

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい、それでは松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

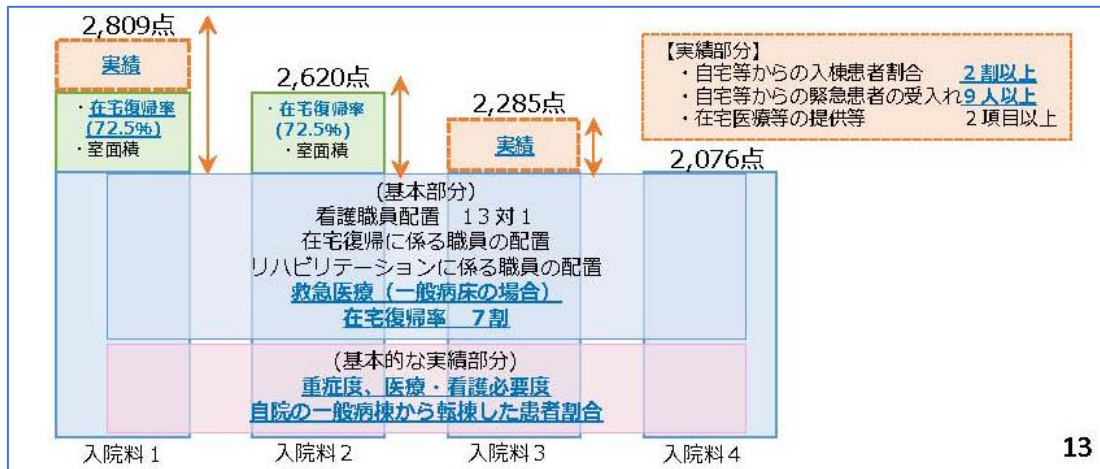
はい、ありがとうございます。それでは、論点に沿ってコメントをしたいと思います。

(地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について)

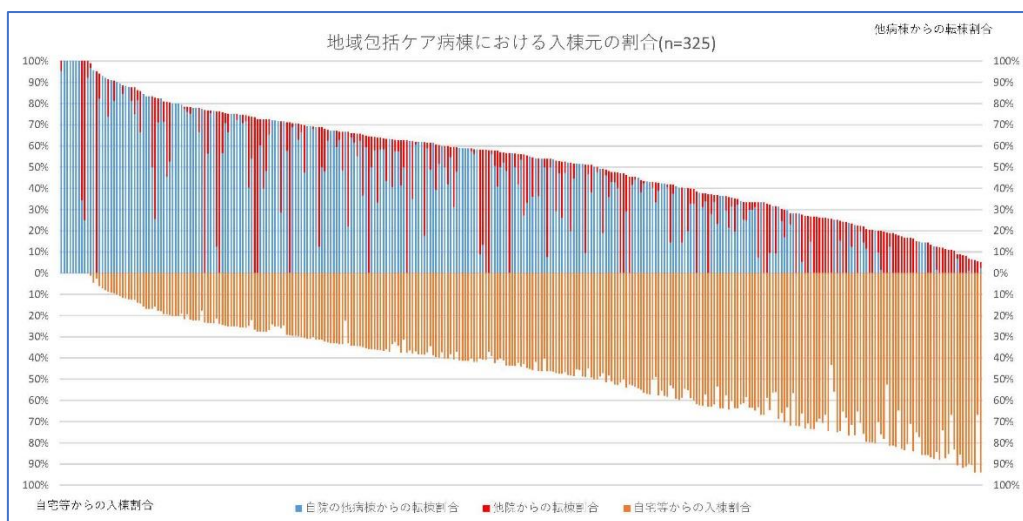
- 地域包括ケア病棟において高齢者等の救急搬送患者の受け入れを推進することについてどのように考えるか。
- 短期滞在手術等基本料3の算定が多い地域包括ケア病棟が、地域包括ケア病棟の指標において、他の地域包括ケア病棟とは異なる傾向があることを踏まえ、指標のあり方についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量(包括範囲)の推移が、入院後、徐々に低下する傾向であることを踏まえ、地域包括ケア病棟における入院医療の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟に求められる在宅復帰支援の役割及び地域包括ケア病棟に入院する患者の6割以上は要支援1以上であること等を踏まえ、施設基準で定める「在宅医療等の実績」のうち訪問看護と訪問リハビリテーションの実績の評価についてどのように考えるか。また、地域包括ケア病棟等を有する医療機関における入退院支援では、より介護サービス事業者や障害サービス事業者等との連携を強化してはどうか。

地域包括ケア病棟につきましては、13 ページに図示されておりますとおり、ポストアキュート、サブアキュート、在宅復帰支援の3つの役割を担うことを前提として高い包括点数が設定されております。





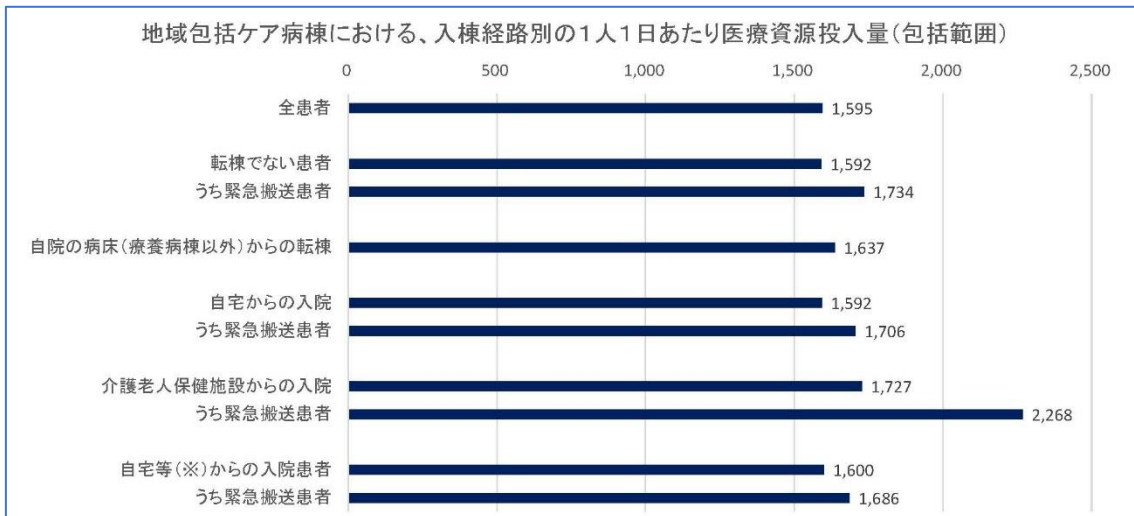
一方、資料の 35 ページを見ますと、自宅等からの入棟割合は少なく、自院内での転棟割合が大半の施設が依然として見受けられるということがございます。



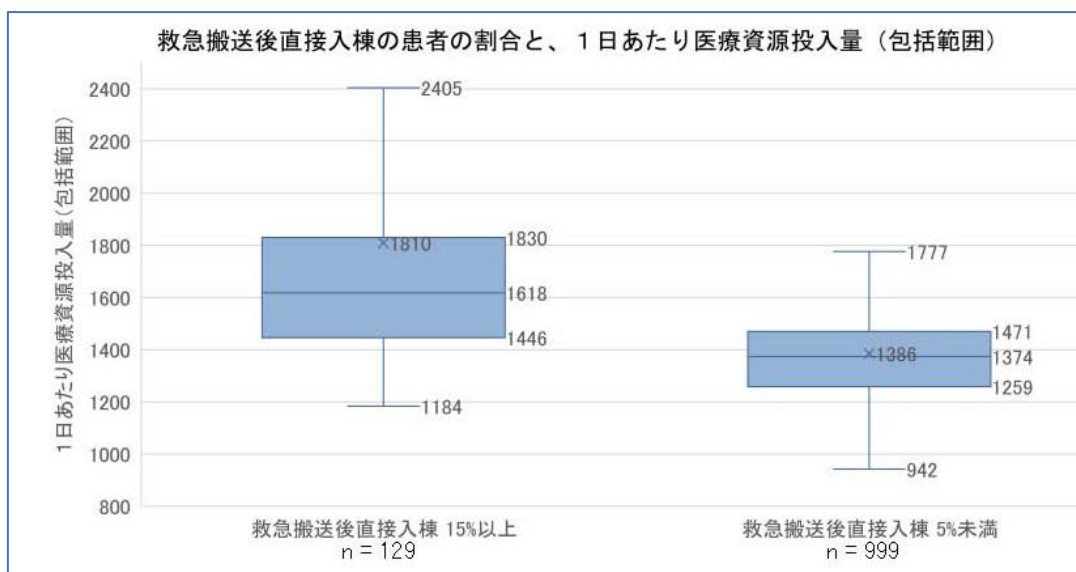
地域の医療体制や医療ニーズによって役割が変わってくることは十分理解いたしますが、

- ・ 地域包括ケア病棟に求められる機能や
- ・ 医療資源投入量を踏まえて、

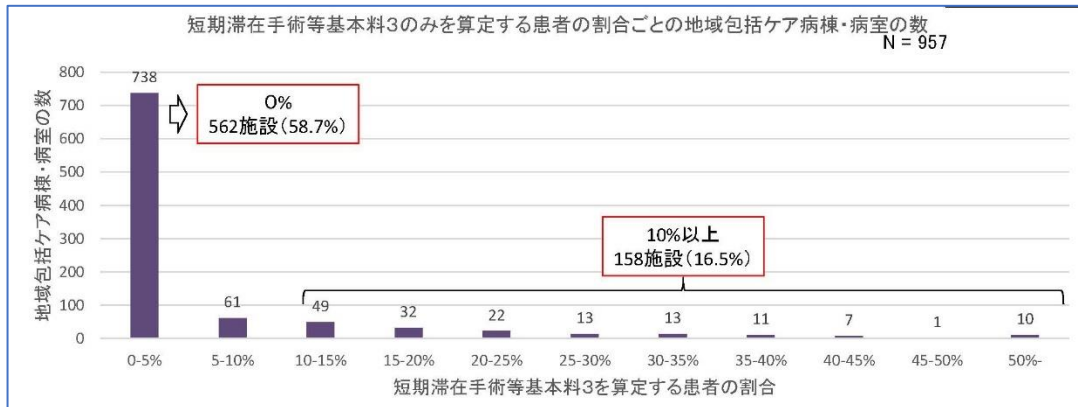
今回の改定でも実績要件や評価のあり方を見直すべきだということをもとに総論として述べたいと思います。



救急搬送患者の受け入れにつきましては、資料 47 ページを見ますと、いずれの入棟経路の場合でも救急搬送の患者で医療資源投入量が多いことがわかります。したがって、一定期間に限った救急搬送の評価は検討の余地があると考えております。

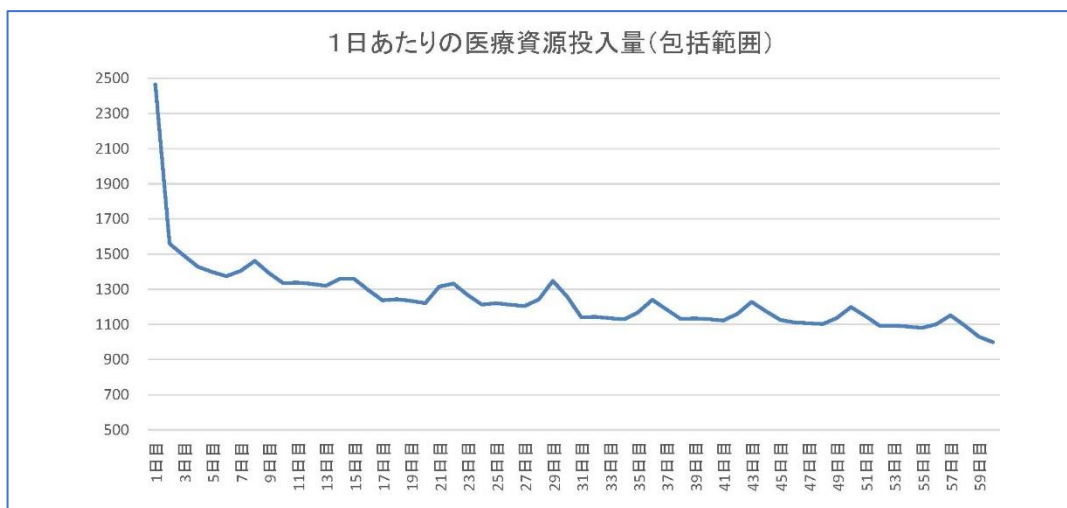


ただし、46 ページの救急搬送後の直接入棟が 15%以上の病棟と 5%未満の病棟を比較しますと、15%以上の病棟で包括範囲の 1 日当たり医療資源投入量が多い実態がありますので、直接入棟と別の医療機関を経由した場合を同等に扱うことは妥当ではないと考えます。また、既存の初期加算を含めまして、入院初期の評価を一体的に見直すことも必要だと思えます。



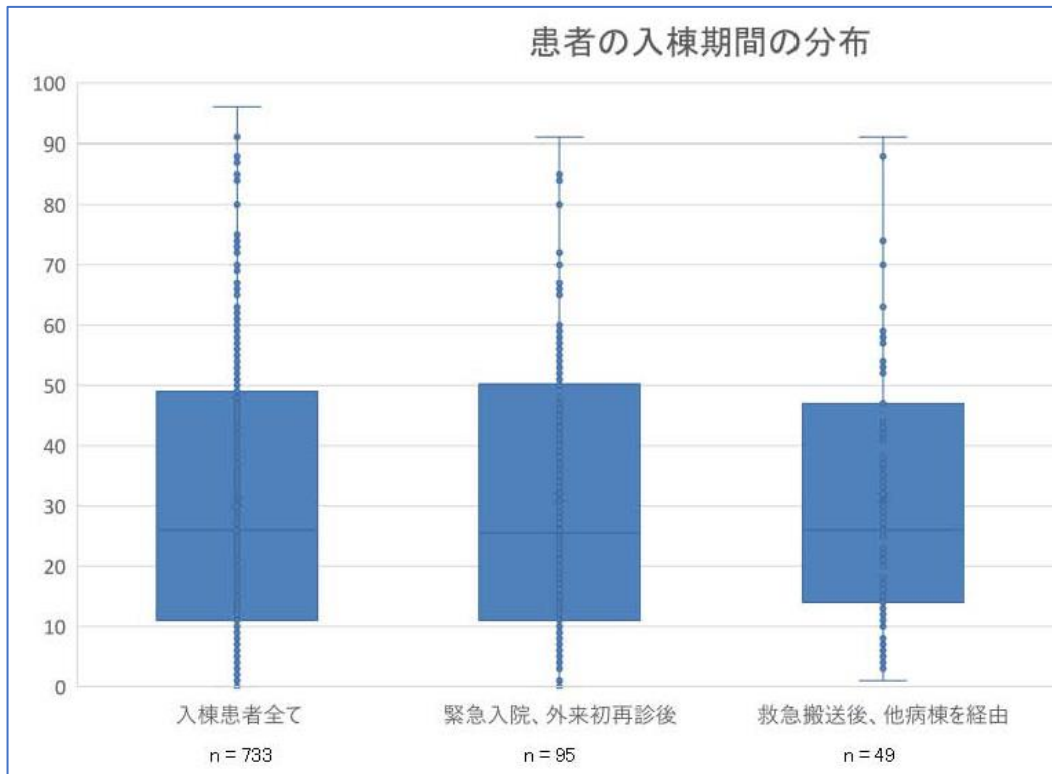
続いて資料 51 ページ目に目を移しますと、地域包括ケア病棟の入棟患者のうち、短期滞在手術等基本料 3 を算定する患者が 10%以上の病棟・病室が一定程度あり、短期滞在手術等基本料 3 の患者が半数以上という病棟・病室もございます。

地域包括ケア病棟の施設基準では、短期滞在手術の患者を重症度、医療・看護必要度の対象から除外するとなっているにもかかわらず、短期滞在手術の患者を受け入れることで在宅復帰率などの実績要件をクリアしやすくなる側面もございます。実績要件を対象とする患者の範囲を含め、こうした指標の計算方法は見直すべきであると考えます。



次に、先ほど来、議論になっています 59 ページでございますが、医療資源投入量が入院初期に大きく下がった後、徐々に低下する実態が示されております。

2号側委員からは、これは当然であるということが、ご発言がありましたけれども、診療報酬が医療サービスの対価であるとする原則からしますと、地域包括ケア病棟入院料による評価は、医療資源投入量を適切に反映したものにすべきだというふうにコメントいたします。



また、少し戻りますが、57 ページを見ますと、入棟期間が 60 日以上の患者も存在しており、在宅施設への移行を促すためにも重症患者割合の引き上げを検討すべきだというふうに思っております。

続きまして、資料の 76 ページ、77 ページの地域包括ケア病棟を有する病院の訪問看護と訪問リハビリについては実績にややばらつきがあり、現行の施設基準では取組を促す効果が少し乏しい状況にあるというふうに感じております。

今後の在宅医療ニーズの増加を踏まえ、地域包括ケア病棟入院料 2・4 における訪問看護や訪問リハビリの実績を必須にすることも検討すべきではないかと思えます。

提供する在宅医療等のうち訪問看護ステーションからの訪問看護の提供状況

- 地域包括ケア病棟を有する病院の併設訪問看護ステーションから訪問看護を提供している割合は、入院料1・3の場合は約4割、入院料2・4の場合は約2割であり、算定回数はいずれもばらついていた。
- 現在の基準である医療保険による訪問看護療養費の算定回数に、介護保険の(介護予防)訪問看護費の算定回数を加えると、いずれも算定回数が1,000回以上の施設数が大きく増加した。

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3算定医療機関

②併設する訪問看護ステーションからの訪問看護等(※)の提供実績 (令和4年8月～10月の3か月間の算定回数)



	n数 (地ケア1・3算定 医療機関に占め る割合)	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設にお ける算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
(イ)	113(38.0%)	592.7	331	55.6%
(ロ)	117(37.3%)	1,525.6	1,190	—

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2・4算定医療機関

②併設する訪問看護ステーションからの訪問看護等(※)の提供実績 (令和4年8月～10月の3か月間の算定回数)



	n数 (地ケア2・4算定 医療機関に占め る割合)	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設にお ける算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
(イ)	48(18.2%)	392.7	242.5	33.3%
(ロ)	44(19.0%)	1,128.8	898.4	—

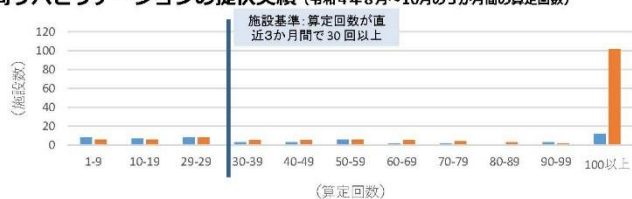
(※)
 (イ)訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護療養費の算定回数
 (ロ)(イ)に加えて、介護保険法に規定する(介護予防)訪問看護費(訪問看護ステーションの場合のみ)の算定回数

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

提供する在宅医療等のうち訪問リハビリテーションの提供状況

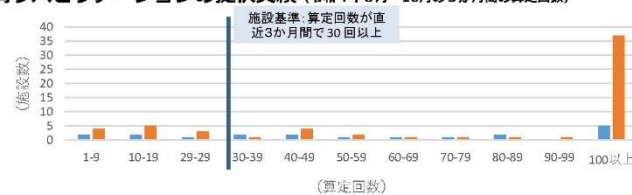
- 地域包括ケア病棟を有する病院から訪問リハビリテーションを提供している割合は、入院料1・3の場合は約2割、入院料2・4の場合は約1割であり、算定回数はいずれもばらついていた。
- 現在の基準である医療保険による訪問看護・指導料の算定回数に、退院後訪問指導料や介護保険のみなし指定訪問看護事業所としての訪問看護費の算定回数を加えると、いずれも算定回数が100回以上の施設数が大きく増加していた。

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3を算定医療機関 訪問リハビリテーションの提供実績 (令和4年8月～10月の3か月間の算定回数)



	n数 (地ケア1・3算定 医療機関に占め る割合)	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設にお ける算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
(イ)	54(17.2%)	76.4	41	67.4%
(ロ)	132(46.4%)	598.0	268.5	—

■地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料2・4を算定医療機関 訪問リハビリテーションの提供実績 (令和4年8月～10月の3か月間の算定回数)



	n数 (地ケア1・3算定 医療機関に占め る割合)	訪問看護・指導料等の提供実績がある施設にお ける算定回数等		
		平均値	中央値	施設基準該当施設割合
(イ)	19(8.2%)	78.0	59	73.7%
(ロ)	90(28.0%)	848.0	192	—

(※)
 (イ)在宅患者訪問リハビリテーション指導料の算定回数
 (ロ)(イ)に加えて、介護保険法に規定する(介護予防)訪問リハビリテーション費の算定回数

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」	診調組 入-1 5. 7. 20改
○ 入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」の割合が高かった。	

続きまして、資料 84 ページに移りますと、患者が退院困難な要因として、入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であることが最も割合が高くなっております。

入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

- 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
- 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある

■地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=321)

① **介護保険サービス事業所 (令和4年11月1日時点)**

連携機関数 (範囲)	医療機関数 (推定)
[0, 5]	30
(5, 10]	25
(10, 15]	40
(15, 20]	45
(20, 25]	35
(25, 30]	45
(30, 35]	15
(35, 40]	5
(40, 45]	5
(45, 50]	5
(50, 55]	5
(55, 60]	5
(60, 65]	5
(65, 70]	5
(70, 75]	5
(75, 80]	5
(80, 85]	5
(85, 90]	5
(90, 95]	5
(95, 100]	5
> 100	15

(連携機関数のうち、介護保険サービス事業所数)

② **障害福祉サービス事業所 (令和4年11月1日時点)**

連携機関数 (範囲)	医療機関数 (推定)
[0, 1]	224
(1, 2]	20
(2, 3]	5
(3, 4]	5
(4, 5]	5
(5, 6]	5
(6, 7]	5
(7, 8]	5
(8, 9]	5
(9, 10]	5
> 10	5

(連携機関数のうち、障害福祉サービス事業所数)

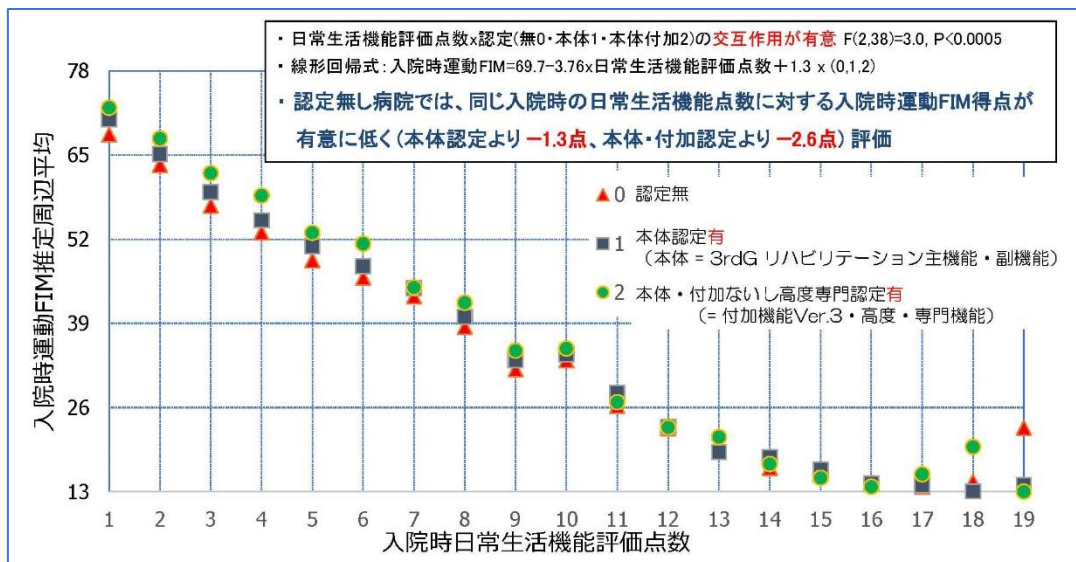
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

さらに、86 ページに目を移しますと、入退院支援1を届け出ている医療機関でも、介護サービス事業者や障害福祉サービス事業者の連携機関数がゼロというのは、

入退院支援および地域連携業務を担う部門を設置しているにもかかわらず、実態として役割が適切に果たされていないと考えられます。実績要件を設けるなど、在宅復帰支援を確実にすべきだというふうに感じております。

- (回復期リハビリテーション病棟入院料について)**
- 回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価を推進する観点から、FIMの測定のあり方について、どのように考えるか。
 - 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価を推進する観点から、疾患別リハビリテーションの上限単位数や体制強化加算のあり方についてどのように考えるか。
 - 回復期リハビリテーション病棟において発症後早期からのリハビリテーションを提供した方が、FIMの変化が大きくなることを踏まえ、発症後早期から集中的にリハビリテーションを提供することを促すことについてどのように考えるか。
 - 回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実態を踏まえ、通所リハビリテーション事業所等との医師・リハビリテーション専門職とのリハビリテーション実施計画書の共有や、退院前カンファレンスにおける情報共有など、退院後に早期にリハビリテーションが提供されることを推進するための方策についてどのように考えるか。
 - 回復期リハビリテーション病棟において栄養状態の評価や定期的なモニタリングを確実に実施し、栄養管理の充実を図るためには、どのような方策が考えられるか。
 - 回復期リハビリテーション病棟に求められる機能を踏まえ、身体的拘束を予防・最小化する取組を強化するとともに、身体的拘束を実施した場合の評価についてどのように考えるか。
 - リハビリテーション専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟等が地域で果たす機能として地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力することについてどのように考えるか。

続きまして、2つ目にあります回復期リハビリテーション病棟入院料に移りたいと思います。



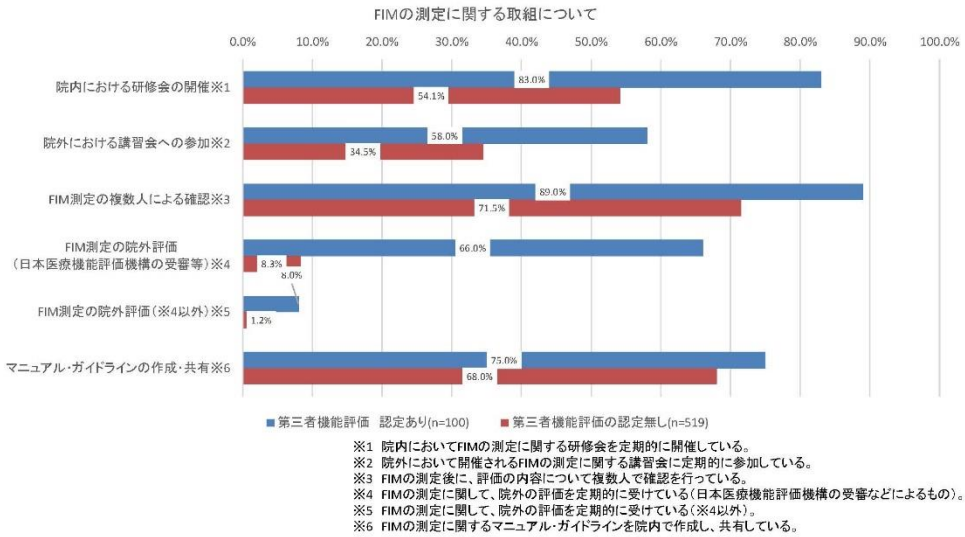
資料の107ページを見ますと、入棟時FIMが経年で変化している中で、第三者評価の「認定有」の病院は「認定無」の病院と比較して運動FIMが高い傾向にあることや、

108ページの「認定有」の病院でFIMの適切な測定に関する取組が進んでいる実態を踏まえますと、回復期リハ病棟入院料1・3についても義務化を図るべきではないかと考えます。

第三者機能評価の認定有無別のFIMの測定に関する取組

診 調 組 入 - 3
5 . 9 . 6

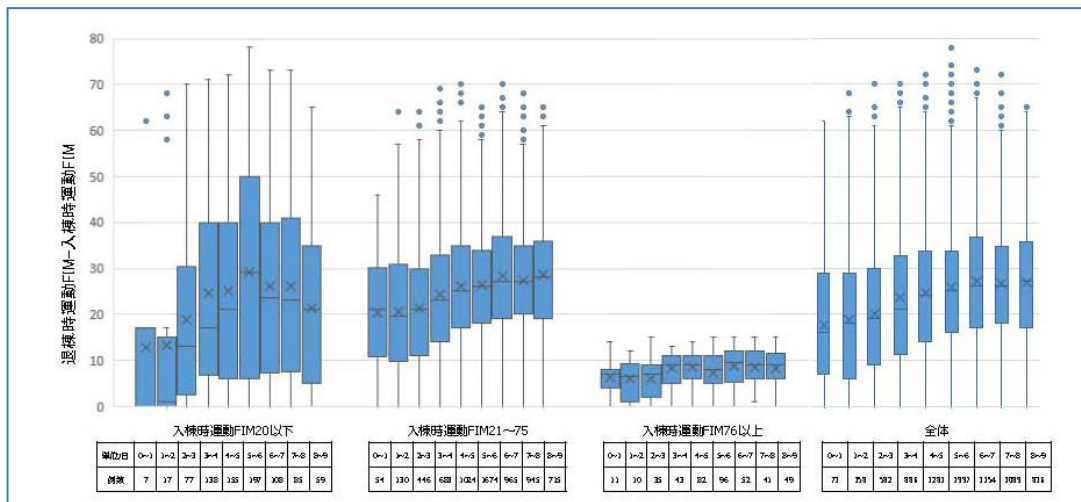
○ 第三者機能評価の認定の有無別で、FIMの適切な測定に関する取組についての実施割合を比較すると、第三者機能評価の認定を受けている医療機関において、FIMの適切な測定に関する取組を実施している割合が高かった。



出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)(速報値) 第三者機能評価の認定の有無については保険局医療課調べ

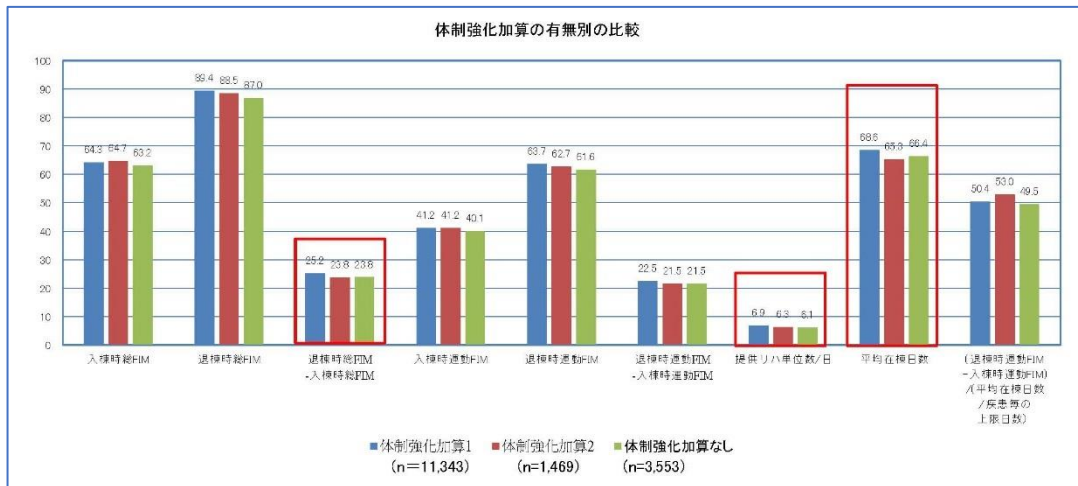
108

続いて 115 ページ。運動疾患のリハビリについてでございますが、1日当たり6単位を超えるとFIMに変化が見られません。

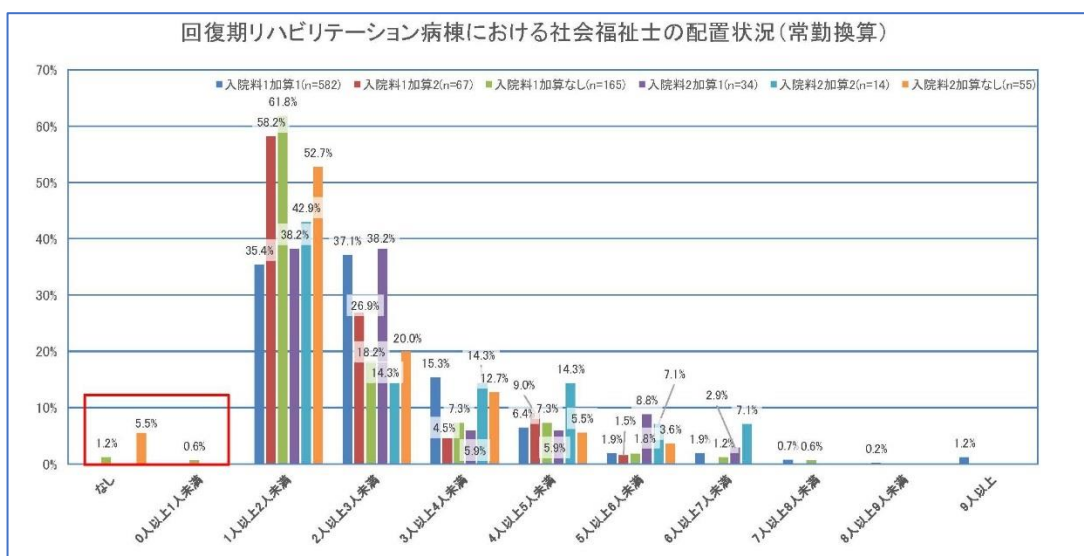


回復期リハビリテーション病棟に入院したという理由で機械的に多くのリハビリが実施されている患者が一定程度いる可能性も考えられますので、FIMの改善という観点からは効果が明確な1日6単位までの評価とすべきだと感じます。

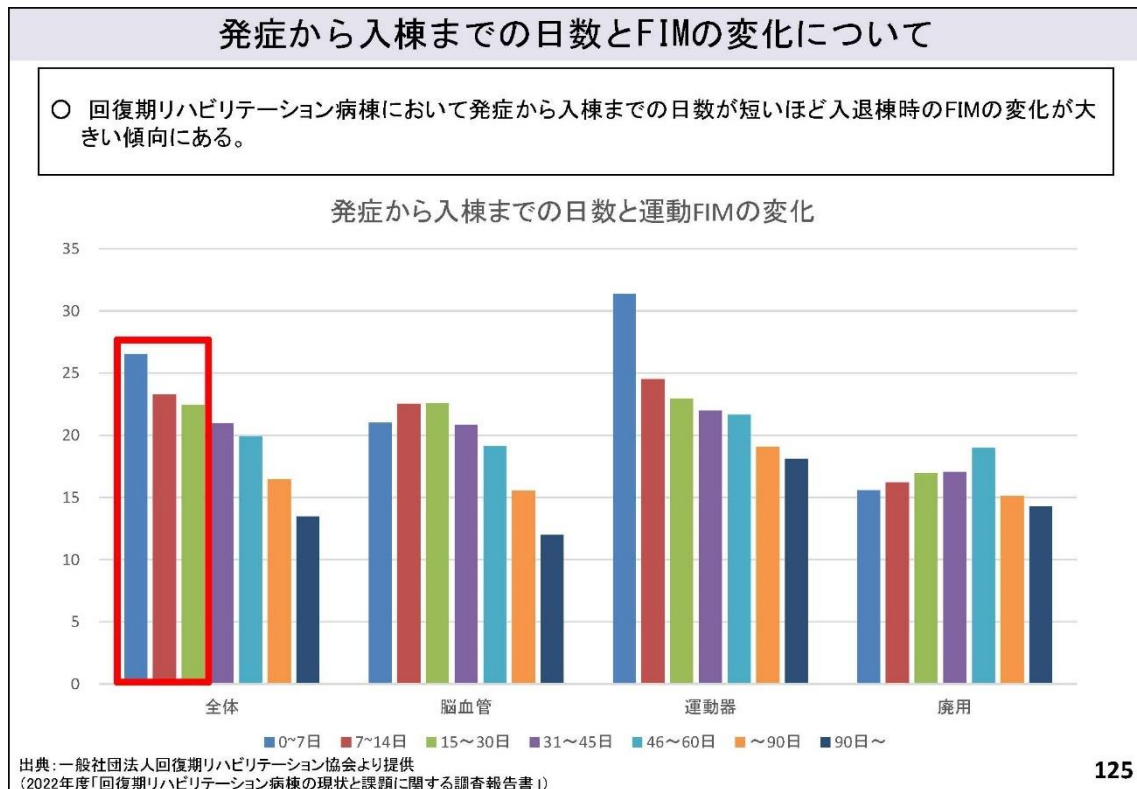
続いて、体制強化加算についてでございますが、これにつきましては、当時、中医協において専従医師の配置によるADLが向上すること、また社会福祉士が配置されることによって平均在院日数が短縮するといった実態をもとに議論されて創設されたものというふうに認識しております。



しかしながら、118 ページを見ますと、体制強化型の届出の有無別でFIMにほとんど差がないことや、体制強化加算1にいたっては専従の社会福祉士がいながら、届出なしの医療機関よりも平均在棟日数が長くなっており、期待した効果と異なる結果が示されております。

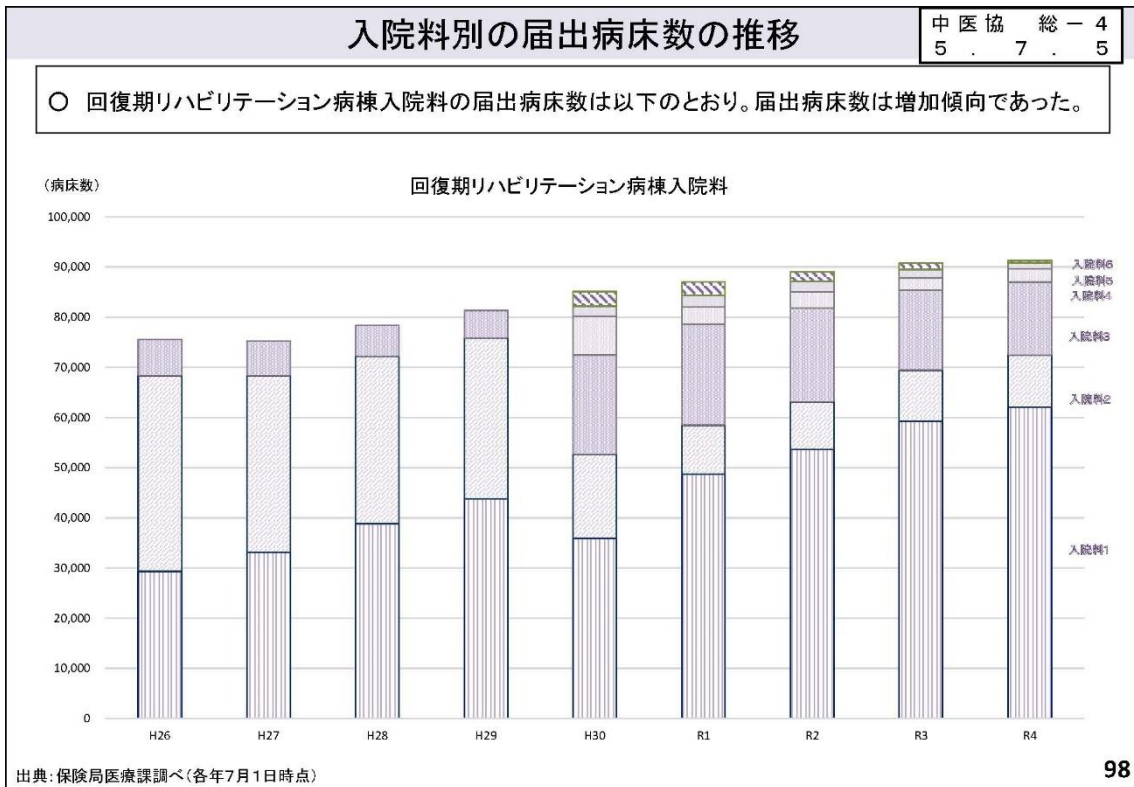


また、119 ページでは多くの回復期リハビリテーション病棟において常勤の社会福祉士が配置されている状況を踏まえ、当該加算の役割は終わったのではないかというふうに思います。施設基準に組み込む等によって加算自身を廃止することが妥当だというふうに考えます。



続きまして、121 ページから 131 ページに示されております件でございますが、発症後早期からのリハビリについては患者を早く受け入れることが重要であるとのことで、発症後早期の入棟によるADL向上への寄与について紹介をいただいております。

ADLの向上に対する評価については、実績指数等のアウトカム評価で既に対応しているものと認識しております。入棟時FIMが低下し続けていることや、重症患者割合を高くしたものの、発症後、早期入棟の患者が増加していないといった実態にもかかわらず、実績指数が要件の回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出数が、98 ページを見ますと増加しております。



こうした状況を踏まえますと、発症後、早期入棟患者の医学的な状態や医療資源投入量等の詳細な実態の分析に基づいたADL以外の評価の軸がないまま、安易に「ADLが改善するから」といった理由だけで追加の評価をするようなことに関しては明確に反対いたします。

また、この論点に関しましては、ADLの向上だけではなく、既に評価の対象になっている在院日数や在宅復帰率等についても同様のことが言えると思いますので、極めて慎重に対処すべきでございます。

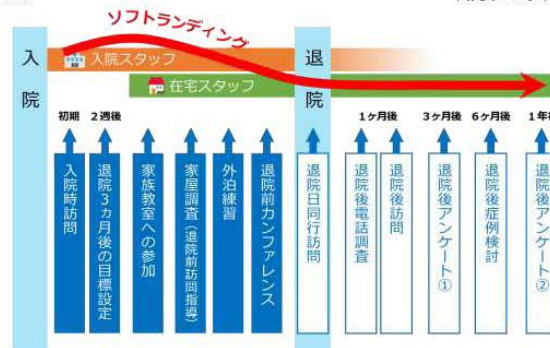
続いて、資料の133ページに移りますと、退院前訪問指導の実施により退院後のADL向上が図れるとのことで、家庭復帰を目指す回復期リハ病棟においては、退院前訪問指導は重要なことだということは理解ができます。

一方で、135ページを見ますと、退院前訪問指導の実施割合0%が43.6%と非常に高いことから、ICTを活用する等の工夫が必要だというふうに考えられます。

退院前訪問指導について

診調組 入-3
5.9.6

- 退院前訪問指導を実施することにより、再入院と転倒を減少させ、退院後のADLが向上する。
- 家屋調査を含むフローにより回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
- 大腿骨頸部骨折患者を対象としたRCT(N=77)において、退院前に家屋訪問を実施した患者は、30日後の再入院と転倒が有意に改善するとともに、6か月後のADLが有意に高かったという報告がある。
Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.
- 14研究を対象としたメタ解析において、退院前の家屋訪問を実施することが、転倒率を低下させること、退院後の活動レベルが改善すること、再入院率を減少させることが示されている。
Lockwood KJ, et al. J Rehabil Med. 2015 Apr;47(4):289-99.
- 家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
岡光孝. OTジャーナル. 55(8):999-1003, 2021



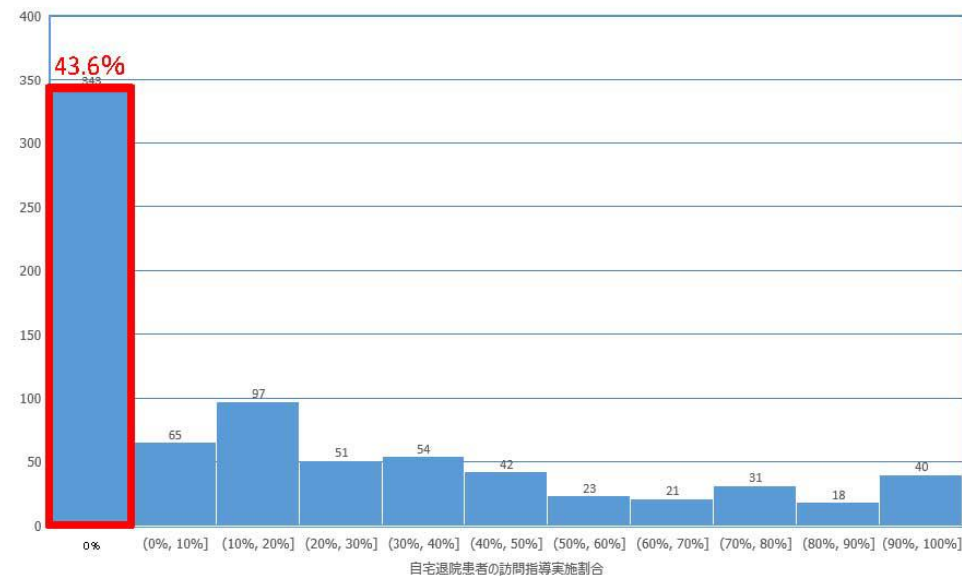
133

回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実施割合

診調組 入-3改変
5.9.6

- 回復期リハビリテーション病棟における自宅退院予定患者に対する退院前訪問指導実施割合は、0%の病院が最も多い。

(病院数) 回復期リハビリテーション病棟における自宅退院患者に対する退院前訪問指導の実施割合(n=785)



※退院前訪問指導:入院中の患者に対し患者宅へ訪問指導を行うこと。

B007 退院前訪問指導料に係る費用は回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれている。

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

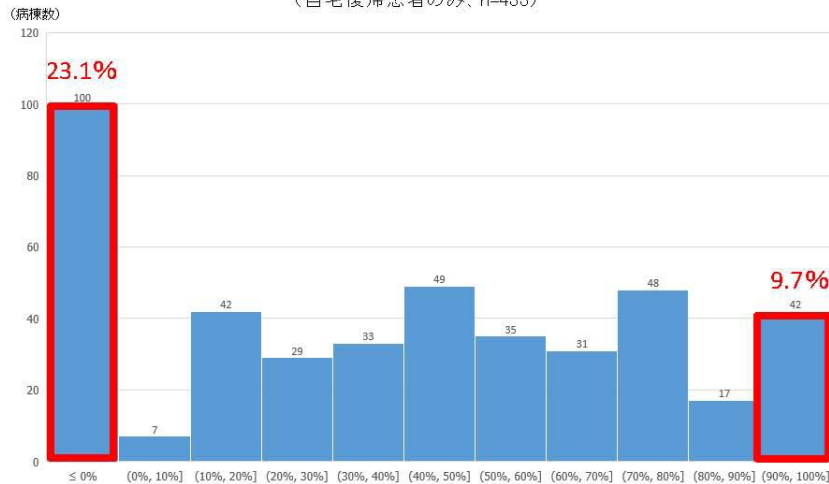
135

回復期リハビリテーション入院料1における入院栄養食事指導料の算定状況

診調組 入-3
5.9.6

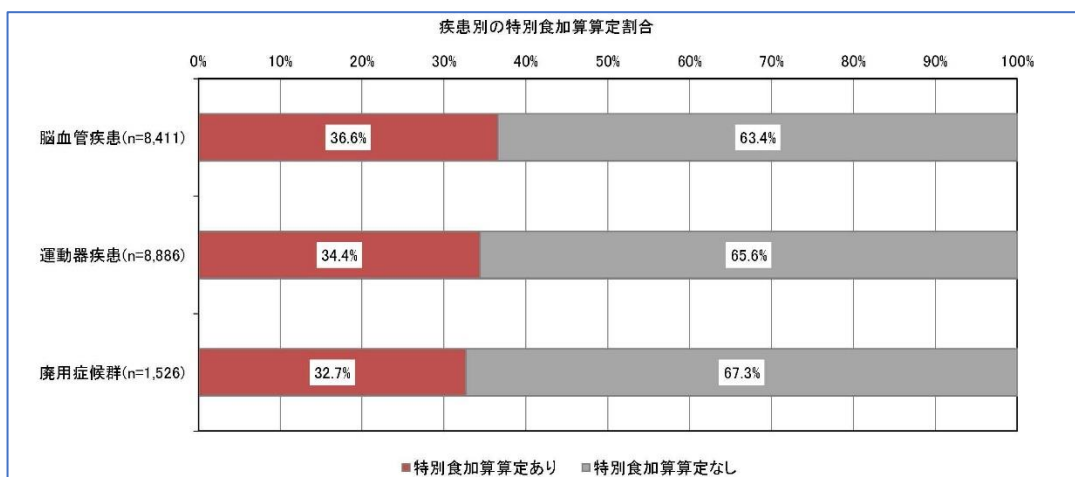
- 入院栄養食事指導料の主な対象者である特別食が必要(特別食加算算定者)又は低栄養に該当し、自宅に復帰する患者に対する入院栄養食事指導料の算定割合の分布は、以下のとおり。
- 約1割の病棟でほぼ全ての対象患者に算定していた一方、約2割の病棟では全く算定していなかった。

回復期リハビリテーション病棟入院料1における $\frac{\text{入院栄養食事指導料算定患者数}}{\text{特別食加算算定又は低栄養に該当する患者数}}$ (%) の分布 (自宅復帰患者のみ、n=433)



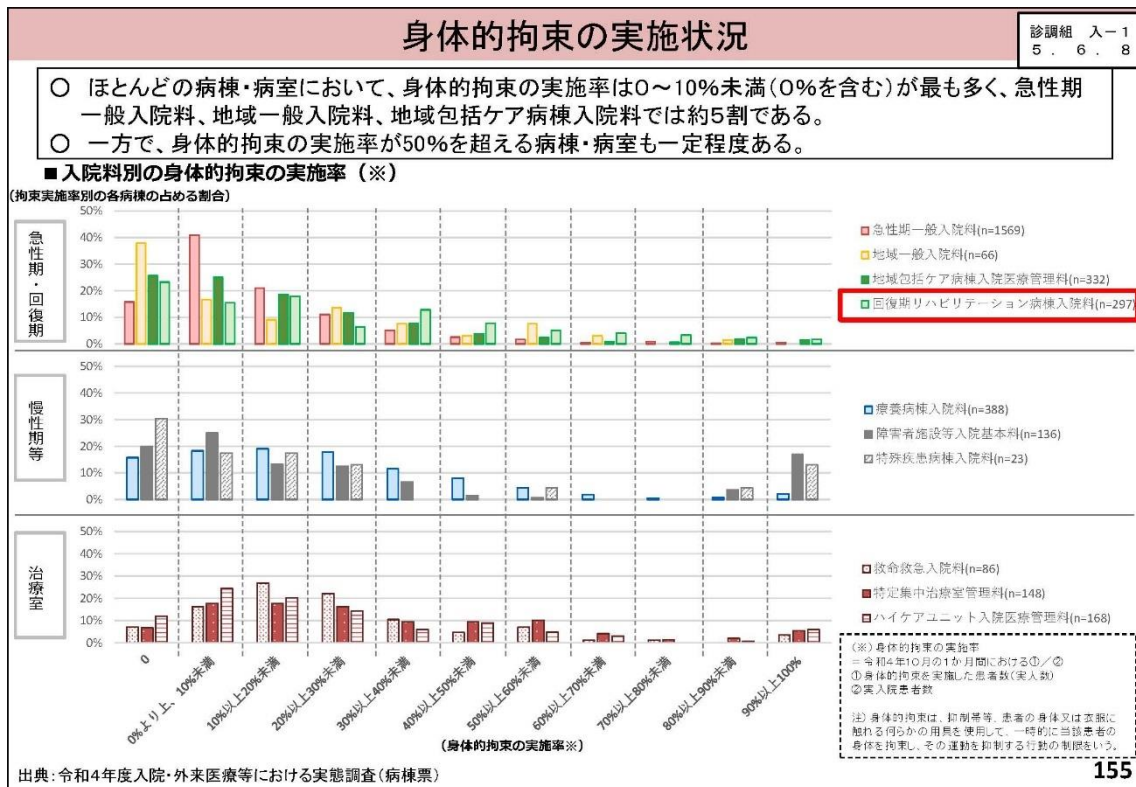
出典：一般社団法人回復期リハビリテーション協会より提供(2022年度「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」)

続きまして、149 ページに目を移しますと、回復期リハビリテーション入院料1において、入院栄養食事指導料の算定状況が0%に当たる病棟が23.1%と多い一方で、90%以上の実施率の病棟が9.7%と極端な結果となっております。



147 ページに戻りますと、ほぼ3人に1人が特別食加算を算定しており、低栄養

や低栄養リスクの患者が一定程度存在しているにもかかわらず、入院栄養食事指導料の算定状況0%というのは十分な取組が行われていないということが、ここから、うかがわれます。まずは栄養士を配置している場合、リハビリ計画書の栄養項目の記載を必須とすることなどの取組の改善を図るべきです。



続きまして、回復期リハビリテーション病棟はまさにリハビリを集中的に行うための病棟であり、分科会のご指摘にもありましたけども、リハビリを実施することと、155 ページの身体的拘束は相反しているというふうに感じます。

また、リハビリ職をはじめとした病棟の職員数が多いことを踏まえると、回復期リハ病棟の入院患者については、認知症ケア加算と同様に身体拘束を実施した日の減算も検討すべきというふうに考えます。

最後となりますが、資料 167 ページにございます地域貢献活動の状況についてでございますが、

地域貢献活動について						診調組 入-3 5 . 9 . 6				
○ 回復期リハ病棟を有する施設の地域貢献活動の状況は以下のとおり。実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が多い。										
施設として実施している又は関与している取り組みについて（令和5年6月1日時点）	地域ケア会議への参加	訪問・通所介護事業所の介護職員などへの助言	住民主体の通いの場への支援	その他、地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力	上記のいずれも実施は関与していない					
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=265)	61.5%	49.4%	42.3%	51.3%		14.0%				
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=59)	52.5%		30.5%	27.1%	39.0%	30.5%				
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=88)	55.7%		33.0%	36.4%	45.5%	20.5%				
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=10)	50.0%		0.0%	30.0%	10.0%	40.0%				
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=13)	30.8%		15.4%	23.1%	15.4%	53.8%				
上記取り組みに派遣している職種	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	その他
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=223)	35.4%	3.1%	10.3%	51.6%	79.8%	59.2%	39.0%	23.3%	6.3%	27.8%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=38)	26.3%	0.0%	7.9%	50.0%	81.6%	71.3%	34.2%	23.7%	7.9%	42.1%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=68)	38.2%	1.5%	5.9%	41.2%	85.3%	52.9%	27.9%	27.9%	2.9%	26.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=6)	0.0%	0.0%	16.7%	16.7%	66.7%	33.3%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=6)	33.3%	0.0%	16.7%	66.7%	83.3%	50.0%	16.7%	33.3%	33.3%	16.7%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）（速報値）

167

回復期リハ病棟は自宅等への復帰を目指すことを役割としておりますので、今後のさらなる高齢化の進展を鑑みれば、地域包括ケアシステムの実現に向け、地域ケア会議への参加はある意味、当然と考えております。

いささか長くなりましたが、私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかには、いかがでしょうか。じゃあ、鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

主に1点のみですけれども、高齢者の人口増加に伴い、救急搬送される高齢者も含めて、地域包括ケア病棟および回復期リハビリテーション病棟での一層の高齢者の受け入れが進んでいくと考えられます。

入院料別の退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項 診調組 入-1
5. 7. 20改

○ 退院支援の積極的な取り組みや促進等を困難にしている事項は、届出入院料によりやや異なるが、急性期一般入院料1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、「患者1人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」等の割合が高かった。

■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（該当するものすべて選択）

■退院支援の積極的な取組や促進等を困難にしている事項（最も該当するもの）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（施設票）

89 ページにあるような退院支援の課題はますます大きくなると予想されます。トリプル改定であることも踏まえて、医療・介護・障害連携を加速する改定としていただきたいというふうに思っております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。続きまして佐保委員、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推進局長）

はい、ありがとうございます。私からは3点、意見を申し述べたいと思います。

まず、資料 87 ページの入院・外来医療等の調査・評価分科会で、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に関しては、介護保険や障害福祉サービスとの連携がより進むべきという指摘はまさにそのとおりだと考えております。

入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）（抄）

II. 検討結果の概要

13. 横断的個別事項について

13-2. 入退院支援について

- ・ 入院料別の対象者や施設の特徴を踏まえた入退院支援という視点は非常に重要な視点。急性期はより病院や診療所との連携が必要であり、**地域包括ケア病棟**や回復期リハビリテーション病棟に関しては、**介護保険や障害福祉サービスとの連携がより進むべきではないか**との指摘があった。

次に、松本委員や2号側委員からも発言がありました身体的拘束についてです。

回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性②

診調組 入-3
5 . 9 . 6

- 回復期リハビリテーション病棟では、身体的拘束の実施有無に寄らずほぼ100%疾患別リハビリテーションが実施されていた。疾患別リハビリテーションの具体的な内容としては、身体的拘束を実施している患者の方が脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合が高かった。
- 身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず、平均約6単位実施されていた。

■身体的拘束の実施有無別、疾患別リハビリテーションの実施状況



■身体的拘束の実施有無別、1日あたりのリハビリテーション実施単位数（未回答を除く）

	平均値	中央値	25%tile	75%tile
①基準日時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり(n=198)	5.9	6.2	4.9	7.9
②①のうち、拘束時間が常時(24時間連続)の者(n=126)	6.1	6.1	5.0	8.0
③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(n=30)	6.3	7.6	4.2	8.5
④身体的拘束の実施なし(n=1,580)	5.8	6.1	4.0	8.0

出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

160

資料160ページに、回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況が記載されていますが、

リハビリテーションが必要な患者に長時間の身体的拘束が必要なのか、問題がないのか、詳細を確認する必要があると考えます。

入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）（抄）

Ⅱ. 検討結果の概要

13. 横断的個別事項について

13-2. 入退院支援について

- ・ 身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があった。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。

あわせて、162 ページにあるとおり、身体的拘束の定義を明確にし、身体的拘束の予防・最小化に向けて取り組むべきです。

（回復期リハビリテーション病棟入院料について）

- 回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価を推進する観点から、FIMの測定のあり方について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価を推進する観点から、疾患別リハビリテーションの上限単位数や体制強化加算のあり方についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟において発症後早期からのリハビリテーションを提供した方が、FIMの変化が大きくなることを踏まえ、発症後早期から集中的にリハビリテーションを提供することを促すことについてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実態を踏まえ、通所リハビリテーション事業所等との医師・リハビリテーション専門職とのリハビリテーション実施計画書の共有や、退院前カンファレンスにおける情報共有など、退院後に早期にリハビリテーションが提供されることを推進するための方策についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟において栄養状態の評価や定期的なモニタリングを確実に実施し、栄養管理の充実を図るためには、どのような方策が考えられるか。
- 回復期リハビリテーション病棟に求められる機能を踏まえ、身体的拘束を予防・最小化する取組を強化するとともに、身体的拘束を実施した場合の評価についてどのように考えるか。
- リハビリテーション専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟等が地域で果たす機能として地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力することについてどのように考えるか。

次に、資料 173 ページ。回復期リハビリテーション病棟入院料の論点、最後の丸。

「リハビリテーション専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟等が地域で果たす機能として地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力すること」

に賛成です。地域包括ケアを考える上で、多職種連携は欠かせません。

ICTの活用など、お互いの負担が重くならない方策も検討し、地域における連携を促進していただきたいと思います。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。じゃ、それでは長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。松本委員からご指摘があったことについてコメントさせていただきます。

（地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について）

- 地域包括ケア病棟において高齢者等の救急搬送患者の受け入れを推進することについてどのように考えるか。
- 短期滞在手術等基本料3の算定が多い地域包括ケア病棟が、地域包括ケア病棟の指標において、他の地域包括ケア病棟とは異なる傾向があることを踏まえ、指標のあり方についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量（包括範囲）の推移が、入院後、徐々に低下する傾向であることを踏まえ、地域包括ケア病棟における入院医療の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟に求められる在宅復帰支援の役割及び地域包括ケア病棟に入院する患者の6割以上は要支援1以上であること等を踏まえ、施設基準で定める「在宅医療等の実績」のうち訪問看護と訪問リハビリテーションの実績の評価についてどのように考えるか。また、地域包括ケア病棟等を有する医療機関における入退院支援では、より介護サービス事業者や障害サービス事業者等との連携を強化してはどうか。

まず、地域包括ケア病棟の3つ目の論点で、入院後、徐々に低下する傾向ということで、サービスの対価であるからというようなお話がありましたが、先ほど申し上げましたけれども、単に医療資源投入量で把握できること以外にもさまざまなサービスが提供されていると。例えば、在宅連携による退院調整、介護保険との連携など、そのところだけでは把握できないものがあるということ。

もう1つは、1人ひとりの患者さんの状態に応じて、入院期間が必要なものが定まるということなので、単に期間でもって一律に、例えば、減じるというようなこと、そのようなものは全く適さないというふうに考えるというところであります。

（回復期リハビリテーション病棟入院料について）

- 回復期リハビリテーション病棟における適切なアウトカム評価を推進する観点から、FIMの測定のあり方について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムに基づいた適切な評価を推進する観点から、疾患別リハビリテーションの上限単位数や体制強化加算のあり方についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟において発症後早期からのリハビリテーションを提供した方が、FIMの変化が大きくなることを踏まえ、発症後早期から集中的にリハビリテーションを提供することを促すことについてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実態を踏まえ、通所リハビリテーション事業所等との医師・リハビリテーション専門職とのリハビリテーション実施計画書の共有や、退院前カンファレンスにおける情報共有など、退院後に早期にリハビリテーションが提供されることを推進するための方策についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟において栄養状態の評価や定期的なモニタリングを確実に実施し、栄養管理の充実を図るためには、どのような方策が考えられるか。
- 回復期リハビリテーション病棟に求められる機能を踏まえ、身体的拘束を予防・最小化する取組を強化するとともに、身体的拘束を実施した場合の評価についてどのように考えるか。
- リハビリテーション専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟等が地域で果たす機能として地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力することについてどのように考えるか。

次に、回復期リハビリテーションの所の1つ目の所で、例えば、第三者認定を義務化すべきというお話もありましたが、先ほど江澤委員から指摘があったように、ここに一番関係しているのはFIMの測定に関する定期的な研修会の開催、これが最大の要因であると。

したがって、第三者認定の有無ではなくて、この定期的な研修会の開催こそが意味があるので、それがやるべきであって、義務化ではないということです。

それから、2つ目の所です。これは江澤委員あるいは太田委員からもご指摘ありましたが、まず運動器疾患の6単位のところ、それから体制強化加算のところですが、これは全体の平均値による評価というところで、これ、平均で見ると大切なところが見逃されますので、まずしっかりと1人ひとりの患者さんの状況、あるいはFIMの各項目の変化などについて、しっかり分析をする必要があります。まず、当然ながら、体制強化加算の廃止には反対いたします。

それから、FIMのところは、先ほど太田委員から詳細なご説明があったように、FIMでは把握できない効果があるということも踏まえると、こここのところも、さらに丁寧な資料を提供していただく必要があるだろうというふうに考えております。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい。それでは眞田委員、お待たせいたしました。お願いいたします。

○眞田享委員（経団連社会保障委員会医療・介護改革部会長代理）

はい、ありがとうございます。私からは地域包括ケア病棟に関しましてコメントをさせていただきたいと思っております。

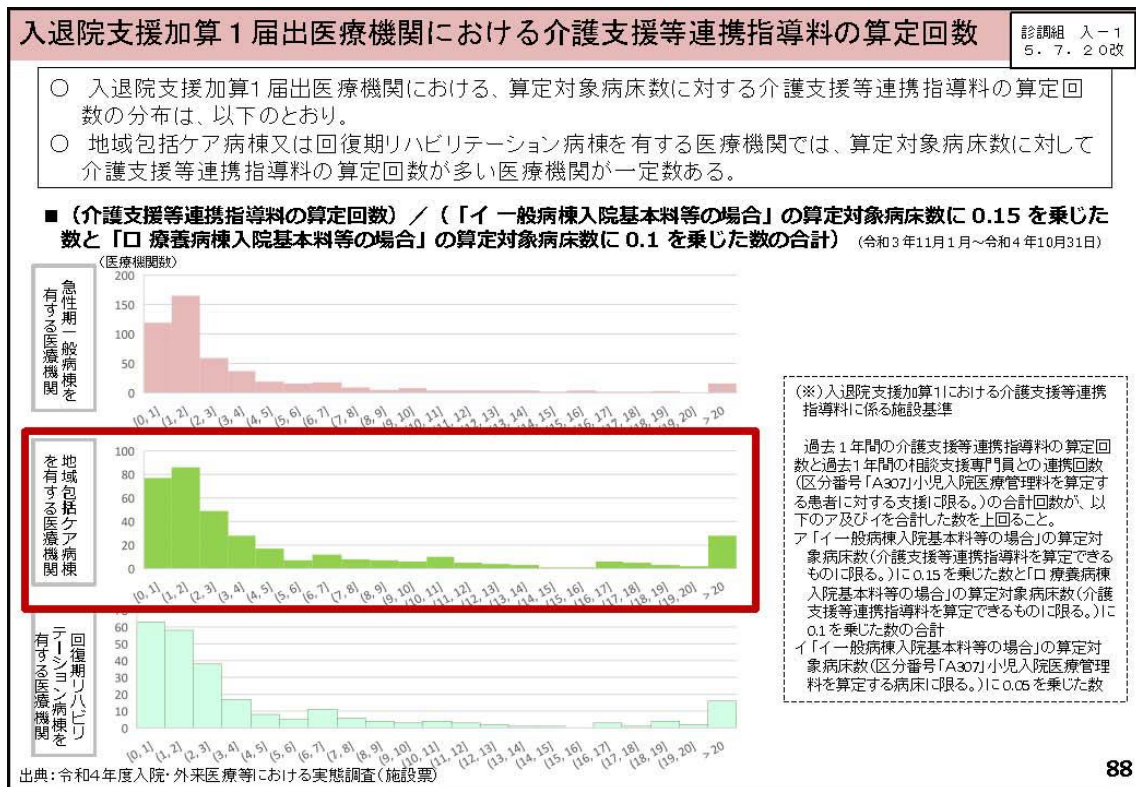
〔地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について〕

- 地域包括ケア病棟において高齢者等の救急搬送患者の受け入れを推進することについてどのように考えるか。
- 短期滞在手術等基本料3の算定が多い地域包括ケア病棟が、地域包括ケア病棟の指標において、他の地域包括ケア病棟とは異なる傾向があることを踏まえ、指標のあり方についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者における、1日あたりの医療資源投入量（包括範囲）の推移が、入院後、徐々に低下する傾向であることを踏まえ、地域包括ケア病棟における入院医療の評価のあり方についてどのように考えるか。
- 地域包括ケア病棟に求められる在宅復帰支援の役割及び地域包括ケア病棟に入院する患者の6割以上は要支援1以上であること等を踏まえ、施設基準で求める「在宅医療等の実績」のうち訪問看護と訪問リハビリテーションの実績の評価についてどのように考えるか。また、地域包括ケア病棟等を有する医療機関における入退院支援では、より介護サービス事業者や障害サービス事業者等との連携を強化してはどうか。

今後の人口構造の変化に伴う医療ニーズへの対応、および、その地域医療構想の実現に向けては地域包括ケア病棟の役割というのは非常に大きいというふうに考えます。

論点の1つ目にありますとおり、救急搬送患者の受け入れを推進する観点から施設基準を工夫すべきではないかというふうに考えております。

また、地域包括ケアシステムの実現に向けましては、地域包括ケア病棟いずれの施設基準にも含まれております入退院支援、これがより実効性あるものになるようにすべきであります。



86 ページのとおり、介護保険サービス事業所等との連携がなされていない医療機関があるということは非常に残念なことであります。

論点の4つ目にありますとおり、連携をしっかりと強化する方向で、今回、見直しを行うべきだというふうに思います。以上でございます。

○小塩隆士会長 (一橋大学経済研究所教授)

はい、ありがとうございました。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

すいません、高町です。

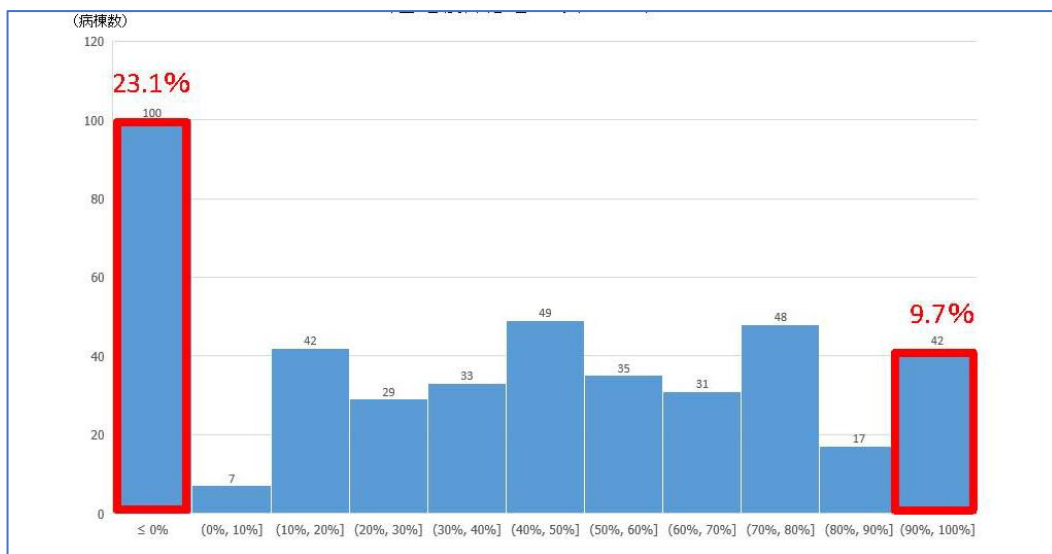
○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。高町委員、お願いいたします。

○高町晃司委員（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。私からはリハビリと栄養のことについてコメントさせていただきたいと思います。

リハビリを効果的に実施するためには栄養管理が重要であるということで、このことは以前の総会でも、一体的にこの取組を進めるべきだという発言をしました。



今回の資料によりますと、入院時に栄養食事指導料について2割の病院が算定していない。その一方で、ほぼ全ての患者に算定している病院も1割ほどがあるということでした。

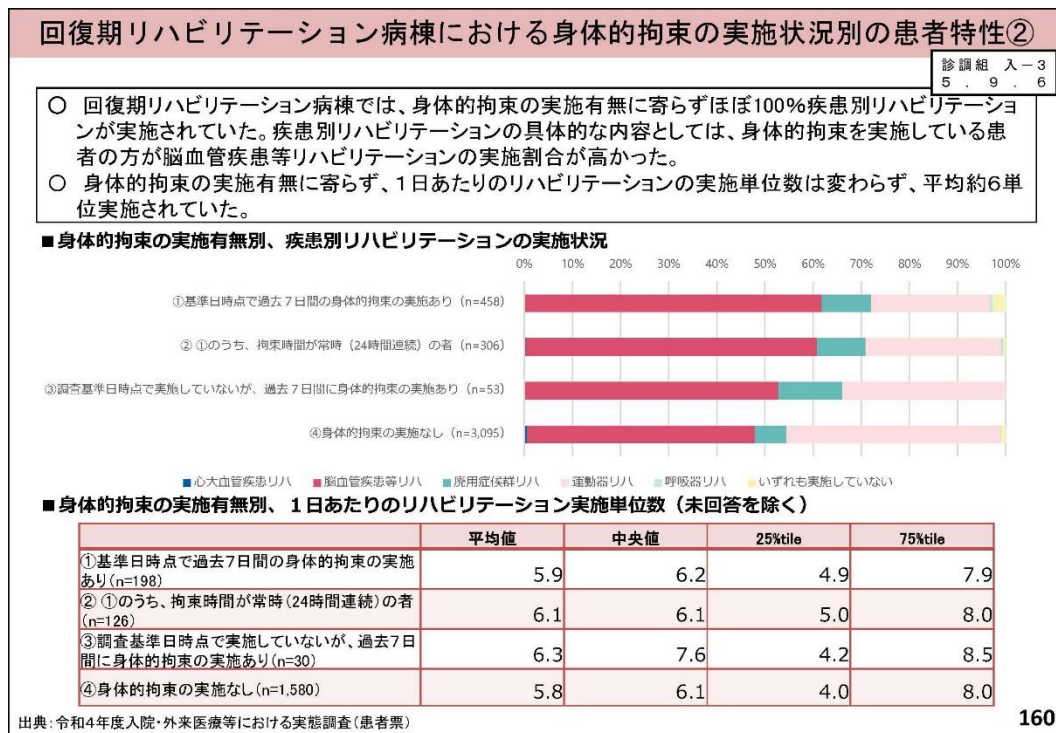
人材不足という課題もあるのかもしれませんが、リハビリの実実施計画の段階から栄養指導といったものをきちっと位置づけて一体的な取組を進めていくべきだと考えております。ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは続きまして、太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

すいません、1つだけ身体拘束に関して160ページの資料です。



これは入院・外来等の分科会でも何人かの委員の先生からご発言ありましたけど、身体拘束の定義というものが実際に、われわれ医療機関、医療者が認識しているものと、ここで言われている本当に体を拘束するというものとの開きがある中で行われている調査結果だと思っております。

これを見ますとですね、回り方で、基準日時点で過去7日間に身体的拘束の実施率が60%を超えると。こんなこと、あり得ない話でありまして、何かと言いますと、今、われわれは転倒防止モニター、センサーだとか、何らかの病棟やなんかで、さまざまな患者さんのモニタリングする。これだけでも一応、その身体抑制の同意書というのを取っております。何らかのかたちの患者さんのプライバシーに介入するというところからです。

そういう感覚で、われわれ、身体抑制の同意書を取っているということを前提のところ、この調査が行われておりますので、本当にその不必要な、もちろん、不必要な拘束が全くゼロになってるとは言いませんけれども、こんなひどい状況では現実にはないというところがあります。

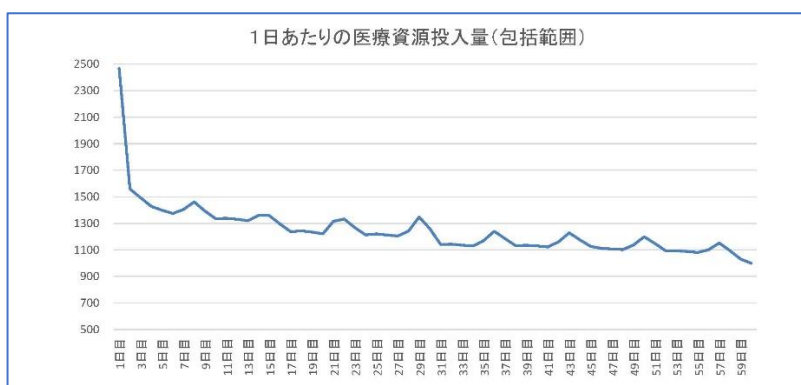
ですので、当然、極力減らしていくことはやっていかなければいけませんけれども、何らかのかたちで一律にその制限するというようなことをやってしまうっていうのは、やはり、その逆効果もありうるということはちょっと、この資料の読み方として発言させていただければと思いました。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。じゃ、江澤委員、お願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。先ほどから意見出ている、まず59ページの資料ですけれども。



当然、治療が進んでくると医療資源投入量が落ちるというのは、これはどこの病棟でも当たり前のことでありますけれども、これはあくまでも、この青いグラフは平均を表しておりますので、先ほどから出ておりますように、もう地ケア病棟の平均在棟日数は27日程度となっておりますから、したがって、これ、右に行けば行くほど、nの数はすごく少なくなっておりますので、

ということは、リハビリテーションとか在宅復帰に向けたリハビリテーションとか、在宅復帰のために必要な医療の提供を受けている方がそこに少なからず一定程度いらっしゃるというかたちで、

この左側から右側にかけて患者さんのnの数は当然、相当減っておりますし、そうした中で在宅復帰に向けて頑張っている医療の現場の証だというふうに思っているところでございます。

それから、先ほど入院料2と4に在宅医療の実績を要件とすべきというようなご意見があったようにも伺っておりますけれども。

そもそも入院料の2と4は、1と3と比べて基本報酬を低く設定しておりますし、それから、そもそも1と3が200床未満の中小病院で、かかりつけ医機能を担う医療機関でありますし、2・4の中には200床以上の医療機関も当然、混在しておりますし、そのあたりは、そういった基本報酬等で評価をされているところでございますから、

当然、地ケア病棟の役割というのは在宅医療と連携するというのは非常に大変重要な役割ですけれども、そういった中で推移を見ながら、また今後、検討していく課題だというふうに思っております。

それから、回復期リハ病棟の第三者評価の義務化のご意見もあったと思っておりますけれども、先ほど長島委員も申しましたが、まだ今日の資料は全数調査ではないので、例えば全国の第三者評価の受けている医療機関全てが実際にどうであるのかというのはまだ当然データがないわけでございますし、そのあたりは慎重に見ていくべきであって、まずはしっかりと先ほど申しましたように院内研修をFIMの測定に関するような院内研修を行っていくということが大変重要ではないかなあというふうに思っているところでございます。

重症度別のリハ提供単位/日とFIMの変化（運動器疾患）

診調組 入-1参考
5 . 9 . 6

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

それから、資料の 115 ページでございますけれども、これも繰り返しのようになりますが、あくまでも、ここも平均値でありまして、回リハ病棟の平均在棟日数も 66 日程度でございますから、こういった方がリハビリテーションをどれだけ必要なのかと。当然、患者さんの状態像によって、ずっと、7 単位、8 単位はね、あるいは 9 単位を算定するということは、これはあり得ないというふうに思いますけれども、そういった中で、やはり個々の実態というものをつぶさに見ていくことが必要ではないかなと思います。

体制強化加算の届出有無別の比較

診調組 入-1参考
5 . 9 . 6 改

- 体制強化加算の有無によるアウトカム指標の比較は以下のとおり。
- 体制強化加算1の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMの差がやや大きくなっており、提供リハビリテーション単位数が多く、平均在院日数が長かった。
- 体制強化加算2の届出がある医療機関は届出のない医療機関と比較し、入退棟時のFIMに大きな差がなかった。

それから、118 ページの体制強化加算もいきなり廃止のような議論も、ご意見もあったと思いますけれども、この強化加算ができた経緯を踏まえながら、これまでの経過、実績も踏まえて、しっかりと見ていく必要はあると思いますし、社会福祉士を配置してきたというのは、これは医療機関の自助努力によるものでありますし、実際に、その社会福祉士さんの役割があるということでございますので、そういったあたりで、いろいろな視点から多角的に見ていく必要があるかというふうに思います。

また、最後の論点で、先ほど地ケア会議に言及されるようなご意見もあったと思いますけれども、ここは地域リハビリテーション活動支援事業ということで、市町村の地域支援事業に医療機関等からリハビリ専門職を派遣するというスキームについて協力するという論点でございますので、それについては当然、賛成でございますし、何も、いろいろ、取組がございまして、地域ケア会議のみに限定するものではないということは申し上げておきたいと思っております。

最後に身体拘束の廃止につきまして、介護分野では、切迫性。すなわち命に関わるかどうか。あるいは、一時性。必ず一時的であること。それから、非代替性。ほかにどうしても代替する方法がないということ。この3つが重なった上で、それを担当チームでもなく、組織全体、施設全体で、それをどうするかを、拘束についてどうするかを判断するというようになっておりまして、

その考え方自体は十分、医療機関でも踏襲すべき点があるかと思っておりますので、したがって、まずは、そういった組織的な取組ってところから導入して、その中で、いろんな課題を見つけ、今後について検討していくことが望ましいかと思っております。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。よろしいでしょうか。はい、松本委員、お願いいたします。

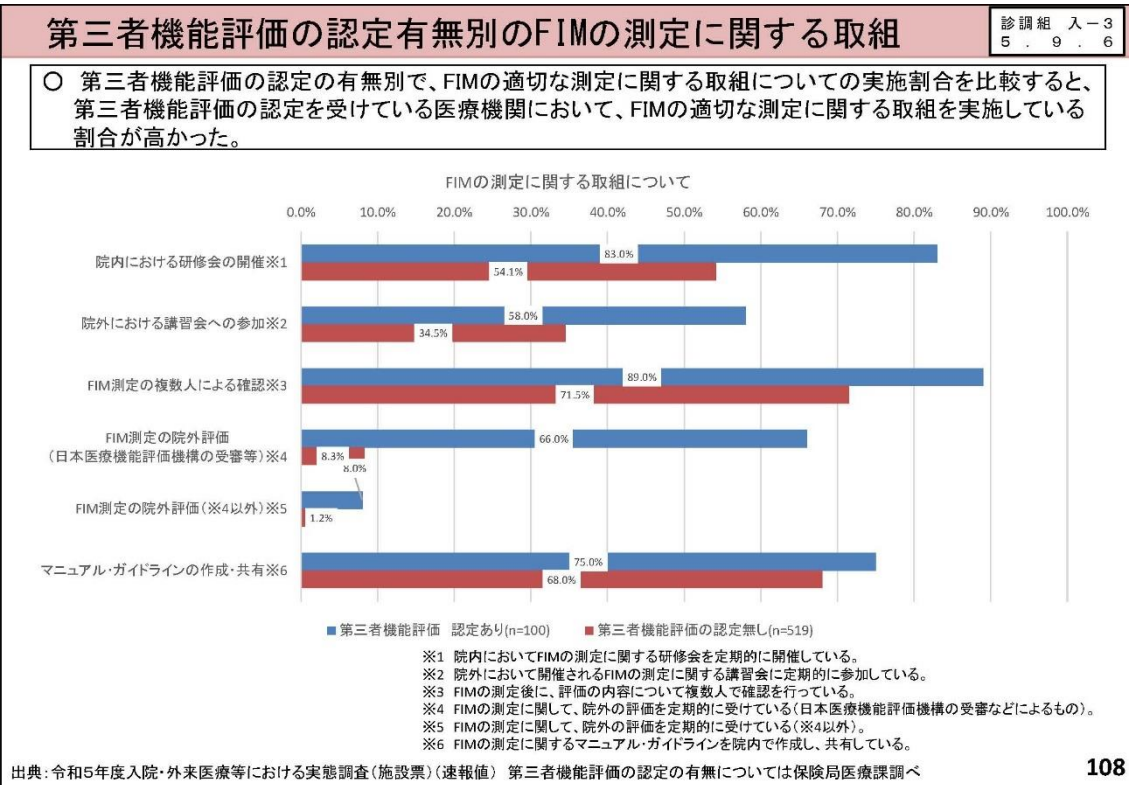
○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。私からのコメントに対して、たくさん、いろいろいただきました。これはお礼を申し上げるのか、わかりませんが。

その中でですね、確かに医療機関の方々が患者の一人ひとりの動向をみて対応をされていることは十分承知しております。

ただ、中医協の議論というのは、個別の議論をするというよりも、どちらかと言うと、やはりマスで、できるだけ全体をカバーリングできるという前提で議論をすることだと思っておりますので、個々の話に行ってしまうとですね、当然、2号側の委員の方のほうがお詳しいわけですから、われわれにとっては限界があると思っております。

われわれは、こういった皆さま方の、同じご職業に就いてる方々がこうやって行動されているというのが、このデータだというふうに承知しておりますので、それを見たかたちでは、こうではないかというふうな意見を申していることをあらかじめご承知おきいただきたいということが1つ目。



それと、108 ページでございますが、これも先ほど出ておりますF I Mの対応でございますけども。

先ほど義務化という、第三者評価の義務化という点を申し上げた理由はですね、108 ページで、この青と、これ、赤って言うんですか。棒グラフの差。これ、青は第三者機能評価の「認定あり」の所でございます。赤い所は「無し」の所でございます。じゃあ、なぜ、こういう差が生じるのかと。

確かに江澤委員がおっしゃるとおり、院内における研修会の開催する、とは思いますが、もしかしたら、第三者評価を得るための条件として、なっているのではないかという懸念もありますので、あえて申し上げるところもございまして、それについては少しご理解をいただきたいというふうに思います。私からは以上になります。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは江澤委員、お願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

はい。コメントいただきまして、ありがとうございます。第三者評価ですけれども、その評価の中にも、いろんな項目があるわけですが、この中でリハビリとかFIMに特化したところが1項目とか若干項目はあるんですけども、全体の何百項目の中で、その1つだけであるので、そのあたりが、たまたま、こういう結果になっているのかどうか。

そのあたりが、もう少し、リハに特化した第三者評価であれば、いろいろ検討の余地はあるかと思えますけれども、そのあたりも含めて申し上げたところでございますのが1点と。

それから、先ほどのマスで、当然、中医協で議論するのは、これはもう全く私も、われわれも相違ないところでございますし、

その一方で、やはり社会的包摂、誰一人取り残されない社会というのも考えていかななくてはいけなくて、公的な皆保険である、公的な国民保険方式、医療保険において、そういった中も、ちょっと、そこも踏まえながら議論していくというのは当然かと思っておりますので、いろいろまた今後に向けた議論にいろいろ参考にさせていただきたいと思えます。ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

松本委員がおっしゃるように、医療現場にいない方々が、やはり集計されたデータで判断されるのも当然のことだと思います。ただ一方、やはりマクロのデータ、特に平均値には大きな落とし穴があるというのは皆さま、よくご存知かと思えます。

したがいまして、もう少し丁寧に分布を見るとか、さまざまな要件で分けてみる
とか、そういうようなものの資料がないと、これだけで、例えば「廃止」などとい
うような強い判断をされるのは、医療現場としては大変厳しいということで、ご理
解いただければありがたいです。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。先ほど江澤委員から、看護の立場から専門的なご
意見を伺えればどうかというふうなご提案ございましたので、それでは木澤専門委
員から、ご発言をお願いいたします。

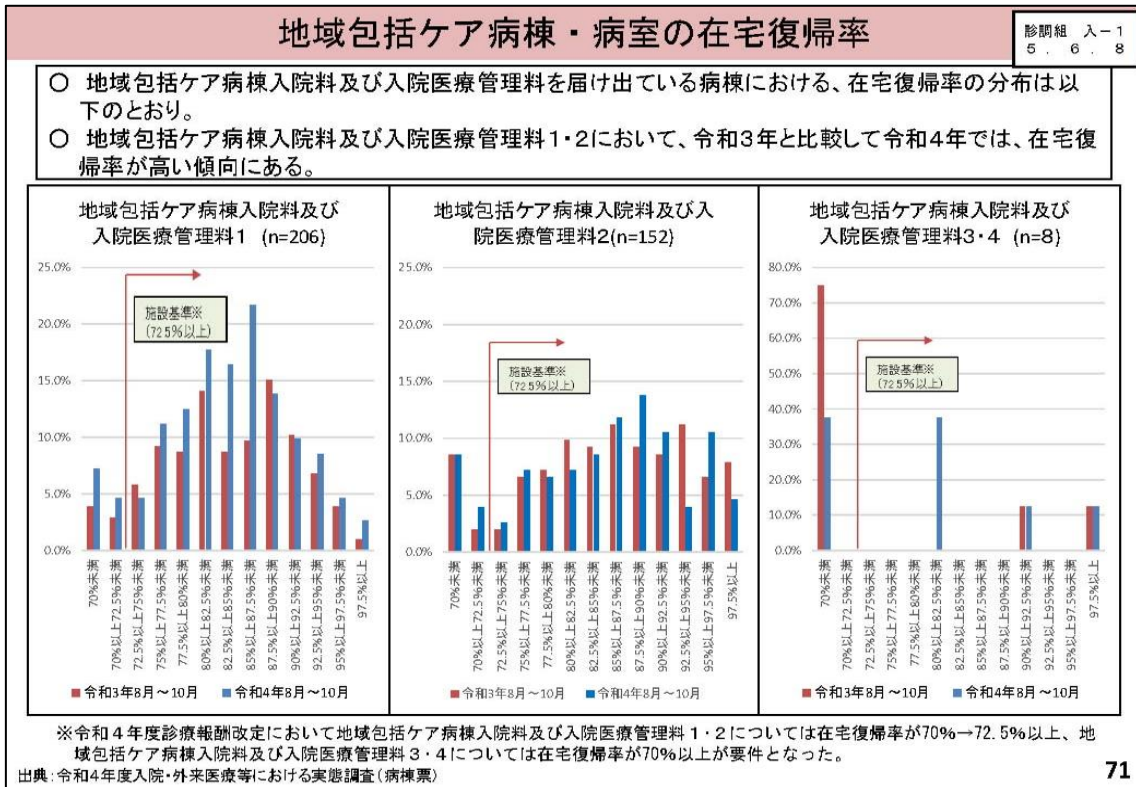
○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

ありがとうございます。まず地域包括ケア病棟において、高齢者等の救急患者搬
送の受け入れの数字に関連してです。

ただいまのご議論、また、これまでの総会、分科会でもたびたび、ご議論ありま
したように、地域包括ケア病棟での高齢者救急受け入れを促進する場合には人員配
置を含め、十分な体制整備が必要です。

現在、地域包括ケア病棟では13対1と急性期に比べて配置基準が手薄であり、特
に夜間の看護職員は2人体制になります。救急受け入れ時には状態が安定してい
ない患者さんに対して注意深く観察、治療を行うとともに、ご家族の説明、搬送元と
の連携等も必要ですので、現状の13対1配置では、高齢者救急の十分な受け入れが
難しい状況でございます。

実際に本会調査からは、既に地域包括ケア病棟入院料1算定病棟で8.3対1と手
厚い配置をしており、夜間も3分の1以上の病棟で人員を加配して何とか対応して
いることがわかっております。よって、地域包括ケア病棟における救急搬送の受け
入れを促進する際には、特に夜間の体制を含めて看護配置の充実が不可欠と考えま
す。



次に、訪問看護と訪問リハビリテーションの実績の評価に関連してですが、71ページでは地域包括ケア病棟・病室の在宅復帰率が高い傾向にあることが示されておりますが、

その背景には、訪問看護等の在宅医療を組み合わせ提供し、退院後も引き続き在宅療養を支援する体制が構築されていることもあると考えます。

退院後も患者が在宅において安心して療養を継続することができるよう、算定実績に応じた評価を進めていただきたいと思います。

最後に、回復期リハビリテーション病棟における身体拘束に関連してです。身体的拘束の予防・最小化は、どの病棟にあっても重要な事項であり、回復期リハビリテーション病棟においては退院後の生活を見据えた集中的なリハビリテーションが重要という観点からも、なるべく患者さんの活動を妨げることはあってはならないと考えており、予防・最小化の取組を強化する方向には賛同いたします。

身体的拘束の実施理由を見ますと、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」「転倒・転落防止」が多いということからも、回復途上にある患者さんの治療のため、また骨折等の不慮の事故を防ぐためにやむを得ず実施しているものではありますが、

転倒予防のためには看護師のケアのみだけではなく、薬剤調整、環境整備等が必要であり、経営者のリーダーシップ、多職種を含めた病院全体での組織的な取組が求められております。職能団体としましても身体的拘束を最小化するため、引き続き好事例の収集や周知活動を続けてまいります。

また、病棟で患者さんが転倒、骨折された際には、看護師が訴訟の対象になることもあります。病棟内での取組を進めると同時に、国民を巻き込んだ社会全体での議論が必要と考えます。私からは以上となります。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかに、ご意見、ご質問等はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。ほかには特にご質問等ないようですので本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。