

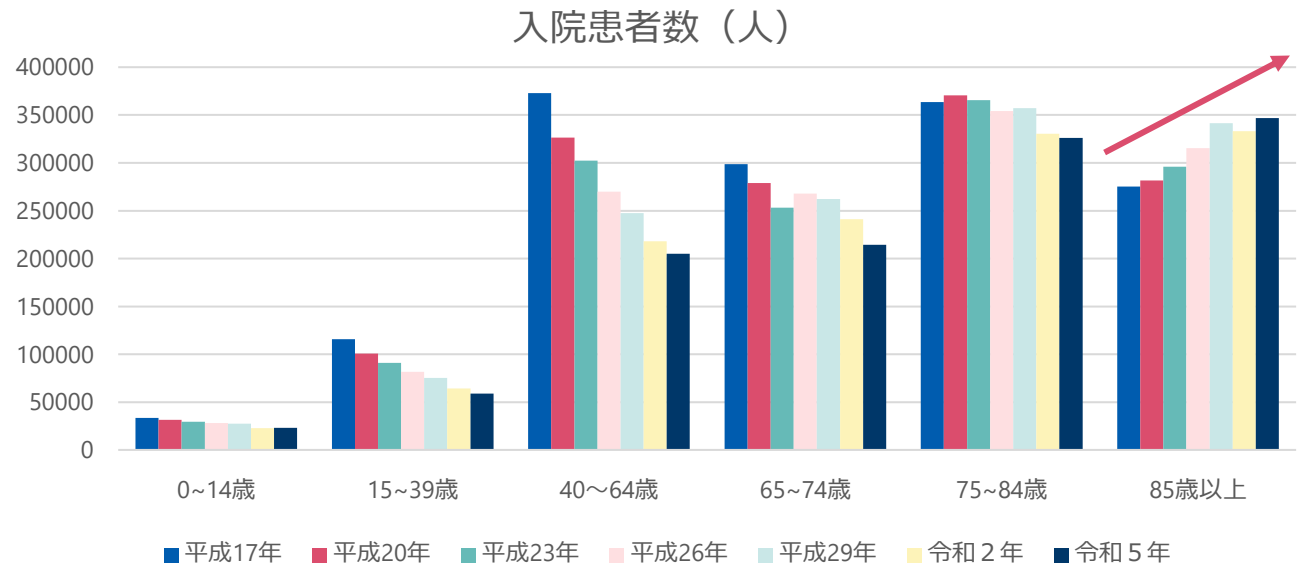
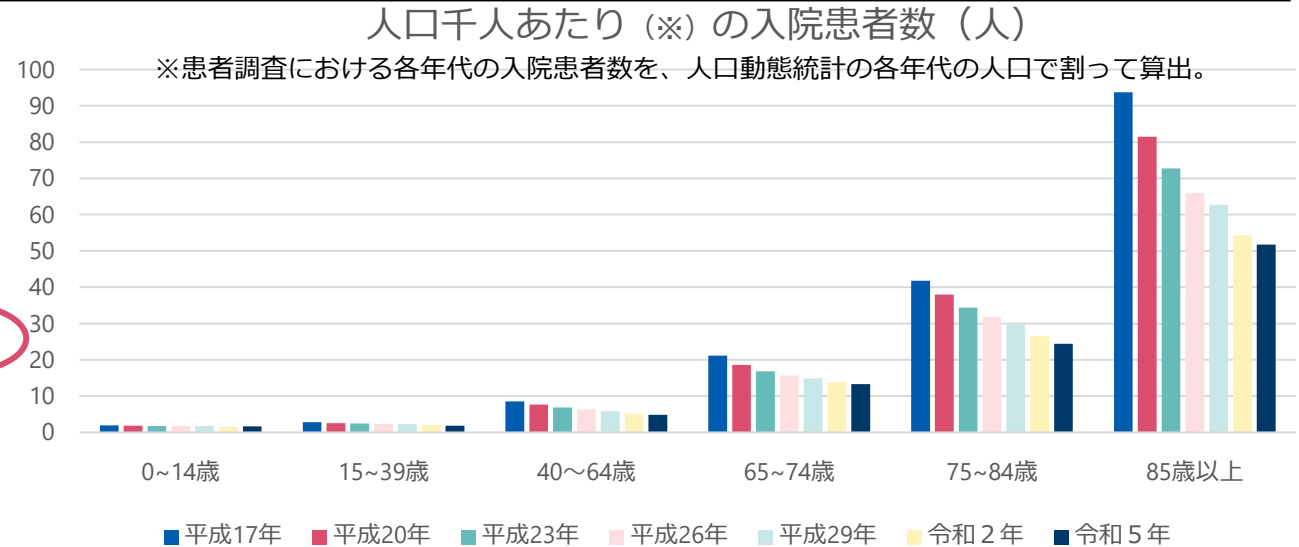
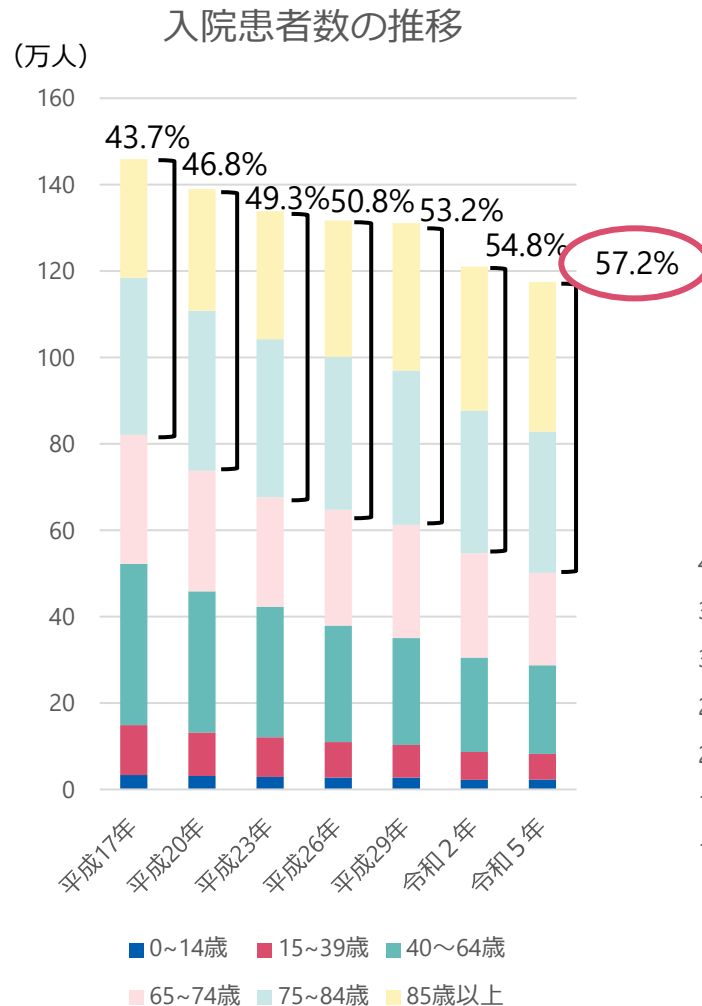
(令和7年度第3回) 入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年6月13日(金)

1. 高齢者の入院医療について（総論）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その1）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その1）
4. 慢性期について（その1）

入院患者の高齢化

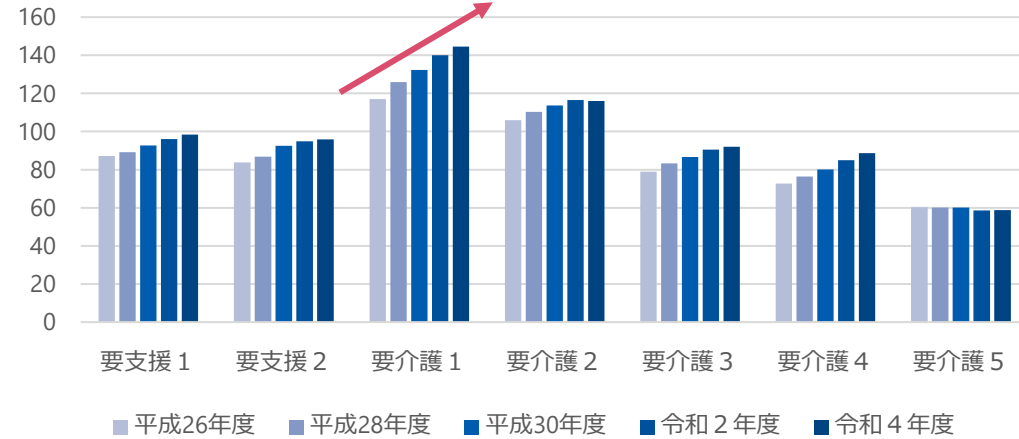
- 入院患者の総数は減少傾向であるが、75歳以上の高齢者の割合は漸増しており、令和5年に57.2%であった。
- いずれの年代においても、人口千人あたりの入院患者数は減少しているが、85歳以上においては、入院割合の減少を上回る人口増加により、入院患者の実数は増加している。



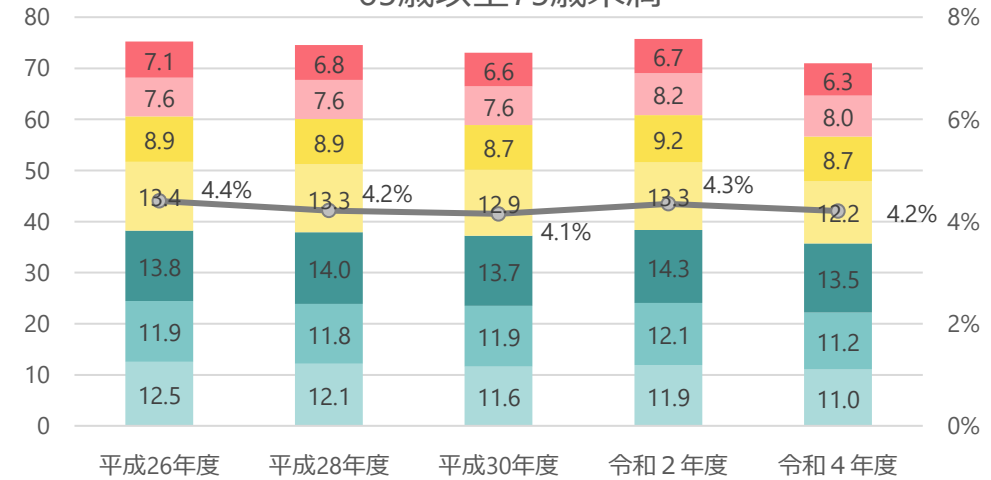
要支援・要介護認定者数の経年推移

- 要支援・要介護の認定者数は要介護5以外の全ての区分で漸増傾向であり、特に要介護1の増加が目立つ。
- 年代別の認定者数と認定割合をみると、認定割合は横ばい～漸減で推移している一方で、85歳以上においては人口増加のために要支援・要介護認定者の絶対数が増加している。

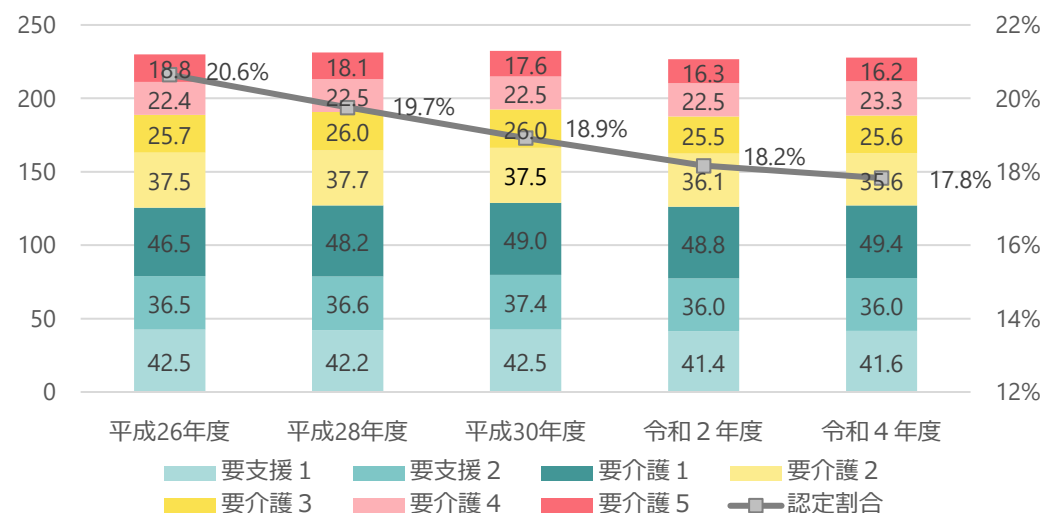
要支援・要介護度ごとの認定者数の推移



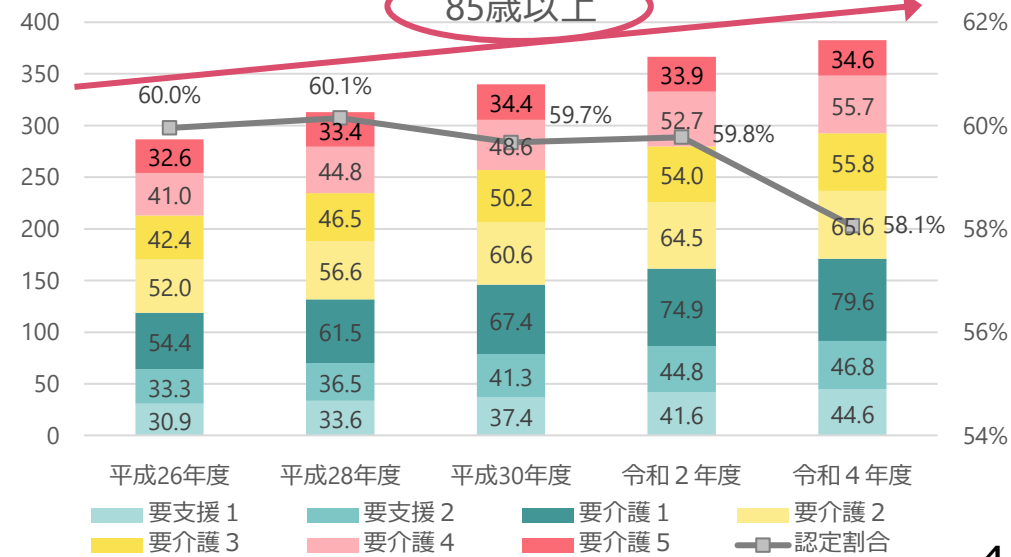
65歳以上75歳未満



75歳以上85歳未満



85歳以上

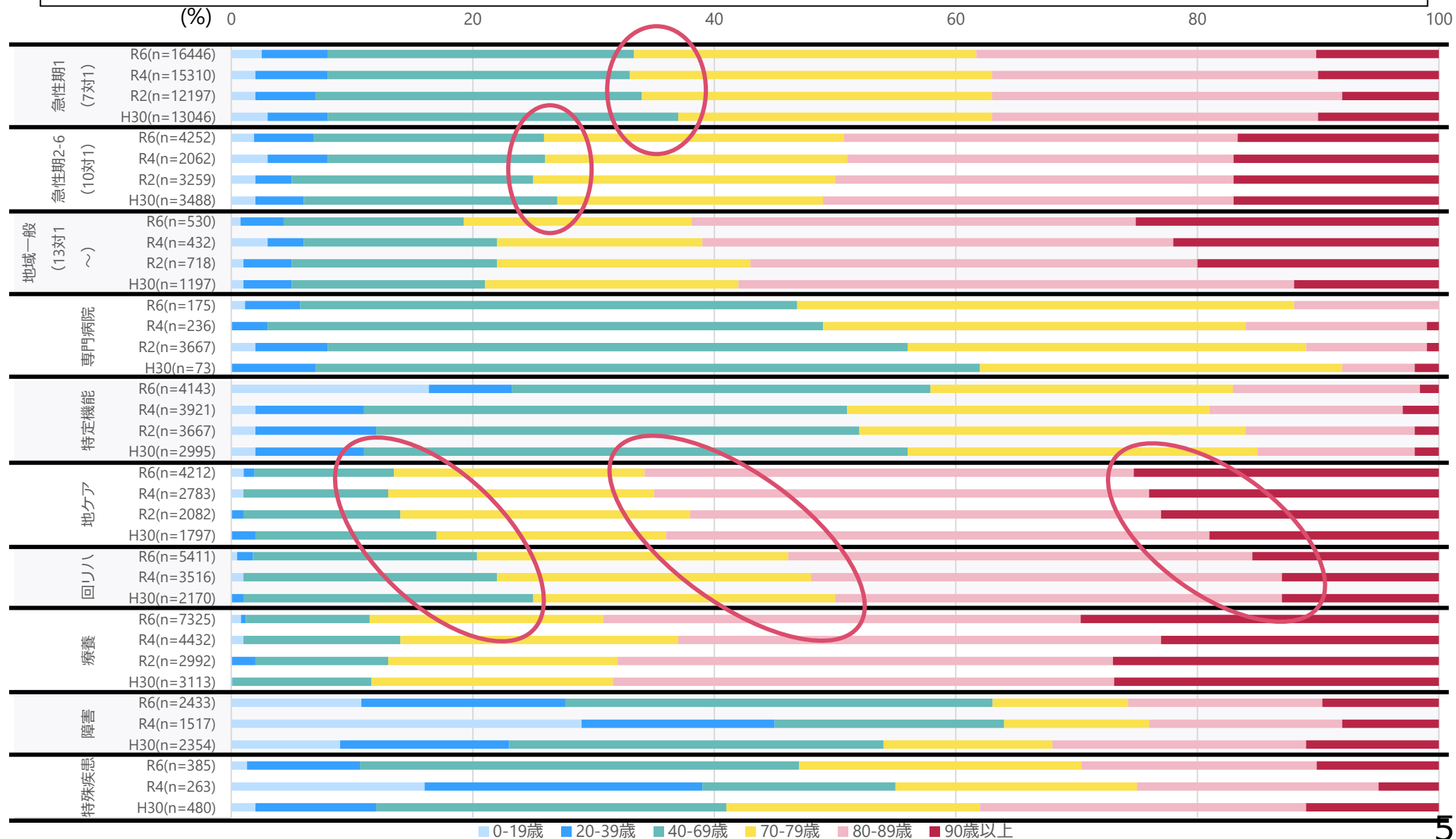


出典：各年度末認定者数（介護保険事業状況報告）及び各年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

※縦軸の単位はすべて万人

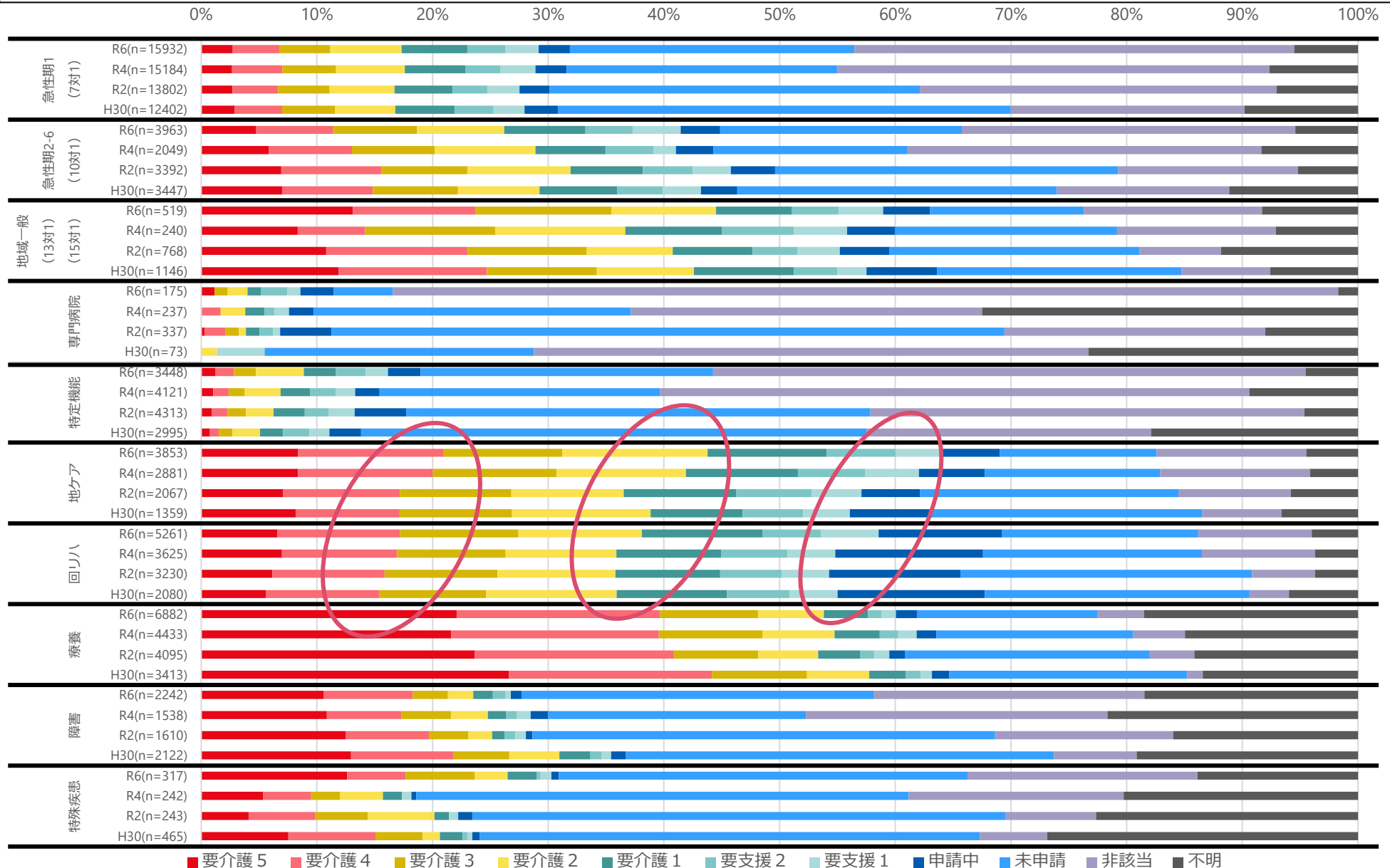
入院料ごとの年齢階級別患者数の推移

- 平成30年～令和6年にかけて、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟では、70歳以上の高齢者の割合が他の入院料を算定する病棟より高いうえに、経年的にその割合が増加傾向であった。
- 一方、急性期一般入院料を算定する病棟においては、年齢層の分布の経年的な変化は目立たなかった。



病棟ごとの要介護認定者数の経年推移

○ 要介護度についても、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟で高い患者が多く、経年的に増加していた。



出典：令和6・4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）、令和2年度・平成30年度入院医療等の調査（患者票）

令和6年度診療報酬改定における高齢者の医療のあり方に係る見直し

- 令和6年度診療報酬改定では、後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟が新設された。また、患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系が見直された。
- さらに、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅療養支援診療所の平時および急変時の対応の強化に関する見直しが実施された。また、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、在宅医療分野においてICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等が行われた。

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟入院料の新設

- ・ 在宅復帰率8割
- ・ 救急搬送患者割合1割5分
- ・ ADL維持率95%以上 等

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- ・ 40日目以降と以前の評価の見直し
- ・ 在宅医療要件の見直し
- ・ 在宅復帰率の見直し
- ・ 短期滞在手術の扱いの見直し

救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)

在支診・在支病、後方支援病院

地域包括ケア病棟

有床診療所基本料の見直し

- ・ 介護障害連携加算の新設

療養病棟入院料の見直し

- ・ 医療区分の見直し
- ・ 中心静脈栄養の評価見直し
- ・ リハビリテーションの評価見直し
- ・ 経過措置病棟の廃止

回復期リハ入院料の見直し

- ・ FIMの測定等の要件見直し
- ・ 体制強化加算の廃止
- ・ 運動器リハ算定上限数見直し

回復期リハ

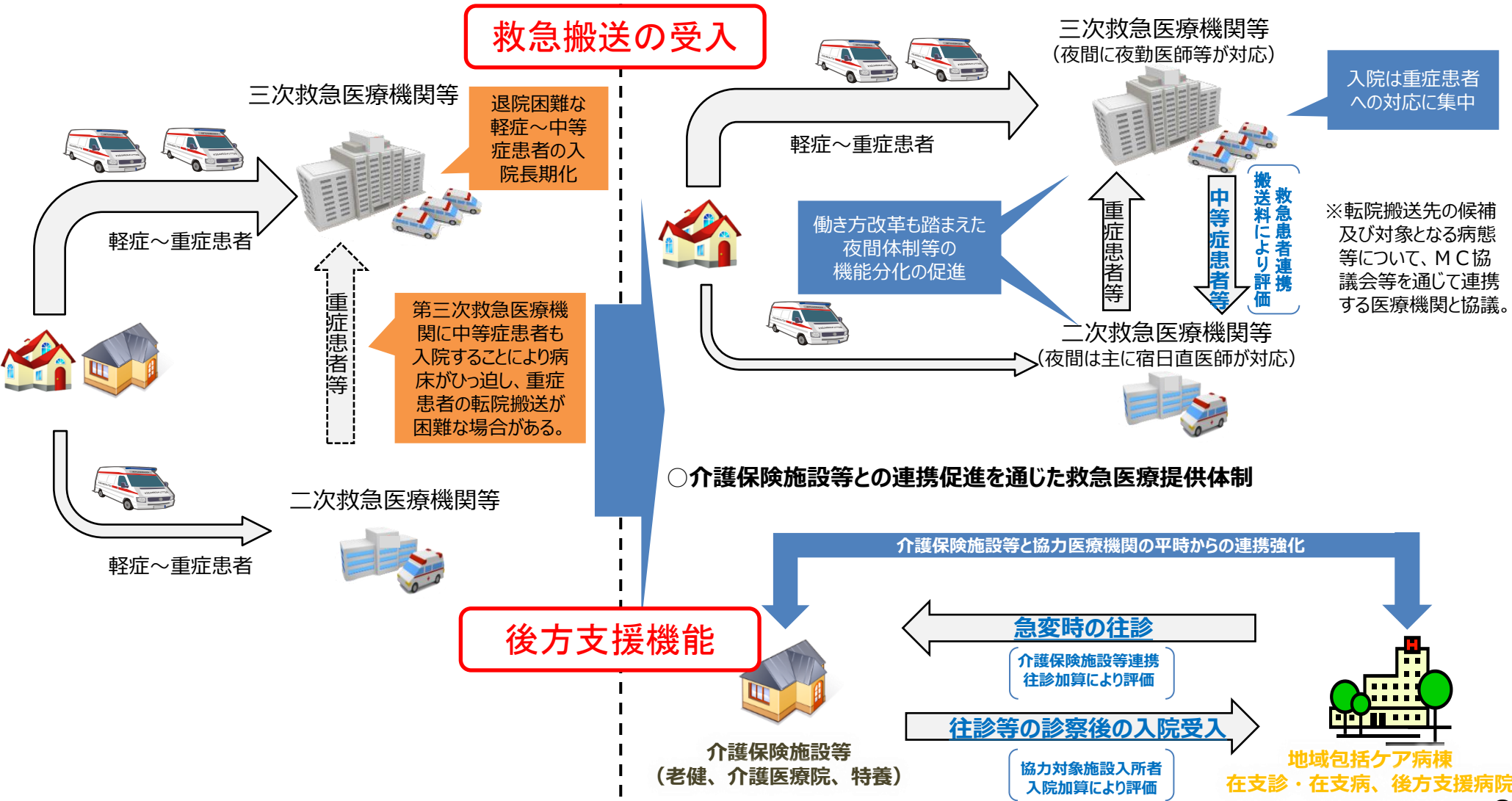
療養病棟

高齢者等の救急搬送に対する評価の見直しを通じた救急医療提供体制のイメージ

○これまでの救急医療提供体制における課題等

○初期診療後の適切な転院搬送の促進を通じた救急医療提供体制

※いわゆる下り搬送による患者と救急医療機関のマッチングは、地域による対応の一例であり、救急搬送先の選定における適切なマッチング等、それぞれの地域における救急医療提供体制が構築されることが考えられる。



新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和6年12月）

2. 2040年頃の医療をとりまく状況と課題（抄）

（1）医療需要等

- 2040年の医療需要については、**85歳以上の高齢者は医療・介護の複合ニーズを有する**場合が多く、85歳以上人口の増加に伴い、2020年と比較して、85歳以上の高齢者の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療の需要は62%増加することが見込まれる。また、認知症の人の数は増加している。
- 高齢者救急については、**自宅以外の高齢者施設等からの救急搬送の増加も見込まれる**ほか、発症後の**生活機能を維持するためのリハビリテーションや、退院後の生活環境等も踏まえた退院調整**がさらに重要となる。

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性（抄）

（1）新たな地域医療構想における基本的な方向性

- 医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年、さらにその先を見据え、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築する必要がある。このため、新たな地域医療構想において、以下の4点を中心として、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、**「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築する**必要がある。
- 1点目は、増加する高齢者救急への対応である。**高齢者救急について、その受入体制を強化するとともに、ADLの低下を防止するため、入院早期から必要なリハビリテーションを適切に提供し、早期に自宅等の生活の場に戻ることができる支援体制を確保する**ことが求められる。その際、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、医療DXの推進等による**在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等と地域の医療機関との連携強化**、かかりつけ医機能の発揮等を通じて、在宅医療を提供する医療機関や高齢者施設等の対応力を強化することも求められる。（後略）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和6年12月）

5. 新たな地域医療構想（抄）

（3）医療機関機能・病床機能

<医療機関機能の名称と定義>

・ **高齢者救急・地域急性期機能**

高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保する。

※地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

・ **在宅医療等連携機能**

地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。

※地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定

- ・ 急性期拠点機能（略）
- ・ 専門等機能（略）

※ **高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリテーションを含む、治し支える医療の観点が必要**である。

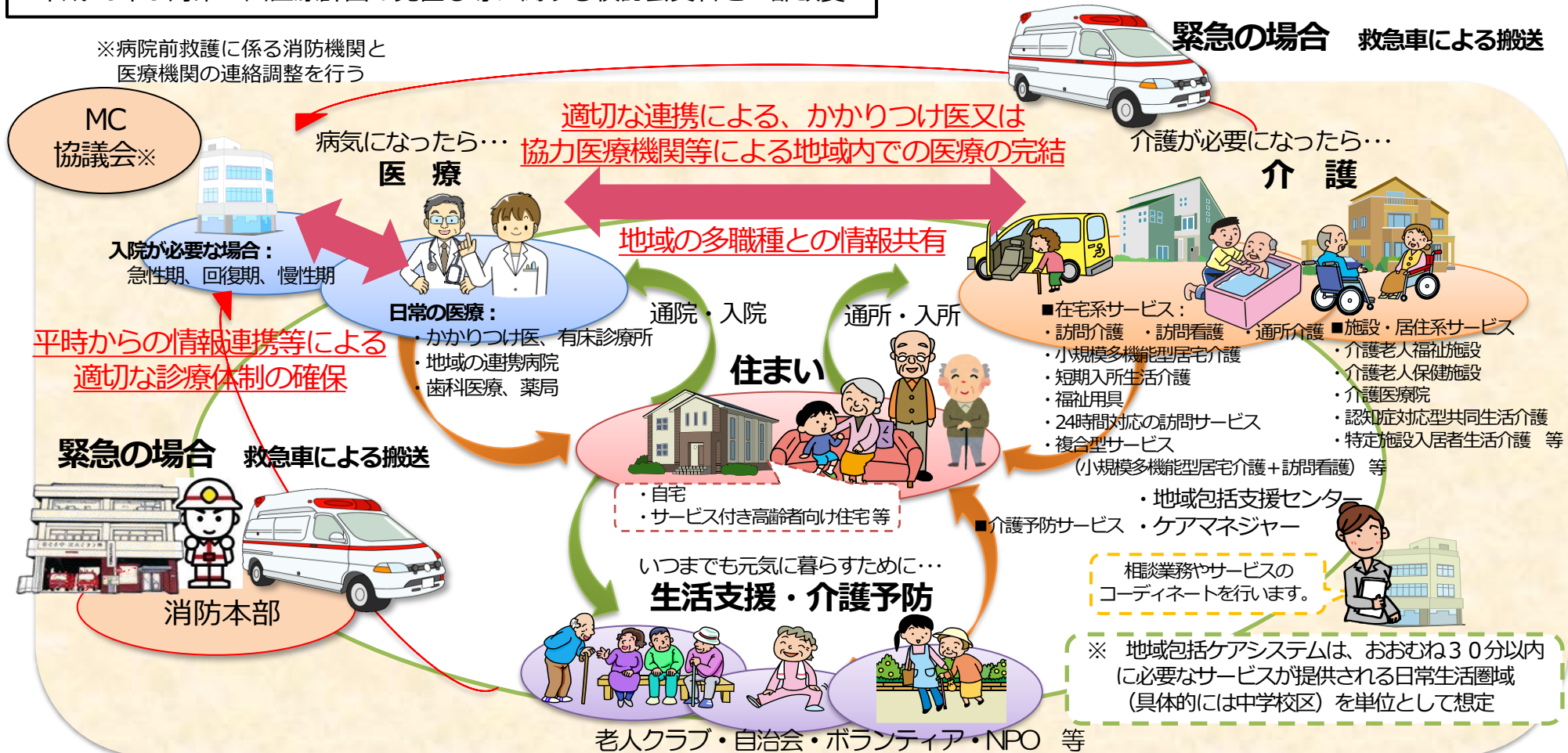
- ・ 医育及び広域診療機能（略）

地域包括ケアシステムの中における高齢者の救急対応

- 地域包括ケアシステムにおいては、介護施設等に入所する高齢者について、できる限り提携病院を含めた地域の中で完結することが望ましいとされてきた。

診 調 組 入 - 1
5 . 7 . 6 改

平成28年9月第4回医療計画の見直し等に関する検討会資料を一部改変



地域包括ケアについて

- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援しています。

医療や看護はご本人の
人生や生活の一部である



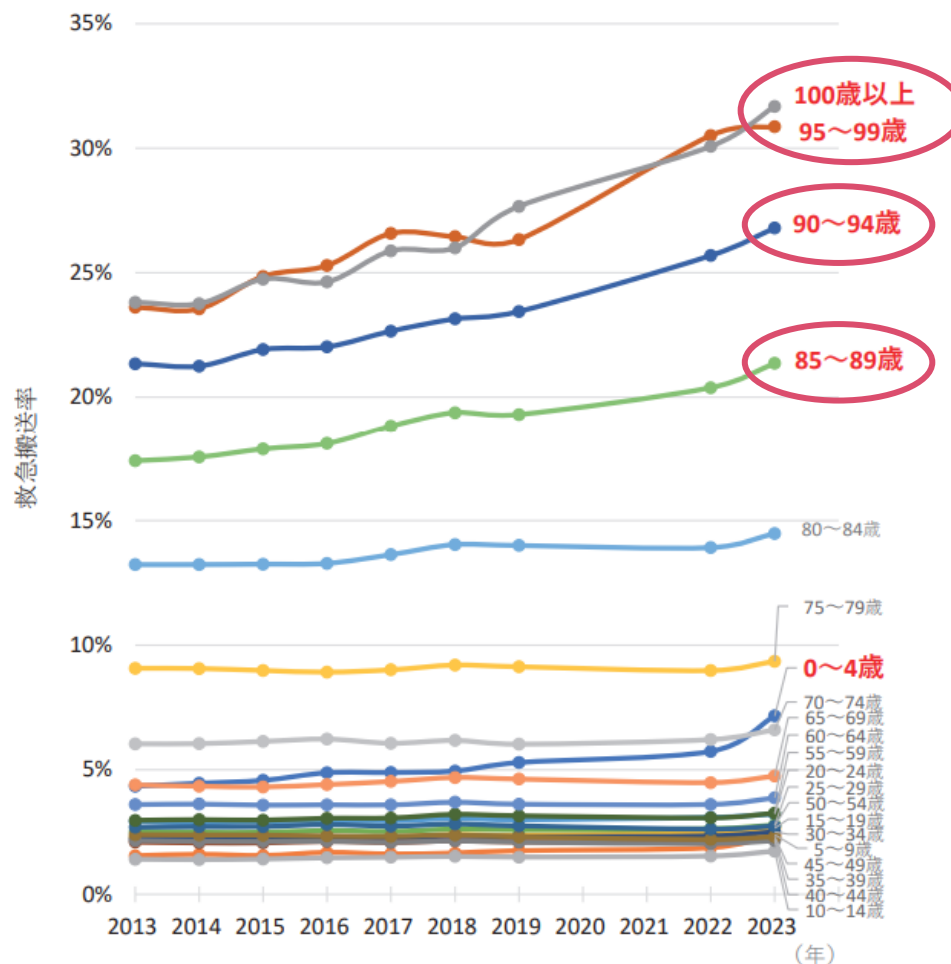
高齢者の救急搬送の増加

- 主に85歳以上の年齢階層で、救急搬送率が増加している。

年齢階層別の救急搬送率（全国単位）

救急搬送率 = 年間の救急搬送人員 ÷ 当該年の人口

救急搬送率の推移（2013～2023年）（コロナの2020、2021年除く）



高齢者救急問題の現状とその対応策についての提言2024

- 高齢者の救急搬送件数の増加、搬送時間の延長、患者さんご本人が事前に高度な治療を望まない場合においても搬送される事例があることを踏まえて、2024年に救急医学会等から関係する医療・介護・福祉・救急の現場への提言が発表された。
- 意思決定支援、その内容を共有・確認し治療やケアに反映することが提言されている。

高齢者施設管理者・職員の方々・日常的に医療・ケアに関係する医療・福祉スタッフの方々への提言の概要

- ・ご本人やご家族等と、最期までの過ごし方、望む医療・ケアや看取りについて話し合い、その内容を多職種で共有しませんか？
- ・配置医師、外部医師、看護・介護・ケア等のスタッフと、施設での急変時対応について、共有しておきましょう。
- ・高齢者の急変に備えましょう。（急変時にもかかりつけ医・嘱託医に連絡が取れる体制の整備、高齢者施設での看護、介護の積極的にかかわりにより、緊急性を要しない救急搬送や救急入院を回避するなど。）

急性期～慢性期病院の方々への提言の概要

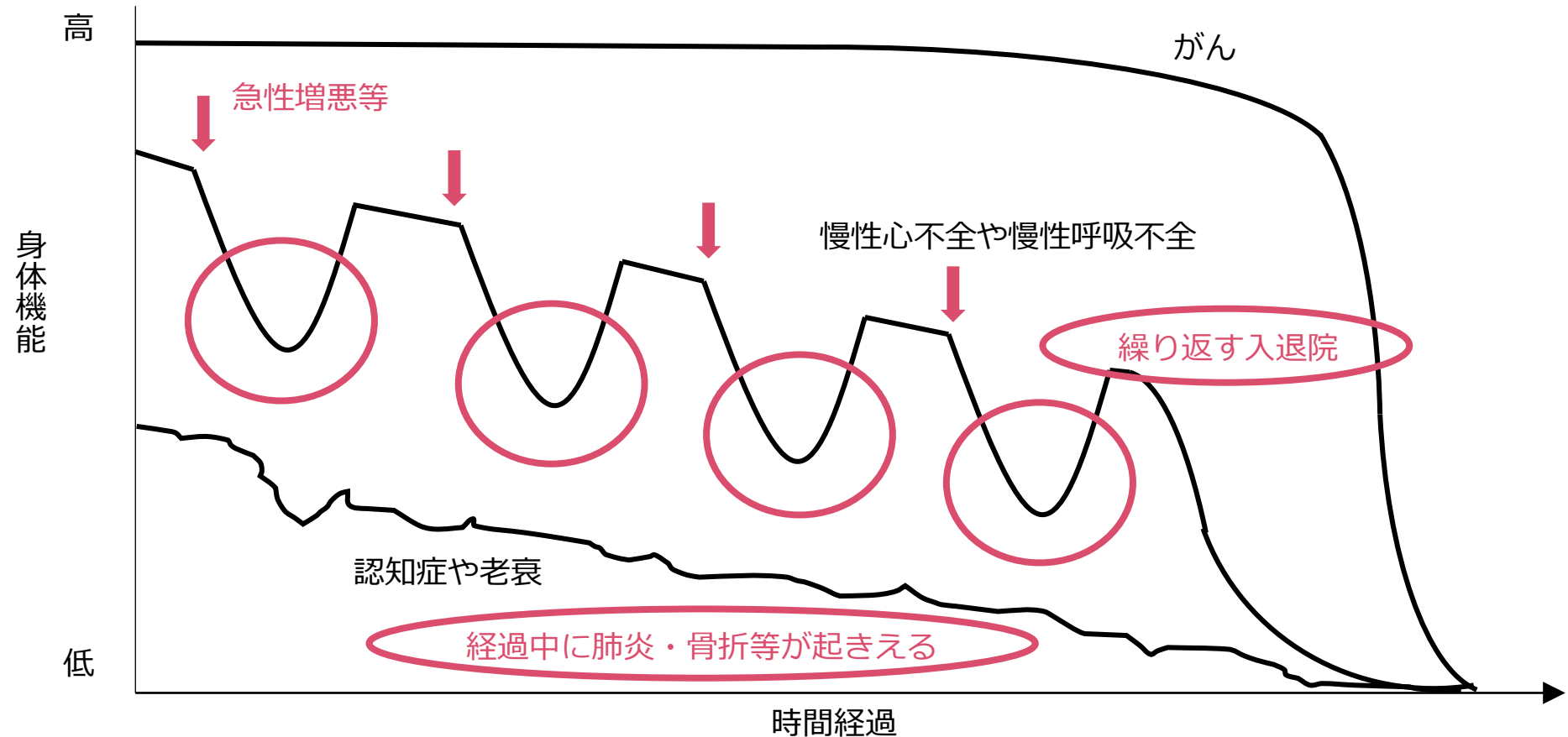
- ・今後どのような人生を望むのか、ご本人とご家族等で話し合ってください、多職種で支援、確認しましょう。
- ・地域全体で高齢者医療提供体制の再構築が必要です。
- ・急変時（救急外来でも）ACPの対話の状況を確認し、治療とケアのゴールの確認をしましょう。
- ・救急外来でも状況に応じた適切な医療・ケアを提供できる体制を整備しましょう。

消防職員の方々への提言の概要

- ・高齢者施設、地域の医療・福祉スタッフとの連携強化をお願いします。
- ・搬送依頼を受けて現場に到着したら、傷病者のDNARが判明した際の体制整備をお願いします。
- ・用語の理解を共に深めましょう。

終末期における疾病の軌道

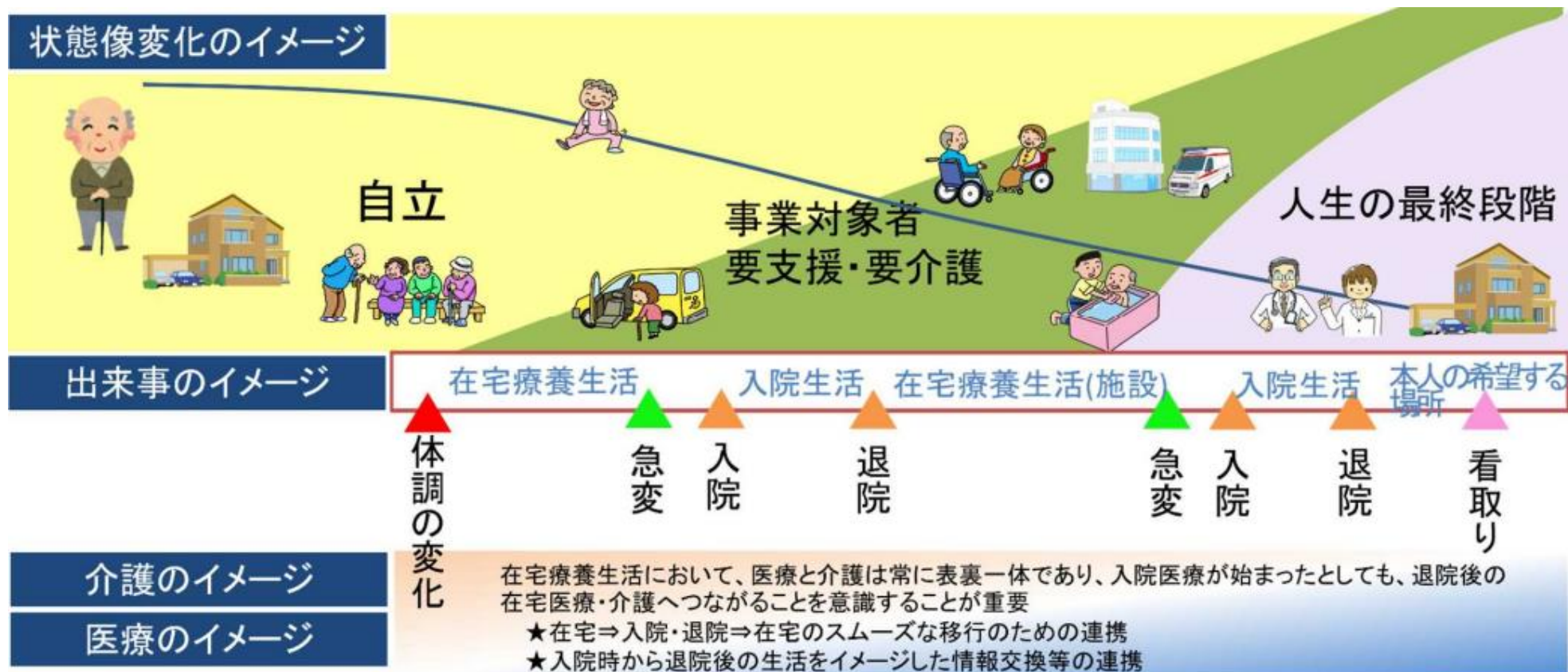
- Lynnらは終末期の軌道を、疾患の種類ごとに3つのモデルに分類した。慢性心不全や慢性呼吸不全モデルにおける急性増悪や、認知症・老衰等のモデルにおける感染症や脆弱性骨折の発症などが医療需要の高まるタイミングと考えられる。



在宅療養生活と入退院のスムーズな移行のための連携

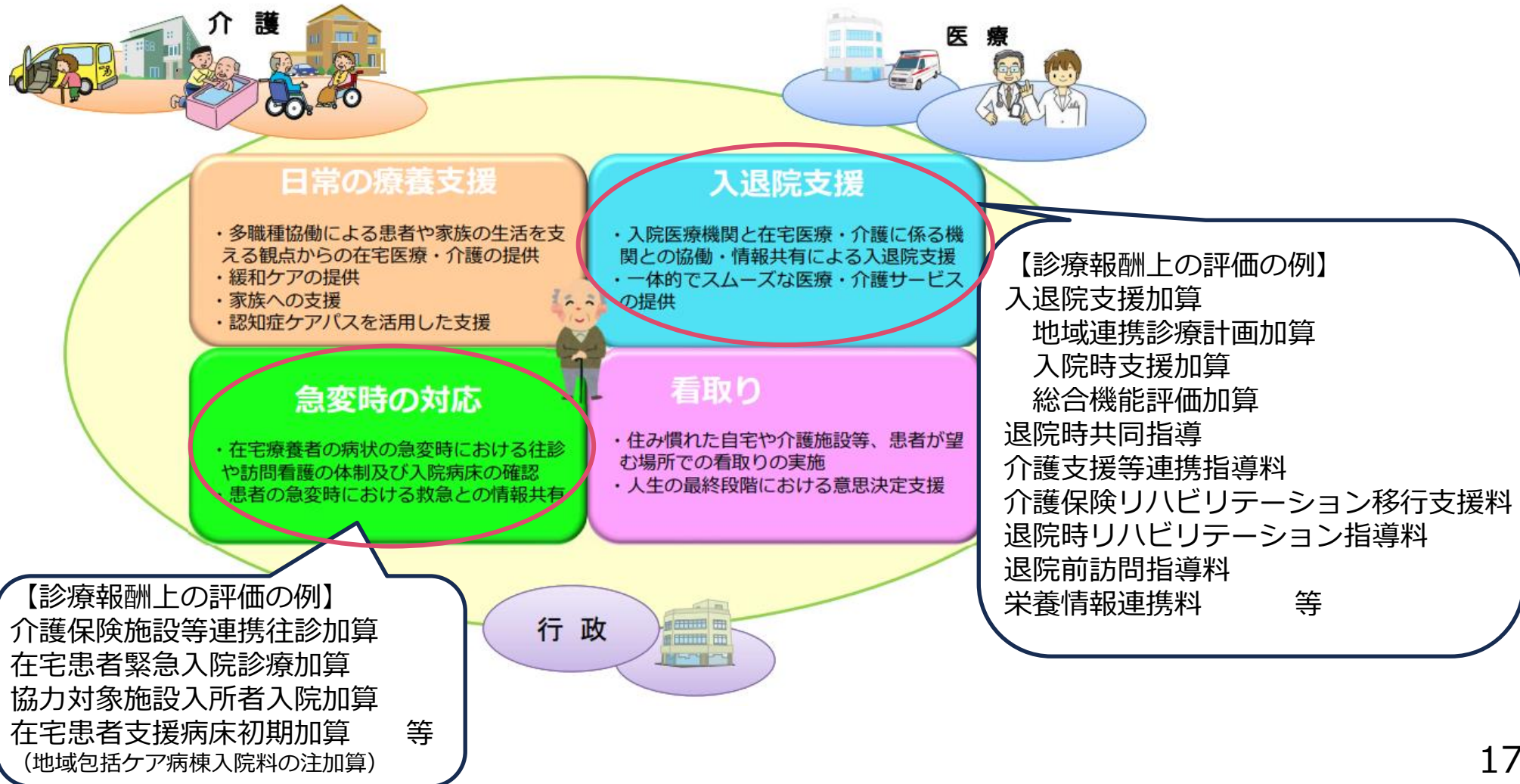
- 在宅医療・介護連携推進事業においても、在宅療養生活において入院医療を生じる場合、退院後の在宅医療・介護へつながることを意識し、連携・情報交換を行うイメージが示されている。
- 人生の最終段階においては、療養の場所として「本人の希望する場所」が示されている。

■在宅医療・介護連携推進事業の手引き「高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ」



在宅医療の4場面の視点からみる高齢者の医療

- 在宅医療の4場面をふまえると、入院医療は「急変時の対応」や「入退院支援」に特に密接に関係する。
- 在宅医療機関や介護施設等との連携や情報共有について、診療報酬においては対象となる患者の住まい、往診の有無、平時からの情報連携、連携をする職種や手段に基づき、様々な評価が設けられている。



かかりつけ医機能報告制度

- かかりつけ医機能報告制度においては、報告内容に基づき、各地域において関係者間で協議を行うことが想定されている。
- 例えば、入退院支援については、地域の在宅療養中の高齢者が病状の急変等により突発的に入院が必要となった場合に受け入れられる、後方支援の役割を担う病床の確保についての話し合いが示されている。

協議の場のイメージ（例：入退院支援）



(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

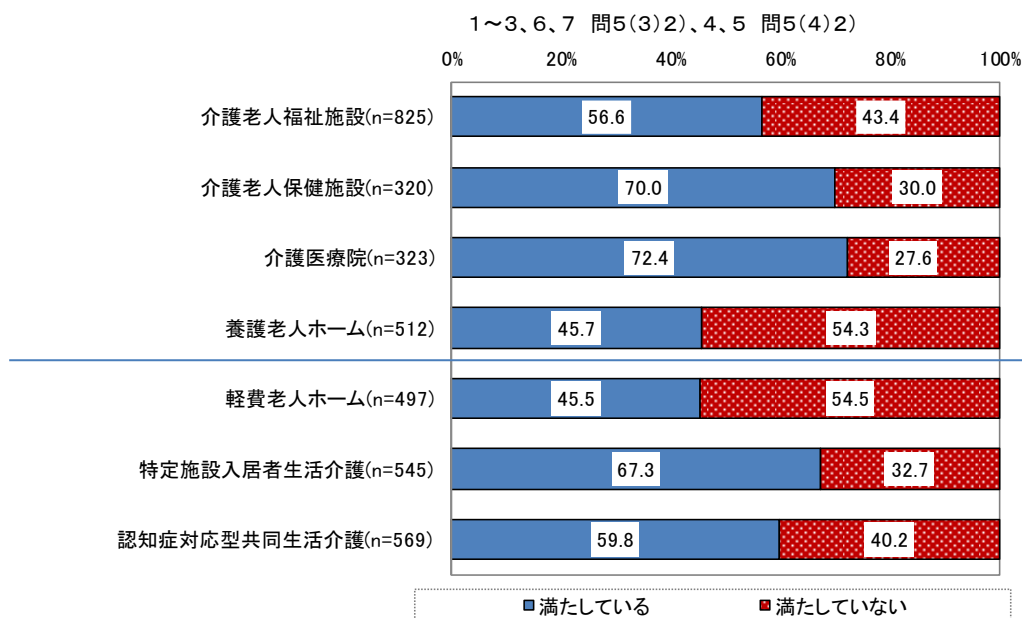
3. 調査結果概要

【協力医療機関の定め状況】

○介護老人福祉施設は56.6%、介護老人保健施設は70.0%、介護医療院は72.4%、養護老人ホームは45.7%が義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制(③は病院に限る)、の全てを満たす協力医療機関を定めていた。

○軽費老人ホームは45.5%、特定施設入居者生活介護は67.3%、認知症対応型共同生活介護は59.8%が努力義務化された①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を満たす協力医療機関を定めていた。

図表6 要件を満たす協力医療機関を定めている施設



※介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホームは、①相談対応を行う体制、②診療を行う体制、③入所者の入院を原則として受け入れる体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制、③入所者の入院を原則として、受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めること(③は病院に限る)を義務とした。

※軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護は①相談対応を行う体制、②診療を行う体制を有している協力医療機関を定めている割合。協力医療機関の回答がない場合は「満たしていない」とした。①常時相談対応を行う体制義務、②常時診療を行う体制を確保した協力医療機関を定めることを努力義務とした。

(1). 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

3. 調査結果概要

【入院患者の状況】

- 医療機関に入院となった入所者等について、どの施設も、要件を満たす協力医療機関を定めている方が救急車による搬送が少なかった。
- 救急車による搬送が行われたケースにおいて、要件を満たす協力医療機関を定めている高齢者施設等は、概ね入院先の医療機関と事前調整をした上で救急車を呼んだ割合が高かった。

図表36 救急車による搬送の有無

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	あり	なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=761)	33.0%	64.3%	2.8%
	満たしていない(n=429)	42.2%	53.6%	4.2%
介護老人保健施設	満たしている(n=504)	38.7%	58.7%	2.6%
	満たしていない(n=213)	39.9%	52.1%	8.0%
介護医療院	満たしている(n=191)	15.2%	80.1%	4.7%
	満たしていない(n=32)	28.1%	71.9%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=327)	30.6%	66.7%	2.8%
	満たしていない(n=341)	34.6%	60.1%	5.3%
軽費老人ホーム	満たしている(n=191)	33.0%	61.3%	5.8%
	満たしていない(n=165)	49.1%	48.5%	2.4%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=406)	49.5%	43.8%	6.7%
	満たしていない(n=183)	61.7%	34.4%	3.8%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=131)	47.3%	49.6%	3.1%
	満たしていない(n=93)	57.0%	40.9%	2.2%

図表37 救急車による搬送があったもののうち、入院先の医療機関と事前調整をした上で、救急車を呼んだか

1～4 問11(11)、5、6 問11(10)、7 問10(10)

	協力医療機関の要件	調整あり	調整なし	無回答
介護老人福祉施設	満たしている(n=251)	57.0%	41.0%	2.0%
	満たしていない(n=181)	46.4%	53.0%	0.6%
介護老人保健施設	満たしている(n=195)	75.4%	23.1%	1.5%
	満たしていない(n=85)	81.2%	15.3%	3.5%
介護医療院	満たしている(n=29)	89.7%	10.3%	0.0%
	満たしていない(n=9)	88.9%	11.1%	0.0%
養護老人ホーム	満たしている(n=100)	54.0%	42.0%	4.0%
	満たしていない(n=118)	33.9%	66.1%	0.0%
軽費老人ホーム	満たしている(n=63)	57.1%	33.3%	9.5%
	満たしていない(n=81)	43.2%	54.3%	2.5%
特定施設入居者生活介護	満たしている(n=201)	62.7%	34.8%	2.5%
	満たしていない(n=113)	57.5%	36.3%	6.2%
認知症対応型共同生活介護	満たしている(n=62)	62.9%	37.1%	0.0%
	満たしていない(n=53)	45.3%	52.8%	1.9%

「高齢者に対する適切な医療提供の指針」

- 医療従事者が高齢患者に対して過小でも過剰でもない適切な医療提供を行うことを支援することを目的として、2013年に厚生労働科研班が中心となって指針が公表された。高齢者に対する医療の基本的なあり方がまとめられている。

＜多疾患の併存と個別性の高さ＞

- ・ 多疾患併存状態の患者が多く、全ての病態を把握した上で包括的な管理をめざすことが望ましい。
- ・ 老化が機能面に及ぼす影響には個人差が大きい。

＜QOLの維持・向上をめざしたケア＞

- ・ 予備力が乏しく、疾病を契機としてADLやQOLの低下を生じやすい。一度ADL低下を来すと完全な回復は困難。
- ・ 疾病に罹患した場合は早期離床を図るとともに、機能回復のためのリハビリテーションを早期から行い、日常生活機能の保持を図ることが重要。
- ・ 老年症候群（※）の予防や治療のため、包括的なスクリーニングと評価に基づく対応が必要である。
※高齢者に頻繁にみられる、認知症、せん妄、うつ、虚弱、廃用症候群、低栄養、嚥下障害、転倒、尿失禁、便秘、褥瘡、脱水などの諸症状。
- ・ 完治をめざすことができない慢性疾患について、保健・医療・福祉の一体的な取組によって療養環境の整備、メンタルケア、ヘルスケア、緩和ケア等を行い、QOLを低下させる症状の緩和をめざす必要がある。

＜生活の場の重視＞ ＜意思決定支援＞

- ・ 患者本人が生活の場として快適に過ごせる場所で長く過ごせるよう、医療が必要となった場合もどのような場で行うかやその優先順位について、患者本人の意思・価値観を最も重視した意思決定支援を行い、家族、介護者等と情報交換し、支援をする必要がある。
- ・ 療養の場が変わることによるリロケーションダメージを減じるため、予防や連携が必要。

＜薬物療法の工夫＞

- ・ 薬物療法による有害事象に注意して薬剤選択や用法用量の工夫をする必要がある。
- ・ 若年者の疾病ガイドラインをそのまま適用することは必ずしも適切ではない場合がある。

＜家族や介護者のケア＞

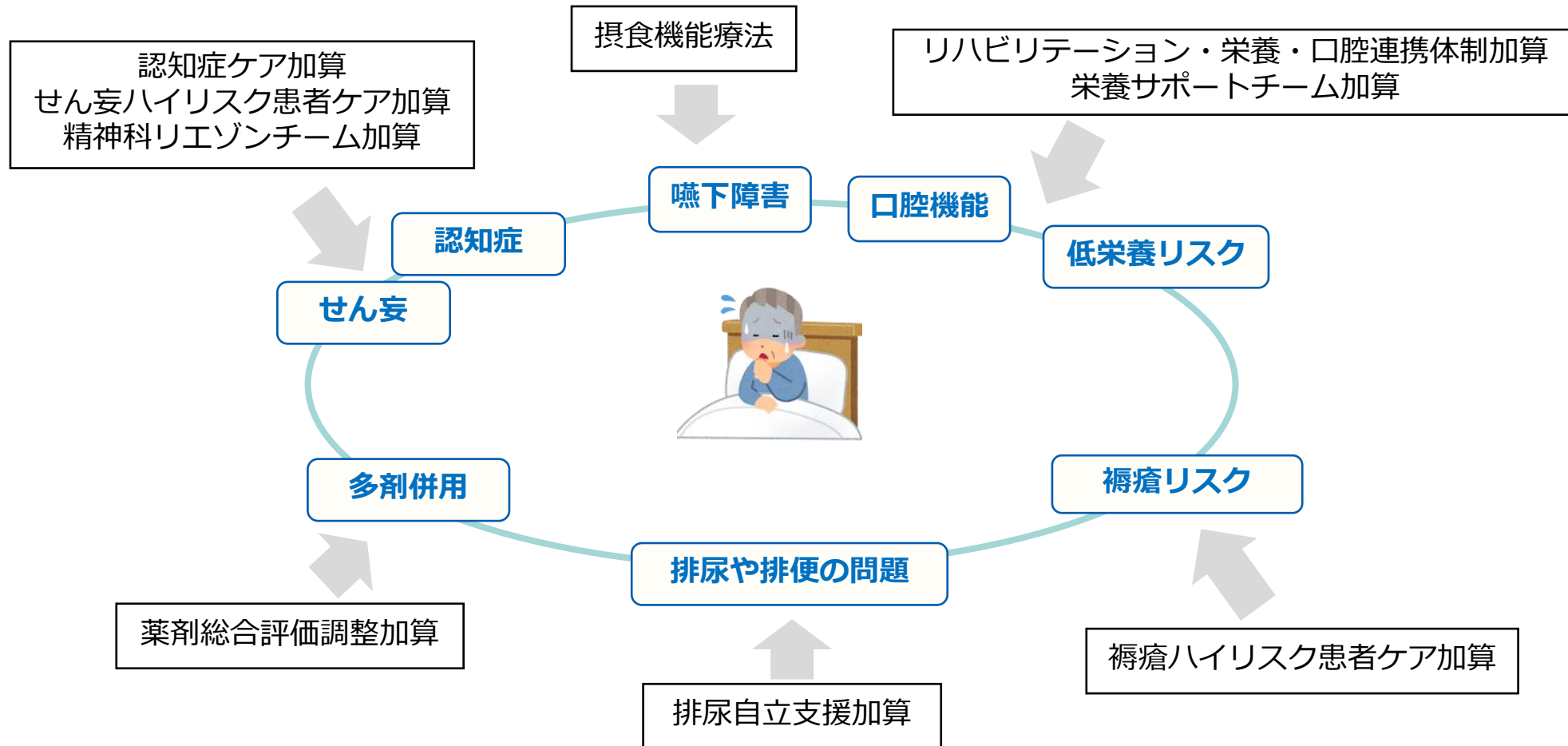
- ・ 介護者の心身の負担に配慮し、介護保険サービスを始めとする社会資源の導入について検討する必要がある。

＜チーム医療と多職種共働＞

- ・ チーム医療が必須であり、適切な導入が、医療の質・安全性の向上・医療スタッフの負担軽減に有効である。

高齢者の入院医療における包括的なスクリーニングと評価に基づく対応

- 高齢患者の入院医療においては、主たる傷病の治療以外にも、急性疾患の発症や生活の場を離れた安静臥床に伴う様々な機能障害のリスクを考慮した、総合的な診療が必要である。
- 診療報酬上も、多職種に関わりによる種々の加算により、これらの対応が評価されている。
(一部の病棟においては、入院料に包括。)



高齢者の医療に係る現状と課題

【高齢者の医療のニーズと「新たな地域医療構想のとりまとめ」における医療機関機能について】

- 85歳以上の世代においては、入院患者数、要介護認定者数ともに増加しており、主として地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟で、高齢・要介護者の割合が経年的に増えている。
- 「新たな地域医療構想のとりまとめ（令和6年12月）」において、医療と介護の複合ニーズを持つ高齢患者の増加、高齢者の救急搬送の増加、高齢者の入院医療における早期からの在宅復帰を目指した関わりの必要性等を踏まえ、「高齢者救急・地域急性期機能」や「在宅医療等連携機能」が医療機関機能として位置づけられた。

【高齢者の救急搬送の受入体制について】

- 85歳以上の救急搬送率が増加している。
- 令和6年度診療報酬改定では救急患者連携搬送料、地域包括医療病棟が新設された。

【在宅・介護施設等の後方支援機能について】

- 地域包括ケアシステムにおいても、従来より適切な連携等により生活地域において医療を完結することが望ましいと考えられている。
- 新たに開始されるかかりつけ医機能報告制度において、かかりつけ医機能を後方支援する病院・診療所の役割や、平時からの情報共有ルールや、救急搬送ルールについて、地域の協議の場で話し合うこととされている。

【高齢者の入院中に必要な介入について】

- 高齢者の診療においては、主傷病の治療以外にも、廃用症候群を含む老年症候群の予防や対応、早期からのリハビリテーション、ポリファーマシーへの対応、意思決定支援等の視点が必要である。
- 令和6年度診療報酬改定ではこうした機能を持つ病棟として地域包括医療病棟の新設、リハビリ・栄養・口腔ケア等の総合的な診療の評価等が行われた。



【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 高齢者の入院医療について（総論）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その1）
 - 2－1. 地域包括医療病棟の施設等について
 - 2－2. 地域包括医療病棟に入院する患者像について
 - 2－3. 地域包括医療病棟のプロセス・アウトカム評価について
 - 2－4. 地域包括ケア病棟について
 - 2－5. 治し支える医療を提供する医療機関について
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その1）
4. 慢性期について（その1）

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



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

包括期を担う病棟の施設基準

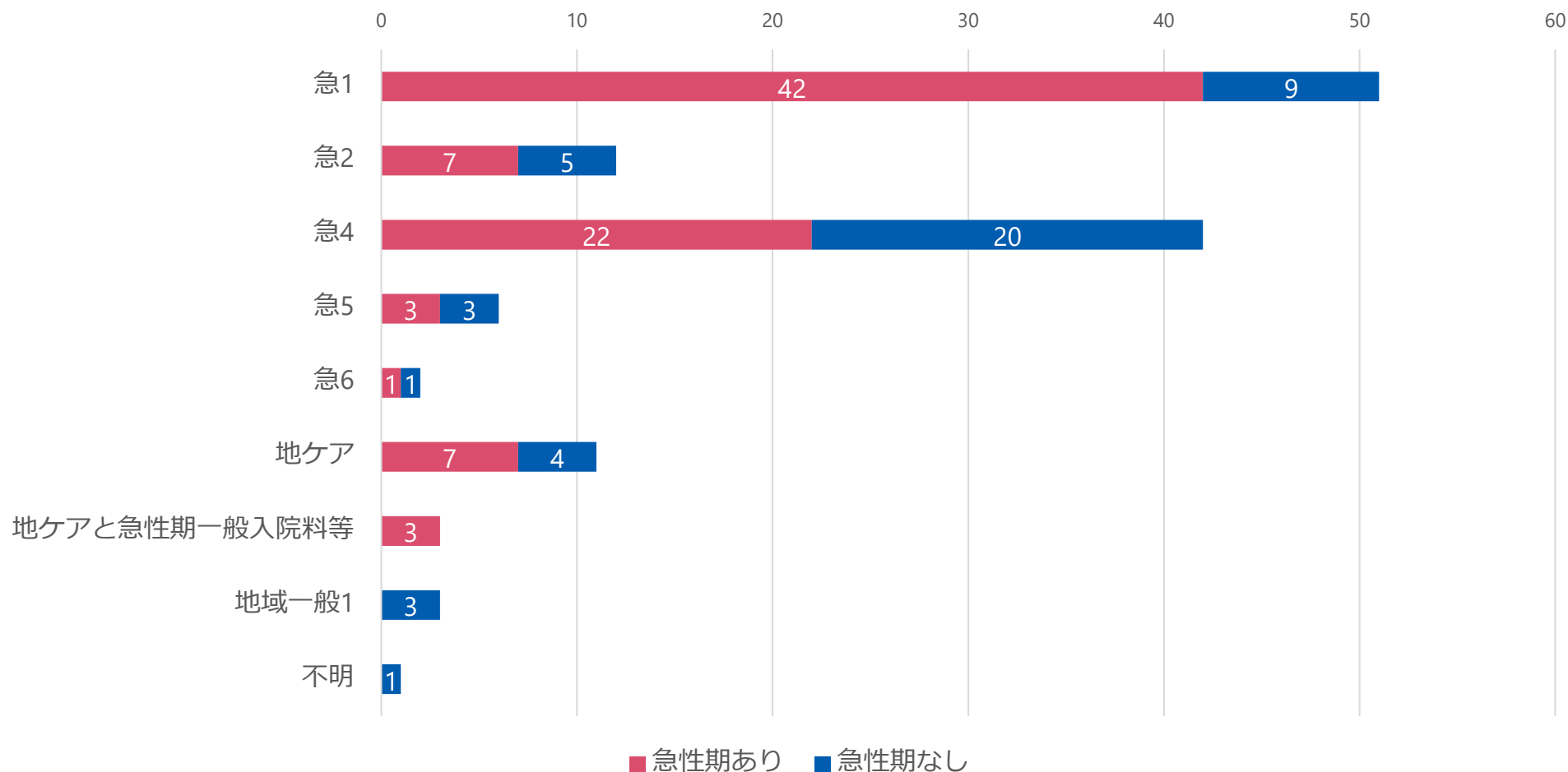
		(参考) 急性期一般入院料 4	地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対 1	10対 1	13対 1	13対 1
	看護師割合	7 割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(－)	常勤 2 名以上	常勤 1 名以上	常勤 1 名以上
	管理栄養士	(－)	専任常勤 1 名以上	(－)	(－)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は 6 単位まで	包括、必要者に 2 単位以上	包括、必要者に 2 単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に資する体制整備		要		
病棟・プロセス・アウトカム	重症度、医療・看護必要度	A 3 点以上又は C 1 点以上／ A 2 点以上又は C 1 点以上	A 2 点以上かつ B 3 点以上、 A 3 点以上、C 1 点以上のいずれか	A 1 点以上又は C 1 点以上	A 1 点以上又は C 1 点以上
	看護必要度Ⅰ	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度Ⅱ	15%以上	15%以上	8 %以上	8 %以上
	入院日に特に介助を要する患者		5 割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		5 %未満		65%未満
	自宅等から入院			2 割以上	★ 2 割以上
	自宅等からの緊急入院			前 3 ヶ月で 9 人以上	★前 3 ヶ月で 9 人以上
	救急搬送		15%以上		
	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		8 割以上	72.5%以上／70%以上	72.5%以上／70%以上
病院ストラクチャー・プロセス	その他の プロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が 5 %未満 院内褥瘡発症が2.5%未満		
	病床数等			200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			6 項目のうち 2 つ以上を提供	6 項目のうち 1 つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援		入退院支援加算 1 の届出 (＝連携機関数が25以上)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 1) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 2) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)
病院ストラクチャー・プロセス	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

地域包括医療病棟入院料を届け出る前の入院料

- 急性期一般入院料 1 からの移行が4割程度と最多であり、急性期一般入院料 4、急性期一般入院料 2、地域包括ケア病棟からの移行が続いた。急性期一般入院料 2－6 から移行した医療機関の半数程度では、移行により急性期一般入院料の届出病棟がなくなっていた。

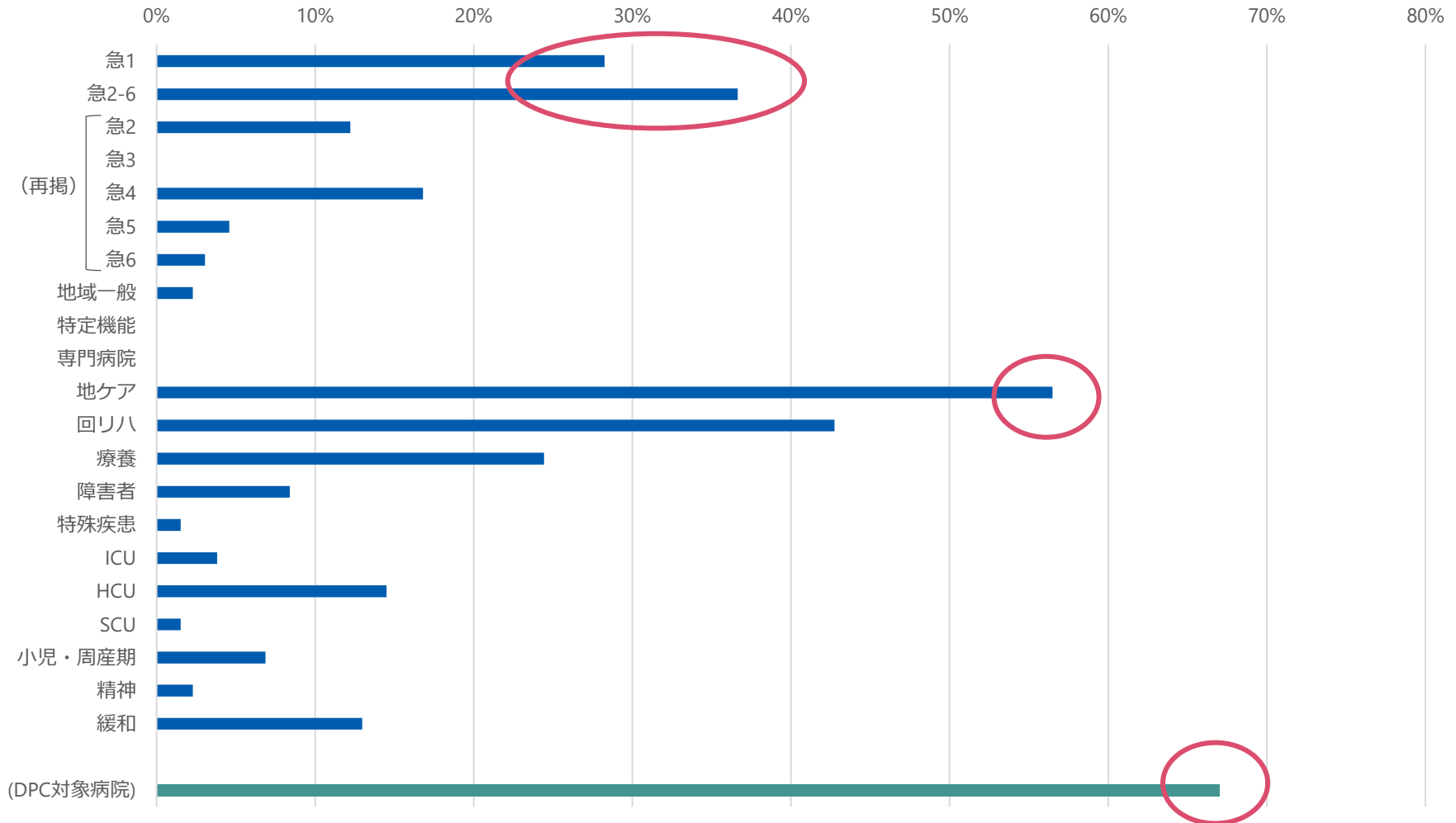
地域包括医療病棟を届け出る前の入院料ごとの医療機関数(n=131)



地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

- 同一医療機関内に急性期一般入院料 1～6 のいずれかを有する医療機関が約 3 分の 2 であり、地域包括ケア病棟を有する医療機関が半数以上であった。
- 約 3 分の 2 が同一医療機関内にDPC対象病床を有していた。

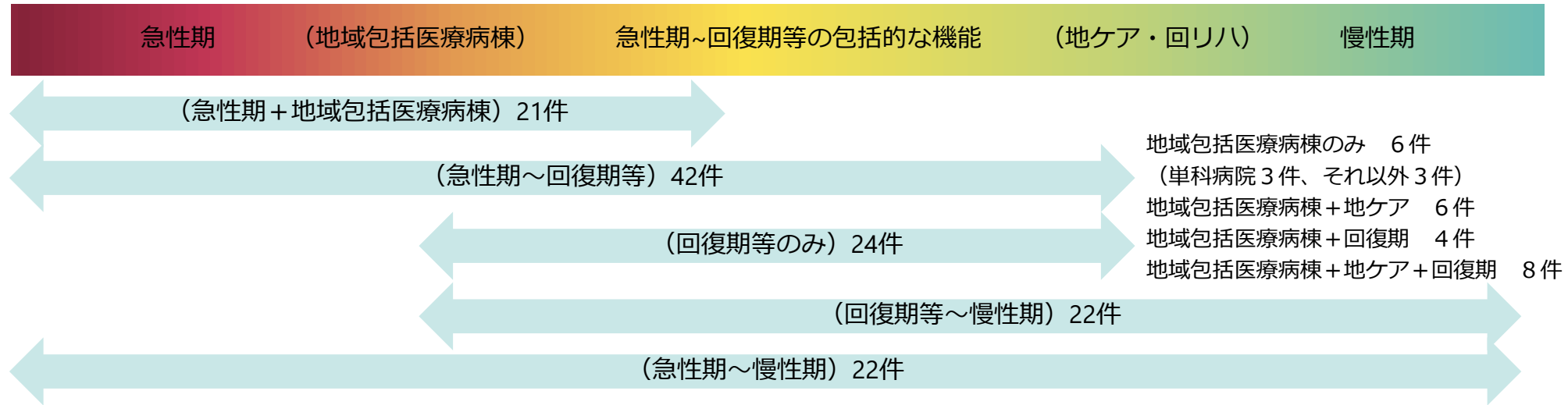
地域包括医療病棟を有する医療機関における、他の入院料を届け出ている施設の割合(n=131)



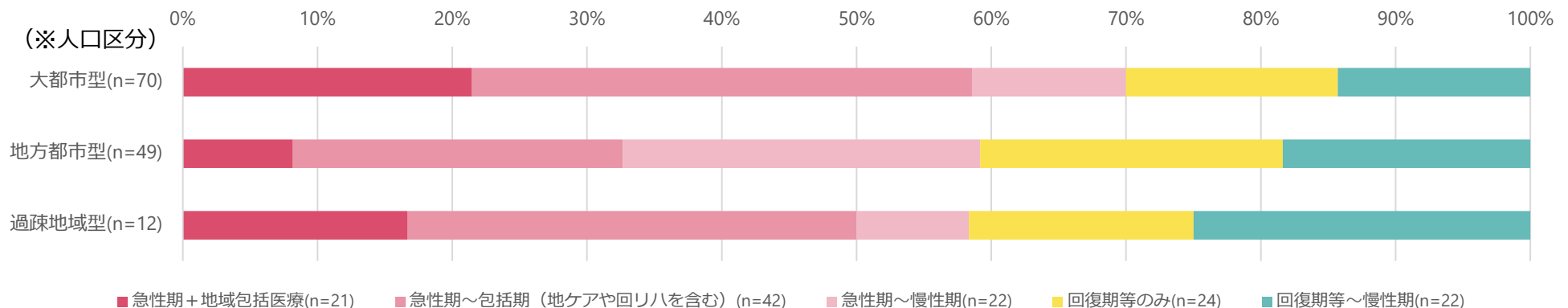
地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

- 地域包括医療病棟を有する医療機関が併設している病棟の組み合わせは様々であった。
- 二次医療圏の人口区分別にみると、大都市型の二次医療圏では急性期機能を有する病院が多く、過疎地域型になるにつれ、回復期等～慢性期病棟のみを有する病院の割合が多かった。

【地域包括医療病棟を有する医療機関がもつ病棟の組み合わせ】



二次医療圏の人口区分ごとの地域包括医療病棟と併設病棟の組合せの分布(n=131)

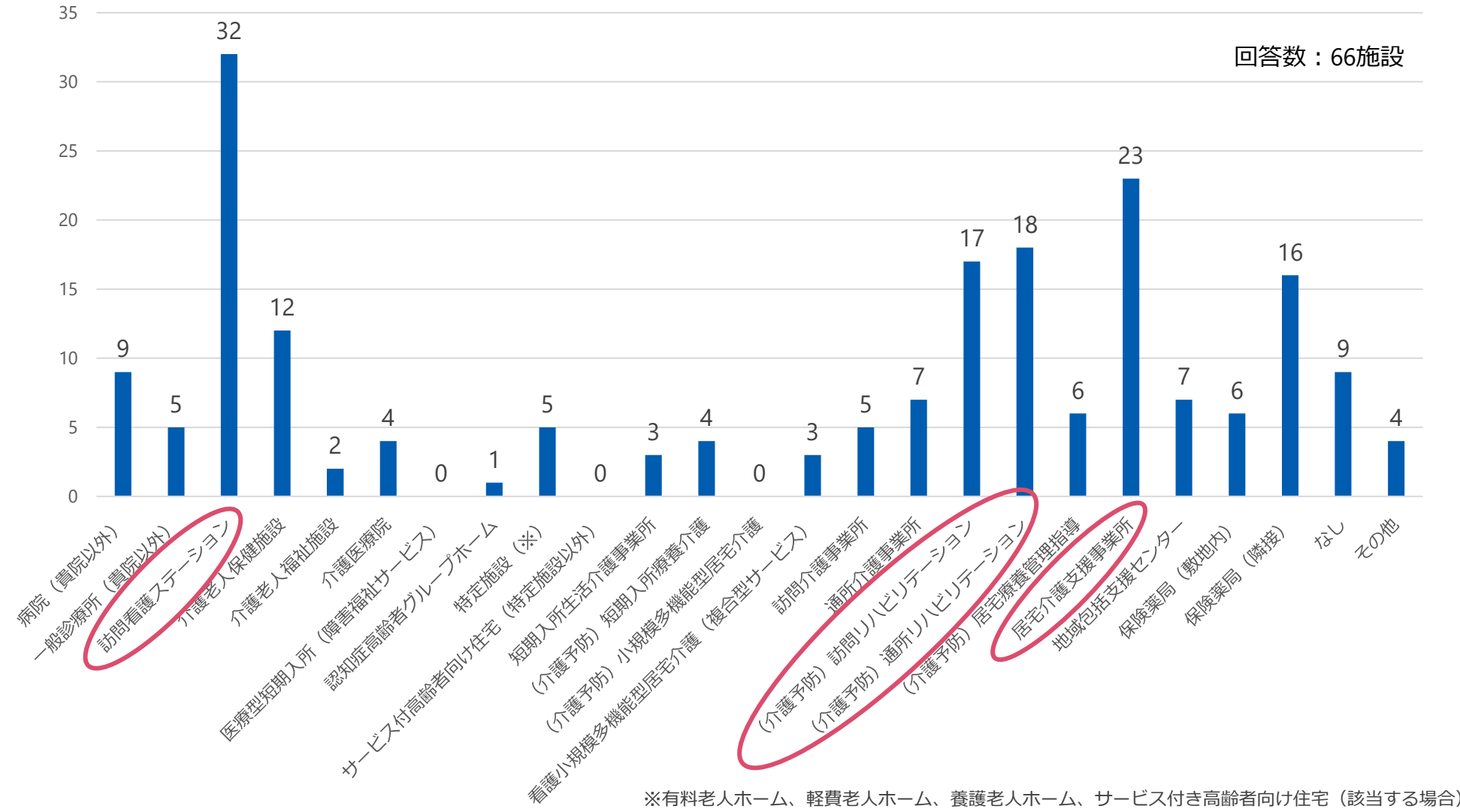


※大都市型：人口100万人以上又は人口密度2000人/km²以上、地方都市型：人口20万人以上又は人口10万人～20万人で

出典：DPCデータ（2024年12月） 人口密度が200人/km²以上、過疎地域型：人口10万人未満又は人口10万人～20万人で人口密度200人/km²未満と区分

地域包括医療病棟入院料の届出施設における同一・隣接敷地内の事業所

○ 地域包括医療病棟入院料を届け出ている施設のうち、同一・隣接敷地内に約半数が訪問看護ステーションを有していた。また、居宅介護支援事業を有する施設も多くみられた。



地域包括医療・地域包括ケア病棟入院料等を算定する病棟の平均職員数

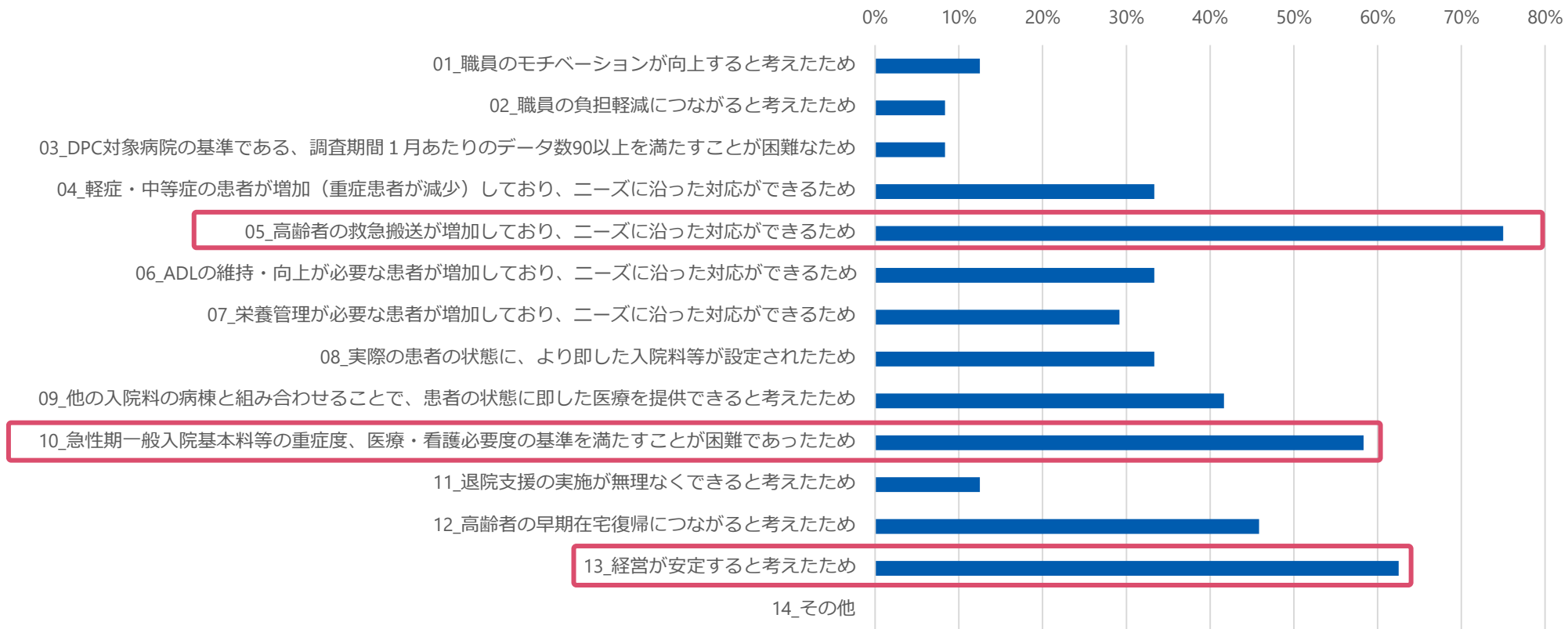
診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

○ 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟の40床あたり平均職員数は以下のとおりであった。

入院料		地域包括医療病棟入院料	地域包括ケア病棟入院料 ・管理料 1	地域包括ケア病棟入院料 ・管理料 2	地域包括ケア病棟入院料 ・管理料 3 ～ 4
40床あたりの平均職員数	回答病棟数	21	281	213	9
	平均病床数	43.19	41.16	44.27	37.67
	看護師	20.74	21.76	21.61	19.65
	准看護師	0.57	1.96	2.06	2.44
	看護師及び准看護師	21.30	23.73	23.66	22.09
	看護補助者	3.75	7.75	7.70	8.36
	看護補助者のうち介護福祉士	0.57	2.74	1.68	2.33
	薬剤師	0.99	0.55	0.61	0.40
	管理栄養士	0.41	0.39	0.26	0.43
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	2.02	3.99	2.05	1.81
職員数	相談員	0.70	0.64	0.44	0.66
	医師事務作業補助者	0.10	0.22	0.13	0.34
	その他職員	0.13	0.23	0.13	0.00

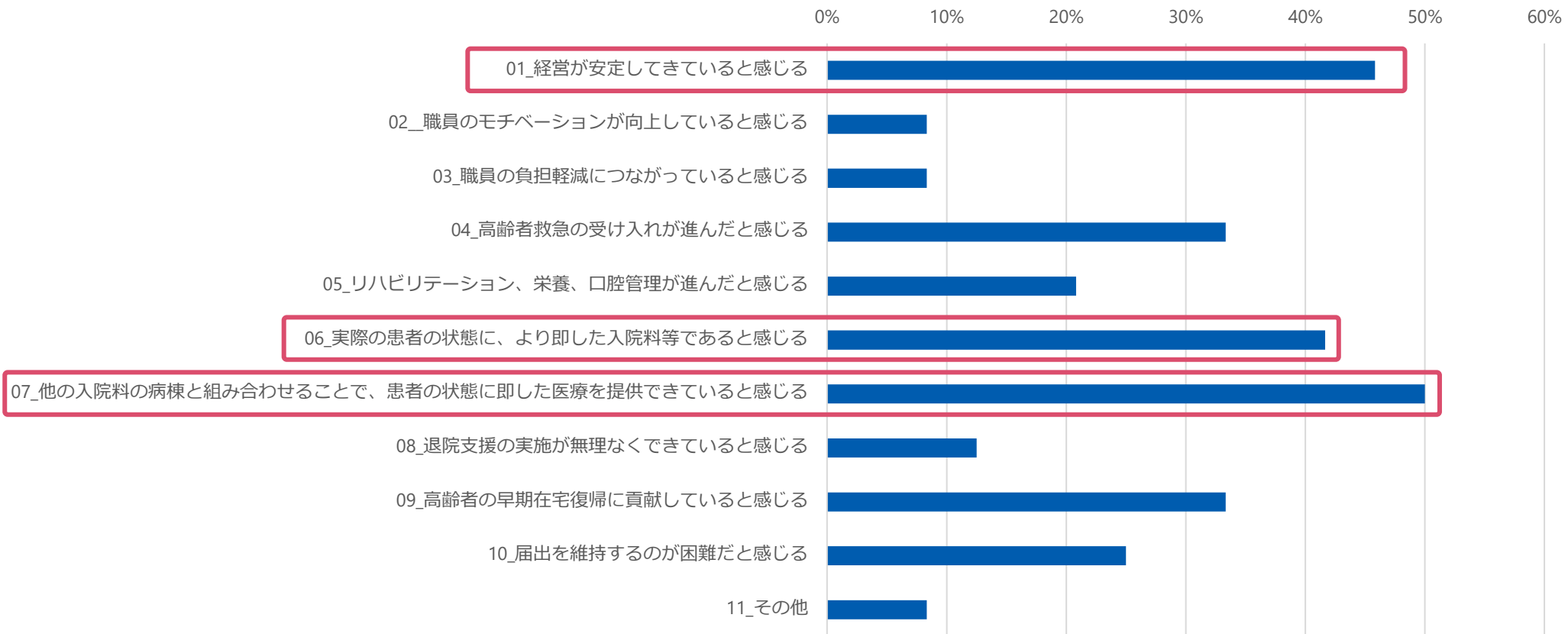
- 地域包括医療病棟の届出を行った医療機関において、届出を行った理由は「高齢者の救急搬送の増加に伴いニーズに沿った対応が可能」「経営が安定すると考えた」「急性期一般病棟入院基本料等の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難」が多かった。

地域包括医療病棟入院料の届出を行った理由（n=24）



- 地域包括医療病棟入院料の届出を行った結果、現時点で感じていることとしては、「他の入院料の病棟と組み合わせることで患者の状態に即した医療を提供できている」「経営が安定してきている」「実際の患者の状態により即した入院料等であると感じている」が上位であった。

地域包括医療病棟入院料の届出を行った結果、現時点でどのように感じているか (n=24)

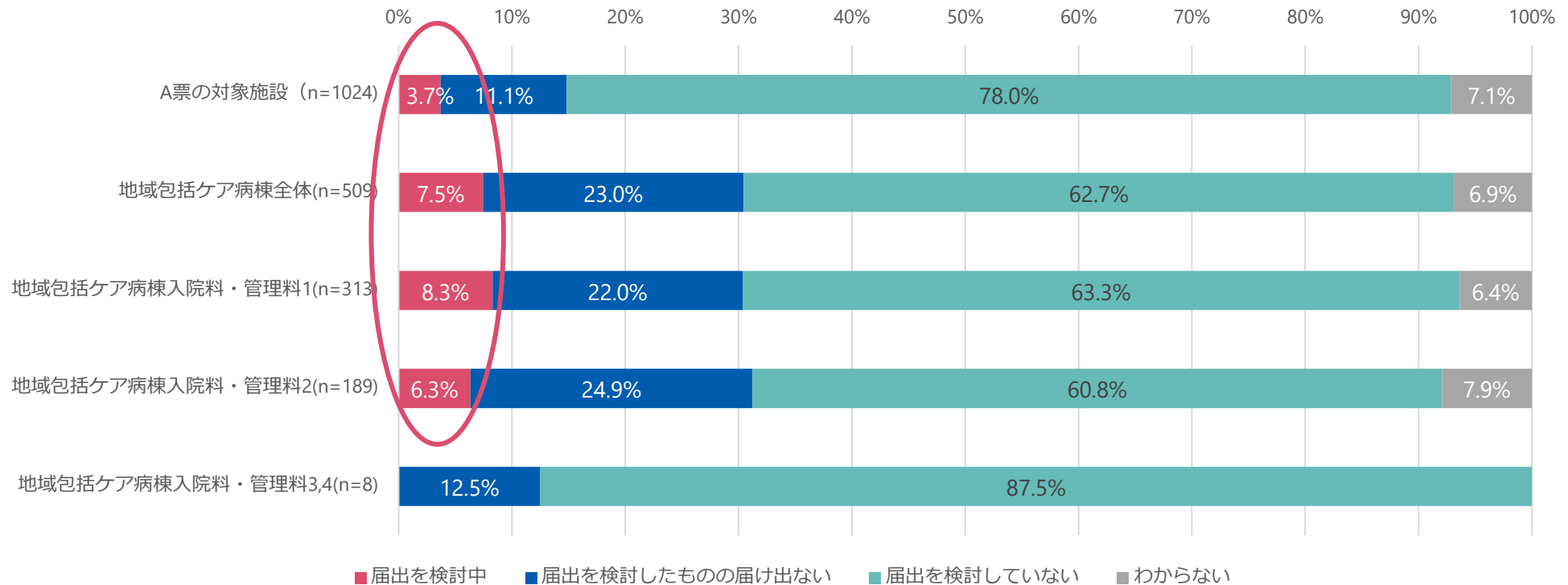


今後の地域包括医療病棟の届出意向

診調組 入-1参考
7.5.22改

- 施設調査票（A票）の対象施設のうち、地域包括医療病棟を届け出ていない医療機関における今後の届出について、検討した医療機関は約15%であり、実際に届出を検討中の医療機関は3.7%であった。
- 地域包括ケア病棟を届け出ている施設では、届出を検討した医療機関は30.5%あり、実際に検討中の医療機関は7.5%で、急性期の医療機関と比較して届出を検討している施設が多かった。
- A票の対象施設の約8割、地域包括ケア病棟・病室を届け出ている施設の約6割は届出を検討していないと回答した。

地域包括医療病棟の届出意向

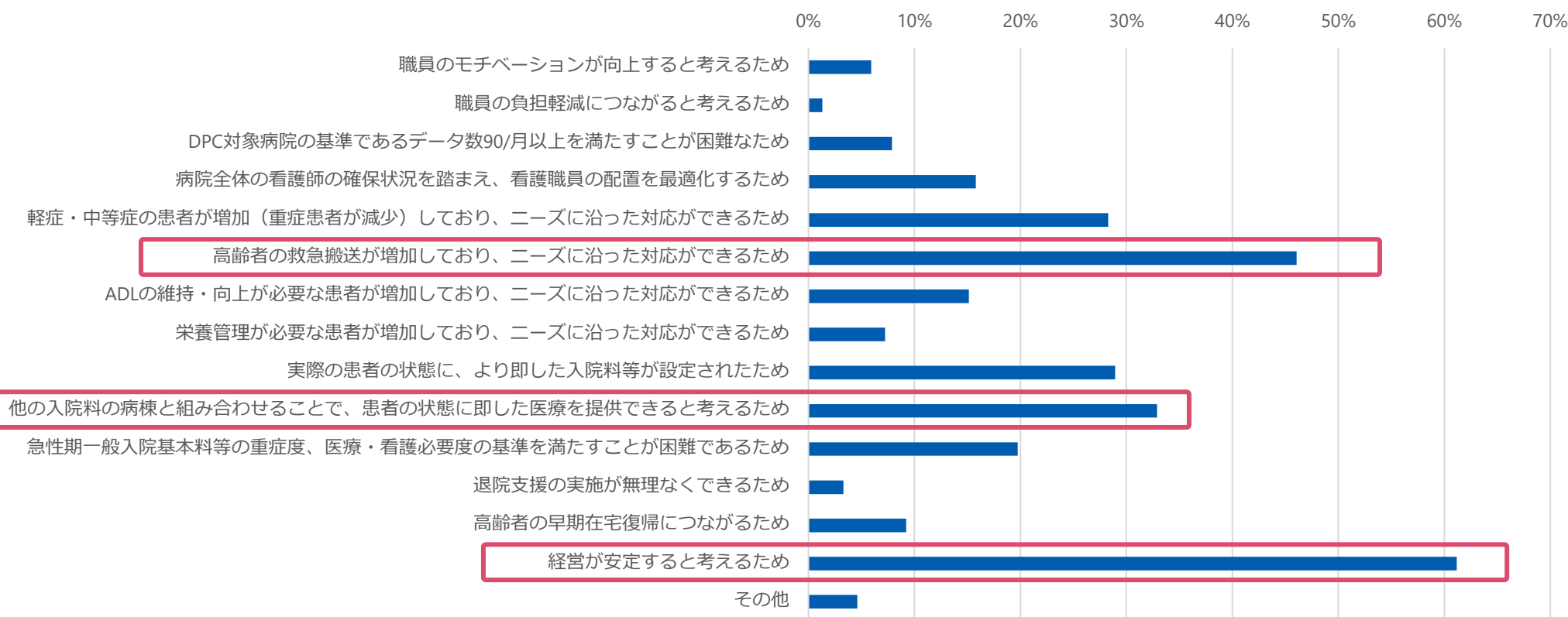


(A票) 地域包括医療病棟の届出を検討した場合、その理由

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2 改

- 地域包括医療病棟の届出を検討した理由としては、「経営が安定すると考える」が最多で、約6割程度の医療機関が回答した。次いで「他の入院料との組合せによる患者に状態に即した医療の提供が可能」や「ニーズに沿った対応が可能」と回答した医療機関が多かった。
- これらは既に地域包括医療病棟を届け出た医療機関における、届出をした理由とほぼ同じ傾向であった。

届出を検討しているもしくは検討した理由 (n=152)

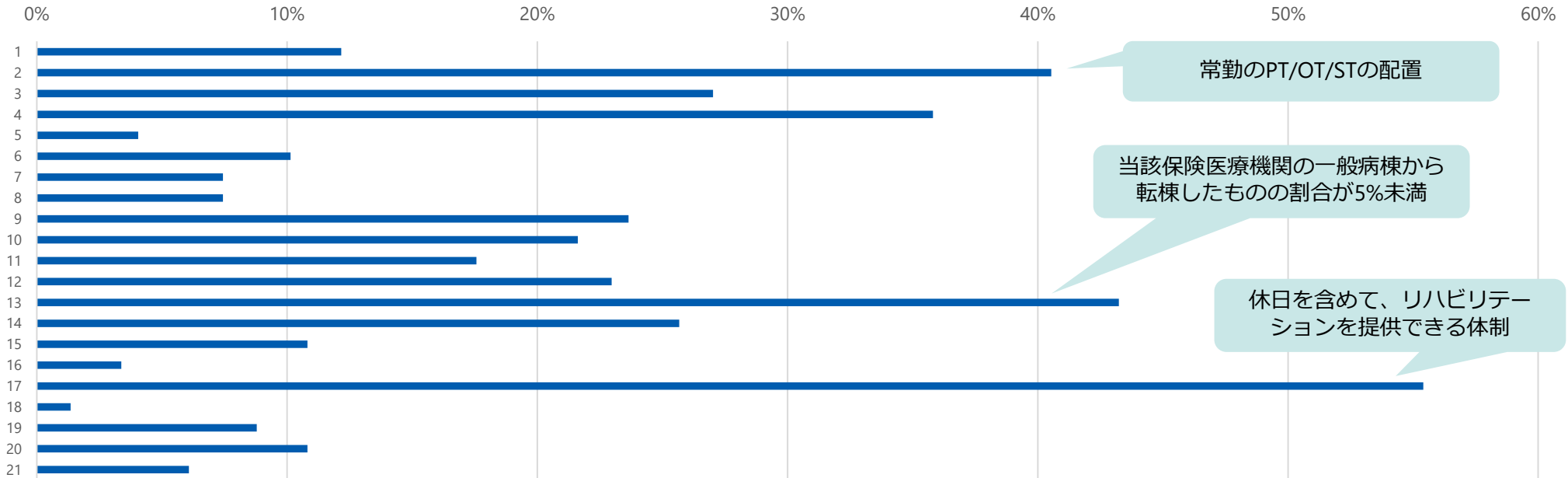


(A票) 地域包括医療病棟の届出にあたり基準を満たすことが困難な項目

- 届出にあたって満たすことが困難な施設基準として、「休日を含めすべての日にリハビリテーションを提供できる体制の整備」を回答した医療機関が半数を超えていた。
- 続いて、「自院の一般病棟からの転棟が5%未満」「常勤のPT/OT/STの配置」「ADLが低下した患者が5%未満」が多くあげられた。

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2 改

地域包括医療病棟の届出にあたり、基準を満たすこと等が困難な項目 (n=148)



01_看護職員の配置

02_常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置

03_専任の常勤の管理栄養士の配置

04_当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）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

05_退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催

06_DPC対象病院の基準である、調査期間1月あたりのデータ数90以上を満たすこと

07_2次救急医療機関又は救急告示病院であること

08_常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること

09_重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと

10_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、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

11_平均在院日数が21日以内であること

12_退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること

13_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

14_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運搬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

15_データ提出加算及び入院退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること

16_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

17_休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること

18_リハビリテーションに必要な構造設備

19_急性期充実体制加算を届出を行っていない保険医療機関であること

20_経営の安定性

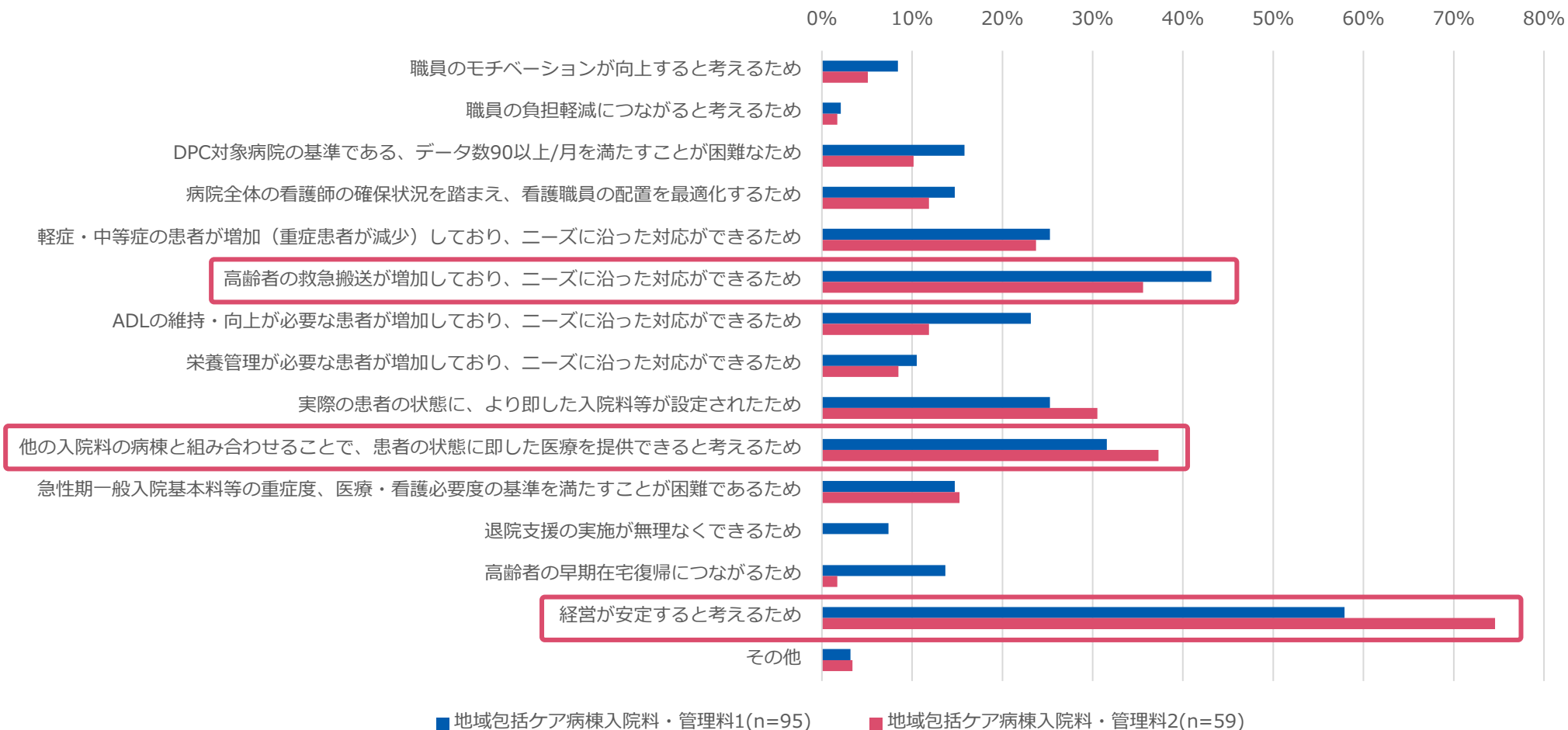
21_その他

(B票) 地域包括医療病棟の届出を検討した場合、その理由

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2 改

- 地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関においては、「経営が安定すると考える」が最多で、次いで「高齢者の救急搬送増加のニーズに沿った対応が可能」であった。
- 概ねA票における結果と同様の傾向であった。

届出を検討している理由もしくは検討した理由について（令和6年11月1日時点）



■ 地域包括ケア病棟入院料・管理料1(n=95)

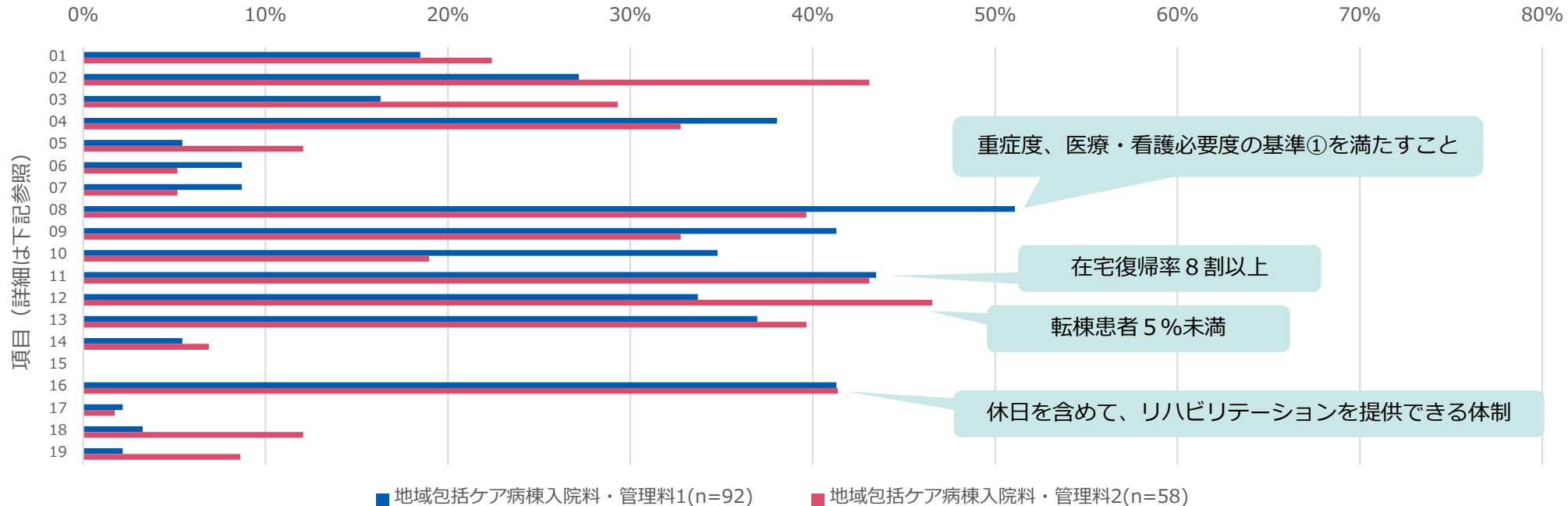
■ 地域包括ケア病棟入院料・管理料2(n=59)

(B票) 地域包括医療病棟の届出にあたり基準を満たすことが困難な項目

- 届出にあたって満たすことが困難な施設基準として、「重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと」を回答した医療機関が半数程度であった。
- 続いて、「在宅復帰率8割」「休日を含むリハビリの体制整備」「初日にB項目3点以上」「ADL低下が5%未満」を回答した施設が多く、A票の施設とは違った傾向がみられた。

診調組 入-1参考
7. 5. 22 改

地域包括医療病棟の届出にあたり、基準を満たすこと等が困難な項目について（令和6年11月1日時点）



重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと

在宅復帰率8割以上

転棟患者5%未満

休日を含めて、リハビリテーションを提供できる体制

■ 地域包括ケア病棟入院料・管理料1(n=92)

■ 地域包括ケア病棟入院料・管理料2(n=58)

- 01 看護職員の配置
02 常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置
03 専任の常勤の管理栄養士の配置
04 当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index）の合計点数をいう。）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
05 退院又は転棟時におけるADL（基本的日常生活活動度（Barthel Index））の測定に関する研修会の開催
06 2次救急医療機関又は救急告示病院であること
07 常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること
08 重症度、医療・看護必要度の基準①を満たすこと
09 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、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

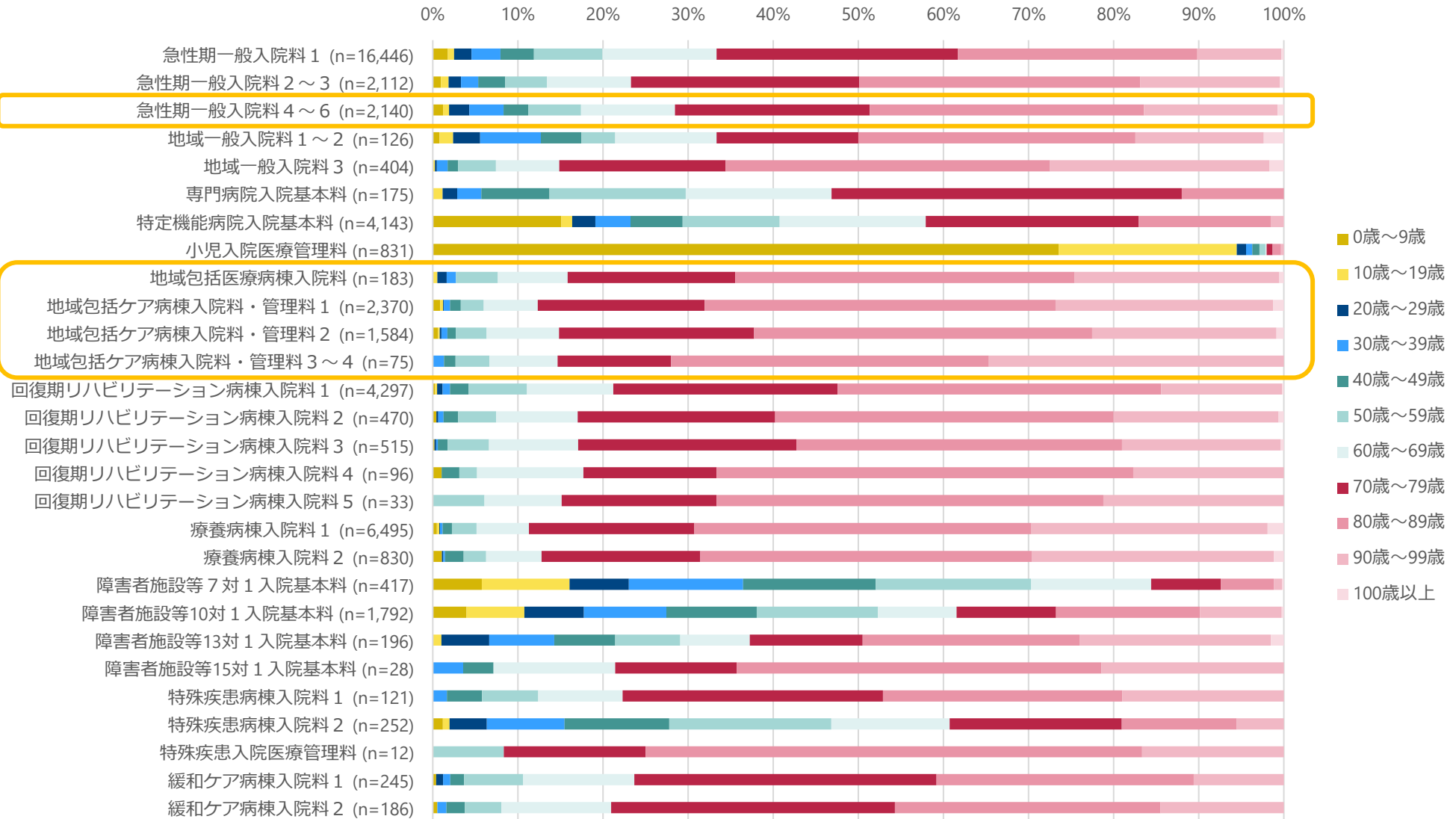
- 10 平均在院日数が21日以内であること
11 退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること
12 入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること
13 入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者運搬搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること
14 データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること
15 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること
16 休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること
17 リハビリテーションに必要な構造設備
18 経営の安定性
19 その他

1. 高齢者の入院医療について（総論）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その1）
 - 2－1. 地域包括医療病棟の施設等について
 - 2－2. 地域包括医療病棟に入院する患者像について
 - 2－3. 地域包括医療病棟のプロセス・アウトカム評価について
 - 2－4. 地域包括ケア病棟について
 - 2－5. 治し支える医療を提供する医療機関について
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その1）
4. 慢性期について（その1）

入院料ごとの年齢階級別分布

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

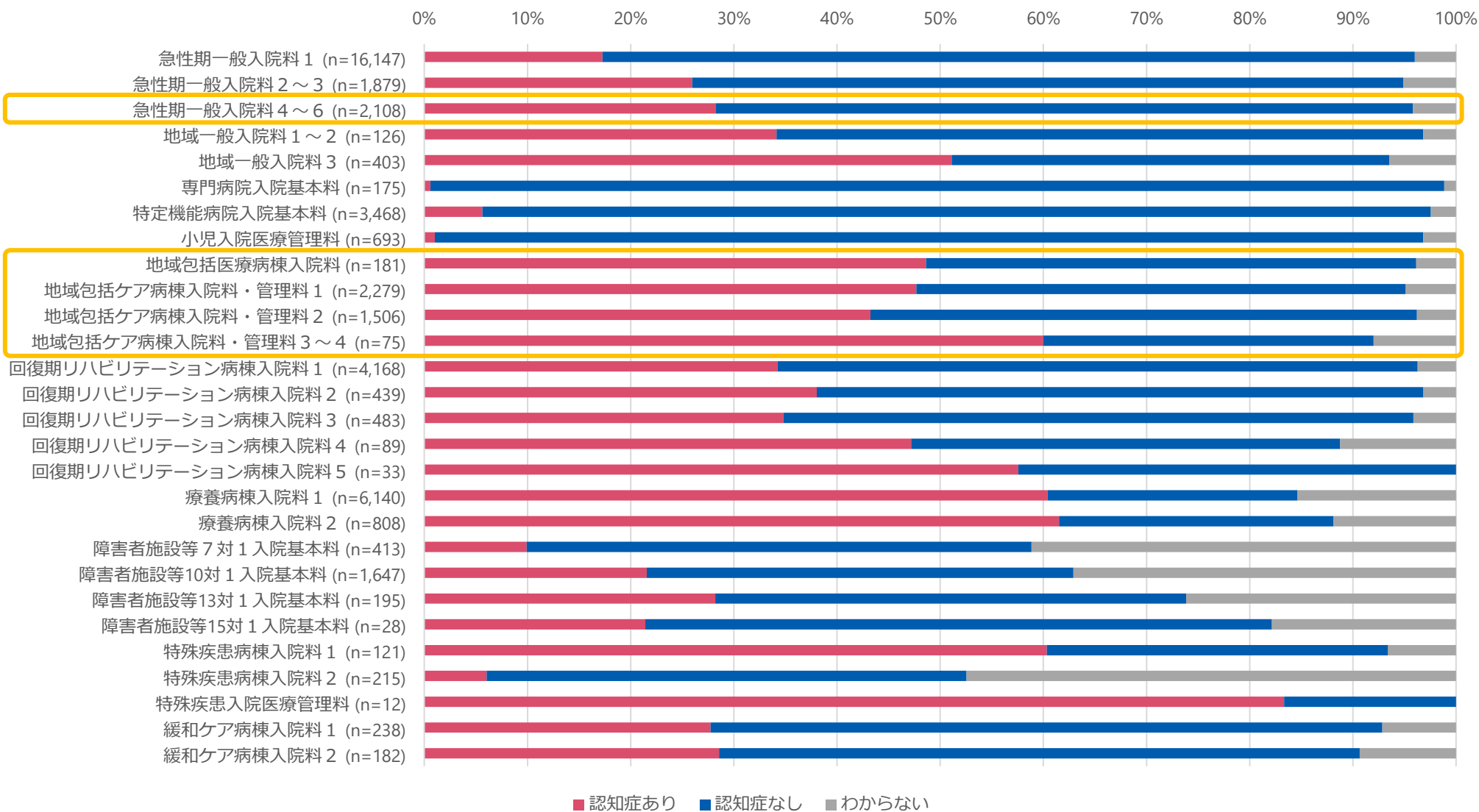
- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では70歳以上の高齢者の割合が多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟の年齢分布には大きな差はない。



入院料ごとの認知症の有無

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

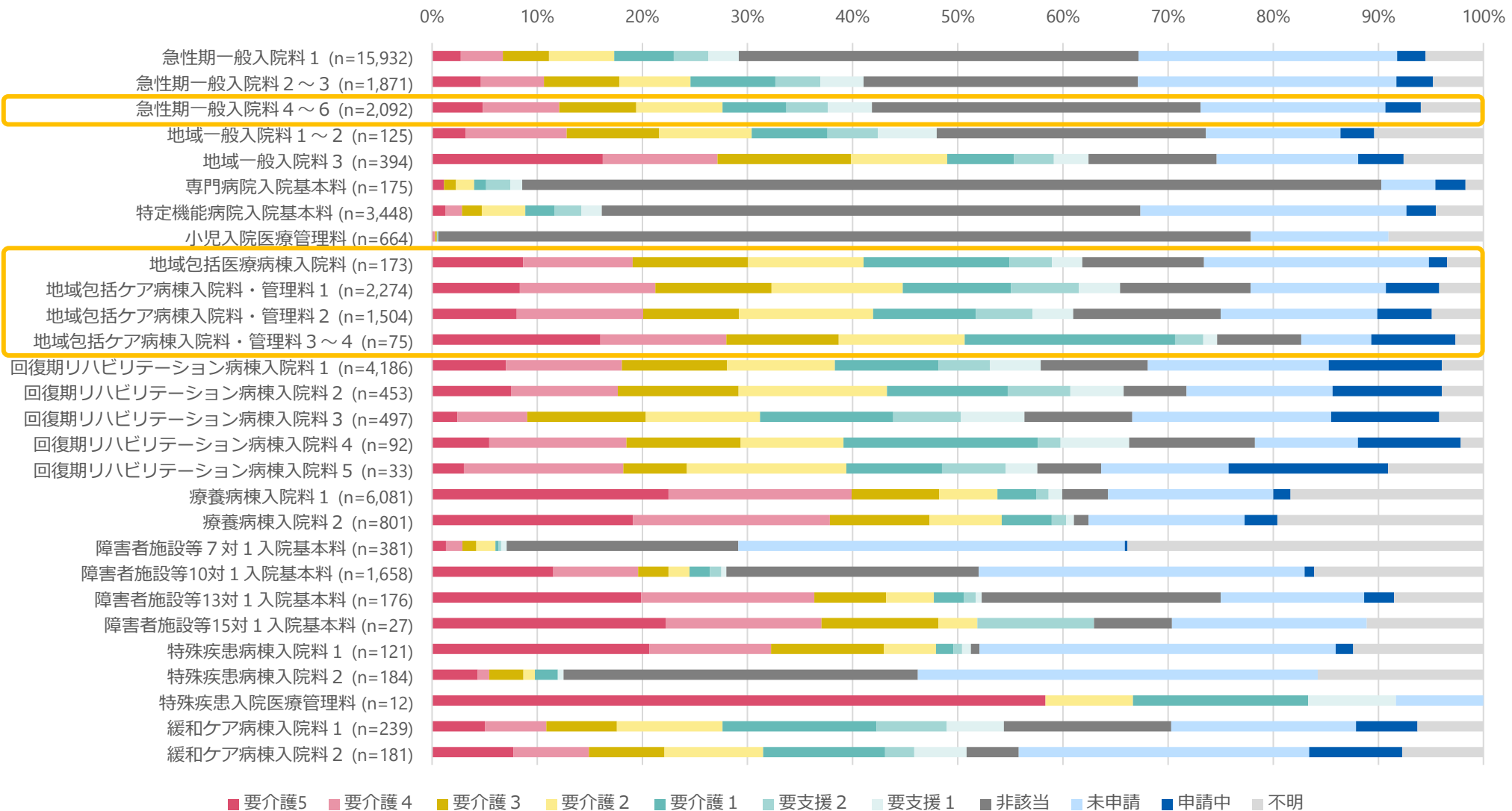
- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では認知症を有する患者の割合が多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はない。



入院料ごとの要介護度別の患者割合

診調組 入-1
7.5.22改

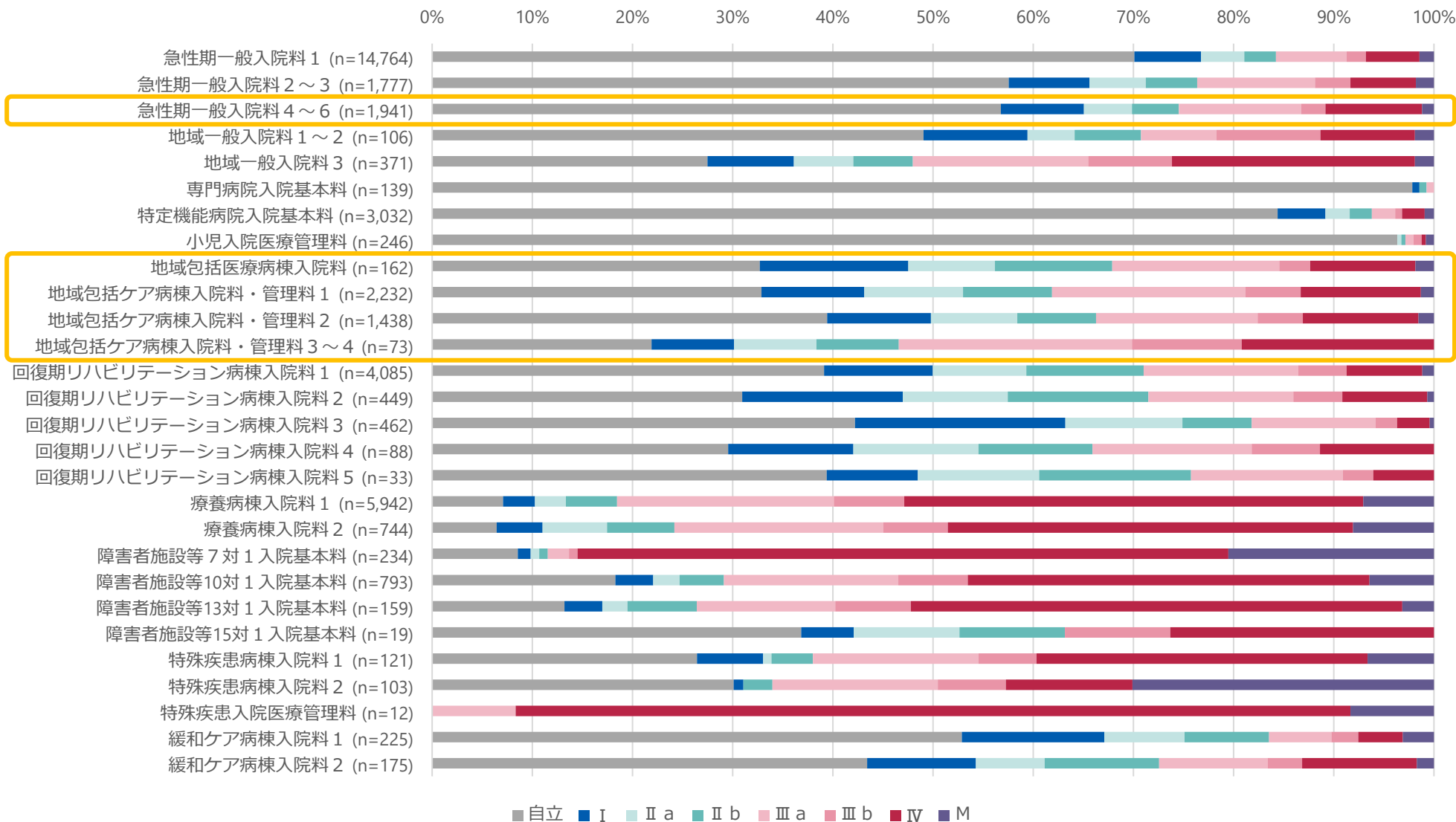
- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では要支援～要介護のいずれの割合も多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はない。



入院料ごとの認知症高齢者の日常生活自立度別の患者割合

診調組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

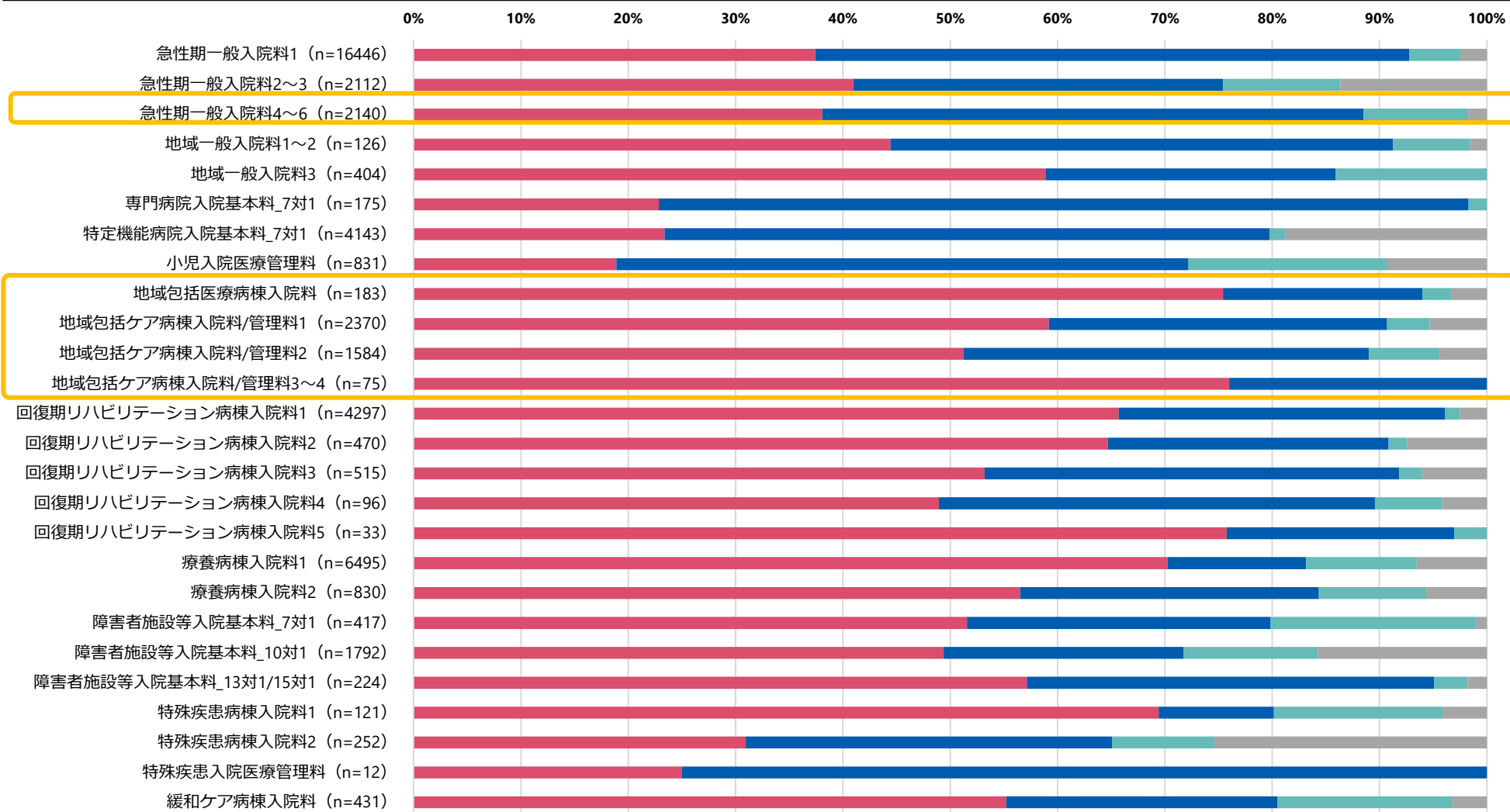
- 急性期一般入院料 4～6 と比較して、地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa（認知症による症状のため、介護を必要とする）以上の患者の割合が多い。地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟では大きな差はない。



入院料ごとの入院時栄養スクリーニングによる低栄養リスクの状況

診調組 入-1
7.5.22改

- 地域包括医療病棟では、入院時栄養スクリーニングにより低栄養リスクありと判断される患者の割合が地域包括ケア病棟、急性期一般入院料4～6と比較して多い。



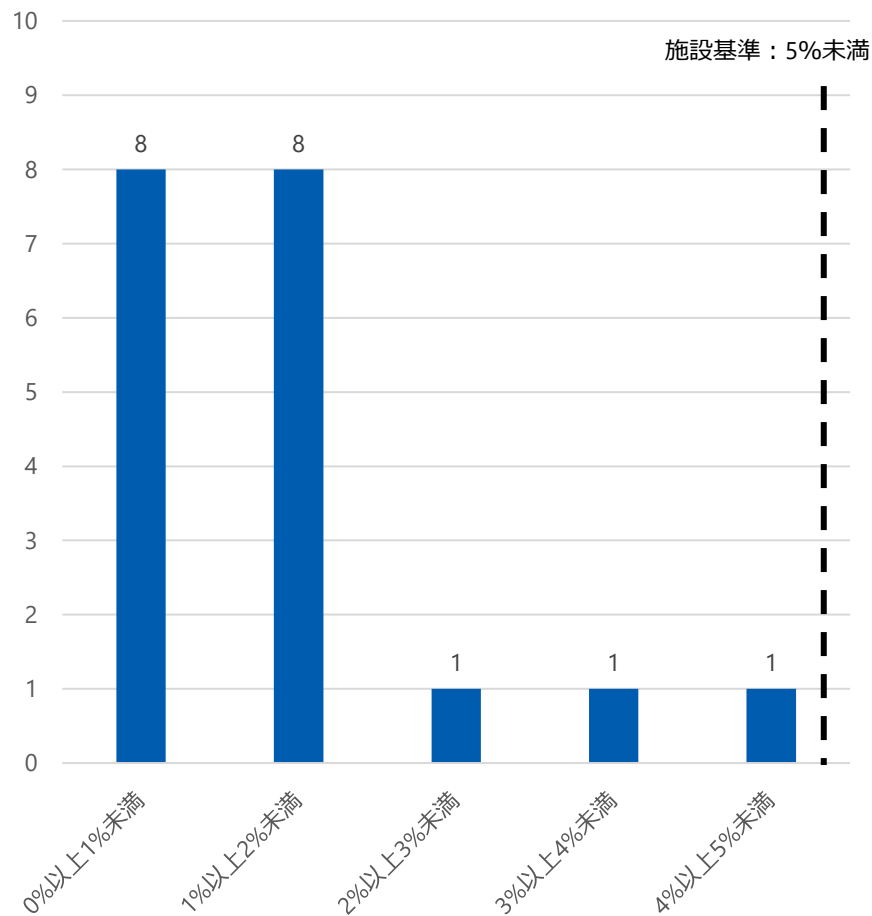
■ 01_あり ■ 02_なし ■ 03_スクリーニング未実施 ■ 無回答

地域包括医療病棟における入棟経路

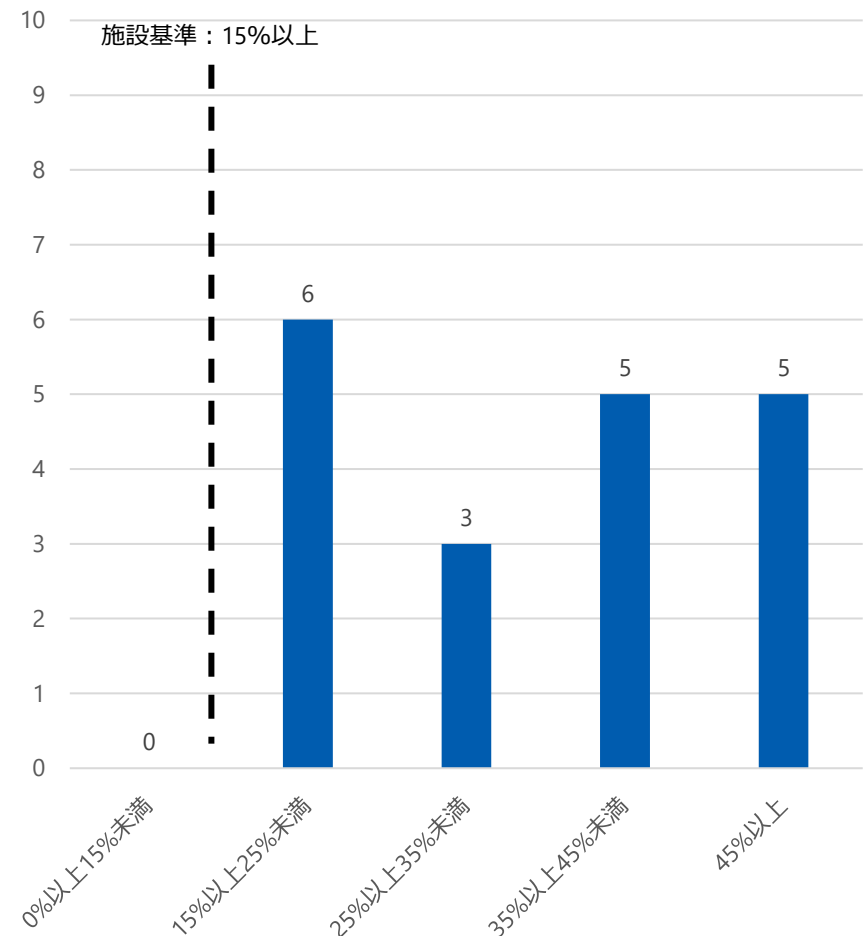
診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2 改

- 入棟経路に係る施設基準について、回答したすべての地域包括医療病棟が満たしていた。
- 救急搬送された患者の割合は15%-25%の施設が約3分の1を占める一方で、基準を大きく上回る施設も存在した。

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(n=19)

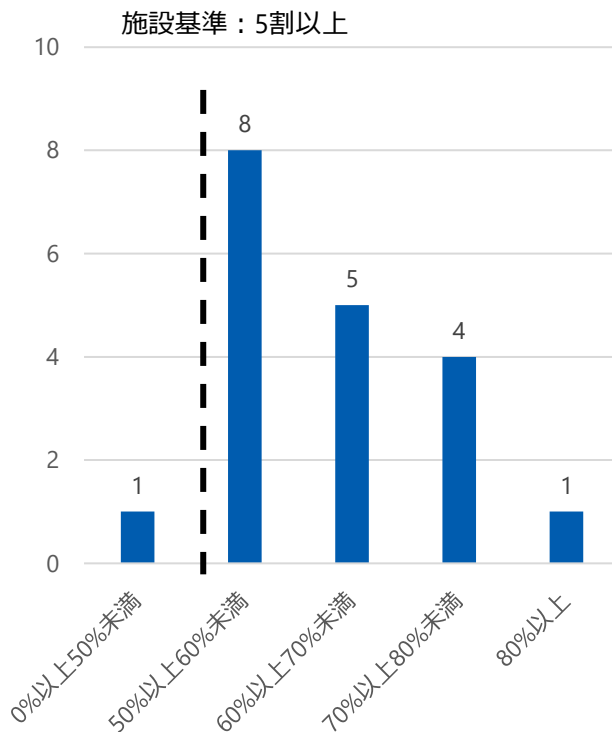


入院患者に占める、救急搬送等された患者の割合(n=19)

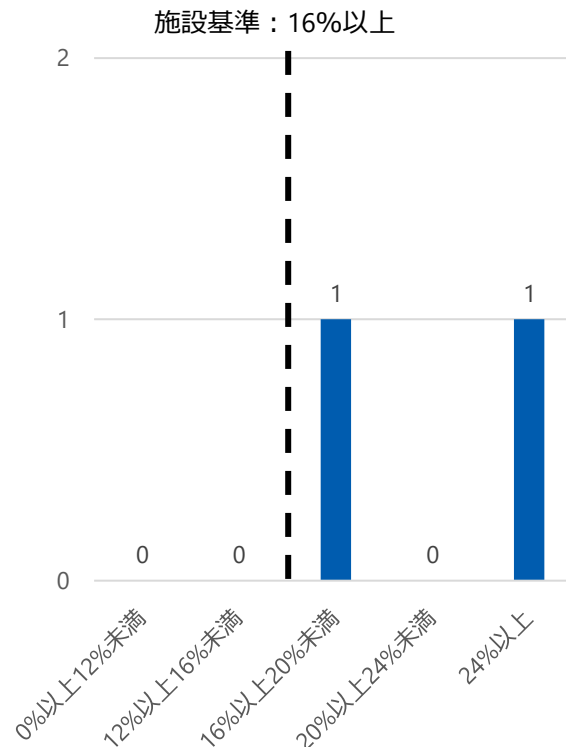


- 入院初日のB項目点数3点以上を満たす患者の割合、重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合は以下のとおりで、概ね基準を満たしていた。

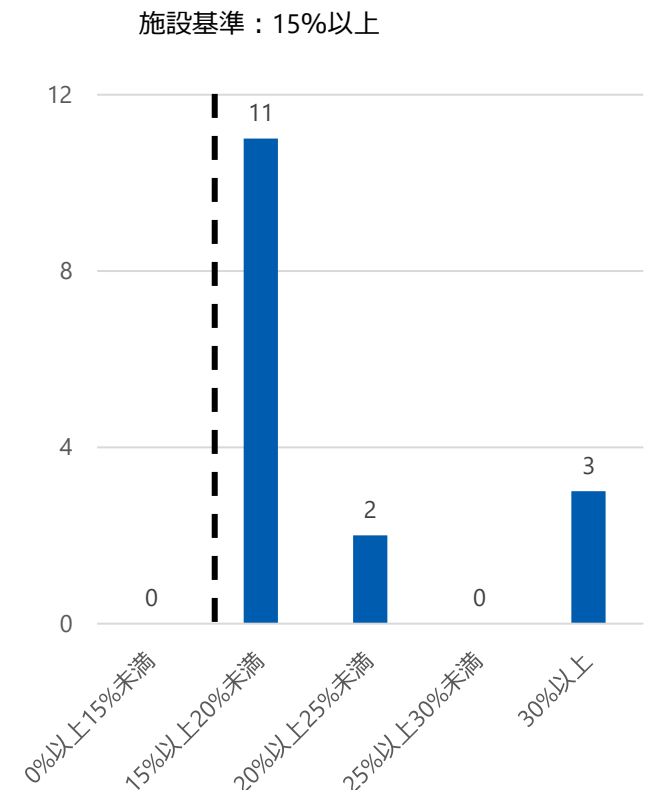
入院初日に「B3点以上」に
該当する割合(n=19)



重症度、医療・看護必要度Ⅰの
基準を満たす患者割合(n=2)



重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準
を満たす患者割合(n=16)



地域包括医療病棟に直接入院する上位疾患

- 地域包括医療病棟において、入院患者数の多い診断群分類番号は以下のとおりであった。
- 内科系疾患として誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全、脱水、その他の感染症が、整形外科疾患として股関節骨折（手術あり）、胸腰椎の圧迫骨折（手術なし）が多くみられた。

地域包括医療病棟（2024年10月～12月の間に地域包括医療病棟に直接入棟し、期間内に退棟した全19603症例）

診断群分類番号	診断群分類名称	割合
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし処置なし	4.2%
0400802499x0xx	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 手術なし処置なし	4.1%
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	3.2%
160800xx02xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	2.6%
050130xx9900x0	心不全 手術なし処置なし 転院以外	2.5%
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。） 手術なし	2.4%
100380xxxxxxxx	体液量減少症	2.2%
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。） 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	2.1%
180030xxxxxx0x	その他の感染症（真菌を除く。） 定義副傷病 なし	2.0%
040070xxxxx0xx	インフルエンザ、ウイルス性肺炎 手術なし処置なし	1.6%

地域包括ケア病棟、包括期を持つ急性期病棟の上位疾患

- 地域包括医療病棟の入院患者数上位の疾患は、急性期病棟、地域包括ケア病棟と一定程度一致していた。
- 地域包括ケア病棟では、短期滞在手術等基本料 3 の対象となる入院例も多かった。

地域包括ケア病棟

(2024年10月～12月に
地域包括ケア病棟に
直接入棟し、期間内に
退棟した100,967症例)

診断群分類番号	診断群分類名称	割合
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 片眼手術	9.8%
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	6.6%
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。） 手術なし	3.3%
0400802499x0xx	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 手術なし処置なし	2.7%
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	2.4%
050130xx9900x0	心不全 手術なし処置なし 転院以外	2.3%
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし処置なし	2.2%
100380xxxxxxxx	体液量減少症	2.0%
180030xxxxxxxx0x	その他の感染症（真菌を除く。） 定義副傷病 なし	1.9%
030400xx99xxxx	前庭機能障害 手術なし	1.7%

急性期一般入院料2-6

(2024年10月～12月に
入棟し、期間内に退棟
した全293,020症例)

※地域包括医療病棟又は
地域包括ケア病棟を有する
医療機関に限る

診断群分類番号	診断群分類名称	割合
0400802499x0xx	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 手術・処置なし	3.4%
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術・処置なし	2.7%
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	2.7%
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	2.7%
050130xx9900x0	心不全 手術・処置なし 転院以外	2.6%
160800xx02xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	2.0%
180030xxxxxxxx0x	その他の感染症（真菌を除く。） 定義副傷病 なし	1.8%
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む）手術なし	1.7%
020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	1.6%
100380xxxxxxxx	体液量減少症	1.5%

(参考) 短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料3の対象手術等

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの	K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ その他のもの	K 6 1 6 - 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する患者
D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (M S L T)	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン (G H)	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
(一連として)	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査	K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術
D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの	K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K 0 0 7 - 2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K 0 3 0 四肢・軀幹軟部腫瘍摘出術の 2 手、足 (手に限る。)	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
K 0 4 6 骨折観血的手術 2 前腕、下腿、手舟状骨 (手舟状骨に限る。)	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 3 前腕、下腿 (前腕に限る。)	K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (鎖骨に限る。)	K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上
K 0 4 8 骨内異物 (挿入物を含む。) 除去術 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指 (手、足) その他 (手に限る。)	K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)
K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手、足、指 (手、足) (手に限る。)	K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。)
K 0 9 3 - 2 関節鏡下手根管開放手術	K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。)
K 1 9 6 - 2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側)	K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術 (一連につき)
K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙管内視鏡を用いるもの	K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの)
K 2 1 7 眼瞼内反症手術の 2 皮膚切開法	K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法	K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの	K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの
K 2 2 4 翼状片手術 (弁の移植を要するもの)	K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの
K 2 4 2 斜視手術 2 後転法	K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施	K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	K 8 9 0 - 3 腹腔鏡下卵管形成術
K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療
K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの	
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合	
K 3 1 8 鼓膜形成手術	
K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術	
K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上	

地域包括医療病棟で入院患者数の多い疾患についての患者像比較

- 各病棟に直接入棟する患者について、医療資源を投入した診断群分類名称ごとに平均年齢や平均在院日数を比較すると、地域包括医療病棟と急性期一般入院料2-6、地域包括ケア病棟で重なりがあった。
- 同一の施設に急性期一般入院料2-6の病棟と地域包括医療病棟を有する医療機関において、初日に入棟した病棟ごとに要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度を比較すると、地域包括医療病棟において要介護度の高い患者や認知症高齢者の割合が多かった。

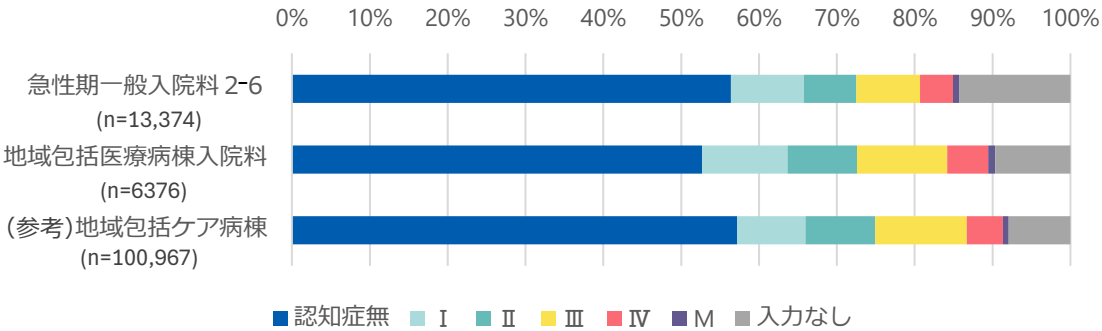
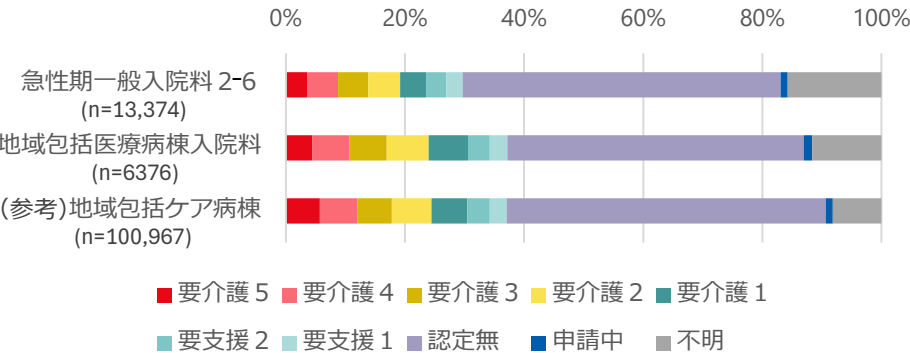
診断群分類番号	診断群分類名称（地域包括医療病棟における患者数上位10分類）	地域包括医療病棟 n=19,603		急性期一般2-6※1 n=293,020		地域包括ケア病棟 n=100,967	
		平均年齢	平均在院日数	平均年齢	平均在院日数	平均年齢	平均在院日数
040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎 手術なし処置なし	85.8	21.1	86.1	18.4	86.0	24.5
0400802499x0xx	肺炎等（市中肺炎かつ75歳以上） 手術なし処置なし	85.8	16.6	86.1	22.2	86.7	20.6
110310xx99xxxx	腎臓又は尿路の感染症 手術なし	81.2	16.6	81.6	17.7	83.0	20.5
160800xx02xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	83.7	30.0	83.9	34.9	—※2	—※2
050130xx9900x0	心不全 手術なし処置なし 転院以外	86.4	17.9	86.4	19.0	88.4	20.4
160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。） 手術なし	82.9	25.7	82.1	28.5	82.9	29.8
100380xxxxxxxx	体液量減少症	80.8	14.5	80.3	15.3	82.3	19.1
060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。） 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	71.0	2.9	69.6	2.8	68.8	2.3
180030xxxxxx0x	その他の感染症（真菌を除く。） 定義副傷病 なし	79.9	13.4	78.3	13.6	80.6	14.9
040070xxxxx0xx	インフルエンザ、ウイルス性肺炎 手術なし処置なし	74.0	7.3	71.6	7.2	73.1	8.1

※1 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を有する医療機関に限る ※2 地域包括ケア病棟では手術例が少ないため、データなし

同一施設に地域包括医療病棟と急性期一般入院料2-6の病棟を有する医療機関に限定し、初日に算定された入院料ごとに要介護度等を以下を比較した。

各病棟における要介護度の分布

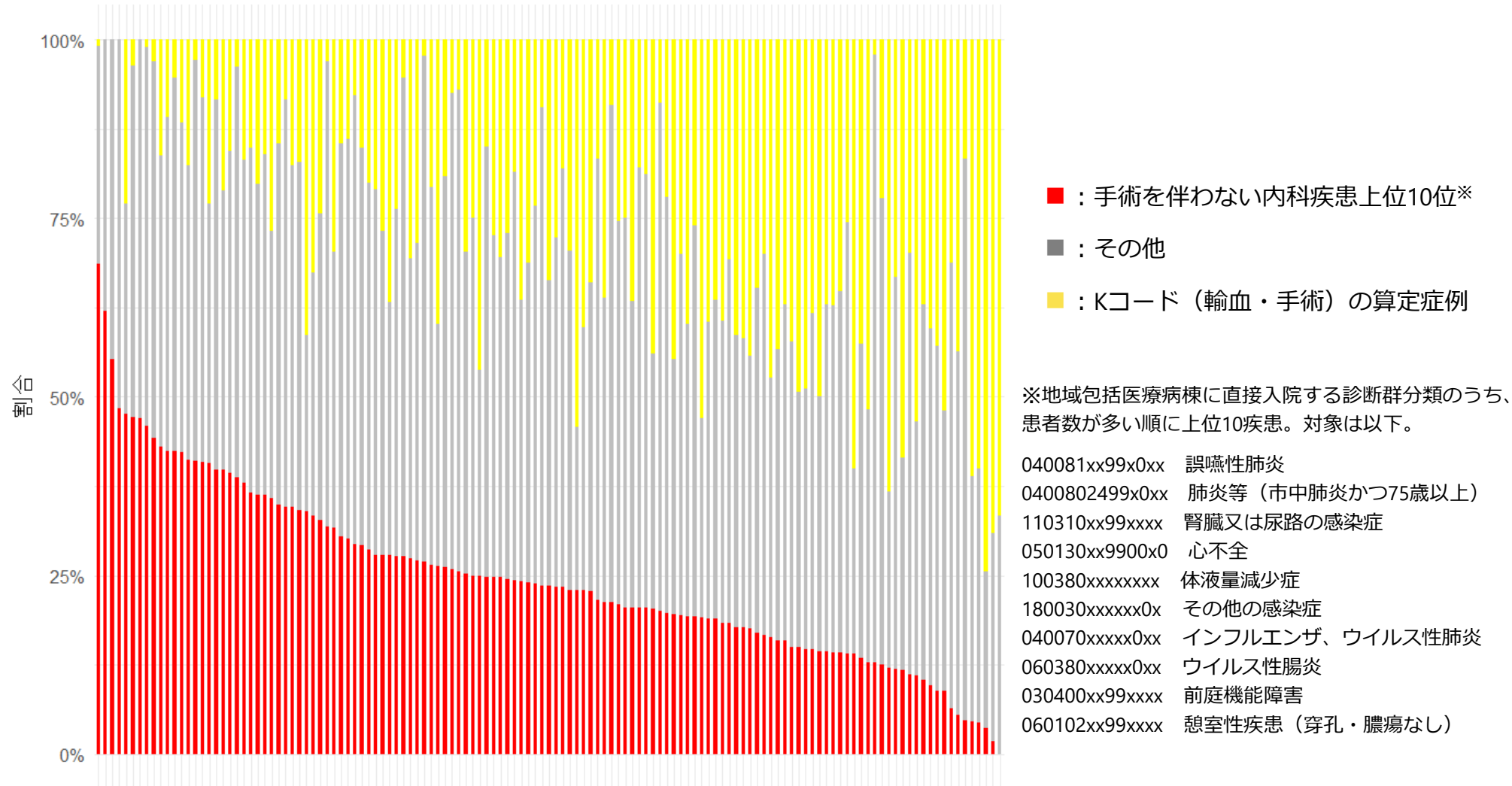
各病棟における認知症高齢者の日常生活自立度の分布



地域包括医療病棟における施設ごとの疾病種類の内訳

- 地域包括医療病棟において、施設ごとに診療している疾病の範囲や内訳にはばらつきがある。

地域包括医療病棟に2024年10月～12月に直接入棟～退棟した19603症例の施設ごとの診療割合（全131施設）



1. 高齢者の入院医療について（総論）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その1）
 - 2－1. 地域包括医療病棟の施設等について
 - 2－2. 地域包括医療病棟に入院する患者像について
 - 2－3. 地域包括医療病棟のプロセス・アウトカム評価について
 - 2－4. 地域包括ケア病棟について
 - 2－5. 治し支える医療を提供する医療機関について
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その1）
4. 慢性期について（その1）

包括期を担う病棟の施設基準

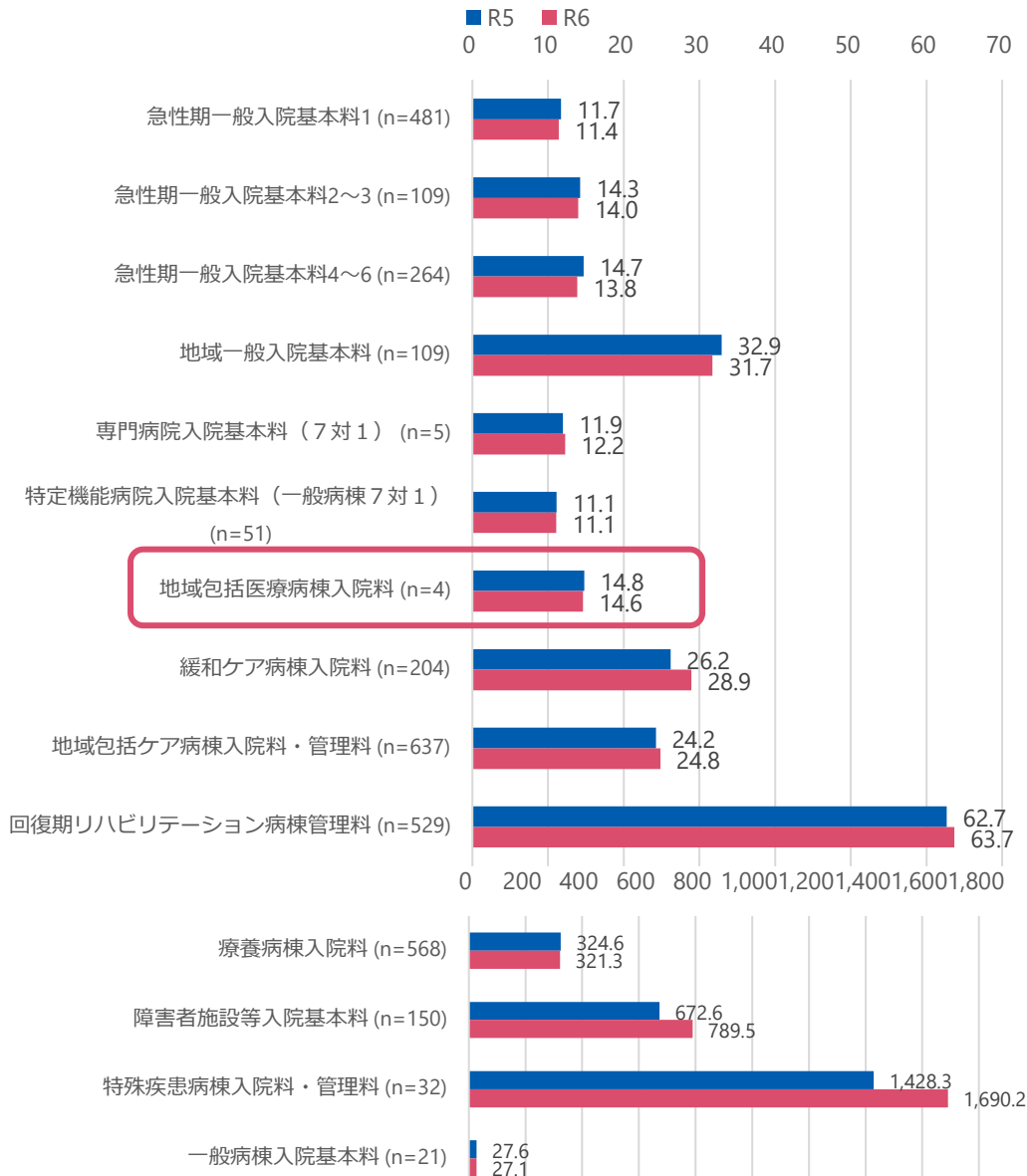
		(参考) 急性期一般入院料 4	地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟 ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対 1	10対 1	13対 1	13対 1
	看護師割合	7 割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(-)	常勤 2 名以上	常勤 1 名以上	常勤 1 名以上
	管理栄養士	(-)	専任常勤 1 名以上	(-)	(-)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は 6 単位まで	包括、必要者に 2 単位以上	包括、必要者に 2 単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に資する体制整備		要		
病棟 アウトカム	重症度、医療・看護必要度	A 3 点以上又は C 1 点以上 / A 2 点以上又は C 1 点以上	A 2 点以上かつ B 3 点以上、 A 3 点以上、C 1 点以上のいずれか	A 1 点以上又は C 1 点以上	A 1 点以上又は C 1 点以上
	看護必要度 I	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度 II	15%以上	15%以上	8 %以上	8 %以上
	入院日に特に介助を要する患者		5 割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		5 %未満		65%未満
	自宅等から入院			2 割以上	★ 2 割以上
	自宅等からの緊急入院			前 3 ヶ月で 9 人以上	★前 3 ヶ月で 9 人以上
	救急搬送		15%以上		
	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		8 割以上	72.5%以上 / 70%以上	72.5%以上 / 70%以上
病院 ストラクチャー・プロセス	その他の プロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が 5 %未満 院内褥瘡発症が 2.5%未満		
	病床数等			200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			6 項目のうち 2 つ以上を提供	6 項目のうち 1 つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援		入退院支援加算 1 の届出 (= 連携機関数が 25 以上)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 1) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 2) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)
病院 ストラクチャー・プロセス	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

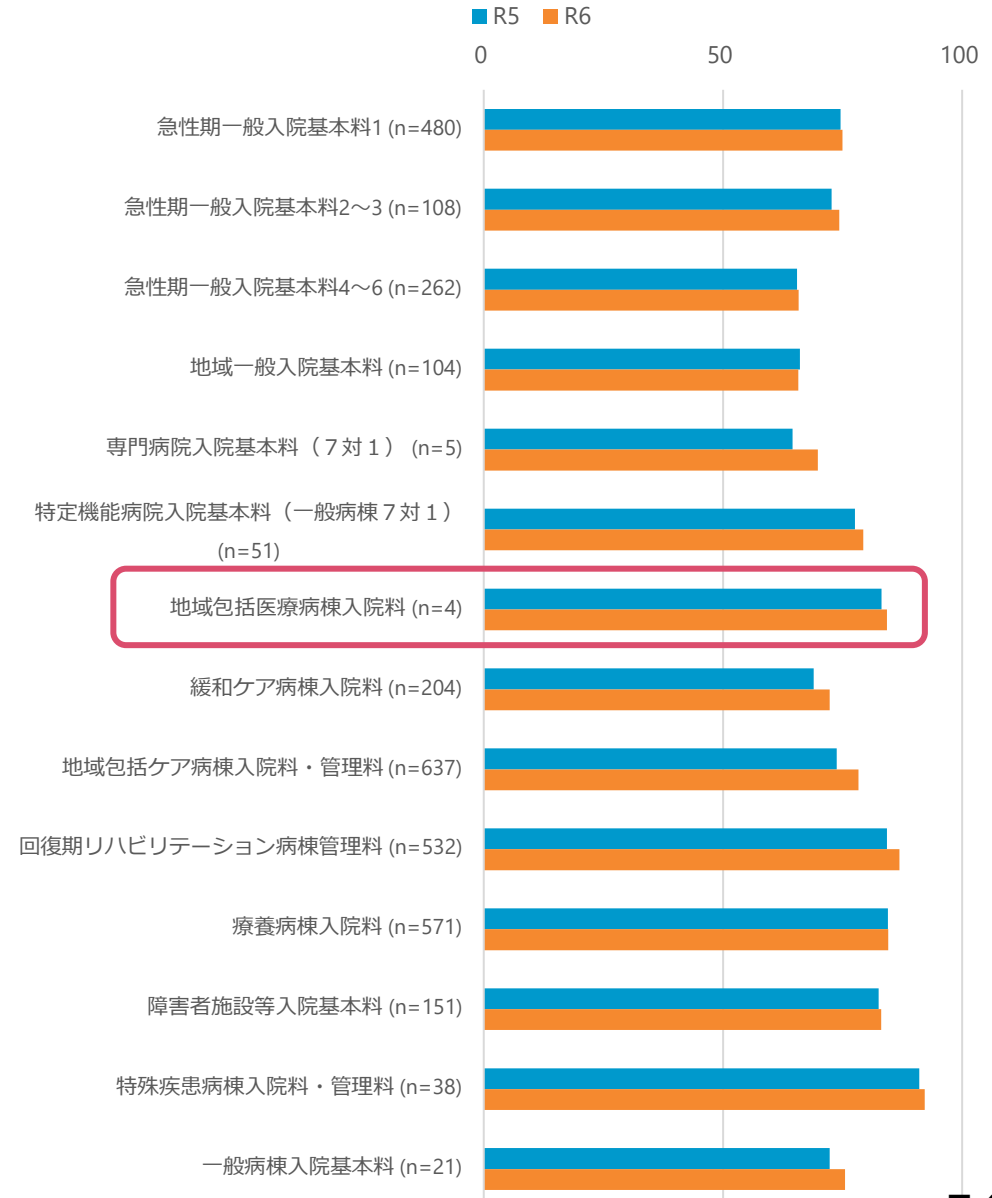
入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

平均在院日数（日）

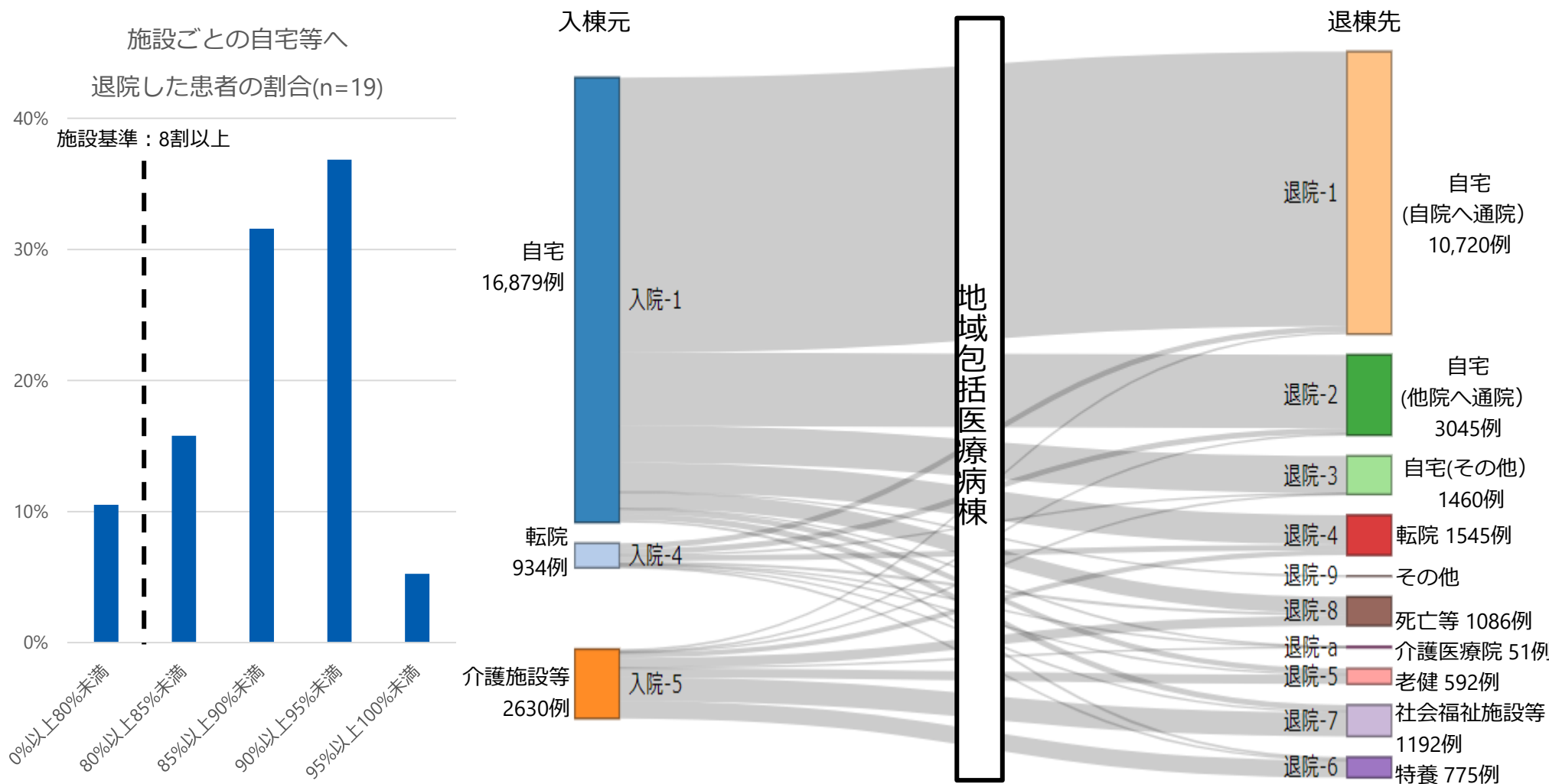


病床利用率（%）



地域包括医療病棟の入退院

- 地域包括医療病棟に入院する患者の入棟元は自宅が最も多かった。
- 退棟先も自宅が最も多かった。自宅・居住系施設等への退院は全体の約85%であった。



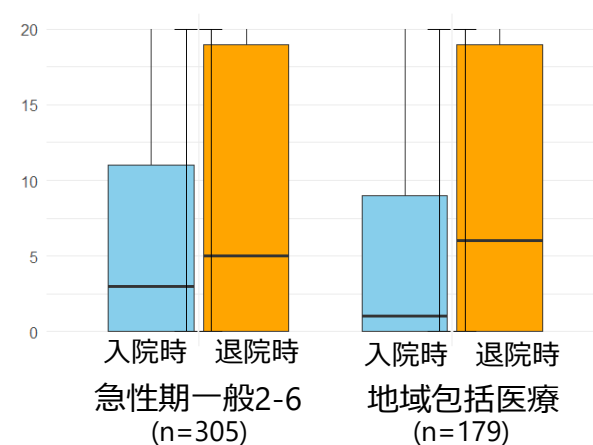
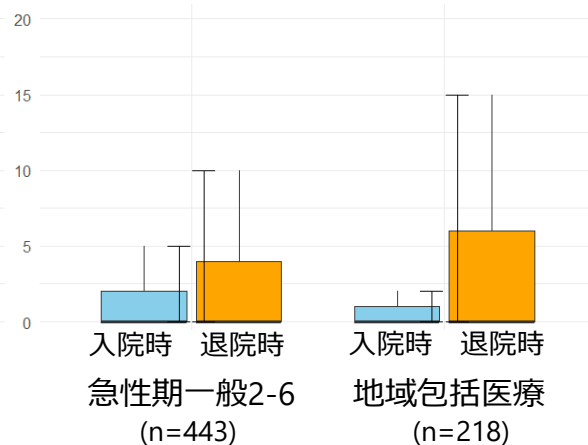
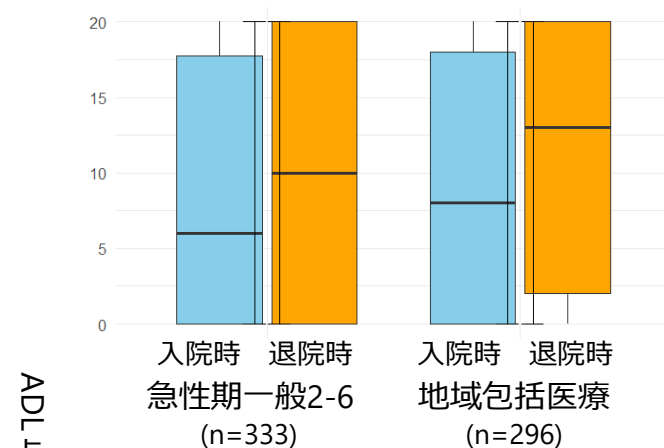
地域包括医療病棟における入退院時のADL（急性期病棟との比較）

- 同一医療機関内に地域包括医療病棟と急性期一般入院料2-6の病棟の双方を有する施設に直接入院した患者について、いずれの病棟に入院したかに分類して、入退院時のADLの変化を比較した。
- ADLの変化のパターンは疾病ごとに異なり、誤嚥性肺炎や心不全では、整形外科系の症例と比較し、入院期間中のADLの改善幅は少なかった。病棟の種類による違いは大きくなかった。

肺炎（市中肺炎かつ75歳以上）

誤嚥性肺炎

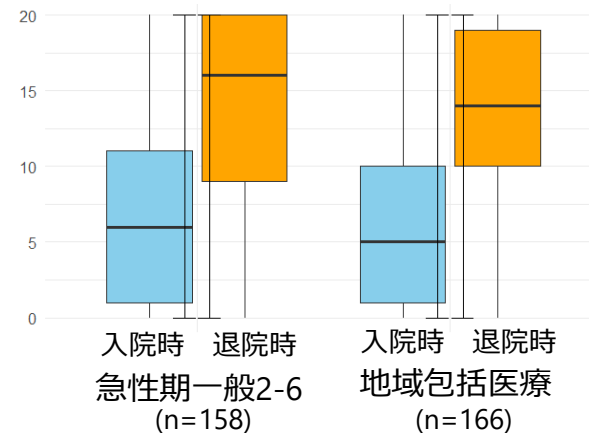
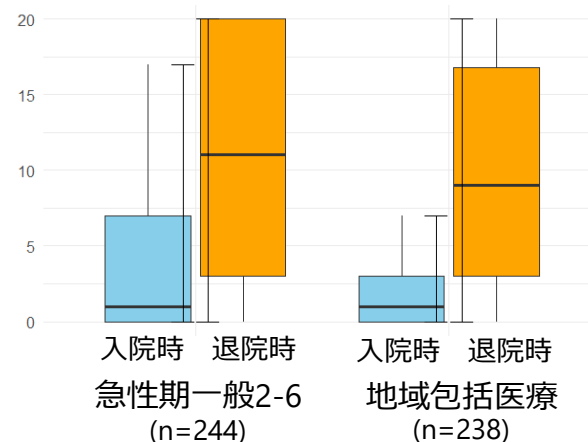
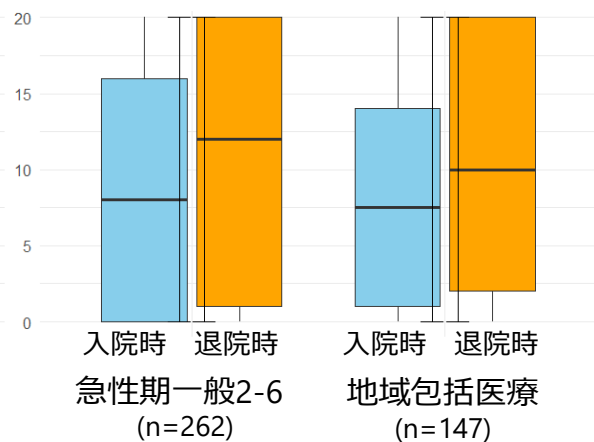
尿路感染症



心不全

股関節骨折（手術あり）

胸腰椎圧迫骨折（手術なし）



年齢と在院日数の関係

- 心不全の入院症例において、主傷病の重症度や併存疾患、ADL点数等で調整しても、高齢であることが在院日数の延長と関係することが報告されている。

心不全入院患者における在院日数の延長と関連する因子（多変量回帰分析）

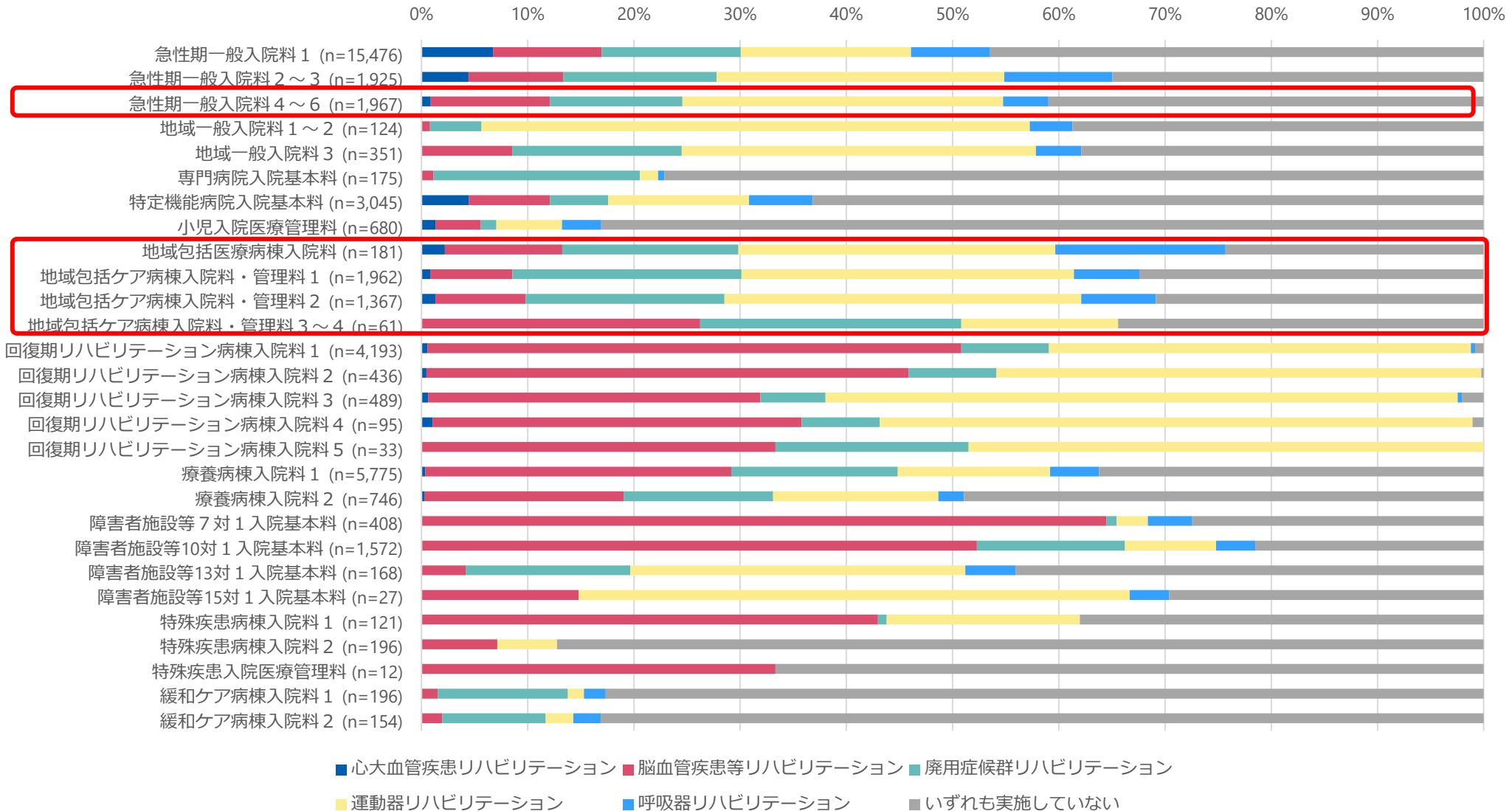
	オッズ比	95%信頼区間	P値
入院時の年齢 (10歳上がるごとに)	1.031	1.026-1.037	<0.001
入院時のADL低下なし	0.899	0.887-0.912	<0.001
NYHA分類Ⅲ or Ⅳ	1.094	1.081-1.108	<0.001
救急車の利用	0.972	0.958-0.985	<0.001
自宅からの入院	0.912	0.894-0.930	<0.001
肺炎の合併	1.110	1.092-1.128	<0.001
低ナトリウム血症の合併	1.100	1.041-1.161	0.0006
鉄欠乏性貧血の合併	1.078	1.041-1.161	<0.001

H. Mitani *et al.* J Cardiol. 76: 342-349, 2020 Table5より一部抜粋し作成

入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施状況

診調組 入-1
7.5.22改

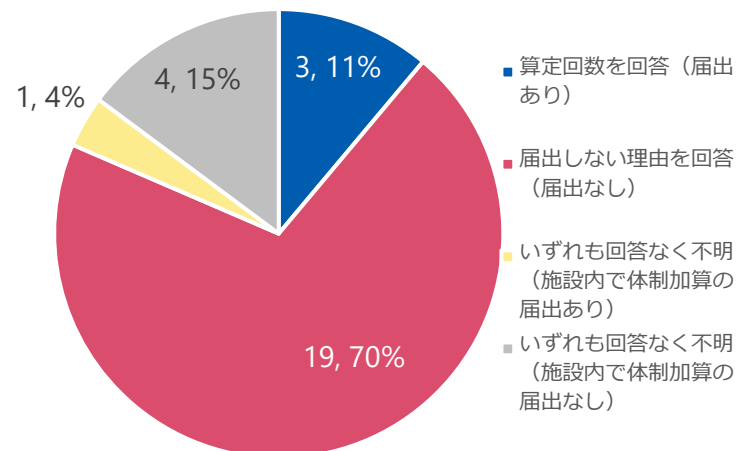
- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟では、急性期一般入院料4～6に比べ、廃用症候群リハビリテーションの提供をしている施設の割合がやや多かった。



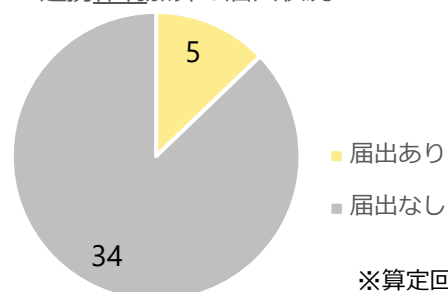
- A票の地域包括医療病棟のうち、算定回数を1回以上と回答した施設は11%であった。
- 70%にあたる19施設が加算を届け出していない理由を回答した。
- 「休日のリハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が最も多かった。次いで、「リハビリに習熟した常勤医師の確保が困難」「入棟後3日までに疾患別リハを算定された患者割合が8割に満たない」を回答した施設が多かった。

A票施設におけるリハビリテーション・栄養・口

腔連携加算の届出状況(n=27)

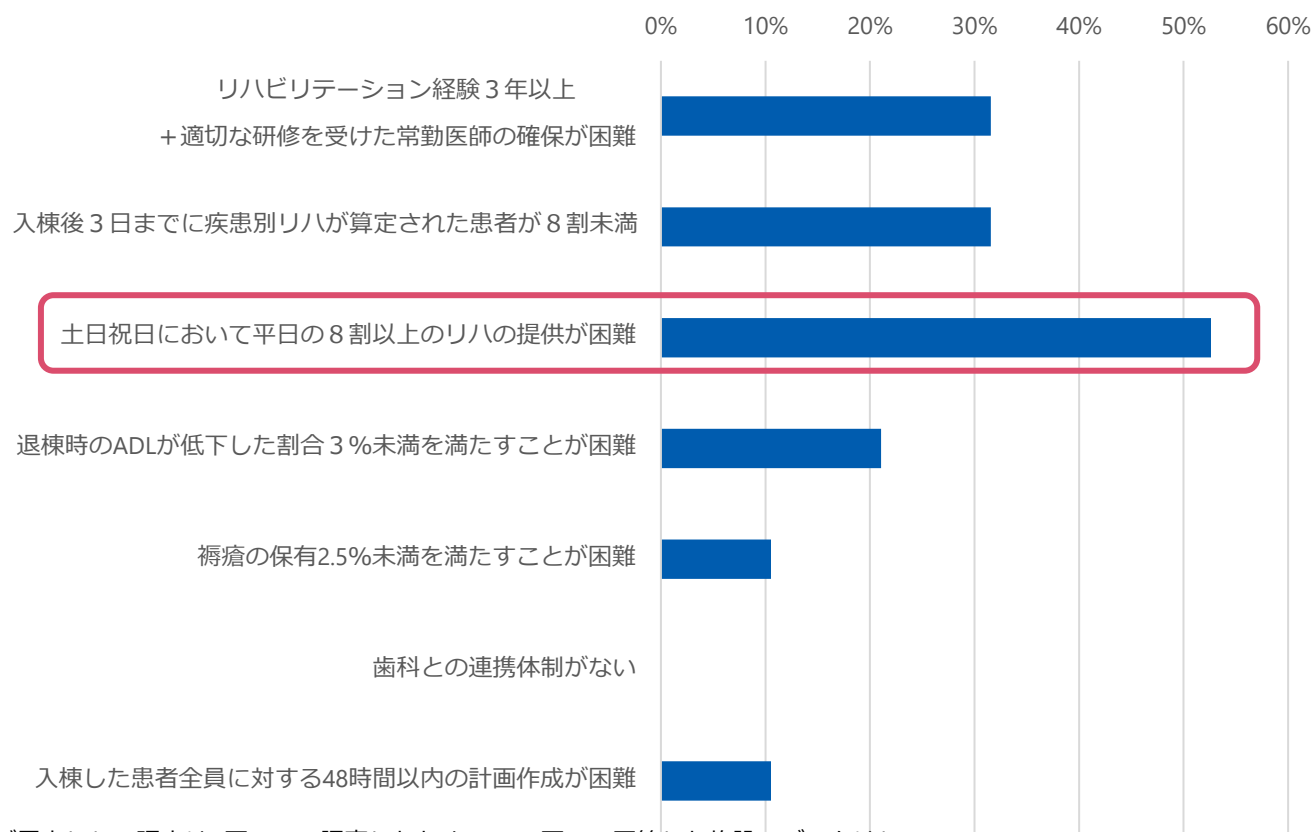


（参考）地域包括医療病棟を有するB票・C票施設における施設内でのリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況



地域包括医療病棟を算定している病棟における、

リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出していない理由(n=19)

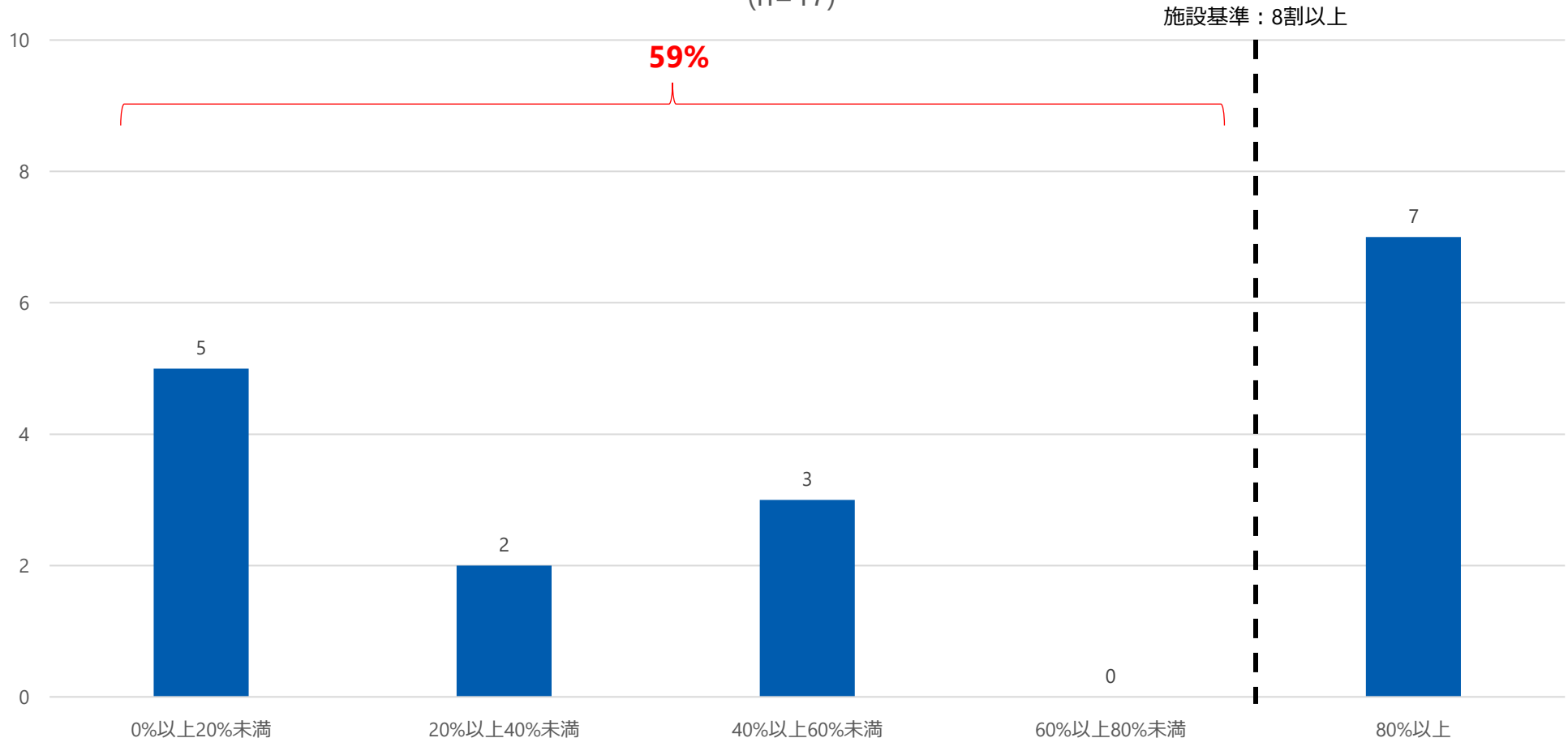


※算定回数及び届出しない理由はA票のみで調査したため、B・C票のみ回答した施設のデータはない。

- 地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔加算の施設基準のうち、「休日のリハビリ提供単位数」については満たせていない施設が約 6 割あった。

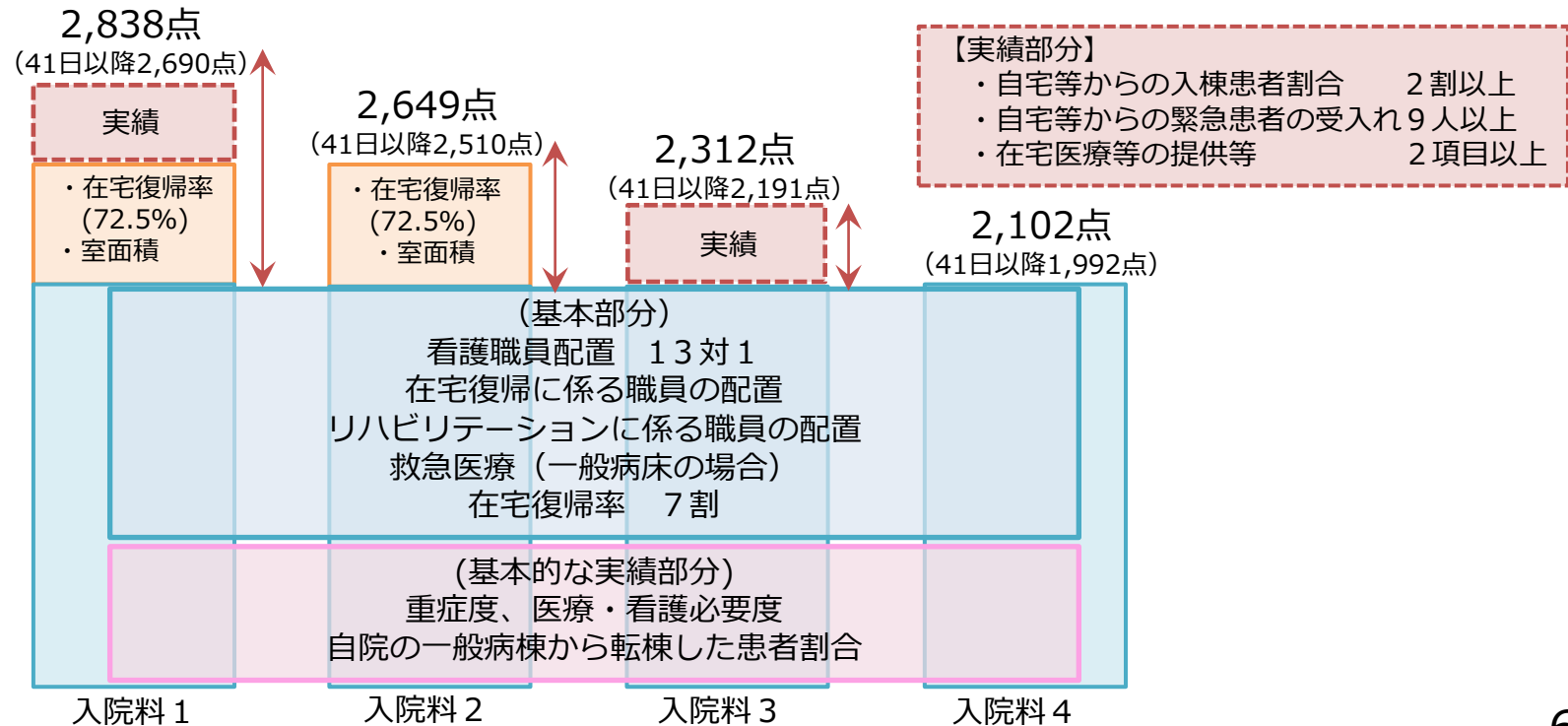
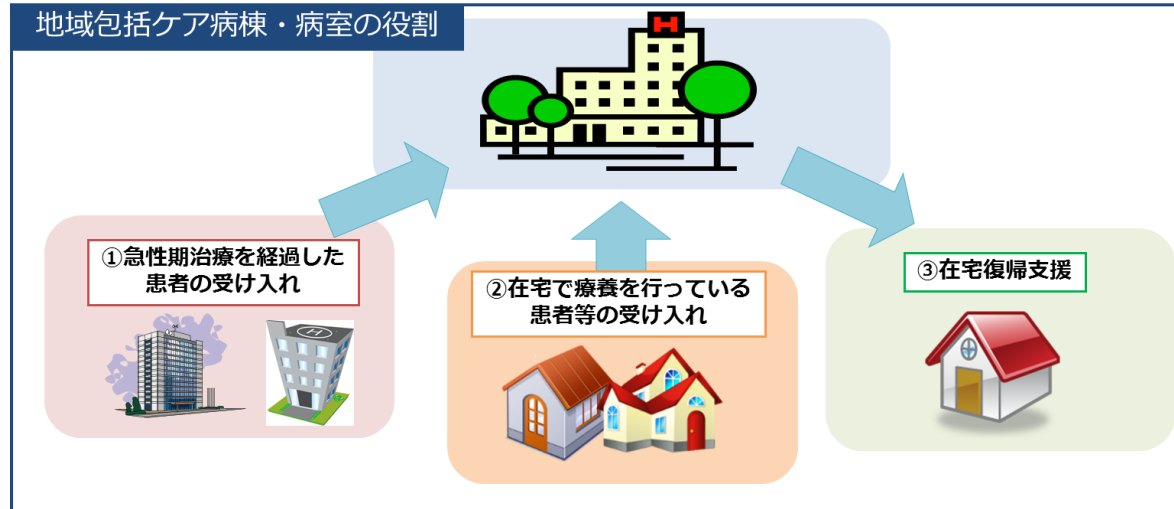
平日のリハビリテーション提供単位に対して土・日・祝日に提供している単位割合（概算）

(n=17)



1. 高齢者の入院医療について（総論）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その1）
 - 2－1. 地域包括医療病棟の施設等について
 - 2－2. 地域包括医療病棟に入院する患者像について
 - 2－3. 地域包括医療病棟のプロセス・アウトカム評価について
 - 2－4. 地域包括ケア病棟について
 - 2－5. 治し支える医療を提供する医療機関について
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その1）
4. 慢性期について（その1）

地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し

- 適切な在宅復帰支援を推進する観点から、地域包括ケア病棟入院料の評価について、入院期間に応じた評価体系に見直す。

現行

【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,809点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,620点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,285点</u>
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,076点</u>



改定後

【地域包括ケア病棟入院料】

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1	<u>2,838点</u>
<u>40日以内</u>	<u>2,690点</u>
<u>41日以降</u>	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 2	<u>2,649点</u>
<u>40日以内</u>	<u>2,510点</u>
<u>41日以降</u>	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 3	<u>2,312点</u>
<u>40日以内</u>	<u>2,191点</u>
<u>41日以降</u>	
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 4	<u>2,102点</u>
<u>40日以内</u>	<u>1,992点</u>
<u>41日以降</u>	

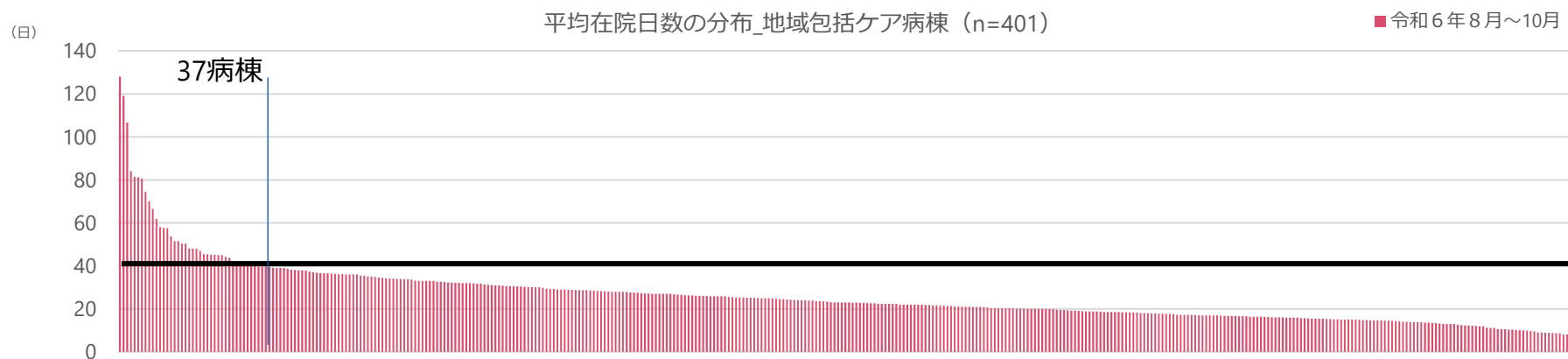
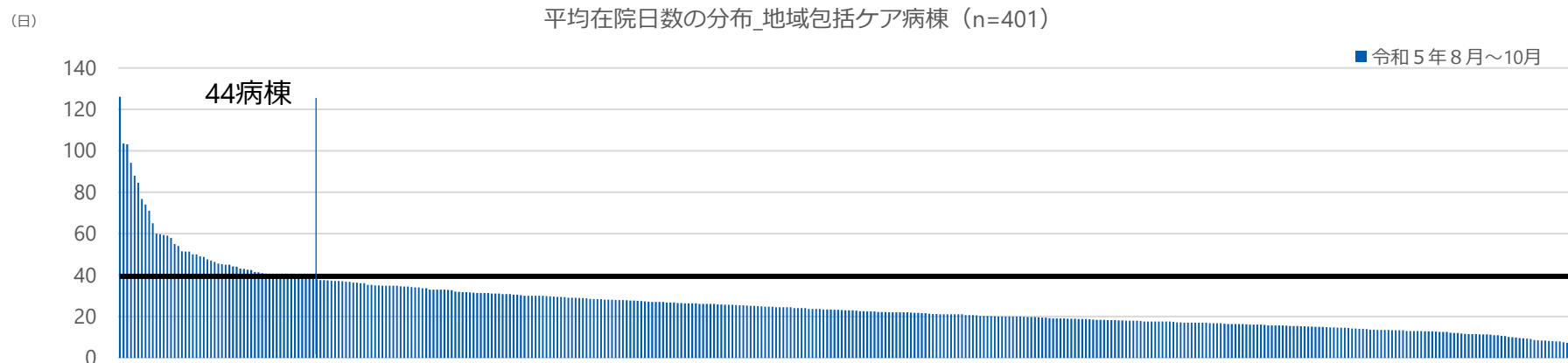
地域包括ケア病棟の平均在院日数の分布

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

- 地域包括ケア病棟・病室の病棟ごとの平均在院日数にはばらつきがあった。
- 令和5年と令和6年の同時期を比較したところ、入院期間の中央値等は変わらなかった。改定の前後で平均在院日数が40日を超える病棟は減少した。

単位（日）	25%Tile	中央値	75%Tile	平均
令和5年8月～10月	16.8	23	31.3	26.1
令和6年8月～10月	17	23	31.4	26.1

平均在院日数が40日を超える病棟数



地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	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	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）							
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	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							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
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	○		－		○		－	
室面積	6.4平方メートル以上				－			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 10%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8 %以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	－		6 割 5 分未満 （許可病床数200床以上の場合） （満たさない場合85／100に減算）	－	－		6 割 5 分未満 （許可病床数200床以上の場合） （満たさない場合85／100に減算）	－
自宅等から入棟した患者割合※1	2 割以上 （管理料の場合、10床未満は3月で 8 人以上）		いずれか 1 つ以上 （満たさない場合90／100に減算） （「在宅医療等の実績」については6つのうち 1 つ以上を満たせばよい）		2 割以上 （管理料の場合、10床未満は3月で 8 人以上）		いずれか 1 つ以上 （満たさない場合90／100に減算） （「在宅医療等の実績」については6つのうち 1 つ以上を満たせばよい）	
自宅等からの緊急患者の受入	3 月で 9 人以上				3 月で 9 人以上			
在宅医療等の実績	○（2 つ以上）				○（2 つ以上）			
在宅復帰率 ※1※2	7 割 2 分 5 厘以上				7 割以上（満たさない場合90／100に減算）			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の 1 ・ 2 については入退院支援加算 1 を届け出ていること（許可病床数100床以上の場合） （満たさない場合90／100に減算）							

・療養病床については 95/100 の点数を算定する。ただし、救急告示あり／自宅等から入棟した患者割合が 6 割以上／自宅等からの緊急患者受け入れ 3 月で 30 人以上のいずれかを満たす場合は 100/100

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料 1 の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料 3 の算定要件を満たす患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型（超強化型を含む）の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

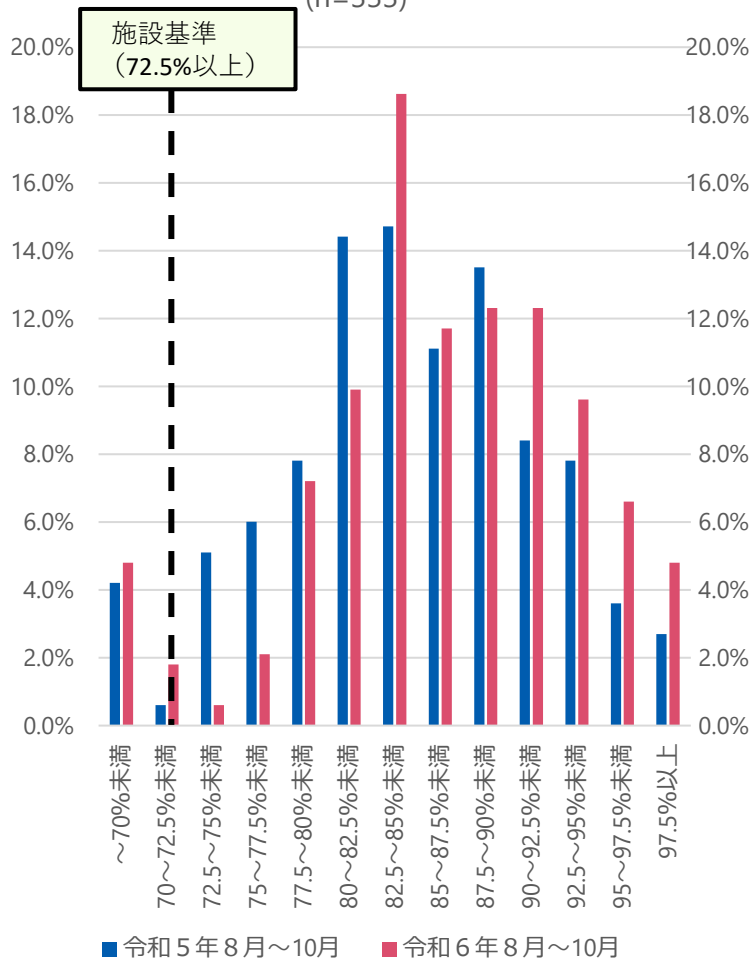
地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

- 地域包括ケア病棟及び病室を届け出ている病棟における在宅復帰率は、入院料・管理料 1～2 において 90%以上の施設が基準を満たしており、改定前後を比較すると、改定後に高い傾向がみられた。
- 入院料・管理料 3～4 においては在宅復帰率の施設基準を満たしていない施設がみられた。

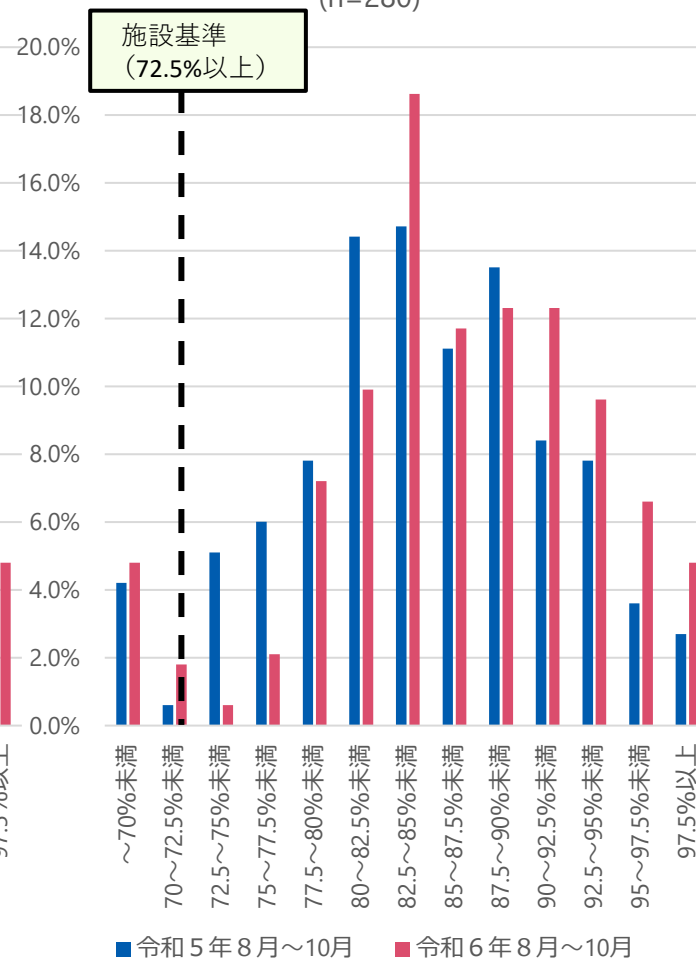
地域包括ケア病棟入院料・管理料 1

(n=333)



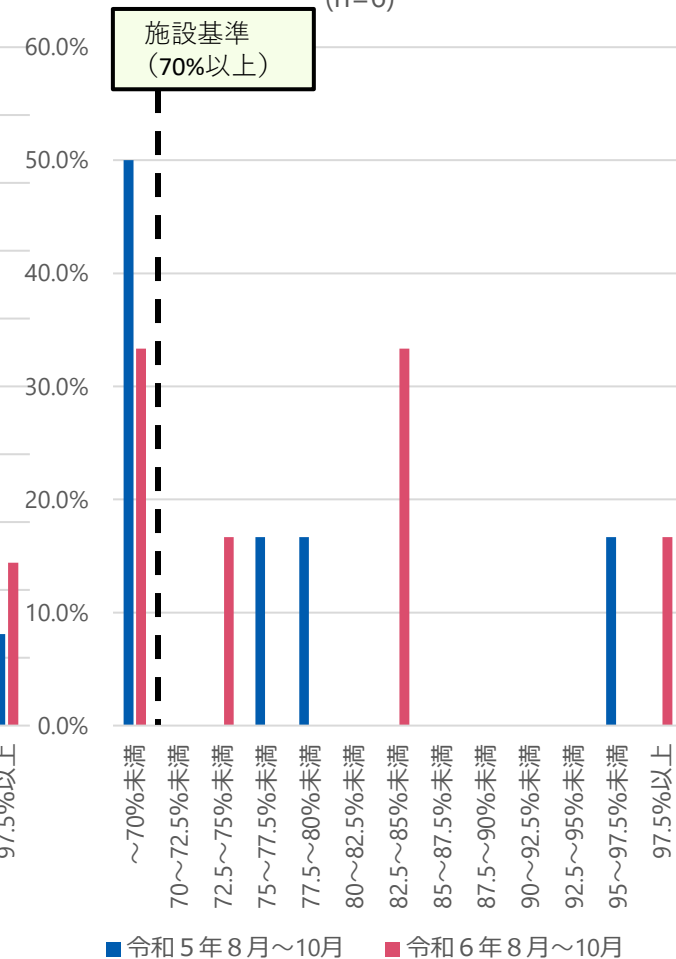
地域包括ケア病棟入院料・管理料 2

(n=280)



地域包括ケア病棟入院料・管理料 3～4

(n=6)



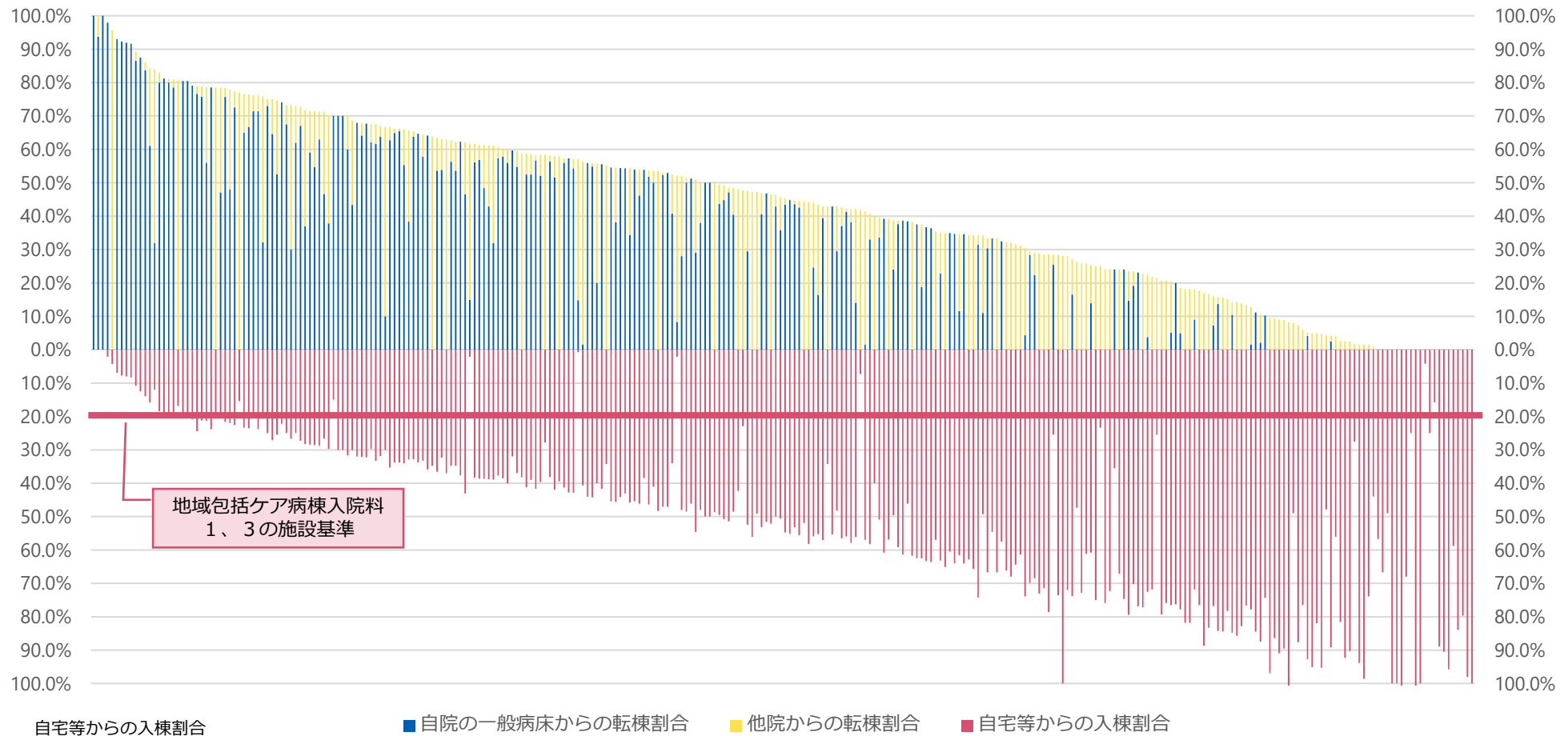
地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 地域包括ケア病棟において、自宅等からの入棟割合は医療機関ごとにばらつきがみられる。

地域包括ケア病棟における入棟元の割合（N = 294）

他病棟からの転棟割合



地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2

- 地域包括ケア病棟・病室に入院する患者の入棟元は自宅（在宅医療の提供なし）が最も多く、次が自院の一般病棟となっていた。退院先も自宅（在宅医療の提供なし）が最も多かった。

【入棟】 n=3990

自宅	自宅（在宅医療の提供あり）	9.5%	地域包括ケア病棟・病室	13.2%
	自宅（在宅医療の提供なし）	32.4%		44.1%
介護施設等	介護老人保健施設	2.0%		7.1%
	介護医療院	0.3%		1.5%
	特別養護老人ホーム	4.7%		6.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.8%		6.5%
	その他の居住系介護施設（認知症グループホーム等）	1.8%		2.8%
	障害者支援施設	0.1%		0.0%
他院	他院の一般病床	19.6%		0.6%
	他院の一般病床以外	0.8%		1.6%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床			0.0%
	他院の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を届け出ている病床			3.0%
	他院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床			2.1%
	他院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）			0.2%
	他院の療養病床（地ケア・回リハ以外）			0.4%
	他院の精神病床			0.0%
	他院のその他の病床			0.8%
自院	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	1.8%		0.0%
	自院の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を届け出ている病床	0.2%		0.5%
	自院の地域包括医療病棟入院料を届け出ている病床	0.1%		0.6%
	自院の一般病床（地域一般・地ケア・回リハ・地域包括医療病棟以外）	22.2%		0.0%
	自院の療養病床（地ケア・回リハ以外）	0.0%		0.2%
	自院の精神病床	0.0%		0.2%
	自院のその他の病床	0.3%		0.2%
	特別の関係にある医療機関	1.1%		0.0%
有床診療所	有床診療所	0.1%		0.2%
	有床診療所（介護サービス提供医療機関）			7.1%
	有床診療所（上記以外）			0.5%
死亡退院				
その他		0.2%		

【退棟】 n=1247

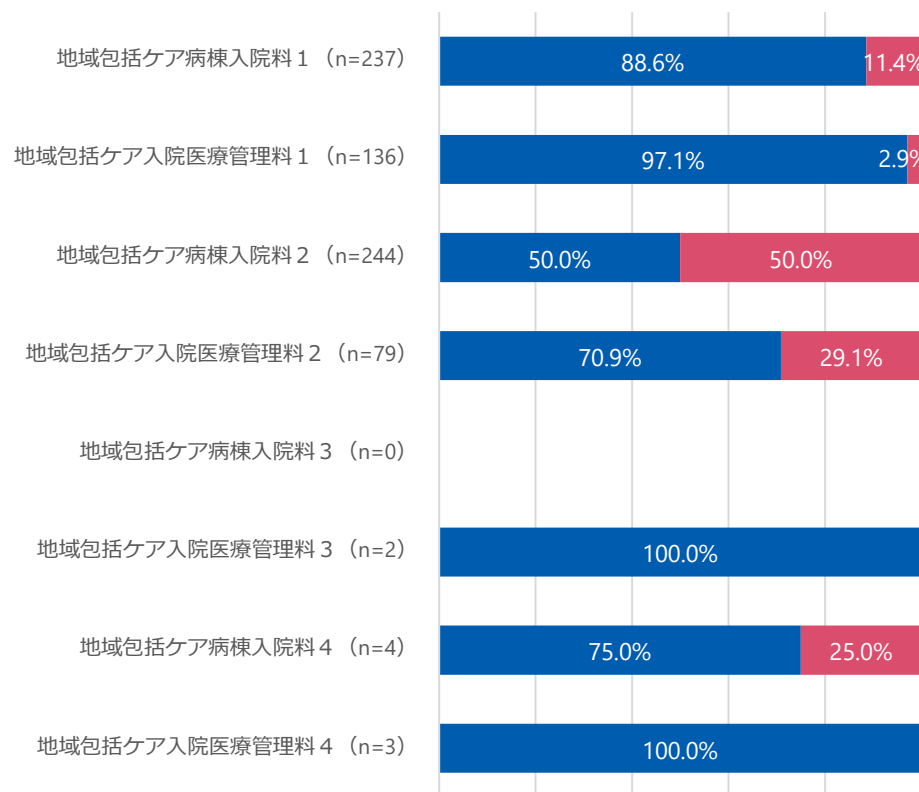
地域包括ケア病棟を有する病院の在宅医療の状況

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 地域包括ケア病棟を有する医療機関の在宅医療の提供状況について、地域包括ケア病棟入院料 1 を届け出ている医療機関の 9 割程度が在宅医療を提供していた一方、地域包括ケア病棟入院料 2 を届け出ている医療機関では 5 割程度であった。
- 在宅医療の提供対象となる患者の傾向は、届け出ている入院料により大きな違いはなかった。

在宅医療の提供の有無

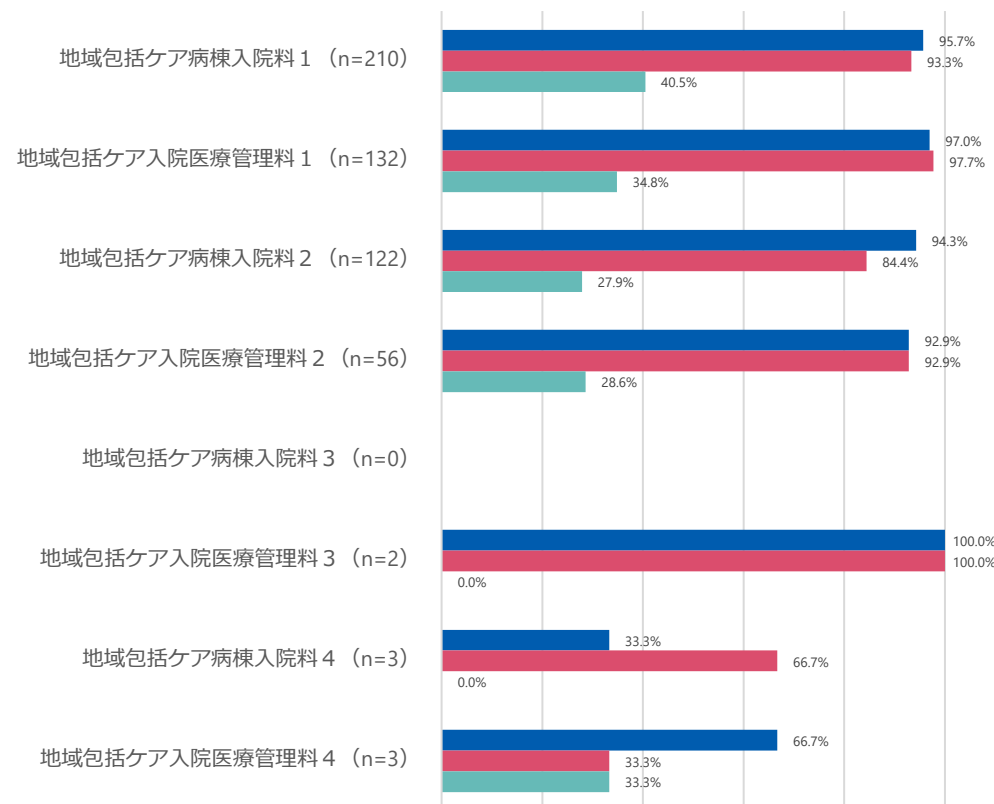
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 在宅医療提供あり ■ 在宅医療提供なし

在宅医療の提供対象者

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 貴院へ入院歴のある患者 ■ 貴院へ外来通院歴のある患者
■ 貴院へ入院歴・外来通院歴のない地域住民

1. 高齢者の入院医療について（総論）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その1）
 - 2－1. 地域包括医療病棟の施設等について
 - 2－2. 地域包括医療病棟に入院する患者像について
 - 2－3. 地域包括医療病棟のプロセス・アウトカム評価について
 - 2－4. 地域包括ケア病棟について
 - 2－5. 治し支える医療を提供する医療機関について
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その1）
4. 慢性期について（その1）

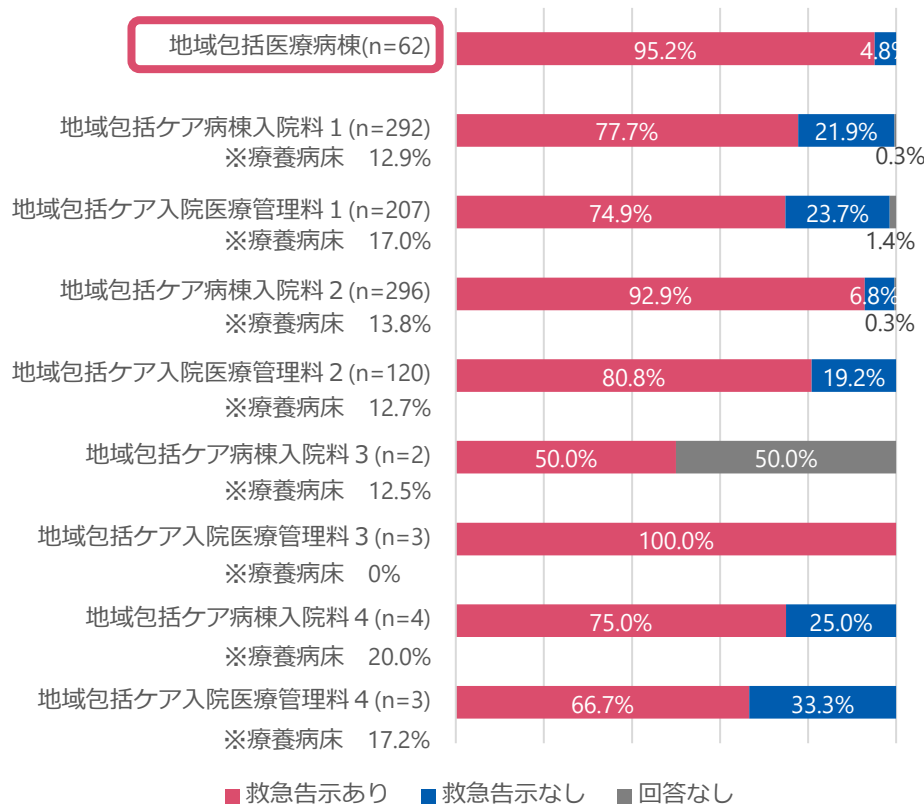
地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急提供体制

- 地域包括医療病棟を有する医療機関の95%、地域包括ケア病棟入院料1を届出している医療機関の77.7%、地域包括ケア病棟入院料2を届出している医療機関の92.9%が救急告示病院であった。
- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟入院料1～2を届け出ている医療機関の75%以上は二次救急医療機関であった。地域包括医療病棟を有する医療機関で救急部門のない医療機関はなかった。

診調組 入-1参考
7 . 5 . 2 2

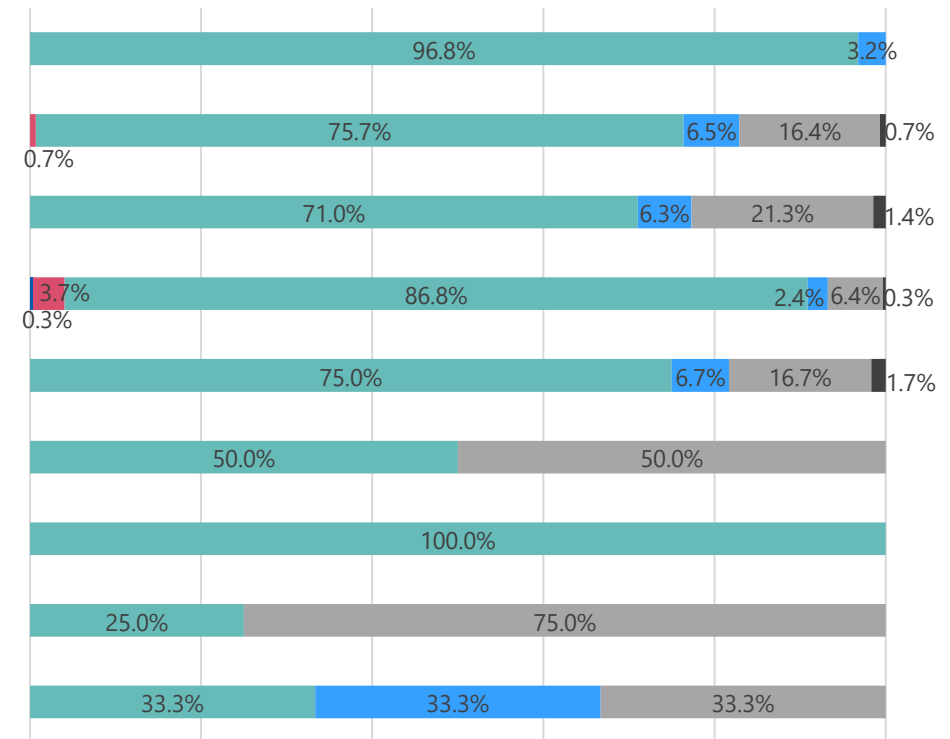
救急告示の有無

0% 20% 40% 60% 80% 100%



救急医療体制

0% 20% 40% 60% 80% 100%



- 高度救命救急センター
- 救命救急センター
- 二次救急医療機関
- いずれにも該当しないが救急部門を有している
- 救急部門を有していない
- 回答なし

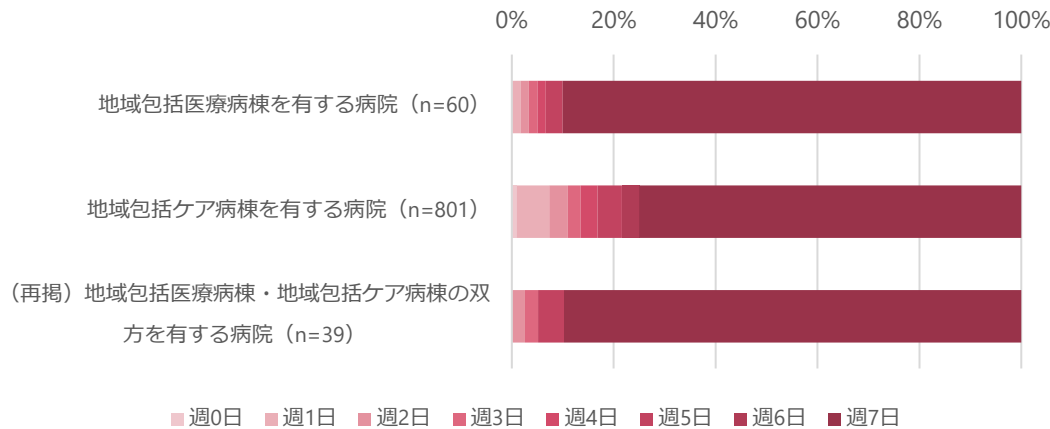
※療養病床である地域包括ケア病棟においては、救急医療体制、在宅等からの入院のいずれの基準も満たさない場合、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとなっている。参考として、各入院料・入院医療管理料を算定する施設のうち、療養病床であるものの割合（全国値）を示した。

地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入状況

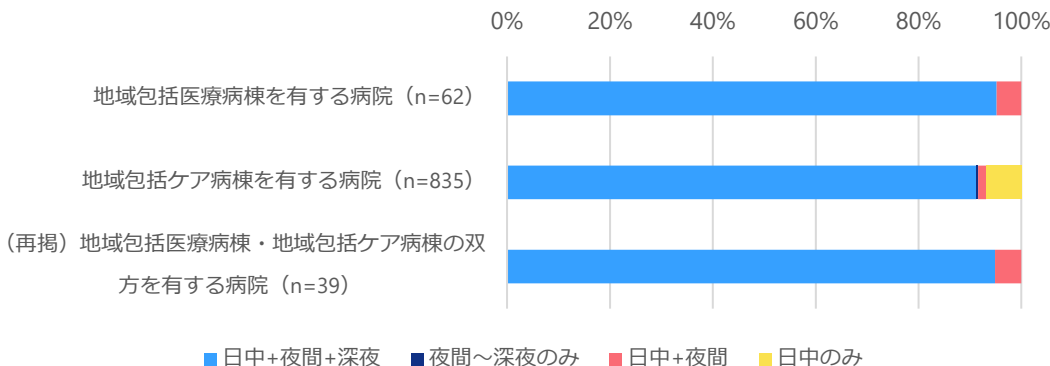
- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約90%、地域包括ケア病棟を有する医療機関の約70%が毎日救急受入をしていた。
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関では、救急受入が日中のみの病院が1割弱みられた。
- 救急受入件数の中央値は784件であった。救急受入件数が2000件以上の医療機関は約22%あり、1-199件の医療機関数と同程度であった。

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

救急患者を受け入れている頻度

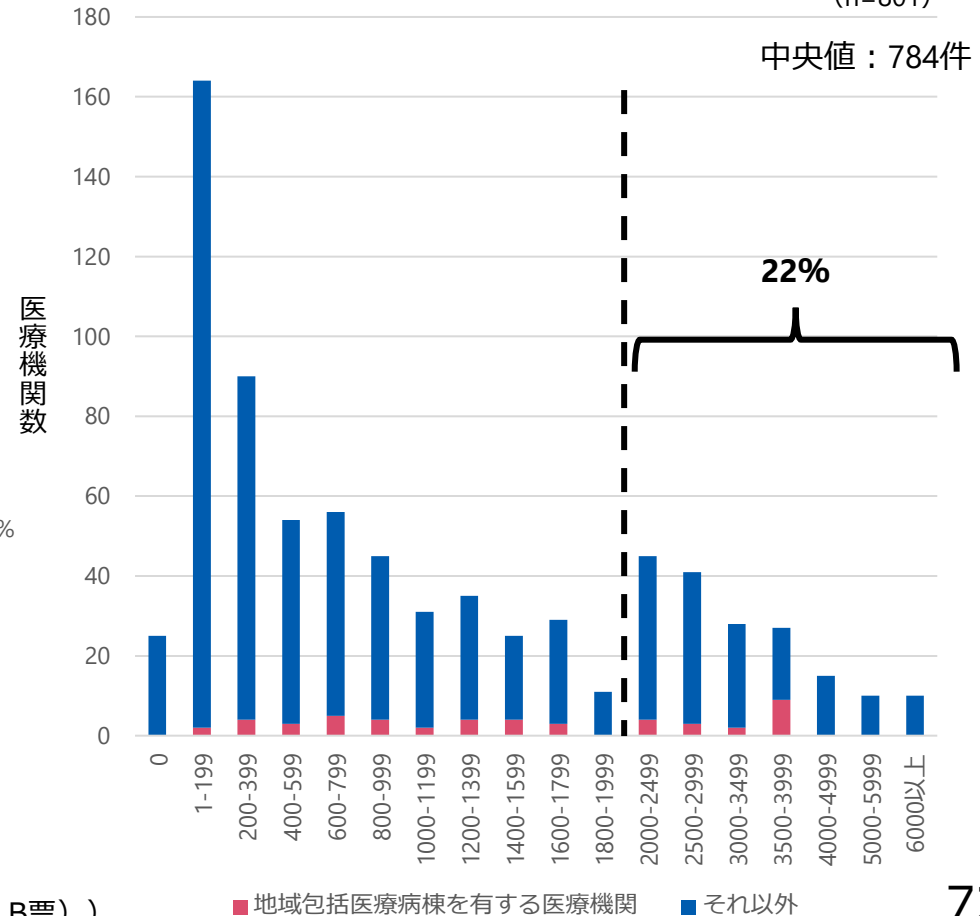


救急患者を受け入れている時間帯



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を有する

医療機関における救急搬送受入台数の分布 (n=801)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設の救急受入患者像

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2 改

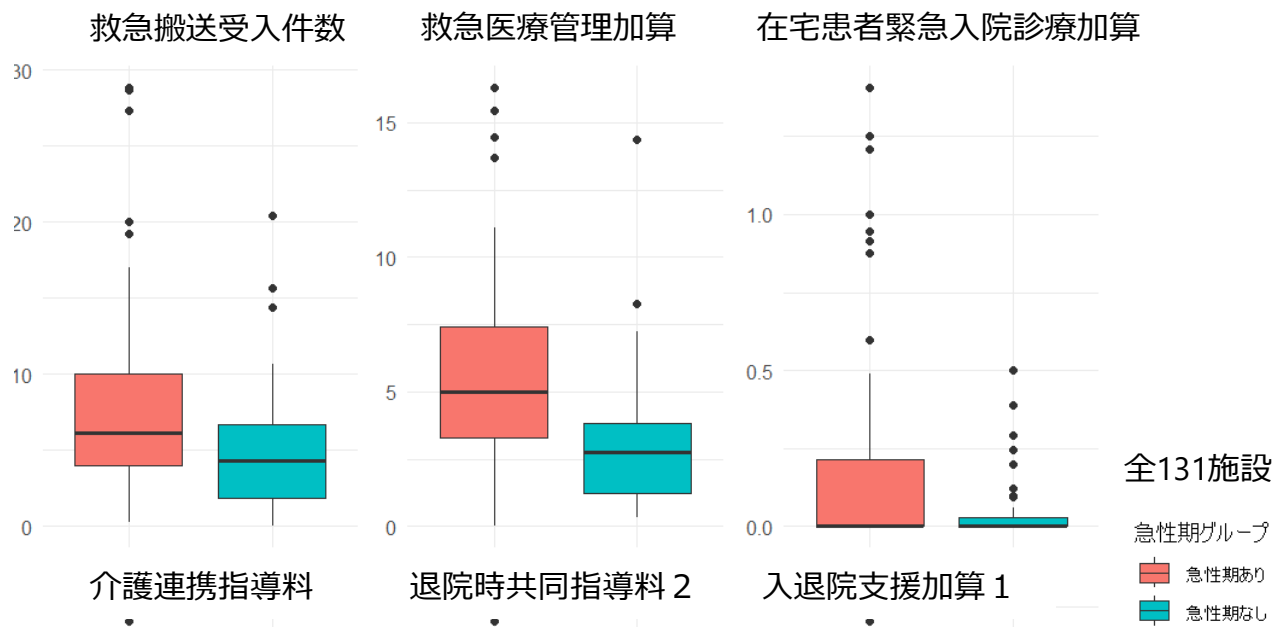
- a-hの患者像について、救急受入を行っていると答えた医療機関の割合は以下のとおり。
- いずれの患者像についても地域包括医療病棟で地域包括ケア病棟より受入の頻度が高かった。
- 「d_精神疾患を有する者」について受入を行っていると回答した施設はいずれの入院料を届け出ている医療機関においても少なかった。

施設数	入院料	地域包括 医療病棟 入院料	地域包括ケア 病棟全体	地域包括ケア 病棟入院料 1	地域包括ケア 入院医療 管理料 1	地域包括ケア 病棟入院料 2	地域包括ケア 入院医療 管理料 2	地域包括ケア 病棟入院料 3	地域包括ケア 入院医療 管理料 3	地域包括ケア 病棟入院料 4	地域包括ケア 入院医療 管理料 4
		(n=66)	(n=1055)	(n=340)	(n=231)	(n=317)	(n=145)	(n=3)	(n=6)	(n=7)	(n=6)
a_自院の通院歴・入院歴を有する患者		92.4%	75.2%	73.5%	66.2%	85.8%	71.7%	66.7%	66.7%	57.1%	66.7%
b_要介護認定又は要支援認定に時間を要すると見込まれる患者		86.4%	64.0%	63.5%	52.4%	77.0%	58.6%	66.7%	16.7%	28.6%	66.7%
c_コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する患者		65.2%	49.8%	49.1%	38.5%	63.1%	43.4%	33.3%	16.7%	28.6%	33.3%
d_精神疾患を有する患者		37.9%	31.5%	26.8%	22.9%	40.4%	37.9%	33.3%	16.7%	14.3%	33.3%
e_生活困窮者であり社会調整に時間を要する患者		81.8%	61.7%	61.8%	51.9%	74.1%	53.8%	66.7%	16.7%	28.6%	50.0%
f_入院前に比べADLが低下し退院後の社会調整に時間を要すると見込まれる患者		87.9%	66.3%	65.3%	58.0%	77.3%	61.4%	66.7%	33.3%	28.6%	50.0%
g_長期的な低栄養状態となることが見込まれる患者		84.8%	63.5%	63.2%	56.7%	73.5%	56.6%	66.7%	33.3%	28.6%	50.0%
h_他医療機関から自施設への紹介状を有する患者		89.4%	71.7%	70.3%	62.3%	82.6%	68.3%	66.7%	66.7%	28.6%	66.7%
(a~hすべて受け入れ可能な施設)		36.4%	29.2%	25.9%	21.2%	38.5%	31.7%	33.3%	16.7%	0.0%	16.7%
その他		4.5%	5.2%	6.8%	3.0%	5.7%	3.4%	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%

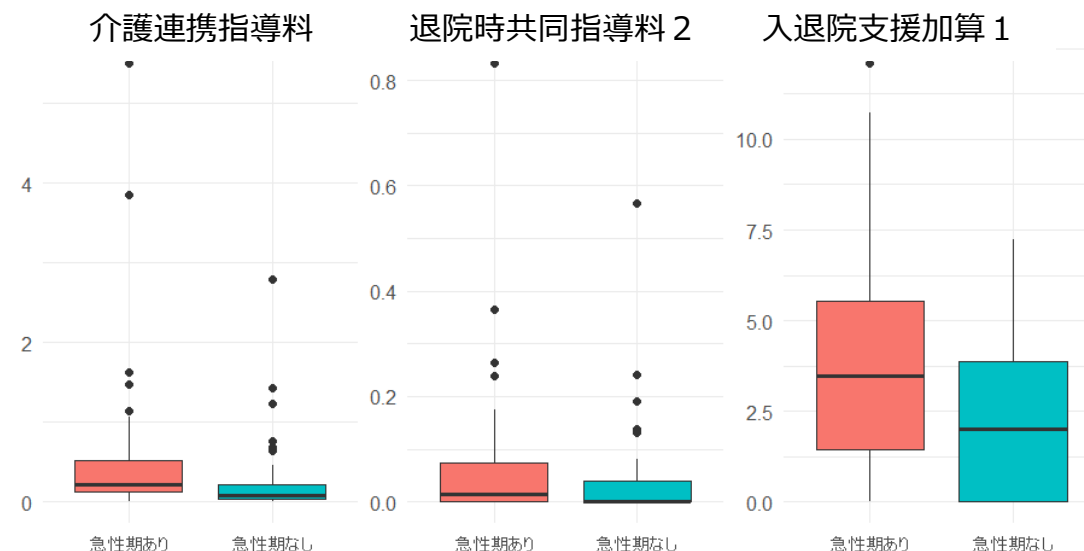
地域包括医療病棟を有する医療機関の救急や連携の状況

- 地域包括医療病棟を有する医療機関において、救急搬送受入件数、救急機能や在宅等との連携機能に関連する加算の1床あたりの件数は、いずれも急性期一般入院料1～6を届け出る病棟をもつ病院群で多かった。

救急に関する加算等
(1床あたり件数)

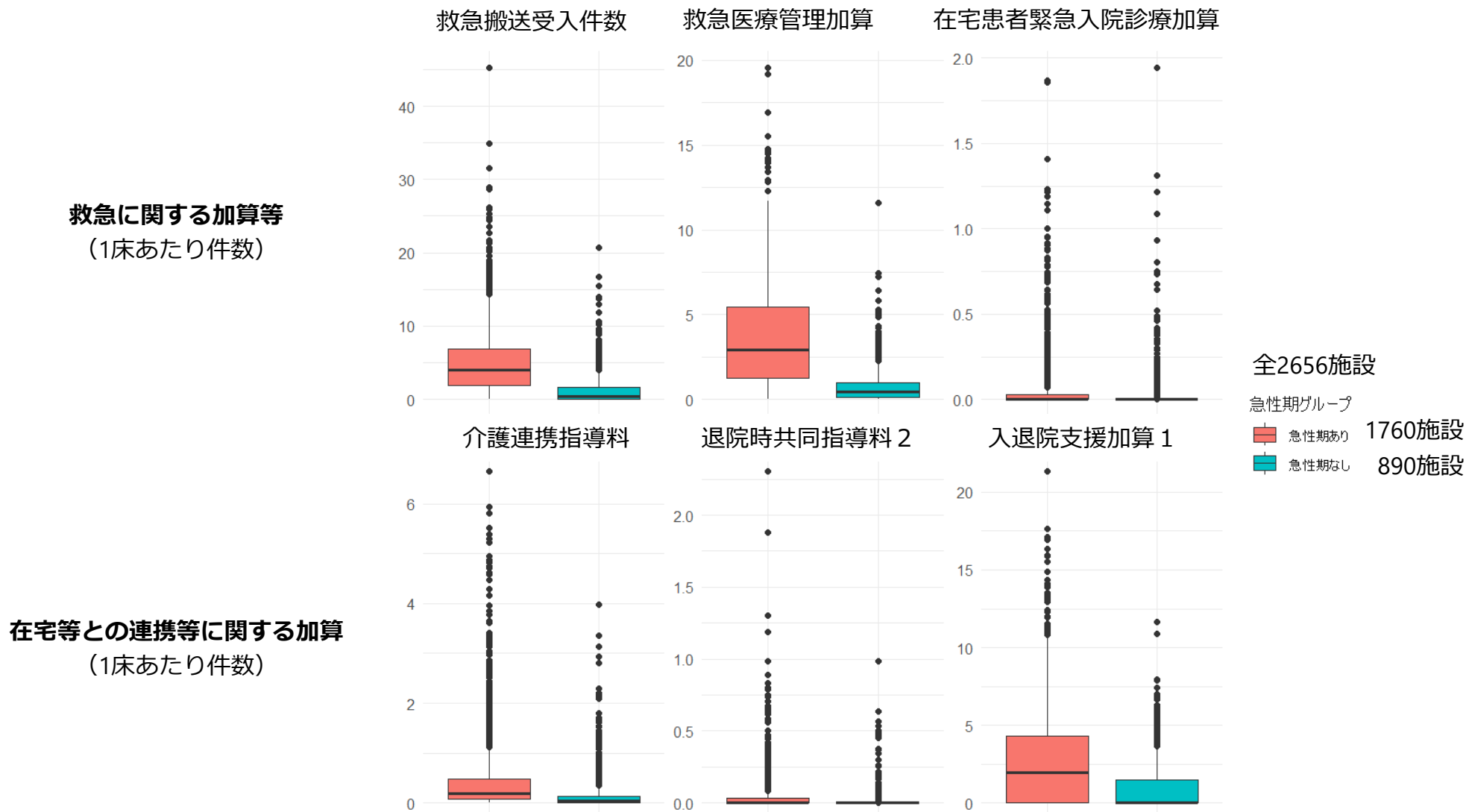


在宅等との連携等に関する加算
(1床あたり件数)



地域包括ケア病棟を有する医療機関の救急や連携の状況

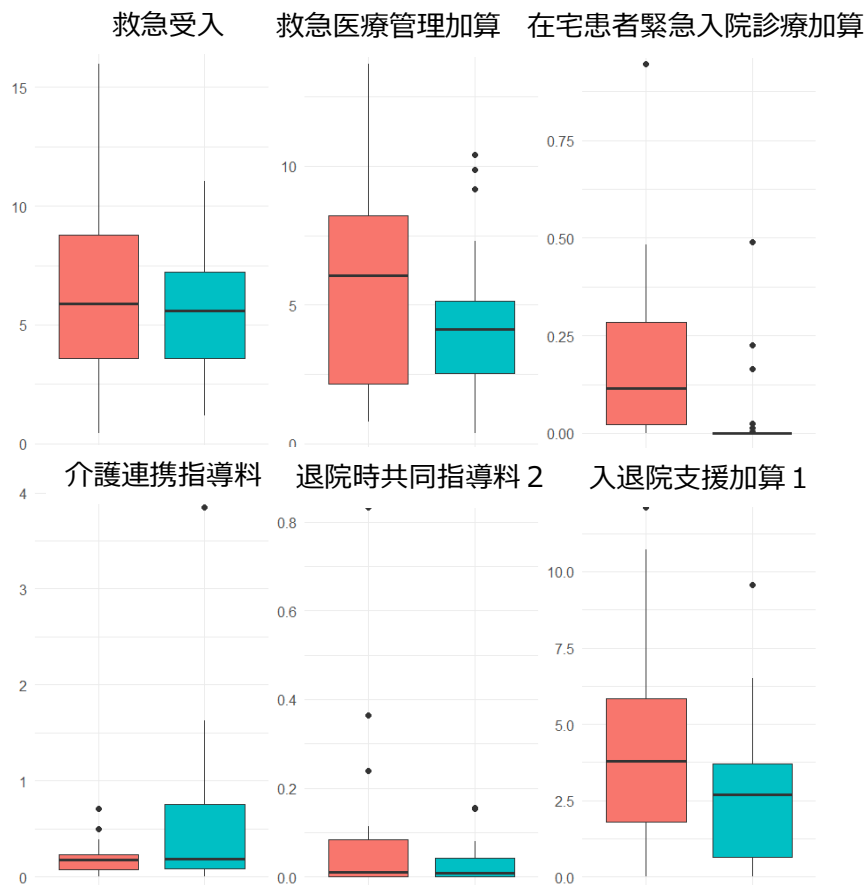
- 地域包括ケア病棟を有する医療機関においても、同様に、急性期一般入院料 1 – 6 を届け出る病棟を有する医療機関で救急等に関連する加算や在宅等との連携に関する加算の件数が多かった。



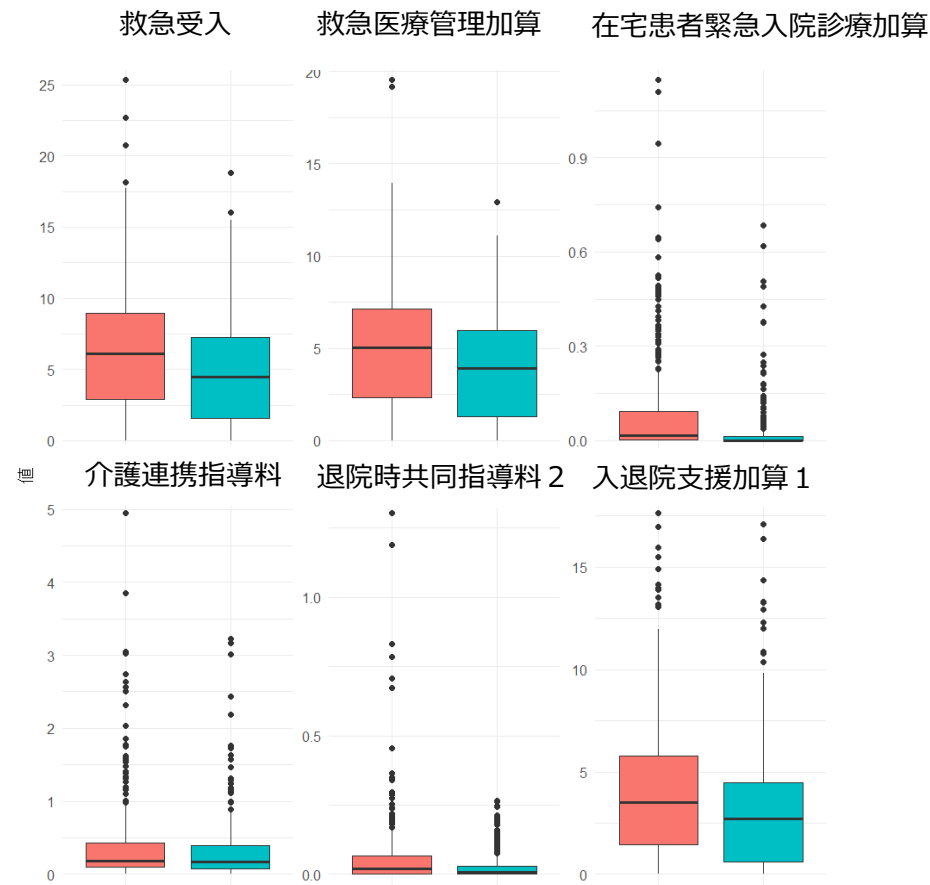
在宅療養後方支援病院の機能

- 地域包括医療病棟、地域包括ケアを有する200床以上の病院において、在宅療養後方支援病院である病院はそれ以外の病院と比較し、救急や在宅等との連携に係るいずれの加算等の算定件数も多かった。

地域包括医療病棟（いずれも1床あたり件数）



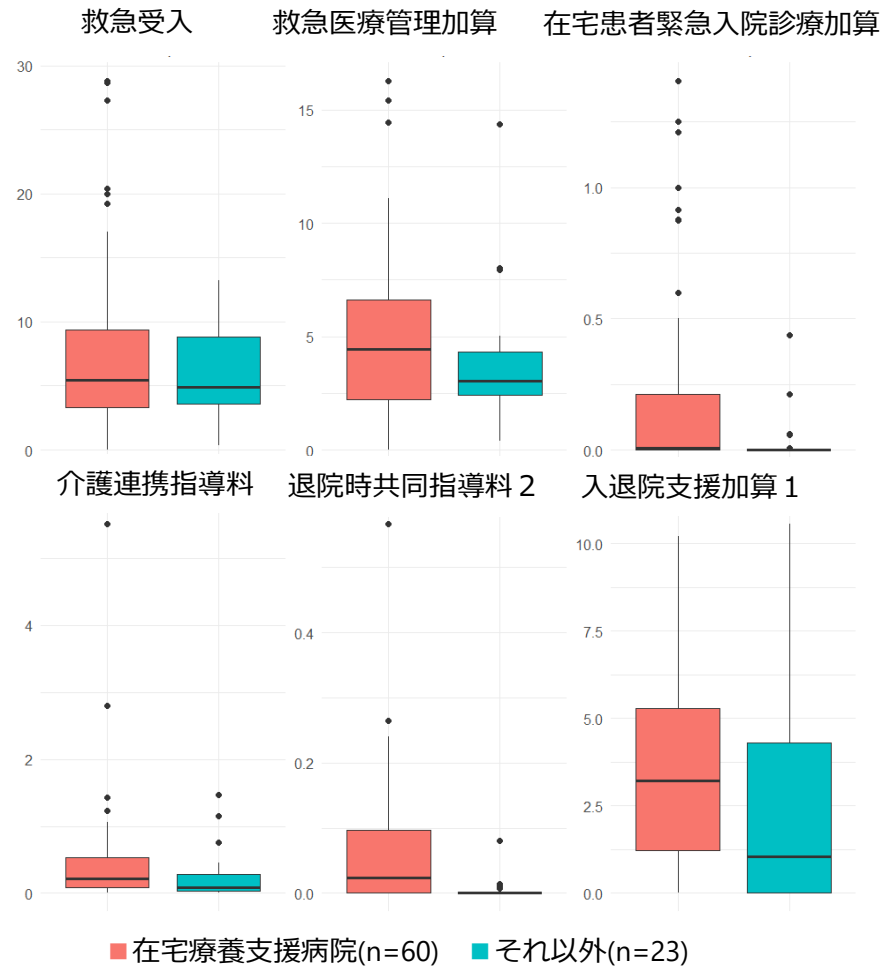
地域包括ケア病棟（いずれも1床あたり件数）



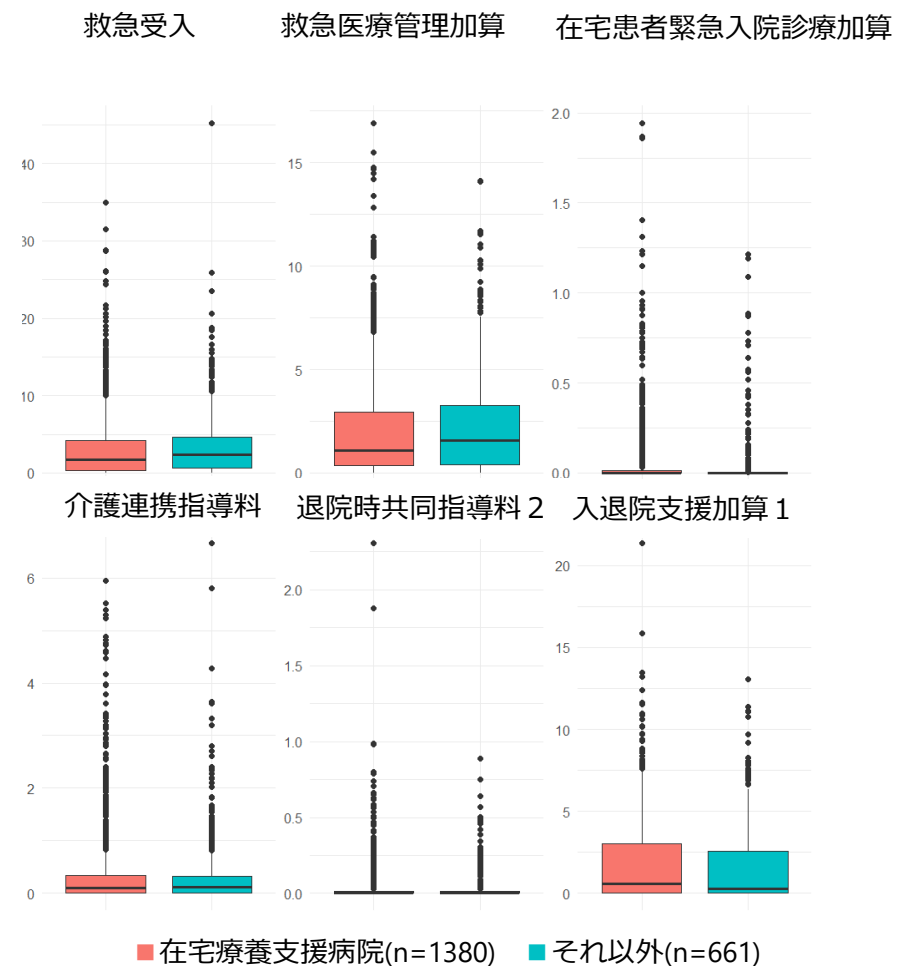
在宅療養支援病院の機能

- 地域包括医療病棟を有する200床未満の病院において、在宅療養支援病院である病院はそれ以外の病院と比較し、救急や在宅等との連携に係る加算等の算定件数が多かった。
- 地域包括ケア病棟を有する200床未満の病院においては、救急搬送の受入と救急医療管理加算について、在宅療養支援病院でない医療機関の算定件数が多かった。

地域包括医療病棟（いずれも1床あたり件数）



地域包括ケア病棟（いずれも1床あたり件数）



包括期を担う病棟の施設基準

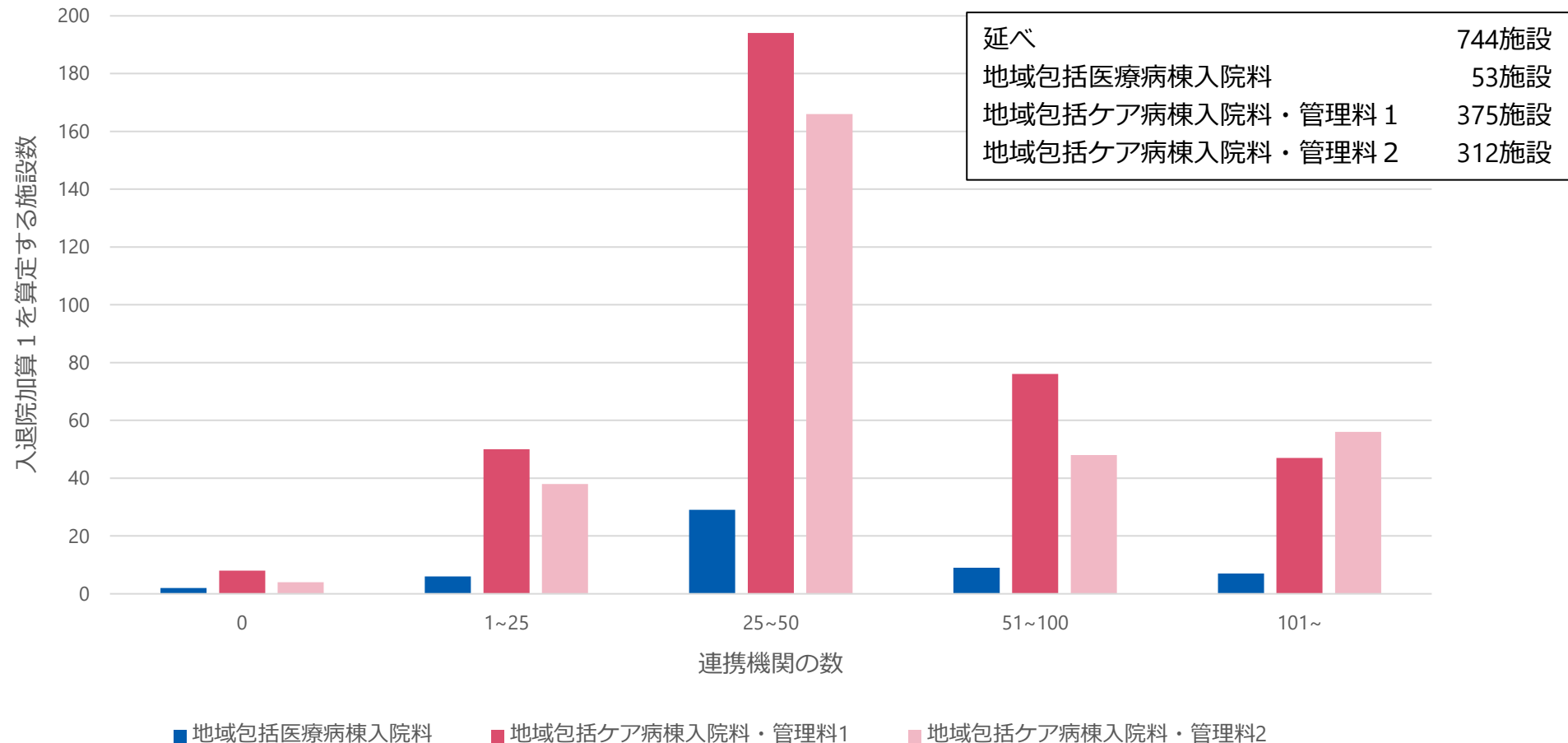
		(参考) 急性期一般入院料 4	地域包括医療病棟	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟 ストラクチャー	病棟	一般病棟	一般病棟	一般病棟又は療養病棟※	一般病棟又は療養病棟※
	看護職員	10対 1	10対 1	13対 1	13対 1
	看護師割合	7 割以上	7割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	(-)	常勤 2 名以上	常勤 1 名以上	常勤 1 名以上
	管理栄養士	(-)	専任常勤 1 名以上	(-)	(-)
	リハ実施	出来高	出来高、専従リハ職は 6 単位まで	包括、必要者に 2 単位以上	包括、必要者に 2 単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に資する体制整備		要		
病棟 アウトカム	重症度、医療・看護必要度	A 3 点以上又は C 1 点以上 / A 2 点以上又は C 1 点以上	A 2 点以上かつ B 3 点以上、 A 3 点以上、C 1 点以上のいずれか	A 1 点以上又は C 1 点以上	A 1 点以上又は C 1 点以上
	看護必要度 I	16%以上	16%以上	10%以上	10%以上
	看護必要度 II	15%以上	15%以上	8 %以上	8 %以上
	入院日に特に介助を要する患者		5 割以上		
	同一病院一般病棟からの転棟		5 %未満		65%未満
	自宅等から入院			2 割以上	★ 2 割以上
	自宅等からの緊急入院			前 3 ヶ月で 9 人以上	★前 3 ヶ月で 9 人以上
	救急搬送		15%以上		
	平均在院日数	21日以内	21日以内		
	在宅復帰		8 割以上	72.5%以上 / 70%以上	72.5%以上 / 70%以上
病院 ストラクチャー・プロセス	その他の プロセス・アウトカム指標		48時間以内のADL・栄養・口腔評価 土日祝日のリハ提供体制 ADL低下が 5 %未満 院内褥瘡発症が 2.5%未満		
	病床数等			200床未満	400床未満
	救急医療		第二次救急医療機関又は救急病院	第二次救急医療機関又は救急病院※	第二次救急医療機関又は救急病院※
	地域との連携		25施設以上の協力医療機関		
	在宅医療の提供			6 項目のうち 2 つ以上を提供	6 項目のうち 1 つを提供 又は★のいずれか
	リハビリ届出		脳血管及び運動器	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、廃用、 運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援		入退院支援加算 1 の届出 (= 連携機関数が 25 以上)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 1) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置 (入院料 2) 入退院支援加算 1 の届出 (連携機関のうち 5 以上は 介護保険法等のサービス事業所)
病院 ストラクチャー・プロセス	除外要件		特定機能病院 急性期充実体制加算 専門病院入院基本料	特定機能病院	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟入院料届出施設の連携機関数

- 地域包括医療病棟入院料・地域包括ケア病棟入院料 1・2 を届け出ている施設のうち、入退院支援加算 1 を届け出ている施設における連携機関数は、25～50施設が最も多かった。

連携機関数ごとの届出入院料別医療機関数（入退院支援加算 1 を算定する施設のみ）

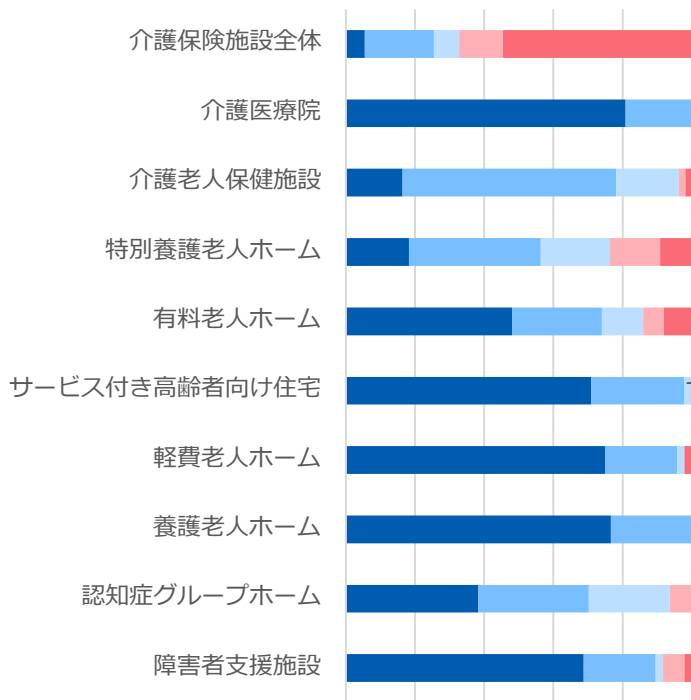


協力医療機関となっている介護保険施設の数と類型

- 地域包括医療病棟を届出施設の半数以上で、10以上の介護保険施設の協力医療機関を引き受けていた。
- 協力医療機関を引き受けている介護保険施設の類型としては特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、認知症グループホーム、介護老人保健施設が多く、届け出ている病棟の種類による差はみられなかった。
- 地域包括医療病棟を有する医療機関の約1割において7以上の障害者支援施設施設と連携していた。

協力医療機関となっている介護保険施設数
(地域包括医療病棟)

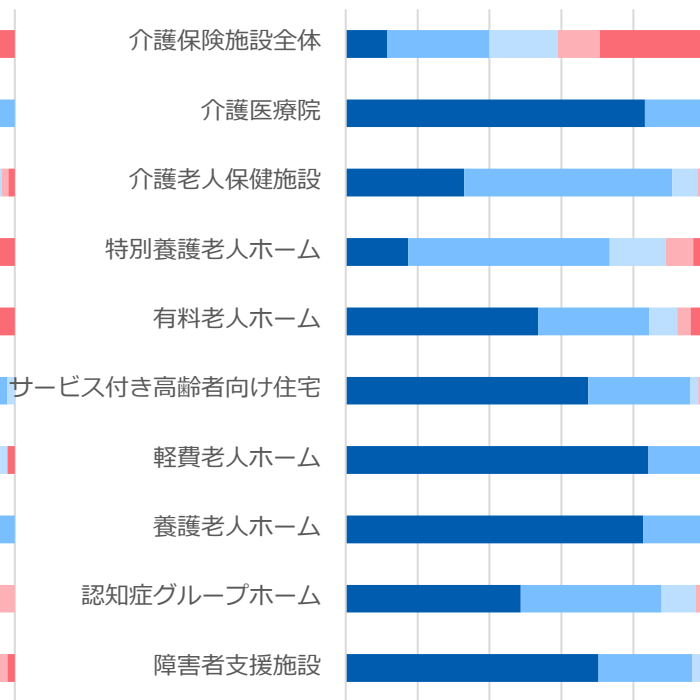
0% 20% 40% 60% 80% 100%



0 1~3 4~6 7~9 10以上

協力医療機関となっている介護保険施設数
(地域包括ケア病棟入院料・管理料1)

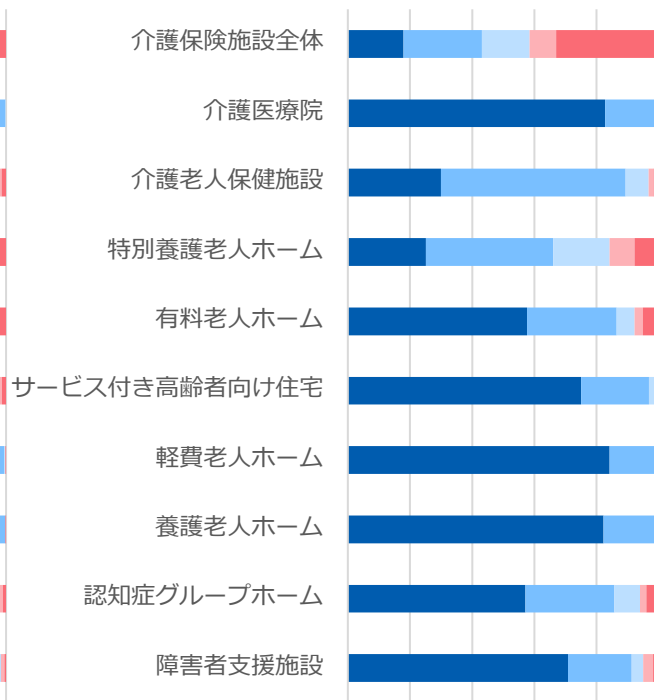
0% 20% 40% 60% 80% 100%



0 1~3 4~6 7~9 10以上

協力医療機関となっている介護保険施設数
(地域包括ケア病棟入院料・管理料2)

0% 20% 40% 60% 80% 100%



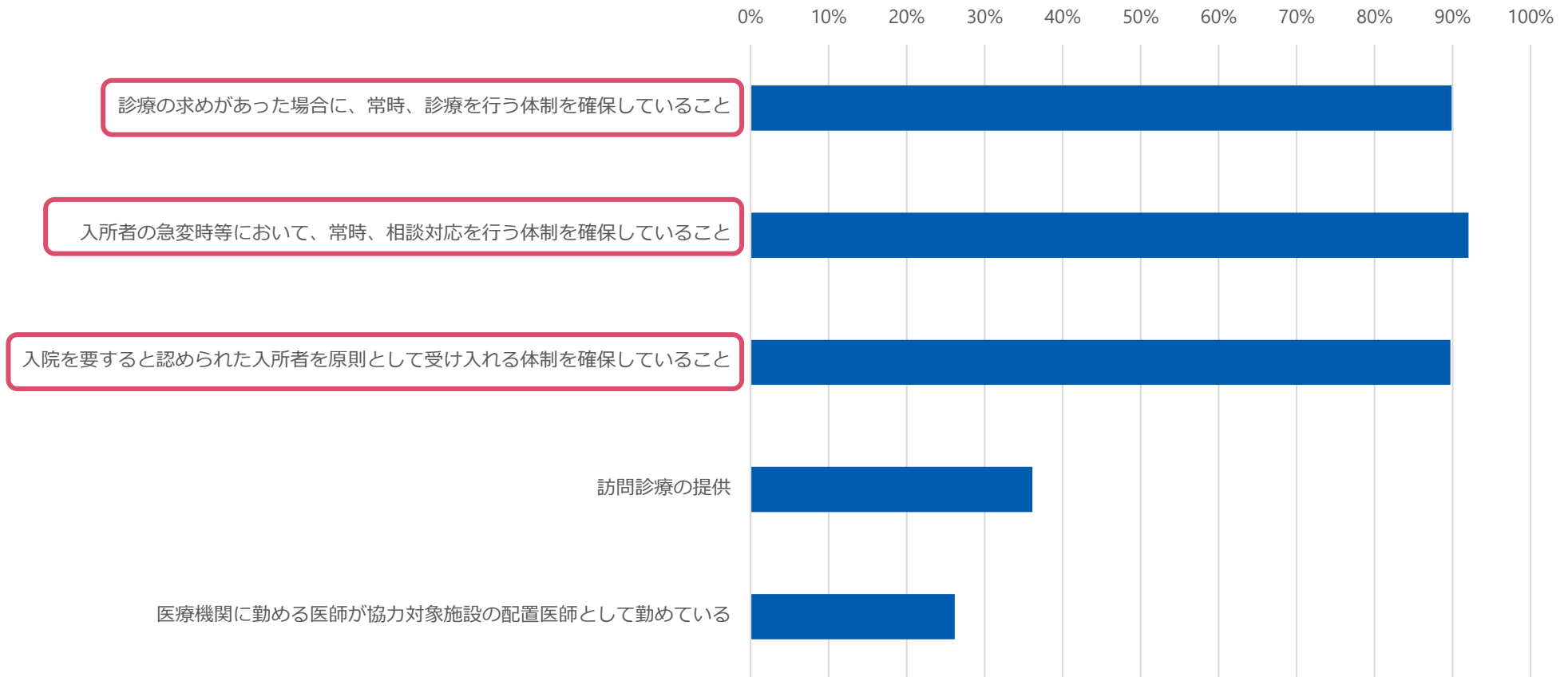
0 1~3 4~6 7~9 10以上

協力対象施設への医療提供内容

- 地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関において、協力対象施設への医療提供内容として、診療の求めがあった場合の診療、入所者の急変時等の相談体制の確保、入院を要する入所者の原則受入体制確保を9割以上の医療機関が提供していた。
- 訪問診療の提供は1/3程度、配置医師としての勤務は1/4程度の医療機関が実施していた。

地域包括医療病棟もしくは地域包括ケア病棟において、1施設以上の協力医療機関である場合、

協力対象施設への医療提供内容(n=642)

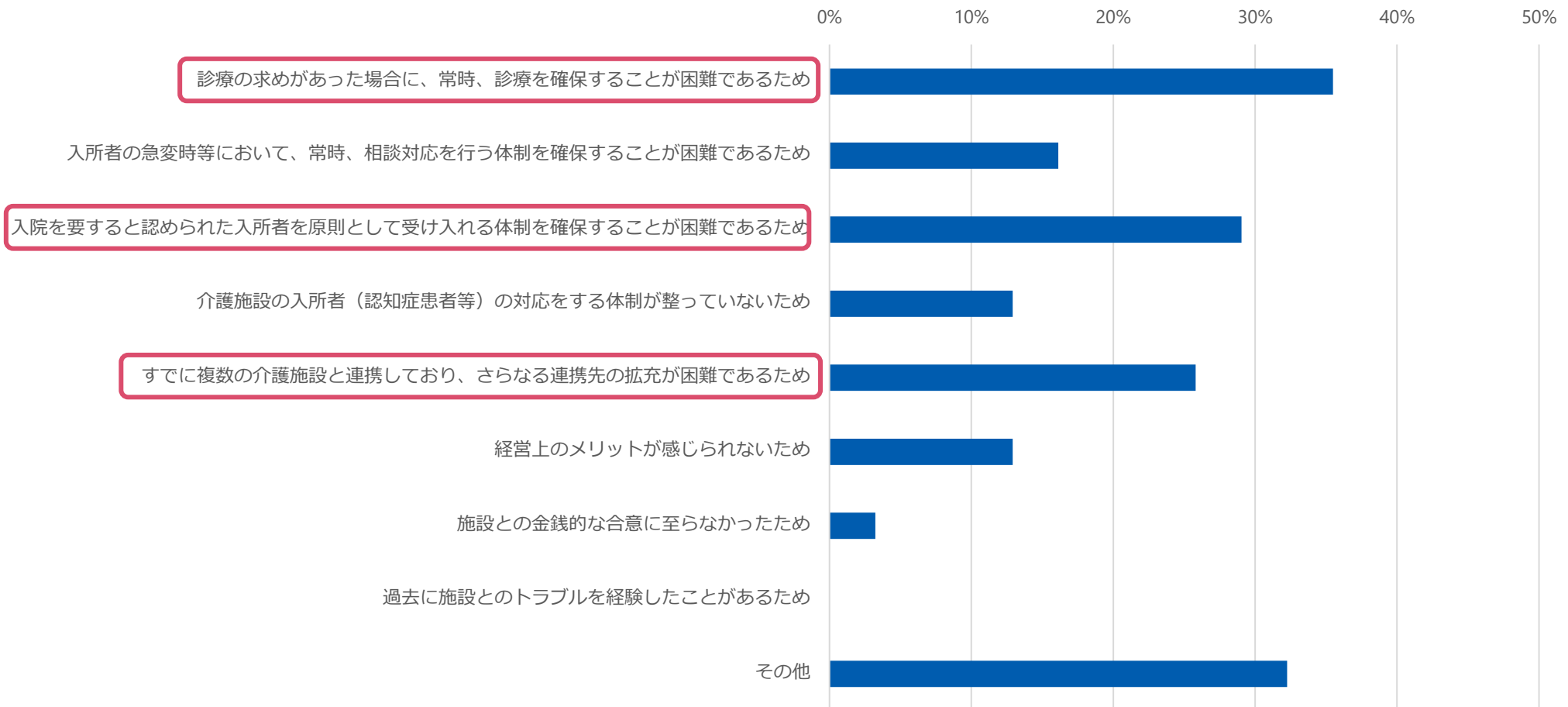


協力医療機関となることを断った理由

- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関において、協力医療機関となることを断った件数が1件以上ある場合の理由として、「診療の求めがあった場合の診療が困難」「入院必要時の受入困難」「既に複数の介護施設と連携しており、これ以上の拡充が困難」をあげた施設が多かった。

地域包括医療病棟もしくは地域包括ケア病棟において、協力医療機関となることを断った理由

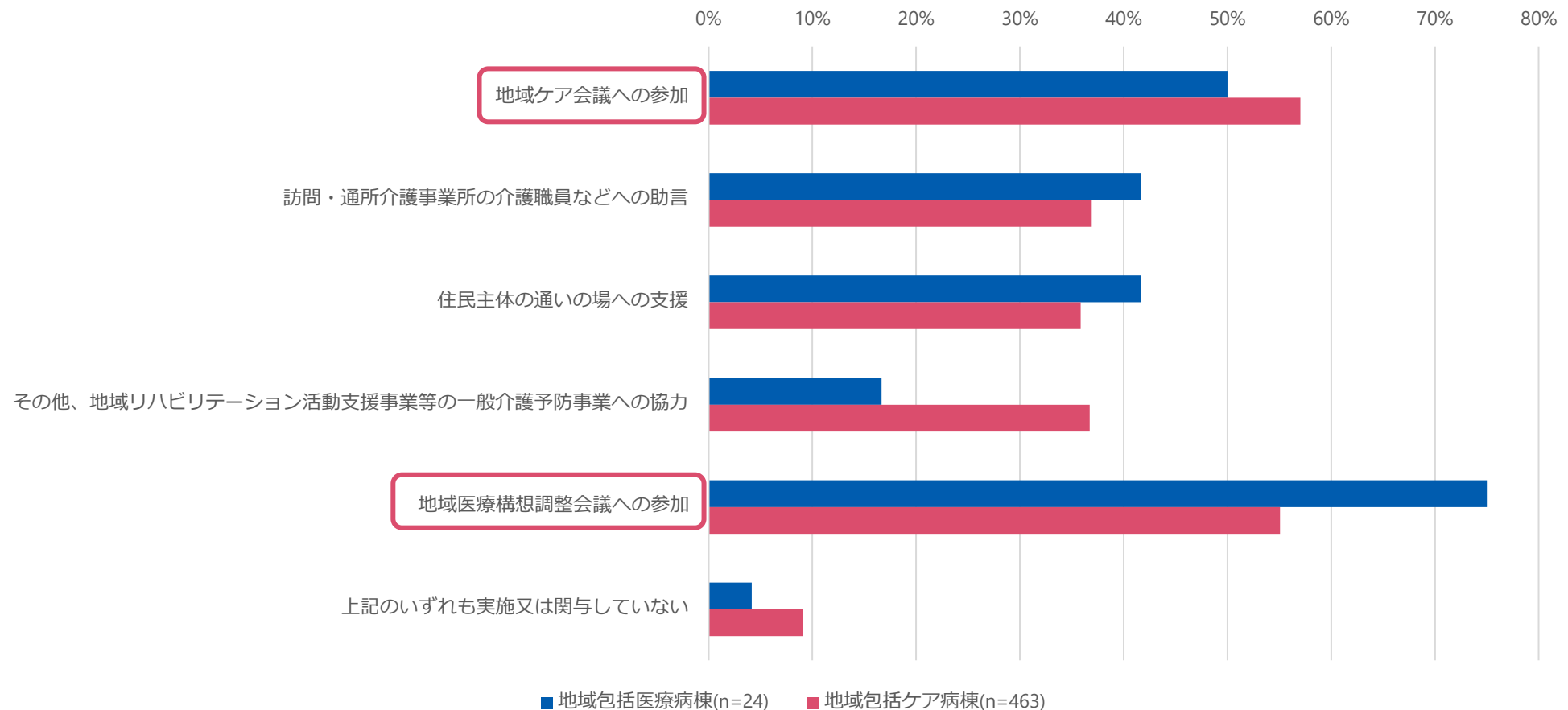
(n=31)



地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟届出施設における地域貢献活動

- 各病棟を届け出ている医療機関の半数以上が、地域貢献活動の取組として「地域ケア会議への参加」「地域医療構想調整会議への参加」を実施していた。地域包括医療病棟を有する医療機関では、特に地域医療構想調整会議へ参加している割合が多かった。
- 取組の実施状況は似た傾向であったが、地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関のほうが「一般介護予防事業への協力」を実施している割合が多かった。

施設として実施している又は関与している取組について



包括的な機能を担う入院医療に係る現状と課題①

【地域包括医療病棟の届出に関する調査結果】

- 地域包括医療病棟を有する病院の約3分の2が急性期の病棟を有していた。今後の届出意向をもつ医療機関は5%前後と少なかった。届出を検討する上での課題として、休日のリハビリテーションの提供や、重症度、医療・看護必要度の基準、ADLに関するアウトカム評価等をあげた医療機関が多かった。

【地域包括医療病棟と地域包括ケア病棟との相違点について】

- 地域包括医療病棟と、地域包括ケア病棟（転院/転棟を除き、直接入院する患者に限る）の入院患者を比較すると、入院患者数の多い疾患や、その患者像は一定程度類似していた。

【地域包括医療病棟と急性期一般入院料2－6との相違点について】

- 同一医療機関内に地域包括医療病棟と急性期一般入院料2－6の双方の病棟を有する医療機関において、入院患者数の多い疾患や、その患者像は一定程度類似していた。いずれの病棟に入棟したかで患者の要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度の分布を比較すると、地域包括医療病棟において、要介護度等が高い患者が多い傾向にあった。入院～退院までのADLの変化は、地域包括医療病棟と急性期病棟とで大きな違いはなかった。

【地域包括医療病棟における内科疾患・外科疾患の受入の状況について】

- 地域包括医療病棟において、医療機関ごとに、診療している疾患の内訳にはばらつきがあった。

【地域包括医療病棟におけるADLの変化や平均在院日数の基準について】

- 入院中のADLの変化については、疾患ごとに一定のパターンがあり、誤嚥性肺炎や心不全においては、整形外科疾患と比較しADLの改善幅は小さかった。
- 高齢であることは、他のリスク因子を調整しても在院日数延長に関連するという報告があった。

包括的な機能を担う入院医療に係る現状と課題②

【地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟を有する医療機関の機能について】

＜救急搬送の受入機能と在宅・介護施設等の後方支援機能＞

- 救急受入や在宅等との連携に関する加算等の算定回数を医療機関単位で比較すると、急性期病棟をもつ病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援病院でいずれも多い傾向にあった。
- 地域包括ケア病棟における在宅医療の要件は多くの医療機関が満たしていた。

＜連携機関の要件＞

- 地域包括医療病棟・地域包括ケア病棟1・2の要件である入退院支援加算1において要件となっている連携機関数については、多くの医療機関が25施設以上と連携している一方で、25に満たない医療機関もあった。

＜地域活動＞

- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟の双方において、半数以上の医療機関が地域医療構想調整会議や地域ケア会議へ参加していた。



【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

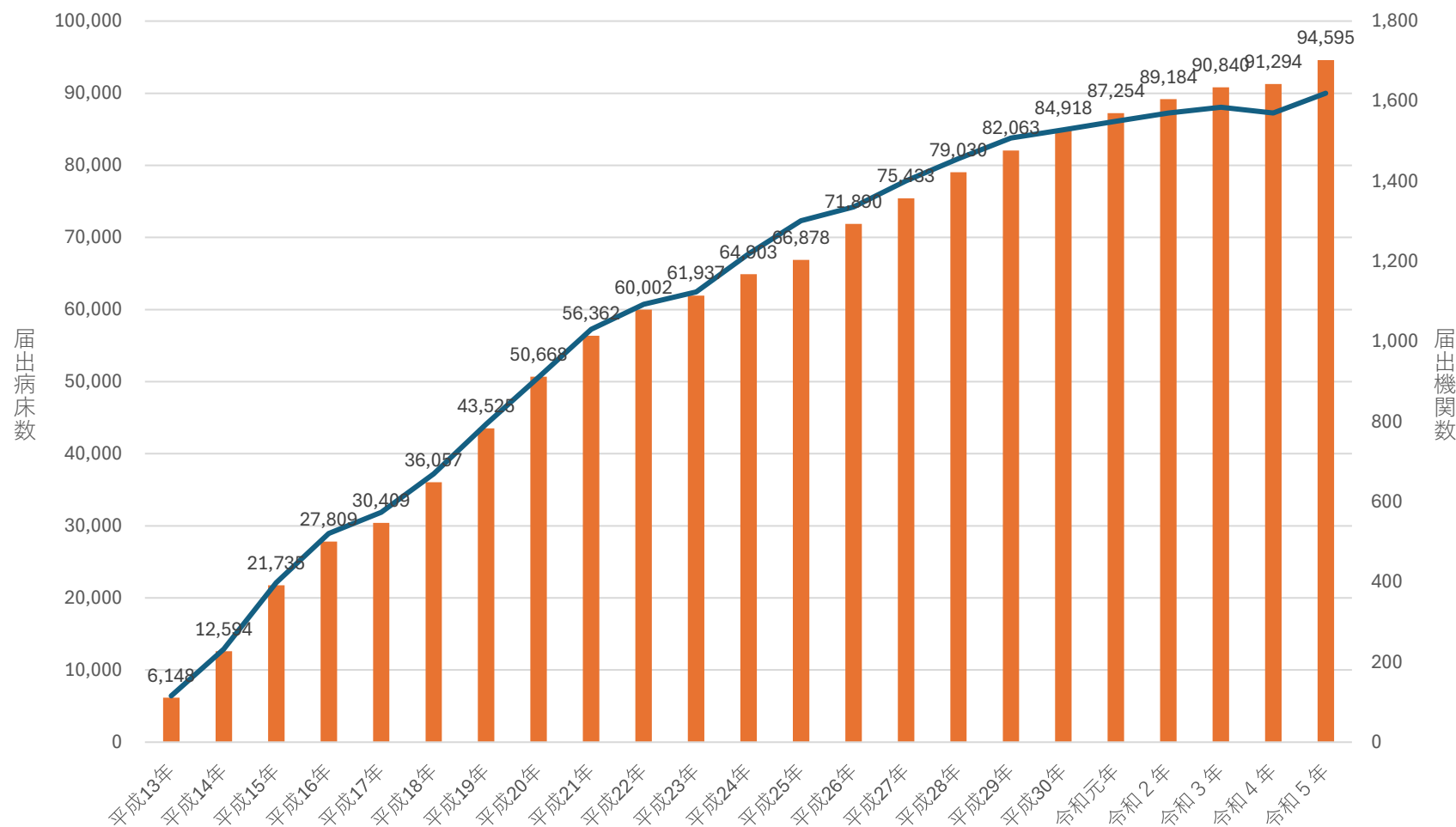
- 1．高齢者の入院医療について（総論）
- 2．包括的な機能を担う入院医療について（その1）
- 3．回復期リハビリテーション病棟について（その1）
 - 3－1．回復期リハビリテーション病棟の経緯
 - 3－2．地域包括ケア病棟との相違点
 - 3－3．回復期リハビリテーション病棟の現状
- 4．慢性期について（その1）

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る主な改定の経緯

平成12年	回復期リハビリテーション病棟入院料を新設。
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。 - リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限日数を、60～180日に設定。 - 患者1人あたりの提供単位数の上限を6単位から9単位に引き上げ。 ※疾患別リハビリテーション料の新設。
平成20年	- 入院料を2区分に見直し。入院料1にて重症患者回復病棟加算を新設。 - 入院料1の施設基準に新規入棟患者のうち重症患者の受入割合と、居宅等への復帰率に関する要件を追加。 - 医師の病棟専従配置を緩和。
平成22年	- 休日リハビリテーション加算の新設。 - リハビリテーション充実加算の新設。
平成24年	- 入院料を3区分に見直し。 - 重症患者回復病棟加算を入院料へ包括化。
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。
平成28年	- ADLの改善（FIM得点）に基づくアウトカム評価（リハビリテーション実績指数）を導入。 - リハビリテーション実績指数の算定対象から除外する患者等を設定。 - 入院料1に体制強化加算2を新設。
平成30年	- 入院料を6区分に見直し。 - 入院料1及び3及び5にリハビリテーション実績指数の実績要件を追加。 - 入院料1の施設基準に「専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」を追加。
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。
令和4年	- 入院料5を廃止し、入院料6を新たな入院料5として設定。 - 入院料1～4における重症の新規入院患者の割合の見直し。 - 回復期リハビリテーションを要する状態の見直し。 - 入院料1及び入院料3にて第三者評価を受けていることに係る評価の導入。
令和6年	- 運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し。 - 体制強化加算の廃止。 - GLIM基準による栄養評価の要件化。

回復期リハビリテーション病棟入院料の届出機関数・病床数の推移

- 令和5年時点で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は約9.5万床、届出機関数は1,620施設であった。
- 届出病床数は直近10年で約1.4倍に増加、届出機関数は直近5年ほどはほぼ横ばいになっている。



回復期リハビリテーション病棟の届出施設における入院料別届出病床

診調組 入-1
7.5.22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施設では、急性期一般入院料を算定する病床を届け出ている割合が高い。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1・3を届け出ている施設でのみ、地域包括医療病棟を算定する病床も届け出ていた。

回復期リハビリテーション病棟入院料別の他の入院料の届出状況
(令和6年11月1日時点で1床でも届け出ていれば、有として集計)

入院料		回復期リハビリテーション病棟入院料1	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3	回復期リハビリテーション病棟入院料4	回復期リハビリテーション病棟入院料5
回答施設数		474	72	137	21	14
届出率	急性期一般入院料	61.4%	48.6%	63.5%	42.9%	57.1%
	地域一般入院料	4.2%	5.6%	10.2%	28.6%	21.4%
	療養病棟入院料	30.2%	50.0%	34.3%	81.0%	21.4%
	地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料	48.9%	34.7%	42.3%	38.1%	28.6%
	障害者施設等入院基本料	14.1%	22.2%	7.3%	23.8%	21.4%
	緩和ケア病棟入院料	10.5%	6.9%	6.6%	14.3%	7.1%
	地域包括医療病棟入院料	5.1%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%
	回復期リハビリテーション病棟入院料のみ	14.1%	8.3%	1.5%	0.0%	7.1%

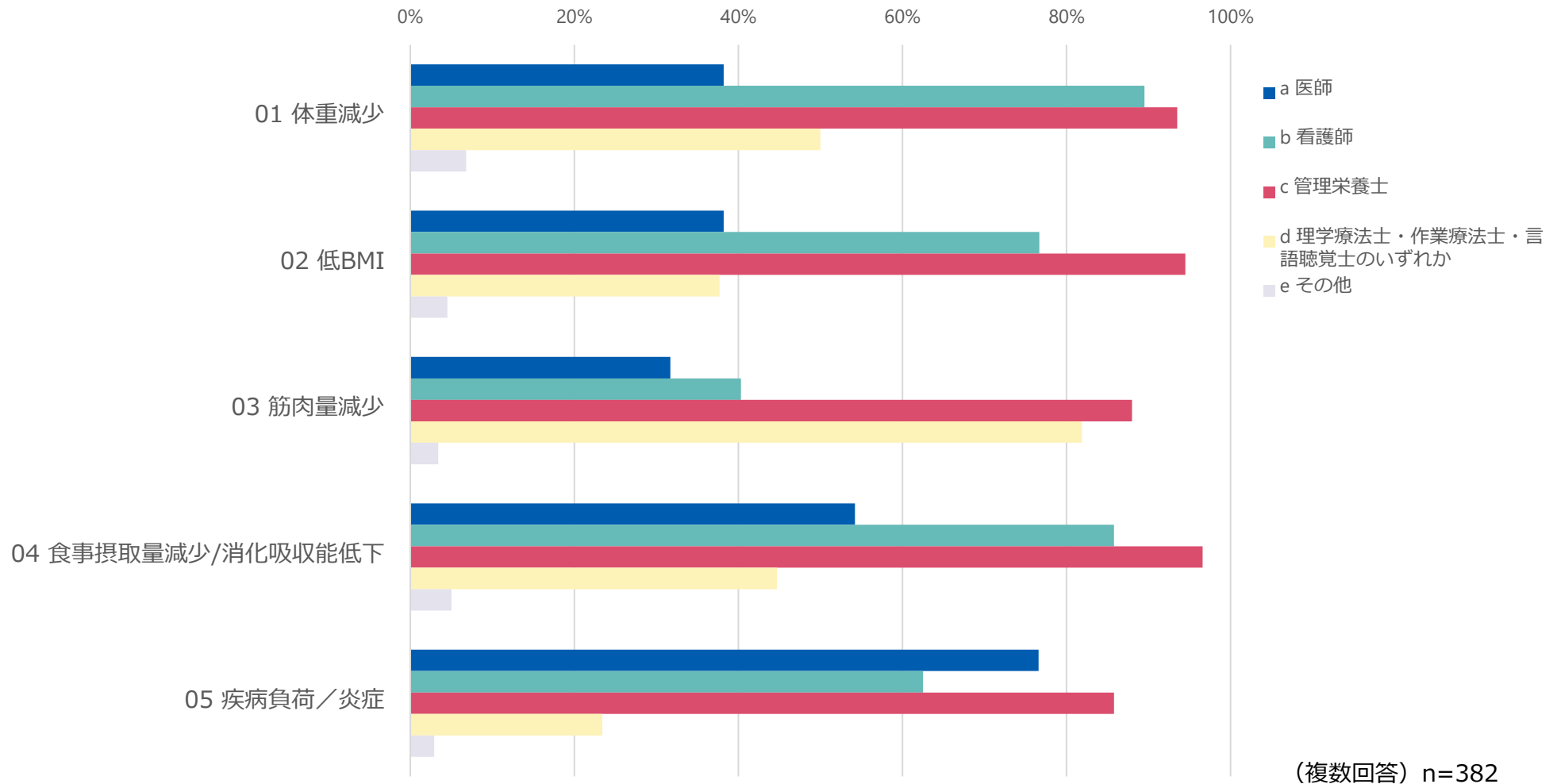
回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 （※ 1）
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上		
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ <u>専従常勤 1 名以上</u>		－		
	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 テーションの 提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	○		－		
	<u>FIMの測定に関する 院内研修会</u>	<u>年 1 回以上開催</u>	－	<u>年 1 回以上開催</u>	－	－
	リハビリ計画書への栄養項目 記載／ <u>GLIM基準による評価</u>	<u>○</u>	<u>GLIM基準を用いることが望ましい</u>			
	<u>口腔管理</u>	<u>○</u>		－		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	－	受けていることが 望ましい	－	－
	<u>地域貢献活動</u>	<u>参加することが望ましい</u>		－		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		－
	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	－	－
	入院時に重症であった患者の 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		－
点数 （）内は生活療養を受ける場合		<u>2,229</u> 点 <u>（2,215）</u>	<u>2,166</u> 点 <u>（2,151）</u>	<u>1,917</u> 点 <u>（1,902）</u>	<u>1,859</u> 点 <u>（1,845）</u>	<u>1,696</u> 点 <u>（1,682）</u>

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

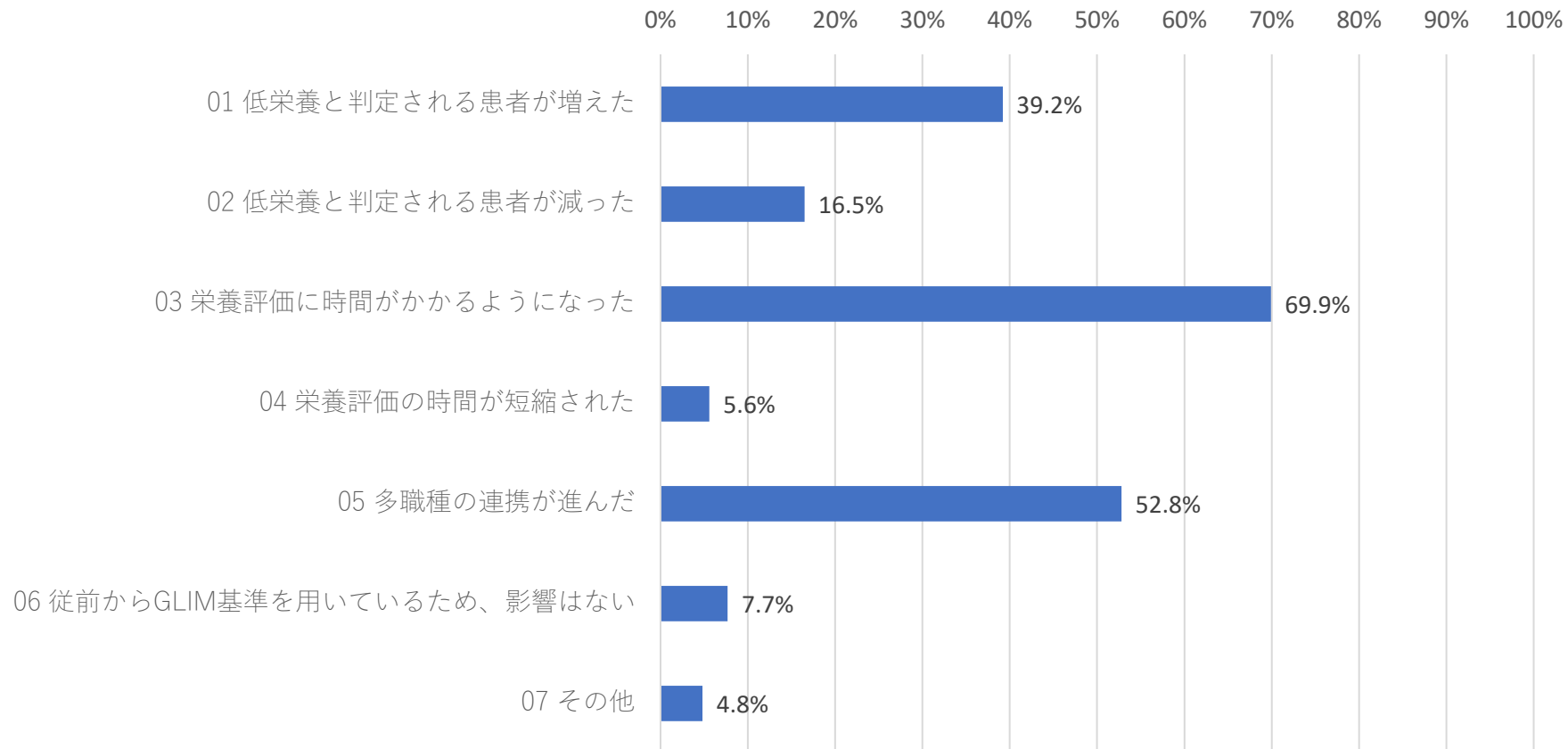
GLIM基準の各項目の測定や判定に関わる職種（回りハ1）

- GLIM基準の測定や判定に、管理栄養士は全ての項目で8割以上関わっていた。体重や食事摂取量に関する項目は看護師、筋肉量に関する項目はリハビリテーション職、疾病に関する項目は医師も関わっている割合が高かった。



GLIM基準による評価を導入したことによる影響（回りハ1）

- GLIM基準の評価を導入したことで、「栄養評価に時間がかかるようになった」という回答が69.9%と最も多かった一方で、「多職種連携が進んだ」という回答が52.8%と次に多かった。



（複数回答） n=375

- 1．高齢者の入院医療について（総論）
- 2．包括的な機能を担う入院医療について（その1）
- 3．回復期リハビリテーション病棟について（その1）
 - 3－1．回復期リハビリテーション病棟の経緯
 - 3－2．地域包括ケア病棟との相違点
 - 3－3．回復期リハビリテーション病棟の現状
- 4．慢性期について（その1）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（令和6年12月）

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性（抄）

（5）その他

① リハビリテーション

- 急性期の患者の多くは自宅に退院し、回復期等の療養のため、他の病院や診療所に転院する患者は6－8％程度である。こうした中、高齢者については、急性期の治療後の速やかな在宅復帰が重要であり、入院早期からの離床やリハビリテーション、早期の退院により、身体活動を増加させることが重要である。
- **回復期を担う主な病床としては、複数のリハビリ専門職が専従し、集中的にリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）、急性期を経過した患者の受入とともに、在宅で療養している患者等の対応を行う地域包括ケア病棟（以下、地ケア病棟）がある。**
- 回リハ病棟と地ケア病棟については、入院患者の半数以上が80歳以上となっており、介護が必要な認知症高齢者が一定数入院している。回リハ病棟については、大腿骨近位部の骨折、脳卒中、胸腰椎の骨折、膝関節症等の疾患が多く、地ケア病棟については、高齢者救急に関連する肺炎等や白内障等の予定手術のほか、大腿骨近位部の骨折、腰椎の骨折等の回リハ病棟で見られる疾患の患者も入院している実態がある。
- 回リハ病棟と地ケア病棟の二次医療圏別の平均在院日数については、回リハ病棟の平均在院日数の中央値は56日、最大の二次医療圏で98日、地ケア病棟の平均在院日数の中央値は20日、最大の二次医療圏で32日である。
- リハビリテーションについては、入院での早期のリハビリテーションや集中的なリハビリテーションが効果的な場合は入院でのリハビリテーションを提供しつつ、それ以外の場合には、介護老人保健施設等の他施設とも連携しながら、外来医療・在宅医療等におけるリハビリテーションの提供を含め、患者の身体機能等に応じて、適切な場でリハビリテーションを提供することが求められる。

5. 新たな地域医療構想（抄）

（3）医療機関機能・病床機能

③ 病床機能

- 機能区分ごとの必要病床数の推計及び病床機能報告については、全体として医療需要を捉えて病床の機能分化・連携を推進する仕組みとして一定の役割を果たしてきたことを踏まえ、引き続き、制度として維持することが適当である。
- 一方、病床の機能区分（現行：高度急性期、急性期、回復期、慢性期）については、これまでの取組との連続性等を踏まえ、引き続き4区分としつつ、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、これまでの【回復期】に代えて、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」及び**これまでの【回復期機能】を、【包括期機能】（高齢者救急等を受け入れ、入院早期からの治療とともに、リハビリテーション・栄養・口腔管理の一体的取組等を推進し、早期の在宅復帰等を包括的に提供する機能、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）として位置づけ**、適切に理解されるよう周知に努めるべきである。また、病床機能報告が医療機関から適切に行われるよう、報告方法等について分かりやすく周知することが重要である。

施設基準の一覧（回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟）

		回リハ入院料 1 / 2	回リハ入院料 3 / 4	回リハ入院料 5	地ケア入院料 1 / 3	地ケア入院料 2 / 4
病棟ストラクチャー	病棟	一般病棟又は療養病棟	一般病棟又は療養病棟	一般病棟又は療養病棟	一般病棟又は療養病棟 ※	一般病棟又は療養病棟 ※
	看護職員	13対 1	15対 1	15対 1	13対 1	13対 1
	看護師割合	7割以上	4割以上	4割以上	7割以上	7割以上
	PT/OT/STの病棟配置	それぞれ常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	それぞれ常勤のPT 2 名以上、OT 1 名以上	それぞれ常勤のPT 2 名以上、OT 1 名以上	常勤 1 名以上	常勤 1 名以上
	管理栄養士	入院料 1：専任常勤 1 名以上 入院料 2：専任常勤 1 名以上が望ましい	専任常勤 1 名以上が望ましい	専任常勤 1 名以上が望ましい	(－)	(－)
	リハ実施	出来高、患者 1 人あたり 6 ～ 9 単位/日が上限	出来高、患者 1 人あたり 6 ～ 9 単位/日が上限	出来高、患者 1 人あたり 6 ～ 9 単位/日が上限	包括、必要者に 2 単位以上	包括、必要者に 2 単位以上
	ADLの維持向上、 栄養管理に資する 体制整備					
病棟プロセス・アウトカム	重症度、医療・看護必要度				A 1 点以上又は C 1 点以上	A 1 点以上又は C 1 点以上
	看護必要度Ⅰ				10%以上	10%以上
	看護必要度Ⅱ				8 %以上	8 %以上
	入院日に特に介助を要する患者					
	同一病院一般病棟からの転棟					65%未満
	自宅等から入院				2 割以上	★ 2 割以上
	自宅等からの緊急入院				前 3 ヶ月で 9 人以上	★前 3 ヶ月で 9 人以上
	救急搬送					
	平均在院日数	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の設定あり	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の設定あり	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の設定あり		
	在宅復帰	7 割以上	7 割以上	(－)	72.5%以上／70%以上	72.5%以上／70%以上
病院ストラクチャー・プロセス	その他のプロセス・アウトカム指標	・重症の新規入院患者：4 割以上 ・重症者が退院時に日常生活機能評価で 4 点以上又はFIM総得点で16点以上改善：3割以上 ・リハビリテーション実績指数40以上 ※ 1 のみ	・重症の新規入院患者：3 割以上 ・重症者が退院時に日常生活機能評価で3 点以上又はFIM総得点で12点以上改善：3割以上 ・リハビリテーション実績指数35以上 ※ 3 のみ	(－)		
	病床数等				200床未満	400床未満
	救急医療				第二次救急医療機関又は救急病院 ※	第二次救急医療機関又は救急病院 ※
	地域との連携					
	在宅医療の提供				6 項目のうち 2 つ以上を提供	6 項目のうち 1 つを提供又は★のいずれか
	リハビリ届出	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか
	入退院支援	専従常勤の社会福祉士等 1 名以上	(－)	(－)	専従/専任の看護師・社会福祉士配置（入院料 1）入退院支援加算 1 の届出（連携機関のうち 5 以上は介護保険法等のサービス事業所）	専従/専任の看護師・社会福祉士配置（入院料 2）入退院支援加算 1 の届出（連携機関のうち 5 以上は介護保険法等のサービス事業所）
病院ストラクチャー・プロセス	除外要件	特定機能病院	特定機能病院	特定機能病院	特定機能病院	特定機能病院

※ 療養病棟では、救急医療を行うのに必要な体制のない場合、在宅等からの入院の基準も満たさなければ、所定点数の100分の95に相当する点数を算定

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟の平均職員数（40床あたり）

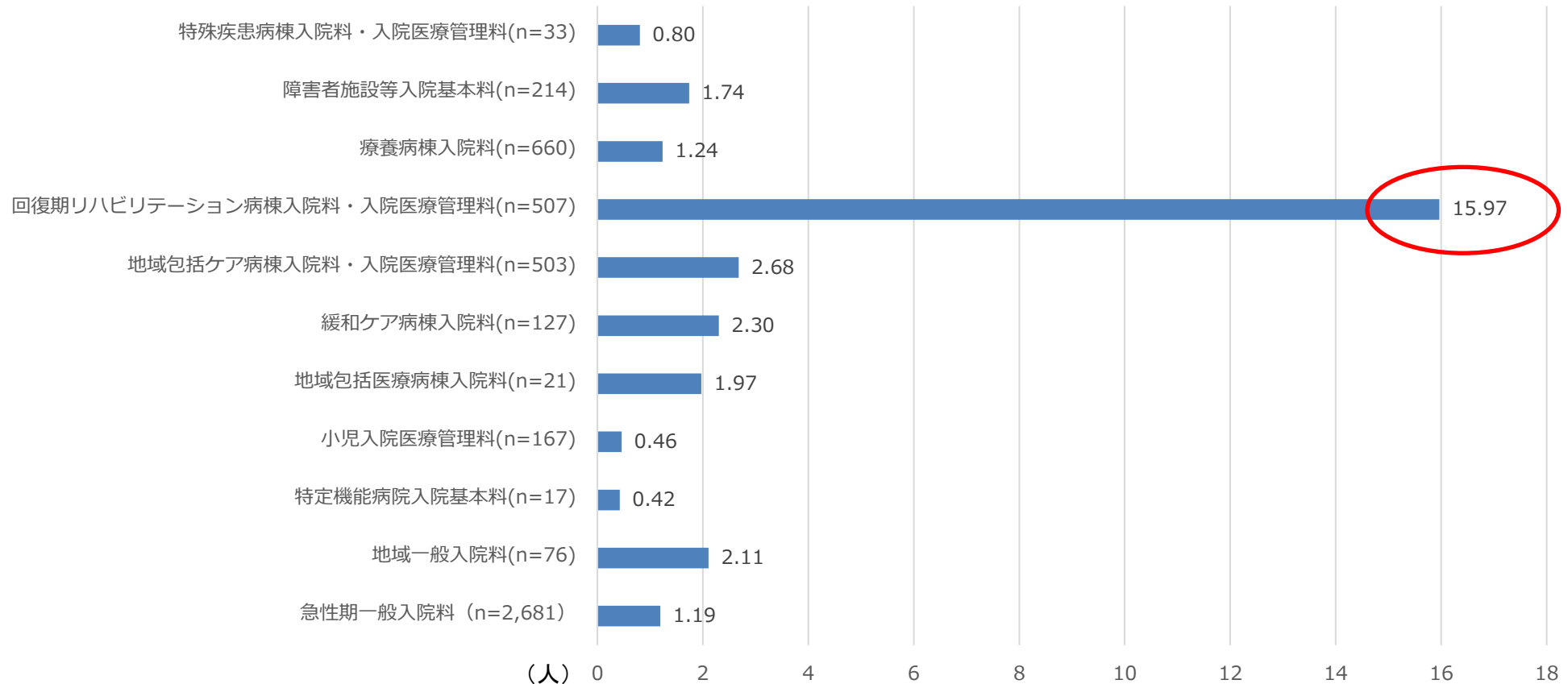
診調組 入ー1
7. 5. 22 改

入院料		回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料 1	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 3	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料 4	回復期リ ハビリ テーショ ン病棟入 院料 5
回答病棟数		372	43	74	13	5
平均病床数		48.22	50.12	36.69	40.00	35.2
40 床 あ た り 平 均 職 員 数	看護師	16.36	13.87	13.69	13.27	15.28
	准看護師	1.12	1.55	1.95	1.43	2.08
	看護師及び准看護師	17.49	15.43	15.63	14.70	17.36
	看護補助者	6.94	6.94	7.21	7.63	10.53
	看護補助者のうち、介護福祉士	3.36	3.37	2.43	2.46	2.50
	薬剤師	0.39	0.37	0.47	0.24	0.29
	管理栄養士	0.72	0.43	0.32	0.30	0.45
	理学療法士	9.52	6.79	4.91	3.12	4.04
	作業療法士	6.12	4.74	2.58	2.75	1.51
	言語聴覚士	2.28	1.65	0.50	0.61	0.00
	相談員	1.01	0.77	0.33	0.40	0.16
	医師事務作業補助者	0.11	0.02	0.11	0.03	0.00
	その他の職員	0.14	0.18	0.19	0.14	0.00

入院料ごとの40床あたり療法士数（常勤換算）

- 入院料ごとの40床あたりの療法士数について、回復期リハビリテーション病棟入院料が特に多かった。

入院料ごとの40床あたり療法士数 ※



※病棟に配置されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の職員数（常勤換算）を40床あたりの人数に換算。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A～D票））

回復期リハビリテーション病棟における疾病の特徴

第9回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年9月30日

資料2

- 回復期リハビリテーション病棟においては、大腿骨近位部の骨折、脳卒中、胸腰椎の骨折、膝関節症等の疾患が多くなっている。

傷病名（上位15疾患）	件数	在院日数
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	38,678	50.3
転子貫通骨折 閉鎖性	32,714	54.6
腰椎骨折 閉鎖性	28,630	50.8
脳動脈の血栓症による脳梗塞	21,477	67.0
（大脳）半球の脳内出血，皮質下	17,874	79.6
脳梗塞，詳細不明	15,207	72.1
筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの 部位不明	14,247	54.2
その他の原発性膝関節症	13,886	31.8
脳動脈の塞栓症による脳梗塞	13,743	68.9
胸椎骨折 閉鎖性	13,685	49.8
その他の脳梗塞	8,807	63.5
脊柱管狭窄（症） 腰部	7,080	38.3
脳動脈の詳細不明の閉塞又は狭窄による脳梗塞	4,963	65.8
股関節症，詳細不明	4,301	37.1
腰椎及び骨盤のその他及び部位不明の骨折 閉鎖性	4,235	51.9

地域包括ケア病棟における疾病の特徴

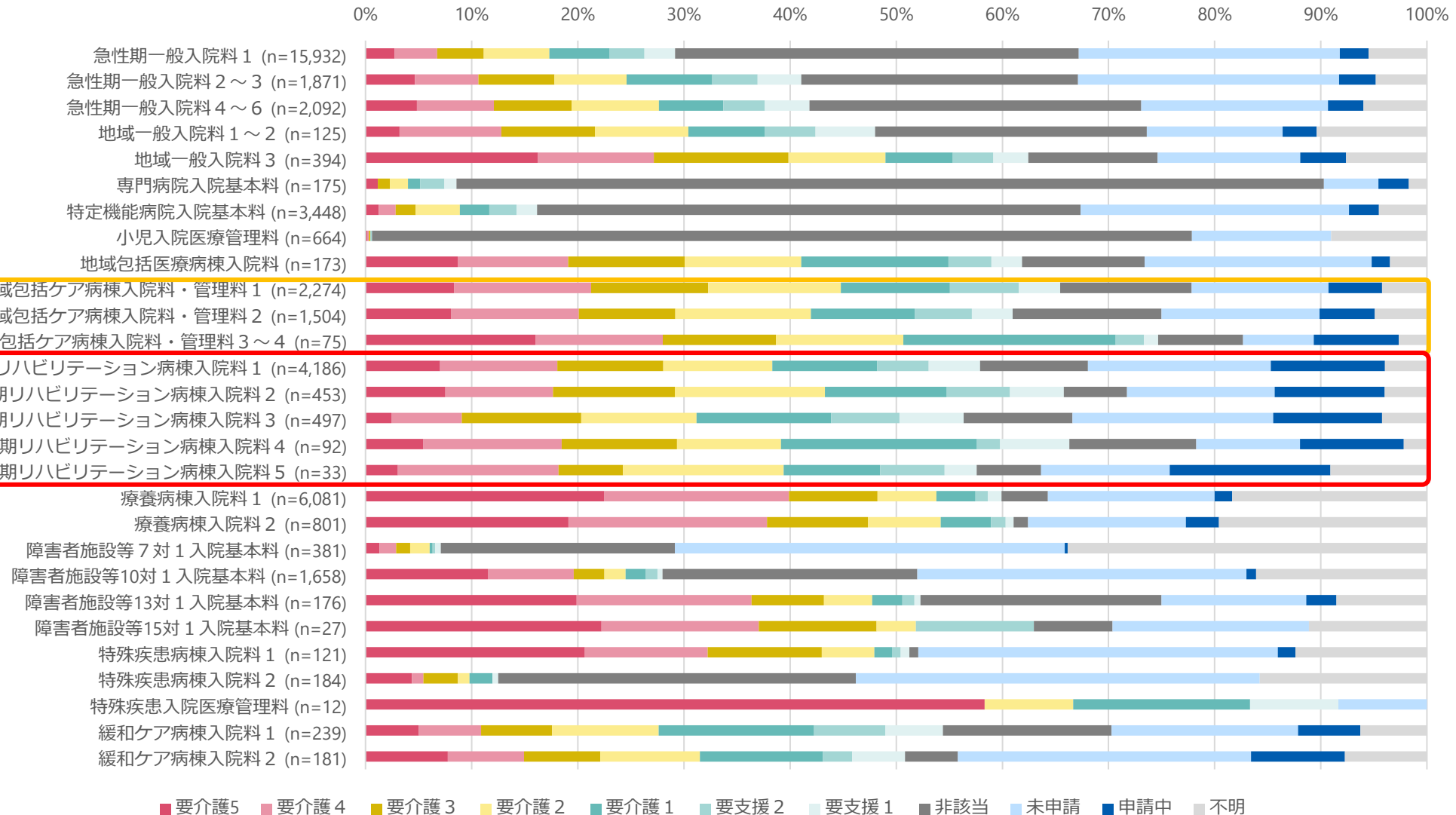
- 地域包括ケア病棟においては、高齢者救急に関連する肺炎等や、白内障等の予定手術のほか、大腿骨近位部の骨折や腰椎の骨折等、回復期リハビリテーション病棟で見られる疾患の患者も入院している。

傷病名（上位15疾患）	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸＜結腸＞のポリープ	31,855	2.4
肺炎，詳細不明	27,464	22.3
コロナウイルス感染症2019，ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少（症）	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮，他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症，部位不明	20,472	23.7
その他の原発性膝関節症	18,768	21.9
転子貫通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全，詳細不明	15,952	26.3

入院料ごとの要介護度別の患者割合

診調組 入-1
7. 5. 22 改

- 回復期リハビリテーション病棟入院料では、地域包括ケア病棟と比較して要介護認定者の割合に大きな差は無い。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料3では、要介護4、5の割合が低かった。



回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟の入院患者の認知症の状況

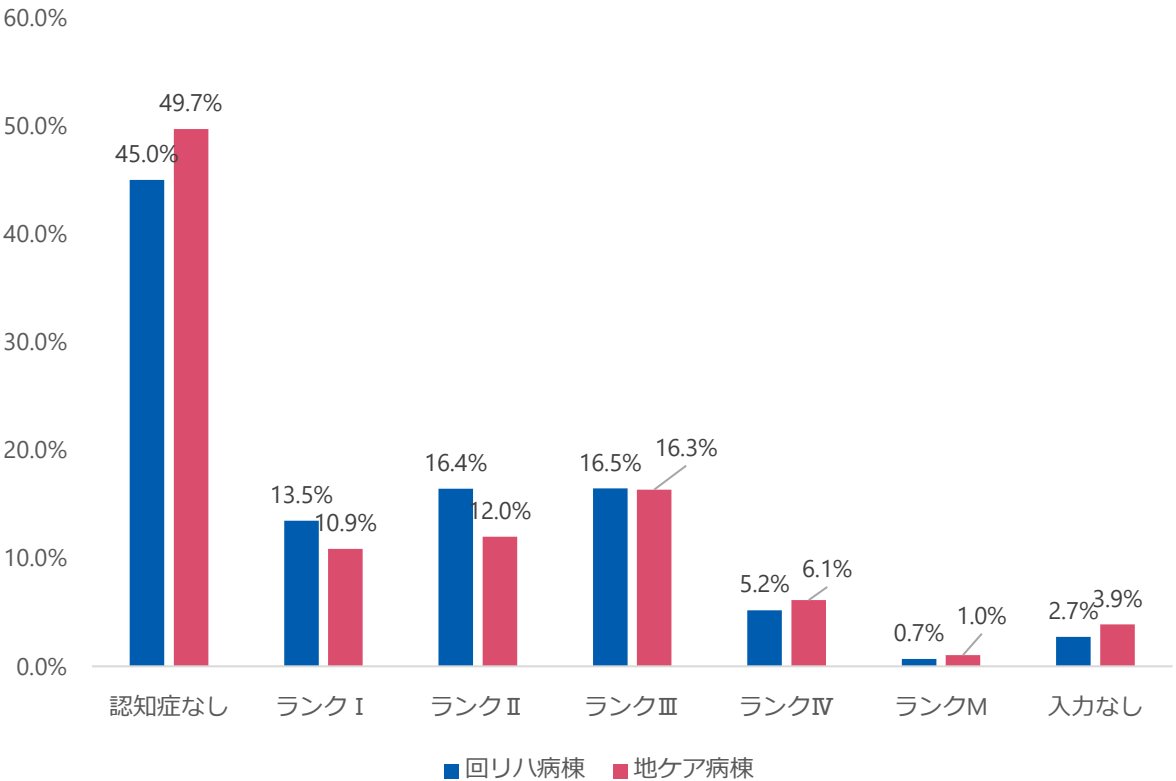
第9回新たな地域医療構想等に関する検討会

資料2

令和6年9月30日

- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟には、介護が必要な認知症高齢者が一定数入院している。

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟に入院する患者
における認知症高齢者の日常生活自立度



認知症高齢者の日常生活自立度

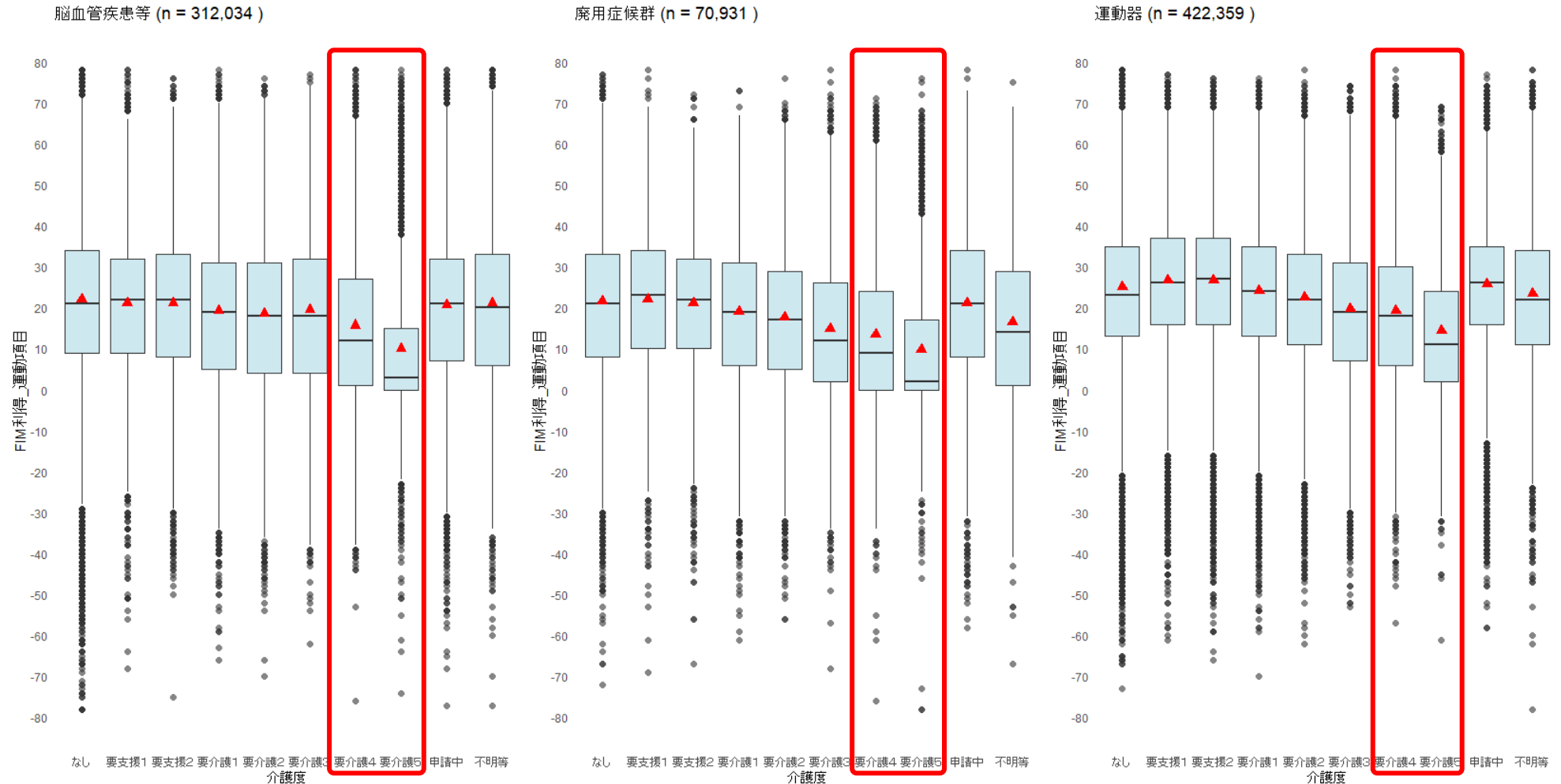
ランク	判定基準
ランクⅠ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
ランクⅡ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
ランクⅢ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
ランクⅣ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
ランクⅤ	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

資料出所：2023年DPCデータ

1. 高齢者の入院医療について（総論）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その1）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その1）
 - 3－1. 回復期リハビリテーション病棟の経緯
 - 3－2. 地域包括ケア病棟との相違点
 - 3－3. 回復期リハビリテーション病棟の現状
4. 慢性期について（その1）

疾患別および要介護度別のFIM利得について

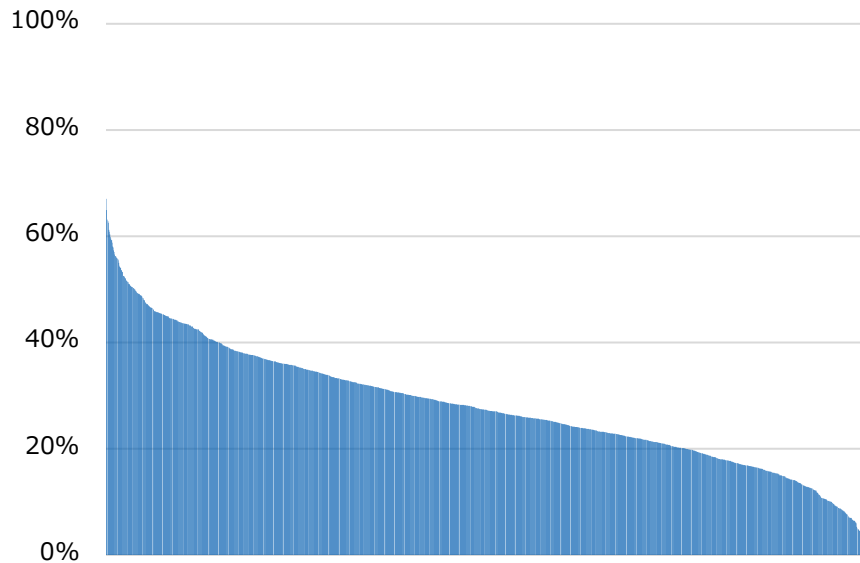
- 回復期リハビリテーション病棟において介護度が重くなるに従い、FIM利得は減少する。
- 特に要介護度4、5では、FIM利得が比較的小さい。



回復期リハビリテーション病棟における要介護状態の高齢者の割合について

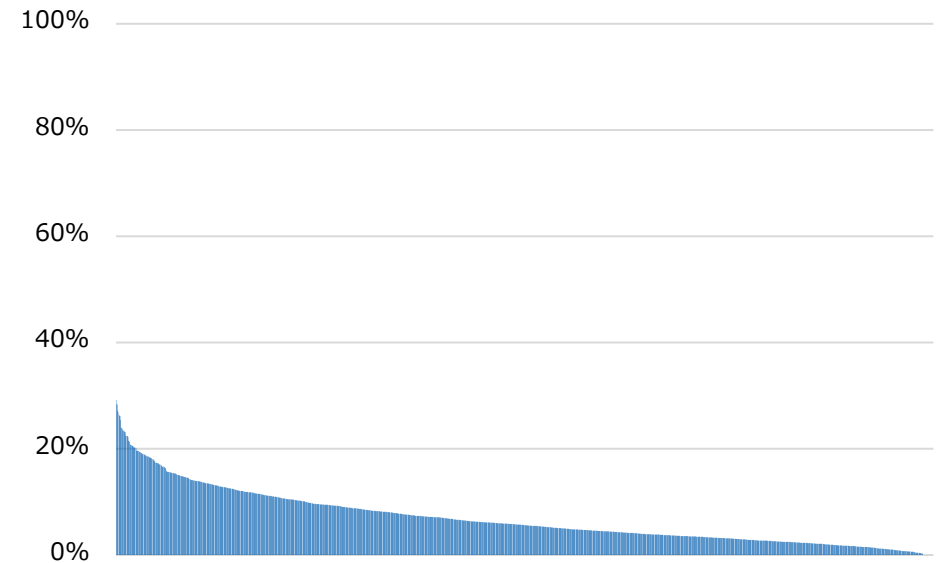
- 施設ごとの、回復期リハビリテーション病棟に入棟した患者のうち、要介護状態の高齢者の割合は以下のとおり。
- 要介護状態の高齢者の入院患者全体に占める割合は、施設によってばらつきが見られた。

要介護状態の高齢者の割合



高齢者（80歳以上）かつ要介護認定者（要介護1 - 5）

要介護4又は5の高齢者の割合



高齢者（80歳以上）かつ要介護認定者（要介護4または5）

※高齢者の定義を、回復期リハビリテーション病棟における実績指数の算定から除外できる指標に合わせて80歳以上とした。

※集計対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料1～5、回復期リハビリテーション入院医療管理料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している全1,543施設。

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

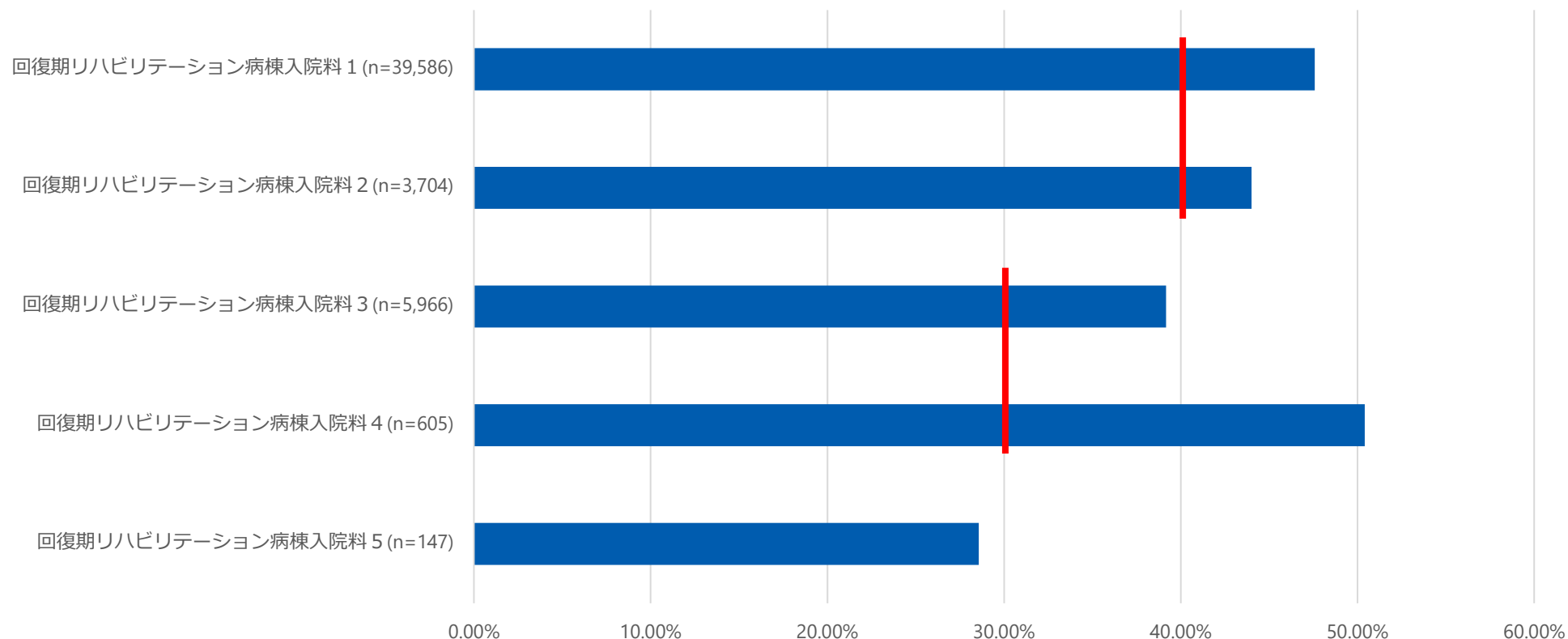
		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 （※ 1）
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上		
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ <u>専従常勤 1 名以上</u>		－		
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリ テーション の提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	○		－		
	<u>FIMの測定に関する 院内研修会</u>	<u>年 1 回以上開催</u>	－	<u>年 1 回以上開催</u>	－	－
	リハビリ計画書への栄養項目 記載／ <u>GLIM基準による評価</u>	<u>○</u>	<u>GLIM基準を用いることが望ましい</u>			
	<u>口腔管理</u>	<u>○</u>		－		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	－	受けていることが 望ましい	－	－
	<u>地域貢献活動</u>	<u>参加することが望ましい</u>		－		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		－
	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	－	－
	入院時に重症であった患者の 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		－
点数 （）内は生活療養を受ける場合		<u>2,229</u> 点 <u>（2,215）</u>	<u>2,166</u> 点 <u>（2,151）</u>	<u>1,917</u> 点 <u>（1,902）</u>	<u>1,859</u> 点 <u>（1,845）</u>	<u>1,696</u> 点 <u>（1,682）</u>

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの重症患者割合について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの新規入院患者のうち重症患者の割合は以下のとおり。※
- 回復期リハビリテーション病棟 1・2 における重症患者割合は、約40～50%であった。

入院料ごとの新規入院患者のうち重症患者の割合（令和6年5月～10月の6か月間）



※重症の患者：日常生活機能評価10点以上又はFIM得点55点以下の患者

回復期リハビリテーション病棟入院料は新規入院患者のうち、入院料1・2では4割、3・4では3割の重症度割合の要件を満たす必要がある。

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について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

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

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（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

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。
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、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患者）

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認知項目の得点が24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
- 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

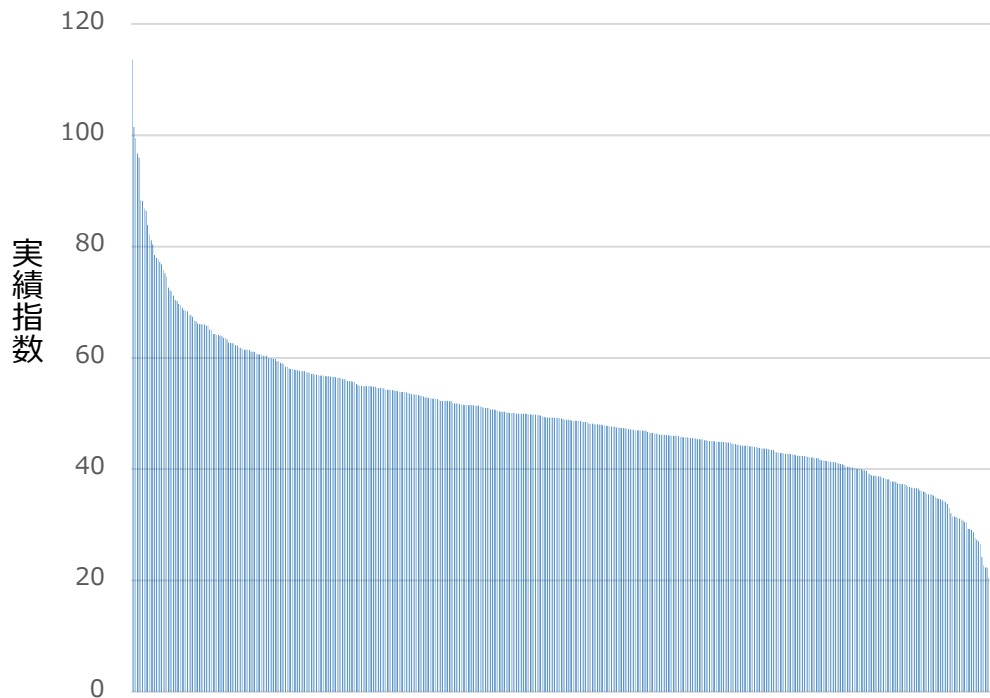
		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 （※ 1）
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）		1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）		
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上		専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上		
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ <u>専従常勤 1 名以上</u>		－		
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリ テーション の提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	○		－		
	<u>FIMの測定に関する 院内研修会</u>	<u>年 1 回以上開催</u>	－	<u>年 1 回以上開催</u>	－	－
	リハビリ計画書への栄養項目 記載／ <u>GLIM基準による評価</u>	<u>○</u>	<u>GLIM基準を用いることが望ましい</u>			
	<u>口腔管理</u>	<u>○</u>		－		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	－	受けていることが 望ましい	－	－
	<u>地域貢献活動</u>	<u>参加することが望ましい</u>		－		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		－
	自宅等に退院する割合	7割以上				
	<u>リハビリテーション実績指数</u>	40以上	－	35以上	－	－
	入院時に重症であった患者の 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		－
点数 （）内は生活療養を受ける場合		<u>2,229</u> 点 <u>（2,215）</u>	<u>2,166</u> 点 <u>（2,151）</u>	<u>1,917</u> 点 <u>（1,902）</u>	<u>1,859</u> 点 <u>（1,845）</u>	<u>1,696</u> 点 <u>（1,682）</u>

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

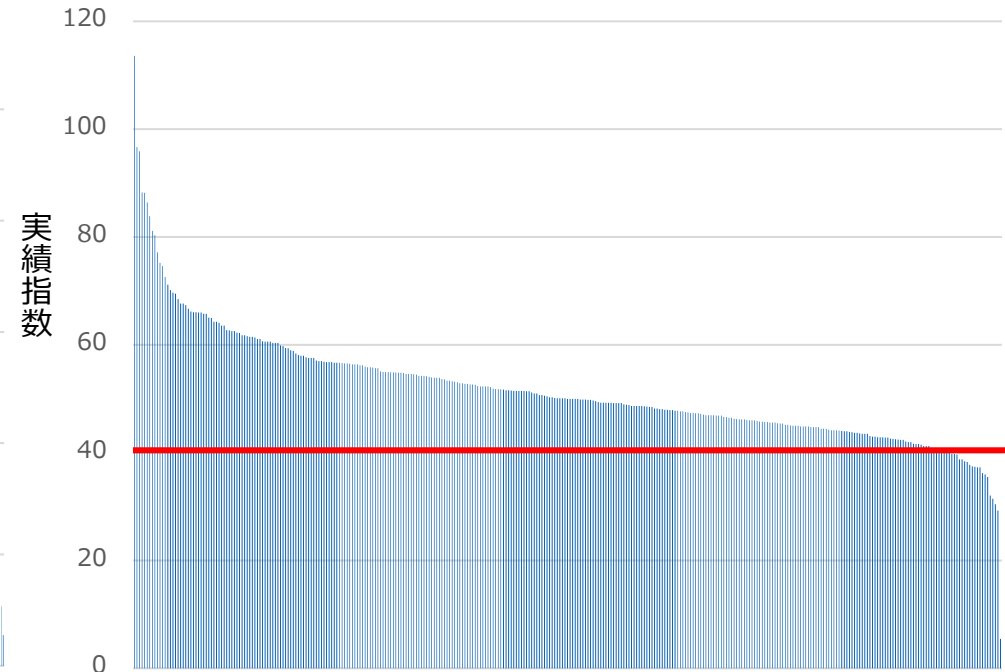
リハビリテーション実績指数の分布

- 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実績指数の分布は以下のとおり。

回復期リハ病棟入院料 1 ～ 5 届出施設の実績指数
(n=504)



回復期リハ病棟入院料 1 届出施設の実績指数
(n=339)



各施設の令和 6 年 10 月の実績指数の回答に基づき、施設ごとに降順で棒グラフを作成。

※ 回復期リハビリテーション病棟では、入院料 1 で 40、入院料 3 で 35 の実績指数の基準を満たす必要がある。

回復期リハビリテーション病棟における実績指数の除外対象患者の割合

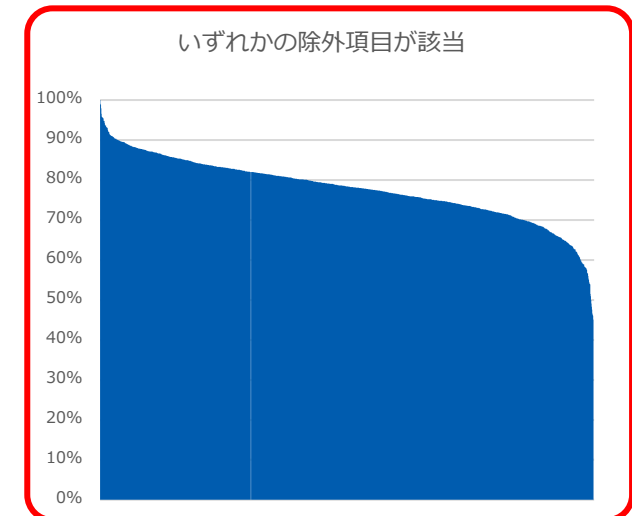
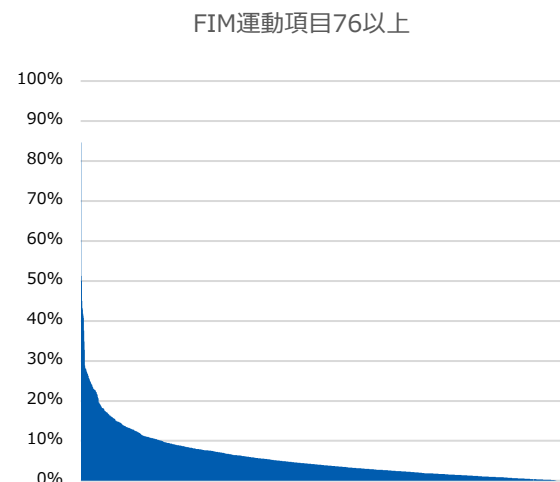
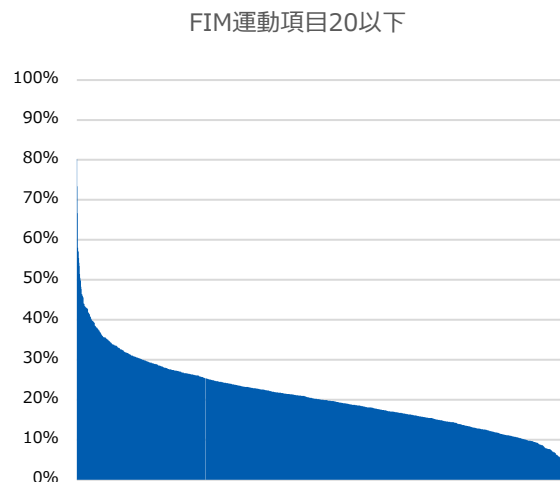
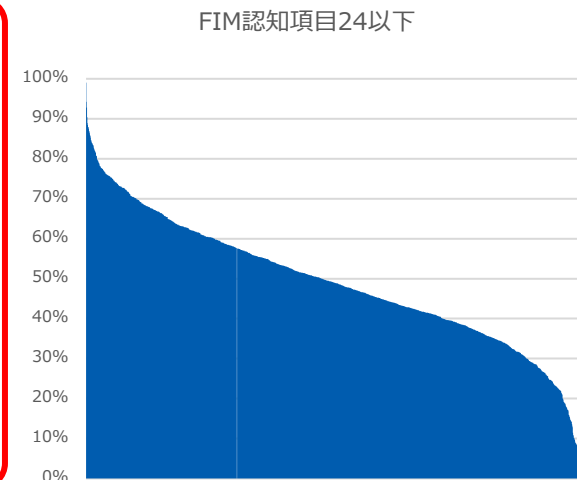
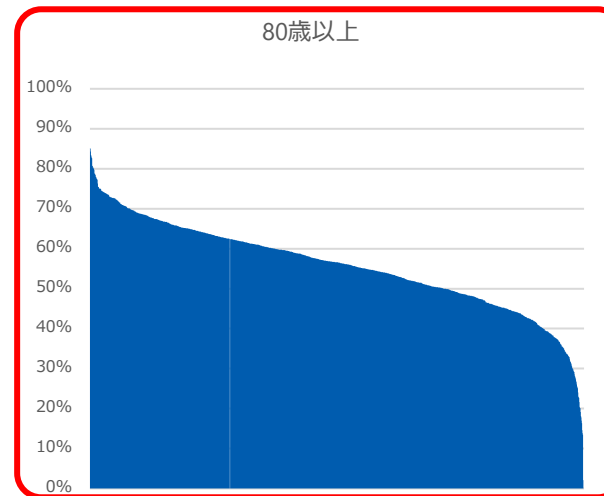
- 除外可能な対象患者は80歳以上の項目の影響が大きい。
- いずれかの除外項目が該当する患者の割合が全施設において40%を超えている。

【データ期間】

令和4年4月- 令和6年5月の間に回復期リハビリテーション病棟に入棟し、入退院が完結している症例（n = 807,411）にて集計。

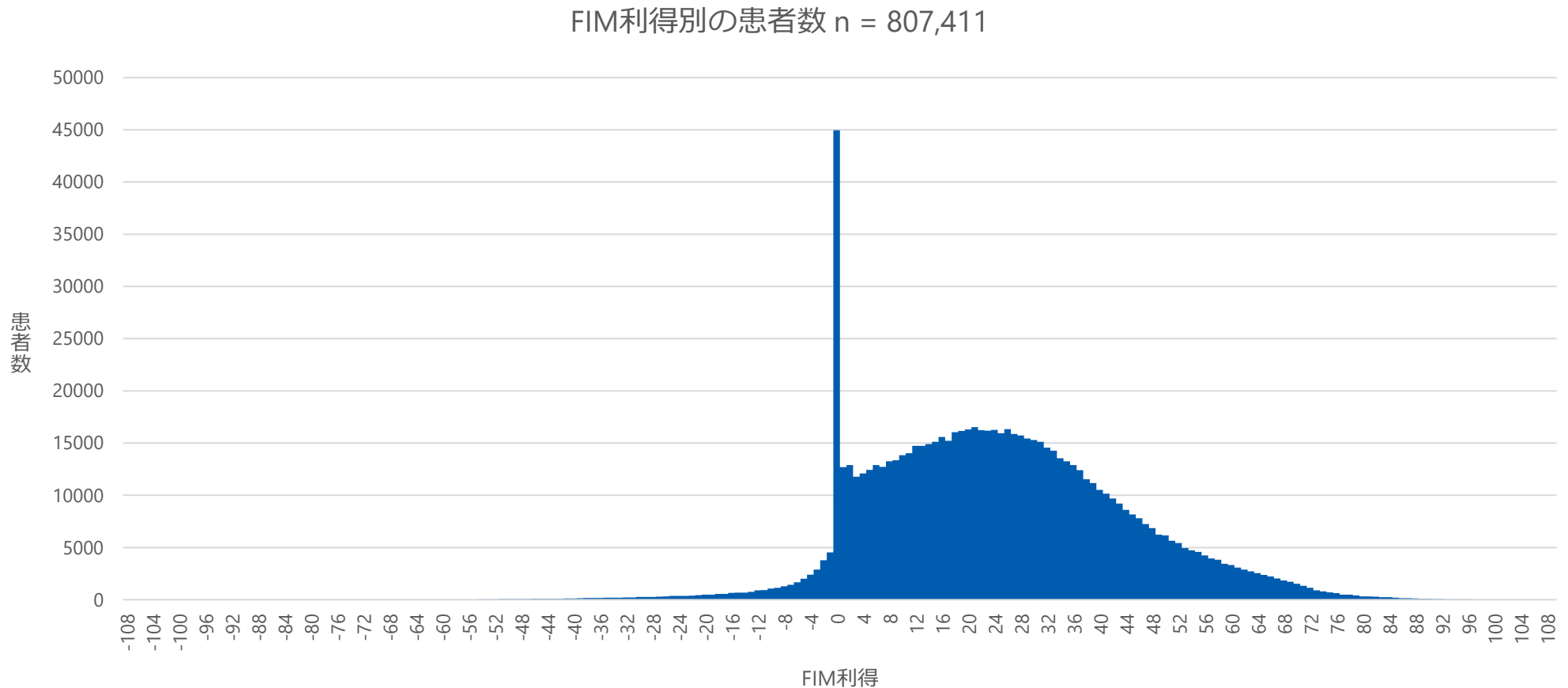
【集計方法】

回復期入棟時情報を元に、各病院におけるそれぞれの項目が占める割合を施設単位で算出し、降順で棒グラフを作成。



FIM利得別の患者数の分布

- FIM利得別の患者数の分布は以下のとおり。
- FIM利得が0の患者が多い。

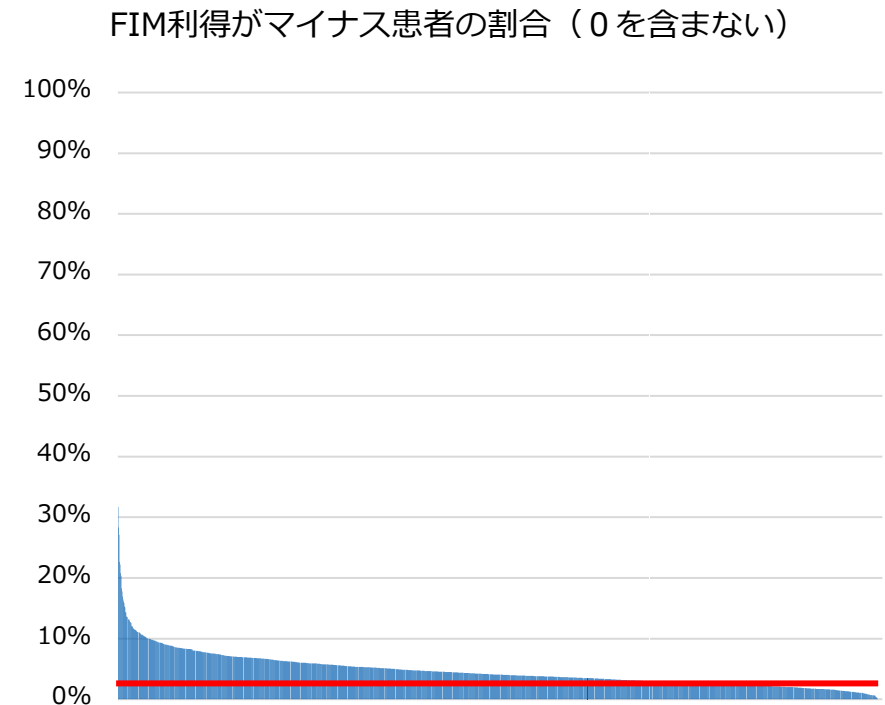
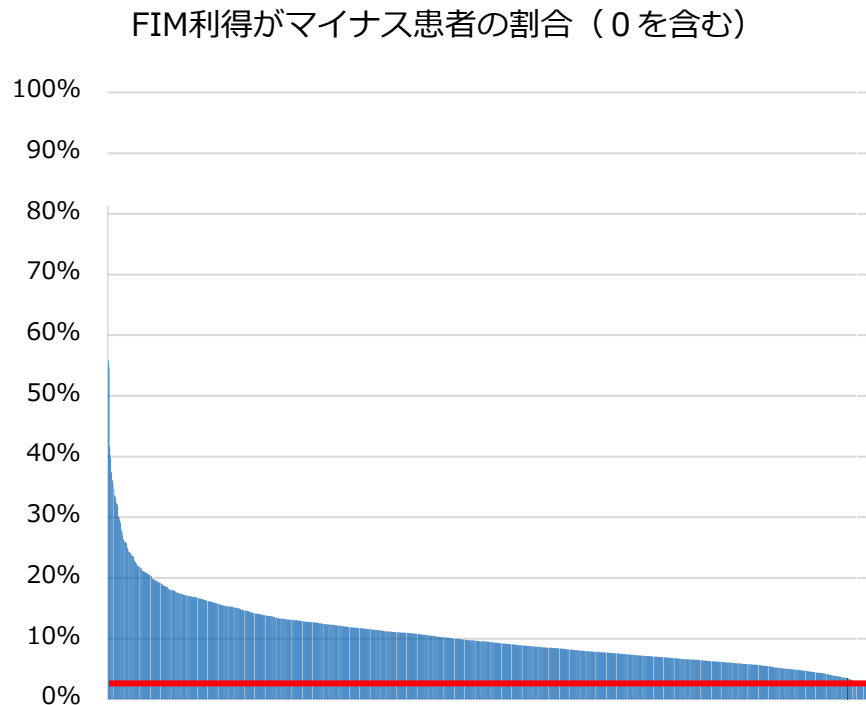


FIM利得：回復期病棟退棟時FIM - 回復期病棟入棟時FIM

出典：DPCデータ（令和4年4月 - 令和6年5月）

施設ごとのFIM利得が低下した患者の割合

- 入棟時と退棟時を比して、FIMが低下している患者の割合の施設間でのばらつきは以下のとおり。
- 仮にカットオフ値を3%未満とした場合、多くの施設が基準を下回る。
- FIM利得が0の患者が多い。



縦軸：ADLの低下割合 横軸：施設 赤線：3%のカットオフ値（仮設定）

※ リハビリテーション・栄養・口腔・連携体制加算における入院時と比較してADLが低下した患者の割合が3%未満という基準を引用

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

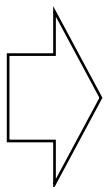
運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

現行

【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの



改定後

【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 (運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

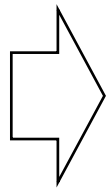
体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



改定後

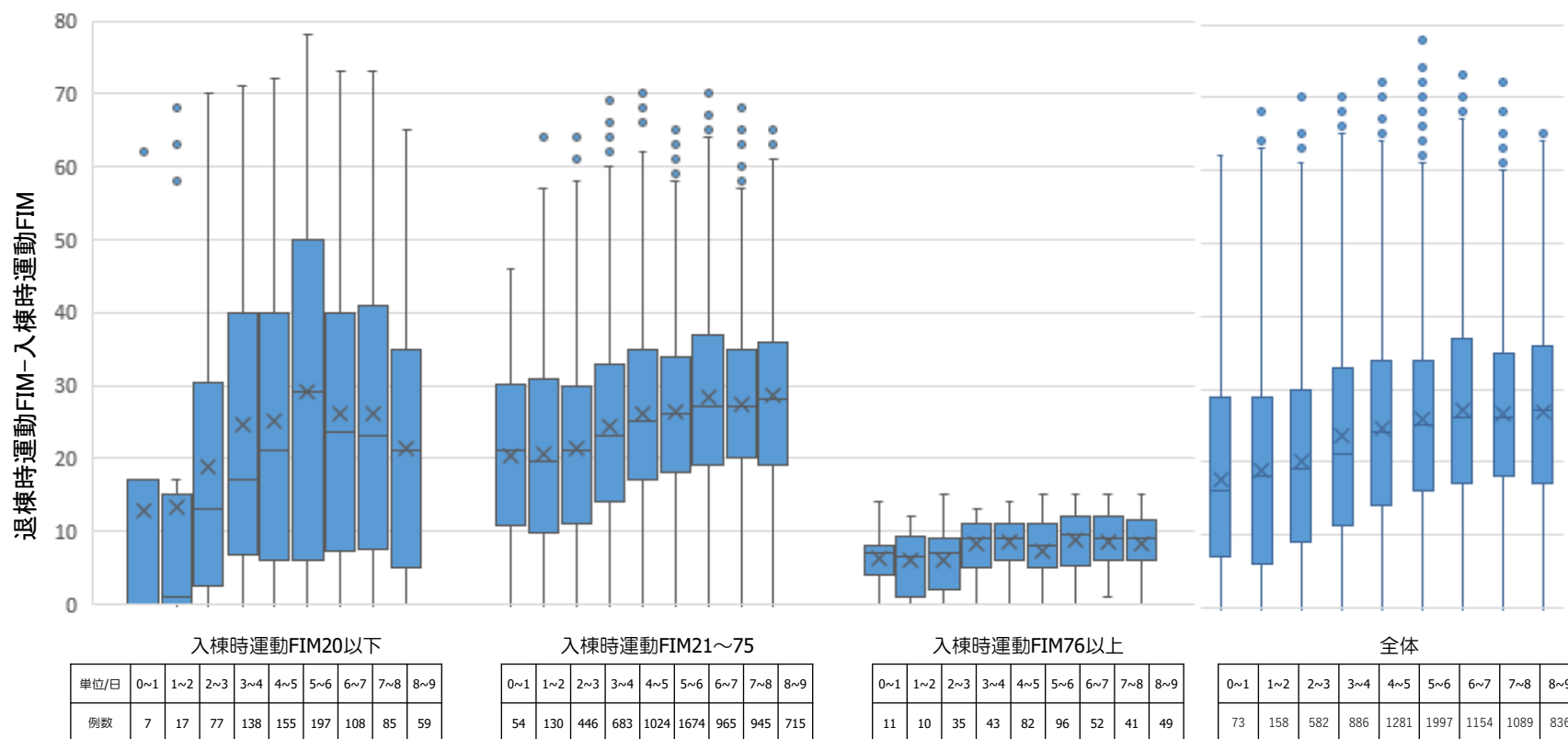
【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

[廃止]

重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（運動器疾患）

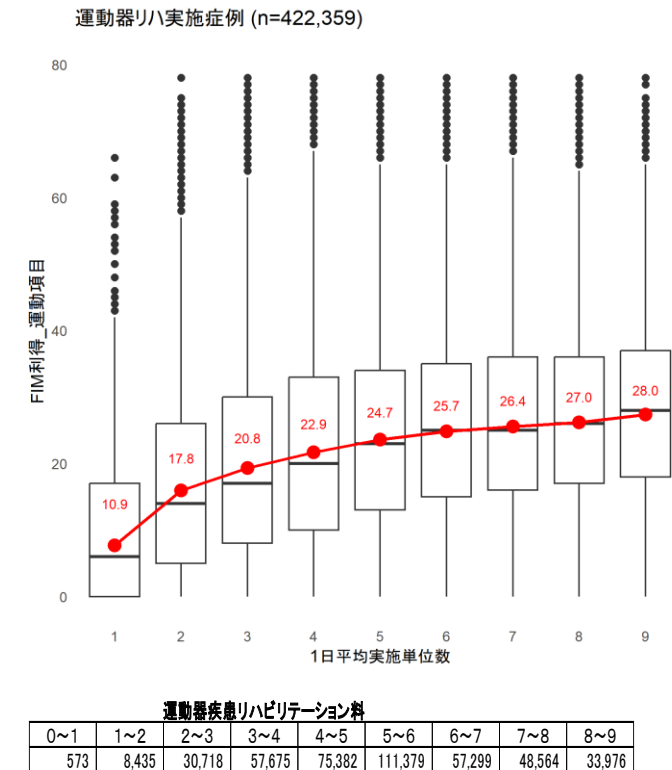
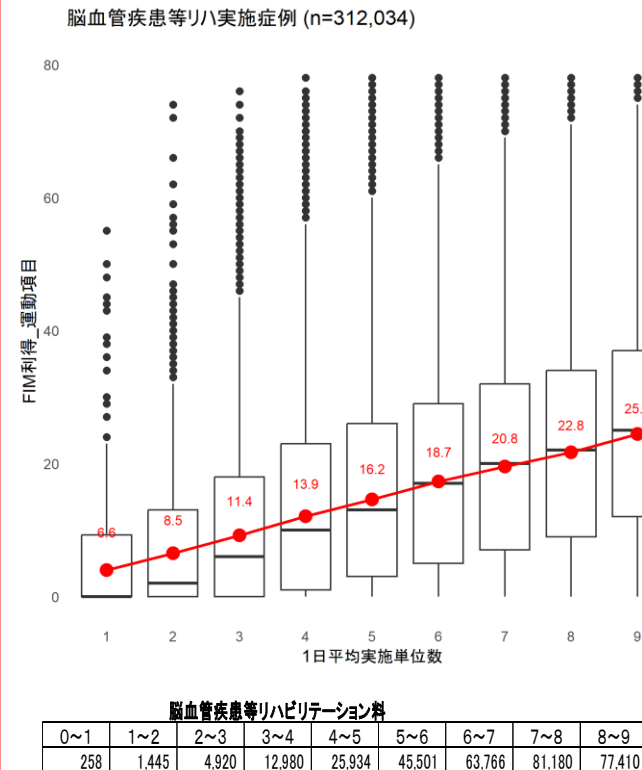
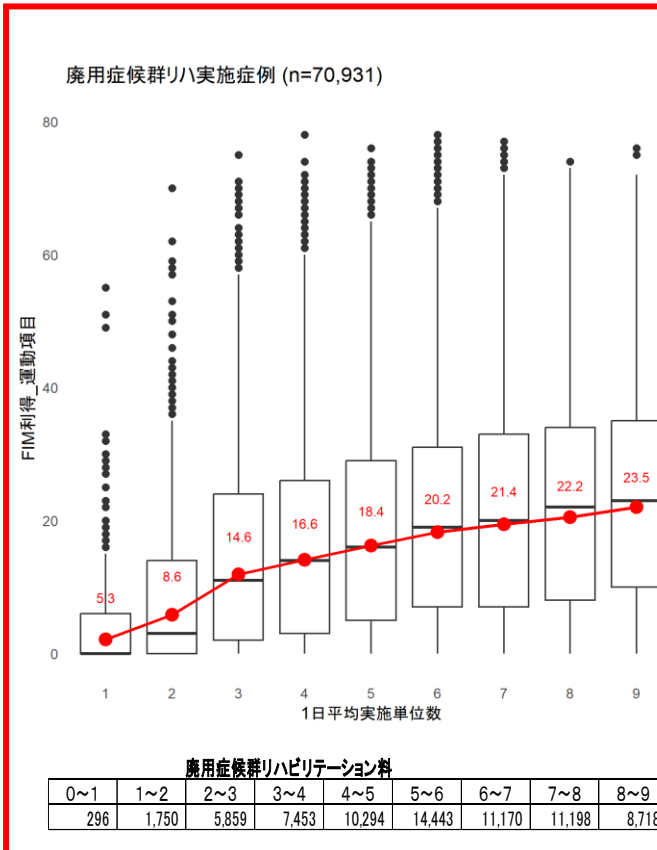
診療組 入-1 参考
5 . 9 . 6

- 運動器疾患の患者における疾患別リハビリテーションの平均提供単位数別の実績については以下のとおり。1日あたりの平均リハビリテーション提供単位数が「6単位以上7単位未満」、「7単位以上8単位未満」「8単位以上9単位未満」の患者の運動FIMについて、リハビリテーション提供単位数の増加に伴う明らかな改善はなかった。



疾患別リハビリテーション料の提供単位数別のFIM利得

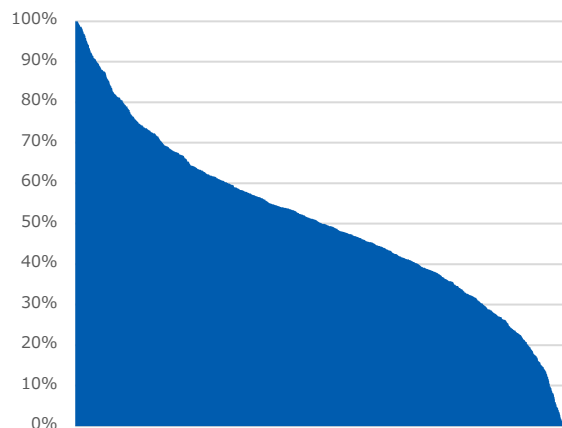
- 廃用症候群リハビリテーション料では、脳血管疾患等リハビリテーション料と比較して、7単位／日以上での提供単位数とFIM利得（入棟時と退棟時を比較したFIMの差）は以下の通り。
- 運動器リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料において、7単位／日以上での提供ではFIM利得が比較的小さい。



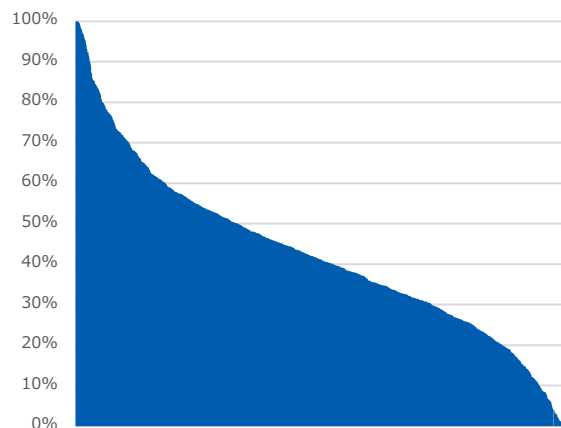
回復期リハビリテーション病棟における疾患別リハビリテーション料ごとの実施割合の分布

- 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の実施割合は、施設間でばらつきが見られる。
- 廃用症候群リハビリテーション料の実施割合が比較的多い施設がある。

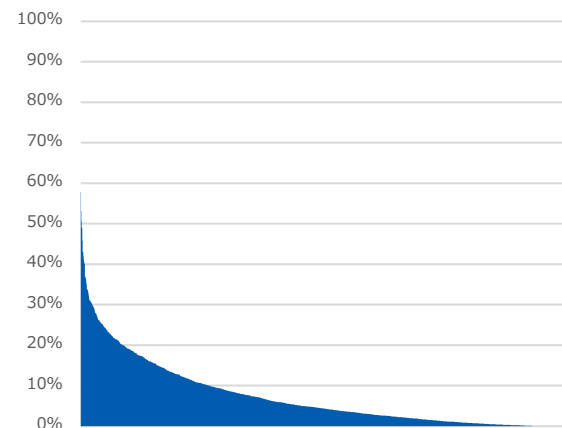
脳血管疾患等リハビリテーション料（単位数）



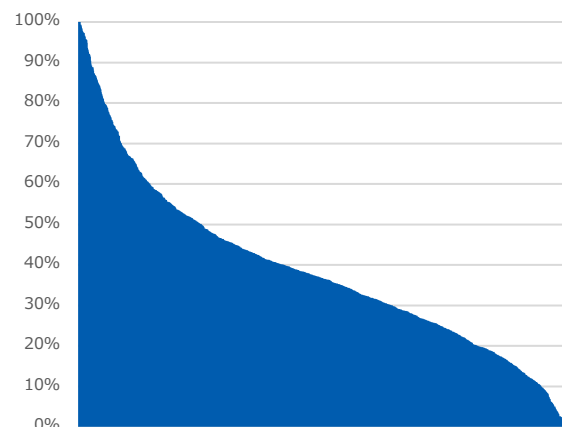
運動器リハビリテーション料（単位数）



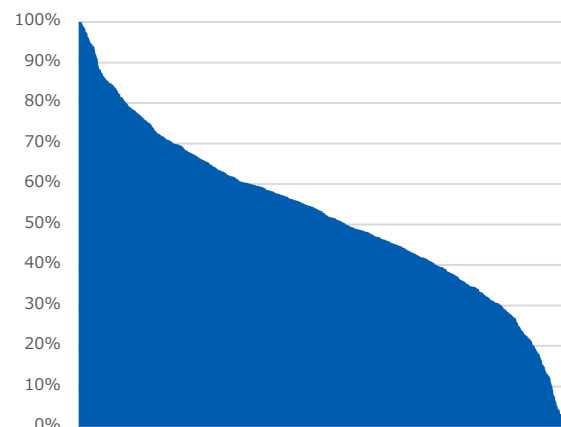
廃用症候群リハビリテーション料（単位数）



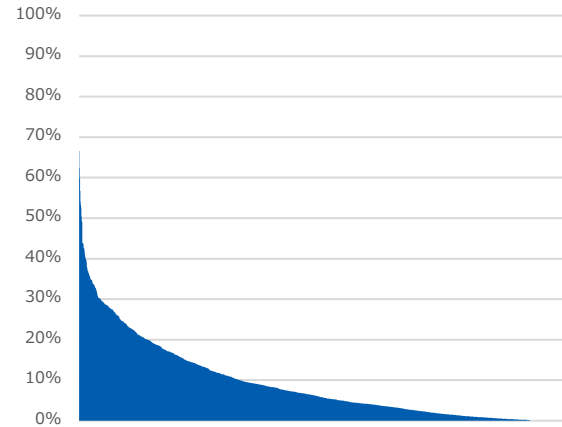
脳血管疾患等リハビリテーション料（症例数）



運動器リハビリテーション料（症例数）



廃用リハビリテーション料（症例数）



回復期リハビリテーション病棟に係る現状と課題

【回復期リハビリテーション病棟の背景と現況について】

- 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年で約1.4倍に増えている。
- 各入院料ごとの40床あたりの療法士数について、回復期リハビリテーション病棟入院料が特に多かった。

【回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟との相違点について】

- 「新たな地域医療構想のとりまとめ」において、病床機能報告における機能区分について、回復期を包括期に見直す検討が行われている。
- 入棟している患者の要介護度や認知症高齢者の日常生活自立度の分布は類似していた。両病棟に入棟している疾患もみられた。

【回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者像について】

- 介護度が重くなるに従い、FIM利得は減少し、特に要介護度4、5では、FIM利得が比較的小さい。また、要介護状態の80歳以上の患者の入院患者全体に占める割合は、施設によってばらつきが見られた。
- 回復期リハビリテーション病棟1・2における重症患者割合は、約40～50%であった。

【リハビリテーション実績指数の除外対象患者について】

- リハビリテーション実績指数の除外対象患者割合は3割となっているが、いずれかの除外項目が該当する患者の割合が全施設において3割を超えていた。
- FIM利得がマイナスになる患者が多く、多くの施設で存在した。

【廃用症候群リハビリテーションについて】

- 平均リハビリテーション単位数とFIM利得の関係性について、廃用症候群リハビリテーションは運動器リハビリテーションと似たパターンであり、脳血管疾患等リハビリテーション料とは異なっていた。
- 病棟における廃用症候群リハビリテーションの実施割合が比較的多い医療機関があった。

【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 高齢者の入院医療について（総論）
2. 包括的な機能を担う入院医療について（その1）
3. 回復期リハビリテーション病棟について（その1）
4. 慢性期について（その1）

療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯①

平成12年	・従前まで、出来高算定か包括算定かの選択制であった入院料を、包括評価の療養病棟入院基本料のみとした。 療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,231点～1,121点 療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,229点～1,066点
平成14年	・初期加算、長期減算が廃止され、入院期間を通して同じ評価となった。 療養病棟入院基本料1～3(看護配置25:1、看護補助配置20～30:1) 1,209点～1,098点 療養病棟入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1) 1,204点～1,041点 ・療養病棟入院基本料3(看護配置25:1、看護補助配置30:1)と療養病床入院基本料4～7(看護配置30:1、看護補助配置15～30:1)については、平成15年3月31日で廃止。
平成16年	・大きな変更なし
平成18年	・平成18年7月から、これまでの区分を見直し、医療区分・ADL区分に応じて5段階で評価。 療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,740点～764点
平成20年	・医療経済実態調査の結果等を踏まえ評価を引き下げ。 療養病棟入院基本料A～E(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 1,709点～750点 ※ただし、医療区分1かつADL区分3の場合については885点で据え置き ・「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする等医療区分の評価項目を見直し。
平成22年	・看護配置、医療区分2・3患者の割合によって入院基本料を2種類に分割。 ・医療区分とADL区分に応じた評価を5段階から9段階へ拡充。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,758点～785点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1) 基本料A～I 1,695点～722点
平成24年	・栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算を包括化に伴い、評価を引き上げ。 療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,769点～796点 療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,706点～733点 ・入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とした。
平成26年	・消費税の増税に伴い評価を見直し。 療養病棟入院基本料1 基本料A～I 1,810点～814点 療養病棟入院基本料2 基本料A～I 1,745点～750点

療養病棟入院基本料に係る主な改定の経緯②

平成28年	- 療養病棟入院基本料2について、医療区分に関する要件を追加。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～814点 療養病棟入院基本料2(看護配置25:1、看護補助配置25:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～750点 - 医療区分のうち、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮するよう見直し。
平成30年	- 看護職員配置20対1以上を要件とした療養病棟入院基本料に一本化。 療養病棟入院基本料1(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者8割以上) 基本料A～I 1,810点～800点 療養病棟入院基本料2(看護配置20:1、看護補助配置20:1、医療区分2・3の患者5割以上) 基本料A～I 1,745点～735点 25:1、30:1看護職員配置を経過措置として再編。 (注11に規定する経過措置)看護職員配置25:1で20:1を満たさない 又は 医療区分2・3の患者割合5割以上を満たさない場合 療養病棟入院料2の90/100に相当する点数 (注12に規定する経過措置)看護職員配置30:1で25:1を満たさない場合 療養病棟入院料2の80/100に相当する点数 - 療養病棟入院基本料(200床未満を除く。)について、データ提出を入院料の算定要件化。
令和2年	- 注11に規定する経過措置評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の85/100に相当する点数 - 上記注12に規定する経過措置を令和2年3月31日限りで終了。 「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」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件化。 - データ提出加算が要件となる入院料を、療養病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関に拡大。
令和4年	- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置について、評価を見直した上で、経過措置期間を2年間延長。 療養病棟入院料2の75/100に相当する点数 - 中心静脈栄養を実施している状態にある患者について、患者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合の評価を見直し。
令和6年	- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を、令和6年5月末で終了。 - 療養病棟入院基本料1、2のそれぞれの入院料について、疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分及び3つのADL区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直し。 - 中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた評価に見直し。静脈経腸栄養ガイドライン等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施したうえで新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設。

「新たな地域医療構想のとりまとめ」における療養病床

4. 医療提供体制の現状と目指すべき方向性（抄）

（5）その他

② 慢性期医療

- 療養病床については、地域医療構想の取組等に伴い、医療区分1の患者をはじめとして入院患者が減少し、療養病床数も減少している。一方、介護施設・高齢者向け住まいの利用者数は増加している。また、**在宅医療と介護施設、療養病床の一部については患者像が重複する場合があり**、都道府県別の療養病床数について、介護施設の定員数と合わせると地域差は縮小する。
- こうした中、慢性期の医療提供体制については、今後増加する在宅医療の需要に対応する観点からも、限りある資源を活用することが重要であり、地域の慢性期医療・在宅医療の需要に対して、**在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要**である。

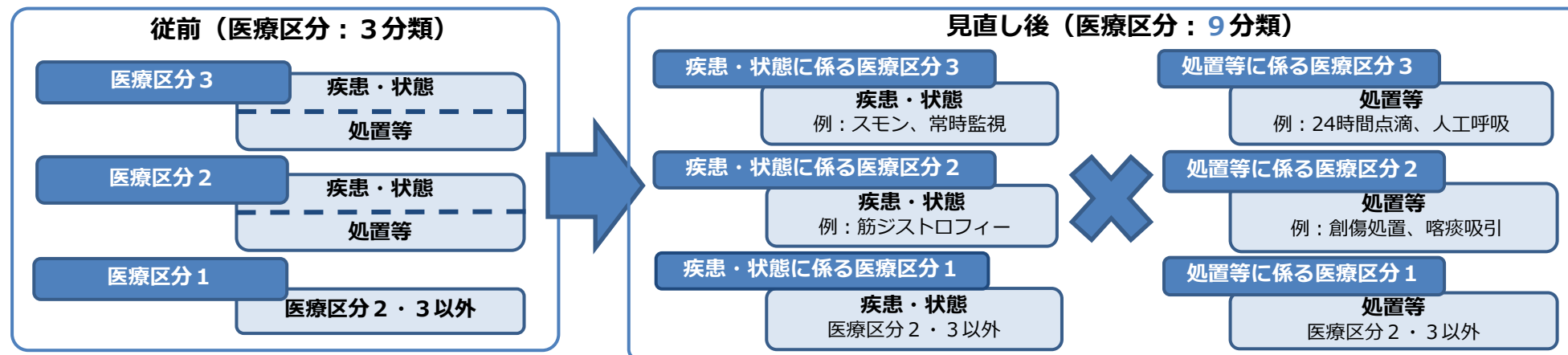
令和6年12月25日 社会保障審議会医療部会 「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」

療養病棟入院基本料の見直し

○ 療養病棟入院基本料について以下の見直しをおこなう。

1. 医療区分に係る評価体系の見直し

- 医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の療養病棟入院基本料について、**疾患・状態に係る3つの医療区分、処置等に係る3つの医療区分**および**3つのADL区分**に基づく**27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直す**。
- 療養病棟入院基本料の疾患及び状態に着目した医療区分について、疾患・状態及び処置等に着目した医療区分に見直す。



2. 療養病棟における中心静脈栄養の評価の見直し

- 中心静脈栄養について、**患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す**。また、中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

3. 療養病棟におけるリハビリテーションの評価の見直し

- 医療区分・ADL区分ともに1である入院料27（従前の入院料I）について、1日につき2単位を超える疾患別リハビリテーション料を包括範囲に含める

4. 療養病棟入院基本料注11に規定する経過措置の廃止

- 療養病棟入院基本料の注11に規定する経過措置を廃止する。

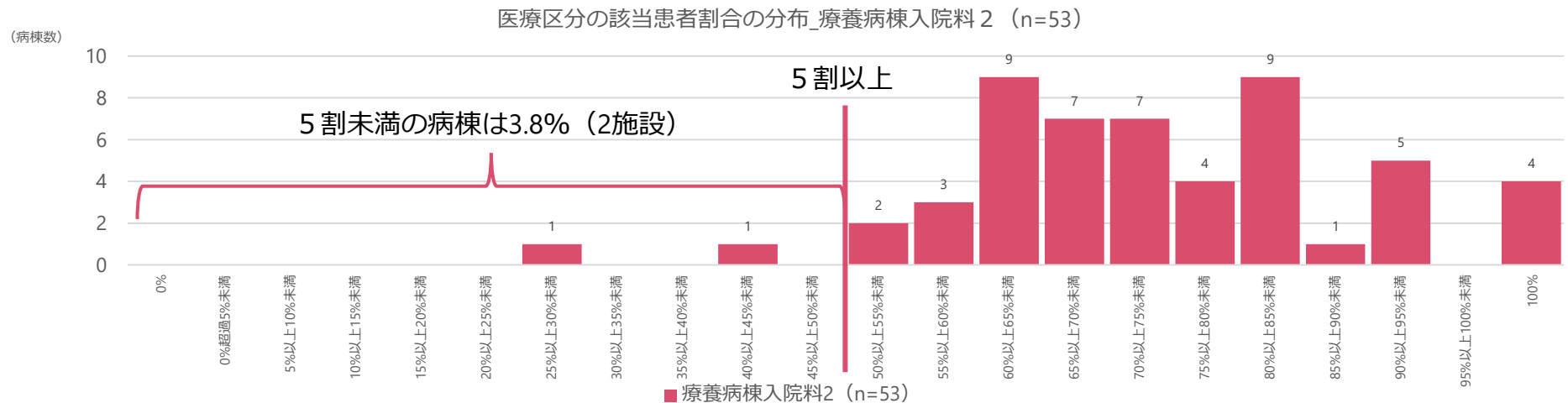
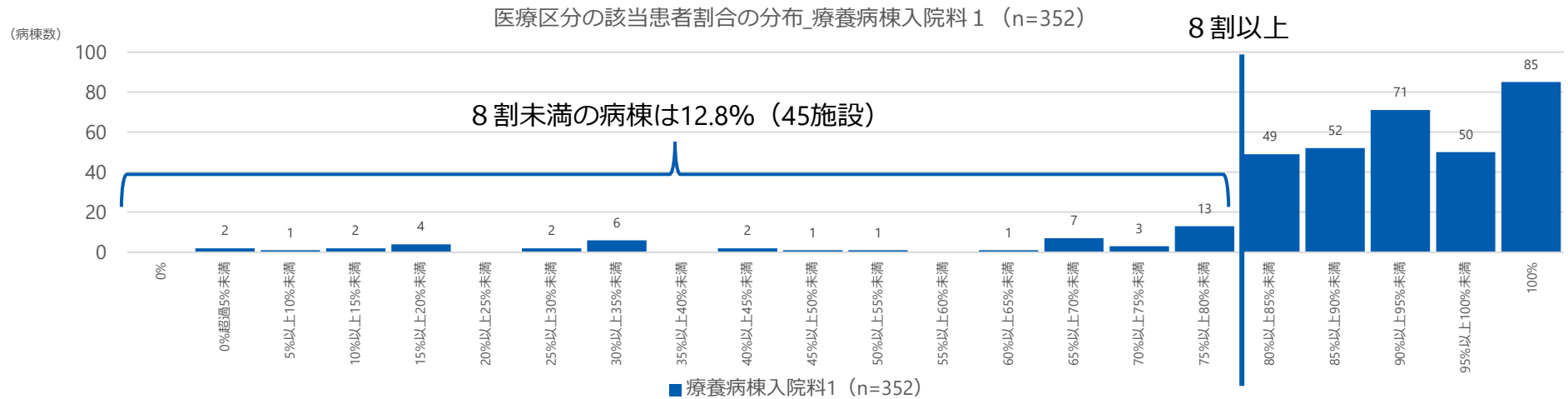
5. 療養病棟における適切な経腸栄養管理に係る評価の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、「静脈経腸栄養ガイドライン」等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な**経腸栄養管理加算を新設**する。

療養病棟における医療区分 2・3 の該当割合

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 令和 6 年 10 月の 1 か月間において、全入院患者中の医療区分 2・3 に該当する患者割合の分布は以下の通りであった。
- 施設基準を満たさない病棟は、入院料 1 で 12.8%、入院料 2 で 3.8% であった。



	平均	25%tile	中央値	75%tile
療養病棟入院料 1	87.5%	84.3%	92.2%	98.2%
療養病棟入院料 2	73.2%	63.9%	71.4%	83.0%

療養病棟入院料を届け出ている病棟・病床の改定前後での転換状況

診調組 入-1参考
 7 . 5 . 2 2

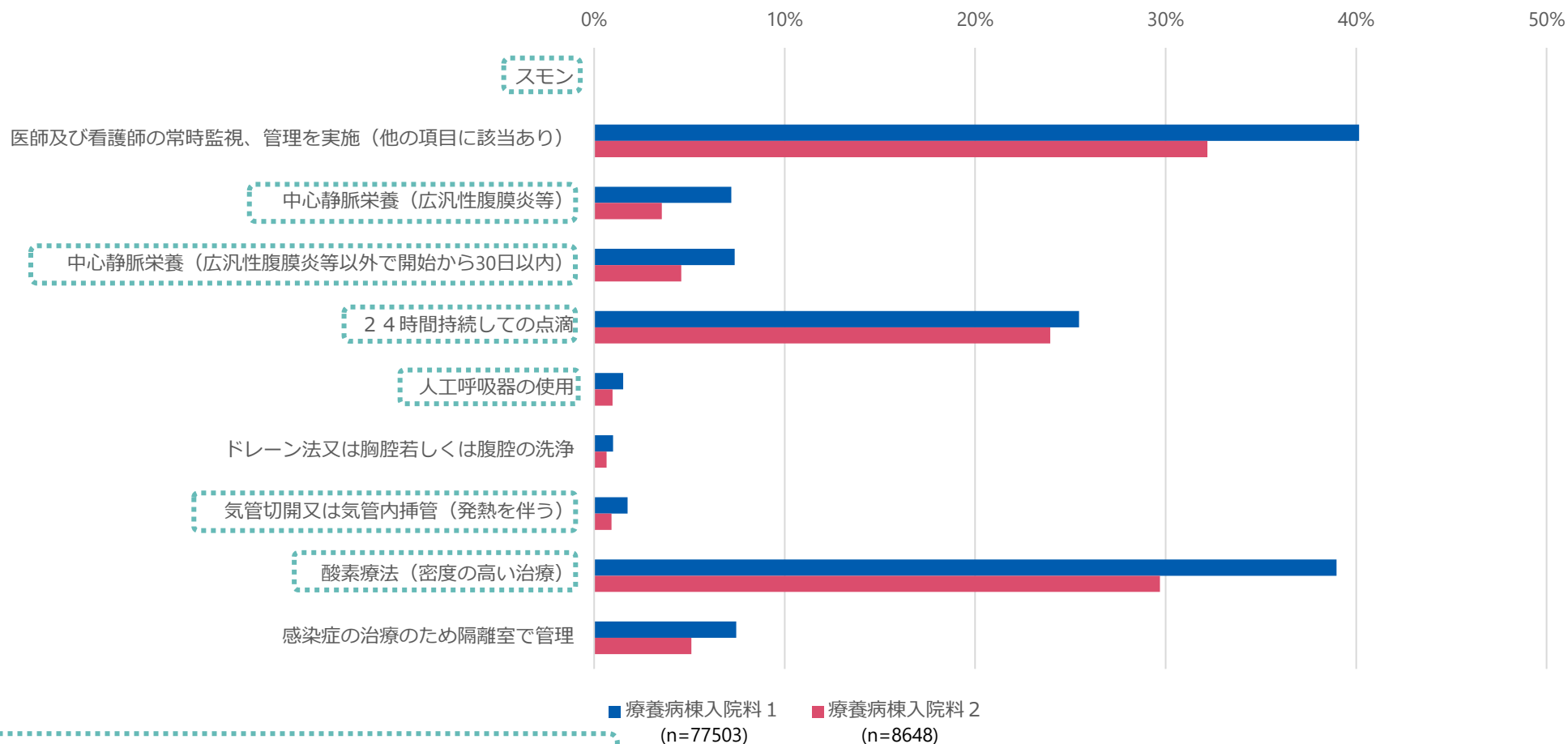
- 令和6年改定の前後で、入院料の届出は変わっていない病床が多かった。
- 療養病棟入院料2においては、療養病棟入院料1の届出に変更した病床が7%あった。

	療養病棟入院料 1	療養病棟入院料 2
改定前（令和6年5月31日時点）に療養病棟入院料1又は2を届け出ていた病床の数	34793	5924
療養病棟入院料1を届出	34361 (98.8%)	415 (7.0%)
療養病棟入院料2を届出	147 (0.4%)	5450 (92.0%)
回復期リハビリテーション病棟へ転換	40 (0.1%)	0 (0%)
地域包括ケア病棟へ転換	28 (0.1%)	0 (0%)
一部地域包括ケア入院医療管理料へ転換	140 (0.4%)	0 (0%)
特別養護老人ホームへ転換	0 (0%)	0 (0%)
介護老人保健施設へ転換	0 (0%)	4 (0.1%)
介護医療院へ転換	18 (0.1%)	50 (0.8%)
上記以外へ転換	0 (0%)	5 (0.1%)
休床としている病床	59 (0.2%)	0 (0%)

療養病棟における医療区分3の疾患・状態、処置の占める割合

- 2024年6月～12月に療養病棟を退棟した患者について、医療区分3の対象となる疾患・状態、処置等に該当する患者の割合は以下の通り（人数で集計）。医師及び看護師の常時監視を要する状態、酸素療法、24時間持続点滴が多かった。
- 特掲診療料の施設基準等別表第7・8に該当する疾患の患者数は酸素療法以外では少なかった。

医療区分3の対象となる疾患・状態、処置の占める割合



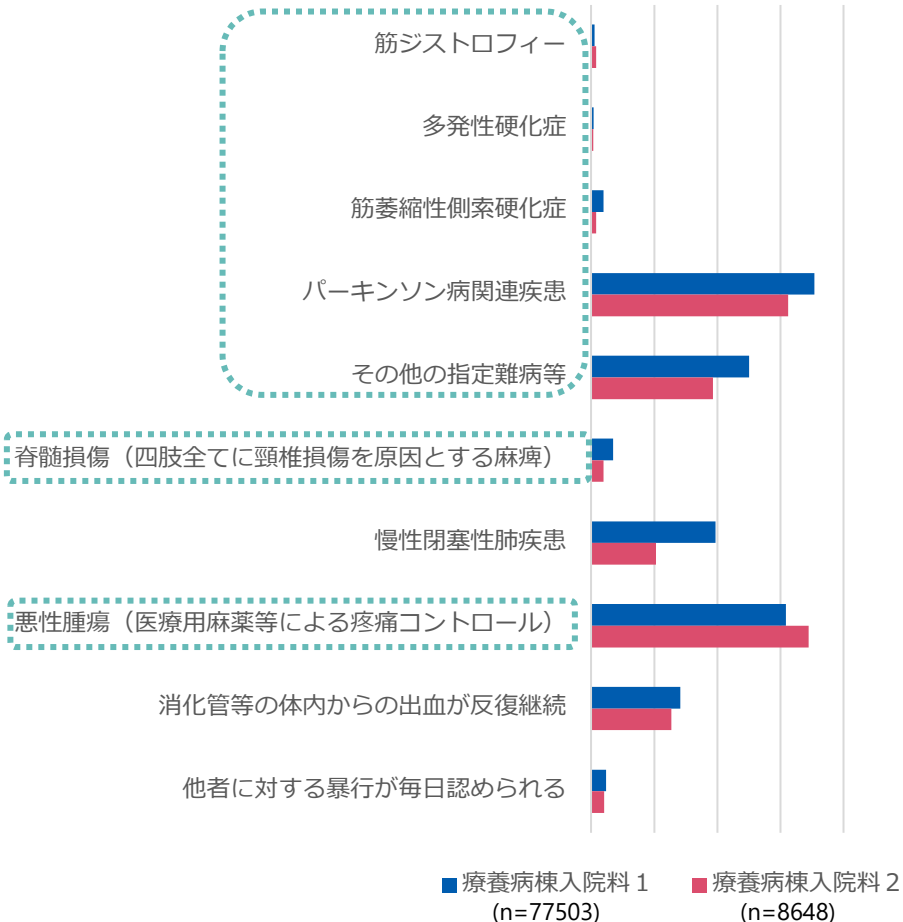
特掲診療料の施設基準等別表第7・第8に掲げる疾患、状態

療養病棟における入棟患者の病態

- 2024年6月～12月に療養病棟を退棟した患者について、医療区分2の対象となる疾患・状態、処置等に該当する患者の割合は以下のとおり（人数で集計）。酸素療法に該当する割合が多かった。
- 特掲診療料の施設基準等別表第7・8に該当する疾患の患者数は、酸素療法、喀痰吸引以外では少なかった。

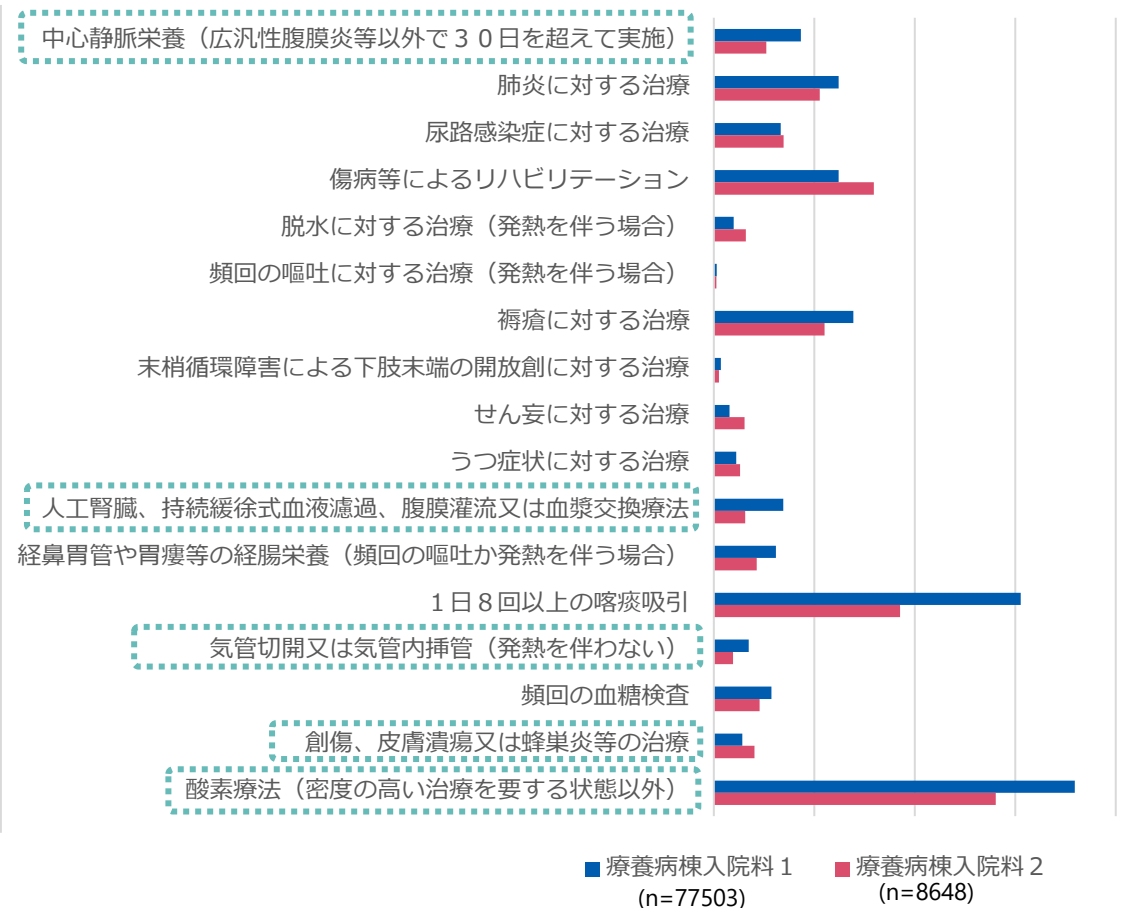
医療区分2の対象となる疾患・状態の入院患者に占める割合

0% 1% 2% 3% 4% 5%



医療区分2の対象となる処置等が占める割合

0% 10% 20% 30% 40%



特掲診療料の施設基準等別表第7・第8に掲げる疾患、状態

出典：DPCデータ（2024年6月～12月）※期間内に退棟した患者のみを対象としているため、入院継続していた患者は集計されていない

医療保険と介護保険の訪問看護対象者のイメージ

【医療保険】

小児等40歳未満の者、
要介護者・要支援者
以外

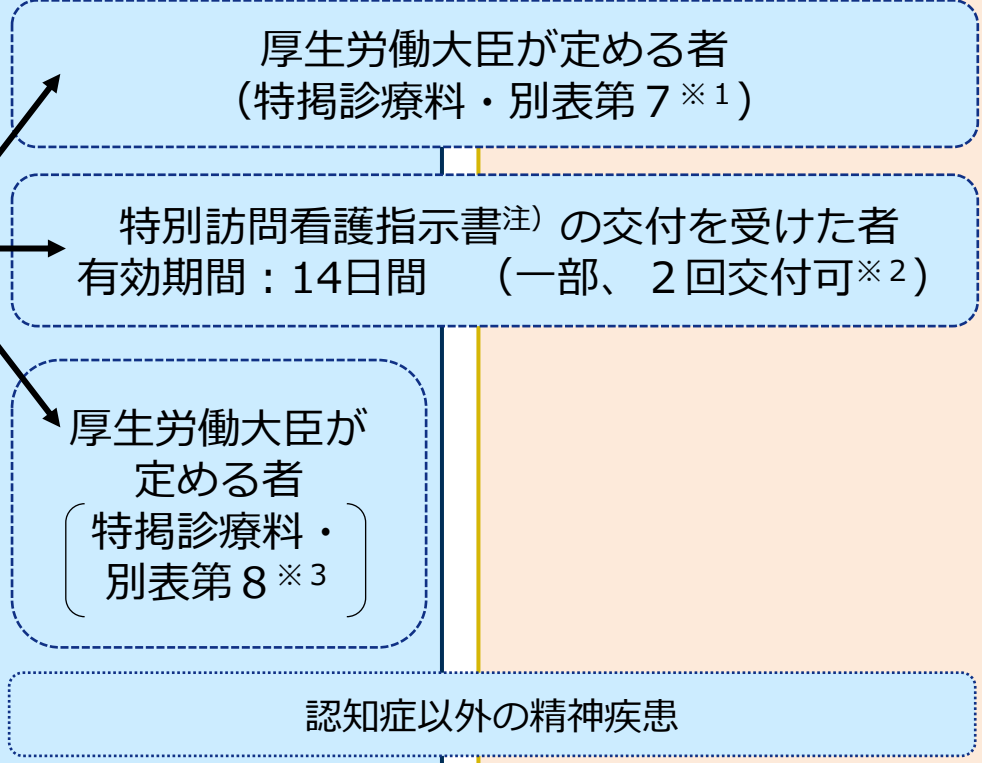
(原則週3日以内)

【介護保険】

要支援者・要介護者

〔 限度基準額内で
ケアプランで定める 〕

週4日以上
の訪問看護
が可能



- (※1) 別表第7
- | | |
|--------------|----------------|
| 末期の悪性腫瘍 | プリオン病 |
| 多発性硬化症 | 亜急性硬化性全脳炎 |
| 重症筋無力症 | ライソゾーム病 |
| スモン | 副腎白質ジストロフィー |
| 筋萎縮性側索硬化症 | 脊髄性筋萎縮症 |
| 脊髄小脳変性症 | 球脊髄性筋萎縮症 |
| ハンチントン病 | 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 進行性筋ジストロフィー症 | 後天性免疫不全症候群 |
| パーキンソン病関連疾患 | 頸髄損傷 |
| 多系統萎縮症 | 人工呼吸器を使用している状態 |

- (※2) 特別訪問看護指示書を月2回交付できる者
(有効期間：28日間)
- ・気管カニューレを使用している状態にある者
 - ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

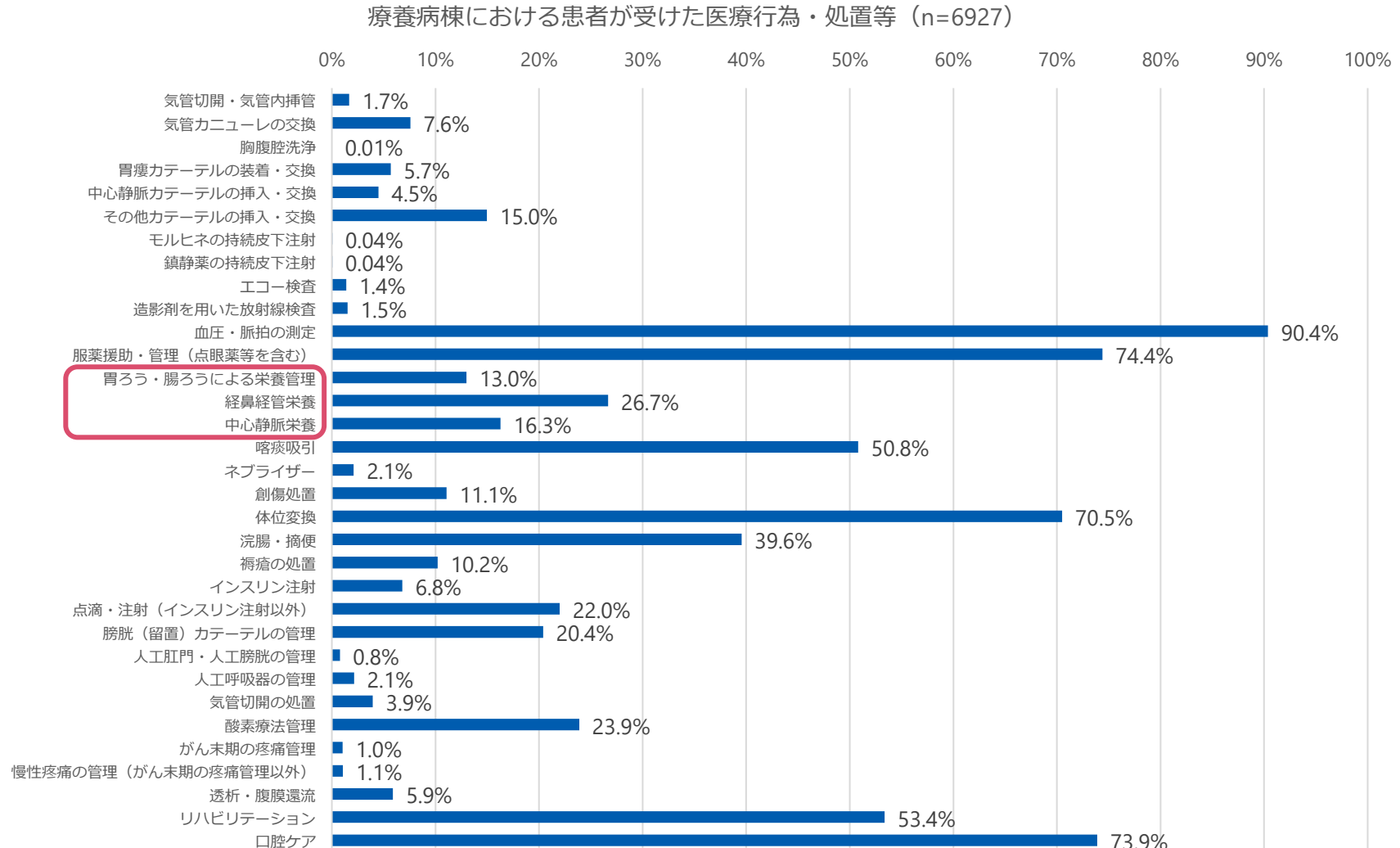
注) 特別訪問看護指示書
患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書。

- (※3) 別表第8
- 1 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理又は在宅強心剤持続投与指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理
在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理
 - 3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
 - 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

診療組 入-1参考
7. 5. 22 改

- 療養病棟において患者が受けた医療行為・処置等の割合は令和4年度調査と同様の傾向であった。
- 医療区分上の定義が見直された「中心静脈栄養」は16.3%、関連して「胃ろう・腸ろうによる栄養管理」は13.0%、「経鼻経管栄養」は26.7%であった。（令和4年度はそれぞれ14.3%、14.3%、26.3%）



療養病棟入院基本料の見直し②

中心静脈栄養に係る評価の見直し

- 療養病棟における中心静脈栄養について、患者の疾患及び状態並びに実施した期間に応じた医療区分に見直す。中心静脈栄養を終了後7日間に限り、終了前の医療区分により算定することができる。

現行	改定後
【療養病棟入院料】 〔施設基準〕（概要） 医療区分3 中心静脈注射を実施している状態	【療養病棟入院料】 〔施設基準〕（概要） 医療区分3 <u>中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る。）</u>
医療区分2 （新設）	医療区分2 <u>中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。）</u>

経腸栄養管理加算の新設

- 療養病棟に入院中の患者に対し、静脈経腸栄養ガイドライン等を踏まえた栄養管理に係る説明を実施した上で、新たに経腸栄養を開始した場合に一定期間算定可能な経腸栄養管理加算を新設する。

（新） 経腸栄養管理加算（1日につき） 300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保険医療機関が、療養病棟入院基本料を算定している患者について、経腸栄養を開始した場合、入院中1回に限り、経腸栄養を開始した日から7日を限度として所定点数に加算する。この場合において、栄養サポートチーム加算、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料は別に算定できない。
- 〔施設基準〕
(1) 栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。
(2) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

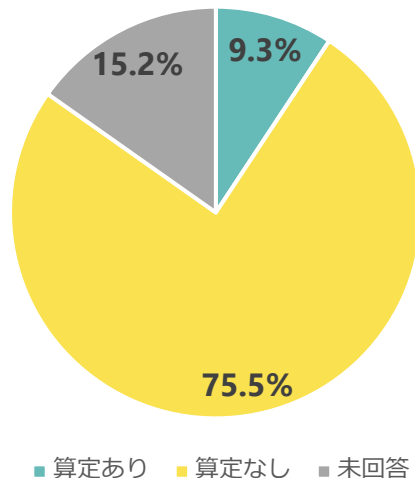
療養病棟における経腸栄養管理加算の状況

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 令和6年8月～10月の3か月で経腸栄養管理加算を1回以上算定した施設は、9.3%。
- 届出が困難な理由としては、「栄養サポートチーム加算を届け出ていないため」が最も多く、80%以上であった。

■ 経腸栄養管理加算の算定状況 (n=624)

(令和6年8月～10月の3か月)



■ 「算定あり」の施設における算定件数 (n=58)

(令和6年8月～10月の3か月)

平均値	8.1 件	中央値	2.0 件
-----	-------	-----	-------

■ 経腸栄養管理加算の届出が困難な理由 (n=346)

01_「A233-2」の栄養サポートチーム加算を届け出ていないため

02_療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置することが困難であるため

03_自院又は他の医療機関との協力により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を確保することが困難であるため

04_その他

■ 療養病棟入院料1(n=280) ■ 療養病棟入院料2(n=55)

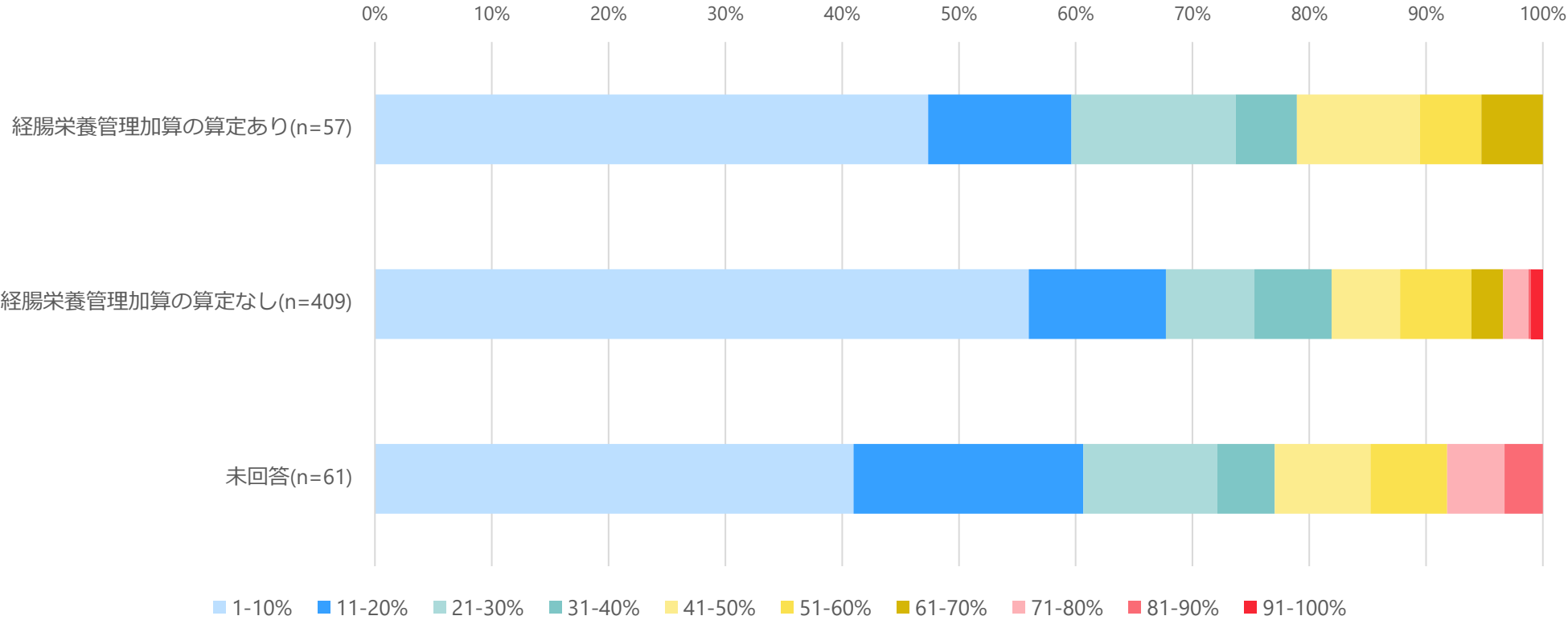
(複数回答可)

0% 20% 40% 60% 80% 100%

療養病棟における経腸栄養管理加算の有無別の中心静脈栄養の実施状況

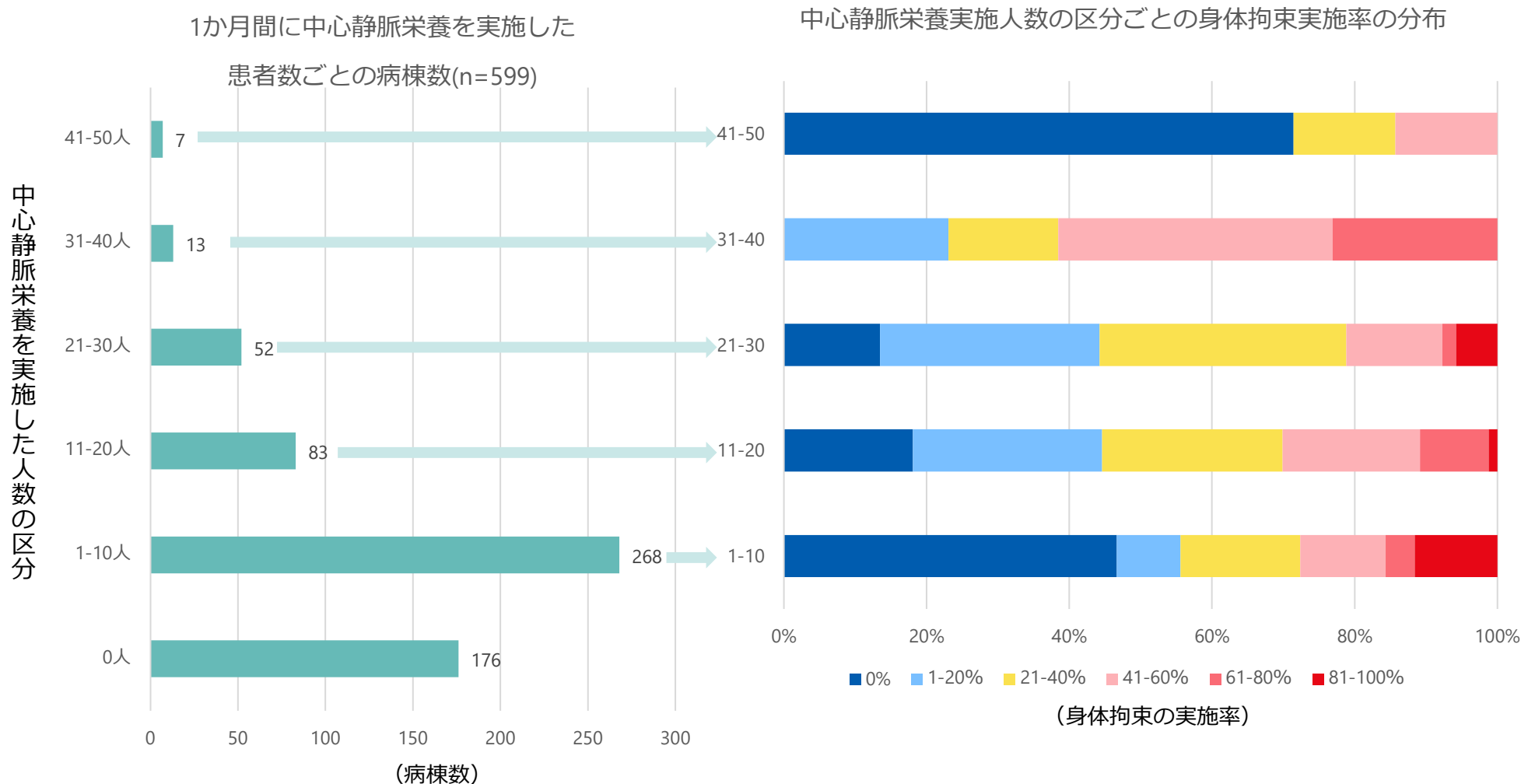
- 経腸栄養管理加算の算定をしている病棟では、中心静脈栄養の実施率が70%を超える病棟はなかった。
- 経腸栄養管理加算の算定をしていない病棟では、一部で中心静脈栄養の実施率が90%を超えていた。一方、実施率が10%以下の病棟が半数以上であった。（栄養管理の有無は不明であることに留意が必要。）

中心静脈実施率ごとの全病棟に占める病棟の割合（令和6年10月の1か月間）



療養病棟における中心静脈栄養中の身体拘束の実施状況

- 1か月に中心静脈栄養を実施した人数は11-20人の病棟が最多で半数弱であった。
- 中心静脈栄養を実施した患者のうち、身体拘束を行った患者の割合が高い病棟もみられた。



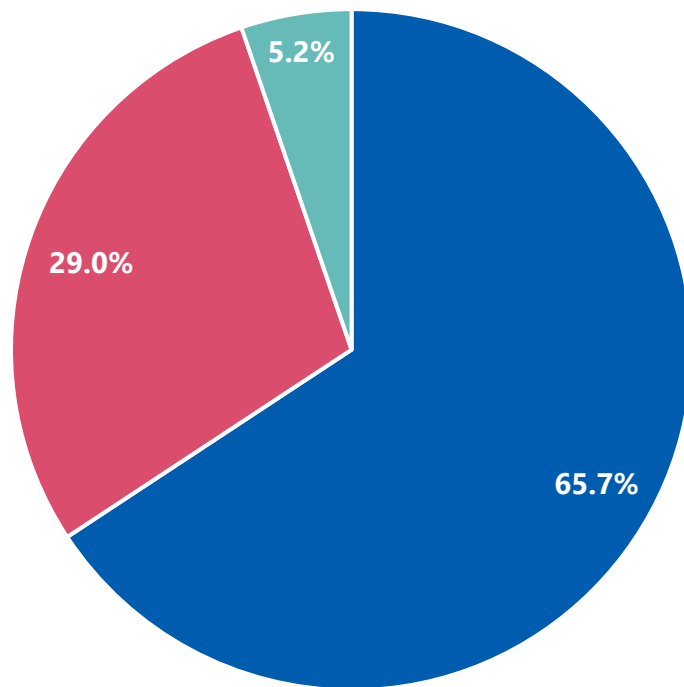
療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無

診 調 組 入 - 1
7 . 5 . 2 2

- 中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制について、いずれの入院料においても半数以上が整備できていた。
- 療養病棟入院料 1 を届け出ている施設では約 3 割、入院料 2 を届け出ている施設では約 4 割が当該体制を整備できていなかった。

【療養病棟入院料1】

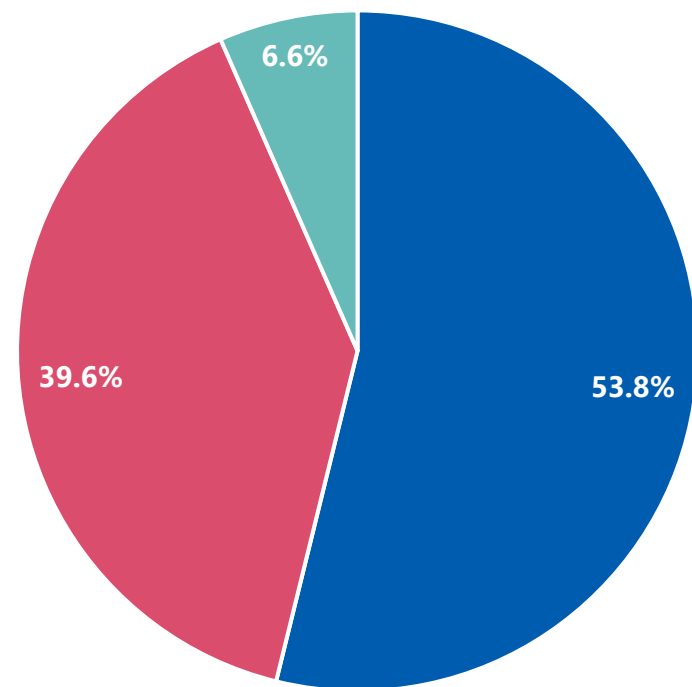
摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無
(n=534)



■ 1_体制あり ■ 2_体制なし ■ 3_無回答

【療養病棟入院料2】

摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の有無
(n=91)



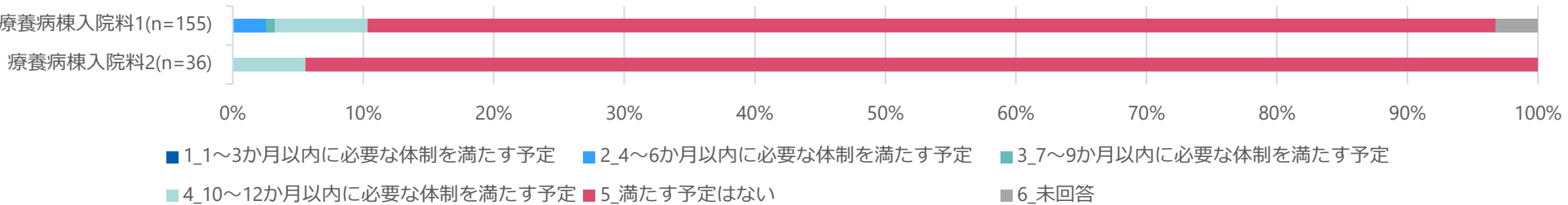
■ 1_体制あり ■ 2_体制なし ■ 3_無回答

療養病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の整備予定

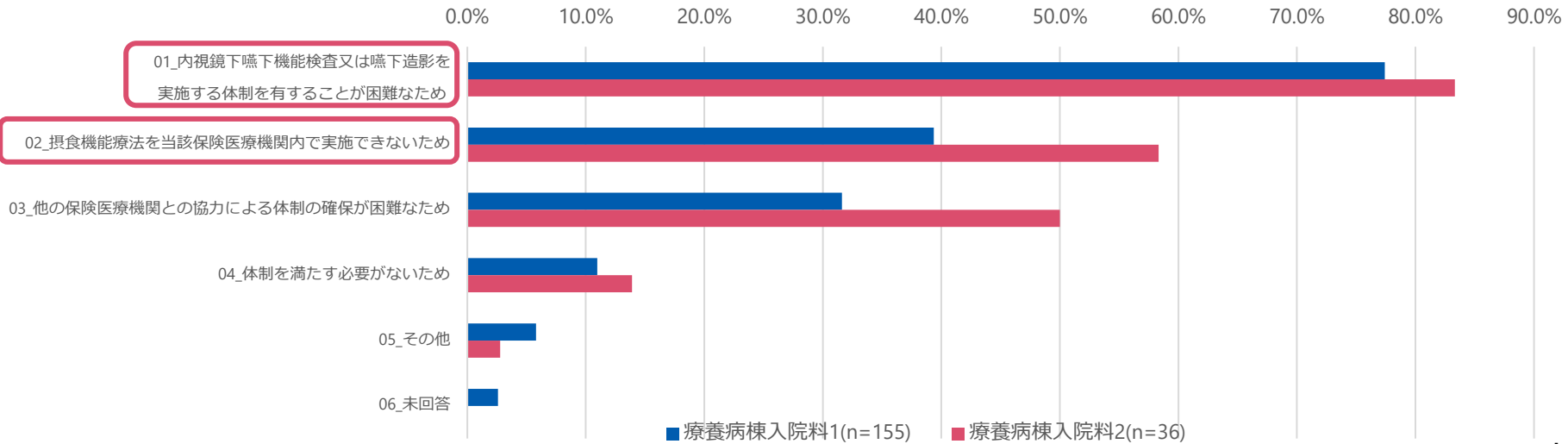
- 「中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制」を整備できていない医療機関において、今後も体制を満たす予定のない医療機関が9割に達した。
- 体制を整備できない理由として、必要な検査を実施する体制を有することが困難と回答した医療機関が約8割であり、次いで摂食機能療法を実施できない医療機関が多かった。

診療組 入-1参考
7 . 5 . 2 2 改

摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制に対する今後の予定
(令和6年11月1日時点)



体制整備が困難な理由 (令和6年11月1日時点)



療養病棟に係る現状と課題

【慢性期の医療提供体制について】

- 療養病棟入院基本料の注11に規定していた経過措置が令和6年5月末に終了となった。
- 「新たな地域医療構想のとりまとめ」においては、慢性期の医療提供体制については、地域の慢性期医療・在宅医療の需要に対して、在宅医療・介護等のデータも踏まえ、地域の資源の状況に応じて、療養病床だけでなく、在宅医療や介護施設・高齢者向け住まい等とあわせて構築していくことが重要とされている。

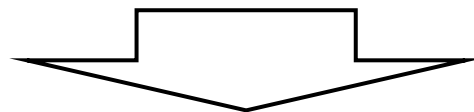
【令和6年度改定における医療区分の見直しについて】

- 令和6年度診療報酬改定で医療区分の見直しが行われた。療養病棟入院料1では、12.8%の医療機関が「医療区分2・3の患者が8割以上」の要件を満たしていなかった。
- 療養病棟から一定期間に退棟した患者において、特掲診療料の施設基準等別表第7・8に該当する疾患の割合は少なかった。

【中心静脈栄養・経腸栄養管理加算・摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制について】

- 中心静脈栄養の実施状況は令和6年度診療報酬改定の前後で大きく変わらなかった。
- 中心静脈実施中の患者に高い頻度で身体拘束を実施している病棟がみられた。
- 経腸栄養管理加算を算定している医療機関は10%に満たなかった。届出できない理由として、栄養サポートチーム加算の届出をしていないことが最多であった。
- 摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制については、療養病棟入院料1を届け出ている施設では約3割、入院料2を届け出ている施設では約4割が整備できていなかった。

【課題】



- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。