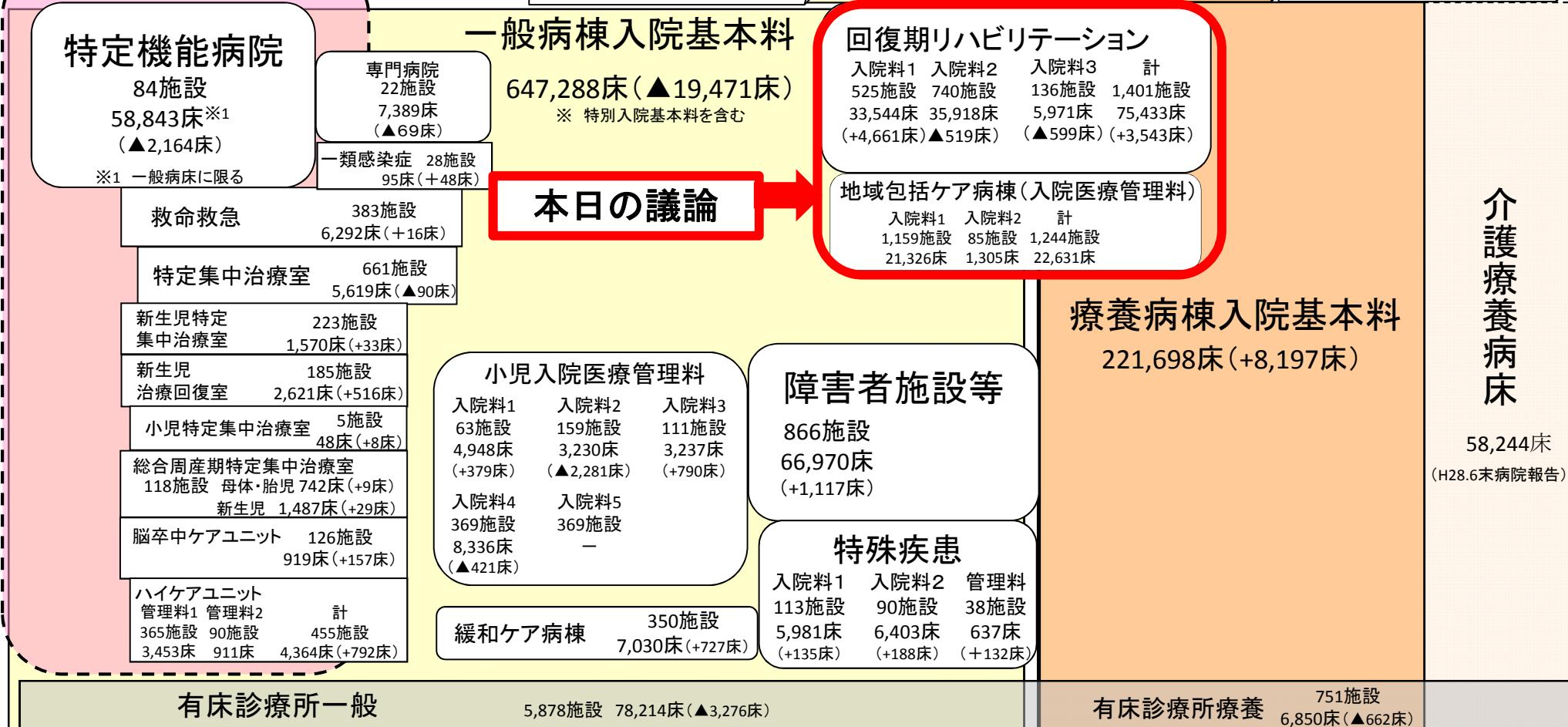
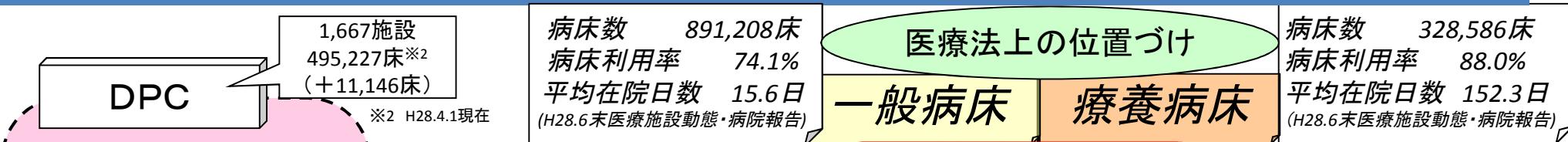


中医協 総 - 7
2 9 . 5 . 1 7

入院医療(その4)

平成29年5月17日

診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)



精神科救急
 124施設
 6,961床
 (+▲898床)

精神科急性期治療病棟
 入院料1 327施設
 入院料2 11施設
 15,604床
 (+409床) (▲742床)

精神科救急・
 合併症
 10施設
 382床
 (±0床)

精神病棟
 (基本料+特定機能精神)
 1,319施設
 163,895床 (+▲1,487床)

児童・
 思春期精神
 32施設
 1,102床 (+53床)

精神療養
 831施設
 93,876床 (+▲6,438床)

認知症治療病棟
 入院料1 482施設
 入院料2 15施設
 33,791床 1,166床
 (+498床) (▲232床)

施設基準届出
 平成27年7月1日現在
 (かつて内は前年比較)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

1. 医療の提供体制
2. 患者の状態と医療内容
 - ①患者の状態
 - ②在宅復帰に係る状況

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6.4m²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年度診療報酬改定以降)

【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6.4m²以上（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）
 - 療養病床については、1病棟に限る
- 当該入院料の役割は、①急性期からの受け入れ、②在宅・生活復帰支援、③緊急時の受け入れの3つとされた

【平成28年度診療報酬改定】

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

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新) 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1 2,558点 (60日まで)

地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2 2,058点 (60日まで)

看護職員配置加算 150点

看護補助者配置加算 150点

救急・在宅等支援病床初期加算 150点(14日まで)

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ 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。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出している期間中、7対1入院基本料を届け出ることはできない。
- ⑪ 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)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4m²以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)6介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

亜急性期病床の地域医療に果たす役割を踏まえた要件(案)

中医協 総 - 2
25.11.27(改)

注:介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。

急性期

急性期・高度急性期



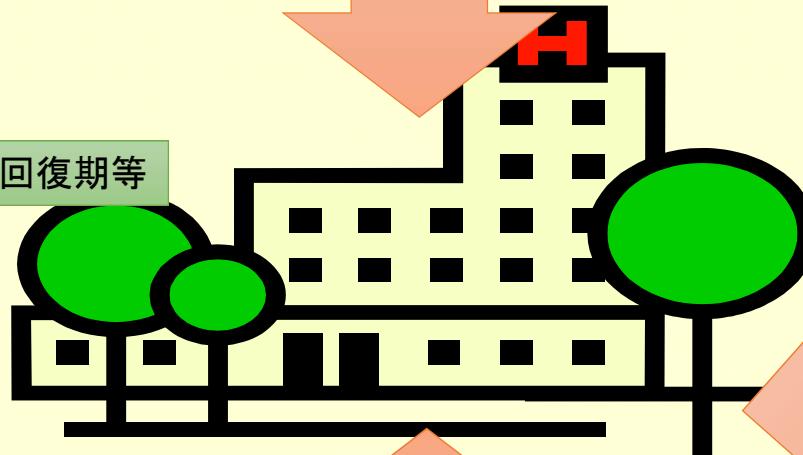
①急性期からの受け入れ

入院患者の重症度、看護必要度の設定 など

亜急性期病床の役割

入院患者データの提出

亜急性期・回復期等



②在宅・生活復帰支援

在宅復帰率の設定 など

長期療養
介護等



介護施設等

③緊急時の受け入れ

・二次救急病院の指定
・在宅療養支援病院の届出 など



自宅・在宅医療

医療機能に応じた入院医療の評価について

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の包括範囲から、手術、麻酔に係る費用を除外する。
 - 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。
- ※平成28年1月1日現在で地域包括ケア病棟入院料を複数届け出ている保険医療機関は、当該時点で現に届け出ている病棟を維持できる。

各入院基本料における該当患者割合要件の変更

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について項目の見直しが行われたことを踏まえ、各入院基本料における該当患者割合の基準の見直しを行う。

現行の基準を満たす患者割合の要件

[地域包括ケア病棟入院料の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)

改定後の基準を満たす患者割合の要件

[地域包括ケア病棟入院料の病棟]

当該病棟入院患者の10%以上(A項目、C項目)

在宅復帰率の要件見直し

- 入院医療における在宅復帰を一層推進するために、7対1入院基本料等の施設基準になっている自宅等に退院した患者の割合について見直しを行う。

現行

(地域包括ケア病棟入院料)

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅
- ・居住系介護施設等

・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

【評価の対象となる転棟先】

- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

改定後

(地域包括ケア病棟入院料)

【評価の対象となる退院先】

- ・自宅
- ・居住系介護施設等

・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)

【評価の対象となる転棟先】

- ・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

地域包括ケア病棟入院料等の主な算定要件・施設基準

	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
点数(日)	2,558点	2,558点	2,058点	2,058点
算定上限	60日			
看護配置	13対1			
その他の職員配置	専任の在宅復帰支援担当者1名以上、専従の常勤理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1名以上			
リハビリテーションの 提供	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			
面積	1人あたり6.4m ² 以上		—	
重症度、医療・看護 必要度	A項目又はC項目1点以上の患者の割合が1割以上			
在宅復帰率	7割以上		—	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室
その他	—	許可病床数200床未満 9	—	許可病床数200床未満

地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料の包括範囲

	地域包括ケア病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料	(参考)療養病棟入院基本料
B 医学管理等	○ 地域連携計画退院時指導料(Ⅰ) を除く	○ 地域連携計画退院時指導料(Ⅰ) を除く	×
C 在宅医療	×	×	×
D 検査	○	○	○
E 画像診断	○	○	単純撮影等は○
F 投薬	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○ 摂食機能療法を除く	×	×
I 精神科専門療法	○	○	×
J 処置	○ 人工腎臓を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 一部処置を除く
K 手術	×(※)	○	×
L 麻酔	×(※)	○	×
M 放射線治療	○	○	×
N 病理診断	○	○	○

※平成28年度診療報酬改定で取扱いを変更

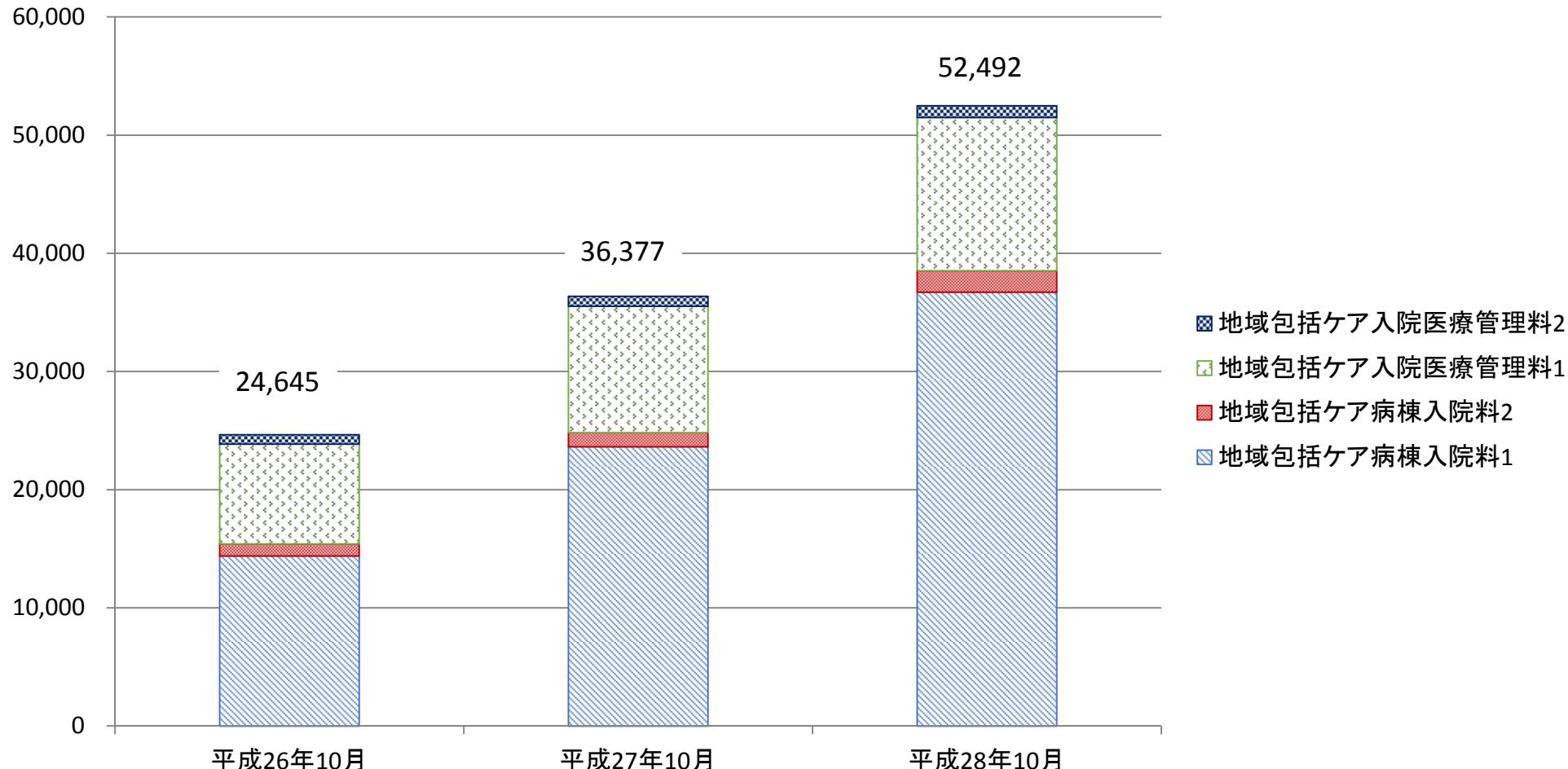
地域包括ケア病棟の届出病床数の推移

中医協 総 - 5

29.1.25

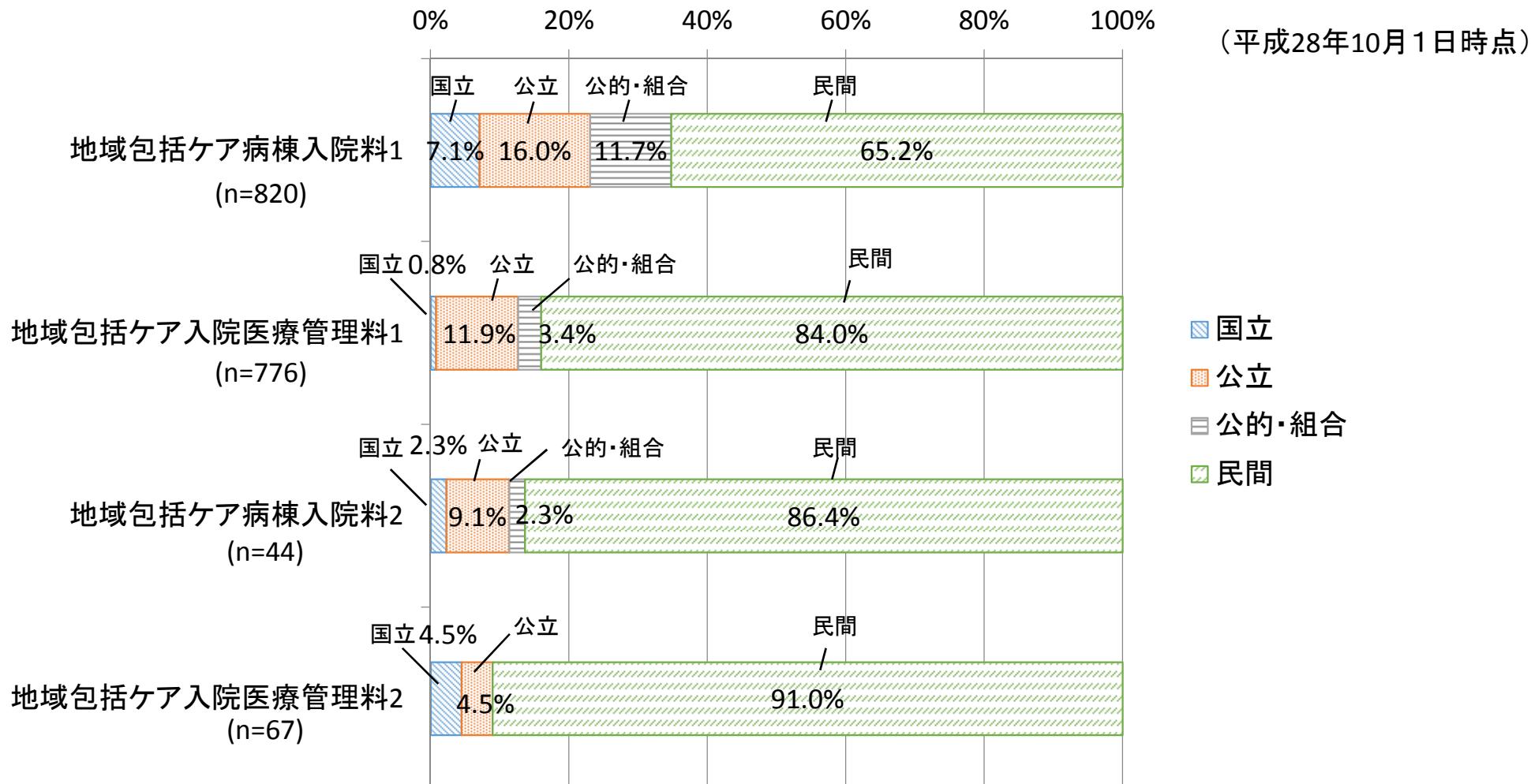
- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は増加傾向である。

(床)



開設者別の地域包括ケア病棟届出医療機関の状況

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を有する医療機関の開設者は、いずれの区分も民間が最も多い。
- 4つの区分の中では、地域包括ケア病棟入院料1が民間の占める割合が最も少ない。

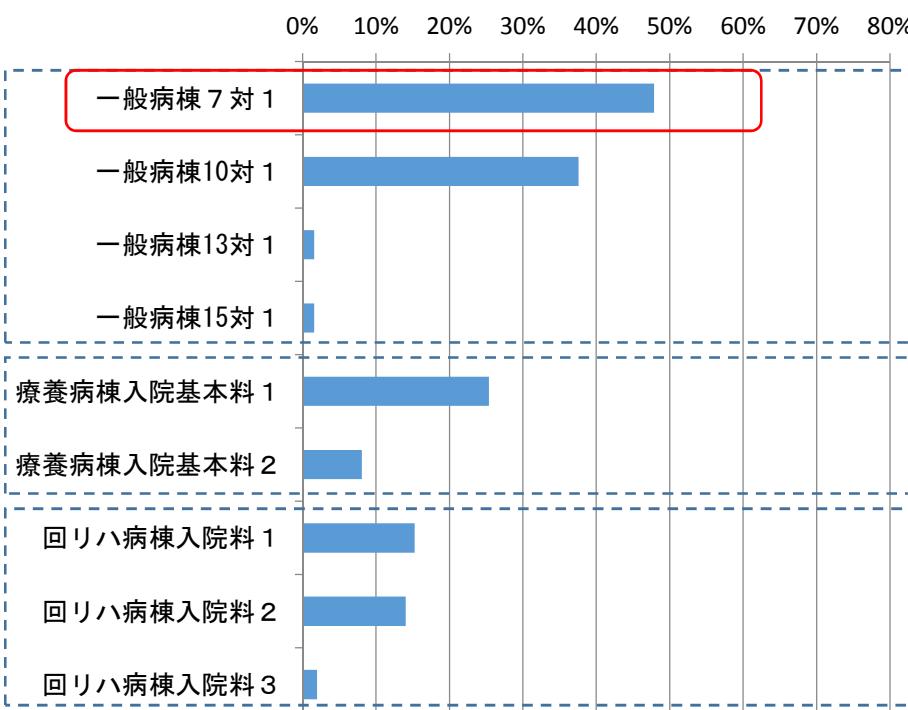


地域包括ケア病棟入院料届出医療機関における他の入院基本料の届出状況①

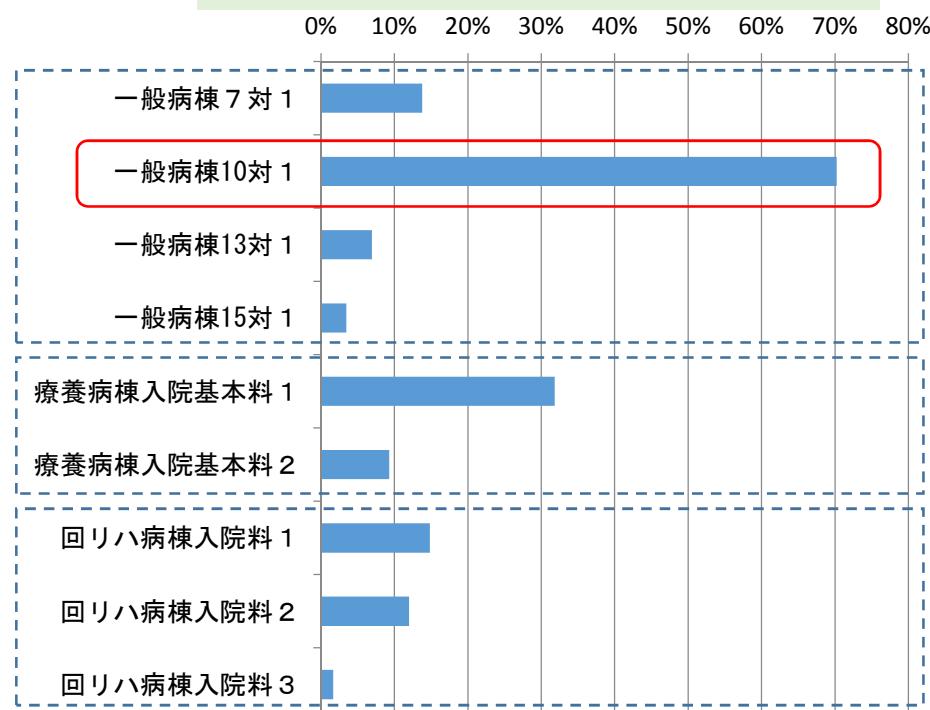
- 地域包括ケア病棟入院料1を届け出ている医療機関では、一般病棟7対1入院基本料を併せて届け出ている医療機関が多い。
- 地域包括ケア入院医療管理料1を届け出ている医療機関では、一般病棟10対1入院基本料を併せて届け出ている医療機関が多い。

(平成28年10月1日時点)

地域包括ケア病棟入院料1 (n=819)



地域包括ケア入院医療管理料1 (n=776)

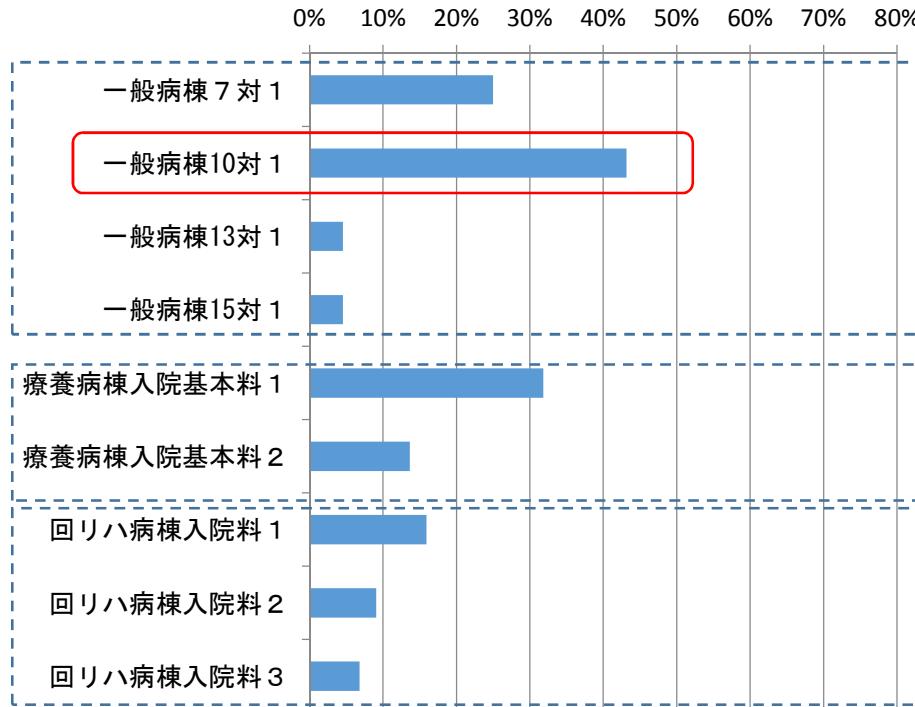


地域包括ケア病棟入院料届出医療機関における他の入院基本料の届出状況②

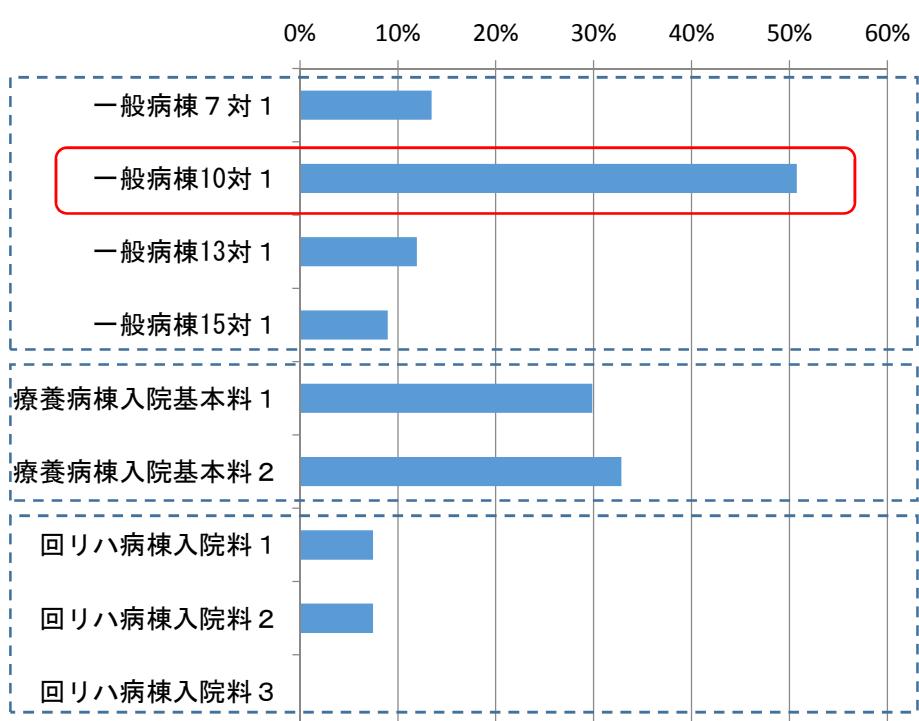
- 地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2を届け出ている医療機関では、いずれも一般病棟10対1入院基本料を併せて届け出ている医療機関が多い。

(平成28年10月1日時点)

地域包括ケア病棟入院料2(n=44)



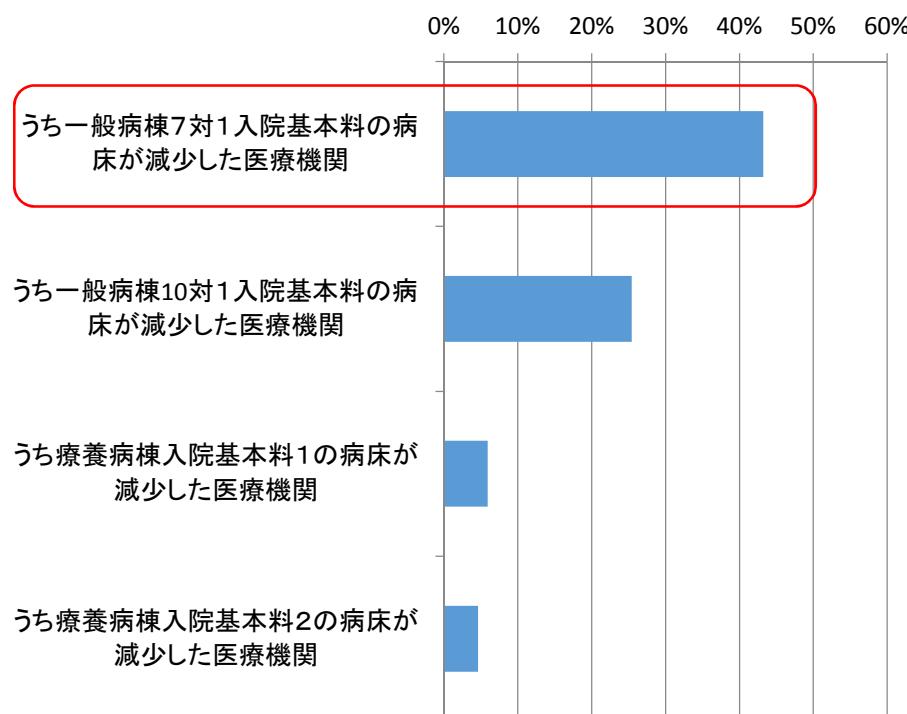
地域包括ケア入院医療管理料2(n=67)



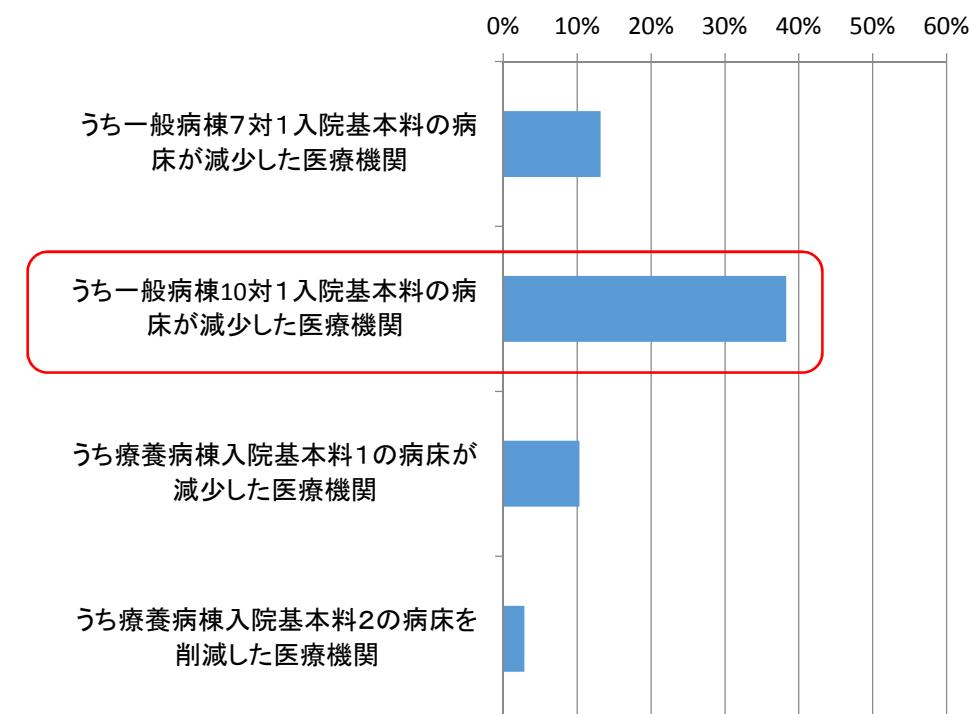
地域包括ケア病棟入院料を新規に届け出た医療機関(平成27年10月～平成28年10月)における他の入院基本料の病床の減少状況①

- 平成27年10月から平成28年10月に地域包括ケア病棟入院料1を新規に届け出た医療機関では、一般病棟7対1入院基本料の病床が減少した医療機関が多い。
- 平成27年10月から平成28年10月に地域包括ケア入院医療管理料1を新規に届け出た医療機関では、一般病棟10対1入院基本料の病床が減少した医療機関が多い。

地域包括ケア病棟入院料1新規届出医療機関(n=303)



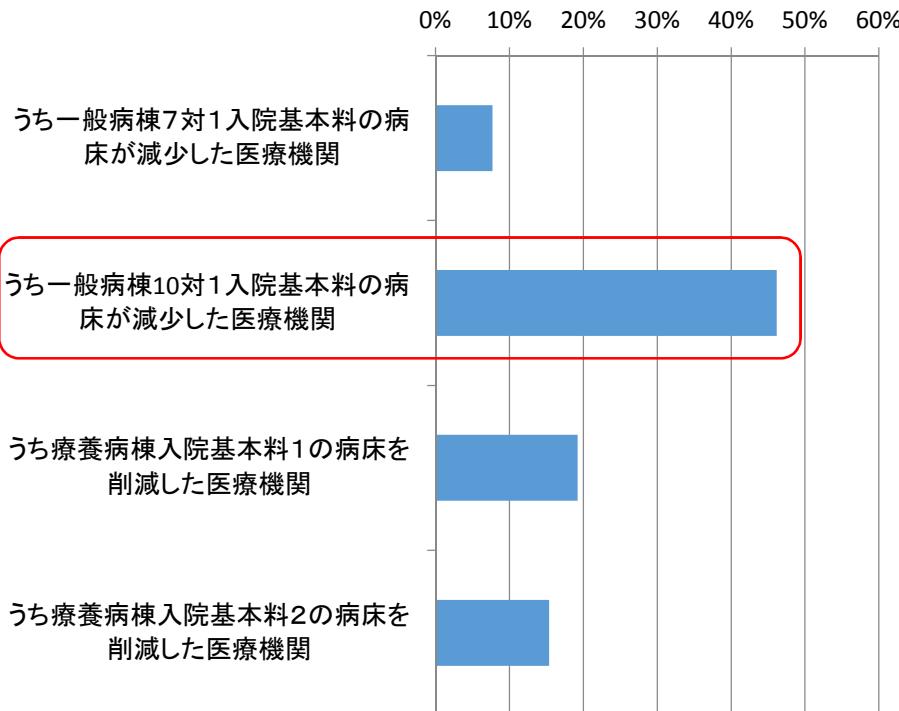
地域包括ケア入院医療管理料1新規届出医療機関(n=175)



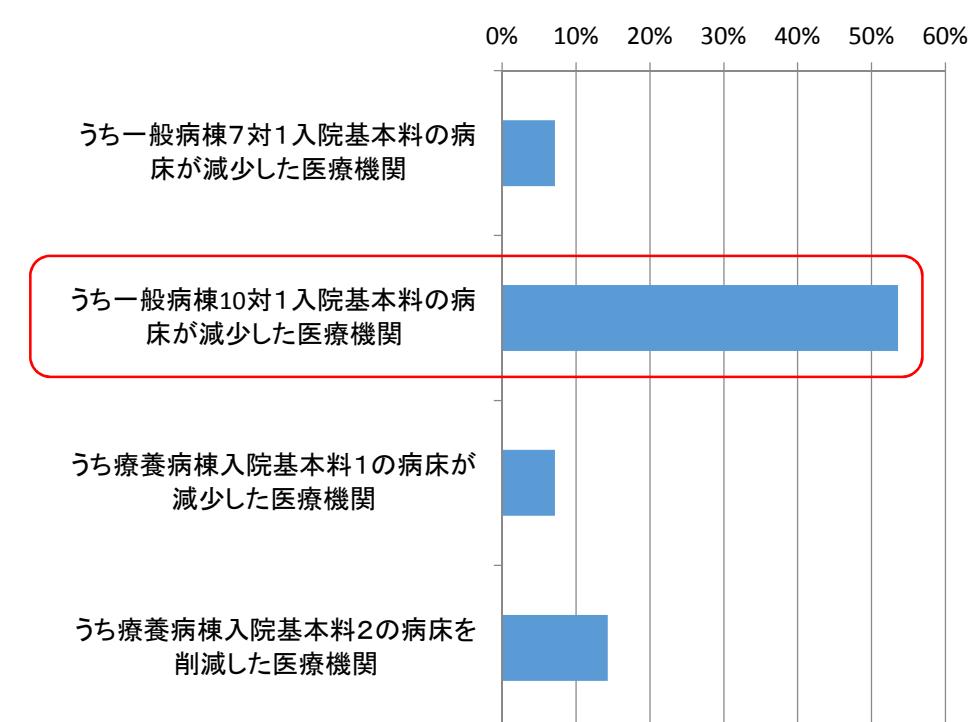
地域包括ケア病棟入院料を新規に届け出た医療機関(平成27年10月～平成28年10月)における他の入院基本料の病床の減少状況②

- 平成27年10月から平成28年10月に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を新規に届け出た医療機関では、一般病棟10対1入院基本料の病床が減少した医療機関が多い。

地域包括ケア病棟入院料2新規届出医療機関(n=26)



地域包括ケア入院医療管理料2新規届出医療機関(n=28)

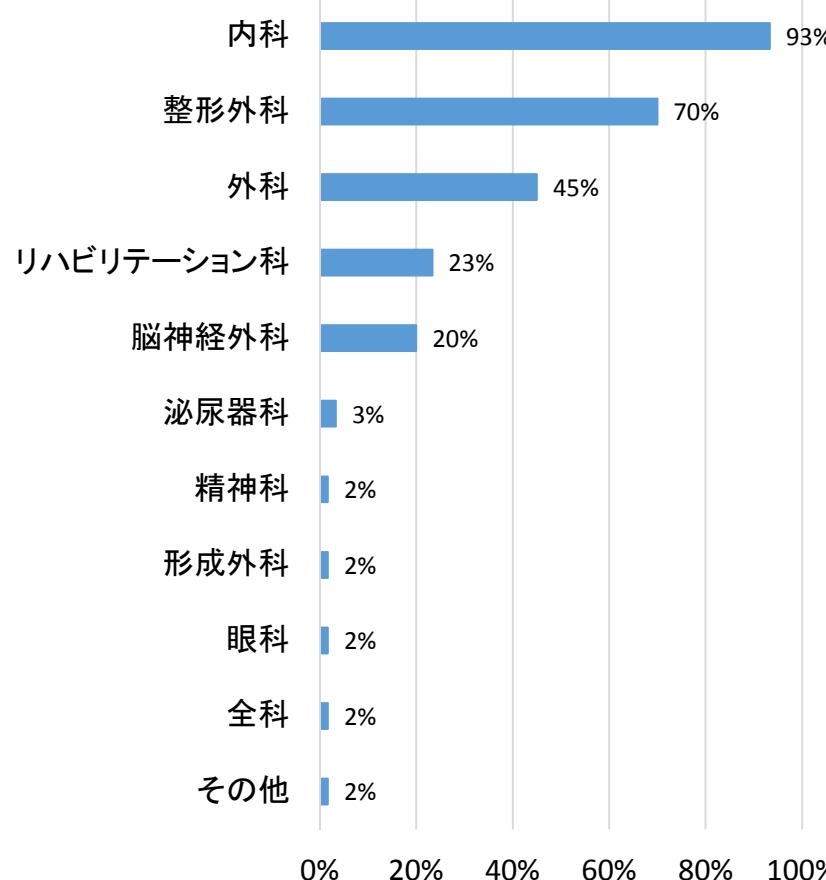


地域包括ケア病棟の診療科

- 地域包括ケア病棟について診療科を尋ねたところ、過半数が内科、整形外科と答え、外科、リハビリテーション科、脳神経外科が続いた。その他の答えは1割以下だった。

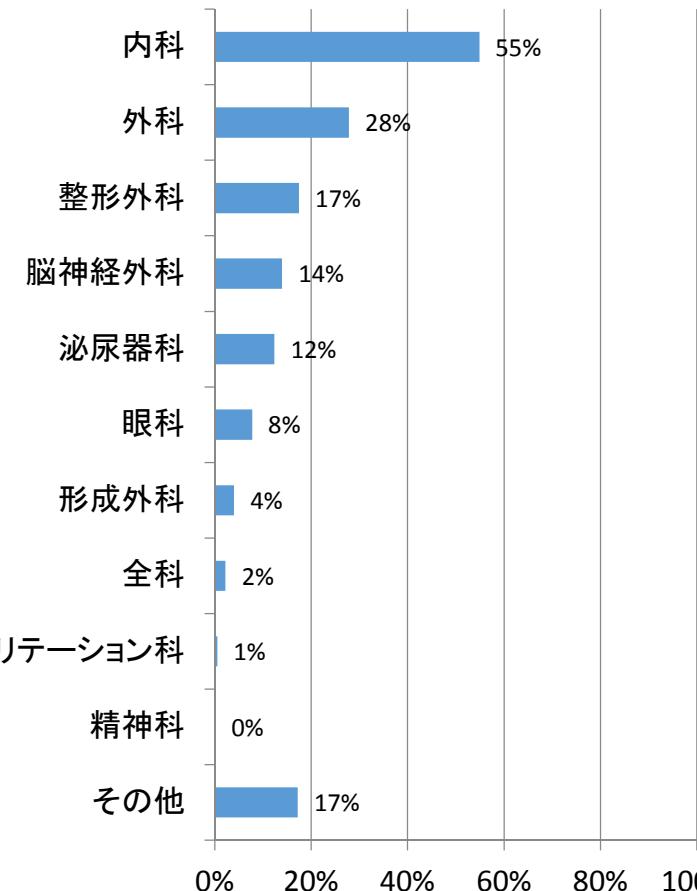
地域包括ケア病棟

n=60 (複数回答)



(参考)7対1一般病棟

n=995 (複数回答)



2025年の医療機能別の病床の必要量の推計結果（全国ベースの積上げ）

【現状:2013年】

134.7万床（医療施設調査）

一般病床
100.6万床

療養病床
34.1万床

病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に選択したものであり、右の推計における機能区分の考え方によるものではない。

【推計結果:2025年】

※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数（目指すべき姿）
115～119万床程度※1

機能分化・連携

高度急性期
13.0万床程度

急性期
40.1万床程度

回復期
37.5万床程度

慢性期
24.2～28.5
万床程度※2

地域差
の縮小

NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や
高齢者住宅を含めた
在宅医療等で追加的に
対応する患者数

29.7～33.7
万人程度※3

医療資源投入量
が少ないなど、
一般病床・療養病床
以外でも
対応可能な患者
を推計

数値は、積み上げた全国値であり、実際の医療提供体制は、構想区域ごとの状況に応じて検討する必要がある

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度

※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度

※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2014年7月時点(*)の病床機能報告によると、高度急性期19.1万床、急性期58.1万床、回復期11.0万床、慢性期35.2万床と報告されている。

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。

なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

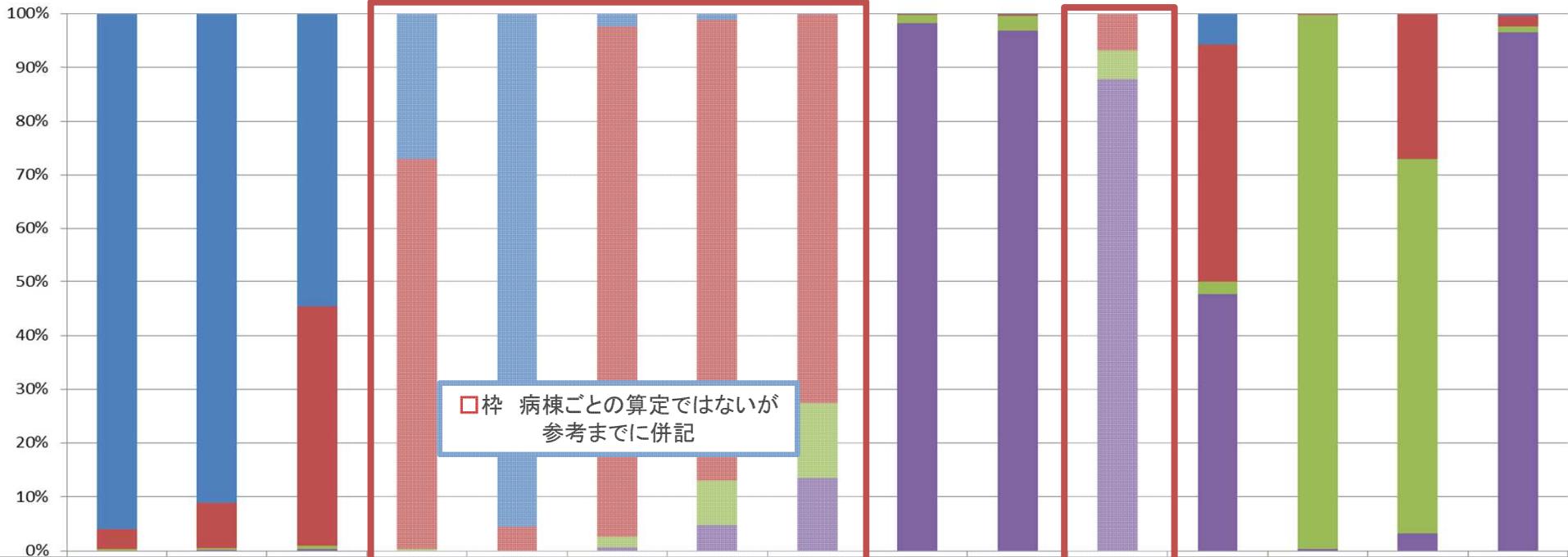
特定入院料等別の病床機能報告割合

第13回 地域医療構想策定
ガイドライン等に関する検討会
平成28年2月4日
参考資料3

平成26年度の病床機能報告において、診療報酬の特定入院料等別の4つの機能別割合。

■高度急性期 ■急性期 ■回復期 ■慢性期

特定入院料等別の病床機能報告割合



□枠 病棟ごとの算定ではないが
参考までに併記

特定入院料等	救命救急入院料	ハイケアユニット入院医療管理料	特定集中治療室	小児入院医療	(一般入院基付専門料)	(特定機能病院)	特定一般入院対病専門料	特定一般入院対病専門料	特定一般入院対病専門料	20対1入院基本料	25対1入院基本料	障害者施設等	緩和ケア病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料	地域包括病棟入院医	理料/特殊疾患入院医療料
病床機能																	
高度急性期	96.0%	91.1%	54.6%	27.0%	95.6%	2.3%	1.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	5.7%	0.0%	0.0%	0.3%	
急性期	3.7%	8.5%	44.5%	72.6%	4.4%	95.1%	85.8%	72.4%	0.1%	0.4%	6.8%	44.4%	0.1%	27.0%	2.1%		
回復期	0.3%	0.3%	0.6%	0.3%	0.0%	2.1%	8.3%	14.0%	1.5%	2.7%	5.3%	2.2%	99.6%	69.8%	1.1%		
慢性期	0.0%	0.2%	0.3%	0.1%	0.0%	0.6%	4.8%	13.6%	98.3%	96.9%	87.8%	47.7%	0.3%	3.2%	96.5%		

※1 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(母体・胎児／新生児)／新生児治療回復室入院医療管理料

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4回 地域医療構想
に
関
す
る
W
G
平成29年5月10日
資料
2

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

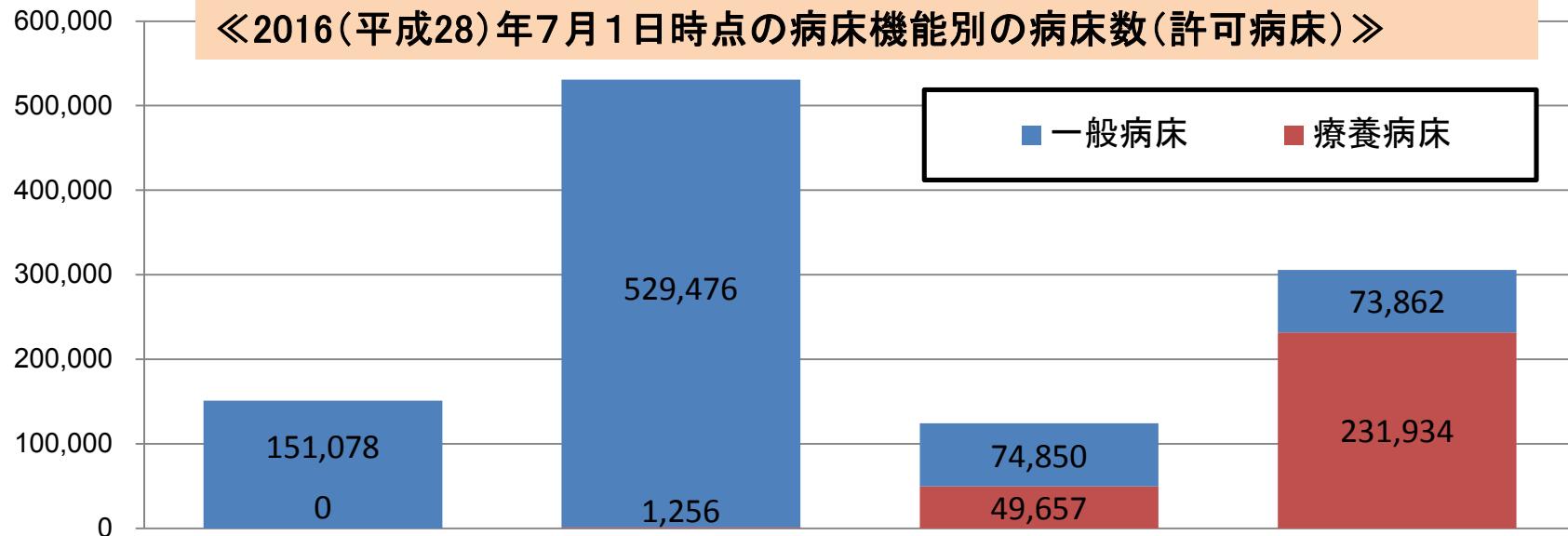
- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

○本集計は、11月15日までに報告があった医療機関のうち、各集計項目に不備がなかった以下の医療機関を対象として実施。

・病床数に関する集計は、10,883施設(病院6,333施設、有床診療所4,550施設)を対象として実施。

(cf. 報告対象医療機関数は、14,363施設(病院7,351施設、有床診療所7,012施設))

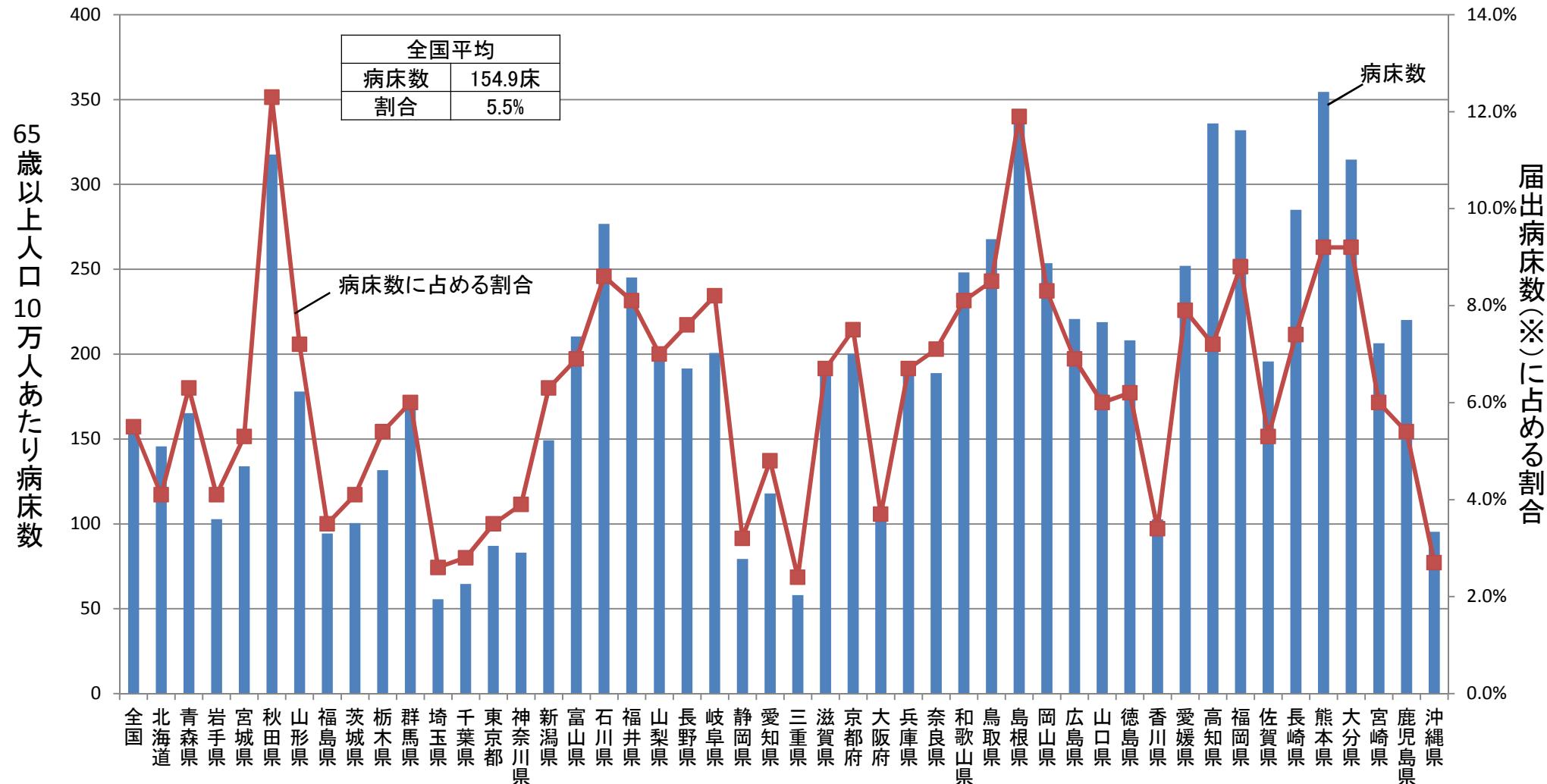
(cf. 医療施設調査(動態)における平成28年6月末時点の許可病床(一般、療養)の総数は1,324,148床)



	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
合計(床)	151,078	530,732	124,507	305,796	1,112,113
うち一般病床	151,078	529,476	74,850	73,862	829,266
うち療養病床	0	1,256	49,657	231,934	282,847
構成比 (2016年速報)	13.6%	47.7%	11.2%	27.5%	100.0%
構成比 (2015年)	13.6%	47.6%	10.4%	28.4%	100.0%
構成比 (2014年)	15.5%	47.1%	8.8%	28.6%	100.0%

都道府県別 地域包括ケア病棟届出病床数(65歳以上人口10万人あたり)

(床)



※一般病棟入院基本料(7対1～15対1)、療養病棟入院基本料(1・2)、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料を届け出している病床数の合計

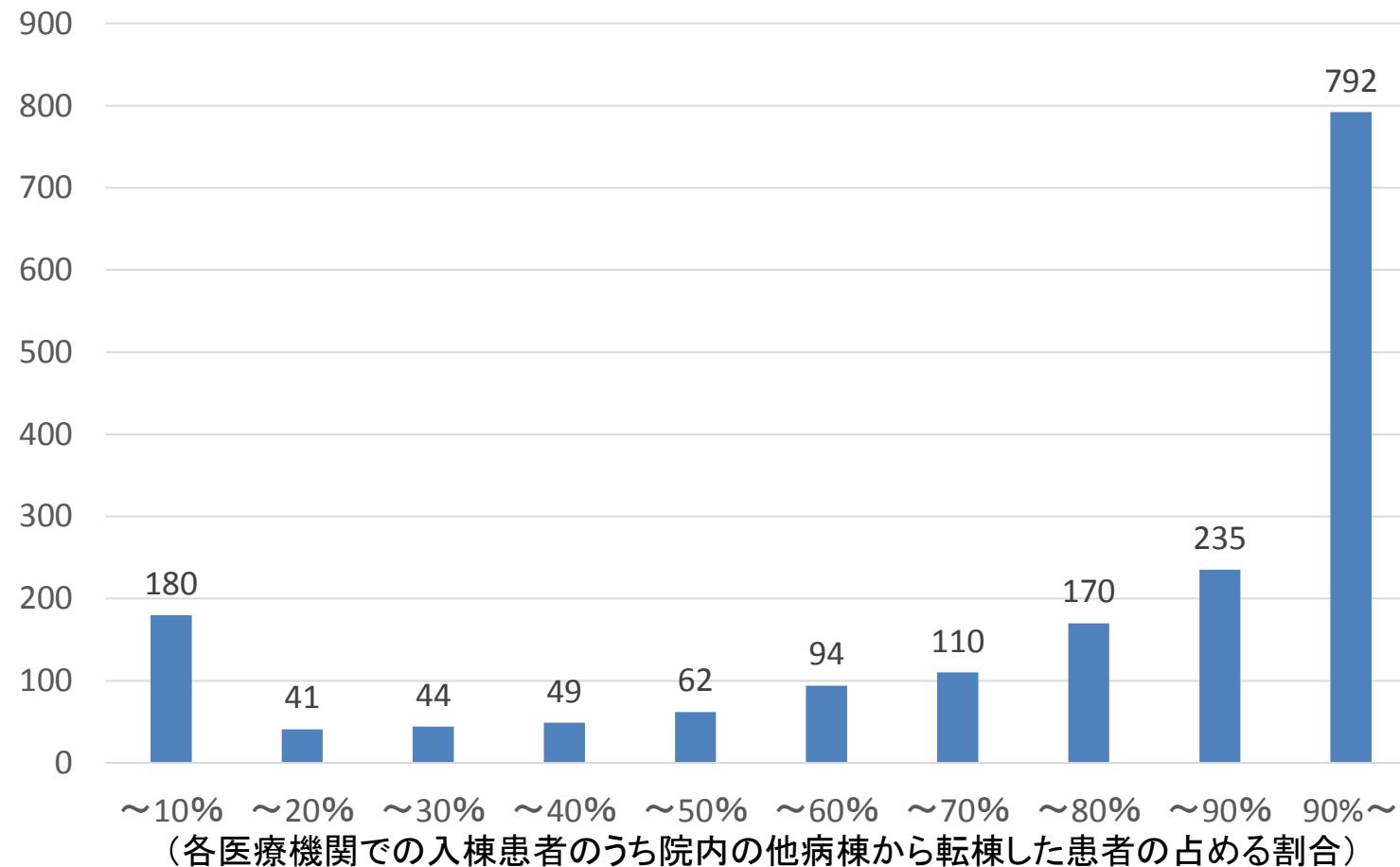
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

1. 医療の提供体制
2. 患者の状態と医療内容
 - ①患者の状態
 - ②在宅復帰に係る状況

地域包括ケア病棟における入棟患者の状況①

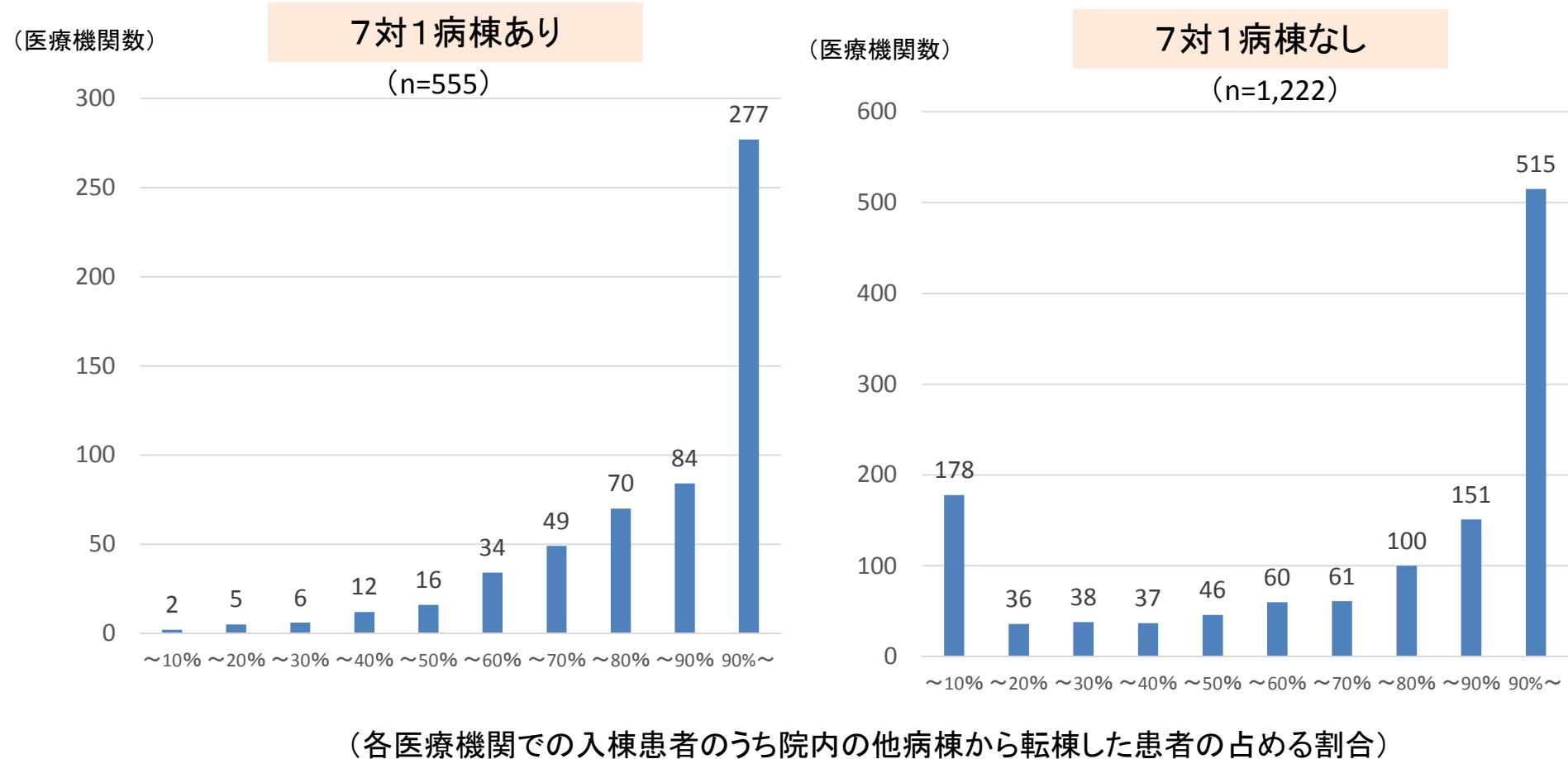
- 地域包括ケア病棟を有する各医療機関において、地域包括ケア病棟の入棟患者のうち、院内の他病棟から転棟した患者の占める割合をみると、その割合が90%を超える医療機関が、全体の4割5分を占める。

(医療機関数) (n=1,777)



地域包括ケア病棟における入棟患者の状況②

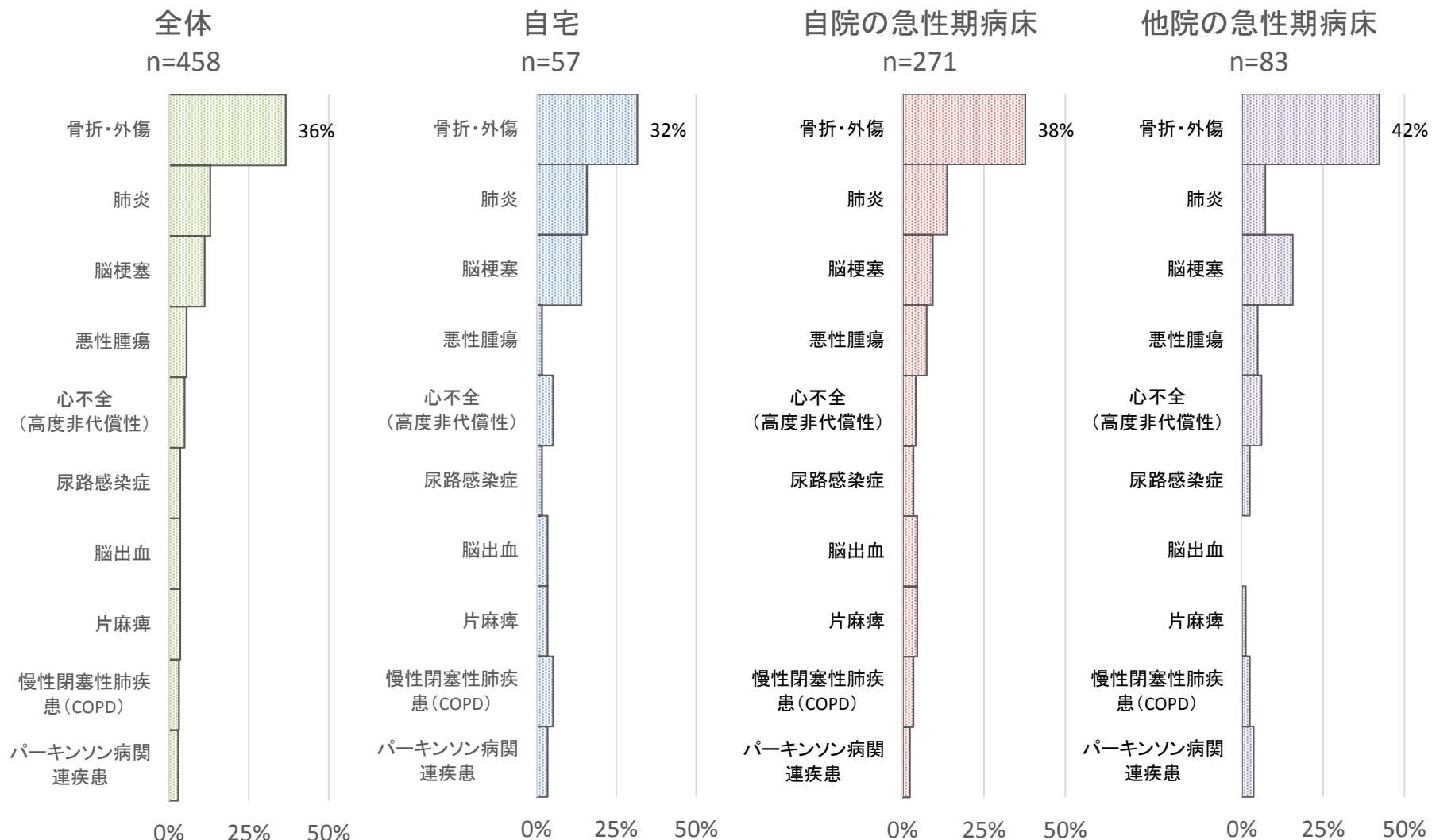
- 7対1病棟の有無別に、地域包括ケア病棟の入棟患者のうち、院内その他病棟から転棟した患者の占める割合をみると、7対1病棟がある医療機関の方が、7対1病棟を持っていない医療機関に比べ、その割合が90%を超える医療機関の割合が多い。



疾患(入棟前の居場所別)

中医協 総－3
27. 10. 28(改)

- 地域包括ケア病棟の入棟患者の疾患は、骨折・外傷、肺炎、脳梗塞が多く、この傾向は入棟前の居場所別にみても同様だった。

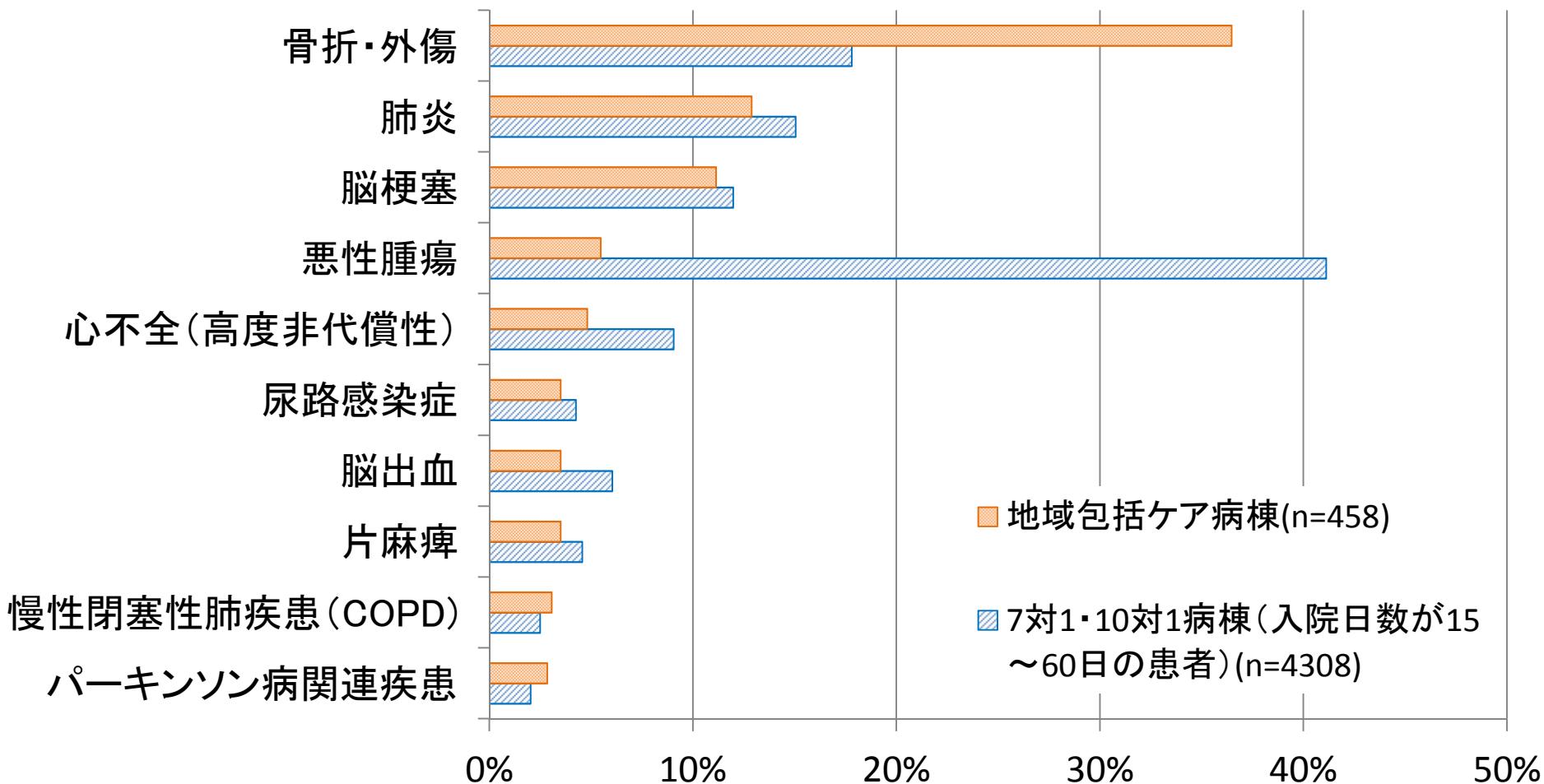


疾患(7対1、10対1病棟との比較)

中医協 総-5
27.6.10

- 地域包括ケア病棟に入院している患者は、7対1・10対1病棟に入院している患者と比べて特に「骨折・外傷」に罹患している患者の割合が高かった。

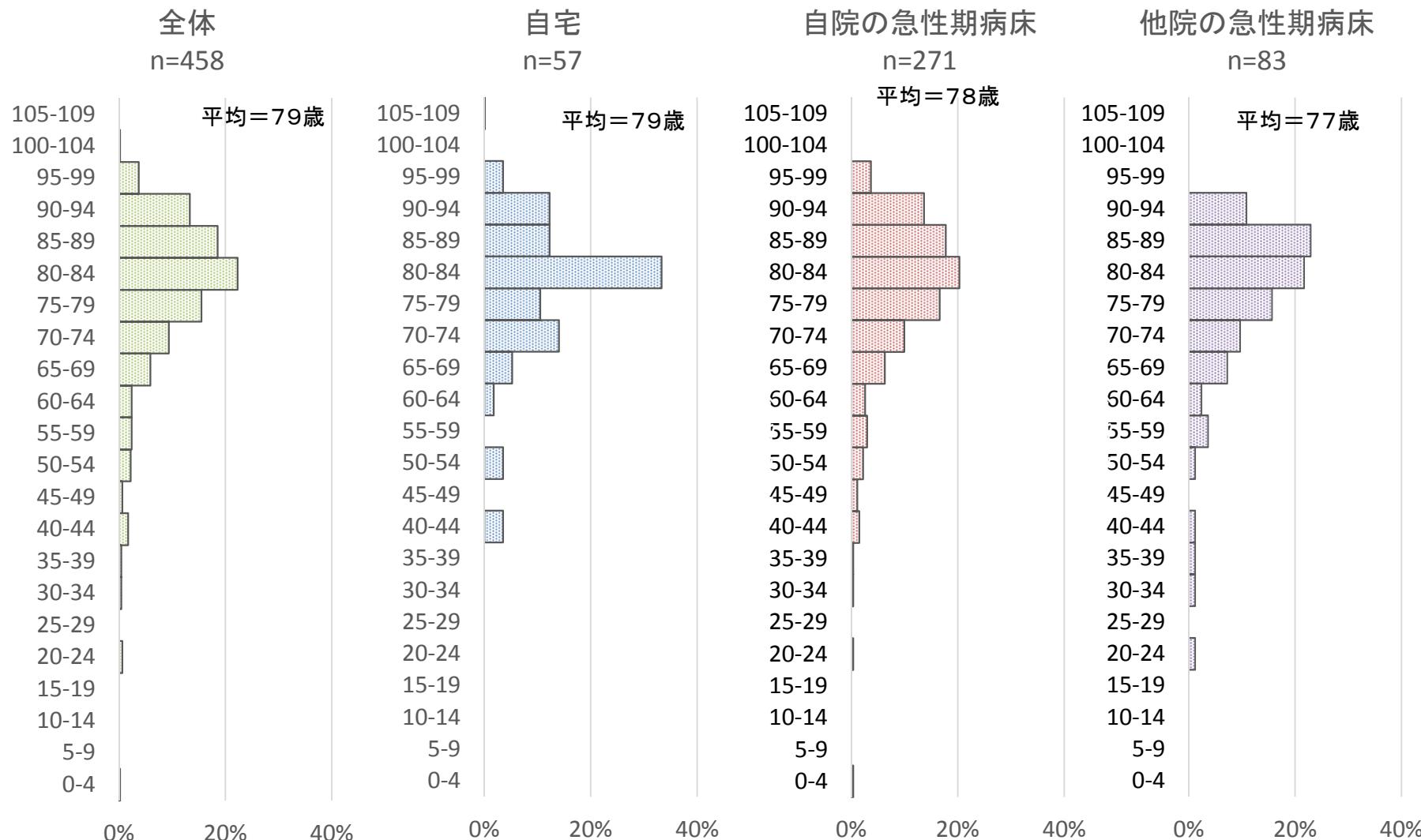
<疾患別の患者割合>



年齢分布(入棟前の居場所別)

診調組 入－1
27.6.19

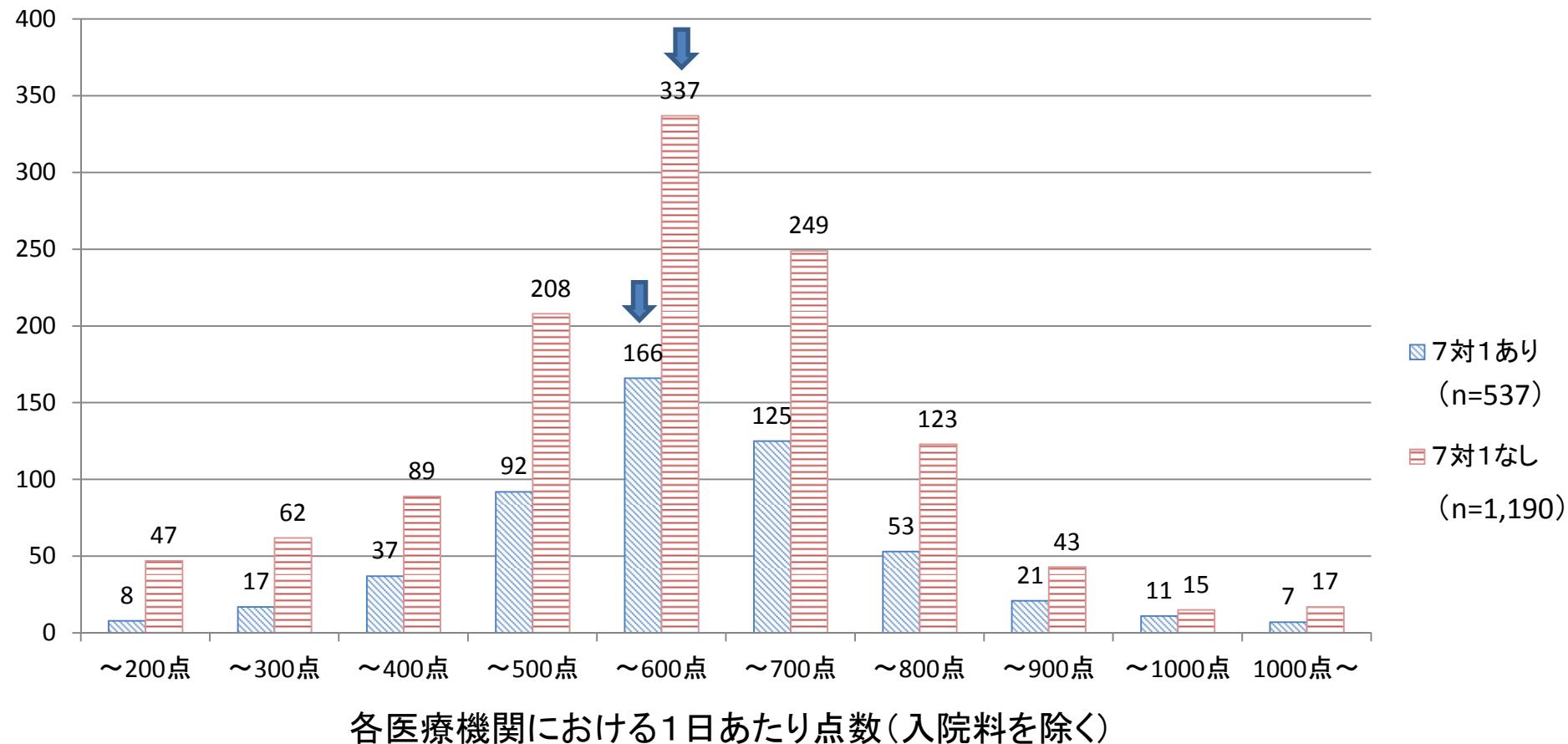
- 地域包括ケア病棟の入院患者は高齢者が多く、そのピークは80-84歳にあった。
- 入棟前の居場所別で、患者の年齢分布に大きな違いは見られなかった。



医療機関ごとの地域包括ケア病棟における1日あたり点数(入院料を除く)の分布

- 医療機関ごとの地域包括ケア病棟における1日あたり点数(入院料を除く)の分布をみると、7対1病棟がある医療機関もない医療機関も、500～600点の範囲の医療機関が最も多い。

(医療機関数)



各医療機関における1日あたり点数(入院料を除く)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

1. 医療の提供体制
2. 患者の状態と医療内容
 - ①患者の状態
 - ②在宅復帰等に係る状況

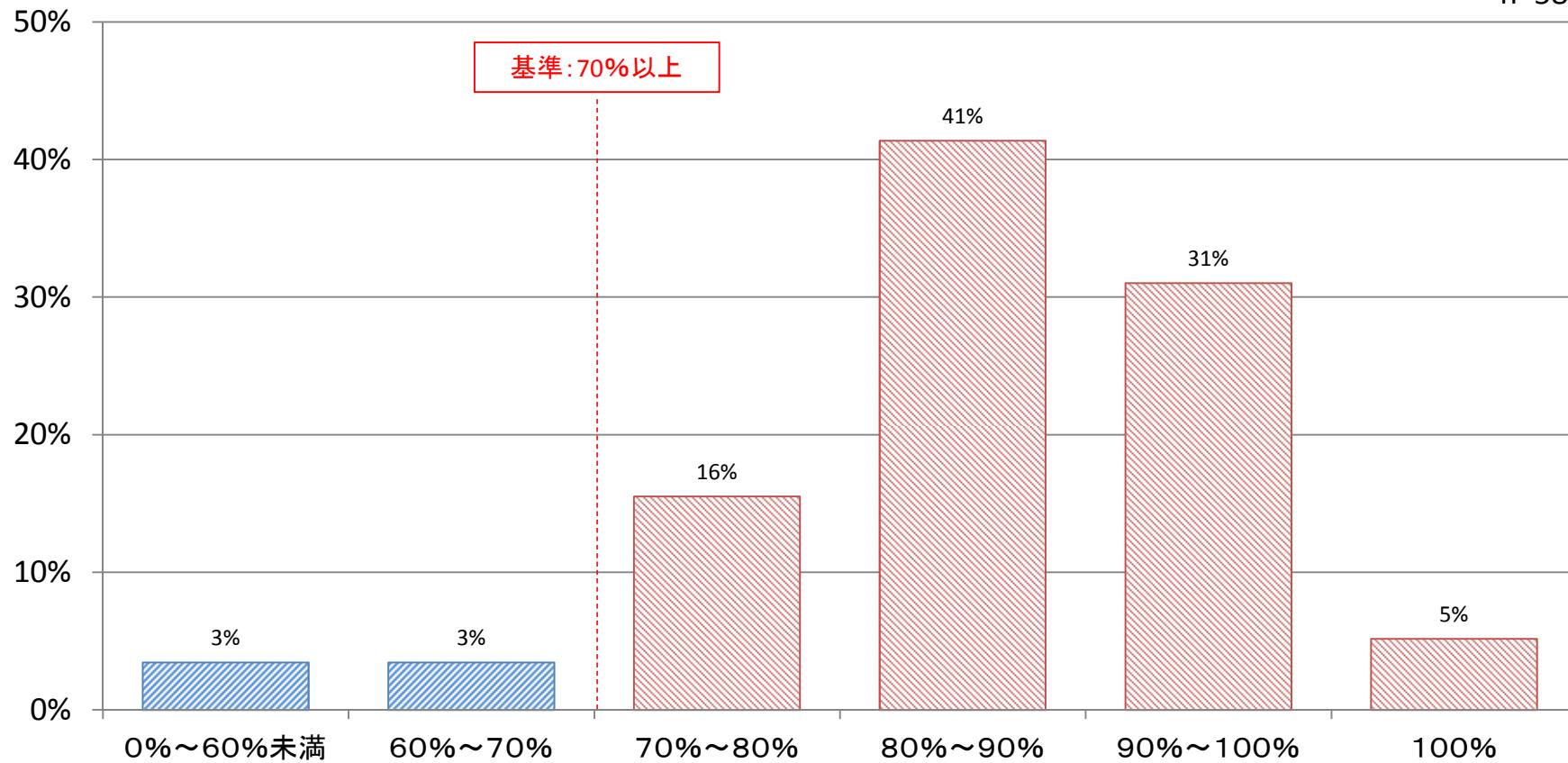
地域包括ケア病棟における在宅復帰率

中医協 総-5
27.6.10

- 地域包括ケア病棟の在宅復帰率は、施設基準の要件となっている70%を大きく上回る医療機関が多かった。

在宅復帰率と該当割合

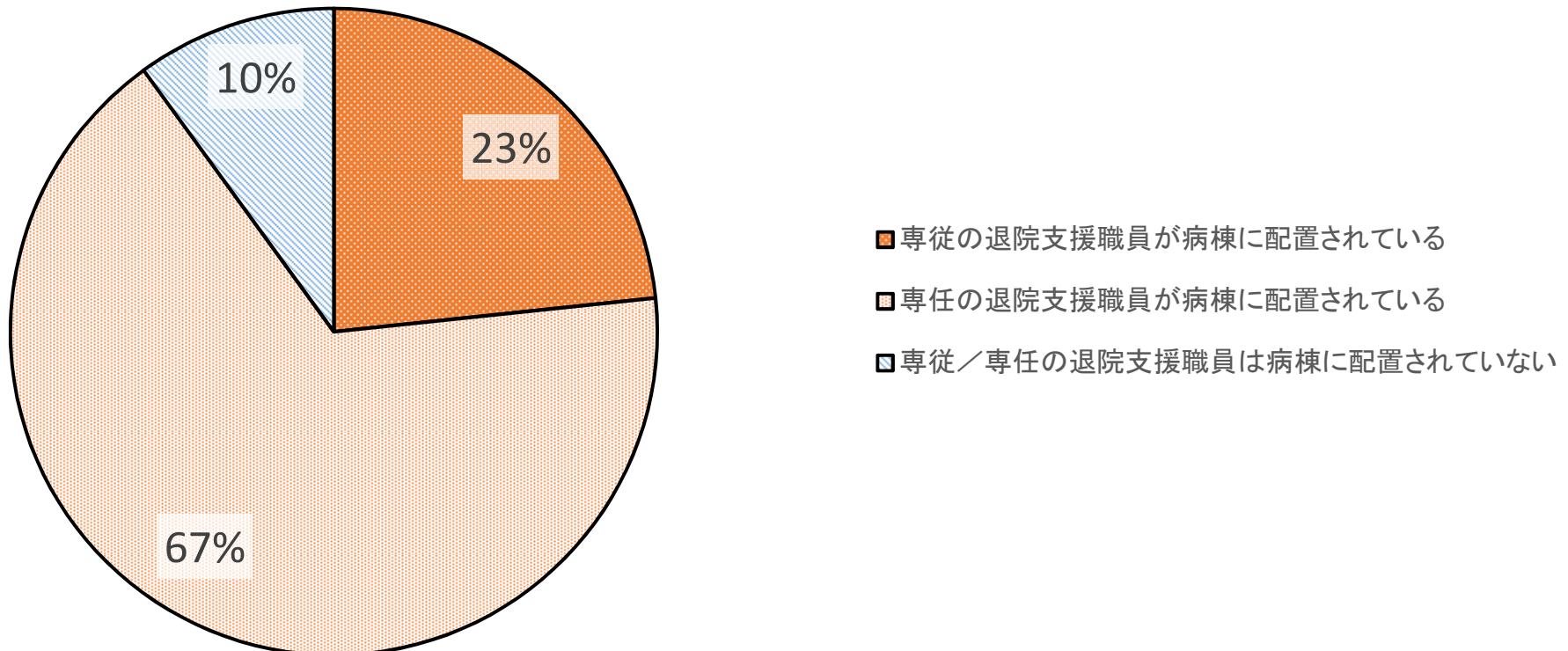
n=58



出典:平成26年度入院医療等の調査(病棟票、患者票:H26年8月～10月の3ヶ月間の在宅復帰率を計上)

- 地域包括ケア病棟の大部分で、専従又は専任の退院支援職員が配置されていた。

病棟への専従又は専任の退院支援職員の配置
(n=60)



地域包括ケア病棟における患者の流れ

中医協 総－5
27. 6. 10(改)

- 地域包括ケア病棟の入院患者のうち、自宅に退院している患者の割合は7割程度である。

【入棟元】

		患者割合 (n=99)
自宅		15%
自院	急性期病床	62%
	地域包括ケア・回復期病床	0%
	慢性期病床	3%
他院	急性期病床	11%
	地域包括ケア・回復期病床	0%
	慢性期病床	0%
介護保険施設	介護療養型医療施設	0%
	介護老人保健施設	5%
	介護老人福祉施設	1%
高齢者向け居住施設		1%
障害者支援施設		1%
その他		1%

地域包括ケア病棟

【退棟先】

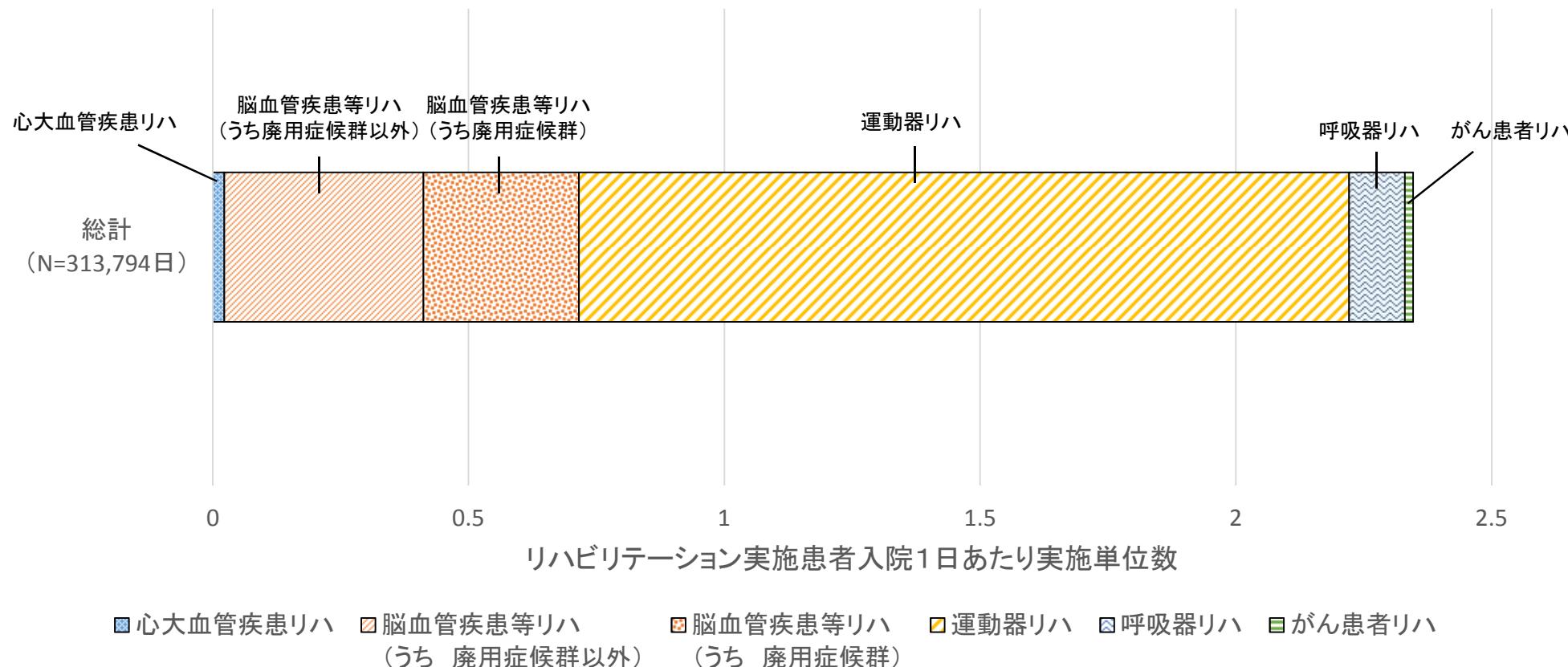
		患者割合 (n=99)
自宅		69%
自院	一般病床	0%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%
	療養病床	1%
	うち在宅復帰機能強化加算+	0%
	その他の病床	0%
他院	一般病床	3%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	3%
	療養病床	1%
	うち在宅復帰機能強化加算+	0%
	その他の病床	0%
有床診療所		0%
介護保険施設	介護療養型医療施設	0%
	介護老人保健施設	8%
	うち在宅復帰加算等+	6%
	介護老人福祉施設	3%
居住系介護施設(グループホーム等)		6%
障害者支援施設		1%
死亡退院		4%
その他		1%

個別リハビリテーションの実施状況

診調組 入－1
27.6.19

- 地域包括ケア病棟で行われている疾患別リハビリテーションと運動器リハビリテーションと運動器リハビリテーションであった。
- 脳血管疾患リハビリテーションの約半数が廃用症候群に対するリハビリテーションだった。

疾患別リハビリテーション実施単位数の内訳



入院医療の課題(案)【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】

1. 医療の提供体制

- ・届出病床数は増加傾向。開設者別の届出医療機関数の割合をみると、民間が多いが、地域包括ケア病棟入院料1は民間の割合が他の区分と比べ少ない。
- ・地域包括ケア病棟入院料1を届け出ている医療機関では、一般病棟7対1入院基本料を併せて届け出ている医療機関が多く、その他の区分では、一般病棟10対1入院基本料を併せて届け出ている医療機関が多い。
- ・地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を新規に届け出た医療機関についてみると、地域包括ケア病棟入院料1を新規に届け出た医療機関では一般病棟7対1入院基本料の病床が減少した医療機関が、その他の区分では一般病棟10対1入院基本料の病床が減少した医療機関が多い。
- ・地域包括ケア病棟の主な診療科の割合をみると、過半数が内科、整形外科と答え、外科、リハビリテーション科、脳神経外科が続いた。

2. 患者の状態と医療内容

- ・地域包括ケア病棟を有する各医療機関において、地域包括ケア病棟の入棟患者のうち、院内の他病棟から転棟した患者の占める割合をみると、その割合が90%を超える医療機関が、全体の4割5分を占め、7対1病棟がある医療機関の方がその割合が多い。
- ・入棟患者の疾患別の状況をみると、骨折・外傷、肺炎、脳梗塞の患者が多い。
- ・年齢階級別の状況をみると、65歳以上の患者が多く、ピークは80～84歳。
- ・医療機関ごとの地域包括ケア病棟における1日あたり点数(入院料を除く)の分布をみると、7対1病棟がある医療機関もない医療機関も、500～600点の範囲の医療機関が最も多い。
- ・疾患別リハビリテーションの実施状況を見ると、大部分は脳血管疾患等リハビリテーションと運動器リハビリテーションであった。



- 地域包括ケア病棟については、急性期治療を経過した患者や在宅において療養を行っている患者等を受け入れ、その在宅復帰支援等を行う機能が想定されている。地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、このような機能に応じた評価のあり方や、入院している患者の状態や医療の内容等に応じた適切な評価のあり方等について、どのように考えるか。
- また、地域包括ケア病棟を届け出る医療機関が持っている別の病棟との組み合わせや、地域によって一般病棟や在宅医療などの医療資源が異なるといった視点での分析も踏まえつつ、引き続き、議論してはどうか。

回復期リハビリテーション病棟入院料

1. 医療の提供体制
2. 患者の状態と医療内容
 - ①患者の状態
 - ②ADLの改善状況等

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る最近の主な見直しについて

中医協 総-5
29. 1. 25(改)

平成 12年	○ リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るために、回復期リハビリテーション病棟入院料を新設	[主な施設基準]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上
平成 18年	○ 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大	○一律180日としていた算定上限を、リハビリテーションを要する状態ごとに60～180日に設定 ○提供単位上限の引き上げ(6単位→9単位)
平成 20年	○入院料の施設基準に質の評価を導入 重症者の受け入れと居宅等への復帰率に関する要件を追加	○入院料1に重症患者回復病棟加算を新設 [施設基準]重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善すること ○医師の病棟専従配置を緩和
平成 22年	○「提供すべき単位数」の設定 ○休日リハビリテーション加算の新設 [施設基準]休日を含め、週7日以上リハビリテーションを提供できる体制の整備	○リハビリテーション充実加算の新設 [施設基準]1日当たり6単位以上のリハビリテーションが行われていること
平成 24年	○回復期リハビリテーション病棟入院料1を新設 [主な施設基準]専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	○重症患者回復病棟加算の包括化 ○包括範囲の見直し 人工腎臓等を包括外に見直し
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)

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要

中医協 総-5
29. 1. 25

回復期リハビリテーション病棟

- ・ 脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟。
- ・ 構造設備、医師及びリハビリテーション専門職の配置、リハビリテーションの実績等による施設基準をみたす病棟に、回復期リハビリテーションを要する状態(※)の患者を入院させた場合に、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する。

(※)脳血管疾患、骨折、廃用症候群、神経・筋・靭帯損傷、股関節又は膝関節の置換術後等。
それぞれの状態により、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が規定されている。

区分	1日あたり点数 上段:生活療養なし 下段:生活療養あり	届出医療 機関数	病床数 上段:一般 下段:療養	月あたり算定回数
入院料1	2,025点 2,011点	525病院	12,962床 20,582床	855,817回
入院料2	1,811点 1,796点	740病院	14,434床 21,484床	873,160回
入院料3	1,657点 1,642点	136病院	2,809床 3,162床	126,135回

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象(回復期リハビリテーションを要する状態)

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又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又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
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
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
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準(抄)

	入院料1	入院料2	入院料3
医師配置	専任常勤1名以上		
看護職員配置	13対1以上		
リハビリテーション職員配置	専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上	
社会福祉士配置	専任常勤1名以上	不要(医療機関内にいればよい)	
新規入院患者のうち重症者 (日常生活機能評価10点以上)の割合	3割以上	2割以上	規定なし
自宅等に退院する割合	7割以上	6割以上	規定なし
入院時の重症度、医療・看護必要度A項目	1点以上が1割以上	規定なし	規定なし
重症者における退院時の日常生活機能評価	3割以上が入院時から4点以上改善	3割以上が入院時から3点以上改善	規定なし
休日にもリハビリテーションを実施できる体制	要	不要(体制を備えた場合には加算あり)	

地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料の包括範囲

	地域包括ケア病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料	(参考)療養病棟入院基本料
B 医学管理等	○ 地域連携計画退院時指導料(Ⅰ) を除く	○ 地域連携計画退院時指導料(Ⅰ) を除く	×
C 在宅医療	×	×	×
D 検査	○	○	○
E 画像診断	○	○	単純撮影等は○
F 投薬	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○ 摂食機能療法を除く	×	×
I 精神科専門療法	○	○	×
J 処置	○ 人工腎臓を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 一部処置を除く
K 手術	×(※)	○	×
L 麻酔	×(※)	○	×
M 放射線治療	○	○	×
N 病理診断	○	○	○

※平成28年度診療報酬改定で取扱いを変更

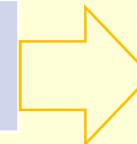
質の高いリハビリテーションの評価等①

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

▶回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定(6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注)

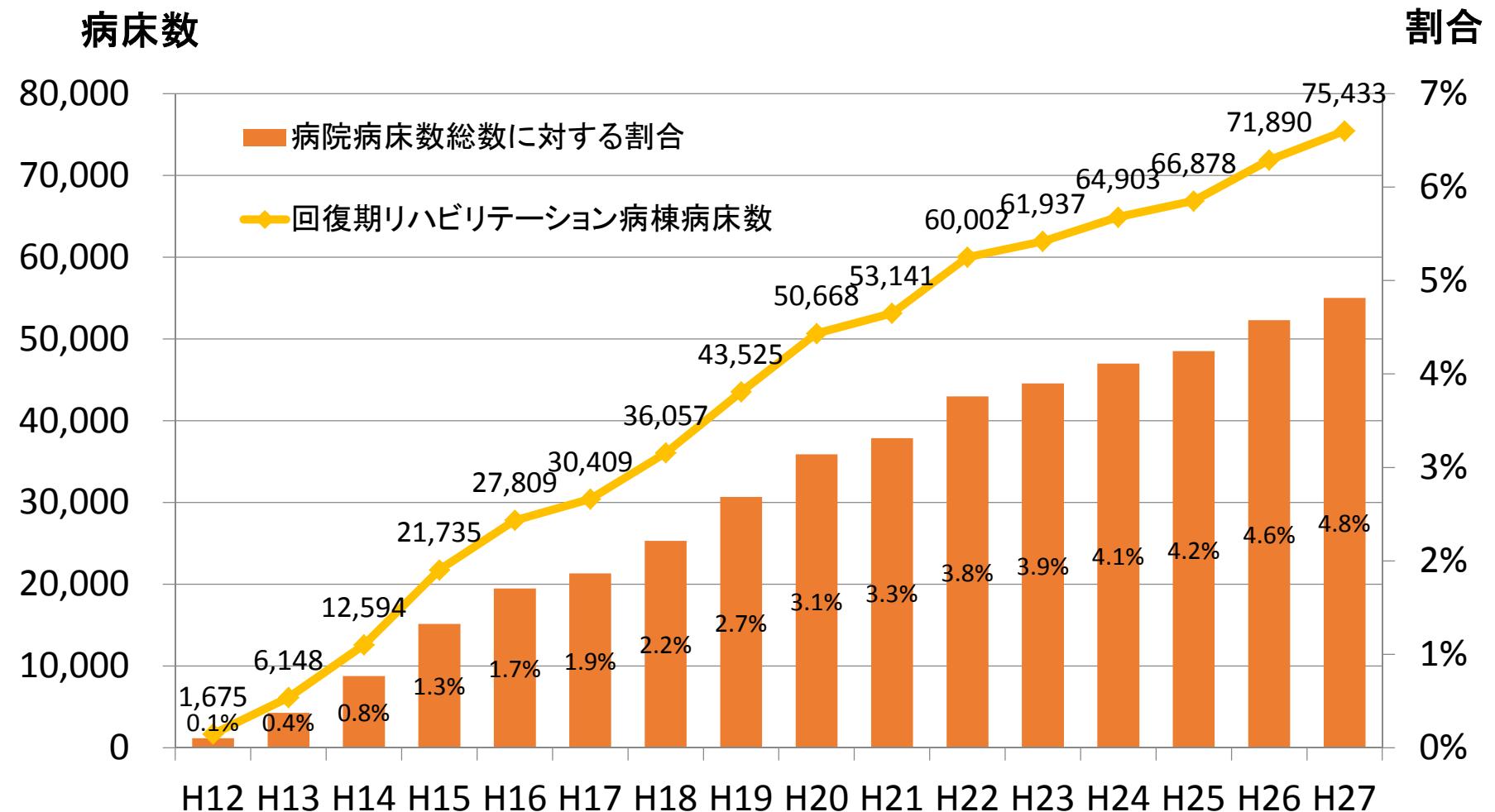
- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指標（「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の（入棟から退棟までの日数）／（疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数）の総和」で割ったもの）が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM (Functional Independence Measure) の運動項目（91点満点）を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの（FIM運動項目76点以上）、低いもの（FIM運動項目20点以下）、高齢者（80歳以上）、認知機能の障害が大きいもの（FIM認知項目24点以下）を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者（入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る）を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

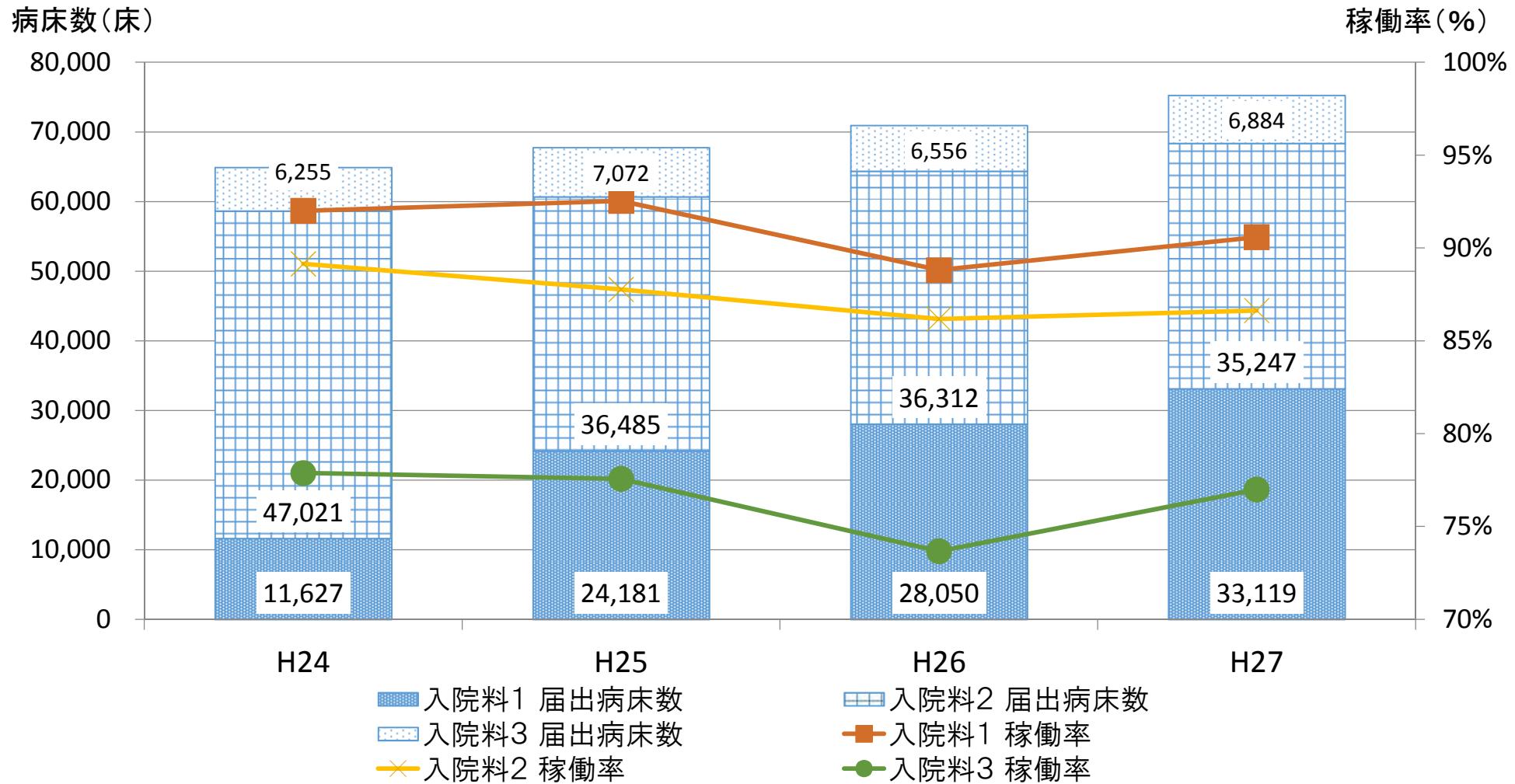
回復期リハビリテーション病棟の届出病床数の推移

- 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年でおよそ2.5倍に増加している。



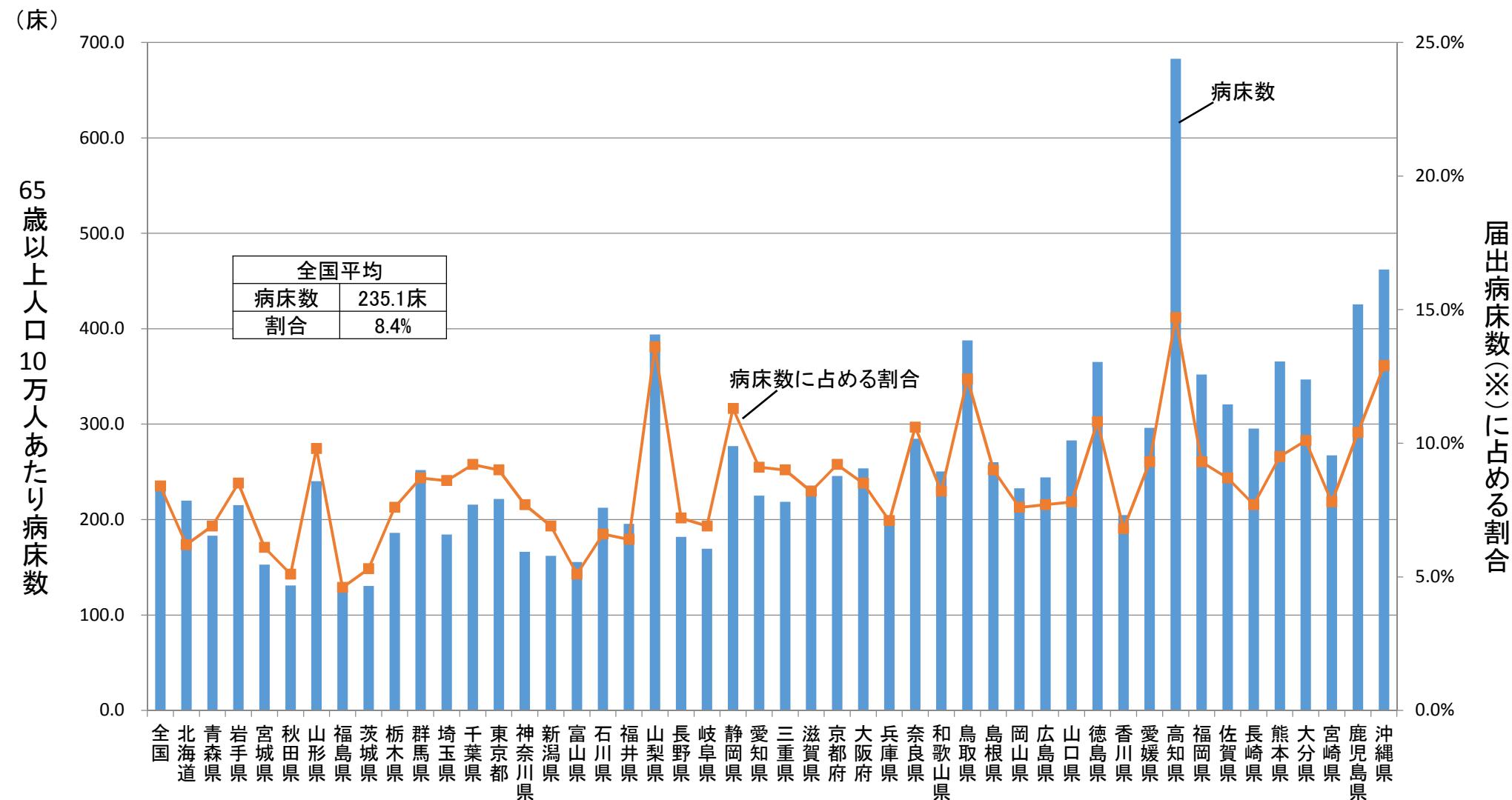
回復期リハビリテーション病棟の届出病床数と稼働率の推移

- 入院料1の届出病床数が増加傾向にある一方、入院料2及び3の届出病床数は微減～横ばい傾向にある。
- すべての入院料について、稼働率は横ばいに推移している。



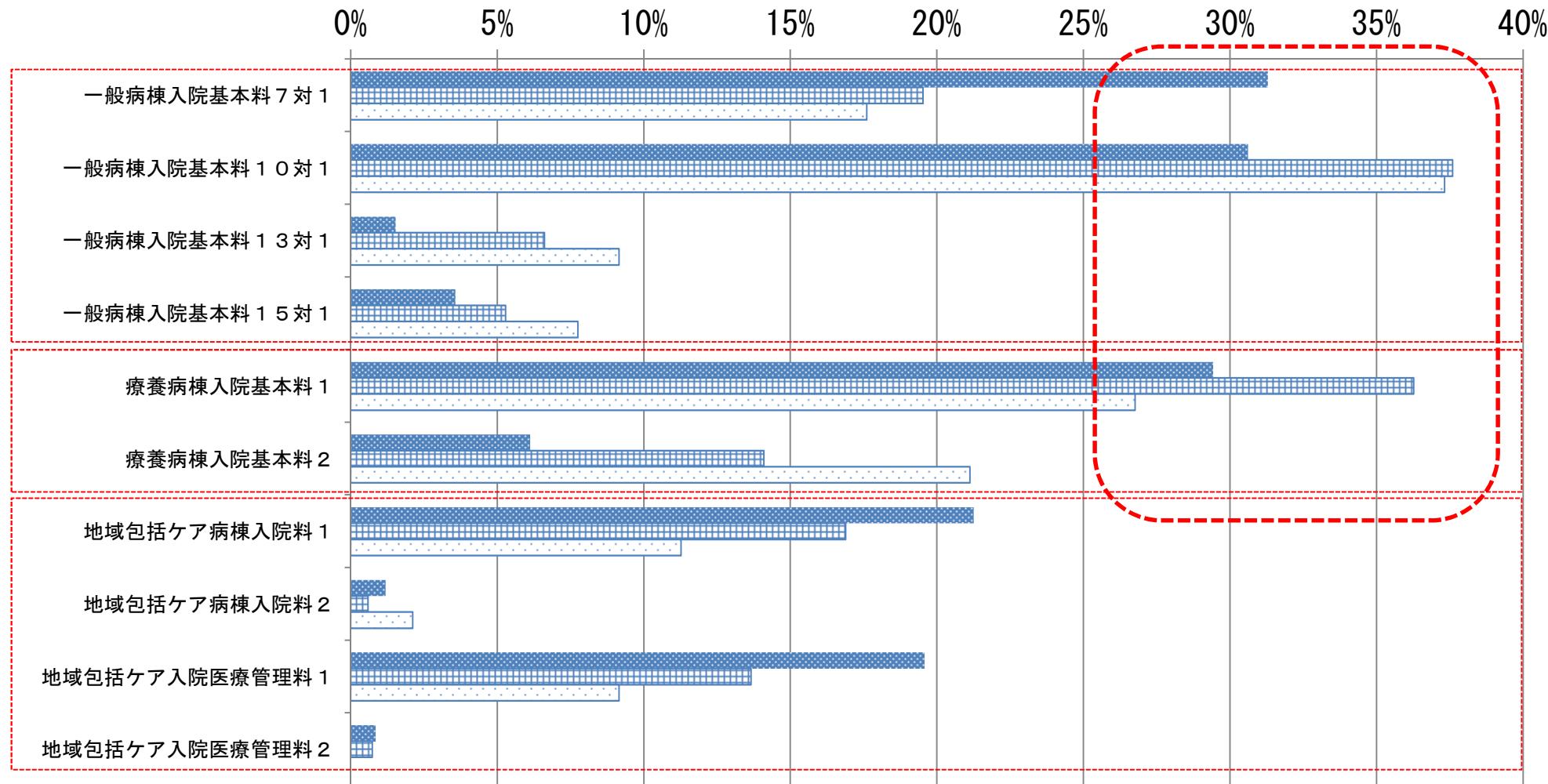
稼働率:各年1日平均入院患者数を
各年7月1日時点の稼働病床数で除したもの

都道府県別 回復期リハビリテーション病棟の病床数(65歳以上人口10万人あたり)



回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関における他の入院基本料等届出の状況

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を有する医療機関については、一般病棟7対1と一般病棟10対1入院基本料、療養病棟入院基本料1を持つ医療機関が多い。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料2と入院料3を有する医療機関については、一般病棟10対1入院基本料と療養病棟入院基本料1を持つ医療機関が多い。



■回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=588)

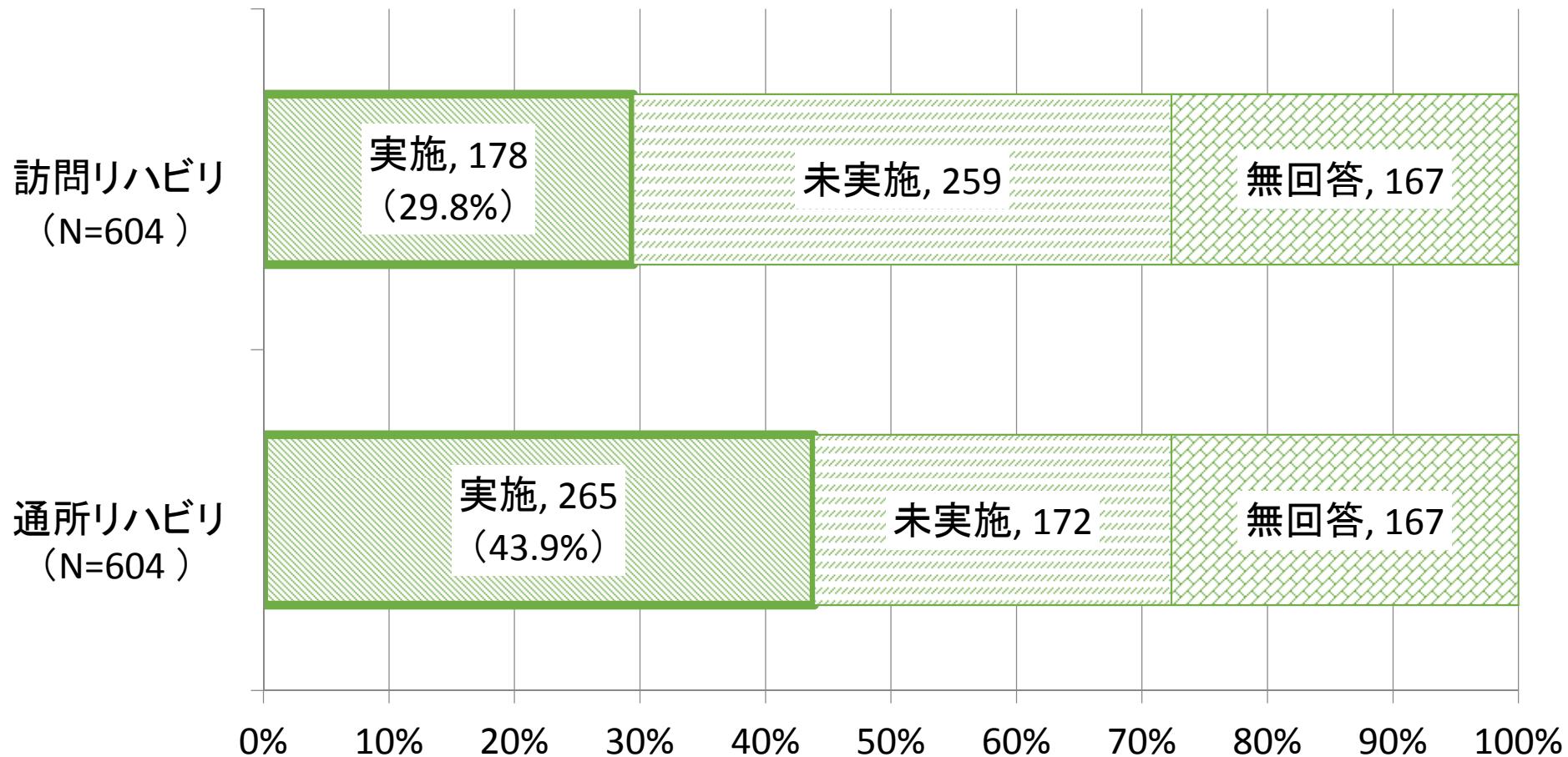
□回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=142)

■回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=681)

通所リハビリ・訪問リハビリの実施状況

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関のうち、

- 訪問リハビリを実施していると回答した医療機関は約30%だった。
- 通所リハビリを実施していると回答した医療機関は約44%だった。

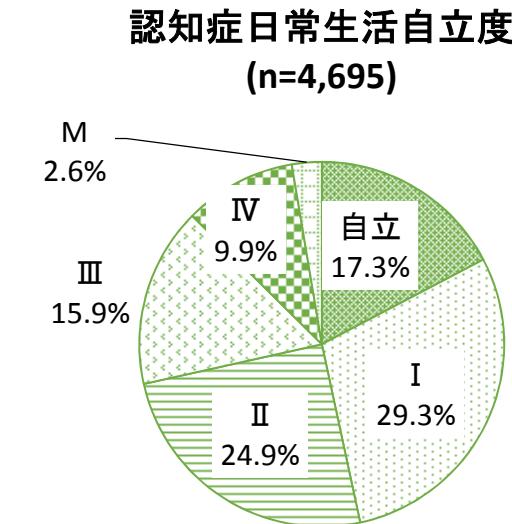
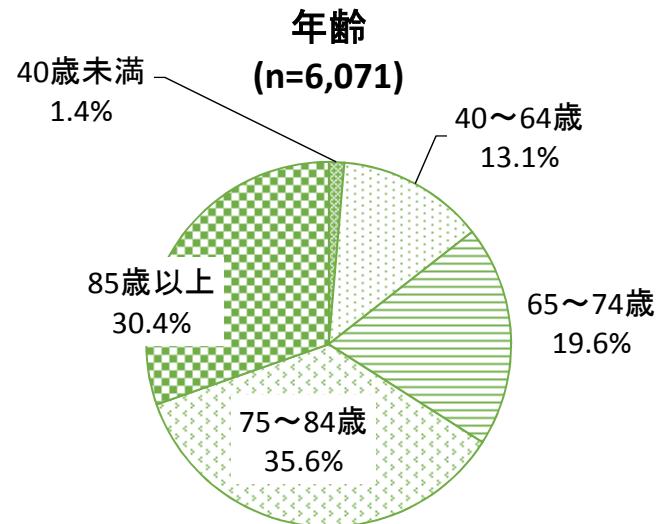


回復期リハビリテーション病棟入院料

1. 医療の提供体制
2. 患者の状態と医療内容
 - ①患者の状態
 - ②ADLの改善状況等

入院患者の状態①～年齢・認知症の状態～

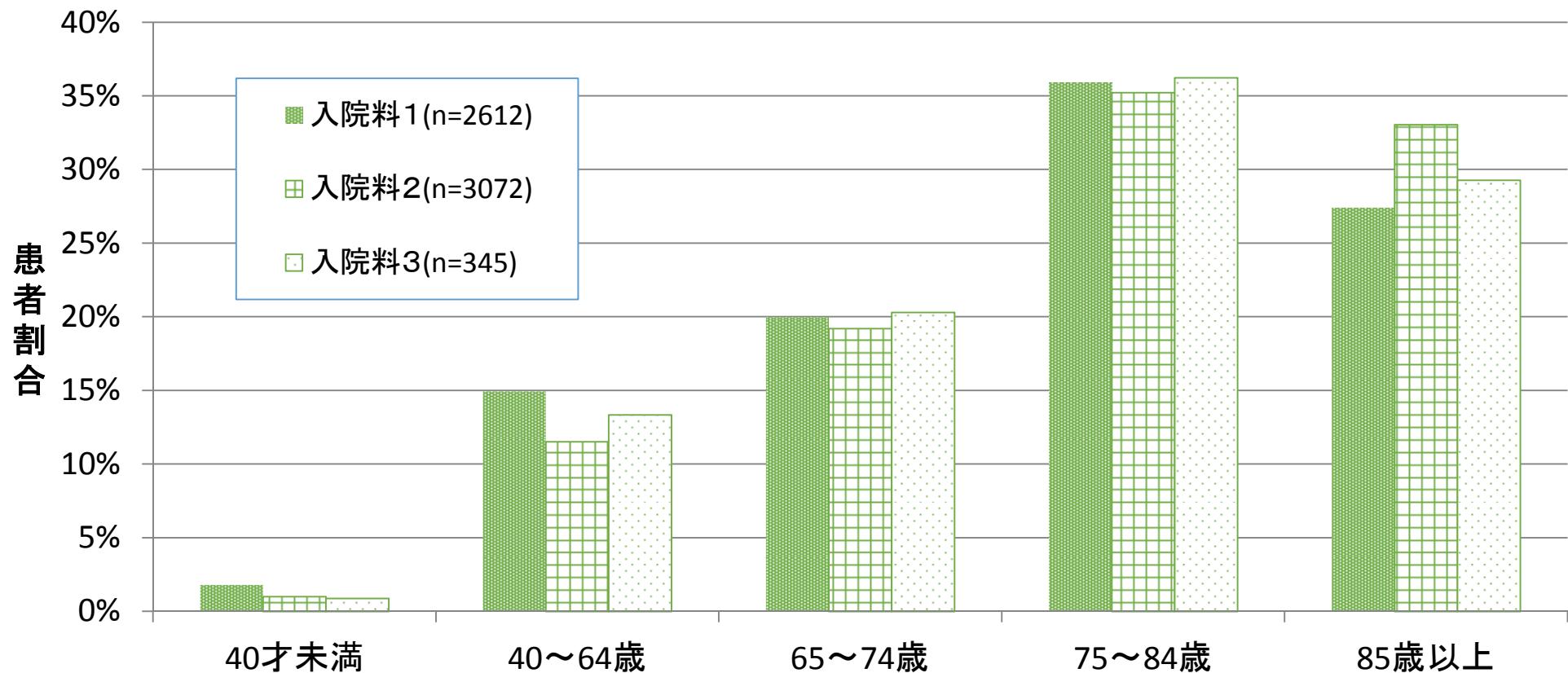
- 約66%の患者が75歳以上だった。
- 約17%の患者については、認知症日常生活自立度において「自立」に該当していた一方、約28%の患者の認知症日常生活自立度は、ランクⅢ以上であった。



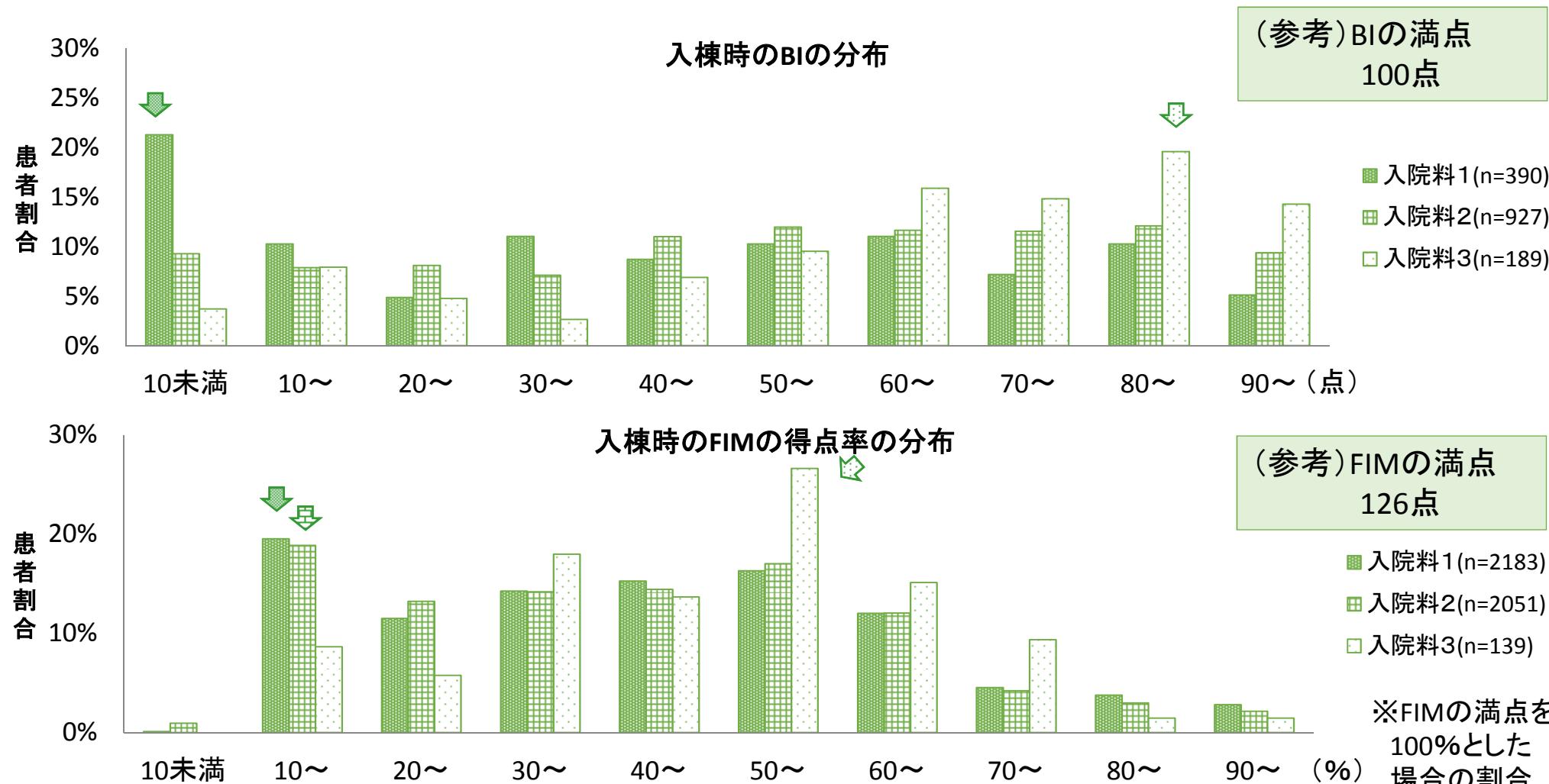
(参考)認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 (Ⅱa : 家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。 / Ⅱb : 家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。)
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 (Ⅲa : 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。 / Ⅲb : 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。)
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1～3について、異なる入院料の区分の間で、入院患者の年齢分布に大きな差はなかった。



- 回復期リハビリテーション病棟について、入院患者の入棟時の日常生活動作(ADL)の指標をみると、入院料1については低い点数の者が多く、入院料3については高い点数の者が多かった。



(参考)日常生活動作(ADL)の指標 BIの概要

Barthel Index (BI) によるADL評価

- ✓ 食事や歩行など計10項目で構成
- ✓ 主に機能的ADLを評価
(合計：100点～0点)

食事	10	自立、自助具など装着可、標準時間内に食べ終える
	5	部分介助（例えば、おかずを切って細かくしてもらう）
車椅子からベッドへの移乗	0	全介助
	15	自立、ブレーキ、ふっとレストの操作も含む（歩行自立も含む）
整容	10	軽度の部分介助または監視を要する
	5	座ることは可能であるがほぼ全介助
トイレ動作	0	全介助または不可能
	5	自立（洗面、洗髪、歯磨き、ひげ剃り）
入浴	0	部分介助または不可能
	10	自立（衣服の操作、後始末、ポータブル便器の洗浄を含む）
歩行	5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する
	0	全介助または不可能
階段昇降	5	自立
	0	部分介助または不可能
着替え	15	45M以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず
	10	45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む
排便コントロール	5	歩行不能の場合、車椅子にて 45 M以上の操作可能
	0	上記以外
排尿コントロール	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わず
	5	介助または監視を要する
着替え	0	不能
	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
排便コントロール	5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える
	0	上記以外
排尿コントロール	10	失禁なし、浣腸、座薬の取り扱いも含む
	5	ときに失禁あり、浣腸、座薬の取り扱いに介助を要する者も含む
排尿コントロール	0	上記以外
	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能
排尿コントロール	5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む
	0	上記以外

(参考)日常生活動作(ADL)の指標 FIMの概要

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

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

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

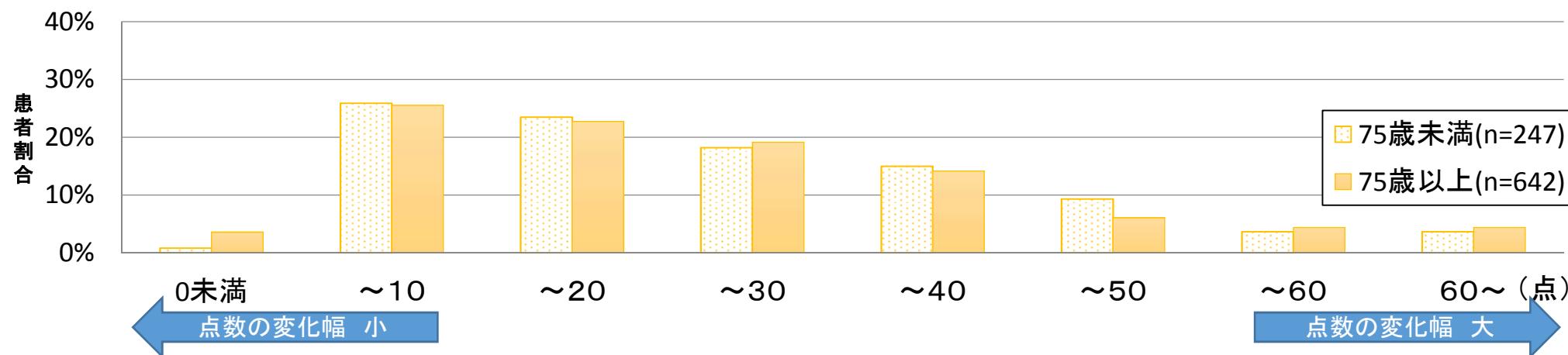
運動項目						認知項目											
セルフケア			排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識						
食事	整容	清拭	更衣 (上半身)	更衣 (下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解 (聴覚・視覚)					
												表示 (音声・非音声)					
計42～6点			計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点						
運動項目 計91～13点						認知項目 計35～5点											
合計 126～18点																	

回復期リハビリテーション病棟入院料

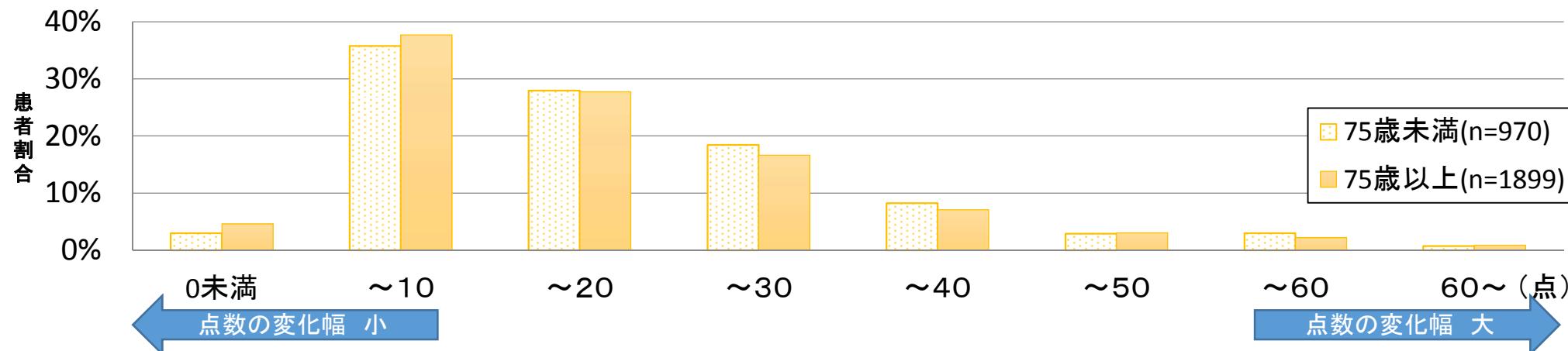
1. 医療の提供体制
2. 患者の状態と医療内容
 - ①患者の状態
 - ②ADLの改善状況等

- 回復期リハビリテーション病棟の入院患者について、入棟時と入棟後3か月目とで、日常生活動作(ADL)の指標の点数の差(改善状況)を、75歳以上と未満で分けてみると、年齢にかかわらず、0～10点の変化幅の患者が最も多かった。

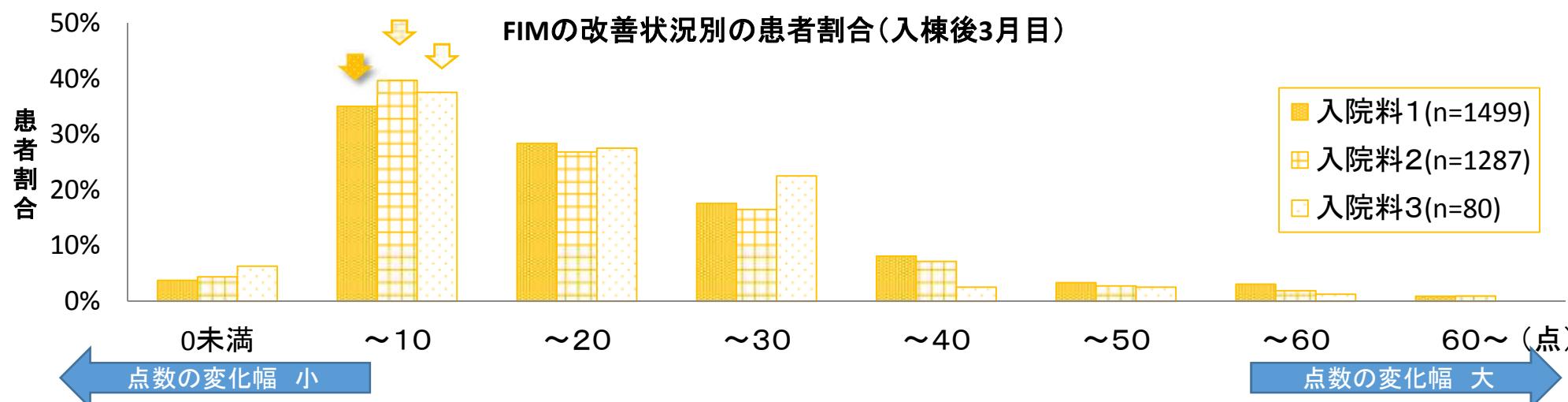
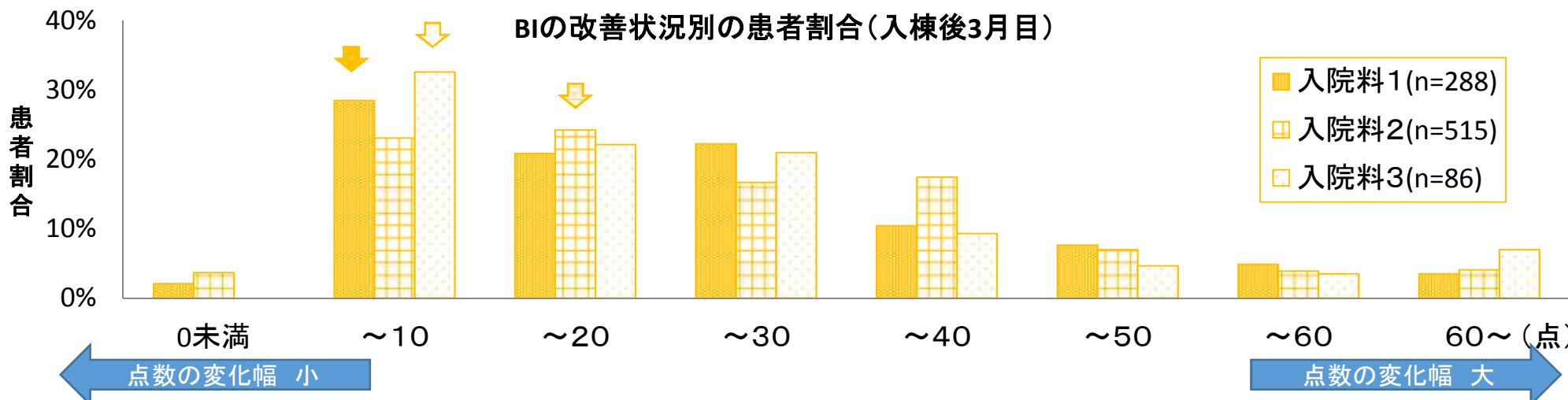
BIの改善状況別の患者分布(入棟後3か月目)



FIMの改善状況別の患者分布(入棟後3か月目)

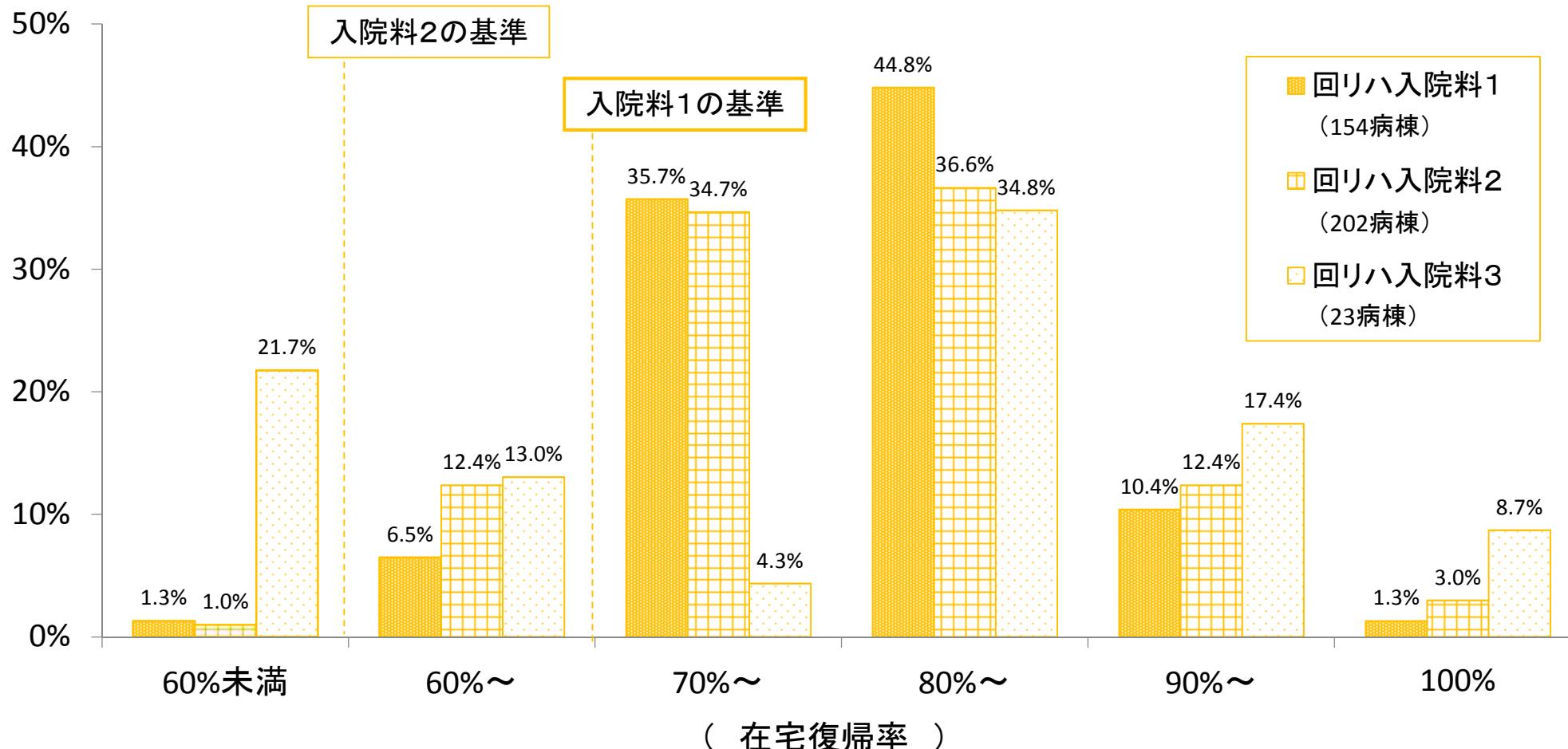


- 入棟後3か月目のBIの改善について、入院料1及び入院料3は0～10点の変化幅の患者が最も多く、入院料2は10～20点の変化幅の患者が最も多いかった。また、入院料2については、他の入院料に比べて、30～40点の変化幅の患者が多くなった。
- 入棟後3か月目のFIMの改善については、いずれの入院料の場合も0～10点の変化幅の患者が最も多かった。



- 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び入院料2の病棟における在宅復帰率については、大部分で施設基準を大きく上回る一方、施設基準に在宅復帰率に係る要件が定められていない入院料3の病棟については、約20%の病棟で、在宅復帰率60%未満であった。

在宅復帰率別の病棟割合



入院医療の課題(案)【回復期リハビリテーション病棟入院料】

1. 医療の提供体制

- ・届出病床数は増加傾向、入院料の区分別にみると、回復期リハビリテーション病棟入院料1と入院料2が多い。
- ・回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関で、他の入院基本料の届出状況をみると、入院料1では、一般病棟入院基本料(7対1と10対1)と療養病棟入院基本料を持つ医療機関の割合が多く、入院料2と入院料3では、一般病棟入院基本料(10対1)と療養病棟入院基本料を持つ医療機関の割合が多い。
- ・回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関のうち、訪問や通所でのリハビリテーションの実施状況をみると、訪問リハビリテーションは約30%、通所リハビリテーションは約44%の医療機関が実施していた。

2. 患者の状態と医療内容

- ・入院患者の約66%が75歳以上となっている。
- ・認知症日常生活自立度をみると、約17%の患者は自立している一方で、約28%の患者はランクⅢ以上であった。
- ・入院患者の入棟時の日常生活動作(ADL)の指標をみると、入院料1については低い点数の者が多く、入院料3については高い点数の者多かった。
- ・入棟時と入棟後3か月目とで、日常生活動作の指標の点数の差(改善状況)を、75歳以上と75歳未満で分けてみると、年齢にかかわらず、0~10点の変化幅の患者が最も多い。
- ・入棟後3か月目のBIとFIMの改善についてみると、入院料1及び入院料3は0~10点の変化幅の患者が最も多く、入院料2は10~20点の変化幅の患者が最も多かった。
- ・在宅復帰率別に病棟数の分布をみると、在宅復帰率60%以上の病棟がほとんどであるが、入院料3では、約20%の病棟が在宅復帰率60%未満であった。

- 回復期リハビリテーション病棟は、主にADL向上による寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であるが、効果的なリハビリテーションが提供できるよう、
- ・ できるだけ早期から集中的なリハビリテーションの実施を推進するような評価のあり方
 - ・ リハビリテーションの提供量だけでなく、アウトカムにも着目した評価のあり方
- 等について、どのように考えるか。