療病棟が100%と最も高く、特定機能病院が40.4%と最も低かった。GLIM基準の導入により、多職種連携が進んだという回答が約５割だった。

○ 入院時に低栄養リスクを有する患者は、急性期一般で約４割、地域包括医療病棟などでは約８割だった。

○ 入院時に GLIM 基準による低栄養（重度・中等度）に該当する患者は、地域包括医療病棟、回復期リハビリテーション病棟等で約３割だった。

（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。

１７－４．リハビリテーションについて （別添資料⑤ P37～P50）

○ 入院中のリハビリテーションには、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。

○ 疾患別リハビリテーション料では、当該リハビリテーションを実施するために必要な、医療機関に配置すべき療法士の数や専従要件が規定されているが、当該療法士が病棟業務に従事することに関する規定はない。

○ 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。

○ 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。

○ 急性期一般入院料１～６における土日祝日のリハビリテーション実施割合は、平日と比べて低かった。また、金曜日に入院した患者は、入院後３日以内にリハビリテーションを開始した患者割合が低かった。

○ 回復期リハビリテーション病棟３～５等では休日リハビリテーション提供体制加算が算定可能である。近年、算定回数は減少傾向にある一方、休日のリハビリテーション実施が要件となっている回復期リハビリテーション病棟入院料１の届出機関数は増加している。

○ 退院時リハビリテーション指導料を算定した患者のうち、疾患別リハビリテーション料を算定していない患者は33%であった。

○ 疾患別リハビリテーション料の算定にあたっては、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成が必要である。また、これらの計画書は、医師が、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。
○ 多職種でのリハビリテーション総合実施計画書の作成、評価による機能回復の促進を趣旨とするリハビリテーション総合計画評価料は患者１人につき１月に１回算定できるが、定期的な機能検査等や効果判定による、リハビリテーションの質の担保を趣旨とするリハビリテーション実施計画書は、３か月に１回以上の頻度で交付することとなっており、計画書の作成と評価料の算定頻度の設定はずれている。
○ 目標設定等支援・管理料は、介護保険によるリハビリテーションへの移行が目的であったが、平成 31 年３月 31 日をもって入院中以外の要介護被保険者への算定上限日数を超えた疾患別リハビリテーション料は廃止となった。また、入院中の要介護被保険者等については、一定の条件の下で標準的算定日数を超えて算定可能だが、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料では算定回数は減少傾向にある。
○ 目標設定等支援・管理料とリハビリテーション総合実施計画書では重複する項目が多い。

（分科会での評価・分析に関する意見）
○ 疾患別リハビリテーション料の専従要件については、リハビリテーション室で実施されるリハビリテーションそのものの質が落ちないように留意しつつ、病棟でのリハビリテーションができることを明確化する必要があるのではないかとの指摘があった。
○ 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。
○ 急性期のリハビリテーションでは、入院直後からなるべく早くリハビリテーション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在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。
○ より早期の在宅復帰につなげるためにも、入院直後からリハビリテーションを開始して、土日も含めて中断しないようにすることを急性期リハビリテーション加算等の算定要件として検討しても良いのではないか、その際には必要なマンパワーについても合わせて検討すべきとの意見があった。
○ 退院時リハビリテーション指導料については、入院中にリハビリテーションを実施した患者の退院時に指導を行うという趣旨を徹底することと、早期のリハビリテーション開始に繋げるためにも入院中のリハビリテーションを要件化するべきではないかとの意見があった。
○ 退院時リハビリテーション指導料は、高齢者の入院において、退院後に向けた

リハビリテーションを周知する良い機会であると考えるため、入院中にリハビリテーションを実施していない場合に算定出来ないようにするかは慎重な議論が必要との意見があった。

○ リハビリテーション関係書類は数が多く非常に煩雑であり、重複した書類が多いため、必要な記載を残しつつ簡素化する方法について、一部の書類の統合を含め技術的に検討すべきとの意見があった。

１７－５．食事療養について　（別添資料⑤ P51～P59）

○ 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。

○ 食費基準の引き上げにより給食提供に関して見直したことは、令和６年６月から令和７年３月と令和７年４月以降では、大きく変わらなかった。「給食の質が上がった」との回答はわずかで、全面委託は「給食委託費を増額した」、一部委託や完全直営は「給食の内容を変えて経費の削減を行った（食材料を安価なものに変更等）」がそれぞれ約５割で最も多かった。

○ 令和６年６月以降、全面委託の約７割、一部委託の約５割の医療機関が、委託事業者から値上げの申し出があり、契約変更に対応していた。完全直営の医療機関の 3.6%（22 施設）は、給食運営を委託から完全直営に切り替えていた。

○ 嚥下調整食は特別食加算の対象ではないが、必要とする患者は一定数おり、普通食より食材費が高いとの報告がある。また、見た目を改善し、適切な栄養量を確保した嚥下調整食の提供により、エネルギー摂取量の増加や ADL の改善が認められたとの報告もある。

○ 食堂加算の算定率は約７割であるが、食堂での食事の状況として、「希望する患者のみ食堂で食事をしている」が最も多く、使用していないという回答も一定数ある。

○ 入院患者の多様なニーズに対応して、患者から特別の料金の支払を受けて特別メニューの食事を提供することができる。約８割の医療機関は、行事食の対応を追加料金なし、約２割～３割の医療機関は、選択メニューやハラール食等の宗教に配慮した食事の対応を追加料金なしで行っていた。

（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