

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 地域包括医療病棟で低栄養リスクの患者が多いのは、管理栄養士が病棟配置されて、的確に栄養スクリーニングが行えているという結果ではないかとの意見があった。
- 低栄養リスクだけではなく、GLIM 基準で低栄養と判定された患者の状況についても示せないかとの指摘があった。

【今後の検討の方向性】

- 低栄養の実態を更に分析するとともに、標準的な手法による低栄養の把握を推進するための要因を検討する。

15-4. リハビリテーションについて （別添資料④ P145～P150）

- 入院中のリハビリには、身体機能の回復や廃用症候群の予防だけでなく、退院後の生活を見据えた生活機能の回復のための介入が求められる。
- 急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において、屋外等での疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、3単位を超えて実施した症例は45%であった。
- 退院前訪問指導は、回復期リハビリテーション病棟において包括されているものの、全入院患者の3～5%ほどに実施されており、その割合は他の病棟よりも高かった。一方、各入院料を算定する施設において、退院前訪問指導を実施している病院の割合は、14～24%に留まっていた。
- 高次脳機能障害者への支援に係る11の関係機関へのヒアリング調査においては、入院医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。
- 早期のリハビリテーションを評価する加算として急性期リハビリテーション加算、初期加算、早期リハビリテーション加算が設けられているが、いずれも発症日からリハビリテーション開始までの日数についての要件はなく、どのタイミングからでも算定可能である。
- 14日以内に疾患別リハビリテーションを実施した症例のうち、3日以内に介入できていない割合は38%であった。

（分科会での評価・分析に関する意見）

- 社会復帰のための施設外でのリハビリテーションは重要であり、1日3単位までという単位数の上限は見直すべきではないかとの意見があった。
- 退院前訪問指導は多職種で約半日を費やして行っており、労力に見合うよう評価されれば、より実施されるのではないかとの意見があった。

- 高次脳機能障害について、特に就労支援に関しては、かかりつけ医等との密な連携に対して、より評価をすべきではないかとの意見があった。
- 急性期のリハビリでは、入院直後からなるべく早くリハを開始することが重要であるため、急性期リハビリテーション加算等の評価のあり方について検討していく必要があるのではないかとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 退院後の生活に向けた介入や急性期における早期のリハビリ介入の評価のあり方について、令和7年度入院外来調査の結果等を踏まえ、更に検討する。

15-5. 食事療養について （別添資料④ P151～P155）

- 入院時食事療養（Ⅰ）を届け出た場合、要件を満たせば特別食加算や食堂加算を算定できる。また、多様なニーズに対応した食事を提供した場合、特別料金の支払いを受けることができる。
- 入院患者の栄養摂取方法として、急性期や包括期では約8割が経口摂取のみであり、慢性期でも約5割は経口摂取している。経口摂取のみの患者のうち、一定数は嚥下調整食の必要性がある。
- 食費の基準額は、食材費の高騰等を踏まえ、令和6年6月から1食当たり30円、令和7年4月から更に20円引き上げた。
- 食費の基準額引き上げにより、給食の質が上がったとの回答はわずかだった。一部委託や完全直営の施設の約4割は、30円以上経費が増加しているため更なる経費の削減を行っていた。

（分科会での評価・分析に関する意見）

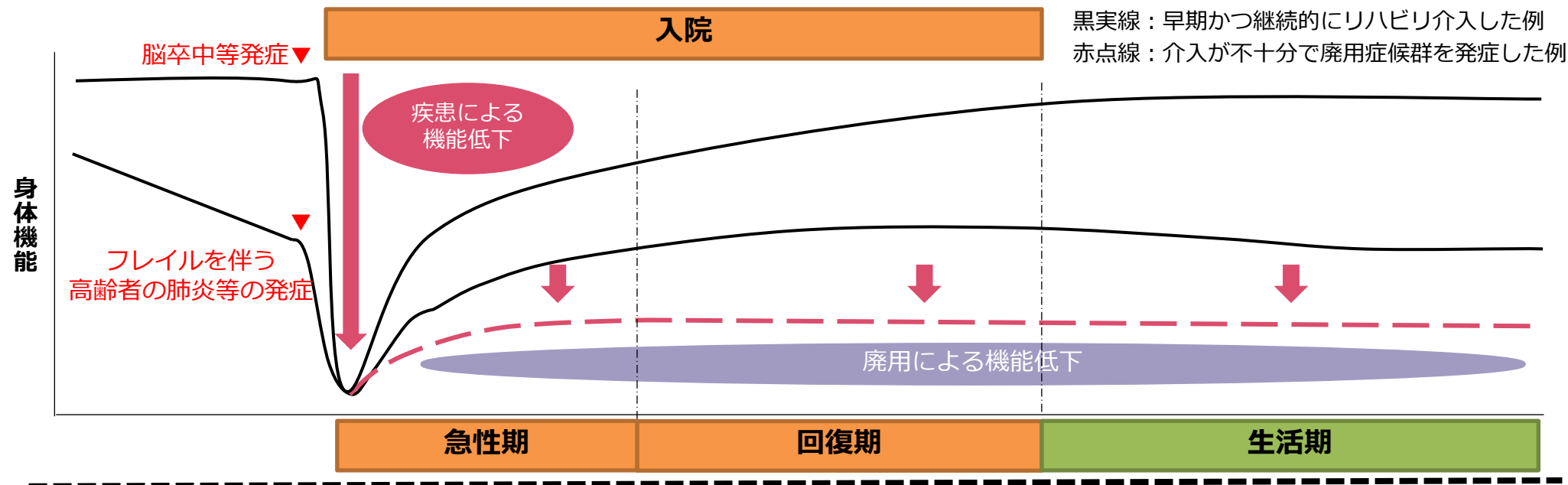
- 食費の基準額は、約30年ぶりに、30円、20円と引き上げられたが、米などの食材費や人件費は更に高騰し、給食委託費の引き上げの要望もある。財源がないのであれば、患者負担増も含めた見直しの検討が必要との意見があった。
- 経営努力が必要とはいえ、食材の組合せを変えて対応となると食事の質への影響が懸念される。様々なデータや給食のコスト構造を踏まえて、実態の把握と対応について検討を進めるべきとの意見があった。
- 嚥下調整食が必要な患者は一定数いるが、特別食加算の対象とはなっていないので、検討すべきではないかとの意見があった。

【今後の検討の方向性】

- 医療の一環としての食事の質を確保するため、様々なデータを分析して実態を把握する。
- 嚥下調整食のようなニーズがあるが評価されていないものについて、実態を

各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6



必要なリハビリの
イメージ

疾患により低下した身体機能・ADL向上
(疾患別リハビリテーションによる集中的リハ等)

残存する身体機能を活用した生活機能回復
(疾患別リハビリテーションにおける自助具の使用訓練、
病棟のリハビリテーションにおけるトイレ動作における有効
な移乗方法の習得等)

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

安静臥床による廃用症候群に伴う身体機能・生活機能の低下予防
(病棟のリハビリテーションにおける離床の促し、トイレ介助等)

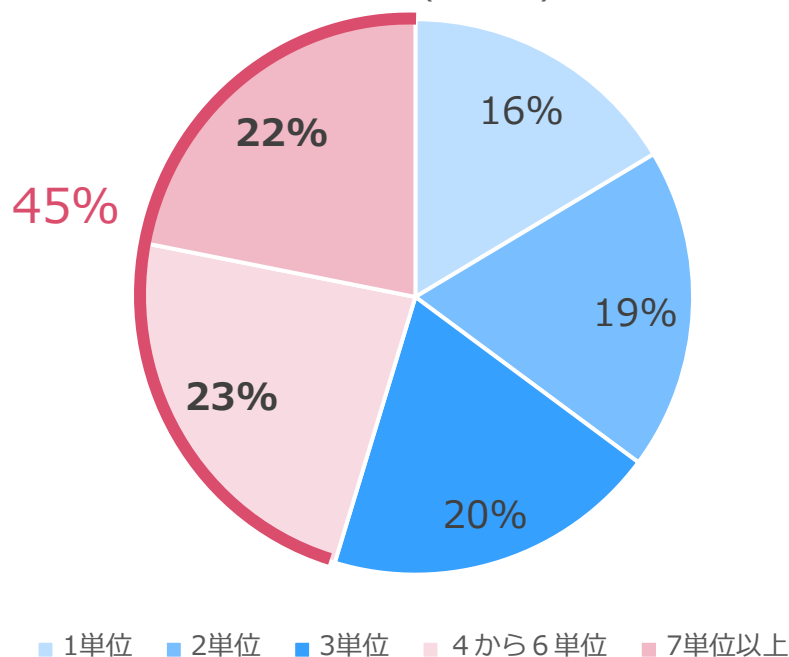
屋外等での疾患別リハビリテーション実施単位数について

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- 屋外等での疾患別リハビリテーションは入院患者に対して1日に3単位に限り算定可能である。
- 急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において、屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と人数の分布は以下の通りであり、屋外等での疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、3単位を超えて実施した症例は45%であった。

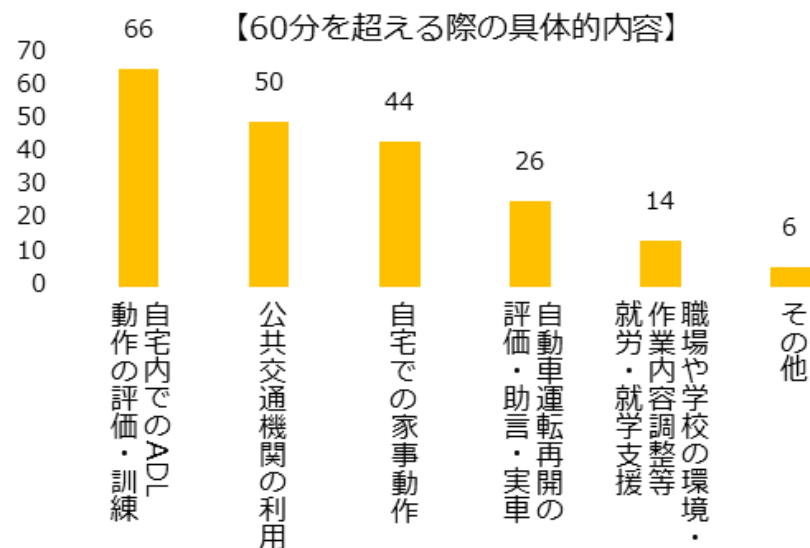
屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と

人数の割合(n=128)



調査日から遡った過去7日間において、疾患別リハビリテーションを実施した1,767症例のうち、同一期間内に屋外等で疾患別リハビリテーションを実施した128症例について、単位数ごとの人数を集計。

参考) 屋外等でのリハビリテーションが60分を超える際の具体的な実施内容



※回答のあった87施設において、該当した項目（複数回答可）を集計。

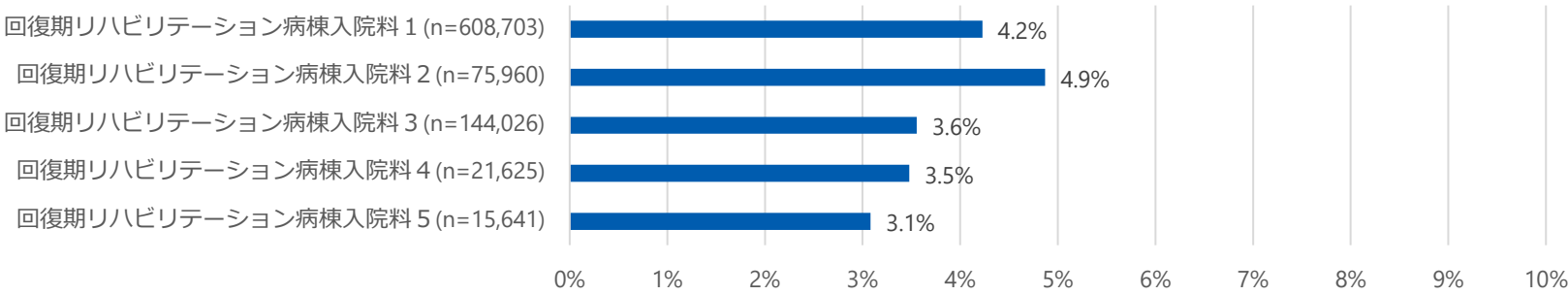
出典：日本作業療法士協会2019年度身体障害領域モニター調査

退院前訪問指導の実施状況

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

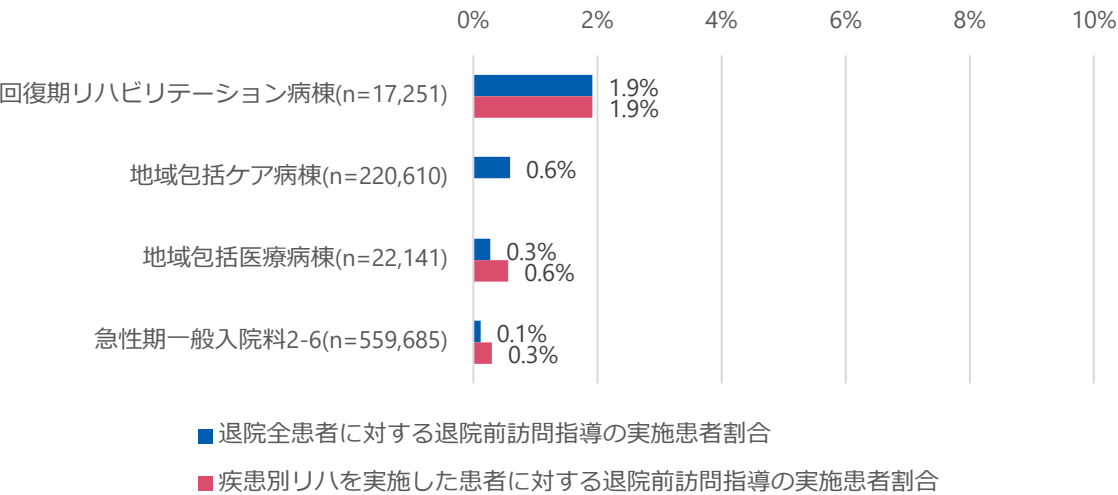
- 退院前訪問指導は、回復期リハビリテーション病棟において包括されているものの、全入院患者の3～5%ほどに実施されており、その割合は他の病棟よりも高かった。
- 各入院料を算定する施設において、退院前訪問指導を実施している病院の割合は、14～24%に留まっていた。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの退院前訪問指導を実施した患者の割合



出典：DPCデータ（令和4年4月 - 令和6年5月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

退院前訪問指導を実施した患者の割合



	疾患別リハ実施患者割合	退院前訪問指導実施病院の割合
回復期リハビリテーション病棟	99.9%	16.0%
地域包括ケア病棟	0.03%※	21.1%
地域包括医療病棟	48.3%	23.5%
急性期一般入院料2-6	38.9%	14.9%

※ 疾患別リハ料が入院料に包括されていることに注意が必要。

出典：DPCデータ（令和6年10月 - 12月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

- 高次脳機能障害者への支援に係る11の関係機関へのヒアリング調査においては、入院医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。

令和6年度障害者総合福祉推進事業「高次脳機能障害に関する支援の実態調査及び適切な支援を提供するためのガイドラインの作成」報告書より、関係機関へのヒアリング調査の結果を一部抜粋

(1) 入院中の診療

急性期病院の段階で認知機能の検査や高次脳機能障害の診断が行われるケースは少ないという意見が多く聞かれた。重い麻痺や運動機能障害がない場合、急性期病院から直接地域生活に移行するケースもあり、その場合には高次脳機能障害の診断を受けていないことも多いという指摘があった。回復期病院においても、身体症状への対応が優先され、認知機能面については検査・診断されないことがあるという意見も寄せられた。また、高次脳機能障害者本人の病識が低下し、自身の認知機能を過大に自覚することで、リハビリテーションの必要性を認識できず、退院を希望するケースもあるという声も聞かれた。

高次脳機能障害の診断がついてない場合でも、「高次脳機能障害を発症している可能性がある」ことだけでも患者に伝えることが、当事者がその後の支援につながる可能性を高める上で重要であるとの意見があった。さらに、どの医療機関が高次脳機能障害の診療・診断書作成に対応しているかが分かりにくい現状があり、対応可能な医療機関のリスト作成を求める要望が寄せられた。

(2) 入院中の退院支援

入院中の退院支援に関しては、急性期病院や回復期病院において、介護保険サービスや障害福祉サービス、障害者手帳、その他の支援に係る情報提供や申請手続きの支援が十分に行われていないという意見が多数把握された。特に、高齢者の患者が多い病院では、壮年期の患者への対応（障害福祉サービス等）のノウハウが蓄積されにくく、地域内の障害福祉関連機関とのネットワークも希薄になりやすいとの指摘があった。（略）

このような状況を踏まえ、退院時に「退院後に困った時に相談できる窓口」の情報を必ず伝えることが重要であり、支援拠点機関の紹介も積極的に行うべきであるという要望が寄せられた。

(3) 退院後の外来診療（略）

(4) 退院後の相談支援（略）

(5) 障害者手帳の取得

障害者手帳の取得に関しては、身体障害者手帳について、高次脳機能障害の原疾患の発症・受傷から一定期間経過しなければ交付申請を行えないという期間要件を設けている自治体があり、その期間が長い場合もあるという指摘があった。（略）

急性期リハビリテーション加算等の算定要件

診 調 組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- 早期のリハビリテーションを評価する加算として以下が設けられているが、いずれも発症日からリハビリテーション開始までの日数についての要件はなく、どのタイミングからでも算定可能である。

	急性期リハビリテーション加算	初期加算	早期リハビリテーション加算
点数	50点／単位	45点／単位	25点／単位
算定可能日数	発症、手術又は急性増悪から14日目まで ※	発症、手術又は急性増悪から14日目まで	発症、手術又は急性増悪から30日目まで
対象患者	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者であって、下記の要件に定める患者 ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。 イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。 ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。 ①動脈圧測定(動脈ライン)②シリンジポンプの管理 ③中心静脈圧測定(中心静脈ライン) ④人工呼吸器の管理 ⑤輸血や血液製剤の管理 ⑥特殊な治療法等 エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者

※ 心大血管リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料は「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療（リハビリテーション）開始日のいずれか早いもの」から起算する



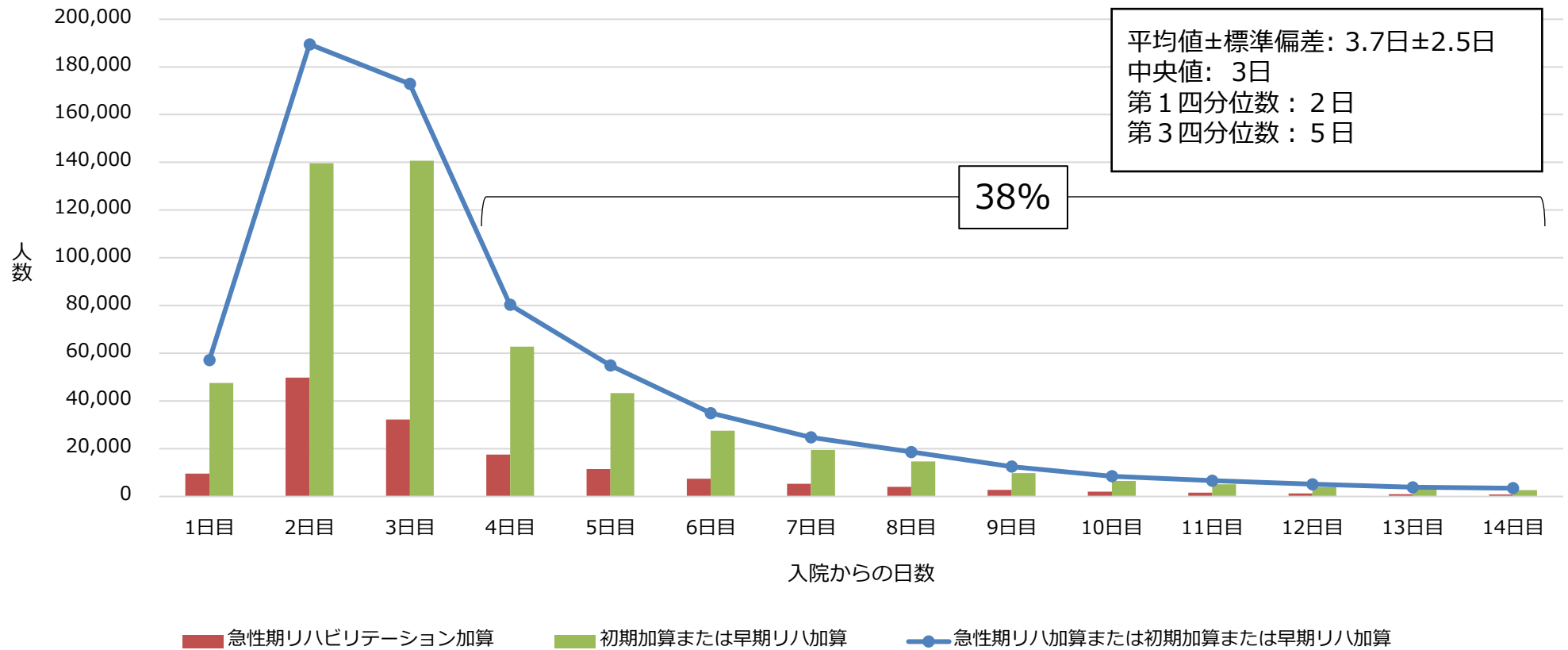
Dの症例においても、急性期リハビリテーション加算は算定可能

急性期リハビリテーション加算等の算定状況

診調組 入 - 1
7 . 6 . 2 6

- 急性期リハビリテーション加算等を初回算定した日、すなわち疾患別リハビリテーションを急性期の病態について初回算定した日の分布は以下のとおりであり、平均3.7日で右に裾の長い分布を示した。
- 14日以内に疾患別リハビリテーションを実施した症例のうち、3日以内に介入できていない割合は38%であった。

急性期リハビリテーション加算等の初回算定日（疾患別リハを開始した日）



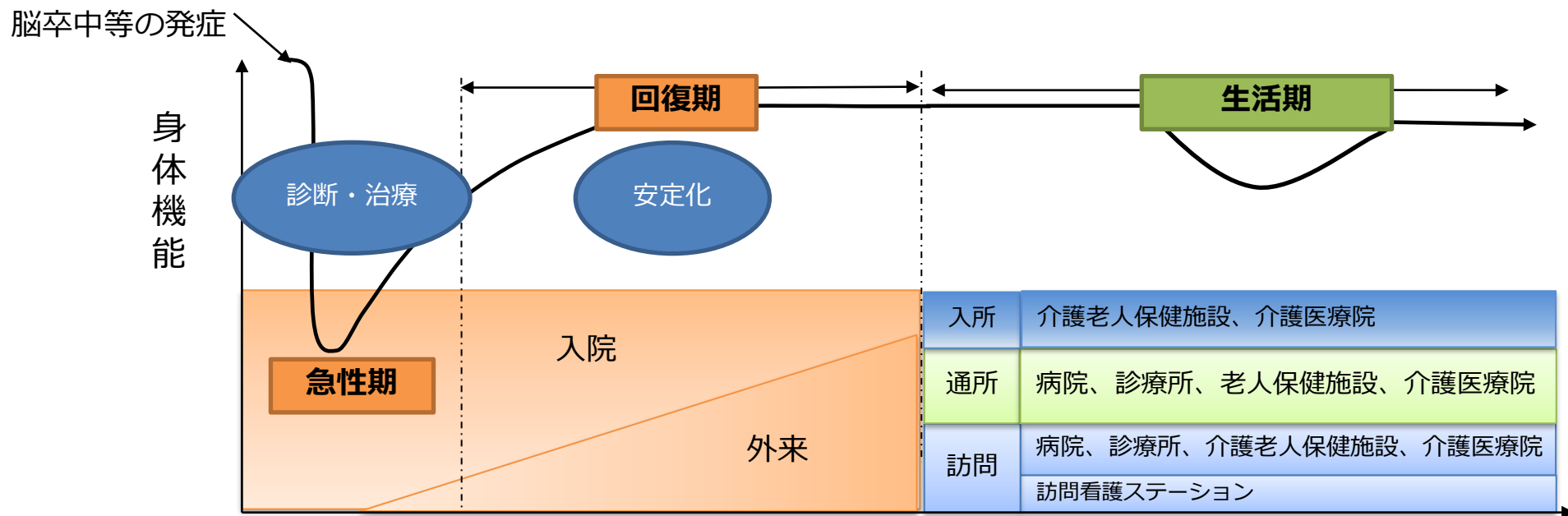
※ 急性期一般入院料1 - 6の入院症例のうち、14日以内にリハビリを実施した症例で分析。

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. **リハビリテーション(その1)**
5. 食事療養(その1)

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. **リハビリテーション(その1)**
 - 4－1. **リハビリテーションについて（総論）**
 - 4－2. 生活機能回復リハビリテーションについて
 - 4－3. 退院支援について
 - 4－4. 疾患別リハビリテーションの早期介入について
5. 食事療養(その1)

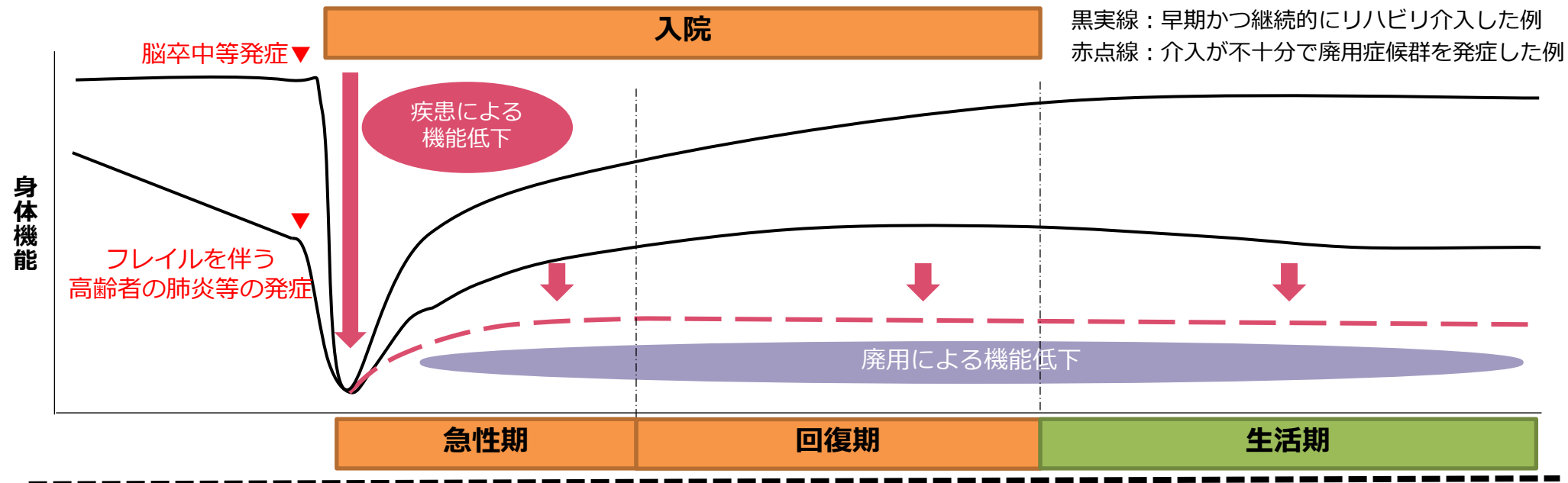
リハビリテーションの役割分担（イメージ）

意見交換 資料-4 参考-1
R 5 . 3 . 1 5 改



役割分担	主に医療保険		主に介護保険
	急性期	回復期	生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	維持・向上	維持・向上	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上

各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ



必要なリハビリの
イメージ

疾患により低下した身体機能・ADL向上
(疾患別リハビリテーションによる集中的リハ等)

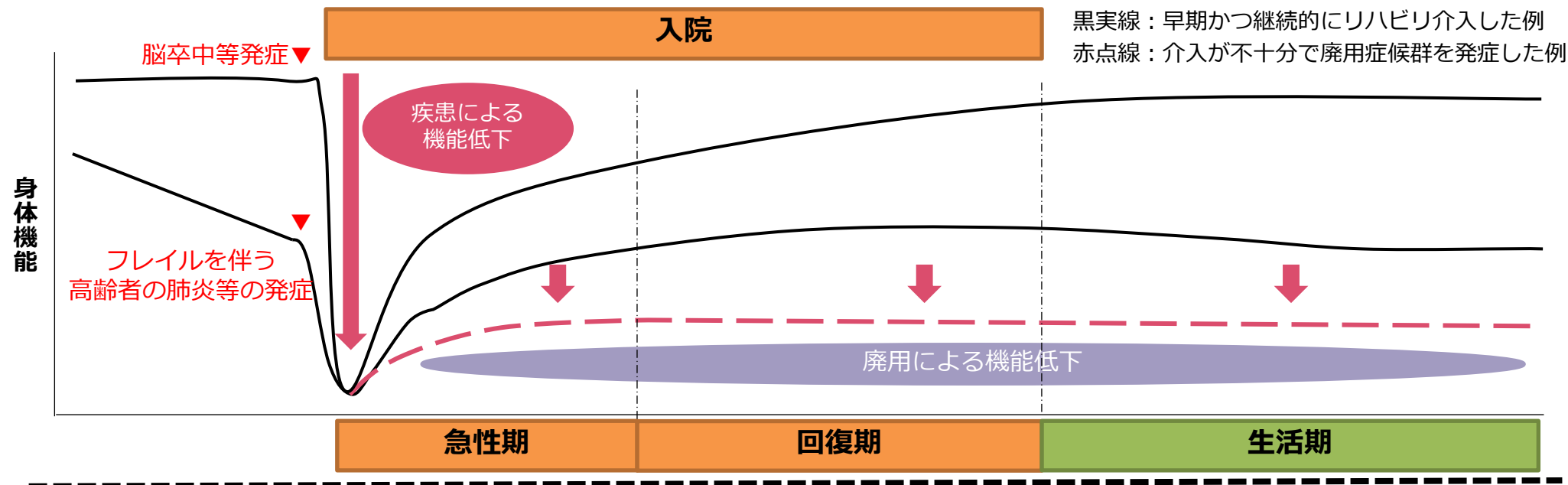
残存する身体機能を活用した生活機能回復
(疾患別リハビリテーションにおける自助具の使用訓練、
病棟のリハビリテーションにおけるトイレ動作における有効
な移乗方法の習得等)

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

安静臥床による廃用症候群に伴う身体機能・生活機能の低下予防
(病棟のリハビリテーションにおける離床の促し、トイレ介助等)

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. **リハビリテーション(その1)**
 - 4－1. リハビリテーションについて (総論)
 - 4－2. **生活機能回復リハビリテーションについて**
 - 4－3. 退院支援について
 - 4－4. 疾患別リハビリテーションの早期介入について
5. 食事療養(その1)

(再掲) 各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ



疾患により低下した身体機能・ADL向上
(疾患別リハビリテーションによる集中的リハ等)

必要なリハビリの
イメージ

残存する身体機能を活用した生活機能回復
(疾患別リハビリテーションにおける自助具の使用訓練、
病棟のリハビリテーションにおけるトイレ動作における有効な
乗降方法の習得等)

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

安静臥床による廃用症候群に伴う身体機能・生活機能の低下予防
(病棟のリハビリテーションにおける離床の促し、トイレ介助等)

退院後の自立を目指した生活機能リハビリのイメージ

- 入院中のリハビリには、身体機能の回復や廃用症候群の予防だけでなく、退院後の生活を見据えた生活機能の回復のための介入が求められる。

➤ 生活機能回復のためのワンポイントの介入の例（トイレ動作）

「POCリハビリテーションのすすめ」（一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会）より写真を引用



歩行頻度の増加



ドア開閉時のバランス評価



方向転換時のバランス評価



蓋の上げ動作

➤ （例）排尿・排便に関する介入モデル（運動器疾患のパターン）

✓ 目標	✓ 廃用予防	✓ トイレ動作獲得 (移動含む)	✓ 病棟ADL自立	✓ 自宅退院 
ADL	ベッド上臥床	トイレ動作介助	トイレ動作自立	病棟ADL自立
疾患により低下した身体機能・ADL向上	基本動作練習 (寝返り練習・指導等)	筋力・バランス低下に対して ・立ち上がり練習 ・立位保持練習 ・トイレ動作練習	筋力低下及びバランス低下に対して、 トイレまでの歩行練習 ・排泄以外の活動の拡大	
生活機能の回復		病棟職員との連携(トイレ動作介助方法の共有)	病棟環境でのADL評価、移動や移乗の方法指導、訓練	自宅のトイレ環境に合わせた移動や移乗の方法指導、訓練
廃用症候群予防	自主トレ指導(ベッド上でのブリッジ運動等)	離床の促し (食事時の車椅子乗車等)	離床の促し(自室内での自主トレ指導等)	離床の促し(病棟内での自主トレ指導等)

▲ コルセット作成・離床許可

生活機能回復に資する診療報酬の例（排尿自立支援加算）

- 排尿自立支援加算は尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害又は尿道カテーテル留置中に下部尿路機能障害が予想される患者に対し、包括的な排尿ケアを行った場合に算定される。
- 加算の新設後、算定回数及び届出機関数の増加は緩徐である。

A251 排尿自立支援加算 200点（週1回）

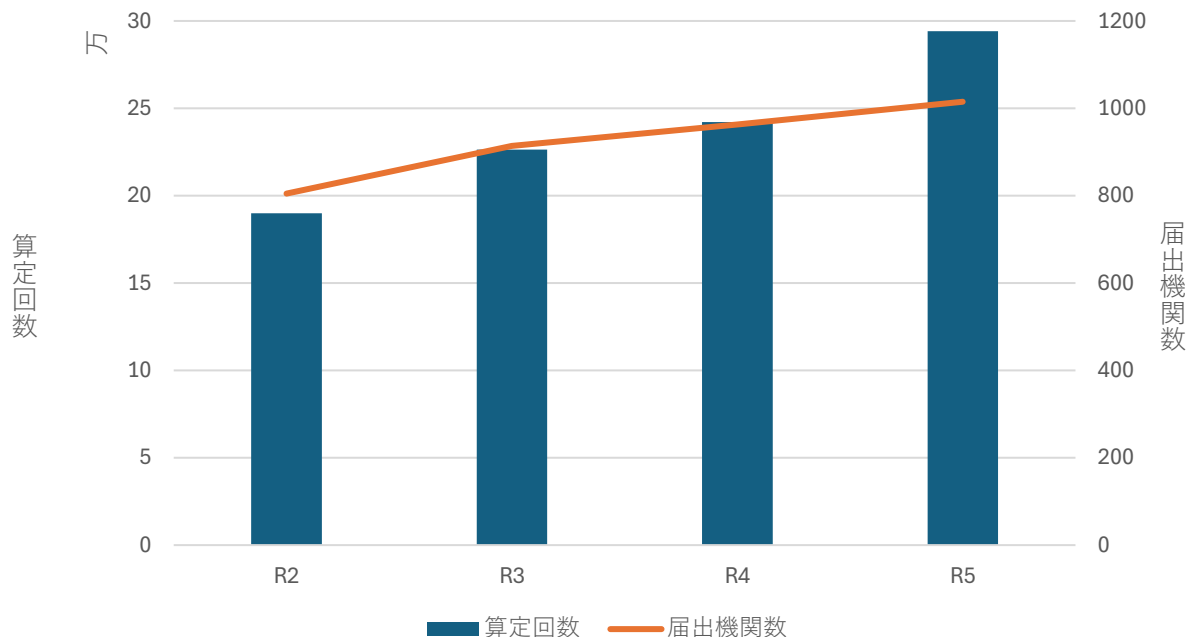
【施設基準（概要）】

- （1）保健医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
- （2）排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- （3）排尿ケアチームは、排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- （4）下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドラインなどを遵守すること。

【算定要件（抜粋）】

- 入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

排尿自立支援加算（算定回数・届出機関数）



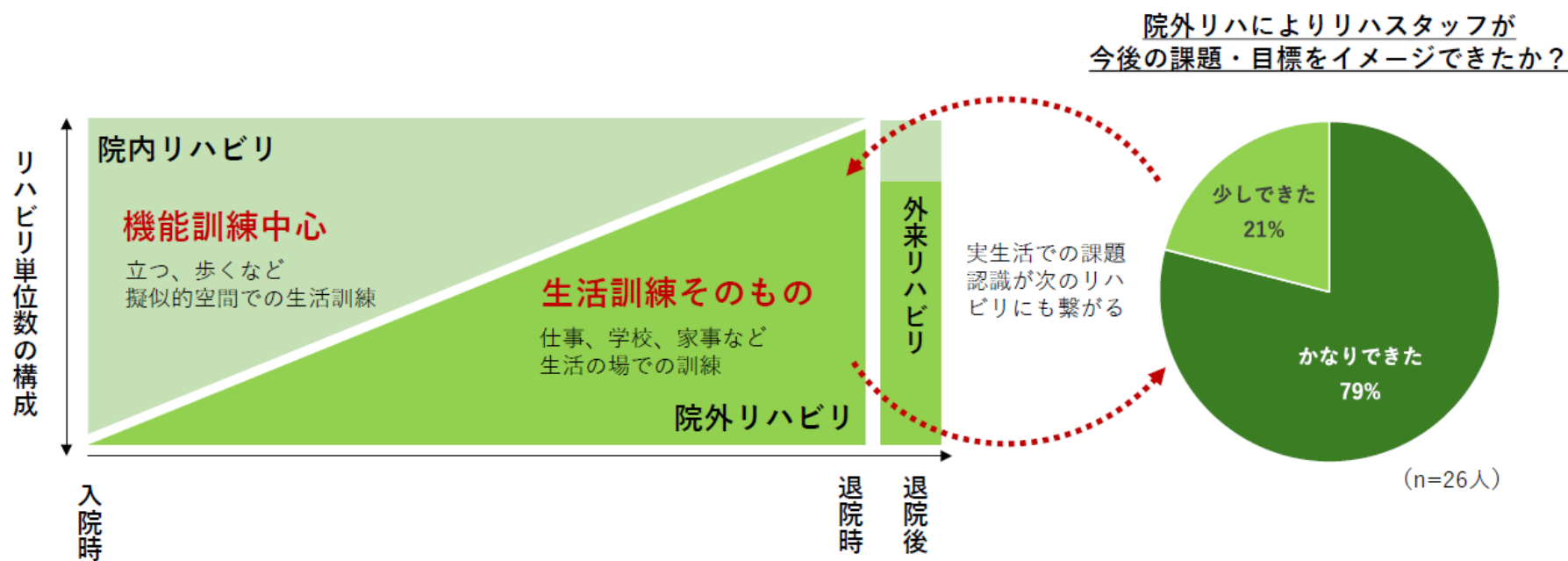
引用：（算定回数）第7回～10回NDBオープンデータ、（届出機関数）主な施設基準の届出状況等

院内/院外リハの組み合わせ

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

患者の状態や時期によりクリアすべき課題は異なる。退院後の円滑な生活のため、院内/院外リハビリを適切に提供できる制度が望まれる。

患者の課題によってリハビリ場所も異なる



千里リハビリテーション病院
「2023年5月～2023年10月までの外出訓練調査」

院外リハビリをデザインする

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

入院患者の目的は社会復帰。それを円滑に進めるため、実践的な訓練である院外リハビリの提供体制を拡充すべき。

生活の場で訓練する院外リハビリの拡充

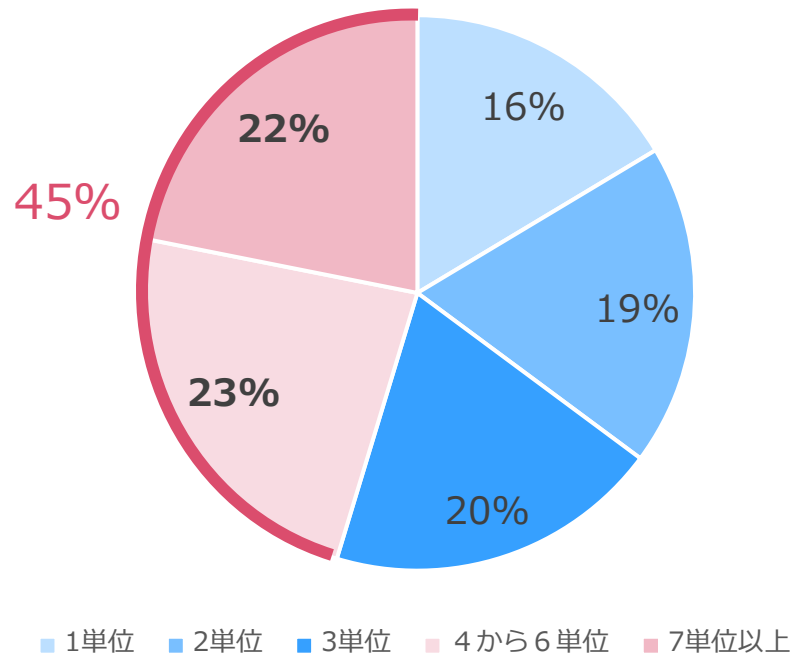
ポイント		慢性期治療病棟	院外リハビリ
目的	明確化	病態を改善し、在宅復帰を促す	患者の状態、課題に応じたリハビリ(場所)の提供
プロセス	実践方法の確立	6病態（誤嚥性肺炎、低栄養、脱水、褥瘡、尿路感染症、その他の感染症）の治療 ＋ 病態の急性増悪対応（慢性期救急）	医療機関外リハビリにおける ・3単位(60分)の制限緩和 ・自宅/社会生活に必要な範囲の拡大（復学、自宅内ADL等）
アウトカム	指標設定/測定	6病態の改善度、改善期間	院外リハビリ実施率の向上による円滑な社会復帰

屋外等での疾患別リハビリテーション実施単位数について

- 屋外等での疾患別リハビリテーションは入院患者に対して1日に3単位に限り算定可能である。
- 急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において、屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と人数の分布は以下の通りであり、屋外等での疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、3単位を超えて実施した症例は45%であった。

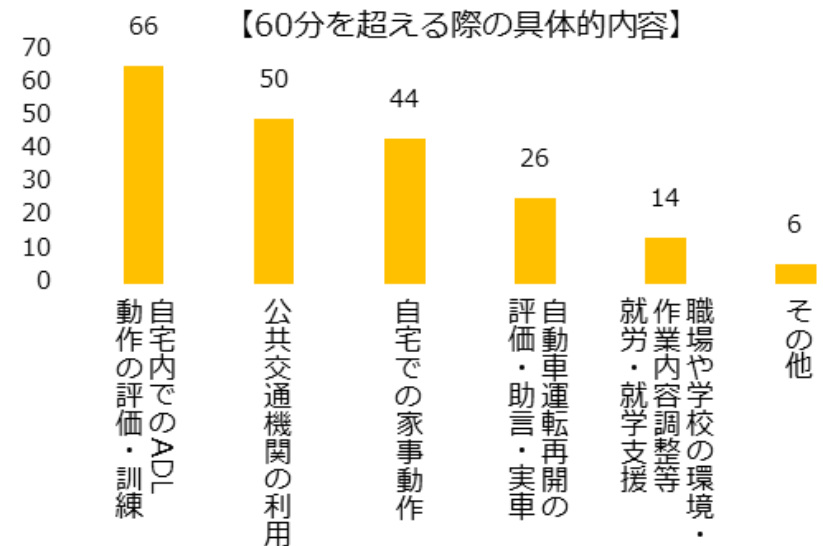
屋外等で実施されたリハビリテーション単位数と

人数の割合(n=128)



調査日から遡った過去7日間において、疾患別リハビリテーションを実施した1,767症例のうち、同一期間内に屋外等で疾患別リハビリテーションを実施した128症例について、単位数ごとの人数を集計。

参考) 屋外等でのリハビリテーションが60分を超える際の具体的な実施内容



※回答のあった87施設において、該当した項目（複数回答可）を集計。

出典：日本作業療法士協会2019年度身体障害領域モニター調査

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. **リハビリテーション(その1)**
 - 4－1. リハビリテーションについて (総論)
 - 4－2. 生活機能回復リハビリテーションについて
 - 4－3. 退院支援について
 - 4－4. 疾患別リハビリテーションの早期介入について
5. 食事療養(その1)

- 退院前訪問指導を実施することにより、再入院と転倒を減少させ、退院後のADLが向上する。
- 家屋調査を含むフローにより回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。

- 大腿骨頸部骨折患者を対象としたRCT(N=77)において、退院前に家屋訪問を実施した患者は、30日後の再入院と転倒が有意に改善するとともに、6か月後のADLが有意に高かったという報告がある。

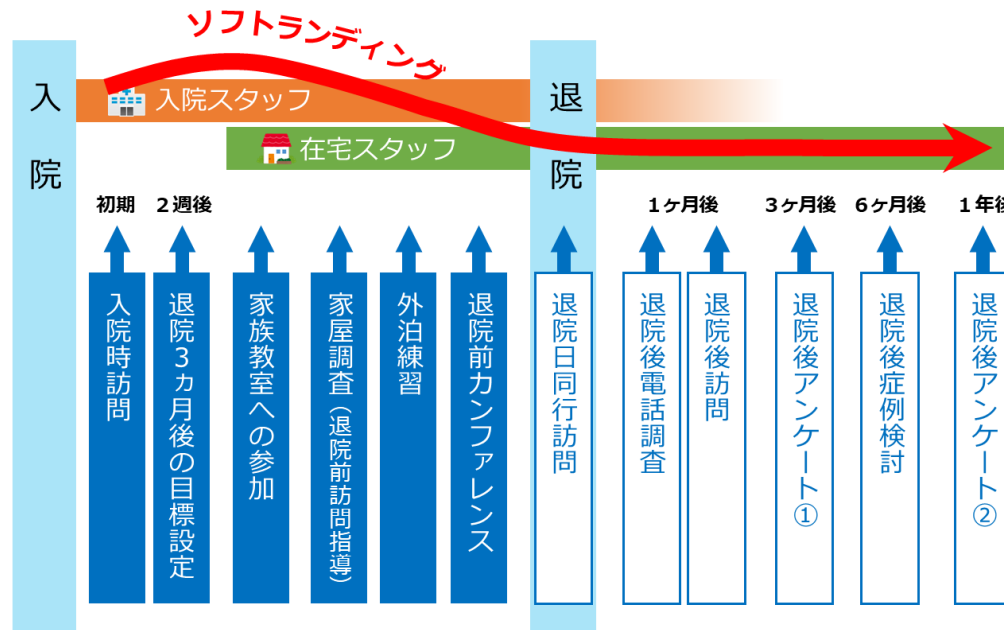
Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.

- 14研究を対象としたメタ解析において、退院前の家屋訪問を実施することが、転倒率を低下させること、退院後の活動レベルが改善すること、再入院率を減少させることが示されている。

Lockwood KJ, et al. J Rehabil Med. 2015 Apr;47(4):289-99.

- 家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。

岡光孝. OTジャーナル. 55(8) : 999-1003, 2021



退院前訪問指導料

- 退院前訪問指導料の算定回数は、平成31年以降、減少傾向にあり、令和5年にやや増加した。

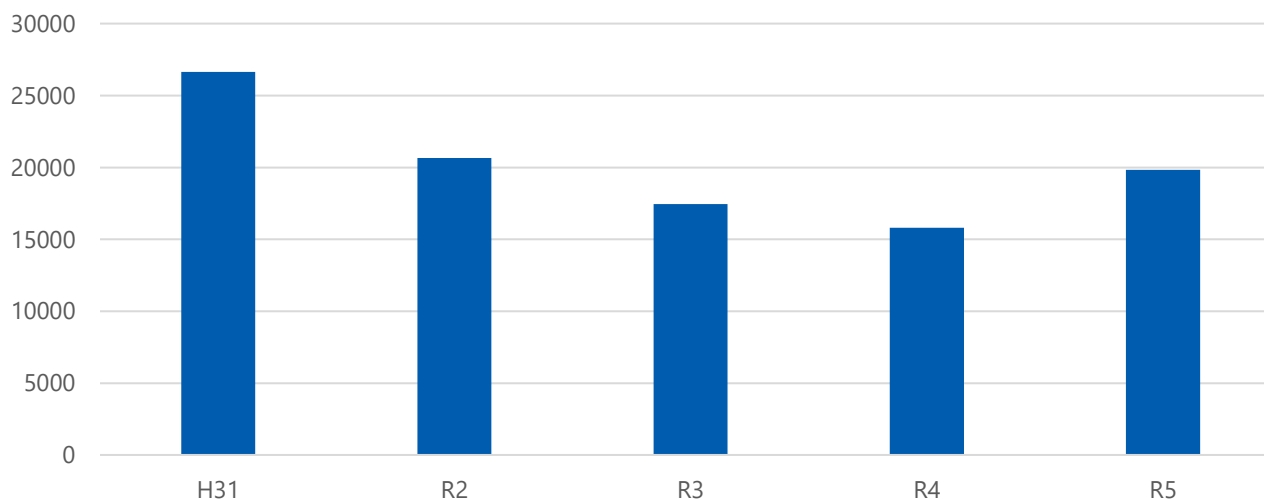
B007-2 退院前訪問指導料 580点

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、算定する。

【算定要件（抜粋）】

- 指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。
- ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。

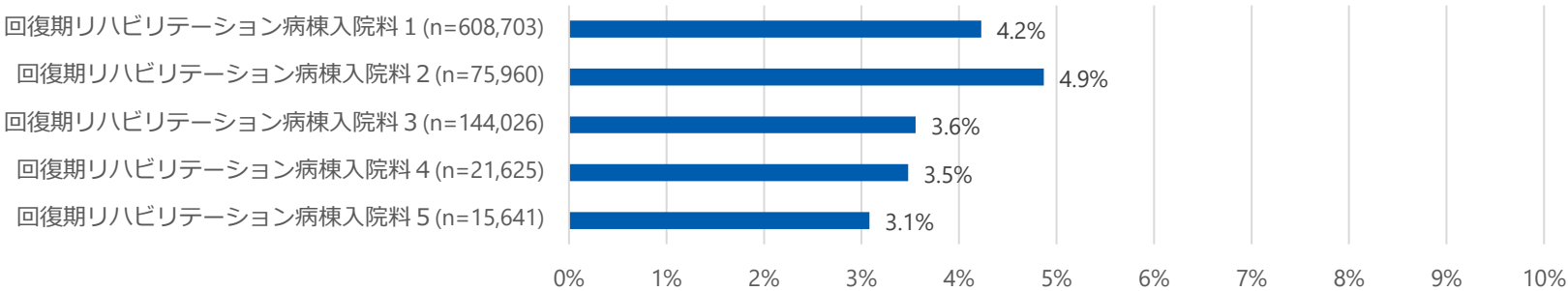
退院前訪問指導料の算定回数の推移



退院前訪問指導の実施状況

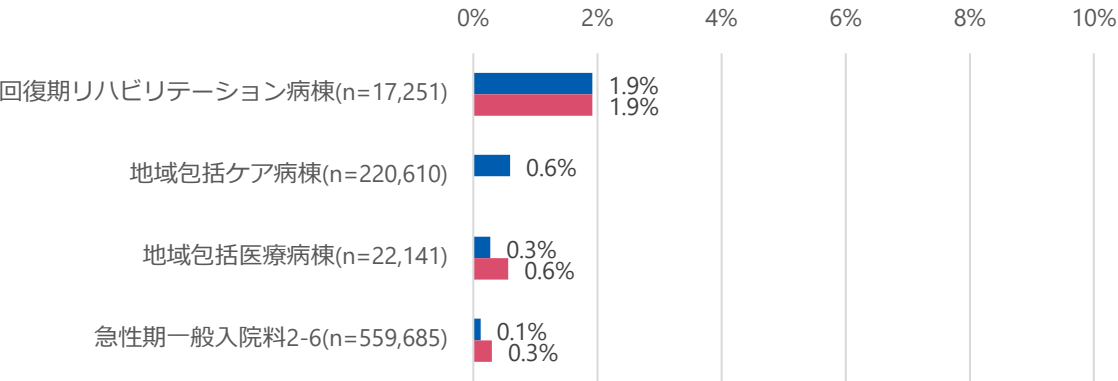
- 退院前訪問指導は、回復期リハビリテーション病棟において包括されているものの、全入院患者の3～5%ほどに実施されており、その割合は他の病棟よりも高かった。
- 各入院料を算定する施設において、退院前訪問指導を実施している病院の割合は、14～24%に留まっていた。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの退院前訪問指導を実施した患者の割合



出典：DPCデータ（令和4年4月 - 令和6年5月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

退院前訪問指導を実施した患者の割合



■ 退院全患者に対する退院前訪問指導の実施患者割合
■ 疾患別リハを実施した患者に対する退院前訪問指導の実施患者割合

	疾患別リハ 実施患者割合	退院前訪問指導 実施病院の割合
回復期リハビリテーション病棟	99.9%	16.0%
地域包括ケア病棟	0.03%※	21.1%
地域包括医療病棟	48.3%	23.5%
急性期一般入院料2-6	38.9%	14.9%

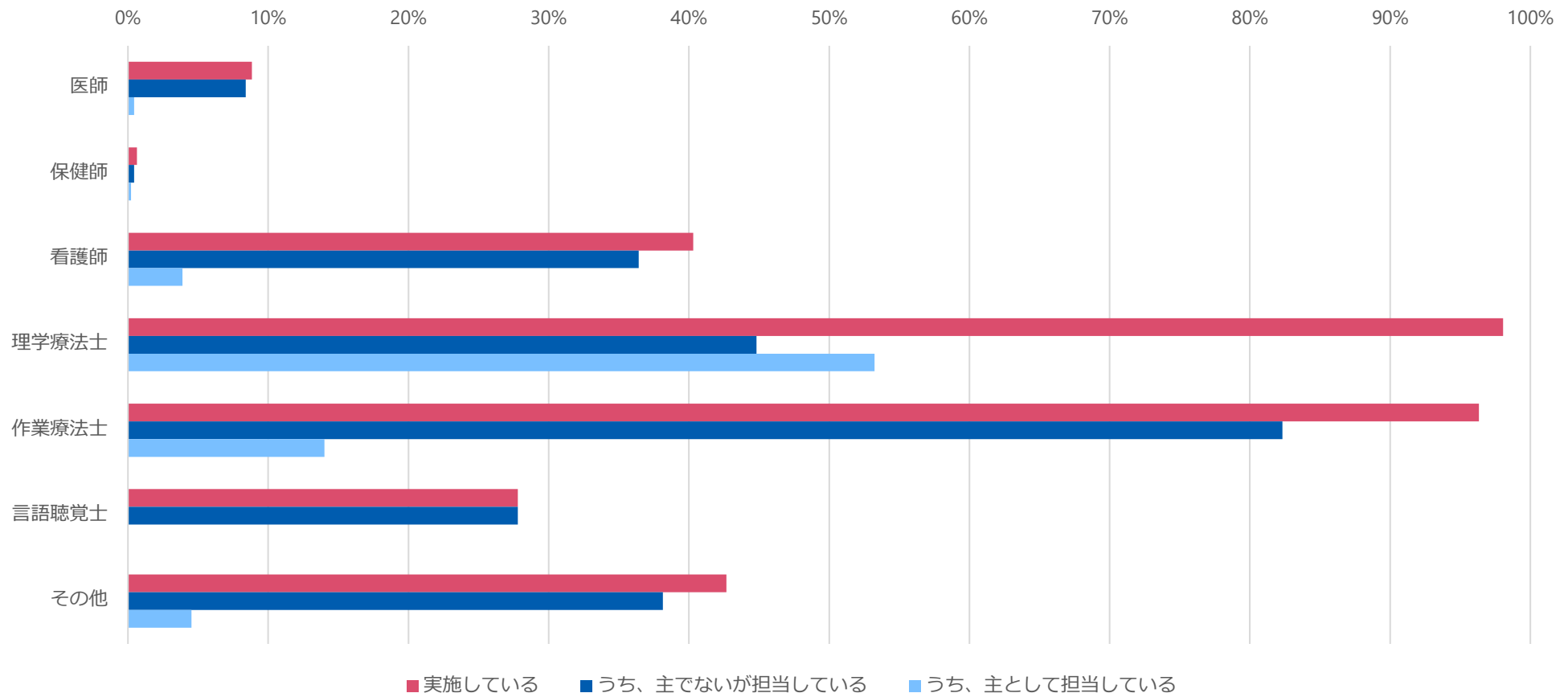
※ 疾患別リハ料が入院料に包括されていることに注意が必要。

出典：DPCデータ（令和6年10月 - 12月）を用いて、期間内に退院した患者について退院前訪問指導の有無を集計。

退院前訪問指導について

- 回答のあった回復期リハビリテーション病棟のうち、95%以上の病棟で理学療法士、作業療法士が、40%以上の病棟で看護師、その他職種が退院前訪問指導に関与していた。
- 最も多くの病棟で主として担当していたのは作業療法士であった。

退院前の訪問指導を実施している職種(n=464)



※その他では、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、福祉機器業者などの回答があった。

高次脳機能障害で必要とされる連携

- 高次脳機能障害患者への訓練について、医療機関だけでなく、介護や障害福祉サービスと連携した長期間の介入が必要とされている。

第2章 高次脳機能障害・標準的訓練プログラム（抜粋）

- 訓練プログラムには、発症・受傷からの相対的な期間と目標によって次の3つの訓練がある。

- ・ 医学的リハビリテーションプログラム
- ・ 生活訓練プログラム
- ・ 職能訓練プログラム

医学的リハビリテーション（以下、医学的リハプログラムと略す）には、個々の認知障害の対処をめざす（認知リハビリテーション）以外に、心理カウンセリング、薬物治療、外科的治療なども含まれる。一方、生活訓練、職能（職業）訓練では、認知障害が大きな問題であったとしても、訓練の対象は認知障害そのものではなく、日常生活や職業で必要と考えられる技能を獲得することに主眼が置かれている。

- 平成16年4月から、「高次脳機能障害診断基準」に基づいて高次脳機能障害と診断された場合、診療報酬の対象とされることになった。また、平成18年4月から、脳血管疾患リハビリテーションの限度180日を超えて訓練を受けることができるようになった。モデル事業の報告では、訓練を受けた障害者で障害尺度に改善のみられたケースの74%が6ヶ月で、97%は1年でその成果が得られている。従って、**機能回復を中心とする医学的リハプログラムは、開始から最大6ヶ月実施する。その後は、必要に応じて生活訓練・職能訓練を加えて連続した訓練を実施する。全体で1年間の訓練が望ましい。**もちろん、症状が軽症の場合、重症であっても改善が見られる場合はこの限りではない。

- 訓練の早期から連携をとる。高次脳機能障害では、短期間の訓練で完治することを期待するのではなく、**得られる多くのサービスを導入して、高次脳機能障害が持続していても、本人や家族ができるだけ安心して生活できる状況を用意する。**

高次脳機能障害の患者数

- 高次脳機能障害に関する支援の実態調査において、126の回復期リハビリテーション病棟を対象に行われた調査では、回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害のある患者数は1～10人の施設が36.4%と最多であり、一定数の患者が存在していた。

図表 48 回復期リハビリテーション病棟の高次脳機能障害のある患者数

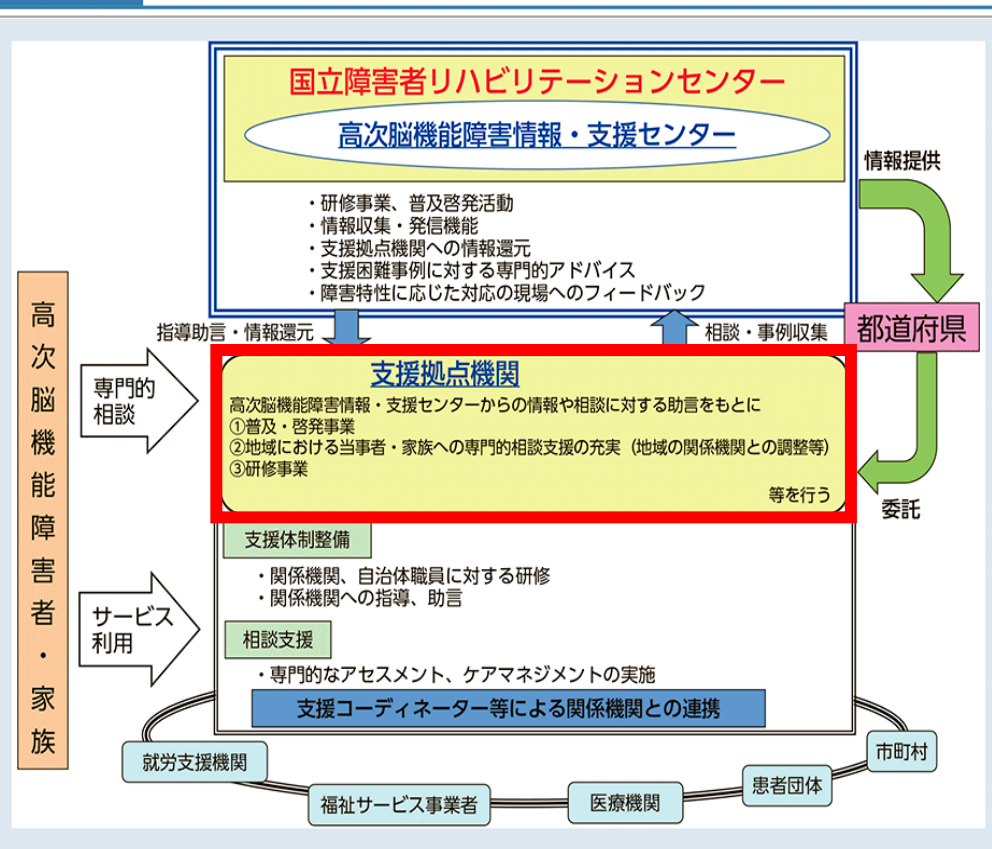
患者数	n	%
0	14	11.6
1～10	44	36.4
11～20	30	24.8
21～30	18	14.9
31～40	5	4.1
41～50	3	2.5
51以上	7	5.8
無回答	5	
全体	121	100.0

※割合の分母である病棟数は、全126病棟から無回答の5病棟を除いた121病棟。

高次脳機能障害支援普及事業の支援拠点機関

- 高次脳機能障害支援普及事業では、支援拠点機関として全国123カ所（令和6年4月1日現在）の医療機関等が設定されており、当事者・家族への専門的相談支援、地域との関係機関との調整等の役割を担っている。

図表 8-1-8 高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業



全国の相談支援体制の整備状況

高次脳機能障害支援拠点

令和6年4月現在

- ・全国支援普及拠点センター：1カ所
- ・支援拠点機関 47都道府県：123カ所

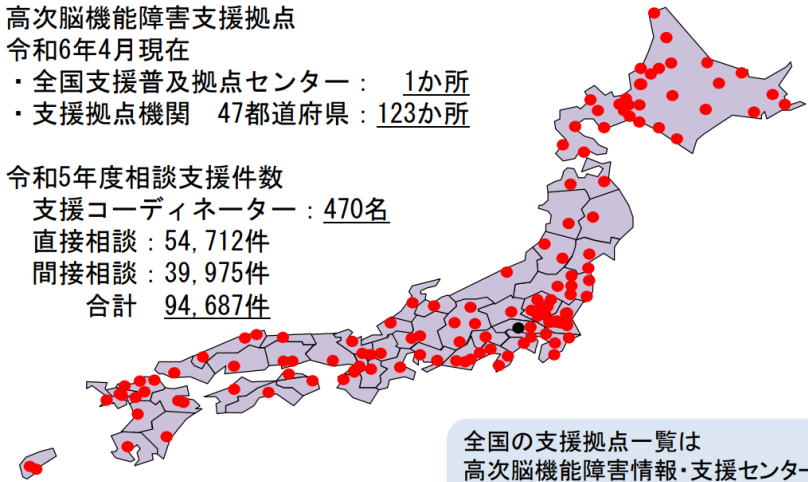
令和5年度相談支援件数

支援コーディネーター：470名

直接相談：54,712件

間接相談：39,975件

合計 94,687件



全国の支援拠点一覧は
高次脳機能障害情報・支援センターウェブサイト
「高次脳機能障害相談窓口」ページ参照
http://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/soudan/

出典：全国の相談支援体制の整備状況（令和6年4月1日現在）

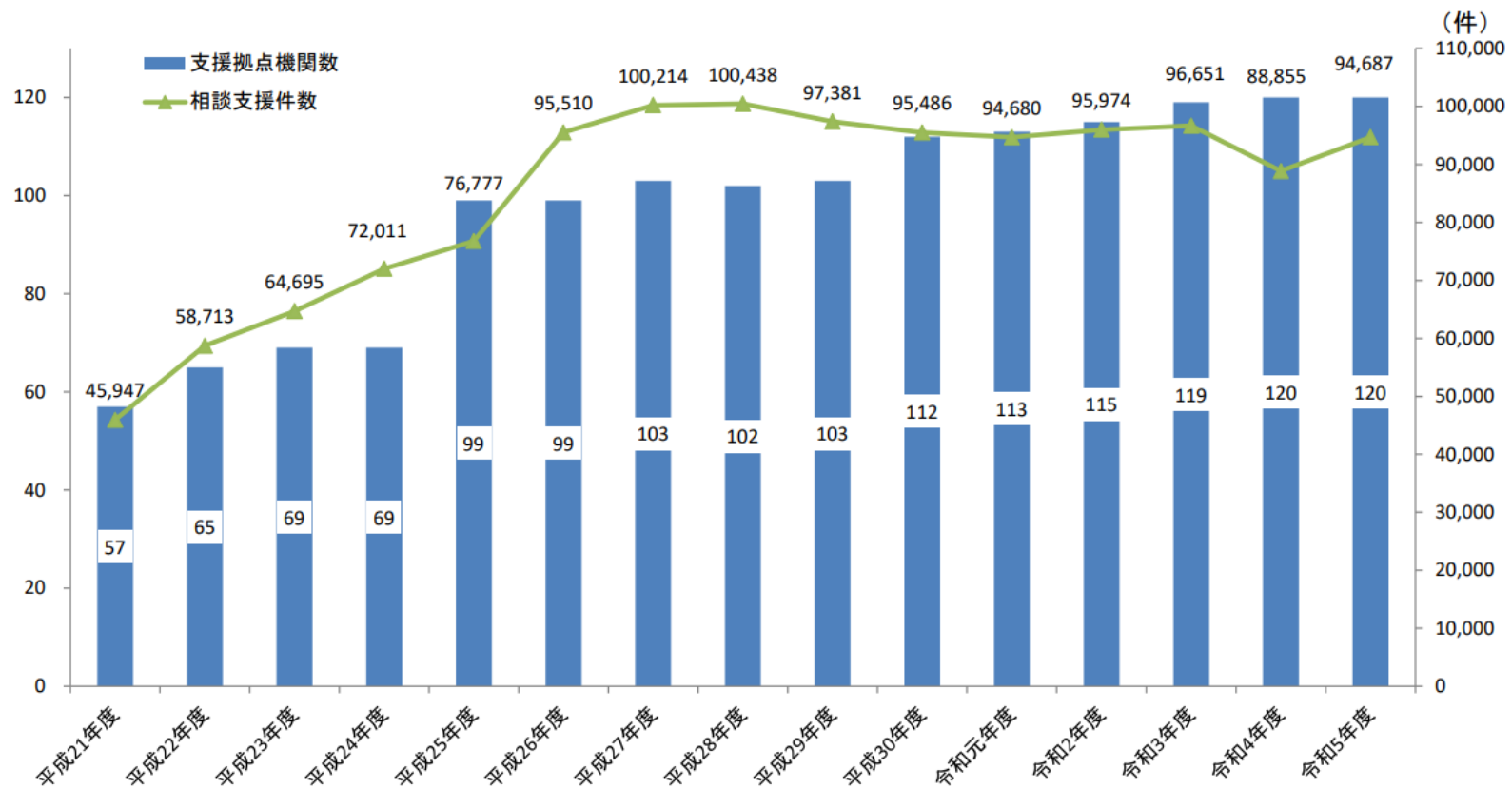
https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/

出典：令和6年度版厚生労働白書

全国の支援拠点機関数と相談支援件数の推移

- 支援拠点機関で受けた相談支援件数について、近年は9万件前後で横ばいに推移している。

全国の支援拠点機関数と相談支援件数の推移



出典：支援拠点機関数と支援拠点機関で受けている相談支援件数の推移
https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/

高次脳機能障害の退院支援に係る課題

- 高次脳機能障害者への支援に係る11の関係機関へのヒアリング調査においては、入院医療機関における高次脳機能障害の診断や説明が不十分な場合があることや、支援に係る情報提供の不足、高齢者が多い病棟における障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さ、退院時に相談窓口の情報を伝えることの重要性等について指摘があった。

令和6年度障害者総合福祉推進事業「高次脳機能障害に関する支援の実態調査及び適切な支援を提供するためのガイドラインの作成」報告書より、関係機関へのヒアリング調査の結果を一部抜粋

(1) 入院中の診療

急性期病院の段階で認知機能の検査や高次脳機能障害の診断が行われるケースは少ないという意見が多く聞かれた。重い麻痺や運動機能障害がない場合、急性期病院から直接地域生活に移行するケースもあり、その場合には高次脳機能障害の診断を受けていないことも多いという指摘があった。回復期病院においても、身体症状への対応が優先され、認知機能面については検査・診断されないことがあるという意見も寄せられた。また、高次脳機能障害者本人の病識が低下し、自身の認知機能を過大に自覚することで、リハビリテーションの必要性を認識できず、退院を希望するケースもあるという声も聞かれた。

高次脳機能障害の診断がついてない場合でも、「高次脳機能障害を発症している可能性がある」ことだけでも患者に伝えることが、当事者がその後の支援につながる可能性を高める上で重要であるとの意見があった。さらに、どの医療機関が高次脳機能障害の診療・診断書作成に対応しているかが分かりにくい現状があり、対応可能な医療機関のリスト作成を求める要望が寄せられた。

(2) 入院中の退院支援

入院中の退院支援に関しては、急性期病院や回復期病院において、介護保険サービスや障害福祉サービス、障害者手帳、その他の支援に係る情報提供や申請手続きの支援が十分に行われていないという意見が多数把握された。特に、高齢者の患者が多い病院では、壮年期の患者への対応（障害福祉サービス等）のノウハウが蓄積されにくく、地域内の障害福祉関連機関とのネットワークも希薄になりやすいとの指摘があった。（略）

このような状況を踏まえ、退院時に「退院後に困った時に相談できる窓口」の情報を必ず伝えることが重要であり、支援拠点機関の紹介も積極的に行うべきであるという要望が寄せられた。

(3) 退院後の外来診療（略）

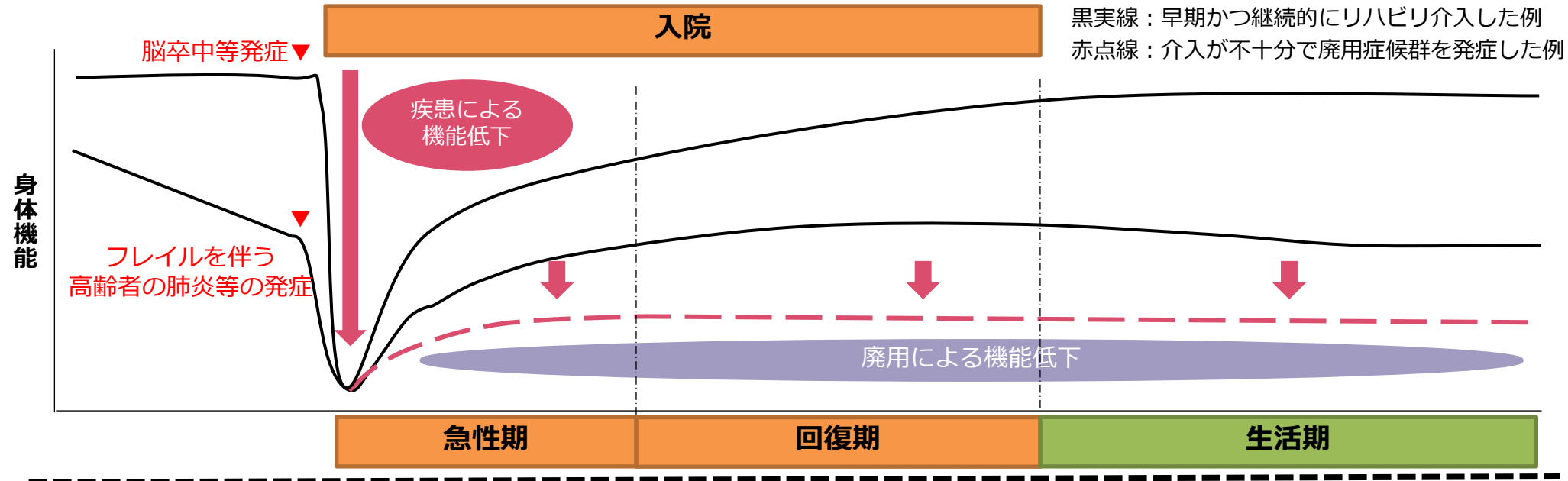
(4) 退院後の相談支援（略）

(5) 障害者手帳の取得

障害者手帳の取得に関しては、身体障害者手帳について、高次脳機能障害の原疾患の発症・受傷から一定期間経過しなければ交付申請を行えないという期間要件を設けている自治体があり、その期間が長い場合もあるという指摘があった。（略）

1. 働き方・タスクシフト/シェア(その1)
2. 病棟における多職種でのケア(その1)
3. 入退院支援(その1)
4. **リハビリテーション(その1)**
 - 4－1. リハビリテーションについて (総論)
 - 4－2. 生活機能回復リハビリテーションについて
 - 4－3. 退院支援について
 - 4－4. **疾患別リハビリテーションの早期介入について**
5. 食事療養(その1)

(再掲) 各段階におけるリハビリテーションの役割のイメージ



疾患により低下した身体機能・ADL向上
(疾患別リハビリテーションによる集中的リハ等)

必要なリハビリの
イメージ

残存する身体機能を活用した生活機能回復
(疾患別リハビリテーションにおける自助具の使用訓練、
病棟のリハビリテーションにおけるトイレ動作における有効
な移乗方法の習得等)

生活機能の維持・向上
(介護保険サービス等)

安静臥床による廃用症候群に伴う身体機能・生活機能の低下予防
(病棟のリハビリテーションにおける離床の促し、トイレ介助等)

高齢者における早期退院や早期リハビリテーションの重要性

第8回新たな地域医療構想等に関する検討会

令和6年9月6日

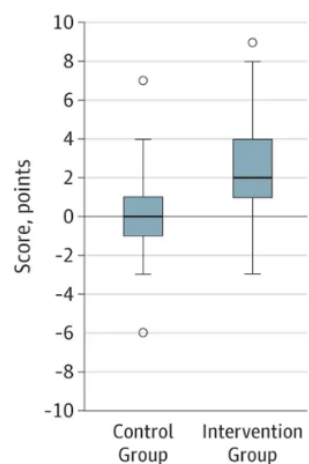
資料1

- 早期退院及び退院後の適切なリハビリテーション提供がADLの維持向上に寄与することが知られている。
- 高齢者救急については、入院早期からのリハビリ介入や、早期の退院後に治療や生活を支えるためのリハビリ等を提供できる体制が重要。

超高齢者（平均87歳）に対して、週末も含む連続した5-7日、20分＊2回/日のリハビリ介入で身体機能やQOLレベル等が改善

高齢者に対する早期の退院と適切な通所等のリハビリテーション提供により通常の入院でのケアと比較して退院後のADL維持向上に寄与

Change in Short Physical Performance Battery



Change in Barthel index

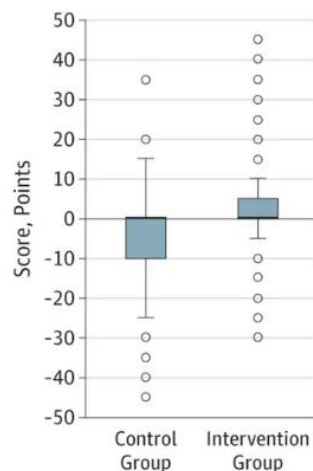


Table 4. Health outcomes at 3 and 12 months

Scale (range: worst to best score)	Mean difference at 3 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 3 months		Mean difference at 12 months (95% CI)	Difference: % of scale range at 12 months	
		Intervention worse	Intervention better		Intervention worse	Intervention better
Barthel (0-20)	1.2 (0.4 to 1.9)			0.2 (0.7 to 1.1)		
Extended ADL total (0-66)	3.1 (0.1 to 6.3)			3.0 (0.4 to 6.5)		
Extended ADL sub-sections:						
Mobility (0-18)	0.3 (0.8 to 1.4)			0.3 (-0.9 to 1.4)		
Kitchen (0-15)	1.2 (0.2 to 2.3)			0.7 (0.4 to 1.8)		
Domestic (0-15)	1.1 (0.2 to 2.0)			1.4 (0.4 to 2.4)		
Leisure (0-18)	0.5 (0.3 to 1.3)			0.6 (0.3 to 1.5)		
Euroqol (0.59-1)	0.07 (0.01 to 0.14)			0.02 (0.06 to 0.09)		
GHQ - patient (36-0)	2.4 (4.1 to 0.7)			1.9 (3.5 to 0.4)		
GHQ - carer (36-0)	2.0 (3.8 to 0.1)			1.1 (3.7 to 1.5)		

Velilla et al. Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2019

Cunliffe et al. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age Ageing.* 2004

脳卒中に対する早期リハビリテーション介入の影響

- 発症後 24～48時間からの離床開始が妥当である可能性がある。ただし、軽症脳卒中や非高齢の虚血性脳卒中など患者を選択した上で、発症後24時間以内の離床を考慮しても良い。
- 脳卒中（脳梗塞）症例においては、入院 3 日目以降の介入では退院時機能転帰に不良な影響があるとされている。

脳卒中急性期リハビリテーションの指針（2023 年 5 月 1 日）

Q：急性期脳卒中（主に脳梗塞）における離床（ベッドから離れる訓練）の適切な開始時期は？

A：■エビデンスはいまだ十分ではないが、**現時点では発症後 24～48 時間からの開始が妥当**かもしれない。

■ただし、軽症脳卒中や非高齢の虚血性脳卒中など患者を選択したうえで、さらに離床時間を短くし頻度を増やすなどの配慮をすれば、発症後 24 時間以内の開始を考慮してもよい。

Q：頭部挙上や離床の適切な開始時期は、脳出血やくも膜下出血といった出血性脳卒中の場合は脳梗塞と異なるのか？

A：■脳出血において適切な頭部挙上開始時期は不明であるが、少なくとも、入院直後から 24 時間挙上しておくことは転帰へ影響しないと考えられる。ただし、**脳出血では脳梗塞よりも慎重な離床開始が望ましく、24時間以降 48 時間以内の離床が妥当**であろう。

■エビデンスは乏しいが、くも膜下出血においては、適切な再破裂予防手術が行われた後に、発症から数日以内に頭部挙上から段階的な離床開始を考慮してもよい。

脳卒中の早期リハビリテーション介入における影響を分析した論文

Total number of patients, $n = 140,655$ Haemorrhagic stroke $n = 34,074$ Ischaemic stroke $n = 10,6581$

	Adjusted OR	95% CI	p-value	Adjusted OR	95% CI	p-value
Timing of initial rehabilitation						
Day 1	0.89	0.82–0.95	0.004	1.04	0.99–1.09	0.136
Day 2	ref			ref		
Day 3	0.91	0.85–0.98	0.008	0.90	0.85–0.94	< 0.001
Day 4	0.92	0.85–1.01	0.078	0.83	0.78–0.88	< 0.001
Day 5	0.95	0.85–1.07	0.405	0.77	0.71–0.83	< 0.001
Day 6 and later	0.87	0.80–0.96	0.005	0.65	0.61–0.69	< 0.001

退院時の良好な転帰（※）に係るリハビリ開始のタイミングについてのロジスティック回帰分析

※退院時のmodified Rankin Scaleが2以下（自立）

脳卒中（脳梗塞）発症後、**入院2日目のリハビリテーション開始が退院時の機能転帰に良好な結果を与える可能性がある**（3日目以降の開始は不良な転帰を与える可能性がある）。

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進（再掲）

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

➤ 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて急性期リハビリテーション加算として新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

<u>（新）</u>	<u>急性期リハビリテーション加算</u>	<u>50点（14日目まで）</u>
<u>（改）</u>	<u>早期リハビリテーション加算</u>	<u>30点 → 25点（30日目まで）</u>

【急性期リハビリテーション加算の対象患者】 ※入院中の患者に限る。

- ア A D L の評価である B I が10点以下のもの。
- イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。
- ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。

※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

- ① 動脈圧測定（動脈ライン） ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定（中心静脈ライン） ④ 人工呼吸器の管理
- ⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

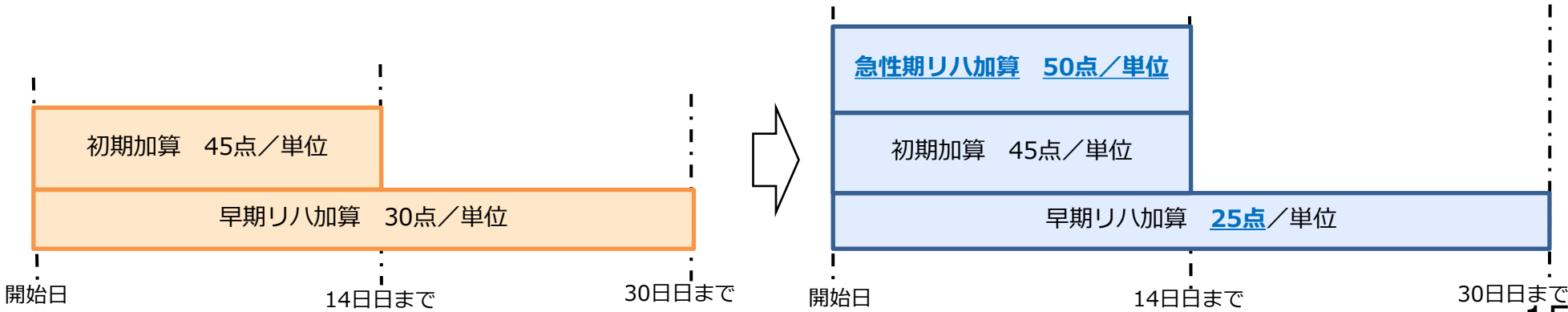
エ 「A 2 2 0 - 2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

【急性期リハビリテーション加算の施設基準】

当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。

【現行】

【改定後】



急性期リハビリテーション加算等の算定要件

- 早期のリハビリテーションを評価する加算として以下が設けられているが、いずれも発症日からリハビリテーション開始までの日数についての要件はなく、どのタイミングからでも算定可能である。

	急性期リハビリテーション加算	初期加算	早期リハビリテーション加算
点数	50点／単位	45点／単位	25点／単位
算定可能日数	発症、手術又は急性増悪から14日目まで ※	発症、手術又は急性増悪から14日目まで	発症、手術又は急性増悪から30日目まで
対象患者	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者であって、下記の要件に定める患者 ア ADLの評価であるBIが10点以下のもの。 イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。 ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。 ①動脈圧測定(動脈ライン)②シリンジポンプの管理 ③中心静脈圧測定(中心静脈ライン) ④人工呼吸器の管理 ⑤輸血や血液製剤の管理 ⑥特殊な治療法等 エ 「A220-2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者	各疾患別リハビリテーション料の要件を満たす患者

※ 心大血管リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料は「発症、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療（リハビリテーション）開始日のいずれか早いもの」から起算する

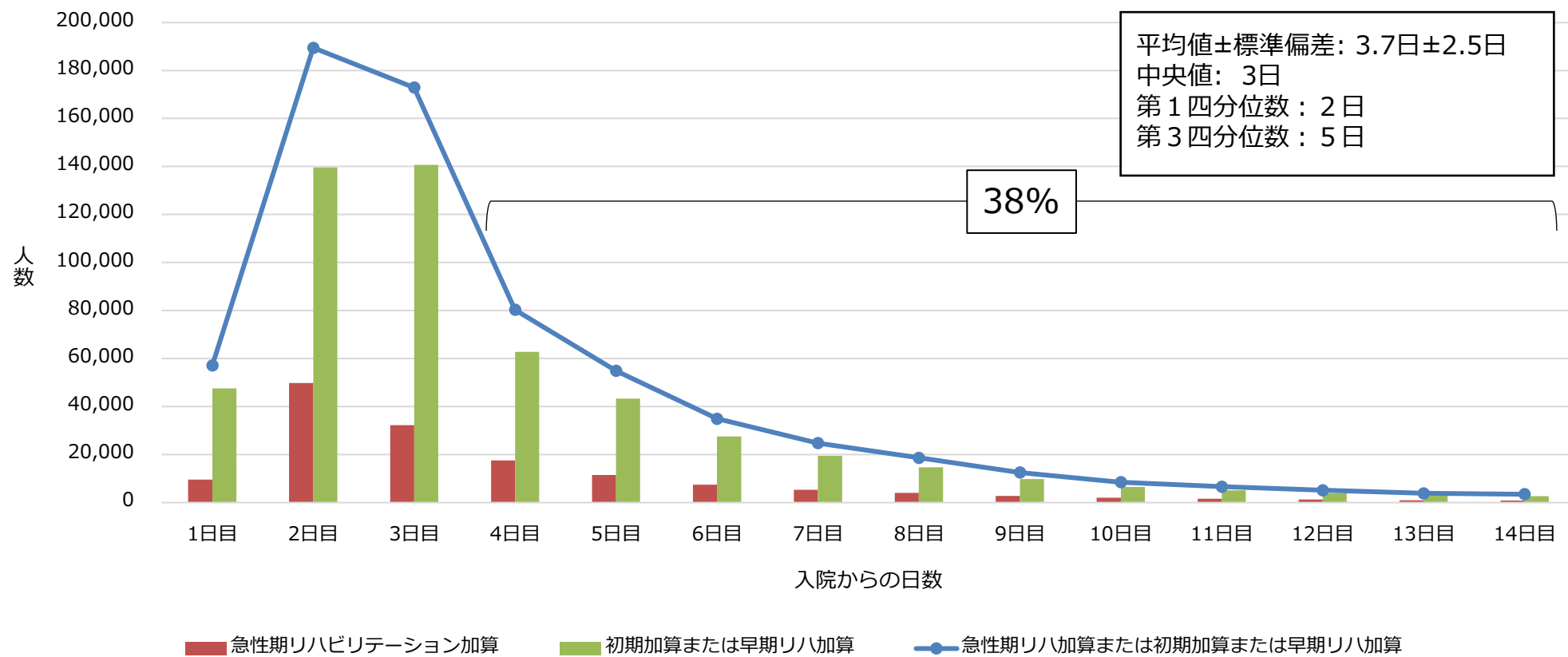


Dの症例においても、急性期リハビリテーション加算は算定可能

急性期リハビリテーション加算等の算定状況

- 急性期リハビリテーション加算等を初回算定した日、すなわち疾患別リハビリテーションを急性期の病態について初回算定した日の分布は以下のとおりであり、平均3.7日で右に裾の長い分布を示した。
- 14日以内に疾患別リハビリテーションを実施した症例のうち、3日以内に介入できていない割合は38%であった。

急性期リハビリテーション加算等の初回算定日（疾患別リハを開始した日）



※ 急性期一般入院料1 - 6の入院症例のうち、14日以内にリハビリを実施した症例で分析。

リハビリテーションに係る現状と課題

(リハビリテーションの総論について)

- 入院中のリハビリテーションは、患者の病期に応じて、「身体機能の回復」、「生活機能の回復」、「廃用予防」の3つの目的に沿ったリハビリテーションを適切に提供する必要がある。

(生活機能回復リハビリテーションについて)

- 在宅復帰を図る上では、身体機能や活動の回復のほか、自助具の使用によるADL獲得のような生活機能の回復、退院後の自立を支援する観点が必要である。
- 生活機能回復に資する加算として、例えば、排尿自立支援加算の届出機関数は限られており、増加も緩徐である。
- 生活の場により近い環境でのリハビリテーションを実践しうる医療機関外でのリハは1日3単位に制限されているが、3単位を超えて実施を行った患者も一定数みられた。

(退院支援について)

- 退院前訪問指導は文献的に再入院の頻度低下、退院後ADLの向上等の効果が示されているものの、算定回数は伸びておらず、実施率は低い。実施されている施設では、理学療法士、作業療法士をはじめ多職種が関わっている。
- 回復期リハビリテーション病棟等に一定の頻度で入院する高次脳機能障害の患者について、退院前の情報提供の不足、医療機関と障害福祉関係機関とのネットワークの希薄さ等から、退院後に適切なサービスに繋がるのが困難であるとの調査結果があった。

(疾患別リハビリテーションの早期介入について)

- ADL回復、廃用予防の観点から早期リハビリテーションの介入が重要であると報告されている。
- 令和6年に新設された急性期リハビリテーション加算では、入棟からリハビリ開始までの要件が設定されておらず、3日目移行に疾患別リハビリテーションを開始する例が約4割存在する。

【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。