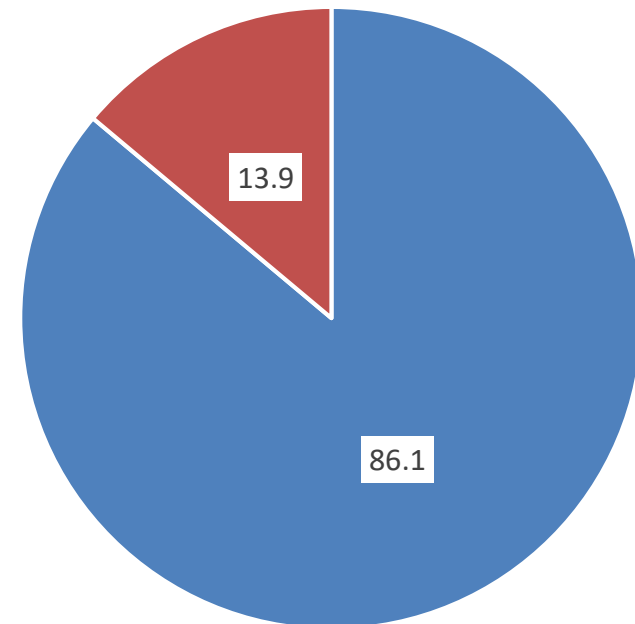
■ 該当あり ■ 該当なし

酸素療法(常時3L/分以上) (n=179)



■ 該当あり ■ 該当なし

常時監視・管理 (n=166)



■ 該当あり ■ 該当なし

医療区分2の項目別の該当患者割合

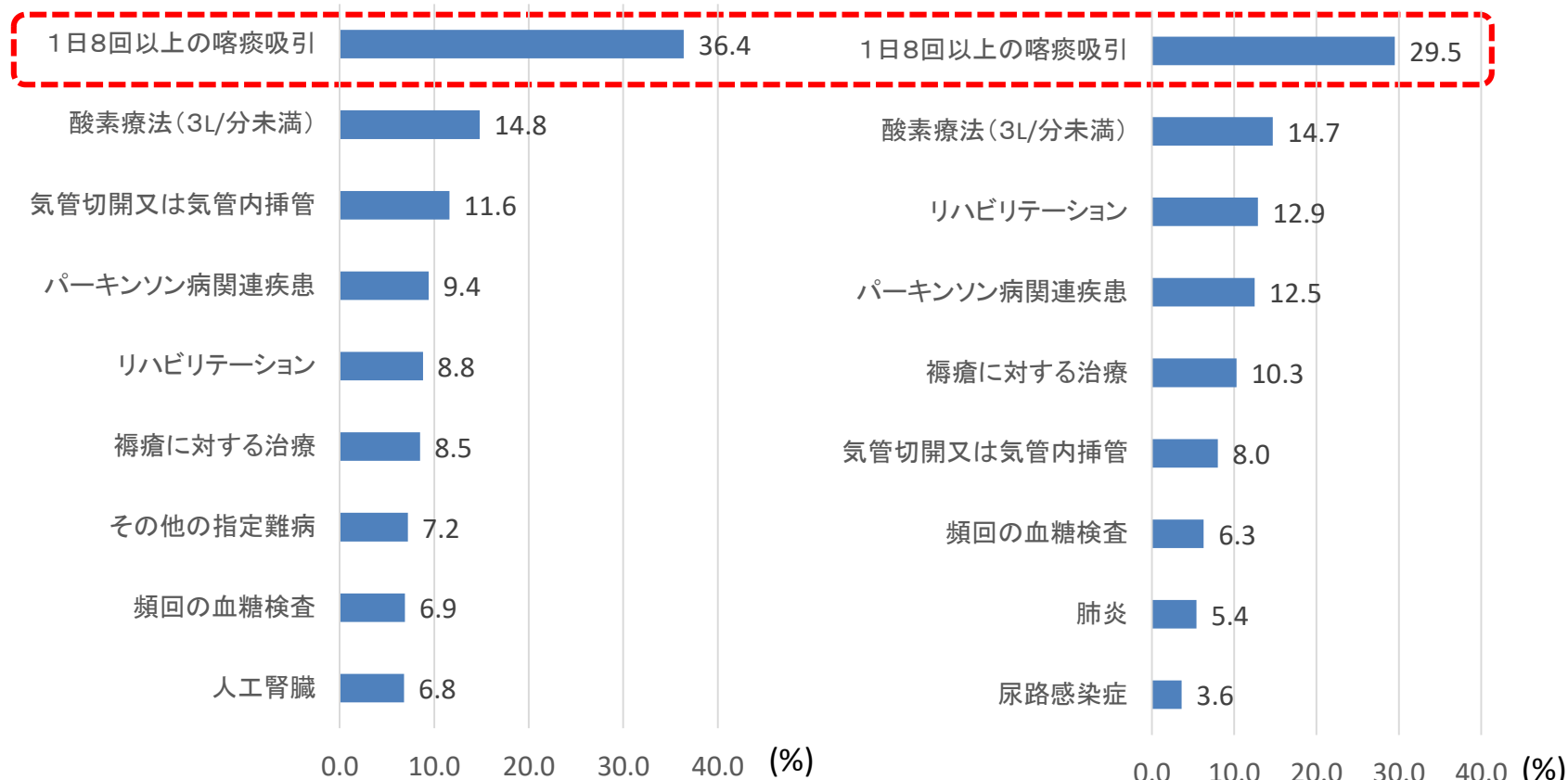
診調組 入 - 1
元 . 7 . 3

- 医療区分2, 3の患者について、医療区分2の要件である項目の該当割合をみると、療養病棟入院料1, 2ともに、「1日8回以上の喀痰吸引」に該当する患者割合が最も多い。

医療区分2, 3該当患者
(n=2733)

療養病棟入院料1 (n=2509)

療養病棟入院料2 (n=224)



入院中の患者に対する褥瘡対策②

療養病床における褥瘡対策の推進

- 療養病床における褥瘡に関する評価を、入院時から統一した指標で継続的に評価し、褥瘡評価実施加算にアウトカム評価を導入するとともに、名称を変更する。

現行

【褥瘡評価実施加算】〔算定要件〕

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

改定後

【褥瘡対策加算】〔算定要件〕

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 褥瘡対策加算1 15点

ロ 褥瘡対策加算2 5点

〔留意事項〕

入院時の褥瘡評価で用いているDESIGN-R分類を用いて入棟患者の褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定する。

- ア 褥瘡対策加算1については、入院後暦月で3月を超えない間若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。
- イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点(※)が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、当月においてDESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

(※)DESIGN-Rの合計点：褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数

(※)実績点：暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数

算定の例

算定日が10月10日の場合（中段はADL区分、下段はDESIGN-Rの合計点）

①パターン1

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	2点	3点	3点	

②パターン2 《ADL区分の変化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分2	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
	1点	2点	3点	評価を始めて暦月で3月を超えていない。

③パターン3 《3月連続して褥瘡の状態が悪化》

7月	8月	9月	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算2
1点	2点	3点	4点	3月連続して褥瘡の状態が悪化している。

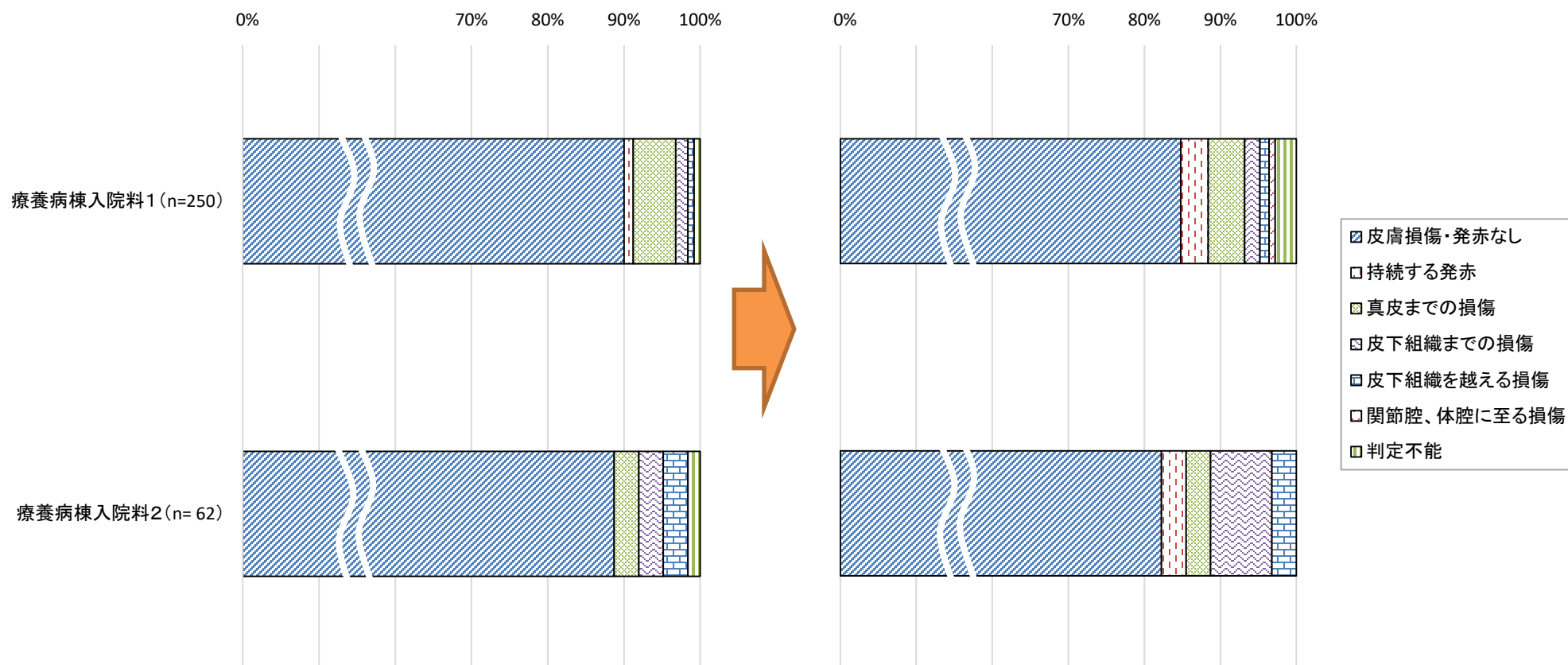
④パターン4 《同一月内の点数の変化》

7月	8月	9月	10月9日	10月10日	
ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	ADL区分3	⇒加算1
1点	2点	3点	4点	3点	※10月9日は加算2、10月10日は加算1となる

- 褥瘡の有無についてみると、入院時・退棟時ともに「皮膚損傷・発赤なし」が最も多いが、入院時よりも退棟時に「持続する発赤」等を有する患者が多くなっていた。

入院時の褥瘡の有無

退棟時の褥瘡の有無



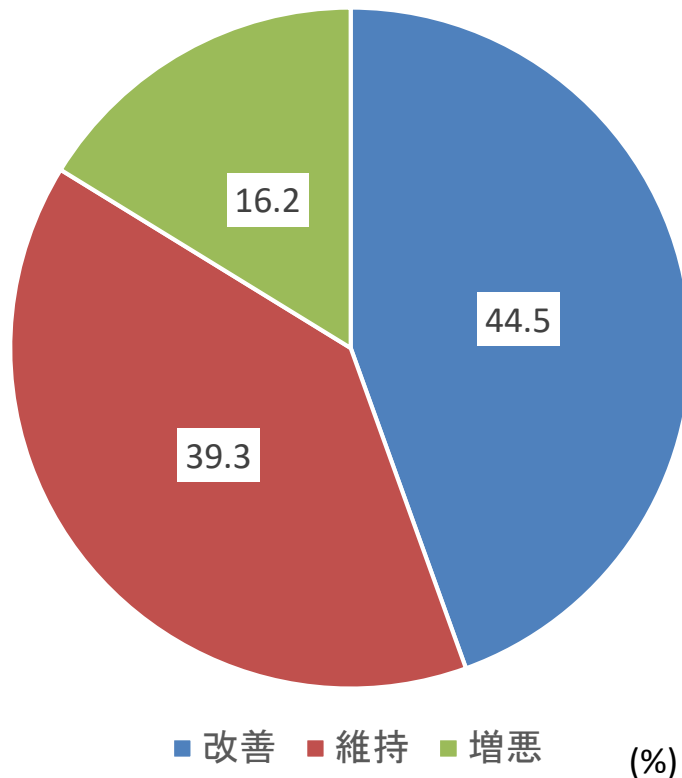
- 入院時から退棟時の褥瘡の変化を患者ごとにみると、状態が軽快している患者もみられた。

入院時から退棟時の褥瘡の変化(療養病棟入院料1・2)

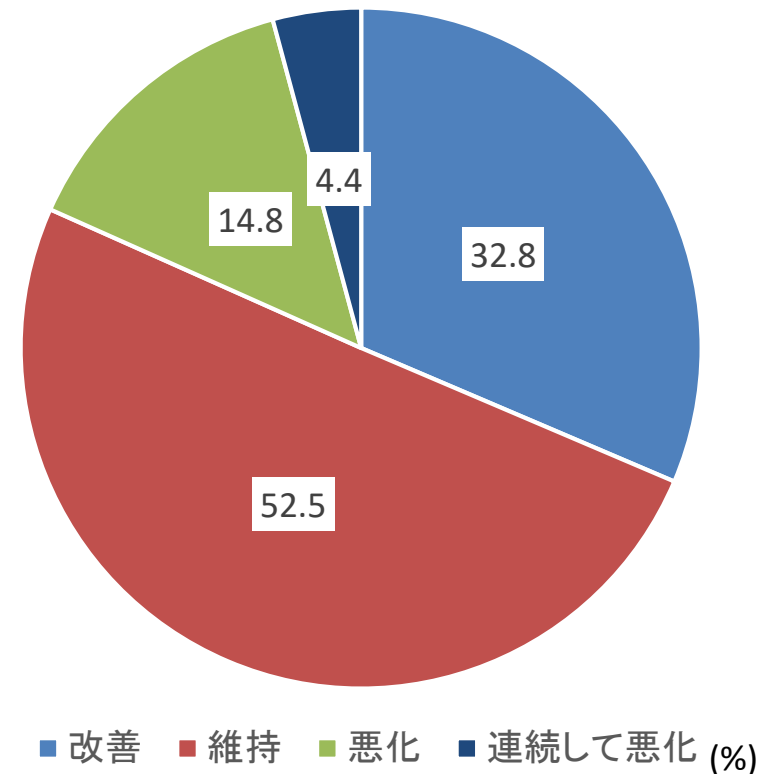
			退棟時						
			皮膚損傷・発赤なし	持続する発赤	真皮までの損傷	皮下組織までの損傷	皮下組織を越える損傷	関節腔、体腔に至る損傷	判定不能
			n=263	n=11	n=14	n=10	n=5	n=2	n=2
入院時	皮膚損傷・発赤なし	n=280	87.1%	2.9%	4.3%	2.5%	0.7%	0.4%	2.1%
	持続する発赤	n=3	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	真皮までの損傷	n=16	56.3%	12.5%	12.5%	6.3%	6.3%	0.0%	6.3%
	皮下組織までの損傷	n=6	66.7%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%	0.0%
	皮下組織を越える損傷	n=4	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%	50.0%	0.0%	0.0%
	関節腔、体腔に至る損傷	n=0	-	-	-	-	-	-	-
	判定不能	n=3	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

- 調査基準日のDESIGN-Rの合計点が前月の実績点を上回り、かつ、前月の実績点が前々月の実績点を上回った患者は4.4%であった。

調査基準日の前々月と前月の
実績点の比較



調査基準日の前月の実績点と調査
基準日の合計点の比較



在宅復帰機能強化加算

- 平成26年度診療報酬改定において、在宅復帰機能の高い病棟に対する評価として、在宅復帰機能強化加算を創設した。

平成26年度診療報酬改定(患者1人1日につき、10点を所定点数に加点する)

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除き、1か月以上入院していた患者に限る。)} \\ \text{当該病棟から退院した患者} \\ \text{(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く。)}}{\geq 5割} \quad \text{かつ} \quad \frac{\text{[病床回転率]} \\ 30.4}{\text{平均在院日数}} \geq 100\text{分の}10$$

- 平成28年度診療報酬改定において、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰がより適切に評価されるよう、施設基準の見直しを行った。

平成28年度診療報酬改定(患者1人1日につき、10点を所定点数に加点する)

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除き、自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1か月以上入院していた患者に限る。)} \\ \text{当該病棟から退院した患者} \\ \text{(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く。)}}{\geq 5割} \quad \text{かつ} \quad \frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100\text{分の}10$$

- 平成30年度診療報酬改定において、一般病棟等から当該入院基本料を算定する病棟に入院し、在宅に退院した患者の割合の基準値を引き上げるとともに、評価の見直しを行った。

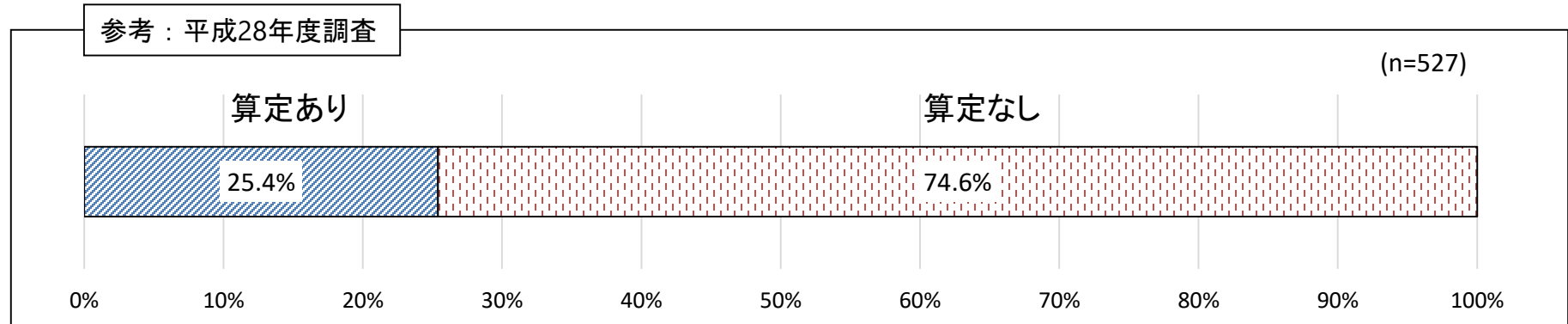
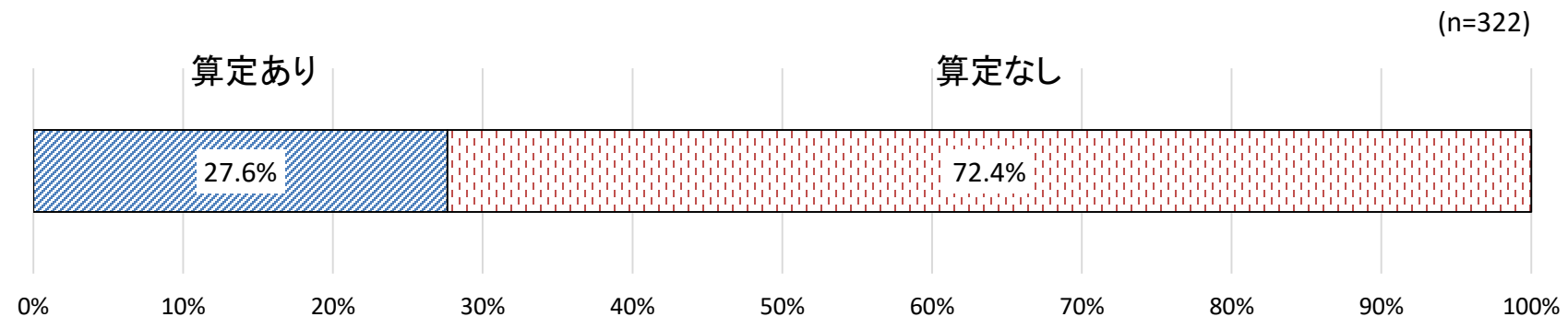
平成30年度診療報酬改定(患者1人1日につき、50点を所定点数に加点する)

$$\frac{\text{在宅に退院した患者(再入院患者及び死亡退院を除き、自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に1か月以上入院していた患者に限る。)} \\ \text{当該病棟から退院した患者} \\ \text{(再入院患者、死亡退院及び急性増悪で転院した患者を除く。)}}{\geq 5割} \quad \text{かつ} \quad \frac{\text{自院又は他院の一般病棟等から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数}}{\text{当該病棟の1日平均入院患者数}} \geq 100\text{分の}15$$

※在宅に退院した患者: 他病棟・他医療機関へ転棟・転院した患者及び介護老人保健施設に入所した患者以外の患者

- 療養病棟入院料1の届出病棟のうち、在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の割合は、全体の4分の1程度であった。

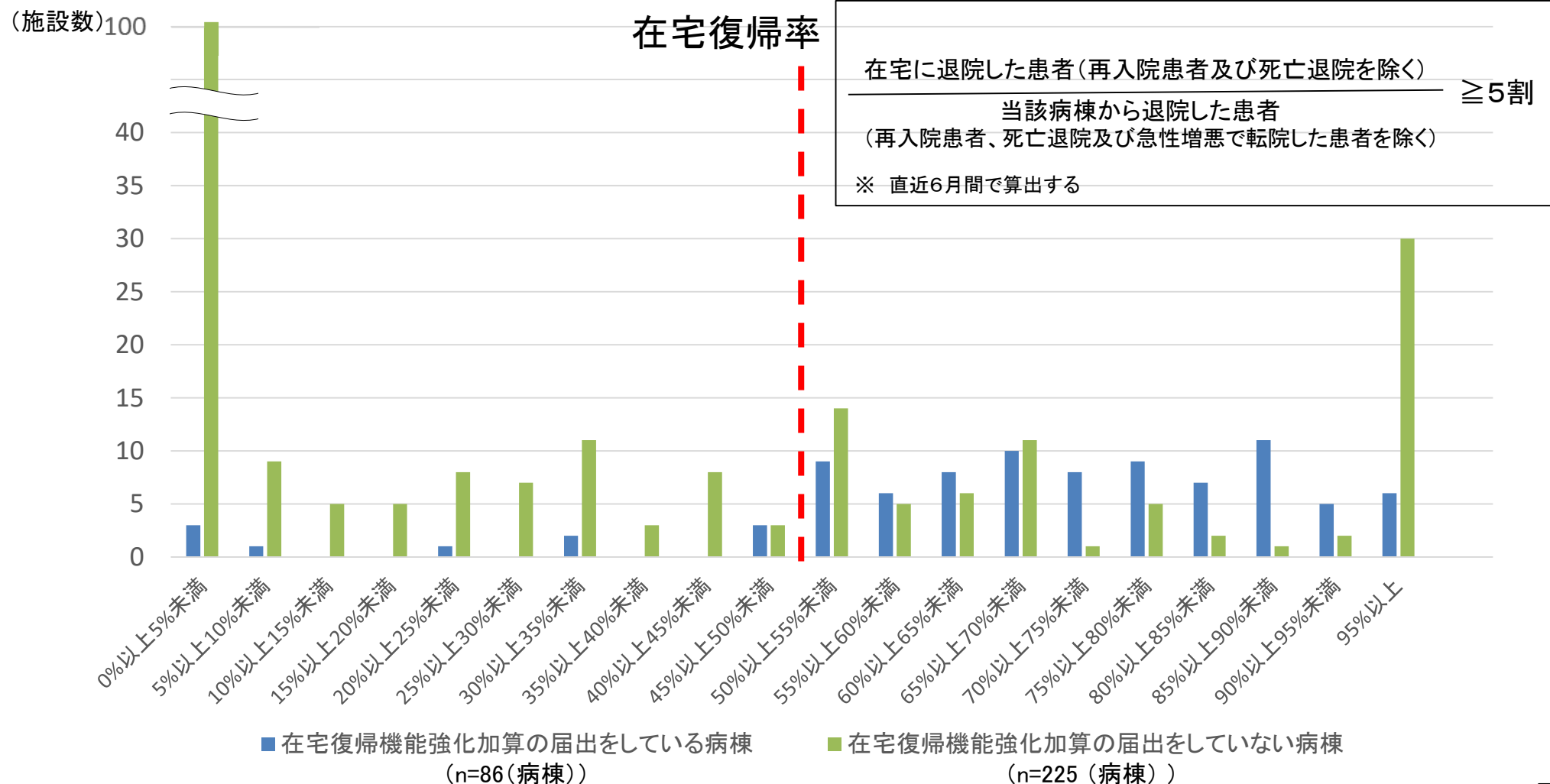
療養病棟入院料1のうち在宅復帰機能強化加算を算定する病棟



療養病棟入院料1を届出ている在宅復帰率

診調組 入 - 1
元 . 7 . 3

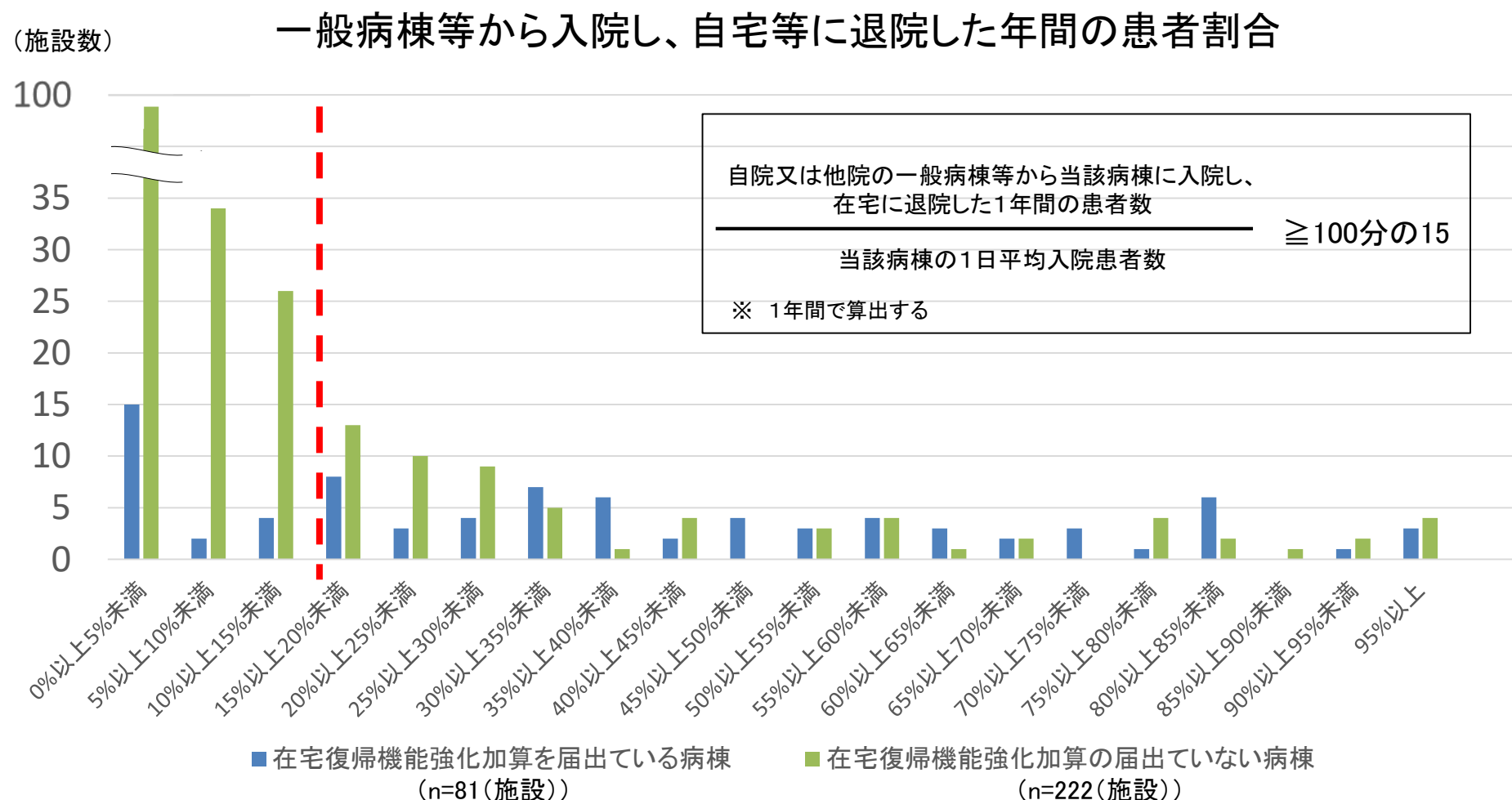
- 在宅復帰機能強化加算の届出をしている医療機関については、在宅復帰率が5割以上の医療機関が多かった。
- 在宅復帰機能強化加算の届出をしていない医療機関については、在宅復帰率が5割以上の医療機関が一定数存在していた。



一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合

診調組 入 - 1
元 . 7 . 3

- 在宅復帰機能強化加算を届出ている病棟について、15%以上20%未満にピークが見られた。



救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

現行

当該病棟（地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあつては、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、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入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、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援（療養）病床初期加算として、1日につき150点（療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300点）を所定点数に加算する。



改定後

【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟（地域包括ケア病棟にあつては、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（療養）病床初期加算**として、1日につき150点（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき300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（地域包括ケア病棟にあつては、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（療養）病床初期加算**として、1日につき**300点**（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき**350点**）を所定点数に加算する。

治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

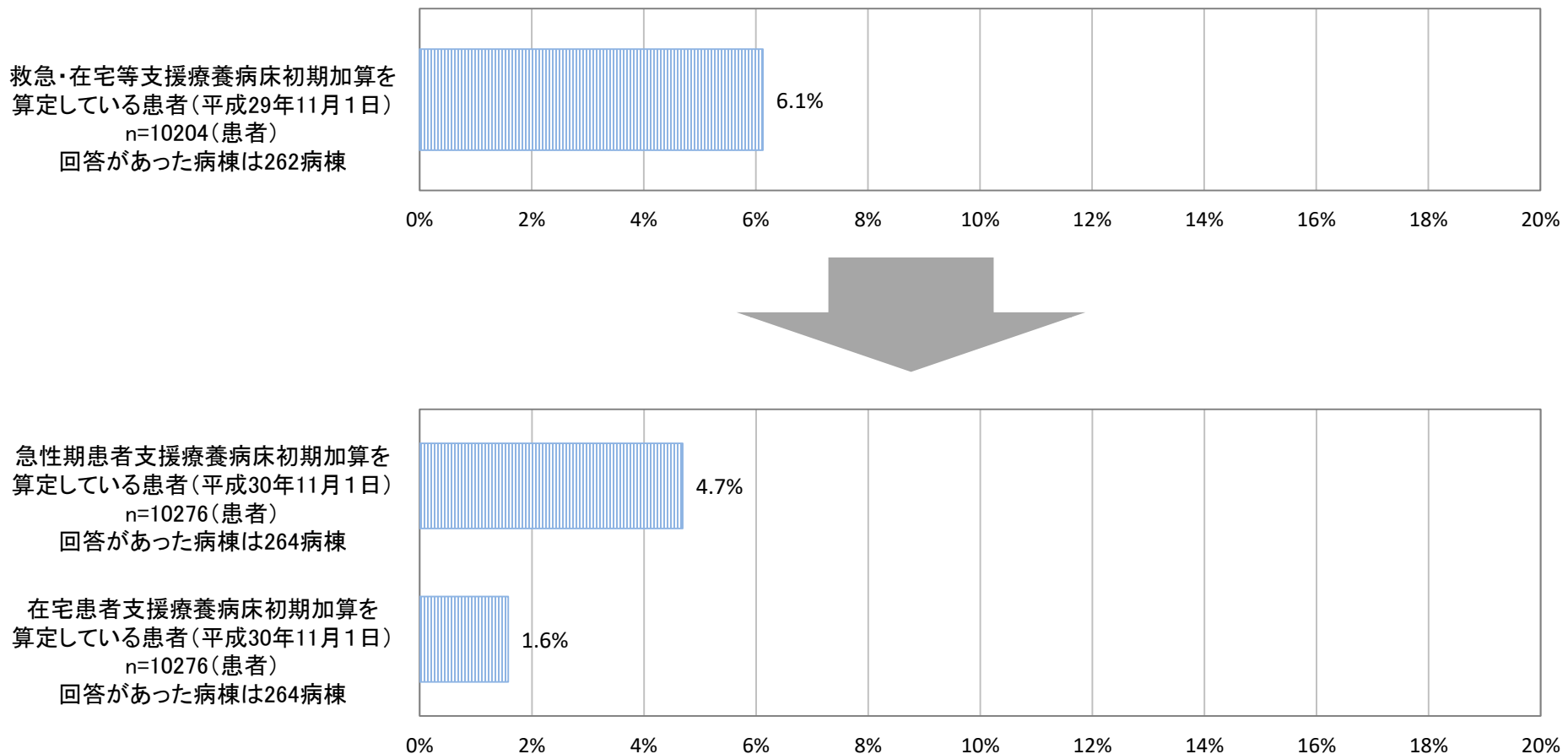
- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

〔施設基準〕

（新設） 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。

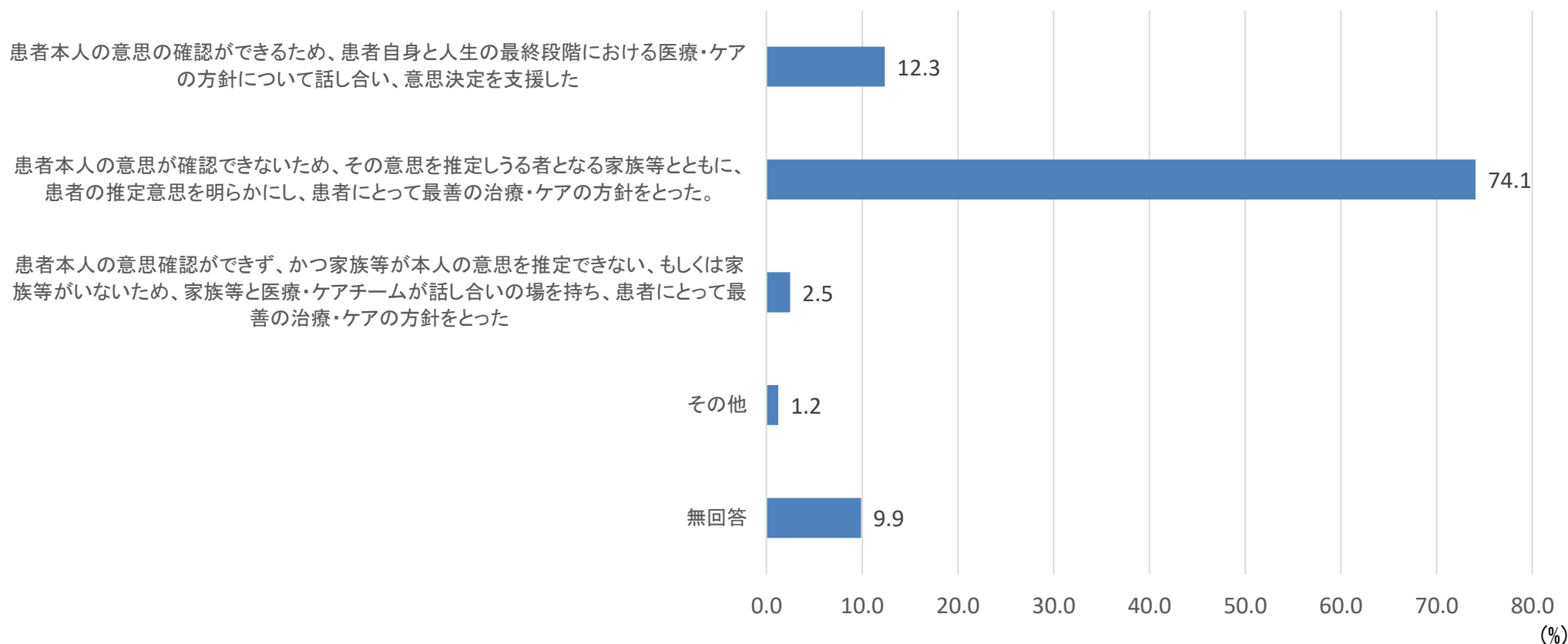
- 平成30年11月1日時点では、急性期患者支援療養病床初期加算を算定している患者割合が、在宅患者支援療養病床初期加算を算定している患者割合より高かった。

急性期患者支援療養病床初期加算の算定状況別入院患者割合



- 「本人の意思が確認できないため、家族等とともに患者の推定意思を明らかにし、患者にとって最善の治療・ケアの方針をとった」割合が最も多かった。

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の実施内容



(n=162(平成30年11月1日時点で在宅患者支援療養病床初期加算を算定していた患者))
※回答した病棟は50病棟

療養病棟入院基本料等について

【現状・課題】

（施設の現況）

- ・ 療養病棟入院基本料の届出病床数は微増傾向であるが、病床稼働率は減少傾向。
- ・ 改定前に療養病棟入院基本料（経過措置）を届出していた病棟について、改定後に療養病棟入院料経過措置1を届出ている病棟が多い。
- ・ 療養病棟入院料経過措置1を届けている病棟のうち、約60%がほかの病棟等への転換の意向があった。

（入院患者の現況（医療区分等））

- ・ 療養病棟入院基本料を届出ている病棟において、700日以上入院している患者の割合が多い。
- ・ 療養病棟入院料1では、全体のおよそ9割、療養病棟入院料2では全体のおよそ7割が医療区分2・3に該当した。
- ・ 「医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態」について、改定後では医療区分3に該当する患者が多かった。
- ・ 3か月の医療区分・ADL区分の変化を見ると、いずれの医療区分・ADL区分についても、同じ区分の割合が高い。
- ・ 医療区分3の患者については、医療区分3の要件である「中心静脈栄養」に該当する患者が多い。
- ・ 医療区分2・3の患者については、医療区分2の要件である「1日8回以上の喀痰吸引」に該当する患者が多い。
- ・ 医療区分が上がるほど、経管栄養・経静脈栄養を使用する患者の割合が多い。
- ・ リハビリテーションの実施頻度は、いずれの医療区分においても7日間で2回以上4回以下が多く、1回当たりの実施単位数は2単位以下が多い。

（在宅復帰機能強化加算）

- ・ 療養病棟入院料1の届出病棟のうち、在宅復帰機能強化加算を算定する病棟の割合は約25%程度である。
- ・ 在宅復帰率については、在宅復帰機能強化加算の届出をしている病棟では在宅復帰率が5割以上の医療機関が多かった。
- ・ 一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者割合については、15%以上20%未満である医療機関が最も多かった。

【論点】



- 医療区分について、各項目の該当割合や医療区分の見直しによる変化等を踏まえ、更なる分析を進めてはどうか。
- 療養病棟の在宅復帰機能について、在宅復帰率等の分布や患者の在院日数を踏まえ、どのように考えるか。

1. 一般病棟入院基本料等
2. 療養病棟入院基本料
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
4. 回復期リハビリテーション病棟入院料
5. 入退院支援

地域包括ケア病棟の経緯①

【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急性期からの受け入れ、②在宅・生活復帰支援、③緊急時の受け入れの3つとされた

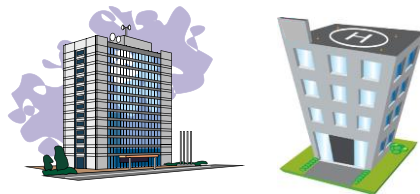
【平成28年度診療報酬改定】

- ・ 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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の見直し

地域包括ケア病棟の役割

①急性期治療を経過した
患者の受け入れ



②在宅で療養を行っている
患者等の受け入れ



③在宅復帰支援



「①急性期治療を経過した
患者の受け入れ」に係る要件

- ❑ 重症患者割合

「②在宅で療養を行っている
患者等の受け入れ」に係る要件

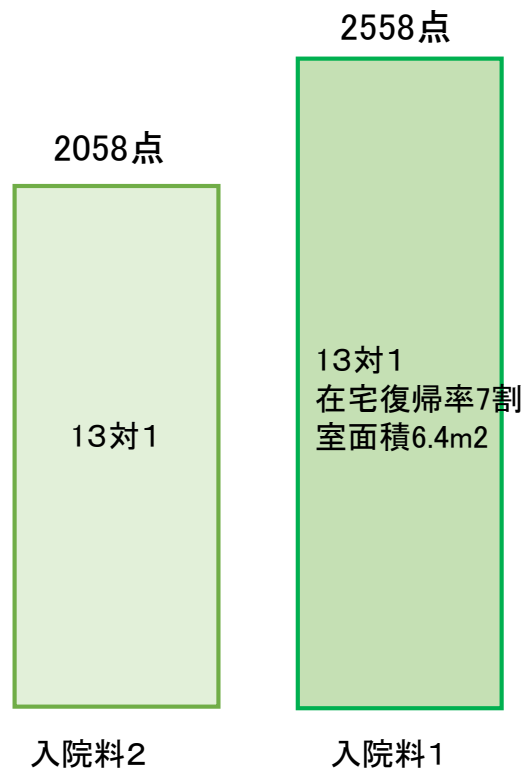
- ✓ 自宅等からの入院患者の受け入れ
- ✓ 自宅等からの緊急患者の受け入れ
- ✓ 在宅医療等の提供
- ✓ 看取りに対する指針の策定

「③在宅復帰支援」に係る要件

- ❑ 在宅復帰に係る職員の配置
- ❑ 在宅復帰率(入院料1・2のみ)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

【現行】

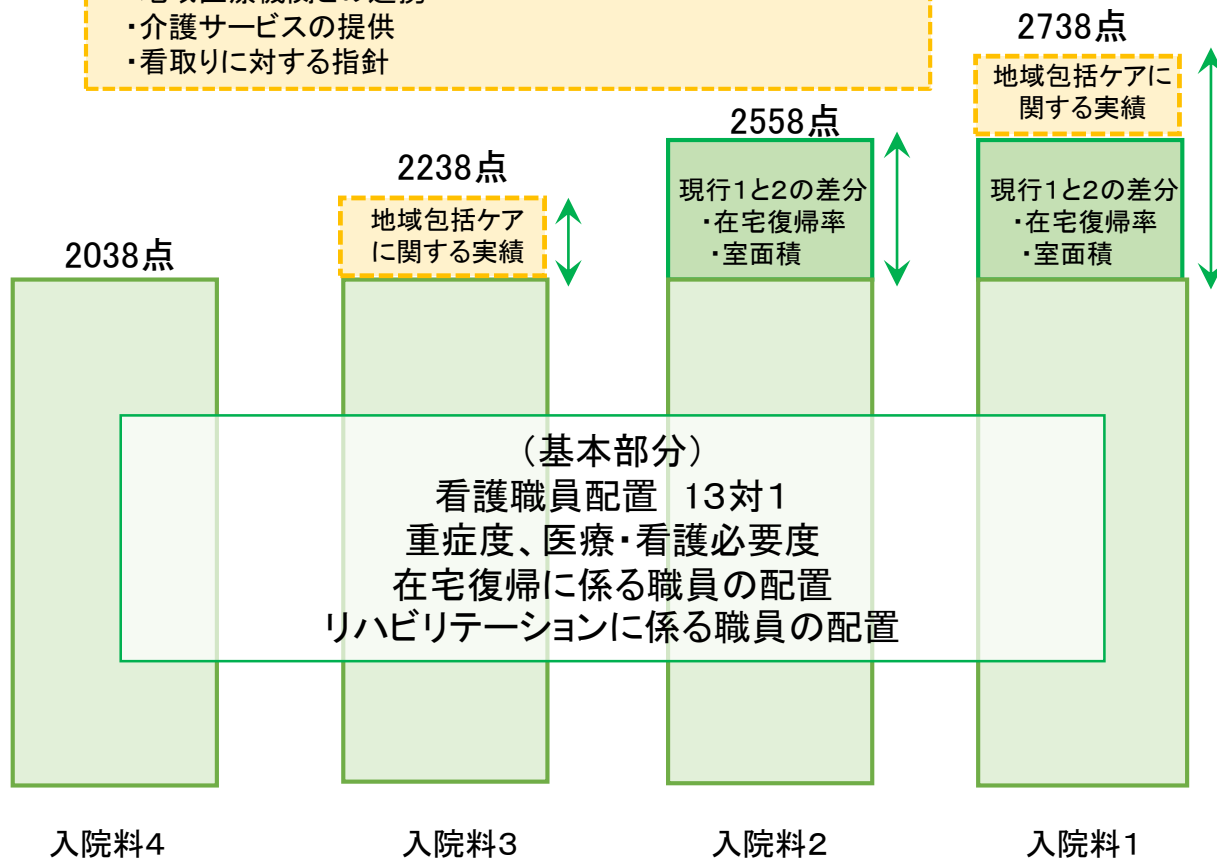


再編

【平成30年度改定】

【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療等の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4の内容

- ▶ 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すとともに、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する。

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 8%以上							
在宅復帰に係る職員	当該保険医療機関内に在宅復帰支援を担当するものを適切に配置							
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							
在宅復帰率	—				7割以上			
室面積	—				6.4㎡以上			
自宅等から入棟した患者割合	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上	—		1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	—		3月で3人以上		—		3月で3人以上	
在宅医療等の提供(*3)	—		○		—		○	
看取りに対する指針	—		○		—		○	
届出単位	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟
許可病床数200床未満のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○
点数(生活療養)	2,038点(2,024点)		2,238点(2,224点)		2,558点(2,544点)		2,738点(2,724点)	

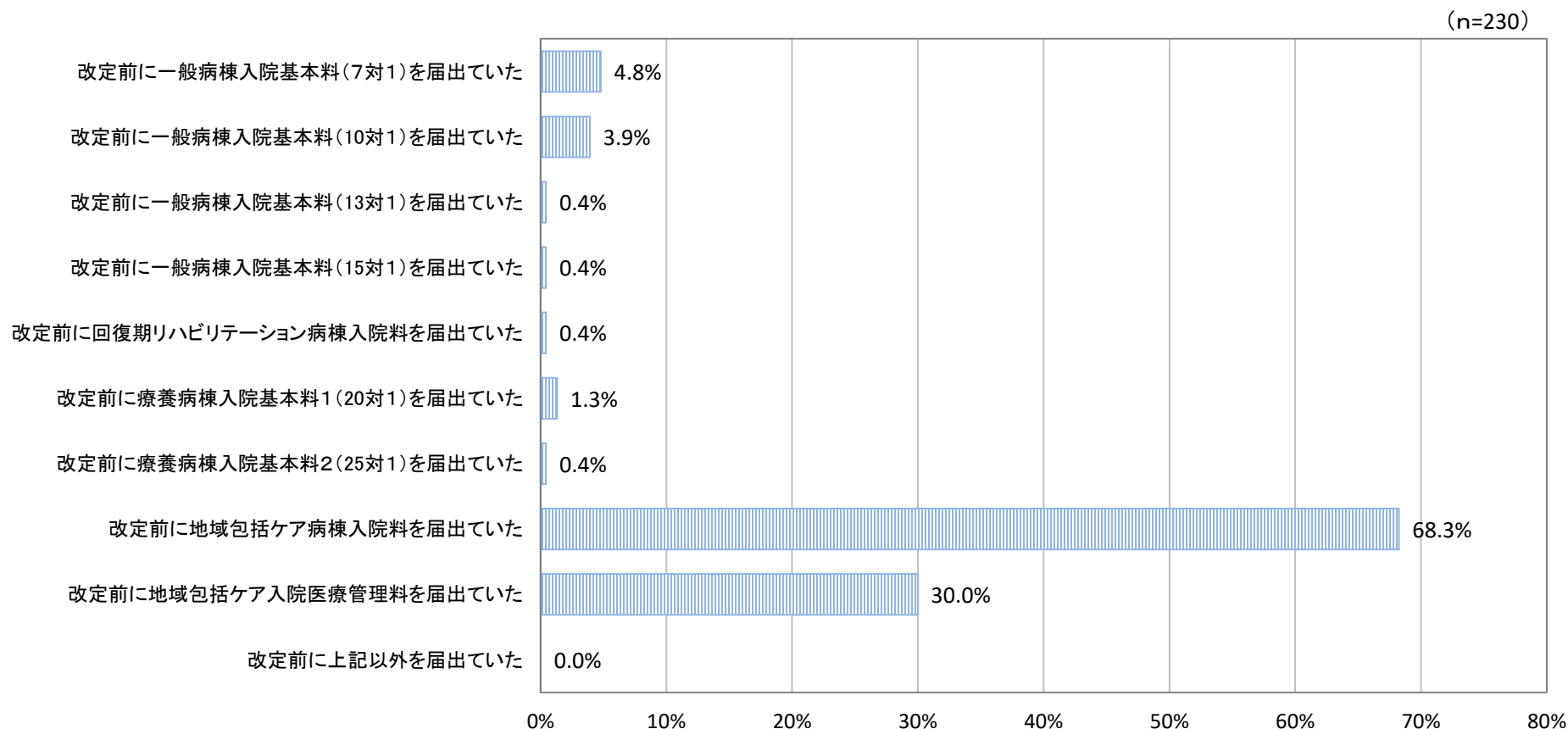
実績部分

*3: 以下①～④のうち少なくとも2つを満たしていること

- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20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3月で100回以上、若しくは同一敷地内の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3月で500回以上であること。
- ③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、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等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

- 平成30年11月1日時点で地域包括ケア病棟を届出していた病棟について、改定前の届出状況をみると、地域包括ケア病棟・病室以外では、「改定前に一般病棟入院基本料（7対1）を届出していた」の割合が最も多かった。

平成30年11月1日時点で地域包括ケア病棟を届出していた病棟の改定前の届出状況



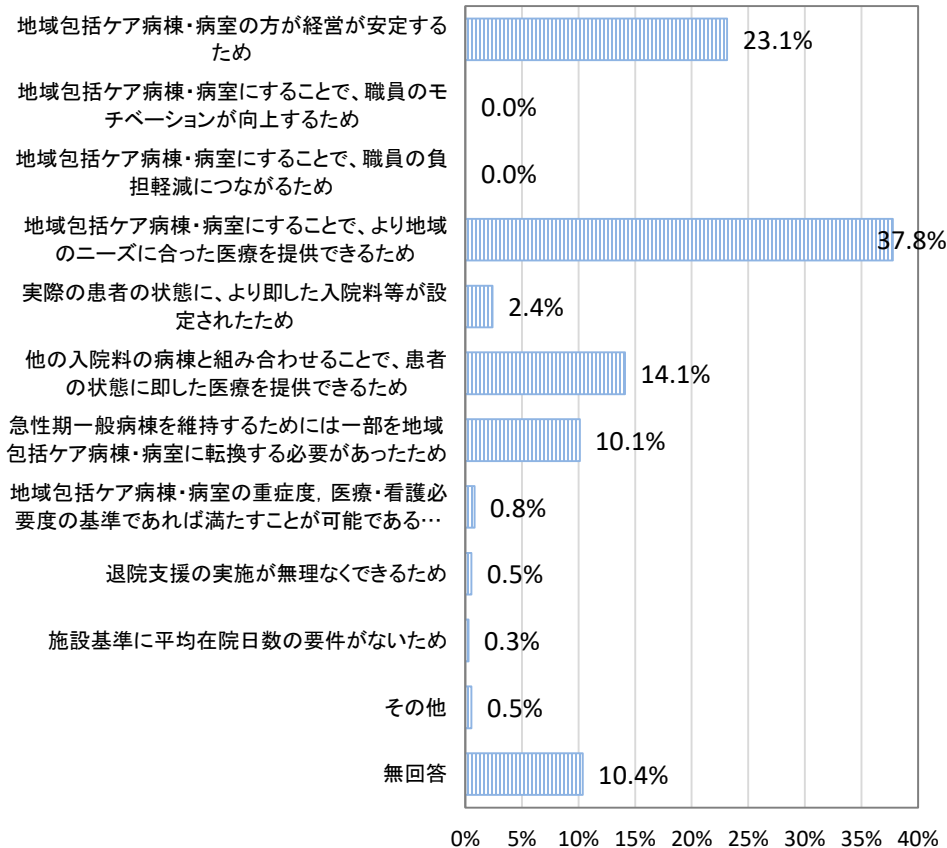
地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由

診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

○ 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、届出ている理由を聞くと、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できるため」が最も多く、次いで、「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。

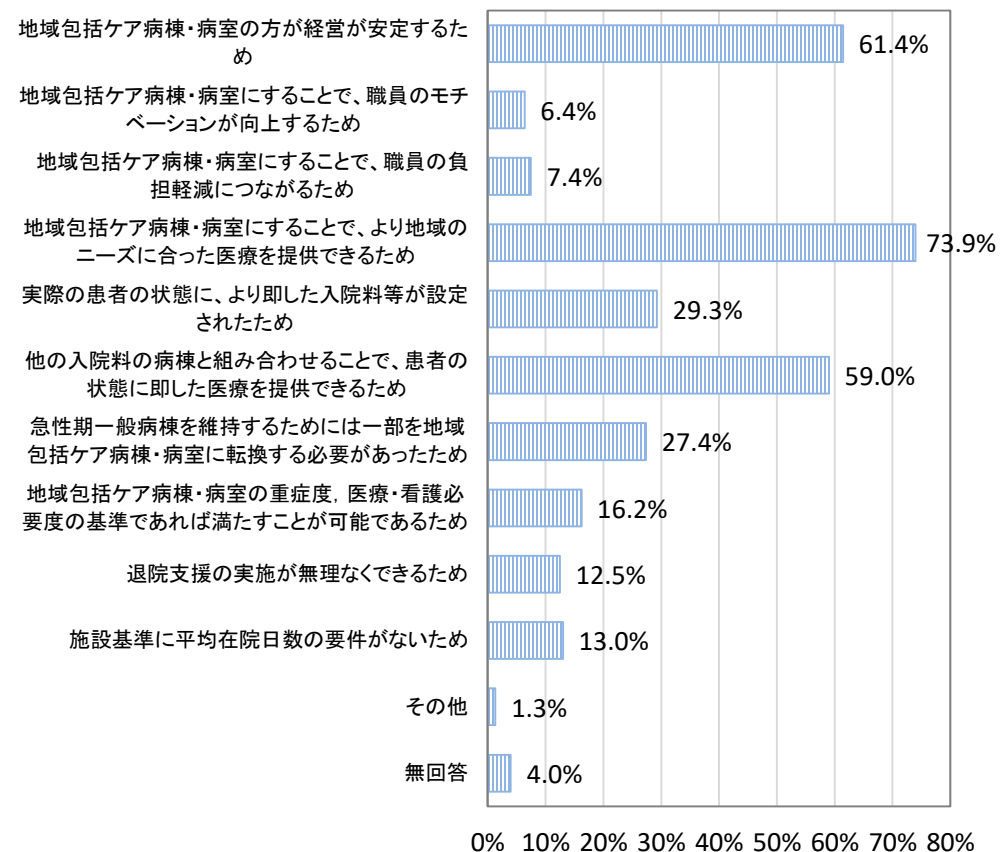
地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由
(最も該当するもの)

(n=376)



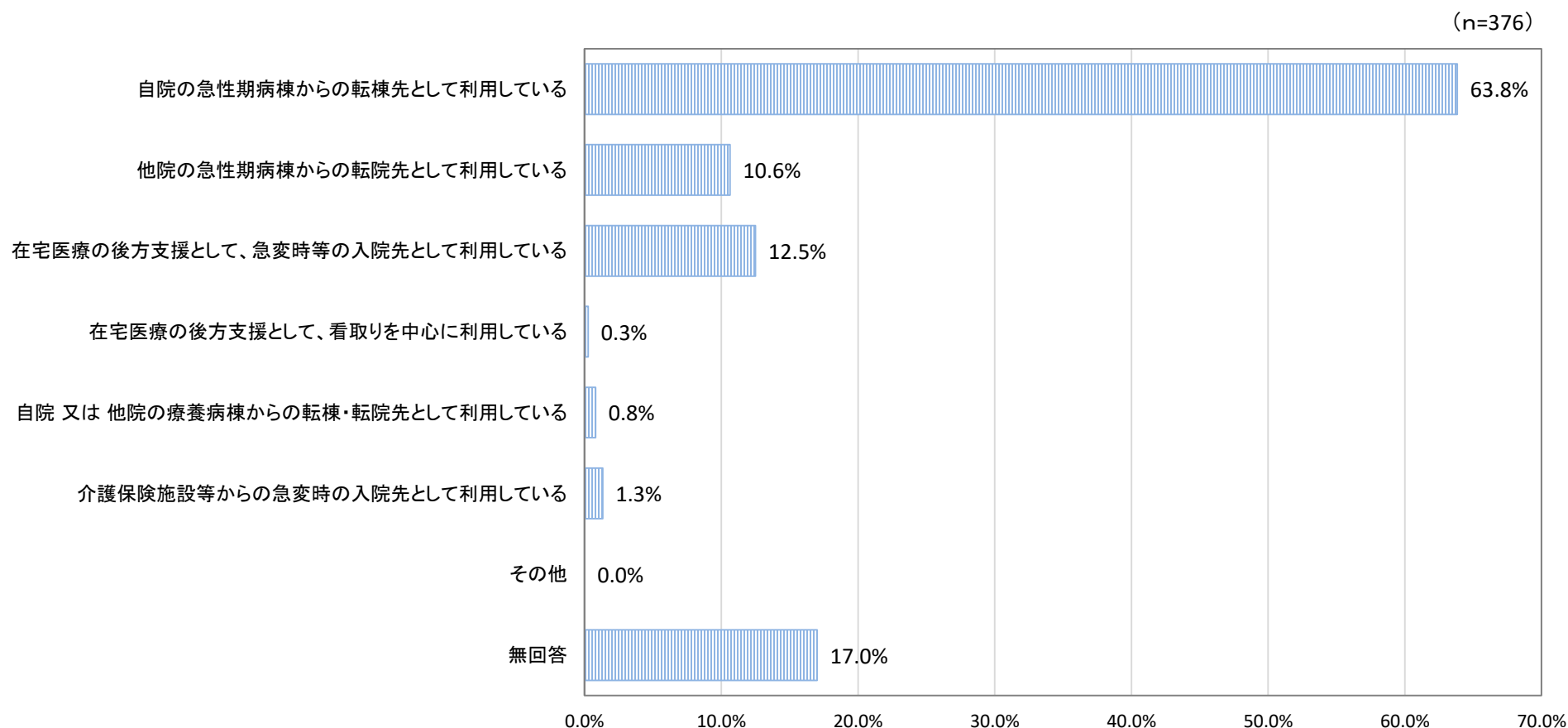
地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由
(複数回答)

(n=376)



- 地域包括ケア病棟・病室を届出ている医療機関に、利用に係る趣旨を聞くと、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用している」が最も多く、次いで、「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用している」が多かった。

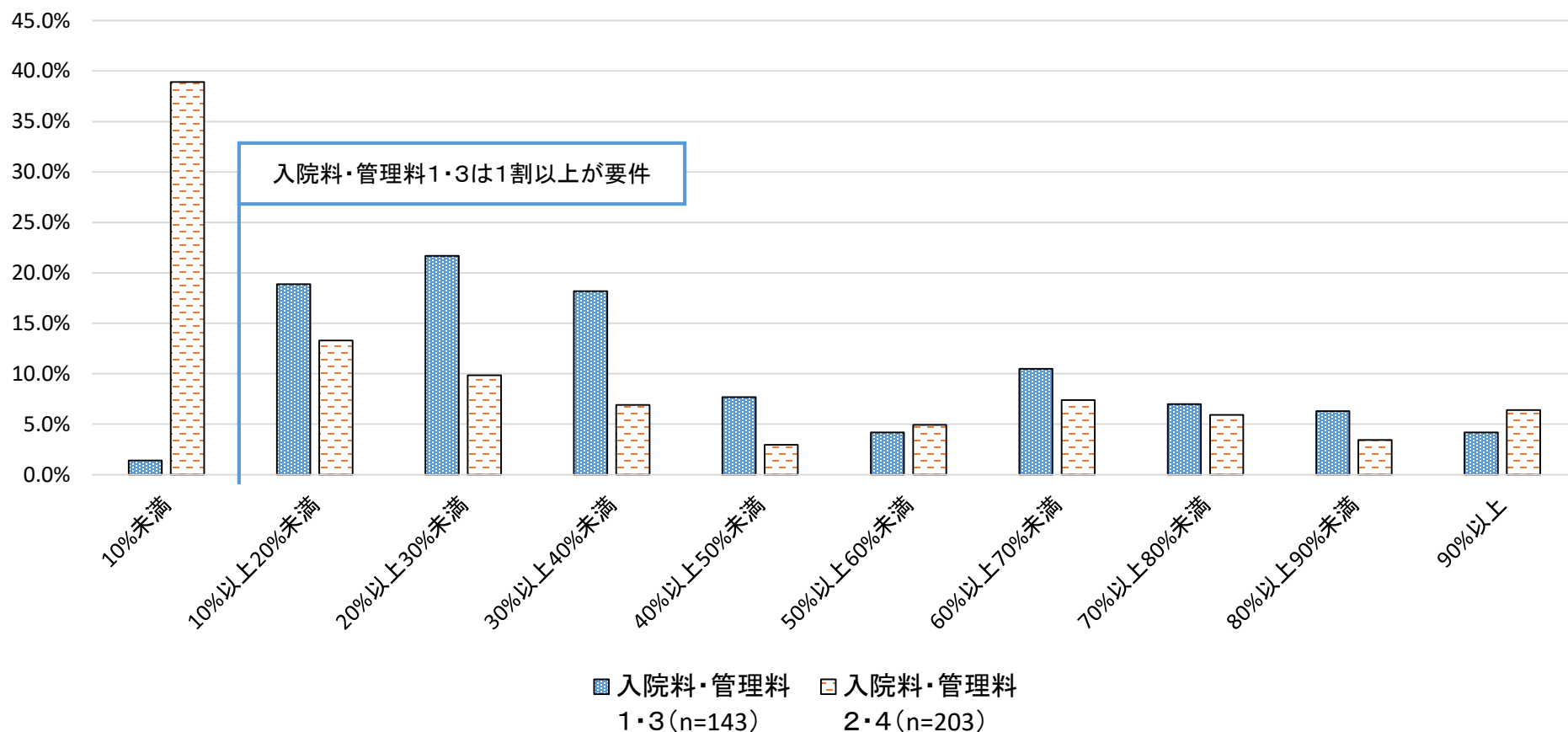
地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨（最も該当するもの）



- 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分のうち、自宅等から入棟した患者割合をみると、入院料1・3は、20%以上30%未満と60%以上70%未満の施設が比較的多く、二峰性の分布であった。入院料2・4は、10%未満が最も多く、全体の約4割であった。

自宅等から入棟した患者割合

（施設の占める割合）



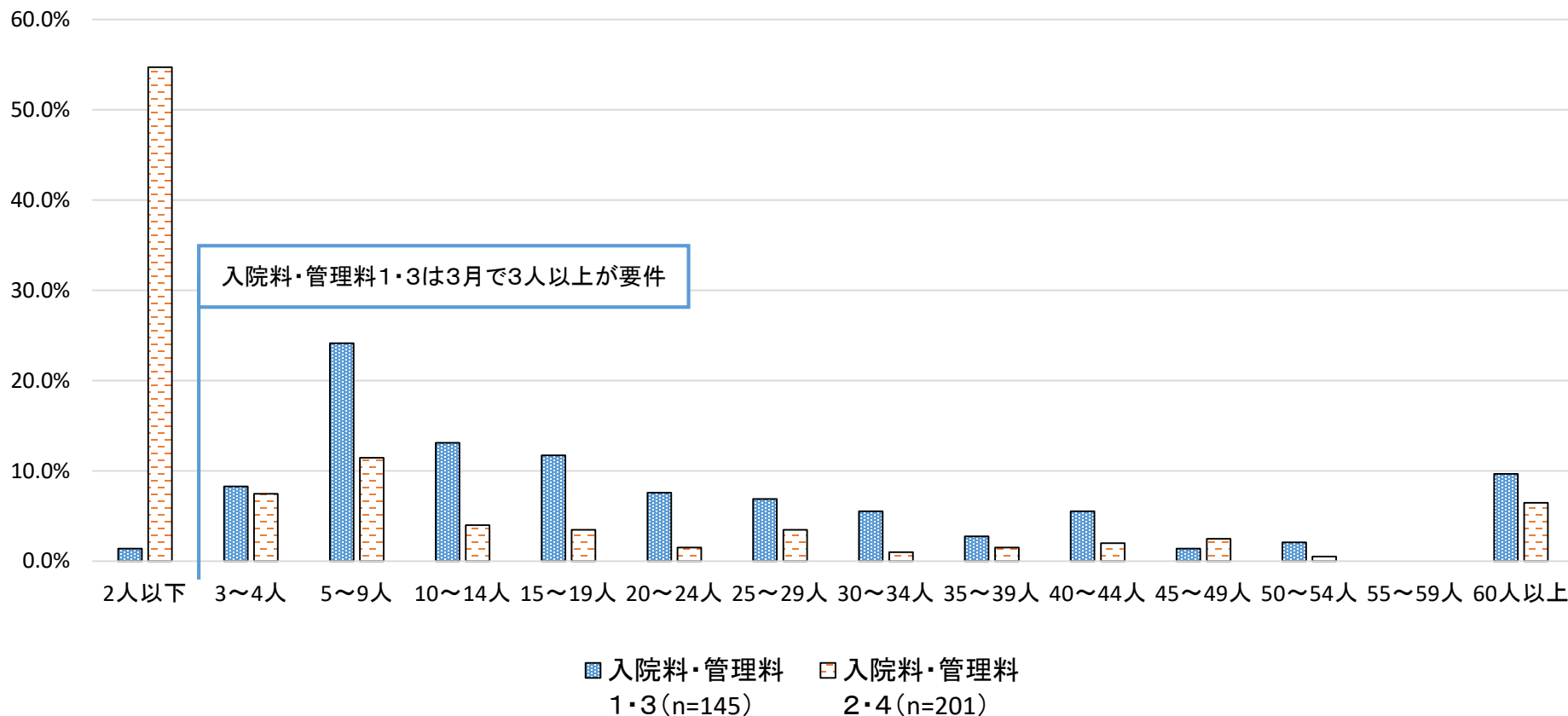
実績部分の状況（自宅等からの緊急入院の受入）

診調組 入－1
元 7 2 5

- 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）１・３にかかる実績部分のうち、３ヵ月あたりの自宅等からの緊急入院の受入人数をみると、入院料１・３は、５～９人の施設が最も多かったが、６０人以上の施設も約１割あった。入院料２・４は、２人以下の施設が５割以上であった。

自宅等からの緊急入院の受入（３ヵ月あたり）

（施設の占める割合）



実績部分の状況（在宅医療等の提供）

診調組 入 - 1
元 7 2 5

- 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分のうち、在宅医療等の提供状況をみると、入院料にかかわらず「在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上」「介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、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等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施」を満たしている割合が高かった。

在宅医療等の提供状況について（複数回答）

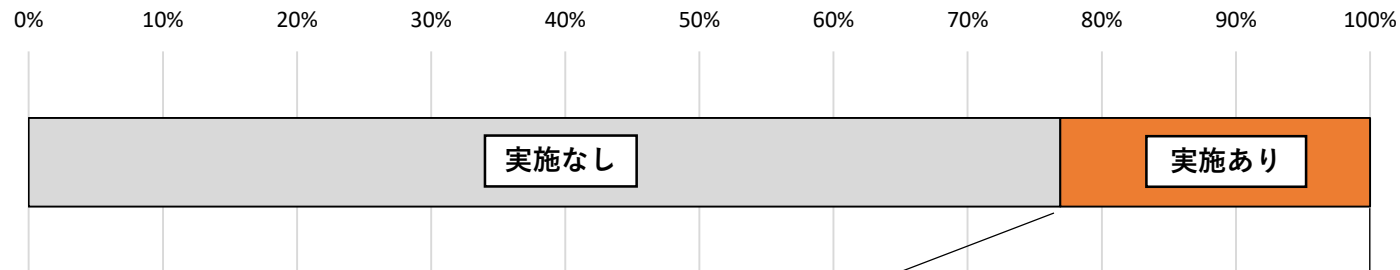
		施設として届け出ている地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料													
		地域包括ケア病棟入院料1		地域包括ケア入院医療管理料1		地域包括ケア病棟入院料2		地域包括ケア入院医療管理料2		地域包括ケア病棟入院料3		地域包括ケア入院医療管理料3		地域包括ケア病棟入院料4	
全体		施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
		67	100.0%	66	100.0%	45	100.0%	25	100.0%	1	100.0%	3	100.0%	2	100.0%
満たしている実施要件	在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上	58	86.6%	62	93.9%	20	44.4%	13	52.0%	1	100.0%	3	100.0%	1	50.0%
	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3月で100回以上	5	7.5%	3	4.5%	7	15.6%	3	12.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	同一敷地内の訪問看護ステーションの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3月で500回以上	11	16.4%	6	9.1%	3	6.7%	2	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が3月で10回以上	7	10.4%	3	4.5%	8	17.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、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等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施	59	88.1%	66	100.0%	30	66.7%	18	72.0%	1	100.0%	3	100.0%	1	50.0%

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3は以下のうち少なくとも2つを満たしていることが要件

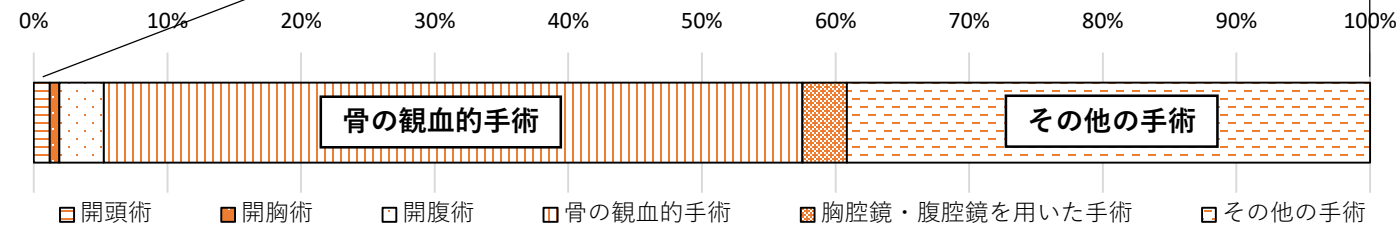
- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上であること。
- ③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が3月で10回以上であること。
- ④介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

- 入院中の手術の実施状況をみると、「実施あり」は約4分の1であった。実施した手術の種類をみると、「骨の観血的手術」「その他の手術」の順に多かった。

入院中の手術の実施状況 (n=1,785)



実施した手術の種類 (n=419)

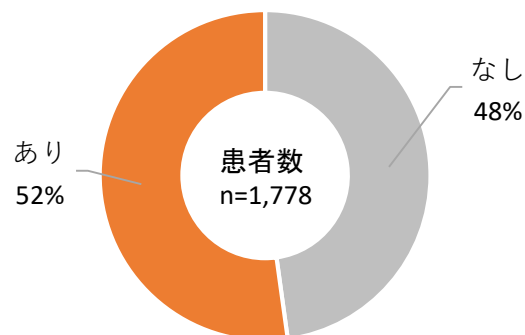


※入院中の手術は同一医療機関内の他の病棟で実施された手術を含む
 ※無回答を除く

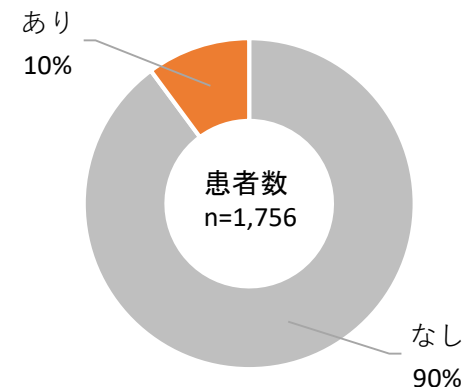
- 過去7日間の検査の実施状況をみると、検体検査（尿・血液等）は「実施あり」が約半数であったが、その他は「実施なし」の割合が多かった。

検査の実施状況（過去7日間）

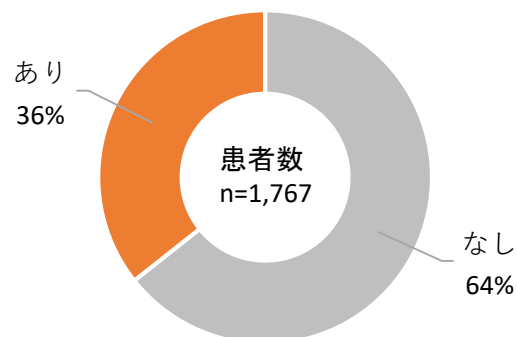
検体検査（尿・血液等）



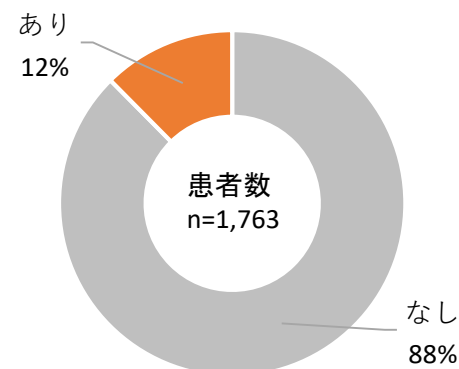
生体検査（超音波・内視鏡等）



X線単純撮影

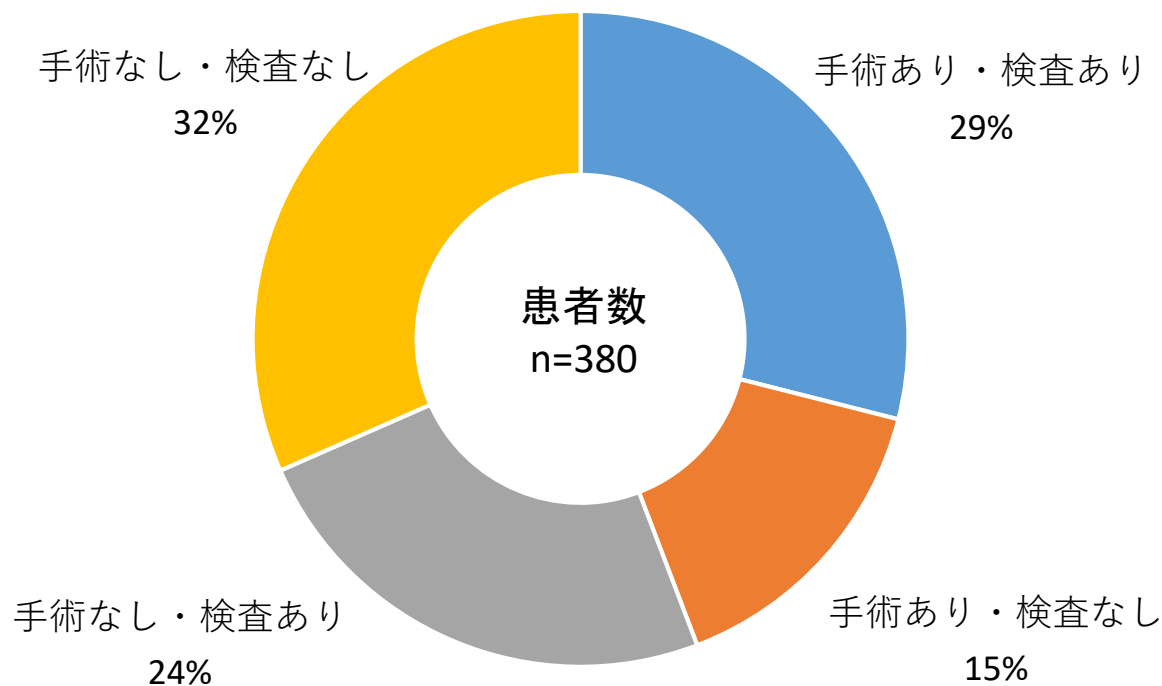


CT・MRI



- 入院区分を「予定入院」、かつ、入院の理由を「治療のため」と回答した患者について、入院中の手術及び過去7日間の検査の実施状況をみると、「手術なし・検査なし」の患者が約3割であった。

治療のために予定入院した患者の 手術・検査の実施状況



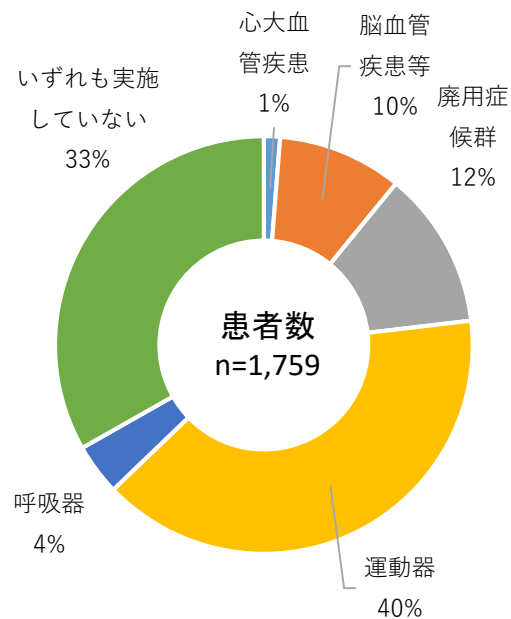
※入院中の手術は同一医療機関内の他の病棟で実施された手術を含む

※検査は検体検査（尿・血液等）、生体検査（超音波・内視鏡等）、X線単純撮影、CT・MRIのいずれかに該当がある場合を「検査あり」とする

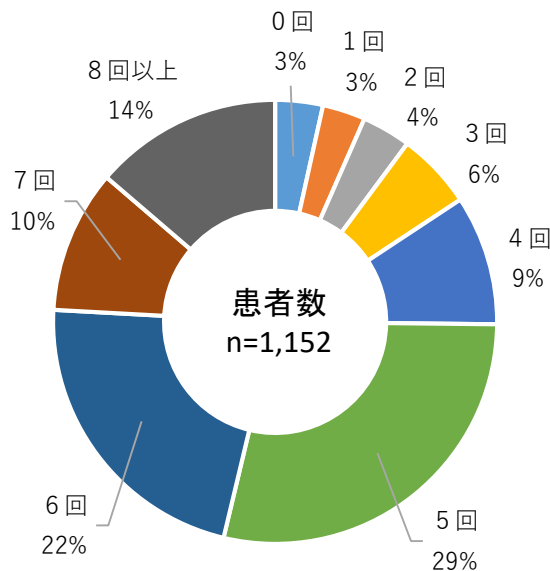
※無回答を除く

- 疾患別リハビリテーションの実施状況をみると、「運動器リハビリテーション」が最も多いが、次いで、「いずれも実施していない」が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者について、過去7日間の実施頻度と実施単位をみると、「5回以上」が約7割5分、「11単位以上」が約6割5分であり、それ以下の患者も一定数いた。

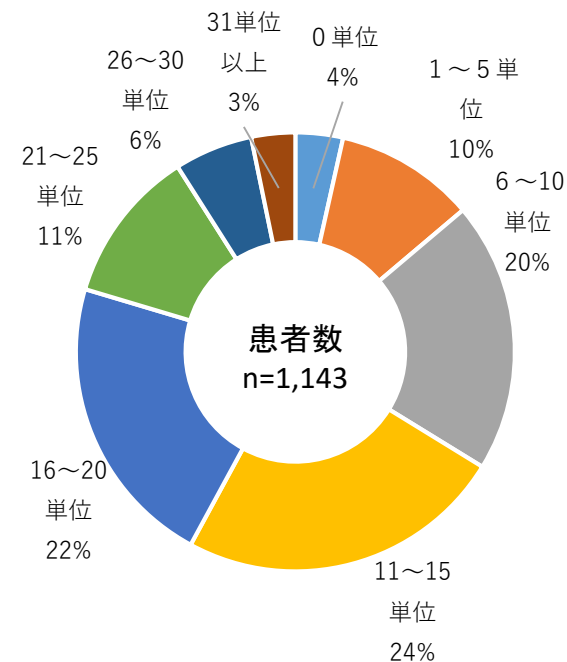
実施している
疾患別リハビリテーション



疾患別リハビリテーションを
実施している場合の頻度(過去7日間)

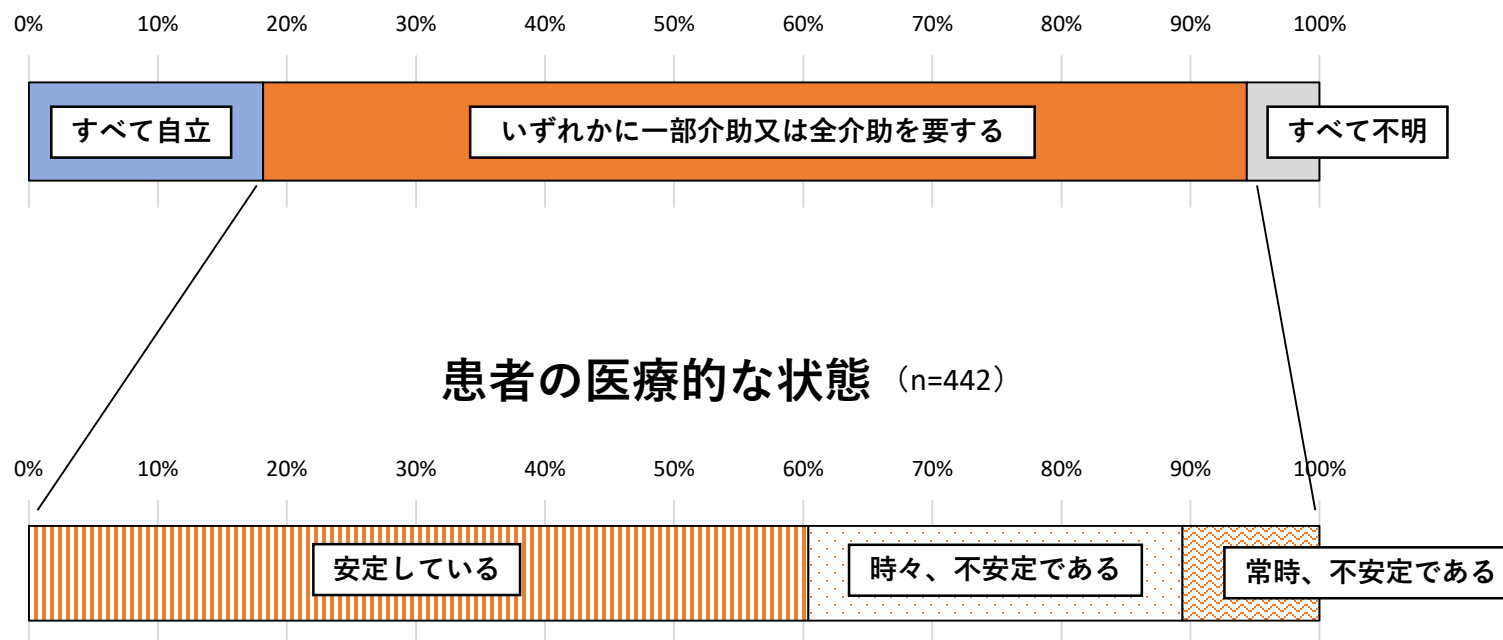


疾患別リハビリテーションを
実施している場合の単位数(過去7日間)



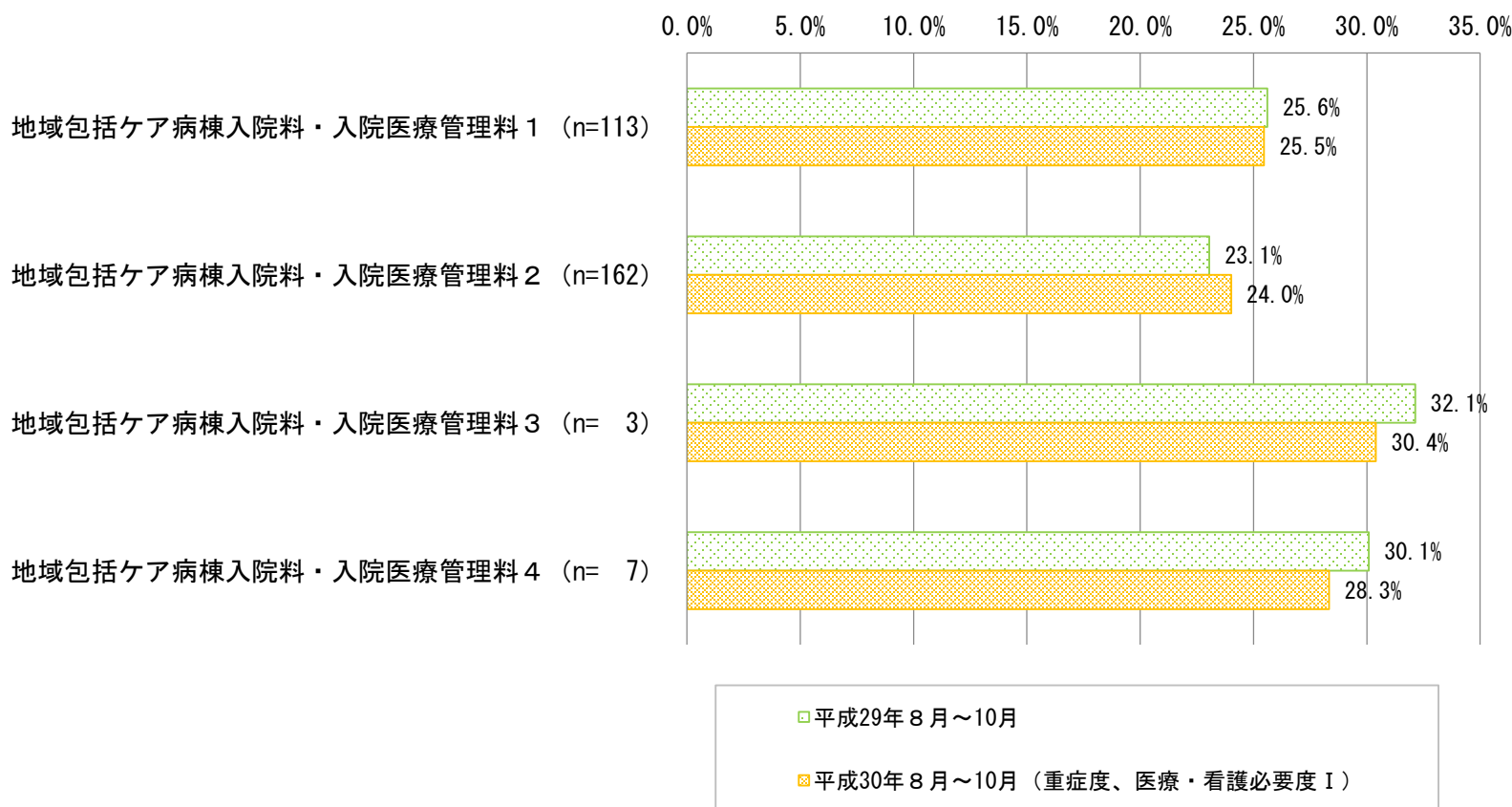
- 疾患別リハビリテーションを実施していない患者について、入棟時の「移乗」「平地歩行」「階段」「更衣」のADLスコアをみると、いずれかに一部介助や全介助を要する患者が約7割5分であった。そのうち、医療的な状態が安定している患者は、約6割であった。

疾患別リハビリテーションを実施していない患者の 移乗・平地歩行・階段・更衣のADL（入棟時）（n=584）



- 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について、平成29年と平成30年のいずれも回答した施設の平均をみると、入院料 1 及び 2 では大きな違いはみられなかった。

改定前後における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 （平成29年・平成30年のいずれも回答した施設の比較）



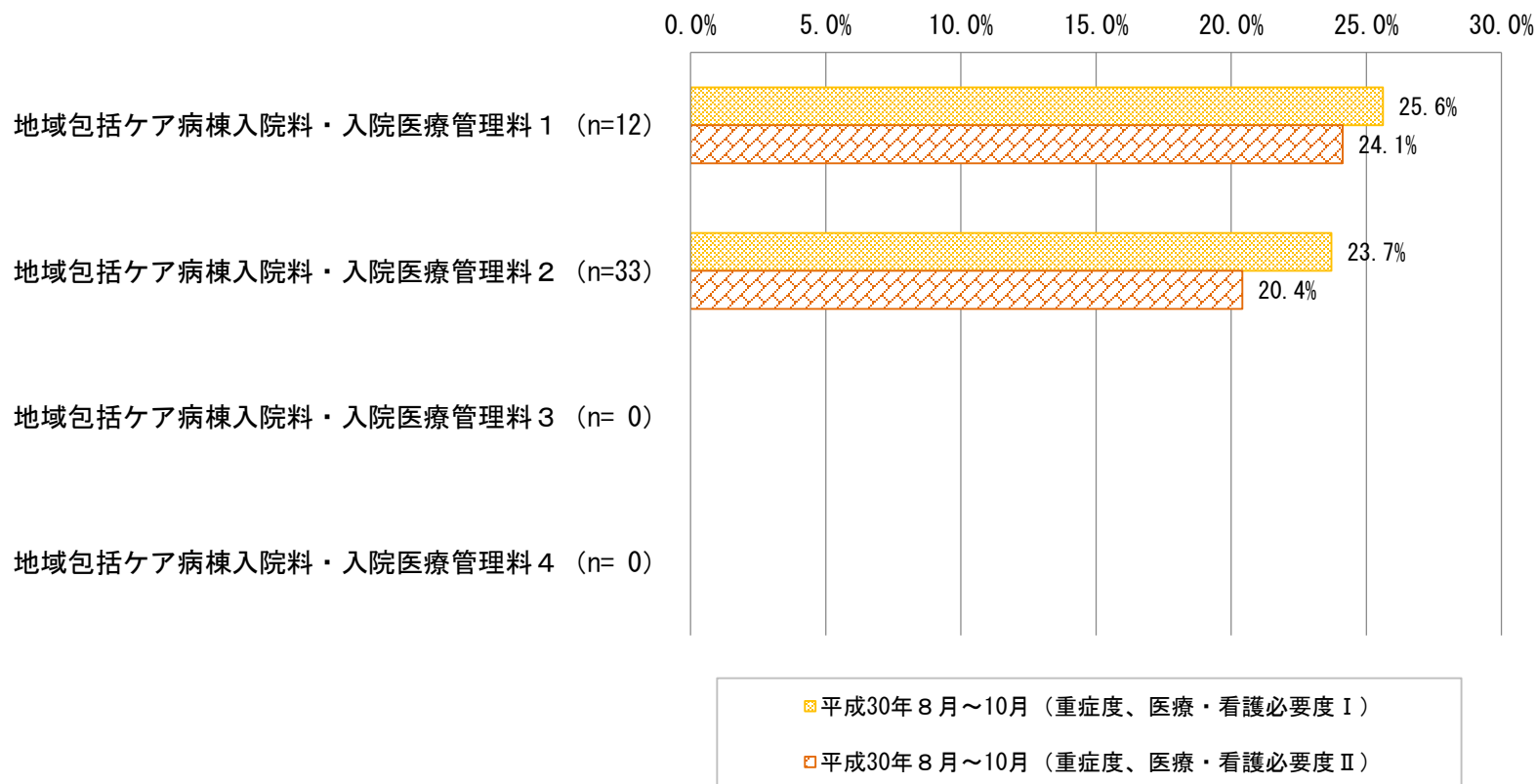
※届出区分無回答のものは除く

※平成29年と平成30年（重症度、医療・看護必要度 I）の両方を回答したもののみ集計

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

- 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合について平成30年においてⅠとⅡのいずれも回答した施設の平均をみると、Ⅰの方が割合が高い傾向にあった。

重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合 （平成30年においてⅠ・Ⅱいずれも回答した施設の比較）



※届出区分無回答のものは除く

※平成30年において重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの両方を回答したもののみ集計

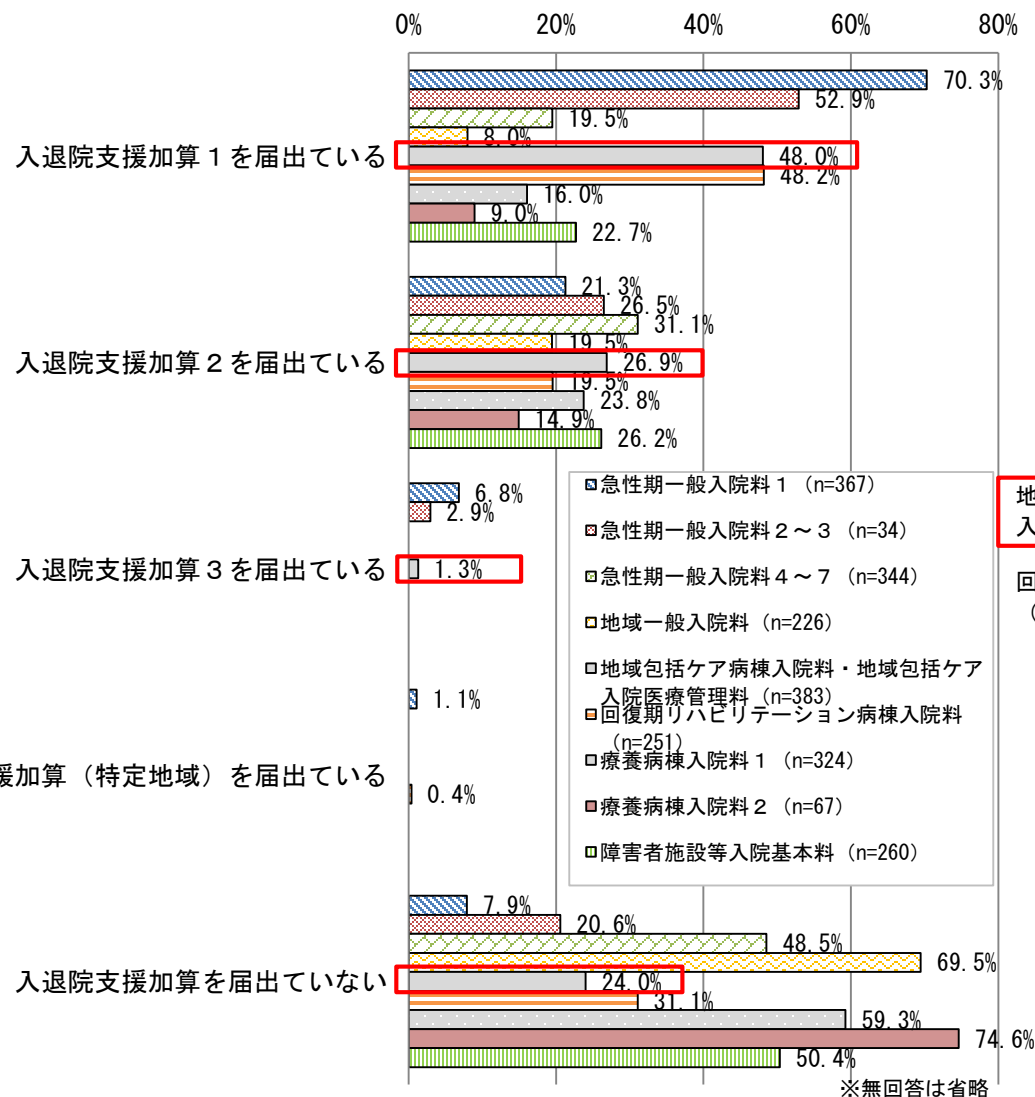
出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）

入退院支援加算及び入院時支援加算の届出状況

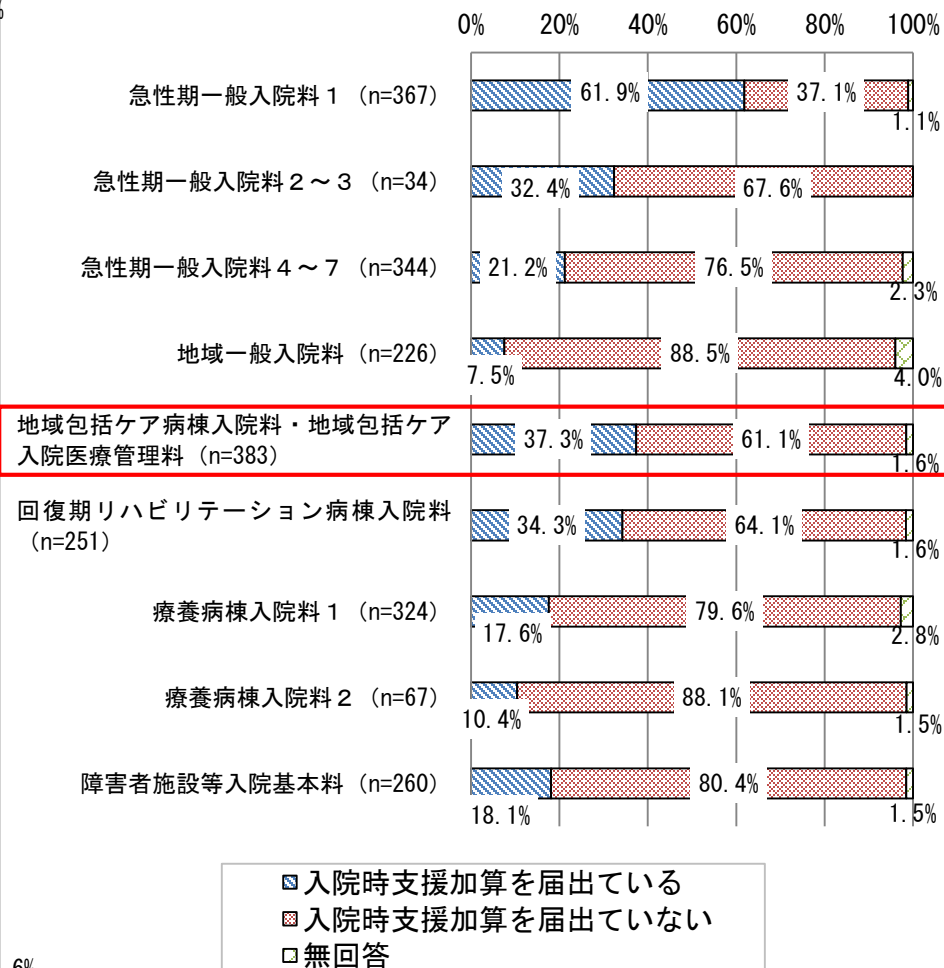
診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

○ 入退院支援加算及び入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 での届出が多かった。

入退院支援加算の届出状況 (複数回答)



入院時支援加算の届出状況

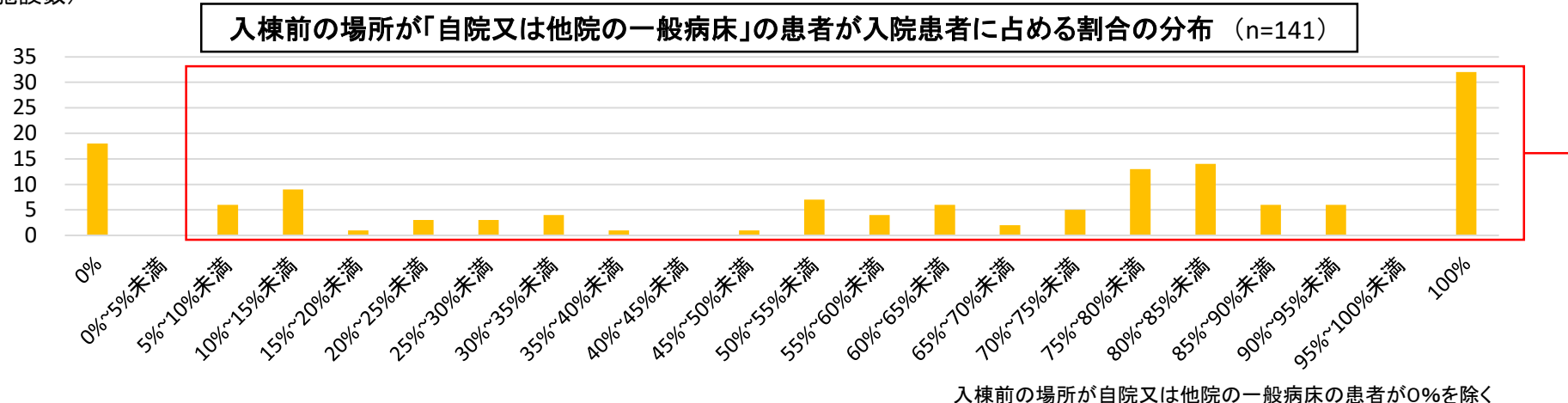


入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者の占める割合

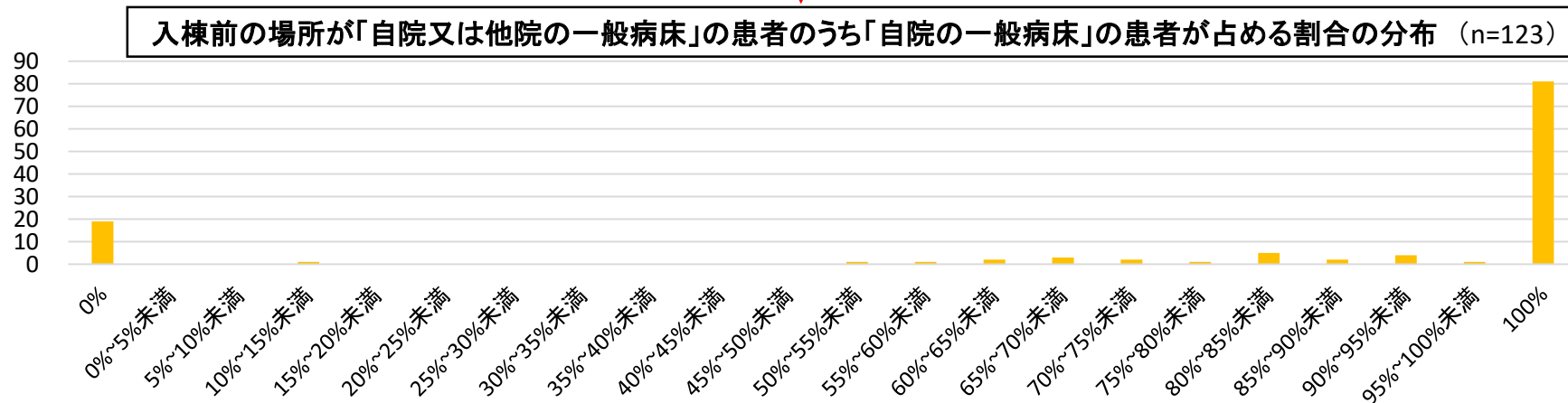
診調組 入-1
元 7 2 5

- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が、入院患者に占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。
- 入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布をみると、100%の施設が最も多く、次いで0%が多かった。

(施設数)



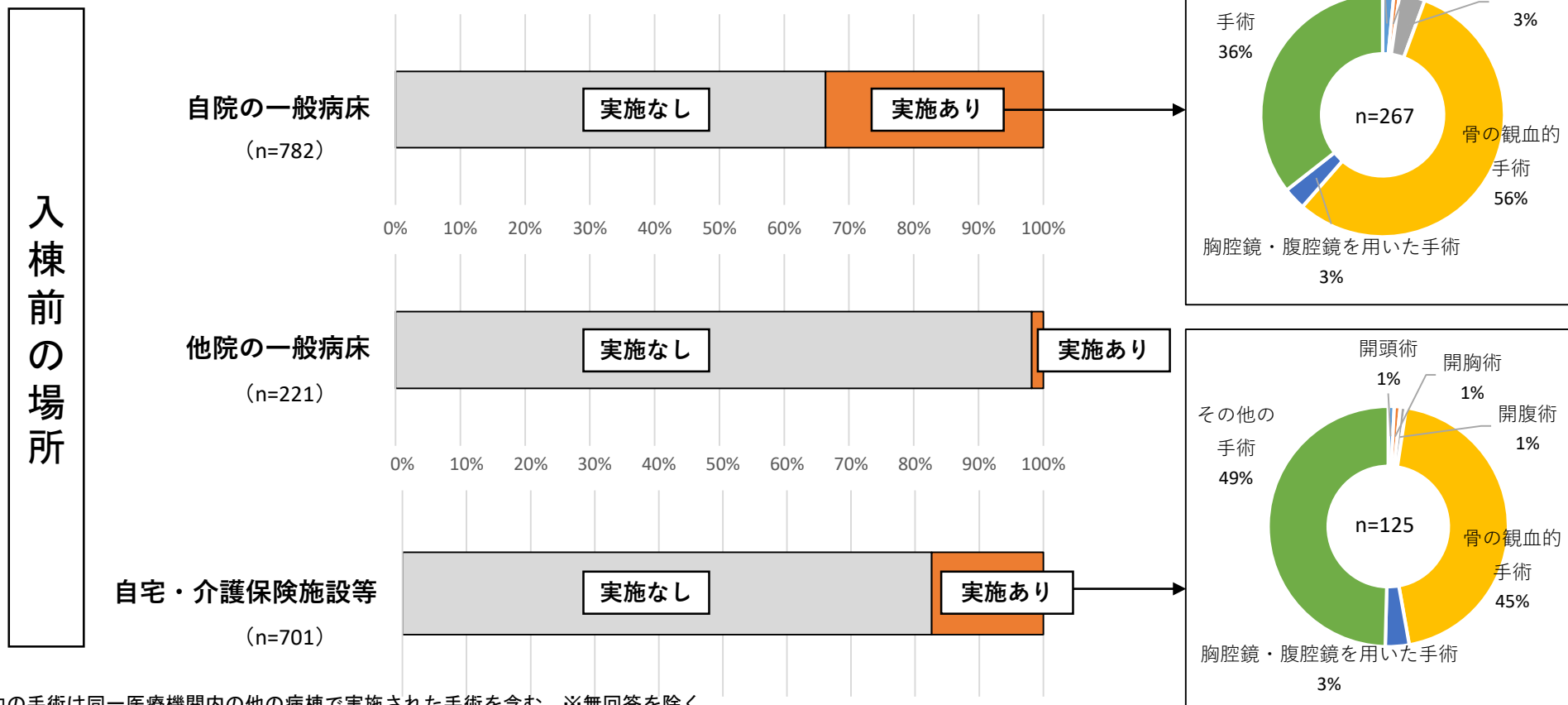
(施設数)



※自院の一般病床は、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、
地域一般入院基本料を算定する病床を除く
※無回答を除く

- 入院中の手術の実施状況について、入棟前の場所別にみると、他院の一般病床から入院した患者のうち、入院中に手術を実施した患者は極めて少なかった。
- 手術を実施した患者の手術の種類をみると、自院の一般病床から入棟した患者に比べ、自宅・介護保険施設等から入院した患者は、「骨の観血的手術」が少なく「その他の手術」が多かった。

入院中の手術の実施状況（入棟前の場所別）



※入院中の手術は同一医療機関内の他の病棟で実施された手術を含む ※無回答を除く
 ※自院の一般病床は、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、地域一般入院基本料を算定する病床を除く

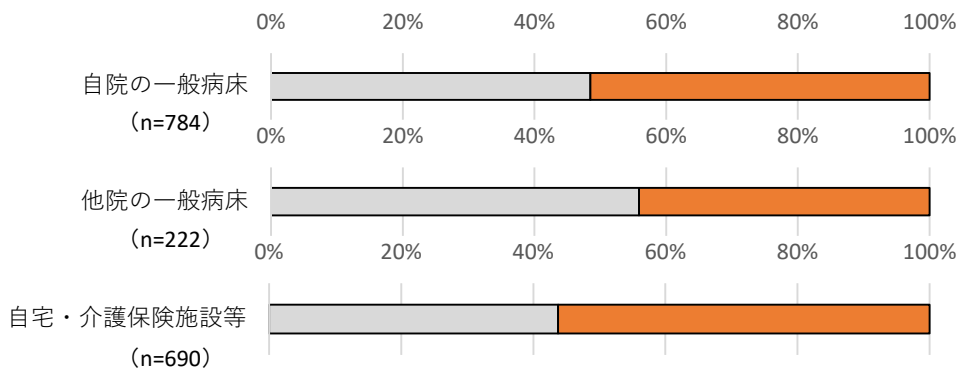
出典:平成30年度入院医療等の調査(患者票)

○ 過去7日間の検査の実施状況について、入棟前の場所別にみると、検体検査（尿・血液等）を除き、「実施なし」の割合が多かった。入棟前の場所別にみると、自宅・介護保険施設等から入院した患者において「実施あり」がやや多い傾向にあった。

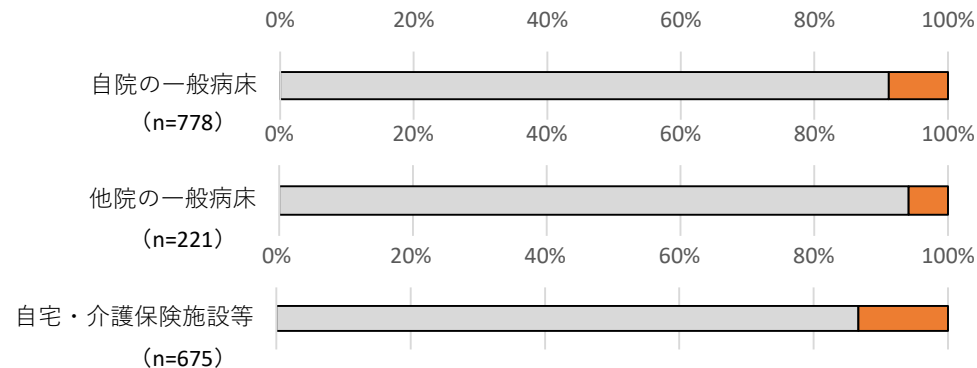
過去7日間の検査の実施状況

■ 実施なし ■ 実施あり

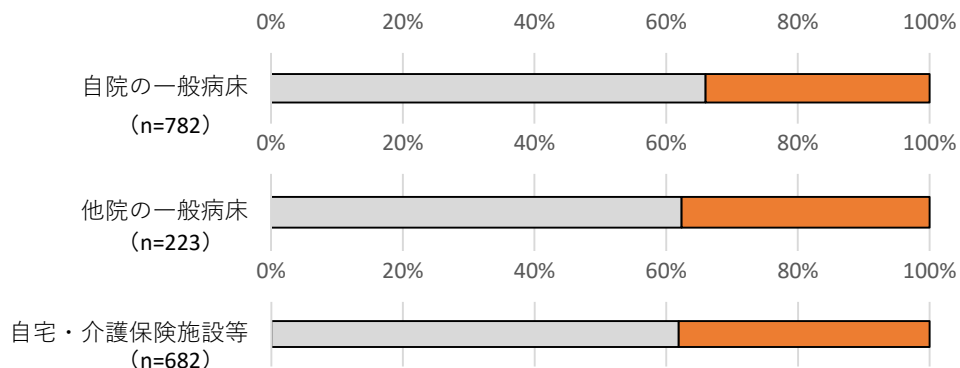
検体検査（尿・血液等）



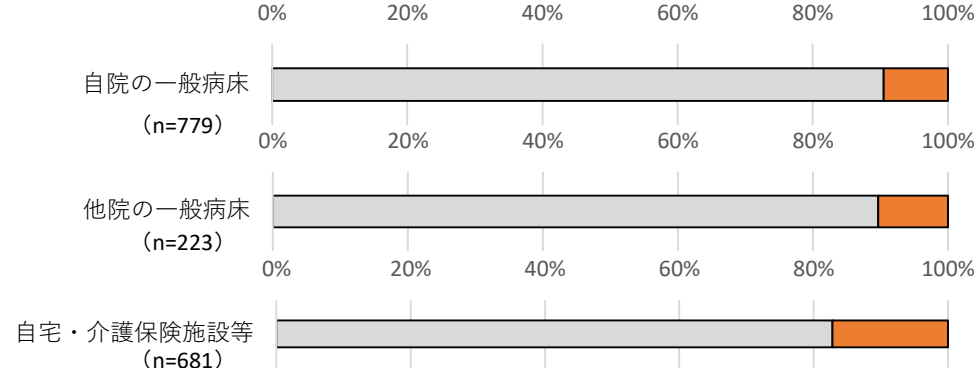
生体検査（超音波・内視鏡等）



X線単純撮影



CT・MRI



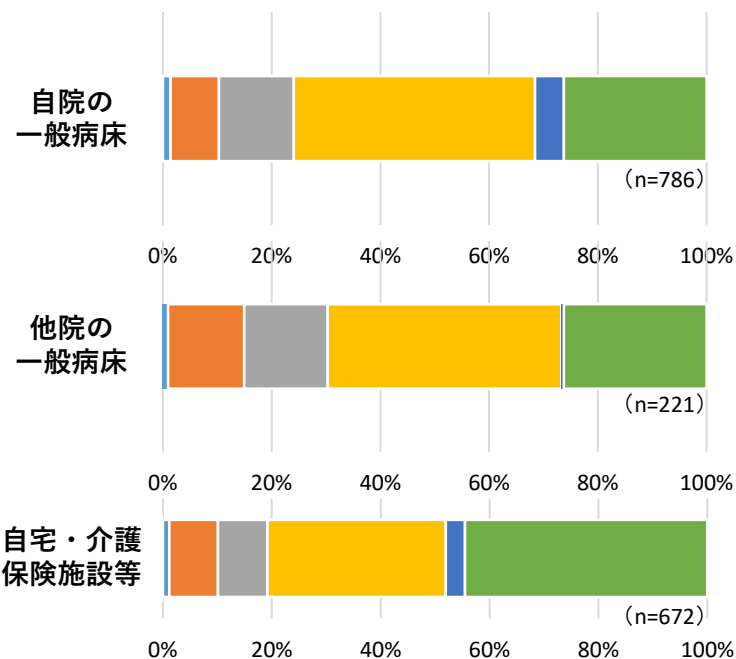
※自院の一般病床は、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域一般入院基本料を算定する病床を除く
※無回答を除く

リハビリテーションの実施状況（入棟前の場所別）

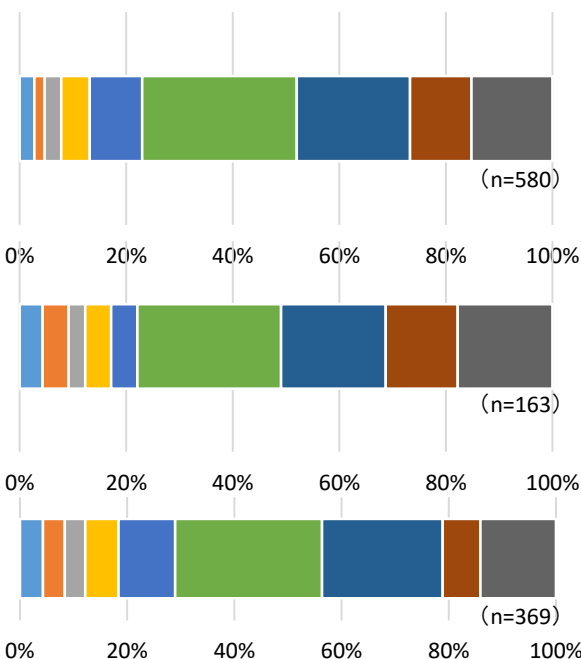
診調組 入－1
元 7 2 5

- 疾患別リハビリテーションの実施状況について、入棟前の場所別にみると、自宅・介護保険施設等から入院した患者は、自院や他院の一般病床から入院・入棟した患者と比較して、「いずれも実施していない」の割合が多かった。
- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施している患者の、実施頻度や単位数については、入棟前の場所による明らかな違いは見られなかった。

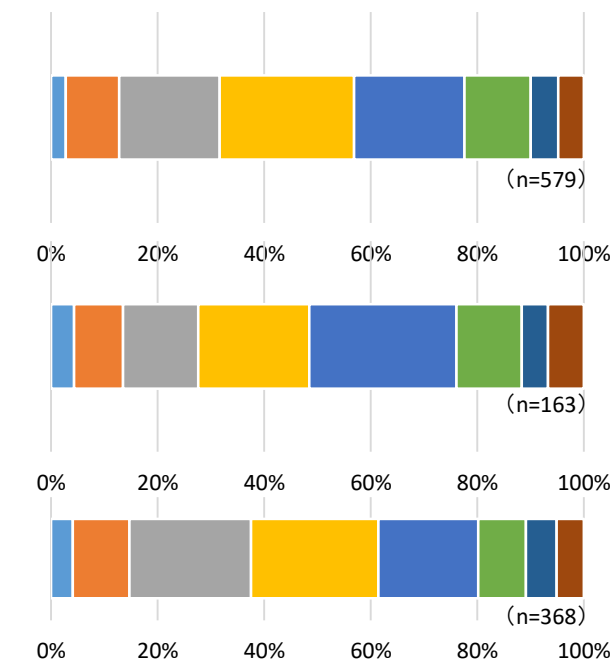
実施している
疾患別リハビリテーション



疾患別リハビリテーションを
実施している場合の頻度（過去7日間）



疾患別リハビリテーションを
実施している場合の単位数（過去7日間）



■ 心臓大血管
■ 脳血管疾患等
■ 廃用症候群
■ 運動器
■ 呼吸器
■ いずれも実施していない

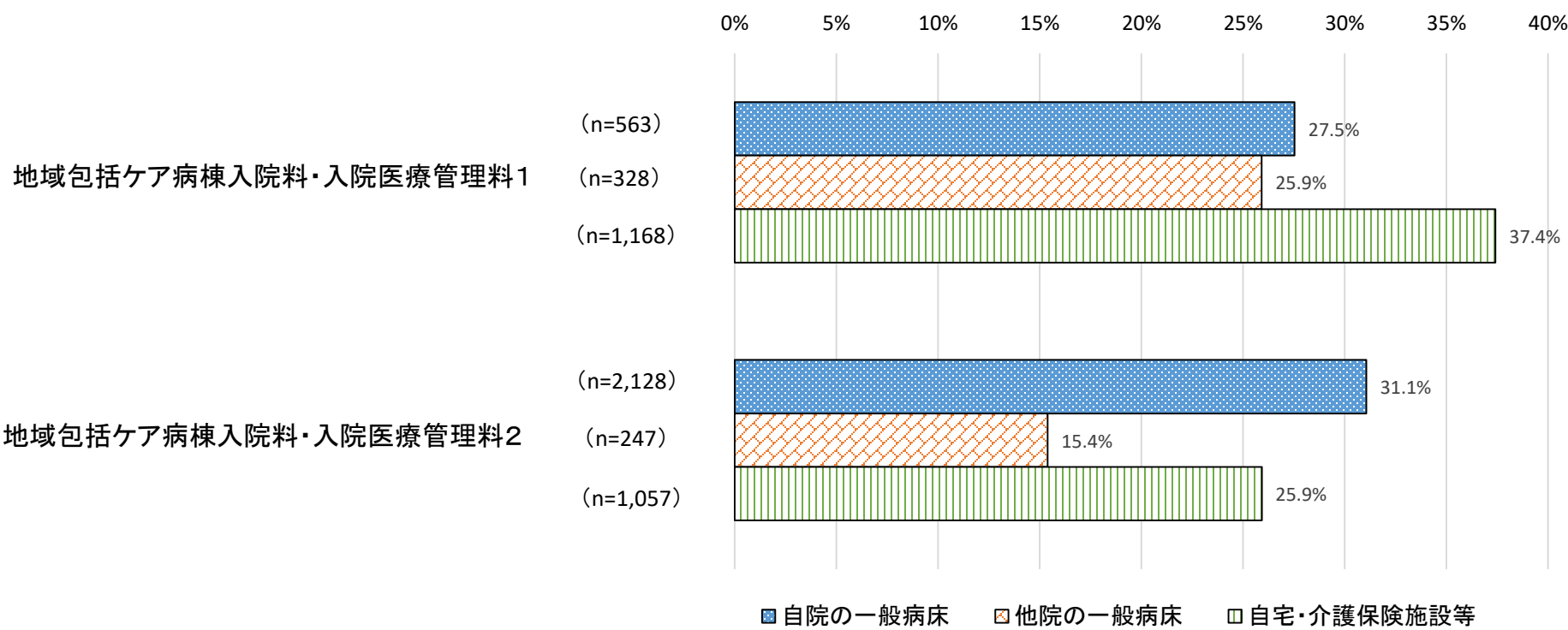
■ 0回
■ 1回
■ 2回
■ 3回
■ 4回
■ 5回
■ 6回
■ 7回
■ 8回以上

■ 0単位
■ 1～5単位
■ 6～10単位
■ 11～15単位
■ 16～20単位
■ 21～25単位
■ 26～30単位
■ 31単位以上

※自院の一般病床は、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、地域一般入院基本料を算定する病床を除く
※無回答を除く

○ 入棟前の場所別に、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみると、地域包括ケア病棟入院料1では「自宅・介護保険施設等」から入院した患者の該当患者割合が最も高く、入院料2では「自院の一般病床」から入院した患者の該当患者割合が最も高かった。

重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

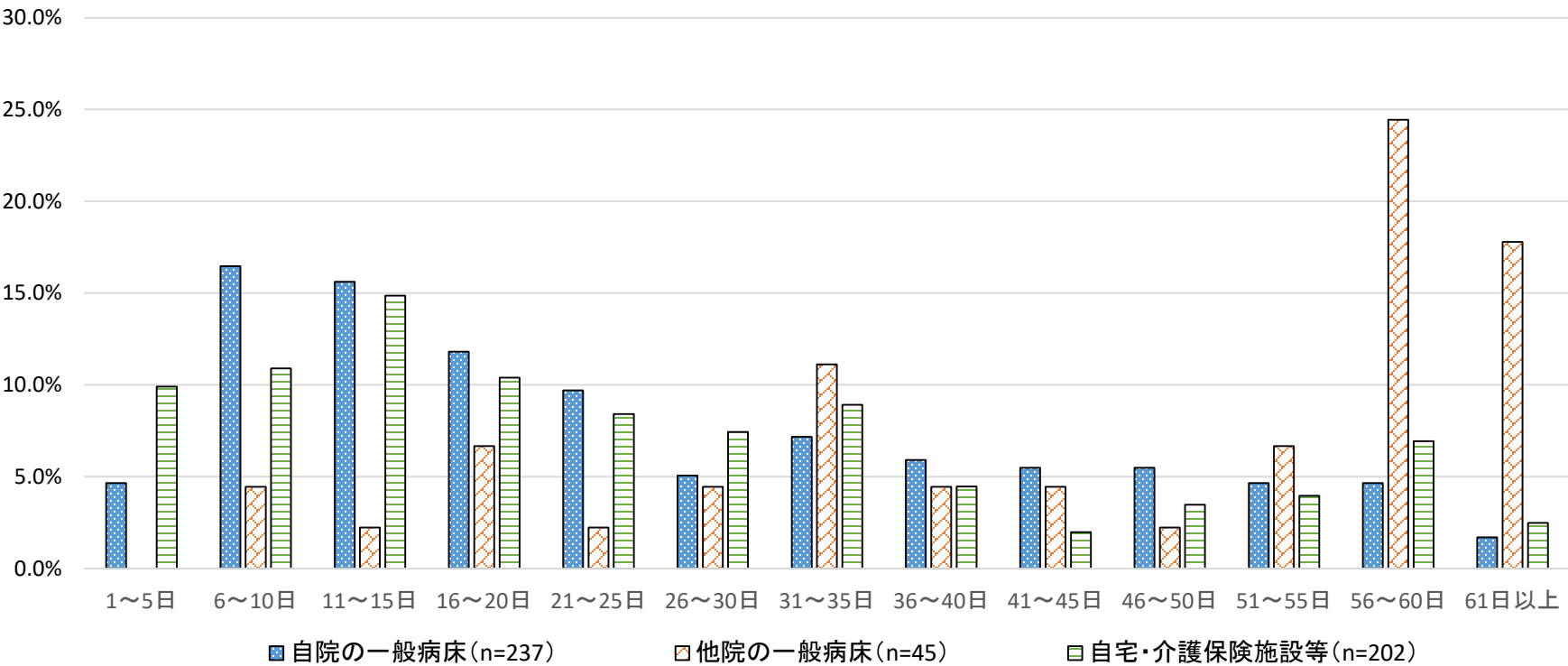


※自院の一般病床は、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域一般入院基本料を算定する病床を除く
※無回答を除く

○ 調査期間中に地域包括ケア病棟から退棟した患者について、入棟前の場所別に、在棟日数の分布をみると、入棟前の場所が「他院の一般病床」の患者の在棟日数が長い傾向にあった。

在棟日数の分布

（患者の占める割合）



平均値	27.3
中央値	21.0

平均値	47.5
中央値	55.0

平均値	25.5
中央値	21.5

※自院の一般病床は、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、地域一般入院基本料を算定する病床を除く

※無回答を除く

【現状・課題】

（入院料の届出状況）

- ・ 近年、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1の届出施設・病床は増加傾向にある。
- ・ 急性期一般入院基本料の届出施設の約2分の1が地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出ており、地域包括ケア病棟入院料の届出施設の約8割が急性期一般入院基本料を届け出ている。

（施設の状況）

- ・ 地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3にかかる実績部分をみると、自宅等から入棟した患者割合は20%以上30%未満と60%以上70%未満が多く二峰性の分布であった。3ヵ月あたりの自宅等からの緊急入院の受入人数をみると、5～9人の施設が最も多かったが、60人以上の施設も約1割あった。在宅医療の提供状況をみると、全体的に「在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上」「介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、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等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施」を満たしている割合が高かった。
- ・ 入院患者の約4分の1に手術、約2分の1に検体検査、約3分の2に疾患別リハビリテーションを実施していた。
- ・ 入棟前の場所が「自院か他院の一般病床」である患者の割合が100%の施設が最も多く、自院と他院の割合をみると、「自院の一般病床」が100%である施設が最も多かった。
- ・ 施設の約9割が入退院支援部門を設置しているが、いずれの入退院支援加算も届け出ていない施設が約4分の1あった。

（患者の状態）

- ・ 入棟前の場所別に入院中の手術の実施状況をみると、他院の一般病床から入院した患者はほとんどが「実施なし」であった。
- ・ 入棟前の場所別に検査やリハビリテーションの実施状況をみると、自宅・介護保険施設等から入院した患者は、検査を実施している割合がやや多く、疾患別リハビリテーションを実施している割合が少なかった。
- ・ 重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をみると、地域包括ケア病棟入院料1では「自宅・介護保険施設等」から入院した患者の該当患者割合が最も高く、入院料2では「自院の一般病床」から入院した患者の該当患者割合が最も高かった。
- ・ 入棟前の場所別に、在棟日数の分布をみると、入棟前の場所が「他院の一般病床」の患者の在棟日数が長い傾向にあった。
- ・ 疾患別リハビリテーションを実施していない患者について、入棟時の「移乗」「平地歩行」「階段」「更衣」のADLスコアをみると、いずれかに一部介助や全介助を要する患者が約7割5分であった。そのうち、医療的な状態が安定している患者は約6割であった。

【論点】



- 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、現状の自宅等からの患者の受入や在宅医療の提供状況、入退院支援の実施状況、入院中の患者に対するリハビリテーションの実施状況等を踏まえ、入院料1・3の実績評価の要件等について、どのように考えるか。

1. 一般病棟入院基本料等
2. 療養病棟入院基本料
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
4. 回復期リハビリテーション病棟入院料
5. 入退院支援

回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

【現行】

【平成30年度改定】

【実績部分】

現行のリハビリテーション充実加算の要件である、
リハビリテーション実績指数を用いる
(1日あたりのFIM*得点の増加を示す指数)

* FIM (Functional Independence Measure) 日常生活動作の指標

【入院料1相当の実績】

- ・重症割合3割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

【入院料2相当の実績】

- ・重症割合2割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

2025点

入院料1
相当の実績
と体制

- 【入院料1相当の体制】
- ・看護職員13対1
 - ・社会福祉士1名
 - ・PT3名、OT2名、ST1名

2085点

実績指数
37

入院料1
相当の実績
と体制

再編

2065点

充実加算

(基本部分)
看護職員
13対1
PT3名
OT2名
ST1名
SW1名

1851点

充実加算

(基本部分)
看護職員
15対1
PT2名
OT1名

1697点

充実加算

(基本部分)
看護職員
15対1
PT2名
OT1名

入院料3

入院料2

入院料1

1647点

1702点

実績指数
30

1806点

入院料2
相当の
実績

1861点

実績指数
30

入院料2
相当の
実績

【基本部分】

- ・看護職員配置 15対1
- ・PT2名、OT1名

新入院料6

新入院料5

新入院料4

新入院料3

新入院料2

新入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料

(新)回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

- 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)				13対1以上(7割以上が看護師)	
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤の PT2名以上、OT1名以上				専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1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 (努力義務)
リハビリ計画書の 栄養項目記載	－					必須
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	○(200床以上の病院のみ)			○		
休日リハビリテーション	－ ※休日リハビリテーション提供体制加算あり				○	
「重症者」の割合 (日常生活機能評価10点以上)	－		2割以上		3割以上	
重症者における 退院時の日常生活機能評価	－		3割以上が 3点以上改善		3割以上が 4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	－	30以上	－	30以上	－	37以上
点数 (生活療養を受ける場合)	1,647点 (1,632点)	1,702点 (1,687点)	1,806点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

※ 重複を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

回復期リハビリテーション病棟入院料1における栄養管理の充実

- 回復期リハビリテーション病棟において、患者の栄養状態を踏まえたリハビリテーションやリハビリテーションに応じた栄養管理の推進を図る観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料1について、以下の対応を行う。
- ✓ 管理栄養士がリハビリテーション実施計画等の作成に参画することや、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が計画に基づく栄養状態の定期的な評価や計画の見直しを行うこと等を要件とする。
- ✓ 当該病棟に専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましいこととする。
- ✓ リハビリテーションの実施に併せ、重点的な栄養管理が必要な患者に対する管理栄養士による個別の栄養管理を推進する観点から、入院栄養食事指導料を包括範囲から除外する。

[算定要件]

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目(※)については、必ず記載すること。

(※) リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書に、栄養状態等の記入欄を追加

イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。

ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの、栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者については、入院栄養食事指導料を別に算定できる。

[施設基準]

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

(参考)回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

効果の実績の評価の対象となる医療機関

3か月ごと(1月、4月、7月、10月)の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関

①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数(実績指数の対象となるものに限る)が10名以上

②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上

$$1日平均提供単位数 = \frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$$

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を用いる

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

<実績指数の計算対象>

○報告月の前月までの6か月間に退棟した患者 (平成28年4月以降に入棟した患者のみ)

○ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、高次脳機能障害の患者を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者

(参考) 日常生活動作 (ADL) の指標 FIMの概要

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

- ✓ 「運動ADL」 13項目と「認知ADL」 5項目で構成
- ✓ 各 7 ～ 1 点の 7 段階評価 (合計 : 126点～18点)

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																	

(参考) 日常生活機能評価の評価項目

項目	基準	日常生活機能評価	(参考) 一般病棟用 重症度、医療・看護必要度 B 患者の状況等
床上安静の指示		○	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる		○	
寝返り		○	○
起き上がり		○	
座位保持		○	
移乗		○	○
移動方法		○	
口腔清潔		○	○
食事摂取		○	○
衣服の着脱		○	○
他者への意思の伝達		○	
診療・療養上の指示が通じる		○	○
危険行動		○	○

(参考)回復期リハビリテーション入院料における日常生活機能評価に係る要件

回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2	日常生活機能評価10点以上（新規入院時）	30%以上
	日常生活機能評価4点以上改善（入院時「重症者」※の退院時）	30%以上
回復期リハビリテーション病棟入院料 3、4	日常生活機能評価10点以上（新規入院時）	20%以上
	日常生活機能評価3点以上改善（入院時「重症者」※の退院時）	30%以上

※重症者：日常生活機能評価10点以上

(参考) 回復期リハビリテーション病棟における「重症者」の定義について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料において、入院時の日常生活機能評価が10点以上の者を「重症者」と定義しており、入院料1及び2においては、新規入院患者のうち30%以上が、入院料3及び4においては、新規入院患者のうち20%以上が「重症者」であることを、それぞれの入院料の要件としている。

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
症状安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

※ 得点: 0～19点

※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。

(参考) 回復期リハビリテーションを要する状態と算定日数の上限等

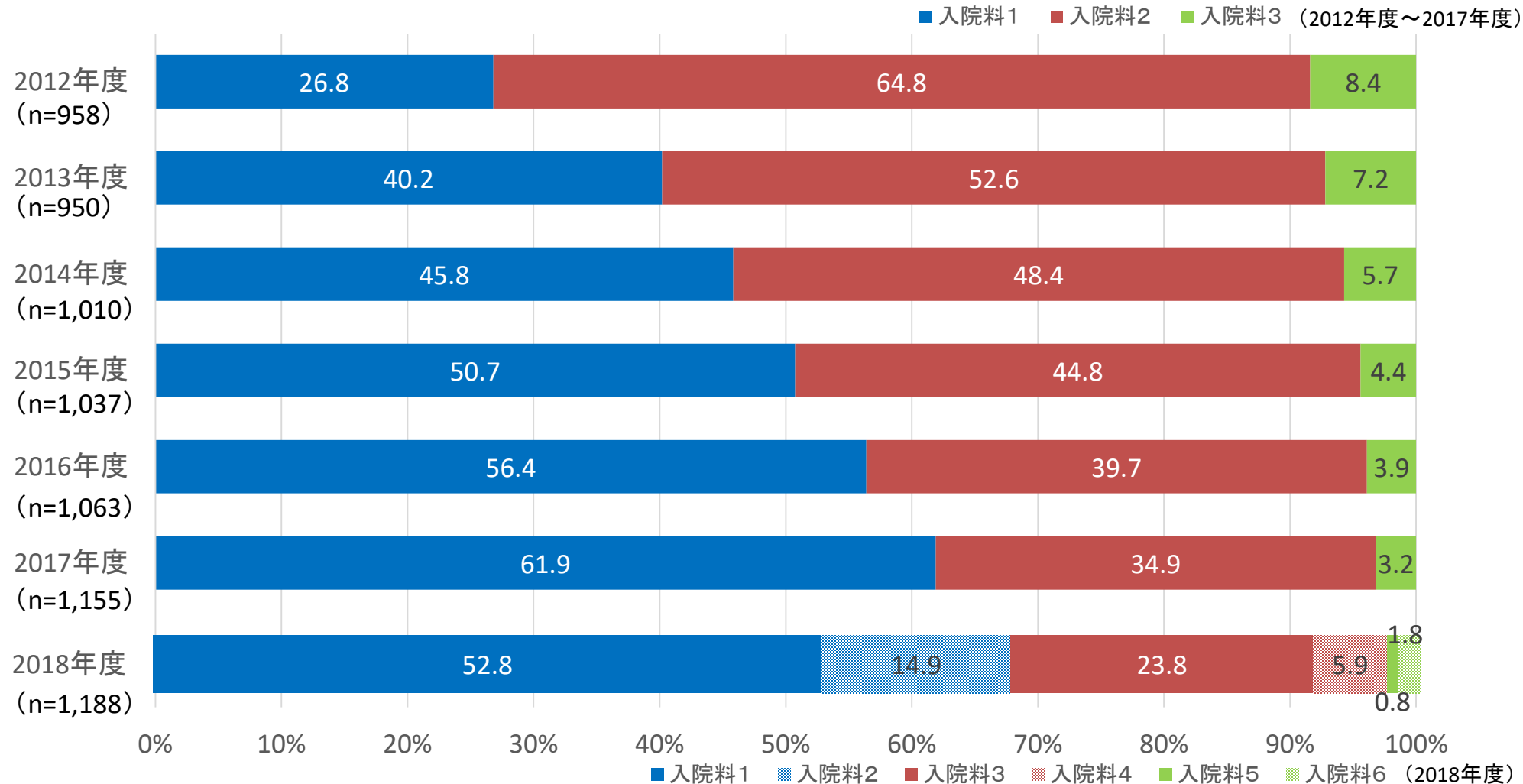
状態	算定開始までの期間	算定上限日数
①脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態	発症後又は手術後 2ヶ月以内	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷		180日
②大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後		90日
③外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後		90日
④大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後	損傷後1ヶ月以内	60日
⑤股関節又は膝関節の置換術後		90日

(注)算定上限日数はいずれも算定開始からの日数

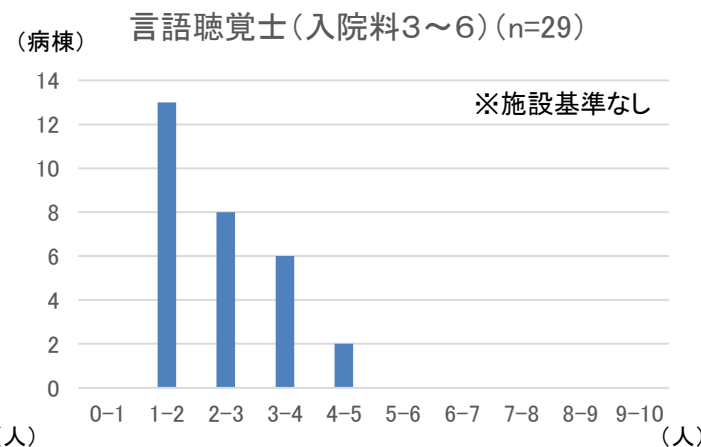
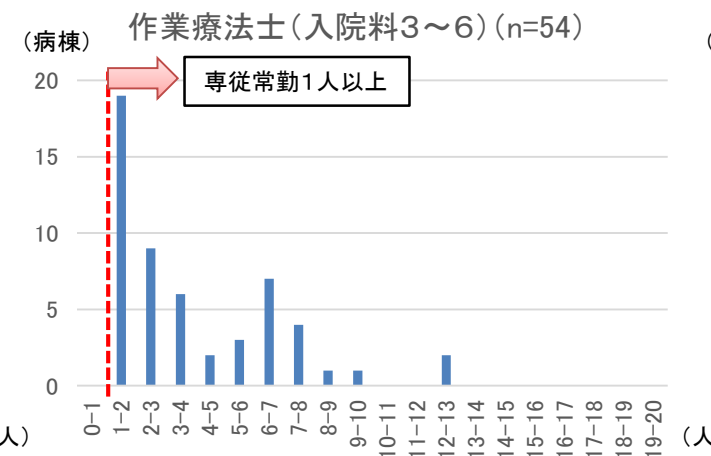
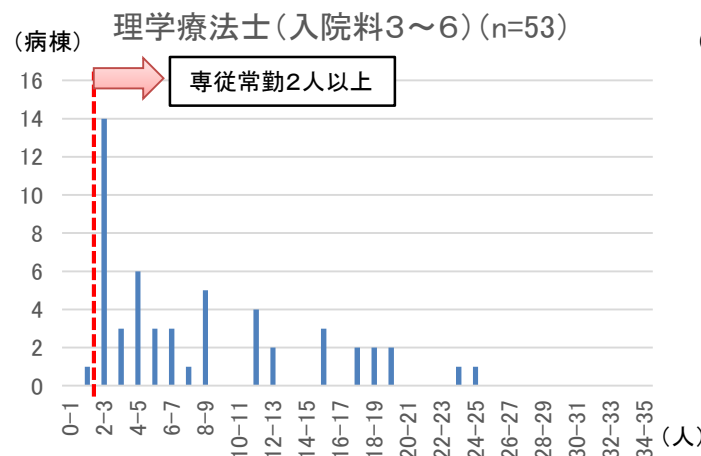
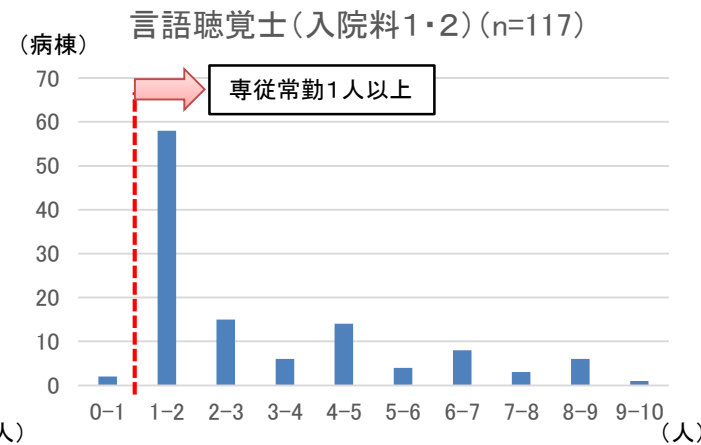
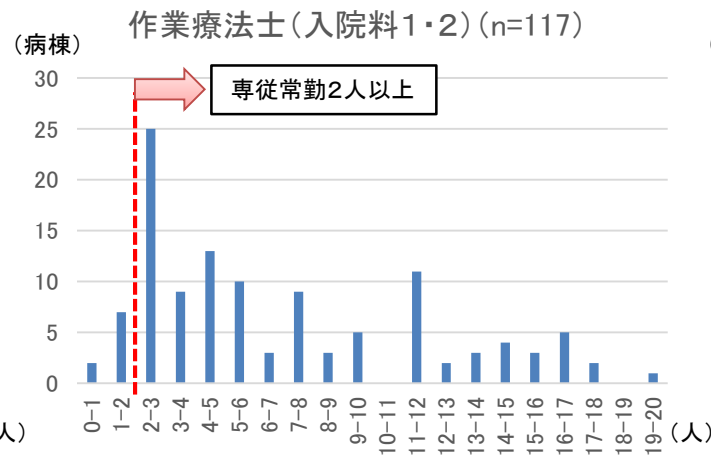
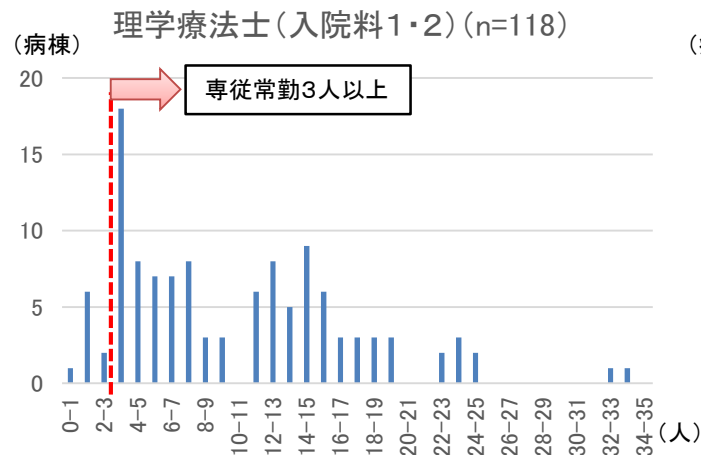
回復期リハビリテーション病棟入院料の割合

診調組 入ー1
元 7 2 5

- 2018年度において、入院料1を算定している病棟が半数を超えている。
- 入院料1～4を算定している病棟で、約97%である。



○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟におけるPT、OT、STの配置状況は、以下のとおり（赤点線：各入院料における施設基準）。



- 専任管理栄養士の病棟配置が努力義務である入院料1を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、82.0%である。
- 管理栄養士の病棟配置の要件がない入院料2～4を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、約50%である。

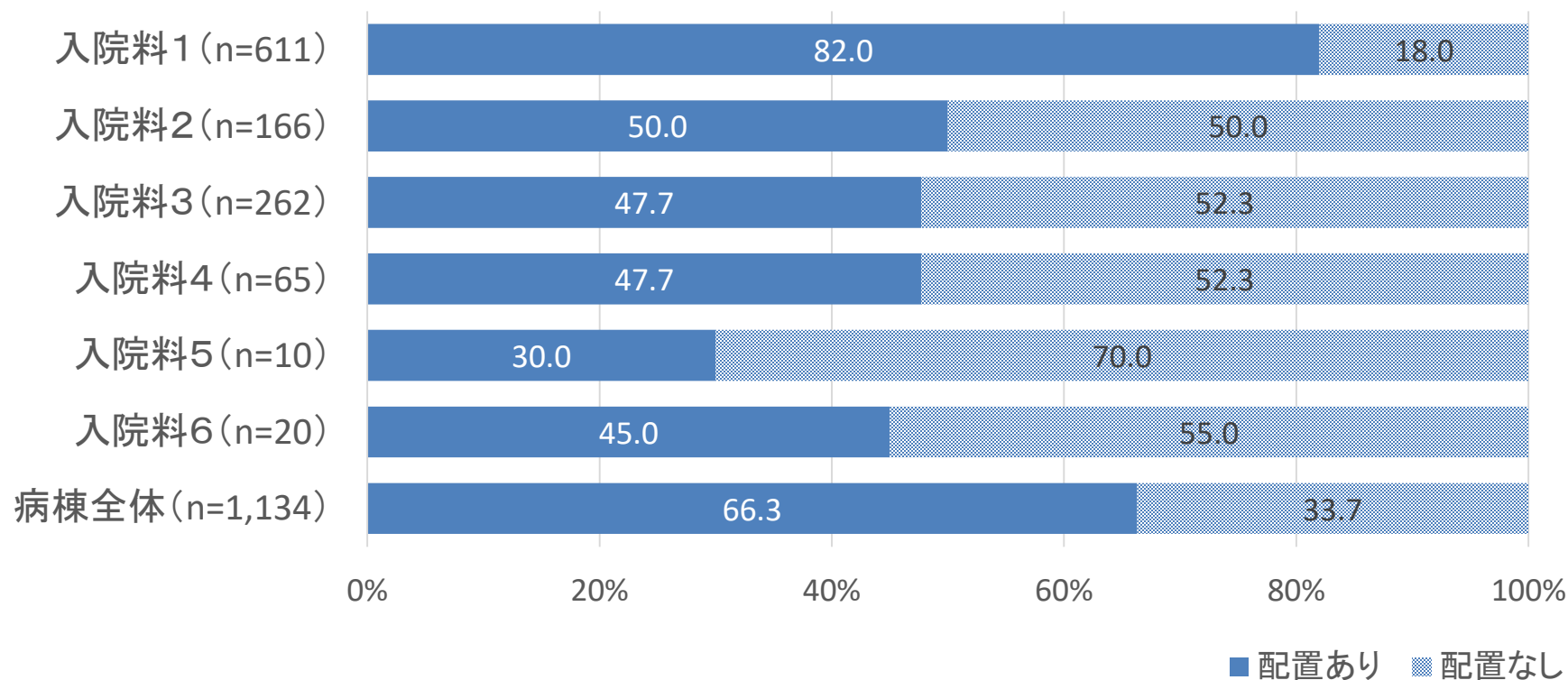
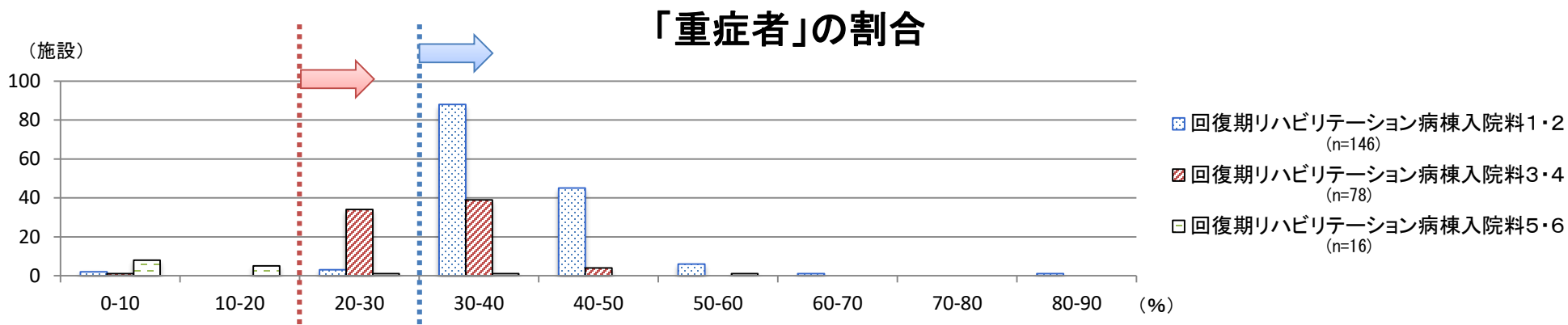
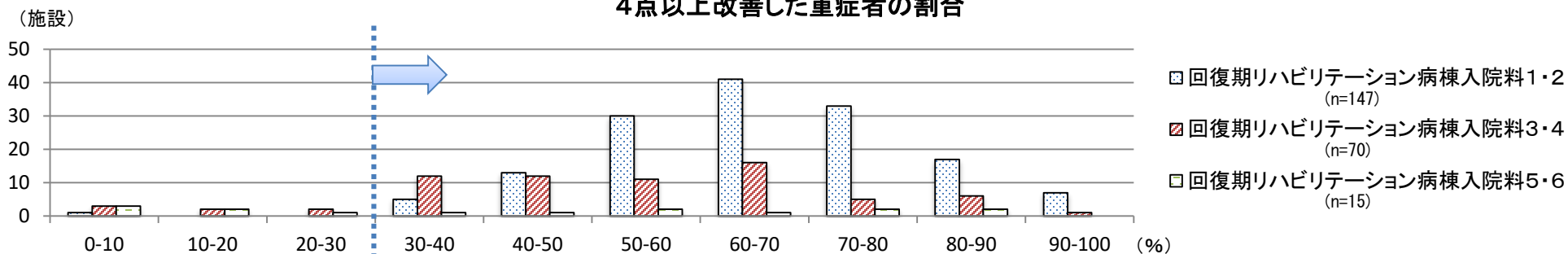


図 回復期リハ病棟入院料別の専従または専任管理栄養士配置状況

- 入院患者のうちの「重症者」の割合について、回復期リハビリテーション病棟入院料1・2では概ね30%以上、回復期リハビリテーション病棟入院料3・4では概ね20%以上となっている。
- 退院した「重症者」のうち、日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合は、回復期リハビリテーション病棟入院料1～4では概ね30%以上となっている。



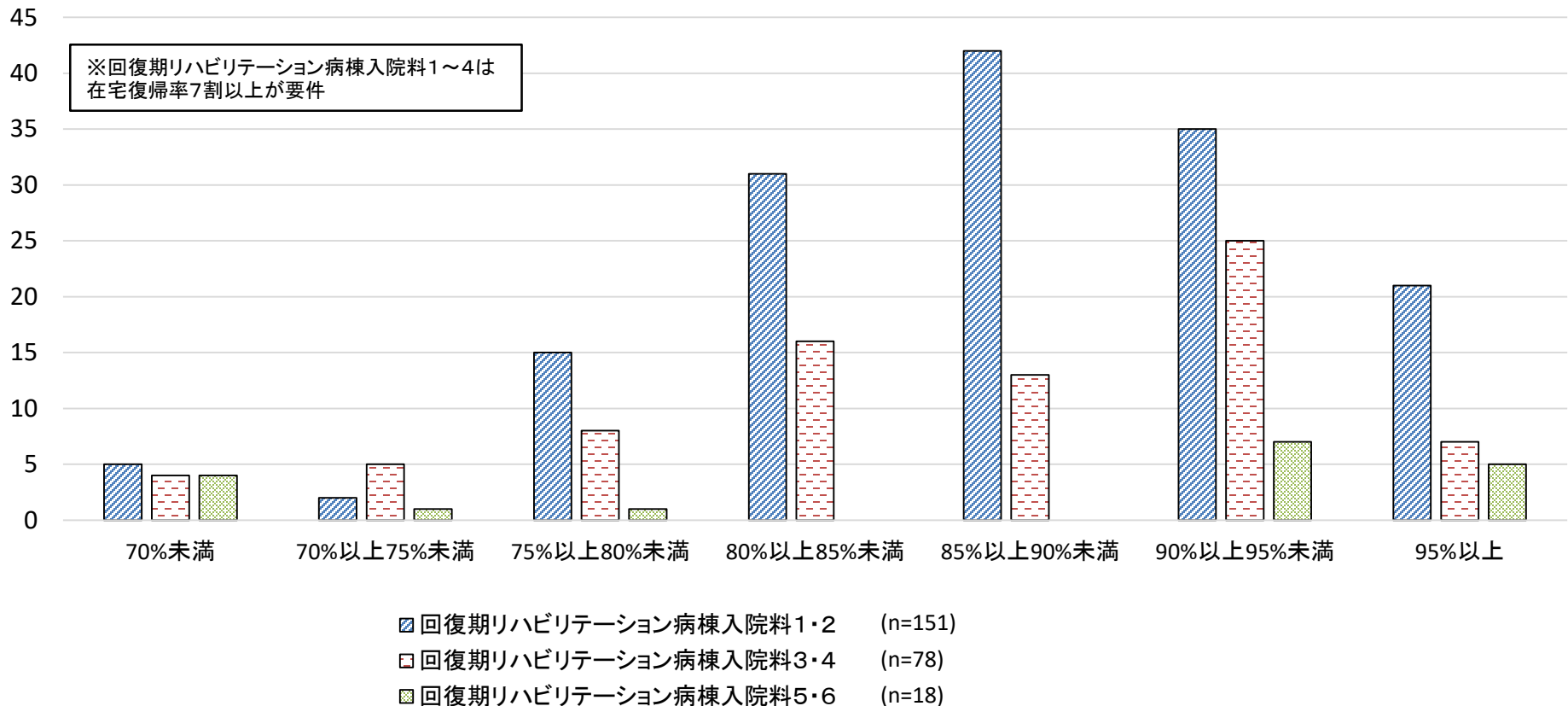
退院した重症者のうち、日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合



○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4においては、在宅復帰率が施設基準の70%を大きく上回る医療機関が多数存在した。

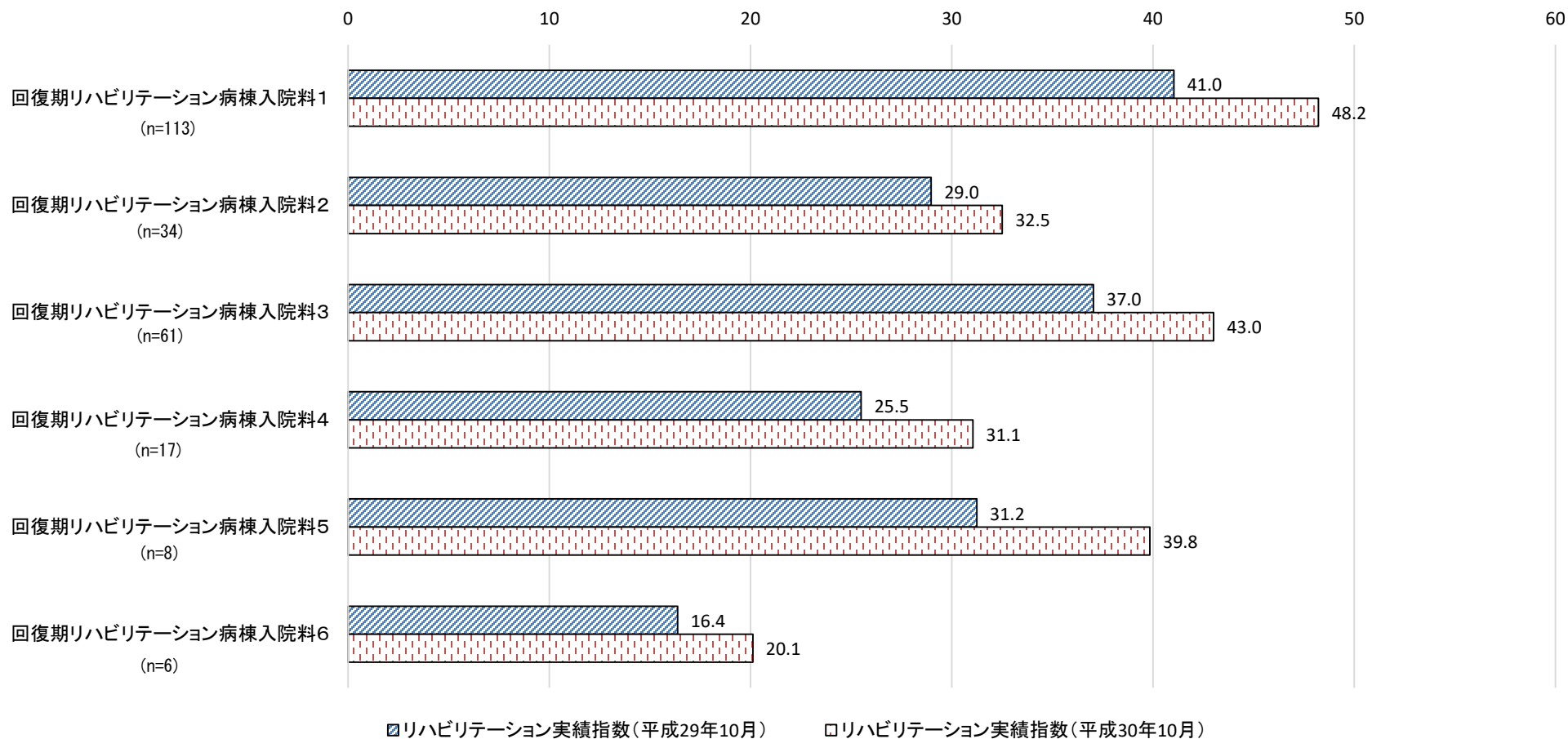
在宅復帰率の医療機関分布

(医療機関数)



- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、平成29年10月と平成30年10月のリハビリテーション実績指数を比較すると、全体的に上昇傾向にあった。
- リハビリテーション実績指数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1，3又は5を算定する病棟を有する医療機関において高い傾向にあった。

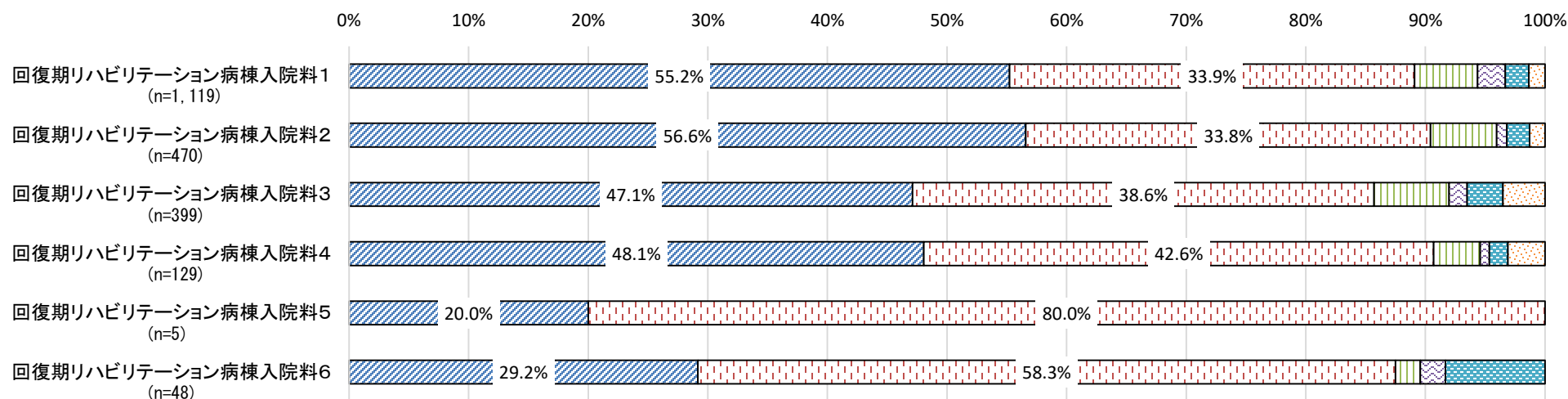
リハビリテーション実績指数



○ 回復期リハビリテーションを要する状態として、多くの患者が以下のいずれかに該当した。

- ・ 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、多発性神経炎、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
- ・ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態

回復期リハビリテーションを要する状態



■ 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、多発性神経炎、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

□ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態

□ 外科手術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

□ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態

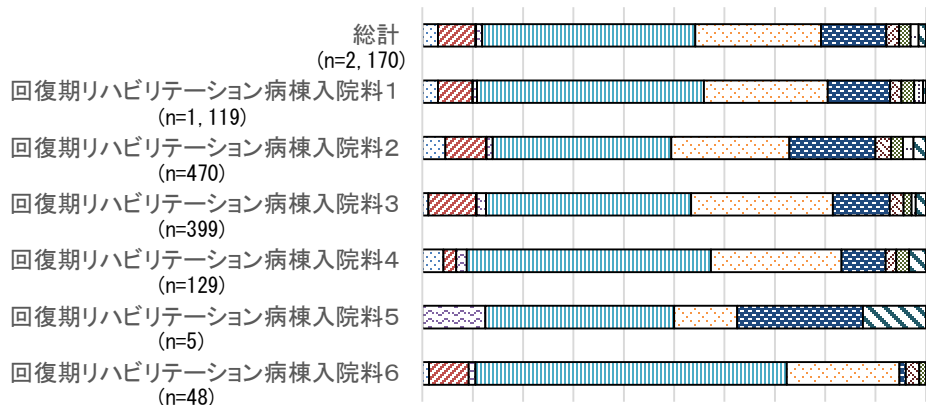
■ 股関節又は膝関節の置換術後の状態

□ 未回答

- 入院したときの状態は、多くが「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な状態」、「排泄に介助を要する状態」、「同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態」となっていた。
- 入院の理由は、約8割が「リハビリテーションのため」であった。

入院した時の状態

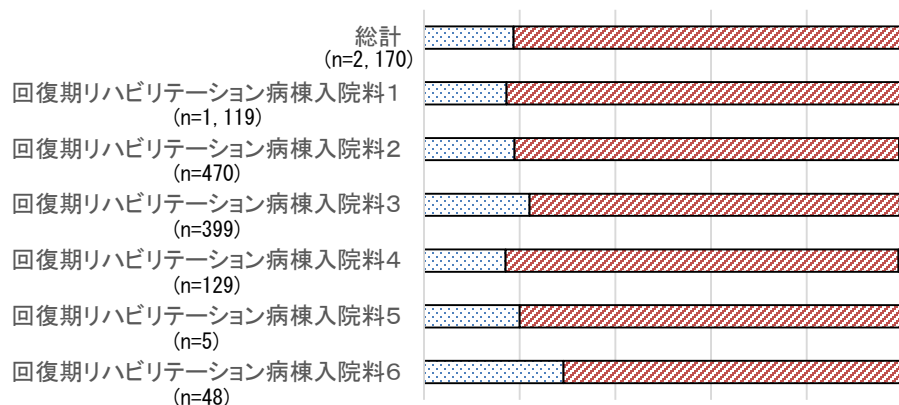
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



- 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の状態
- 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
- 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
- 生活困窮者である
- 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な状態 (必要と推測される状態)
- 排泄に介助を要する状態
- 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない状態
- 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要な状態
- 入退院を繰り返している状態
- その他患者の状況から判断して上記に準ずると認められる状態
- 未回答

入院の理由

0% 20% 40% 60% 80% 100%



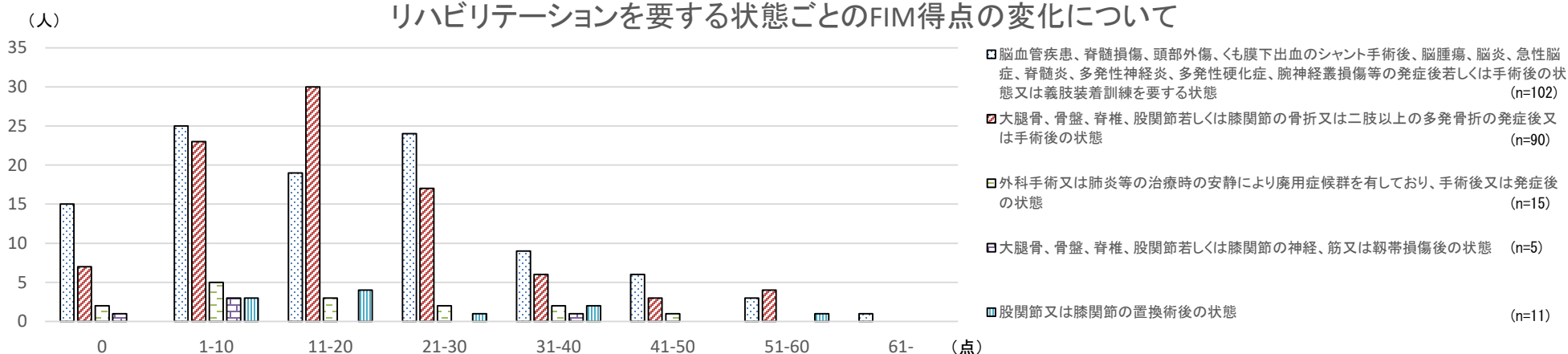
- 治療のため
- 検査及び確定診断のため
- 緩和ケアのため
- その他
- リハビリテーションのため
- 教育的入院のため
- 看取りのため(緩和ケアを除く)
- 未回答

入棟時から退棟時のFIM得点の変化について

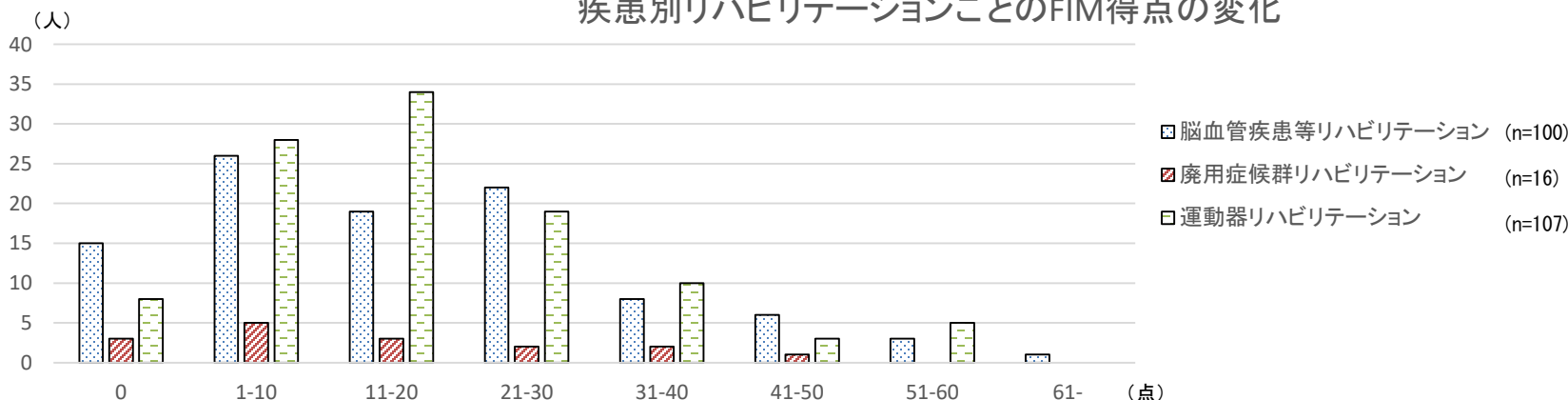
診調組 入 - 1
元 7 2 5

- 回復期リハビリテーション病棟から退棟した方の、入棟時から退棟時のFIM得点の変化について、リハビリテーションを要する状態ごとに見ると、脳血管疾患等の方においては1-10点、多発骨折の発症後等の方においては11-20点が最も多かった。
- また、疾患別リハビリテーションごとに見ると、脳血管疾患等リハビリテーションを実施した方においては1-10点、運動器リハビリテーションを実施した方においては11-20点が最も多かった。

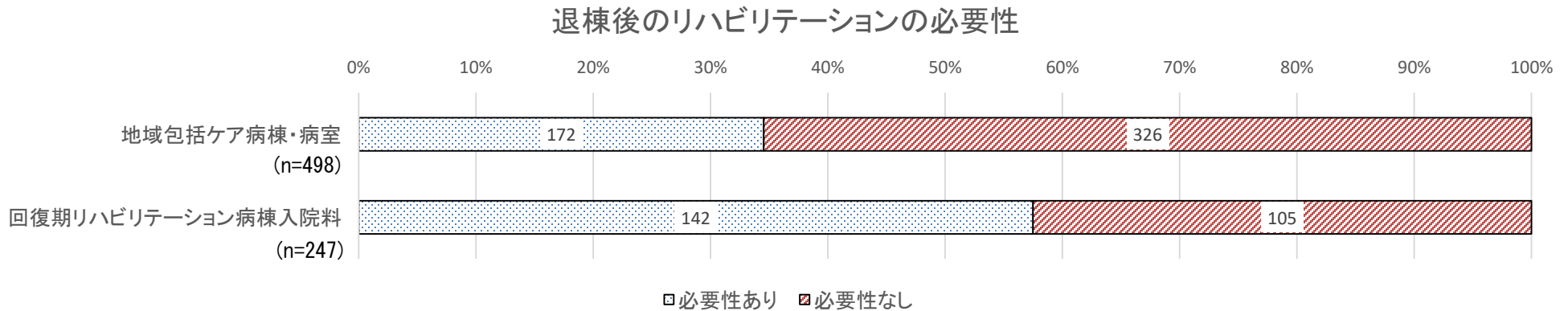
リハビリテーションを要する状態ごとのFIM得点の変化について



疾患別リハビリテーションごとのFIM得点の変化

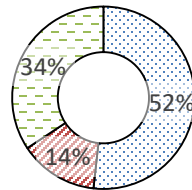


- 退棟後のリハビリテーションの必要性について、地域包括ケア病棟・病室の患者の約3割、回復期リハビリテーション病棟の約6割が「必要性あり」であった。
- 退棟後のリハビリテーションの必要性ありとされた患者における、退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況について、「実施あり」の割合は、地域包括ケア病棟・病室及び回復期リハビリテーション病棟いずれも約5割であった。



地域包括ケア病棟・病室

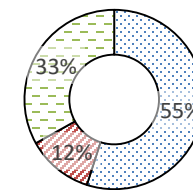
退棟後のリハビリテーションの必要性ありの患者に対する
退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況 (n=172)



□ リハビリテーションの実施あり ■ リハビリテーションの実施なし □ 不明

回復期リハビリテーション病棟入院料

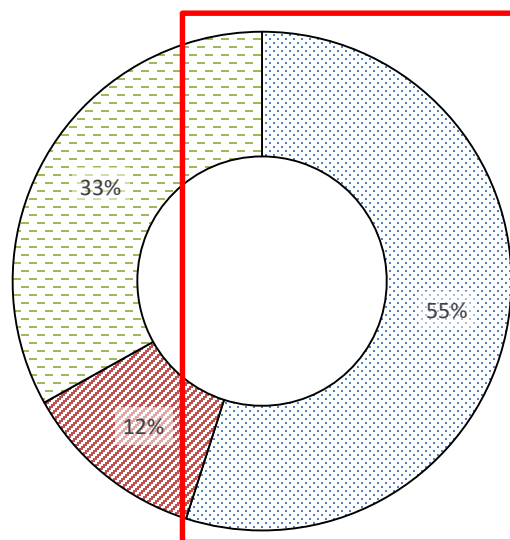
退棟後のリハビリテーションの必要性ありの患者に対する
退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況 (n=142)



□ リハビリテーションの実施あり ■ リハビリテーションの実施なし □ 不明

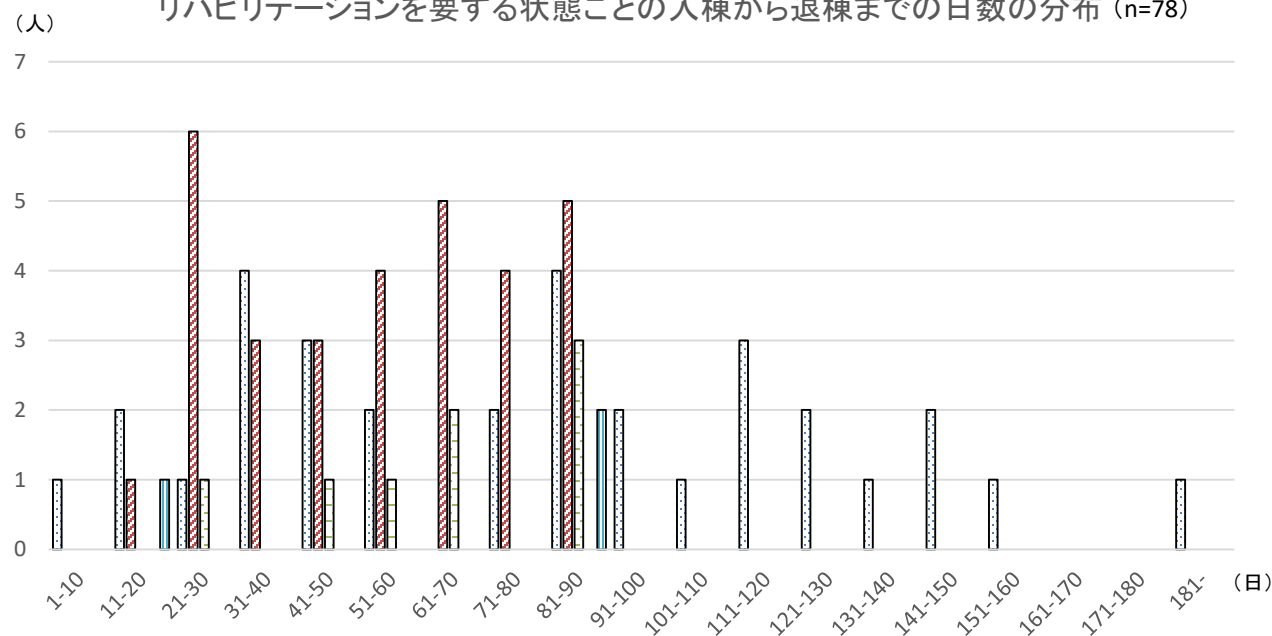
- 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者のうち、退棟後1週間以内にリハビリテーションを実施した患者の、リハビリテーションを要する状態ごとの入棟から退棟までの日数の分布は、以下のとおり。

(再掲) 回復期リハビリテーション病棟入院料
退棟後のリハビリテーションの必要性ありの患者に対する
退棟後1週間以内のリハビリテーションの実施状況 (n=142)



- リハビリテーションの実施あり
- リハビリテーションの実施なし
- 不明

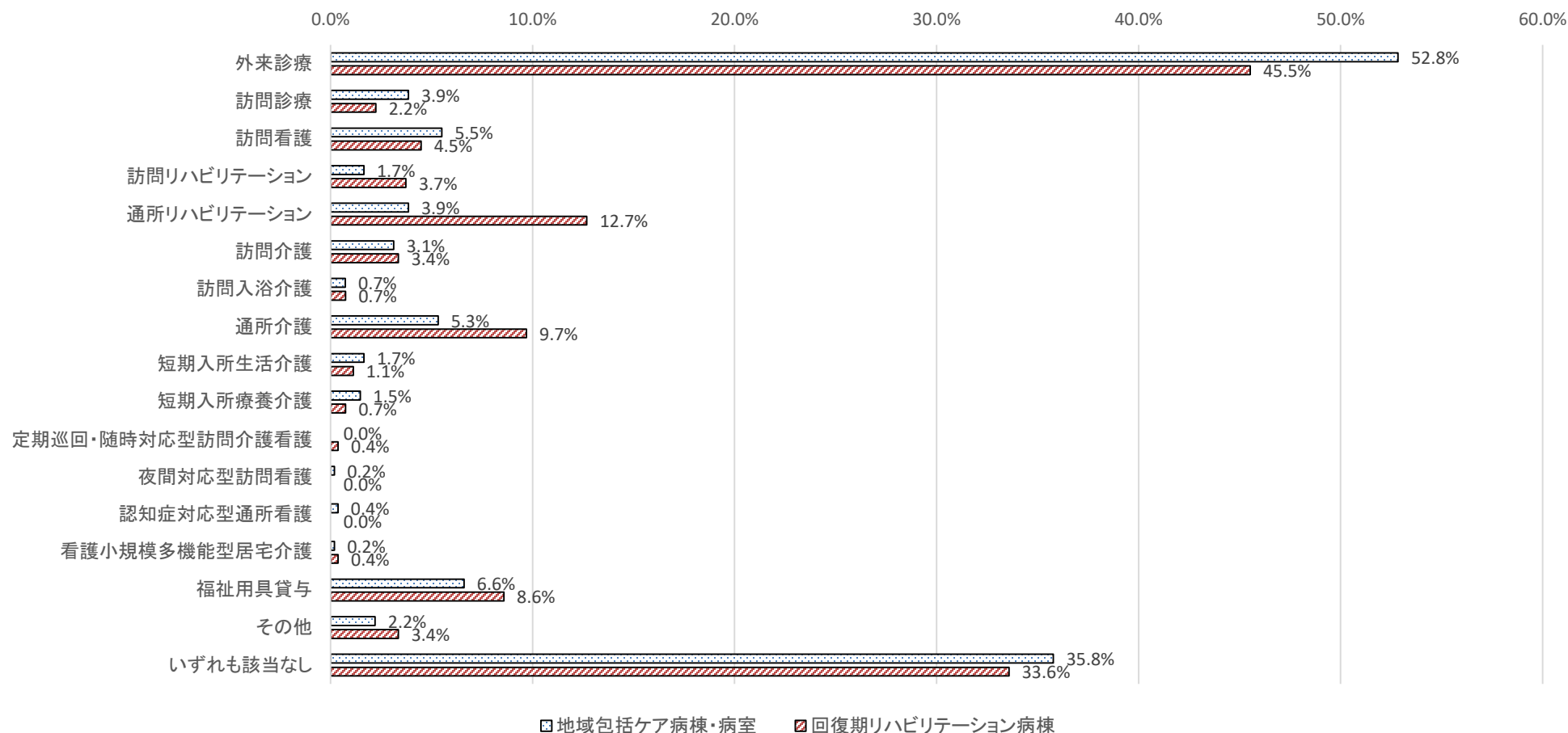
退院後1週間以内にリハビリテーションを実施した者における
リハビリテーションを要する状態ごとの入棟から退棟までの日数の分布 (n=78)



- 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、多発性神経炎、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
- 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
- 外科手術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
- 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態
- 股関節又は膝関節の置換術後の状態

- 地域包括ケア病棟・病室及び回復期リハビリテーション病棟の退棟後に利用を予定している医療・介護サービスとして、「外来診療」が最も多い。次いで多いものとして、地域包括ケア病棟・病室においては「福祉用具貸与」「訪問看護」「通所介護」が多く、回復期リハビリテーション病棟においては「通所リハビリテーション」「通所介護」「福祉用具貸与」が多い。

退棟後に利用を予定している医療・介護サービス

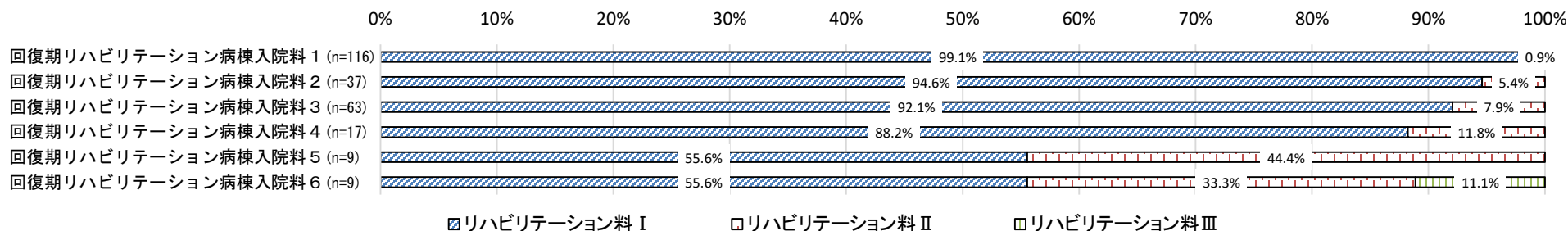


疾患別リハビリテーション料の届出状況①

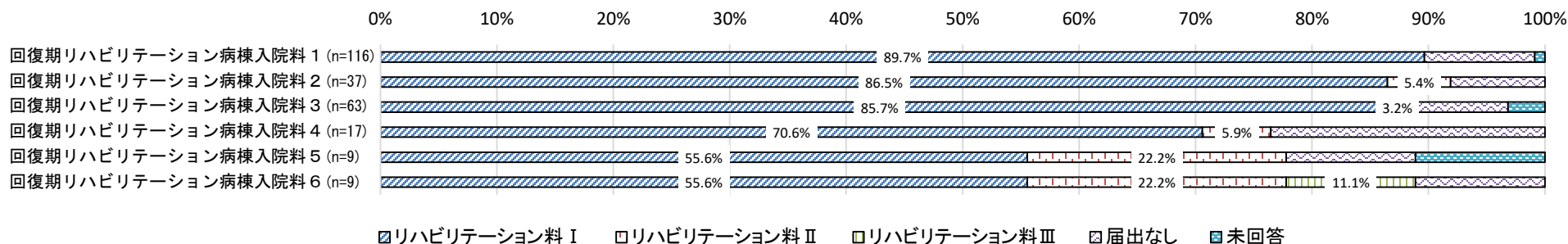
診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。

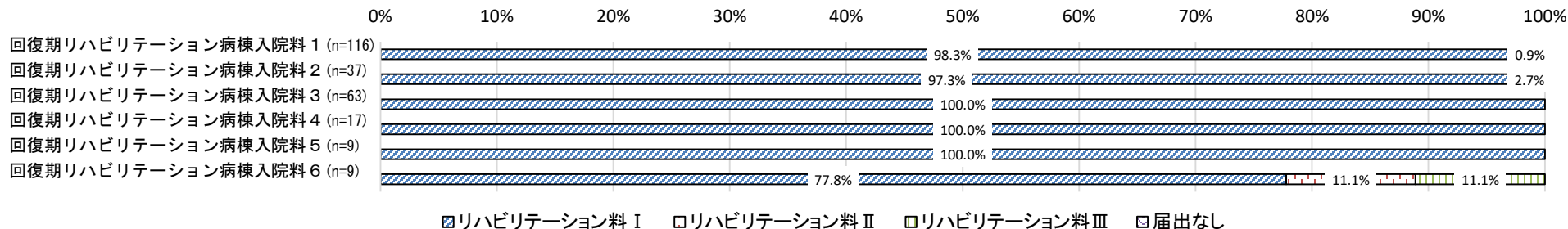
脳血管疾患等リハビリテーション料



廃用症候群リハビリテーション料

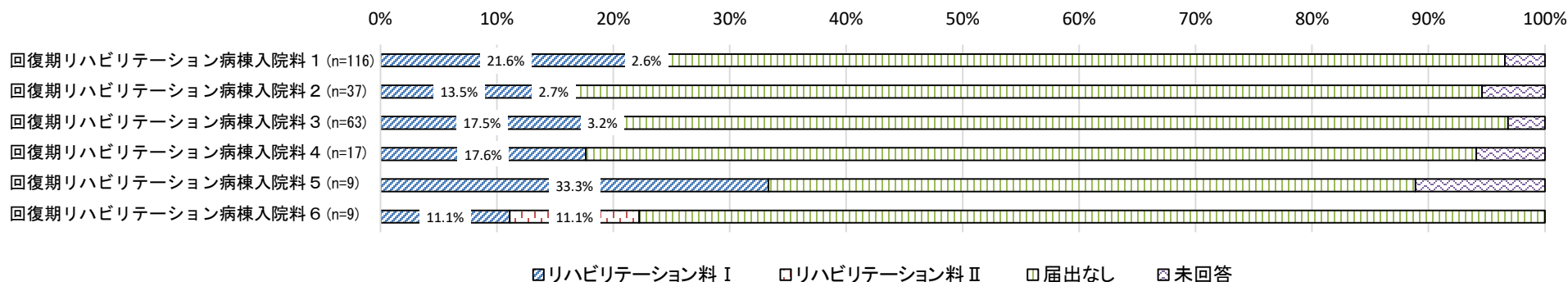


運動器リハビリテーション料

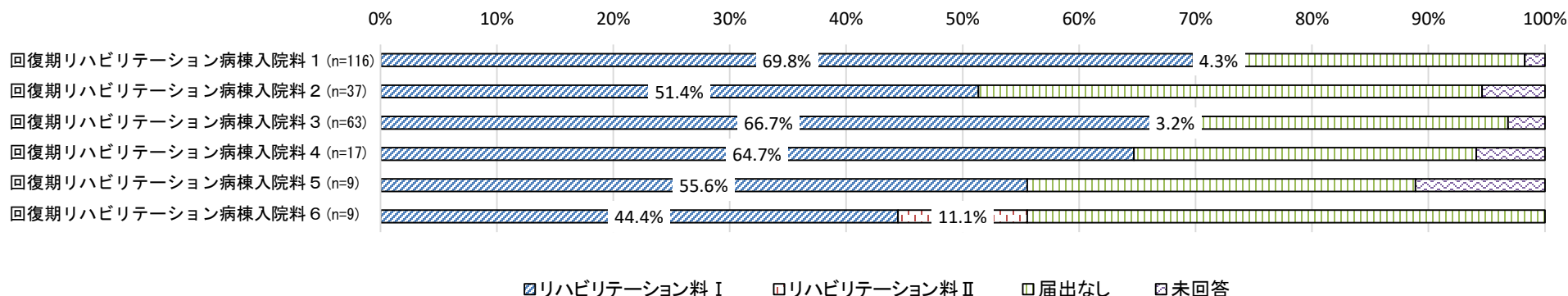


○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、疾患別リハビリテーション料の届出状況は以下のとおりであった。

心大血管疾患リハビリテーション料

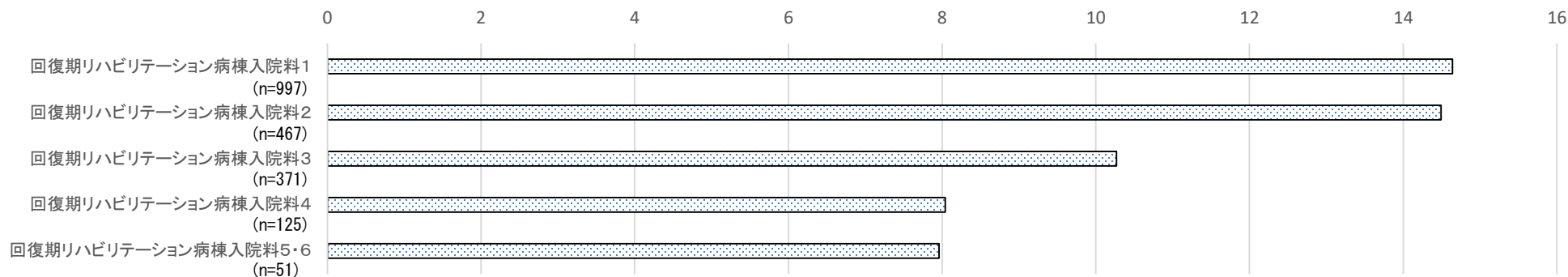


呼吸器リハビリテーション料

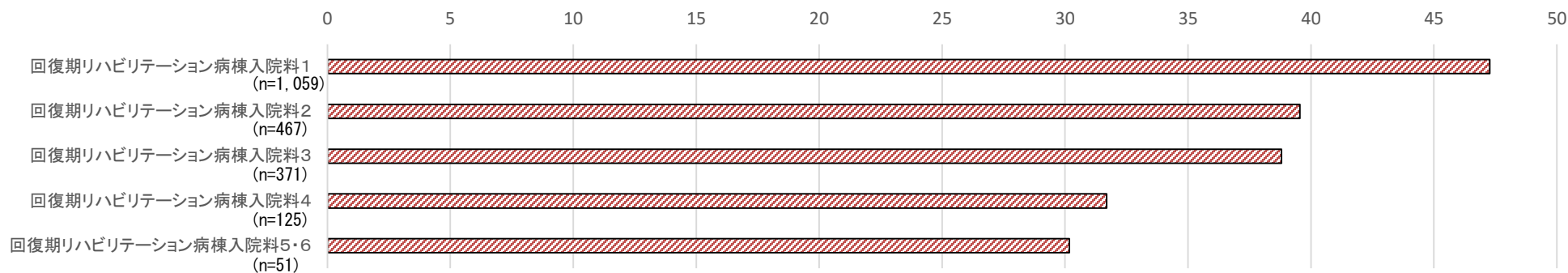


○ 疾患別リハビリテーションの実施頻度は、週当たり7～14回、単位数は、週当たり30～45単位前後となっており、実施頻度・単位数とも入院料1が最も多い。

疾患別リハビリテーションの頻度(回／週)



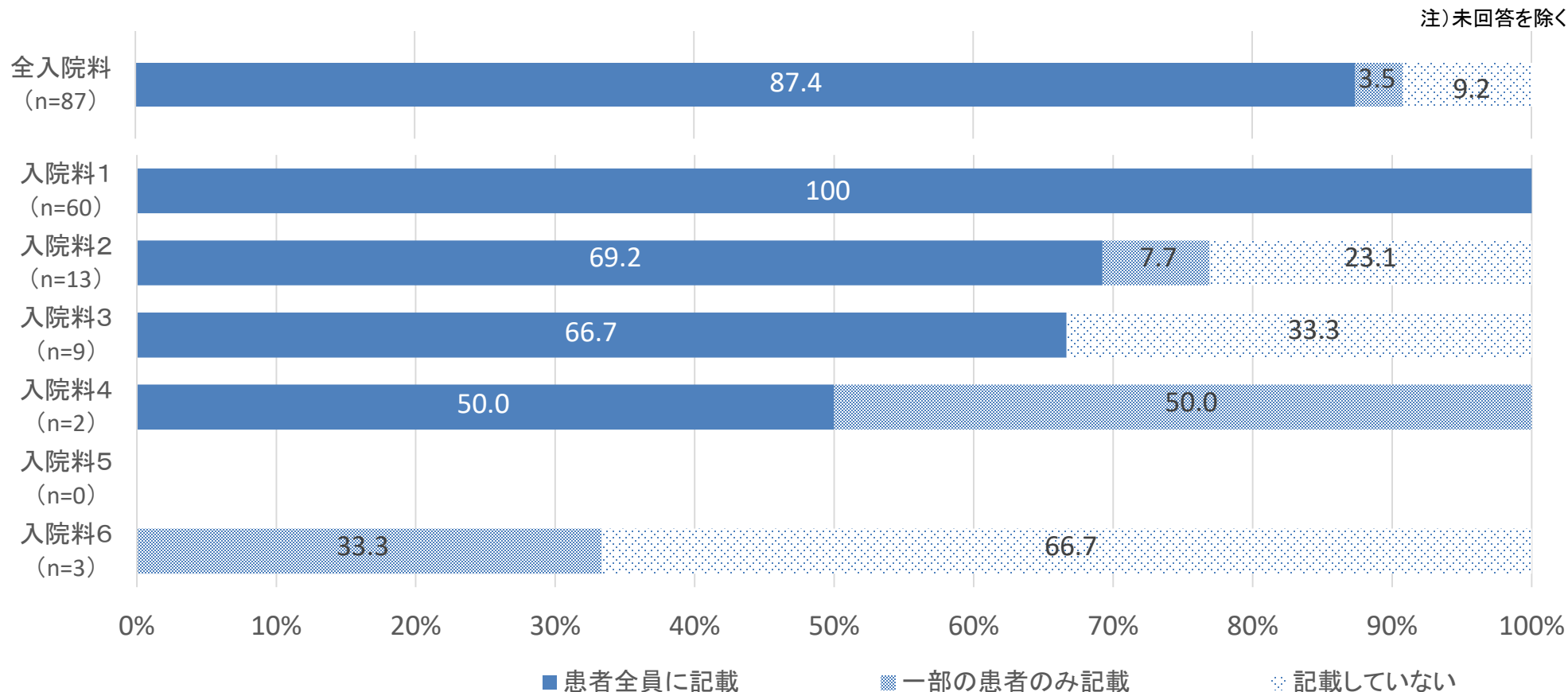
疾患別リハビリテーションの単位数(単位／週)



リハビリテーション計画書の栄養項目の記載状況

診調組 入ー1
元 7 2 5

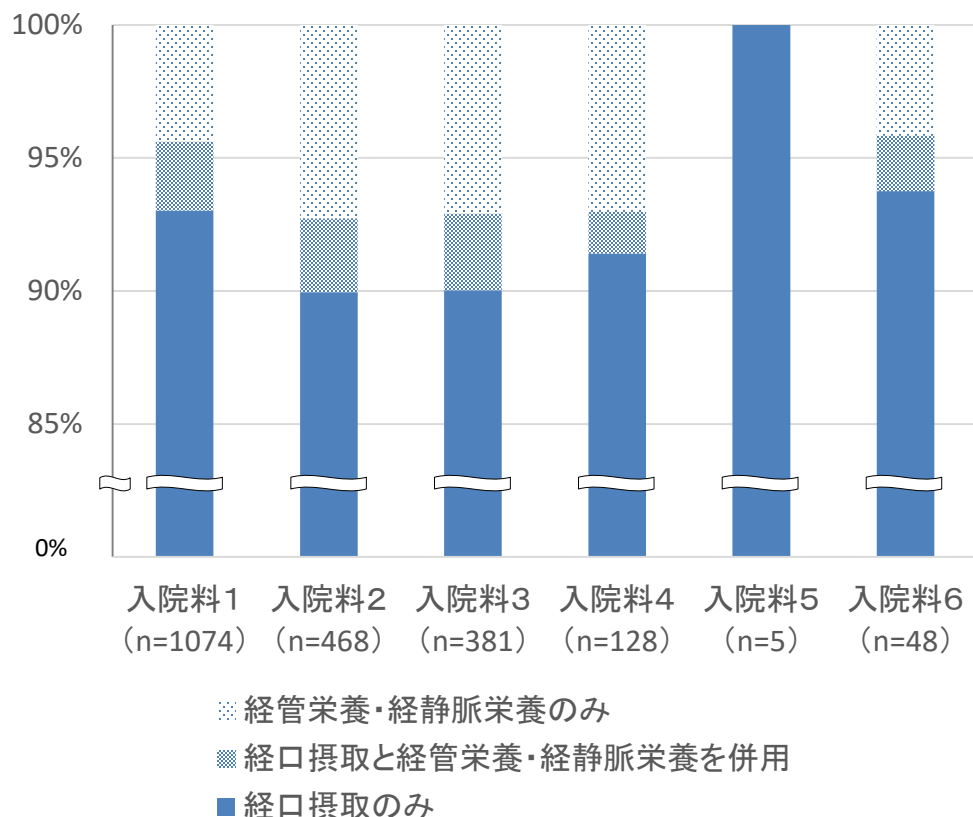
- 管理栄養士が病棟配置されている場合、リハビリテーション計画書の栄養項目を全員に記載している割合は、全入院料で87.4%である。
- 入院料別では、栄養項目記載が必須の入院料1は100%であり、記載が必須ではない入院料では、入院料2が69.2%、入院料3が66.7%である。



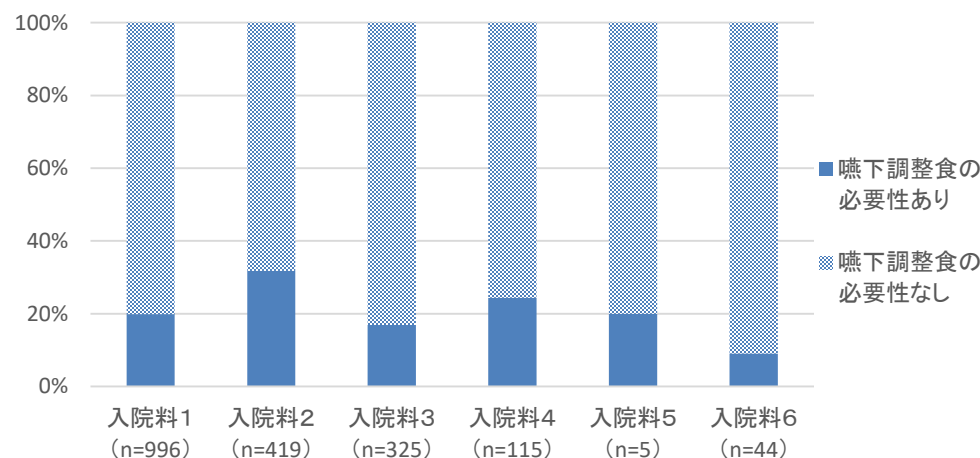
管理栄養士の病棟配置されている場合のリハビリテーション計画書の栄養項目記載の状況

- 栄養摂取の状況は、入院料での違いはみられず、約9割の患者が経口摂取のみである。
- 経口摂取のみの患者のうち、嚥下調整食が必要な患者は、いずれの入院料でも約2割である。
- 経管栄養等のみ、経口摂取と経管栄養等を併用している場合、経管・経静脈栄養の状況に入院料での違いはみられず、経鼻胃管の割合が高く、約6割である。

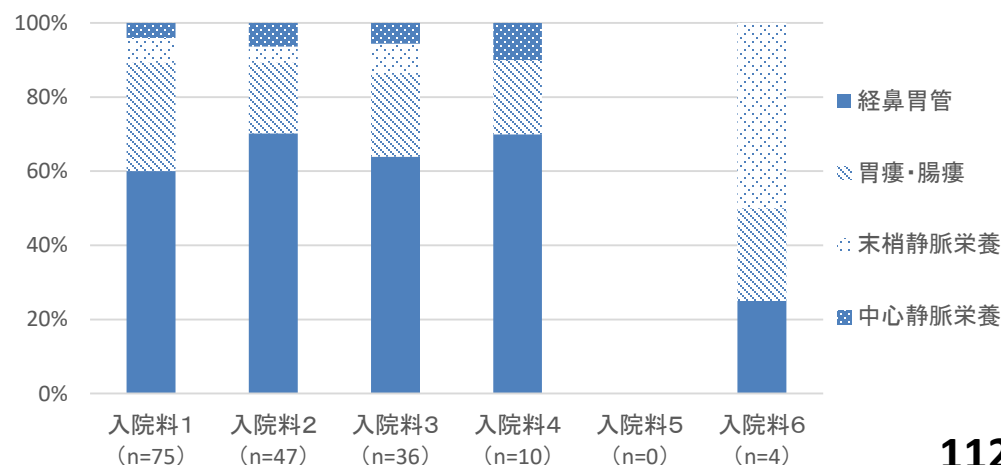
栄養摂取の状況



経口摂取のみの患者のうち嚥下調整食の必要性



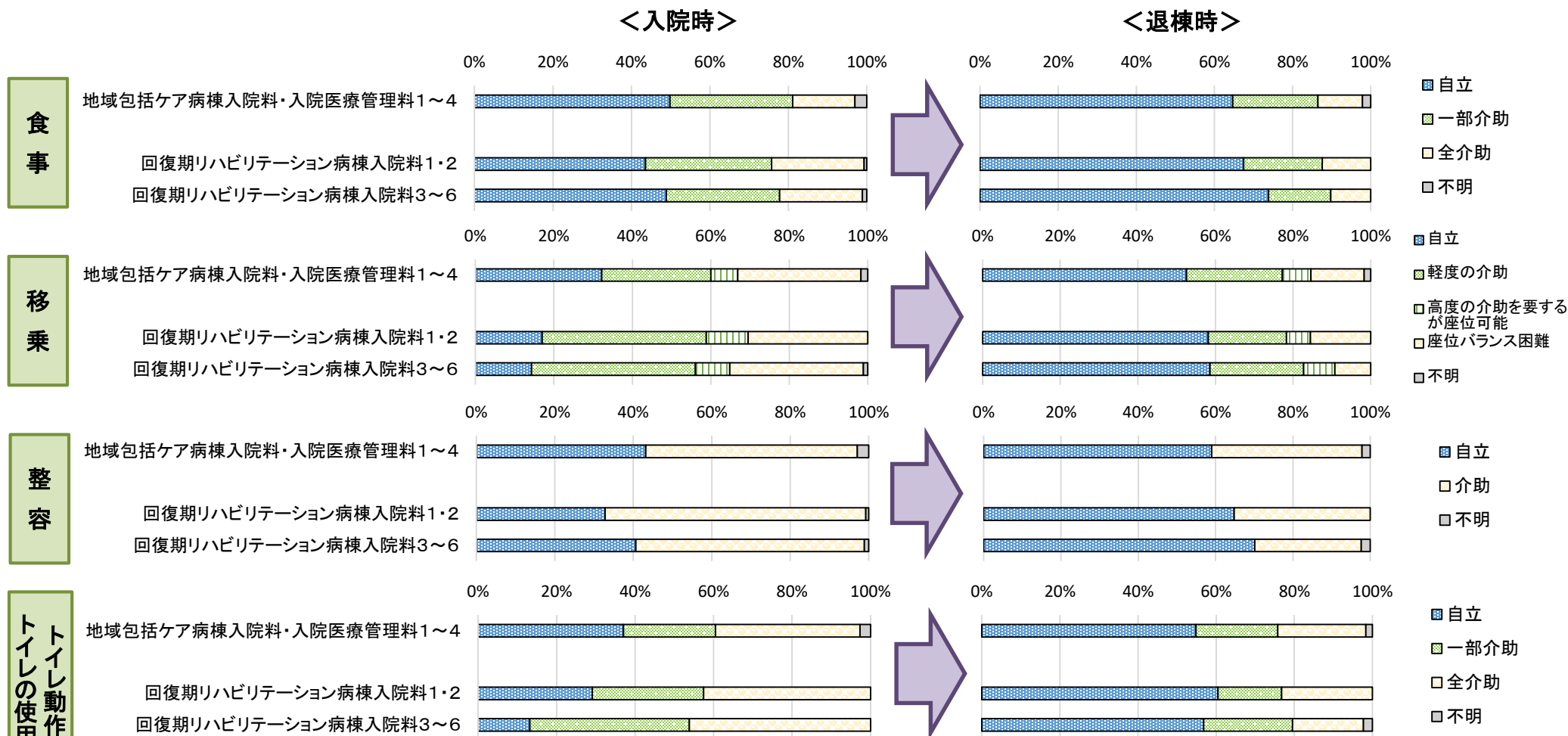
経管・経静脈栄養の状況



入院時と退棟時のADLスコアの比較①

○ 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟ともに退棟時には「自立」の患者の割合が増えていたが、特に回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

入院時と退棟時のADLスコア



※届出区分又はADLスコアが無回答のものは除く ※入院時及び退棟時のデータがある患者のみ

※地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4：n=526、

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2：n=141、回復期リハビリテーション病棟入院料3～6：n=98

入院時と退棟時のADLスコアの比較②

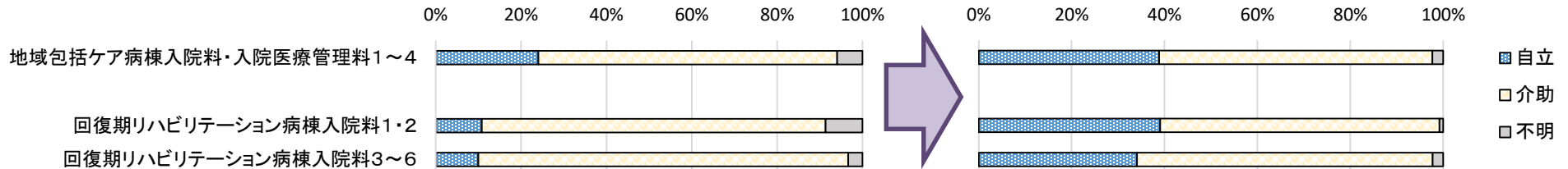
- 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟ともに退棟時には「自立」の患者の割合が増えていたが、特に回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

入院時と退棟時のADLスコア

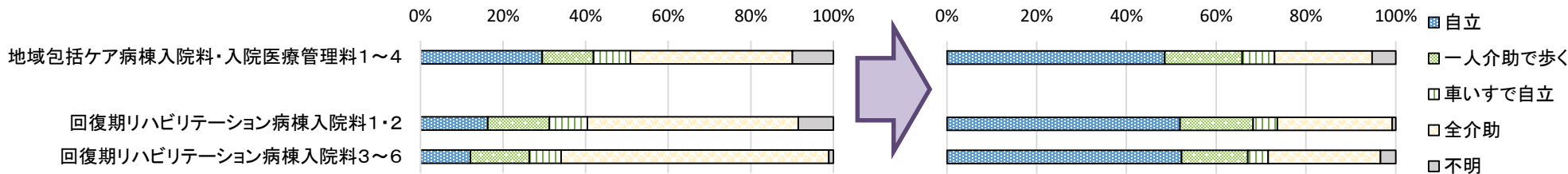
<入院時>

<退棟時>

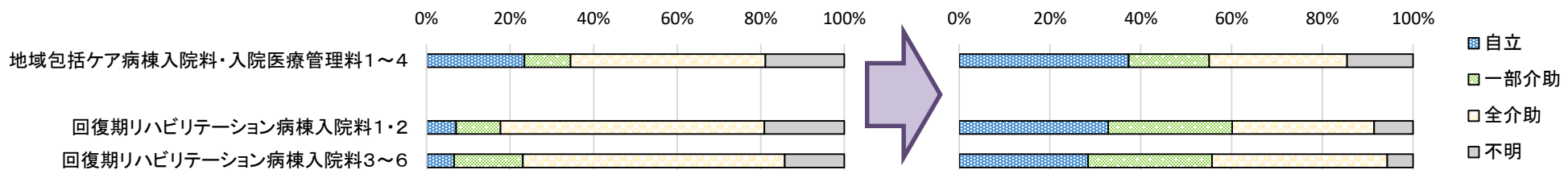
入浴



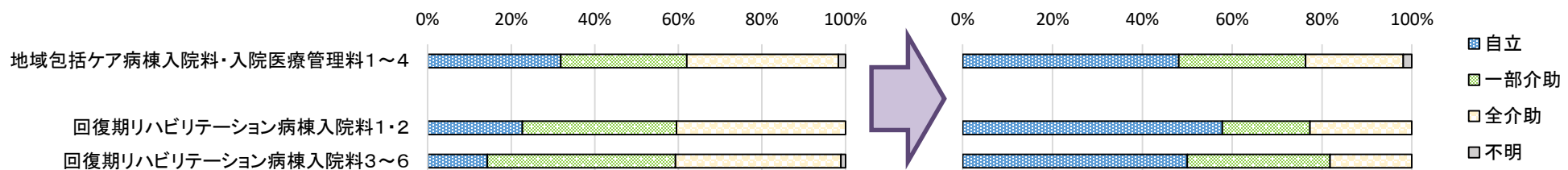
平地歩行



階段



更衣



※届出区分又はADLスコアが無回答のものは除く ※入院時及び退棟時のデータがある患者のみ

※地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4 : n=526、

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2 : n=141、回復期リハビリテーション病棟入院料3～6 : n=98

入院時と退棟時のADLスコアの比較③

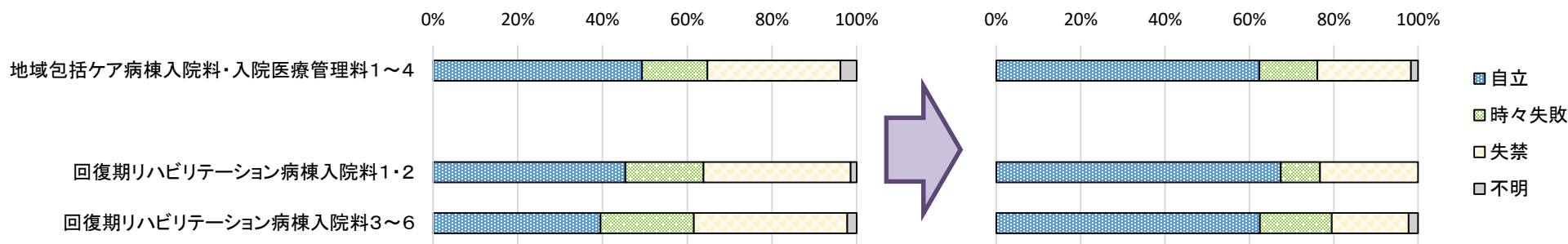
- 地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟ともに退棟時には「自立」の患者の割合が増えていたが、特に回復期リハビリテーション病棟において入院時の「自立」の割合が低かった。

入院時と退棟時のADLスコア

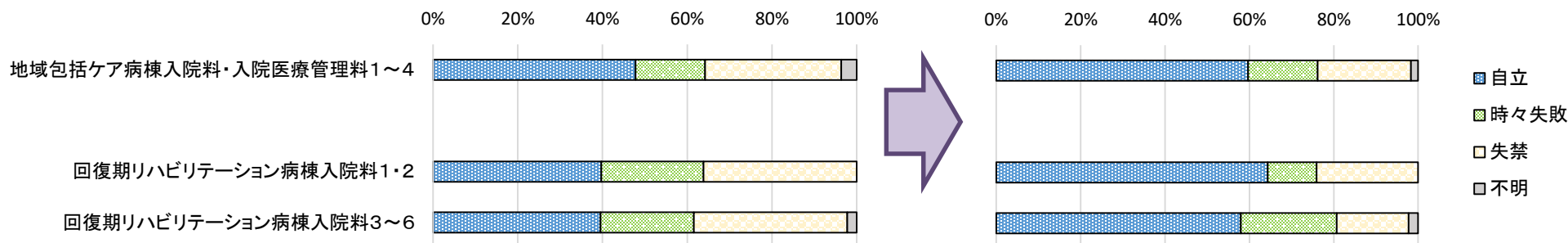
<入院時>

<退棟時>

排便管理



排尿管理



※届出区分又はADLスコアが無回答のものは除く ※入院時及び退棟時のデータがある患者のみ

※地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1～4 : n=526、

回復期リハビリテーション病棟入院料1・2 : n=141、回復期リハビリテーション病棟入院料3～6 : n=98

回復期リハビリテーション病棟入院料について

【現状・課題】

（施設の状況）

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟のうち、入院料1を算定している病棟が半数以上であった。
- ・ 入院料1を算定している施設において、管理栄養士が配置されている施設の割合は約8割であった。
- ・ 退院した患者のうち、日常生活機能評価が4点以上改善した重症者の割合は、入院料1～4において、概ね30%以上となっていた。

（患者の状態）

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に入院している患者の多くは「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な状態」、「排泄に介助を要する状態」、「同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にならない状態」となっていた。また、全体の約8割が「リハビリテーションのため」の入院であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の、入棟時から退棟時のFIM得点の変化は、脳血管疾患等の方においては1-10点、多発骨折の発症後等の方においては11-20点が最も多かった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の約6割が、退院後のリハビリテーションの必要性があるとされていた。

（リハビリテーション等の提供状況）

- ・ 疾患別リハビリテーションの実施頻度は、週当たり7～14回、単位数は、週当たり30～45単位程度となっていた。
- ・ 管理栄養士が病棟に配置されている場合、リハビリテーション計画書の栄養項目を全員に記載している割合は、全入院料において、87.4%であった。
- ・ 栄養摂取の状況は、約9割の患者が経口摂取のみであり、そのうち約2割の患者において嚥下調整食が必要であった。

【論点】



- 回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者のFIM得点の変化や、FIMと他の指標との関連性に着目した分析等について、実施された治療の内容や、退棟後の治療の必要性等との関係等を踏まえて、進めてはどうか。
- 回復期リハビリテーション病棟における栄養管理にかかる評価の要件等について、管理栄養士の配置状況や、栄養摂取の状況を踏まえて、どのように考えるか。

1. 一般病棟入院基本料等
2. 療養病棟入院基本料
3. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料
4. 回復期リハビリテーション病棟入院料
5. 入退院支援

入退院支援加算の概要①

A 2 4 6 入退院支援加算（退院時 1 回）

- 入退院支援加算 1
 イ 一般病棟入院基本料等の場合 6 0 0 点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1, 2 0 0 点
- 入退院支援加算 2
 イ 一般病棟入院基本料等の場合 1 9 0 点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 6 3 5 点
- 入退院支援加算 3 1, 2 0 0 点

[主な算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な患者の早期抽出	原則入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出	原則入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出	入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出
退院困難な要因	○悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 ○緊急入院 ○要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること ○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 ○生活困窮者 ○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 ○排泄に介助を要する ○同居の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない ○退院後に医療処置が必要 ○入退院を繰り返していること ○その他患者の状況から判断して上記要因に準ずると認められるもの		○先天奇形 ○染色体異常 ○出生体重1,500g未満 ○新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） ○その他、生命に関わる重篤な状態
入院早期の患者・家族との面談	一般病棟入院基本料等 7 日以内 療養病棟入院基本料等 1 4 日以内 (入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手)	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)	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
多職種によるカンファレンスの実施	入院後 7 日以内にカンファレンスを実施	できるだけ早期にカンファレンスを実施	
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 験を有する専従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（保険医療機関、介護保険法に定める 居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連 携機関の職員と面会を年 3 回以上実施	－	－
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	－	－

119

入退院支援加算の概要②

入院前からの支援を行った場合の評価

➤ 入院時支援加算 200点（退院時 1 回）

〔算定対象〕

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

〔施設基準〕

- ① 入退院支援加算 1、2 又は 3 の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
「許可病床数200床以上」
 - ・ **専従の看護師が 1 名以上** 又は
 - ・ **専任の看護師及び専任の社会福祉士が 1 名以上**
「許可病床数200床未満」
 - ・ **専任の看護師が 1 名以上**が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

〔算定要件〕

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の 1) から 8) を行い、②**入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て**、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により 1) から 8) について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2) 及び 8) は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
 - 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
 - 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
 - 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
 - 7) 入院中に行われる治療・検査の説明 / 8) 入院生活の説明
- (※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

医療機関間の連携に関する評価

➤ 地域連携診療計画加算 300点（退院時 1 回）

〔算定要件〕

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後 7 日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

入退院支援の評価(イメージ)

- 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、入院前からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を推進するなど、切れ目のない支援となるよう評価を見直す

- 入院前からの支援に対する評価の新設

- 「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称を変更
- 地域連携診療計画加算の算定対象の拡大
- 支援の対象となる患者要件の追加

- 退院時共同指導料の見直し

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う医療機関等との連携強化

外来部門

【入院前からの支援】

- ・(入院前に)利用しているサービスの利用状況の確認
- ・服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・入院生活に関するオリエンテーション
- ・看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成



＜入退院支援の対象となる患者＞

- ・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
- ・緊急入院 / 要介護認定が未申請
- ・虐待を受けている又はその疑いがある
- ・生活困窮者
- ・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
- ・排泄に介助を要する
- ・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
- ・退院後に医療処置が必要
- ・入退院を繰り返している

在宅療養を担う関係機関等

【退院時共同指導】

- ・医師、看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とする



共同指導が行えなかった時は

【情報提供】

- ・療養に必要な情報提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

(新) 入院時支援加算 200点(退院時1回)

[算定対象]

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
 - ≪許可病床数200床以上≫
 - ・ 専従の看護師が1名以上 又は
 - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
 - ≪許可病床数200床未満≫
 - ・ 専任の看護師が1名以上
 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1)から8)を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1)から8)について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1)、2)及び8)は必ず実施しなければならない。

- 1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握(※)
- 3) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 4) 栄養状態の評価
- 5) 服薬中の薬剤の確認 / 6) 退院困難な要因の有無の評価
- 7) 入院中に行われる治療・検査の説明
- 8) 入院生活の説明

(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

入退院支援の推進

入退院支援の一層の推進

- 入院早期から退院直後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。
- 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行

【退院支援加算】〔算定要件〕 退院困難な要因
ア～ウ（略）

エ、オ（略）
カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
キ～ケ（略）

改定後

【入退院支援加算】〔算定要件〕 退院困難な要因
ア～ウ（略）
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こと
オ 生活困窮者であること
カ、キ（略）
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～サ（略）

- 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行

【退院支援加算1】〔施設基準〕
過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。
①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数
②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数

改定後

【入退院支援加算1】〔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（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、①、②及び③の合計を上回ること。
①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数
②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数
③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（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

（新） 小児加算 200点（退院時1回）

- 地域連携診療計画加算の算定対象に、入退院支援加算2を届け出ている医療機関を加える。122

入退院支援加算及び入院時支援加算の届出状況

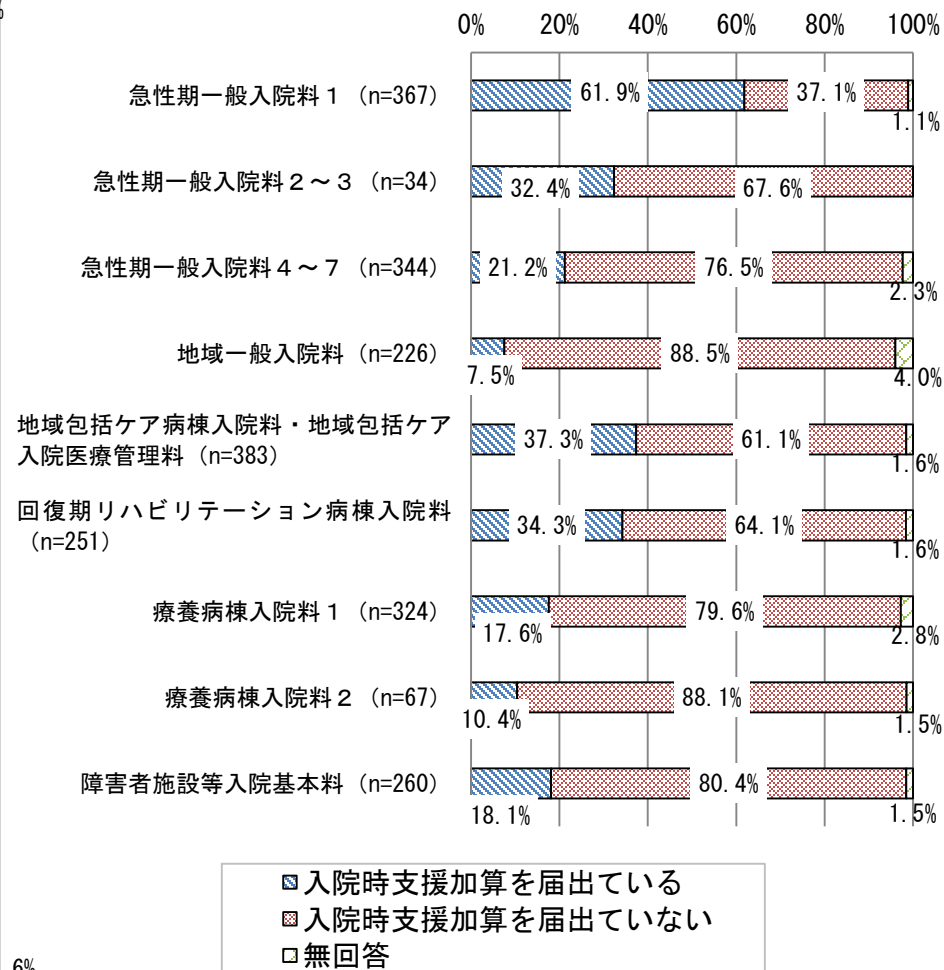
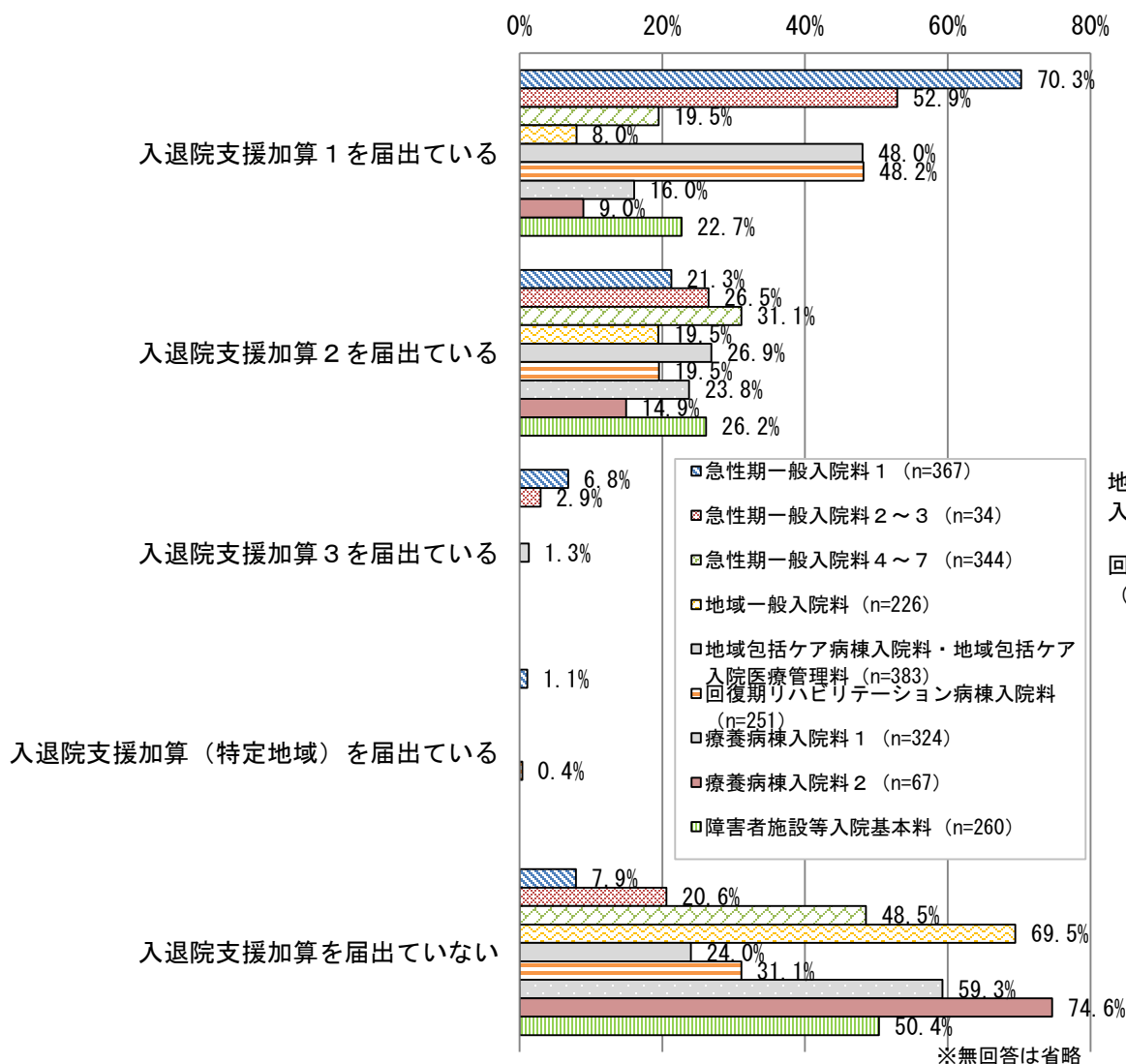
診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

○ 入退院支援加算及び入院時支援加算は、急性期一般入院料 1 での届出が多かった。

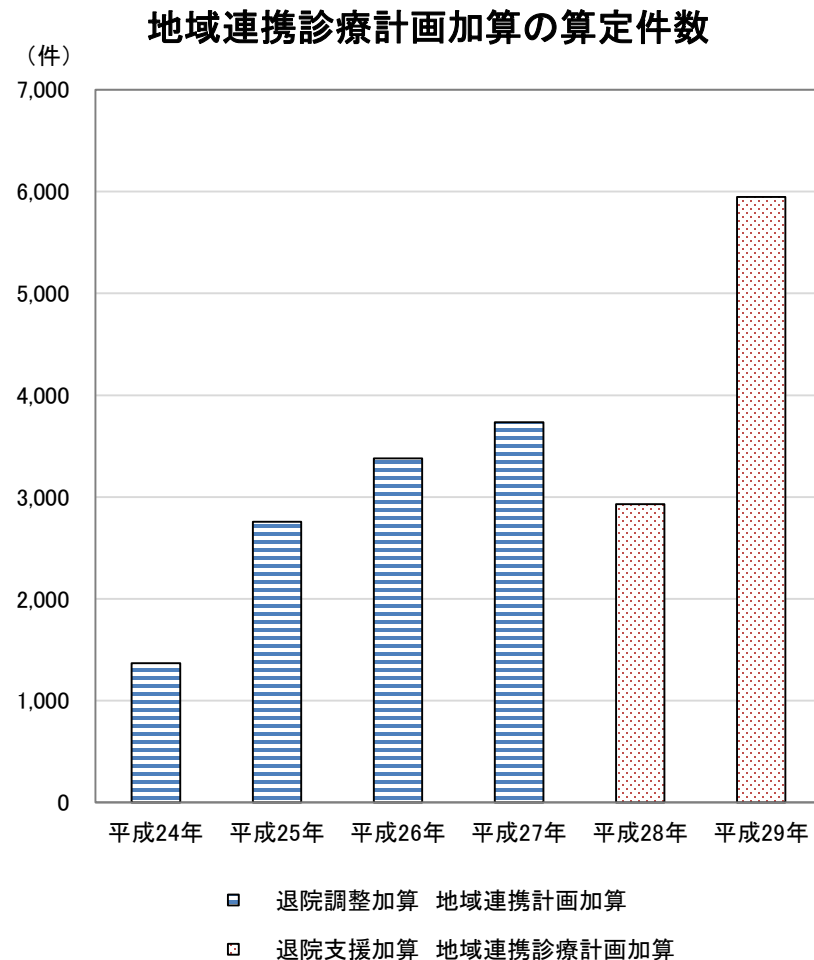
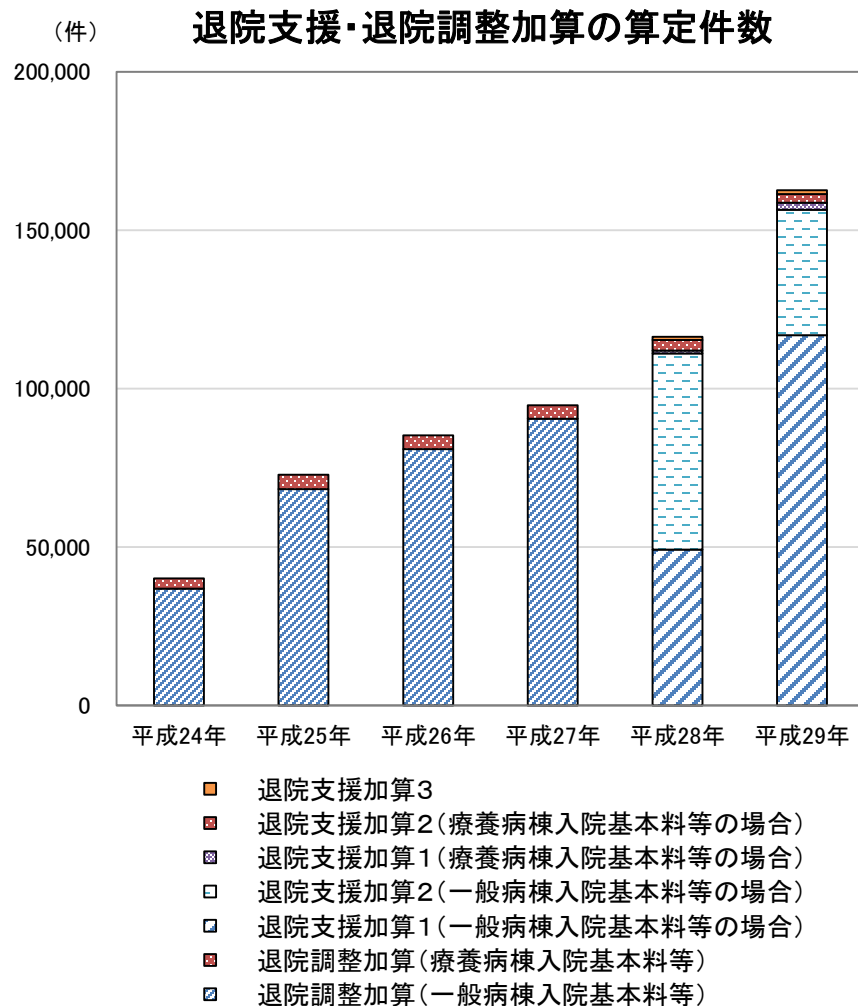
入退院支援加算の届出状況

(複数回答)

入院時支援加算の届出状況



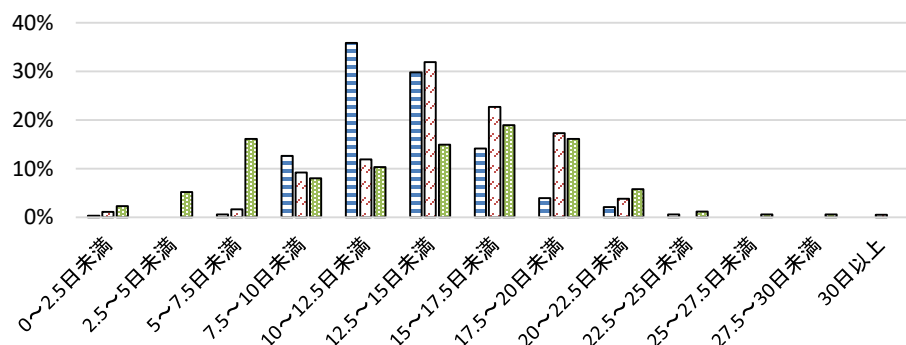
○ 退院支援加算(平成24～27年は退院調整加算)及び地域連携診療計画加算の算定件数は、増加傾向にある。



- 入退院支援加算 1・2 の届出有無と平均在院日数の関係をみると、いずれの入院料種別においても、入退院支援加算 1・2 の届出ありの施設の平均在院日数が短い傾向にあった。

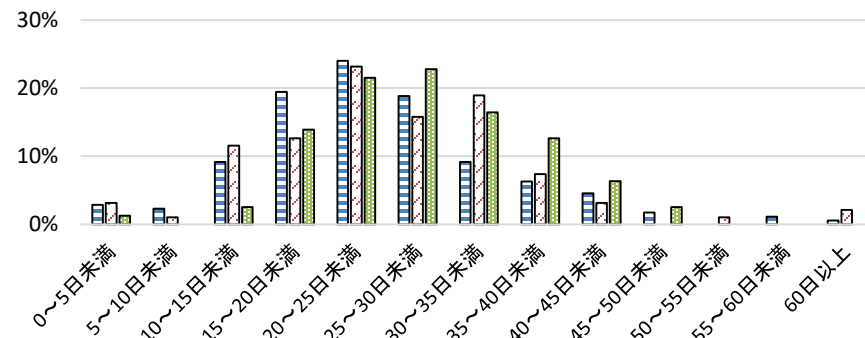
入退院支援加算の届出有無と平均在院日数

＜急性期一般入院基本料＞



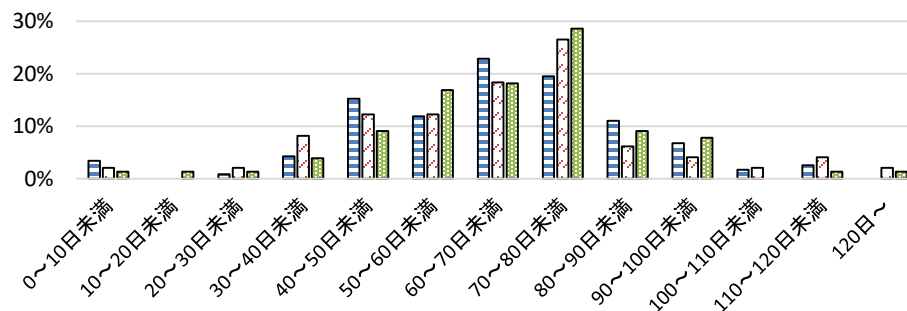
■ 入退院支援加算1の届出あり(n=332) ■ 入退院支援加算2の届出あり(n=185)
■ 入退院支援加算1・2の届出なし(n=174)

＜地域包括ケア病棟入院料＞



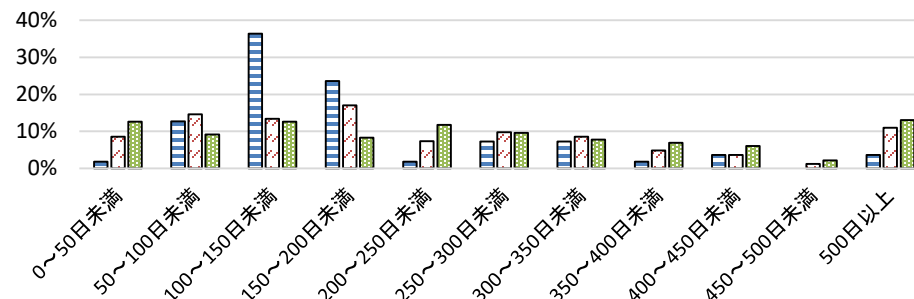
■ 入退院支援加算1の届出あり(n=175) ■ 入退院支援加算2の届出あり(n=95)
■ 入退院支援加算1・2の届出なし(n=79)

＜回復期リハビリテーション病棟入院料＞



■ 入退院支援加算1の届出あり(n=118) ■ 入退院支援加算2の届出あり(n=49)
■ 入退院支援加算1・2の届出なし(n=77)

＜療養病棟入院基本料＞



■ 入退院支援加算1の届出あり(n=59) ■ 入退院支援加算2の届出あり(n=82)
■ 入退院支援加算1・2の届出なし(n=230)

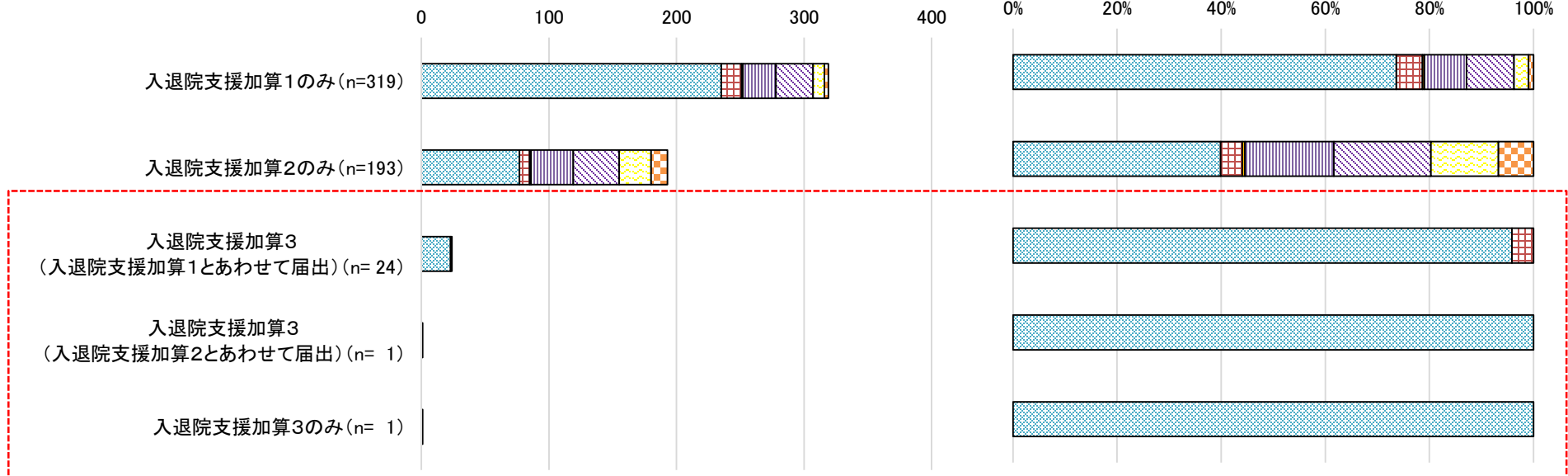
- 急性期一般入院基本料の届出施設のうち、入退院支援加算3を届出ている施設は、入退院支援加算1とあわせて届出ている施設が多く、ほとんどが急性期一般入院料1であった。

入退院支援加算の届出状況

< 施設数 >

(施設)

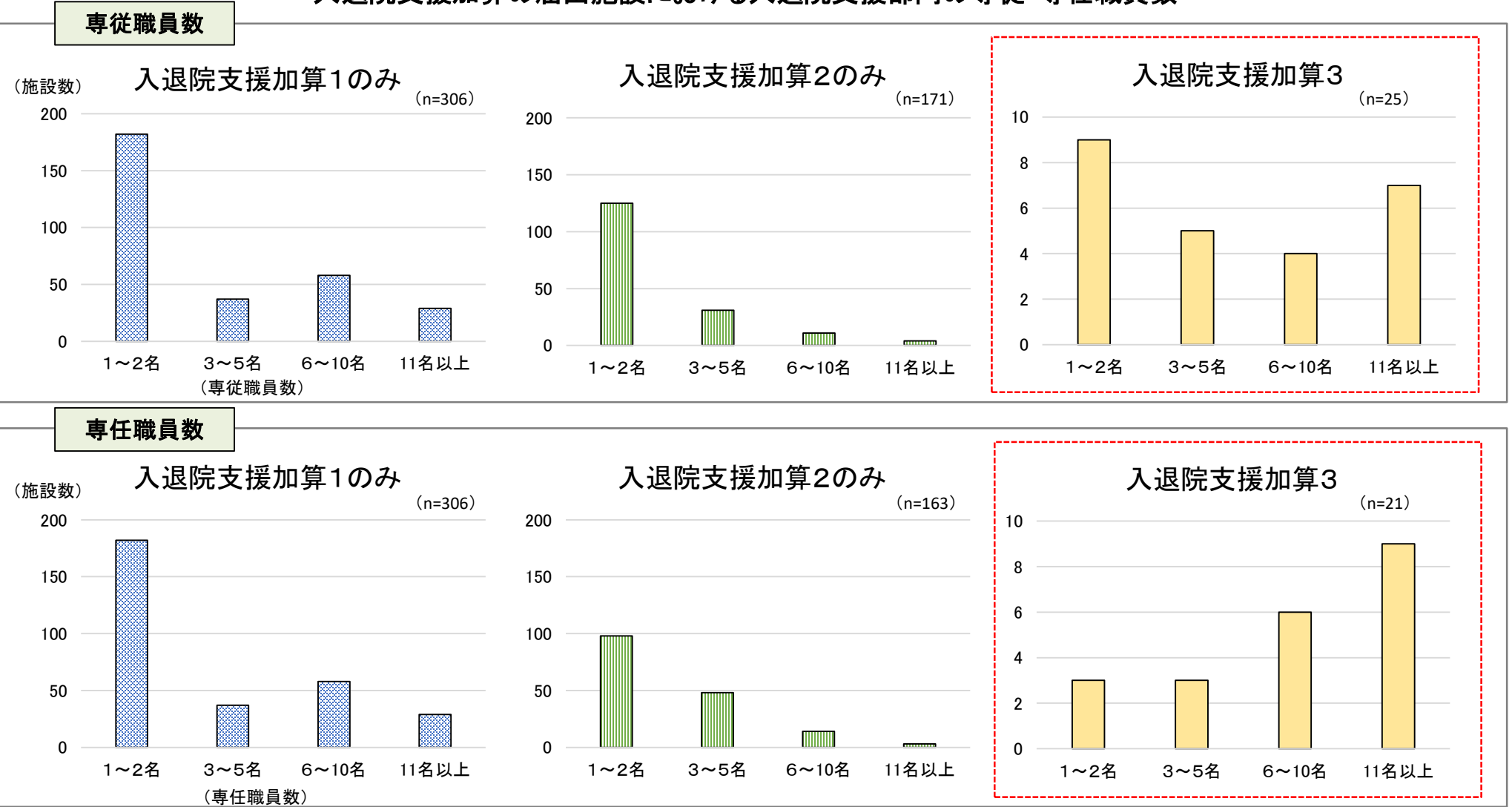
< 割合 >



□急性期一般入院料1 □急性期一般入院料2 □急性期一般入院料3 □急性期一般入院料4 □急性期一般入院料5 □急性期一般入院料6 □急性期一般入院料7

○ 入退院支援加算 3 の届出施設は、入退院支援加算 1・2 のみを届出ている施設に比べて、入退院支援部門の専従・専任職員数が多かった。

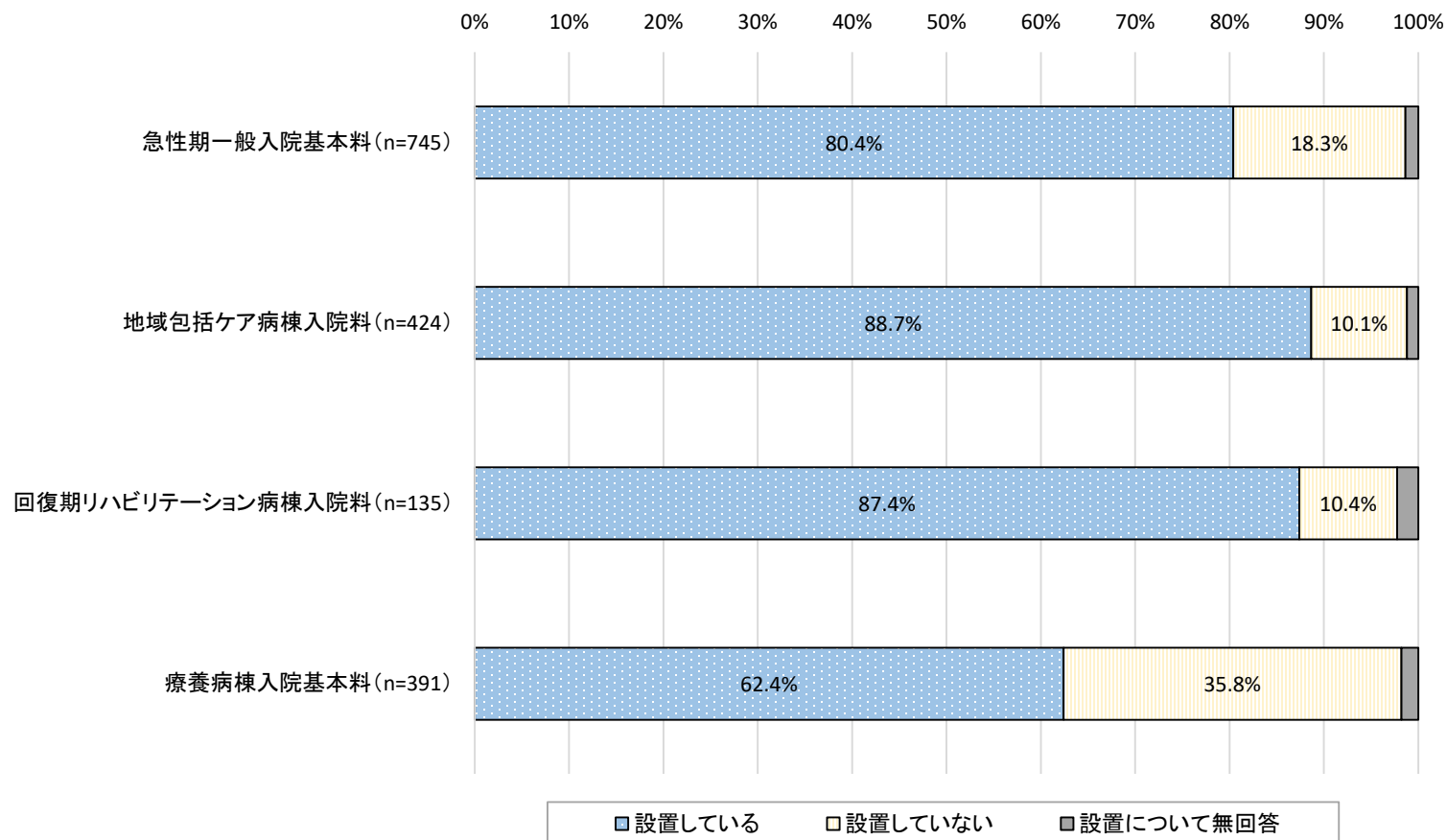
入退院支援加算の届出施設における入退院支援部門の専従・専任職員数



出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票） ※届出区分、職員数が無回答のものは除く ※他票では入退院支援加算 3 の届出が少数であったため A 票のみを集計 ※入退院支援加算 3 には、入退院支援加算 1 もしくは 2 とあわせて届け出ている施設も含む

- 急性期一般入院基本料、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では、8割以上の施設で入退院支援部門を設置していた。

入退院支援部門の設置状況

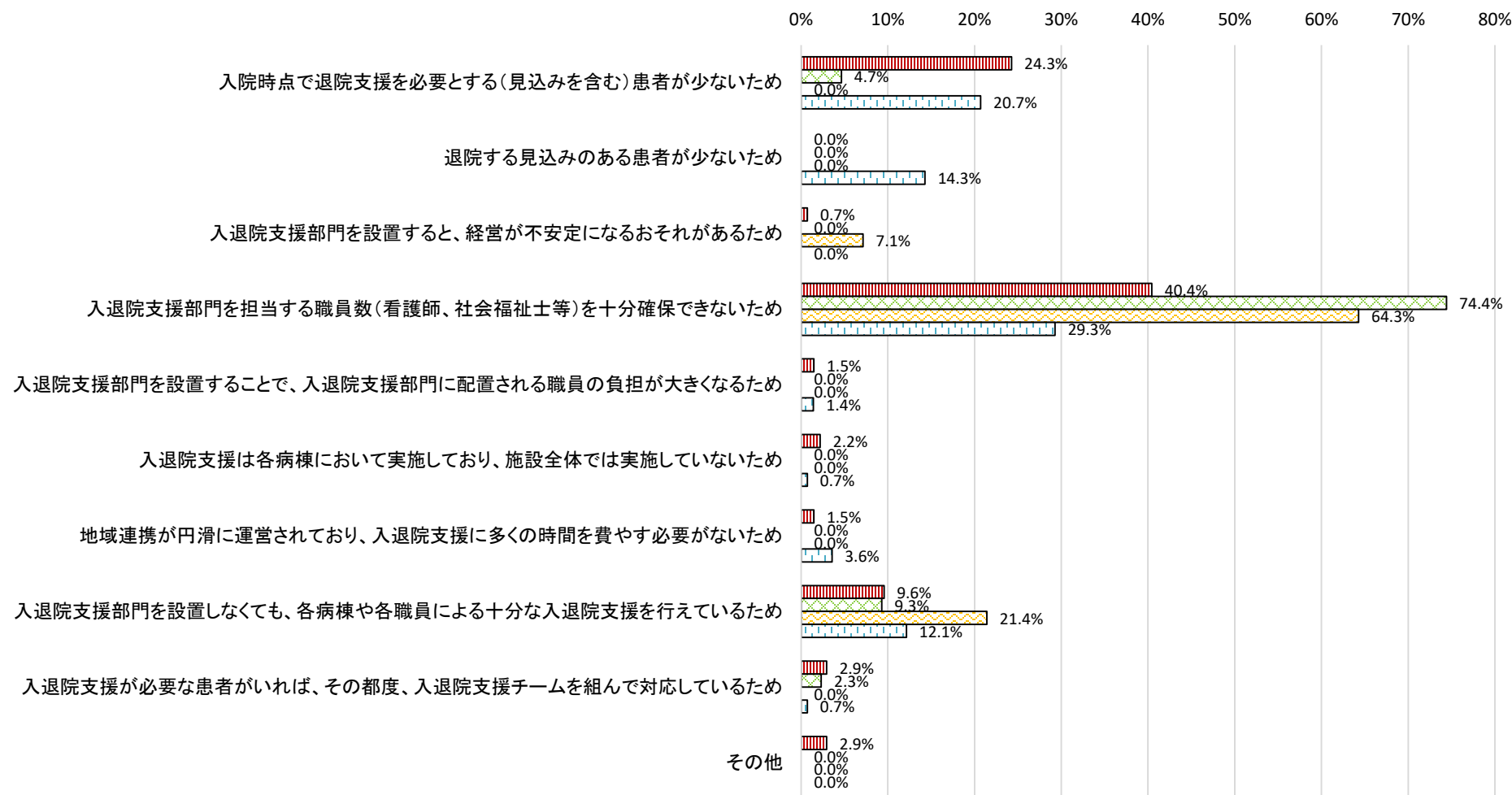


入退院支援部門を設置していない理由

診調組 入－1
元 7 3

- 入退院支援部門を設置していない理由をみると、「入退院支援部門を担当する職員数（看護師、社会福祉士等）を十分確保できないため」が最も多かった。

入退院支援部門を設置していない理由（最も該当するもの）



■ 急性期一般入院基本料 (n=136)

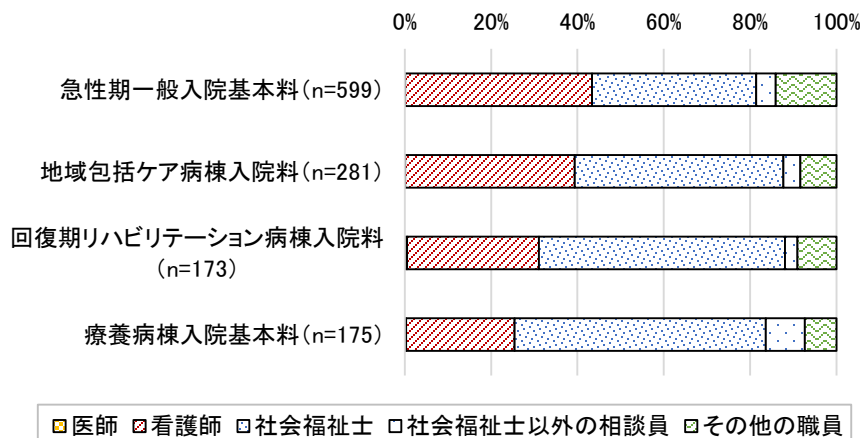
■ 地域包括ケア病棟入院料 (n=43)

■ 回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=14)

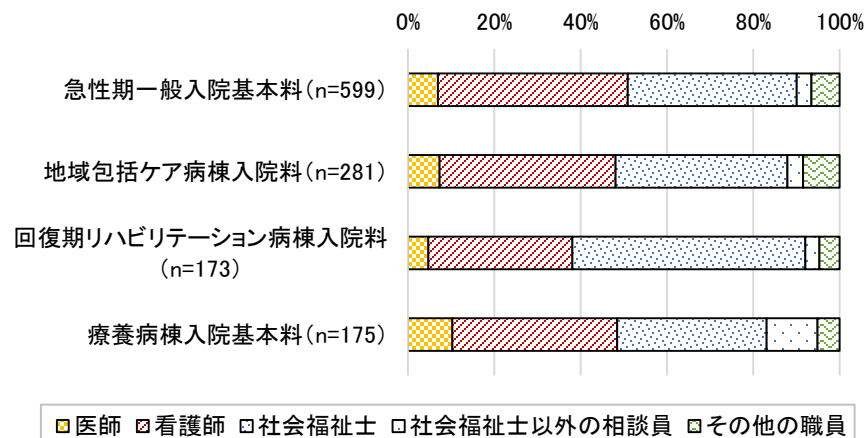
■ 療養病棟入院基本料 (n=140)

○ 入退院支援部門に従事する職員の職種別の割合をみると、専従・専任ともに、いずれの入院料においても、「その他の職種」が約1割であった。

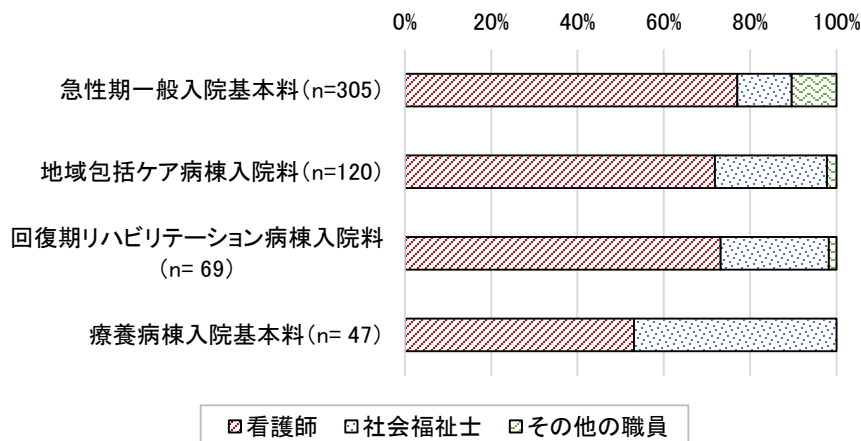
入退院支援部門に従事する職員（専従）



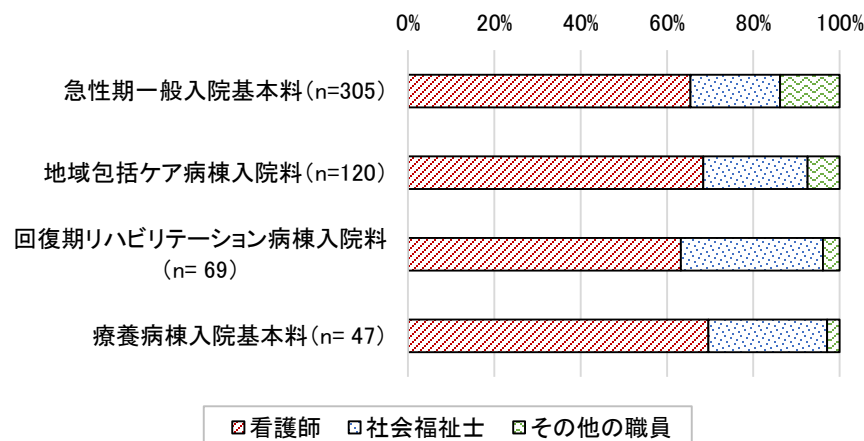
入退院支援部門に従事する職員（専任）



（うち）入院前支援を行う職員



（うち）入院前支援を行う職員

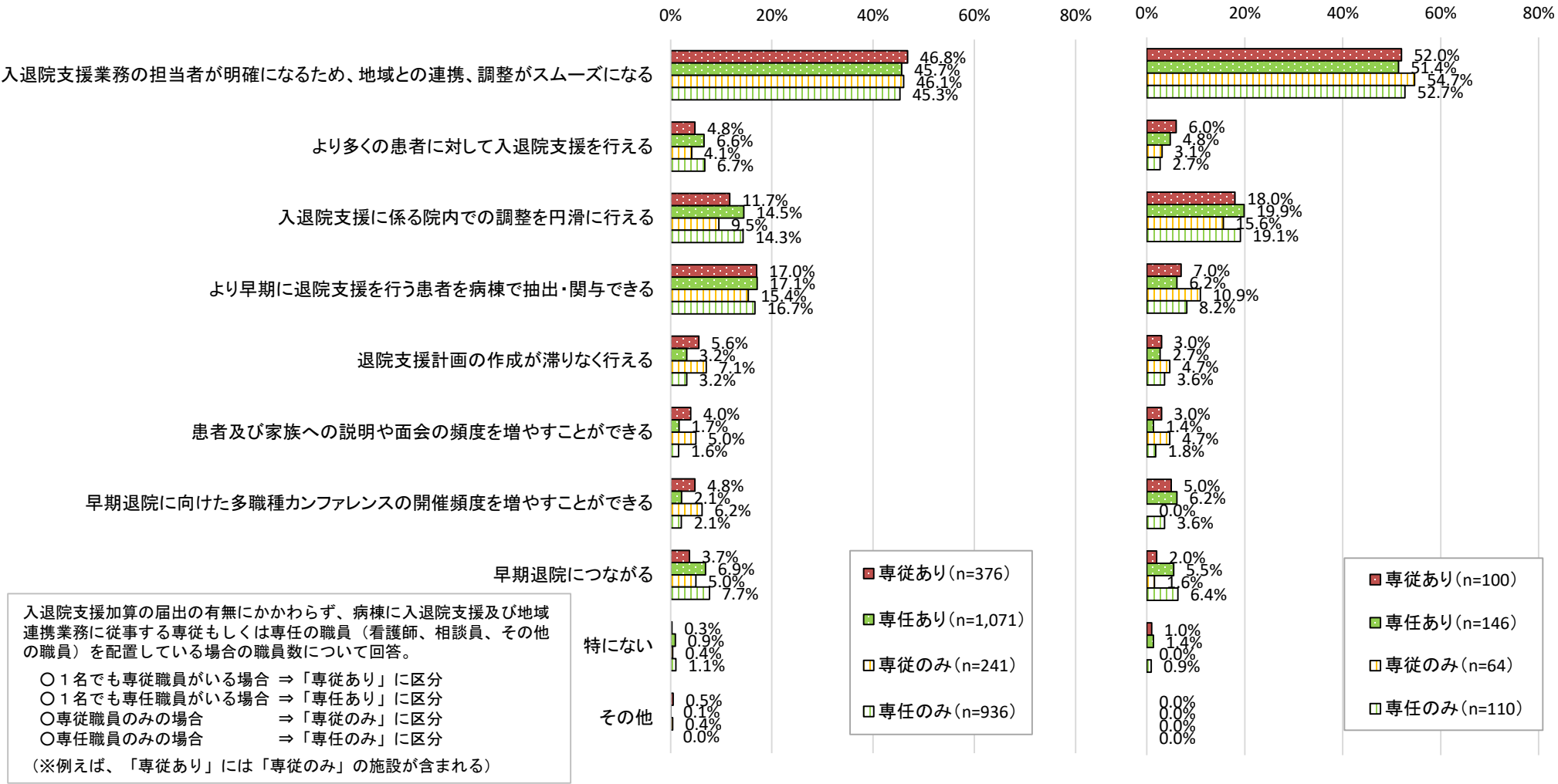


○ 病棟に入退院支援の専従もしくは専任職員が配置されている場合の効果についてみると、専従職員のいる施設と、専任職員のための施設との間に大きな違いはみられなかった。

病棟に入退院支援の専従もしくは専任の職員がいる場合にもたらされている効果(最も該当するもの)

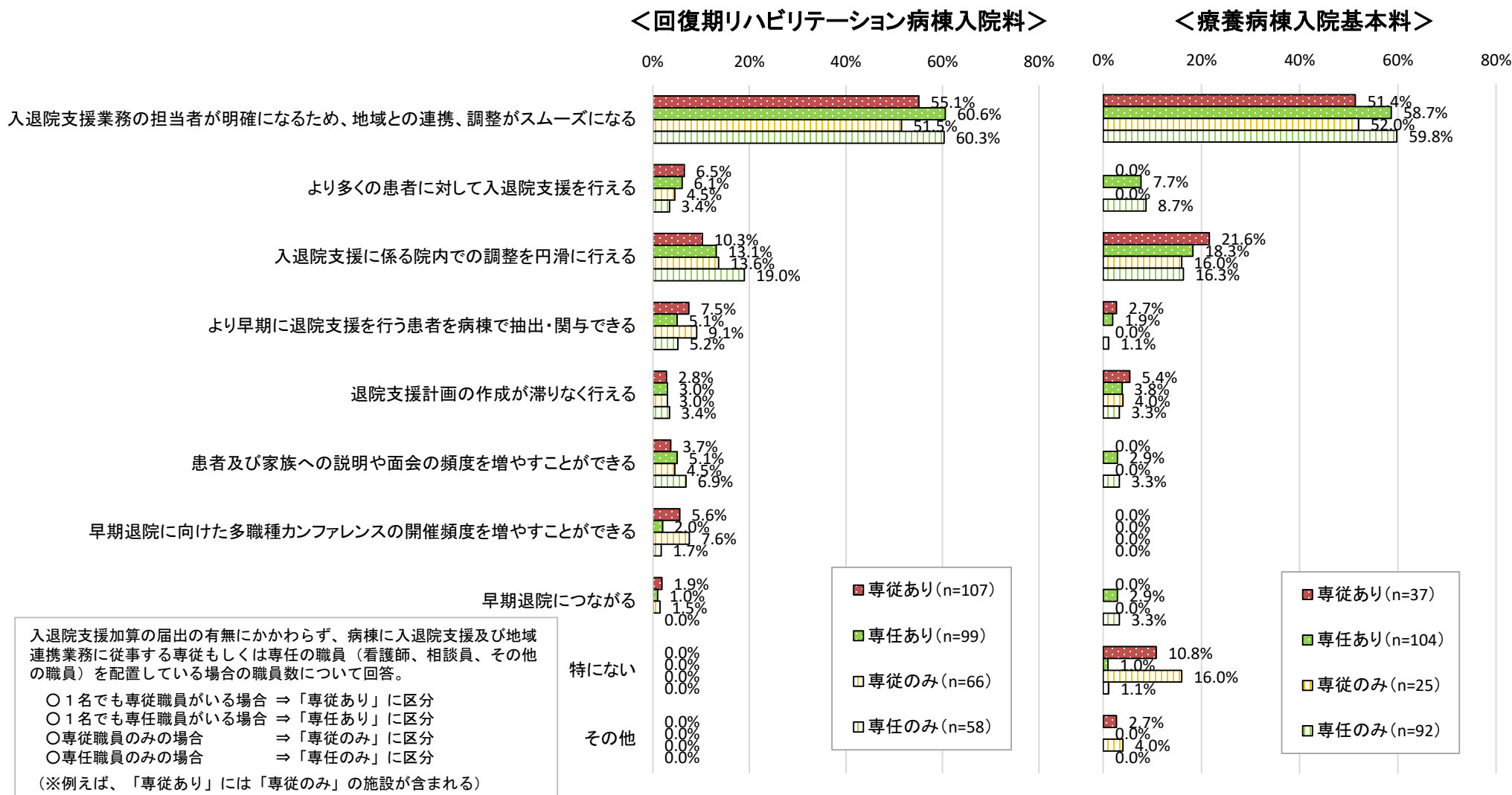
＜急性期一般入院基本料＞

＜地域包括ケア病棟入院料＞



○ 病棟に入退院支援の専従もしくは専任職員が配置されている場合の効果についてみると、専従職員のいる施設と、専任職員のみの施設との間に大きな違いはみられなかった。

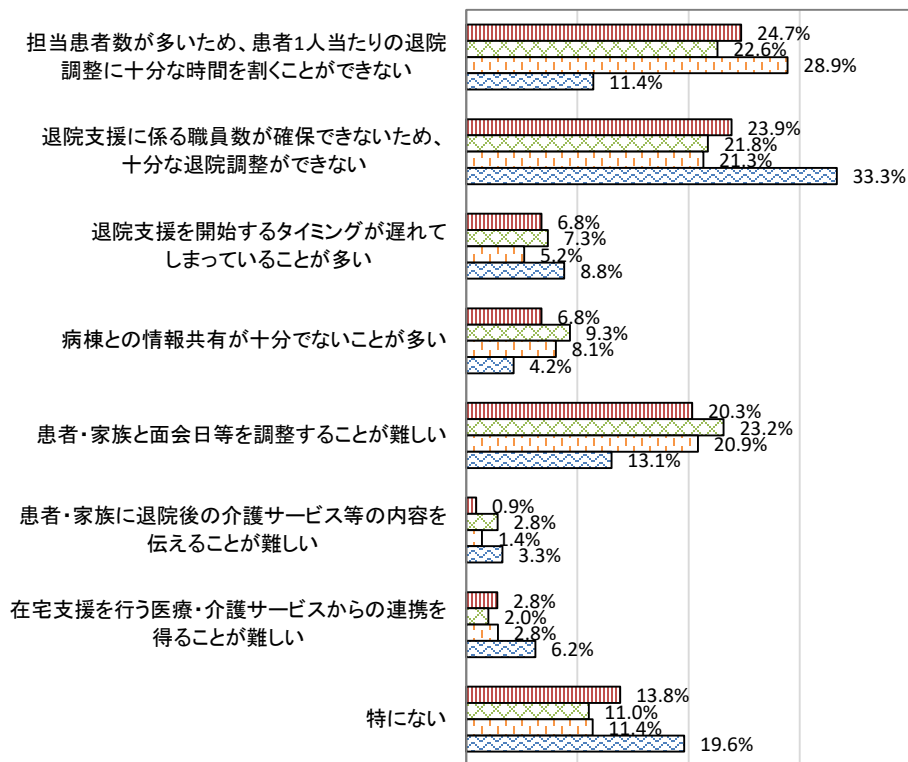
病棟に入退院支援の専従もしくは専任の職員がいる場合にもたらされている効果(最も該当するもの)



- 施設において、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をみると、全体として、「担当患者数が多いため、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」「退院支援に係る職員数が確保できないため、十分な退院調整ができない」「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」が多かった。

退院支援の取組等を困難にしている事項
(最も該当するもの)

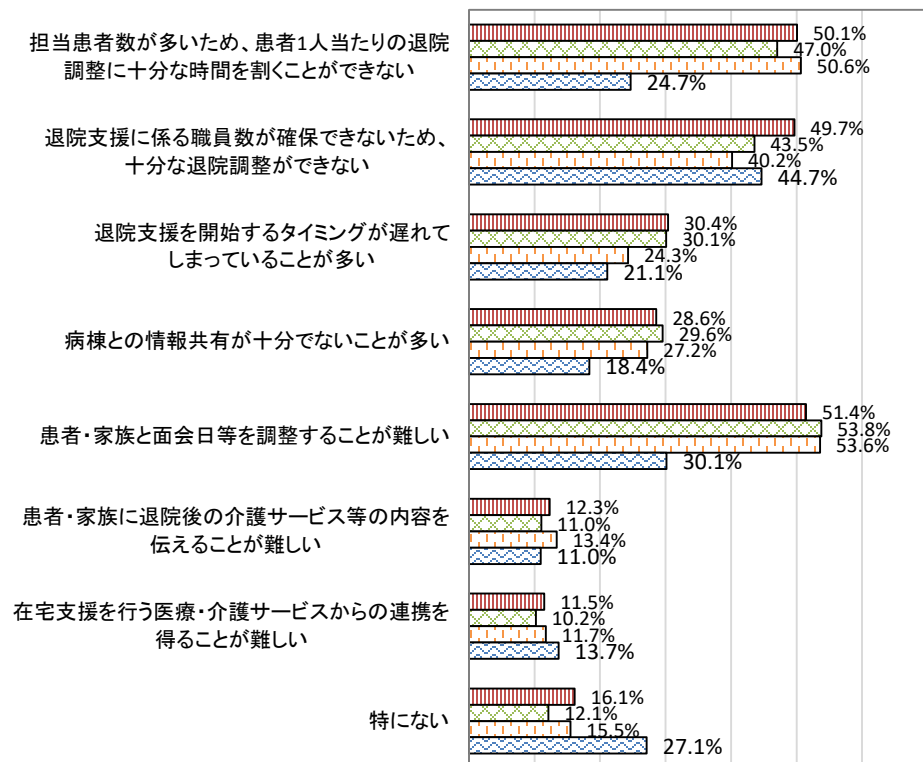
0% 10% 20% 30% 40%



□ 急性期一般入院基本料 (n=679) □ 地域包括ケア病棟入院料 (n=354)
□ 回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=211) □ 療養病棟入院基本料 (n=306)

退院支援の取組等を困難にしている事項
(複数回答)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70%

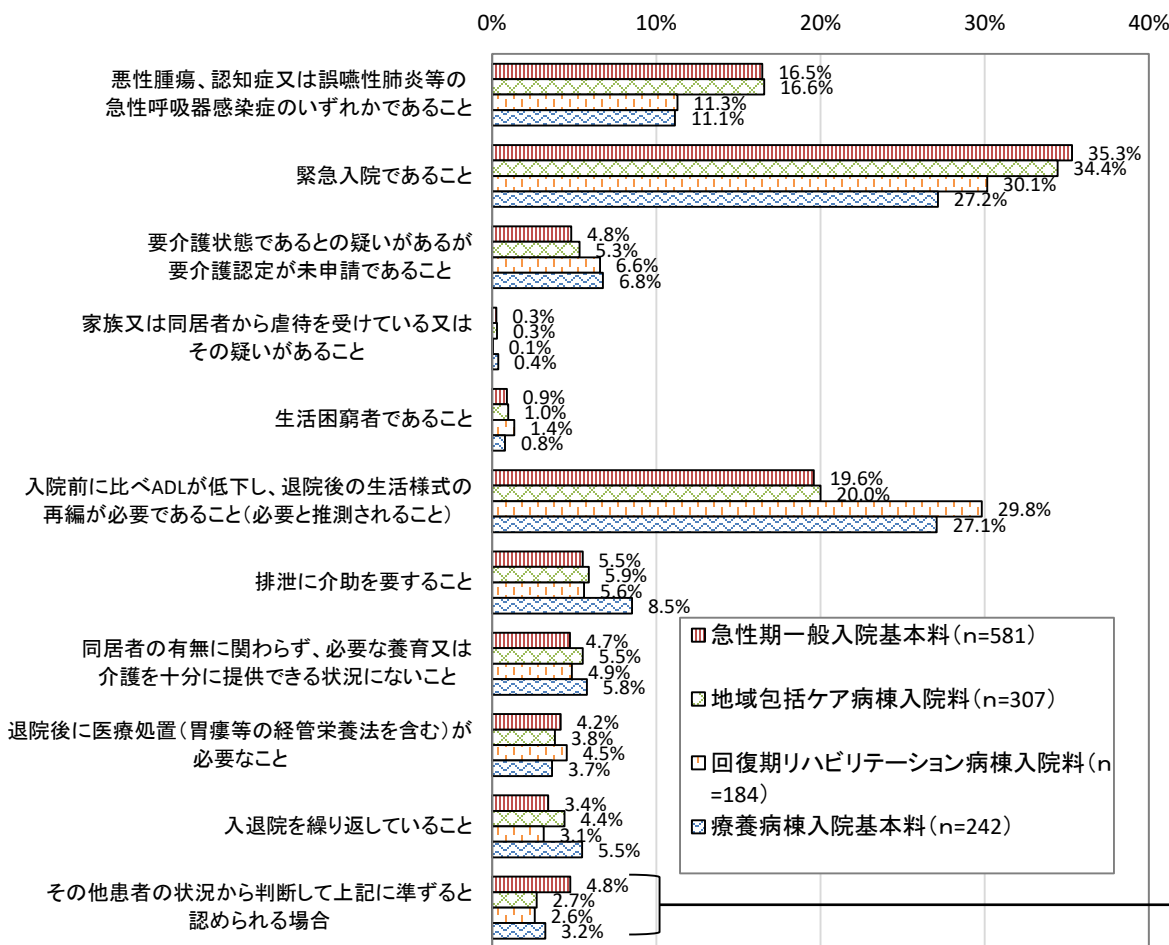


□ 急性期一般入院基本料 (n=731) □ 地域包括ケア病棟入院料 (n=372)
□ 回復期リハビリテーション病棟入院料 (n=239) □ 療養病棟入院基本料 (n=365)

入退院支援加算の算定要件の「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算1又は2を算定した患者について、算定要件である「退院困難な要因」の主な該当項目をみると、いずれの入院料においても、「緊急入院であること」が最も多く、次いで、「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)」が多かった。

入退院支援加算1又は2を算定する患者の「退院困難な要因」(主なもの1つ)



「その他」の具体的内容(主なもの) A~C票(n=176)

<本人の状態(疾病等)>

- 認知機能低下
- 精神疾患がある
(例: 知的障害、アルコール依存症、自閉症等)
- その他の疾病管理
(例: パーキンソン病、難病、小児疾患等)
- その他の医学的管理
(例: 透析導入、インスリン導入、ペースメーカー導入、術後、DOTS支援等)
- リハビリが必要な状態

<本人の状態(疾病等以外)>

- 栄養管理が必要
- 内服管理が必要
- 介護施設入居者
- 障害者手帳や生活保護等の準備が必要

<家族・家庭の理由>

- 家族に疾病やADL低下がある
- 介護者の休息が必要(レスパイト)
- 家族関係に問題がある・家族の理解が得られない
- 自宅が遠方
- 独居・身寄りがない
- 高齢世帯

等

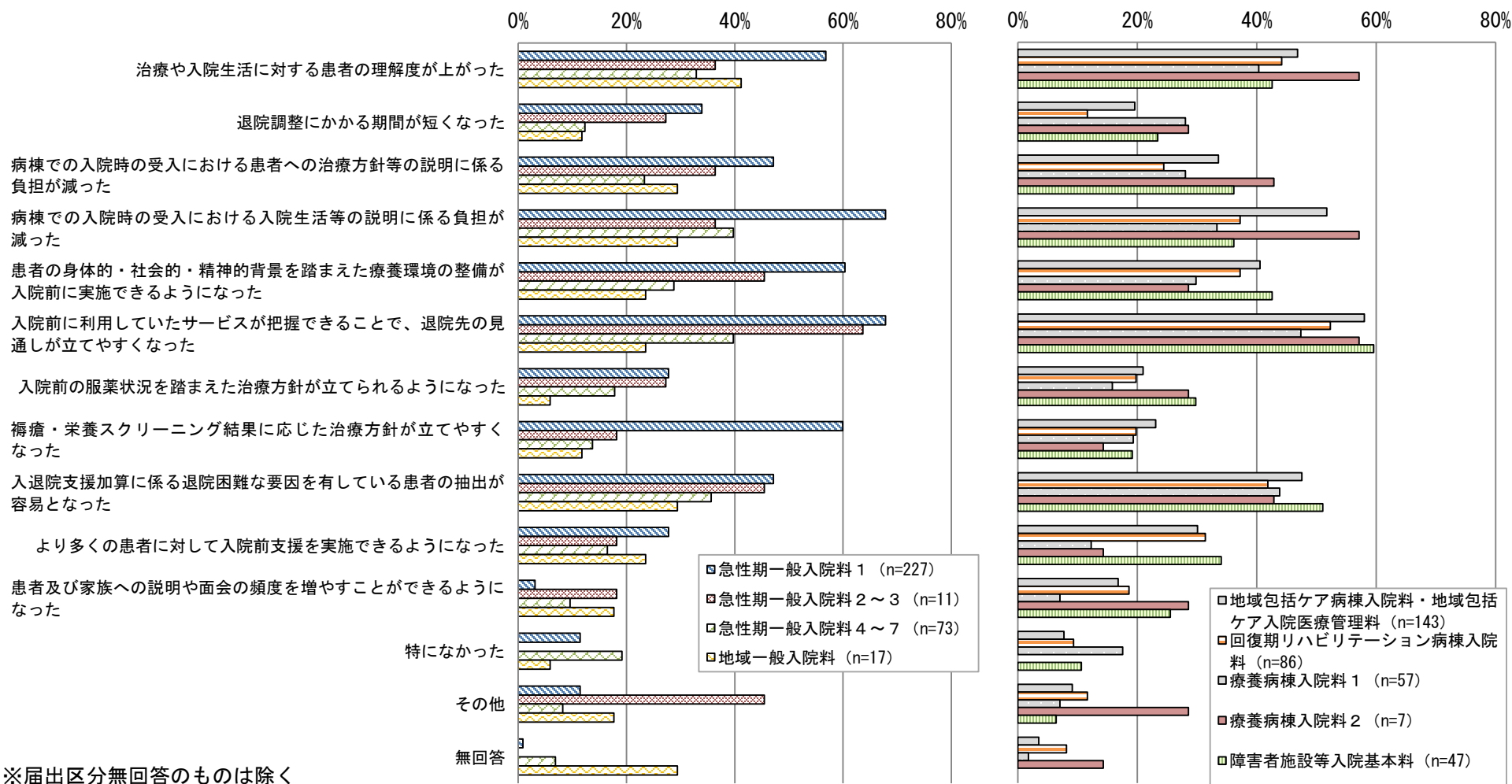
入院時支援加算の届出による効果

診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

- 入院時支援加算の届出による効果として、「病棟での入院時の受入における入院生活等の説明にかかる負担が減った」「入院前に利用していたサービスが把握できることで、退院先の見通しが立てやすくなった」が特に多かった。

入院時支援加算の届出による効果

(複数回答)



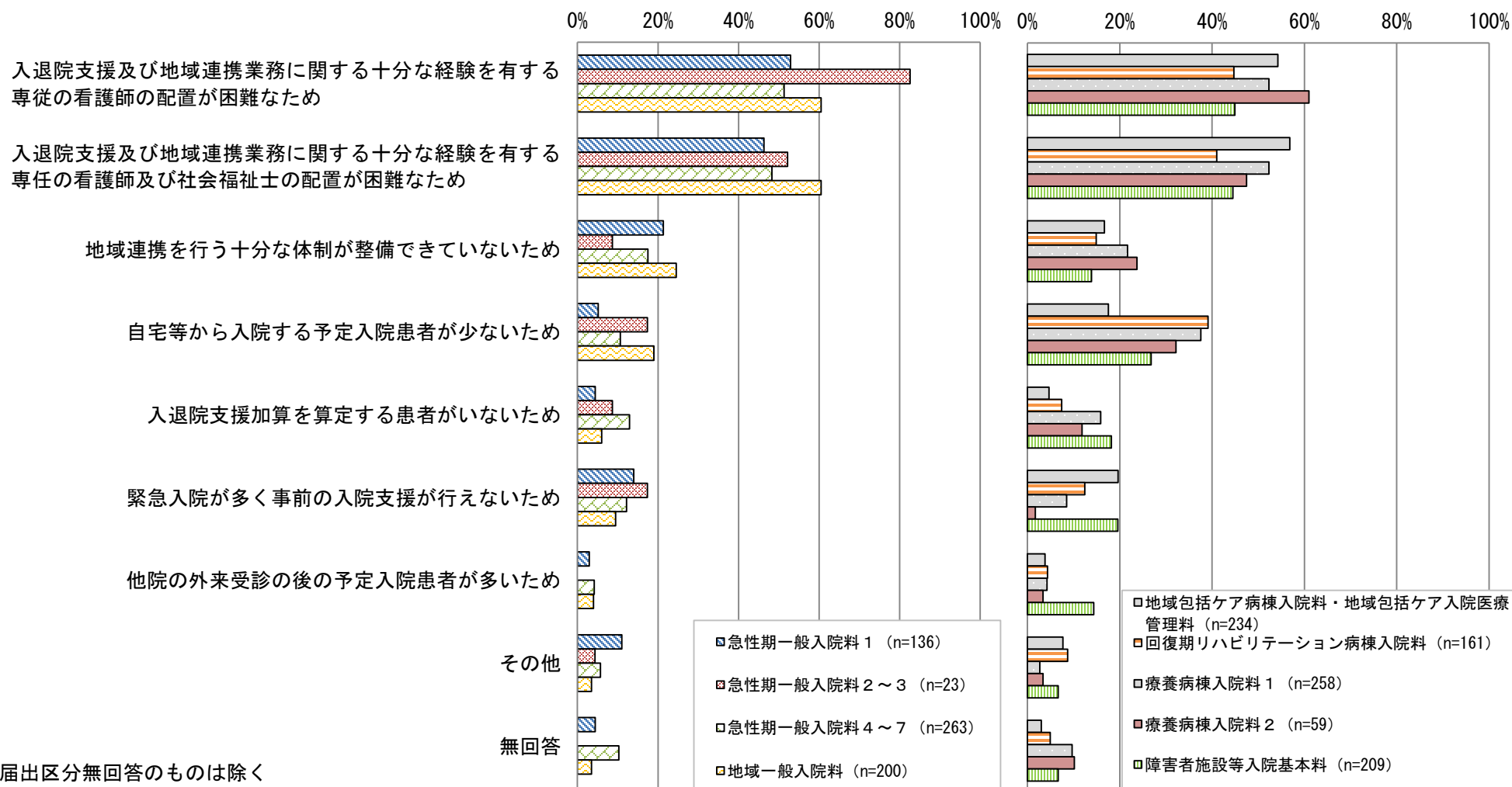
入院時支援加算を届出ることが困難な理由

診調組 入 - 1
元 . 6 . 7

- 入院時支援加算を届出ることが困難な理由として、「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため」が多かった。

入院時支援加算を届出ることが困難な理由

(複数回答)

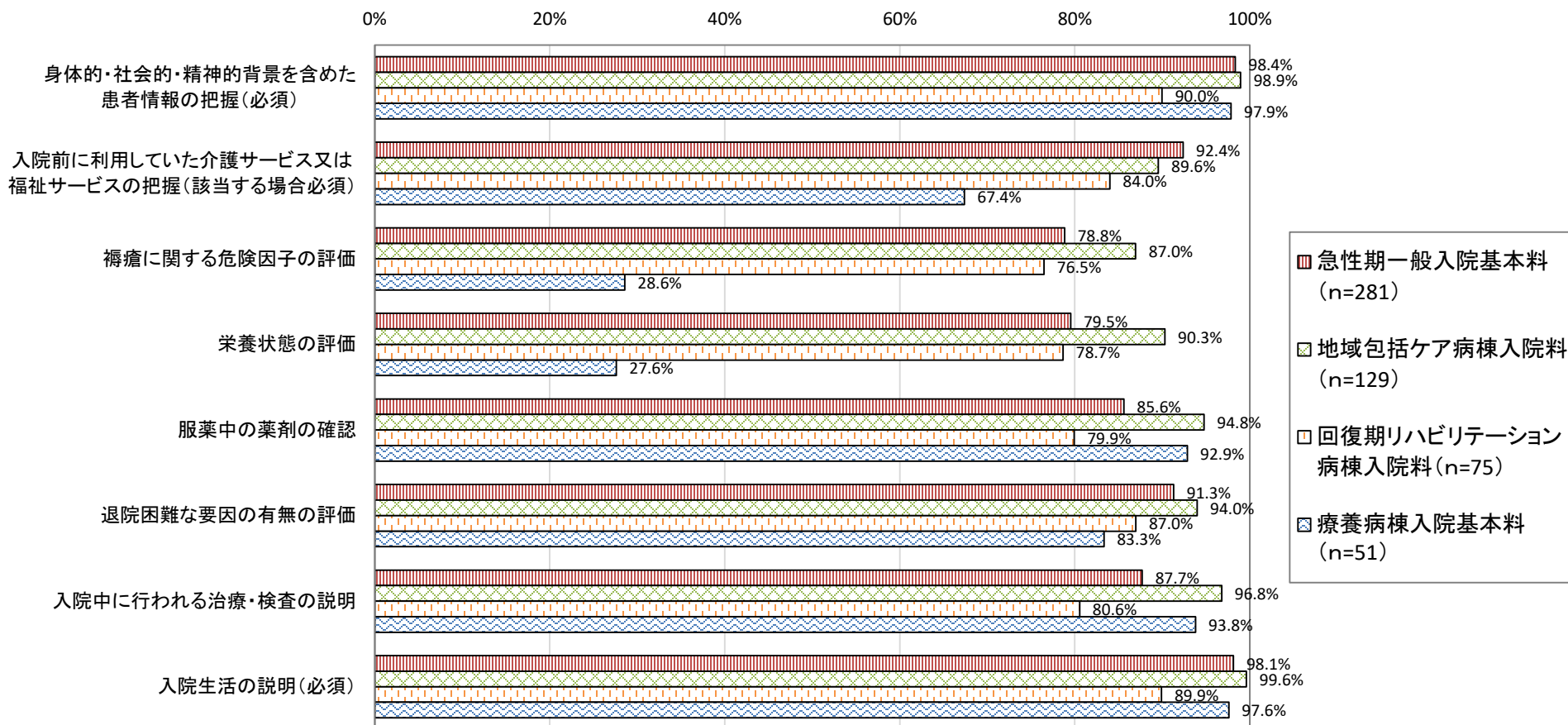


入院時支援加算の入院前に実施した事項

診調組 入 - 1
元 . 7 . 3

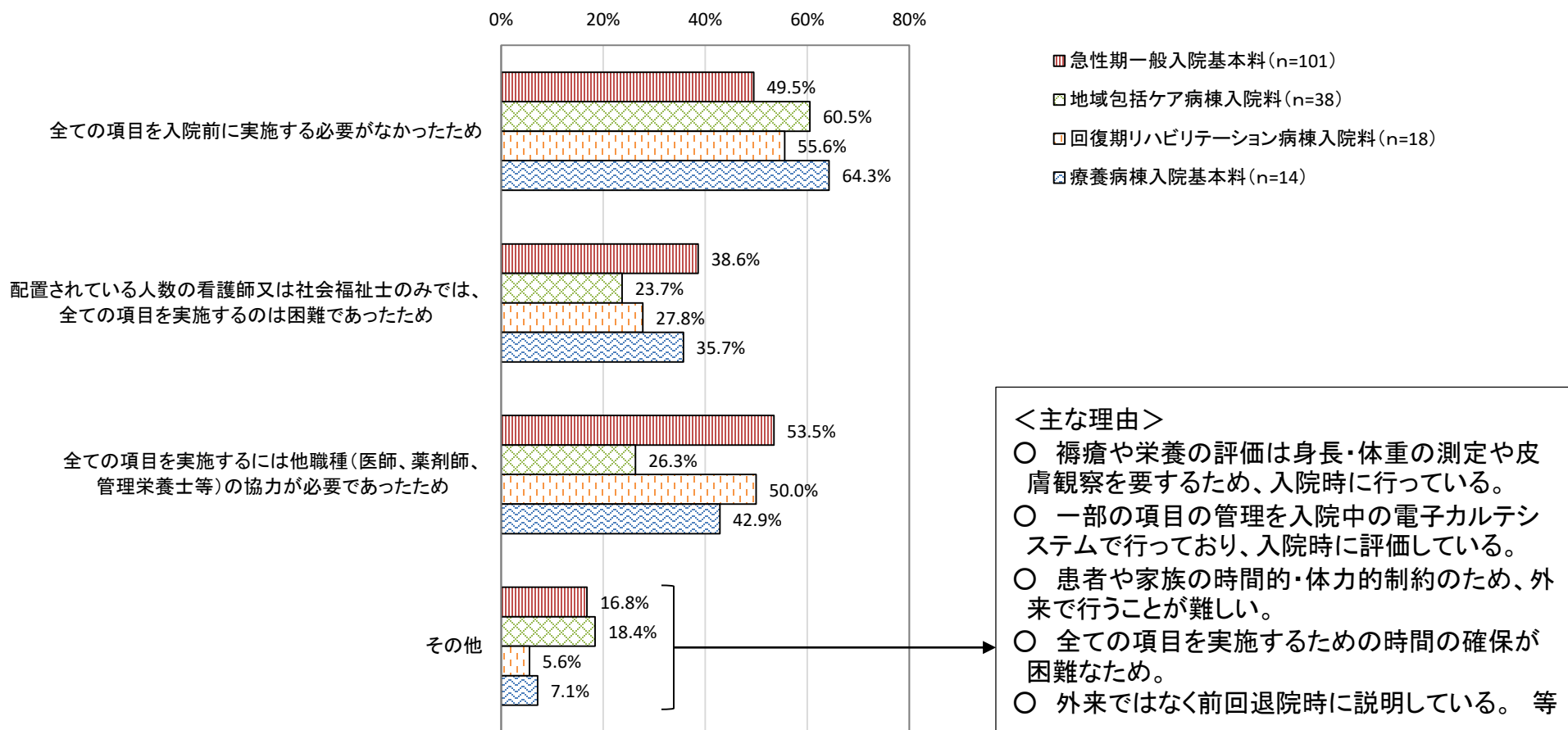
- 入院時支援加算を算定した患者に入院前に実施した事項をみると、いずれの入院料においても8割以上実施されている項目が多かったが、療養病棟入院基本料を届出ている施設においては、「褥瘡に関する危険因子の評価」「栄養状態の評価」の実施割合が低かった。

入院前に実施した事項(複数回答)

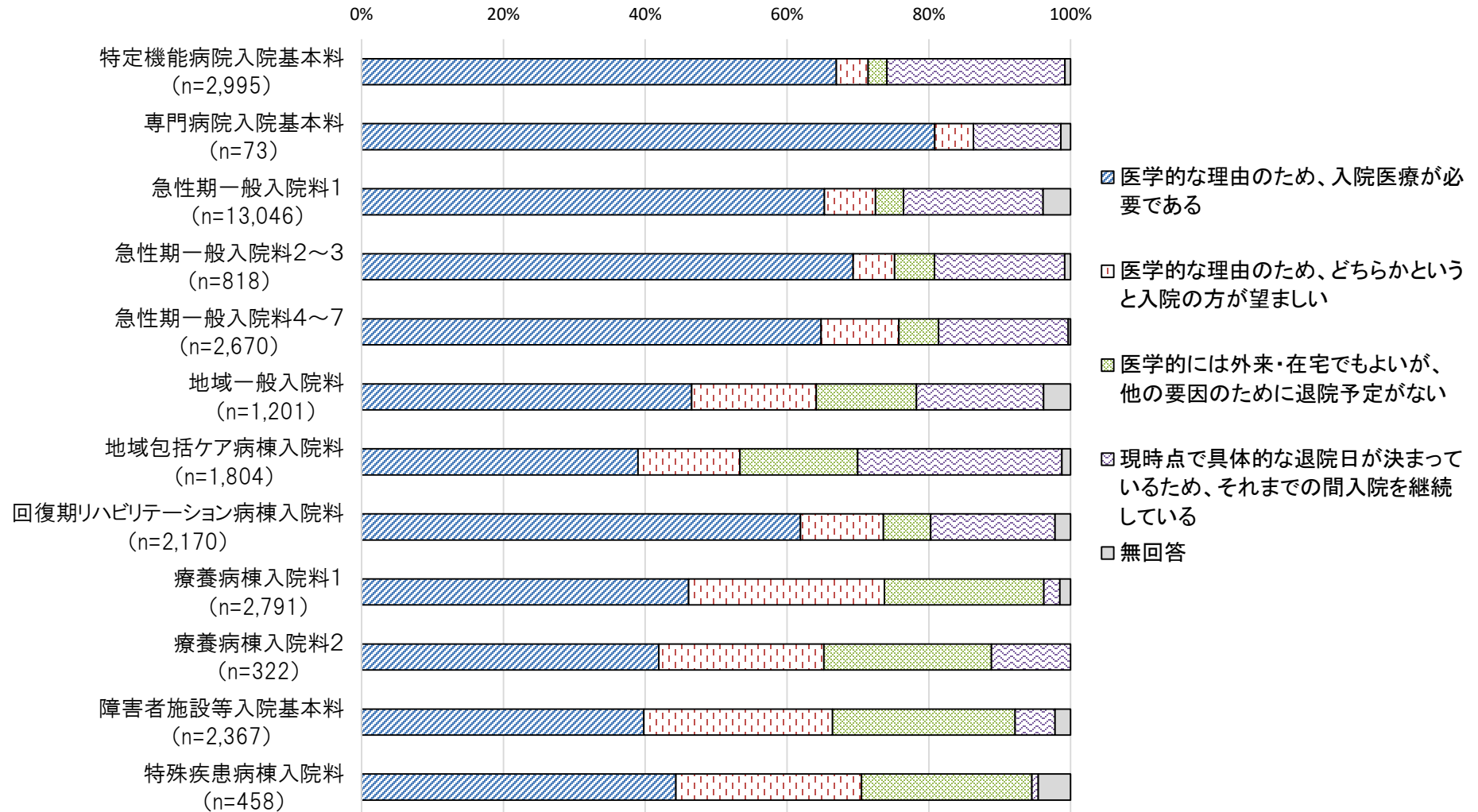


- 入院時支援加算の算定にあたり実施していない事項があった場合の理由をみると、「全ての項目を入院前に実施する必要がなかったため」「全ての項目を実施するには他職種（医師、薬剤師、管理栄養士等）の協力が必要であったため」が多かった。

入院時支援加算の算定にあたり実施していない事項があった理由（複数回答）



入院継続の理由別の割合



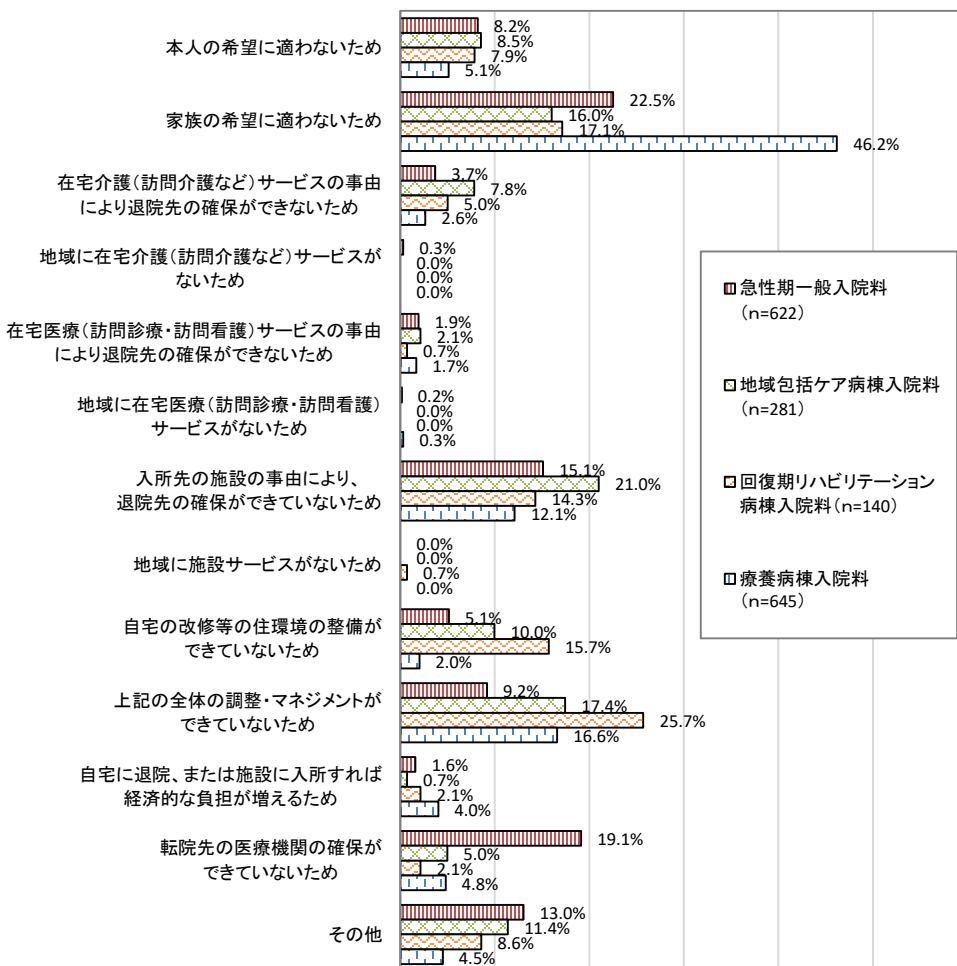
「医学的には外来・在宅でもよい」患者が退院できない理由

診調組 入 - 1
元 . 6 . 1 9

○「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について、退院できない理由をみると、全体として、「家族の希望に合わないため」「入所先の施設の事由により退院先の確保ができていないため」「上記の全体の調整・マネジメントができていないため」が多かった。

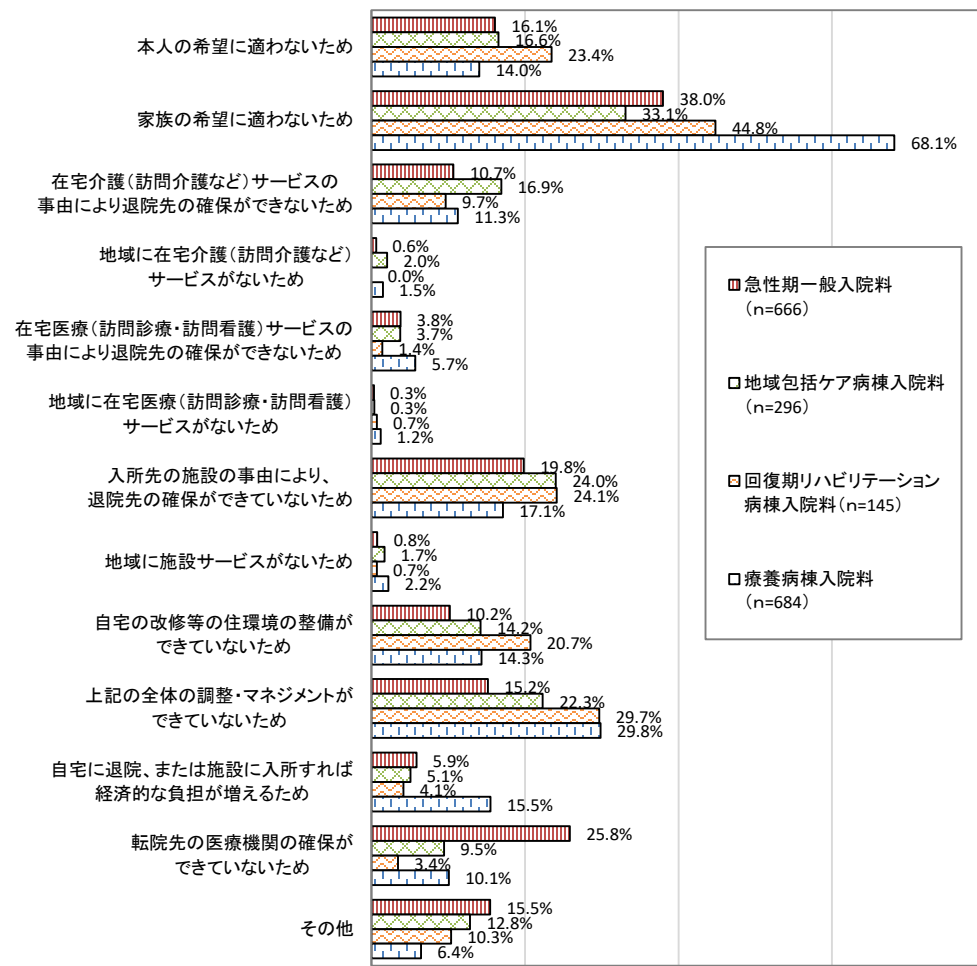
退院できない理由(最も該当するもの)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%



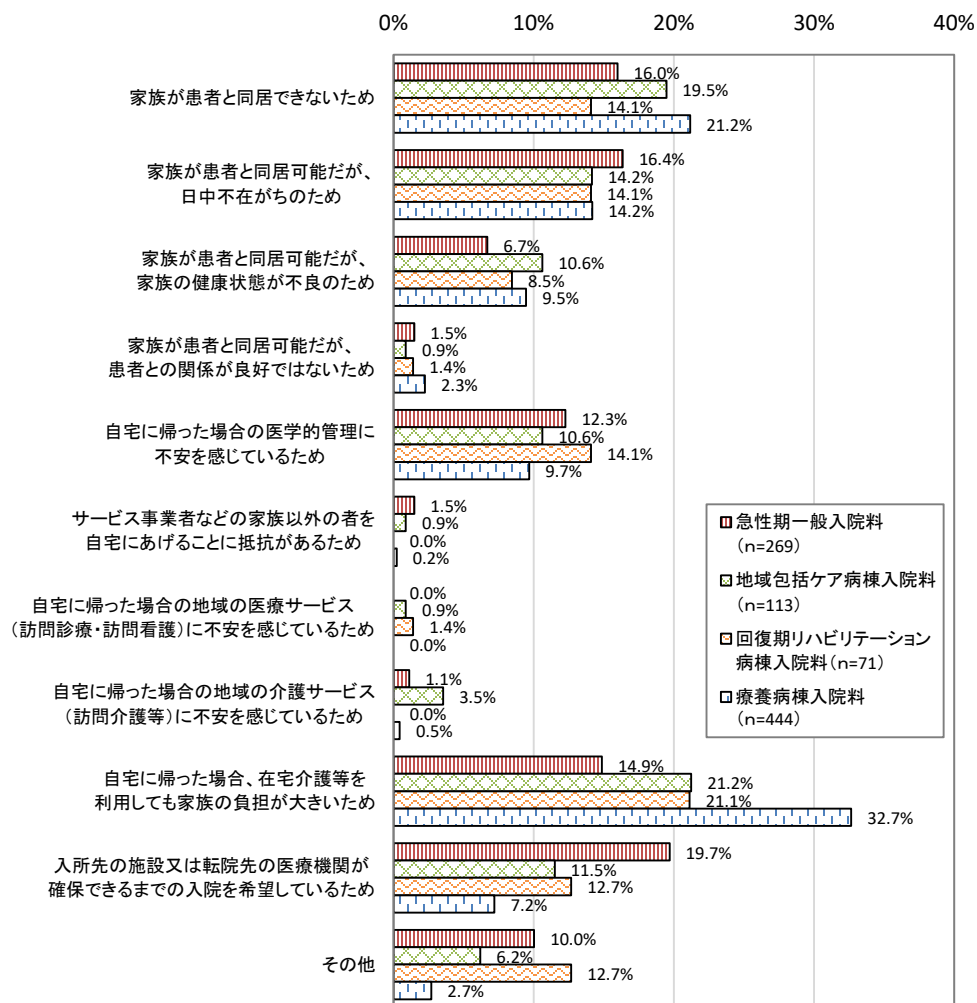
退院できない理由(複数回答)

0% 20% 40% 60% 80%

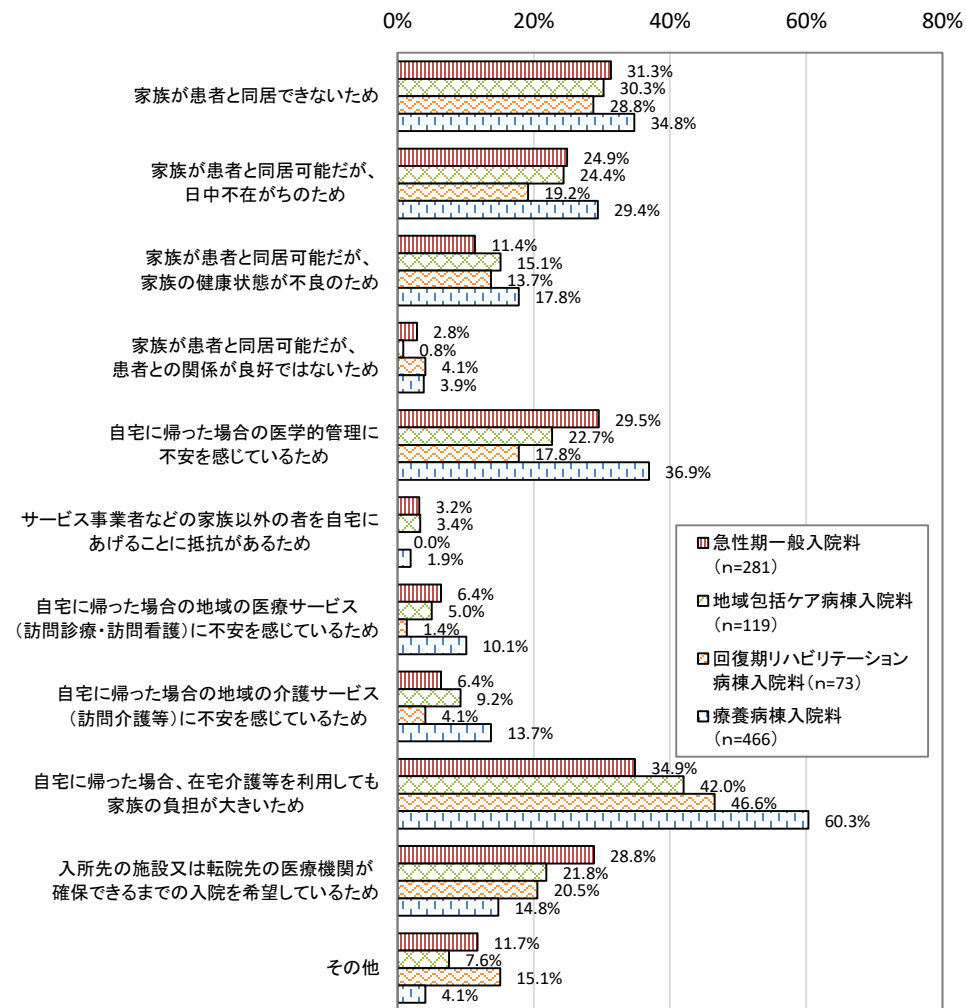


○「本人・家族の希望に合わないため」と回答した患者について、その理由をみると、全体として、患者の介護に関連する理由の割合が多かった。

本人・家族の希望に合わない理由(最も該当するもの)

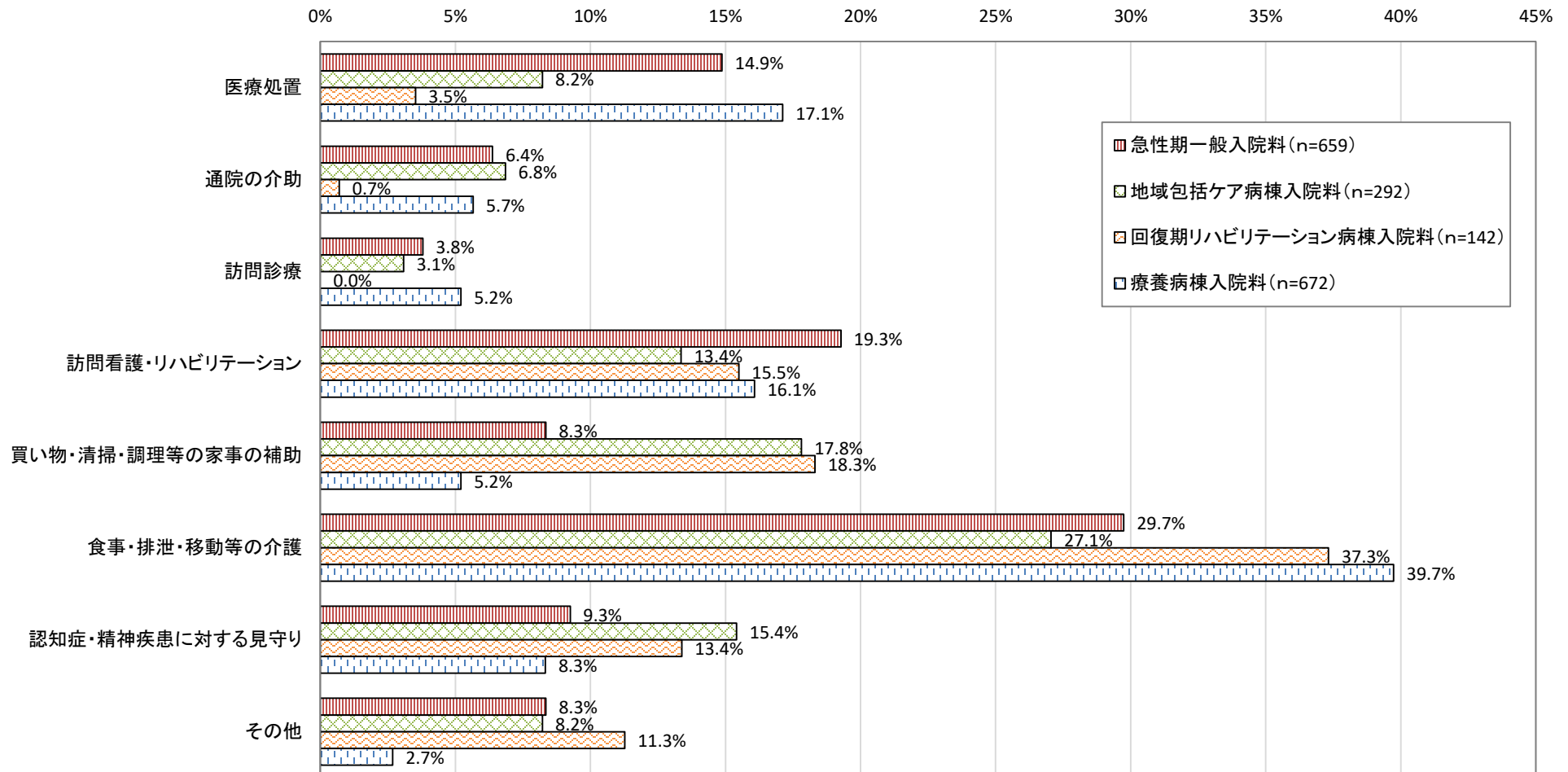


本人・家族の希望に合わない理由(複数回答)



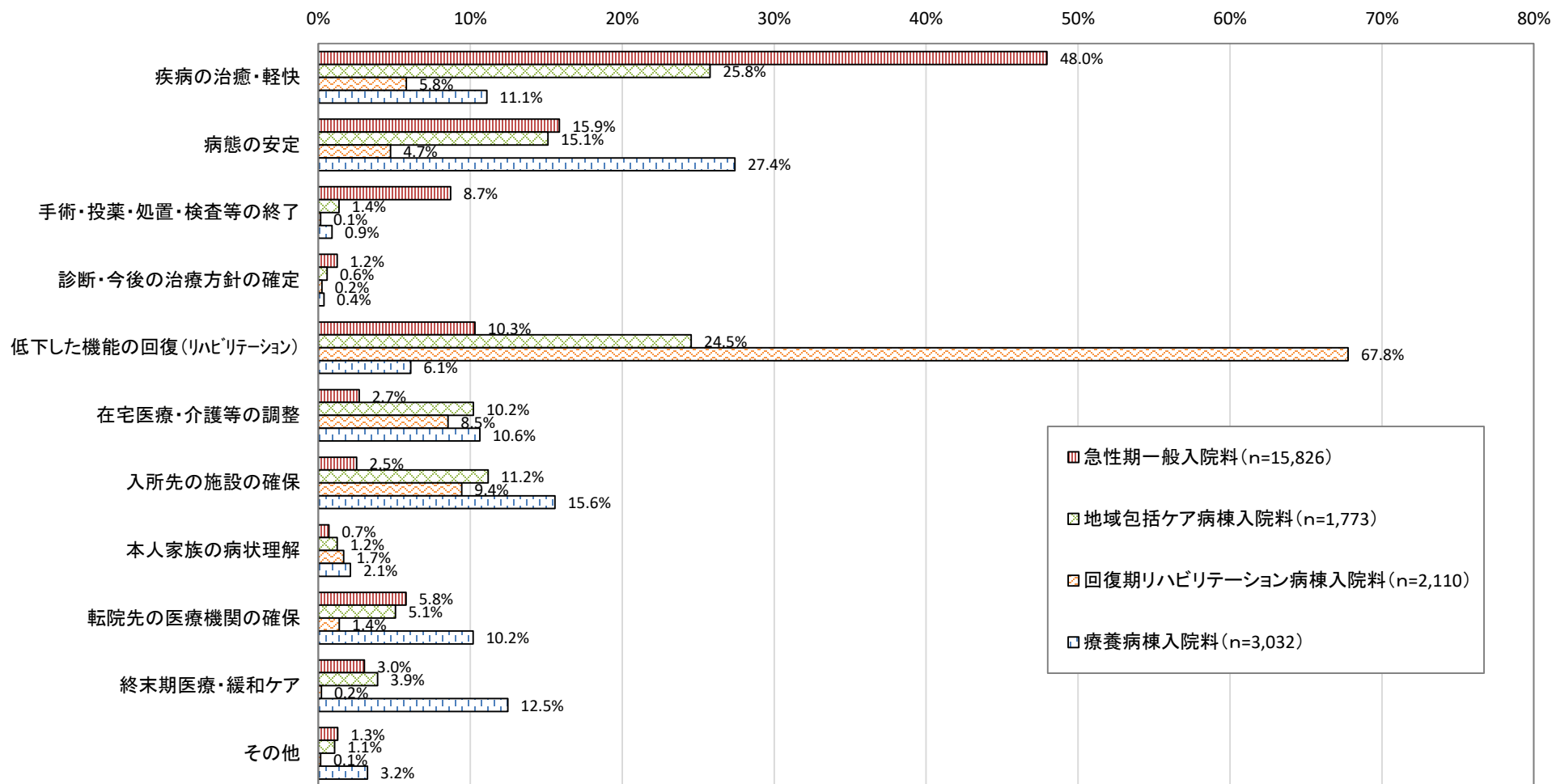
○「医学的には外来・在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」と回答した患者について、退院後に必要な支援をみると、全体的に、「食事・排泄・移動等の介護」の割合が多かった。

退院後に必要な支援(最も該当するもの)



○ 退院に向けた目標・課題等をみると、「疾病の治癒・軽快」「病態の安定」は、急性期一般入院料の約6割、地域包括ケア病棟入院料や療養病棟入院料の約3～4割であった。回復期リハビリテーション病棟入院料では、「低下した機能の回復」が多かった。

退院へ向けた目標・課題等(主なもの1つ)



入退院支援について

【現状・課題】

(入退院支援部門や職員の専従・専任の状況)

- ・ 入退院支援部門の設置状況をみると、急性期一般病棟入院基本料等において、約8～9割の施設で入退院支援部門を設置していた。設置していない施設において、その理由をみると、「入退院支援部門を担当する職員数(看護師、社会福祉士等)を十分確保できないため」が最も多かった。
- ・ 入退院支援部門に従事する職員の職種別の割合をみると、専従・専任ともに、いずれの入院料においても、「その他の職種」が約1割であった。急性期入院料1においては、病床数が少ないほど、専従のうち社会福祉士等の相談員が占める割合が多かった。
- ・ 病棟に入退院支援等の専従・専任職員が配置されている場合の効果をみると、各入院料種別の全体でみる限り、専従職員のいる施設と、専任職員のいる施設の間に、大きな違いは見られなかった。

(入退院支援加算について)

- ・ 入退院支援の推進のため、平成30年度診療報酬改定において、入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」の追加等を行った。
- ・ 入退院支援加算の算定患者について、算定要件である「退院困難な要因」の主な該当項目をみると、いずれの入院料においても「緊急入院であること」が最も多く、次いで、「入院前に比べて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)」が多かった。
- ・ 入退院支援加算3の届出施設の多くは加算1も届け出ており、加算3の届出施設は入退院支援部門の職員が多い傾向にあった。

(入院時支援加算について)

- ・ 平成30年度診療報酬改定において、入院前からの支援に対する評価として、入院時支援加算を創設。
- ・ 入院時支援加算を届出ることが困難な理由をみると、「入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師の配置が困難なため」が多かった。
- ・ 入院時支援加算を算定した患者に入院前に実施した事項をみると、いずれの入院料においても8割以上実施されている事項が多かった。実施していない事項があった場合の理由をみると、「全ての項目を入院前に実施する必要がなかったため」「全ての項目を実施するには他職種(医師、薬剤師、管理栄養士等)の協力が必要であったため」が多かった。

【論点】



- 施設の入退院支援部門や病棟における、入退院支援等に従事する専従・専任の職員について、加算の届出状況や職員の配置状況等を踏まえ、どのように考えるか。
- 入院前からの支援について、入院時支援加算の届出状況や入院前に実施した事項等を踏まえ、どのように考えるか。