

3. 入院（その8）について

入院(その8)

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

1

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

続きまして、「入院（その8）について」を議題といたします。事務局より資料が提出されておりますので、説明をお願いいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。それでは、入院（その8）につきまして、テーマといたしましては「高齢者の救急患者等に対応する入院医療について」でございます。

こちらにつきまして、「総－3」を用いまして、ご説明をさせていただきます。

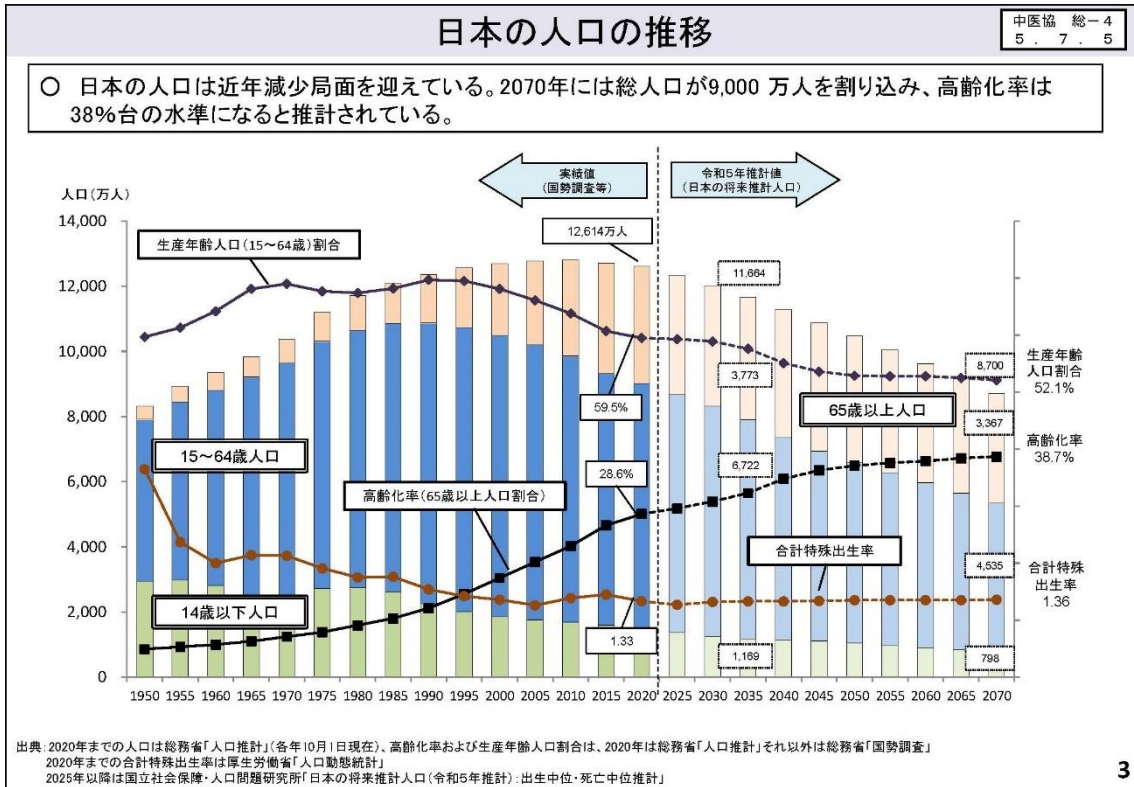
説明**1. 我が国の人口構成の変化と
高齢者の救急患者等について****高齢者の救急患者等に対応する入院医療について**

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について
3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

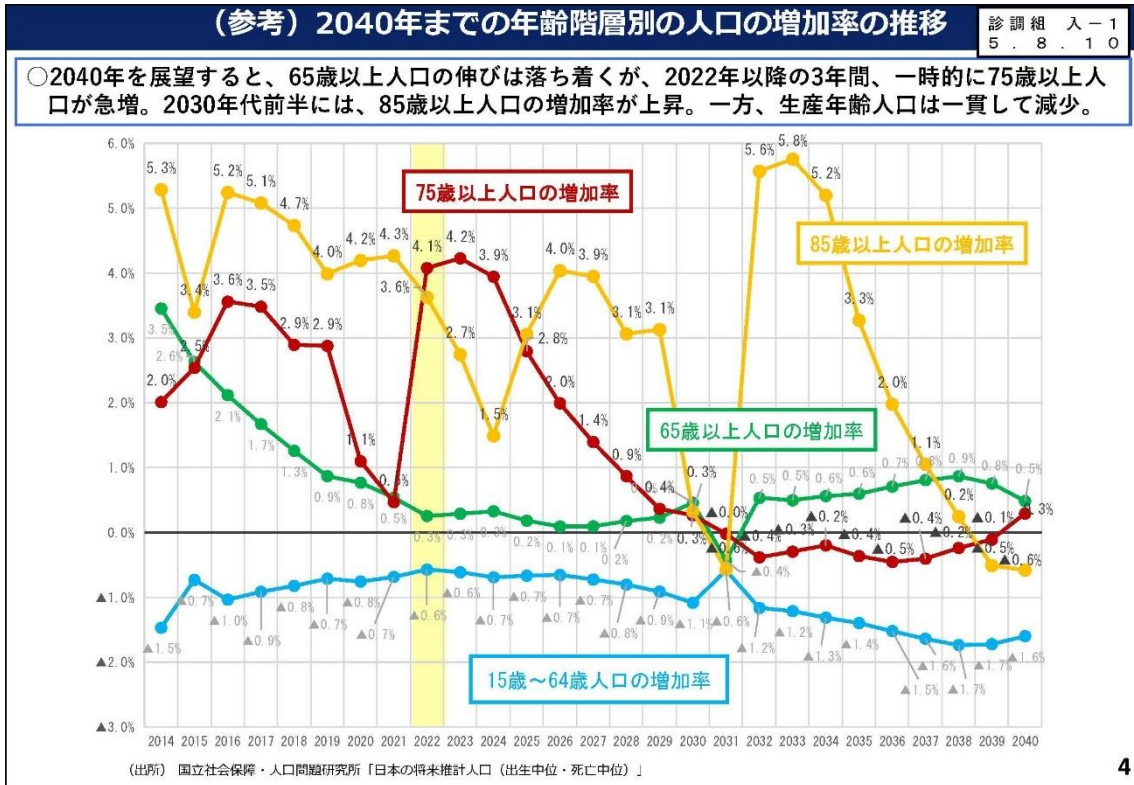
2

スライド2に目次がございます。

ページ、進めていただきます。



3 ページからでございますけれども、日本の人口の推移。



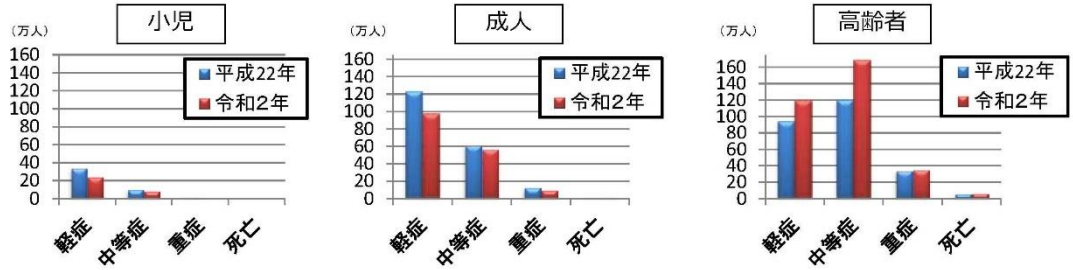
そしてまた、4ページに関しましては、

2040年までの年齢階層別の人口の増加率の推移をお示ししてございます。

10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画等に関する検討会
令和4年7月27日 資料 1

○ 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			令和2年中		
	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡	0.09万人	1.6万人	5.9万人	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	1.1万人	12.7万人	34.0万人	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	10.2万人	61.2万人	119.8万人	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	34.1万人	122.8万人	93.9万人	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	2049.6万人	7807.7万人	2948.4万人	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

5 ページ目、6 ページ目に関しましては、10 年前と現在の救急搬送人員の比較。

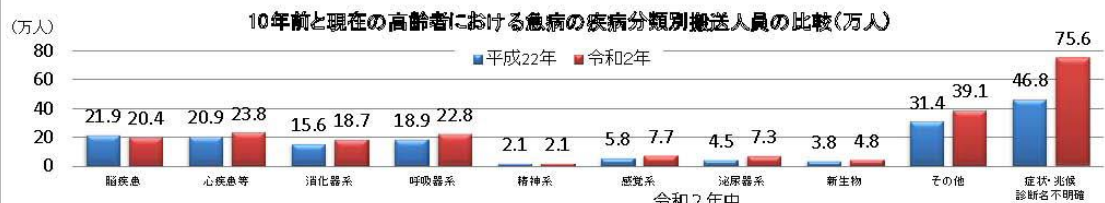
そしてまた疾病分類、搬送人員の比較をお示ししているところがございます。

こちらからは、高齢者の人口増加に伴いまして、高齢者の救急搬送人数が増加していること。

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

第11回第8次医療計画
策上に関する検討会
令和4年7月27日
資料 1

○ 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	82万人	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)	3802.7万人 (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

中でも、軽症・中等症が増加していることを示してございます。

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な御意見

中医協 総-4
R5.6.14改

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。

(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。

7

ページ7でございます。

同時報酬改定に向けた意見交換会でいただきました主な意見でございます。

赤囲みしてございますけれども、

急性期疾病に対応いたします医療機関といたしましては、医療機関の機能分化や地域包括ケア病棟等を有する中小病院が主体となるべきといったご意見をいただいております。

これまでの中医協総会等における高齢者の急性期医療に係る主な意見

<中医協総会（令和5年7月5日 入院について（その1））>

（総論・急性期/高度急性期入院医療）

- 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- 全ての団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて、病床の機能分化・連携を進める観点から地域医療構想が推進されてきており、高齢化が進む中で、急性期一般入院料の算定に占める高齢者の割合は増加傾向にあり、急性期医療が高度かつ集中的な医療を必要とする患者への対応に重点化されるよう、機能分化による効率的な医療をさらに評価すべき。
- 急性期一般入院料においても65歳以上の患者が相当数を占めており、また、要介護の患者やADLの低い患者がそれなりに入っている一方で、リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置されているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましい。
- 高齢者等の救急搬送を効率的に受け止めるためには、医療機関同士、医療機関と高齢者施設等の連携とともに、救急隊のトリアージによる適切な搬送先の選択が重要。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

Ⅱ. 検討結果の概要

1. 一般病棟入院基本料について

（3）その他

- 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

8

そして、8ページでございますけれども、こちらは中医協総会等でいただいた主なご意見でございますけれども、一番下の丸でございますが、

急性期医療における機能分化のあり方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、

どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、

地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち、高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかという指摘がございました。

説明**2. 現状の入院医療における
高齢者の救急患者等への対応について****高齢者の救急患者等に対応する入院医療について**

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者等の救急患者について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者への対応について
 - ① 高齢者の救急患者等の受け入れについて
 - ② リハビリテーション・栄養・口腔について
 - ③ 入退院支援及び在宅復帰等について
3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

9

次の2つ目の項目でございます。

スライド9以降でございます。

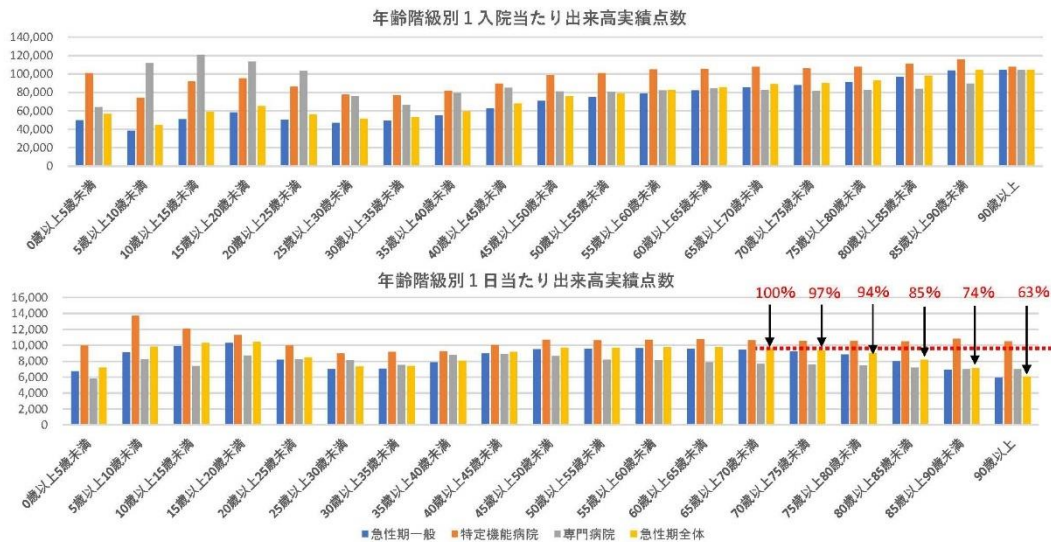
現状の入院医療における高齢者の救急患者への対応について。

①高齢者の救急患者等の受け入れについてでございます。

急性期病床における年齢階級別の出来高実績点数

中医協 総-1
5. 11. 8

- 急性期一般入院基本料等(※)に該当する病床における年齢階級(5歳階級)別の出来高実績点数は以下のとおり。
- 65歳以上の高齢者において、年齢が高いほど1入院当たり出来高実績点数が高い一方、1日当たり出来高実績点数は低い傾向にある。



出典: 令和4年度DPCデータ ※急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(7対1、10対1の場合に限る。)

10

スライド 10、急性期病床における年齢階級別の出来高実績の点数でございます。

65歳以上の高齢者におきまして、年齢が高いほど1入院当たり出来高実績点数が高い一方、1日当たり出来高実績点数は低いという傾向にございました。

高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較①							診調組 入-1 5.8.10
○ 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。(全体の平均が2.4倍であるところ、例えば「食物及び吐物による肺炎」は1.2倍、「尿路感染症、部位不明」は1.4倍にとどまる。)							
75歳以上の患者に多い疾患 ^{※1} における75歳以上の患者が急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量 ^{※2} 及び地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比							
傷病名	1日当たり医療資源投入量				75歳以上で多い疾患順位	75歳以上症例が占める割合	
	急1における1日平均(点)	急1/地1-2の比	急2-6/地1-2の比	急1/急2-6の比			
(全疾患・全年齢)	3,448	2.41	1.43	1.69	-	-	
全疾患:75歳以上	2,762	2.33	1.34	1.73	-	100.0%	
コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが特定されたもの	2,334	1.12	0.90	1.25	1	3.9%	
食物及び吐物による肺炎	1,026	1.24	1.02	1.21	2	3.3%	
膵臓腫瘍の急性増悪による膵炎	1,208	1.33	1.06	1.26	14	1.2%	
腸の消化及び吸収、性に分類されないもの 部位不明	674	1.34	1.08	1.24	35	0.6%	
肺炎、詳細不明	1,160	1.26	1.08	1.26	10	1.5%	
体液量減少(症)	868	1.28	1.09	1.26	15	1.1%	
細菌性肺炎、詳細不明	1,177	1.40	1.13	1.24	23	0.8%	
閉塞性肺病、詳細不明	957	1.40	1.12	1.26	8	1.5%	
大腸・結腸へのポリープ	3,223	1.42	1.05	1.35	5	1.8%	
慢性腎臓病、ステージ5	2,320	1.45	1.13	1.28	17	1.0%	
急性尿管管腔閉塞性腎炎	1,023	1.48	1.14	1.30	19	0.9%	
その他の急性尿管腔閉塞性腎炎	5,327	1.52	1.31	1.16	22	0.8%	
靴子摩擦骨折 閉鎖性	2,886	1.66	1.30	1.27	7	1.6%	
大腸骨盤部骨折 閉鎖性	3,850	1.68	1.33	1.26	6	1.6%	
乳房又は乳腺を伴わない乳房の悪性疾患	1,695	1.70	1.18	1.44	26	0.8%	
その他の癌腫	1,091	1.75	1.41	1.24	36	0.5%	
結腸の悪性新生物<腫瘍>, S状結腸	3,529	1.83	1.36	1.34	38	0.5%	
骨性管狭窄(症) 膝部	4,845	1.86	1.37	1.36	18	1.0%	
つっ血性心不全	1,447	1.87	1.19	1.57	3	3.1%	
心不全、詳細不明	1,420	1.95	1.17	1.67	27	0.7%	
脳動脈の血栓形成による脳梗塞	1,486	2.12	1.57	1.35	21	0.9%	
胸壁腫瘍の悪性新生物<腫瘍>	3,378	2.17	1.25	1.74	12	1.3%	
外傷性後腹下血 血腫内に壊す開放創を伴わないもの	1,987	2.22	1.55	1.44	30	0.6%	
皮膚の悪性新生物<腫瘍>	3,508	2.42	1.89	1.28	29	0.6%	
肺炎	2,175	2.60	1.61	1.61	34	0.6%	
椎体骨折 閉鎖性	1,754	2.63	1.59	1.66	11	1.3%	
結腸の悪性新生物<腫瘍>, 上行結腸	2,621	2.67	2.00	1.33	37	0.5%	
尿管炎を伴う尿管結石	3,140	2.73	1.90	1.44	28	0.7%	
一側性又は患側不明のそけい<尿管>ヘルニア、尿管及びス<尿管>を伴わないもの	5,888	2.81	2.08	1.36	24	0.8%	
尿管炎及び尿管のつ<尿管>を伴わない尿管結石	3,832	2.88	1.95	1.47	33	0.6%	
椎体骨折 閉鎖性	2,037	3.02	1.62	1.86	31	0.6%	
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 下葉、気管支又は肺	3,145	3.23	2.18	1.52	20	0.9%	
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉、気管支又は肺	3,317	3.67	2.46	1.49	16	1.1%	
喉の悪性新生物<腫瘍>, 喉頭部	2,624	3.80	2.34	1.62	39	0.5%	
肝及び胆膵管の悪性新生物<腫瘍>, 詳細不明	3,577	5.26	2.93	1.80	25	0.8%	

※1 入院初日にDPC算定病名又は地域包括ケア機構に入院する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>, 胃体部を除いたもの)。

※2 一日平均出来高換算点数から、A(入院料)及びH(Hリハビリテーション)を除いたもの。

出典:DPCデータ(令和4年1月~12月)

11 ページ、12 ページは高齢者の多い疾患におけます入院料間の医療資源投入量の比較でございます。

75歳以上の患者に多い疾患のうち、一部、誤嚥性肺炎、尿路感染症等でございますが、

これらは急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差は見られなかったことを示してございます。

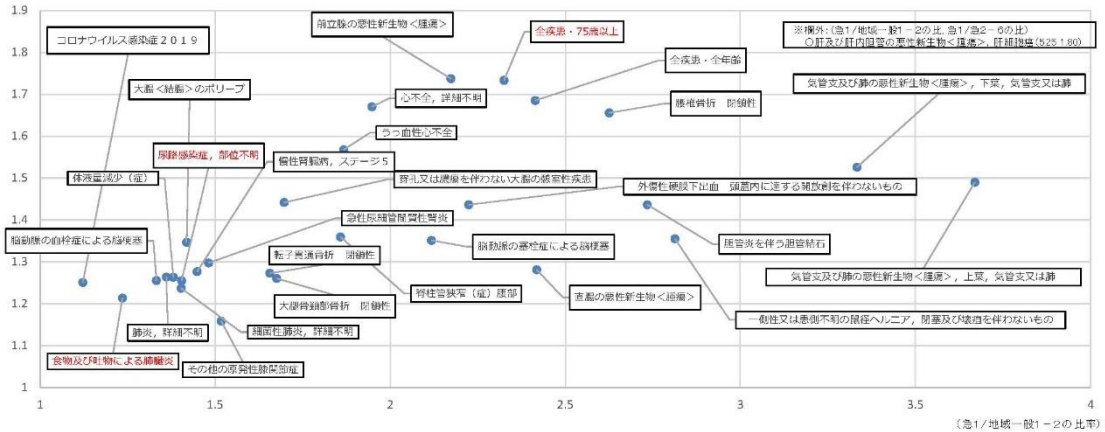
高齢者に多い疾患における入院料間の医療資源投入量の比較②

診調組 入-1
5 . 8 . 1 0

○ 75歳以上の「食物及び吐物による肺炎」、「尿路感染症、部位不明」等に対する医療資源投入量は、急性期一般入院料1と、急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2とで大きく変わらなかった。

75歳以上の患者に多い疾患^{※1}における急性期一般入院料1を算定する場合の医療資源投入量^{※2}及び急性期一般入院料2-6又は地域一般入院料1-2を算定する場合の医療資源投入量の比

(急1/急2-6の比率)



※1 入院初日にDPC算定病名又は地域包括ケア病種に入籍する75歳以上の患者の傷病のうち0.5%以上を占める39傷病のうち、地域一般入院料1-2を算定している症例が50例未満である疾患(老人性初発白内障、老人性核白内障、その他の型の狭心症、胃の悪性新生物<腫瘍>、胃体部を除いたもの)

※2 一日平均出来高集算点数から、A(入院料)及びH(リハビリテーション)を除いたもの。

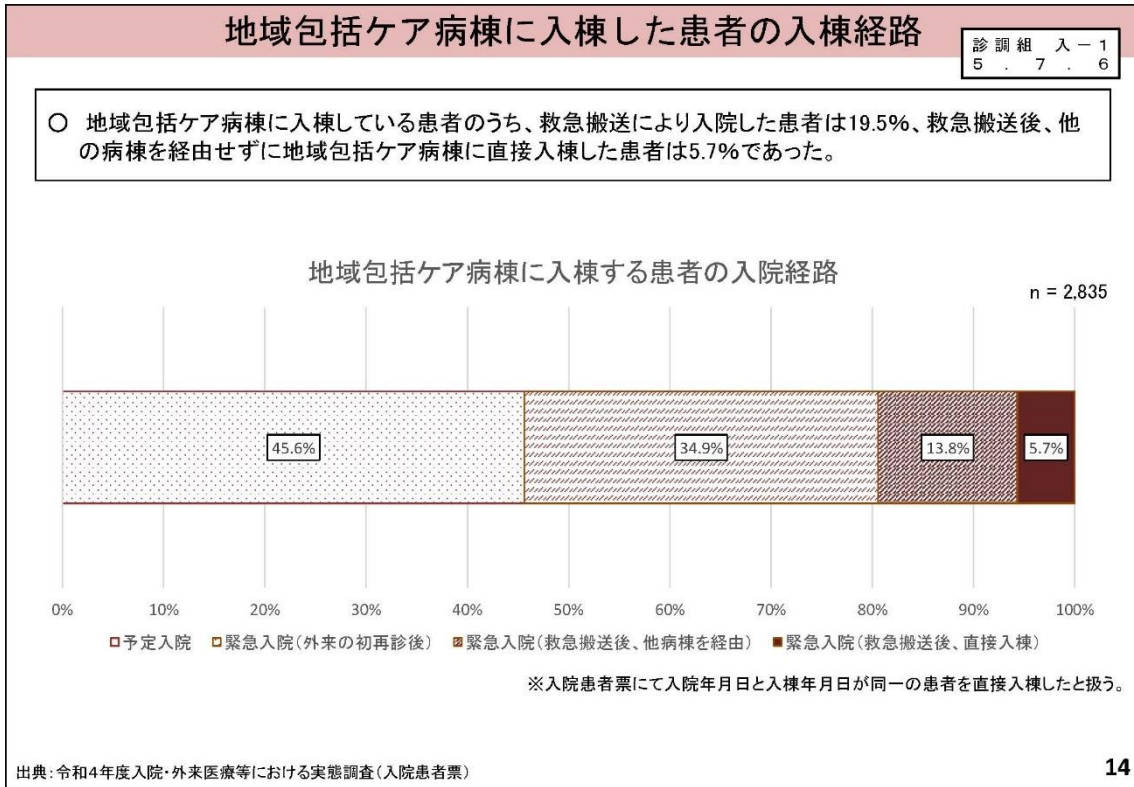
出典：DPCデータ(令和4年1月~12月)

高齢者に多い疾患における救急搬送により入院される患者の入院先の割合										
○ 高齢者に多い疾患のうち救急搬送により入院する割合が高いものについては、誤嚥性肺炎や尿路感染症を含め、急性期一般入院料1や治療室に入院する割合が高い。										
一般病棟等の75歳以上の患者に多い疾患 ^{※1} における75歳以上の患者が救急搬送により一般病棟又は地域包括ケア病棟等に入院する際の入院先										
	入院する症例数	入院する症例のうち救急搬送により入院する割合	救急搬送により入院する症例における入院先の割合							
			① 急性期一般入院料1 (353,143床)	② 急性期一般入院料2-3 (19,347床)	③ 急性期一般入院料4-6 (199,799床)	④ 地域一般入院料1-2 (19,121床)	⑤ 地域一般入院料3 (29,777床)	⑥ 特定機能病院又は治療室等 (113,549床)	⑦ 地域包括ケア病棟 (98,945床)	⑧ ①又は②
(全疾患)	3,747,776	26.3%	56.9%	2.4%	15.6%	1.2%	0.4%	20.8%	2.6%	77.7%
1 コロナウイルス感染症2019、ウイルスが同定されたもの	151,255	41.4%	61.1%	2.3%	14.0%	5.7%	0.4%	15.5%	1.0%	76.6%
2 食物及び吐物による肺炎	122,306	54.9%	64.4%	2.6%	15.9%	0.8%	0.2%	13.5%	2.6%	77.9%
3 うっ血性心不全	117,285	40.1%	54.0%	1.8%	10.2%	0.3%	0.1%	32.4%	1.1%	86.4%
4 大腿骨頸部骨折 閉鎖性	60,294	52.2%	66.8%	3.4%	22.5%	1.6%	0.6%	3.8%	1.2%	70.6%
5 転り肩甲骨骨折 閉鎖性	59,063	58.7%	67.7%	3.9%	22.0%	1.2%	0.5%	3.4%	1.3%	71.1%
6 尿路感染症、部位不明	55,269	45.1%	65.5%	2.7%	19.0%	0.9%	0.3%	7.7%	3.8%	73.2%
7 肺炎、詳細不明	53,825	39.4%	49.9%	2.5%	29.6%	2.2%	0.9%	10.4%	4.5%	60.3%
8 腰椎骨折 閉鎖性	43,427	37.2%	51.8%	3.5%	29.0%	2.2%	0.9%	2.3%	10.3%	54.1%
9 脳動脈の血栓症による脳梗塞	46,028	53.4%	52.3%	1.8%	9.4%	0.2%	0.1%	35.9%	0.3%	88.2%
10 体液量減少(症)	36,097	34.7%	45.2%	3.2%	34.6%	2.7%	1.1%	3.4%	9.6%	48.6%
11 急性尿管管間質性腎炎	35,788	45.0%	71.5%	2.6%	13.9%	0.4%	0.1%	9.1%	2.3%	80.6%
12 脳動脈の血栓症による脳梗塞	35,357	67.9%	39.5%	1.4%	6.8%	0.1%	0.0%	51.9%	0.3%	91.4%
13 細菌性肺炎、詳細不明	30,083	47.1%	67.4%	2.6%	12.8%	0.5%	0.1%	14.9%	1.7%	82.3%
14 穿孔又は穿孔を伴わない腸の憩室性疾患	29,001	26.0%	74.2%	1.9%	8.8%	0.4%	0.1%	13.8%	0.8%	88.0%
15 胆管炎を伴う胆管結石	28,134	37.1%	75.7%	2.1%	7.2%	0.2%	0.0%	14.3%	0.4%	90.1%
16 外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	24,792	53.4%	52.0%	2.3%	8.5%	0.2%	0.0%	36.6%	0.4%	88.6%
17 胸椎骨折 閉鎖性	20,393	37.2%	51.8%	3.5%	28.2%	2.2%	1.0%	3.6%	9.7%	55.4%
18 胆管炎	23,842	33.5%	68.2%	1.9%	12.7%	0.3%	0.2%	15.3%	1.3%	83.5%
19 その他の脳梗塞	21,057	45.9%	55.0%	1.8%	12.2%	0.3%	0.2%	29.7%	0.8%	84.8%
20 (大脳)半球の脳内出血、皮質下	17,788	73.2%	34.9%	1.2%	6.6%	0.1%	0.1%	57.0%	0.1%	91.9%
21 肺線維症を伴うその他の間質性肺疾患	17,451	31.6%	63.7%	1.9%	9.6%	0.2%	0.0%	23.7%	1.0%	87.3%
22 心停止、詳細不明	17,594	93.7%	38.7%	1.5%	9.1%	0.4%	0.1%	50.0%	0.1%	88.7%
23 急性胆のうく囊炎	16,905	37.0%	65.5%	2.4%	13.8%	0.6%	0.2%	16.1%	1.4%	81.6%
24 (四)肢のその他の部位の骨折炎<蜂窩織炎>	15,462	31.3%	71.3%	2.5%	15.0%	0.4%	0.3%	7.6%	2.9%	78.9%
25 敗血症、詳細不明	16,639	69.9%	47.4%	1.4%	7.4%	0.2%	0.1%	42.9%	0.7%	90.3%

※1 入院初日にDPC算定病床^{※2}又は地域包括ケア病棟に入院する75歳以上の入院患者について件数の多い医療資源病名上位50のうち救急搬送により入院する割合が25%以上のもの。
 ※2 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、13対1)、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、集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、一維感染症患者入院医療管理料、小児入院医療管理料及び短期滞在手術等基本料3を算定する病棟
 ※3 統計数は令和4年7月1日時点
 出典：DPCデータ(令和4年1月～12月)

13 ページ。高齢者に多い疾患における救急搬送により入院される患者さんの入院先の割合でございます。

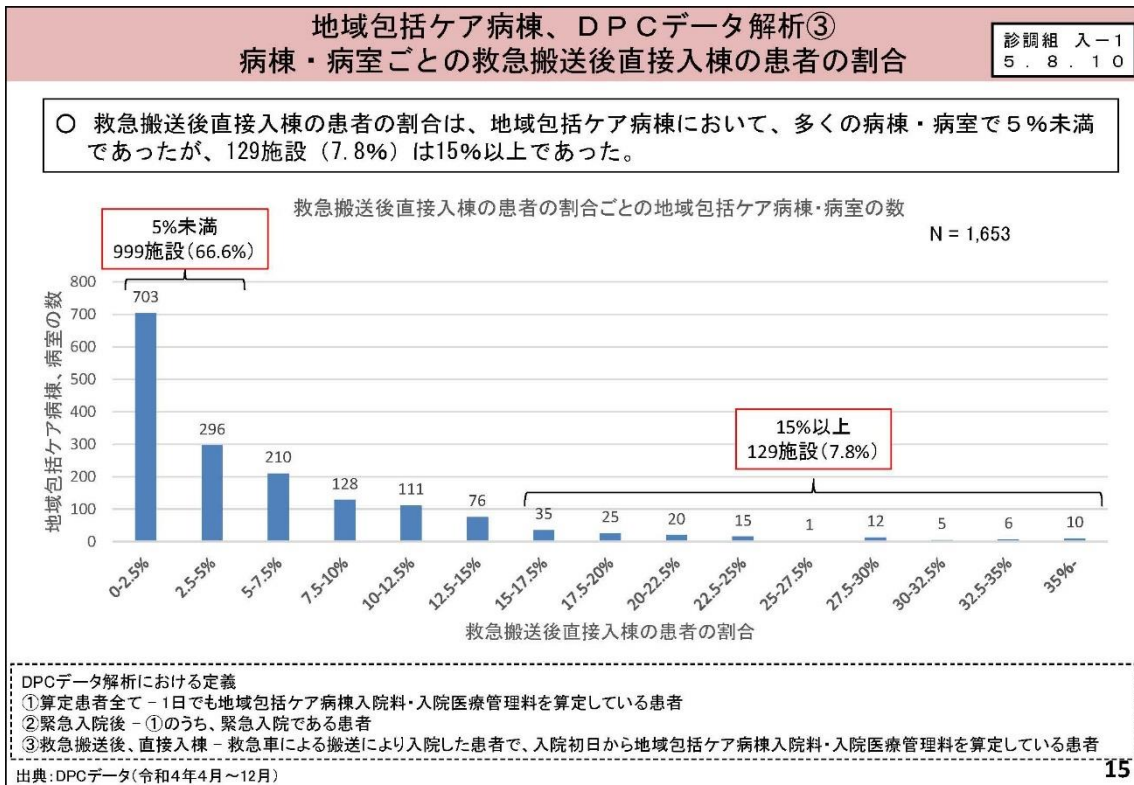
誤嚥性肺炎や尿路感染症を含め、急性期一般入院料1や治療室に入院する割合が高くなっていること。



14 ページ目は、地域包括ケア病棟に入棟した患者の入棟経路をお示ししてごさいます。

地域包括ケア病棟に入棟している患者さんのうち、救急搬送後、他の病棟を経ずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者さんの割合。

これは右側に濃い茶色でございませうけれども、5.7%というところでお示しをさせていただきます。



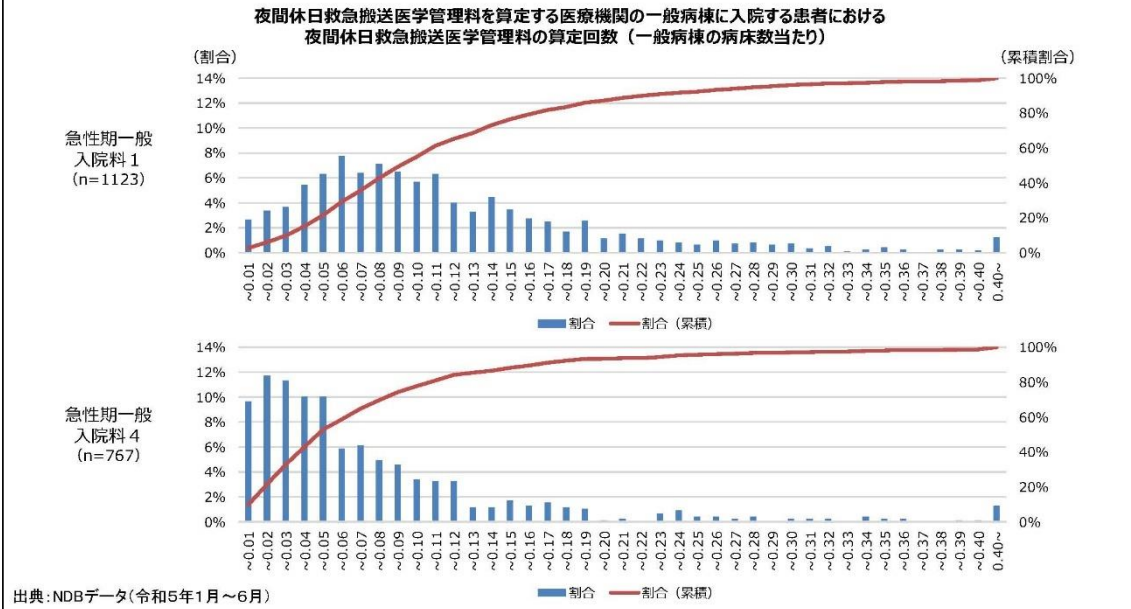
15 ページ。

地域包括ケア病棟における病棟・病室ごとの救急搬送後、直接入棟の患者の割合をDPCデータで示したものでございます。

ばらつきがあるということでございますけれども、この病棟・病室で5%未満でございました。

一般病棟に入院する患者における夜間休日救急搬送医学管理料の算定状況

○ 夜間休日救急搬送医学管理料を算定する医療機関ごとの一般病棟に入院する患者における算定回数（病床数当たり）は、急性期一般入院料1では約半数が0.09以上であり、急性期一般入院料4では約半数以上が0.05以上だった。



16 ページに関しまして、こちらは、

一般病棟に入院する患者における夜間休日救急搬送医学管理料の算定状況でございます。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について
 - ① 高齢者の救急患者等の受け入れについて
 - ② リハビリテーション・栄養・口腔について
 - ③ 入退院支援及び在宅復帰等について
3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

17

次、17 ページ以降が「② リハビリテーション・栄養・口腔について」でございます。

安静臥床の弊害について

高見交換 資料-5 参考-1
R 5 . 3 . 1 5

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす
全身への影響

- 1. 筋骨格系
 - 1) 筋量減少、筋力低下
 - 2) 骨密度減少
 - 3) 関節拘縮
- 2. 循環器系
 - 1) 循環血液量の低下
 - 2) 最大酸素摂取量低下
 - 3) 静脈血栓
- 3. 呼吸器系
 - 1) 肺活量低下
 - 2) 咳嗽力低下
- 4. 消化器系
 - 1) 便秘等
- 5. 泌尿器系
 - 1) 尿路結石等
- 6. 精神神経系
 - 1) せん妄等

出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56:842-847.

- ギプス固定で1日で1-4%、3~5週間で約50%の筋力低下が生じる。
出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462.
- 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。
出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.
- 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。
出典: 長町顯弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.
- 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。
出典: 佐々木信幸 Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.
- 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。
出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

18 ページには、安静臥床の弊害について。

誤嚥性肺炎に対するリハビリテーション

診 調 組 入 - 1
5 . 7 . 6

- 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の改善につながるが示されている。
- 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が示されている。

- 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.

	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(%)

- 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.

	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(%)

- 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.

19

そして、19 ページ。誤嚥性肺炎に対するリハビリテーションの有効性を示したものでございます。

早期リハビリテーションを実施する場合におきまして、

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、

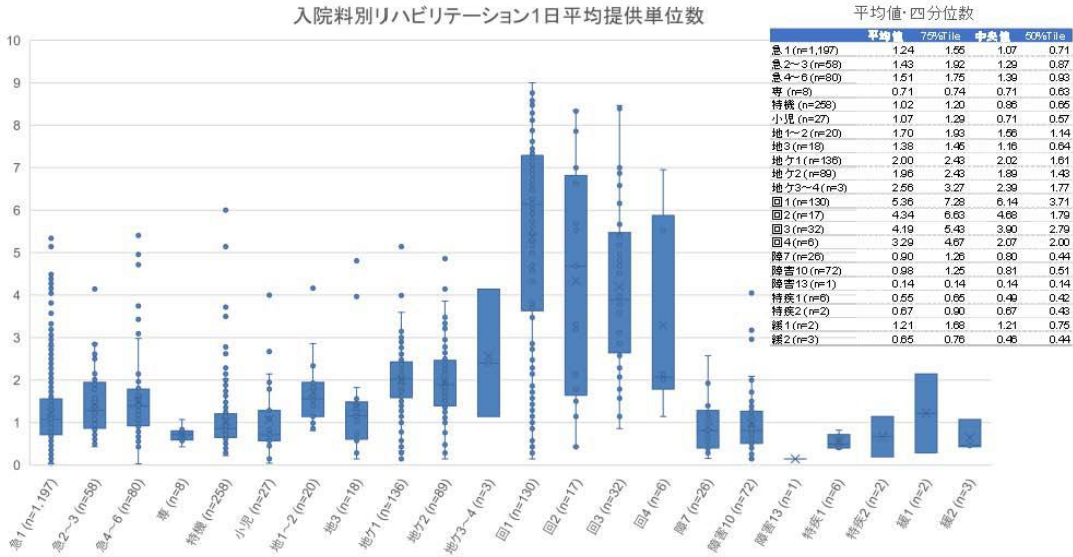
死亡率の改善、

自宅退院の割合の向上、

在院日数の短縮につながるということがお示しされております。

入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

○ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1を算定している病棟では2.00単位であった。



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)

20 ページ。

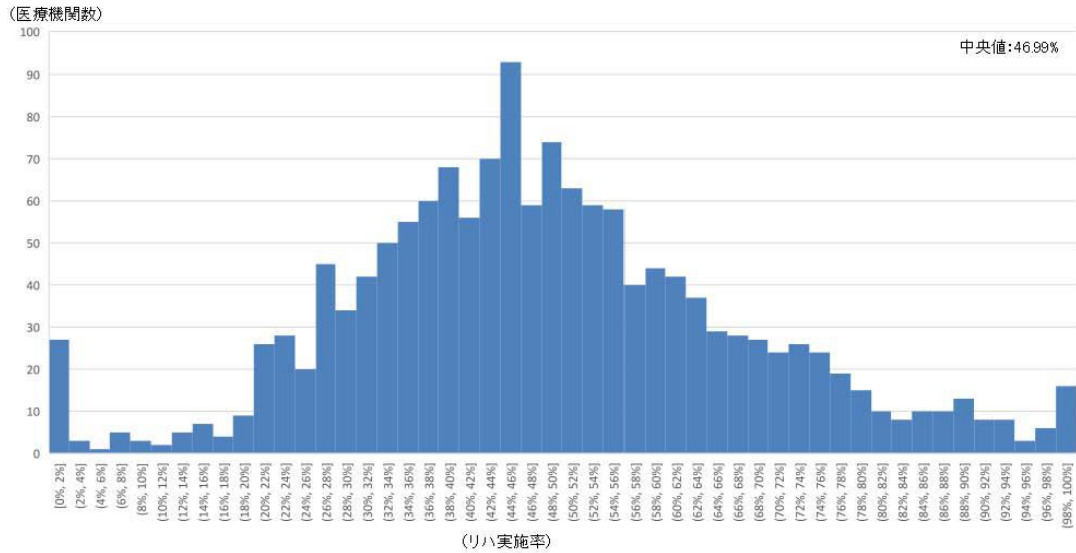
入院料別のリハビリテーション1日平均提供単位数でございます。

地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟は、急性期病棟に比較しまして、より多くのリハビリテーションを提供していることをお示ししております。

急性期一般入院料 1 におけるリハ実施率

意見交換 資料-5 参考-1
R 5 . 3 . 1 5 改

○ 急性期一般入院基本料 1 における、65 歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下の通り。



抽出条件: 令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

出典: DPCデータ

21

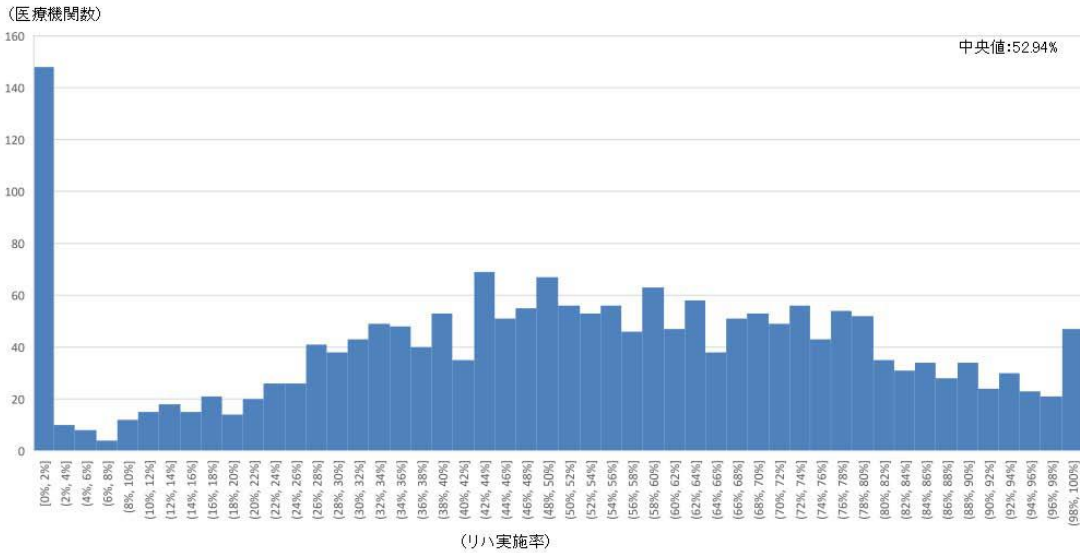
21 ページ目、22 ページ目。

こちらは急性期一般入院料 1。

急性期一般入院料2～6におけるリハ実施率

診調組 入-3
5 . 9 . 6

○ 急性期一般入院基本料2～6における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布は以下のとおり。



抽出条件: 令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

出典:DPCデータ

22

22 ページ目が2から6でございますけれども、

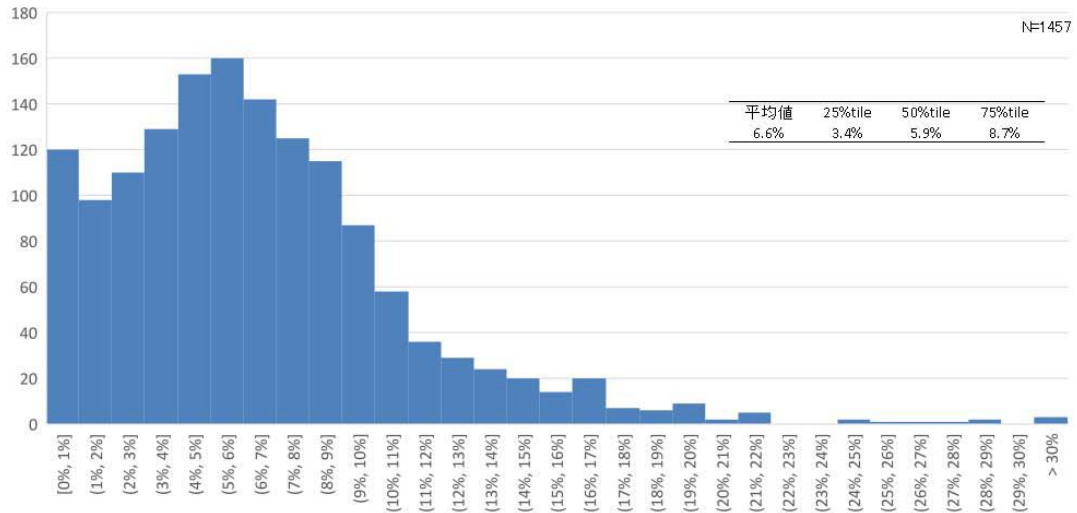
リハビリテーションの実施率の分布でございます。

入院時に比べて退院時にADLが低下した患者（65歳以上）割合分布（急1）

診調組 入-3
5.9.6改

○ 急性期一般入院料1を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが低下した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。

65歳以上の高齢者



抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上65歳以上の入院症例を抽出。

出典: DPCデータ

23

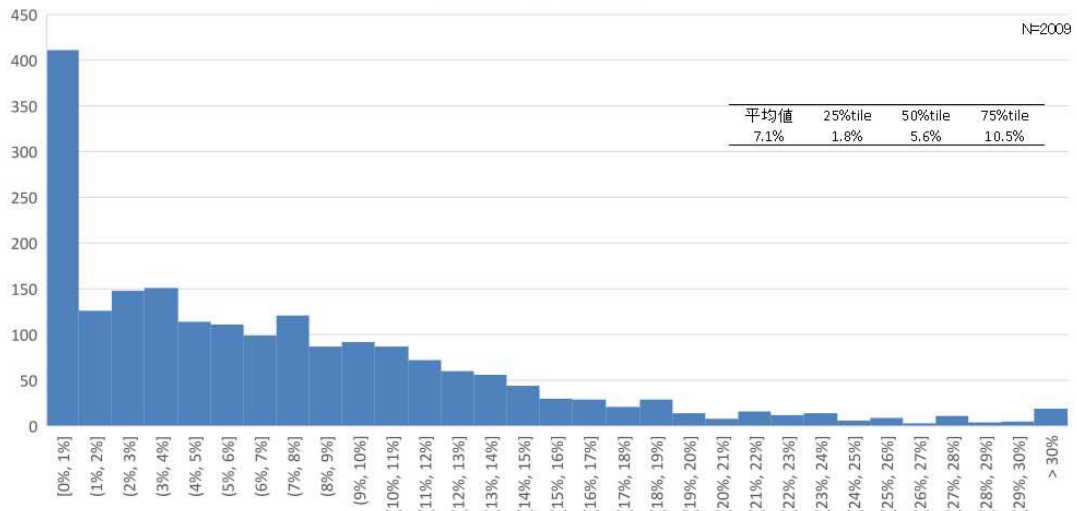
23 ページ目 24 ページ目は、

入院時に比べて退院時にADLが低下した患者さんの割合の分布をお示しして
ございます。

入院時に比べて退院時にADLが低下した患者（65歳以上）割合分布（急2-6） 診調組 入-3
5.9.6改

○ 急性期一般入院料2～6を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが低下した65歳以上の患者割合の分布は以下のとおり。

65歳以上の高齢者



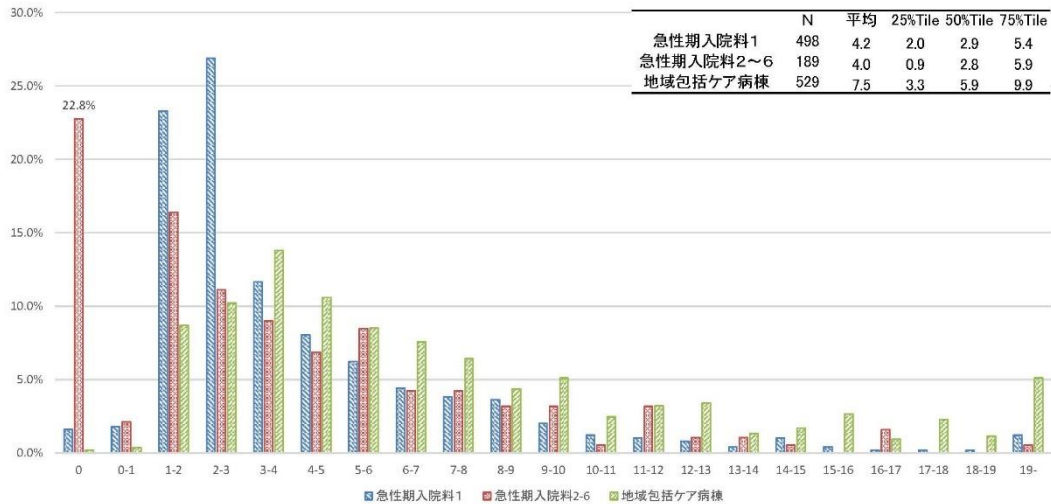
抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上、65歳以上の入院症例を抽出。

出典: DPCデータ

40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

診調組 入-3
5 9 6

- 急性期入院料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数の分布は以下のとおり。急性期入院料1を届け出ている医療機関の配置は40床あたり2~3人にピークがあった。急性期入院料2~6を届け出ている医療機関では0人である施設が約22.8%であった。地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関の方が急性期入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。
- 届け出ている入院料それぞれにおいて、リハビリテーション専門職の配置はばらつきが大きかった。



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)

25

スライド 25。

こちらは病床あたりのリハビリ専門職の人数の分布でございます。

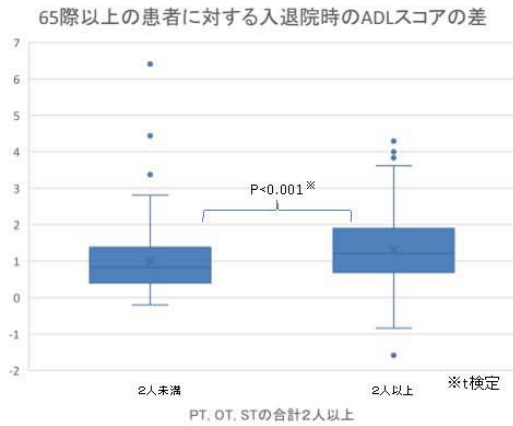
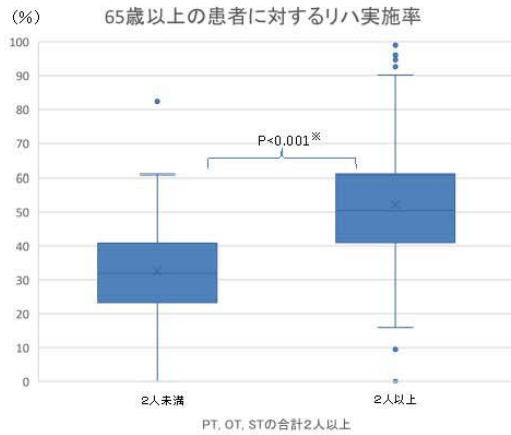
地域包括ケア病棟を届け出ている医療機関のほうが、急性期入院料を届け出ている医療機関よりも

リハビリテーション専門職の数が多といった傾向が示されてございます。

リハビリテーション専門職の配置とADL改善（急1）

診調組 入-3
5 . 9 . 6

○ 急性期一般入院料1における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。



	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	32.5%	13.4%
PT, OT, STの合計2人以上	363	52.2%	16.5%

	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	0.98	0.91
PT, OT, STの合計2人以上	363	1.30	0.92

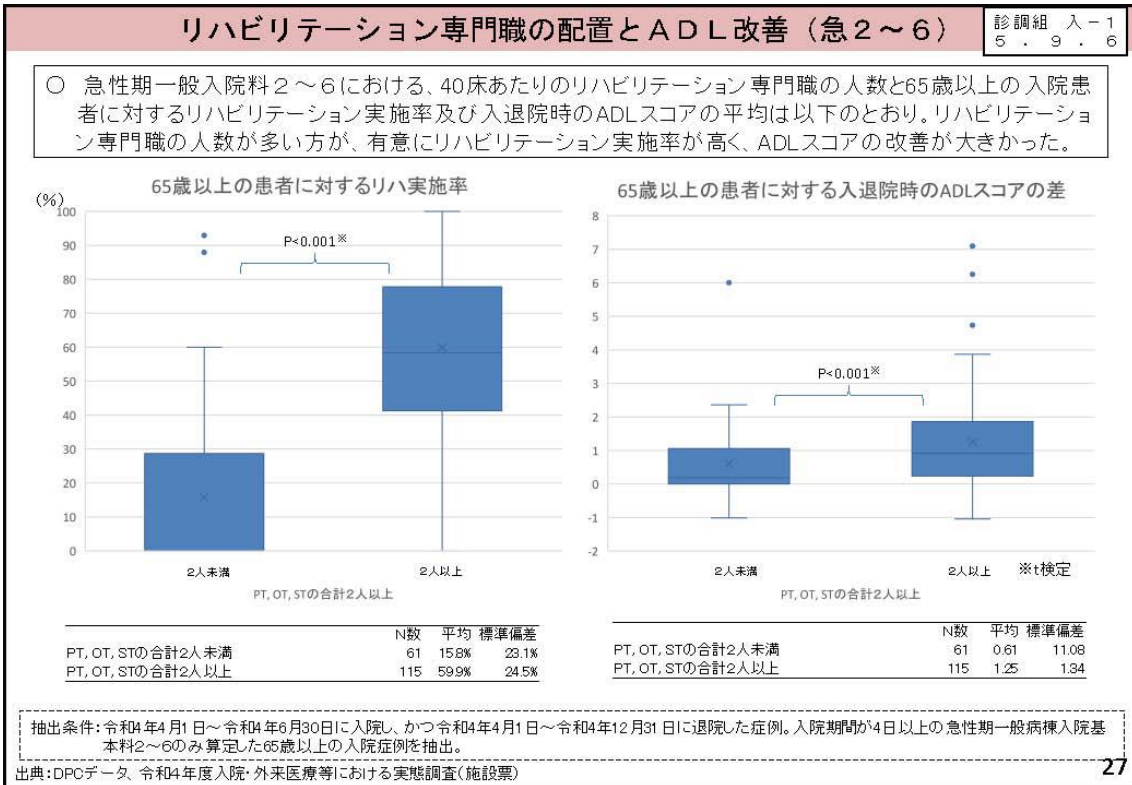
抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上の急性期一般病棟入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

出典: DPCデータ、令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

26

スライド 26、27。

こちらはリハビリ専門職の配置とADLの改善の関係でございます。



病床数あたりのリハビリ専門職の配置が多いほどADLが改善する傾向があるということでございます。

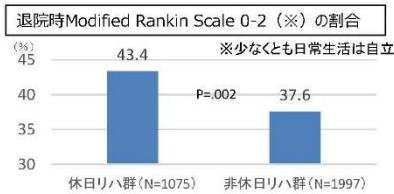
急性期における休日リハビリテーションについて

診調組 入-3
5 . 9 . 6

- 急性期における休日リハビリテーションの有効性は以下のとおり示されている。
- 一方、一次脳卒中センターの24%において土日にリハビリが提供されていない実態がある。

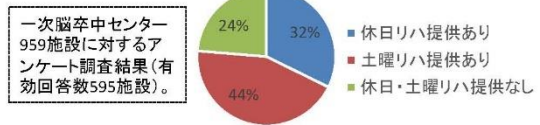
- 急性期の脳卒中患者に対し休日リハが提供されることにより、退院時に機能的に自立する割合が高く、リハ開始までの日数は短くなる。

出典: Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.



- 一次脳卒中センターのうち休日リハを提供しているのは32%、土曜リハを提供しているのは44%、土日・休日にはリハを提供していないのは24%であった。

出典: 角田 互他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)



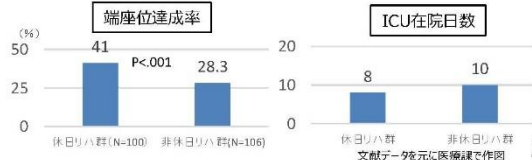
- 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

出典: Hasebe K. Geriatr Gerontol Int 2018;18:1143-6.



- ICUの人工呼吸器管理患者に対し休日リハが提供されることにより、端座位達成率が高くなり、ICU退室が早まった。

出典: 森田ら. 日集中医誌.2020;27:395-402.



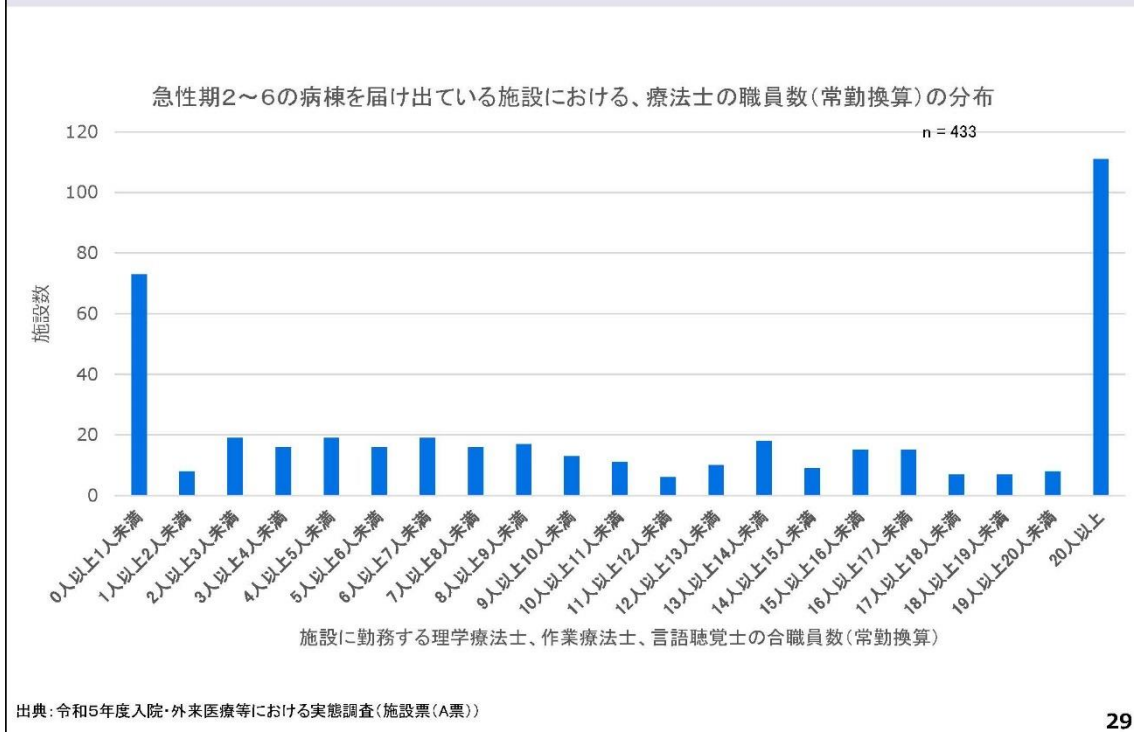
28

28 ページ。

こちらは急性期における休日リハビリテーションについてでございます。

休日リハビリテーションの有効性等のエビデンスを示してございます。

急性期2～6の病棟を届け出ている施設における療法士の勤務状況



29 ページ。

こちらは急性期の2から6の入院料の届出を行っている医療施設における療法士の勤務状況でございます、

ばらつきが多いということを示しております。

入院時の高齢患者の栄養状態

意見交換 資料-4参考-1
R 5 . 3 . 1 5

- 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。
- 高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

表 入院時の栄養状態

		総数	40歳～ 69歳	70歳以上
低栄養リスク*	無し	71.9%	85.5%	58.1%
	有り	28.1%	14.5%	41.9%
低栄養**		18.0%	10.6%	25.7%

*簡易栄養状態評価表 (Mini Nutritional Assessment-Short Form) による評価
** GLIM基準 (Global Leadership Initiative on Malnutrition) による評価

対象者：国内の大学病院 入院患者1,987名
(40～69歳 717名、70歳以上 1,270名)

出典：K. Meeda et al. / Clinical Nutrition 39 (2020) 180e184を元に医療課で作成

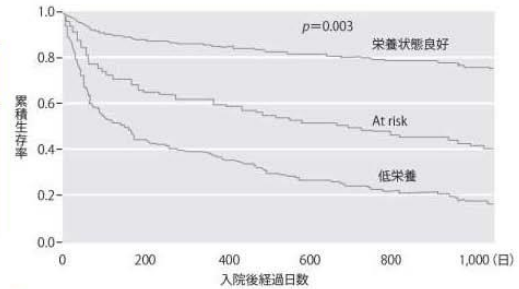


図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

出典：前田；日内会誌 110:1184～1192, 2021
(文献1)Kagansky N, et al. Am J Clin Nutr 82: 784-791, 2005.

30

30 ページ目は入院時の高齢者患者の栄養状態でございます。

入院時に高齢患者さんの42%に低栄養リスクが指摘されること。

高齢入院患者さんの栄養状態の不良と、
それから生命予後の不良には関連が見られるということを示してございます。

入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果

診調組 入-8
5 . 9 . 6

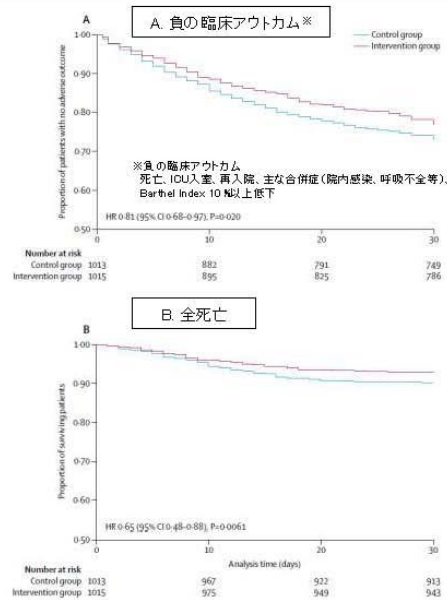
○ 急性期病院において入院後48時間以内に全ての患者に栄養スクリーニングを実施し、低栄養リスクがある患者に対し、管理栄養士が定期的に栄養摂取量の把握や栄養状態の評価を行い、個別の栄養管理を実施した場合、入院後30日以内の負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したという報告がある。

【対象・方法】

対象: 入院時の栄養スクリーニング(NRS2002)で低栄養リスクがあり、4日以上入院が見込まれた18歳以上の患者
方法: 8つの急性期病院において、介入群(目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施)と対照群(通常の病院給食)を比較(RCT)

個別的な栄養管理

- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
 - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標(たんぱく質・エネルギー等)を設定し、栄養計画を作成
 - ✓ 経口栄養(患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供)と栄養補助食品による栄養管理を実施
 - ✓ 5日以内に経口栄養で1日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
 - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24~48時間ごとに再評価
 - ✓ 退院時には、患者への食事カウンセリングを実施



出典: Schuetz P, et al. Lancet 393 : 2312-2321, 2019.

31

31 ページ。

入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果でございます。

栄養管理により負の臨床アウトカムや全死亡率が低下したというデータをお示ししてございます。

診調組 入-3
5 . 9 . 6

低栄養の世界的診断基準 GLIM基準

○ ESPEN(欧州臨床代謝学会)、A.S.P.E.N(アメリカ静脈経腸栄養学会)、PENSA(アジア静脈経腸栄養学会)、FELANPE(南米栄養治療・臨床栄養代謝学会)による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良(低栄養)の定義が策定された。 ※ Global Leadership Initiative on Malnutrition

○ 表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

診断のためのアセスメント(GLIM基準)

● **表現型**

- **体重減少**
6か月以内で5% 6か月以上で10%
- **低BMI**

<20kg/m ² 70歳未満	アジア <18.5kg/m ² 70歳未満
<22kg/m ² 70歳以上	<20kg/m ² 70歳以上
- **筋肉量減少**

● **病因(※)**

- **食事摂取量減少/吸収障害**
- **疾病負荷/炎症**

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

<重症度判定>

重症度	表現型		
	体重減少	低BMI	筋肉量減少
ステージ1 中等度の 低栄養	5~10%:過去6か月以内 10~20%:過去6か月以上	<20: 70歳未満 <22: 70歳以上 アジア <18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上	軽度-中等度の 減少
ステージ2 重度の 低栄養	>10%:過去6か月以内 >20%:過去6か月以上	<18.5: 70歳未満 <20: 70歳以上 アジア 基準未設定	重大な減少

注)臨床現場で、筋肉量減少を測定し定義する最善の方法についてはコンセンサスなし。DXA、CT、BIAを推奨するが、機器が調達できない場合は、上腕筋周囲長や下腿周囲長など身体計測値での評価も可。

(※) 病因に基づく診断分類

- 慢性疾患で炎症を伴う低栄養
- 急性期疾患あるいは外傷による高度の炎症を伴う低栄養
- 炎症はわずか、あるいは認めない慢性疾患による低栄養
- 炎症はなく飢餓による低栄養(社会経済的や環境的要因による食糧不足に起因)
- 消化管狭窄、短腸症候群などによる摂取障害や吸収障害

出典: 外科と代謝・栄養2022年56巻4号p.107-112及びClinical Nutrition 38 (2019) 1e9 を基に医療課にて作成

32

32 ページ。

これはGLIM基準についてでございます。

管理栄養士の病棟配置による効果

診調組 入-3
5 . 9 . 6

○ 管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、入院期間の体重減少量及び体重減少率が抑制されていた。

■ 病棟配置有無別の管理栄養士介入状況

		病棟配置あり群 (n=40)	病棟配置なし群 (n=111)	P value
管理栄養士訪問までの日数	(日)	1.0 (1.0 - 1.5)	5.0 (2.0 - 9.8)	<0.001
食事箋の変更回数	(回)	4.0 (1.0 - 7.8)	5.0 (2.0 - 8.0)	0.171
栄養指導の有無	あり	60.0%	45.0%	0.140
栄養指導の回数	(回)	1.0 (1.0 - 2.0)	1.0 (1.0 - 1.5)	0.526

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

■ 病棟配置有無別の体重減少量及び体重減少率

		病棟配置あり群 (n=40)	病棟配置なし群 (n=111)	P value
体重減少量	(kg)	1.1 (0.5 - 2.8)	3.5 (1.0 - 4.8)	0.002
体重減少率	(%)	3.1 (1.1 - 4.0)	5.9 (2.2 - 7.6)	0.002

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

対象者：一般病院10施設において、令和3年3月～7月までの期間に心不全、脳卒中、がん、誤嚥性肺炎等で入院した18歳以上75歳未満の患者をDPCコードで指定し522例を抽出（体重記録なし、BMI25以上等を除外）
調査項目：診療録調査（入院時体重、退院時体重、絶食期間、管理栄養士介入状況等）、栄養科アンケート調査（常勤管理栄養士数、給食業務委託状況等）

出典：本川 他, 日本臨床栄養学会雑誌44(2):85-89, 2022(2023)

33

33 ページ。

管理栄養士の病棟配置による効果についてでございます、

管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、

入院期間の体重減少量および体重減少率が抑制されているという、そういうエビデンスを示したものでございます。

管理栄養士の病棟配置の状況（入院料別）

診調組 入-3
5 . 9 . 6

○ 施設基準で配置が求められている回復期リハビリテーション病棟入院料1以外では、管理栄養士が病棟に配置されている割合は低かった。

	急性期一般入院料1 (n=1,811)	急性期一般入院料2~3 (n=72)	急性期一般入院料4~6 (n=151)	専門病院入院基本料7対1 (n=25)	特定機能病院入院基本料一般病棟7対1 (n=453)	小児入院医療管理料* (n=86)	地域一般入院料1~2 (n=539)	地域一般入院料3 (n=25)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1 (n=209)	地域包括ケア病棟入院料・管理料2 (n=151)	地域包括ケア病棟入院料・管理料3~4 (n=9)
配置あり	専従 2.0%	0.0%	12.6%	0.0%	4.6%	1.2%	4.1%	0.0%	8.6%	7.9%	0.0%
	専任 24.2%	15.3%	21.2%	28.0%	26.0%	17.4%	24.7%	28.0%	23.4%	21.2%	33.3%
配置なし	70.5%	84.7%	64.9%	72.0%	53.9%	73.3%	57.0%	72.0%	66.5%	64.9%	66.7%
無回答	3.3%	0.0%	1.3%	0.0%	15.5%	8.1%	14.3%	0.0%	1.4%	6.0%	0.0%

*病床単位で届け出ている場合を除く

	回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=241)	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=34)	回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=72)	回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=8)	回復期リハビリテーション病棟入院料5~6 (n=2)	療養病棟入院料1 (n=395)	療養病棟入院料2 (n=79)	療養病棟入院料経過措置 (n=9)	障害者施設等入院基本料1 (n=48)	障害者施設等入院基本料2~4 (n=122)	特殊疾患病棟入院料1 (n=12)	特殊疾患病棟入院料2 (n=13)	特殊疾患入院医療管理料 (n=3)	緩和ケア病棟入院料1 (n=17)	緩和ケア病棟入院料2 (n=14)
配置あり	専従 18.7%	17.6%	5.6%	12.5%	0.0%	13.4%	19.0%	11.1%	2.1%	10.7%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	専任 67.2%	32.4%	33.3%	0.0%	0.0%	22.3%	7.6%	11.1%	12.5%	12.5%	16.7%	30.8%	33.3%	17.6%	28.6%
配置なし	12.4%	50.0%	58.3%	87.5%	100.0%	60.5%	70.9%	77.8%	85.4%	75.0%	83.3%	61.5%	66.7%	82.4%	71.4%
無回答	1.7%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	3.8%	2.5%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

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)

34 ページは入院料別の管理栄養士の病棟配置の状況。

誤嚥性肺炎患者に対する多職種連携

意見交換 資料-5 参考-1
R 5 . 3 . 1 5

誤嚥性肺炎患者は、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、経口摂取を開始することが重要

- 入院時に禁食となった65歳以上誤嚥性肺炎患者のうち、入院1～3日目に食事が開始されたのは、34.1%

出典: Archives of Gerontology and Geriatrics 2021;95:104398

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

出典: Geriatr. Med. 55(11):1239-1241,2017

- 誤嚥性肺炎患者で、摂食嚥下機能評価等を行わず禁食としていた群は、早期経口摂取群と比較すると、入院中の摂食嚥下機能の低下、在院日数の延長、死亡率の増加がみられた

出典: Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

- 経口摂取ができていて、誤嚥性肺炎による入院後に禁食管理となった高齢患者の4割以上が、30日以内に3食経口摂取を再開できていない

出典: Geriatr Gerontol Int. 2016[PMID:25953259]

- 誤嚥性肺炎患者に対し、医師が入院早期に摂食嚥下機能評価を指示し、多職種による早期介入(口腔ケア、姿勢調整、呼吸ケア、栄養ケア、食事介助、食事の段階的ステップアップ等)を行った場合、①在院日数を短縮し、②退院時経口摂取率を高める可能性が示唆された

出典: 日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

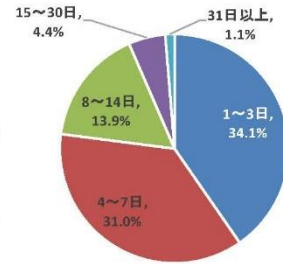


図 禁食から食事が開始された時期 (n = 72,315)

35 ページ。

こちらは誤嚥性肺炎患者さんに対する多職種連携について。

病棟における多職種連携の取組状況

診調組 入-3
5 . 9 . 6

- 病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。
- 栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

■ 各取組の実施割合及び関与している職種（急性期一般入院科1 n=3,030）

	実施者	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	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
01 NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02 01以外の病棟でのカンファレンス(簡易な情報共有や相談を含む)	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05 ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06 認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09 栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10 離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11 口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12 ミールラウンド(食事の観察)	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	66.7%	5.1%
13 食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14 経腸栄養剤の種類の変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15 退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16 退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.6%	97.8%	38.3%	65.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票)【速報値】

36

36 ページは、病棟における多職種連携の取組状況でございます。

栄養、離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成におきまして、

各職種の関わりがあまり多くないといったところがございます。

ここで赤で囲ったハイライトの所でございます。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について
 - ① 高齢者の救急患者の受け入れについて
 - ② リハビリテーション・栄養・口腔について
 - ③ 入退院支援及び在宅復帰等について
3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

37

そして、次でございます。

37 ページ以降が入退院支援および在宅復帰でございますけれども、

こちら、入退院支援加算に関しましては、まさに先ほどですね、ご議論をいただきましたので、この説明に関しましては、しばらく割愛をさせていただきたいというふうに思います。

それでは、次に 44 ページ以降に進ませていただきたいと思います。

入退院支援加算 1・2 の概要

中医協 総-1
5. 12. 6

A246 入退院支援加算（退院時1回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点
- 入退院支援加算2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 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。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上 かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が 25以上 であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で 対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話） が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	

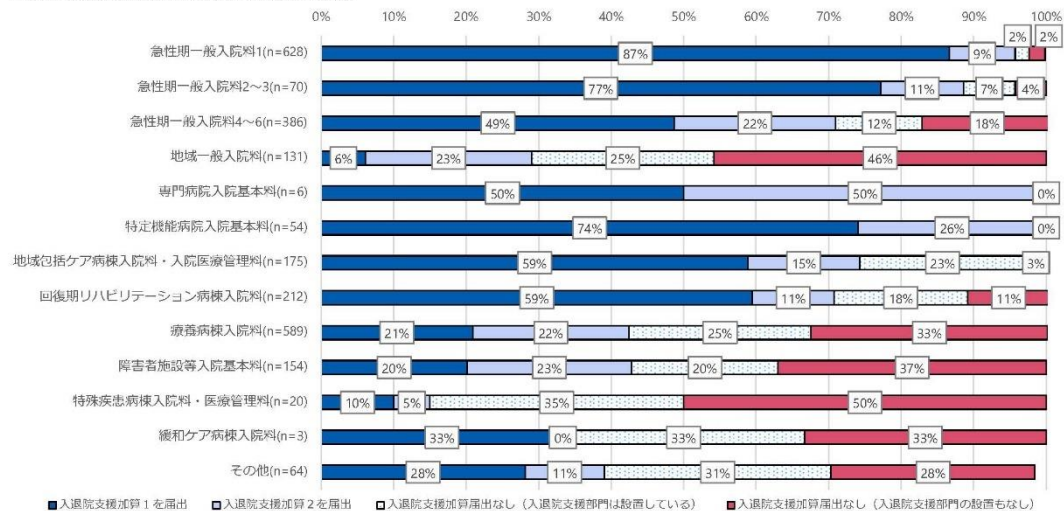
※青字下線はR4年度改定事項 **38**

入退院支援加算 1・2 の届出状況

診調組 入-1
5. 6. 8

- 入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

■入退院支援加算1又は2の届出状況



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）

39

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」

中医協 総-1
5. 7. 20

○ 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。

	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2~ 3(n=46)	急性期一般入院料4~ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテ ーション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 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)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置(胃腸等の経管栄養法を含む)が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

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)

40

入院料別の入院患者の特徴

中医協 総-1
5. 7. 20

○ 急性期一般入院料、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の入院患者の特徴は以下のとおり。

	急性期一般入院料			地域包括ケア 病棟	回復期リハビリ テーション病棟
	急性期1	急性期2・3	急性期4~6		
平均在院日数	11.7日	14.9日	13.8日	26.9日	66.0日
予定・緊急入院区分	予定	38.1%	35.0%	45.6%	82.7%
	緊急(救急車等)	34.4%	37.2%	30.2%	9.2%
	緊急(外来初再診後)	27.4%	27.8%	34.4%	8.1%
入棟前の場所	他院(有床診含む)	4%	5%	19%	65%
	自院の他病棟	12%	10%	27%	24%
	その他	84%	86%	54%	11%
入院中の手術の実施	43.4%	42.8%	38.8%	17.9%	10.5%
入院の理由					

出典：平均在院日数：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)
その他の項目：令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

41

一般病棟における患者の流れ

	急1	急2	急4	地域一般
n	5,137,980	180,421	908,136	64,892
家庭からの入院	92.6%	85.8%	82.2%	64.3%
他の病院・診療所の病棟からの転院	2.5%	5.1%	6.9%	19.2%
介護施設・福祉施設に入所中	4.5%	8.9%	10.5%	15.7%
院内で出生	0.4%	0.2%	0.4%	0.3%
その他	0.1%	0.1%	0.1%	0.6%

一般病棟入院基本料

	急1	急2	急4	地域一般
n	5,137,980	180,421	908,136	64,892
院内の他病棟への転棟	3.7%	13.2%	17.5%	30.0%
家庭への退院	79.1%	67.9%	63.1%	45.0%
他の病院・診療所への転院	6.0%	5.6%	5.5%	6.3%
介護老人保健施設に入所	0.7%	1.3%	1.7%	2.5%
介護老人福祉施設に入所	0.9%	1.8%	2.3%	3.3%
社会福祉施設、有料老人ホーム等に入所	1.7%	2.8%	2.6%	3.3%
終了（死亡等）	3.2%	4.7%	5.6%	8.2%
その他	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
介護医療院	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%
同一病棟グループ内への転棟	4.6%	2.6%	1.5%	0.9%

一般病棟の入院患者のうち救急搬送により入院した患者の割合等

	急1	急1 (救命救急入院 料届出なし)	急2	急4	地域一般1
実入院患者数	5,137,980	3,632,530	180,421	908,136	64,892
実入院患者数のうち、救急搬送され入院した割合	相加平均	20.2%	22.8%	20.2%	14.6%
	加重平均	18.4%	22.2%	20.9%	16.0%
	25%tile	12.9%	13.1%	9.4%	2.5%
	50%tile	19.1%	21.8%	19.1%	10.8%
	75%tile	25.6%	29.3%	28.0%	21.3%

出典：DPCデータ(令和4年4月～12月)

説明**3. 高齢者の救急患者等に係る
入院医療の評価等について****高齢者の救急患者等に対応する入院医療について**

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について
3. 高齢者の救急患者に係る入院医療の評価等について
4. 課題と論点

43

43 ページ以降、「高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について」でござ
います。

社会保障制度改革国民会議報告書における病床の機能分化・連携について

社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日社会保障制度改革国民会議）（抄）

II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

（3）改革の方向性

① 基本的な考え方

まず、日本のように民間が主体となって医療・介護サービスを担っている国では、提供体制の改革は、提供者と政策当局との信頼関係こそが基礎になるべきである。日本の提供体制への診療報酬・介護報酬による誘導は、確かにこれまで効き過ぎるとも言えるほどに効いてきた面があり、政策当局は、過去、そうした手段に頼って政策の方向を大きく転換することもあった。だが、そのような転換は、医療・介護サービスを経営する側からは梯子を外されるにも似た経験にも見え、経営上の不確実性として記憶に刻まれることになる。それは、政策変更リスクに備えて、いわゆる看護配置基準 7 対 1 を満たす急性期病院の位置を確保しておいた方が安全、内部留保を十二分に抱えておかなければ不安、など過度に危機回避的な行動につながり、現在の提供体制の形を歪めている一因ともなっている。政策当局は、提供者たちとの信頼関係を再構築させるためにも、**病床区分を始めとする医療機関の体系を法的に定め直し、それぞれの区分の中で相応の努力をすれば円滑な運営ができるという見通しを明らかにすることが必要**であろう。さらに、これまで長く求められてきた要望に応え、**「地域完結型」の医療に見合った診療報酬・介護報酬に向け体系的に見直す**ことなどに、速やかに、そして真摯に取り組むべき時機が既にきていることを認識するべきである。

...

② 機能分化とネットワークの構築

その上で求められる医療と介護の一体的な改革は、次のようにまとめられよう。すなわち、日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、**密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている**。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分には提供されていない。

そこで、**急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう**、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

44

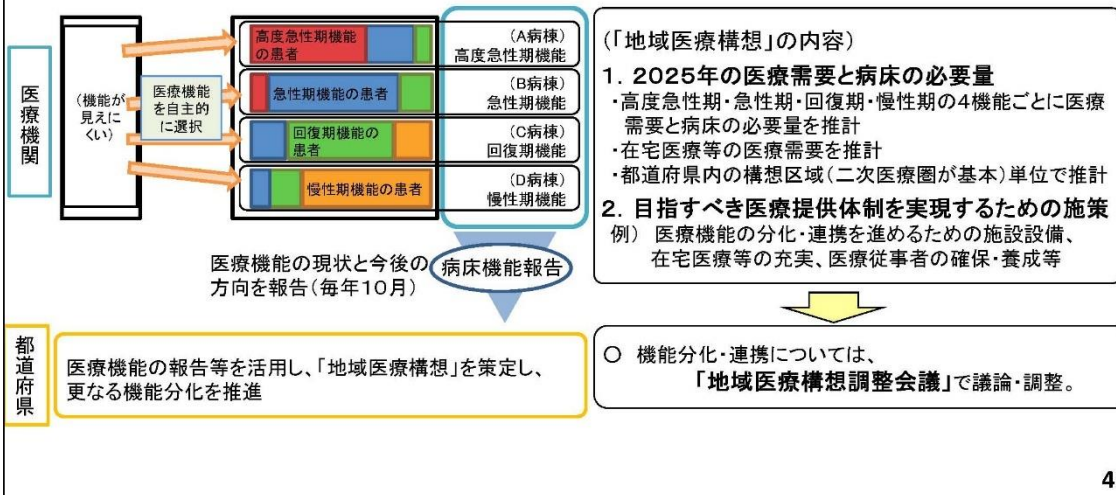
44 ページ。

こちらは病床の機能分化・連携について取りまとめた文書でございます、

ちょっと古いものがございますけれども、平成 25 年の社会保障制度改革国民会議報告書の抜粋となっております。

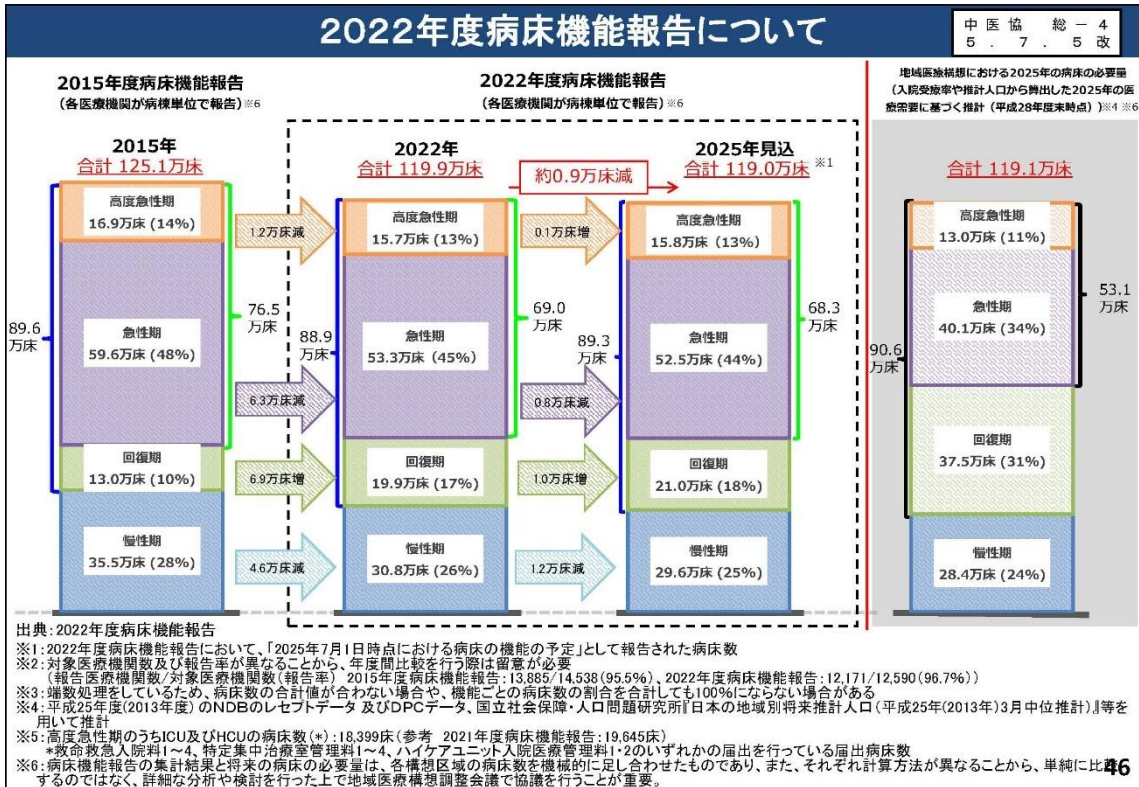
地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



次に、45 ページ目から 47 ページ目でございます。

こちらは病床の機能分化・連携の仕組みでございます、
 地域医療構想の資料を示してございまして、



特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱い

第12回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ(令和5年5月25日)資料2より抜粋

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

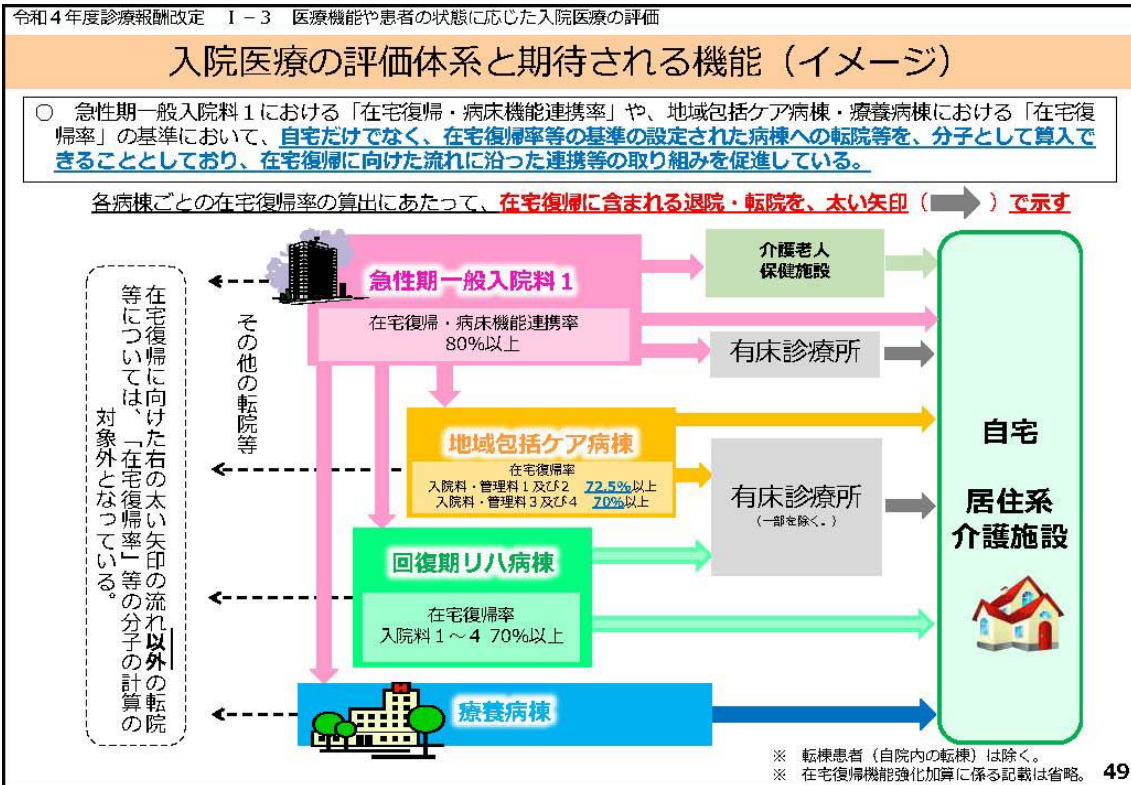
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 <p>※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 救命救急入院料 ● 特定集中治療室管理料 ● ハイケアユニット入院医療管理料 ● 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ● 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
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能 	
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A・D・Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケア病棟入院料(※) <p>※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択</p>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料 ● 特殊疾患入院医療管理料 ● 特殊疾患病棟入院料 ● 療養病棟入院基本料 ● 障害者施設等入院基本料

47

診療報酬における機能に応じた病床の分類 (イメージ)				中医協 総-4 5. 7. 5 改
位置 付けの 医療 施設の	一般病床 (R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)		病床数 886,663床 病床利用率 69.0% 平均在院日数 16.2日	療養病床 (R4.10.1医療施設動態・R4病院報告)
				病床数 284,439床 病床利用率 84.7% 平均在院日数 126.5日
DPC/PDPS 1,764施設 483,425床 (+1,981床) ※2 R4.4.1現在	専門病院入院基本料 19施設 6,249床 (+4床)		一般病棟入院基本料 575,751床 (▲4,036床)	
	救命救急入院料 入院料1 168施設 3,640床 (+17) 157床 (▲23) 1,573床 (▲65) 906床 (-15)		療養病棟入院基本料 205,673床 (+101床)	
	特定機能病院 入院基本料 ※1 87施設 58,726床 (+185床) ※1 一般病棟に限る		回復期リハビリテーション病棟入院料 入院料1 938施設 62,056床 (+2,675) 入院料2 193施設 10,371床 (+369) 入院料3 332施設 14,570床 (▲973) 入院料4 64施設 2,666床 (+150) 入院料5 33施設 1,191床 (▲748) 入院料6 11施設 440床 (▲1,019)	
	特定集中治療室管理料 ICU1 159施設 1,656床 (+169) 927床 (+60) 2,317床 (▲48) 497床 (▲68)		地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 入院料1 1,392施設 46,819床 (+3,457) 入院料2 1,250施設 40,182床 (▲1,344) 入院料3 40施設 982床 (▲326) 入院料4 70施設 1,313床 (▲511)	
	ハイケアユニット入院医療管理料 HCU1: 643施設 6,327床 (+174床) HCU2: 37施設 363床 (+54床)		障害者施設等入院基本料 891施設 72,004床 (+1,633床)	
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 203施設 1,667床 (+75床)		特定一般病棟入院料 入院料1 3施設 96床 (±0) 入院料2 2施設 79床 (±0)	
	小児特定集中治療室管理料 16施設 161床 (+61床)		特殊疾患 病棟入院料1 102施設 5,287床 (▲77床) 病棟入院料2 107施設 7,958床 (+192床) 入院管理料 32施設 424床 (▲42床)	
	新生児特定集中治療室管理料 NICU1 75施設 731床 (▲20床) NICU2 153施設 909床 (+24床)		緩和ケア病棟入院料 入院料1 241施設 4,937床 (+118) 入院料2 219施設 4,250床 (+39)	
	総合周産期特定集中治療室管理料 133施設 母児・胎児 841床 (▲16床) 新生児 1,771床 (+16床)		施設基準届出 令和4年7月1日現在 (かつこ内は前年比較)	
	新生児治療回復入院医療管理料 203施設 2,972床 (+73床)			
一類感染症患者入院医療管理料 33施設 103床 (▲2床)				
小児入院 医療管理料 管理料1 81施設 5,373床 (▲63床) 管理料2 181施設 5,990床 (▲318床) 管理料3 80施設 1,876床 (▲154床) 管理料4 387施設 8,026床 (▲160床) 管理料5 167施設 -				
有床診療所 (一般) 4,354施設 58,420床 (▲3,698床)		有床診療所 (療養) 392施設 3,838床 (▲1,355床)		
精神科救急急性期治療入院料 173施設 10,875床 ※R4新設	精神科急性期治療病棟入院料 入院料1 367施設 16,560床 (▲67) 入院料2 9施設 358床 (▲29)	精神病棟 1,180施設 140,478床 (+1,660床) 精神科救急・合併症入院料 11施設 390床 (▲34) 児童・思春期精神科入院 50施設 1,690床 (+135)	精神療養病棟入院料 808施設 88,399床 (▲1,312) 認知症治療病棟入院料 入院料1 554施設 38,590床 (+436) 入院料2 3施設 220床 (+6) 地域移行機能強化病棟入院料 27施設 1,129床 (▲207床)	
結核病棟 170施設 3,386床 (▲28床)				48

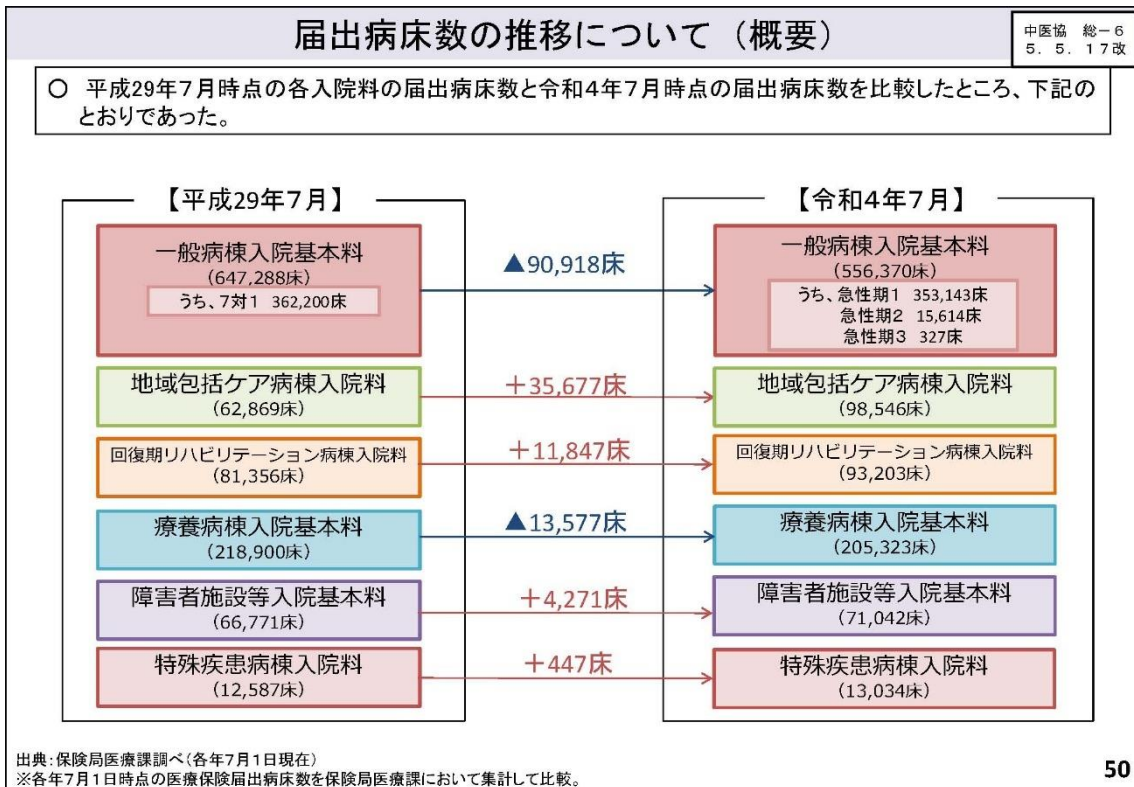
48 ページ。

診療報酬における機能に応じた病床の分類でございます。



49 ページ。

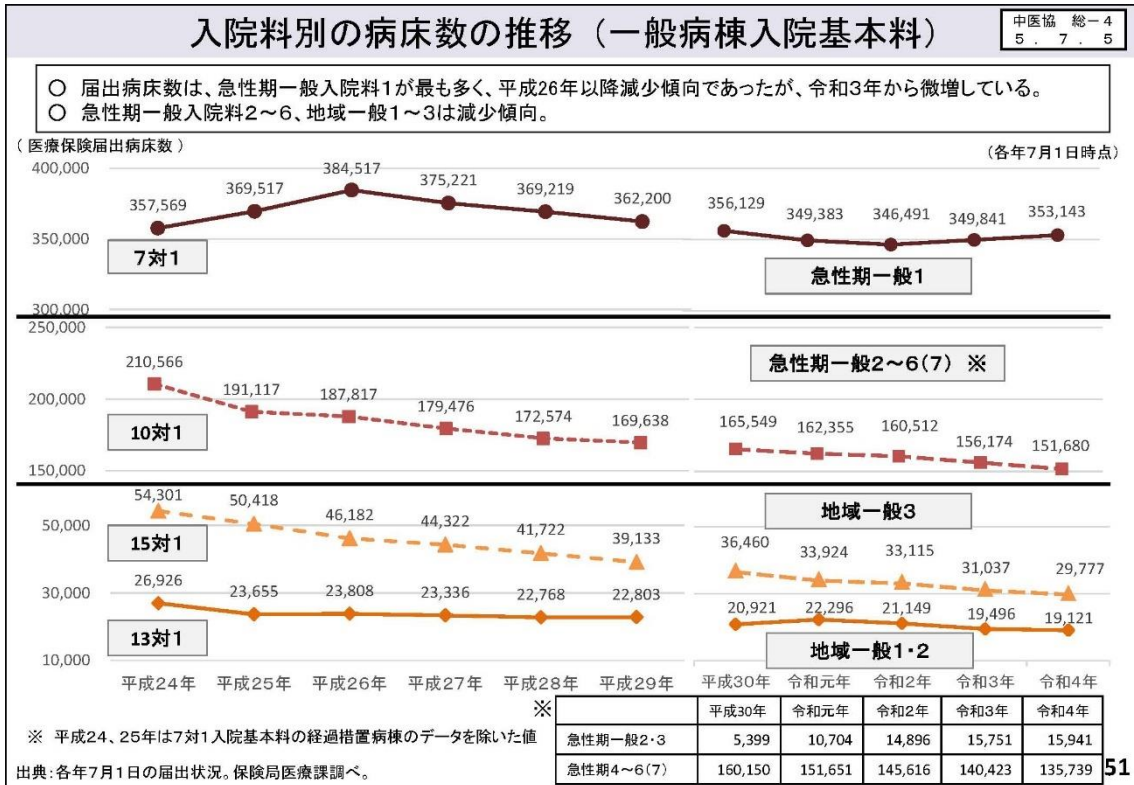
入院料の評価体系と期待される機能につきまして、
 連携に着目してまとめたものがございます。



こちら、50 ページでございますけれども、

こちらは診療報酬上の区分に応じまして、

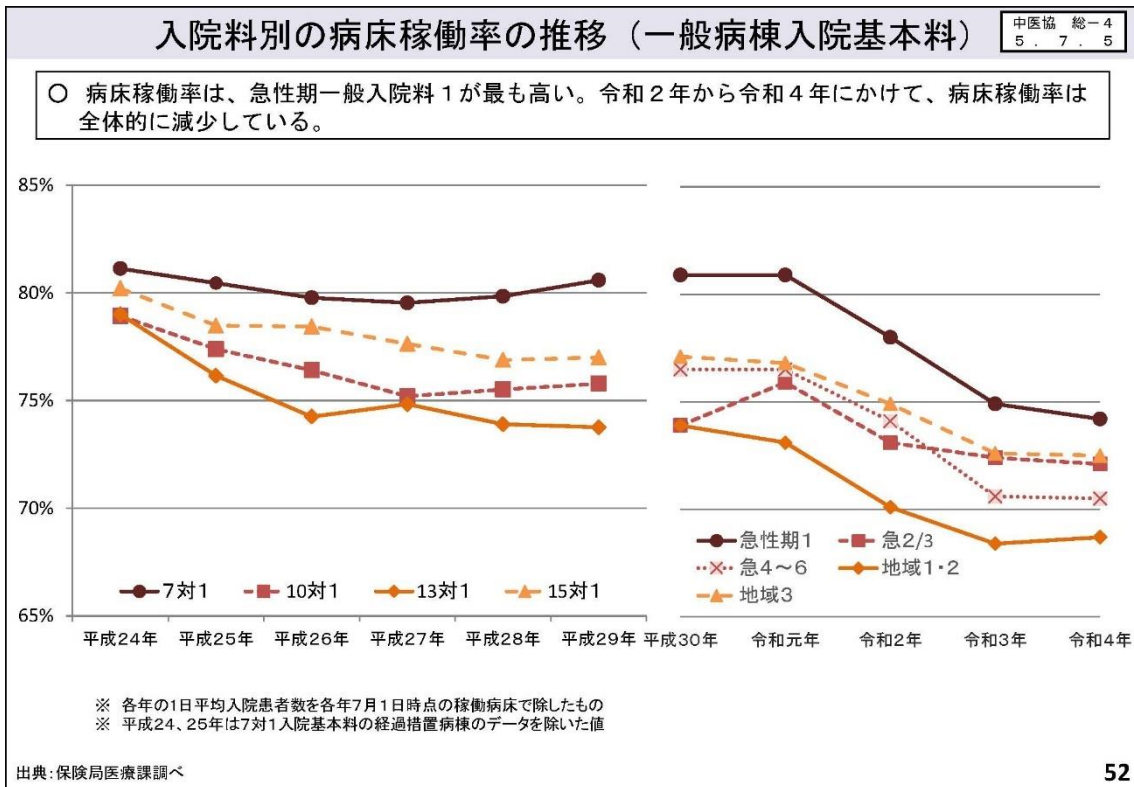
平成29年7月時点の各入院料の届出病床数と
 令和4年7月時点の届出病床数を比較したものでございます。



この51ページでございますけれども、入院料別の病床数の推移でございます、

急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向でございますけれども、令和3年から微増したこと。

急性期一般入院料2から6、地域一般1から3は減少傾向にあることをお示ししてございます。



次に進みまして、52 ページは、こちらは病床稼働率の推移でございます。

令和2年から令和4年にかけて稼働率が全体的に減少していることをお示ししてございます。

入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

中医協 総一 2
5. 11. 15改

○ 40床あたりの看護職員及び看護補助者の数は、入院料によりその人数や比率が異なる。

入院料グループ	回答施設数 ※1	40床あたり職員数の施設平均(単位:人)				
		全職員	看護職員	看護補助者 うち、介護福祉士	リハビリ職 ※2	
急性期一般入院料1	1,752	32.77	26.34	3.45	0.30	0.85
急性期一般入院料2-3	72	28.38	21.82	3.09	0.35	2.02
急性期一般入院料4-6	147	26.07	19.42	3.68	0.51	0.89
特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)	443	33.88	27.95	2.76	0.01	1.82
専門病院入院基本料(7対1)	25	24.01	21.48	1.98	0.00	0.00
小児入院医療管理料(病床単位で届け出ている場合を除く)	79	39.92	34.27	2.14	0.05	0.65
地域一般入院料1~2	37	30.95	19.22	5.80	0.65	3.51
地域一般入院料3	41	25.99	15.65	5.38	1.11	2.67
地域包括ケア病棟入院料	232	29.86	18.54	6.03	1.53	2.89
地域包括ケア病棟入院料1	138	30.86	19.01	6.48	1.49	2.92
地域包括ケア病棟入院料2	93	28.42	17.88	5.35	1.61	2.86
地域包括ケア病棟入院料3	1	25.36	15.36	7.60	0.00	1.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	347	45.60	17.36	7.12	3.53	20.23
回復期リハビリテーション病棟入院料1	238	48.61	18.06	7.14	3.86	23.49
回復期リハビリテーション病棟入院料2	32	43.48	17.98	6.60	3.02	17.94
回復期リハビリテーション病棟入院料3	68	38.17	15.24	7.28	2.81	11.58
回復期リハビリテーション病棟入院料4	8	27.61	11.99	7.34	2.16	6.75
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1	44.60	18.80	5.80	1.00	16.00
療養病棟入院料1	386	26.02	12.72	9.49	3.44	1.50
療養病棟入院料2	76	24.85	11.94	9.31	3.18	1.17

注1) 20床以下の病棟は除いて集計している
注2) 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

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)

53

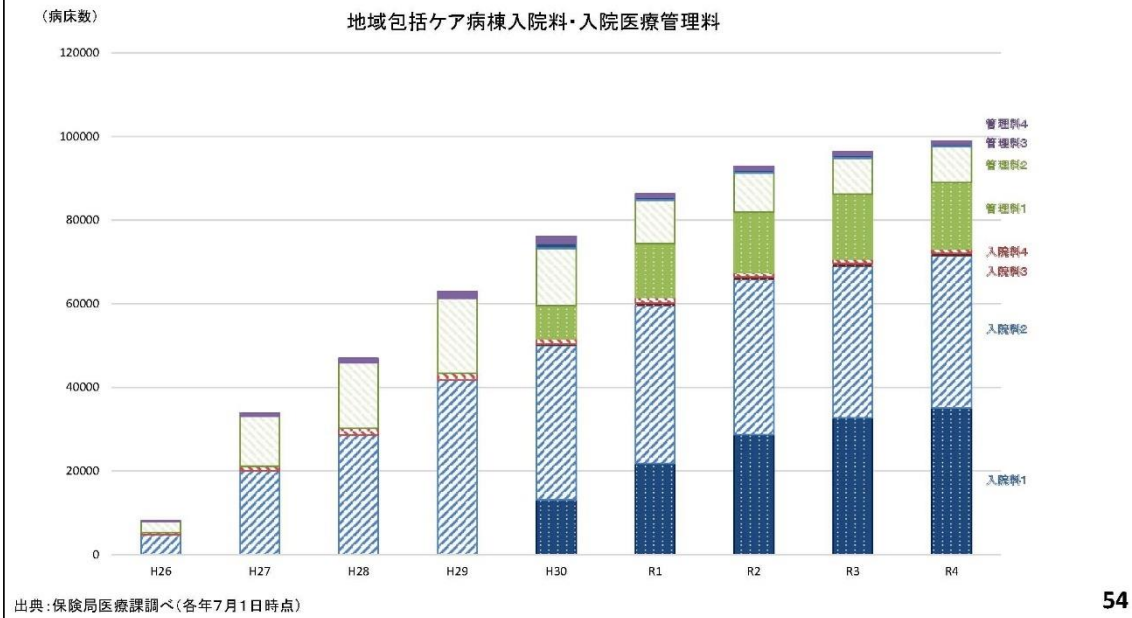
53 ページ。

入院料別の病棟の看護職員・看護補助者の数を示しており、

入院料別の届出病床数の推移

中医協 総-4
5.7.5改

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数はいずれも増加傾向であるが、近年は増加が緩やかになる傾向にある。



54 ページには、地域包括ケア病棟入院料の届出病床数の推移をお示ししてごさいます。

増加傾向でございますけれども、その増加傾向、近年は緩やかになっているというものでございます。

急性期一般病棟、地域包括ケア病棟の施設基準の概要

	急性期一般病棟入院料1	急性期一般病棟入院料4	地域包括ケア病棟入院料1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	急性期医療を行う	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	該当患者の基準：A項目3点以上等 該当患者割合 31%(Ⅰ)28%(Ⅱ) ※200床以上の場合	該当患者の基準：A項目3点以上等 該当患者割合 20%(Ⅰ)17%(Ⅱ) ※200床以上の場合	該当患者の基準：A項目1点以上 又はC項目1点以上 該当患者割合 12%(Ⅰ)8%(Ⅱ)
在院日数	平均在院日数 18日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	-	-	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合、救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	-	-	-
	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	-
リハビリ	-	-	-
	-	-	-
在宅復帰率	80%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含む)	80%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含む)	72.5%以上 (分子に回りハ病棟等への転院、転棟を含まない)
在宅医療	-	-	-
	-	-	-
人生の最終段階における医療・ケア	-	-	-
	-	-	-
			ガイドライン等の内容を踏まえ、指針を定めていること
			55

55 ページ。

急性期一般病棟、地域包括ケア病棟の施設基準の概要。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

- これまでの主な指摘
 - ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
 - ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。
- 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。
- 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



56 ページ目では、こちらは高齢者の救急患者に対応する入院医療のイメージをお示ししてございます。

上の四角で、これまでいただいた主な指摘や入院医療の現状を記載してございまして、

下のイメージでございますが、ここに示しております、

さまざまな機能を包括的に提供する入院医療のイメージとしてお示ししてございます。

説明**4. 課題と論点****高齢者の救急患者等に対応する入院医療について**

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について
2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について
3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について
4. **課題と論点**

57

それでは、課題と論点でございます。

論点につきまして、こちら、60ページとなりますけれども、

高齢者の救急患者等に係る課題①

1. 我が国の人口構成の変化と高齢者の救急患者等について

- ・ 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。
- ・ 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、と指摘されている。
- ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

2. 現状の入院医療における高齢者の救急患者等への対応について

- ・ 65歳以上の高齢者において、年齢が高いほど1入院当たり出来高実績点数が高い一方、1日当たり出来高実績点数は低い傾向にある。
- ・ 75歳以上の患者に多い疾患のうち一部は、急性期一般入院料1を算定する場合と地域一般入院料を算定する場合とで、医療資源投入量について大きな差がみられなかった。
- ・ 救急搬送後直接入棟の患者の割合は、地域包括ケア病棟において、多くの病棟・病室で5%未満であったが、129施設(7.8%)は15%以上であった。
- ・ 誤嚥性肺炎の患者に対して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が示されている。
- ・ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、急性期病棟より、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の方が多傾向にあった。
- ・ 急性期一般入院基本料を算定する病棟のリハ実施率は、ばらついていた。
- ・ 地域包括ケア病棟を届けている医療機関の方が急性期入院料を届け出ている医療機関よりリハビリテーション専門職の数が多かった。
- ・ 入院時に高齢患者の42%は低栄養リスクが指摘され、26%は低栄養であった。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

58

高齢者の救急患者等に係る課題②

3. 高齢者の救急患者等に係る入院医療の評価等について

- ・ 病床機能の分化、連携に係る取組として、地域医療構想が進められている。
- ・ 届出病床数は、急性期一般入院料1が最も多く、平成26年以降減少傾向であったが、令和3年から微増している。急性期一般入院料2～6、地域一般1～3は減少傾向。
- ・ 地域包括ケア病棟の届出病床数は増加傾向であるが、近年は増加が緩やかになる傾向にある。
- ・ 急性期一般病棟入院料は急性期医療を行うという趣旨、地域包括ケア病棟は①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ及び③在宅復帰支援という趣旨に基づき、施設基準が定められている。

59

高齢者の救急患者等についての論点

【論点】

〔高齢者の救急患者等に対応する入院医療について〕

- 高齢者の救急患者等が増加していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方についてどのように考えるか。
- その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。

60

「高齢者の救急患者等に対応する入院医療について」ということで、2つ丸をお示ししてございます。

高齢者の救急患者等が増加しておりまして、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方について、どのように考えるか。

その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。

以上のような論点とさせていただきます。事務局からの説明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。

質 疑

高齢者救急等に対応する入院医療について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、ご質問等がございましたら、よろしく
お願いいたします。最初に長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

ありがとうございます。60 ページの論点についてコメントします。

（高齢者の救急患者等に対応する入院医療について）

- 高齢者の救急患者等が増加していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方についてどのように考えるか。
- その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。

11 月 7 日に審議された「入院（その 2）」の際に申し上げたとおり、今後、医療従事者の人材確保がより困難になることに加え、人口減少や高齢化率の上昇等を踏まえば、大きなトレンドとして、高齢者の救急やケア、リハビリに必要な体制を整えた病棟を評価することを理解します。

その体制をきちんと整えるために、現行の体制や診療報酬点数をうまく見直していくことが必要であり、累次の診療報酬改定において、中医協で、支払側・診療側両側の議論を尽くしながら、さまざまな工夫をしてきたものと思います。

医療現場は、常に患者さんへの医療を提供し続けておりますので、見直しを行う場合でも、うまい方法で、各地域、各医療機関がそれぞれの状況に応じて時間をかけて判断できるような制度設計にすることが重要であり、診療側としても知恵を出していきたいと考えております。私からは以上ですが、小塩会長におかれましては、看護協会の専門委員の発言の機会をご検討いただければ幸いです。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。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）

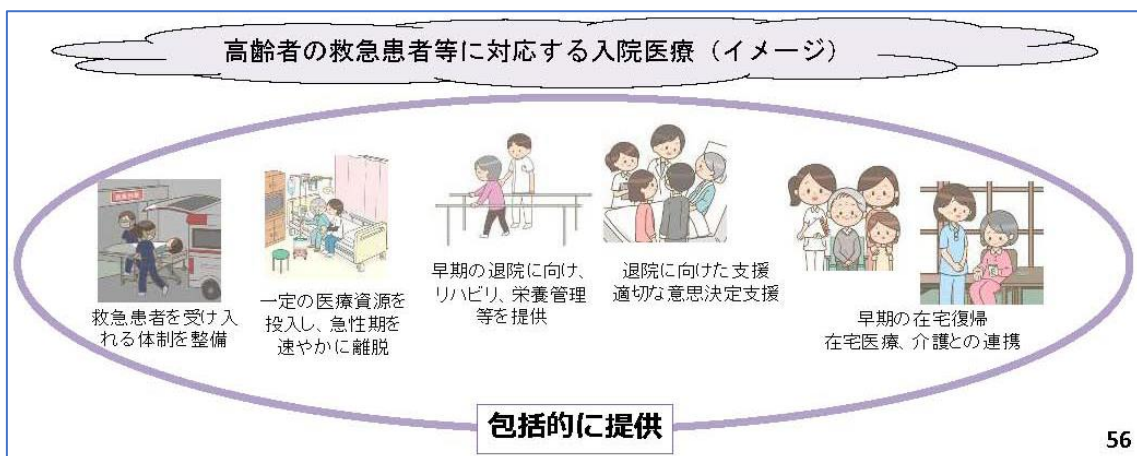
はい、ありがとうございます。私も 60 ページの論点について意見いたします。

（高齢者の救急患者等に対応する入院医療について）

- 高齢者の救急患者等が増加していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方についてどのように考えるか。
- その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。

高齢者、救急患者が今後、増加すること。特に都市部において単身、独居、老老世帯の救急患者が今後ますます増加することは今後の我が国の医療提供体制を考える上において非常に大きな課題だと思っております。これに対応できる地域医療提供体制を整えていく必要があります。

これは病院、医療現場だけでなく、今後、医療DXの進展により、地域の医療情報の共有が進み、かかりつけ医機能を担う医療機関が、今後どこまでの対応が可能になるかなどにも関係するかと思います。さまざまな施策を組み合わせ対応していく必要があります。



その上で、56 ページに示されているような入院医療提供のイメージ図ですが、高齢者救急の受け入れ、リハビリ、退院調整、在宅との連携などが今後の地域の急性期医療にも求められていることに関しては特に異論はありません。

その上で、今回の論点ですが、入院医療提供体制において、高齢者の救急患者に対応できる、包括的に担うことを評価する新たな入院料を検討することに関しては全面的に否定するものではありません。

しかし、この包括評価を検討していくためには絶対に外せない論点がございます。過去の総会においても発言してきましたが、今までの中医協での議論では、医療資源投入量、すなわち手術、処置など侵襲的な医療をあまり必要としない患者の病棟ケアに関して、その病棟での人的資源投入量、すなわち人手に関わるケアに関しての評価が非常に軽視されてきたのではないかと感じています。

思い起こしていただきたいのですが、2022 年初頭のコロナの第 6 波、いわゆるオミクロン株の最初の波において、多くの地域の基幹病院が中心であったコロナ重点医療機関に要介護高齢者のコロナ患者が入院され、現場の看護部が悲鳴を上げているということの報道がございました。

その際、入院先のミスマッチが指摘されたわけですが、7 対 1 よりもさらに加配されている病棟配置体制の看護師が悲鳴を上げたわけです。

要介護で、日々の日常生活上のケアのサポートが必要で、さらに、ある一定割合で認知症を合併する患者のケアには非常に多くのマンパワーが必要だということです。

現在、重症度、医療・看護必要度が急性期一般入院料に直接結びついておりますが、入院料の設定において、これら介護を含む看護の手間が非常に高い患者層に設定されている入院料がしっかり対応できる入院料体系になっていたのかに関して、中医協総会の議論に加わらせていただいた冒頭、発言させていただきました。

現在の重症度、医療・看護必要度による入院料評価だけでは、患者のケアに必要なマンパワーを確保するコストが適切に評価されてこなかったのではないかとこの疑問です。

今後、病棟、病院ごとの機能分化を進めていく必要がある中、どの機能の医療を担っても、そこで行われる入院医療を支えることができる入院診療報酬制度が必要だと思えます。

今回、今後必要となる高齢者救急対応のため、救急の受け入れ、リハビリ、栄養、入退院支援、在宅復帰を包括的に評価する病棟を検討していくのであるなら、その病棟において対応する患者のケアに必要な人的配置を十分賄うことができる入院料の設定が必要だと思えます。

十分な人的配置を行うことができない入院料水準では、病院における持続的な医療提供を維持するためには、求められる患者層を受け入れながらケアの質を落とし現場は対応するか、または受け入れ患者として病棟が許容できるレベルの患者を選別するかしか、現場に選択肢はありません。どちらにしても、入院患者対応が不十分となります。

今回、包括的な評価を検討するのであれば、まずは要件の設定および点数の水準が適切であるということを確認させていただきたいというふうに思えます。

また、救急の受け入れに関してですが、これは病棟が担う機能ではなく、病院として行う機能ということが言えます。

24時間対応、すなわち準夜帯および深夜帯に救急受け入れを行うためには、救急外来を担当する医師、看護師、検査技師、放射線技師など、多くの医療職種を勤務または宿直勤務させる必要があります。

病棟入院料の評価だけでなく、それら高齢者救急を日勤帯のみならず夜間も受け入れる病院に関しては、それらの体制構築、維持に必要な診療報酬上の評価が必要であるということに関して付け加えさせていただきます。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。ほかはいかがでしょう。はい。それでは、松本委員、お願いいたします。

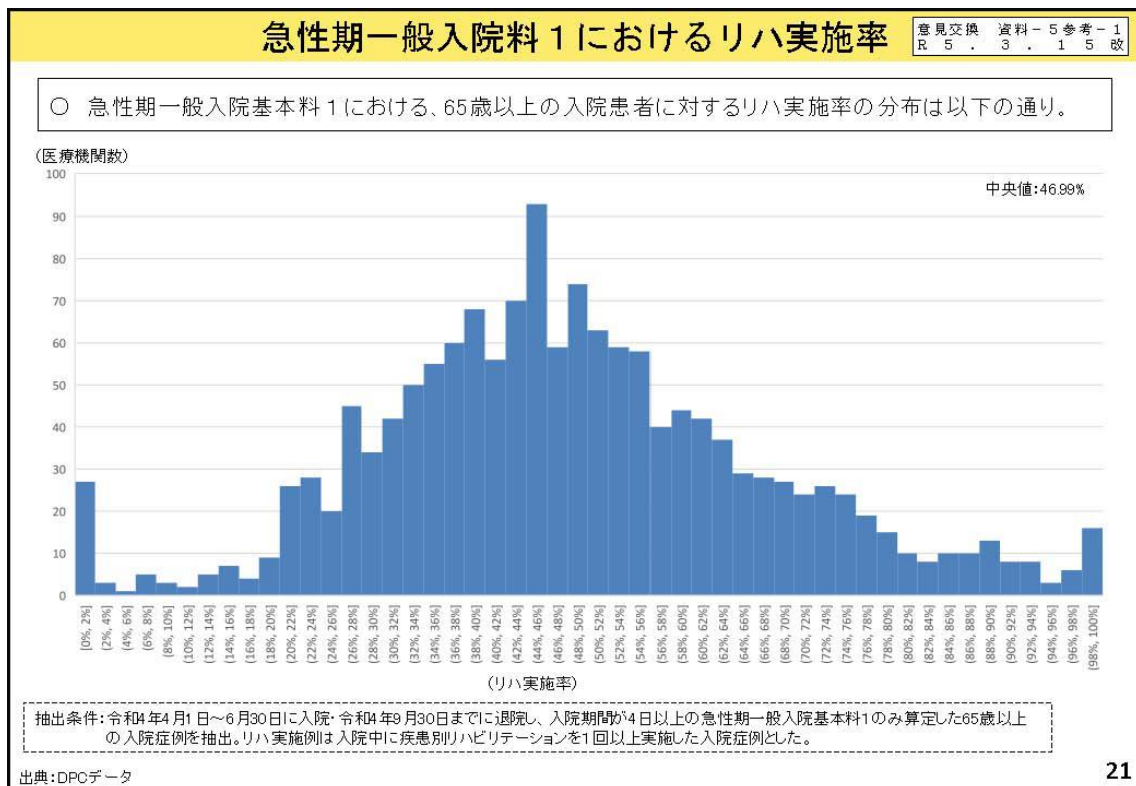
○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

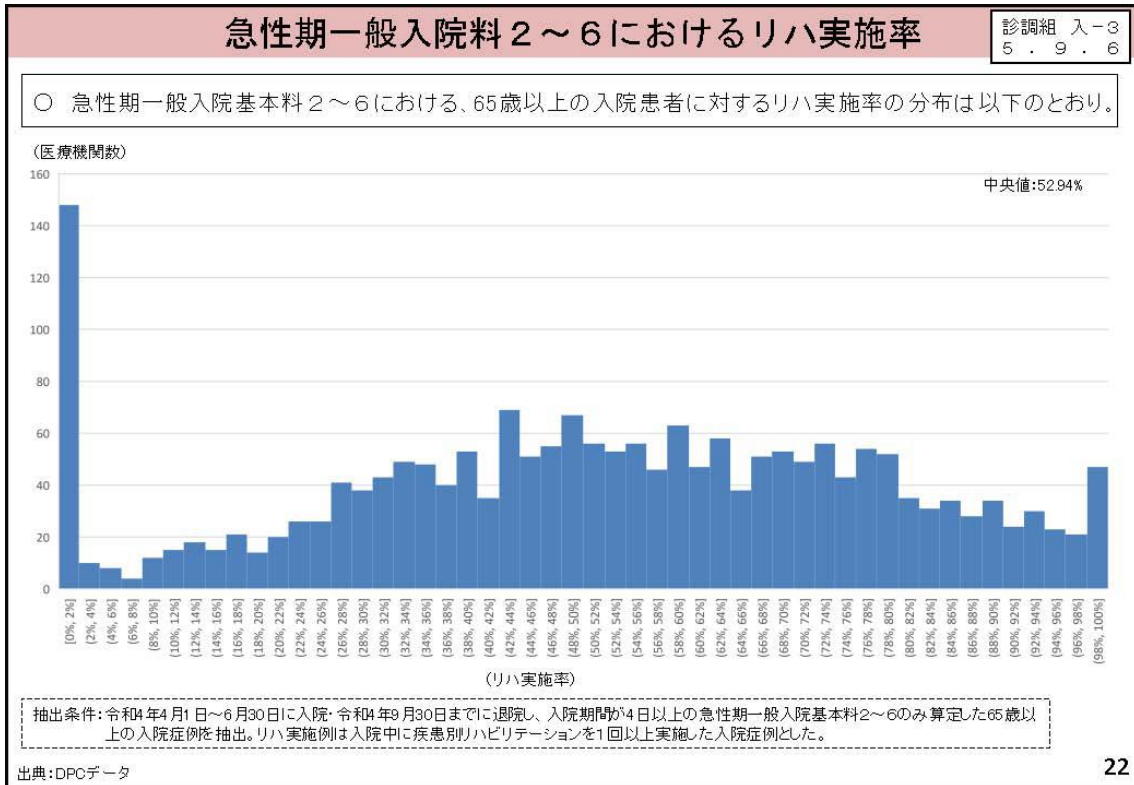
はい、ありがとうございます。今回、テーマになっております高齢者の救急患者への対応につきましては、過去にも議論がありましたとおり、今年度の診療報酬改定において非常に重要なテーマだというふうに考えております。

（高齢者の救急患者等に対応する入院医療について）

- 高齢者の救急患者等が増加していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方についてどのように考えるか。
- その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。

急性期病棟につきましては、一定数の高齢者が入院している実態がある中で、資料の 21 ページ、22 ページ等を見ますと、高齢者へのリハビリの実施率にはばらつきがあり、





また 23 ページ、24 ページとかを見てみますと、入院中の ADL 低下が一定程度、見られております。

そのため、これまで申し上げてきましたとおり、リハビリ機能を備えた地域包括ケア病棟で対応していただくことが望ましいと考えております。

一方で、診療側から過去にご意見があったとおり、下り搬送を活用したとしても救急の高齢者を地域包括ケア病棟だけでは受け止めきれず、急性期の病棟に入院する場面が想定されることも十分理解できます。

さらには、30 ページ以降にございます入院中の高齢者の栄養管理が課題とされる中で、34 ページを見てみますと、管理栄養士の配置が施設基準で求められている回復期リハビリ病棟入院料 1 以外では、管理栄養士の配置が少ないことがわかります。

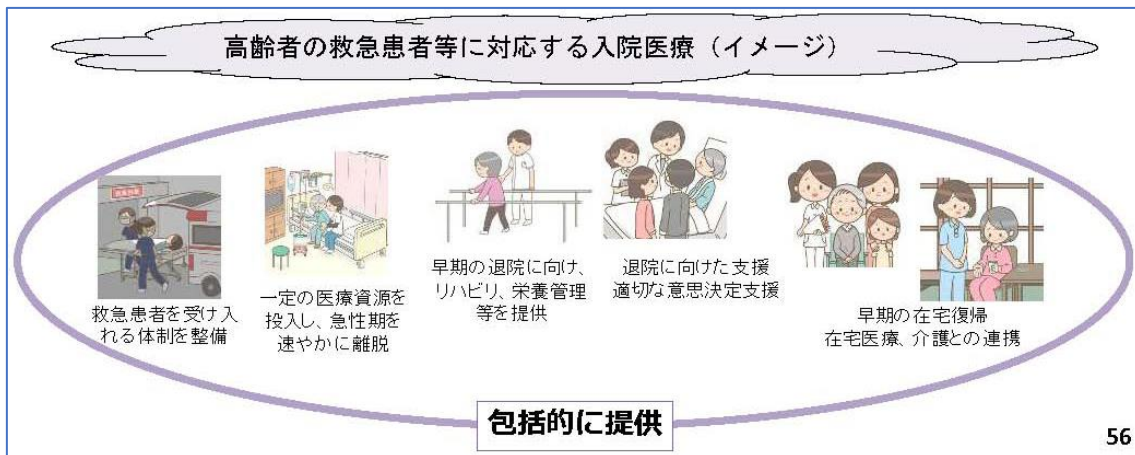
管理栄養士の病棟配置の状況（入院料別）												診調組 入-3 5 9 6			
○ 施設基準で配置が求められている回復期リハビリテーション病棟入院料1以外では、管理栄養士が病棟に配置されている割合は低かった。															
	急性期一般入院料1 (n=1,811)	急性期一般入院料2~3 (n=72)	急性期一般入院料4~6 (n=151)	専門病院入院基本料7対1 (n=25)	特定機能病院入院基本料一般病棟7対1 (n=453)	小児入院医療管理料* (n=86)	地域一般入院料1~2 (n=539)	地域一般入院料3 (n=25)	地域包括ケア病棟入院料・管理料1 (n=209)	地域包括ケア病棟入院料・管理料2 (n=151)	地域包括ケア病棟入院料・管理料3~4 (n=9)				
配置あり	専従 2.0%	0.0%	12.6%	0.0%	4.6%	1.2%	4.1%	0.0%	8.6%	7.9%	0.0%				
	専任 24.2%	15.3%	21.2%	28.0%	26.0%	17.4%	24.7%	28.0%	23.4%	21.2%	33.3%				
配置なし	70.5%	84.7%	64.9%	72.0%	53.9%	73.3%	57.0%	72.0%	66.5%	64.9%	66.7%				
無回答	3.3%	0.0%	1.3%	0.0%	15.5%	8.1%	14.3%	0.0%	1.4%	6.0%	0.0%				
*病床単位で届け出ている場合を除く															
	回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=241)	回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=34)	回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=72)	回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=8)	回復期リハビリテーション病棟入院料5~6 (n=2)	療養病棟入院料1 (n=395)	療養病棟入院料2 (n=79)	療養病棟入院料経過措置 (n=9)	障害者施設等入院基本料2~4 (n=48)	障害者施設等入院基本料2~4 (n=122)	特殊疾患病棟入院料1 (n=12)	特殊疾患病棟入院料2 (n=13)	特殊疾患入院医療管理料 (n=3)	緩和ケア病棟入院料1 (n=17)	緩和ケア病棟入院料2 (n=14)
配置あり	専従 18.7%	17.6%	5.6%	12.5%	0.0%	13.4%	19.0%	11.1%	2.1%	10.7%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%
	専任 67.2%	32.4%	33.3%	0.0%	0.0%	22.3%	7.6%	11.1%	12.5%	12.5%	16.7%	30.8%	33.3%	17.6%	28.6%
配置なし	12.4%	50.0%	58.3%	87.5%	100.0%	60.5%	70.9%	77.8%	85.4%	75.0%	83.3%	61.5%	66.7%	82.4%	71.4%
無回答	1.7%	0.0%	2.8%	0.0%	0.0%	3.8%	2.5%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
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）															

これについては、急性期病棟の地域ケア病棟（ママ）も共通する課題かと思えますので、高齢者が入院した場合、早期のリハビリと栄養管理を一体的に提供できる体制の構築が必要だと考えております。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について	
○	これまでの主な指摘 <ul style="list-style-type: none"> 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。
○	急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。
○	一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

こうした状況が、まさに56ページに整理されているとおり、現状では急性期病棟にも地域包括ケア病棟にも課題があると指摘が出ておりますし、認識もしてまいります。

イメージ図で示されているとおり、高齢の救急患者にはさまざまなアプローチが必要であり、こうした機能は個々の加算等で評価するよりも、病棟の機能として位置づけたほうが包括的な提供という観点ではよいのではないかと考えています。



また、病床機能の分化と強化の観点では、10対1看護の急性期一般病棟入院料2から6の病棟が果たす役割を明確化することも重要になります。

したがって、高齢者救急の受け皿として、10対1の急性期病棟を想定し、救急対応、早期リハビリ、栄養管理、退院支援、在宅復帰や介護との連携について、しっかりと機能を発揮してもらうことが必要だと考えております。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。はい。それでは眞田委員、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）

ありがとうございます。私も論点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。

(高齢者の救急患者等に対応する入院医療について)

- 高齢者の救急患者等が増加していて、今後も高齢者の増加が見込まれる中、入院医療のあり方についてどのように考えるか。
- その際、地域において、必要な人員体制等により救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリ、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担うことを評価することについて、どのように考えるか。

今後の人口構造の変化、高齢者救急の対応の必要性等を踏まえれば、56 ページに示されております救急受け入れ体制から早期の在宅復帰、在宅医療や介護との連携まで包括的に対応できる病棟を評価するという方向性については十分、理解できるものであります。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

- これまでの主な指摘
 - ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
 - ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。
- 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。
- 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）

包括的に提供

56

仮に、こうした新しい新類型を設ける場合には、必要な体制を整えることだけでなく、救急患者の受け入れ、あるいはリハの実施等について実績に基づいて評価をするという形を検討いただきたいというお願いをさせていただきたいと思っております。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。はい、鈴木委員、お願いいたします。

○鈴木順三委員（全日本海員組合組合長代行）

はい、ご指名ありがとうございます。私もですね、この56ページのイメージに示されていますようにですね、入院医療を包括的に提供できる病棟をしっかりとつくりたいというふうに思いました。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

- これまでの主な指摘
 - ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
 - ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。
- 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。
- 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

特にここの枠囲みの2つ目の丸の所にあるようにですね、リハビリや栄養管理が十分できてない、ばらつきがあるというところ。

また、3つ目の丸にあるようにですね、地域包括ケア病棟では緊急の受け入れがなかなか限界があるということを考えるとですね、

今の現状を踏まえますと、やはり急性期一般の入院料の2から6の病棟にですね、やはり足りない機能を付け加えていただいて、入院医療をですね、包括的に提供できる病棟をしっかりとつくりたいというような感じでおりますので、よろしくお願いいたします。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す。はい。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。先ほど松本委員がおっしゃったように、しっかりと機能が発揮できるようにするということは大変重要な視点だと私も思っております。

ただ一方、先ほども申しましたが、常に患者さんに医療を提供し続けている医療現場、これは医療現場としても、あるいは患者さんの視点としても、継続性ということも極めて重要なことですので、やはり適切で、うまい方法を考えていくということにも診療側としても知恵を出していきたいというふうに考えております。

また、もし見直しを行うという場合でも、やはり継続性、患者さんの視点からも見ていただいても、継続性、安心感ということを念頭に置けば、関係者、医療機関が現実的に取り組める、そういう、うまい方法、すなわち各地域、各医療機関がそれぞれの状況に応じて、例えば人員の確保なども重要ですので、そこに必要となるような一定の時間をかけて判断できるような制度設計にすることも重要であります。

診療側としてもしっかり考え、知恵を出しながら、支払側委員とも合意が得られるように議論を積み重ねていきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

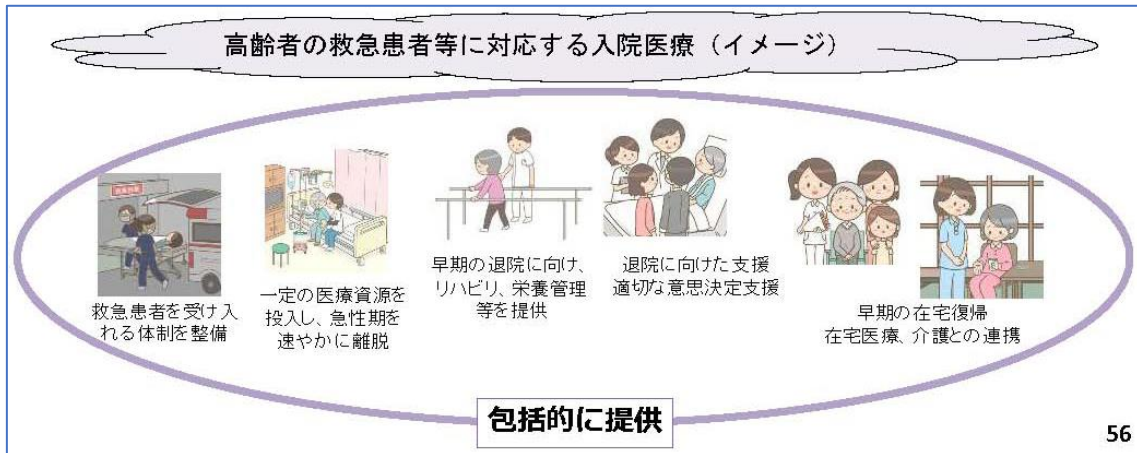
○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。私も今、長島委員がおっしゃったこととかぶるかもしれませんが、コメントさせていただきたいと思います。

56 ページの包括的に提供という、これまでの入院の、特に高齢者救急に対する入院における議論からすれば、私自身は、この絵の、ポンチ絵を見た限り、非常に魅力的に感じることもあり、



ただ、これが今、太田委員もおっしゃったように、どういう点数設計になるかにもよりますので、しっかりした人員配置ができるような点数設計であれば、たぶん自院の患者像を見て、「あ、こういうところが、われわれにも必要な機能だな」ってことがあれば、皆さん、たぶん入っていきける。

そして、1号側・2号側、思い描くような高齢者救急のイメージがさらに広がっていくのではないかなと思うんで、ぜひ、そういう魅力的な包括的提供の体制にしていただきたいなと思います。

1点、ちょっと質問なんですけども、今、1号側の先生方からもお話ありましたように、想定されるのは、おそらく10対1の2から6ということなんだろうと思います。

もし、それであるのであれば、ここには急性期医療全般って書いてありますが、そういうことであれば、一方で、急性期入院料1に関しては、これはまた、前回の改定でも、ICUとかにリハビリテーションを超早期に入れる、あるいは管理栄養士を入れることによってアウトカムが出たという、一定程度のエビデンスが出ていますので、一方、急性期入院1についても、やっぱり、この栄養管理とか超早期のリハをやることは非常に重要だと思いますが、

この辺をどう、そこに2から6と1を整合性を保つ、あるいは、そこに対する評価というのをどう考えるのか。もし、今、お考えがあつたら、お聞かせいただければと思います。

○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す。池端委員からのご質問ですけど、事務局、いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。今日、ご提案しておりますものを含めて広い観点のご指摘というふうに承ります。

急性期は急性期、高度急性期は高度急性期で、それぞれ、例えば栄養に関しましてもこれまで縷々、資料をお示しし、ご議論をいただいたところでございます。

全体をどのように整合させるかという観点でのご質問だったかというふうにも思いますけれども、

われわれとしては、そういった観点と、それから、個々の入院料のつくり込みと、両方大事だというふうに思っております、

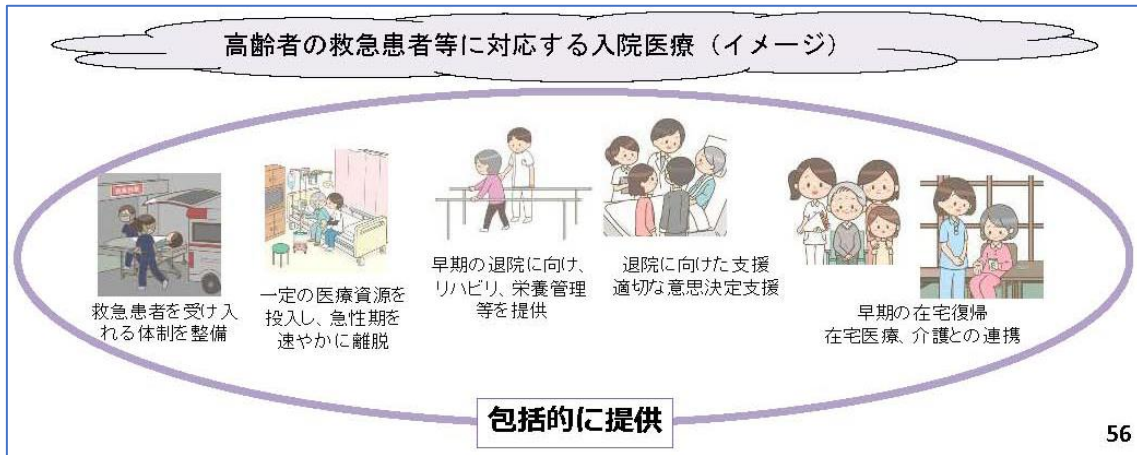
そこは全体像を示す中で、また、その細かいところを示す中で整合的になるように、今後、資料の出し方などを工夫させていただきたいというふうに思います。以上です。

○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した。ほか、よろしいでしょうか。先ほど長島委員からのご提案もございましたので、ここで木澤専門委員から、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）

はい、ありがとうございます。高齢化の進む中で、病床の機能分化・連携をより一層進める観点からも、高齢者の救急患者への対応を行うために必要な体制を整えた病棟を整理していくことが重要と考えております。



56 ページのイメージ図でお示しいただいたように、高齢者の救急患者に対応する入院医療では、昼夜を問わず、自宅等からの救急患者の受け入れや必要な医療処置の提供、そして早期退院に向けたリハビリや栄養管理、療養支援や意思決定支援の実施、介護を含めた地域との情報連携など多職種が密に連携・協働しながら対応していくことが求められておりますので、それらの機能を包括的に評価することが必要です。

入院料別の病棟の看護職員・看護補助者数（40床あたり）

中医協 総-2
5. 11. 15改

○ 40床あたりの看護職員及び看護補助者の数は、入院料によりその人数や比率が異なる。

入院料グループ	回答施設数 ※1	40床あたり職員数の施設平均(単位:人)			
		全職員	看護職員	看護補助者 うち、介護福祉士	リハビリ職 ※2
急性期一般入院料1	1,752	32.77	26.34	3.45	0.30
急性期一般入院料2-3	72	28.38	21.82	3.09	0.35
急性期一般入院料4-6	147	26.07	19.42	3.68	0.51
特定機能病院入院基本料(一般病棟7対1)	443	33.88	27.95	2.76	0.01
専門病院入院基本料(7対1)	25	24.01	21.48	1.98	0.00
小児入院医療管理料(病床単位で届け出ている場合を除く)	79	39.92	34.27	2.14	0.05
地域一般入院料1~2	37	30.95	19.22	5.80	0.65
地域一般入院料3	41	25.99	15.65	5.38	1.11
地域包括ケア病棟入院料	232	29.86	18.54	6.03	1.53
地域包括ケア病棟入院料1	138	30.86	19.01	6.48	1.49
地域包括ケア病棟入院料2	93	28.42	17.88	5.35	1.61
地域包括ケア病棟入院料3	1	25.36	15.36	7.60	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	347	45.60	17.36	7.12	3.53
回復期リハビリテーション病棟入院料1	238	48.61	18.06	7.14	3.86
回復期リハビリテーション病棟入院料2	32	43.48	17.98	6.60	3.02
回復期リハビリテーション病棟入院料3	68	38.17	15.24	7.28	2.81
回復期リハビリテーション病棟入院料4	8	27.61	11.99	7.34	2.16
回復期リハビリテーション病棟入院料5	1	44.60	18.60	5.80	1.00
療養病棟入院料1	386	26.02	12.72	9.49	3.44
療養病棟入院料2	76	24.85	11.94	9.31	3.18

注1) 20床以下の病棟は除いて集計している
注2) 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

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)

例えば、夜間の高齢者の救急患者を受け入れ、必要な医療処置を実施するとなれば、介護職員のうち少なくとも1人は、しばし入院受け入れにかかりきりとならざるを得ません。しかし、その間の病棟内の他の患者さんの観察や点滴管理等、必要な医療処置がございます。

現状を申せば、地域包括ケア病棟など、13対1の看護配置では高齢者の救急搬送に十分に受け入れることが難しい状況でございます。56ページに示されているような必要な機能をしっかりと果たすためには、看護職員や看護補助者等の人員体制を夜間も含めて十分に整えていく必要があります。

また、53ページにも示されておりますとおり、現状においても、介護職員、看護補助者、リハビリ職などさまざまな職員を各病棟で協働しながら早期退院に向けた対応を実施しておりますので、高齢者の救急患者に対する入院医療を提供できる体制の構築につきましても、引き続き多職種連携が重要と考えております。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す。ほかはいかがでしょう。よろしいでしょうか。はい。それでは、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。

それで、ここで休憩を差し挟みたいと思います。

○厚生労働省担当者

厚生労働省事務局でございます。ただいまから約10分間休憩し、10時10分すぎに再開いたします。

▼ 休憩 10:03 ~ 10:13