

2019.08.30

2019年度 地域包括ケア病棟の 機能等に関する調査 【R1調査】

令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査



一般社団法人

地域包括ケア病棟協会

Japanese Association of Hospitals for Community-based Care

■対象と方法

調査票 会員・非会員共通(設問)

地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート(会員・非会員共通)

本アンケートは、2019年4月時点で、地域包括ケア病棟(病棟)(以下、「地ケア病棟」)を届け出ている病院をお願いします。次の各設問に対し、別紙回答用紙にご記入をお願い致します。

1. 貴院の基本情報について

(1) 病院名

(2) 開設法人: 下表の小分類から該当するものを選択して下さい。

大分類	中大分類	小分類
公的	国	1. 厚生労働省・独立行政法人国立病院機構 2. 国立大学法人 3. 独立行政法人労働者健康福祉機構 4. 国立高度専門医療研究センター 5. その他(国の機関)
	公的医療機関	6. 都道府県 7. 市町村 8. 地方独立行政法人 9. 日赤 10. 済生会 11. 北海道社会事業協会 12. 厚生連 13. 国民健康保険団体連合会
	社会保険 関係団体	14. 地域医療機能推進機構 15. 健康保険組合及びその連合会 16. 共済組合及びその連合会 17. 国民健康保険組合
	その他	18. その他の公的病院
民間	医療法人	21. 医療法人
	個人	22. 個人
	その他	23. 公益法人 24. 私立学校法人 25. 社会福祉法人 26. 医療生協 27. 会社 28. その他法人

(3) 所在地(都道府県市町村まで)と2次医療圏名

(4) 加算等の要件の緩和対象となる医療資源の少ない地域に該当しますか?

(5) DPC対象の有無

(6) 許可病床数及び届出病床(4月1日現在、休床を含む)

※別添「病床等一覧」の該当する番号と病床数をご記入ください

(7) 貴院の地域における病院機能について、下の選択肢の定義をご確認のうえ、該当するものに○を付けて下さい。「どちらでもない」を選択した病院で、特徴ある医療に特化している場合は、自由記述欄にその内容をご記入下さい。

(選択肢の定義)

・急性期ケアミックス型:

急性期一般入院基本科7以上の急性期病棟があり、病床機能報告に照らして一定以上の急性期機能を有していると自ら判断し、病院全体として急性期を最も重視している病院です。地ケア病棟は自院のポストアキュートが主になります。

・ポストアキュート連携型:

病院全体の実入院患者数の概ね半数以上が他院からのポストアキュートを受け入れる病院です。実患者数が半数に届くかどうか判断に迷う場合は、次の「どちらでもない」を選択して下さい。

地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート(会員・非会員共通)

・どちらでもない:

多くは自宅や居住系施設、介護施設などで療養している患者の内科的・外科的急性増悪や軽症急性疾患などのサブアキュートを中心に受け入れる病院です。しかし、上記に該当しないケースもありますので、特徴ある医療に特化している場合は自由にご記入して下さい。当協会では、「どちらでもない」を地域密着型と定義しています。

(8) 同じ法人やグループで提供している介護サービスなどの状況

※介護施設は、入所系介護施設(特養、老健、介護療養病床、介護医療院)を指します

(9) 救急車の受入実績(2019年4月 病院全体の救急車の受入件数とうち入院した患者数)

(10) 地ケア病棟届出の施設基準で、満たしているもの全てに○を付けて下さい

(11) 常勤の総合診療医の人数

※総合診療医: 下の資格を有する医師で、総合内科専門医及び総合診療専攻医は含みません。

※下の資格以外をお持ちの場合は、自由記述欄に団体名、資格名をご記入下さい

・一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会専門医・認定医認定制度:

家庭医療専門医、プライマリ・ケア認定医、指導医

・日本病院総合診療医学会認定医制度:

日本病院総合診療医学会 認定医、日本病院総合診療医学会 指導医

・全日本病院協会 総合医育成プログラム: 全日本病院協会認定総合医

・日本病院会 病院総合医 育成プログラム: 病院総合医

(12) 地域医療連携推進法人への加入等について、回答用紙の該当事項に○を付けて下さい

2. 地ケア病棟の状況(特記がない場合は月1日現在) ※病棟が複数の場合は病棟毎にご記入下さい

(1) 届け出ている地ケア病棟の特定入院料の区分

(2) 地ケア病棟の病床数 ※管理料を届け出ている場合は(3)との違いにご注意ください

(3) 入院医療管理料の場合は、その病棟の入院基本料と届出病床数(地ケア病床を含む合計病床数)

※別添「病床等一覧」の該当する番号と病床数をご記入ください

※例) 地ケア病床10床とその他病床30床の病棟の場合、(2)は「10床」、(3)は「40床」とご記入ください

(4) 医療法上の位置付け(一般病床か療養病床)

(5) 病床機能報告における病床機能 ※管理料の場合は、その病棟の機能

(6) 看護職員配置加算の取得の有無

(7) 看護補助者配置加算の取得の有無

(8) 看護職員夜間配置加算の取得の有無

(9) 稼働率の実績(2019年4月)

(10) 重症度、医療・看護必要度(以下必要度)の評価方法(I又はII)と実績(2019年2~4月の3ヶ月平均)

(11) 平均在院日数(2019年2~4月の3ヶ月平均)

(12) リハビリ単位数(2019年2~4月、計算式: 次の②÷①)

調査票 会員・非会員共通(設問)

地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート (会員・非会員共通)

- ①: 疾患別・がん患者リハを提供した患者の地ケア病棟の入院延べ日数
- ②: 疾患別・がん患者リハを提供した患者の提供されたリハ総単位数

※(10)～(12)は、小数点第一位までご記入下さい

※(10)～(12)は、厚生局への届出と同じ算出方法です

※2019年3月～4月に地ケア病棟を開設した場合は、開設後の実績(平均)をご記入下さい

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

- (1) 在宅復帰支援のために、貴院の地ケア病棟で取り組んでいる事項を伺います。回答用紙の選択肢で、該当する全ての事項に○を付けて下さい。
- (2) 貴院の地ケア病棟における在宅復帰支援の充実度をどのように感じていますか?
- (3) 貴院の地ケア病棟における補完代替リハビリテーション: CARB (Complementary and Alternative Rehabilitation) *1の取り組みについてお聞きします。回答用紙の選択肢で、貴院が取り組んでいるもの全てに○を付けて下さい。

※1: CARB (Complementary and Alternative Rehabilitation)

当協会では、当協会が提唱するPOC (Point Of Care) リハ^{※2}や集団リハ、院内デイケア・デイサービス、自主トレーニング、運動療法指導(疾患別リハでは算定対象外だが糖尿病などの疾患特性を踏まえた指導)など、疾患別リハ・がん患者リハを補完代替するリハを総称して、「CARB」と呼んでいます。リハ科医の指示と処方の下に、リハ療法士が実施するものを指します。分単位のリハビリ記録の記載が必要で、疾患別リハ・がん患者リハと同時に実施できず、1日平均2単位以上の要件にも含まれません。

※2: POC (Point Of Care) リハ

地ケア病棟では、スケジュールと提供量を管理された疾患別・がん患者リハ(20分1単位)以外の取り組みとして、リハ包括算定を活かした時間・単位・場所に縛られないリハを提供できます。このうち、患者の傍らで、個別に短時間、オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハをPOC (Point Of Care) リハと呼んでいます。OTは生活回復リハ、PTは廃用・褥瘡予防と機能回復リハを主に担当します。

- (4) (3) で「1. POC リハ」を選択された方のみお答えください。地ケア病棟の患者でリハ実施に関わる次の割合を記載して下さい。(2019年2月～4月の実績)

- 1. 疾患別・がん患者リハのみ介入した患者の割合
- 2. POC リハのみ介入した患者の割合
- 3. POC リハ以外のCARBのみ介入した患者の割合
- 4. POC リハを含むCARBのみ介入した患者の割合
- 5. 疾患別・がん患者リハ+POC リハ介入した患者の割合
- 6. 疾患別・がん患者リハ+POC リハ以外のCARBの介入した患者の割合
- 7. 疾患別・がん患者リハ+POC リハを含むCARBの介入した患者の割合
- 8. セラピストの関与がなかった患者の割合

※1. ～8. の合計が100%になるようにお願いします

地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート (会員・非会員共通)

※2019年3月～4月に地ケア病棟を開設した場合は、開設後の実績をご記入下さい

- (5) (3) で「1. POC リハ」を選択された方のみお答えください。POC リハに関する下の各設問について、該当する全ての事項に○を付けて下さい。

- ①POC リハではどのような取り組みを行っていますか?
- ②POC リハを提供して良かった点は何かですか?
- ③POC リハを提供して良くなかったと感じる点は何かですか?
- ④POC リハを継続するために必要なことは何かですか?

- (6) (3) で「2. 3. 4. 5.」を1つ以上選択された方のみお答えください。地ケア病棟の患者でリハ実施に関わる次の割合を記載して下さい。(2019年2月～4月の実績)

- 1. 疾患別・がん患者リハのみ介入した患者の割合
- 2. POC リハ以外のCARBのみ介入した患者の割合
- 3. 疾患別・がん患者リハ+POC リハ以外のCARBの介入した患者の割合
- 4. セラピストの関与がなかった患者の割合

※1. ～4. の合計が100%になるようにお願いします

※2019年3月～4月に地ケア病棟を開設した場合は、開設後の実績をご記入下さい

- (7) (3) で「2. 3. 4. 5.」を1つ以上選択された方のみお答えください。POC リハを提供していない理由は何ですか?回答用紙の選択肢で、該当する全ての事項に○を付けて下さい。

- (8) 以下は全ての病院にお聞きします。疾患別・がん患者リハやCARB以外の在宅復帰支援に関わる加算などについての取り組みの状況について、回答用紙の各事項にご記入ください。(実績は2019年2～4月の月平均)

※届け出ていない場合は空欄のままお願いします

※加算に種類がある場合は、算定しているものに○をご記入下さい

※一つの加算に○日以内○日以上のように点数に違いがある場合は、合算してご記入下さい

※2019年3月～4月に地ケア病棟を開設した場合は、開設後の実績の平均をご記入下さい

- (9) 在宅復帰支援の体制を充実させる上で、障害になると思うことは何か?回答用紙の選択肢で、該当する全ての事項に○を付けて下さい。

4. 在宅復帰支援のための地域内多職種協働の取り組みについて

- (1) ※2019年4月1日現在、入院料(管理料)1、3を1病棟でも届け出ている病院にお聞きします。次のi～vの在宅医療などの実績に関する要件について、要件を満たしている項目(届出にかかわらず)と満たす上の困難度(○)を付けて下さい
 - i 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
 - ii 当該保険医療機関において、在宅患者訪問看護・指導科、同一建物居住者訪問看護・指導科又は精神科訪問看護・指導科Iの算定回数が3月で100回以上であること

調査票 会員・非会員共通(設問)

地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート (会員・非会員共通)

- iii 同一敷地内の訪問看護ステーション(サテライトステーションを含む)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
 - iv 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
 - v 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などの介護サービスを同一敷地内の施設などで実施していること(当該保険医療機関における上記サービスのみなし指定を含む)
- (2) 全ての病院にお聞きします。(1)のi~vで改善してほしい点やvi番目以降の評価項目として追加してほしい事項がありましたらご記入ください。(自由記述)
- (3) 貴診療圏には、在宅医療・介護を支える機能が充分にあると思いますか?不足していると思われる場合は、どのような機能が必要かをご記入下さい。
5. 自由記述
- 地域ニーズを充足するために地ケア病棟に必要となる機能や評価など、その他にご意見がございましたら、ご自由にご記入下さい。
6. お答えいただいた内容で、貴院の取り組みが、特徴的で広く展開すべきと思われる場合は、協会として、個別に問い合わせをしたり、ご紹介致したりしてもよろしいでしょうか?

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

<本アンケートの問い合わせ先>
 地域包括ケア病棟協会 事務局 庄田
 TEL: 03-3355-3120 FAX: 03-3355-3122
 メール: info@chiiki-hp.jp

地域包括ケア病棟協会第5回アンケート

■病床等一覧

名称	番号	名称	番号
特定入院料(A300~A303-2)	1	地域包括ケア病棟入院料1	18
急性期一般入院基本料1	2	地域包括ケア病棟入院料2	19
急性期一般入院基本料2	3	地域包括ケア病棟入院料3	20
急性期一般入院基本料3	4	地域包括ケア病棟入院料4	21
急性期一般入院基本料4	5	地域包括ケア入院医療管理料1	22
急性期一般入院基本料5	6	地域包括ケア入院医療管理料2	23
急性期一般入院基本料6	7	地域包括ケア入院医療管理料3	24
急性期一般入院基本料7	8	地域包括ケア入院医療管理料4	25
地域一般入院基本料1	9	療養病棟入院基本料1	26
地域一般入院基本料2	10	療養病棟入院基本料2	27
地域一般入院基本料3	11	精神病棟入院基本料	28
回復期リハビリテーション病棟入院料1	12	障害者施設等入院基本料	29
回復期リハビリテーション病棟入院料2	13	特殊疾患病棟入院料	30
回復期リハビリテーション病棟入院料3	14	緩和ケア病棟入院料	31
回復期リハビリテーション病棟入院料4	15	精神療養病棟入院料	32
回復期リハビリテーション病棟入院料5	16	認知症治療病棟入院料	33
回復期リハビリテーション病棟入院料6	17	介護療養病床	34
		介護医療院(院内併設)	35
		その他	99

A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料

調査票 会員・非会員共通(回答用紙)

[都道府県:] 地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート
[病院名:]

地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート (会員・非会員共通)

【回答用紙】

返信期日: 2019年7月 日(月)

返信先: 地域包括ケア病棟協会事務局

F A X: 03-3355-3122 メール: info@chiiki-hp.jp

*メールタイトル、添付ファイルは「都道府県・病院名」にて作成ください

1. 病院基本情報について

- (1) 病院名: _____ <記入ご担当>
部署名: _____
- (2) 開設法人: (該当する小分類番号) _____
お名前: _____
- (3) 所在 都道府県: _____ 市町村: _____ 2次医療圏名: _____
- (4) 1. 要件緩和対象となる医療資源の少ない地域に該当する 2. 該当しない
- (5) 1. DPC対象病院 2. DPC対象病院ではない
- (6) 許可病床: _____ 床

病床種類 1		病床種類 2		病床種類 3		病床種類 4		病床種類 5	
番号	病床数	番号	病床数	番号	病床数	番号	病床数	番号	病床数

病床種類 6		病床種類 7		病床種類 8		病床種類 9		病床種類 10		休床
番号	病床数	番号	病床数	番号	病床数	番号	病床数	番号	病床数	病床数

※1~10と休床の合計が許可病床数と一致することをご確認ください

- (7) 1. 急性期ケアミックス型 ・ 2. ポストアキュート連携型 ・ 3. どちらでもない
(特徴的な医療: _____)
- (8) 訪問系: 1. 有 2. 無 通所系: 1. 有 2. 無 入所系介護施設: 1. 有 2. 無 居住系: 1. 有 2. 無
- (9) 救急車の受入実績: _____ 件 / うち入院患者数: _____ 人
- (10) 1. 在宅療養支援病院 2. 在宅療養後方支援病院(年3件以上の実績あり) 3. 二次救急医療施設
4. 救急告示病院 5. 当該医療機関の施設内 訪問看護ステーションの併設
- (11) 常勤の総合診療医の数: 1. いる (_____ 人) ・ 2. いない
その他の学会・団体等の総合診療医資格 (_____)
- (12) 1. 近隣に当該法人がない 2. 加入している 3. 2019年度中に加入予定 4. 検討中 5. 脱退した

2. 地ケア病棟の状況

※別紙回答用紙にご記入ください (複数の病棟をお持ちの場合は病棟別にご記入下さい)

[都道府県:] 地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート
[病院名:]

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

(1) 取り組んでいる事項(複数回答可)

1. リハビリ 2. リハビリ栄養 3. 認知症ケア 4. NST 5. ポリファーマシー対策 6. レスパイトケアの受入
7. 口腔ケア 8. 排泄ケア 9. 摂食機能療法 10. 院内ディサービス・デイケア 11. 患者・家族との退院調整
12. 院内地域内共通のアセスメント※ 13. 地域ケアマネとの連携 14. 薬剤師の病棟配置 15. ACP
99. その他(_____)

※12. は、生活支援の状況を含めた患者情報を共有するために、地域の複数の医療・介護施設で使用するオリジナルの評価票等であり、地域連携バスや医療・介護保険上の用紙等を含みません。

- (2) 1. 充実している 2. まあまあ充実している 3. あまり充実していない 4. 充実していない 5. 分からない
- (3) CARBで取り組んでいる事項(複数回答可)
1. POCリハ 2. 集団リハ 3. 院内デイケア・デイサービス 4. 自主トレーニング
5. 運動療法指導 6. いずれも取り組んでいない(CARBに取り組んでいない)
99. その他(_____)

※(4)(5)①~④は、(3)で「1. POCリハ」を選択した方のみお答えください

- (4) 1. 疾患別・がん患者リハのみ介入した患者の割合 _____ %
2. POCリハのみ介入した患者の割合 _____ %
3. POCリハ以外のCARBのみ介入した患者の割合 _____ %
4. POCリハを含むCARBのみ介入した患者の割合 _____ %
5. 疾患別・がん患者リハ+POCリハ介入した患者の割合 _____ %
6. 疾患別・がん患者リハ+POCリハ以外のCARBの介入した患者の割合 _____ %
7. 疾患別・がん患者リハ+POCリハを含むCARBの介入した患者の割合 _____ %
8. セラピストの関与がなかった患者の割合 _____ %
合計 100 %

(5) ①POCリハで取り組んでいる事項(複数回答可)

1. 早期離床の推進 2. 看護師・介護福祉士等他職種への指導 3. 離床機会の拡大 4. 家族への指導
5. 生活場面でのADL練習 6. 環境整備 99. その他(_____)

調査票 会員・非会員共通(回答用紙)

〔都道府県: 〕 地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート
〔病院名: 〕

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

(5)②POCリハを提供して良かった点(複数回答可)

- | | |
|---|---|
| 1. オンデマンドの介入 | 2. 認知症患者に介入・対応しやすい |
| 3. 「できるADL」から「しているADL」に移行しやすい | 4. 担当が日替わりの場合は療法士間のピアレビューができる |
| 5. 短時間や低負荷の介入ができる | 6. 他職種に対して実場面につながる介助方法や指導がしやすい |
| 7. 疾患別リハにプラスすることで介入の種類が増え量的にも質的にも相乗効果が期待できる | 8. 患者家族に対してADLに関する介助方法の指導・伝達がしやすい |
| 9. 疾患別リハ担当者以外の視点が入る | 10. 疾患別リハと比較して治療以外の付帯業務が少なく効率的に患者に介入できる |
| 11. 患者の普段の病棟での生活状況が把握しやすい | 12. 疾患別リハを効率化して減らすことができる |
| 99. その他() | |

(5)③POCリハを提供して良くなかったと感じる点(複数回答可)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. リハとケアの差別化が難しい | 2. 早出、退下が負担 |
| 3. 疾患別リハの担当患者以外に介入するため情報の把握やリスク管理が難しい | 4. 疾患別リハの提供単位数が減る |
| 5. セラピストのモチベーションが低下 | 6. 他職種と患者の目標共有が難しい |
| 7. 取り組み内容や目的がわかりにくい | 8. セラピストの経験により評価や介入視点にバラつきがあり、成果に差が生じる |
| 9. リハ施行や記録業務の負担が増える | 10. 感染対策に十分な注意が必要である |
| 99. その他() | |

(5)④POCリハを継続するために必要なこと(複数回答可)

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. マンパワーの充実 | 2. POCリハ着効例の集積 |
| 3. 経営者の理解 | 4. 他職種の理解 |
| 5. 診療報酬上の評価 | 6. 実施方法の確立 |
| 7. 評価方法の確率 | 8. 研修会の実施 |
| 99. その他() | |

〔都道府県: 〕 地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート
〔病院名: 〕

※(6)(7)は、(3)で「2. 3. 4. 5.」を1つ以上選択した方のみお答えください

(6) 1. 疾患別・がん患者リハのみ介入した患者の割合	%
2. POCリハ以外のCARBのみ介入した患者の割合	%
3. 疾患別・がん患者リハ+POCリハ以外のCARBの介入した患者の割合	%
4. セラピストの関与がなかった患者の割合	%
合計	100 %

(7) POCリハを提供しない理由

- | | | |
|--------------------|-----------------|----------------------------|
| 1. 疾患別リハが充実している | 2. やり方がわからない | 3. マンパワーが不足している |
| 4. POCリハの良い点がわからない | 5. 対象患者がいない | 6. 疾患別・がん患者リハの実績に組み込まれないため |
| 7. 病院の方針 | 8. リハではなくケアと感じる | 9. 費用負担が増える |
| 99. その他() | | |

※(8)(9)は、全ての病院がお答えください

(8) 地ケア病棟で算定できる次の加算などの算定状況についてご記入ください。(2019年2月～4月の月平均実績)

①-1 入退院支援加算 : 1 ・ 2 ・ 3	病院全体の算定実績 : 件 / うち地ケア病棟 : 件
①-2 入院時支援加算 :	病院全体の算定実績 : 件 / うち地ケア病棟 : 件
② 在宅患者緊急入院診療加算 :	病院全体の算定実績 : 件 / うち地ケア病棟 : 件
③ 摂食機能療法 :	病院全体の算定実績 : 件 / うち地ケア病棟 : 件
④ 薬剤総合評価調整加算 :	病院全体の算定実績 : 件 / うち地ケア病棟 : 件
⑤ 認知症ケア加算 : 1 ・ 2	病院全体の算定実績 : 件 / うち地ケア病棟 : 件

※⑥は他法人の事業所への指示を含みます

⑥-1 訪問看護指示料 :	病院全体の算定実績 : 件 / うち地ケア病棟 : 件
⑥-2 特別訪問看護指示加算 :	病院全体の算定実績 : 件 / うち地ケア病棟 : 件
⑦ 退院前在宅療養指導管理料 :	病院全体の算定実績 : 件 / うち地ケア病棟 : 件

※地ケア病棟で算定できない次の加算などの病院全体の算定状況をご記入ください。(2019年2月～4月の月平均実績)

⑧ 病棟薬剤業務実施加算 :	病院全体の算定実績 : 件
⑨ 栄養サポートチーム加算 :	病院全体の算定実績 : 件
⑩ 排尿自立指導料 :	病院全体の算定実績 : 件

調査票 会員・非会員共通(回答用紙)

〔都道府県： 〕 地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート
 〔病院名： 〕

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

(9) 在宅復帰支援体制の充実で障害になること(複数回答可)

1. 多職種の雇用が難しい 2. 包括算定のため利益を確保できない 3. 取り組みの成果が分からない
 4. 地域の介護サービスが不足 5. 訪問診療医が不足 6. 院内と地域内の連携が不足
 7. 家族の理解と協力が得られない 8. 自院職員の理解不足 9. 地域関係者の理解不足
 99. その他()

4. 在宅復帰支援のための地域内多職種協働の取り組みについて

(1) 入院料・管理料1・3を届け出ている病院のみ(2019年4月1日現在)

要件	満たしている場合は○	要件を満たす上の困難度
i		1. 容易である ・ 2. 努力すれば可能 ・ 3. 困難 ・ 4. 分からない
ii		1. 容易である ・ 2. 努力すれば可能 ・ 3. 困難 ・ 4. 分からない
iii		1. 容易である ・ 2. 努力すれば可能 ・ 3. 困難 ・ 4. 分からない
iv		1. 容易である ・ 2. 努力すれば可能 ・ 3. 困難 ・ 4. 分からない
v		1. 容易である ・ 2. 努力すれば可能 ・ 3. 困難 ・ 4. 分からない

※届出とは関係なく、満たしている項目は全て○をご記入下さい。

(2) (1) i～vの改善点やvi番目以降の評価項目に関する要望等について(自由記述)

(3) ①充足している ・ ②わからない ・ ③不足している

(不足している機能:)

次ページに続きます

〔都道府県： 〕 地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート
 〔病院名： 〕

5. 自由記述

6. お答えいただいた内容で、貴院の取り組みが、特徴的で広く展開すべきと思われる場合は、協会として、個別に問い合わせをしたり、紹介させていただいたりしたいと考えていますが、よろしいでしょうか？

1. 紹介しても差し支えない 2. 個別の問い合わせは差し支えない 3. どちらも遠慮したい

～ ご協力ありがとうございました ～

調査票 会員・非会員共通(回答用紙)

地域包括ケア病棟(病床)に関するアンケート調査

都道府県[

]病院名[

]

2. 地域包括ケア病棟(病床)の状況 ※複数の病棟をお持ちの場合は病棟別にご記入下さい

※特記がない場合は4月1日現在		1病棟目		2病棟目		3病棟目		4病棟目		5病棟目	
(1)地ケア病棟の 特定入院料区分:	入院料	1・2・3・4		1・2・3・4		1・2・3・4		1・2・3・4		1・2・3・4	
	管理料	1・2・3・4		1・2・3・4		1・2・3・4		1・2・3・4		1・2・3・4	
(2)病床数:(地ケア病棟・病床のみ)		床		床		床		床		床	
(3)入院医療管理料のみ:その病棟 の入院基本料と届出(合計)病床数:		番号	届出(合計)病床数	番号	届出(合計)病床数	番号	届出(合計)病床数	番号	届出(合計)病床数	番号	届出(合計)病床数
(4)医療法上の位置づけ		1. 一般病床・2. 療養病床		1. 一般病床・2. 療養病床		1. 一般病床・2. 療養病床		1. 一般病床・2. 療養病床		1. 一般病床・2. 療養病床	
(5)病床機能報告の機能		1. 高度急性期・2. 急性期 3. 回復期・4. 慢性期		1. 高度急性期・2. 急性期 3. 回復期・4. 慢性期		1. 高度急性期・2. 急性期 3. 回復期・4. 慢性期		1. 高度急性期・2. 急性期 3. 回復期・4. 慢性期		1. 高度急性期・2. 急性期 3. 回復期・4. 慢性期	
(6)看護職員配置加算:		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無	
(7)看護補助者配置加算:		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無	
(8)看護職員夜間配置加算:		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無		1. 有・2. 無	
(9)稼働率:(4月実績)		%		%		%		%		%	
(10)必要度の評価方法と実績: (2~4月平均)		I・II	%	%	%	%	%	%	%	%	%
(11)平均在院日数: (2~4月平均)		日		日		日		日		日	
(12)リハ単位: (2~4月平均)		単位		単位		単位		単位		単位	

※(9)~(12)は小数点第一位までご記入下さい。

調査票 会員専用(設問)

地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート (会員専用)

■患者状況調査について

本退院患者調査は、2019年4月時点で地域包括ケア病棟(病床)(以下、「地ケア病棟」)を届け出ている当協会の会員病院にお願いしています。2019年3月1日～7日に地ケア病棟を退院、転院、転棟した患者の状況について、様式1等を参考に各設問にお答え下さい。入力値が設定されている設問については、回答欄に該当する数字をご記入下さい。

1. 年齢・・・B列 生まれた年を西暦(4ケタの数字)でご記入下さい。
2. 予定・緊急区分・・・C列

次の入力値から選択し、回答欄に数字をご記入下さい。

入力値	内容	備考
1	予定入院	予定入院
2	救急搬送以外の予定外入院	緊急入院
3	救急搬送入院	緊急入院

3. 入院前の場所・・・D列

入院前の居場所の区分を、次の入力値から選択し回答欄に数字をご記入下さい。

入力値	内容
1	他院の急性期病床
2	他院の急性期以外の病床
3	自院の急性期病床
4	自院の急性期以外の病床
5	自宅(家庭)
6	居住系施設、特養
7	老健
8	介護療養病床、介護医療院
9	その他

※2. と3. から当協会でご受け入れ機能を分類します

4. 在院日数・・・E列

地ケア病棟に入院、転入してから退院、転出するまでの在院日数をご記入下さい。地ケア病棟から転棟した場合は、転棟日は含みません。

5. 入院時主病名・・・F列

入院時主病名は、下記の番号から選択し、回答欄に数字をご記入下さい。DPCコード(診断群分類番号)のMDCコード冒頭2桁(主要診断群)の18群分類と同等です。歯科入院の場合は99をご記入下さい。

地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート (会員専用)

- 1.神経疾患 2.眼科系疾患 3.耳鼻咽喉科系疾患 4.呼吸器系疾患 5.循環器系疾患
- 6.消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患 7.筋骨格系疾患 8.皮膚・皮下組織の疾患
- 9.乳房の疾患 10.内分泌・栄養・代謝に関する疾患 11.腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患
- 12.女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩 13.血液・造血器・免疫臓器の疾患
- 14.新生児疾患、先天性奇形 15.小児疾患 16.外傷・熱傷・中毒 17.精神疾患
- 18.その他の疾患 99. 歯科系疾患

6. 入院前の在宅医療の有無・・・G列

在宅医療とは、①往診、②訪問診療、③医師・歯科医師以外訪問(訪問看護や訪問リハ等)のいずれかに該当するものです。次の入力値から選択し、回答欄に数字をご記入下さい。

入力値	内容
1	在宅医療なし
2	自院が提供
3	他施設が提供
9	不明

7. 今回の入院契機となった疾患が発症する前の日常生活支援の要不要・・・H列

日常生活支援とは、老年症候群、フレイル、要介護状態、障害児・者や、疾病、外傷、先天的要因等様々な原因で、心身機能・構造、日常生活活動、社会参加の観点から支援を要する状態(経済的支援は除く)です。

評価する時期は「今回の入院契機となった疾患が発症する前」です。入院時の評価でないことにご留意をお願いします。データの取得が困難な場合や普段調査をしていない場合は、「9. 不明」として下さい。(本調査のために改めて調べる必要はございません)

入力値	内容
1	要
2	不要
9	不明

8. 加算等の実績の有無

地ケア病棟入院中の次項目の有無について、次の入力値から選択し回答欄に数字をご記入下さい。

1件でも実績が場合は、「1. あり」として下さい。なお、疾患別・がん患者リハビリ提供総単位数は実数をご記入下さい。

- ・疾患別・がん患者リハビリ提供総単位数(地ケア病棟における)・・・I列 ※実数
- ・CARB実施の有無・・・J列
- ・入退院支援加算(一般病棟1のイに限る)・・・K列
- ・認知症ケア加算(1または2)・・・L列
- ・薬剤総合評価調整加算・・・M列

調査票 会員専用(設問)

地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート(会員専用)

- ・摂食機能療法・・・N列
- ・NST回診・・・O列
- ・急性期患者支援病床初期加算・・・P列
- ・在宅患者支援病床初期加算・・・Q列

入力値	内容
1	あり
2	なし
9	不明

9. 退院、転出先・・・O列

退院、転出先の区分を次の入力値から選択し、回答欄に数字をご記入下さい。

入力値	内容
1	他院の急性期病床
2	他院の急性期以外の病床
3	自院の急性期病床
4	自院の急性期以外の病床
5	自宅(家庭)
6	居住系施設、特養
7	老健
8	介護療養病床、介護医療院
9	その他

10. 退院後の在宅医療の有無・・・P列

在宅医療とは、①往診、②訪問診療、③医師・歯科医師以外の訪問(訪問看護や訪問リハ等)のいずれかに該当するものです。次の入力値から選択し、回答欄に数字をご記入下さい。

入力値	内容
1	在宅医療なし
2	自院が提供
3	他施設が提供
9	不明

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

<本アンケートの問い合わせ先>

地域包括ケア病棟協会 事務局 庄田

TEL: 03-3355-3120 FAX: 03-3355-3122

メール: info@chiiki-hp.jp

調査票 会員専用(回答用紙)

■患者状況調査【回答用紙】

地域包括ケア病棟協会 第5回アンケート(会員専用)

※2019年3月1日～7日の間に、地域包括ケア病棟(病床)から退院や転院、転棟した患者についてご記入ください。
 ※行が足りない場合は、お手数ですがコピーをしてご記入ください。その際は回答用紙 No.のご記入もお願いします。

〔都道府県名: _____〕／〔病院名: _____〕／ 回答用紙 No. _____

No.	1. 年齢	2. 予定・緊急	3. 入院前の場所	4. 在院日数	5. 入院時主病名	6. 入院前の在宅医療	7. 発症前日常生活支援	8. 加算等の実績の有無								9. 転棟・退院先	10. 退院後の在宅医療
	生年を西暦で入力(例: 1969)	1. 予定 2. 救急以外 3. 救急	設問の番号で入力(1～9)		設問の番号で入力(1～18、99)	0. なし 1. 自院提供 2. 他施設提供 9. 不明	1. 要 2. 不要 9. 不明	疾患別・がん患者リハ提供総単位数	CARB実施 1. あり 2. なし	入退院支援加算 1. あり 2. なし	認知症ケア加算 1. あり 2. なし	薬剤総合評価調整加算 1. あり 2. なし	摂食機能療法 1. あり 2. なし	NST回診 1. あり 2. なし	急性期患者支援病床初期加算 1. あり 2. なし	在宅患者支援病床初期加算 1. あり 2. なし	設問の番号で入力(1～9)
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

調査項目について

件数が少ないため、統計学的有意差は求めない

実施期間： 2019年6月17日～7月1日

回収状況： 発送：2,388病院(2019年4月届出病院) 回収：529病院 回収率：22.2%

調査の概要： (うち地域包括ケア病棟協会員 発送：485病院 回収：150病院 回収率：30.9%)

■2019年度は、会員・非会員共通の施設調査と会員限定の患者状況調査を実施

■会員・非会員共通の施設調査

◆対象：2019年4月時点で地域包括ケア病棟を届け出ている病院

◆病院基本情報

・開設法人、所在地、許可病床数、病床機能、病院機能、介護サービス等の状況、救急車受入実績、常勤総合診療医師数、地域医療連携推進法人への加入等

・地域包括ケア病棟(以下地ケア病棟)の状況

地ケア病棟の特定入院料の区分、病床数、医療法上の位置付け、病床機能報告、加算の届出状況、実績(稼働率、重症度、医療・看護必要度、平均在院日数、疾患別リハビリ提供単位数等)等

◆在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組み

・在宅・生活復帰支援促進の取り組み、充実度、補完代替リハビリの実施状況等

◆在宅復帰支援のための地域内多職種協働の取り組み

・入院料(管理料)1、3に関する届出状況や在宅医療等の実績等、診療圏内の在宅医療・介護の充実度

◆自由記述

調査項目について

件数が少ないため、統計学的有意差は求めない

実施期間： 2019年6月17日～7月1日

回収状況： 地ケア病棟協会員 発送：485病院 回収：150病院 回収率：30.9%

調査の概要：

■ 会員限定の患者状況調査

◆ 対象：2019年3月1日～7日の1週間に地ケア病棟を退院・転院・転棟した患者

◆ 患者情報調査項目：

年齢、入院区分、入院前の場所、在院日数、入院自主病名、入院前の在宅医療、今回の入院契機となった疾患が発症する前の日常的な生活支援、加算(補完代替リハビリ含む)等の実績、退院・転出先、退院後の在宅医療等

■ 設問毎の集計

- はスライド内のまとめとした。
- 統計処理をしていないため、
 - ・割合は、大まかに0.5割刻みと、
 - ・強、弱、以上、以下、超、未満の修飾語で表した。
- 最大頻度や割合を**赤**、最小を**青**、その中間で強調したい場合を**紫**で表した。

■ 会員・非会員共通の施設調査 (以下施設調査)

発送: 2,388病院(2019年4月届出病院) 回収: 529病院 回収率: 22.2%
(うち地域包括ケア病棟協会会員 発送: 485病院 回収: 150病院 回収率: 30.9%)

注) 調査項目の実績は、「2019年4月1日」、「4月1ヵ月」、「2月～4月の3ヵ月」等と異なる。本調査をもって年間を通じた調査を代替することは困難である。結果の解釈には十分注意して頂きたい。

1. 病院基本情報

・1.-(2)開設法人：(n=529)

	公的	民間	未回答	合計
回答数	146	350	33	529
%	27.6	66.2	6.2	100.0

・1.-(6)許可病床の規模：(n=479)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

	～49	50～99	100～ 149	150～ 199	200～ 299	300～ 399	400～ 499	500～	合計
回答数	15	104	82	135	56	60	18	9	479
%	3.1	21.7	17.1	28.2	11.7	12.5	3.8	1.9	100.0

67.0%

- ・開設法人の6.5割強が民間であった。
- ・許可病床数50床以上200床未満が6.5割強を占めていた。
- ・許可病床数の中央値は160床、平均値は188.0床であった。

H30調査結果
とほぼ同様

1. 病院基本情報

・1.-(3)所在地：(n=529)

	大都市	地方都市	過疎地	未回答	合計
病院数	158	289	80	2	529
%	29.9	54.6	15.1	0.4	100.0

・地方都市が過半数を占め、大都市、過疎地と続いた。

H30調査結果
とほぼ同様

・1.-(4)加算等の要件緩和となる医療資源の少ない地域：(n=529)

	該当	非該当	未回答	合計
病院数	11	502	16	529
%	2.1	94.9	3.0	100.0

・該当はわずか**11施設2.1%**であった。

1. 病院基本情報

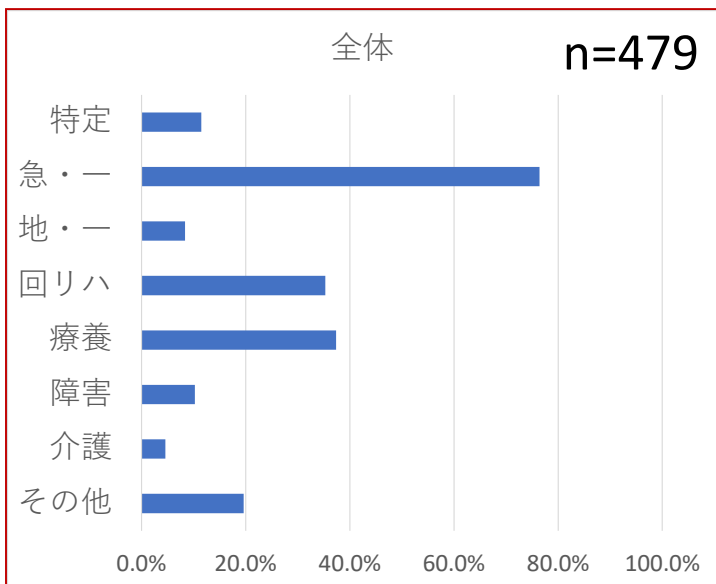
・1.-(5)DPC対象：(n=529)

	対象	非対象	未回答	合計
病院数	211	316	2	529
%	39.9	59.7	0.4	100.0

・DPC対象病院は**ほぼ4割**であった。

1. 病院基本情報

・ 1.-(6)許可病床数及び届出病床数：(n=479)

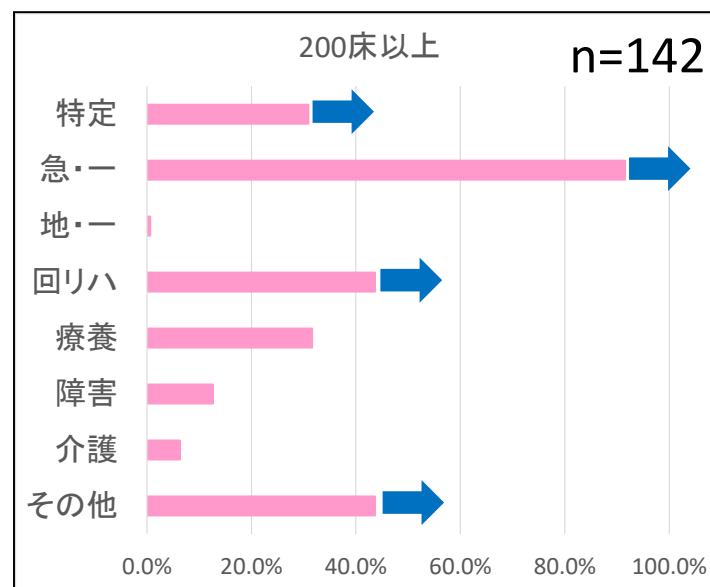
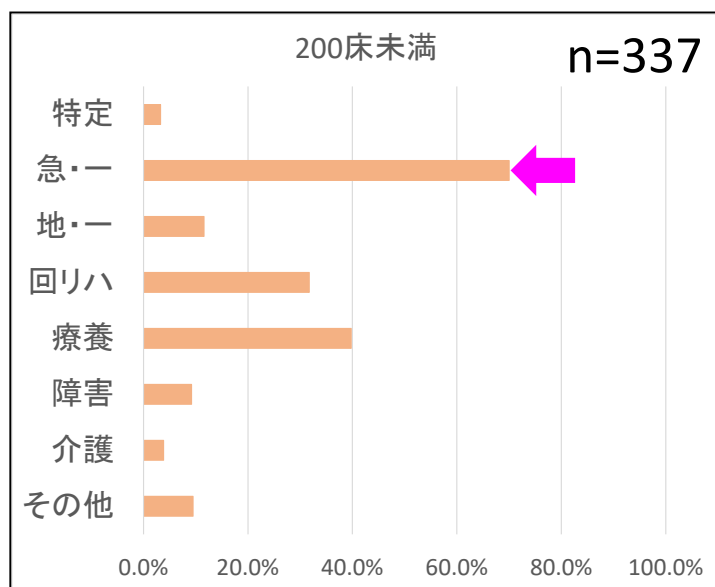


■ 地ケア病棟を有する病院のうち、

- ・ 8割弱が急性期一般病棟を
- ・ 4割弱が医療療養病棟を
- ・ 3.5割強が回りハ病棟を、届け出ていた。

■ 許可病床数で比較すると、

- ・ 200床未満は、急性期一般病棟が少なくなり、
- ・ 200床以上は、高度急性期・急性期と回りハ病棟、その他(感染・緩和・精神等)が多くなった。



地域包括ケア病棟を有する病院の 3つの病院機能と地域包括ケア病院

■急性期ケアミックス(CM)型

■定義

急性期一般病棟以上の急性期病床を有し、施設全体で急性期機能を最も重視。

- ・急性期対応が強み！
- ・地ケア病棟は自院ポストアキュート中心
- ・他型より200床以上の割合が多い

■地域密着型

■定義

「急性期ケアミックス型」と「ポストアキュート連携型」のどちらでもない。

- ・日常生活圏域のSAに主に対応
- ・200床未満が大多数

■ポストアキュート(PA)連携型

■定義

施設全体として、実患者数の概ね半分以上が他院からのPA患者。

- ・連携先は高度急性期～急性期病院
- ・回りハや療養の後方病床と、訪問・通所・入所の併設施設が豊富
- ・200床未満が大多数

■地域包括ケア病院

■定義

全病棟病室が地域包括ケア病棟の“形態分類”

- ・“機能分類”では「地域密着型」または「ポストアキュート連携型」

1. 病院基本情報(会員・非会員共通の施設調査)



・R1年 1.-(7)診療圏における自院の病院機能:(n=529)

	急性期CM型	PA連携型	地域密着型	未回答	合計
回答数	262	68	189	10	529
%	49.5	12.9	35.7	2.6	100.0

・H30年 2.-(1)診療圏における自院の病院機能:(n=500)

	急性期CM型	PA連携型	地域密着型	未回答	合計
回答数	252	69	166	13	500
%	50.4	13.8	33.2	2.6	100.0

・H29年 2.-(1)診療圏における自院の病院機能:(n=616)

	急性期CM型	PA連携型	地域密着型	未回答	合計
回答数	365	91	155	5	616
%	59.3	14.8	25.2	0.8	100.0

- ・H29～R1調査へと進むにつれ急性期CM型とPA連携型の割合が減少し、地域密着型の割合が増加した。
- ・R1調査では、**急性期CM型が初めて半数割れ**となった。

1. 病院基本情報

・ 1.-(8)併設の介護サービス等の状況：(n=529)

H30調査結果
とほぼ同様

・訪問系

	あり	なし	未回答	合計
回答数	381	125	23	529
%	72.0	23.6	4.3	100.0

・通所系

	あり	なし	未回答	合計
回答数	300	199	30	529
%	56.7	37.6	5.7	100.0

・介護施設

	あり	なし	未回答	合計
回答数	236	265	28	529
%	44.6	50.1	5.3	100.0

・居住系

	あり	なし	未回答	合計
回答数	166	319	44	529
%	31.4	60.3	8.3	100.0

1. 病院基本情報

1.-(9)-① 救急車の受入実績 【2019年4月実績】

・許可病床1床あたりの受入数：(n=452)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※上記の他に、救急車の受入実績かうち入院患者数のいずれかが未記入の27病院は対象外とした。

※3.0以上は、除外した

	0件	0超 0.1未満	0.1 以上 0.2未満	0.2以 上0.3 未満	0.3 以上 0.4 未満	0.4 以上 0.5 未満	0.5 以上 0.6 未満	0.6 以上 0.7 未満	0.7以 上0.8 未満	0.8 以上 0.9 未満	0.9 以上 1.0 未満	1.0 以上 2.0 未満	2.0 以上 3.0 未満	合計
回答数	32	87	68	58	42	46	28	22	14	5	7	20	7	452
%	7.3	20.0	15.6	13.3	9.6	10.6	6.4	5.0	3.2	1.1	1.6	4.6	1.6	100.0

許可病床1床あたりの救急車の受入数について、

- ・中央値は0.27（≒43件/160床・月）、平均値は0.66件/床・月であった。
- ・0件は1割に満たない。
- ・0超～0.4件/床・月（≒64件/160床・月）未満が5.6割強を占めた。

H30調査結果
より若干増加

1. 病院基本情報

1.-(9)-② 救急車の受入実績 【2019年4月実績】

・救急搬送からの入院率: (n=452)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※上記の他に、救急車の受入実績のうち入院患者数のいずれかが未記入の27病院は対象外とした。

	救急車の受入なし	0%	0.1 以上 10% 未満	10 以上 20% 未満	20 以上 30% 未満	30 以上 40% 未満	40 以上 50% 未満	50 以上 60% 未満	60 以上 70% 未満	70 以上 80% 未満	80 以上 90% 未満	90 以上 100% 未満	100%	合計
回答数	32	6	0	10	19	70	100	100	46	23	14	3	29	452
%	7.1	1.3	0.0	2.2	4.2	15.5	22.1	22.1	10.2	5.1	3.1	0.7	6.4	100.0

病院に救急搬送された患者の入院割合について、

- ・中央値は50.0%、平均値は52.4%であった。
- ・救急車の受け入れなしは1割に満たない。
- ・0%(救急搬送ありかつ入院なし)はほぼなく、30%~70%が7割を占めた。

1. 病院基本情報

・ 1.-(10)地ケア病棟届け出の施設基準の充足状況: (n=529)

	1. 在宅療養支援病院	2. 在宅療養後方支援病院(年3件以上の実績あり)	3. 二次救急医療施設	4. 救急告示病院	5. 当該医療機関の施設内 訪問看護ステーションの併設
回答数	164	47	309	351	167
529病院のうち、選択した割合(%)	31.0	8.9	58.4	66.4	31.6

- ・救急が在宅療養の要件を上回っていた。在宅療養後方支援病院は1割弱と最少であった。
- ・昨年新設の訪問看護ステーションの要件は3割強が満たしていた。

・ 1.-(12)地域医療連携推進法人への加入等: (n=529)

	法人がない	加入している	2019年度に加入予定	検討中	脱退した	未回答	合計
回答数	370	17	2	81	0	59	529
%	69.6	3.2	0.4	15.3	0.0	11.2	100.0
		18.9%					

- ・地域医療連携推進法人に加入している、加入予定、検討中を合わせると2割弱に認めた。

H30調査結果
より若干増加

1. 病院基本情報

・ 1.-(11)常勤の総合診療医の状況: (n=529)

・ 総合診療医の有無

	いる	いない	未回答	合計
回答数	152	362	15	529
%	28.7	68.4	2.8	100.0

・ 所属人数: (n=152)

	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人	11人以上	未回答	合計
回答数	63	36	18	14	6	5	2	2	0	1	2	3	152
%	41.4	23.7	11.8	9.2	3.9	3.2	1.3	1.3	0.0	0.7	1.4	2.0	100.0

・ 総合診療医は、“常勤がいる”が3割弱で、その内1人の施設が4割強と最も多く、4人以下が8.5割強を占めた。

2. 地ケア病棟の状況

2.-(1)~(9)の集計の条件

・各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった 48病院は除いた。

2.-(1)特定入院料の区分: (n=481)

【2019年4月1日】

・1病棟数のみ: (n=448)

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	管理料 1	管理料 2	管理料 3	管理料 4	合計
回答数	91	178	3	4	82	78	9	3	448

・2病棟数: (n=31)

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	合計
入院料1	6		2		8				16
入院料2		15							15

・3病棟数: (n=2)

入院料1×2病棟、入院料3×1病棟
入院料1×2病棟、管理料2×1病棟

・病棟数の状況: (n=481) 【2019年4月1日】

	1病棟のみ	2病棟	3病棟	合計
回答数	448	31	2	481
%	93.1	6.4	0.4	100.0

・地ケア病棟は、1病棟数のみの届出が9.5割弱を占めた。
 ・1病棟数では入院料・管理料共に2が最多であった。
 ・1病棟数では**入院料(管理料)1は4割弱(H30比1割増)**、**入院料(管理料)2は7割弱(H30比1割減)**となった。

2. 地ケア病棟の状況

2.-(2)地ケア病棟の病床数 2019年4月1日時点:(n=481)

	~10	11 ~20	21 ~30	31 ~40	41 ~50	51 ~60	61 ~80	81 ~100	101 ~150	151~	合計
病院数	46	65	57	90	132	65	7	12	7	0	481
%	9.6	13.5	11.9	18.7	27.4	13.5	1.5	2.5	1.5	0.0	100.0

94.6%

地ケア病棟の病床数について、

- ・中央値は40.0床、平均値は38.2床であった。
- ・41~50床の施設が3割弱と最多であった。60床以下が9.5割を占めた。

H30調査結果
とほぼ同様

2. 地ヶア病棟の状況

2.-(3)入院医療管理料の場合、当該病棟の入院基本料：(n=143) 【2019年4月1日】

	特定入院料	急・一般	地・一般	障害者	回りハ	医療療養	その他	未回答	合計
合計	1	91	18	5	11	3	1	13	143
%	0.7	63.6	12.6	3.5	7.7	2.1	0.7	9.1	100.0

入院医療管理料について、

・当該病棟の入院基本料は、急性期一般入院料が**6.4割**を占めていた。

2.-(4)医療法上の位置づけ：(n=516) 【2019年4月1日】

※複数病棟を有する病院は、すべて集計した。(448病院×1病棟+31病院×2病棟+2病院×3病棟=516)

	一般病床	療養病床	未回答	合計
回答数	452	57	7	516
%	87.6	11.0	1.4	100.0

H30調査結果
とほぼ同様

2. 地ケア病棟の状況

2.-(5)病床機能報告における病床機能: (n=516) 【2019年4月1日】

※複数病棟を有する病院は、すべて集計した。(448病院×1病棟+31病院×2病棟+2病院×3病棟=516)

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	未回答	合計
回答数	0	185	289	29	13	516
%	0.0	35.9	56.0	5.6	2.5	100.0

・回復期と報告した病棟が5.5割強と最多で、急性期は3.5割強、慢性期は最少の0.5割強であった。

・地域包括ケア病院の状況

・病院数: 5

・病床数: (n=5)

	~10	11 ~20	21 ~30	31 ~40	41 ~50	51 ~60	合計
病院数	0	0	0	1	2	2	5
%	0.0	0.0	0.0	20.0	40.0	40.0	100.0

2. 地ケア病棟の状況

2.-(6)看護職員配置加算の取得の有無：(n=516) 【2019年4月1日】

※複数病棟を有する病院は、すべて集計した。

	あり	なし	未回答	合計
回答数	430	84	2	516
%	83.3	16.3	0.4	100.0

H30調査結果
とほぼ同様

2.-(7)看護補助者配置加算の取得の有無：(n=516) 【2019年4月1日】

※複数病棟を有する病院は、すべて集計した。

	あり	なし	未回答	合計
回答数	302	209	5	516
%	58.5	40.5	1.0	100.0

H30調査結果
とほぼ同様

2.-(8)看護職員夜間配置加算の取得の有無：(n=516) 【2019年4月1日】

※複数病棟を有する病院は、すべて集計した。

	あり	なし	未回答	合計
回答数	66	436	14	516
%	12.8	84.5	2.7	100.0

H30調査と比
べありの割合
が倍増した。

2. 地ケア病棟の状況

2.-(9)～(12)の集計は下の条件による

- ・各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除いた。
- ・複数病棟を有する病院は、すべて集計した。

<(9)稼働率の異常値>

- ・20%未満又は105%以上

<(10)重症度、医療・看護必要度の異常値>

- ・評価方法の記載がないもの
- ・9%未満又は99%以上

※評価方法Ⅱで、9%未満のデータはなかった

<(11)平均在院日数の異常値>

- ・60日より長い

<(12)リハ実施単位数の異常値>

- ・2単位未満又は30単位以上

+ 空欄 は異常値とした

2. 地ケア病棟の状況

・ 2.-(9)稼働率：(n=505)

【2019年4月実績】

	20%以上 30%未満	30%以上 40%未満	40%以上 50%未満	50%以上 60%未満	60%以上 70%未満	70%以上 80%未満	80%以上 90%未満	90%以上 100%未満	100% 以上	合計
回答数	0	2	4	21	41	70	148	186	33	505
%	0.0	0.4	0.8	4.2	8.1	13.9	29.3	36.8	6.5	100.0

・ 中央値は88.1%であった。

H30調査結果
とほぼ同様

2. 地ケア病棟の状況

・ 2.-(10)重症度、医療・看護必要度

・評価方法の状況：(n=481)

	I	II	未回答	合計
回答数	399	51	31	481
%	83.0	10.6	6.4	100.0

・評価方法 II を採用する施設の割合は、H30調査から8.3ポイント増えた。

・評価方法 I の実績：(n=421) 【2019年2～4月平均】 中央値：24.1 平均値：25.6

	9%以上 10%未満	10%以上 15%未満	15%以上 20%未満	20%以上 25%未満	25%以上 30%未満	30%以上 35%未満	35%以上 40%未満	40%以上 45%未満	45%以上	合計
回答数	0	38	100	93	71	46	42	19	12	421
%	0.0	9.0	23.8	22.1	16.9	10.9	10.0	4.5	2.9	100.0

・評価方法 II の実績：(n=55) 【2019年2～4月平均】 中央値：24.6 平均値：24.2

	9%以上 10%未満	10%以上 15%未満	15%以上 20%未満	20%以上 25%未満	25%以上 30%未満	30%以上 35%未満	35%以上 40%未満	40%以上 45%未満	45%以上	合計
回答数	0	11	10	9	9	10	2	2	2	55
%	0.0	20.0	18.2	16.4	16.4	18.2	3.6	3.6	3.6	100.0

- ・評価方法 I の必要度のピークは、H30調査より5ポイント低下し、15-20%であった
- ・評価方法 II のピークは10-15%であった

2. 地ケア病棟の状況

・ 2.-(11)平均在院日数：(n=504) 【2019年2～4月平均】

	1日未満	1日以上 15日未満	15日以上 30日未満	30日以上 45日未満	45日以上 60日以下	合計
回答数	0	38	280	169	17	504
%	0.0	7.5	55.6	33.5	3.4	100.0

中央値:26.5日 平均値:27.3日

H30調査結果
とほぼ同様

・ 2.-(12)リハビリテーション平均実施単位数：(n=460) 【2019年2～4月平均】

	2単位以上 4単位未満	4単位以上 6単位未満	6単位以上	合計
回答数	455	3	2	460
%	98.9	0.7	0.4	100.0

中央値:2.3単位/日 平均値:2.5単位/日

H30調査結果
とほぼ同様

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

3.-(1)在宅復帰支援のための取り組み:(n=529)

(複数回答あり)



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

取り組み	選択病院数	529病院に占める割合
1. リハビリ	516	97.5
11. 家族との退院調整	482	91.1
13.地域ケアマネとの連携	427	80.7
6. レスパイトケアの受け入れ	382	72.2
9. 摂食機能療法	347	65.6
3. 認知症ケア	344	65.0
7. 口腔ケア	335	63.3
4. NST	299	56.6
8. 排泄ケア	257	48.6
14. 薬剤師の病棟配置	183	34.6
2. リハビリ栄養	155	29.3
15. ACP	116	21.9
10.院内デイサービス・デイケア	97	18.3
5. ポリファーマシー対策	93	17.6
12.院内地域内共通のアセスメント	34	6.4
16.その他	3	0.6

7割
以上

3割
未満

・リハビリ、家族との退院調整、地域ケアマネとの連携、レスパイトケアの受け入れの割合が7割以上と多く、リハビリ栄養、ACP、院内デイサービス・デイケア、ポリファーマシー対策、院内地域内共通アセスメントは3割未満と少なかった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(2)在宅復帰支援の充実度：(n=529)

	充実している	まあまあ充実している	あまり充実していない	充実していない	分からない	未回答	合計
回答数	82	342	67	7	17	14	529
%	15.5	64.7	12.7	1.3	3.2	2.6	100.0

80.2%

・自院の在宅復帰支援の充実度は、「充実している」と「まあまあ充実している」を合わせてほぼ8割であった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

1、疾患別・がん患者リハビリテーション(以下リハ)

2、補完代替リハ(CARB: Complementary and Alternative Rehabilitation)

1) POC(Point Of Care)リハ

①OT-POCリハ: 個別の生活回復リハ

②PT-POCリハ: 個別の廃用・褥瘡予防と機能回復リハ

2) 集団リハ

3) 院内デイケア・デイサービス

4) 自主トレーニング指導

5) 運動療法指導

※出来高算定の摂食機能療法は除く

3、実施時の注意点

・主治医が包括的指示として処方

・リハ療法士が実施

・リハ記録(分単位)の記載が必要

・疾患別リハと同時実施は不可

・リハ療法士の勤務時間として計算

・1日平均2単位以上の疾患別・がん患者リハには含まれない。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・地域包括ケア病棟の包括算定リハビリテーション

1、補完代替リハビリテーション: CARB (Complementary and Alternative Rehabilitation)

地域包括ケア病棟では、スケジュールと提供量(20分1単位)を管理された疾患別・がん患者リハ以外に、リハ包括算定を活かした時間・単位・場所に縛られないリハを提供できる。

POC(Point of Care)リハ(下記参照)や、集団リハ、院内デイケア・デイサービス、自主トレーニング指導、運動療法指導(疾患別・がん患者リハでは算定対象外だが糖尿病等の疾患特性を踏まえた指導)等、疾患別・がん患者リハを補完代替するリハを“補完代替リハ(CARB)”と総称している。

補完代替リハ(CARB)は、主治医の包括的指示と処方の下にリハ療法士が実施する。分単位のリハビリ記録の記載が必要で、疾患別・がん患者リハと同時に実施できず、1日平均2単位以上の要件にも含まれない。

2、POC(Point of Care)リハビリテーション

補完代替リハ(CARB)のうち、療養中の患者の傍ら(Point of Care)で、個別に短時間(20分未満/回)、オンデマンドでリアルタイムに直接介入するリハをPOCリハと称している。

OTは生活回復リハ、PTは廃用・褥瘡予防と機能回復リハを主に担当し、患者の「しているADL」への介入を容易にする。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(3) 補完代替リハ(CARB)の取り組み: (n=529)

	POCリハ※2	集団リハ	院内デイケア デイサービス	自主 トレーニング	運動療法 指導	取り組んで いない	その他
回答数	110	96	60	151	123	282	14
%	20.8	18.1	11.3	28.5	23.3	53.3	2.6

・ 協会員の状況(抜粋): (n=150)

	POCリハ※2	集団リハ	院内デイケア デイサービス	自主 トレーニング	運動療法 指導	取り組んで いない	その他
回答数	53	43	26	54	42	61	8
%	35.3	28.7	17.3	36.0	28.0	40.7	5.3

- ・ POCリハの取り組みは全施設と会員施設でH30調査と同様の結果であった。
- ・ POCリハを含む補完代替リハ(CARB)は半分弱の施設で取り組まれており、会員施設がより積極的であった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(3)補完代替リハ(CARB)の取り組み: (n=529)

その他の自由記述

- ・病棟内での生活リハビリ。
- ・生活レクリエーション
- ・嚥下体操
- ・専門職による勉強会(患者、家族、スタッフを対象)
- ・モーニングリハビリテーションケア
- ・心要なPtには2単位以上行なっている(運動療法)
- ・腰HAL(R)
- ・ADL指導
- ・レクリエーション
- ・ST
- ・退院に向けてのADL評価 福祉用具の算定
- ・集団起立訓練
- ・リハ職員による食事介助、認知症リハビリ
- ・生活リハビリ

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

・ 3.-(4・6)補完代替リハ(CARB)提供施設の実施リハの割合: (n=172)



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

	POCリハ※2	集団リハ	院内デイケア サービス	自主 トレーニング	運動療法 指導	取り組んで いない	その他
回答数	110	96	60	151	123	272	14
%	20.8	18.1	11.3	28.5	23.3	53.3	2.6

POCリハを含むCARB実践施設

【2019年2~4月実績】

(4) 1. 疾患別・がん患者リハのみ介入した患者の割合	%	} 疾患別のみ
2. POCリハのみ介入した患者の割合	%	
3. POCリハ以外のCARBのみ介入した患者の割合	%	
4. POCリハを含むCARBのみ介入した患者の割合	%	} CARB(POC含む)のみ
5. 疾患別・がん患者リハ+POCリハ介入した患者の割合	%	
6. 疾患別・がん患者リハ+POCリハ以外のCARBの介入した患者の割合	%	} 両方のみ
7. 疾患別・がん患者リハ+POCリハを含むCARBの介入した患者の割合	%	
8. セラピストの関与がなかった患者の割合	%	} 介入なし
合計	100	%

POCリハ以外のCARB実践施設

(6) 1. 疾患別・がん患者リハのみ介入した患者の割合	%	} 疾患別のみ
2. POCリハ以外のCARBのみ介入した患者の割合	%	
3. 疾患別・がん患者リハ+POCリハ以外のCARBの介入した患者の割合	%	} CARB(POC以外)のみ
4. セラピストの関与がなかった患者の割合	%	
合計	100	%

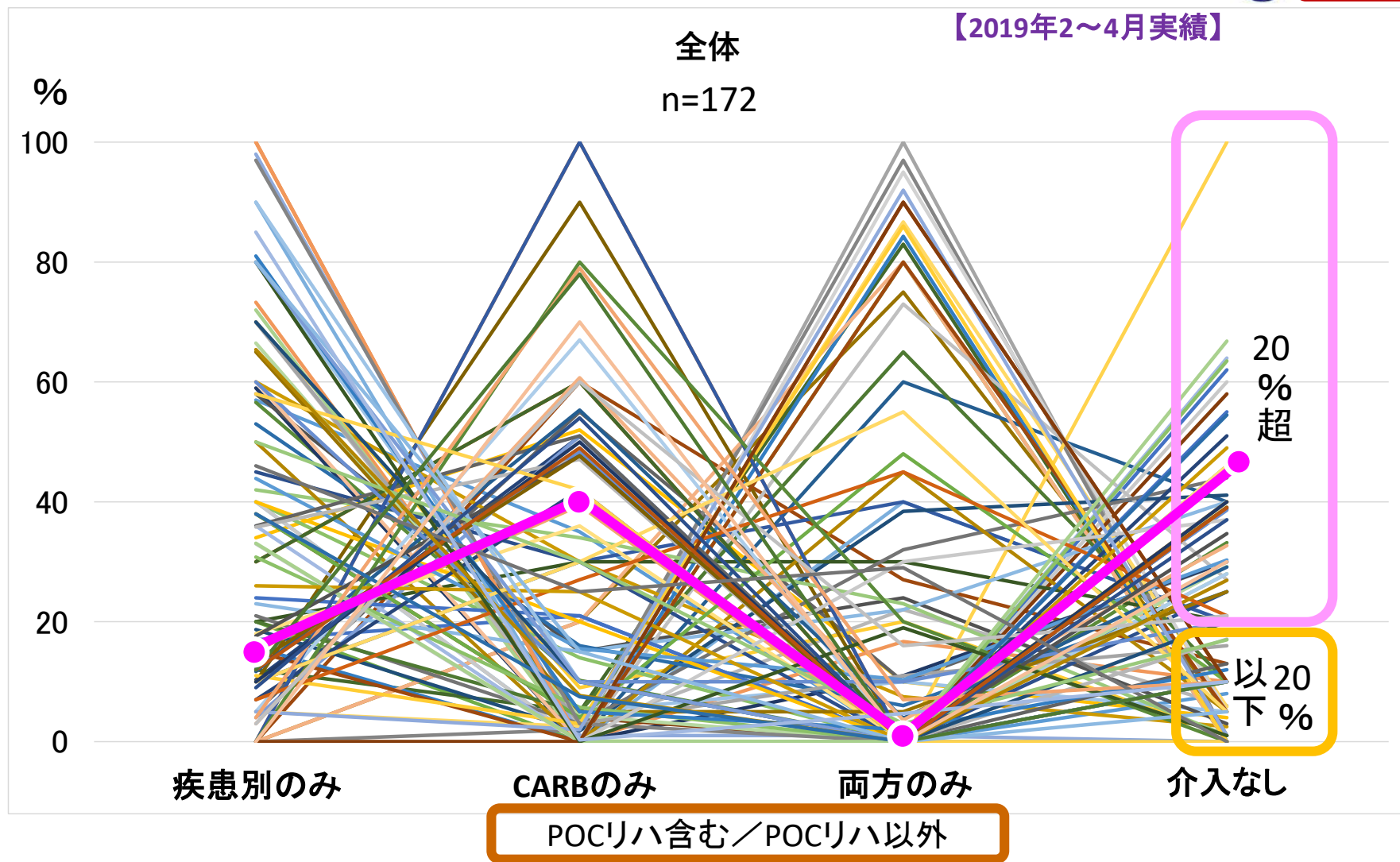
・補完代替リハ(CARB)提供施設におけるリハビリ提供割合を調査(主観的)

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

・ 3.-(4・6)補完代替リハ(CARB)提供施設の実施リハの割合: (n=172)



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査



・1つの施設は4点を繋ぐ折れ線グラフ(一線参照)になり、各点の割合の総和は100%となる。POCリハ実施の有無とリハ介入量の多寡で4つに分類して解析。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

・ 3.-(4)補完代替リハ(CARB)提供施設の実施リハの割合(POCリハあり): (n=96)

【2019年2～4月実績】

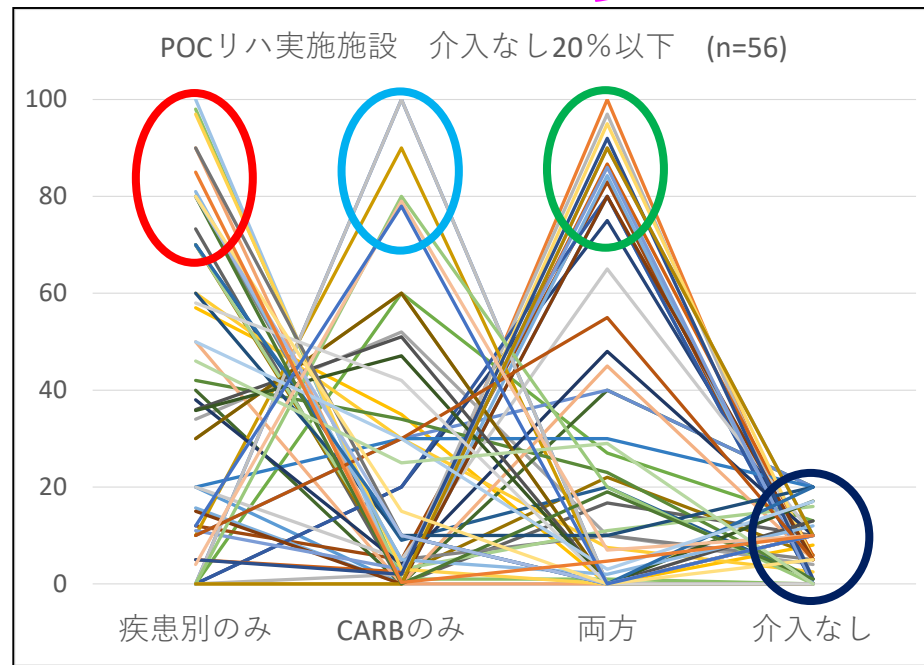
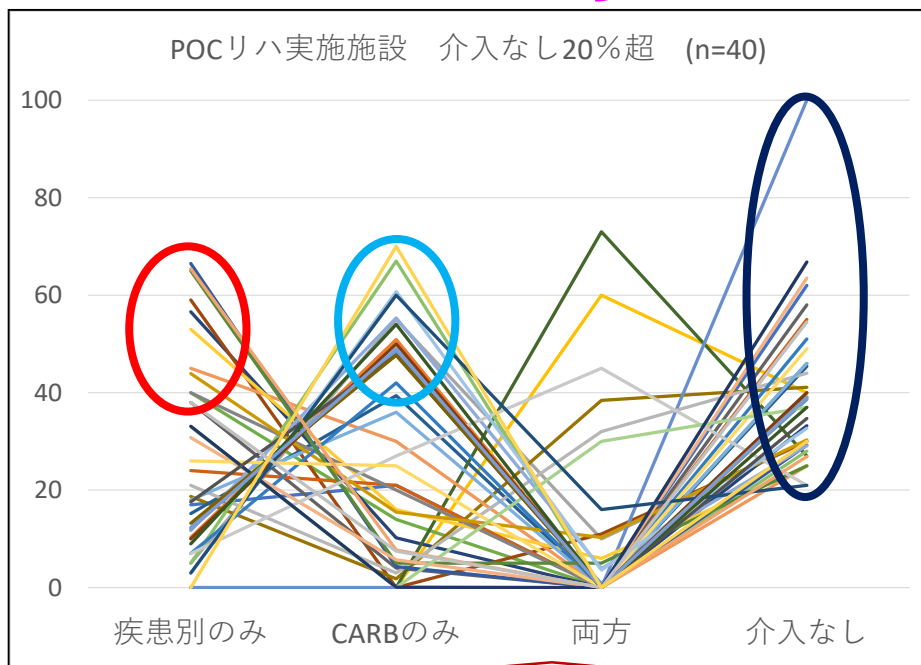


リハ(含CARB)介入なし20%超

(リハ介入件数少)

リハ(含CARB)介入なし20%以下

(リハ介入件数多)



POCリハありの補完代替リハ(CARB)提供施設では、

- ・リハ介入件数が少ないと、疾患別リハのみとCARB(含POCリハ)のみにピークが目立った。
- ・リハ介入件数が多いと、疾患別リハのみとCARB(含POCリハ)のみ、両方の全てのピークが目立った。
- ・実際のリハ(含CARB)介入件数と疾患別・がん患者リハ届出件数との差は大きい

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

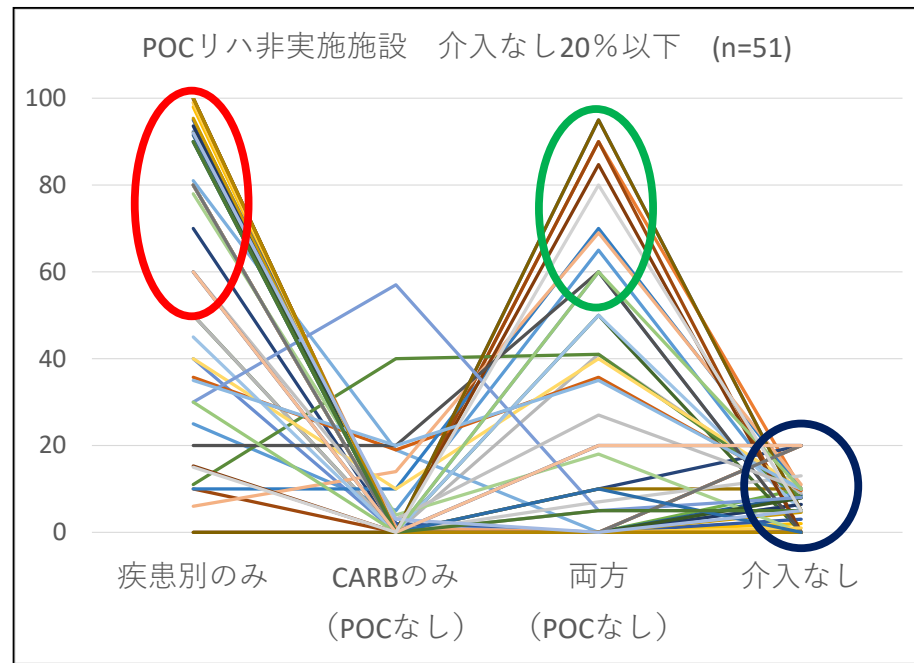
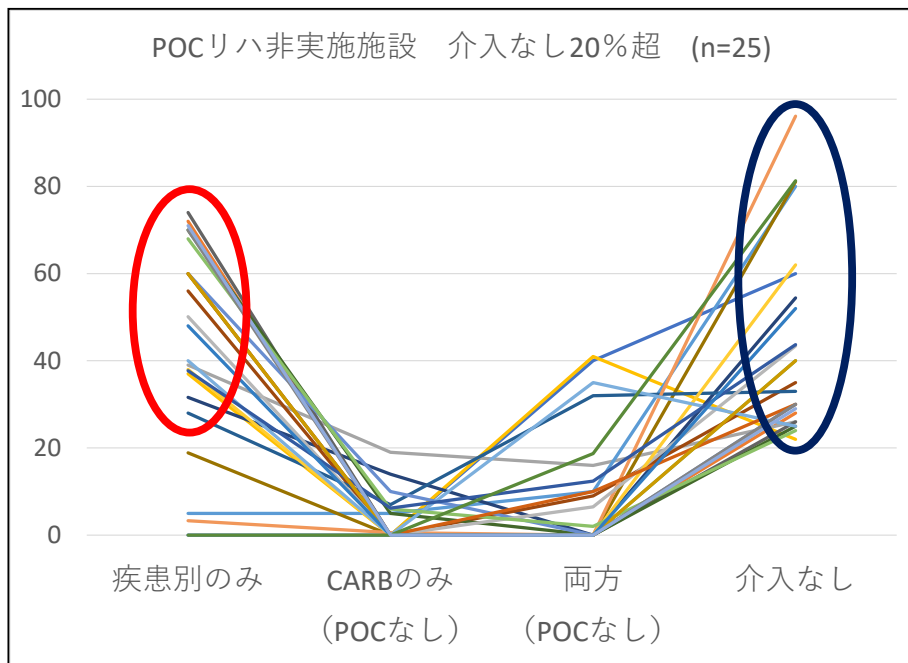
・ 3.-(6)補完代替リハ(CARB)提供施設の実施リハの割合(POCリハなし): (n=76)

【2019年2～4月実績】



リハ(含CARB)介入なし20%超
(リハ介入件数少)

リハ(含CARB)介入なし20%以下
(リハ介入件数多)



POCリハなしの補完代替リハ(CARB)提供施設では、

- ・リハ介入件数が少ないと、疾患別リハのみにピークが目立った。
- ・リハ介入件数が多いと、疾患別リハのみと両方(POCリハ以外)の全てのピークが目立った。
- ・実際のリハ(含CARB)介入件数と疾患別・がん患者リハ届出件数との差は小さい

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

3.-(4・6)補完代替リハ(CARB)提供施設の実施リハの割合: (n=172) 【2019年2~4月実績】

	リハ(含CARB)介入なし20%超 (リハ介入件数 少)	リハ(含CARB)介入なし20%以下 (リハ介入件数 多)	実際のリハ(含CARB)介入件数と疾患別リハ届出件数との差
POCリハ 非実施 施設 POCリハ (-)	・疾患別リハのみ 	・疾患別リハのみ ・両方(POCリハ以外) 	・CARB(POCリハ以外)の提供量が少ないため、 差は小さい。
POCリハ 実施 施設 POCリハ (+)	・疾患別リハのみ ・CARB(含POCリハ)のみ 	・疾患別リハのみ ・CARB(含POCリハ)のみ ・両方(含POCリハ) 	・CARB(含POCリハ)の提供量は、データ提出では把握できないため、 差は大きい。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

3.-5)-①POCリハの取り組み内容: (n=110)

※複数回答可



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

	早期離床の促進	他職種への指導	離床機会の拡大	家族への指導	生活場面での練習	環境整備	その他
回答数	75	70	91	82	103	68	7
%	68.2	63.6	82.7	74.5	93.6	61.8	6.4

協会員の状況(抜粋): (n=53)

	早期離床の促進	他職種への指導	離床機会の拡大	家族への指導	生活場面での練習	環境整備	その他
回答数	38	32	46	35	51	33	3
%	71.7	60.4	86.8	66.0	96.2	62.3	5.7

その他の自由記述

- ・拘縮予防、関節可動域練習
- ・退院前自宅訪問
- ・施設職員への情報提供や指導
- ・ポジショニング、口腔ケア、終末期ケア
- ・サービス担当者会議への出席
- ・20分未満の短時間の個別介入
- ・機能ADL維持訓練

・POCリハの取り組み内容は、生活場面での練習が9.5割弱、離床機会の拡大が8.5割弱と多かった。
・全施設と会員施設で内容はほぼ同様であった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

- 3.-⑤-②POCを提供して良かった点：(n=110) ※複数回答可

	回答数	割合
5. 短時間や低負荷の介入ができる	81	73.6
3. 「できるADL」から「しているADL」への移行を推進しやすい	63	57.3
11. 患者の普段の病棟での生活状況が把握しやすい	63	57.3
6. 病棟他職種に対して実場面につながる介助方法や指導がしやすくケアの質の向上につながる	56	50.9
2. 認知症患者に介入・対応しやすい	53	48.2
8. 患者家族に対してADLに関する介助方法の指導・伝達がしやすい	45	40.9
7. 疾患別リハにプラスすることで介入の種類が増え量的にも質的にも相乗効果が期待できる	41	37.3
12. 疾患別リハを効率化して減らすことができる	39	35.5
1. オンデマンドで介入できる	37	33.6
9. 疾患別リハ担当者以外の視点が入る	29	26.4
10. 疾患別リハと比較して治療以外の付帯業務が少なく効率的に患者に介入できる	29	26.4
4. 担当が日替わりの場合は療法士間のピアレビューができる	8	7.3
12. その他	4	3.6

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

- 3.-(5)-②POCリハを提供して良かった点:(n=110)

その他の自由記述

- ・主婦層の働き方としても適用可能(急な休みにも対応可)
- ・疾患別リハを効率的に行い、減らした分のマンパワーを他病棟のリハに注力できる。
- ・患者1人1日平均2単位の管理調整がしやすい
- ・リハビリ中止の可能性が高い患者に介入できる
- ・転倒予防対策が可(巡回による単独行動の発見、環境設定など)

働き方改革

リハビリの管理

安全管理

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

・ 3.- (5)- ③ POCを提供して良くなかった点 : (n=110)

※複数回答可



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

	回答数	割合
1. リハとケアの差別化が難しい	61	55.5
8. セラピストの経験により評価や介入視点にバラつきがあり, 成果に差が生じる	41	37.3
4. 疾患別リハの提供単位数が減る	36	32.7
9. リハ施行や記録業務の負担が増える	31	28.2
3. 疾患別リハの担当患者以外に介入するため情報の把握やリスク管理が難しい	28	25.5
7. 取り組み内容や目的がわかりにくい	23	20.9
6. 他職種と患者の目標共有が難しい	18	16.4
5. セラピストのモチベーションが低下	16	14.5
10. 感染対策に十分な注意が必要である	15	13.6
2. 早出, 遅出が負担	2	1.8
11. その他	8	1.8

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

- ・ 3.-(5)-③POCを提供して良くなかった点：(n=110)

その他の自由記述

- ・ 疾患別リハ算定患者とのリハ介入量の格差が生じること(同じリハオーダー、同じ診療報酬であるにもかかわらず)
- ・ 疾患別リハや他のイベント(検査等)との時間調整
- ・ 病棟業務(介護)が混在も、業務内容の偏りなどのトラブルが生じやすい
- ・ 疾患別リハとPOCリハの違いについて他職種や患者さんの理解(説明)が難しい
- ・ POCリハの取り組み方法が正しいのか不安がある(やり方がよくわからない)
- ・ 医師より安易なPOCオーダーが入りやすい

POCリハの実践方法や診療報酬的解釈をきちんと共有する必要がある。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

・ 3.- (5)- ④ POCリハの継続に必要なこと: (n=110)

※複数回答可



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

	回答数	割合
1. マンパワーの充実	76	69.1
5. 診療報酬上の評価	66	60.0
4. 他職種の理解	64	58.2
6. 実施方法の確立	58	52.7
3. 経営者の理解	48	43.6
2. POCリハ著効例の集積	33	30.0
7. 評価方法の確率	29	26.4
8. 研修会の実施	16	14.5
9. その他	2	1.8

その他の自由記述

・リハの必要性を感じて医師がリハ指示を出し、一般病棟では20分以上リハを行っている。しかし、退院支援を進めていくために、もっとリハを充実させるべき地域包括ケア病棟について、POCリハに移行することの倫理性、診療報酬上の整合性を整えるべきだと考える。

・効率的なPOCリハのエビデンス収集

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

- 3.-(7)POCリハを提供しない理由(POCリハ以外のCARBあり):(n=110)

※複数回答可

	回答数	割合
3. マンパワーが不足している	53	48.2
1. 疾患別リハが充実している	45	40.9
6. 疾患別・がん患者リハの実績に組み込まれないため	27	24.5
2. やり方がわからない	13	11.8
8. リハではなくケアと感じる	9	8.2
4. POCリハの良い点がわからない	5	4.5
7. 病院の方針	5	4.5
9. 費用負担が増える	5	4.5
5. 対象患者がいない	4	3.6
10. その他	11	10.0

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

- 3.-(7)POCリハを提供しない理由(POCリハ以外のCARBあり):(n=110)

その他の自由記述

- ・POCリハという認識はないが入院生活に合わせて病棟スタッフでリハ的サポートは行っている
- ・病棟システム
- ・個別リハ以外に集団リハ、マシーントレーニング等を実施している為、POCリハを提供するためのマンパワーが不足している。また、病床数が安定していないこともあり、POCリハを検討してはいるが、導入できていない。
- ・POCリハではなくADL指導という関わりを行なっている。
- ・POC:ADL場面でのタイムリーな介入としていたため、タイミングを合わせにくかったことと疾患別やCARBが必要となるが多かったから。
- ・システムの未構築
- ・リハビリ部の方針
- ・現在は導入している
- ・今後検討している

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



・ 3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況: (n=529)

①-1入退院支援加算の種類: (n=529)

	届け出あり			届け出ていない	未回答	合計
	1	2	3			
382	250	131	1	87	60	529
72.2	65.4	34.3	0.3	16.4	11.3	100.0

①-1入退院支援加算 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体): (n=398)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※届出がない81病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	5未満	5以上 10未満	10以上 30未満	30以上 50未満	50以上 100未満	100以上 150未満	150以上 200未満	200以上 300未満	300以上 400未満	400以上	合計
回答数	58	34	28	93	77	69	24	10	3	1	1	398
%	14.6	8.5	7.0	23.4	19.3	17.3	6.0	2.5	0.8	0.3	0.3	100.0

①-2入院時支援加算: 入退院支援加算に対する算定割合(病院全体): (n=398)

【2019年2～4月平均】

	入退院 加算なし	0%	0超 5%未満	5%以上 10%未満	10%以上 20%未満	20%以上 30%未満	30%以上 40%未満	40%以上 50%未満	50%以上 60%未満	60%以上 80%未満	80%以上	合計
回答数	58	210	38	29	29	16	9	6	0	2	1	398
%	14.6	61.8	11.2	8.5	8.5	4.7	2.6	1.8	0.0	0.6	0.3	100.0

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

・ 3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況：(n=529)



①-1入退院支援加算の種類：(n=529)

	届け出あり			届け出ていない	未回答	合計
	1	2	3			
382	250	131	1	87	60	529
72.2	65.4	34.3	0.3	16.4	11.3	100.0

①-1入退院支援加算 地ケア病床100病床あたりの算定実績(地ケア病棟)：(n=343)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除く。

※届出がない138病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	5未満	5以上10未満	10以上30未満	30以上50未満	50以上100未満	100以上150未満	150以上200未満	200以上300未満	300以上400未満	400以上	合計
回答数	83	16	10	33	56	74	32	20	14	3	2	343
%	24.2	4.7	2.9	9.6	16.3	21.6	9.3	5.8	4.1	0.9	0.6	100.0

入退院支援加算(一般病棟の1のイに限る)

算定実績あり: 260病院 **75.8%**

H30調査と比べ算定実績ありの割合が10.7ポイント増加

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況：(n=529)

①-2入院時支援加算：入退院支援加算に対する算定割合（**地ケア病棟**）：(n=343)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除く。

※届出がない138病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	入退院 加算なし	算定 なし	0超 5%未満	5%以上 10%未満	10%以上 20%未満	20%以上 30%未満	30%以上 40%未満	40%以上 50%未満	50%以上 60%未満	60%以上 80%未満	80%以上	合計
回答 数	83	172	29	24	19	5	5	2	2	1	1	343
%	24.2	66.2	11.2	9.2	7.3	1.9	1.9	0.8	0.8	0.4	0.4	100.0

入院時支援加算
算定実績あり：88病院 **25.7%**

H30調査と比べ算
定実績ありの割合
が19.4ポイント増加

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況：(n=529)

②在宅患者緊急入院診療加算 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体)：(n=303)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※届出がない174病院は除く。

※算定件数1000件超の2病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 1未満	1以上 2未満	2以上 3未満	3以上 4未満	4以上 5未満	5以上 10未満	10以上 20未満	20以上 50未満	50以上 100未満	100以上	合計
回答数	193	36	12	14	8	4	15	7	8	3	3	303
%	63.7	11.9	4.0	4.6	2.6	1.3	5.0	2.3	2.6	1.0	1.0	100.0

②在宅患者緊急入院診療加算 地ケア病床100病床あたりの算定実績：(n=261)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除いた。

※届出がない218病院は除く。

※算定件数1000件超の2病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 1未満	1以上 2未満	2以上 3未満	3以上 4未満	4以上 5未満	5以上 10未満	10以上 20未満	20以上 50未満	50以上 100未満	100以上	合計
回答数	207	6	5	8	3	2	16	2	2	3	7	261
%	79.3	2.3	1.9	3.1	1.1	0.8	6.1	0.8	0.8	1.1	2.7	100.0

地ケア病棟について、

- ・在宅患者緊急入院診療加算は算定なしが8割弱と最多であった。
- ・算定病院の実績はバラツキが多かった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況: (n=529)

③摂食機能療法 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体): (n=389)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※届出がない90病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 50未満	50以上 100未満	100以上 200未満	200以上 300未満	300以上 400未満	400以上 500未満	500以上 600未満	600以上 800未満	800以上 1000未満	1000 以上	合計
回答数	76	129	52	56	32	12	9	5	5	4	9	389
%	19.5	33.2	13.4	14.4	8.2	3.1	2.3	1.3	1.3	1.0	2.3	100.0

③摂食機能療法 地ケア病床100病床あたりの算定実績: (n=353)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除いた。

※届出がない218病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 50未満	50以上 100未満	100以上 200未満	200以上 300未満	300以上 400未満	400以上 500未満	500以上 600未満	600以上 800未満	800以上 1000未満	1000 以上	合計
回答数	95	101	40	41	20	22	6	5	6	7	10	353
%	26.9	28.6	11.3	11.6	5.7	6.2	1.7	1.4	1.7	2.0	2.8	100.0

地ケア病棟について、

- ・摂食機能療法は、0超50未満の算定実績が3割弱と最多であった。
- ・算定なしが2.5割強を占め、算定病院の実績はバラツキが多かった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況：(n=529)

④薬剤総合評価調整加算 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体)：(n=326)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※届出がない153病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 0.5未満	0.5以上 1未満	1以上 2未満	2以上 3未満	3以上 4未満	4以上 5未満	5以上 6未満	6以上 8未満	8以上 10未満	10 以上	合計
回答数	187	26	28	28	18	12	5	3	6	5	8	326
%	57.4	8.0	8.6	8.6	5.5	3.7	1.5	0.9	1.8	1.5	2.5	100.0

④薬剤総合評価調整加算 地ケア病床100病床あたりの算定実績：(n=288)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除いた。

※届出がない193病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 0.5未満	0.5以上 1未満	1以上 2未満	2以上 3未満	3以上 4未満	4以上 5未満	5以上 6未満	6以上 8未満	8以上 10未満	10 以上	合計
回答数	217	2	7	8	17	3	3	5	9	2	15	288
%	75.3	0.7	2.4	2.8	5.9	1.0	1.0	1.7	3.1	0.7	5.2	100.0

地ケア病棟について、

- ・薬剤総合評価調整加算は、算定なしが7.5割強と最多であった。
- ・算定病院の実績はバラツキが多かった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況：(n=529)

⑤認知症ケア加算の種類：(n=529)

	届け出あり		届け出ていない	未回答	合計	
	1	2				
	69	284	102	74	529	
	66.7	19.5	80.5	19.3	14.0	100.0

⑤認知症ケア加算の種類 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体)：(n=373)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※届出がない90病院は除く。

※算定件数3000件超の16病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 50未満	50以上 100未満	100以上 200未満	200以上 300未満	300以上 500未満	500以上 750未満	750以上 1000未満	1000以上 1500未満	1500以上 2000未満	2000 以上	合計
回答数	50	44	30	35	23	47	47	30	30	18	19	373
%	13.4	11.8	8.0	9.4	6.2	12.6	12.6	8.0	8.0	4.8	5.1	100.0

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況：(n=529)

⑤認知症ケア加算の種類：(n=529)

	届け出あり		届け出ていない	未回答	合計	
	1	2				
	69	284	102	74	529	
	66.7	19.5	80.5	19.3	14.0	100.0

⑤認知症ケア加算の種類 **地ケア病床**100病床あたりの算定実績(地ケア病棟)：(n=347)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除く。

※届出がない122病院は除く。

※算定件数3000件超の12病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 50未満	50以上 100未満	100以上 200未満	200以上 300未満	300以上 500未満	500以上 750未満	750以上 1000未満	1000以上 1500未満	1500以上 2000未満	2000以上	合計
回答数	46	43	21	34	21	45	47	26	31	14	19	347
%	13.3	12.4	6.1	9.8	6.1	13.0	13.5	7.5	8.9	4.0	5.5	100.0

- ・ 認知症ケア加算は、算定ありが8.5割強と最多であった。
- ・ 算定なしが1.5割弱を占め、算定病院の実績はバラツキが多かった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況：(n=529)

⑥-1訪問看護指示料 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体)：(n=347)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※未回答の132病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 5未満	5以上 10未満	10以上 20未満	20以上 30未満	30以上 40未満	40以上 50未満	50以上 60未満	60以上 80未満	80以上 100未満	100 以上	合計
回答数	29	149	90	54	31	18	13	8	8	6	7	347
%	7.0	36.1	21.8	13.1	7.5	4.4	3.1	1.9	1.9	1.5	1.7	100.0

⑥-1訪問看護指示料 地ケア病床100病床あたりの算定実績：(n=304)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除いた。

※未回答の177病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 5未満	5以上 10未満	10以上 20未満	20以上 30未満	30以上 40未満	40以上 50未満	50以上 60未満	60以上 80未満	80以上 100未満	100 以上	合計
回答数	210	3	10	15	26	9	2	8	6	5	10	304
%	69.1	1.0	3.3	4.9	8.6	3.0	0.7	2.6	2.0	1.6	3.3	100.0

地ケア病棟について

- ・訪問看護指示料は算定なしが7割弱と最多であった。
- ・算定病院の実績はバラツキが多かった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

・ 3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況: (n=529)



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

⑥-2特別訪問看護指示料 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体): (n=347)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※未回答の132病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 0.5未満	0.5以上 1未満	1以上 2未満	2以上 3未満	3以上 4未満	4以上 5未満	5以上 6未満	6以上 8未満	8以上 10未満	10 以上	合計
回答数	162	41	57	39	13	12	6	5	4	3	5	347
%	46.7	11.8	16.4	11.2	3.7	3.5	1.7	1.4	1.2	0.9	1.4	100.0

⑥-2特別訪問看護指示料 地ケア病床100病床あたりの算定実績: (n=375)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除いた。

※未回答の106病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 5未満	5以上 10未満	10以上 20未満	20以上 30未満	30以上 40未満	40以上 50未満	50以上 60未満	60以上 80未満	80以上 100未満	100 以上	合計
回答数	105	118	58	54	16	9	4	1	3	2	5	375
%	28.0	31.5	15.5	14.4	4.3	2.4	1.1	0.3	0.8	0.5	1.3	100.0

地ケア病棟について、

- ・特別訪問看護指示料は、0超50未満の算定実績が3割強と最多であった。
- ・算定なしが3割弱を占め、算定病院の実績はバラツキが多かった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況：(n=529)

⑦退院前在宅療養指導管理料 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体)：(n=303)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※未回答の176病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 0.5未満	0.5以上 1未満	1以上 2未満	2以上 3未満	3以上 4未満	4以上 5未満	5以上 6未満	6以上 8未満	8以上 10未満	10 以上	合計
回答数	254	46	1	0	1	0	0	0	0	0	1	303
%	83.8	15.2	0.3	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	100.0

⑦退院前在宅療養指導管理料 地ケア病床100病床あたりの算定実績：(n=256)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除いた。

※未回答の225病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 5未満	5以上 10未満	10以上 20未満	20以上 30未満	30以上 40未満	40以上 50未満	50以上 60未満	60以上 80未満	80以上 100未満	100 以上	合計
回答数	234	2	3	2	3	2	2	1	0	0	7	256
%	91.4	0.8	1.2	0.8	1.2	0.8	0.8	0.4	0.0	0.0	2.7	100.0

地ケア病棟について

- ・退院前在宅療養指導管理料は算定なしが9割強と最多であった。
- ・算定病院の実績はバラツキが多かった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況：(n=529)

⑧病棟薬剤業務実施加算 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体)：(n=320)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※未回答の157病院は除く。

※算定件数3000件超の2病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 0.5未満	0.5以上 1未満	1以上 2未満	2以上 3未満	3以上 4未満	4以上 5未満	5以上 6未満	6以上 8未満	8以上 10未満	10 以上	合計
回答数	167	13	11	10	17	17	31	17	13	2	22	320
%	52.2	4.1	3.4	3.1	5.3	5.3	9.7	5.3	4.1	0.6	6.9	100.0

⑨栄養サポートチーム加算 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体)：(n=319)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除いた。

※未回答の157病院は除く。

※病床種類違いの3病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 5未満	5以上 10未満	10以上 20未満	20以上 30未満	30以上 40未満	40以上 50未満	50以上 60未満	60以上 80未満	80以上 100未満	100 以上	合計
回答数	169	16	18	28	30	15	7	10	10	4	12	319
%	53.0	5.0	5.6	8.8	9.4	4.7	2.2	3.1	3.1	1.3	3.8	100.0

病棟薬剤業務実施加算と栄養サポートチーム加算は、**地ケア病棟では包括算定**

- ・共に病院全体で、算定なしが5割強と最多であった。
- ・算定病院の実績はバラツキが多かった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて

・ 3.-(8)在宅復帰支援に関わる加算の算定状況：(n=529)



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

⑩排尿自立指導料 対象病床100病床あたりの算定実績(病院全体)：(n=290)

※許可病床数と機能別病床数+休床数の合計が一致しない38病院のデータを除く。

※許可病床数が19床以下の12病院のデータを除く。

※未回答の189病院は除く。

【2019年2～4月平均】

	算定なし	0超 0.5未満	0.5以上 1未満	1以上 2未満	2以上 3未満	3以上 4未満	4以上 5未満	5以上 6未満	6以上 8未満	8以上 10未満	10 以上	合計
回答数	220	40	10	8	7	2	2	0	0	0	1	290
%	75.9	13.8	3.4	2.8	2.4	0.7	0.7	0.0	0.0	0.0	0.3	100.0

排尿自立指導料は、**地ケア病棟では包括算定**

- ・病院全体で、算定なしが8割弱と最多であった。
- ・算定病院の実績はバラツキが多かった。

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(9)在宅復帰支援体制充実の阻害要因: (n=529)

※複数回答可

	回答数	割合
7. 家族の理解と協力が得られない	194	36.7
5. 訪問診療医が不足	158	29.9
1. 多職種の雇用が難しい	153	28.9
8. 自院職員の理解不足	151	28.5
6. 院内と地域内の連携が不足	129	24.4
2. 包括算定のため利益を確保できない	127	24.0
4. 地域の介護サービスが不足	103	19.5
9. 地域関係者の理解不足	64	12.1
3. 取り組みの成果が分からない	54	10.2
10. その他	21	4.0

3. 在宅復帰支援のための院内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 3.-(9)在宅復帰支援体制充実の阻害要因: (n=529)

その他の自由記述

- ・患者の重症化、老々介護の増加
 - ・本人、家族の金銭的問題
 - ・独居・老々介護などの増加。介護力がないため、在宅復帰につなげにくい。転帰先決定に時間を要する。(認知症患者を含む)
 - ・施設の不足
- 医療から介護へ移行する時に個人別の問題がある。
- ・夜間の介護サービス不足、特に医師の理解不足
 - ・情報共有の仕組みがデジタル化されると、更に院内、地域内と連携を図ることができる。
 - ・在宅復帰率の件で介護老人保健施設へ退院させられないこと。
 - ・介入記録及び都に提出する日報記入
 - ・リハビリ科のスタッフ不足と調整が困難
 - ・自院職員のマンパワー不足
 - ・ケアマネージャーとの連携がうまくいかないことあり(在宅復帰に後ろ向き傾向)
 - ・①家族、介護サービス関係者との調整がむずかしい②院内の多職種の理解と協力がむずかしい
 - ・地ケアへ直入院の場合に入退院支援を算定できない

4. 在宅復帰支援のための地域内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

4.-(1)入院料(管理料)1・3にかかる在宅医療等の提供の充足状況

・入院料(管理料)1・3の届出状況:(n=481)

	届け出済み	届け出していない	合計
回答数	203	278	481
%	42.2	57.8	100.0

・入院料(管理料)1・3を**届出済み**病院の在宅医療等の実績の充足状況:(n=181)

※未回答を除く

	i. 在宅患者訪問診療料	ii. みなし指定の在宅患者訪看・指導料等	iii. 同一敷地内訪看stの訪看基本療養費等	iv. 開放型病院共同指導料	v. 同一敷地内/みなし指定の訪問系介護サービス
回答数	155	23	31	11	159
175病院のうち、選択した割合(%)	88.6	13.1	17.7	6.6	90.9

- ・入院料(管理料)1・3の届出施設は、H30調査より12ポイント増えて4割を超えた。
- ・i.とv.の充足病院数は9割前後を占め、iv.の充足病院が最少となり、H30調査とほぼ同様の結果となった。

4. 在宅復帰支援のための地域内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

4.-(1)入院料(管理料)1・3にかかる在宅医療等の提供の充足状況

・入院料(管理料)1・3を届出済み病院の在宅医療等の実績の困難度：(n=206)

		容易である	努力すれば可能	困難	分からない	未回答	総計
i. 在宅患者 訪問診療料	回答数	96	45	14	4	44	203
	%	47.3	22.2	6.9	2.0	21.7	100.0
ii. みなし指 定の在宅患 者訪看・指導 料等	回答数	16	13	93	8	73	203
	%	7.9	6.4	45.8	3.9	36.0	100.0
iii. 同一敷地 内訪看Stの訪 看基本療養 費等	回答数	16	14	87	7	79	203
	%	7.9	6.9	42.9	3.4	38.9	100.0
iv. 開放型病 院共同指導 料	回答数	2	14	92	19	76	203
	%	1.0	6.9	45.3	9.4	37.4	100.0
v. 同一敷地 内/みなし指 定の訪問系 介護サービス	回答数	117	27	7	2	50	203
	%	57.6	13.3	3.4	1.0	24.6	100.0

入院料(管理料)1・3の届出には、

- ・ i と v が容易と努力で可能を合わせて共に7割強であった。
- ・ ii、iii、ivは困難が4.5割前後と最多を占めた。

4. 在宅復帰支援のための地域内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 4.-(1)入院料(管理料)1・3にかかる在宅医療等の提供の充足状況

- ・(iii)について、3月で500回以上は非常に難しい。地域によって訪看が実施できる上限が変わってくるので、少し考慮いただきたい。
- ・i～iiiについての算定条件の回数が多すぎる、田舎であればあるほど難しいと考えます
- ・iiiについて介護保険での訪問でも可にして欲しい。
- ・iii訪問看護ステーションの算定回数500回以上について医療保険と介護保険両方で500回以上にしてほしい。※現在、医療での訪看になっている。
- ・iiやiii及びivの要件については、当院のような小規模な医療機関や訪問看護ステーションでは人員不足等により、要件を満たすことが困難であるため、どの規模の医療機関でもある程度要件満たすことが可能な要件にしていっていただきたいと思う。
- ・(i)の回数の基準を下げしてほしい。(ii)(iii)に関しては、かなり困難の為、見直してほしい

4. 在宅復帰支援のための地域内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 4.-(1)入院料(管理料)1・3にかかる在宅医療等の提供の充足状況

- ・同一敷地内のみでなくも併設(経営母体が同一)の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費500回/3ヶ月も加えてほしい。
- ・同一敷地内訪看Stは、同一法人内を要件にして欲しい
- ・訪問看護ステーションが同一敷地内ではなく、同法人や隣接していれば良いなどに変更してほしい。
- ・(iii)法人内に訪問看護ステーションを有している。病院に隣接しているが、同一敷地内ではない為算定できない。
- ・同一敷地内の訪問看護ステーションの分で、病院の敷地内ではないが、100m先に訪問看護ステーションがあるので、その部分が緩和されるとありがたいです。
- ・基準の大幅な緩和または職員確保につながる診療報酬増額がなければ本来、今必要な地方(少子高齢化地域)で実現できない
- ・訪問看護や訪問介護など実施するためには、マンパワーの確保が必要で実際に確保は難しい現状がある。
- ・在宅復帰の対象に老健を含めてほしい。
- ・iv)については、そのような医療機関がない為、要件を満たしようがない。
- ・開放型病院共同指導の算定についてはハードルの高さを感じている。

4. 在宅復帰支援のための地域内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

・ 4.-(1)入院料(管理料)1・3にかかる在宅医療等の提供の充足状況

- ・もっと自宅等から救急で入院した場合の評価を高くしてほしい。急性期に頼らず、治療、在宅調整を全て行なっている為
- ・当院では緊急入院等サブアキュートを多く担っています。その労力に対して一律同じ入院料でなく、評価をしていただきたいです。
- ・当院はサブアキュートの受け入れに力を入れているので自宅等からの受け入れ実績項目を追加してもらい、報酬上も差別化を。

- ・vi番目以降の評価項目の要望としては、『在宅患者緊急入院診療加算の算定回数が3月で3回以上であること』等が新設の要件としていただけるといいかと思えます。
- ・訪問診療を必要とする患者は年々増加している(外来受診が困難になる様な患者も在宅に戻っている件数が増加)訪問診療における点数が上がれば、組織での取り組みも、もっと活発になるのではないか。
- ・まずは地域包括ケア病棟と在宅の連携がしっかりとれている医療機関への評価を手あつくしていただきたく存じます。

- ・訪問系の施設を有しない病院では要件を満たすのは困難である。
- ・訪問診療を積極的に増やしていく。
- ・訪問看護ステーションの人員を確保し、院内からの応援・支援体制を強化していく。
- ・退院前、入院前、入院時における情報収集と情報共有を強化していく。

4. 在宅復帰支援のための地域内多職種協働の取り組みについて



令和元年度
地域包括ケア病棟の
機能等に関する調査

4.-(3)診療圏内の在宅医療・介護機能の充足度：(n=529)

	充足している	分からない	不足している	未回答	合計
回答数	95	102	93	239	529
%	18.0	19.3	17.6	45.2	100.0

不足している機能

- ・訪問診療に関する意見 41件
- ・居住系介護施設に関する意見 15件
- ・訪問看護に関する意見 14件
- ・ショートステイ、看護多機、訪問介護等のサービスに関する意見 11件
- ・マンパワーに関する意見 9件
- ・24時間対応や夜間のサービスに関する意見 7件
- ・回復期病床等の機能に関する意見 3件
- ・公助の強化に関する意見 2件
- ・看取りに関する意見 2件
- ・家族やスタッフの意識に関する意見 2件

診療圏内の在宅医療・介護機能の充足度について

- ・未回答が4.5割と最多であった。
- ・充足している、分からない、不足しているが2割弱と均衡していた。
- ・充足していると言えない現状を反映していると思われた。

5. 自由記述

(在宅復帰支援の評価に関する意見①)

- ・次年度改正において在宅への取り組み(介護含む)がしっかり提供されている医療機関への手厚い報酬。
- ・入退院支援加算の要件緩和 在宅医療を担う医療機関が不足していることや後方支援病床の不足から在宅復帰支援業務は急性期病院より困難さが増している。地ケアに直入院した場合についても加算の対象として欲しい。
- ・療養病棟が基の地域包括ケア病棟は、入退院加算が包括されてしまうので、不公平感がある。その他にも療養がベースということで一般ベースと格差があるように感じる。対象患者さんは変わらないのに。
- ・医療ニーズが高い人や独居などへの退院支援が多い中、もっと退院支援の点数を上げてほしい。療養病棟と何ら変わらず、在宅移行支援が大変。
- ・介護支援等連携指導料、共同指導料Ⅱ等の出来高算定。
- ・後方支援に関する評価を包括項目から除外していただきたいと思う。(介護連携により退院先につなげているため)(算定項目例:介護支援等連携指導料、退院時共同指導料2 等)

5. 自由記述

(在宅復帰支援の評価に関する意見②)

- ・高齢者総合的機能評価を行っています。高齢者の評価、紹介医への情報伝達、疾患の予防などに役立つものを考えます。情報収集や医師の評価家族への説明などかなりの労力が必要ですが、点数は低く、地域包括ケア病棟では請求はできません。今後さらに広まり、加算が取れるようになればと思います。
- ・在宅へ戻すための病棟で在宅カンファレンスを数多く開催しますが退院時共同指導料も包括されており、地域へつなぐ機能として出来高評価を望みます。
- ・独居の方の場合、在宅復帰が困難になることが多い。地域包括ケア病棟で算定できる条件が厳しくなかなか算定できない。

5. 自由記述

(リハビリテーションの包括算定に関する意見)

- ・リハビリテーションの包括評価が在宅復帰支援のディスインセンティブになっているため、出来高評価にすべきと考える。
- ・地ケア病棟から自宅に退院するに当たり、リハビリの介入は必要不可欠である。しかし診療報酬は入院料に含まれかつ、必要な方には2単位以上となっている。リハビリ職の増員を行わないと患者へのサービス低下、機能低下にもなるため、リハの報酬については2単位以上施行した場合出来高算定出来るようになることを願う。
- ・施設基準要件の病棟やセラピスト専従(+2.0単位以上の提供)について、報酬請求上の配慮をお願いしたい。提供件数に応じた個別算定の設計が困難な場合は、回復期リハ病棟で適用されているリハビリ提供実績の指標等による(医療実績データ)報酬加算などのケースを参考に、地域包括ケア病棟での活用の方向性を広く設備して頂きたい。
- ・急性期治療が終了し在宅へ戻る準備期間でリハビリ実施は重要です リハビリ報酬は包括外とし、急性期病棟からのリハビリを継続できるような改定を希望します

5. 自由記述

(在宅復帰率に関する意見)

- ・総合診療科をメインに、地域密着型の地域包括ケア病棟を運営している医療機関の多くは高度な医療対応が困難で、受入後急性増悪し、3次救急に転院という流れが一定数存在する。現在の在宅復帰率要件では、急性増悪による退院は在宅復帰対象外とされているが、そのようなリスクの高い患者様の受入れはある程度評価されるべきではないかと考えている。また、介護老人保健施設への退院も在宅復帰対象外となっているが、当該施設からの緊急入院依頼も多く、受入れざるを得ない状況。受け入れ後、回復し退院して頂く際には在宅復帰のマイナスカウントとなるようでは、在宅復帰率が低迷している場合、当該施設からの入院依頼をお断りすることが全国的にも発生しているのではないかと考えている。上記内容について、協会を上げて次期診療報酬改定に向け声を上げて頂ければ幸いです。何卒、よろしくお願い致します。
- ・従前通り在宅の復帰先として、介護老人保健施設を含めるよう改めてもらいたい。
- ・在宅復帰率の緩和
- ・超強化型老健等への退院の場合、在宅復帰として算定希望
- ・■■■3入院患者も在宅復帰率に算入できると良い。

5. 自由記述

(多職種による包括的取り組みに関する意見①)

- ・多職種で関わることの多い病棟であるため、全ての指導管理料を算定できるようにしてほしい。
- ・地域包括ケア病棟では、算定できない項目ではあるが、退院前訪問や介護支援連携、リハビリテーション、合同カンファレンス等、在宅復帰に向けてさまざまな職種が関わり支援を行っている。診療報酬として評価していただきたい。
- ・退院支援専従者以外の職員も退院支援やACP、個別な薬剤調整・指導に時間を割いており、その点の評価が包括の中であってほしいと考えます。
- ・栄養サポートチーム加算等を地域包括ケア病棟入院料でも算定可能にしていきたいと思う。
- ・リハビリテーション、栄養指導等を包括項目から除外していただきたいと思う。
- ・2019年4月より病棟薬剤師を配置し、在宅復帰支援の強化を図っている。2018年度診療報酬改定にて出来高算定が可能となった薬剤総合評価調整加算は月あたり6件の実績となっている。薬剤管理指導料や病棟薬剤業務実施加算等の出来高算定はできないが、在宅復帰が強く求められる中で、急性期病棟以上に薬剤師の役割は大きいと感じている。

5. 自由記述

(多職種による包括的取り組みに関する意見②)

- ・えん下機能の低下している患者が増加している。この患者達の在宅復帰を支援するに際しては、多くの時間と労力を要している。その部分を評価できるような項目の設定を検討してほしい。
- ・訪問診療可能な医師、看護師配置の評価
- ・CARB・POCリハについては、リハビリの2単位の基準がネックとなり現状のリハビリポイント介入の必要性が多い地域包括ケア病棟には、収支的にマッチしないと考えます。
- ・CARBを実施している事例をよく知りたいです。非常に重要と感じています。
- ・高令化の中、POCリハの重要性は高まっており、また虚弱な高令者も多いことから、POCリハなど在宅包括化されているリハビリや服薬・栄養結果も評価の対象としてほしい。

5. 自由記述

(その他の評価や要件に関する意見①)

- ・地域包括ケア病棟の診療報酬をさらに評価していただき、点数を上げていただきたいと思います
- ・入院基本料、その他の加算等を今より下げないで欲しい。

- ・出来高算定可能範囲の拡充
- ・認知症患者に対する評価を高くしてほしい。
- ・看取りに対する評価

- ・当院は急性期を主体とした総合病院であることから、他院からの紹介患者は病態が複雑な事例が多く、結果医療資源を多く費やすこととなる。また結局薬代等で施設や療養病棟への転出が困難となる。重症・複雑な患者を受け入れることへの評価(加算)が必要と考えます。
- ・地域からの受入れの評価
- ・当院は慢性期病棟のみの病院でその中の地域包括ケア病棟です。急性期治療後の院内移動とは違い60%以上の患者が自宅在宅からの入院となっております。高齢者救急的な動向と入院後の病状悪化による病棟移動に対して、評価していただけないものでしょうか。よろしく申し上げます。

5. 自由記述

(その他の評価や要件に関する意見②)

- ・手術点数の評価はありがたい。
- ・肺がん骨転移等の疼痛緩和に放射線治療を実施しているが、放射線治療の点数が包括となっているため、地域包括ケア病床に入院が出来ない。高齢化の進展に伴いがん患者が増加している中、在宅でのがん治療を希望する患者も多くなってきており、在宅復帰に向けた地域包括ケア病床の活用に資するためにも同病床・病棟における放射線治療を手術等と同等に出来高算定可としてほしい。
- ・複数病棟を届出できるよう要件を緩和して下さい。
- ・重度の認知症や、独居、身よりなし、DV、貧困等、困難ケースを積極的に受け入れてはいるが、■■支援に時間がかかり、施設等の受け入れ先も少い。社会的■■も含めた■■■■の評価があれば現状のようにどこの病院も受けたがらないケースが減り、社会的に弱い立場の人々も地域でくらせるようになるのでは。
- ・訪問診療、看護師の判断で、地域包括ケア病棟への入院が必要な方の再入院評価(重症化予防)
 - ・予防医学への評価(教育入院等)
 - ・3ヶ月未満の再入院、入院歴通算の廃止
 - ・同一病院内での転入が認められなくなると維持困難。

5. 自由記述

(地ケア病棟のあり方に関する意見)

- ・地域包括ケア病棟は意義・報酬とも重要な病棟であり、少子高齢化が急速に進み、急性期需要が縮小、回復期、生活支援需要が高まる地方社会において病院維持の要となる。しかし、病院外(施設含む在宅)とつながってこそ本来の役割が果たされるのであり、地域の啓発、意識向上への取り組みにかかるコストを診療報酬面で評価してもらいたい。または行政単位で活動できる財源、要員を確保される政策をお願いしたい。当地では行政、医療、介護、福祉が集まって社会保障体制全体を見直す協議を行っている。
- ・地域包括ケア病棟は、地域に根差した病棟であるべきで、大学病院や公立病院等、大病院における開設を廃止し、200床未満の病院に限定すべきとも考える。
- ・圏域中に相当数の公立・公的病院(病床)数が確保されている場合は、当該病院の機能として、他の民間病院が手を出しにくい分野(ex、周産期、救急、小児、7:1を前提とした高度急性期など)に特化したものを整備するように政策的な配慮をお願いしたい。地域急性期(高齢者救急など)～回復期～慢性期は、民間病院の守備範囲として考えるのが妥当である。
- ・安心して在宅へ移行するためにも、急性期病棟の受け皿としての機能だけでなく、在宅医療の後方支援としての役割も担う必要がある。
- ・地域包括ケア病棟は、地域に患者さんを返す機能としては、非常に有効だと思います。が、一方で、地域連携の指令塔的役割や、ケアの基礎固めの役割を担うには尚早だと感じます。

5. 自由記述

(院内、地域内の教育・啓発に関する意見①)

- ・地域包括60日→老健へといったケアマネが散見され、在宅移行時、多職種連携ですすめていても最後にひっくり返されてしまうことがあり、ケアマネの力量の差を痛感する在宅復帰率の調整がむずかしい
- ・地域包括ケア病棟を理解し、退院支援を後押しする環境が必要。
- ・地域関係者への理解不足が目立ちます。特にこの医療圏は在宅医療について必要を感じていないよう個人的に思います。地域それぞれに対し関係団体が率先し勉強会を開くべきと思います。
- ・DrやNSの間でも「地域完結型」医療や「生活そのものを支えていく、守る」といった視点が、当院ではまだ不十分であると思います。職員教育に力を入れていきたいと考えています。
- ・地域包括ケア病棟の役割りは「ほぼ在宅、ときどき入院」としてスタートした。しかし、病院によっては自院の急性期を終えた患者のポストアキュートを地域包括ケア病棟の主体として回復期リハビリ病棟と同等の機能となっている。また療養病棟の機能になっている所もある。地域包括ケア病棟は「病院完結から地域完結へ」という狙いがある。しかし、■■■として地域での連けいが減り、病院完結になる可能性がある。よって、もっと病院側が地域とするケア病棟の役割を再認識すべきである。

5. 自由記述

(院内、地域内の教育・啓発に関する意見②)

- ・介ゴホケンや認定者・障害者は行政の制度を受けることができるが、一般的な生活者は、社会資源についての知識や、予防に関する関心が希薄だと感じる。専門職が、地域に寄り添うような病院組織になるべきだと思う。
- ・地域包括システムへの理解。
- ・高齢化に伴い認知症の有病率の増加が考えられるので今後更に認知症看護の学習は必須と考えられます。
- ・多職種連携が必要かつ重要。
- ・ACPのとrikumi
- ・ACPについて院内・地域で研修会等で勉強中である。これから取り組んでいく必要がある。(地域医療連携室より)
- ・60日間は入院していただける、と医療・福祉関係者が患者・家族に伝えていることがある。私たち関係者は権利を正しく運用すべきと考えます。

5. 自由記述

(マンパワーに関する意見)

- ・地域包括ケア病棟に必要な人材の確保に努力しておりますが、なかなか人材確保ができず、地域のニーズが未充足の状態です。
- ・介護人材が必要。
- ・在宅訪問診療を行う医師の不足
- ・患者指導・家族指導には看護師のマンパワーと時間が必要になる。又、回復期リハビリ病棟よりも医療ニーズの高い患者も多い。看護師の現状13:1で夜勤が最低2名以上では、十分な看護が行えない。早期に在宅復帰を増加させるには、看護師のマンパワーが必要である。13:1と夜間人数の改善が必要と考える。
- ・総合診療専門医のような地域包括ケア病棟医の存在が必要。

5. 自由記述

(自院の取り組みや方向性に関する意見①)

- ・現在はポストアキュートが主となっていますが、今后は積極的にサブアキュートの受け入れが行っていけるように、受け入れ体制を整えていきたいと考えています。
- ・急性期一般を届出している所は、自院完結型なので、ポストアキュートが■かされているが、地域の医療キカンはサブアキュートをしないかぎり無理！！
- ・サブ・アキュートに対応するための受け入れ体制(医師)を整える必要がある。
- ・当院にかかりつけでない場合の緊急の受け入れ(サブアキュート)が、難しいと感じている、現状では、まずは一般科の受診をすすめている。

- ・毎朝10分程度病棟師長(各階)看護部長、地域連携室、リハ医事課員で包括に移動できる人をピックアップして話し合いをしています。
- ・ターミナル期のPtの受入れを行うにあたり、病棟の環境を整える必要があると考えている。
- ・現在、行っている病棟デイ活動の充実を行い、退院後の在宅療養につなげていく。
- ・退院後訪問の充実。
- ・地域包括ケア病床の対象疾患の傾向をとらえながら、リハビリテーションについて、他職種で検討し、患者・家族のニーズに応えていきたい。(リハビリテーション科より)

5. 自由記述

(自院の取り組みや方向性に関する意見②)

■いつもお世話になっております。当院の周辺地域は高齢化世帯がとても多く介護者の手術・治療入院に伴い同居者もレスパイト入院としての入院ケースが増加してきております。ただ、その際にリハビリもして欲しいとゆう希望者が多いのですが、現状ではリハビリ職員の不足、包括とゆうことでレスパイト入院の方のリハビリは原則しておりません。従来から訪リハを行っている患者様に限定してのリハビリ、後は集団デイリハ(軽いもの)を提供している状況です。本来は患者様の在宅復帰、支援としてのリハビリをもっと考えていくべきと今後の課題となっています。包括ケア病床での患者支援の充実に当院でもより一層取り組んでいこうと思っておりますのでまた、よろしくお願い致します。

■当病棟は急性期病棟からの転入が約83%、新入院平均13%で経過しています。新入院では脳神経外科メンテナンスリハビリ・呼吸器内科呼吸リハビリなど維持リハビリ入院を受け、その他地域の開業医からのレスパイト入院を積極的に受け入れています。直接開業医へレスパイト入院患者受け入れをアピールしていますが、多少依頼数も増えた程度で大きく結果をあげることができていません。急性期病棟の病床管理上、当病棟への転入依頼数にも大きく、当病棟の占床率を上げることができない状況です。今後、地域包括ケア病棟で対応できる範囲での開業医からの軽微な症状の直接入院をどのような仕組みで、どれだけ受け入れできるかが鍵だと思っています。

5. 自由記述

(自院の取り組みや方向性に関する意見③)

- ・今後ますます、在宅と病院のつながりは大切であり、お互いに持っている情報は、共有できるようにしなければならない。情報が、お互いにとって有用であるものとなるような情報収集ができるように、スタッフ教育や顔の見える関係情を作っていく必要があると感じる。
- ・週3回医事課より全病棟の患者別診療収益表を配信されており、急性期病棟から受け入れる際のめやすにしています。
- ・月～金8:45～9:00地域連携室課長と病棟課長・外来課長がメンバーとなり、ベッドコントロールミーティング実施しています。空状況、転棟、入退院に関わる患者の情報交換を行っています。
- ・訪問看護ステーションとの連携が不足しています。
- ・在宅スタッフに情報をつなぐ看護サマリーの工夫が不足しています。
- ・退院前・退院后訪問が実現できる体制ができていない→看護師の退院支援能力向上につながっていくのではないかと考えます。
- ・月1回ベッドコントロール委員会 地域連携室課長、前方連携事務員、医事課課長、院長、各病棟担当医、看護部長がメンバーで開催しています。

5. 自由記述

(その他の要望、意見①)

・地域包括ケア病棟の在宅・生活復帰支援機能のアウトカム評価 院内外多職種連携によつての支援の見える化をすることでモチベーションアップにもつながると考えています。

■地域包括ケア病棟への直入院について緩和して欲しい

個別指導において、①がんの化療法 ②水頭症疑い について地ケア対象外の入院であるから特別入院料を算定するよう指導を受けた。指導医からは①と②については地ケアに直入院するのではなくDPC病棟へ直入院とすべきであるという内容であった。どのような疾患や状態が急性期なのか？、地ケアに直入院してはいけない疾患や状態を示して欲しいとお聞きしたが回答は得られなかった。当院では地ケアについてもDPC病棟と同様に救急搬送の受入や手術を実施している。地ケアの直入院が制限されるとこれまで病棟再編をやり直さなければならない。地域医療構想と逆行することとなります。これらについて地ケアの通則を変えるなどしていただきたいと要望する。

・当病棟では転倒予防チームを発足させて転倒リスクのある患者さんへのラウンドを行っていますが、まだ緒についたばかりです。転倒リスク評価や転倒予防マニュアルなど統一されたものがあればよいと思います。

5. 自由記述

(その他の要望、意見②)

- ・電子カルテ・地域でのICTによる情報共有への取組みが必要である。
- ・退院前訪問指導が包括となっているが、包括病床入院中に介護保険区分変更などが行なわれ、自宅状況の把握が必要な患者が多い。そのため包括外や病棟看護師の実績時間としてもよいなどの内容変更があればより介護連携がすすむのではと考えています。
- ・在宅だ、施設だと支援するが、患者・家族の社会的背景が非常に複雑であり地域の支援なしには在宅に帰すことができない。もっと保健師を活用できないか、、、
■地ケア病棟は包括病棟なので施設基準を満たす数字をクリアーした上で、診療報酬には反映されないCARBへの取組みも病院によって差があると思います。将来的には上記のような取組みが、地ケア病棟の入院料評価につながっていくのかと感じます。
■2018年の改定で、地域包括ケア病棟の在宅復帰先から老健が除外された。当法人でも併設老健を持っているが、全国的に上記影響により、稼働が低下している施設が多いと聞く。
- ・介護医療院が新たに創設されたが、自治体によって転換の可 ■ ■ 年の改定で何らから手当てがなされることを期待したい。

5. 自由記述

(協会への要望、質問①)

- ・アンケートも手書きでなく、WORD等で入力できるようにして欲しいです。
- ・アンケート内容を減らすか2年に一度にしてほしい。

■当該保健医療機関において在宅訪問診療科の算定回数が3月で20回以上であること 当院の医師2名が、近隣の特別養護老人ホームに配置医師として入所者の訪問診療を実施している。「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取り扱いについて」の通知文において[特別養護老人ホームに入所している患者については、在宅患者訪問診療料の算定の対象としない。(例外を除いて)]とされているが、別途算定できない場合であっても、在宅患者訪問診療料が求める要件と同等と考え、3月間の在宅患者訪問診療料の算定回数にかかる要件において、算定回数に含めることは可能か。

■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 病院の同一法人として、公道を挟んだ斜向かいにおいて介護老人保健施設と診療所等の複合施設を運営している。その施設内において、介護保険における訪問リハビリテーションを提供している。この場合、同一敷地内に準ずると考え、要件を満たしているとしてよいか。又、その施設内において、病院勤務のリハビリ職員が兼務として介護保険における訪問リハビリテーションを提供している場合は、同一敷地内に準ずると考え、要件を満たしているとしてよいか。

5. 自由記述

(協会への要望、質問②)

・他院の地ケア病棟ならではの取り組みや、その成果について知りたい。また様々な疾患・病期の患者さんがおられる中で、どの様な方法でデータ収集や分析をして成果を確認しているのか学びたい。

60床の地域包括ケア病棟で、①在宅復帰率70%↑②60床満床③60日越えを出さない ①－③を満たすベットコントロールを強いられております。現場のナースがどれだけ努力しても力不足のため①－③を満たすことができません。他の病院はどのようにしているのか、、、知りたいです。

■ 会員限定の患者状況調査 (以下患者調査)

地域包括ケア病棟協会員 発送:485病院 回収:141病院 回収率:29.1%

注)対象は、「2019年3月1日～7日の1週間に地ケア病棟を退院・転院・転棟した患者」のため、本調査をもって年間を通じた調査を代替すること困難である。結果の解釈には十分注意して頂きたい。

1. 基本集計

・データ数: 141病院 1,470件

1. 年齢: (n=1,465)

※未回答と異常値の5件は除く。

	14歳未満	15以上 20歳未満	20以上 30未満	30以上 40未満	40以上 50未満	50以上 60未満	60以上 70未満	70以上 80未満	80以上 90未満	90歳以上
回答数	7	5	10	25	30	65	136	337	548	302
%	0.5	0.3	0.7	1.7	2.0	4.4	9.3	23.0	37.4	20.6

81.0%

2. 予定・緊急区分: (n=1,468)

※未回答の2件は除く。

	予定入院	救急搬送以外の 予定外入院	救急搬送入院	合計
回答数	724	518	226	1,468
%	49.3	35.3	15.4	100.0

- ・年齢は、70才以上が8割強を占めていた。
- ・予定入院と緊急入院は、ほぼ半々であった。
- ・緊急入院の内、7割が救急搬送以外、3割が救急搬送であった。

1. 基本集計 ・3.入院前の場所 ・9.退院、転出先



地域包括ケア病棟・病室における患者の流れ

- 地域包括ケア病棟・病室の入棟元をみると、自院の一般病床(地域一般入院基本料、地域包括ケア病棟・病室、回復期リハビリテーション病棟を除く)が最も多く、43.5%であった。
- 退棟先をみると、自宅(在宅医療の提供なし)が最も多く、49.4%であった。

引用：
平成30年度
入院医療等
の調査

【入棟元】 (n=1,797)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	6.4%
	自宅(在宅医療の提供なし)	22.9%
介護施設等	介護老人保健施設	1.6%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	0.2%
	特別養護老人ホーム	3.8%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	2.0%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等)	1.6%
	障害者支援施設	0.3%
他院	他院の一般病床	12.4%
	他院の一般病床以外	1.7%
自院	自院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	43.5%
	自院の地域一般入院基本料を届出している病床	1.2%
	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している病床	0.5%
	自院の療養病床(上記以外)	0.1%
	自院の精神病床	0.0%
	自院のその他の病床	1.2%
	有床診療所	0.0%
その他	0.1%	
無回答	0.3%	

【退棟先】 (n=545)

自宅	自宅(在宅医療の提供あり)	2.7%
	自宅(在宅医療の提供なし)	49.4%
介護施設等	介護老人保健施設	4.8%
	介護医療院	0.2%
	介護療養型医療施設	0.4%
	特別養護老人ホーム	3.7%
	軽費老人ホーム、有料老人ホーム	4.2%
	その他の居住系介護施設(認知症グループホーム サービス付高齢者向け住宅等)	2.8%
	障害者支援施設	0.4%
他院の一般病床(地域一般、地ケア、回リハ以外)	3.3%	

地域包括ケア病棟・病室

・3.入院前の場所 ・9.退院、転出先

【入棟前】

(n=1,454)

(単位：%)

自宅	在宅医療あり	8.1
	在宅医療なし	26.6
	不明、未回答	1.7
介護施設等	老健	0.8
	介護療養、介護医療院	0.2
	特養、居住系施設	6.5
他院	急性期	14.2
	急性期以外	1.9
自院	急性期	39.6
	急性期以外	0.2
その他		0.3

地域包括ケア病棟・病室

【退棟先】

(n=1,463)

(単位：%)

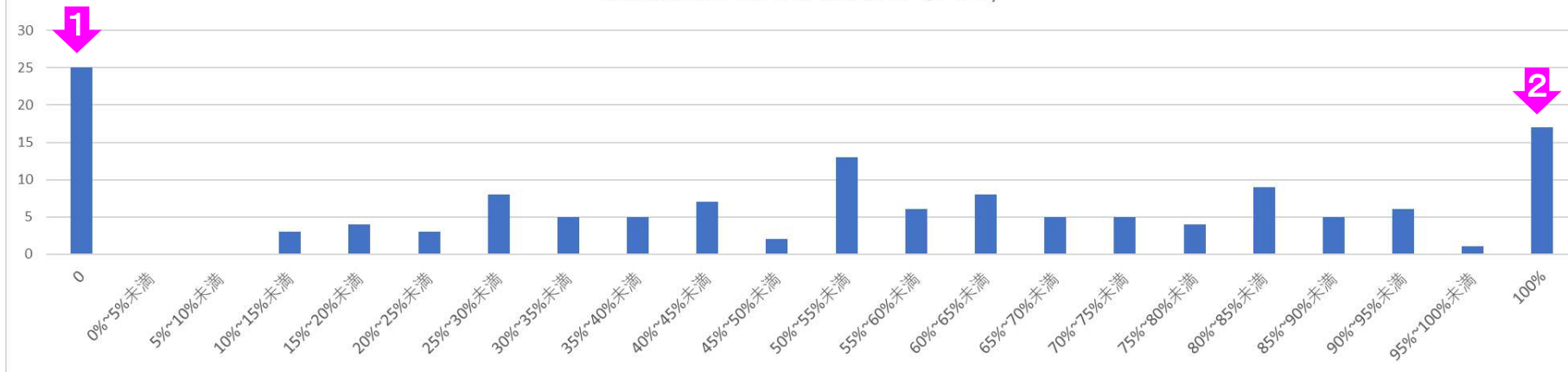
自宅	在宅医療あり	12.0
	在宅医療なし	47.6
	不明、未回答	4.4
介護施設等	老健	4.7
	介護療養、介護医療院	0.9
	特養、居住系施設	14.5
他院	急性期	3.0
	急性期以外	4.5
自院	急性期	0.8
	急性期以外	2.1
その他		5.5

出典：平成30年度入院医療等の調査(患者票)

1. 基本集計・3.入院前の場所

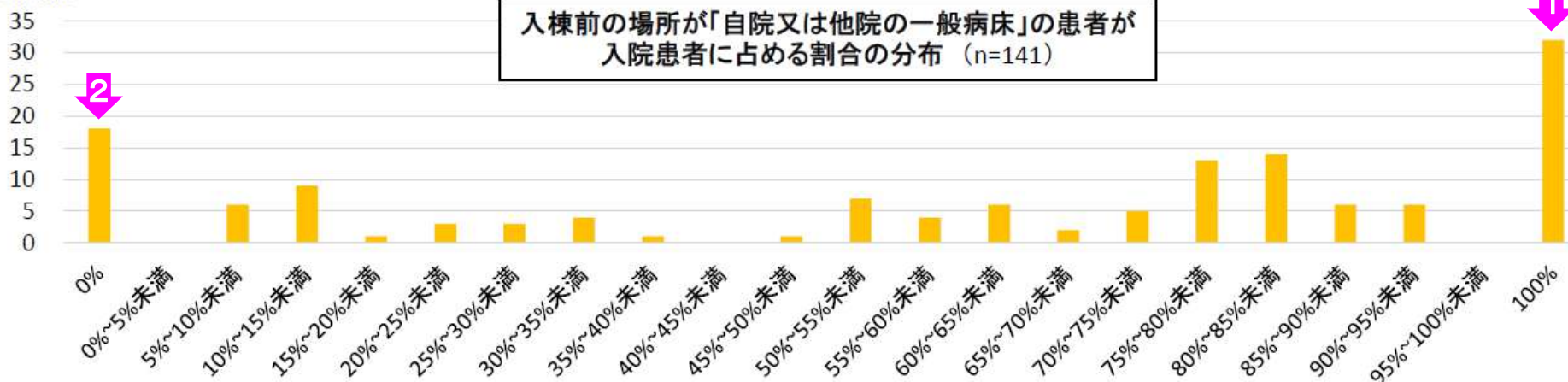


入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が
退院患者に占める割合の分布 (n=141)



(施設数)

入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が
入院患者に占める割合の分布 (n=141)



引用:平成30年度入院医療等の調査(患者票)

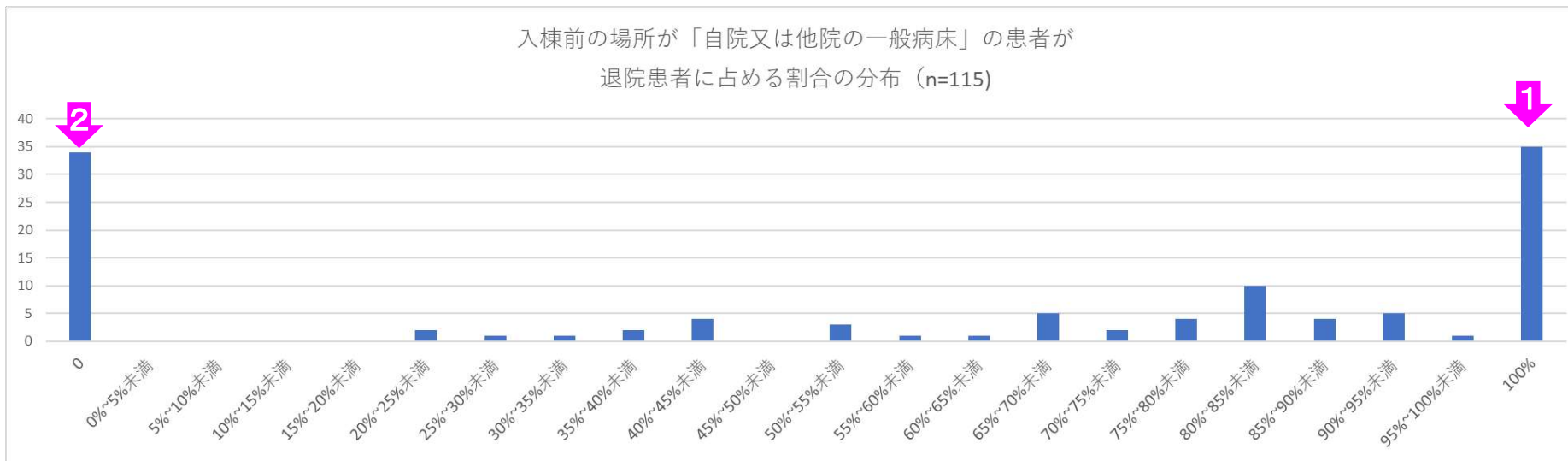
※自院の一般病床は、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域一般入院基本料を算定する病床を除く

※無回答を除く

1. 基本集計・3.入院前の場所

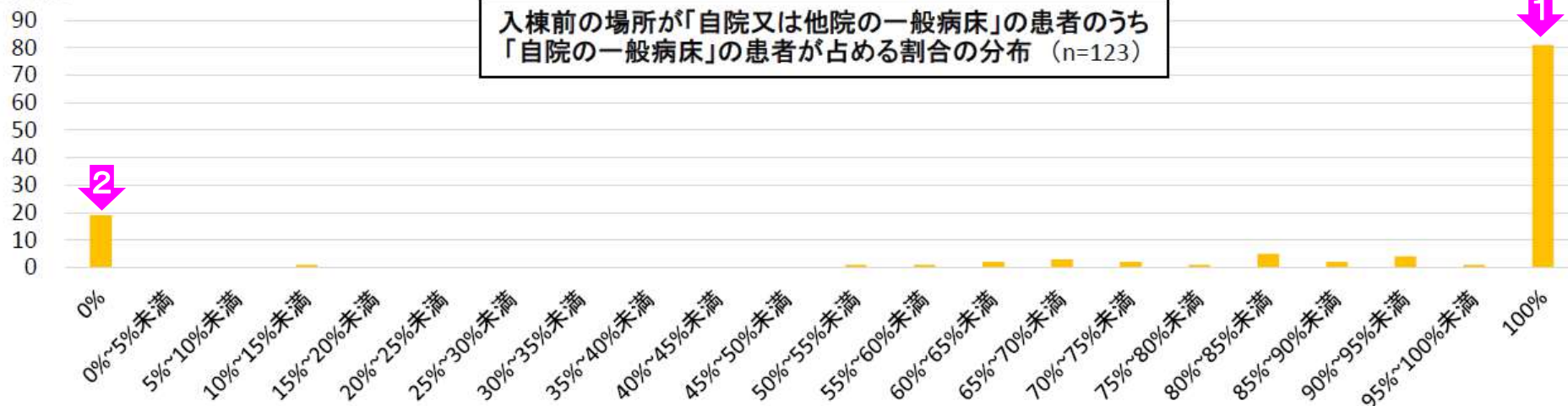


入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者が
退院患者に占める割合の分布 (n=115)



(施設数)

入棟前の場所が「自院又は他院の一般病床」の患者のうち
「自院の一般病床」の患者が占める割合の分布 (n=123)



引用:平成30年度入院医療等の調査(患者票)

※自院の一般病床は、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、地域一般入院基本料を算定する病床を除く

※無回答を除く

1. 基本集計

・受け入れ機能別：(n=1,457) ※未回答の2件は除く。

R1調査

	PA 他院	PA 自院	在宅等・予定	在宅等・緊急	合計
回答数	206	575	285	402	1,468
%	14.1	39.5	19.8	26.6	100.0
	53.6%		46.4%		

H28調査

	PA 他院	PA 自院	在宅等・予定	在宅等・緊急	合計
回答数	120	586	195	211	1,112
%	10.8	52.7	17.5	19.0	100.0
	63.5%		36.5%		

・発症前の生活支援の要不要

	件数	割合
要(SA)	188	48.1
不要	110	26.4
不明	95	23.3
未回答	9	2.3

・発症前の生活支援の要不要

	件数	割合
要(SA)	137	64.9
不要	74	35.1

受入機能をR1調査とH28調査で比較すると、

・H28調査ではPAが6.5割弱を占めていたが、R1調査ではPAが5.5割弱と1割減少した。その分R1調査では在宅等の割合が1割弱増加した。

・H28調査ではPA自院が5.5割弱と最多であったが、R1調査ではPA自院が4割弱と1.5割弱減少した。その分R1調査では在宅等・緊急の割合が1割弱増加した。

・発症前の生活支援の要(SA)と不要の比率(不明未回答を除く)に変化はなかった。¹⁰¹

1. 基本集計

・4.在院日数：(n=1,462)

※未回答、100日超の8件は除く。

	5日未満	5以上 10未満	10以上 15未満	15以上 20未満	20以上 25未満	25以上 30未満	30以上 40未満	40以上 50未満	50以上 60未満	60日以上
回答数	223	187	162	133	109	102	165	133	184	64
%	15.3	12.8	11.1	9.1	7.5	7.0	11.3	9.1	12.6	4.4

在院日数を5日ごとに区切ってみると、

- ・最多を占めたのは、5日未満の1.5割強であった。
- ・次いで、5日以上10日未満の1.5割弱、50日以上60日未満の1.5割弱となり、バラツキが多かった。

1. 基本集計

・5.主病名：(n=1,457)

※未回答の13件は除く。

	1. 神経	2. 眼科系	3. 耳鼻咽喉科	4. 呼吸器系	5. 循環器系	6. 消化器系	7. 筋骨格系	8. 皮膚	9. 乳房
回答数	76	70	21	231	129	183	274	26	6
%	5.2	4.8	1.4	15.9	8.9	12.6	18.8	1.8	0.4

	10.内分泌	11. 腎・尿路	12. 女性	13. 血液	14. 新生児	15.小児	16. 外傷	17. 精神	18. その他	99. 歯科
回答数	73	97	8	8	4	0	190	6	50	5
%	5.0	6.7	0.5	0.5	0.3	0.0	13.0	0.4	3.4	0.3

- ・主病名は、筋骨格系が2割弱と最多で、外傷と合わせると3割強を占めた。
- ・次いで呼吸器系、消化器系が1.5割前後であった。
- ・1割を超える疾患は上記4疾患であった。

1. 基本集計

- ・6.入院前の在宅医療の有無：(n=1,455) ※未回答の15件は除く。

	なし	自院が提供	他院が提供	不明	合計
回答数	1,009	171	179	96	1,455
%	69.3	11.8	12.3	6.6	100.0

- ・10.退院後の在宅医療の有無：(n=1,426) ※未回答の44件は除く。

	なし	自院が提供	他院が提供	不明	合計
回答数	996	171	192	67	1,426
%	69.8	12.0	13.5	4.7	100.0

- ・7.発症前の日常的な生活支援の有無：(n=1,445) ※未回答、異常値の25件は除く。

	要	不要	不明	合計
回答数	594	489	362	1,445
%	41.1	33.8	25.1	100.0

在宅医療の受療は入院前も退院後も、

- ・なしが最多で7割弱であった。ありは、自院・他院共に、それぞれ1割超とほぼ同等であった。

発症前の日常的な生活支援の有無は、

- ・要が4割以上と多かったが、不明も2.5割強に認めた。

1. 基本集計

・8.加算等の実績の有無

・疾患別・がん患者リハ 1日平均提供単位数: (n=1,455) ※未回答、異常値の3件は除く。

	0.0	0.0超 0.5未満	0.5以上 1.0未満	1.0以上 2.0未満	2.0以上 3.0未満	3.0以上 4.0未満	4.0以上 5.0未満	5.0以上 6.0未満	6.0以上 8.0未満	8.0以上	合計
回答数	740	106	81	228	216	66	16	3	7	4	1,467
%	50.4	7.2	5.5	15.5	14.7	4.5	1.1	0.2	0.5	0.3	100.0

・地ケア病棟の包括算定リハ実施の状況: (n=1,151) ※未回答、異常値の319件は除く。

	疾患別リハのみ	CARBのみ	両方	介入なし	合計
回答数	585	57	103	406	1,151
%	50.8	5.0	8.9	35.3	100.0

補完代替リハ(CARB)実施患者 13.9%

- ・疾患別・がん患者リハは半分弱の患者に実施され、1日平均提供単位数は、1～2単位と2～3単位が共に1.5割前後であった。
- ・リハ実施状況は、疾患別リハのみが過半数を占めた。
- ・補完代替リハ(CARB)の実施患者は1.5割弱であった。
- ・実際に提供されている地ケア病棟の包括算定リハは、疾患別・がん患者リハの届出患者数に加えて補完代替リハ(CARB)のみ実施分の0.5割多くなった。

1. 基本集計(会員限定の患者状況調査)

・8.加算等の実績の有無

・入退院支援加算の有無:(n=1,434)

※未回答、異常値の36件は除く。

	あり	なし	合計
回答数	475	959	1,434
%	33.1	66.9	100.0

・認知症ケア加算の有無:(n=1,433)

※未回答、異常値の185件は除く。

	あり	なし	合計
回答数	308	1,125	1,433
%	21.5	78.5	100.0

・薬剤総合評価調整加算:(n=1,381)

※未回答、異常値の89件は除く。

	あり	なし	合計
回答数	29	1,352	1,381
%	2.1	97.9	100.0

・摂食機能療法:(n=1,418)

※未回答、異常値の52件は除く。

	あり	なし	合計
回答数	101	1,317	1,418
%	7.1	92.9	100.0

・NST回診:(n=1,389)(包括算定)

※未回答、異常値の81件は除く。

	あり	なし	合計
回答数	63	1,326	1,389
%	4.5	95.5	100.0

・算定できていない加算や実施されていない取り組みが目立つ。
・算定できたケースの裏には、介入したが算定できなかったケースも存在する。

1. 基本集計

・8.加算等の実績の有無

・急性期患者支援病床初期加算：(n=1,414)

※未回答、異常値の56件は除く。

	あり	なし	合計
回答数	709	705	1,414
%	50.1	49.9	100.0

・在宅患者支援病床初期加算：(n=1,387)

※未回答、異常値の81件は除く。

	あり	なし	合計
回答数	387	1,000	1,387
%	27.9	72.1	100.0

- ・急性期患者支援病床初期加算は、5割強の患者に算定されていた。
- ・在宅患者支援病床初期加算は、3割弱の患者に算定されていた。

■クロス集計

■クロス集計の項目は、

- ・設問番号と設問名を×で括った。

例) 1.-(3)所在地 × 2.-(1)病院機能

■列又は行で強調したい場合は で囲んだ。

■最大頻度や割合を赤、最小を青、その中間で強調したい場合を紫で表した。

■ ■ ■ 1. クロス集計

■ 施設調査 × ■ 施設調査

■ ■ ■ 2. クロス集計

■ 患者調査 × ■ 患者調査

■ ■ ■ 3. クロス集計

■ 施設調査 × ■ 患者調査

入院料(管理料)のクロス集計

1. クロス集計

・ 2. 地ケア病棟の特定入院料区分の分析

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった 48病院は除いた。

※地ケア病棟複数有する病院は除く。

・ × 1.-(2)開設法人：(n=421)

※未回答の27件は除く。 (単位：%)

	公的	民間
入院料1 (n=85)	12.9	87.1
管理料1 (n=75)	14.7	85.3
入院料2 (n=166)	47.0	53.0
管理料2 (n=76)	27.6	72.4
入・管3,4 (n=19)	15.8	84.2

・ × 1.-(6) 200床未満以上：(n=448)

(単位：%)

	200床未満	200床以上
入院料1 (n=91)	98.9	1.1
管理料1 (n=82)	100.0	0.0
入院料2 (n=178)	30.9	69.1
管理料2 (n=78)	98.7	1.3
入・管3,4 (n=19)	89.5	10.5

・全ての入院料・管理料で民間の方が多かった。入院料2は公的が半分弱であった。

・入院料2は200床以上が7割弱を占め、他の入院料・管理料は200床未満がほとんどであった。

※200床以上の入院料1は医療資源の少ない地域の要件緩和

1. クロス集計

・ 2. 地ケア病棟の特定入院料区分の分析

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった 48病院は除いた。

※地ケア病棟複数有する病院は除く。

・ × 1.-(3)所在地: (n=446)

※未回答の2件は除く。

(単位: %)

	大都市	地方都市	過疎地
入院料1 (n=90)	38.9	46.7	14.4
管理料1 (n=82)	22.0	59.8	18.3
入院料2 (n=177)	35.0	52.0	13.0
管理料2 (n=78)	17.9	64.1	17.9
入・管3,4 (n=19)	36.8	57.9	5.3

・ × 1.-(7)病院機能: (n=440)

※未回答の8件は除く。

(単位: %)

	急性期CM	PA連携	地域密着
入院料1 (n=91)	46.2	13.2	40.7
管理料1 (n=81)	21.0	24.7	54.3
入院料2 (n=172)	75.0	6.4	18.6
管理料2 (n=78)	38.5	14.1	47.4
入・管3,4 (n=18)	33.3	11.1	55.6

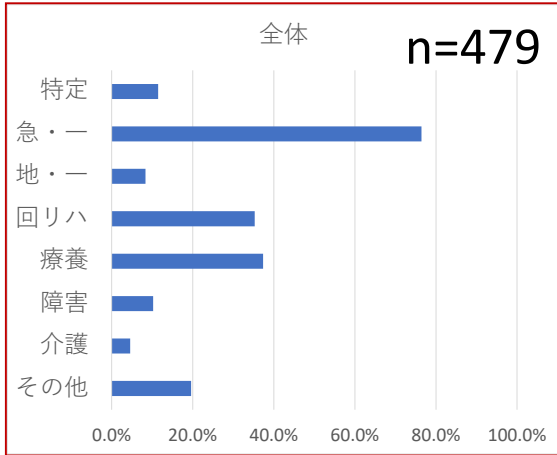
・ 全ての入院料・管理料で地方都市が最も多かった。

・ 入院料1と2は急性期CM型が最多を占め、他の入院料・管理料は地域密着型が最も多かった。

病院機能のクロス集計

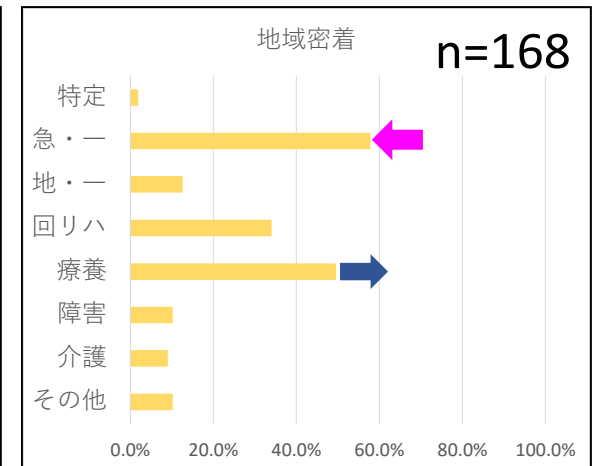
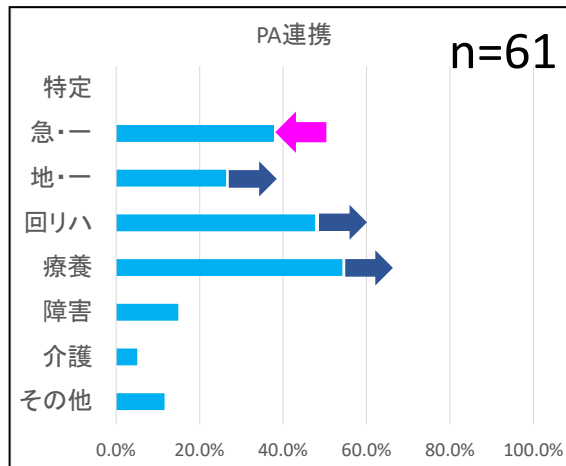
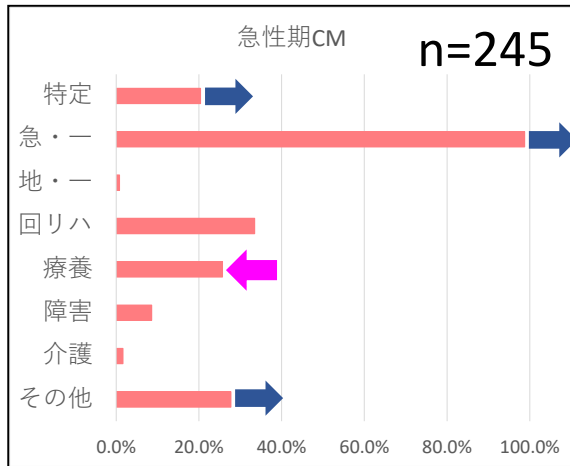
1. クロス集計

- 1.-(6)許可病床数及び届出病床数 × 1.-(7)診療圏における自院の病院機能: (n=479)



地ケア病棟を有する病院のうち、

- ・8割弱が急性期一般病棟を、
- ・4割弱が療養病棟を、
- ・3.5割強が回りハ病棟を、
届け出ていた。



地ケア病棟を有する病院全体と3つの病院機能毎に比較すると、

- ・急性期CM型は、療養が少なくなり、高度急性期・急性期とその他が多くなった。
- ・PA連携型は、急性期一般病棟が少なくなり、地域一般、回りハ、療養の各病棟が多くなった。
- ・地域密着型は、急性期一般病棟が少なくなり、療養病棟が多くなった。

1. クロス集計

・ 1.-(7)診療圏における自院の病院機能 × 2.-(1)特定入院料の区分: (n=472)

※各地ケア病棟の特定入院料の種類と病床数のいずれかに空欄や誤記入があった48病院は除いた。

※病院機能の未回答9病院は除いた。

※地ケア病棟を複数有する病院は、すべて集計した。

※()は各病院機能のnに占める割合 単位:%

	入院料1	入院料2	管理料1	管理料2	入院料・管理料1, 2の合計
急性期CM型 (n=252)	45 (17.9)	151 (59.9)	19 (7.5)	30 (11.9)	245 (97.2)
PA連携型 (n=64)	17 (26.6)	11 (17.2)	22 (34.4)	11 (17.2)	61 (95.3)
地域密着型 (n=190)	55 (28.9)	38 (20.0)	48 (25.3)	38 (20.0)	179 (94.2)

- ・全ての病院機能で入院料(管理料)1・2が9.5割前後を占めていた。
- ・急性期CM型は、入院料2が6割弱と最多で、次いで入院料1が2割弱であった。
- ・PA連携型は、管理料1が3.5割弱と最多で、次いで入院料1が2.5割強であった。
- ・地域密着型は、入院料1・2、管理料1・2のどれもが2割台であった。

1. クロス集計

・病院機能×許可病床数：(n=474)

※未回答、異常値の55件は除く。

(単位：%)

	200床未満	200以上 400未満	400床以上	合計%	合計n
急性期CM	53.9	36.3	9.8	100.0	245
PA連携	91.8	8.2	0.0	100.0	61
地域密着	86.9	11.3	1.8	100.0	168

- ・全ての病院機能で200床未満が最多であった。
- ・急性期CM型は、200床未満が5.5割弱、400床未満が3.5割強、400以上が1割弱であった。
- ・PA連携型は、200床未満が9割強で、全てが400床未満であった。
- ・地域密着型は、200床未満が8.5割強で、一部に400床未満を認めた。

3. クロス集計

・ 病院機能 × 受け入れ機能: (n=1,425)

※病院機能、入院前の場所等の未回答の34件は除く。

(単位: %)

R1年度 (n=1,468)	PA 他院	PA 自院	在宅等・予定	在宅等・緊急	合計
急性期CM型	8.5	56.8	15.9	18.8	100.0
PA連携型	34.3	15.7	20.8	29.2	100.0
地域密着型	14.9	20.5	38.8	25.9	100.0

H28年度 (n=867)	PA 他院	PA 自院	在宅等・予定	在宅等・緊急	合計
急性期CM型	4.5	66.3	18.2	11.0	100.0
PA連携型	39.6	10.4	13.8	36.2	100.0
地域密着型	9.9	42.0	14.9	33.2	100.0

病院機能別の受入機能をH28調査とR1調査とを比較すると、

- ・急性期CM型はPA自院が1割弱減少して、その分在宅等・緊急が増加した。
- ・PA連携型は大きな変化は認めず、R1調査ではPA他院が3.5割弱と最多で、次いで在宅等・緊急が3割弱を占めた。
- ・地域密着型はH28調査で4割強と最多であったPA自院が、R1調査で2割強に減少した。その分他の3つの割合が増加して在宅等・予定が4割弱と最多となった。

1. クロス集計

・病院機能×在宅復帰支援の取り組みありの病院数：(n=519)

(単位：%)

	1. リハビリ	2. リハビリ栄養	3. 認知症ケア	4. NST	5. ポリファーマシー	7. 口腔ケア	8. 排泄ケア	9. 摂食機能	10. 院内デイ	11. 退院調整	12. 共通アセスメント票	13. ケアマネ連携	14. 薬剤師病棟配置	15. ACP	n
急性期CM	95.1	27.6	66.0	64.6	17.2	59.7	51.5	64.9	16.0	91.8	7.1	79.9	39.9	18.3	262
PA連携	100	44.1	69.1	45.6	23.5	76.5	57.4	69.1	33.8	91.2	5.9	80.9	25.0	26.5	68
地域密着	97.4	26.5	60.8	47.6	15.9	61.9	40.7	63.5	15.3	87.3	5.3	78.8	30.2	24.9	189

赤字は、1つ以上の病院機能より1割以上取り組み病院の割合が多い病院機能
 青字は、1つ以上の病院機能より1割以上取り組み病院の割合が少ない病院機能

- 地ケア病棟での在宅復帰支援の取り組みありの施設数の割合を集計したところ、
- ・急性期CM型は、NSTが他の2機能より、薬剤師病棟配置がPA連携型より1割以上取り組みが多かった。
 - ・PA連携型は、口腔ケアや排泄ケア、院内デイが他の2機能より1割以上取り組みが多かった。
 - ・地域密着型は、1割以上取り組みが多かった項目はなかった。

1. クロス集計

・病院機能×地ケア病棟での加算等の算定ありの病院数: (n=519) 赤字は50%以上
(単位:%)

	①-1入退院支援加算	①-2入院時支援加算	②在宅患者緊急	③摂食機能	④薬剤総合	⑤認知症ケア	⑥-1訪問看護	⑥-2特別訪問	⑦退院前在宅	⑧病棟薬剤業務	n
急性期CM	62.2	25.6	7.6	59.5	15.3	66.4	58.8	20.2	4.2	44.3	262
PA連携	52.9	20.6	16.2	52.9	17.6	73.5	52.9	11.8	5.9	19.1	68
地域密着	39.7	7.9	14.3	43.4	13.8	58.7	51.3	20.6	3.7	21.7	189

・病院機能×地ケア病棟での加算等算定の積算(MAX10点): (n=519) 赤字はピーク値
(単位:%)

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	総計	総計
急性期CM	9.9	11.8	8.4	14.9	15.3	17.6	15.3	5.3	1.1	0.0	0.4	100	262
PA連携	10.3	13.2	13.2	20.6	16.2	13.2	5.9	4.4	1.5	1.5	0.0	100	68
地域密着	15.9	16.9	16.4	16.4	15.3	8.5	3.7	5.3	1.1	0.5	0.0	100	189

地ケア病棟での加算等の算定ありの施設数の割合いと算定の積算を集計したところ、

- 急性期CM型とPA連携型で5割以上は、入退院支援加算、摂食機能療法、認知症ケア、訪問看護指示料の4つであった。
- 地域密着型で5割以上は、認知症ケア、訪問看護指示料の2つであった。
- 地ケア病棟での加算等算定の積算のピーク値は、急性期CM型5点で2割弱、PA連携型は3点で2割強、地域密着型は1点で1.5割強であった。

受け入れ機能のクロス集計

2. クロス集計

・受け入れ機能×入院時主病名：(n=1,446) ※未回答、空欄は除く。(単位：%)

	1. 神経	2. 眼科系	3. 耳鼻咽喉科	4. 呼吸器系	5. 循環器系	6. 消化器系	7. 筋骨格系	8. 皮膚	9. 乳房	10. 内分泌
PA他院	6.5	0.5	0.0	7.5	15.9	11.4	18.9	2.5	0.0	2.0
PA自院	5.0	0.5	1.4	18.3	8.5	11.1	22.1	1.6	0.5	6.1
在宅等・緊急	4.2	0.8	3.1	21.5	8.9	15.4	13.6	1.3	0.5	6.0
在宅等・予定	6.3	21.9	0.3	8.7	4.5	12.8	18.1	2.4	0.3	3.8
合計	5.3	4.8	1.5	15.7	8.9	12.7	18.6	1.8	0.4	5.0

	11. 腎・尿路	12. 女性	13. 血液	14. 新生児	15. 小児	16. 外傷	17. 精神	18. その他	99. 歯科	合計%	合計n
PA他院	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	26.4	0.0	4.5	0.0	100	201
PA自院	6.1	0.2	0.7	0.0	0.0	14.6	0.2	3.0	0.2	100	575
在宅等・緊急	7.3	0.8	0.8	0.8	0.0	9.9	0.8	4.2	0.0	100	382
在宅等・予定	8.7	1.4	0.3	0.3	0.0	5.2	0.7	2.8	1.4	100	288
合計	6.6	0.6	0.6	0.3	0.0	13.1	0.4	3.5	0.3	100	1,446

入院時主病名を受け入れ機能毎に、DPCのMDCコード冒頭2桁(主要診断群)と歯科入院で分類して割合を集計したところ、1位から3位を占めたのは、

・PA他院は外傷・筋骨格系・循環器系、PA自院は筋骨格系・呼吸器系・外傷、在宅等・緊急は呼吸器系・消化器系・筋骨格系、在宅等・予定は眼科系・筋骨格系消化器系となった。PA他院の1位循環器系と在宅等・予定の1位眼科系は特徴的であった。

・全体の1位筋骨格系と3位外傷を合わせると3割を占め、2位呼吸器系は1.5割強であった。¹²¹

2. クロス集計

・受け入れ機能×在院日数: (n=1,451) ※未回答、100日超は除く。 (単位: %)

	5日未満	5以上 10未満	10以上 15未満	15以上 20未満	20以上 25未満	25以上 30未満	30以上 40未満	40以上 50未満	50以上 60未満	60以上	合計%	合計n
PA他院	2.9	6.3	7.8	8.8	10.3	6.4	16.2 <35.5>	13.7	23.5	3.9	100	204
PA自院	4.7	14.5	14.4	11.2	8.8	8.6 <22>	11.2	11.0	11.9	3.7	100	571
在宅等 ・緊急	13.7	16.5	10.9	8.5	5.2 <20>	8.0	12.1	7.2	11.1	6.7	100	387
在宅等 ・予定	47.4	9.3 <5>	7.3	5.9	5.9	3.1	6.2	4.2	8.0	2.8	100	289
合計	15.4	12.9	11.1	9.1	7.4	7.0	11.2	9.0	12.5	4.3	100	1,451

在院日数を30日未満までを5日毎、30日以上60日未満を10日毎に区切って分類すると、それぞれのピーク値と中央値は以下の通りであった。

- ・PA他院は、50日以上60日未満と35.5日
- ・PA自院は、5日以上10日未満と22日
- ・在宅等・緊急は、5日以上10日未満と20日
- ・在宅等・予定は、5日以上10日未満と5日
- ・PA自院と在宅等・緊急は似通った在院日数であったが、PA他院は在院日数が長く、在宅等・予定は短かった。

2. クロス集計

・受け入れ機能×退院、転出先：(n=1,451) ※未回答、空欄は除く。

(単位：%)

	他院 急性期	他院 急性期 他	自院 急性期	自院 急性期 他	自宅 (家庭)	居住系 ・特養	老健	介護療 養・介 護医療 院	その 他	合計%	合計n
PA他院	8.3	3.4	1.0	3.4	49.5	17.6	4.9	2.5	9.3	100	204
PA自院	2.1	6.4	1.0	0.9	61.7	15.1	7.5	0.0	5.2	100	575
在宅等・緊急	3.1	4.2	0.8	3.4	60.8	18.7	2.6	0.8	5.7	100	385
在宅等・予定	1.0	1.4	0.0	1.4	84.7	5.6	1.0	1.7	3.1	100	288
合計	3.0	4.4	0.8	2.0	64.3	14.5	4.5	0.9	5.5	100	1,451

受け入れ機能毎の退院、転出先について、

- ・全ての受け入れ機能において自宅(家庭)、居住系・特養への退院の順に多かった。
- 受け入れ機能毎の自宅(家庭)と居住系・特養それぞれの割合は以下の通りであった。
- ・PA他院は、5割弱と1.5割強
- ・PA自院は、6割強と1.5割強
- ・在宅等・緊急は、6割強と1.5割強
- ・在宅等・予定は、8.5割弱と0.5割強
- ・PA自院と在宅等・緊急は似通っていたが、PA他院は自宅(家庭)への退院が少なく、在宅等・予定は多かった。
- ・PA他院とPA自院を比較すると、PA他院はPA自院より自宅(家庭)への退院が5割弱と1割以上少なく、他院急性期への転院が1割弱と多かった。

2. クロス集計

・受け入れ機能×地ケア病棟の包括算定リハ実施の状況：(n=1,142)

※未回答、空欄は除く。

(単位：%)

	疾患別リハのみ	CARBのみ	両方	介入なし	合計%	合計n
PA他院	68.3	5.6	11.8	14.3	100	161
PA自院	59.6	6.2	8.4	25.7	100	498
在宅等・緊急	42.0	4.7	10.6	42.7	100	274
在宅等・予定	27.8	1.9	5.3	65.1	100	209
合計	50.8	5.0	8.8	35.4	100	1,142

受け入れ機能毎の「地ケア病棟の包括算定リハ」の実施状況について、

- ・PA他院とPA自院は疾患別・がん患者リハのみが6割弱以上と最多で、補完代替リハ(CARB)や両方実施している患者が0.5割以上に認められた。

- ・在宅等・緊急と在宅等・予定は介入なしが4割以上と最多で、特に在宅等・予定は介入なしの方が6.5割を占めていた。

- ・PA他院、PA自院、在宅等・緊急の受け入れにおいて、実際に提供されている地ケア病棟の包括算定リハは、疾患別・がん患者リハの届出患者数より0.5割以上多くなっていた。

2. クロス集計

・受け入れ機能 × CARBの有無 : (n=1,274)

※未回答、空欄は除く。

(単位: %)

	あり	なし	合計%	合計n
PA他院	15.8	84.2	100	184
PA自院	14.0	86.0	100	535
在宅等・緊急	15.2	84.8	100	315
在宅等・予定	7.1	92.9	100	240
合計	13.3	86.7	100	1,274

補完代替リハ(CARB)の取り組みは、PA他院、PA自院、在宅等・緊急は1.5割前後に取り組みされていたが、在宅等・予定は1割を切っていた。

2. クロス集計

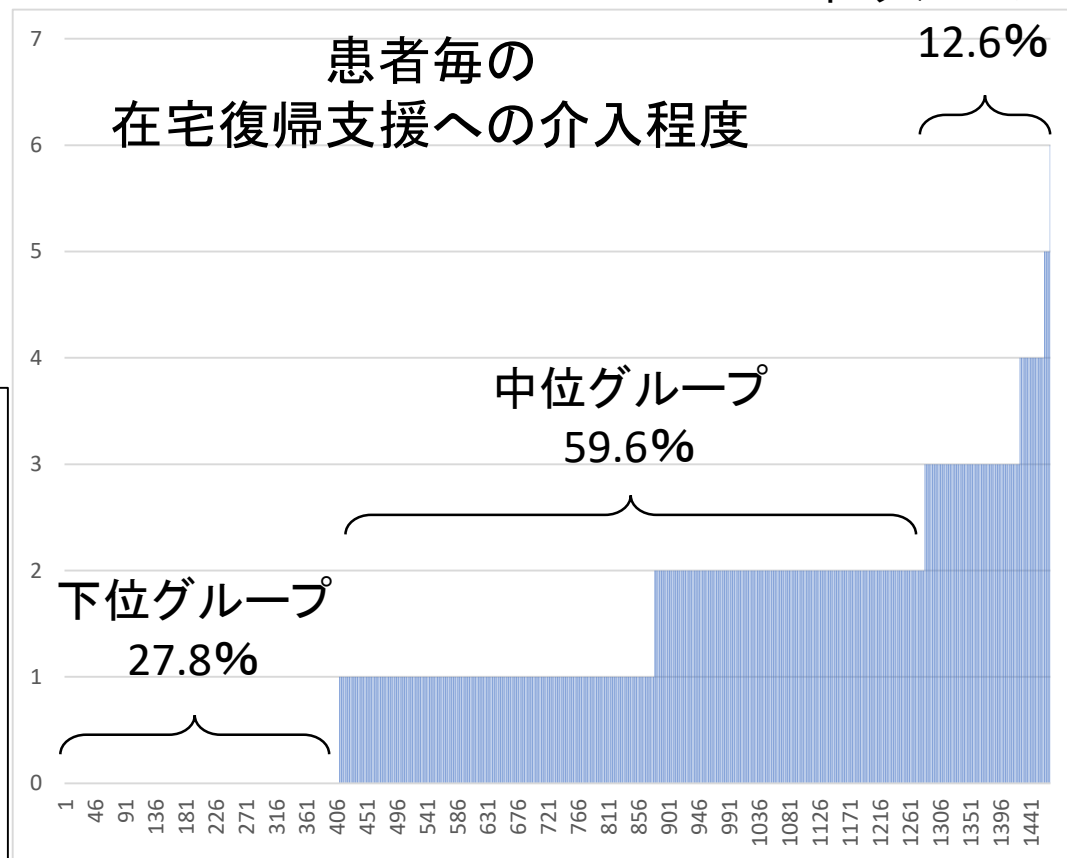
・8.加算等の実績の有無

患者毎の在宅復帰支援に関わる加算等の算定件数の積算 : (n=1,457)

	0点	1~2点	3点以上	合計%	合計n
患者毎の加算等の算定件数の積算	27.8	59.6	12.6	100%	1,457

・下記の在宅復帰支援に関わる加算や療法等の算定数を患者毎に積算し、多い患者順に並べて右図の様に患者毎の在宅復帰支援への介入程度として上中下位に層別化した。

上位グループ



- ・入退院支援加算(一般病棟の1のイに限る)の算定件数
- ・認知症ケア加算(1または2)の算定件数
- ・薬剤総合評価調整加算の算定件数
- ・摂食機能療法の算定件数
- ・疾患別リハの実施患者数
- ・補完代替リハ(CARB)の実施患者数
- ・NSTの実施患者数

2. クロス集計

・受け入れ機能 × 在宅復帰支援の程度 : (n=1,457)

	下位グループ 0点	中位グループ 1~2点	上位グループ 3点以上	合計%	合計n
PA他院	12.1	68.9	18.9	100%	206
PA自院	13.9	71.0	15.1	100%	575
在宅等・緊急	33.1	55.0	11.9	100%	387
在宅等・予定	59.5	36.3	4.2	100%	289
合計	27.8	59.6	12.6	100%	1,457

患者毎の在宅復帰支援に関わる加算等の算定件数の積算について、

- ・PA他院とPA自院は、中位の1~2点が最多で7割前後を占めており、次いで上位の3点以上が1.5割以上であった。
- ・在宅等・緊急は、中位の1~2点が最多で5.5割を占めており、次いで下位の0点が3.5割弱であった。
- ・在宅等・予定は、下位の0点が最多で6割弱を占めており、次いで中位の1~2点が3.5割強であった。
- ・受け入れ機能によって患者毎の在宅復帰支援に関わる加算等の算定件数の積算の値は異なっており、在宅復帰支援の程度が異なると予想された。¹²⁷