

2024年12月22日

第2回在宅療養支援病院連絡協議会

シンポジウム「地域包括医療病棟の開設に向けて」

# 地域包括医療病棟の目指すもの



厚生労働省 保険局医療課長 林 修一郎

- **医療と福祉の統合への道のり**
- **令和6年度診療報酬改定の  
目指すもの**
- **これからの地域包括医療病棟の  
報酬体系は？**

# 医療と福祉の 統合への道のり

I

昭和

医療が  
介護や福祉を  
代替していた  
時代

- 国民皆保険
- 老人医療費の無料化
- 病床数の増加

平成

介護や福祉の  
体制が  
大きく充実した  
時代

- ゴールドプラン
- 介護保険制度の創設
- 障害者自立支援法

令和

医療と  
介護や福祉が  
融合する  
時代

- 地域包括ケアシステム
- 地域共生社会

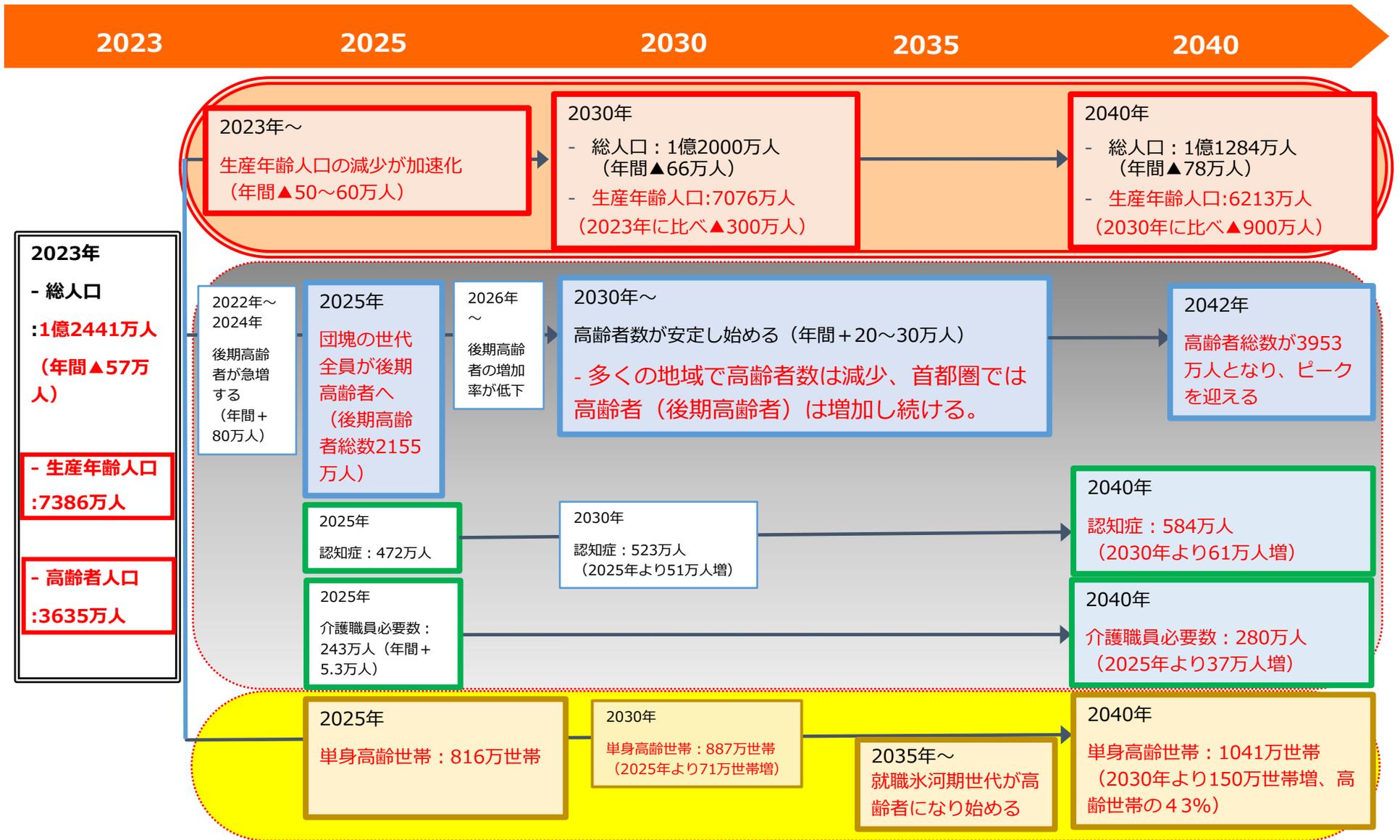
# ■ 医療と介護を共に要する方々への対応の歴史①

- ◆ 医療保険・医療機関への過度の依存
  - ◆ 医療は義務的経費、介護は予算の範囲での財源
  - ◆ 医療は民間主体、介護は公的な提供体制
  - ◆ 「出来高」診療報酬による弊害も顕在化
  
- ◆ 介護保険制度の施行
  - ◆ 介護の提供体制の充実
  - ◆ 医療と介護の財源の分離
  - ◆ 医療と介護の提供体制の分離

# ■ 医療と介護を共に要する方々への対応の歴史②

- ◆ 「地域包括ケア」を旗印にした、医療・介護の連携
  - ◆ 医療・介護の提供体制の分離への反省
  - ◆ 診療報酬・介護報酬による「連携」の評価
  - ◆ 「チーム医療」の拡大
- ◆ 地域医療構想
  - ◆ 「回復期」概念の普及、「回復期」病床の拡大

# 2040年までの人口等に関する短期・中期・長期の見通し

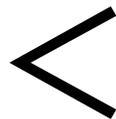
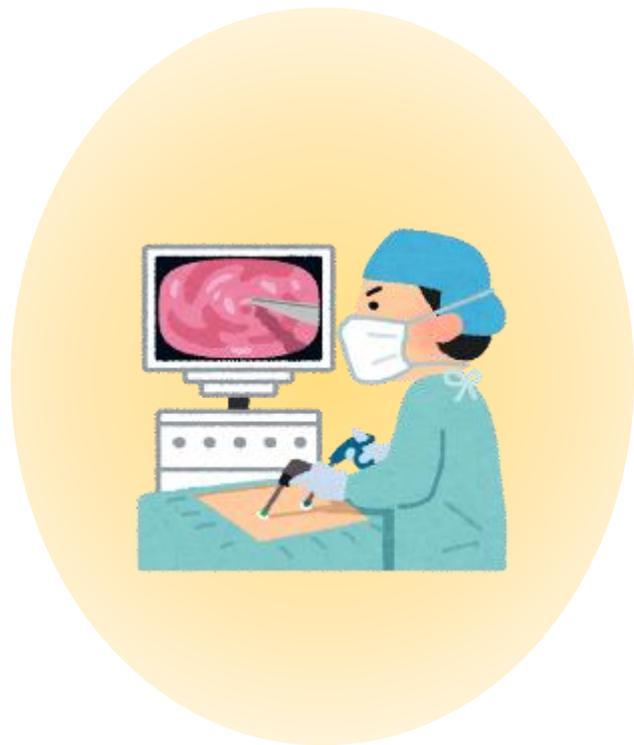


**【出典】**

- ・人口について：総務省「人口推計」（令和4年1月1日現在）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）
- ・世帯数について：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（平成30年推計）」
- ・認知症について：厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（研究代表者：二宮利治（平成27年3月））。各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計。
- ・介護職員数の必要数について：市町村により第8期介護保険事業計画に位置づけられたサービス見込み量（総合事業を含む）等に基づく都道府県による推計値を集計したもの。

# 人口の高齢化と減少

高度な治療を要する  
患者数は増えない



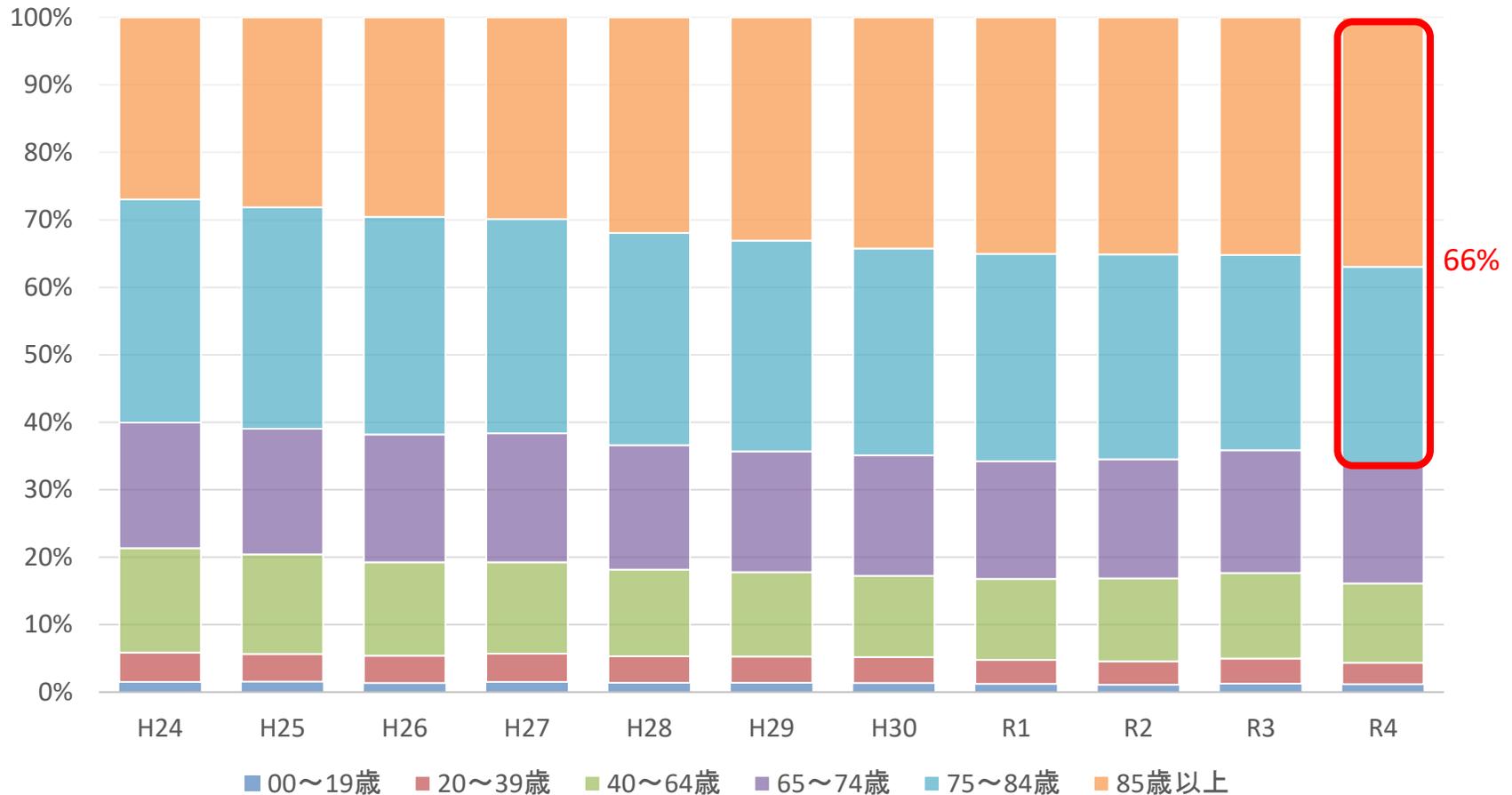
治療とともに  
介護を要する  
患者数は増える



# 入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和4年では、入院患者のうち66%を75歳以上が占める。

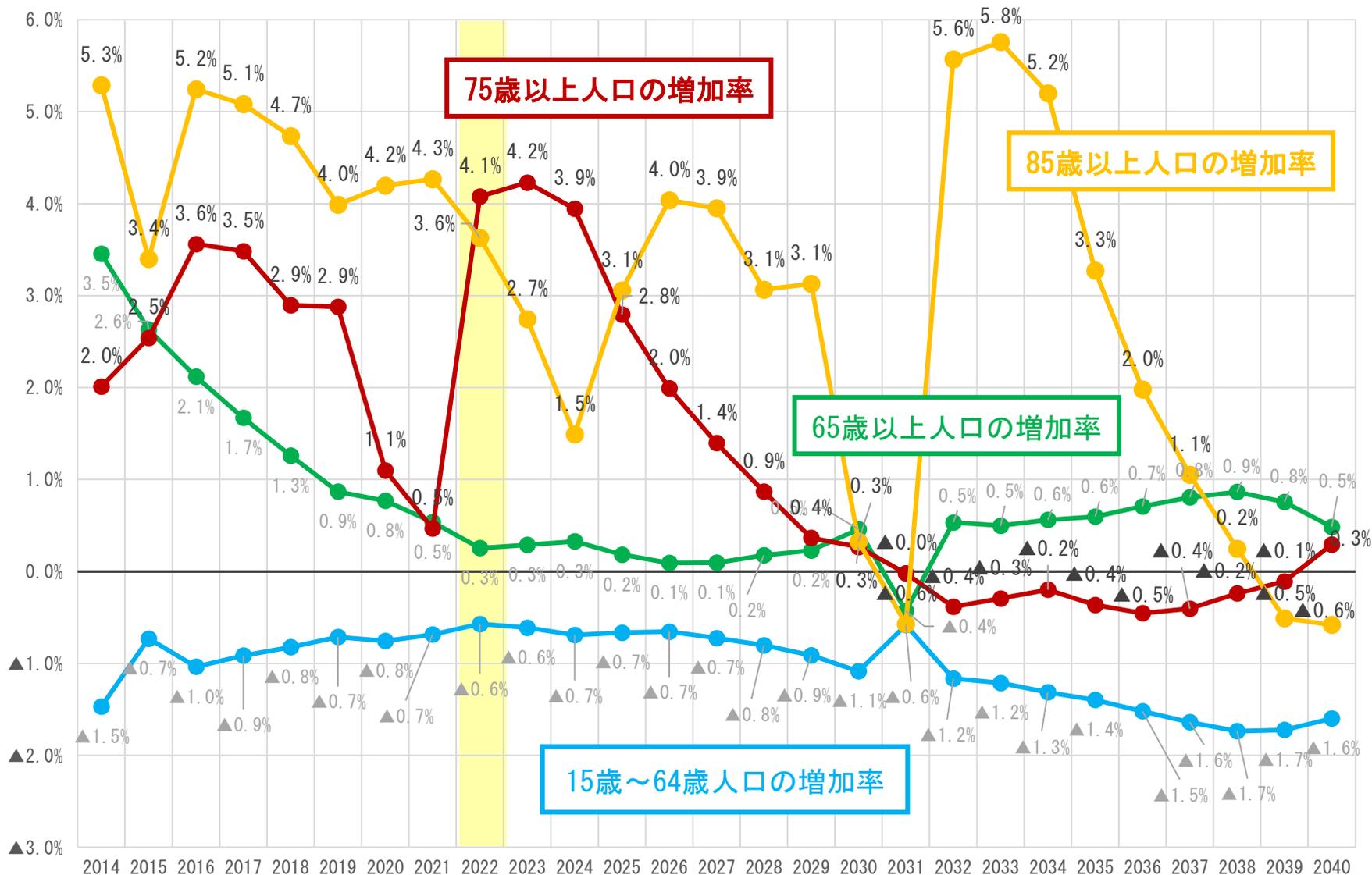
■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24~H29は7対1または10対1 一般病棟入院基本料



66%

# (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)」

# ■ 社会の今後の更なる変化

- ◆ 80代、90代の人口の増加
  - ◆ 入院患者の主体は要介護者に



医療機関においても、要介護者の全身状態を改善したり、悪化させない取り組みが当然に求められる時代

II

# 令和6年度 診療報酬改定の 目指すもの

生活

医療

入院医療  
高度な医療 救急医療  
急性期医療  
回復期医療 慢性期医療

外来医療  
専門的な外来医療  
プライマリケア

この範囲ではなく

この範囲をみる医療機関へ

○ 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: Puthuchery 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.

## 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

### 背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。  
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 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**につながることが示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。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。

### 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



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

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

## 地域包括医療病棟② 施設基準等

### 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- ▶ 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

### (新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

#### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



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



早期の在宅復帰在宅医療、介護との連携

包括的に提供

#### [施設基準] (抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、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。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。  
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。  
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

# 栄養管理体制の基準の明確化（入院料通則の改定①）

## 栄養管理体制の基準の明確化

- 退院後の生活を見据え、入院患者の栄養管理体制の充実を図る観点から、栄養管理体制の基準を明確化する。

### 現行

【入院基本料等の施設基準等】

#### 5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- (3)～(9) (略)

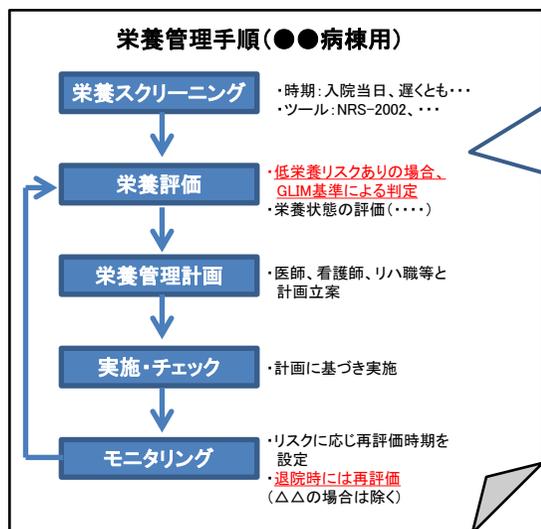
### 改定後

【入院基本料等の施設基準等】

#### 5 栄養管理体制の基準

- (1) (略)
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（**標準的な**栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、**退院時を含む**定期的な評価等）を作成すること。
- (3)～(9) (略)

**イメージ** 各医療機関の機能や患者特性等に応じて栄養管理手順に位置づける



GLIM基準を活用することが望ましいが、GLIM基準を参考にしつつ、各医療機関の機能や患者特性等に応じて、標準的な手法を位置づけていけば差し支えない。

### <参考> GLIM(Global Leadership Initiative on Malnutrition)基準

2018年に世界の栄養学会（ESPEN:欧州, ASPEN:北米, PENSA:アジア, FELANPE:南米）が低栄養の診断基準としてGLIM基準を策定

#### ●栄養スクリーニング

- ・全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクのある症例を特定
- ・検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA-SFなど）を使用

↓  
低栄養リスクあり

#### ●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）			病因基準（エチオロギー基準）	
意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少	食事摂取量減少、消化吸収能低下	疾病負荷/炎症
それぞれの項目で1つ以上に該当			それぞれの項目で1つ以上に該当	

↓  
低栄養と判定

↓  
重症度判定(中等度低栄養、重度低栄養)

※詳細は、日本臨床栄養代謝学会（JSPEN）HP「GLIM基準について」を参照

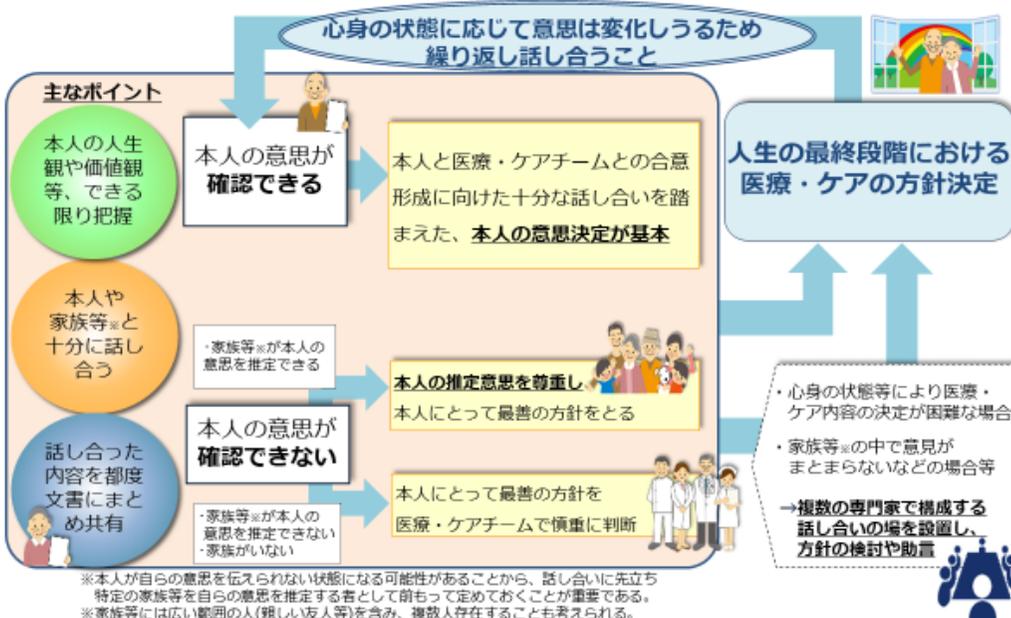
# 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進（入院料通則の改定②）

## 人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進

- 人生の最終段階における適切な意思決定支援を推進する観点から、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（以下、「ガイドライン」とする。）等の内容を踏まえ、**意思決定支援に関する指針を作成することを要件とする入院料等の対象を見直す。**
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を要件とする入院料の範囲を拡大**する。
- ガイドライン等の内容を踏まえた**適切な意思決定支援に係る指針の作成を、地域包括診療料等の要件に追加**する。

### 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



#### 【指針の作成が要件となる対象】

- **入院料を算定する医療機関**※
  - ※ 小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、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。
- 以下の届出を行う医療機関
  - ・がん患者指導管理料
  - ・**地域包括診療料**
  - ・**地域包括診療加算**
  - ・**認知症地域包括診療料**
  - ・**認知症地域包括診療加算**
  - ・在宅療養支援診療所・病院

[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、意思決定支援に関する指針の作成の基準に該当するものとみなす。

# 身体的拘束を最小化する取組の強化（入院料通則の改定③）

## 身体的拘束を最小化する取組の強化

- 医療機関における身体的拘束を最小化する取組を強化するため、入院料の施設基準に、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないことを規定するとともに、医療機関において**組織的に身体的拘束を最小化する体制を整備**することを規定する。

- 精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定によるものとする。
- 身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、入院基本料（特別入院基本料等を除く）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の所定点数から1日につき40点を減算する。



### 【身体的拘束最小化の基準】

#### [施設基準]

- 当該保険医療機関において、**患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならない**こと。
- (1)の**身体的拘束を行う場合には**、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を**記録しなければならぬ**こと。
- 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- 当該保険医療機関において、身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される**身体的拘束最小化チームが設置**されていること。なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
- 身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
  - 身体的拘束の**実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底**すること。
  - 身体的拘束を最小化するための**指針を作成**し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、**定期的に当該指針の見直しを行う**こと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や（3）に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。
- (1)から(5)までの規定に関わらず、**精神科病院**（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む）**における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による**。

[経過措置] 令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟については、令和7年5月31日までの間に限り、身体的拘束最小化の基準に該当するものとみなす。

# 認知症ケア加算の概要

## 認知症ケア加算(1日につき)

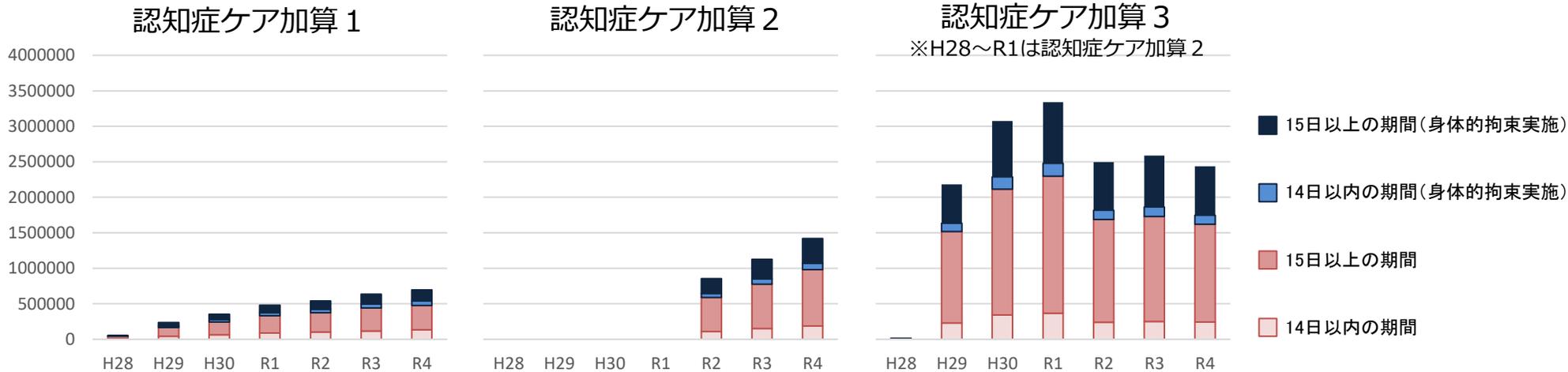
- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。
- 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 150点    口 15日以上の期間 30点
- 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 100点    口 15日以上の期間 25点
- 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 40点    口 15日以上の期間 10点
- 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。

		認知症ケア加算 1	認知症ケア加算 2	認知症ケア加算 3	
		認知症ケアチームによる取組を評価	専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価	研修を受けた病棟看護師による取組を評価	
算定対象		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く）			
主な算定要件	身体的拘束	身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をするかどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等			
	ケア実施等	認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施	病棟の看護師等が実施	病棟の看護師等が実施	
	専任の職員の活動	認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握	専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握	・病棟巡回（週1回以上） ・病棟職員へ助言 ・病棟職員へ助言	
主な施設基準	専任の職員の配置	認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了） …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士	いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了）	—	
	病棟職員	認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講	全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可）		
	マニュアルの作成・活用	認知症ケアチームがマニュアル*を作成	専任の医師又は看護師を中心にマニュアル*を作成	マニュアル*を作成	
		(*) マニュアル：身体的拘束の <b>実施基準</b> や <b>鎮静を目的とした薬物の適正使用</b> 等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書			
	院内研修	認知症ケアチームが定期的に研修を実施	専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施	

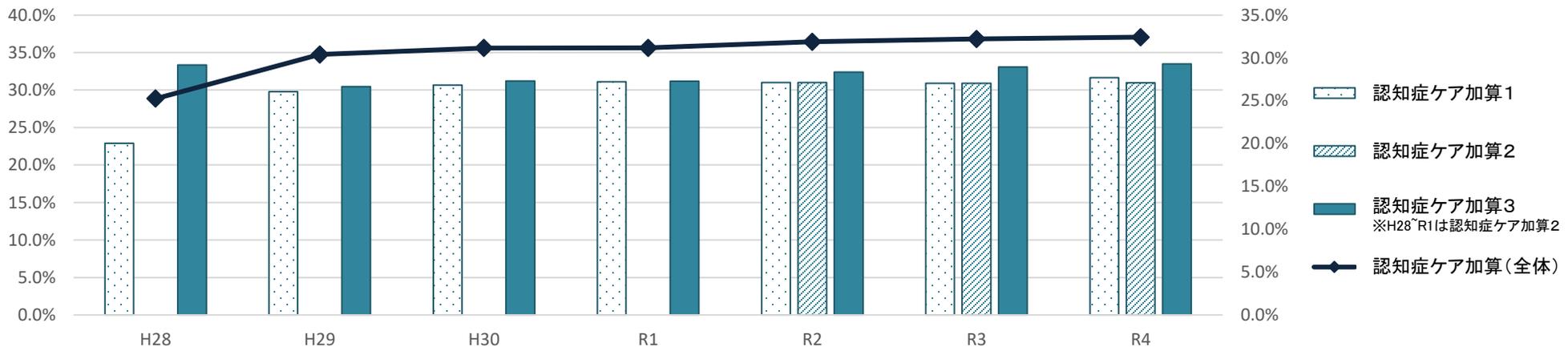
# 認知症ケア加算の算定の推移

- 認知症ケア加算の算定回数は年々増加している。
- 認知症ケア加算の全算定回数のうち、身体的拘束を実施した日の割合は約3割であり、やや増加傾向である。

## ■ 認知症ケア加算の算定回数の推移（各年6月審査分）



## ■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合（各年6月審査分の算定回数）

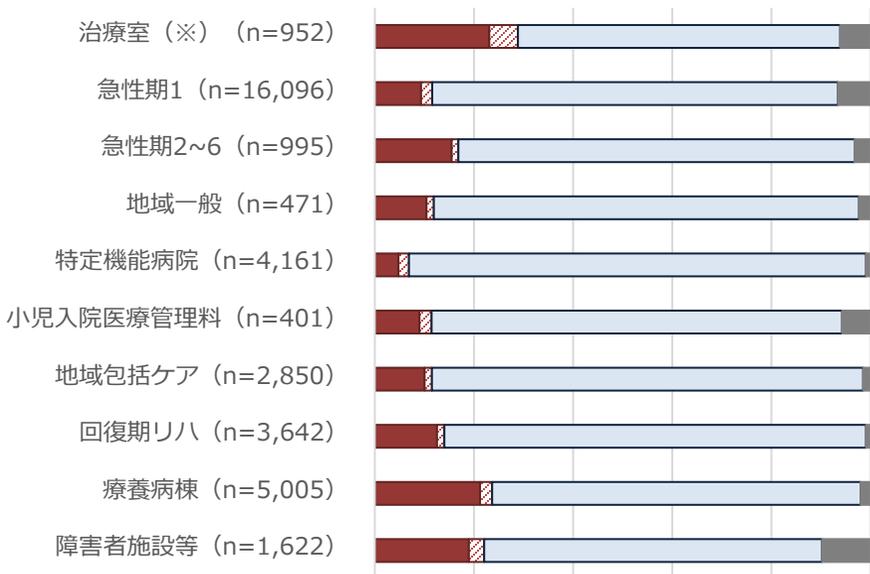


# 入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
- 「認知症あり」の患者の場合、約2~4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

## ■ 入院料別の身体的拘束の実施有無

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



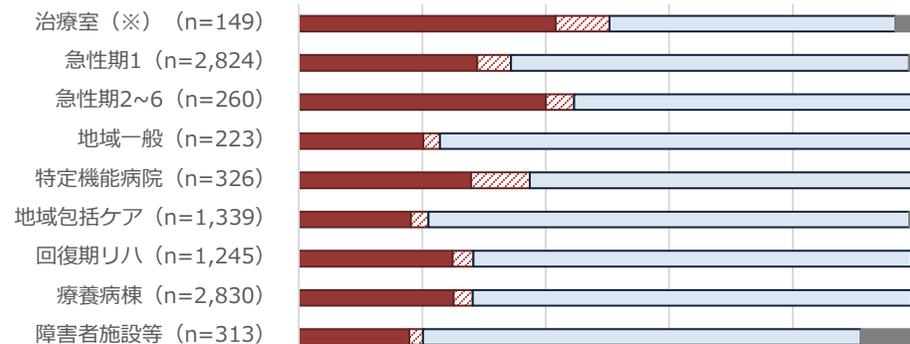
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 治療室は、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のいずれかに入室している患者を対象としている。

## ■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

### 認知症ありの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



### 認知症なしの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

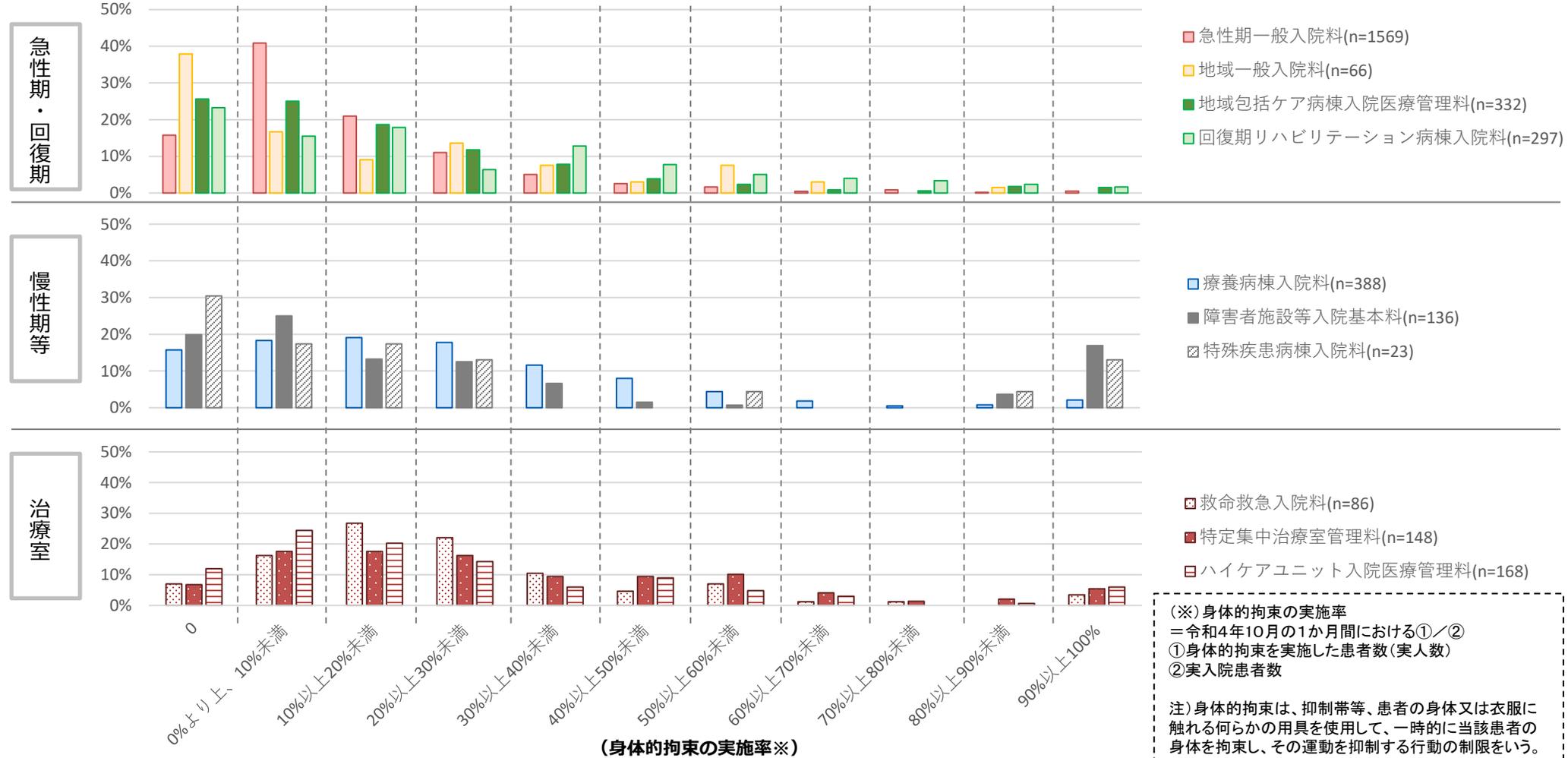


# 身体的拘束の実施状況

- ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
- 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

## ■ 入院料別の身体的拘束の実施率 (※)

(拘束実施率別の各病棟の占める割合)



## ■ 身体的拘束をどう減らす

- マニュアルの策定、実施・解除基準の作成などは、多くの医療機関で行われている。
- 身体的拘束を減らす・なくすためには、組織ぐるみでの対応が必要。
  - 身体的拘束を必要としないケア、身体的拘束の代替方法を考え抜き実践することで、身体的拘束をほぼなくすことができた医療機関もある

Ⅲ

**これからの  
地域包括医療病棟の  
報酬体系は？**

# ■ アウトカム評価をどう考えるか

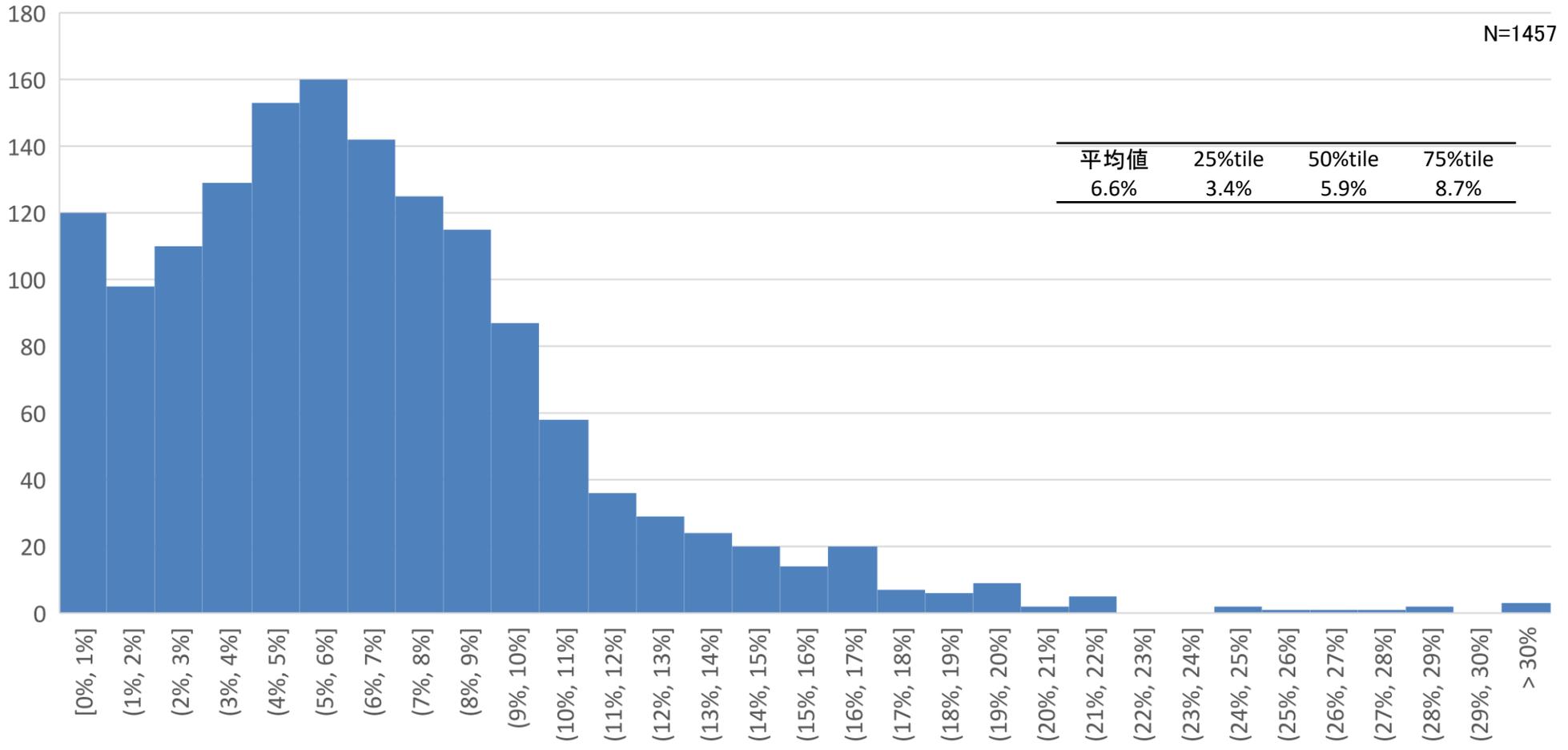
## よくあるご要望

「ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること」の基準が厳しいのでは

# 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

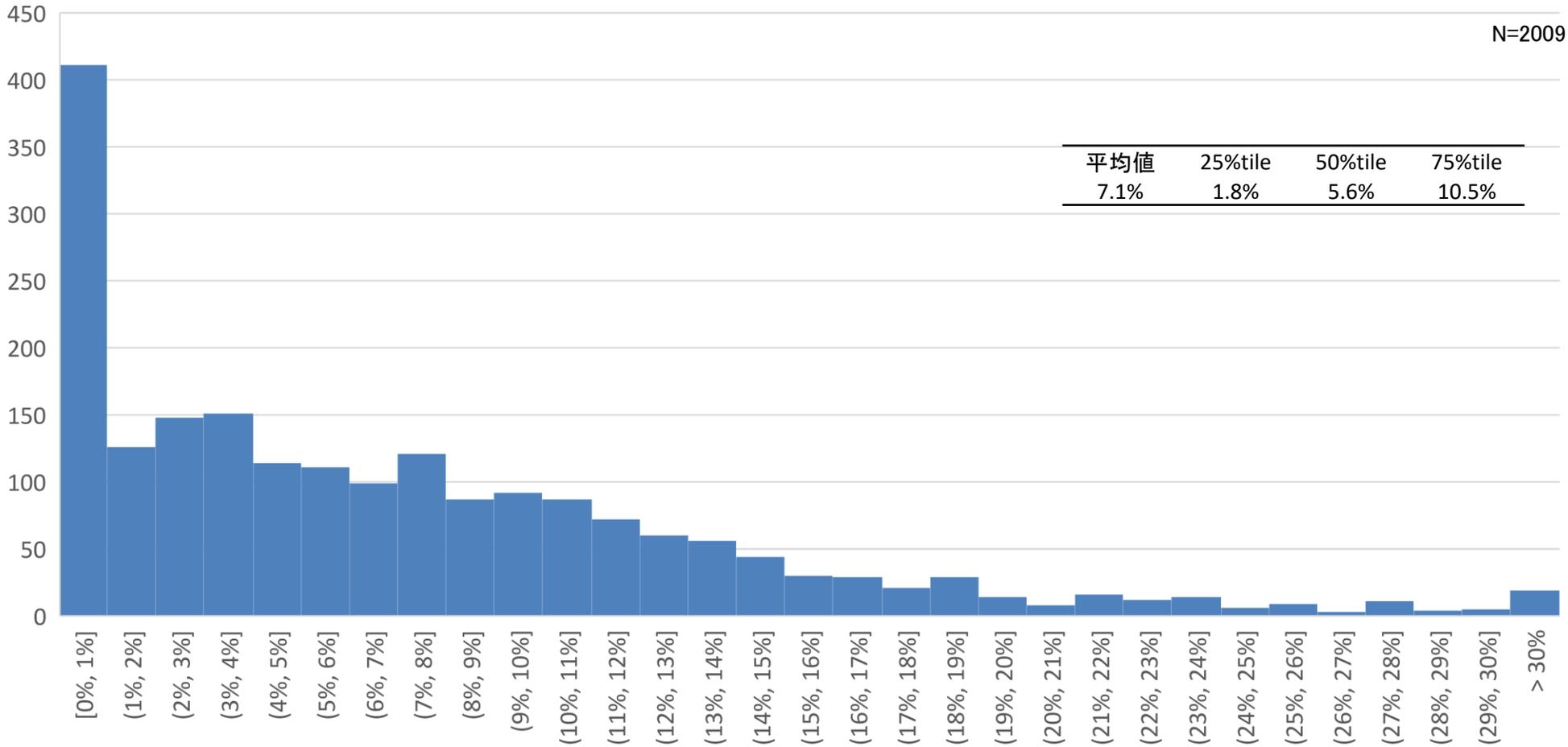


抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上65歳以上の入院症例を抽出。

# 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。

# ■ アウトカム評価をどう考えるか

## よくあるご要望

「ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること」の基準が厳しいのでは



### ◆ アウトカム評価のあり方

- ◆ 単に「厳しい」「緩い」という軸以外にも様々な論点
- ◆ アウトカム評価を目指した指標は、患者の選別に使われがち。地域包括医療病棟において、「ADLが低下しにくい」患者が選別されることに積極的な意味があるか。
- ◆ プロセス評価（リハビリの提供量等を指標とする）と比べてどちらが適切か。どちらが弊害が少ないか。

# 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

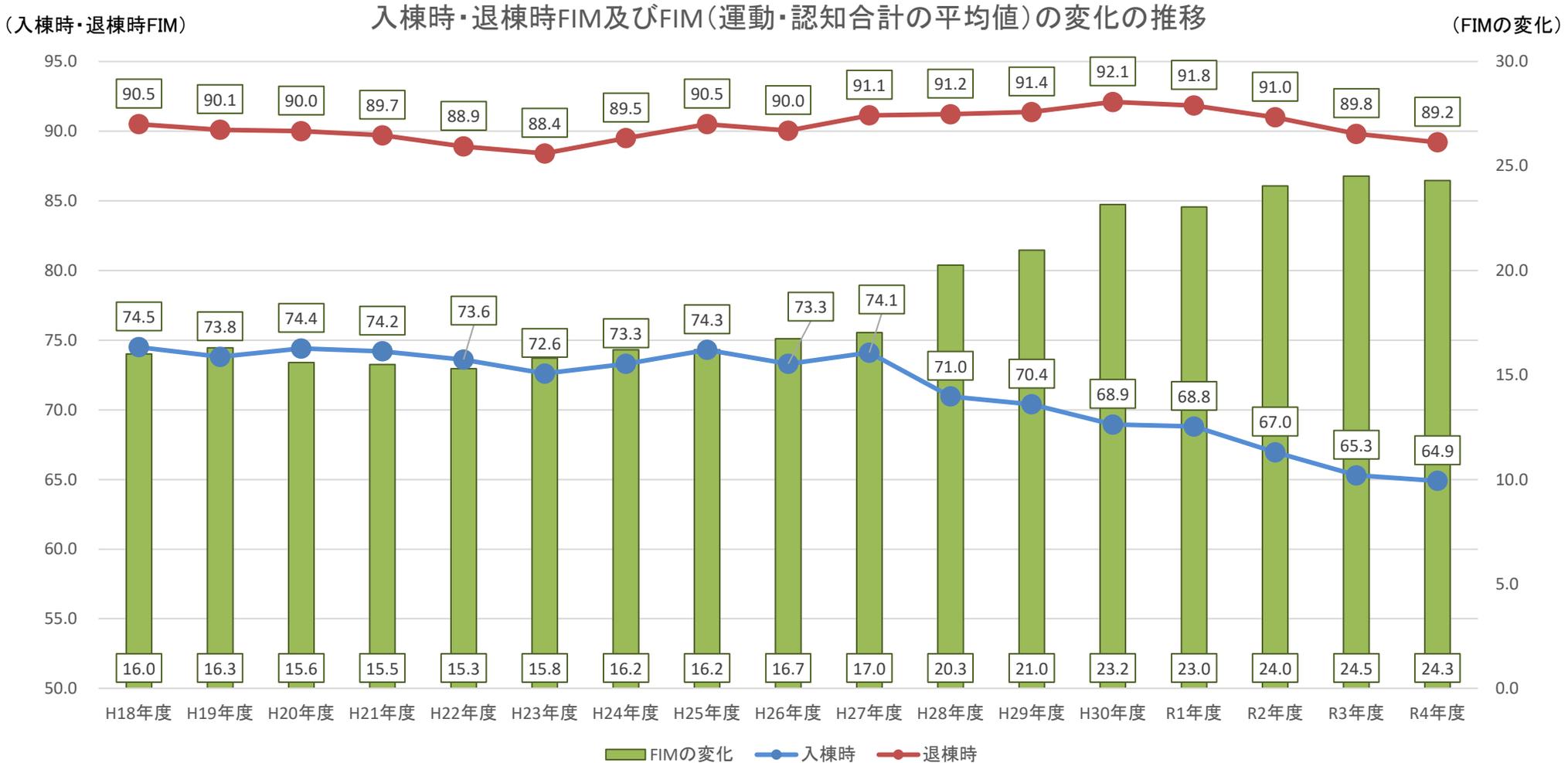
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者
- ・ 「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後」の状態

## なぜ回復期リハビリテーション病棟で アウトカム評価を広く実施できているか

- ◆ 当該領域でアウトカムが重要である。
  - ◆ リハの量のみの評価の弊害を関係者が強く認識している
  - ◆ リハのアウトカムの重要性を関係者が合意している。
- ◆ 指標が定着し普及している。実際に測定できる。
  - ◆ リハビリ専門の病棟があり、測定できるスタッフが配置されている。測定の指標（FIM）も定着している。
  - ◆ アップコーディングはを起こさないか？
- ◆ 「クリームスキミング」（評価が上がりやすい患者の選別）への対応
  - ◆ そもそも「リハの効果の上がりやすい」患者が回リハ病棟の主たる対象。
  - ◆ リスク調整：原因疾患による差に配慮した計算式
  - ◆ 医療機関の判断による一定の除外患者

# 入棟時・退棟時FIMの年次推移

- 入棟時・退棟時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。
- 平成28年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられている。



出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供(2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」)

# ■ アウトカム評価をどう考えるか

## よくあるご要望

「ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること」の基準が厳しいのでは



どのような評価指標がより適切か？

# ■ 内科系の患者の重症度をどう評価するか

## よくあるご要望

重症度、医療・看護必要度で外科系が主に評価され、内科系の患者が入院しても満たすことができない。



- ◆ 重症度、医療・看護必要度は何を評価する指標か
  - ◆ 医学的管理の密度？
  - ◆ 看護師の手間のかかり具合？
    - ◆ 診療の補助？療養上の世話？
  
- ◆ 内科系の患者の重症度評価のあり方
  - ◆ 内科系の医学的管理の密度を的確に示す指標は？
  - ◆ アップコーディングを起こさないか？
    - ◆ 心電図モニター、点滴

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

R 6 改定後

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置(褥瘡の処置を除く) (※1)	なし	あり	-	-
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) (※1)	なし	あり	-	-
3	注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	なし	あり	-	-
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	-
5	輸血や血液製剤の管理	なし	-	あり	-
6	専門的な治療・処置(※2)	-	-		
	(①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、				あり
	(②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、			あり	
	(③麻薬の使用(注射剤のみ)、				あり
	(④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、			あり	
	(⑤放射線治療、			あり	
	(⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、			あり	
	(⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、				あり
	(⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、				あり
	(⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、				あり
	(⑩ドレナージの管理、		あり		
	(⑪無菌治療室での治療)				あり
7	I:救急搬送後の入院(2日間)	なし	-	あり	-
	II:緊急に入院を必要とする状態(2日間)	なし	-	あり	-

C	手術等の医学的状況	0点	1点
15	開頭手術(11日間)	なし	あり
16	開胸手術(9日間)	なし	あり
17	開腹手術(6日間)	なし	あり
18	骨の手術(10日間)	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術(4日間)	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
	救命等に係る内科的治療(4日間)		
21	(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
22	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
23	別に定める手術(5日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

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

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しに伴い、該当患者割合の基準を見直す。

現行		必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	許可病床200床以上	31%	28%
	許可病床200床未満	28%	25%
急性期一般入院料2	許可病床200床以上	27%	24%
	許可病床200床未満	25%	22%
急性期一般入院料3	許可病床200床以上	24%	21%
	許可病床200床未満	22%	19%
急性期一般入院料4	許可病床200床以上	20%	17%
	許可病床200床未満	18%	15%
急性期一般入院料5		17%	14%
7対1入院基本料(特定)		—	28%
7対1入院基本料(結核)		10%	8%
7対1入院基本料(専門)		30%	28%
看護必要度加算1(特定、専門)		22%	20%
看護必要度加算2(特定、専門)		20%	18%
看護必要度加算3(特定、専門)		18%	15%
総合入院体制加算1・2		33%	30%
総合入院体制加算3		30%	27%
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算		7%	6%
看護補助加算1		5%	4%
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7		12%	8%



改定後		
	必要度 I	必要度 II
急性期一般入院料1	<b>割合①:21%</b> <b>割合②:28%</b>	<b>割合①:20%</b> <b>割合②:27%</b>
急性期一般入院料2	<b>22%</b>	<b>21%</b>
急性期一般入院料3	<b>19%</b>	<b>18%</b>
急性期一般入院料4	<b>16%</b>	<b>15%</b>
急性期一般入院料5	<b>12%</b>	<b>11%</b>
7対1入院基本料(特定)	—	<b>割合①:20%</b> <b>割合②:27%</b>
7対1入院基本料(結核)	<b>8%</b>	<b>7%</b>
7対1入院基本料(専門)	<b>割合①:21%</b> <b>割合②:28%</b>	<b>割合①:20%</b> <b>割合②:27%</b>
看護必要度加算1(特定、専門)	<b>18%</b>	<b>17%</b>
看護必要度加算2(特定、専門)	<b>16%</b>	<b>15%</b>
看護必要度加算3(特定、専門)	<b>13%</b>	<b>12%</b>
総合入院体制加算1	<b>33%</b>	<b>32%</b>
総合入院体制加算2	<b>31%</b>	<b>30%</b>
総合入院体制加算3	<b>28%</b>	<b>27%</b>
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	<b>6%</b>	<b>5%</b>
看護補助加算1	<b>4%</b>	<b>3%</b>
地域包括ケア病棟入院料 特定一般病棟入院料の注7	<b>10%</b>	<b>8%</b>

【該当患者の基準】	
急性期1、7対1入院基本料(特定、専門)※1	<b>割合①</b> 以下のいずれか ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上  <b>割合②</b> 以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
急性期2～5等※2	以下のいずれか ・ A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・ A得点が3点以上 ・ C得点が1点以上
総合入院体制加算	以下のいずれか ・ A得点が2点以上 ・ C得点が1点以上
地域包括ケア病棟等	以下のいずれか ・ A得点が1点以上 ・ C得点が1点以上

※1: B項目については、基準からは除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること  
 ※2: 7対1入院基本料(結核)、看護必要度加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算も同様

**【経過措置】**  
 令和6年3月31日時点で施設基準の届出あり  
 ⇒ **令和6年9月30日まで**基準を満たしているものとする。 **36**

# ■ 内科系の患者の重症度をどう評価するか

## よくあるご要望

重症度、医療・看護必要度で外科系が主に評価され、内科系の患者が入院しても満たすことができない。



どのような評価指標がより適切か？

# ■ 地域における役割をどう考えるか

「地域包括医療病棟」はどのような地域にも必要か？



- ◆ 高齢・要介護の急性期入院患者を広く受け入れ、医療・リハ等を一体的に提供する仕組みはどの地域にも必要。
- ◆ こうした機能は、現時点では「地域包括医療病棟」だけで担うものではなく、様々な病棟で担うものとなっている。
- ◆ 今後のあり方については検討を深める必要がある。

IV

まとめ

# 結語

- ◆医療・介護の「連携」のみならず「一体的な提供」が求められるのが令和の医療。
- ◆急性期医療においても、高齢の要介護者のADL等を維持向上する取り組みが必須。
- ◆地域包括医療病棟は、高齢者に多い疾患の急性期医療からリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うものとして創設。
- ◆アウトカム評価のあり方、内科系患者の評価など、様々なご要望をいただいております。検証を行いながら将来に向けて検討していく。