

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. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. 論点

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-1-2
3.10.27

医療法の
位置付け

一般病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 888,920床
病床利用率 76.5%
平均在院日数 16.0日

療養病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 310,621床
病床利用率 87.3%
平均在院日数 135.9日

DPC/PDPS

1,727施設 483,747床※2
(▲6,202床)
※2 H31.4.1現在

特定機能病院

入院基本料

86施設
58,175床※1
(▲395床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料
19施設 6,133床 (▲182床)

救命救急入院料

入院料1 183施設 3,528床
入院料2 25施設 196床
入院料3 80施設 1,666床
入院料4 82施設 902床

合計 370施設 6,292床 (▲68床)

特定集中治療室管理料

管理料1 140施設 1,397床
管理料2 70施設 797床
管理料3 349施設 2,390床
管理料4 64施設 618床

合計 623施設 5,202床 (▲33床)

ハイクアユニット入院医療管理料

管理料1 582施設 5,779床
管理料2 30施設 305床

合計 612施設 6,084床 (+328床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

180施設 1,479床 (+79床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 116床 (+8床)

新生児特定集中治療室管理料

229施設 1,629床 (▲23床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 851床 (+36床)
新生児 1,720床 (+67床)

新生児治療回復室入院医療管理料

202施設 2,899床 (+59床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 105床 (+2床)

小児入院 医療管理料	管理料1 81施設 5,438床 (+75床)	管理料2 183施設 6,158床 (▲114床)	管理料3 97施設 2,267床 (▲4床)	管理料4 379施設 8,044床 (+73床)	管理料5 154施設 -
---------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------

一般病棟入院基本料

584,162床 (▲8,178床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	計
813施設 53,511床 (+4,960床)	179施設 9,478床	407施設 18,812床 (▲1,524床)	71施設 3,323床 (▲397床)	56施設 2,184床 (▲88床)	45施設 1,876床 (▲808床)	1,571施設 89,184床 (+1,930床)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	計
1,203施設 38,981床 (+7,532床)	1,315施設 43,803床 (▲1,564床)	49施設 1,329床 (▲69床)	83施設 1,792床 (▲499床)	2,650施設 85,905床 (+5,400床)

障害者施設等入院基本料

882施設
70,269床 (▲35床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床
入院料2 2施設 79床
合計 5施設 217床 (±0床)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
103施設 5,431床 (▲178床)	106施設 7,539床 (+328床)	32施設 444床 (▲3床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 209施設 4,245床
入院料2 246施設 4,684床
合計455施設 8,929床 (+283床)

療養病棟入院基本料

210,073床 (▲5,407床)

介護療養 病床

33,331床
※R元.6末病院報告

施設基準届出
令和2年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,770施設 64,209床 (▲2,297床)

有床診療所 (療養) 475施設 4,706床 (+644床)

精神科救急入院料

入院料1 163施設 10,586床 (+709床)
入院料2 4施設 127床 (▲94床)

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 360施設 16,280床 (+260床)
入院料2 13施設 508床 (▲343床)

精神病棟 1,179施設 143,543床 (▲3,343床)

精神科救急・合併症入院料 11施設 376床 (+2床)
児童・思春期精神科入院 46施設 1,491床 (+83床)

精神療養病棟入院料

819施設 90,266床 (▲943床)

認知症治療病棟入院料

入院料1 536施設 37,322床 (+804床)
入院料2 4施設 296床 (▲364床)

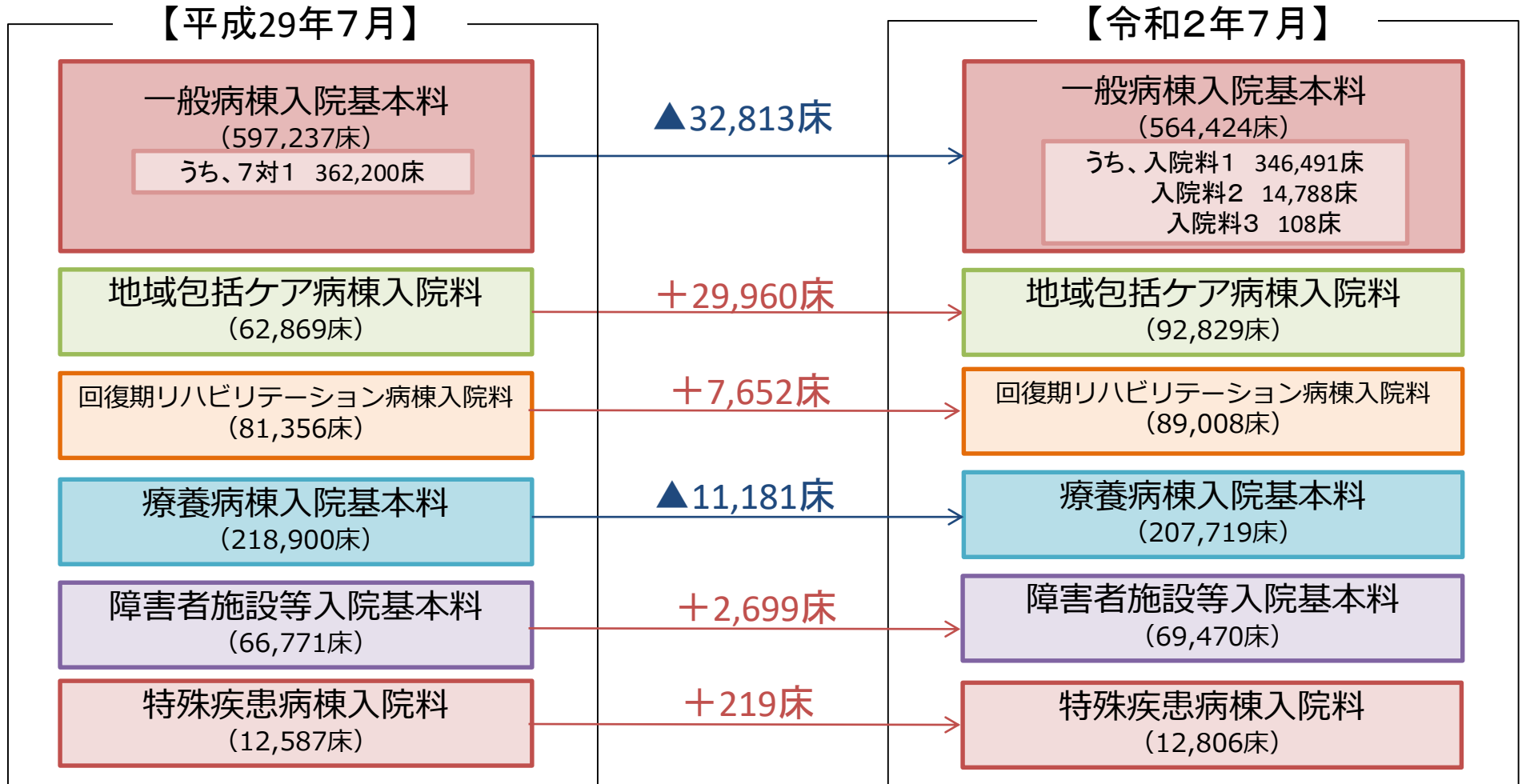
地域移行機能強化病棟入院料

38施設 1,435床 (+58床)

結核病棟 168施設 3,905床 (+5床)

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2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。



出典：保険局医療課調べ

※各年7月1日時点の届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

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。

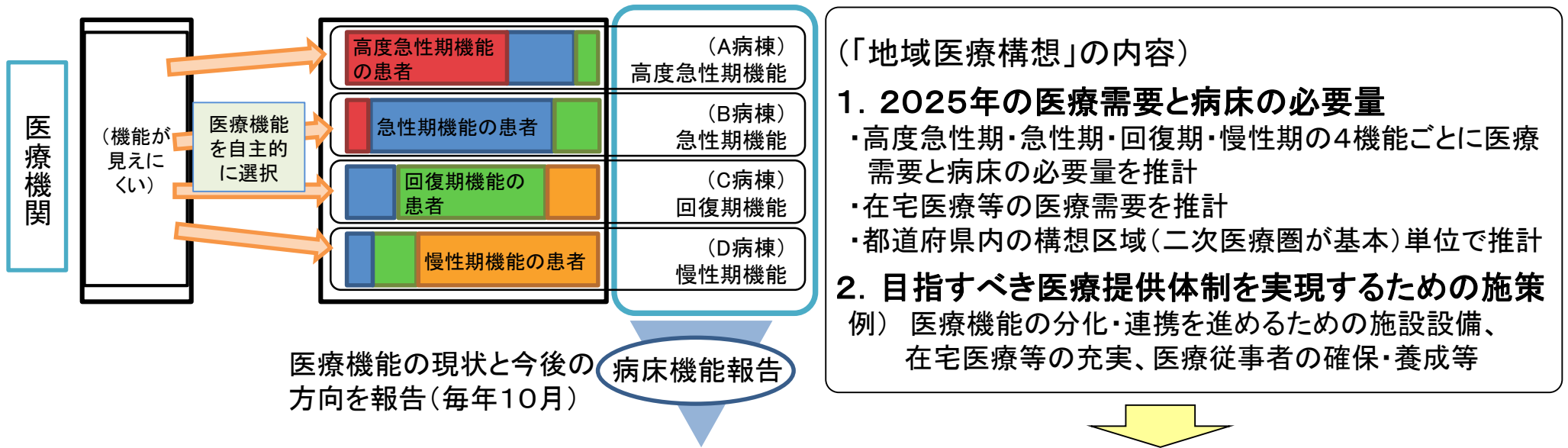
中 医 協	総 - 2
3 . 8 .	2 5

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注意ください。
- 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。

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。



都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

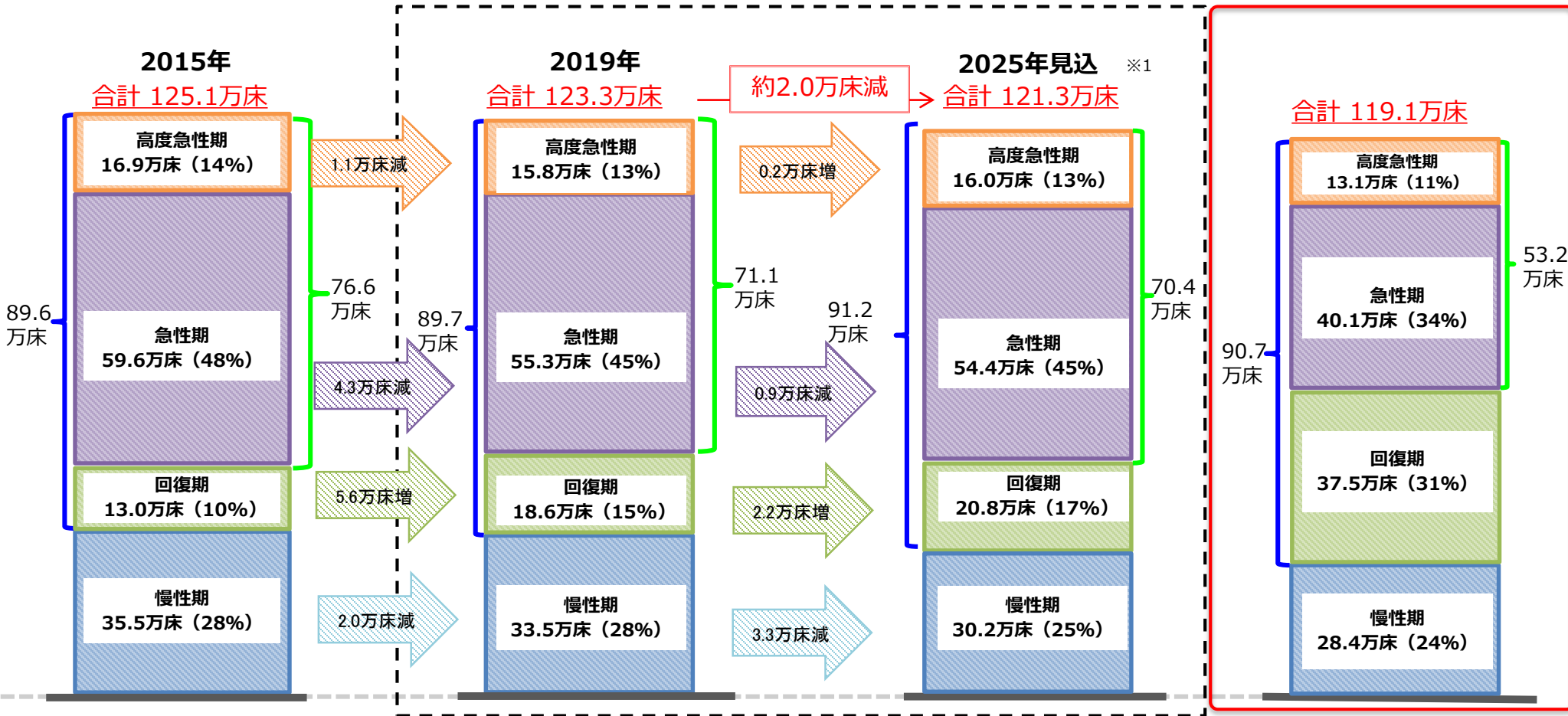
- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

2019年度病床機能報告について

地域医療構想における ※4
2025年の病床の必要量
(平成28年度末時点の推計)

2015年度病床機能報告

2019年度病床機能報告



出典: 2019年度病床機能報告

※1: 2019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

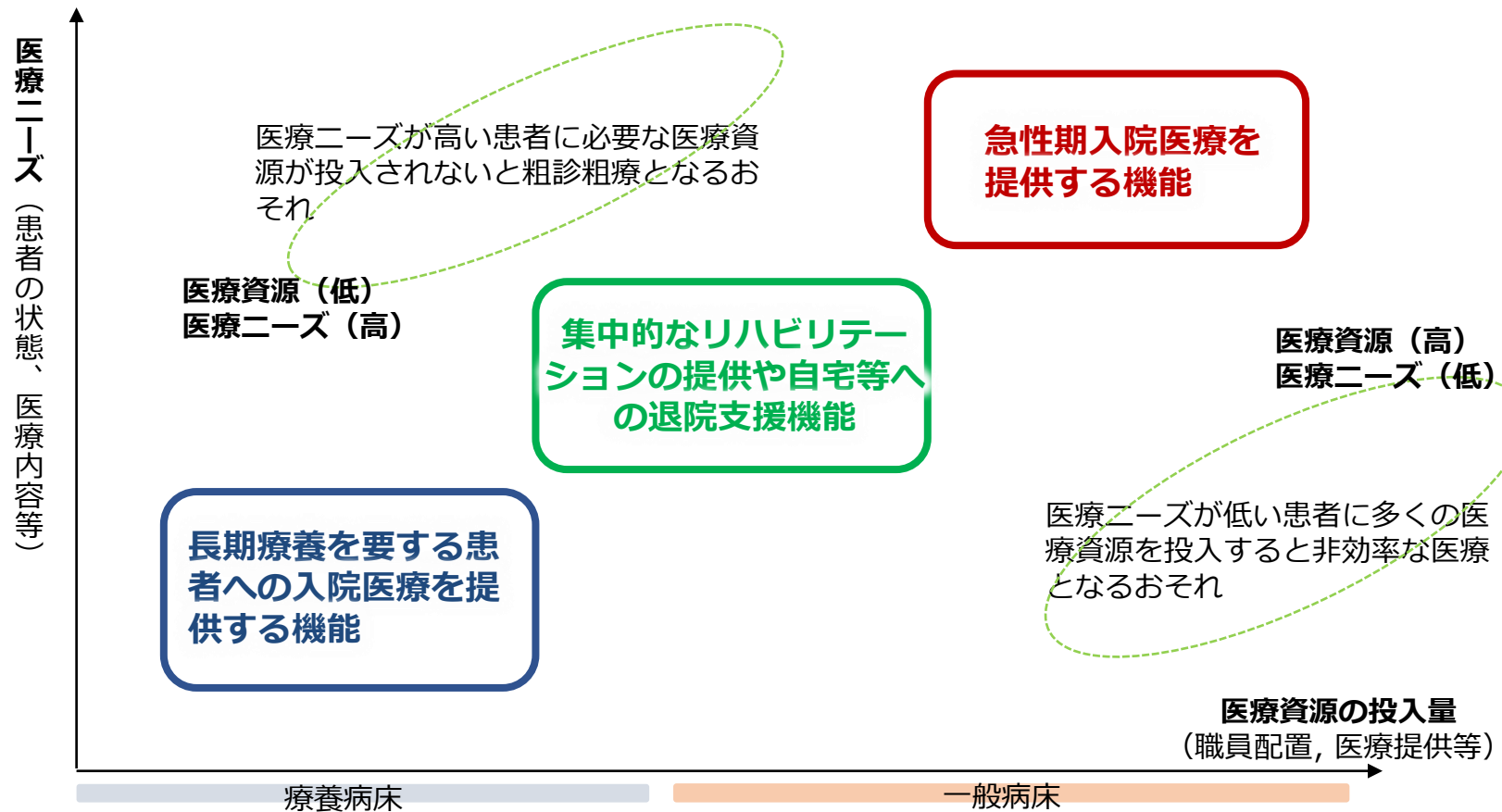
※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

※3: 小数点以下を四捨五入しているため合計しても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

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。

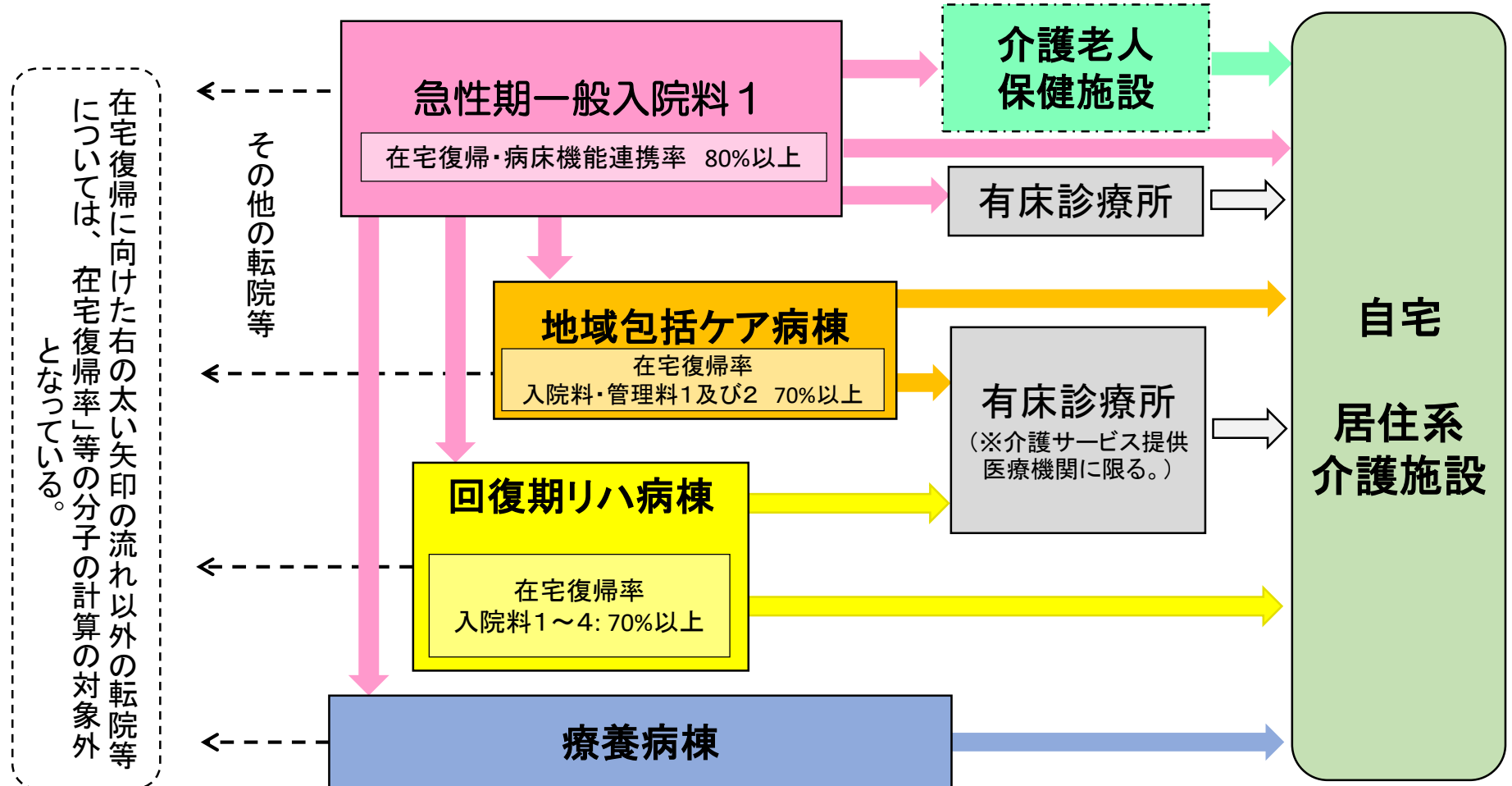


「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ(イメージ図)

- 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いる。
- これにより、各地域における、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促している。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

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。

回復期入院医療に係る主な指摘事項

(8月25日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 介護との連携や、地域等への人材派遣、まちづくりへの参画、いざという時の在宅患者の受け入れなどを行う地域包括ケアを支える中小病院などの存在が必須。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料等について、前回改定において、診療実績に係る基準が引き上げられた一方で、新型コロナウイルス感染症により、経過措置が延長されている状況にあるため、改定の影響を検証するには時間が必要。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料について、求められている機能が十分に発揮されているのか、包括範囲の医療についてどの程度実施されているのかについて検討が必要。
- 回復期リハビリテーション病棟について、リハビリテーションがどの程度行われているのか検討し、適正化の方向で検討すべき。リハビリテーション実績指数について、入院料毎で差がある理由について検討すべき。

(9月22日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会)

- 地域包括ケア病棟入院料について、3機能を前提に点数を設定していることから、機能が偏った医療機関についてはその機能に応じた点数とすべきであり、見直しを提案する。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、実態にあった基準の見直しが必要であり、6つの入院料について整理すべき。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6について、一定期間後の措置については検討を行うべき。

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-1-2
3 . 1 0 . 2 7

【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)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

【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

地域包括ケア病棟の役割



地域包括ケア病棟の経緯③(平成28～令和2年度診療報酬改定)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

【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

【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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
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	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> 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	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)	—	—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)	—	—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上	—	—	3月で <u>6人</u> 以上	—	—	—
	地域包括ケアの実績※2	○	—	—	○	—	—	—
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床未満のみが対象	○	—	○	○	○	—	○	○
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)	

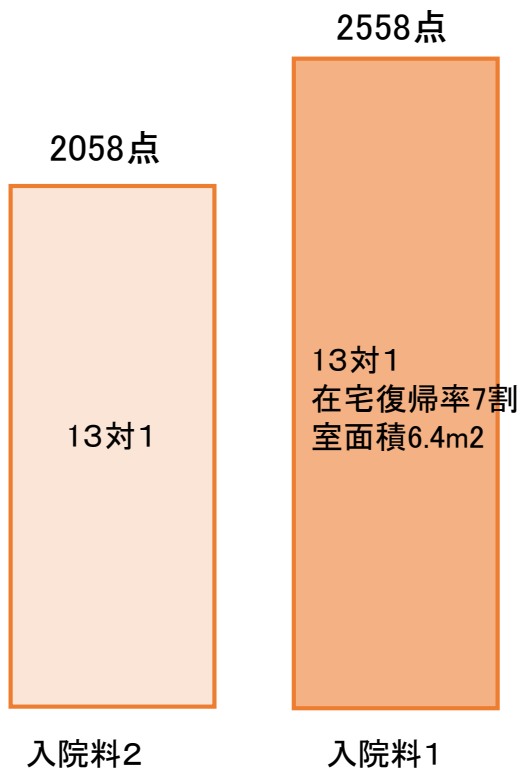
※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- 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。

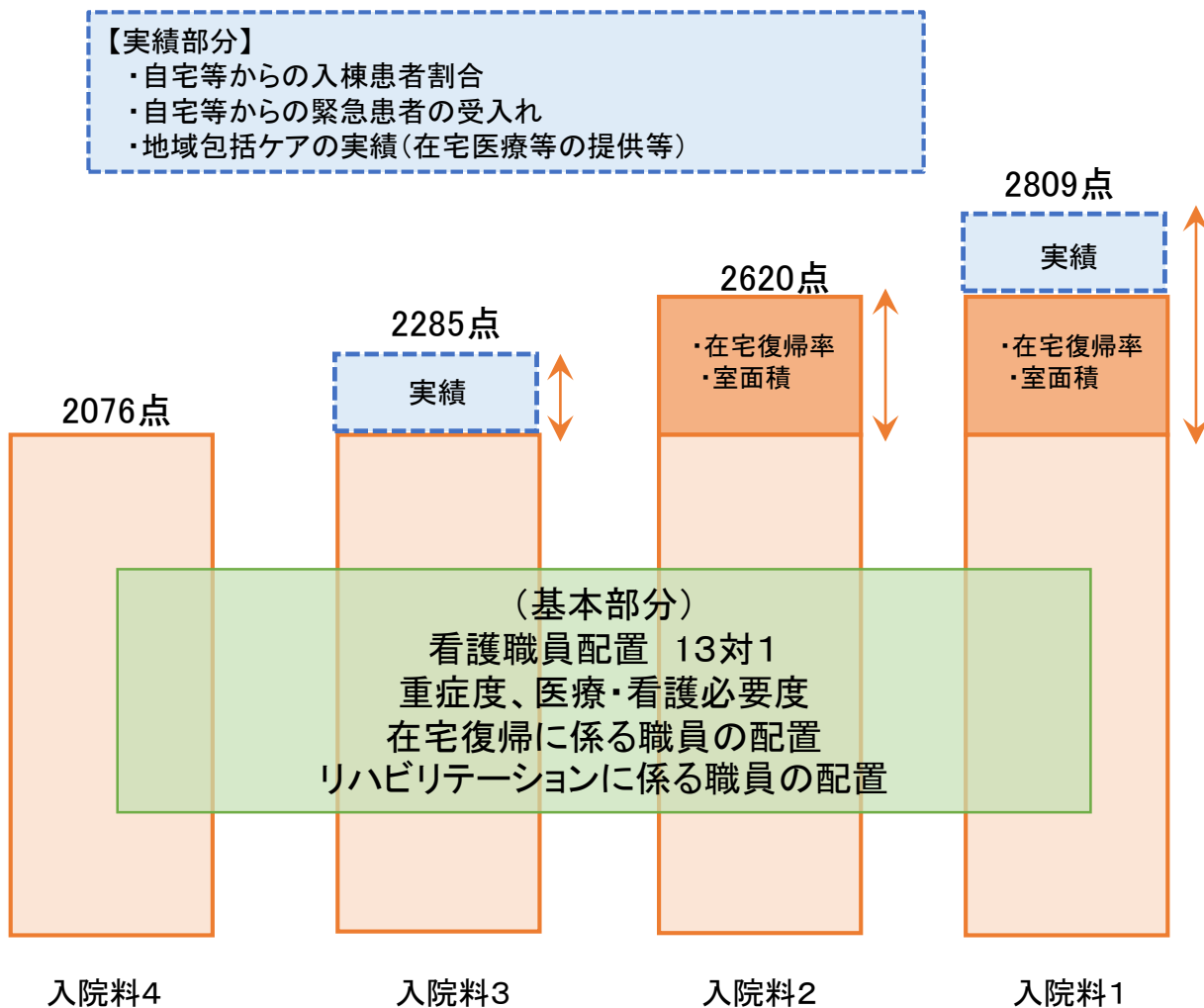
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料のイメージ(現行)

【平成30年度改定前】



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

【現行】

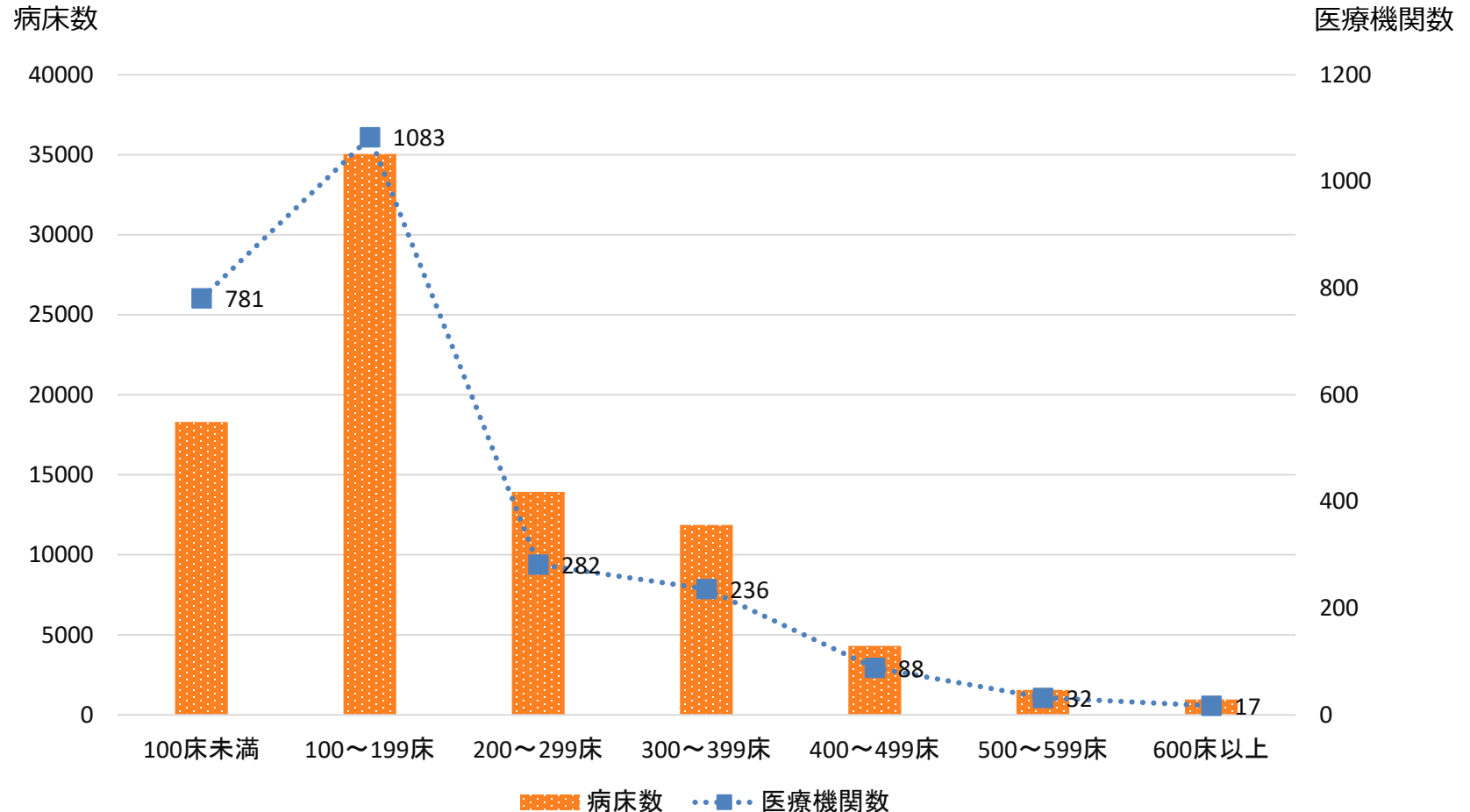


地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

医療機関規模別の病床数等

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 医療機関の許可病床数別にみた、地域包括ケア病棟入院料・管理料の届出医療機関数と病床数は以下のとおり。100～199床の医療機関が有する地域包括ケア病棟入院料・管理料が最も多かった。



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-1-2
3 . 1 0 . 2 7

平成12年	○ 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	[主な施設基準]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上
平成18年	○ 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	○ 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20年	○ 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	○ 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22年	○ 「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	○ リハビリテーション充実加算の新設 [施設基準]1日当たり6単位以上のリハビリテーションが行われていること
平成24年	○ 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	○ 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

回復期リハビリテーション病棟の経緯②（平成26～令和2年度診療報酬改定）

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

平成 26年	○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化	○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
平成 28年	○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価を導入	○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)
平成 30年	○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	○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	○特定機能病院での届出を原則不可とした

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 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
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4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				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
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	○			○(※経過措置あり)		
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」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 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	-	30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)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

回復期リハビリテーション病棟の届出に関する事項(概要)

- 「新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を届け出る」とこととされている。
- なお、異なる回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせる届出を行う場合。その組み合わせについては制限が設けられている。

※○:組み合わせでの届出可、-:組み合わせでの届出不可、△:届出から6か月に限り届出可

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

原則:異なる回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせる届出を行う場合

	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1		-	○	-	-	-
入院料2	-		○	○	-	-
入院料3	○	○		-	-	-
入院料4	-	○	-		-	-
入院料5	-	-	-	-		-
入院料6	-	-	-	-	-	

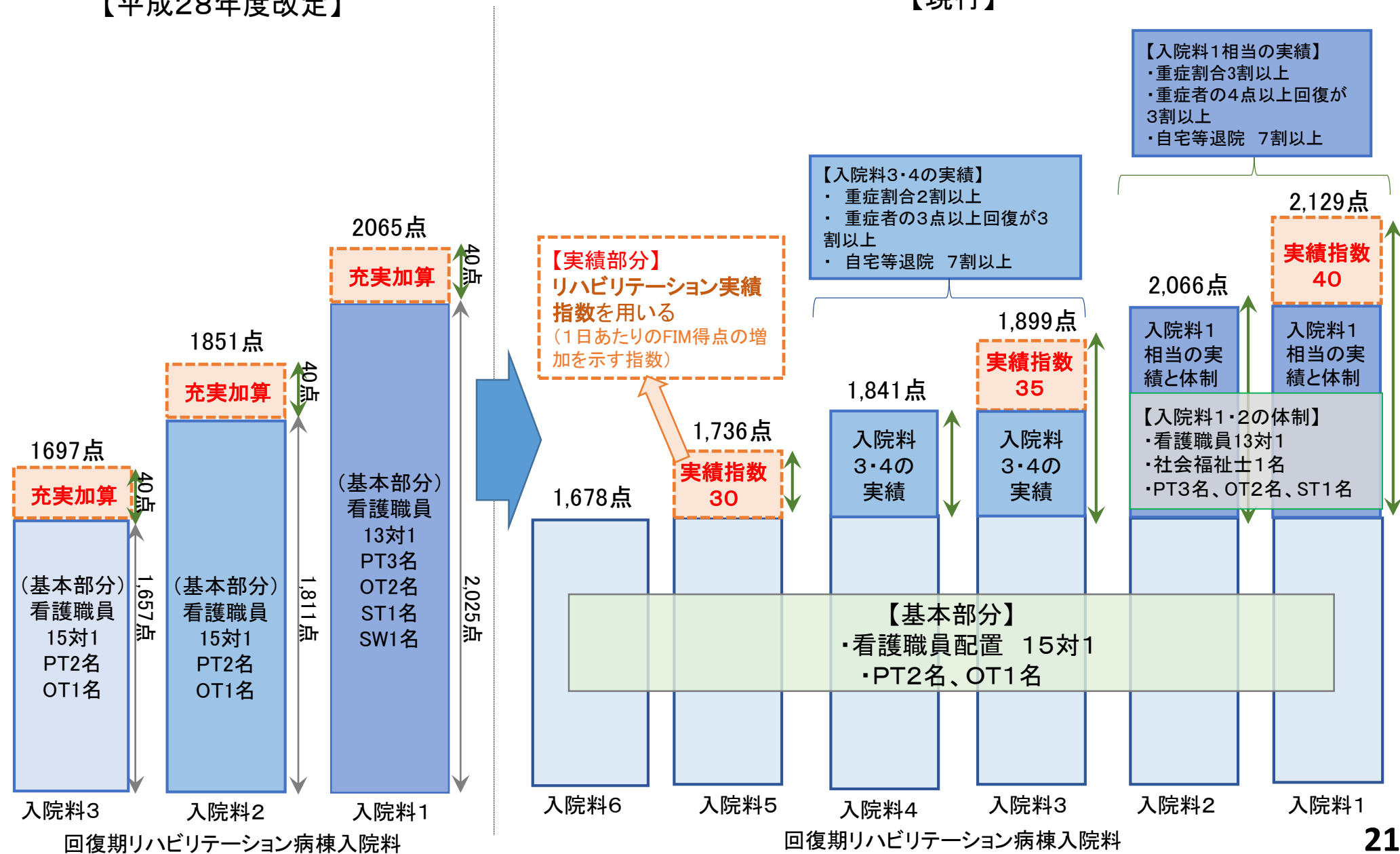
例外:新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合

		新規届出を行う入院料					
		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
従前から届け出ている入院料	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1+3	-	-	-	-	△	-
	入院料2+3	-	-	-	-	△	-
	入院料2+4	-	-	-	-	-	△

回復期リハビリテーション病棟入院料のイメージ(現行)

【平成28年度改定】

【現行】

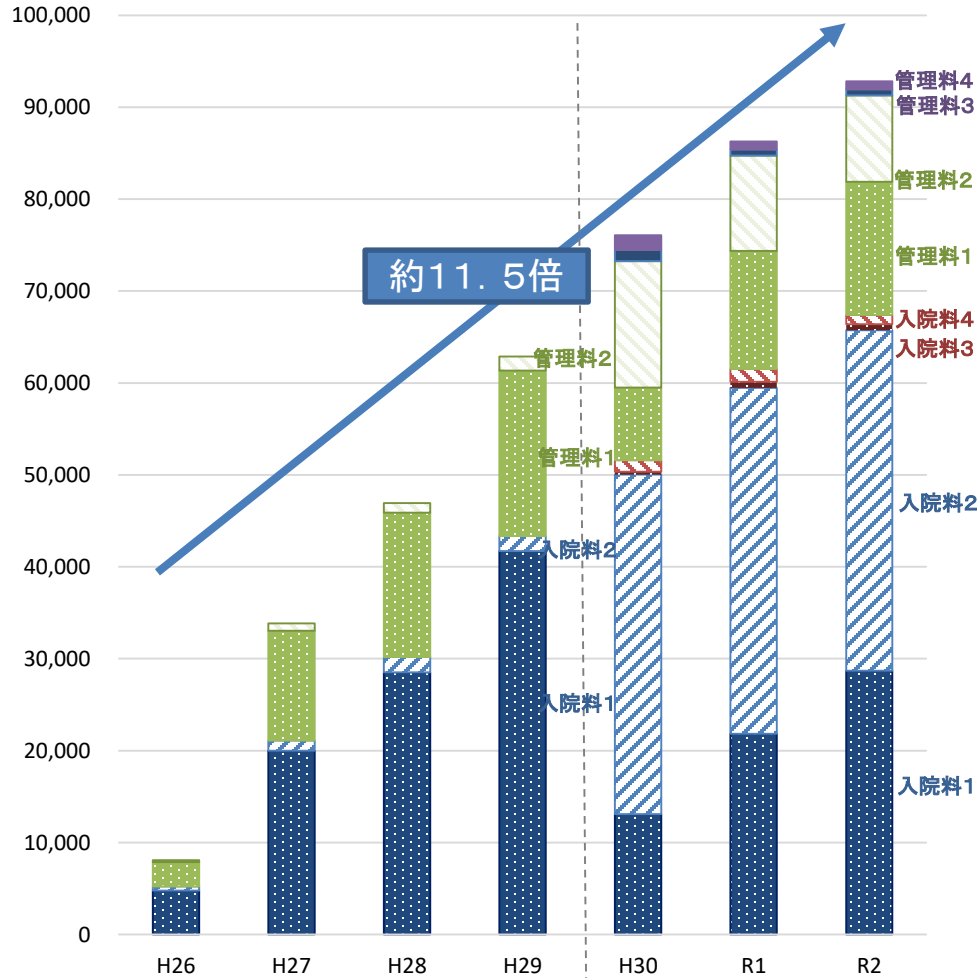


入院料別の届出病床数の推移

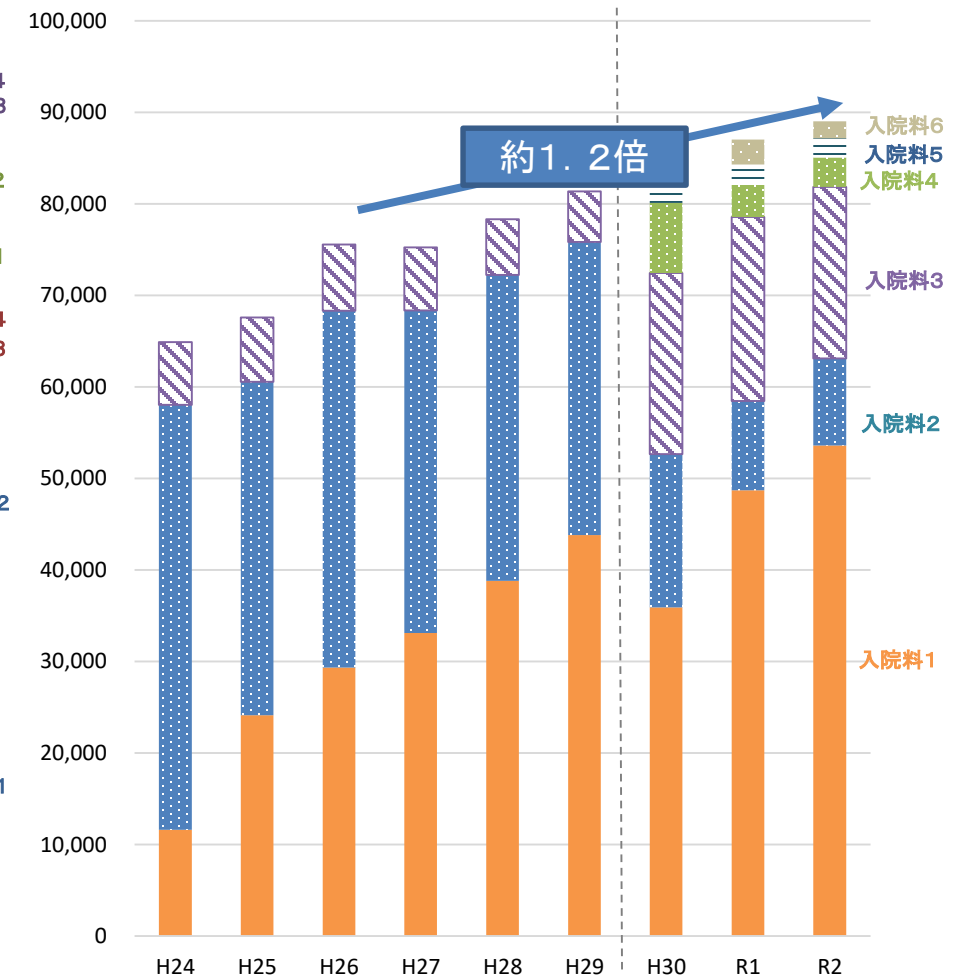
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



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 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

2-6 入退院支援について

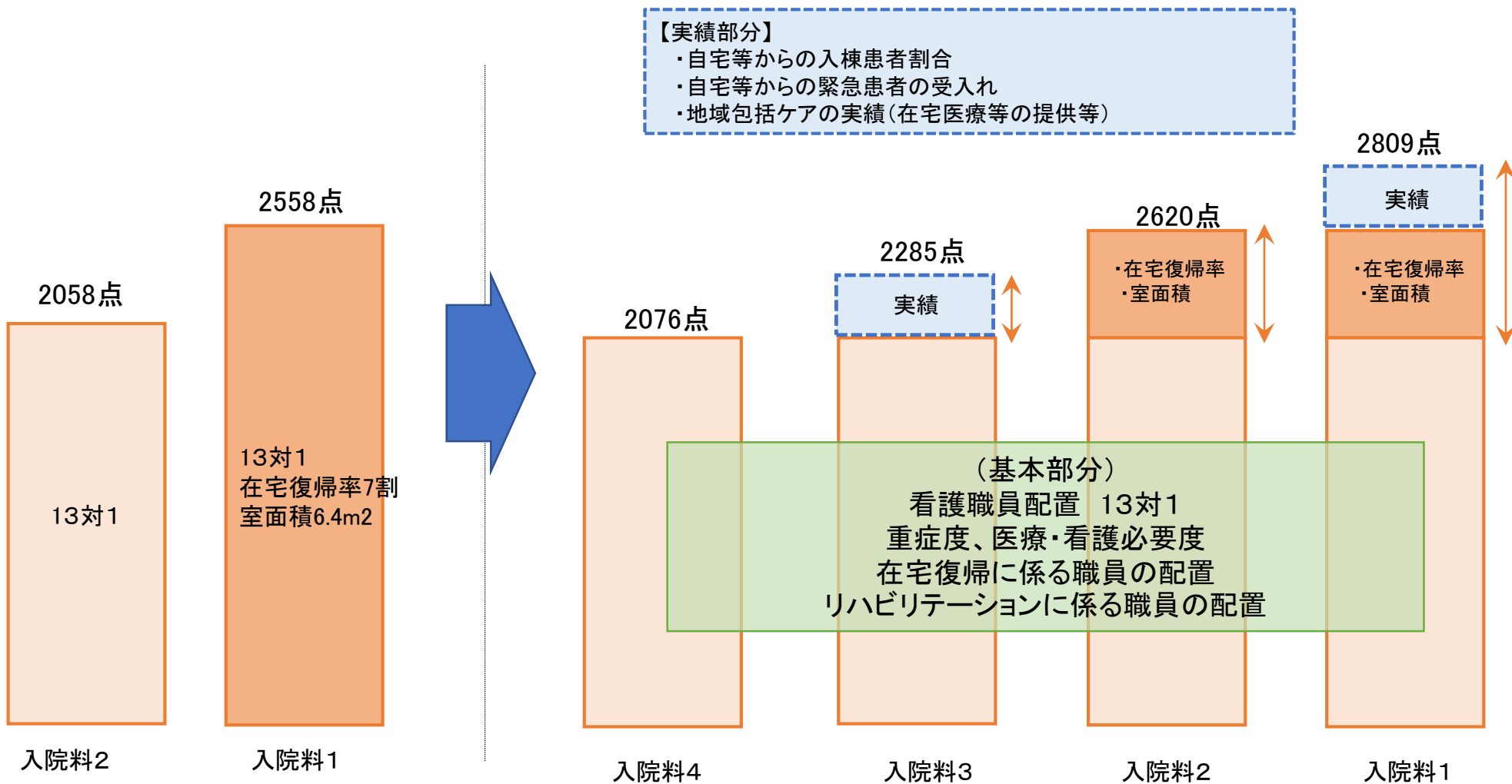
2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料のイメージ(現行)

再掲

【平成30年度改定前】

【現行】



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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
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	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> 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	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	—
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	—
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床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
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)	

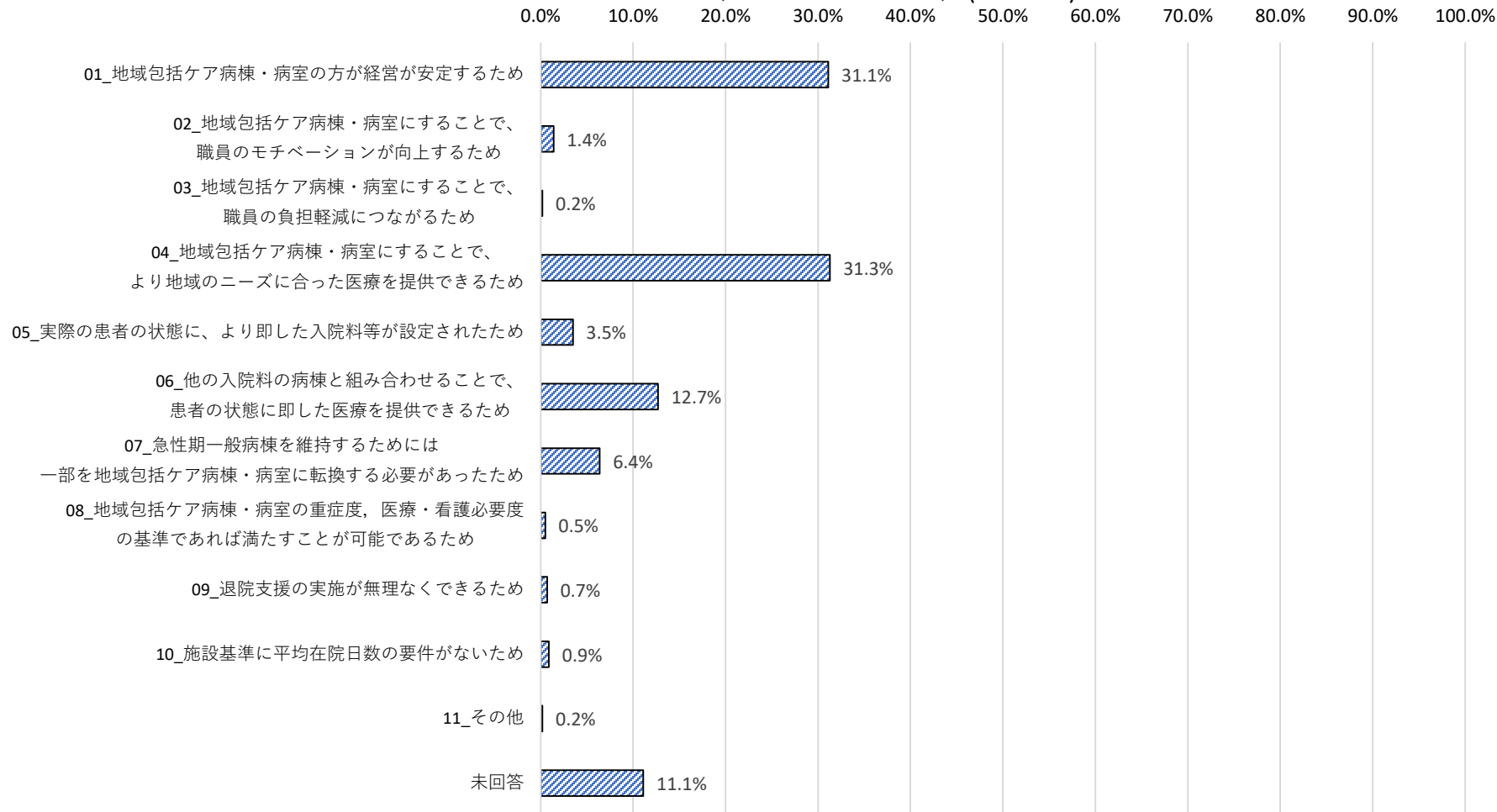
※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- 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・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」、「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・病室を届け出ている理由（最も該当するもの）（n = 425）



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 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

【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

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

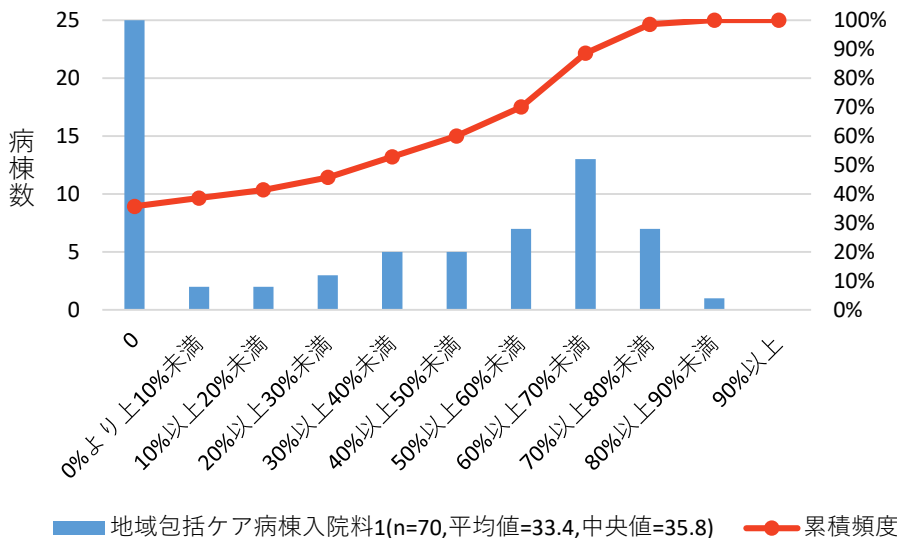


- ① 一般病棟からの転棟について
- ② 自宅等からの入棟について
- ③ 在宅復帰について
- ④ 入棟元の構成割合の分布について

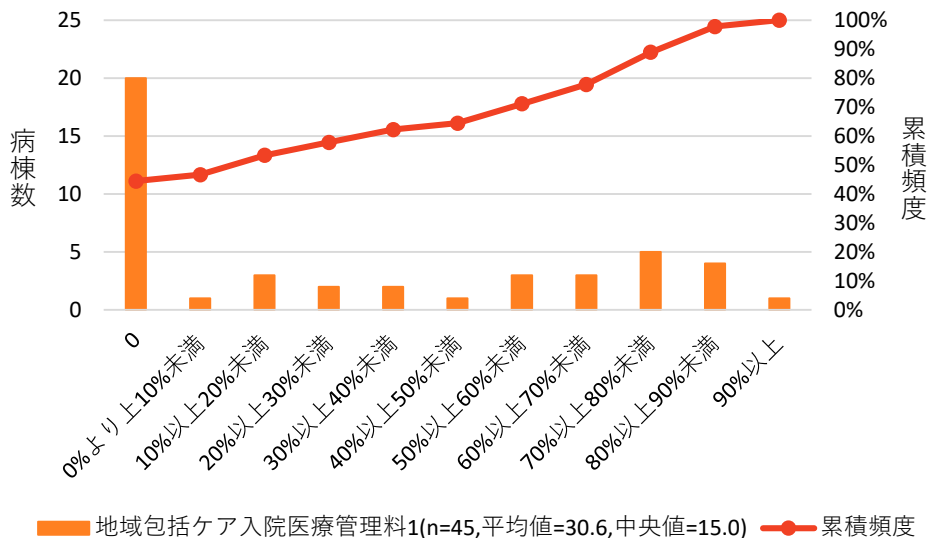
地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自院の一般病棟からの転棟割合の分布は以下のとおりであった。入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。

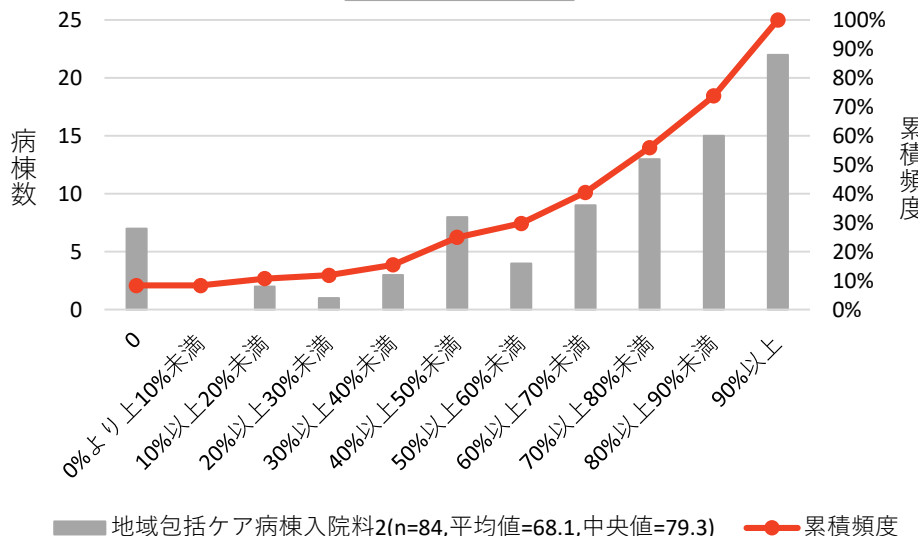
入院料 1



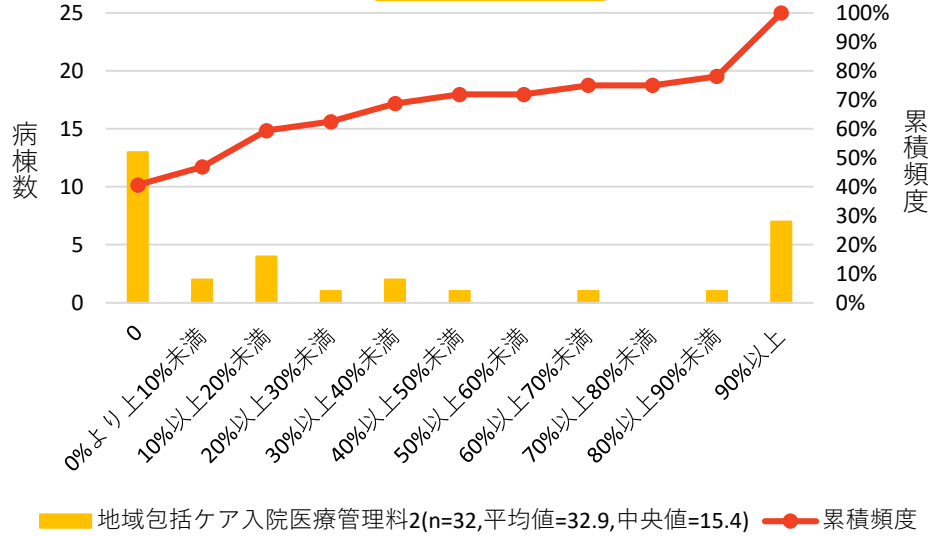
管理料 1



入院料 2



管理料 2

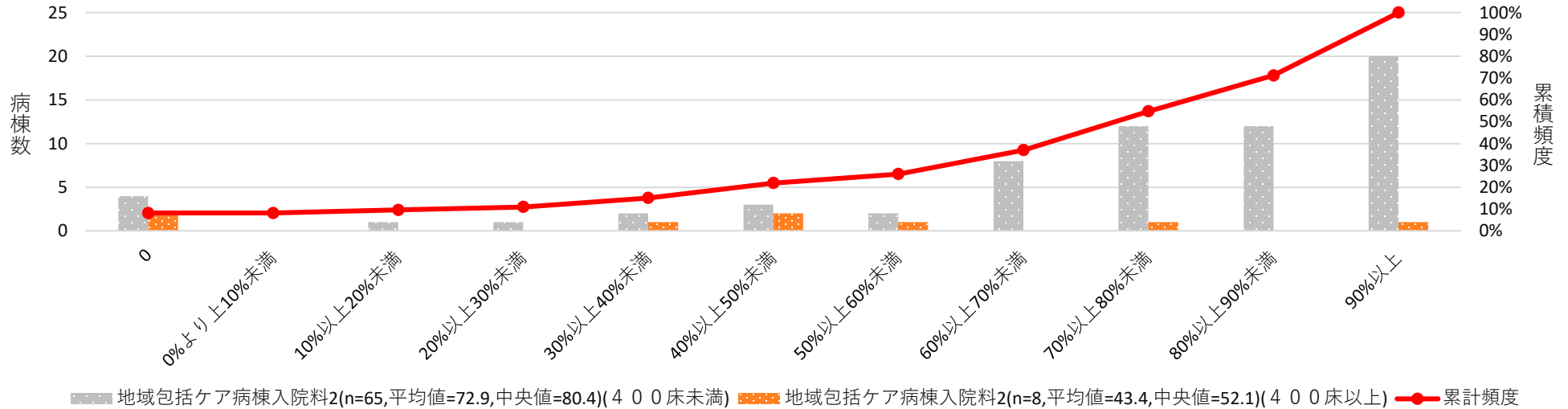


地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

中医協 総-1-2
3.10.27(改)

○ 令和2年10月における自院の一般病棟からの転棟割合の分布は以下のとおりであった。入院料2において、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。例として90%以上の医療機関は、400床未満の医療機関が多かった。

自院の一般病棟からの転棟割合（令和2年10月）



出典：令和2年度入院医療等における実態調査（施設票、病棟票）

(参考)400床以上の病院における「自院の一般病棟からの転棟割合が6割以上の場合」の、減算した点数の算定状況

		令和2年5月			令和2年10月		
		医療機関数	件数	回数	医療機関数	件数	回数
地域包括ケア病棟入院料2	減算なし	84	5,066	64,295	77	6,256	68,534
	減算あり	-	-	-	8	631	7,176
地域包括ケア病棟入院料4	減算なし	4	137	2,213	4	150	2,417
	減算あり	-	-	-	1	7	81

※：令和3年7月時点での医療機関情報を元に、令和2年5月と令和2年10月の算定状況を比較。生活療養を受けている場合の点数については掲載していない。

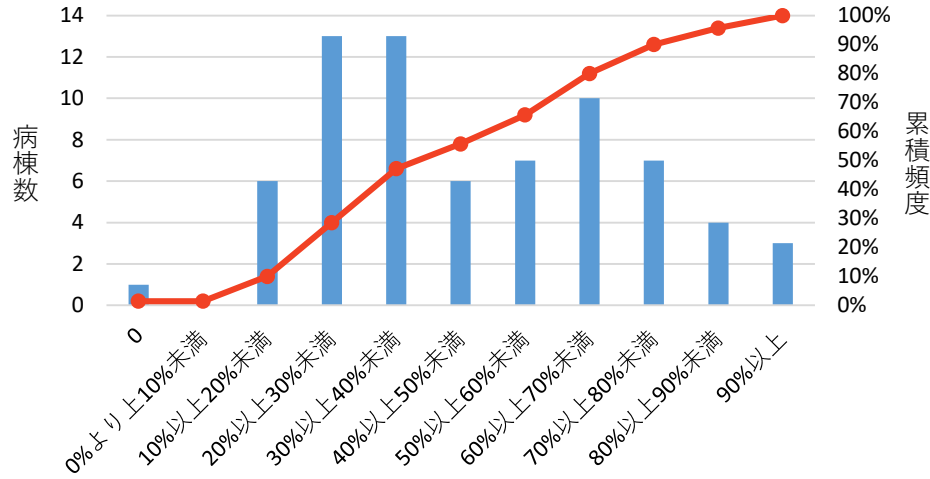
出典：保険局医療課調べ

- ① 一般病棟からの転棟について
- ② 自宅等からの入棟について
- ③ 在宅復帰について
- ④ 入棟元の構成割合の分布について

地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

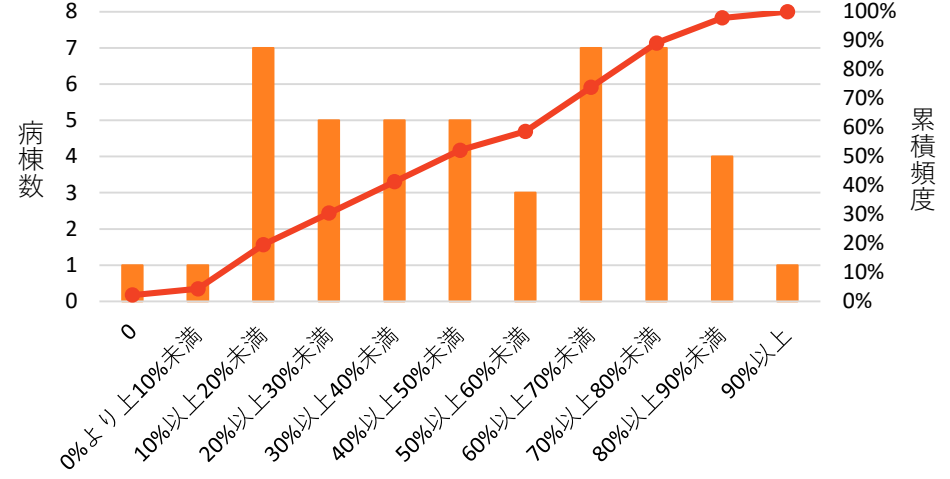
○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自宅等から入棟した患者割合の分布は以下のとおりであった。入院料1及び管理料1は入院料2及び管理料2より自宅等から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

入院料 1



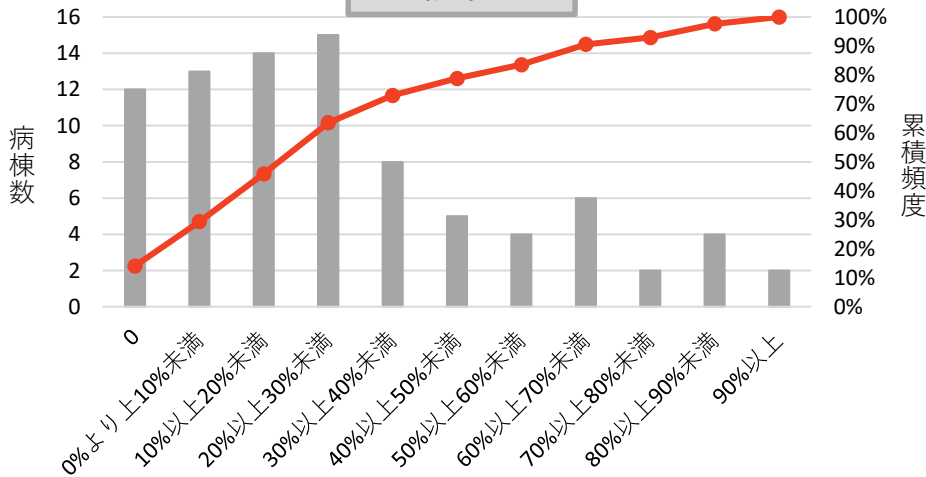
■ 地域包括ケア病棟入院料1(n=70, 平均値=47.1, 中央値=43.3) ● 累積頻度

管理料 1



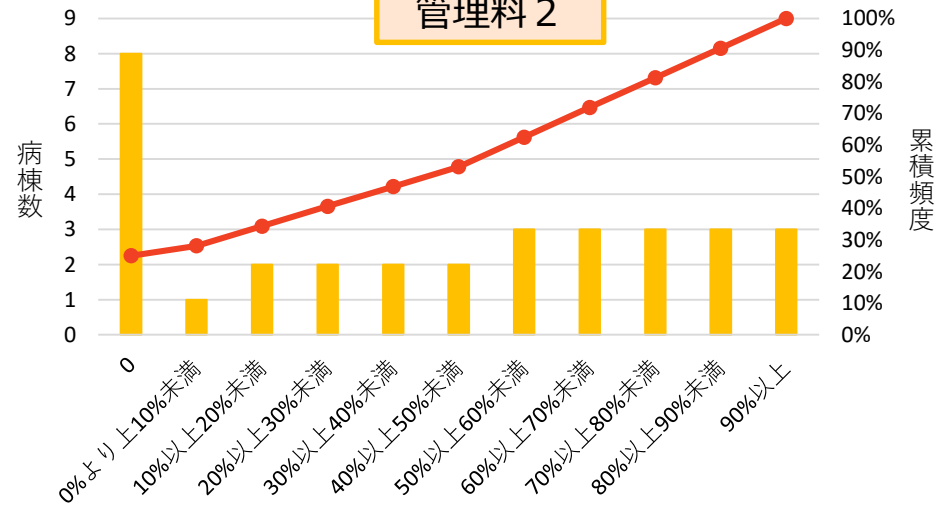
■ 地域包括ケア入院医療管理料1(n=46, 平均値=48.4, 中央値=47.1) ● 累積頻度

入院料 2



■ 地域包括ケア病棟入院料2(n=85, 平均値=28.6, 中央値=19.2) ● 累積頻度

管理料 2



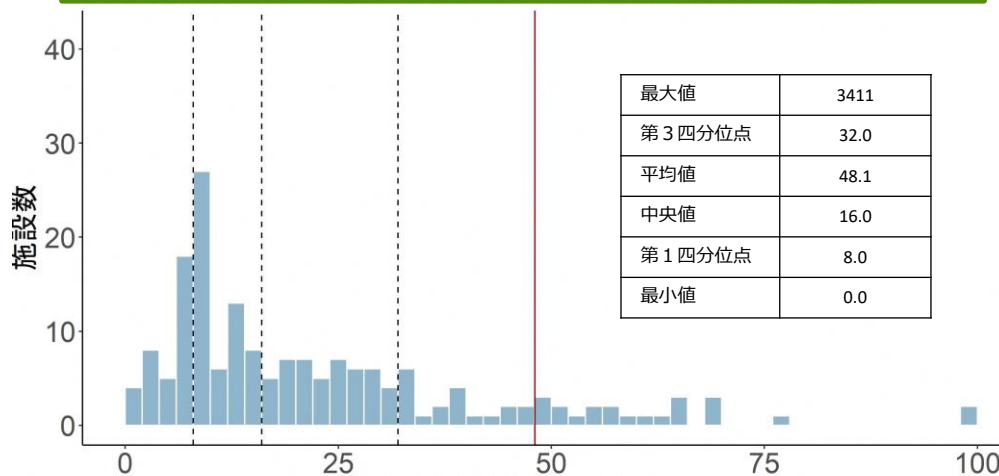
■ 地域包括ケア入院医療管理料2(n=32, 平均値=42.8, 中央値=38.5) ● 累積頻度

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

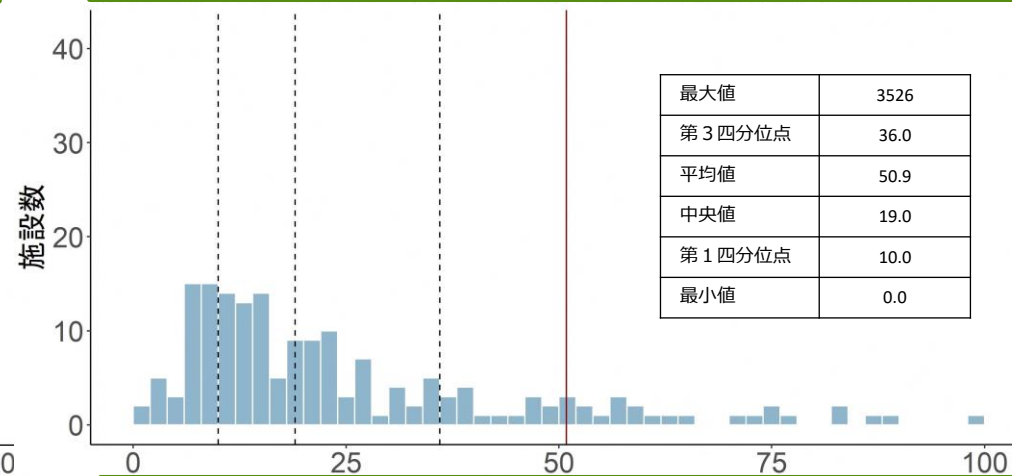
中医協 総-1-2
3.10.27

○ 自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおりであった。

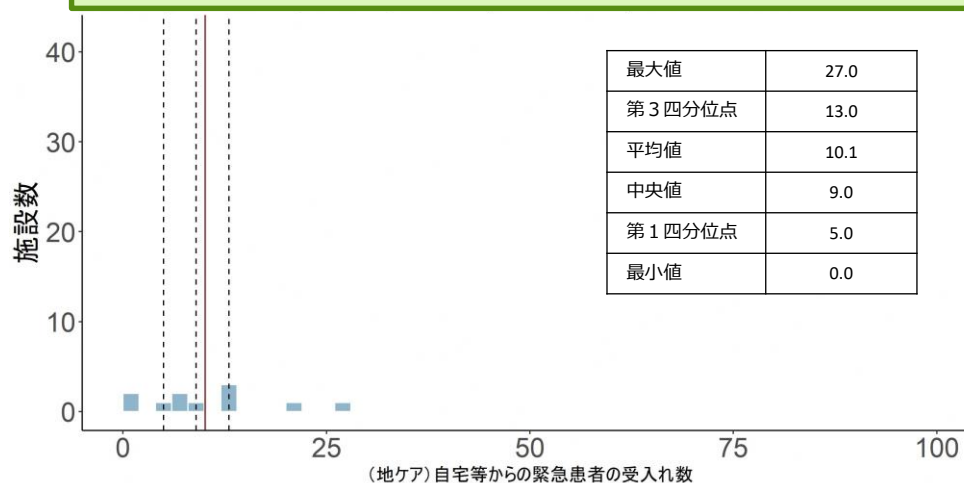
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年4~6月)



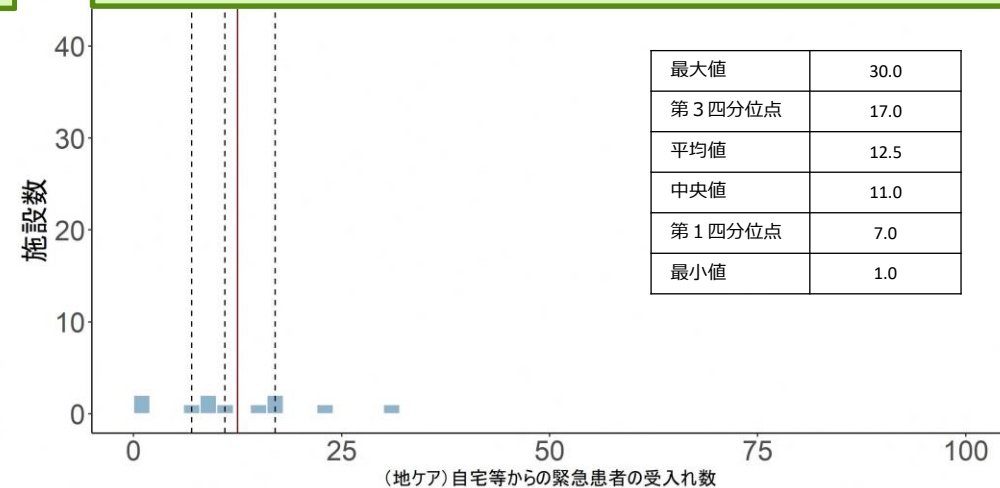
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年8~10月)



地ケア入院料・管理料 3 (令和2年4~6月)



地ケア入院料・管理料 3 (令和2年8~10月)

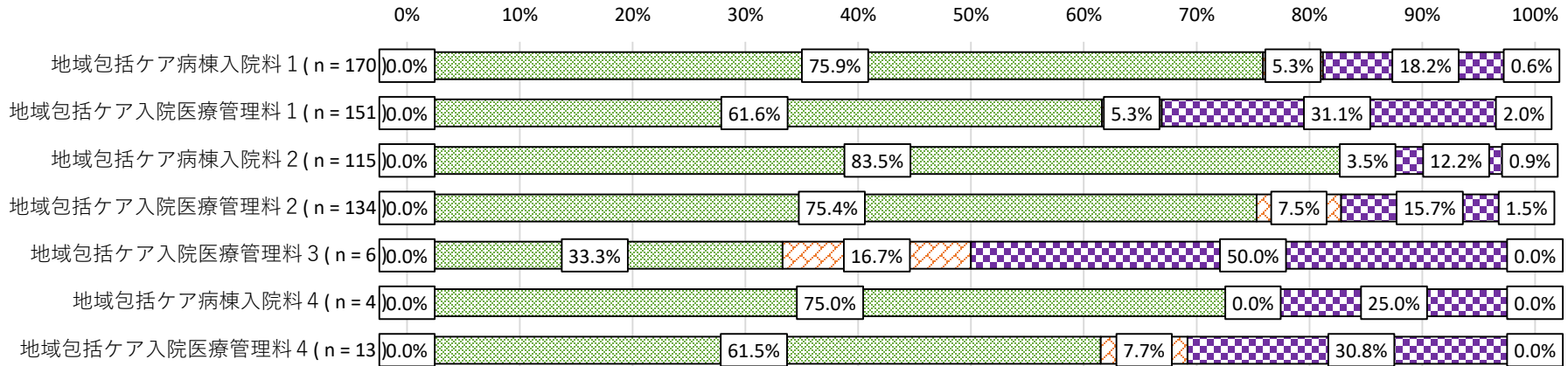


地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救急について

○ 地域包括ケア病棟等を有する医療機関における救命救急センター等の体制及び救急告示の有無は以下のとおり。救急を実施していない医療機関が一定程度存在した。

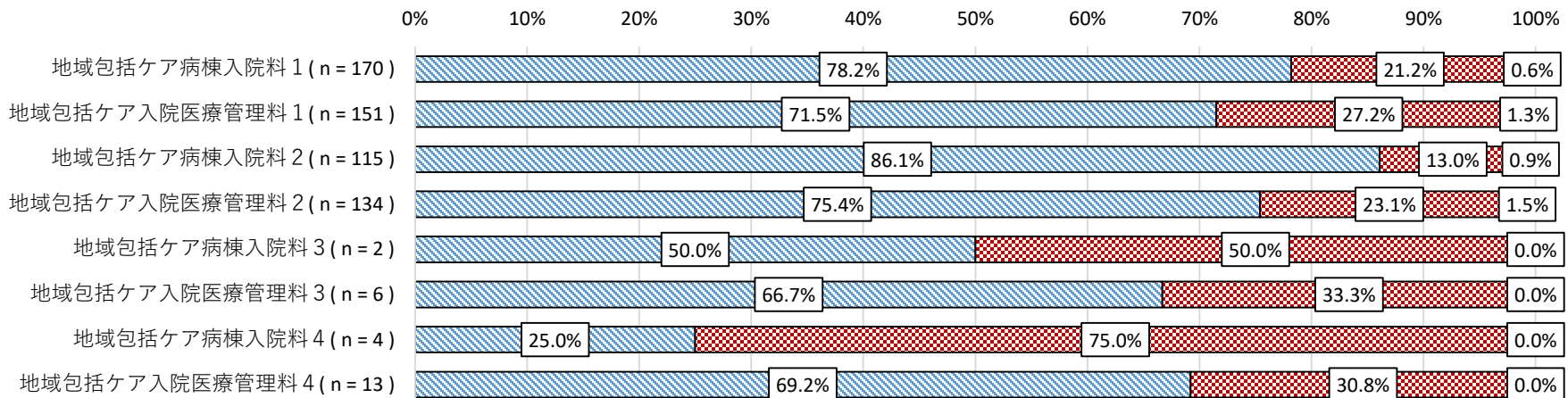
中医協 総-1-2
3.10.27(改)

救急医療体制（令和3年6月1日時点）



■01 高度救命救急センター ■02 救命救急センター ■03 二次救急医療機関 ■04 いずれにも該当しないが救急部門を有している ■05 救急部門を有していない 未回答

救急告示の有無（令和3年6月1日時点）



■01 救急告示あり ■02 救急告示なし 未回答

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	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)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <u>14%</u> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <u>11%</u> 以上							
入退院支援部門	<u>入退院支援及び地域連携業務を担う部門</u> が設置されていること							
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	<u>患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること</u> 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	<u>適切な意思決定支援に係る指針</u> を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				—			
一般病棟から転棟した患者割合※1	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	<u>6割未満</u> (許可病床数400床以上の場合)	—	—	—
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	1割 <u>5分</u> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <u>6人</u> 以上)		—	—
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で <u>6人</u> 以上		—	3月で <u>6人</u> 以上		—	—
	地域包括ケアの実績※2	○		—	○		—	—
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床未満のみが対象	○		—	○	○		—	○
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)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- 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。

地域包括ケアの実績について

診 調 組 入 - 3
3 . 1 0 . 1 (改)

○ 地域包括ケアの実績の各要件について、入院料毎に満たしている施設の割合は以下のとおりであった。

	全体		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		地域包括ケア入院 医療管理料3		地域包括ケア入院 医療管理料4		
	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 (%)	
全体数	418		156		138		61		67		5		4		
満たしている要件	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直近3か月間で30回以上であること	296	71%	130	83%	120	87%	20	33%	32	48%	4	80%	1	25%
	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1の算定回数が直近3か月間で60回以上であること	41	10%	8	5%	19	14%	9	15%	5	7%	0	0%	0	0%
	当該保険医療機関において、同一敷地内又は隣接する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直近3か月間で300回以上であること	90	22%	40	26%	27	20%	12	20%	10	15%	1	20%	1	25%
	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	50	12%	19	12%	21	15%	2	3%	9	13%	0	0%	2	50%
	同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で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の提供実績を有していること	349	83%	136	87%	121	88%	39	64%	56	84%	4	80%	4	100%
	当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること	58	14%	25	16%	14	10%	15	25%	3	4%	1	20%	0	0%

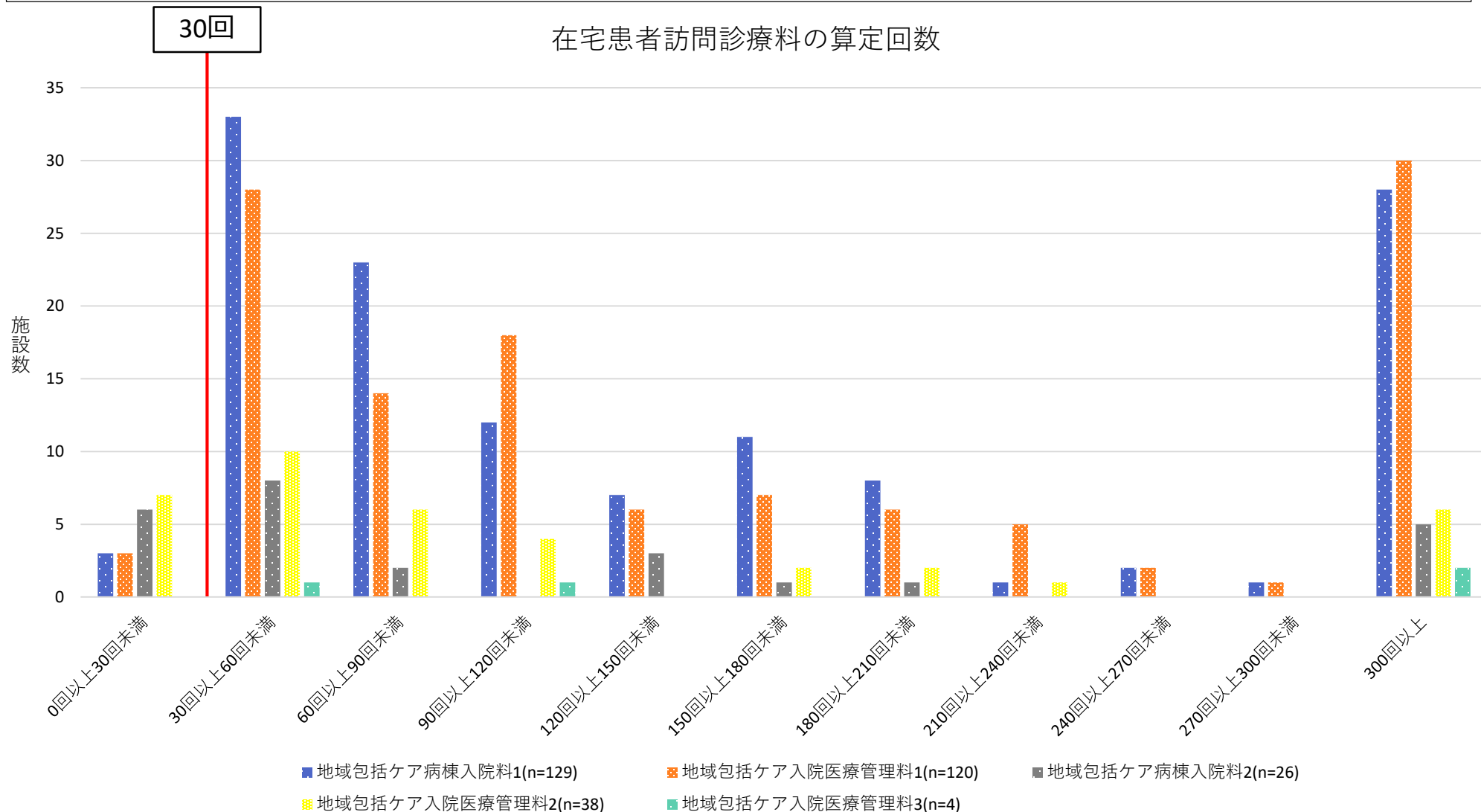
出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

令和3年6月1日時点

地域包括ケアの実績について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 地域包括ケアの実績のうち、「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」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。

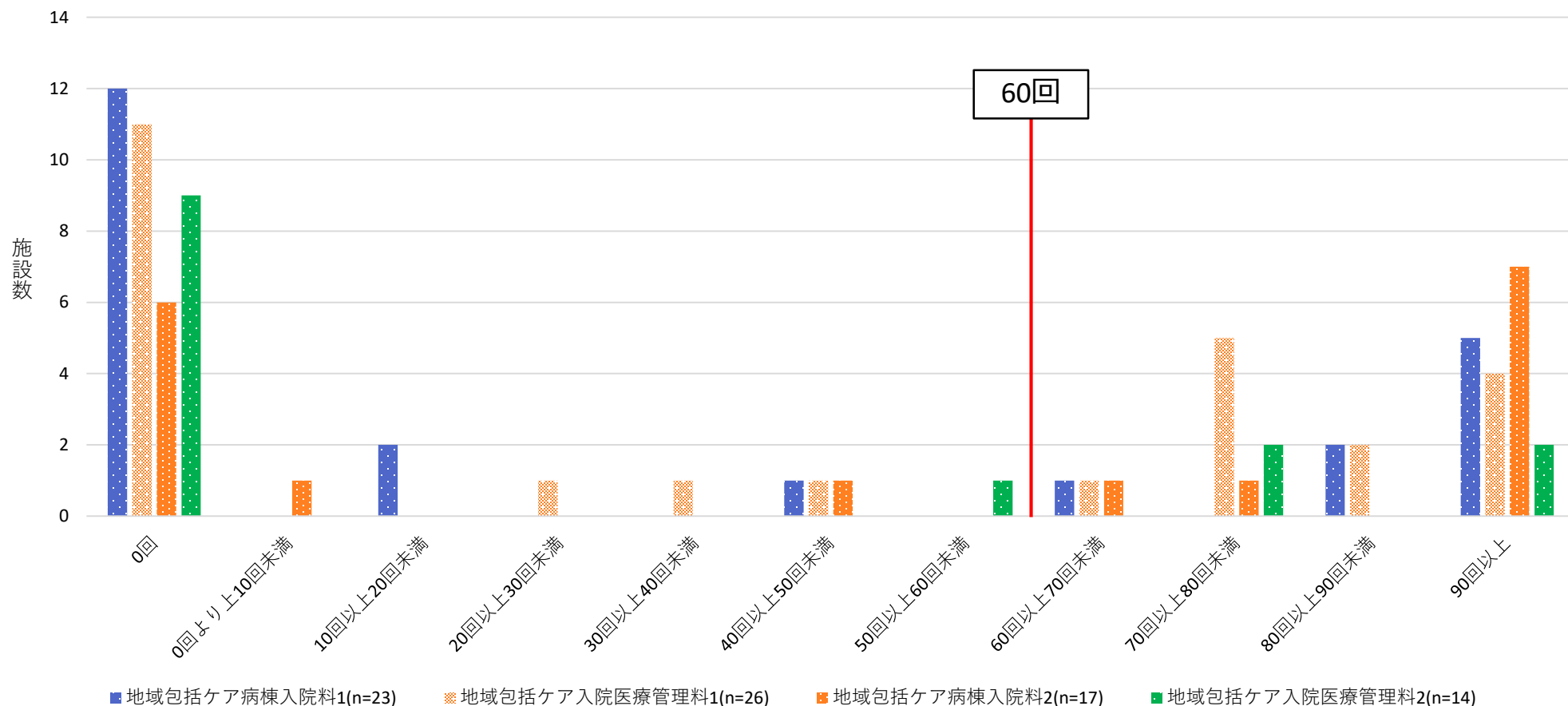


地域包括ケアの実績について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 地域包括ケアの実績のうち、「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・指導料 I の算定回数」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。

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・指導料 I の算定回数



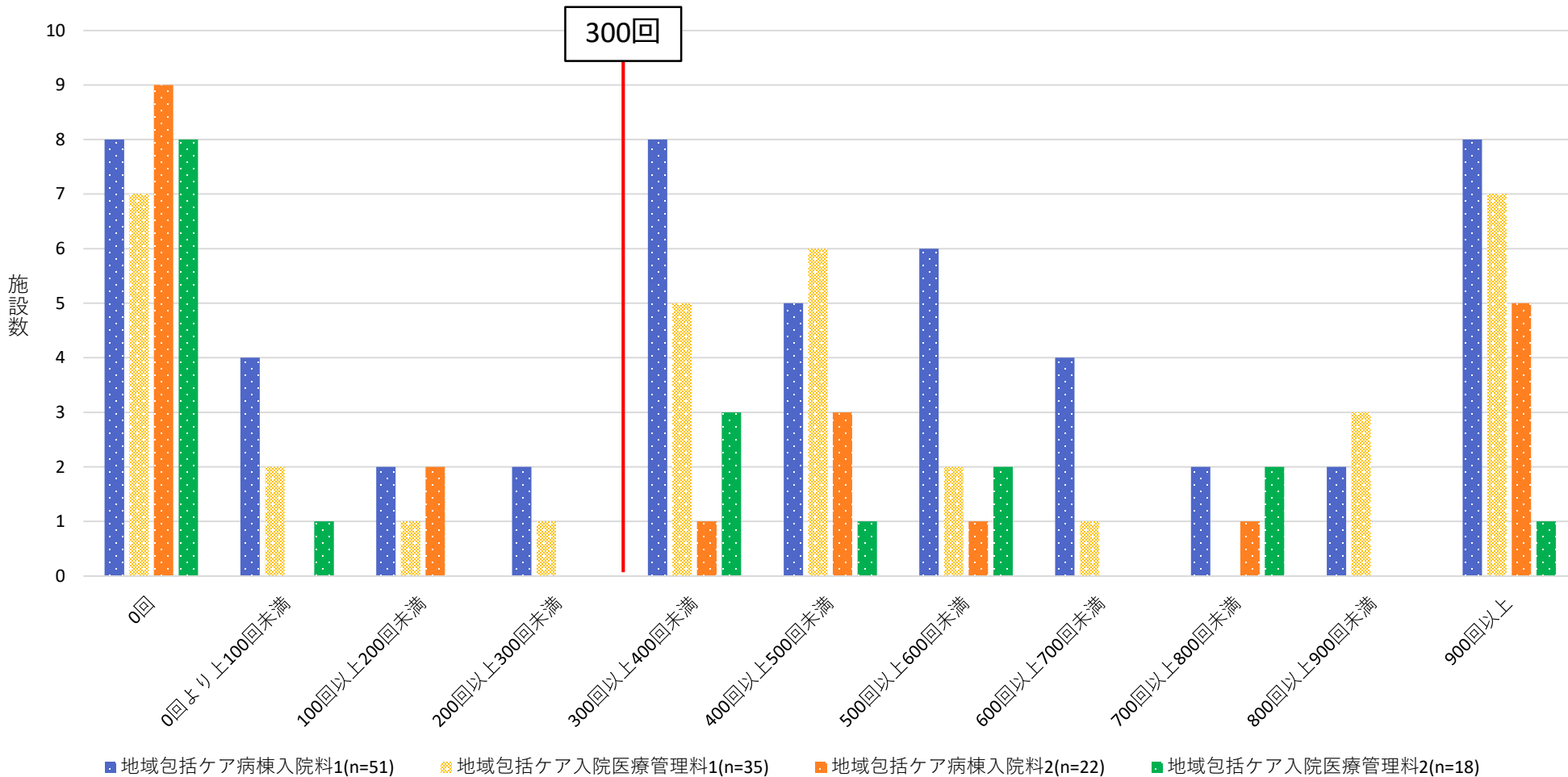
※n 2 以下は除く。

地域包括ケアの実績について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケアの実績のうち、「③ 同一敷地内又は隣接する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」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。

同一敷地内又は隣接する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



※n 2 以下は除く。

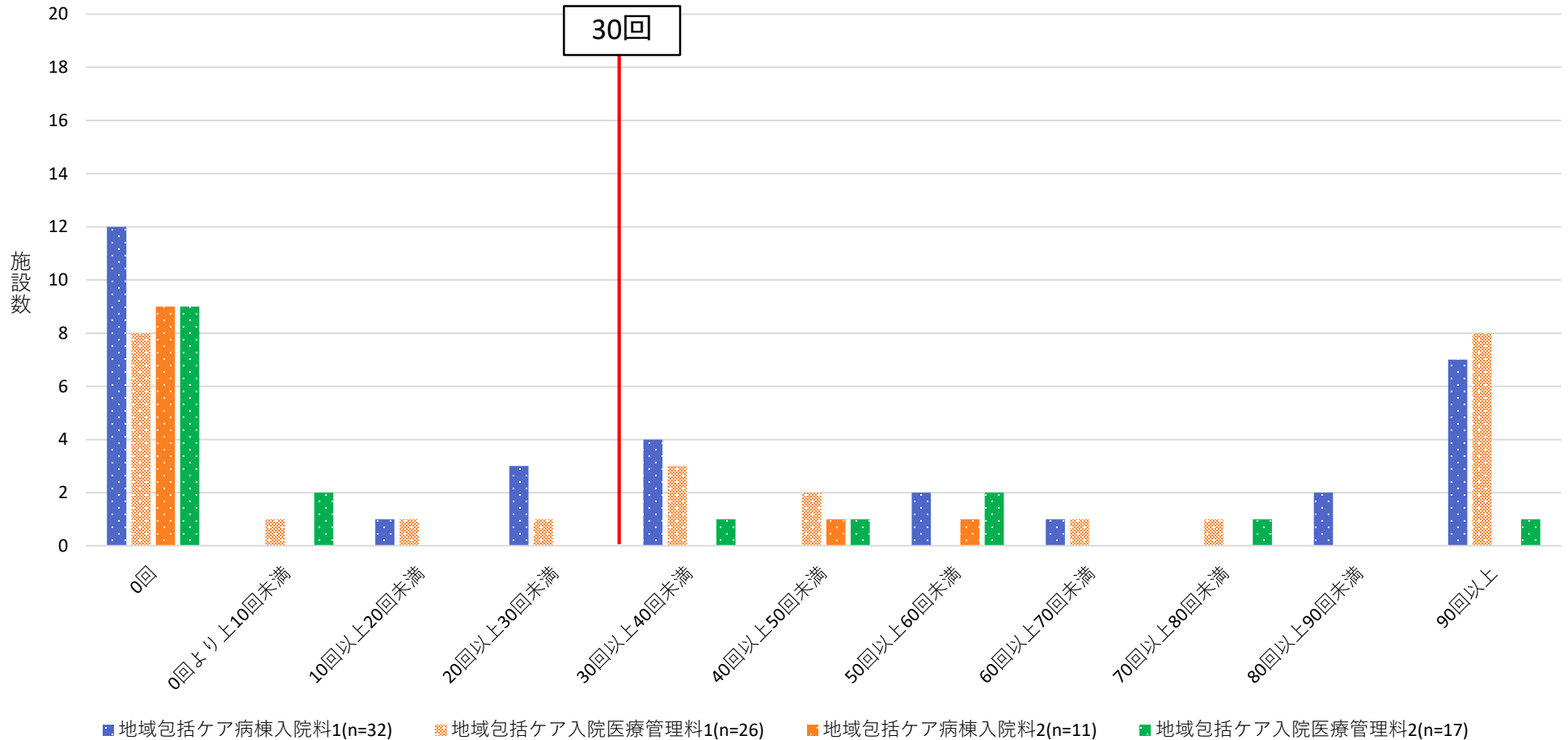
出典：令和 3 年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケアの実績のうち、「④ 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」の入院料毎の医療機関分布は以下のとおり。

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



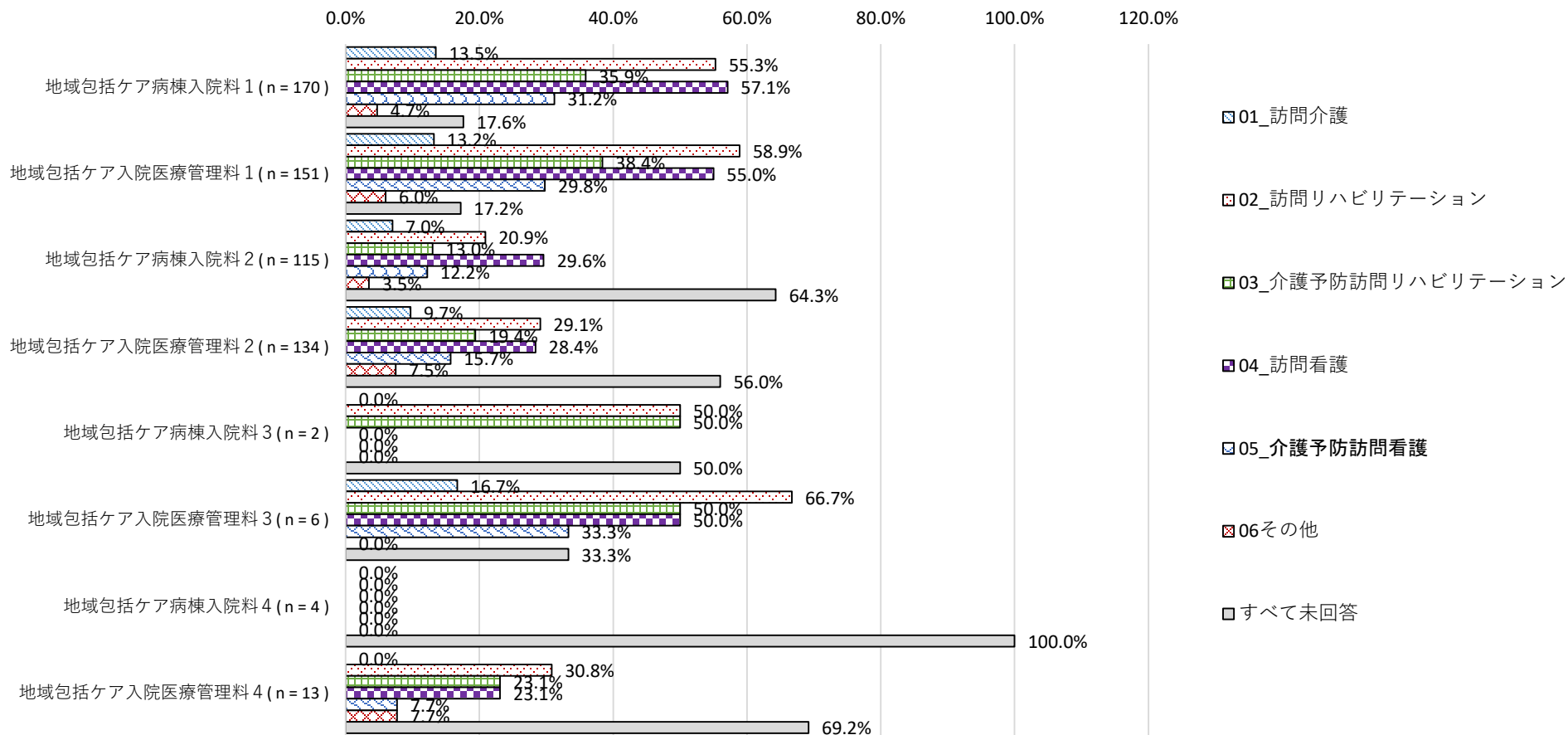
※n 2 以下は除く。

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

地域包括ケアの実績について

○地域包括ケアの実績のうち、「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。」の状況は以下のとおりであった。

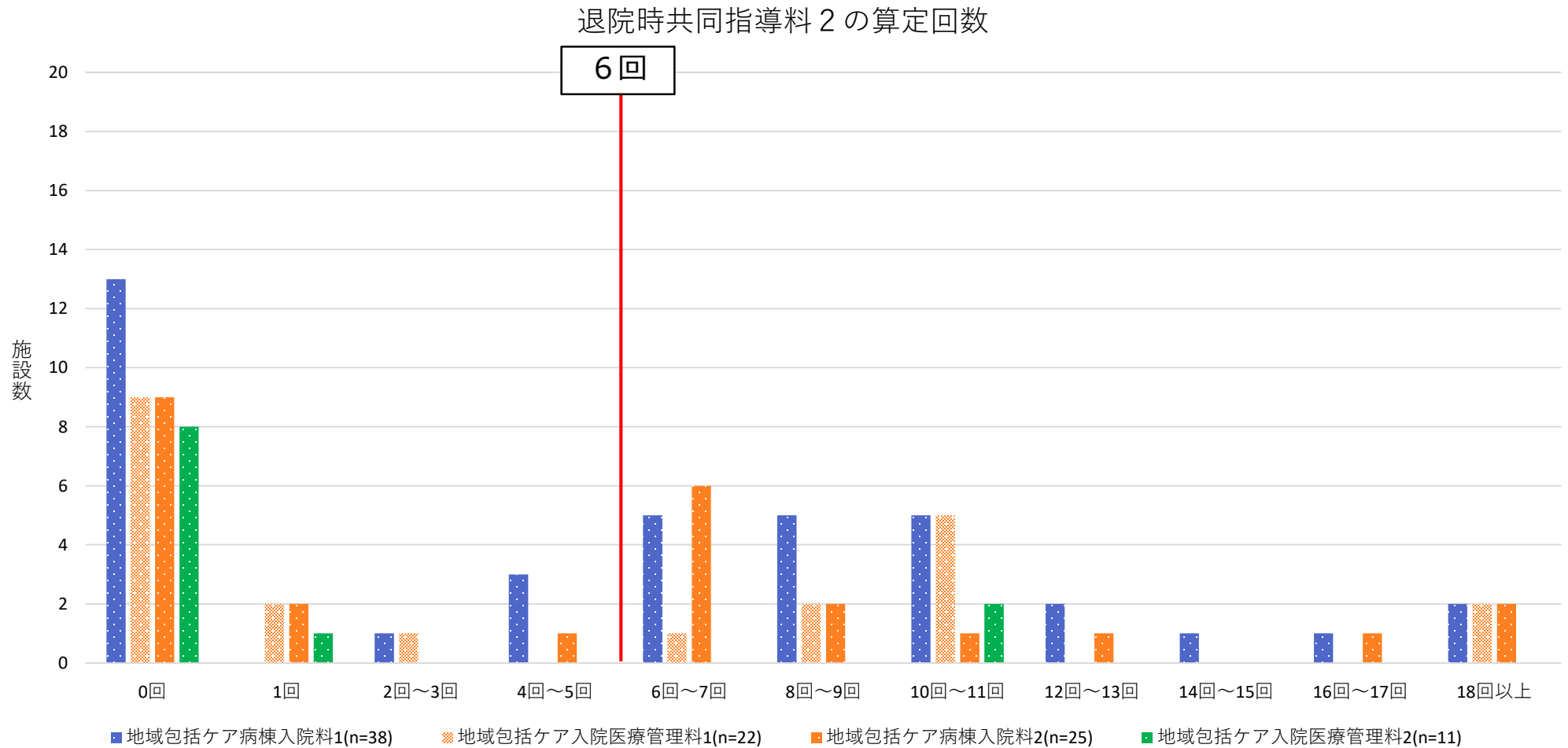
在宅医療等の提供状況について ⑥同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等で提供している介護サービス



地域包括ケアの実績について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケアの実績のうち、「⑥ 退院時共同指導料2の算定回数」の医療機関分布は以下のとおり。



出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

※n2以下は除く。

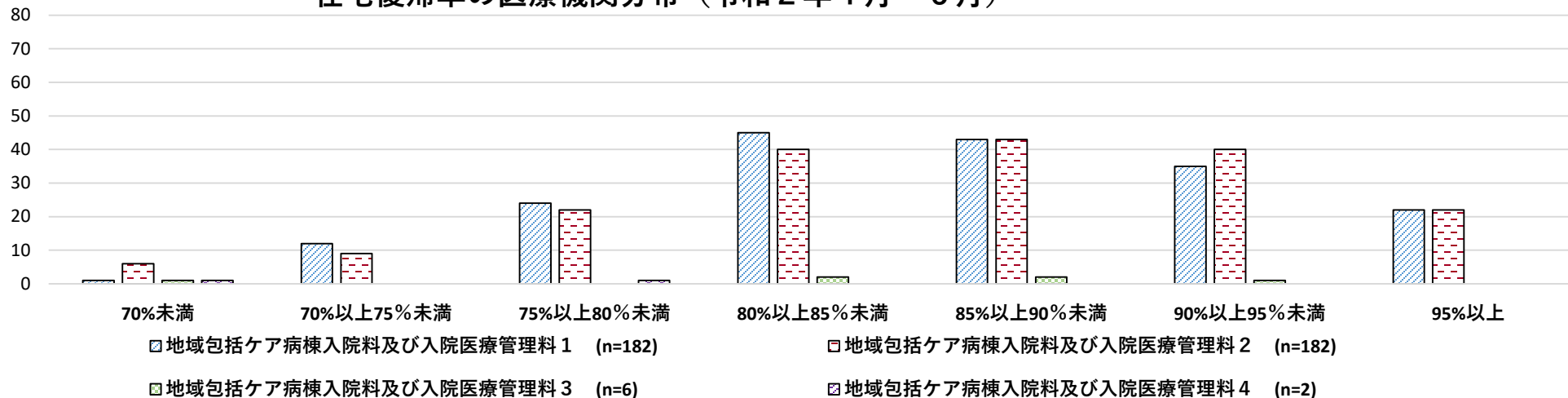
- ① 一般病棟からの転棟について
- ② 自宅等からの入棟について
- ③ **在宅復帰について**
- ④ 入棟元の構成割合の分布について

地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

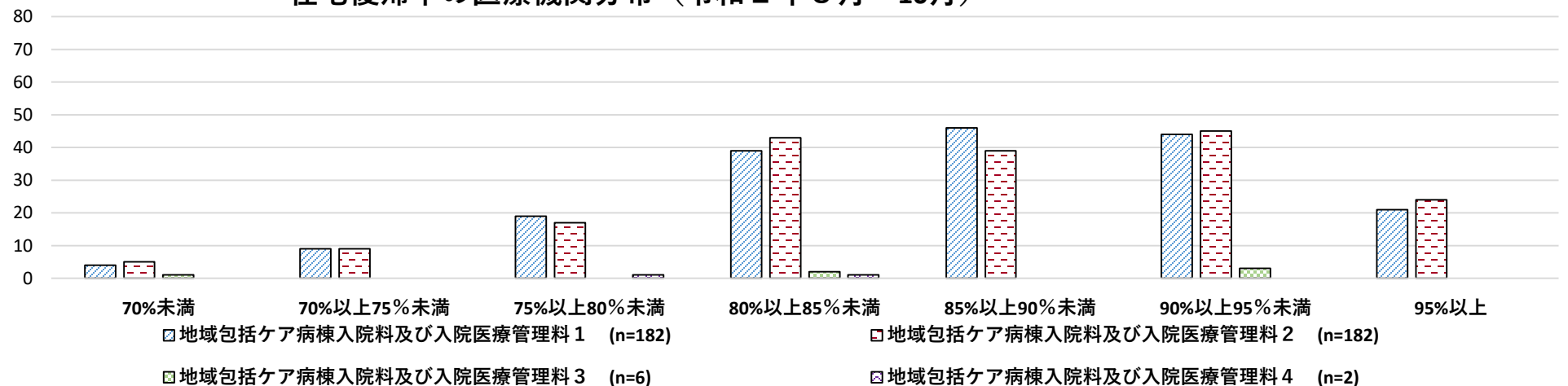
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 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（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



- ① 一般病棟からの転棟について
- ② 自宅からの入棟について
- ③ 在宅復帰について
- ④ **入棟元の構成割合の分布について**

入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について）

- 「自宅等から全く入棟しないパターン」、「自宅等のみから入棟しているというパターン」の地域包括ケア病棟の存在も示され、地域包括ケア病棟の3つの役割のバランスが様々となっている。
- 地域包括ケア病棟に求められる3つの役割について、病床規模や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等が異なることも踏まえつつ、役割の一部しか担えていない場合の評価について他の場合と分けて考えることなど、地域包括ケア病棟の機能の差を踏まえた評価について検討を行うべき。

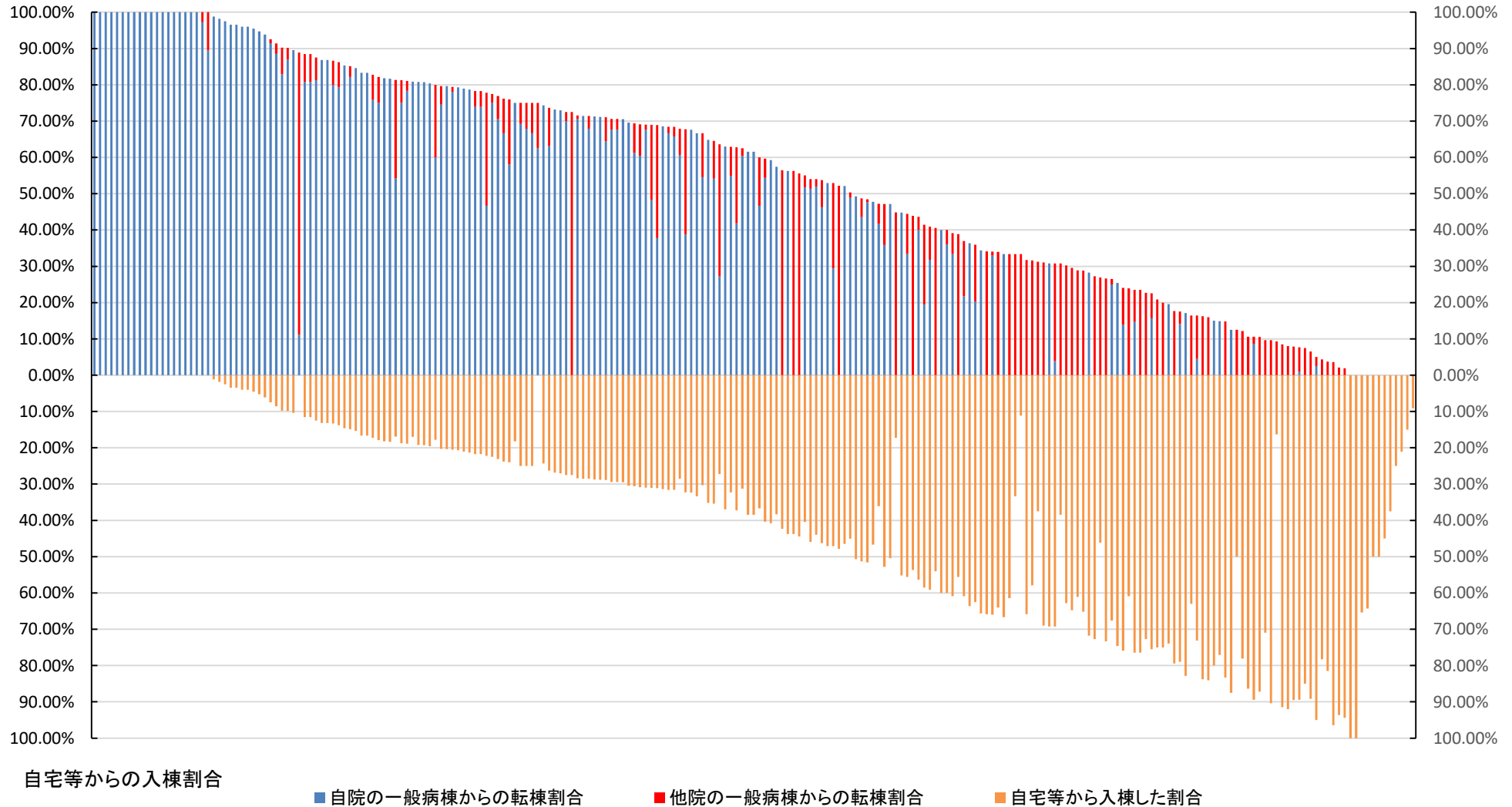
地域包括ケア病棟・病室の入棟元

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 自院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟は自宅等から入棟した割合が低い傾向であった。一方、他院の一般病棟からの転棟割合が高い病棟は自宅等から入棟した割合が高い傾向であった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)

自院又は他院の一般病棟からの入棟割合



出典：令和2年度入院医療等における実態調査(病棟票)

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 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

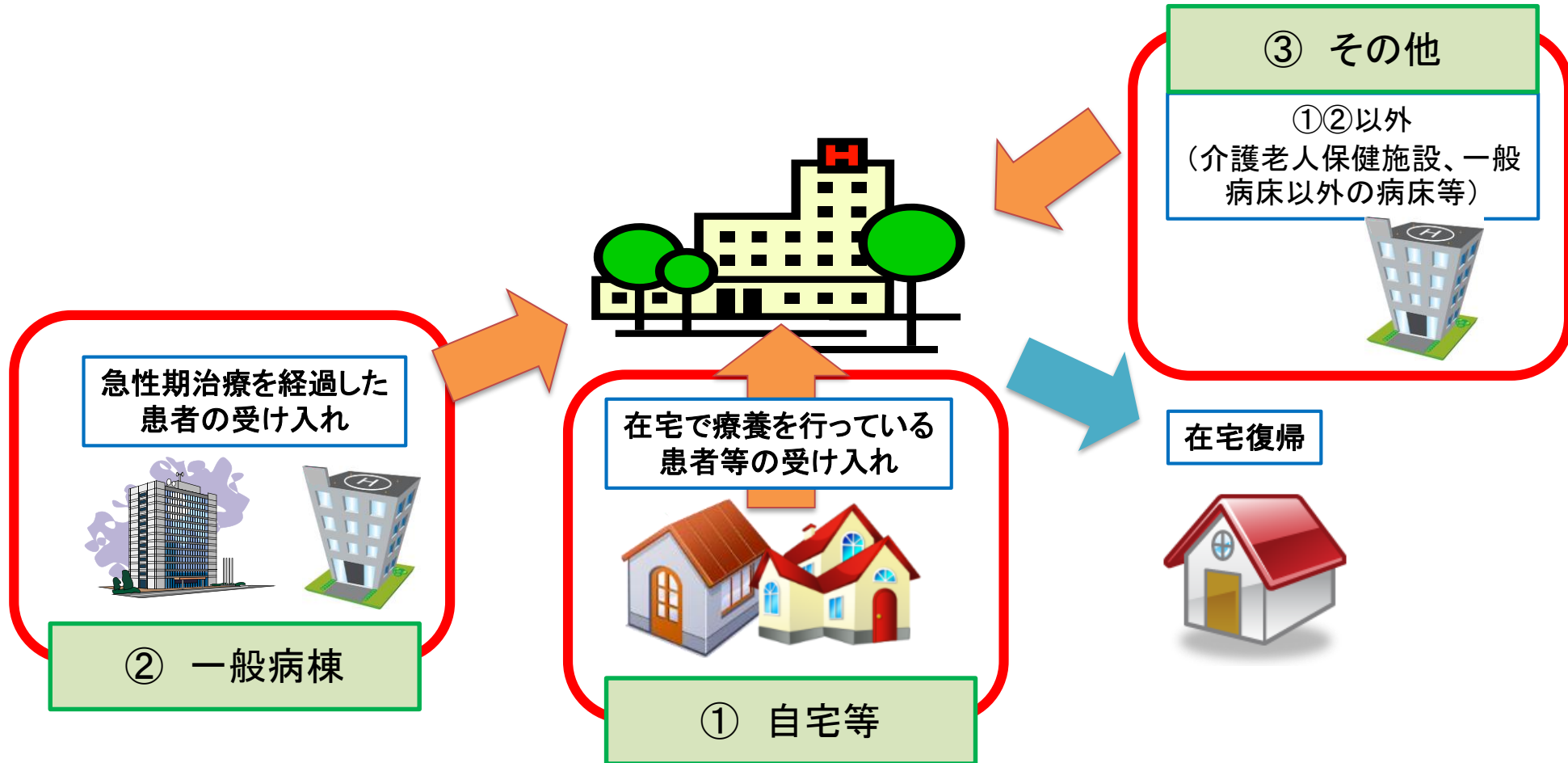
2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

地域包括ケア病棟の入棟元別の分析について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 地域包括ケア病棟に入棟した患者について、以下の3群(①「自宅等」、②「一般病棟」、③「(①②以外の)その他」)に分け、分析を実施した。



①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、認知料対応型グループホーム、有料老人ホーム等を指す

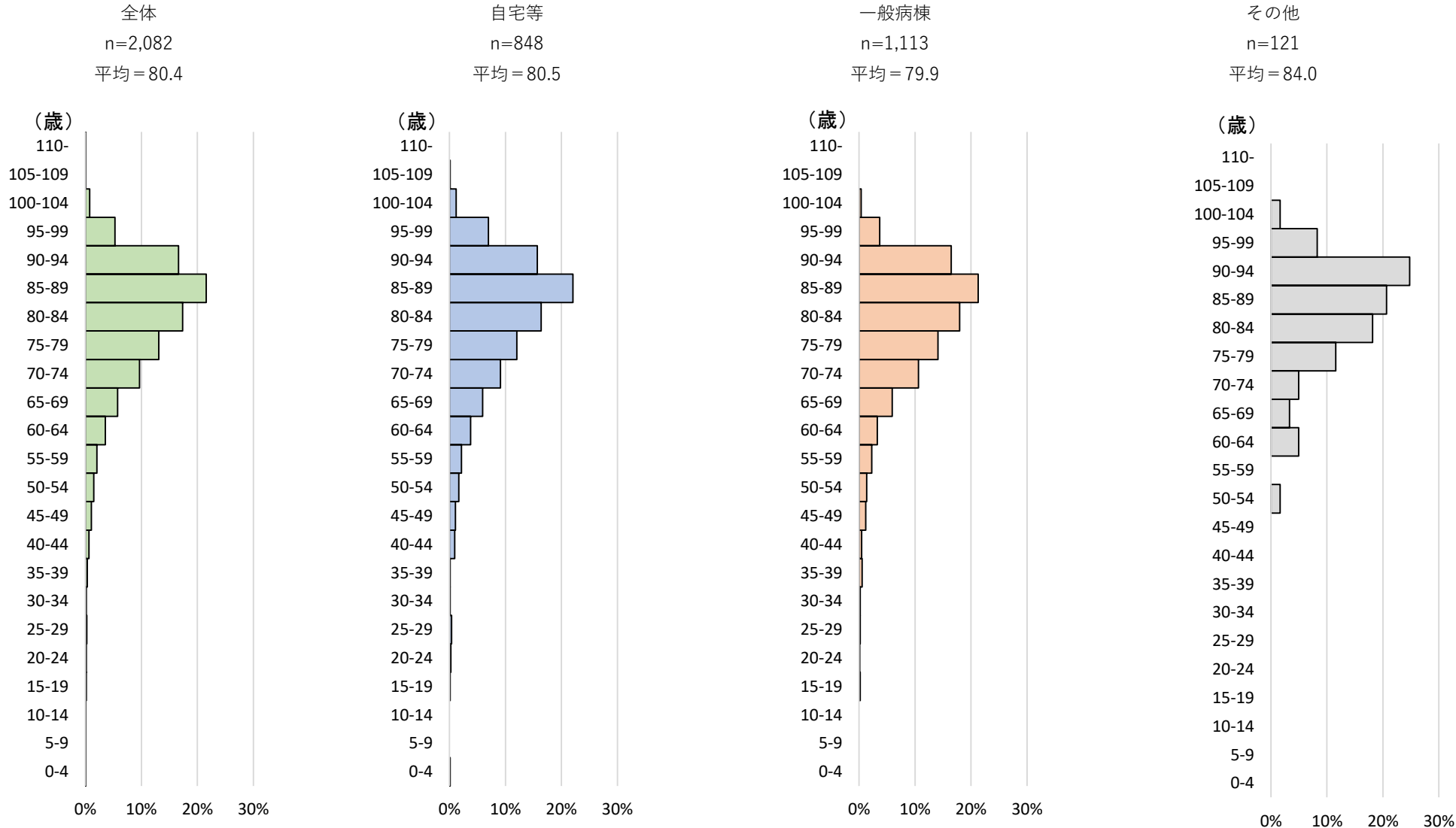
②一般病棟:

急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等を指す

③その他: 介護老人保健施設、一般病床以外の病床(精神病床等)、有床診療所等を指す

入棟元別の患者の年齢について

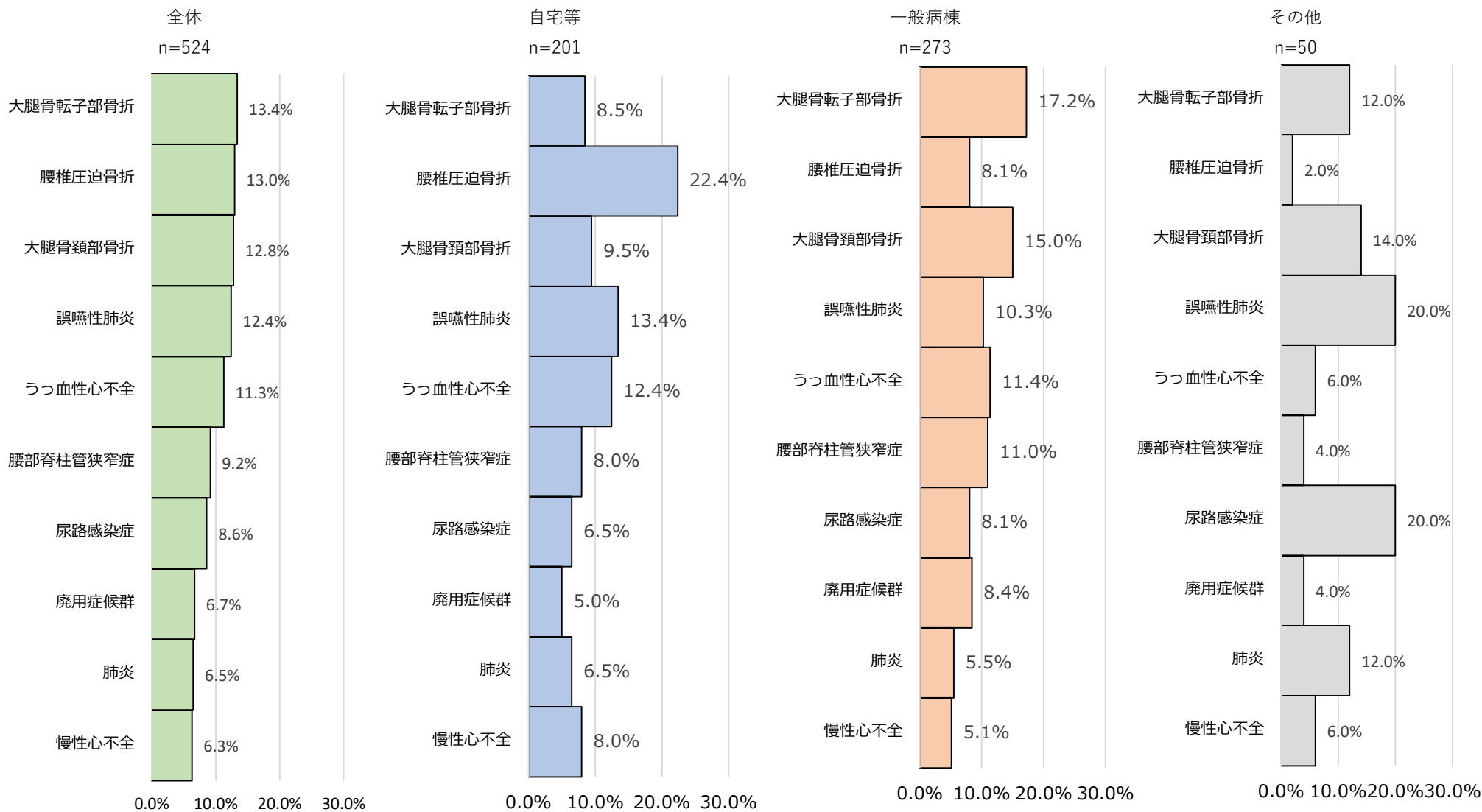
- 入棟元別にみた、患者の年齢分布については、以下のとおりであった。
- 自宅等から入棟した患者と一般病棟から入棟した患者では傾向の差はみられなかったが、その他から入棟した患者は他と比べ高い傾向であった。



入棟元別の主傷病名

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

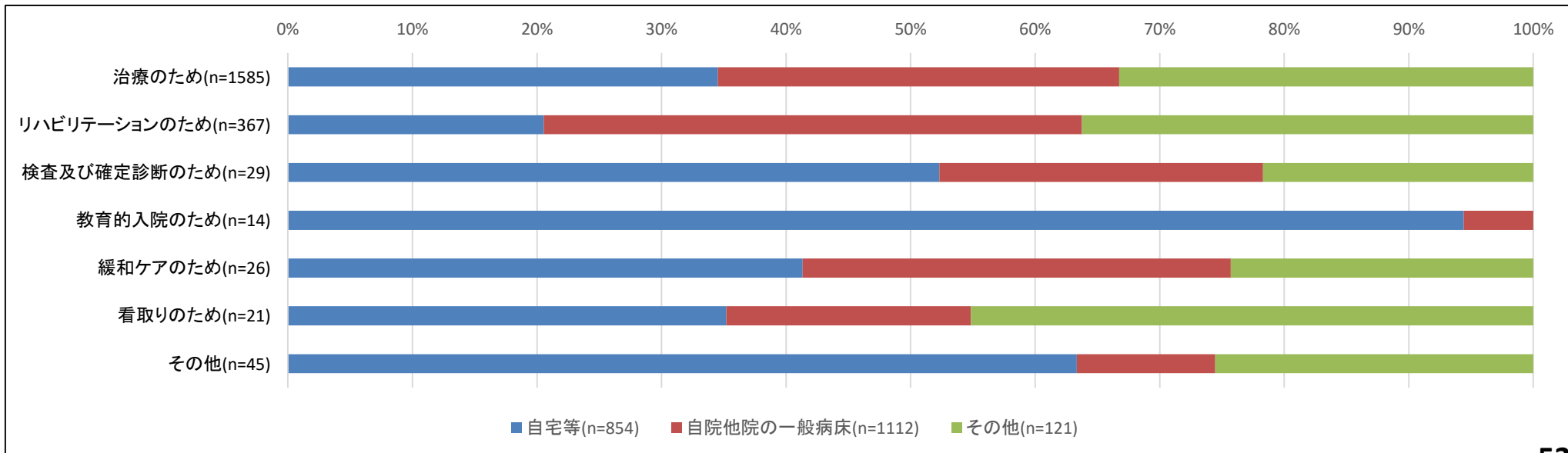
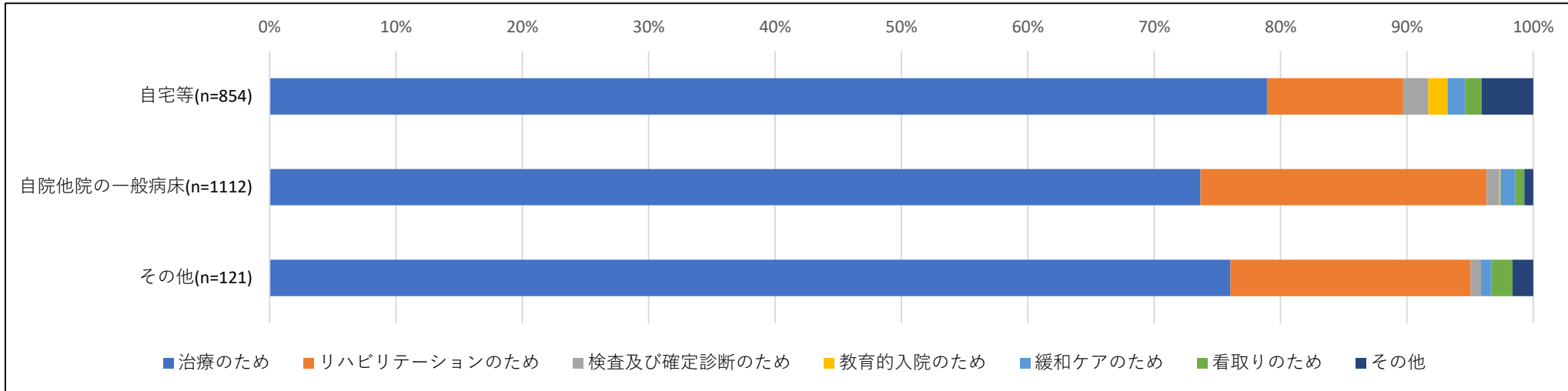
- 入棟元別にみた、患者の主傷病名については、以下のとおりであった。
- 自宅等からの入棟は「腰椎圧迫骨折」、一般病棟は「大腿骨転子部骨折」、その他は「誤嚥性肺炎」「尿路感染症」がそれぞれ最も多かった。



入棟元別の患者の入院理由

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

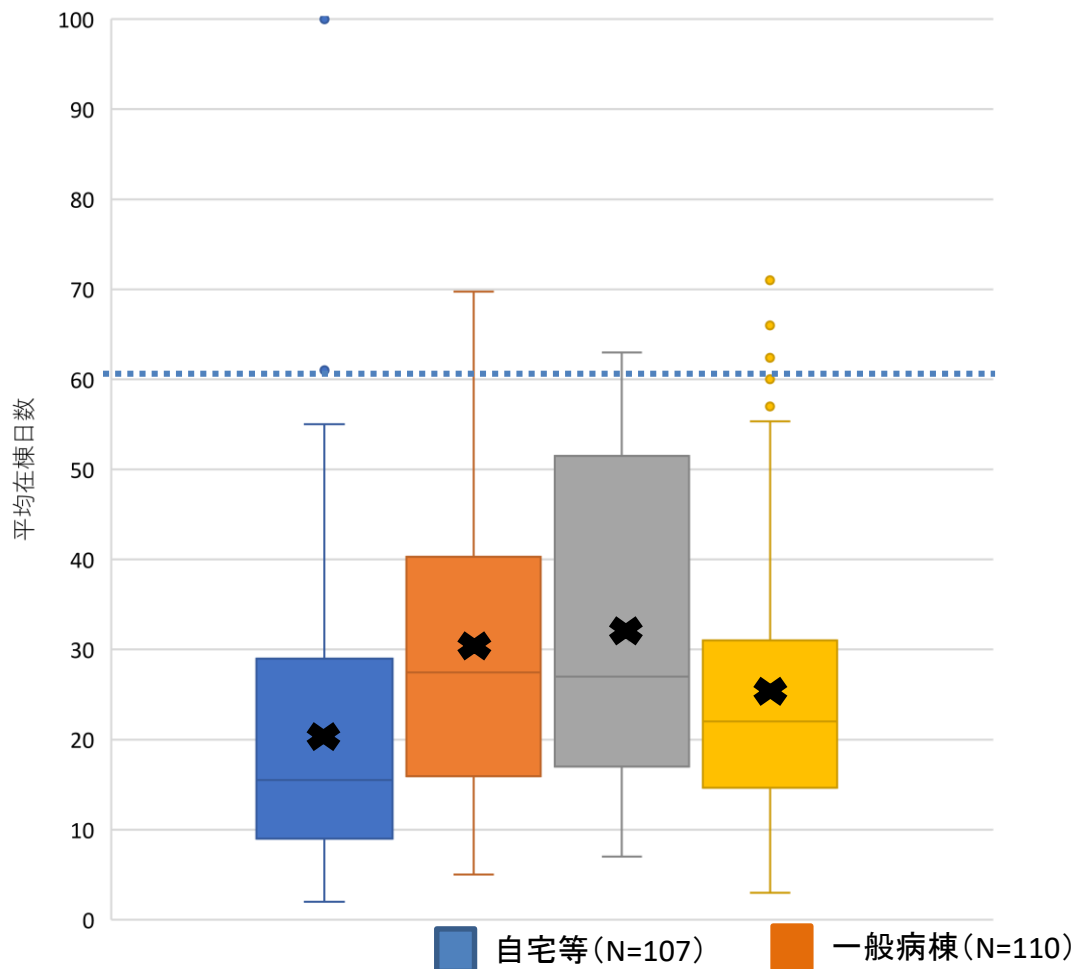
- 入棟元別にみた、患者の入院の理由については、以下のとおりであった。
- 一般病棟からの患者は、「リハビリテーションのため」が多い傾向にあった。



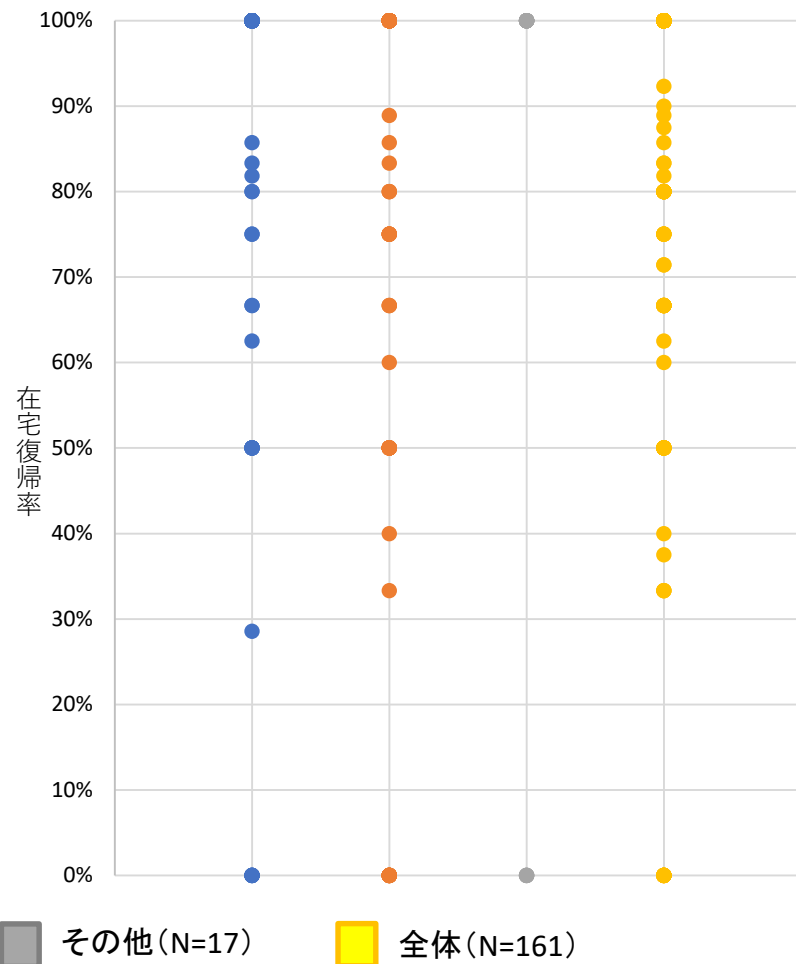
入棟元別の平均在棟日数及び在宅復帰率

- 入棟元別にみた、平均在棟日数及び在宅復帰率については以下のとおりであった。
- 平均在棟日数について、自宅等からの入棟が短い傾向にあった。

入棟元別の平均在棟日数



入棟元別の在宅復帰率



	平均在棟日数			
	自宅	一般病棟	その他	全体
75%tile	29.0	40.3	51.5	31.0
50%tile	15.5	27.5	27.0	22.0
25%tile	9.0	15.9	17.0	14.7

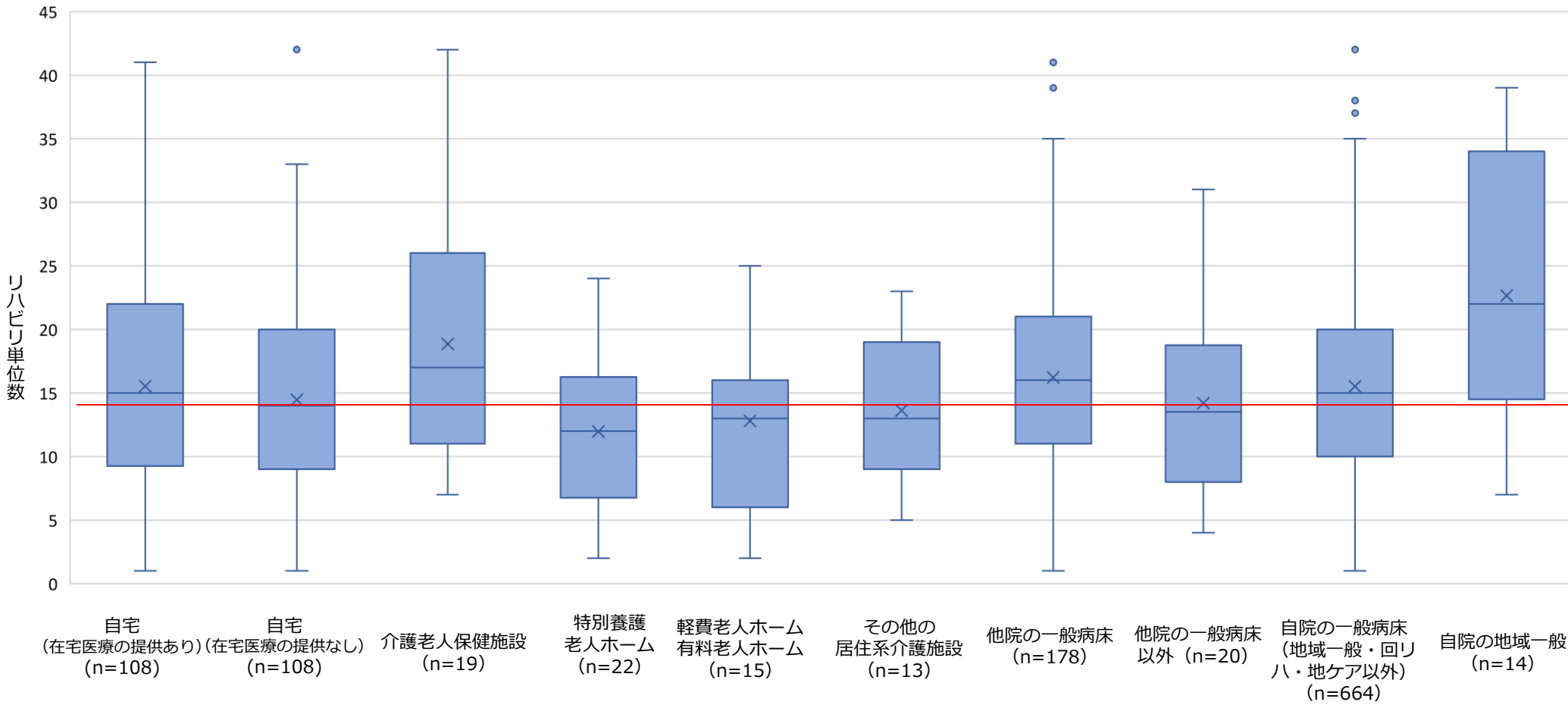
	在宅復帰率			
	自宅	一般病棟	その他	全体
平均値	87%	78%	71%	81%
標準偏差	28%	34%	46%	29%

入棟元別のリハビリ単位数②

○ 患者の入棟元別にみた、過去7日間のリハビリ単位数は以下のとおりであった。特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・その他の居住系介護施設から入棟した患者の平均値が1日当たり2単位以下となっていた。

(単位/7日間)

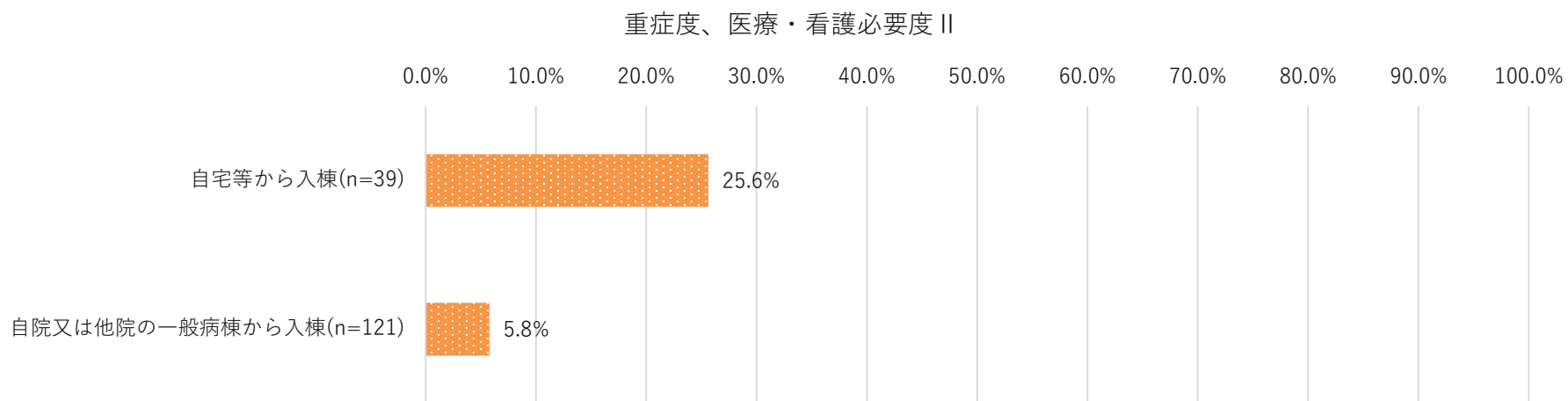
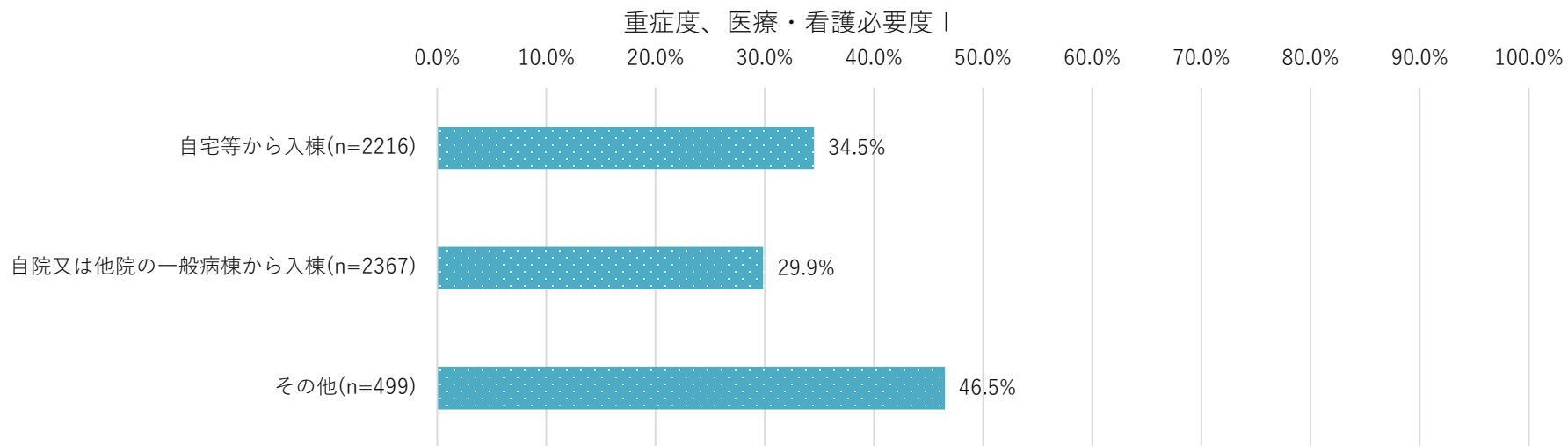
過去7日間の入棟元別リハビリ単位数



入棟元別の重症度、医療・看護必要度について

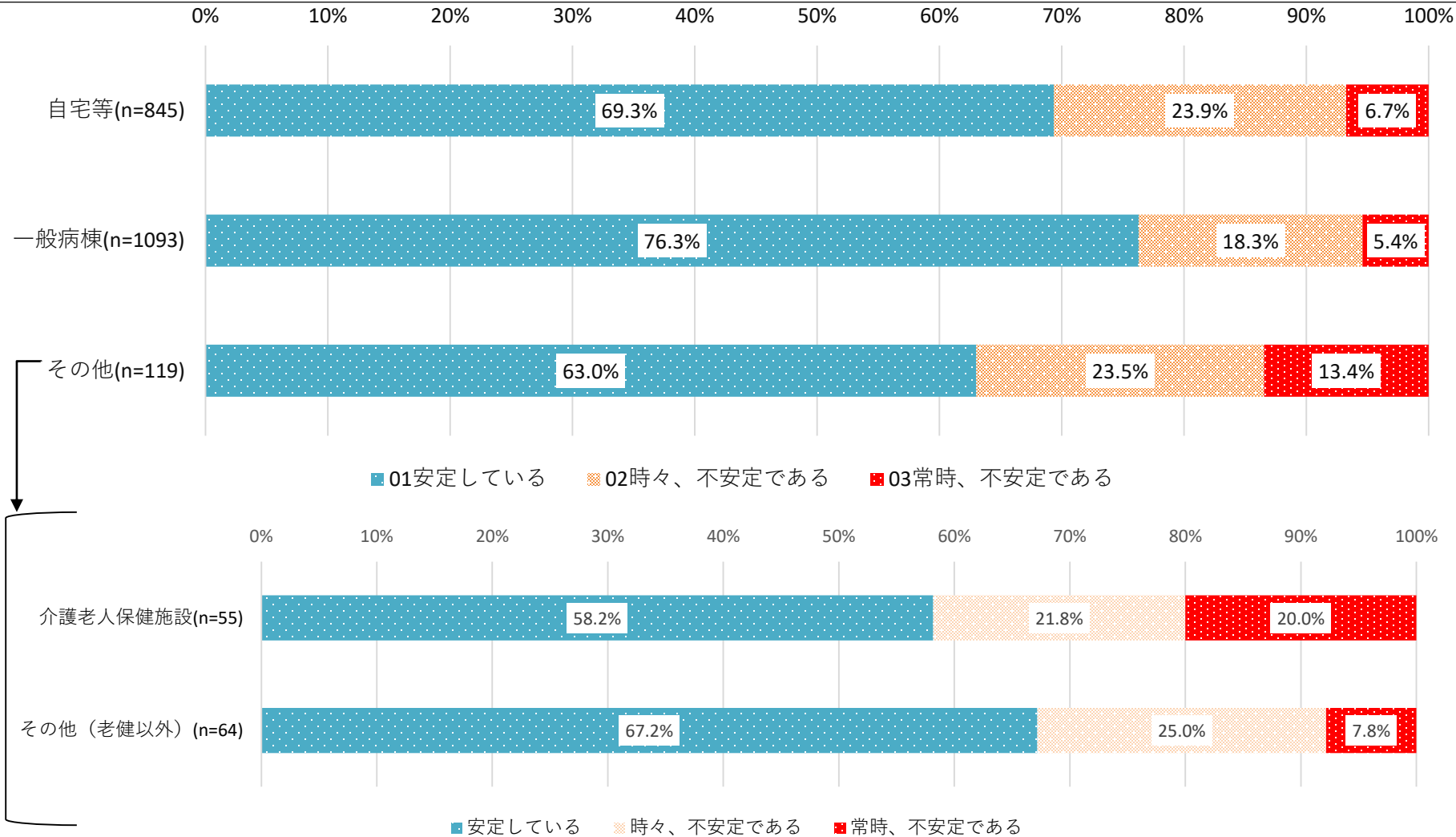
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 患者の入棟元別の患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。患者の入棟元別で、基準を満たす患者割合に差がみられた。
- 必要度 I では、その他から入棟した患者が満たす割合が最も高く、次いで自宅等から入棟、一般病棟から入棟の順であった。



入棟元別にみた患者の医療的な状態について

- 患者の入棟元別の、患者の医療的な状態は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「安定している」患者の割合が高く、「常時、不安定である」患者の割合が低かった。
- 「その他」から入棟した患者について、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他(老健以外)」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「安定している」患者の割合が低く、「常時、不安定である」患者の割合が高かった。



入棟元別にみた医師による診察の頻度について

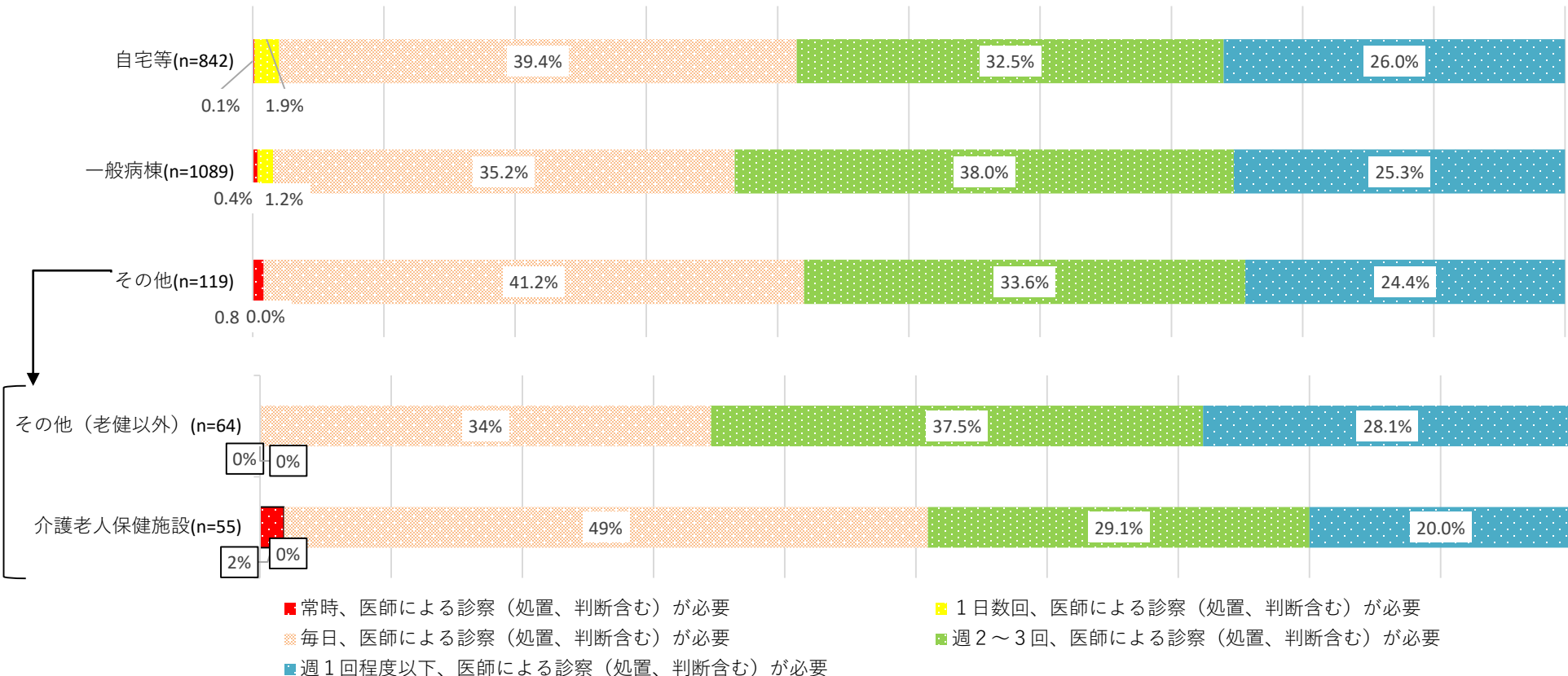
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 患者の入棟元別の、医師による診察の頻度は以下のとおりであった。「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。
- 「その他」から入棟した患者について、「介護老人保健施設」から入棟した患者と「その他(老健以外)」から入棟した患者に分けると、「介護老人保健施設」から入棟した患者において、「常時～毎日医師による診察が必要」な患者の割合が高かった。

頻度多い ←

→ 頻度少ない

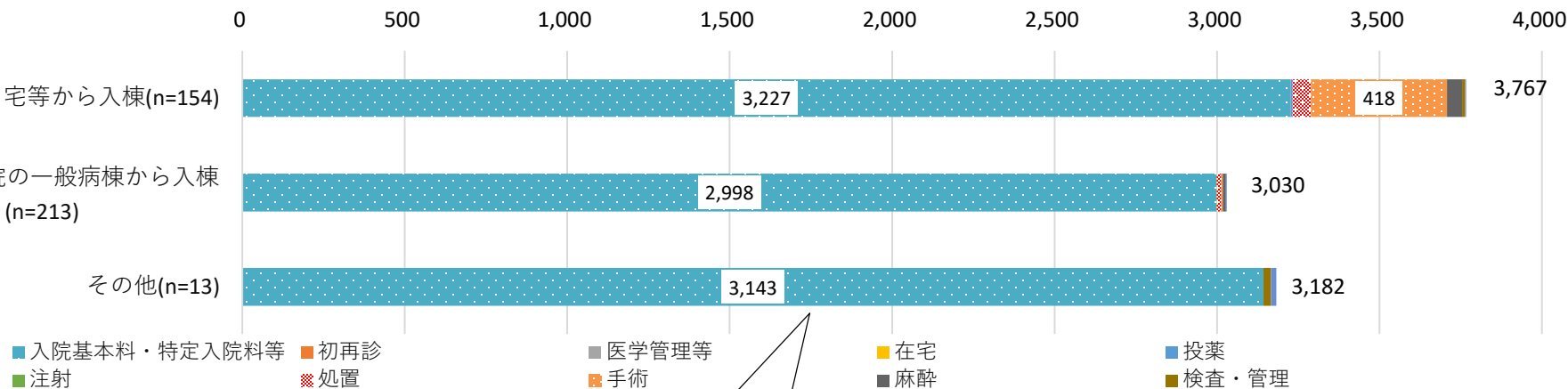
0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



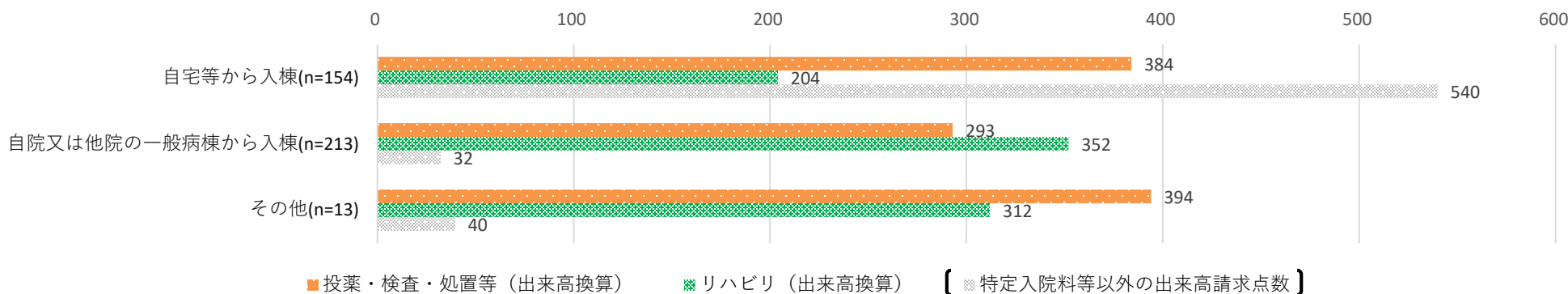
入棟後7日間のレセプト請求点数

○ 入棟元別のレセプト請求点数は以下のとおりであった。入院料包括範囲に含まれる検査やリハビリ等を、出来高換算した点数について、投薬・検査・処置等は、自宅等から入棟した患者及びその他の患者で、一般病棟から入棟した患者より高かった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料入棟元別の一日平均単価（入棟後7日間）



特定入院料包括対象の出来高換算（入院基本料・加算は除く）



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 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

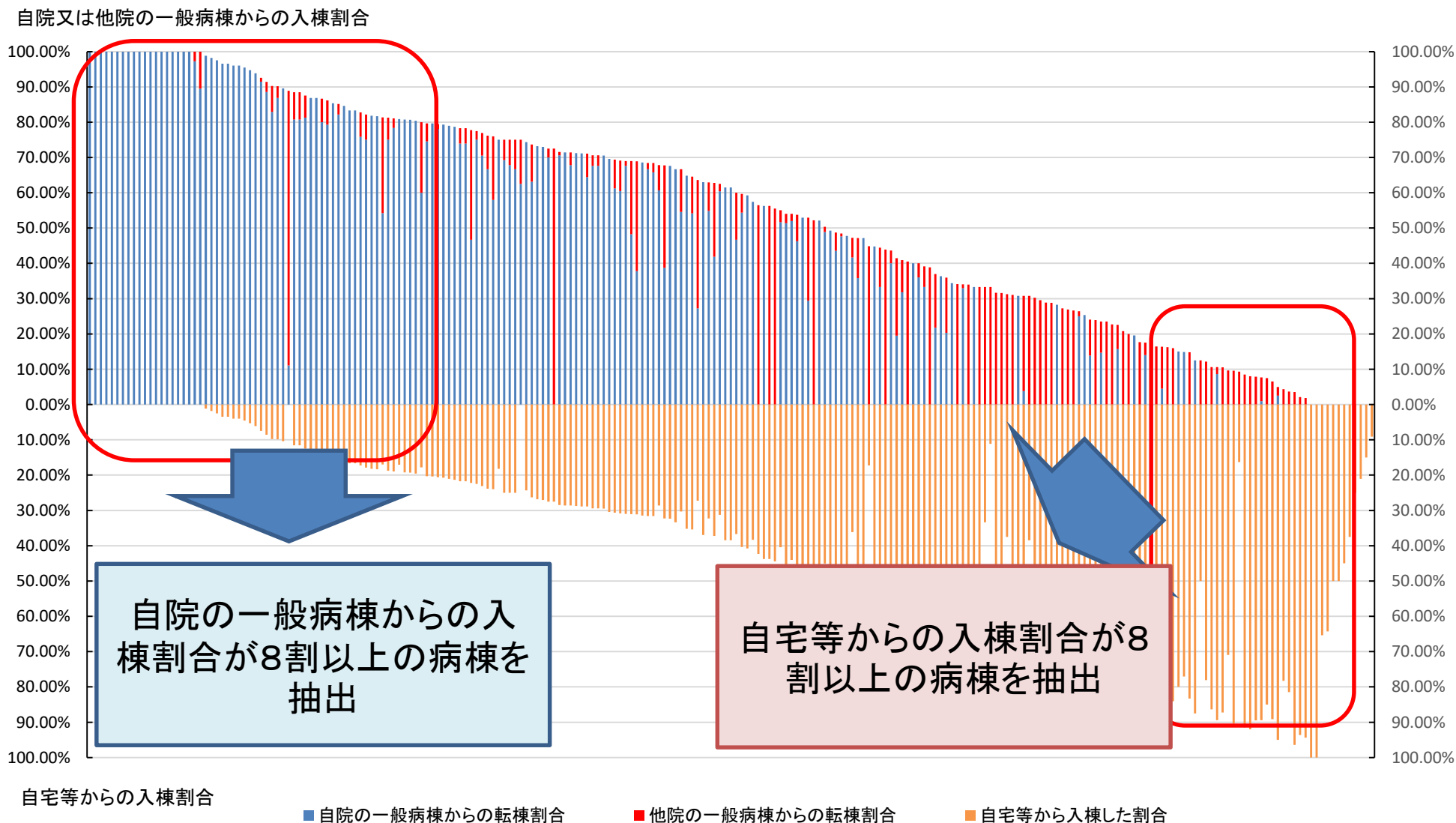
2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

入棟元の割合分布

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)



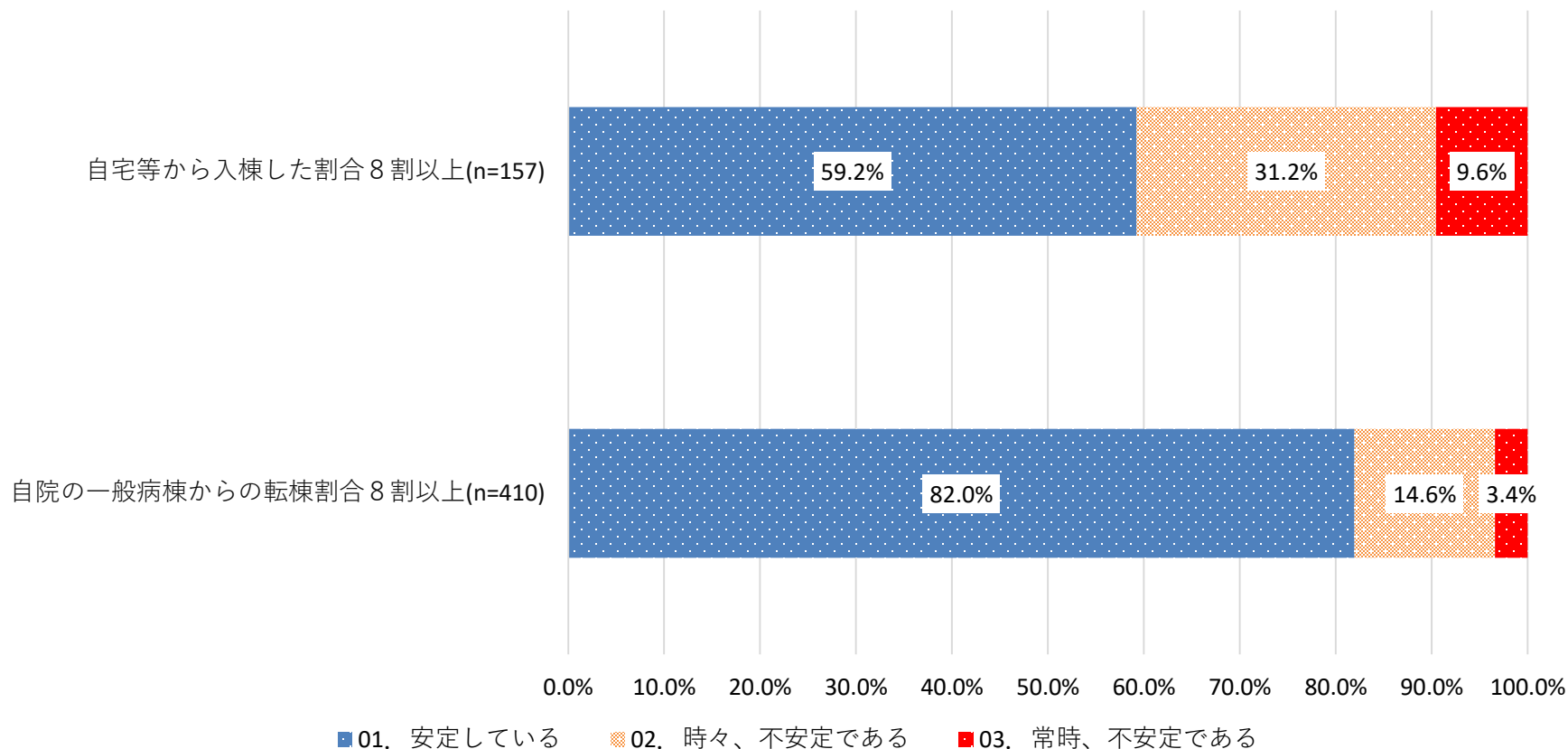
出典：令和2年度入院医療等における実態調査(病棟票)

出典：令和2年度入院医療等の調査(病棟票)

患者の状態について

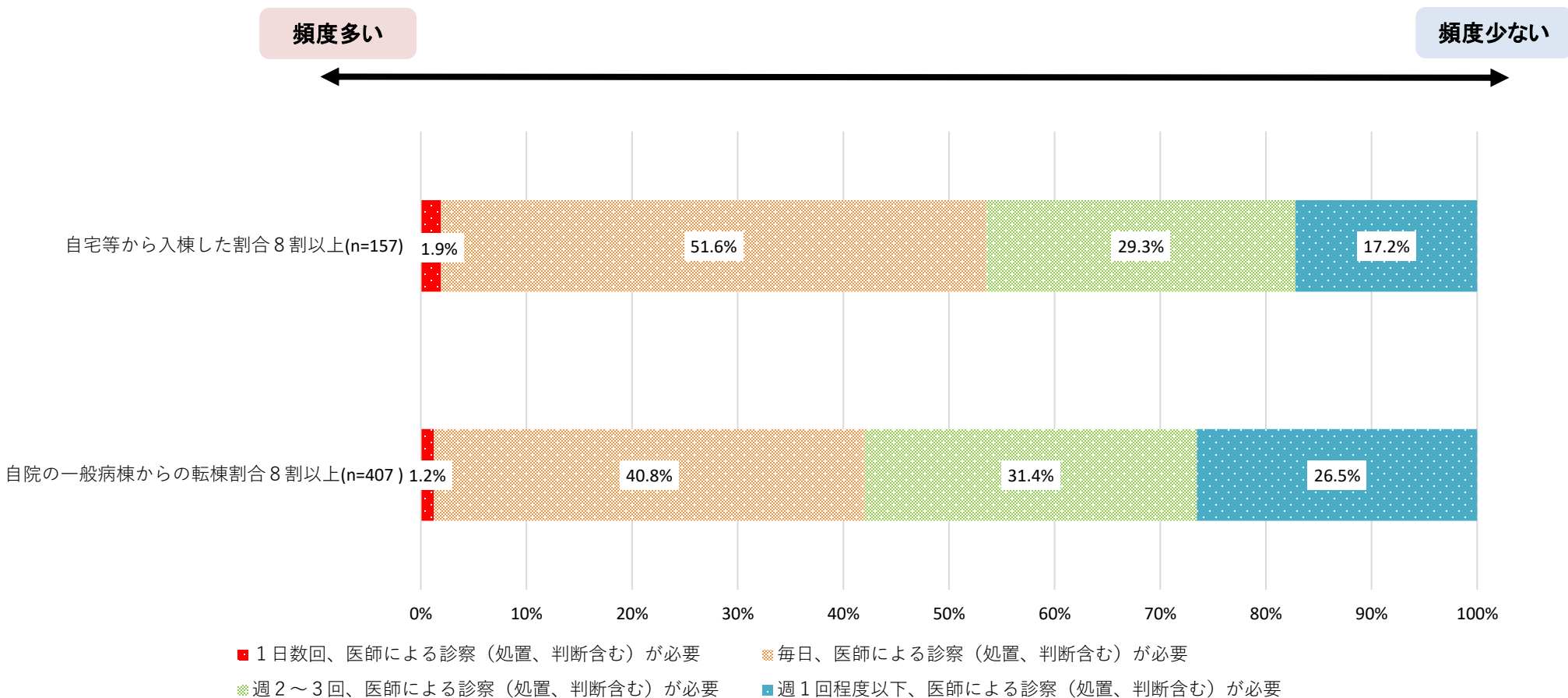
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」のそれぞれに入院している患者の状態は、以下のとおりであった。
- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「安定している」患者の割合が高く、「常時～時々、不安定である」患者の割合が低かった。



医師による診察の頻度について

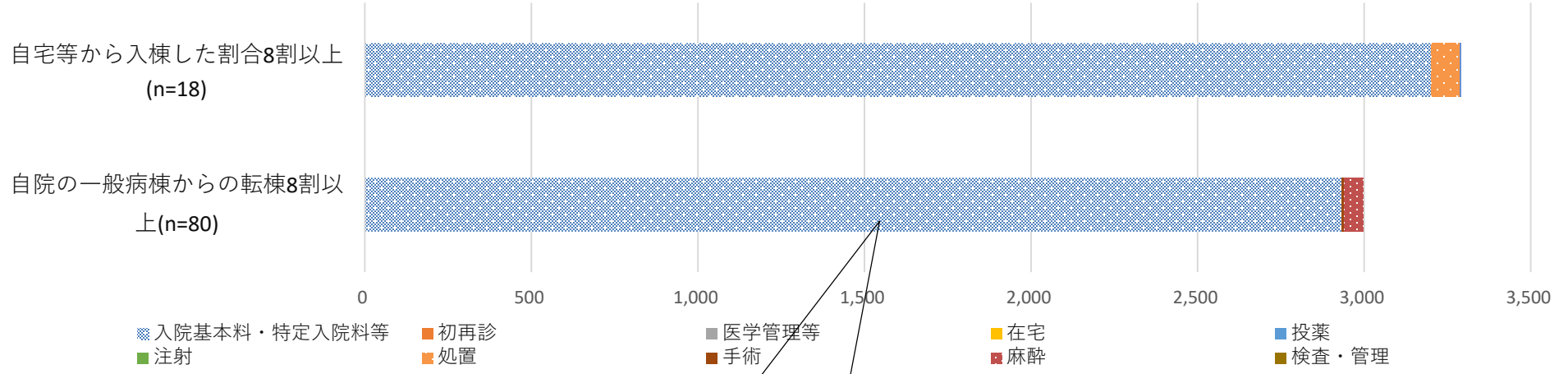
- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」のそれぞれに入院している医師による診察の頻度については以下のとおりであった。
- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「週1回程度以下、医師による診察が必要」な患者の割合が高く、「常時～毎日、医師による診察が必要」な患者の割合が低かった。



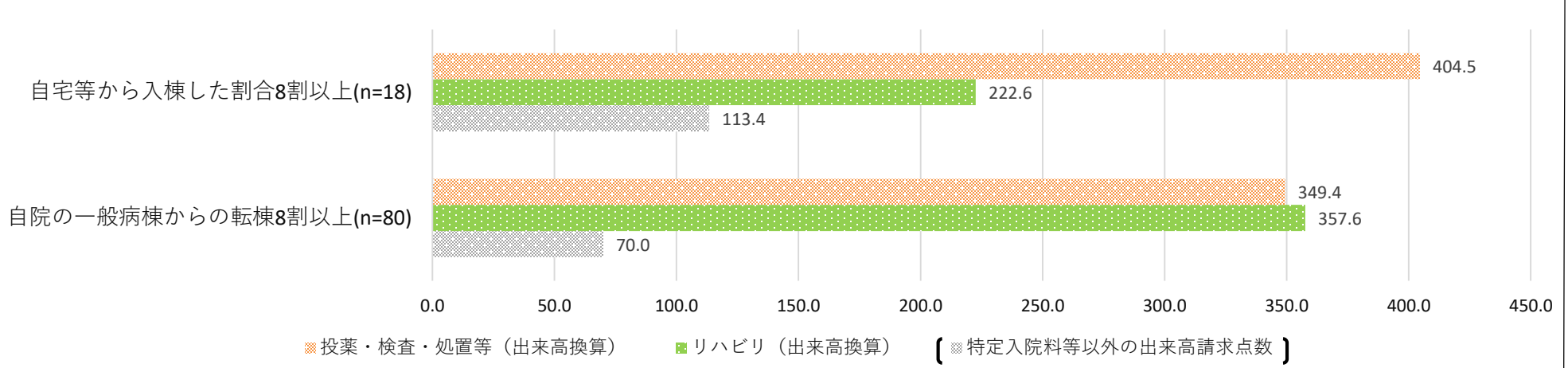
レセプト請求点数(医療機関の特性別)

○ 自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関と自宅等からの入棟が8割以上の医療機関に入院する患者のレセプト請求点数は以下のとおりであった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は、投薬・検査・処置等について、自宅等からの入棟が8割以上の医療機関で、自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関より高かった。

自院の一般病棟からの転棟8割以上vs自宅等から入棟した割合8割以上の一日平均単価（入棟後7日間）



特定入院料包括対象の出来高換算（入院基本料・加算は除く）



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 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

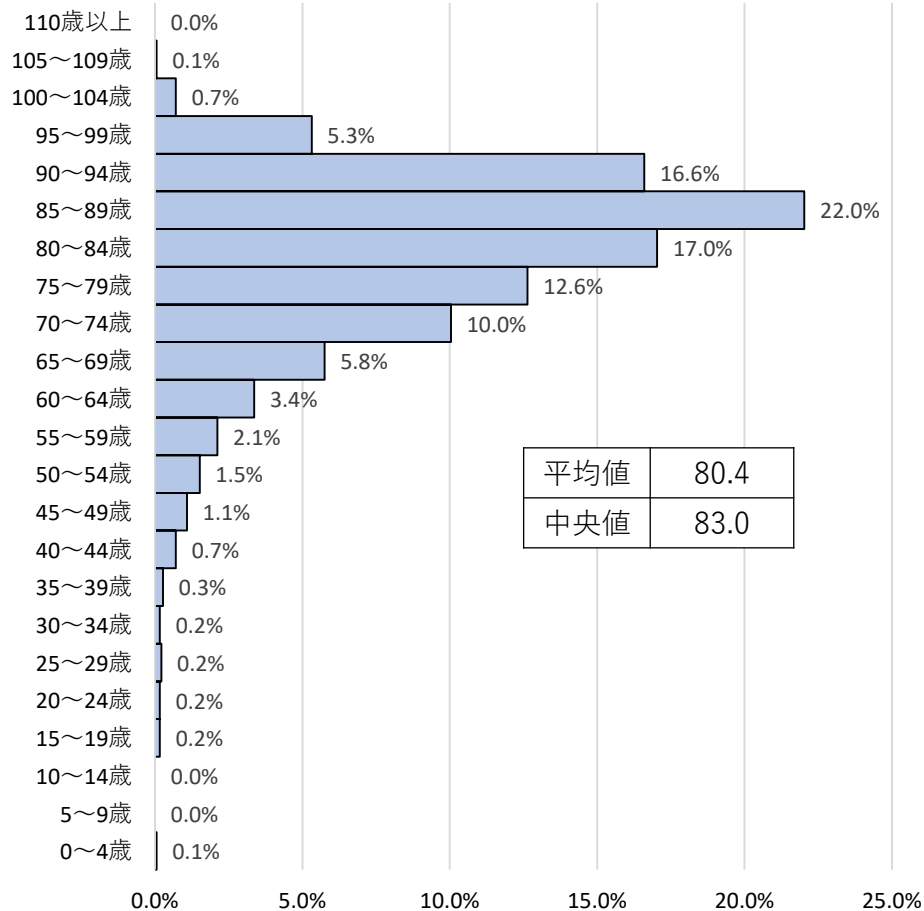
（地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について）

- 「自宅等から全く入棟しないパターン」、「自宅等のみから入棟しているというパターン」の地域包括ケア病棟の存在も示され、地域包括ケア病棟の3つの役割のバランスが様々となっている。
- 地域包括ケア病棟に求められる3つの役割について、病床規模や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等が異なることも踏まえつつ、役割の一部しか担っていない場合の評価について他の場合と分けて考えることなど、地域包括ケア病棟の機能の差を踏まえた評価について検討を行うべき。

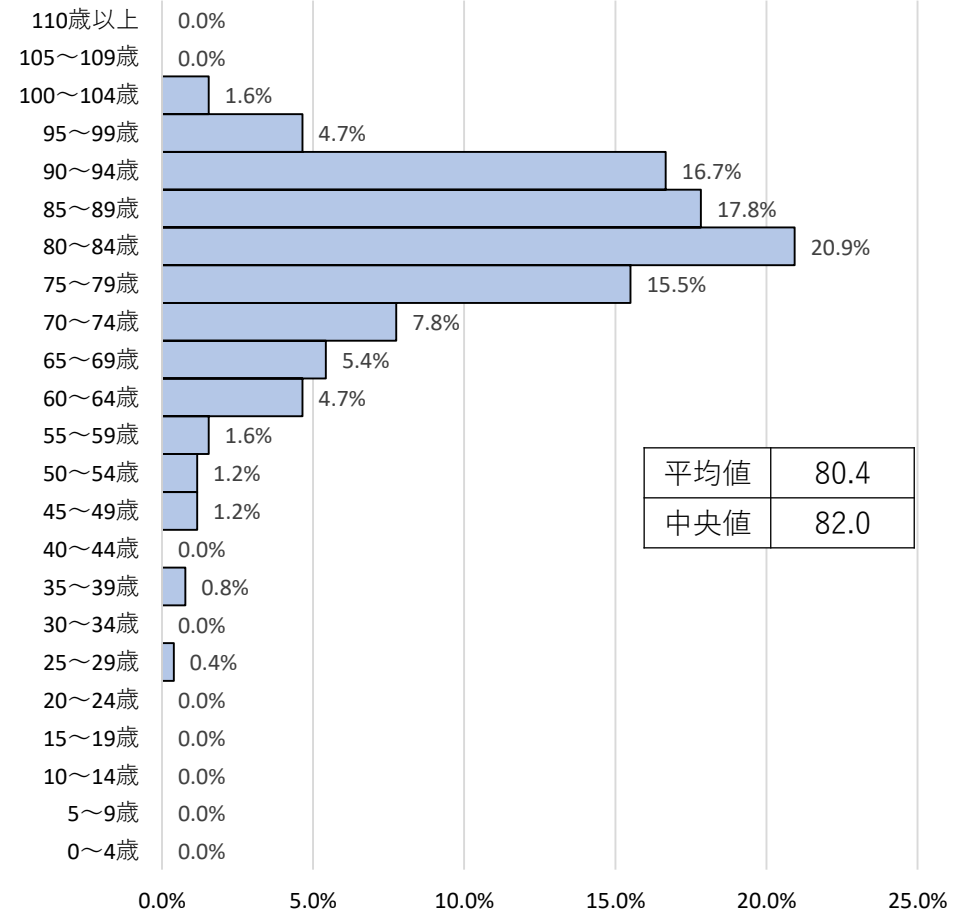
病床種別にみた患者の年齢分布

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料について、病床種別毎にみた、患者の年齢分布は以下のとおり。
- 療養病床のほうが、一般病床に比べて最頻値は低かったが、平均値及び中央値はほぼ同じであった。

一般病床(n=1843)



療養病床(n=258)

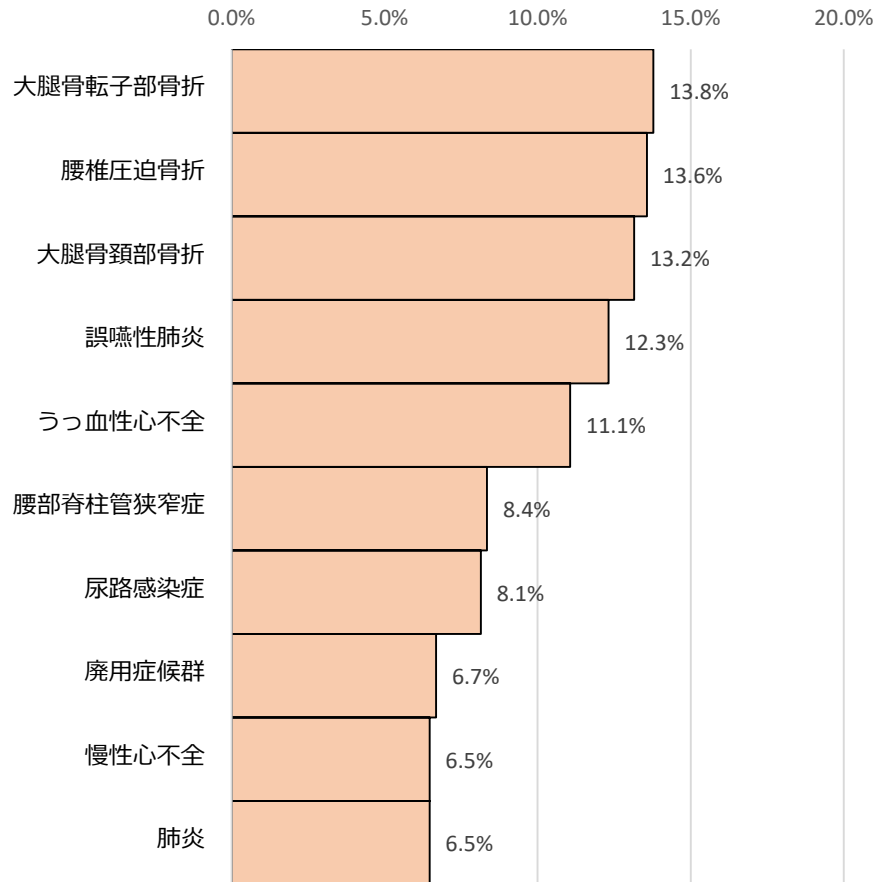


病床種別にみた患者の主傷病名

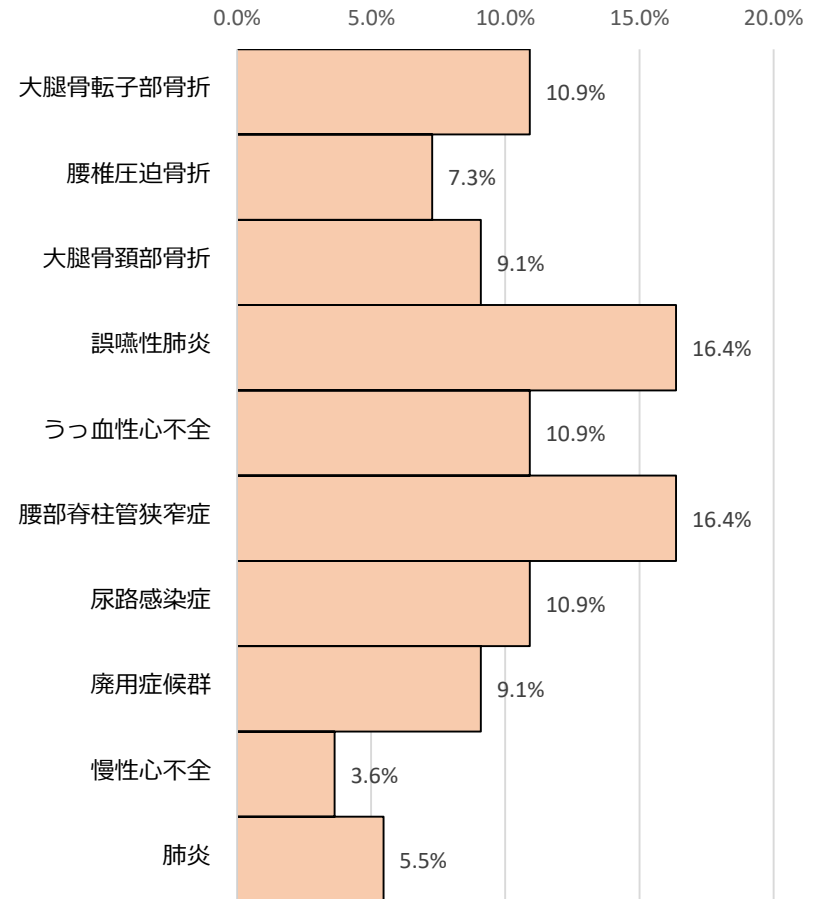
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 病床種別毎にみた患者の主傷病名は以下のとおり。
- 一般病床の場合、「大腿骨転子部骨折」が最も多く、療養病床の場合、「誤嚥性肺炎」「腰部脊柱管狭窄症」が最も多かった。

一般病床の患者割合(n=479)



療養病床の患者割合(n=55)



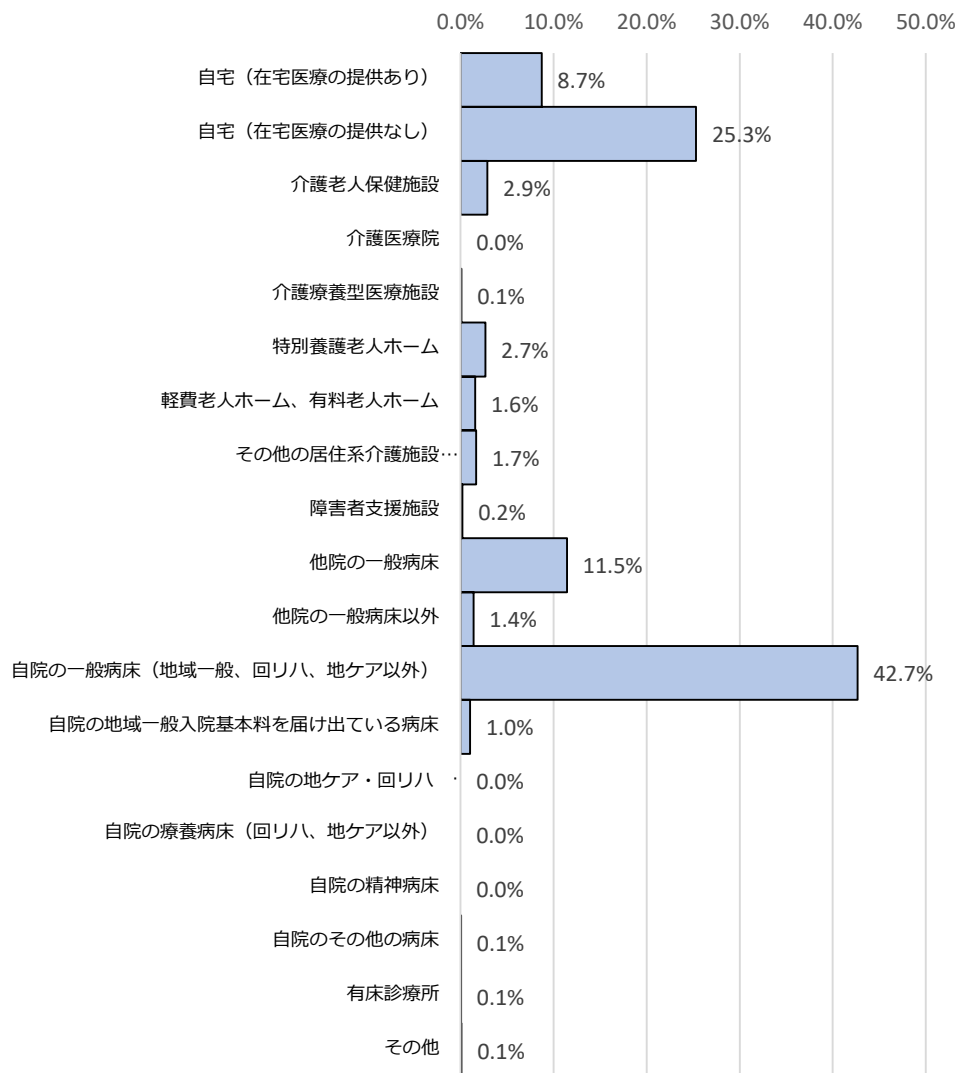
病床種別でみた場合の患者の入棟元

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

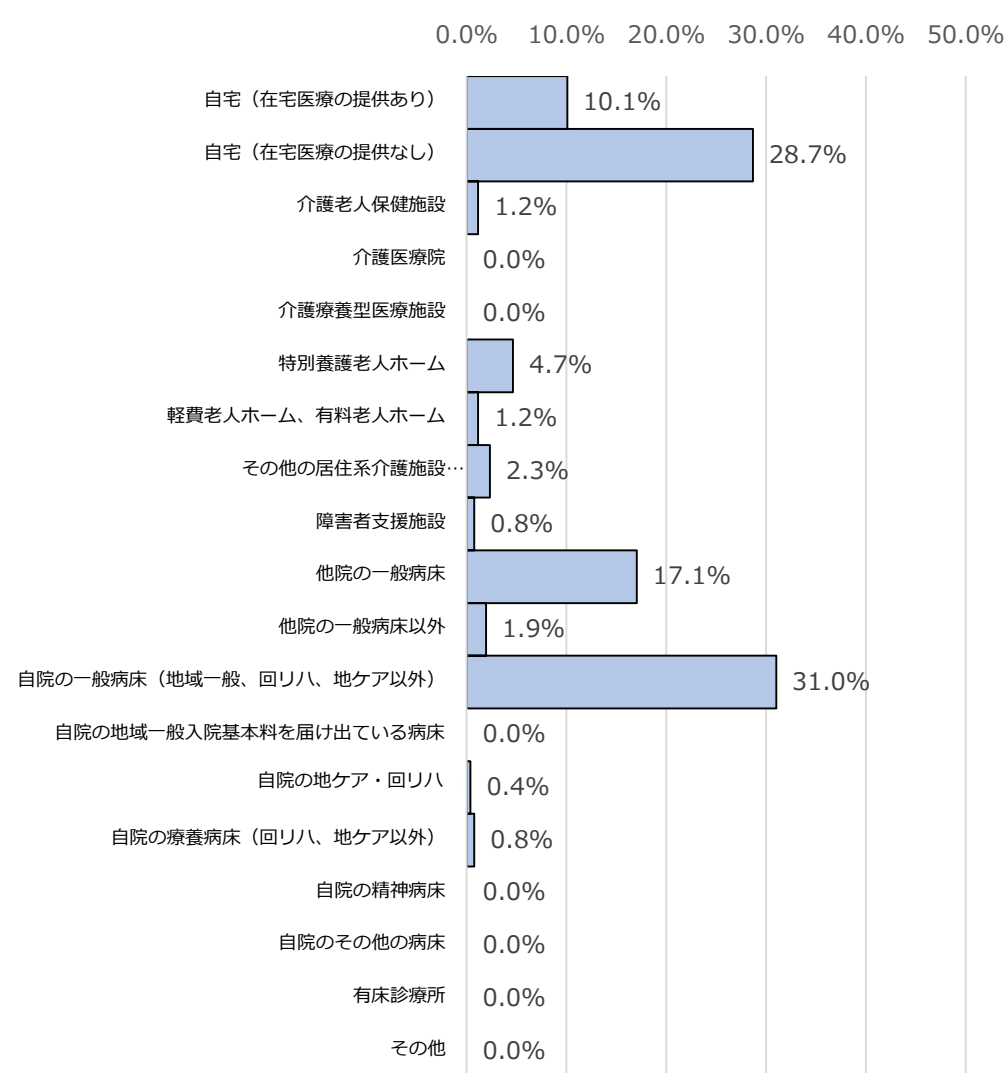
○ 病床種別にみた場合の患者の入棟元は以下のとおり。療養病床の患者は一般病床の患者と比較して、「自宅」・「他院の一般病床」が多く、一般病床の患者は「自院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）」が多かった。

入棟元

一般病床 (n=1833)



療養病床 (n=258)



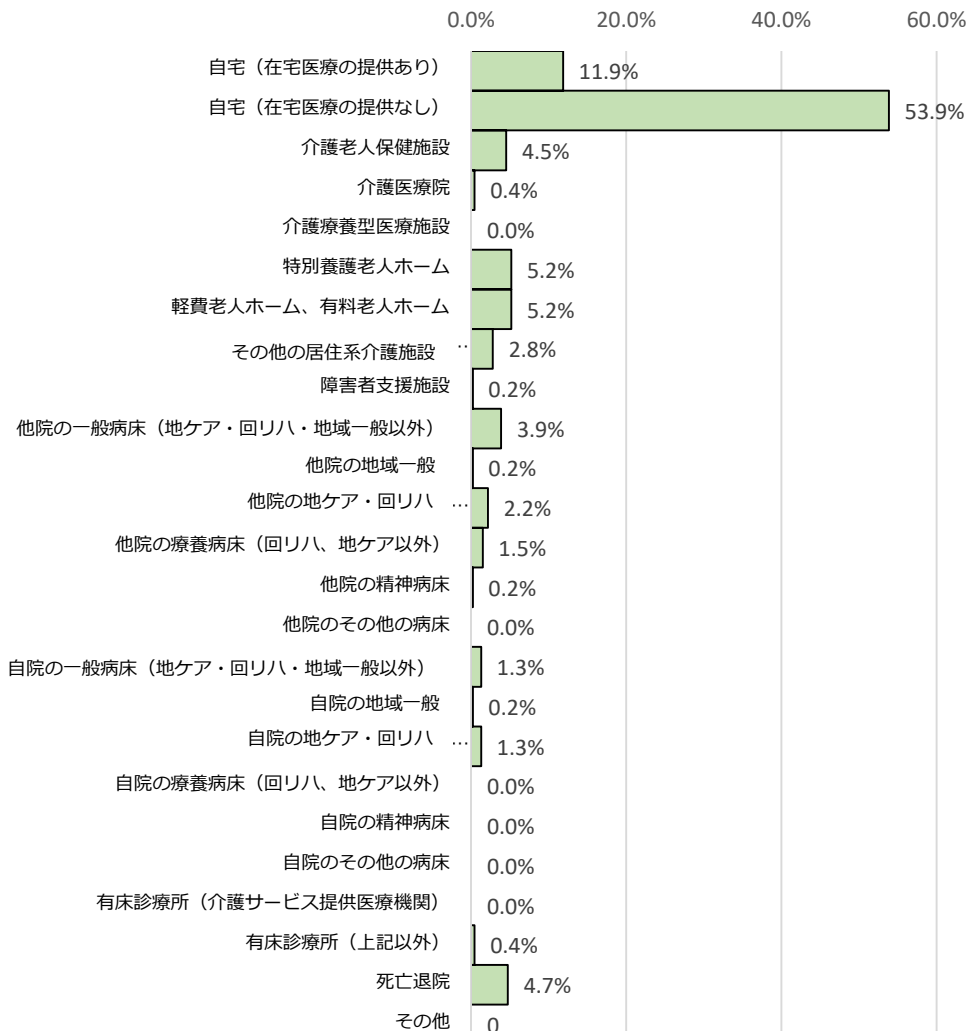
病床種別でみた場合の患者の退棟先

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

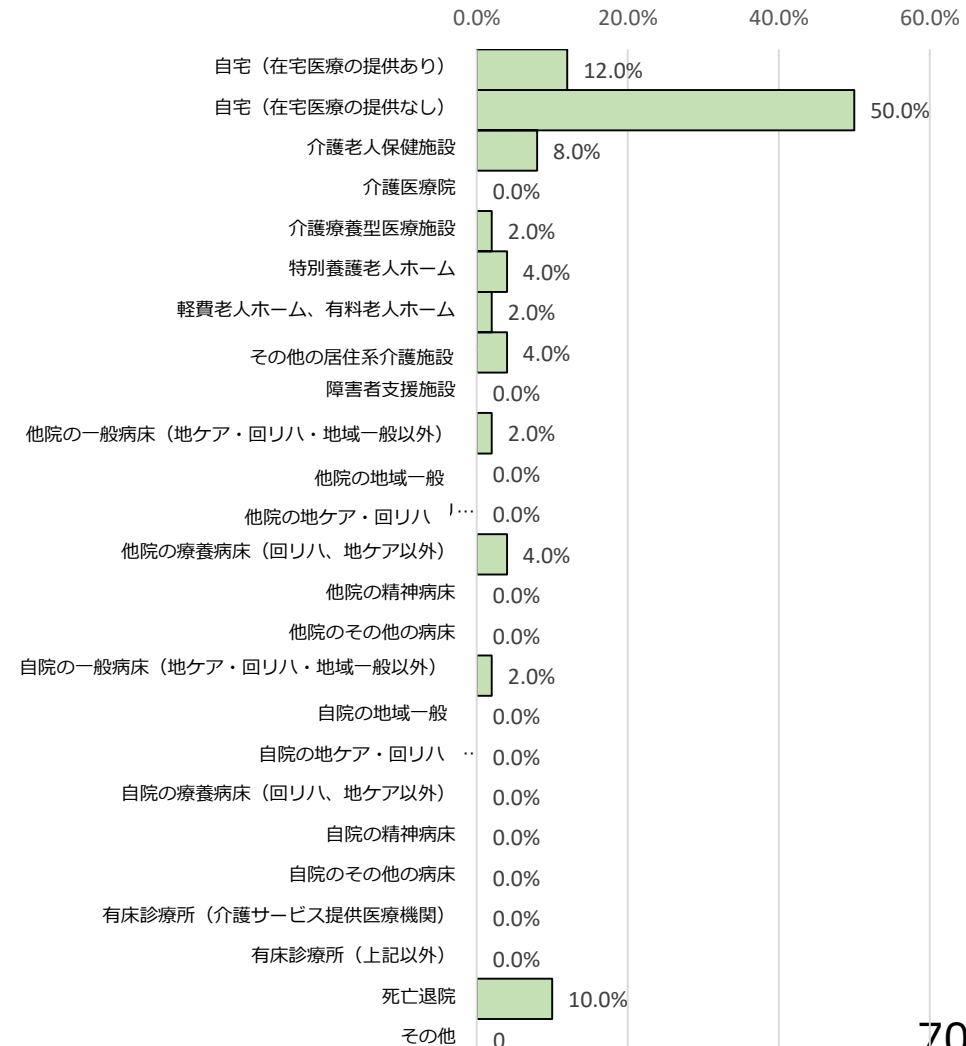
○ 病床種別にみた場合の患者の退棟先は以下のとおりであり、あまり差はみられなかった。

退棟先

一般病床 (n=464)



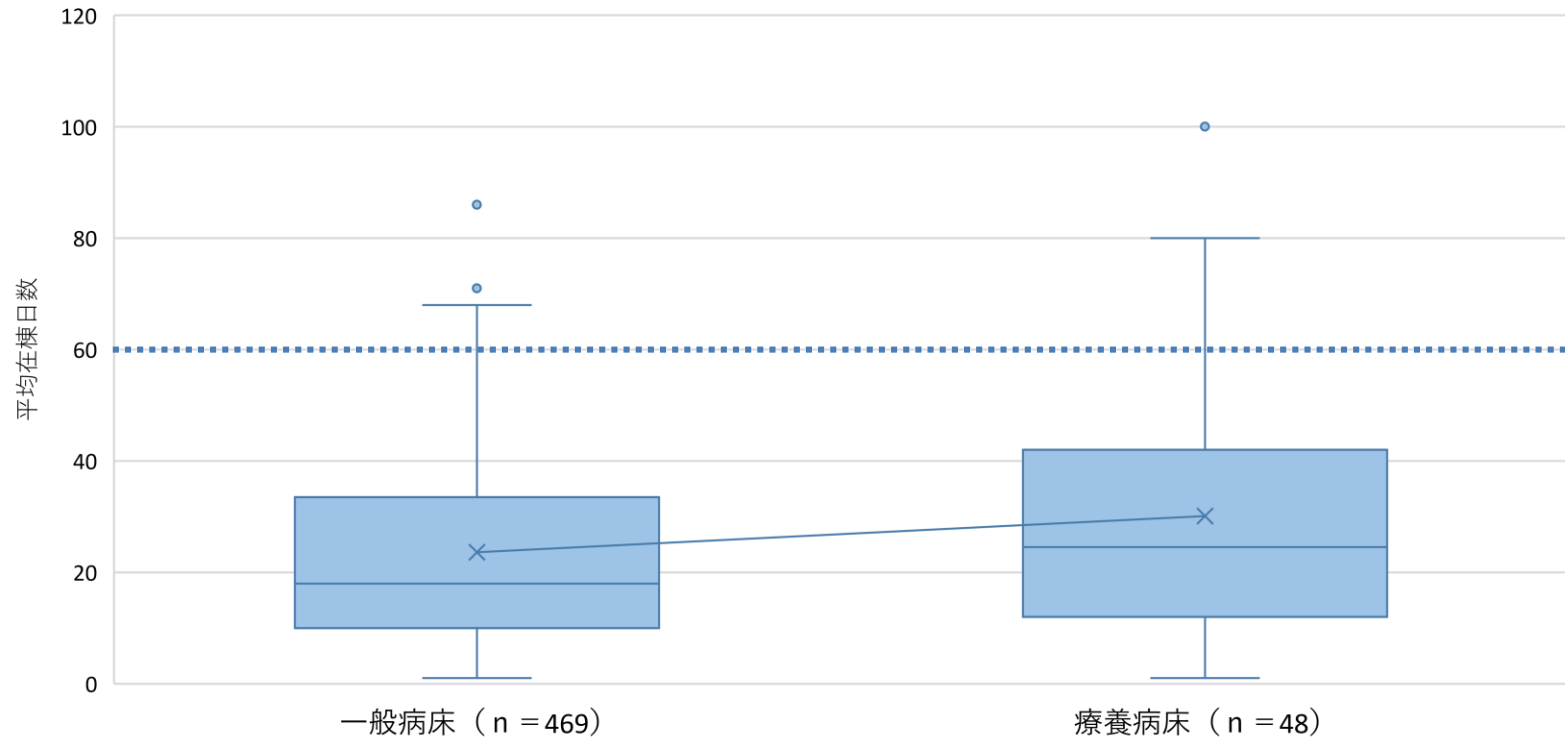
療養病床 (n=50)



病床種別でみた場合の平均在棟日数

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 病床種別にみた場合の平均在棟日数は以下のとおりであった。
- 療養病床のほうが、平均在棟日数が長い傾向にあった。

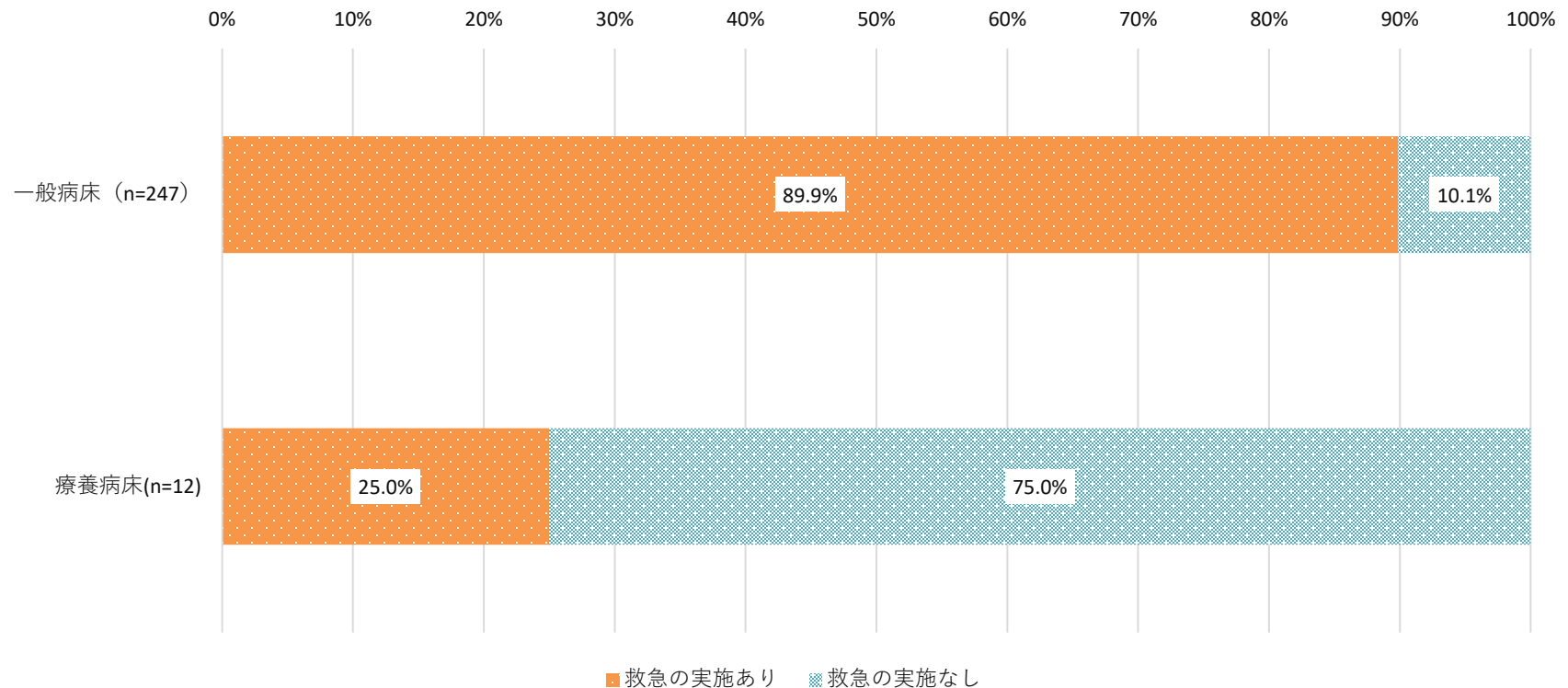


	平均値	中央値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
一般病床	23.6	18.0	10.0	18.0	33.5
療養病床	30.1	24.5	12.0	24.5	42.0

救急実施の有無(病床種別)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関と療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急実施の有無の割合は以下のとおり。
- 実施ありの割合は、一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約9割、療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約4分の1であった。



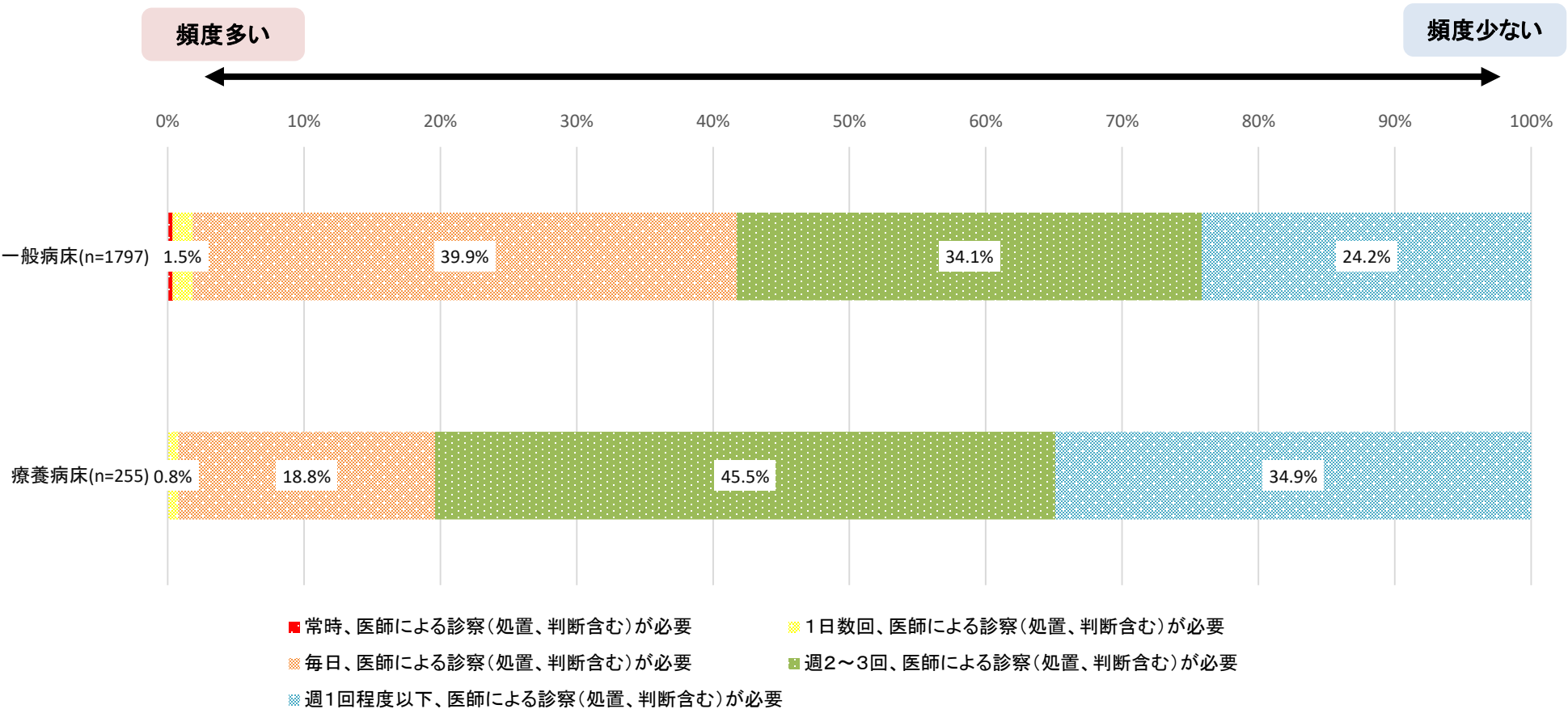
※:一般病床の地域包括ケア病棟と療養病床の地域包括ケア病棟を両方有する医療機関は除く。

出典: 令和2年度入院医療等の調査(施設票)

医師による診察の頻度（病床種別）

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

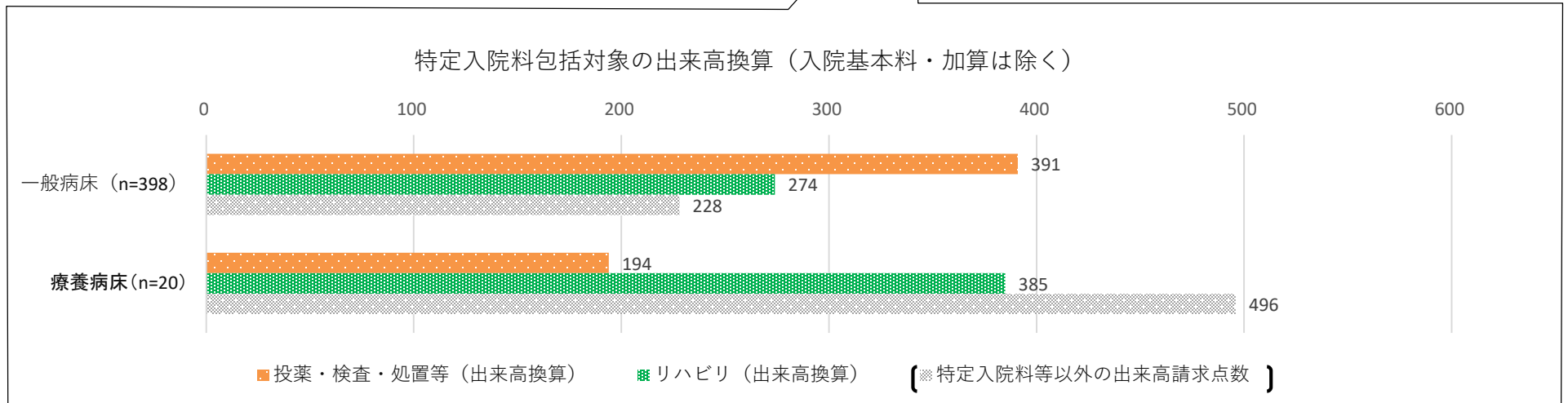
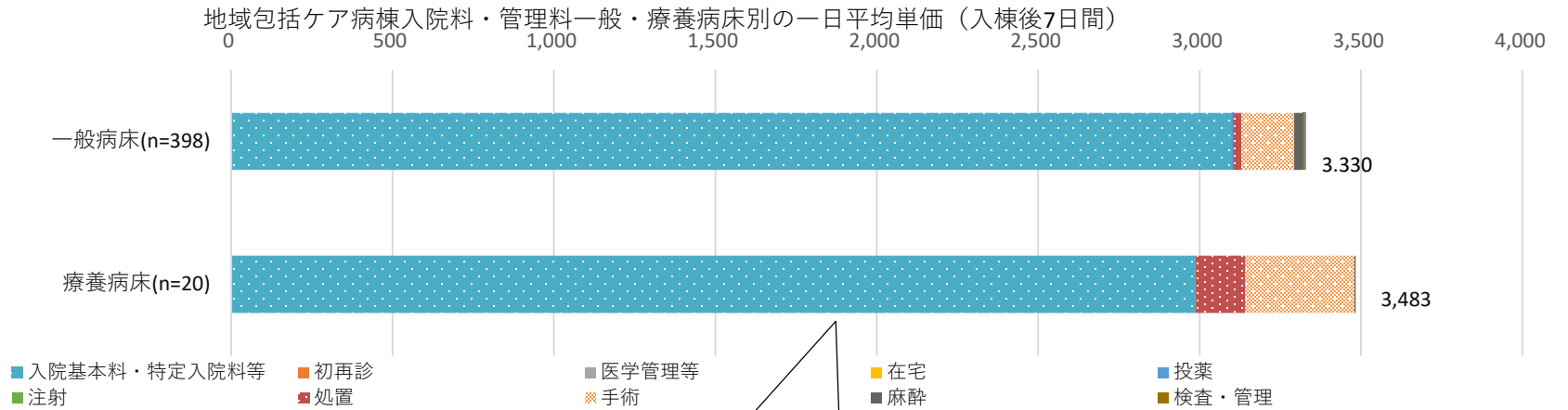
- 一般病床と療養病床それぞれの地域包括ケア病棟に入院する患者の、医師による診察の頻度は以下のとおり。
- 常時～毎日医師による診察が必要な患者は、一般病床では約4割、療養病床では約2割であった。



入棟後7日間のレセプト請求点数

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 一般病床と療養病床それぞれの地域包括ケア病棟に入院する患者のレセプト請求点数は以下のとおりであった。
- 入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数について、一般病床の方が高かった。「投薬・検査・処置等」の点数は一般病床のほうが療養病床と比較して高く、「リハビリテーション」の点数は療養病床の方が高かった。



病床種別の重症度、医療・看護必要度について

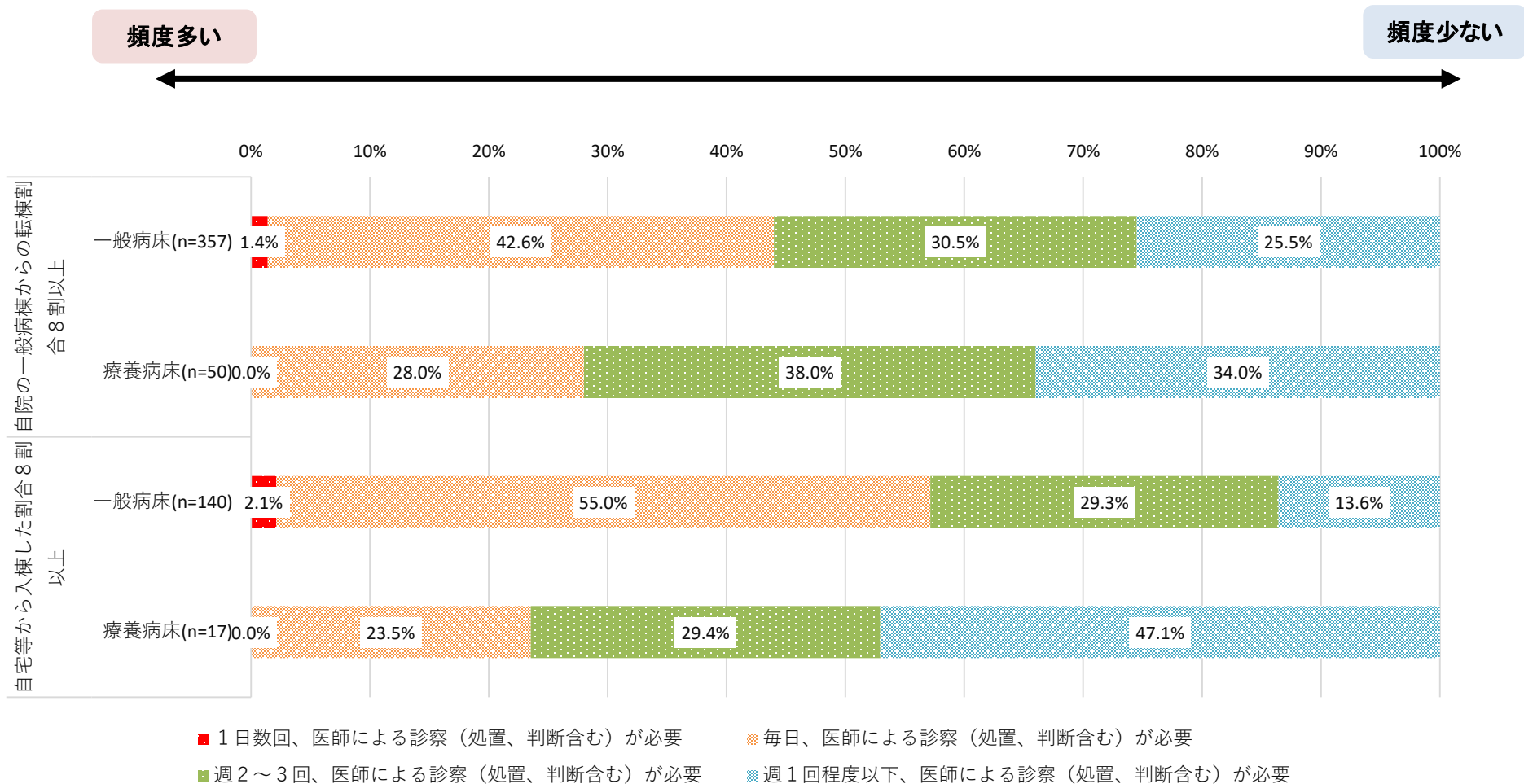
○ 病床種別毎にみた患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。

	看護必要度Ⅰ		看護必要度Ⅱ	
	該当患者数	基準を満たす患者割合	該当患者	基準を満たす患者割合
一般病床	4373	34%	160	11%
療養病床	752	31%	0	

入棟元	病床種別	重症度、医療・看護必要度Ⅰ
自宅等	一般病床 (n=1784)	35.5%
	療養病床 (n=432)	30.3%
一般病棟	一般病床 (n=2082)	30.0%
	療養病床 (n=285)	29.1%
その他	一般病床 (n=464)	46.6%
	療養病床 (n=35)	45.7%

医師による診察の頻度（病床種別）

- 「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」を病床種別で分け、それぞれに入院している患者の医師による診察の頻度は以下のとおり。
- 常時～毎日医師による診察が必要な患者の割合は、一般病床のほうが療養病床よりも高かった。



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 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

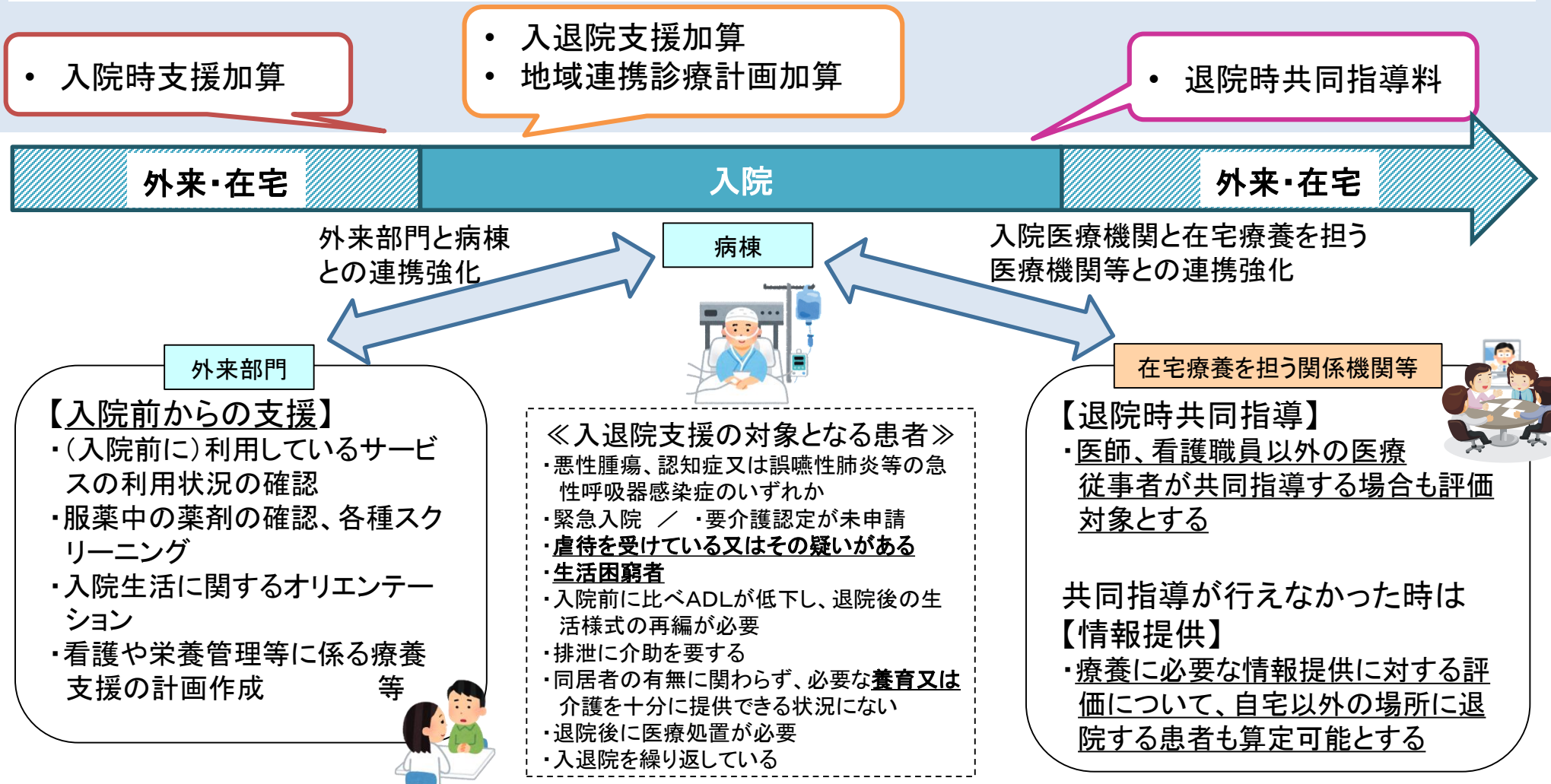
2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

入退院支援の評価（イメージ）

中医協 総-1-2(改)
3 . 1 0 . 2 7

- 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、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料においては、入退院支援加算1(及びその加算である地域連携診療計画加算・入院時支援加算)が出来高で算定可。



入退院支援加算の概要

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

A246 入退院支援加算（退院時1回）

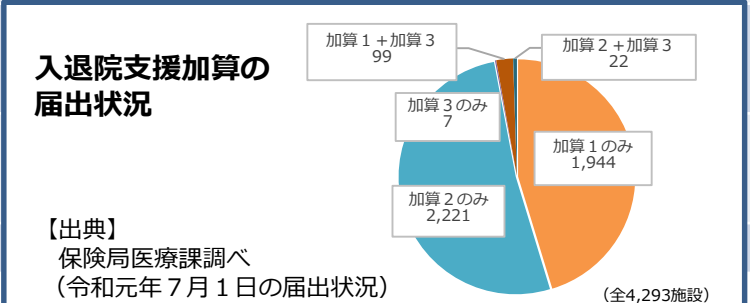
➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

➤ 地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定している病棟においては、入退院支援加算1のみ出来高で算定可。

[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 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 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	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 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 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要件に準ずると認められるもの	ア. 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（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		



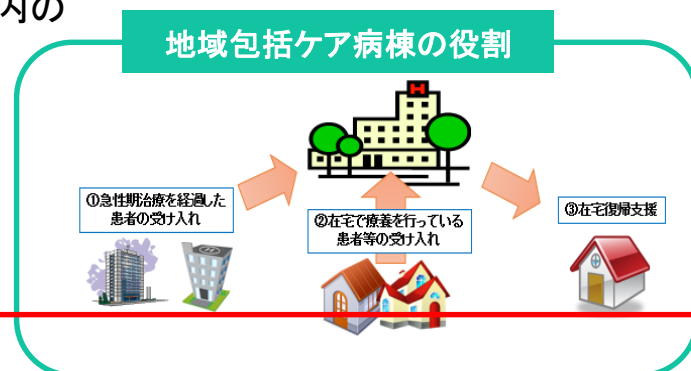
※週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせ可。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し(概要)

実績要件の見直し

- ▶ 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。
- ▶ 地域包括ケア病棟入院料(管理料)1及び3の実績に係る施設基準を見直す。

- (例)
- ・入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合 1割以上 → **1割5分以上**
 - ・前3月における在宅患者訪問診療料の算定回数 20回以上 → **30回以上**



施設基準の見直し

- ▶ 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。
- ▶ 疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。
- ▶ 適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。

転棟に係る算定方法の見直し

- ▶ 地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

届出に係る見直し

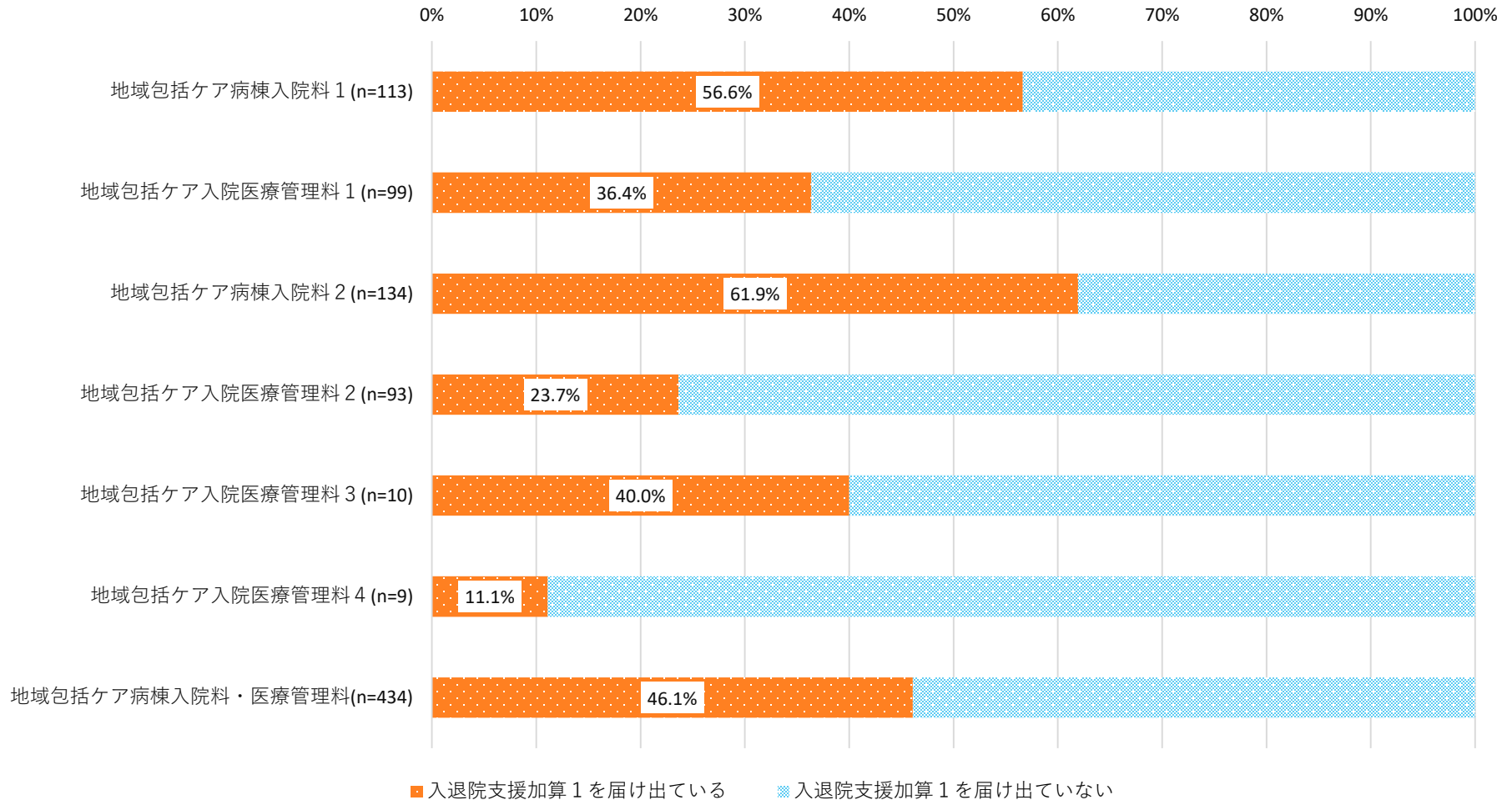
- ▶ 許可病床数が**400床以上**の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

入退院支援加算についての分析①

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関の入退院支援加算の届出状況は以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟入院料又は管理料を有している医療機関全体でみると、入退院支援加算1を届け出ている割合は約5割であった。

入退院支援加算1の届出有無



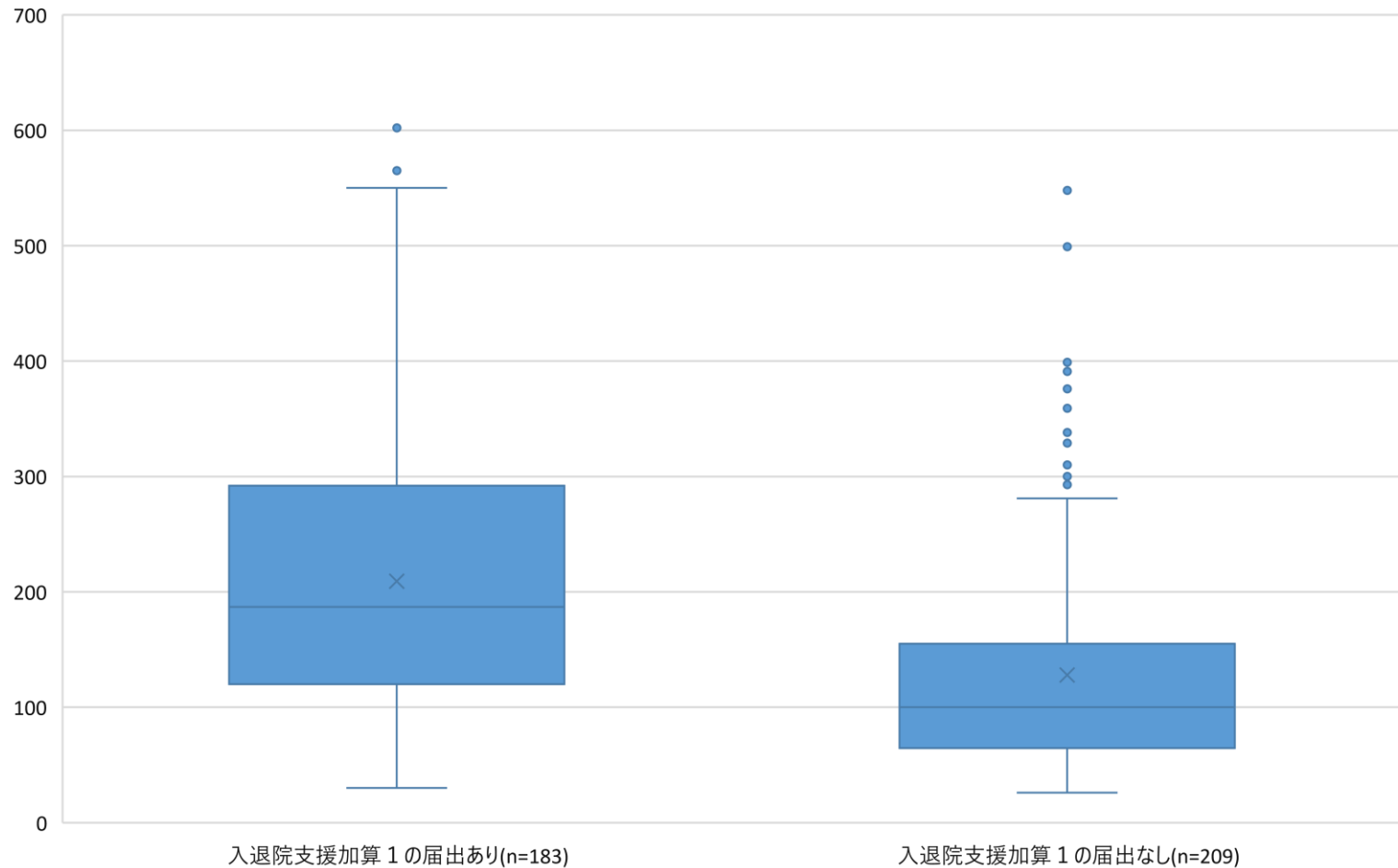
※：n=1は除く。

出典：令和3年度入院医療等の調査（施設票）

入退院支援加算についての分析②

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ている医療機関と届け出していない医療機関の許可病床数の比較は以下のとおり。
- 平均値で比較すると、入退院支援加算1の届出ありの医療機関は届出なしの医療機関に比べて、許可病床数が大きかった。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の許可病床数

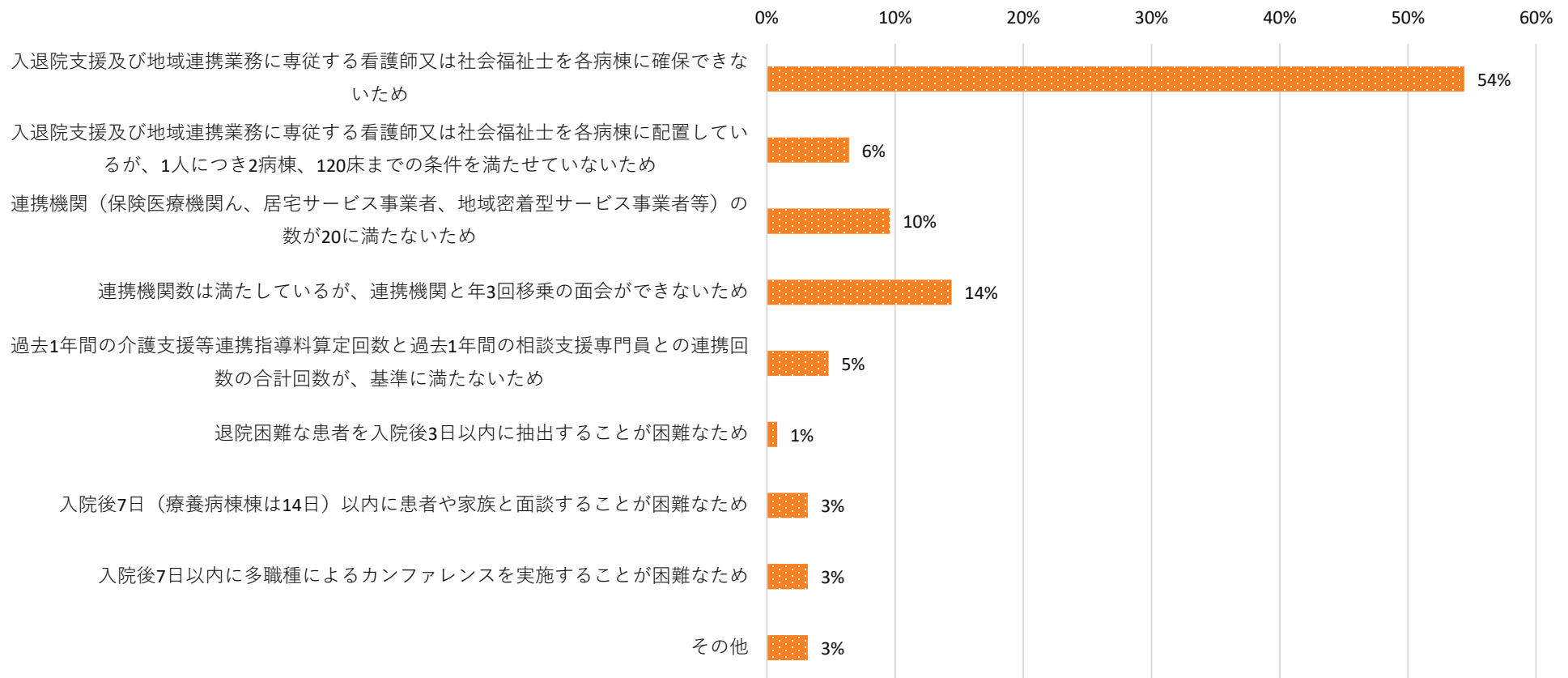


入退院支援加算についての分析③

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料を有している医療機関であって、入退院支援加算1を届け出ていない医療機関における、入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由は以下のとおりであった。
- 「入退院支援又は地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため」が最多であった。

地域包括ケア病棟入院料・管理料の入退院支援加算1を届け出ることが困難な理由（最も該当するもの（n=125））



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 地域包括ケア病棟の役割について

2-3 患者の入棟元別の分析について

2-4 入棟元の構成割合別の分析について

2-5 病床種別の分析について

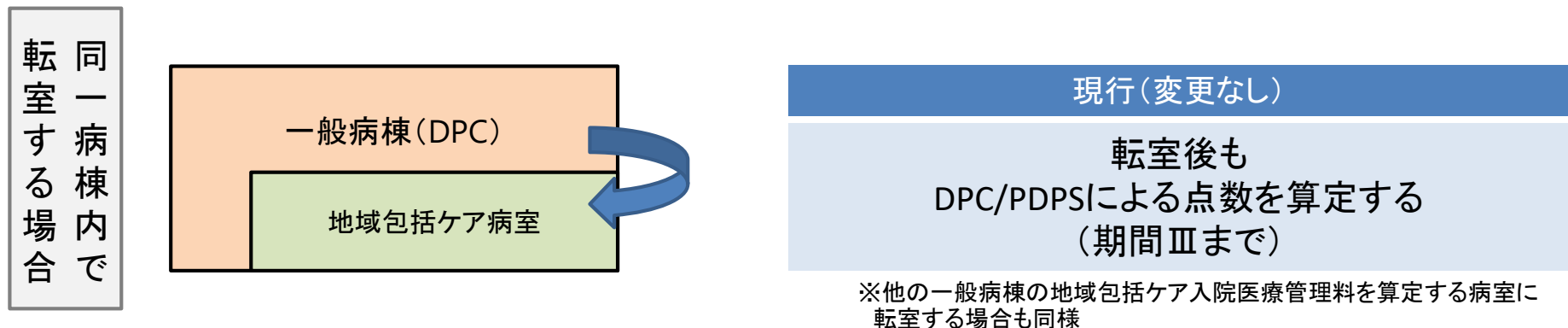
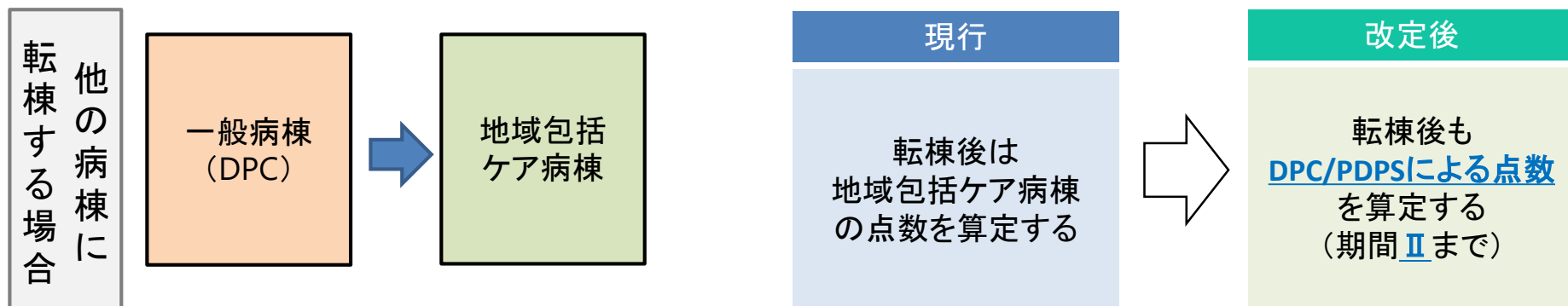
2-6 入退院支援について

2-7 自院のDPC対象病棟からの転棟について

地域包括ケア病棟の転棟時の算定方法の見直し

DPC対象病棟から転棟する場合の算定方法の見直し

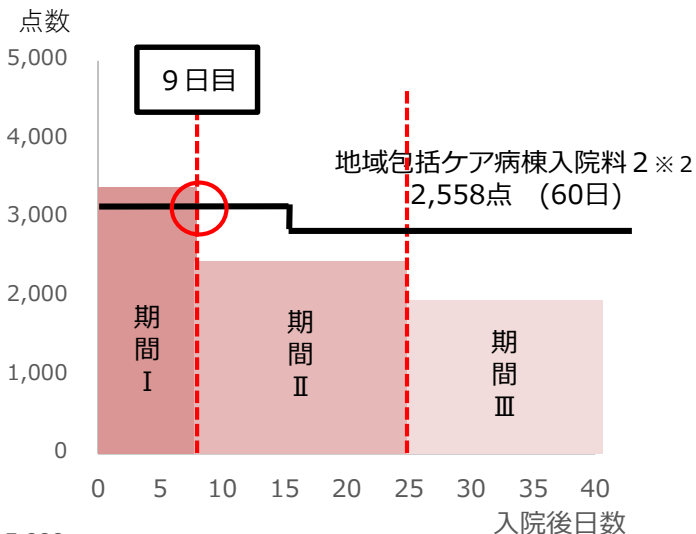
- 患者の状態に応じた適切な管理を妨げないよう、同一の保険医療機関において、DPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合の算定方法を見直す。



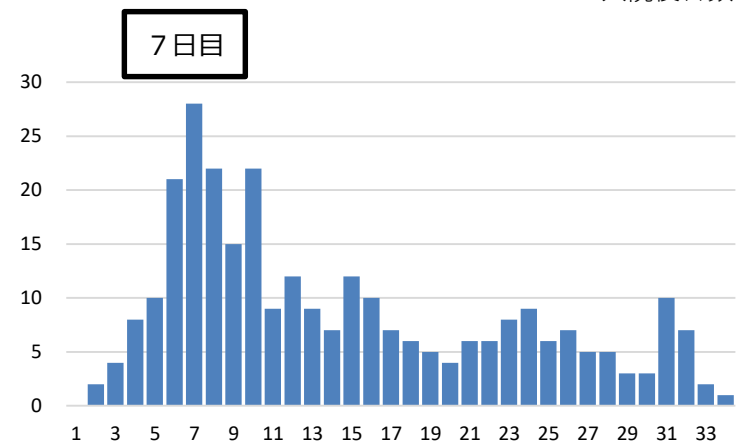
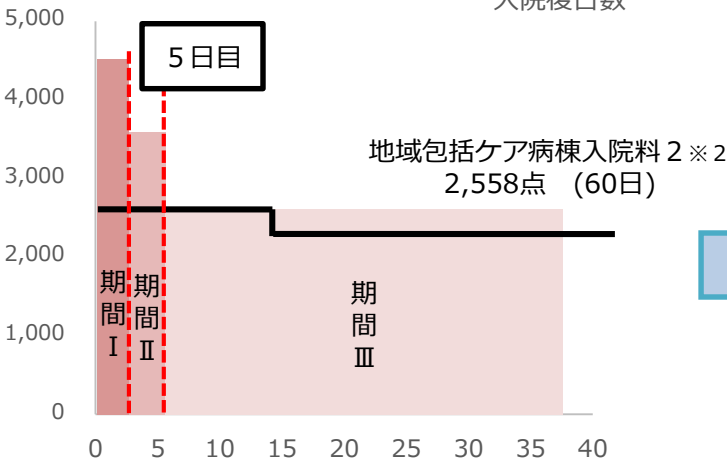
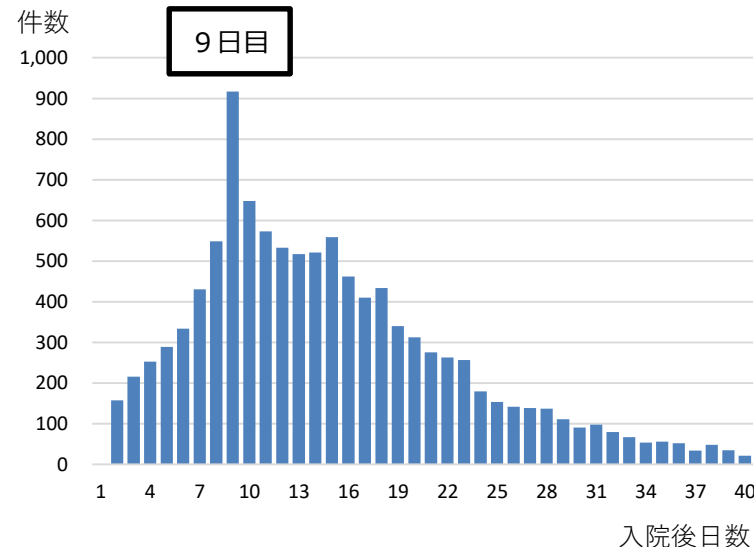
※診断群分類に定められた期間Ⅱ又はⅢまではDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

○ DPC/PDPSの診断群分類区分によっては、患者がDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期が、診断群分類区分における点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬



地域包括ケア病棟への転棟時期※3



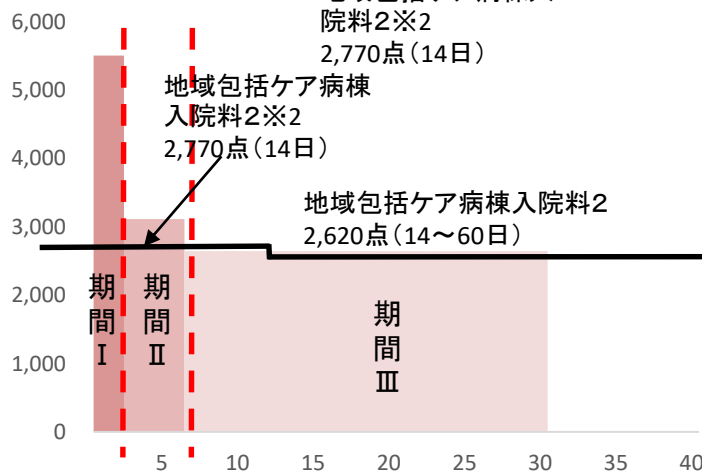
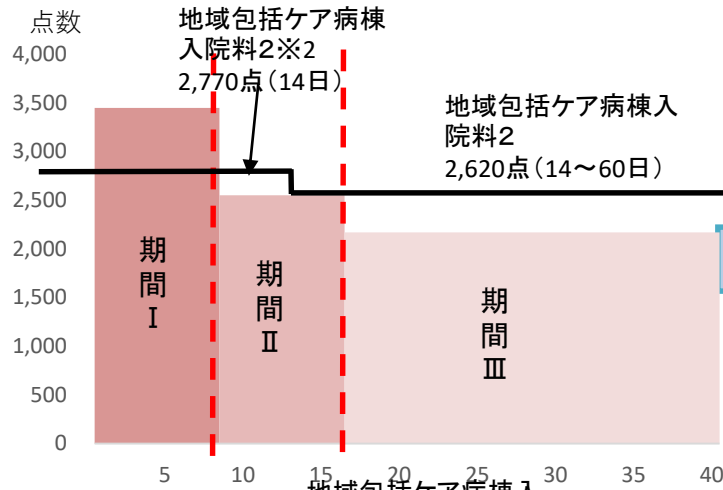
※1 平均的な係数値で算出
(基礎係数：1.075、機能評価係数Ⅰ：0.135、機能評価係数Ⅱ：0.088)

※2 急性期患者支援病床初期加算を算定（14日間に限り、150点を加算）
※3 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る

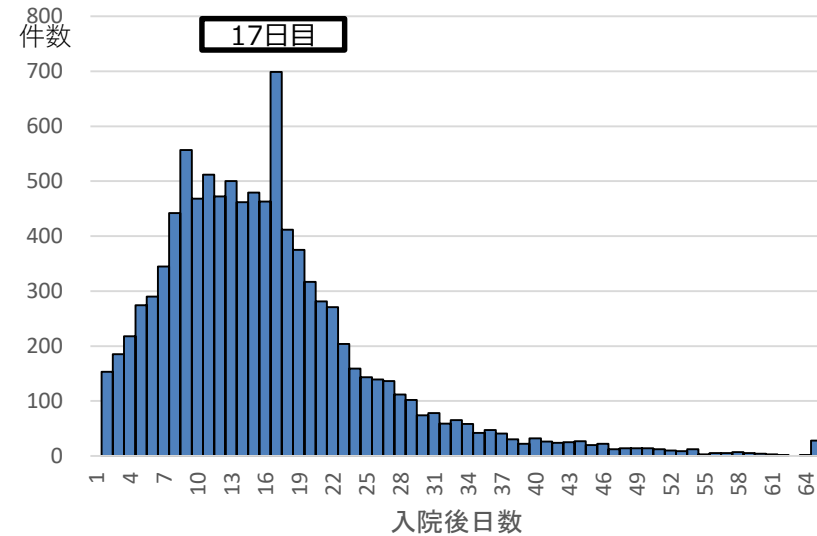
DPC対象病棟からの転棟について

○ 平成30年のDPCデータと比較して、地域包括ケア病棟への転棟時期の最頻値がより長い日数となっていた。

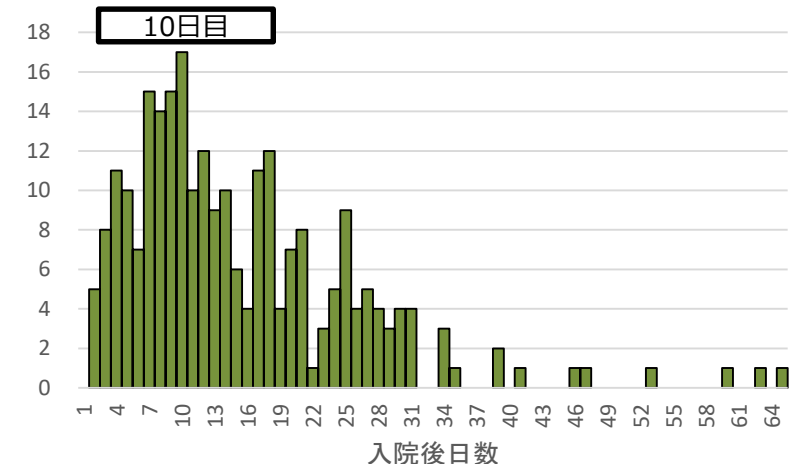
DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬



地域包括ケア病棟への転棟時期※3(160690xx99xxxx)



地域包括ケア病棟への転棟時期※3(050050xx9900xx)



出典：令和2年DPCデータ

※1 Dファイルの医療機関別係数平均値を用いて算出

※2 急性期患者支援病床初期加算(14日間に限り、150点加算)

※3 DPC算定対象病床から地域包括ケア病棟に転棟した症例に限る

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る課題（小括）

（1）地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の概要について

- ・ 地域包括ケア病棟入院料については、「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つの役割を担うこととされ、平成26年度診療報酬改定において新設された。地域包括ケア病棟の届出医療機関数・病床数はともに、増加傾向にある。
- ・ 地域包括ケア病棟を届け出ている理由については、「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」、「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。

（2）地域包括ケア病棟の役割について

- ・ 令和2年10月の地域包括ケア病棟入院料2における自院の一般病棟からの転棟割合の分布は、自院の一般病棟からの転棟割合が高い傾向であった。病床規模で分けると、90%以上の医療機関は、400床未満の医療機関が多かった。
- ・ 地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関において、救急を実施していない医療機関が一定程度存在した。
- ・ 地域包括ケア病棟について、病棟毎に分析した場合の、患者の入棟元の構成割合は様々であった。自宅等からの入棟患者と自院の一般病棟からの入棟患者の割合の分布を見た場合に、例えば、自院の一般病棟から多数の患者を受け入れ、自宅等からの受入が少ない病棟が一定数存在した。さらに、自院又は他院の一般病棟からの転棟の内訳については、当該割合が高い病棟においては自院の一般病棟からの転棟割合が多くを占め、逆に、当該割合の低い病棟においては、他院の一般病棟からの転棟割合が多くを占めるという傾向にあった。

（3）患者の入棟元別の分析について

- ・ 地域包括ケア病棟の入院患者の状態に着目すると、入棟元によって患者の主傷病名に差が見られた。例えば、自宅等から入棟した患者では腰椎圧迫骨折の患者が最も多く、次いで肺炎や心不全が多かった。一般病棟から入棟した患者では大腿骨転子部骨折・大腿骨頸部骨折が多かった。
- ・ 平均在棟日数については、自宅等から入棟した患者は他の患者と比較して、平均在棟日数が短い傾向であった。
- ・ 一方で、入院の理由については、自院の一般病棟から入棟した患者は「リハビリテーションのため」が多い傾向にあった。
- ・ 患者の重症度、医療・看護必要度は、患者の入棟元毎で基準を満たす患者割合に差がみられ、その他から入棟した患者、自宅等から入棟した患者、一般病棟から入棟した患者の順に基準を満たす患者割合が高かった。同一の入棟元の患者について、必要度ⅠとⅡで比較すると、必要度Ⅰの方が、基準を満たす患者割合が高かった。
- ・ 患者の入棟元別の患者の状態は、「一般病棟」から入棟した患者は「自宅等」及び「その他」から入棟した患者と比較して、「安定している」患者の割合が高く、「常時、不安定である」患者の割合が低かった。医師による診察の頻度は、「常時～毎日診察が必要」である患者の割合について「自宅等」及び「その他」から入棟した患者で高く、「一般病棟」から入棟した患者は低かった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数について、投薬・検査・処置等は、自宅等から入棟した患者及びその他の患者が、一般病棟から入棟した患者より高かった。

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る課題（小括）

（4）入棟元の構成割合別の分析について

・「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」にそれぞれ入院している患者の医療的な状態は、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「安定している」患者の割合が高く、「常時～時々、不安定である」患者の割合が低かった。医師による診察の頻度は、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」の方が、「週1回程度以下、医師による診察が必要」である患者の割合が高く、「常時～毎日、医師による診察が必要」である患者の割合が低かった。「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関」と「自宅等からの入棟が8割以上の医療機関」それぞれに入院する患者の入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は、投薬・検査・処置等は、「自宅等からの入棟が8割以上の医療機関」の方が、「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の医療機関」より高かった。

（5）病床種別の分析について

・療養病床で地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている場合は、一般病床で地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている場合と比較し、平均在棟日数が長かった。救急実施の割合について、一般病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約9割、療養病床の地域包括ケア病棟を有する医療機関では約4分の1であった。

・医師による診察の頻度について、常時～毎日医師による診察が必要な患者は、一般病床では約4割、療養病床では約2割であった。入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数は一般病床の方が高かった。「投薬・検査・処置等」の点数は一般病床のほうが療養病床と比較して高く、「リハビリテーション」の点数は療養病棟の方が高かった。

・「自院の一般病棟からの転棟が8割以上の病棟」と「自宅等から入棟した割合が8割以上の病棟」を病床種別で分け、それぞれに入院している患者の医師による診察の頻度について、「常時～毎日医師による診察が必要」である患者の割合は、一般病床の方が療養病床よりも高かった。

（6）入退院支援について

・地域包括ケア病棟入院料・管理料においては、入退院支援部門を置くことを求めているが、入退院支援加算1を届け出ている割合は約4割であった。

・地域包括ケア病棟入院料・管理料を届け出ている医療機関について、入退院支援加算1を届け出られない理由は、「入退院支援又は地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士を各病棟に確保できないため」が最多であった。

（7）自院のDPC対象病棟からの転棟について

・令和2年度改定においては、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、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定することとした。

・自院のDPC対象病棟からの転棟時期について平成30年のDPCデータと比較して、地域包括ケア病棟への転棟時期の最頻値がより長い日数となっていた。

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
 - 3-1 質の高いリハビリテーションの提供について
 - 3-2 リハビリテーションを要する状態について
4. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. 論点

入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（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入院料5及び6について、新規届出を行う場合に届け出る入院料であるところ、実績指数が悪い・FIMの変化が小さいこと等から他の入院料を届け出られないまま何年も5又は6を引き続き届け出ているケースがあることを踏まえ、入院料5及び6の在り方については、対応を検討すべき。

回復期リハビリテーション病棟入院料のイメージ(現行)

【平成28年度改定】

【現行】

再掲

【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3・4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

【実績部分】
 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)

2,129点
実績指数 40
 入院料1相当の実績と体制
 【入院料1・2の体制】
 ・看護職員13対1
 ・社会福祉士1名
 ・PT3名、OT2名、ST1名

1,899点
実績指数 35
 入院料3・4の実績

1,736点
実績指数 30

1,841点
 入院料3・4の実績

2065点
充実加算 40点
 (基本部分) 看護職員13対1
 PT3名 OT2名 ST1名 SW1名
 1,811点

1851点
充実加算 40点
 (基本部分) 看護職員15対1
 PT2名 OT1名
 1,657点

1697点
充実加算 40点
 (基本部分) 看護職員15対1
 PT2名 OT1名
 1,657点

1,678点
 入院料6

1,736点
実績指数 30
 入院料5

1,841点
 入院料3・4の実績
 入院料4

1,899点
実績指数 35
 入院料3・4の実績
 入院料3

2,066点
 入院料1相当の実績と体制
 入院料2

2,129点
実績指数 40
 入院料1相当の実績と体制
 入院料1

【基本部分】
 ・看護職員配置 15対1
 ・PT2名、OT1名

入院料3 入院料2 入院料1

入院料6 入院料5 入院料4 入院料3 入院料2 入院料1

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

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

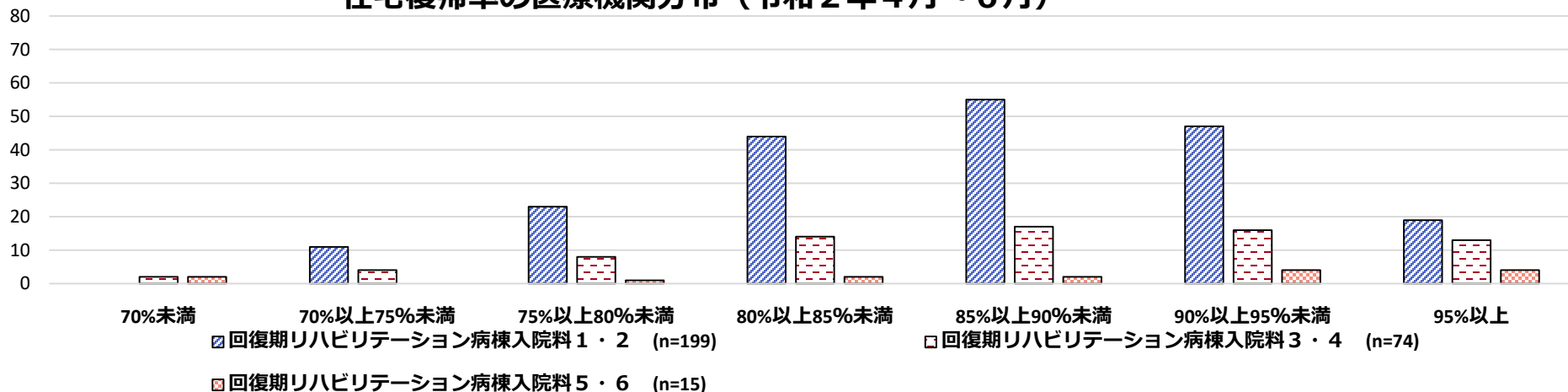
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4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				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
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	○			○(※経過措置あり)		
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」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 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	-	30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)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

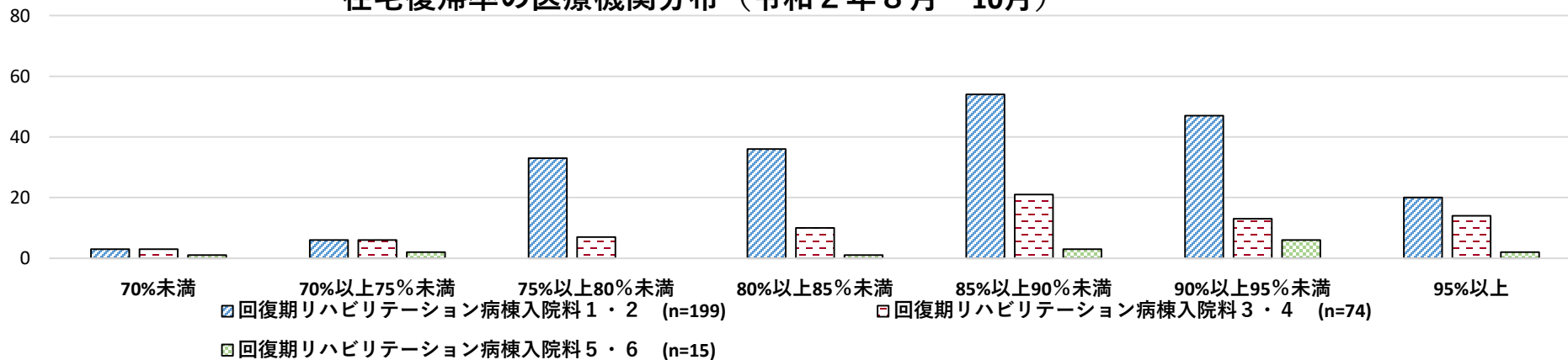
*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

○ 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、在宅復帰率は以下のとおりであった。

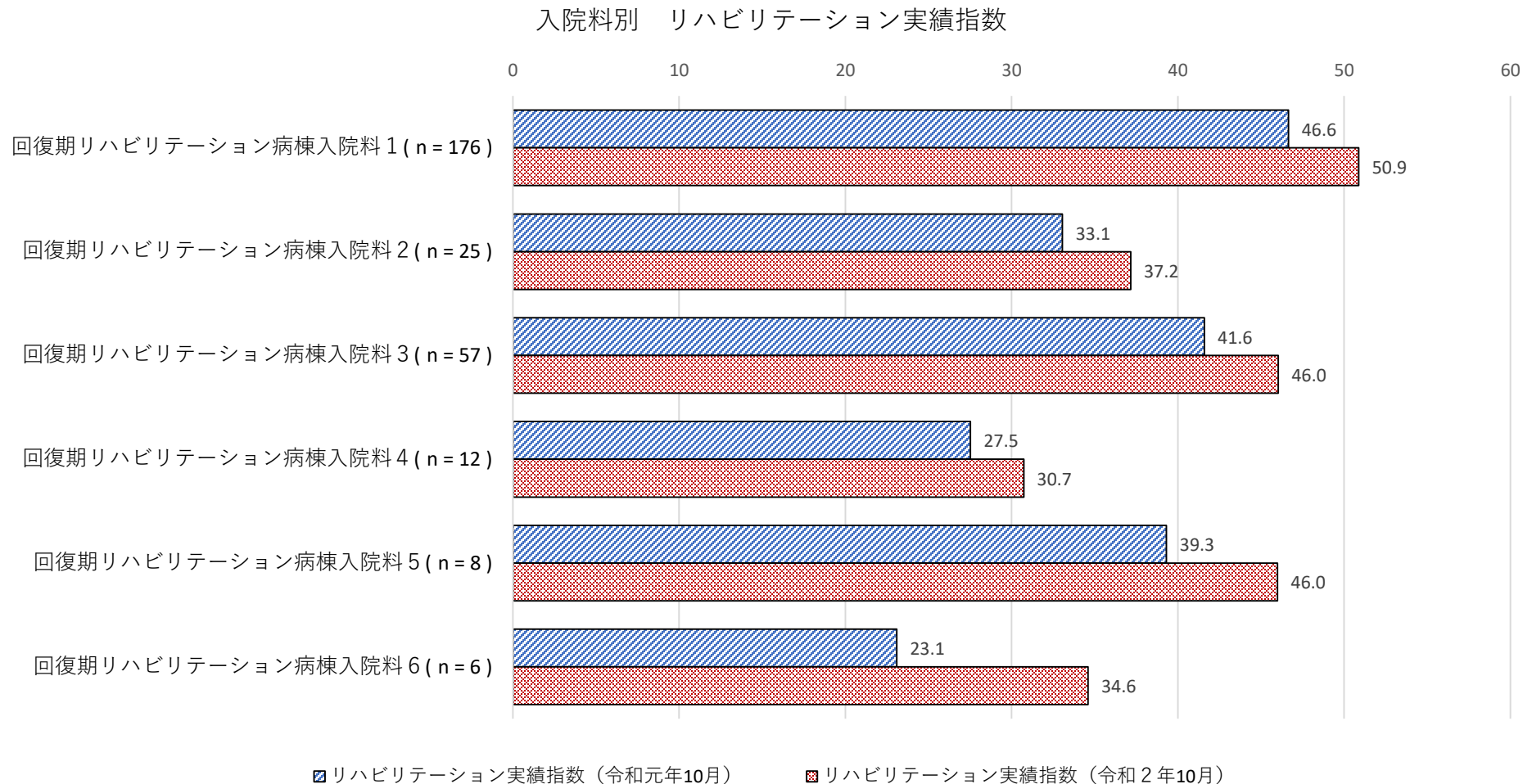
在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



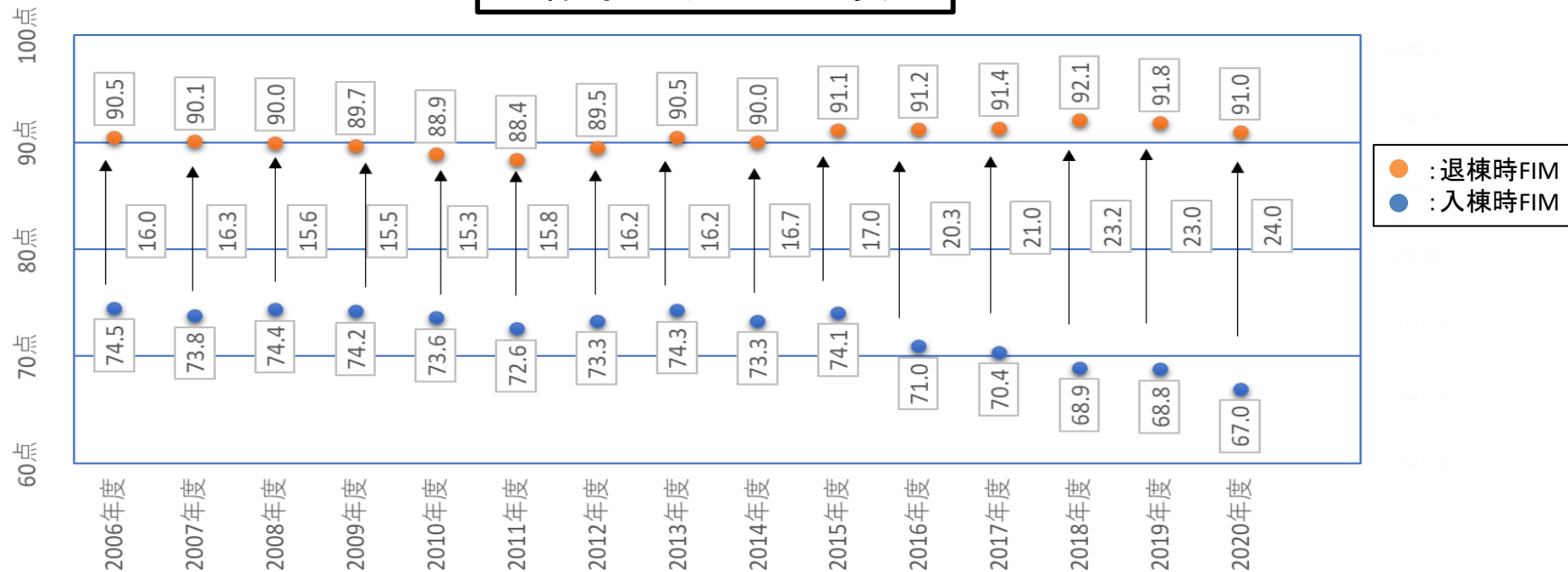
- 令和元年10月及び令和2年10月の入院料別リハビリテーション実績指数は以下のとおりであり、いずれも令和2年の方が高い傾向にあった。



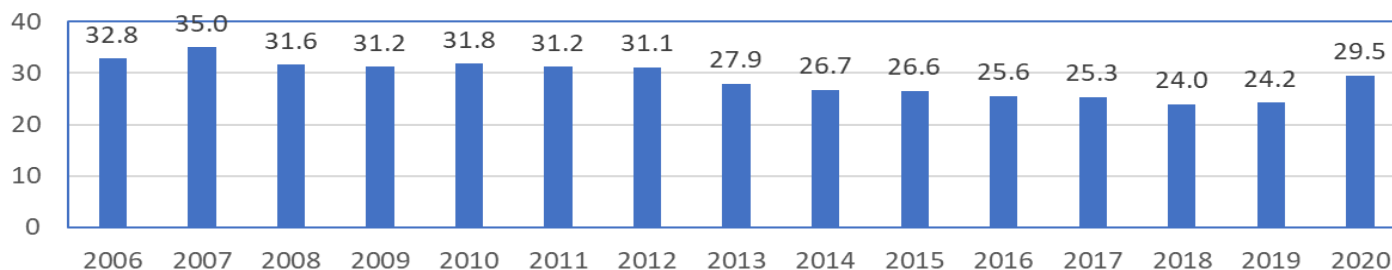
入棟時FIM等の年次推移について

○ 入棟時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であった。2016年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられた。

入棟時FIM及びFIMの変化



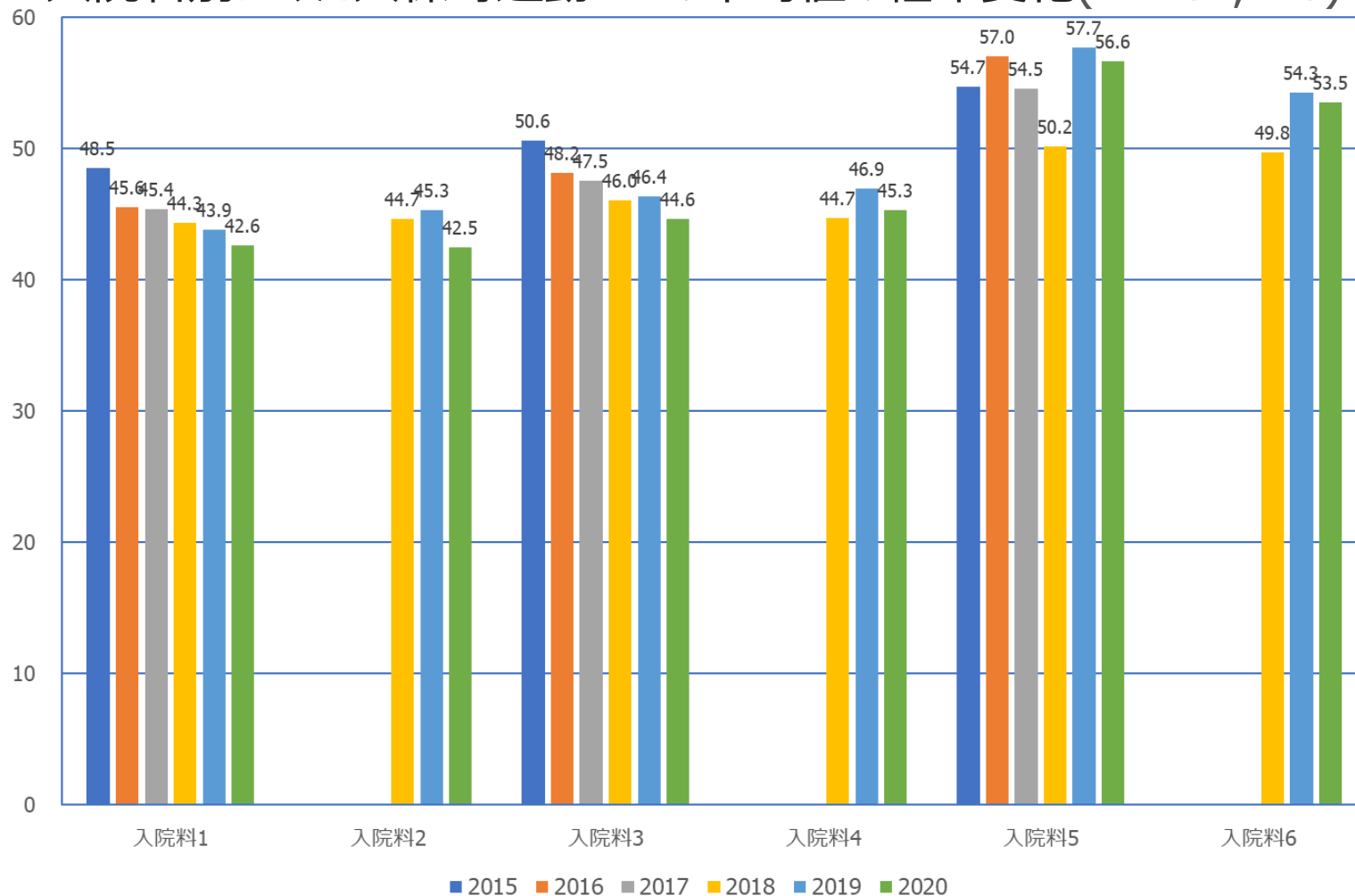
発症から入棟までの日数



入院料別にみた入棟時運動FIMの平均値の年次推移

○ 入院料毎に入棟時運動FIMの平均値を2015年～2020年で比較したところ、入院料1及び入院料3においては、経年的に低下する傾向であった。その他の入院料については、例えば2019年と2020年で比較すると、入院料2、3、4、6で低下する傾向にあった。

入院料別にみた入棟時運動FIMの平均値の経年変化(n=202,145)



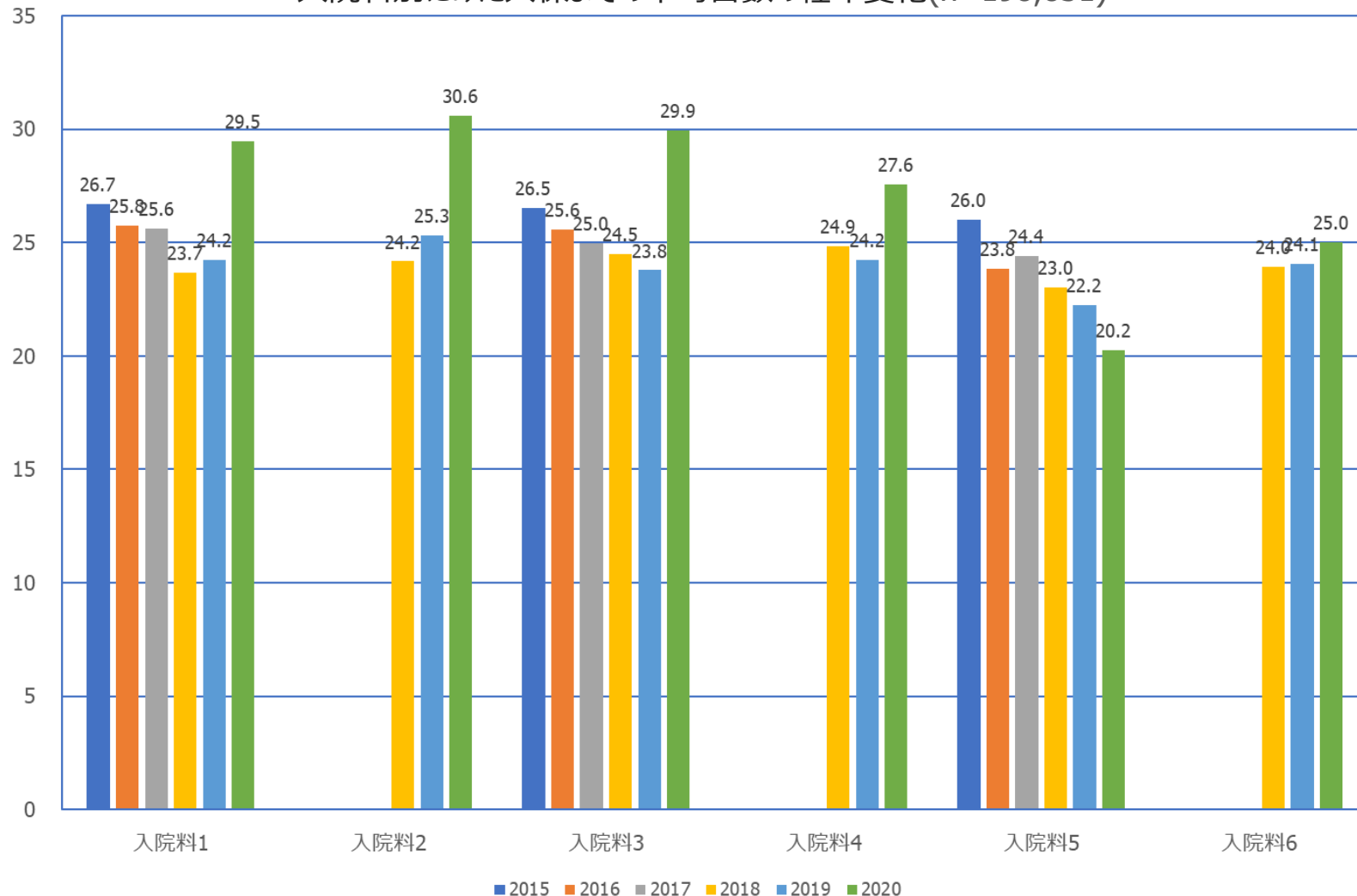
一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

2017年以前のデータについて、「2017年以前の入院料2」は「2017年以前の入院料3」として、「2017年以前の入院料3」は「2017年以前の入院料5」として分析。

入院料別にみた入棟まで日数の年次推移

○ 入院料毎に入棟までの日数を2015年～2020年で比較したところ、入院料1, 2, 3, 4においては、2015年から2019年にかけて低下傾向であったが、2020年に増加傾向であった。一方、入院料5においては2015年から2019年にかけて一貫して低下する傾向であった。

入院料別にみた入棟までの平均日数の経年変化(n=198,831)

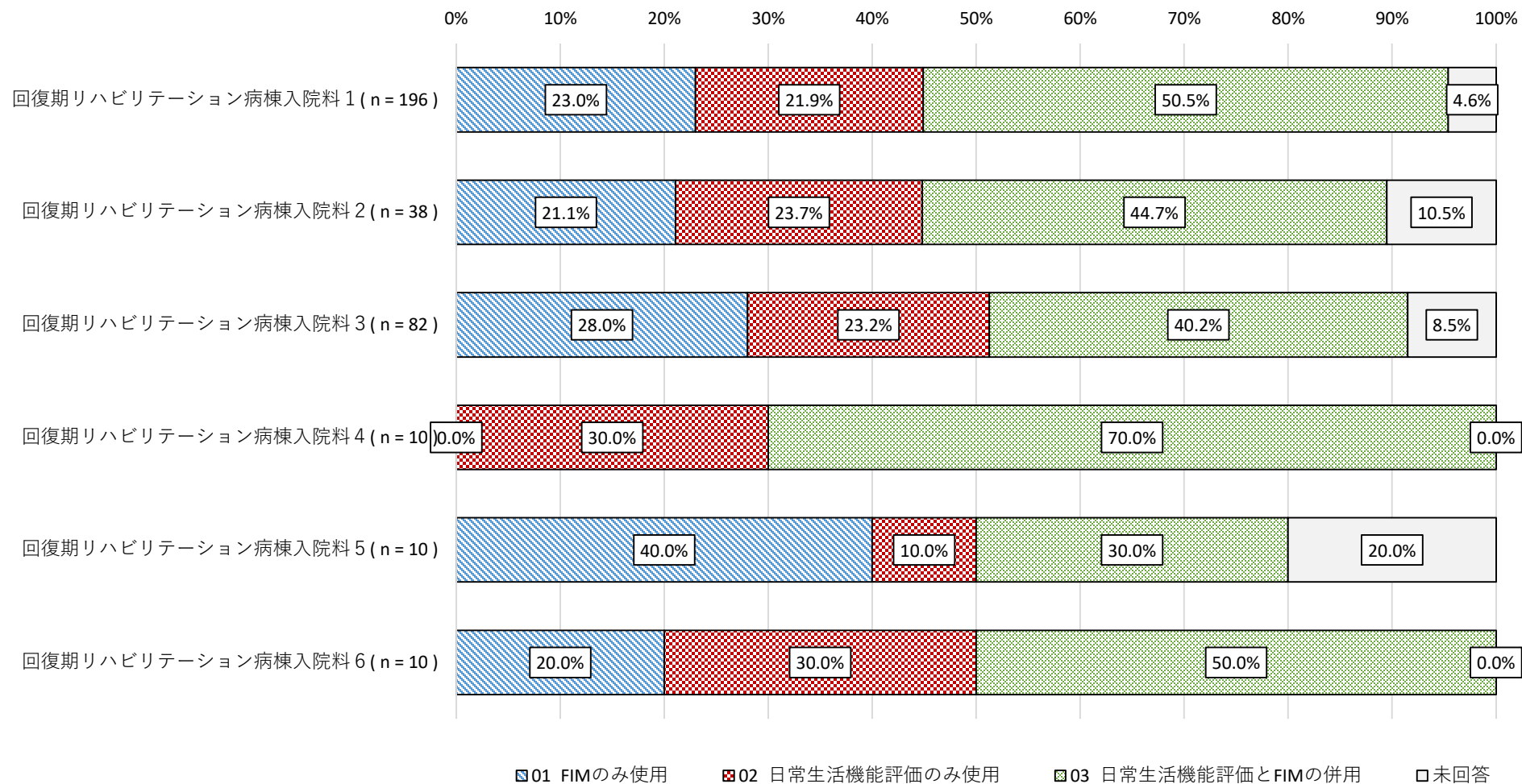


2017年以前のデータについて、「2017年以前の入院料2」は「2017年以前の入院料3」として、「2017年以前の入院料3」は「2017年以前の入院料5」として分析。

FIM及び日常生活機能評価について

○ 回復期リハビリテーション病棟における、入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価については以下のとおりであり、日常生活機能評価とFIMを併用している医療機関が多かった。

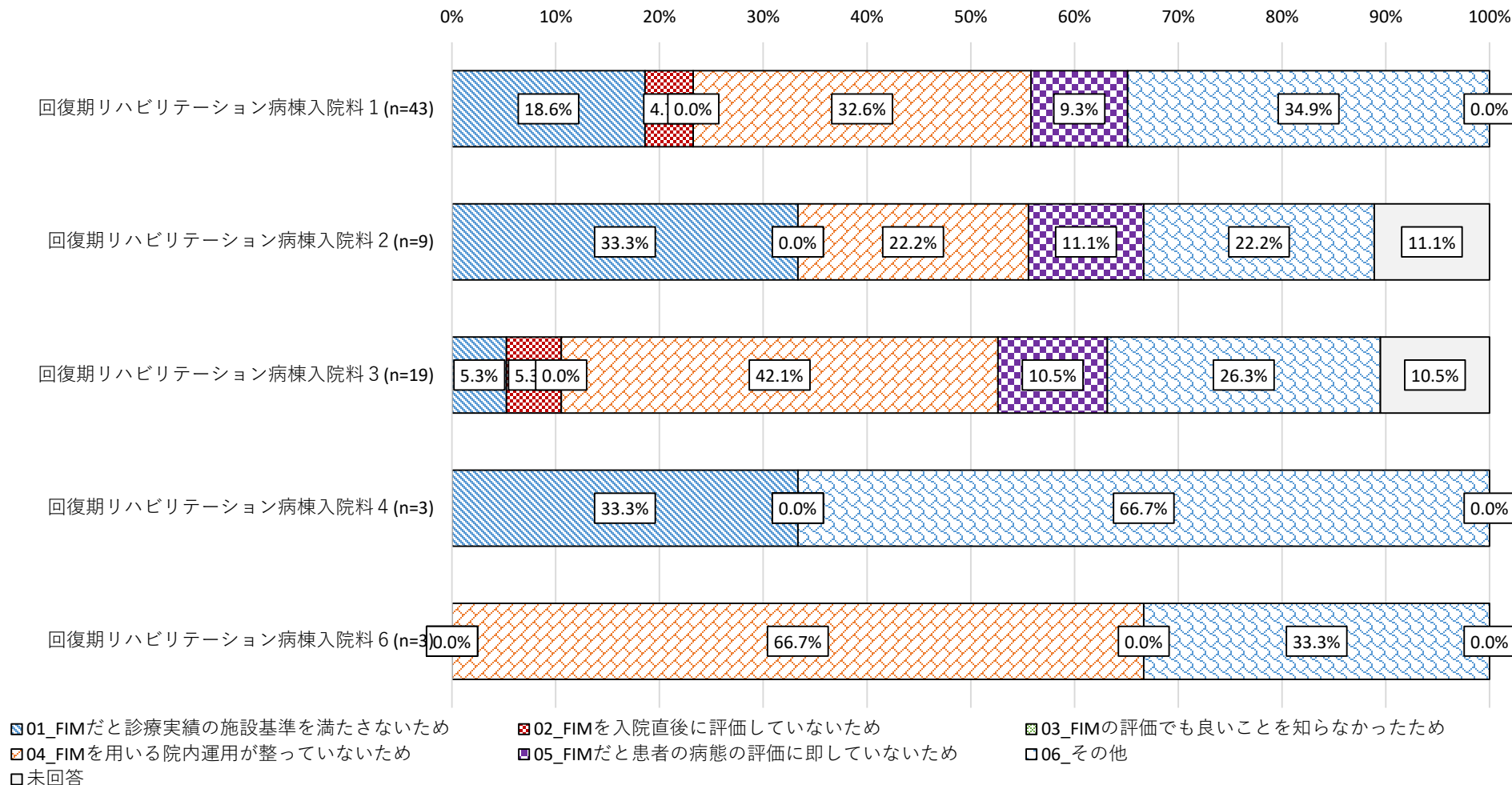
回復期リハビリテーション病棟入院料における入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価に関する状況
(令和3年5月1か月)



FIM及び日常生活機能評価について

○ 「日常生活機能評価のみを使用」している理由は以下のとおりであり、「FIMだと診療実績の施設基準を満たさないため」や「FIMを用いる院内運用が整っていないため」が多かった。

「日常生活機能評価のみ使用」を選択した場合 その理由（最も該当するもの）



病院機能評価について

- 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

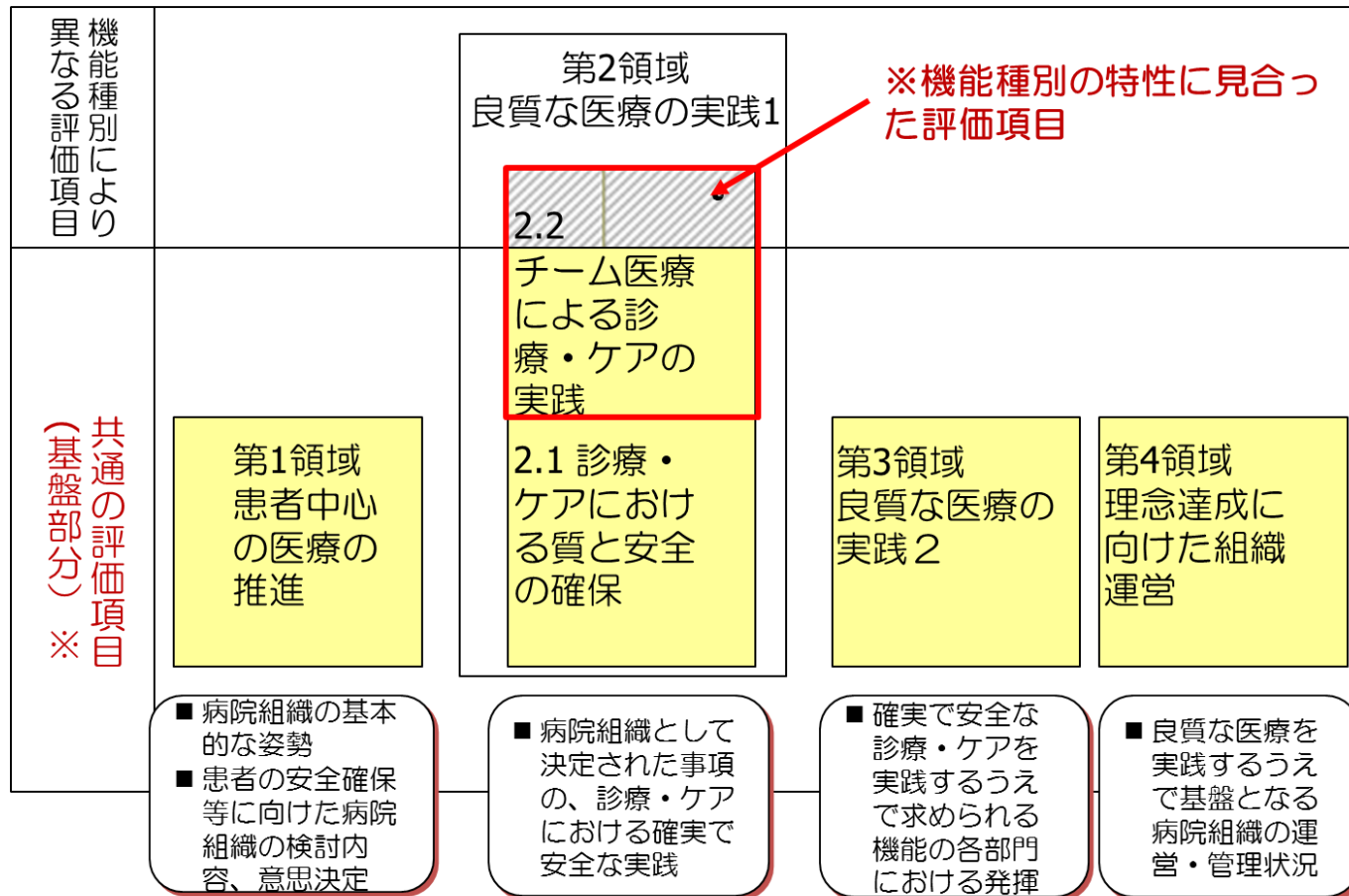
(機能種別版評価項目3rdG:Ver.1.0) H24年4月より運用開始

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
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(H26年4月~)

病院機能評価について

- 評価項目体制は以下のとおりであり、共通の評価項目と、機能種別により異なる評価項目が設けられている。

本体審査の評価項目体系

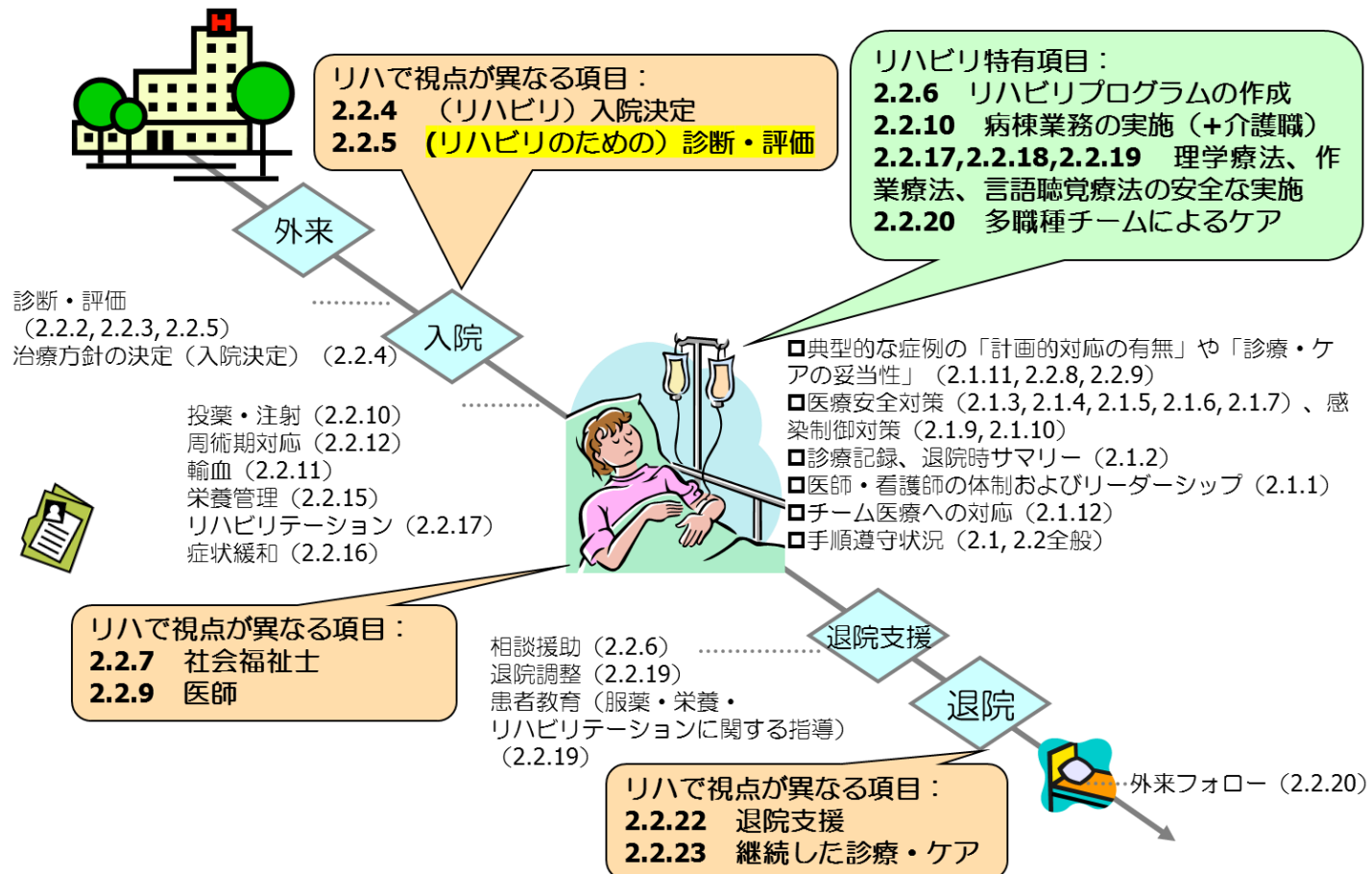


病院機能評価について

- 以下に、特にリハビリテーション病院の特性に見合った評価項目を示す。具体的には、「リハビリプログラムの作成」、「理学療法等の安全な実施」等がある。

機能種別リハ病院における2.2ケアプロセス調査の評価項目

(サーベイヤーが実際のカルテ等を確認しながら症例をトレースする)



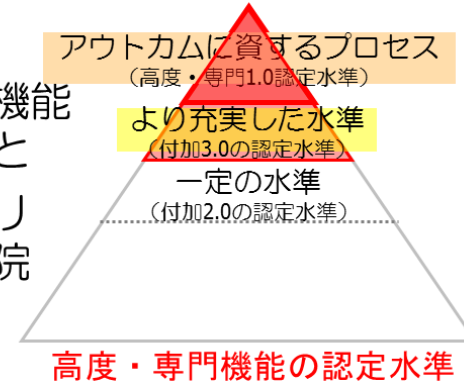
評価項目 (2.X.X) . . . 一般病院2に基づく

病院機能評価について

- 本体審査において、リハビリテーション病院を受審している場合において、高度・専門機能の認定が行われており、その要件は以下のとおり。

付加機能から高度・専門機能へ(2019.10月～)

- ✓ 受審前提：本体審査で主たる機能種別ないしは副機能で「リハビリテーション病院」を受審していること
- ✓ 受審要件：地域において高い水準の回復期リハビリテーション機能を担い、下表のすべてを満たす病院



	高度・専門機能V1.0	比較 (付加機能V3.0)
本体機能	主たる機能種別または副機能にて「リハ病院」を受審していること。	主たる機能種別または副機能にて「リハ病院」を受審していること。
リハ提供体制	リハを継続的に行うための適切な体制が整っていること。(受審申込時点での診療報酬(回復期リハ病棟入院料)の上位区分で規定される施設基準を参考とする) リハ病棟におけるリハ提供単位数が1日当たり平均6単位以上であること。	休日リハ加算(365日リハの実施)を取得していること。
リハ科専門医	常勤のリハ科専門医が回復期リハビリテーション病棟において、主治医または担当医として従事していること。	常勤のリハ科専門医を配置していること。

病院機能評価について

- 高度・専門機能の評価項目は以下のとおり。

高度・専門機能の評価項目の構成 中項目48→42項目に (各療法士の評価を統合)

	概要	主な評価方法
第1領域 良質な回復期リハビリテーションを提供するための組織運営	より充実した水準の回復期リハビリテーションを提供するうえで求められる <u>回復期リハビリテーション病棟の組織運営</u> について評価します。	<input type="checkbox"/> 書類確認 <input type="checkbox"/> 面接調査 <input type="checkbox"/> 部署訪問 <input type="checkbox"/> カルテレビュー
第2領域 回復期リハビリテーションに関わる職員の専門性	より充実した水準の回復期リハビリテーションを提供するうえで <u>中心となる職員(職種)の専門性が発揮されている</u> ことを評価します。	<input type="checkbox"/> ケアプロセス調査 <input type="checkbox"/> カンファレンス <input type="checkbox"/> カルテレビュー
第3領域 チーム医療による回復期リハビリテーション・ケアの実践	高度な専門性を発揮できる <u>チーム(医療)が一体となって、より充実した水準の回復期リハビリテーション・ケアを実践している</u> ことを評価します。	<input type="checkbox"/> ケアプロセス調査 <input type="checkbox"/> カンファレンス <input type="checkbox"/> カルテレビュー

病院機能評価について

○ 回復期リハビリテーション病棟における、入院料別の病院機能評価認定の状況は以下のとおりであり、約半数の病棟が認定を受けていた。

入院料別の病院機能評価認定状況(1,157病棟)



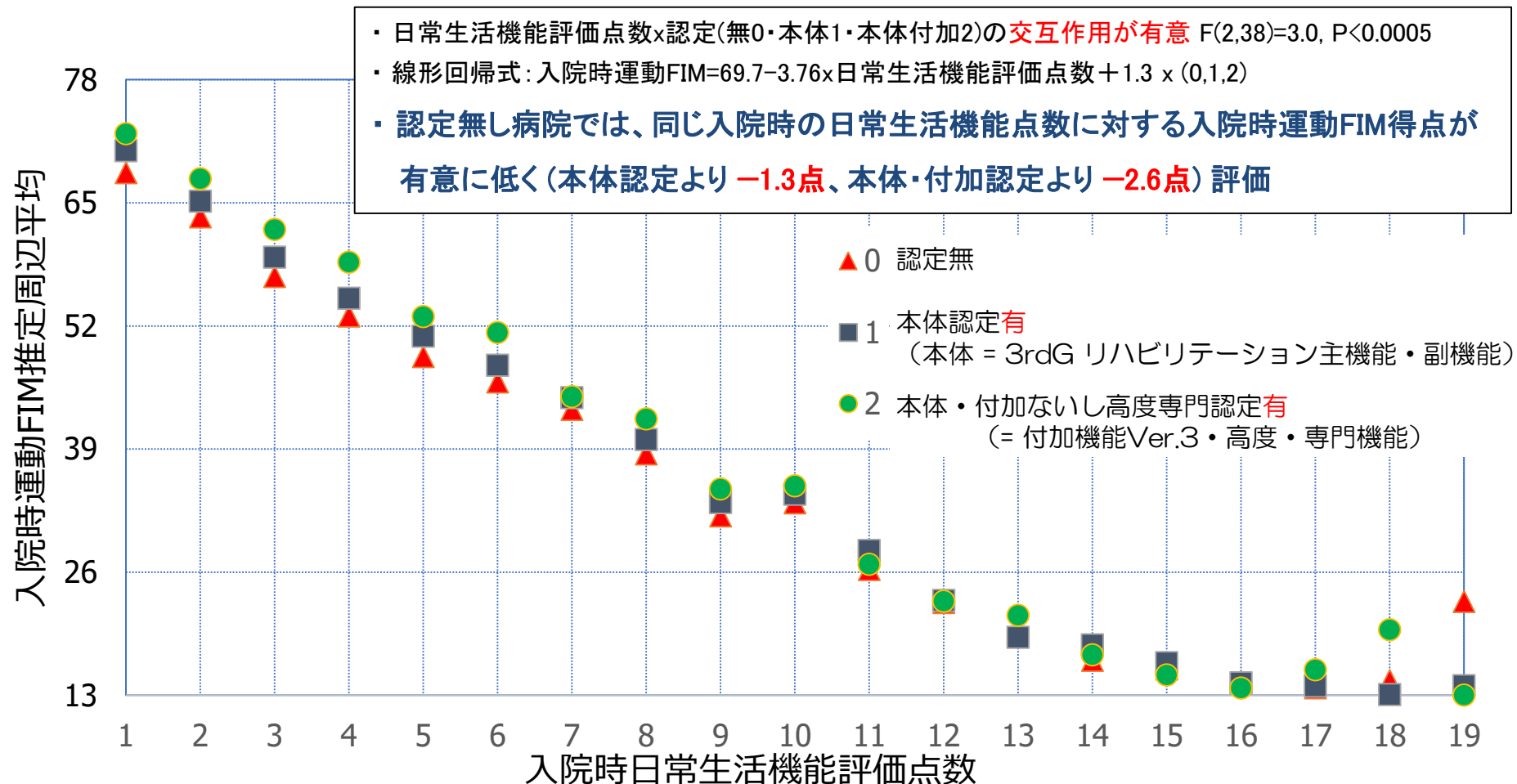
一般社団法人
回復期リハビリテーション病棟協会より提供

本体リハ認定は主機能ないしは副機能で機能種別リハ病院のカテゴリで認定、他種別は本体で他の病院カテゴリで認定、付加機能は2019年度より高度・専門機能と改称

2020年度回り八協会実態調査より改変

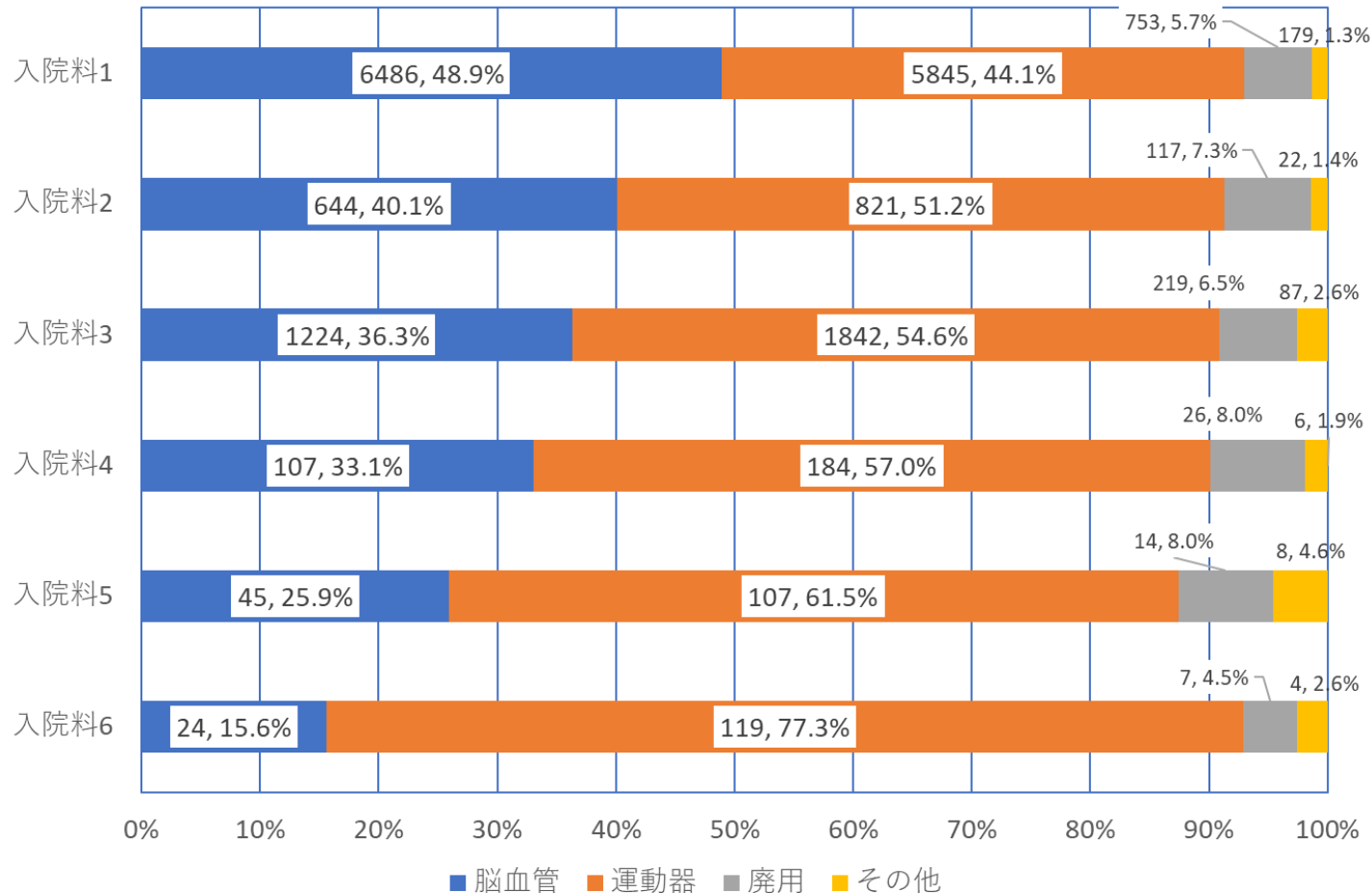
第三者評価

- 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。



入院料別の原因疾患について

- 各入院料毎の患者の原因疾患は以下のとおりであった。
- 入院料1では脳血管系疾患が最も多く、入院料6では運動器系疾患が最も多かった。

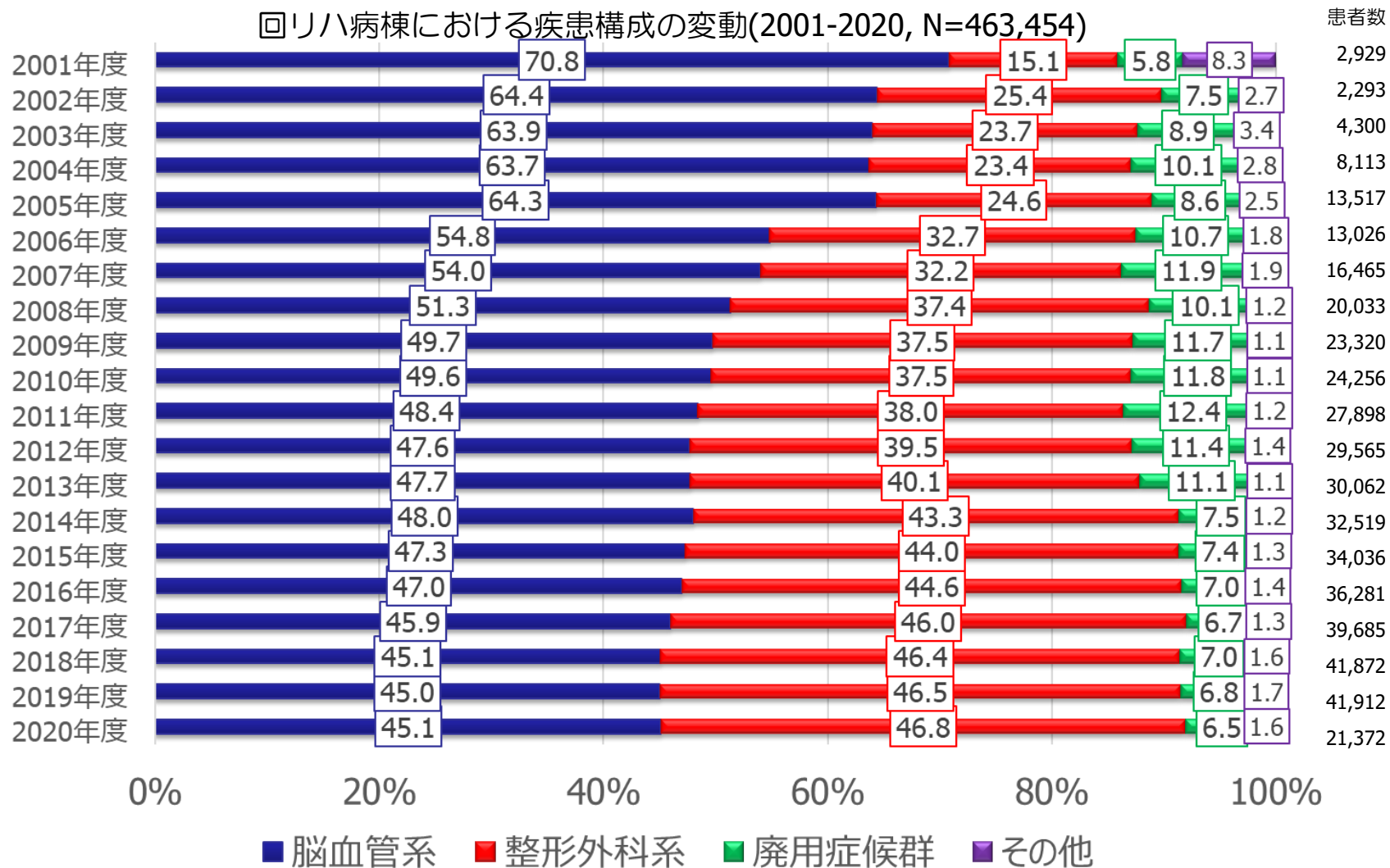


脳血管：「脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態」
 運動器：「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態」、「股関節又は膝関節の置換術後の状態」
 廃用：「外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態」
 その他：「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態」

原因疾患の年次推移

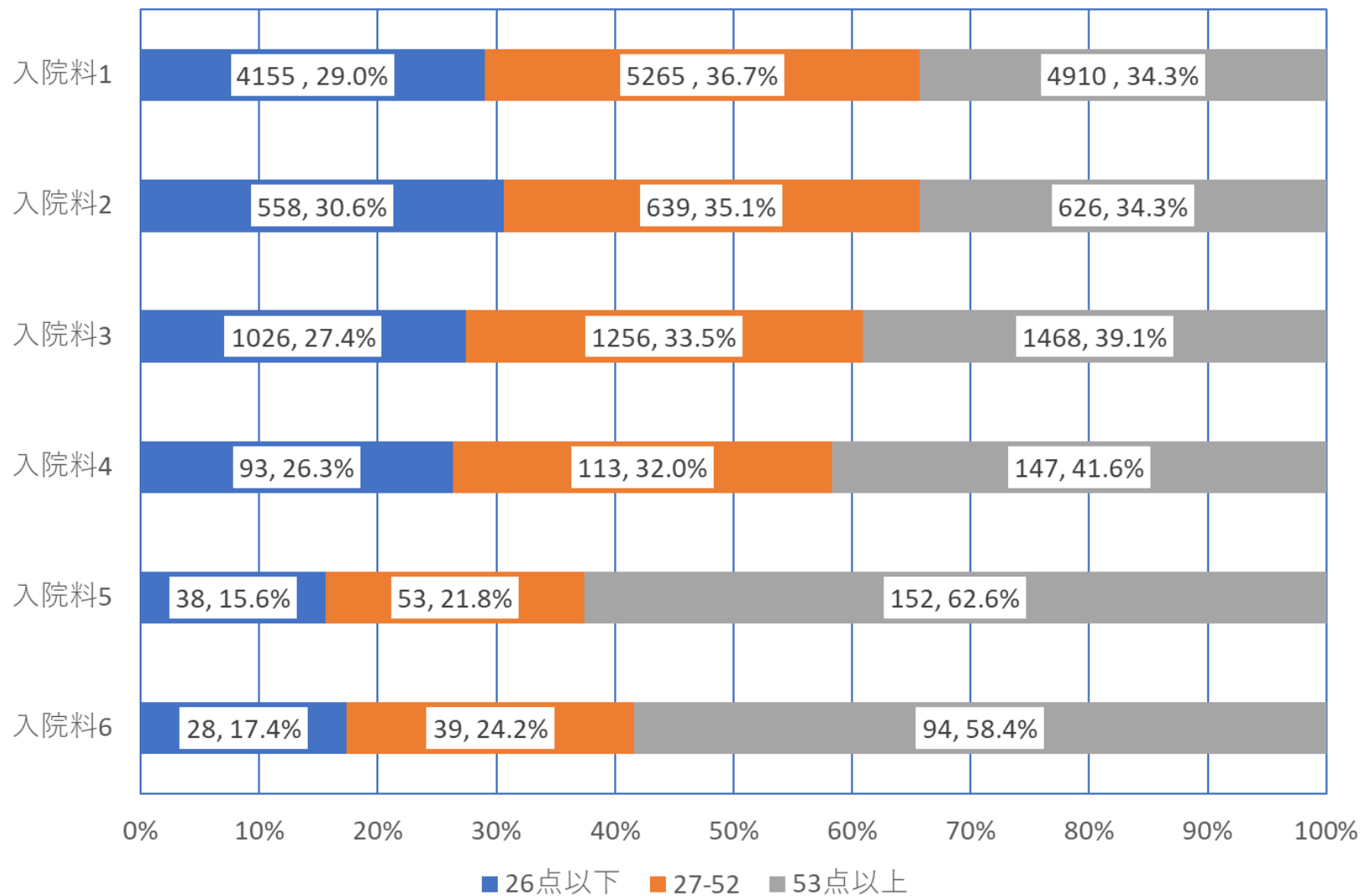
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 回復期リハビリテーション病棟における入院患者の疾患・状態の割合の年次推移は以下のとおりであり、経年的に脳血管疾患の割合が低下し整形外科疾患の割合が増加している。



入院料別の重症度（入院時運動FIM）について

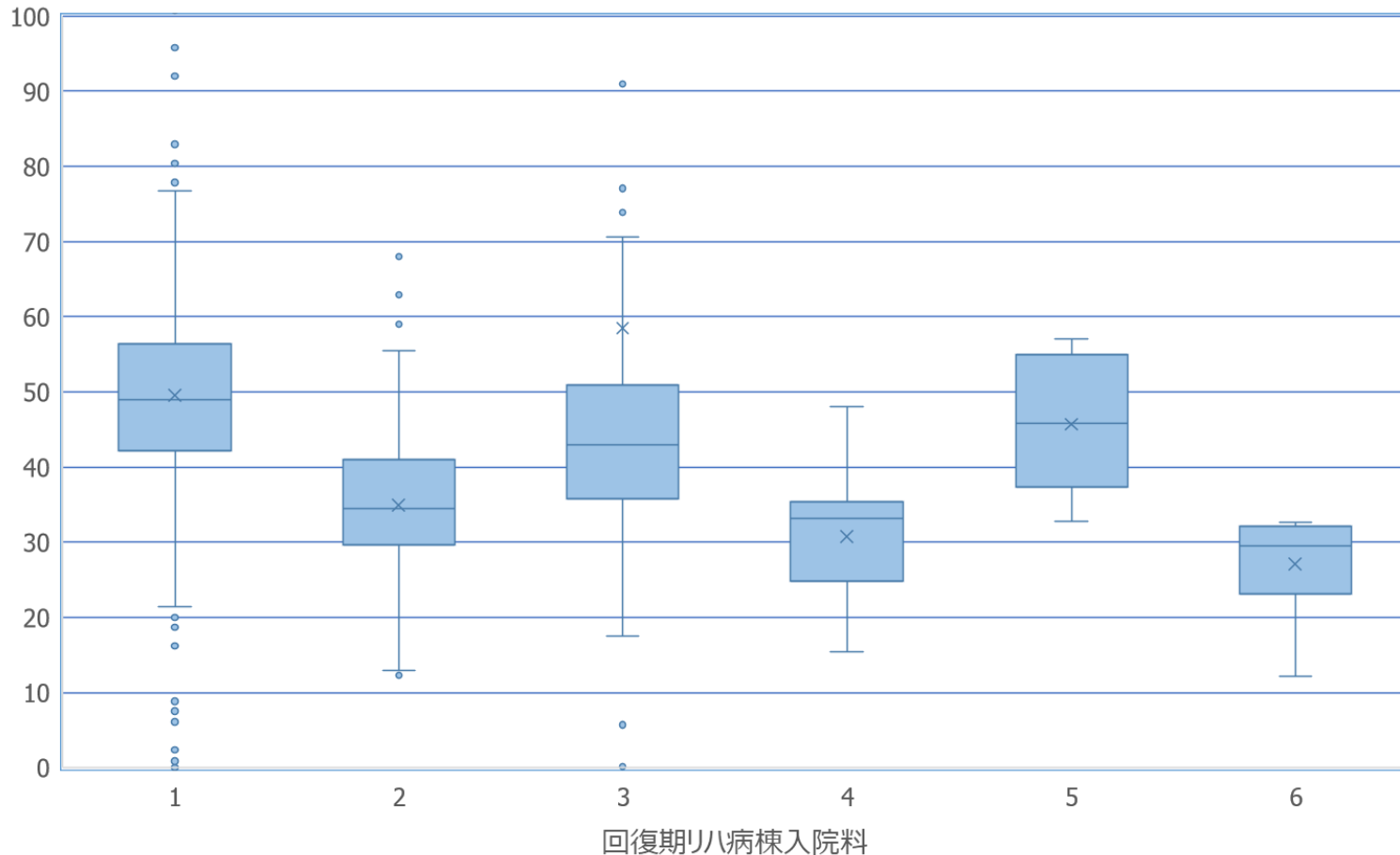
○ 入院料別の入院時運動FIMは以下のとおりであり、入院料1～4と5・6を比較すると、5・6のほうが入院時運動FIMは高い傾向であった。



入院料毎の実績指数の分布

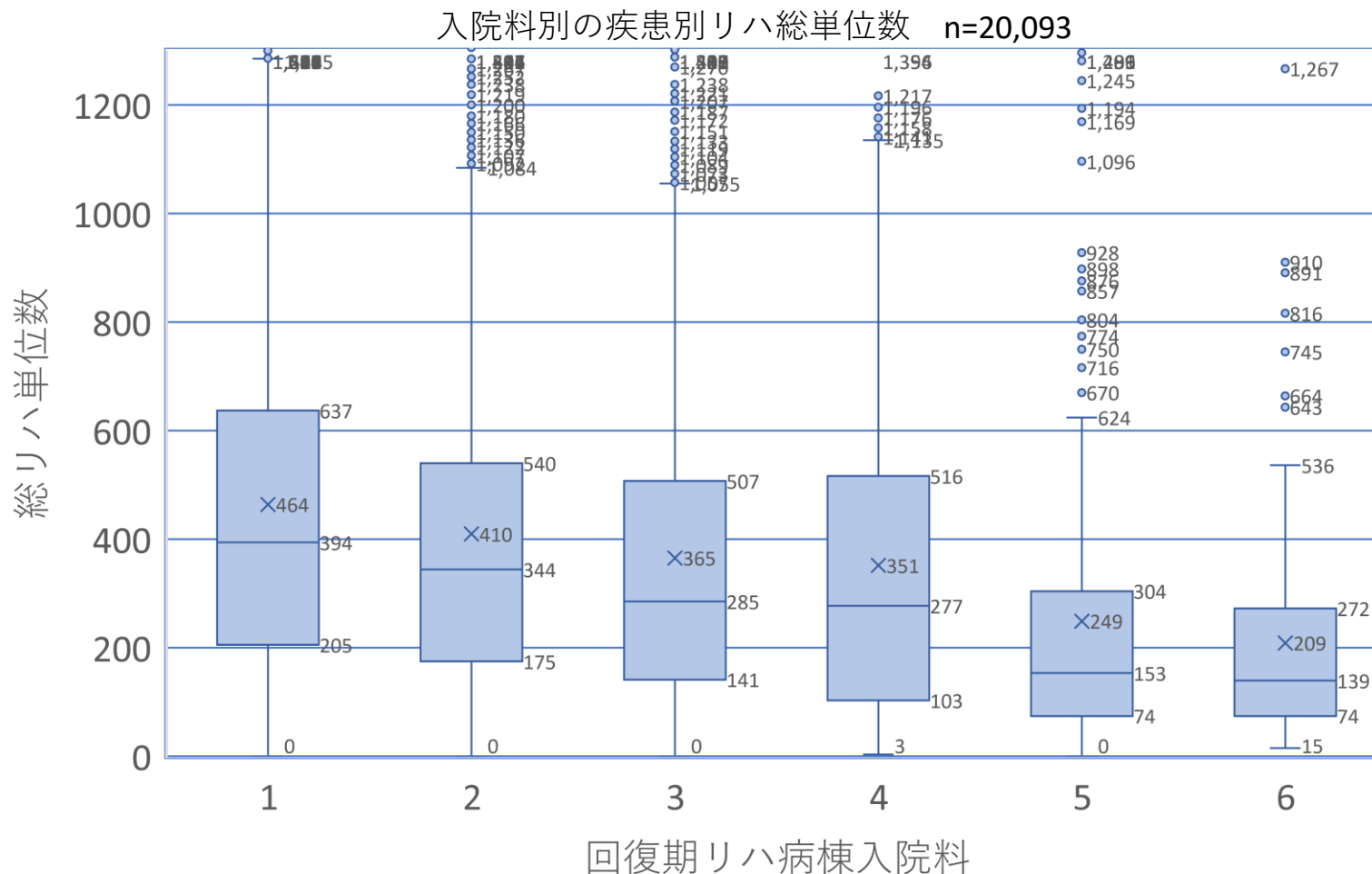
○ 入院料毎の実績指数の分布は以下のとおりであり、入院料1から入院料6にかけて低下傾向であった。また、平均値について、入院料1と2を比較すると入院料2が、入院料3と4を比較すると入院料4が、入院料5と6を比較すると入院料6が低かった。

入院料別の実績指数（1カ月に退院10例以上の995病棟）



入院料毎の疾患別リハビリテーション総単位数

○ 入院料毎の疾患別リハビリテーションの、入院中の総単位数の分布は以下のとおりであり、入院料1から入院料6にかけて低下していく傾向であった。

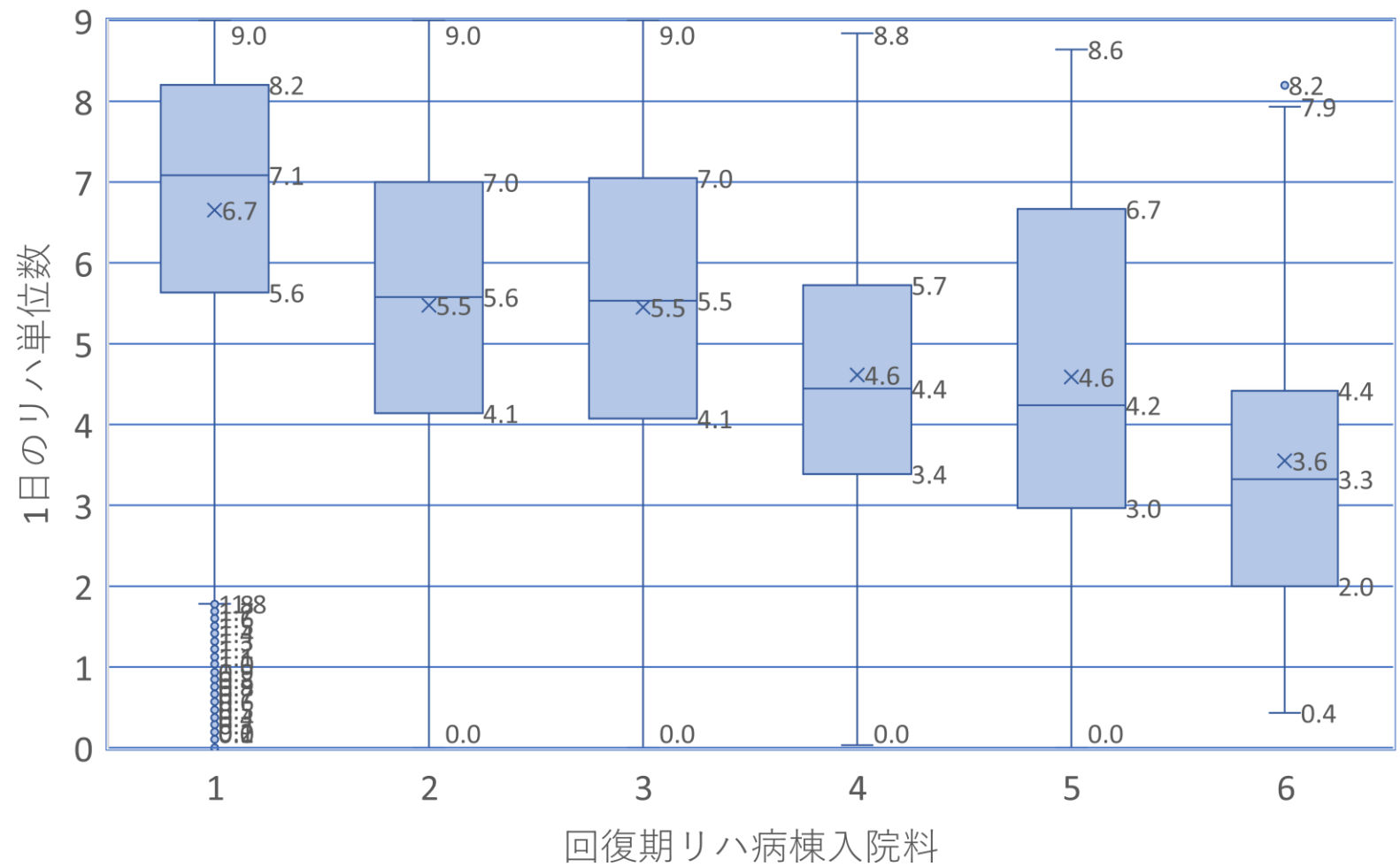


入院料毎の疾患別リハビリテーション単位数（1日当たり）

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 入院料毎の1日当たりの疾患別リハビリテーションの単位数の分布は以下のとおりであり、入院料1から6にかけて低下していく傾向であった。

入院料別の1日当たりの疾患別リハ単位数 n=19,430

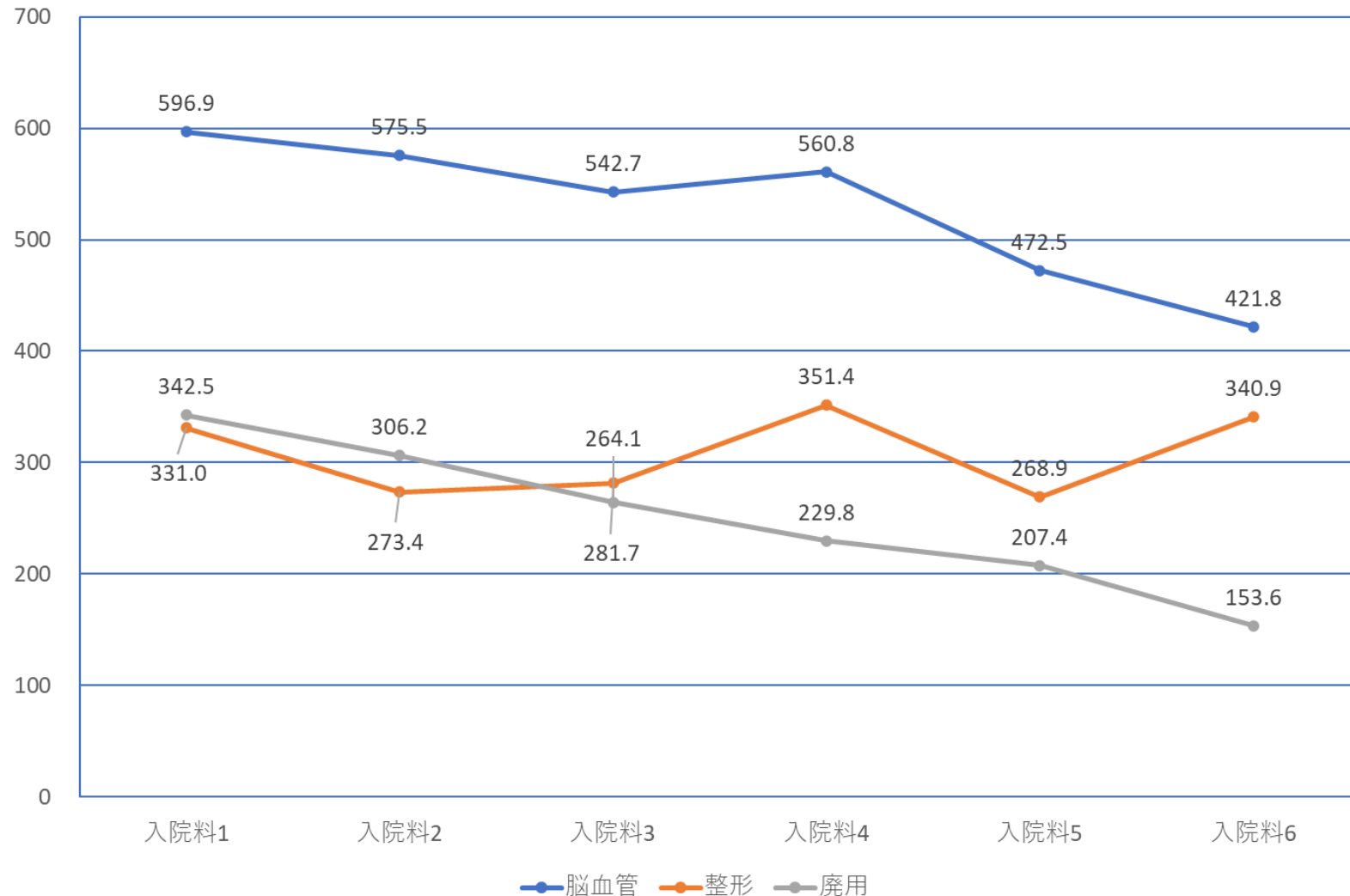


患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション総単位数

○ 患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション総単位数は以下のとおりであり、脳血管疾患及び廃用症候群については、総単位数が入院料1から入院料6にかけて低下する傾向であった。一方、整形については各入院料でばらついてきた。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

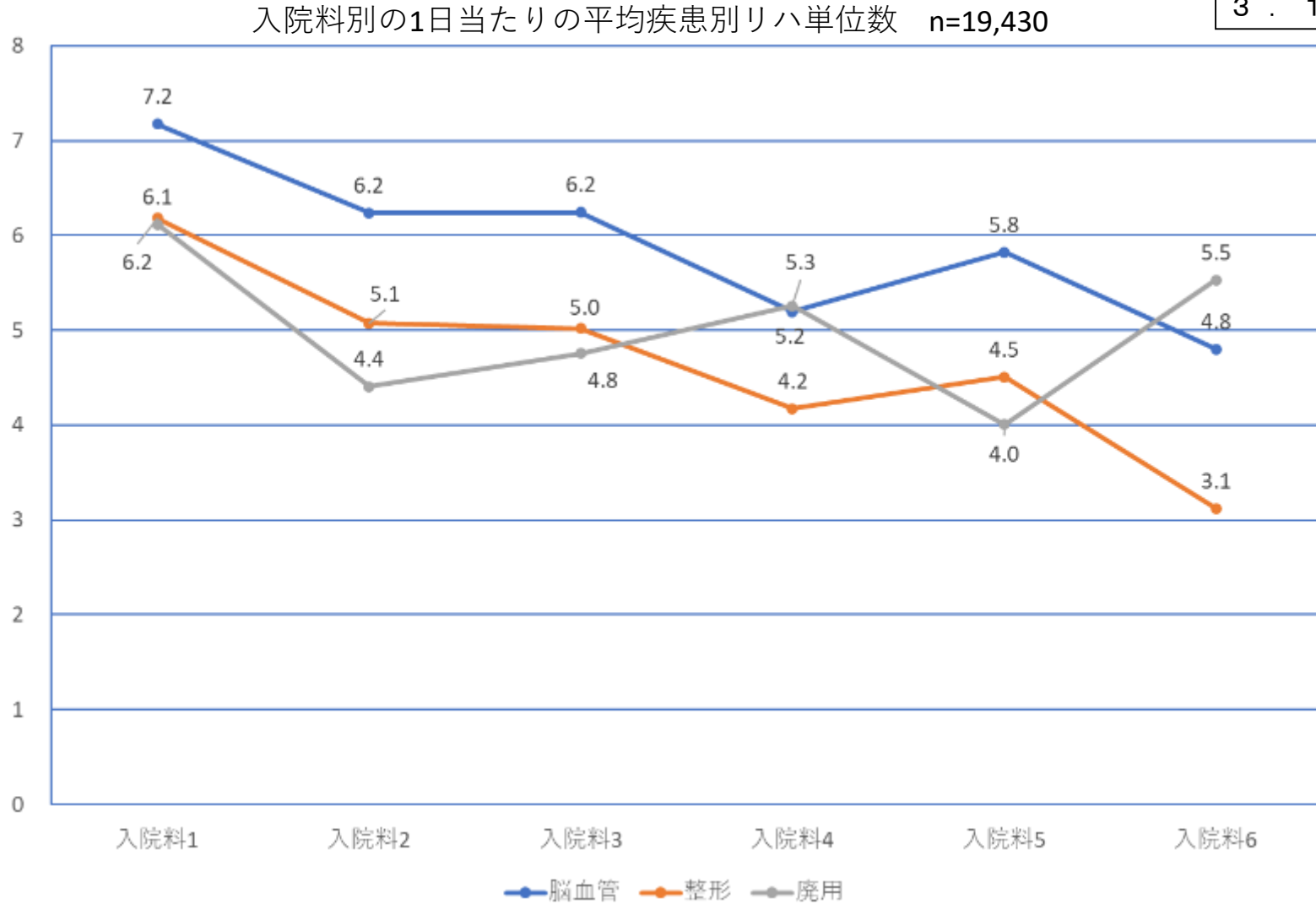
入院料別の平均疾患別リハ総単位数 n=20,093



患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション単位数（1日当たり）

○ 患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション単位数(1日当たり)は以下のとおりであり、脳血管疾患及び整形疾患については単位数が入院料1から6にかけて低下する傾向であった。

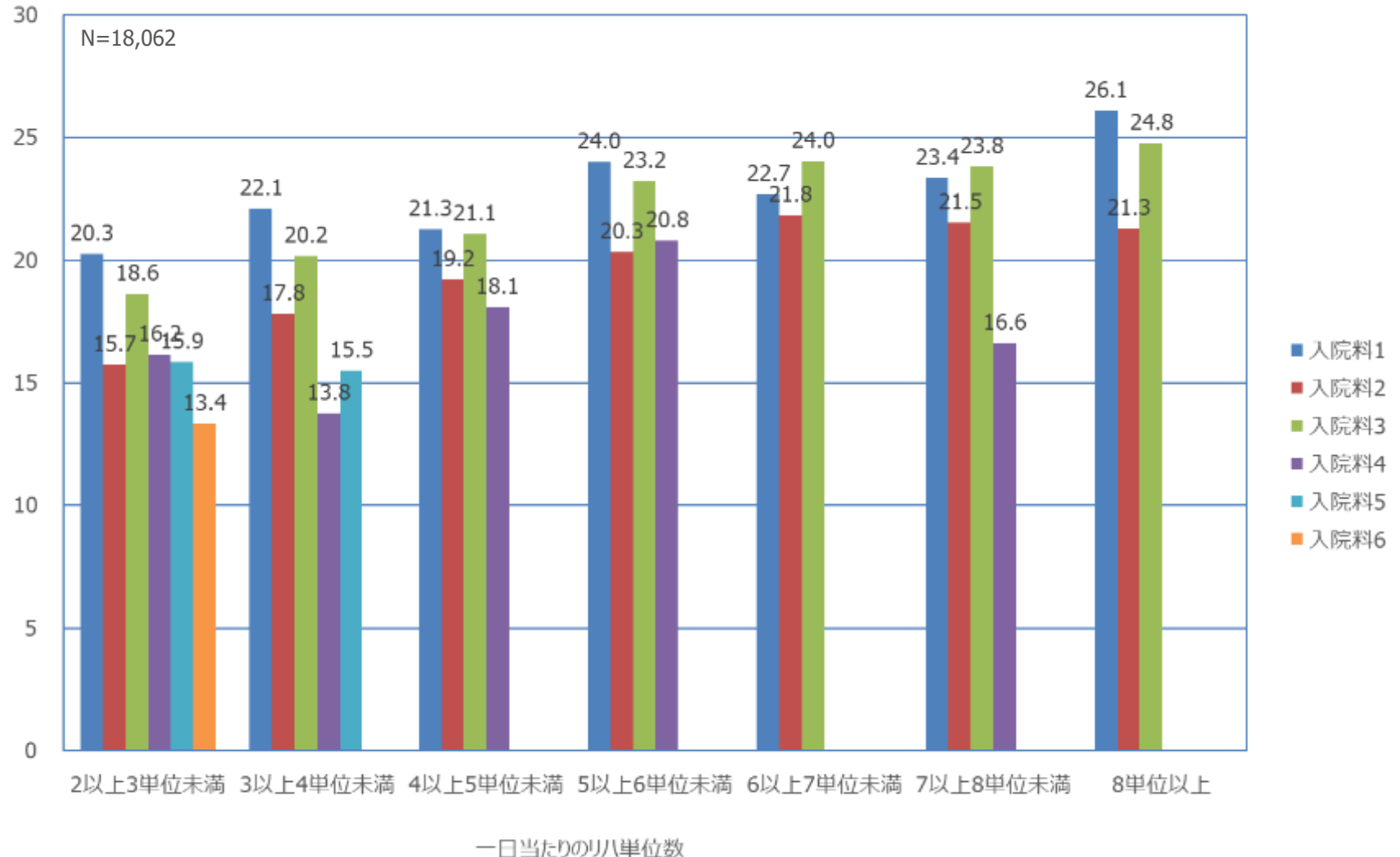
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7



1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者におけるFIMの変化について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

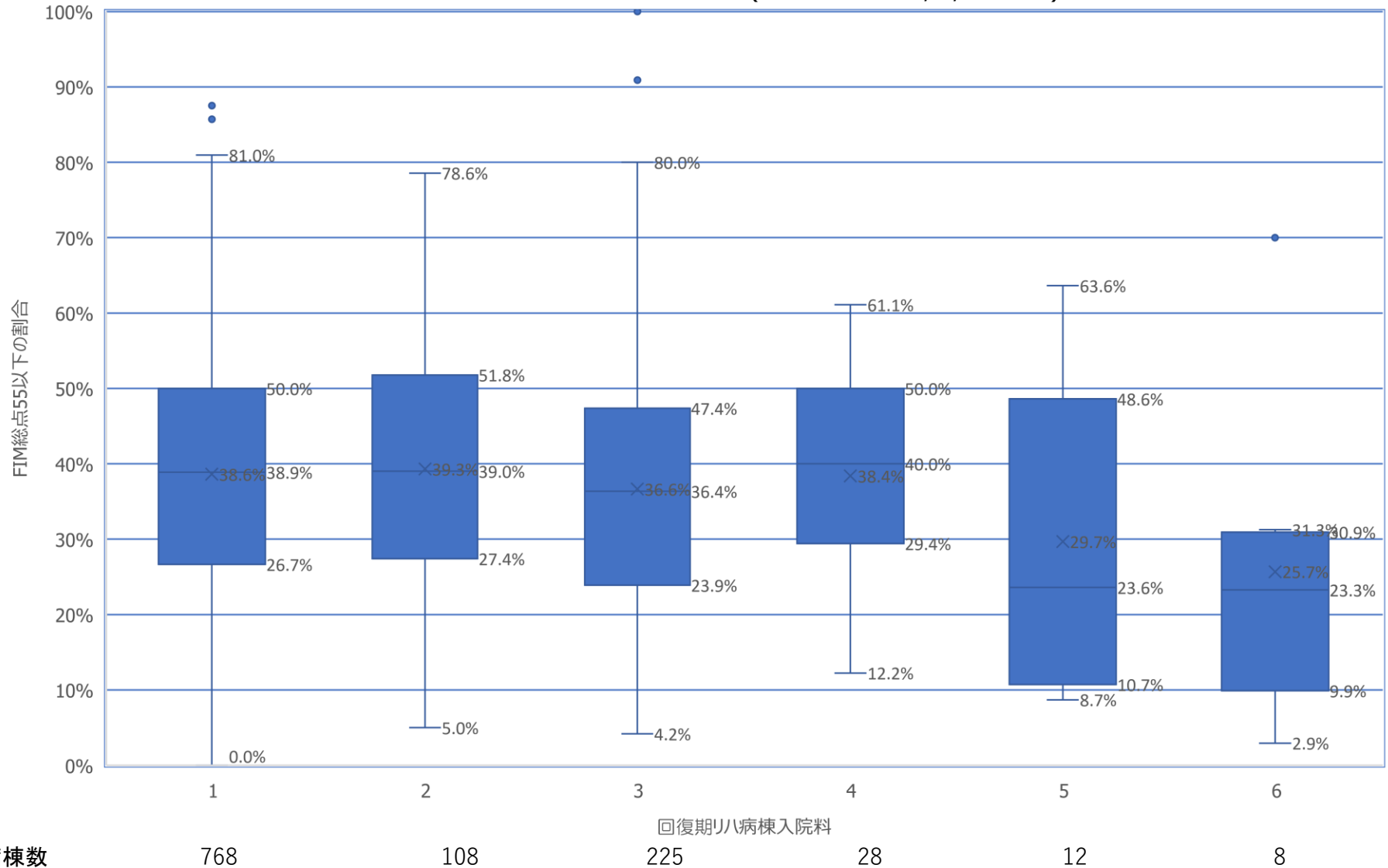
○ 1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料毎に運動FIMの変化(退棟時運動FIM-入院時運動FIM)について分析した。例として1日2単位以上3単位未満のリハビリテーションが提供されている患者についてみると、入院料1が最も変化が大きく、入院料6が小さい結果であった。



重症者の割合について

- 入院料毎に、重症者(FIM55点以下の患者)の割合を比較した。
- 入院料1から入院料4では大きな差はない一方、入院料5及び6は割合が低かった。

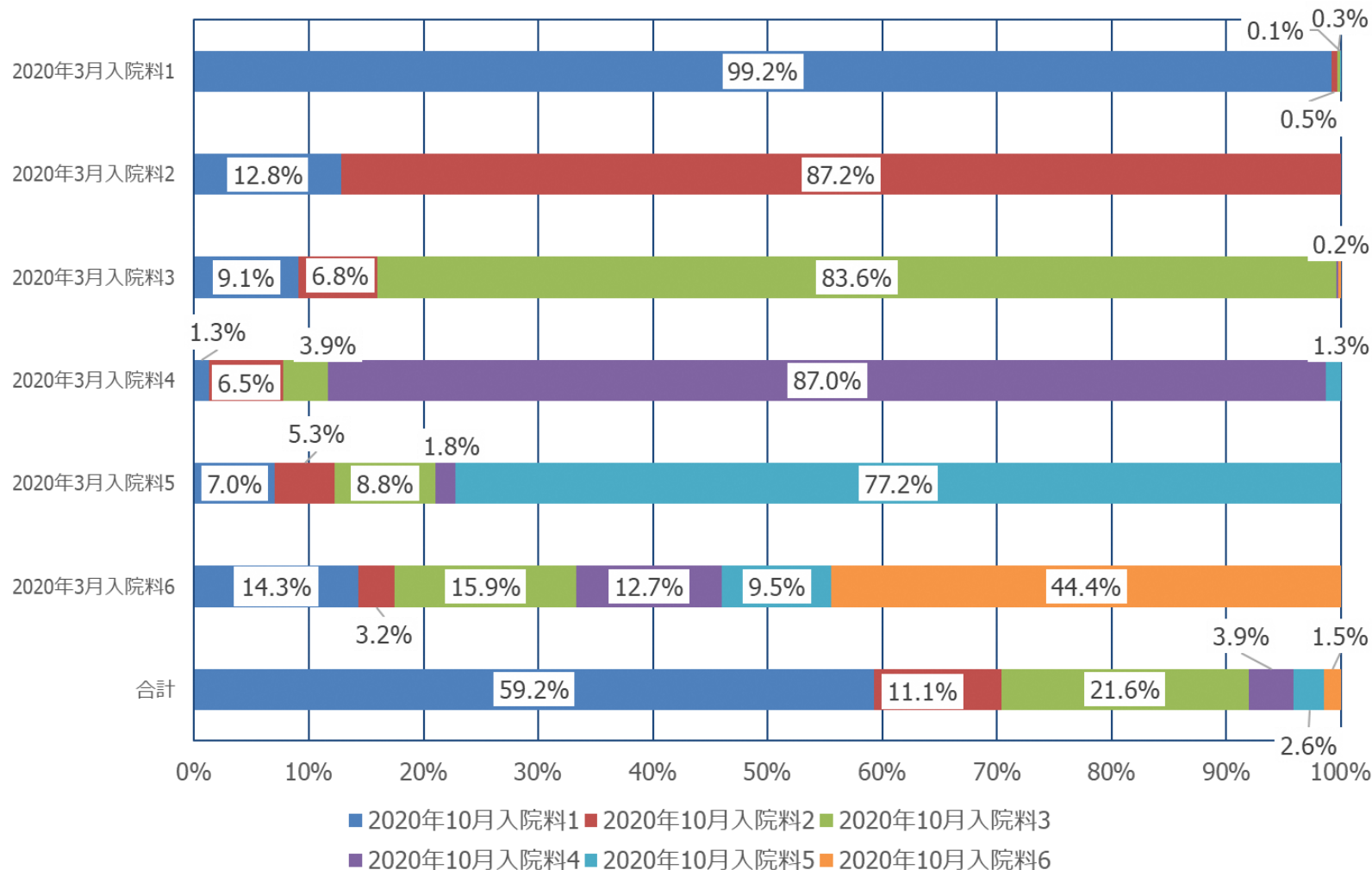
入院料別重症患者割合の分布(入院時FIM総点, 1,149病棟)



入院料の届出についての分析①

- 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棟について、令和2年3月時点の届出入院料毎に、半年後の令和2年10月時点の届出入院料を比較した。
- 入院料1、2、3、4においては、同一の入院料を届け出ている割合が8割を超えていた。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。

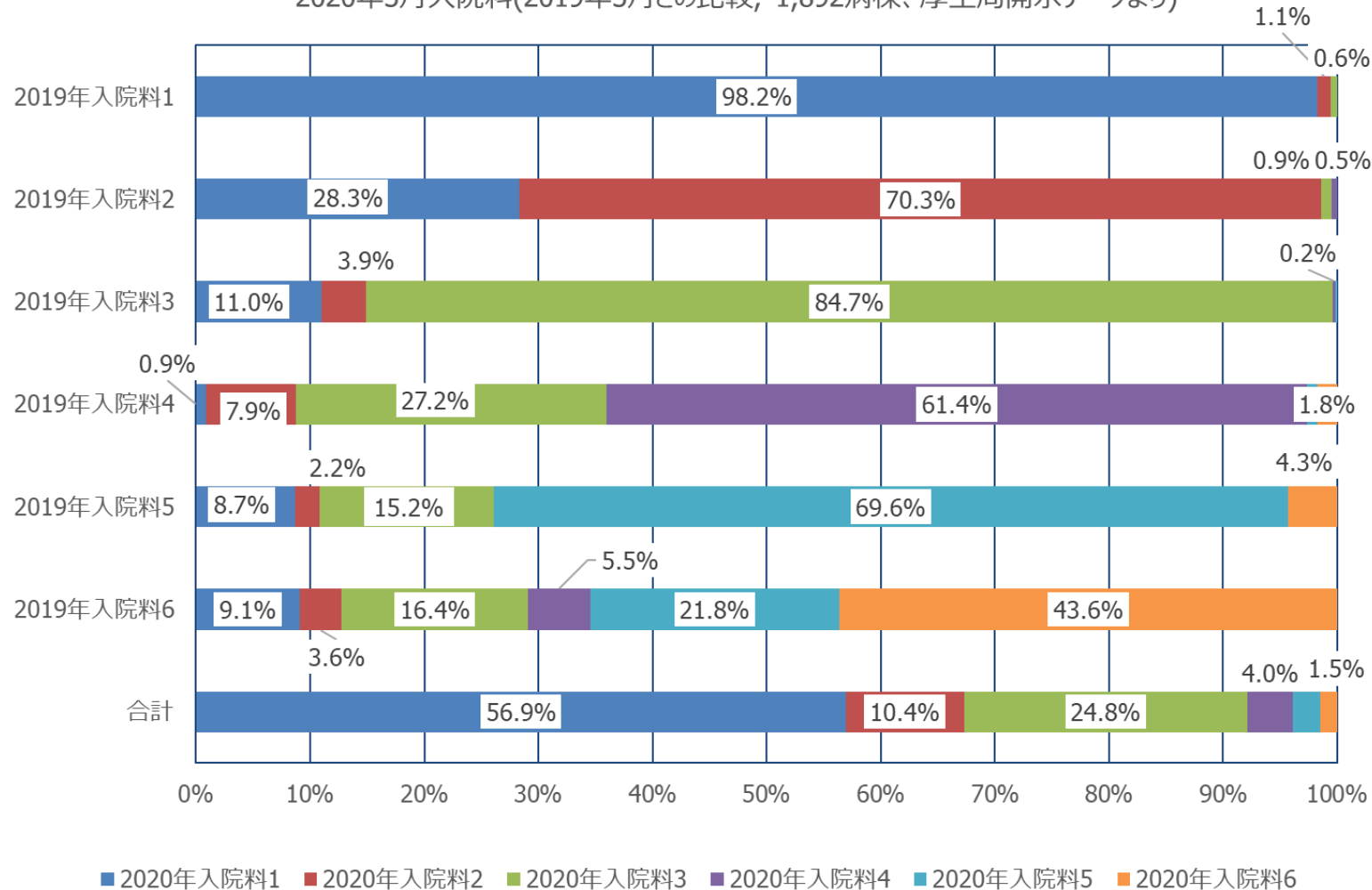
2020年10月入院料(2020年3月との比較, 1,963病棟、厚生局開示データより)



入院料の届出についての分析②

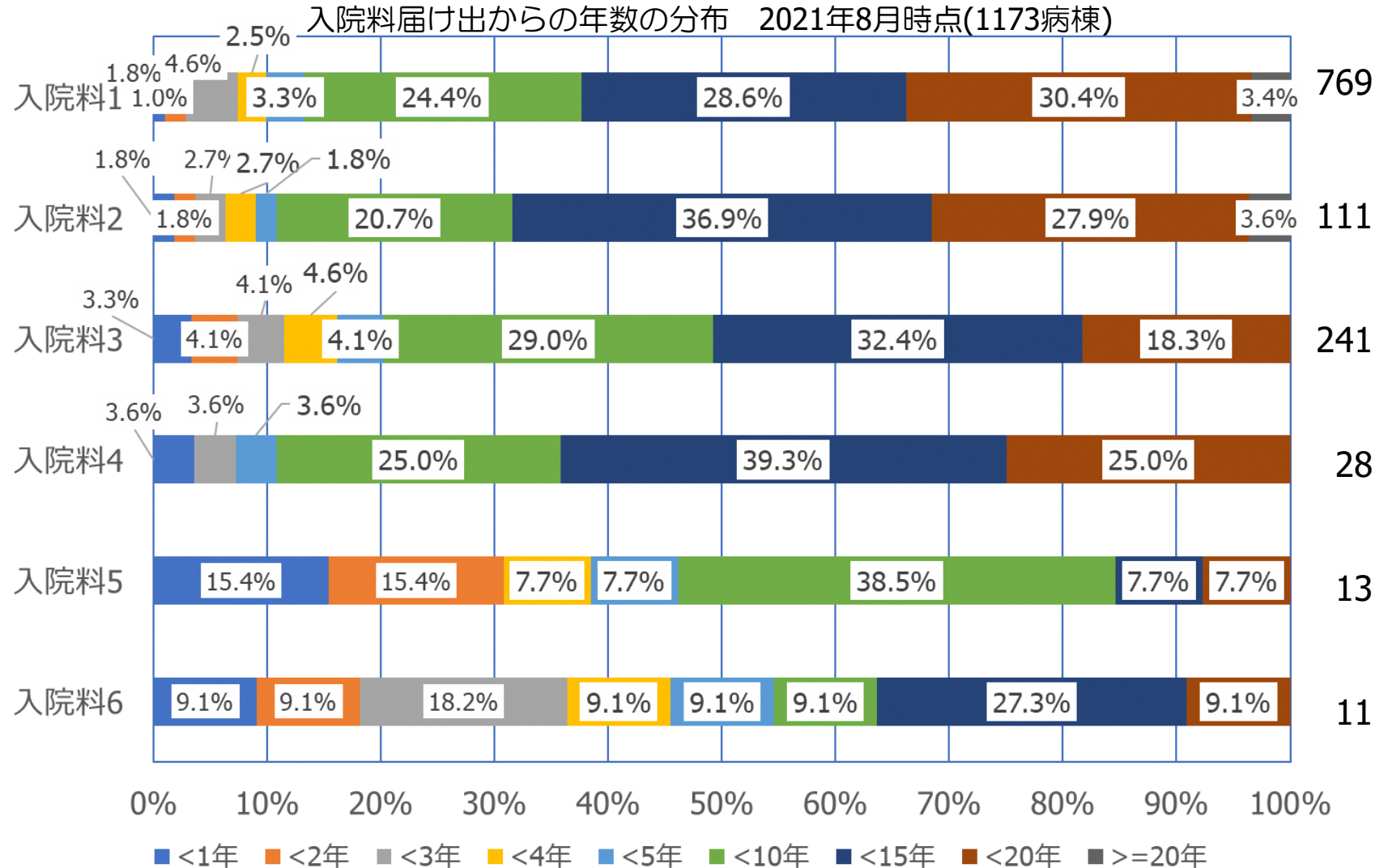
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和元年年3月時点の届出入院料毎に、1年後の令和2年3月時点の届出入院料を比較した。
- 入院料1、2、3では、同一の入院料を届け出ている割合が約8割であった。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。

2020年3月入院料(2019年3月との比較, 1,892病棟、厚生局開示データより)



入院料の届出からの年数の分析

- 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入院料の届出からの年数について、令和3年8月時点の届出入院料毎に比較した。
- 例として届出から10年未満の病棟は、入院料1～4では3～5割であったのに対し、入院料5では約85%、入院料6では約64%であった。



回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直し

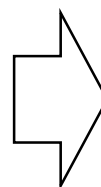
管理栄養士の配置に係る見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を要件とする。
- 入院料2～6について、管理栄養士の配置が望ましいこととする。



現行

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
(新設)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
- (1) また、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。
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
(新設)

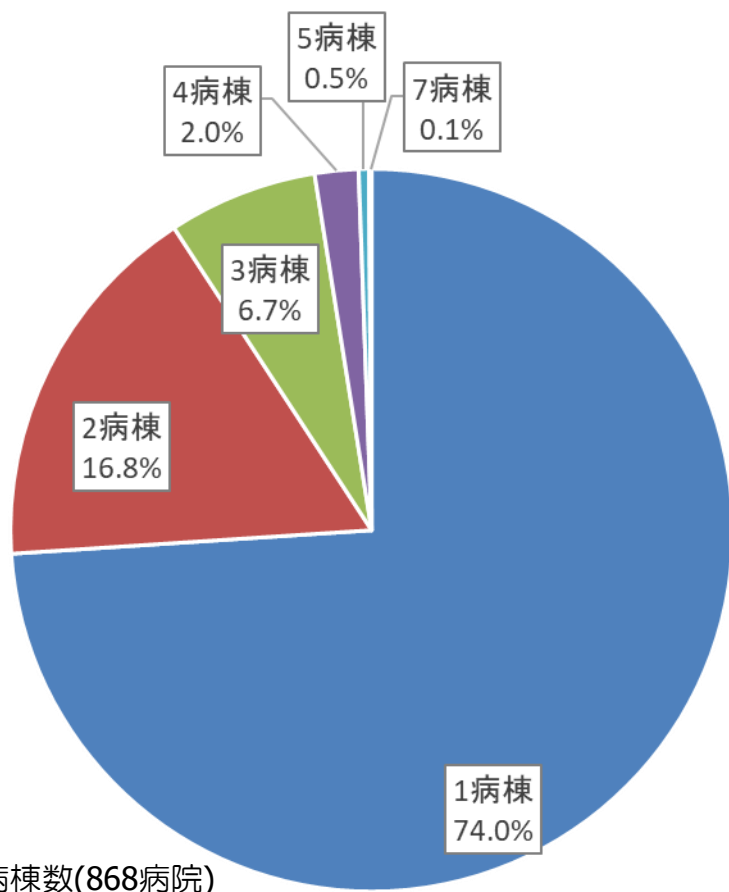


改定後

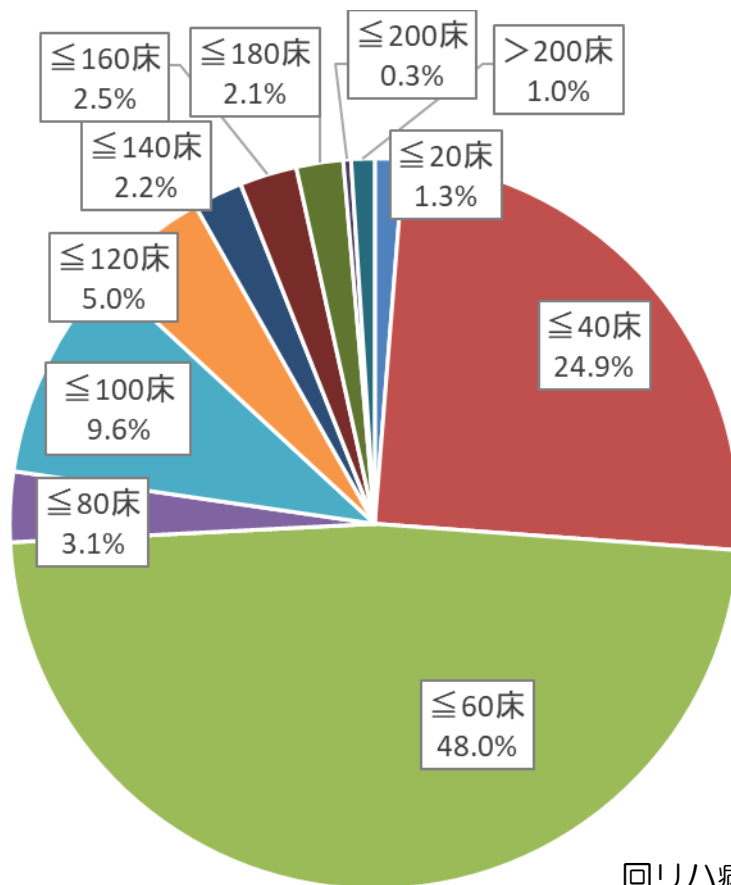
- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
- 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
- (1) 当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

回復期リハビリテーション病棟の病棟数及び病床数の現状

- 1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟数は、1病棟が74.0%、2病棟が16.8%と2病棟以下が90%以上であった。
- 1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟の病床数は、60床以下が48.0%、40床以下が24.9%と高い割合であった。



回り八病棟数(868病院)
平均1.4病棟・中央値1病棟



回り八病床数(868病棟)
平均63.4床・中央値50床

一病院あたりの回り八病棟数および病床数の分布

入院料ごとの管理栄養士の配置状況の変化

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 管理栄養士の配置が努力義務である入院料2、3において、2019年調査と比較して、2020年調査では、管理栄養士を配置している病棟の割合がわずかに増加している。

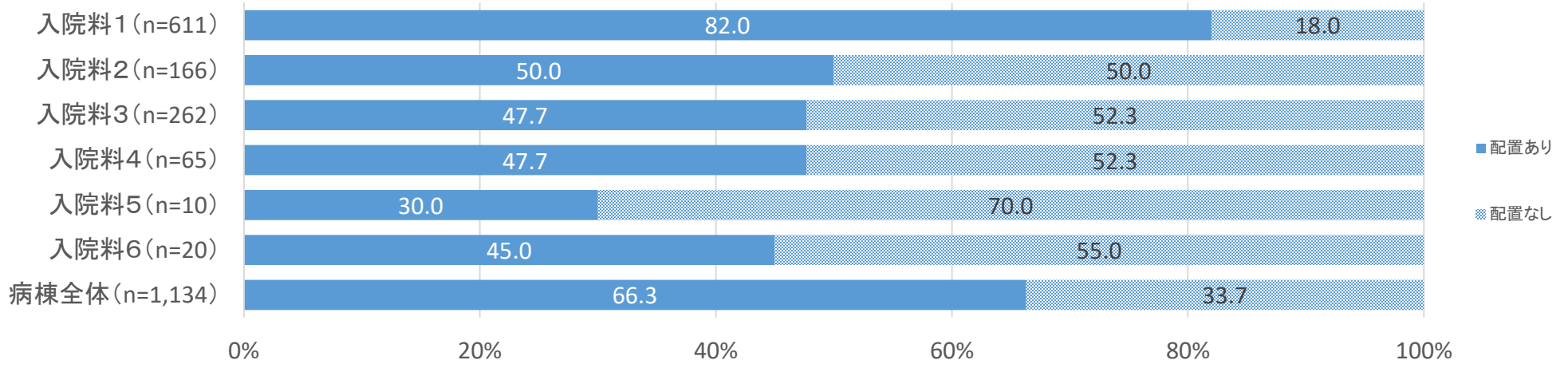


図 回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況(2019年)

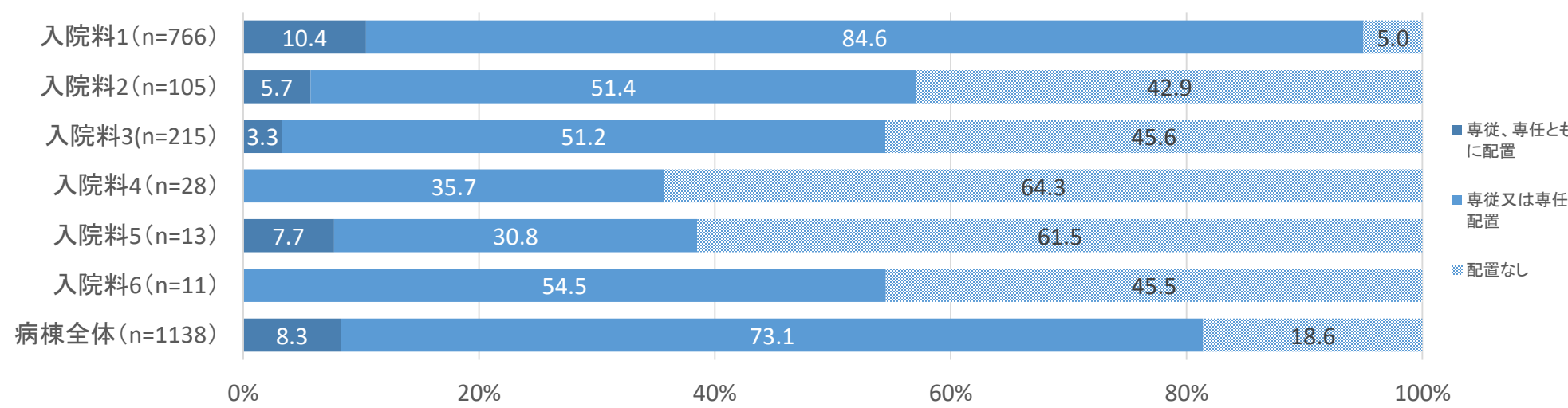


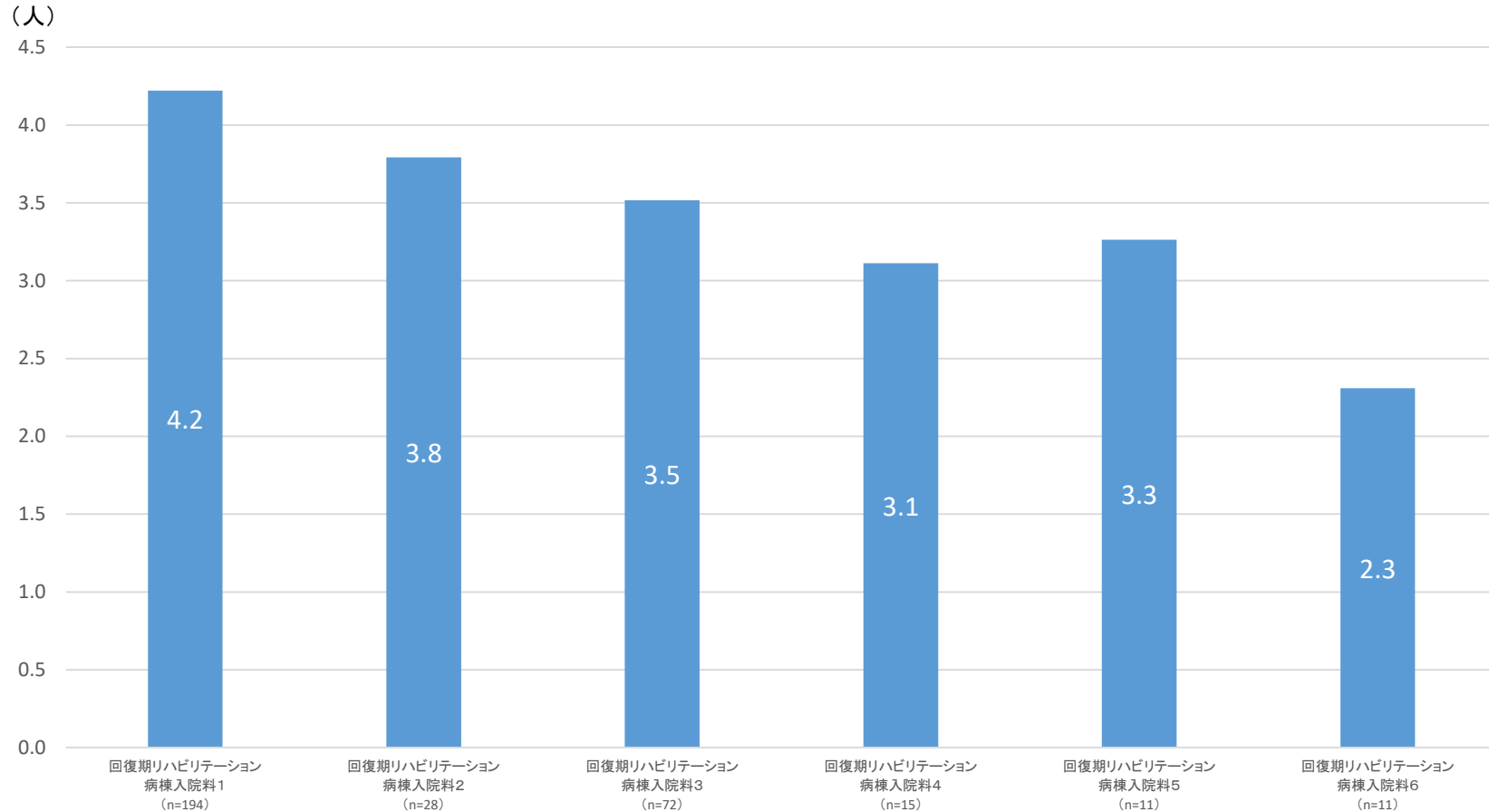
図 回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況(2020年)

出典：2019年、2020年回復期リハビリテーション病棟協会調査報告書より、図は、保険局医療課が作成

管理栄養士の施設の配置（常勤換算）状況

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 入院料によりばらつきが見られるが、入院料1において、常勤換算で4.2名、入院料2～5において、常勤換算で3名以上配置されている。



※常勤換算の算出方法

常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して少数第1位まで（小数第2位を切り上げ）としている。

例：常勤職員の1週間の通常の労働時間が40時間の病院で、病棟にて週4日（各5時間）勤務している場合

$$\text{常勤換算した職員数} = (4 \text{日} \times 5 \text{時間} \times 1 \text{人}) \div 40 \text{時間} = 0.5 \text{人}$$

○ 専従管理栄養士を1名以上配置した回復期リハビリテーション病棟入院料2~6の病棟では、管理栄養士の配置が1名未満の病棟と比較して入院中の体重減少発生リスクが有意に低値であり、かつ独立した説明因子であった。

【対象・方法】

2018年、2019年に全国回復期リハビリテーション病棟協会に所属している回復期リハビリテーション病棟を有している病院に対して実態調査を実施。

回復期リハビリテーション病棟入院料2~6を算定している病棟において、管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟と1名未満の病棟ごとに集計し、解析。

Table 2. Characteristics of the 14,093 underweight and normal weight patients admitted to class 2-6 KRWs.

Factor	All	KRWs with Exclusively Staffed RDs *	KRWs without Exclusively Staffed RDs	p Value
Number	14,093	1392 (9.9)	12,701 (90.1)	
Age, median (IQR)	82 (74-78)	82 (74-88)	82 (74-87)	0.428 ¹
Female, n (%)	8511 (60.4)	852 (61.2)	7659 (60.3)	0.512 ²
Disease, n (%)				0.040 ²
Stroke	4946 (35.1)	475 (34.1)	4471 (35.2)	
Other neurological diseases/injuries	957 (6.8)	88 (6.3)	869 (6.8)	
Orthopaedic diseases/injuries	7067 (50.1)	691 (49.6)	6376 (50.2)	
Hospital-associated deconditioning	1123 (8.0)	138 (10.0)	985 (7.8)	
FIM at admission, median (IQR)	64 (42-85)	62 (41-83)	64 (42-85)	0.020 ¹
Weight loss, n (%)	2607 (18.5)	224 (16.1)	2383 (18.8)	0.015 ²

¹ Mann-Whitney U-test, ² Chi-square test; IQR, interquartile range; FIM, Functional Independence Measure; KRWs, Kaifuku Rehabilitation Wards; RD, registered dietitian. * RDs who worked at the ward but did not complete other tasks

管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟は、1名未満の病棟と比較して、体重減少発生リスクが有意に低値である。

Table 4. Binary logistic regression analysis of weight loss * in the KRWs where nutrition care was not provided (classes 2-6).

Factor	OR	95%CI		p Value
		Lower	Upper	
Age	1.016	1.011	1.021	<0.001
Sex, male	0.650	0.577	0.731	<0.001
Disease				
Stroke	Reference			
Other neurological diseases/injuries	0.745	0.603	0.915	0.005
Orthopaedic diseases/injuries	0.785	0.700	0.881	<0.001
Hospital-associated deconditioning	0.823	0.683	0.987	0.036
Days between onset and admission	0.995	0.991	0.998	0.001
FIM at admission	0.983	0.981	0.985	<0.001
Body weight at admission	1.056	1.048	1.064	<0.001
Number of nurses	1.000	0.991	1.010	0.886
Daily rehabilitation dose (min/d)	0.998	0.996	0.999	<0.001
Exclusively staffed registered dietitian (≥1 per ward)	0.810	0.683	0.955	0.012

OR, odds ratio; CI, confidence interval; FIM, Functional Independence Measure. * defined as ≥5% loss during the KRW stay. R² = 0.051.

管理栄養士が1名以上専従配置されていることが、性別、FIM、リハビリテーション実施時間等とは独立した体重減少発生リスクの説明因子である。

管理栄養士の配置別のリハビリ計画書における栄養項目の記載状況

- 入院料1においては、管理栄養士が配置されている場合、リハビリ計画書の栄養項目の記載がされている。
- 入院料2～6は、管理栄養士が配置されている場合、リハビリ計画書の栄養項目の記載することが望ましいとされており、管理栄養士が配置されている場合、記載されている割合が高い。

入院料	管理栄養士の配置	リハビリ計画書の栄養項目記載について		
		患者全員に記載	一部の患者のみ記載	記載していない
回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=219)	あり	97.7%	1.4%	0.9%
	なし	75.0%	25.0%	0.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=21)	あり	40.0%	40.0%	20.0%
	なし	31.3%	6.3%	62.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=58)	あり	63.6%	4.5%	31.8%
	なし	41.7%	8.3%	50.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=9)	あり	66.7%	0.0%	33.3%
	なし	66.7%	0.0%	33.3%
回復期リハビリテーション病棟入院料5 (n=6)	あり	100.0%	0.0%	0.0%
	なし	20.0%	20.0%	60.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料6 (n=6)	あり	50.0%	0.0%	50.0%
	なし	0.0%	0.0%	100.0%

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
 - 3-1 質の高いリハビリテーションの提供について
 - 3-2 リハビリテーションを要する状態について
4. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. 論点

入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（回復期リハビリテーション病棟入院料について）

- 循環器疾患患者への回復期リハビリテーションは今後さらに重要となり、現に回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関で心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が存在していることから、回復期リハビリテーション病棟において、心大血管疾患リハビリテーションが提供される機会を確保することを検討しても良いのではないか。
- 心大血管疾患リハビリテーションは、循環器の医師が必要となるなど、他の疾患別リハビリテーションと比較して施設基準も異なっていることから、広く回復期リハビリテーション病棟において実施しなければならないとされることは実態からみて困難ではないか。

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について(概要)

○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

中医協 総-1-2
3.10.27

項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(II)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上				
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	160m ² 以上※4	要	
	(II)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
	(III)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上			病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(I) ~ (III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上					
	(III)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上					
呼吸器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上					

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

回復期リハビリテーション病棟の入院患者に係る主な要件について

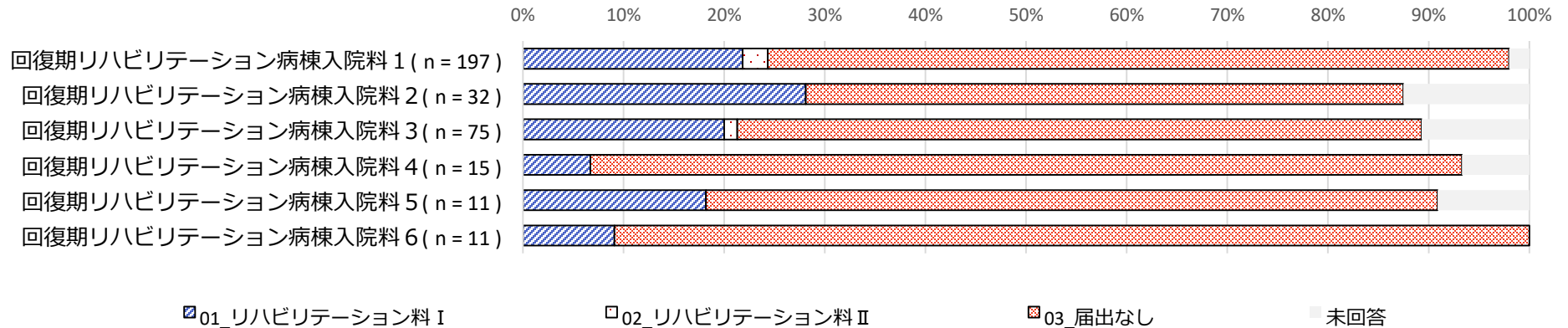
○ 回復期リハビリテーション病棟における、入院患者に係る主な要件として、回復期リハビリテーションを要する状態ごとに、算定上限日数が設けられている。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

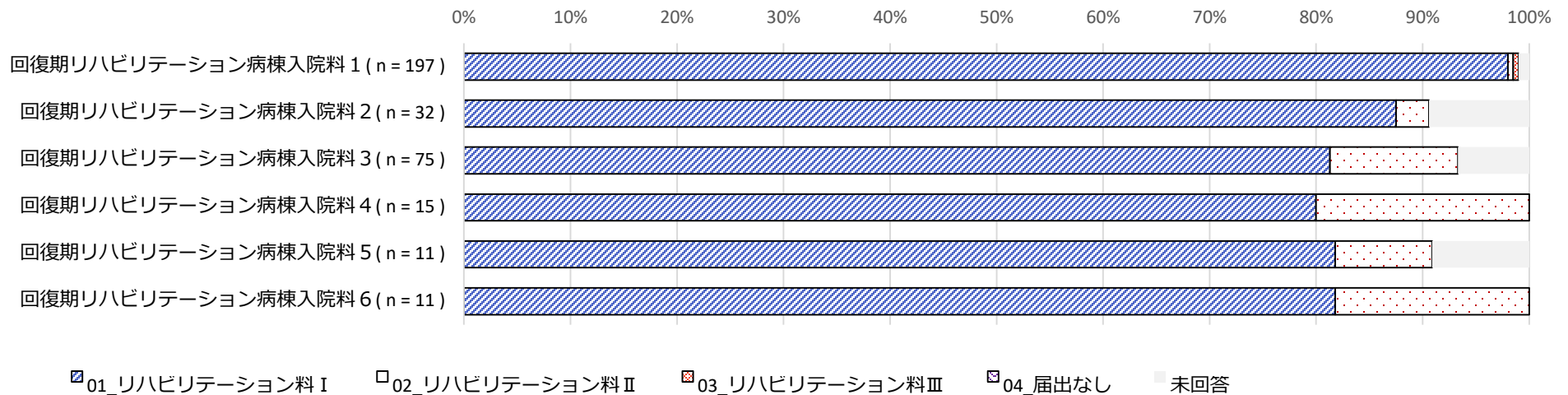
	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
入院患者の要件	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して 150日以内 ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して 180日以内
	2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	3 外科手術後又は肺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

- 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を届け出ている医療機関が一定程度存在した。

心大血管疾患リハビリテーション料



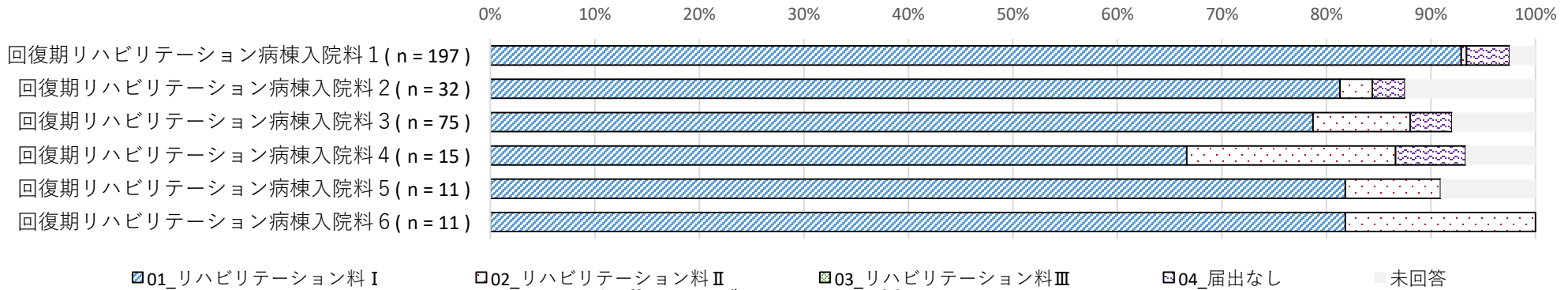
脳血管疾患リハビリテーション料



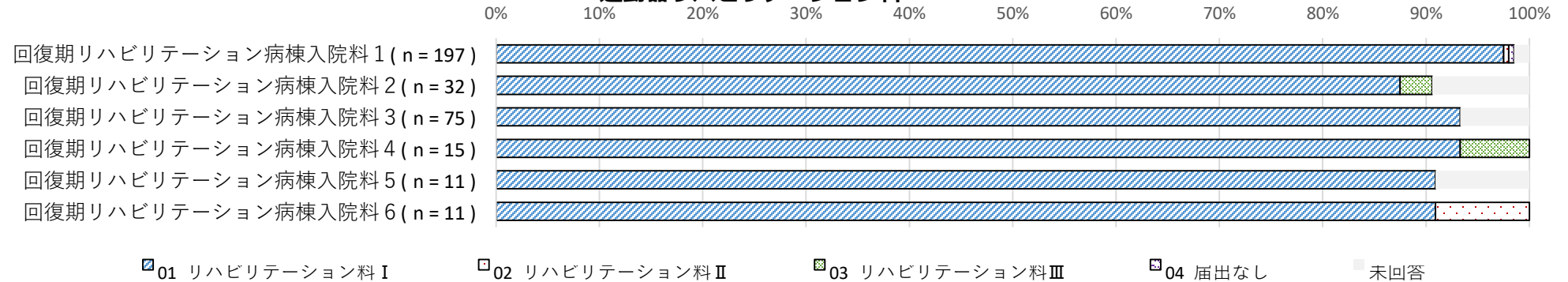
疾患別リハビリテーション料の届出状況②

○ 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。

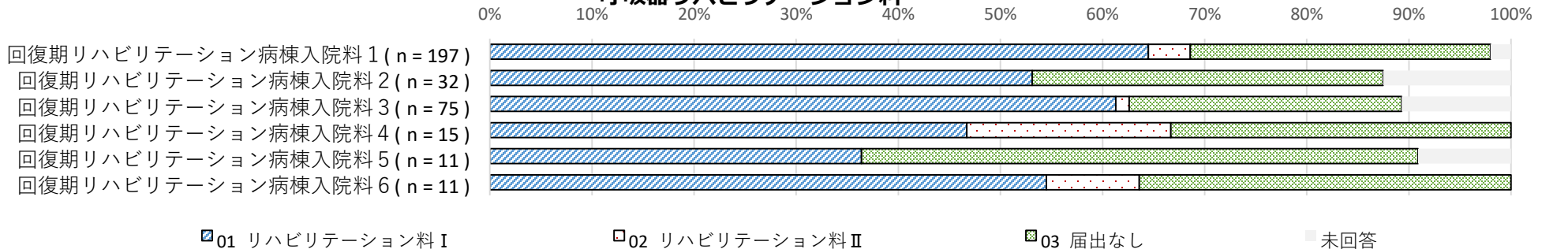
廃用症候群リハビリテーション料



運動器リハビリテーション料



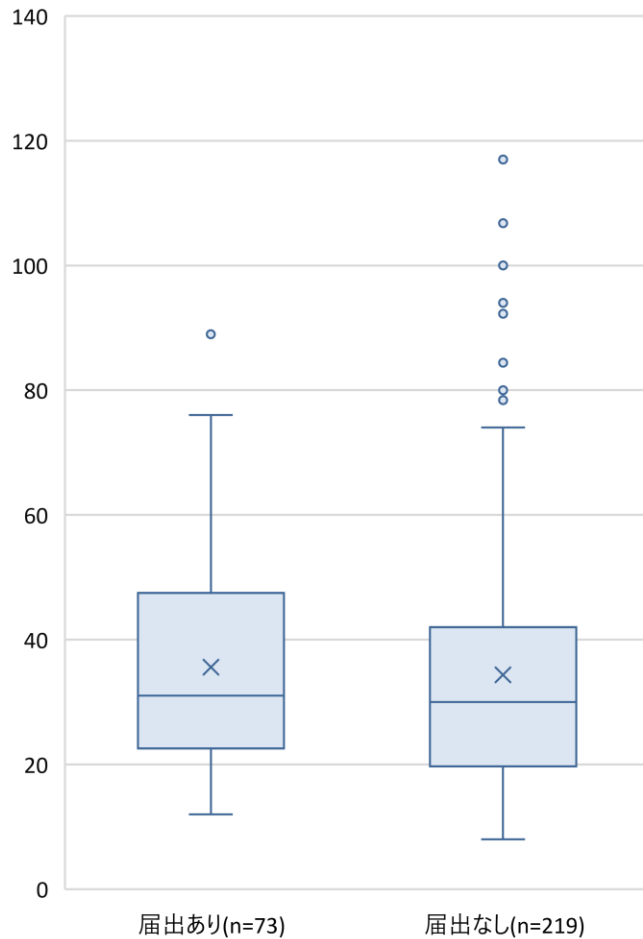
呼吸器リハビリテーション料



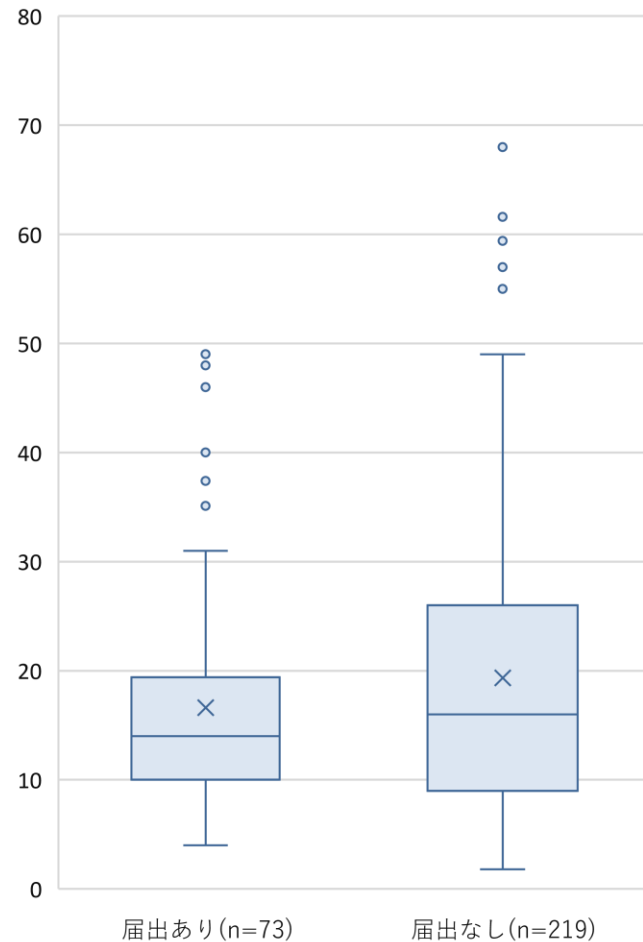
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の職員数について (心大血管リハビリテーション料の届出有無別)

- 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関について、心大血管リハビリテーション料の届出有無で分けた、それぞれの施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の職員数は以下のとおり。
- 届出ありとなしとで、人数の平均値を比較すると、理学療法士の数については大きな差はみられなかった。作業療法士と言語聴覚士の数については届出なしの方が多かった。

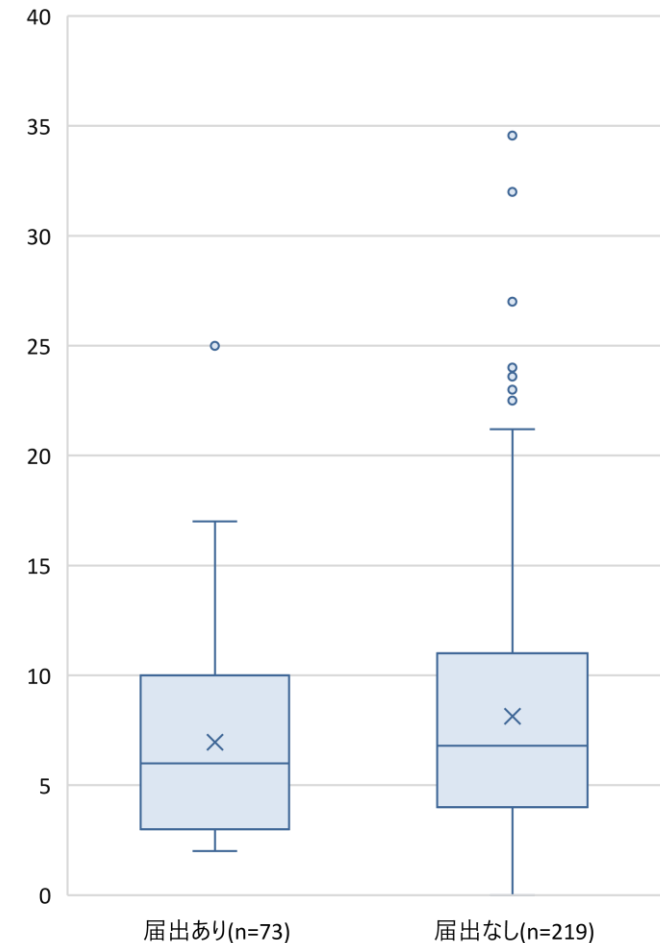
理学療法士（常勤換算）



作業療法士（常勤換算）

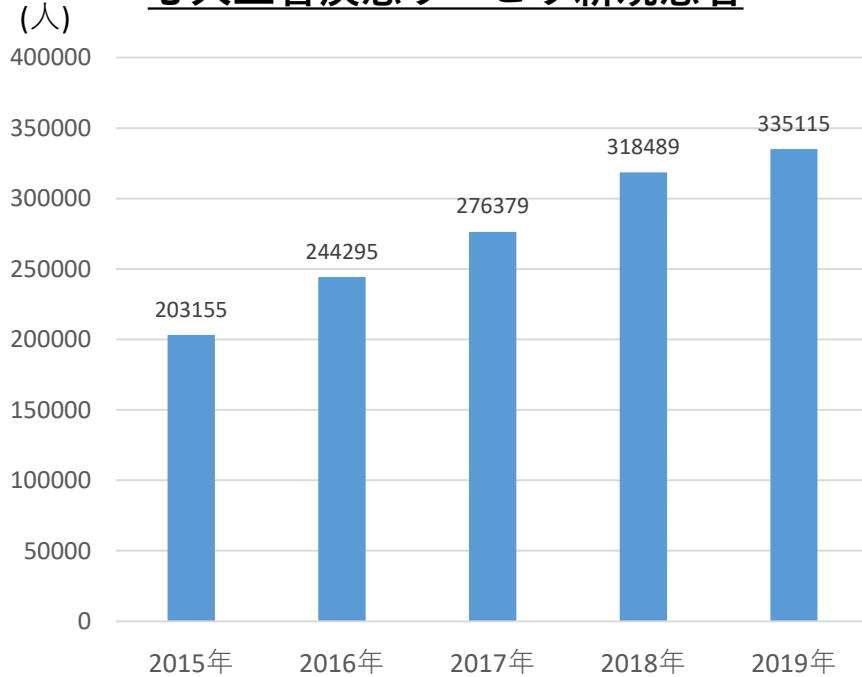


言語聴覚士（常勤換算）



心大血管疾患の患者数、心大血管疾患リハビリテーションの実施数は年々増加している

心大血管疾患リハビリ新規患者



2015～2019年で、各疾患の患者数の増加している。
心大血管疾患リハビリテーション新規患者数は、各疾患の患者数の増加よりも顕著に増加している。

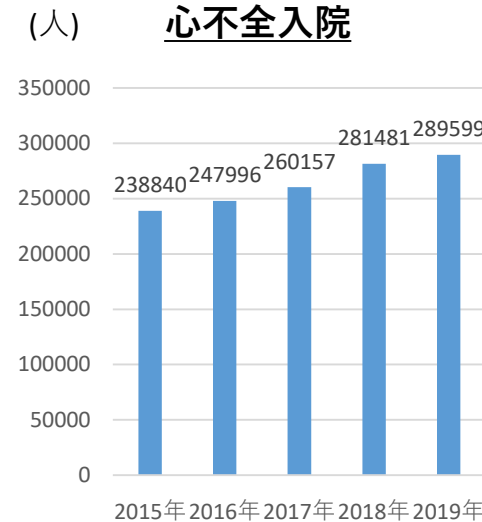
(参考) 心リハの実施すべき日数 (急性期クリニカルパス)

- 急性心筋梗塞 10日～14日
- 心臓手術後 7日～14日程度
- 心不全 症例によって大きく違う

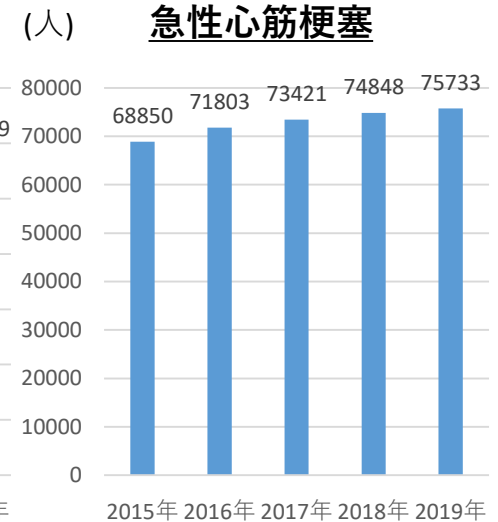
2021年版 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン 日本循環器学会発行

循環器疾患診療実態調査 (JROAD) 報告書 (1523施設) より引用 (2019年度実施・日本循環器学会公表)

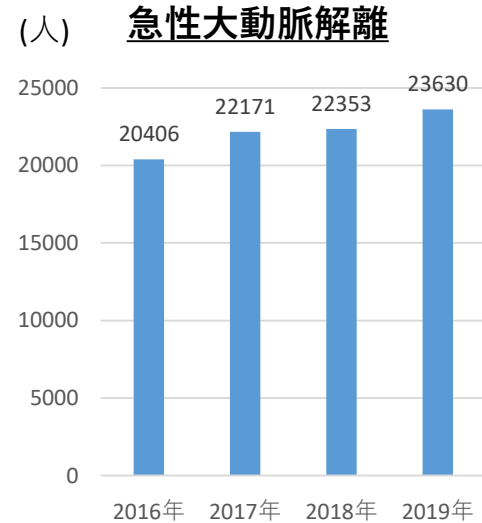
心不全入院



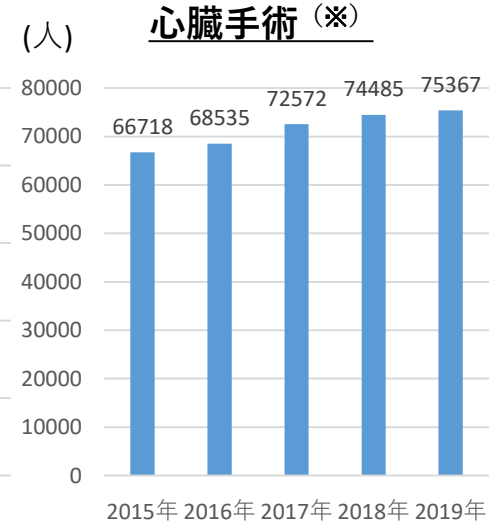
急性心筋梗塞



急性大動脈解離



心臓手術 (※)



※ 心臓手術には冠動脈バイパス術、弁膜症手術等が含まれる。
心臓手術の件数は、入院時の疾患名と重複する点に留意が必要。

1.

回復期病棟

1.1

回復期に入院リハビリテーションが必要な患者像

入院を要する前期回復期の心リハには2つのシナリオが

1.3

問題点と今後の展望

回復期リハ病棟における心リハの円滑な展開の障壁として、前述のような保険算定上の課題が存在する。さらに、回復期病院を対象とした調査によれば⁷¹⁰⁾、心リハを実施していない施設のうち、循環器専門医が不在の施設は73.3%にのぼるが、循環器専門医が在籍している施設も19.2%あり、専門医の存否のみが原因ではない。

回復期リハ病棟は疾患が安定したことが前提となる急性期直後の医療機能が基盤となる。一方で、心血管疾患は再発や増悪を繰り返すという特徴を有し、緊急時には即時対応が迫られるため、急性増悪の状態評価や管理が可能な医療機能も要求される。つまり、回復期病棟での運動療法の実践には「安全性と質の確保」の双方が求められている。

ある。1つ目は社会参加を目指した二次予防シナリオで、急性期治療に伴って、デコンディショニングが高度な患者や重複障害を来した患者が対象となる。2つ目は高齢患者の生活復帰とセルフケアの回復を目指したADL・フレイル改善シナリオで、入院前または入院を契機に低ADLが顕著になった患者が含まれる。これらの患者では、心血管疾患の平均在院日数となる約2週間⁷⁰⁴⁾での歩行退院は実現困難であり¹⁸⁹⁾、リハの成果が達成できないばかりでなく、急性期病床の医療資源の浪費や稼働率の低下を招く。特にフレイル超高齢患者は、身体能力の低下により外来心リハ

心リハの実践において、入院期における的確なゴール達成の実現や超高齢患者の増加への対応の面からも、回復期リハ病棟の活用がその有力な方策となるであろう。

2021年8月31日更新
2021年3月27日発行

日本循環器学会 / 日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン

2021年改訂版

心血管疾患におけるリハビリテーションに関する
ガイドライン

JCS/JACR 2021 Guideline on Rehabilitation in Patients with Cardiovascular Disease

合同研究班参加学会

日本循環器学会 日本心臓リハビリテーション学会
日本冠疾患学会 日本胸部外科学会 日本循環器看護学会
日本小児循環器学会 日本心臓病学会 日本心不全学会 日本病態栄養学会
日本不整脈心電学会 日本理学療法士協会 日本臨床スポーツ医学会

○ 関係学会による「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」において、例として、以下のような身体活動能力の評価の指標が示されている。

心肺運動負荷試験(CPX)

<目的・意義>

酸素摂取量、二酸化炭素排出量、呼吸数、一回換気量などを呼気ガス分析法にて測定する。本法により心機能、心筋虚血、末梢循環、骨格筋機能、血管内皮細胞機能、貧血、自律神経活性などの状態を把握できる。

CPXの意義は、①労作時呼吸困難や運動制限の原因の検索、②最も信頼できる運動耐容能の客観的指標として、手術適応の決定、予後の予測、治療効果の判定、③心リハ・運動プログラムにおける運動処方の決定である。

<実施方法・時期>

運動負荷の方法には自転車エルゴメータまたはトレッドミルによるランプ(直線的漸増)負荷がある。

低レベルでの運動療法(自転車エルゴメータ負荷またはトレッドミル歩行など)に慣れてから数日~1週間後に実施することが望ましい。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る課題（小括）

（1）質の高いリハビリテーションの提供について

- ・ 過去十数年間の推移において、入棟時FIMの低下が続いていることが指摘されており、また、実績指数についても、令和元年と令和2年で比較して、令和2年の方が高い傾向にあった。
- ・ 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。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1から6毎に比較した場合、受け入れている患者の状態に違いがみられた。入院料1では脳血管系疾患の患者割合が高く、入院料5や6では骨折等の状態の割合が高い傾向にあった。
- ・ 回復期リハビリテーションを要する状態の年次推移についてみると、骨折等の疾患の割合が増加してきている。
- ・ 入棟時FIMで見た重症者の受入について、入院料1や2と比較すると、入院料5及び6について、入棟時FIMの点数の低い患者割合が低かった。
- ・ 入院料毎の実績指数については、入院料1から入院料6にかけて低下傾向であった。また、平均値について、入院料1と2を比較すると入院料2が、入院料3と4を比較すると入院料4が、入院料5と6を比較すると入院料6が低かった。
- ・ 入院料毎のリハビリテーションの実施単位数については、1日当たりの疾患別リハビリテーションの実施単位数・入院中の総実施単位数ともに、入院料1から6にかけて低下していく傾向であった。また、疾患別の実施単位数については、脳血管疾患では1日当たりの実施単位数が多く、整形疾患では少ない傾向であった。
- ・ 1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料毎に運動FIMの変化（退棟時運動FIM－入院時運動FIM）を分析した。例として、1日2単位以上3単位未満のリハビリテーションが提供されている患者においては、入院料1が最も運動FIMの変化が大きく、入院料6が小さいという結果であった。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る課題（小括）

- ・ 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棟について、令和2年3月時点の届出入院料毎に、半年後の令和2年10月時点の届出入院料を比較した。入院料1、2、3、4においては、同一の入院料を届け出ている割合が8割を超えていた。一方、入院料5、6において、別の入院料へ移行していたのはそれぞれ2割超、5割超であった。
- ・ 令和元年3月時点の届出入院料毎に、1年後の令和2年3月時点の届出入院料を比較した。入院料1、2、3では、同一の入院料を届け出ている割合が約8割であった。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。
- ・ 半年間で別の入院料へ移行した割合と1年間で別の入院料へ移行した割合との差は、入院料2、4よりも、入院料5、6の方が小さかった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出からの年数について、令和3年8月時点の届出入院料毎に比較した。届出から10年未満の病棟は、入院料1～4では3～5割であったのに対し、入院料5では約85%、入院料6では約64%であった。
- ・ 管理栄養士の配置が努力義務である入院料2、3において、2019年調査と比較して、2020年調査では、管理栄養士を配置している病棟の割合がわずかに増加している。
- ・ 入院料2～6は、管理栄養士が配置されている場合、リハビリ計画書の栄養項目の記載することが望ましいとされており、管理栄養士が配置されている場合、記載されている割合が高い。

(2) 回復期リハビリテーションを要する状態について

- ・ 回復期リハビリテーションを要する状態に心大血管疾患リハビリテーションの対象患者が含まれていないが、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、心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が存在した。
- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料の届出ありとなしとで、理学療法士数については大きな差はみられなかった。作業療法士数と言語聴覚士数については届出なしの方が多かった。
- ・ 心大血管疾患の患者数、心大血管疾患リハビリテーションの実施数は年々増加している、という実態が見られた。加えて、関係学会が作成したガイドラインにおいても、回復期において心臓リハビリテーションのニーズがあることが示されていた。

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. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. 論点

特定機能病院制度の概要

趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

※承認を受けている病院(令和3年4月1日現在) ... 87病院(大学病院本院79病院)

役 割

- 高度の医療の提供
- 高度の医療に関する研修
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度な医療安全管理体制

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
- 病床数 ……400床以上の病床を有することが必要
- 人員配置
 - ・ 医 師…通常の2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医。
 - ・ 薬剤師…入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
 - ・ 看護師等…入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）
 - ・ 管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備…集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
 - ・ 医療安全管理責任者の配置
 - ・ 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
 - ・ 監査委員会による外部監査
 - ・ 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 原則定められた16の診療科を標榜していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ がん等の特定の領域に対応する特定機能病院は、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。

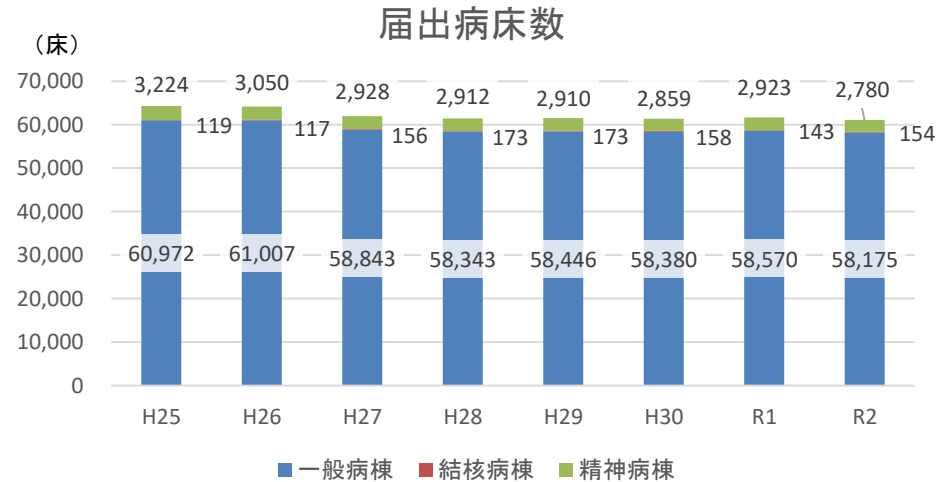
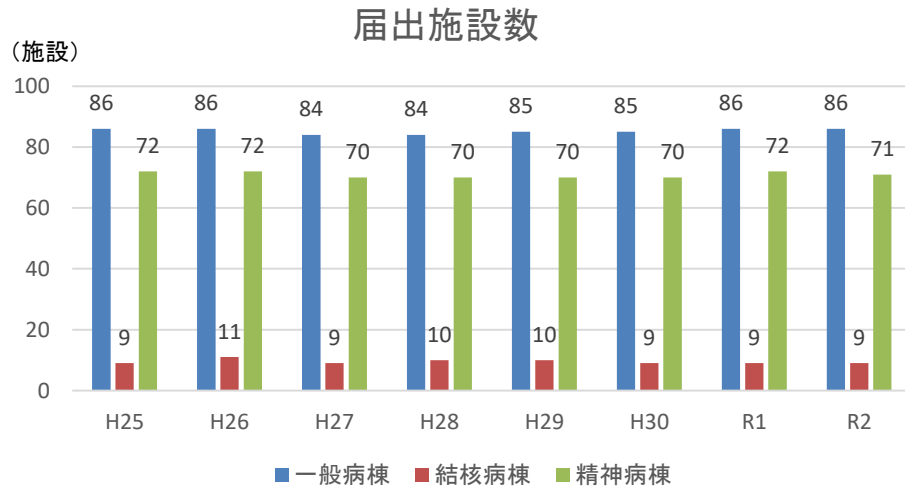
特定機能病院入院基本料の概要

A104 特定機能病院入院基本料(1日につき)

1 一般病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,718点	ロ 10対1入院基本料	1,438点
2 結核病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,718点	ロ 10対1入院基本料	1,438点
	ハ 13対1入院基本料	1,210点	ニ 15対1入院基本料	1,037点
3 精神病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,450点	ロ 10対1入院基本料	1,373点
	ハ 13対1入院基本料	1,022点	ニ 15対1入院基本料	933点

【算定要件(抜粋)】

- **特定機能病院**の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。



(参考)

A100 一般病棟入院基本料(1日につき)

1 急性期一般入院基本料	イ 急性期一般入院料1	1,650点	ロ 急性期一般入院料2	1,619点	ハ 急性期一般入院料3	1,545点
	ニ 急性期一般入院料4	1,440点	ホ 急性期一般入院料5	1,429点	ヘ 急性期一般入院料6	1,408点
	ト 急性期一般入院料7	1,382点				
2 地域一般入院基本料	イ 地域一般入院料1	1,159点	ロ 地域一般入院料2	1,153点	ハ 地域一般入院料3	988点

疾患別リハビリテーション料に係る施設基準について(概要)

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(II)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上				
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	160m ² 以上※4	要	
	(II)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
	(III)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上			病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上		
廃用症候群 リハビリテーション料	(I) ~ (III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上					
	(III)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上					
呼吸器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上					

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)について、言語聴覚療法のみを実施する場合、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師:専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

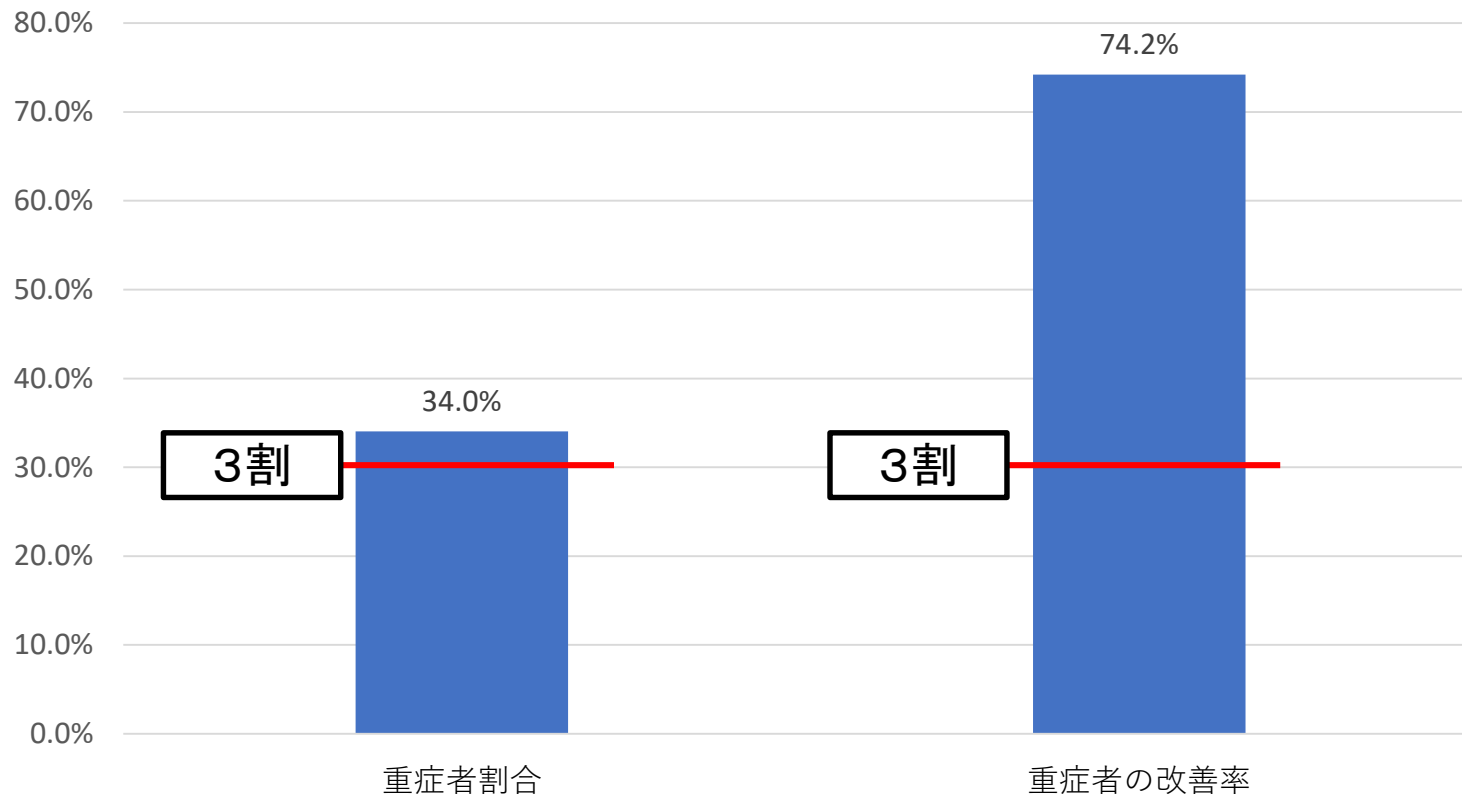
特定機能病院における、疾患別リハビリテーション料の届出状況について

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院(4病院)の疾患別リハビリテーション料の届出状況は、全ての病院について、各疾患別リハビリテーション料のうち(Ⅰ)が届け出られていた。

項目名	医師※ ¹	療法士全体	理学療法士 (PT※ ²)	作業療法士 (OT※ ²)	言語聴覚士 (ST※ ² 、※ ³)	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(Ⅰ)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	—	専従常勤PT及び 専従常勤看護師 合わせて2名以上等	—	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(Ⅱ)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	—	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上	必要に応じて配置	—	—	
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤2名以上※ ⁴	専従従事者 合計10名以上※ ⁴	専従常勤PT 5名以上※ ⁴	専従常勤OT 3名以上※ ⁴	160m ² 以上※ ⁴	要	
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※ ⁴	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上 専用室(8m ² 以上)1室以上	要	
	(Ⅲ)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上			病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	—	
廃用症候群 リハビリテーション料	(Ⅰ) ~ (Ⅲ)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上			—	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(Ⅱ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上			—	45m ² 以上	—
	(Ⅲ)	—	専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上			—	—	—
呼吸器 リハビリテーション料	(Ⅰ)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上			病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(Ⅱ)	—	専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上			45m ² 以上	—	

特定機能病院における、リハビリテーションの状況について

- 特定機能病院の回復期リハビリテーション病棟において行われているリハビリテーションの実績は以下のとおり。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1で求めている施設基準を上回っていた。



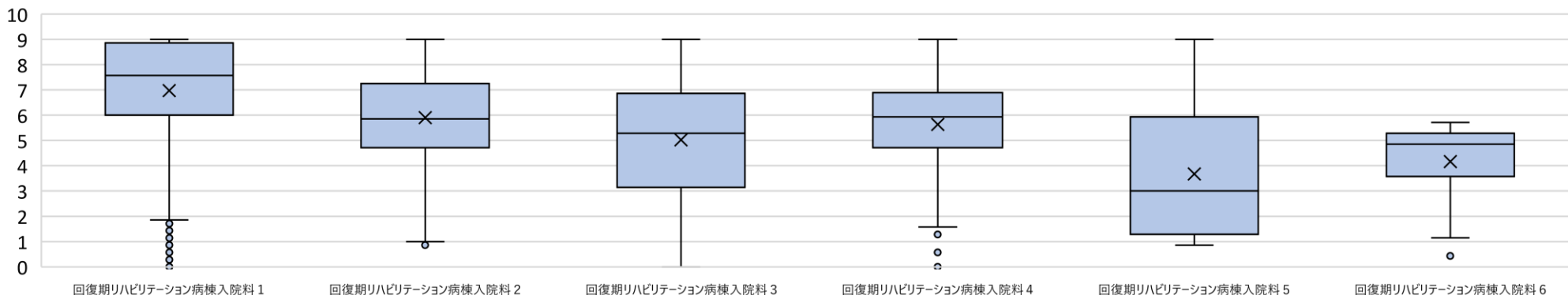
※: 重症者の改善率については、入院料1の計算方法を用いて計算

特定機能病院における、リハビリテーションの状況について

○ 特定機能病院の回復期リハビリテーション病棟において行われているリハビリテーションの実績は以下のとおりであり、1日当たり、約6単位リハビリテーションが提供されていた。

回復期リハビリテーションを要する状態	リハビリテーション単位数(1日当たり)平均
脳血管疾患、脊髄疾患等	6.2
高次脳機能障害を伴った重度脳血管障害等	6.7
大腿骨、骨盤等の骨折	5.8
外科手術または肺炎等による廃用症候群	7.5
神経、筋または靭帯損傷後	8.6
股関節または膝関節の置換術後	5.8

(参考) 回復期リハビリテーション病棟 1日あたりのリハビリテーション単位数



特定集中治療室での早期からの取組の評価について

ICUにおける多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価

➤ 特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設する。

早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日につき)

[算定要件]

- ① 特定集中治療室入室後早期から離床に向けた取組が行われた場合に、14日を限度として所定点数に加算する。
- ② 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチームとによる総合的な離床の取組を行う。

[施設基準]

- ① 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
- ② 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備し、定期的に見直すこと。
- ③ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ICUにおける早期の経腸栄養による栄養管理に係る評価

➤ 患者の早期離床、在宅復帰を推進する観点から、特定集中治療室において、早期に経腸栄養等の栄養管理を実施した場合について、早期栄養介入管理加算を新設する。

(新) 早期栄養介入管理加算 400点(1日につき)

[算定要件]

特定集中治療室に入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理が行われた場合は、7日を限度として、所定点数に加算する。日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始を入室後48時間以内に実施すること。等

[施設基準]

特定集中治療室に要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。



特定機能病院における、心大血管疾患リハビリテーション 及び術後のリハビリテーションについて

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院における、入院患者に対する心大血管疾患リハビリテーションの実施状況は以下のとおりであり、1ヶ月間の患者数の平均は約60人であった。
- また、術後からリハビリテーション開始までの平均日数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の実施患者数

(人)

	A	B	C	D
患者数(1ヶ月)	39.3	39.0	81.0	81.3

	4病院の平均
患者数(1ヶ月)	60.2

術後、リハビリテーション開始までの日数

(日)

	A	B	C	D
術後リハ開始までの平均日数	2.0	2.0	2.3	2.1

	4病院の平均
術後リハ開始までの平均日数	2.1

特定機能病院における、研修会の状況について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院において、地域の回復期リハビリテーション病院等に対する研修会は、1年間で平均約14回開催されていた。

	平均 (n=4)
院外のスタッフ(地域の回復期リハビリテーション病院等)に向けた研修会回数(1年間)	14.3
内部のスタッフ研修会回数(1ヶ月)	4.1

教育・研修の推進

- 医学生の臨床実習
- リハビリ関連職種 of 学生臨床実習
- 研修医・専攻医教育 (現在, 専攻医8名)
- 学外研修会開催 16回 (2019年度)
- 学会主催 ISPRM (国際学会)
- 海外からの多数の研修の受け入れ*
2018年度 18名 *2020年度はCOVID-19のため受け入れなし
2019年度 17名
医師28名, 療法士7名
米国(4) タイ(17) 中国(8) 韓国(1)
モンゴル(2) エジプト(1)
ウズベキスタン(1) ブラジル(1)
- 見学者多数
第17回ASEAN日本社会保障ハイレベル会合60名のツアーなど受け入れ



教員と学生で一体となって実施

臨床のための教育
教育のための臨床

特定機能病院におけるリハビリテーションに係る課題（小括）

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院（4病院）の疾患別リハビリテーション料の届出状況は、全ての病院について、各疾患別リハビリテーション料のうち（I）が届け出てられていた。
- ・ 特定機能病院の回復期リハビリテーション病棟において行われているリハビリテーションの実績は回復期リハビリテーション病棟入院料1で求めている施設基準を上回っていた。特に、重症者の改善率については、基準を大きく上回っていた。
- ・ 特定機能病院の回復期リハビリテーション病棟において行われているリハビリテーションは、1日当たり、約6単位であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院における、入院患者に対する心大血管疾患リハビリテーションについて、1ヶ月間で心大血管疾患リハビリテーションが実施された患者数の平均は約60人であった。
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出のある特定機能病院において、地域の回復期リハビリテーション病院等に対する研修会は、1年間で平均約14回開催されていた。

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. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. **論点**

回復期入院医療に係る論点

【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求められる3つの役割について、病床規模や病床種別による患者の背景・地域における運用の在り方等が異なることも踏まえつつ、役割の一部しか担えていない場合の評価の在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入院料について】

- 効果的なリハビリテーションの提供を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6の在り方について、どのように考えるか。
- 質の高いリハビリテーションを必要な患者に適切に提供する観点から、実績要件等の在り方について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している医療機関において、心大血管疾患リハビリテーション料を届け出ている医療機関が存在すること等を踏まえ、回復期リハビリテーションを要する状態の在り方についてどのように考えるか。

【特定機能病院におけるリハビリテーションについて】

- リハビリテーションに係る入院医療を適切に行う観点も踏まえつつ、特定機能病院におけるリハビリテーションの在り方について、どのように考えるか。