

(令和3年度第4回)
入院医療等の調査・評価分科会

令和3年7月8日(木)

1. 回復期入院医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケア病棟入院料・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

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)

診 調 組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

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
58,570床※1
(+190床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料

20施設 6,315床 (▲304床)

救命救急入院料

374施設 6,360床 (▲51床)

特定集中治療室管理料

624施設 5,235床 (▲24床)

ハイケアユニット入院医療管理料

管理料1 562施設 5,440床
管理料2 30施設 316床
合計 592施設 5,756床 (+344床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

173施設 1,400床 (+82床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 108床 (+14床)

新生児特定集中治療室管理料

233施設 1,652床 (+26床)

総合周産期特定集中治療室管理料

127施設 母児・胎児 815床 (+12床)
新生児 1,653床 (+14床)

新生児治療回復室入院医療管理料

200施設 2,840床 (+76床)

一類感染症患者入院医療管理料

32施設 103床 (±0床)

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
小児入院	76施設	133施設	97施設	372施設	151施設
医療管理料	5,363床	6,272床	2,271床	7,971床	-
	(+126床)	(▲292床)	(+31床)	(▲125床)	

一般病棟入院基本料

592,340床 (▲12,569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
732施設	180施設	440施設	85施設	54施設	59施設	1,550施設
48,551床	9,691床	20,336床	3,720床	2,272床	2,684床	87,254床
(+12,735床)	(▲6,338床)	(+123床)	(▲4,139床)	(+329床)	(▲374床)	(+2,336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
998施設	1,372施設	51施設	97施設	2,518施設
31,449床	45,367床	1,398床	2,291床	80,505床
(+12,620)	(▲5,460)	(+826)	(+151)	(+8,137)

障害者施設等入院基本料

888施設
70,304床 (+1,883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 (▲6床)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
106施設	102施設	32施設
5,609床	7,211床	447床
(▲172床)	(+116床)	(+16床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 306施設 5,998床
入院料2 130施設 2,648床
合計436施設 8,646床 (+283)

介護療養 病床

33,331床
※R元.6末病院報告

施設基準届出
令和元年7月1日現在
(かっこ内は前年比較)

有床診療所 (一般) 4,938施設 66,506床 (▲2,462床)

有床診療所 (療養) 426施設 4,062床 (▲13床)

精神科救急入院料

入院料1 156施設 9,877床 (+352床)
入院料2 5施設 221床 (+5床)

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 353施設 16,020床 (▲134床)
入院料2 18施設 851床 (+105床)

精神病棟 1,190施設 146,886床 (▲2,838床)

精神科救急・合併症入院料 11施設 374床 (▲50床)
児童・思春期精神科入院 44施設 1,408床 (+140床)

精神療養病棟入院料

825施設 91,209床 (▲763床)
地域移行機能強化病棟入院料 39施設 1,377床 (▲289床)

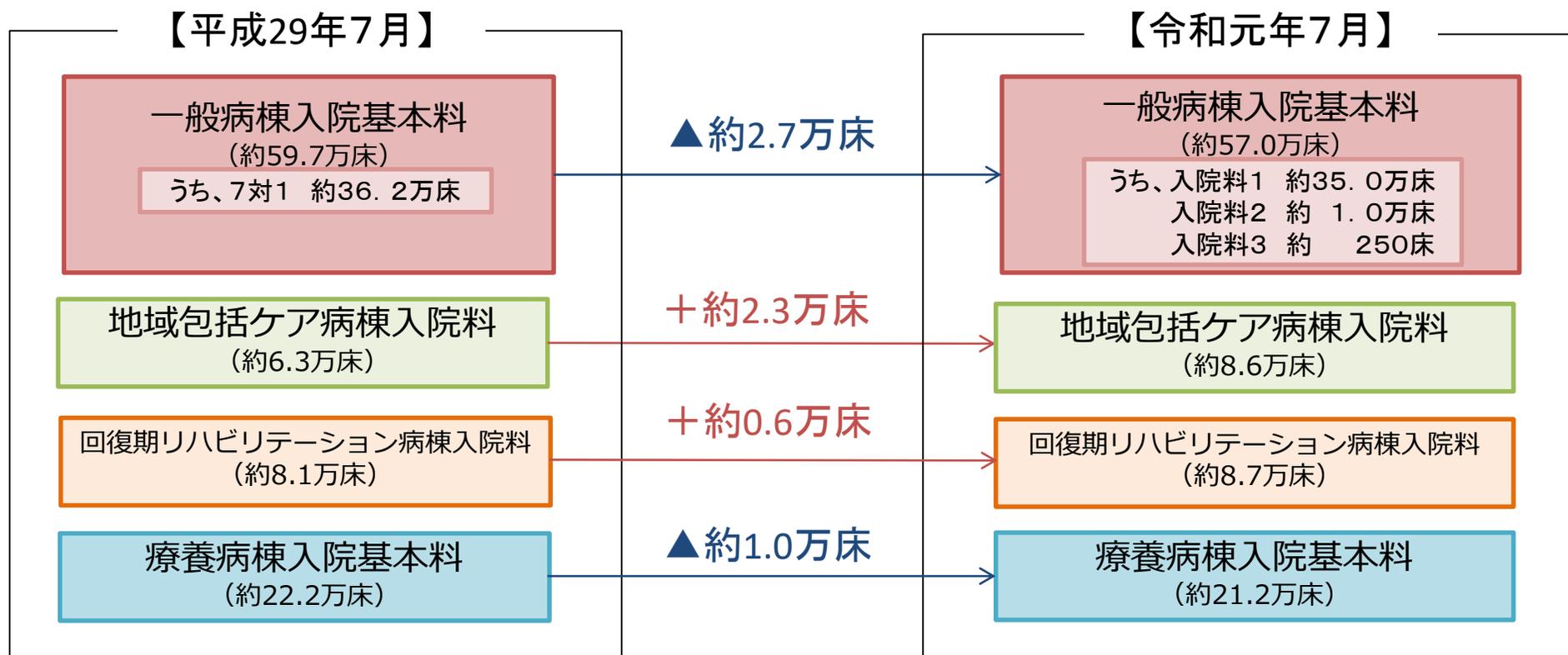
認知症治療病棟入院料

入院料1 521施設 36,518床 (+1,234床)
入院料2 7施設 660床 (±0床)

結核病棟 165施設 3,900床 (▲181)

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元年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。

1. 回復期入院医療を取りまく状況について
2. **地域包括ケア病棟入院料・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

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)

【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)

【平成26年度診療報酬改定】

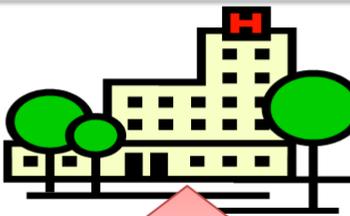
・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[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



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)

【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

在宅復帰率の見直し②

地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料における在宅復帰率見直し

【現行(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準] 7割

【現行(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く

[施設基準] 入院料1: 7割 入院料2: 6割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準] 7割

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

[施設基準] 入院料1～4: 7割

救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

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

現行

当該病棟(地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

改定後

【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、**急性期患者支援(療養)病床初期加算**として、1日につき150点(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、介護老人保健施設、**介護医療院**、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、**治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に**、入院した日から起算して14日を限度として、**在宅患者支援(療養)病床初期加算**として、1日につき**300点**(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき**350点**)を所定点数に加算する。

治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

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

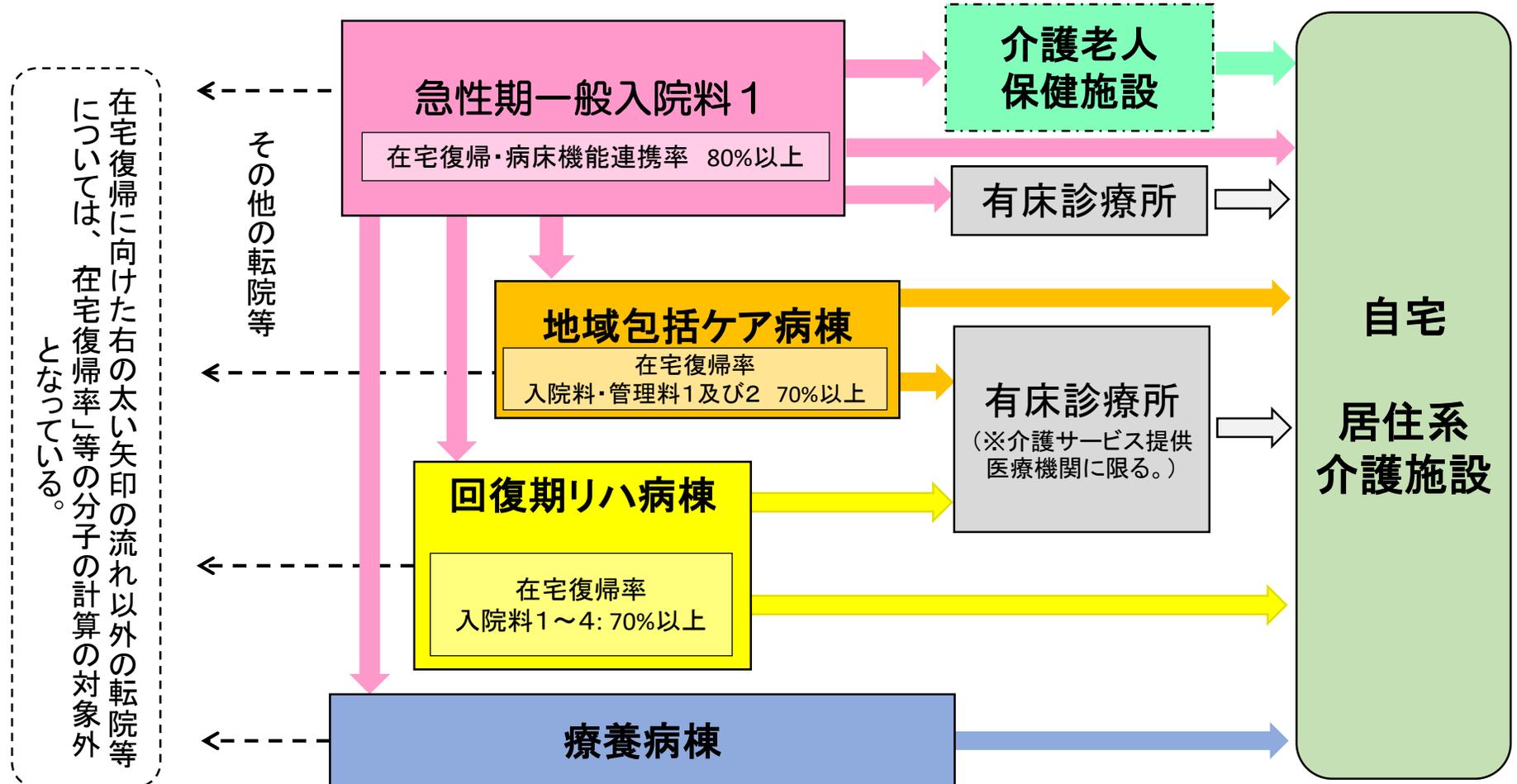
[施設基準]

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

「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。

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。

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

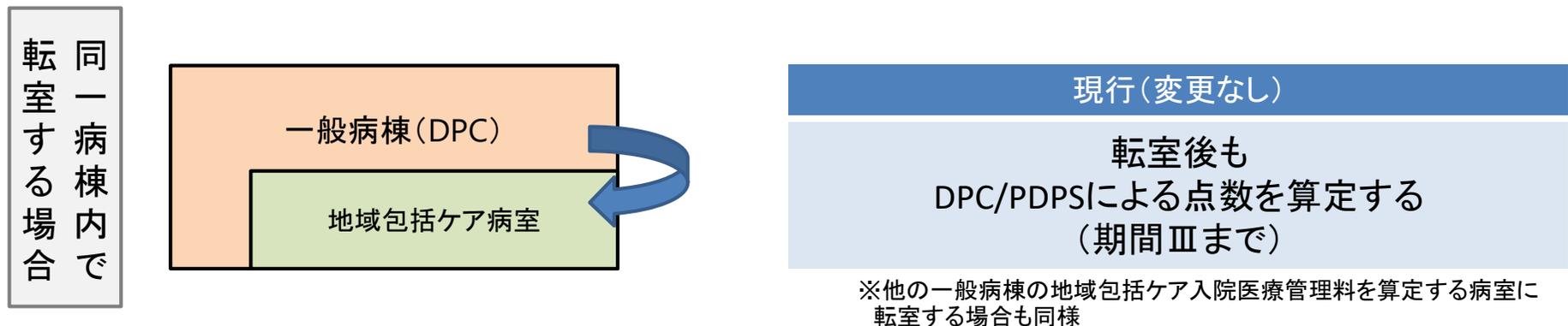
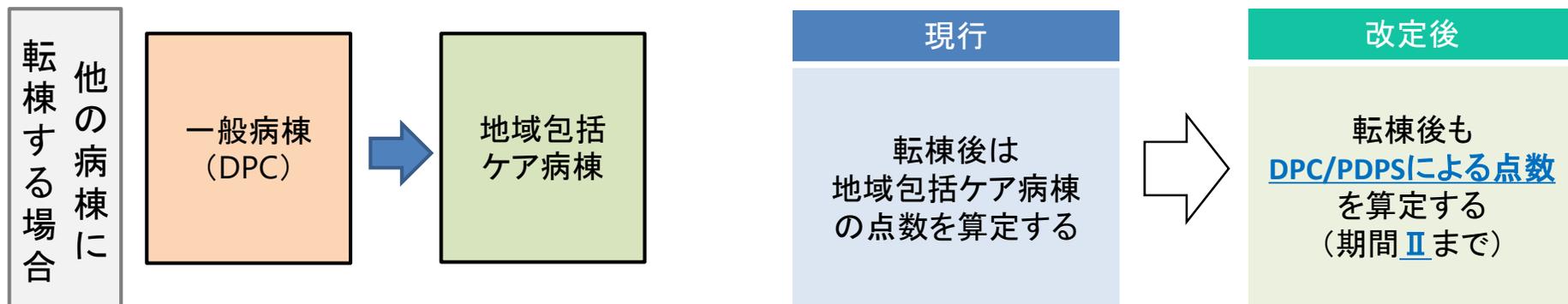
※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

- 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

地域包括ケア病棟の「重症度、医療・看護必要度」の概要

※対象病棟の入院患者について毎日測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価表

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	C	手術等の医学的状況	0点	1点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—	16	開頭手術(13日間)	なし	あり
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—	17	開胸手術(12日間)	なし	あり
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—	18	開腹手術(7日間)	なし	あり
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—	19	骨の手術(11日間)	なし	あり
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—	21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり	22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
	23				別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし		
8	I:救急搬送後の入院(5日間)	なし	—	あり	24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり
	II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)							

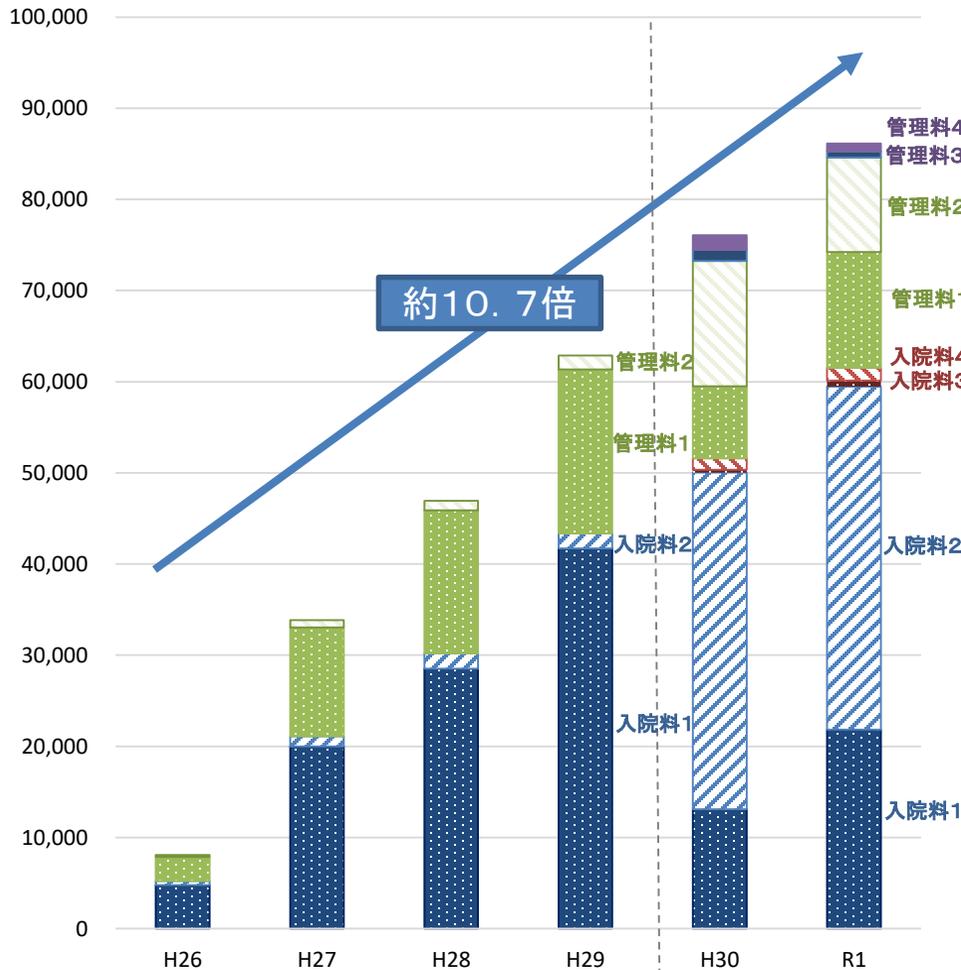
[該当患者の基準]

対象入院料・加算	基準
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 又は ・C得点1点以上

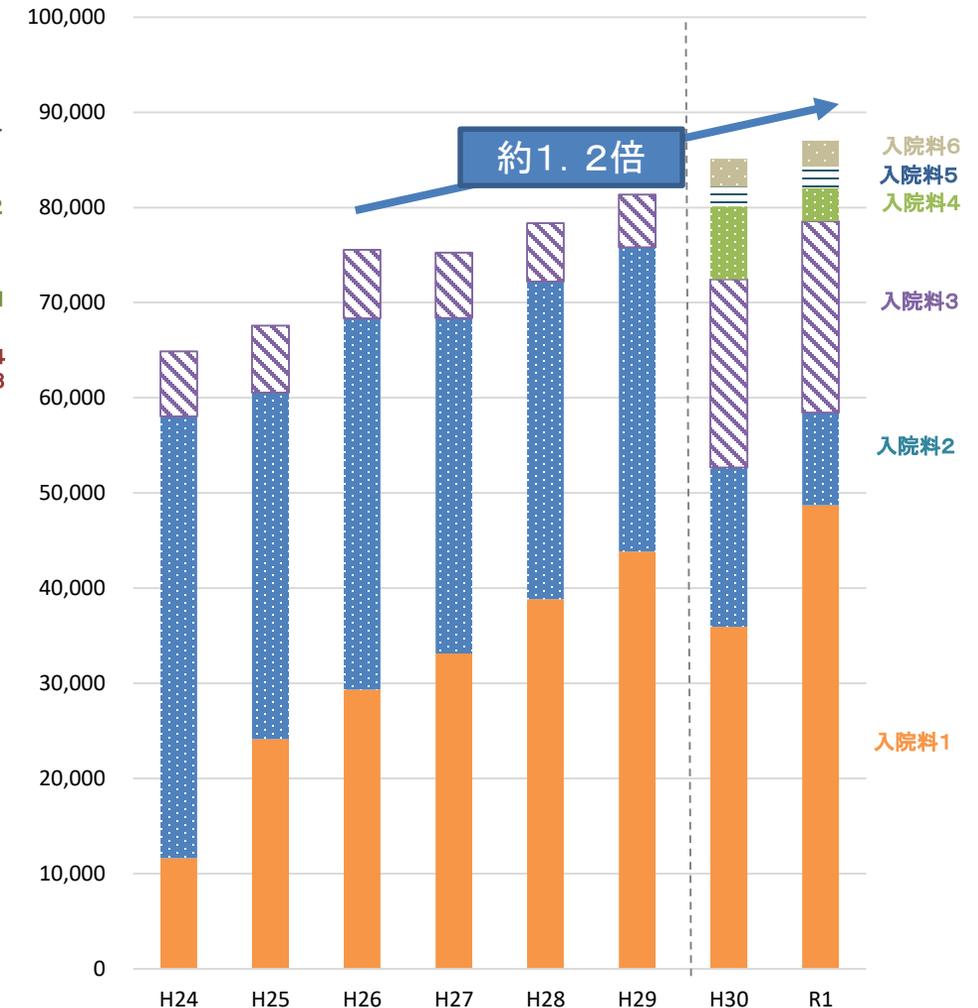
入院料別の届出病床数の推移

○ 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



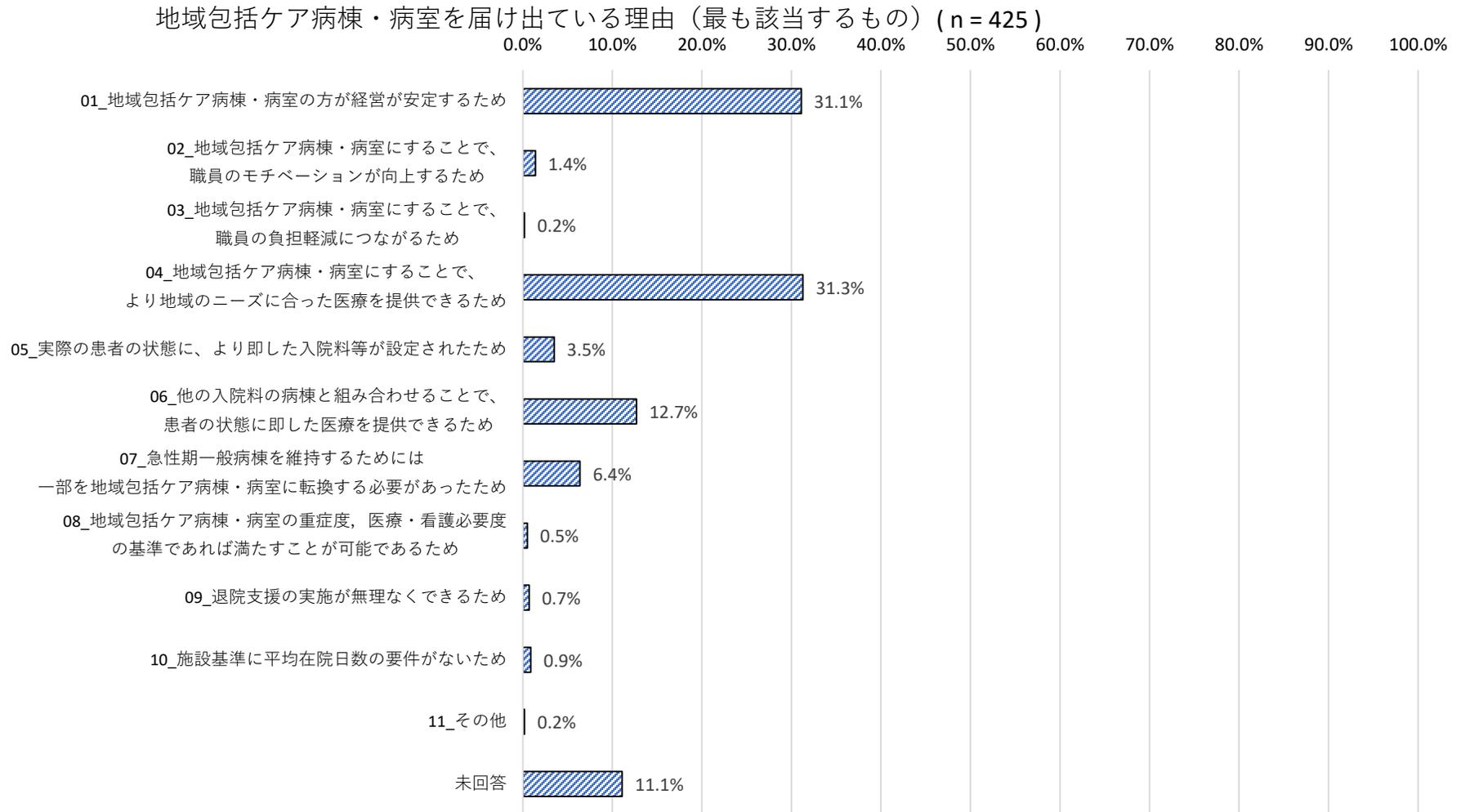
(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



地域包括ケア病棟・病室を届出ている理由

診調組 入-1-1
3 . 6 . 1 6

○ 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。

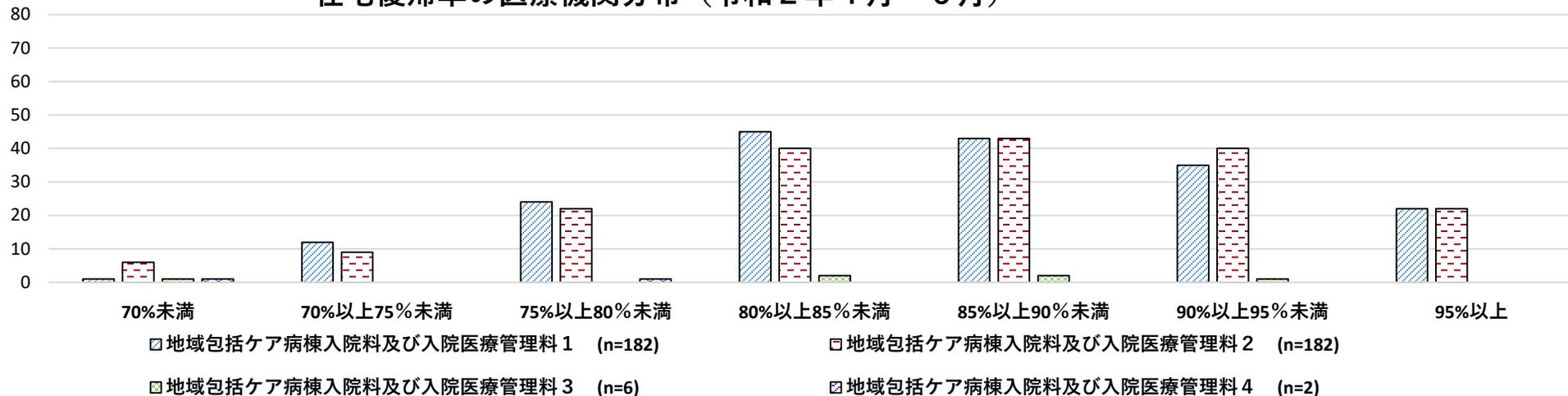


地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

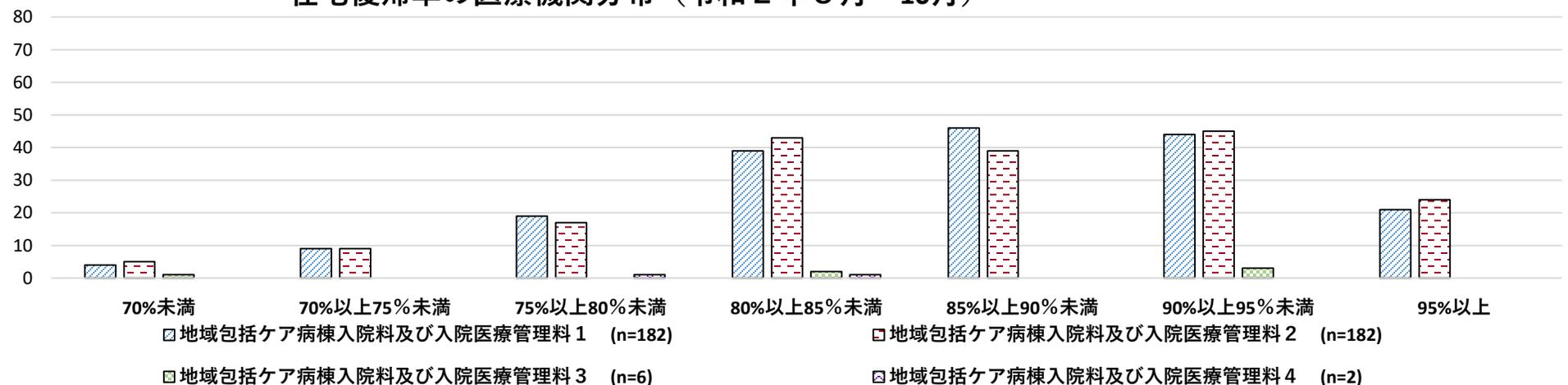
診調組 入-1-1
3 . 6 . 1 6

○ 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）

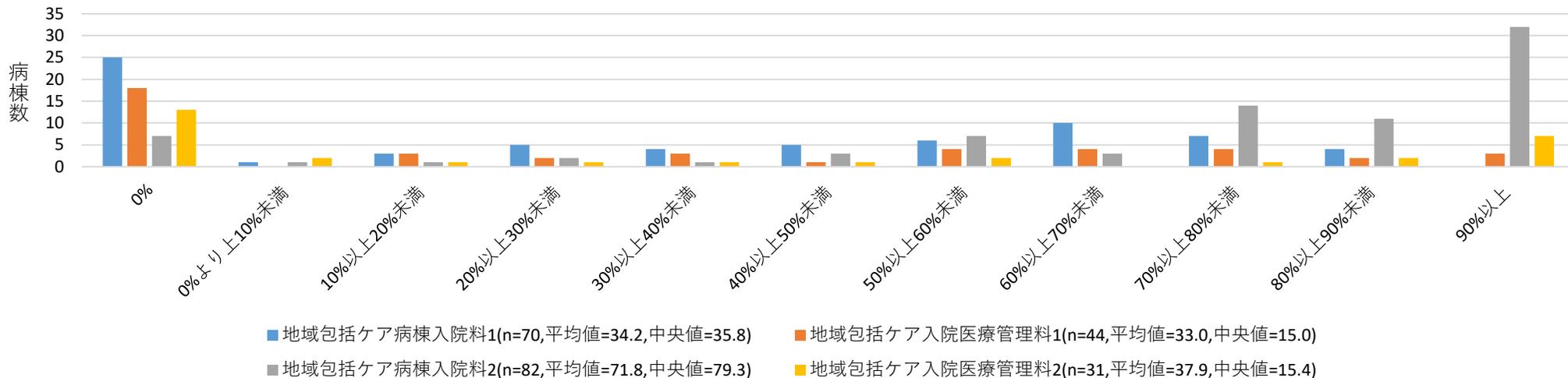


地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

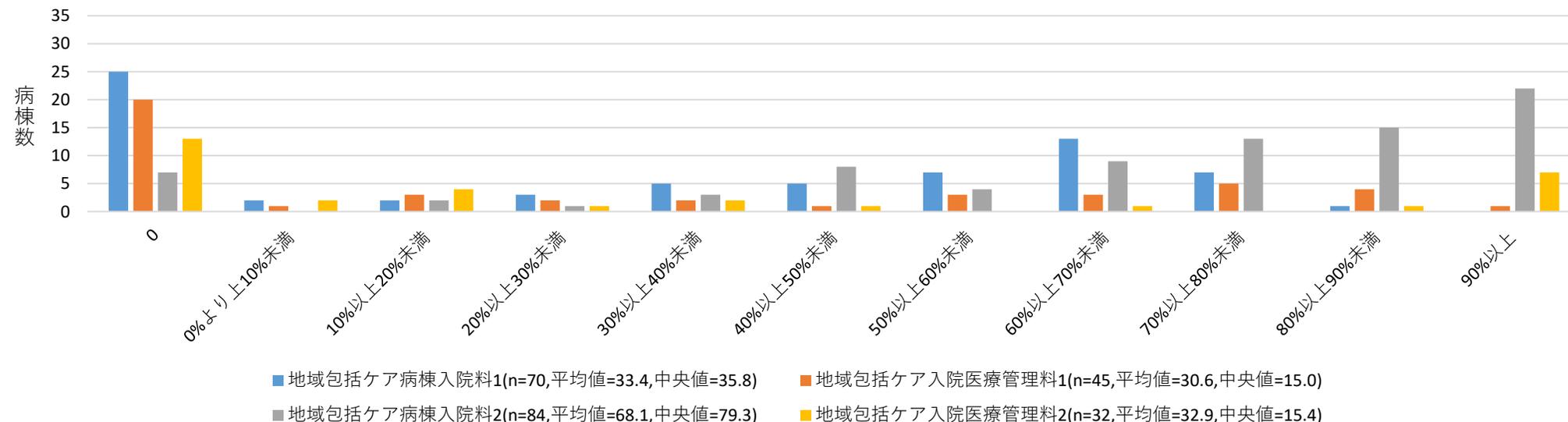
診調組 入-1-1
3.6.16改

○ 自院の一般病棟からの転棟割合は以下のとおりであった。

自院の一般病棟からの転棟割合（令和2年5月）



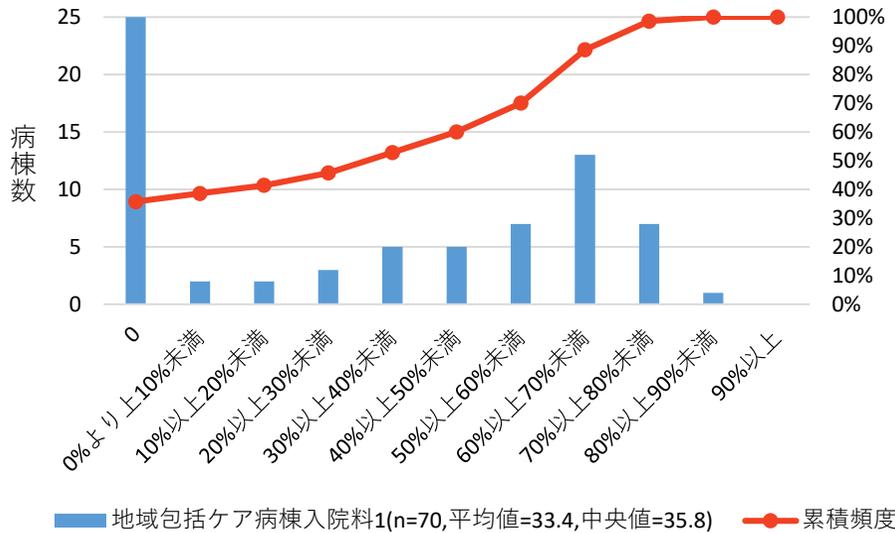
自院の一般病棟からの転棟割合（令和2年10月）



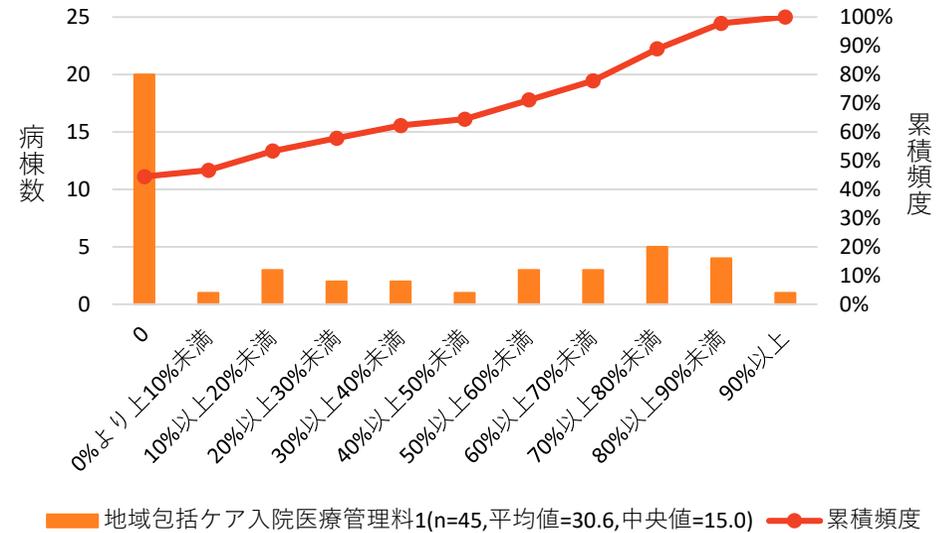
地域包括ケア病棟・病室の自院の一般病棟からの転棟割合

○ 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。

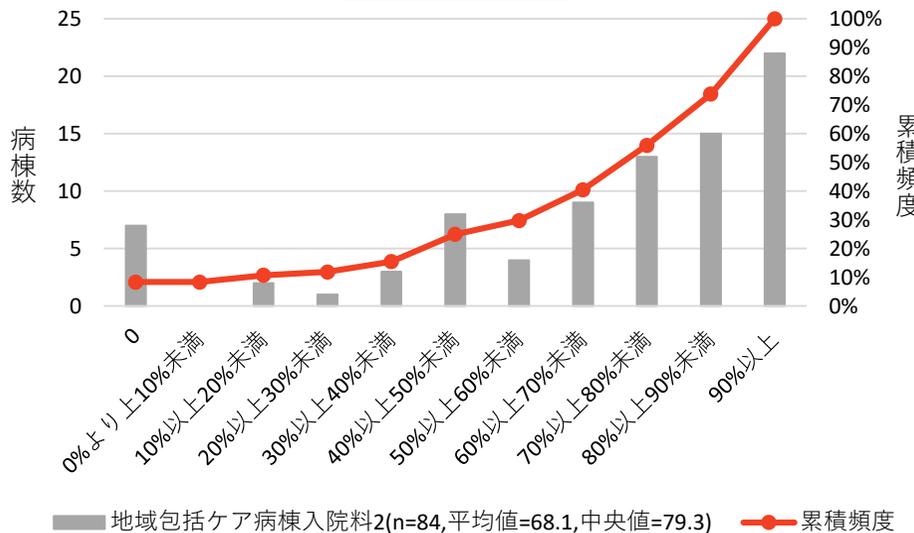
入院料 1



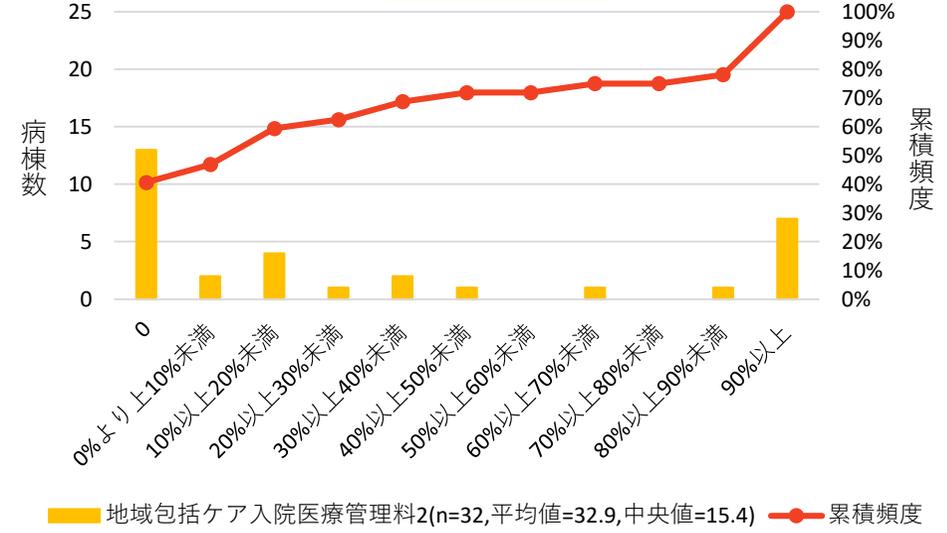
管理料 1



入院料 2



管理料 2

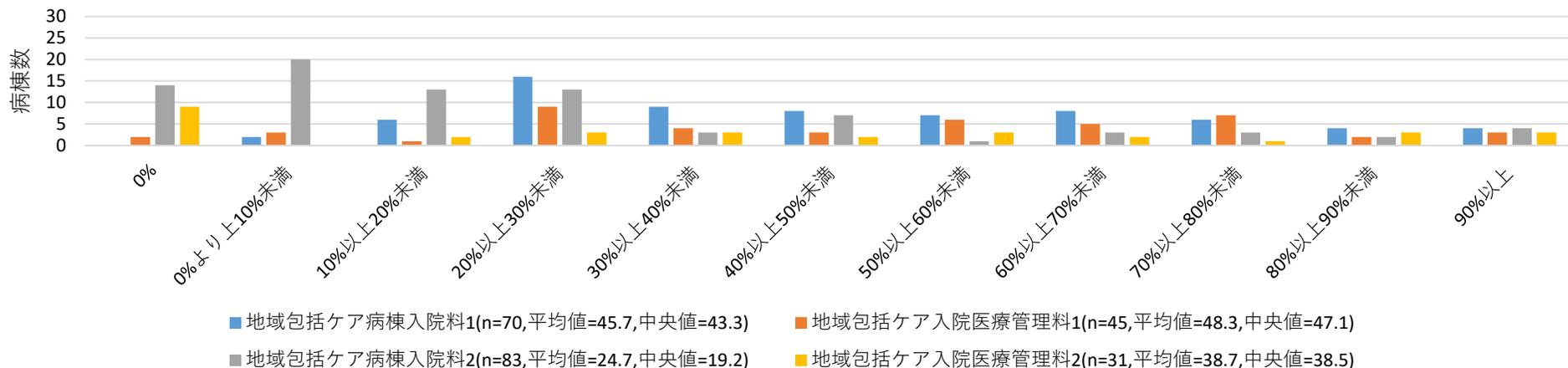


地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

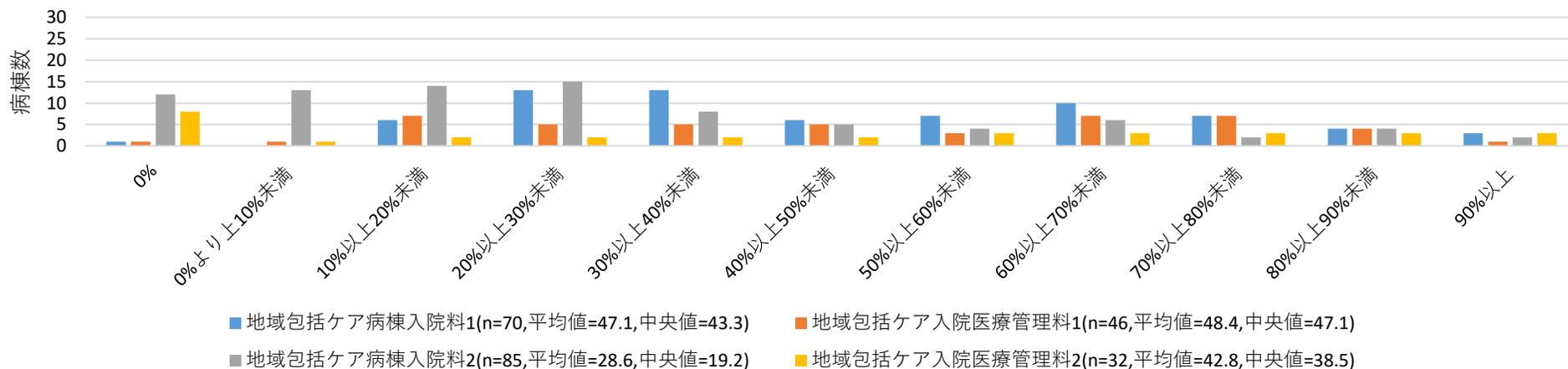
診調組 入-1-1
3 . 6 . 1 6 改

○ 自宅等から入棟した患者割合は以下のとおりであった。

自宅等から入棟した患者割合（令和2年5月）



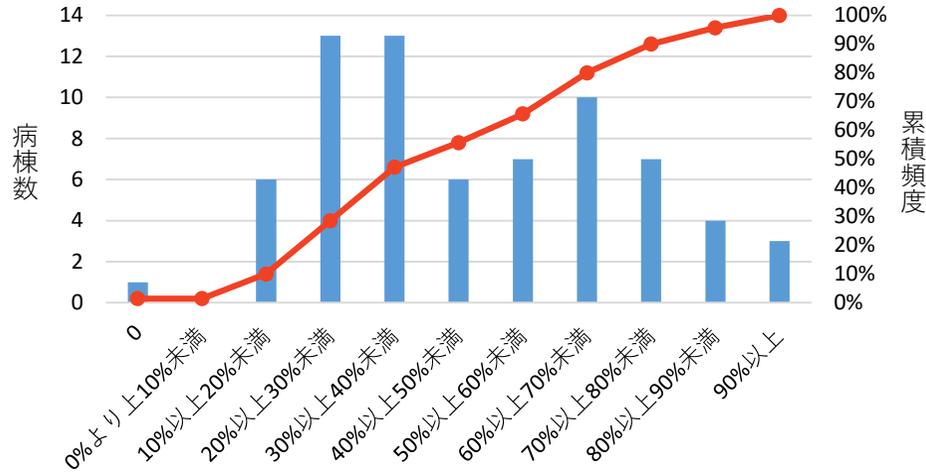
自宅等から入棟した患者割合（令和2年10月）



地域包括ケア病棟・病室の自宅等から入棟した患者割合

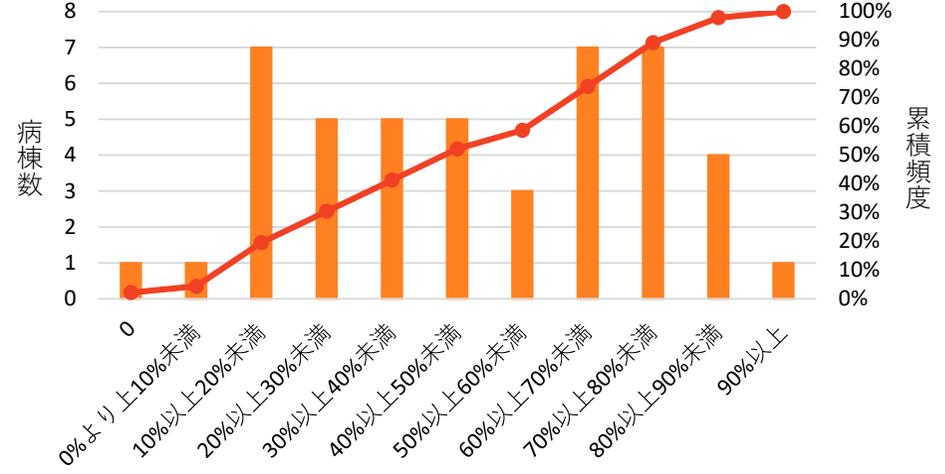
○ 令和2年10月における、各入院料毎でみた自宅等から入棟した患者割合の分布は以下のとおりであった。入院料1及び管理料1は入院料2及び管理料2より自宅等から入棟した患者割合が高い傾向にあった。

入院料 1



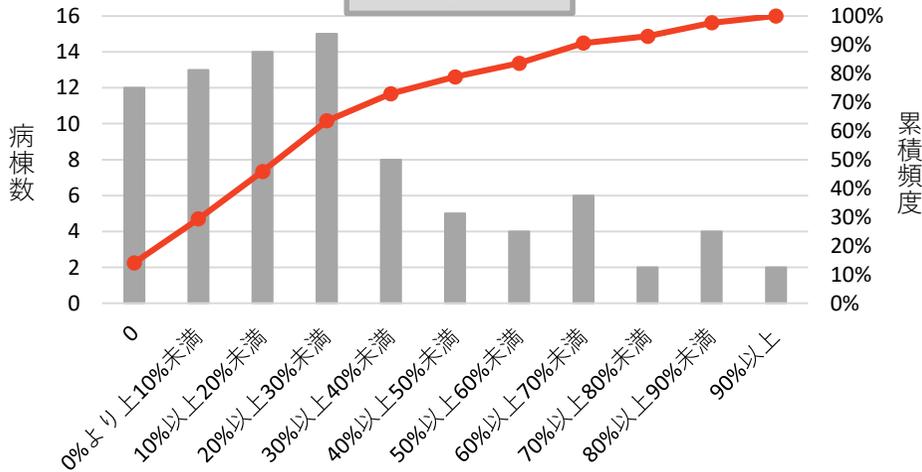
■ 地域包括ケア病棟入院料1(n=70, 平均値=47.1, 中央値=43.3) ● 累積頻度

管理料 1



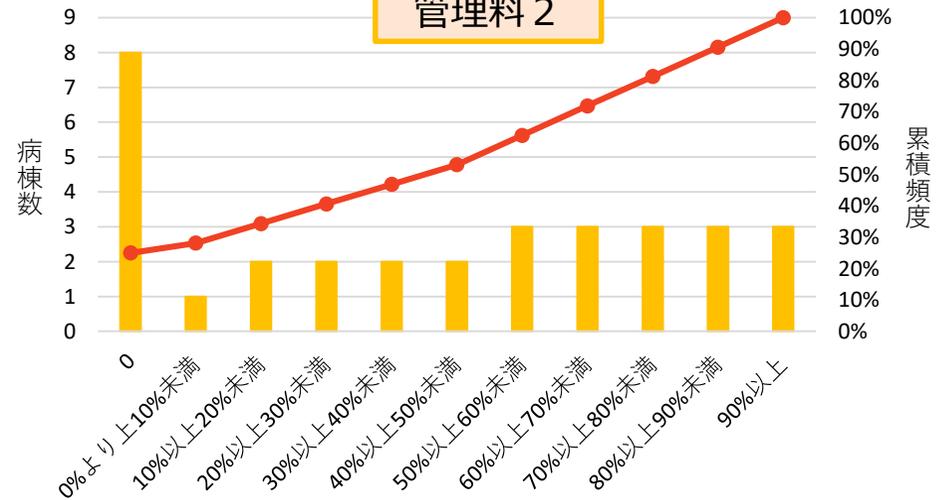
■ 地域包括ケア入院医療管理料1(n=46, 平均値=48.4, 中央値=47.1) ● 累積頻度

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



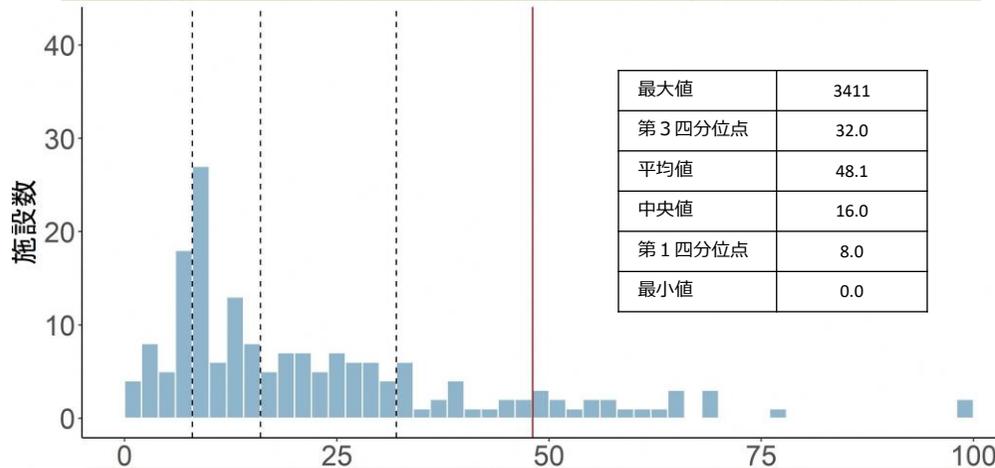
■ 地域包括ケア入院医療管理料2(n=32, 平均値=42.8, 中央値=38.5) ● 累積頻度

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

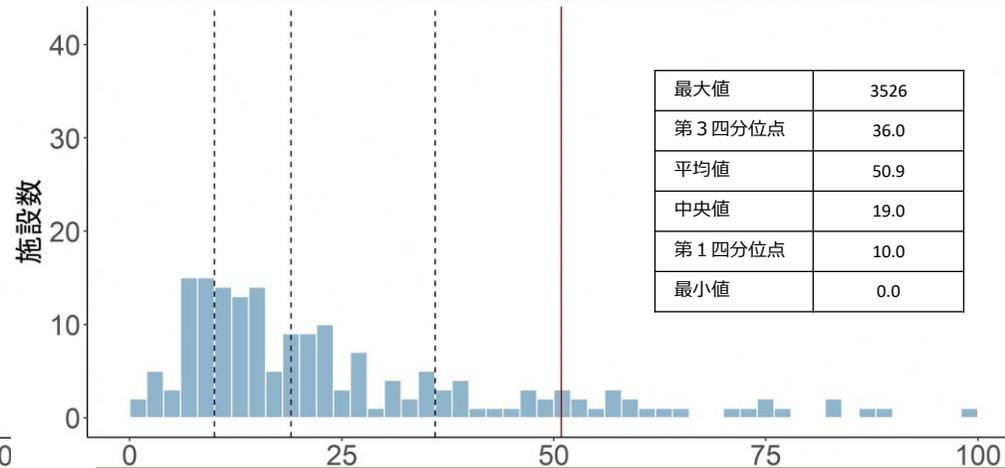
診調組 入 - 1 - 1
3 . 6 . 1 6

○ 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。

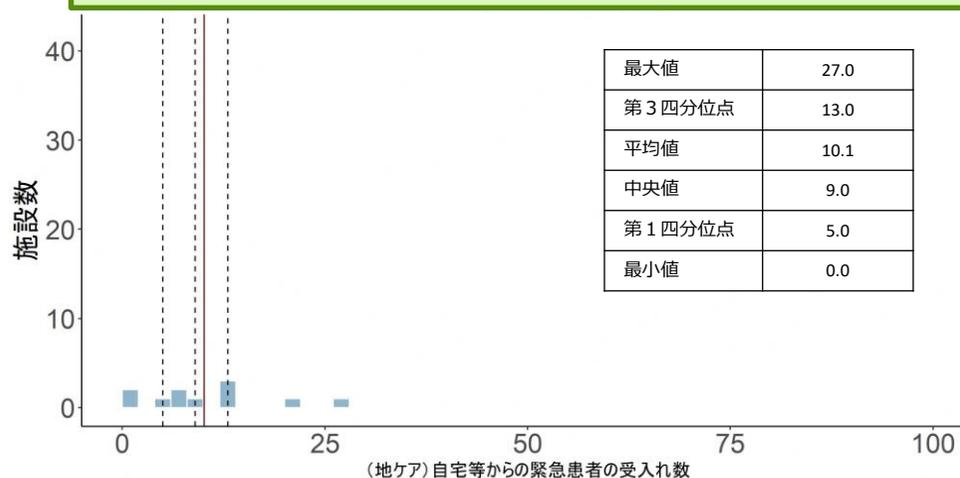
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年4～6月)



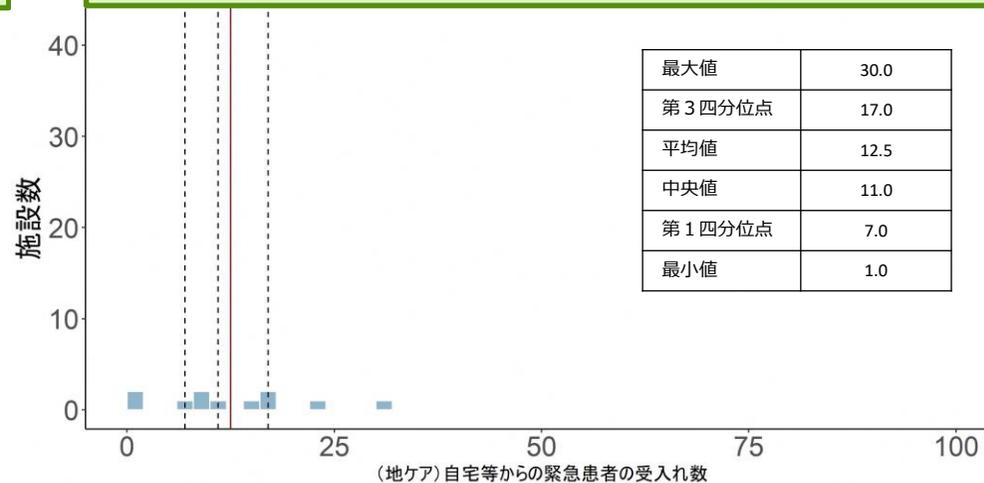
地ケア入院料・管理料 1 (令和2年8～10月)



地ケア入院料・管理料 3 (令和2年4～6月)



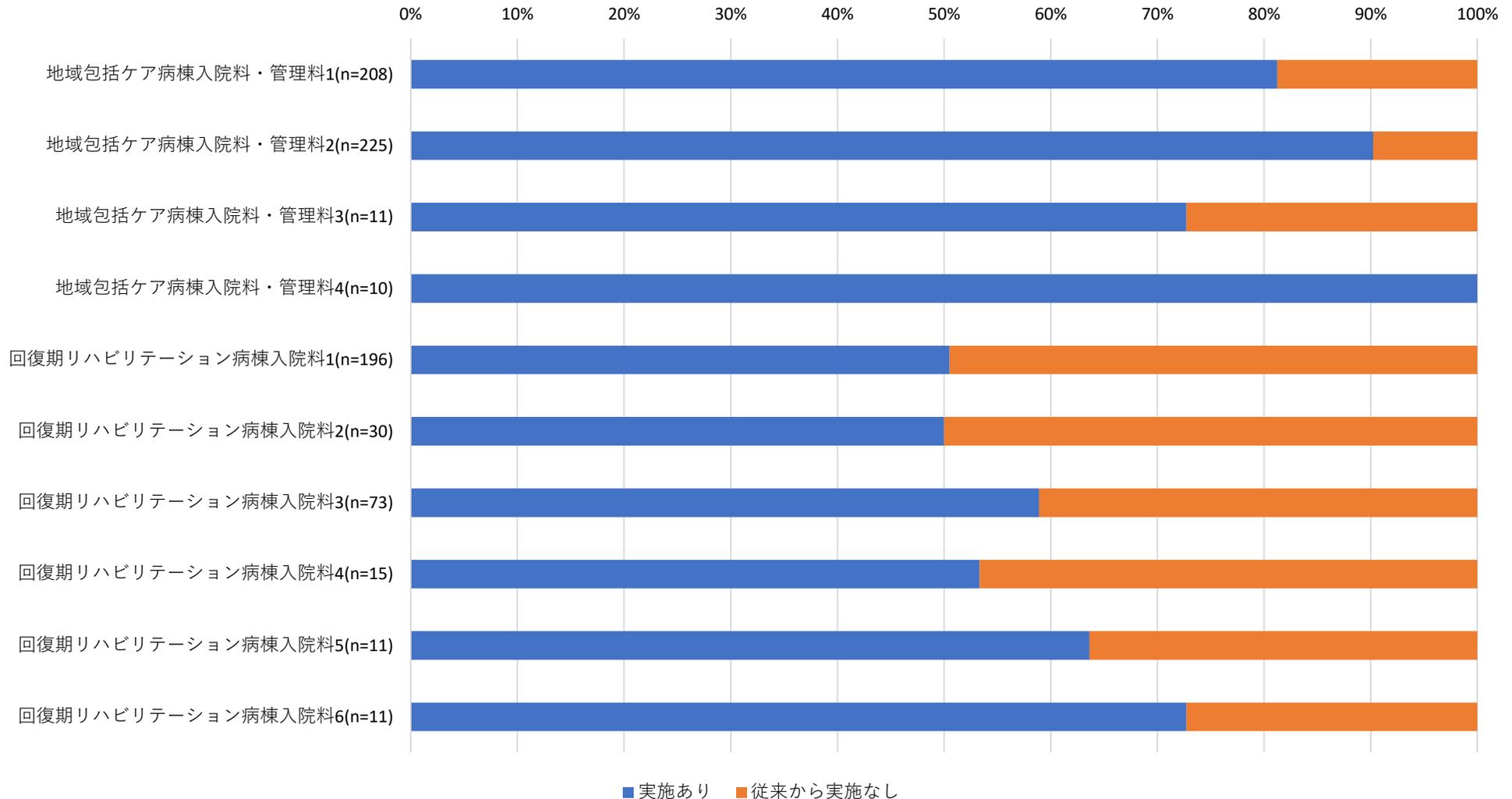
地ケア入院料・管理料 3 (令和2年8～10月)



地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟を持つ医療機関の救急の状況

診調組 入-1-1
3 . 6 . 1 6

○ 地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟における、救急の実施有無については以下のとおりであった。

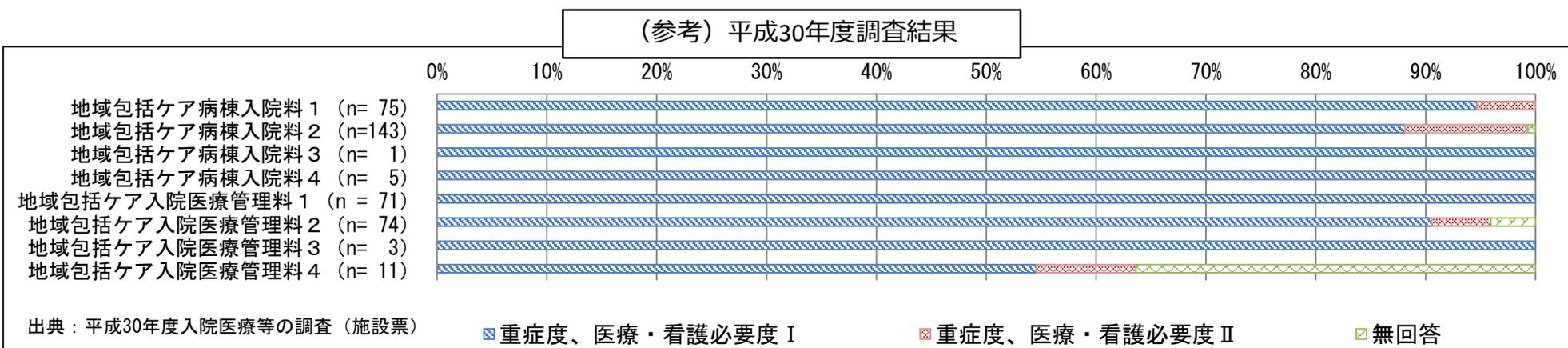
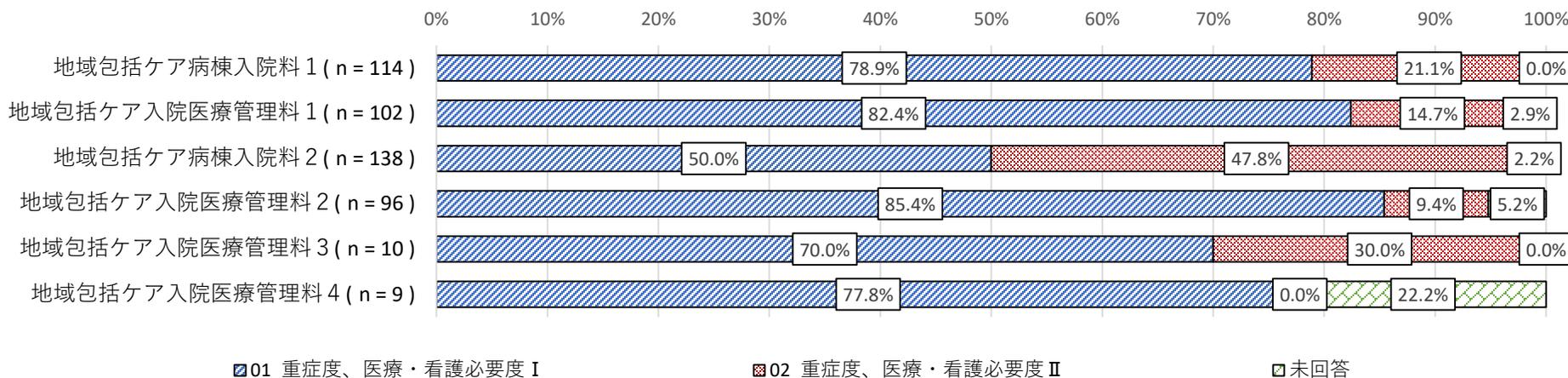


地域包括ケア病棟入院料の重症度、医療・看護必要度の届出状況

診調組 入-1-1
3.6.16改

- 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料ともに、重症度、医療・看護必要度Ⅰを届出ている施設が多くみられた。
- 平成30年度と比較すると、必要度Ⅱの届出が増加していた。

届出を行っている重症度、医療・看護必要度の種別（令和2年11月1日時点）



地域包括ケア病棟入院料の重症度、医療・看護必要度の届出理由

○ 届出理由として最も多いのは、必要度Ⅰは「評価票の記入のほうが容易であり、重症度、医療・看護必要度Ⅱの方法に変更する必要性を感じないため」、必要度Ⅱは「重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合、重症度、医療・看護必要度Ⅰよりも評価記入者の負担が軽減されるため」が最も多かった。

必要度Ⅰ

	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	地域包括ケア全体
施設数	84	78	66	76	7	7	303
01 診療実績情報データ（レセプトコード）による評価（重症度、医療・看護必要度Ⅱ）より、評価票の記入のほうが容易であり、重症度、医療・看護必要度Ⅱの方法に変更する必要性を感じないため	31%	37%	26%	38%	43%	29%	34%
02 重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合と比較して、より高い入院料を届け出ることができるため	17%	15%	27%	16%	29%	14%	17%
03 重症度、医療・看護必要度Ⅰのデータを看護職員配置などの看護管理業務に用いるため	8%	4%	3%	5%	0%	0%	5%
04 重症度、医療・看護必要度Ⅱを算出するシステムの導入が間に合っていないため	17%	24%	17%	24%	14%	57%	21%
05 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ両方で算出した患者割合にズレがないかを確認できていないため	20%	14%	20%	14%	14%	0%	17%
06 その他	7%	5%	8%	3%	0%	0%	5%

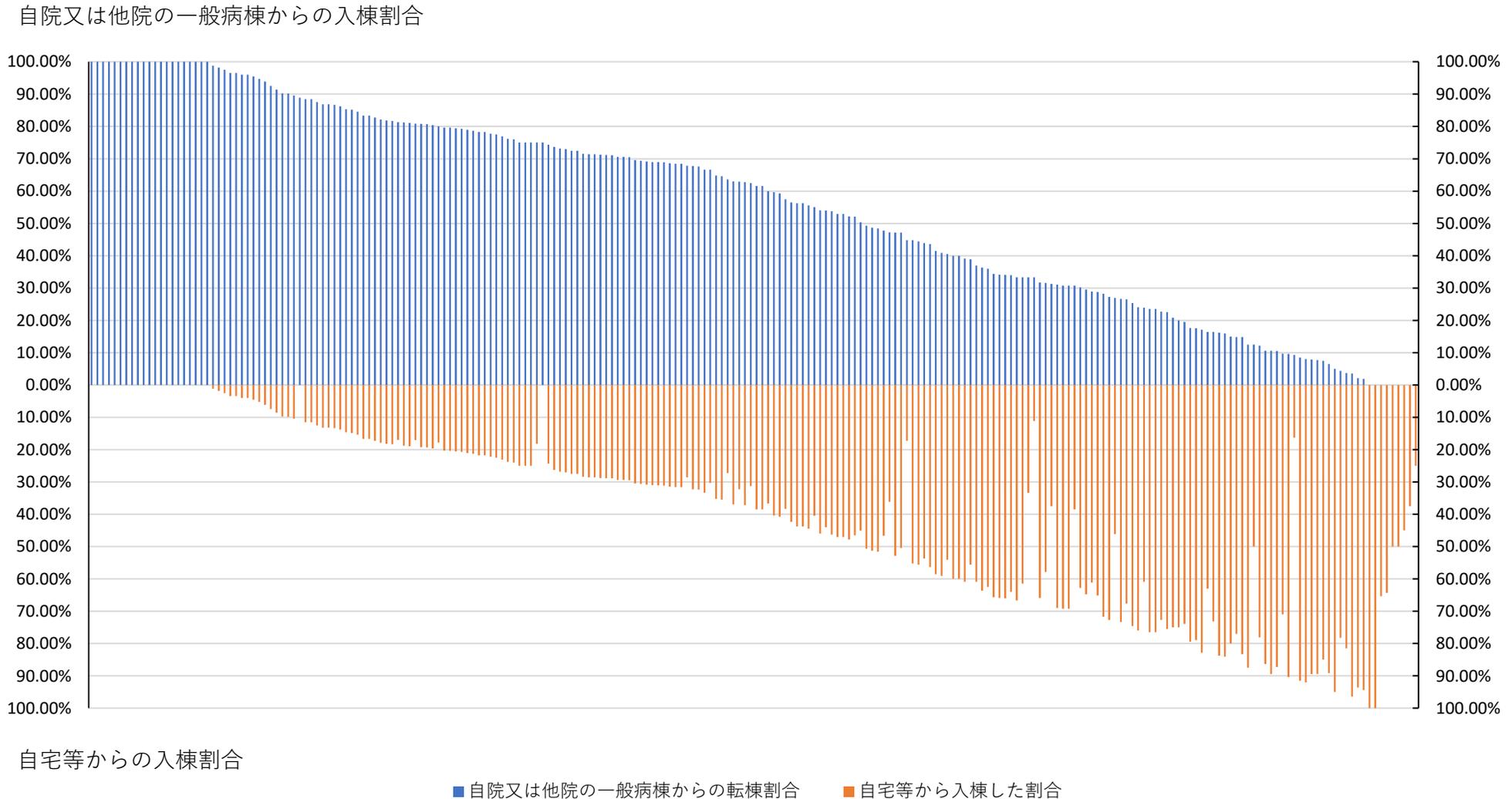
必要度Ⅱ

	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	地域包括ケア全体
施設数	22	15	61	9	104
01 重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出に必要な診療実績情報データ（レセプトコード）による評価体制が整っているため	41%	27%	30%	33%	32%
02 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合、重症度、医療・看護必要度Ⅰよりも評価記入者の負担が軽減されるため	41%	60%	43%	33%	43%
03 重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた場合、重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合と比較して、より高い入院料を届け出ることができるため	9%	0%	2%	11%	4%
04 入院料の施設基準において、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いることが求められているため	9%	13%	23%	22%	19%
05 その他	0%	0%	3%	0%	2%

入棟元の割合分布 ①

○ 各医療機関毎の一般病棟からの入棟と自宅等からの入棟の構成割合の分布については、一般病棟からの入棟割合が高く、自宅等からの入棟割合が低い医療機関がみられる一方、逆の構成割合となっている医療機関もみられ、その分布は様々であった。

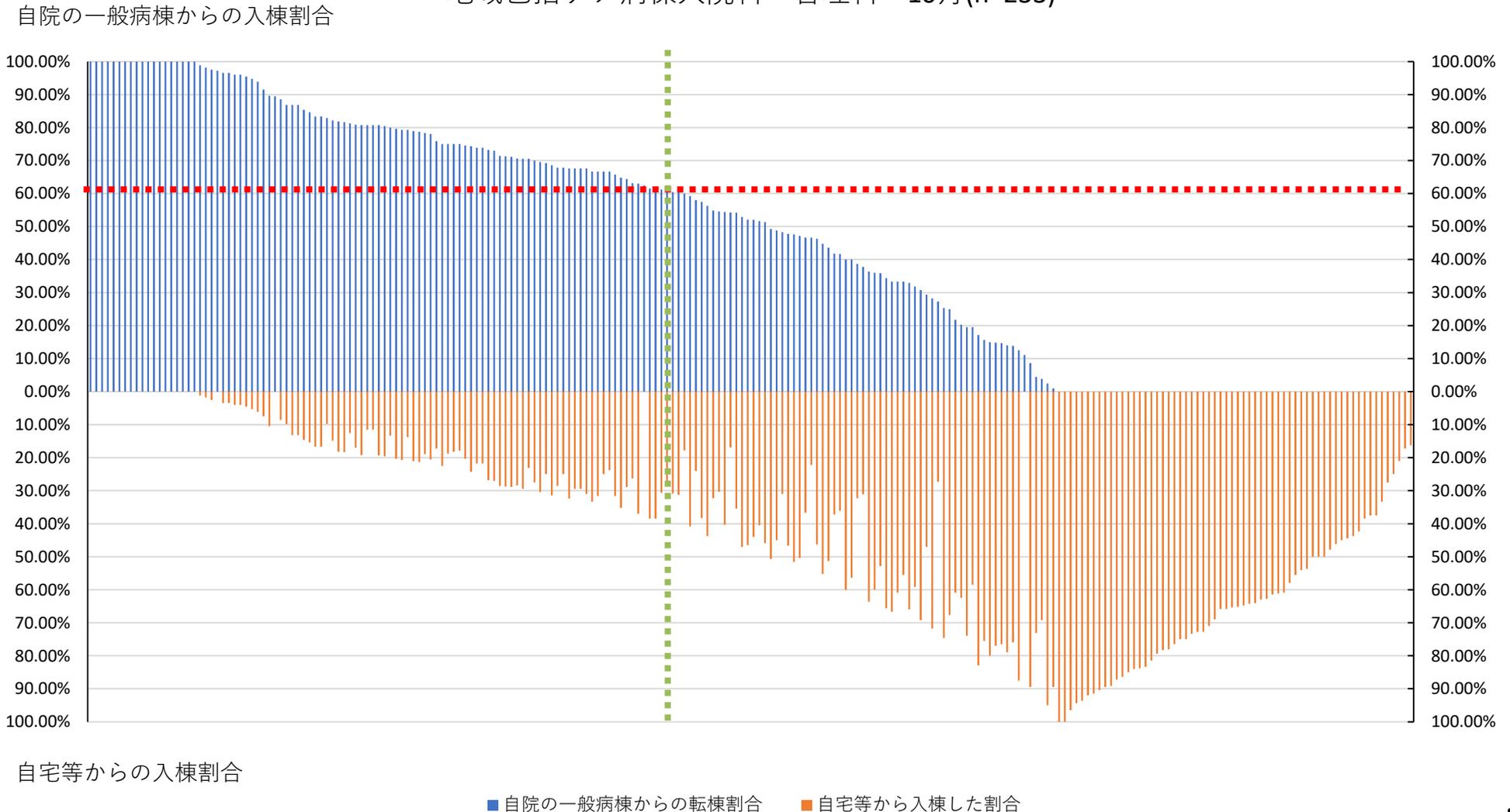
地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)



入棟元の割合分布 ②

- 自院の一般病棟からの入棟割合に着目すると、例えば、60%を超える医療機関はおよそ半数であり、その中には自院の一般病棟からの転棟割合が100%となっている医療機関があった。
- 一方、自院の一般病棟からの転棟割合が0の医療機関も一定程度存在し、自宅等からの入棟割合の分布をみると、その割合が高い医療機関が多くを占めていた。

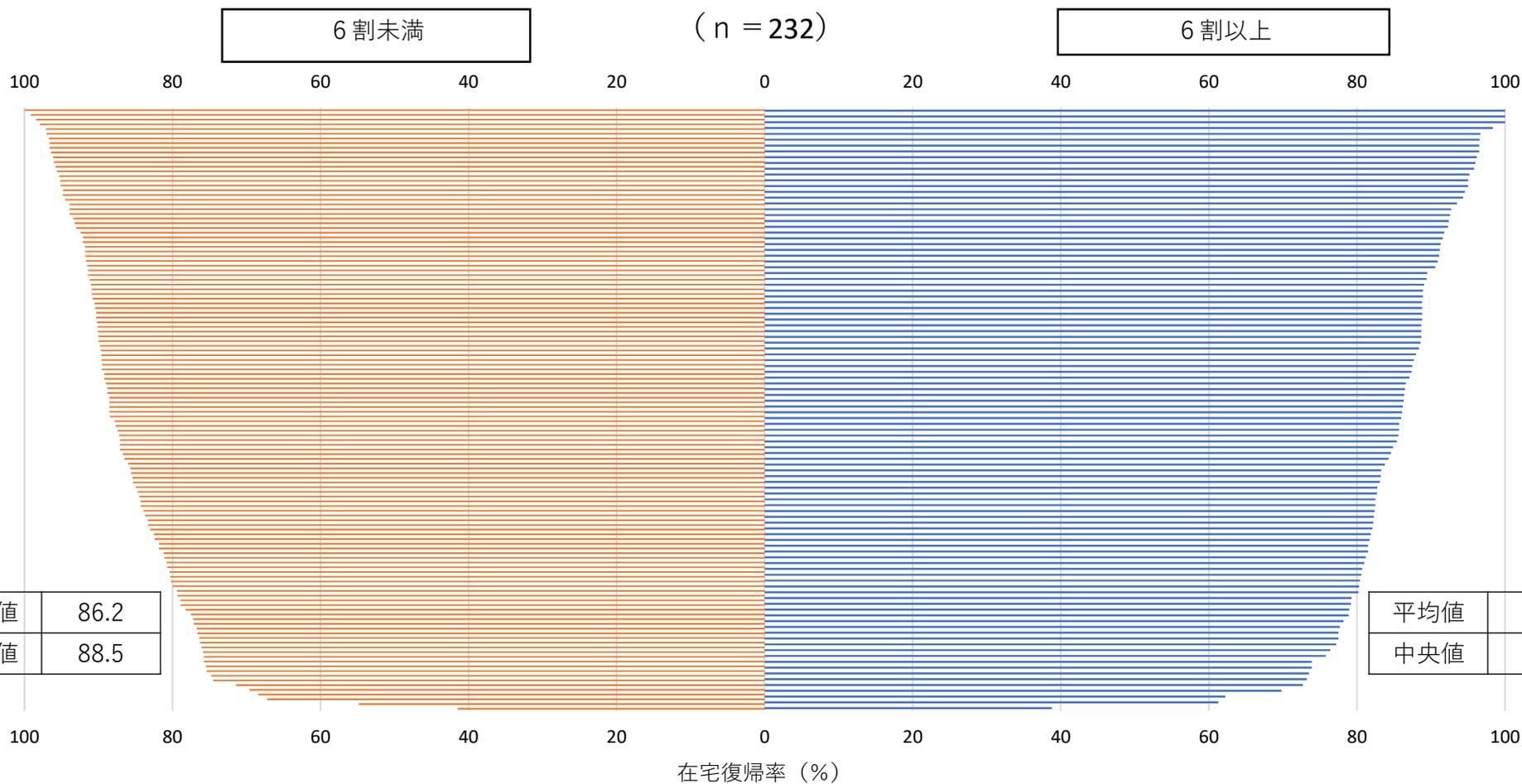
地域包括ケア病棟入院料・管理料 10月(n=233)



地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

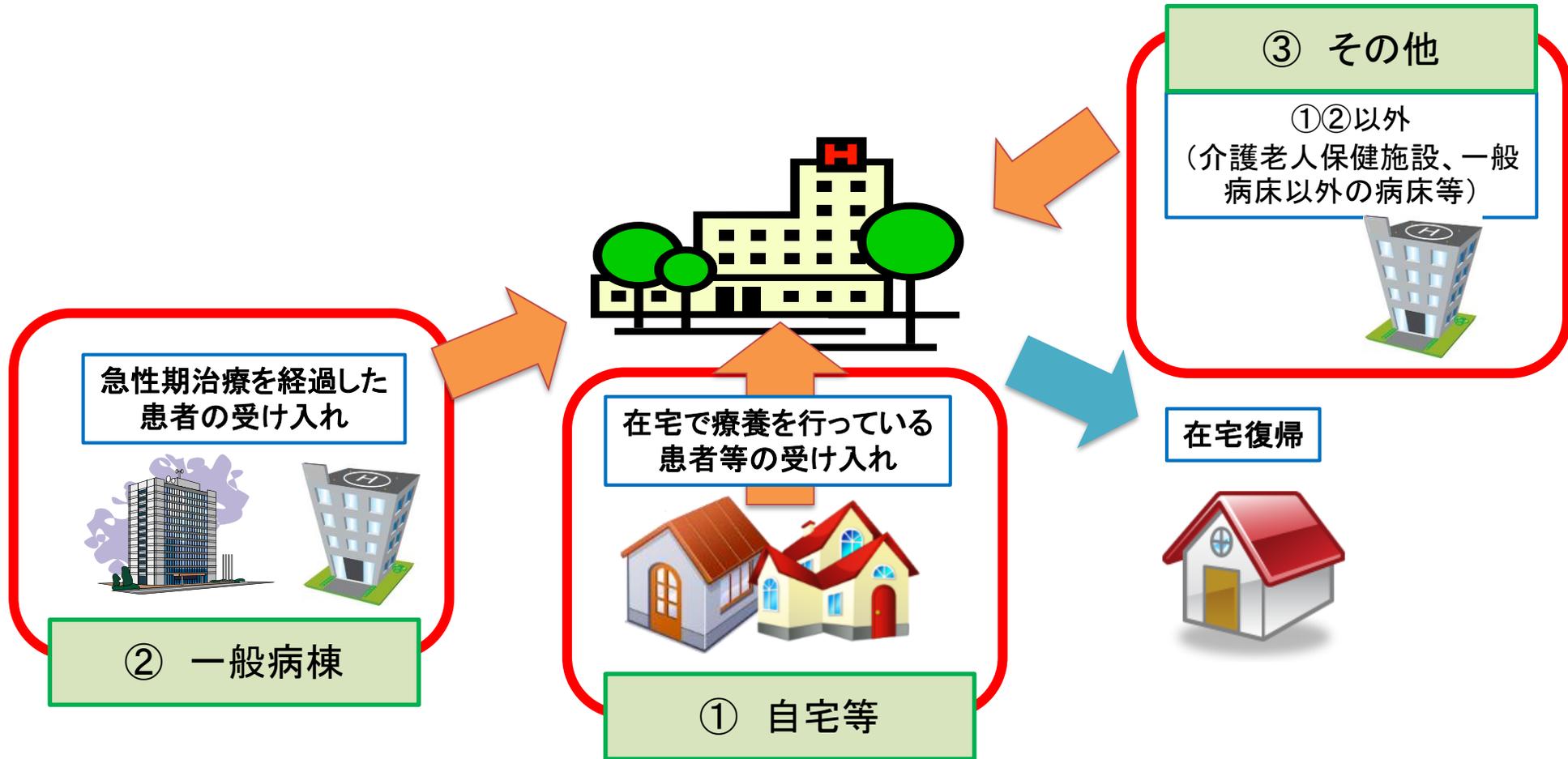
○ 自院の一般病棟からの転棟割合が6割未満の病棟の在宅復帰率をみても、6割以上の在宅復帰率と差はみられなかった。

自院の一般病棟からの転棟割合が6割以上と未満の病棟のそれぞれの在宅復帰率（10月）



地域包括ケア病棟の入棟元別の分析について

○ 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

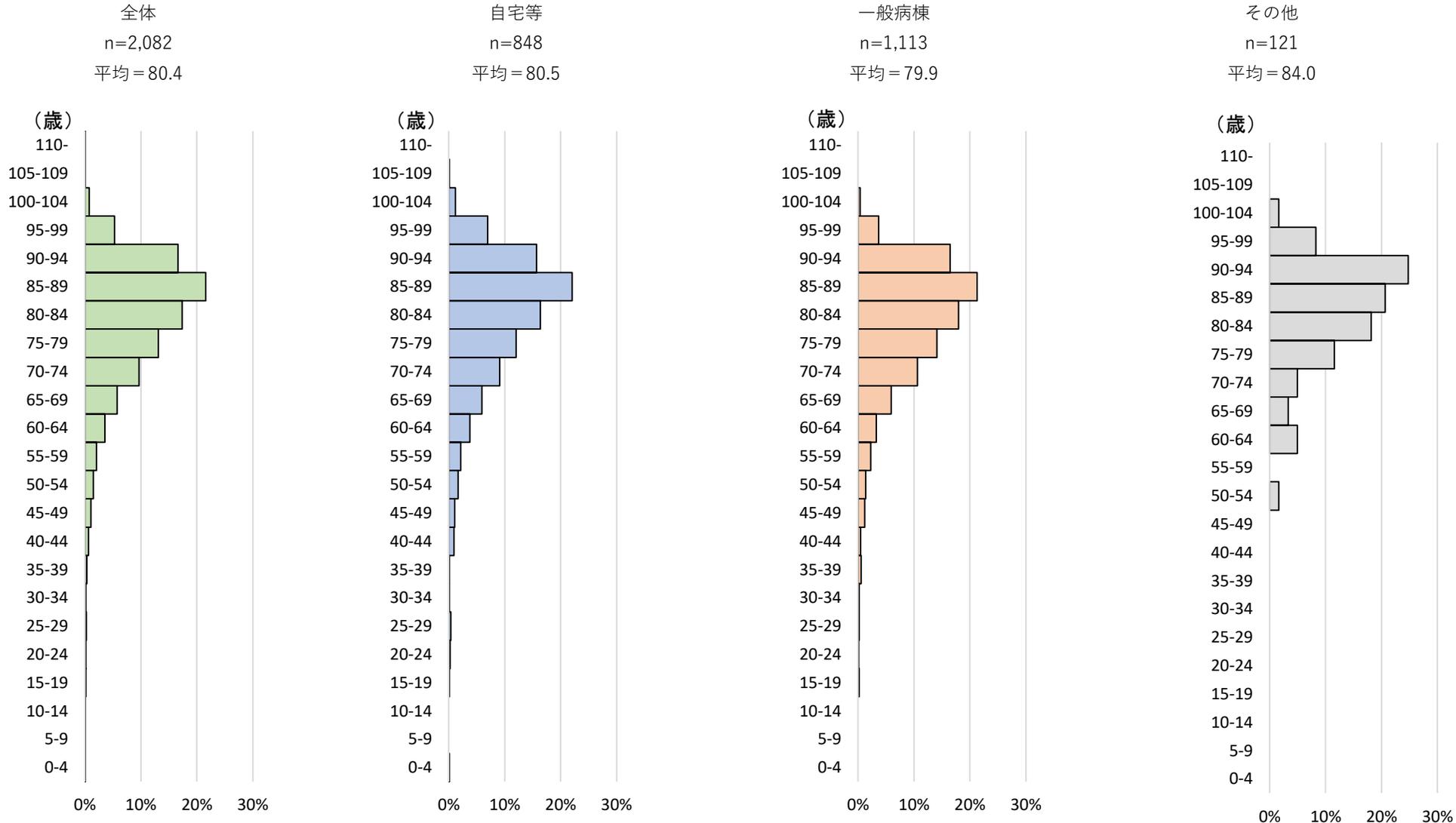
②一般病棟:

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

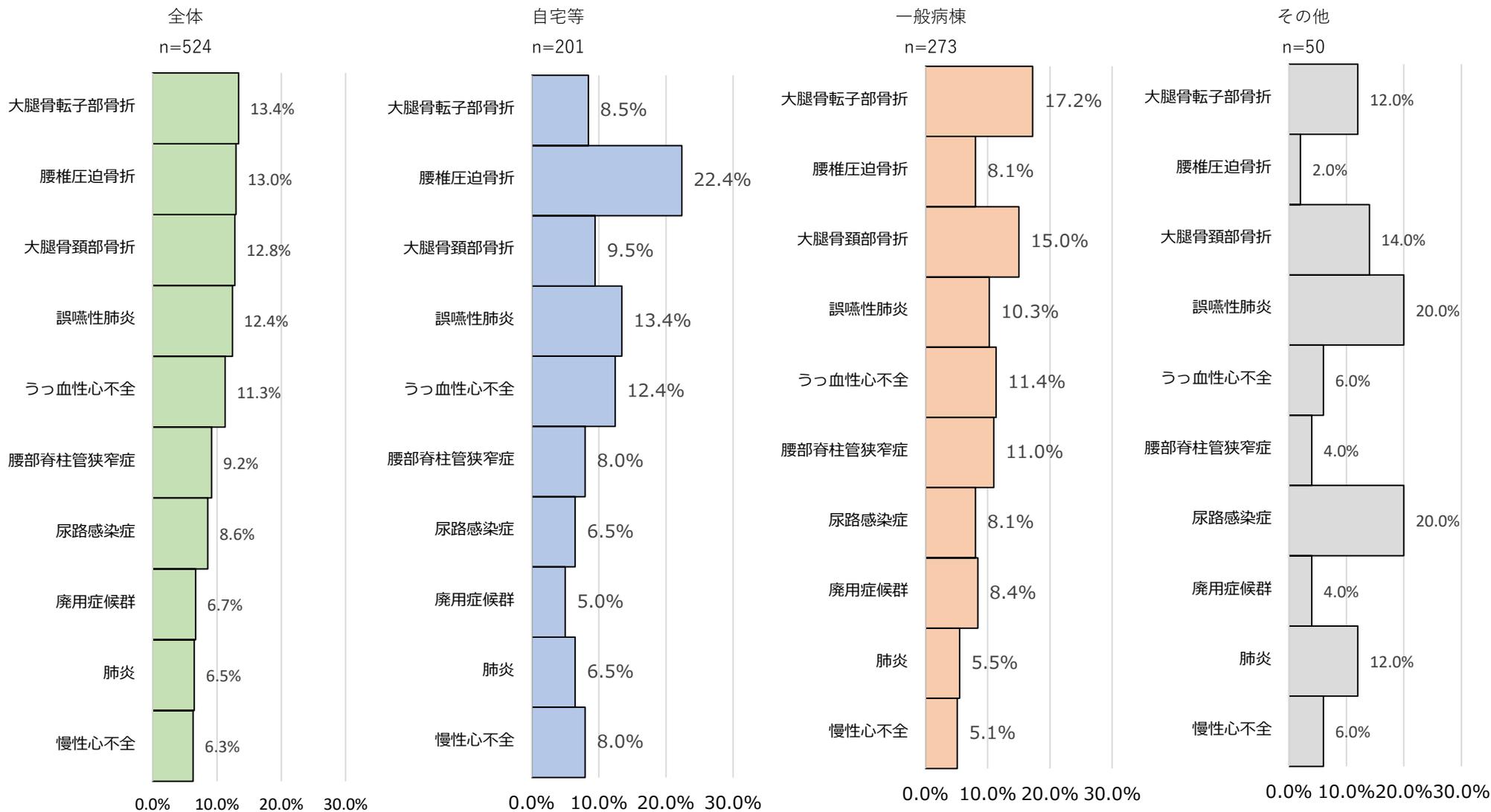
入棟元別の患者の年齢について

- 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。



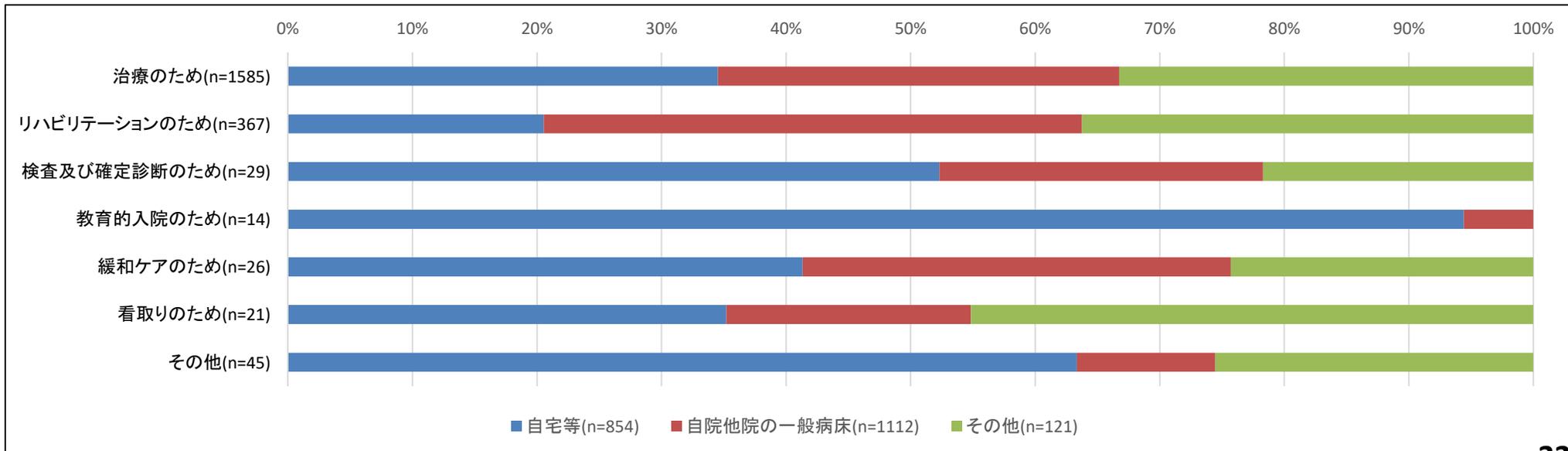
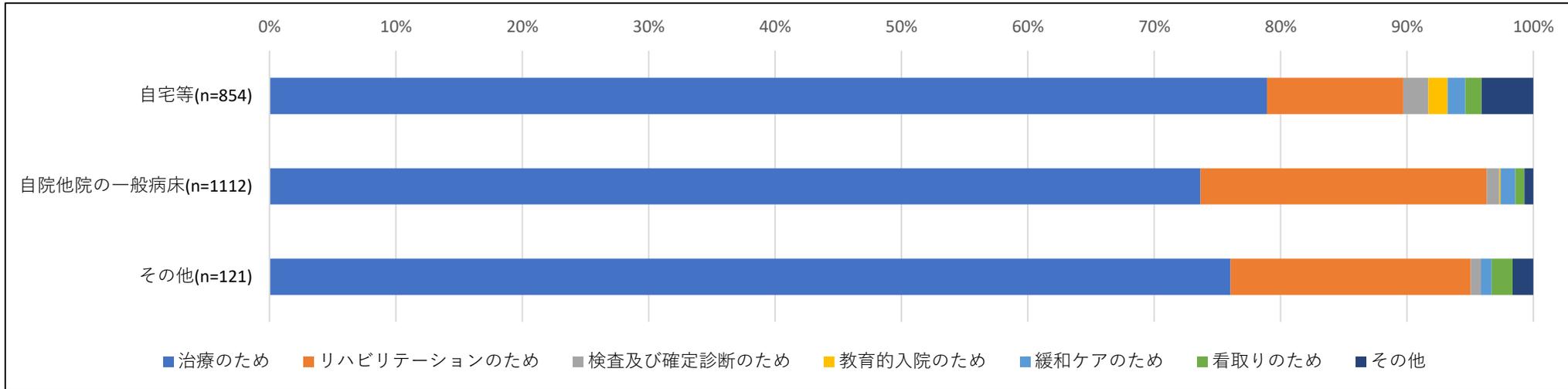
入棟元別の主傷病名

- 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。



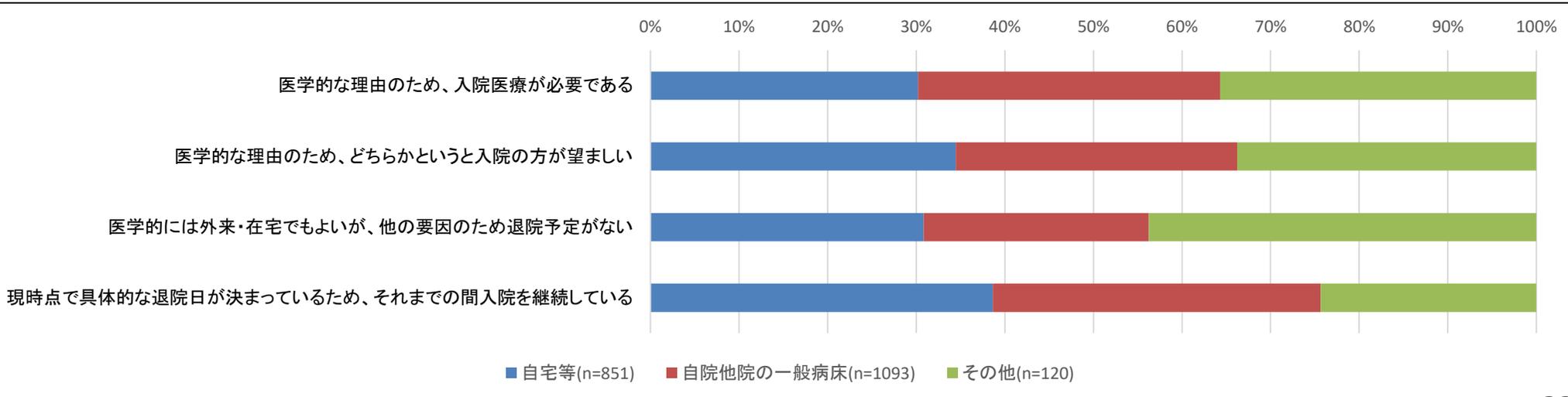
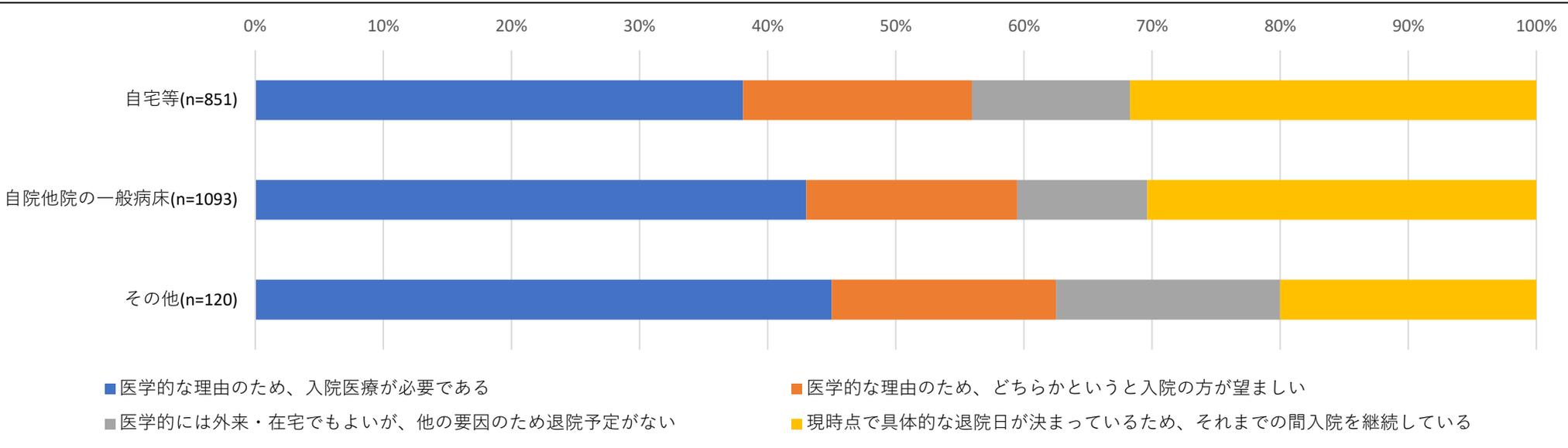
入棟元別の患者の入院理由

- 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。



入棟元別の患者の入院継続の理由

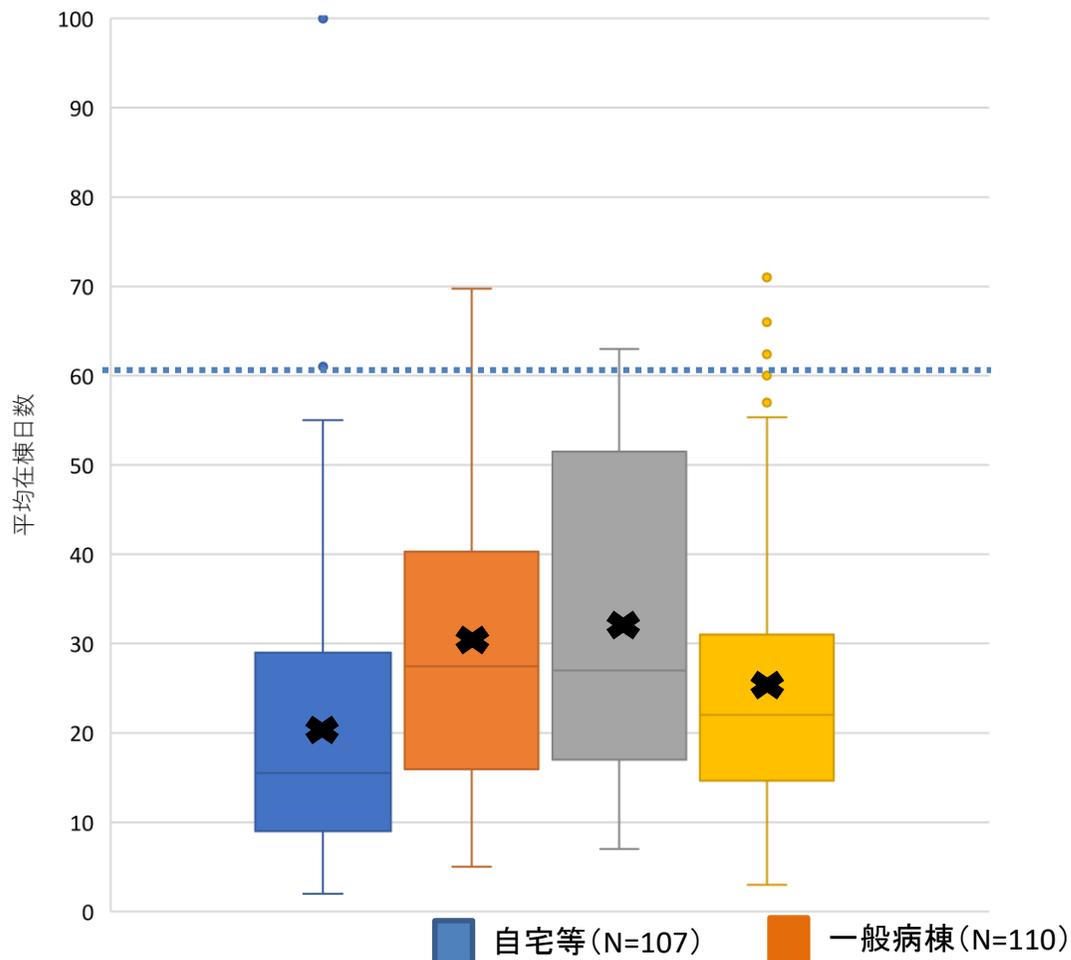
- 入棟元別にみた、患者の入院の継続の理由については、以下のとおりであった。
- どの入棟元でも、「医学的な理由のため、入院医療が必要である」が最多であった。



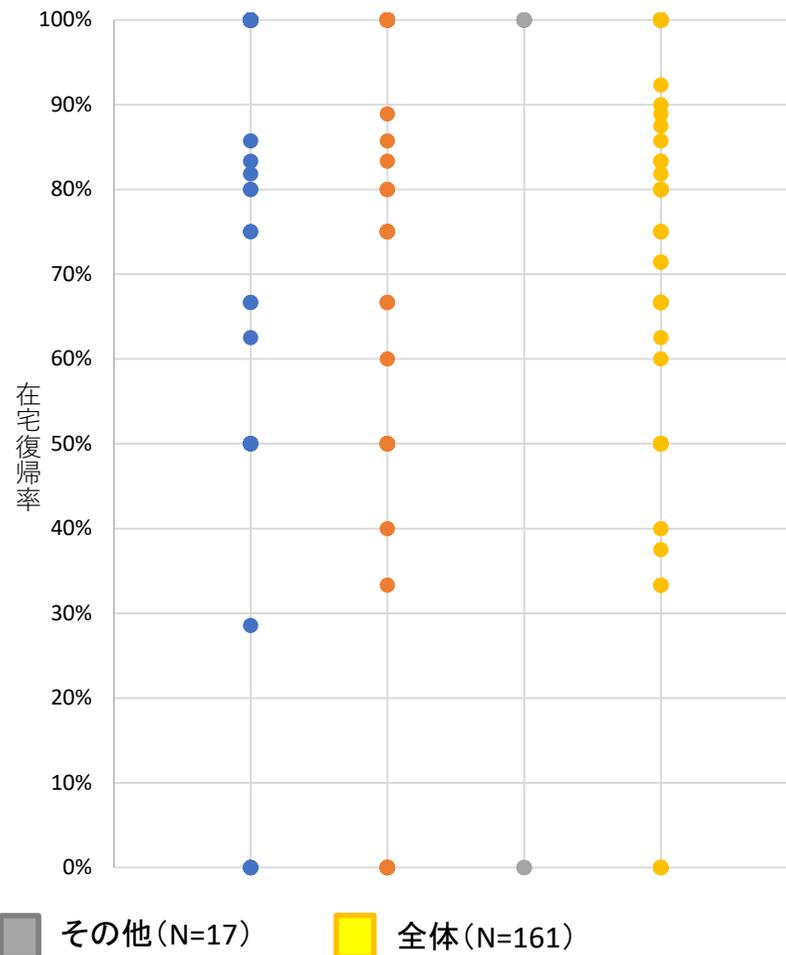
入棟元別の平均在棟日数及び在宅復帰率

- 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%

入棟元別の重症度、医療・看護必要度について

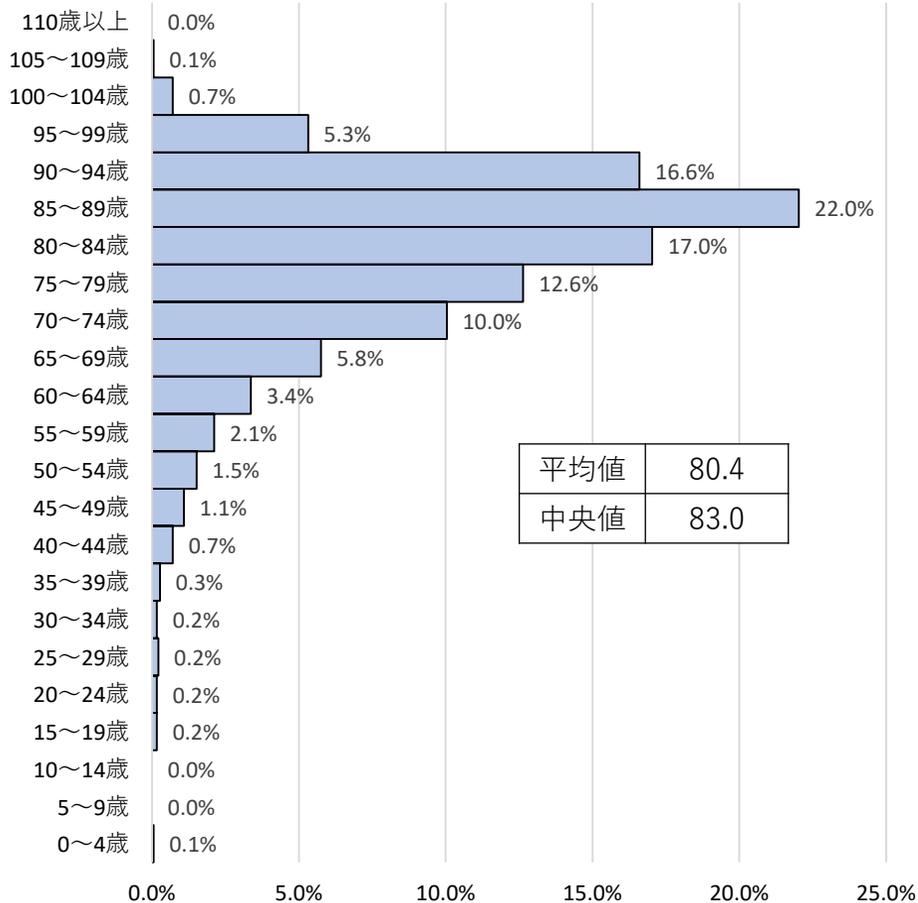
○ 入棟元別にみた患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。患者の入棟元毎で、基準を満たす患者割合に差がみられた。

	入棟元	延患者数	構成比率	延患者数に対する割合
必要度Ⅰ	1 自宅（在宅医療の提供あり）	493	9.6%	41.8%
	2 自宅（在宅医療の提供なし）	1,184	23.1%	26.6%
	3 介護老人保健施設	253	4.9%	55.7%
	5 介護医療型医療施設	7	0.1%	57.1%
	6 特別養護老人ホーム	252	4.9%	46.4%
	7 軽費老人ホーム、有料老人ホーム	120	2.3%	65.8%
	8 その他の居住系介護施設	167	3.3%	28.7%
	9 障害者支援施設	21	0.4%	66.7%
	10 他院の一般病床	765	14.9%	32.5%
	11 他院の一般病床以外	119	2.3%	28.6%
	12 自院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）	1,602	31.3%	28.6%
	13 自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	85	1.7%	37.6%
	18 有床診療所	7	0.1%	0.0%
	19 その他	7	0.1%	100.0%
	99 不明	43	0.8%	37.2%
	総計	5,125	100.0%	33.6%
必要度Ⅱ	2 自宅（在宅医療の提供なし）	39	24.4%	25.6%
	12 自院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）	121	75.6%	5.8%
		総計	160	100.0%

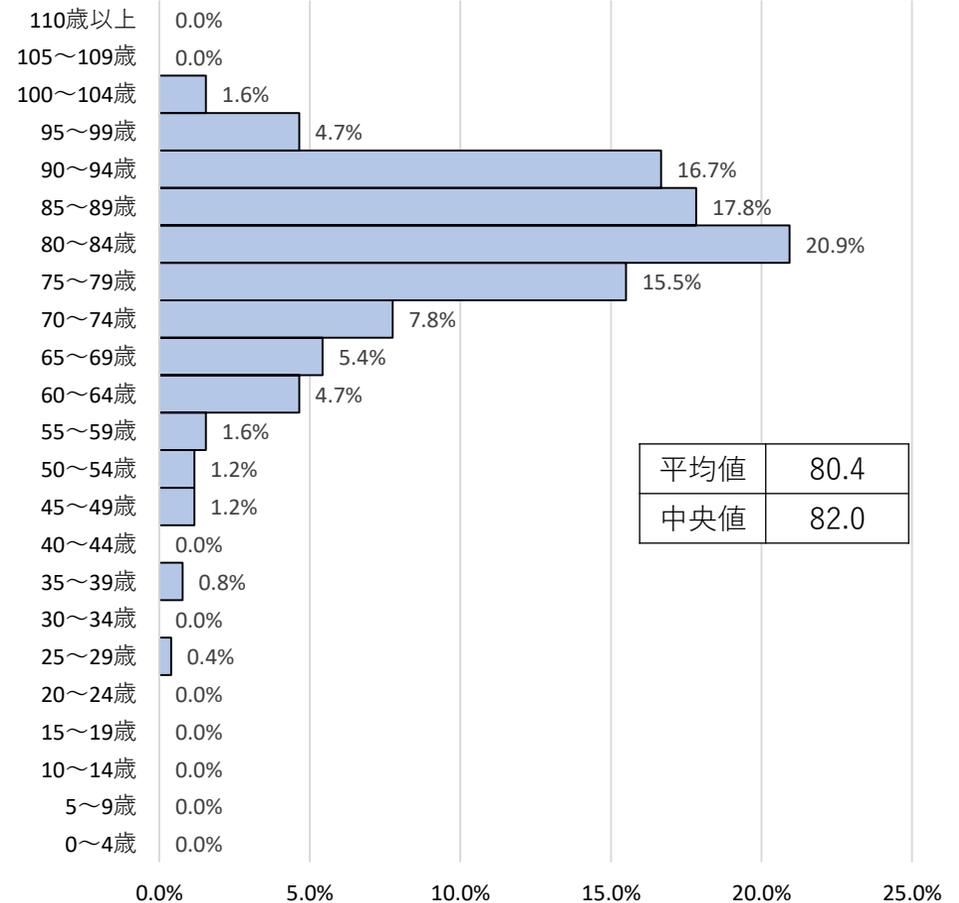
病床種別に見た患者の年齢分布

- 地域包括ケア病棟入院料・管理料について、病床種別毎に見た、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)



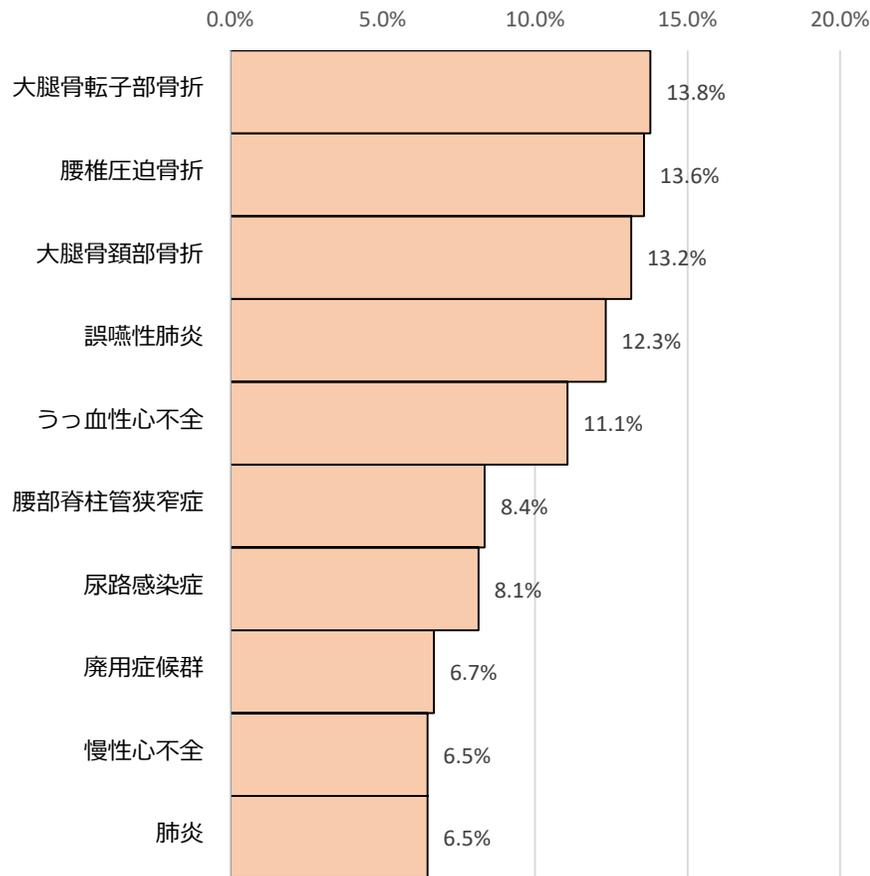
療養病床(n=258)



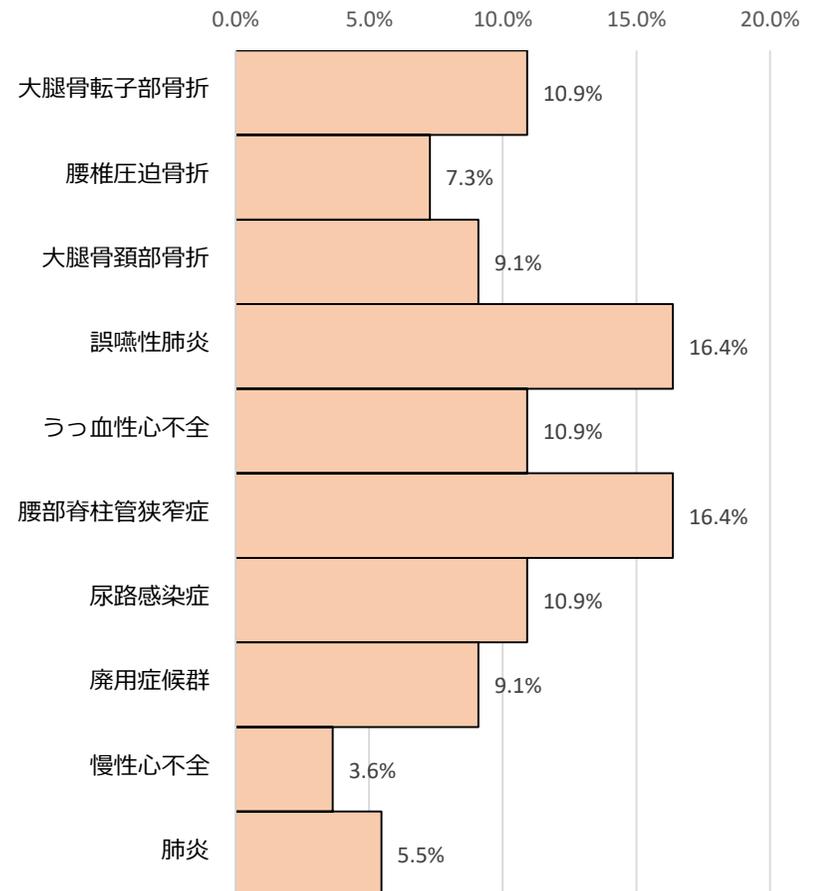
病床種別にみた患者の主傷病名

- 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)

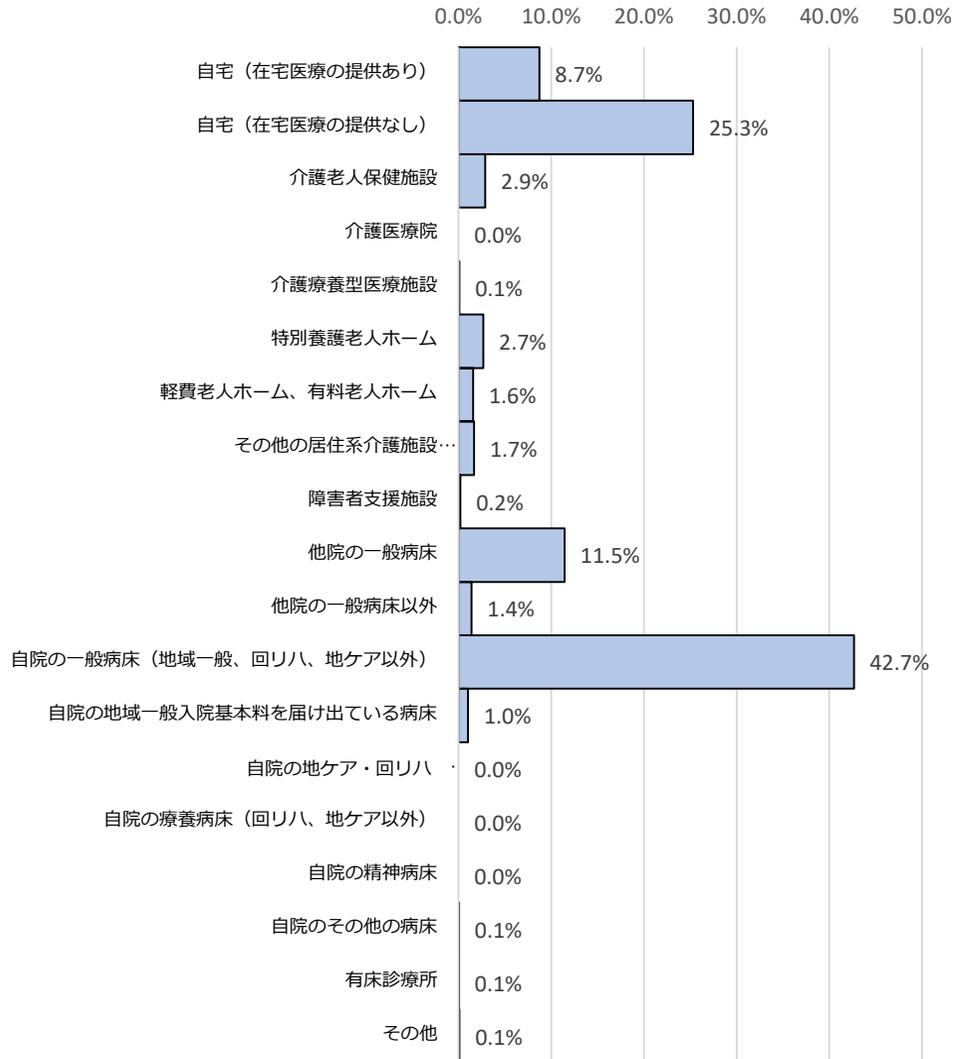


病床種別でみた場合の患者の入棟元

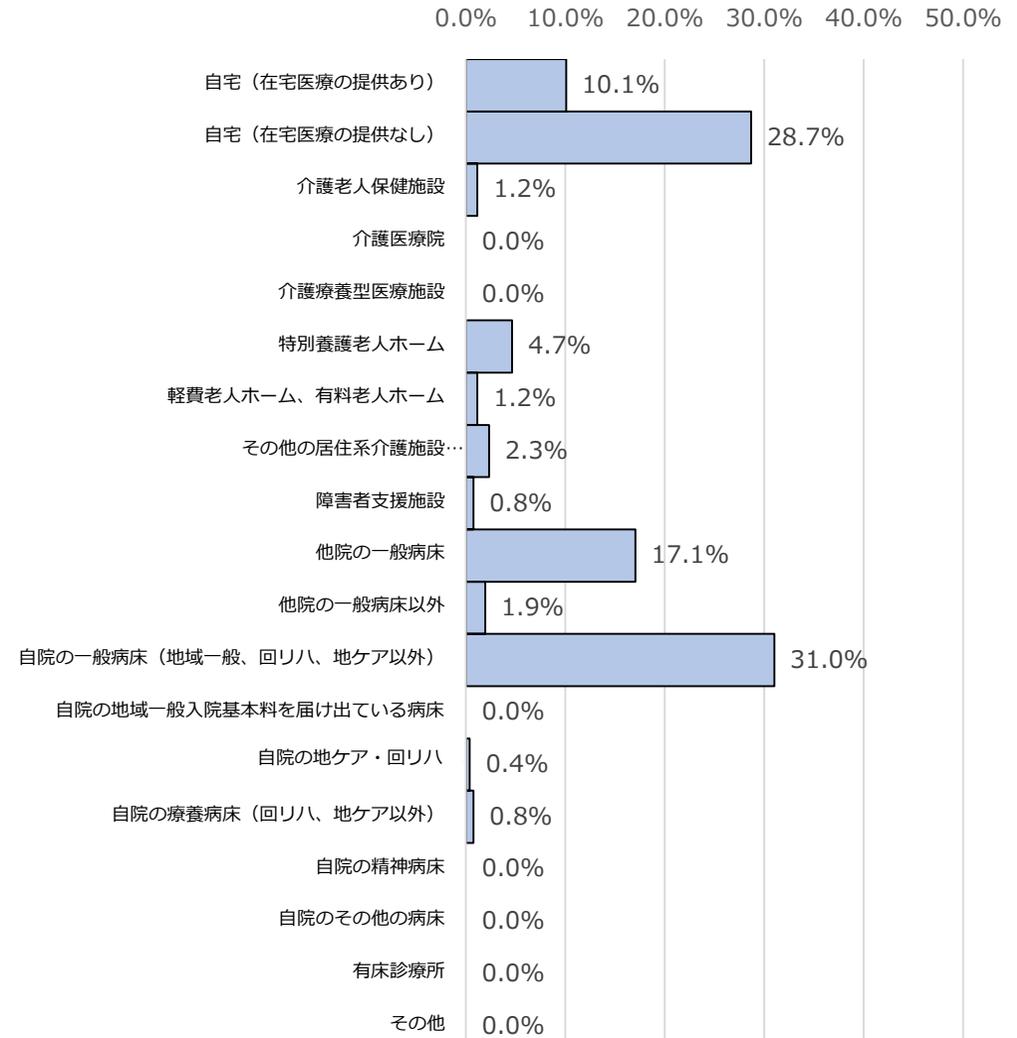
○ 病床種別にみた場合の患者の入棟元は以下のとおり。療養病床の患者は一般病床の患者と比較して、「自宅」・「他院の一般病床」が多く、一般病床の患者は「自院の一般病床（地域一般、回りハ、地ケア以外）」が多かった。

入棟元

一般病床 (n=1833)



療養病床 (n=258)

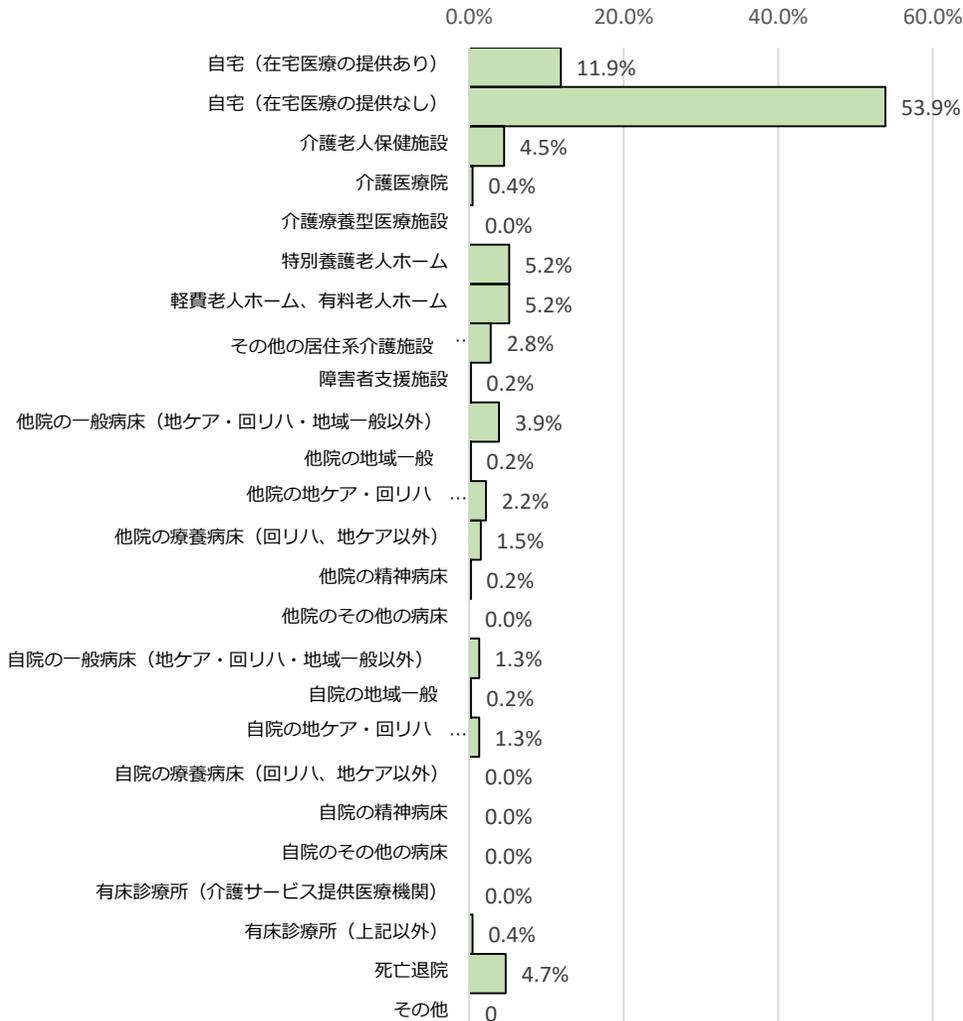


病床種別でみた場合の患者の退棟先

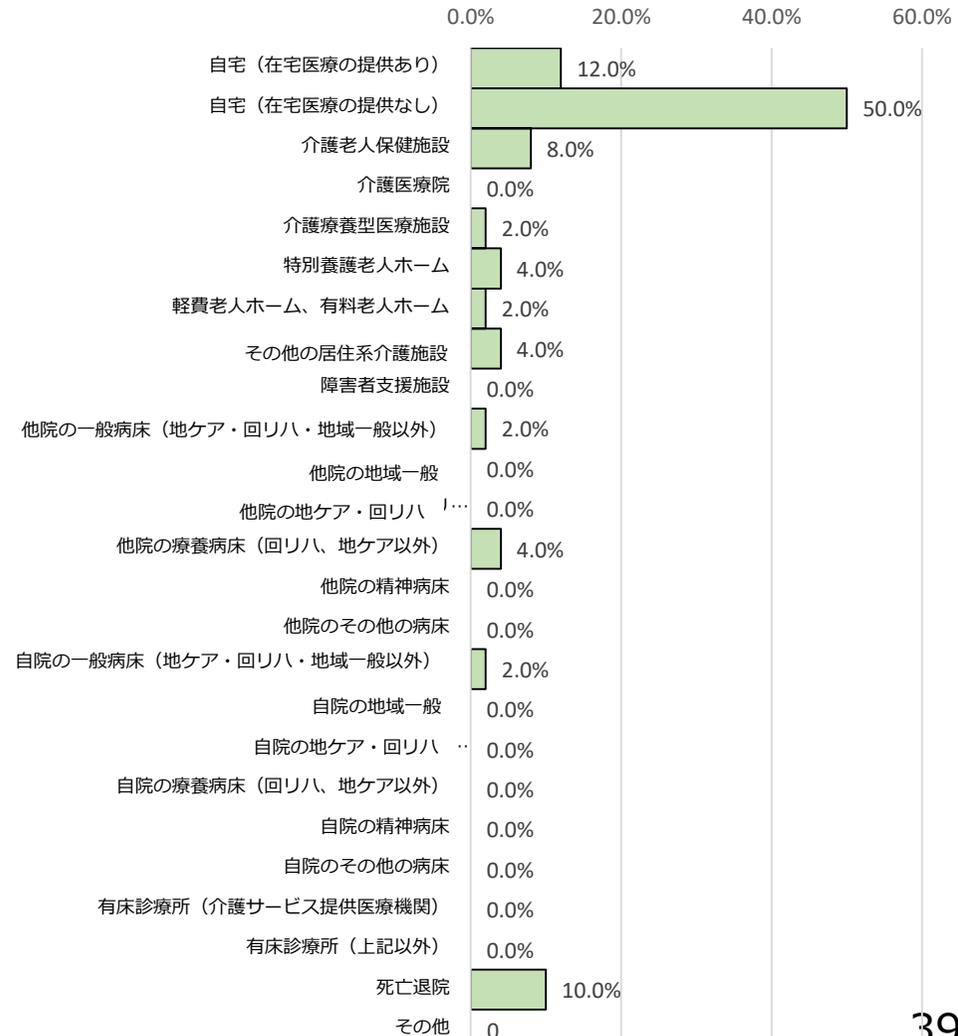
○ 病床種別にみた場合の患者の退棟先は以下のとおりであり、あまり差はみられなかった。

退棟先

一般病床 (n=464)



療養病床 (n=50)



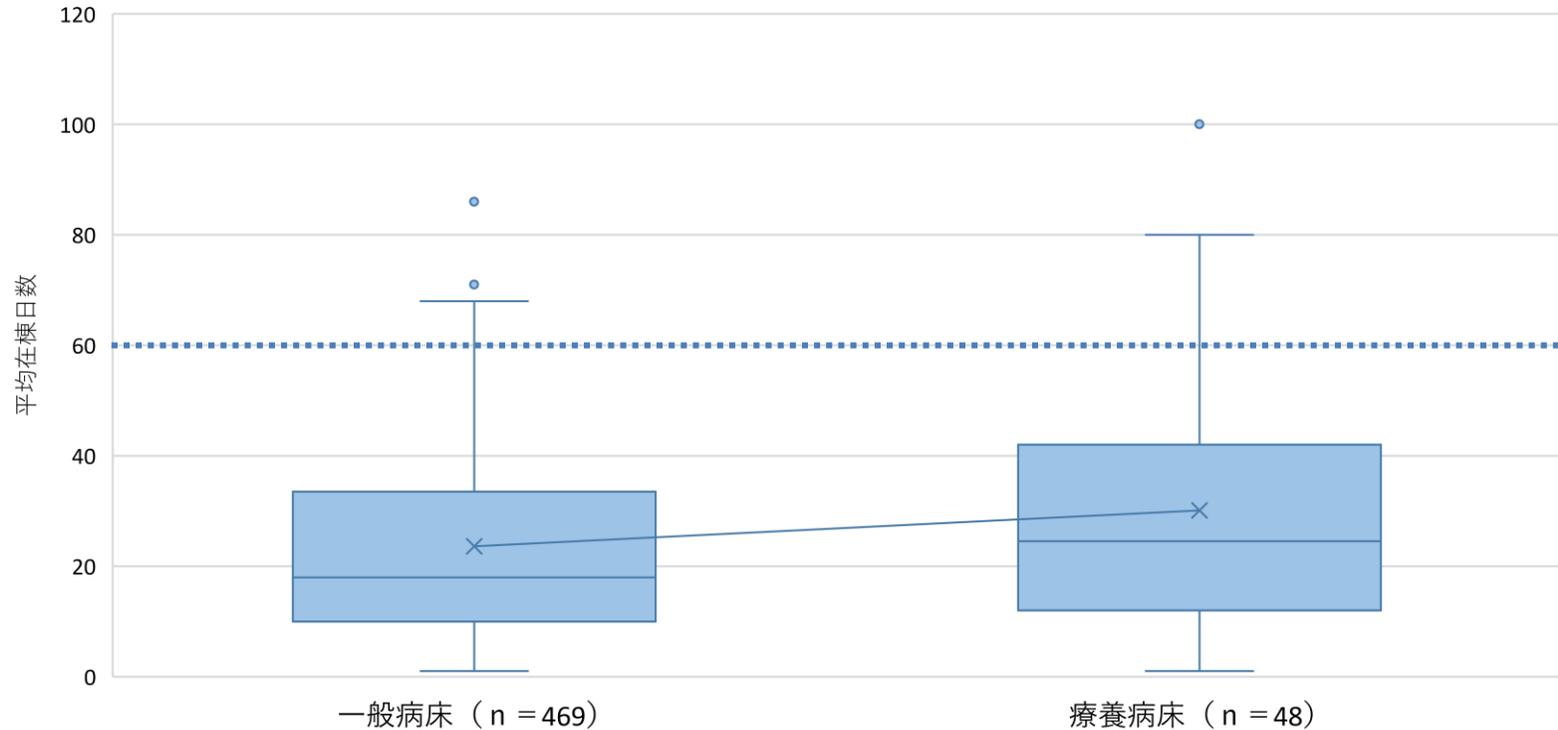
病床種別の重症度、医療・看護必要度について

- 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。療養病床のほうが、基準を満たす患者割合が低い傾向にあった。

	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	

病床種別でみた場合の平均在棟日数

- 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。



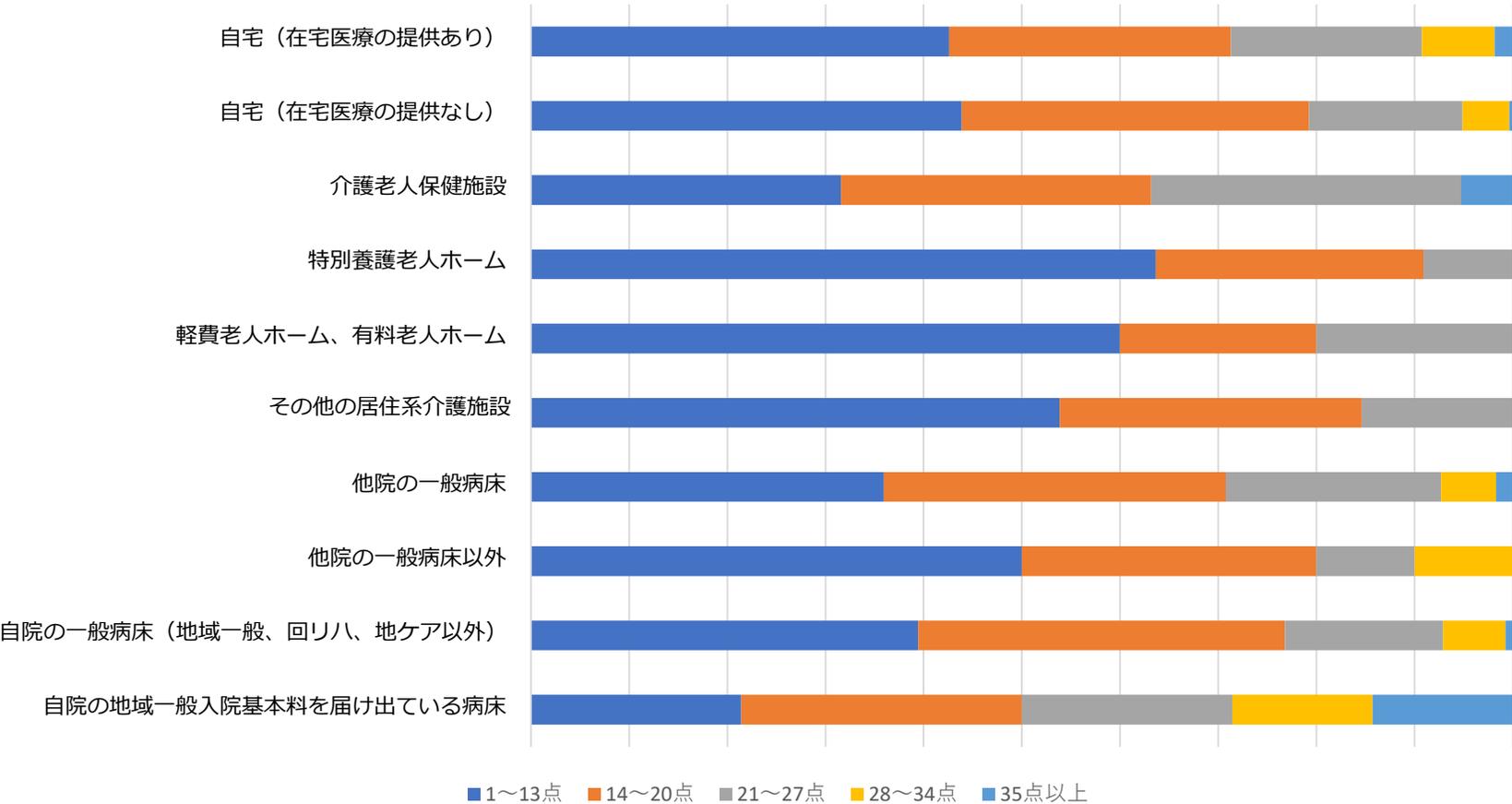
	平均値	中央値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
一般病床	23.6	18.0	10.0	18.0	33.5
療養病床	30.1	24.5	12.0	24.5	42.0

入棟元別のリハビリ単位数①

- 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。

過去7日間の入棟元別リハビリ単位数

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



n 数	平均値	中央値
108	15.5	15
294	14.5	14
19	18.8	17
22	12.0	12
15	12.8	13
13	13.6	13
178	16.2	16
20	14.2	13.5
664	15.5	15
14	22.6	22

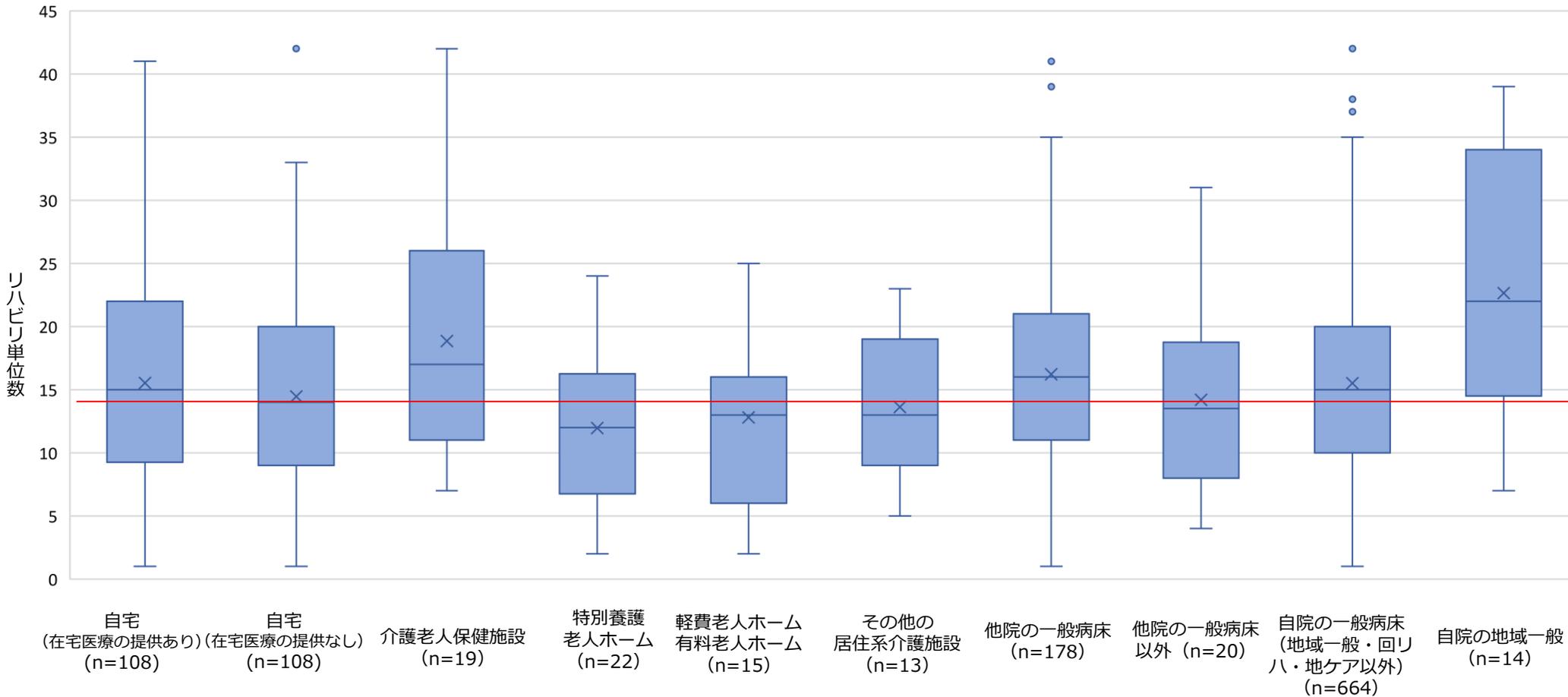
■ 1~13点 ■ 14~20点 ■ 21~27点 ■ 28~34点 ■ 35点以上

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



地域包括ケア病棟に係る課題及び論点

(総論)

- ・ 地域包括ケア病棟入院料について、「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年に新設された。地域包括ケア病棟の届出医療機関数・病床数は共に、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。
- ・ 緊急患者の受入患者数を一部の入院料の要件に設けているが、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関で、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求められる機能について)

- ・ 地域包括ケア病棟について、病棟毎に分析すると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。
- ・ 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状態に差が見られた。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。
- ・ 3つの役割を担うとされているところ、自院の一般病棟からの転棟が多い病院、救急を実施していない病院等、1つの機能に特化しているようにみえる医療機関があった。
- ・ 病床種別にみると、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、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。



【論点】

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について、求められる役割に応じた医療の提供を推進する観点から、地域包括ケア病棟における医療の実績や内容を踏まえた評価の方法をどのように考えるか。

1. 回復期入院医療を取りまく状況について
2. 地域包括ケア病棟入院料・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

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）

<p>平成 12年</p>	<p>○ 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</p>	<p>[主な施設基準]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上</p>
<p>平成 18年</p>	<p>○ 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</p>	<p>○ 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)</p>
<p>平成 20年</p>	<p>○ 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</p>	<p>○ 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</p>
<p>平成 22年</p>	<p>○ 「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</p>	<p>○ 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</p>
<p>平成 24年</p>	<p>○ 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</p>	<p>○ 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</p>

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）

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	2,129点	2,066点	1,899点	1,841点	1,736点	1,678点
※()内は生活療養を受ける場合	(2,115点)	(2,051点)	(1,884点)	(1,827点)	(1,721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の施設基準の見直し

実績要件の見直し

- 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について、その水準を見直す。

1. 入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)40
2. 入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)35



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
チ リハビリテーションの効果に係る実績指数が37以上であること。
 - (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が30以上であること。



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
リ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が40以上であること。
 - (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
ホ リハビリテーションの効果に係る実績の指数が35以上であること。

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における入院患者に係る要件の見直し

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- 入院患者に対して、入院時のFIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明する。

現行

[算定要件(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟(死亡の場合を除く。)に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。

改定後

[算定要件(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

(8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟(死亡の場合を除く。)に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その**合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明の上で患者の求めに応じて交付すること。**

- 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

- 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)]

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態(発症後又は手術後二か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。)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百五十日以内。ただし、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百八十日以内)

改定後

[施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態(算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、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百八十日以内)

※ 二～五についても同様。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

効果の実績の評価基準

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

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

<実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
- ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

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

まとめて除外できる患者

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

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

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

日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

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

Functional Independence Measure (FIM)

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

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

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。

	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

再掲

在宅復帰率の見直し②

地域包括ケア病棟入院料及び回復期リハビリテーション病棟入院料における在宅復帰率見直し

【現行(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ・療養病棟(加算+) ・有床診療所(加算+) ・介護老人保健施設(加算+) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準]7割

【平成30年度改定(地域包括ケア病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟から退棟した患者 ※死亡退院・再入院患者を除く

[施設基準]7割

【現行(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等 ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・転棟患者(自院)・再入院患者・急性増悪で転院した患者を除く

[施設基準]入院料1:7割 入院料2:6割

【平成30年度改定(回復期リハビリテーション病棟入院料)】

在宅復帰率

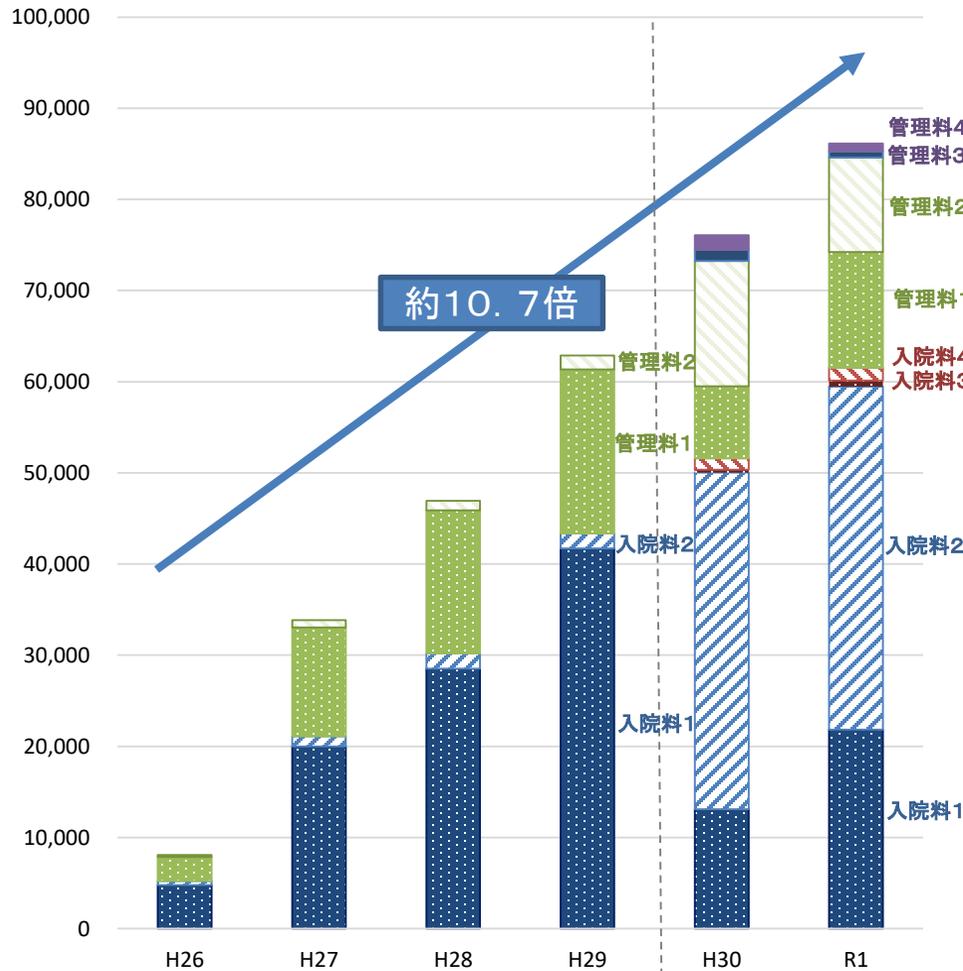
(分子)	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅 ・居住系介護施設等(介護医療院を含む) ・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る) ※死亡退院・再入院患者を除く
(分母)	<ul style="list-style-type: none"> ・回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者 ※死亡退院・一般病棟への転棟転院患者・再入院患者を除く

[施設基準]入院料1～4:7割

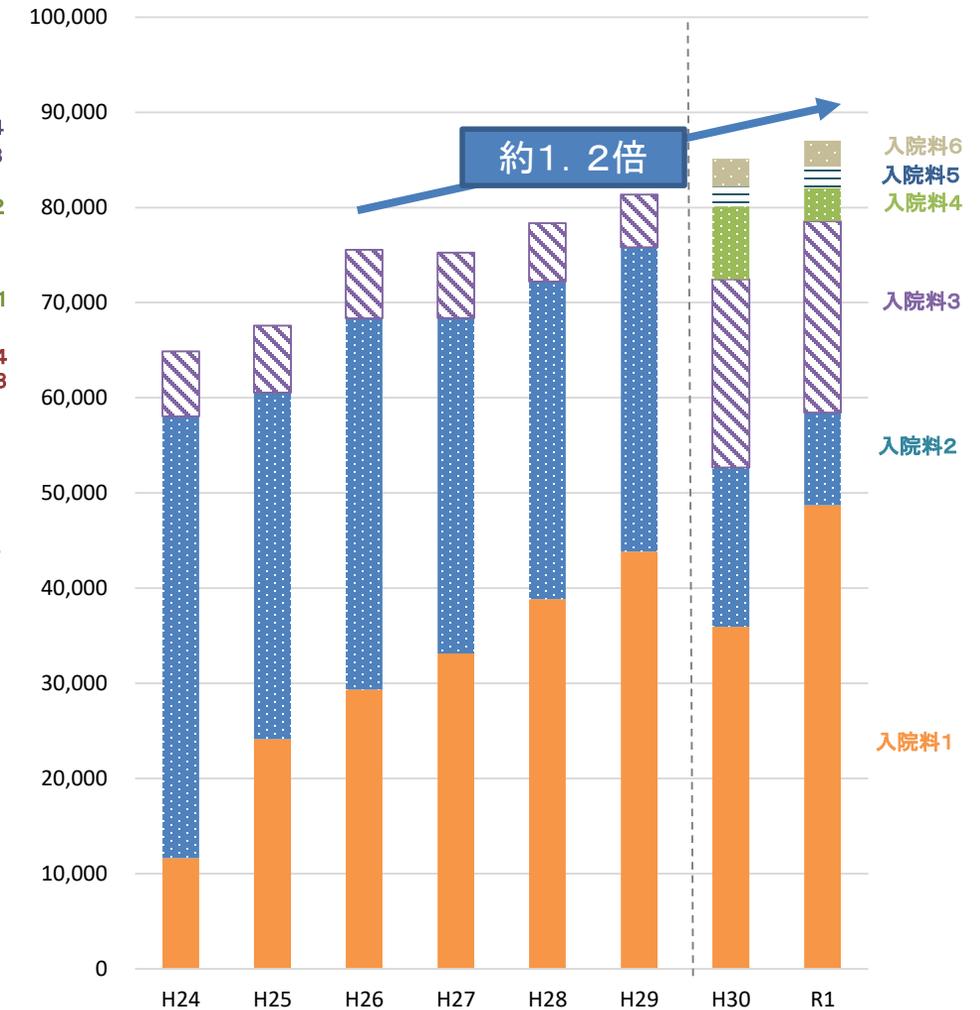
入院料別の届出病床数の推移

- 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

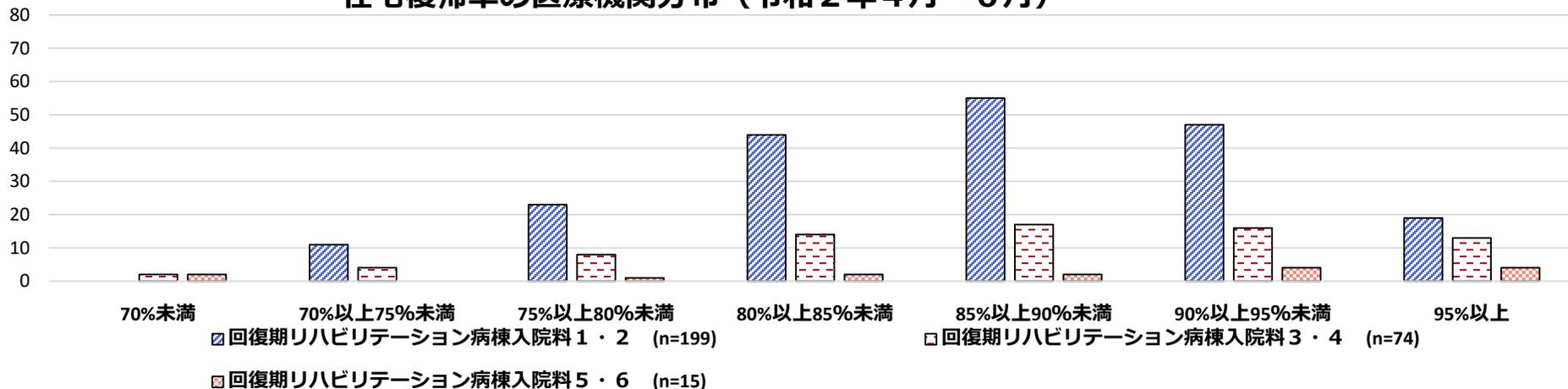


(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料

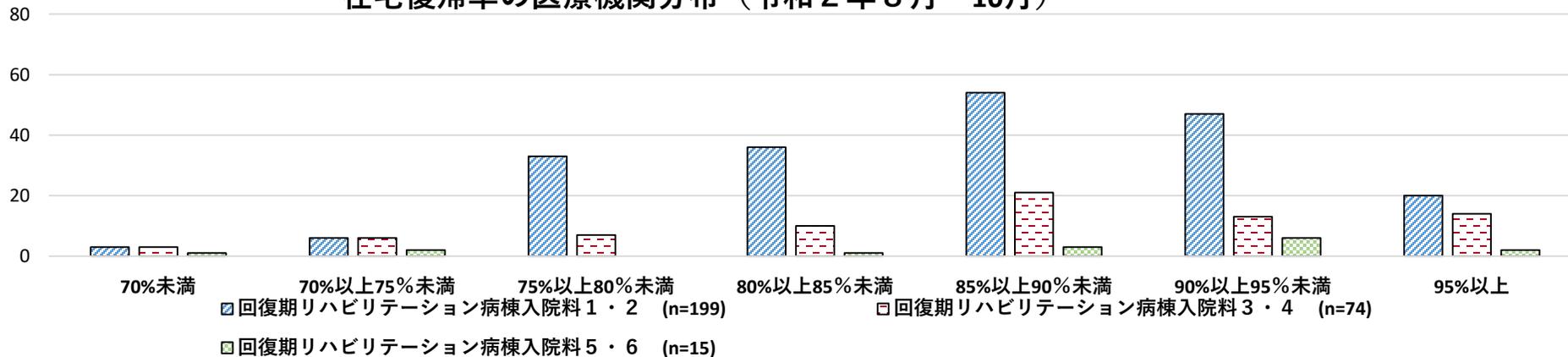


○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、在宅復帰率は以下のとおりであった。

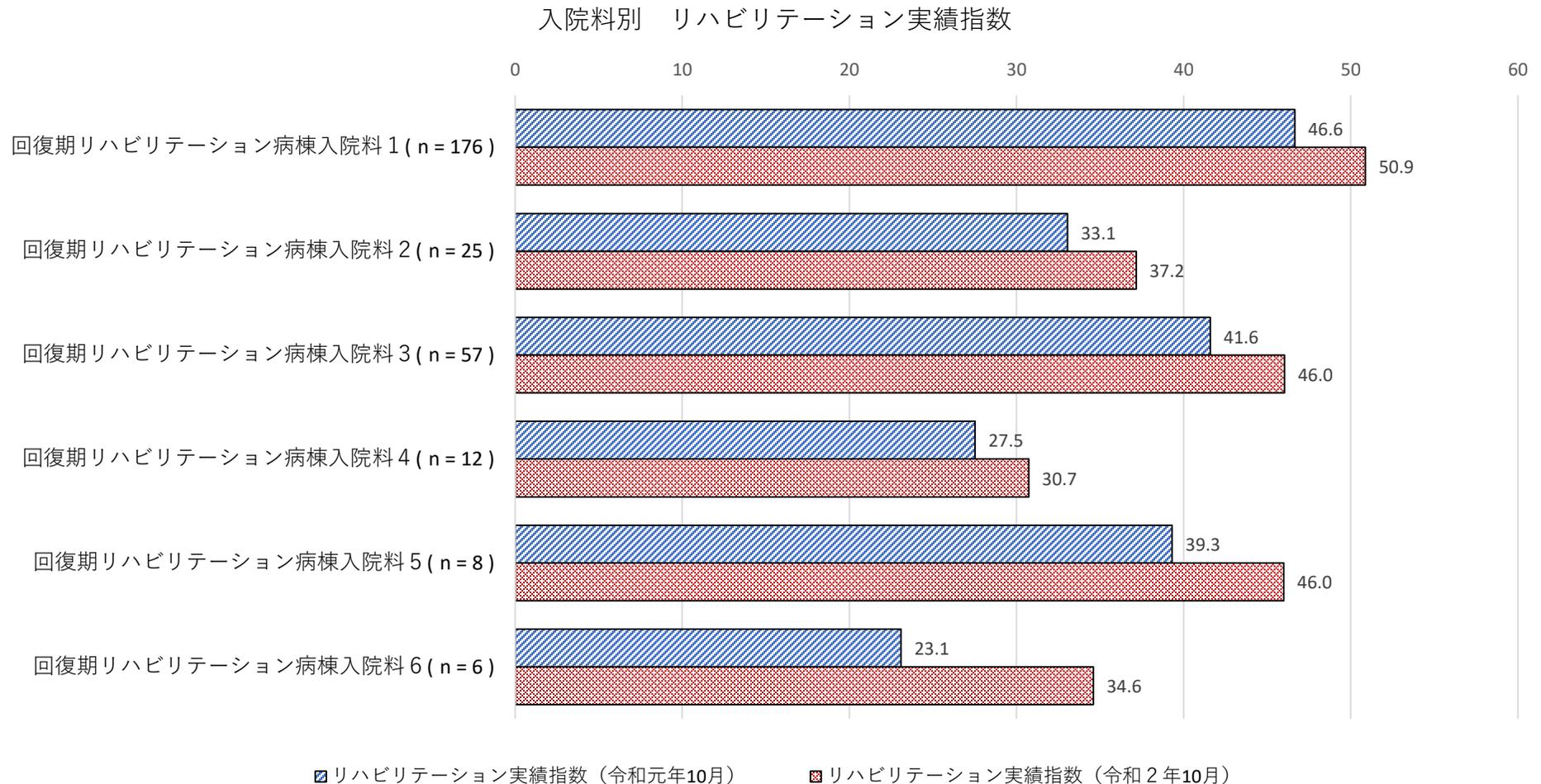
在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



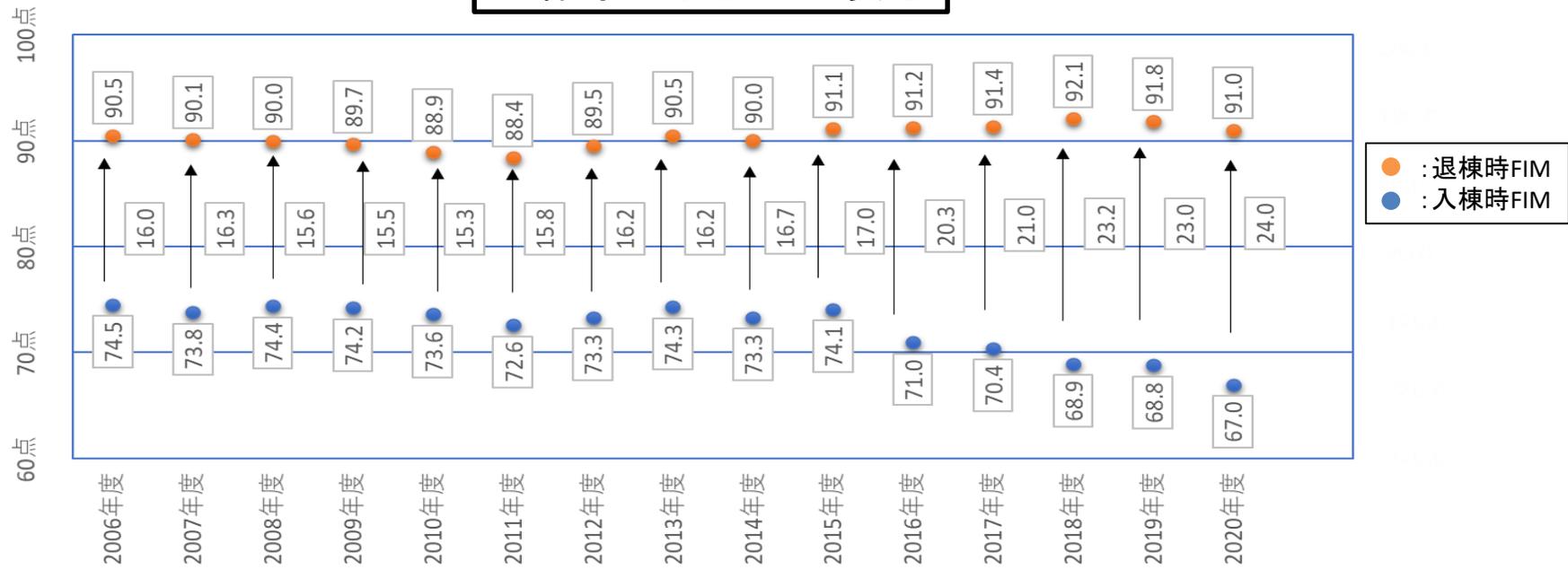
- 令和元年10月及び令和2年10月の入院料別リハビリテーション実績指数は以下のとおりであり、いずれも令和2年の方が高い傾向にあった。



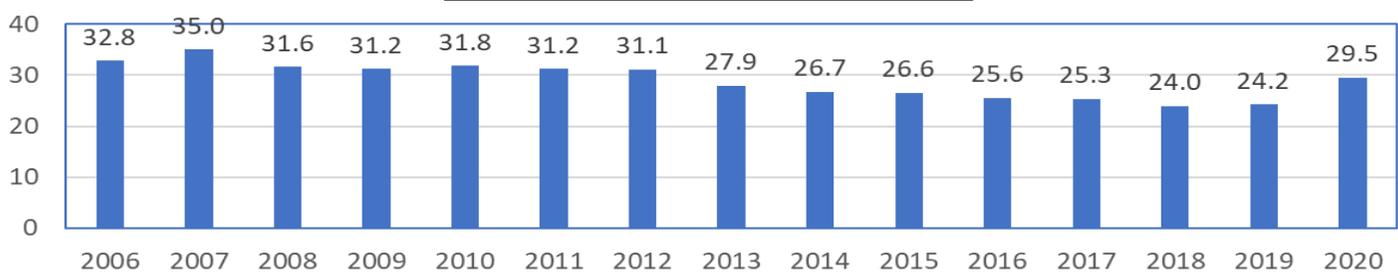
入棟時FIM等の年次推移について

○ 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



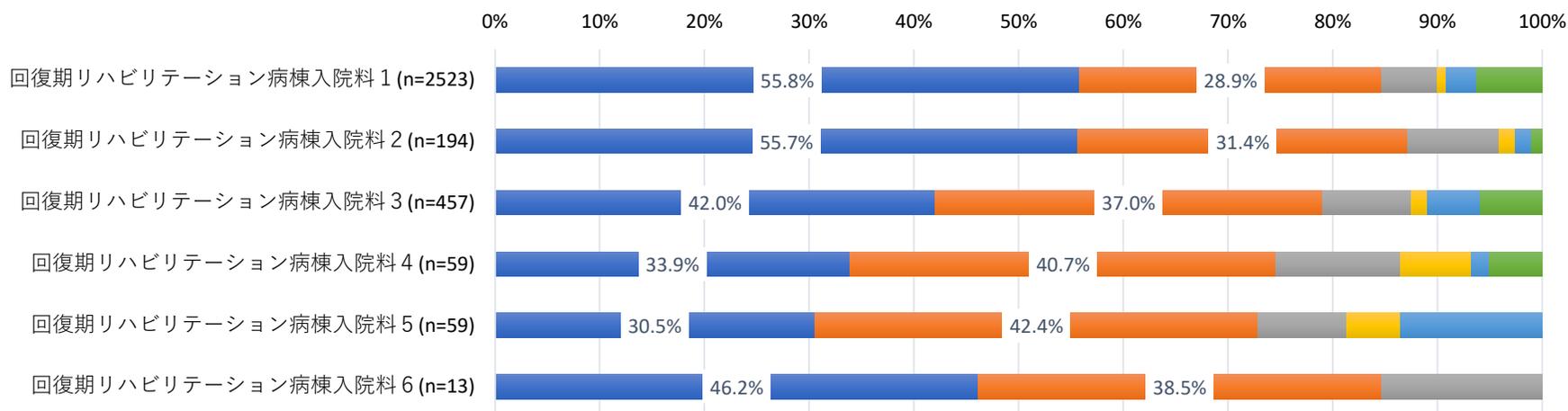
発症から入棟までの日数



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

- ・ 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
- ・ 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態

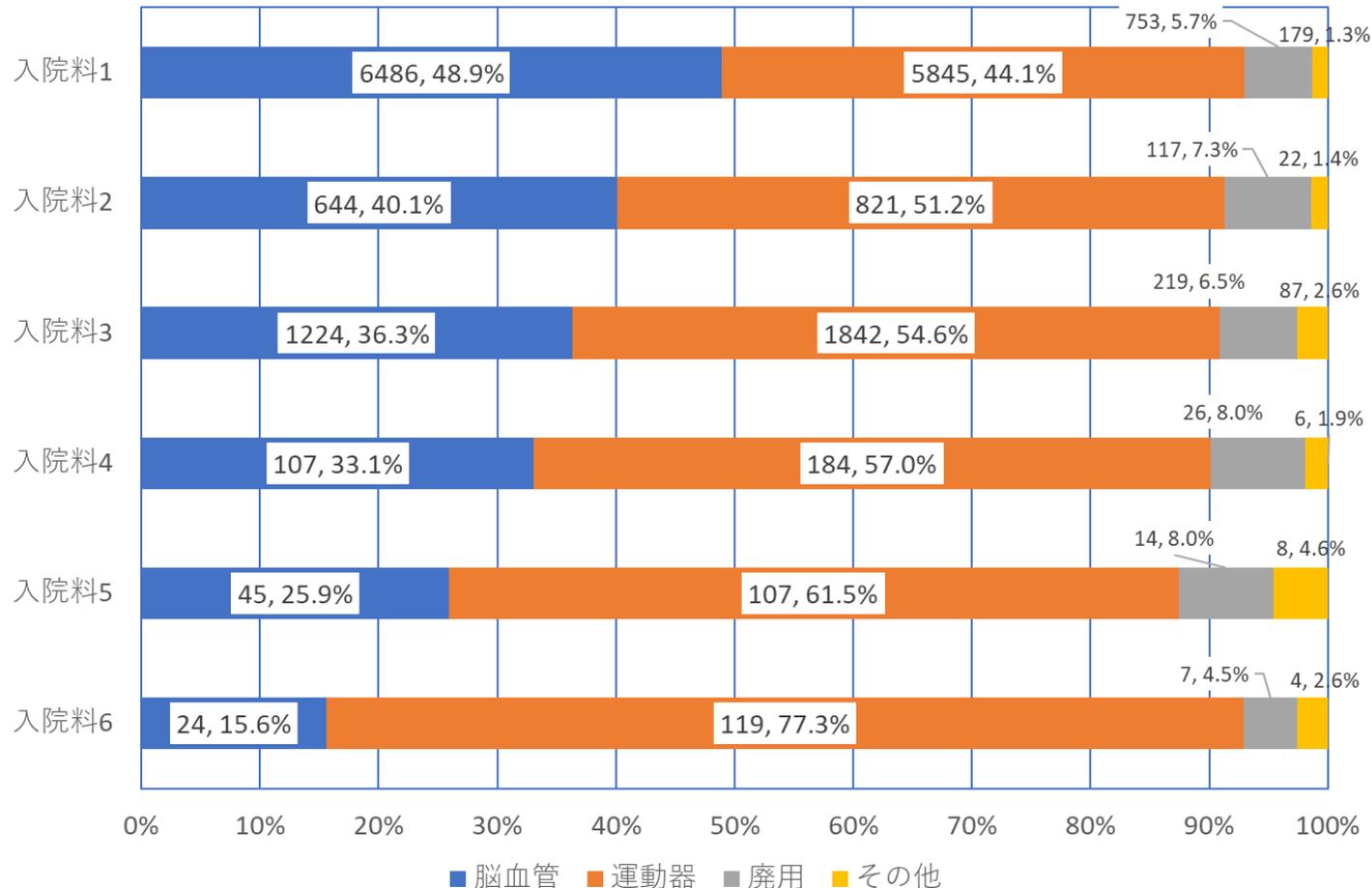
回復期リハビリテーションを要する状態



- 01. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
- 02. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
- 03. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
- 04. 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
- 05. 股関節又は膝関節の置換術後の状態
- 未回答

入院料別の原因疾患について

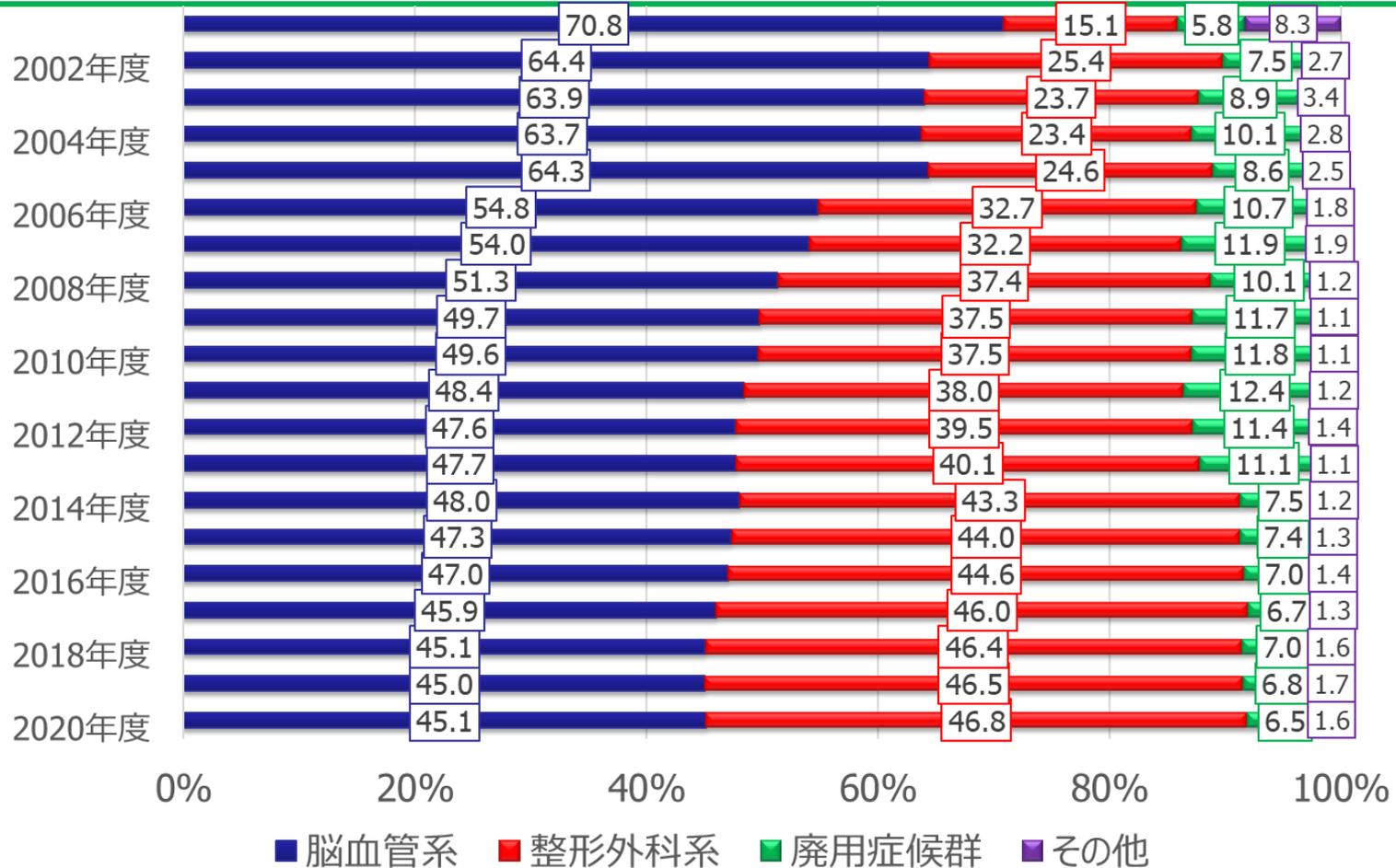
- 各入院料毎の患者の原因疾患は以下のとおりであった。
- 入院料1では脳血管系疾患が最も多く、入院料6では運動器系疾患が最も多かった。



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」

疾患構成の年次推移

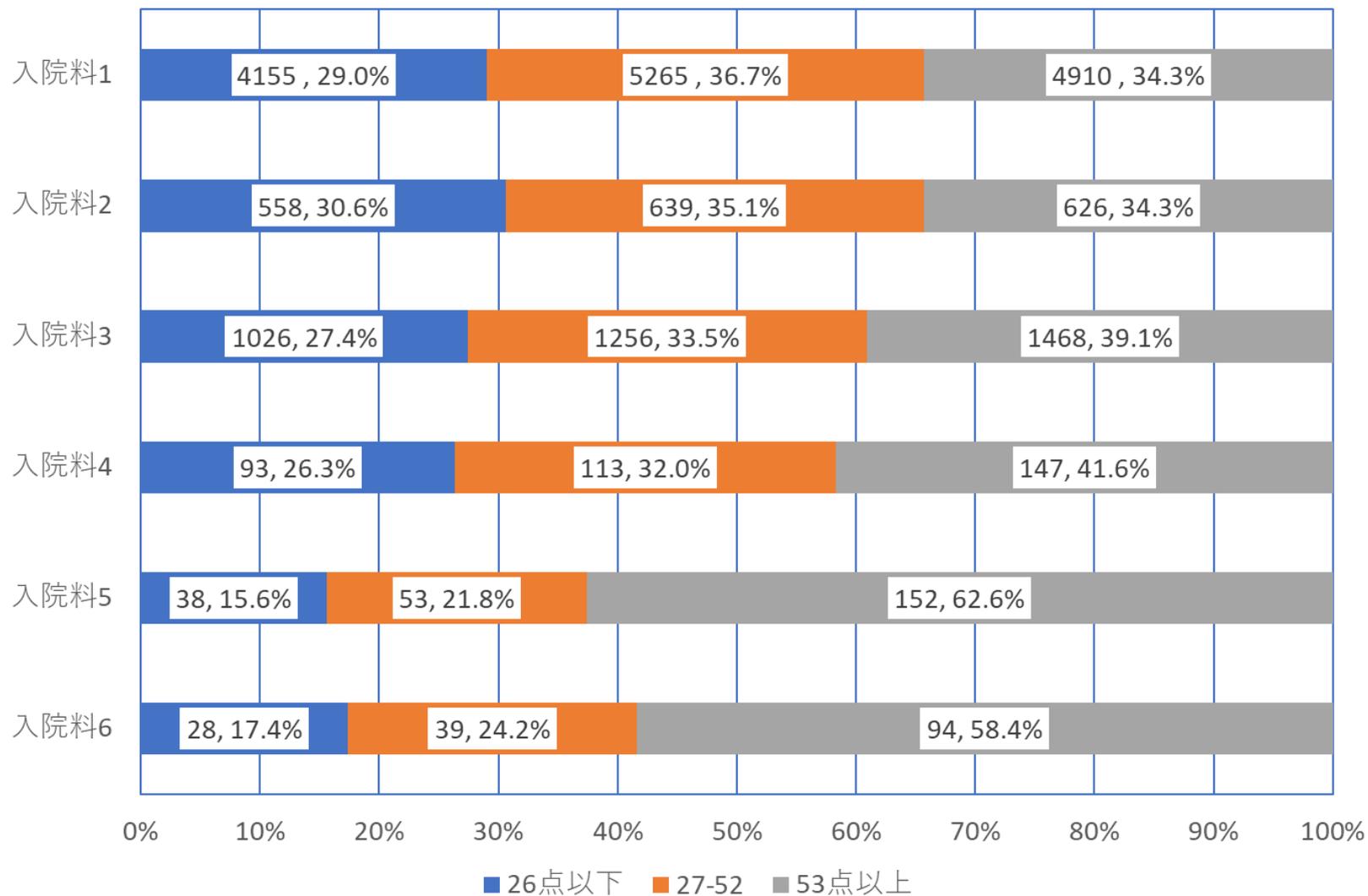
○ 疾患構成の年次推移は以下のとおり。経年的に脳血管系の割合が下がり、整形外科系の割合が上昇している。



脳血管系：「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」
 整形外科系：「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」
 廃用症候群：「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」

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。

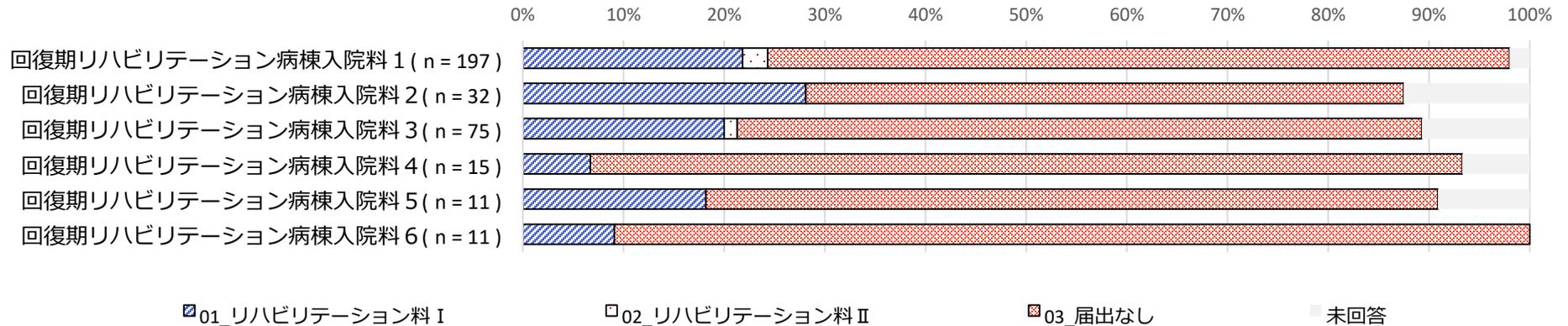


疾患別リハビリテーション料の届出状況①

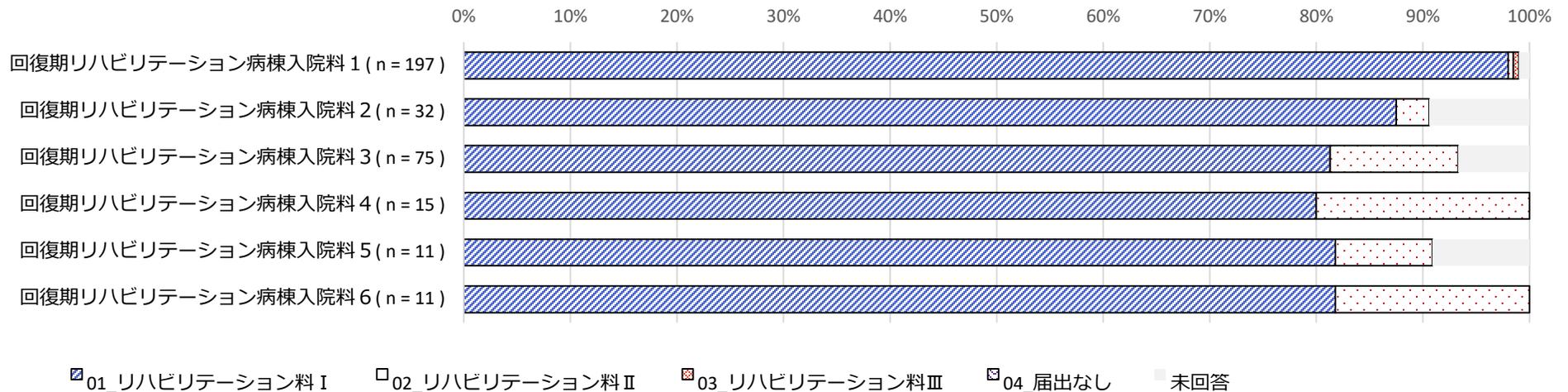
診 調 組 入 - 1 - 1
3 . 6 . 1 6 (改)

- 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

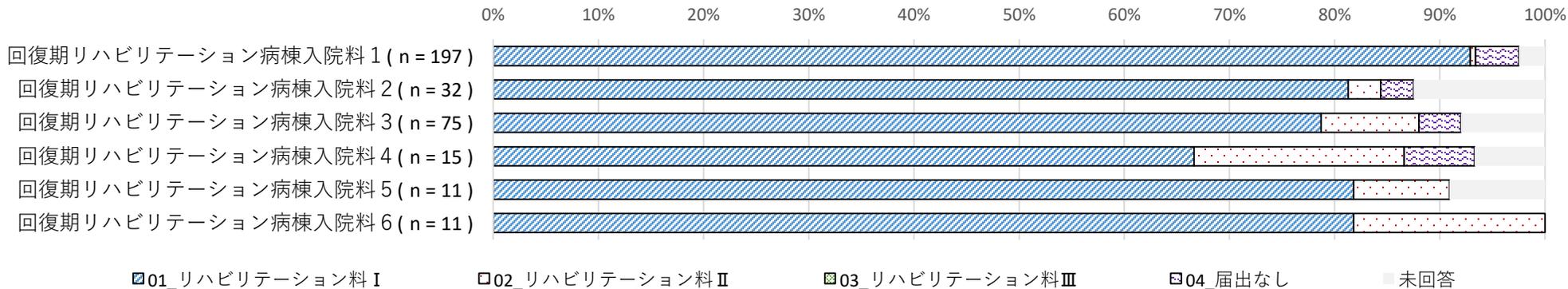


疾患別リハビリテーション料の届出状況②

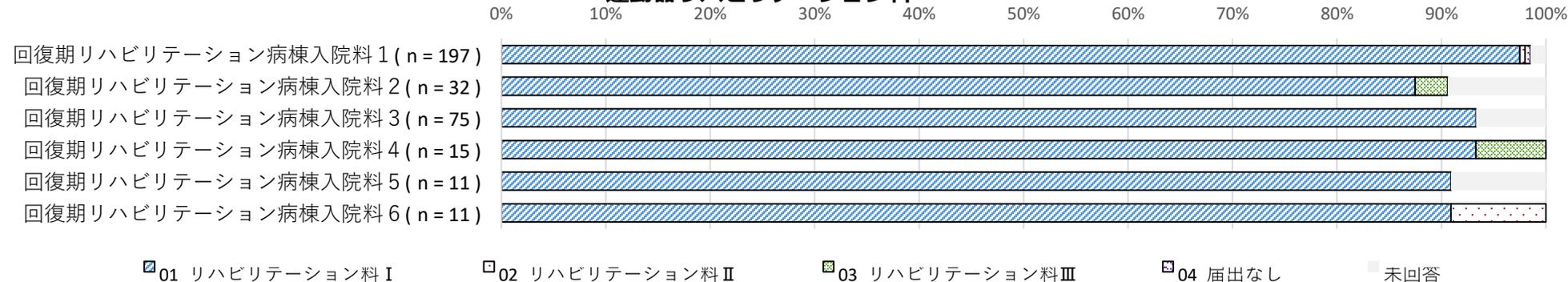
診 調 組 入 - 1 - 1
3 . 6 . 1 6

○ 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。

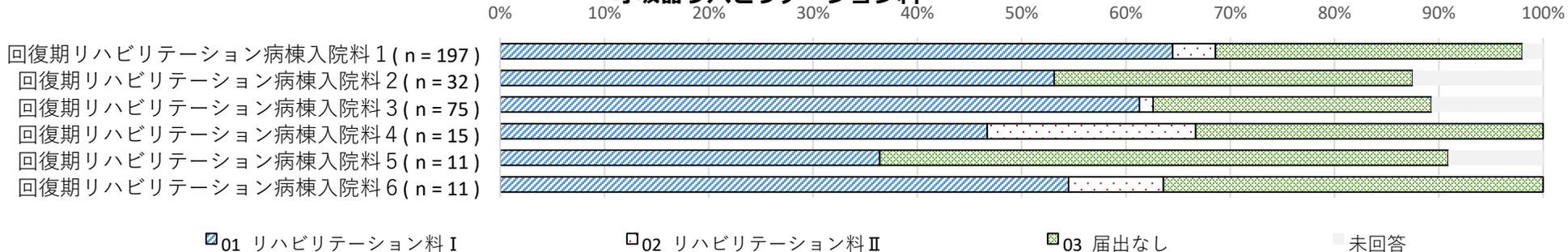
廃用症候群リハビリテーション料



運動器リハビリテーション料



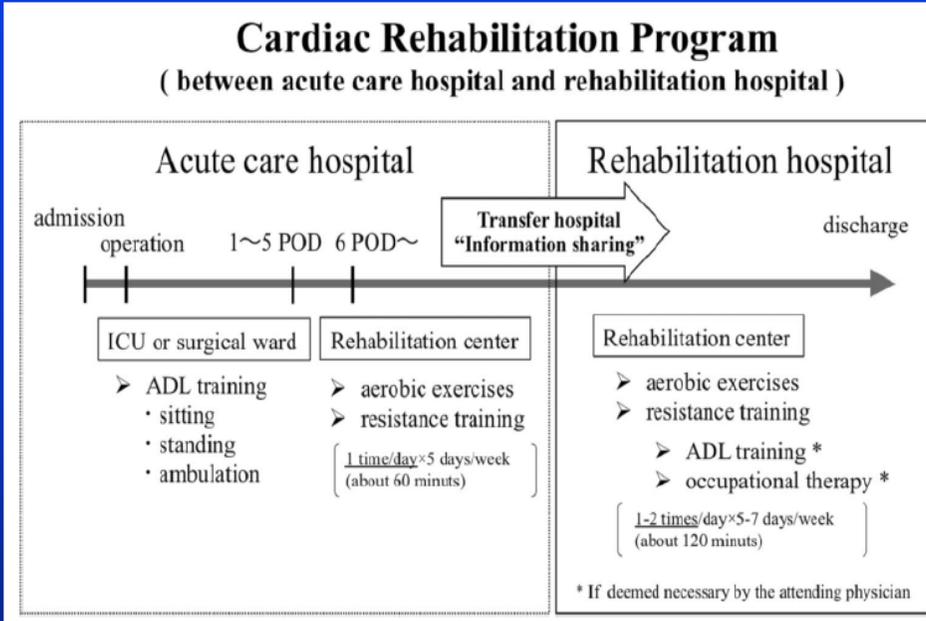
呼吸器リハビリテーション料



心臓リハビリテーションの効果について

○ 急性期～回復期の心臓リハビリテーションにより、FIM等が改善する、との報告があった。

急性期から回復期へ連携して実施する心臓リハビリテーションは心臓術後患者の身体機能を改善する



膝伸展筋力(N/kg)
5.1→6.0

(P=0.006)

SPPB
8.4→10.3

(p<0.001)

FIM
101.7→114.0

(p<0.001)

6MD(m)
300.9→373.9

(p<0.001)

SF-36

Physical functioning

Role functioning

Vitality

Emotional functioning

は有意に改善

HADS

有意差なし

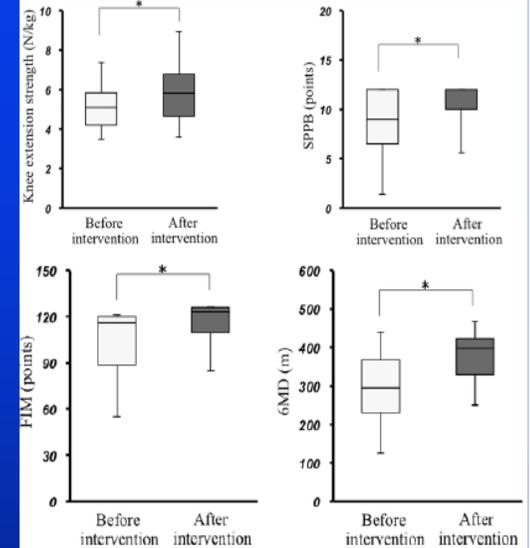


Table 2 Comparison of SF-36 and HADS

	Before intervention	After intervention	p value
SF-36			
Physical functioning	49.6 ± 20.8	62.1 ± 24.8*	0.04
Role functioning	44.1 ± 35.5	63.5 ± 29.3*	0.035
Pain	70.2 ± 31.9	72.4 ± 32.6	0.779
General health perceptions	60.2 ± 16.5	60.4 ± 24.3	0.965
Vitality	47.1 ± 24.7	56.9 ± 21.4*	0.047
Social functioning	78.5 ± 30.0	81.3 ± 26.2	0.746
Emotional functioning	49.0 ± 37.8	75.0 ± 33.6**	0.007
Mental health	66.7 ± 22.7	72.2 ± 18.2	0.128
HADS			
Depression	3.6 ± 4.6	2.0 ± 2.1	0.219
Anxiety	4.8 ± 4.5	3.6 ± 2.7	0.133

心臓術後30名 (76.8±8.5歳) 男/女 12/18 EF52.6%

冠動脈バイパス術後、弁膜症術後

平均リハ実施期間 41.1±28.4 (9-103日)

1日当たりの平均実施単位 6.5±1.1(5.3-8.4単位)

回復期リハ 入院時と退院時の検査値を比較

SPPB: short physical performance battery, SF-36: 36-Item Short-Form Health Survey

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

(Heart Vessels 2017;32:1120-1226)

心臓リハビリテーションの効果について

- 回復期リハビリテーション病棟での心臓リハビリテーションにより、機能的自立度評価法(FIM)等が改善する、との報告があった。

回復期リハ病棟における心臓リハの実際

(山本智史, 他. MB Med Reha 2019; 231: 38-44. より引用, 一部改変)

- 単施設介入研究
- 回復期リハ病棟に入院した84例 (CPX群 : n=45, 71.1 ± 12.3歳, 非CPX群 : n=39, 78.5 ± 8.9歳)
- 身体機能・運動耐容能を評価

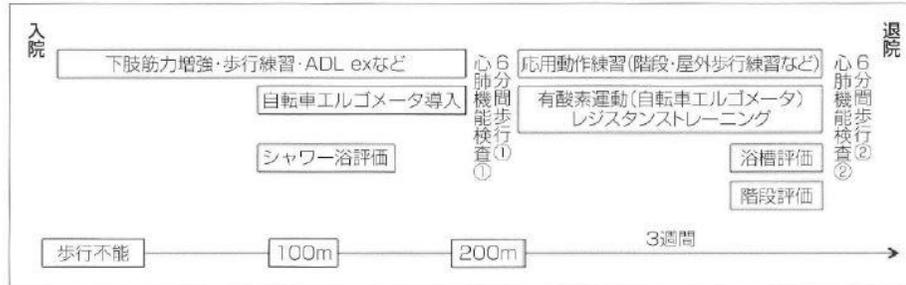


図 1. 当院における心臓リハビリテーションプログラム

表 1. 当院における心臓リハビリテーションの効果(n=84, 2012~17年)

	入院時	退院時	p 値
最大酸素摂取量(ml/kg/min)	12.7 ± 2.4	14.9 ± 2.9	<0.05
無酸素性代謝閾値(ml/kg/min)	9.8 ± 2.0	10.8 ± 2.7	<0.05
6分間歩行(m)	300 ± 134	361 ± 137	<0.05
歩行持久性(m)	127 ± 91	780 ± 715	<0.05
機能的自立度評価法(点/126)	91.2 ± 21.8	111.4 ± 16.7	<0.05
Berg Balance Scale(点/56)	34.2 ± 16.3	45.6 ± 11.7	<0.05
Short Physical Performance Battery(点/12)	7.9 ± 3.8	10.2 ± 2.4	<0.05
歩行速度(m/s)	0.74 ± 0.34	0.95 ± 0.33	<0.05
握力(kgw)	15.5 ± 6.6	17.3 ± 6.8	0.12
脳性ナトリウム利尿ペプチド(pg・ml)	287 ± 320	171 ± 162	<0.05
血清クレアチニン(mg/dl)	1.13 ± 0.59	1.16 ± 0.50	0.83
高比重リポ蛋白(mg/dl)	43.0 ± 12.9	48.9 ± 13.6	<0.05
中性脂肪(mg/dl)	123.3 ± 53.7	119.1 ± 45.5	0.64
心胸郭比(%)	54.8 ± 7.4	52.1 ± 5.9	<0.05

➤ Peak VO₂が3週間で約17%も向上する

➤ 入院心臓リハプログラムに則って、効率よく運動能力が回復できる

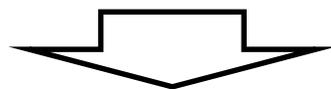
回復期リハビリテーション病棟入院料に係る課題及び論点

(総論)

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料は、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、平成12年に新設された。回復期リハビリテーション病棟の届出医療機関数・病床数共に増加傾向である。累次の改定において、質の高いリハビリテーション医療の充実の観点から、アウトカム評価に基づく入院料の評価を導入し、水準の引き上げを講じてきている。
- ・ 一方、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。さらに、回復期リハビリテーションを要する状態として骨折等の疾患の割合が増加してきている。

(患者の疾患・リハビリテーションの実施について)

- ・ 回復期リハビリテーション病棟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。例えば、入院料1では脳血管系の患者割合が高く、入院料5や6では骨折等の割合が高い傾向にあった。
- ・ 入棟時FIMで見た重症者の受入について、入院料1や2と比較して、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。
- ・ 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は含まれていないが、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、一定数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。また、心大血管リハビリテーションを実施することで、FIMが改善する、との報告があった。



【論点】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、質の高いリハビリテーション医療の適切な提供を推進する観点から、リハビリテーションに係る実績や実施している医療の内容を踏まえた評価の方法をどのように考えるか。