

入院（その5）

回復期リハビリテーション病棟、リハビリテーション、
病棟における多職種連携

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について

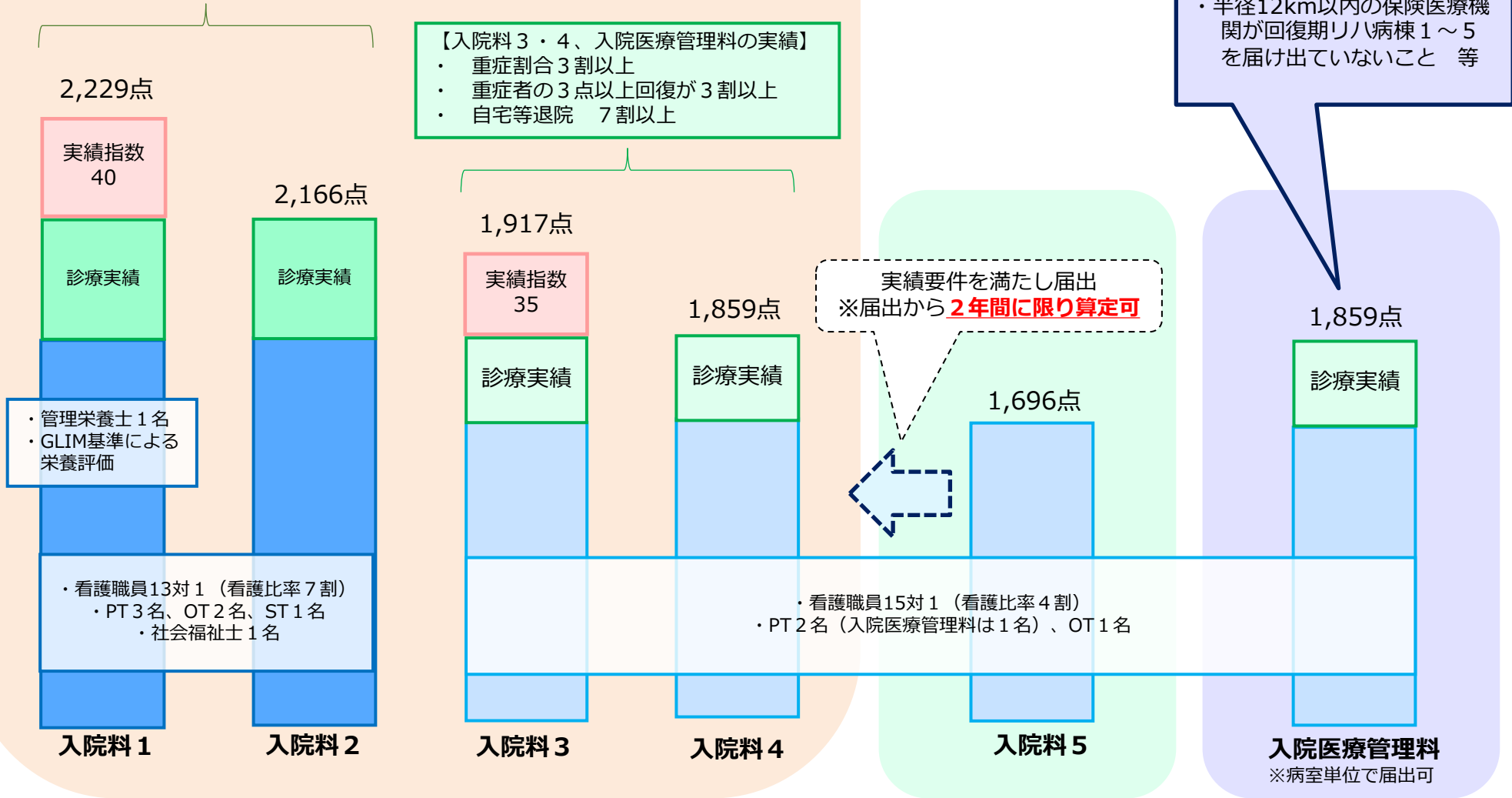
1. 回復期リハビリテーション病棟について
 - 1-1. 経緯と概要
 - 1-2. 重症患者基準とリハビリテーション実績指数
 - 1-3. 質の高いリハビリテーションの推進
 - 1-4. 退院支援と地域連携
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について

回復期リハビリテーション病棟入院料の主な施設基準のイメージ

- 【入院料1・2の実績】
- ・ 重症割合4割以上
 - ・ 重症者の4点以上回復が3割以上
 - ・ 自宅等退院 7割以上

- 【入院料3・4、入院医療管理料の実績】
- ・ 重症割合3割以上
 - ・ 重症者の3点以上回復が3割以上
 - ・ 自宅等退院 7割以上

- 【入院医療管理料の施設基準】
- ・ 半径12km以内の保険医療機関が回復期リハ病棟1～5を届け出していないこと 等



回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

		入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 （※ 1）
職員の配置 に関する 施設基準	医師	専任常勤 1 名以上				
	看護職員	1 3 対 1 以上（7 割以上が看護師）	1 5 対 1 以上（4 割以上が看護師）			
	看護補助者	3 0 対 1 以上				
	リハビリ専門職	専従常勤の P T 3 名以上、 O T 2 名以上、S T 1 名以上	専従常勤の P T 2 名以上、O T 1 名以上			
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 ⇒ 専従常勤 1 名以上	-			
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい			
リハビリ テーション の提供体制 等に関する 施設基準	休日のリハビリテーション	○		-		
	FIMの測定に関する 院内研修会	年 1 回以上開催	-	年 1 回以上開催	-	-
	リハビリ計画書への栄養項目 記載/ GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		-		
	第三者評価	受けていることが 望ましい	-	受けていることが 望ましい	-	-
	地域貢献活動	参加することが望ましい		-		
アウトカム に関する 施設基準	新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		-
	自宅等に退院する割合	7 割以上				
	リハビリテーション実績指数	40 以上	-	35 以上	-	-
	入院時に重症であった患者の 退院時の日常生活機能評価 （）内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16 点）以上改善		3 割以上が 3 点（12 点）以上改善		-
点数 （）内は生活療養を受ける場合	2,229 点 (2,215 点)	2,166 点 (2,151 点)	1,917 点 (1,902 点)	1,859 点 (1,845 点)	1,696 点 (1,682 点)	

※ 1：入院料 5 については、届出から 2 年間に限り届け出ることができる。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

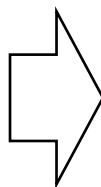
運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

現行

【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの



改定後

【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 **(運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)**
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

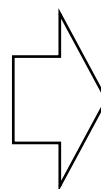
体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



改定後

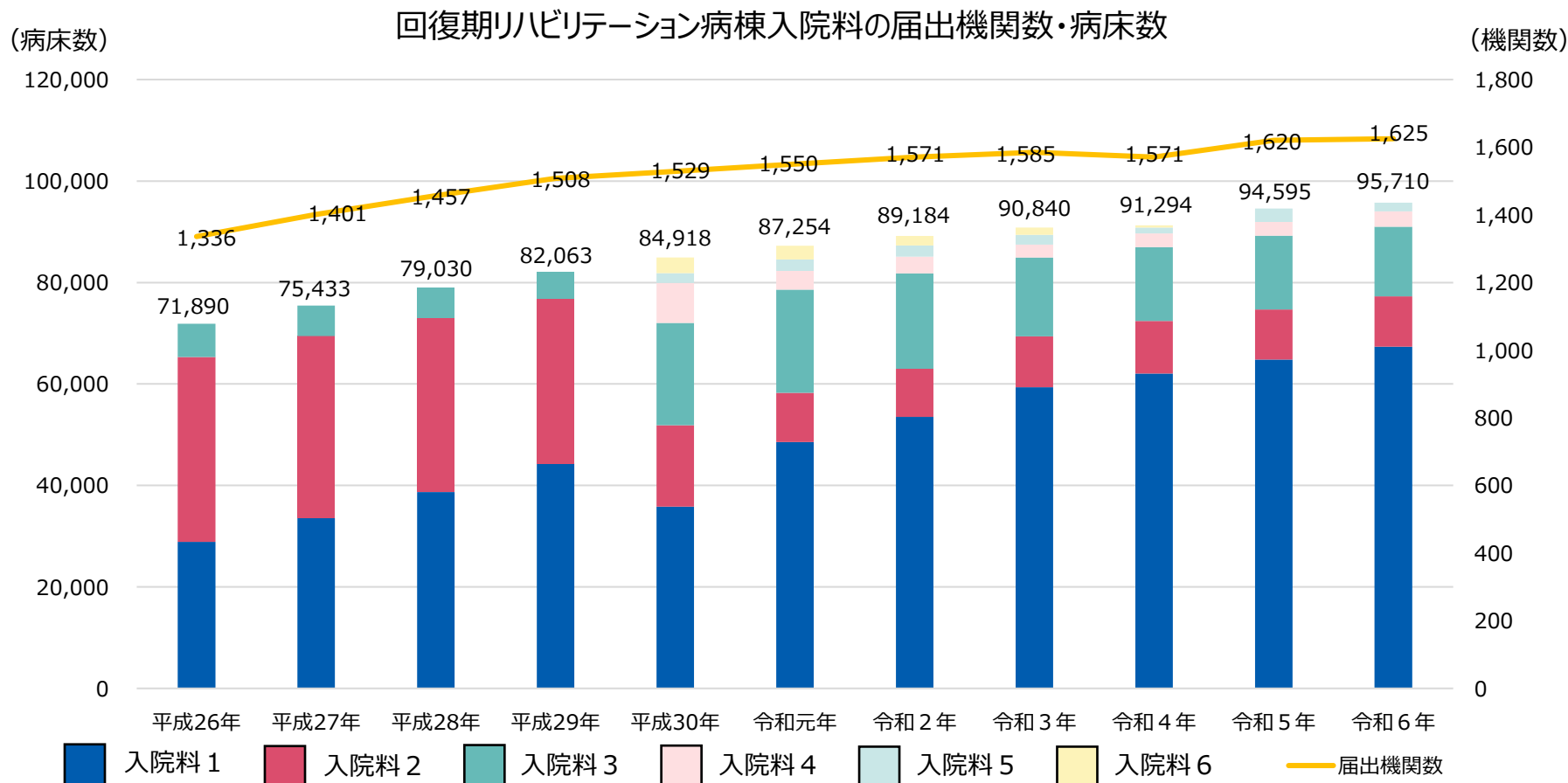
【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る主な改定の経緯

平成12年	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハビリテーション病棟入院料を新設。
平成18年	<ul style="list-style-type: none"> 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大。 リハビリテーションを要する状態ごとに算定上限日数を、60～180日に設定。 患者1人あたりの提供単位数の上限を6単位から9単位に引き上げ。 <p>※疾患別リハビリテーション料の新設。</p>
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料を2区分に見直し。入院料1にて重症患者回復病棟加算を新設。 入院料1の施設基準に新規入棟患者のうち重症患者の受入割合と、居宅等への復帰率に関する要件を追加。 医師の病棟専従配置を緩和。
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> 休日リハビリテーション加算の新設。 リハビリテーション充実加算の新設。
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料を3区分に見直し。 重症患者回復病棟加算を入院料へ包括化。
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化。 入院料1に体制強化加算を新設。
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ADLの改善（FIM得点）に基づくアウトカム評価（リハビリテーション実績指数）を導入。 リハビリテーション実績指数の算定対象から除外する患者等を設定。 入院料1に体制強化加算2を新設。
平成30年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料を6区分に見直し。 入院料1及び3及び5にリハビリテーション実績指数の実績要件を追加。 入院料1の施設基準に「専任の常勤管理栄養士が1名以上配置されていることが望ましい」を追加。
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し。 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除。 管理栄養士の配置に係る要件の見直し。
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> 入院料5を廃止し、入院料6を新たな入院料5として設定。 入院料1～4における重症の新規入院患者の割合の見直し。 回復期リハビリテーションを要する状態の見直し。 入院料1及び入院料3にて第三者評価を受けていることに係る評価の導入。
令和6年	<ul style="list-style-type: none"> 運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し。 体制強化加算の廃止。 GLIM基準による栄養評価の要件化。

回復期リハビリテーション病棟の入院料別の届出機関数・病床数の推移

- 令和6年時点で回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は約9.6万床、届出機関数は1,625施設であった。
- 届出機関数は漸増傾向である。届出病床数は直近10年で約1.3倍に増加しており、特に入院料1の病床が増加している。



※平成26~29年は入院料1~3、平成30年~令和4年は入院料1~6、令和5~6年は入院料1~5の区分

出典：保険局医療課調べ（各年7月1日、令和6年度は8月1日時点）

入院料ごとの病棟の職員数（40床当たり）

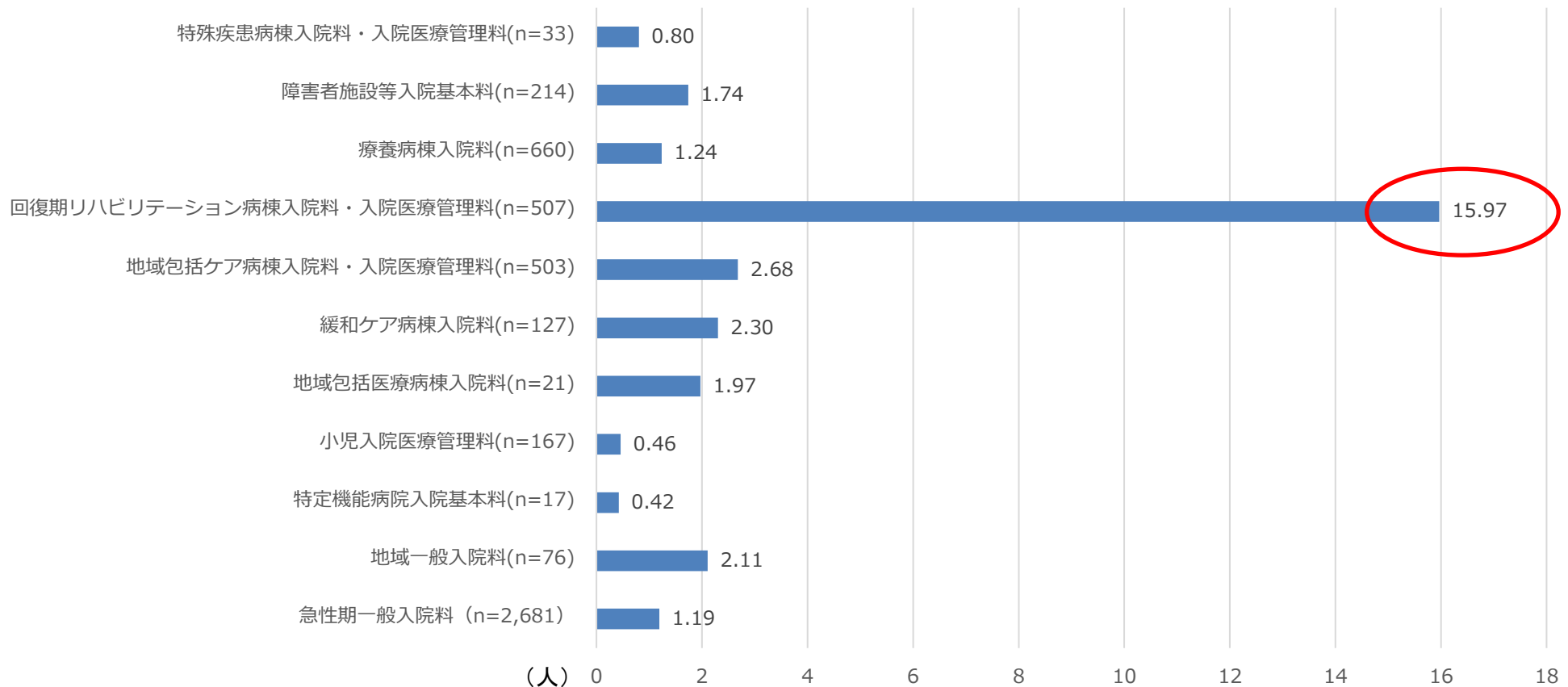
○ 入院料ごとの病棟の40床当たり職員数は、回復期リハビリテーション病棟で最も多い。

入院料	回答施設数	回答病棟数	全職員数	看護職員数	看護補助者	うち介護福祉士	リハビリ職	うち理学療法士	うち作業療法士	うち言語聴覚士	管理栄養士	相談員	臨床検査技師
急性期一般入院料1	432	2620	35.52	27.62	3.80	0.51	1.52	0.97	0.37	0.18	0.33	0.32	0.05
急性期一般入院料_2-3	120	334	31.65	23.36	3.58	0.60	1.59	1.04	0.38	0.17	0.21	0.42	0.27
急性期一般入院料_4_6	273	405	31.44	21.05	4.75	0.83	1.43	0.99	0.29	0.14	0.35	0.30	0.26
特定機能病院入院基本料	40	547	35.56	29.62	2.74	0.04	0.24	0.15	0.06	0.03	0.19	0.15	0.01
専門病院入院基本料	6	31	29.58	26.28	2.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料	128	166	41.72	34.84	2.34	0.04	0.49	0.26	0.12	0.12	0.19	0.32	0.00
地域一般入院料1-2	61	68	34.32	18.09	5.09	0.96	3.20	2.44	0.58	0.19	0.72	0.47	0.59
地域一般入院料3	98	107	27.24	16.10	5.41	1.11	1.57	1.07	0.38	0.12	0.44	0.24	0.27
地域包括医療病棟入院料	82	91	38.03	21.88	6.21	1.68	4.78	3.20	1.08	0.49	0.76	0.69	0.34
地域包括ケア病棟入院料	406	457	32.07	19.23	6.50	2.11	3.33	2.06	0.90	0.38	0.36	0.64	0.15
地域包括ケア病棟入院料1	226	262	34.38	19.35	6.87	2.46	4.17	2.47	1.18	0.52	0.46	0.77	0.23
地域包括ケア病棟入院料2	176	190	28.96	19.15	5.96	1.65	2.14	1.48	0.48	0.18	0.21	0.45	0.04
地域包括ケア病棟入院料3	1	1	37.95	21.64	7.49	2.87	4.51	2.87	1.44	0.21	0.62	1.03	0.62
地域包括ケア病棟入院料4	4	4	27.29	14.68	6.98	1.22	4.02	2.45	1.35	0.22	0.30	0.60	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	469	640	44.76	17.55	6.87	3.21	16.73	9.02	5.63	2.07	0.69	0.98	0.10
回復期リハビリテーション病棟入院料1	336	480	47.02	18.03	6.77	3.23	18.47	9.87	6.23	2.37	0.77	1.05	0.08
回復期リハビリテーション病棟入院料2	45	54	38.54	16.08	6.68	3.27	12.73	6.62	4.50	1.61	0.61	0.90	0.36
回復期リハビリテーション病棟入院料3	80	88	36.05	15.61	6.83	2.89	10.82	6.41	3.45	0.96	0.36	0.69	0.06
回復期リハビリテーション病棟入院料4	13	13	46.76	18.36	12.00	4.10	9.68	5.79	3.10	0.79	0.54	0.70	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料5	5	5	42.89	19.64	6.66	4.03	14.47	7.94	5.62	0.91	0.50	0.59	0.00
療養病棟入院料1	227	399	26.55	12.43	9.32	3.58	1.15	0.70	0.31	0.14	0.41	0.31	0.16
療養病棟入院料2	31	44	24.44	11.97	7.76	2.59	1.49	1.03	0.38	0.08	0.45	0.27	0.10
その他	260	409	34.25	20.11	7.76	3.07	2.29	1.24	0.70	0.35	0.25	0.40	0.14
全体	2122	6620	34.80	23.57	4.98	1.30	3.09	1.80	0.91	0.37	0.35	0.41	0.11

入院料ごとの40床あたり療法士数（常勤換算）

- 入院料ごとの40床あたりの療法士数について、回復期リハビリテーション病棟入院料が特に多かった。

入院料ごとの40床あたり療法士数 ※



※病棟に配置されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の職員数（常勤換算）を40床あたりの人数に換算。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A～D票））

これまでの回復期リハビリテーション病棟に関する主な意見

<中医協総会>

- 退院後の生活に関わる地域の医療機関や介護施設等とのカンファレンスや情報共有の場が確保できる仕組みを検討することも有用ではないか。
- 回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟のリハのあり方について議論が必要ではないか。
- 実績指数の基準値を引き上げることや、実績要件の無い入院料区分をどのように考えるのかということも議論する余地があるのではないか。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- ほぼ全ての患者が実績指数の計算除外基準に該当している施設もあり、現行の基準で病棟の機能を正しく評価されているのか疑問であるため、除外基準を見直すべきではないかとの意見があった。
- 「80歳以上」や「認知機能が低い」患者と患者全体とでFIM利得に大きな差はなく、FIMが改善しないから受け入れていないかということそうではないことから、実績指数の計算対象から除外する必要性は乏しいのではないかとの意見があった。
- 令和6年度改定後も運動器リハビリテーション料について6単位を超えて実施している患者が相当数いるが、単位数が増えてもFIM利得がほとんど変わっていないため、6単位を超えるリハビリを実施できる対象について、分析を深めてはどうかとの意見があった。
- 廃用症候群リハビリテーションも運動器リハビリテーションも、7単位以上における実施単位数増加に伴うFIM改善の度合いは脳血管疾患等リハビリテーションと比較して低いものの、確実に上がっており、改善しないと結論づけずに慎重に議論を行うべきではないかとの意見があった。
- 退院前訪問指導は回復期リハビリテーション病棟における実施割合は3～5%ほどであるが、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

1. 回復期リハビリテーション病棟について
 - 1-1. 経緯と概要
 - 1-2. 重症患者基準とリハビリテーション実績指数
 - 1-3. 質の高いリハビリテーションの推進
 - 1-4. 退院支援と地域連携
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について

- 回復期リハビリテーション病棟の役割は、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うことであるとされている。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）

（令和6年3月5日保医発0305第4号）

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

（1）回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料（以下「回復期リハビリテーション病棟入院料等」という。）を算定する病棟又は病室は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟及び病室であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟及び病室をいう。（略）

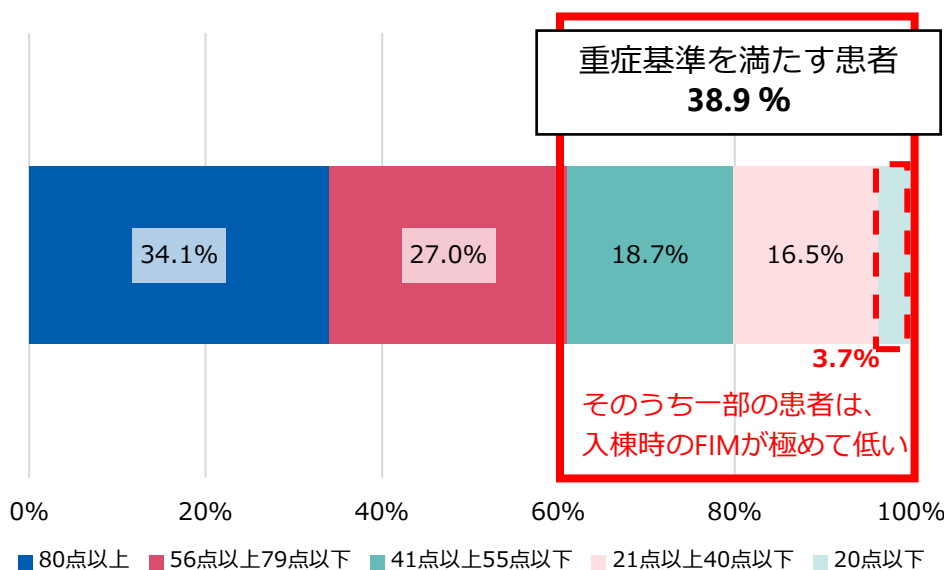
（2）～（17）（略）

回復期リハビリテーション病棟における重症患者基準と入棟時FIMの分布

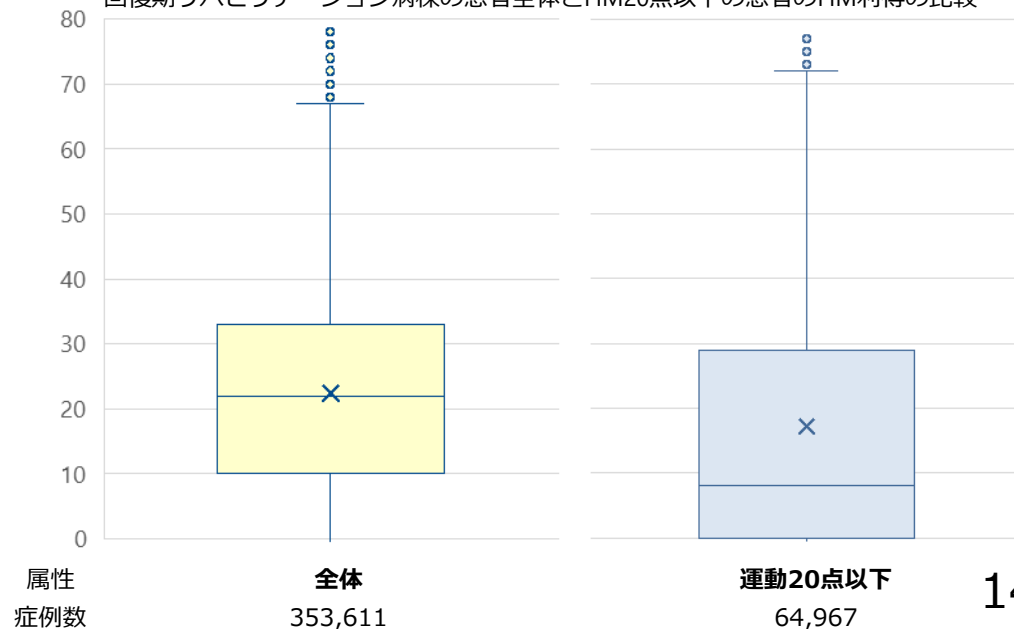
- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1～4 の施設基準において、「日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下」に該当する重症の患者の入棟基準を設けている。
- 重症の患者は回復期リハビリテーション病棟全体の約 4 割であった。そのうちの約 1 割は、FIM 得点20点以下、即ちFIM運動得点・認知得点ともにほとんどが1点（全介助）又はそれに準じる状態であり、これらの患者はFIM利得が全体と比べて小さく、極めて低い患者も多い。

施設基準	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5
新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	4 割以上		3 割以上		-
重症の患者の基準	日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下				
入院時に重症であった患者の退院時の日常生活機能評価（）内はFIM総得点	3 割以上が 4 点（16点）以上改善		3 割以上が 3 点（12点）以上改善		-

回復期リハビリテーション病棟における入棟時FIMの分布 (n=355,662)



回復期リハビリテーション病棟の患者全体とFIM20点以下の患者のFIM利得の比較



○ 平成20年診療報酬改定にて回復期リハビリテーション病棟に重症患者割合を導入した理由の一つに、アウトカム指標（自宅等復帰率など）を要件化するにあたり、患者選別を防ぎ、重症患者の受け入れを進める目的があった。

【Ⅱ-2（質の評価手法の検討について）-①】

回復期リハビリテーション病棟に対する 質の評価の導入

骨子【Ⅱ-2-(I)】

第1 基本的な考え方

今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

第2 具体的な内容

- 1 在宅復帰率、重症患者の受入割合等に着目し病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を行う。

現 行	改正案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1, 680点</p> <p>【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること</p> <p>【施設基準】 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 ○○○点</p> <p>【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと</p> <p>1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること 2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること</p> <p>【施設基準】 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること</p>

改

平成20年2月1日 中央社会保険医療協議会 第123回総会 議事録より抜粋

○遠藤委員

実は、なぜこれを申し上げているかといいますと、このいわば**医療のアウトカムを報酬と結びつけようという試みは、我が国の診療報酬体系の中でも初めての試みだ**ということでありますので、（中略）そういう意味でアウトカムを評価するということはなかなか難しい問題を含んでいるわけでありますから、ここはあくまでも試行的に行ってみるというところを非常に強調されて、間違いなく検証の対象にするということをぜひお願いしたいと思います。意見でございます。

○土田会長

僕のほうから一言言いたいと思っていたのですが、ここは**患者選別があるという、そういう懸念も聞こえてきます**ので、そこに対する対応策としてはどういうことを設けているのでしょうか。

○事務局（原医療課長）

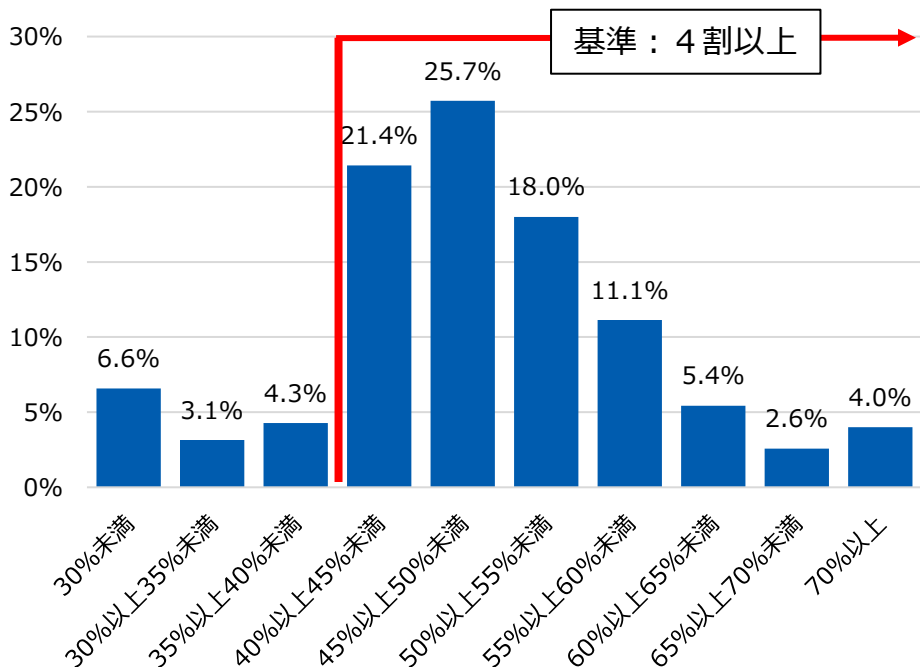
ですので、要するに、今回新しくつくる入院料1のほうなのですが、そこではだから**新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者、だから、15%以上はここに、先ほどの項目で10点以上というのはかなり動けない人なので、そういう人を少なくとも15%以上は引き受けてください**、なおかつ自宅等へ6割以上帰しなさい、なおかつ、さらにこの重症者の回復度合いがいいとさらに加算がある、そういうような仕組みにしておりまして、**初めのところの15%のところはかなり受け入れが進むと考えています**。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの重症患者割合

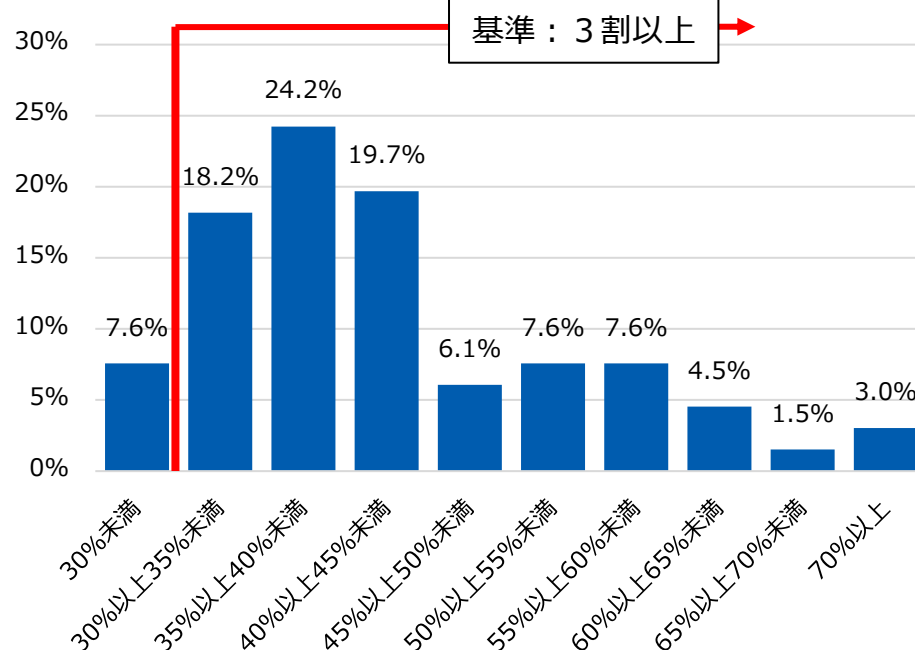
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟ごとの重症患者割合については、各入院料の基準値に近い病棟が多い。特に高い重症患者割合を求めている回復期リハビリテーション病棟入院料1, 2において、その傾向が顕著であった。

重症患者の定義： 日常生活機能評価10点以上 又は FIM得点55点以下

回リハ1・2における重症患者割合の分布(n=350)



回リハ3・4における重症患者割合の分布(n=66)



回リハ入院料1・2では、重症患者4割という高い基準を満たすために、**本来なら回リハ病棟における集中的なリハビリテーションは難しいような患者の入棟を受け入れなければならない状況になっているのではないか。**

効果の実績の評価基準

- 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\sum (\text{FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差})}{\sum \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

<実績指数の計算対象>

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者。
○ ただし、以下の患者を除外する(できる)。

必ず除外する患者

- ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- ・ 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い(退棟患者の4割以上)保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。

医療機関の判断で、各月の入棟患者数(高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数)の**3割以下の範囲で除外**できる患者

- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が20点以下の患者
- ・ 入棟時にFIM運動項目の得点が76点以上の患者
- ・ 入棟時にFIM認知項目の得点が24点以下の患者
- ・ 入棟時に年齢が80歳以上の患者
- ・ 「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後」の状態

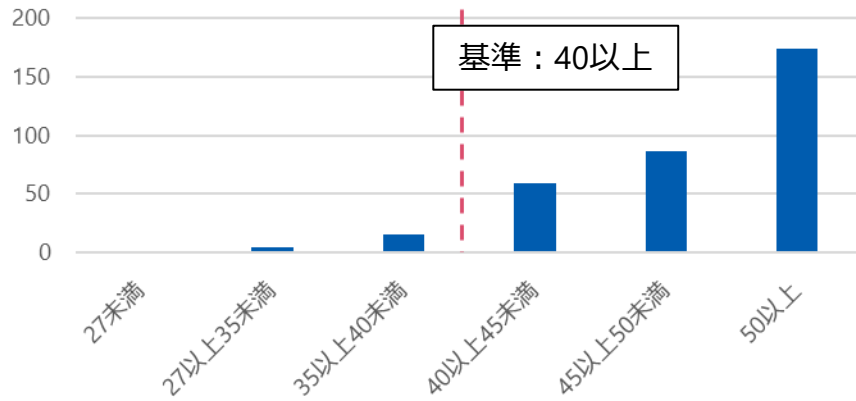
リハビリをして効果が上がっても、**FIM運動利得という形では結果が表現されない患者の入棟が制限されないための仕組み**

除外患者の割合が多いほど、リハビリテーションの効果が得られにくい患者の割合も増える可能性がある

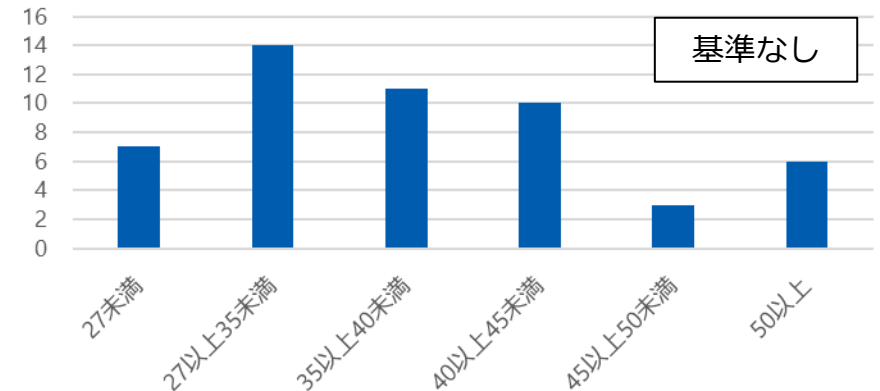
リハビリテーション実績指数の分布

- 実績指数の要件がある入院料 1, 3 では、基準を満たす病棟が大半であり、基準を大きく上回る病棟も見られる。
- 実績指数の要件がない入院料 2, 4 では、実績指数が低い病棟が存在する。

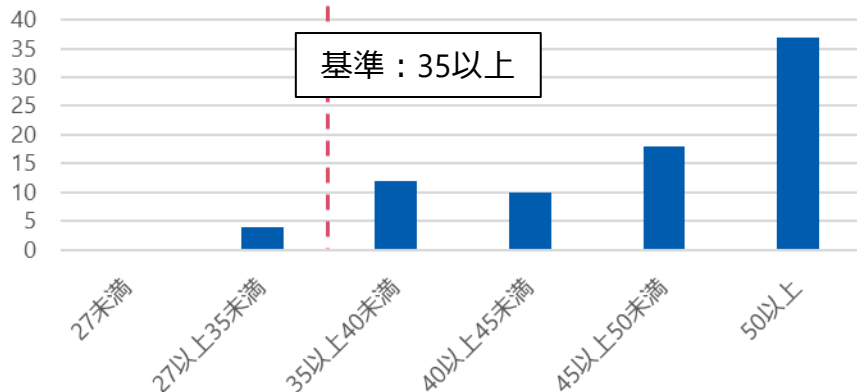
回復期リハビリテーション病棟入院料 1 届出施設の実績指数
(n=339)



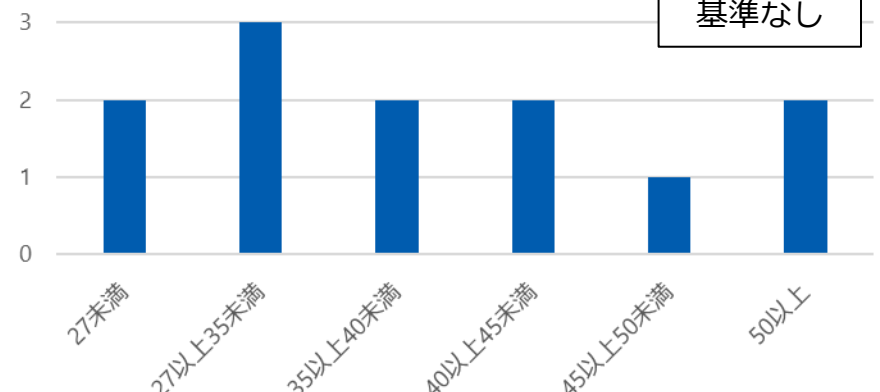
回復期リハビリテーション病棟入院料 2 届出施設の実績指数
(n=51)



回復期リハビリテーション病棟入院料 3 届出施設の実績指数
(n=81)



回復期リハビリテーション病棟入院料 4 届出施設の実績指数
(n=12)



※本集計では除外可能対象者も含まれているため、実際に届け出ている実績指数とは誤差がある。

リハビリテーション実績指数の各除外基準に該当する患者の割合

- リハビリテーション実績指数の算出から除外できる基準のうち、「年齢が80歳以上のもの」に該当する患者が40%以上である施設がほとんどである。
- 回復期リハビリテーション病棟を有する全ての施設で、主な除外基準のいずれか(※)に該当する患者割合が40%を超えており、計算から除外できる患者を選択できる状況と考えられる。

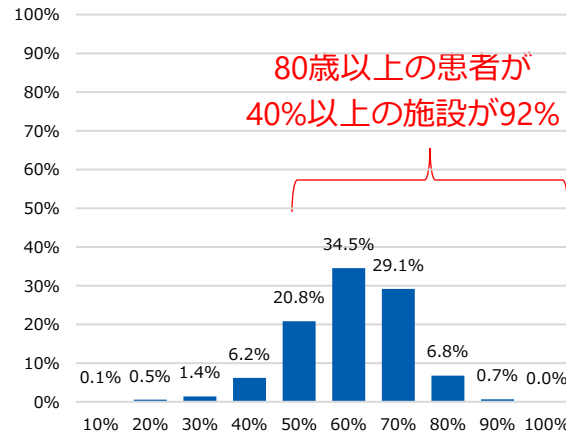
【対象】

令和4年4月-令和6年5月に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している施設(n = 1,535施設)。死亡症例は除外。

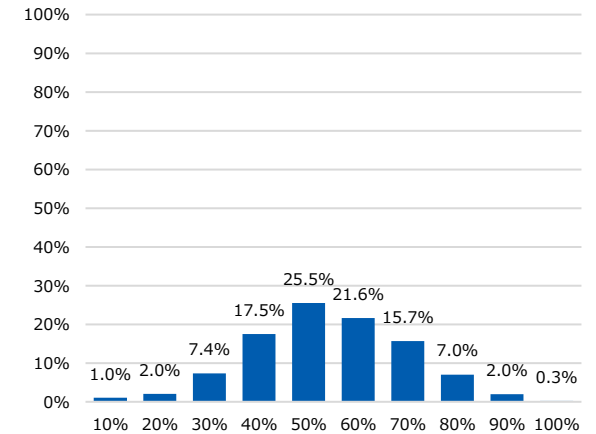
【集計方法】

入棟時情報を元に、各病院におけるそれぞれの項目が占める割合を施設単位で算出し、10%単位でヒストグラムを作成(除外基準の一つである心大血管疾患等に該当する患者は、症例数が少ないこともあり割愛)。

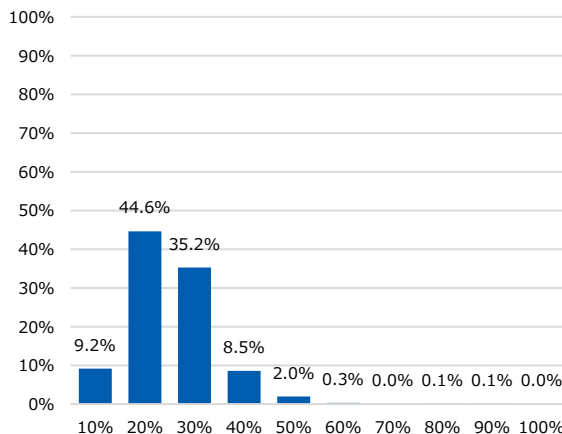
入棟時年齢80歳以上が占める割合



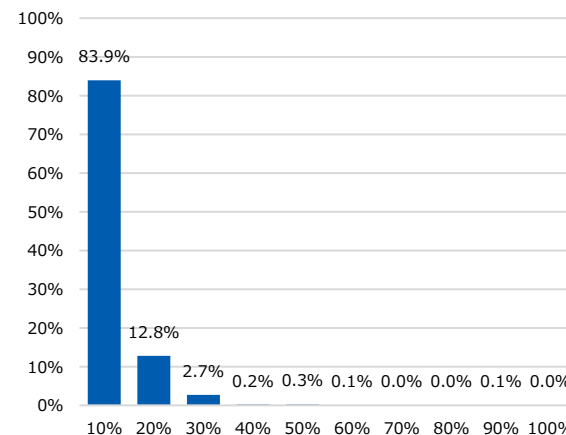
入棟時FIM認知項目24点以下が占める割合



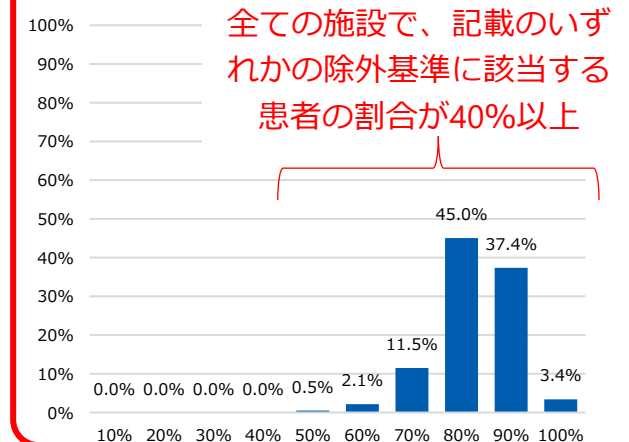
入棟時FIM運動項目20点以下が占める割合



入棟時FIM運動項目76点以上が占める割合



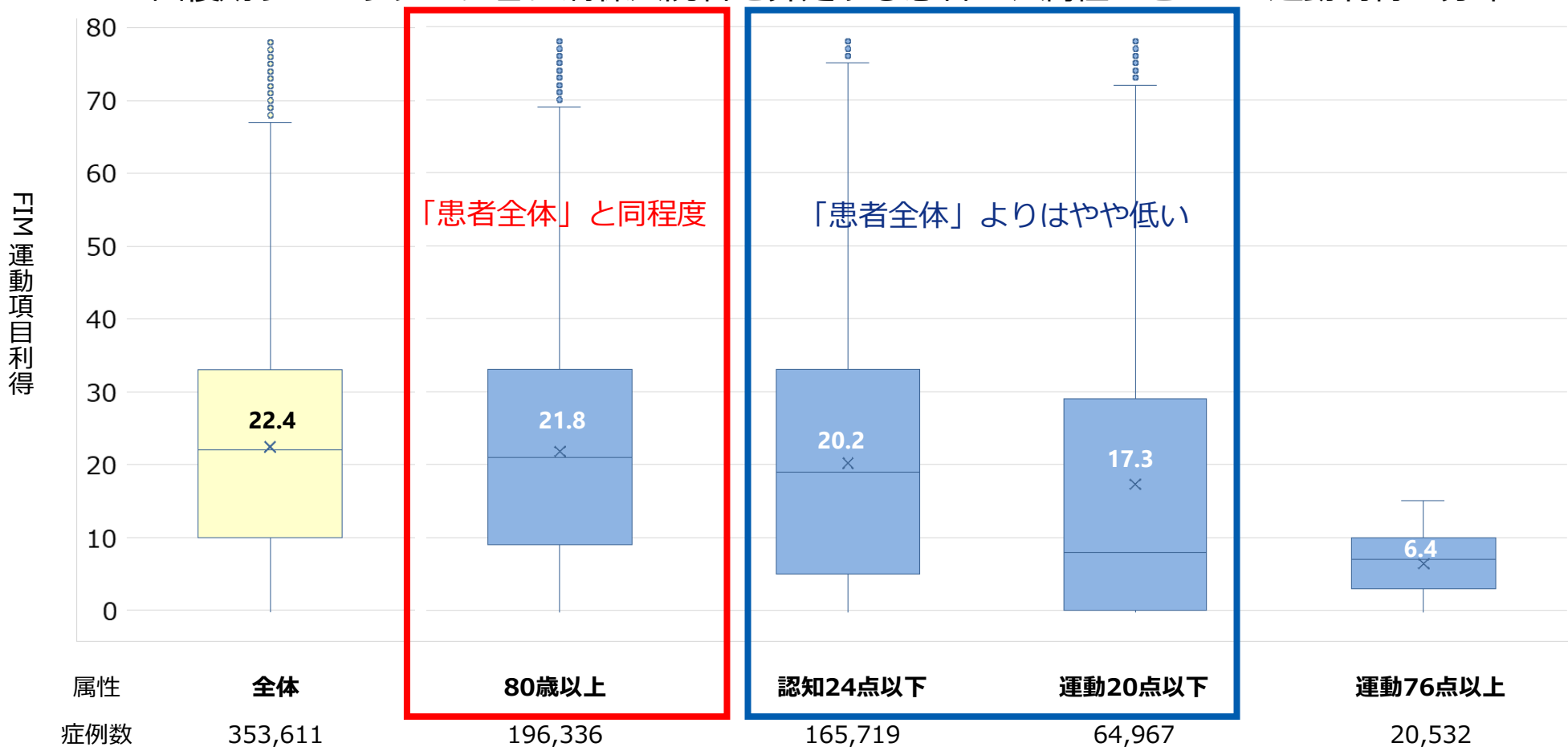
記載のいずれかの除外基準が占める割合 ※



リハビリテーション実績指数の除外基準に該当する患者のFIM利得

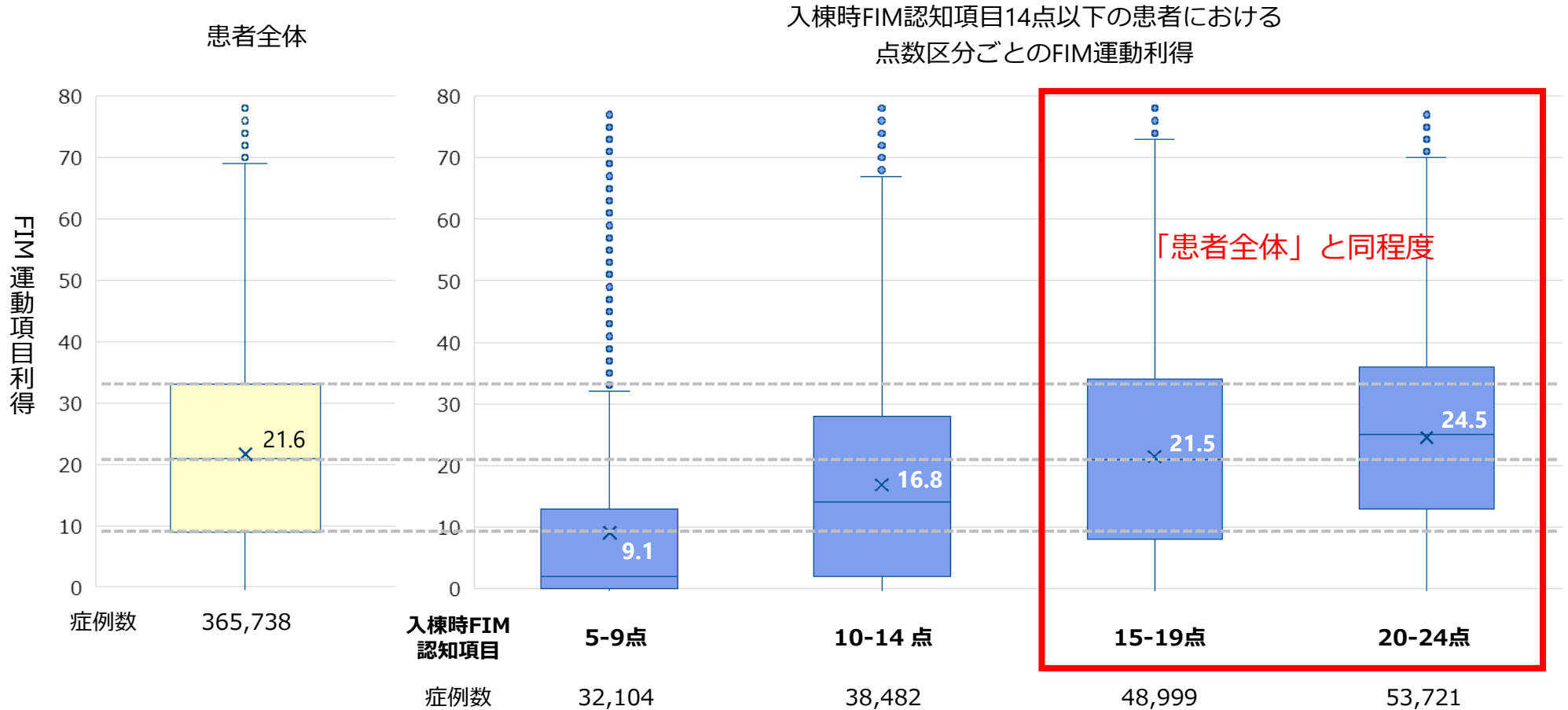
- 回復期リハビリテーション病棟における患者全体と除外基準に該当する患者のFIM運動利得を比較すると、「年齢が80歳以上のもの」は患者全体と変わらなかった。
- 一方、「FIM認知項目の得点が24点以下のもの」は全体よりわずかにFIM運動利得が低い範囲に分布しており、「FIM運動項目の得点が20点以下のもの」はさらに低かった。

回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者の、属性ごとのFIM運動利得の分布



入棟時FIM認知項目24点以下患者の点数区分ごとの運動利得

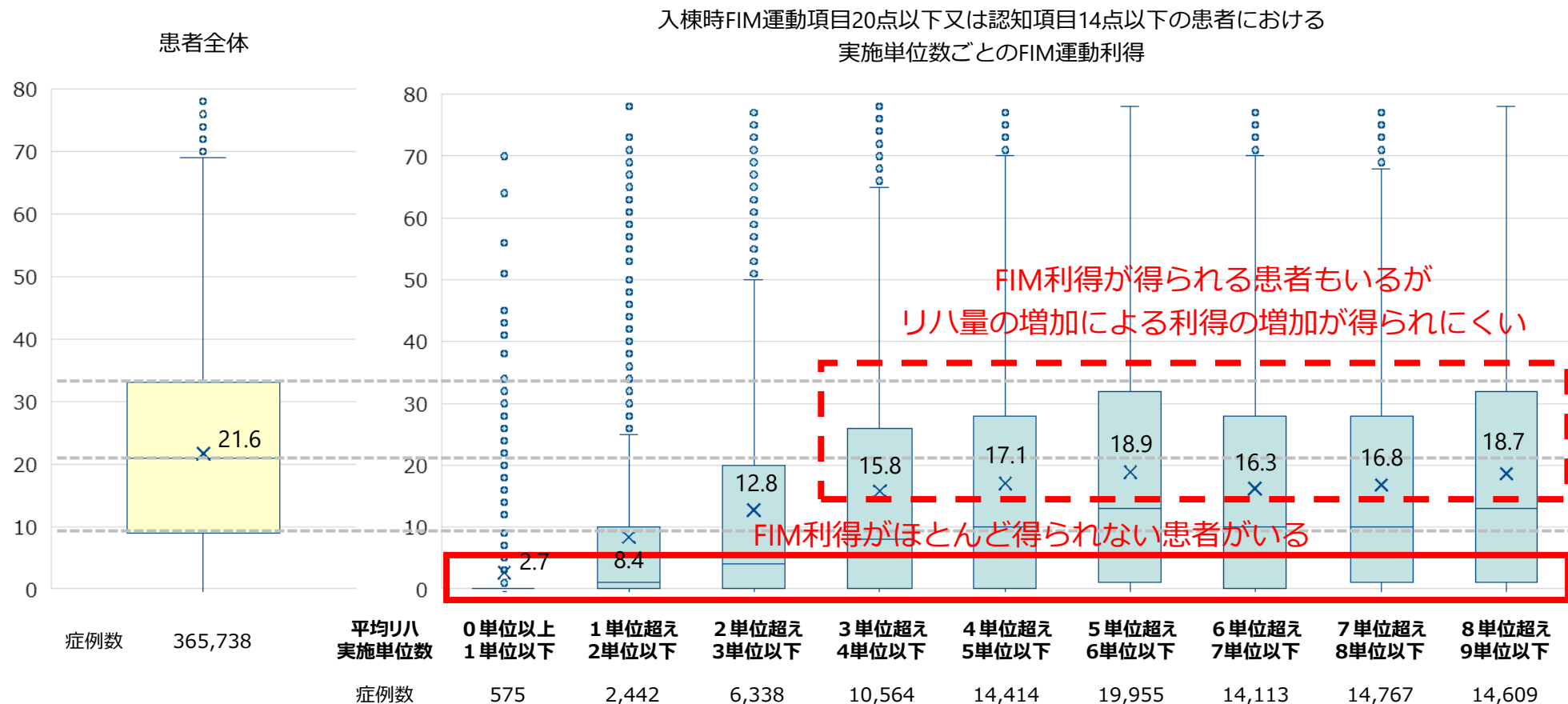
- 入棟時のFIM認知項目得点が24点以下の患者のうち、15点～24点は、ある程度社会性やコミュニケーションが保たれた患者が多いと思われる。
- FIM認知項目の得点で細分化すると、FIM運動項目の利得は5～14点の患者で低かった一方、15～19点では入院患者全体と変わらず、20～24点では、全体よりも高い範囲に分布していた。



入棟時FIM運動項目20点以下又は認知項目14点以下患者の実施単位数ごと運動利得

- FIM運動項目20点以下又は認知項目14点以下の患者については、リハビリテーションを行っても、FIM利得がほとんど得られない患者が存在する。
- 一方、1日当たりのリハビリ平均実施単位数が3単位を超える群については、患者全体と概ね同程度のFIM利得を得られる患者が一定程度存在したが、リハ量が増えても、単位数依存的なFIM利得の上昇はみられなかった。

FIM運動項目利得



※ 平均リハ実施単位数は、在棟中のリハビリテーション実施単位数の合計を回復期リハビリテーション病棟在棟日数で割って算出した。

出典：DPCデータ（令和6年6月 - 令和7年5月） ※死亡退院は除く

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

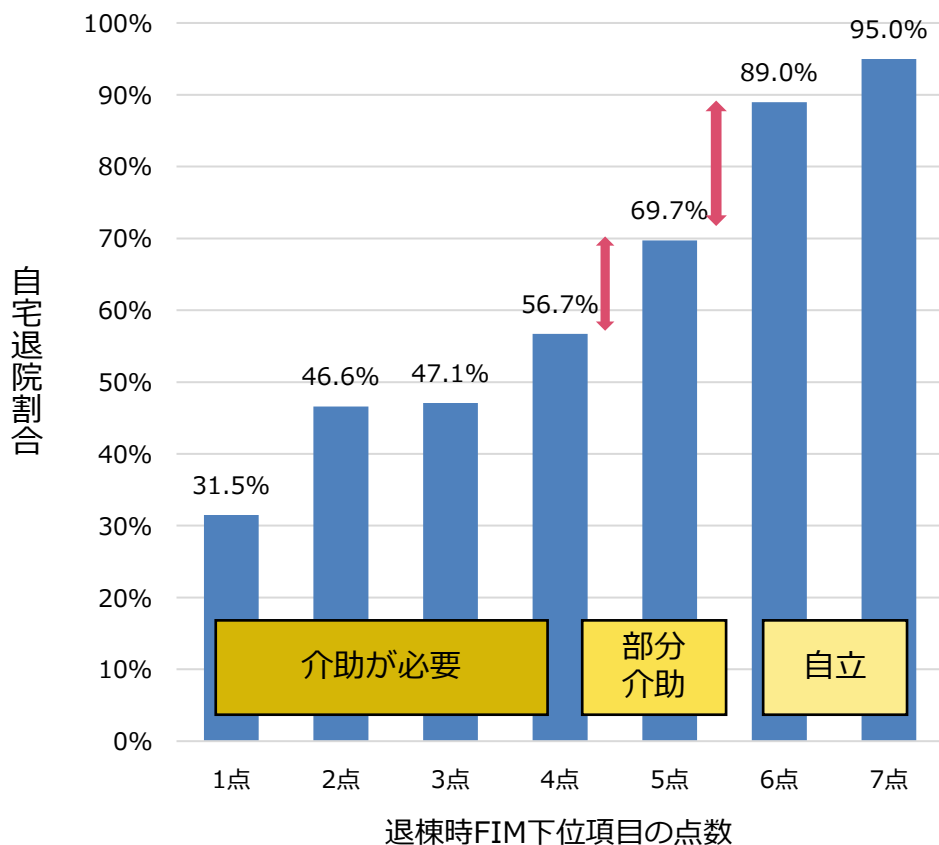
Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
介助あり	4点	最小介助
	3点	中等度介助
完全介助	2点	最大介助
	1点	全介助

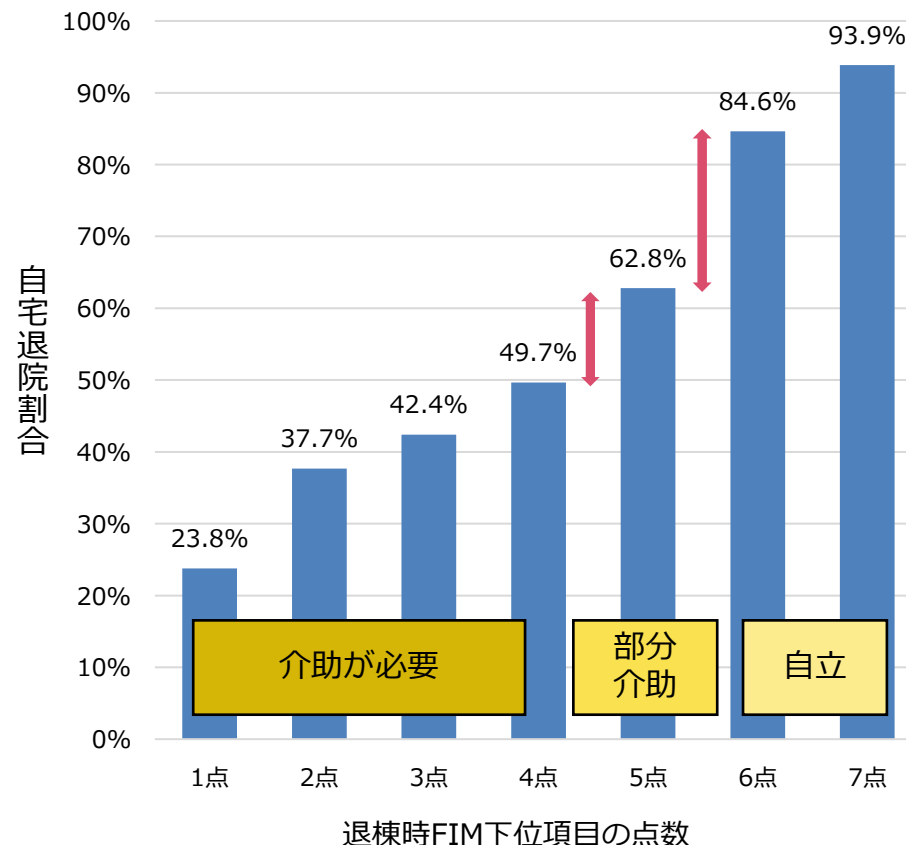
運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

- 退棟時のFIM下位項目「トイレ動作」、「移動（歩行・車椅子）」の得点ごとの自宅復帰率は以下の通り。
- 両項目で4点（最小介助）に比べ5点（部分介助／監視レベル）、5点に比べ6点（修正自立レベル）の患者は、自宅への退院割合が大きく増加していた。

移動（歩行・車椅子） n = 807,295



セルフケア（トイレ動作） n = 807,295



日常生活機能評価表について

- 日常生活機能評価は、平成20年に重症者回復加算の指標として診療報酬に導入された。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4、特定機能病院リハビリテーション病棟における重症患者の判定や当該患者の改善を測定する際の指標として、FIMと日常生活機能評価のいずれかを測定することとされている。
- 日常生活機能評価の測定は必須とはしていないが、FIMと両方測定した上で患者ごとに選択することができるため、事実上両方の測定を促す効果を生んでいる。
- なお、FIMは実績指数の算出に必須であるが、日常生活機能評価表は上記の目的以外では測定は求めている。

(回復期リハビリテーション病棟入院料 施設基準通知より抜粋)

- 1 通則
 - (7) 2の(4)及び(5)又は3の(5)において日常生活機能評価による測定を行う場合にあっては、毎年8月において、1年間（前年8月から7月までの間。）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添7の様式49の4により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。また、毎年8月において、各年度4月、7月、10月及び1月において「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1のA308の(12)のア及びイで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告を行うこと。
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
 - (4) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2を算定する場合、重症の患者（別添7の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「FIM」という。）得点で55点以下の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち4割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
 - ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数
 - イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）
 - (5) 直近6か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で4点以上又はFIM総得点で16点以上改善していること。

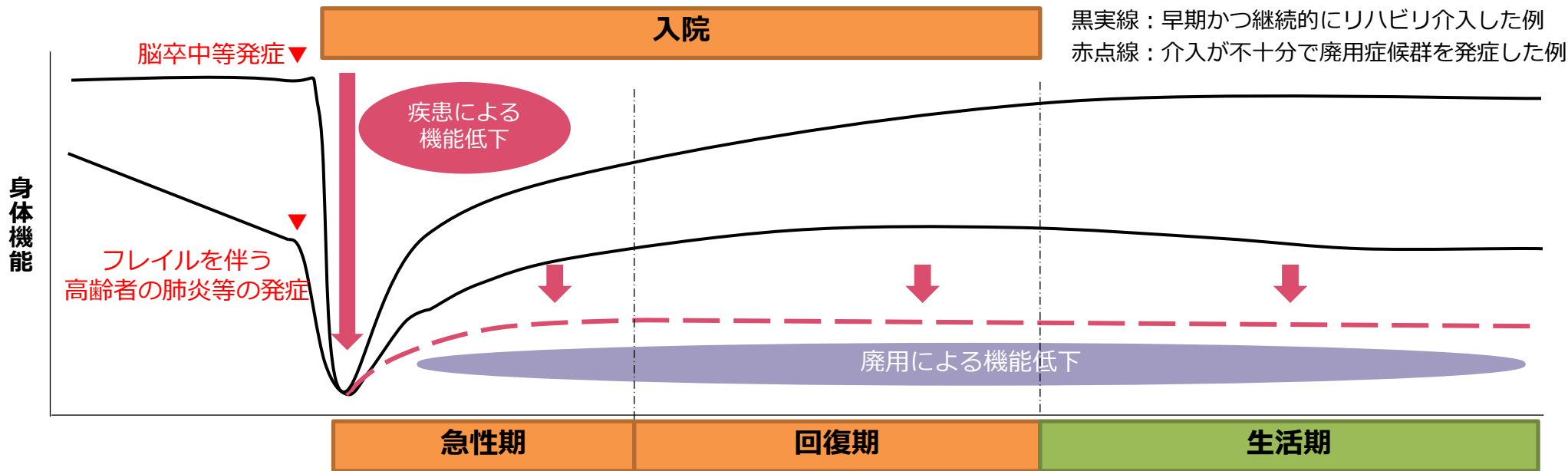
日常生活機能評価表とFIMの評価項目比較

- 日常生活機能評価とFIMは、認知項目はFIMにおいてやや比重が高いという違いがあるものの、全体的には重複する項目が得点全体の5 - 6割程度を占める。

評価項目（重複する項目を太字で示す）		日常生活機能評価表	配点 できない場合に加算	FIM	配点 能力が高いほど加算
認知機能	他者への意思伝達	○	1	○（表出）	7
	診療・療養上の指示が通じる	○	1	○（理解）	7
	危険行動	○	1		
	社会交流			○	7
	問題解決			○	7
	記憶			○	7
認知機能が占める割合			3/19点（約16%）		35/126点（約28%）
運動機能	移乗	○	2	○ (ベッド-車椅子、トイレ、浴槽)	各7×3項目
	移動	○	2	○（歩行、階段）	各7×2項目
	整容	△（口腔清潔のみ）	1	○	7
	食事	○	2	○	7
	更衣	○	2	○（上衣、下衣）	各7×2項目
	寝返り	○	2		
	起き上がり	○	1		
	座位保持	○	2		
	床上安静の指示	○	1		
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	○	1		
	清拭			○	7
	トイレ動作			○	7
	排尿コントロール			○	7
	排便コントロール			○	7
運動機能が占める割合			16/19点（約84%）		91/126点（約72%）
総得点			19点		126点

1. 回復期リハビリテーション病棟について
 - 1-1. 経緯と概要
 - 1-2. 重症患者基準とリハビリテーション実績指数
 - 1-3. 質の高いリハビリテーションの推進
 - 1-4. 退院支援と地域連携
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について

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)

生活機能回復に資する診療報酬①（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。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、排尿自立支援加算を届け出ている病棟は30.2%である。

A251 排尿自立支援加算 200点（週1回）

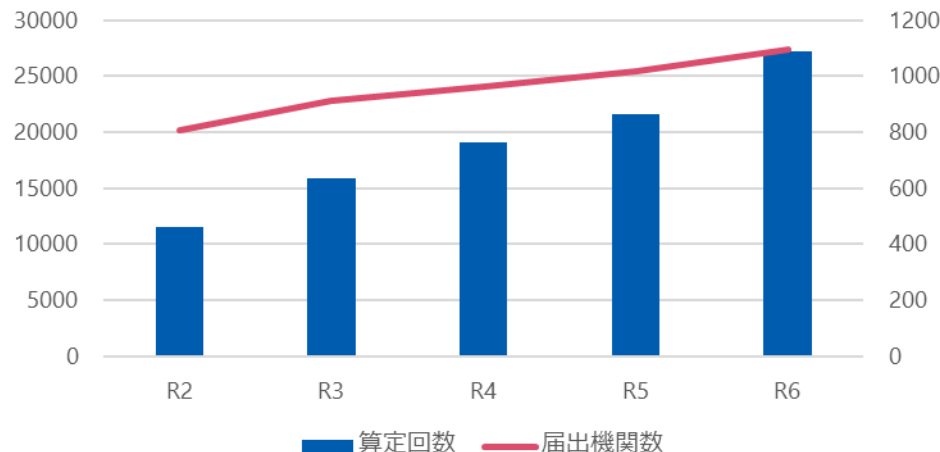
【施設基準（概要）】

- (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（概要）】

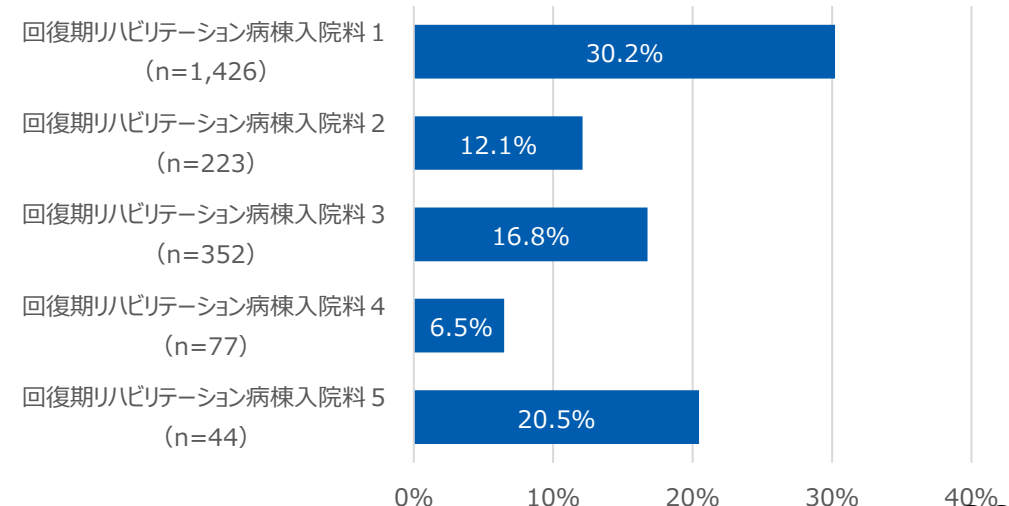
- 入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

排尿自立支援加算の算定回数・届出機関数の推移



出典：（算定回数）社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分
（届出機関数）主な施設基準の届出状況等

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの
排尿自立支援加算の届出状況



出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

生活機能回復に資する診療報酬②（摂食嚥下機能回復体制加算）

- 摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食嚥下支援チーム等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、摂食嚥下機能回復体制加算1または2を届け出ている施設は約13%である。また、専従の言語聴覚士等の施設基準にハードルがあるという声がある。

イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点（週1回）

ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点（週1回）

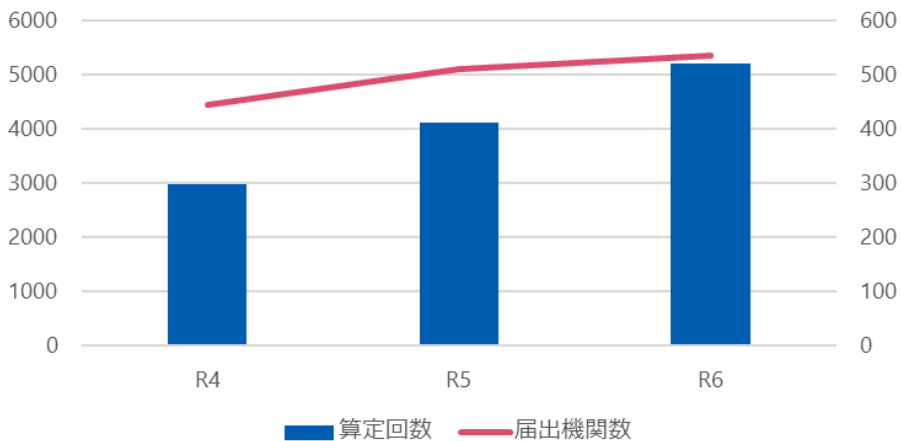
ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点（週1回）

※療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院

【施設基準（概要）】

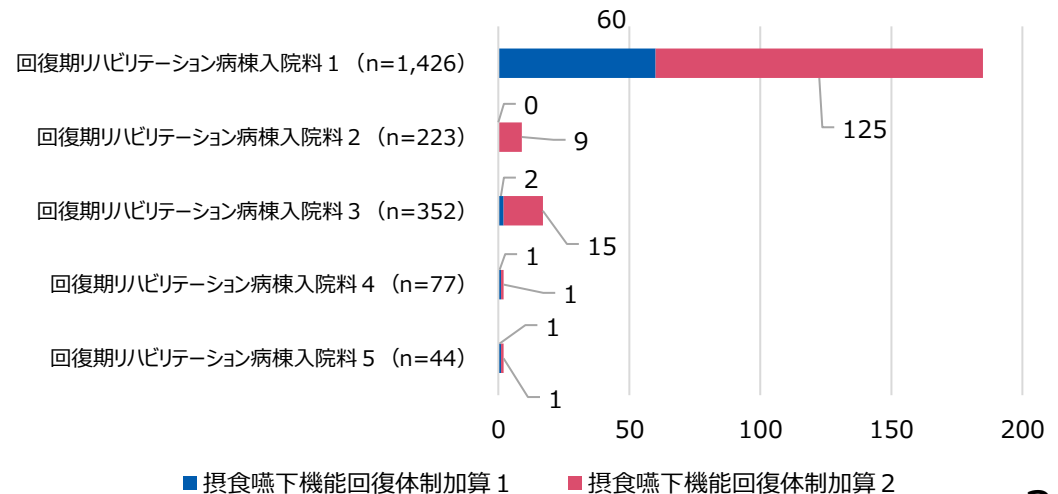
- 保険医療機関内に、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種(専任の常勤医師、**専従の言語聴覚士**、専任の常勤管理栄養士等)により構成されたチームが設置されていること。
 - 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。
- 【算定要件（概要）】
- 摂食嚥下支援チーム等により**内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること**。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。
 - 上記を実施した患者について、**月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること**。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

摂食嚥下機能回復体制加算の算定回数・届出機関数の推移



※現体系になった令和4年度以降にて加算1, 2, 3の総数を集計。

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの摂食嚥下機能回復体制加算1, 2の届出状況



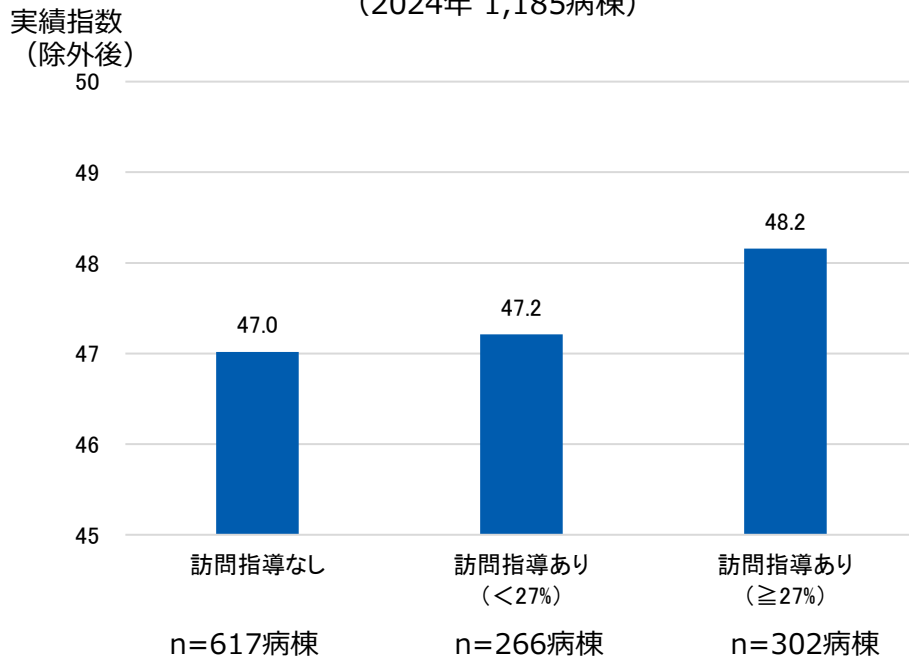
出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

出典：（算定回数）社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分
（届出機関数）主な施設基準の届出状況等

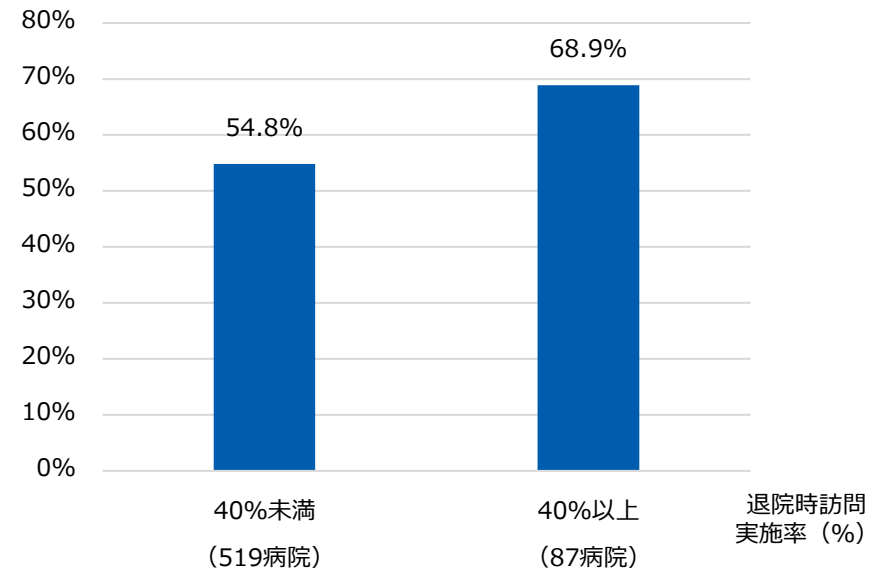
- 退院前訪問指導を一定割合以上実施している病棟・施設では、リハビリテーション実績指数や自宅復帰率が良好である。

回復期リハ病棟協会 2024実態調査より改変

訪問指導実施による実績指数の違い
(2024年 1,185病棟)



退院時訪問実施率別の自宅退院率 (病院単位)
(脳血管障害患者：2024年 9,091名)



入院時や退院時の訪問指導を積極的に実施する病棟・病院は、
効率の良い入院リハ提供や高い自宅復帰を実現できている

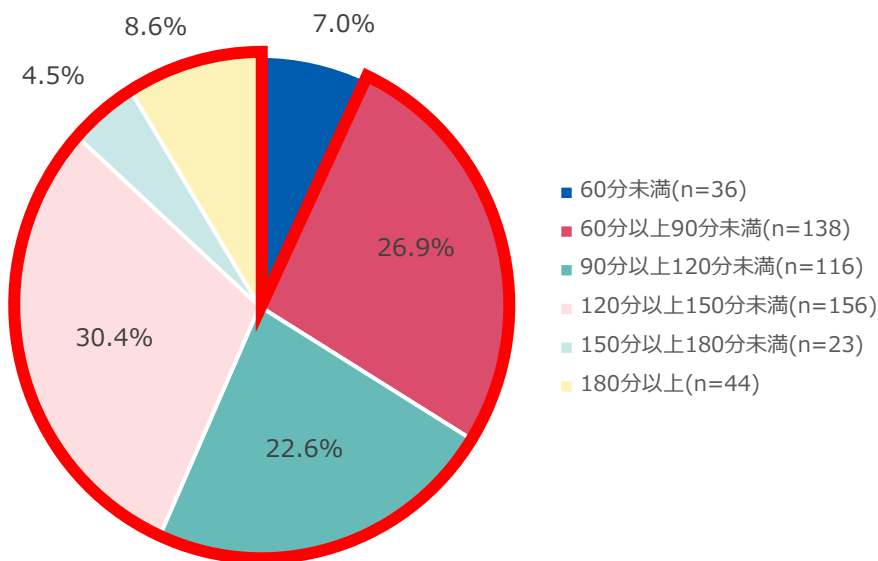


退院前訪問指導の実施職種、所要時間

- 退院前訪問指導の所要時間について、多くの施設で60分以上の長時間を要していた。
- 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、40%以上の病棟で看護師、その他職種が関与しており、多職種による退院前訪問指導が行われていると考えられる。

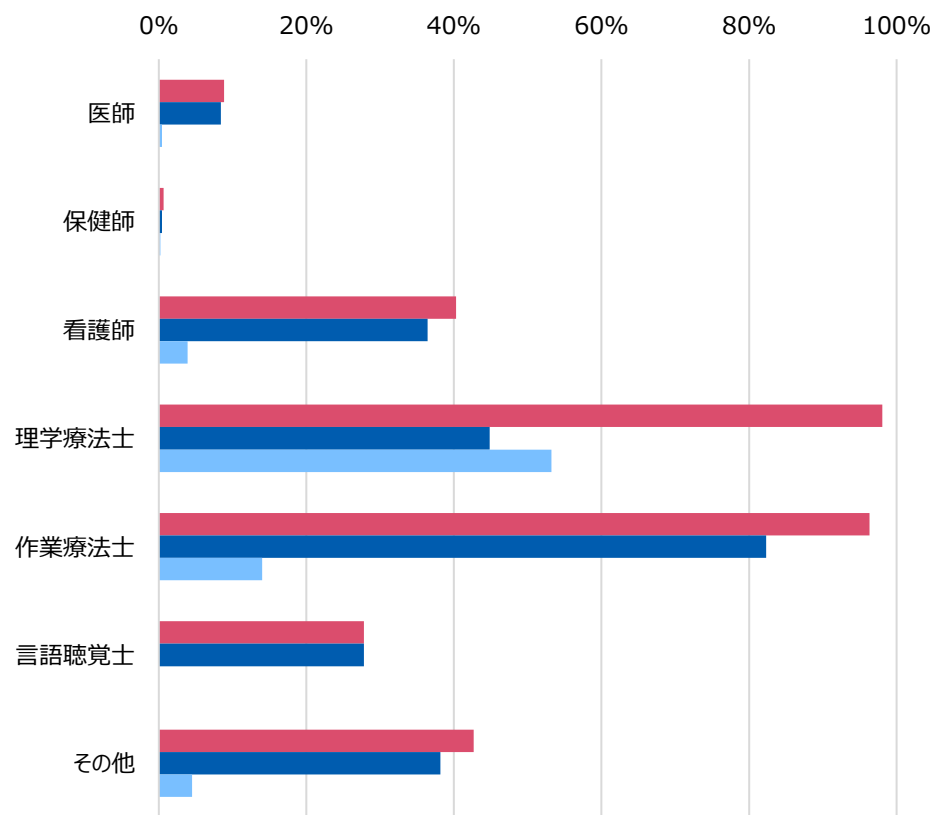
訪問指導に要した平均時間（令和7年4月の1か月）

※往復の移動時間含む（n=513）



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（B票））

退院前の訪問指導を実施している職種(n=464)



■実施している ■うち、主でないが担当している ■うち、主として担当している

※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。

出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 病棟調査票（B票：回リハ病棟入院料）

回復期リハビリテーション病棟入院料における休日リハに係る要件

- 回復期リハビリテーション病棟入院料において、入院料1・2では、休日を含め、リハビリテーションを提供できる体制が施設基準となっている。また、入院料3～5等では、同様の休日のリハビリテーション体制を有することで、休日リハビリテーション提供体制加算を算定することができる。
- 上記のいずれも休日の1日あたりリハビリテーション提供単位数は患者1人あたり平均2単位以上とされており、急性期一般入院料等で算定されるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の基準と比較して、少ない設定となっている。

	入院料1	入院料2	入院料3 入院料4 入院料5 入院医療管理料
休日リハに係る規定	<p>・当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。</p>		<p>施設基準には規定なし 体制がある場合、休日リハビリテーション提供体制加算を算定。</p>

休日リハビリテーション提供体制加算

(施設基準 通知抜粋)

- 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、**休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上**であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

(参考) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

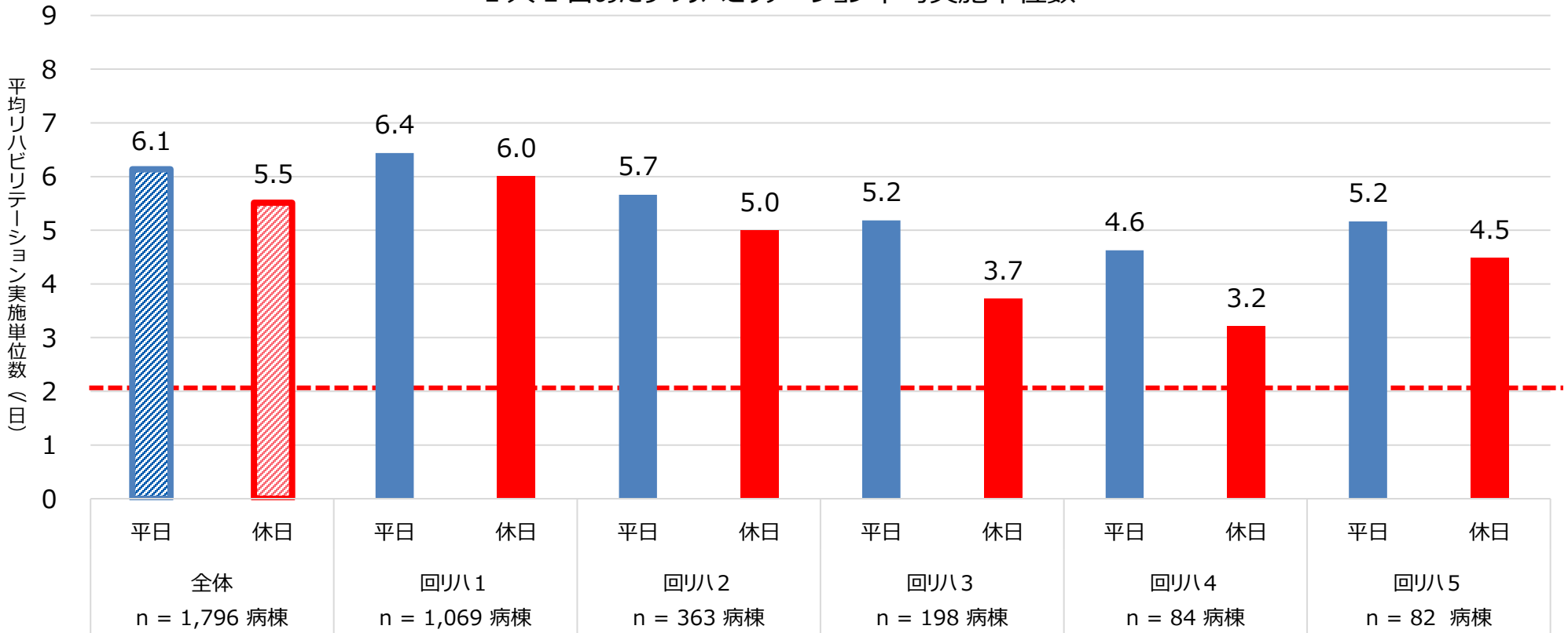
(施設基準 通知抜粋)

- 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が8割以上であること。

回復期リハビリテーション病棟における休日のリハビリテーション実施状況

- 全ての入院料において、回復期リハビリテーション病棟1・2及び休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準である1日平均2単位以上の提供単位数を大きく上回っている。

1人1日あたりのリハビリテーション平均実施単位数



(参考) 平日に対する休日のリハビリテーション提供単位数の割合 (休日の提供単位数/平日の提供単位数)

91.1%	94.6%	89.5%	72.5%	69.8%	86.3%
-------	-------	-------	-------	-------	-------

※ 休日の定義は日曜及び祝日 (12月30日～1月3日を含む)。

1. 回復期リハビリテーション病棟について

1-1. 経緯と概要

1-2. 重症患者基準とリハビリテーション実績指数

1-3. 質の高いリハビリテーションの推進

1-4. 退院支援と地域連携

2. リハビリテーションについて

3. 病棟における多職種連携について

- 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。

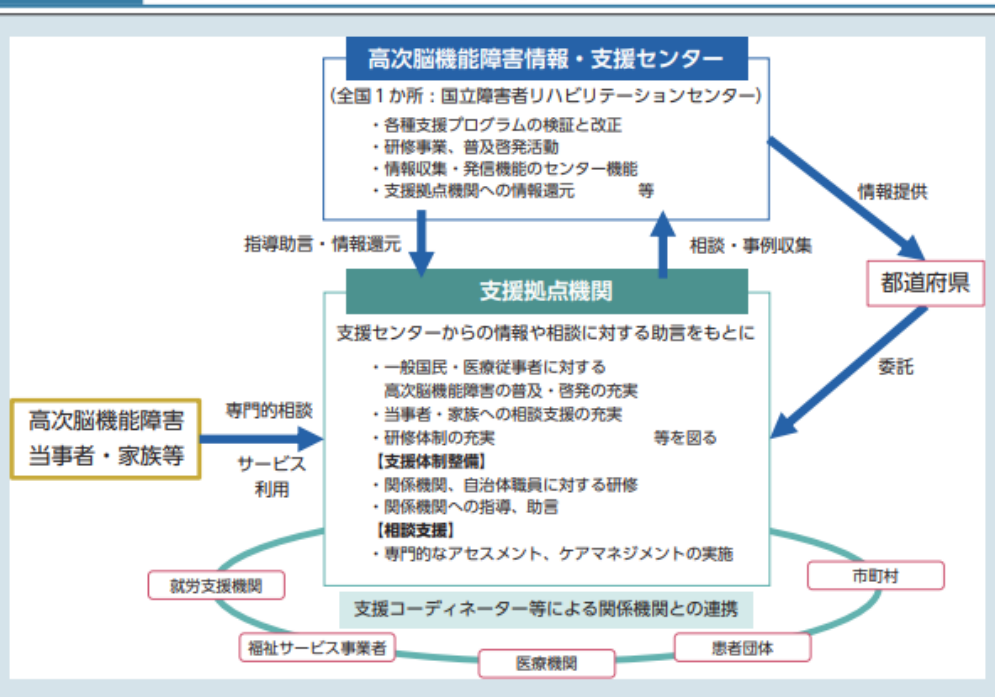
(略)

(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）

- 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126カ所（令和7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



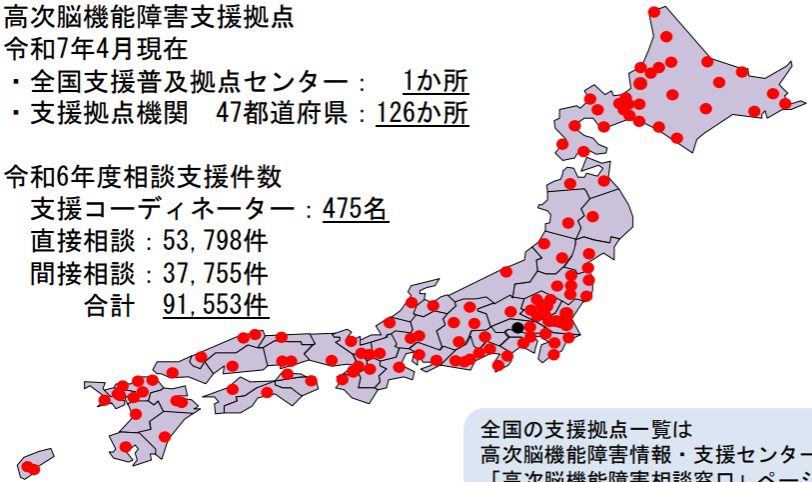
全国の相談支援体制の整備状況

高次脳機能障害支援拠点
令和7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：126カ所

令和6年度相談支援件数

- 支援コーディネーター：475名
- 直接相談：53,798件
- 間接相談：37,755件
- 合計 91,553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
https://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7年4月1日現在）
https://www.rehab.go.jp/brain_fukyu/shien/

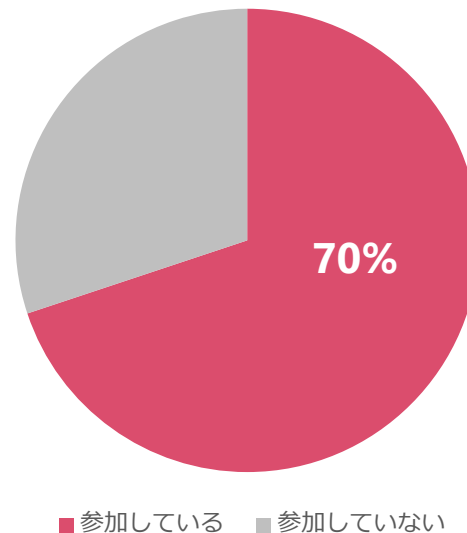
- 令和6年度改定にて、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2にて地域支援事業への参加していることが望ましいとした。
- 令和6年11月1日時点で地域支援事業に参加している回復期リハビリテーション病棟は、約70%であった。

(通知より抜粋)

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準

- (10) 市町村の要請を受けて、「地域支援事業実施要綱」(平成18年6月9日老発0609001第1号厚生労働省老健局長通知)に規定する地域リハビリテーション活動支援事業等の地域支援事業に、地域の医師会等と連携し、参加していることが望ましい。

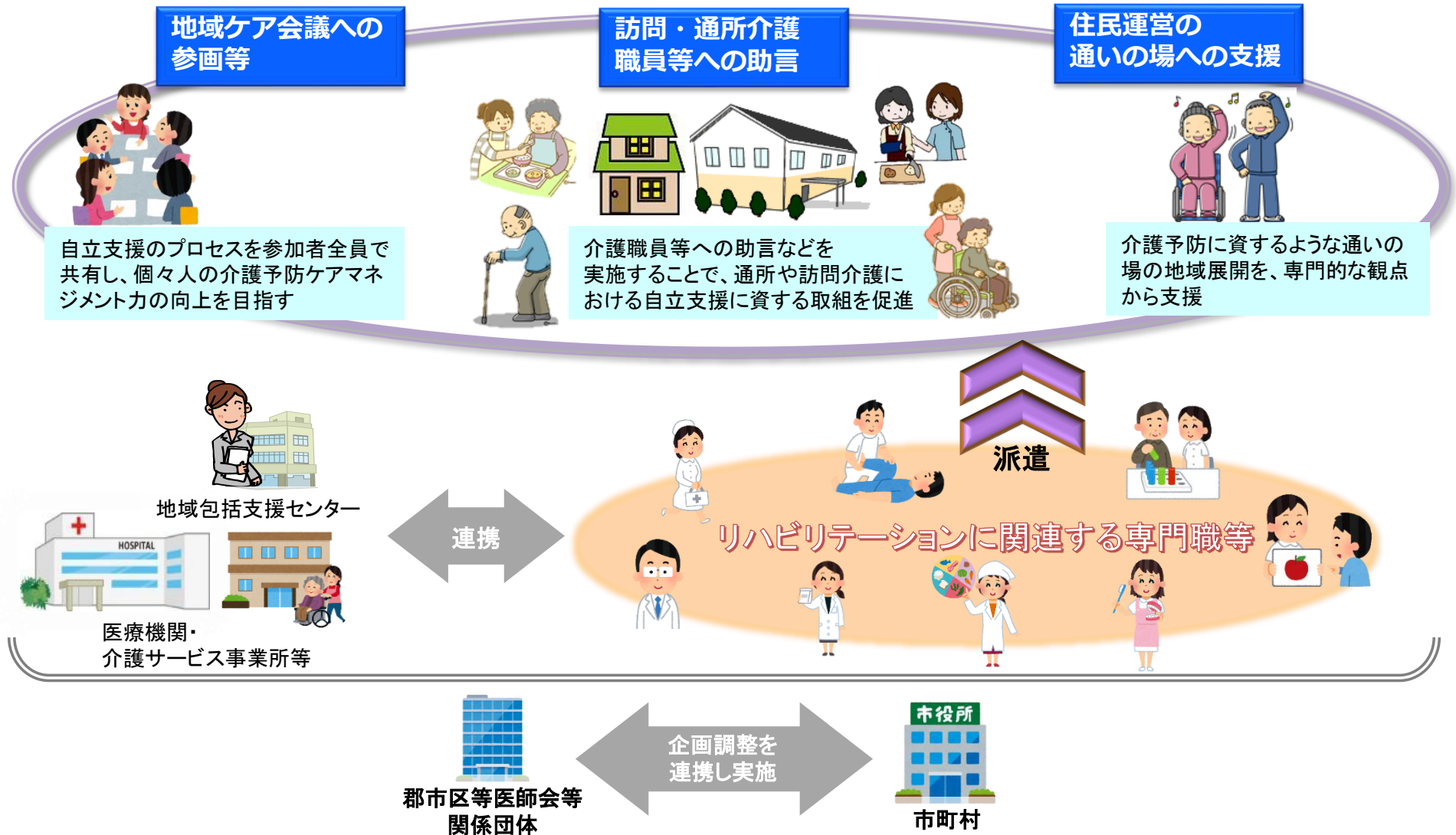
回復期リハビリテーション病棟における
地域支援事業の参加率 (n=465)



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 (病棟調査票 (B票))

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

- 地域における介護予防の取組を機能強化するため、地域ケア会議、通所・訪問介護事業所、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- 市町村は、郡市区等医師会等の関係団体と連携の上、医療機関や介護事業所等の協力を得て、リハビリテーション専門職を安定的に派遣できる体制を構築するとともに、関係機関の理解を促進



回復期リハビリテーション病棟に係る課題と論点①

(リハビリテーション実績指数・重症患者割合について)

- 重症患者の基準を満たす患者のうち約1割は、FIM得点が20点以下の、下位項目がほとんど全介助又はそれに準じる状態と考えられる患者であり、これらの患者はFIM利得が全体と比べて小さい。
- 重症患者割合は、重症者加算においてアウトカム評価を導入する際、患者選別を来さないために導入された仕組みである。
- 回リハ入院料1, 2においては、重症患者割合は4割に設定されており、基準をぎりぎり満たす病棟が多かった。
- 実績指数から除外される患者の規定は、実績指数でアウトカムを評価するにあたり、計算対象であるFIM運動項目ではリハの効果が表現されない患者の入棟が制限されないよう導入された仕組みであるが、その割合が増えるほど、リハビリテーションの効果そのものが得られにくい患者の入棟が増える可能性がある。
- 実績指数の要件がある入院料1, 3では、基準を満たす病棟が大半であり、基準を大きく上回る病棟も見られる一方、実績指数の要件がない入院料2, 4では、実績指数が低い病棟が存在した。
- 現在は実績指数から除外されている患者の中でも、年齢80歳以上の患者や、FIM認知項目15～24点の患者のFIM運動利得は患者全体と変わらなかった。
- また、FIM認知14点以下やFIM運動20点以下の患者のうち、1日平均3単位以上の疾患別リハビリテーションを実施している患者では、全体と変わらない利得が出ている患者が多かった。さらに、6単位を越えて実施した場合であっても、3～6単位実施と比べてさらにFIM利得が増すことはなかった。
- 退棟時のFIM下位項目「トイレ動作」、「移動(歩行・車椅子)」について、4点(最小介助)に比べ5点(監視)、5点に比べ6点(修正自立)の患者は、自宅への退院割合が大きく増加していた。
- 日常生活機能評価表は、回復期リハビリテーション病棟入院料1～4、特定機能病院リハビリテーション病棟における重症患者の判定と、当該患者の改善を測定する際の指標の選択肢としてのみ記載されており、測定のタイミングは入院時と退院時に限られている。
- FIMは実績指数の算出に必須であるが、日常生活機能評価表は上記の目的のみに用いられ、測定は必須ではない。
- 日常生活機能評価とFIMは、認知項目はFIMにおいてやや比重が高いという違いがあるものの、重複項目が得点の5～6割程度を占める。

(より質の高いリハビリテーションの推進について)

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、排尿自立支援加算を届け出ている病棟は30.2%である。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、摂食嚥下機能回復体制加算1または2を届け出ている施設は約13%であり、加算専従の言語聴覚士等の施設基準にハードルがあるという声がある。
- 退院前訪問指導は、多くの施設で、療法士、看護師等を含む多職種が関わって60分以上の時間をかけて実施していた。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料において、入院料1・2では、施設基準に、入院料3～5では加算として、休日のリハビリテーション提供体制について規定されているが、いずれも休日の1日あたりリハビリテーション提供単位数は平均2単位以上とされており、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の基準等とは異なる規定となっている。
- 全ての入院料において、休日の1人1日あたりのリハビリテーション実施単位数は、回復期リハビリテーション病棟1・2及び休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準である1日平均2単位以上を大きく上回っている。

回復期リハビリテーション病棟に係る課題と論点②

(退院支援・地域連携について)

- 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る。
- 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。
- 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126カ所(令和7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、地域の関係機関との調整等の役割を担っている。
- 令和6年度改定にて、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2では地域支援事業への参加していることが望ましいとされた。令和6年11月1日時点で地域支援事業に参加している回復期リハビリテーション病棟は、約70%であった。



【論点】

(リハビリテーション実績指数・重症患者割合について)

- 回復期リハビリテーション病棟における集中的なリハビリテーションが必要な重症患者の入棟を適切に評価する観点から、重症患者の範囲や入棟を求める割合を見直すことについて、どのように考えるか。
- 以下のような点等を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟の役割に照らし、実績指数のあり方やそれらを要件とする入院料の範囲についてどのように考えるか。
 - ・ 実績指数からの除外対象の患者割合が高い一方で、除外対象を更に分類すれば、除外対象でない患者と同様にFIM運動利得が得られる群が含まれること。
 - ・ 全ての病棟において、実績指数の除外対象となる患者が、除外できる割合である3割を越えていること。
 - ・ FIMの下位項目の中でも、歩行やトイレ動作が5点(監視)～6点(修正自立)程度まで改善した場合は在宅復帰の割合が大きく上昇すること。
- 日常生活機能評価表は、リハビリテーション病棟入院料等における重症患者の該当基準及び重症患者の改善度合いの基準としてのみ用いられており、いずれもFIMによる基準が併記されていることを踏まえ、現場の負担軽減の観点から、その役割についてどのように考えるか。

回復期リハビリテーション病棟に係る課題と論点③

(より質の高いリハビリテーションの評価について)

- 生活機能回復を促す取組として、上位の区分の入院料において排尿自立支援加算や摂食嚥下機能回復体制加算等の届出を求めることについて、どのように考えるか。また、摂食嚥下機能回復体制加算において専従要件となっている言語聴覚士の業務の範囲について、疾患別リハビリテーションとの関係性等をどのように考えるか。
- 現在包括評価となっている退院前訪問指導は、複数のスタッフが参加し長時間かけて行われていること、円滑な在宅復帰に有用であること等を踏まえ、退院後の生活に向けて十分な支援を促進する観点から、回復期リハビリテーション病棟における評価方法についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における休日リハビリテーションに関する次のような点等について、どのように考えるか。
 - ・ いずれの回復期リハビリテーション病棟3～5においても休日のリハビリテーションが実施されている現状を踏まえた、休日リハビリテーションに係る施設基準のあり方
 - ・ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等の休日リハビリテーションに係る基準等を踏まえた、休日リハビリテーション提供量の基準のあり方

(退院支援や地域連携の取組について)

- 高次脳機能障害の患者について、障害福祉関連機関とのネットワークの希薄さや退院時に相談窓口の情報提供することの重要性について指摘があったことを踏まえ、退院支援として、支援拠点機関や障害福祉サービス事業所等の情報提供を行うことに関する回復期リハビリテーション病棟の役割について、どのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟における地域貢献活動の実施状況を踏まえ、地域リハビリテーション活動支援事業等の総合事業へ市町村の求めに応じて協力することを推奨する病棟の範囲について、どのように考えるか。

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
 - 2-1. 経緯と概要
 - 2-2. 急性期におけるリハビリテーション
 - 2-3. 疾患別リハビリテーション
 - 2-4. その他のリハビリテーションに係る算定区分
 - 2-5. リハビリテーションに係る書類作成業務
3. 病棟における多職種連携について

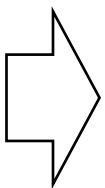
疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設等

疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設

- NDB・DPCデータにより疾患別リハビリテーションの実施者ごとの訓練実態を把握可能となるよう、疾患別リハビリテーション料について、リハビリテーションを実施した職種ごとの区分を新設する。

現行

【心大血管疾患リハビリテーション料】		
1	心大血管疾患リハビリテーション料（I）（1単位）	205点
	（新設）	
	（新設）	
	（新設）	
	（新設）	
	（新設）	
【脳血管疾患リハビリテーション料】		
1	脳血管疾患等リハビリテーション料（I）（1単位）	245点
	（新設）	
	（新設）	
	（新設）	
	（新設）	



改定後

【心大血管疾患リハビリテーション料】		
1	心大血管疾患リハビリテーション料（I）（1単位）	
	イ 理学療法士による場合	205点
	ロ 作業療法士による場合	205点
	ハ 医師による場合	205点
	ニ 看護師による場合	205点
	ホ 集団療法による場合	205点
【脳血管疾患リハビリテーション料】		
1	脳血管疾患等リハビリテーション料（I）（1単位）	
	イ 理学療法士による場合	245点
	ロ 作業療法士による場合	245点
	ハ 言語聴覚士による場合	245点
	ニ 医師による場合	245点

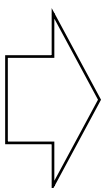
※他の疾患別リハビリテーション料についても同様

呼吸器リハビリテーション料の見直し

- 術前の呼吸器リハビリテーションの有効性に関するエビデンスを踏まえ、呼吸器リハビリテーション料の対象患者に大腸癌、卵巣癌、膵癌の患者が含まれていることを明確化する。

現行

【呼吸器リハビリテーション料】	
〔施設基準〕	
別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者（略）	
四	食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者



改定後

【呼吸器リハビリテーション料】	
〔施設基準〕	
別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者（略）	
四	食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌、 大腸癌、卵巣癌、膵癌 等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

リハビリテーションに係る医療介護障害連携



退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、以下の見直しを行う。

- ・ リハビリテーションに係る情報連携の推進
- ・ 退院前カンファレンスへの通所リハ事業所等の医師等の参加の推進



診療報酬上の対応

- 保険医療機関において、脳血管疾患等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若しくは運動器リハビリテーション料を算定する患者が、介護保険の通所リハビリテーション事業所等によるサービス利用へ移行する場合、移行先の事業所に対しリハビリテーション実施計画書等を提供することとする。
- 退院時のリハビリテーションに係る医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所との連携により、退院後早期に継続的で質の高いリハビリテーションを推進する観点から、退院時共同指導料2の参加職種について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましいこととする。

介護報酬上の対応

- 訪問・通所リハビリテーションにおいて、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することを義務付ける。
- 退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行ったことを評価する退院時共同指導加算（600単位/回）を設ける。

診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等報酬の共通対応

- 医療保険・介護保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）との連携を強化する観点から、自立訓練（機能訓練）について、病院及び診療所並びに通所リハビリテーション事業所において、共生型サービス又は基準該当サービスの提供を可能とする。医療保険の疾患別リハビリテーション又は介護保険の通所リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合の施設基準等を緩和する。

リハビリテーションに係る主な改定の経緯①

平成18年	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患別リハビリテーション料が新設 ・疾患毎に算定上限日数を設定するとともに、1月に一定単位数以上行った場合の逓減制を廃止 ・集団療法に係る評価の廃止、機能訓練室の面積要件の緩和、発症後早期の上限単位数を緩和
平成20年	<ul style="list-style-type: none"> ・リンパ浮腫指導管理料を新設
平成22年	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)(Ⅱ)の評価を引き上げ ・運動器リハビリテーション料について充実した人員配置を評価した新たな区分を新設(運動器リハビリテーション料(Ⅰ)) ・がん患者リハビリテーション料を新設 ・早期加算を引き上げ
平成24年	<ul style="list-style-type: none"> ・外来リハビリテーションについて、医師の包括的な診察に関する評価を新設(外来リハビリテーション診療料) ・発症早期より開始するリハビリテーションは有効性が高いことから、疾患別リハビリテーションの早期加算の評価体系を見直し、初期加算を新設 ・介護保険のリハビリテーションに移行後、医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長 ・訪問リハビリテーションを提供している患者が急性増悪等のため一時的にADLが低下した場合、ADL改善のため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能へ
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中及び大腿骨頸部骨折の患者について、リハビリテーションの初期加算、早期加算を、入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定可能へ ・地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合を評価(リハビリテーション総合計画提供料) ・外来の患者についても運動器リハビリテーション料Ⅰを算定可能とした ・入院患者以外の要介護被保険者等について、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携により、医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行した場合を評価(介護保険リハビリテーション移行支援料) ・一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を新設(ADL維持向上等体制加算)
平成28年	<ul style="list-style-type: none"> ・早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算の評価を適正化 ・廃用症候群に対するリハビリテーションの費用を新たな疾患別リハビリテーション料として設定 ・IADL(手段的日常生活活動)や社会生活における活動の能力の獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合に限り、医療機関外におけるリハビリテーションを1日3単位まで疾患別リハビリテーションの対象へ ・要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等に係る評価を新設(目標設定等支援・管理料) ・リンパ浮腫に対する複合的治療について項目を新設(リンパ浮腫複合的治療料) ・ADL維持向上等体制加算に係る現行の評価、施設基準を一部見直し、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実

リハビリテーションに係る主な改定の経緯②

平成30年	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患別リハビリテーションの算定日数の上限以降の期間にリハビリテーションを実施できるよう、算定日数上限の除外対象を追加 ・介護保険のリハビリテーション事業所への移行が見込まれる患者に対して使用する総合計画書について、新たに簡略化した様式を使用可能とし、その場合の評価を新設(リハビリテーション総合計画評価料2) ・要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーションについて経過措置を1年間に限り延長 ・医療介護共通様式を使用して、医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の評価を新設(リハビリテーション計画提供料1) ・介護保険の「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業(VISIT)」で活用可能な電子媒体で、計画書を提供した場合の加算を新設(電子化連携加算) ・特定集中治療室における多職種による早期離床・リハビリテーションの取組に係る評価を新設(早期離床・リハビリテーション加算)
令和2年	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸器リハビリテーション料の実施者に言語聴覚士を追加 ・難病患者リハビリテーション料の施設基準に言語聴覚士を追加 ・脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に、言語聴覚療法のみを実施する場合の規定を設定 ・外来リハビリテーション診療料におけるリハビリテーションスタッフとのカンファレンスに係る要件を緩和 ・がん患者リハビリテーション料の算定対象となる患者を、対象疾患等による要件から、実施される治療等による要件へ見直し ・リンパ浮腫指導管理料及びリンパ浮腫複合的治療料の算定対象となる患者を拡大
令和4年	<ul style="list-style-type: none"> ・標準的算定日数を超えてリハビリテーションを行う場合に、月に1回以上機能的自立度評価法(FIM)を測定していることを要件化 ・運動器リハビリテーション料について、対象となる疾患に「糖尿病足病変」が含まれることを明確化 ・リハビリテーション医療について、データに基づく適切な評価を推進する観点から、保険医療機関が診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合の評価を新設(リハビリテーションデータ提出加算)
令和6年	<ul style="list-style-type: none"> ・土日祝日に行うリハビリを含む、リハビリ、栄養管理及び口腔管理について評価を新設(リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算) ・早期リハビリテーション加算の点数を見直し、急性期リハビリテーション加算を新設 ・疾患別リハビリテーション料を実施した職種ごとの区分を新設 ・脳血管疾患等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を算定する患者が介護保険の通所リハに移行する場合、移行先の事業所に対し、リハビリテーション実施計画書等の提供を要件化 ・疾患別リハビリテーションと障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)を同時に実施する場合の施設基準等を緩和

疾患別リハビリテーション料の概要①

- H000心大血管疾患リハビリテーション料、H001脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-2廃用症候群リハビリテーション料、H002運動器リハビリテーション料、H003呼吸器リハビリテーション料をまとめて、「疾患別リハビリテーション料」という。

項目名	点数	実施時間	標準的算定日数	対象疾患（抜粋）
心大血管疾患 リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） 205点 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ） 125点	1単位 20分	150日	○急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患、慢性心不全で左室駆出率40%以下等
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ） 245点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 200点 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） 100点	1単位 20分	180日	○脳梗塞、脳腫瘍、脊髄損傷、パーキンソン病、高次脳機能障害等
廃用症候群 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（Ⅰ） 180点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ） 146点 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） 77点	1単位 20分	120日	○急性疾患等に伴う安静による廃用症候群
運動器 リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 185点 運動器リハビリテーション料（Ⅱ） 170点 運動器リハビリテーション料（Ⅲ） 85点	1単位 20分	150日	○上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、運動器の悪性腫瘍等
呼吸器 リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） 175点 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ） 85点	1単位 20分	90日	○肺炎・無気肺、肺腫瘍、肺塞栓、慢性閉塞性肺疾患であって重症度分類Ⅱ以上の状態等

疾患別リハビリテーション料の概要②

➤ 疾患別リハビリテーション料に係る主な施設基準は、以下のとおり。

項目名	医師※1	療法士全体	理学療法士 (PT※2)	作業療法士 (OT※2)	言語聴覚士 (ST※2、※3)	専有面積 (内法による)	器械・器具具備	
心大血管疾患 リハビリテーション料	(I)	循環器科又は心臓血管外科の医師が実施時間帯に常時勤務 専任常勤1名以上	-	専従常勤PT及び専従常勤看護師 合わせて2名以上等	必要に応じて配置	病院 30m ² 以上 診療所 20m ² 以上	要	
	(II)	実施時間帯に上記の医師及び経験を有する医師(いずれも非常勤を含む)1名以上勤務	-	専従のPT又は看護師 いずれか1名以上				
脳血管疾患等 リハビリテーション料	(I)	専任常勤2名以上※4	専従従事者 合計10名以上※4	専従常勤PT 5名以上※4	専従常勤OT 3名以上※4	160m ² 以上※4 病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上 病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	(言語聴覚療法を行う場合) 専従常勤ST 1名以上※4 専用室(8m ² 以上)1室以上	要
	(II)	専任常勤1名以上	専従従事者 合計4名以上※4	専従常勤PT 1名以上	専従常勤OT 1名以上			
	(III)	専任常勤1名以上	専従の常勤PT、常勤OT又は常勤STのいずれか1名以上					
廃用症候群 リハビリテーション料	(I)~(III)	脳血管疾患等リハビリテーション料に準じる						
運動器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT又は専従常勤OT合わせて4名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT2名又は専従常勤OT2名以上あるいは専従常勤PT及び専従常勤OT合わせて2名以上					
	(III)		専従常勤PT又は専従常勤OT1名以上					
呼吸器 リハビリテーション料	(I)	専任常勤1名以上	専従常勤PT1名を含む常勤PT、常勤OT又は常勤ST合わせて2名以上		-	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 以上	要	
	(II)		専従常勤PT、専従常勤OT又は上記ST1名以上					

※1 常勤医師は、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤医師を組み合わせた常勤換算でも配置可能

※2 常勤PT・常勤OT・常勤STは、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能(ただし、2名以上の常勤職員が要件のものについて、常勤職員が配置されていることとみなすことができるのは、一定の人数まで)

※3 言語聴覚士については、各項目で兼任可能

※4 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)において、言語聴覚療法のみを実施する場合は、上記規定によらず、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師：専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST3名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

また、脳血管疾患等リハビリテーション料(II)について、言語聴覚療法のみを実施する場合は、以下を満たす場合に算定可能

○ 医師：専任常勤1名以上 ○ 専従常勤ST2名以上(※2の適用あり) ○ 専用室及び器械・器具の具備あり

これまでのリハビリテーションに関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 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この指摘があった。
- 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この意見があった。
- 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と、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この意見があった。
- 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。

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
 - 2-1. 経緯と概要
 - 2-2. 急性期におけるリハビリテーション
 - 2-3. 疾患別リハビリテーション
 - 2-4. その他のリハビリテーションに係る算定区分
 - 2-5. リハビリテーションに係る書類作成業務
3. 病棟における多職種連携について

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。

（新） 急性期リハビリテーション加算

50点（14日目まで）

（改） 早期リハビリテーション加算

30点 → 25点（30日目まで）

【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 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（CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO）

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。

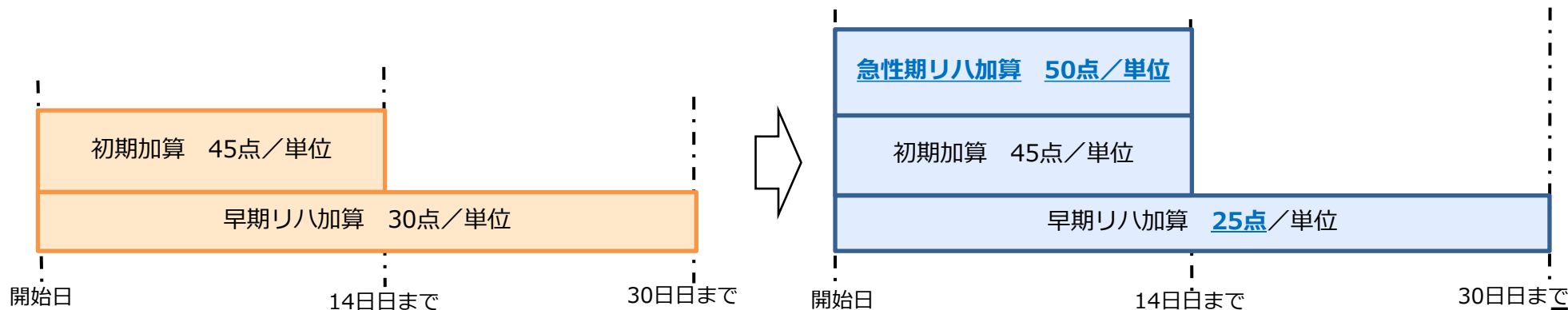
※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

【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】



- 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

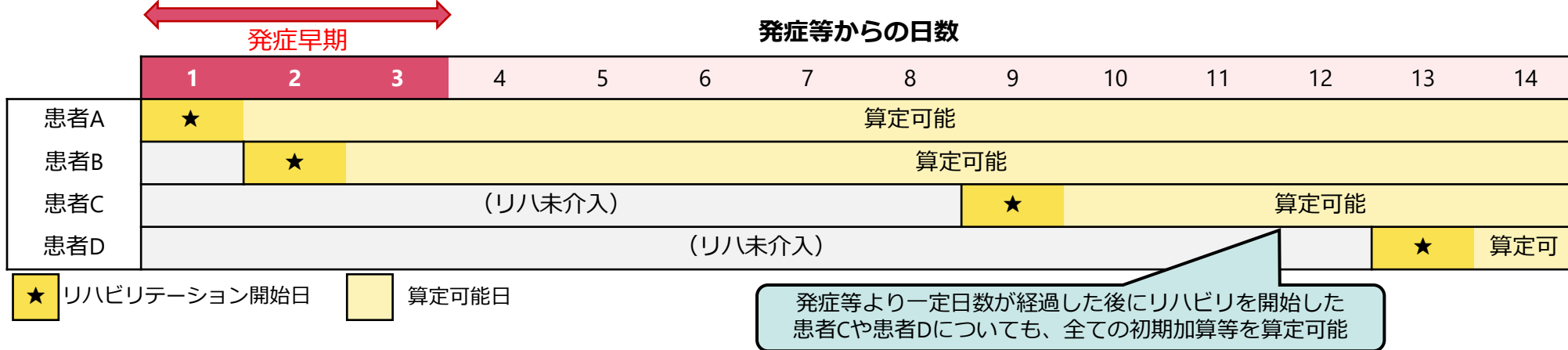
※退院時のmodified Rankin Scaleが2以下（自立）

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）。

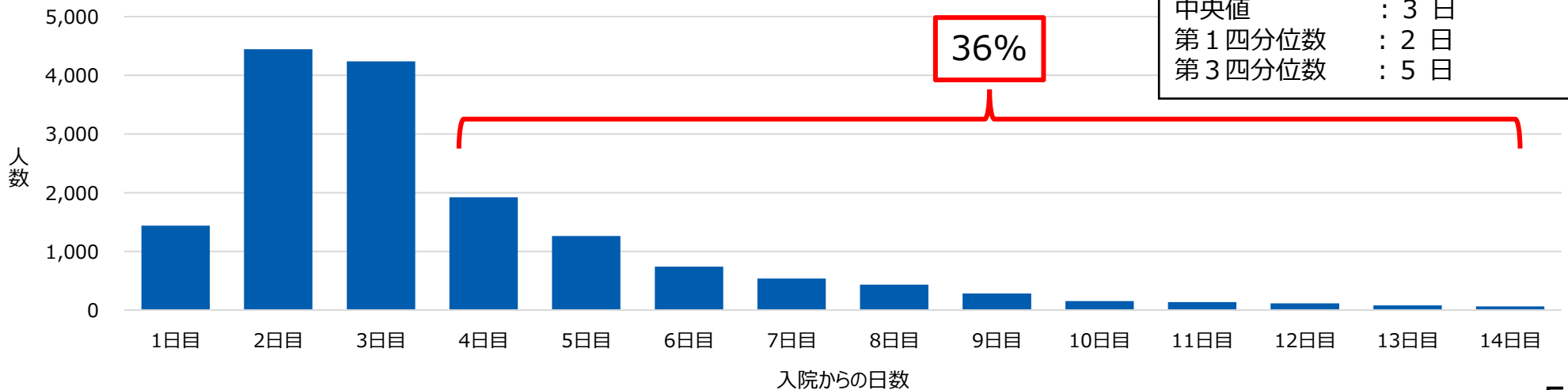
初期加算等の算定要件・算定状況

- 初期加算等では、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日以内に初期加算等を算定した患者のうち、3日以内に疾患別リハビリテーションの初回介入ができていない患者の割合が36%を占めていた。

■急性期リハビリテーション加算のイメージ



初期加算または早期リハビリテーション加算の初回算定日（疾患別リハを開始した日）

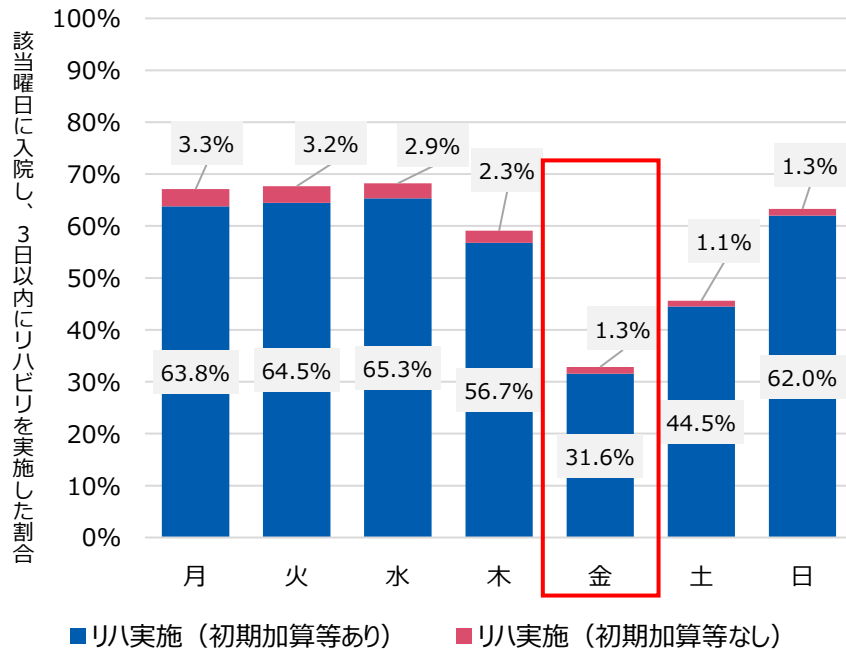


平均値±標準偏差 : 3.9日 ± 2.3日
 中央値 : 3日
 第1四分位数 : 2日
 第3四分位数 : 5日

急性期における曜日ごとの早期リハビリテーションの介入

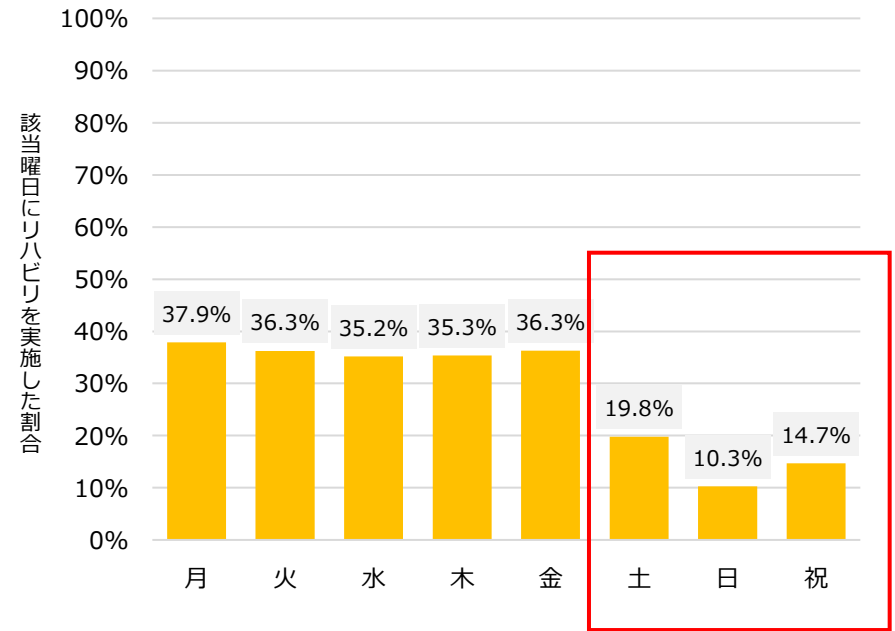
- 急性期一般入院料 1～6 における、入院曜日ごとの入院後 3 日以内にリハビリを開始した割合は、金曜日に入院した場合に、初期加算等の算定によらず、最も低かった。
- リハビリテーションを実施した患者の割合は、土日祝において平日より低く半分以下であった。

入院曜日別、入院から 3 日以内にリハビリテーションを実施した割合



※ 入院から14日以内にリハビリを実施した症例を対象に、入院日を1日目として、3日目までにリハビリを開始した割合を入院曜日別に集計した。ただし、死亡退院と7日以内の退院症例は除外。
 ※ 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の3つのいずれかを算定している症例を、初期加算等ありと定義した。

曜日別リハビリテーション実施割合



※ 該当曜日の入院患者を分母、疾患別リハの種類・単位数に関わらず、1単位以上のリハ実施者数を分子として集計した。
 ※ 祝日の定義は、国民の祝日とその振替休日祝日及び12月29日～31日

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
 - 2-1. 経緯と概要
 - 2-2. 急性期におけるリハビリテーション
 - 2-3. 疾患別リハビリテーション
 - 2-4. その他のリハビリテーションに係る算定区分
 - 2-5. リハビリテーションに係る書類作成業務
3. 病棟における多職種連携について

療法士が従事しうる診療報酬上の項目

- 算定方法において理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行うことが示されている点数表区分は以下のとおりであり、一部に専従・専任要件が設けられている。
- 疾患別リハビリテーション料と障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料の専従療法士は兼任可能であるが、その他の区分については、当該専従者が従事できるかどうか必ずしも明確でない。

報酬名	
A230-4	精神科リエゾンチーム加算
A233	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
A251	排尿自立支援加算
B001 5	小児科療養指導料
B001-7	リンパ浮腫指導管理料
B001 14	高度難聴指導管理料（人工内耳機器調整加算）
B001 28	小児運動器疾患指導管理料
B004・B005	退院時共同指導料 1, 2
B005-1-2	介護支援等連携指導料
B005-9	外来排尿自立指導料
B006-3	退院時リハビリテーション指導料
B007	退院前訪問指導料
B015	精神科退院時共同指導料
C006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
C015	在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料
D211-3	時間内歩行試験
J038	透析時運動指導等加算（人工腎臓）
J118-4	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）
H000	心大血管疾患リハビリテーション料
H001	脳血管疾患等リハビリテーション料
H001-2	廃用症候群リハビリテーション料
H002	運動器リハビリテーション料
H003	呼吸器リハビリテーション料

疾患別リハビリテーション

報酬名	
H003-2	入院時訪問指導加算(リハビリテーション総合計画評価料)
H004	摂食機能療法
H004	摂食嚥下機能回復体制加算
H005	視能訓練
H006	難病患者リハビリテーション料
H007	障害児（者）リハビリテーション料
H007-2	がん患者リハビリテーション料
H007-3	認知症患者リハビリテーション料
H007-4	リンパ浮腫複合的治療料
H008	集団コミュニケーション療法料
I002	児童思春期支援指導加算(通院・在宅精神療法)
I002-2	精神科継続外来支援・指導料 注3に規定する加算
I002-3	救急患者精神科継続支援料
I006-2	依存症集団療法
I007	精神科作業療法
I008	入院生活技能訓練療法
I011	精神科退院指導料
I011-2	精神科退院前訪問指導料
I012	精神科訪問看護・指導料
I016	精神科在宅患者支援管理料

療法士の専従規定あり
 療法士の専任規定あり
 太枠の項目 同士は、専従療法士が兼務可能。

※ 療法士の配置が規定されている各入院料及び精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、重症認知症患者デイ・ケアは記載を省略。

医療機関の療法士による助言が規定された介護報酬

- 介護報酬においては、自立支援・重度化防止に資する介護の推進を目的とした「生活機能向上連携加算」があり、医療機関の療法士による助言等を求めることができる体制の構築が規定されている。こうした介護施設等への助言業務の診療報酬上の取扱いは明らかでない。

生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位／月（※3月に1回を限度）

生活機能向上連携加算（Ⅱ）200単位／月

※（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。

（算定要件等）

<生活機能向上連携加算（Ⅰ）>

- 訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。
- 理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

<生活機能向上連携加算（Ⅱ）>

- 訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。

- 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三に規定する、いずれかの要件に当てはまる場合は、6単位を超えて疾患別リハビリテーション料の算定が可能とされている。

別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

- 令和6年3月28日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」より抜粋

問111 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三において、「回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）」とされているが、回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に入院する患者であって、運動器リハビリテーション料を算定する患者は、1日9単位を算定することができないのか。

(答) 特掲診療料の施設基準等の別表第九の三の他の要件に該当する患者については1日9単位を算定できる。

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

現行

【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの



改定後

【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 **(運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)**
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

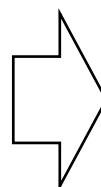
体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】

体制強化加算1	200点
体制強化加算2	80点



改定後

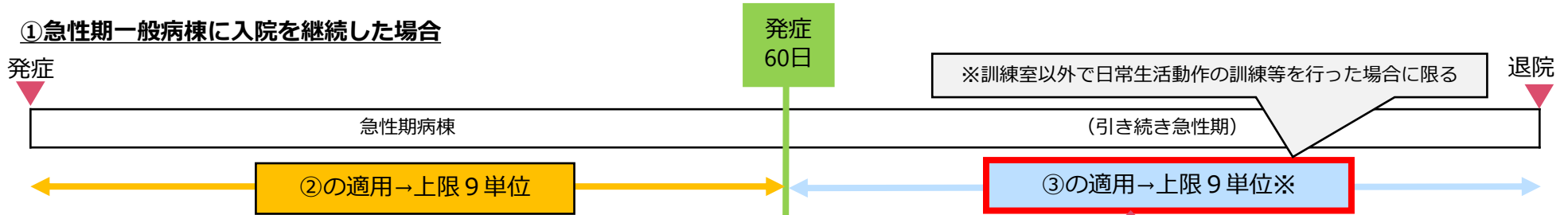
【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

リハビリテーション実施可能単位数のイメージ

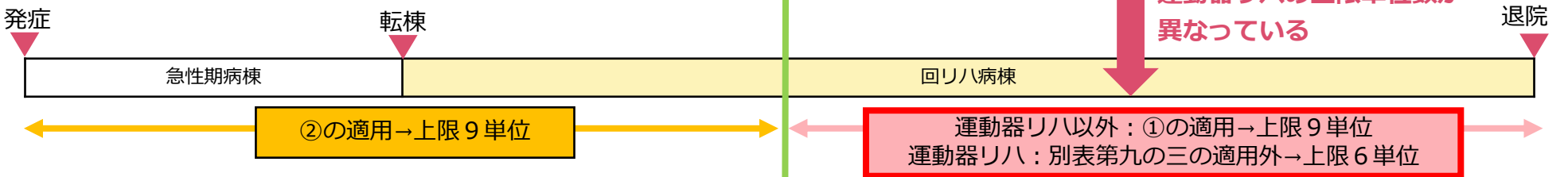
- 令和6年度改定で、回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定は1日6単位までとされた。これにより急性期一般病棟から回復期リハビリテーション病棟に転棟した場合は、リハビリ実施が6単位/日までに制限される一方で、仮に発症60日以降も急性期一般病棟での入院を続けた場合、別表第九の三の③に該当し、9単位/日のリハビリを実施できる状態となっている。

【発症からの経過と入院病棟によるリハビリテーション算定可能単位数の違い】

①急性期一般病棟に入院を継続した場合



②急性期一般病棟から回復期リハビリテーション病棟に転棟した場合



※R6改定の趣旨としては、③の適用は行わないものであるため、現状、③の文言はその趣旨を十分に表現できていないと思われる。

※別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者

- ①回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。）
- ②脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- ③入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの

訓練内容ごとの療法士の負担

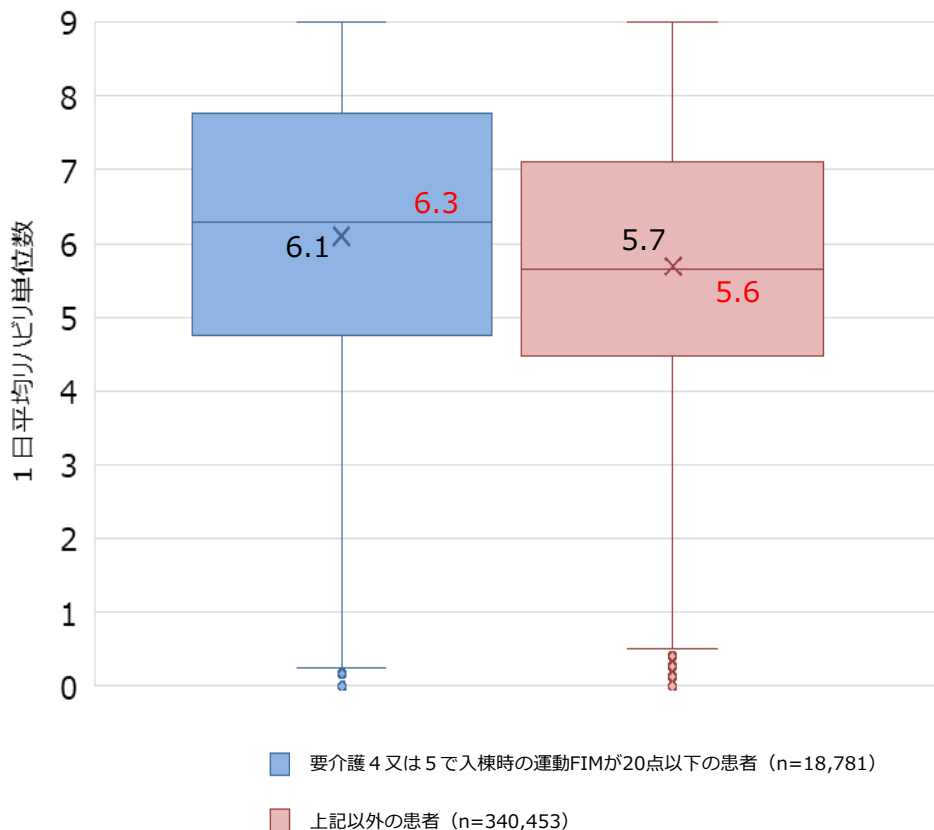
- ベッド上から全く身体を離さず行う訓練は、他の訓練と比較して、準備や片付け、訓練の所要時間、転倒・事故リスク等の観点から、療法士の負担が少ないと考えられる。

	ベッド上訓練 (離床せず行うもの)	歩行訓練	ADL動作訓練
準備・片付け	× 少ない	○ 比較的多い	◎ 多い
訓練の所要時間	短時間で可能	長時間の場合もある	長時間の場合もある
訓練の標準化	○ 比較的標準化しやすい	△ 個別性があり、困難	× 個別性が高く、困難
転倒・事故リスク	低	高	高
多職種との連携の必要性	○	◎	◎

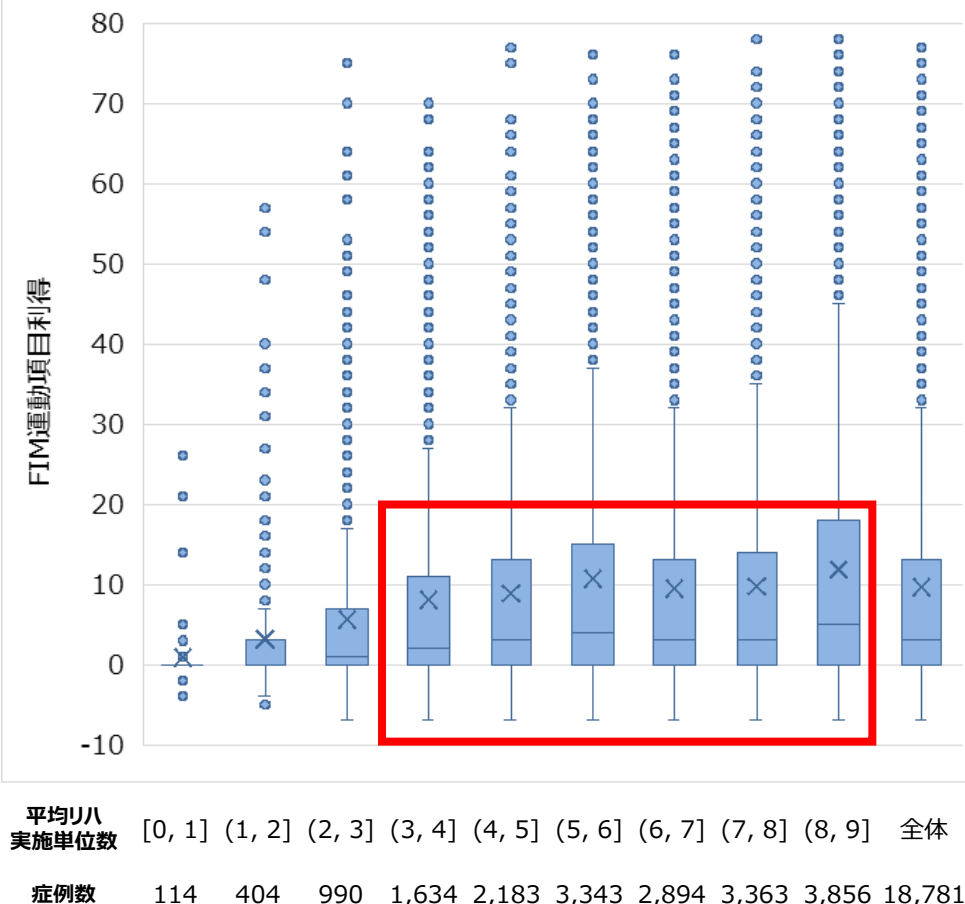
入棟時FIM、要介護度別のリハビリ実施単位数とFIM利得

- 入棟時のFIM運動項目が20点以下かつ要介護4、5の患者は寝たきり又はそれに準じる状態であると想定され、下半身をベッドから離さず行う、いわゆる床上リハの実施が多いと考えられる。
- これらの患者における、1日あたりの平均リハビリ実施単位数はその他の患者に比べて多い一方で、1日3単位を超えるリハビリを実施しても、単位数増加に伴う明らかな改善がみられない患者が多かった。

要介護4又は5で入棟時運動FIM20点以下の患者とそれ以外の患者の1日平均リハビリ単位数



要介護4又は5で入棟時運動FIM20点以下の患者の実施単位数別のFIM運動項目利得



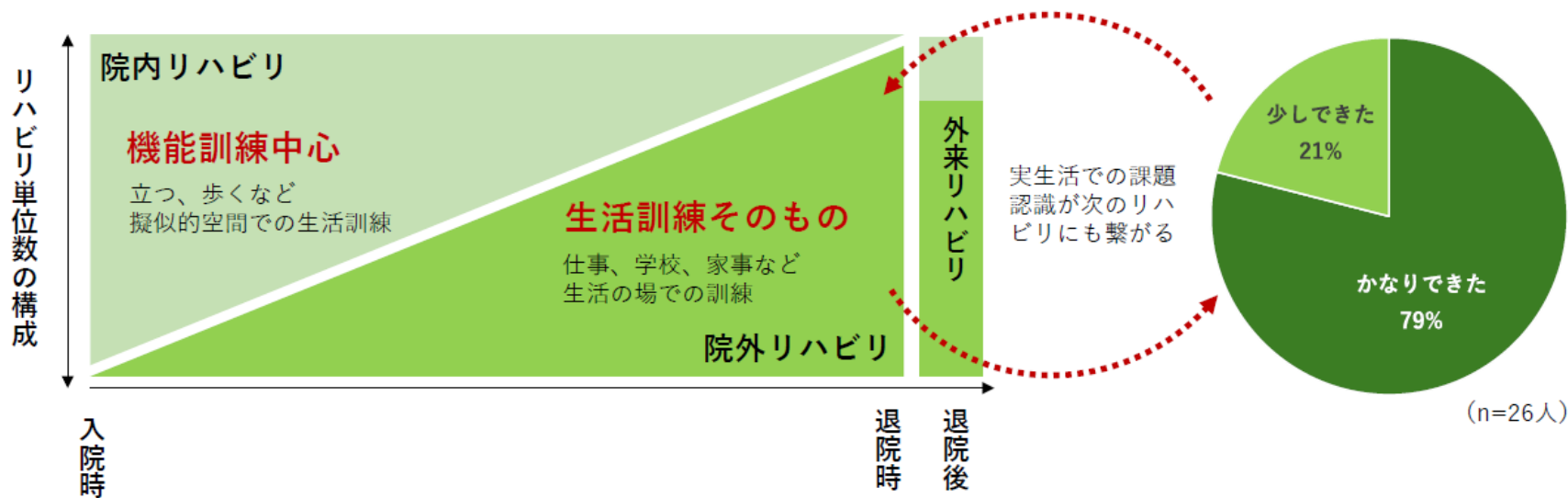
院内/院外リハの組み合わせ

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

院外リハによりリハスタッフが
今後の課題・目標をイメージできたか？



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

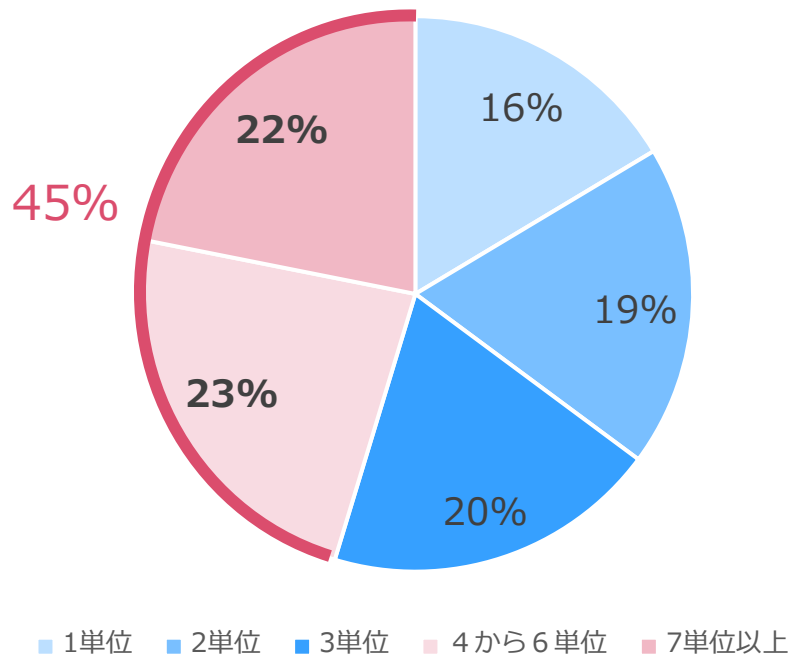
入院患者の目的は社会復帰。それを円滑に進めるため、実践的な訓練である院外リハビリの提供体制を拡充すべき。

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 + 病態の急性憎悪対応（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

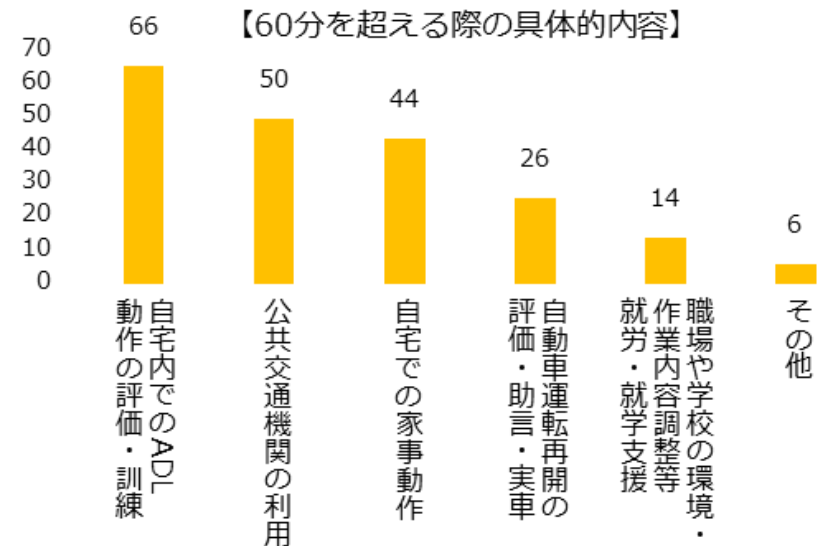
- 屋外等での疾患別リハビリテーションは入院患者に対して1日に3単位に限り算定可能である。
- 急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟において、屋外等での疾患別リハビリテーションを実施した患者のうち、3単位以上にあたる60分を超えて実施した症例は45%と一定割合を占めていた。

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. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
 - 2-1. 経緯と概要
 - 2-2. 急性期におけるリハビリテーション
 - 2-3. 疾患別リハビリテーション
 - 2-4. その他のリハビリテーションに係る算定区分
 - 2-5. リハビリテーションに係る書類作成業務
3. 病棟における多職種連携について

- 退院時リハビリテーション指導料の概要は以下のとおり。
- 直近5年間では、算定回数は増加している。

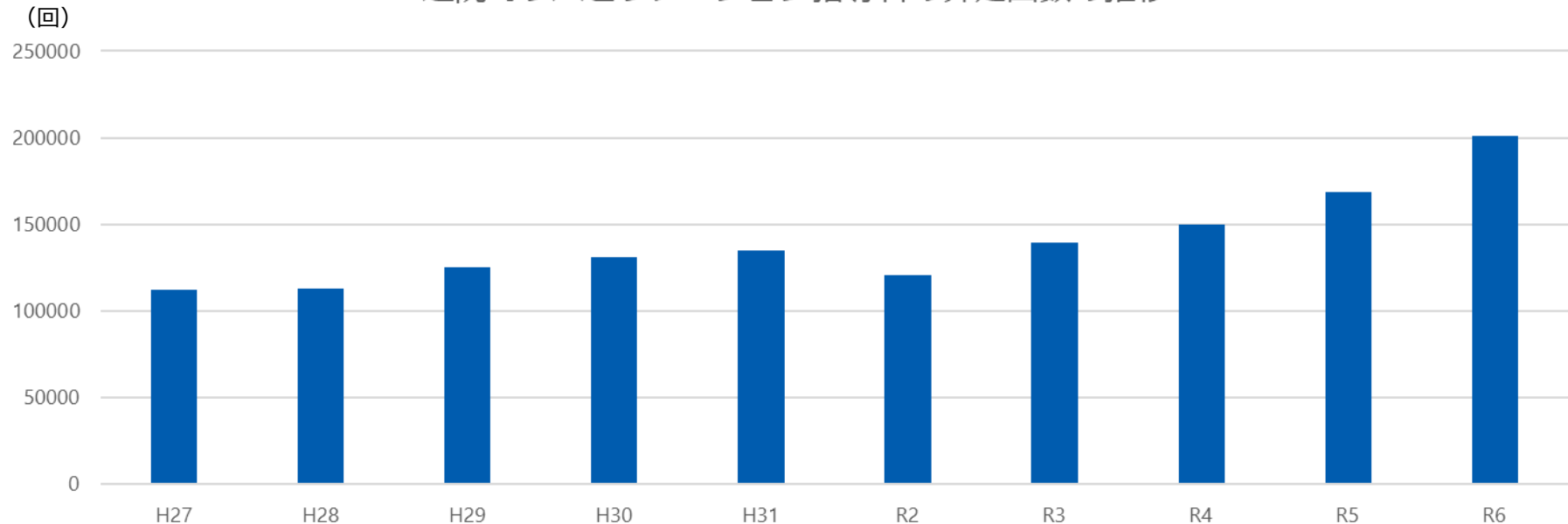
B006-3 退院時リハビリテーション指導料 300点

患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について 必要な指導等を行った場合に算定する。

【算定要件（抜粋）】

- 入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
- 退院日に1回限り算定する。

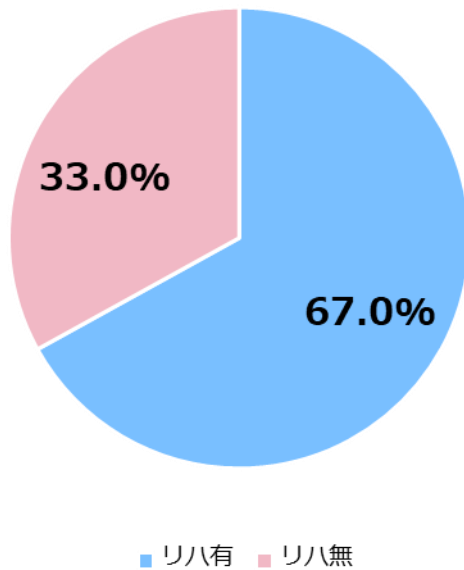
退院時リハビリテーション指導料の算定回数の推移



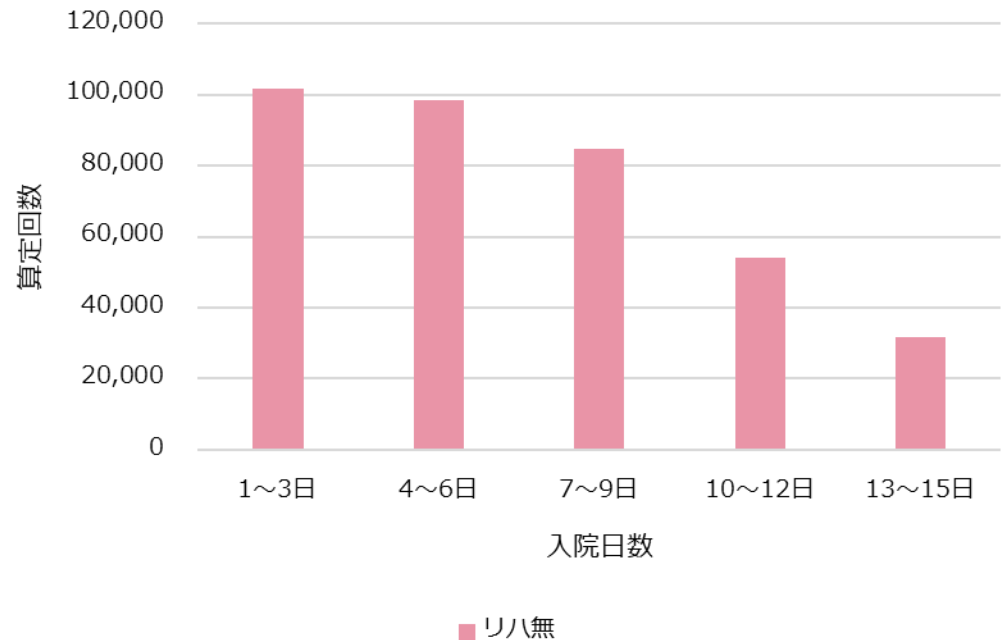
出典：社会医療診療行為別統計 6月審査分 ※令和6年は8月審査分

- 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%と一定割合を占めていた。
- 退院時リハビリテーション指導料を算定し、かつリハビリを実施しなかった患者は、在院日数が短いほど多かった。

退院時リハビリテーション指導料算定患者の
リハビリテーション実施の有無



退院時リハビリテーション指導料算定患者のうち
リハビリを実施していない患者の入院日ごと算定回数



※ 入院日を1日目として、1~3日、4~6日、7~9日、10~12日、13~15日で区分

※ 入院から15日までの退院症例にて集計

摂食機能療法

- 摂食機能療法は、種々の要因により摂食機能障害を有する患者に対し、診療計画書に基づいて個々の患者の症状に対応した訓練指導を行った場合に算定できる。
- ほとんどが入院で算定されており、算定回数は緩徐に増加している。

H004 摂食機能療法（1日につき）

1 30分以上の場合 185点

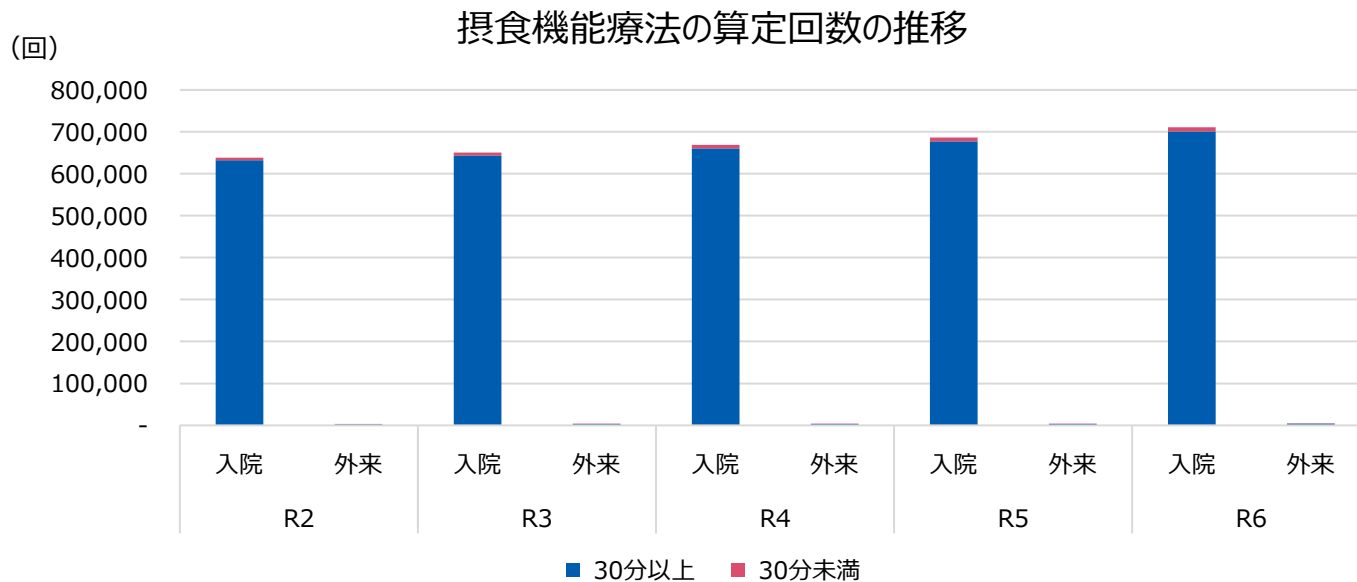
2 30分未満の場合 130点

【対象患者（概要）】

- 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害あるもの。
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの。

【算定要件（抜粋）】

- 摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師または歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行う。

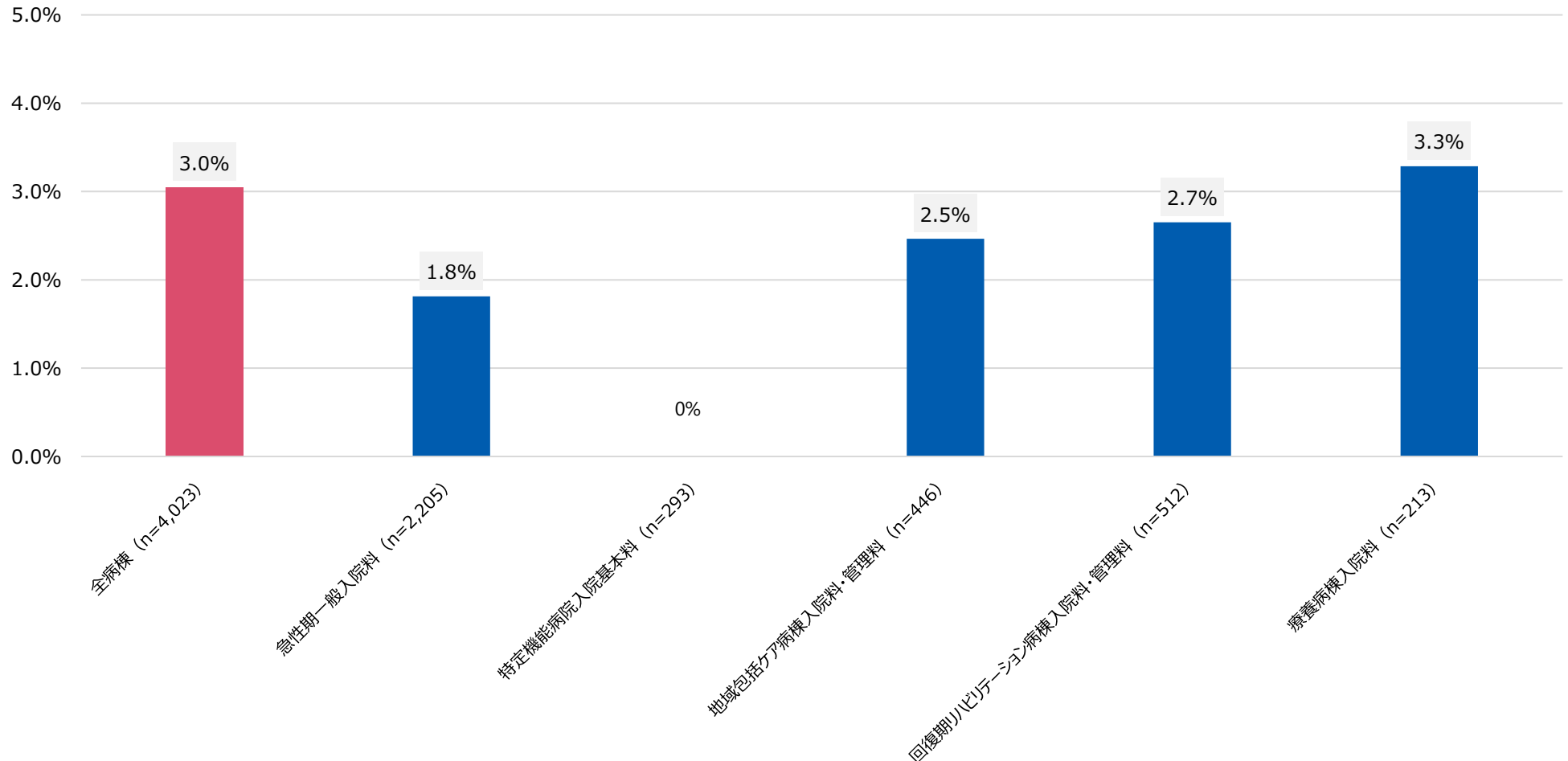


引用：社会医療診療行為別統計（令和5年まで6月審査分、令和6年以降は8月審査分）

入院料ごとの摂食機能療法において実施している内容

○ 摂食機能療法において「食事観察」と「食事介助」のみで算定している病棟が多くの入院料で存在した。

摂食機能療法における「食事観察」「食事介助」のみによる介入をしている病棟の割合



※摂食機能療法を算定している病棟のうち、介入内容が「食事観察のみ」「食事介助のみ」「食事観察と食事介助」である病棟を集計。

※回答のあった病棟数が200以上の病棟種別のみを記載。

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票（A票～D票））

リンパ浮腫複合的治療料の概要

- リンパ浮腫複合的治療料は、対象患者に患肢のスキンケア、セルフケア指導等を行った場合に算定可能である。
- 届出機関数、算定回数ともに微増傾向にあるものの、非常に少ない。

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料（1日につき）

- 1 重症の場合 200点**
- 2 1以外の場合 100点**

鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と確定診断されたものであって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。

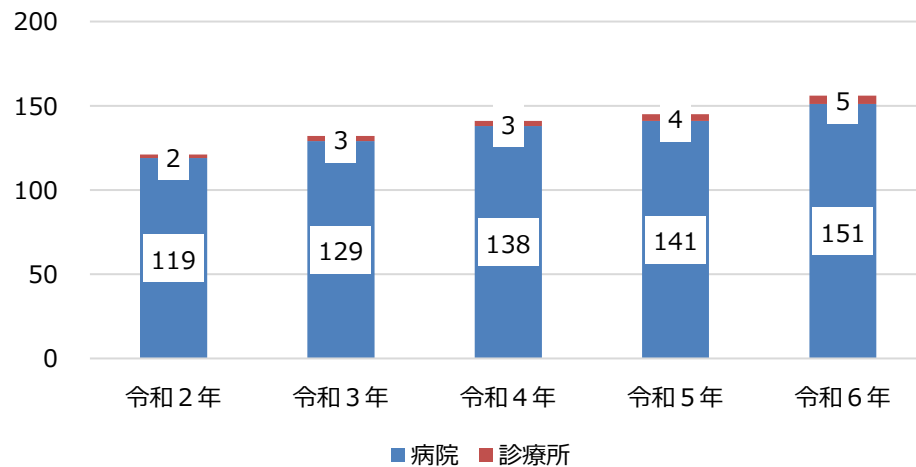
【施設基準（概要）】

- 当該保険医療機関が、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること又はリンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。

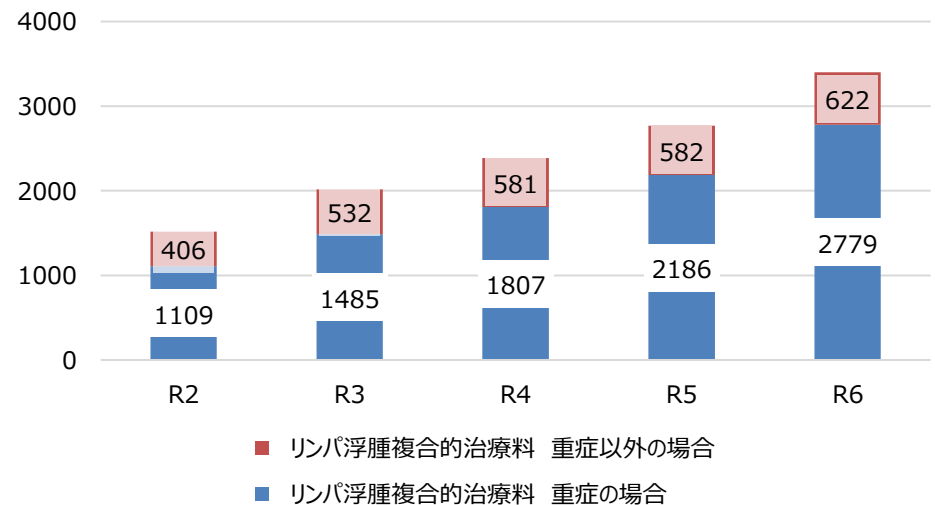
【算定要件（抜粋）】

- 「1」は月1回（当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計11回）、「2」は6月に1回に限り算定。
- 「1」は1回40分以上、「2」は1回20分以上行った場合に算定する。

(施設) リンパ浮腫複合的治療料（届出医療機関数）

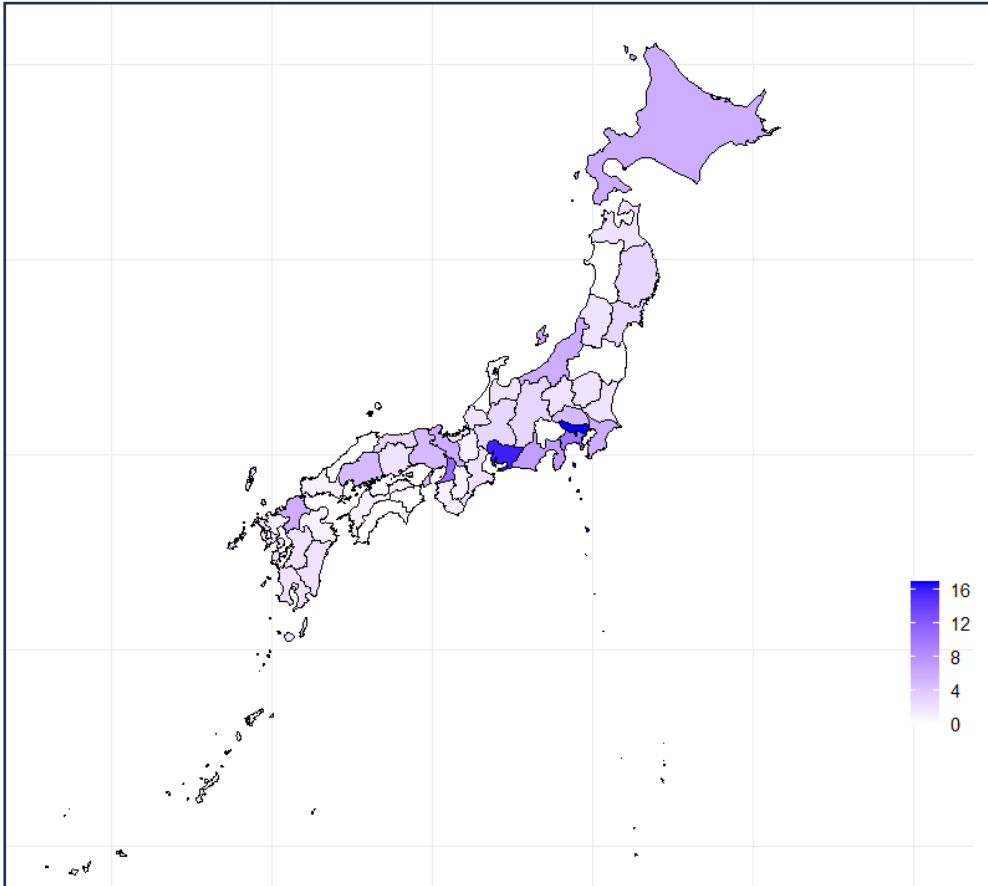


(回) リンパ浮腫複合的治療料（算定回数）



リンパ浮腫複合的治療料 届出施設の所在

○ リンパ浮腫複合的治療料の届出施設の所在には地域差があり、届出施設が0である都道府県も7県あり、アクセスについては課題がある。



医療機関数	都道府県				
17	東京都				
16	愛知県				
11	大阪府				
10	神奈川県				
7	静岡県				
6	北海道	千葉県	新潟県	京都府	福岡県
5	埼玉県	兵庫県	広島県		
3	岩手県	宮城県	長野県	岐阜県	鳥取県
2	青森県	山形県	茨城県	栃木県	群馬県
	富山県	福井県	三重県	岡山県	長崎県
	熊本県	宮崎県	鹿児島県		
1	滋賀県	奈良県	和歌山県	山口県	香川県
	愛媛県	佐賀県	大分県	沖縄県	
0	秋田県	福島県	石川県	山梨県	島根県
	徳島県	高知県			

※ リンパ浮腫複合的治療料の届出施設を都道府県単位で集計（156施設）

リンパ浮腫治療における所要時間等

- リンパ浮腫複合的治療料は「1」で1回40分以上、「2」で1回20分以上を基準として治療・訓練を行った場合に算定できるが、実際に治療・指導に要している時間とは乖離がある可能性がある。

表 2 リンパ浮腫外来における治療内容および患者 1 人に対する治療・指導の所要時間 (n=70)

治療内容 (複数回答)		P 値
スキンケア	60 (85.7%)	
MLD	70 (100%)	
圧迫療法	69 (98.6%)	
圧迫下の運動療法	10 (14.2%)	
リハビリスタッフによる運動療法	6 (8.6%)	
患者 1 人に対する治療・指導の所要時間 (分)	60 (45-60)	
内訳：スキンケア (分)	4.9 (3.0-7.5)	スキンケア vs MLD: 0.000 スキンケア vs 圧迫療法: 0.000 スキンケア vs 圧迫下の運動療法: 0.052
MLD (分)	24.0 (12.0-36.0)	MLD vs 圧迫療法: 0.008 MLD vs 圧迫下の運動療法: 0.000
圧迫療法 (分)	15.4 (8.2-22.5)	圧迫療法 vs 圧迫下の運動療法: 0.000
圧迫下の運動療法 (分)	3.3 (0.0-6.0)	

治療内容：回答者数 (%)

リンパ浮腫外来を実施している施設に対して、あてはまる項目すべてを選択する複数回答の質問を実施した。

患者 1 人に対する治療・指導の所要時間：中央値 (四分位範囲)

4 種類の治療に対して Kruskal-Wallis 検定を実施。Kruskal-Wallis 検定にて有意差を認めた場合は、Steel-Dwass 法で群間比較した。

MLD に対してスキンケア、圧迫療法、圧迫下の運動療法で、圧迫療法に対してスキンケア、圧迫下の運動療法で有意差を認めた。

MLD: manual lymph drainage

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
 - 2-1. 経緯と概要
 - 2-2. 急性期におけるリハビリテーション
 - 2-3. 疾患別リハビリテーション
 - 2-4. その他のリハビリテーションに係る算定区分
 - 2-5. リハビリテーションに係る書類作成業務
3. 病棟における多職種連携について

- 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り、リハビリテーション実施計画書は「様式21」、リハビリテーション総合実施計画書は「様式23」又は「様式21の6」に準じた様式にて作成が必要である。
- 医師は、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又はリハビリテーション総合実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。

第7部 リハビリテーション 通則

4 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料及び「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、**医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式21を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。**また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注5」並びに「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注6」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）、**患者又はその家族等に対して当該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**とともに、その写しを診療録に添付すること。

- 令和2年3月31日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その1）」（抜粋）

問 120 リハビリテーション総合実施計画書を作成した場合は、リハビリテーション実施計画書として取り扱うことでよいか。

（答）従前のとおり、作成したリハビリテーション総合実施計画書については、**リハビリテーション実施計画書として取り扱う**こととして差し支えない。

問 121 多職種協働で作成しリハビリテーション実施計画書の説明に関して、理学療法士等のリハスタッフが患者や家族に説明を行い、同意を得ることでよいか。

（答）**医師による説明が必要である。**

リハビリテーション総合計画評価料

- 多職種が共同してリハビリ総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に、リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。
- 多職種でのリハビリ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では、3か月に1回以上、説明・交付することとしている。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

1 リハビリテーション総合計画評価料1 300点

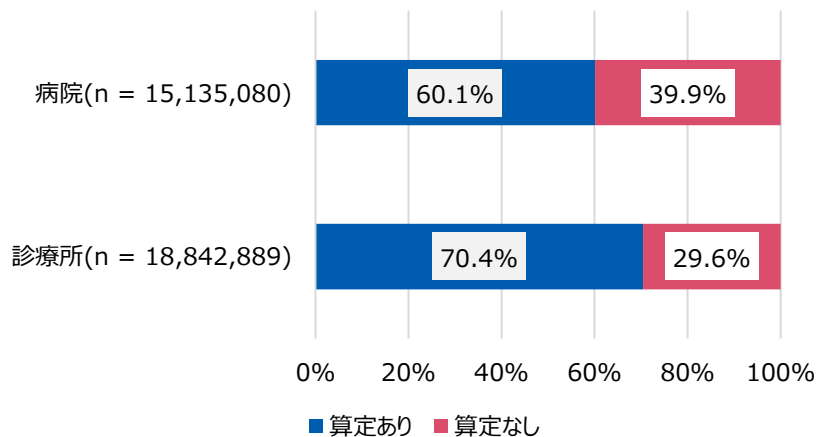
2 リハビリテーション総合計画評価料2 240点

定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。**患者1人につき1月に1回に限り算定する。**

(※第7部 リハビリテーション 通則より抜粋)

リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後**3か月に1回以上(特段の定めのある場合を除く。)**、患者又はその家族等に対して当該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**とともに、その写しを診療録に添付すること。

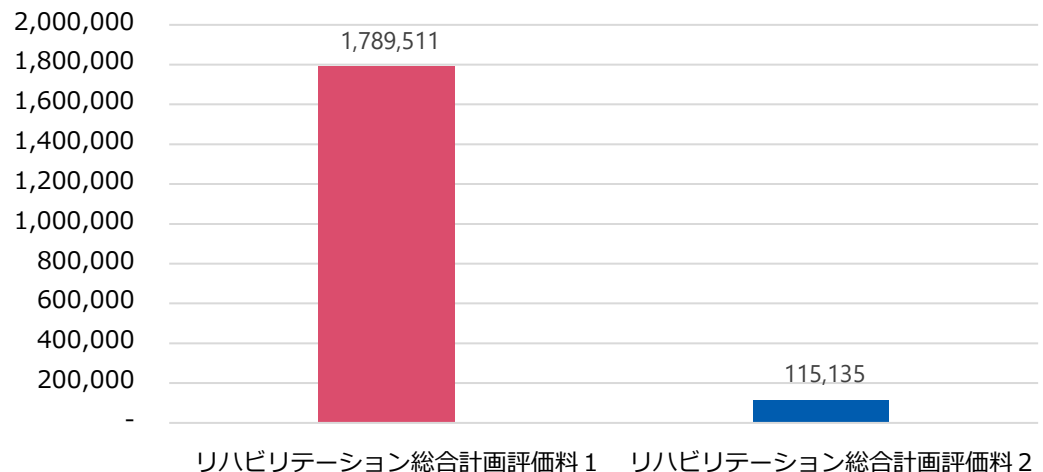
病院、診療所別のリハビリテーション総合計画評価料の算定状況



※ 疾患別リハビリテーション料等を算定した症例の算定月において、総合計画評価料の算定の有無を集計

出典：NDB（令和6年4月 - 令和7年3月）

リハビリテーション総合計画評価料の算定回数（令和6年8月）



出典：社会医療診療行為別統計 8月審査分

目標設定等支援・管理料

- 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対して介護保険のリハビリテーションへの移行を促す目的で創設されたが、要介護被保険者への標準的算定日数を超えた疾患別リハビリテーションの提供は、累次の改定で整理され、少なくなってきた。

H003-4 目標設定等支援・管理料

1. 初回の場合 250点

2. 2回目以降の場合 100点

脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している**要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定**。標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を3月に1回算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

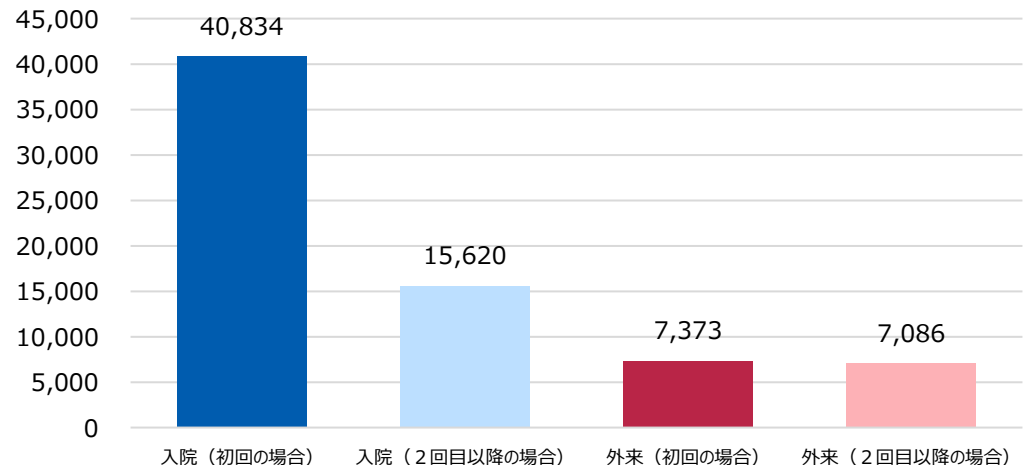
【算定要件（抜粋）】

- 区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
- 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

【疾患等リハビリテーション料の点数イメージ】
（脳血管リハビリテーション料（I）の場合）

標準的算定日数の上限	除外	<ul style="list-style-type: none"> 以下で、治療継続により状態の改善が期待できると医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> 失語症、失認及び失行症の患者 高次脳機能障害の患者 回復期リハビリ入院料を算定する患者 その他疾患別リハビリテーションの対象患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる場合等 以下で、治療上有効と医学的に判断される場合 <ul style="list-style-type: none"> 先天性又は進行性の神経・筋疾患の場合 	発症した日等 ～180日まで	181日以降	標準的算定日数を超えた場合の点数
			要介護・要支援被保険者 以外の者	245点	
対象	要介護・要支援被保険者 (入院中)		147点 (月13単位まで)		
	要介護・要支援被保険者 (入院中以外)				

(回) 目標設定等支援・管理料の算定回数（令和6年8月）



○ リハビリテーション総合実施計画書における様式の主な項目は以下の通り。

(別添様式21の6)

リハビリテーション実施計画書 入院 在宅 訪問 通所 入院中

評価日: 西暦 年 月 日 日

氏名: [] 性別: [] 生年月日: [] 年 [] 月 [] 日 ([] 歳) 要介護 要介護()

リハビリテーション担当医 [] 担当 [] (CPT DOT ST 看護職員 その他従事者())

■本人・家族等の希望 (本人のしたい又はできるようにしたい生活の希望、家族が支援できること等)

■既往歴、経過

原病疾病: 発症日・受療日: 年 月 日 最近の入院日: 年 月 日 最近の退院日: 年 月 日

治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等):

合併症:

脳血管疾患 骨折 脳神経炎 うつ病/心不全 関節炎 糖尿病 感染症 骨格しょう糖 関節リウマチ がん うつ病 認知症 癲癇
以上以外の疾患: 神経痛 運動器疾患 呼吸器疾患 循環器疾患 消化器疾患 腎疾患 内分泌疾患 皮膚疾患 精神疾患 その他 ()

コントロール状態:

これまでのリハビリテーションの実施状況 (プログラムの実施内容、機材、量等):

長期設定状況・実施シート: あり なし、長期継続中の日数(在宅のみ) 自立: 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 認知症継続中の日数(在宅のみ) 自立: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

■心身機能・構造				■活動 (基本動作)			
項目	現在の状況	活動への支援	特記事項 (改善の見込み含む)	項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項 (改善の見込み含む)
転方転下	あり	あり		歩行	自立	自立	
歩行	あり	あり		寝た上がり	自立	自立	
着脱履物	あり	あり		座位の保持	自立	自立	
関節可動域制限	あり	あり		立ち上がり	自立	自立	
疼痛増大/増悪	あり	あり		立位の保持	自立	自立	
失禁症・排尿障害	あり	あり					
認知機能	あり	あり		■活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)			
記憶障害	あり	あり		項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項 (改善の見込み含む)
高次知能障害	あり	あり		食事	10 (自立)	10 (自立)	
()				イス/ベッドからの移乗	15 (自立)	15 (自立)	
栄養障害	あり	あり		着脱	5 (自立)	5 (自立)	
排泄	あり	あり		トイレ動作	10 (自立)	10 (自立)	
視覚 (視野・視覚)	あり	あり		入浴	5 (自立)	5 (自立)	
聴覚 (聴覚)	あり	あり		平地歩行	15 (自立)	15 (自立)	
認知機能 (SPSS)	あり	あり		階段昇降	10 (自立)	10 (自立)	
CTUG Test				更衣	10 (自立)	10 (自立)	
認知機能	自立			浴槽コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
CTMMSE CTICDS				排便コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
コミュニケーションの状況				排尿コントロール	10 (自立)	10 (自立)	
				移動			

■リハビリテーションの短期目標 (今後3ヶ月)

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの方針 (今後3ヶ月間)

■リハビリテーション実施上の留意点 (開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■リハビリテーションの見通し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安 (終了の目安となる時期: 年 月 日)

利用者・ご家族への説明: 西暦 年 月 日

特記事項:

心身機能・構造、活動

リハビリテーションの目標、方針

リハビリテーションの見通し

目標設定等支援・管理料の記載項目

- 目標設定等支援・管理料における目標設定等支援・管理シートの主な項目は以下の通り。
- リハビリテーション総合実施計画書と目標設定等支援・管理シートで重複する項目が多い。一方、「今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し」は、リハビリテーション総合実施計画書の様式では項目が無い。

別紙様式 23 の 5

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
 説明・交付日 年 月 日
 患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

2. ADL評価（Barthel Index または FIMによる評価）（リハビリ開始時及び現時点）
 （Barthel Index の場合）

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10	5	15	10	5
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10	5	15	10	5
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
	合計 (0-100 点)			合計 (0-100 点)		

FIMによる評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション開始時点	現時点	
			得点	得点	
運動	セルフケア	食事			
		整容			
		清拭・入浴			
		更衣（上半身）			
		更衣（下半身）			
	排泄	トイレ			
		排尿コントロール			
		排便コントロール			
		移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		移動	トイレ		
		浴槽・シャワー			
		歩行・車椅子			
		階段			
		小計			
認知	コミュニケーション	理解			
		表出			
		社会交流			
	社会認識	問題解決			
		記憶			
		小計			
		合計			

心身機能・構造、活動

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在のリハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

リハビリテーションの目標、内容

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・医師の説明の内容

・患者の受け止め

今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）
 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）
 紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

リハビリテーションの見通し

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

リハビリテーションに係る課題①

(急性期におけるリハビリテーションについて)

- 早期のリハビリテーションを評価する加算として、早期リハビリテーション加算、初期加算、急性期リハビリテーション加算があるが、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い。14日以内に初期加算等を算定した患者のうち、3日以内に疾患別リハビリテーションの初回介入ができていない患者の割合は36%を占めていた。
- 急性期一般入院料1～6において、入院した曜日が金曜日の場合、特に3日以内にリハビリを開始できた割合が低かった。また、曜日別のリハビリテーションの実施状況は、土日祝において実施割合が低かった。

(疾患別リハビリテーションについて)

- 疾患別リハビリテーション料における専従の療法士は、専従の業務以外に、例えば担当している患者の患家への訪問や退院支援等に従事する可能性がある。また、医療保険以外に規定される業務として、介護施設への助言等を求められることがありえるものの、これらの業務に従事できるかどうかは必ずしも明確でない。
- 別表第九の三のいずれかの要件に当てはまる場合は、6単位／日を超えて疾患別リハビリテーション料の算定が可能とされている。令和6年度改定で、回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーションの上限単位が6単位／日とされたが、別表第九の三の三項目めの規定により、急性期病棟に入院し続ける場合に9単位／日のリハビリを実施できる場合があり、不整合を生じている。
- ベッド上で離床せず(端坐位に至らず、下半身をベッドから離さずに行う)訓練は、他の訓練と比較して、準備や片付け、訓練の所要時間、転倒・事故リスク等の観点から、療法士の負担が少ないと考えられる。
- 主としてこうした訓練を行っていると考えられる、入棟時のFIM運動項目が20点以下かつ要介護4、5の患者は、1日あたりの平均リハビリ実施単位数は相対的に多かった一方で、1日3単位を超えるリハビリを実施しても、単位数増加に伴う明らかな改善度合いの向上が見られなかった。
- 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、60分を超えて実施した症例は45%と一定割合を占めていた。

リハビリテーションに係る課題②

(その他のリハビリテーションに係る算定区分について)

- 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%と一定割合を占めていた。
- 摂食機能療法において「食事観察」と「食事介助」のみで算定している病棟が多くの入院料で存在した。
- リンパ浮腫複合的治療料は届出機関数、算定回数ともに微増傾向にあるものの、アクセス困難な地域もある。
- リンパ浮腫複合的治療料は40分以上、20分以上の実施で算定できるが、実際に治療・指導に要している時間とは乖離がある可能性がある。

(リハビリテーションに係る書類作成業務について)

- 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り、医師は、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又はリハビリテーション総合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では、3か月に1回以上、説明・交付することとなっている。
- 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対して介護保険のリハビリテーションへの移行を促す目的で創設されたが、要介護被保険者への標準的算定日数を超えた疾患別リハビリテーションの提供は整理され、減少してきている。
- リハビリテーション総合実施計画書と目標設定等支援・管理シートで重複する項目が多い。

【論点】



(急性期のリハビリテーションについて)

- 急性期病棟において、入院3日以内にリハビリテーションを開始していない患者が一定割合存在することや、休日のリハビリテーション提供が少ないことを踏まえ、発症後早期のリハビリテーション開始を推進する観点から、疾患別リハビリテーション料の注加算として規定されている初期加算等の在り方や、休日のリハビリテーション実施体制の評価について、どのように考えるか。

リハビリテーションに係る論点（続き）

【論点】

（疾患別リハビリテーションについて）

- 以下の点等を踏まえ、疾患別リハビリテーション料の専従要件や評価のあり方について、どのように考えるか。
 - ・ 疾患別リハビリテーション料において専従の療法士の配置を求めており、他のリハビリテーションの業務への関与が妨げられていたり、算定上不明瞭な点が生じていること。
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟において運動器リハビリテーション料の上限は1日6単位とされたが、別表第九の三の3番目の規定により、同じ患者でも入院する病棟により1日あたりの運動器リハビリテーション料の実施上限単位数が異なること。
 - ・ 床上で離床せず行うリハビリについて、単体での効果が高くないことや、療法士の負担が比較的小さいと考えられること。
 - ・ 医療機関外の疾患別リハビリテーションを1日60分を超えて実施している医療機関が一定程度あること。

（その他のリハビリテーションに係る算定区分について）

- 退院時リハビリテーション指導料について、疾患別リハビリテーション料等を算定していない患者や短期入院の患者についても算定されていることを踏まえ、対象患者についてどのように考えるか。
- 摂食機能療法を食事観察や介助のみで介入している病棟が一定数見られたことを踏まえ、必要な介入についてどのように考えるか。
- リンパ浮腫複合的治療料は、現行の算定要件（1回20分ないし40分）に比して、1回の指導に比較的長い時間を要することや、アクセス困難な地域があることを踏まえ、その評価についてどのように考えるか。

（リハビリテーションに係る書類作成業務について）

- リハビリテーションに係る書類作成について、業務の簡素化の観点から、次のような点を含め、どのように考えるか。
 - ・ リハビリテーション実施計画書とリハビリテーション総合実施計画書の様式の類似や、作成頻度と説明頻度との乖離を踏まえた、疾患別リハビリテーションに必要な計画書のあり方
 - ・ 目標設定等支援・管理シートとリハビリテーション総合実施計画書の重複項目が多いこと等を踏まえた、計画書や評価のあり方

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について
 - 3-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
 - 3-2. 病棟に配置された専門職の業務
 - 3-3. 病棟業務における多職種の関わり

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進②

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

【算定要件】 (概要)

- 急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、多職種により取組を行った場合に、**患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定**できる。
- 当該病棟に入棟した患者全員に対し、**原則入棟後48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態についての評価に基づき、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成**すること。なお、リスクに応じた期間で定期的な再評価を実施すること。
- 入院患者のADL等の維持、向上等に向け、**カンファレンスが定期的に開催**されていること。
- 適切な口腔ケアを提供するとともに、**口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等と連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す**こと。
- 疾患別リハビリテーション等の対象とならない患者についても、ADLの維持、向上等を目的とした指導を行うこと。**専従の理学療法士等は1日につき9単位を超えた疾患別リハビリテーション料等の算定はできないものとする。**
- **専任の管理栄養士は、当該計画作成に当たって、原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認やGLIM基準を用いた栄養状態の評価を行う**とともに、定期的な食事状況の観察、必要に応じた食事調整の提案等の取組を行うこと。

【施設基準】 (概要)

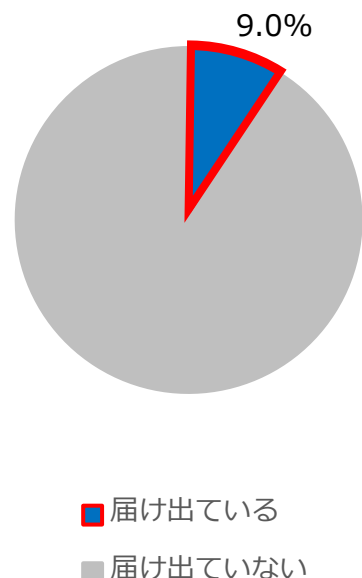
- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟を単位として行うこと。
- 当該病棟に、**専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。**
- 当該病棟に**専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- 当該保険医療機関において、**一定の要件を満たす常勤医師が1名以上勤務**していること。
- プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。
 - ア 疾患別リハ料が算定された患者のうち、**入棟後3日までに疾患別リハ料が算定された患者割合が8割以上**であること。
 - イ **土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上**であること。
 - ウ **退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満**であること。
 - エ 院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること。
- 入退院支援加算1の届出を行っていること。
- B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 病棟配置によって、ADLの評価、維持や廃用予防といった観点から意義があるのではないかとの意見があった。
- 体制加算に取り組みたい医療機関は多いものの、人員配置等の施設基準が厳しいため、算定が伸び悩んでいるのではないかとの意見があった。
- 土日祝日に提供するリハビリテーション単位数が平日の8割以上であることの要件が厳しすぎるのではないかとの意見があった。
- 入院中の患者のADLの維持や向上を趣旨とした体制加算や病棟の施設基準における多職種配置が進みつつあるが、生活機能を落とさないためには、より一層こうした病棟での多職種連携の推進が必要ではないかとの意見があった。

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は、9.0%であった。
- 届け出していない理由としては、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置（うち1名は専任でも可）することが困難なため」、「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数が平日の提供単位数の8割以上を満たさないため」が多かった。

■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の届出状況 (n=1,065)



■ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出していない理由：(n=924)

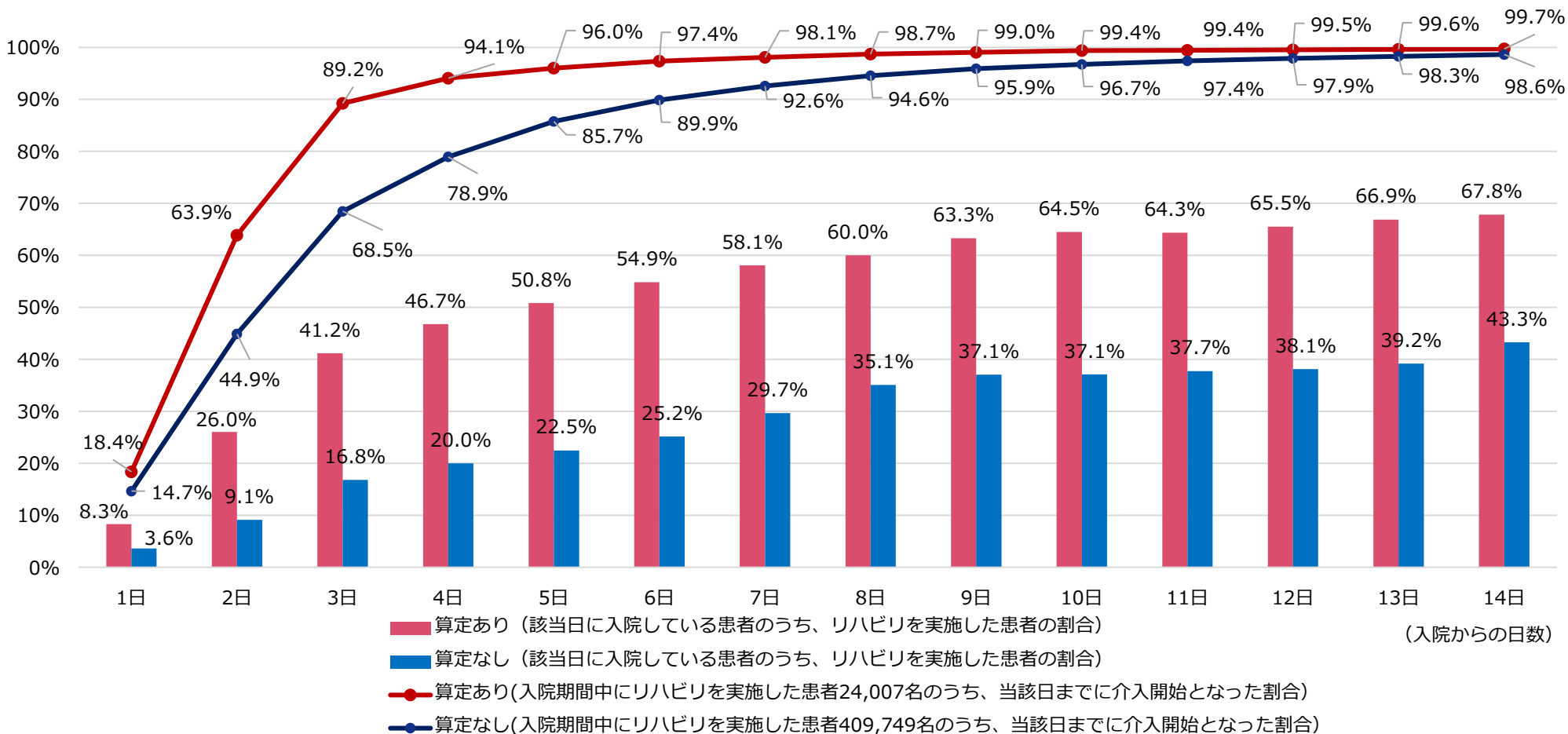


※1 うち1名は専任でも可

※2 リハビリテーション医療における経験を3年以上有し、適切な研修を受けていること

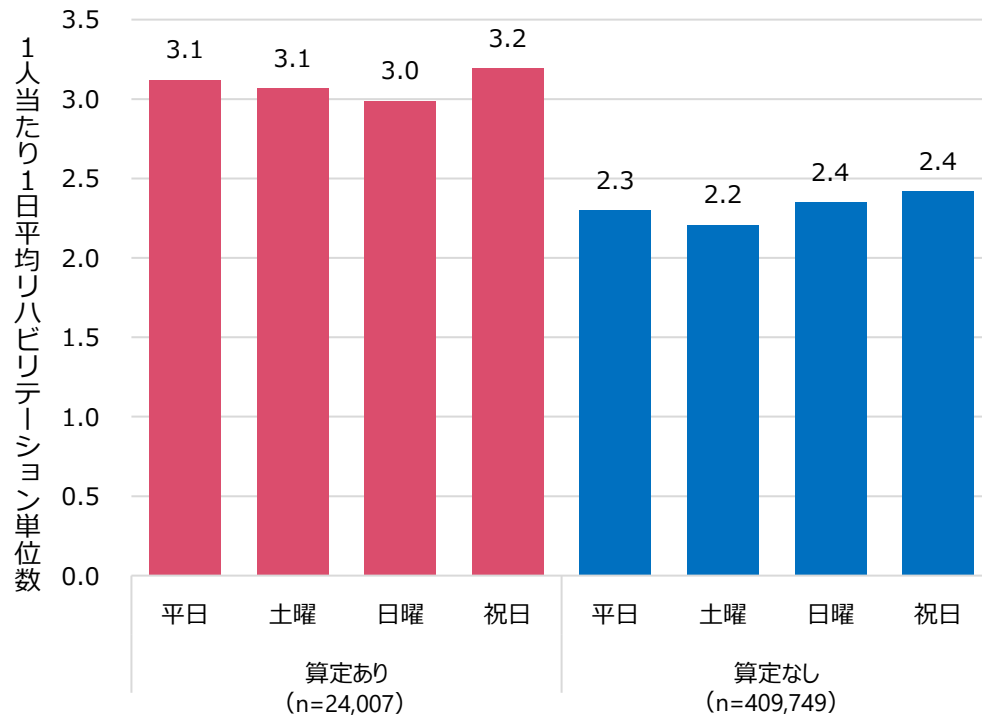
- 体制加算算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、リハビリの実施割合が高かった。
- 算定ありの患者は、算定なしの患者と比べて、入院中にリハビリを実施された患者のうち、入院3日目までにリハビリが開始された割合が9割近くと高かった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定別のリハビリ介入状況

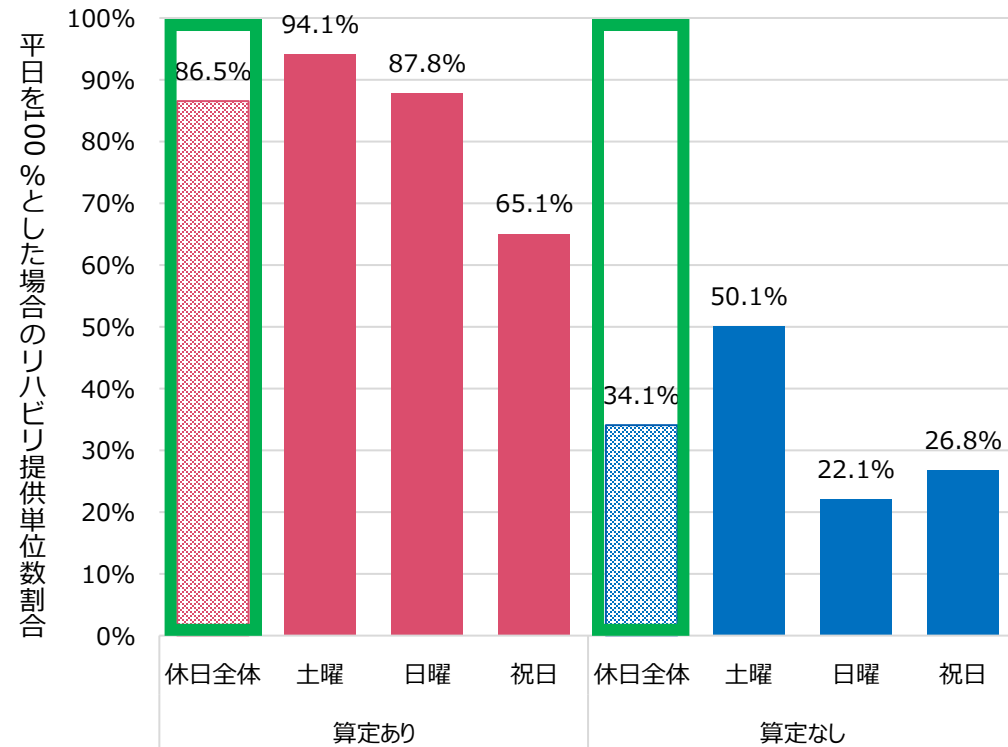


- 患者1人当たりの1日平均リハビリ単位数は、体制加算の算定なしの場合と比べて、算定ありの場合で多く、休日も平日と変わらなかった。
- 土日祝日の施設全体におけるリハビリ提供量は、算定ありの場合、休日全体で平日の86.5%と基準の8割以上を満たせていた。一方、算定なしの場合は、休日全体で平日の34.1%であった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と各曜日の1人あたり1日平均リハビリ実施単位数
(リハビリ提供単位数/リハビリ実施患者数)



リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と施設全体の休日のリハビリ提供量

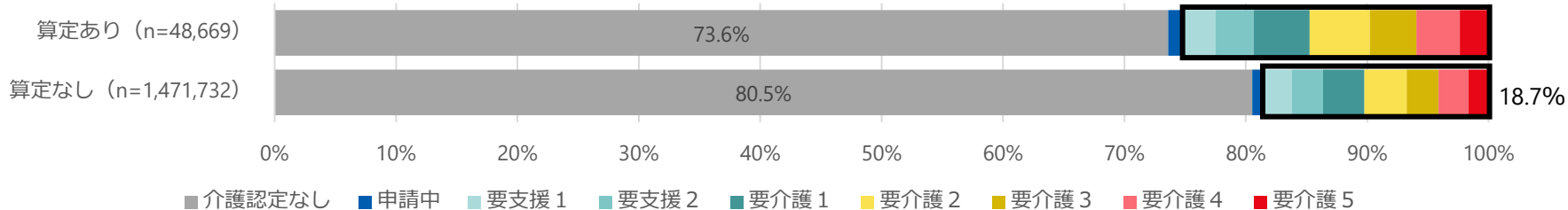


リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算が算定されている患者像

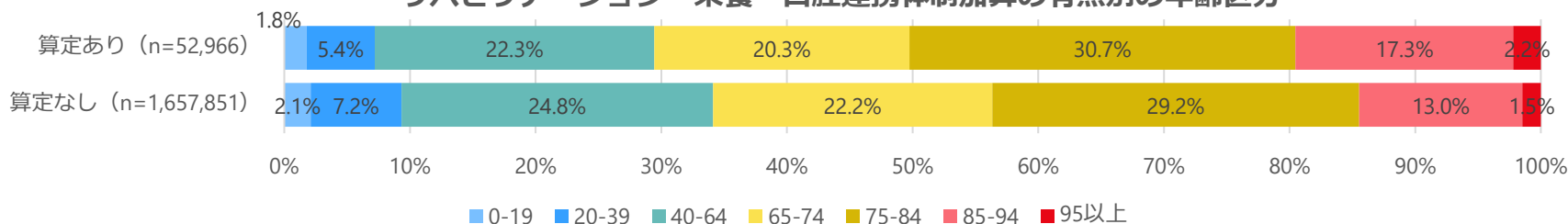
- 急性期一般病棟において、体制加算の算定をされている患者においては、算定のない患者と比べ、要介護度が高い患者や、高齢の患者の割合が多かった。
- 入院中にADLが低下した患者は、要介護度や年齢がより高い傾向にあった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の有無別の要介護認定状況

要支援・要介護 25.4%

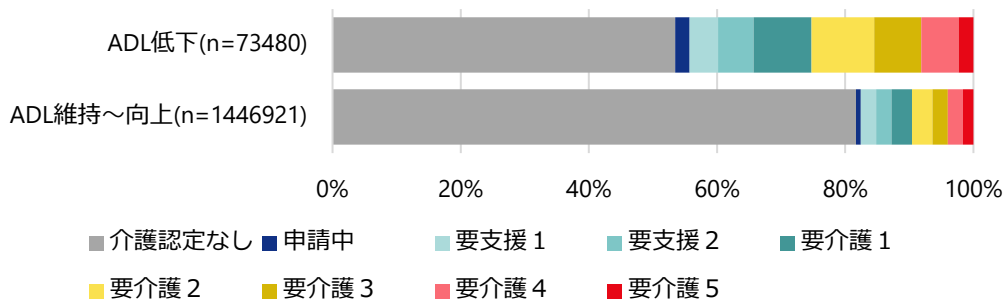


リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の有無別の年齢区分

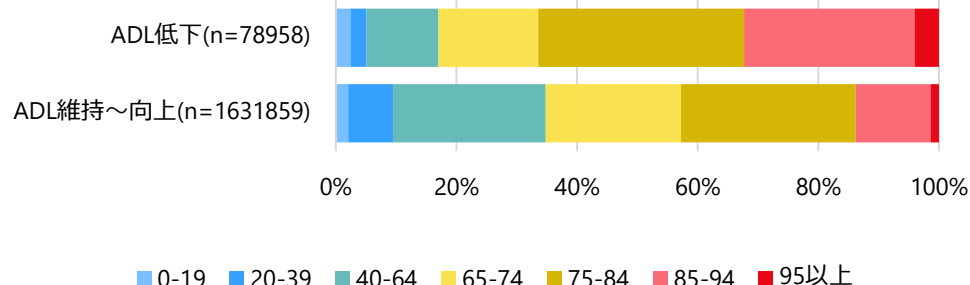


【参考】急性期一般病棟におけるADLが低下する患者の特徴

要介護度



年齢区分



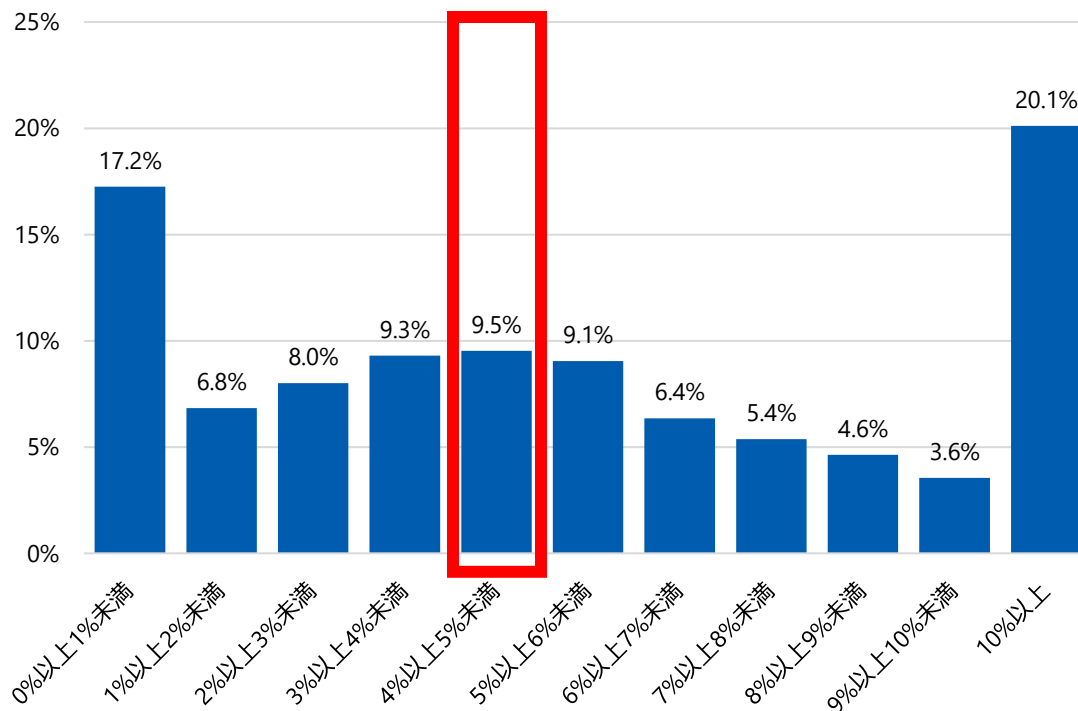
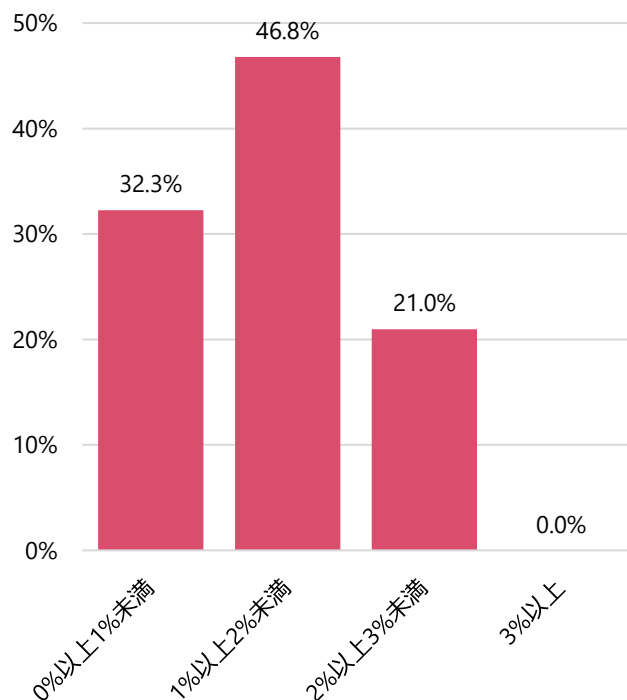
急性期一般病棟における施設ごとのADL低下割合

診調組 入-3
7.9.11改

- 体制加算の届出施設においては、ADLが低下した患者の割合は3%未満という基準を満たしていた。一方、体制加算を算定していない施設においては、ADL低下割合4%以上5%未満に緩やかなピークが見られた。

体制加算の届出施設(※)におけるADL低下割合の分布(n=62)

体制加算を算定していない施設におけるADL低下割合(n=3,148)



保険局医療課調べ（※令和6年8月1日定例報告におけるADL低下割合を集計した。複数の病棟で届出がある場合は、施設内の平均値を用いた。）

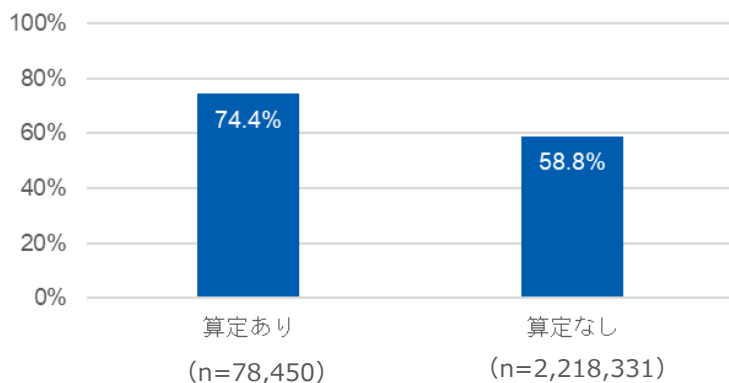
DPCデータを用いて、2024年12月までに体制加算の算定が1件もない施設を対象に、2024年11月～12月に急性期一般入院料1-6、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、7対1専門病院入院料を算定する病棟から退院した症例のうち、ADLがエラーなく入力されている全1,175,858症例について、死亡退院を除く退院患者に対する、退院時に入院時よりADLが低下した患者の割合を施設毎に集計し、分布を示した。

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定ありの患者のほうが、低栄養の入力割合と入院栄養食事指導料の算定患者割合が高かった。
- また、算定ありの患者のほうが、入院時の低栄養の割合が高かった。

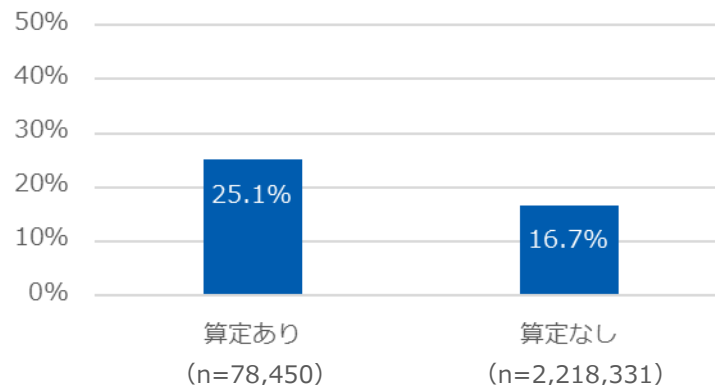
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無別

■ 低栄養（GLIM基準による評価）の入力割合*

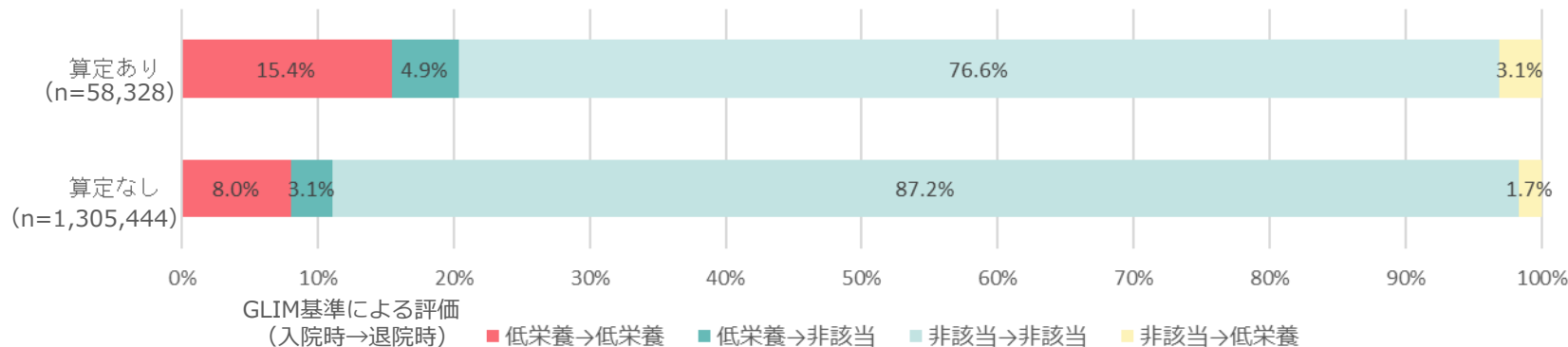
※対象症例に占める低栄養の有無に関するデータを様式1に入力していた割合



■ 入院栄養食事指導料の算定患者割合



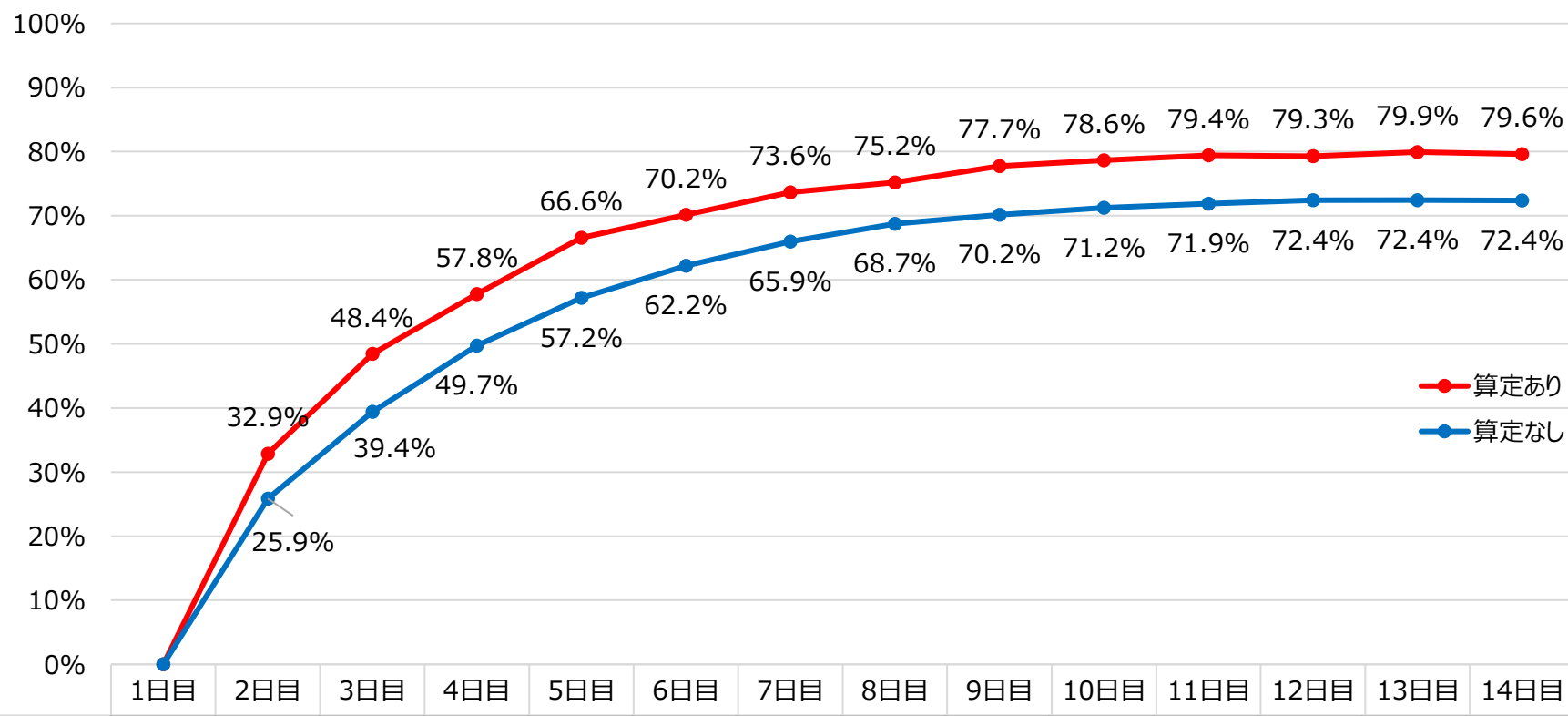
■ 入退院時の低栄養状態の変化



リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と誤嚥性肺炎患者の食事摂取

○ 入院初日に禁食だった誤嚥性肺炎患者が入院3日目に食事を取っている割合は、体制加算算定ありで48.4%、算定なしで39.4%、入院7日目では算定ありで73.6%、算定なしで65.9%であり、いずれの時点も算定ありのほうが高かった。

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無別 入院初日に禁食だった誤嚥性肺炎患者が食事を取っている割合



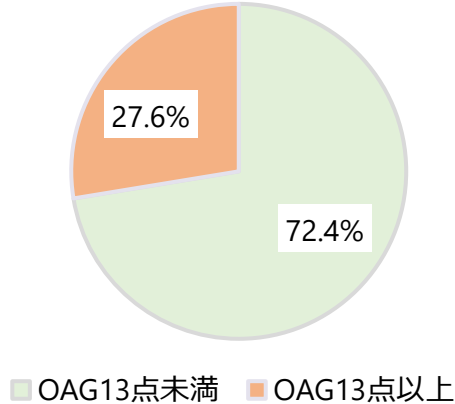
分母となる
誤嚥性肺炎
患者数

● 算定あり	1,275	1,275	1,257	1,234	1,217	1,200	1,161	1,125	1,083	1,030	976	923	847	790
● 算定なし	24,333	24,333	23,459	22,919	22,468	21,985	21,437	20,815	20,030	19,105	18,143	17,128	16,163	15,191

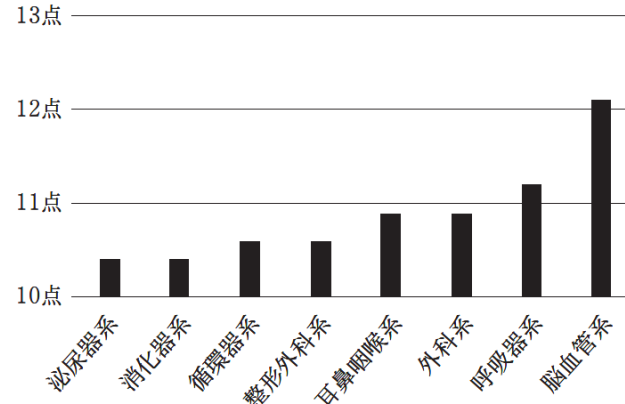
※入院時食事療養(I)(II)又は入院時生活療養(I)(II)食事の提供たる療養(流動食のみ含む)の算定が1回/日以上ある者を「食事を取っている」とした。

○ 入院患者の約3割は口腔衛生状態が不良であった。特に高齢者では、約85%に口腔機能障害がみられたとの報告がある。

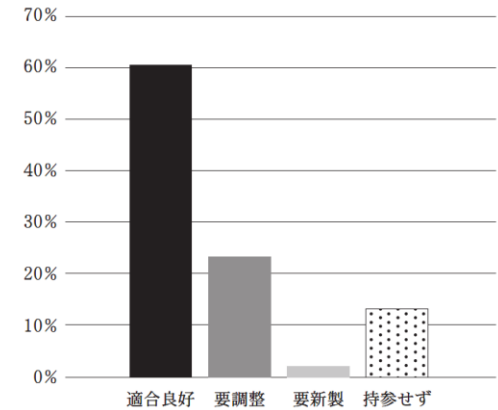
入院患者における口腔衛生状態の割合



疾患別のOAG点数



入院患者の義歯適合状態

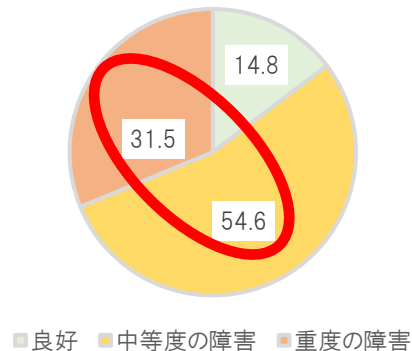


対象: 鳥取赤十字病院の全ての入院患者232名

手法: 歯科口腔外科の歯科医師および歯科衛生士が、口腔アセスメントガイド(OAG、Oral Assessment Guide)を用いて口腔内の評価を実施。OAG13点以上を中等症以上の口腔衛生不良群とした。

出典: 鳥取赤十字医誌 第23巻、26-30、2014年、(報告)当院入院患者の口腔内状態の調査結果

回復期リハビリテーション病棟入院患者で
口腔機能障害がある者の割合



口腔機能障害の項目別のスコア

項目	スコア 1	スコア 2	スコア 3
	n(%)	n(%)	n(%)
声	83(77.6)	14(13.1)	10(9.3)
嚥下	86(80.4)	15(14.0)	6(5.6)
口唇	68(63.6)	36(33.6)	3(3.8)
歯・義歯	23(21.5)	50(46.7)	34(31.8)
粘膜	77(72.0)	24(22.4)	6(5.6)
歯肉	58(54.2)	45(42.1)	4(3.7)
舌	55(51.4)	48(44.9)	4(3.7)
唾液	81(75.7)	14(13.1)	12(11.2)

スコア 1 : 良好

スコア 2 : 中等度の障害

スコア 3 : 重度の障害

対象: 回復期リハビリテーション病棟入院している65歳以上の高齢患者108名

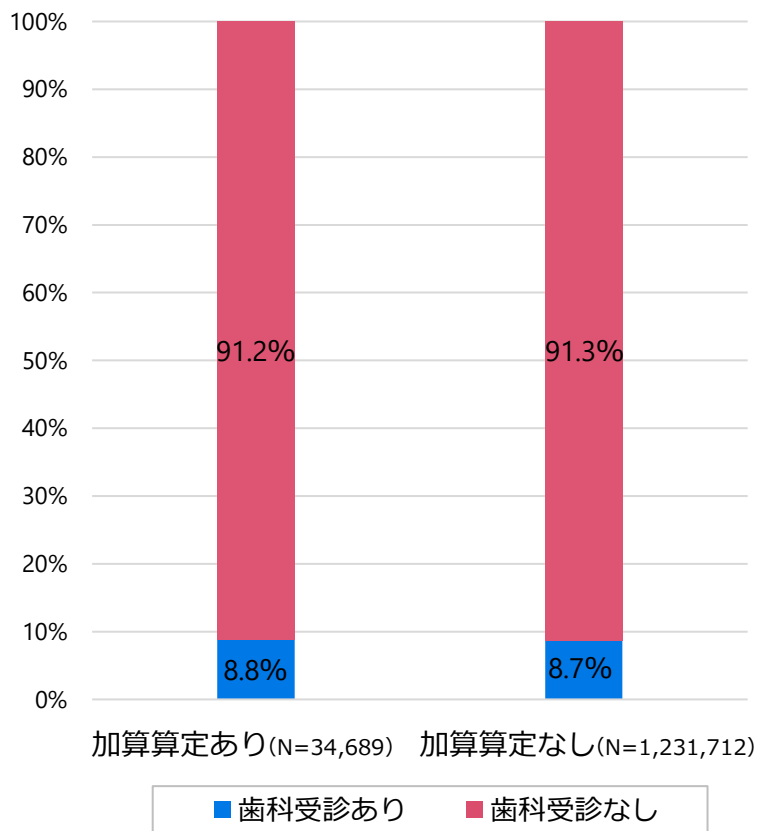
手法: 歯科衛生士により、改定口腔アセスメントガイド(ROAG、Revised Oral Assessment Guide)を用いて口腔内の評価を実施。ROAGスコア9点以上を口腔機能障害ありとしている。

出典: 白石他「高齢入院患者における口腔機能障害はサルコペニアや低栄養と関連する」日本静脈経腸栄養学会雑誌 31(2) : 711-717 : 2016

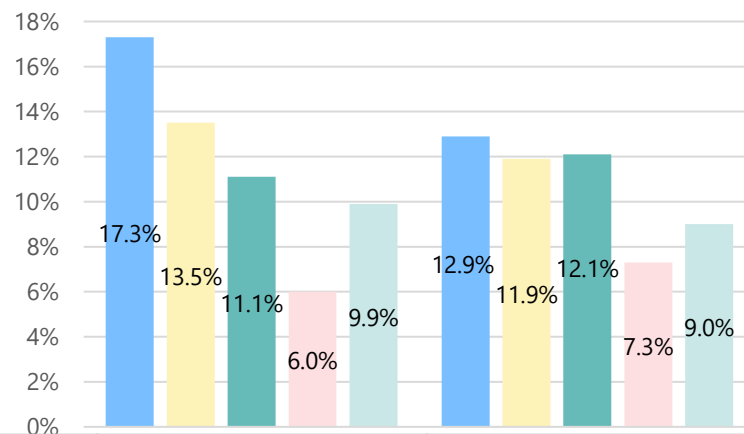
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定と退院後の歯科受診率

- 入院患者のうち、全体や疾患別でも、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定有無による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく、歯科受診率は低い。

【入院患者（令和7年2月分）のうち、加算の算定有無による退院後の歯科受診率】



(参考) 入院患者（令和7年2月分）のうち、退院後に歯科受診した患者の入院時主傷病上位5疾患は、誤嚥性肺炎、大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折、うっ血性心不全、細菌性肺炎であった。
各疾患別の入院患者のうち、退院後の歯科受診率は以下のとおり。



(N数)	加算算定あり	加算算定なし
■ 誤嚥性肺炎	1,135	29,326
■ 大腿骨頸部骨折	889	16,503
■ 大腿骨転子部骨折	713	13,637
■ うっ血性心不全	766	26,270
■ 細菌性肺炎	433	15,962

算出方法：NDBデータの令和7年2月分入院レセプトにおいて、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料（7対1入院基本料又は10対1入院基本料）のいずれかの算定がある患者のうち、入院と同月もしくは翌月に「歯科初診料」又は「歯科訪問診療料」の算定がある者を「歯科受診あり」として、件数を抽出。（病院への歯科訪問診療料は除く。）

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
3. 病棟における多職種連携について
 - 3-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
 - 3-2. 病棟に配置された専門職の業務
 - 3-3. 病棟業務における多職種の関わり

これまでの病棟におけるリハビリテーションに関する主な意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）>

- 病棟配置の療法士の役割は明示されていないが、病棟における生活機能回復のための介入は重要であるとの意見があった。一方、一部は生活介助の延長ともとらえられるため、リハビリテーションとして実施する効果を科学的に検証する必要もあるのではないかという指摘があった。
- 病棟における生活の場に即した短時間の訓練は重要だが、例えばトイレ場面の介助等は短時間で終わり、カルテ記載を含めるとカルテ記載のほうが長くかかることもあるため、こうしたリハビリテーションの位置づけを検討してはどうかとの意見があった。
- 日常生活動作に関してオンデマンドでリアルタイムに介入していくことが、退院後の生活に直結しているため、看護師は看護の視点で日々こうした支援を実施している。今後、病棟での多様な職種の関わりが増えることにより、各職種それぞれの視点を活かして日常生活動作への支援が行われるようになると考えられるが、各職種がばらばらに関わることがないよう、有機的に連携させることが不可欠であり、マネジメントの知識や経験のある人材がしっかりとまとめていくことが重要であるとの意見があった。

各病棟入院料における専従療法士の配置と業務内容の規定について

- 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟の施設基準においては、専従常勤の療法士数が規定されており、かつ疾患別リハビリテーションを担当する専従者と兼務はできないとされている。
- しかし、専従の療法士が病棟において疾患別リハビリテーションと別に行う業務については、地域包括医療病棟以外では明記されていない。

	急性期一般入院料 1 【リハ・栄養・口腔連携特加算】	地域包括医療病棟入院料 【リハ・栄養・口腔連携加算】	地ケア病棟入院料 1	回復期リハ病棟入院料 1	療養病棟入院料 1
PTの病棟配置	-			専従常勤3名以上	-
OTの病棟配置	【専従常勤のPT/OT/STが2名以上、又は、専従常勤のPT/OT/STが1名以上かつ専任常勤のPT/OT/STが1名以上】	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが2名以上	専従常勤のPT/OT/STのいずれかが1名以上	専従常勤2名以上	-
STの病棟配置				専従常勤1名以上	-
疾患別リハと病棟配置の兼務	【疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1】	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	疾患別リハを担当する専従者との兼務はできない	疾患別リハ料に規定する専従者との兼務はできない※1	-
病棟配置の療法士による業務内容の規定	【全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う】 【専従の療法士等は9単位を超える疾患別リハの算定は不可】	全ての入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行う 専従の療法士は、6単位を超える疾患別リハの算定は不可	-	-	-
休日リハ	【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	週7日間提供できる体制を有していること 【土日祝における疾患別リハ提供単位数が平日の8割以上】	-	週7日間提供できる体制を有していること	-
疾患別リハ届出の要否	-	脳血管、運動器	心大血管、脳血管、廃用、運動器、呼吸器、がんのいずれか	心大血管、脳血管、運動器、呼吸器のいずれか	-
疾患別リハの算定方法	出来高	出来高	包括 (必要者に平均2単位以上)	出来高	出来高 (2単位を超えるリハは包括※2)
疾患別リハの配置要件	(例) 脳血管疾患等リハ料 (I) : 専従常勤のPT 5名以上、専従常勤のOT 3名以上、言語聴覚療法を行う場合は専従常勤のST 1名以上 (他の疾患別リハビリテーション料における常勤療法士との兼任は可能)				
(疾患別リハの療法士の業務規定)	1日18単位標準・24単位上限、週108単位まで				

※1 疾患別リハビリテーションの施設基準に基づく。

※2 特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算における病棟専従の療法士は、疾患別リハビリテーションのほか、場面に応じた短時間のADLや生活機能の維持・向上等を目的とした指導や、看護職員の業務としても実施される体重測定や環境調整といった業務を、療法士としての観点から行っている事例がある。

ADL維持向上を目的とした指導

これまでの疾患別リハでは20分など時間の縛りがあり、20分に満たない活動の対応は困難であった



Activityの提案



ポジショニング



離床での体重測定



疾患別リハへの介入
(後輩指導、人材育成)



活動促進のための環境調整
(部屋の外の眺めの良いところに椅子を設置)



入浴方法の検討・指導



自主練習の個別指導

患者の状態に合わせて疾患別リハと組み合わせることで、効果的・効率的な介入が可能となる

- 生活の場におけるADLや生活機能の維持・向上等を目的とした指導については、一定の効果が示されている。

- DPC対象病院における地域包括ケア病棟において、POCリハビリテーション導入病院への入院は良好なBI効率と関連していた可能性がある。

関 知嗣ら,日本慢性期医療協会誌,136,78-84,2021.

- 外科手術入院患者における骨格筋量の変化は、中央値で入院 1 日当たり病棟専従理学療法士配置前 $-0.052\text{kg}/\text{m}^2$ から配置後 $-0.004\text{kg}/\text{m}^2$ となり、専従理学療法士を中心としたADL 維持向上活動が骨格筋量の減少予防にも有用である。(※)

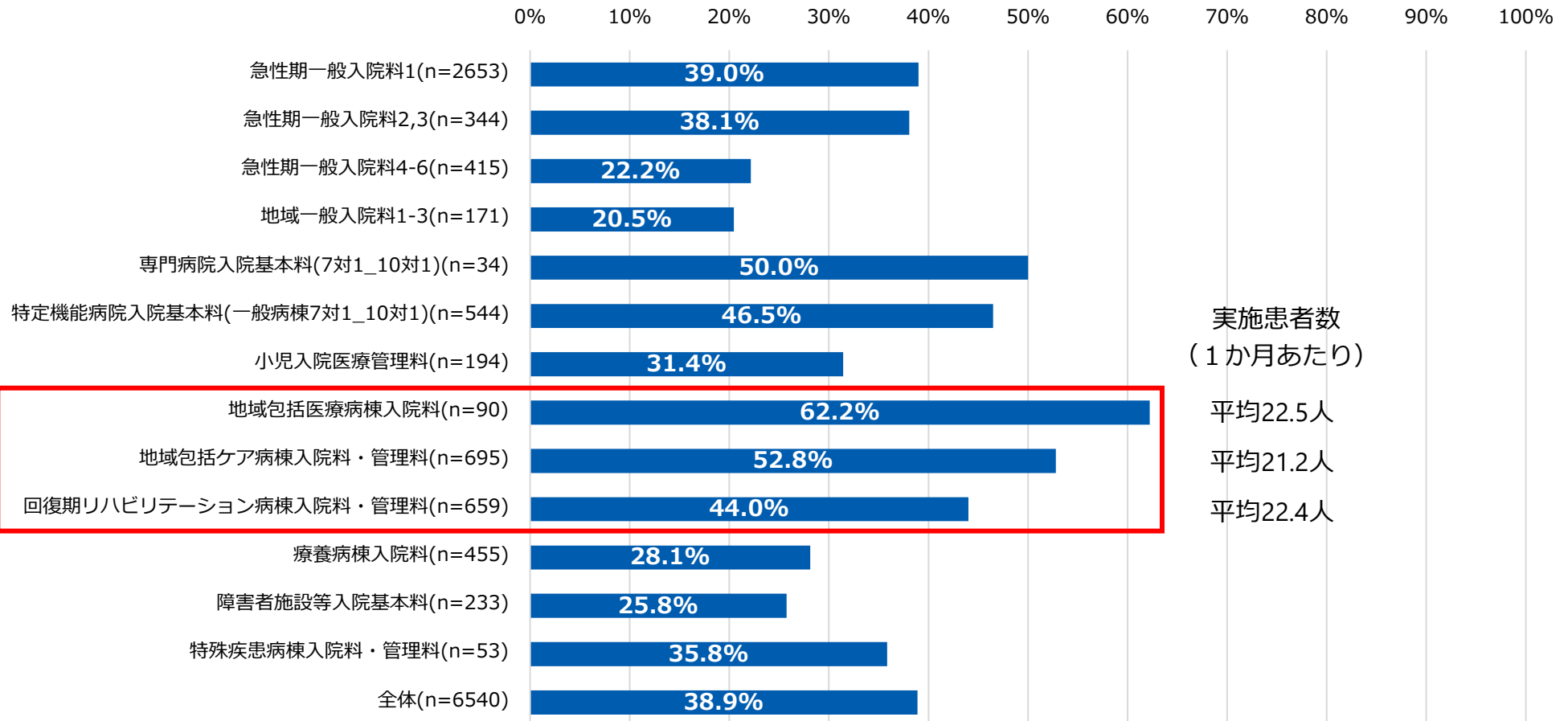
安田 耕平,日本サルコペニア・フレイル学会誌,5(1),163-165,2021.

※令和6年診療報酬改定にて廃止となったADL維持向上等体制加算の算定病棟における研究。病棟専従療法士は、疾患別リハビリテーション料との兼務は不可。

入院料ごとのADL等の維持・向上等を目的とした指導

- 入院料ごとの疾患別リハビリテーション等以外のADLの維持・向上等を目的とした指導について、療法士の配置が要件となっている地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟で、実施している病棟の割合が高かった。
- 療法士の配置がある病棟においては、平均して20人以上の患者にADLの維持、向上等を目的とした指導が行われていた。

疾患別リハビリテーション等以外のADLの維持、向上を目的とした指導の実施割合



療法士の配置が要件となっている病棟における病棟業務への関与状況

- 回復期リハビリテーション病棟では、「生活機能の回復に向けた支援」等、生活機能に係る項目について、療法士が関与している割合が比較的高かった。
- 地域包括医療病棟では、地域包括ケア病棟に比べ、生活機能の回復に向けた排泄や離床の促しの支援、体位交換等の業務について療法士が関与している割合が高い傾向であった。

入院料別の各職種が業務に関与している病棟の割合

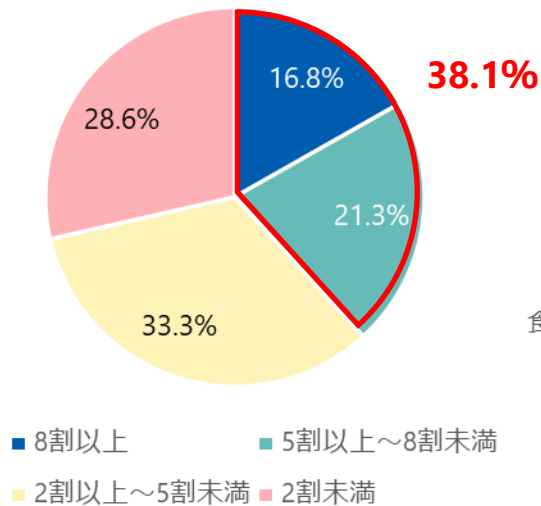
	看護職員	看護補助者	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
生活機能の回復に向けた支援（食事）	96.2%	57.5%	24.6%	46.0%	70.0%
	96.0%	48.5%	17.8%	22.3%	49.1%
	91.4%	35.5%	12.9%	26.9%	60.2%
生活機能の回復に向けた支援（排泄）	97.9%	71.1%	63.4%	71.9%	14.6%
	97.6%	63.6%	51.4%	41.4%	4.6%
	92.5%	44.1%	63.4%	36.6%	6.5%
生活機能の回復に向けた支援（離床の促し）	97.1%	65.2%	84.3%	76.6%	24.9%
	96.9%	53.5%	78.3%	51.8%	10.7%
	88.2%	43.0%	82.8%	53.8%	12.9%
更衣	96.8%	94.6%	32.0%	42.9%	12.3%
	97.6%	94.9%	8.3%	8.8%	1.8%
	96.8%	94.6%	8.6%	9.7%	4.3%
食事介助	98.3%	88.3%	13.2%	22.7%	56.6%
	98.4%	89.9%	4.6%	5.4%	31.6%
	95.7%	92.5%	5.4%	7.5%	33.3%
口腔ケア	98.3%	72.2%	8.0%	11.1%	61.4%
	98.4%	68.3%	2.4%	2.3%	39.5%
	96.8%	55.9%	4.3%	6.5%	55.9%
排泄介助（おむつ交換・トイレ誘導・片付け等）	97.0%	94.0%	35.7%	36.8%	15.8%
	96.9%	95.7%	13.5%	10.8%	3.7%
	95.7%	96.8%	12.9%	11.8%	3.2%
体位交換	98.3%	91.3%	33.3%	30.5%	14.1%
	98.6%	92.0%	16.1%	11.8%	6.3%
	97.8%	93.5%	23.7%	19.4%	8.6%

■ 回り八病棟(n=666)
■ 地ケア病棟 (n=701)
■ 地包医病棟 (n=93)

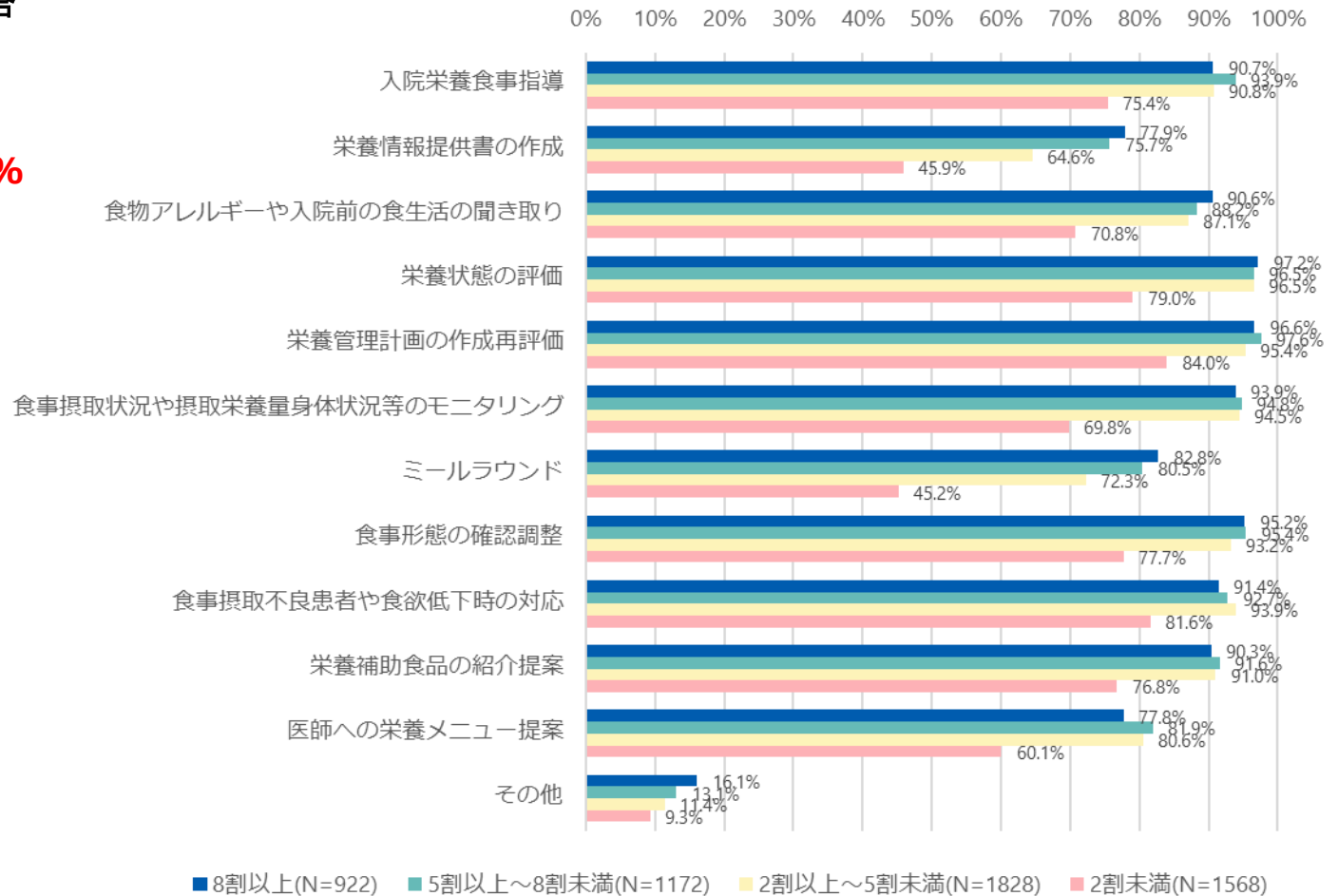
管理栄養士の病棟での業務状況

- 管理栄養士が、就業時間の5割以上の時間を病棟で従事している割合は、38.1%だった。
- 病棟で従事する時間が2割未満の場合は、栄養情報提供書の作成やミールラウンドの実施割合が特に低かった。

■ 管理栄養士の就業時間に占める病棟で業務に従事している時間割合

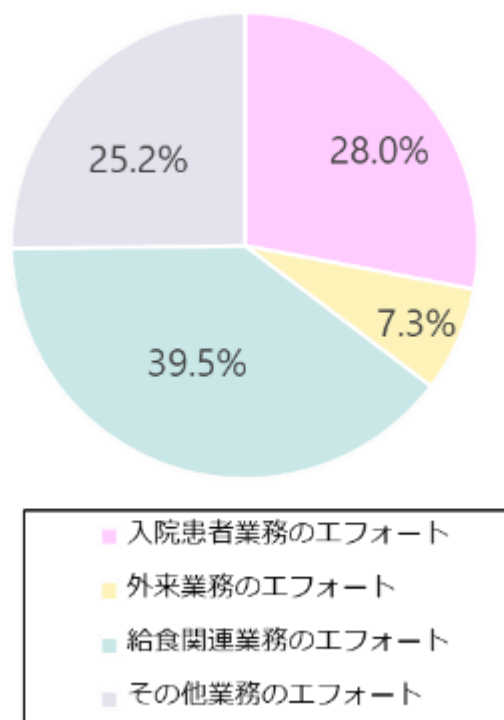


■ 病棟での管理栄養士による栄養管理の実施状況



○ 病院及び介護保険施設における管理栄養士の業務は、栄養管理業務のほか、給食関係業務の工フォートも3割から4割程度を占めている。

病院



介護保険施設

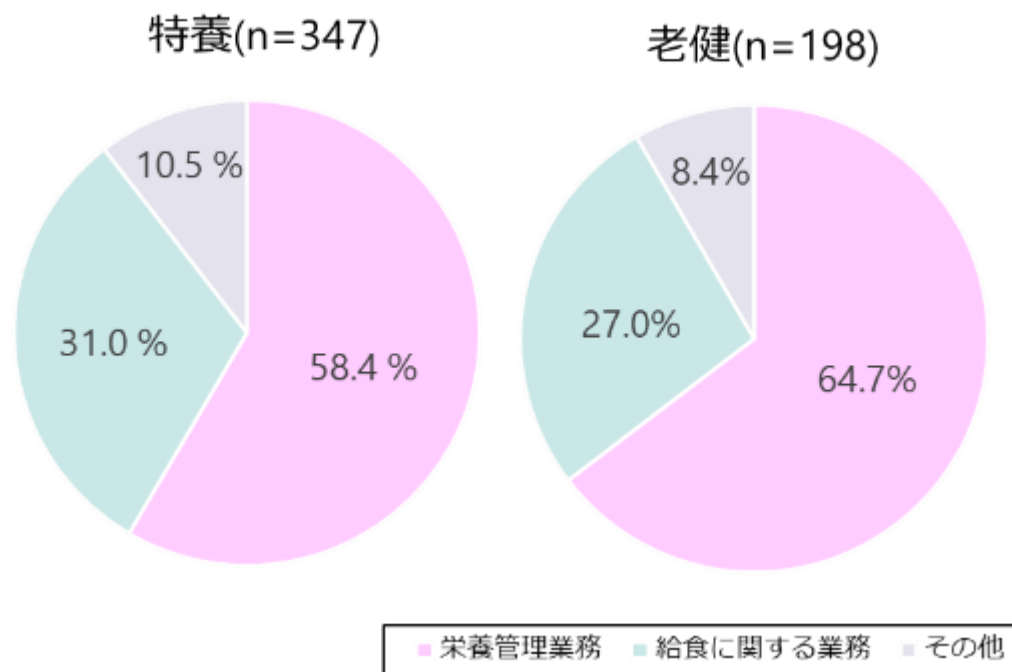


図 病院管理栄養士の業務内容別割合

図 介護保険施設における管理栄養士の業務時間割合

出典：2020年度政策事業全国病院部門実態調査
(業務量調査) 報告書 ((公社) 日本栄養士会)

出典：令和3年度老人保健事業推進等補助金「介護保険施設等における
栄養ケア・マネジメントの実態に関する調査研究事業」報告書
(一般社団法人 日本健康・栄養システム学会)

- 管理栄養士の病棟等への配置が施設基準に規定されている特定入院料及び加算は、以下のとおり。

特定入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料 ※H30～	(回復期リハビリテーション病棟入院料1) 当該病棟に、専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うこと。 (回復期リハビリテーション病棟入院料2～5) 当該病棟に、専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましい。
地域包括医療病棟入院料 ※R6～	当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。

加算

早期栄養介入管理加算 (特定集中治療室等) ※R2～	当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。 ア 別添3の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
入院栄養管理体制加算 (特定機能病院) ※R4～	当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が1名以上配置されていること。
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 (急性期一般等) ※R6～	当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。
経腸栄養管理加算 (療養病棟) ※R6～	「A233-2」の栄養サポートチーム加算を届け出ていること又は療養病棟における経腸栄養管理を担当する専任の管理栄養士を1名以上配置していること。

病棟での管理栄養士の主な業務内容

- 病棟に配置される管理栄養士に求められる業務内容は、以下のとおり。
- 専従配置（入院栄養管理体制加算）の場合、専従の管理栄養士は病棟業務への裁量が大きいが一方、当該病棟の退院患者の支援であっても病棟外での業務は含まれない。

	回復期リハビリテーション病棟入院料1	地域包括医療病棟入院料	入院栄養管理体制加算（特定機能病院入院料）	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
配置要件	専任の管理栄養士1名以上	専任の管理栄養士1名以上（1名につき1病棟に限る）	専従の管理栄養士1名以上	専任の管理栄養士1名以上（1名につき1病棟に限る）
業務内容 (算定要件)	<ul style="list-style-type: none"> 全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、<u>管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行う。その際、栄養状態の評価には、GLIM基準を用いる。</u> 全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、<u>入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び栄養管理に係る計画の見直し</u>を共同して行う。 栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、<u>栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図る。</u> 	<p>全ての入院患者に対する低栄養の予防、改善等を目的とした栄養管理を行い、多職種のカンファレンスにおいて、<u>患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む）に関する提案</u>を行う。</p> <p>[リハビリテーション・栄養・口腔連携加算]</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>入棟後、原則48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認を行うとともに、GLIM基準を用いた栄養状態の評価</u>を行う。 <u>週5回以上</u>、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に<u>食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握</u>を行う。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、<u>食事変更や食形態の調整等の対応</u>を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定</u>を行う。 当該病棟に入院している患者に対して、<u>栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じミールラウンドや栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等</u>の栄養管理を行う。 医師、看護師等と連携し、当該患者の栄養管理状況等について共有を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> <u>原則入棟後48時間以内に、患者に対面の上、入院前の食生活や食物アレルギー等の確認</u>を行うとともに、<u>GLIM基準を用いた栄養状態の評価</u>を行う。 <u>週5回以上</u>、食事の提供時間に、低栄養等のリスクの高い患者を中心に<u>食事の状況を観察し、食欲や食事摂取量等の把握</u>を行う。問題があった場合は、速やかに医師、看護師等と共有し、<u>食事変更や食形態の調整等の対応</u>を行う。 多職種のカンファレンスにおいて、<u>患者の状態を踏まえ、必要に応じ食事調整（経口摂取・経管栄養の開始を含む。）に関する提案</u>を行う。

管理栄養士の病棟配置と各種加算の関係

- 管理栄養士の病棟配置や多職種連携が要件となっている特定入院料や加算は、原則、栄養サポートチーム加算の出来高算定や併算定はできない。

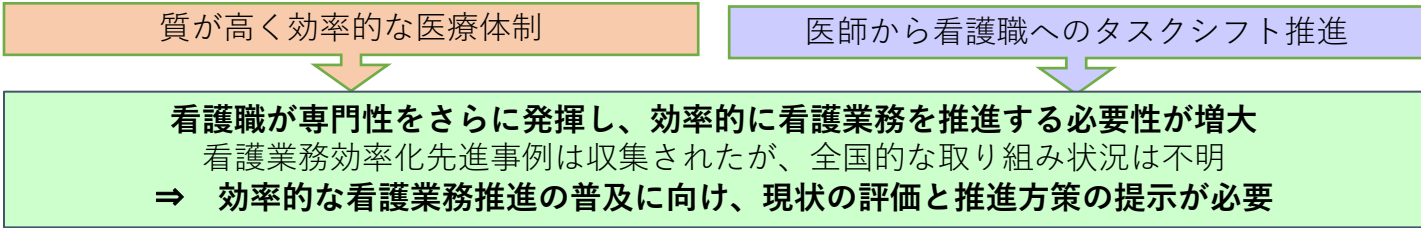
		管理 栄養士 配置	届出 病院数	出来高算定・併算定の可否			
				栄養サポート チーム加算	入院栄養 食事指導料	栄養情報 連携料	
特定 入院 料	回復期リハビリテーション病棟 入院料	1	専任	1,009	—	○	○
		2-5	専任 (努力義務)	616	—	—	—
	地域包括医療病棟入院料		専任	49	○	○	○
	リハビリテーション・栄養・口腔連携加算		—	7	—	○	○
加 算	早期栄養介入管理加算 (特定集中治療室等) 250点/日 (経腸栄養開始後、400点/日) ※入室日から7日を限度		専任	救命 127 ICU 399 HCU 264 SCU 77	—	— (対象病棟へ 転棟後は、○)	— (対象病棟へ 転棟後は、○)
	入院栄養管理体制加算 (特定機能病院) 入院初日・退院時それぞれ1回 270点		専従	57	—	—	○ (注2のみ)
	リハビリテーション・栄養・口腔連携 体制加算 (急性期一般等) 120点/日 ※計画作成日から14日を限度		専任	98	—	○	○
	経腸栄養管理加算 (療養病棟) 300点/日 ※経腸栄養開始日から7日を限度		専任	910	—	—	○

※届出病院数は、主な施設基準等の届出状況等 (令和6年8月時点) より集計

1. 回復期リハビリテーション病棟について
2. リハビリテーションについて
- 3. 病棟における多職種連携について**
 - 3-1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
 - 3-2. 病棟に配置された専門職の業務
 - 3-3. 病棟業務における多職種の関わり**

令和6年度厚生労働科学研究補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)
「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」 (研究代表者 坂本すが)

背景



研究目的

タスクシフト/シェアや看護業務の実態、業務効率化が進んだ業務と進まなかった業務の明確化、及び、業務効率化の促進要因と推進方策を明らかにする

研究方法

- 平成30年に「効率的な看護業務の推進に向けた実態調査研究」でタイムスタディ等を実施した47病院において、病棟の看護業務のタイムスタディ、及び、看護部長や看護職の業務効率化に関する意識を調査する。平成30年タイムスタディとの比較により、業務量の変化を明らかにし、意識調査により促進要因など統合的に分析する。
- 看護業務効率化に取り組んだ病院を対象に取り組み内容や推進体制等をインタビューし、推進方策を検討・提示する。

調査概要

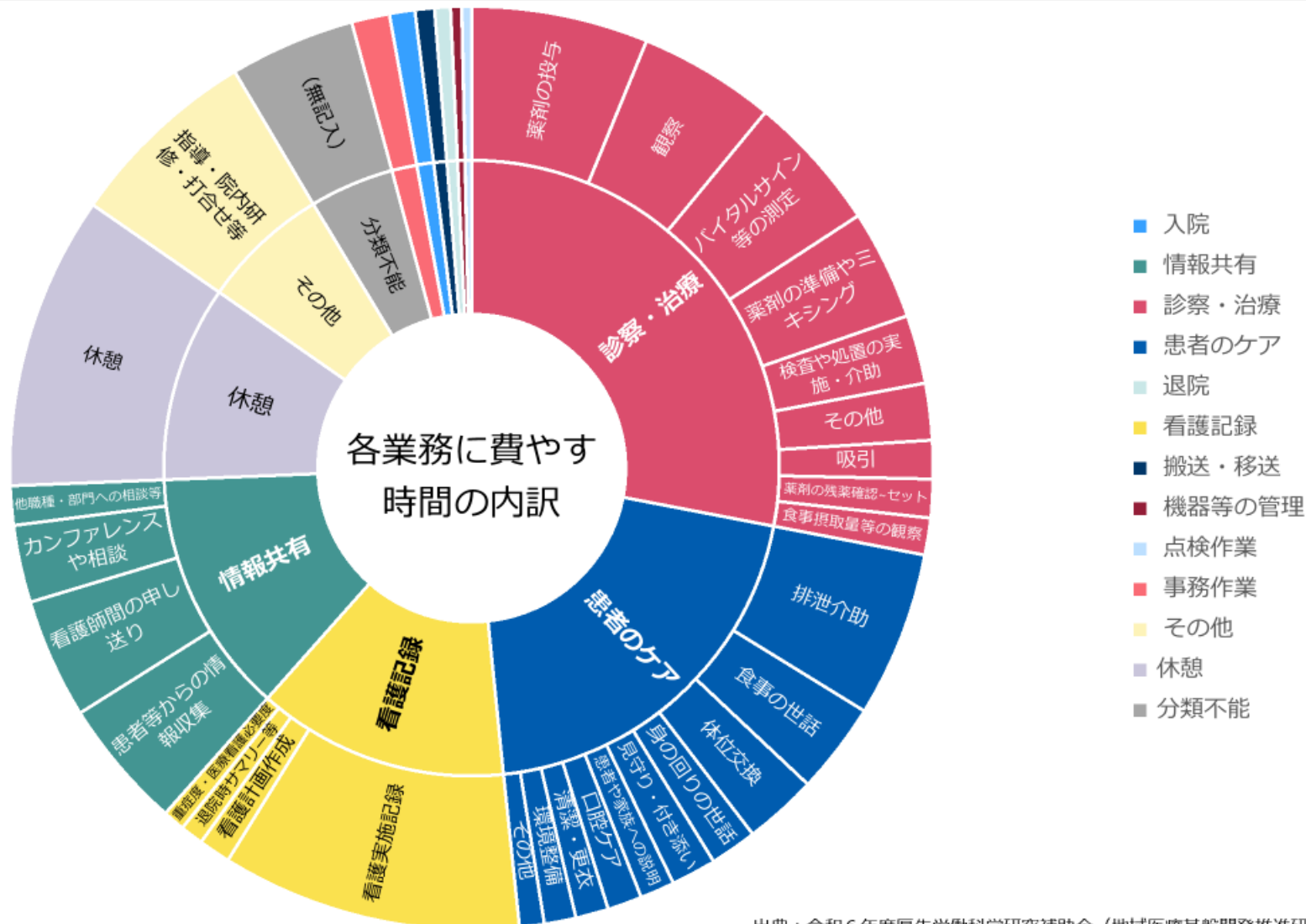
	(1)病院の看護業務のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化に関する調査	(2)-①病棟の看護業務タイムスタディ調査, (2)-②病棟基本調査	(3)病院看護職のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化に関する意識調査	(4)病院看護のタスク・シフト/シェア、及び、業務効率化の取組に係る好事例調査
調査内容	タスク・シフト/シェアや業務効率化の取組状況、組織における推進体制、看護業務の変化、業務効率化が進んだ看護業務、取組の促進要因や阻害要因等	①病棟看護師の看護業務(84項目)別 従事時間数 1病棟:24時間×3日間×3名 ②病棟の属性、看護師の勤務体制、所定勤務時間帯、業務効率化の状況等	タスク・シフト/シェアや業務効率化について認識、業務効率化の可能性や方法等	取り組みの背景、目的、具体的内容、推進体制、効果・成果、今後の展望、困難や課題等
調査方法	自記式質問紙調査	①自記式チェック表(10分毎) ②自記式質問紙調査	自記式質問紙調査	半構造化インタビュー
調査対象/回答者数	平成30年タイムスタディ実施の47病院/看護部長41名	①50病棟の看護師1000名程度/ 43病棟の看護師794名(有効768) ②50病棟/看護師長44名	50病棟に勤務する看護師1500名程度/44病棟の看護師794名	看護管理者15名程度/9病院の看護管理者9名
対象施設・病棟	「都市部・地方部の2区分」、「病床規模3区分(199床以下、200~499床、500床以上)」、「病床機能2区分(急性期:7対1配置加算、慢性期:7対1配置加算以外)」別に、4から5病棟を機縁法にて抽出。合計医療機関47病院50病棟(平成30年調査と同施設)			タイムスタディ実施病院、及び、学会誌等に報告された病院15か所程度

研究成果

研究結果は、効率的な看護業務推進の評価に係る基礎資料となる。また、分析結果に基づき効率的な看護業務を推進するための方策を提言すると共に、取組推進に資する媒体を作成する。これにより、各医療機関の看護業務効率化の推進に寄与する。

病棟における看護業務の全体像

○ 43病棟（急性期～慢性期）の看護師（回収794名、有効回答768名）を対象とした「病棟の看護業務タイムスタディ調査」（病棟ごとに全勤務帯を網羅できるよう調査）の結果では、「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が長く、全体の半分程度を占めていた。「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。



出典：令和6年度厚生労働科学研究補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「効率的な看護業務推進の評価に係る実態把握のための研究」

分担研究者 菊池令子・小澤知子（研究代表者 坂本すが）の結果を用いて医療課にて作成

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況①

- 栄養状態、摂食・嚥下状態、ADL、口腔の状態等に関するスクリーニング・評価や、各種計画の作成については、管理栄養士や療法士がそれぞれ主として実施している病棟が多かった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技師
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	91.9%	3.6%	3.5%	19.4%	23.2%	14.8%	1.0%	0.4%
	83.2%	0.0%	0.1%	2.9%	4.7%	1.5%	0.0%	0.0%
褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	99.3%	4.7%	14.4%	11.9%	7.0%	2.2%	23.3%	1.3%
	97.8%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	91.2%	2.1%	6.0%	4.1%	2.9%	7.1%	87.0%	3.3%
	46.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	48.8%	0.0%
摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	90.6%	4.2%	2.1%	6.7%	6.7%	58.7%	29.5%	0.4%
	57.6%	0.0%	0.0%	1.0%	0.7%	29.0%	4.3%	0.0%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	94.4%	7.0%	0.9%	67.1%	42.7%	13.4%	1.6%	0.3%
	66.9%	0.1%	0.1%	23.1%	2.3%	0.1%	0.0%	0.0%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	91.7%	7.7%	0.2%	3.2%	3.2%	42.5%	7.7%	0.4%
	75.6%	0.5%	0.0%	0.3%	0.2%	13.4%	0.8%	0.1%
離床やリハビリに係る計画の作成	71.1%	4.5%	1.3%	88.5%	57.7%	37.3%	3.7%	0.2%
	20.8%	0.0%	0.2%	62.9%	2.0%	0.1%	0.0%	0.0%
栄養管理計画の作成	60.2%	1.4%	2.3%	2.0%	1.7%	4.4%	94.7%	0.9%
	13.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	81.9%	0.1%
口腔管理に関する計画の作成	75.5%	3.6%	0.6%	3.2%	3.1%	36.0%	9.2%	0.4%
	60.7%	0.3%	0.0%	0.6%	0.4%	18.2%	1.4%	0.2%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況②

診調組 入-3
7.9.11

- 薬剤の準備・投与に関する業務は薬剤師が関与している病棟が多かった。
- 薬剤の投与、バイタルサイン等の測定、検査実施や診察の介助、吸引については、看護師が主として実施している病棟がほとんどであった。
- 検査の準備や実施は、臨床検査技師が関与している病棟が約3割あった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技師
残薬確認・処方依頼・セット	95.0%	1.8%	79.4%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	64.7%	0.1%	31.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
薬剤の準備・ミキシング	93.4%	0.8%	65.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	75.0%	0.0%	21.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
内服薬の投与	98.8%	7.7%	15.5%	0.2%	0.3%	1.1%	0.0%	0.0%
	96.5%	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
輸液の投与・管理	98.9%	0.9%	25.9%	0.1%	0.1%	0.0%	0.4%	0.9%
	96.4%	0.0%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
その他の薬（湿布薬・点眼薬等）の投与	98.8%	5.0%	14.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	96.7%	0.1%	2.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
バイタルサイン・体重等の測定	99.3%	31.4%	0.3%	22.4%	15.8%	9.3%	2.4%	0.5%
	98.0%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
検査の準備や実施	98.5%	24.2%	0.1%	0.4%	0.3%	0.4%	0.2%	31.4%
	92.9%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%
診察等の介助	99.2%	14.2%	0.6%	1.5%	1.3%	0.9%	0.1%	2.4%
	98.2%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
吸引	98.5%	1.8%	0.1%	13.6%	8.9%	22.7%	0.5%	0.0%
	97.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.2%	0.0%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟における「診察・治療」に係る業務の分担状況③

- 病棟におけるリハビリテーションや自立援助、嚥下訓練に関する業務は、療法士が関与している病棟が多かった。
- 食事に関する業務について、管理栄養士が関与している病棟が多かったが、ミールラウンドや食事変更の調整を主として実施している病棟は約2割だった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技師
リハビリ・自立援助	74.0%	11.4%	0.4%	91.8%	69.0%	47.7%	0.6%	0.0%
	14.3%	0.0%	0.2%	68.0%	2.7%	0.2%	0.0%	0.0%
嚥下訓練	77.3%	3.9%	0.2%	8.1%	8.3%	74.9%	7.0%	0.3%
	23.0%	0.1%	0.0%	2.6%	2.3%	61.8%	0.6%	0.0%
食形態の検討・調整	91.1%	5.4%	0.7%	3.0%	3.7%	51.8%	79.7%	0.2%
	42.6%	0.0%	0.0%	0.3%	0.3%	19.6%	29.2%	0.0%
経腸栄養剤の種類の選択や変更	84.1%	1.0%	9.8%	0.5%	0.6%	7.8%	77.1%	0.5%
	43.7%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.7%	39.4%	0.1%
ミールラウンド	92.1%	21.1%	1.3%	3.1%	4.2%	26.9%	68.7%	0.4%
	68.4%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	23.4%	0.0%
食事変更の調整	93.0%	1.9%	0.2%	0.8%	0.9%	19.7%	70.2%	0.3%
	68.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	21.2%	0.0%
療養のための栄養指導	62.3%	0.6%	0.4%	0.3%	0.4%	3.5%	93.4%	0.5%
	10.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	84.7%	0.1%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟における「患者のケア」に係る業務の分担状況①

診調組 入-3
7.9.11

- 患者のケアに係る業務の多くは、看護師が主として実施していると回答した病棟が多かった。
- 食事の配膳や排泄介助、見守り・付き添い、食事介助、体位交換については、看護補助者が主として実施していると回答した病棟が1割～2割程度みられた。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技師
排泄介助	97.5%	81.5%	0.0%	10.6%	9.2%	3.1%	0.1%	0.1%
	72.1%	22.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
生活機能の回復支援（排泄）	96.1%	42.4%	0.4%	38.0%	29.9%	4.1%	0.6%	0.0%
	82.5%	3.5%	0.0%	3.9%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%
食事の配膳	96.5%	92.4%	0.0%	2.5%	2.7%	4.0%	5.3%	0.1%
	49.0%	44.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%
食事介助	97.8%	75.8%	0.0%	3.3%	5.8%	24.8%	2.8%	0.0%
	80.7%	13.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.1%	0.0%
食事（嗜好や量）に関する相談対応	95.3%	20.7%	0.2%	0.9%	1.3%	15.0%	77.2%	0.2%
	57.2%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	34.8%	0.0%
生活機能の回復支援（食事）	94.6%	34.6%	0.1%	12.4%	19.9%	41.7%	30.9%	0.1%
	71.2%	1.2%	0.0%	0.8%	2.3%	10.4%	6.6%	0.0%
体位交換	98.6%	76.7%	0.0%	15.2%	11.0%	4.6%	0.1%	0.0%
	82.1%	12.4%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
見守り・付き添い	97.4%	86.5%	0.1%	11.9%	9.0%	4.4%	0.2%	0.1%
	77.8%	16.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
患者への説明	97.3%	4.2%	9.1%	8.3%	7.4%	6.6%	2.3%	3.4%
	95.1%	0.0%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
家族への連絡や説明	99.0%	6.8%	12.7%	21.0%	18.4%	15.5%	12.6%	0.4%
	96.6%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（病棟A～D票）

病棟における「患者のケア」に係る業務の分担状況②

- 患者のケアに係る業務のうち、離床の取組や患者宅への訪問は、理学療法士や作業療法士が関与している又は主として実施している病棟が多かった。
- 環境整備は看護補助者が主として実施している病棟が約5割、身体の清潔・更衣は看護補助者が主として実施している病棟が2割以上あった。

業務内容	看護師	看護補助者	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技師
口腔ケア	97.7%	53.0%	0.1%	2.1%	2.9%	32.0%	1.3%	0.1%
	86.2%	5.8%	0.0%	0.0%	0.1%	2.2%	0.2%	0.0%
更衣	97.4%	80.9%	0.1%	6.5%	8.6%	2.1%	0.0%	0.1%
	73.4%	21.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
身体の清潔	97.9%	82.9%	0.0%	1.5%	2.5%	0.4%	0.0%	0.0%
	73.1%	21.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
環境整備	95.6%	94.4%	0.1%	3.2%	3.5%	1.6%	0.1%	0.1%
	48.4%	47.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
生活機能の回復支援（離床）	95.6%	35.4%	0.3%	68.3%	41.1%	8.5%	0.5%	0.1%
	74.4%	1.6%	0.1%	15.2%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%
患者宅への訪問	63.8%	2.2%	0.9%	38.9%	28.9%	6.9%	1.4%	0.0%
	51.3%	0.3%	0.0%	16.9%	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%
苦痛緩和・安楽のための世話	98.5%	35.8%	6.9%	14.9%	10.8%	4.3%	0.6%	0.1%
	95.7%	0.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

※上段は各職種が「関与している」と回答した病棟の割合、下段は各職種が「主として実施している」と回答した病棟の割合を示す。

病棟診療における検査業務の課題

採血、検査についての説明

「採血、検査説明については、・・・

医師と看護職員及び臨床検査技師との適切な業務分担を導入することで、医師等の負担を軽減することが可能となる。」

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進（医政発第1228001号）より

- 患者の**結果報告確認（特に早朝検査）**が**医師・看護師の本来業務が優先されることにより、患者処置が遅延してしまう場合がある**
- 看護師の業務負担軽減への取り組みとして、臨床検査技師による**採血・検査についての説明等**の実施への期待が高い割合を占めている（第306回中医協総会 入院医療(その3)より）

<医療現場における事例>

- ・検査結果のチェックもれや遅れによる処置および治療の遅延 ※医療安全情報：日本医療機能評価機構
- ・輸液中の四肢からの採血により検査結果に影響がおよび不要な治療が実施 ※医療安全情報：日本医療機能評価機構
- ・病棟採血検体の再採血の件数（採血管の間違いや採血量の不足等）

臨床検査技師の病棟配置による効果

- ・オンタイムで必要な生理検査実施（胸痛発作時の心電図記録）
- ・病棟採血／病棟内検査の実施 ・インシデントの減少（検体再採血率の減少等）
- ・検査説明（検査前／検査結果）を行う事で患者のセルフケア（自己管理）意識の啓発
- ・医師の具体的指示による検査結果のモニタリング（処置の遅延防止）
- ・看護師が患者の観察、直接ケアなど本来業務に専念できる

検査に関する専門的知識を有する臨床検査技師が病棟に常駐することにより、**タスクシェアリング**が推進し、**医師／看護師等の負担軽減**に繋がる。

入院料ごとの病棟の職員数（40床当たり）

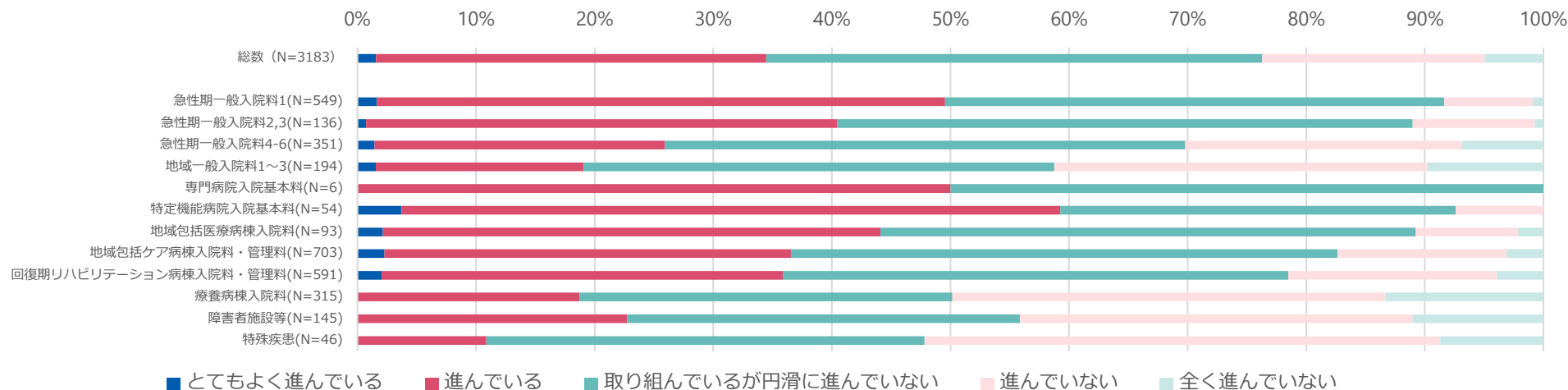
- 入院料ごとの病棟の職員数は、以下のとおり。
- 病棟における全職員数は急性期一般入院料の他、療法士が多く配置されている回復期リハビリテーション病棟が多い。管理栄養士や相談員の配置には病棟による差がみられた。また、臨床検査技師を配置している病棟もあった。

入院料	回答施設数	回答病棟数	全職員数	看護職員数	看護補助者	リハビリ職			管理栄養士	相談員	臨床検査技師		
						うち介護福祉士	うち理学療法士	うち作業療法士					
急性期一般入院料1	432	2620	35.52	27.62	3.80	0.51	1.52	0.97	0.37	0.18	0.33	0.32	0.05
急性期一般入院料_2-3	120	334	31.65	23.36	3.58	0.60	1.59	1.04	0.38	0.17	0.21	0.42	0.27
急性期一般入院料_4_6	273	405	31.44	21.05	4.75	0.83	1.43	0.99	0.29	0.14	0.35	0.30	0.26
特定機能病院入院基本料	40	547	35.56	29.62	2.74	0.04	0.24	0.15	0.06	0.03	0.19	0.15	0.01
専門病院入院基本料	6	31	29.58	26.28	2.61	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料	128	166	41.72	34.84	2.34	0.04	0.49	0.26	0.12	0.12	0.19	0.32	0.00
地域一般入院料1-2	61	68	34.32	18.09	5.09	0.96	3.20	2.44	0.58	0.19	0.72	0.47	0.59
地域一般入院料3	98	107	27.24	16.10	5.41	1.11	1.57	1.07	0.38	0.12	0.44	0.24	0.27
地域包括医療病棟入院料	82	91	38.03	21.88	6.21	1.68	4.78	3.20	1.08	0.49	0.76	0.69	0.34
地域包括ケア病棟入院料	406	457	32.07	19.23	6.50	2.11	3.33	2.06	0.90	0.38	0.36	0.64	0.15
地域包括ケア病棟入院料1	226	262	34.38	19.35	6.87	2.46	4.17	2.47	1.18	0.52	0.46	0.77	0.23
地域包括ケア病棟入院料2	176	190	28.96	19.15	5.96	1.65	2.14	1.48	0.48	0.18	0.21	0.45	0.04
地域包括ケア病棟入院料3	1	1	37.95	21.64	7.49	2.87	4.51	2.87	1.44	0.21	0.62	1.03	0.62
地域包括ケア病棟入院料4	4	4	27.29	14.68	6.98	1.22	4.02	2.45	1.35	0.22	0.30	0.60	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料	469	640	44.76	17.55	6.87	3.21	16.73	9.02	5.63	2.07	0.69	0.98	0.10
回復期リハビリテーション病棟入院料1	336	480	47.02	18.03	6.77	3.23	18.47	9.87	6.23	2.37	0.77	1.05	0.08
回復期リハビリテーション病棟入院料2	45	54	38.54	16.08	6.68	3.27	12.73	6.62	4.50	1.61	0.61	0.90	0.36
回復期リハビリテーション病棟入院料3	80	88	36.05	15.61	6.83	2.89	10.82	6.41	3.45	0.96	0.36	0.69	0.06
回復期リハビリテーション病棟入院料4	13	13	46.76	18.36	12.00	4.10	9.68	5.79	3.10	0.79	0.54	0.70	0.00
回復期リハビリテーション病棟入院料5	5	5	42.89	19.64	6.66	4.03	14.47	7.94	5.62	0.91	0.50	0.59	0.00
療養病棟入院料1	227	399	26.55	12.43	9.32	3.58	1.15	0.70	0.31	0.14	0.41	0.31	0.16
療養病棟入院料2	31	44	24.44	11.97	7.76	2.59	1.49	1.03	0.38	0.08	0.45	0.27	0.10
その他	260	409	34.25	20.11	7.76	3.07	2.29	1.24	0.70	0.35	0.25	0.40	0.14
全体	2122	6620	34.80	23.57	4.98	1.30	3.09	1.80	0.91	0.37	0.35	0.41	0.11

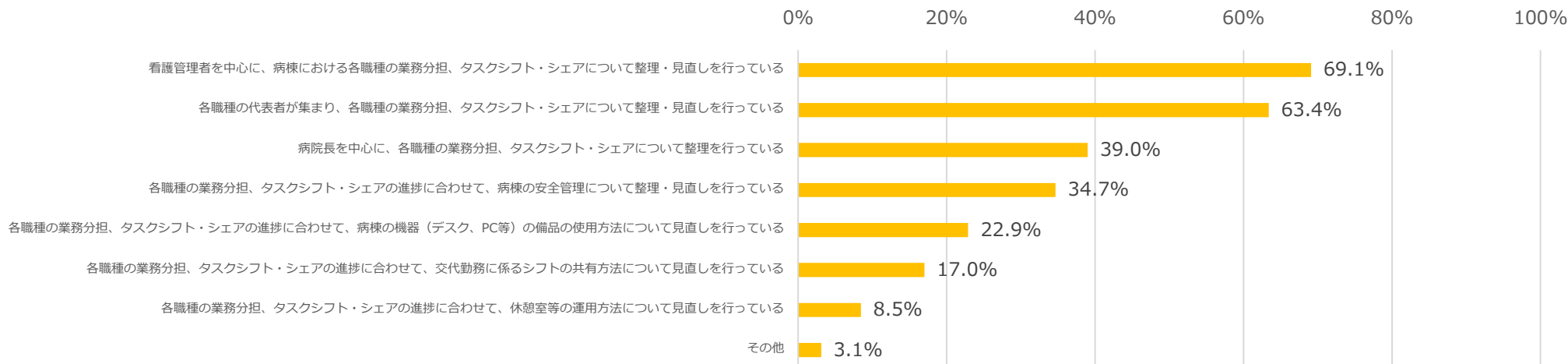
タスクシフト・シェアの進捗、工夫・取組について

- タスクシフト・シェアの取組について入院料別にみた場合、急性期一般入院料1～3、専門病院、特定機能病院、地域包括医療病棟において取組が進んでいる割合が高い傾向にあった。
- タスクシフト・シェアが進んでいる医療機関における工夫・取組として、看護管理者や各職種の代表者が集まり、各職種の業務分担、タスクシフト・シェアについて整理・見直しを行っているとの回答が多かった。

タスクシフト・シェアの取組の進行状況について



「ととてもよく進んでいる」「進んでいる」と回答した医療機関におけるタスクシフト・シェアを進めるための工夫や取組（複数回答あり）(N=1087)



- 病棟業務の多職種連携に関する調査において各専門職が関与している業務と、その結果を踏まえ想定されるメリットは以下のとおり。

職種	関与している業務	想定されるメリット
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> 残薬確認・処方依頼・セット 薬剤の準備・ミキシング 	薬学専門性に基づく服用薬剤情報の取扱いにより、薬物治療の精度向上、副作用や相互作用のリスクの低減、重複等を省くといった処方の効率化を実現できる。更に、病棟薬剤管理や無菌的処理により安全性が向上する。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> ADL、摂食・嚥下状態のスクリーニングや評価、計画作成 生活機能の回復支援（排泄、食事、離床） 食事介助、口腔ケア 	病棟でのADL・生活機能動作について、療法士が専門的視点に立って評価、指導を行うことで生活機能の回復を促進できる。
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> 栄養状態のスクリーニングや評価、計画作成 食形態や経腸栄養剤の検討 ミーラウンドや食事変更の調整 栄養指導や食事に関する相談対応 	的確な食事摂取量の把握や食欲等の聞き取りにより、患者の状態に応じた速やかな食事変更や相談対応ができる。
臨床検査技師	<ul style="list-style-type: none"> 検査の準備や実施 検査に関する患者への説明 	早朝や必要時の生理検査・検体検査の実施、医師の具体的指示による検査結果の確認により、その後の処置等を遅滞なく適時に実施できる。 適切な検査手技により、検体再採取率が減少する。

病棟における多職種連携に係る課題と論点①

(リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算やその連携に係る評価について)

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出ていると回答した医療機関は9%であった。届け出していない理由として、「常勤専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を2名以上配置(うち1名は専任でも可)」や「土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供量」を挙げた施設が多かった。
- 体制加算の算定病棟においては、リハビリテーションの早期介入割合、実施割合がともに高く、休日のリハビリテーション提供量も多かった。
- 体制加算の届出施設においては、患者の年齢や要介護度がやや高いにも関わらず、ADLが低下する患者の割合は3%未満という基準を満たしていた。体制加算を算定していない施設では、4%以上5%未満に緩やかなピークがみられた。
- 体制加算の算定ありの患者のほうが、低栄養の入力割合と入院栄養食事指導料の算定患者割合が高かった。また、算定ありの患者のほうが、入院時の低栄養の割合が高かった。
- 入院初日に禁食だった誤嚥性肺炎患者が入院3日目に食事を取っている割合は、体制加算算定ありで48.4%、算定なしで39.4%、入院7日目では算定ありで73.6%、算定なしで65.9%であり、いずれの時点も算定ありのほうが高かった。
- 入院患者の約3割は口腔衛生状態が不良であった。体制加算の算定有無による退院後の歯科受診状況に大きな差はなく、歯科受診率は低かった。

(病棟に配置された専門職の業務)

- 病棟専従の療法士の業務として、場面に応じたワンポイントかつ短時間のADL動作や生活機能の維持・向上等に係る指導を行っている事例があり、そのような取組は一定の効果が示されている。
- 回復期リハビリテーション病棟では、ADLや生活機能に係る項目に療法士が関与している割合が高かった。また、地域包括医療病棟では、地域包括ケア病棟に比べ、生活機能の回復に向けた排泄や離床の促しの支援、体位交換等の業務について療法士が関与している割合が高い傾向であった。
- 管理栄養士が就業時間の5割以上の時間を病棟で従事している割合は38.1%。管理栄養士の業務は、栄養管理業務のほか、給食関係業務も3割から4割程度占めている。
- 管理栄養士の病棟配置への評価は累次の改定で広がっている。専任配置の場合、病棟での業務内容が具体的に示されている。専従配置の場合のほうが、専従管理栄養士の裁量が大きい一方、当該病棟の退院患者の支援であっても病棟外での業務は含まれない。
- 病棟における全職員数は急性期一般入院料の他、療法士が多く配置されている回復期リハビリテーション病棟が多い。管理栄養士や相談員の配置には病棟による差がみられた。

病棟における多職種連携に係る課題と論点②

(病棟業務における多職種の関わり)

- 病棟の看護業務について、看護師は「診察・治療」「患者のケア」に従事している時間が全体の半分を占めており、「看護記録」や「情報共有」の時間がそれに続いた。
- 「診察・治療」に係る業務として、栄養状態、摂食・嚥下状態、ADL、口腔の状態等に関するスクリーニング・評価や各種計画の作成については、管理栄養士や療法士がそれぞれ主として実施している病棟が多かった。
- 食事に関する業務について、管理栄養士が関与している病棟が多かったが、ミールラウンドや食事変更の調整を主として実施している病棟は約2割だった。
- 薬剤の準備・投与に関する業務は薬剤師が関与している病棟が多かった。一方、薬剤の投与、バイタルサイン等の測定、検査実施や診察の介助、吸引については、看護師が主として実施している病棟がほとんどであった。
- 検査の準備や実施について、臨床検査技師が実施している病棟が約3割あった。臨床検査技師が病棟に常駐することにより、検査工程の全てに参画することで医師・看護師の負担軽減に繋がった事例がある。
- 「患者のケア」に係る業務の多くは、看護師が主として実施していると回答した病棟が多かった。
- 多職種が専門性を発揮しつつ、多職種間で病棟業務を協働して行うことで、様々なメリットが想定される。

【論点】



- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算等については、療法士の配置基準や休日のリハビリテーション実施の要件が厳しいという意見があり、体制加算の届出は少ない。一方、届出している病棟では、早期のリハビリテーション介入、高いリハビリテーション実施割合、休日の充実したリハビリテーション等の高い取組により、一般的にADLが下がりやすい患者を対象に良い結果を出していることや、口腔衛生などリハビリテーション以外の取り組みを含めて促していく観点から、本加算の評価の在り方や要件について、どのように考えるか。
- 特に高齢者の多い急性期の病棟等において、多職種における協働を促し、ニーズに応じて病棟に多職種を含めて配置をする等により柔軟な対応を可能にすることについて、どのように考えるか。その際、病棟に配置されている管理栄養士や療法士の病棟での業務を推進することについて、どのように考えるか。また、管理栄養士が特定機能病院で専従配置の場合も退院患者の支援を継続的に行うことについて、どのように考えるか。