

(令和5年度第3回)  
入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和5年7月6日(木)

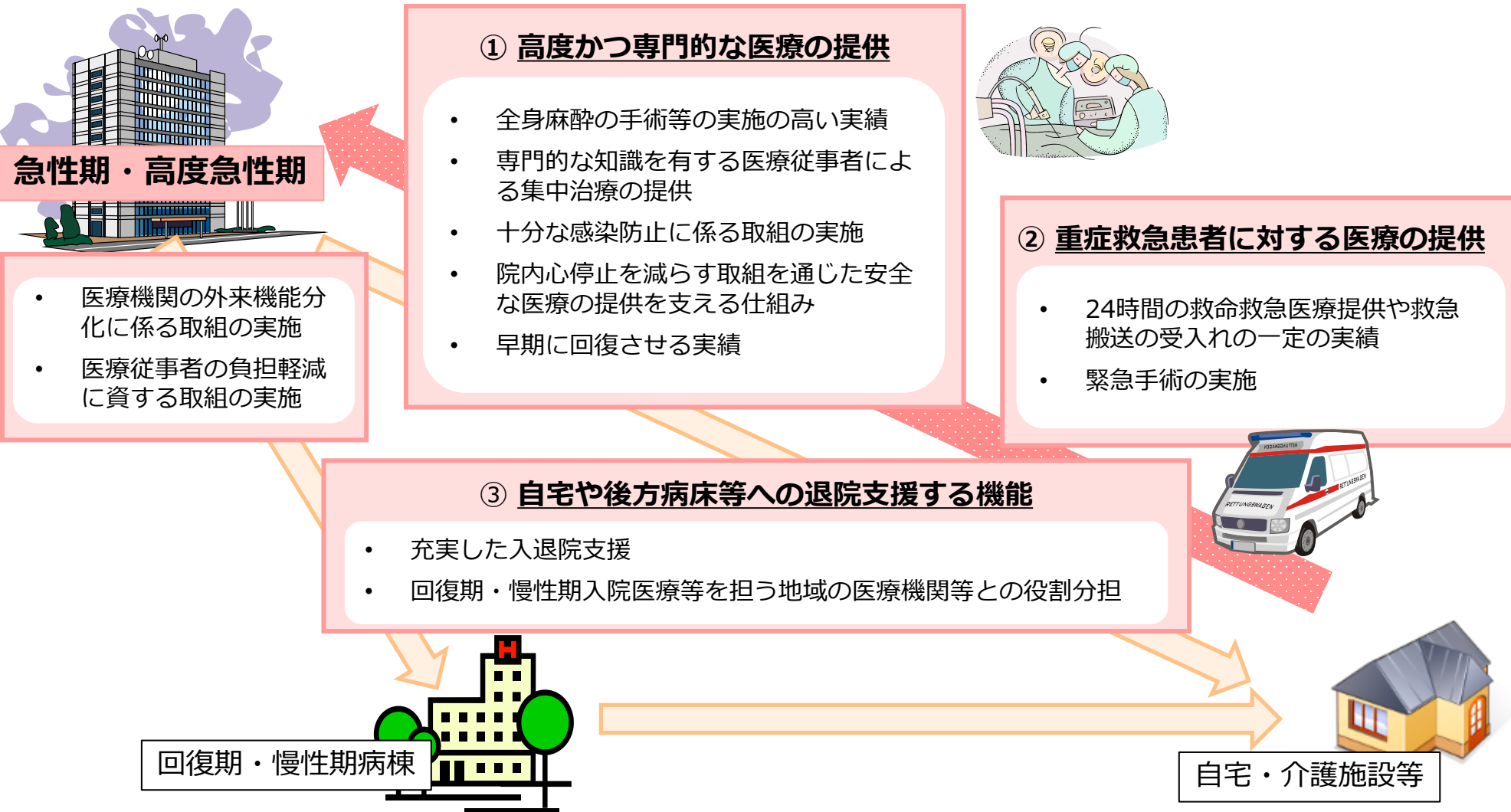
**1. 急性期入院医療について(その1)**

2. 地域包括ケア病棟について(その1)

3. 横断的事項等について(その1)

# 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制（イメージ）

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、高度かつ専門的な急性期医療を提供する体制として、以下のような取組が考えられる。



# 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

- ▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大において果たした医療機関の役割等も踏まえ、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療及び高度急性期医療の提供に係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

<b>(新) 急性期充実体制加算 (1日につき)</b>	<b>7日以内の期間</b>	<b>460点</b>
	<b>8日以上11日以内の期間</b>	<b>250点</b>
	<b>12日以上14日以内の期間</b>	<b>180点</b>

## [算定要件]

- ・ 入院した日から起算して14日を限度として、急性期一般入院料1又は特定一般病棟入院料に加算する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。総合入院体制加算は別に算定できない。

## [主な施設基準]

- ・ **一般病棟入院基本料(急性期一般入院料1に限る。)**を算定する病棟を有する保険医療機関であること。・ **総合入院体制加算の届出を行っていないこと。**
- ・ **手術等に係る実績**について、以下のいずれかを満たしていること。前年度の手術件数等を**毎年7月に届け出るとともに、院内に掲示すること。**

ア 以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち4つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)全身麻酔による手術 (ロ)悪性腫瘍手術 (ハ)腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 (ニ)心臓カテーテル法による手術 (ホ)消化管内視鏡による手術  
(ヘ)化学療法(外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っており、かつ、レジメンの4割が外来で実施可能であること)

イ 以下のいずれかを満たし、かつアの(イ)及び、(ロ)から(ハ)のうち2つ以上において実績の基準を満たす。

(イ)異常分娩 (ロ)6歳未満の乳幼児の手術

- ・ **24時間の救急医療提供**として、救命救急センター若しくは高度救命救急センターを有している、又は救急搬送の件数について実績の基準を満たす。
- ・ 精神科に係る体制として、**自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制**を常時整備していること等。
- ・ 高度急性期医療の提供として、**救命救急入院料等の治療室を届け出ている**こと。・ **感染対策向上加算1の届出**を行っていること。
- ・ 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- ・ **精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出**を行っていること。
- ・ 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として「**院内迅速対応チーム**」の整備等を行っていること。
- ・ **外来を縮小する体制**を確保していること。・ **手術・処置の休日加算1等の施設基準の届出**を行っていることが望ましい。
- ・ **療養病棟又は地ケア病棟の届出を行っていないこと。****一般病棟の病床数の割合が、許可病床数(精神病棟入院基本料等を除く)の9割**であること。
- ・ **同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していないこと。**特定の保険薬局との間で**不動産の賃貸借取引がないこと。**
- ・ **入退院支援加算1又は2を届け出**ていること。・ 一般病棟における**平均在院日数が14日以内**であること。

## **(新) 精神科充実体制加算 (1日につき) 30点**

- ・ **精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保**につき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届け出た保険医療機関に入院している患者について、**更に所定点数に加算**する。
- ・ **急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備**されていること。
- ・ **精神科を標榜**する保険医療機関であること。・ **精神病棟入院基本料等の施設基準の届出**を行っている保険医療機関であること。

# 高度かつ専門的な急性期医療の提供体制に係る評価の新設

## 急性期充実体制加算

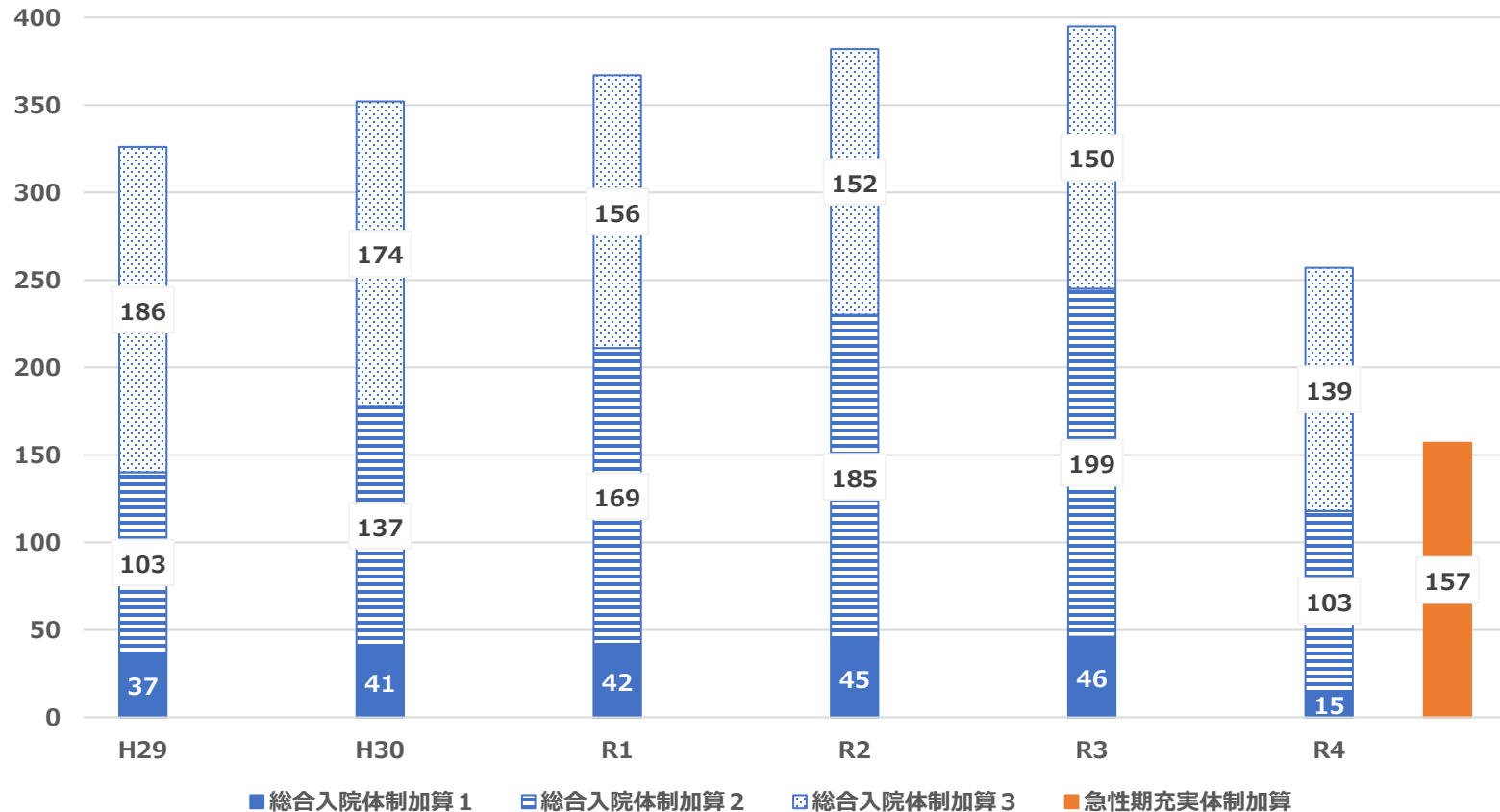
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料1を届け出ている（急性期一般入院料1は重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている）</li> <li>敷地内禁煙に係る取組を行っている ・日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である</li> <li>総合入院体制加算の届出を行っていない</li> </ul>		
24時間の救急医療提供	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター</li> <li>◆救急搬送件数 2,000件/年以上 又は300床未満：6.0件/年/床以上</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備</li> <li>精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上</li> </ul>		
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> <li>全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上）又は300床未満：6.5件/年/床以上（緊急手術 1.15件/年以上）</li> </ul> <p>いずれかを満たす</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 右のうち、4つ以上満たす</li> <li>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</li> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上</li> <li>◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上</li> <li>◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）</li> </ul> </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ア 右のうち、4つ以上満たす</li> <li>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</li> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上</li> <li>◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上</li> <li>◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ア 右のうち、4つ以上満たす</li> <li>イ 以下のいずれか、かつ、右のうち、2つ以上を満たす</li> <li>◆異常分娩 50件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> <li>◆6歳未満の手術 40件/年以上 又は300床未満：0.1件/年/床以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 又は300床未満：1.0件/年/床以上</li> <li>◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 又は300床未満：0.6件/年/床以上</li> <li>◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 又は300床未満：1.5件/年/床以上</li> <li>◆化学療法 1,000件/年以上 又は300床未満：3.0件/年/床以上 （外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行い、化学療法のレジメンの4割は外来で実施可能であること。）</li> </ul>		
高度急性期医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>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医療管理料のいずれかを届け出ている</li> </ul>		
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>感染対策向上加算1を届け出ている</li> </ul>		
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している</li> <li>精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2を届け出ている</li> </ul>		
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている</li> </ul>		
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟における平均在院日数が14日以内</li> <li>一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1割未満</li> </ul>		
外来機能分化に係る取組	<p>いずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施</li> <li>◆紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上</li> <li>◆紹介受診重点医療機関</li> </ul>		
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> <li>処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準の届出を行っていることが望ましい</li> </ul>		
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援加算1又は2の届出を行っている</li> <li>療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない</li> </ul>		
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の9割以上</li> <li>同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない</li> <li>特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がない</li> </ul>		

# 総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出状況

中医協 総-6  
5. 5. 17改

○ 近年の総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出医療機関数は以下のとおり。

## 各年における届出医療機関数



# 総合入院体制加算の概要①

○ 十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。</li> <li>内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜(※)しそれらに係る入院医療を提供している。(※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行ってなくても良い。)</li> <li>外来を縮小する体制を有すること。(右記)</li> <li>次のいずれにも該当すること。 <ul style="list-style-type: none"> <li>ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。</li> <li>イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。</li> </ul> </li> <li>病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。</li> </ul>		
実績要件	(共通要件) 全身麻酔による手術件数が年800件以上		
	ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 工 放射線治療(体外照射法)：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす -	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす -
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	-
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合(A2点以上又はC1点以上)		必要度Ⅰ： <b>3割3分以上</b> 必要度Ⅱ： <b>3割以上</b>	必要度Ⅰ： <b>3割以上</b> 必要度Ⅱ： <b>2割7分以上</b>

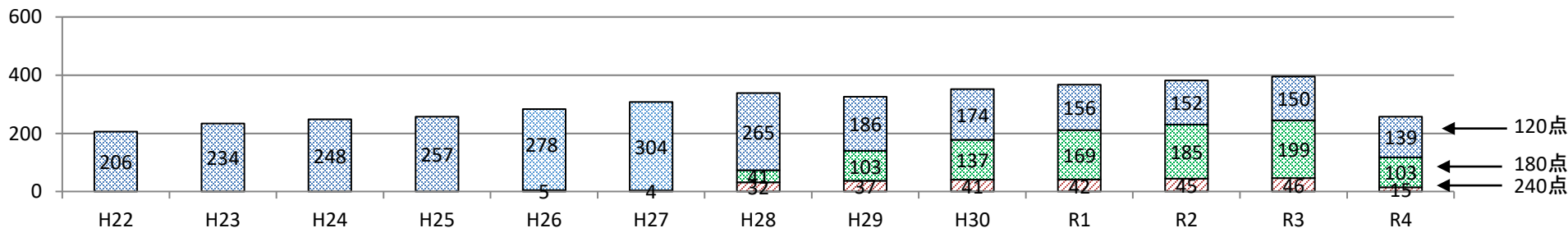
次のいずれにも該当すること。  
 ・ 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している  
 ・ 診療情報提供料Ⅰの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。  
 イ 紹介受診重点医療機関である。



# 総合入院体制加算の概要②

○ 施設基準に含まれる、医療従事者の勤務環境改善の取組に関する要件は、以下のとおり。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算1 240点	総合入院体制加算2 180点	総合入院体制加算3 120点
共通の施設基準 (医療従事者の勤務環境改善の取組等)	病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。(中略)		
	<p>ア 当該保険医療機関内に、<u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善</u>に関し、<u>当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置</u>すること。</p> <p>イ 当該保険医療機関内に、<u>多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議(以下この項において「委員会等」という。)</u>を設置し、「<u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画</u>」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、<u>当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席</u>すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。</p> <p>ウ <u>イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画</u>とすること。また、<u>当該計画を職員に対して周知徹底</u>していること。</p> <p>エ <u>イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。</u>                      (イ) <u>外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組</u>(許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。)                      (ロ) <u>院内保育所の設置</u>(夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。)                      (ハ) <u>医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減</u>                      (ニ) <u>医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善</u>                      (ホ) 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる<u>研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減</u>                      (ヘ) <u>院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減</u> (ト) <u>看護補助者の配置による看護職員の負担軽減</u></p> <p>オ <u>医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開</u>すること。</p>		

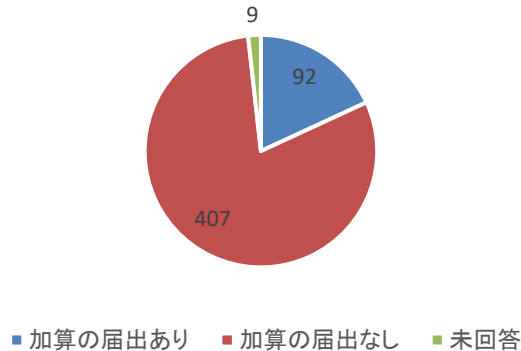




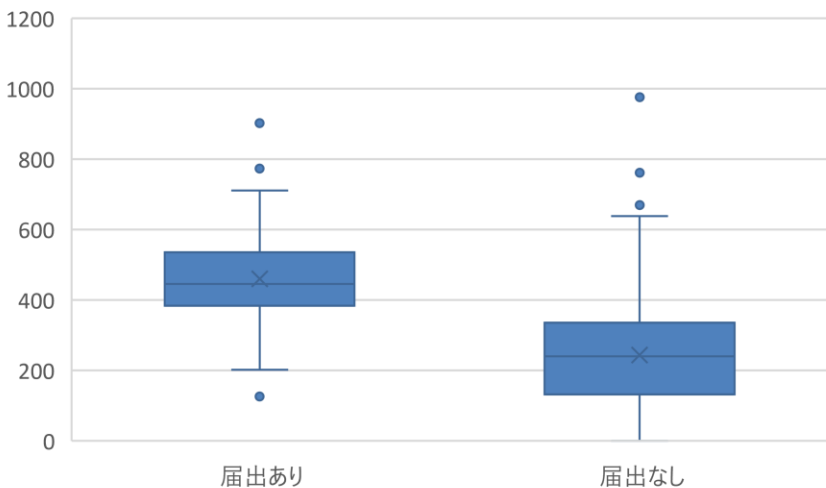
# 急性期充実体制加算の届出状況①

○ 急性期一般入院料1を届け出ている医療機関における急性期充実体制加算の届出状況及び加算の施設基準に関する実績の状況は以下のとおり。

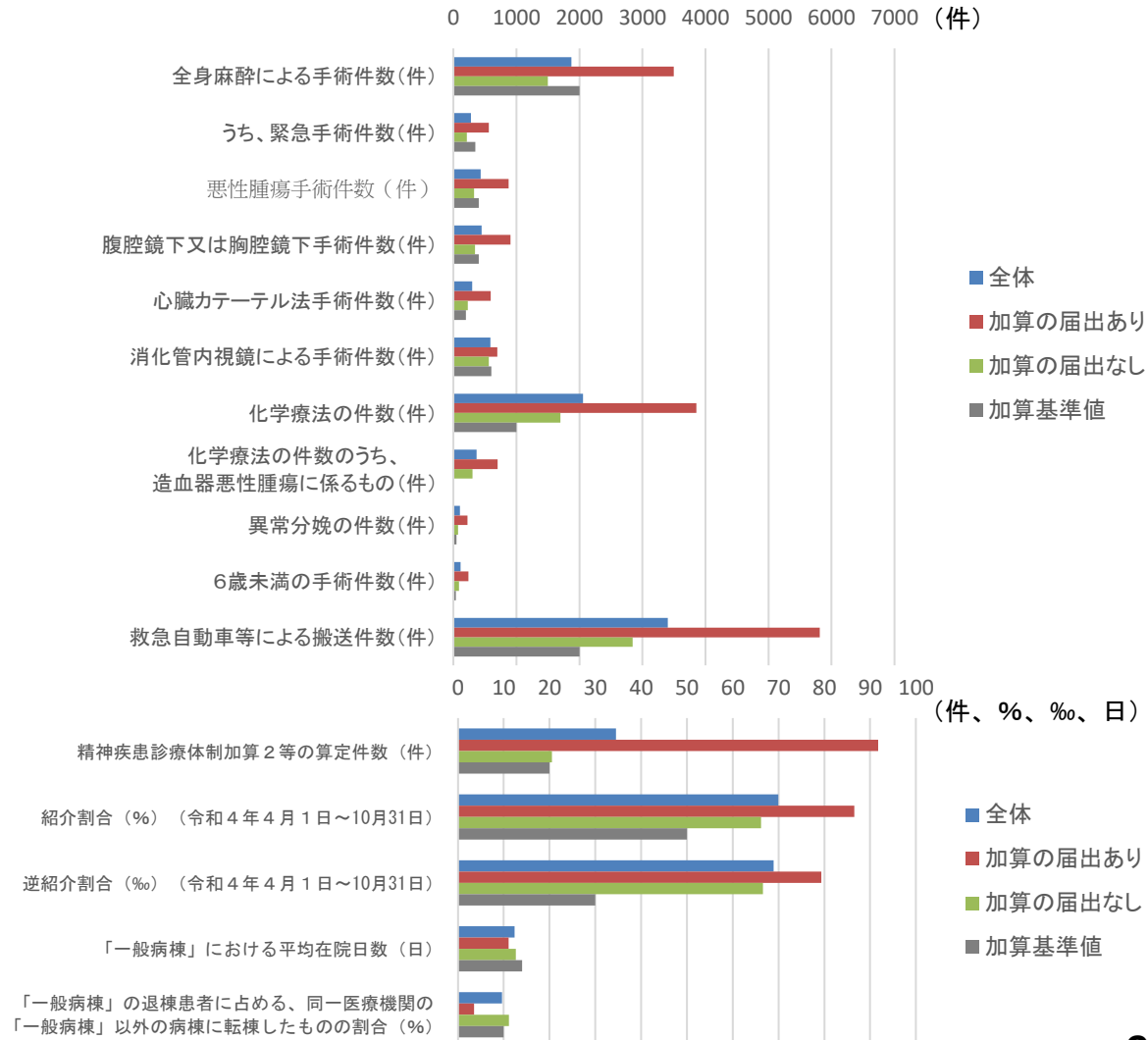
回答施設のうち急性期一般入院料1における急性期充実体制加算の届出状況 (n=508)



急性期充実体制加算の届出状況別の急性期一般入院料1の届出病床数



急性期一般入院料1における施設基準に関連する実績の状況 (n=508)



# 急性期充実体制加算の届出状況②

○ 急性期充実体制加算を届け出していない理由としては、400床以上の急性期病床を有する医療機関においては、「手術等に係る実績」、「入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備」、「特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと」等が多かった。

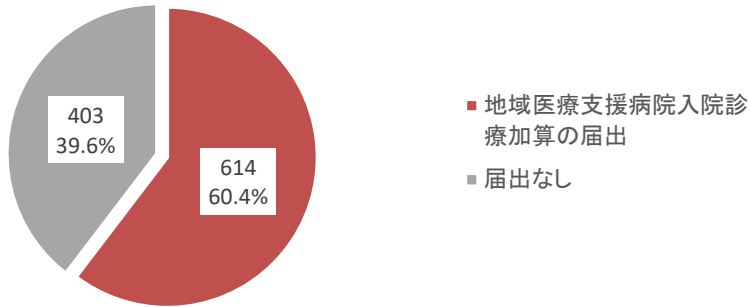
急性期一般入院料1のうち急性期充実体制加算を届け出していない医療機関における  
届け出していない理由  
(複数選択、回答があった施設における選択割合)

(急性期一般入院料1の届出病床数)	手術等に係る実績	化学療法の実施を推進する体制	24時間の救急医療提供	自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備	高度急性期医療に係る体制としての特定入院料に係る要件	感染対策向上加算1の届出	画像診断及び検査を、24時間実施できる体制の確保	薬剤師が調剤を24時間実施できる体制の確保	急性期一般入院料1にかかる届出を行っている病棟について、重症度、医療・看護必要度IIを用いた評価を行っていること	精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1若しくは2の届出	入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制の整備	外来を縮小する体制の確保	療養病棟又は地ケアの届出を行っていないこと	一般病棟の病床数の合計が9割以上であること	同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設がないこと	特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係の賃貸借取引がないこと	平均在院日数14日以内	一般病棟以外の病棟に転棟した患者の割合が1割以上	敷地内における禁煙の取り扱い	第三者評価を受けていること	総合入院体制加算を届出していないこと
200床未満 (n=128)	71.1%	48.4%	28.1%	75.0%	46.9%	56.3%	21.1%	55.5%	11.7%	60.2%	25.8%	39.1%	46.1%	23.4%	18.8%	8.6%	18.0%	10.9%	2.3%	34.4%	34.4%
200-399床 (n=132)	66.7%	14.4%	5.3%	49.2%	9.8%	6.8%	2.3%	6.1%	0.0%	23.5%	28.8%	12.1%	36.4%	25.0%	8.3%	15.2%	9.8%	4.5%	1.5%	11.4%	25.8%
400床以上 (n=32)	46.9%	3.1%	0.0%	6.3%	6.3%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	9.4%	21.9%	6.3%	6.3%	3.1%	3.1%	21.9%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	31.3%

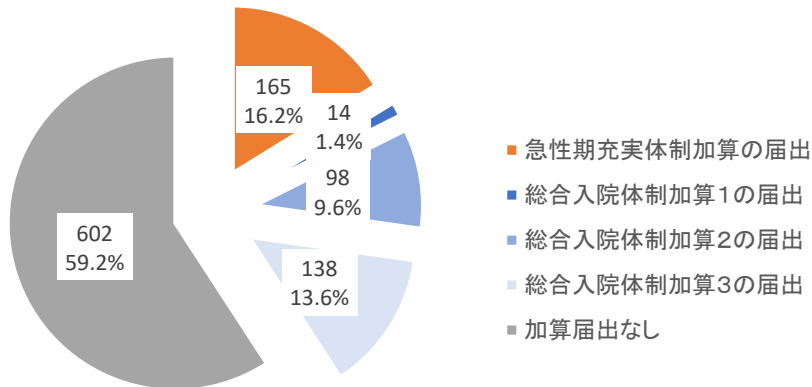
# 急性期医療機関の類型別の小児医療等の実施状況

- 令和4年9月時点で、急性期一般入院料1を届け出ている許可病床数200床以上の医療機関のうち、地域医療支援病院入院診療加算、急性期充実体制加算、総合入院体制加算を届け出ている医療機関における小児、周産期、精神医療に係る診療実績は以下のとおり。
- 総合入院体制加算1を届け出ている医療機関では、小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高い。

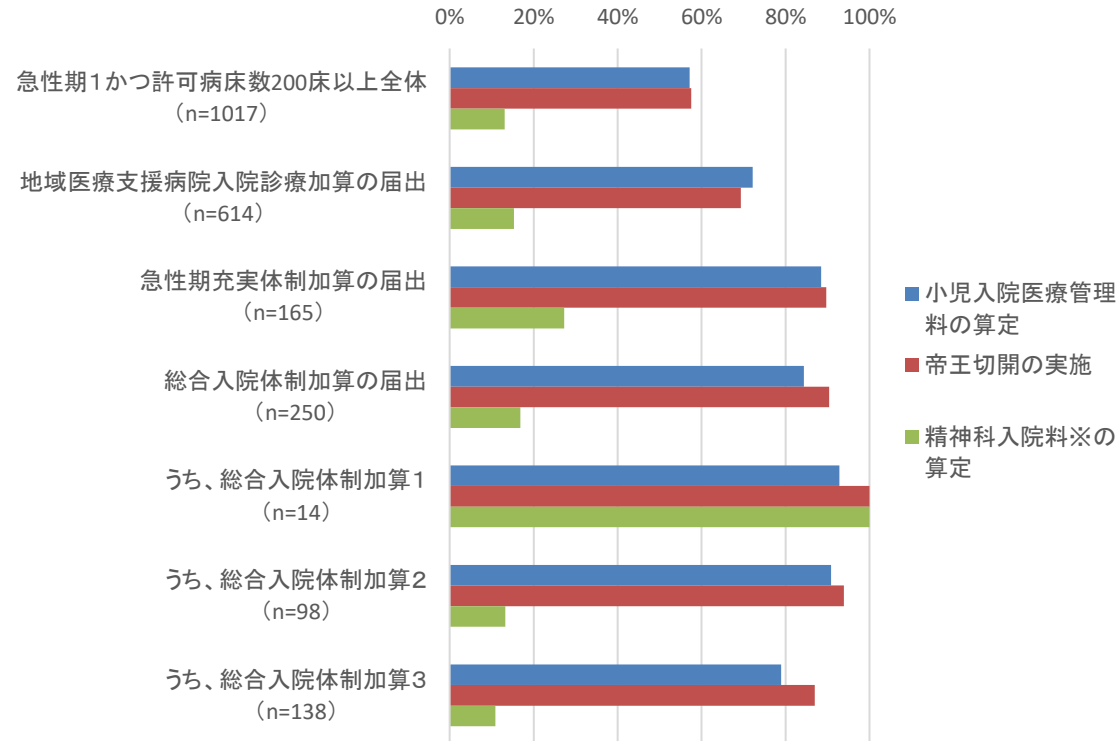
急性期1かつ許可病床数200床以上の医療機関における地域医療支援病院入院診療加算の届出状況



急性期1かつ許可病床数200床以上の医療機関における急性期充実体制加算・総合入院体制加算の届出状況



急性期医療機関の類型別の小児、周産期、精神医療の診療実績

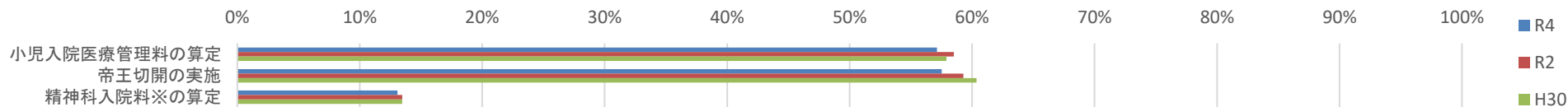


※ 出典：令和4年9月DPCデータ

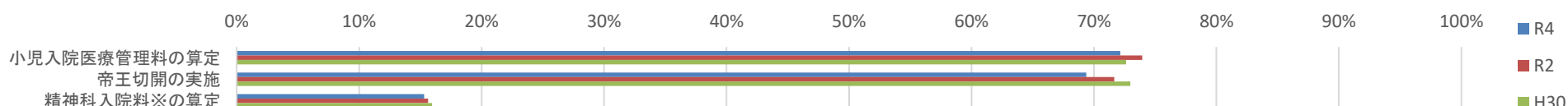
※A103精神病棟入院基本料、A311精神科救急急性期医療入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料又はA318地域移行機能強化病棟入院料

# 急性期医療機関の類型別の小児医療等の実施状況（時系列）

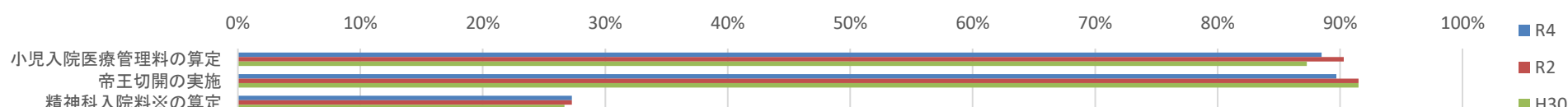
急性期1かつ許可病床数200床以上全体 (n=1017)



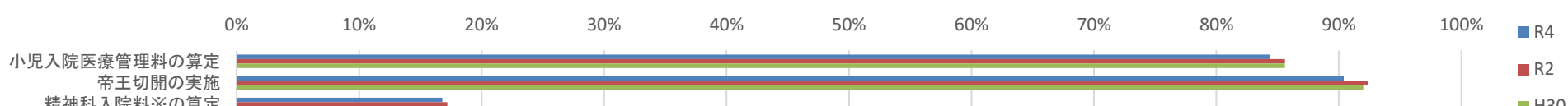
地域医療支援病院入院診療加算 (n=614)



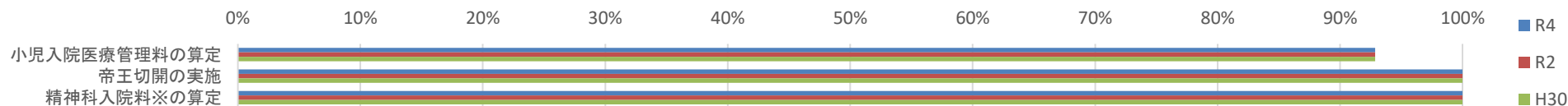
急性期充実体制加算の算定 (n=165)



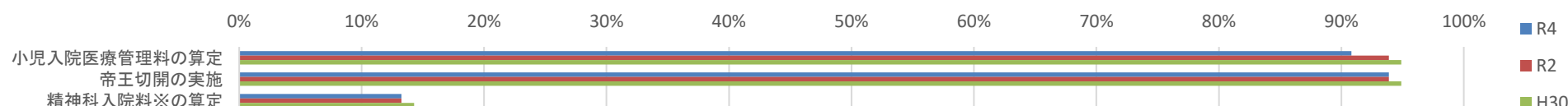
総合入院体制加算の算定 (n=250)



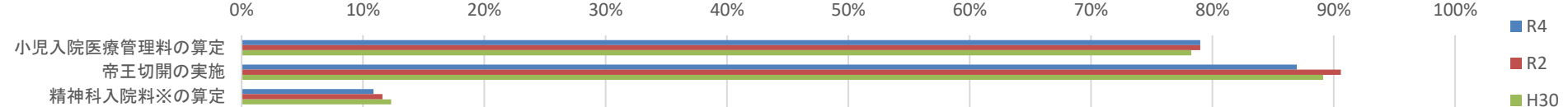
総合入院体制加算1の算定 (n=14)



総合入院体制加算2の算定 (n=98)



総合入院体制加算3の算定 (n=138)

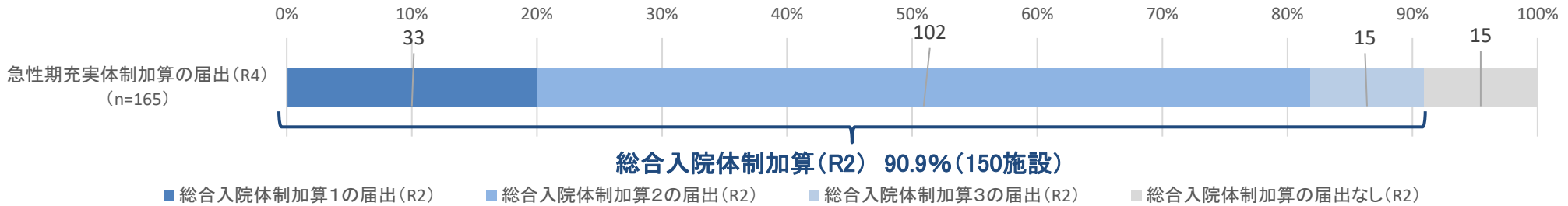


※A103精神科棟入院基本料、A311精神科救急性期医療入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料又はA318地域移行機能強化病棟入院料

# 急性期充実体制加算の届出施設の転換元について

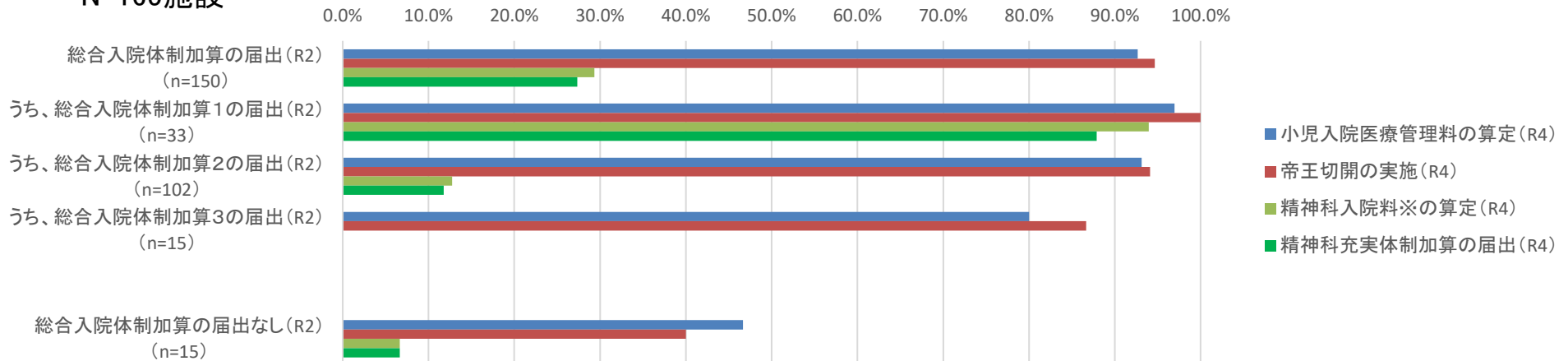
- 令和4年9月時点で、許可病床数200床以上であって、急性期充実体制加算を届け出ている医療機関(165施設)のうち、令和2年9月時点で総合入院体制加算を届け出ていた施設は90.9%(150施設)であった。
- 急性期充実体制加算の届出施設のうち、元々総合入院体制加算を届け出ていた施設では、総合入院体制加算を届け出ていなかった施設に比して、小児、周産期、精神医療に係る診療実績を有する割合が高い。

## 急性期充実体制加算届出施設の転換元の割合



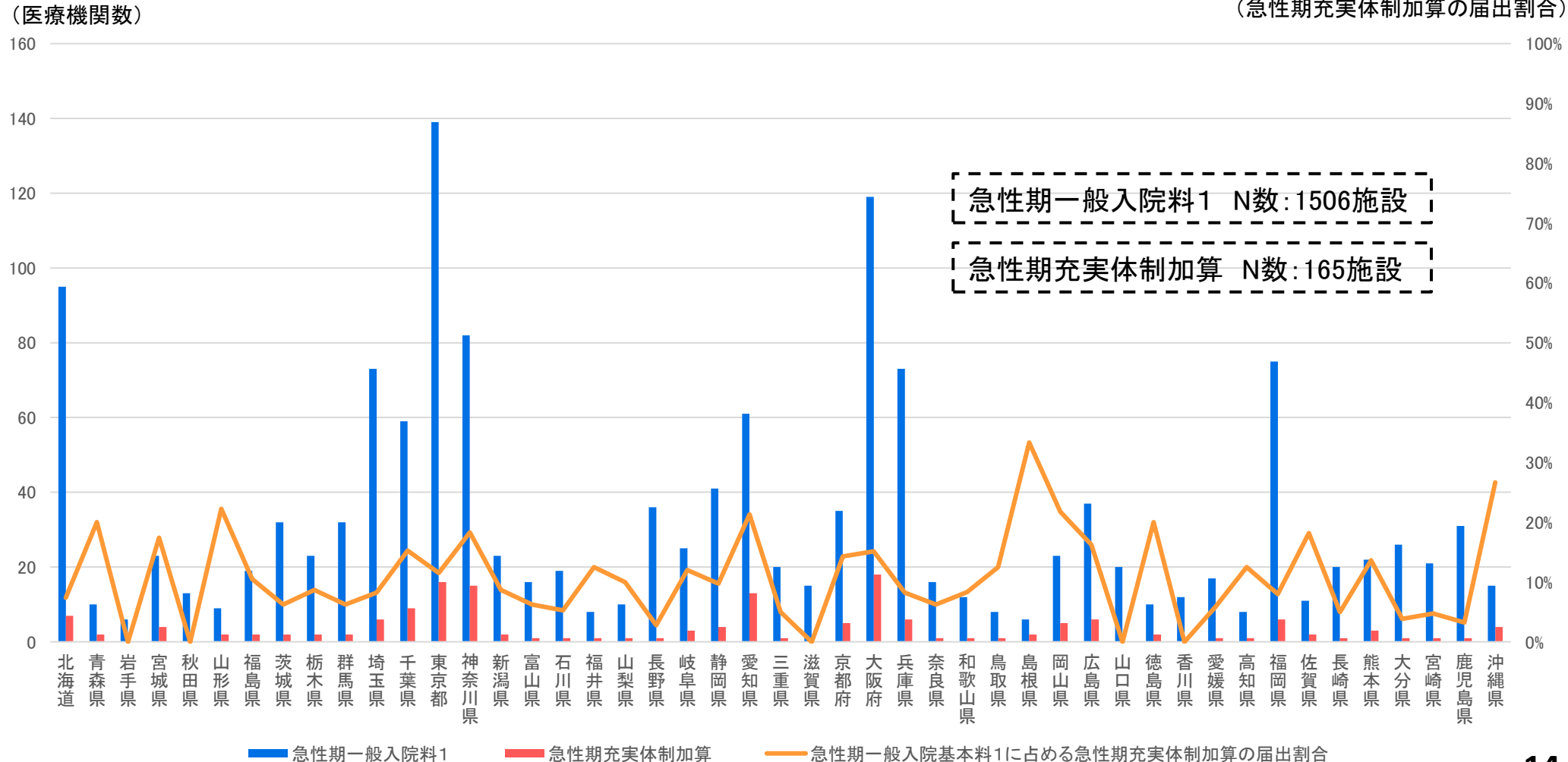
## 急性期充実体制加算届出施設の転換元別の小児、周産期、精神医療の診療実績

N=165施設



# 都道府県別の急性期一般入院料1・急性期充実体制加算の届出状況について

○ 令和4年9月時点における、急性期一般入院料1・急性期充実体制加算の届出状況及び急性期一般入院基本料1届出施設に占める急性期充実体制加算の届出割合について、都道府県ごとにばらつきが見られる。



※出典: 令和4年9月DPCデータ



# 総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出施設ヒアリング結果①

## I. ヒアリング実施状況

ヒアリング実施期間: 令和5年2月～3月実施 保険局医療課による調査

ヒアリング実施施設: 総合入院体制加算届出施設4施設、急性期充実体制加算届出施設9施設

ヒアリング調査の目的: 急性期充実体制加算が新設されたことによる、同加算届出医療機関及び総合入院体制加算届出医療機関における提供体制への影響を把握する

## II. 総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の今後の届出見込みについて

- 急性期充実体制加算の施設基準を満たせば、届出を行う施設がある一方で、重症心身障害者病棟を維持するために今後、急性期充実体制加算の届出を行わない施設があった。(病床数の合計9割以上が一般病床である必要があるため)
- 令和4年4月以前、総合入院体制加算2の届出施設が総合入院体制加算1の施設基準の届出に向け、精神科病床の準備を検討していたが、急性期充実体制加算が新設されたため、精神科病床を持たない決断をし、急性期充実体制加算の届出を行った施設があった。
- 令和4年4月以前、総合入院体制加算2の届出を目指していた施設が、総合入院体制加算の施設基準である「転帰が治癒等の患者の割合が4割以上」の条件を満たせなかったが、急性期充実体制加算が新設されたため、急性期充実体制加算の届出を行った施設があった。

## III. 届出施設別の回答状況

### <総合入院体制加算届出施設>

#### ①急性期充実体制加算の施設基準のうち、満たすことが困難な要件

- 手術の実績要件(手術件数、全身麻酔手術件数、緊急手術件数)
- 一般病棟の病床数の合計が9割以上(重症心身障害者病棟などがあるため)

#### ②総合入院体制加算届出施設の入院受け入れ状況

- 令和4年4月以前の状況と令和5年1月1日時点の状況、今後の見込みについて、大きく体制を変更している施設は無かった。
- 地域の医療機関との役割分担、入院受け入れの状況については、以下の通り。

小児医療 受け入れ・標榜 (4施設／4施設)	<ul style="list-style-type: none"><li>総合周産期母子医療センターのNICUが満床の場合、地域周産期母子医療センターとして新生児搬送を受け入れている。</li><li>地域医療支援病院として地域の医療機関と連携し、小児輪番制にも参加している。</li><li>小児地域医療センターとして、小児救急医療を24時間対応している。</li></ul>
周産期医療 受け入れ・標榜 (4施設／4施設)	<ul style="list-style-type: none"><li>地域周産期母子医療センターとして、地域と連携して周産期医療を行っている。</li><li>高度な周産期医療及び24時間体制による周産期救急医療(緊急手術含む)を提供している。</li><li>精神症状を有する妊婦等の複合的な疾患を有する患者の診療体制については、4施設とも受け入れ可能。</li></ul>
精神科入院医療 受け入れ・標榜 (4施設／4施設)	<ul style="list-style-type: none"><li>2つの精神科病棟にて精神科入院医療を提供している。</li><li>精神科救急医療体制に参加し、措置入院も受け入れている。</li><li>総合病院の特性を活かした精神科機能、連携医療を提供し、精神科救急を持つ施設と輪番体制を取っている。</li><li>精神科として身体合併症を有する患者の対応が地域で求められているため維持する必要がある。</li><li>総合病院でしか対応できない症例に対し、速やかな対応を行うなど急性期医療に特化し、単科精神科病院との機能分化を行っている。</li></ul>

# 総合入院体制加算及び急性期充実体制加算の届出施設ヒアリング結果②

## ＜急性期充実体制加算届出施設＞

### ①急性期充実体制加算届出施設の入院受け入れ状況

- 令和4年4月以前の状況と令和5年1月1日時点の状況について、大きく体制を変更している施設は無かった。今後の計画として、精神疾患・身体合併症患者への診療体制充実のため、精神疾患・身体合併症専用病床の配置を検討している施設があった。
- 地域の医療機関との役割分担、入院受け入れの状況については、以下の通り。

<p><b>小児医療</b> 受け入れ・標榜 (9施設／9施設)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児救急医療の三次受け入れ、人工呼吸器管理、血液浄化療法を要する患者、重症心身障害児のメディカルショートステイの受け入れ等を行っている。</li> <li>主に小児心身症や発達障害について専門的な治療を行っている。</li> <li>小児を含む救急の受け入れを行っている(小児外科含む)。小児病床をコロナ病床として運用していたが、状況が落ち着けば、小児入院医療管理料の再届出を行う。</li> </ul>
<p><b>周産期医療</b> 受け入れ・標榜 (9施設／9施設)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科疾患のあるハイリスク妊産婦の対応や外国人の受け入れも多く行っている</li> <li>合併症を有する妊娠も他科と連携して周産期医療を提供している。ハイリスクの妊産婦はNICUを有する施設と連携を行っている。</li> <li>合併症妊娠など突発な緊急事態に備えた体制を整備している。</li> <li>精神症状を有する妊婦等の複合的な疾患を有する患者の診療体制については、9施設とも受け入れ可能。</li> </ul>
<p><b>精神科入院医療</b> 受け入れ・標榜 (7施設／9施設)</p> <p>※「精神科主科としての入院受け入れを行っていない」、「精神科標榜なし」の施設が2施設</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神科救急の基幹病院として、身体合併症のある患者の受け入れ、摂食障害等で身体管理の必要な若年の患者の受け入れ等、他の精神科単科病院での対応困難事例について、受け入れを行っている。</li> <li>急性期の精神患者を中心に受け入れを行っている。</li> <li>入院が必要な急性期の精神患者や精神疾患を有する妊産婦について、受け入れを行っている。</li> <li>精神科救急・合併症に特化して受け入れを行っている。</li> <li>精神疾患のある急性期治療を必要とする救急患者の受け入れを行っている。</li> <li>精神科専用病床を持っていないため、精神科が主科の患者の受け入れは行っていない。</li> </ul>

## IV. その他、急性期入院医療の診療報酬上の評価についての意見

- 地域の特性やそのニーズに応えるべく、高度救命救急センターや周産期母子医療センターなどの急性期医療のみならず、結核やホスピス・重症心身障害者病棟を含め、総合且つ専門的な医療提供を実践している。このような地域の特性を踏まえた急性期医療の評価をして欲しい。
- 一般病院でも取得できるような急性期充実体制加算ではなく、地域の最後の砦として複雑な疾患を受け入れている病院に対し、さらに上の評価があって欲しい。
- 総合入院体制加算の実績要件として、手術件数や手術項目で限定されるため、地方の中核病院で全身麻酔件数2,000件、緊急手術350件といった実績をクリアするのは困難である。
- 精神科領域では、認定看護師などの資格を持った看護師、精神保健福祉士が非常に少なく、体調不良や退職により途端に運用できなくなる。地方の人材維持や確保の困難に対して緩和等の配慮を設けて欲しい。

# 課題と論点

## (急性期充実体制加算)

- 地域において高度急性期・急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で、急性期入院医療を実施するための体制を確保している医療機関に対する評価として、急性期充実体制加算が令和4年度診療報酬改定で新設された。
- 令和4年9月時点(DPCデータ)において、全国で1506の急性期一般入院料1を届出している医療機関のうち、165が急性期充実体制加算の届出を行っていた。
- 165の急性期充実体制加算を届出している医療機関のうち、約9割はこれまで総合入院体制加算の届出を行っていた医療機関であり、総合入院体制加算の届出を行っていた医療機関においては、小児入院管理料の算定、帝王切開の実施、精神科入院料の算定している割合が高かった。
- また、都道府県別で比較すると、届出を行っている医療機関数はばらつきがあり、5県で届出がなかった。

## (総合入院体制加算)

- 総合入院体制加算の届出医療機関は、急性期充実体制加算の新設を受けて、395施設(令和3年)から257施設(令和4年)まで減少した。
- ヒアリングにおいては、急性期充実体制加算の実績要件は満たしているものの、重症心身障害児のための病棟を保持するために、一般病床9割の基準を満たせない医療機関や地域のニーズに応じるため精神科病棟を維持する判断をしている医療機関も存在した。



## 【論点】

- 急性期充実体制加算が新設されたことを踏まえ、急性期病棟において手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有していることや総合的に幅広い診療を行う体制に対する評価についてどのように考えるか。

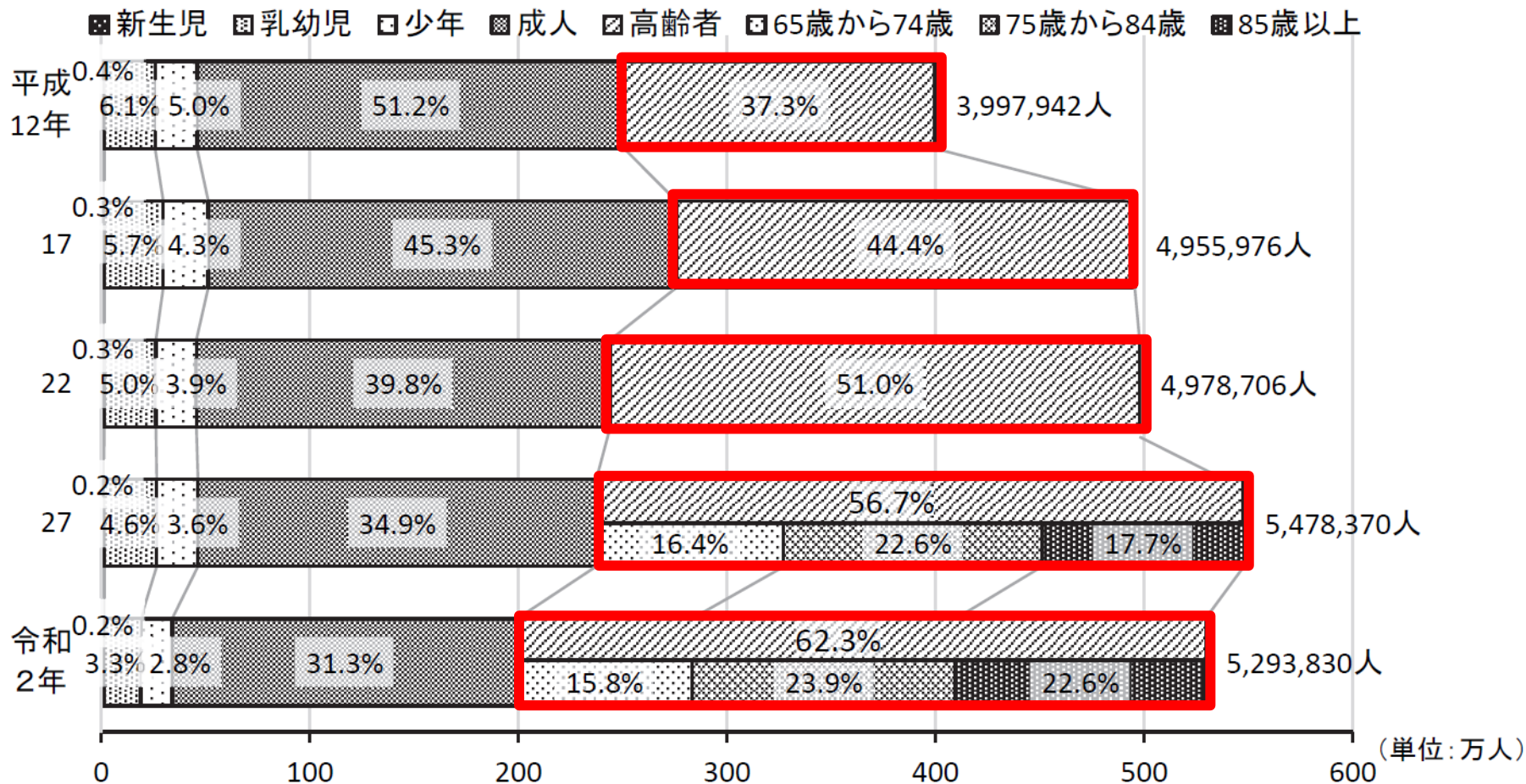
1. 急性期入院医療について(その1)

**2. 地域包括ケア病棟について(その1)**

3. 横断的事項等について(その1)

# 年齢区分別搬送人員構成比率の推移

○ 高齢者の搬送割合の中でも、特に75歳から84歳、85歳以上の割合が増加傾向にある。

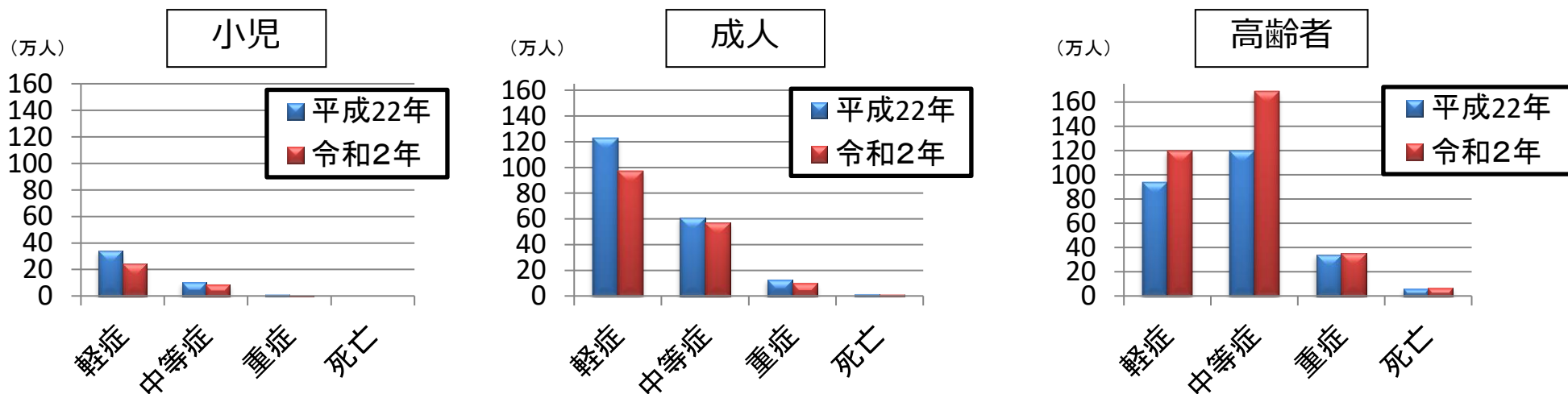


- 1 割合の算出に当たっては、端数処理（四捨五入）のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。
- 2 東日本大震災の影響により、平成22年は陸前高田市消防本部のデータを除いた数値で集計している。



# 10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人
重症	1.1万人	12.7万人	34.0万人
中等症	10.2万人	61.2万人	119.8万人
軽症	34.1万人	122.8万人	93.9万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人

令和2年中

	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.06万人 0.03万人減 ▲33%	1.2万人 0.4万人減 ▲25%	6.5万人 0.6万人増 10%
重症	0.7万人 0.4万人減 ▲36%	9.7万人 3.0万人減 ▲24%	35.3万人 1.3万人増 4%
中等症	8.8万人 1.4万人減 ▲14%	57.0万人 4.2万人減 ▲7%	168.5万人 48.7万人増 41%
軽傷	24.4万人 10.3万人減 ▲30%	97.4万人 25.4万人減 ▲21%	119.4万人 25.5万人増 27%
総人口	1835.9万人 213.7万人減 ▲10%	7176.0万人 631.7万人減 ▲8%	3602.7万人 654.3万人 22%

傷病程度とは、救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、**初診時における医師の診断**に基づき、分類する。

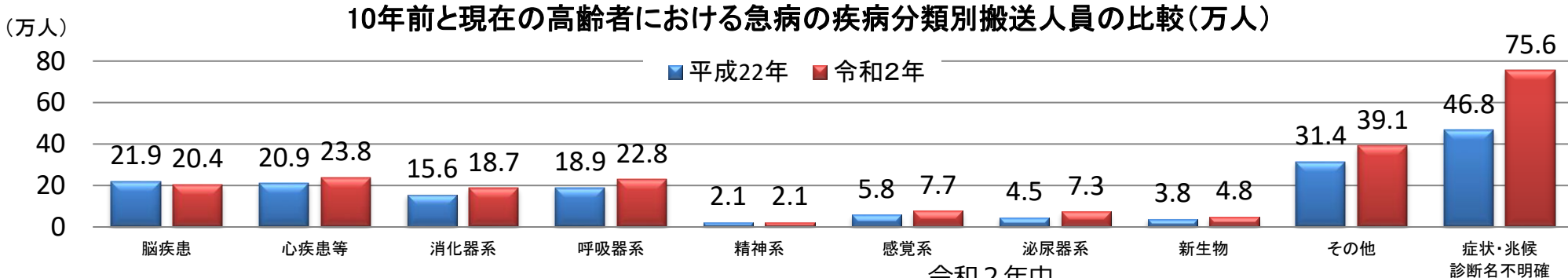
死亡：初診時において死亡が確認されたもの  
重症（長期入院）：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの  
中等症（入院診療）：傷病程度が重症または軽症以外のもの  
軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの

「救急・救助の現況」（総務省消防庁）のデータをもとに分析したもの



# 10年前と現在の救急自動車による急病の疾病分類別搬送人員の比較

○ 急病のうち、高齢者の「脳卒中」「精神系」を除いた疾患と、成人の「症状・徴候・診断名不明確」が増加している。



平成22年中

	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.6万人	8.2万人	21.9万人
心疾患等	0.1万人	7.0万人	20.9万人
消化器系	1.6万人	15.2万人	15.6万人
呼吸器系	2.5万人	6.3万人	18.9万人
精神系	0.5万人	9.9万人	2.1万人
感覚系	1.8万人	6.2万人	5.8万人
泌尿器系	0.1万人	5.7万人	4.5万人
新生物	0.01万人	1.4万人	3.8万人
その他	5.0万人	23.1万人	31.4万人
症状・徴候 診断名不明確	9.9万人	30.8万人	46.8万人
総人口	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人



令和2年中

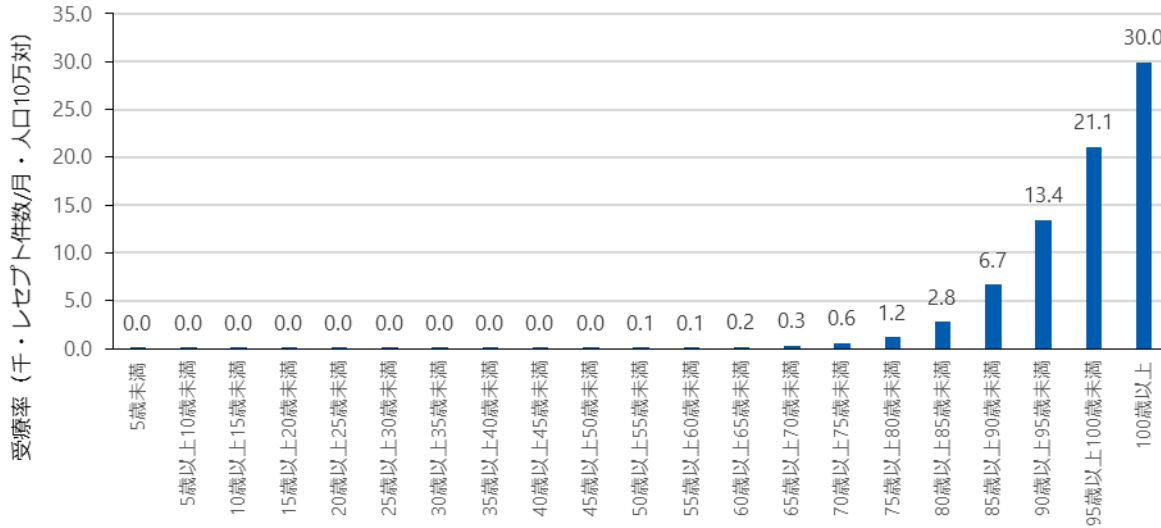
	小児	成人	高齢者
脳疾患	0.3万人 (0.3万人減)	5.7万人 (2.5万人減)	20.4万人 (1.5万人減)
心疾患等	0.1万人	5.9万人 (1.1万人減)	23.8万人 (2.9万人増)
消化器系	1.0万人 (0.6万人減)	11.3万人 (3.9万人減)	18.7万人 (3.1万人増)
呼吸器系	1.5万人 (1.0万人減)	5.5万人 (0.8万人減)	22.8万人 (3.9万人増)
精神系	0.4万人 (0.1万人減)	7.2万人 (2.7万人減)	2.1万人
感覚系	1.3万人 (0.5万人減)	6.0万人 (0.2万人減)	7.7万人 (1.9万人増)
泌尿器系	0.1万人	5.8万人 (0.1万人減)	7.3万人 (2.8万人増)
新生物	0.01万人	1.2万人 (0.2万人減)	4.8万人 (1.0万人増)
その他	3.7万人 (1.3万人減)	19.5万人 (3.6万人減)	39.2万人 (7.8万人増)
症状・徴候 診断名不明確	8.7万人 (1.2万人減)	37.8万人 (7.0万人増)	75.6万人 (28.8万人増)
総人口	1835.9万人 (213.7万人減)	7176.0万人 (631.7万人減)	3602.7万人 (654.3万人増)

(出典) 救急・救助の現況(総務省消防庁)のデータをもとに分析したもの

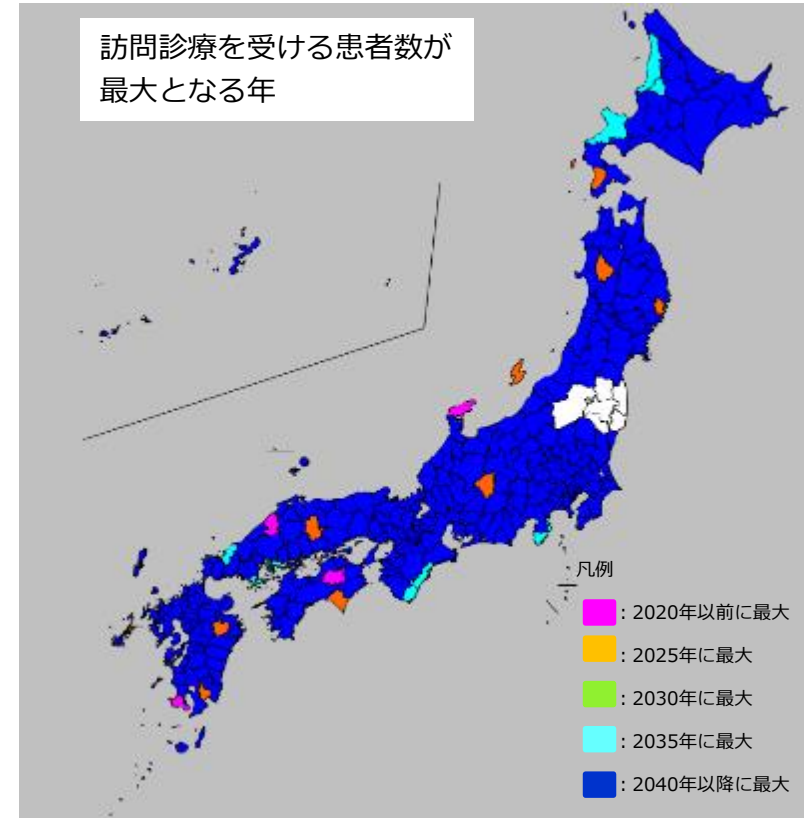
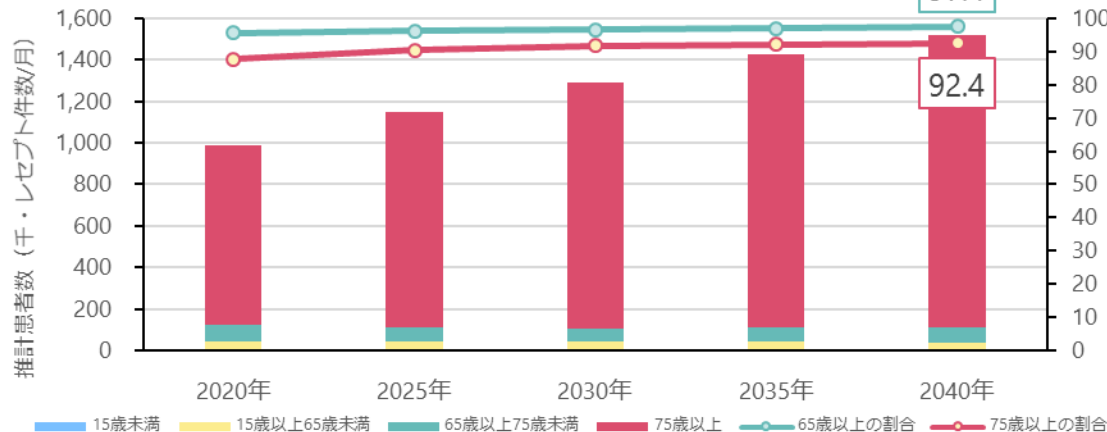
# 訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることを見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることを見込まれる。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計

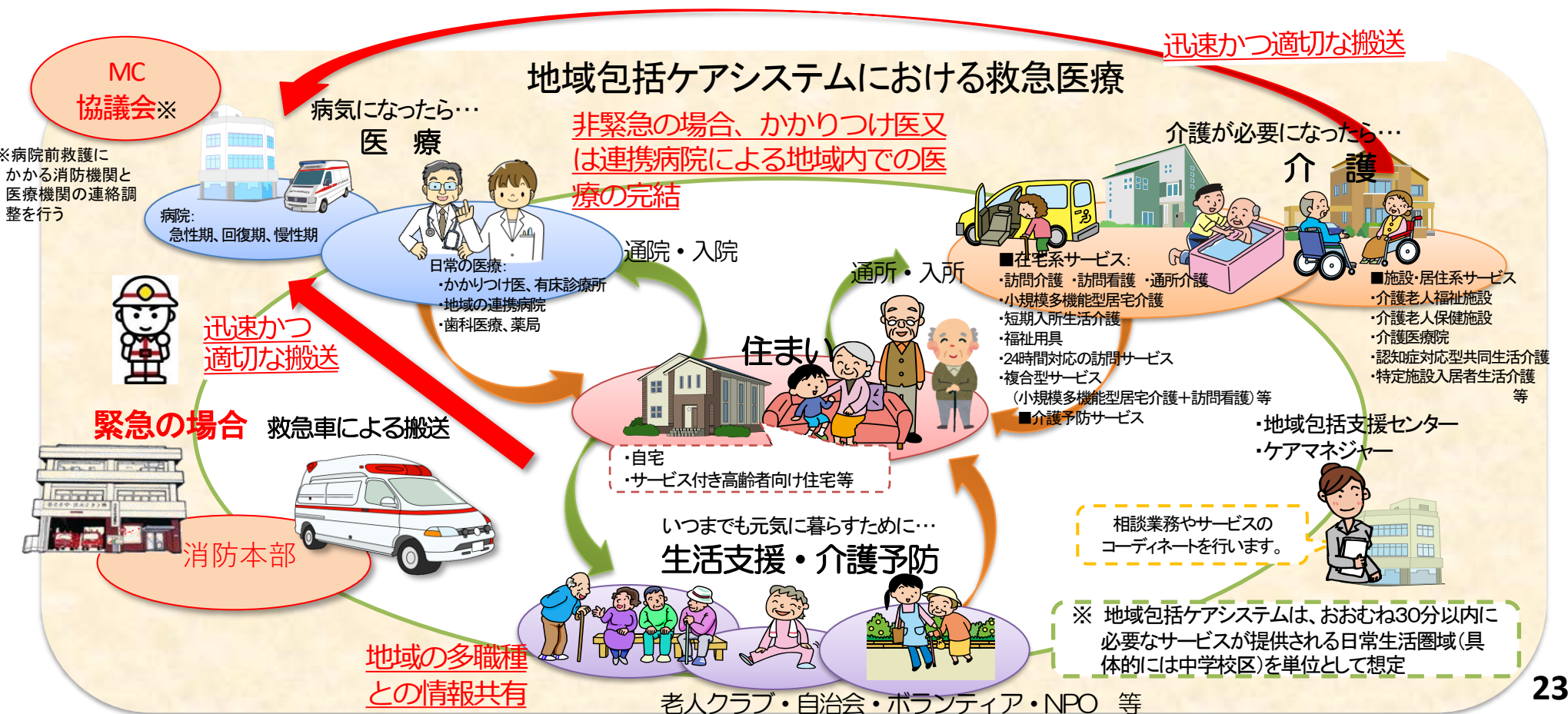


【出典】  
 受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。  
 推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。  
 ※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。  
 ※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。  
 ※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

# 地域包括ケアシステムにおける救急医療の役割（在宅・介護施設の高齢者の支援）

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

- 慢性期の方は、日常的に地域包括支援センター・ケアマネジャー等、地域の保健医療福祉の関係者の支援を受けていることが多い。
- こうした関係者と消防機関が連携して情報共有に取り組むことで、救急車をどのような場合に利用すべきかに関する理解を深めてもらうとともに、医師の診療が必要な場合でもできる限り地域のかかりつけ医で完結することが望ましい。
- 介護施設等に入所している高齢者についても、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。



## テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

### (1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかりと受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

### (2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないかと。

### (3) 入退院支援

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

### (4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。



# これまでの中医協総会等における急性期入院医療等に係る主な意見

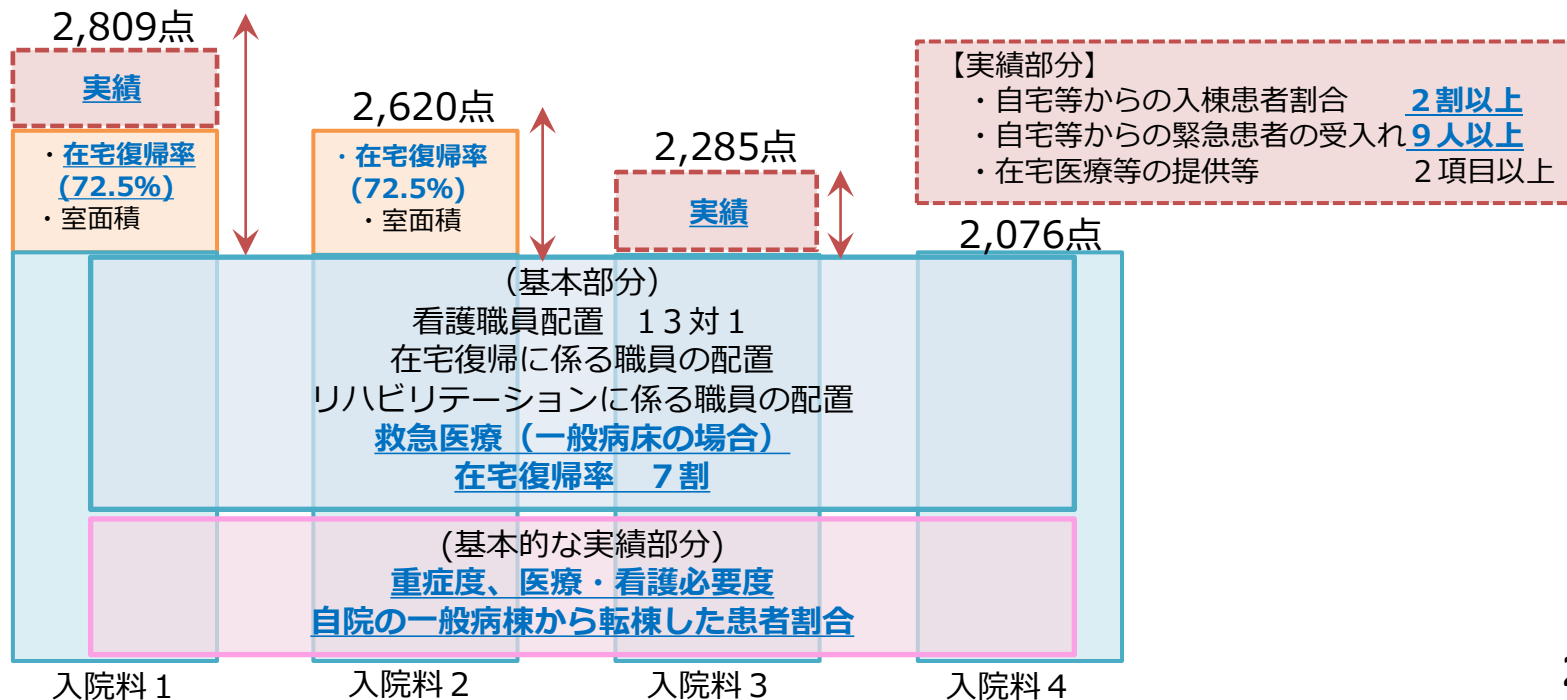
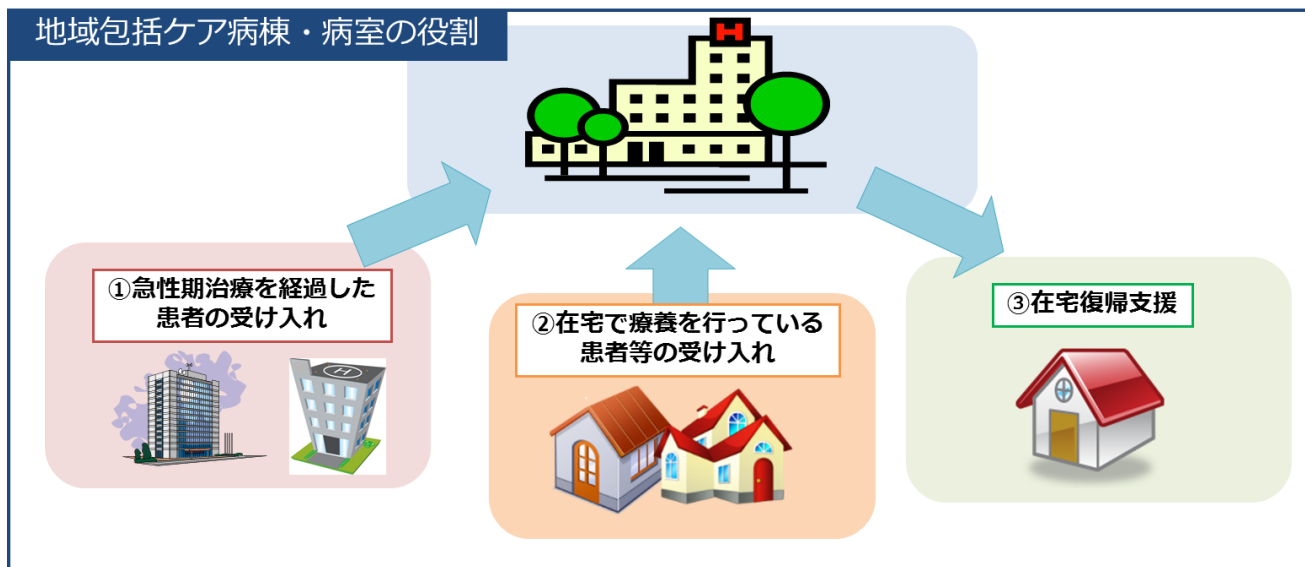
## <令和5年5月17日 中医協総会（医療計画について）>

- 救急医療における機能分化のためには、三次医療機関が求められている役割をより果たすためにも、三次医療機関での対応が求められる患者への対応により重点化すべきではないか。
- 救急医療における機能分化のためには、各地域の二次医療機関、三次医療機関がそれぞれの役割を果たすことが重要ではないか。
- 救急搬送される高齢患者については、誤嚥性肺炎や尿路感染症が迅速に治療され結果的に早期に回復する場合でも、発症の段階では重篤な疾患との判別が困難な場合があるため、不必要に救急搬送されている場合が多いわけではないことに留意すべきではないか。
- 高齢者救急においては、重篤度の判断が困難な場合もあり、高齢者ということだけで地域包括ケア病棟で救急搬送を受け入れるものとすべきではないのではないか。
- 救急搬送で三次救急医療機関に搬送され、結果的に三次救急医療機関以外でも対応可能な病態の患者出会った場合には、迅速に下り搬送を行うことが重要ではないか。
- 三次救急医療機関等に搬送された患者の下り搬送に当たっては、救急外来等において転院のための情報収集を行う体制が必要ではないか。
- 急性期充実体制加算の新設による総合入院体制加算の届出医療機関数の減少が地域の周産期医療体制にどのように影響していくのか注視すべきではないか。
- 人口構造の変化を踏まえれば、2025年に向けた地域医療構想の取組は引き続き推進すべきではないか。
- 医療計画に掲げられる目標の達成や地域医療構想の推進においては、補助金との役割分担に留意しつつ、不足している部分については引き続き診療報酬による対応を検討すべきではないか。

## <令和5年6月8日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

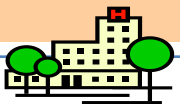
- 急性期一般入院料を算定する病棟においても要介護度の高い患者や認知症を有する患者を多く受け入れている現状があるため、本来的に適切な介護人材の配置のあり方とともに、重症度、医療・看護必要度のあり方についても検討すべきではないか。
- 医師による診察の頻度や入院継続の理由に着目すると、急性期一般入院料2～6の入院患者と地域包括ケア病棟の入院患者は、全体像としては異なるのではないか。
- 高齢者の急性期疾患をどのような機能を持つ病棟で受け入れるべきかについての議論においては、高齢者の急性期の病態としてどのようなものが多いかについて、医療資源の投入の状況や入院料間での比較も含め分析してはどうか

# 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)





# 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
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							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	<u>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。）</u>							
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 <b>12%</b> 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ <b>8%</b> 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>		-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) <u>(満たさない場合85/100に減算)</u>	
自宅等から入棟した患者割合	<b>2割</b> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) <u>(「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)</u>		<b>2割</b> 以上 (管理料の場合、10床未満は3月で <b>8人</b> 以上)		<b>いずれか1つ以上</b> (満たさない場合90/100に減算) <u>(「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)</u>	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <b>9人</b> 以上				3月で <b>9人</b> 以上			
在宅医療等の実績	○（2つ以上）				○（2つ以上）			
在宅復帰率	<b>7割2分5厘</b> 以上				<b>7割以上</b> （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 <u>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）</u>							
点数（生活療養）	2,809点（2,794点）		2,620点（2,605点）		2,285点（2,270点）		2,076点（2,060点）	

・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

## 地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準

### 在宅医療等の実績

- ① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ③ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- ④ 当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- ⑤ 同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- ⑥ 当該保険医療機関において退院時共同指導料2及び**外来在宅共同指導料1**の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

## 経過措置について（入院Ⅱ）①

	区分番号	項目	経過措置
1	A101	療養病棟入院基本料	令和4年3月31日において現に療養病棟入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。
2	A101	療養病棟入院基本料（注11）	療養病棟入院基本料の注11に規定する診療料は、令和6年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
3	A101	療養病棟入院基本料（注11）	令和4年3月31日において、現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、FIMの測定を行っているものとみなす。
4	A106等	障害者施設等入院基本料の注10等に規定する夜間看護体制加算等	令和4年3月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和4年9月30日までの間に限り、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する基準を満たしているものとする。
5	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料1～4	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、「新規入院患者のうちの重症の患者の割合」に係る施設基準を満たしているものとする。
6	A308	回復期リハビリテーション病棟入院料5・6	令和4年3月31日時点で、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、改正前の点数表に従い算定を行うことができる。
7	A308-3	地域包括ケア病棟入院料（200床以上400床未満の医療機関に限る。）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟を有するものについては、令和4年9月30日までの間に限り、自院の一般病棟から転棟した患者の割合に係る施設基準を満たしているものとする。
8	A308-3	地域包括ケア病棟入院料	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和4年9月30日までの間に限り、自宅等から入棟した患者割合、自宅等からの緊急患者の受入、在宅医療等の実績及び在宅復帰率に係る施設基準を満たしているものとする。
9	A308-3	地域包括ケア病棟入院料（100床以上の医療機関）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、入退院支援加算1の届出を要さないこととする。

## 経過措置について（入院Ⅱ）②

	区分番号	項目	経過措置
10	A308-3	地域包括ケア病棟入院料 （一般病床に限る。）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っている病棟については、令和5年3月31日までの間に限り、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に該当するものとみなす。
11	A308-3	地域包括ケア病棟入院料 （療養病床に限る。）	令和4年3月31日時点で、地域包括ケア病棟入院料又は入院医療管理料の届出を行っている病棟については、令和4年9月30日までの間に限り、当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が6割以上であること・当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前3月間において30人以上であること・救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていることの要件を満たしているものとする。

- 地域包括ケア病棟入院料及び管理料1・2を届け出ている施設の多くは、急性期一般入院料を届け出ている。
- 地域包括ケア病棟入院料・管理料3・4を届け出ている施設のうち半数は、療養病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料をそれぞれ届け出ている。

入院料別の届出病床の状況（令和4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		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
回答施設数		285	200	8
届出率	急性期一般入院料	72.6%	87.5%	50.0%
	地域一般入院料	0.4%	1.0%	0.0%
	回復期リハビリテーション病棟入院料	40.0%	35.0%	50.0%
	療養病棟入院料	29.5%	21.0%	50.0%
	障害者施設等入院基本料	3.5%	3.5%	0.0%
	緩和ケア病棟入院料	1.8%	5.0%	0.0%

# 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（40床あたり）

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
回答病棟数		214	159	9
平均病床数		39.15	38.51	29.22
40床あたり平均職員数	看護師	19.00	17.89	13.76
	准看護師	1.96	1.55	2.23
	看護師及び准看護師	20.96	19.44	15.99
	看護補助者	6.94	5.79	6.25
	看護補助者のうち、介護福祉士	1.62	1.68	0.44
	薬剤師	0.58	0.58	0.47
	管理栄養士	0.34	0.28	0.25
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	3.04	2.58	4.10
	相談員	0.80	0.64	0.77
	医師事務作業補助者	0.22	0.24	0.07
	その他の職員	0.80	0.35	0.16

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（病棟票）



(参考) 一般病棟入院基本料等を算定する病棟の平均職員数 (40床あたり)

診調組 入-1  
5. 6. 8 改

入院料		急性期 一般入院料 1	急性期 一般入院料 2~3	急性期 一般入院料 4~6	地域一般 入院料 1~2	地域一般 入院料3	専門病院 入院基本料 (7対1)	特定機能病院 入院基本料 (一般7対1)	小児入院 医療管理料
回答病棟数		1876	73	152	40	45	25	456	90
平均病床数		43.61	46.19	45.91	43.08	44.84	44.92	43.33	32.47
40床あたり平均職員数	看護師	31.53	28.86	24.54	17.99	16.56	26.59	33.04	23.52
	准看護師	0.29	0.34	1.52	4.42	4.08	0.04	0.01	0.01
	看護師及び准看護師	31.82	29.20	26.06	22.41	20.64	26.63	33.05	23.54
	看護補助者	4.26	4.31	5.29	6.38	6.87	2.49	3.26	1.61
	看護補助者のうち、介護福祉士	0.38	0.50	0.75	0.72	1.45	0.00	0.02	0.04
	薬剤師	1.31	0.83	1.02	0.58	0.71	0.49	1.05	0.71
	管理栄養士	0.27	0.18	0.54	0.43	0.60	0.12	0.26	0.16
	理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	0.95	2.19	1.05	3.82	2.82	0.00	2.05	0.62
	相談員	0.32	0.42	0.28	0.61	0.52	0.00	0.15	0.11
	医師事務作業補助者	0.23	0.29	0.33	0.37	0.20	0.49	0.32	0.17
	保育士	0.02	0.03	0.03	0.03	0.00	0.00	0.01	0.73
その他の職員	0.35	0.28	0.85	0.33	1.21	0.00	0.17	0.15	

# 地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、33.1%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、48.2%であった。

## 【入棟元】(n=2,838)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	33.1%
介護施設等	介護老人保健施設	2.1%
	介護医療院	0.1%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	3.1%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.6%
	障害者支援施設	0.1%
他院	他院の一般病床	17.3%
	他院の一般病床以外	1.0%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	27.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.6%
	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	0.4%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.1%
	自院のその他の病床	0.1%
	特別の関係にある医療機関	0.5%
有床診療所	0.0%	
その他	0.1%	

地域包括ケア病棟・病室

## 【退棟先】(n=805)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.1%
	自宅(在宅医療の提供なし)	48.2%
介護施設等	介護老人保健施設	6.5%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	6.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	6.3%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.9%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.0%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.5%
	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	0.7%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	2.7%
自院	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.4%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	2.2%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.1%
	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	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.7%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.1%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%
有床診療所(上記以外)	0.0%	
死亡退院	7.2%	
その他	0.4%	

## 参考: 令和2年度入院医療等における実態調査

### 【入棟元】(n=2,115)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	8.8%
	自宅(在宅医療の提供なし)	25.4%
介護施設等	介護老人保健施設	2.6%
	介護医療院	0.0%
	介護療養型医療施設	0.1%
	特別養護老人ホーム	2.9%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	1.5%
他院	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	1.7%
	障害者支援施設	0.3%
	他院の一般病床	12.0%
	他院の一般病床以外	1.5%
自院	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	40.8%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.9%
	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	0.0%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
特別の関係にある医療機関	0.0%	
有床診療所	0.1%	
その他	1.1%	

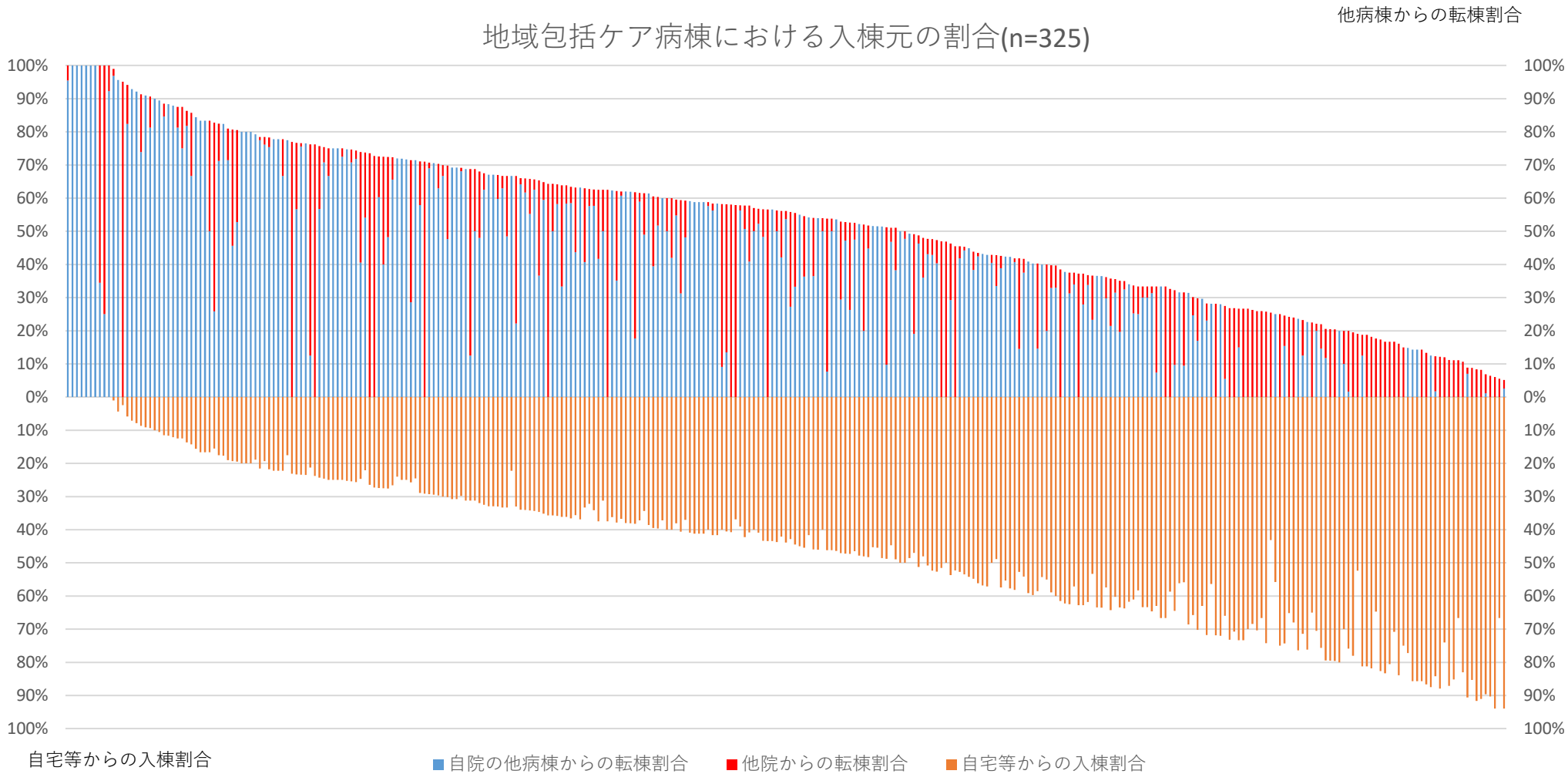
### 【退棟先】(n=546)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	11.2%
	自宅(在宅医療の提供なし)	50.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.6%
	介護医療院	0.4%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	4.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.6%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム、サービス付高齢者向け住宅等)	2.7%
	障害者支援施設	0.2%
他院	他院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	3.5%
	他院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	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	1.8%
	他院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	1.6%
自院	他院の精神病床	0.2%
	他院のその他の病床	0.0%
	自院の一般病床(地域一般、回リハ、地ケア以外)	1.3%
	自院の地域一般入院基本料を届け出ている病床	0.2%
	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	1.1%
	自院の療養病床(回リハ、地ケア以外)	0.0%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%
	特別の関係にある医療機関	0.0%
	有床診療所(介護サービス提供医療機関)	0.0%
有床診療所(上記以外)	0.4%	
死亡退院	4.9%	
その他	0.0%	
無回答	5.9%	

地域包括ケア病棟・病室

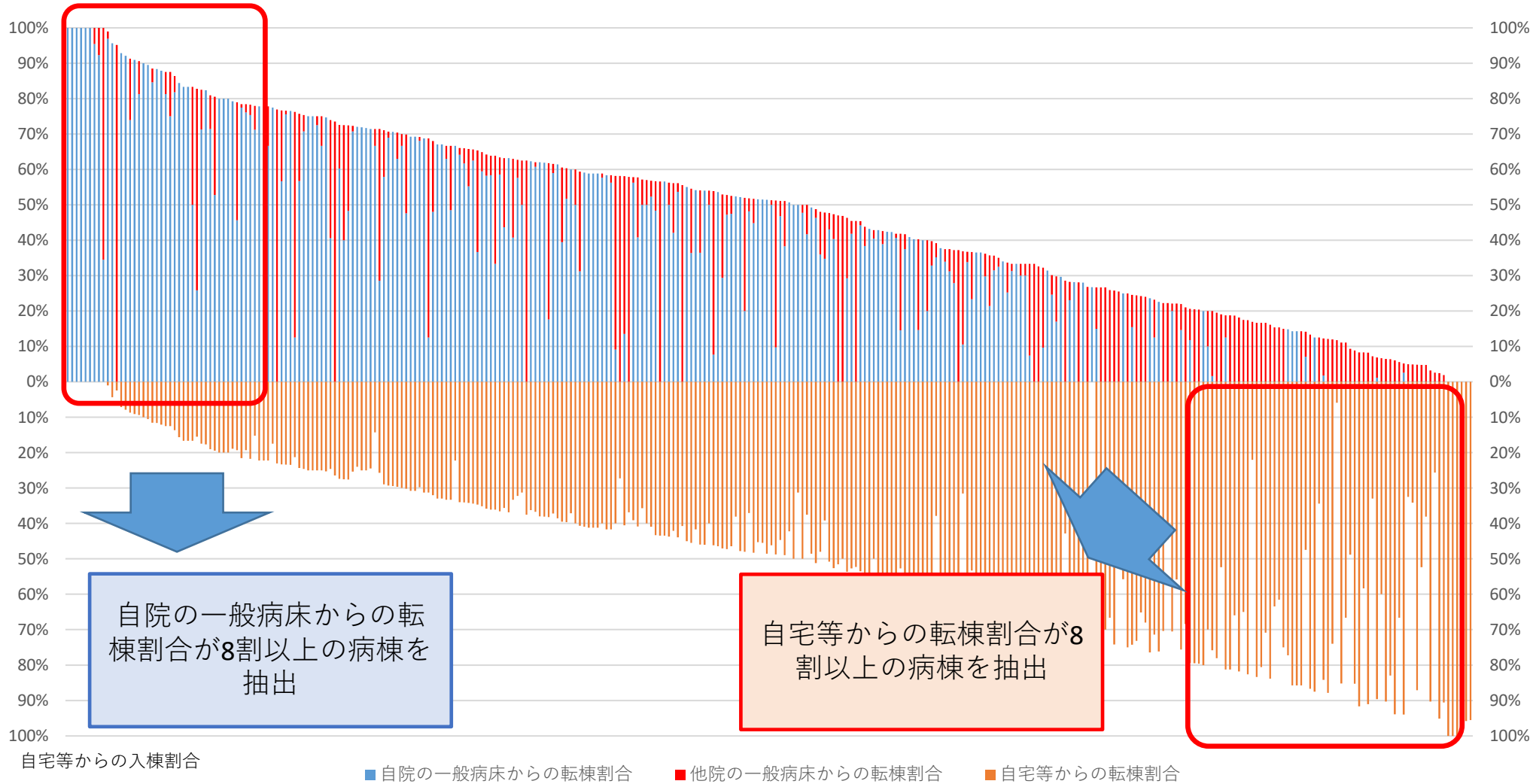
# 地域包括ケア病棟入棟患者の入棟元割合

○ 地域包括ケア病棟に入院する患者の入棟元割合について、自宅等からの入棟割合はばらつきが見られる。



# 地域包括ケア病棟の入棟元割合

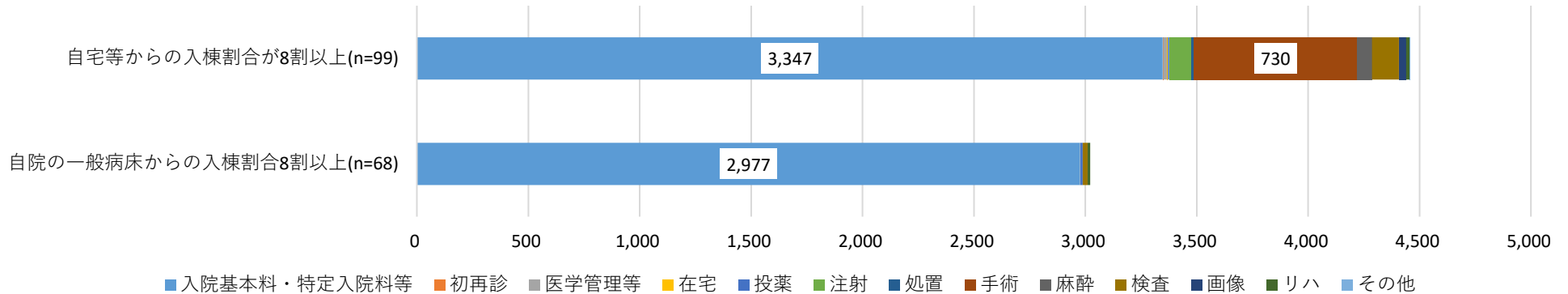
自院又は他院の一般病棟からの入棟割合



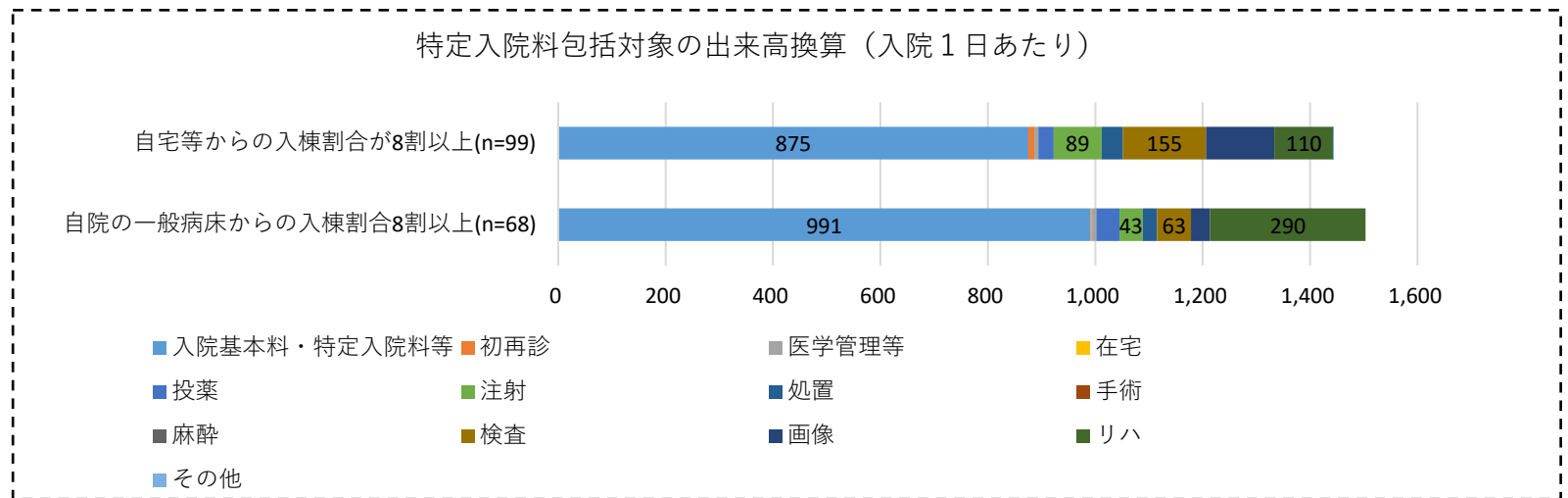
# 入棟元の割合ごとのレセプト請求点数

○ 地域包括ケア病棟において自院の一般病棟からの入棟80%以上、自宅からの入院80%以上でグループ分けし、それぞれにおける1日あたりレセプト請求点数は、以下のとおりであった。

レセプト請求点数（入院1日あたり）



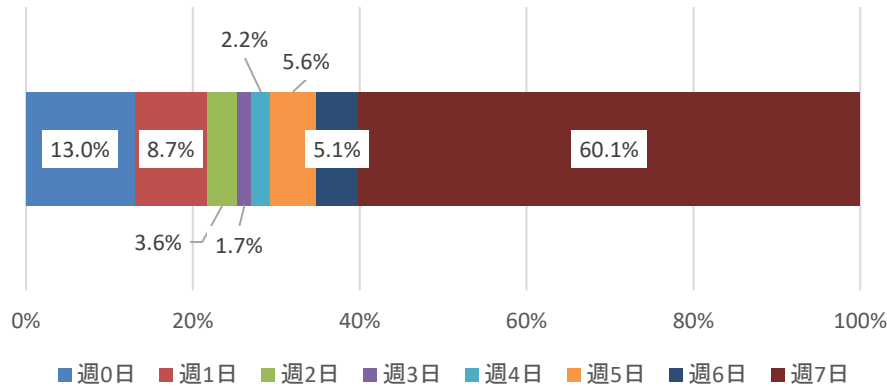
特定入院料包括対象の出来高換算（入院1日あたり）



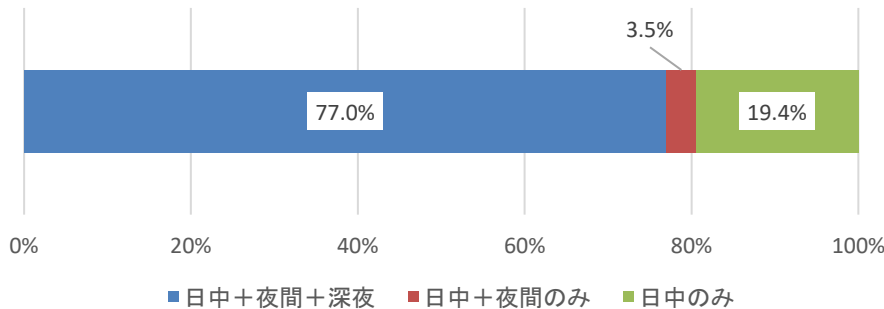
# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、100件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。

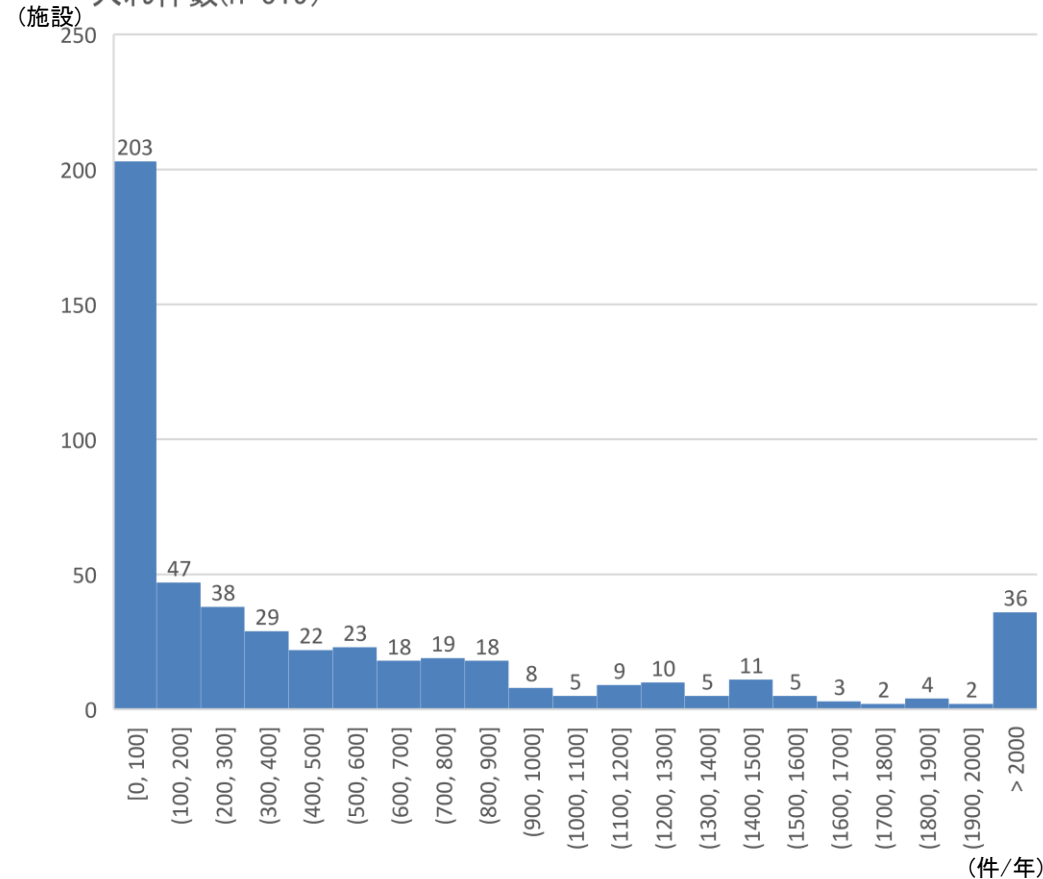
救急患者を受け入れている頻度(n=414)



救急患者を受け入れている時間帯(n=396)



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



(件/年)



# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急受け入れの判断の基準

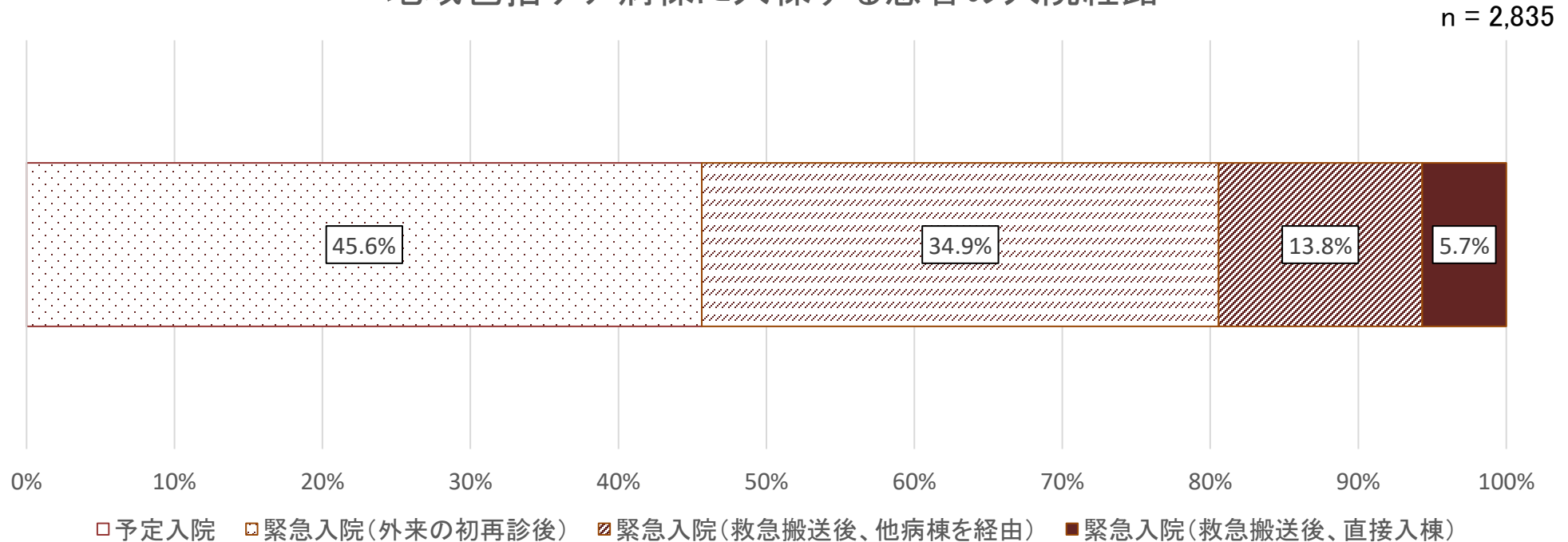
○ 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急受け入れ基準を見ると、患者の症状により受け入れ可否を判断している割合が高かった。

	全体 (n=601)	地域包括ケ ア病棟入院 料 1 (n=179)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 1 (n=130)	地域包括ケ ア病棟入院 料 2 (n=61)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 2 (n=98)	地域包括ケ ア病棟入院 料 3 (n=2)	地域包括ケ ア入院医療 管理料 3 (n=4)	地域包括ケ ア病棟入院 料 4 (n=1)	地域包括 ケア入院 医療管理 料 4 (n=10)
自院の通院歴・入院歴の有無により受け入れ可否を判断している	45.1%	49.7%	53.8%	34.4%	39.8%	0.0%	75.0%	100.0%	30.0%
患者の症状により受け入れ可否を判断している	84.2%	89.4%	90.8%	83.6%	91.8%	50.0%	75.0%	100.0%	100.0%
全患者受け入れている	8.3%	8.9%	10.8%	14.8%	10.2%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
医療機関からの紹介の有無により受け入れ可否を判断している	16.6%	20.1%	23.1%	13.1%	16.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
その他	7.7%	4.5%	0.8%	4.9%	5.1%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路

- 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は5.7%であった。

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路

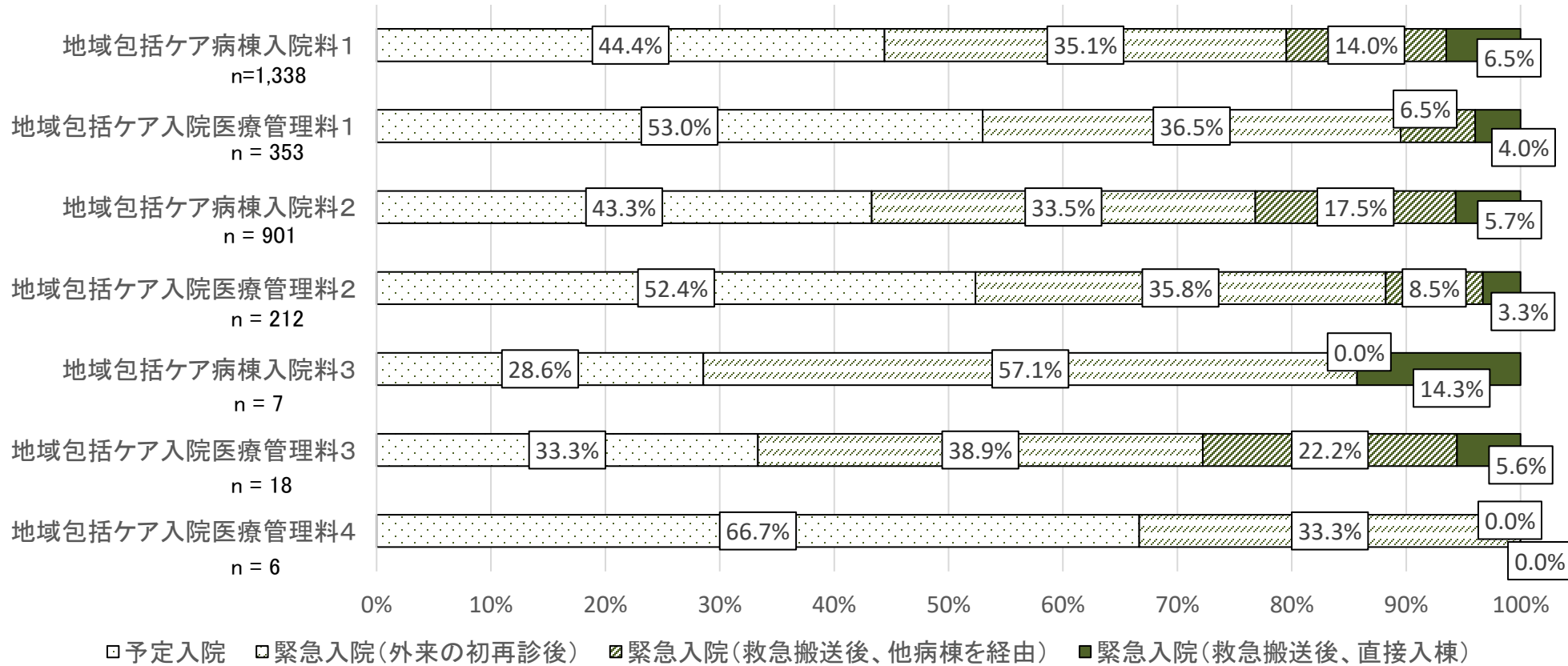


※入院患者票にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、入院料、管理料ごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、入院料、管理料ごとに比較したが、大きな差はない。

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路

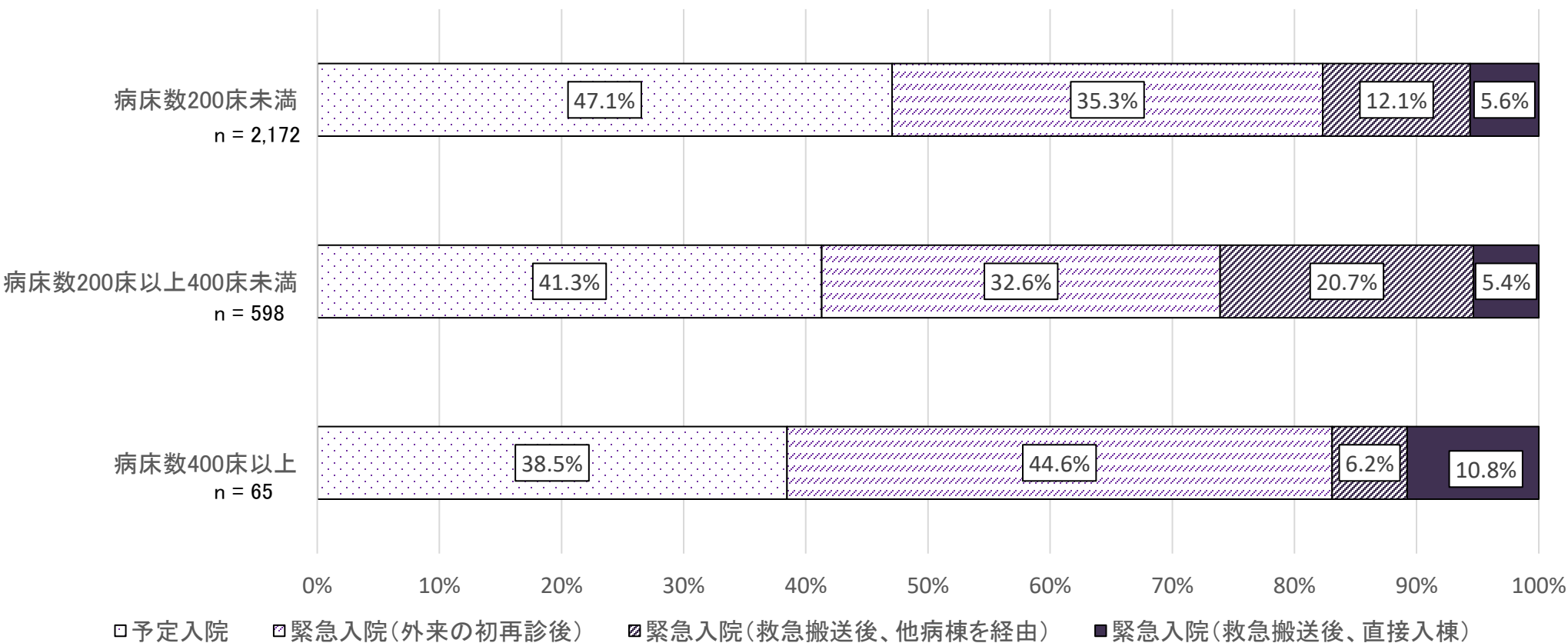


※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、病院の病床数ごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、医療機関の病床数ごとに比較すると、病床数200床以上400床未満の病院の地域包括ケア病棟で、救急搬送後、他病棟を経由して入棟する患者の割合が大きい。

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路

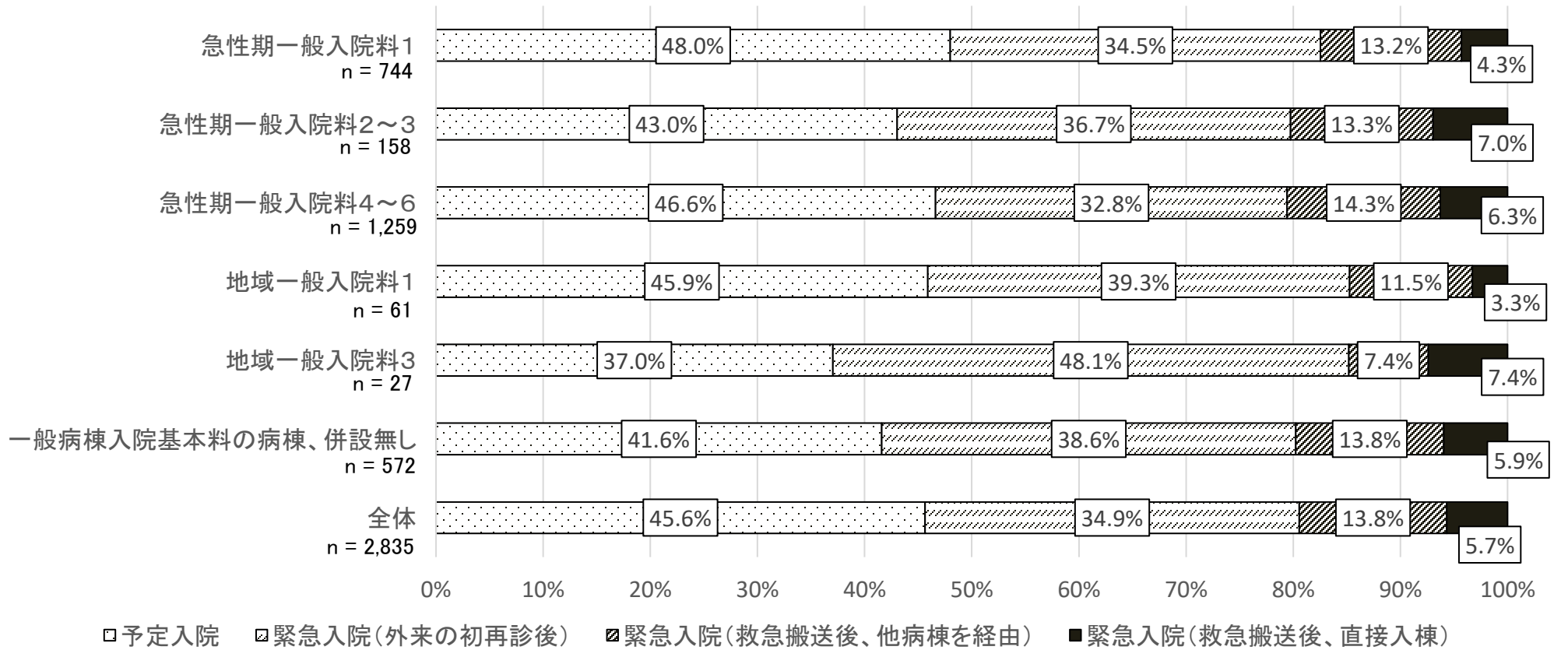


※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、併設する病棟ごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、併設する病棟ごとに比較すると、大きな差はない。

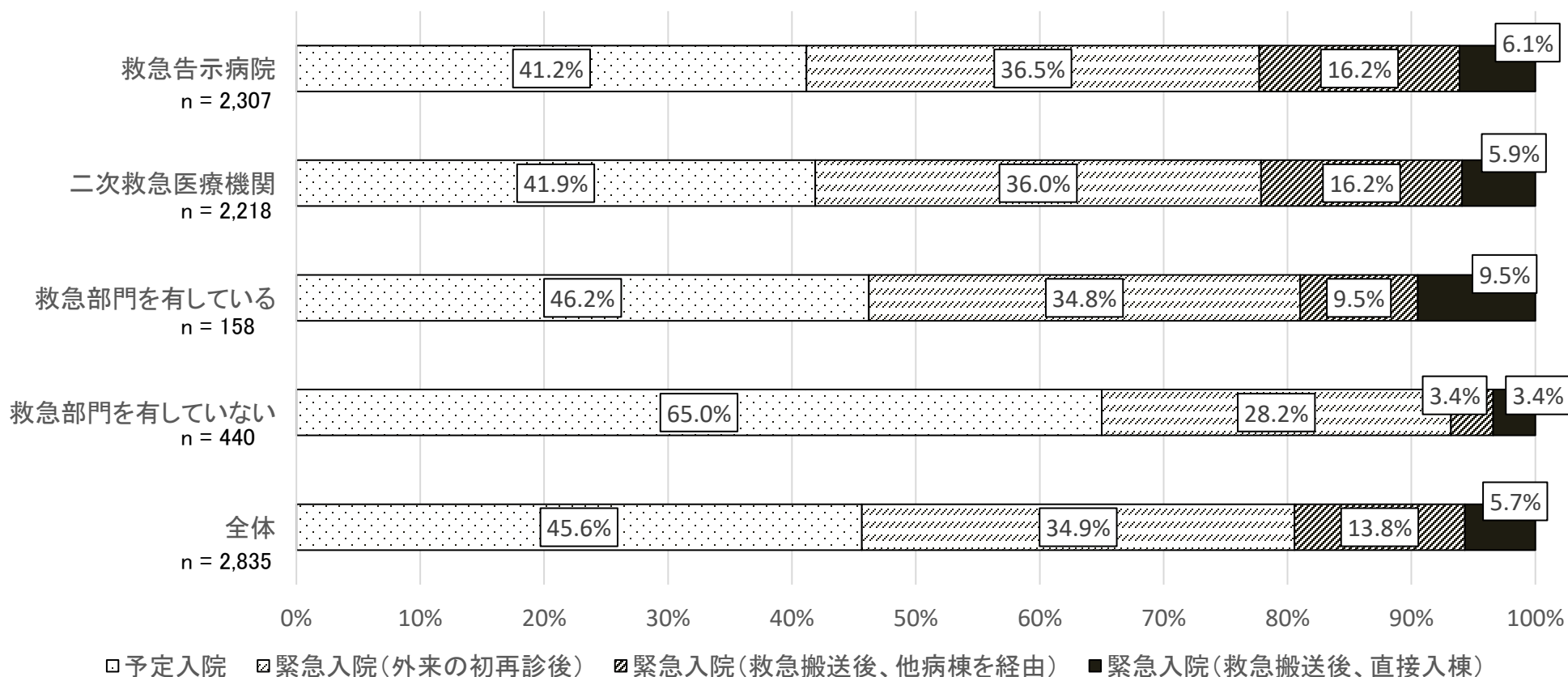
## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路、救急医療における位置づけごとの状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の入棟経路について、医療機関の救急医療の位置づけごとに比較した。救急告示病院、二次救急医療機関の地域包括ケア病棟では、地域包括ケア病棟全体と比較して、救急搬送後、他病棟を経由して入棟する患者の割合はやや高いが、救急搬送後、直接入棟する患者の割合に大きな差はない。

## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の入院経路



※入院患者表にて入院年月日と入棟年月日が同一の患者を直接入棟したと扱う。



# 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て (n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

救急搬送後入院、他病棟を経由 (n=390)

1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟 (n=161)

1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（医療資源を最も投入した傷病名）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の医療資源を最も投入した傷病名は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て (n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.4%
2	腰椎圧迫骨折	2.9%
3	尿路感染症	2.7%
4	廃用症候群	2.7%
5	COVID-19	2.6%
6	大腿骨転子部骨折	2.6%
7	大腿骨頸部骨折	2.3%
8	うっ血性心不全	1.9%
9	脱水症	1.8%
10	腰部脊柱管狭窄症	1.8%

救急搬送後入院、他病棟を経由 (n= 390)

1	大腿骨転子部骨折	9.3%
2	誤嚥性肺炎	9.3%
3	COVID-19	4.3%
4	大腿骨頸部骨折	4.3%
5	尿路感染症	3.7%
6	うっ血性心不全	3.7%
7	アテローム血栓性脳梗塞・急性期	1.9%
8	心原性脳塞栓症	1.9%
9	肺炎	1.9%
10	脱水症	1.9%

救急搬送後入院、直接入棟 (n= 161)

1	誤嚥性肺炎	6.8%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.0%
4	肺炎	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	大腿骨転子部骨折	3.7%
7	脱水	3.1%
8	胸椎圧迫骨折	3.1%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	イレウス	1.2%

# (参考) 入院料ごとの入院患者の主傷病の内訳

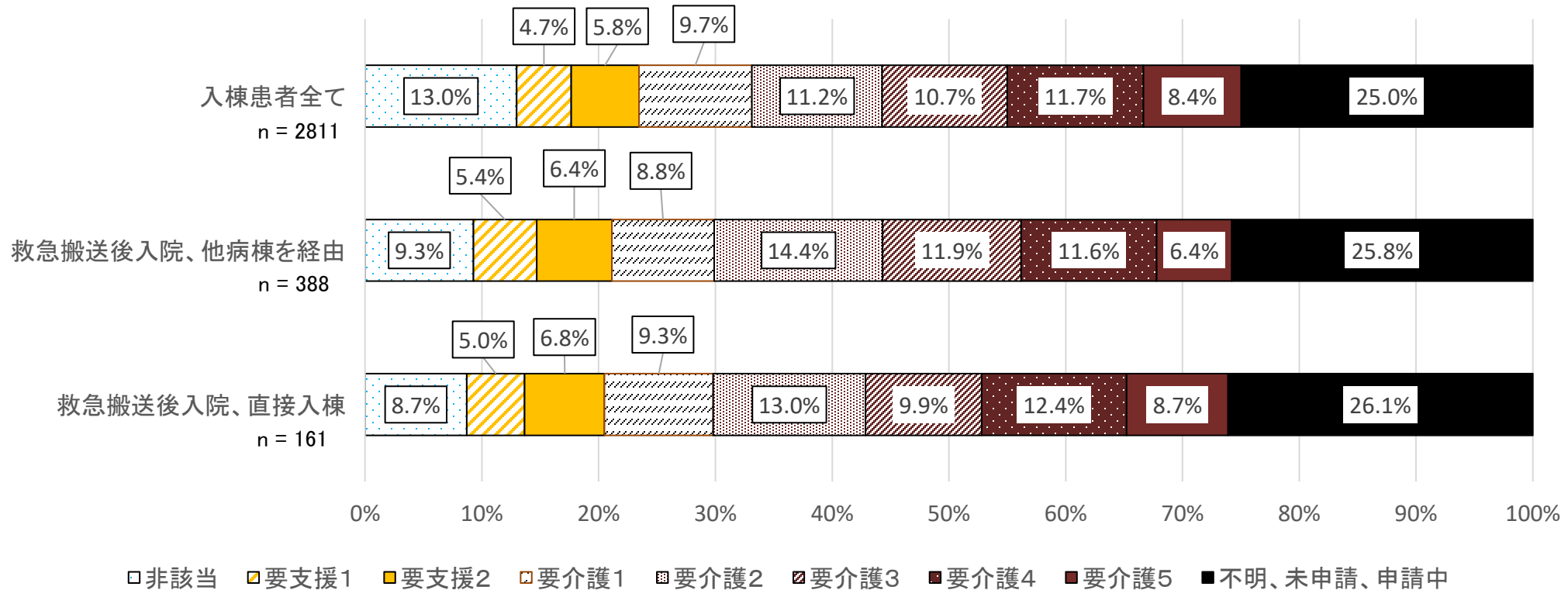
中医協 総-4  
5.7.5改

急性期一般入院料1 (n=15,207)		急性期一般入院料2-3 (n=726)		急性期一般入院料4-6 (n=1,342)		地域一般入院料 (n=453)		地域包括ケア病棟 (n=2,815)		療養病棟入院料 (n=4,438)	
誤嚥性肺炎	2.8%	大腿骨転子部骨折	4.3%	誤嚥性肺炎	5.7%	誤嚥性肺炎	4.0%	誤嚥性肺炎	4.6%	脳梗塞後遺症	5.5%
うっ血性心不全	2.7%	大腿骨頸部骨折	4.0%	急性腎盂腎炎	3.0%	大腿骨転子部骨折	3.8%	腰椎圧迫骨折	3.3%	アルツハイマー型認知症	3.9%
COVID-19	2.5%	誤嚥性肺炎	3.0%	大腿骨頸部骨折	2.7%	腰椎圧迫骨折	3.5%	大腿骨転子部骨折	2.9%	脳梗塞	3.8%
大腿骨頸部骨折	1.8%	腰部脊柱管狭窄症	2.8%	大腿骨転子部骨折	2.5%	肺炎	3.5%	尿路感染症	2.9%	脳出血後遺症	3.6%
大腿骨転子部骨折	1.5%	うっ血性心不全	2.3%	末期腎不全	2.5%	大腿骨頸部骨折	3.5%	COVID-19	2.7%	廃用症候群	3.5%
腰部脊柱管狭窄症	1.1%	COVID-19	1.9%	COVID-19	2.3%	慢性腎不全	3.5%	大腿骨頸部骨折	2.6%	パーキンソン病	3.2%
心原性脳塞栓症	0.9%	変形性膝関節症	1.8%	変形性膝関節症	2.2%	腰部脊柱管狭窄症	2.0%	廃用症候群	2.4%	慢性心不全	3.1%
アテローム血栓性脳梗塞・急性期	0.9%	アテローム血栓性脳梗塞・急性期	1.7%	腰椎椎体骨折	1.9%	脳梗塞	1.8%	脱水症	2.0%	認知症	2.6%
直腸癌	0.9%	腰椎圧迫骨折	1.5%	細菌性肺炎	1.7%	アルツハイマー型認知症	1.8%	腰部脊柱管狭窄症	2.0%	誤嚥性肺炎	2.5%
細菌性肺炎	0.8%	心原性脳塞栓症	1.4%	うっ血性心不全	1.6%	脳梗塞後遺症	1.5%	慢性心不全	1.7%	慢性腎不全	2.5%
びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	0.8%	急性腎盂腎炎	1.2%	腰部脊柱管狭窄症	1.5%	脱水症	1.5%	うっ血性心不全	1.7%	くも膜下出血後遺症	1.5%
急性腎盂腎炎	0.8%	直腸癌	1.1%	脱水症	1.4%	変形性膝関節症	1.5%	肺炎	1.6%	低酸素性脳症	1.5%
急性骨髄性白血病	0.7%	末期腎不全	1.0%	心原性脳塞栓症	1.1%	尿路感染症	1.5%	胸椎圧迫骨折	1.5%	2型糖尿病	1.4%
末期腎不全	0.7%	神経性食欲不振症	1.0%	ラクナ梗塞	1.1%	慢性心不全	1.3%	変形性膝関節症	1.5%	多発性脳梗塞	1.4%
慢性うっ血性心不全	0.7%	胃分泌物嚥下性肺炎	0.8%	肺炎	1.0%	前十字帯帯損傷	1.3%	慢性腎不全	1.3%	脳出血	1.3%
S状結腸癌	0.7%	脳皮質下出血	0.8%	褥瘡・ステージI V	1.0%	廃用症候群	1.3%	急性肺炎	1.0%	心原性脳塞栓症	1.2%
腭頭部癌	0.6%	アテローム血栓性脳梗塞	0.8%	胆石性急性胆のう炎	1.0%	心不全	1.1%	腰椎椎体骨折	0.8%	末期腎不全	1.1%
肝細胞癌	0.6%	細菌性肺炎	0.7%	アルツハイマー型老年認知症	0.9%	胸腰椎圧迫骨折	1.1%	細菌性肺炎	0.8%	くも膜下出血	1.1%
胃体部癌	0.6%	尿路感染症	0.7%	尿路感染症	0.9%	橈骨遠位端骨折	1.1%	急性腎盂腎炎	0.7%	慢性閉塞性肺疾患	1.0%
尿路感染症	0.6%	骨髄異形成症候群	0.7%	慢性心不全	0.9%	胸椎圧迫骨折	1.1%	脳梗塞後遺症	0.7%	肺炎	1.0%

# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の要介護度

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、要介護度が高い傾向にあった。

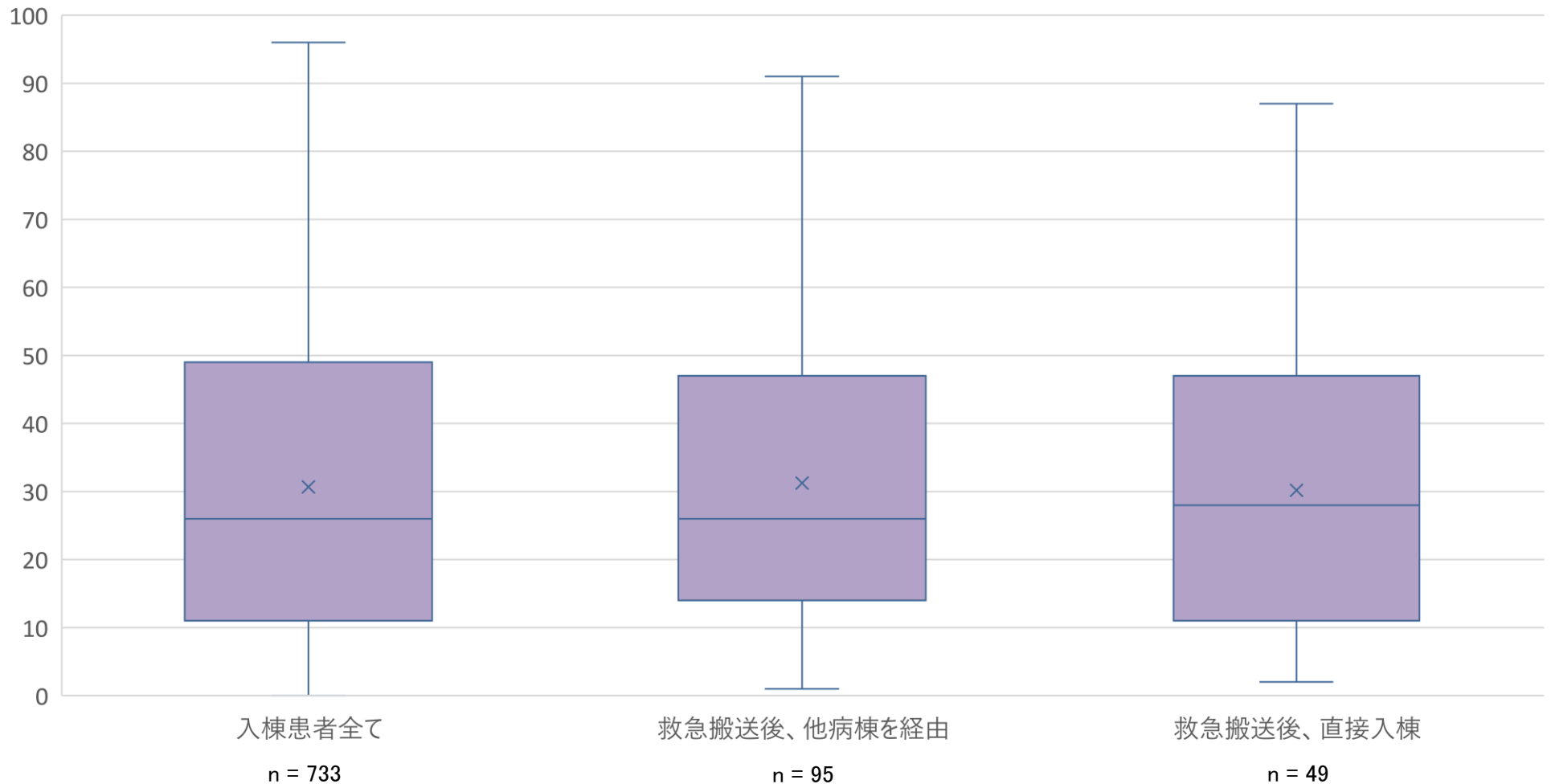
## 地域包括ケア病棟に入棟する患者の要介護度



# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟期間

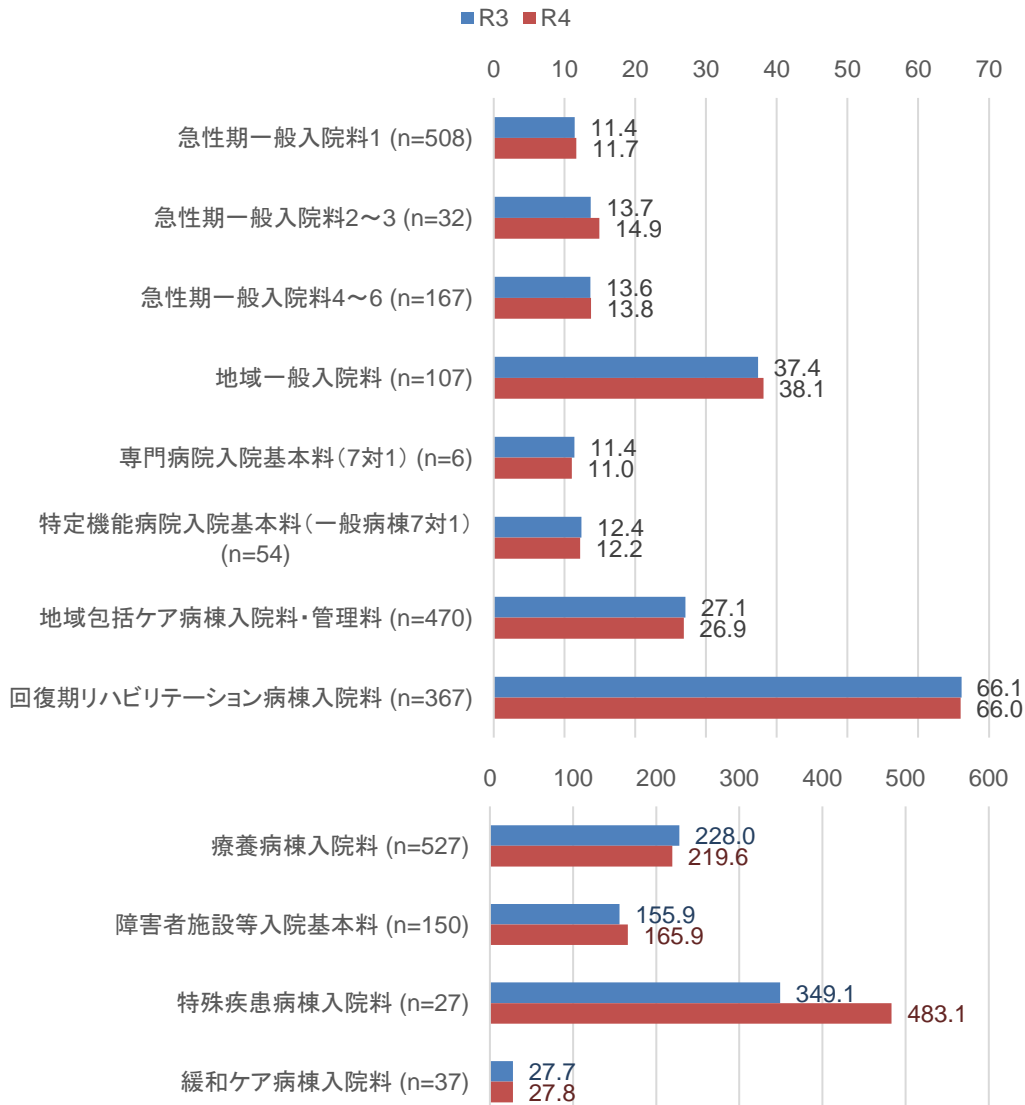
○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者の在棟日数は、入棟経路による大きな差はない。

## 患者の入棟期間の分布

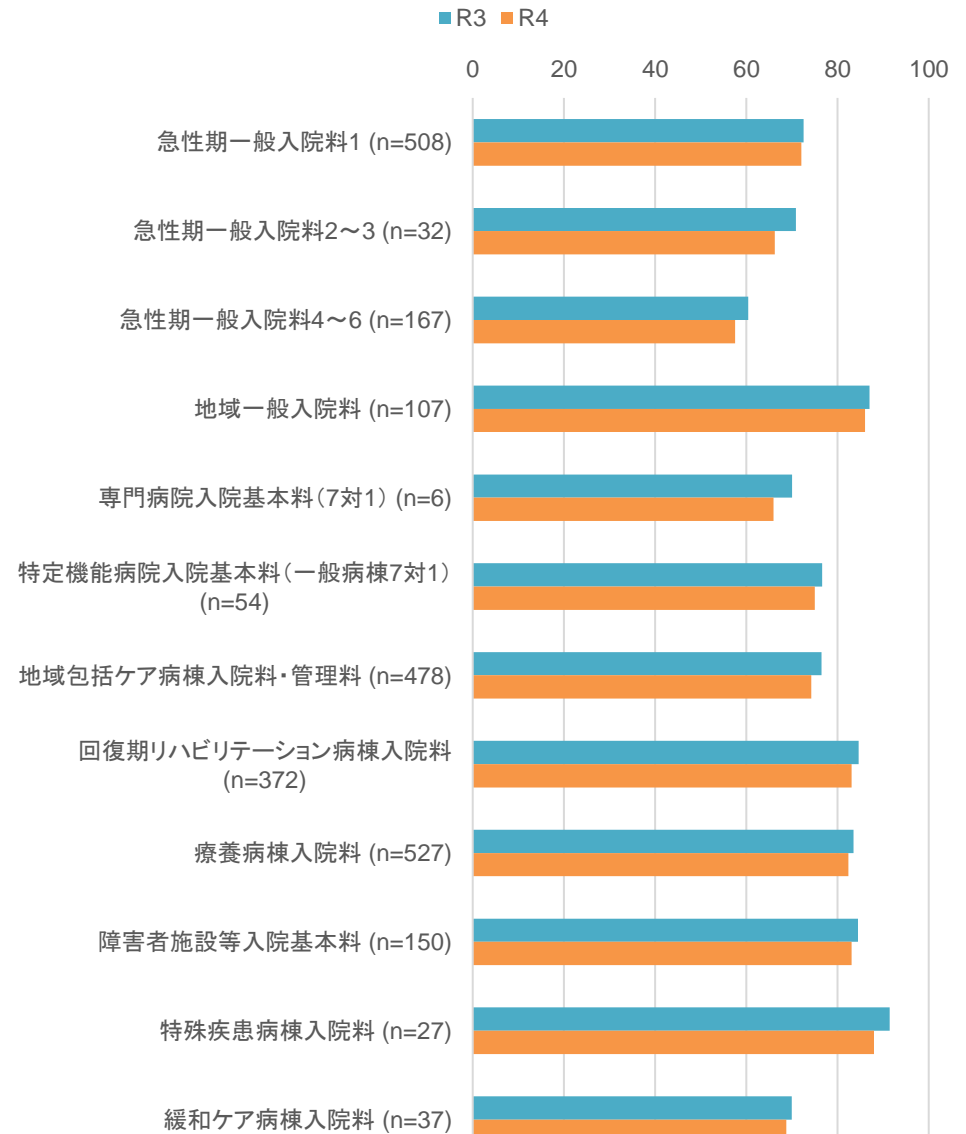


# (参考) 入院料ごとの平均在院日数及び病床利用率

平均在院日数(日)



病床利用率(%)

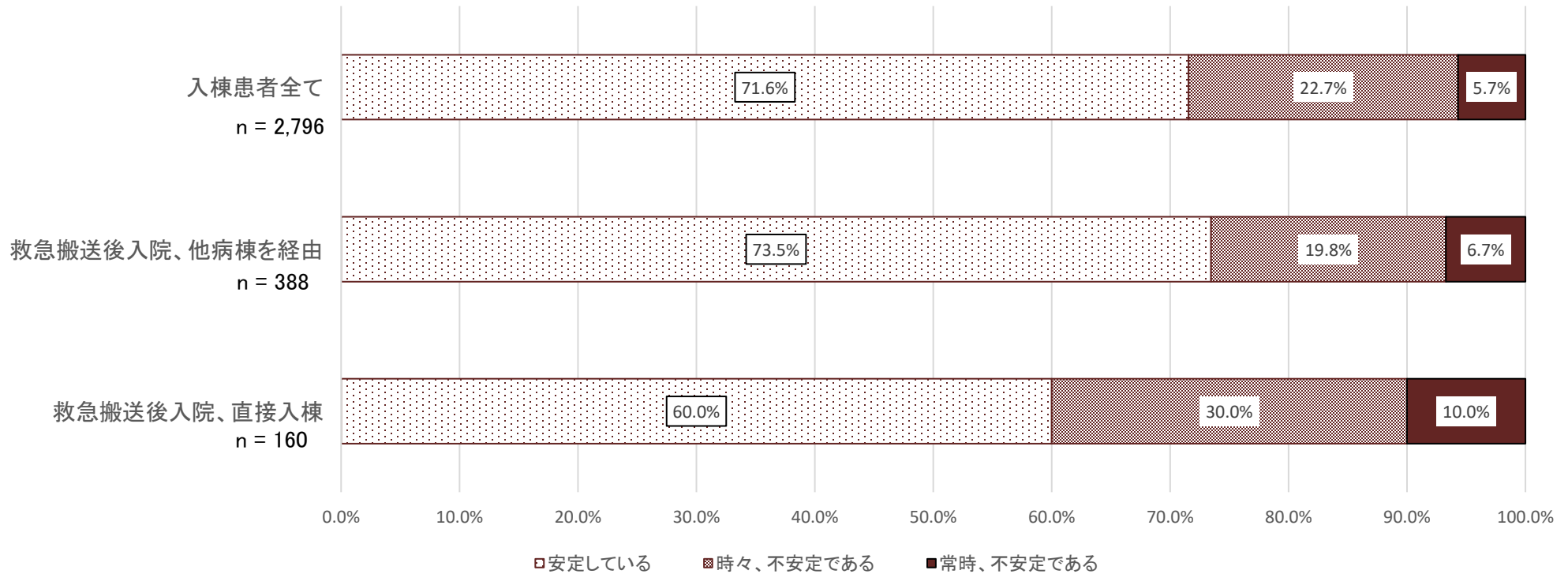




# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の医療の必要性

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医療的に不安定である傾向であった。

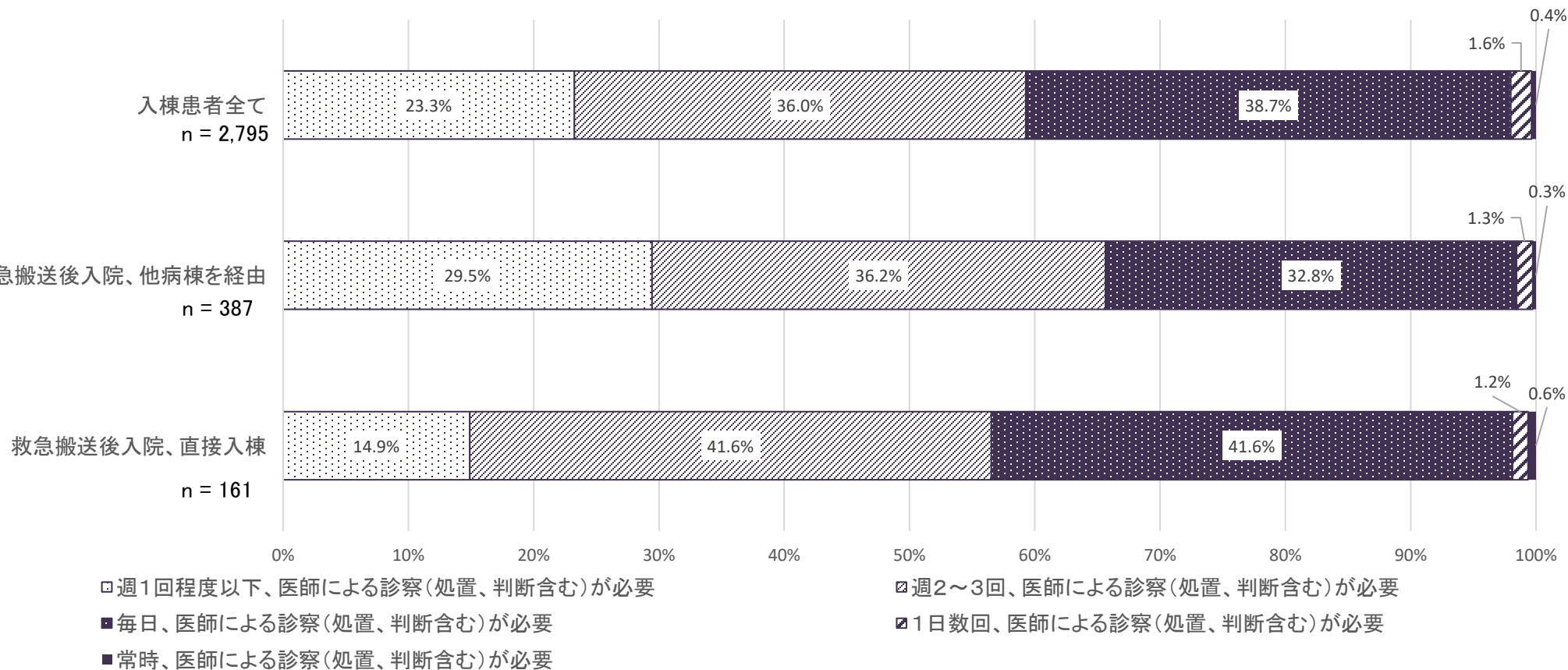
医療的監視の必要性の観点からの患者の状態



# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。

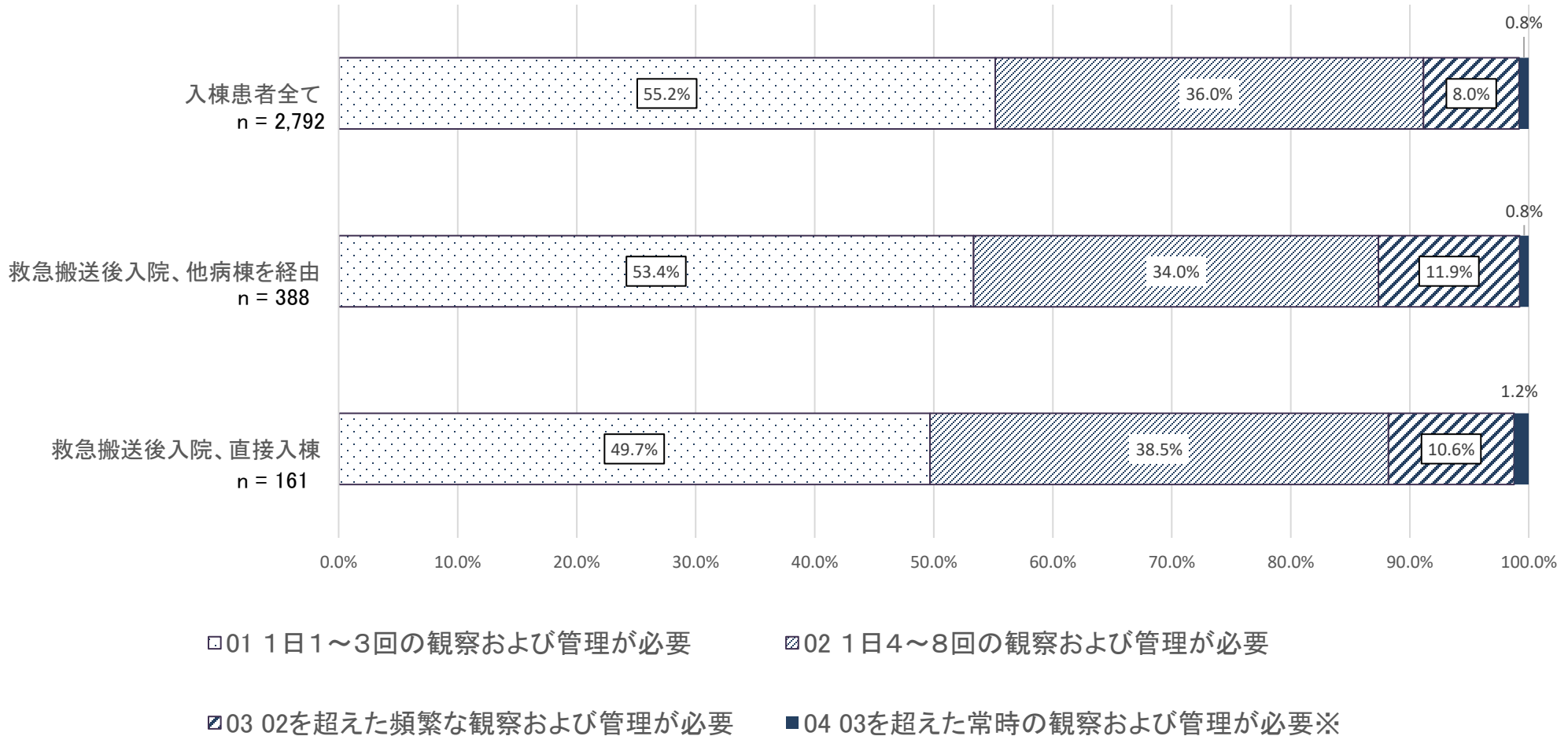
地域包括ケア病棟に入棟した患者の医師による診察の頻度・必要性



# 地域包括ケア病棟に入棟した患者の看護師による直接の看護提供の頻度・必要性

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、看護師による直接の看護提供の頻度・必要性が高い傾向にあった。

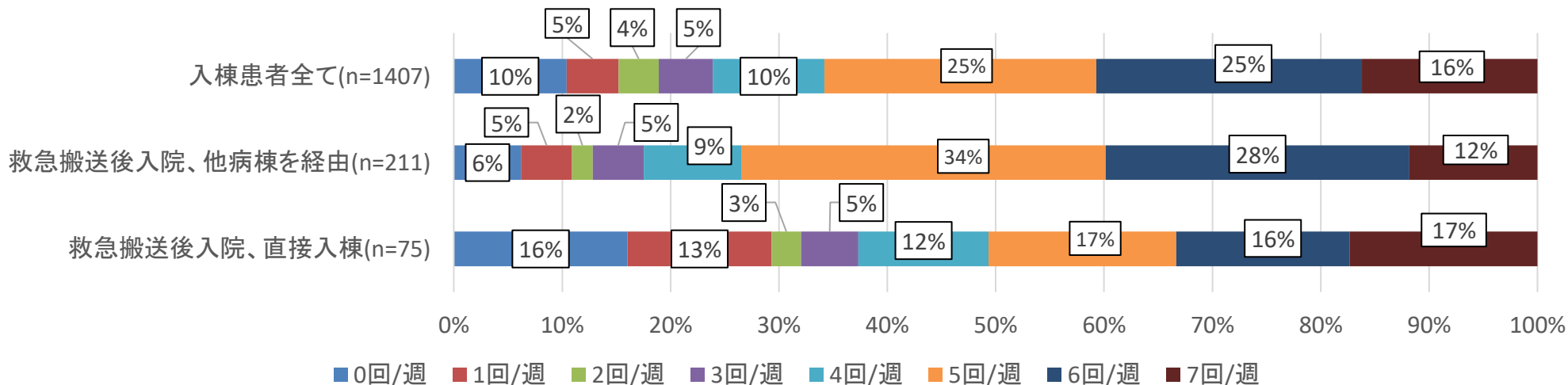
地域包括ケア病棟に入棟した患者の看護師による直接の看護提供の頻度・必要性



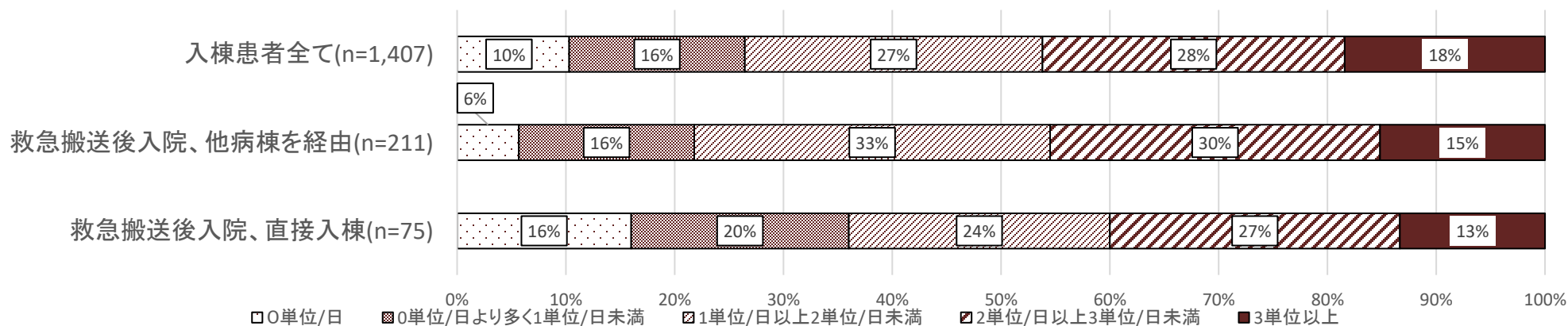
# 地域包括ケア病棟に入棟した患者のリハビリ実施状況

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は、リハビリ実施頻度、リハビリ実施単位数は低い傾向にあった。

## リハビリ実施頻度



## リハビリ実施単位数



# 誤嚥性肺炎に対するリハビリテーション

- 急性期病棟に入院した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を示されている。
- 早期リハビリテーションを実施する場合において、1日2単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることを示されている。

- DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後3日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

- DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後7日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64)。

Yagi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

- 入院後3日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者(4,148例)を対象としたデータベース研究において、1日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下(オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97)、自宅退院割合(オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71)、在院日数の短縮(係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40)に関連していた。

Kato Y. et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

	早期リハ群 (N=16,835)	対照群 (N=51,749)	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

	早期リハ群 (N=48,201)	対照群 (N=64,357)	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

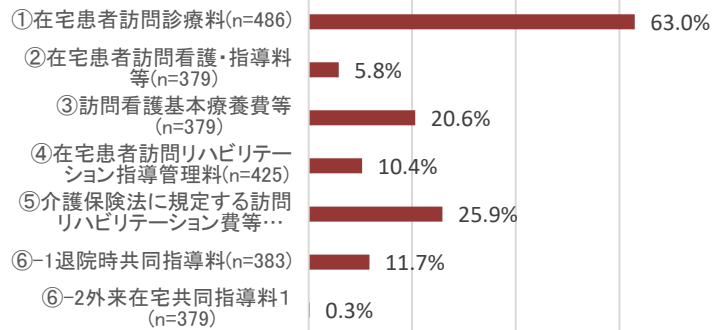
※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

# 在宅医療等の提供状況①

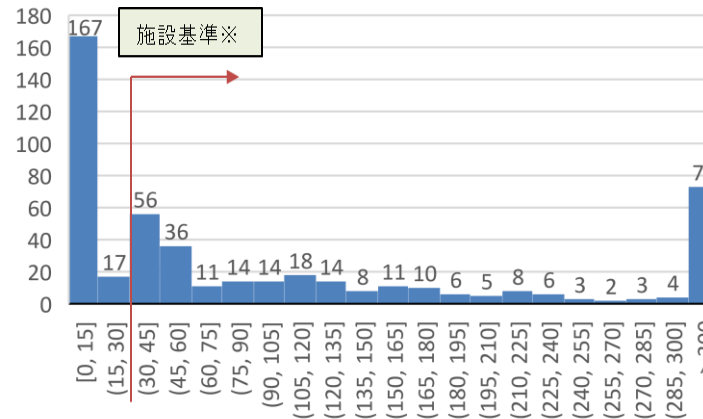
○ 地域包括ケア病棟を持つ病院の在宅医療の提供状況については、以下のとおり、訪問診療の基準を満たしている医療機関が多い。

在宅の実績に係る施設基準要件を満たしている

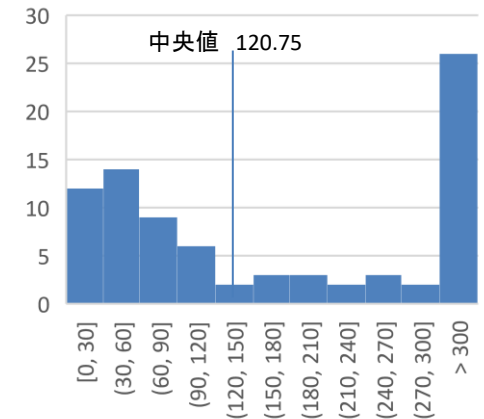
割合 0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0%



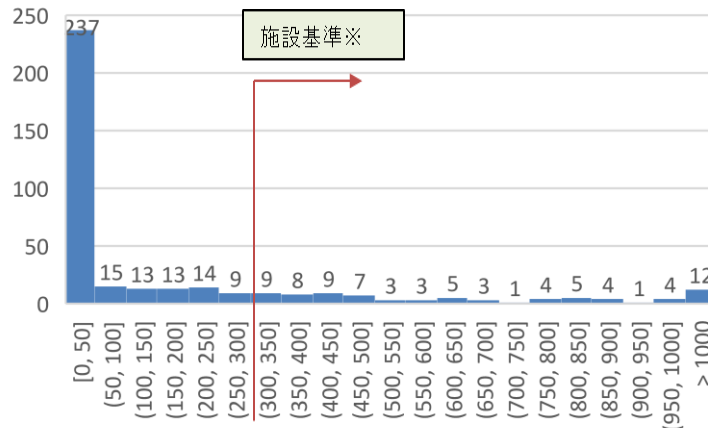
①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=486)



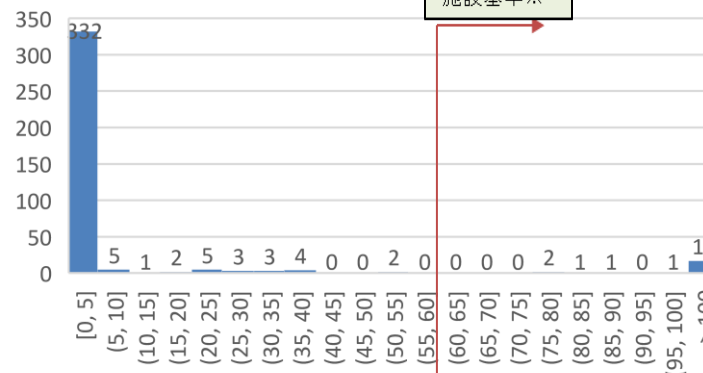
(参考) 在宅療養支援病院における在宅患者訪問診療の算定回数 (n=82)



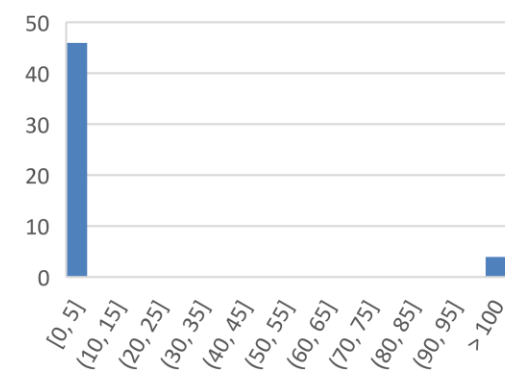
③訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）及び精神科訪問看護・指導料（Ⅲ）の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



(参考) 在宅療養支援病院における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料の算定回数 (n=50)

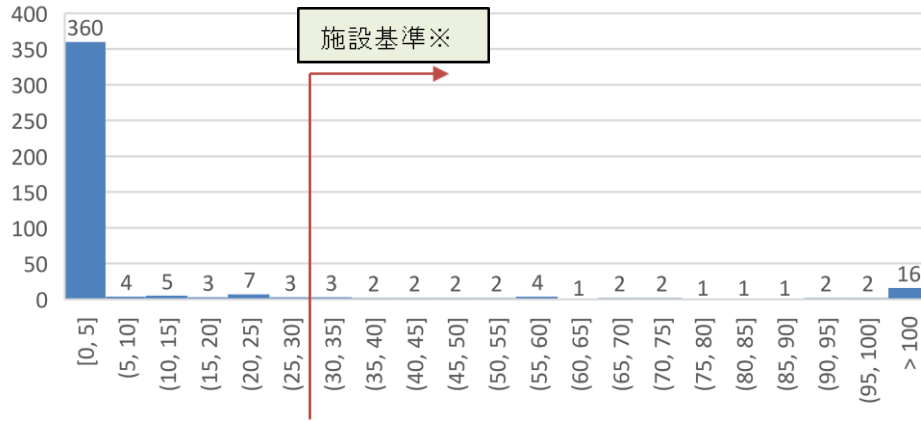


※地域包括ケア病棟入院料1・3においては上記①～⑥の要件について2つ以上満たしている必要がある。(2・4については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件)



○ 地域包括ケア病棟を有する病院の、在宅医療の提供状況は以下のとおり。

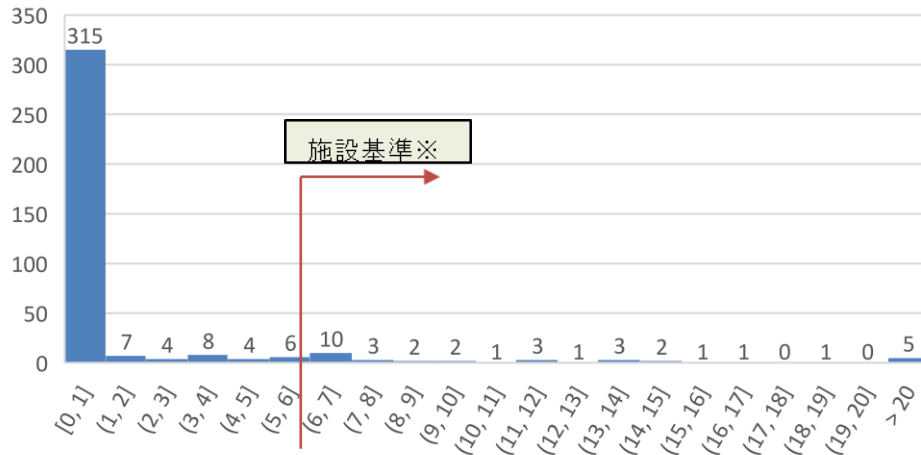
④区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=425)



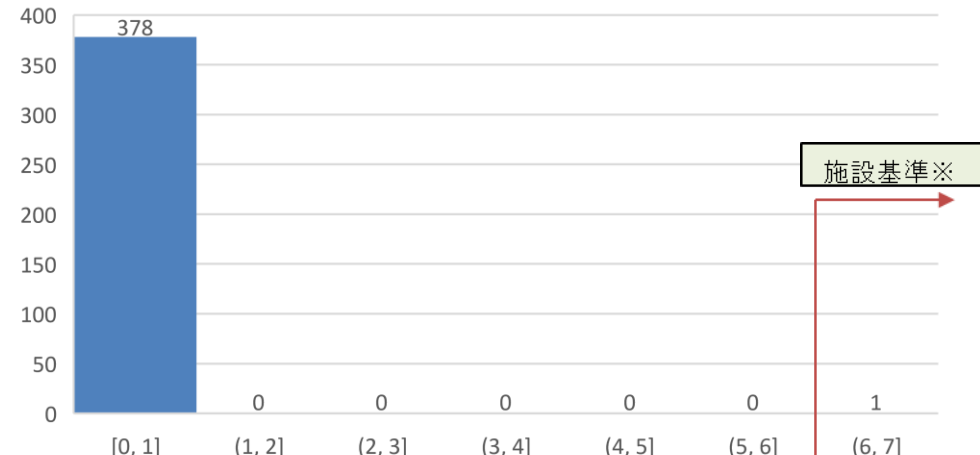
⑤介護保険法に規定する訪問リハビリテーション費及び介護予防訪問リハビリテーション費の算定回数（令和4年8月～10月の3か月間）(n=379)



⑥-1退院時共同指導料2の算定回数(n=383)



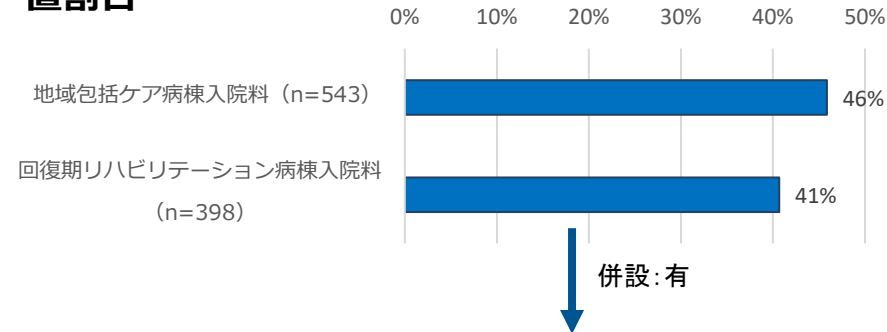
⑥-2外来在宅共同指導料1の算定回数(n=379)



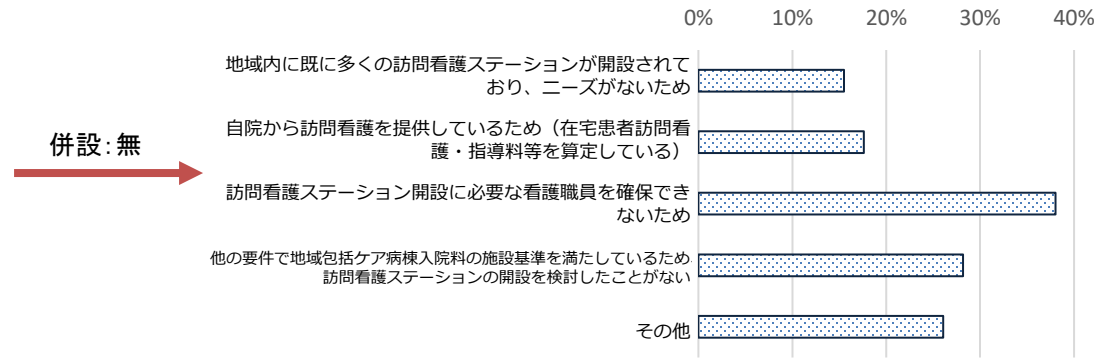
※地域包括ケア病棟入院料1・3においては上記①～⑥の要件について2つ以上満たしている必要がある。(2・4については緊急入院等に係る実績を満たさない場合、①～⑥の要件について1つ満たすことが要件)

○ 地域包括ケア病棟を有する病院に併設する訪問看護ステーションでは、「24時間対応体制加算の届出」や「併設医療機関以外の主治医の利用者が1割以上」が約9割以上である一方、地域における人材育成等の実施割合は低い。

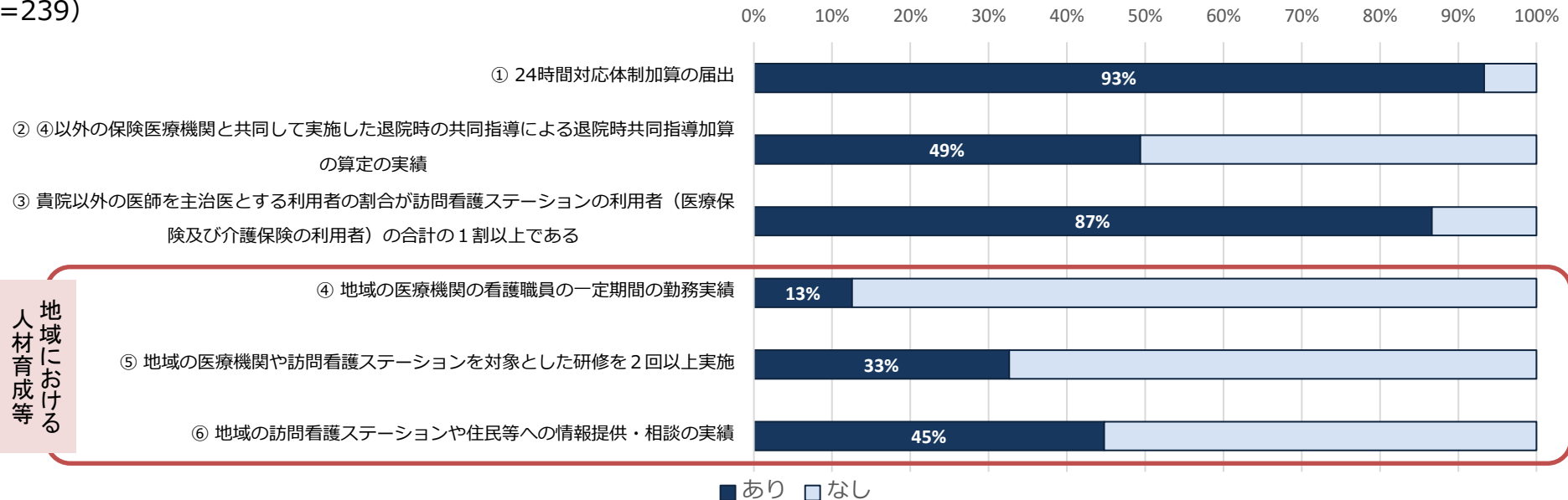
## ■ 同一敷地内又は隣接敷地内の訪問看護ステーション設置割合



## ■ 訪問看護ステーションを併設しない理由 (n=284)



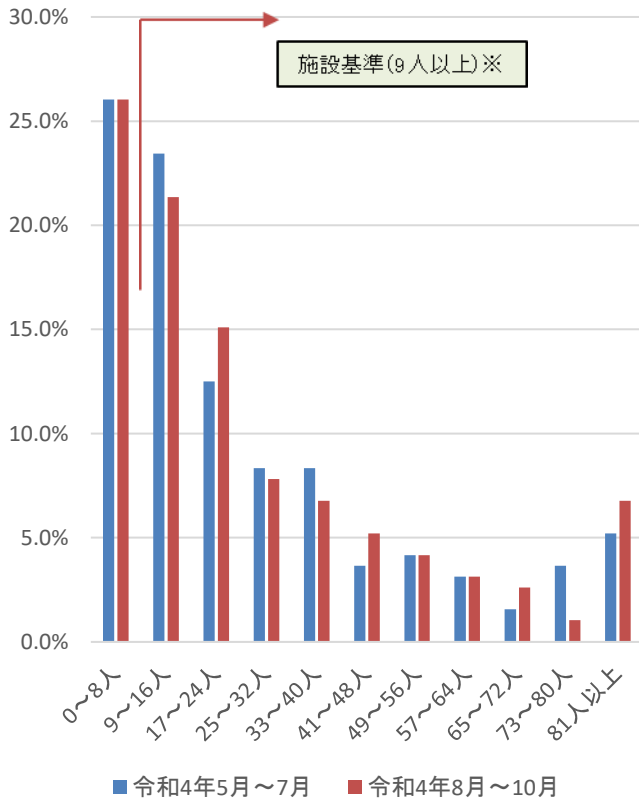
## ■ 地域包括ケア病棟を有する医療機関における併設訪問看護ステーションの訪問看護療養費（医療保険）の届出状況等 (n=239)



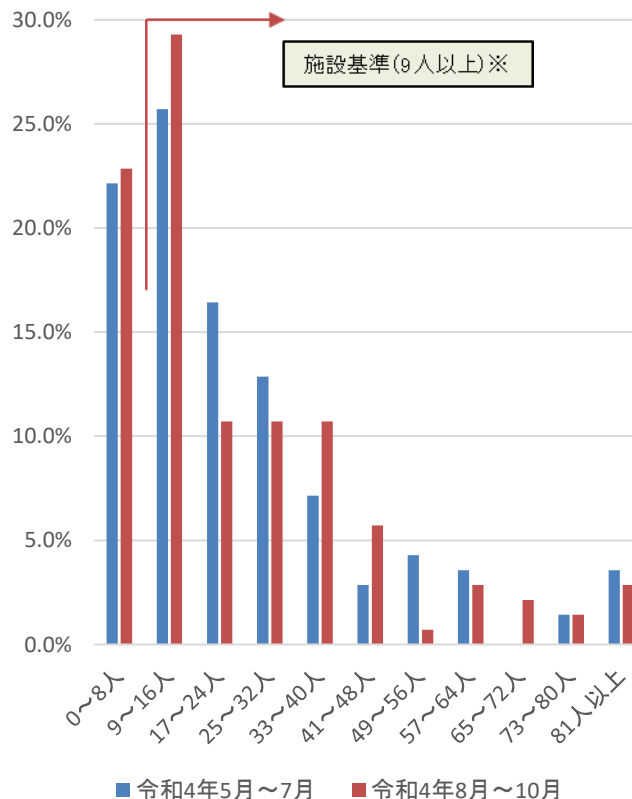
# 地域包括ケア病棟・病室の自宅等からの緊急患者の受入れ数

- 地域包括ケア病棟・病室を持つ病院の自宅等からの緊急患者の受入れ数は以下のとおり。
- 入院料・入院医療管理料1及び2において施設基準要件を下回っている医療機関が一定数存在する。
- ※ 施設基準要件を下回っている要因としては、新型コロナウイルス感染症の影響等が考えられる。

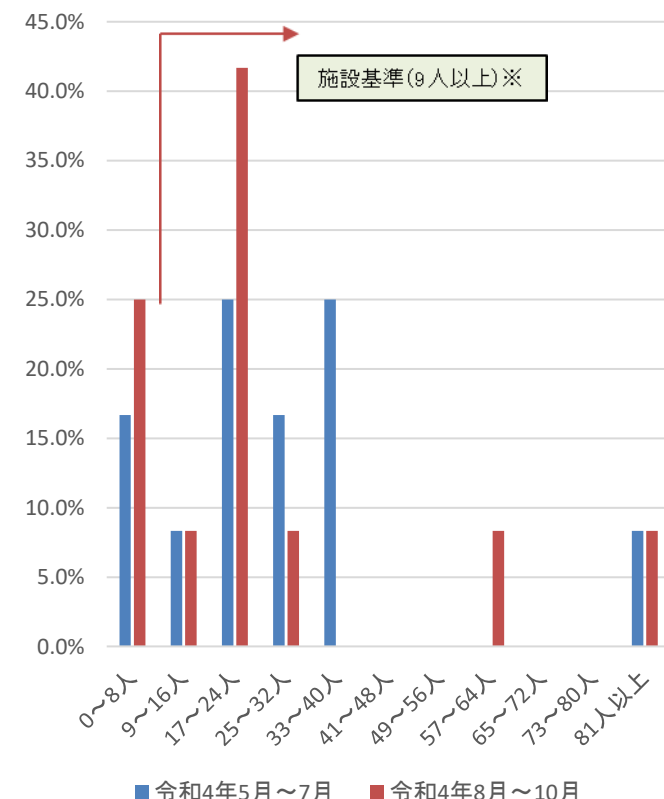
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1(n=192)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2(n=140)



地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料3・4(n=12)

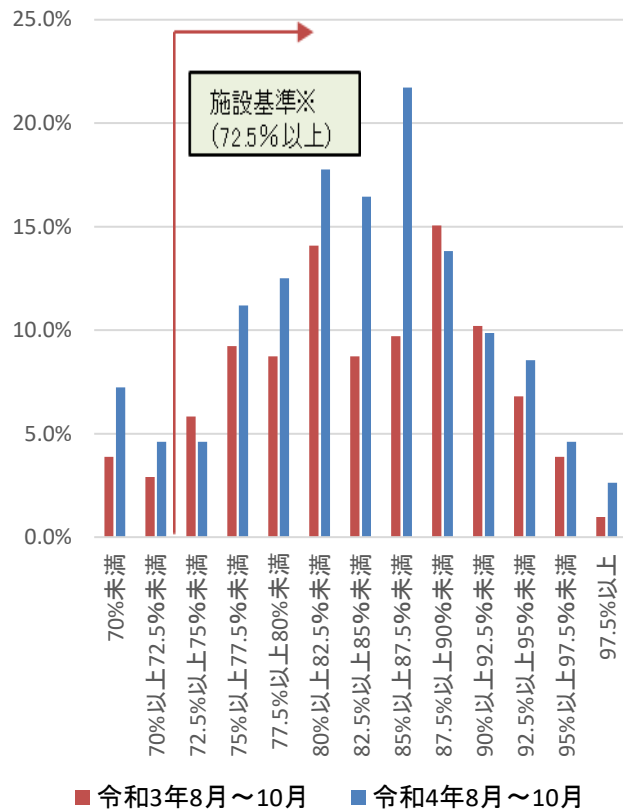


※令和4年度診療報酬改定以降、地域包括ケア病棟入院料1・3においては当該病棟において3ヶ月で9人以上自宅等からの緊急患者を受け入れる必要がある。(2・4については在宅医療等に係る実績を満たさない場合、緊急入院の要件を満たすことが必要)

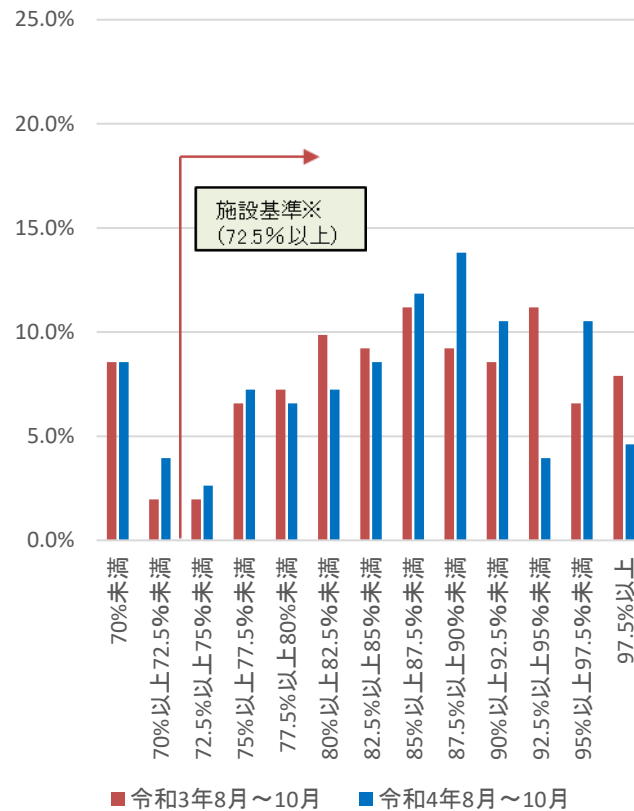
# 地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率

- 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料を届け出ている病棟における、在宅復帰率の分布は以下のとおり。
- 地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2において、令和3年と比較して令和4年では、在宅復帰率が高い傾向にある。

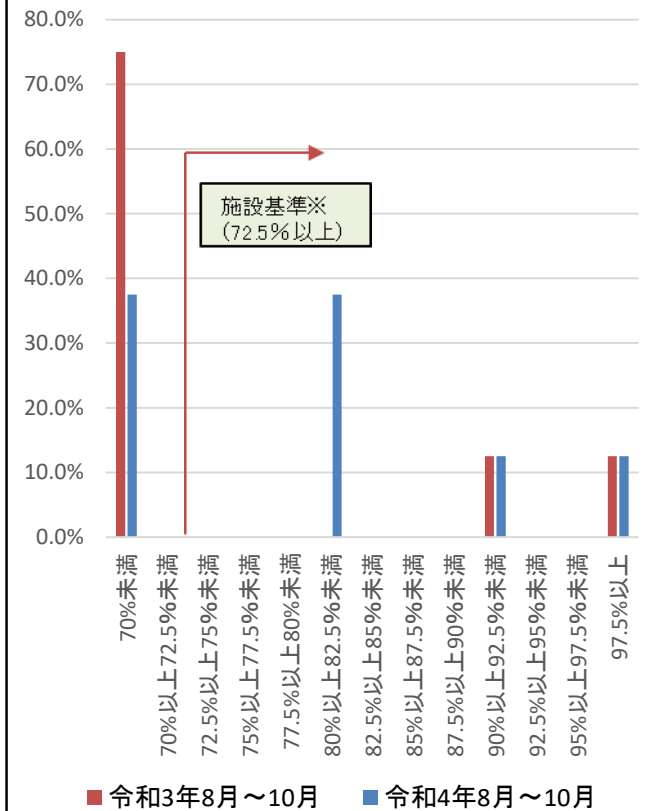
地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1 (n=206)



地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料2 (n=152)



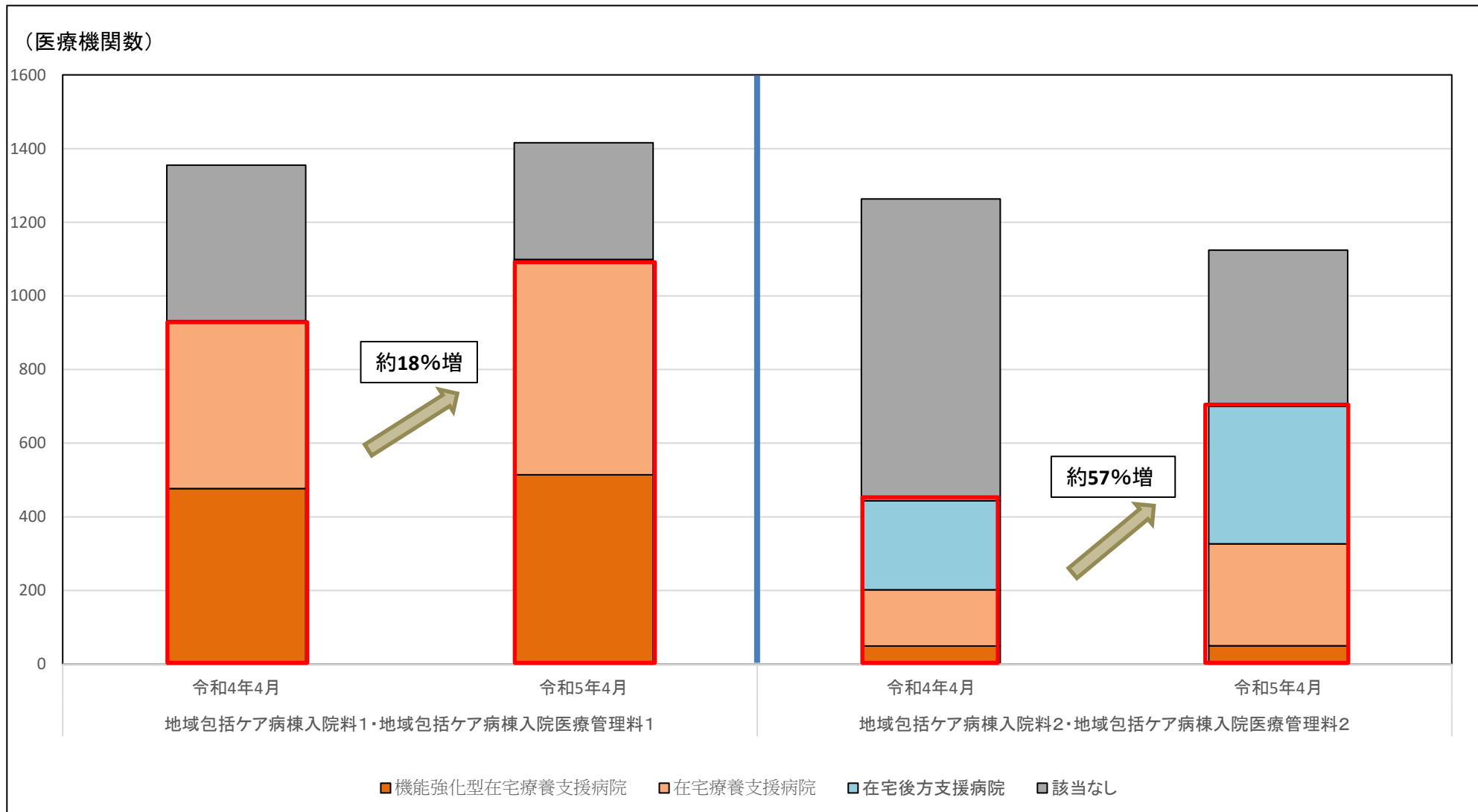
地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料3・4 (n=8)



※令和4年度診療報酬改定において地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料1・2については在宅復帰率が70%→72.5%以上、地域包括ケア病棟入院料及び入院医療管理料3・4については在宅復帰率が70%以上が要件となった。

# 地域包括ケア病棟における在宅療養支援病院等の届け出状況について

○ 地域包括ケア病棟入院料の届け出を行っている医療機関において、在宅療養支援病院及び在宅療養後方支援病院の届け出状況の推移は以下のとおり。



# 課題と論点

## （地域包括ケア病棟）

- 地域包括ケア病棟入院料及び管理料1・2を届け出ている施設の多くは、急性期一般入院料を届け出ている施設であった。地域包括ケア病棟入院料・管理料3・4を届け出ている施設のうち半数は、療養病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料をそれぞれ届け出ている施設であった。
- 地域包括ケア病棟の入棟元、退棟先ともに、自宅が最も多かった。また、自宅等からの入棟割合には病棟ごとにばらつきが見られた。
- 地域包括ケア病棟を有する病院の救急搬送の受け入れ件数は100件以下が多いが、ばらつきが見られた。
- 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は5.7%であった。
- 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の特徴は以下のとおりであった。
  - 傷病名は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。
  - 医療的な状態が不安定である傾向であった。
  - 医師による診察の頻度、必要性が、高い傾向にあった。
  - 看護師による直接の看護提供の頻度・必要性が高い傾向にあった。
  - リハビリ実施頻度、リハビリ実施単位数は低い傾向にあった。
- 地域包括ケア病棟入院料の届け出を行っている医療機関において、在宅療養支援病院及び在宅療養後方支援病院の届け出が増加している。

## 【論点】

- 地域包括ケア病棟の現状、地域包括ケア病棟に求められる3つの役割、増加している高齢者救急搬送への対応及び今後も需要の増加が見込まれる在宅医療への対応が期待されていることを踏まえ、地域包括ケア病棟のあり方についてどのように考えるか。



1. 急性期入院医療について(その1)

2. 地域包括ケア病棟について(その1)

**3. 横断的事項等について(その1)**

## 国

- 身体拘束ゼロ作戦推進会議の開催(平成12年6月、平成13年3月・12月)
- 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・普及(平成13年度)

## 都道府県

- 身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催(平成13年度～)<sup>※1</sup>
- 身体拘束相談窓口の設置(平成13年度～平成17年度)<sup>※2</sup>
- 相談員養成研修の実施(平成13年度～平成17年度)<sup>※2</sup>
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催(平成14年度～平成17年度)<sup>※2</sup>
- 権利擁護推進員養成研修・看護職員研修の実施(平成17年度～)<sup>※1</sup>
- 身体拘束廃止事例等報告検討会の開催(平成18年度～)<sup>※1</sup>

※1 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行 ※2 平成18年度以降は介護保険法上の「地域支援事業」に移行

## 市町村

- 身体拘束相談窓口の設置(平成18年度～)<sup>※3</sup>
- 相談員養成研修の実施(平成18年度～)<sup>※3</sup>
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催(平成18年度～)<sup>※3</sup>

※3 介護保険法上の「地域支援事業」として実施

## 施設

- 介護保険指定基準上、原則身体拘束禁止を規定(平成12年度)
- 介護報酬上、身体拘束廃止未実施減算を新設(平成18年度)
- 身体的拘束適正化検討委員会の定期的開催・減算率の見直し等(平成30年度)

# 「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件

- 介護保険では、制度の施行時から、介護保険施設等の運営基準において、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならないとしている。

**3つの要件を全て満たし、要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されていることが必要**

## 1. 切迫性

利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

## 2. 非代替性

身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

## 3. 一時性

身体拘束が一時的なものであること

### ※留意事項

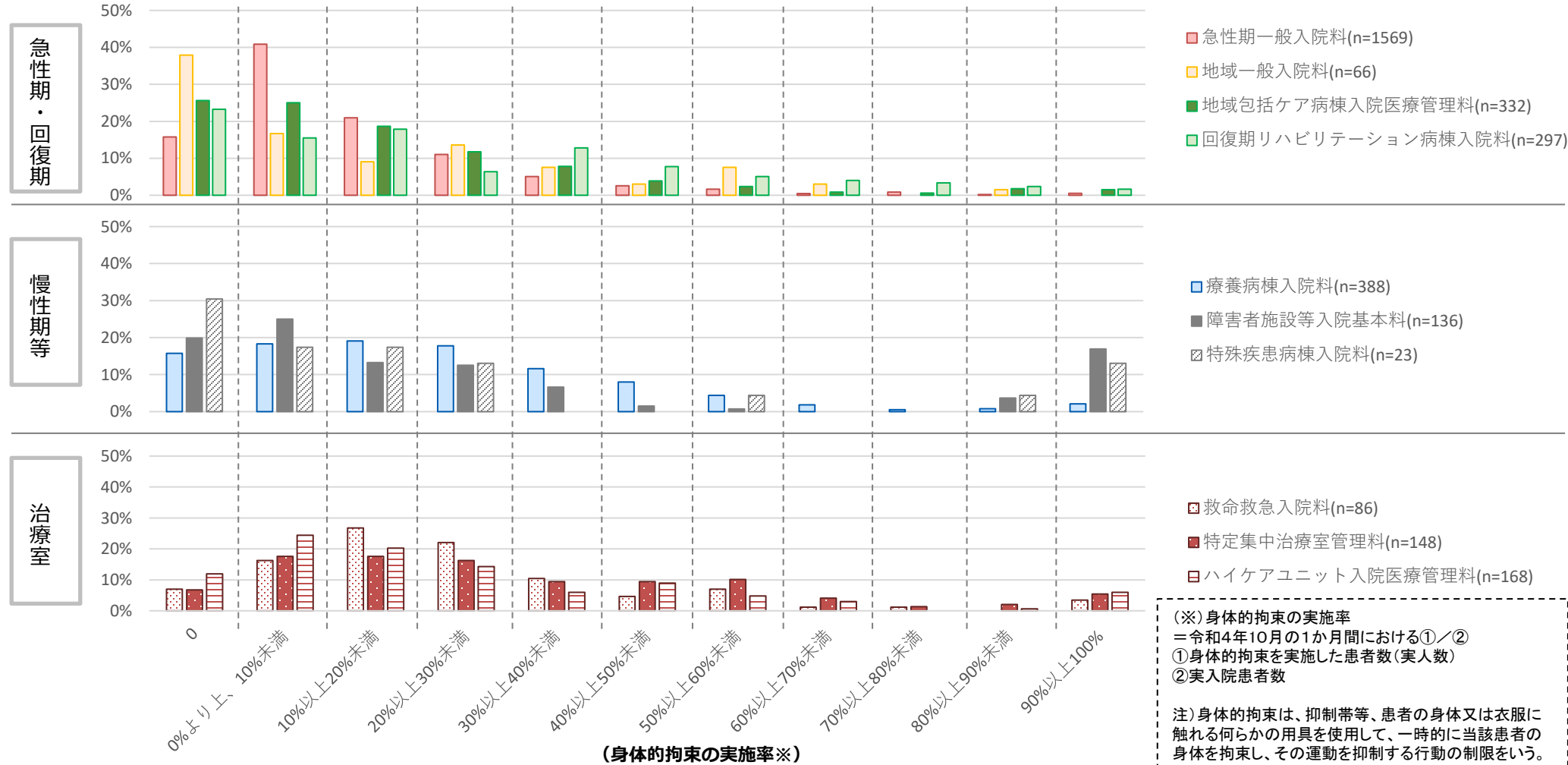
- ・「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で判断することが必要がある。
- ・身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることが必要である。
- ・介護保険サービス提供者には、身体拘束に関する記録の作成等が義務づけられている。

# 身体的拘束の実施状況

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

## ■ 入院料別の身体的拘束の実施率(※)

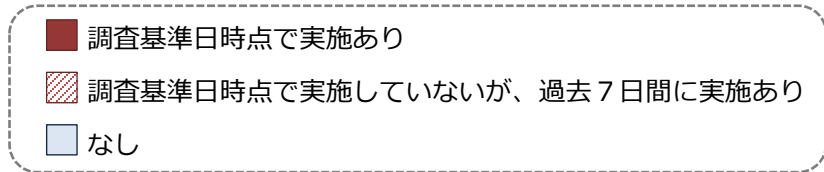
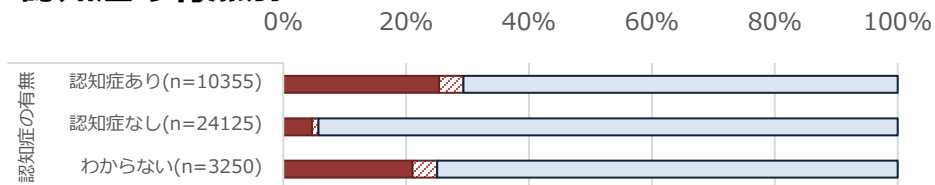
(拘束実施率別の各病棟の占める割合)



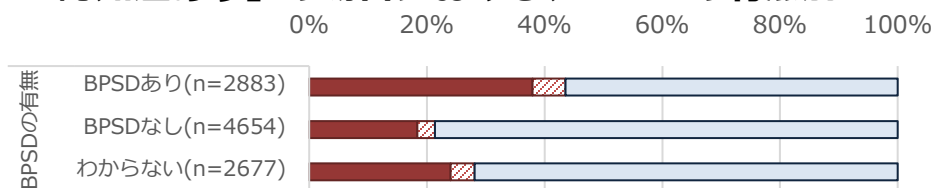
# 患者の状態別の身体的拘束の実施有無

- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要介護度別の身体的拘束の実施率に大きな差はないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では、自立度が低いほど身体的拘束の実施率は高かった。

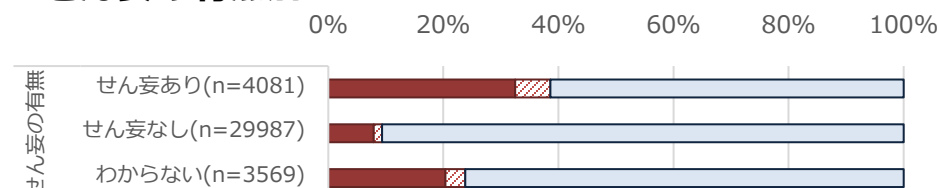
## ■ 認知症の有無別



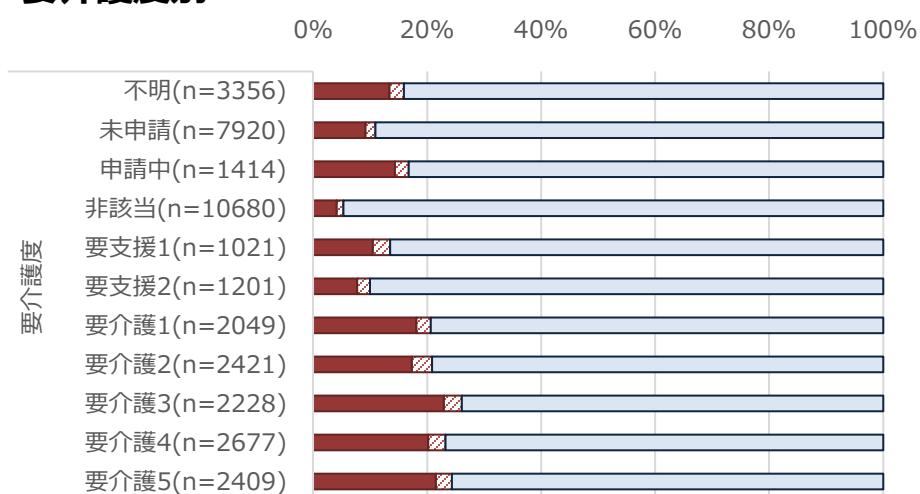
## ■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



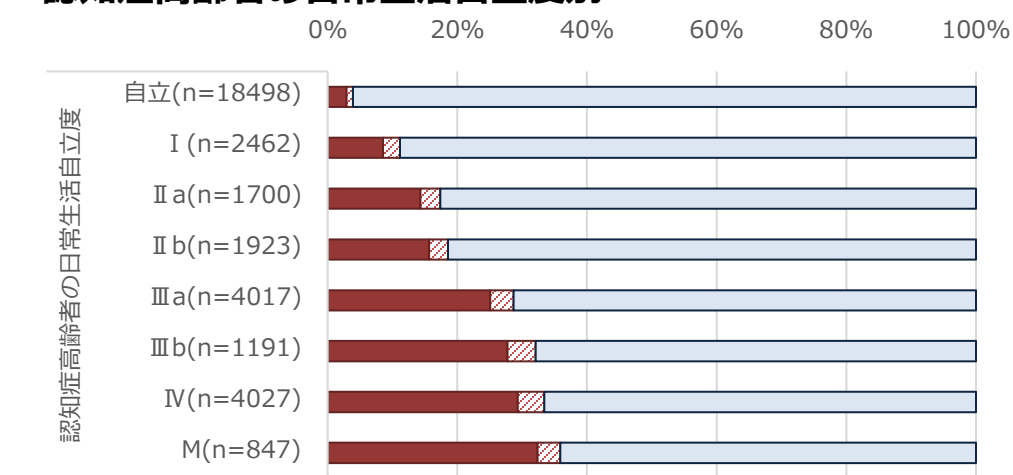
## ■ せん妄の有無別



## ■ 要介護度別



## ■ 認知症高齢者の日常生活自立度別

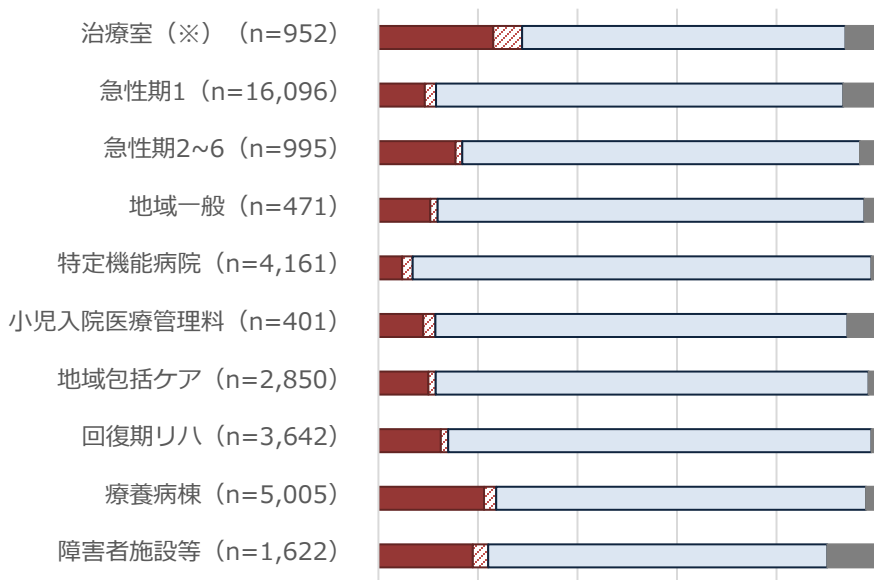


# 入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

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

## ■ 入院料別の身体的拘束の実施有無

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



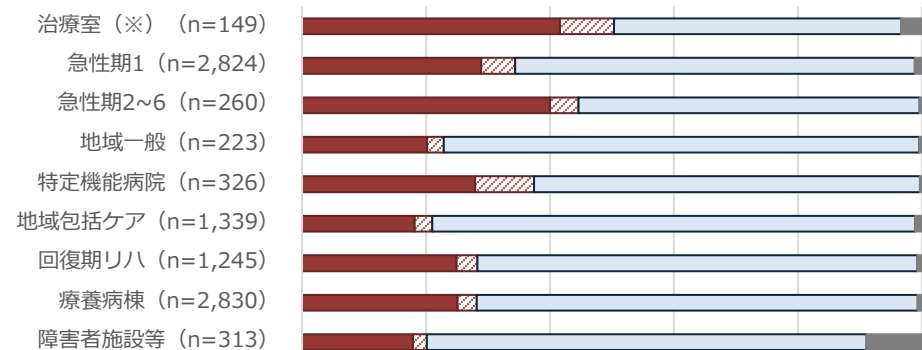
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

## ■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

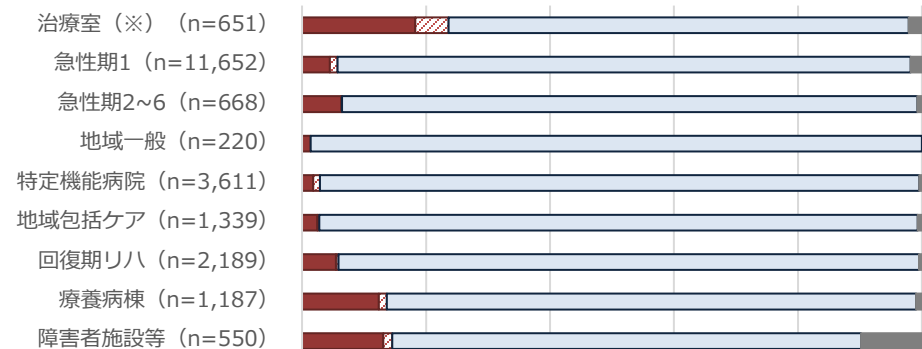
### 認知症ありの患者

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

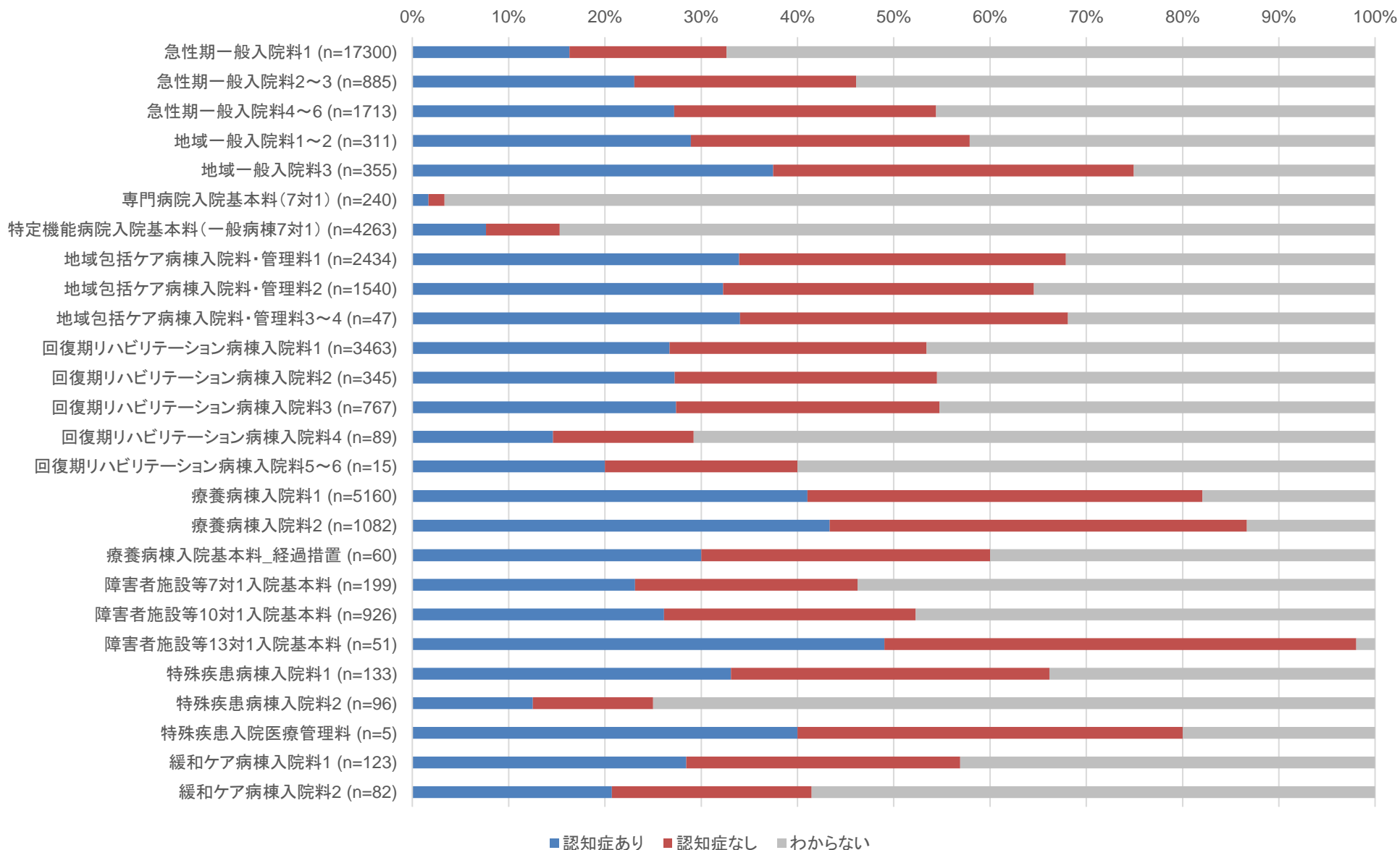


### 認知症なしの患者

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



# 入院料ごとの認知症の有無

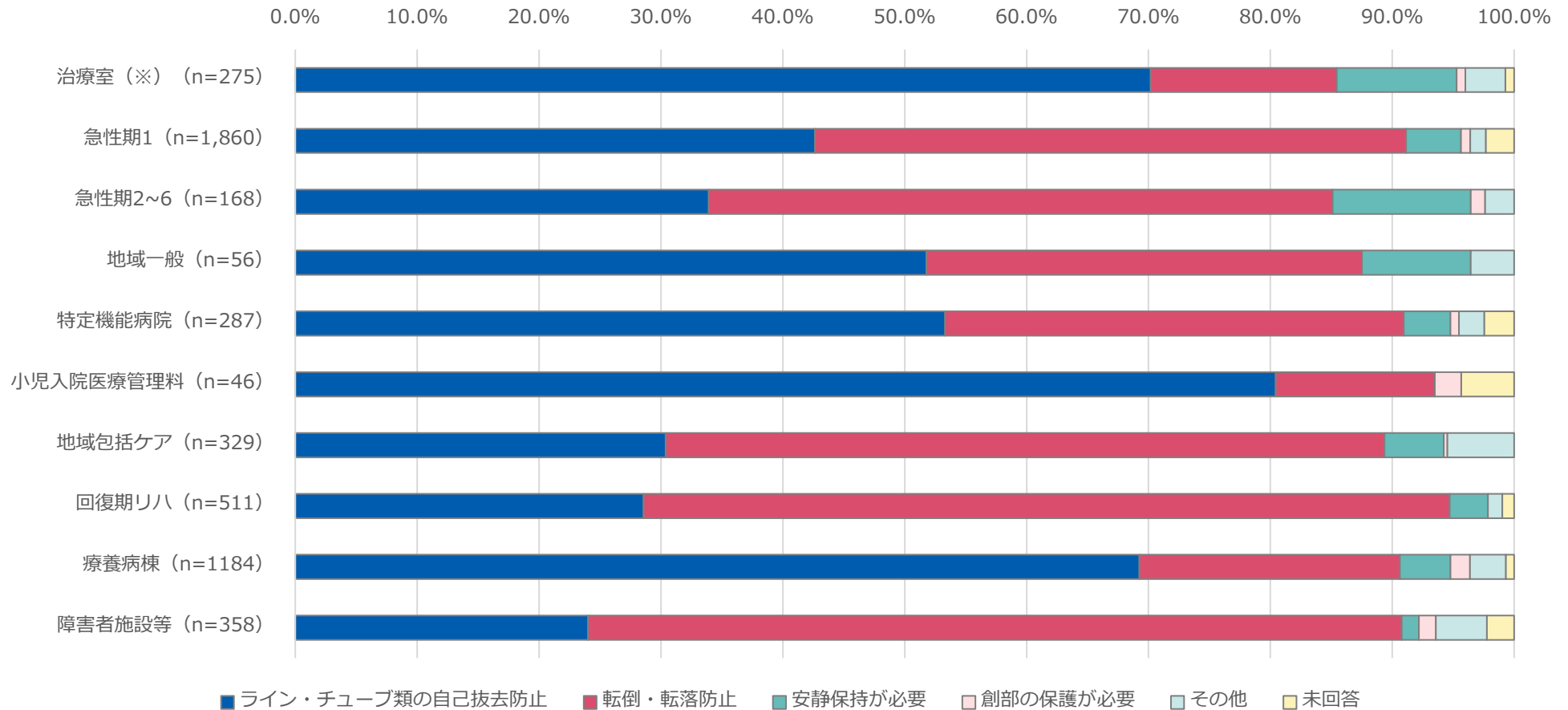




# 入院料別の身体的拘束の実施理由

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

## ■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



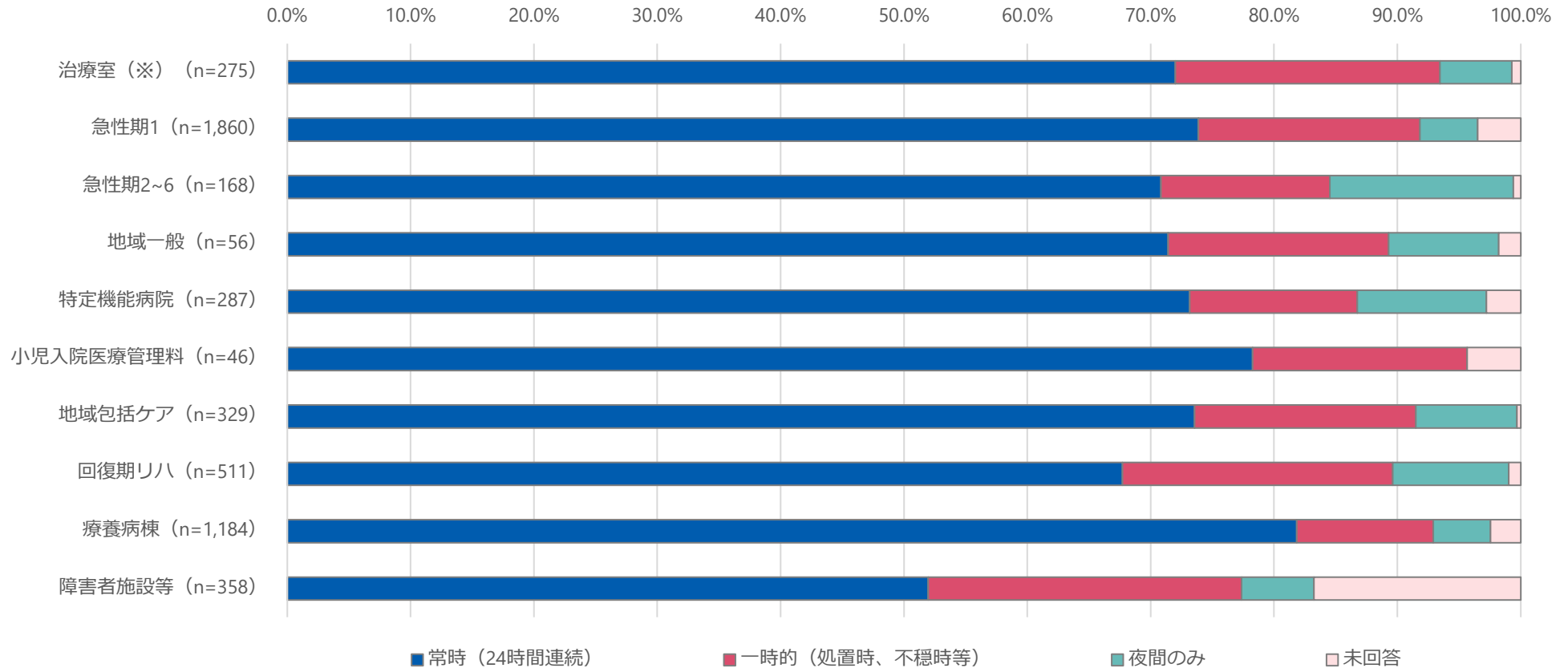
（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

# 入院料別の拘束時間

- 身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時（24時間連続）拘束をしていた。
- 他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時（24時間）拘束している患者がやや多かった。

## ■ 拘束時間（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答



（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

**認知症ケア加算(1日につき)**

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

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

# 認知症ケア加算で求める身体的拘束に関する対応

## 算定要件

### (4) 身体的拘束について

- ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
- ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
- エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。
- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
  - (ロ) 患者家族への説明と同意
  - (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
  - (ニ) 二次的な身体障害の予防
  - (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討
- オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

## 施設基準

### 認知症ケア加算1

認知症ケアチームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

### 認知症ケア加算2

専任の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

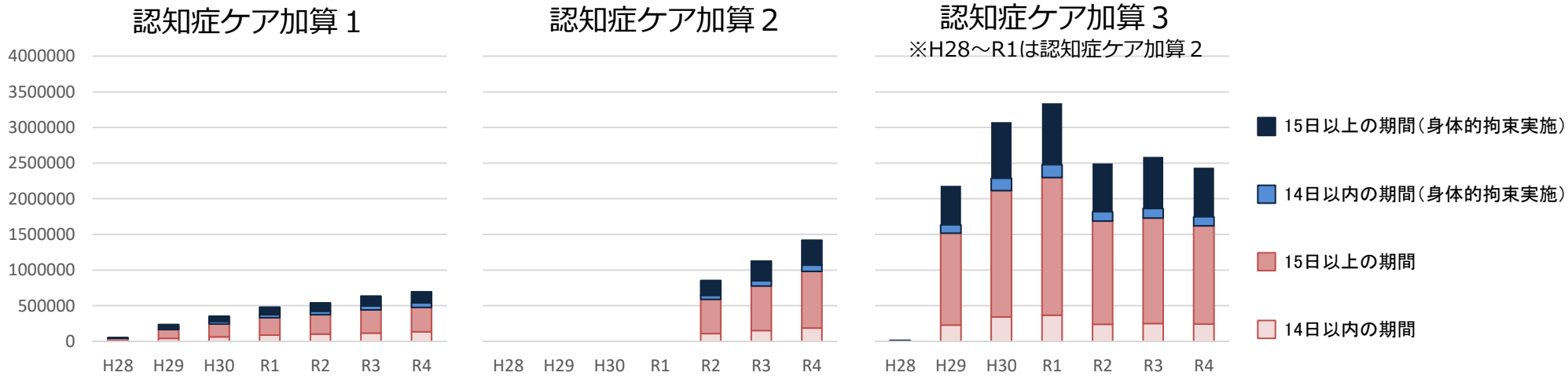
### 認知症ケア加算3

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

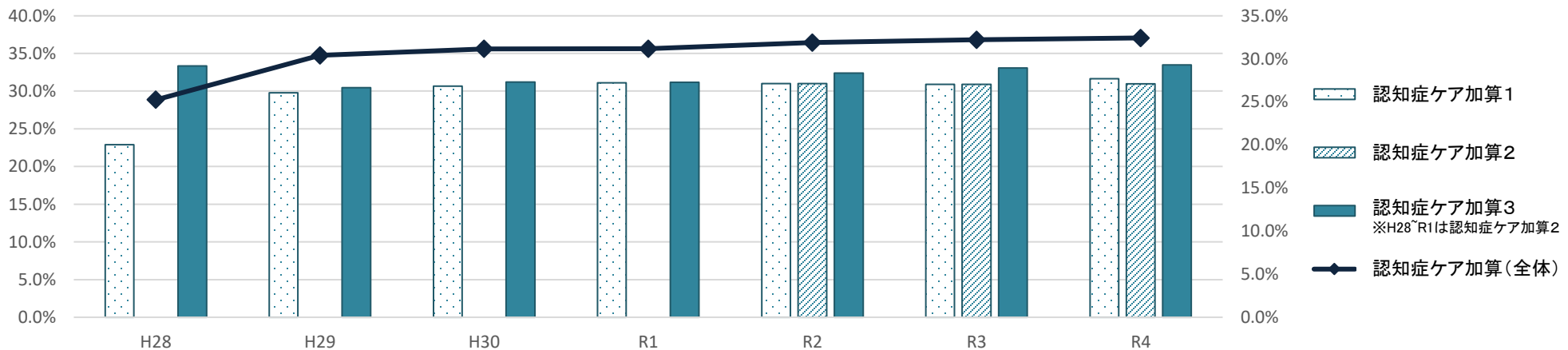
# 認知症ケア加算の算定の推移

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

## ■ 認知症ケア加算の算定回数の推移（各年6月審査分）

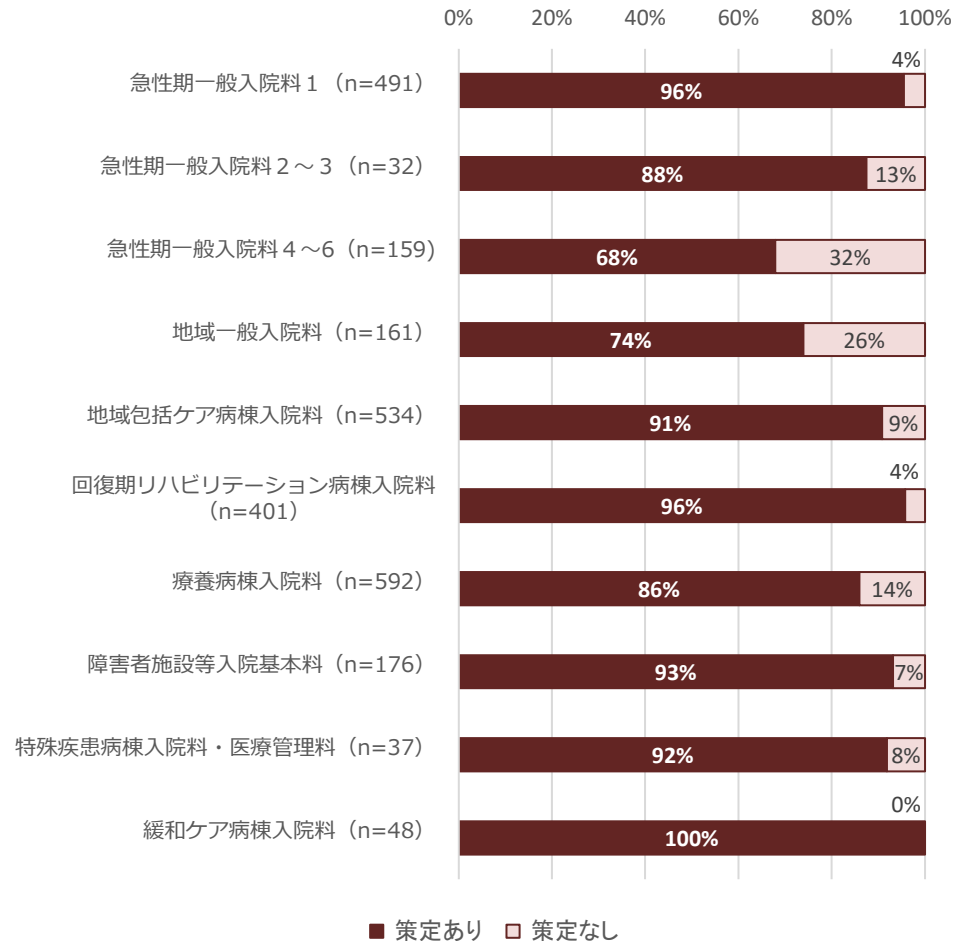


## ■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合（各年6月審査分の算定回数）

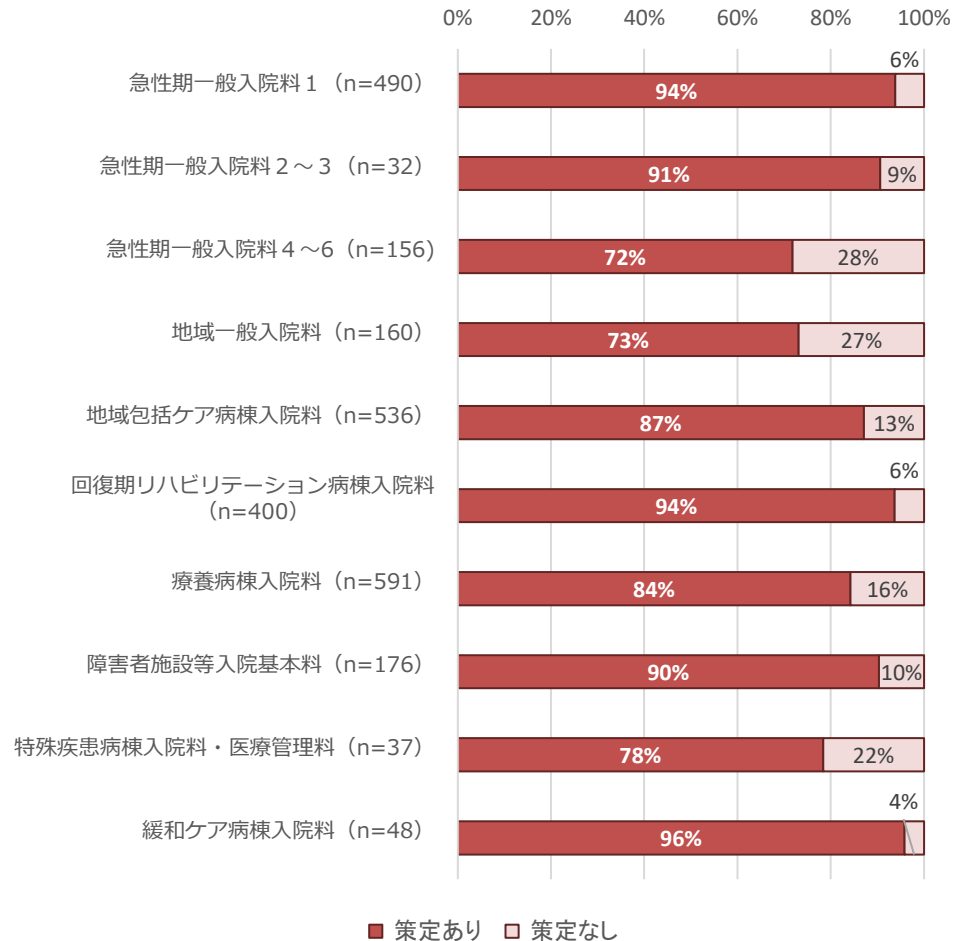


○ 「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」又は「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は、概ね9割程度の病院で策定されていたが、急性期一般入院料4～6と地域一般入院料を有する病院の策定率は約7割と低かった。

## ■ 身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定（令和4年11月1日時点）



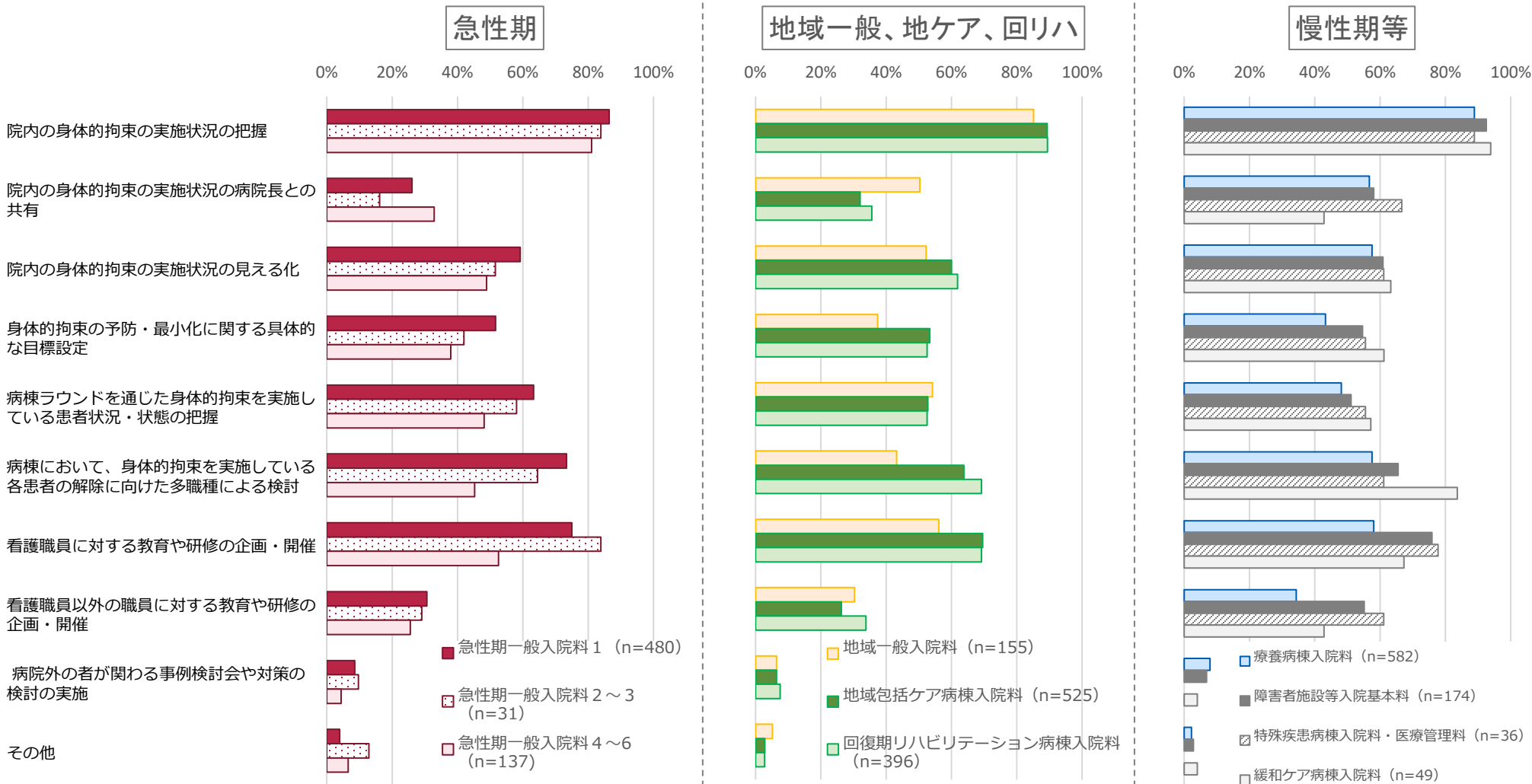
## ■ 院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定（令和4年11月1日時点）



# 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容

- 入院料別の身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容は以下のとおり。
- 急性期一般病棟入院料届出病院では、「院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有」の実施率は約2割であり、他の入院料と比べて低かった。

## ■ 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容（複数選択）





## テーマ5: 認知症

### (1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせる事が何よりも大切。
- 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。

### (2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応

- BPSD等の認知症対応力向上のためには支援者が地域の専門人材から 助言を受けられる仕組み作りが有用。また、BPSD等に関連する脱水症状の改善も重要であり、特定行為研修を修了した看護師を活用していくべきではないか。
- 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。
- 医療機関では、やむを得ないとの理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。

### (3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

# 一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

## A病棟：「身体拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度  
病床数：934床 / 入院料：急性期一般入院料1など

### ➤ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

目標	取組内容
1. 身体拘束が必要となる場面を減少させる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践</li> <li>・ CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT）</li> <li>・ 術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去</li> <li>・ 認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進</li> </ul>
2. 多様な視点から身体拘束を検討する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 倫理係による勉強会、倫理事例検討会</li> <li>・ 身体拘束解除カンファレンス</li> <li>・ 認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス</li> </ul>
3. 患者の安全を守る	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用</li> <li>・ インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討</li> </ul>

### ➤ インシデント・アクシデント発生時の対応

- ・ 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- ・ さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

### ➤ 医師と看護師等との協働

- ・ 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始2年3か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

## B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組


【病院概要】2020年4月1日  
病床数：464床（一般460床、感染4）、救命救急センター24床 / 入院料：急性期一般入院料1

### ➤ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- ・ 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- ・ 病棟では、
  - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベットサイドに掲示する
  - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見せもらう
  - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る 等

#### 【注意を促す掲示物の一例】

うでに点滴をしています。  
ここからくすりや栄養が入っています。  
大事にしましょう。



# (参考) 身体拘束予防ガイドライン

## 身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針

1. トップ（経営者・院長・看護部長）が決断し、施設や病院が一丸となって取り組む。
2. みんなで議論し、共通の意識を持つ。
3. まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。  
次のような患者の状況を解決することによって、身体拘束を必要としない環境を作る。
  - ・ スタッフの行為や言葉掛けが不適當か、またはその意味がわからない場合
  - ・ 自分の意思にそぐわないと感じている場合
  - ・ 不安や孤独を感じている場合
  - ・ 身体的な不快や苦痛を感じている場合
  - ・ 身の危険を感じている場合
  - ・ 何らかの意思表示を使用としている場合
4. 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。
5. 常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合は極めて限定的にする。

## 身体拘束をせずにケアを行うために — 3つの原則

1. 身体拘束を誘発する原因を探り除去する。
2. 5つの基本的ケアを徹底する。  
①起きる ②食べる ③排泄する ④清潔にする ⑤活動する（アクティビティー）
3. 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現をめざす。

# 課題と論点

## (身体的拘束について)

- ほとんどの病棟・病室において、入院患者に対する身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)であるが、実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度あった。
- 身体的拘束を実施された患者の状態や実施理由等については、以下のとおりであった。
  - 「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
  - 「認知症あり」の患者の場合、約2～4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。
  - 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
  - 身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしていた。
- 身体的拘束を予防・最小化するための医療機関としての取組として、「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」又は「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は、概ね9割程度の病院で策定されていた。
- 身体的拘束を予防・最小化するためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要であることや、急性期の医療機関においても身体拘束の最小化に取り組む必要があることを指摘されている。



## 【論点】

- 必要な医療を提供し安全を確保するため緊急やむを得ない場面がある中においても、入院患者に対する身体的拘束を組織的に予防・最小化するために必要な取組や評価についてどのように考えるか。