

# 入院(その8)

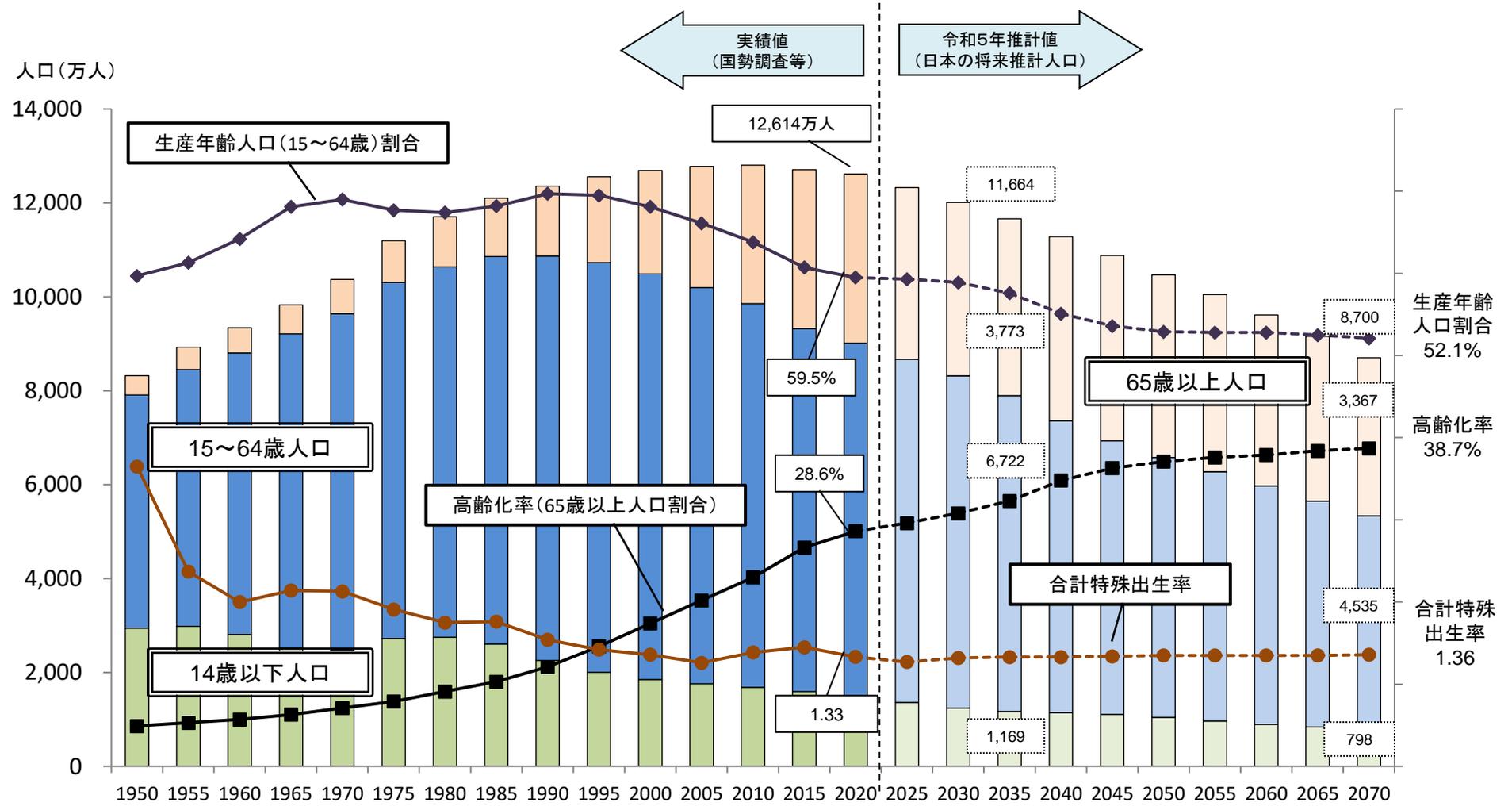
高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

## 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について
3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

# 日本の人口の推移

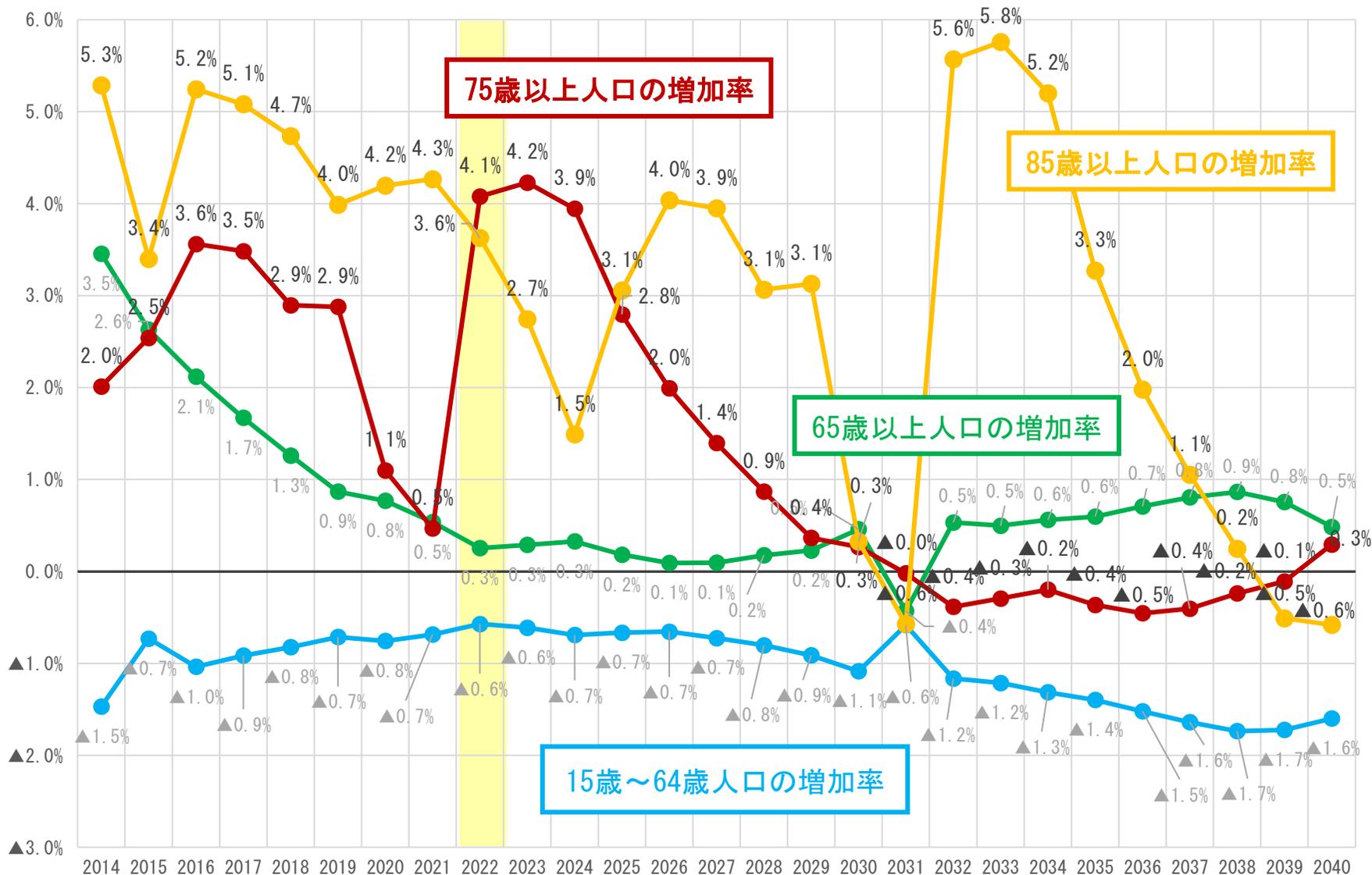
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000 万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。



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

# (参考) 2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移

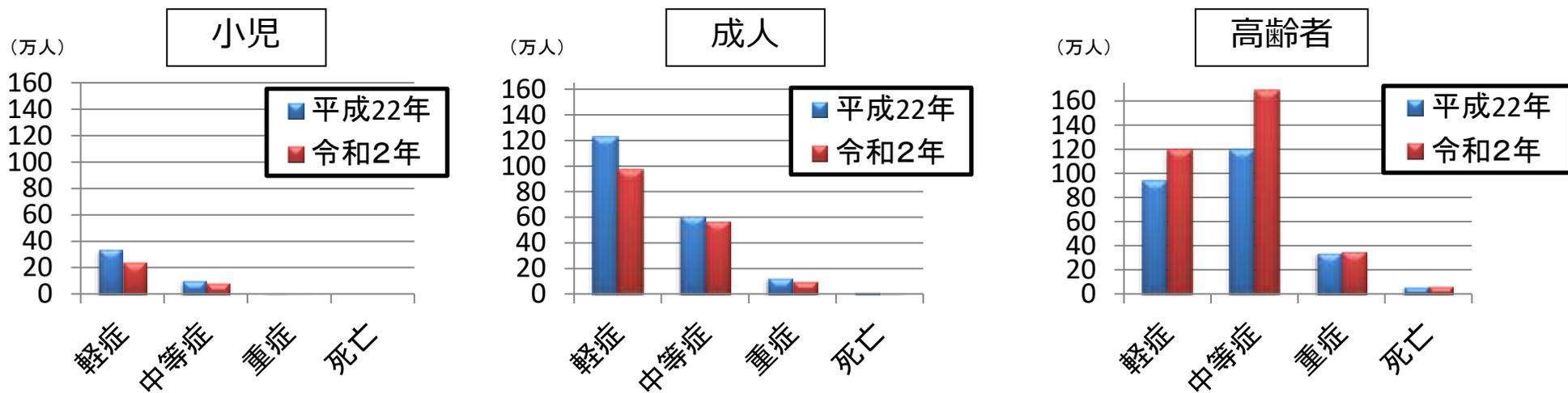
○2040年を展望すると、65歳以上人口の伸びは落ち着くが、2022年以降の3年間、一時的に75歳以上人口が急増。2030年代前半には、85歳以上人口の増加率が上昇。一方、生産年齢人口は一貫して減少。



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

# 10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

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



平成22年中

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

令和2年中

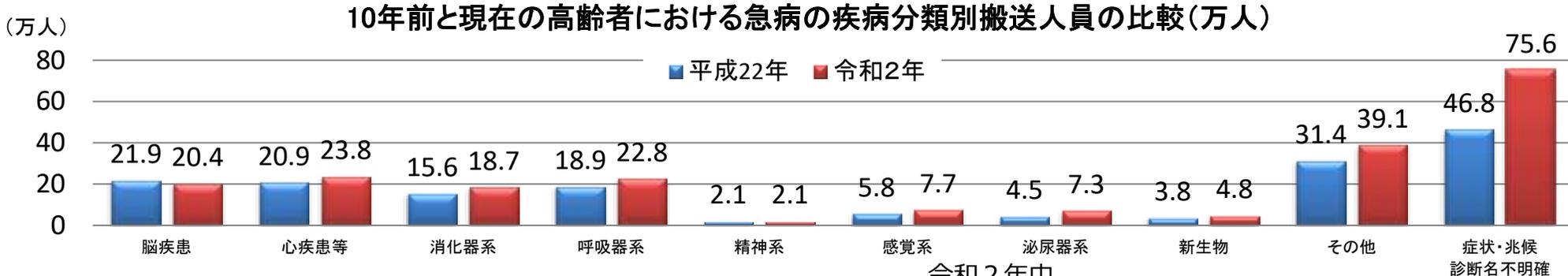
	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0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

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

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

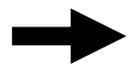
# 10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

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



平成22年中

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



令和2年中

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

(出典) 救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

## テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

### (1) 急性期疾患に対応する医療機関等

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

### (2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

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

### (3) 入退院支援

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

### (4) 医療・介護の人材確保

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

# これまでの中医協総会等における高齢者の急性期医療に係る主な意見

## <中医協総会（令和5年7月5日 入院について（その1））>

（総論・急性期/高度急性期入院医療）

- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- 全ての団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて、病床の機能分化・連携を進める観点から地域医療構想が推進されてきており、高齢化が進む中で、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合は増加傾向にあり、急性期医療が高度かつ集中的な医療を必要とする患者への対応に重点化されるよう、機能分化による効率的な医療をさらに評価すべき。
- 急性期一般入院料においても65歳以上の患者が相当数を占めており、また、要介護の患者やADLの低い患者がそれなりに入っている一方で、リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置されているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましい。
- 高齢者等の救急搬送を効率的に受け止めるためには、医療機関同士、医療機関と高齢者施設等の連携とともに、救急隊のトリアージによる適切な搬送先の選択が重要。

## <入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

### II. 検討結果の概要

#### 1. 一般病棟入院基本料について

##### （3）その他

- 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

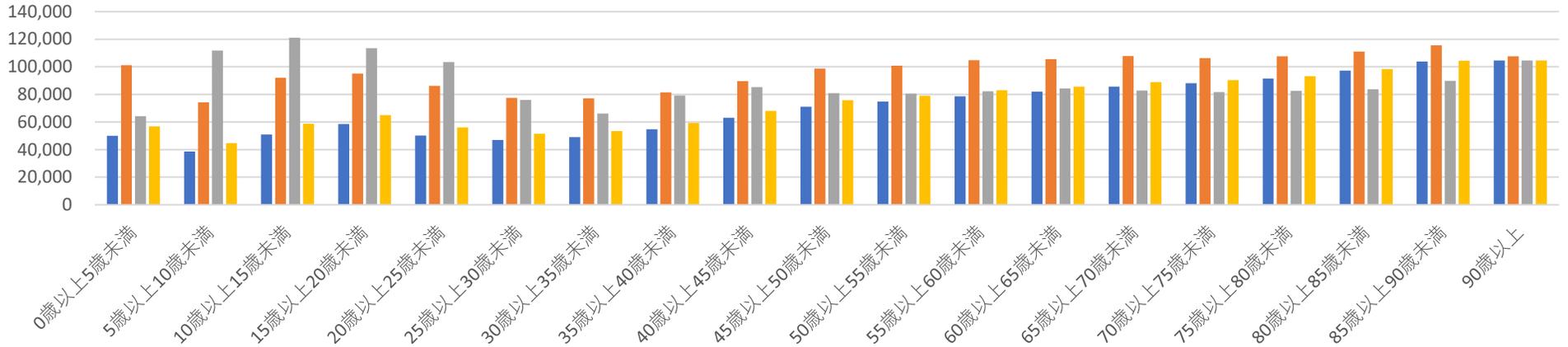
## 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者等の救急患者について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者への対応について
  - ① 高齢者の救急患者等の受け入れについて
  - ② リハビリテーション・栄養・口腔について
  - ③ 入退院支援及び在宅復帰等について
3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

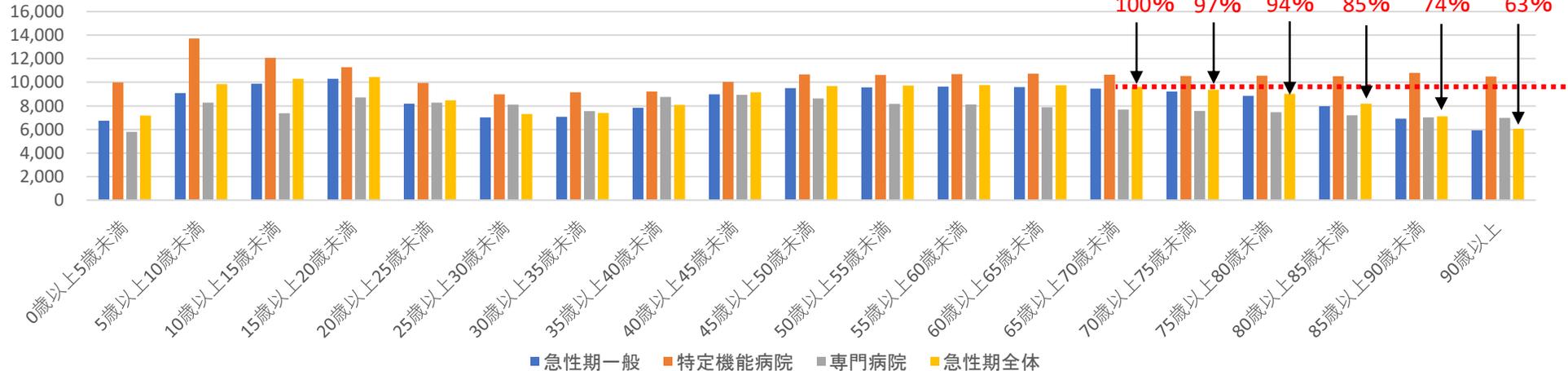
# 急性期病床における年齢階級別の出来高実績点数

- 急性期一般入院基本料等(※)に該当する病床における年齢階級(5歳階級)別の出来高実績点数は以下のとおり。
- 65歳以上の高齢者において、年齢が高いほど1入院当たり出来高実績点数が高い一方、1日当たり出来高実績点数は低い傾向にある。

年齢階級別 1 入院当たり 出来高実績点数



年齢階級別 1 日当たり 出来高実績点数



# 高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較①

- 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。(全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺臓炎」は1.2倍、「尿路感染症, 部位不明」は1.4倍にとどまる。)

75歳以上の患者に多い疾患※1における75歳以上の患者が急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量※2及び地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比

傷病名	1日当たり医療資源投入量				75歳以上で多い疾患順位	75歳以上症例に占める割合
	急1における1日平均(点)	急1/地1-2の比	急2-6/地1-2の比	急1/急2-6の比		
(全疾患・全年齢)	3,448	2.41	1.43	1.69	-	-
全疾患・75歳以上	2,762	2.33	1.34	1.73	-	100.0%
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%
食物及び吐物による肺臓炎	1,026	1.24	1.02	1.21	2	3.3%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	674	1.34	1.08	1.24	35	0.6%
肺炎, 詳細不明	1,160	1.36	1.08	1.26	10	1.5%
体液量減少(症)	868	1.38	1.09	1.26	15	1.1%
細菌性肺炎, 詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%
尿路感染症, 部位不明	957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%
大腸<結腸>のポリープ	3,223	1.42	1.05	1.35	5	1.8%
慢性腎臓病, ステージ5	2,320	1.45	1.13	1.28	17	1.0%
急性尿管管間質性腎炎	1,023	1.48	1.14	1.30	19	0.9%
その他の原発性膝関節症	5,327	1.52	1.31	1.16	22	0.8%
転子貫通骨折 閉鎖性	2,886	1.66	1.30	1.27	7	1.6%
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	3,850	1.68	1.33	1.26	6	1.6%
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	1,695	1.70	1.18	1.44	26	0.8%
その他の脳梗塞	1,091	1.75	1.41	1.24	36	0.5%
結腸の悪性新生物<腫瘍>, S状結腸	3,529	1.83	1.36	1.34	38	0.5%
脊柱管狭窄(症) 腰部	4,845	1.86	1.37	1.36	18	1.0%
うっ血性心不全	1,447	1.87	1.19	1.57	3	3.1%
心不全, 詳細不明	1,420	1.95	1.17	1.67	27	0.7%
脳動脈の血栓症による脳梗塞	1,486	2.12	1.57	1.35	21	0.9%
前立腺の悪性新生物<腫瘍>	3,379	2.17	1.25	1.74	12	1.3%
外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	1,987	2.22	1.55	1.44	30	0.6%
直腸の悪性新生物<腫瘍>	3,508	2.42	1.89	1.28	29	0.6%
胆管炎	2,175	2.60	1.61	1.61	34	0.6%
腰椎骨折 閉鎖性	1,754	2.63	1.59	1.66	11	1.3%
結腸の悪性新生物<腫瘍>, 上行結腸	3,631	2.67	2.00	1.33	37	0.5%
胆管炎を伴う胆管結石	3,140	2.73	1.90	1.44	28	0.7%
一側性又は患側不明のそけい<鼠径><ヘルニア>, 閉塞及びえ<壊>瘻を伴わないもの	5,888	2.81	2.08	1.36	24	0.8%
胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	3,832	2.88	1.95	1.47	33	0.6%
胸椎骨折 閉鎖性	2,037	3.02	1.62	1.86	31	0.6%
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉, 気管支又は肺	3,145	3.33	2.18	1.53	20	0.9%
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	3,317	3.67	2.46	1.49	16	1.1%
脾の悪性新生物<腫瘍>, 脾頭部	2,624	3.80	2.34	1.62	39	0.5%
肝及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>, 肝細胞癌	3,577	5.26	2.93	1.80	25	0.8%

※1 入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>, 胃体部)を除いたもの。

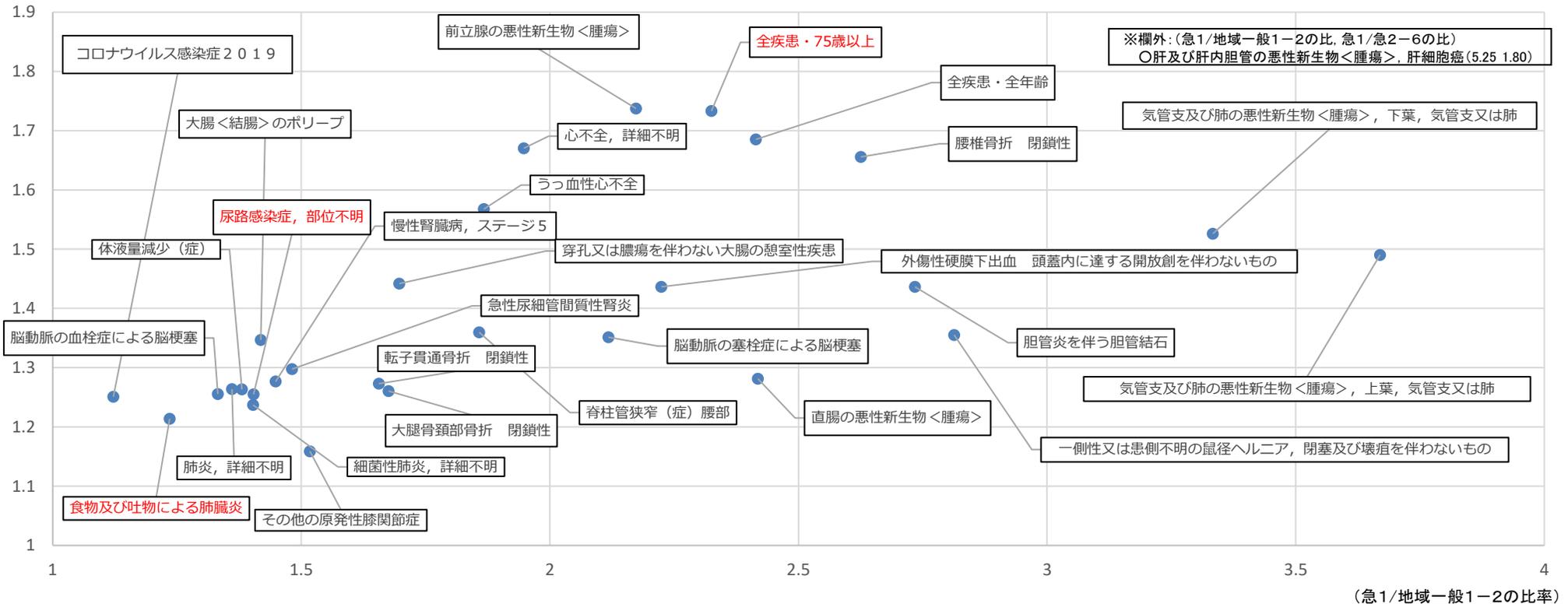
※2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(リハビリテーション)を除いたもの。

# 高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較②

○ 75歳以上の「食物及び吐物による肺臓炎」、「尿路感染症、部位不明」等に対する医療資源投入量は、急性期一般入院料1と、急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2とで大きく変わらなかった。

75歳以上の患者に多い疾患※1における急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量※2  
及び急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比

(急1/急2-6の比率)



※1 入院初日にDPC算定病床又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>, 胃体部)を除いたもの。

※2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(リハビリテーション)を除いたもの。

# 高齢者に多い疾患における救急搬送により入院される患者の入院先の割合

○ 高齢者に多い疾患のうち救急搬送により入院する割合が高いものについては、誤嚥性肺炎や尿路感染症を含め、急性期一般入院料1や治療室に入院する割合が高い。

一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患※<sup>1</sup>における75歳以上の患者が救急搬送により一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先

	入院する症例数	入院する症例のうち救急搬送により入院する割合	救急搬送により入院する症例における入院先の病棟							⑧ ①又は⑥
			① 急性期一般入院料1 (353,143床)	② 急性期一般入院料2-3 (15,941床)	③ 急性期一般入院料4-6 (135,739床)	④ 地域一般入院料1-2 (19,121床)	⑤ 地域一般入院料3 (29,777床)	⑥ 特定機能病院又は治療室等 (113,549床)	⑦ 地域包括ケア病棟 (98,546床)	
(全疾患)	3,747,776	26.3%	56.9%	2.4%	15.6%	1.2%	0.4%	20.8%	2.6%	77.7%
1 コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	151,255	41.4%	61.1%	2.3%	14.0%	5.7%	0.4%	15.5%	1.0%	76.6%
2 食物及び吐物による肺臓炎	122,306	54.9%	64.4%	2.6%	15.9%	0.8%	0.2%	13.5%	2.6%	77.9%
3 うっ血性心不全	117,285	40.1%	54.0%	1.8%	10.2%	0.3%	0.1%	32.4%	1.1%	86.4%
4 大腿骨頸部骨折 閉鎖性	60,294	52.2%	66.8%	3.4%	22.5%	1.6%	0.6%	3.8%	1.2%	70.6%
5 転子貫通骨折 閉鎖性	59,063	58.7%	67.7%	3.9%	22.0%	1.2%	0.5%	3.4%	1.3%	71.1%
6 尿路感染症, 部位不明	55,269	45.1%	65.5%	2.7%	19.0%	0.9%	0.3%	7.7%	3.8%	73.2%
7 肺炎, 詳細不明	53,825	39.4%	49.9%	2.5%	29.6%	2.2%	0.9%	10.4%	4.5%	60.3%
8 腰椎骨折 閉鎖性	43,427	37.2%	51.8%	3.5%	29.0%	2.2%	0.9%	2.3%	10.3%	54.1%
9 脳動脈の血栓症による脳梗塞	46,028	53.4%	52.3%	1.8%	9.4%	0.2%	0.1%	35.9%	0.3%	88.2%
10 体液量減少(症)	36,097	34.7%	45.2%	3.2%	34.6%	2.7%	1.1%	3.4%	9.6%	48.6%
11 急性尿管間質性腎炎	35,788	45.0%	71.5%	2.6%	13.9%	0.4%	0.1%	9.1%	2.3%	80.6%
12 脳動脈の血栓症による脳梗塞	35,357	67.9%	39.5%	1.4%	6.8%	0.1%	0.0%	51.9%	0.3%	91.4%
13 細菌性肺炎, 詳細不明	30,083	47.1%	67.4%	2.6%	12.8%	0.5%	0.1%	14.9%	1.7%	82.3%
14 穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	29,001	26.0%	74.2%	1.9%	8.8%	0.4%	0.1%	13.8%	0.8%	88.0%
15 胆管炎を伴う胆管結石	28,134	37.1%	75.7%	2.1%	7.2%	0.2%	0.0%	14.3%	0.4%	90.1%
16 外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	24,792	53.4%	52.0%	2.3%	8.5%	0.2%	0.0%	36.6%	0.4%	88.6%
17 胸椎骨折 閉鎖性	20,393	37.2%	51.8%	3.5%	28.2%	2.2%	1.0%	3.6%	9.7%	55.4%
18 胆管炎	23,842	33.5%	68.2%	1.9%	12.7%	0.3%	0.2%	15.3%	1.3%	83.5%
19 その他の脳梗塞	21,057	45.9%	55.0%	1.8%	12.2%	0.3%	0.2%	29.7%	0.8%	84.8%
20 (大脳)半球の脳内出血, 皮質下	17,788	73.2%	34.9%	1.2%	6.6%	0.1%	0.1%	57.0%	0.1%	91.9%
21 肺線維症を伴うその他の間質性肺疾患	17,451	31.6%	63.7%	1.9%	9.6%	0.2%	0.0%	23.7%	1.0%	87.3%
22 心停止, 詳細不明	17,594	93.7%	38.7%	1.5%	9.1%	0.4%	0.1%	50.0%	0.1%	88.7%
23 急性胆のうく囊炎	16,905	37.0%	65.5%	2.4%	13.8%	0.6%	0.2%	16.1%	1.4%	81.6%
24 (四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	15,462	31.3%	71.3%	2.5%	15.0%	0.4%	0.3%	7.6%	2.9%	78.9%
25 敗血症, 詳細不明	16,639	69.9%	47.4%	1.4%	7.4%	0.2%	0.1%	42.9%	0.7%	90.3%

※<sup>1</sup> 入院初日にDPC算定病床※<sup>2</sup>又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位50のうち救急搬送により入院する割合が25%以上のもの。

※<sup>2</sup> 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、救命救急入院料・特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病床

※<sup>3</sup> 病床数は令和4年7月1日時点

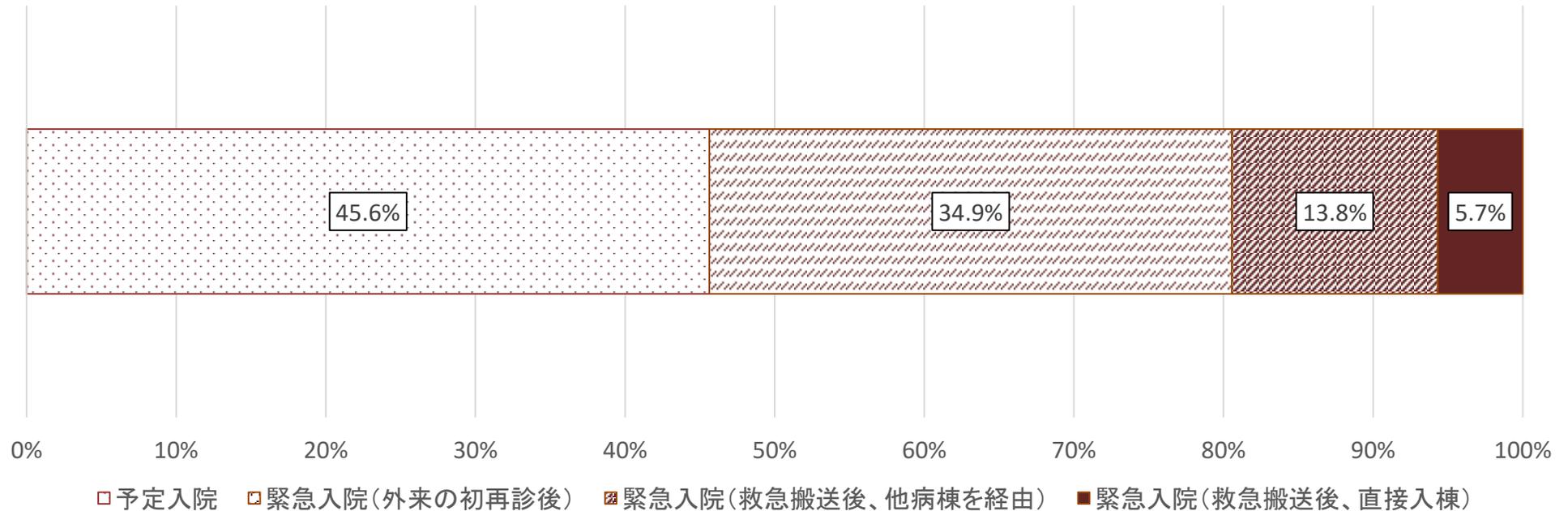
# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

診調組 入 - 1  
5 . 7 . 6

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

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路

n = 2,835



※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

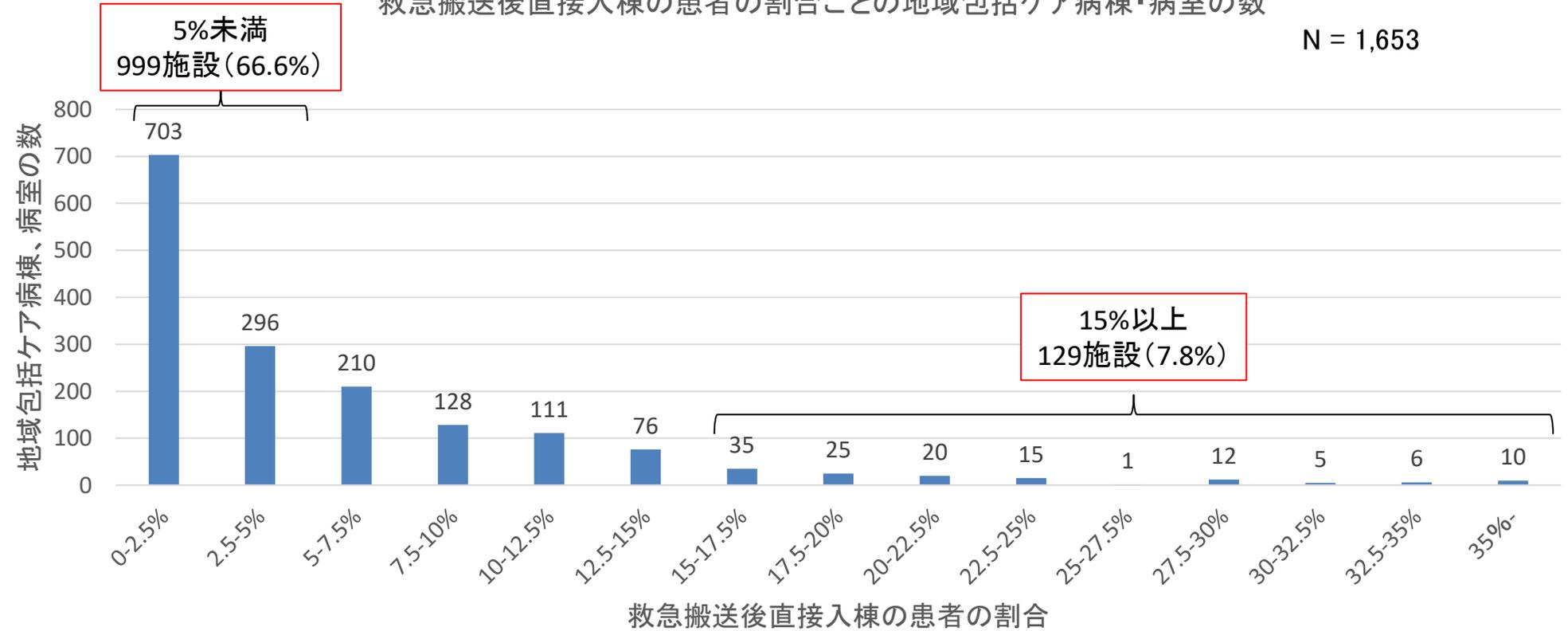
# 地域包括ケア病棟、DPCデータ解析③

## 病棟・病室ごとの救急搬送後直接入棟の患者の割合

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

救急搬送後直接入棟の患者の割合ごとの地域包括ケア病棟・病室の数

N = 1,653



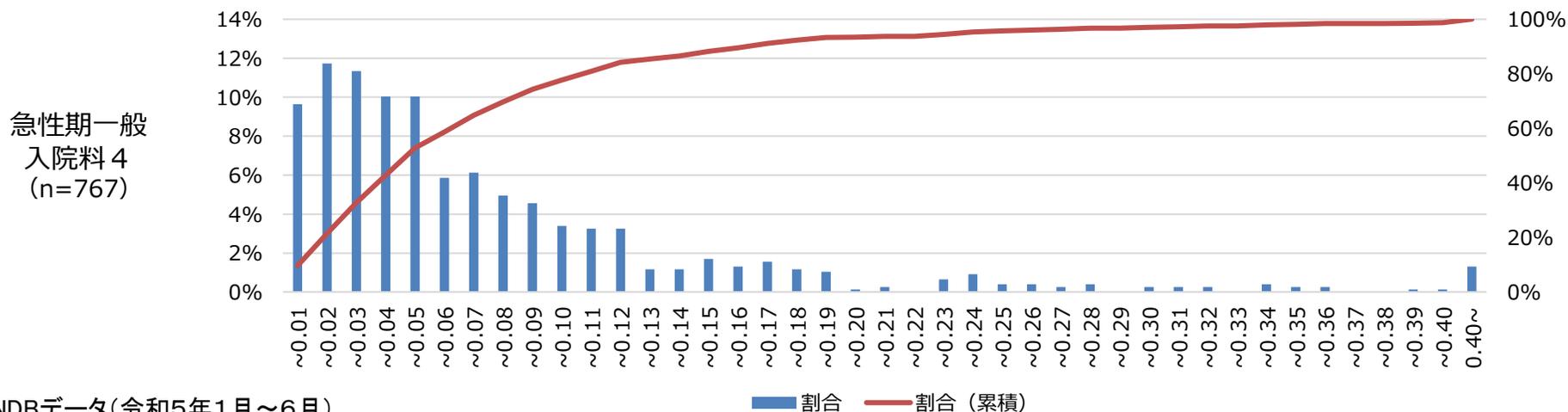
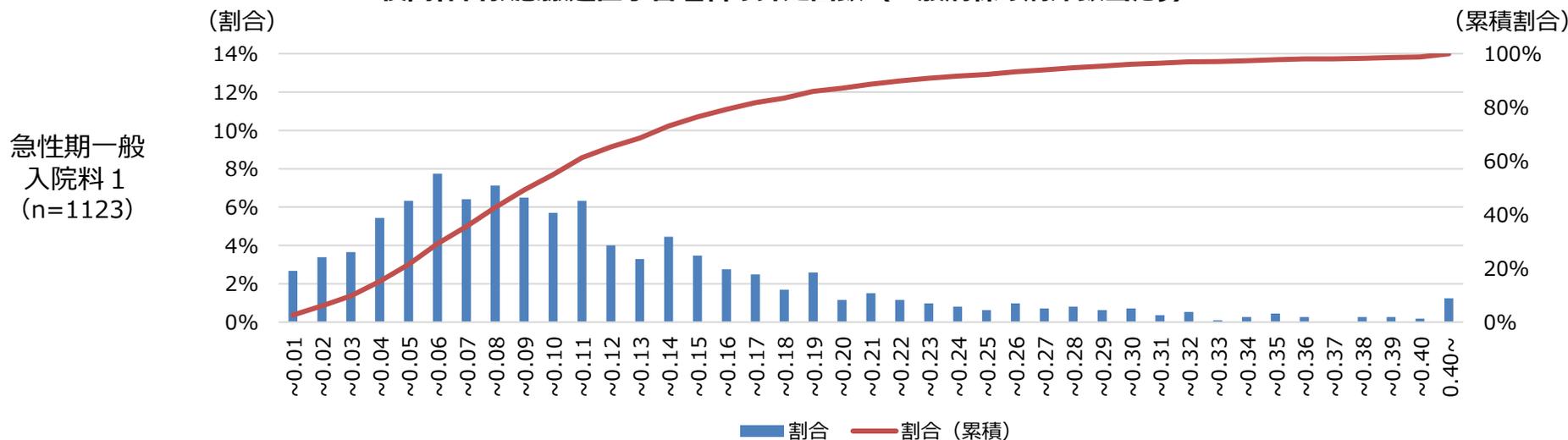
DPCデータ解析における定義

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

# 一般病棟に入院する患者における夜間休日救急搬送医学管理料の算定状況

- 夜間休日救急搬送医学管理料を算定する医療機関ごとの一般病棟に入院する患者における算定回数（病床数当たり）は、急性期一般入院料1では約半数が0.09以上であり、急性期一般入院料4では約半数以上が0.05以上だった。

夜間休日救急搬送医学管理料を算定する医療機関の一般病棟に入院する患者における  
夜間休日救急搬送医学管理料の算定回数（一般病棟の病床数当たり）



## 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について
  - ① 高齢者の救急患者等の受け入れについて
  - ② リハビリテーション・栄養・口腔について
  - ③ 入退院支援及び在宅復帰等について
3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

## 安静臥床が及ぼす 全身への影響

### 1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

### 2. 循環器系

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

### 3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

### 4. 消化器系

- 1) 便秘等

### 5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

### 6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

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

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

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

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

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

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

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

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

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

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

- 急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている。
- 早期リハビリテーションを実施する場合において、1日2単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることを示されている。

- DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後3日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

	早期リハ群 (N=16,835)	対照群 (N=51,749)	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後7日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64)。

Yagi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

	早期リハ群 (N=48,201)	対照群 (N=64,357)	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

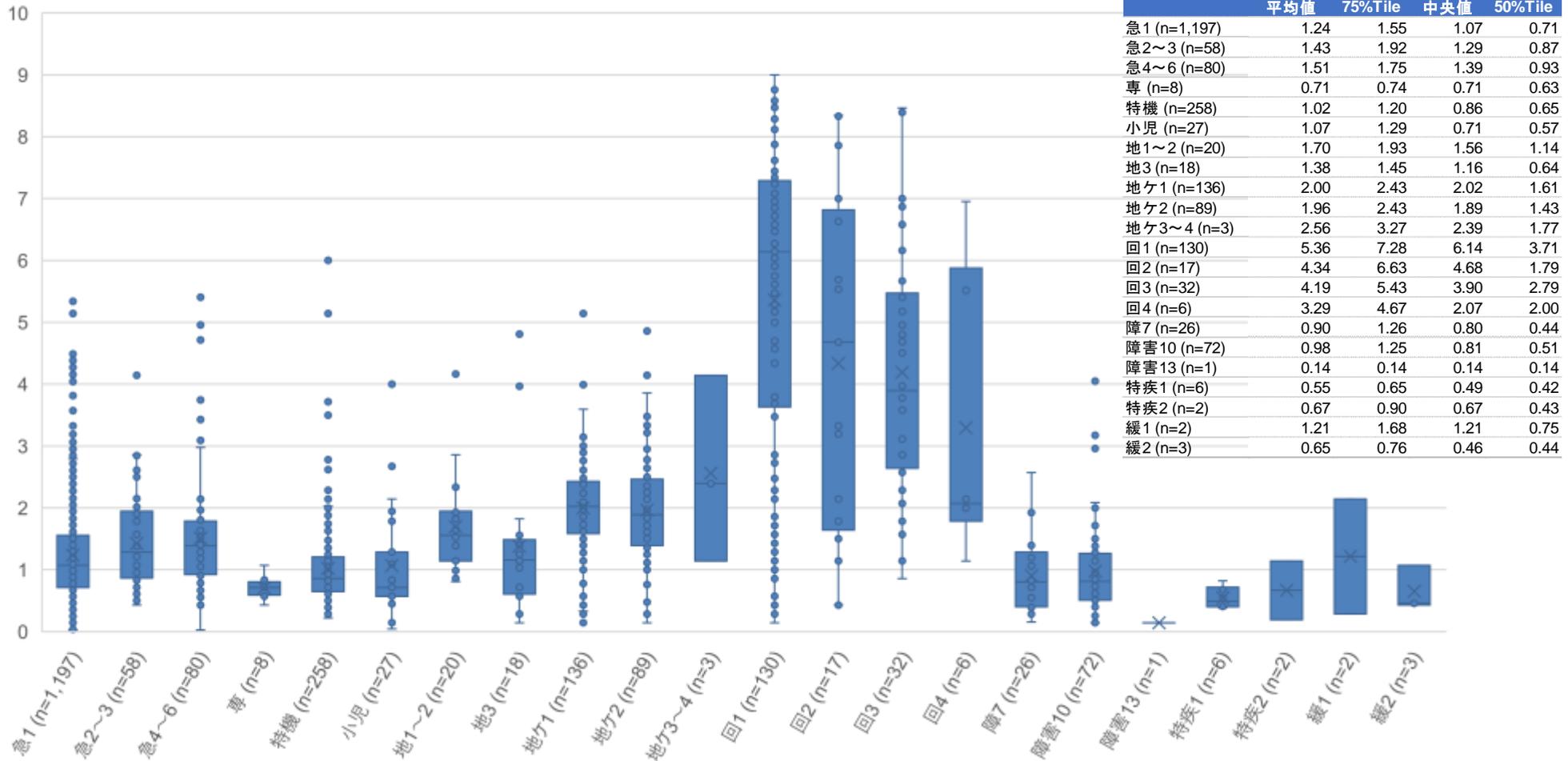
- 入院後3日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者(4,148例)を対象としたデータベース研究において、1日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下(オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97)、自宅退院割合(オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71)、在院日数の短縮(係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40)に関連していた。

Kato Y. et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

# 入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

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

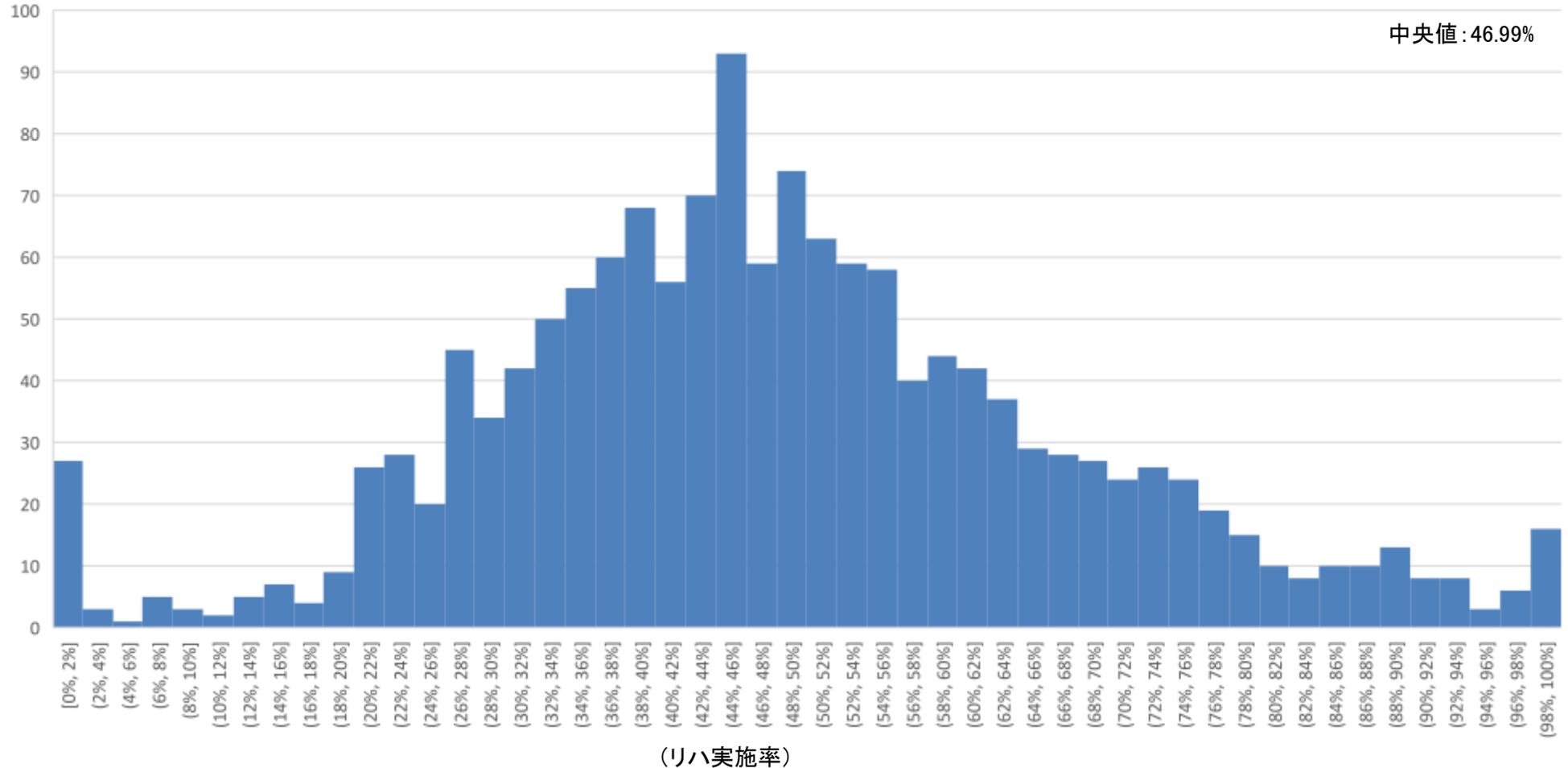
## 入院料別リハビリテーション1日平均提供単位数



# 急性期一般入院料 1 におけるリハ実施率

○ 急性期一般入院基本料 1 における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下の通り。

(医療機関数)



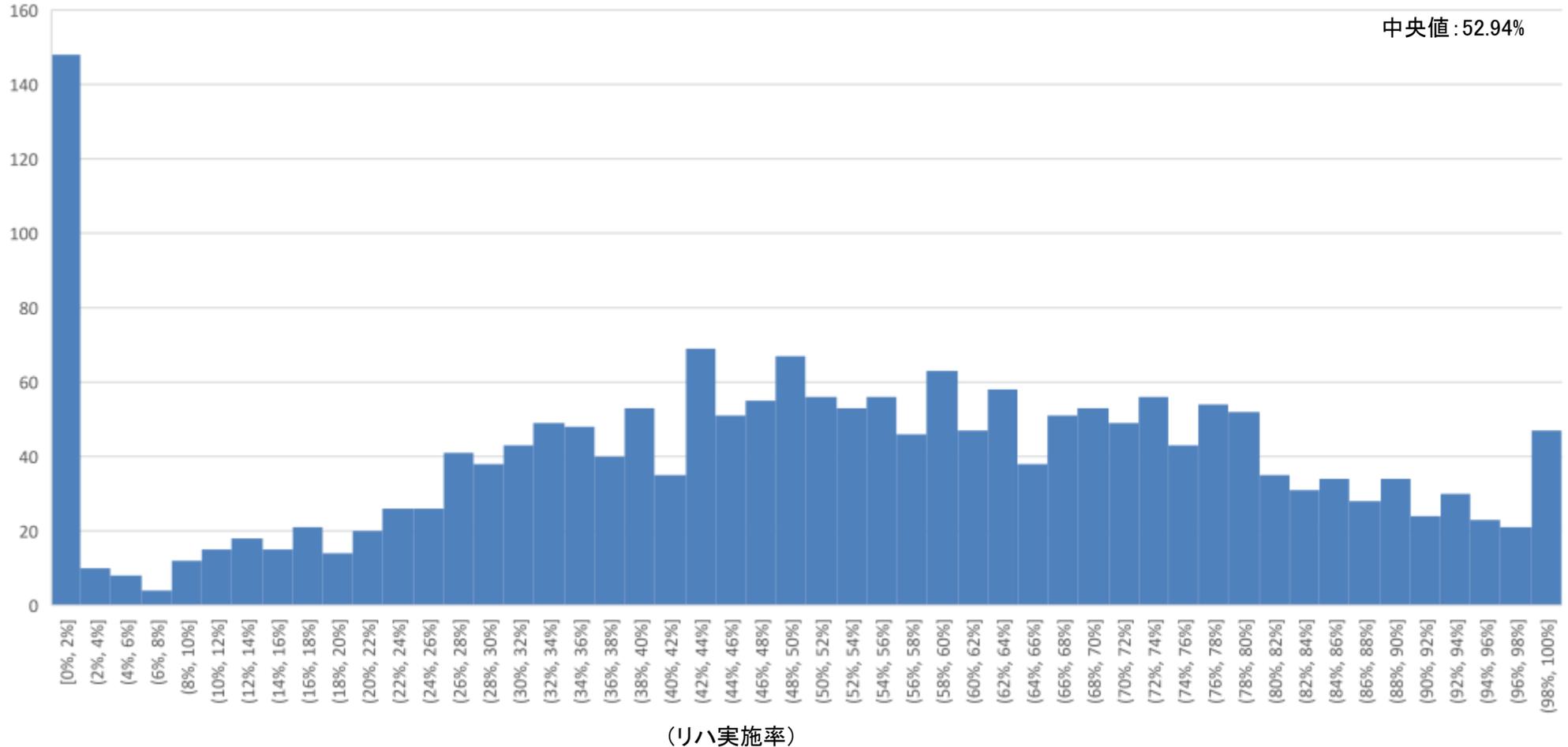
抽出条件: 令和4年4月1日~6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

# 急性期一般入院料 2～6 におけるリハ実施率

診調組 入-3  
5 . 9 . 6

○ 急性期一般入院基本料 2～6 における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下のとおり。

(医療機関数)

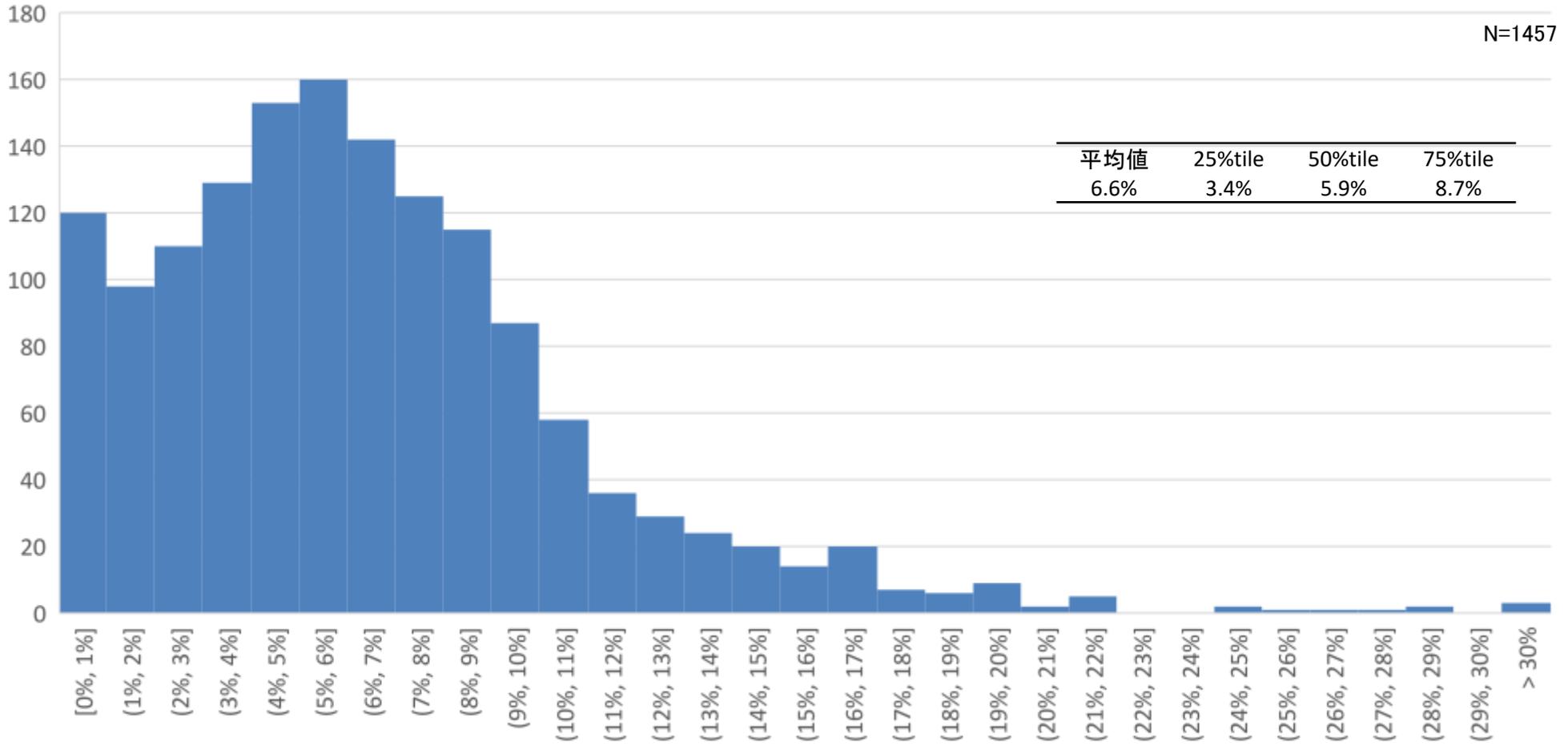


抽出条件: 令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

# 入院時に比べて退院時にADLが低下した患者（65歳以上）割合分布（急1）

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

## 65歳以上の高齢者

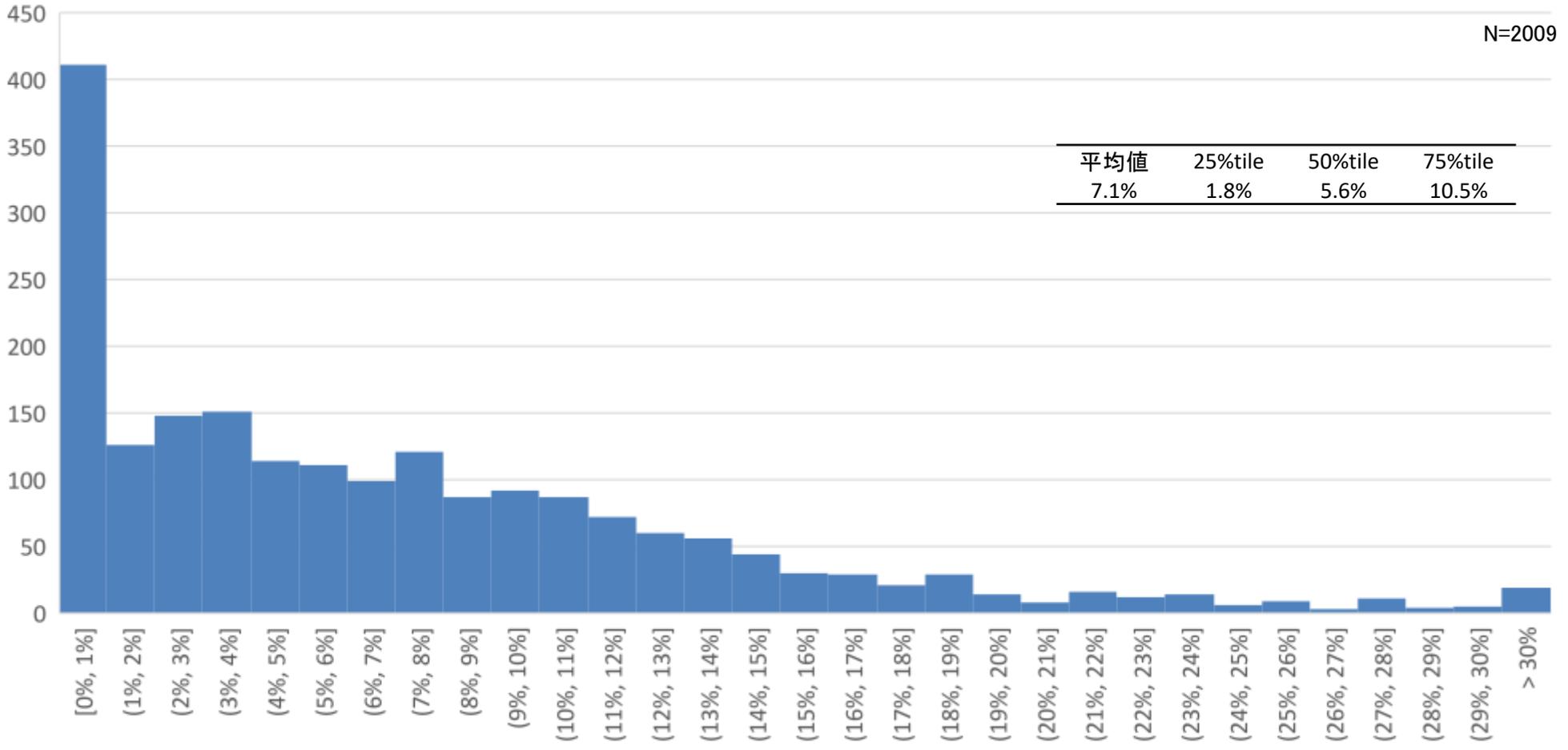


抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上65歳以上の入院症例を抽出。

# 入院時に比べて退院時にADLが低下した患者（65歳以上）割合分布（急2-6）

○ 急性期一般入院料2～6を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが低下した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。

## 65歳以上の高齢者



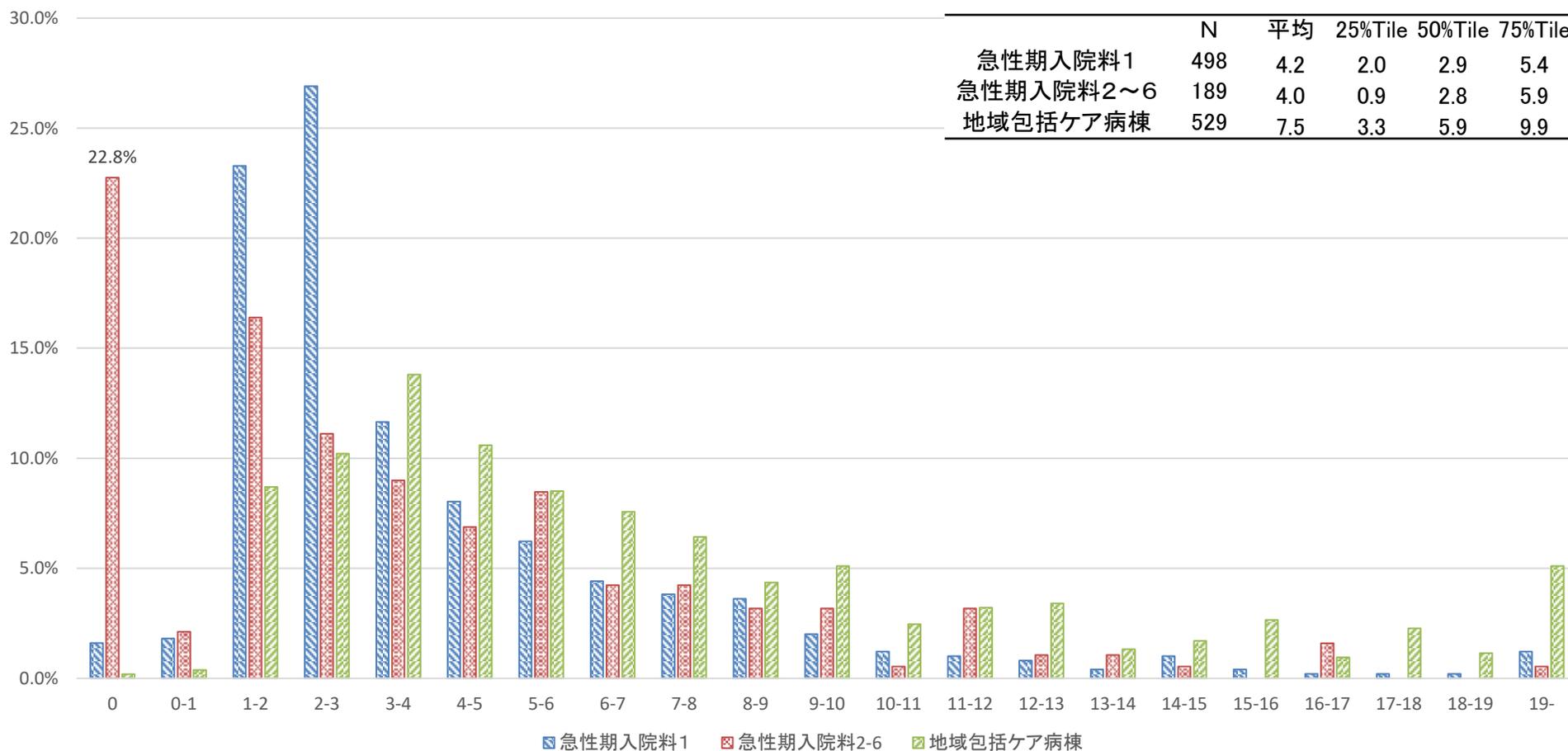
N=2009

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

# 40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

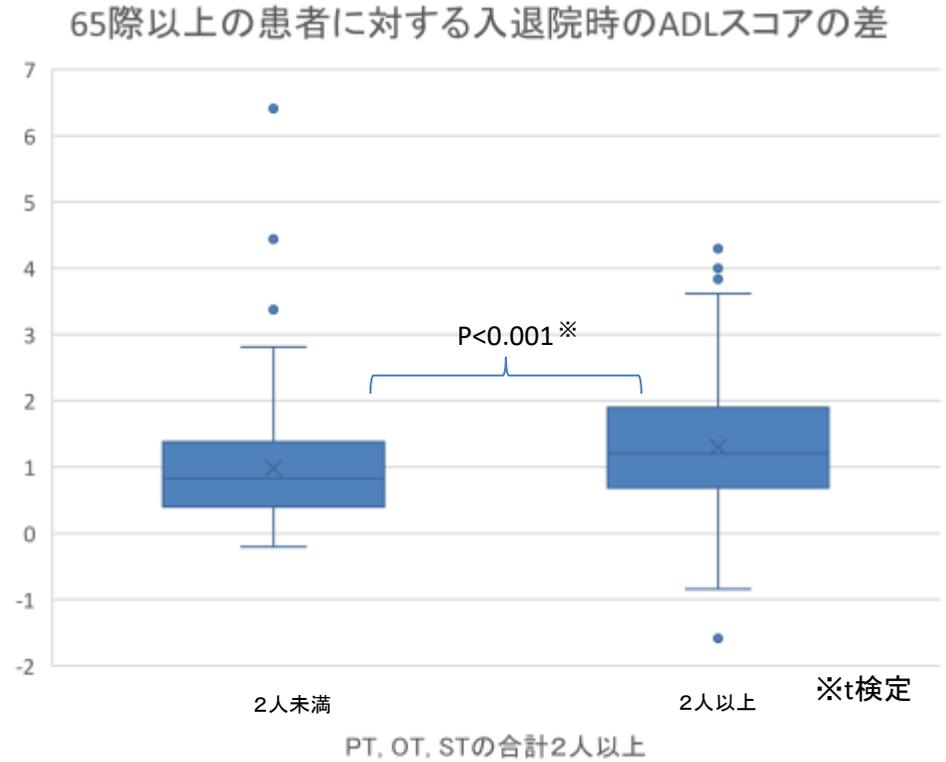
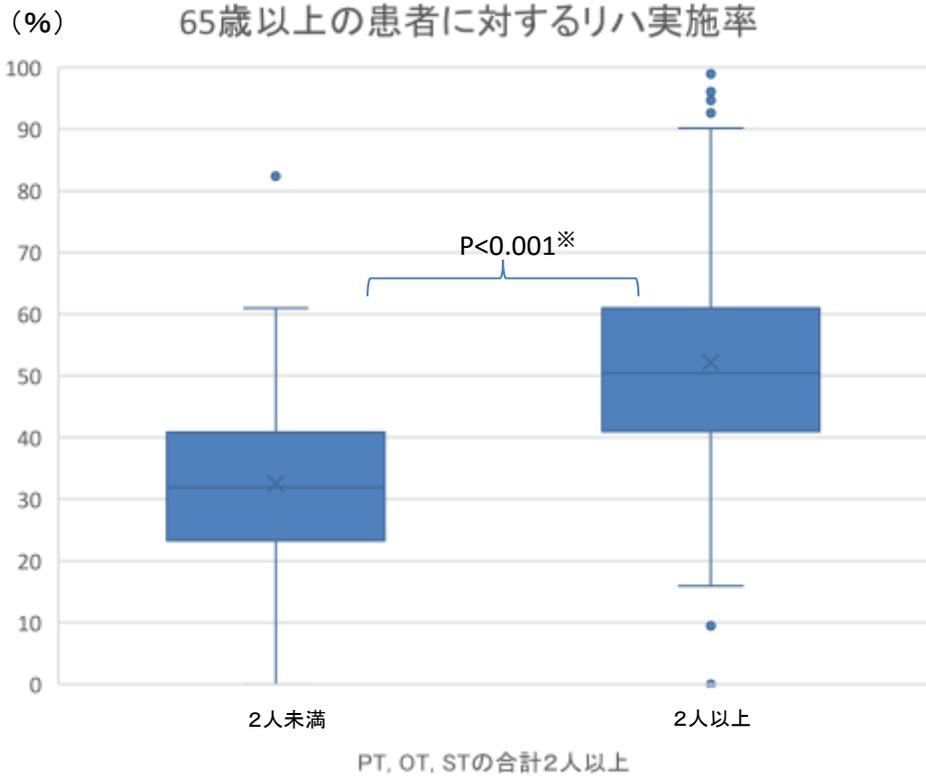
診調組 入-3  
5 . 9 . 6

- 急性期入院料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数の分布は以下のとおり。急性期入院料1を届け出ている医療機関の配置は40床あたり2~3人にピークがあった。急性期入院料2~6を届け出ている医療機関では0人である施設が約22.8%であった。地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関の方が急性期入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。
- 届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。



# リハビリテーション専門職の配置とADL改善（急1）

○ 急性期一般入院料1における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。

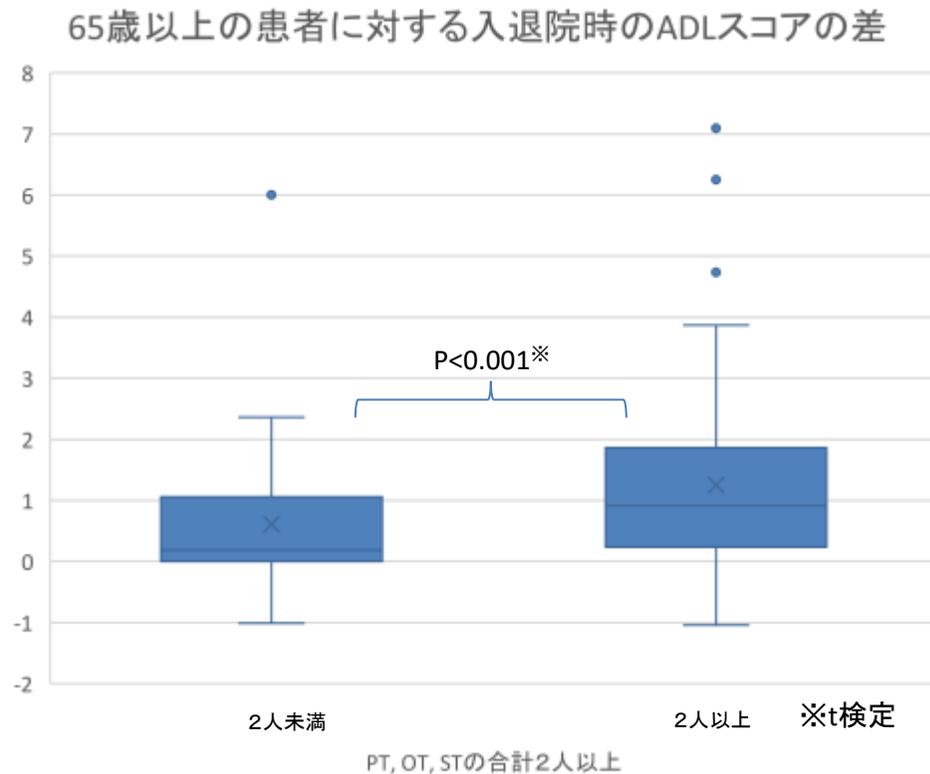
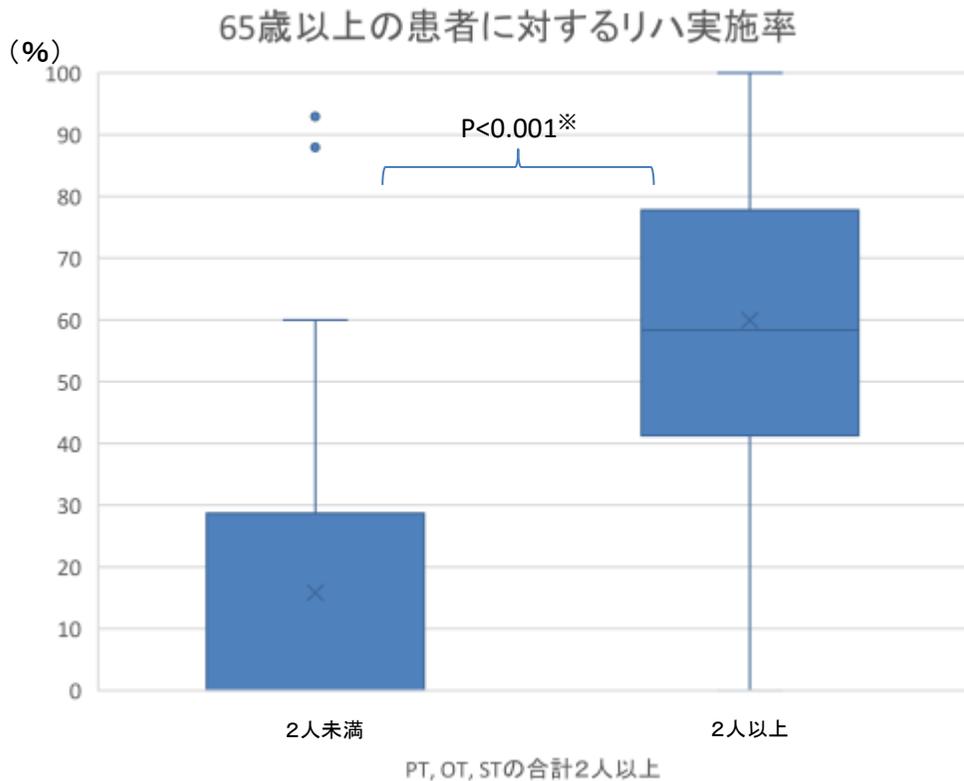


	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	32.5%	13.4%
PT, OT, STの合計2人以上	363	52.2%	16.5%

	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	0.98	0.91
PT, OT, STの合計2人以上	363	1.30	0.92

抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上急性期一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

○ 急性期一般入院料2～6における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。



	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	15.8%	23.1%
PT, OT, STの合計2人以上	115	59.9%	24.5%

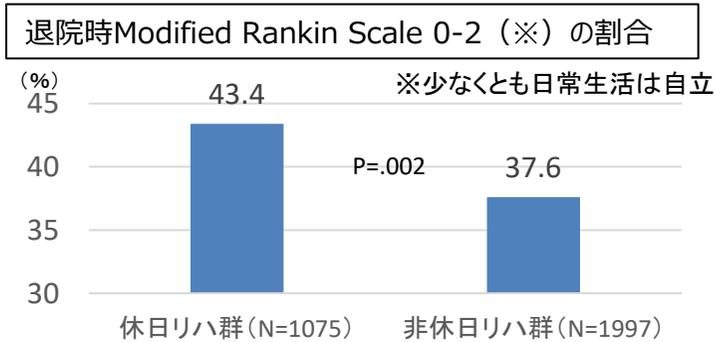
	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	0.61	11.08
PT, OT, STの合計2人以上	115	1.25	1.34

抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上急性期一般病棟入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

- 急性期における休日リハビリテーションの有効性は以下のとおり示されている。
- 一方、一次脳卒中センターの24%において土日にリハビリが提供されていない実態がある。

- 急性期の脳卒中患者に対し休日リハが提供されることにより、退院時に機能的に自立する割合が高く、リハ開始までの日数は短くなる。

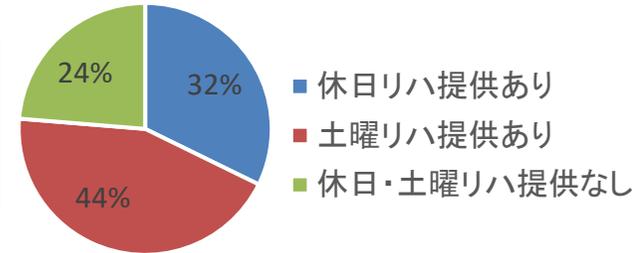
出典: Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.



- 一次脳卒中センターのうち休日リハを提供しているのは32%、土曜はリハを提供しているのは44%、土日・休日にはリハを提供していないのは24%であった。

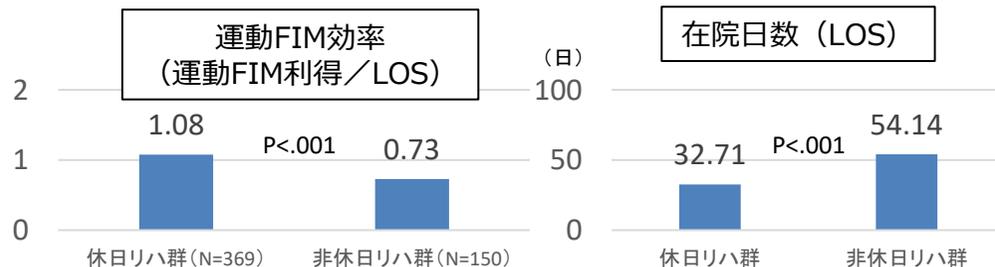
出典: 角田亘他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

一次脳卒中センター  
959施設に対するア  
ンケート調査結果(有  
効回答数595施設)。



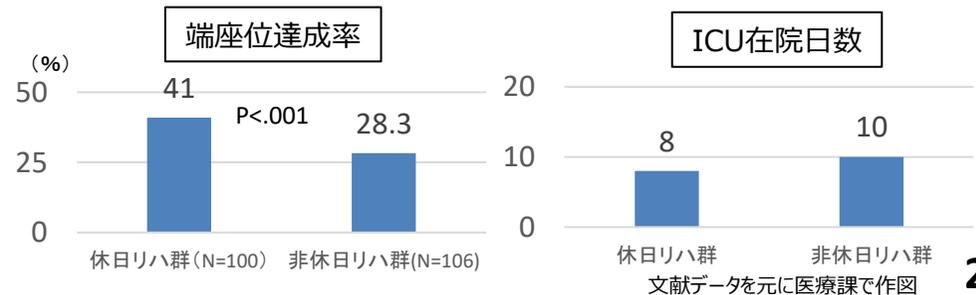
- 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

出典: Hasebe K. Geriatr Gerontol Int 2018;18:1143-6.



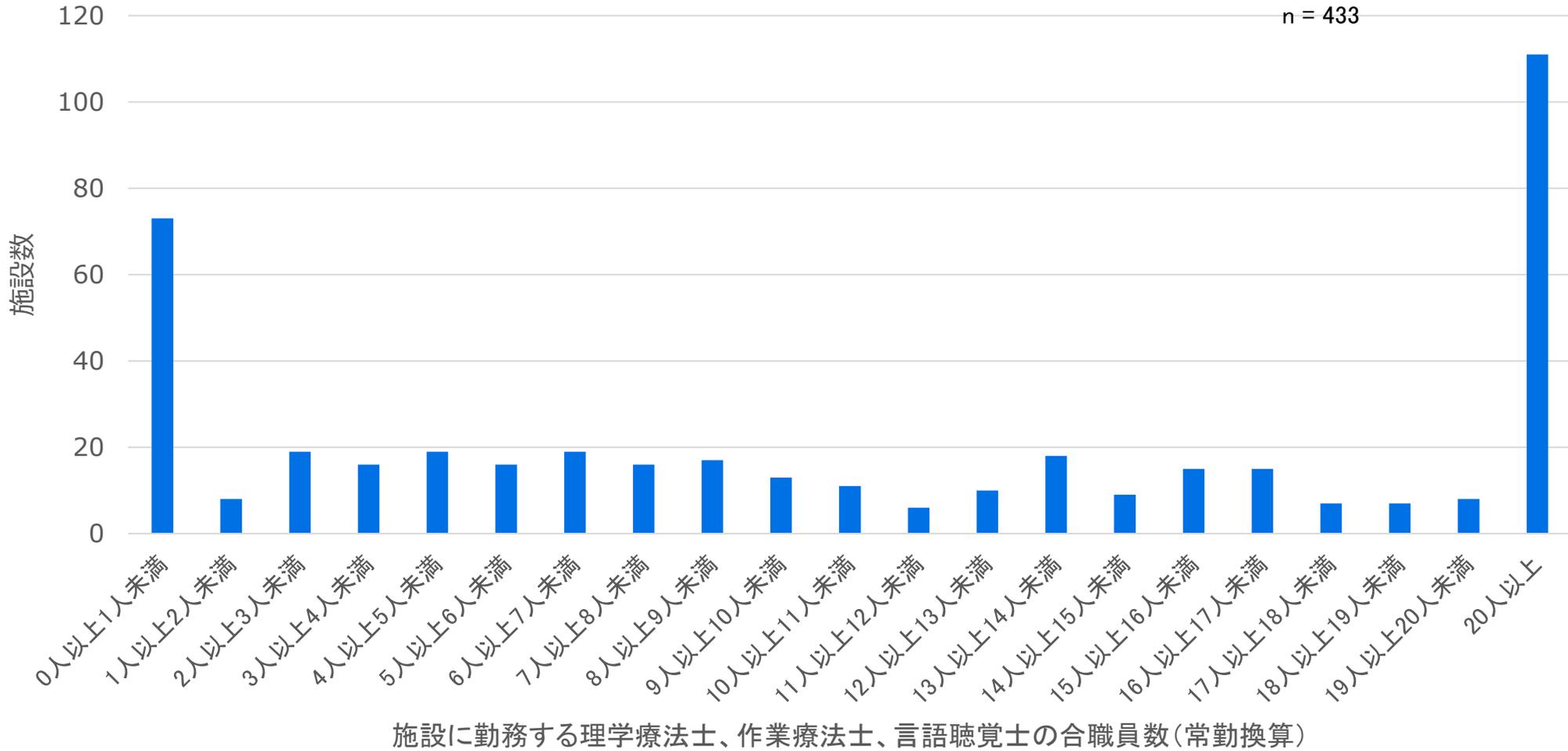
- ICUの人工呼吸器管理患者に対し休日リハが提供されることにより、端座位達成率が高くなり、ICU退室が早まった。

出典: 森田ら. 日集中医誌.2020;27:395-402.



# 急性期2～6の病棟を届け出ている施設における療法士の勤務状況

急性期2～6の病棟を届け出ている施設における、療法士の職員数(常勤換算)の分布



- 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。
- 高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表 入院時の栄養状態

		総数	40歳～ 69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	<b>41.9%</b>
低栄養**		18.0%	10.6%	<b>25.7%</b>

\* 簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価  
\*\* GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition) による評価

対象者：国内の大学病院 入院患者1,987名  
(40～69歳 717名、70歳以上 1,270名)

出典：K. Maeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

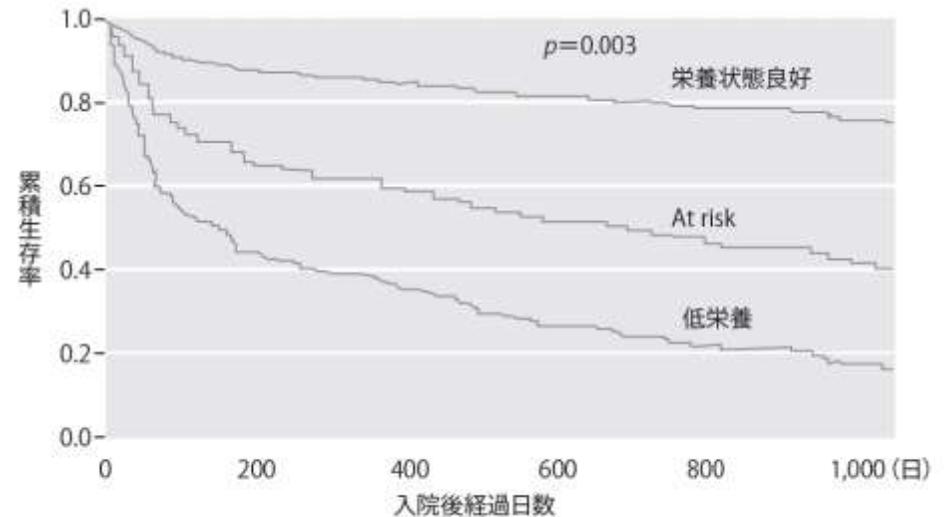


図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)  
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

出典：前田；日内会誌 110:1184～1192, 2021  
(文献1) Kagansky N, et al. Am J Clin Nutr 82 : 784—791, 2005.

- 急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

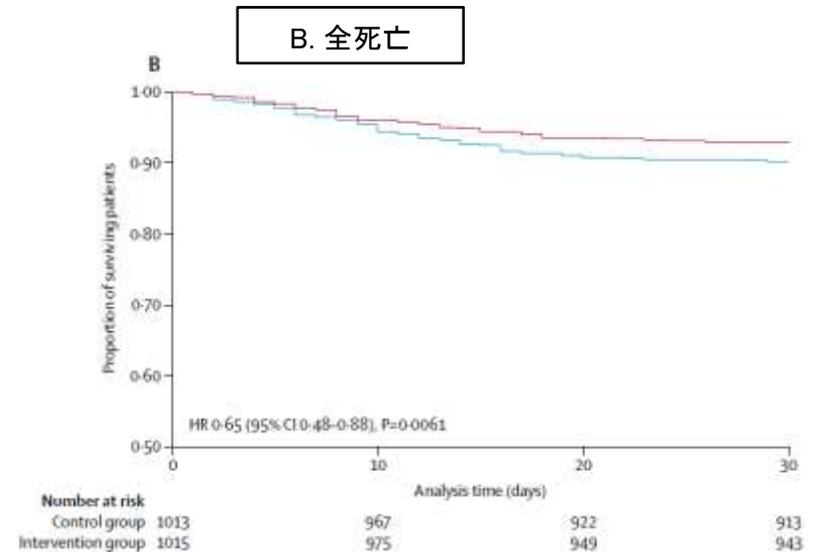
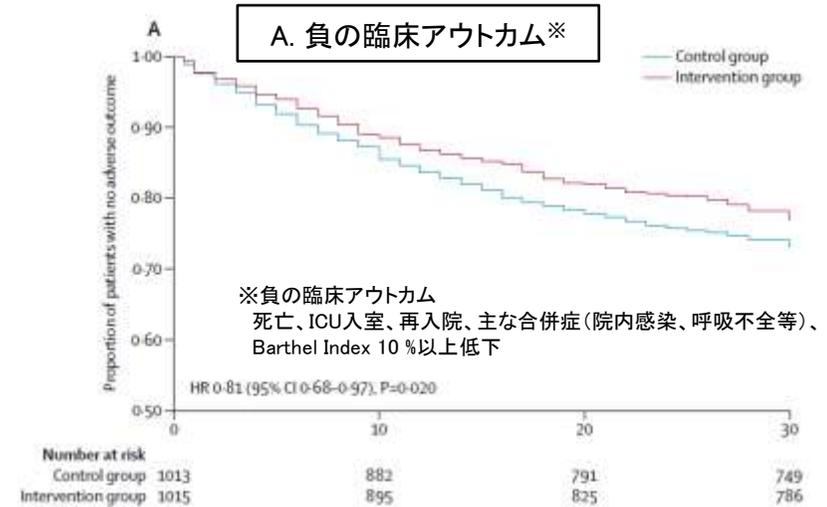
## 【対象・方法】

対象: 入院時の栄養スクリーニング(NRS2002)で低栄養リスクがあり、4日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法: 8つの急性期病院において、介入群(目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施)と対照群(通常の病院給食)を比較(RCT)

## 個別的な栄養管理

- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
  - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標(たんぱく質・エネルギー等)を設定し、栄養計画を作成
  - ✓ 経口栄養(患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供)と栄養補助食品による栄養管理を実施
  - ✓ 5日以内に経口栄養で1日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
  - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24~48時間ごとに再評価
  - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施



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

## スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

## 診断のためのアセスメント(GLIM基準)

### ● 表現型

- 体重減少  
6か月以内で5% 6か月以上で10%
- 低BMI  

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

### ● 病因(※)

- 食事摂取量減少 / 吸収障害
- 疾病負荷 / 炎症

## 診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

## 重症度診断

## <重症度判定>

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

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

### (※) 病因に基づく診断分類

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

- 管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、入院期間の体重減少量及び体重減少率が抑制されていた。

## ■ 病棟配置有無別の管理栄養士介入状況

		病棟配置あり群 (n = 40)	病棟配置なし群 (n = 111)	P value
管理栄養士訪問までの日数	(日)	1.0 (1.0 - 1.5)	5.0 (2.0 - 9.8)	<0.001
食事箋の変更回数	(回)	4.0 (1.0 - 7.8)	5.0 (2.0 - 8.0)	0.171
栄養指導の有無	あり	60.0%	45.0%	0.140
栄養指導の回数	(回)	1.0 (1.0 - 2.0)	1.0 (1.0 - 1.5)	0.526

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

## ■ 病棟配置有無別の体重減少量及び体重減少率

		病棟配置あり群 (n = 40)	病棟配置なし群 (n = 111)	P value
体重減少量	(kg)	1.1 (0.5 - 2.8)	3.5 (1.0 - 4.8)	0.002
体重減少率	(%)	3.1 (1.1 - 4.0)	5.9 (2.2 - 7.6)	0.002

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

対象者：一般病院10施設において、令和3年3月～7月までの期間に心不全、脳卒中、がん、誤嚥性肺炎等で入院した18歳以上75歳未満の患者をDPCコードで指定し522例を抽出  
(体重記録なし、BMI25以上等を除外)

調査項目：診療録調査(入院時体重、退院時体重、絶食期間、管理栄養士介入状況等)、栄養科アンケート調査(常勤管理栄養士数、給食業務委託状況等)

# 管理栄養士の病棟配置の状況（入院料別）

○ 施設基準で配置が求められている回復期リハビリテーション病棟入院料1以外では、管理栄養士が病棟に配置されている割合は低かった。

		急性期一般入院料1 (n=1,811)	急性期一般入院料2~3 (n=72)	急性期一般入院料4~6 (n=151)	専門病院入院基本料7対1 (n=25)	特定機能病院入院基本料一般病棟7対1 (n=453)	小児入院医療管理料* (n=86)	地域一般入院料1~2 (n=539)	地域一般入院料3 (n=25)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1 (n=209)	地域包括ケア病棟入院料・管理料2 (n=151)	地域包括ケア病棟入院料・管理料3~4 (n=9)
配置あり	専従	2.0%	0.0%	12.6%	0.0%	4.6%	1.2%	4.1%	0.0%	8.6%	7.9%	0.0%
	専任	24.2%	15.3%	21.2%	28.0%	26.0%	17.4%	24.7%	28.0%	23.4%	21.2%	33.3%
配置なし		70.5%	84.7%	64.9%	72.0%	53.9%	73.3%	57.0%	72.0%	66.5%	64.9%	66.7%
無回答		3.3%	0.0%	1.3%	0.0%	15.5%	8.1%	14.3%	0.0%	1.4%	6.0%	0.0%

\*病床単位で届け出ている場合を除く

		回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=241)	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=34)	回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=72)	回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=8)	回復期リハビリテーション病棟入院料5~6 (n=2)	療養病棟入院料1 (n=395)	療養病棟入院料2 (n=79)	療養病棟入院基本料経過措置 (n=9)	障害者施設等入院基本料1 (n=48)	障害者施設等入院基本料2~4 (n=122)	特殊疾患病棟入院料1 (n=12)	特殊疾患病棟入院料2 (n=13)	特殊疾患入院医療管理料 (n=3)	緩和ケア病棟入院料1 (n=17)	緩和ケア病棟入院料2 (n=14)
配置あり	専従	18.7%	17.6%	5.6%	12.5%	0.0%	13.4%	19.0%	11.1%	2.1%	10.7%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	専任	67.2%	32.4%	33.3%	0.0%	0.0%	22.3%	7.6%	11.1%	12.5%	12.5%	16.7%	30.8%	33.3%	17.6%	28.6%
配置なし		12.4%	50.0%	58.3%	87.5%	100.0%	60.5%	70.9%	77.8%	85.4%	75.0%	83.3%	61.5%	66.7%	82.4%	71.4%
無回答		1.7%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	3.8%	2.5%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

- 入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%

出典: Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

出典: Geriatr. Med. 55(11):1239-1241,2017

- 誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた

出典: Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

- 経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない

出典: Geriatr Gerontol Int. 2016 [PMID: 25953259]

- 誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入(口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等)を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された

出典: 日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

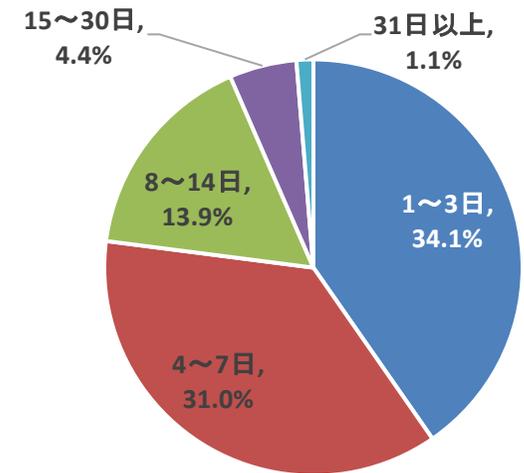


図 禁食から食事が開始された時期  
(n = 72,315)

# 病棟における多職種連携の取組状況

- 病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
- 栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

## ■ 各取組の実施割合及び関与している職種（急性期一般入院料1 n=3,030）

	実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01 NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02 01以外の病棟でのカンファレンス(簡易な情報共有や相談を含む)	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05 ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06 認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09 栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10 離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11 口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12 ミールラウンド(食事の観察)	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
13 食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14 経腸栄養剤の種類の選択や変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15 退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16 退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

## 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について
  - ① 高齢者の救急患者の受け入れについて
  - ② リハビリテーション・栄養・口腔について
  - ③ 入退院支援及び在宅復帰等について
3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

# 入退院支援加算 1・2 の概要

## 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。

- |                   |                 |      |                 |        |
|-------------------|-----------------|------|-----------------|--------|
| ▶ <u>入退院支援加算1</u> | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 700点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,300点 |
| ▶ <u>入退院支援加算2</u> | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点   |

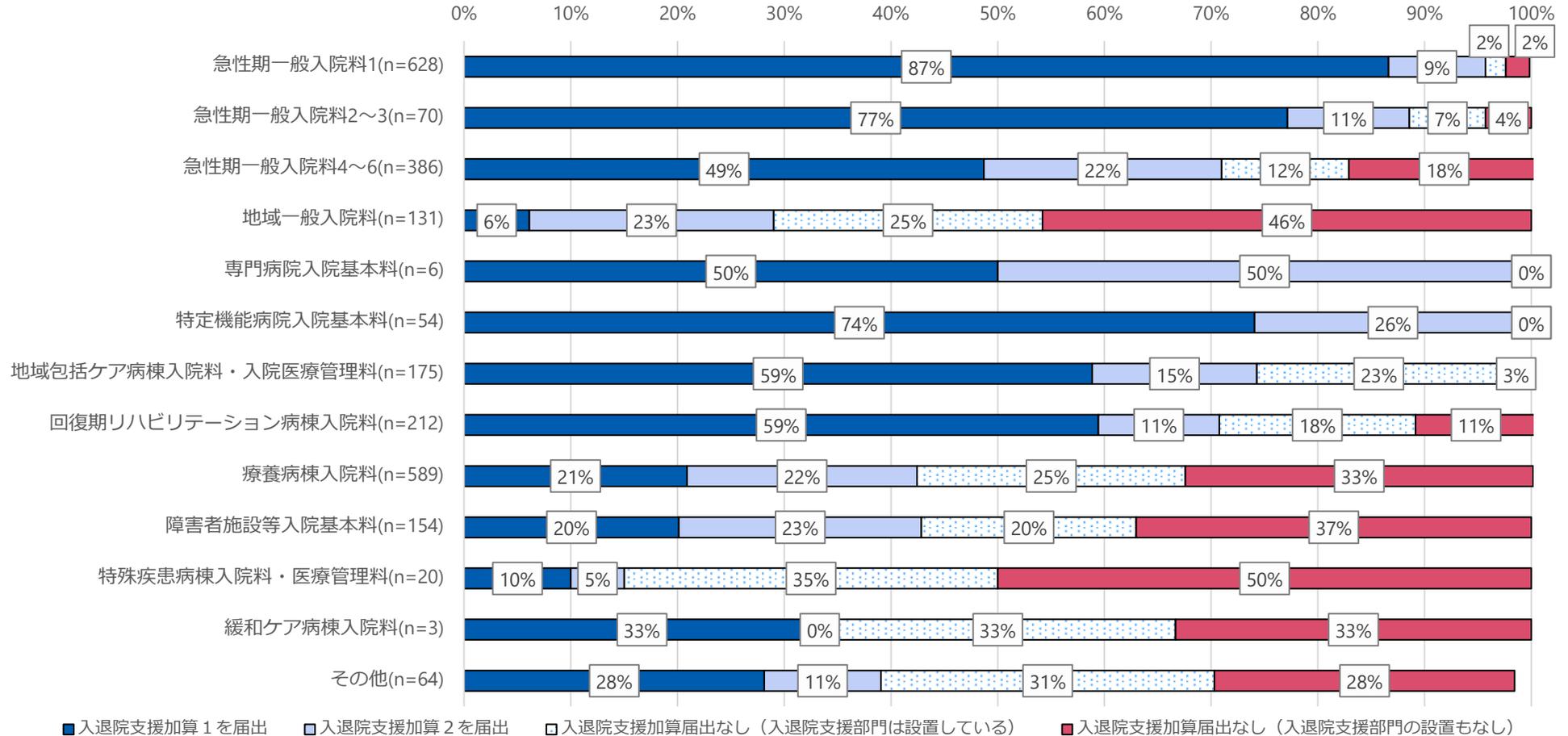
[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. <u>入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</u> シ. <u>家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> ス. <u>児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
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
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	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が <u>25以上</u> であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で <u>対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて</u> 面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	※青字下線はR4年度改定事項

# 入退院支援加算 1・2 の届出状況

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

## ■ 入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



# 入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

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

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

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

# 入院料別の入院患者の特徴

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

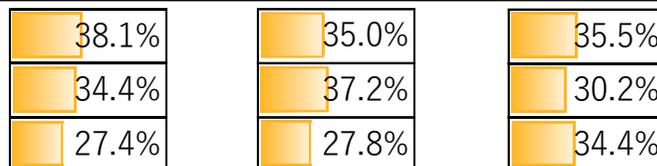
## 急性期一般入院料

急性期1      急性期2・3      急性期4～6

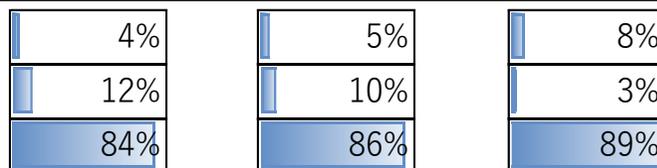
平均在院日数

11.7日      14.9日      13.8日

予定・緊急入院区分  
 予定  
 緊急（救急車等）  
 緊急（外来初再診後）



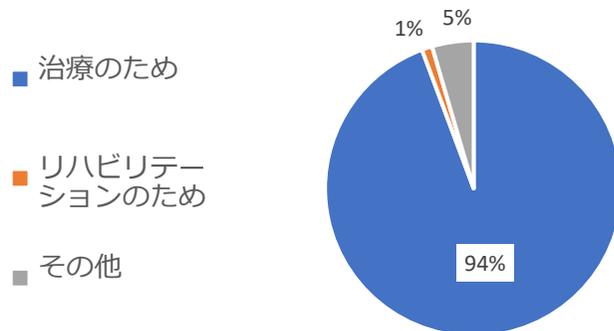
入棟前の場所  
 他院（有床診含む）  
 自院の他病棟  
 その他



入院中の手術の実施

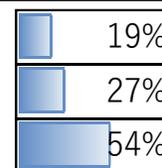
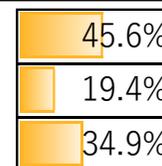
43.4%      42.8%      38.8%

入院の理由

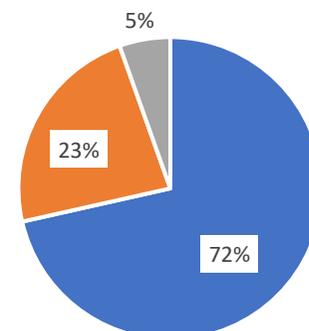


## 地域包括ケア病棟

26.9日

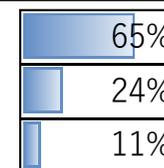
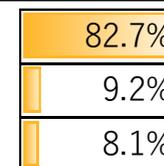


17.9%

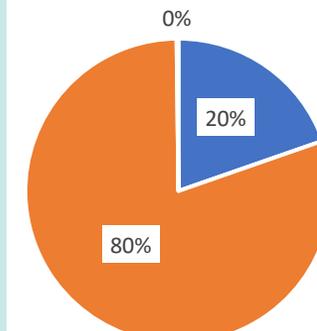


## 回復期リハビリテーション病棟

66.0日



10.5%



# 一般病棟における患者の流れ

	急1	急2	急4	地域一般
n	5,137,980	180,421	908,136	64,892
家庭からの入院	92.6%	85.8%	82.2%	64.3%
他の病院・診療所の病棟からの転院	2.5%	5.1%	6.9%	19.2%
介護施設・福祉施設に入所中	4.5%	8.9%	10.5%	15.7%
院内で出生	0.4%	0.2%	0.4%	0.3%
その他	0.1%	0.1%	0.1%	0.6%

一般病棟入院基本料

	急1	急2	急4	地域一般
n	5,137,980	180,421	908,136	64,892
院内の他病棟への転棟	3.7%	13.2%	17.5%	30.0%
家庭への退院	79.1%	67.9%	63.1%	45.0%
他の病院・診療所への転院	6.0%	5.6%	5.5%	6.3%
介護老人保健施設に入所	0.7%	1.3%	1.7%	2.5%
介護老人福祉施設に入所	0.9%	1.8%	2.3%	3.3%
社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所	1.7%	2.8%	2.6%	3.3%
終了（死亡等）	3.2%	4.7%	5.6%	8.2%
その他	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
介護医療院	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%
同一病棟グループ内への転棟	4.6%	2.6%	1.5%	0.9%

## 一般病棟の入院患者のうち救急搬送により入院した患者の割合等

	急1	急1(救命救急入院料届出なし)	急2	急4	地域一般1	
実入院患者数	5,137,980	3,632,530	180,421	908,136	64,892	
実入院患者数のうち、救急搬送され入院した割合	相加平均	20.2%	21.1%	22.8%	20.2%	14.6%
	加重平均	18.4%	19.9%	22.2%	20.9%	16.0%
	25%tile	12.9%	13.4%	13.1%	9.4%	2.5%
	50%tile	19.1%	20.0%	21.8%	19.1%	10.8%
	75%tile	25.6%	27.1%	29.3%	28.0%	21.3%

## 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について
3. 高齢者の救急患者に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

# 社会保障制度改革国民会議報告書における病床の機能分化・連携について

社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日社会保障制度改革国民会議）（抄）

## II 医療・介護分野の改革

### 1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

#### （3）改革の方向性

##### ① 基本的な考え方

まず、日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、確かにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は、過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。それは、政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準 7 対 1 を満たす急性期病院の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている。政策当局は、提供者たちとの信頼関係を再構築させるためにも、**病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが必要**であろう。さらに、これまで長く求められてきた要望に応え、**「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直す**ことなどに、速やかに、そして真摯に取り組むべき時機が既にきていることを認識するべきである。

…

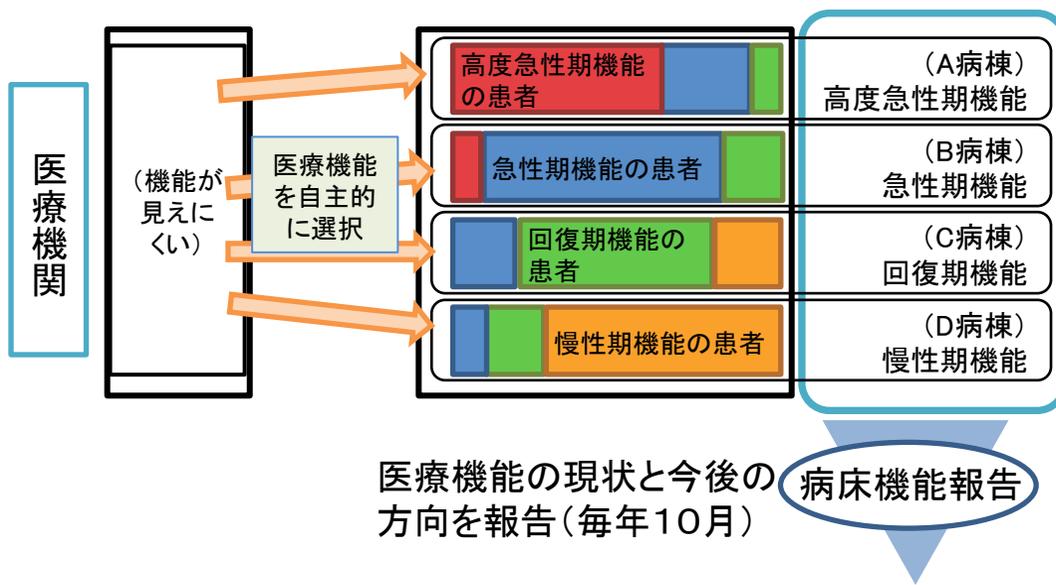
##### ② 機能分化とネットワークの構築

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、**密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている**。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。

そこで、**急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう**、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

# 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。



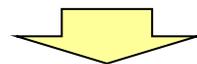
## 「地域医療構想」の内容

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



- 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。

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

# 2022年度病床機能報告について

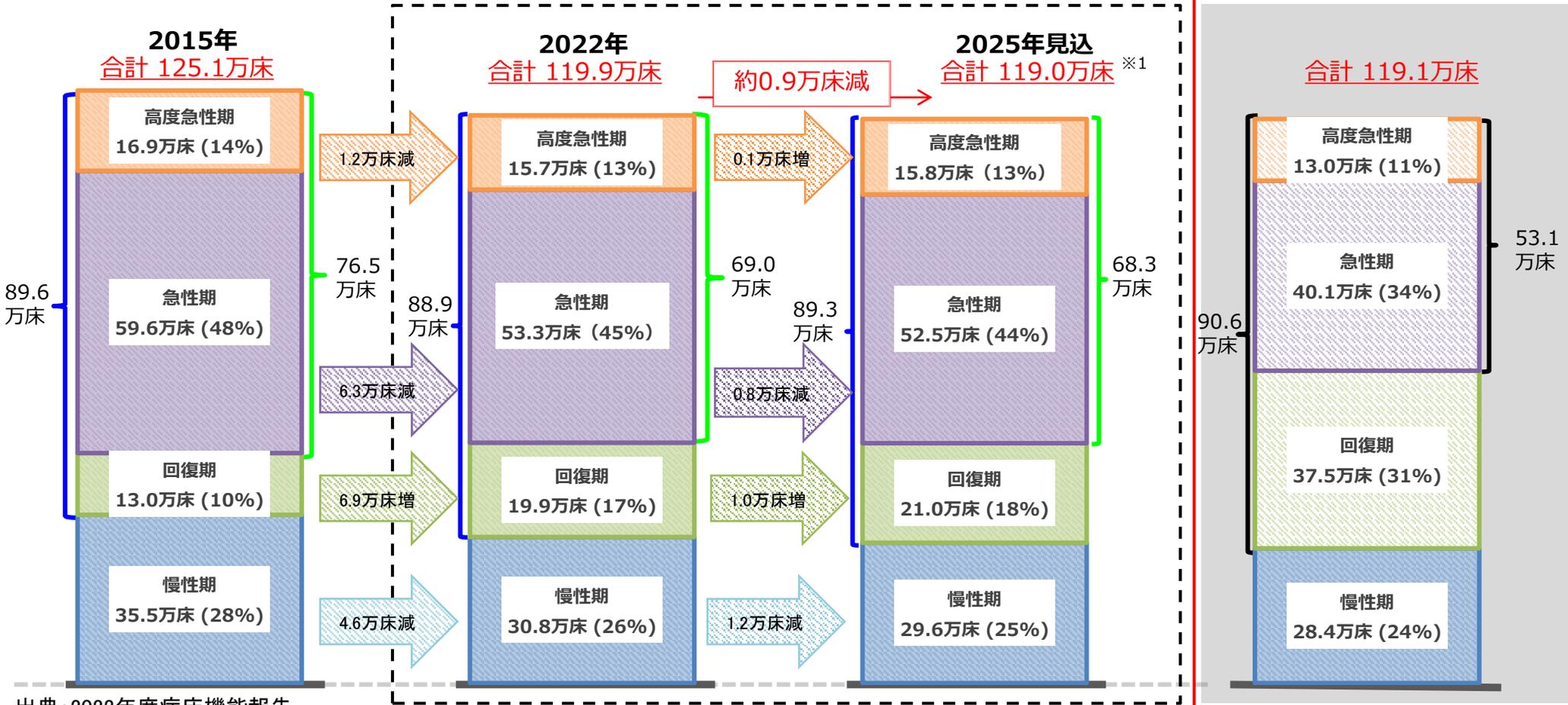
## 2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

## 2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

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



出典: 2022年度病床機能報告

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

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

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

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

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

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

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

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

# 特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

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

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

## 高度急性期機能

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

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

## 急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

## 回復期機能

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

## 慢性期機能

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

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

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

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

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

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

# 診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

中医協 総-4  
5. 7. 5 改

医療  
位置  
付け

## 一般病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 886,663床  
病床利用率 69.0%  
平均在院日数 16.2日

## 療養病床

(R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)

病床数 284,439床  
病床利用率 84.7%  
平均在院日数 126.5日

### DPC/PDPS

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

### 特定機能病院 入院基本料

87施設  
58,726床 (+185床)  
※1 一般病棟に限る

### 専門病院入院基本料

19施設6,249床 (+4床)

### 救命救急入院料

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

### 特定集中治療室管理料

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

### ハイケアユニット入院医療管理料

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

### 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

203施設 1,667床 (+75床)

### 小児特定集中治療室管理料

16施設 161床 (+61床)

### 新生児特定集中治療室管理料

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

### 総合周産期特定集中治療室管理料

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

### 新生児治療回復室入院医療管理料

203施設 2,972床 (+73床)

### 一類感染症患者入院医療管理料

33施設 103床 (▲2床)

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

### 一般病棟入院基本料

575,751床 (▲4,036床)

### 回復期リハビリテーション病棟入院料

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

### 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

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

### 障害者施設等入院基本料

891施設  
72,004床 (+1,633床)

### 特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 96床 (±0)  
入院料2 2施設 79床 (±0)

### 特殊疾患

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

### 緩和ケア病棟入院料

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

### 療養病棟入院基本料

205,673床 (+101床)

### 介護療養 病床

7,976床  
※R4.6末病院報告

施設基準届出  
令和4年7月1日現在  
(かつこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)

有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)

精神科救急急性期医療入院料  
173施設 10,875床 ※R4新設

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

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

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

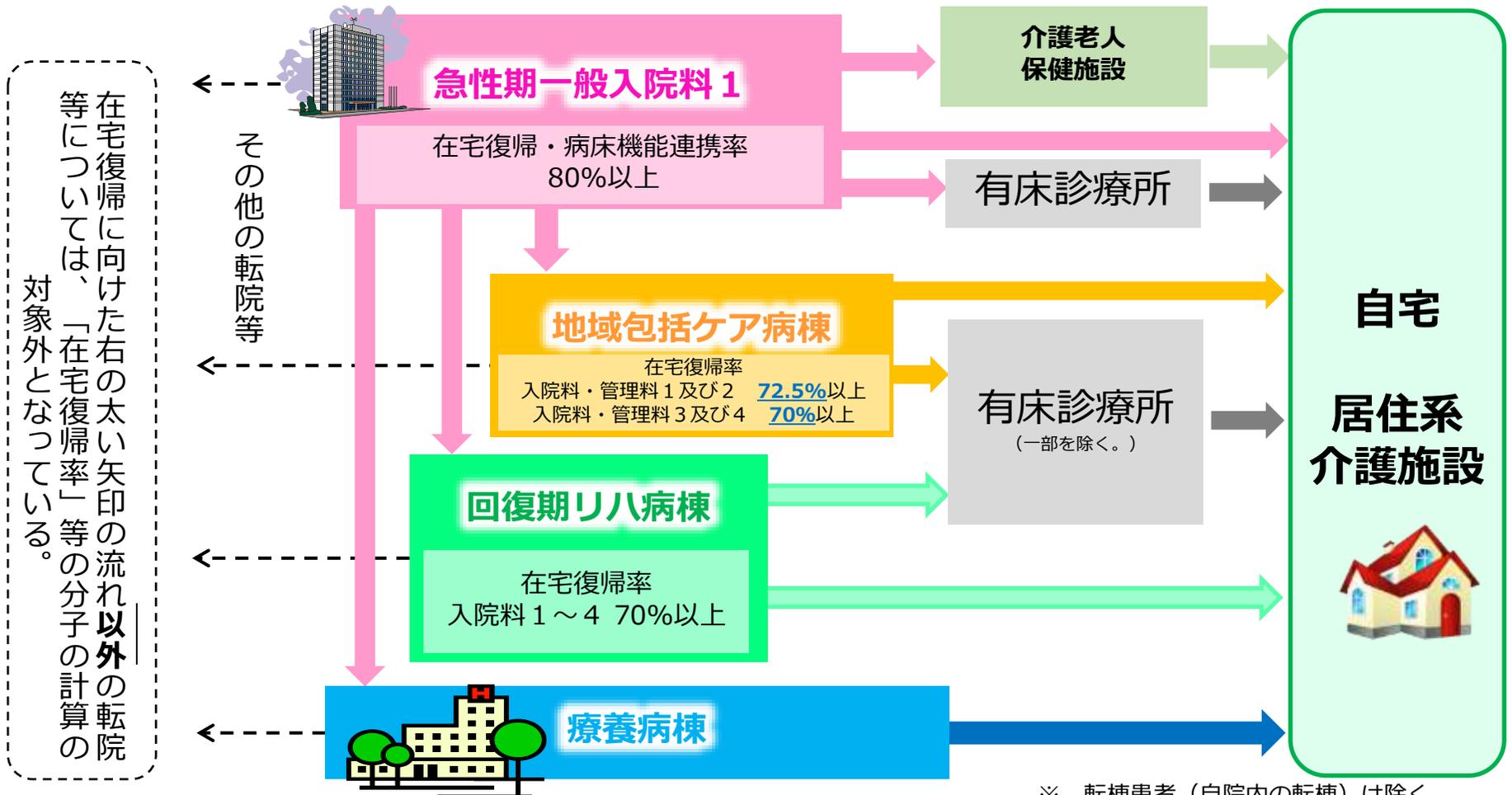
認知症治療病棟入院料  
入院料1 554施設 38,590床 (+436)  
入院料2 3施設 220床 (+6)

結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)

# 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

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

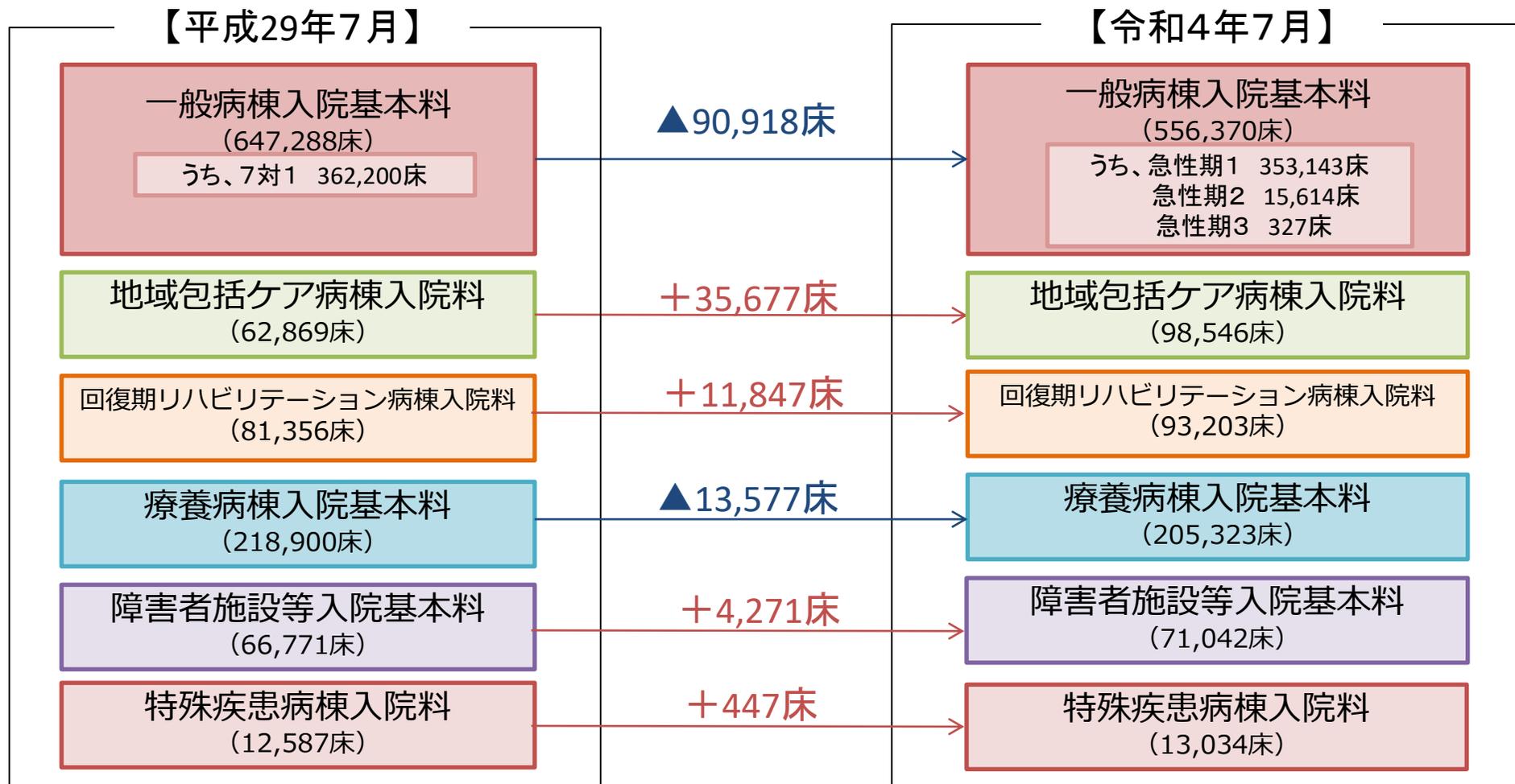
各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印（➡）で示す**



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

# 届出病床数の推移について（概要）

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

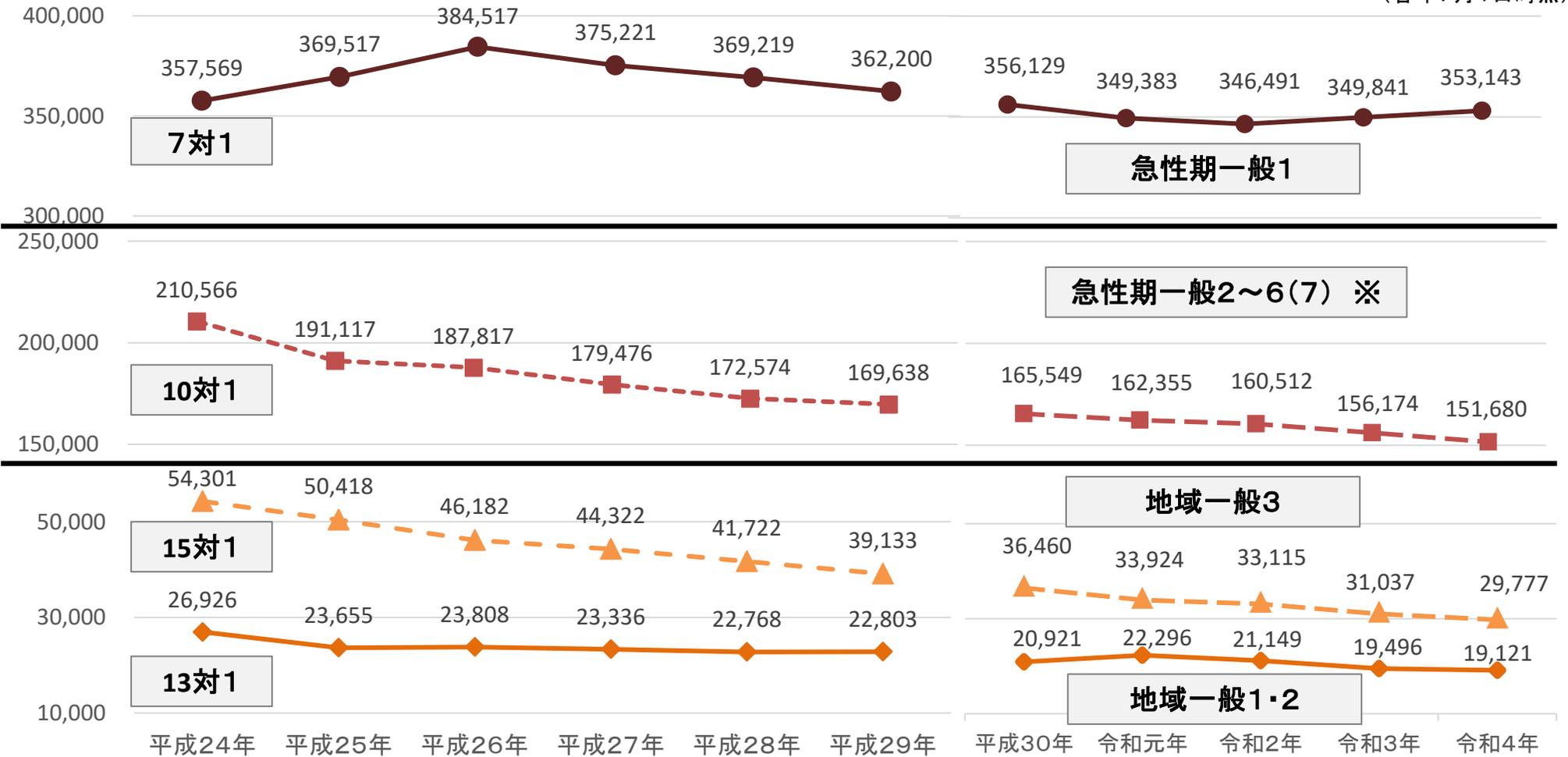


# 入院料別の病床数の推移（一般病棟入院基本料）

- 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和3年から微増している。
- 急性期一般入院料2～6、地域一般1～3は減少傾向。

（医療保険届出病床数）

（各年7月1日時点）



※

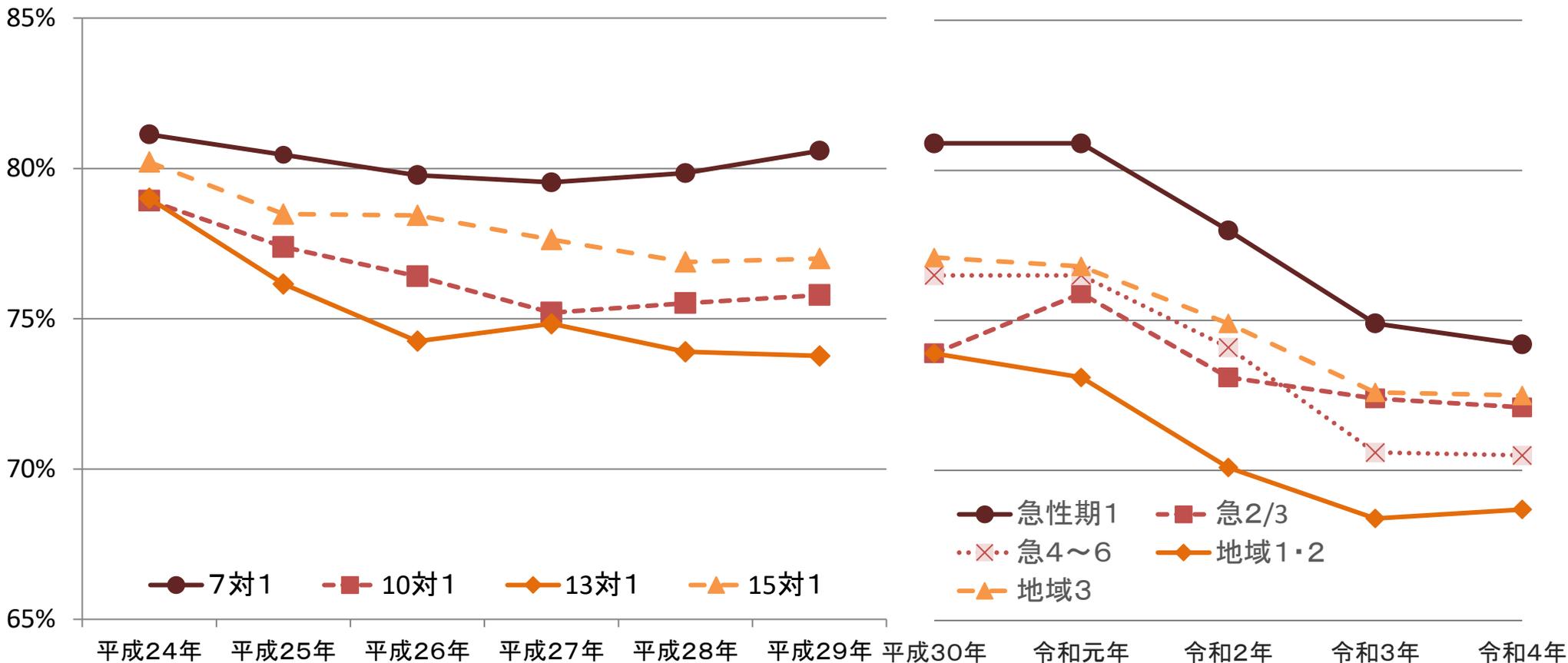
※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
急性期一般2・3	5,399	10,704	14,896	15,751	15,941
急性期4～6(7)	160,150	151,651	145,616	140,423	135,739

出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

# 入院料別の病床稼働率の推移（一般病棟入院基本料）

○ 病床稼働率は、急性期一般入院料1が最も高い。令和2年から令和4年にかけて、病床稼働率は全体的に減少している。



※ 各年の1日平均入院患者数を各年7月1日時点の稼働病床で除したのもの  
 ※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

# 入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

○ 40床あたりの看護職員及び看護補助者の数は、入院料によりその人数や比率が異なる。

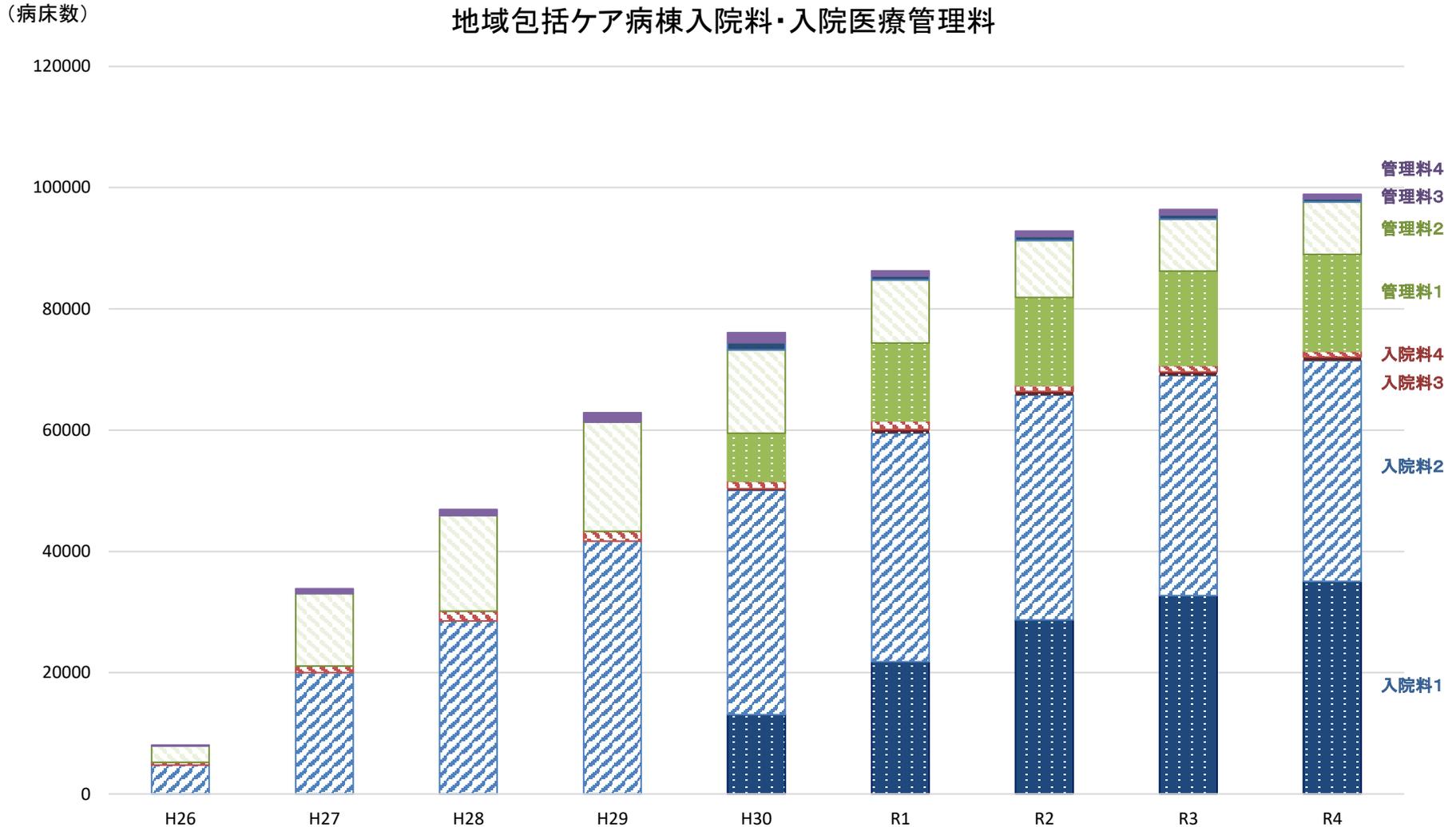
入院料グループ	回答施設数 ※1	40床あたり職員数の施設平均(単位:人)			
		全職員	看護職員	看護補助者 うち、介護福祉士	リハビリ職 ※2
急性期一般入院料1	1,752	32.77	26.34	3.45	0.85
急性期一般入院料2-3	72	28.38	21.82	3.09	2.02
急性期一般入院料4-6	147	26.07	19.42	3.68	0.89
特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)	443	33.88	27.95	2.76	1.82
専門病院入院基本料(7対1)	25	24.01	21.48	1.98	0.00
小児入院医療管理料(病床単位で届け出ている場合を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

注1)20床以下の病棟は除いて集計している

注2)理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

# 入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であるが、近年は増加が緩やかになる傾向にある。



# 急性期一般病棟、地域包括ケア病棟の施設基準の概要

	急性期一般病棟入院料1	急性期一般病棟入院料4	地域包括ケア病棟入院料1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	急性期医療を行う	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
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	該当患者の基準:A項目3点以上等 該当患者割合 31%(Ⅰ)28%(Ⅱ) ※200床以上の場合	該当患者の基準:A項目3点以上等 該当患者割合 20%(Ⅰ)17%(Ⅱ) ※200床以上の場合	該当患者の基準:A項目1点以上 又はC項目1点以上 該当患者割合 12%(Ⅰ)8%(Ⅱ)
在院日数	平均在院日数 18日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	- (救急医療管理加算等で評価)	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合、救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	- (地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	- (地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	-	PT、OT又はST1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含む)	80%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含む)	72.5%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含まない)
在宅医療	-	-	実績要件
人生の最終段階における医療・ケア	-	-	ガイドライン等の内容を踏まえ、指針を定めていること

# 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

## ○ これまでの主な指摘

- ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

○ 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。

○ 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

## 高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰  
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

## 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について
3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

# 高齢者の救急患者等に係る課題①

## 1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について

- ・ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- ・ 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかりと受けられるため、このような役割を推進すべき、と指摘されている。
- ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

## 2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について

- ・ 65歳以上の高齢者において、年齢が高いほど1入院当たり出来高実績点数が高い一方、1日当たり出来高実績点数は低い傾向にある。
- ・ 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。
- ・ 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で5%未満であったが、129施設(7.8%)は15%以上であった。
- ・ 誤嚥性肺炎の患者に対して早期リハビリテーションを実施する場合において、1日2単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることを示されている。
- ・ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、急性期病棟より、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の方が多傾向にあった。
- ・ 急性期一般入院基本料を算定する病棟のリハ実施率は、ばらついていた。
- ・ 地域包括ケア病棟を届けている医療機関の方が急性期入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。
- ・ 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

## 高齢者の救急患者等に係る課題②

### 3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について

- ・ 病床機能の分化、連携に係る取組として、地域医療構想が進められている。
- ・ 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和3年から微増している。急性期一般入院料2～6、地域一般1～3は減少傾向。
- ・ 地域包括ケア病棟の届出病床数は増加傾向であるが、近年は増加が緩やかになる傾向にある。
- ・ 急性期一般病棟入院料は急性期医療を行うという趣旨、地域包括ケア病棟は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及び③在宅復帰支援という趣旨に基づき、施設基準が定められている。

# 高齢者の救急患者等についての論点

## 【論点】

### (高齢者の救急患者等に対応する入院医療について)

- 高齢者の救急患者等が増加していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方についてどのように考えるか。
- その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。