【質疑１】地域包括ケア病棟について

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

（急性期からの患者の受入れ）
- ○ 地域包括ケア病棟・病室の入棟元について許可病床の規模別にみると、許可病床の規模が大きいほど、特に許可病床数400床以上では自院の一般病床の割合が高く、他院の一般病床の割合が低かった。
- ○ 入棟元が自院又は他院の一般病床の患者が占める割合の分布をみると、全ての患者が自院又は他院の一般病床から入棟している医療機関が最も多かった。さらに、一般病床から入棟した患者のうち、自院の一般病床が占める割合の分布をみると、全ての患者が自院の一般病床から入棟している医療機関が最も多かった。
- ○ DPC/PDPSの診断群分類によっては、患者がDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期が、DPC/PDPSによる点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

（地域包括ケアに係る実績要件）
- ○ 自宅等から入棟した患者割合は20%以上30%未満、自宅等からの緊急入院の受入は3か月で5～9人が最も多かった。
- ○ 在宅医療等の提供状況については、多くの医療機関が「在宅患者訪問診療料」と「同一敷地内の施設等における介護サービスの実施」の要件を満たしていた。算定実績をみると、在宅患者訪問診療料は3か月当たり31回～40回と201回以上の医療機関が多かった一方で、訪問看護・指導料等は現行要件を満たすことができる医療機関の割合が低かった。

（在宅復帰支援に関する事項）
- ○ 地域包括ケア病棟に入院している患者のうち、いずれの疾患別リハビリテーションも実施していない患者は33%であった。また、入院患者の半分以上に疾患別リハビリテーションを実施していない医療機関が一定程度あった。
- ○ 地域包括ケア病棟を有する医療機関のうち、入退院支援部門がない医療機関が10.1%あった。

【論点】

- ○ 地域包括ケア病棟の創設の趣旨に鑑み、当該病棟の3つの役割を地域において適切に推進するため、それぞれの役割にかかる要件等について、必要な見直しを検討してはどうか。
- ○ 地域における医療機関間の機能分化・連携を推進する観点から、入棟元が自院の一般病床の患者割合が特に高い医療機関について、どのように考えるか。また、同一医療機関のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する場合について、DPC/PDPSの診断群分類区分における点数によっては転棟のタイミングが偏っていることを踏まえ、患者の状態に応じた適切な医学管理を妨げないよう、入院料の算定方法を見直してはどうか。
- ○ 地域包括ケアに係る実績要件について、満たしている項目の偏りや実績等を踏まえた見直しを行ってはどうか。
- ○ 在宅復帰を適切に支援する観点から、入院患者に対するリハビリテーションの実施割合が特に低い医療機関や、入退院支援を行う部門を設置していない医療機関について、どのように考えるか。

43

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

はい、ご説明ありがとうございました。

３つのテーマが示されておりますので、各テーマごとに議論してまいりたいと思います。

まず 43 ページまでの地域包括ケア病棟に関するご説明に関しまして、ご質問等がございましたら、よろしくお願いいたします。では松本委員、お願いいたします。

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

はい。43 ページ目の論点でございますが、１つ目と２つ目の論点につきましては、まとめてコメントいたします。

まず、許可病床の規模が大きい所、特に許可病床 400 床以上では「自院の一般病床」から地域包括ケ

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

ア病棟に転棟している割合が高いという調査結果や、地域包括ケア病棟が地域で期待されておる役割も考えますと、規模の大きい所は自院内での転棟や地域からの患者さんの受け入れについて一定の要件を設けることを検討してもよいと考えます。

また、同一医療機関のＤＰＣ対象病院から地域包括ケア病棟に転棟した場合の算定方法ですが、診断群分類や算定している入院料が地ケア（＝地域包括ケア病棟）のですね、１から４のいずれかによっても状況が変わってきますし、入院料として ＤＰＣのほうが低くても、リハビリを出来高で算定することでトータルとしてはＤＰＣのほうが地ケアよりも高い点数になる場合も考えられ、また、その逆もありますので、ＤＰＣと地ケアでどちらが高点数になるかということは一概には言えないと思います。

転棟時期が不適切に偏っている問題を解決するためには、入院料の算定ルールを整理することと考えますけれども、事務局においてはこの辺をよりイメージがわくように整理していただきたいというふうに思います。

例えば、いずれかに統一した場合にＤＰＣの入院期間との関係がどうなるかなど、具体的な制度設計を提示してもらえるようにお願いいたします。

あわせて地域包括ケア病棟の創設の趣旨を踏まえて、自院内での転棟割合があまりにも高い場合について、特に規模の大きな病院において一定の制限を設けるなど、別の切り口からも検討すべきというふうに考えます。

３つ目の論点です。26 ページに在宅医療等の提供に関する実績要件の充足状況が示されておりますが、病院からの訪問看護と同一敷地内の訪問看護ステーションからの訪問看護と、開放型病院共同指導料の３つにつきましては、ほとんどと言ってよいほど満たせてはおりません。

これは、医療機関がこうした取組に消極的だからということではなくて、訪問看護で、たとえて言えばですね、制度上、医療保険ではなくて介護保険が優先されることになっていますので、医療保険上の訪問看護の算定回数はどうしても少なくなります。

また、開放型病院共同指導料につきましては、30 ページに再算定要件が掲載されておりますが、指導料の２は地域包括ケア病棟入院料に包括されておりますので算定できません。

このように、現在の実績要件にはどうやってもクリアできないものがありますので、こうした点につきましては見直しが必要と考えます。

４つ目の論点ですが、地ケア病棟の中にはリハビリテーションが全く実施されていない患者さんがいたり、あるいはリハの実施割合が低い医療機関があるということですが、そもそも地域包括ケア病棟は入院患者全てにリハビリを実施しなければならない病棟ではないと理解しております。

従いまして、リハビリの提供を義務化するような仕組みにはすべきではないと思います。

あくまでも、医学的判断に基づいてリハビリが必要な患者さんに対して提供し、不要な患者さんについては提供しないという対応が認められるという前提のもとで対応を検討すべきだと思います。

例えば、36 ページにもあるとおり、地ケア病棟では入棟時と退棟時のＡＤＬスコアの判定が求められておりますので、37 ページにあるように、こうした測定結果を患者さんにしっかりと説明するなどして、リハビリの必要性等を検討していくことは考えられると思います。

一方、入退院支援部門を設置していない医療機関の取扱いについては、40 ページの調査結果によると「職員数を十分に確保できていない」ということですので、できる限り設置していただくのは望ましいとは思いますが、病床規模が小さい所には配慮が必要というふうに考えます。以上です。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ありがとうございました。ほかいかがでございましょう。では間宮委員、お願いいたします。

○間宮清委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

はい、ありがとうございます。37 コマ目の所に、ＡＤＬスコアの結果がデータベースにおいて報告されているけれども、「結果を患者に共有することは特に求められてない」っていうふうになっていますけど。

データ提出加算で要件となっているADL区分

○ ADLスコアの判定では、食事、移乗、歩行等の基本的な日常生活動作のADLについて、2～4段階で評価・記録している。
○ ADLスコアの結果はデータ提出において報告されているが、リハビリテーションの必要性を判断するための指標とすることや、結果を患者に共有することなどは、特に求められていない。

分類	所見			
	自立	一部介助	全介助	不明
食事	2	1 切ったり、バターを塗ったりなどで介助を必要とする	0	9
移乗	3	2 軽度の介助で可能 1 高度の介助を必要とするが、座っていられる。	0 座位バランス困難	9
整容	1 顔／髪／歯／ひげ剃り	0		9
トイレ動作 トイレの使用	2	1 多少の介助を必要とするがおおよそ自分一人でできる。	0	9
入浴	1	0		9
平地歩行	3	2 一人介助で歩く 1 車いすで自立	0	9
階段	2	1	0	9
更衣	2	1	0	9
排便管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9
排尿管理	2	1 時々失敗	0 失禁	9

37

これやっぱり、患者とか家族がですね、今、自分がどういう状態であるのかっていうのは把握する必要があると思いますし、丁寧な説明という意味も含めてですね、患者が、自分がどういう状態に戻りたいかとか、そういうところも含めてですね、やっぱり今のＡＤＬスコアの結果っていうのはきちっと患者に共有することが必要だというふうに思います。以上です。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほかいかがでございましょう。では今村委員、お願いいたします。

○今村聡委員（日本医師会副会長）

ありがとうございます。１点だけ。在宅医療の提供についてですけれども。

入棟元・退棟先の割合（許可病床数別）

診調組　入－1
元．10．3

○　許可病床数別に入棟元の割合をみると、許可病床数が大きいほど「自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）」の割合が多く、「他院の一般病床」の割合が少なかった。
○　退棟先については、いずれの病床規模でも「自宅」が多く、約6～7割を占めた。

入棟元（n=1,709）		許可病床 200床未満	200-400床未満	400床以上
自宅等	自宅（在宅医療の提供あり）	7.8%	4.0%	11.0%
	自宅（在宅医療の提供なし）	26.9%	19.2%	16.9%
	介護老人保健施設	1.9%	1.3%	0.7%
	介護医療院	0.4%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.3%	0.0%	0.0%
	特別養護老人ホーム	4.3%	4.3%	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.8%	1.5%	0.0%
	その他の居住系介護施設	2.1%	1.2%	0.0%
	障害者支援施設	0.6%	0.1%	0.0%
他院	他院の一般病床	16.9%	5.6%	4.4%
	他院の一般病床以外	1.7%	2.2%	0.0%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	30.7%	57.0%	64.7%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	1.9%	0.1%	2.2%
	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出ている病床	1.0%	0.0%	0.0%
	自院の療養病床（上記以外）	0.2%	0.0%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	3.2%	0.0%
有床診療所		0.0%	0.0%	0.0%
その他		0.1%	0.0%	0.0%
不明		0.2%	0.3%	0.0%

退棟先（n=499）		許可病床 200床未満	200-400床未満	400床以上
自宅等	自宅（在宅医療の提供あり）	11.9%	7.2%	20.5%
	自宅（在宅医療の提供なし）	47.1%	51.6%	53.8%
	介護老人保健施設	6.2%	2.4%	7.7%
	介護医療院	0.5%	0.0%	0.0%
	介護療養型医療施設	0.5%	0.4%	0.0%
	特別養護老人ホーム	4.8%	3.2%	0.0%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.8%	5.2%	0.0%
	その他の居住系介護施設	3.3%	2.0%	2.6%
	障害者支援施設	0.5%	0.4%	0.0%
他院	他院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	3.3%	2.0%	0.0%
	他院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.0%	0.0%	0.0%
	他院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	1.0%	4.0%	5.1%
	他院の療養病床（上記以外）	1.9%	4.8%	2.6%
	他院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	他院のその他の病床	0.0%	0.0%	2.6%
自院	自院の一般病床（地域一般、地ケア、回リハ以外）	1.9%	1.2%	0.0%
	自院の地域一般入院基本料を届出ている病床	0.5%	0.0%	0.0%
	自院の地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料を届出ている病床	0.5%	2.4%	0.0%
	自院の療養病床（上記以外）	1.4%	1.2%	0.0%
	自院の精神病床	0.0%	0.0%	0.0%
	自院のその他の病床	0.0%	0.0%	0.0%
有床診療所（介護サービス提供医療機関）		0.0%	0.0%	0.0%
有床診療所（上記以外）		1.4%	0.4%	0.0%
死亡退院		5.2%	2.4%	5.1%
その他		0.0%	0.0%	0.0%
無回答		3.3%	9.2%	0.0%

出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

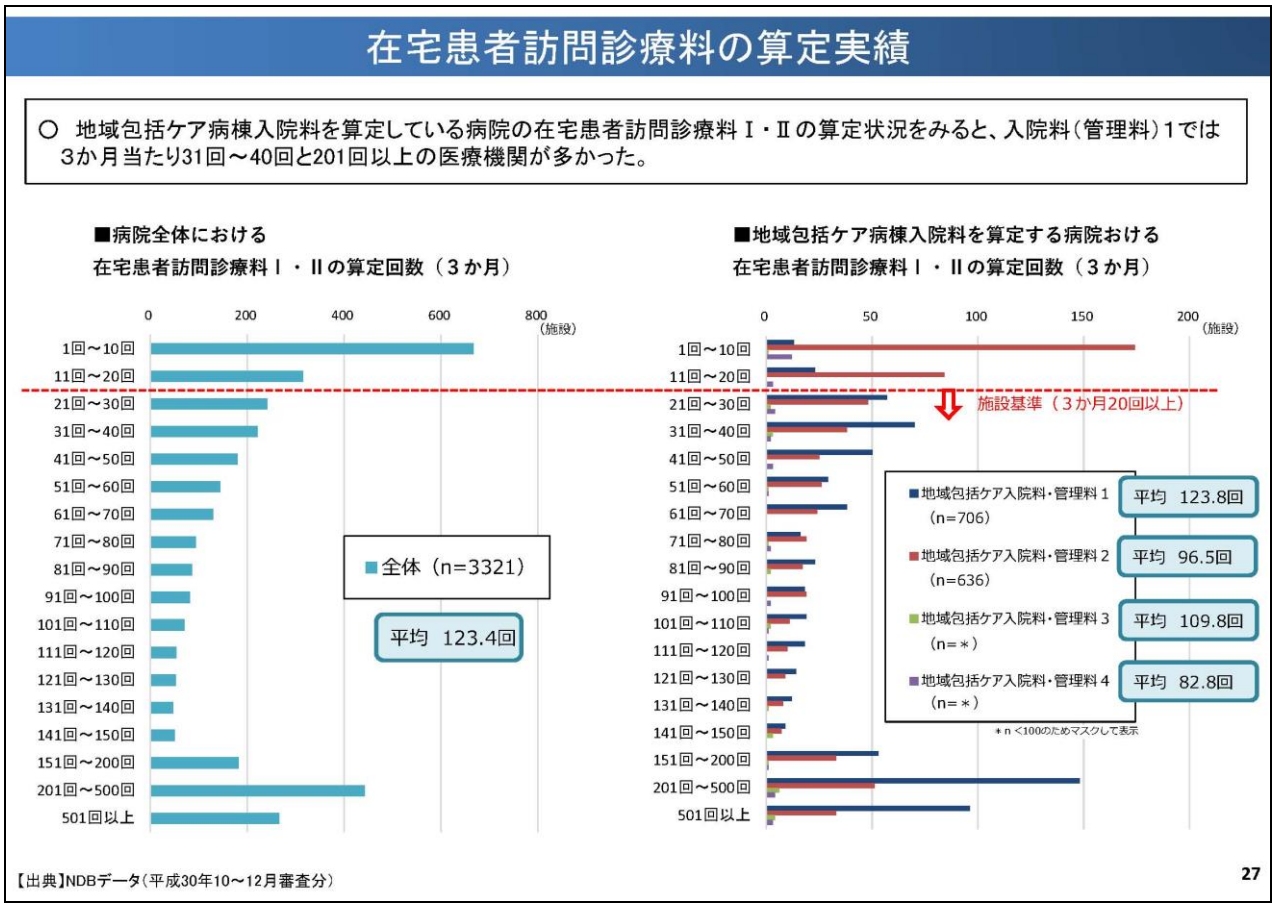
14

14 ページの許可病床数別の入棟元と、それから退棟先の中での「在宅医療の提供」という数値を見ますと、退棟先に在宅医療の提供が行われているのは許可病床数の大きい 400 床以上のところが 20.5%ということで全体の５分の１が、そういった患者さんがいるということで。

これ、入棟元を見ても 400 床以上が在宅医療の提供が多いわけですけど、その差を見ていても他の許可病床に比べると圧倒的にこの大きな病院の所に在宅医療の提供っていうのは多くなっているわけですけれども。

27 ページを見ますと、27 ページを見ていただくと、これ、いわゆる許可病床数の大きな所の地域包括ケア入院料・管理料の２あるいは４といった所の回数っていうのは、やっぱり少なくなっています。

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved



基本的には、本来のその地域包括ケア病棟の趣旨から考えるとですね、これ、病床数を考えないで3カ月で20回の、いわゆる訪問診療って、同じ条件にしているのはやっぱりちょっとおかしいのかなという。

実際に、実態としても在宅医療の提供が本来必要な所なので、そういうところにはきちんともう少し要件を少し見直していただく必要があるのかなあというふうに感じております。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ありがとうございました。ほかいかがでございましょう。では佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策局長）

はい。地域包括ケア病棟なんですけど、もちろん地域包括ケア病棟の役割について理解して実践されている医療機関も多いと思いますが、9ページで回答が多い、地域包括ケア病棟・病室のほうが経営が安定するためという届出理由ではなく、本来、地域包括ケア病棟が果たす役割をきちんと果たせるように検討が必要ではないかなというふうに思います。以上です。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほかいかがでございましょう。では幸野委員、お願いいたします。

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

はい。ちょっと論点に沿ってのコメントじゃないんですが、地域包括ケア病棟・病室が求めてる「機能」について、要件を見直すということを言わせていただきます。

結論から言えば、地域包括ケア病棟に求められる３つの要件、すなわちポストアキュート、サブアキュート、それから在宅復帰支援、これが求められてるんですけど、残念ながら一部の病棟ではこれが欠けているというところから、要件を適切に設定すべきということだと思います。

まず１つ目の機能でありますポストアキュートなんですが、自院の急性期病棟からの転棟先として利用されているというケアミックス病院の割合が 63.8%と高いというのが問題点としてあるというところで、入棟元が「自院の一般病床」の患者割合が特に高い医療機関については、地域包括ケアシステムの要として急性期治療終了後の患者だけでなく、在宅患者の急変時の受け入れや在宅復帰支援を担うということを目的に創設された地域包括病棟の本来の役割を踏まえて、例えば基準に「退院からの一般病床から入棟した患者の割合」というのを基準に設定すべきじゃないかというふうに思われます。

それから２つ目の機能でありますサブアキュートでありますが、これについては自宅から入棟した患者は今「１割以上」、それから緊急時の受け入れが「３カ月で３人以上」という設定がされてるんですが、実態を見てみますと、この要件についてはもう少し引き上げてはいいんじゃないかというふうに思われます。

例えば、自宅からの割合を「２割以上」にするとか、緊急患者の受け入れは「３カ月で５人以上」というふうに厳格化するということも１つの案じゃないかと思います。

それから、入院分科会の議論でも出たようにＡＣＰに係る要件については、これは全ての入院料・管

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

理料に要件化してもいいんじゃないかなというふうに思います。

それから３つ目の機能、在宅復帰支援なんですが、これについてはリハビリテーションに係る費用が入院料に含まれてるにもかかわらず、３割以上の患者にリハビリができるにもかかわらず実施されてないというふうな残念な状況があるということも踏まえ、実績要件に「疾患別リハビリテーションの実施」というのを追加してもいいんじゃないかいうふうに思います。

それから、問題なのはこの在宅復帰率なんですけど、これ、入院料とか管理料１にしか……、１と２にしか設定されてないんですけど、この「７割」っていうのは非常に形骸化しているというところもあって、この７割というのはもう少し引き上げるべき。

それから、全ての入院料・管理料に、この在宅復帰率っていう要件を設定すべきじゃないかというふうに思われます。

それから入退院支援部門の設置については９割が設置されているということであるんであれば、これついては入院料の高い所については設置を要件化するということも検討していく必要があるんじゃないかというふうに思われます。

それから２つの論点のＤＰＣ／ＰＤＰＳは、これはもう本当にあってはならないことで、これを是正するために入棟、転棟後もＤＰＣ／ＰＤＰＳで算定するという算定式に統一すべきだというふうに思います。

それから最後、在宅医療の提供なんですが、在宅患者訪問診療料の回数と同一敷地内の施設における介護サービスの実施というのが非常に多いというところなんですが。

現状の算定実績を踏まえれば、在宅患者訪問診療料の回数については、例えば３カ月でもっと実施する要件に厳格化してもいいんじゃないかというところと。

同一敷地内の施設における介護サービスの実施については、今、実績要件が求められてないので、これについても実績要件を求めるというふうな要件の厳格化も検討すべきじゃないかというふうに思います。以上です。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ありがとうございました。では猪口委員、お願いいたします。

○猪口雄二委員（全日本病院協会会長）

はい、ありがとうございます。この地域包括ケア病棟はもう、できた経緯から言ってですね、やはり急性期後、それから在宅等の増悪時、それから在宅療養支援と。

先ほど幸野委員が言われたとおり、それがバランスよく行われるということが非常に重要で、本来の趣旨に合う形のですね、点数設定というのが求められていると思います。

実績部分の状況（在宅医療等の提供）

診調組　入－1
元．７．２５

○　地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）１・３にかかる実績部分のうち、在宅医療等の提供状況をみると、入院料にかかわらず「在宅患者訪問診療料の算定回数が３月で20回以上」「介護保険における訪問介護、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等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施」を満たしている割合が高かった。

在宅医療等の提供状況について（複数回答）

		施設として届け出ている地域包括ケア病棟入院料/入院医療管理料															
		地域包括ケア病棟入院料1		地域包括ケア入院医療管理料1		地域包括ケア病棟入院料2		地域包括ケア入院医療管理料2		地域包括ケア病棟入院料3		地域包括ケア入院医療管理料3		地域包括ケア病棟入院料4		地域包括ケア入院医療管理料4	
全体		施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合	施設数	割合
		67	100.0%	66	100.0%	45	100.0%	25	100.0%	1	100.0%	3	100.0%	2	100.0%	2	100.0%
満たしている実施要件	在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上	58	86.6%	62	93.9%	20	44.4%	13	52.0%	1	100.0%	3	100.0%	1	50.0%	2	100.0%
	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3月で100回以上	5	7.5%	3	4.5%	7	15.6%	3	12.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	同一敷地内の訪問看護ステーションの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3月で500回以上	11	16.4%	6	9.1%	3	6.7%	2	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が3月で10回以上	7	10.4%	3	4.5%	8	17.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	介護保険における訪問介護、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等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施	59	88.1%	66	100.0%	30	66.7%	18	72.0%	1	100.0%	3	100.0%	1	50.0%	1	50.0%

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1・3は以下のうち少なくとも2つを満たしていることが要件

①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20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3月で100回以上、若しくは同一敷地内の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3月で500回以上であること。
③当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が3月で10回以上であること。
④介護保険における訪問介護、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等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

出典：平成30年度入院医療等の調査（施設票）　※無回答を除く

26

それで先ほど、実績要件の話が出ておりましたが、実際のお話をさせていただきますと、まず 28 ページのですね、病院からの訪問看護。

これは、病院にリハスタッフがそんなに多くいるわけでもありませんし、それからリハの施設要件でですね、専従要件とかかけられていると、なかなかこれ、行けないので、まず病院からのは難しい。

それから次の、同一敷地内の訪問看護ステーションですけども、もともと訪問看護ステーションっていうのは病院から離れてですね、独立したものとして発達してきたという経緯がありますので。

特に都会で土地も建物もいっぱいに使ってるとこではこれ、持って行きようがないので、まず、これ

Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

を取るということは非常に難しい。

それから、その次のですね、開放型病床の共同利用ですけど、これは前回の中医協でも議論になったとおりですね、非常に要件が厳しすぎて、まずこれ自体が取れないんですね。それなのでこれが使えないと。

こういうような理由で、この３つが全然選択されてないという理由がありますので、これを変えるというか、もともとの要件を変えることによって、また選択肢が変わってくるんじゃないかというふうに思っております。

それから、33 ページのリハビリの要件で、先ほどですね、松本委員からも、回復期リハと違ってですね、地域包括ケアではさまざまな患者さんが入ってくるので、その全てがリハビリの患者さんではないということから考えると、３分の１程度やってないというのは、まあ自然かなっていうふうにも思います。

それで 35 ページにありますように、その（リハビリの実施）率もバラバラになっています。これは、さまざまな病態を受け入れてるということではないかと思います。

あともう１つは、地域包括ケア病棟には病棟専従のリハ職員、これが義務づけられておりますので、例えば日常生活動作等々においてですね、その場に応じてリハビリを行うということをやられている施設もかなりあるというふうに聞いております。

従って、そういう場合には 20 分１単位に該当しないので、リハを算定できないということになるんですね。そういうこともあってですね、少し低めになっているのかなというふうに思います。

それから、先ほど言われてました在宅復帰率ですけども、これは前回、在宅復帰加算の取れてる老人保健施設と療養病棟はですね、在宅から外れたわけです。

これによってかなり、各地域包括ケア病棟を運営する病院ではかなり苦労しておりまして、相当苦労して、やっとこの 70%以上というところをクリアしてるわけで、これを上げるとですね、本当に在宅復帰が厳しくなってまいります。

ですからここはですね、今の 70%のままがよろしいかというふうに思っております。

それから最後にですね、入退院支援部門のことですが、40 ページですけども。

設置してない理由ということで、高いのがですね、「入退院支援部門を担当する職員数が確保できない」、それから「入退院支援部門を設置しなくても、各病棟や各職員による十分な入退院支援が行える」という理由が高くなっております。

これは今日、あとでこの入退院支援のところがまた議論されると思いますので、そこでもお話ししたいと思いますが、あまりにその専従要件等々のものが厳しすぎてですね、そこまで配置が今できないというのが実態です。それでも皆、協力し合って、この入退院の支援をしておりますので、ぜひそこら辺の、入退院支援部門そのものをですね、人員配置基準を見直していただけたらと思っております。以上です。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ありがとうございました。では吉森委員、お願いいたします。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。全体的に各論の所は皆さんおっしゃってるとおりだというふうに、同等の意見ですけども。

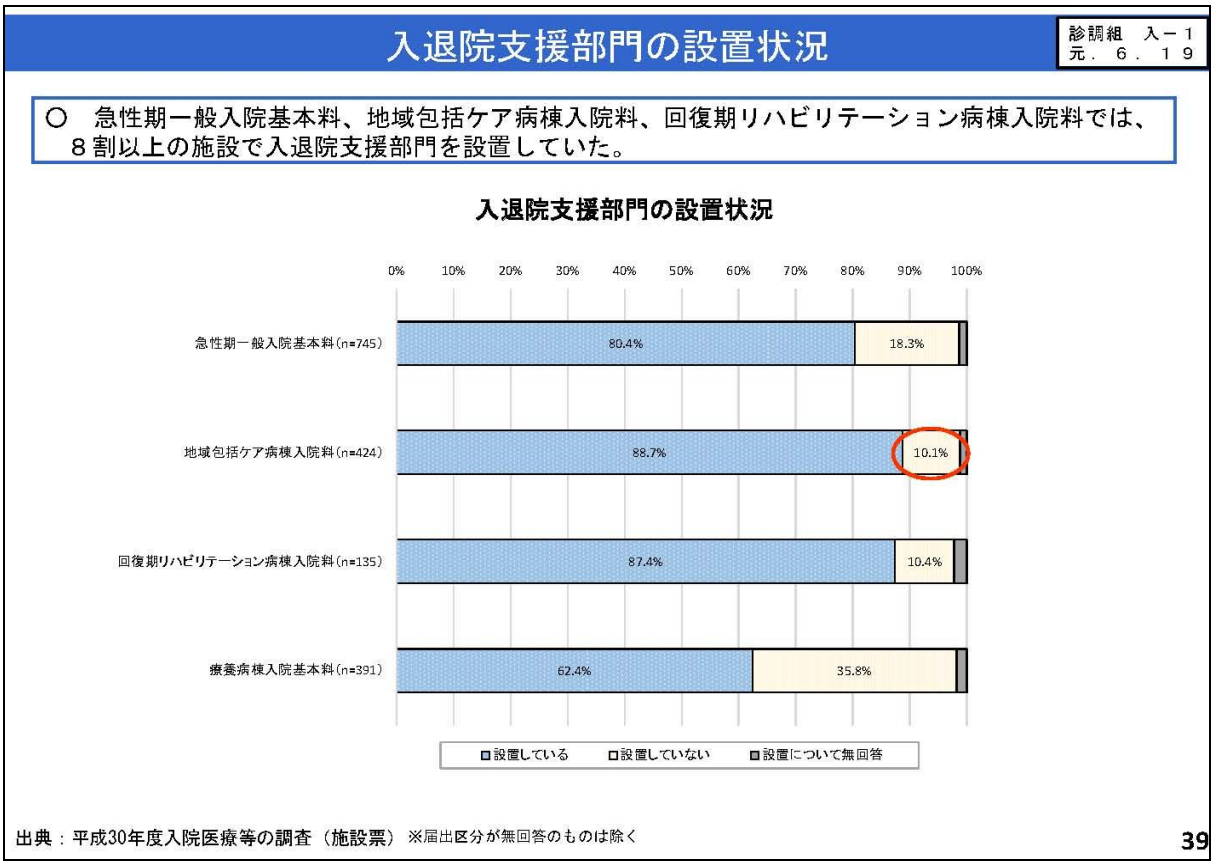
やはり、地域包括ケアの役割、さっきから出てますポストアキュート、サブアキュート、在宅。この辺のいわゆる役割、機能、これをしっかり各地域で果たしていただく。各地域で果たしてらっしゃる医療実態の調査資料は今ここに出てきて、やはりずっと歴史的背景も踏まえた中での要件設定、指標がやや目指しているところに合ってないっていうので見直しましょうっていう方向性はそのとおりだと思いますし。

病床規模別とか、きめ細かく見直していく必要があると思いますけど、一方で、あまりにきめ細かくガチガチにやると複雑化していくっていう。

この辺のバランスの取り方が難しいんだろうと思いますんで、その辺はしっかりと実態に合わせて医療現場実態にも合わせてやっていただきたいというふうに思いますし。

もう１つはやはり、それぞれの病院に入院されている、外来で来る患者さんの状態、この患者さんの状態に応じた適切な管理、対応、こういう観点は必要だろうと思いますんで、そういう意味でしっかりと見直していただきたいというふうに思います。

最後に、ちょっと細かくて恐縮なんですけれども、43 ページの最後の、入退院支援ということで資料を付けていただいておりまして、39 ページに地域包括ケア病棟であるとか回復リハビリテーション病棟の入退院支援部門が９割ありますと。



Copyright © 2019　http://chuikyo.news　――中医協ニュース――　All Rights Reserved

その１つ手前に、入退院支援加算を届けていないのが、例えば地ケアですと 24%。回復期リハですと 31%と。

もう１つ行きますと、40 ページには入退院支援部門を設置していない理由として、「支援を担当する職員が十分確保できない」。そこに一方で、在宅復帰支援に関わる施設基準として、地ケア病棟の施設基準は専任の在宅復帰支援担当者が１名以上ということで、この支援担当者については特段、専門的な要件は課していない。

この辺なんで、お聞きしたいのは、まず 39 ページの９割ぐらいの入退院支援部門というのは、この入退院支援加算を取っていらっしゃる割合っていうのは分かるんでしょうか。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では医療課長、お願いいたします。

○厚労省保険局医療課・森光敬子課長

すみません、それぞれの部門の設置の状況と、それから加算の取っている状況、届出状況っていうのは分かりますが、部門が設置されているかどうかの関係でございますが、基本的には入退院支援加算自身は部門の設置っていうのが実は要件にあります。41 ページにあるように要件にはなっております。

ただ、逆に、部門を設置しているからといって加算が取れるかどうかというのは、またさらに、専従要件等が入っておりますんで、そこは不明となっております。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では吉森委員、お願いいたします。

○吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）

まあ、そうだと思いましたんで質問したんですけど。

42 ページに、当然、入退院支援加算の届出の有無がある。そうすると平均在院日数に有意な効果が出てるということからいけば、単に入退院支援部門をつくっている、いわゆる 40 ページにあるような地ケアの基準でつくってらっしゃって入退院支援をしてるのと、入退院支援加算を取ってきっちり、これは先ほど猪口委員からもありましたけど、専従、専任要件が非常に厳しい要件設定になっているという形で入退院支援を行っていらっしゃる。同じ入退院支援を行う中身が全く違うんだろうと思いますんで。

この辺の在り方っていうのはきっちり整理してですね、次につなげていく。

ここで論点として挙げていただいているのは入退院支援部門をきちっとつくって患者さんが早期に退院をしていくということが有効であろうということであるならば、やはりそこのところの本質を求めるための立て付けをしっかりするというところで整理をしていただく必要があるし、その立て付けの中での人員配置の要件のところについては、あまりに厳しいと、今申し上げた、ただつくっている所と本当

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

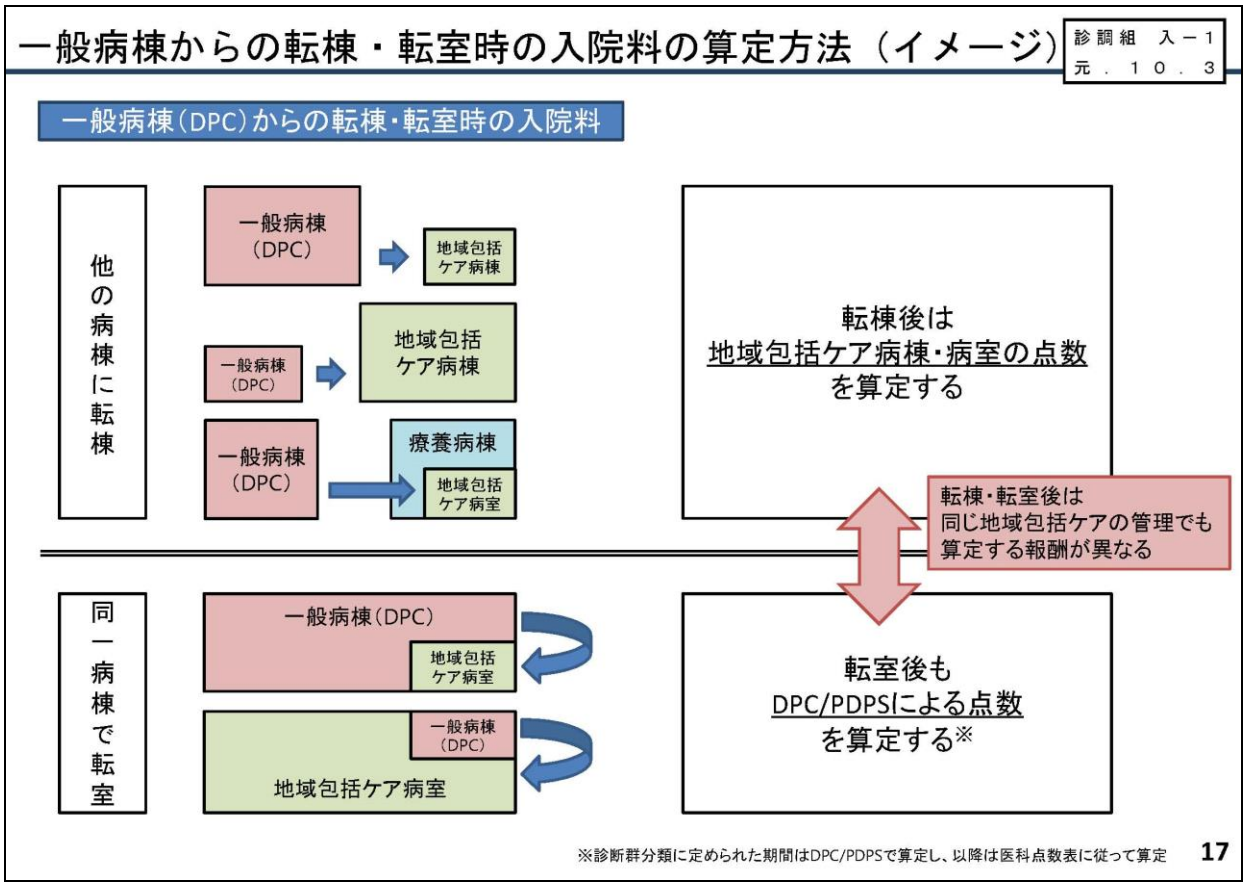
にしっかりやって加算が取れる所との差が埋まらないと思いますんで、この辺をしっかりと見直していただきたいというふうに思います。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほかいかがでございましょう。では島委員、お願いいたします。

○島弘志委員（日本病院会副会長）

ありがとうございます。1点だけですが、17コマ目にありますように、「一般病棟からの転棟・転室時の入院料の算定方法」というイメージでございます。



患者さんに求められる医療を提供するわけですから、転棟であろうが転室であろうが、これ、同じような形にすべきだろういうふうに思います。以上です。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では松本委員、お願いいたします。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

はい、実績要件の所で、先ほど猪口委員からもありましたけども。

あまりここをですね、全てに厳しくしていくっていうのはちょっと考えなきゃいけないってところでは、吉森委員の意見と重なるところがありますけど。

まずは退棟先の話で、その、含めてですね、在宅復帰率の話が出ましたけれども、７割というのは適切なあの数値であって、これをですね、上げていく必要は全くないんじゃないかと思います。

理由としては、もともと地域包括ケア病棟は60日ということになっておりますし、しかも平均でだいたい30日ぐらいで退棟しております。

従ってですね、ここんところをそんなに厳しくするということは、あんまり意味がないんではないかな、というふうに思いますし。

逆にですね、前回改定で、例えばその退棟先としてですね、この在宅復帰率の要件から、分子から老健施設が外れましたけども、そういったことによってですね、ほかの所に非常に影響を与えるということもありますので、これ、地ケア病棟だけ考えればいいってことではなくて、そういった先も考えてあげないと、老健施設の運営が厳しくなったりしたこともございますので、その辺は考えなきゃいけないんじゃないかと思います。

また、まずはですね、先ほど申し上げましたけども、自院からの転棟・転室のところをですね、しっかりと議論すべきであって同時にですね、あまり他院からの割合とかですね、自宅からの割合をあまり厳しくしすぎると、もう何が何やら分からなくなるので、まずは優先すべき課題を片付けていくべきではないかと思います。

それからＡＣＰのことも、ちょっと、先ほど幸野委員から（全ての入院料・管理料に要件化してもいいとの提案が）出ましたけれども、ＤＰＣに関してもですね、ここのところも地域包括ケア病棟の役割としても、今後も地域で療養生活を続けていく患者さんを継続的にバックアップしていくということもありますので、そういった性格の病棟で終末期に向けた意思決定をですね、現在よりもさらに拡大していくことについてはちょっと違和感があるなっていうふうに思います。

それからリハビリのことについても、ちょっとお話が出ましたけれども、繰り返しになりますけども、まず地域包括ケア病棟はリハビリの提供が義務化された入院料ではありません。リハビリを提供する患者さんに対して、１日平均で２単位以上提供するという施設基準になっておりますので、そういった面ではですね、先ほど猪口先生も言われましたけども、さまざまな状態の患者さんがいるということと、それから地域、地域によってですね、病院の与えられた役割っていうのが微妙に違いますので、一律に提供しなければならないということではないというふうに理解しております。以上です。

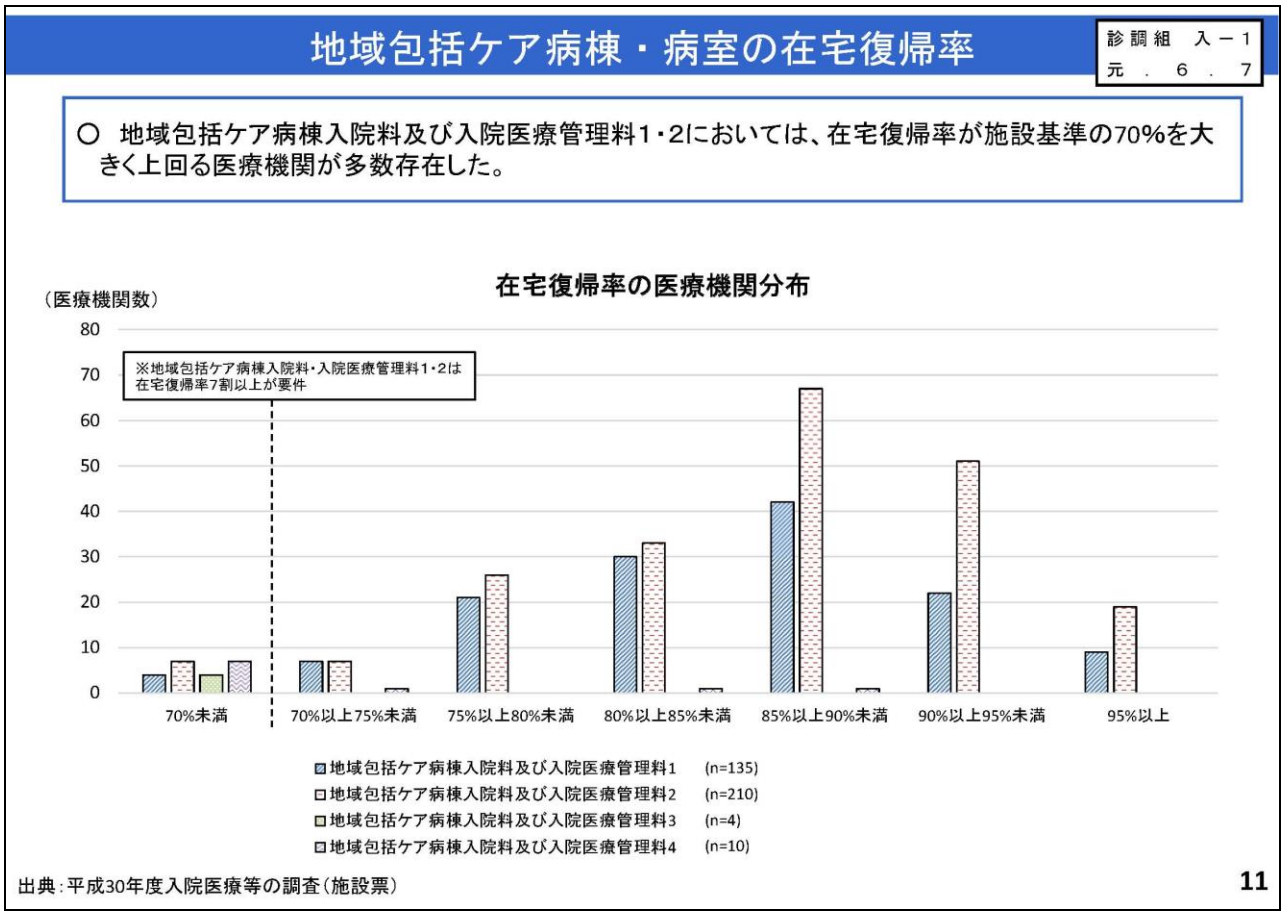
○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では幸野委員、お願いいたします。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）

すいません、私たちは実態が把握できないならエビデンスからしか意見ができないんですけど。
例えば在宅復帰率、11 ページを見ていただきたいんですけど、これ、このグラフを見ても……。



逆に 70%未満のほうが例外的なような感じがしてるんですが……。
この表を見ても、この 70%が妥当なのかっていうふうなところがすごい疑問なんですが。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では松本委員、お願いいたします。

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

逆にですね、ほとんどがクリアできているっていうことは、別に悪いということではないと思いますので、ある意味、適切に設定されているというふうに考えることもできると思います。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

では猪口委員、お願いいたします。

○猪口雄二委員（全日本病院協会会長）

私もそう思います。つまりですね、70%というのはやっぱり目標であって、「皆さん、それを達成してくださいよ」という数字なんです。

「平均以下はだめですよ」っていう数字じゃないので、それで、だいたいほぼほぼ、これが達成できてるという数字になってるから、この 70%が妥当だというふうに考えます。

○田辺国昭会長（東大大学院法学政治学研究科教授）

ほか、いかがでございましょう。よろしゅうございますでしょうか。

では、次のテーマに移ってまいりたいと思います。85 ページまでの回復期リハ病棟に関する説明に関して、ご意見等ございましたら、よろしくお願いいたします。では松本委員、お願いいたします。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved

【質疑２】回復期リハビリテーション病棟について

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る現状及び課題と論点

【現状及び課題】

（リハビリテーションに係る実績要件等について）

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟におけるリハビリテーション実績指数は、全体的に上昇傾向にあり、特に、算定要件の実績部分にリハビリテーション実績指数が含まれている回復期リハビリテーション病棟入院料1、3又は5を算定する病棟を有する医療機関において、高い傾向にあった。

○ 入棟時FIMと発症から入棟までの日数の関係を経年的にみると、発症から入棟までの日数によらず、入棟時FIMが低下傾向であり、他方、入棟時FIMとFIM得点の変化の関係を経年的にみると、入棟時FIMの値によらず、FIM得点の変化が増加傾向であった。

（人員配置に係る要件）

○ 専任管理栄養士の病棟配置が努力義務である入院料1を算定している施設では、管理栄養士が配置されている施設の割合は、82.0%であった。

○ 管理栄養士が配置されている病棟に入院している患者においては、配置されていない病棟に入院している患者と比較して、退院時の体重変化量、退院時のBMI変化量及び退院時のFIM総得点が有意に高値であるという報告があった。

（外来・在宅への円滑な移行に係る取組）

○ 回復期リハビリテーション病棟退棟後の患者の約6割が、外来等でのリハビリテーションが必要であるとされており、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する施設において、外来リハビリテーション、訪問リハビリテーション指導及び通所リハビリテーションが一定程度実施されていた。

【論点】

○ リハビリテーション実績指数等の実績要件について、実績指数の推移等を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価を適切に実施する観点から、対象となる病棟の範囲及び各項目の水準等について、どのように考えるか。

○ リハビリテーション実績指数の導入後における、入棟時FIM及びリハビリテーション実績指数の経年的な変化を踏まえ、FIM等の患者の状態に係る指標の取扱いについて、どのように考えるか。

○ 管理栄養士等の専門職種の配置状況の実態や、その取組の有効性等を踏まえ、人員配置に係る要件について、どのように考えるか。

○ 入院から外来・在宅への円滑な移行を推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟における外来リハビリテーション等の提供に係る要件について、どのように考えるか。

85

○松本吉郎委員（日本医師会常任理事）

はい。85 ページ目ですが、まず１つ目の論点についてです。

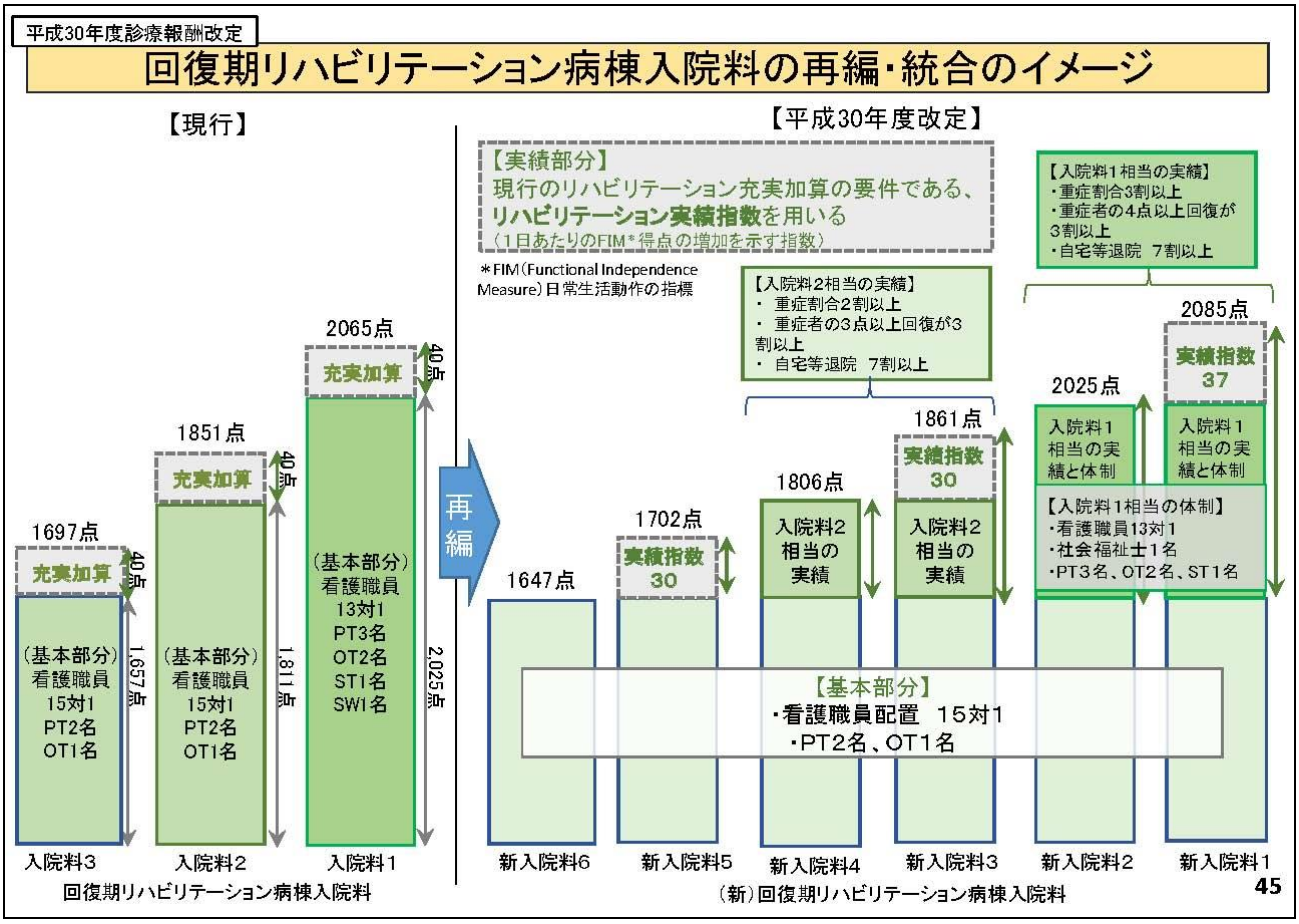
前回改定では、平成 30 年度改定前の評価体系をベースとした上で、現在のような評価体系にすると決めたと理解しております。

ただ、52 ページにありますように、入院料２はリハビリテーション実績指数が求められていないっていうこともあって、入院料３よりも実績指数が低くなっております。

一方、その点数は 46 ページにあるとおり、入院料３よりも高くなっているなど回リハ病棟１から６の要件や点数設計がアンバランスな状態になってはいますけれども、入院料１と２、入院料３と４の違いは看護師やＰＴ・ＯＴ等の人員配置等によるベーシックな部分での差であります。

また、入院料３と４、入院料５と６の違いは重症者の割合等に基づくものでございます。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved



ただ、入院料３はですね、逆に見れば、あるいは入院料３と入院料５もそうですけども、実績部分より評価が不十分だということも考えられますことから、45 のイメージ図にあるとおり、入院料３、さらには入院料５の実績部分で点数を引き上げるなど、引き続き検討してはどうかというふうに考えます。

２つ目の論点は、ＦＩＭ測定の運用上の問題かと思います。

正確性を担保する必要性がある一方で、医療機関に過剰な負担を課してまでですね、実行できないと思いますので、その両者のバランスを踏まえた対応を検討すべきだと思います。

そうした意味では、転棟前の急性期病棟でもＦＩＭを測定し、回リハ入棟時のＦＩＭと比較することなどは好ましくないというふうに思います。

回リハ病棟で測定したＦＩＭの結果を患者さんによく伝え、共有することで測定の正確性を担保するなど、無理のない対応が望ましいと考えます。

３つ目ですが、入院料１について管理栄養士配置の努力義務を課したところ、現場では配置が進みましたので、他の入院料２から６についても努力義務を課すことを検討してもよいのではないかと思います。

４つ目の論点です。回リハ病棟から退院後も継続したリハビリテーションの実施が必要でありますが、現実には介護認定の遅れなど継続してリハビリが受けられないタイムラグが生じている場合もあります。

Copyright © 2019 http://chuikyo.news ――中医協ニュース―― All Rights Reserved