

個別事項(その10)

リハビリテーション・栄養・口腔

1. リハビリテーションについて
2. 栄養管理について
3. 口腔管理について
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

2. 持続可能な社会保障制度の構築

健康寿命を延伸し、高齢者の労働参加を拡大するためにも、健康づくり・予防・重症化予防を強化し、デジタル技術を活用したヘルスケアイノベーションの推進やデジタルヘルスを含めた医療分野のスタートアップへの伴走支援などの環境整備に取り組むとともに、第3期データヘルス計画を見据え、エビデンスに基づく保健事業²⁵⁵を推進する。**リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る。**全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の集積・活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医科歯科連携を始めとする関係職種間・関係機関間の連携、歯科衛生士・歯科技工士等の人材確保の必要性を踏まえた対応、歯科技工を含む歯科領域におけるICTの活用を推進し、歯科保健医療提供体制構築と強化に取り組む。また、市場価格に左右されない歯科用材料の導入を推進する。計画²⁵⁶に基づき、がんの早期発見・早期治療のためのリスクに応じたがん検診の実施や適切な時機でのがん遺伝子パネル検査の実施、小児がん等に係る治療薬へのアクセス改善などのがん対策及び循環器病対策を推進する。また、難聴対策、難病対策、移植医療対策²⁵⁷、慢性腎臓病対策、アレルギー疾患対策、メンタルヘルス対策、栄養対策等を着実に推進する。

255 予防・重症化予防・健康づくりの政策効果に関する大規模実証事業を活用する。

256 「がん対策推進基本計画」（令和5年3月28日閣議決定）及び「循環器病対策推進基本計画」（令和5年3月28日閣議決定）。

257 臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言2018年版において、「各国は臓器提供と臓器移植の自給自足の達成に努めるべきである」等とされたことを踏まえ、国内の移植医療を推進する。

テーマ2:リハビリテーション・口腔・栄養

(1)リハビリテーション・口腔・栄養の一体的な取組

- リハビリテーション・口腔・栄養は、多職種が連携し、的確に対象者を把握し、速やかに評価や介入を行える体制を構築することが重要。その際、患者の経過や全身状態を継続的に観察している看護職がアセスメントした情報を多職種と共有し、早期の対応につなげるという体制構築が重要。
- 令和3年度介護報酬改定で示されたリハビリ、口腔管理、栄養管理に係る一体的な計画書は、医療でも活用可能。多職種による計画作成を後押しする仕組みが必要。
- リハビリ・口腔・栄養の連携として、目標を共有することは理解できるが、誰が中心となって全体の進捗を管理するのか明確にすることも重要。

(2)リハビリテーション

- 急性期・回復期と生活期のリハビリテーションの円滑な移行について、フェーズに応じてプログラム内容を変化させていくための仕組みが必要。医療機関で完結することが前提ではなく生活期で更なるQOL向上を目指すために、急性期・回復期では何をすべきかという視点が医療側に求められる。
- 医療側のリハビリテーションの計画が、介護事業者と十分に情報共有されていないことは問題。計画書を介護事業者に提供した場合の評価が診療報酬としては存在しており、情報提供を評価するという方法では改善が難しい。

(3)口腔

- 病院や介護保険施設等において、口腔の問題等が認識されていないことは課題。歯科専門職以外の職種も理解できる口腔アセスメントの普及も必要。末期がん患者への対応など、状態に応じた口腔管理の推進が必要。
- 歯科医師と薬剤師の連携の推進は重要。また、口腔と栄養の連携も更に推進が必要。

(4)栄養

- 潜在的な低栄養の高齢者が多いことが課題であり、踏み込んだ対策が必要。
- 医療機関や介護保険施設では管理栄養士や多職種による栄養管理が行われているが、退院・退所後、在宅での栄養・食生活支援を行うための社会資源の充実が望まれる。

テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかり受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないか。

(3) 入退院支援

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

リハビリテーション・栄養・口腔に係る中医協総会等における主な意見

<令和5年9月27日 中医協基本問題小委委員会>

- リハビリテーション・栄養との連携における口腔管理の取組について、医療機関の歯科標榜の有無、外部の歯科医療機関との連携状況によって、どの程度の差が出ているのか分析が必要ではないか。

<令和5年11月8日 中医協総会 入院について（その2）>

- 誤嚥性肺炎の患者は、摂食嚥下リハビリテーションや適切な栄養管理の対応が可能な病棟で受け入れるべき。
- 急性期医療の中で高齢者の廃用性機能障害を防止し、ADLを維持するための対応は充実すべきであり、急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置を充実していく必要がある。回復期リハ病棟や療養病棟では365日リハビリテーションを提供できる体制が構築されているが、急性期病棟においても同様の体制を構築する仕組みが必要。
- ADL維持向上等体制加算の届出件数は少ないが、この評価が十分でないため体制構築に至っていないと捉えられる。充実したリハビリテーションを提供することを担保として、この評価を充実させるべきと考える。

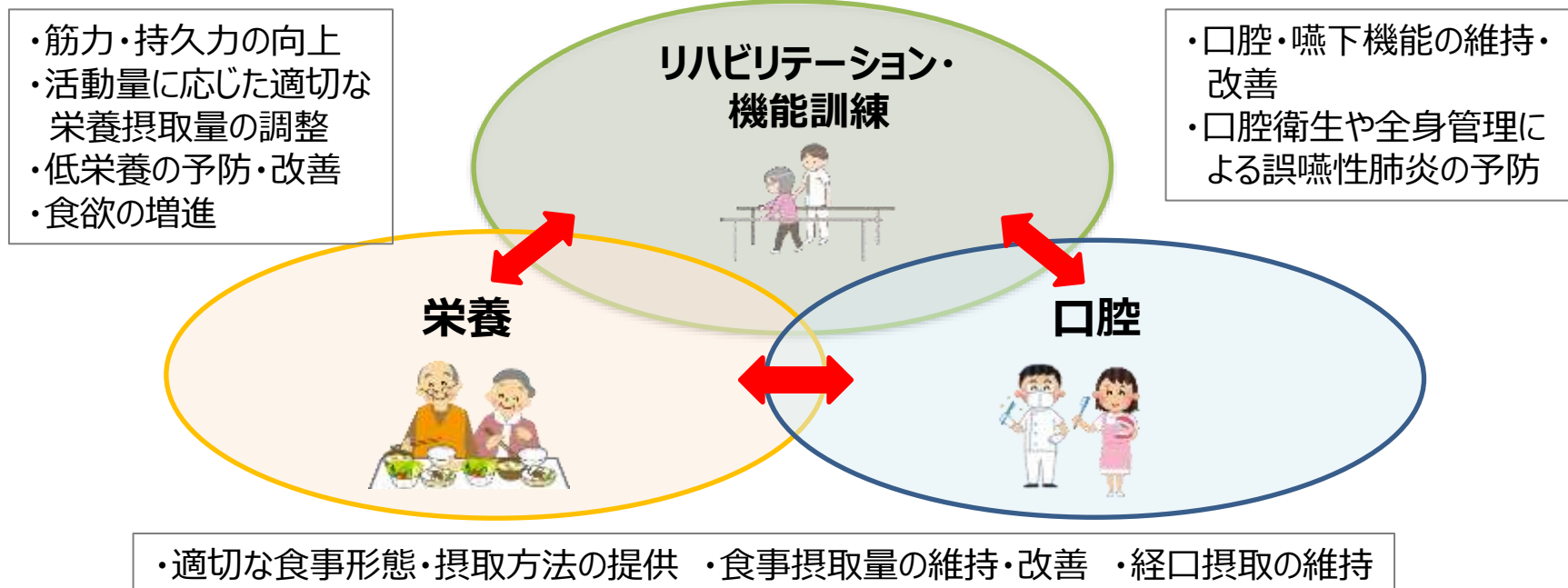
入院・外来医療等の調査・評価分科会における主なご意見

<入院・外来医療等の調査・評価分科会（検討結果とりまとめ）>

- 急性期入院医療における高齢者のADL悪化を防ぐ取組は喫緊の課題であり、予防の取組を推進することが重要。一方、ADL悪化を予防するためには、リハビリテーションを実施するだけでなく、看護体制や介護福祉士の配置等を含めて、パッケージとしての対応を検討すべきとの指摘があった。
- 休日を含めて早期からの切れ目のないリハビリテーションが提供されることが極めて重要。土日祝日にリハビリテーションを提供するための体制を確保するため、このような取組は診療報酬において評価されるべきとの指摘があった。
- ADL維持向上等体制加算の届出実態は極めて少ないが、疾患別リハビリテーション料と当該加算を併用できるよう見直すべきではないか、また点数設計を見直す必要があるとの指摘があった。
- 栄養・摂食嚥下状態に関する状況を把握していくことは重要であり、低栄養の世界的診断基準や通常の評価項目等を参考にして、DPCデータ（様式1）の項目を検討してはどうかとの指摘があった。
- 病棟における管理栄養士の業務について、
 - 入院早期から速やかに評価や栄養管理を行うことは重要であり、入院栄養管理体制加算の対象拡大も考慮してはどうか
 - 栄養情報提供書の作成やミールラウンドは十分に行われているとはいえ、管理栄養士が果たすべき役割を改めて明確にして、しっかりと対応を進めるべきとの指摘があった。
- 他の医療機関や介護保険施設に退院する患者は、入院栄養食事指導の対象ではないが栄養情報連携が必要な場合もあり、入院栄養食事指導の対象や栄養情報連携の仕組みについて、医療と介護の連携が更に進むよう検討してはどうかとの指摘があった。
- 栄養状態の評価や提供栄養量に応じてリハビリテーションが実施されることで生活機能の改善や維持が図られるものであり、リハビリテーションと栄養の取組は組み合わせで推進されるよう検討すべきとの指摘があった。
- リハビリテーションが実施される時間帯以外における、看護職員等による生活リハビリテーションが提供されることも重要との指摘があった。

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理



- リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

1. リハビリテーションについて

1-1. 概要

1-2. 疾患別リハビリテーション料について

1-3. 医療・介護・障害福祉サービスの連携について

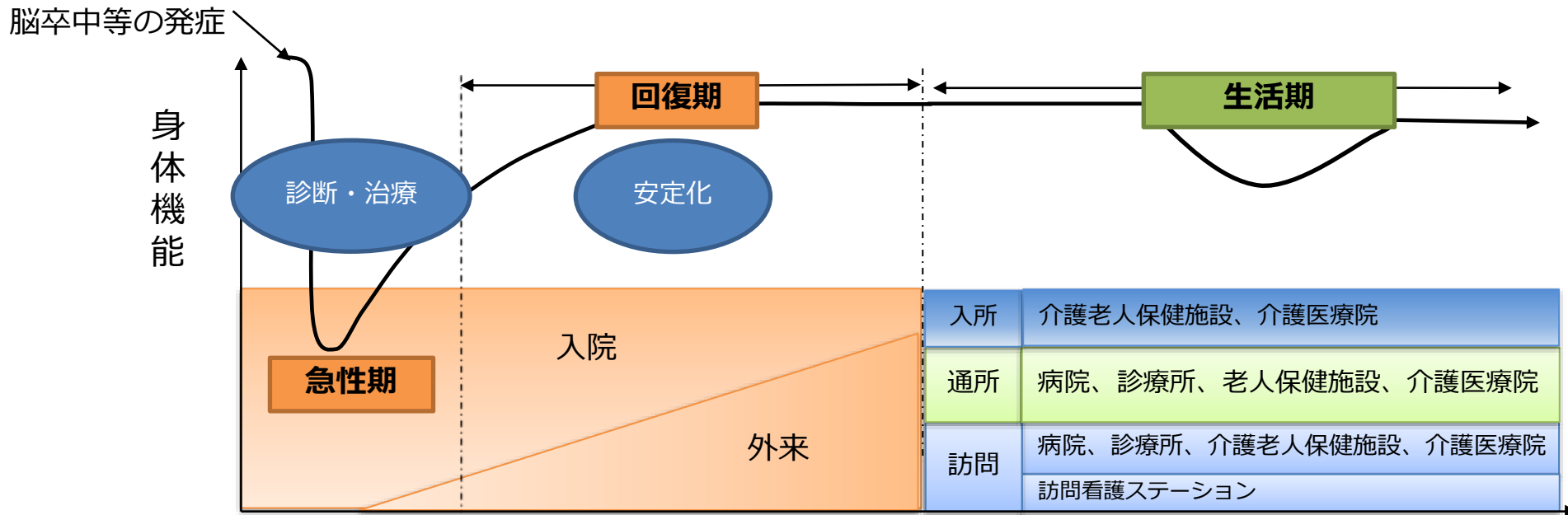
1-4. がん患者に対するリハビリテーションについて

2. 栄養管理について

3. 口腔管理について

4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



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

疾患別リハビリテーション料の見直し①

疾患別リハビリテーション料の算定要件の見直し

- 質の高いリハビリテーションを更に推進する観点から、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する。

改定後

【リハビリテーション】

【算定要件】（概要）

- ・ **1か月に1回以上、FIM（機能的自立度評価法）の測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断する**
- ・ リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付
- ・ 「**特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて**」の「**別添2**」の様式に基づき、**1年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、FIM等について報告を行うこととする**
（ただし、FIMの測定については、令和4年9月30日までの間にあってはこの限りではない。）

★疾患別リハビリテーション料の点数について（イメージ）
（脳血管リハビリテーション料（I）の場合）

赤枠の部分（標準的算定日数を超えた場合であって、医学的に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認められた場合）について、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する。

		発症した日等 ～180日まで	181日以降
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 ・回復期リハ病棟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 	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">245点</div>
	対象	要介護・要支援被保険者 以外の者	245点 (月13単位まで)
	対象	要介護・要支援被保険者 (入院中)	147点 (月13単位まで)
	対象	要介護・要支援被保険者 (入院中以外)	

標準的算定日数を超えた場合の点数

外来医療等におけるデータ提出に係る評価の新設

- ▶ 外来医療、在宅医療及び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、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、疾患別リハビリテーション料等において、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する。

生活習慣病管理料

(新) 外来データ提出加算 50点 (月1回)

[算定要件]

- ・ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の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**は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) **外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。
- (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料

(新) 在宅データ提出加算 50点 (月1回)

疾患別リハビリテーション料

(新) リハビリテーションデータ提出加算 50点 (月1回)

※ 在宅データ提出加算とリハビリテーションデータ提出加算の算定要件・施設基準は外来データ提出加算と同様。

外来・在宅・リハデータ提出加算での主な入力項目について

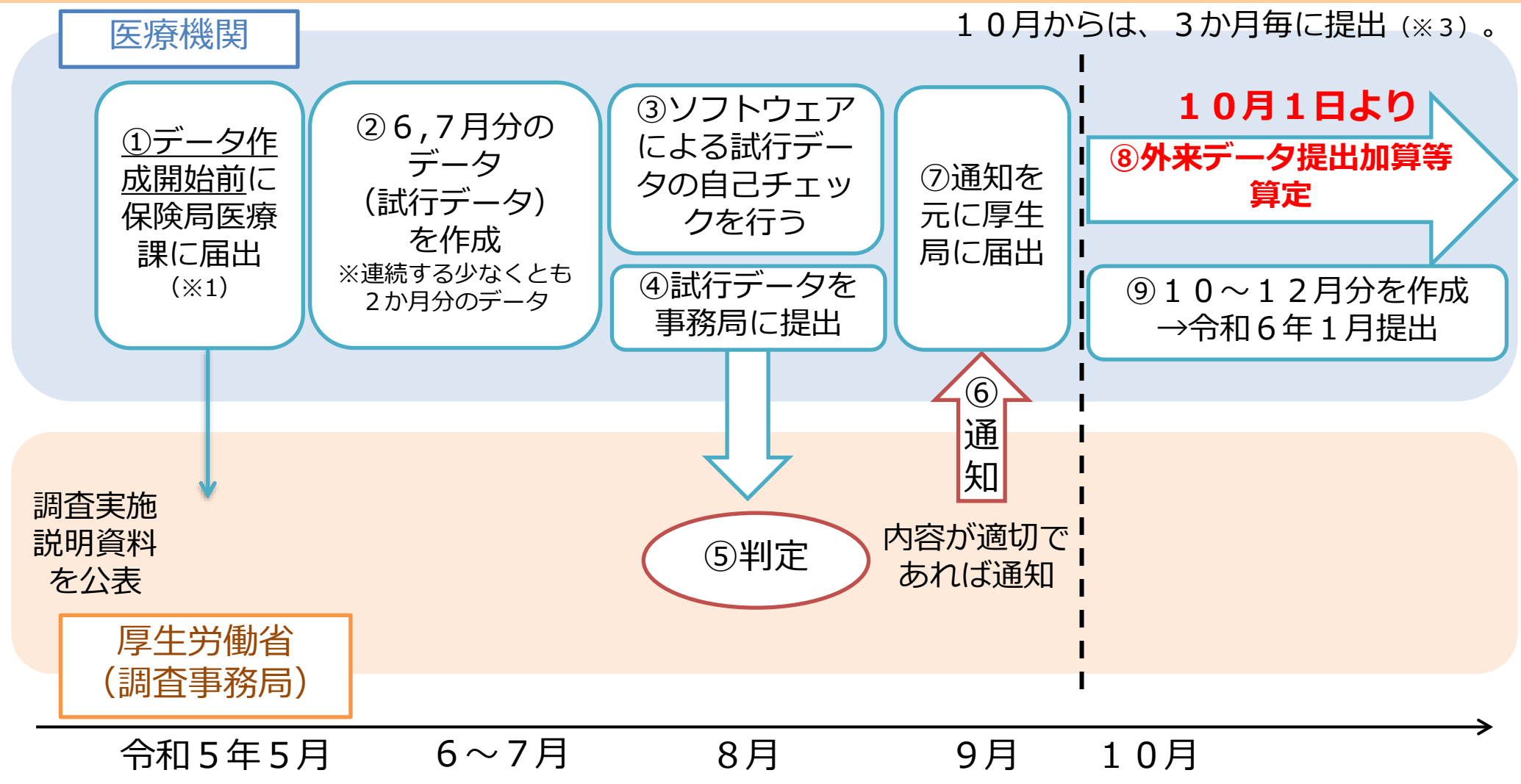
〈共通〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈リハビリテーションデータ提出加算〉

大項目	項目名
入院加療を受けた場合の退院年月日	退院年月日
ADL	バーセルインデックス
	FIM
リハビリテーションを提供した職種	理学療法士
	作業療法士
	言語聴覚士
	医師
	看護師
	その他

外来医療等のデータ提出を始める医療機関のスケジュール（イメージ）



※1 5/20までに厚生局を経由して届出（施設の状況により若干時期が異なる）

※2 自己チェック用のソフトは厚生労働省が追って作成・配付。医療機関側で提出前にチェックを実施（必須）。

※3 提出データについては、より詳細な点検を厚生労働省（調査事務局）にて実施し、データの追加提出を求める場合がある。 14

令和5年度提出スケジュール

様式7の10	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R06 4月	5月	6月	7月		
R05年5月20日までに届出	試行データ作成対象期間	試行提出	様式7の11提出と受理	加算開始	加算継続											
					本データ作成対象期間	本提出開始	調査継続									
R05年8月22日までに届出				試行データ作成対象期間	試行提出	様式7の11提出と受理	加算開始	加算継続								
					本データ作成対象期間	本提出開始	調査継続									
R05年11月21日までに届出						試行データ作成対象期間	試行提出	様式7の11提出と受理	加算開始	加算継続						
							本データ作成対象期間	本提出開始	調査継続							
R06年2月20日までに届出	<p>令和5年8月に試行データを提出した医療機関のうち、</p> <ul style="list-style-type: none"> ■10月から加算を開始した医療機関数(10月5日時点) 外来データ提出加算 : 20施設 在宅データ提出加算 : 47施設 リハビリテーションデータ提出加算 : 52施設 															

※ 本表における加算開始時期及び本データ作成時期は、あくまで最短のスケジュールを示したものであり、様式7の11の届出時期によって異なることに注意すること。15

1. リハビリテーションについて

1-1. 概要

1-2. 疾患別リハビリテーション料について

1-3. 医療・介護・障害福祉サービスの連携について

1-4. がん患者に対するリハビリテーションについて

2. 栄養管理について

3. 口腔管理について

4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

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 ・心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を見直し ・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 ・廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化 ・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)

リハビリテーションに係る主な改定の経緯②

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 ・心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を緩和 ・運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の評価を充実 ・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) ・リンパ浮腫指導管理料の実施職種に作業療法士を追加 ・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
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)

疾患別リハビリテーション料の変遷

理学療法、作業療法、
言語聴覚療法
(個別療法、集団療法)

心大血管疾患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

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

廃用症候群リハビリテーション料

早期加算

初期加算

平成18年

- ・疾患別リハビリテーション料が新設 ・集団療法に係る評価の廃止
- ・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逡減制を廃止

平成22年

- ・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
- ・廃用症候群に対するリハビリテーションを評価 ・早期加算を引き上げ

平成24年

- ・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

平成26年

- ・廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化

平成28年

- ・廃用症候群に対するリハビリテーションの評価を適正化
- ・心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を緩和
- ・運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の評価を充実

平成30年

- ・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

令和2年

- ・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

令和4年

- ・リハビリテーションデータ提出加算の創設

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	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	病院 100m ² 以上 診療所 45m ² 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			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
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

早期リハビリテーションの評価

➤ 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、早期のリハビリテーションの充実を図る。

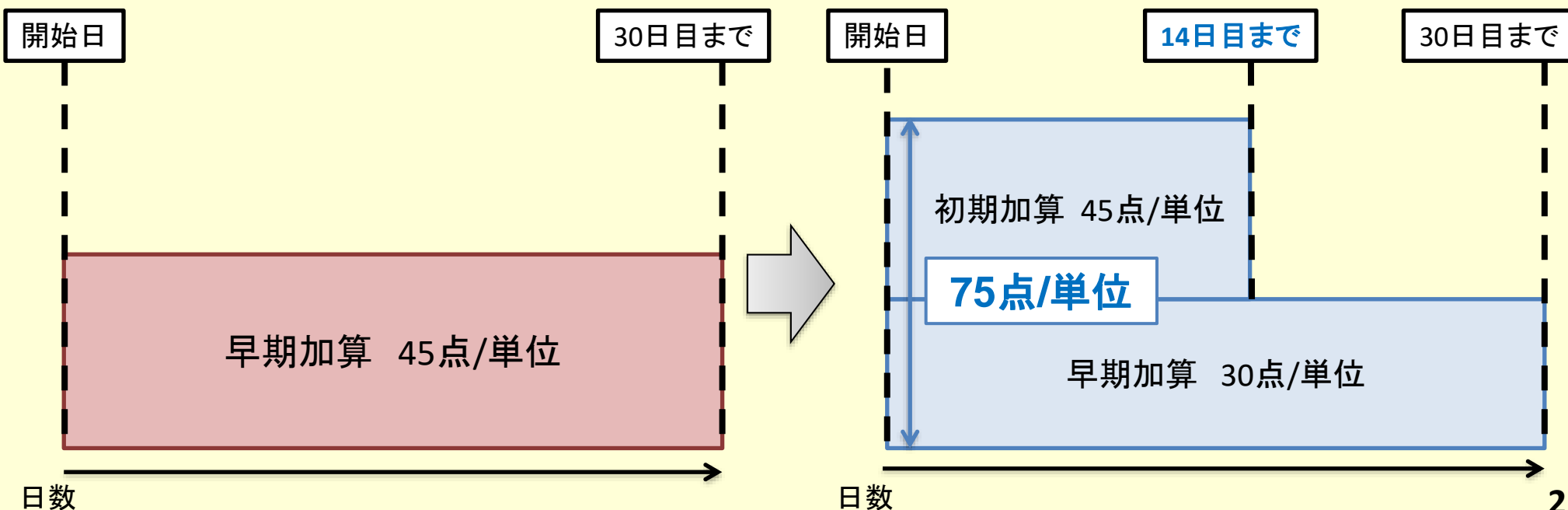
(新) リハビリテーション初期加算 45点 (14日目まで)

(改) 早期リハビリテーション加算 45点→ 30点 (30日目まで)

- リハビリテーション初期加算はリハビリテーション科の常勤医師が勤務している場合に算定できる。
- リハビリテーション初期加算と早期リハビリテーション加算は併算定可能。

【現行】

【改定後】



早期加算・初期加算の概要

早期加算(1単位あたり) 30点

発症、手術又は急性増悪から30日を限度として加算

初期加算(1単位あたり) 45点

発症、手術又は急性増悪から14日を限度として加算

※早期加算、初期加算いずれも心大血管疾患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。

【早期加算の概要】

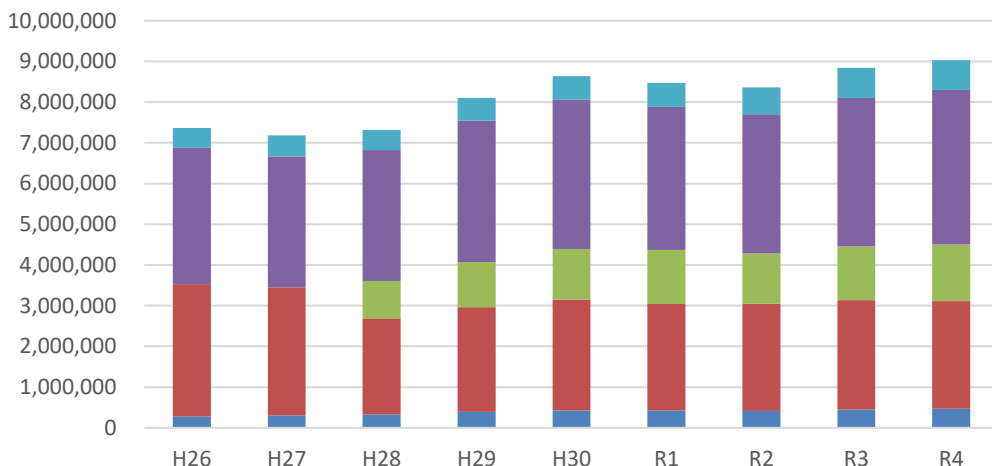
- 発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したもの。

【初期加算の概要】

- 発症、手術又は急性増悪後より早期からのリハビリテーションの実施について評価したもので、早期加算とは別に算定可能。

早期加算(算定回数)

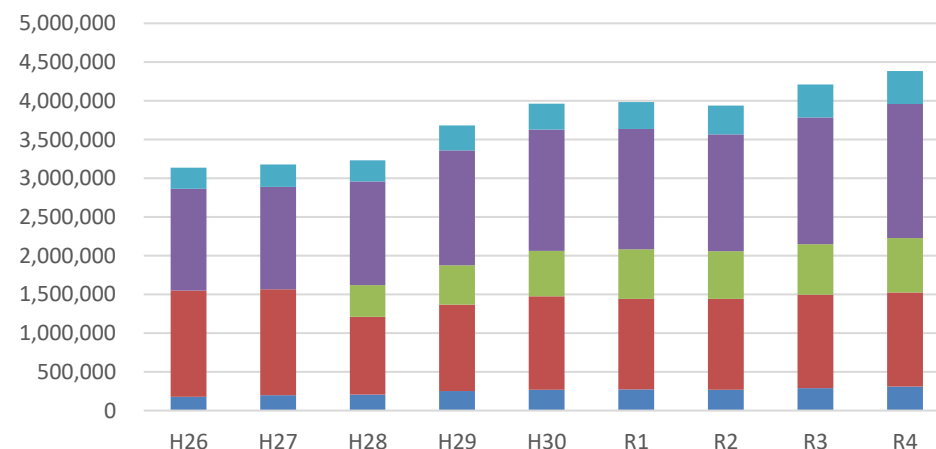
(回)



- 呼吸器リハビリテーション料 早期リハビリテーション
- 運動器リハビリテーション料 早期リハビリテーション
- 廃用症候群リハビリテーション料 早期リハビリテーション
- 脳血管疾患等リハビリテーション料 早期リハビリテーション
- 心大血管疾患リハビリテーション料 早期リハビリテーション

初期加算(算定回数)

(回)



- 呼吸器リハビリテーション料 初期加算
- 運動器リハビリテーション料 初期加算
- 廃用症候群リハビリテーション料 初期加算
- 脳血管疾患等リハビリテーション料 初期加算
- 心大血管疾患リハビリテーション料 初期加算

- 急性期病棟に入院した誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている。
- 早期リハビリテーションを実施する場合において、1日2単位以上のリハビリテーションを提供することが、死亡率の改善、自宅退院割合の向上、在院日数の短縮につながることを示されている。

- DPC対象病院に入院した70歳以上の誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後3日以内の早期リハビリテーションの実施は有意に死亡率の軽減と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比0.71, 95%信頼区間0.64 -0.79)。

Momosaki R, et al. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Feb;96(2):205-9.

	早期リハ群 (N=16,835)	対照群 (N=51,749)	P value
年齢	85.0±6.8	85.0±7.0	.99
女性	7,426 (44.1)	25,166 (48.6)	.093
30日後死亡	861 (5.1)	3671 (7.1)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- DPC対象病院に入院した誤嚥性肺炎患者を対象とした研究において、入院後7日以内の早期リハビリテーションの実施は有意にADLの改善と関連していた。多変量解析においても同様の結果であった(オッズ比1.57, 95%信頼区間1.50-1.64)。

Yagi M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2016 Nov;16(11):1181-1187.

	早期リハ群 (N=48,201)	対照群 (N=64,357)	P value
年齢	84.1±8.1	83.8±8.5	.017
女性	21,201 (44.0)	30,958 (48.1)	<.001
ADL改善	12,867 (33.9)	13,275 (25.4)	<.001

※ 論文を元に医療課で作成 数値は平均値±標準偏差または度数(%)

- 入院後3日以内の早期リハビリテーションが実施された誤嚥性肺炎患者(4,148例)を対象としたデータベース研究において、1日あたり2単位以上のリハビリテーションの実施は、1単位未満と比較して、有意に死亡率の低下(オッズ比0.66, 95%信頼区間0.45-0.97)、自宅退院割合(オッズ比2.00, 95%信頼区間1.48-2.71)、在院日数の短縮(係数-4.54, 95%信頼区間-8.69 - -0.40)に関連していた。

Kato Y. et al. Int J Rehabil Res. 2023 Apr 12. Online ahead of print.

- 診療ガイドラインにおいて、急性期脳卒中患者に対し、積極的なリハビリテーションを発症後できるだけ早期から行うことがすすめられている。

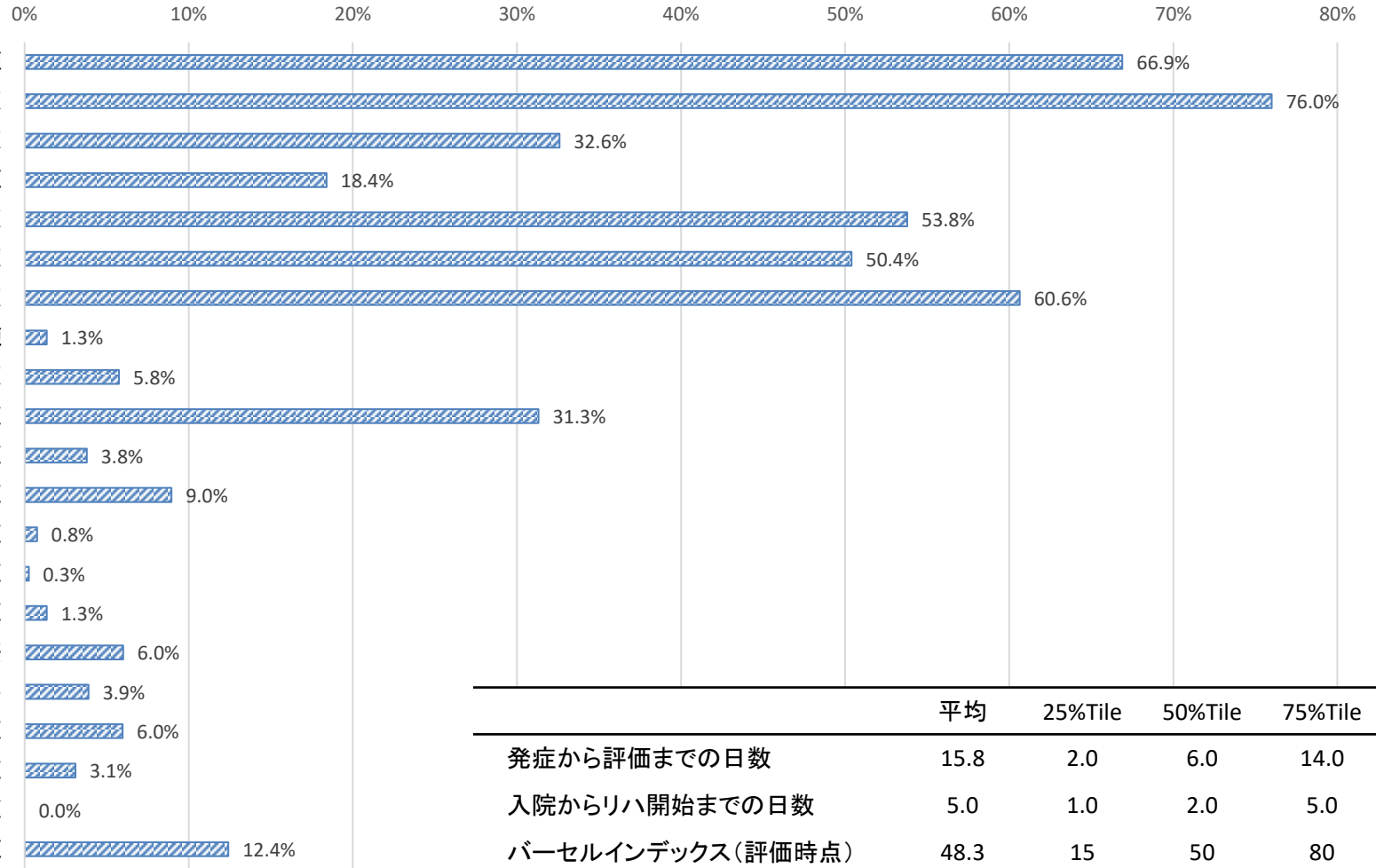
脳卒中治療ガイドライン2021(一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会)より抜粋

- 合併症を予防し、機能回復を促進するために、24～48時間以内に病態に合わせたリハビリテーションの計画を立てることが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- 十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。
- 脳卒中急性期症例は、多職種で構成する脳卒中専門チームが、持続したモニター管理下で、集中的な治療と早期からのリハビリテーションを計画的かつ組織的に行うことのできる脳卒中専門病棟であるStroke Unit(SU)で治療することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル高)。
- リハビリテーションプログラムは、脳卒中の病態、個別の機能障害、日常生活動作(ADL)の障害、社会生活上の制限などの評価およびその予後予測に基づいて計画することが勧められる(推奨度A、エビデンスレベル中)。

急性期病棟におけるリハビリテーションの提供内容

○ 急性期病棟におけるリハビリテーションの提供内容は以下のとおりであり、筋力増強訓練、関節可動域訓練、起立・歩行訓練が多い。

訓練提供内容 (N=2,386)



	平均	25%Tile	50%Tile	75%Tile
発症から評価までの日数	15.8	2.0	6.0	14.0
入院からリハ開始までの日数	5.0	1.0	2.0	5.0
バーセルインデックス(評価時点)	48.3	15	50	80

疾患別リハビリテーション料等ごとの実施されている提供内容

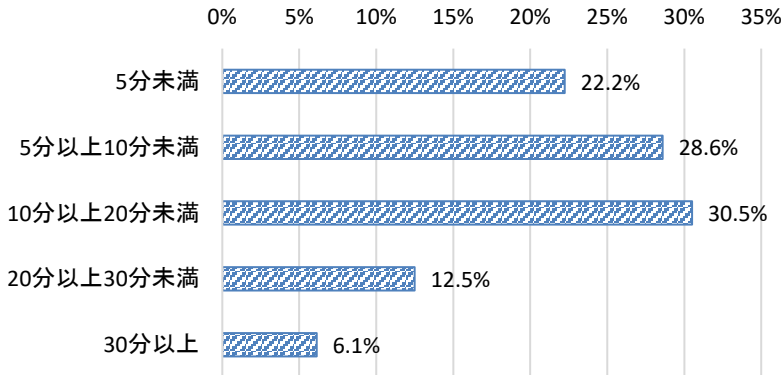
○ 急性期病棟における疾患別リハビリテーション料等ごとの実施されている提供内容は以下のとおり。脳血管疾患等リハビリテーション料においては、他の疾患別リハ料より高次脳機能障害や言語聴覚療法に係る内容が多い。

	全体 (N=2746)	心大血管疾患 (N=272)	脳血管疾患等 (N=851)	廃用症候群 (N=405)	運動器 (N=628)	呼吸器 (N=317)	がん患者 (N=262)
1. 関節可動域 (ROM) 訓練	66.9%	58.1%	71.9%	55.8%	83.8%	57.4%	49.2%
2. 筋力増強訓練	76.0%	72.4%	68.0%	80.5%	89.0%	67.2%	79.3%
3. 持久力訓練	32.6%	42.6%	30.7%	36.8%	30.4%	27.4%	34.4%
4. 協調性・バランス訓練	18.4%	10.3%	28.7%	13.3%	18.2%	8.2%	13.8%
5. 座位・立位訓練	53.8%	59.9%	58.0%	50.6%	53.0%	51.7%	44.7%
6. 基本動作訓練	50.4%	43.4%	52.5%	54.8%	55.7%	40.1%	45.4%
7. 起立・歩行訓練	60.6%	67.6%	55.2%	62.5%	67.5%	50.5%	65.6%
8. 義肢装具装着訓練	1.3%	0.0%	1.3%	1.0%	3.5%	0.0%	0.0%
9. 巧緻動作訓練	5.8%	0.4%	10.7%	3.0%	6.4%	0.9%	4.2%
10. ADL訓練	31.3%	19.5%	39.2%	29.9%	38.5%	16.1%	22.1%
11. IADL訓練	3.8%	0.4%	6.2%	3.5%	4.8%	0.6%	1.5%
12. 高次脳機能障害に対する訓練	9.0%	0.4%	24.2%	3.7%	0.5%	2.8%	4.6%
13. 対人関係訓練	0.8%	0.0%	1.3%	2.0%	0.2%	0.0%	0.4%
14. 就労訓練	0.3%	0.4%	0.6%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%
15. 余暇活動訓練	1.3%	0.0%	1.2%	3.7%	1.0%	0.0%	2.3%
16. 環境調整	6.0%	3.3%	6.9%	9.1%	6.1%	3.2%	4.6%
17. 患者や関わる者に対する情報提供	3.9%	2.9%	4.7%	3.0%	3.3%	5.4%	3.4%
18. 言語訓練	6.0%	0.4%	15.7%	3.5%	0.0%	3.8%	1.1%
19. 音声訓練	3.1%	0.7%	7.3%	1.2%	0.0%	3.5%	1.9%
20. 聴覚訓練	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
21. 摂食嚥下障害に対する訓練	12.4%	3.3%	21.0%	16.5%	0.5%	19.9%	7.6%

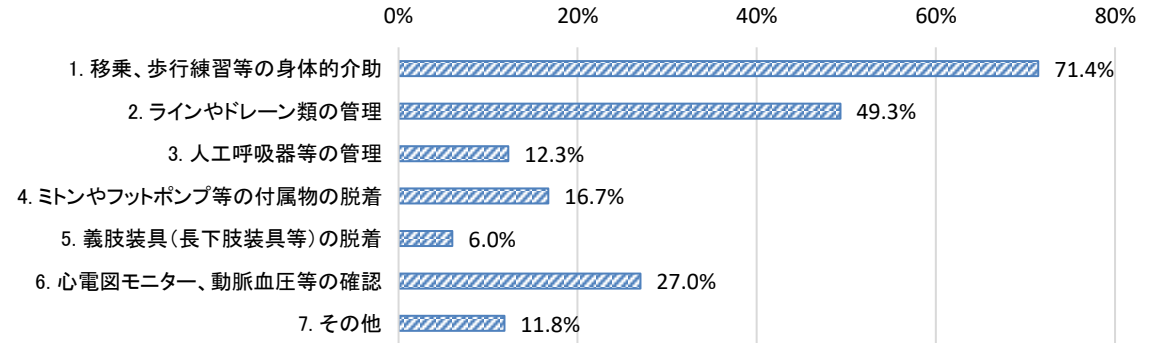
疾患別リハビリテーションにおける追加的対応

- 複数人による訓練提供をした時間としては10分以上20分未満、追加的な対応をした人数は1名が最多であった。複数人による訓練提供の内容としては、移乗、歩行練習等の身体的介助が約7割であった。
- 訓練提供時間以外に10分以上の時間を要した理由としては、医師・看護師等の情報共有が最多であった。

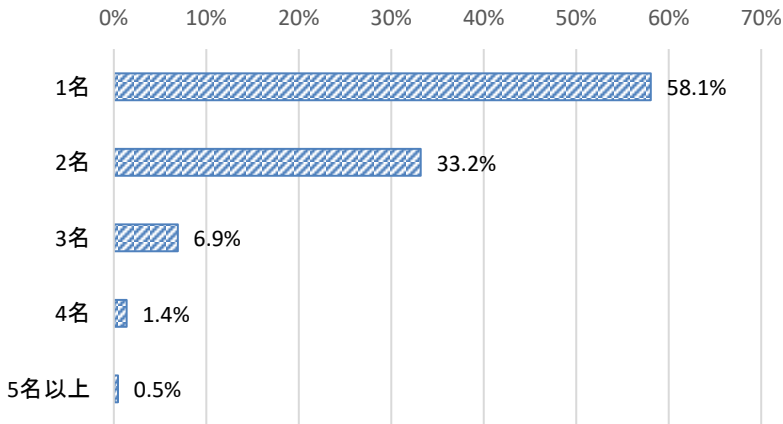
複数人による訓練提供をした時間(N=472)



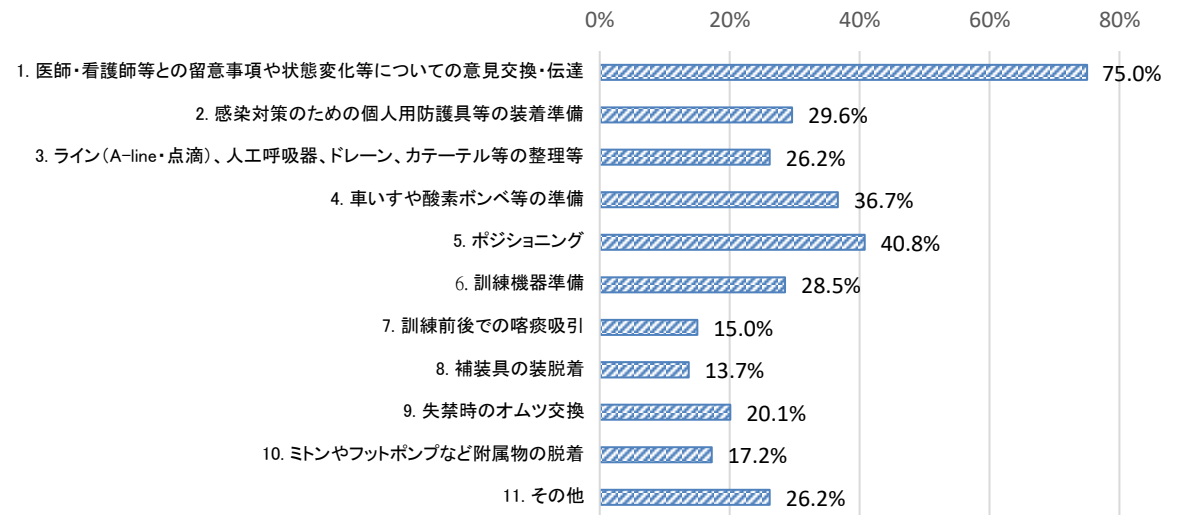
複数人による訓練提供の内容(N=448)



複数人による訓練提供をした場合の追加的な対応をした人数(N=434)



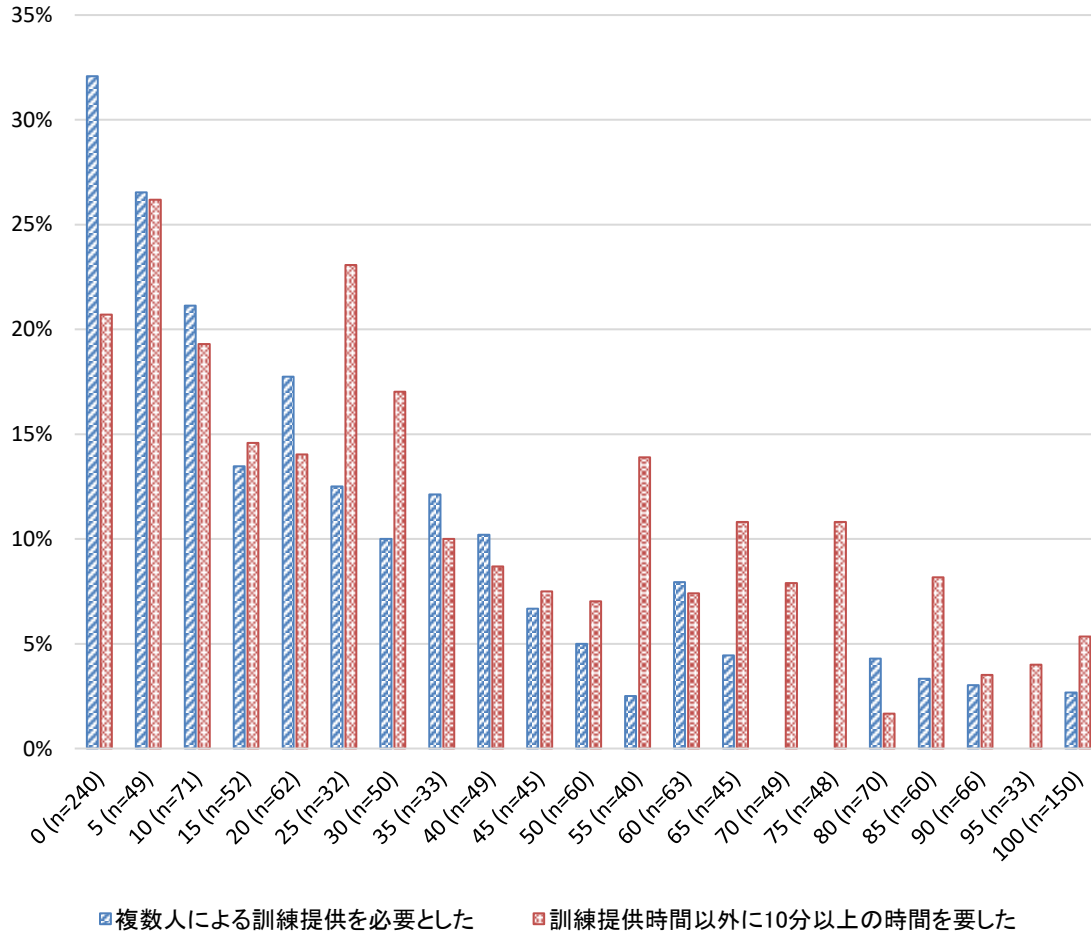
訓練提供時間以外に10分以上の時間を要した理由(N=592)



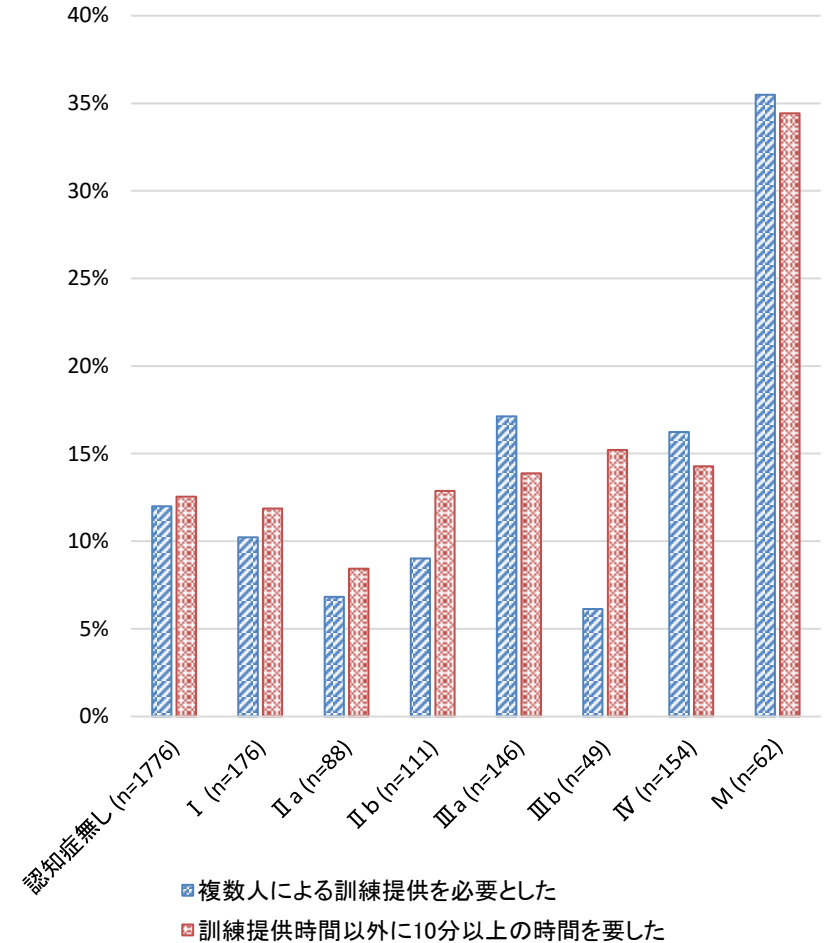
疾患別リハビリテーションとADL・認知症

○ ADLが低いほど、また認知症が重症であるほど、疾患別リハビリテーションを実施する際に、複数人による訓練提供及び訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあった。

追加的な対応の実施割合
(バーセルインデックス別)



追加的な対応の実施割合
(認知症高齢者の日常生活自立度別)

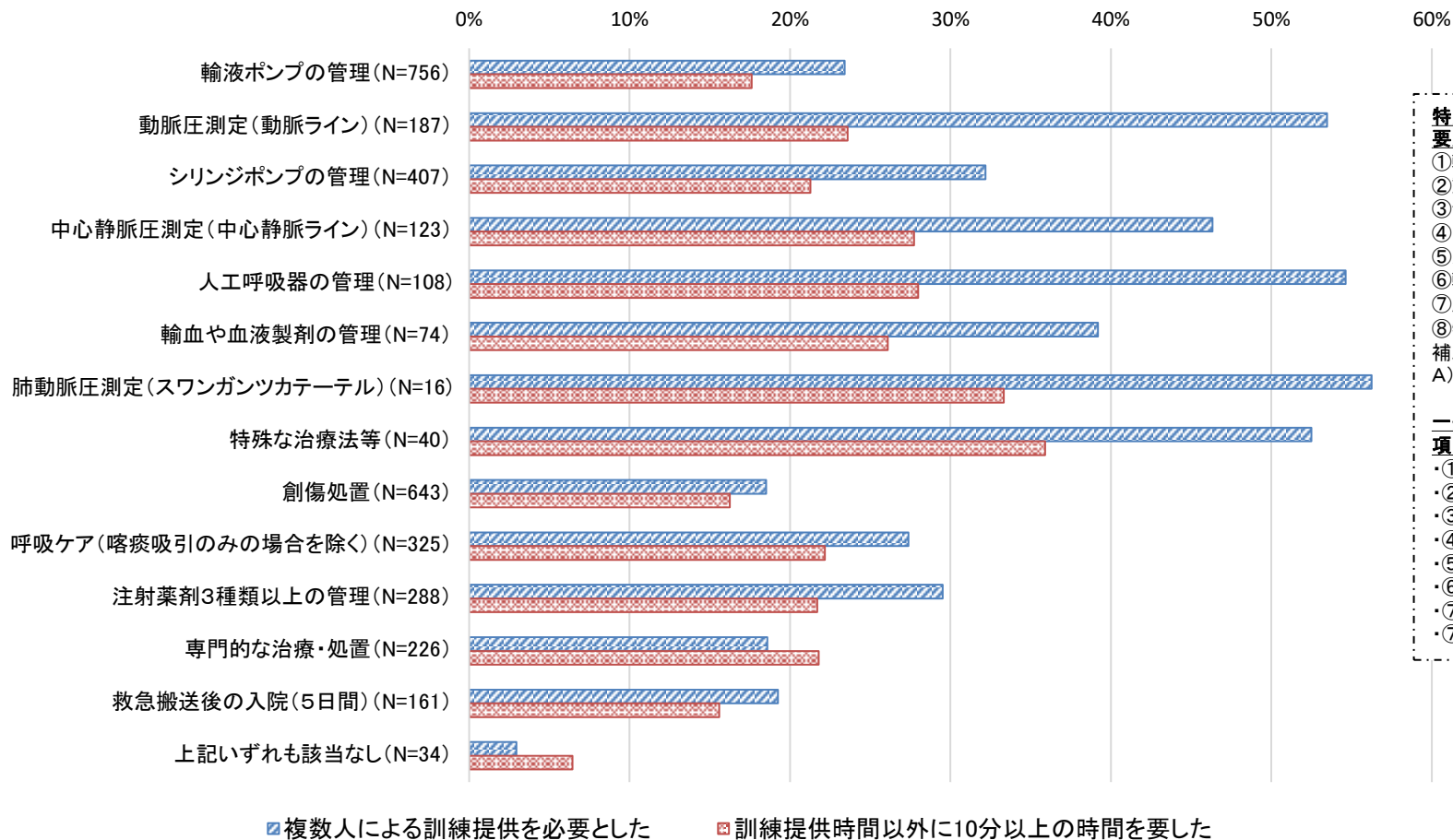


疾患別リハビリテーションと重症度、医療・看護必要度

○ 特定集中治療室用及び一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目と疾患別リハビリテーション料における追加的対応の実施割合について、特に特定集中治療室用のA項目が該当する場合において、複数人による訓練提供及び訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあった。

追加的対応の実施割合

特定集中治療室・一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目の各項目が該当する場合



特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のA項目

- ①輸液ポンプの管理
- ②動脈圧測定 (動脈ライン)
- ③シリンジポンプの管理
- ④中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)
- ⑤人工呼吸器の装着
- ⑥輸血や血液製剤の管理
- ⑦肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)
- ⑧特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO, IMPELL A)

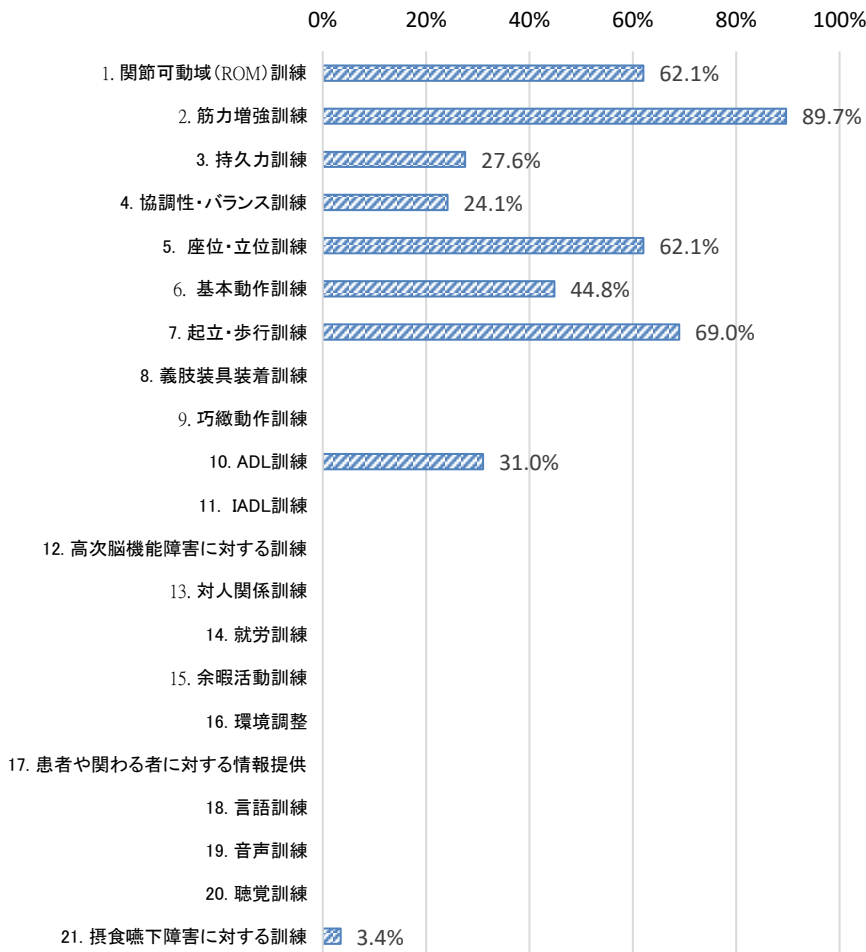
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目

- ・①創傷処置
- ・②呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)
- ・③注射薬剤3種類以上の管理
- ・④シリンジポンプの管理
- ・⑤輸血や血液製剤の管理
- ・⑥専門的な治療・処置
- ・⑦ I 救急搬送後の入院 (5日間)
- ・⑦ II 緊急に入院を必要とする状態 (5日間)

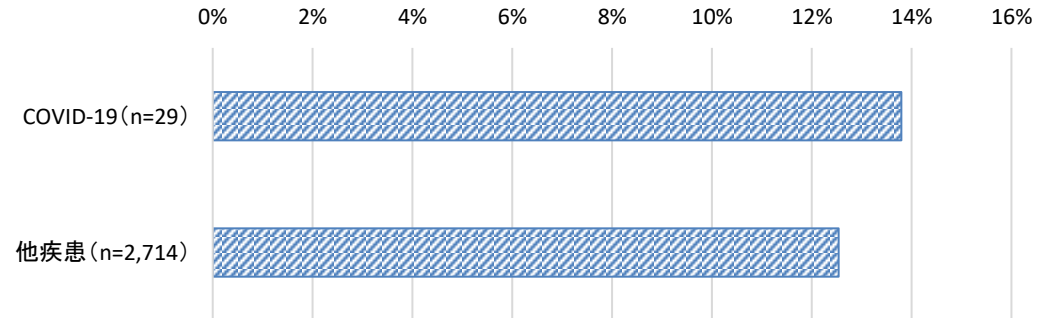
新型コロナウイルス感染症患者に対するリハビリテーション

○ 急性期病棟における新型コロナウイルス感染症患者に対するリハビリテーションの提供内容等は以下のとおり。COVID-19とそれ以外の疾患において、複数人による訓練提供あるいは訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合は差は認めなかった。感染防護具は約8割の症例において必要であった。

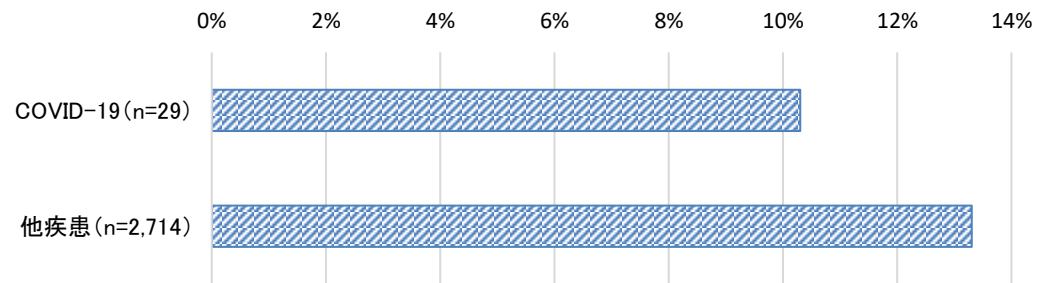
訓練提供内容(N=29)



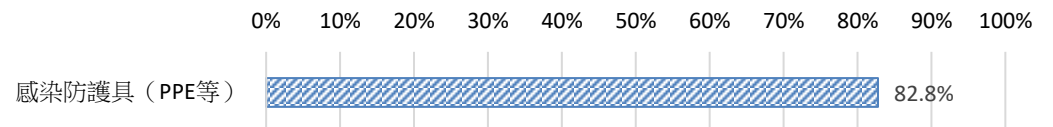
複数人による訓練提供の割合



訓練提供時間以外に10分以上の時間を要した割合



訓練提供時に必要とした追加的な物品(N=29)



各リハビリテーション専門職に係るエビデンス

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションの効果は職種ごとに異なる。
- 本邦では一部のデータベースによる報告はあるものの、NDB/DPCにおいてはリハビリテーションを提供する職種の情報がなく、本邦における各専門職のリハビリテーションの提供実態の把握やエビデンスの集積が困難である。

- 急性期病院における大腿骨頸部骨折患者(N=3,501)に対し、積極的な作業療法はADLの改善に有意に関連していた。

出典:Uruma M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019 Jul;19(7):611-615.

- 急性期脳卒中患者(N=3,501)に対し、積極的な作業療法はADLの改善と在院日数の短縮に有意に関連していた。

出典:Yamakawa S et al. Front Rehabil Sci. 2023 Jan 5;3:1045231.

- 急性期脳卒中患者(N=3,341)における積極的な言語療法時間は、良好な認知機能回復と有意に関連していた。

出典:Sakai K, et al. Prog Rehabil Med. 2016 Sep 30;1:20160004.

- 米国からの報告では言語聴覚療法の実施は急性期脳卒中患者の認知機能回復と関連しなかったという米国からの報告(N=100)があるが、上記報告との違いについて、日米の言語聴覚士の業務内容の違いが影響を与えたという指摘がある。

出典:Cogan AM, et al. J Am Med Dir Assoc. 2021 Feb;22(2):453-458.e3.

Hori S, et al. J Am Med Dir Assoc. 2021 Jun;22(6):1327-1328.

理学療法士の主な業務内容

- 理学療法士の主な業務内容は、以下のとおり。
- 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組を行う。
- 実用的な日常生活における諸活動の実現のために、評価、予後予測、計画立案と、基本的動作能力の回復等を目的として、運動、温熱、電気、水、光線などの物理的手段を用いる理学療法を行う。

ICU



早期離床

一般病棟



物理療法



立ち上がり動作訓練



歩行訓練



多職種チームによる歩行訓練



関節可動域訓練



起居動作訓練



心肺機能訓練



階段昇降訓練

(写真提供：神戸市立医療センター中央市民病院、藤田医科大学病院、小田原市立病院)

(日本理学療法士協会から提供)

(※) 理学療法士及び作業療法士法 第二条第一項 この法律で「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マツサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

作業療法士の主な業務内容

- 作業療法士の主な業務内容は、以下のとおり。
- リスク管理に十分配慮した上での離床促進や心身機能の改善、身辺動作の向上への支援を実施する。
- 病態に応じて段階的に活動の拡大を図るが、軽症であれば急性期の医療機関から直接自宅に退院することもできるため、家事動作などの家庭での役割復帰への支援、職業関連活動指導も必要となる。

ICU



ポータブルトイレへの移乗



整容動作訓練

一般病棟



精神機能の賦活訓練



上肢機能訓練



入浴動作訓練



退院に向けたモニター管理下での
家事動作訓練

(日本作業療法士協会から提供)

(※) 理学療法士及び作業療法士法 第二条第二項 この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。

言語聴覚士の主な業務内容

- 言語聴覚士の主な業務内容は、以下のとおり。
- 意識レベルや循環動態に配慮し、早期から口腔機能および摂食嚥下機能を評価し、機能訓練・環境調整を行うことで経口摂取や服薬方法を確立する。
- 認知機能、言語機能、発声発語機能、聴力等の評価をもとにコミュニケーション手段を確保しつつ、機能回復を図り、意思疎通を支援する。
- 自宅退院や転院の方針を踏まえ、多職種と連携してADLの改善を図り、退院後の生活を見据えた支援を行う。



口腔機能訓練・
間接的嚥下訓練

言語機能訓練
(書字課題)

循環動態を把握しながら
の早期介入
(精神機能賦活)

直接的嚥下訓練
(離床しての食事場面)



(写真提供：医療法人社団永生会)

(※) 言語聴覚士法 第二条 この法律で「言語聴覚士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。

1. リハビリテーションについて

1-1. 概要

1-2. 疾患別リハビリテーション料について

1-3. 医療・介護・障害福祉サービスの連携について

1-4. がん患者に対するリハビリテーションについて

2. 栄養管理について

3. 口腔管理について

4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応①

維持期・生活期リハビリテーションに係る見直し

- 要介護・要支援被保険者※に対する維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料について、経過措置を1年間に限り延長。（平成31年4月以降、要介護・要支援被保険者等※に対する疾患別リハビリテーション料の算定を認めない取扱いとする）
※入院中の患者以外の患者に限る。

医療・介護間でのリハビリテーションに係る情報共有の推進

- 新しく設けた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
- 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設ける。

（新） リハビリテーション計画提供料1 275点

（新） 電子化連携加算 5点

[リハビリテーション計画提供料1の算定要件]

脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所に指定の様式を用いてリハビリテーションの計画書を提供していること

診療報酬改定と介護報酬改定の共通の対応

- 医療保険と介護保険のリハビリテーションの連携や業務の効率化を推進するため、双方で使用可能な計画書の共通様式を設ける。
- 指定通所リハビリテーション事業所が、医療機関から指定の様式をもって情報提供を受けた際、当該事業所の医師が利用者を診療するとともに、当該様式に記載された内容について確認し、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、当該様式を根拠として通所リハビリテーション費の算定を開始可能とする。
- 介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを、医療保険の疾患別リハビリテーションを担う地域の医療機関において、一貫して提供することができるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和する。
- 医療保険のリハビリテーションを提供している医療機関が、新たに介護保険のリハビリテーションの提供を開始する場合に、医療保険と介護保険のリハビリテーションを同一のスペースにおいて行う場合の人員等の共用に関する要件を見直し、適宜緩和する。

リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進②

リハビリテーション総合計画評価料の見直し

- 脳血管疾患等リハビリテーション料の算定患者等、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する。

現行

【リハビリテーション総合計画評価料】
300点

[対象患者]

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸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、認知症患者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)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者



改定後

【リハビリテーション総合計画評価料】
リハビリテーション総合計画評価料1 300点

[対象患者]

心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、呼吸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又は認知症患者リハビリテーション料の算定患者 並びに脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、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以外の患者

(新) リハビリテーション総合計画評価料2 240点

[対象患者]

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(Ⅱ)の算定患者のうち、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

リハビリテーション計画提供料の概要

H003-3 リハビリテーション計画提供料

1 リハビリテーション計画提供料1	275点
2 リハビリテーション計画提供料2	100点

リハビリテーション計画提供料1は、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、指定リハビリテーション事業所にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に算定する。

リハビリテーション計画提供料2は、退院時にA246入退院支援加算「注4」の地域連携診療計画加算を算定した者について、当該患者の同意を得た上で、退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供した場合に算定する。

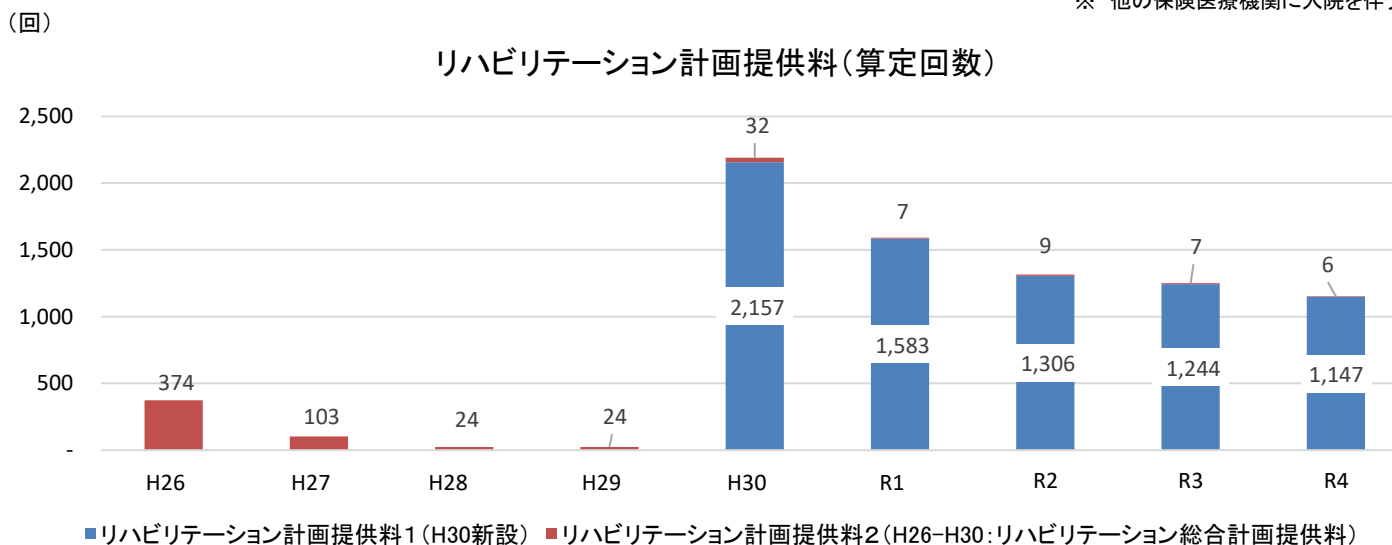
【対象患者(概要)】

- 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患者のうち
 - 1 介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているもの
 - 2 A246入退院支援加算「注4」の地域連携診療計画加算を算定した者

【算定要件(抜粋)】

- リハビリテーション計画提供料1:当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成した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書を文書により提供した場合に算定する。
- リハビリテーション計画提供料2:当該患者の同意を得た上で、退院後の外来リハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション計画を文書により提供した場合に算定※する。

※ 他の保険医療機関に入院を伴う転院をした場合は算定できない。



退院時リハビリテーション指導料の概要

B006-3 退院時リハビリテーション指導料

300点

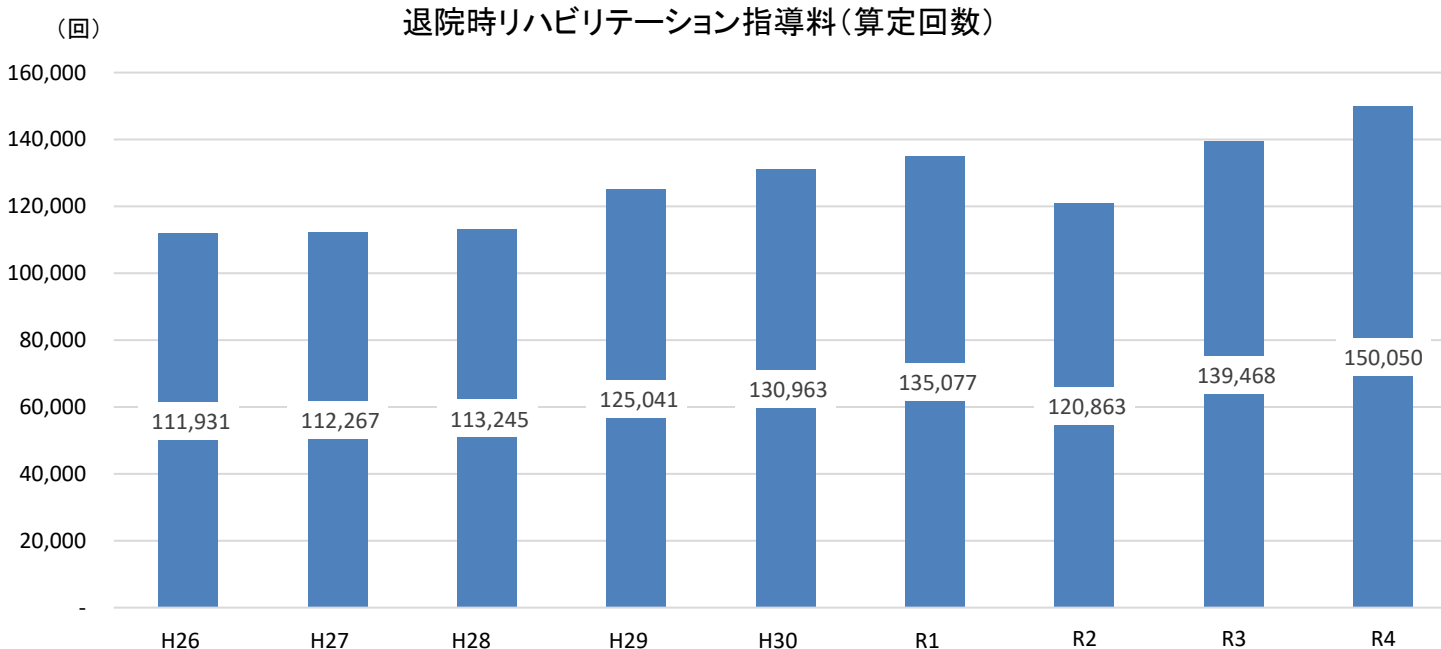
患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

【対象患者(概要)】

- いずれかの疾患別リハビリテーションを実施した患者。

【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後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回に限り算定。



退院時共同指導料 2 の概要

B005 退院時共同指導料2

400点

保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医等が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において算定。

【共同指導への参加が求められる職種】

患者が入院している保険医療機関	退院後の医療機関
<ul style="list-style-type: none"> ○ 保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士 ○ 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士

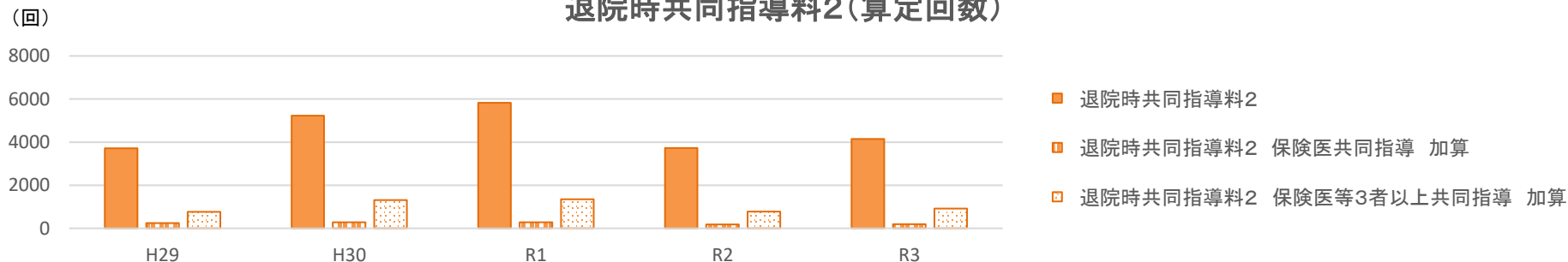
【算定要件等】

- ・入院中1回に限り算定(ただし、別に定める疾病等の患者(※)については、入院医療機関の医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは当該医師の指示を受けた方も看護ステーションの看護師等と1回以上共同して行う場合は、入院中に2回に限り算定)
- ・退院時共同指導料2の共同指導はビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

【加算等】

- 注2 300点加算
 - ※在宅療養担当医療機関の医師と共同指導した場合に限る
- 注3 多機関共同指導加算:2,000点加算
 - ※ 医師、看護師等が、以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る
 - ・在宅療養担当医療機関の医師又は看護師等
 - ・歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士
 - ・薬剤師
 - ・訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
 - ・介護支援専門員
 - ・相談支援専門員

退院時共同指導料2(算定回数)



リハビリテーションに係る医療介護連携の評価（イメージ）

- 医療保険から介護保険への移行時に、医療保険・介護保険双方で使用可能な計画書の共通様式を情報提供することは評価されているが、それ以外のリハビリテーション実施計画書を提供することは情報連携に係る診療報酬の要件となっていない。

保険
医療機関

医療保険から介護保険への移行時の評価

診療情報提供料（Ⅰ）：診療情報提供書を添え患者の紹介を行った場合に算定

リハビリテーション計画提供料1：医療保険・介護保険双方で使用可能な計画書の共通様式を使用して、訪問・通所リハビリテーション事業所にリハビリテーションの計画書を文書により提供した場合に算定

※ 診療情報提供料（Ⅰ）とリハビリテーション計画提供料1は併算不可

退院時の情報連携・提供の評価

退院時リハビリテーション指導料：
退院に際し、患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後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

退院時共同指導料2：地域において、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の医師等とが、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な指導を共同して行ったうえで、文書により情報提供した場合に算定

通所リハ・訪問リハ事業所
（医療機関・老健・介護医療院）



事業所医師の指示に基づき
リハビリテーションを提供
（訪問リハ・通所リハ）

患者・家族



在宅医療等の在宅療養を提供

在宅療養
担当医療機関



【事例】医療から介護へのリハビリテーションの連携

医療保険 回復期リハビリテーション病棟

病名	原疾患：脳梗塞（左片麻痺・摂食嚥下障害） 既往症・併存症：高血圧症，脂質異常症
治療内容	急性期（2週間）：脳梗塞を発症，血栓回収療法を施行．意識障害・左半身の重度麻痺がありADL全介助（経管栄養） 回復期（5ヶ月）：意識障害は改善，左片麻痺・摂食嚥下障害があり，ADL全介助（経管栄養） 食事と移乗の自立を目標に筋力増強訓練・移乗訓練・摂食嚥下訓練を実施． 介助下にポータブルトイレでの排泄が可能となり，介護申請して自宅退院．左片麻痺・摂食嚥下障害・歩行障害が残存
要介護3	訪問リハビリテーション，訪問看護，通所介護を利用予定となった．

情報連携

連携のポイント①
診療情報を提供



診療情報提供書

- ・現病歴・既往歴
- ・治療経過 ・内服薬
- ・医学管理上の留意点
- ・入院中のイベントなど

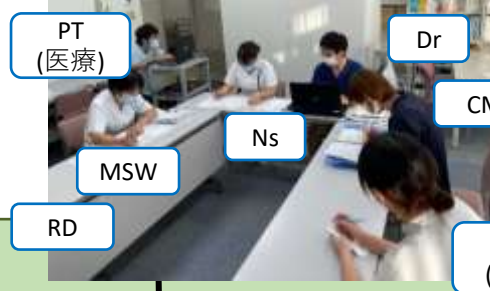
連携のポイント② 医療と介護共通の
リハビリテーション実施計画書を作成



リハビリ実施計画書

- ・現在の身体機能・動作能力
- ・訓練の目標・方針
- ・入院中の訓練内容
- ・訓練上の留意点・禁忌
- ・栄養管理の内容など

連携のポイント③ 退院前カンファレンスに
介護スタッフも参加



退院前カンファレンス

- ・入院経過の詳細
- ・本人・家族の思い
- ・退院後ケアプラン
- ・現状の課題 等

介護保険 訪問リハビリテーション

Survey

健康状態の把握・生活機能の評価

- ・診療情報提供書・リハ実施計画書を参照。
- ・課題：左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害
- ・ADL：Barthel Index：15点 娘の介助下にポータブルトイレで排泄

背景因子(環境・個人)

- ・本人の希望：普通のご飯を食べたい
- ・家族の希望：トイレで排泄してほしい
- ・夫と娘との3人暮らし
- ・家族は非常に熱心で協力的

Plan

訪問リハビリテーション計画書の作成・合意形成

目標	①杖歩行でトイレでの排泄ができるようになる ②誤嚥せずに肉じゃがを食べる
課題	左片麻痺，摂食嚥下障害，歩行障害，ADL障害（排泄はポータブルトイレ介助）
訓練	摂食嚥下訓練，歩行訓練，排泄訓練，環境調整

Do



歩行訓練



嚥下訓練



トイレでの排泄訓練

Check

6か月後：娘の見守りのもと，杖歩行でトイレでの排泄ができるようになった
誤嚥することなく肉じゃがを食べることができるようになり目標は達成

アウトカム評価

Barthel Index：15点⇒45点に改善
Frenchay Activities Index：0点⇒0点

Act

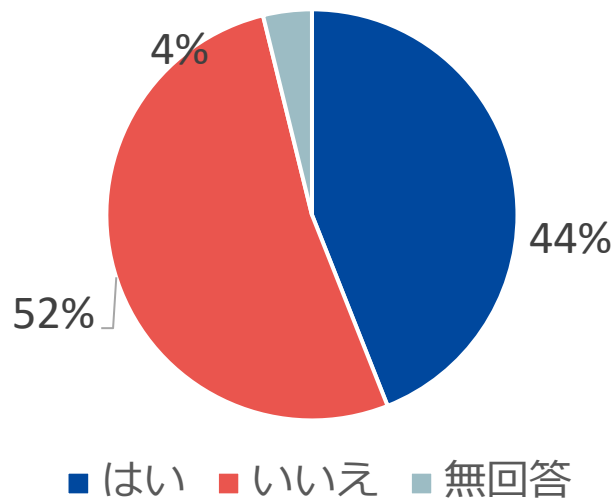
体力づくりと家庭での役割づくりを目的に外出と洗濯を目標に通所リハビリテーションに移行

疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

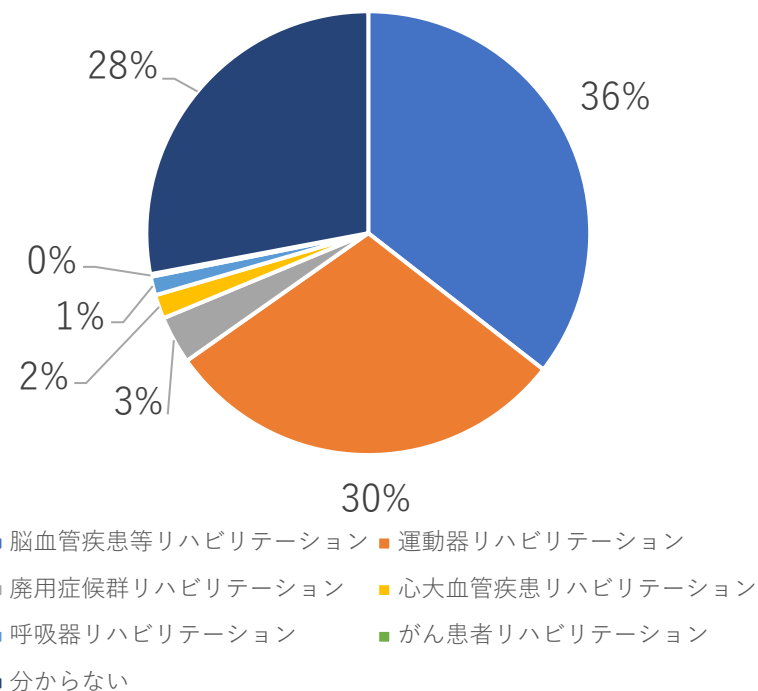
意見交換 資料-4参考-1
R 5 . 3 . 1 5

- 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している移行前の疾患別リハビリテーションの分類



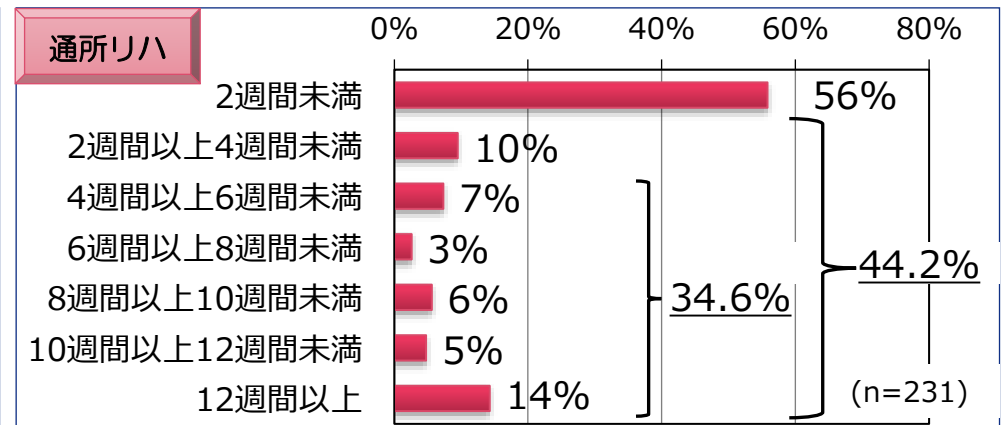
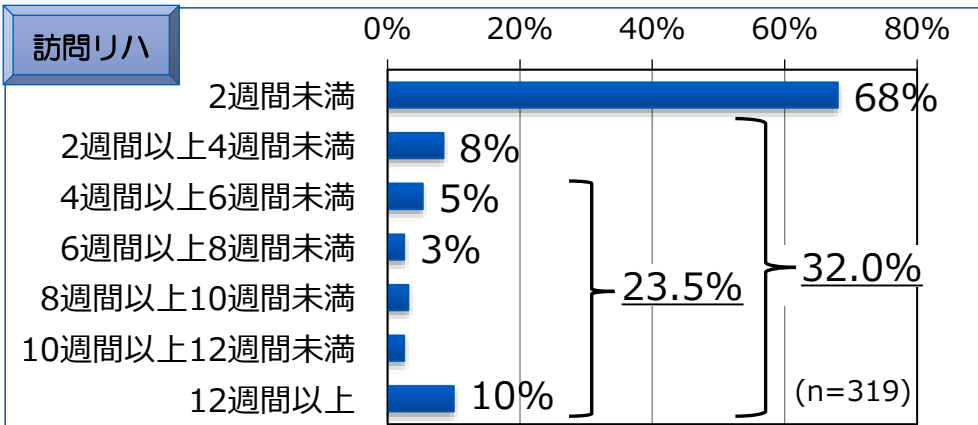
医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手したか

		はい	いいえ	p-value*
		215	181	<0.001
同一医療法人 または関連医療機関 からの紹介	はい	54.3%	45.7%	
	いいえ	48	131	
		26.8%	73.2%	

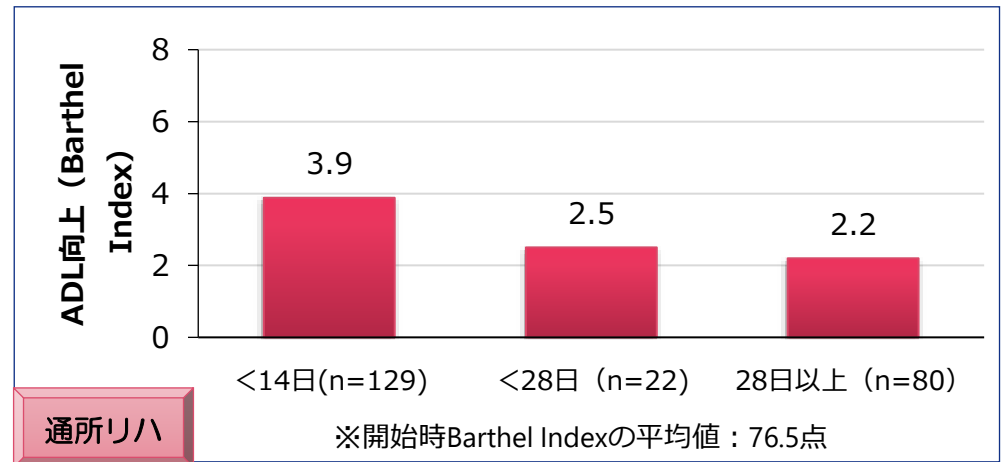
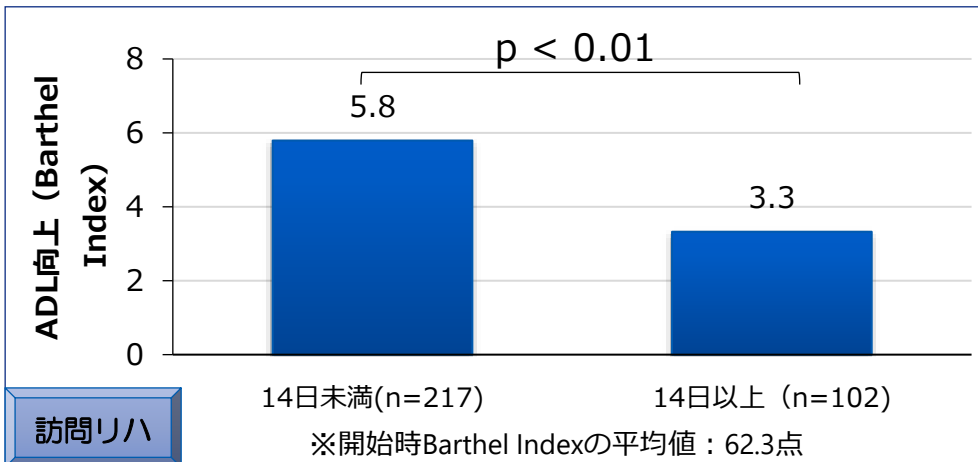
*Fisherの正確検定

- 退院後のリハビリテーション利用の開始について、
 - ・ 訪問リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24%
 - ・ 通所リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35%
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

■退院後のリハビリテーションの利用開始までの期間



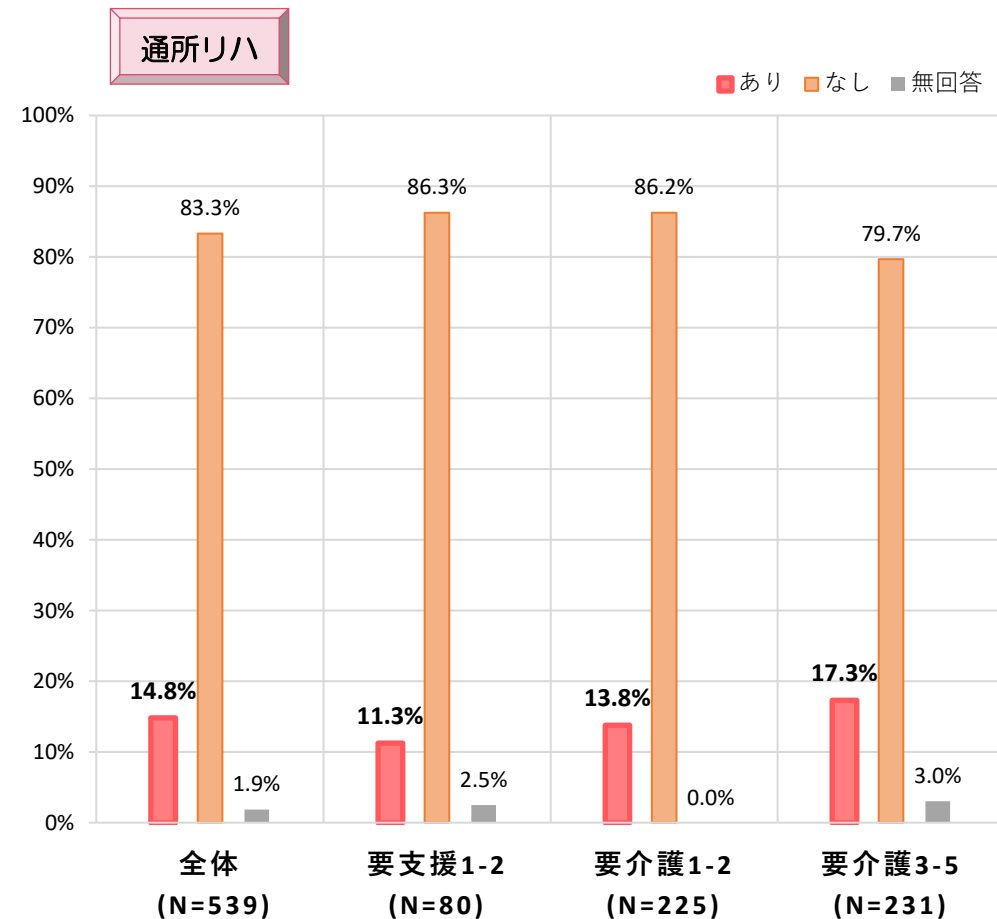
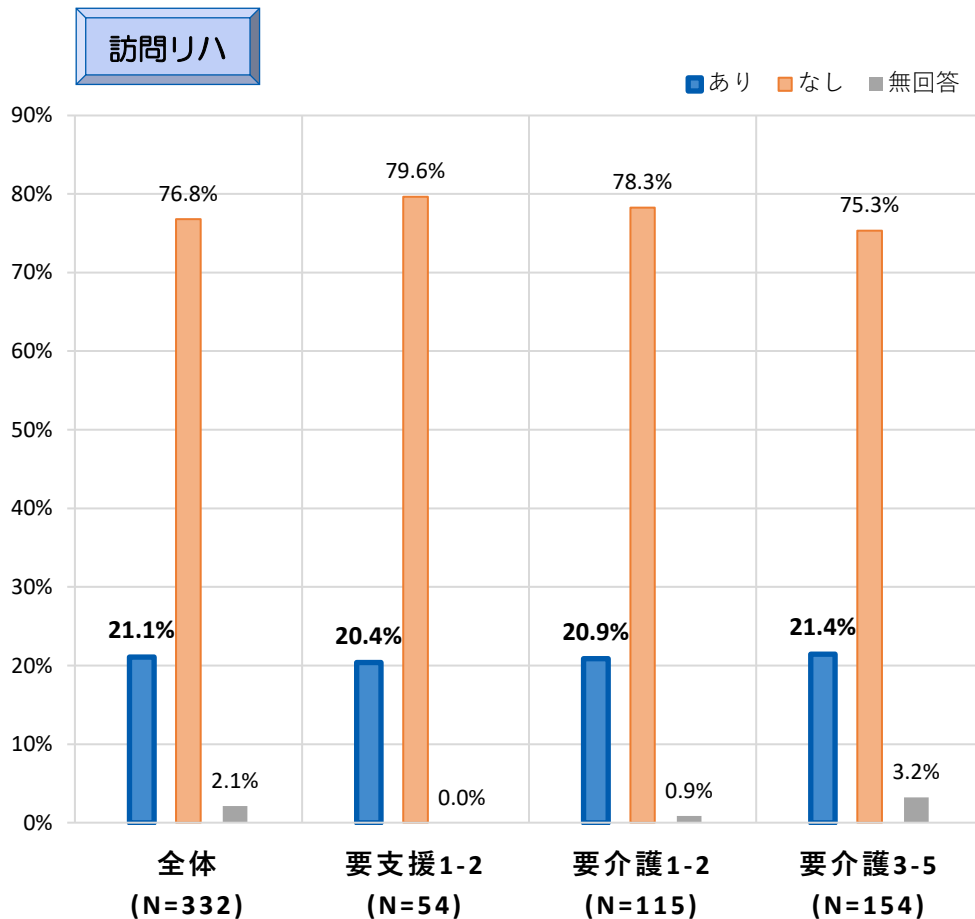
■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度



退院前カンファレンスへの参加状況

○ 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開始した利用者のうち、リハビリテーション事業所の職員が医療機関の退院前カンファレンスに参加した割合は、訪問リハビリテーションで21.1%、通所リハビリテーションで14.8%。

■ 医療機関が開催する退院前カンファレンスへの参加



論点1 リハビリテーションにおける医療・介護連携の推進

社会保障審議会
介護給付費分科会（第229回）

資料3

令和5年10月26日

論点1

- 退院後から通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能の回復は大きい傾向が見られている一方で、退院後の通所リハビリテーションの利用開始まで2週間以上かかっている利用者が一定数いる。
- 介護保険のリハビリテーション事業所が、疾患別リハビリテーション（医療保険）のリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっており、より連続的で質の高いリハビリテーションが行われる必要がある。
- また、通所リハビリテーションにおける退院時の医療機関との連携については、現行、基準上の要件や、例えば訪問看護で設けられている退院時共同指導を行った際の加算等の評価はない。
- 医療保険から介護保険に移行する際に、必要な方に対して早期に、連続的で質の高いリハビリテーションを提供するためには、どのような方策が考えられるか。

対応案

- ケアプラン作成に係る時間を短縮するために、ケアプランにリハビリテーションを位置づける際、意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院先の医療機関の医師を含むことを明確化してはどうか。
- 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ために、以下の対応を行ってはどうか。
 - (1) 基本報酬の算定要件に、医療機関のリハビリテーション計画書を入手した上で、リハビリテーション計画を作成することを加える。
 - (2) 通所リハビリテーション事業所の理学療法士等が利用者の退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合の加算を新たに設ける。

自立訓練(機能訓練)の概要

○ 対象者

- 地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定期間の訓練が必要な障害者（具体的には次のような例）
 - ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などを目的とした訓練が必要な者
 - ② 特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などを目的とした訓練が必要な者 等

○ サービス内容

- 理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を実施
- 事業所に通う以外に、居宅を訪問し、運動機能や日常生活動作能力の維持・向上を目的とした訓練等を実施
- 標準利用期間(18ヶ月、頸髄損傷による四肢麻痺等の場合は36ヶ月)内で、自立した日常生活又は社会生活を営めるよう支援を実施

○ 主な人員配置

- サービス管理責任者 60:1以上(1人は常勤)
 - 看護職員(1人以上(1人は常勤))
 - 理学療法士又は作業療法士(1人以上)
 - 生活支援員(1人以上(1人は常勤))
- } 6:1以上

○ 報酬単価 (令和3年4月～)

■ 基本報酬

通所による訓練

利用定員20人以下	815単位	利用定員61～80人	664単位
“ 21～40人	728単位	“ 81人以上	626単位
“ 41～60人	692単位		

訪問による訓練

所要時間1時間未満の場合	255単位
所要時間1時間以上の場合	584単位
視覚障害者に対する専門的訓練の場合	750単位

■ 主な加算

リハビリテーション加算

- (Ⅰ) 頸髄損傷による四肢麻痺等の状態にある障害者に対し、個別のリハビリテーションを行った場合 48単位
- (Ⅱ) その他の障害者に対し、個別のリハビリテーションを行った場合 20単位

就労移行支援体制加算

- 自立訓練を受けた後、就労(一定の条件を満たす復職を含む)し、就労継続期間が6月以上の者が前年度において1人以上いる場合
- 利用定員20人以下 57単位 利用定員61～80人 10単位
- “ 21～40人 25単位 “ 81人以上 7単位
- “ 41～60人 14単位

○ 事業所数

183 (国保連令和 5年 4月実績)

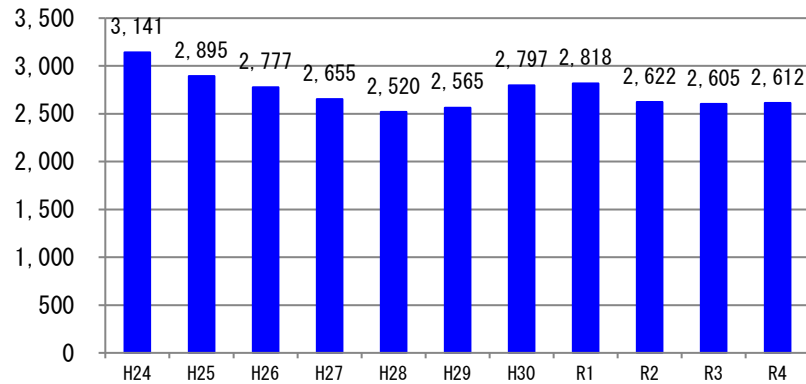
○ 利用者数

2,217 (国保連令和 5年 4月実績)

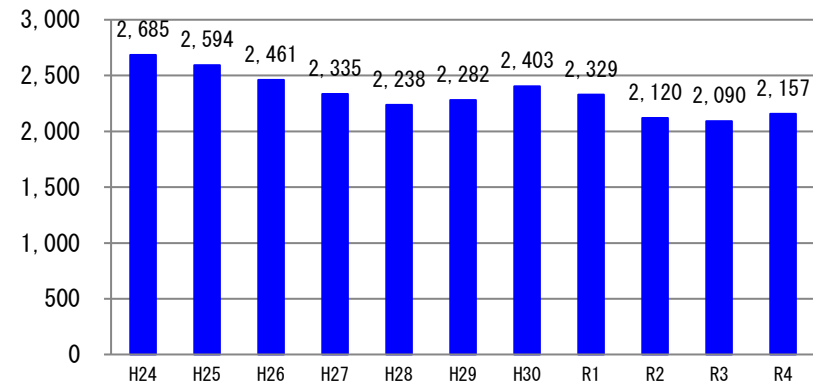
自立訓練(機能訓練)の現状①

- 令和4年度の費用額は約26億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の0.1%を占めている。

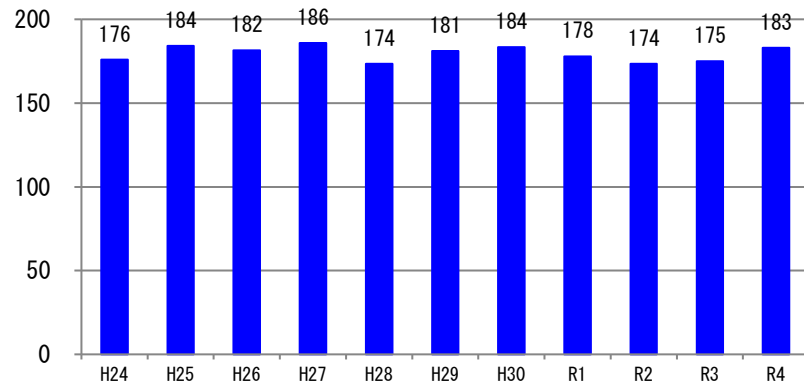
費用額の推移(百万円)



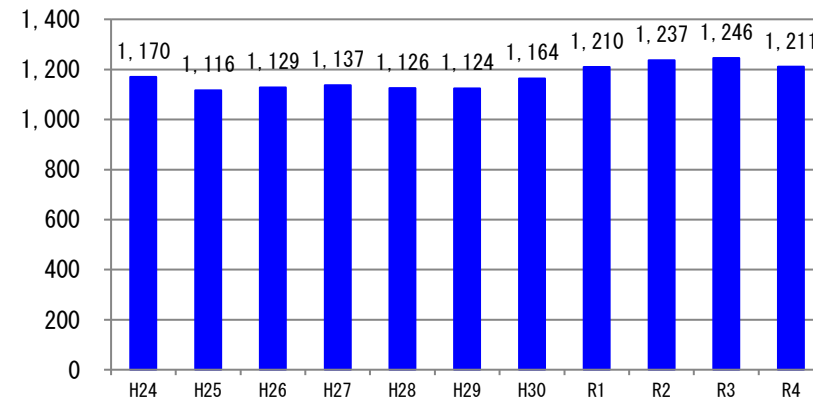
利用者数の推移(一月平均(人))



事業所数の推移(一月平均(か所))



一人当たり事業費(千円)



※出典: 国保連データ

自立訓練（機能訓練）の実施上の課題①

(論点5参考資料①)

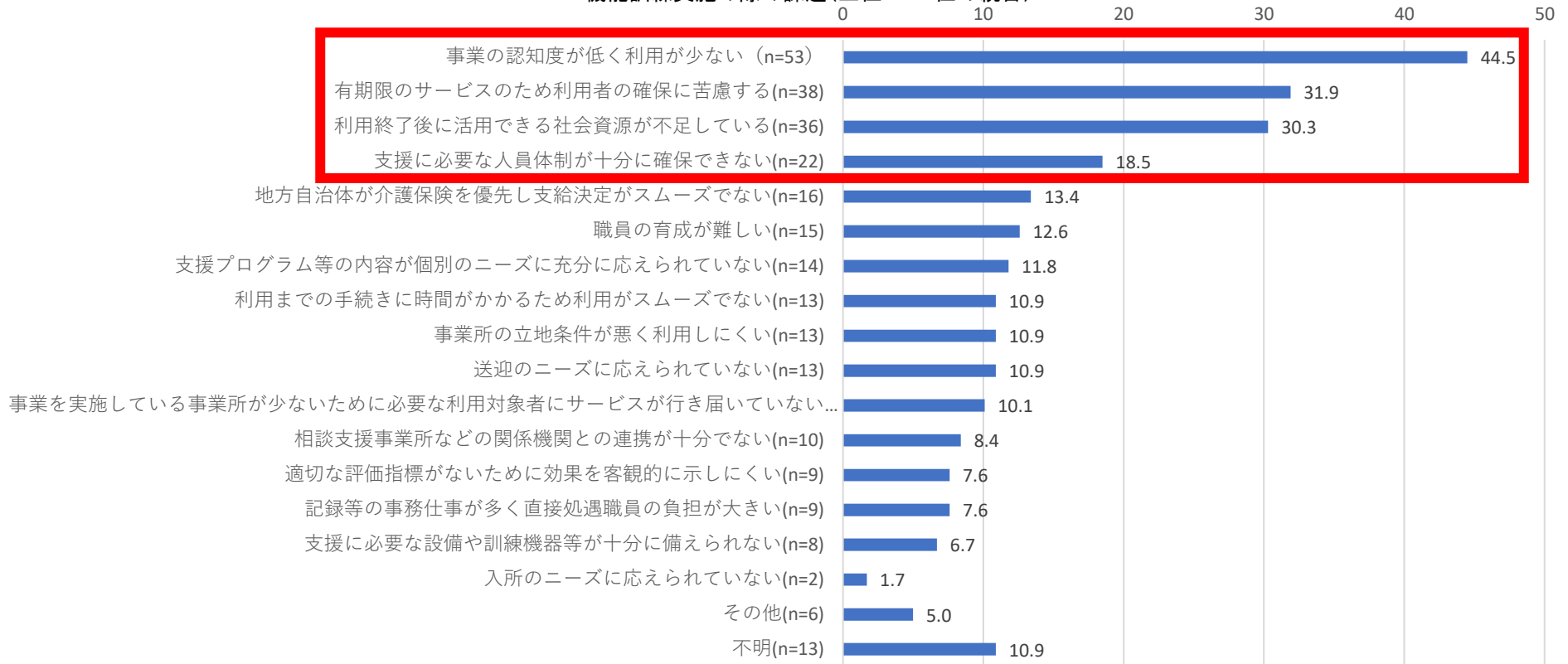
障害福祉サービス等報酬改定検討チーム

第40回 (R5.10.23)

資料4

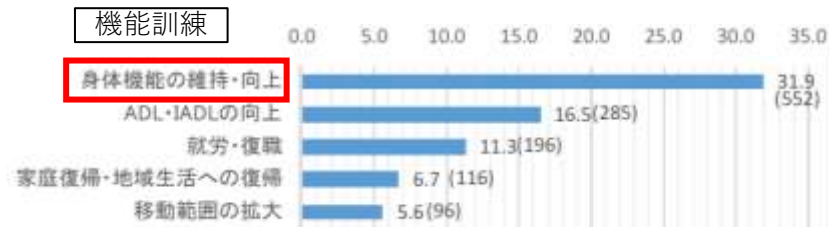
- 自立訓練(機能訓練)事業所に対し事業実施上の課題点を調査したところ、「事業の認知度が低く利用が少ない」、「有期限のサービスのため利用者の確保に苦慮する」、「利用終了後に活用できる社会資源が不足している」、「支援に必要な人員体制が十分に確保できない」等の回答が上がったところ。
- 事業の廃止や縮小や事業の継続を悩んでいる事業所の運営法人からは、利用者の確保が難しく充足しないことや、専門職等の職員配置が難しいことが課題として挙げられた。

機能訓練実施の際の課題(上位1~3位の統合)

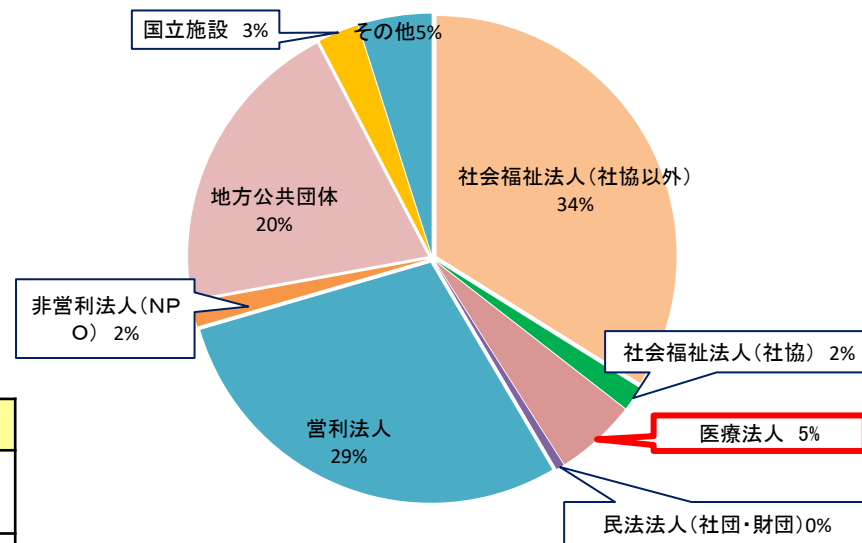


- 自立訓練(機能訓練)のサービス利用時のニーズは「身体機能の維持・向上」が最も高い。
- 自立訓練(機能訓練)事業所の配置基準上、看護師及び理学療法士、作業療法士等のリハビリテーション専門職が必置とされている。
- 自立訓練事業所の設置主体別の状況を見ると、医療法人の割合が全体の5%程度となっている。

(1) 自立訓練（機能訓練）利用者の利用開始時の利用意向別件数



(3) 自立訓練事業所の法人種別



(2) 自立訓練(機能訓練)事業所における従事者数 (医療専門職)

医療専門職	配置要件	常勤	非常勤
保健師・看護師 (n=200)	必置 (常勤1人以上)	107名 (内、専従65名 兼務42名)	93名
理学・作業療法士 (n=198)	必置 (常勤・非常勤) ※理学療法士又は作業療法士の配置が困難な場合は、機能訓練指導員でも可	102名 (内、専従52名 兼務50名)	95名

(出典)

- 平成30年度障害者総合福祉推進事業「自立訓練（機能訓練、生活訓練）の実態把握に関する調査研究」報告書
- 国保連データ令和5年4月
- 令和3年社会福祉施設等調査

- 日中活動サービスにおける基準該当障害福祉サービスは、指定障害福祉サービス事業所の基準の一部を満たしていない事業所により提供されるサービスである。
- 都道府県等による事業者指定は必要なく、市町村が認める場合に特例介護給付費等が給付される。

【基準該当サービスの種類】

	離島その他の地域における 基準該当障害福祉サービス	介護保険事業所における 基準該当障害福祉サービス
対象	離島、山村等の地域であって将来的にも利用者の確保の見込みがなく、障害福祉サービスを利用することが困難な場合	地域において指定障害福祉サービス事業所がない等指定障害福祉サービスを受けることが困難な障害者に対して、介護保険法の指定通所介護事業所等においてサービス提供を行った場合
要件	指定基準より従業者の員数や最低定員について緩和	指定通所介護事業所等の指定基準を満たしていることが要件
報酬	厚生労働大臣が定める指定障害福祉サービスの報酬単価を基準として市町村が定める加算の算定が可能	厚生労働大臣が定める基準該当障害福祉サービス独自の報酬単価（障害者の場合）を基準として市町村が定める食事提供体制加算・処遇改善加算を除き加算の算定不可

【論点5】 自立訓練（機能訓練）の提供主体の拡充について

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム

第40回（R5.10.23）

資料4

現状・課題

- 自立訓練（機能訓練）の利用者数及び事業所数は低位のまま推移しており、事業所が1か所もない都道府県もある。
- 地域の実情に合わせて限られた社会資源を有効に活用する観点から、介護保険の通所介護事業所又は小規模多機能型居宅介護事業所であれば、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が可能であるが、入浴・排せつ・食事等の介護の提供が中心となるこれらのサービスでは、障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する支援ニーズに十分応えられていないとの指摘もある。

検討の方向性

- 医療から自立訓練（機能訓練）への円滑な移行を図り、また障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する支援ニーズに対応するため、医療保険のリハビリテーションを提供する病院及び診療所並びに介護保険の通所リハビリテーション事業所において、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供を可能とすることを検討してはどうか。

論点6 機能訓練事業所（障害サービス）の拡充

社会保障審議会
介護給付費分科会（第229回）

資料3

令和5年10月26日

論点6

- 障害サービスの自立訓練（機能訓練）の利用者数及び事業所数は低位のまま推移しており、事業所が1か所もない都道府県もある。その理由として、事業所数自体が少ないことがサービスの認知度の低さの原因となっている点や、医療専門職等の確保が困難である点が挙げられている。
- また、介護保険の通所介護事業所又は小規模多機能型居宅介護事業所であれば、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が可能であるが、入浴・排せつ・食事等の介護の提供が中心となるこれらのサービスでは、障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する支援ニーズに十分応えられていないとの指摘もある。
- 障害福祉サービス等報酬改定検討チームにおいて、通所リハビリテーション事業所における共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供が検討されている。
- 障害者の身体機能・生活能力の維持・向上等に関する自立訓練（機能訓練）のニーズに対応するため、どのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護保険の通所リハビリテーション事業所において、共生型自立訓練（機能訓練）又は基準該当自立訓練（機能訓練）の提供を行う場合に、人員や施設の共有を可能とすることとしてはどうか。

1. リハビリテーションについて

1-1. 概要

1-2. 疾患別リハビリテーション料について

1-3. 医療・介護・障害福祉サービスの連携について

1-4. がん患者に対するリハビリテーションについて

2. 栄養管理について

3. 口腔管理について

4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

がん患者に対するリハビリテーションに係る見直し

がん患者リハビリテーション料の見直し

- がん患者リハビリテーション料の算定対象となる患者について、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に見直す。

現行

- ア 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者
- イ 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者
- ウ 乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者
- エ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
- オ 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
- カ 血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
- キ 当該入院中に骨髄抑制を来し得る化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
- ク 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

改定後

- ア 当該入院中にがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療又は造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
- イ 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの



【現行】

【がんの種類別】

● 食道がん、肺がん 等



【治療方法】

● 全身麻酔による手術

● 口腔がん、咽頭がん 等



● 放射線治療

● 血液腫瘍



● 化学療法
● 造血幹細胞移植

【改定後】

【がんの種類別】

がんの種類による規定を削除

【治療方法】

- 手術
- 骨髄抑制を来しうる化学療法
- 放射線治療
- 造血幹細胞移植

を予定又は行われた患者

がんリハビリテーション料の概要

H007-2 がん患者リハビリテーション料(1単位)

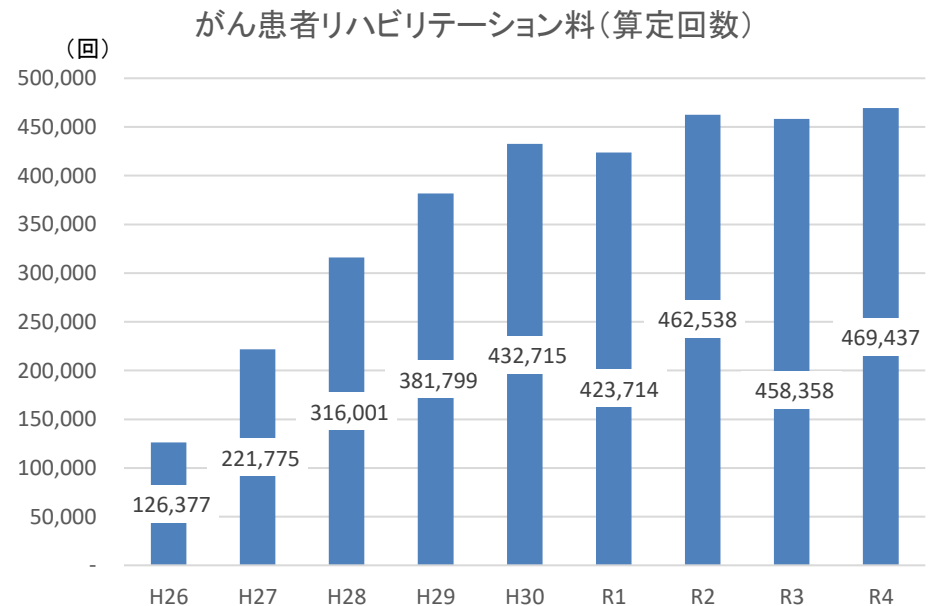
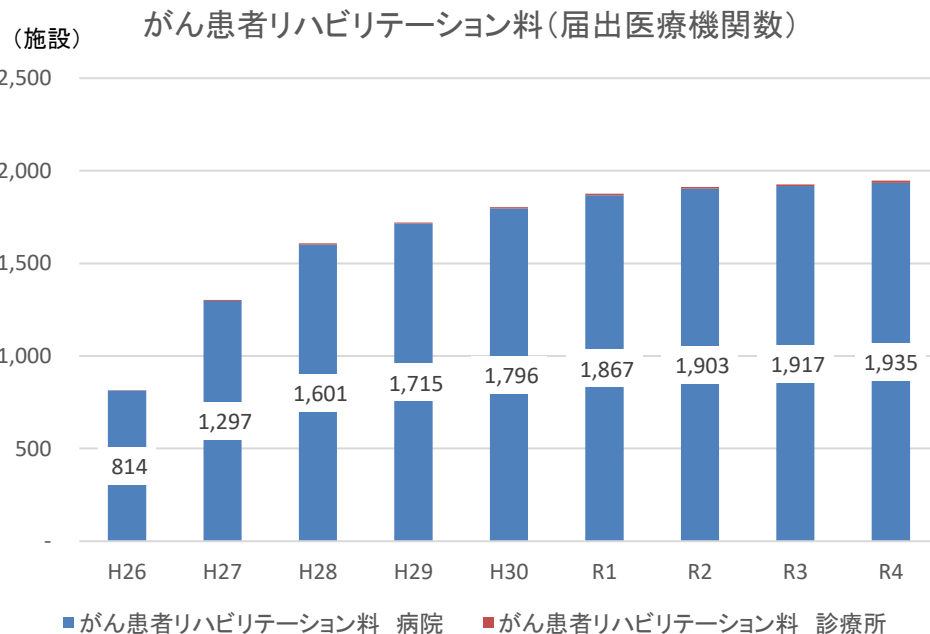
205点

【対象患者(概要)】

- 「特掲診療料の施設基準等」の「別表第10の2の2」に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するもの。
 - ア がん患者であって、がんの治療のために入院している間に手術、化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定のもの又は行われたもの
 - イ 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

【算定要件(抜粋)】

- がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれによって発生する副作用または障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。



呼吸器リハビリテーション料の概要

H003 呼吸器リハビリテーション料

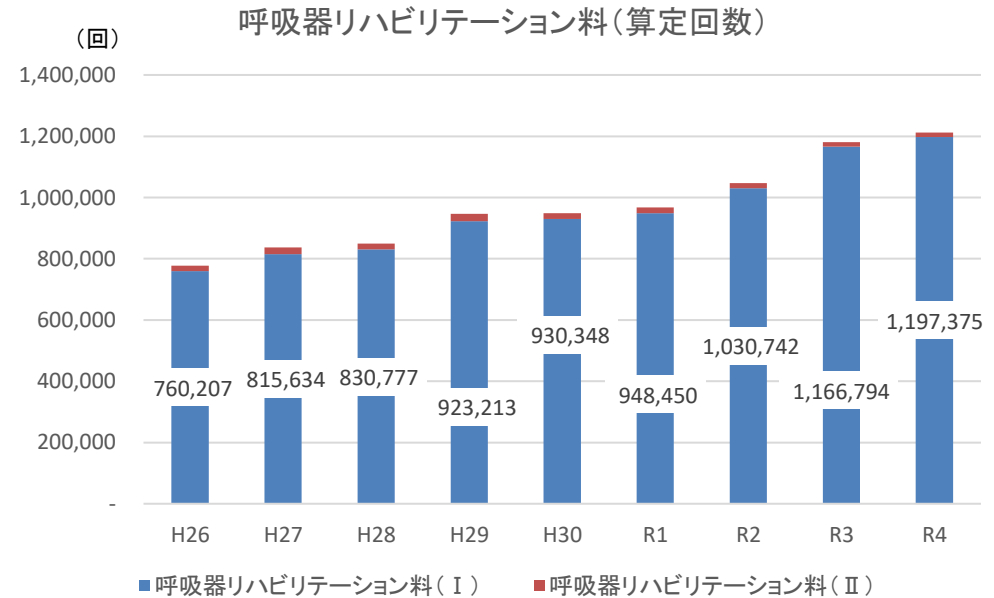
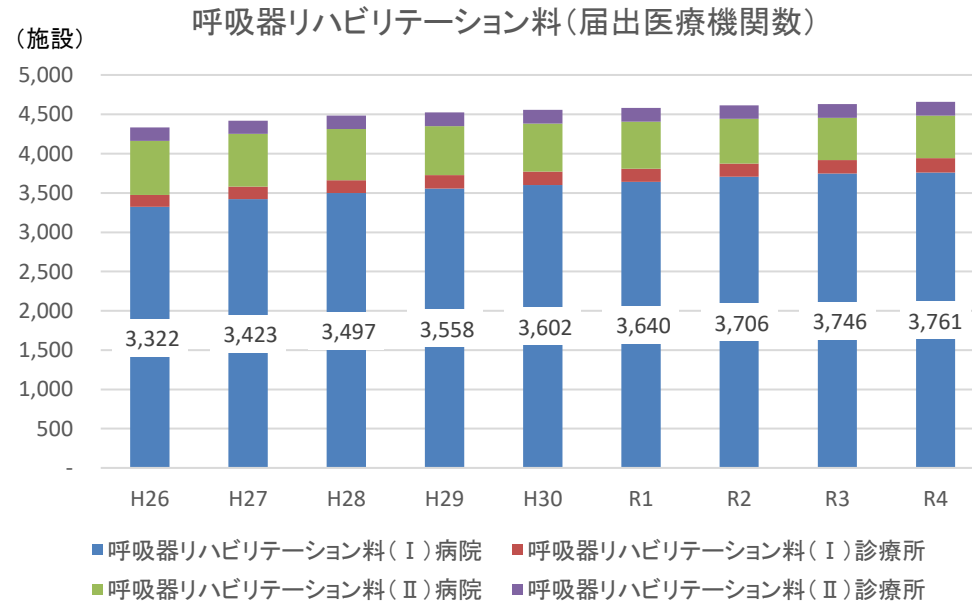
1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)(1単位)	175点
2 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位)	85点

【対象患者(概要)】

- 「特掲診療料の施設基準等」の「別表第9の7」に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するもの。
 - ア 急性発症した呼吸器疾患の患者
 - イ 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者
 - ウ 慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者
 - エ 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸訓練を要する患者

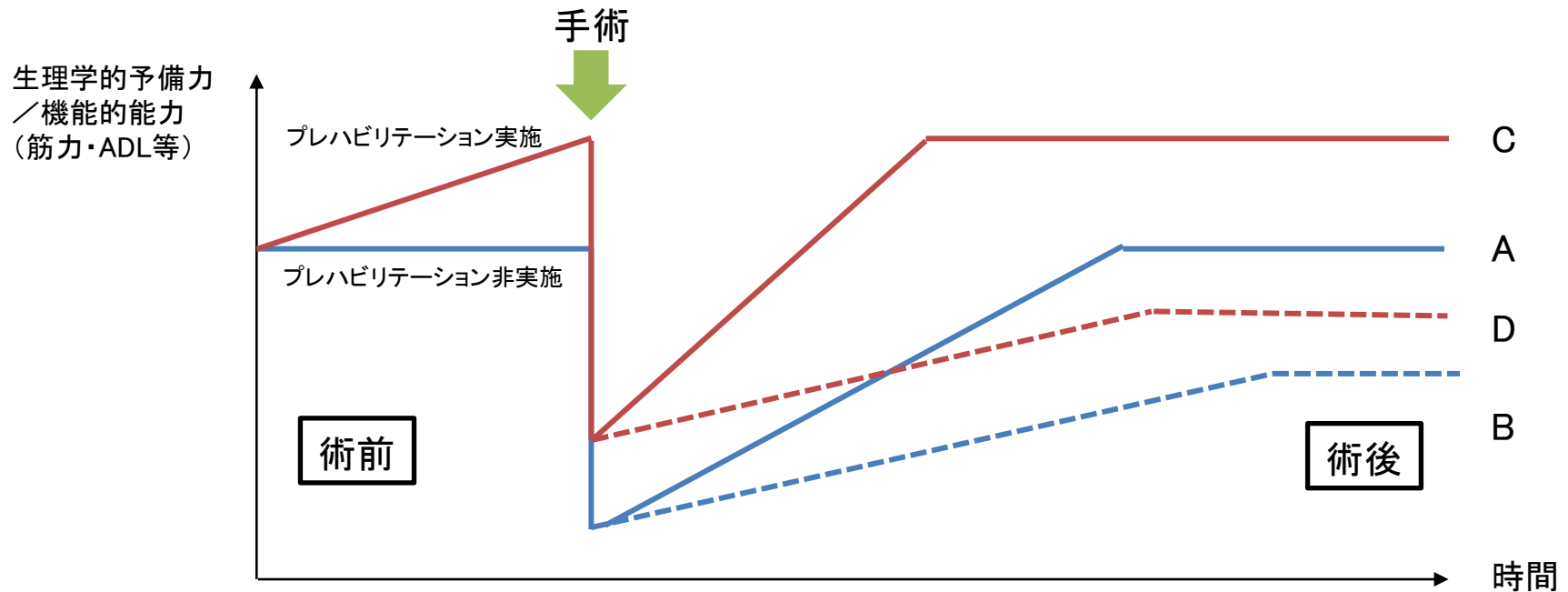
【算定要件(抜粋)】

- 呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。
- 標準的算定日数：治療開始から90日。



プレハビリテーション（術前リハビリテーション）について

- 術前から運動療法、食事療法、生活指導、術前教育などを組み合わせた介入は「プレハビリテーション（prehabilitation）」と呼ばれる。
- 手術に伴う身体機能の低下を避けるのは難しいが、術前から能力を高めておくことで、手術による機能障害を生じたとしても、能力的に自立して術後の回復を促進することができる。このため、待機的手術では術前に患者状態を最適化する目的でプレハビリテーション（術前リハビリテーション）が求められる。



- A: 手術介入により生理学的予備力/機能的能力が低下するが、その後、術後回復・リハビリテーションにより改善がみられる。
- B: 生理学的予備力/機能的能力が低いと、周術期合併症や回復の遅れにつながり、もとのレベルまで到達できない。
- C: プレハビリテーションを受けた患者では、手術時には生理学的予備力/機能的能力が向上しており、迅速な回復がみられる。
- D: 回復が困難な場合でも、プレハビリテーションを受けた患者は、長期的に機能的自立と生活の質を維持できる可能性がある。

プレハビリテーション（術前リハビリテーション）のイメージ

従来

術前リハビリ
テーション

手術の1ヶ月前から開始

術前リハビリテーション
(Prehabilitation)

入院



手術

合併症

従来のリハビリテーション

退院

術後早期からの
リハビリテーション

退院



- リハビリの必要性、プログラムの内容の説明
入院/外来リハビリ（監督下）、在宅リハビリ（自主トレ）
- 患者の評価
身体/認知機能、PS*、GA*、ADL、IADL、QOL、社会的背景等

*PS: Performance Status, GA: 高齢者機能評価、Geriatric Assessment



術前リハビリテーションの効果

- 術後合併症の減少
(肺炎・無気肺・腸閉塞等)
- 術後の身体機能/体力向上
- 早期の退院・回復
(入院期間の短縮)

呼吸リハビリテーション

- 呼吸法（腹式）
- 排痰法指導
- 呼吸訓練器の使用
(IS*、IMT*)



筋力トレーニング

- 重錘
- ゴムバンド
- 自重
- トレーニング機器

有酸素運動

- 自転車エルゴメーター
- トレッドミル
- ウォーキング



*IMT: 呼吸筋トレーニング (Inspiratory Muscle Training)、
IS: インセンティブ・スパイロメトリ (Incentive Spirometry)

(出典・写真提供) 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 辻哲也医師
(参考) がんと療養シリーズ がんリハビリテーション医療 第2版
国立がん研究センターがん情報サービス編集委員会 (編集) 2021

術前からの呼吸リハビリテーションについて

- 診療ガイドラインにおいて、術前からの呼吸リハビリテーションは術後合併症を減らすこと、入院日数を短縮させることから推奨されている。

【がんのリハビリテーションガイドライン(日本リハビリテーション医学会編)】

- 開胸・開腹術を施行される予定の患者に対し、術前から呼吸リハビリテーションを行うと、術後の呼吸器合併症が減るので勧められる(推奨グレードB)。
- 術後の入院期間の短縮のため、開胸・開腹術を施行される予定の患者に術前から呼吸リハビリテーションの指導を行うことが勧められる(推奨グレードB)。

※ 術前呼吸リハビリテーションの目的:

開胸・開腹術における術前呼吸リハビリテーションの目的は、おもに術後患者が呼吸訓練(腹式呼吸、インセンティブスパイロメトリー、排痰法など)を正しく行えるように事前に慣れておくことである。(略)

術前リハビリテーションについて

○ 大腸結腸癌、卵巣がん、膵癌に対する術前リハビリテーションにより、術後合併症が減少すること、在院日数が短縮すること、ADL悪化が予防されることの報告がある。

○ 大腸結腸癌に対する術前リハビリテーションの有効性を検討したRCTにおいて、術前リハビリテーション群において重篤な合併症(17.1% vs 29.7%, $P = .02$)が低下した。※対象には開腹手術以外に腹腔鏡手術を含む

Molenaar CJL, et al., JAMA Surg. 2023 Jun 1;158(6):572-581.

○ ステージ 1 及び 2 の結腸直腸がん患者に対する術前リハビリテーションの有効性を検討した本邦のDPCデータを用いた研究では、39.3%が術前リハビリテーションが実施されており、術前リハビリテーションの実施はADL悪化の予防(6.3% vs 9.8%, $P = 0.024$)、および術後合併症の減少に有意に関連していた。

Watanabe T, et al. Support Care Cancer. 2020 May;28(5):2293-2297.

○ 進行卵巣癌に対する術前リハビリテーションの有効性を検証した前後比較研究において、プレリハビリテーション群において在院日数は有意に短縮した(中央値:5日(IQR、4~6) vs 7日(IQR、5~9)、 $p = 0.04$)。また、化学療法開始までの日数はプレリハビリテーション群の方が有意に短かった。

Diaz-Feijoo B, et al. Cancers (Basel). 2022 Mar 23;14(7):1635.

○ 膵癌に対する膵頭十二指腸切除術を予定している患者に対する栄養加入を含む術前の呼吸リハビリテーションの有効性を検討したRCTにおいて、介入群において術後の胃排泄遅延は有意に低下した。

Ausania F, Senra P, Melendez R, et al. Rev Esp Enferm Dig. 2019;111(8):603-8.

1. リハビリテーションについて
- 2. 栄養管理について**
 - 2-1. 概要**
 - 2-2. 栄養管理体制
 - 2-3. 医療・介護の連携
3. 口腔管理について
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

診療報酬における栄養管理に関する評価の主な変遷

平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年	令和4年
入院栄養食事指導料							栄養情報提供加算	
栄養管理実施加算			栄養管理実施加算の入院基本料への要件化					
		栄養サポートチーム加算 ※(H24,R2,R4)対象拡大						
		摂食障害入院医療管理加算						
							回復期リハ病棟入院料における栄養管理の充実 ※(H30)入院料1:努力義務 ※(R2)入院料1:必須、1以外:努力義務	
		(入退院支援加算)入院時支援加算/退院時共同指導料※管理栄養士追加						
		(緩和ケア診療加算)個別栄養食事管理加算						
							(摂食機能療法) 摂食嚥下支援加算	(摂食機能療法) 摂食嚥下機能回復体制加算
							早期栄養介入管理加算	※(R4)対象拡大
							周術期栄養管理実施加算	
							入院栄養管理体制加算 (特定機能病院)	
外来栄養食事指導料							※(R2)情報通信機器の活用 ※外来化学療法での評価 ※(R2)外部管理栄養士の評価 (R2:要件見直し、R4:専門管理栄養士の評価)	
在宅患者訪問栄養食事指導料							※(R2)外部管理栄養士の評価	
		糖尿病透析予防指導管理料						
		在宅患者訪問褥瘡管理指導料						
		(外来腫瘍化学療法診療料)連携充実加算						

入院での評価

主に入院以外での評価

栄養食事指導

チーム医療

高度な栄養管理

診療報酬における栄養管理に係る主な評価（入院）



入院料

急性期

回復期

慢性期

栄養管理体制（通則）

- ・ 常勤管理栄養士1名以上を配置 ・ 多職種共同で栄養管理を行う体制を整備し、栄養管理手順を作成 ・ 特別な栄養管理の必要性を入院診療計画書に記載
- ・ 特別な栄養管理が医学的に必要な患者に栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養管理計画に基づき、患者ごとの状態に応じた栄養管理を実施等

回復期リハビリテーション病棟入院料

管理栄養士の病棟配置、リハ計画への栄養項目記載
入院料1：必須、入院料2～5：努力義務

チーム医療

（入退院支援加算）入院時支援加算（1：230点、2：200点/退院時1回）

入院中の治療や入院生活に備え、患者情報の把握、褥瘡・栄養状態の評価、服薬中の薬剤確認等を入院前の外来において実施し、支援を行った場合を評価

退院時共同指導料（1：①1500点②900点、2：400点/入院中1回）

患者の退院後の在宅療養担当医療機関と入院中の医療機関の保険医又は指示を受けた多職種が、在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行い、文書で情報提供した場合を評価

（摂食機能療法）摂食嚥下機能回復体制加算（1：210点、2：190点、3：120点/週1回）

専門知識を有した多職種による摂食嚥下支援チームが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、共同して必要な指導管理を行った場合を評価

摂食障害入院医療管理加算（30日以内：200点、31日以上60日以内：100点/日）

摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される場合を評価

栄養サポートチーム加算（200点/週1回）

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

栄養サポートチーム加算【再掲】

（緩和ケア診療加算）

個別栄養食事管理加算（70点/日）

緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合を評価

加算

高度な栄養管理

入院栄養管理体制加算（270点/入院初日・退院時）

特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理を行う体制（管理栄養士の病棟配置）を評価

早期栄養介入管理加算

（250点/日、早期に経腸栄養を開始した場合400点/日）

特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が治療室の医師等と連携し、経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

周術期栄養管理実施加算（270点/1手術1回）

全身麻酔を実施した患者に対して、管理栄養士が医師と連携し、術前・術後の栄養管理を適切に行った場合を評価

栄養食事指導

入院栄養食事指導料（初回1：260点、2：250点、2回目1：200点、2：190点/週1回・入院中2回） 栄養情報提供加算（50点/入院中1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食が必要、摂食・嚥下機能が低下又は低栄養状態等の入院患者に対して、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上栄養指導を行った場合を評価。さらに、退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施した場合は栄養情報提供加算として評価。
※回復期は、回復期リハ入院料1のみ算定可

集団栄養食事指導料（80点/月1回）

管理栄養士が医師の指示に基づき、特別食を必要とする複数の患者を対象に栄養指導を行った場合を評価

早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

- 入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に言語聴覚士を追加する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

- 早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

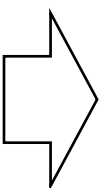
【早期栄養介入管理加算】

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

【施設基準】

- 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。



改定後

【早期栄養介入管理加算】

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として**250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。**

【施設基準】

イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

- **当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。**

※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。**また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

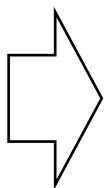
早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

- 特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

- 早期離床・リハビリテーション加算
500点（1日につき）（14日まで）
- 早期栄養介入管理加算
400点（1日につき）（7日まで）

現行

特定集中治療室管理料1～4



改定後

特定集中治療室管理料1～4
救命救急入院料1～4
ハイケアユニット入院医療管理料1、2
脳卒中ケアユニット入院医療管理料
小児特定集中治療室管理料

患者の状態に応じた入院医療の評価について

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 障害者病棟に入院する重度の意識障害を有さない脳卒中の患者について、療養病棟入院料の評価体系を踏まえた評価に見直す。また、特殊疾患病棟入院料についても同様の取扱いとする。

現行

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件] (抜粋・例)

1	7対1入院基本料	1,615点
2	10対1入院基本料	1,356点
3	13対1入院基本料	1,138点
4	15対1入院基本料	995点

【特殊疾患入院医療管理料】

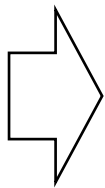
[算定要件] (抜粋・例)

特殊疾患入院医療管理料	2,070点
-------------	--------

【特殊疾患病棟入院料】

[算定要件] (抜粋・例)

1	特殊疾患病棟入院料 1	2,070点
2	特殊疾患病棟入院料 2	1,675点



改定後

【障害者施設等入院基本料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注12 イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,345点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,221点

□ 13対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,207点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	1,084点

ハ 15対1入院基本料

(1)	医療区分2の患者に相当するもの	1,118点
(2)	医療区分1の患者に相当するもの	995点

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注6	イ 医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
	□ 医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

【特殊疾患入院医療管理料】

[算定要件] (重度の意識障害を有さない脳卒中の患者の場合)

注6	イ 特殊疾患病棟入院料 1	(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,717点	(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点
	□ 特殊疾患病棟入院料 2	(1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,490点	(2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,341点

栄養サポートチーム加算の見直し

- 栄養サポートチーム加算を算定できる病棟に、障害者施設等入院基本料を算定する病棟を加える。

栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

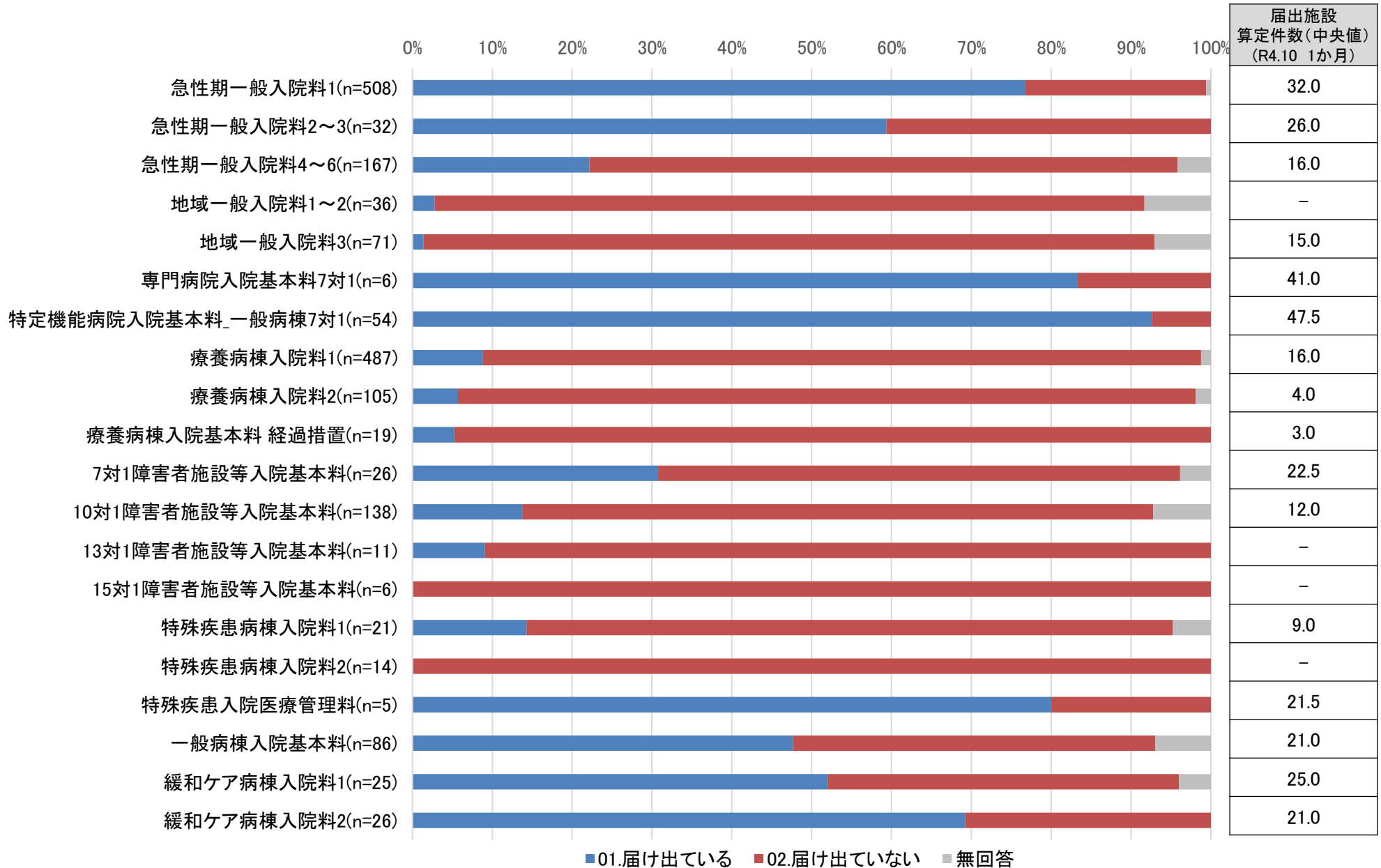
- 当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
- また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
- 平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能なように医療従事者の専従要件の見直しがされた。
- 令和2年度改定において、結核病棟、精神病棟、令和4年度改定において、障害者施設等入院基本料も算定可能となった。

○:算定可、×:算定不可

	基本入院料								特定入院料		
	一般病棟入院料	療養病棟入院料	結核病棟入院基本料	精神病棟入院基本料	特定機能病院入院基本料 (一般病棟)	特定機能病院入院基本料 (結核病棟)	特定機能病院入院基本料 (精神病棟)	専門病院入院基本料	障害者施設等入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×	○	×	×	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×
平成24年	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×
令和2年	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×
令和4年	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
備考	平成26年度改定から医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加 平成30年度改定から専従要件を緩和										

入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況

診調組 入-1
5 . 9 . 6



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

周術期の栄養管理の推進

- 周術期における適切な栄養管理を推進する観点から、管理栄養士が行う周術期に必要な栄養管理について、周術期栄養管理実施加算を新設する。

(新) 周術期栄養管理実施加算 270点 (1手術に1回)

[算定対象]

全身麻酔を実施した患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**手術の前後に必要な栄養管理を行った場合**であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式**全身麻酔を伴う手術を行った**場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。

- (1) 周術期栄養管理実施加算は、**専任の管理栄養士が医師と連携**し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、**術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合**に算定する。
- (2) 栄養ケア・マネジメントを実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline : Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。
「栄養スクリーニング」、「栄養アセスメント」、「周術期における栄養管理の計画を作成」、「栄養管理の実施」、「モニタリング」、「再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し」
- (3) (2) の栄養ケア・マネジメントを実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

この場合において、特定機能病院入院基本料の注11に規定する**入院栄養管理体制加算**並びに救命救急入院料の注9、特定集中治療室管理料の注5、ハイケアユニット入院医療管理料の注4、脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び小児特定集中治療室管理料の注4に規定する**早期栄養介入管理加算は別に算定できない**。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する**専任の常勤の管理栄養士が配置**されていること。
- (2) **総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

(新) 入院栄養管理体制加算 270点 (入院初日及び退院時)

[対象患者]

特定機能病院入院基本料を算定している患者

[算定要件]

(1) 特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、**管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合**に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り所定点数に加算する。この場合において、**栄養サポートチーム加算**及び**入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、**病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施**する。

ア **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**を行う。

イ 当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、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の栄養管理**を行う。

ウ **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。

(2) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時1回に限り、**栄養情報提供加算**として**50点**を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 当該病棟において、**専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。

(2) **入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

(3) 栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

1. リハビリテーションについて
- 2. 栄養管理について**
 - 2-1. 概要
 - 2-2. 栄養管理体制**
 - 2-3. 医療・介護の連携
3. 口腔管理について
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

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

表 入院時の栄養状態

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

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

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

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

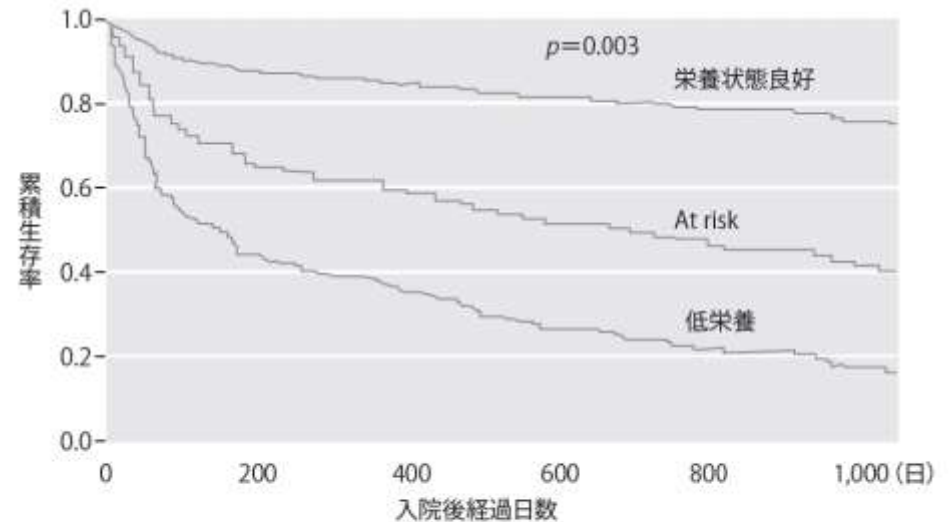
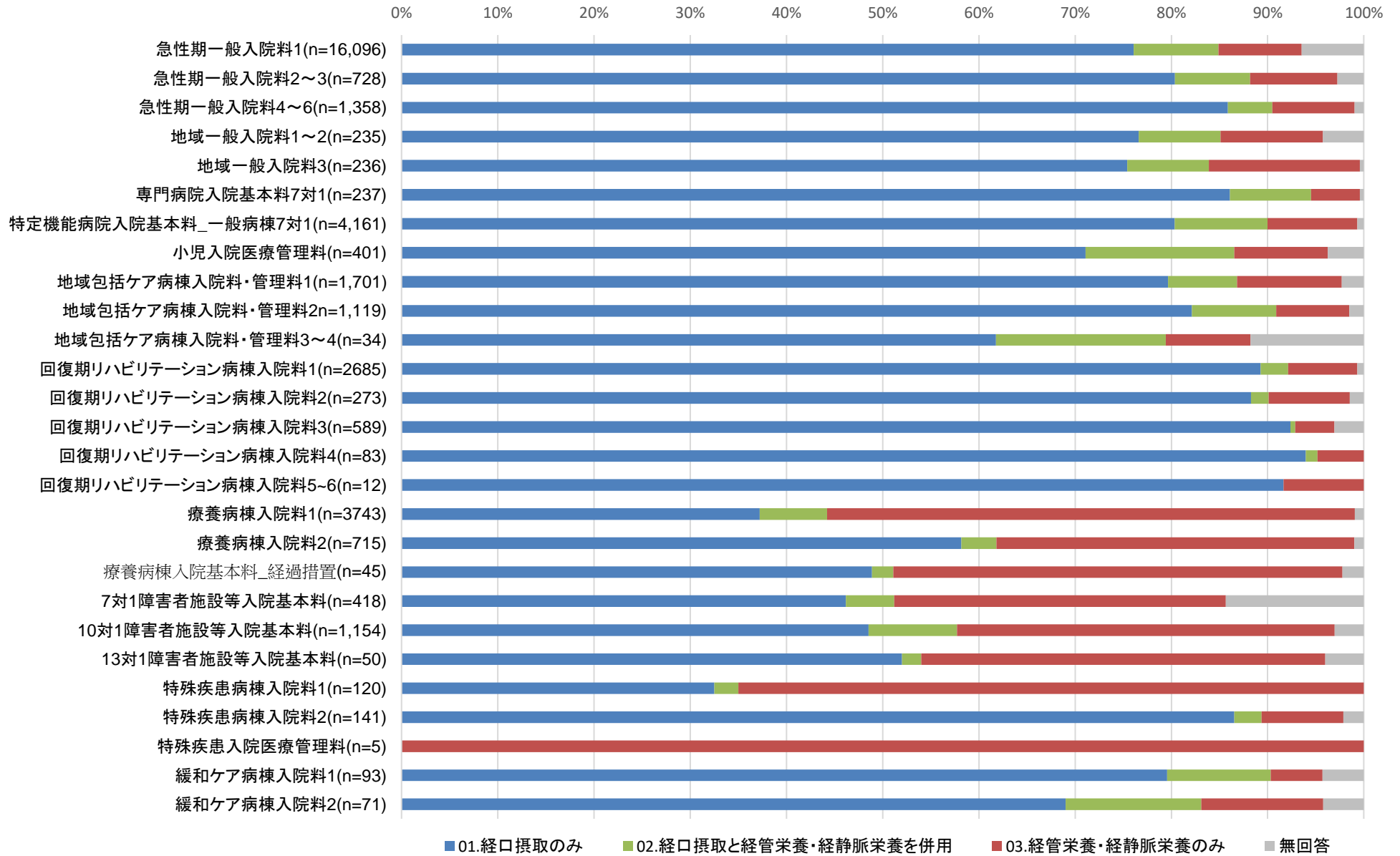


図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

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

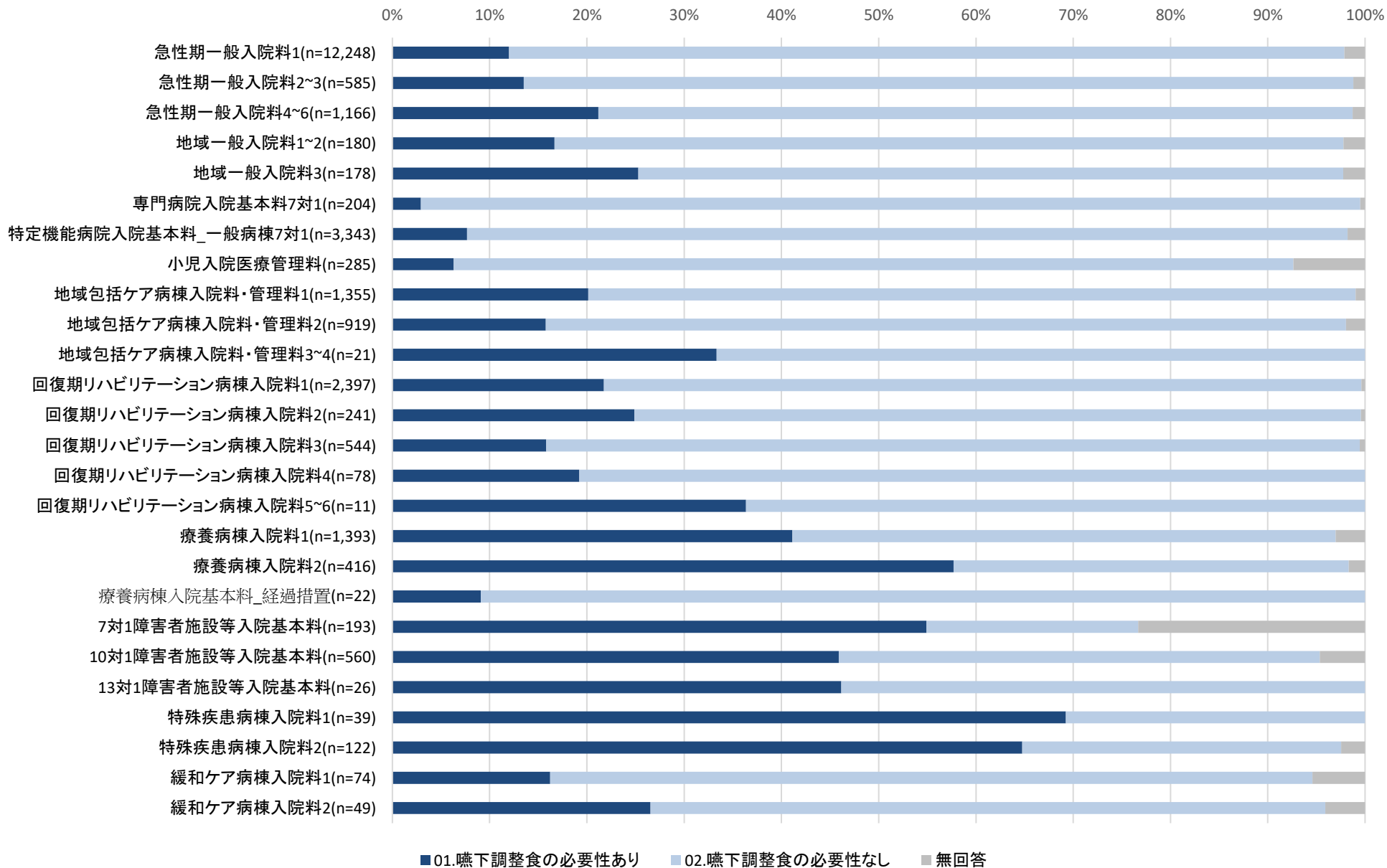
入院料ごとの栄養摂取の状況



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(患者票)

入院料ごとの嚥下調整食の状況

診調組 入-3
5 . 9 . 6



※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

○ 入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。

【栄養管理体制の基準（施設基準）】

- ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。
- ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
- ③ 入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- ④ ③において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態に考慮した栄養管理計画を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- ⑤ 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等を記載する。
- ⑥ 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- ⑦ 特別入院基本料等を算定する場合は、①～⑥までの体制を満たしていることが望ましい。

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

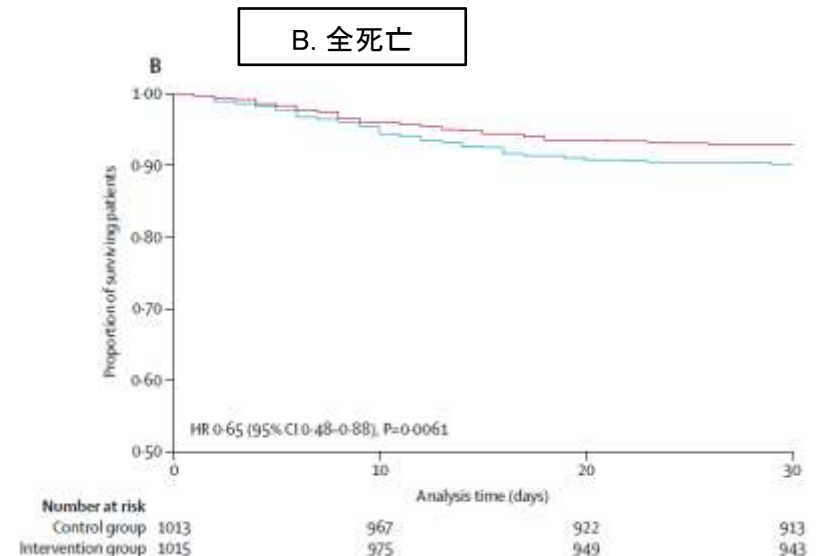
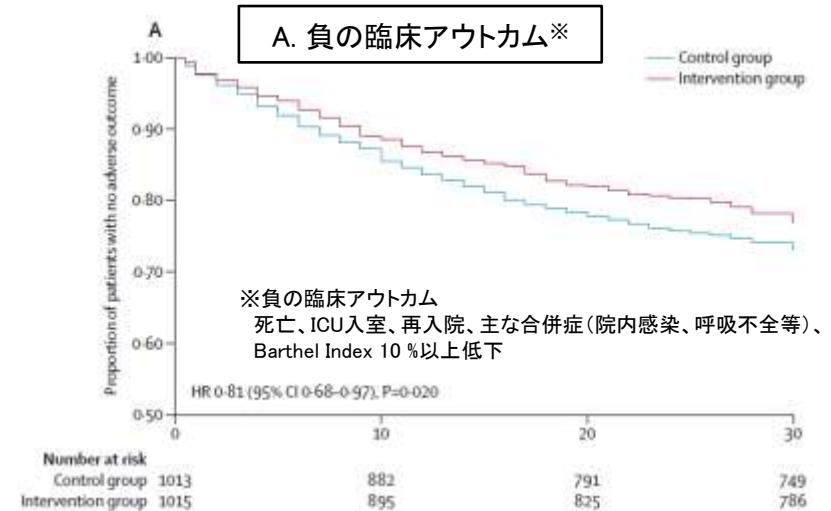
【対象・方法】

対象: 入院時の栄養スクリーニング (NRS2002) で低栄養リスクがあり、4日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法: 8つの急性期病院において、介入群(目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施)と対照群(通常の病院給食)を比較(RCT)

個別的な栄養管理

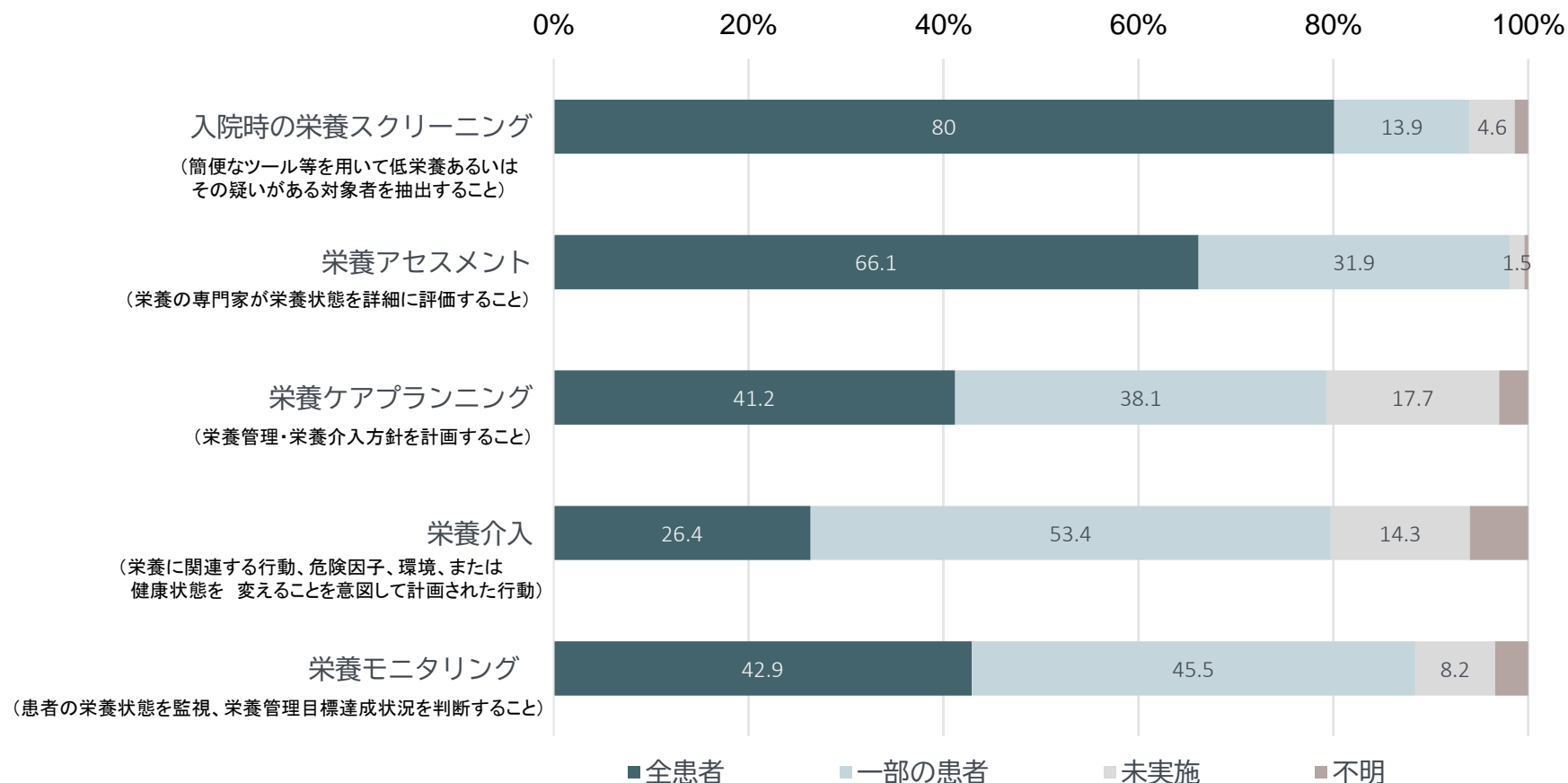
- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
 - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標(たんぱく質・エネルギー等)を設定し、栄養計画を作成
 - ✓ 経口栄養(患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供)と栄養補助食品による栄養管理を実施
 - ✓ 5日以内に経口栄養で1日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
 - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24~48時間ごとに再評価
 - ✓ 退院時には、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



入院患者の栄養管理体制に関する状況

- 入院時の栄養スクリーニングを全患者に実施していると回答した病院は、約8割。
- 栄養ケアプランニングや栄養介入、栄養モニタリングを未実施と回答した病院が、一定数存在した。

■ 入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施対象 n=905



○ 入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータ(様式1)において把握可能な主な項目は、以下のとおり。

■ 患者プロフィール

- 身長(入院時のみ)
- 体重(入院時のみ) ※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算定病棟のみ入棟時・退棟時
- 褥瘡の有無(入棟時・退棟時) ※療養病棟入院基本料届出病棟のみ・任意項目

■ 要介護情報

➤ 低栄養の有無(様式1開始日時点・様式1終了日時点)

※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
- イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

➤ 摂食・嚥下機能障害の有無(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。

- ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
- イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの(明らかな誤嚥を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施するとが困難である場合を含む。)

➤ 経管・経静脈栄養の状況(様式1開始日時点、様式1終了日時点)

※ 経鼻胃管、胃瘻・腸瘻、末梢静脈栄養、中心静脈栄養

栄養管理計画書における栄養補給に関する事項

- 特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者に対して作成する栄養管理計画書の項目として、「栄養補給量(エネルギー、たんぱく質、水分等)、栄養補給方法(経口、経腸栄養、静脈栄養)、嚥下調整食の必要性の有無(有の場合は、学会分類コード)がある。

<入院診療計画書>

別紙 2 入院診療計画書	
(患者氏名) _____ 年 月 日	
病種 (病名)	
主治医以外の担当医名	
在宅復帰支援担当名 *	
病 名 (他に考え得る病名)	
位 状	
出 産	
検査内容	
手術内容	
確定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 * 無 (どちらか□)
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ○	

入院時に患者の栄養状態を
医師、看護師、管理栄養士が共同して
確認し、特別な栄養管理の必要性の
有無について入院診療計画書に記載

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。
注3) *印は、地域包括ケア医療入院科(入院医療管理科)を算定する患者には必ず記入すること。
注4) ○印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。
注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その旨欄に記載してもよい。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

特別な栄養管理が
必要と医学的に
判断される患者



<栄養管理計画書>

別紙 23 栄養管理計画書	
計画作成日: _____	
科別	
氏名 _____ 殿 (男・女)	病 種 _____
年 月 日 生 (歳)	担当医師 _____
入院日: _____	担当管理栄養士名 _____
入院時栄養状態に関するリスク	
栄養状態の評価と課題	
栄養管理計画	
目標	
特別な栄養管理に関する事項	
栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分 l	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (学会分類コード) _____
食事内容	
留意事項	
栄養食事相談に関する事項	
入院時栄養食事指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____)	実施予定日: _____ 月 _____ 日
栄養食事相談の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____)	実施予定日: _____ 月 _____ 日
退院時の指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____)	実施予定日: _____ 月 _____ 日
留意事項	
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項	
栄養状態の再評価の時期 実施予定日: _____ 月 _____ 日	
退院時及び終了時の総合的評価	

○ 日本摂食嚥下リハビリテーション学会により、嚥下調整食分類が示されている。

コード	名称	形態	目的・特色	主食の例
0	j 嚥下訓練食品 Oj	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんばく質含有量が少ない	
	t 嚥下訓練食品 Ot	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ*の どちらかが適している)	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんばく質含有量が少ない	
1	j 嚥下調整食 1j	均質で、付着性、凝集性、かたさ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている (少量をすくってそのまま丸呑み可能) 送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある Oj に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリー など
2	1 嚥下調整食 2-1	ピューレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの (咽頭では残留、誤嚥をしにくいように配慮したもの)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥
	2 嚥下調整食 2-2	ピューレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なものも含む スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類
3	嚥下調整食 3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥など
4	嚥下調整食 4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだものの歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥 など

本表は学会分類2021(食事)の早見表 抜粋

* 上記Otの「中間のとろみ・濃いとろみ」については、学会分類2021(とろみ)を参照

- ESPEN(欧州臨床代謝学会)、A.S.P.E.N(アメリカ静脈経腸栄養学会)、PENSA(アジア静脈経腸栄養学会)、FELANPE(南米栄養治療・臨床栄養代謝学会)による議論を経て、2018年にGLIM※基準による栄養不良(低栄養)の定義が策定された。 ※ Global Leadership Initiative on Malnutrition
- 表現型(体重変化、BMI、筋肉量)と病因によって、診断される。

スクリーニング

既存のスクリーニングツール(NRS-2002,MNA-SF等)を使用

診断のためのアセスメント(GLIM基準)

● 表現型

- 体重減少
6か月以内で5% 6か月以上で10%
- 低BMI

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

● 病因(※)

- 食事摂取量減少 / 吸収障害
- 疾病負荷 / 炎症

診断

表現型、病因のそれぞれが少なくとも1つあった場合に低栄養と診断

重症度診断

<重症度判定>

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

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

(※) 病因に基づく診断分類

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

低栄養評価における血中アルブミン値の取扱い

低栄養の診断基準

An ESPEN Consensus Statement 抜粋

European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)
Clinical Nutrition 34 (2015) 335e340

- 血中アルブミン値のような内臓タンパク質は、疾患の重症度と予後のよい指標である。
- 今日では、内臓タンパク質の低下の主な要因は、炎症反応であると考えられている。
- したがって、内臓タンパク質は、低栄養のスクリーニングや診断に用いるべきではない。
- 栄養特異性の程度が低いことが、主な理由である。

Fact box: 低栄養を診断する2つの方法

既存の栄養スクリーニングツールを用い、低栄養のリスクを判定した上で、

- ① BMI < 18.5 kg/m²
- ② ・ 体重減少(意図的ではないもの)
10%以上/期限なし 又は 5%以上/3か月
 - ・ BMI (body mass index)
70歳未満 < 20 kg/m²、70歳以上 < 22 kg/m²又は
 - ・ FFMI (fat free mass index)
女性 < 15 kg/m²、男性 < 17 kg/m²

栄養指標としての内臓タンパク質の使用

An ASPEN Position Paper 抜粋

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN)
Nutr Clin Pract. 2021;36:22-28

- 血清アルブミンとプレアルブミンは、
 - ・ 現在認められている低栄養の定義の構成要素ではない。
 - ・ 総タンパク質や総筋肉量の有効な代替尺度として機能しないため、栄養指標として使用すべきではない。
 - ・ 栄養状態に関係なく、炎症が存在すると低下する。
 - ・ 低栄養そのものではなく、「栄養リスク」に関連する炎症マーカーとして認識される必要がある。

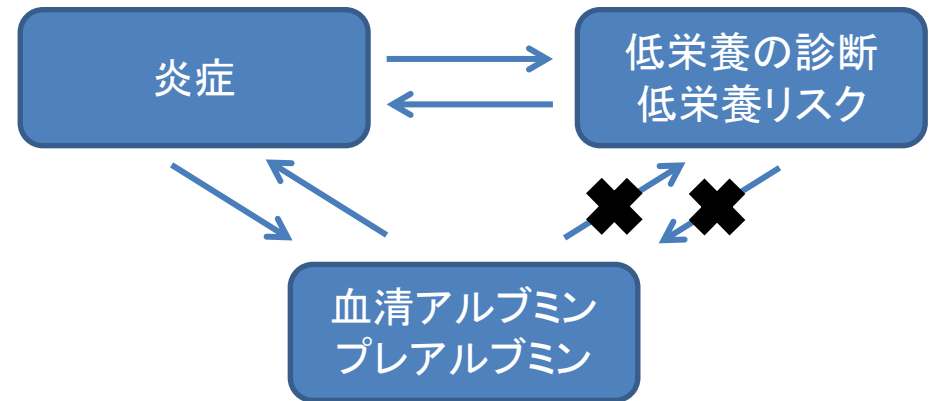


図 低栄養、炎症、内臓タンパク質の関係

1. リハビリテーションについて
- 2. 栄養管理について**
 - 2-1. 概要
 - 2-2. 栄養管理体制
 - 2-3. 医療・介護の連携**
3. 口腔管理について
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の概要

B001・10 入院栄養食事指導料（入院中2回に限る）

入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって、初回にあたっては概ね30分以上、2回目にあたっては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定

イ 入院栄養食事指導料1

保険医療機関の管理栄養士が
当該保険医療機関の医師の指示に基づき実施

(1) 初回 260点 (2) 2回目 200点

ロ 入院栄養食事指導料2

有床診療所において、当該診療所以外（他の医療機関
又は栄養ケア・ステーション）の管理栄養士が当該診療
所の医師の指示に基づき実施

(1) 初回 250点 (2) 2回目 190点

栄養情報提供加算（入院中1回） 50点

栄養食事指導に加え、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設等の医師又は管理栄養士と共有した場合に算定

○ 入院栄養食事指導料の対象患者は、下記のとおり。

■ 対象患者

- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者
- 低栄養状態にある患者
次のいずれかを満たす患者
 - ア 血中アルブミンが3.0g/dl 以下である患者
 - イ 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

※別表第三

腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシチン尿症食、尿素サイクル異常症食、メチルマロン酸血症食、プロピオン酸血症食、極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食、糖原病食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食、小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）、特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

栄養情報の提供に対する評価の新設

入院中の栄養管理に関する情報の提供に係る評価

- 入院医療機関と在宅担当医療機関等との切れ目ない栄養連携を図る観点から、退院後も栄養管理に留意が必要な患者について、入院中の栄養管理等に関する情報を在宅担当医療機関等に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算を新設する。

(新) 栄養情報提供加算 50点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定めるものに対して、栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関又は介護老人保健施設、介護老人福祉施設、介護療養型医療施設、介護医療院、指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供する。



入院医療機関



＜入院中の栄養管理に関する情報＞

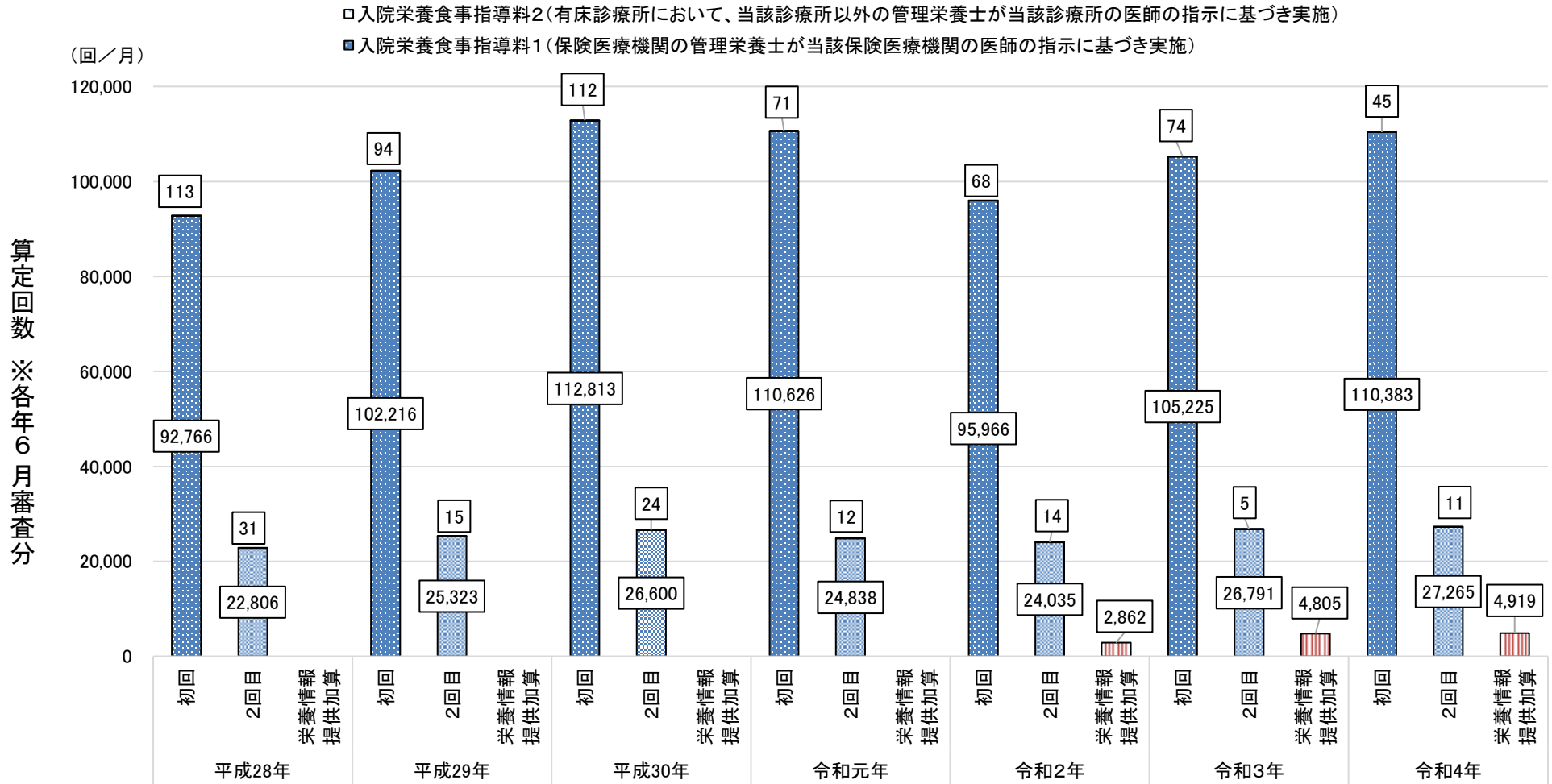
- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態(嚥下食コードを含む。)
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等



在宅担当医療機関等

入院栄養食事指導料・栄養情報提供加算の算定状況

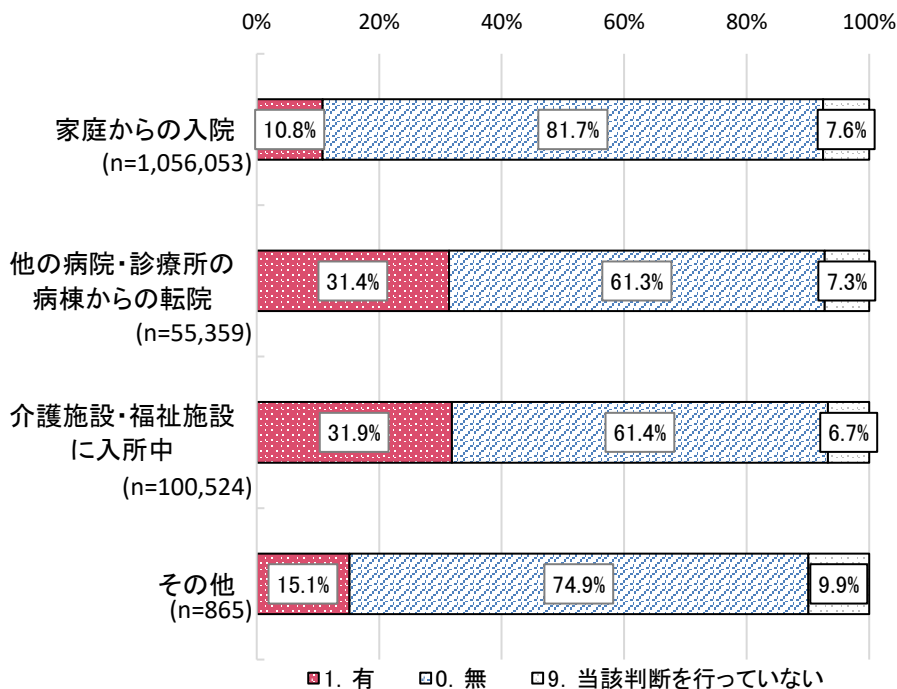
- 入院栄養食事指導料の算定回数は、令和2年に減少したものの、近年は概ね横ばいである。
- 栄養情報提供加算の算定回数は、入院栄養食事指導料の算定回数に対して少ない。



※令和2年度診療報酬改定において、栄養情報提供加算を新設

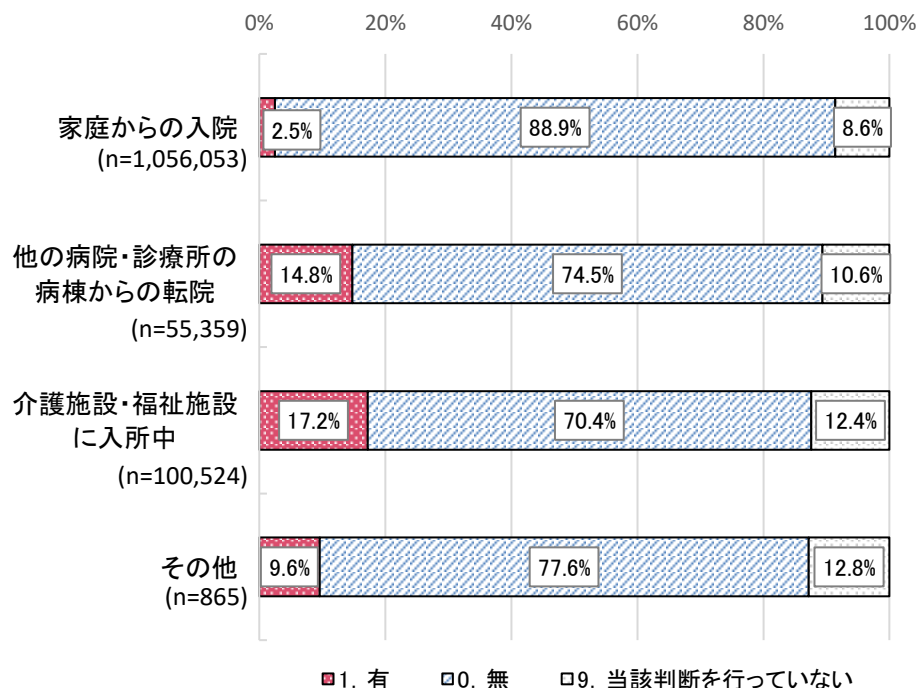
○ 入院経路が「他の病院・診療所の病棟から転院」・「介護施設・福祉施設に入所中」の患者は、入院時に低栄養の割合が約3割、摂食・嚥下機能障害を有する割合が2割弱だった。

■ 入院時の低栄養の有無（入院経路別）



※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
 ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
 イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

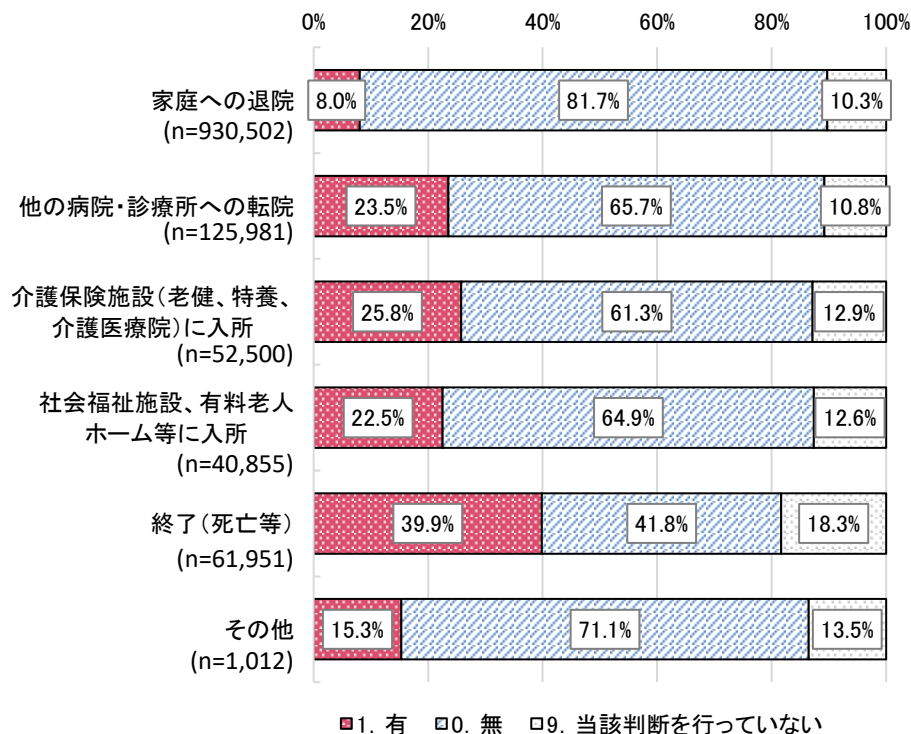
■ 入院時の摂食・嚥下機能障害の有無（入院経路別）



※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
 ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
 イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかなご縁を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施することが困難である場合を含む。）

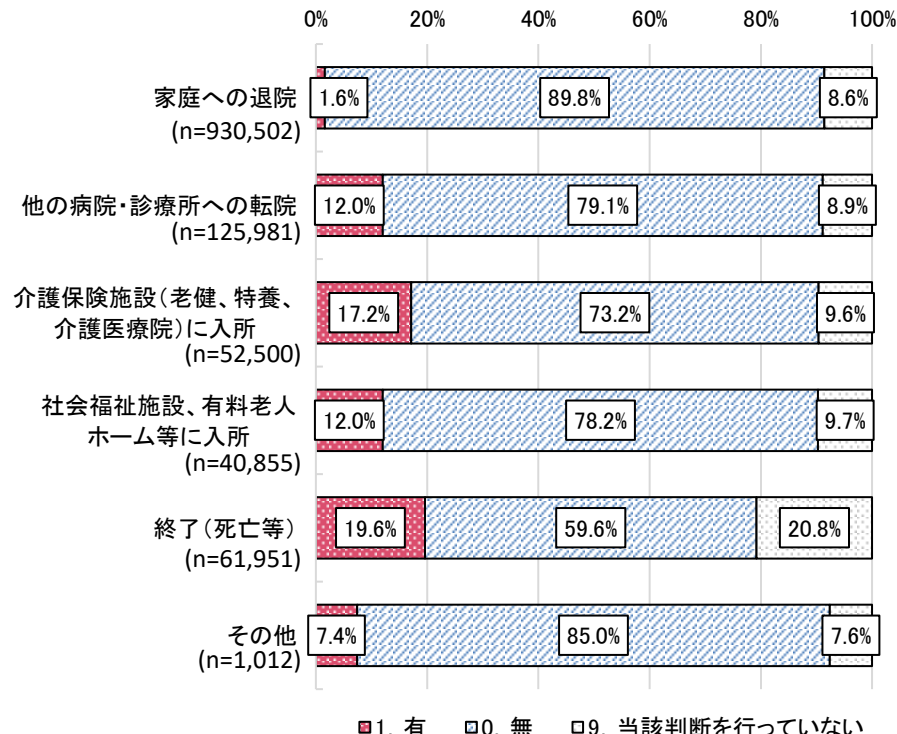
- 退院後、介護保険施設に入所する高齢患者の約4人に1人は退院時に低栄養であり、約5人に1人は摂食・嚥下機能障害を有する。
- 低栄養及び摂食・嚥下機能障害を有する者の割合は、終了(死亡等)の場合が最も高い。

■ 退院時の低栄養の有無（退院先別）



※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
 ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
 イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

■ 退院時の摂食・嚥下機能障害の有無（退院先別）

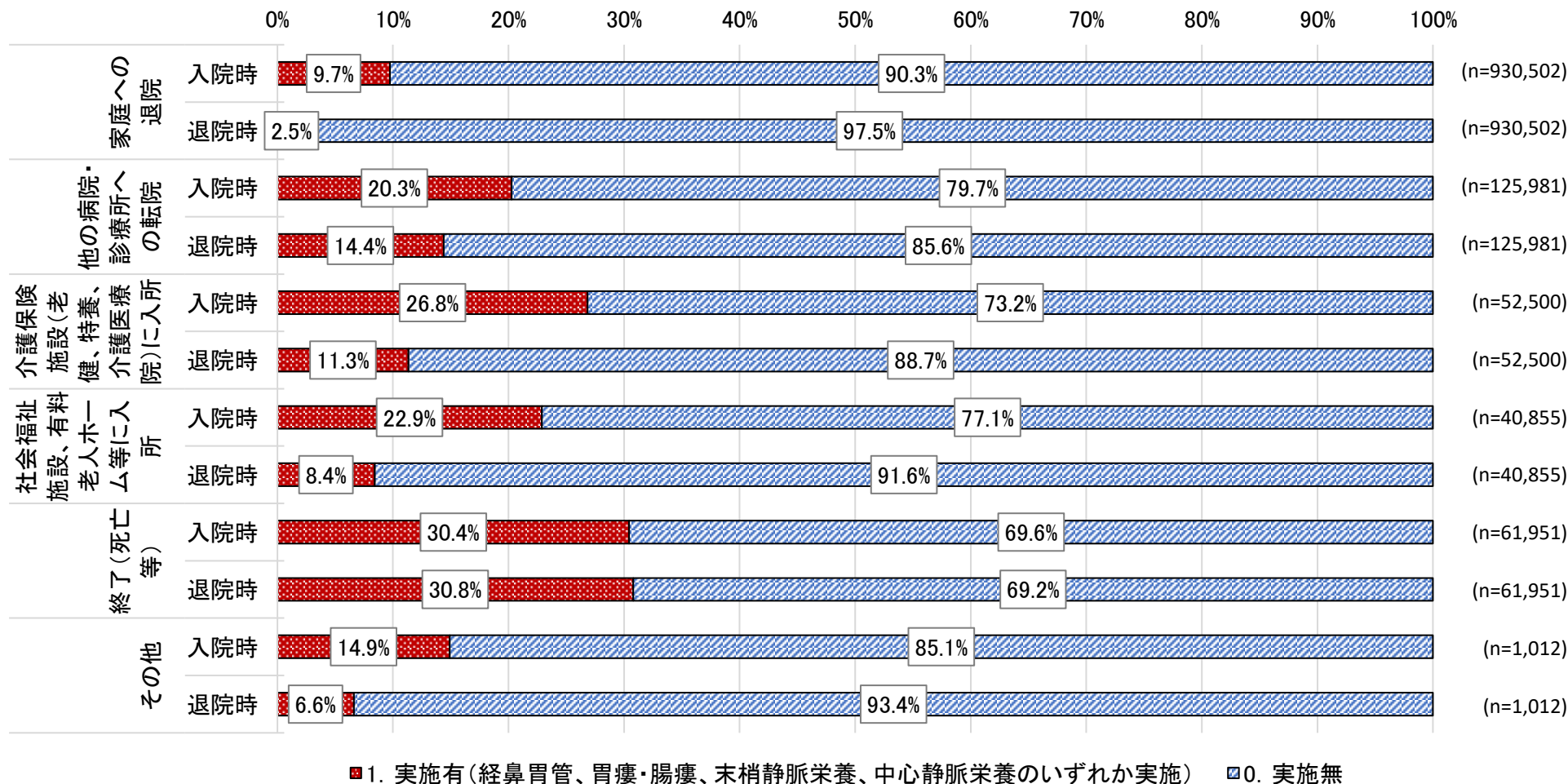


※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
 ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
 イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの(明らかなご縁を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施することが困難である場合を含む。)

高齢入院患者の経管・経静脈栄養の状況（入院時・退院時）

- 退院先が「終了(死亡等)」以外の場合は、入院時と比べ退院時は経管・経静脈栄養の実施割合が減少。
- 一方で、他の医療機関への転院や介護保険施設に入所する場合は、退院時も1割強が経管・経静脈栄養を実施。

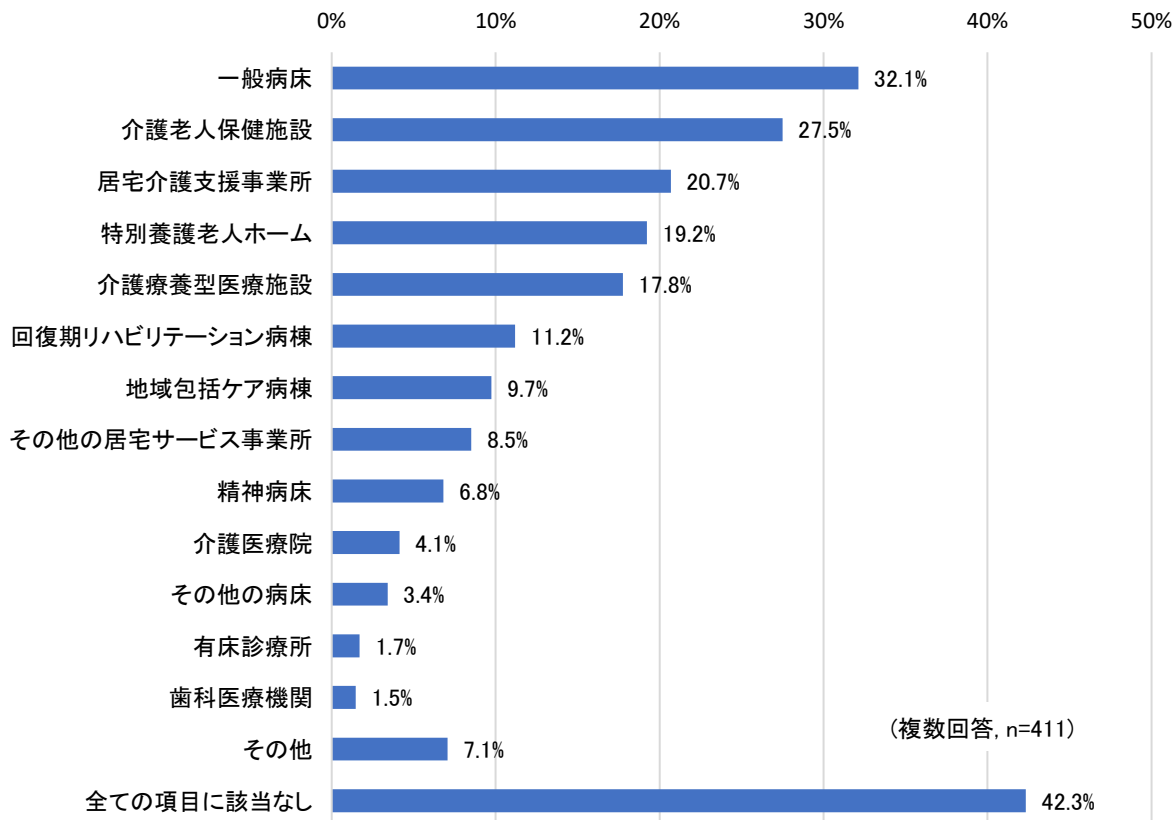
■ 入・退院時の経管・経静脈栄養の状況（退院先別）



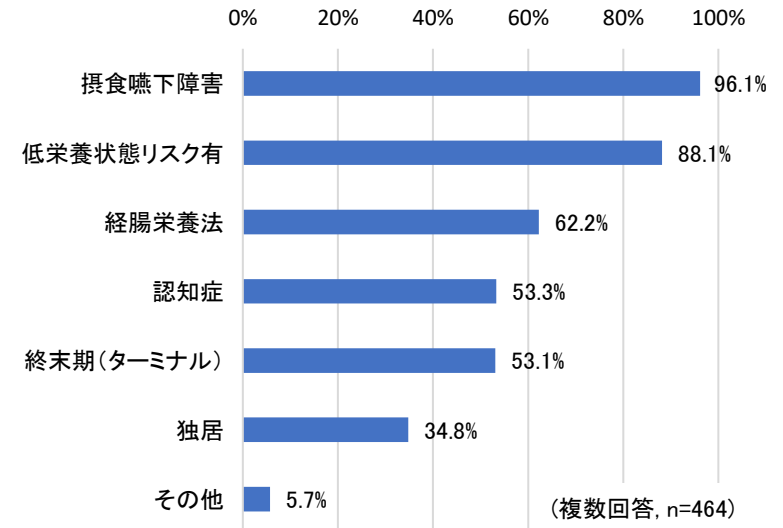
医療機関と介護保険施設との栄養情報連携

- 介護保険施設の管理栄養士が栄養情報連携を行っている事業所等は、一般病床が32.1%だった一方で、全ての項目に該当なし(連携先なし)が最も多く42.3%だった。
- 栄養情報連携の必要性を感じる入所者は、摂食嚥下障害が96.1%、低栄養リスク有が88.1%だった。

■ 介護保険施設の管理栄養士が栄養情報連携を行う事業所、病院・病床種等



■ 管理栄養士による施設・事業所間の栄養情報連携の必要性を感じる入所者



回答者:老健・特養の管理栄養士

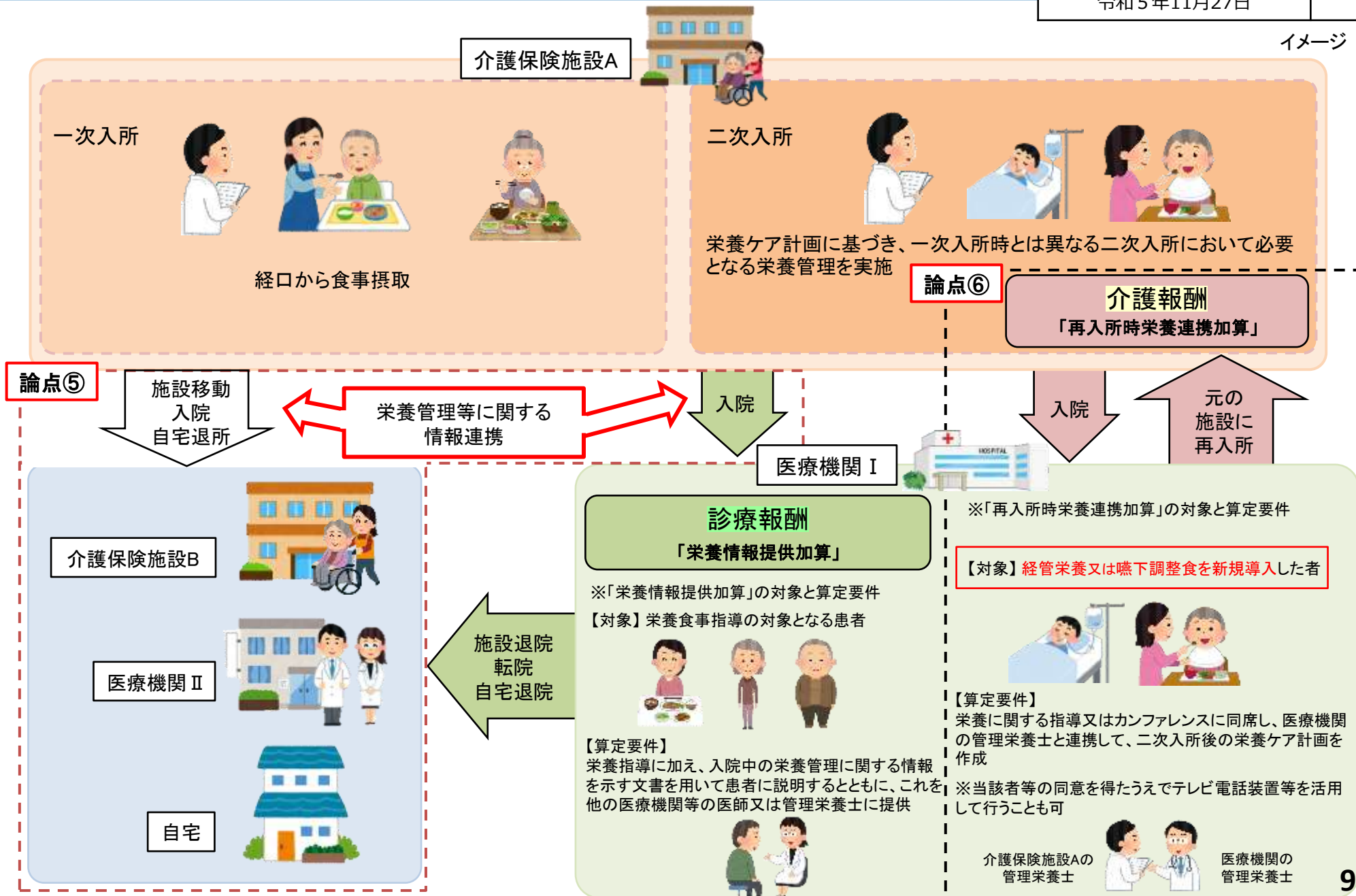
栄養情報連携に係る診療報酬・介護報酬上の評価

社会保障審議会
介護給付費分科会（第232回）

資料
5

令和5年11月27日

イメージ



論点⑤

- 診療報酬では、入院中の栄養管理等に関する情報を入院医療機関から介護保険施設等の医師又は管理栄養士に提供した場合の評価として、栄養情報提供加算が令和2年に創設された。
- 一方、介護報酬においては、栄養管理等に関する情報連携の評価として再入所時栄養連携加算があるが、その対象者は、再入所の場合と限定的である。
- また、介護保険施設において、医療機関に入院する入所者の栄養情報を医療機関に毎回提供している施設が一定数あることや、栄養情報の連携が、看護師等の業務時間削減や適切な食形態での食事提供等の栄養管理に繋がっているとの報告がある。
- 同時報酬改定に向けた第1回意見交換会においては、医療機関と介護保険施設等との連携が重要であるとの意見があった。
- 介護保険施設と医療機関等で円滑に栄養に関する情報共有や管理栄養士間の連携が図られ、切れ目のない支援が行われるために、介護保険施設の入所者の栄養管理に関する情報連携についてどのような方策が考えられるか。

対応案

- 介護保険施設の管理栄養士が、介護保険施設の入所者等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等の医師又は管理栄養士、及び介護支援専門員に文書等で提供することを新たに評価してはどうか。

論点⑥

- 平成30年介護報酬改定において、介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所中とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、より専門的な再入所後の栄養管理に関する調整や受け入れ準備を行った場合の評価がなされた。
- 再入所時栄養連携加算の対象は、入院中に経管栄養または嚥下調整食が新規導入となった入所者となっており、対象が限定的である。
- また、医療機関の入院患者のうち特別食加算の算定割合は約3割で、介護保険施設での療養食加算の算定割合も約3割と、特別な栄養管理が必要な対象者が一定程度いる。
- こうした中、介護保険施設において、医療機関からの受け入れの際に、施設での栄養管理に関して病院管理栄養士と療養食等の具体的な内容や栄養補助食品の種類等の相談をしている割合は約4割である。
- 栄養管理を必要とする利用者に切れ目無くサービスを提供するためにどのような方策が考えられるか。

対応案

- 再入所時栄養連携加算の対象について、現行に加え、療養食を提供する必要性がある入所者等としてはどうか。

1. リハビリテーションについて
2. 栄養管理について
- 3. 口腔管理について**
 - 3-1. 概要**
 - 3-2. 回復期における口腔管理
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

急性期 医療

回復期医療

慢性期医療

入院

口腔機能管理、口腔衛生管理

周術期等の口腔衛生管理、
口腔機能管理

化学療法、放射線治療時等の
口腔衛生管理、口腔機能管理

口腔機能の回復を目的とした歯科治療

非経口摂取
患者の口腔
衛生管理

摂食嚥下障害への対応（摂食嚥下リハビリテーション）

栄養サポート

気管内挿管時の
口腔内装置等

リハビリテーション・栄養との連携

外来

- ・地域からの紹介による患者（全身管理が必要な患者等）に対する歯科治療
- ・障害児者や医療的ケア児に対する歯科治療
- ・歯科口腔外科領域の手術・処置（入院が必要なものも含む） 等

歯科疾患、口腔管理の主な評価（歯科点数表）

歯科疾患に関する管理

- 継続的な歯科疾患の管理の評価
歯科疾患管理料 100点

口腔機能に関する管理

- 口腔機能の管理等の評価
小児口腔機能管理料 100点
【小児の口腔機能の管理を評価】
口腔機能管理料 100点
【高齢者の口腔機能の管理を評価】

周術期の口腔機能管理

- がん患者等の周術期等における口腔機能の管理等を評価
周術期等口腔機能管理計画策定料 300点
【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】
周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) 1 手術前 280点 2 手術後 190点
【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】
周術期等口腔機能管理料(Ⅱ) 1 手術前 500点 2 手術後 300点
【入院中の口腔機能の管理を評価】
周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 200点
【放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する(予定している患者も含む)患者の口腔機能の管理を評価】
- 周術期等における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価
周術期等専門的口腔衛生処置1 100点
【入院中の患者の専門的口腔衛生処置を評価】
周術期等専門的口腔衛生処置2 110点
【放射線治療、化学療法を行っている患者に対し口腔粘膜保護材を使用した口腔粘膜に対する処置を評価】98

医科歯科連携に関する評価（医科点数表）

周術期等口腔機能管理に関する連携

■ 診療情報提供料 I 歯科医療機関連携加算1 100点

周術期等における口腔機能管理の必要を認め、歯科医療機関に対して、当該患者の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合の評価

■ 診療情報提供料 I 歯科医療機関連携加算2 100点

周術期等における口腔機能管理の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て、歯科医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合の評価（歯科医療機関連携加算1と併算定可能）

■ 周術期口腔機能管理後手術加算 200点

周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算

在宅歯科医療に関する連携

■ 診療情報提供料 I 歯科医療機関連携加算1 100点

医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う歯科医療機関に情報提供を行った場合の評価

全身的な管理を必要とする患者の歯科治療に関する連携

■ 診療情報連携共有料 120点

歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報について、医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で情報共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価

在宅医療における医科歯科連携の推進

歯科医療機関連携加算1の対象医療機関及び患者の拡充

- 診療情報提供料（I）における 歯科医療機関連携加算1について、情報提供を行う医師の所属及び患者の状態に係る要件を廃止し、「医師が歯科訪問診療の必要性を認めた患者」を対象とする。

現行

【歯科医療機関連携加算1（医科点数表 診療情報提供料（I））】

【算定要件】

(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。（略）

ア （略）

イ **在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合**

改定後

【歯科医療機関連携加算1（医科点数表 診療情報提供料（I））】

【算定要件】

(27) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。（略）

ア （略）

イ **医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合**



総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進

総合医療管理加算等の算定要件の見直し

- 口腔に症状が発現する疾患に係る医科歯科連携を推進する観点から、総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関を見直す。

現行

【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】

[算定要件]

注11 **別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。**

[対象患者]

糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者

[施設基準]

六の二の四 **歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び**歯科治療時医療管理料の施設基準

改定後

【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】

[算定要件]

注11 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

[対象患者]

糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、**血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者**

[施設基準]

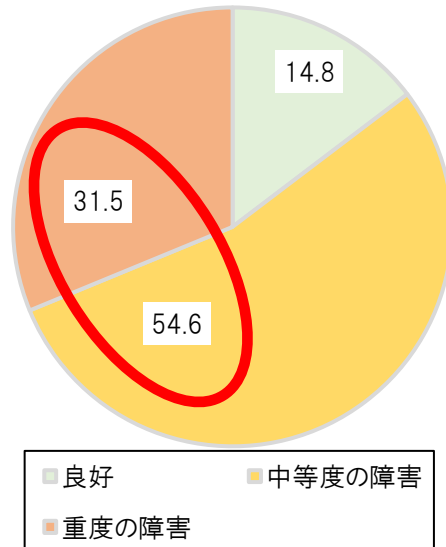
六の二の四 歯科治療時医療管理料の施設基準

※ 在宅総合医療管理加算についても同様の見直しを行う。

1. リハビリテーションについて
2. 栄養管理について
- 3. 口腔管理について**
 - 3-1. 概要
 - 3-2. 回復期における口腔管理**
4. 急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔

- 回復期リハビリテーション病棟入院の高齢患者の約8割に、なんらかの口腔機能障害が認められ、そのうちの31.5%は重度の障害であった。
- 口腔機能障害の内容を見ると、歯・義歯の問題が最も多く(中等度:46.7%、重度:31.8%)、次いで舌の問題、歯肉の問題が多かった。

■ 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



※ROAGスコア9点以上:口腔機能障害あり

■ 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)

【ROAGスコア】

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患者108名(2013年6月~10月までに連続入院した65歳以上の患者、男性55名、女性53名、平均年齢80.5±6.8歳)
 方法: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:改定口腔アセスメントガイド(ROAG、Revised Oral Assessment Guide)

声、嚥下、口唇、歯・義歯、粘膜、歯肉、舌、唾液の8項目の状態をそれぞれ各項目の診査方法と評価基準に従いスコア1、2、3の3段階で評価

回復期病棟における患者の口腔状況と歯科の連携状況

- 回復期リハビリテーション病棟で頻繁に見られる歯科的な問題は、義歯にすることが最も多く、94.0%の施設で見られた。「問題はない」と回答した施設は0.6%であった。
- 治療内容では、「義歯修理・製作」が79.3%と最も多く、ついで「歯科治療」が75.3%、口腔衛生管理が70.6%であった。

■病棟で頻繁に見られる歯科的問題点

	N (%)
義歯	297(94.0)
歯周疾患	191(60.4)
口腔乾燥	191(60.4)
口腔衛生状態不良	187(59.2)
う蝕	161(50.9)
食欲の低下	145(45.9)
むせ	127(40.2)
出血	79(25.0)
口を開かない	72(22.8)
歯ブラシを嫌がる	67(21.2)
口腔顔面領域の痛み	18(5.7)
問題はない	2(0.6)
その他	10(3.2)

■院内歯科と訪問歯科での歯科治療実施数および内容の比較

	全体	院内	訪問	p値
治療延べ人数 (中央値、四分位)	10(3~70)	70(10~265)	10(3~40)	<0.001
治療内容 (N, %)				
口腔衛生管理	211(70.6)	65(83.3)	146(66.1)	0.004
歯石除去・クリーニング	157(52.5)	64(82.1)	93(42.1)	<0.001
歯科治療	225(75.3)	74(94.9)	151(68.3)	<0.001
義歯修理・製作	237(79.3)	70(89.7)	167(75.6)	0.008
摂食嚥下評価 (VE, VF)	53(17.7)	22(28.2)	31(14.0)	0.005
摂食嚥下評価 (VE, VF以外)	32(10.7)	14(17.9)	18(8.1)	0.016
摂食嚥下訓練	49(16.4)	16(20.5)	33(14.9)	0.252
栄養評価	14(4.7)	8(10.3)	6(2.7)	0.012
その他	14(4.7)	2(2.6)	12(6.3)	0.245

対象: 2021年11月~2022年1月に回復期リハビリテーション病棟協会会員施設(1,235施設)で口腔や栄養に関連する医療従事者もしくは運営管理者

方法: 歯科との連携状況に関する無記名自記式質問票を郵送

分析対象: 回答のあった319施設(25.8%)

分析方法: 院内歯科(院内)群と訪問歯科(訪問)群について、 χ^2 検定及びMann-WhitneyのU検定を用いて分析

○ 退院時に口腔衛生・口腔機能の改善がみられる群(良好群)と、口腔衛生・口腔機能の改善が見られない群(非良好群)を比較すると、良好群は、FIMの運動項目、認知項目、合計点数、FIM効率、FIM利得が有意に高かった。

項目	全体 (n=492)	退院時ROAGスコア (口腔衛生・口腔機能の状態)		p値
		良好群 (n=126)	非良好群 (n=366)	
ROAG、中央値 (四分位範囲)		1(0-2)	1(0-2)	0.019
在院日数、中央値 (四分位範囲)	109(77-154)	101(71-151)	114(79-155)	0.31
リハ実施単位	963(665-1,350)	886(605-1,339)	1013(687-1,352)	0.27
FIM、中央値 (四分位範囲)				
運動項目	69(41-85)	83(65-89)	61(34-81)	<0.001
認知項目	25(18-31)	30(26-34)	23(16-29)	<0.001
総合計	95(60-114)	112(94-121)	82(53-109)	<0.001
FIM効率	0.27(0.14-0.40)	0.32(0.24-0.44)	0.24(0.13-0.39)	<0.001
FIM利得	27(15-40)	32(22-45)	24(13-38)	<0.001
転帰先				
自宅	337(68.5)	106(84.1)	231(63.1)	
施設	135(27.4)	18(14.3)	117(32.0)	
老健	6(1.2)	1(0.8)	5(1.4)	
療養病床	13(2.6)	1(0.8)	12(3.3)	
その他	1(0.2)	0(0)	1(0.3)	
FILS、中央値 (四分位範囲)	9(8-10)	10(9-10)	9(8-10)	<0.001
退院時ROAG、中央値 (四分位範囲)	9(8-11)	8(8-8)	10(9-11)	<0.001

FIM : Functional independence measure、機能的自立度評価表

対象:A病院に2018年1月1日から2020年12月31日に脳卒中後の回復期リハビリテーション目的で入退院した患者で、入院時に口腔内に問題があると評価された患者のうち、脳卒中患者492名を対象。

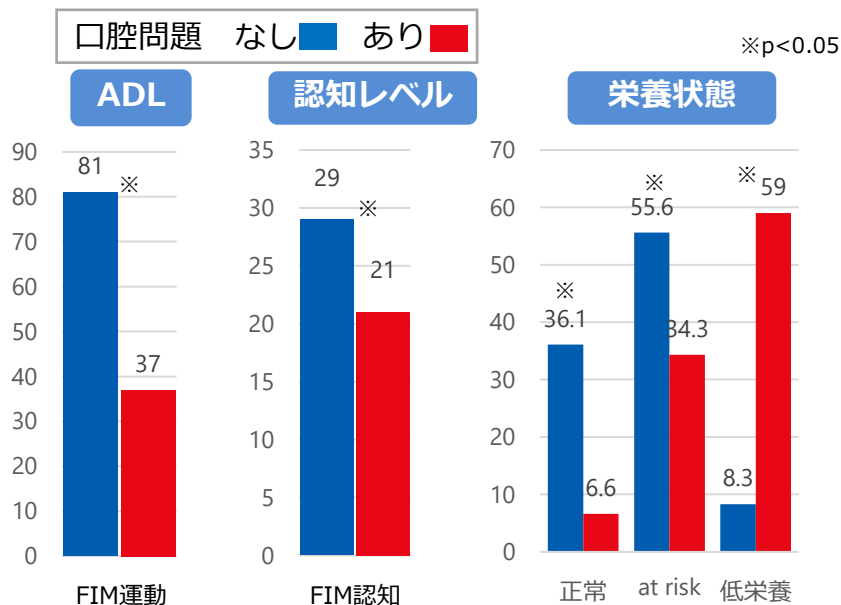
方法:口腔内の状態は歯科衛生士によりROAG(Revised Oral Assessment Guide)、ADLはFIM(functional independence measure)を用いて看護師、介護福祉士を中心として評価を行った。対象者を退院時ROAG8点未満の群(口腔内良好群)と9点以上の群(口腔内非良好群)に分け、2群間の退院時FIM合計点等を単変量解析で比較した。

リハビリテーション患者における口腔とADL、栄養の関連及び口腔の管理の効果

○ 回復期リハビリテーション患者の口腔の問題は、ADL、認知レベル、栄養状態と関連し、歯科専門職の介入による口腔管理は、口腔状態や咀嚼嚥下、栄養状態の改善を通じて、間接的にADLの改善等につながると考えられる。

中医協 総-2
5. 11. 17

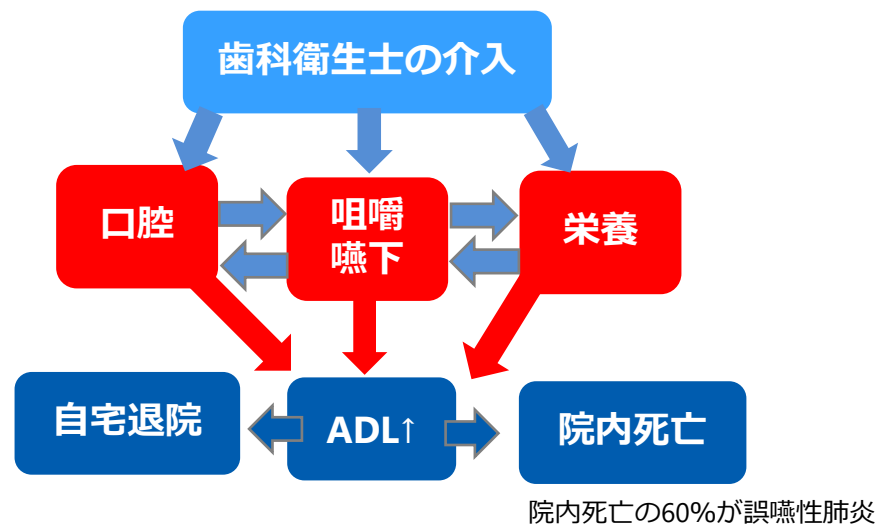
■ 口腔の問題と、ADL、栄養状態との関連



◆ 結果：口腔問題はADL、認知レベル、栄養状態と独立して関連

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者1,056名
 方法：前向きコホート研究。評価指標は、口腔内の状態：改訂口腔アセスメントガイド (Revised Oral Assessment Guide)、身体機能、認知レベルADL：FIM (functional independence measure)、栄養状態：MNA-SFを用いて評価。

■ 歯科衛生士による介入の効果



◆ 結果：歯科衛生士の治療的介入の効果として、1)退院時のADL、2)入院期間、3)院内死亡を改善。

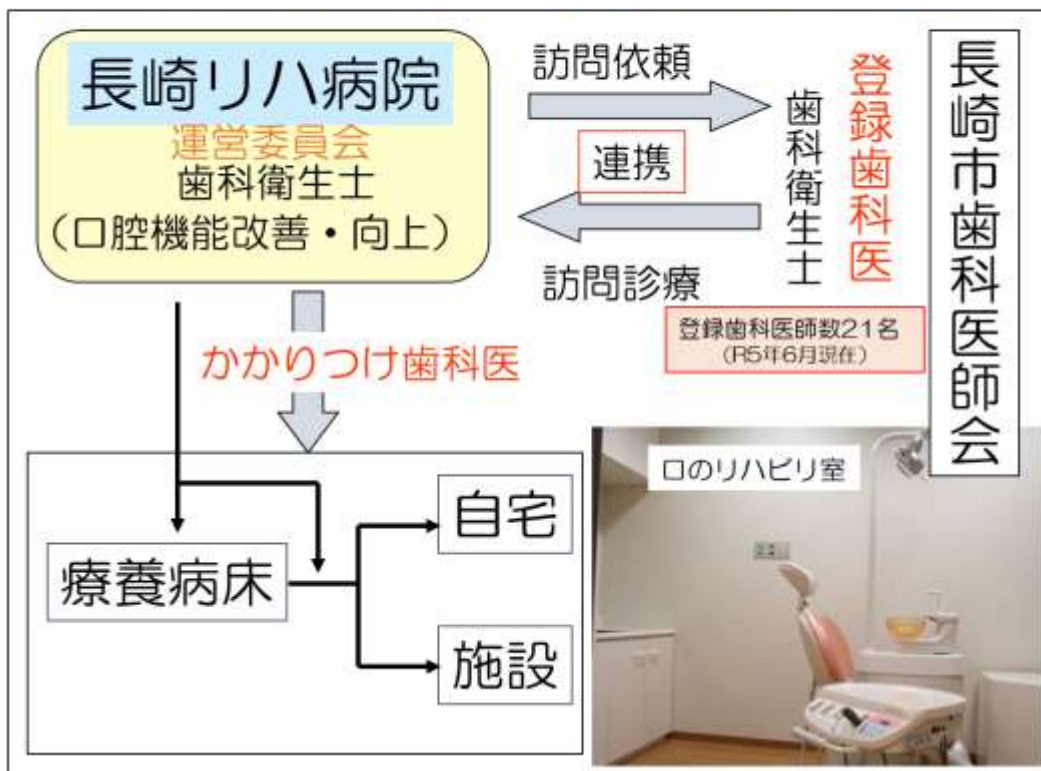
➤ 歯科衛生士による治療的介入により口腔や咀嚼嚥下、栄養状態が改善し、間接的にこれらのアウトカムを改善していると考えられる。

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者1,056人
 方法：歯科衛生士により口腔の管理を行った群(415人)と、行っていない群(641人)について、傾向スコアを用いたマッチングを行い2群間で比較。交絡因子を調整して多変量解析を実施

回復期リハ病棟における医科歯科連携の事例

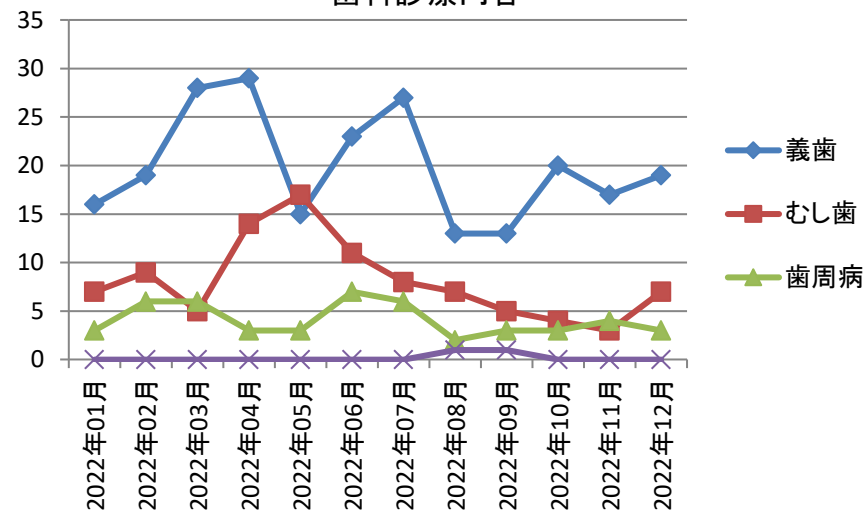
○ 回復期リハ病棟におけるかかりつけ歯科医師あるいは登録歯科医師と連携する医科歯科連携のシステムを構築している例がある。実施されている歯科の診療内容としては義歯調整が多い。

歯科診療オープンシステム

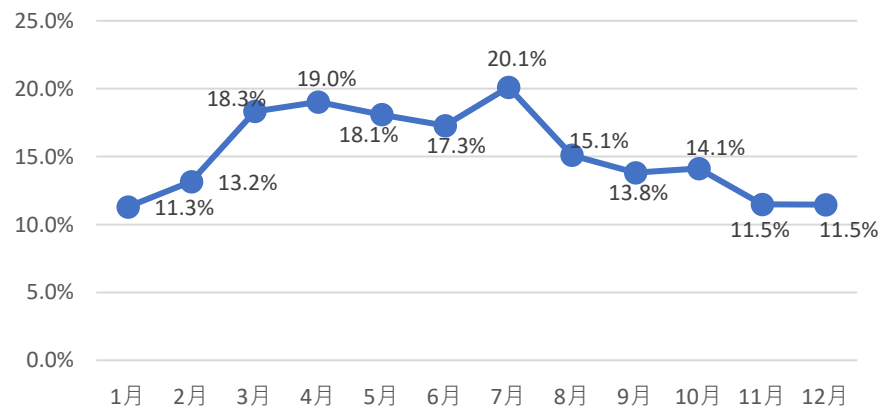


- ◆ 歯科衛生士が評価をし、歯科受診が必要であれば主治医および本人・家族の許可の下で以下の通り診療を依頼
 - ① かかりつけ歯科医師が訪問する場合にはそのかかりつけ歯科医師へ
 - ② かかりつけ歯科医師が訪問できない場合には登録歯科医師(現在21人)へ

歯科診療内容



入院実人数に占める歯科診療実施実人数の割合 (2022年)



回復期リハビリテーション入院料 1 病棟における多職種連携の取組状況

○ 回復期リハビリテーション入院料1病棟における多職種連携の状況を見ると、「口腔管理に関する計画の作成」の実施は58.6%であった。

	実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
NST等の専門チームでのカンファレンス	73.2%	94.4%	9.3%	98.5%	55.9%	62.2%	44.4%	78.9%	98.1%	22.6%
専門チームでのカンファレンス以外の病棟でのカンファレンス(簡易な情報共有や相談を含む)	93.5%	88.1%	3.5%	100.0%	44.8%	89.0%	84.9%	91.9%	89.2%	9.9%
褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	96.2%	72.9%	0.3%	99.7%	46.3%	39.8%	22.9%	12.7%	61.9%	0.8%
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	97.0%	61.2%	1.1%	80.7%	10.9%	20.4%	17.0%	27.1%	95.3%	1.1%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	97.6%	54.7%	0.6%	91.7%	2.8%	96.7%	93.9%	66.7%	10.3%	2.2%
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	94.3%	59.5%	0.6%	87.4%	5.5%	53.4%	77.0%	67.0%	8.0%	0.3%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	84.9%	35.1%	18.8%	78.0%	1.9%	5.1%	5.4%	70.6%	12.5%	49.8%
摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	97.8%	59.3%	6.4%	77.8%	5.0%	10.0%	11.1%	95.8%	39.6%	17.7%
栄養管理計画の作成	97.0%	55.0%	0.8%	54.2%	9.8%	12.0%	10.1%	18.2%	95.8%	3.4%
離床やリハビリテーションに係る計画の作成	97.3%	78.3%	0.0%	85.2%	5.6%	97.8%	93.6%	80.5%	33.7%	3.1%
口腔管理に関する計画の作成	58.6%	42.5%	22.2%	68.9%	1.9%	2.4%	6.6%	58.5%	11.8%	50.0%
ミールラウンド(食事の観察)	87.6%	33.3%	2.8%	82.6%	2.8%	20.2%	32.4%	70.7%	83.2%	14.3%
食事形態の検討・調整	97.3%	76.1%	6.7%	88.8%	2.8%	6.5%	12.9%	85.1%	94.7%	10.7%
経腸栄養剤の種類の選択や変更	94.1%	93.4%	0.9%	84.4%	16.2%	1.7%	1.4%	15.0%	87.9%	0.6%
退院前の居宅への訪問指導	84.9%	32.6%	0.0%	55.0%	1.6%	97.4%	95.2%	30.0%	5.4%	0.0%
退院時のカンファレンス	95.9%	84.5%	2.5%	98.6%	26.0%	94.4%	94.4%	93.5%	52.8%	5.9%

歯科標榜の有無別回復期リハ病棟における口腔に係る取組の実施状況

- 多職種連携の内容のうち「口腔管理に関する計画の作成」の実施状況は、歯科標榜のある病院の回復期リハ病棟で70.4%、歯科標榜のない病院の回復期リハ病棟で54.4%にとどまる。
- 院外の歯科医師・歯科衛生士の連携の有無をみると、歯科標榜のない病院の回復期リハ病棟では約半数近くが連携ありだった。
- 連携内容をみると、「口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価」は約9割の歯科医師・歯科衛生士が行っていた。一方で、「口腔管理に関する計画の作成」は歯科医師では30.2%、歯科衛生士では24.5%にとどまっていた。

■多職種連携の内容

	実施ありの割合	
	歯科標榜あり (n=98)	歯科標榜なし (n=272)
NST等の専門チームでのカンファレンス	82.7%	69.9%
NST等専門チームでのカンファレンス以外の病棟でのカンファレンス	92.9%	93.8%
褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	99.0%	95.2%
栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	99.0%	96.3%
ADLのスクリーニング・定期的な評価	99.0%	97.1%
認知機能のスクリーニング・定期的な評価	90.8%	95.6%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	89.8%	83.1%
摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	98.0%	97.8%
栄養管理計画の作成	100.0%	96.0%
離床やリハビリテーションに係る計画の作成	100.0%	96.3%
口腔管理に関する計画の作成	70.4%	54.4%
ミールラウンド	94.9%	84.9%
食事形態の検討・調整	99.0%	96.7%
経腸栄養剤の検討・調整	96.9%	93.0%
退院前の居宅への訪問指導	93.9%	81.6%
退院時のカンファレンス	94.9%	96.3%

■院外の歯科医師・歯科衛生士の連携の有無

<歯科標榜なし>

	歯科医師		歯科衛生士		歯科医師または 歯科衛生士	
	連携あり	連携なし	連携あり	連携なし	連携あり	連携なし
連携の有無	48.2%	51.8%	36.4%	63.6%	49.6%	50.4%

<歯科標榜あり>

	歯科医師		歯科衛生士		歯科医師または 歯科衛生士	
	連携あり	連携なし	連携あり	連携なし	連携あり	連携なし
連携の有無	12.2%	87.8%	8.2%	91.8%	12.2%	87.8%

■院外の歯科医師・歯科衛生士の主な連携内容

(歯科標榜のない病院の回復期リハ病棟)

	歯科医師	歯科衛生士
NST等の専門チームでのカンファレンス	3.9%	1.0%
NST等専門チームでのカンファレンス以外の病棟でのカンファレンス	3.9%	0.0%
口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	89.9%	91.8%
摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	23.3%	14.3%
口腔管理に関する計画の作成	30.2%	24.5%
ミールラウンド	6.2%	3.1%
食事形態の検討・調整	14.0%	6.1%
退院時のカンファレンス	0.8%	1.0%

リハビリテーション実施計画書 (医療)

意見交換 資料-4 参考-1
R 5 . 3 . 1 5 改

(別紙様式21)

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	性別 (男・女) 年齢 (歳)	計画開始日 (年 月 日)																																																																																							
担当氏名	治療内容	発症日・手術日 (年 月 日) リハ開始日 (年 月 日)																																																																																							
併存疾患・合併症	理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/>	薬品・特記事項																																																																																							
<p>心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 認知障害 (JCS・GCS)</td> <td><input type="checkbox"/> 関節可動域制限 ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 - <input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器</td> <td><input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 循環障害 - <input type="checkbox"/> EF () % <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無)</td> <td><input type="checkbox"/> 筋力低下 ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 危険因子 - 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 - 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 - 狭心症 <input type="checkbox"/> 陈旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 運動機能障害 (<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> h・キッキング)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 採食低下障害 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (口 嗅覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 触覚)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 栄養障害 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 音声・発話障害 ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 排泄機能障害 ()</td> <td><input type="checkbox"/> (口 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ())</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 褥瘡 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 嚥下機能障害 (口 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 疼痛 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 精神行動障害 ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td><input type="checkbox"/> 異常固縮 ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 記憶障害 ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 発達障害 ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 認知障害 (JCS・GCS)	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 ()	<input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 - <input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ()	<input type="checkbox"/> 循環障害 - <input type="checkbox"/> EF () % <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無)	<input type="checkbox"/> 筋力低下 ()	<input type="checkbox"/> 危険因子 - 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 - 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 - 狭心症 <input type="checkbox"/> 陈旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 (<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> h・キッキング)	<input type="checkbox"/> 採食低下障害 ()	<input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (口 嗅覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 触覚)	<input type="checkbox"/> 栄養障害 ()	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 ()	<input type="checkbox"/> 排泄機能障害 ()	<input type="checkbox"/> (口 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ())	<input type="checkbox"/> 褥瘡 ()	<input type="checkbox"/> 嚥下機能障害 (口 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行)	<input type="checkbox"/> 疼痛 ()	<input type="checkbox"/> 精神行動障害 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 異常固縮 ()		<input type="checkbox"/> 記憶障害 ()		<input type="checkbox"/> 発達障害 ()		(<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)																																																													
<input type="checkbox"/> 認知障害 (JCS・GCS)	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 ()																																																																																								
<input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 - <input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ()																																																																																								
<input type="checkbox"/> 循環障害 - <input type="checkbox"/> EF () % <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無)	<input type="checkbox"/> 筋力低下 ()																																																																																								
<input type="checkbox"/> 危険因子 - 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 - 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 - 狭心症 <input type="checkbox"/> 陈旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 (<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> h・キッキング)																																																																																								
<input type="checkbox"/> 採食低下障害 ()	<input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (口 嗅覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 触覚)																																																																																								
<input type="checkbox"/> 栄養障害 ()	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 ()																																																																																								
<input type="checkbox"/> 排泄機能障害 ()	<input type="checkbox"/> (口 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ())																																																																																								
<input type="checkbox"/> 褥瘡 ()	<input type="checkbox"/> 嚥下機能障害 (口 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行)																																																																																								
<input type="checkbox"/> 疼痛 ()	<input type="checkbox"/> 精神行動障害 ()																																																																																								
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 異常固縮 ()																																																																																								
	<input type="checkbox"/> 記憶障害 ()																																																																																								
	<input type="checkbox"/> 発達障害 ()																																																																																								
	(<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)																																																																																								
<p>基本動作</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)</td> <td><input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)</td> <td><input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)</td> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> </tr> </table> <p>日常生活活動 (動作) (実行状況) ※初またはFIMのいずれか必ず記載</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="2">得点</th> <th rowspan="2">開始時→現在</th> <th rowspan="2">使用用具及び 介助内容等</th> </tr> <tr> <th>FIM</th> <th>BI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">セルフケア</td> <td>食卓</td> <td>→</td> <td>10-5-0 → 10-5-0</td> <td rowspan="6"></td> </tr> <tr> <td>整容</td> <td>→</td> <td>5-0 → 5-0</td> </tr> <tr> <td>着脱・入浴</td> <td>→</td> <td>5-0 → 5-0</td> </tr> <tr> <td>更衣(上半身)</td> <td>→</td> <td>10-5-0 → 10-5-0</td> </tr> <tr> <td>更衣(下半身)</td> <td>→</td> <td>10-5-0 → 10-5-0</td> </tr> <tr> <td>トイレ</td> <td>→</td> <td>10-5-0 → 10-5-0</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">排泄</td> <td>排泄コントロール</td> <td>→</td> <td>10-5-0 → 10-5-0</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>排便コントロール</td> <td>→</td> <td>10-5-0 → 10-5-0</td> </tr> <tr> <td>ペット・椅子・車椅子</td> <td>→</td> <td>15-10</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">移動</td> <td>歩行</td> <td>→</td> <td>15-10</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>(杖・柵)</td> <td>→</td> <td>5-0</td> </tr> <tr> <td>車椅子</td> <td>→</td> <td>10-5-0</td> </tr> <tr> <td>階段</td> <td>→</td> <td>10-5-0 → 10-5-0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>小計 (FIM 13-91, BI 0-100)</td> <td>→</td> <td>→</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">認知</td> <td>コミュニケーション</td> <td>→</td> <td rowspan="5"></td> <td rowspan="5"></td> </tr> <tr> <td>感情</td> <td>→</td> </tr> <tr> <td>表出</td> <td>→</td> </tr> <tr> <td>社会的交流</td> <td>→</td> </tr> <tr> <td>社会的問題 問題解決 記憶</td> <td>→</td> </tr> <tr> <td>小計 (FIM 5-35)</td> <td>→</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計 (FIM 18-128)</td> <td>→</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			<input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> その他 ()	項目	得点		開始時→現在	使用用具及び 介助内容等	FIM	BI	セルフケア	食卓	→	10-5-0 → 10-5-0		整容	→	5-0 → 5-0	着脱・入浴	→	5-0 → 5-0	更衣(上半身)	→	10-5-0 → 10-5-0	更衣(下半身)	→	10-5-0 → 10-5-0	トイレ	→	10-5-0 → 10-5-0	排泄	排泄コントロール	→	10-5-0 → 10-5-0		排便コントロール	→	10-5-0 → 10-5-0	ペット・椅子・車椅子	→	15-10	移動	歩行	→	15-10		(杖・柵)	→	5-0	車椅子	→	10-5-0	階段	→	10-5-0 → 10-5-0		小計 (FIM 13-91, BI 0-100)	→	→			認知	コミュニケーション	→			感情	→	表出	→	社会的交流	→	社会的問題 問題解決 記憶	→	小計 (FIM 5-35)	→				合計 (FIM 18-128)	→			
<input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)																																																																																								
<input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)																																																																																								
<input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> その他 ()																																																																																								
項目	得点		開始時→現在	使用用具及び 介助内容等																																																																																					
	FIM	BI																																																																																							
セルフケア	食卓	→	10-5-0 → 10-5-0																																																																																						
	整容	→	5-0 → 5-0																																																																																						
	着脱・入浴	→	5-0 → 5-0																																																																																						
	更衣(上半身)	→	10-5-0 → 10-5-0																																																																																						
	更衣(下半身)	→	10-5-0 → 10-5-0																																																																																						
	トイレ	→	10-5-0 → 10-5-0																																																																																						
排泄	排泄コントロール	→	10-5-0 → 10-5-0																																																																																						
	排便コントロール	→	10-5-0 → 10-5-0																																																																																						
	ペット・椅子・車椅子	→	15-10																																																																																						
移動	歩行	→	15-10																																																																																						
	(杖・柵)	→	5-0																																																																																						
	車椅子	→	10-5-0																																																																																						
階段	→	10-5-0 → 10-5-0																																																																																							
小計 (FIM 13-91, BI 0-100)	→	→																																																																																							
認知	コミュニケーション	→																																																																																							
	感情	→																																																																																							
	表出	→																																																																																							
	社会的交流	→																																																																																							
	社会的問題 問題解決 記憶	→																																																																																							
小計 (FIM 5-35)	→																																																																																								
合計 (FIM 18-128)	→																																																																																								
<p>栄養 (※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入)</p> <p>基本情報 <input type="checkbox"/> 身長 (*1): () cm <input type="checkbox"/> 体重 () kg <input type="checkbox"/> BMI (*1): () kg/m²</p> <p>栄養補給方法 (複数選択可) <input type="checkbox"/> 経口: (<input type="checkbox"/> 食卓 <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養: (<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心) <input type="checkbox"/> 胃ろう</p> <p>嚥下機能の必要性: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: (学会分類コード))</p> <p>栄養状態の評価: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>[上記で問題なし]以外に該当した場合は記載</p> <p>必要栄養量 熱量: () kcal タンパク質量: () g</p> <p>摂取栄養量 (経口・経鼻・経静脈栄養の合計 (*2)): 熱量: () kcal タンパク質量: () g</p> <p>*1: 身長測定が困難な場合は算出可 *2: 入院記録等で不明な場合は総摂取栄養量でも可</p>																																																																																									
<p>社会保障サービスの申請状況 ※該当するもののみ</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 要介護状態区分</td> <td><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳</td> <td><input type="checkbox"/> 精神障害者</td> <td><input type="checkbox"/> 療育手帳・支援手帳</td> <td><input type="checkbox"/> その他(聴覚等)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 申請中</td> <td><input type="checkbox"/> 要介護状態区分 (口 1 <input type="checkbox"/> 2)</td> <td>種</td> <td>総</td> <td>障害程度</td> </tr> <tr> <td>日数 (ヶ月)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 予定入院期間 () <input type="checkbox"/> 退院先 () <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要</td> </tr> </table> <p>治療方針 (リハビリテーション実施方針)</p> <p>治療内容 (リハビリテーション実施内容)</p> <table border="1"> <tr> <td>リハ担当医</td> <td>主治医</td> <td>説明を受けた人: 本人、家族 ()</td> <td>説明日: 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>理学療法士</td> <td>作業療法士</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>言語療法士</td> <td>看護師</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>管理栄養士</td> <td>社会福祉士</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>説明者署名</td> <td></td> <td>署名</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 療育手帳・支援手帳	<input type="checkbox"/> その他(聴覚等)	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要介護状態区分 (口 1 <input type="checkbox"/> 2)	種	総	障害程度	日数 (ヶ月)									<input type="checkbox"/> 予定入院期間 () <input type="checkbox"/> 退院先 () <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要	リハ担当医	主治医	説明を受けた人: 本人、家族 ()	説明日: 年 月 日	理学療法士	作業療法士			言語療法士	看護師			管理栄養士	社会福祉士			説明者署名		署名																																																
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 療育手帳・支援手帳	<input type="checkbox"/> その他(聴覚等)																																																																																					
<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要介護状態区分 (口 1 <input type="checkbox"/> 2)	種	総	障害程度																																																																																					
日数 (ヶ月)																																																																																									
				<input type="checkbox"/> 予定入院期間 () <input type="checkbox"/> 退院先 () <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要																																																																																					
リハ担当医	主治医	説明を受けた人: 本人、家族 ()	説明日: 年 月 日																																																																																						
理学療法士	作業療法士																																																																																								
言語療法士	看護師																																																																																								
管理栄養士	社会福祉士																																																																																								
説明者署名		署名																																																																																							

心身機能・構造

基本動作

栄養

※口腔機能に係る項目は含まれていない

社会保障サービスの申請状況

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（介護）

意見交換 資料 4 参考 1
R 5 . 3 . 1 5

氏名： 殿		入所（院）日： 年 月 日	
作成者： リハ 栄養 口腔		初回作成日： 年 月 日	
利用者及び		作成（変更）日： 年 月 日	
リハビリテーション・個別機能訓練		栄養	口腔
説明日 年 月 日			
解決すべき課題（ニーズ）	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養、経口移行*1・維持*2	口腔
長期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)	低栄養状態のリスク (□低 □中 □高)	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 (□歯の汚れ、□歯肉の汚れ、□舌苔、□口臭) <input type="checkbox"/> 口腔機能の状態 (□食べこぼし、□舌の動きが弱い、□むせ、□痰がらみ、□口腔乾燥) <input type="checkbox"/> 歯の本数 () 本 <input type="checkbox"/> 歯の閉鎖 (□うね、□歯の破折、□修復物脱落、□その他 ()) <input type="checkbox"/> 嚥下の閉鎖 (□不適合、□硬固、□その他 ()) <input type="checkbox"/> 歯周病 □口腔粘膜疾患 (治療中)
短期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		<input type="checkbox"/> 歯科疾患 (□予防、□重症化予防) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 (□自立、□介護者の口腔清掃の技術向上、□専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 (□維持、□改善) <input type="checkbox"/> 食形態 (□維持、□改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態 (□維持、□改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ()
具体的なケア内容	担当職種： 、 期間： 、 頻度：週 回、 時間： 分/回	担当職種： 、 期間： 、 頻度：週 回	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 □口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 嚥下の清掃 □嚥下の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 月4回程度 □月2回程度 □月1回程度 □その他 ()

令和3年度介護報酬改定において、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養に関する各種計画書（リハビリテーション計画書、栄養ケア計画書、口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録）について、重複する記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を提示

算定加算等	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント（介護老人保健施設） <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算（介護医療院） <input type="checkbox"/> 栄養マネジメント強化加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算*1 <input type="checkbox"/> 経口維持加算*2 (□I □II) <input type="checkbox"/> 療養食加算 <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算 (I) <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理加算 (II)
-------	---

通所系サービス等における口腔・栄養スクリーニングの推進

意見交換 資料 4 参考 1
R 5 . 3 . 1 5

- 介護保険における通所系サービス等において、口腔機能低下や低栄養のおそれがある利用者を早期に確認し、必要なサービスにつなげる観点から、介護職員等による口腔と栄養に関する一体的なスクリーニングを評価

<口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）> 20単位/回 ※6月に1回



スクリーニング内容(主なチェック項目)	
口腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる
	入れ歯を使っている
	むせやすい
栄養	身長・体重 BMI 18.5未満
	1～6か月の体重減少 3%以上
	血清アルブミン値 3.5g/dl未満
	食事摂取量 75%未満
※把握できない項目は省略可	

チェックした全員の情報を文書で提供



介護支援専門員



専門職への相談提言や適切なサービスの選択

<対象サービス>

通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★
(★：介護予防についても同様の措置を講ずる場合)

論点②介護保険施設入所者等の口腔管理の充実

社会保障審議会 介護給付費分科会（第232回）	資料 5
令和5年11月27日	

論点②

- 介護保険施設入所者において、一部の入所者は歯科専門職の介入が必要な状況であっても、介入されていない状況であった。
- 入所者の全員に対して口腔のスクリーニングを実施していない施設は、老健では46.1%、介護医療院では41.8%であった。
- 口腔のスクリーニングを実施していない理由は「口腔のスクリーニングの指標がない」等の理由が挙げられた。
- 限られた人材で入所者の口腔の状態を把握し、入所者の状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を充実させる観点から、どのような対応が考えられるか。

対応案

- 介護保険施設等の入所者毎の口腔状態の確認の実施を運営基準の口腔衛生の管理に位置づけ、介護職員等においても実施可能な口腔のアセスメントの簡易指標を示してはどうか。
(※ 特定施設及び認知症対応型共同生活介護（予防も含む）等においては口腔・栄養スクリーニング加算の要件とする。)

1. リハビリテーションについて
2. 栄養管理について
3. 口腔管理について
4. **急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔**

テーマ3: 要介護者等の高齢者に対応した急性期入院医療

(1) 急性期疾患に対応する医療機関等

- 要介護の高齢者に対する急性期医療は、介護保険施設の医師や地域包括ケア病棟が中心的に担い、急性期一般病棟は急性期医療に重点化することで、限られた医療資源を有効活用すべきである。
- 地域包括ケア病棟はまさに在宅支援の病棟であり、高齢者の亜急性期をしっかり受けられるため、このような役割を推進すべき。
- 医療機関と介護保険施設の平時からの連携が重要であり、医療機関としては地域包括ケア病棟等を有する中小病院がその主体となるべきである。

(2) 高齢者の心身の特性に応じた対応

- 急性期病院における高齢者の生活機能の低下を予防することは重要。病状を踏まえ、各医療専門職種が共通認識を持ったうえでチーム医療による離床の取組を推進すべき。
- 労働人口が減る中で専門職の配置については、全体のバランスはよく見ていくべき。急性期病棟に介護福祉士を配置するようなことは、現実的でないし、医療と介護の役割分担の観点からも、望ましい姿とは言えない。
- 診療報酬の早期離床・リハ加算としてICUでの取組みが進められていることもあり、急性期病院にリハ職を配置することでより良いアウトカムが出るのではないか。

(3) 入退院支援

- 薬局・薬剤師が、入院時の持参薬の整理と情報提供、退院時における入院中の薬剤管理の状況の把握をしっかりとした上で、退院後の在宅や外来での適切な薬剤管理の継続につなげていくことが重要。また、医療機関と高齢者施設との情報共有も重要。

(4) 医療・介護の人材確保

- 急性期病院では介護やリハビリの人材確保は困難。多職種でお互いの機能を担い、タスクシフト・タスクシェアのもとで連携することが重要。

- 入院による安静臥床を原因とする歩行障害、下肢・体幹の筋力低下などの機能障害(特に運動障害)は、入院関連機能障害と呼称され、全入院患者の30-40%に発生すると報告されている¹。
- 入院関連機能障害のリスクとしては以下が報告されている。

入院関連機能障害のリスク因子²⁻⁵

- 高齢であること(特に85歳以上)
- 入院前のADL低下
- 認知機能低下
- 歩行機能障害
- 栄養状態不良(低アルブミン血症)
- 悪性腫瘍の既往
- 脳卒中の既往 等

1. Ettinger WH. Can hospitalization-associated disability be prevented? JAMA. 2011;306:1800-1.
2. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med. 1996;156:645-52.
3. Mehta KM, Pierluissi E, Boscardin WJ, Kirby KA, Walter LC, Chren M-M, et al. A clinical index to stratify hospitalized older adults according to risk for new-onset disability. J Am Geriatr Soc. 2011;59:1206-16.
4. Mahoney JE, Sager MA, Jalaluddin M. Use of an ambulation assistive device predicts functional decline associated with hospitalization. J Gerontol Med Sci. 1999;54A:M83-8.
5. Lindenberger EC, Landefeld CS, Sands LP, Counsell SR, Fortinsky RH, Palmer RM, et al. Ungaitedness reported by older hospitalized patients predicts functional decline. J Am Geriatr Soc. 2003;51:621-6.

- 高齢者は複数の疾患を有しており、入院の契機となった疾患以外にも配慮が必要となる。

東京都の75歳以上の後期高齢者約131万1,116人分のレセプト情報の分析結果

- 東京都の後期高齢者の約8割が2疾患以上の慢性疾患を併存。
- 3疾患以上の疾患を併存した割合が約6割。
- 頻度の高い3疾患の組み合わせは、男性は以下の通り。
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患(12.4%)
 - ・高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患(11.0%)
 - ・高血圧・脂質異常症・虚血性心疾患(10.8%)。
- 女性では以下の通り。
 - ・高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患(12.8%)
 - ・高血圧・潰瘍性疾患・脊椎／関節疾患(11.2%)
 - ・高血圧・脂質異常症・変形性関節症／脊椎障害(10.7%)。
- 多疾患を有する高齢者の特徴は、男性、85～89歳、医療費が1割負担、在宅医療を受けている、外来受診施設数が多い、入院回数が多い、であった。

○ 安静臥床は、筋力低下をはじめとして、全身へ悪影響をもたらす。

安静臥床が及ぼす 全身への影響

1. 筋骨格系

- 1) 筋量減少、筋力低下
- 2) 骨密度減少
- 3) 関節拘縮

2. 循環器系

- 1) 循環血液量の低下
- 2) 最大酸素摂取量低下
- 3) 静脈血栓

3. 呼吸器系

- 1) 肺活量低下
- 2) 咳嗽力低下

4. 消化器系

- 1) 便秘等

5. 泌尿器系

- 1) 尿路結石等

6. 精神神経系

- 1) せん妄等

○ ギプス固定で1日で1-4%、3～5週間で約50%の筋力低下が生じる。

出典: Müller EA. Arch Phys Med Rehabil 1970; 51: 339-462

○ 疾病保有者では10日間の安静で17.7%の筋肉量減少を認める。

出典: Puthuchery ZA, et al. JAMA 2013; 310(15):1591-600.

○ 3週間の安静臥床により骨盤の骨密度は7.3%低下する。

出典: 長町顕弘他. 中部日本整形外科災害外科学会雑誌2004; 47: 105-106.

○ 長期臥床により、呼吸機能の低下が生じ、肺炎に罹患しやすく、治りにくい悪循環に陥る。

出典: 佐々木信幸. Jpn J Rehabil Med 2022; 59(8): 817-824.

○ 高齢者に対する入院中の安静臥床や低活動は、ADLの低下や、新規施設入所に関連する。

出典: Brown CJ, et al. J Am Geriatr Soc. 2004 Aug;52(8):1263-70.

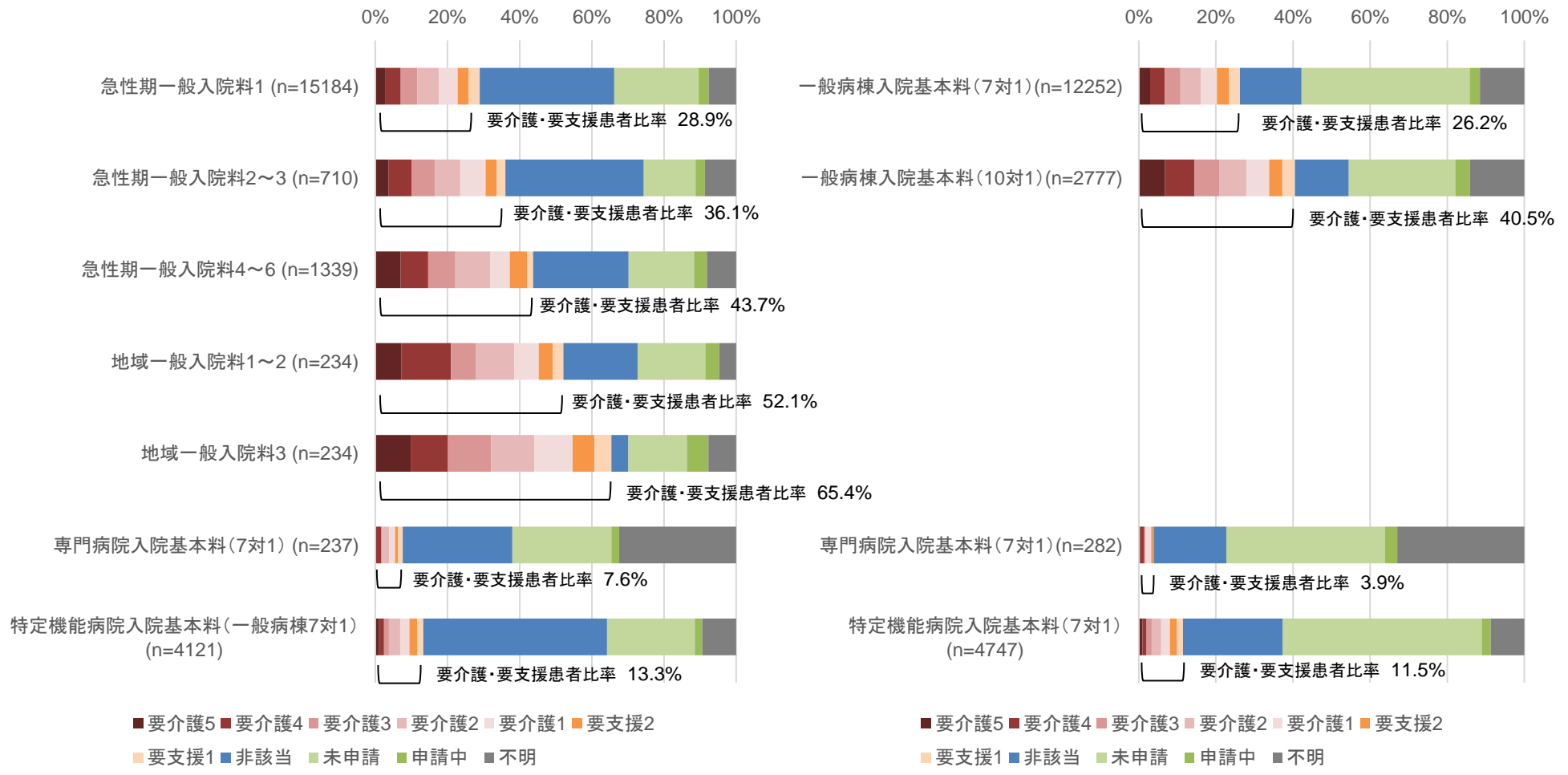
出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56::842-847.

入院料ごとの要介護度別の患者割合（対平成28年度）

○ 平成28年度と令和4年度調査を比較すると、急性期一般入院料1（一般病棟入院基本料（7対1）、専門病院、特定機能病院においては要介護・要支援の患者比率が増加していた。

令和4(2022)年

平成28(2016)年



早期からの回復に向けた取組への評価

職種要件・算定要件の見直し

- 入室後早期から実施する離床に向けた取組を更に推進するため、早期離床・リハビリテーションに関わる職種に**言語聴覚士を追加**する。

早期栄養介入管理加算の算定要件の見直し

- 早期栄養介入管理加算について、経腸栄養の開始の有無に応じた評価に見直す。

現行

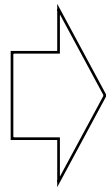
【早期栄養介入管理加算】

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

【施設基準】

- 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。



改定後

【早期栄養介入管理加算】

【算定要件】

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として**250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。**

【施設基準】

イ 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。

- **当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制※が整備されていること。**

※ 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして**院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。**また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

- 特定集中治療室以外の治療室においても、患者の入室後早期から離床に向けた総合的な取組を行っている実態及びその効果を踏まえ、早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算の対象となる治療室を見直す。

- 早期離床・リハビリテーション加算
500点（1日につき）（14日まで）
- 早期栄養介入管理加算
400点（1日につき）（7日まで）

現行

特定集中治療室管理料1～4



改定後

特定集中治療室管理料1～4
救命救急入院料1～4
ハイケアユニット入院医療管理料1、2
脳卒中ケアユニット入院医療管理料
小児特定集中治療室管理料

早期離床・リハビリテーション加算の概要

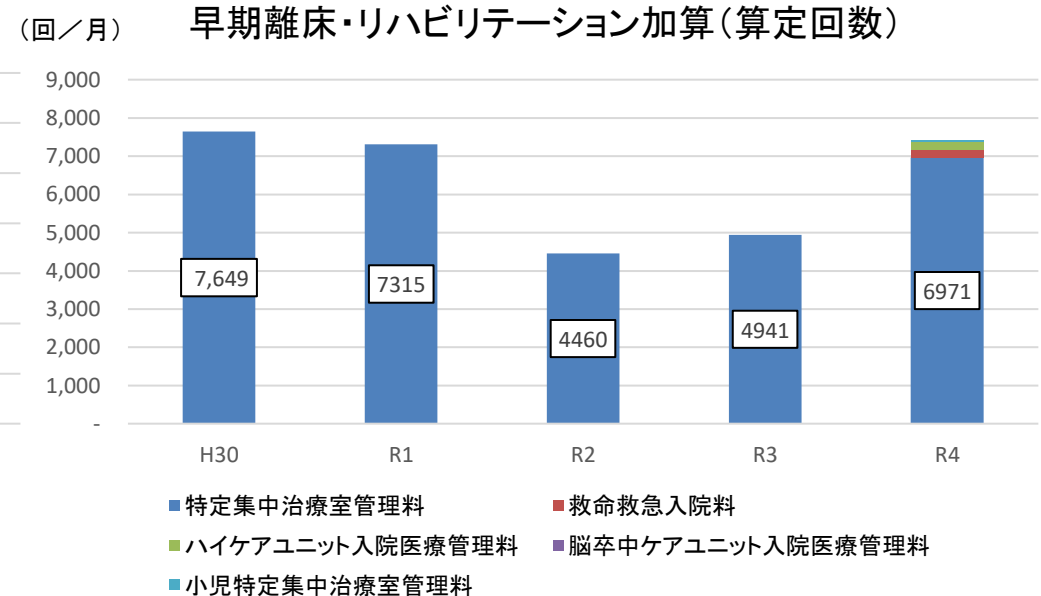
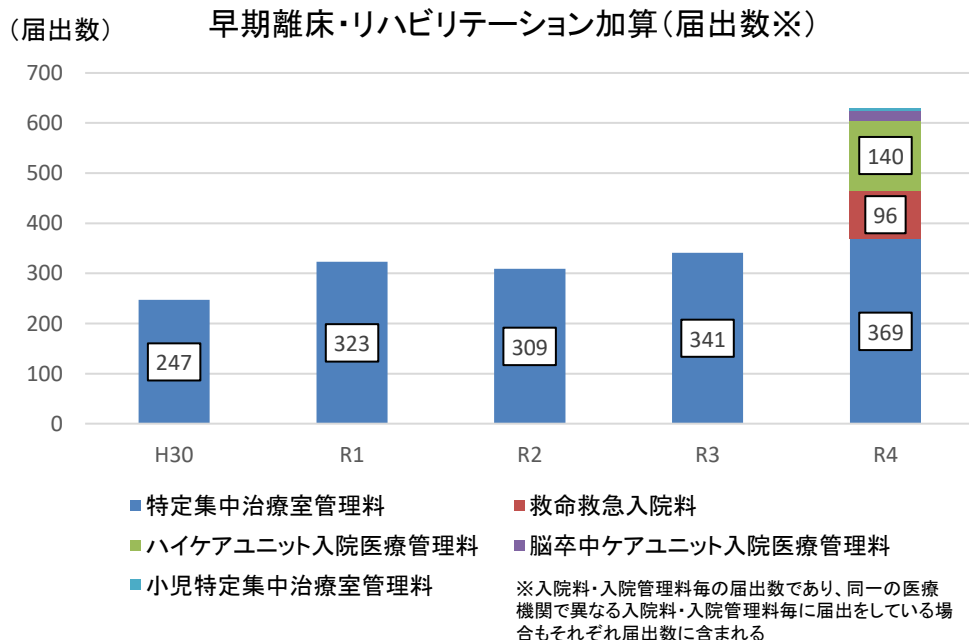
【特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1、2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料】

早期離床・リハビリテーション加算 500点/日 ※入室した日から起算して14日を限度

特定集中治療室等入室後早期から多職種による離床に向けた取組が行われた場合に加算する。

【算定要件(抜粋)】

- 早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室等に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価
- ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
- イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。
- ウ 早期離床・リハビリテーションチームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。
- エ アからウまでの取組等の内容及び実施時間について診療録等に記載すること。



早期栄養介入管理加算の概要

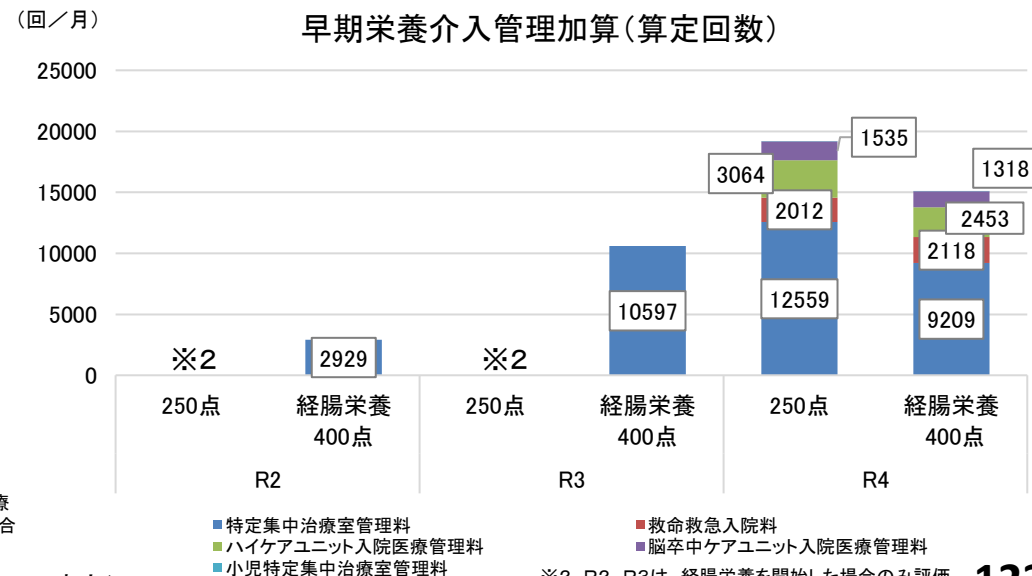
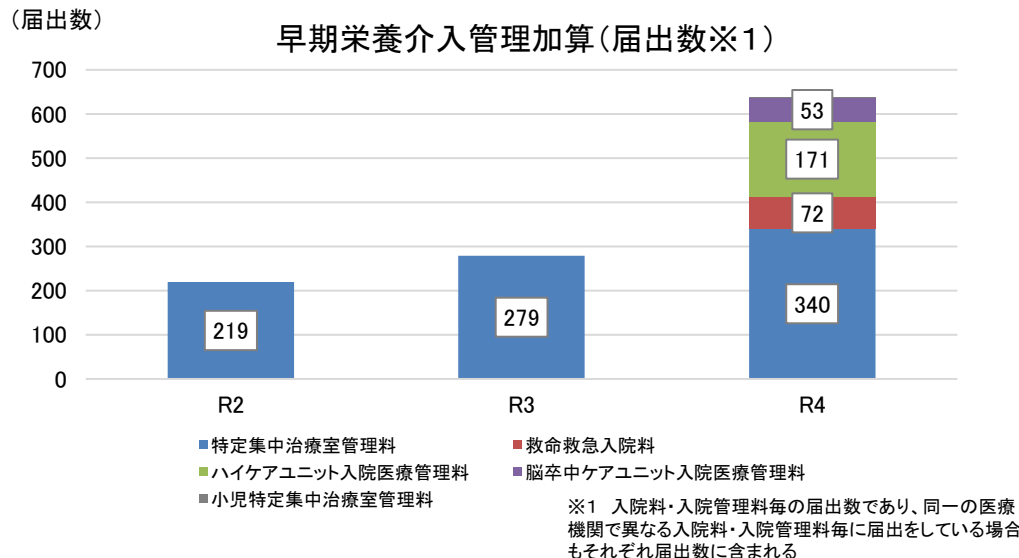
【特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1、2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料】

早期栄養介入管理加算 250点/日 ※入室した日から起算して7日を限度
(早期から経腸栄養を開始した場合、当該開始日以降 400点/日)

特定集中治療室等への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を行った場合を評価

【算定要件(抜粋)】

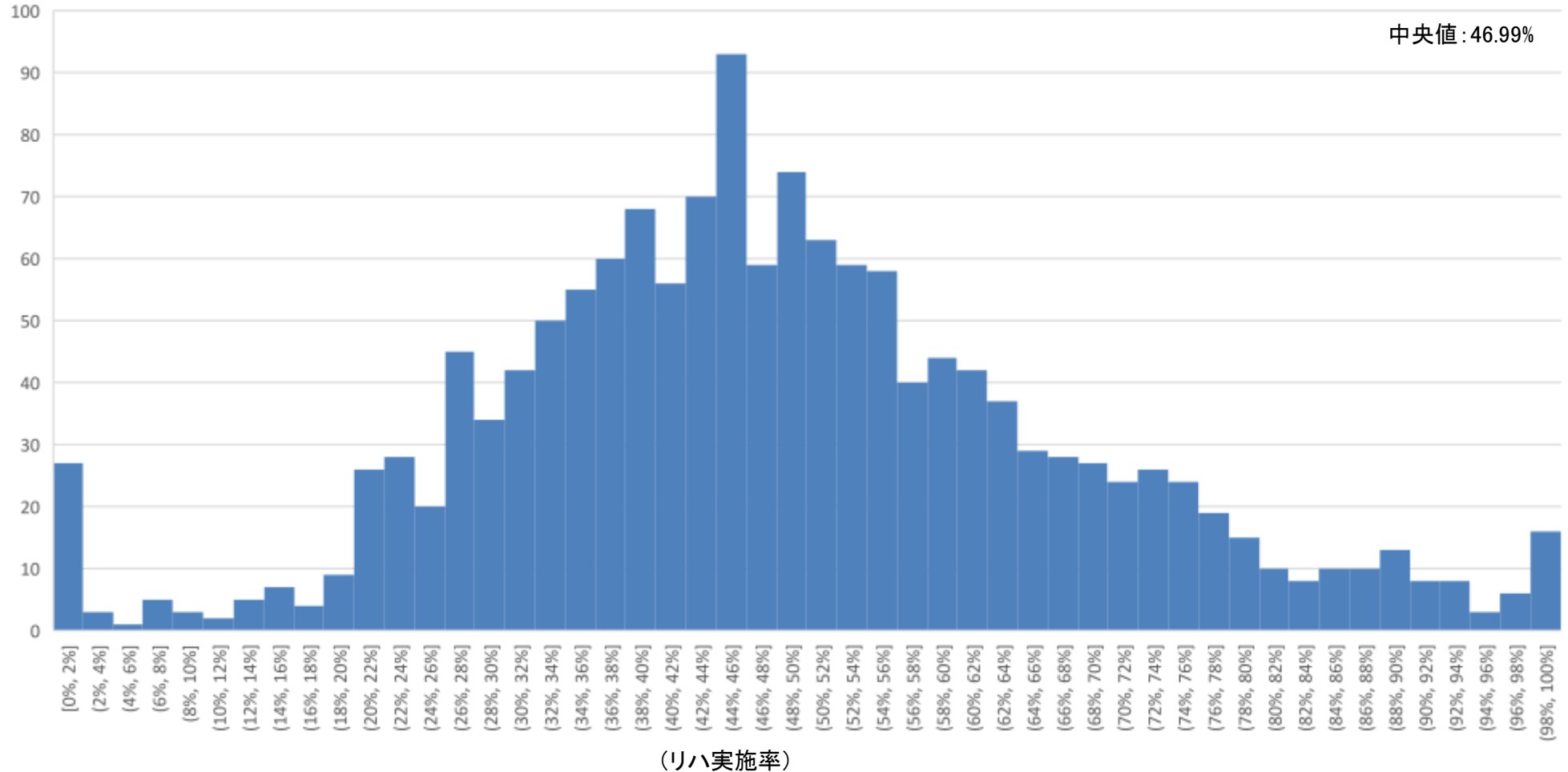
- 日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。
- 入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、ア及びイ(「入室後早期から経腸栄養を開始した場合」)の所定点数を算定する場合にあっては、アからウまでは入室後 48 時間以内に実施すること。
ア) 栄養アセスメント、イ) 栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施、ウ) 腸管機能評価を実施し、入室後 48 時間以内に経腸栄養等を開始、エ) 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施、オ) 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認、カ) アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、ウに関しては、入室時刻及び経腸栄養の開始時刻を記載すること
- 上記項目を実施する場合、治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。



急性期一般入院料 1 におけるリハ実施率

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

(医療機関数)



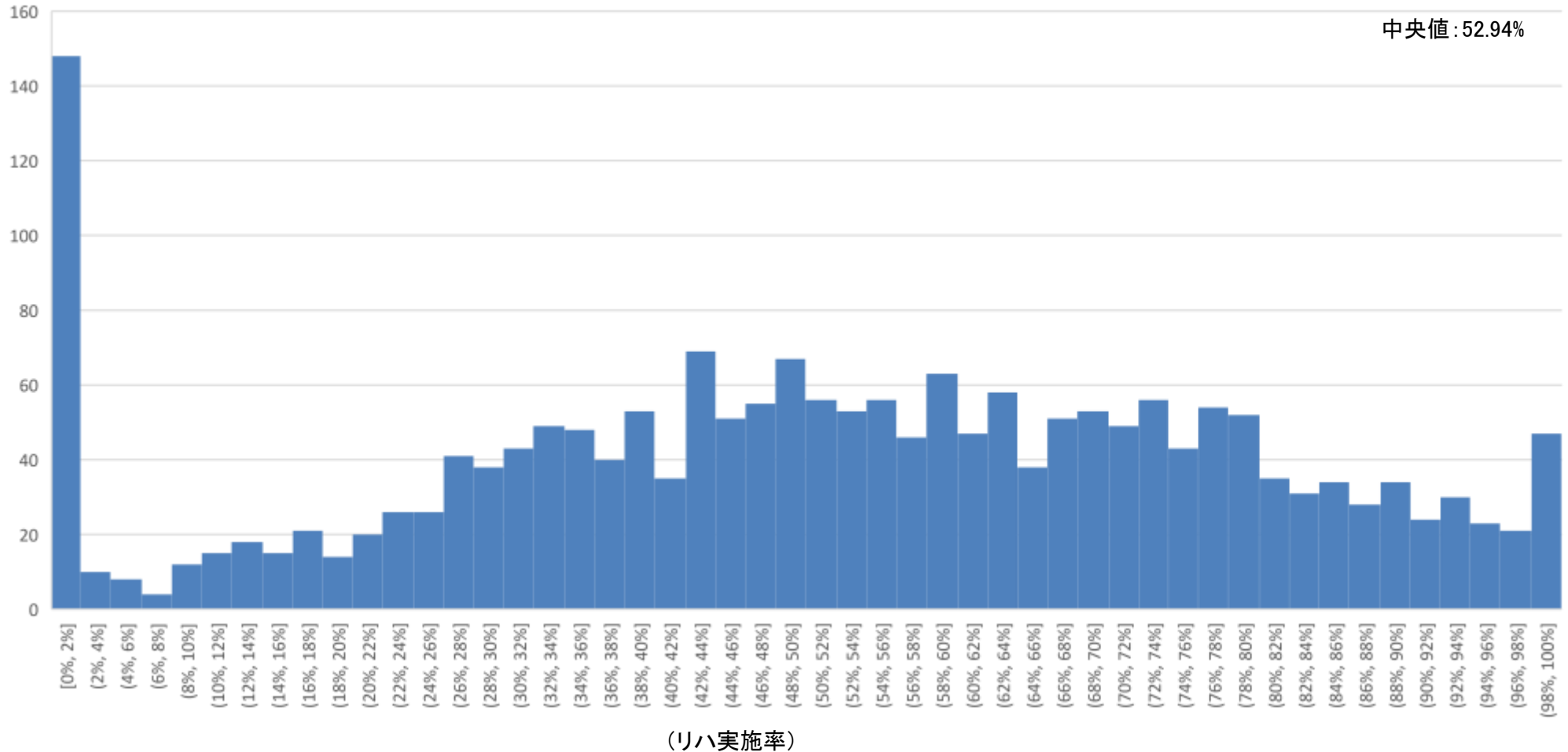
抽出条件: 令和4年4月1日~6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院基本料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

急性期一般入院料 2～6 におけるリハ実施率

診調組 入-3
5 . 9 . 6

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

(医療機関数)

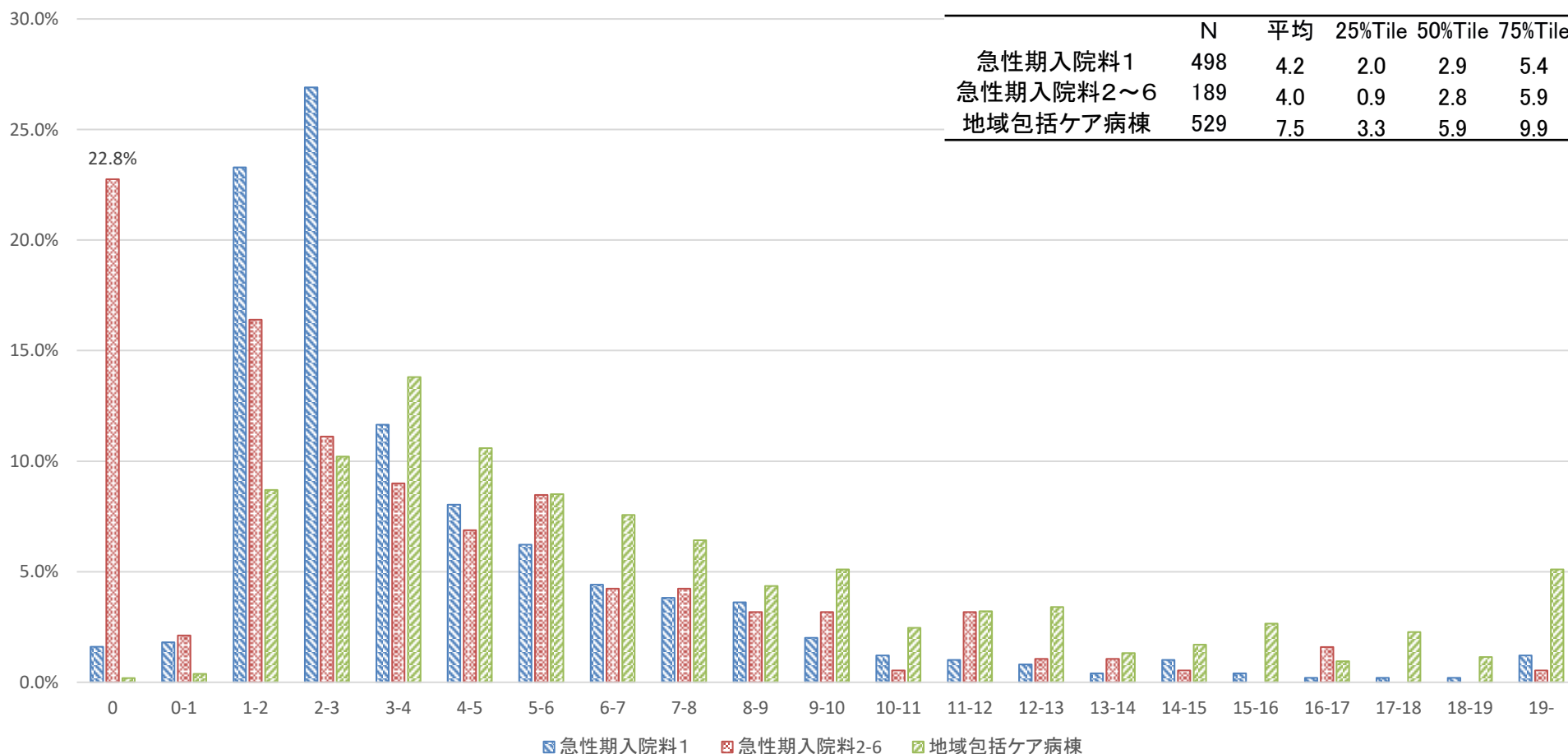


抽出条件: 令和4年4月1日～6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

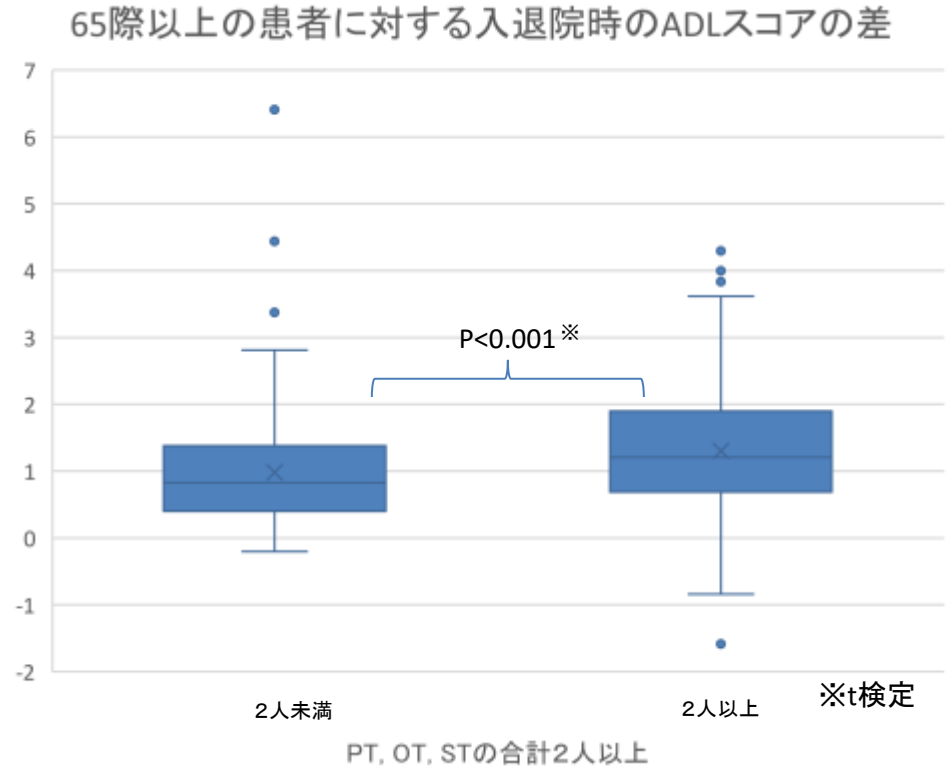
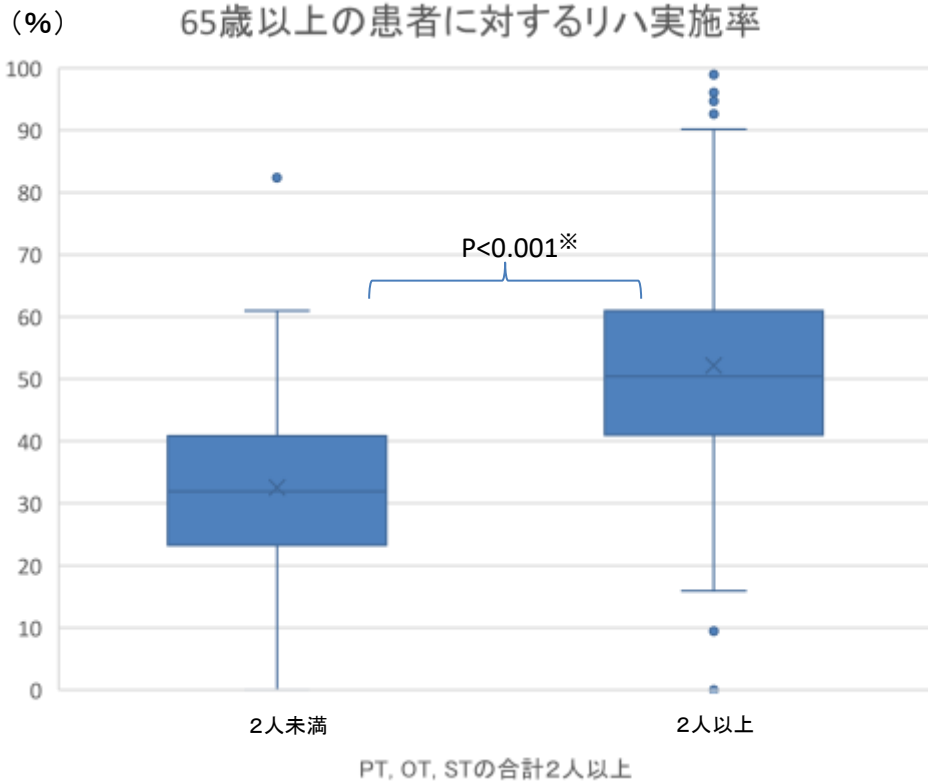
診調組 入-3
5 . 9 . 6

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



リハビリテーション専門職の配置とADL改善（急1）

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

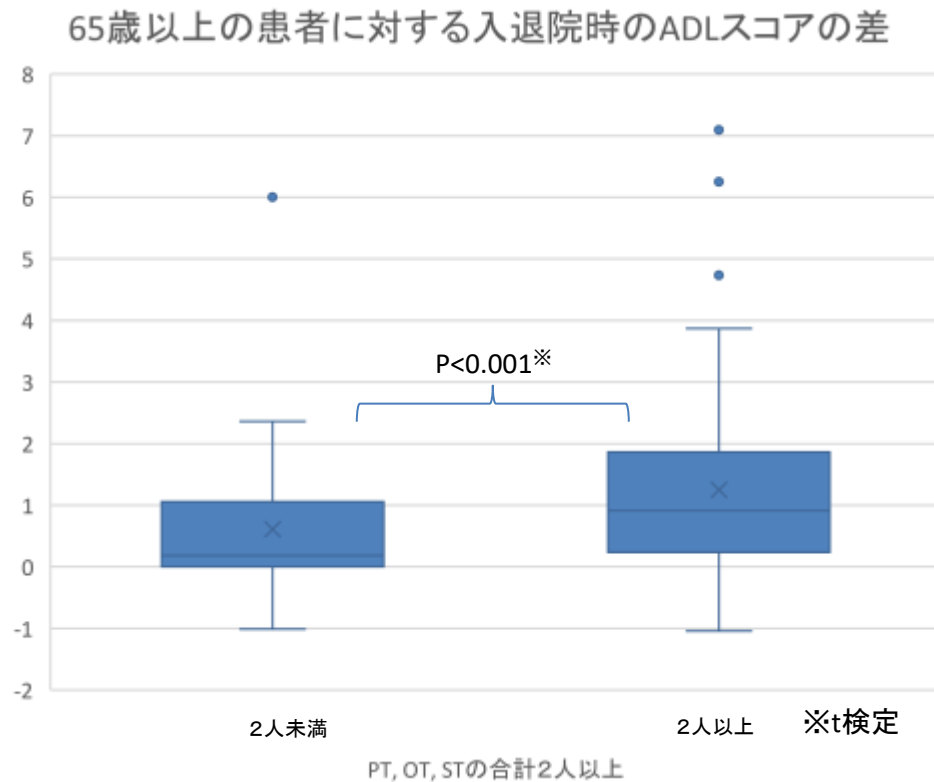
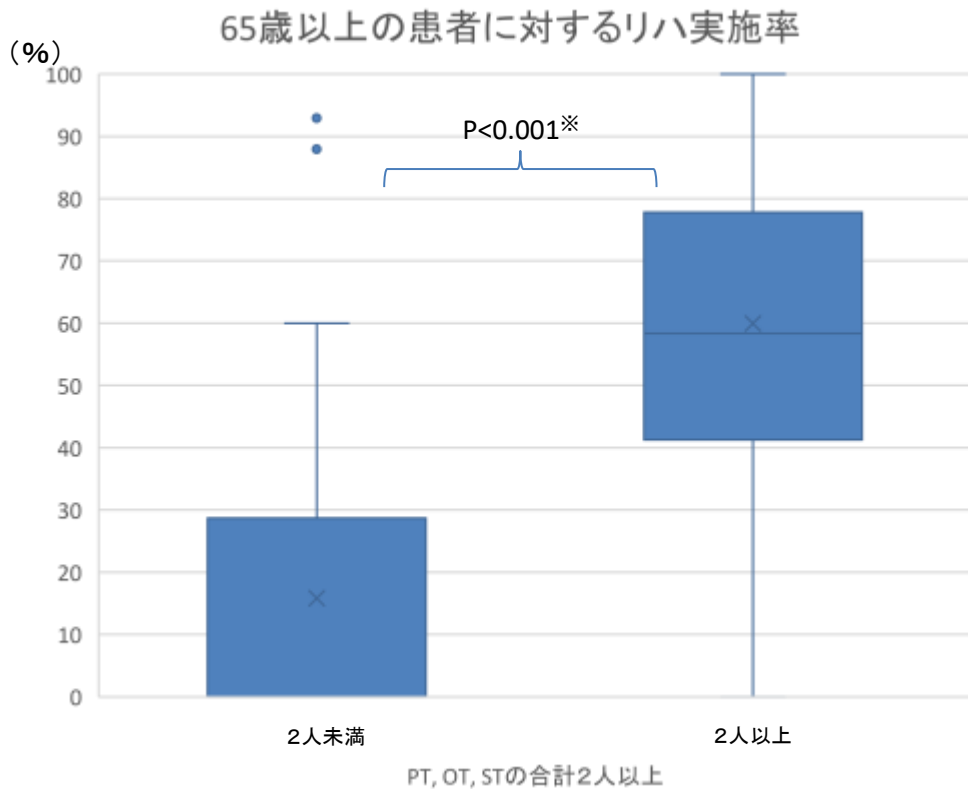


	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	32.5%	13.4%
PT, OT, STの合計2人以上	363	52.2%	16.5%

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

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

○ 急性期一般入院料2～6における、40床あたりのリハビリテーション専門職の人数と65歳以上の入院患者に対するリハビリテーション実施率及び入退院時のADLスコアの平均は以下のとおり。リハビリテーション専門職の人数が多い方が、有意にリハビリテーション実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。



	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	15.8%	23.1%
PT, OT, STの合計2人以上	115	59.9%	24.5%

	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	0.61	11.08
PT, OT, STの合計2人以上	115	1.25	1.34

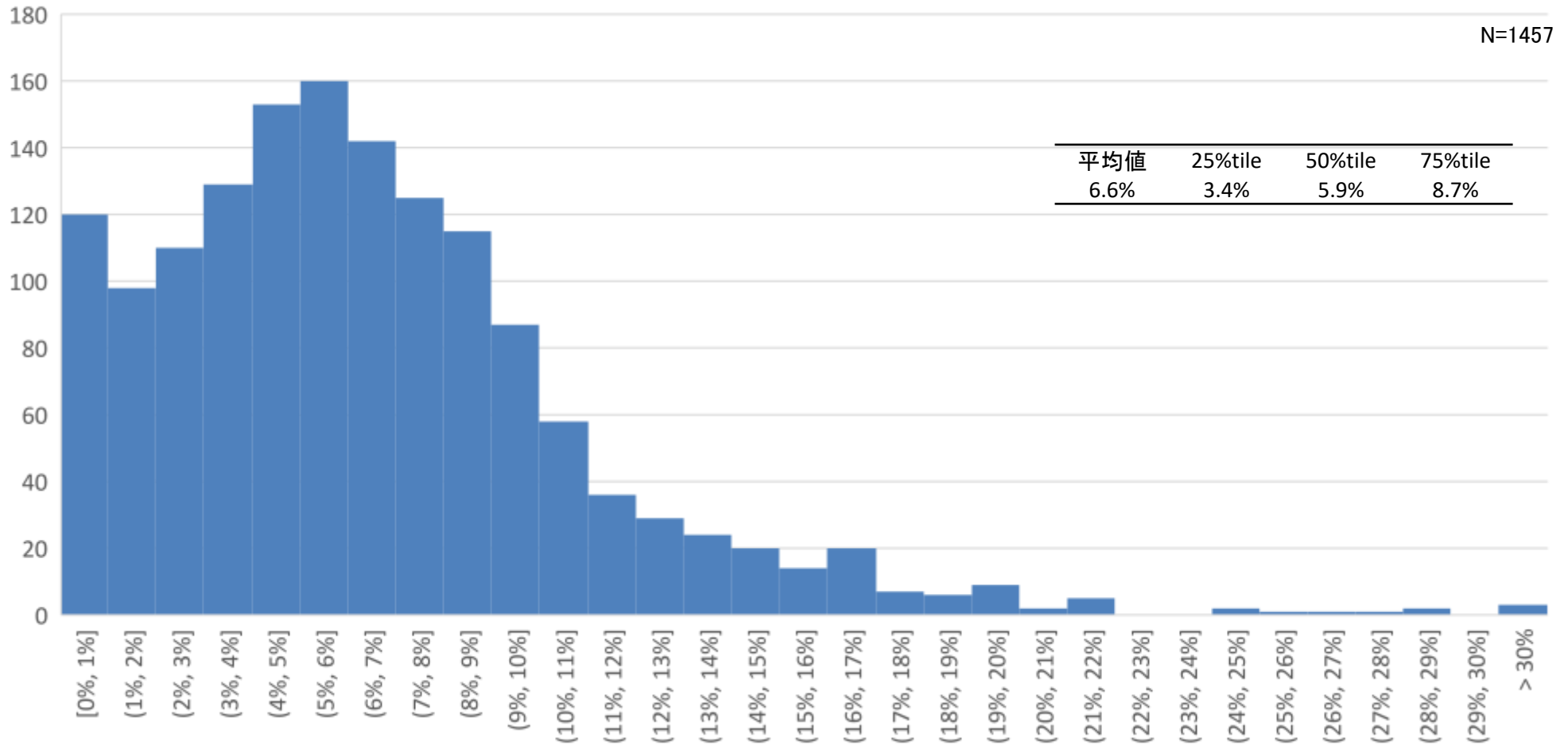
抽出条件：令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院した症例。入院期間が4日以上の急性期一般病棟入院基本料2～6のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。

ADLが悪化した患者（65歳以上）割合分布（急1）

診調組 入-3
5.9.6改

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

65歳以上の高齢者



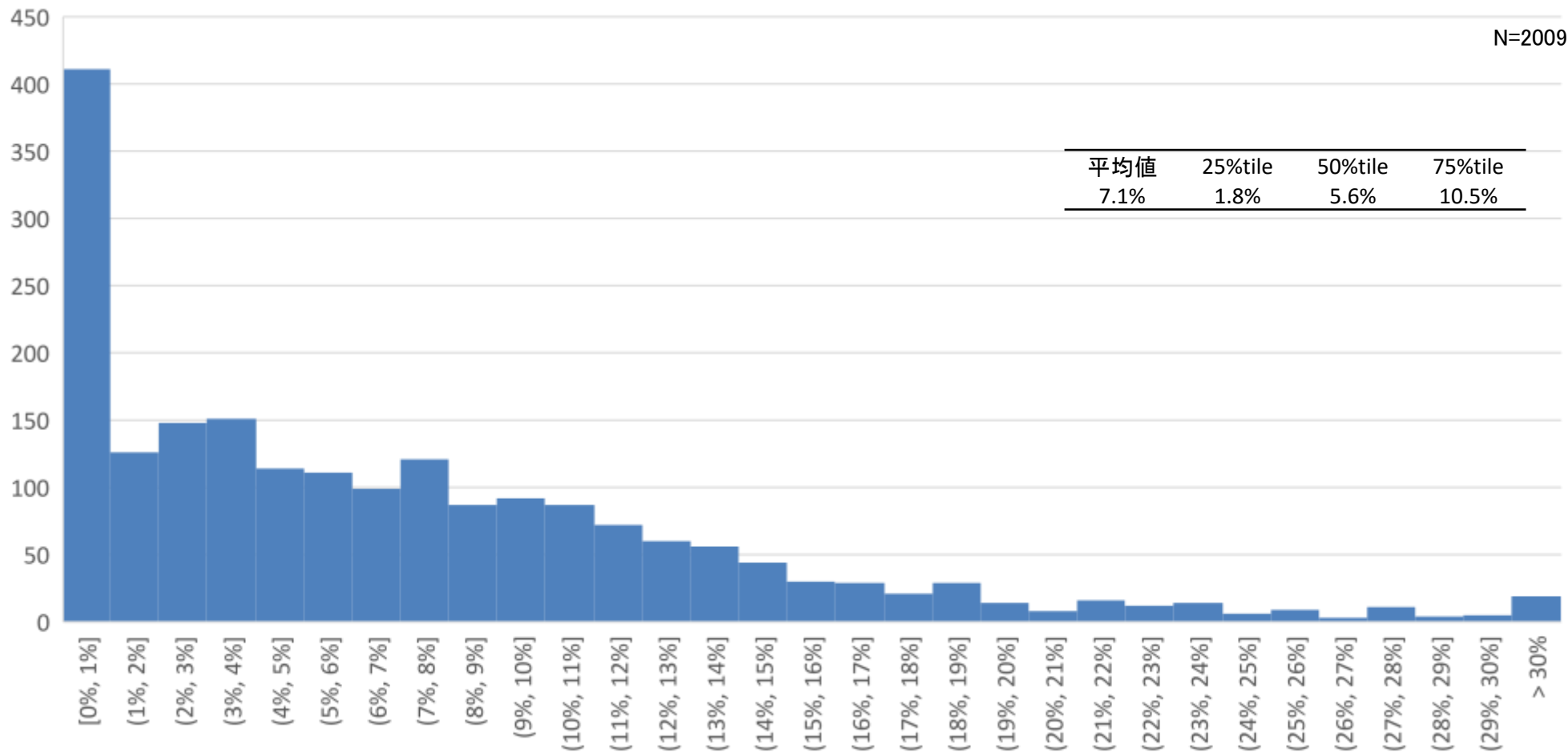
抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上65歳以上の入院症例を抽出。

ADLが悪化した患者（65歳以上）割合分布（急2～6）

診調組 入-3
5.9.6改

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

65歳以上の高齢者

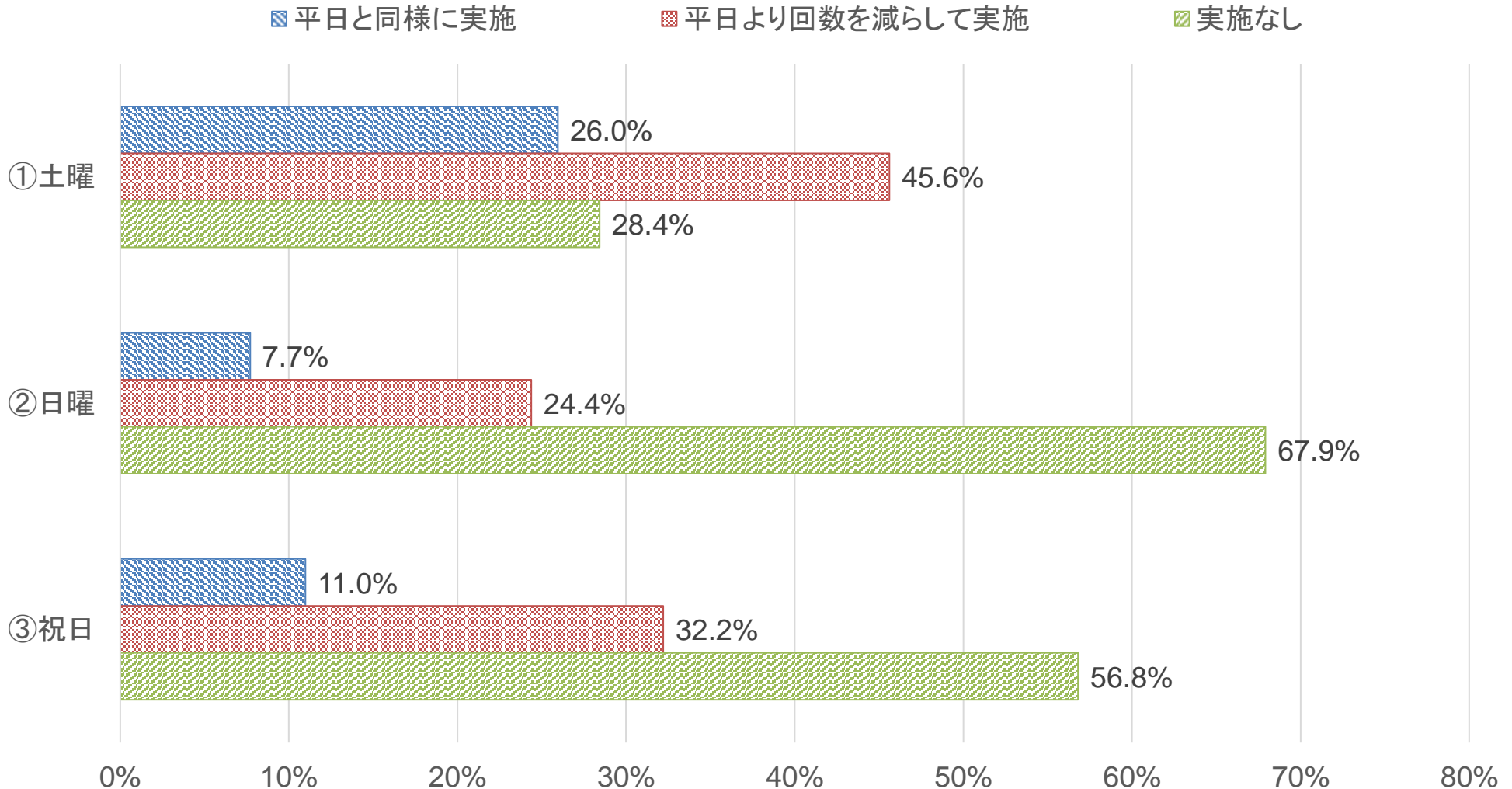


抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上65歳以上の入院症例を抽出。

土日祝日のリハビリテーションの実施状況

診調組 入-3
5 . 9 . 6

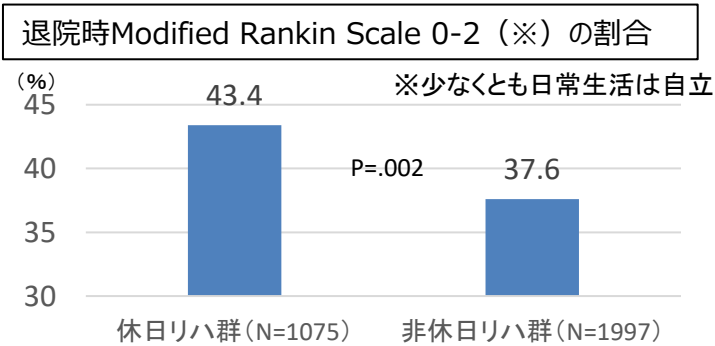
○ 土日祝日のリハビリテーションの実施状況は、以下のとおり。リハビリテーションを実施していない施設は、土曜日は28.4%、日曜日は67.9%、祝日は56.8%であった。



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

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

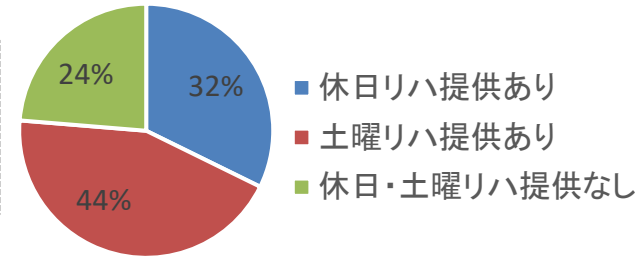
出典: Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.



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

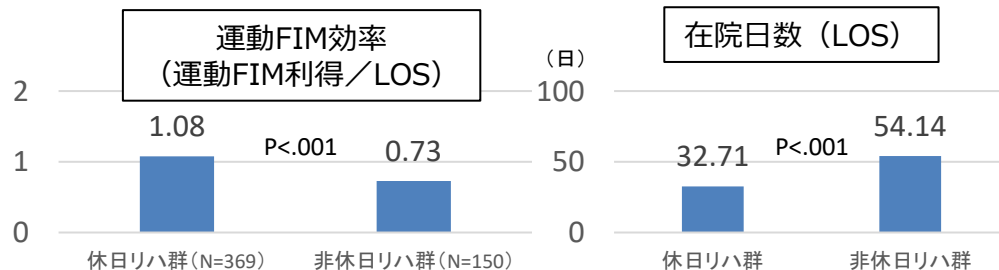
出典: 角田亘他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

一次脳卒中センター
959施設に対するア
ンケート調査結果(有
効回答数595施設)。



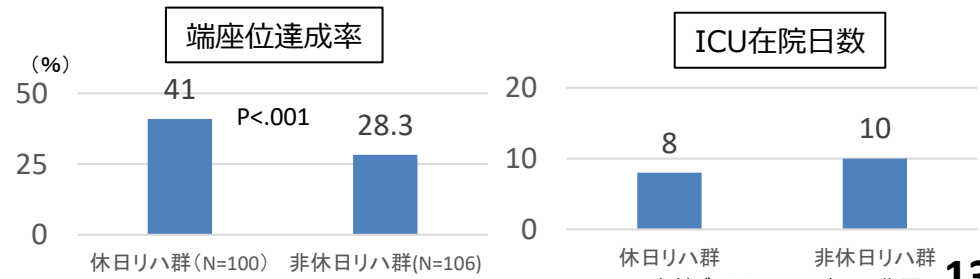
- 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

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



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

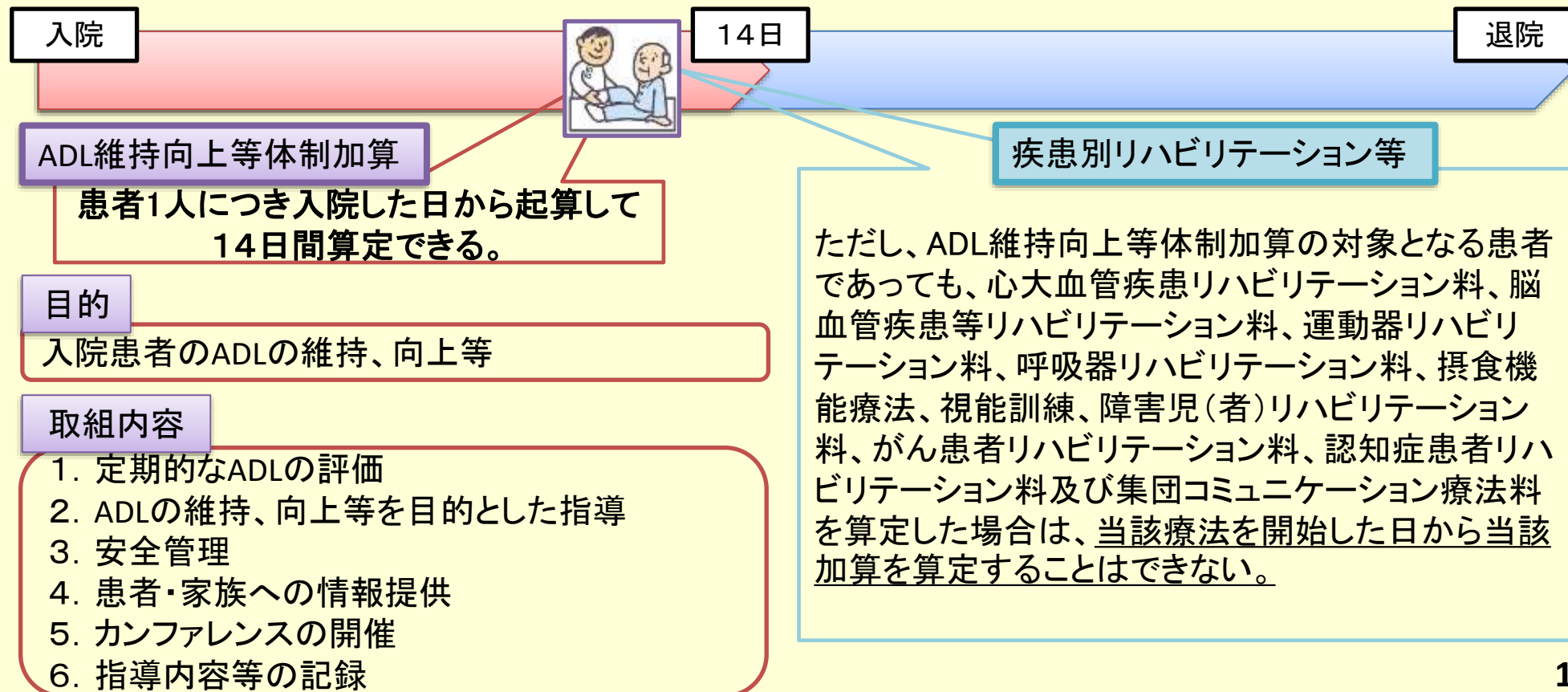
出典: 森田ら. 日集中医誌.2020;27:395-402.



急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

入院患者のADLの維持、向上等に対する評価①

- 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行う。

(新) ADL維持向上等体制加算 25点 (患者1人1日につき)

A100 一般病棟入院基本料

注12 ADL維持向上等体制加算

80点(1日につき)

※ 一般病棟入院基本料のほか、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病棟で算定可能

【算定要件(抜粋)】

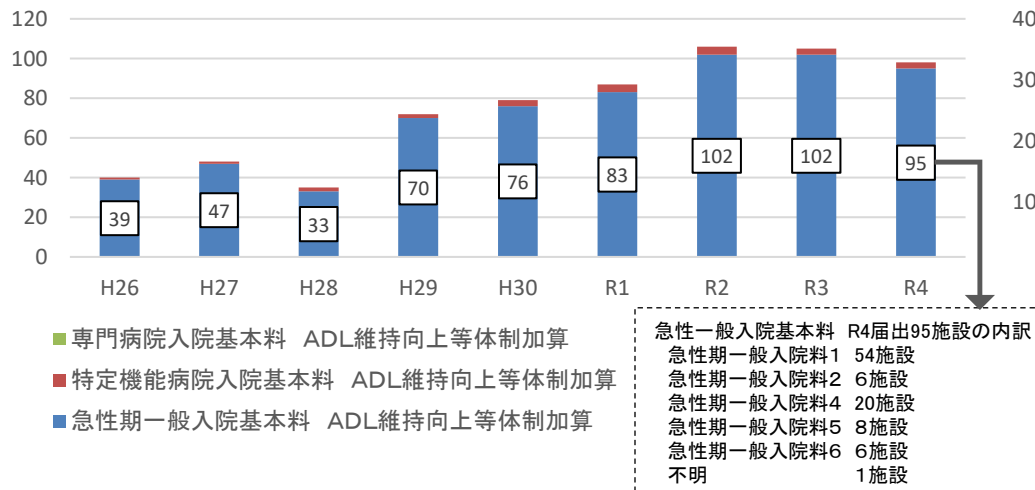
○ 急性期医療において、入院中の患者のADLの維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病院において以下の取組を行った場合であって、あらかじめ専従又は選任を含む常勤PT、OT又はSTをあわせて5名を上限として定めた上で、当該常勤PT等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

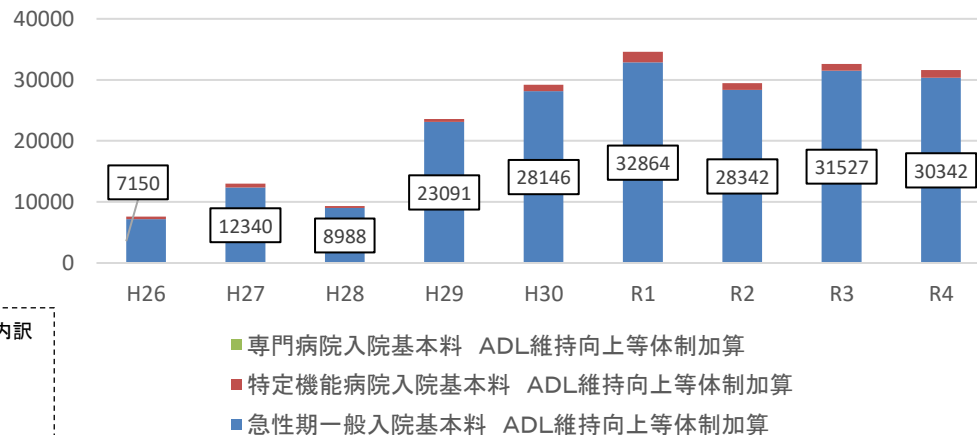
【施設基準(抜粋)】

- 当該病棟に専従常勤のPT、OT若しくはSTが2名以上配置。又は当該病棟に専従常勤のPT、OT若しくはSTが1名以上配置され、かつ、当該病棟に専任常勤のPT、OT若しくはSTが1名以上配置。
- 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
 - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。
- アウトカム評価としてBarthel Indexで評価されたADLが入院時として比較して低下した患者の割合が3%未満であること等。

(施設) ADL維持向上等体制加算(届出医療機関数)



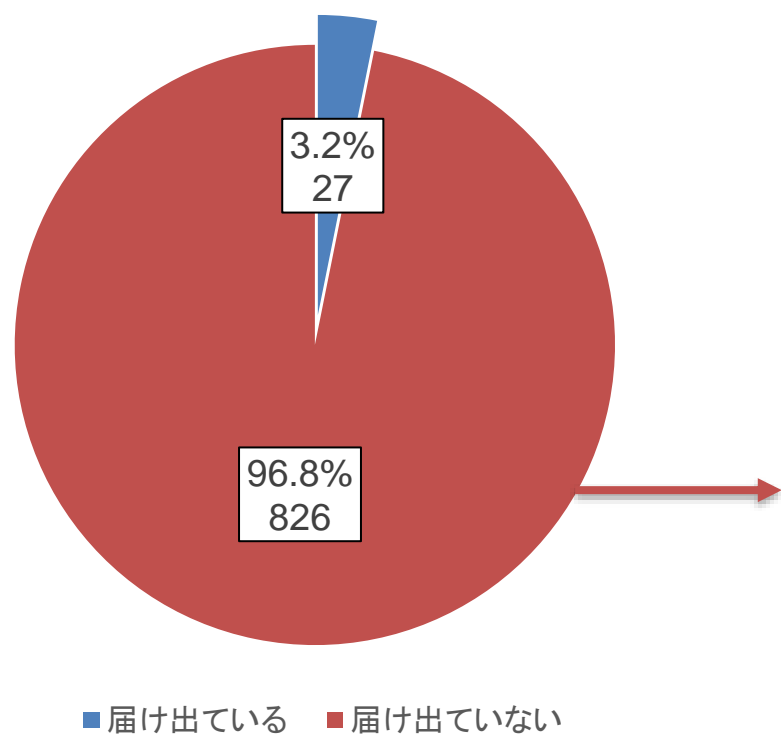
(回) ADL維持向上等体制加算(算定回数)



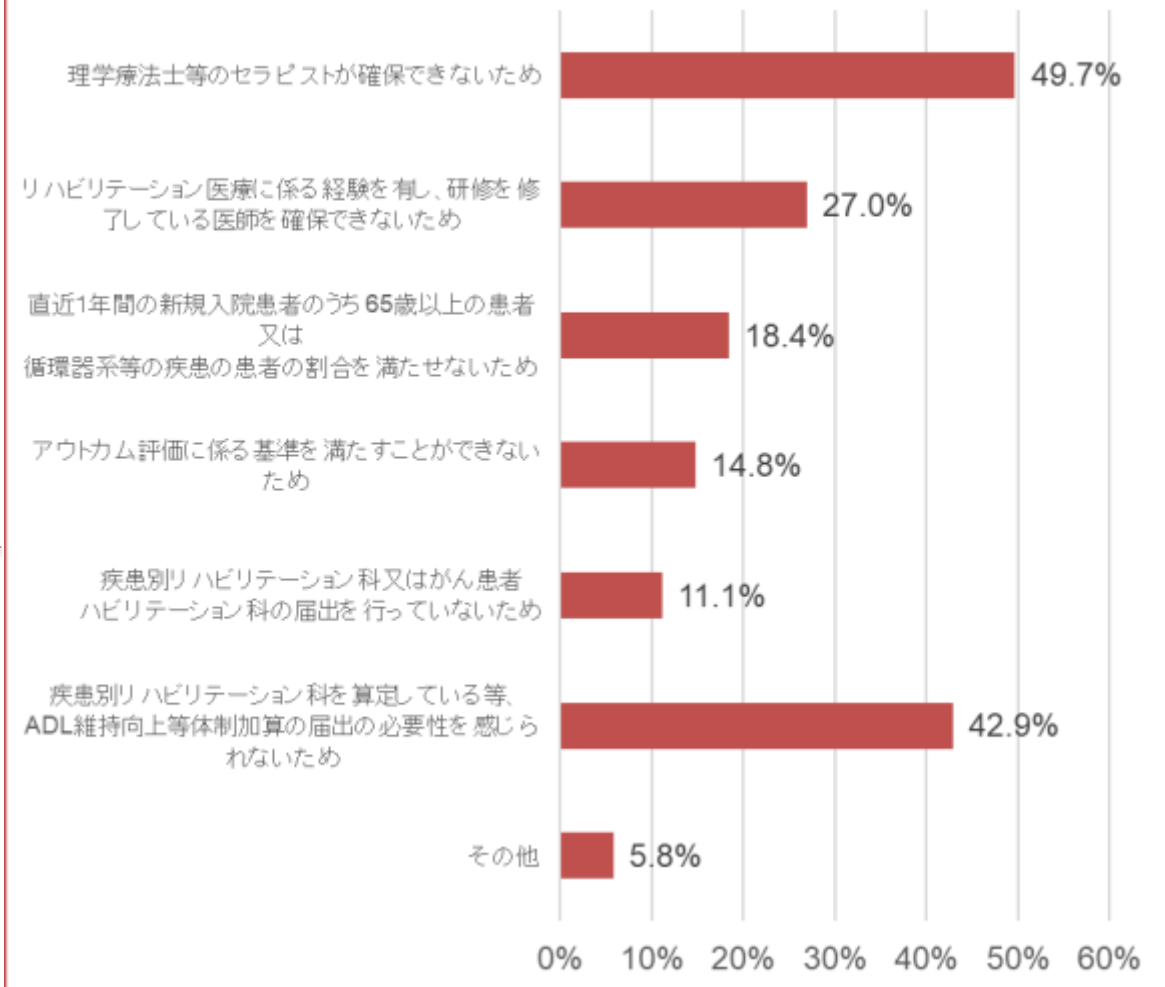
ADL維持向上等体制加算の届出状況

- ADL維持向上等体制加算を届け出ている施設は3.2% (27施設)であった。
- 同加算を届け出していない理由としては、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハビリテーション料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。

ADL維持向上等体制加算の届出状況



ADL維持向上等体制加算を届け出していない理由



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)

病棟における栄養管理体制に対する評価の新設

- 患者の病態・状態に応じた栄養管理を推進する観点から、特定機能病院において、管理栄養士が患者の状態に応じたきめ細かな栄養管理を行う体制について、入院栄養管理体制加算を新設する。
- 退院後の栄養食事管理に関する指導を行い、入院中の栄養管理に関する情報を他の保険医療機関等に提供した場合について評価する。

(新) 入院栄養管理体制加算 270点 (入院初日及び退院時)

[対象患者]

特定機能病院入院基本料を算定している患者

[算定要件]

(1) 特定機能病院入院基本料を現に算定している患者に対して、**管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合**に、入院初日及び退院時にそれぞれ1回に限り所定点数に加算する。この場合において、**栄養サポートチーム加算**及び**入院栄養食事指導料**は別に算定できない。

入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、**病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施**する。

ア **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**を行う。

イ 当該病棟に入院している患者に対して、**栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じたミールラウンド、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の栄養管理**を行う。

ウ **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。

(2) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は指定障害者支援施設等若しくは福祉型障害児入所施設と共有した場合に、退院時1回に限り、**栄養情報提供加算**として**50点**を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 当該病棟において、**専従の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。

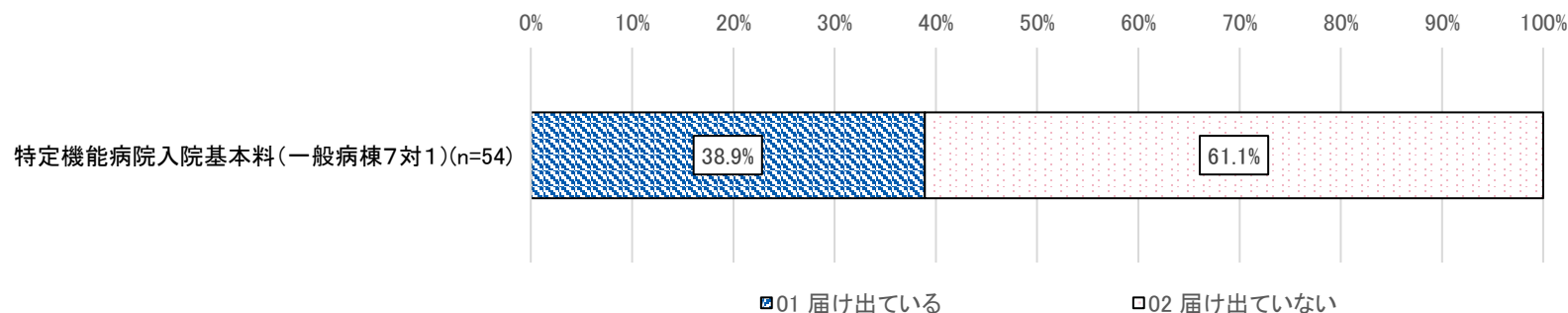
(2) **入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

(3) 栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者であること。

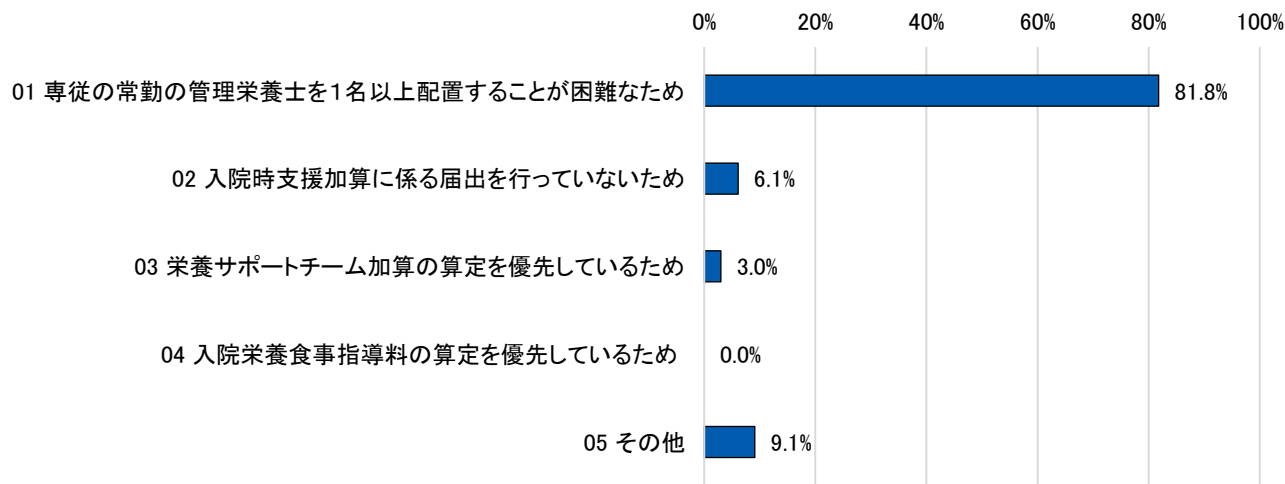
入院栄養管理体制加算の届出状況・届出をしていない理由

- 入院栄養管理体制加算の届出割合は、38.9%。
- 届出をしていない理由は、「専従の常勤の管理栄養士を1名以上配置することが困難なため」が最も多かった。
- 届出をしていない特定機能病院の約3割は、「届出の意向があり、今後届出をする予定」と回答。

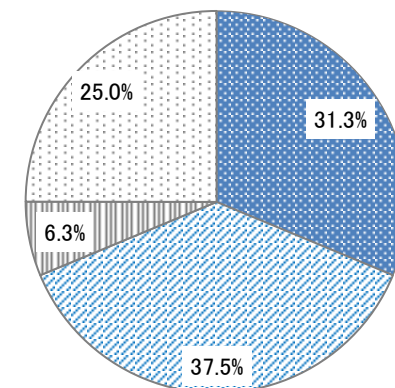
■ 届出状況(特定機能病院入院基本料)



■ 届出をしていない理由(特定機能病院入院基本料) (n=33)



■ 今後の意向(特定機能病院入院基本料) (n=32)



- 01 届出の意向があり、今後届出をする予定
- 02 届出をしたいが、届出の具体的な予定はない
- 03 届出の意向はない
- 04 未定

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

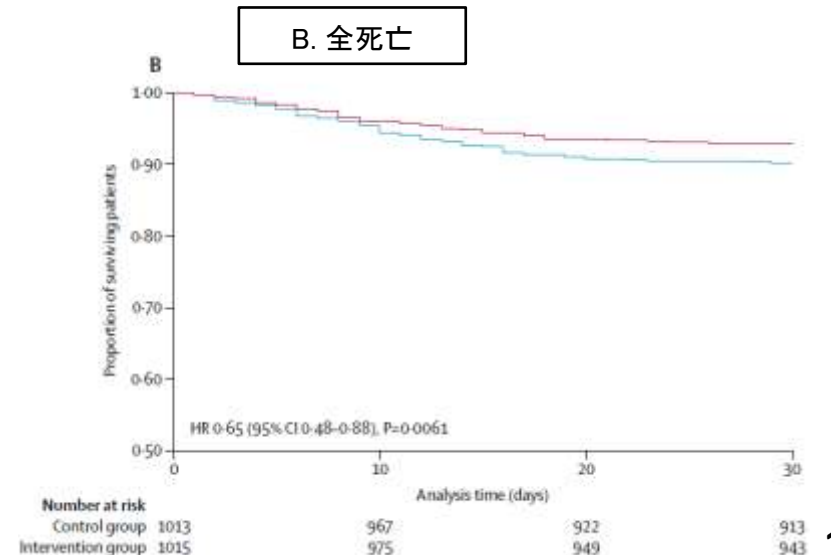
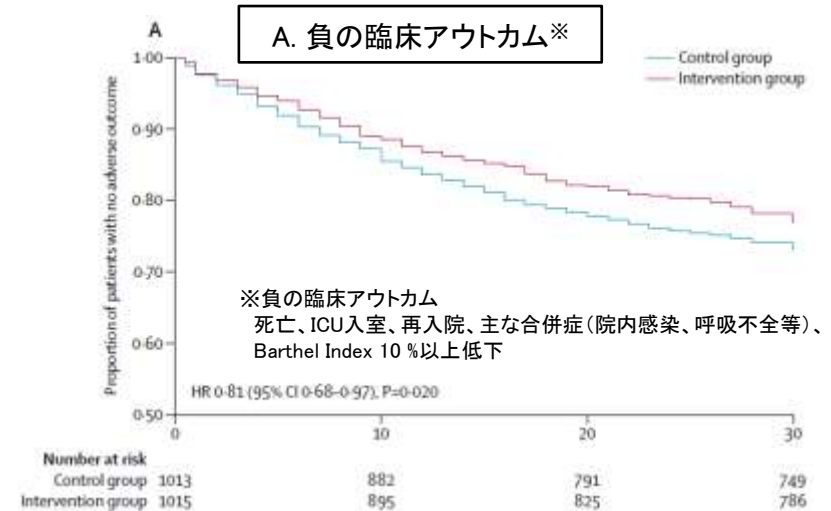
【対象・方法】

対象: 入院時の栄養スクリーニング (NRS2002) で低栄養リスクがあり、4日以上入院が見込まれた18歳以上の患者

方法: 8つの急性期病院において、介入群(目標を設定し、管理栄養士が個別的な栄養管理を実施)と対照群(通常の病院給食)を比較(RCT)

個別的な栄養管理

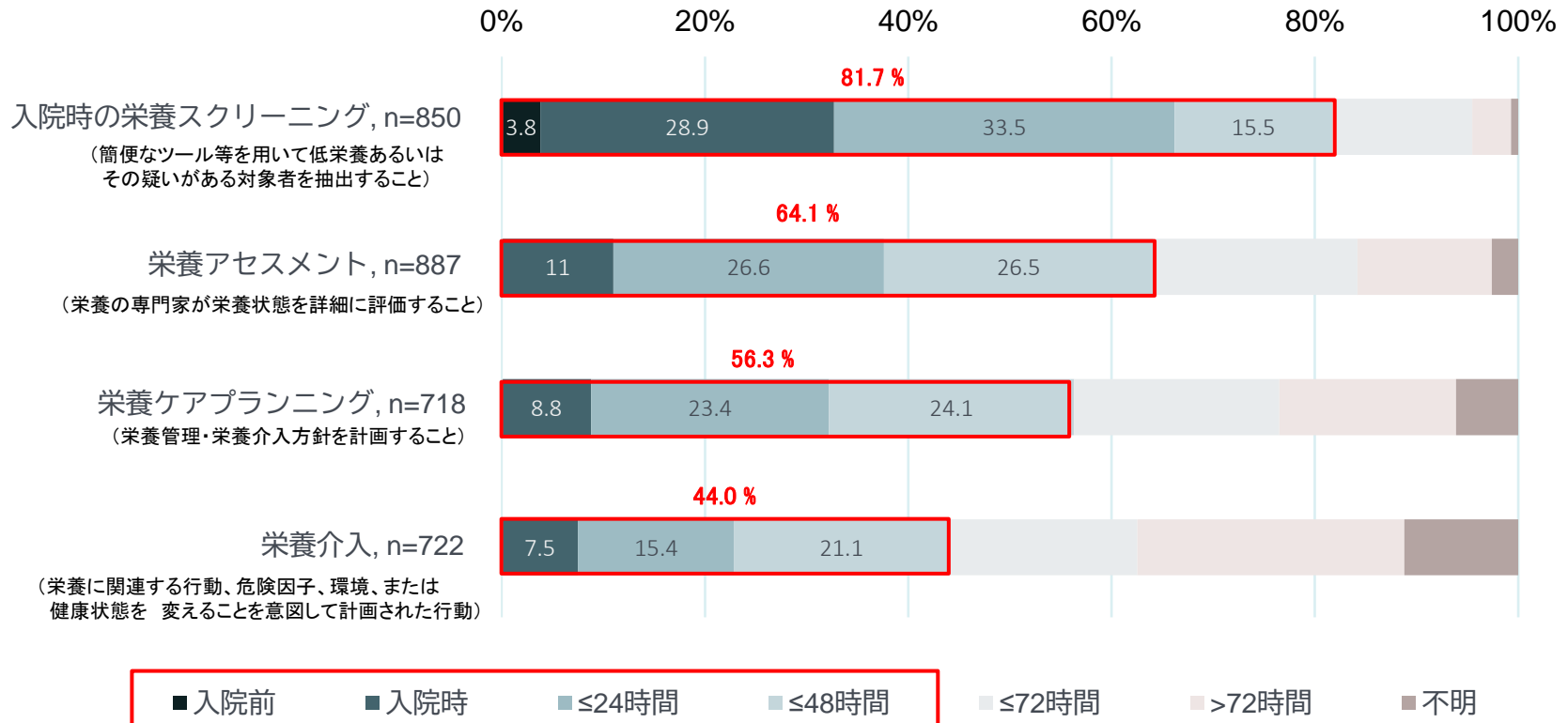
- ◆ 入院後48時間以内に、全ての患者に栄養スクリーニングを実施
- ◆ 栄養スクリーニングで低栄養リスクがあった患者に対して、
 - ✓ 訓練を受けた管理栄養士が、患者ごとの栄養目標(たんぱく質・エネルギー等)を設定し、栄養計画を作成
 - ✓ 経口栄養(患者の状態に応じた食事調整、プロテインパウダー等による栄養強化、補食の提供)と栄養補助食品による栄養管理を実施
 - ✓ 5日以内に経口栄養で1日の栄養目標の75%を達成できない場合は、経腸栄養や非経口栄養のサポートを推奨
 - ✓ 栄養摂取量は、管理栄養士が各患者の毎日の食事記録に基づき、24~48時間ごとに再評価
 - ✓ 退院時には、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



入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施時期

- 入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施時期について、最も多いタイミングとして、入院後48時間以内と回答した割合は、栄養スクリーニングが約8割、栄養アセスメントと栄養ケアプランニングが約6割、栄養介入が約4割だった。

■ 入院患者の栄養管理に関するプロセスの実施時期 ※最も多いタイミングを回答



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

■ 病棟配置有無別の管理栄養士介入状況

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

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

■ 病棟配置有無別の体重減少量及び体重減少率

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

Mann-Whitney U testを行い、中央値（四分位範囲）で示した

対象者：一般病院10施設において、令和3年3月～7月までの期間に心不全、脳卒中、がん、誤嚥性肺炎等で入院した18歳以上75歳未満の患者をDPCコードで指定し522例を抽出
(体重記録なし、BMI25以上等を除外)

調査項目：診療録調査(入院時体重、退院時体重、絶食期間、管理栄養士介入状況等)、栄養科アンケート調査(常勤管理栄養士数、給食業務委託状況等)

管理栄養士の病棟配置の状況（入院料別）

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

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

*病床単位で届け出ている場合を除く

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

病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施内容

- 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応は、ほぼ実施されていた。
- 一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると、実施割合が低かった。

区分A (一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料等)	配置あり (n=720)	専任	
		専従 (n=91)	専任 (n=629)
入院栄養食事指導	89.3%	90.1%	89.2%
栄養情報提供書の作成	57.4%	54.9%	57.7%
栄養状態の評価	95.8%	94.5%	96.0%
栄養管理計画の作成、再評価	96.5%	95.6%	96.7%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	94.0%	89.0%	94.8%
ミールラウンド	71.8%	64.8%	72.8%
食事形態の確認、調整	95.8%	94.5%	96.0%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	93.5%	93.4%	93.5%
栄養補助食品の紹介・提案	93.5%	87.9%	94.3%
医師への栄養メニュー提案	85.3%	69.2%	87.6%
その他	20.0%	15.4%	20.7%

区分B (地域包括ケア病棟入院料、回復期リハ病棟入院料等)	配置あり (n=378)	専任	
		専従 (n=93)	専任 (n=285)
入院栄養食事指導	84.7%	80.6%	86.0%
栄養情報提供書の作成	61.1%	54.8%	63.2%
栄養状態の評価	95.8%	88.2%	98.2%
栄養管理計画の作成、再評価	96.0%	88.2%	98.6%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	95.5%	90.3%	97.2%
ミールラウンド	82.5%	73.1%	85.6%
食事形態の確認、調整	96.6%	91.4%	98.2%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	93.9%	84.9%	96.8%
栄養補助食品の紹介・提案	95.0%	90.3%	96.5%
医師への栄養メニュー提案	83.3%	76.3%	85.6%
その他	18.8%	7.5%	22.5%

区分C (療養病棟入院基本料等)	配置あり (n=160)	専任	
		専従 (n=66)	専任 (n=94)
入院栄養食事指導	55.0%	45.5%	61.7%
栄養情報提供書の作成	35.6%	24.2%	43.6%
栄養状態の評価	92.5%	92.4%	92.6%
栄養管理計画の作成、再評価	94.4%	98.5%	91.5%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	85.0%	78.8%	89.4%
ミールラウンド	65.0%	57.6%	70.2%
食事形態の確認、調整	91.3%	90.9%	91.5%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	83.1%	81.8%	84.0%
栄養補助食品の紹介・提案	78.1%	71.2%	83.0%
医師への栄養メニュー提案	60.0%	53.0%	64.9%
その他	4.4%	1.5%	6.4%

区分D (障害者施設等入院基本料等)	配置あり (n=53)	専任	
		専従 (n=18)	専任 (n=35)
入院栄養食事指導	43.4%	27.8%	51.4%
栄養情報提供書の作成	26.4%	11.1%	34.3%
栄養状態の評価	96.2%	94.4%	97.1%
栄養管理計画の作成、再評価	94.3%	94.4%	94.3%
食事摂取状況や摂取栄養量、身体状況等のモニタリング	83.0%	77.8%	85.7%
ミールラウンド	58.5%	61.1%	57.1%
食事形態の確認、調整	94.3%	88.9%	97.1%
食事摂取不良患者や食欲低下時の対応	79.2%	83.3%	77.1%
栄養補助食品の紹介・提案	75.5%	77.8%	74.3%
医師への栄養メニュー提案	66.0%	66.7%	65.7%
その他	11.3%	5.6%	14.3%

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

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

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

- 禁食下では、摂食嚥下機能悪化、栄養量不足、口腔内不衛生などが懸念される

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

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

出典: Clinical Nutrition 35 (2016) 1147e1152

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

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

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

出典: 日摂食嚥下リハ会誌 24(1):14-25, 2020

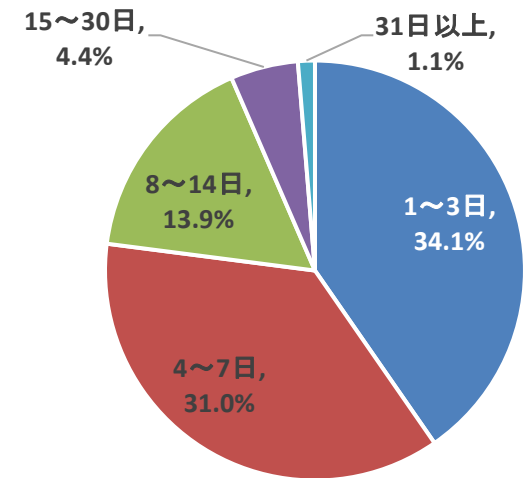


図 禁食から食事が開始された時期
(n = 72,315)

病棟における多職種連携の取組状況

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

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

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

課題①

(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ついて)

- 急性期における早期リハの有効性がガイドラインやエビデンスとして示されている。急性期病棟における疾患別リハ料ごとの実施されている提供訓練内容について、脳血管疾患等リハ料においては、他の疾患別リハ料より高次脳機能障害や言語聴覚療法に係る内容が多かった。
- ADLが低いほど、また認知症が重症であるほど、また特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のA項目に該当する場合、疾患別リハを実施する際の複数人による訓練提供及び訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあった。急性期病棟における新型コロナウイルス感染症患者に対するリハビリテーションを実施する際に、感染防護具は約8割の症例において必要であった。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハの効果は職種ごとに異なるが、NDB/DPCにおいては提供する職種の情報がなく、各専門職のリハの提供実態の把握やエビデンスの集積が困難である。

(医療・介護・障害福祉サービスの連携について)

- 介護保険のリハ実施者が疾患別リハのリハ実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。平成30年度同時改定においては、リハ実施計画書について医療・介護共通様式が策定されるとともに、この様式を医療機関から介護保険事業所へ提供する際の評価としてリハ計画提供料1が創設されたが、この算定回数は1,100回/月と乏しい。
- 退院時共同指導料2において、老健・介護医療院の訪問・通所リハ事業所の医師・理学療法士などは共同指導への参加が求められる退院後の医療機関の職種として位置づけられていない。
- 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開始した利用者のうち、リハビリテーション事業所の職員が医療機関の退院前カンファレンスに参加した割合は、訪問リハビリテーションで21.1%、通所リハビリテーションで14.8%だった。
- 障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)の事業所数が増えていないが、支援に必要な人員体制が十分に確保できないことが課題として挙げられている。障害福祉サービス等報酬改定検討チーム及び介護給付費分科会においては、医療保険のリハを提供する病院及び診療所並びに介護保険の通所リハ事業所において、共生型自立訓練(機能訓練)又は基準該当自立訓練(機能訓練)の提供を可能とすることが検討されている。

(がん患者に対するリハビリテーションについて)

- 術前から運動療法、食事療法、生活指導、術前教育などを組み合わせたプレハビリテーションは術後合併症を予防することが示されている。呼吸器リハ料の対象として、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸訓練を要する患者とされている。大腸結腸癌、卵巣がん、膵癌に対する術前リハにより、術後合併症が減少すること、在院日数が短縮すること、ADL悪化が予防されることのエビデンスがある。

課題②

(栄養管理について)

- 診療報酬における栄養管理に関する評価は、栄養食事指導に加えて、チーム医療における管理栄養士の役割やICU等での高度な栄養管理が評価されるようになり、昨今の改定で充実してきている。
- 低栄養や経管栄養・嚥下調整食が必要な入院患者は一定数おり、入院基本料等の算定に当たっては、栄養管理体制の基準の遵守を求めている。
- 栄養管理体制の基準で示すような入院時のスクリーニングや定期的な評価を含む個別的な栄養管理により、全死亡率等が低下したという報告がある。一方で、全患者に栄養スクリーニングを実施している病院は約8割。
- 入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して、DPCデータで把握できる項目や時点は限られている。
- 入院栄養食事指導料について、栄養食事指導に加えて、入院中の栄養管理に関する情報を他の医療機関や介護保険施設等の医師又は管理栄養士に対して提供した場合、栄養情報提供加算として評価されているが、算定件数は少ない。
- 医療機関と介護保険施設との栄養情報連携が重要となる低栄養や摂食・嚥下機能障害などの高齢入院患者は、一定数存在する。
- 介護保険施設の管理栄養士が栄養情報連携を行っている事業所等について、該当なし(連携先なし)が最も多かった。

(口腔管理について)

- 診療報酬における口腔管理に関する評価としては、歯科疾患の継続的な管理や口腔機能の管理、周術期等の口腔機能の管理の評価がなされている。
- 回復期リハ病棟の入院患者の約8割に、口腔機能障害が認められる。入院患者の口腔の問題は、ADL、認知レベル、栄養状態と関連するとともに、歯科衛生士による口腔の管理実施群は、非実施群と比較し退院時のADLが改善していた。
- 回復期リハ入院料1病棟における多職種連携の状況について、「口腔管理に関する計画の作成」は58.6%であった。歯科標榜の有無別の多職種連携の取組状況は、歯科標榜のある病院の回復期リハ病棟で70.4%、歯科標榜のない病院の回復期リハ病棟で54.4%にとどまる。院外の歯科医師・歯科衛生士の連携の有無をみると、歯科標榜のない病院の回復期リハ病棟では約半数近くが連携ありだった。
- かかりつけ医歯科医師及び歯科医師と医科歯科連携のためのシステムを構築している回復期リハ病棟の事例がある。
- リハ実施計画書において、口腔に関する項目は位置づけられていない。

課題③

(急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔)

- 平成28年度と令和4年度調査を比較すると、急性期一般入院料1（一般病棟入院基本料（7対1）、専門病院、特定機能病院においては要介護・要支援の患者比率が増加していた。
- 急性期一般入院料1及び2～6における、65歳以上の入院患者に対するリハ実施率の分布にはばらつきがあり、特に急性期一般入院料1と比べ、急性期一般入院料2～6でのばらつきが大きかった。
- 一般病棟入院基本料及び地域包括ケア病棟入院料を届け出ている医療機関における、リハ専門職の人数の分布について、届け出ている入院料それぞれにおいて、リハ専門職の配置はばらつきが大きかった。
- 急性期一般入院料1及び2～6における、65歳以上の患者について、リハ専門職の40床以上2名以上の方が、有意にリハ実施率が高く、ADLスコアの改善が大きかった。
- 急性期一般入院料1を届け出ている病棟における、入院時から退院時にかけてADLスコアが悪化した65歳以上の患者割合の平均値は6.6%であった。急性一般入院料2～6においてはこの平均値は7.1%であった。
- 土日祝日にリハを実施していない施設は、日曜日は67.9%、祝日は56.8%であった。急性期における休日リハの有効性がエビデンスとして示されている。
- ADL維持向上等体制加算の届出施設数は令和4年度で98施設であった。同加算を届け出していない理由として、「理学療法士等を確保できないため」、「疾患別リハ料等を算定しているため、加算届出の必要性を感じないため」が多かった。
- 急性期病院において入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理により全死亡率等が低下したという報告があるが、入院後48時間以内に実施することが最も多いと回答した割合は、栄養スクリーニングが約8割、栄養介入が約4割。
- 管理栄養士が病棟に配置されているほうが、入院後、管理栄養士が患者を訪問するまでの日数が短く、体重減少量等が抑制されていたが、管理栄養士の病棟配置割合は低い。
- 病棟配置の管理栄養士による栄養管理としては、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応は、ほぼ実施されていた。一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると、実施割合が低かった。
- 誤嚥性肺炎患者に対し、多職種が連携して早期に評価や介入を行い、できるだけ早期に経口摂取を開始することが重要であることがエビデンスとして示されている。
- 病棟における多職種連携の取組の実施割合について、栄養、離床・リハ、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。

リハビリテーション・栄養・口腔についての論点①

【論点】

(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ついて)

- ADLが低いほど、認知症が重症であるほど、また特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のA項目の一部に該当する場合、疾患別リハビリテーションを実施する際に、複数人による訓練提供および訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあったこと等から、急性期のリハビリテーションを推進するためにどのような方策が考えられるか。
- 疾患別リハビリテーション料の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等による提供実態を把握するために、どのような方策が考えられるか。

(医療・介護・障害福祉サービスの連携について)

- 保険医療機関から介護保険事業所へのリハビリテーション実施計画書の提供が半分以下に留まっている実態を踏まえ、医療・介護連携を推進するための情報連携の評価の在り方として、リハビリテーション実施計画書を提供することを疾患別リハビリテーション料の通則に位置づけること及び退院時共同指導料2の共同指導に参加する職種に老健・介護医療院等の訪問リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等が参加することが望ましいことを明確化することについて、どのように考えるか。
- 保険医療機関が障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)を提供する際の、理学療法士等の人員配置基準や面積などの施設基準について保険医療機関の利用者の支障のない範囲での共用等を認めることをどのように考えるか。

(がん患者に対するリハビリテーションについて)

- がん患者に対する術前の呼吸リハビリテーションの有効性を踏まえて、術前の呼吸器リハビリテーション料の対象となる疾患を明確にすることについて、どのように考えるか。

リハビリテーション・栄養・口腔についての論点②

【論点】

(栄養管理について)

- 入院患者の栄養管理が適切に実施される取組の推進とともに、栄養・摂食嚥下状態を定期的に把握するためのDPCデータ(様式1)の活用等を含めた仕組みについて、どのように考えるか。
- 医療機関と介護保険施設の栄養情報連携を推進するために、どのような方策が考えられるか。

(口腔管理について)

- 回復期リハビリテーション入院患者に対する口腔の管理を推進するために、リハビリテーション実施計画書における口腔管理に係る項目を追加することや、歯科医療機関との連携方策について、どのように考えるか。

(急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔)

- 急性期入院医療における高齢者のADL悪化を防ぐ取組の推進が求められているが、ADL維持向上等体制加算の届出施設数は少ないことを踏まえ、急性期病棟において、
 - ・ 理学療法士等の配置とリハビリテーションの提供の推進
 - ・ 土日祝日のリハビリテーションの提供
 - ・ 患者の状態に応じた速やかな食事の提供・変更等を含めた栄養管理の強化
 - ・ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な運用を図るため、どのような方策が考えられるか。