

医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見 【概要版】

※平成29年3月22日及び4月19日の行われた「医療と介護の連携に関する意見交換」について、事務局の責任において、整理したもの

テーマ1:看取り①

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた対応など、医療従事者や国民の看取りに関する理解の状況について

- 患者や家族の看取りに関する希望が不明であるため、意思にかかわらず搬送されていることが、問題。
- 在宅療養中で看取り期の患者や家族の希望と異なる救命措置等が搬送先で行われる例については、本人の意思が反映されないという問題と、それにより不必要な医療が提供されるという問題がある。介護職は、利用者が急変した際、意思表示がなければ、まず救急車を呼ぶので、患者や家族の意思の確認が進むことが望まれる。さらに、その意思表示を連携する関係者が共有できる仕組みが必要。

末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容体変化の不安を抱える家族や介護職を支えるための医療の関与について

- 看取り期の患者や入所者が服薬に関する課題を抱えている場合、地域の薬局・薬剤師を効率的に活用して、必要に応じて薬剤師の薬学管理を受けられるようにすることで、看取り期に関する医療、介護の負担、不安を軽減することにつながる。そのためにどういう仕組みが必要かについて、今後議論する必要がある。

末期の悪性腫瘍等の患者へのサービス提供に当たっての、医療職と介護支援専門員との円滑な連携の在り方について

- 急速に亡くなっていく場合は介護職の情報提供があっても間に合わないことがあることや、研修を行っても全ての介護支援専門員が医療に強くなることには時間がかかることから、医療の目を入れていく方策が必要。医師や看護師に相談することをタイミングよくやれるような調整が必要。

テーマ1:看取り②

特別養護老人ホーム及び居住系サービスの入所者の看取り期における医療ニーズに適切に対応するため、特別養護老人ホーム及び居住系サービスが提供すべき医療の範囲と、外部の医療機関等が提供すべき医療の範囲について

- 最期は特別養護老人ホームで迎えたいと願っていても、施設の体制が整っていないために、希望に反し、病院に搬送することは問題。特別養護老人ホームで全く看取りをする意思がない所が1割強あるが、その要因分析をするべき。また、特別養護老人ホームにおいて嘱託医との連携、看取り体制を作ることについて、既に優秀な実践をしているところがあるためこれらを広め、どこでも看取りが行えるようにしていくことが必要。

在宅等で療養している患者やその家族が最終的には医療機関における看取りを希望している場合の、医療機関も含めた在宅医療の関係者・関係機関間における情報共有や、医療機関が提供すべき医療の範囲について

- 自らかかりつけ医機能を持つ有床診療所や中小病院は、その入院機能を活用して地域の無床診療所やかかりつけ医の在宅を支援する必要がある。そのためには、患者ごとに介護支援専門員を含む医療介護関係者がチームをつくり、事前に患者や家族も含めて看取りに関する方針や提供する医療について合意を得ておく必要がある。

末期の悪性腫瘍等以外の患者を含む医療機関における緩和ケアを必要とする患者への緩和ケアの在り方について

- 地域の有床診療所や中小病院は、実態として緩和ケアを行ってきたが、看取りを目的とした入院を受け入れる際には、高齢の末期の悪性腫瘍以外の患者に対する緩和ケアが重要となる。若年者も多い緩和ケア病棟とは別に、有床診療所や中小病院にも緩和ケアチームが必要で、その研修体制と評価が必要。

テーマ2:訪問看護

在宅への円滑な移行支援のための訪問看護の提供体制を整備する観点から、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や、病院・診療所が行う在宅支援の拡大や人材育成を進めるための方策について

- 病院・診療所から直接訪問看護に行くことは、緊急時の入院対応等が円滑に進むので、報酬での対応も含め、行いやすくすべき。
- 人材育成の観点から、機能強化型の訪問看護ステーションの役割が期待される。また、病院・診療所で勤務しながら、一定期間、訪問看護ステーションでも勤務する仕組みを進めるべき。

多様なニーズに柔軟に対応するために、訪問看護と他のサービスを組み合わせた複合型のサービス提供を推進することについて

- 在宅療養の長期的な継続を意図して、看護小規模多機能をつくったが、市町村の理解が進んでいないこともあり、事業所数が伸びていない。また、訪問看護と別の福祉的サービスの組み合わせは、在宅療養の幅が広がるので、推進すべき。

患者・家族が安心して在宅での療養生活を送るための訪問看護の24時間対応や急変時対応について

- 介護支援専門員がやることも含め、看護師が医療的な相談に乗るとよい。今後、重症者の在宅を進めるために、24時間対応、重症者対応、ターミナル対応が重要となる。

末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容体変化の不安を抱える家族や介護職を支えるための医療の関与について

- 特別養護老人ホーム等でも医療保険で訪問看護を利用できる場合があることを普及する必要がある。

その他

- 質の担保について、エビデンスに基づいた評価をしていくべきだが、医療保険における訪問看護はまだレセプトが電算化されていないため、事業者負担に配慮して電算化していくべき。

テーマ3:リハビリテーション

急性期や回復期のリハビリテーションにおいて、目標設定支援の視点に基づくリハビリテーションをより一層推進することについて

- 急性期・回復期・維持期・生活期というリハビリテーションの流れを考えると、急性期の時から、生活上の目標設定の視点に基づくリハビリテーションを進めることが重要。
- 患者が自宅に帰った後までを想定した目標設定をするためには、急性期のリハビリテーションを担っている病院における多職種カンファレンスが重要。

疾患別リハビリテーションの維持期における介護保険への円滑な移行を含め、医療と介護との間で切れ目のない継続的なリハビリテーションを効果的に提供することについて

- 介護保険に移行できる人はできるだけ移行するとともに医療保険でのリハビリテーションが必要な人は引き続き残れるよう、標準的算定日数を超過して医療保険の疾患別リハビリテーションを受けている要介護被保険者の状態を明らかにする必要がある。
- 10年近く維持期のリハビリテーションの介護への移行が延期されているが、次回改定は医療と介護の同時改定であり、円滑に介護保険に移行するための絶好の機会。
- 医療保険から介護保険に紹介がある場合、FIMデータばかりで活動と参加に関するデータがないのが現状。情報共有の際、身体能力等について共通した項目があったほうがいいが、まずは活動と参加の状況について、医療と介護の共通の項目を作るべき。

医療と介護の連携・移行をより効率的に推進する観点から、リハビリテーションにおける実施計画書等の在り方について

- 施設基準や要件のさらなる緩和やリハビリテーションにおける実施計画書等の共通化による情報共有等、非効率な運用を改善する必要がある。
- 医療と介護のリハビリテーションにおける実施計画書等は、互換性を持たせて、情報の引き継ぎが円滑にいくように検討していくべき。

テーマ4：関係者・関係機関の調整・連携

患者・利用者に対して、その病状や介護の状態に応じて、真に必要な医療や介護サービスを適時適切に提供する観点から、医療・介護の関係者・関係機関間の円滑な情報提供・共有、相互の理解といった連携の在り方について

- 1人の患者、利用者に対して、必要な医療、介護サービスが同時に過不足なく提供されることが必要で、かかりつけ医と介護支援専門員の連携を中心に、全ての関係者、関係機関が情報を共有して連携できるようにすべき。
- ケアプランの変更について、共同アセスメントの効果や情報交換体制を行うとともに、現状に応じたプラン変更ができるような、柔軟な対応ができるようにする必要がある。
- 今後、複雑なニーズを持って在宅で過ごす人が増えると、今後の変化を予測した上でサービスを提供しなければならないため、ケアプランの作成や変更時に、医療的な視点が入れるような組立てが重要になる。
- ケアプランをつくる上で介護支援専門員がどのような情報提供を望んでいるのか、効率的かつ適時・適切な情報共有というものが必要であり、議論すべき。
- 医療機関の都合に合わせた日程調整が必要ということは、介護支援専門員にとっては負担だが、医療のスピードに合わせることはやむを得ない。今後、ICT等を活用したスムーズな情報提供等も検討する必要がある。
- 複数の職種が一堂に会することが困難な状況では、退院時カンファレンスと併せ、同一の職種間、例えば薬剤師であれば病院薬剤師が退院時薬剤情報管理指導等の仕組みを利用して、地域の薬剤師と効率的に薬学的な情報共有を図る体制整備が必要。
- 情報共有は重要であるが、療養の場による情報の優先度から、情報の中身も洗練すべき。介護支援専門員からの情報提供のニーズは高いが、提供された情報を本当に使っているのかということも、検討すべき。
- 歯科診療所から歯科医師、歯科衛生士が訪問して介護サービスを提供することとなるため、他の職種が理解しにくい部分もあるため、歯科について、必要性は理解されても、実際にサービスを提供するまでには結びつかない。介護支援専門員の果たす役割は大きく、口腔健康管理に対する理解を期待。今後、理解を深めるためにも研修が必要。
- 介護施設へ歯科の訪問診療が増えているが、その内容は診療が中心で定期的なカンファレンスへの参加や摂食機能療法の実施は少なく、摂食機能療法の実施と定期的なカンファレンスへの参加を望む施設側の希望との乖離があり、これについて、協力歯科医療機関の役割の明確も含め、検討が必要。

医療と介護の連携に関する意見交換における主な御意見

【テーマ1：看取り】

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を踏まえた対応など、医療従事者や国民の看取りに関する理解の状況について、どのように考えるか。

- 超高齢社会の進展に伴い今後さらに死亡者数が増加することに対して、医療介護従事者や国民の看取りに関する理解がまだ不十分。地域包括ケアシステムを構築し、住みなれた地域でできるだけ長く暮らしながら看取りを迎えることができるように、必要性和地域性に応じて在宅、入院、外来医療及び在宅、施設介護サービスを選択して利用できる体制を整備する必要がある。
- 人生最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインがほとんど浸透していないことが問題。しっかりと広報・啓発を図っていくことが今後必要。
- 患者や家族の看取りに関する希望が不明であるため、意思にかかわらず搬送されていることが、一番問題。国民の70%が意思表示を紙面で行うことに賛成しているが、3%しか行っていないという乖離を解消する必要がある。例えば、75歳になって後期高齢者制度に変わり保険証を渡す際、ガイドラインの説明を行う等、その時点で、人生の最終段階においてどのような医療等を希望するかについての考え方を確認することも一つの方法。
- 在宅療養中で看取り期の患者や家族の希望と異なる救命措置等が搬送先で行われる例については、本人の意思が反映されないという問題と、それにより不必要な医療が提供されるという問題がある。介護職は、利用者が急変した際、意思表示がなければ、まず救急車を呼ぶので、患者や家族の意思の確認が進むことが望まれる。さらに、その意思表示を連携する関係者が共有できる仕組みが必要。介護支援専門員が、意思表示の確認に対して責任を持つことは難しいが、意思があるかないかについては把握する必要がある。

- リビング・ウィルよりも、生前にかかりつけ医と十分話し合っていくことが重要であり強調すべき。
- リビング・ウィルが進んでいないが、意思がなくなったときの治療等について任せる人を指名する代理人制度について検討すべき。

末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容体変化の不安を抱える家族や介護職を支えるための医療の関与について、どのように考えるか。

- 訪問診療を行うかかりつけ医、24時間対応の訪問看護、いつでも入院のできる地域の有床診療所や中小病院の病床の3点セットが必要。地域包括ケアを支援する有床診療所や中小病院の役割を確立して評価する必要がある。看取り期には特に、医療と介護を一体的に提供することが家族や介護職を支えるために重要。また、医療機関が在宅で看取りをした場合、診療報酬と介護報酬いずれで評価するのか、明確にするべき。
- 高齢者が亡くなるときは、老衰で亡くなる場合と大きな病気が急に起きて亡くなる場合があり、分けて考えるべき。
- 在宅や施設で患者を診ている医師が救命センター等と連携し、救急搬送した際にどこまで措置するかを共有した上で病院が受け入れることが重要。大病院で多くの医師がいる場合は難しく、中小病院がそうした役割を担っていくのが非常に重要。
- 介護支援専門員の35.8%が通院同行している。かかりつけ医と日常的に連携していく上で、利用者の疾病理解や状況を説明するために同行受診している状況を踏まえると、本人や家族に対する理解やサポートが非常に重要。
- 入院中からも継続的に介護支援専門員が関わり、急な退院や緊急時の対応に備えられる体制が必要。また、訪問看護師と介護支援専門員が連携を取り、環境整備や調整をする必要があり、そのために、看取りに向けた会議の開催が重要。介護支援専門員にとって、身近に相談できる医師が非常に重要であり、共同してうまくいった事例を活用

できるよう共有していく取組みが必要。

- 看取り期の患者や入所者が服薬に関する課題を抱えている場合、地域の薬局・薬剤師を効率的に活用して、必要に応じて薬剤師の薬学管理を受けられるようにすることで、看取り期に関する医療、介護の負担、不安を軽減することにつながる。そのためにどのような仕組みが必要かについて、今後議論する必要がある。

末期の悪性腫瘍等の患者へのサービス提供に当たっての、医療職と介護支援専門員との円滑な連携の在り方について、どのように考えるか。

- 末期の悪性腫瘍のように病状が進行性でかつ不安定な場合、医師の指示が優先されるべき。介護支援専門員は質を向上させて24時間かかりつけ医と情報交換を行い、直ちに対応できるようにする必要がある。
- 急速に亡くなっていく場合は介護職の情報提供があっても間に合わないことがあることや、研修を行っても全ての介護支援専門員が医療に強くなることには時間がかかることから、医療の目を入れていく方策が必要。医師や看護師に相談することをタイミングよくやれるような調整が必要。
- 介護報酬における介護支援専門員の入院時情報連携加算に関して、7日以内の情報提供が算定要件だが、約6割が2日ぐらいで行っており、実態に合わせた形に移行していくべき。

特別養護老人ホーム及び居住系サービスの入所者の看取り期における医療ニーズに適切に対応するため、特別養護老人ホーム及び居住系サービスが提供すべき医療の範囲と、外部の医療機関等が提供すべき医療の範囲について、どのように考えるか。

- 内部に医療職がいる場合は不足する範囲で、内部に医療職がない場合は必要な範囲で、外部から医療を提供する必要があるが、施設の負担が重ならないよう医療機関との連携を強化しておくべき。特別養護老人ホームの配置医の役割は、現在、健康管理と療養上の指導だが、役割と処遇を明確にした上で、配置医が対応できない部分を外部の協力医療機関が対応する必要がある。

- 老人保健施設と特別養護老人ホームは医療のあり方が違う。老人保健施設は包括化された報酬の中で医療も提供するため、高額薬剤を使用しにくい一方、特別養護老人ホームは使用できることもあり、そのあり方を今後どう考えていくかが問題。
- 特別養護老人ホームで老衰による死亡について救急医療機関へ搬送することは、配置医と施設との関係に問題がある。
- 最期は特別養護老人ホームで迎えたいと願っていても、施設の体制が整っていないために、希望に反し、病院に搬送することは問題。特別養護老人ホームで全く看取りをする意思がない所が1割強あるが、その要因分析をするべき。また、特別養護老人ホームにおいて嘱託医との連携、看取り体制を作ることについて、既に優秀な実践をしているところがあるためこれらを広め、どこでも看取りが行えるようにしていくことが必要。
- 一部の特別養護老人ホームでは、看取りに関して入所者を医療機関に搬送すると資料にあるが、この調査は、看取りの人だけを対象としているものではなく、また、例えば夜間の転倒等の急変時も含めた数字であり、データとしていかなものか。
- 入所者一人一人のことについて、主治医や配置医と介護職が家族も含めて話を十分していく必要がある。
- 医師が常勤でいる老人保健施設は、その医師が看取りを行う場合にどのように家族、本人と話をしているか、リハ職、看護職、介護職とどのような体制で行っているかが重要。一方、特別養護老人ホームや在宅等においては、配置医やかかりつけ医がどのように本人や家族と話をしているかが重要。
- 特別養護老人ホームの配置医は、健康管理と療養上の指導だけではなく、看取りや急変の対応について本人や家族、職員と話をすることも求められてきているが、改めて配置医の役割や処遇を見直して、これから看取りが求められる時代にふさわしいあり方にしていく必要がある。

る。

- 今後、介護療養病床が介護保険施設として、新たに介護医療院に変わっていくが、その機能もターミナル、看取り、居住の場が柱。介護保険施設でも特別養護老人ホーム、在宅復帰型ではない老人保健施設、そして介護医療院が全部似たような機能を持つと思われる。利用者の状態を明確化していくこと、機能をわかりやすくし、そのためにどういう体制が求められるかについて議論をする必要がある。

在宅等で療養している患者やその家族が最終的には医療機関における看取りを希望している場合の、医療機関も含めた在宅医療の関係者・関係機関間における情報共有や、医療機関が提供すべき医療の範囲について、どのように考えるか。

- 自らかかりつけ医機能を持つ有床診療所や中小病院は、その入院機能を活用して地域の無床診療所やかかりつけ医の在宅を支援する必要がある。そのためには、患者ごとに介護支援専門員を含む医療介護関係者がチームをつくり、事前に患者や家族も含めて看取りに関する方針や提供する医療について合意を得ておく必要があり、そのためのチームや多職種の検討会及びレスパイトや看取りを目的とした入院に対する評価が必要となる。

末期の悪性腫瘍等以外の患者を含む医療機関における緩和ケアを必要とする患者への緩和ケアの在り方について、どのように考えるか。

- 地域の有床診療所や中小病院は、実態として緩和ケアを行ってきたが、看取りを目的とした入院を受け入れる際には、高齢の末期の悪性腫瘍以外の患者に対する緩和ケアが重要となる。若年者も多い緩和ケア病棟とは別に、有床診療所や中小病院にも緩和ケアチームが必要で、その研修体制と評価が必要。
- ガイドラインを活かして、それにのっとったような治療が行われた場合は、過度な延命等を避けることになるので、報酬上の評価も考えるべき。

その他

- この人は見取りで、この人は治療すると決めるのは、その場にいる臨

床医だが、それぞれの判断基準は何に重きを置くかが違う。リハビリをして寝たきりを防止すれば、元気で生きていける患者をみんな看取りだとする方向性が正しいと言えるのか、看取りやターミナルの定義が非常に曖昧であり不安。どのような医療を提供するのかが、医療と介護の中で重要な接合部分。1回介護に行ったら医療へは戻らず、全て特別養護老人ホームでずっとターミナルで診ることは問題。医療が必要な場合は、医師を呼んで判断することが必要。

- 本当に看取りの状態なのかということは、考えておかなければいけない。単なる脱水だったということもあるので、介護施設や在宅においても、排尿や排便の状態、発熱、発疹、褥瘡、食事量、水分摂取量等のデータを取り、具合が悪くなったときに、かかりつけ医に共有して、看取りか判断する必要がある。
- 日ごろから看取りに近くなるような方に対してどのような対応をしているか、家族、本人、そして関係者が医療・介護含めて急変時の対応を話し合っていくことが必要。
- 特別養護老人ホームの入所者が、医療機関で感染症等の治療を受けている間、特別養護老人ホームのベッドは空くことになるが、他の人を受け入れてはいけない。そうすると、特別養護老人ホームの収入が減るので、この仕組みを見直す必要がある。
- 在宅医療、訪問診療、介護保険施設以外の在宅医療や医療機関において、現状の死亡診断書の死因がどのようなになっているのか、高齢者の老衰がどの程度か。特に在宅医療、訪問診療においてどの程度か。また、看取りの際に、かかりつけ医が、どのような話を家族にしていたのか、どのような医療が提供されていたか、臨死に必ず医師がいたのか、どのような介護サービスが提供されていたのか等のエビデンスに基づいて議論をするべき。
- 看取りに関する報酬の名称について、診療報酬側の特に在宅医療におけるターミナルケア看取り加算と、介護報酬のターミナルケアに関する加算の定義が微妙に違う。ターミナルケア加算について、ターミナルケアを行ったらつくもの、体制加算になっているもの等、それぞれ哲

学が違うものが全て同じ名前になっている。完全に同じにする必要はないが、両報酬体系におけるターミナルケア加算、看取り加算のベースにある哲学は一緒にしておいたほうがいい。

- 看取りの問題は、医療界・介護界をあげた大きなプロジェクトである。ターミナルや看取りについて、様々な職種が集まった会を何度か開いて、共通見解を得ることが重要。

【テーマ2：訪問看護】

在宅への円滑な移行支援のための訪問看護の提供体制を整備する観点から、訪問看護ステーションの事業規模の拡大や、病院・診療所が行う在宅支援の拡大や人材育成を進めるための方策について、どのように考えるか。

（訪問看護ステーションの事業規模拡大）

- 近年、事業所数が増えているが、訪問看護師の人材確保が課題。従業員数5人未満の事業所が約半分を占めており、訪問看護師を確保して、拡大をしていく方向性が正しい。

（病院・診療所が行う在宅支援の拡大）

- かかりつけ医機能を持つ有床診療所と中小病院は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所となって、訪問看護だけでなく介護も含めて総合的に在宅支援を行う必要がある。

- 病院・診療所から直接訪問看護に行くことは、緊急時の入院対応等が円滑に進むので、報酬での対応も含め、行いやすくすべき。

- 病院・診療所が行う訪問看護が増えないことについて、報酬だけではなく様々な基準も含めて早目に検討すべき。

（人材育成）

- 人材育成については、各職能団体の研修や多職種連携の研修を開催することも必要。

- 人材育成の観点から、機能強化型の訪問看護ステーションの役割が期待される。また、病院・診療所で勤務しながら、一定期間、訪問看護ステーションでも勤務する仕組みを進めるべき。

- 人材育成や地域連携において、管理者の力量による面が大きいですが、現在の開設者要件は、適切な知識と技能を持っている者と定義が曖昧であり、管理者の研修を受けなかった者が約3割もあり課題である。

- 病院・診療所からの訪問看護は減少傾向で、訪問看護ステーションは増加しているが、訪問看護師は人材不足であり、PT・OTが増えてい

るのではないかという実感。

多様なニーズに柔軟に対応するために、訪問看護と他のサービスを組み合わせた複合型のサービス提供を推進することについて、どのように考えるか。

- 医療ニーズの高い患者の在宅を支えるために、看護小規模多機能型居宅介護ができたが、かかりつけ医や医療機関との連携も必要。
- 在宅療養の長期的な継続を意図して、看護小規模多機能をつくったが、市町村の理解が進んでいないこともあり、事業所数が伸びていない。また、訪問看護と別の福祉的サービスの組み合わせは、在宅療養の幅が広がるので、推進すべき。
- 状態の軽い者も、加齢に伴う身体変化がある中、自宅で過ごすために、定期的な訪問看護・訪問診療やその情報をもとにした様々なサービスの組み合わせが必要。
- 複合型の訪問看護ステーションが期待に反してほとんど増えないことについて、報酬だけではなく様々な基準も含めて早目に検討すべき。

患者・家族が安心して在宅での療養生活を送るための訪問看護の 24 時間対応や急変時対応について、どのように考えるか。

- 在宅を支えるために訪問看護は必須だが、そのためには24時間対応や急変時対応が前提。訪問看護のあり方の見直しを含めて、訪問看護ステーションの数や規模の拡大だけでなく、サービスの質を評価する方向にするべき。
- 訪問看護ステーションについて、病院のナースステーションが町にやってきたと考えると、規模を大きくして24時間365日やれるという形が本来のあり方。
- 介護支援専門員がやることも含め、看護師が医療的な相談に乗るとよい。今後、重症者の在宅を進めるために、24時間対応、重症者対応、ターミナル対応が重要となる。

- 24時間対応だと看護師の人材確保が難しいが、24時間対応と言っても、実際に夜中に呼ばれることは少ない。訪問看護には、夜間に呼ばれたら行くという意味がある方に携わって欲しい。
- 24時間定期的又は緊急時等にヘルパーが訪問をし、必要に応じ深夜でも訪問看護を行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護で、看護師が出動するという例はほとんどない。定期巡回・随時対応型訪問介護看護を今後、進めていくべき。
- 訪問看護ステーションのうち、24時間体制の対応をしているところの割合、患者の実際の24時間体制のニーズ、夜間対応はどのような疾患なのかについて、データがないと、24時間対応が全ての訪問看護ステーションで必要なのか、基幹的な所だけでよいのかの議論ができない。
- 医療保険・介護保険それぞれではなく両方のデータを見て議論を進めていくべき。重症者が多く夜間の対応もする訪問看護が在宅医療を支えている。

末期の悪性腫瘍等の患者以外の介護サービス利用者の看取り期において、容体変化の不安を抱える家族や介護職を支えるための医療の関与について、どのように考えるか。

- 特別養護老人ホーム等でも医療保険で訪問看護を利用できる場合があることを普及する必要がある。
- 訪問診療を行うかかりつけ医、24時間対応の訪問看護、いつでも入院のできる地域の有床診療所や中小病院の病床の3点セットが必要。地域包括ケアを支援する有床診療所や中小病院の役割を確立して評価する必要がある。看取り期には特に、医療と介護を一体的に提供することが家族や介護職を支えるために重要。

その他

- 質の担保について、エビデンスに基づいた評価をしていくべきだが、医療保険における訪問看護はまだレセプトが電算化されていないため、

事業者負担に配慮して電算化していくべき。

- 医師を中心としたチーム医療の中で看護師、薬剤師、介護支援専門員等の介護職員が役割分担をして進めていくことが理想。ICTが普及し連携しやすいインフラが構築されている中、適切な役割分担ができているか把握する必要がある。
- 訪問看護の業務内容を見ると介護支援専門員が対応できることも多く、介護支援専門員が医療的な勉強をすれば、役割の一部は担える。様々な職種が連携しながらやっていくことが効率的である。
- 訪問看護は役割としては療養上の世話と必要な診療の補助という役割があり、訪問介護で同じような役割が果たせることもあるので、機能分化を検討する必要がある。
- 情報共有の場がうまく設定されないと、関係者の情報共有がなくなるので、訪問看護と介護支援専門員の連携を積極的に行う必要がある。
- 介護保険制度で医療系サービスを導入する場合には、主治医の意見書等から利用者の状況を把握するが、軽度者の場合には把握しにくい。例えば、脱水を起こしやすい等明確に分かるような指示があると、緊急時を見据えた対応ができる。

【テーマ3:リハビリテーション】

急性期や回復期のリハビリテーションにおいて、目標設定支援の視点に基づくリハビリテーションをより一層推進することについて、どのように考えるか。

- 急性期における目標設定支援の視点に基づくリハビリテーションの推進は、医療保険から介護保険の移行や活動・参加を見据えたリハビリテーションの実施を促進する上で必要であるが、曖昧な目標設定を防ぐ観点から、目標設定の質を向上させるための研修も必要。
- 目標設定等支援・管理料を算定する上で、保険者である市町村等から主治医意見書を作成した医療機関等に対して、要介護認定を行ったことを通知する仕組みが必要。
- 急性期・回復期・維持期・生活期というリハビリテーションの流れを考えると、急性期の時から、生活上の目標設定の視点に基づくリハビリテーションを進めることが重要。
- 急性期のリハビリテーションを担っているところは、患者が自宅に帰った後までを想定した目標設定をせず、退院がゴールになっている現状がある。自宅に帰った後までを想定した目標設定をするために、病院の中で多職種カンファレンスが重要な機能を果たすと考えられる。

疾患別リハビリテーションの維持期における介護保険への円滑な移行を含め、医療と介護との間で切れ目のない継続的なリハビリテーションを効果的に提供することについて、どのように考えるか。

- 介護保険に移行できる人はできるだけ移行するとともに、医療保険でのリハビリテーションが必要な人は引き続き残れるようにする必要がある。そのためにも、標準的算定日数を超過して疾患別リハビリテーションを受けている要介護被保険者の状態を明らかにする必要がある。
- 医療から介護への移行に当たっては、医療と介護の間だけでなく、病気が変わるときに具体的にどのような情報を伝えるべきかを整理して標準化を図り、それを全てのサービス提供者が共有する必要がある。
- 医療機関における通所リハビリテーションの認可や、通所リハビリテ

ーションにおける利用者の送迎に関して、医療と介護が同じような立て付けでできると、医療から介護へスムーズな移行ができる。

- 10年近く維持期のリハビリテーションの介護への移行が延期されているが、次回改定は医療と介護の同時改定であり、円滑に介護保険に移行するための絶好の機会。
- 利用者一人一人に対して丁寧に向き合った上で、医療も介護も提供していくことが必要。介護に移行するために医療保険における維持期のリハビリテーションを廃止するというのは乱暴。
- 介護保険では活動と参加を目標とするようになっており、医療保険も単なる筋肉リハビリテーションではなく活動や参加を目的とすることになっているが、医療保険から介護保険に紹介がある場合、FIMデータばかりで活動と参加に関するデータがないのが現状。情報共有の際、身体能力等について共通した項目があったほうがいいが、まずは活動と参加の状況について、医療と介護の共通の項目を作るべき。
- 介護保険のリハビリテーションについて、医療保険のリハビリテーションよりも国民が信頼性を置いているものが少ないことが、円滑な移行を妨げている。
- 国民のリハビリテーションに対するイメージは、リハビリテーション室に行って体を動かすことが通常で、日常生活の中でやっているというイメージがない。医療から介護への移行に当たっては、移行における適切な説明や、介護保険で利用するリハビリテーションについて見学や体験を行い、患者が納得して移行することが必要。
- 訪問リハビリテーションからデイサービスやデイケアに切り替わった場合においても、目標設定が共有されている情報共有の仕組みが必要。
- 急性期から生活期へと移行し、医療から介護に引き継がれる際、特に脳血管疾患等に対する再発防止が重要。再発防止のための生活習慣の改善は、利用者と頻回に接している介護職が大きな役割を果たす。単に医療から介護へ引き継がれるだけではなく、利用者の日常

生活の状況を、介護から医療あるいはヘルスケア事業を行う民間事業者へ提供して再発防止へつなげることが重要。

医療と介護の連携・移行をより効率的に推進する観点から、リハビリテーションにおける実施計画書等の在り方について、どのように考えるか。

- 施設基準や要件のさらなる緩和やリハビリテーションにおける実施計画書等の共通化による情報共有等、非効率な運用を改善する必要がある。
- 医療と介護のリハビリテーションにおける実施計画書等は、互換性を持たせて、情報の引き継ぎが円滑にいくように検討していくべき。
- 同時改定という良い機会なので、実施計画書も平仄を合わせて、うまくひも付けできるように検討することで、医療保険から介護保険へ円滑に移行できる。

その他

- 脳卒中地域連携パスに関して、介護報酬における評価は介護老人保健施設のみが対象となっているため、在宅にまで連携の輪が広がりにくい状況。さらに広げていくように、居宅介護支援事業所も評価の対象に含める必要がある。
- 急性期・回復期から在宅に戻るとき介護に慣れるまでの間にアクシデントが発生しないようにすることは、その後の在宅生活を継続する上で、とても重要。そのためにも、例えば転倒リスクが高い人について、どのようなリハビリが必要なのかと同時に、現時点ではどのような対応が適切なのか、どのような変化が見られたらプランを変えていくのか等具体的なことが共有されることが重要。脳卒中地域連携パスの対象を広げることでこの点に関する理解も深まる。
- 訪問看護師がなかなか増えない中、PT・OTが訪問看護ステーションに勤め、訪問リハビリテーションを増やしているという現状について、あり方を考えたほうがいい。
- 心身機能へのアプローチだけでなく、活動、社会参加へのアプローチ

にも焦点を当てることが推進されており、この3つのステップごとに、どこまで目指すのかをしっかりと患者に説明するのが医師の役割。機能回復を追及するあまり、活動や社会参加へのアプローチによるリハビリテーションが遅れることは患者にとって逆効果になることがある。

- 早く元の状態に戻すためには、早期にリハビリテーションに取り組む必要があり、病気になったらすぐリハビリテーションをしないと効果がないが、急性期病棟にリハビリテーション能力がない病院が多く、1週間以上リハビリテーションもなく入院している場合が多い。そのことが日本で寝たきりが多い原因と考えている。早くリハビリテーションを行うことを評価し、早く元の状態にすることで、介護保険に移行する人は程度が非常に重い人で、状態の維持を目的としたものに限られる。介護保険と医療保険の接点をうまくやると、寝たきりが減って、医療費も減ると考えている。
- 心大血管リハや呼吸器系リハについて、標準的算定日数を超えた場合は維持期のリハビリテーションの一つだということであれば、主体は生活と活動になるため、介護保険に移行すべき。
- 心臓や肺の疾患に対するリハビリテーションは、医療保険で継続してみなければいけないが、脳血管障害や整形疾患で、ある程度の日常生活に戻れた人がデイケアやデイサービス、または介護老人保健施設への入所し、状態を維持できるように行うのが介護のリハビリテーションであり、両方とも必要。医療と介護の接点はお互いが手を伸ばしながら補完していく姿勢が必要。

【テーマ4：関係者・関係機関の調整・連携】

患者・利用者に対して、その病状や介護の状態に応じて、真に必要な医療や介護サービスを適時適切に提供する観点から、医療・介護の関係者・関係機関間の円滑な情報提供・共有、相互の理解といった連携の在り方について、どのように考えるか。

- 超高齢社会では、高齢者に対する医療と介護は一体化し、1人の患者、利用者に対して、必要な医療、介護サービスが同時に過不足なく提供されることが必要となる。そのために、かかりつけ医と介護支援専門員の連携を中心に、全ての関係者、関係機関が情報を共有して連携できるようにすることが必要。
- 末期の悪性腫瘍等状態の変化が大きい患者へのサービスの提供に際しては、介護支援専門員が医療職から取り残されないよう24時間対応を行うことも一つの方法。また、先に医師の指示の下でサービスを提供しておいて、後からケアプランに反映させることも検討すべき。
- 今後、重症の在宅患者が増えることが見込まれていることを踏まえると、緊急的なときは後でケアプランを作ればよく、まずは患者が必要としているサービスは迅速に提供するという柔軟な制度に変えていく必要がある。
- ケアプランの変更について、現在は一連のプロセスを踏むことが運営規程で定められているが、共同アセスメントの効果や情報交換体制を行うとともに、現状に応じたプラン変更ができるような、柔軟な対応ができるようにする必要がある。
- 今後、複雑なニーズを持って在宅で過ごす人が増えると、今の状況だけではなく今後の変化を予測した上でサービスを提供しなければならないため、ケアプランの作成や変更時に、医療的な視点が入れるような組立てが重要になる。
- ケアプランをつくる上で介護支援専門員がどのような情報提供を望んでいるのか、効率的かつ適時・適切な情報共有というものが必要であり、議論すべき。

- 入退院時に、医療機関の都合に合わせた日程調整が必要ということは、介護支援専門員にとっては負担だが、医療のスピードに合わせることはやむを得ない。今後、ICT等を活用したスムーズな情報提供等も検討する必要がある。
- ICTを活用したカンファレンスについて、平成30年度同時改定において議論を行うべき。ICTを使うことで、スムーズかつ頻回に会議ができ、利用者がよくなるために利する。医師も介護支援専門員も複数の患者・利用者と担当している中で、関係者が一同に会してカンファレンスをするということは現実的ではなく、実現できそうな仕組みにするべき。
- 介護支援専門員と薬剤師が連携するためのツールとして、将来的には、ICTの活用も考えられるが、早い段階でかつ大きな負担を伴わない方法として、患者の多くが所有しているお薬手帳を活用することも一つの手段。例えば、利用者の同意に基づき、介護支援専門員の氏名や事業所情報等を記載することで、情報共有と連携のきっかけを作ることが可能。
- 在宅復帰に向けて、今後どのような生活をしていきたいか、本人の自己決定支援ということをしっかりやった上で、カンファレンス等の場において、かかりつけ医と病院との連携を行っていくことが重要。連携を密に行うためにも、本来であればカンファレンスに主治医が出席することがいいが、効率的な意味では、ICTの活用等の対応も必要。
- 情報共有のために、ICTの使用ということも視野に入れつつ、居宅介護支援事業所の大型化を行っていくべき。
- 退院時カンファレンスは、入院中の薬物療法の経緯や服薬状況といった情報等、在宅医療で最適な調剤や薬学管理を実施する上で、有益な情報が共有できる場であり、薬剤師ができるだけ参加をする体制を整備する必要がある。そのために、より適時・適切でかつ効率的にカンファレンスを実施できる方策の検討が必要。
- 複数の職種が一堂に会することが困難な状況では、退院時カンファレンスと併せ、同一の職種間、例えば薬剤師であれば病院薬剤師が

退院時薬剤情報管理指導等の仕組みを利用して、地域の薬剤師と効率的に薬学的な情報共有を図る体制整備が必要。

- 医師と介護支援専門員が現実的な形で連携するためには、医師と介護支援専門員の双方が特に気になる患者・利用者の主治医・介護支援専門員に自分から積極的に連絡をすることが必要。
- 地域包括ケアシステムを作る上で、医療と介護の連携は極めて重要。退院支援、緊急入院等の連携の窓口として、医療ソーシャルワーカーが極めて重要であり、多職種連携の中には、必ず医療ソーシャルワーカーを入れるべき。
- サービス担当者会議は午前中に行われることが多く医師は参加しにくい。医師は家族や介護職から電話等で患者の状態を聞くことがあるが、介護支援専門員とのつながりは薄く、連携が取りづらい。
- 速やかに連携を行うため、最初に入院した当時から介護支援専門員がラウンドに同席する等、入院時の情報を事前に得られると後からでも動ける。また、介護保険の被保険者証には、居宅支援事業所の連絡先が記載してあるので、家族や医療機関等から連絡があるとよい。
- 今後、医療が必要な患者が増えていく中で、医療的ケアが複数のサービス上必要なケースが出てくることが予想され、サービスの調整が必要となるが、患者に対しどのような支援が必要なのかを関係者間で共有することが必要。その時には、かかりつけ医やかかりつけ歯科医に相談し、医療的ケアのところを把握することが必要。
- 情報共有は重要であるが、情報があればよいのではなく、療養の場による情報の優先度から、情報の中身も洗練すべき。介護支援専門員からの情報提供のニーズは高いが、提供された情報を本当に使っているのかということも、検討すべき。
- 介護支援専門員は、相当な時間をかけて、家族や地域の介護力、経済状況等生活全般に関する情報を把握する。そこで集約された情報の全てをケアに関係するチームのメンバーに出すのではなく、必要なメ

ンバーに必要な情報を出すところで情報を管理することが重要であり、その観点から介護支援専門員の役割も重要。

- 健康寿命の延伸やQOLの確保について、口腔機能の有用性は様々なエビデンスが示されているが、歯科診療所から歯科医師、歯科衛生士が訪問して介護サービスを提供することとなるため、他の職種が理解しにくい部分もある。そのため、歯科について、必要性は理解されても、実際にサービスを提供するまでには結びつかない。施設等との連携を密にするためにも、介護支援専門員の果たす役割は大きいいため、口腔健康管理に対する理解を期待。今後、理解を深めるためにも研修が必要。
- 歯科衛生士、歯科医師はもちろん、口腔衛生管理に長けている者であれば、STも口腔衛生管理に関わるべき。
- 歯科衛生士、歯科医師だけではなく、STを含めた多職種が連携して、口腔ケアの役割を果たすことが必要。
- 介護施設へ歯科の訪問診療が増えているが、その内容は診療が中心で定期的なカンファレンスへの参加や摂食機能療法の実施は少ない。一方で施設側が歯科医に望む業務は、摂食機能療法の実施と定期的なカンファレンスへの参加が多く、この乖離について、協力歯科医療機関の役割の明確も含め、検討が必要。
- 歯科衛生士等を事業所で確保する場合は、相当の収入がないと難しいため、今の仕組みをどのように展開していくかという視点が重要。定期的に歯科衛生士が施設の中に入って、介護職等に技術移転をしていく方が効果的。また、特養における褥瘡ケア等も技術が日々刷新されていくため、専門性の高い看護師たちが技術移転できるような形で入っていくのは、ケアの効果が上がる。

その他

- 入院時に介護支援専門員が医療機関に情報提供することを評価する入院時情報提供加算において、必要な情報とは利用者の心身の情報、生活環境及びサービスの利用状況となっており、この内容をもとに

情報提供書を作成することになっている。服薬状況や口腔ケアマネジメント等さらに必要な情報を追加することで、相互に必要な情報がより円滑に共有することが可能。

- 居宅介護支援事業所の介護支援専門員以外が担当している利用者が入院した場合、医療保険側には加算はあるが、介護保険側には加算がない。在宅だけでなく施設系サービスにおいても、医療介護の連携に対する評価が必要。
- 一人の患者に一人の主治医がいるように、一度要介護状態になったら、利用者がどこに行こうがどのような状態になろうが、一人の介護支援専門員が継続して関わり続けることが利用者にとってもよいと考えられるので、そのことに対する評価をすべき。
- 各病棟に1名歯科衛生士を配置し、口腔内清拭等を行っているが、非常に効果がある。報酬上、歯科医師だけでなく、医師も指示できるようにするとよい。
- 歯科衛生士が病棟の中で働くことは効果があるが、口腔内の評価・診断は歯科医師が担当しており、歯科医師の関与について評価をすることが必要。
- 訪問歯科診療は居宅よりも施設において増えているが、居宅の場合は、訪問診療の時に家に居なくてはならないという心理的な負担が家族にあることが背景。例えばデイケア、デイサービスにおいて、現在、訪問歯科診療は認められていないが、利用者又は家族の利便性を見た上で、可能となればよい。
- 在宅に対応できる薬局の情報は、各都道府県の薬局機能情報提供システムだけでなく、薬剤師会のウェブページにも相当程度あるため、今後、周知が必要。また、こういったものが今後の在宅医療・介護連携推進事業といった中でも運用できるようにし、情報の格差がない、各地域で情報を活用できる体制整備も必要。
- 介護側の情報は介護支援専門員に集約されており、医療側と情報

共有、相互理解へとつなげていくような情報のあり方を考えるべき。

- 介護老人保健施設とかかりつけ医との連携や、協力歯科医療機関との連携は比較的うまくいっている。一番うまくいっていないのは、大きな医療機関との連携。今後、介護老人保健施設が急性期や回復期等からの退院の受け皿になる中で、例えばリハビリテーションについて参加や活動に視点を置いた情報提供はほとんどない。逆に介護老人保健施設から医療機関に送る場合に必要な情報がないということも考えられ、有効な情報提供の在り方を議論すべき。
- 医療機関や介護の現場、在宅等あらゆる場に看護師がおり、うまく活用すると、体制整備や情報の流れもうまくできる。看護師の活用について考えていくことが必要。

医療と介護の連携に関する意見交換の報告について

中医協総会資料の「総－6参考2」につきましては、医療と介護の連携に関する意見交換（第1回・第2回）の資料と同一の内容ですので、厚生労働省ホームページに掲載しております以下URLをご覧ください。

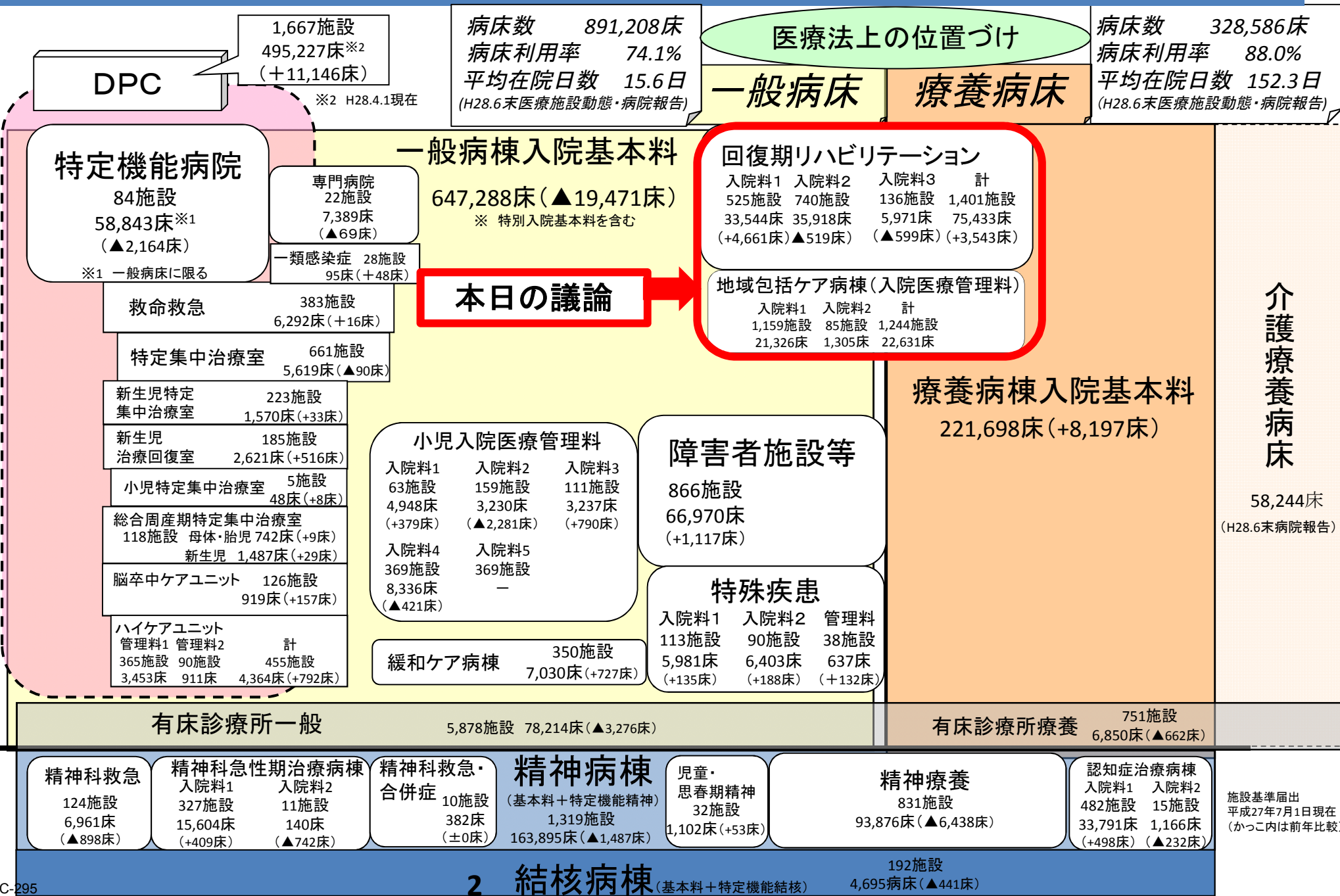
【医療と介護の連携に関する意見交換】

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo.html?tid=422054>

入院医療（その4）

平成29年5月17日

診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

1. 医療の提供体制

2. 患者の状態と医療内容

①患者の状態

②在宅復帰に係る状況

地域包括ケア病棟の経緯①(平成24年度診療報酬改定まで)

【平成16年度診療報酬改定】

- ・ 亜急性期入院医療管理料の創設

〔主な要件〕 算定上限90日、病床床面積6.4㎡以上、病棟に専任の在宅復帰担当者1名

- ・ 当該管理料の役割は「急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する」とされた

【平成20年度診療報酬改定】

- ・ 急性期治療を経過した患者に特化して効率的かつ手厚い入院医療を施した場合の評価として、亜急性期入院医療管理料2を新設

〔管理料2の主な要件〕 算定上限60日、許可病床数200床未満、病棟に専任の在宅復帰担当者1名、急性期の病床からの転床・転院患者で主たる治療の開始日より3週間以内である患者が2/3以上

【平成24年度診療報酬改定】

- ・ 亜急性期入院医療管理料を算定している患者の中に、回復期リハビリテーションを要する患者が一定程度含まれることから、患者の実態に応じた評価体系に見直し、医療機関におけるより適切な機能分化を推進

(新)亜急性期入院医療管理料1 2,061点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがない患者について算定
(最大60日まで算定可能)

(新)亜急性期入院医療管理料2 1,911点

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料を算定したことがある患者について算定
(最大60日まで算定可能)

地域包括ケア病棟の経緯②(平成26年度診療報酬改定以降)

【平成26年度診療報酬改定】

・ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の創設

[主な要件]

- 看護配置13対1以上、専従の理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
 - 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
 - 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、二次救急医療施設、救急告示病院のいずれかを満たすこと
 - データ提出加算の届出を行っていること
 - リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
 - 在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ）
 - 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
 - 療養病床については、1病棟に限る
- ・ 当該入院料の役割は、①急性期からの受け入れ、②在宅・生活復帰支援、③緊急時の受け入れの3つとされた

【平成28年度診療報酬改定】

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

急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

地域包括ケアを支援する病棟の評価

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

(新)	<u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1</u>	<u>2,558点 (60日まで)</u>
	<u>地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2</u>	<u>2,058点 (60日まで)</u>
	<u>看護職員配置加算</u>	<u>150点</u>
	<u>看護補助者配置加算</u>	<u>150点</u>
	<u>救急・在宅等支援病床初期加算</u>	<u>150点(14日まで)</u>

[施設基準等]

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあつては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることはいない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算: 看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

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

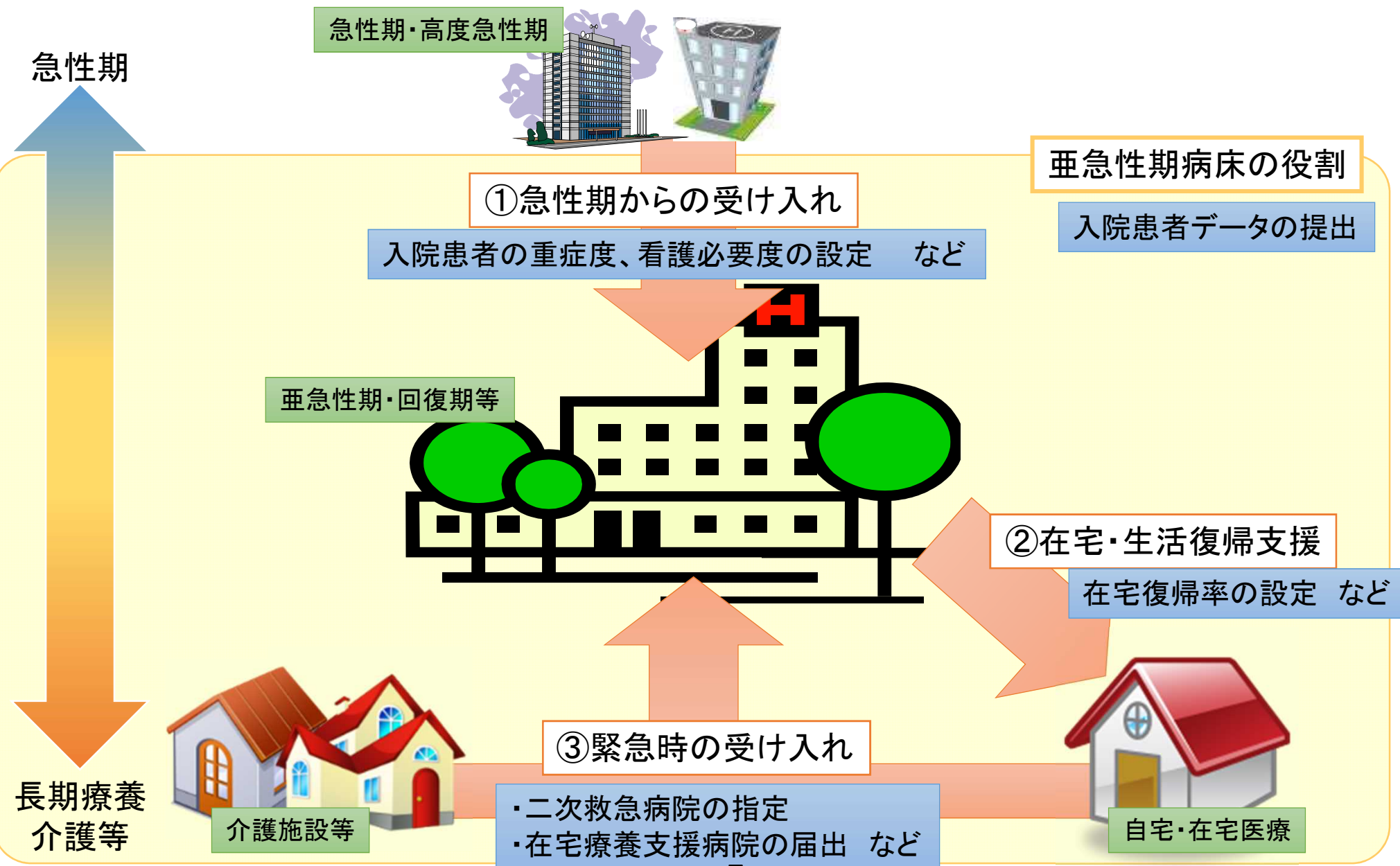
救急・在宅等支援病床初期加算: 他の急性期病棟(自院・他院を問わず)6介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

亜急性期病床の地域医療に果たす役割を踏まえた要件(案)

中 医 協 総 - 2

25. 11. 27 (改)

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



医療機能に応じた入院医療の評価について

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)の包括範囲から、手術、麻酔に係る費用を除外する。
- 500床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟まで(※)とする。

※平成28年1月1日現在で地域包括ケア病棟入院料を複数届け出ている保険医療機関は、当該時点で現に届け出ている病棟を維持できる。

各入院基本料における該当患者割合要件の変更

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

現行の基準を満たす患者割合の要件

【地域包括ケア病棟入院料の病棟】
当該病棟入院患者の10%以上(A項目のみ)



改定後の基準を満たす患者割合の要件

【地域包括ケア病棟入院料の病棟】
当該病棟入院患者の10%以上(A項目、C項目)

在宅復帰率の要件見直し

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

現行 (地域包括ケア病棟入院料)

【評価の対象となる退院先】
・自宅 ・居住系介護施設等
・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
【評価の対象となる転棟先】
・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)



改定後 (地域包括ケア病棟入院料)

【評価の対象となる退院先】
・自宅 ・居住系介護施設等
・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)
・有床診療所(在宅復帰機能強化加算の届出施設に限る。)
【評価の対象となる転棟先】
・療養病棟(在宅復帰機能強化加算の届出病棟に限る。)

地域包括ケア病棟入院料等の主な算定要件・施設基準

	地域包括ケア病棟 入院料1	地域包括ケア入院 医療管理料1	地域包括ケア病棟 入院料2	地域包括ケア入院医 療管理料2
点数(日)	2,558点	2,558点	2,058点	2,058点
算定上限	60日			
看護配置	13対1			
その他の職員配置	専任の在宅復帰支援担当者1名以上、専従の常勤理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1名以上			
リハビリテーションの 提供	リハビリテーションを提供する患者について1日平均2単位以上			
面積	1人あたり6.4㎡以上		—	
重症度、医療・看護 必要度	A項目又はC項目1点以上の患者の割合が1割以上			
在宅復帰率	7割以上		—	
届出単位	病棟	病室	病棟	病室
その他	—	許可病床数200床未満	—	許可病床数200床未満

9

地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料の包括範囲

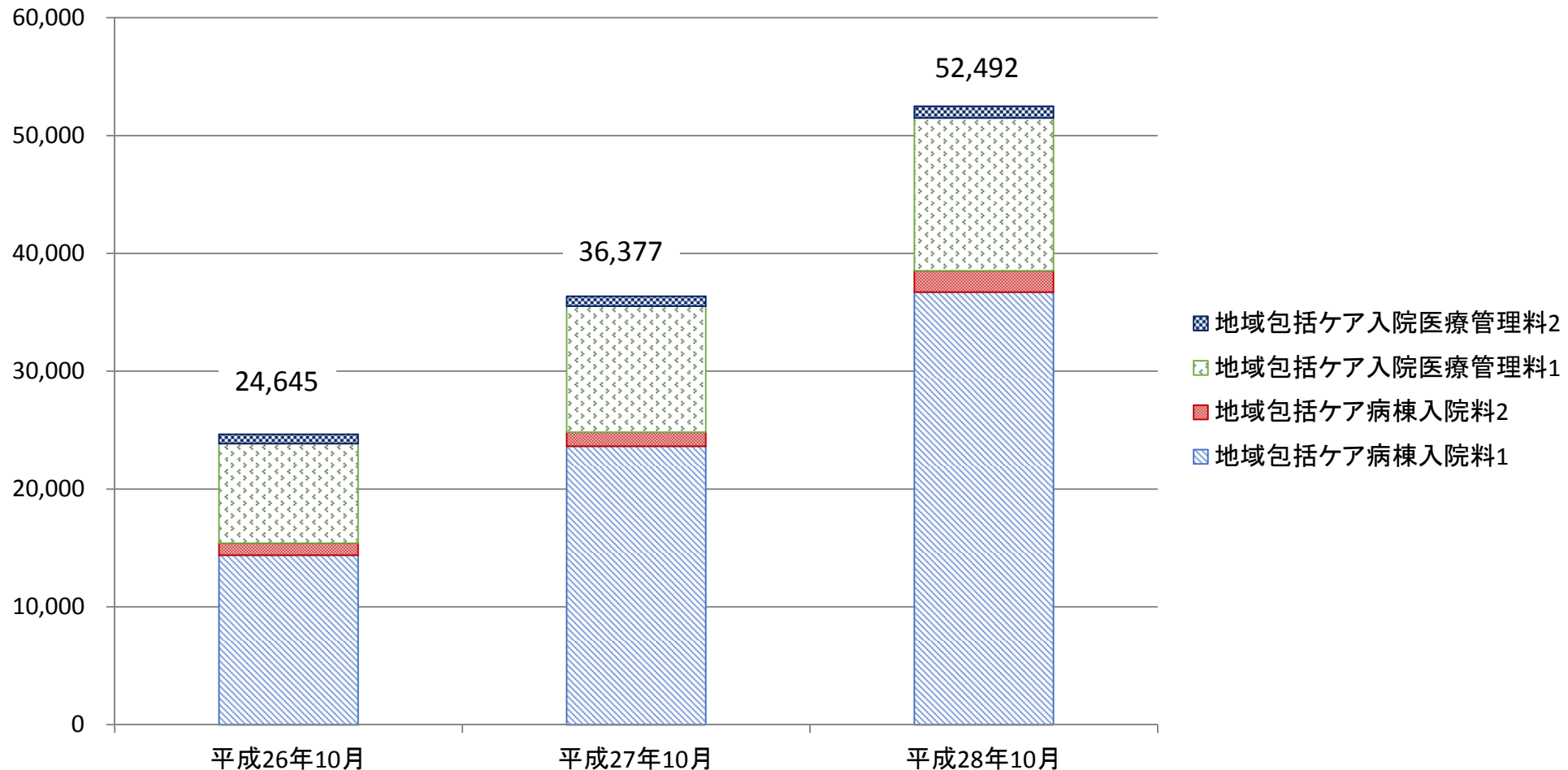
	地域包括ケア病棟入院料	回復期リハビリテーション病棟入院料	(参考)療養病棟入院基本料
B 医学管理等	○ 地域連携計画退院時指導料(Ⅰ) を除く	○ 地域連携計画退院時指導料(Ⅰ)を 除く	×
C 在宅医療	×	×	×
D 検査	○	○	○
E 画像診断	○	○	単純撮影等は○
F 投薬	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
G 注射	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く	○ 一部薬剤を除く
H リハビリテーション	○ 摂食機能療法を除く	×	×
I 精神科専門療法	○	○	×
J 処置	○ 人工腎臓を除く	○ 人工腎臓を除く	○ 一部処置を除く
K 手術	×(※)	○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

地域包括ケア病棟の届出病床数の推移

中医協 総－ 5
2 9 . 1 . 2 5

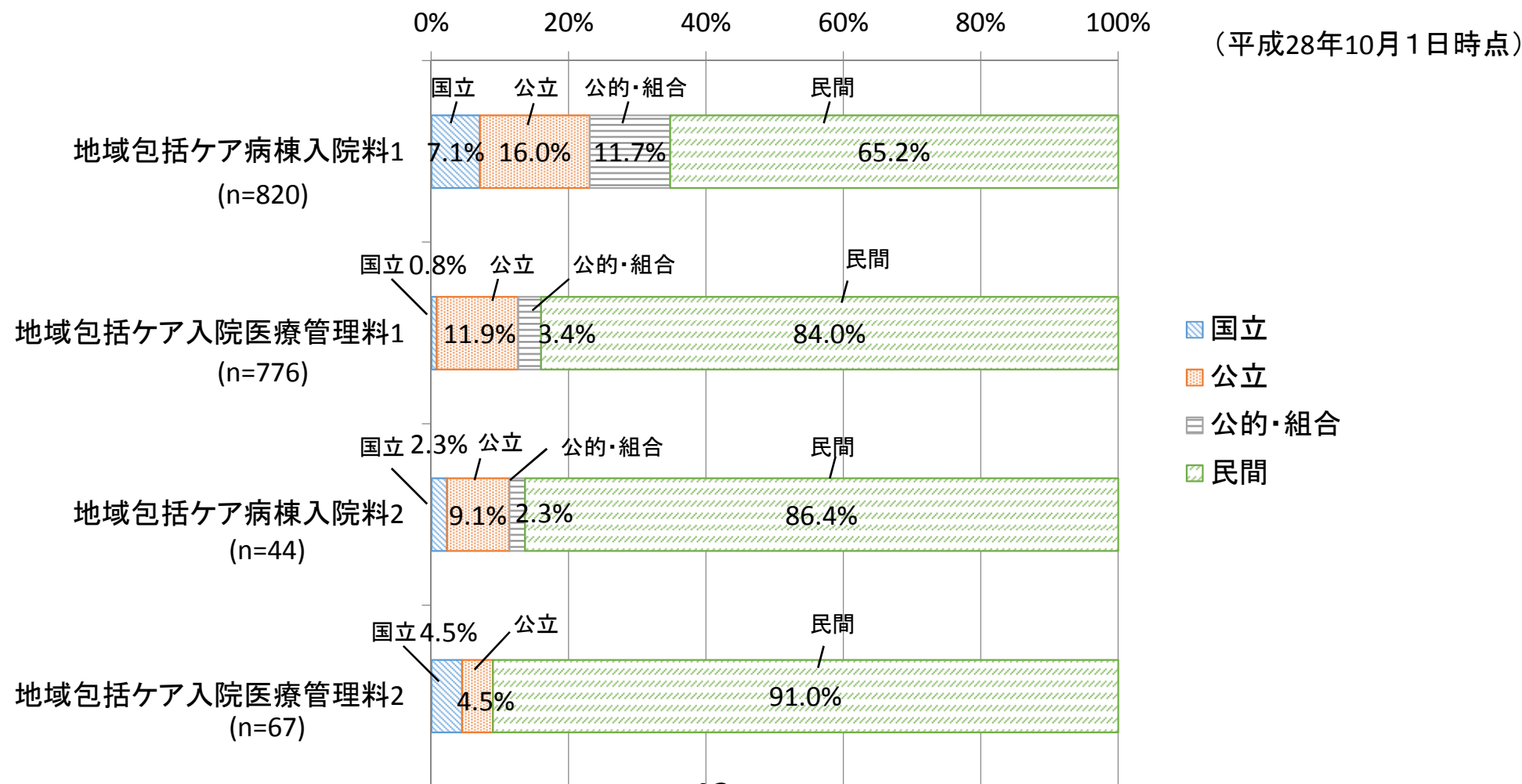
○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は増加傾向である。

(床)



開設者別の地域包括ケア病棟届出医療機関の状況

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

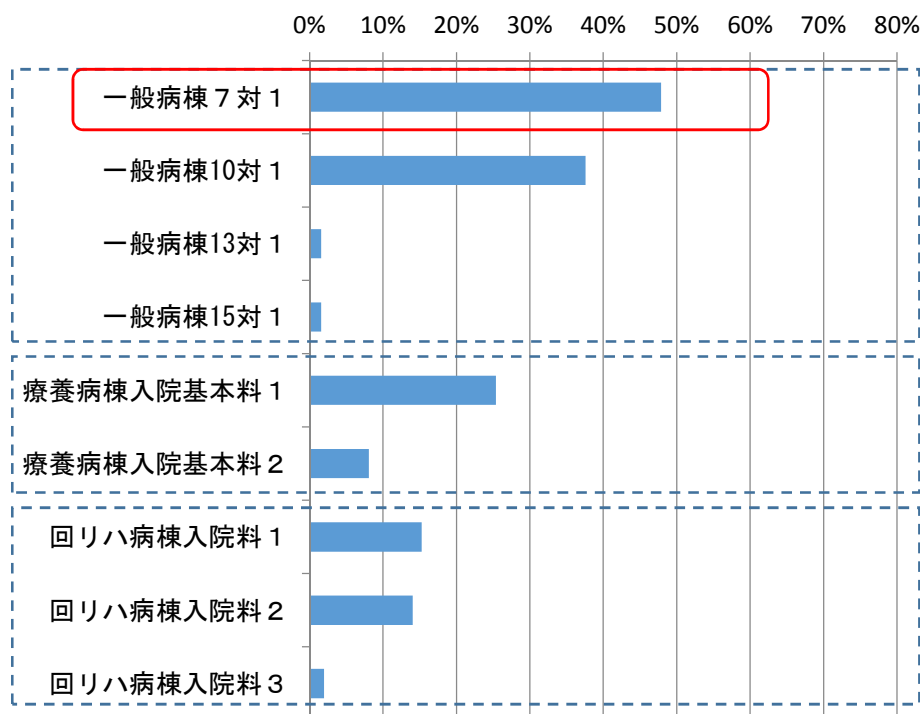


地域包括ケア病棟入院料届出医療機関における他の入院基本料の届出状況①

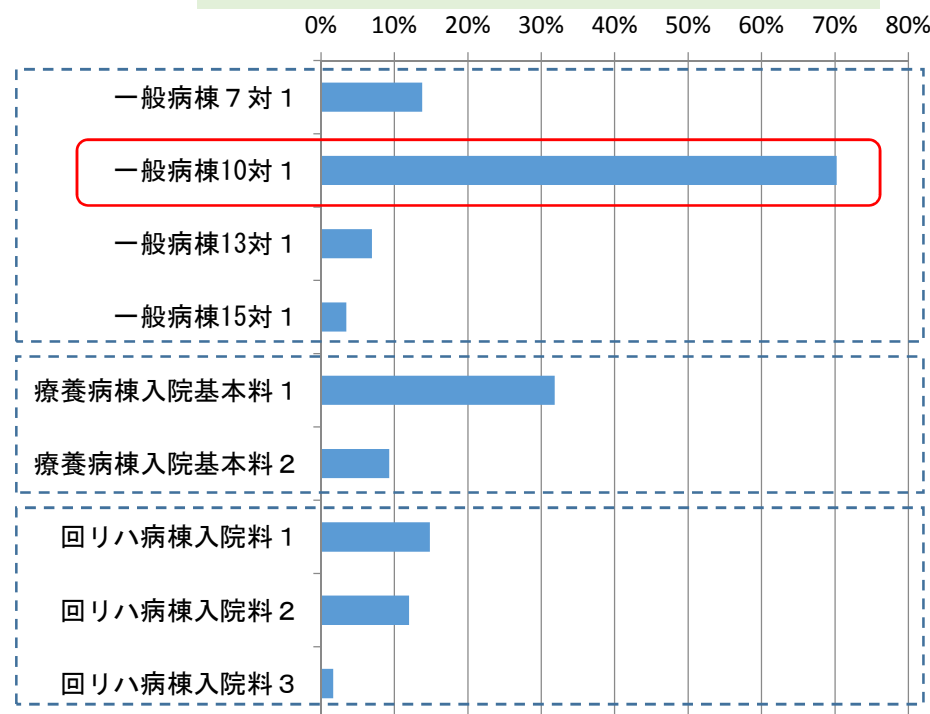
- 地域包括ケア病棟入院料1を届け出ている医療機関では、一般病棟7対1入院基本料を併せて届け出ている医療機関が多い。
- 地域包括ケア入院医療管理料1を届け出ている医療機関では、一般病棟10対1入院基本料を併せて届け出ている医療機関が多い。

(平成28年10月1日時点)

地域包括ケア病棟入院料1 (n=819)



地域包括ケア入院医療管理料1 (n=776)

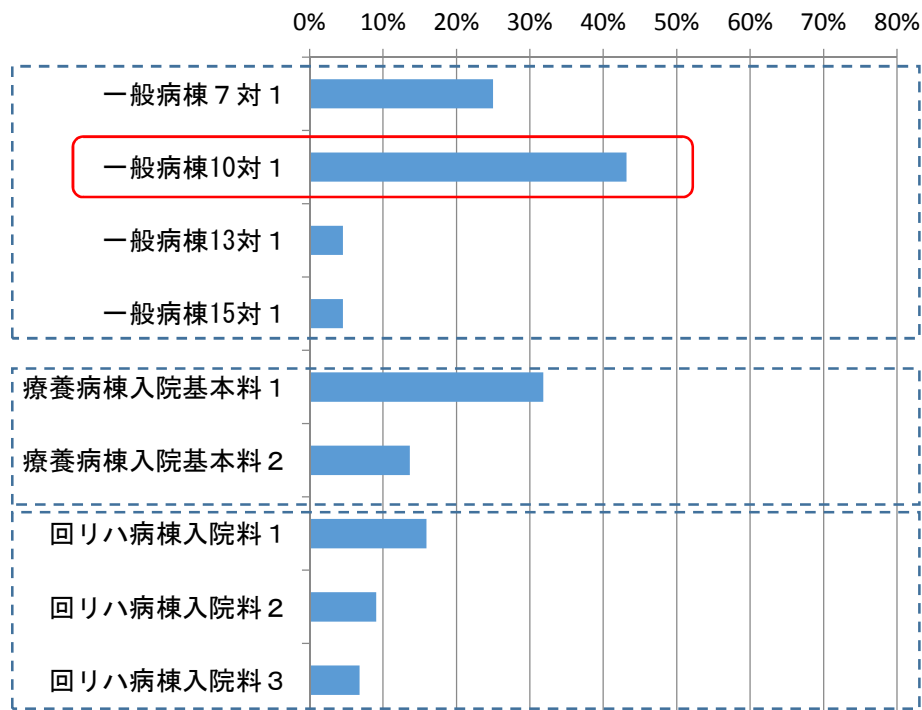


地域包括ケア病棟入院料届出医療機関における他の入院基本料の届出状況②

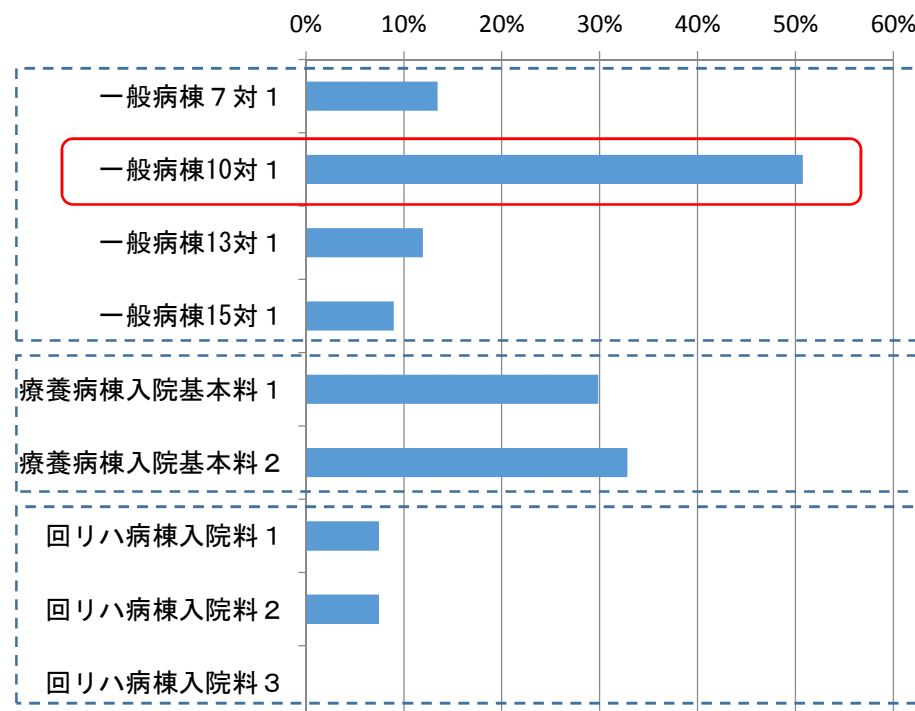
- 地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2を届け出ている医療機関では、いずれも一般病棟10対1入院基本料を併せて届け出ている医療機関が多い。

(平成28年10月1日時点)

地域包括ケア病棟入院料2 (n=44)



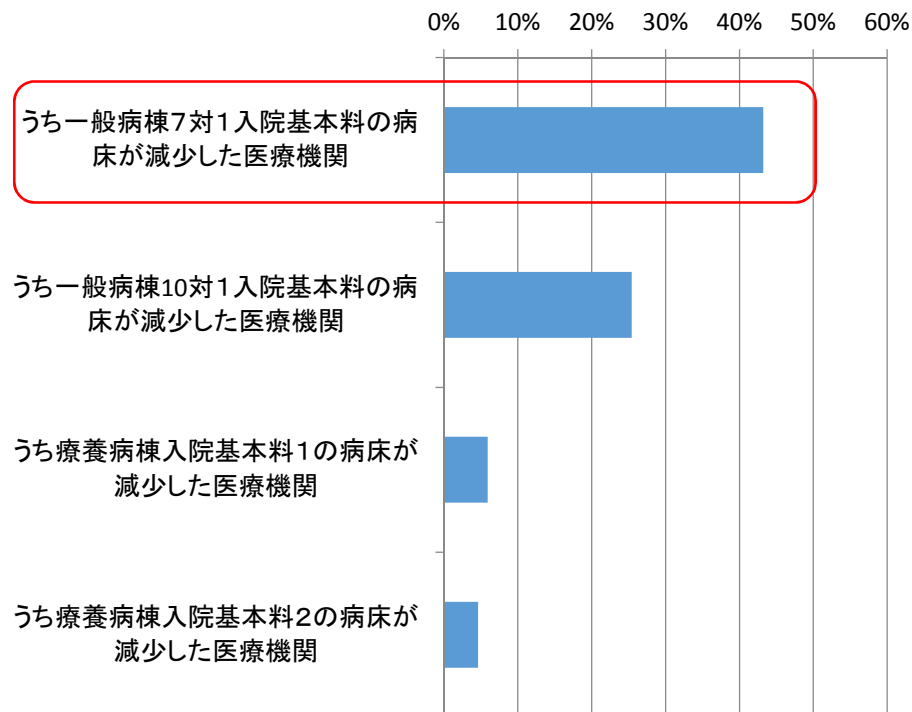
地域包括ケア入院医療管理料2 (n=67)



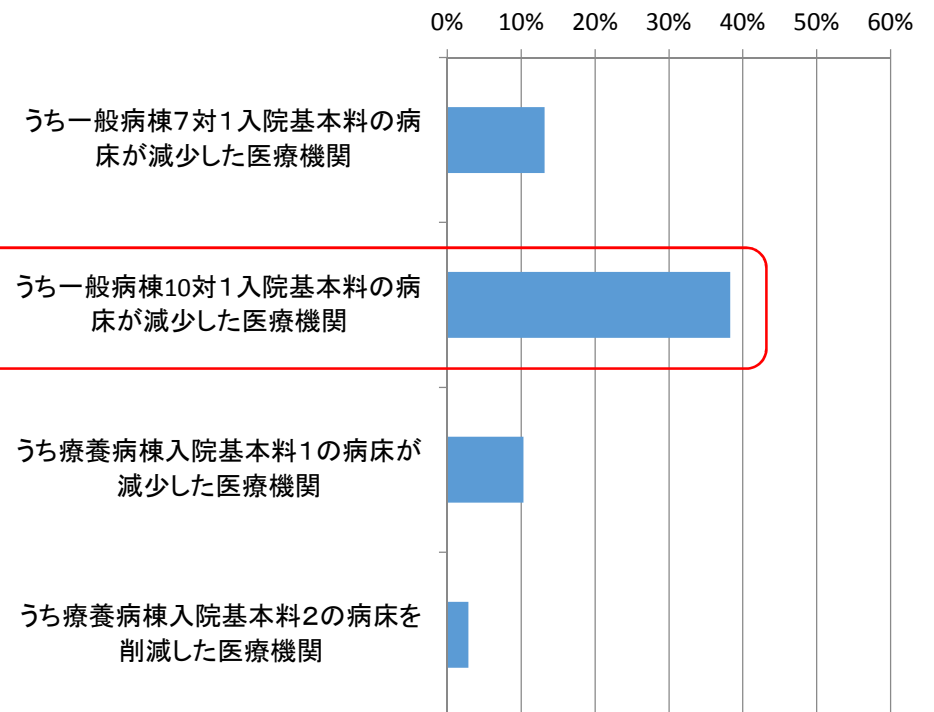
地域包括ケア病棟入院料を新規に届け出た医療機関(平成27年10月～平成28年10月) における他の入院基本料の病床の減少状況①

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

地域包括ケア病棟入院料1新規届出医療機関(n=303)



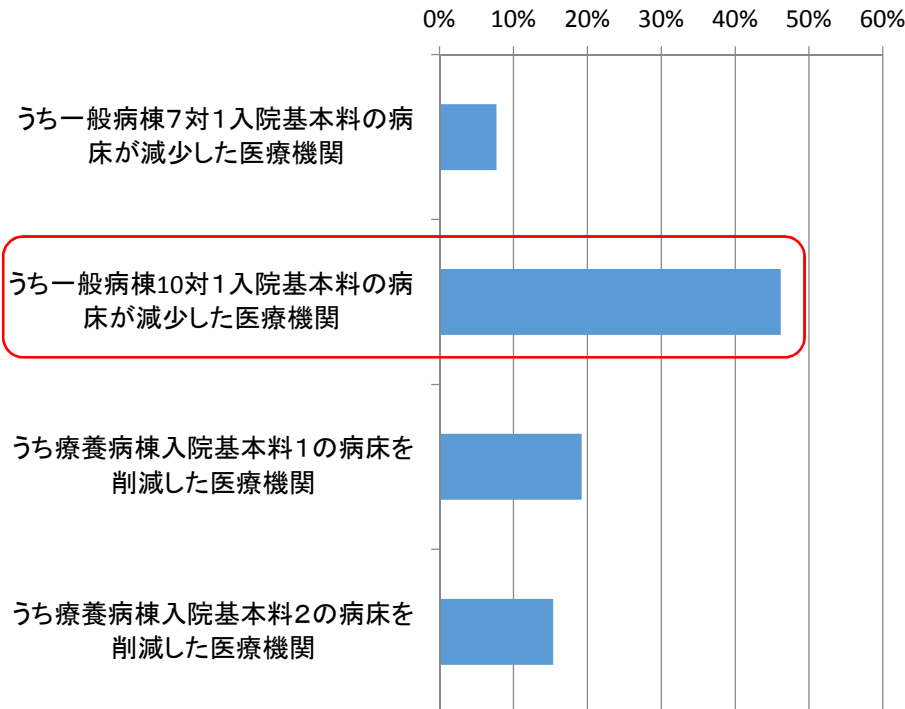
地域包括ケア入院医療管理料1新規届出医療機関(n=175)



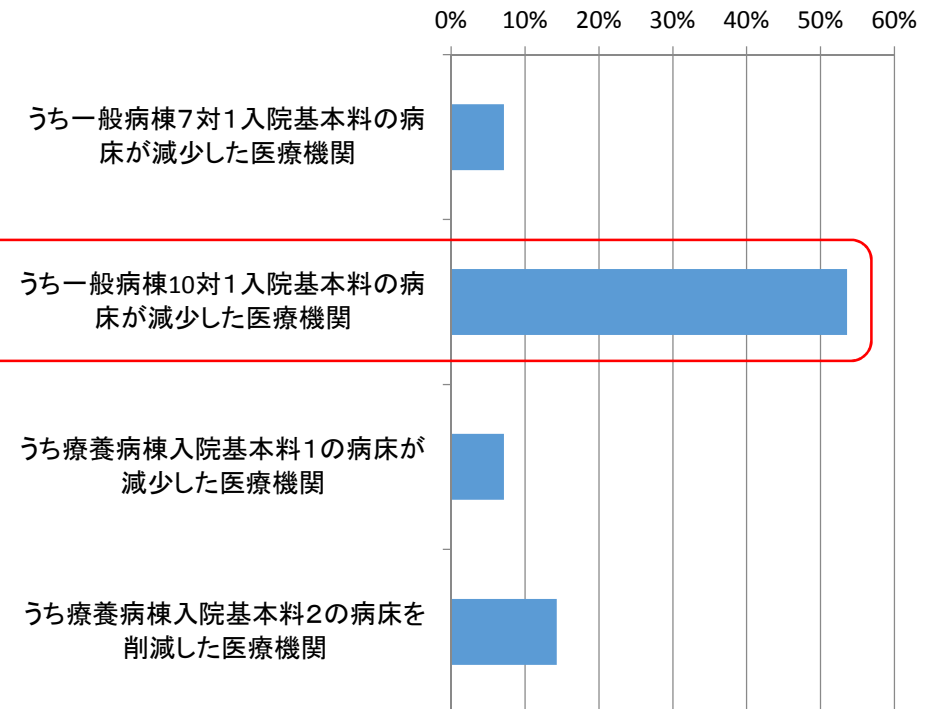
地域包括ケア病棟入院料を新規に届け出た医療機関(平成27年10月～平成28年10月) における他の入院基本料の病床の減少状況②

- 平成27年10月から平成28年10月に地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2を新規に届け出た医療機関では、一般病棟10対1入院基本料の病床が減少した医療機関が多い。

地域包括ケア病棟入院料2新規届出医療機関(n=26)



地域包括ケア入院医療管理料2新規届出医療機関(n=28)

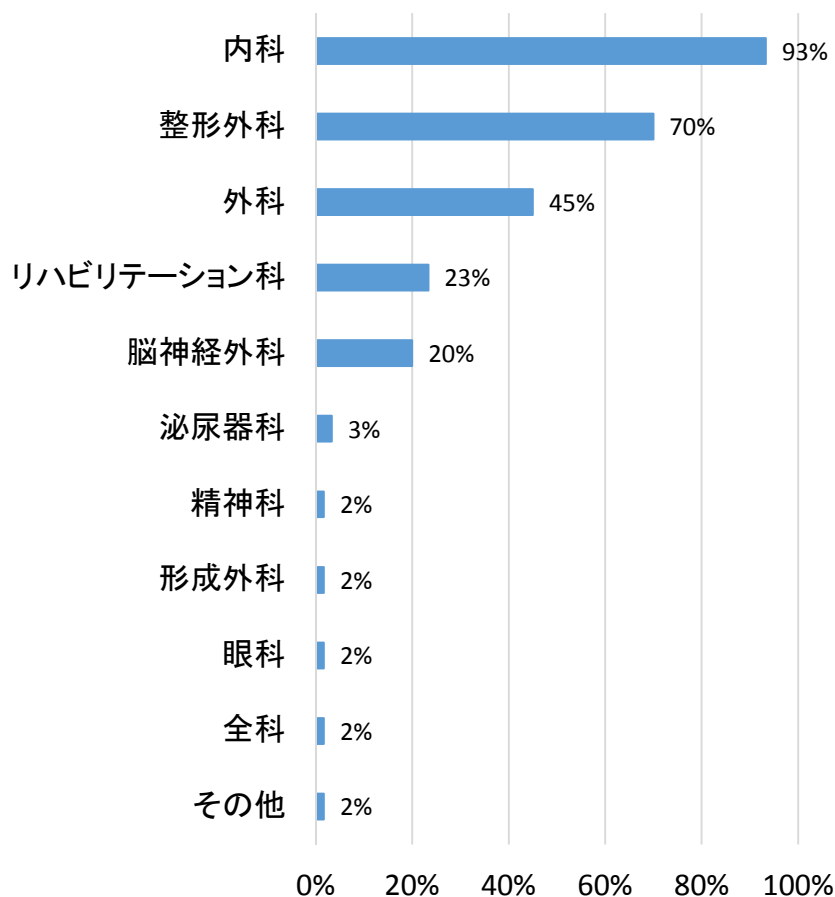


地域包括ケア病棟の診療科

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

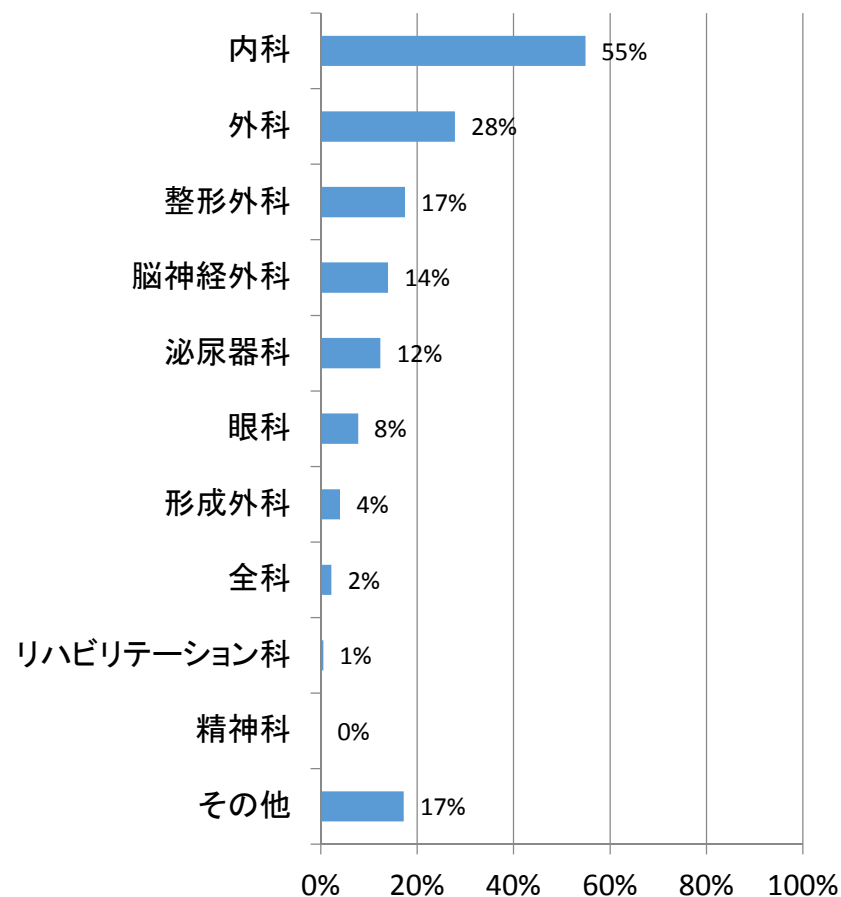
地域包括ケア病棟

n=60（複数回答）



(参考) 7対1一般病棟

n=995（複数回答）



2025年の医療機能別の病床の必要量の推計結果（全国ベースの積上げ）

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

一般病床
100.6万床

療養病床
34.1万床

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

【推計結果:2025年】

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

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)

115~119万床程度※1

機能
分
化
・
連
携

高度急性期
13.0万床程度

急性期
40.1万床程度

回復期
37.5万床程度

慢性期
24.2~28.5
万床程度※2

地域差
の縮小

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

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や
高齢者住宅を含めた
在宅医療等で追加的に
対応する患者数

29.7~33.7
万人程度※3

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

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

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

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

18 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

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

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

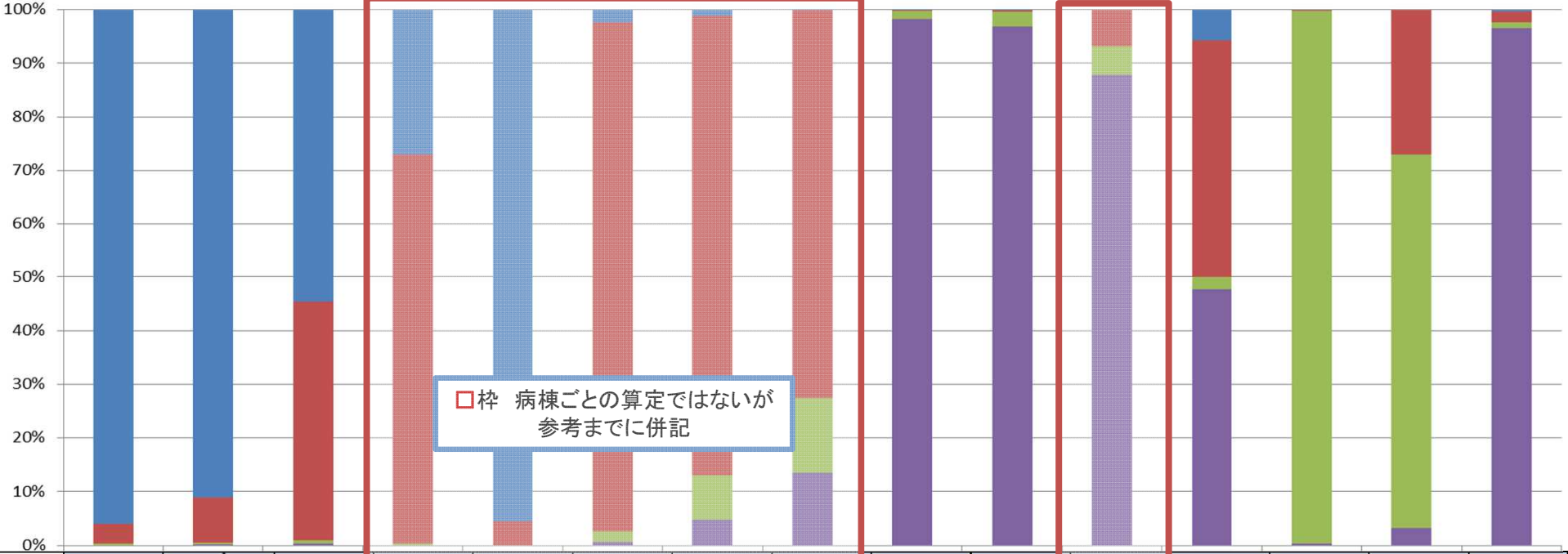
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

特定入院料等別の病床機能報告割合

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

■ 高度急性期 ■ 急性期 ■ 回復期 ■ 慢性期

特定入院料等別の病床機能報告割合



□ 枠 病棟ごとの算定ではないが
参考までに併記

特定入院料等 病床機能	救命救急入院料	特定集中治療室 管理料／ ハイケアユニット入 院医療管理料 他※1	小児入院医療 管理料						20 対 1 療養病棟 入院基本料	25 対 1 療養病棟 入院基本料	障害者施設等 入院基本料	緩和ケア病棟 入院料	回復期リハビリテー ション病棟入院料	地域包括ケア入 院医療管理料	地域包括ケア病棟入 院料／ 地域包括ケア入院医 療管理料	特殊疾患入院医療管 理料／特殊疾患 病棟入院料
				7 対 1 （一般、専門） 入院基本料	7 対 1 （特定機能病院） 入院基本料	10 対 1 （一般、専門、 特定機能病院） 入院基本料	13 対 1 （一般、専門、 特定一般病棟） 入院基本料	15 対 1 （一般、専門、 特定一般病棟） 入院基本料								
高度急性期	96.0%	91.1%	54.6%	27.0%	95.6%	2.3%	1.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	5.7%	0.0%	0.0%		0.3%
急性期	3.7%	8.5%	44.5%	72.6%	4.4%	95.1%	85.8%	72.4%	0.1%	0.4%	6.8%	44.4%	0.1%	27.0%		2.1%
回復期	0.3%	0.3%	0.6%	0.3%	0.0%	2.1%	8.3%	14.0%	1.5%	2.7%	5.3%	2.2%	99.6%	69.8%		1.1%
慢性期	0.0%	0.2%	0.3%	0.1%	0.0%	0.6%	4.8%	13.6%	98.3%	96.9%	87.8%	47.7%	0.3%	3.2%		96.5%

※1 脳卒中ケアユニット入院医療管理料／小児特定集中治療室管理料／新生児特定集中治療室管理料／総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児／新生児)／新生児治療回復室入院医療管理料

特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

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

高度急性期機能

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

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

急性期機能

- 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期機能

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

慢性期機能

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

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

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

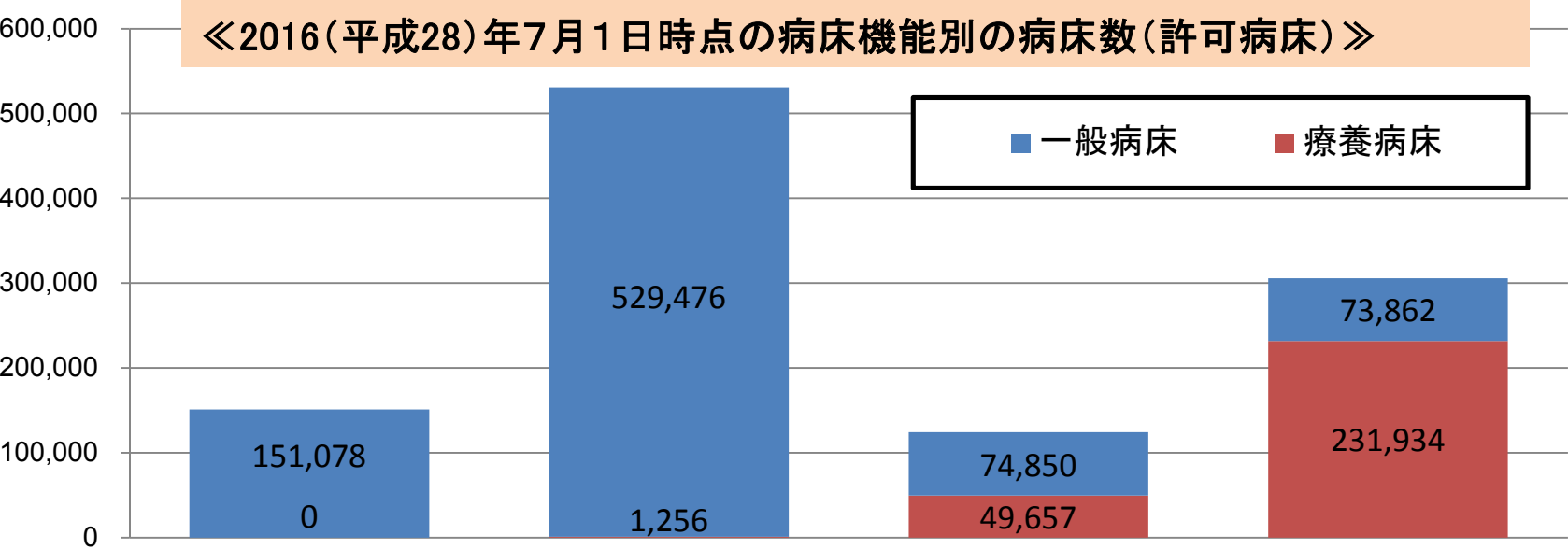
※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

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

- ・病床数に関連する集計は、10,883施設（病院6,333施設、有床診療所4,550施設）を対象として実施。
（cf. 報告対象医療機関数は、14,363施設（病院7,351施設、有床診療所7,012施設））
（cf. 医療施設調査（動態）における平成28年6月末時点の許可病床（一般、療養）の総数は1,324,148床）



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

都道府県別 地域包括ケア病棟届出病床数(65歳以上人口10万人あたり)

(床)

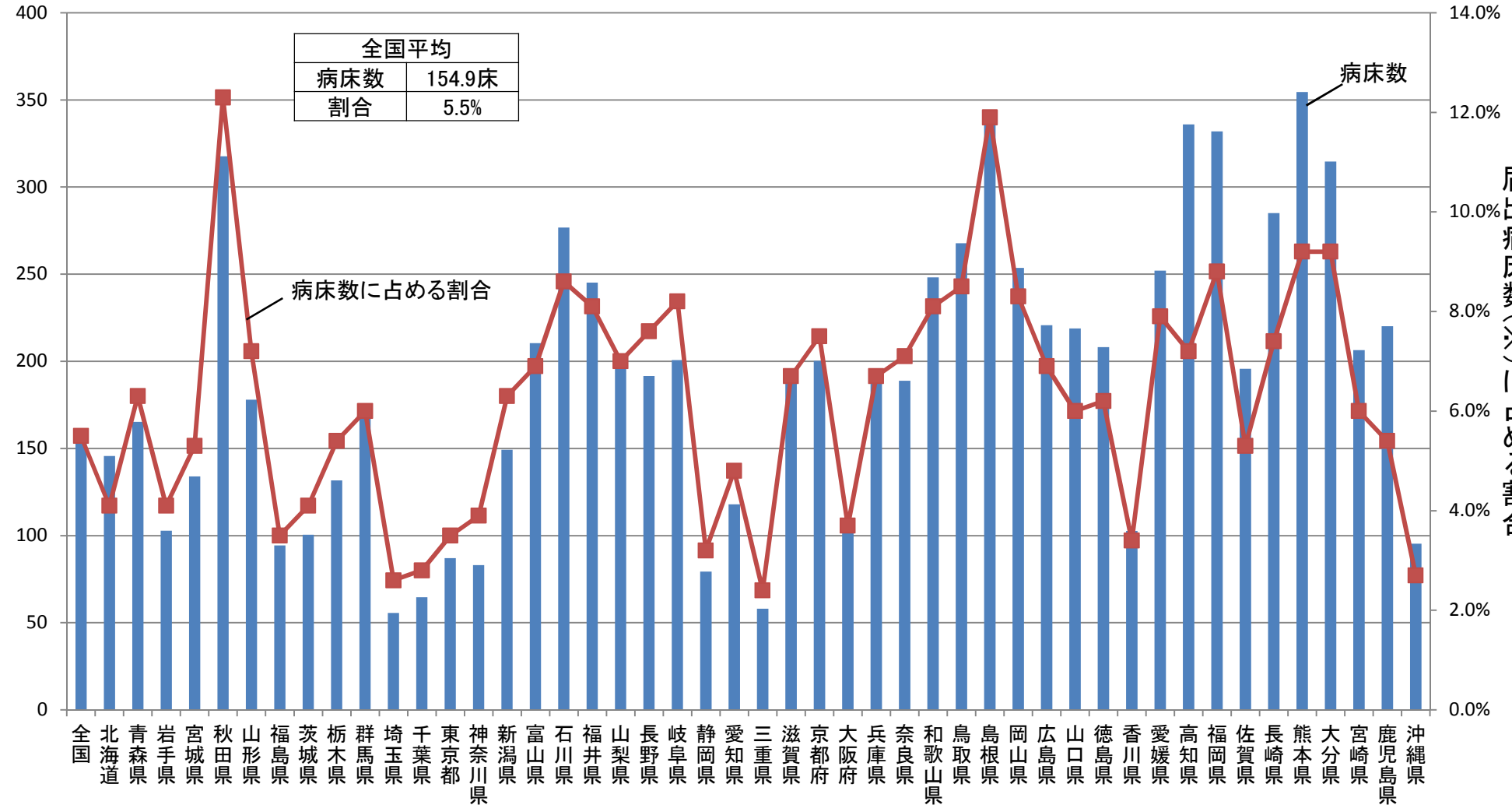
全国平均	
病床数	154.9床
割合	5.5%

病床数に占める割合

病床数

届出病床数(※)に占める割合

65歳以上人口10万人あたり病床数



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

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

1. 医療の提供体制

2. 患者の状態と医療内容

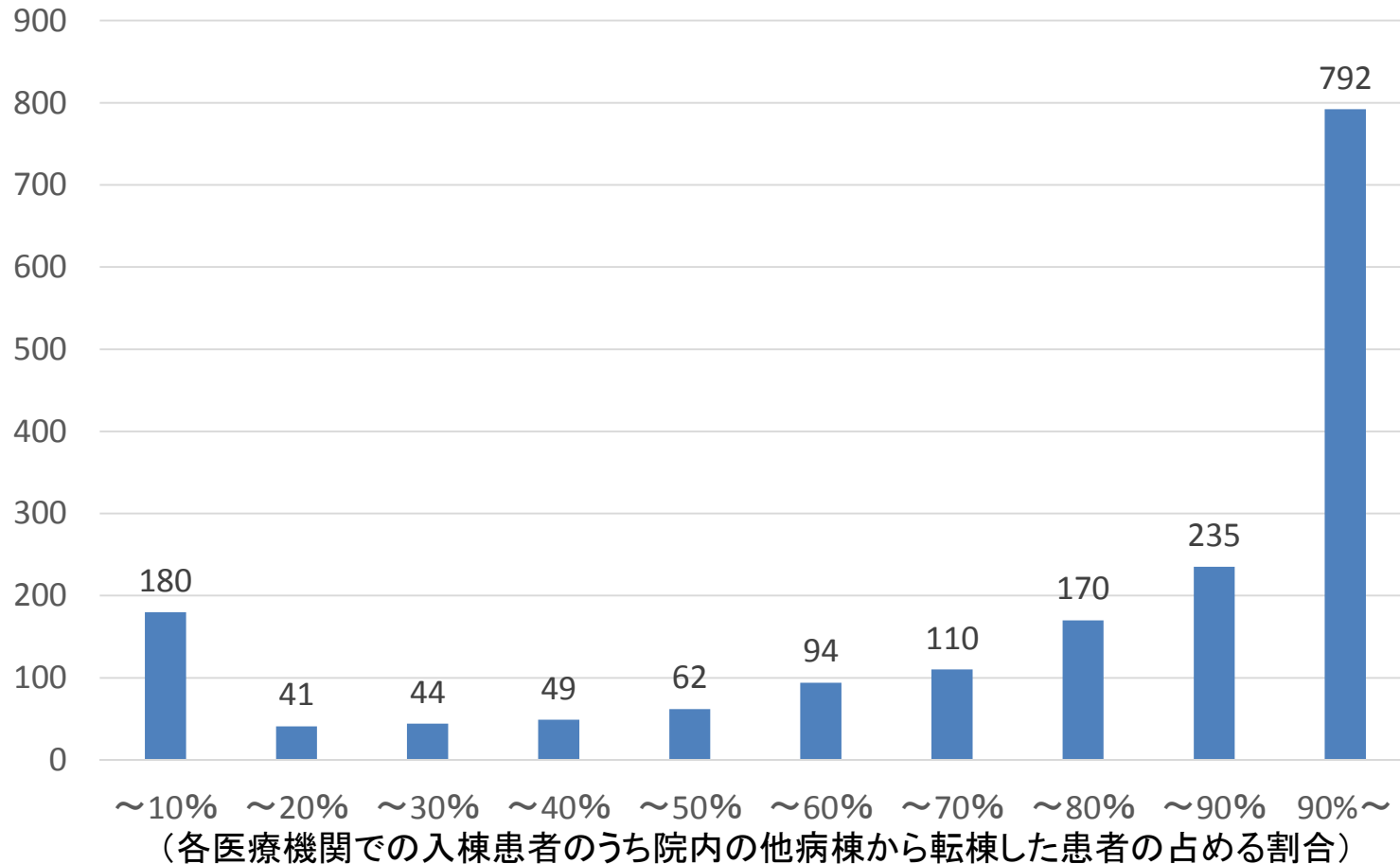
①患者の状態

②在宅復帰に係る状況

地域包括ケア病棟における入棟患者の状況①

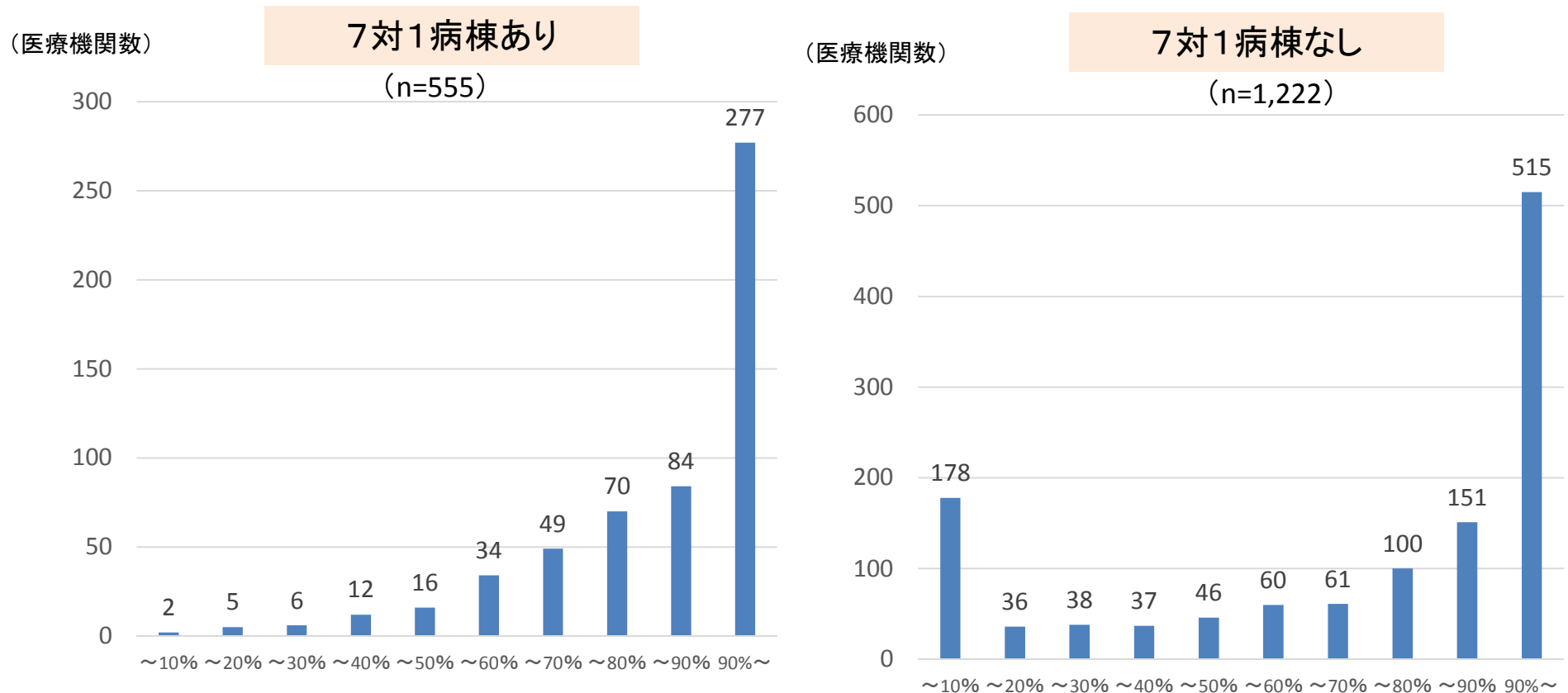
- 地域包括ケア病棟を有する各医療機関において、地域包括ケア病棟の入棟患者のうち、院内の他病棟から転棟した患者の占める割合をみると、その割合が90%を超える医療機関が、全体の4割5分を占める。

(医療機関数)(n=1,777)



地域包括ケア病棟における入棟患者の状況②

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

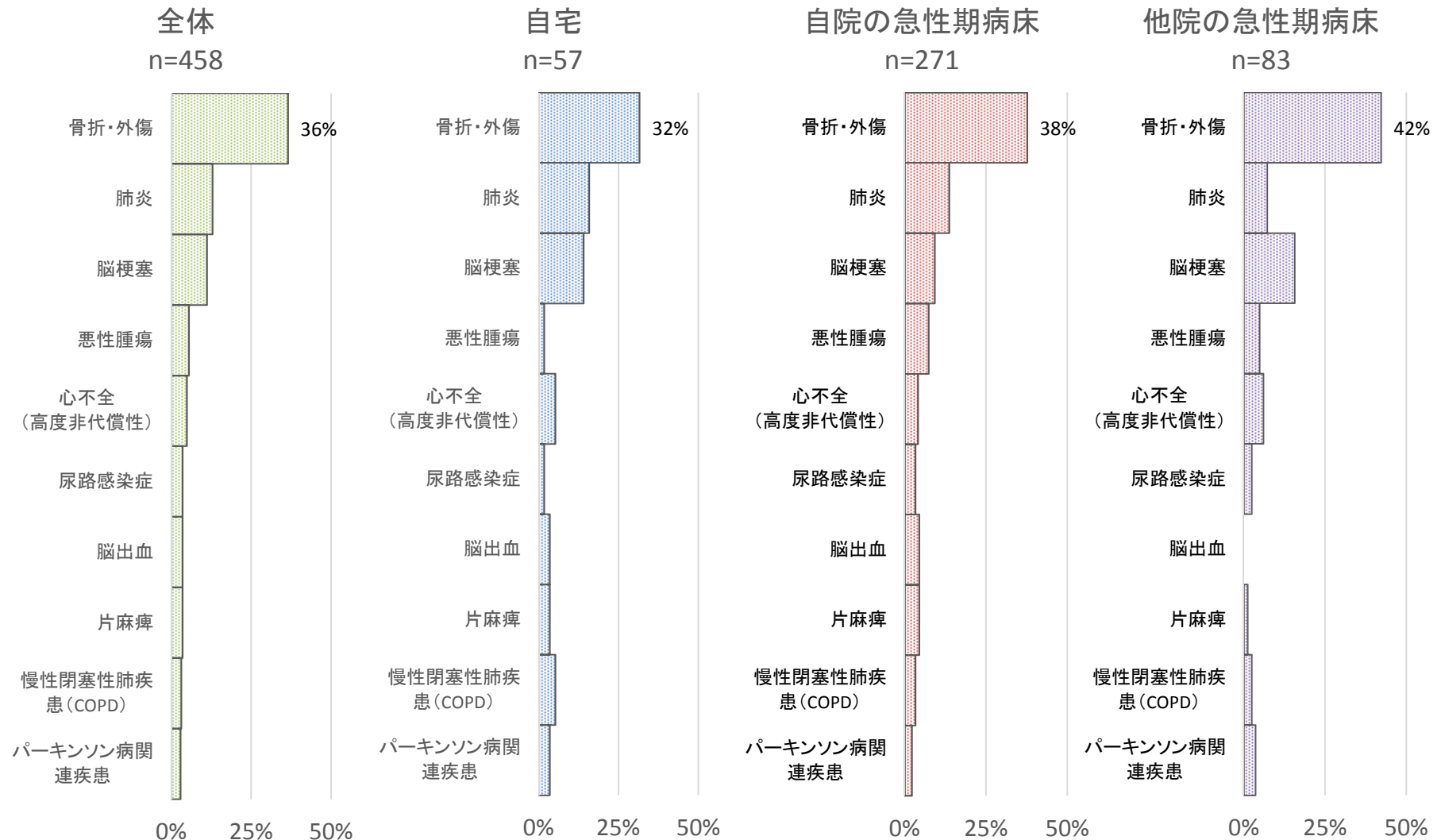


(各医療機関での入棟患者のうち院内の他病棟から転棟した患者の占める割合)

疾患（入棟前の居場所別）

中医協 総－3
27. 10. 28(改)

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

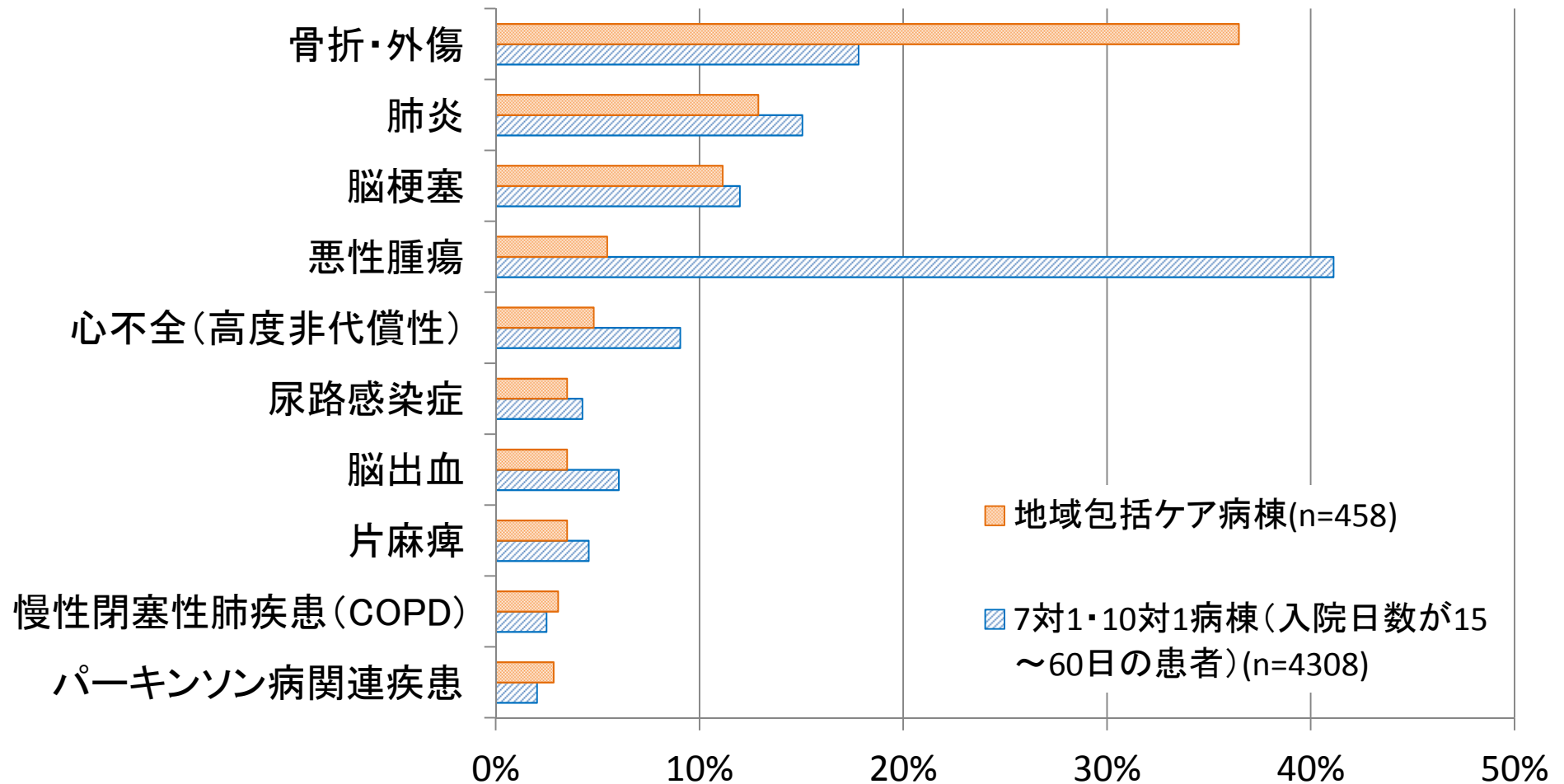


疾患(7対1、10対1病棟との比較)

中医協 総-5
27.6.10

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

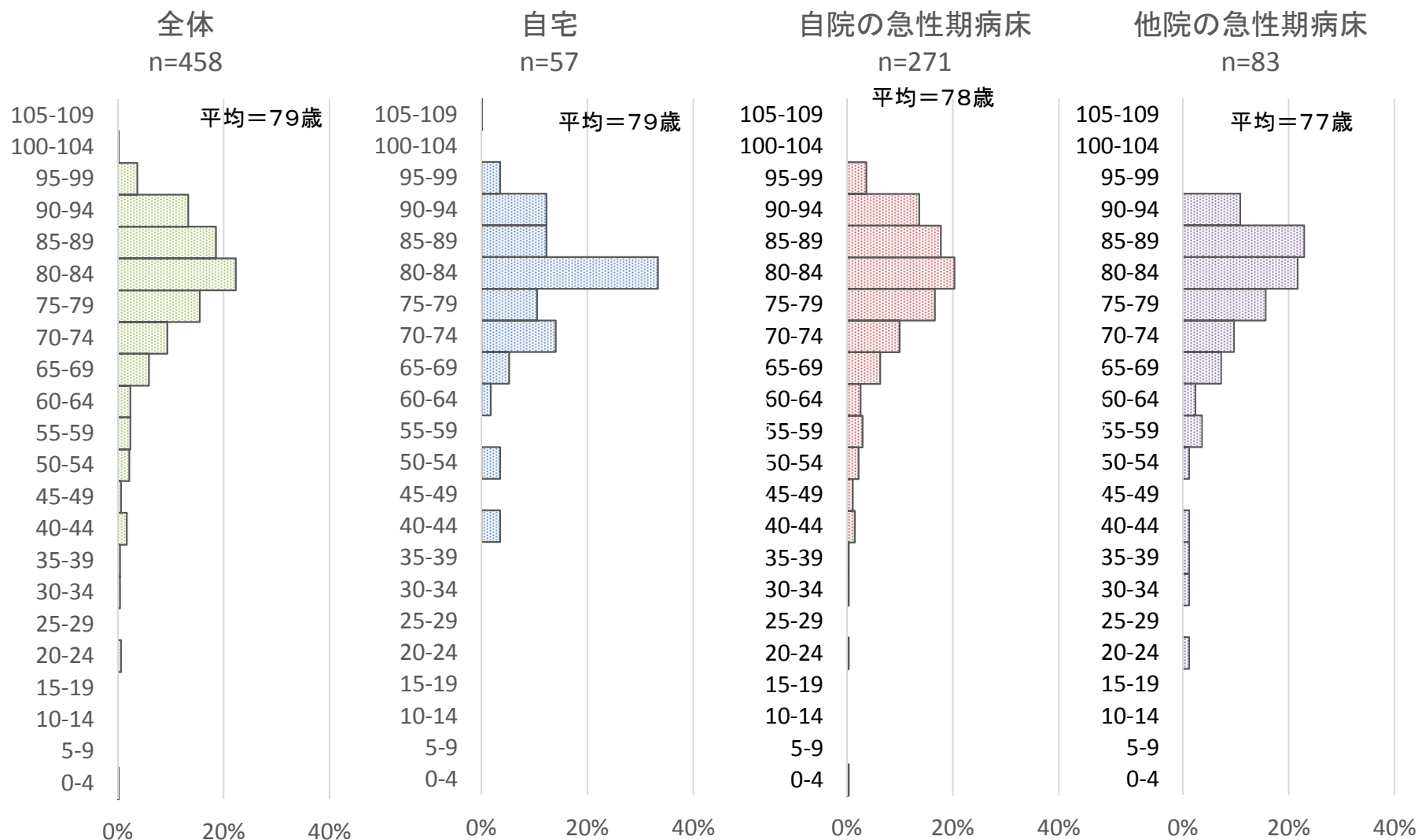
＜疾患別の患者割合＞



年齢分布(入棟前の居場所別)

診調組 入-1
27.6.19

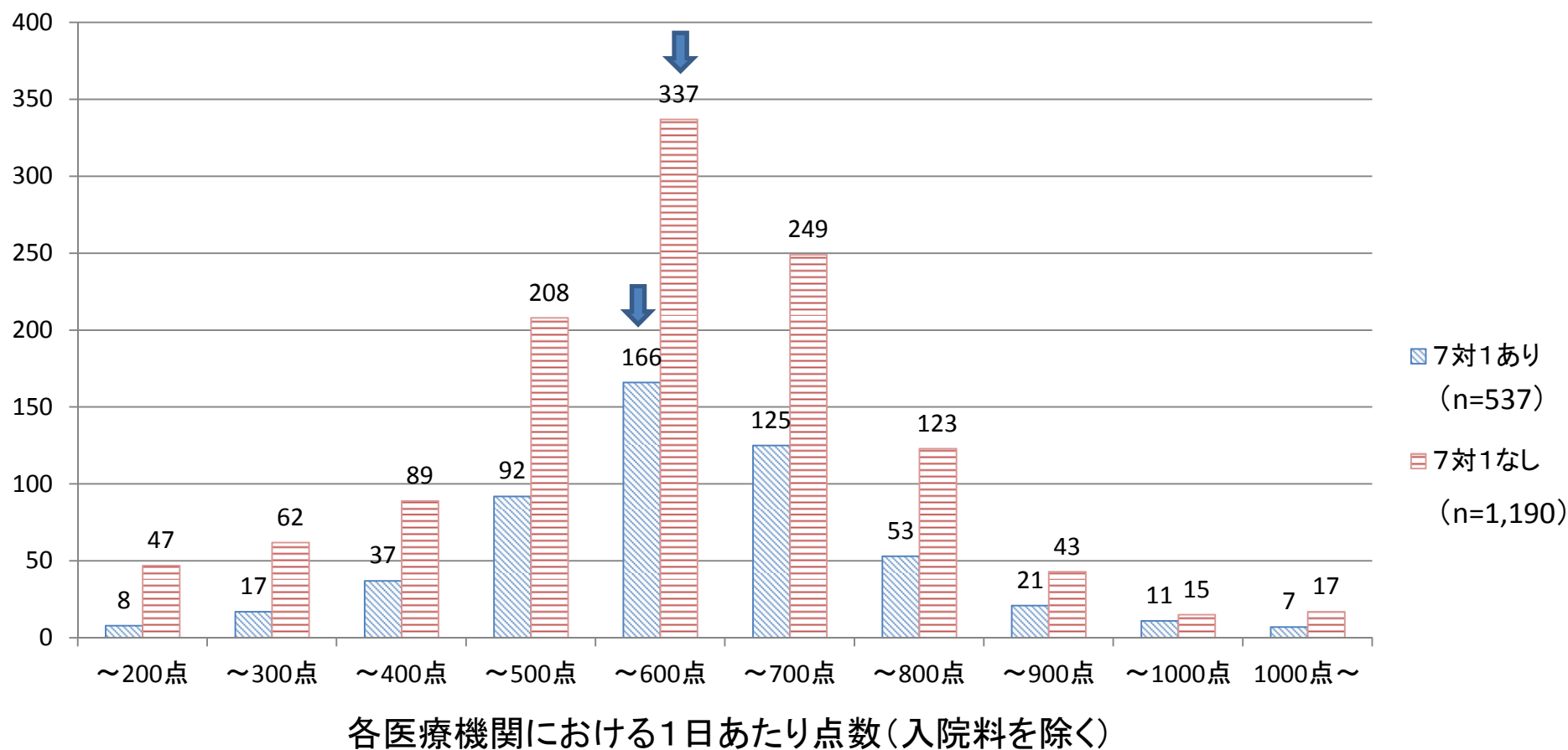
- 地域包括ケア病棟の入院患者は高齢者が多く、そのピークは80-84歳にあった。
- 入棟前の居場所別で、患者の年齢分布に大きな違いは見られなかった。



医療機関ごとの地域包括ケア病棟における1日あたり点数(入院料を除く)の分布

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

(医療機関数)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

1. 医療の提供体制

2. 患者の状態と医療内容

①患者の状態

②在宅復帰等に係る状況

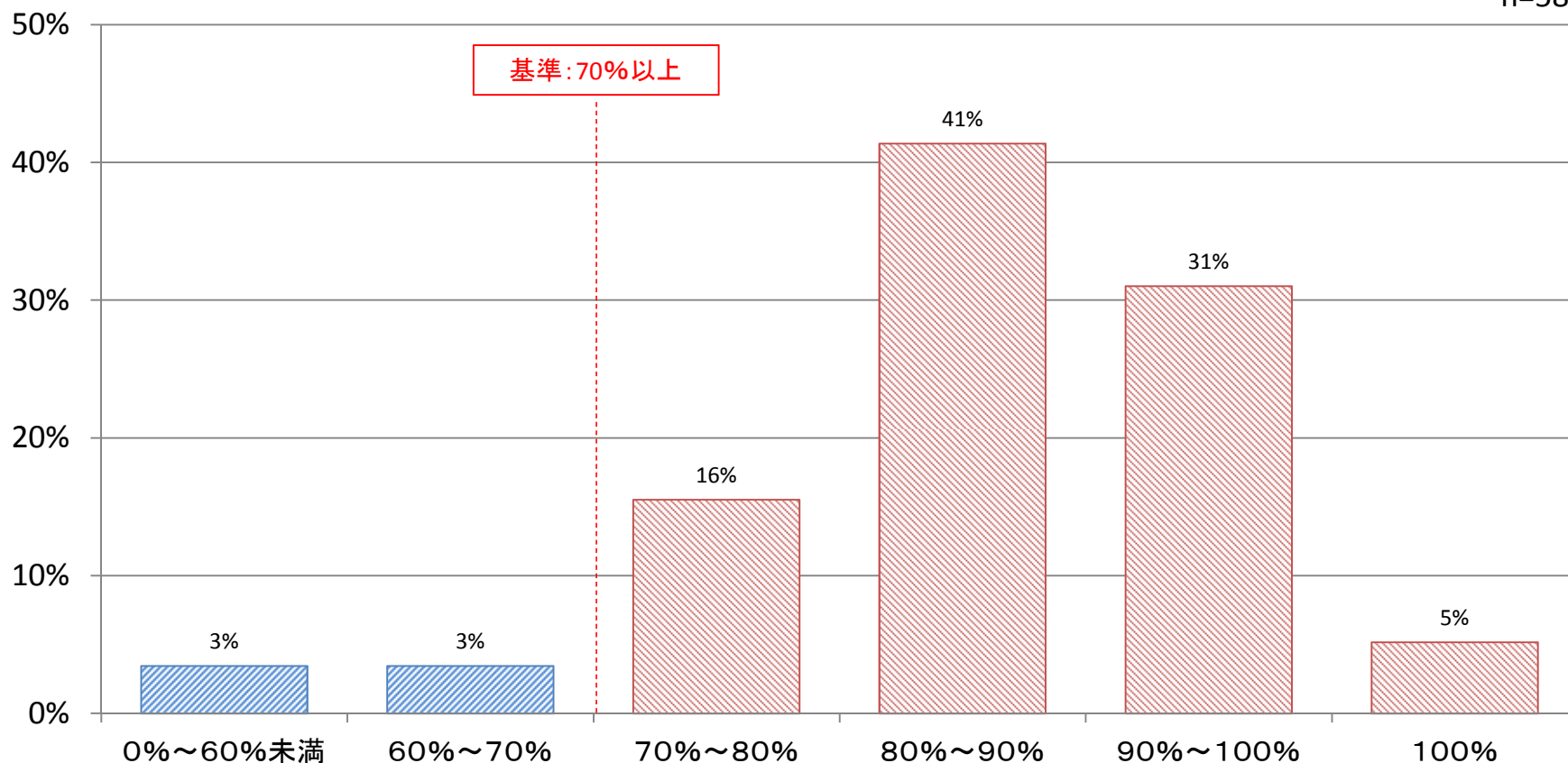
地域包括ケア病棟における在宅復帰率

中医協 総－5
27.6.10

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

在宅復帰率と該当割合

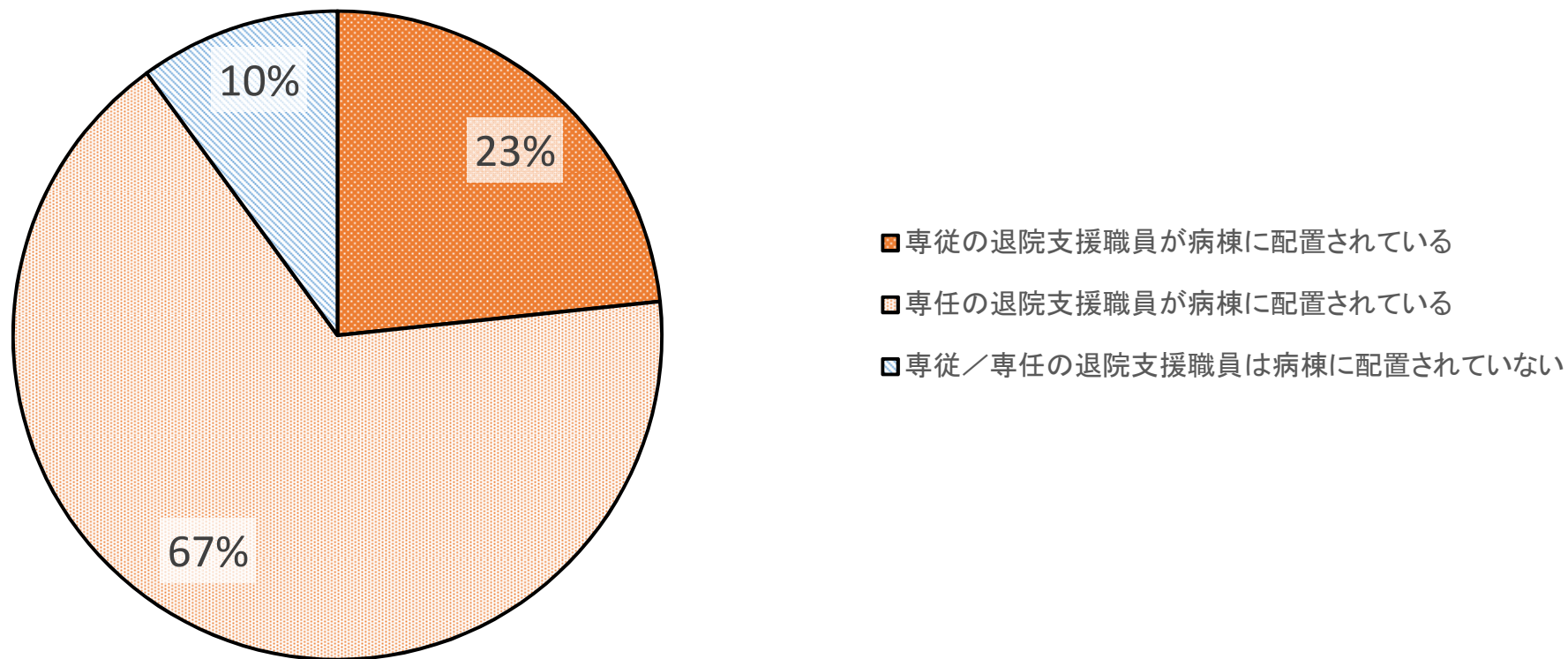
n=58



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

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

病棟への専従又は専任の退院支援職員の配置
(n=60)



地域包括ケア病棟における患者の流れ

中医協 総－５
27.6.10(改)

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

【入棟元】

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

地域包括ケア病棟

【退棟先】

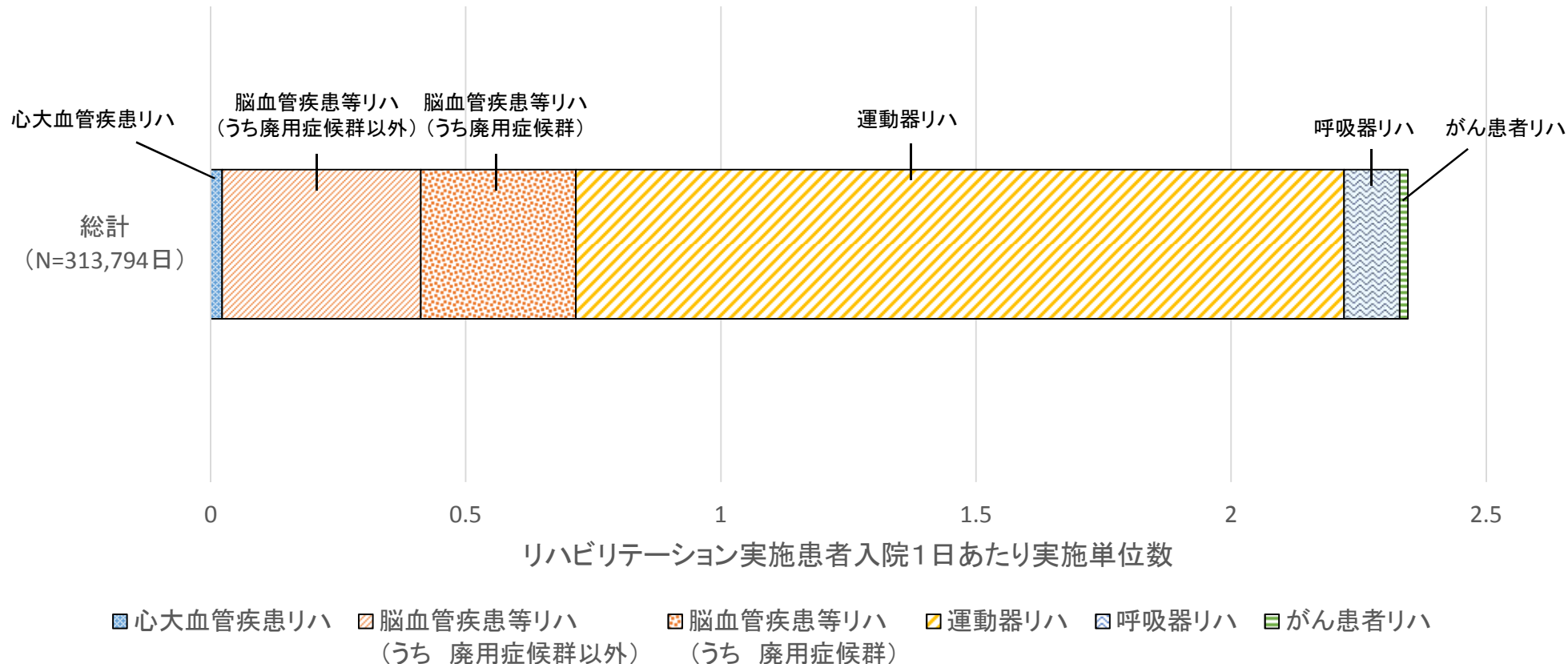
		患者割合 (n=99)
自宅		69%
自院	一般病床	0%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	0%
	療養病床	1%
	うち在宅復帰機能強化加算＋	0%
	その他の病床	0%
他院	一般病床	3%
	地域包括ケア病床・回復期リハ病床	3%
	療養病床	1%
	うち在宅復帰機能強化加算＋	0%
	その他の病床	0%
有床診療所		0%
介護保険施設	介護療養型医療施設	0%
	介護老人保健施設	8%
	うち在宅復帰加算等＋	6%
	介護老人福祉施設	3%
居住系介護施設(グループホーム等)		6%
障害者支援施設		1%
死亡退院		4%
その他		1%

個別リハビリテーションの実施状況

診調組 入ー1
27.6.19

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

疾患別リハビリテーション実施単位数の内訳



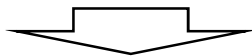
入院医療の課題(案)【地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料】

1. 医療の提供体制

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

2. 患者の状態と医療内容

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



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

回復期リハビリテーション病棟入院料

1. 医療の提供体制

2. 患者の状態と医療内容

①患者の状態

②ADLの改善状況等

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る最近の主な見直しについて

中医協 総-5
29. 1. 25(改)

平成 12年	○ リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、回復期リハビリテーション病棟入院料を新設	[主な施設基準]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上
平成 18年	○ 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大	○一律180日としていた算定上限を、リハビリテーションを要する状態ごとに60～180日に設定 ○提供単位上限の引き上げ(6単位→9単位)
平成 20年	○入院料の施設基準に質の評価を導入 重症者の受け入れと居宅等への復帰率に関する要件を追加	○入院料1に重症患者回復病棟加算を新設 [施設基準]重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善すること ○医師の病棟専従配置を緩和
平成 22年	○「提供すべき単位数」の設定 ○休日リハビリテーション加算の新設 [施設基準]休日を含め、週7日以上リハビリテーションを提供できる体制の整備	○リハビリテーション充実加算の新設 [施設基準]1日当たり6単位以上のリハビリテーションが行われていること
平成 24年	○回復期リハビリテーション病棟入院料1を新設 [主な施設基準]専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	○重症患者回復病棟加算の包括化 ○包括範囲の見直し 人工腎臓等を包括外に見直し
平成 26年	○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化	○入院料1に体制強化加算を新設 [施設基準]専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上
平成 28年	○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価を導入	○入院料1に体制強化加算2を新設 [施設基準]専従の常勤医師2名以上(一定程度病棟外業務にも従事可能)

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要

中医協 総-5
29. 1. 25

回復期リハビリテーション病棟

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

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

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

回復期リハビリテーション病棟入院料の概要

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

1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準(抄)

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

地域包括ケア病棟入院料・回復期リハビリテーション病棟入院料の包括範囲

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

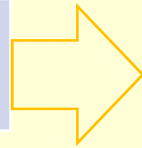
質の高いリハビリテーションの評価等①

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

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

現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定



改定後

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

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

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

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

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

注)

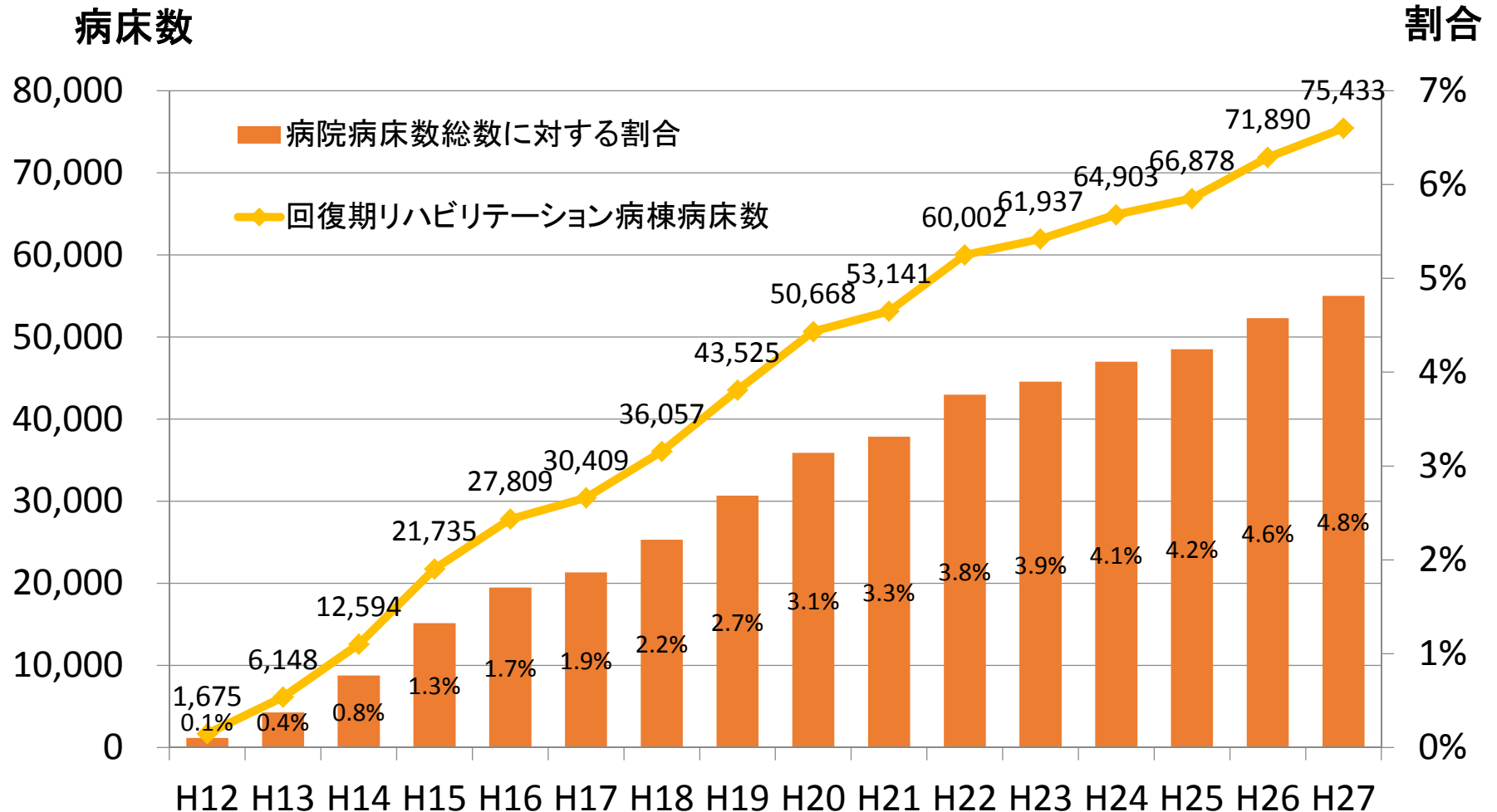
- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数)／(疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和」で割ったもの)が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM(Functional Independence Measure)の運動項目(91点満点)を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの(FIM運動項目76点以上)、低いもの(FIM運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

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。 41

回復期リハビリテーション病棟の届出病床数の推移

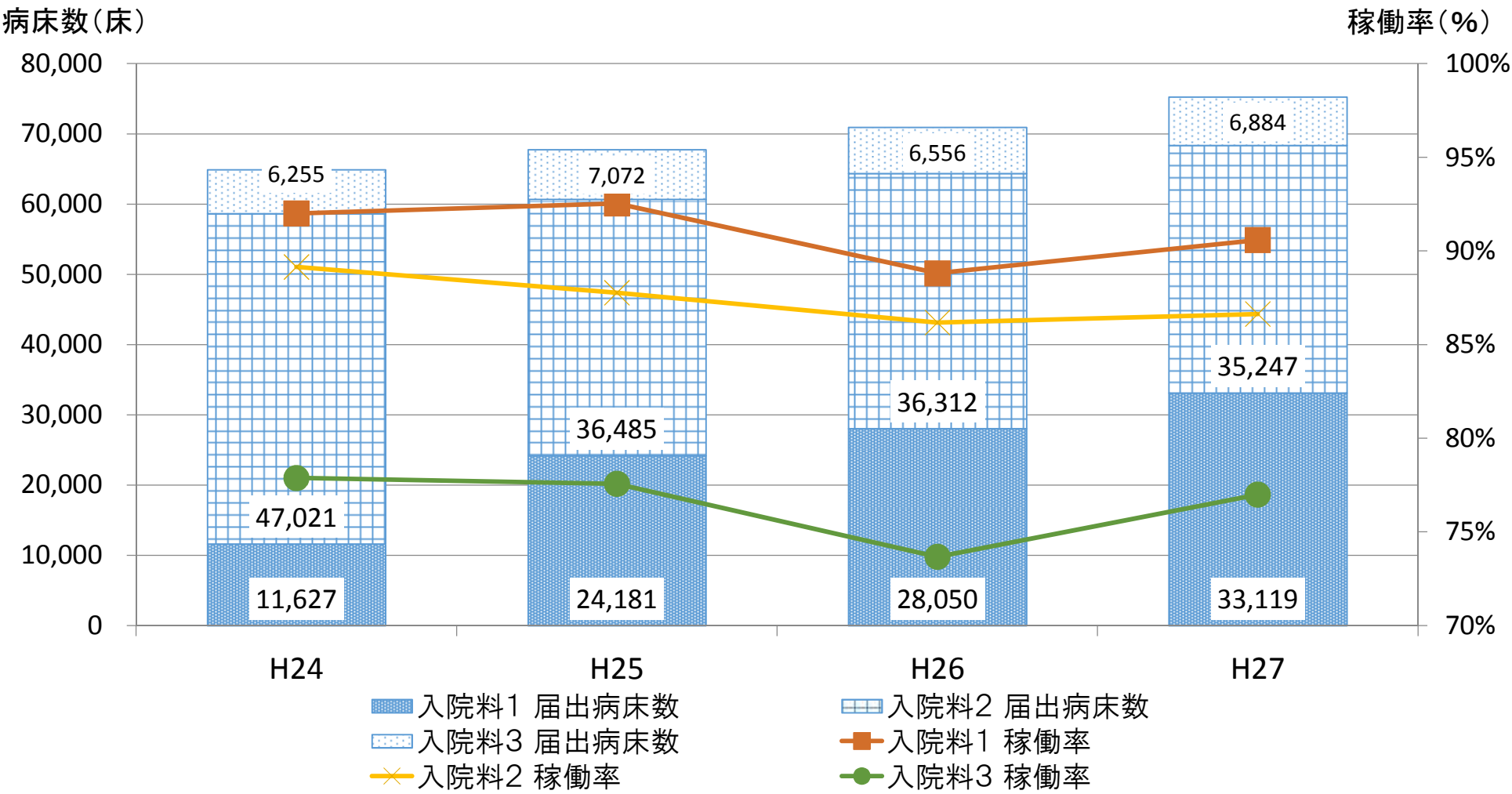
- 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年でおおよそ2.5倍に増加している。



出典：平成12-27年7月1日現在 施設基準届出状況

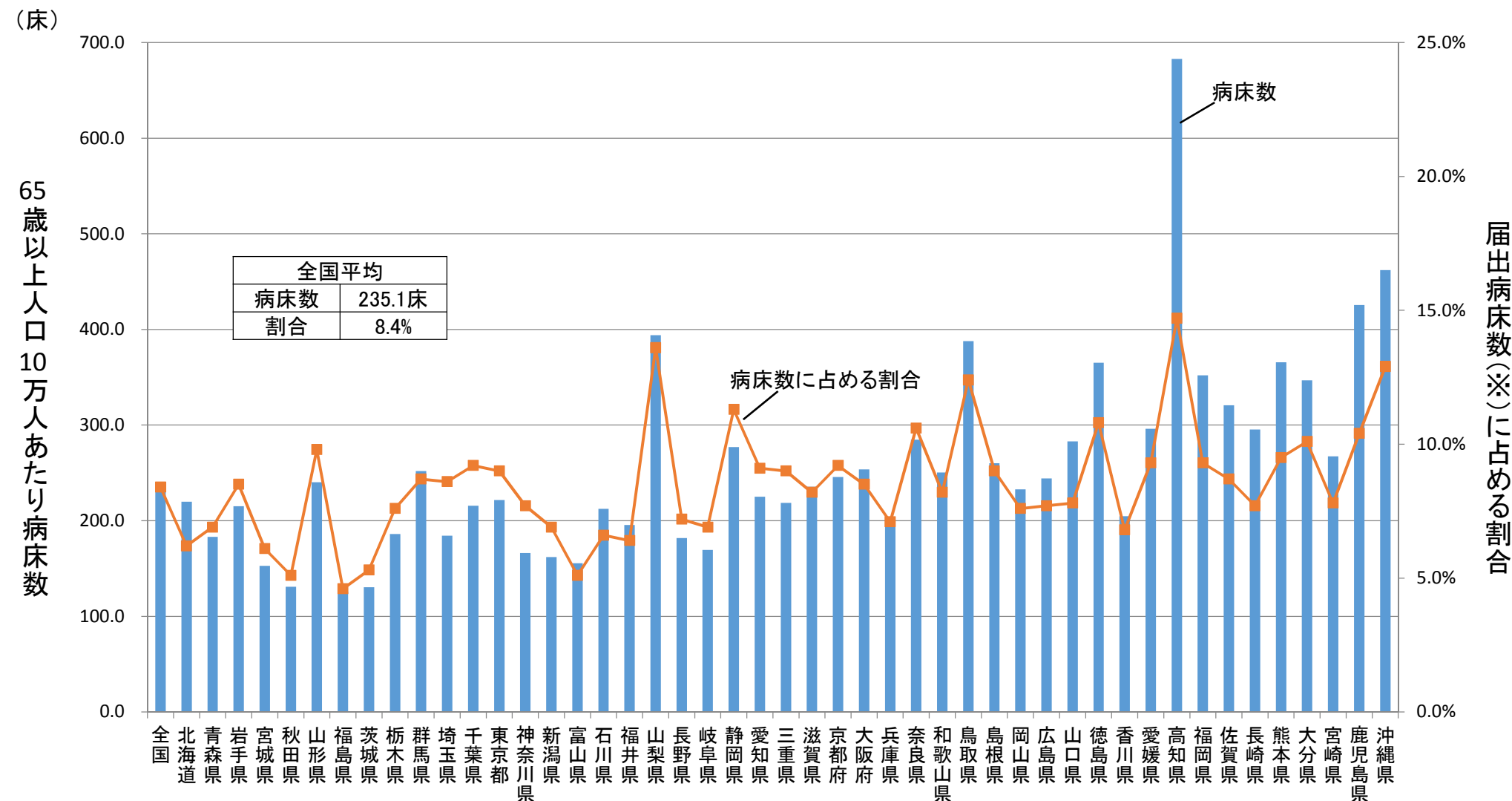
回復期リハビリテーション病棟の届出病床数と稼働率の推移

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



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

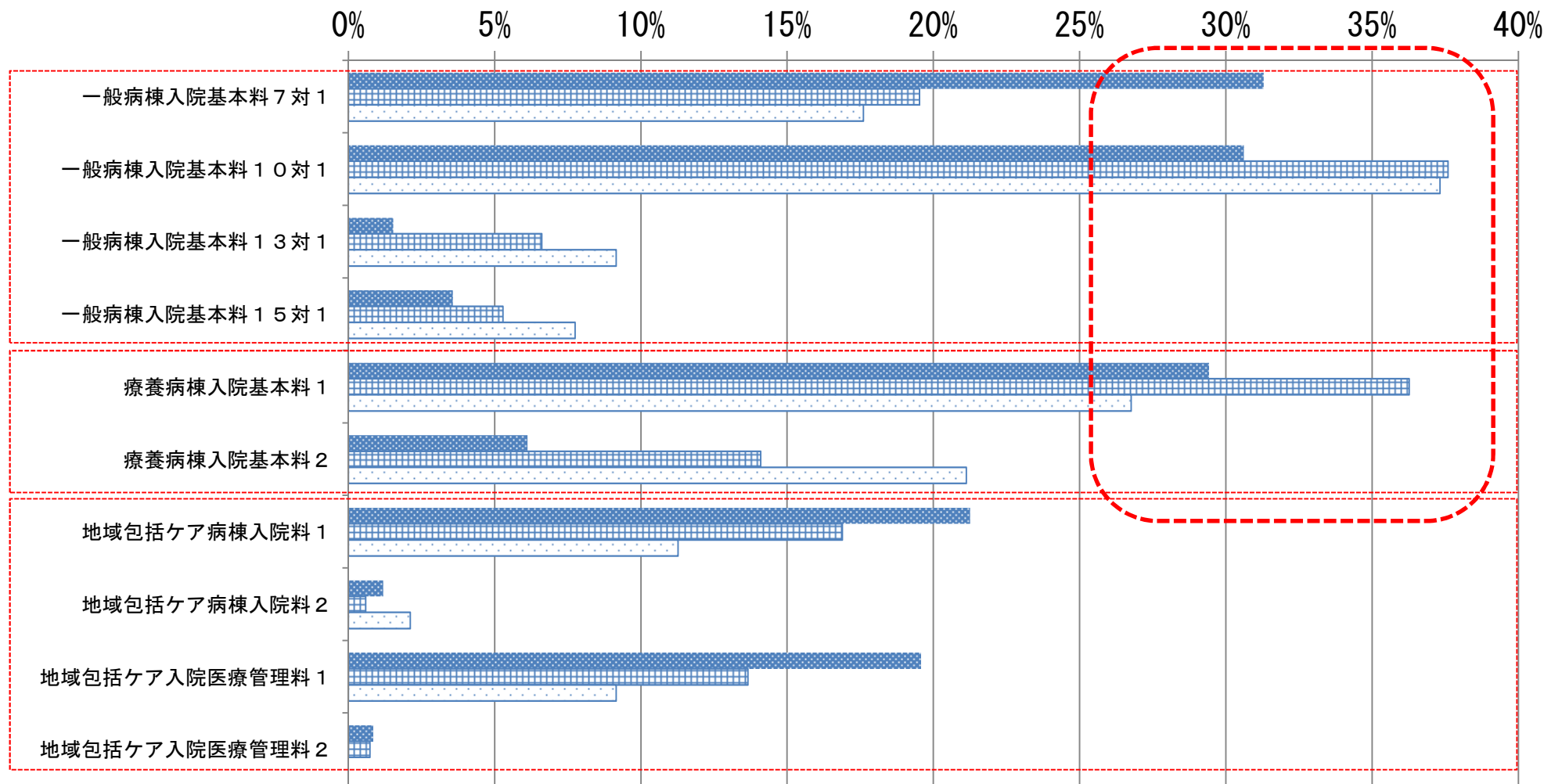
都道府県別 回復期リハビリテーション病棟の病床数(65歳以上人口10万人あたり)



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

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

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



■ 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 (n=588)

■ 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 (n=681)

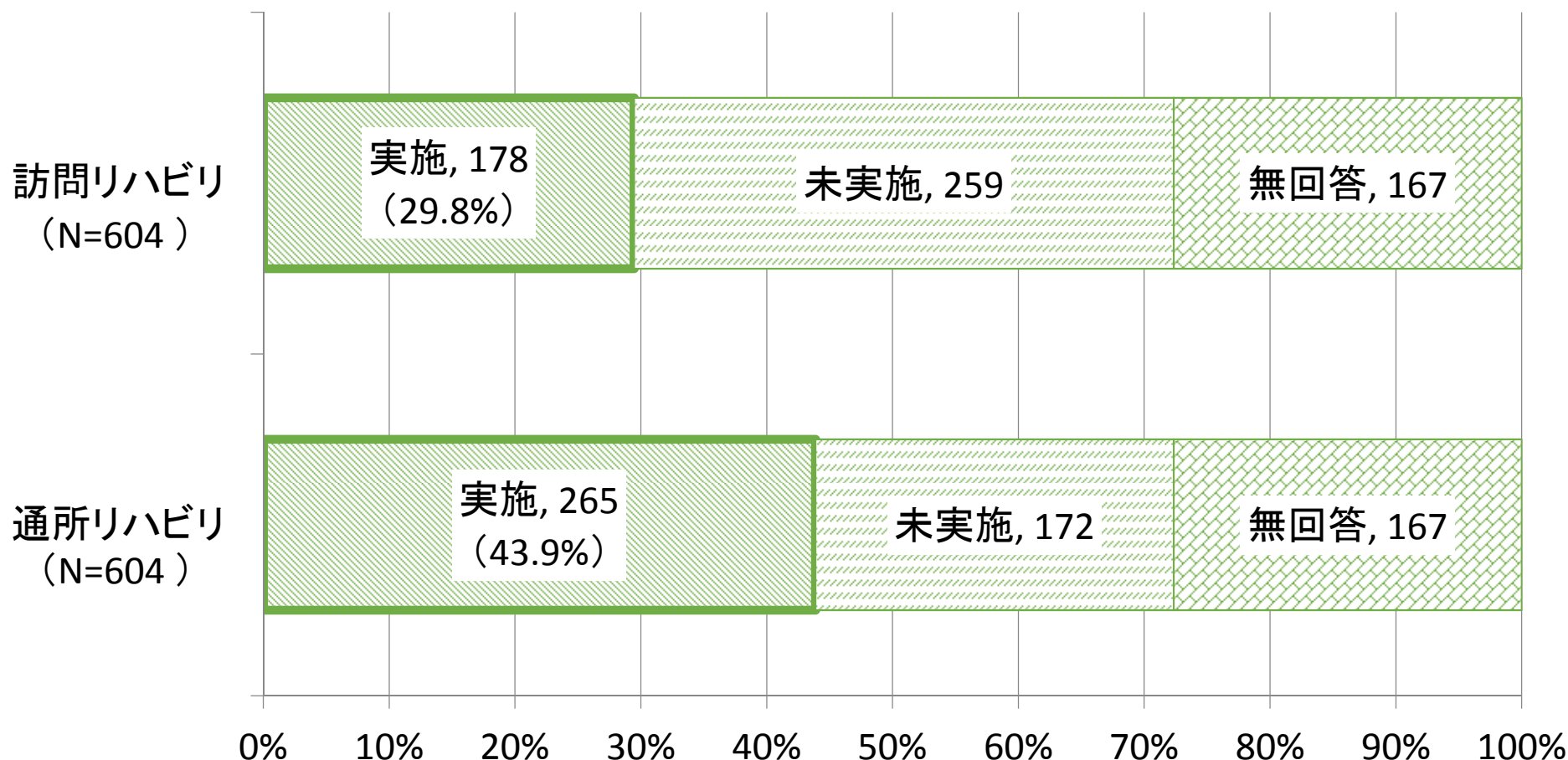
■ 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 (n=142)

通所リハビリ・訪問リハビリの実施状況

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関のうち、

○訪問リハビリを実施していると回答した医療機関は約30%だった。

○通所リハビリを実施していると回答した医療機関は約44%だった。



回復期リハビリテーション病棟入院料

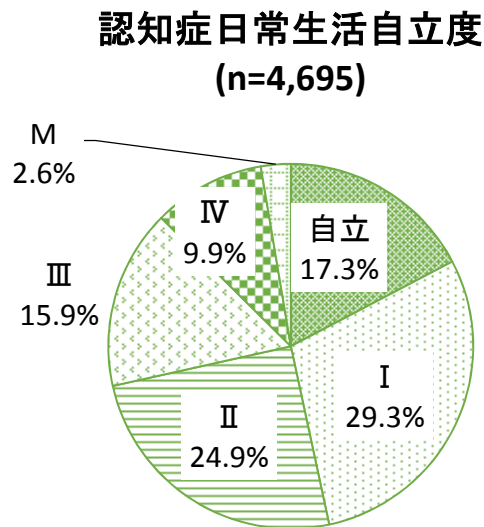
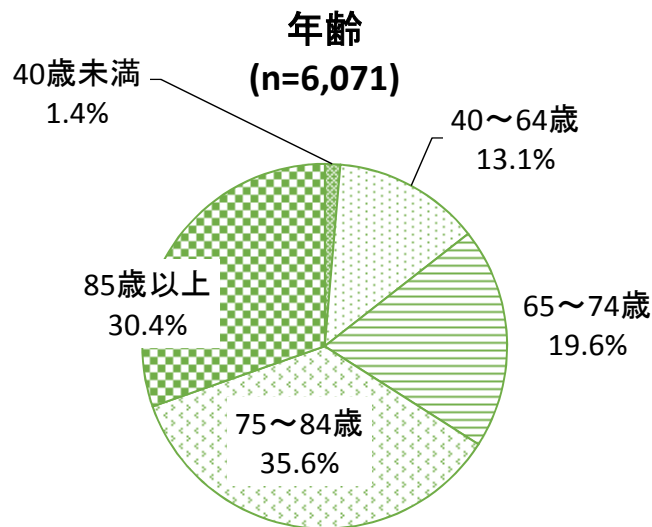
1. 医療の提供体制

2. 患者の状態と医療内容

①患者の状態

②ADLの改善状況等

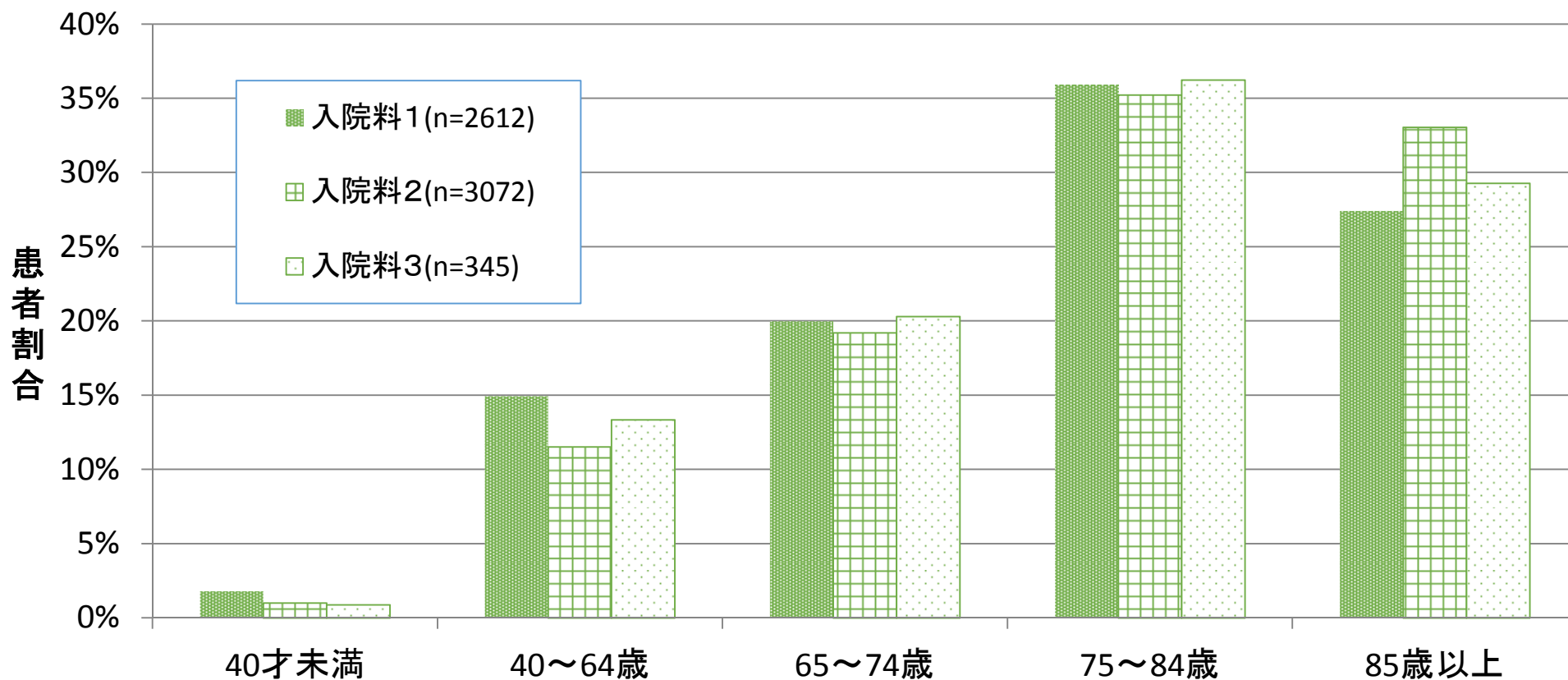
- 約66%の患者が75歳以上だった。
- 約17%の患者については、認知症日常生活自立度において「自立」に該当していた一方、約28%の患者の認知症日常生活自立度は、ランクⅢ以上であった。



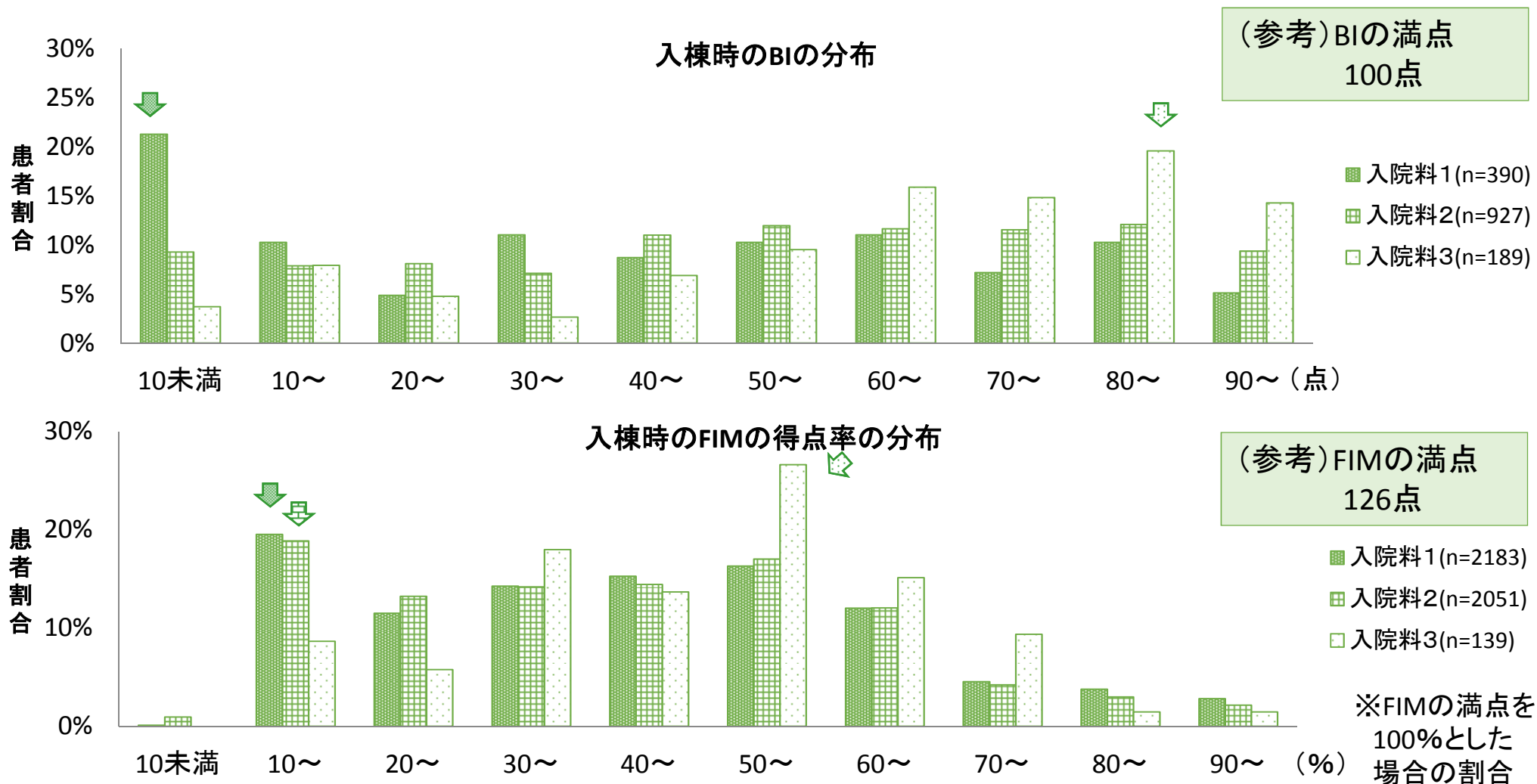
(参考)認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

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

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



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



(参考)日常生活動作(ADL)の指標 BIの概要

Barthel Index (BI) によるADL評価

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

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

(参考)日常生活動作(ADL)の指標 FIMの概要

Functional Independence Measure (FIM) によるADL評価

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

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

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

回復期リハビリテーション病棟入院料

1. 医療の提供体制

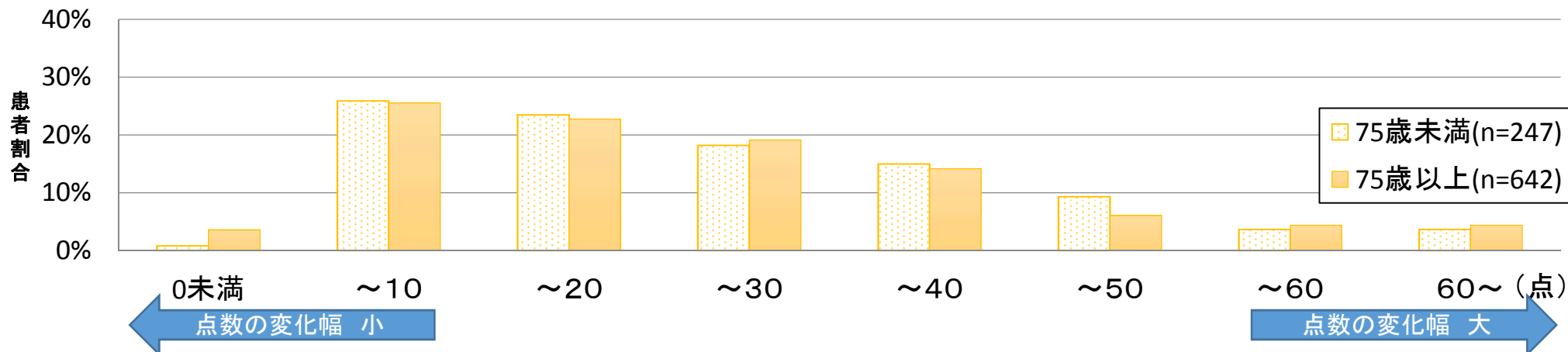
2. 患者の状態と医療内容

①患者の状態

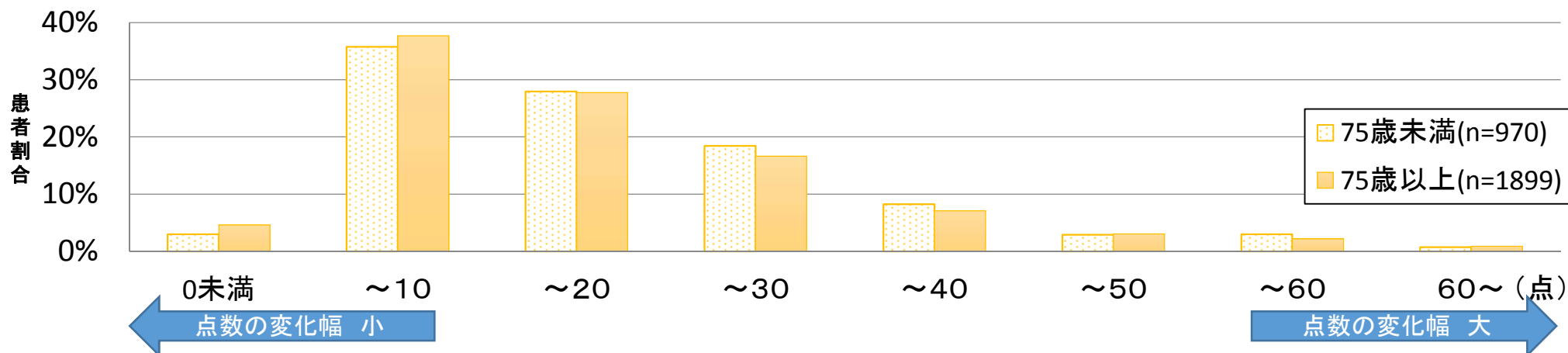
②ADLの改善状況等

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

BIの改善状況別の患者分布（入棟後3か月目）

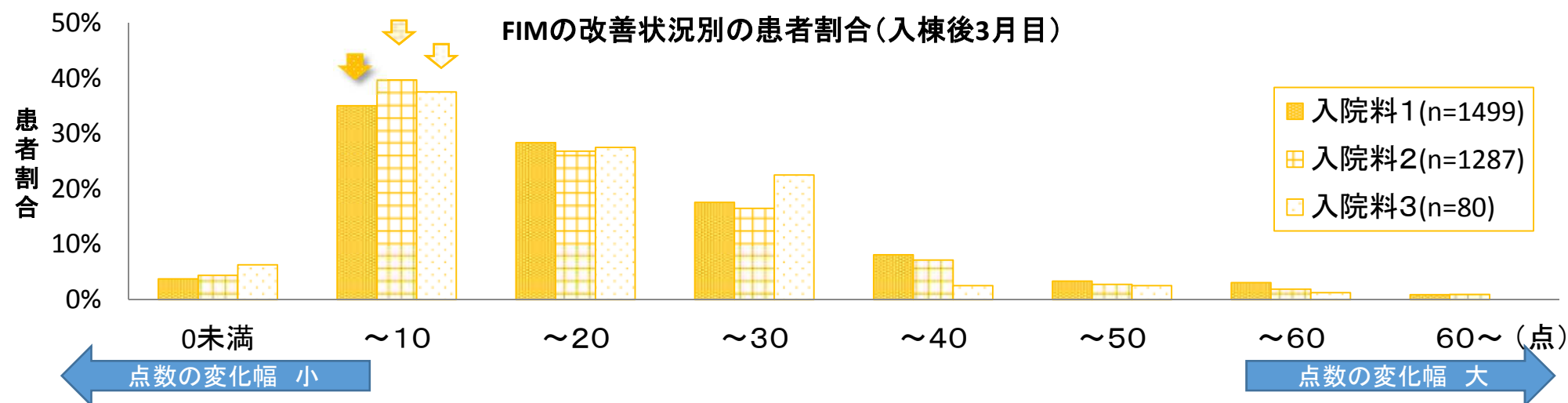
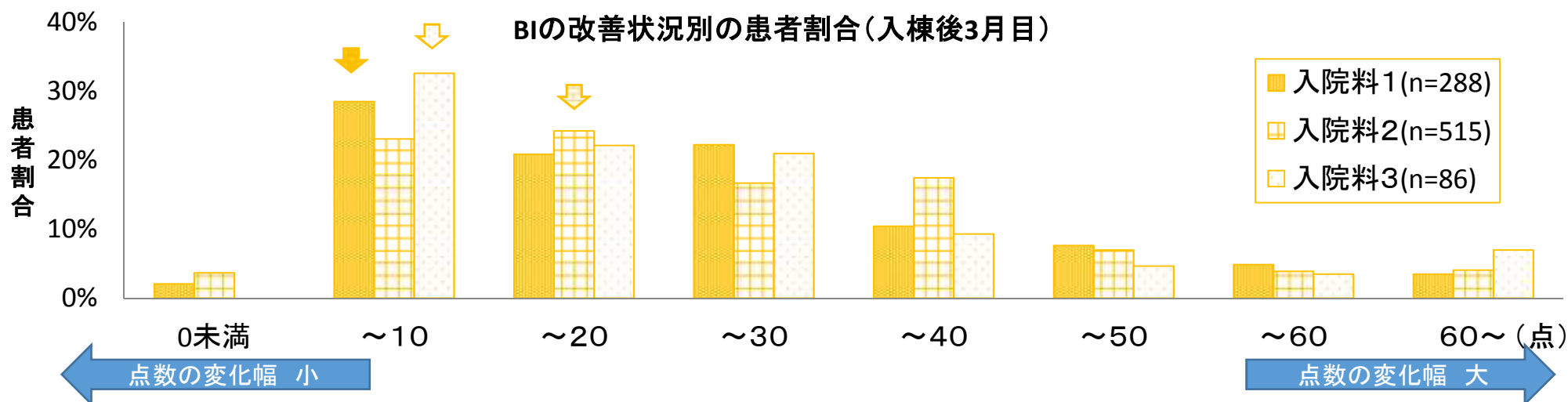


FIMの改善状況別の患者分布（入棟後3か月目）



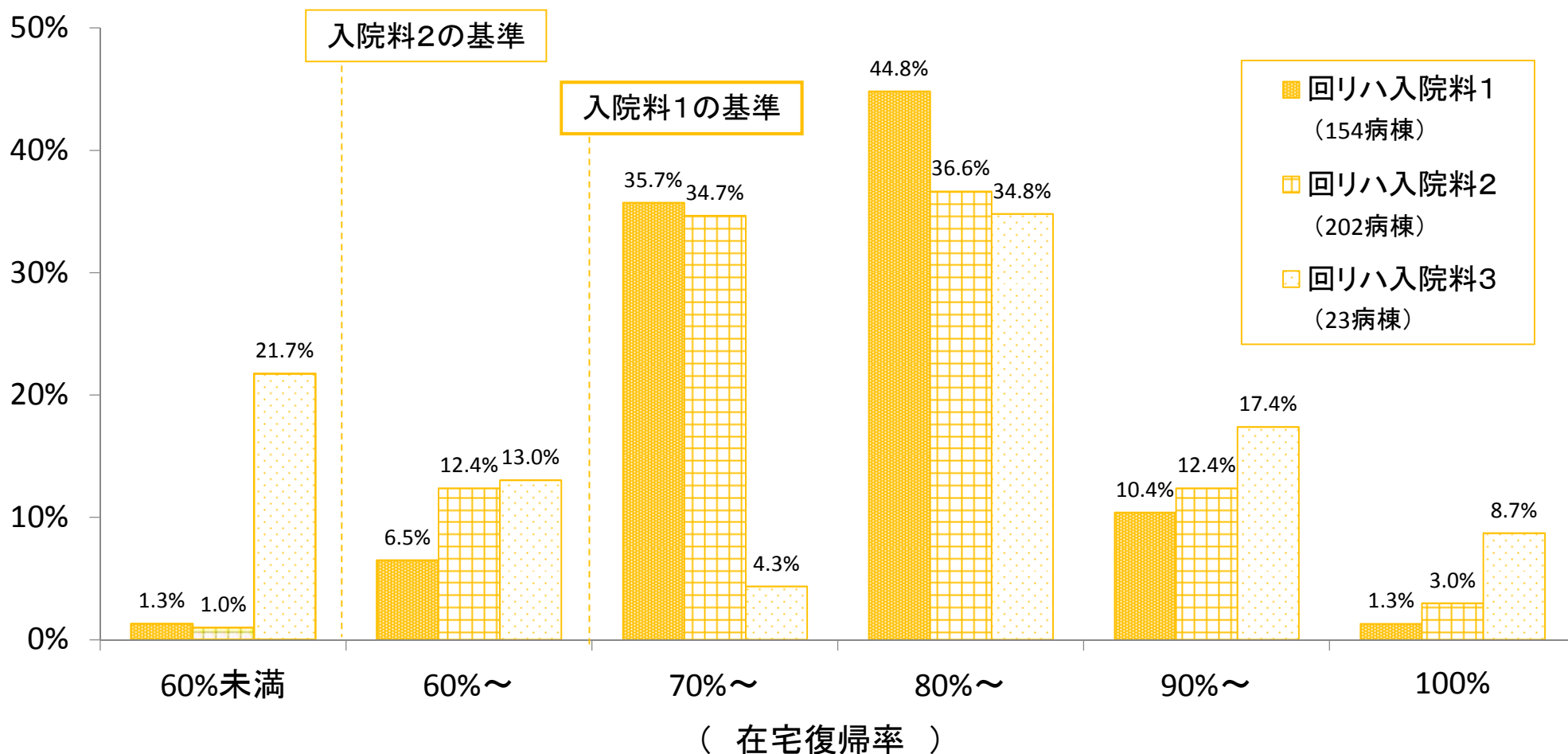
○ 入棟後3か月目のBIの改善について、入院料1及び入院料3は0～10点の变化幅の患者が最も多く、入院料2は10～20点の变化幅の患者が最も多かった。また、入院料2については、他の入院料に比べて、30～40点の变化幅の患者が多かった。

○ 入棟後3か月目のFIMの改善については、いずれの入院料の場合も0～10点の变化幅の患者が最も多かった。



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

在宅復帰率別の病棟割合



入院医療の課題(案)【回復期リハビリテーション病棟入院料】

1. 医療の提供体制

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

2. 患者の状態と医療内容

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



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