

(令和5年度第6回)
入院・外来医療等の調査・評価分科会
令和5年9月6日(水)

1. 急性期入院医療について(その3)

2. 回復期リハビリテーション病棟について(その1)

3. 慢性期入院医療について(その2)

リハビリテーションや栄養等に係る主なご意見

<令和5年6月8日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 病棟の要介護者の割合について、経時変化を示すべき。
- 入院医療ごとの疾患別リハビリテーション実施状況については単位数を示すべき。
- 認知症患者については入院によって周辺症状が悪化してしまうため、早期退院のためにはリハビリテーションは必須となると考える。しかし、急性期一般でも40%ぐらいがいずれのリハビリテーションを実施しておらず課題と考える。
- 入院初期のリハビリ自体が足りていないというところに議論を持っていく必要がある。心筋梗塞とか弁置換とか急性期の手術を実施した患者に対しても、入院中のリハビリテーションは40%以下しか実施されていない。

<令和5年7月6日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 地域包括ケア病棟に救急で直接入棟する患者はリハビリ実施頻度・単位数が低いことが示されているが、リハビリテーションは積極的に早期から実施すべきであり整理が必要。

<令和5年8月10日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 療養病棟における栄養サポートチーム加算の届出状況が低い理由については分析が必要。
- 全ての病院、全ての病棟、地域医療も含めて、栄養管理は基本であり重要。栄養サポートチームの機能や変化などを経年的に分析し、多様な入院機能において成長してきているのかという視点も必要。

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と受けられるため、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。

- 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。

- 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.

○ 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: Puthuchear 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.

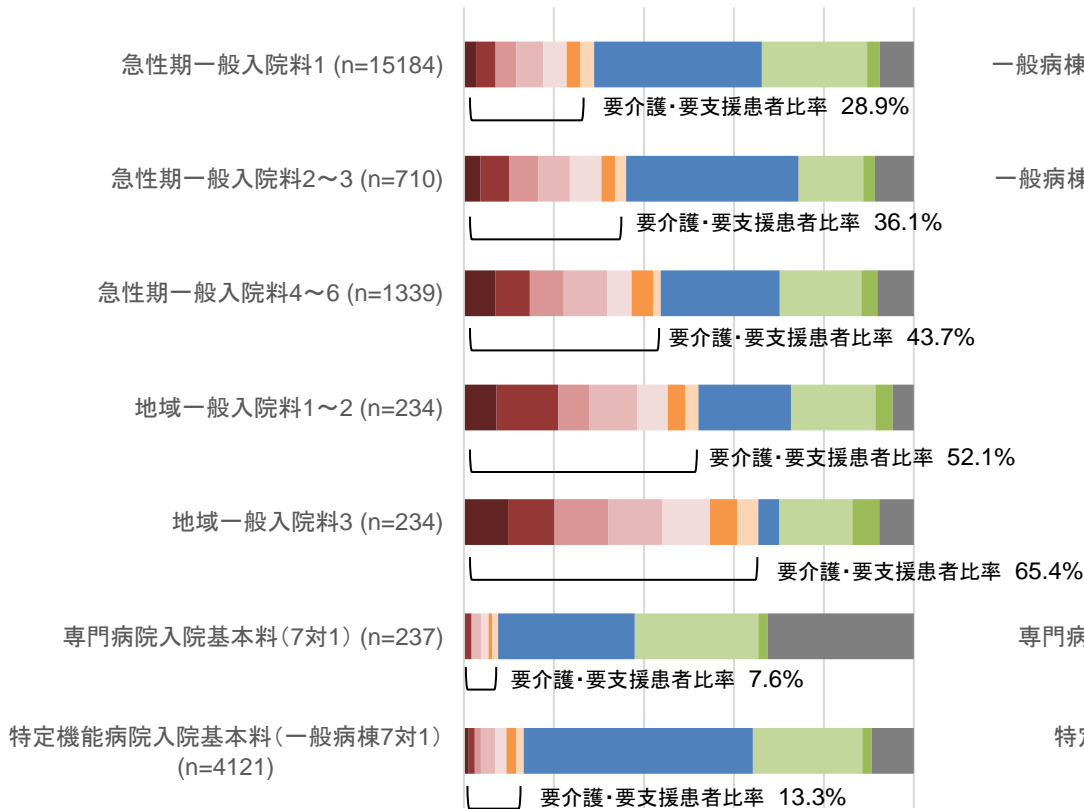
出典: 佐藤和香 Jpn J Rehabil
Med.2019; 56::842-847.

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度非該当の患者比率が増加していた。

令和4(2022)年

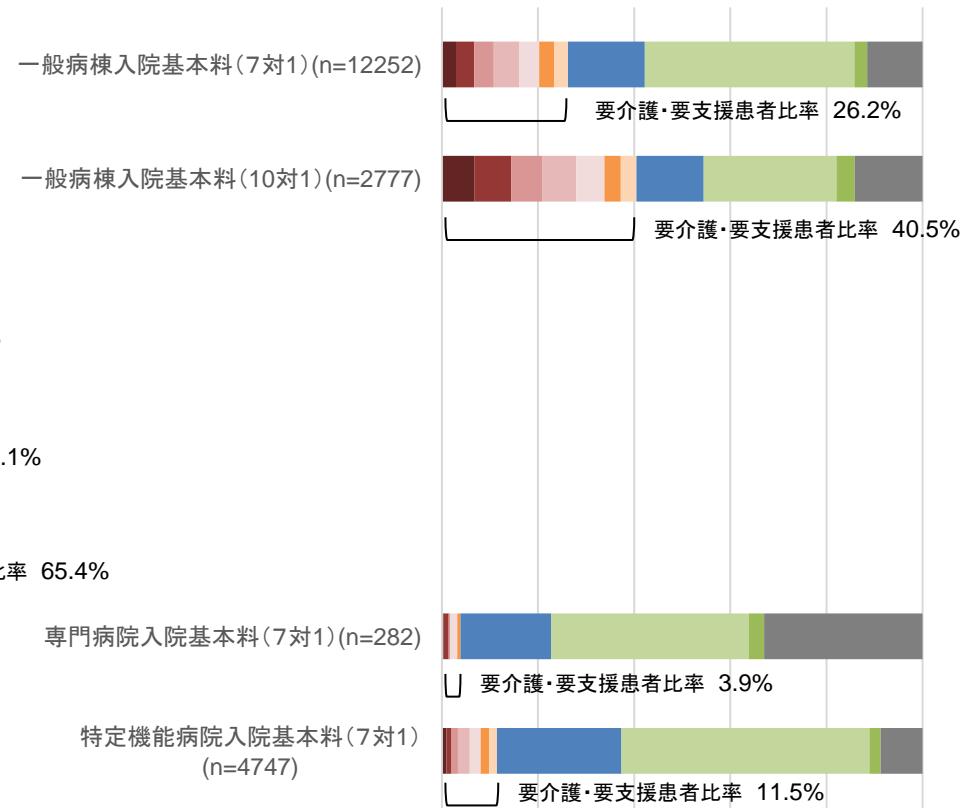
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 要介護5 ■ 要介護4 ■ 要介護3 ■ 要介護2 ■ 要介護1 ■ 要支援2
■ 要支援1 ■ 非該当 ■ 未申請 ■ 申請中 ■ 不明

平成28(2016)年

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 要介護5 ■ 要介護4 ■ 要介護3 ■ 要介護2 ■ 要介護1 ■ 要支援2
■ 要支援1 ■ 非該当 ■ 未申請 ■ 申請中 ■ 不明

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

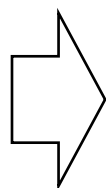
【早期栄養介入管理加算】

【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。

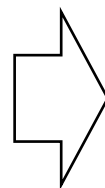
早期からの回復に向けた取組について算定対象となる治療室の見直し

- 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

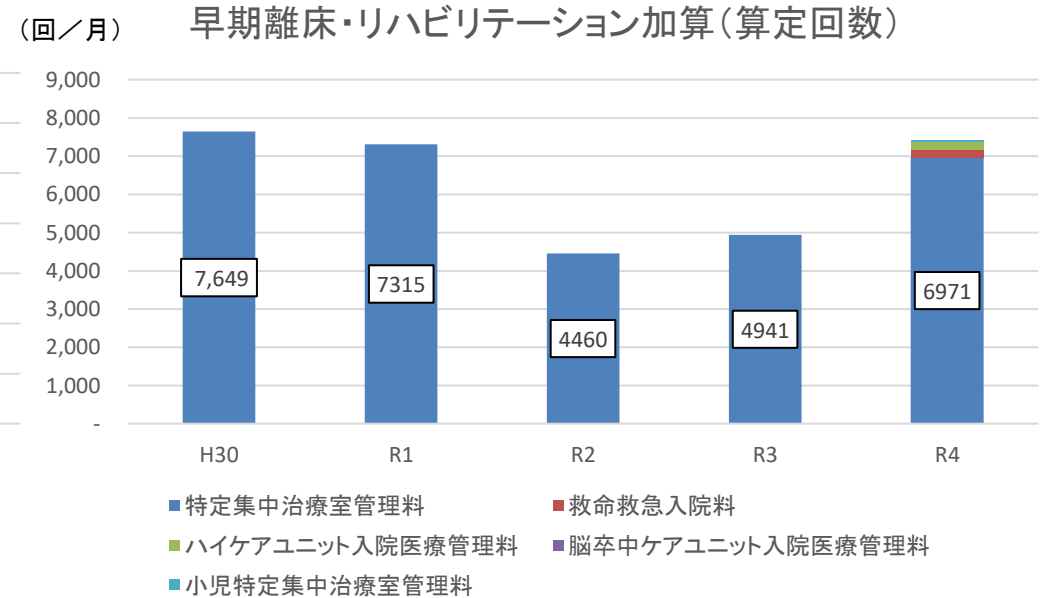
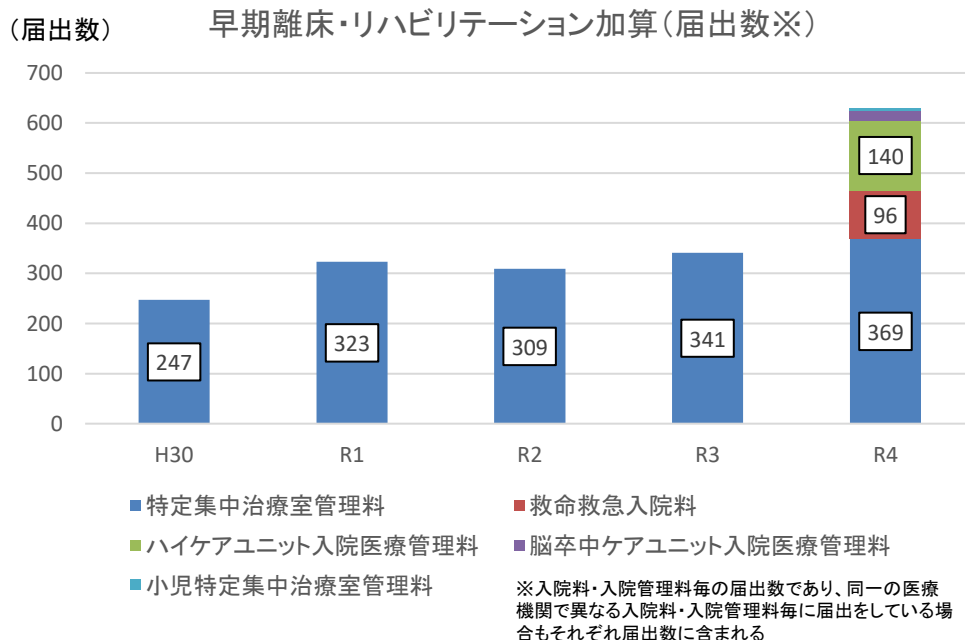
【特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1、2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料】

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)】

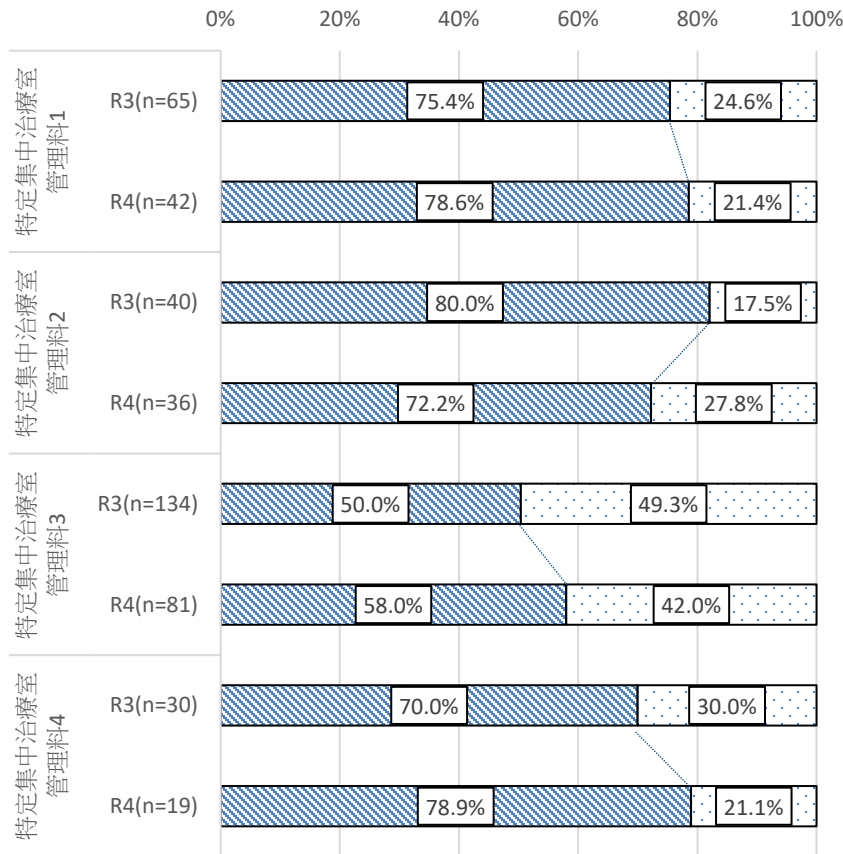
- 早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室等に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価
- ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。
- イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、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。



早期離床・リハビリテーション加算の届出状況

- 特定集中治療室管理料1及び3～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
- 令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、救命救急入院料4における届出割合が最も高く、70.0%であった。

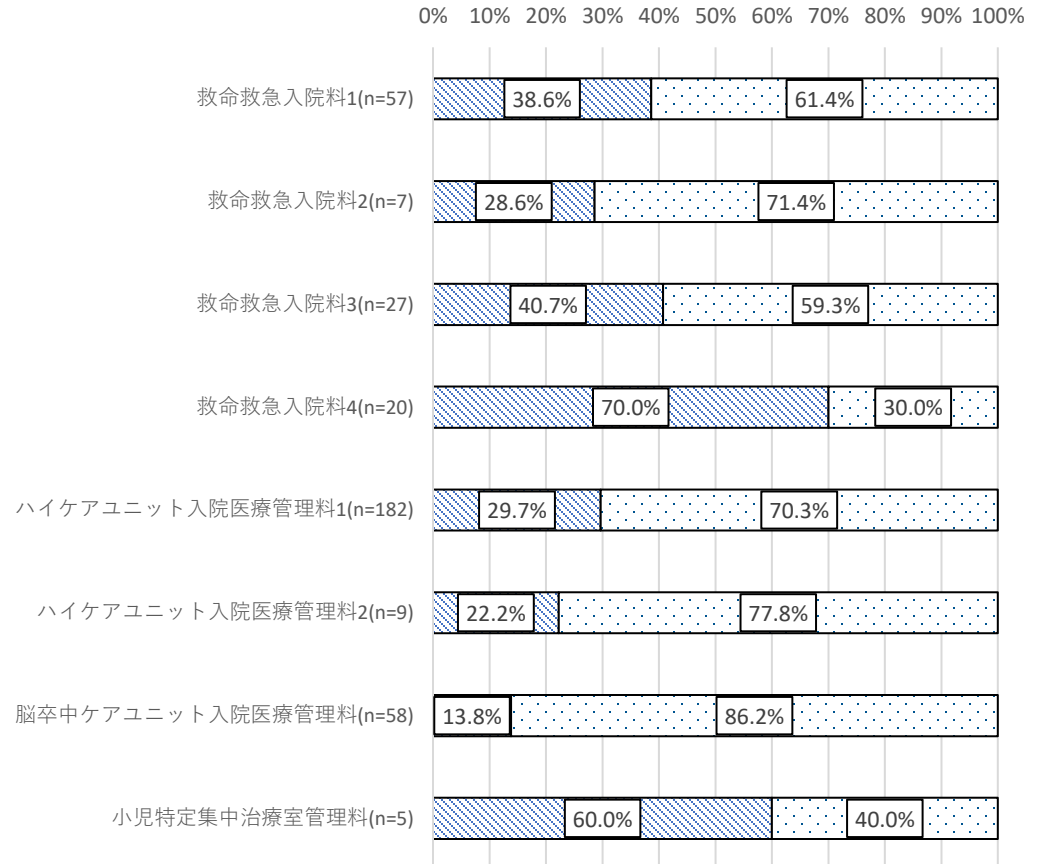
■ 届出状況(特定集中治療室)R3/R4



- 01.早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている
- 02.早期離床・リハビリテーション加算を届け出していない

■ 届出状況(特定集中治療室以外)

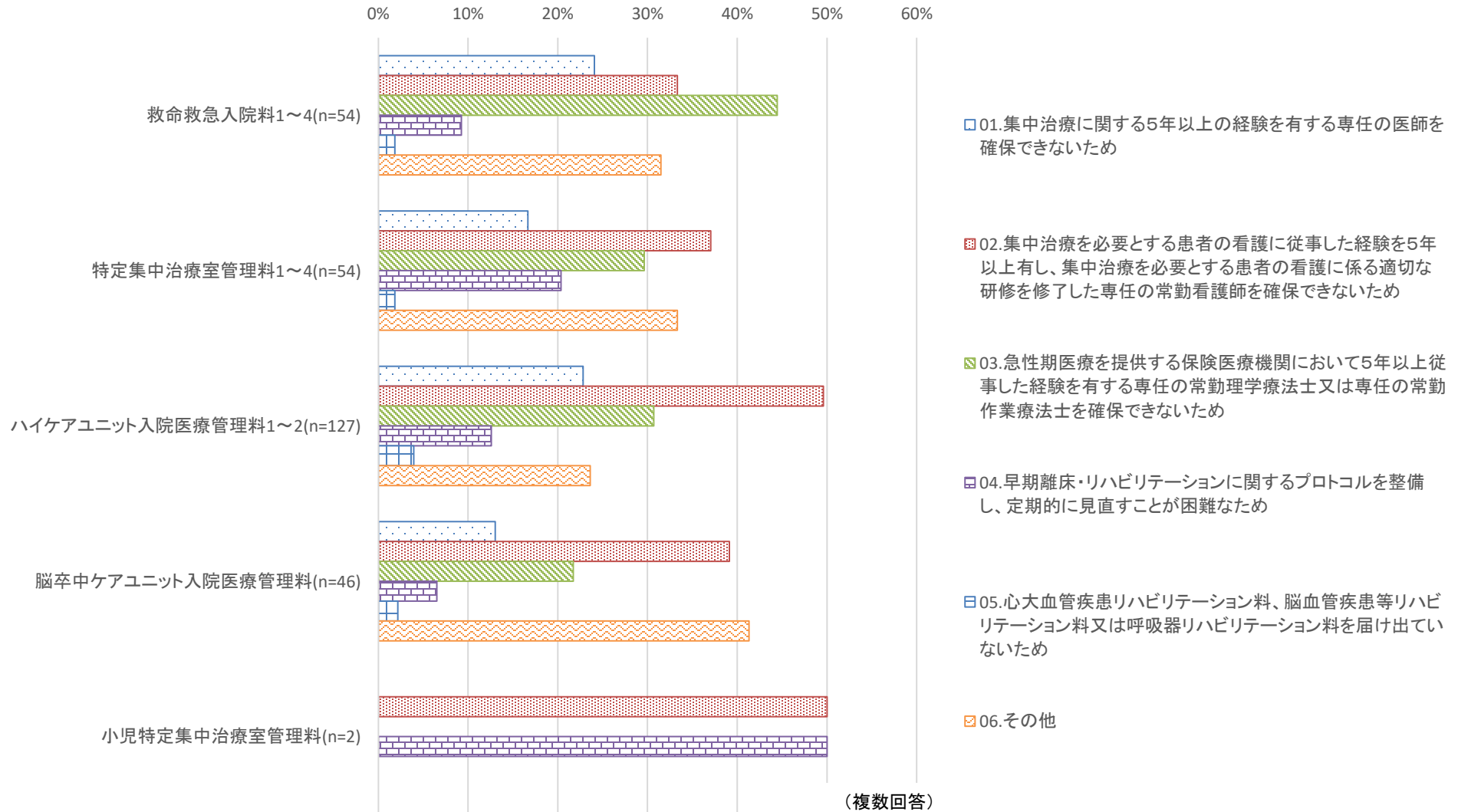
※ 令和4年度診療報酬改定で新たに算定可能とされた治療室等



- 01.早期離床・リハビリテーション加算を届け出ている
- 02.早期離床・リハビリテーション加算を届け出していない

早期離床・リハビリテーション加算の届出をしていない理由

○ 届出をしていない理由として、救命救急入院料においては「経験を有する専任・常勤のPT・OTの確保」、その他の治療室では「経験を有し研修を修了した専任・常勤看護師の確保」が最も多かった。



早期栄養介入管理加算の概要

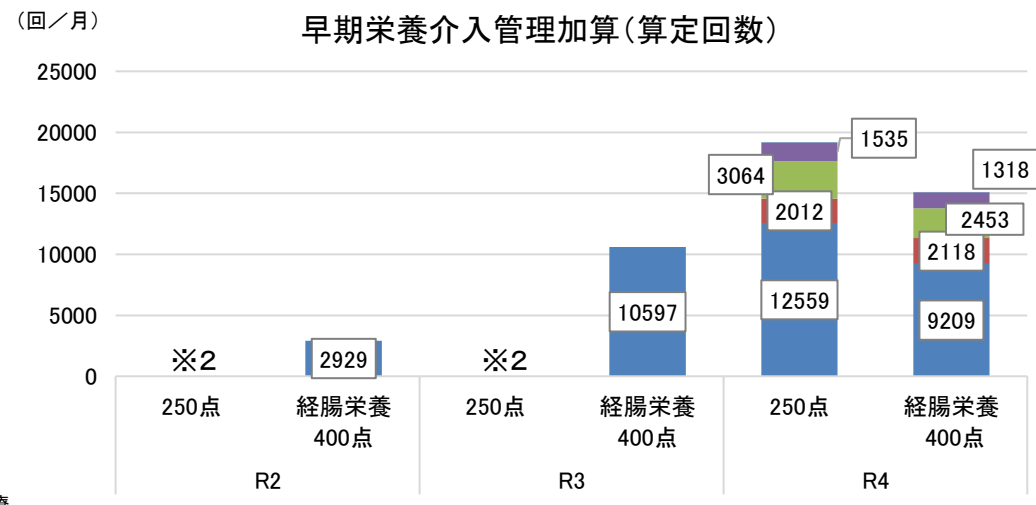
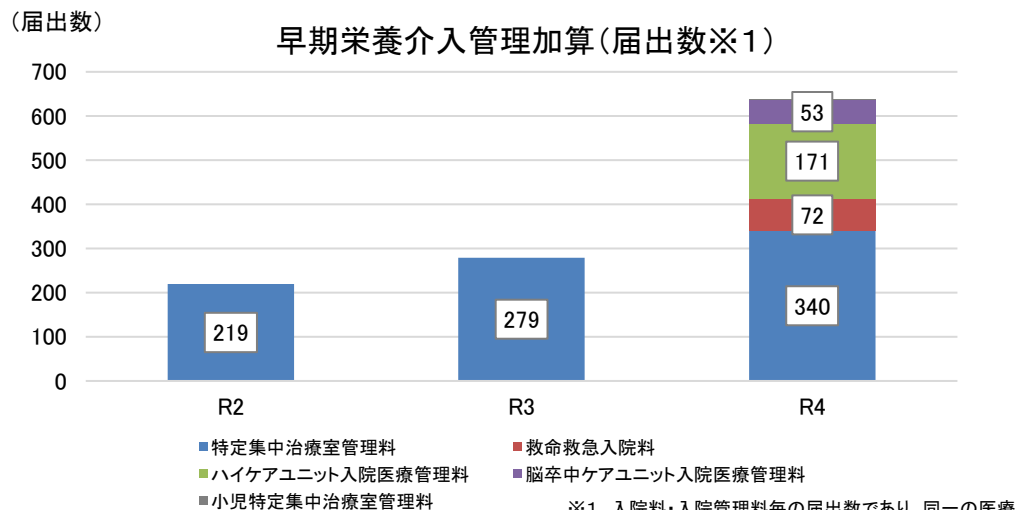
【特定集中治療室管理料1～4、救命救急入院料1～4、ハイケアユニット入院医療管理料1、2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料】

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つては、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。



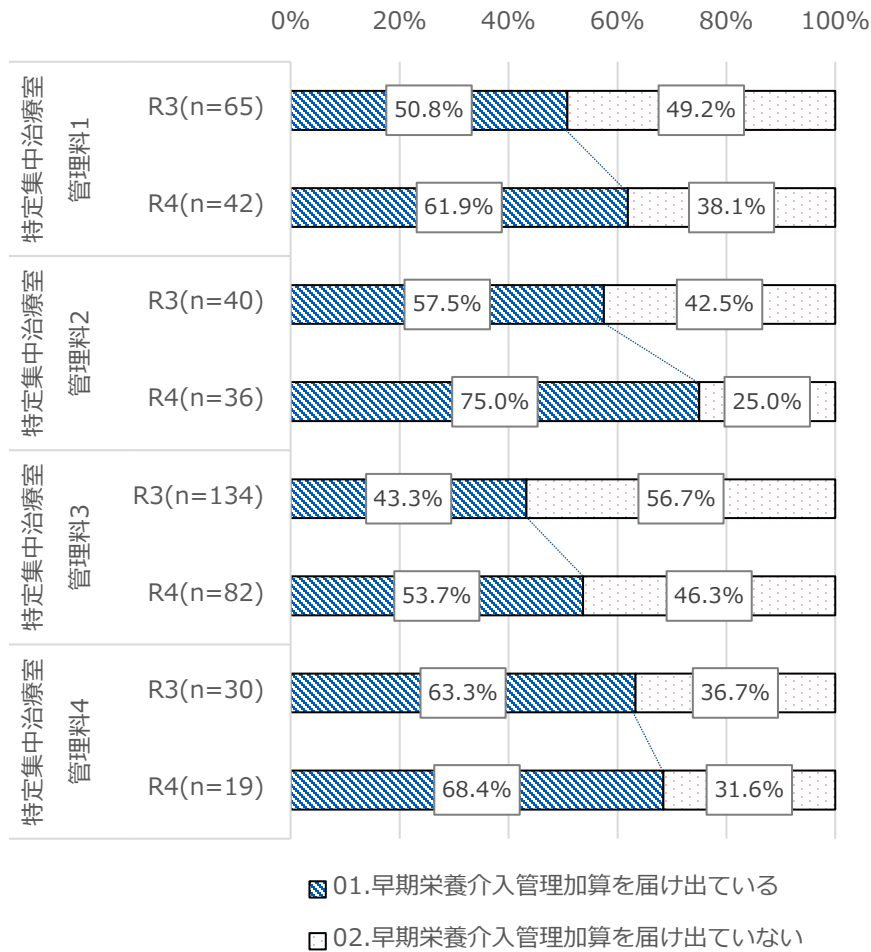
※1 入院料・入院管理料毎の届出数であり、同一の医療機関で異なる入院料・入院管理料毎に届出をしている場合もそれぞれ届出数に含まれる

※2 R2、R3は、経腸栄養を開始した場合のみ評価

早期栄養介入管理加算の届出状況

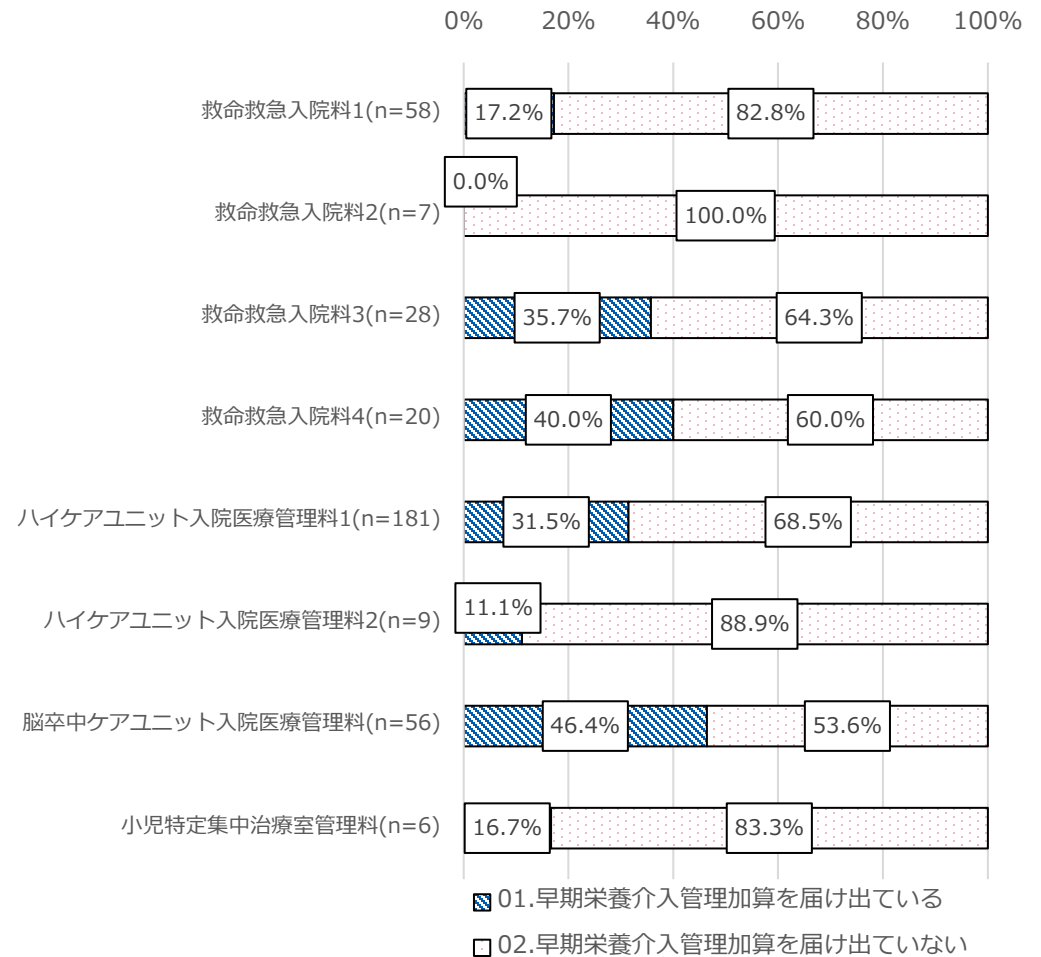
- 特定集中治療室管理料1～4において、令和3年度から令和4年度は届出割合が増加していた。
- 令和4年度改定で新たに対象となった治療室については、脳卒中ケアユニット入院医療管理料における届出割合が最も高く、46.4%であった。

■ 届出状況(特定集中治療室)R3/R4



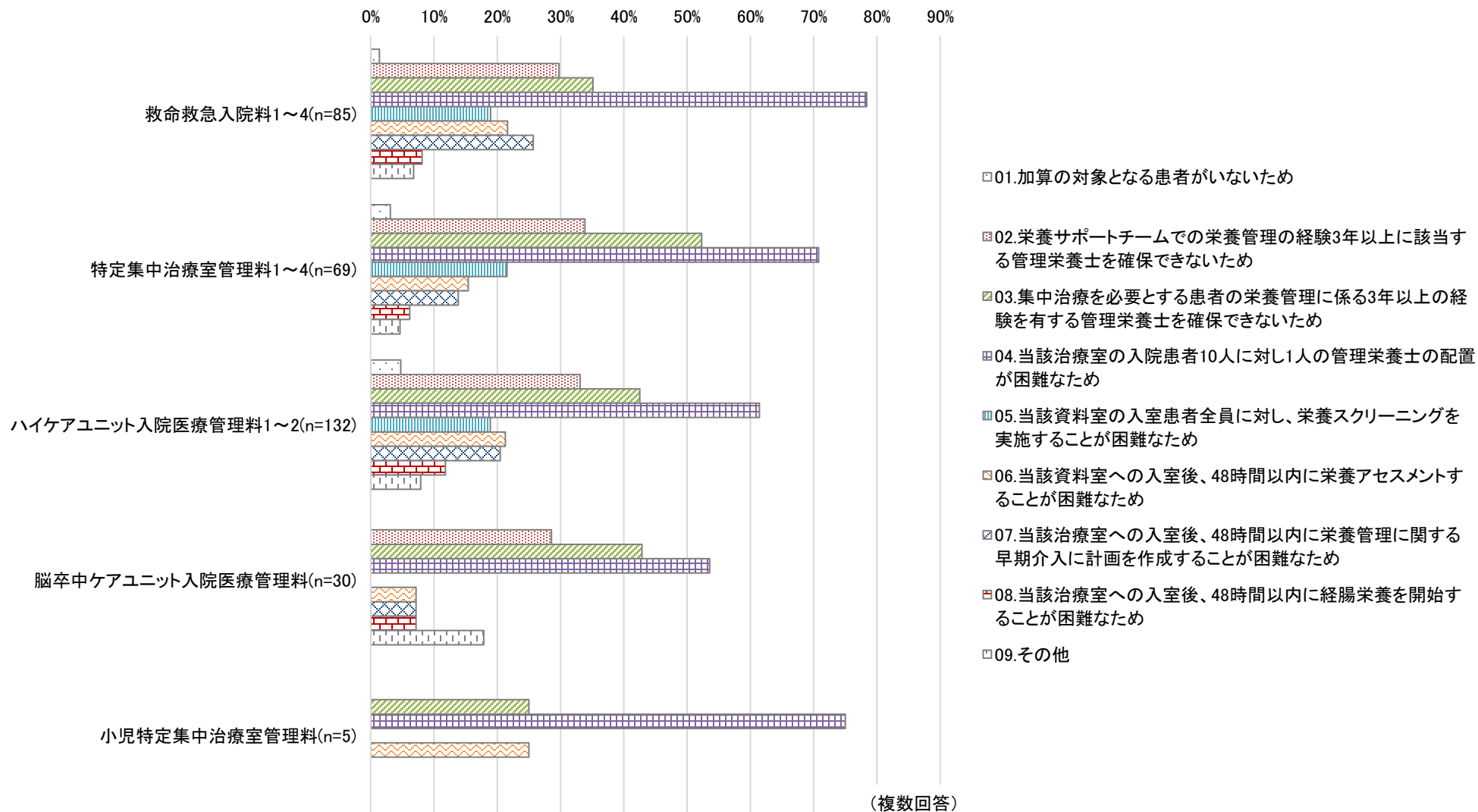
■ 届出状況(特定集中治療室以外)

※ 令和4年度診療報酬改定で新たに算定可能とされた治療室等



早期栄養介入管理加算の届出をしていない理由

○ 届出をしていない理由として、いずれの治療室においても、「当該治療室の入院患者10人に対し1人の管理栄養士の配置が困難なため」が最も多かった。



- 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.

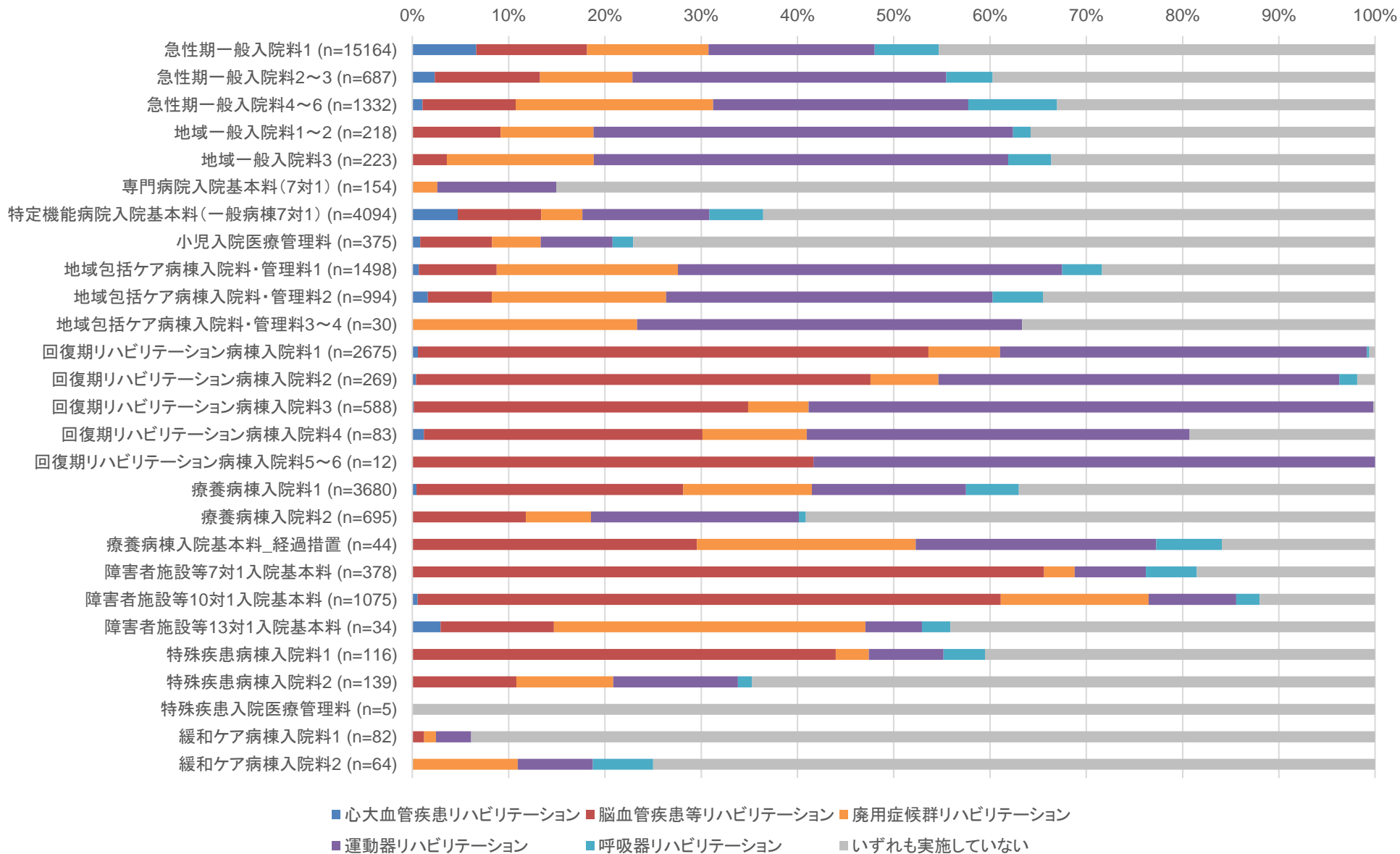
急性期脳卒中に対する早期リハビリテーション

- 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)。

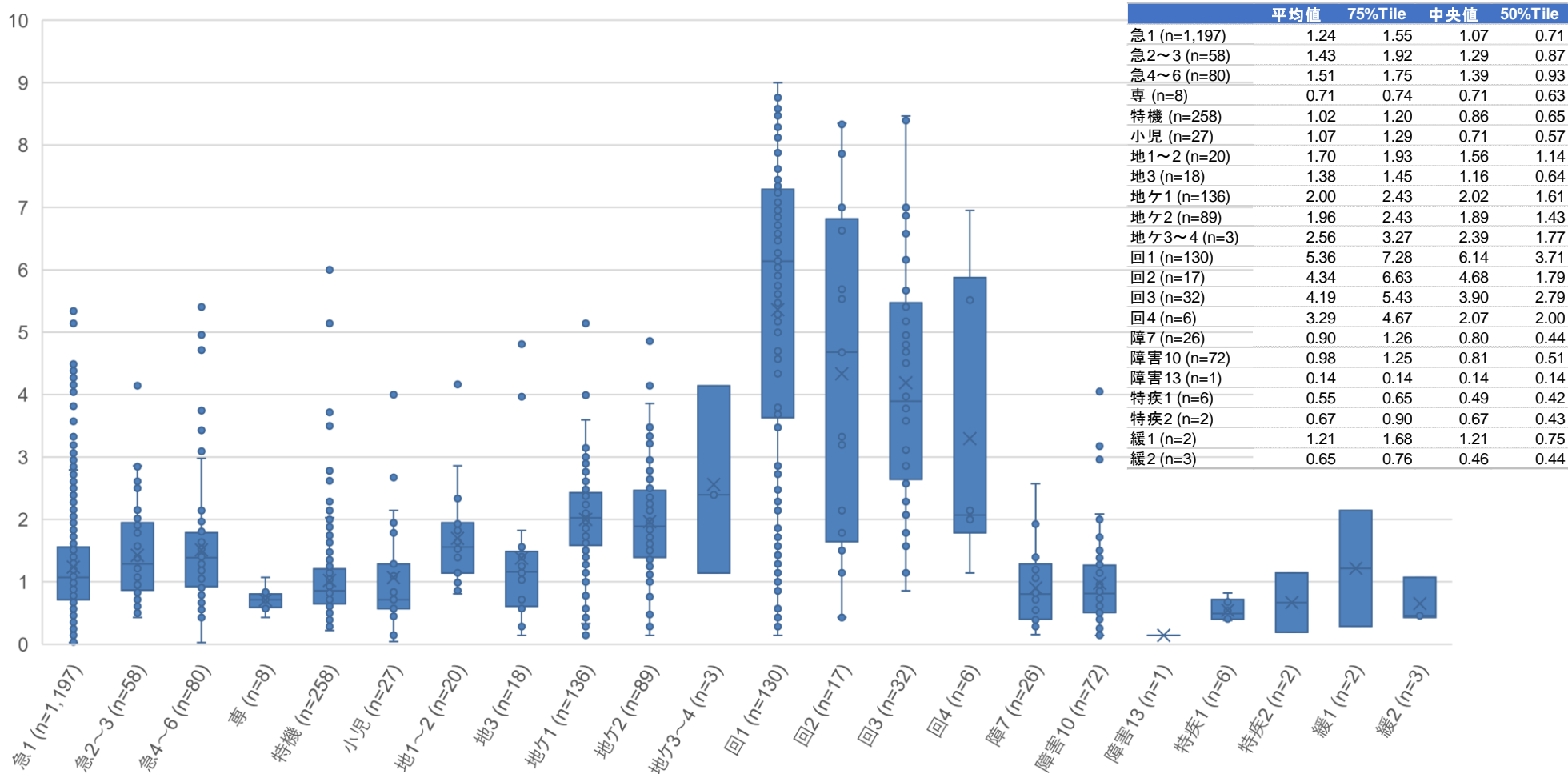
入院料ごとの疾患別リハビリテーションの実施状況



入院料ごとのリハビリテーション1日平均提供単位数

○ リハビリテーションを実施している患者に対する、1日平均提供単位数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している病棟では5.36単位、地域包括ケア病棟入院料・管理料1を算定している病棟では2.00単位であった。

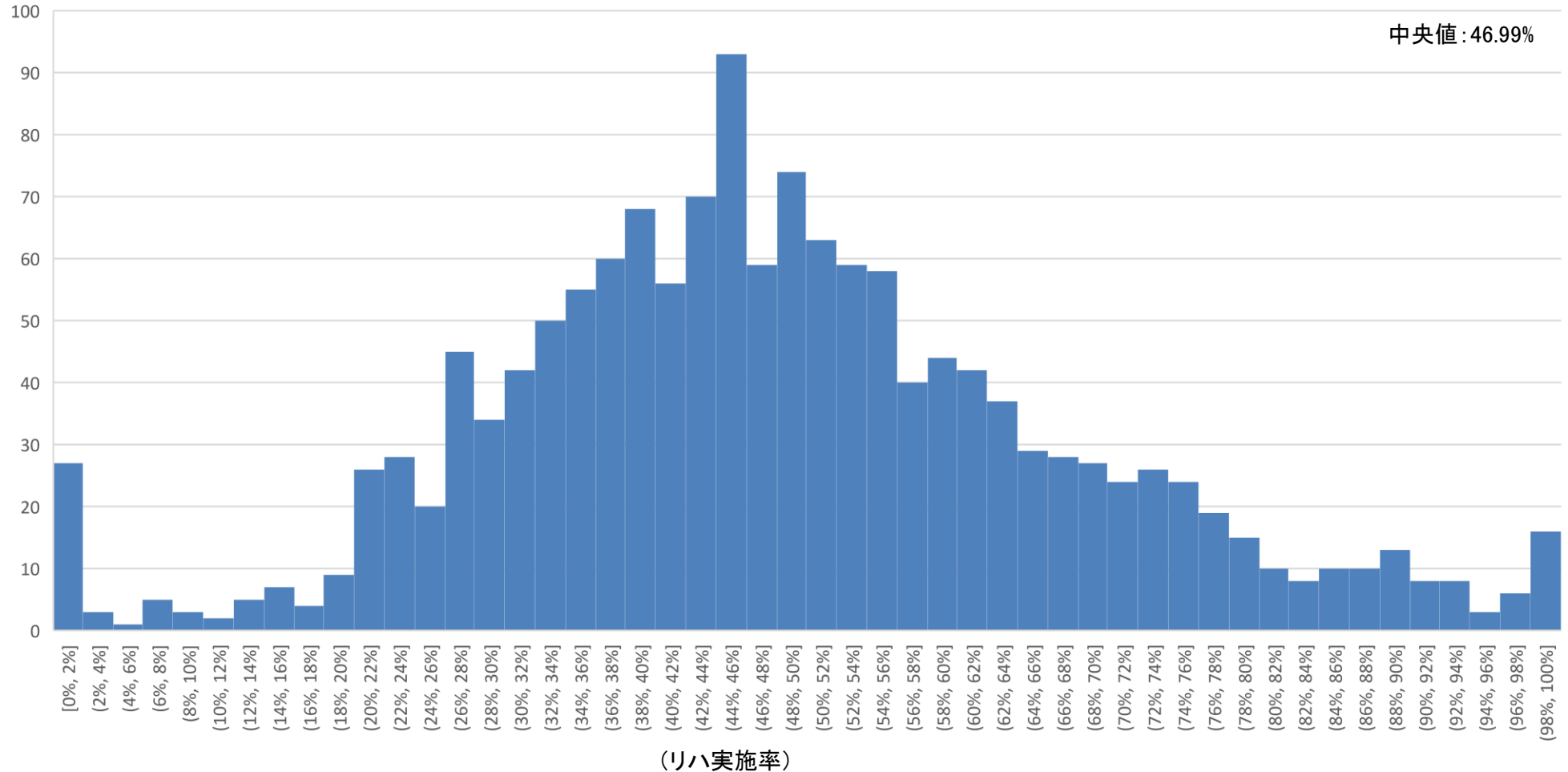
入院料別リハビリテーション1日平均提供単位数



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)

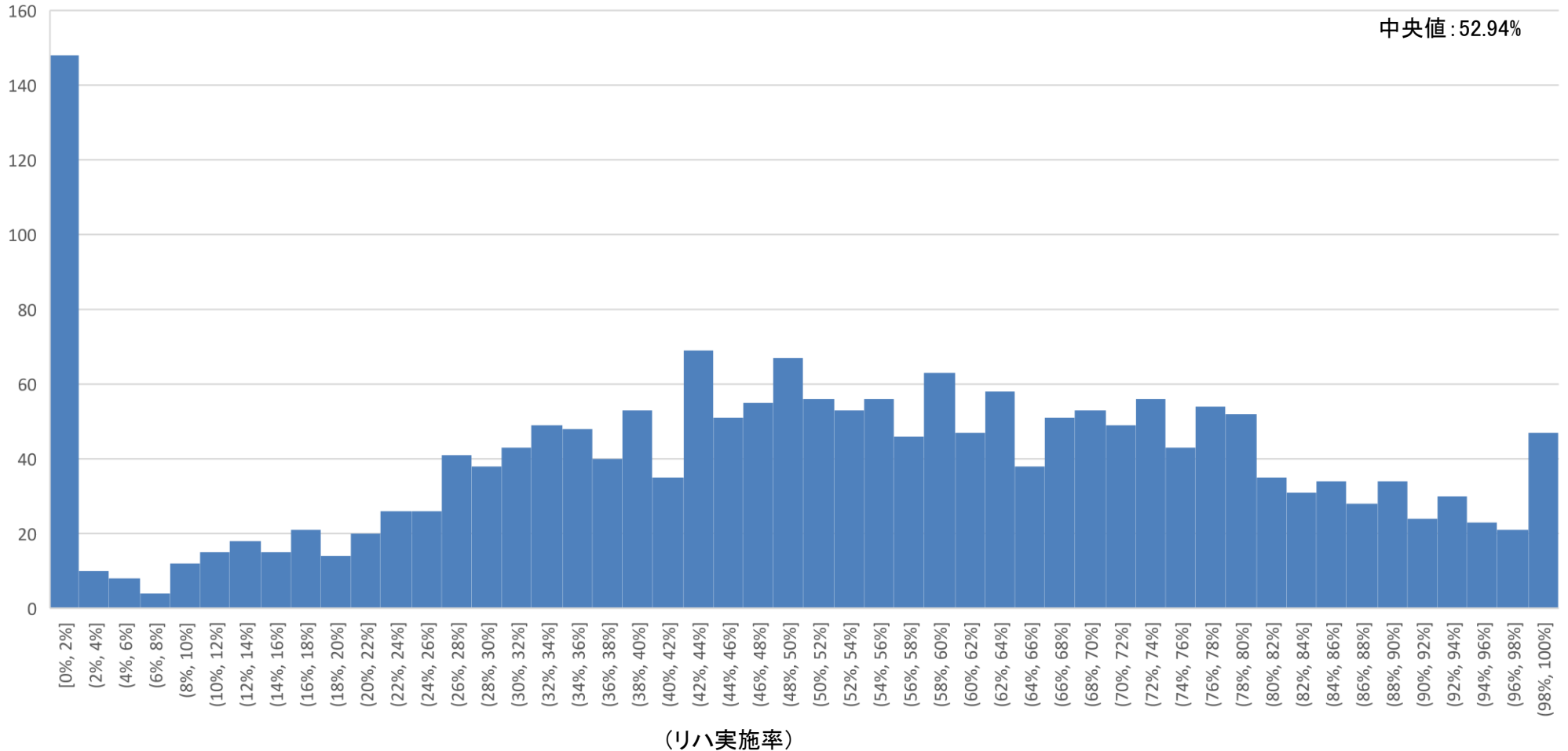


抽出条件: 令和4年4月1日~6月30日に入院・令和4年9月30日までに退院し、入院期間が4日以上急性期一般入院料1のみ算定した65歳以上の入院症例を抽出。リハ実施例は入院中に疾患別リハビリテーションを1回以上実施した入院症例とした。

急性期一般入院料 2～6 におけるリハ実施率

○ 急性期一般入院料 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。

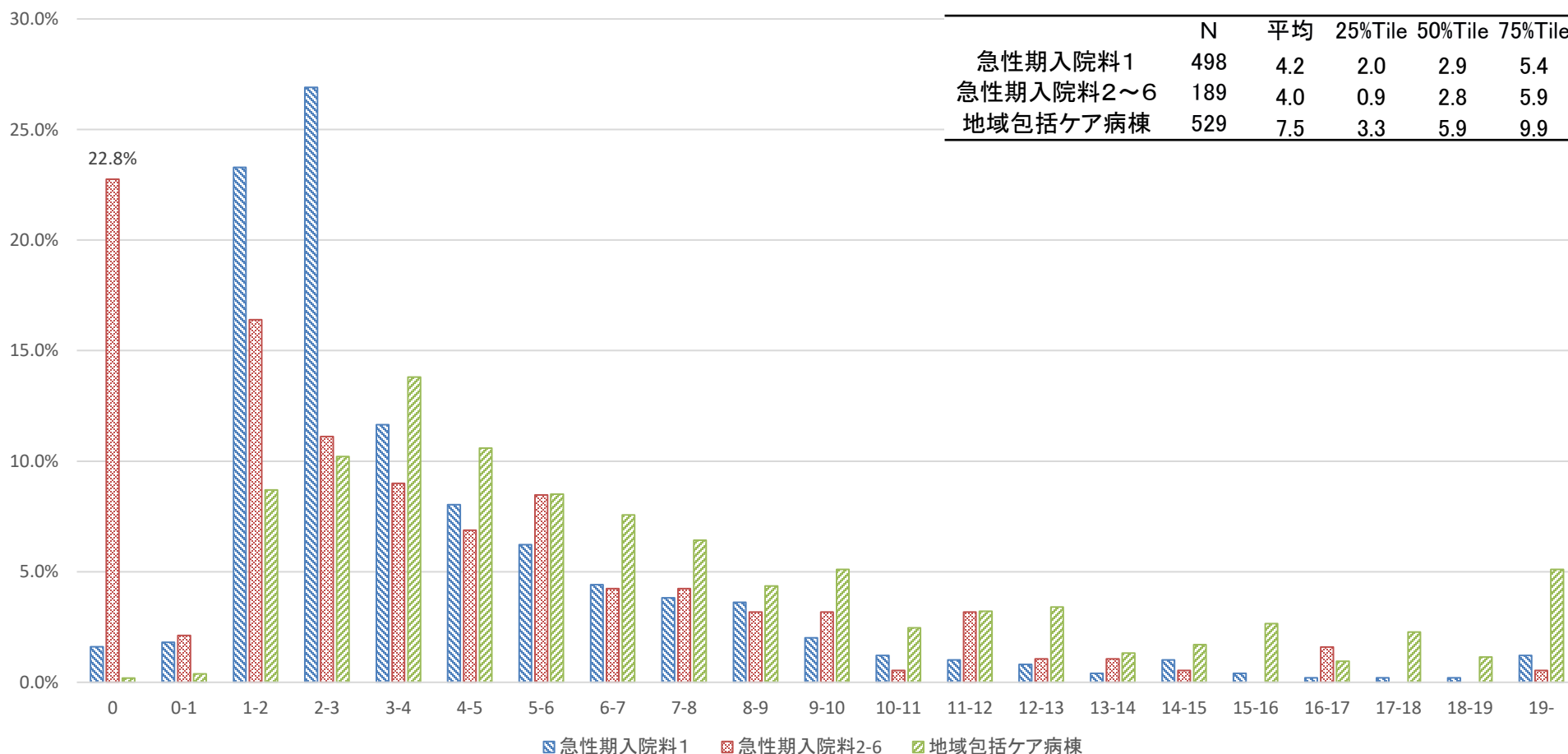
(医療機関数)



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。

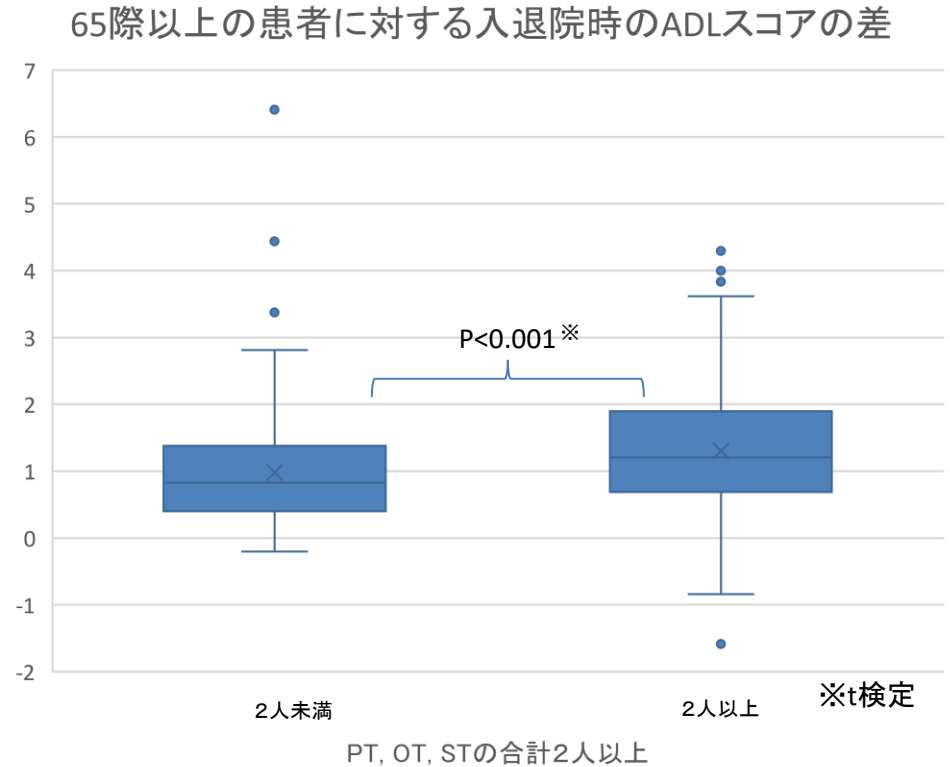
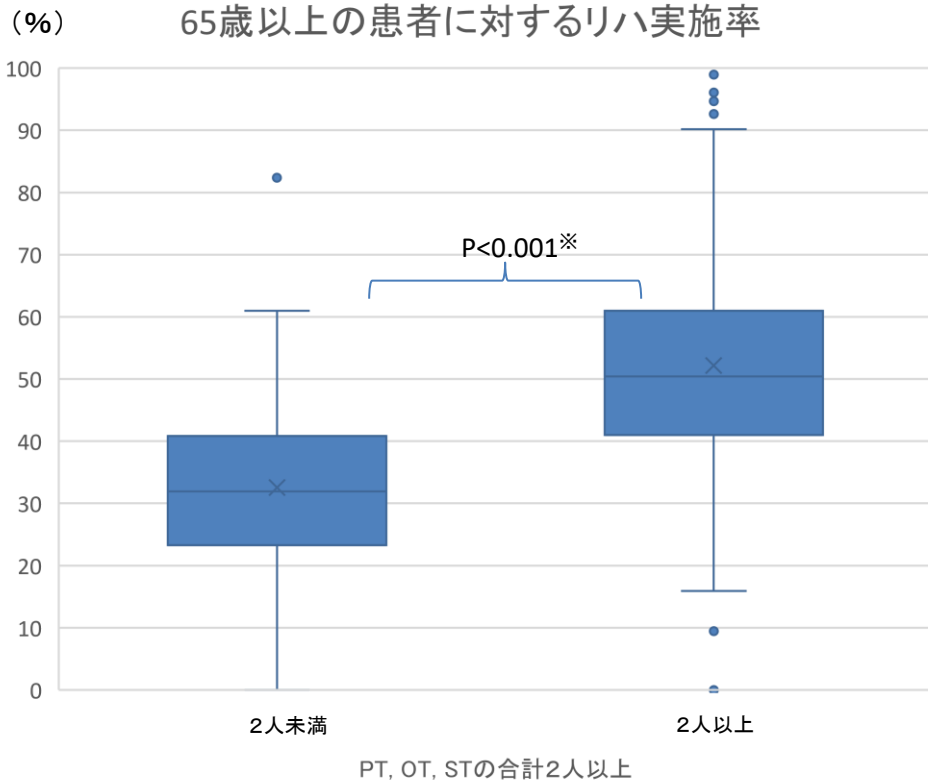
40床あたりのリハビリテーション専門職の人数分布

- 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、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。急性期一般入院料1を届け出ている医療機関の配置は40床あたり2～3人が最多であった。急性期一般入院料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一般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。



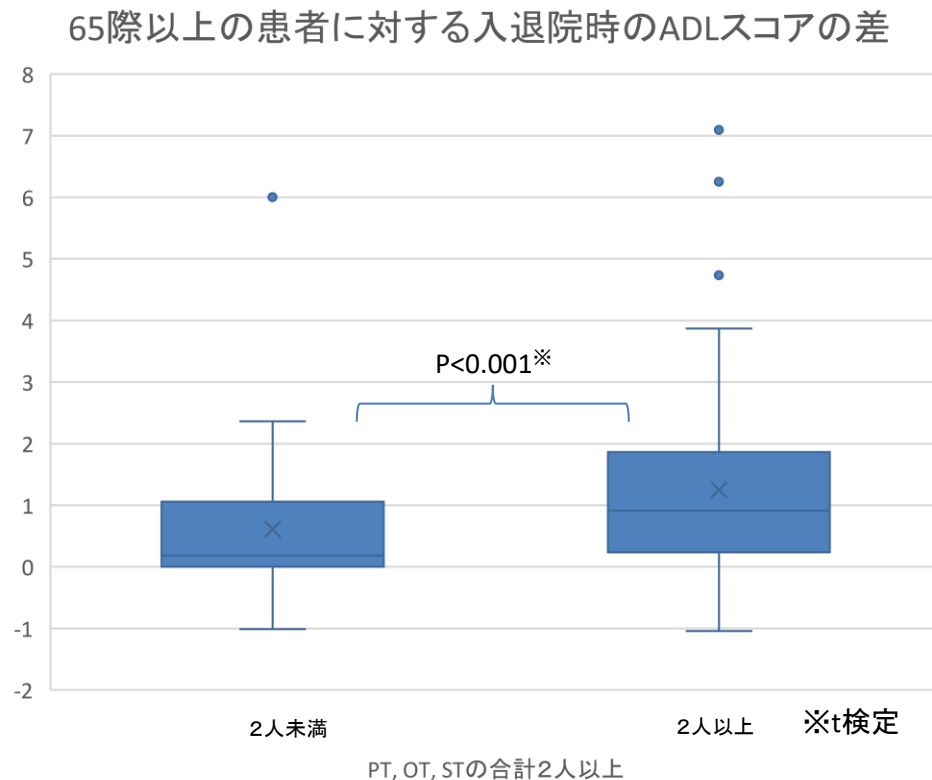
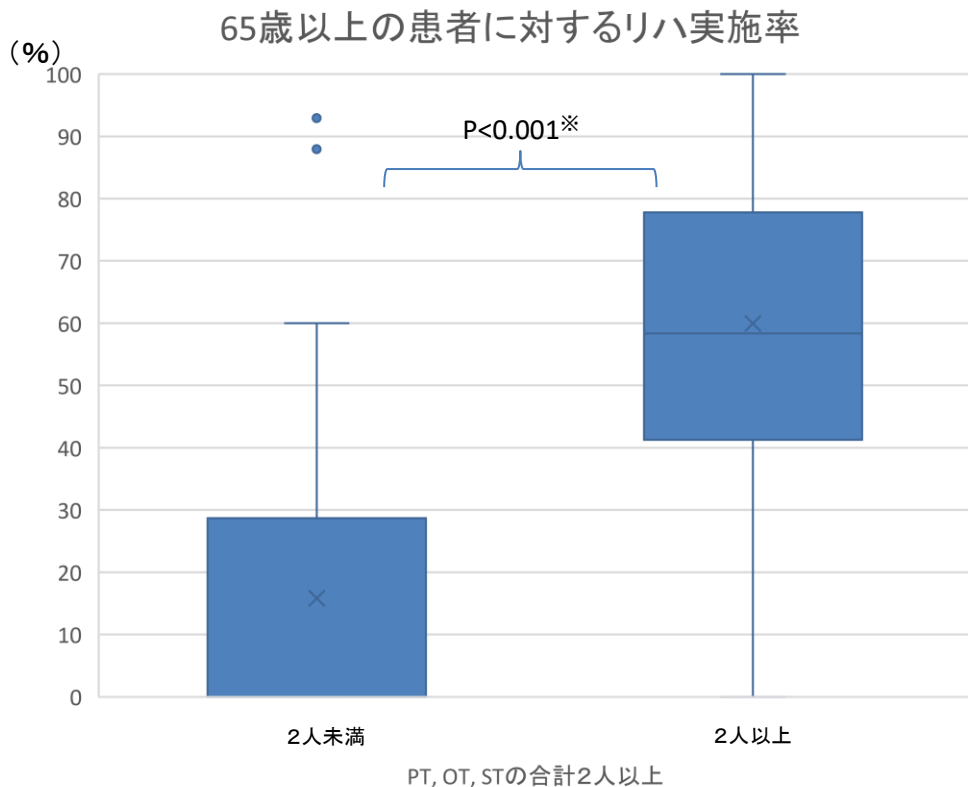
	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	117	32.5%	13.4%
PT, OT, STの合計2人以上	363	52.2%	16.5%

	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。

リハビリテーション専門職の配置とADL改善（急2～6）

○ 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%

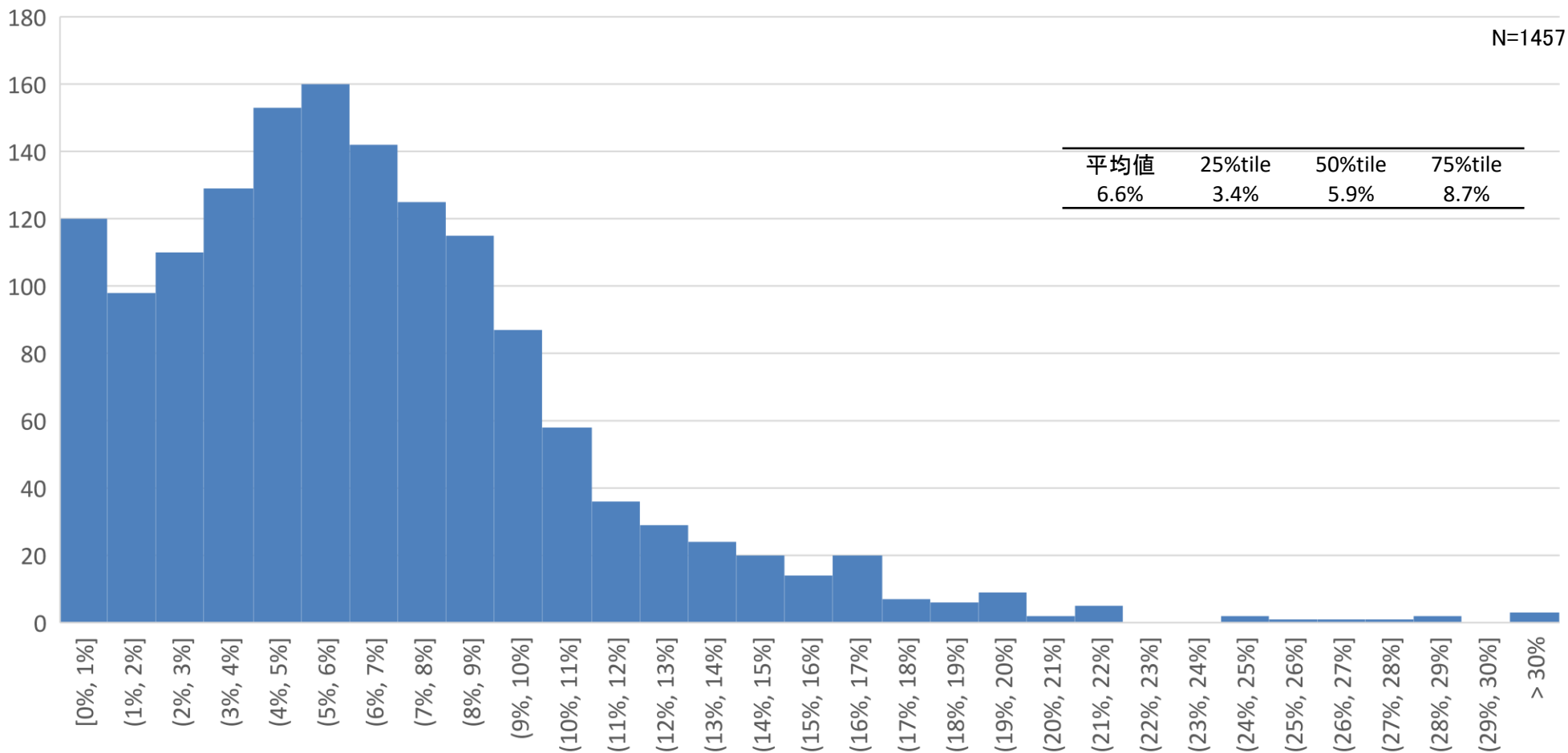
	N数	平均	標準偏差
PT, OT, STの合計2人未満	61	0.61	11.08
PT, OT, STの合計2人以上	115	1.25	1.34

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悪化患者（65歳以上）割合の分布（急1）

○ 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

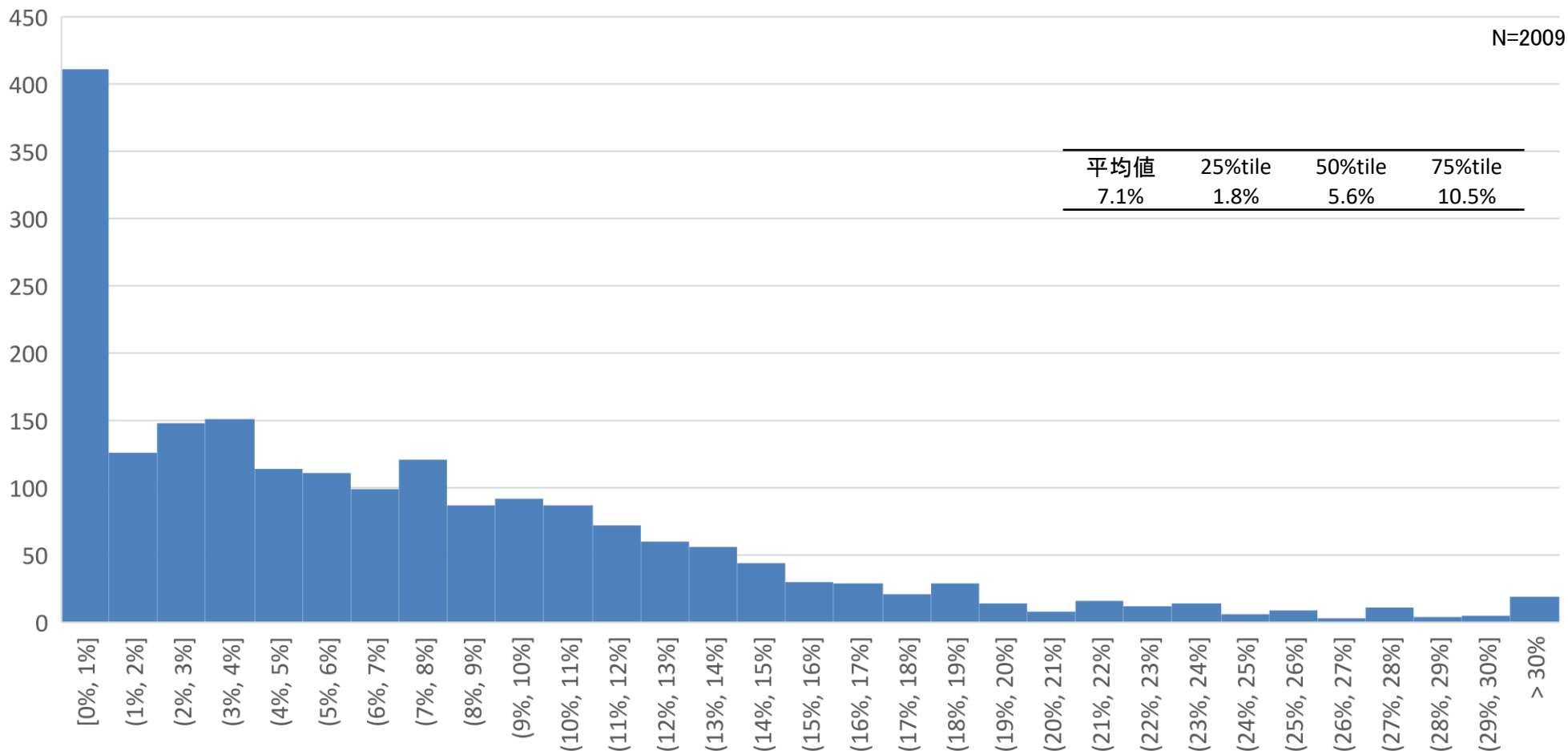


抽出条件: 令和4年4月1日～令和4年6月30日に入院し、かつ令和4年4月1日～令和4年12月31日に退院し、入院期間が4日以上65歳以上の入院症例を抽出。

ADL悪化患者（65歳以上）割合の分布（急2～6）

○ 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。

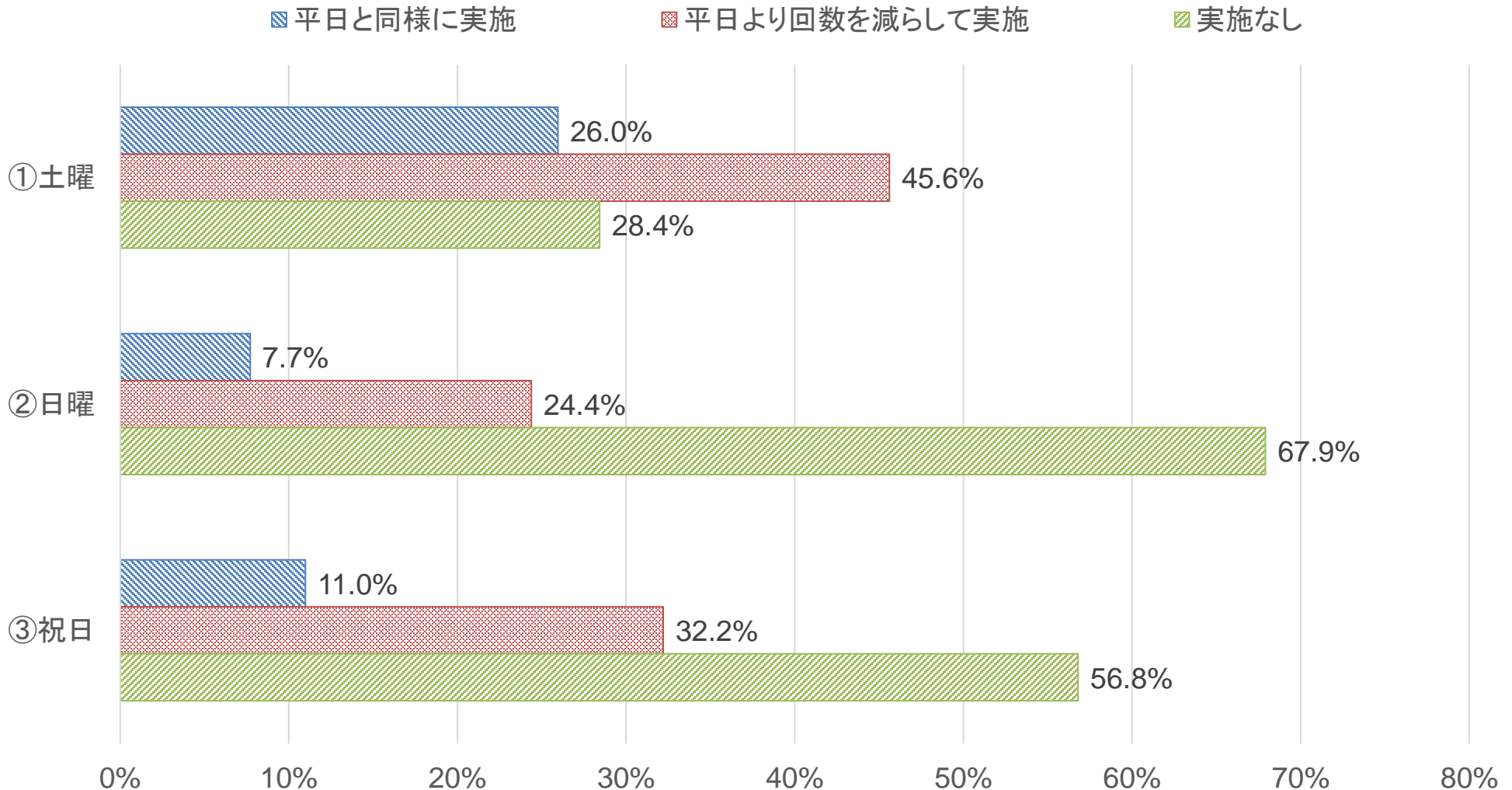
65歳以上の高齢者



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

○ 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。

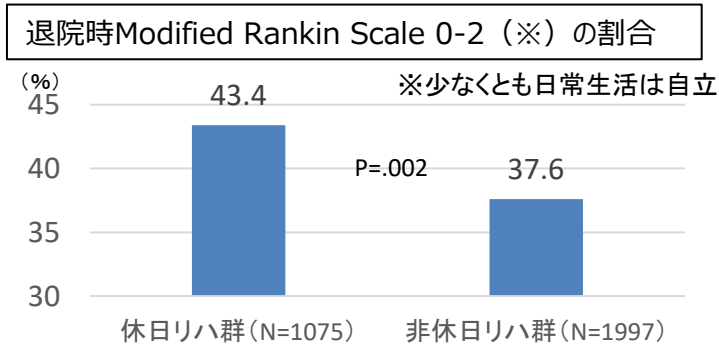


急性期における休日リハビリテーションについて

- 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。

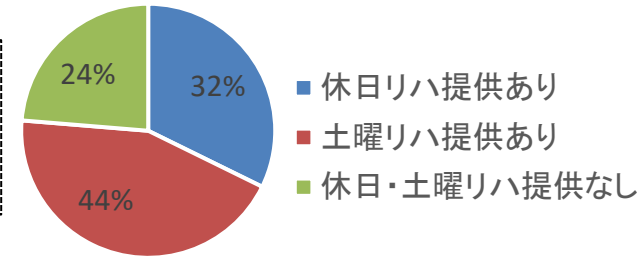
出典: Kinoshtia S. Arch Phys Med Rehabil 2017; 98: 701-6.



- 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。

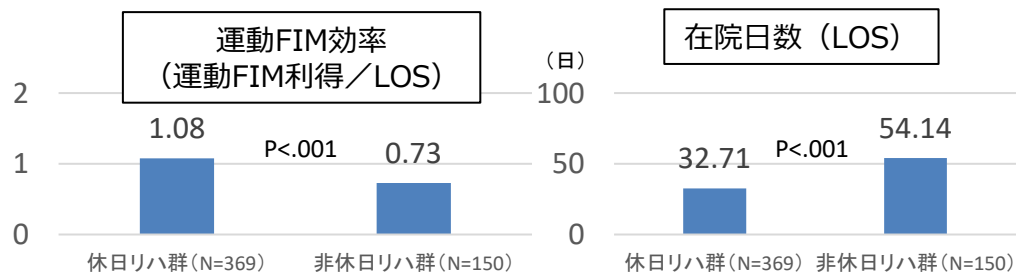
出典: 角田亘他. 脳卒中45巻2号 Page111-119(2023.03)

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)。



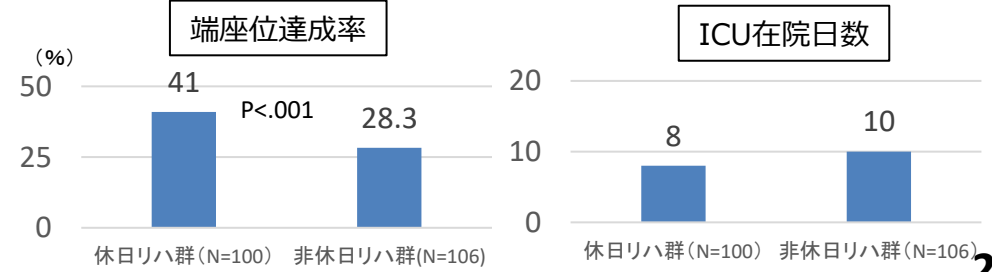
- 急性期の大腿骨頸部骨折患者に対し休日リハが提供されることにより、運動FIM効率が高くなり、在院日数が短くなる。

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.

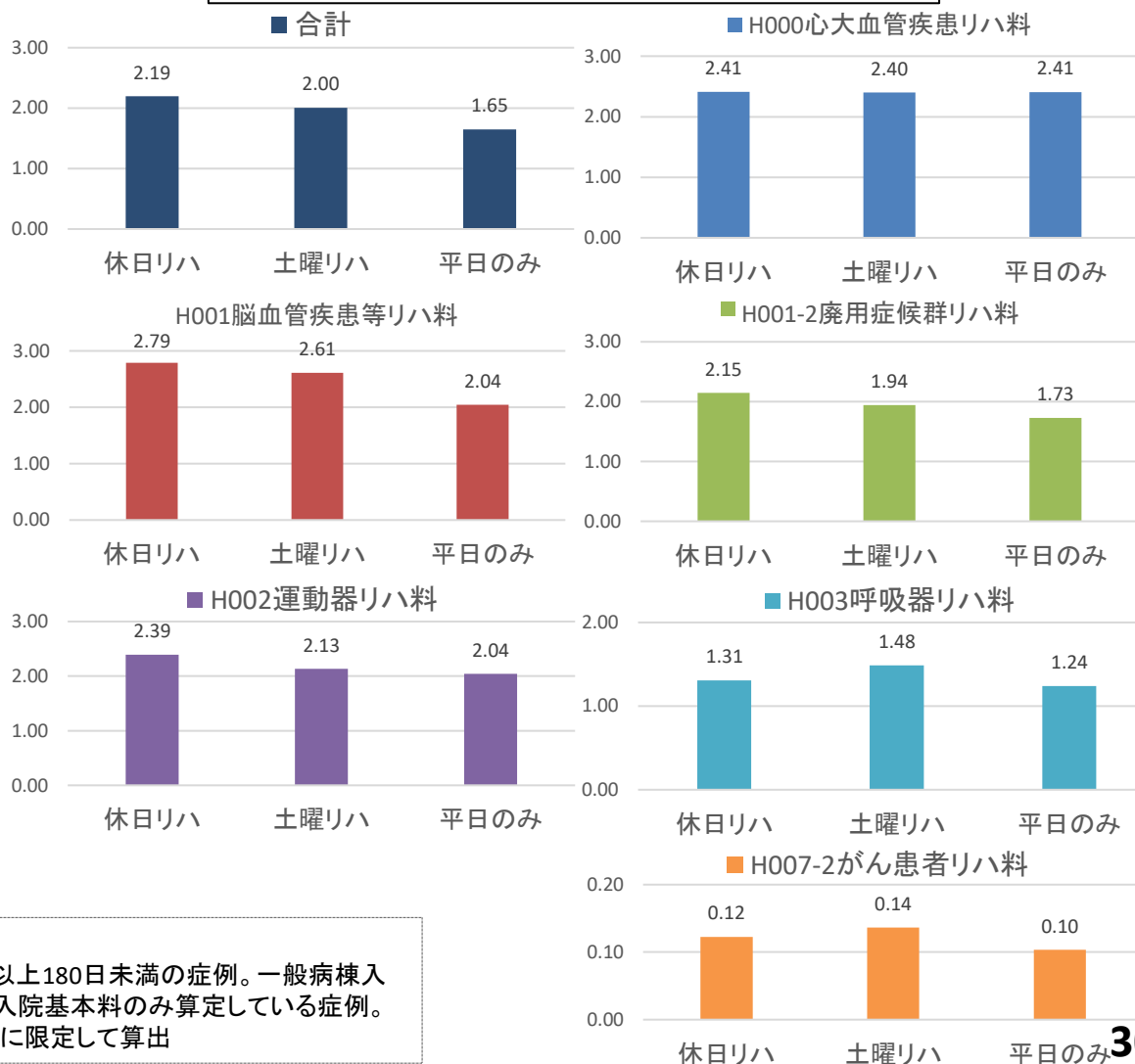


急性期における休日リハビリテーションについて

- 急性期における休日リハビリテーションについてのDPCデータの解析結果は以下のとおり。
- 休日リハが提供される方が平日のみと比較しADL利得(※)が高い。疾患別リハの種類毎に分析すると、脳血管・運動器・廃用において休日リハが提供されることが平日と比較してADL利得が高かった。

		症例数	
		すべて	入院時・退院時ADLに 入力あり・不明なし
令和3年4月1日～4月23日に入院した患者のうち、入院期間が7日以上180日未満		150,867	120,564
4月に土日祝日を含めてリハ実施あり (土曜のみにリハを実施した症例は除く)	H000心大血管疾患リハビリテーション料	1,550	1,237
	H001脳血管疾患等リハビリテーション料	6,518	5,221
	H001-2廃用症候群リハビリテーション料	7,569	5,908
	H002運動器リハビリテーション料	13,992	11,793
	H003呼吸器リハビリテーション料	3,408	2,614
	H007-2がん患者リハビリテーション料	1,715	1,467
上記いずれかのリハを4月の土日祝に実施		34,752	28,240
4月の土曜にリハ実施あり。4月の日曜・祝日リハ実施なし。	H000心大血管疾患リハビリテーション料	2,770	2,233
	H001脳血管疾患等リハビリテーション料	6,677	5,120
	H001-2廃用症候群リハビリテーション料	7,926	6,150
	H002運動器リハビリテーション料	16,299	13,425
	H003呼吸器リハビリテーション料	3,961	3,034
	H007-2がん患者リハビリテーション料	2,416	2,029
上記いずれかのリハを4月の土曜に実施		40,049	31,991
4月の土日祝日にリハ実施なし	H000心大血管疾患リハビリテーション料	6,973	5,584
	H001脳血管疾患等リハビリテーション料	10,896	8,670
	H001-2廃用症候群リハビリテーション料	17,236	13,001
	H002運動器リハビリテーション料	21,403	17,525
	H003呼吸器リハビリテーション料	9,829	7,403
	H007-2がん患者リハビリテーション料	9,729	8,150
	上記いずれかのリハを4月の平日または5月に実施		76,066

退院時ADLスコア合計-入院時ADLスコア合計(※)の平均



出典：DPCデータ

集計データ：令和3年4月1日～令和3年4月23日に入院し、入院期間が7日以上180日未満の症例。一般病棟入院基本料(特別入院基本料は除く)・特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料のみ算定している症例。

(※)入退院時のADLスコアが両方が入力されており、かつ不明のない症例に限定して算出

ADL維持向上等体制加算の概要

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)】

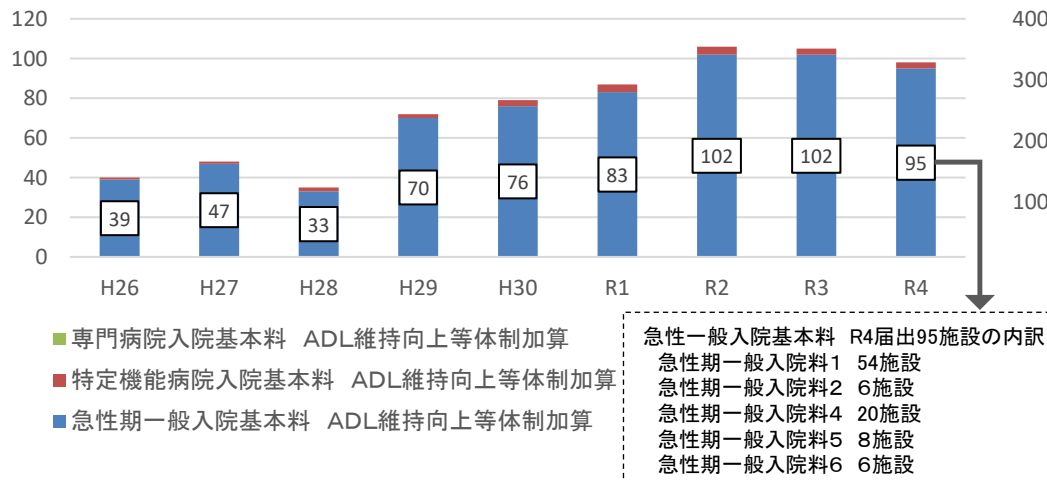
○ 急性期医療において、入院中の患者のADLの維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病院において以下の取組を行った場合であって、あらかじめ専従又は選任を含む常勤PT、OT又はSTをあわせて5名を上限として定めた上で、当該常勤PT等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日間算定できる。

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

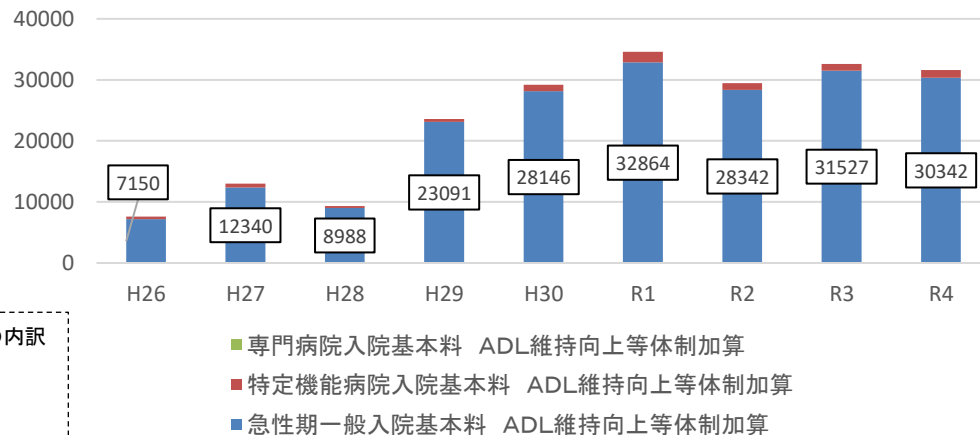
【施設基準(抜粋)】

- 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)



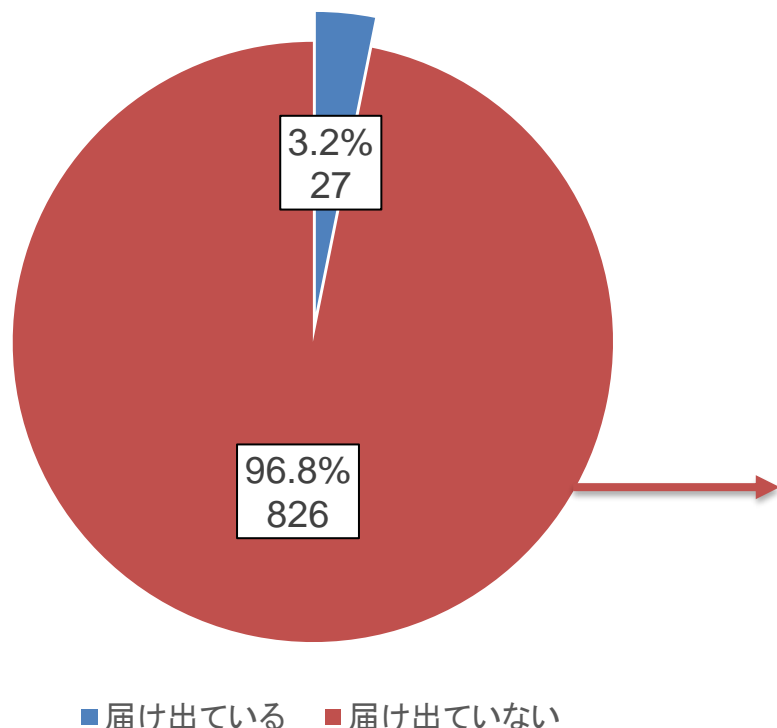
(回) ADL維持向上等体制加算(算定回数)



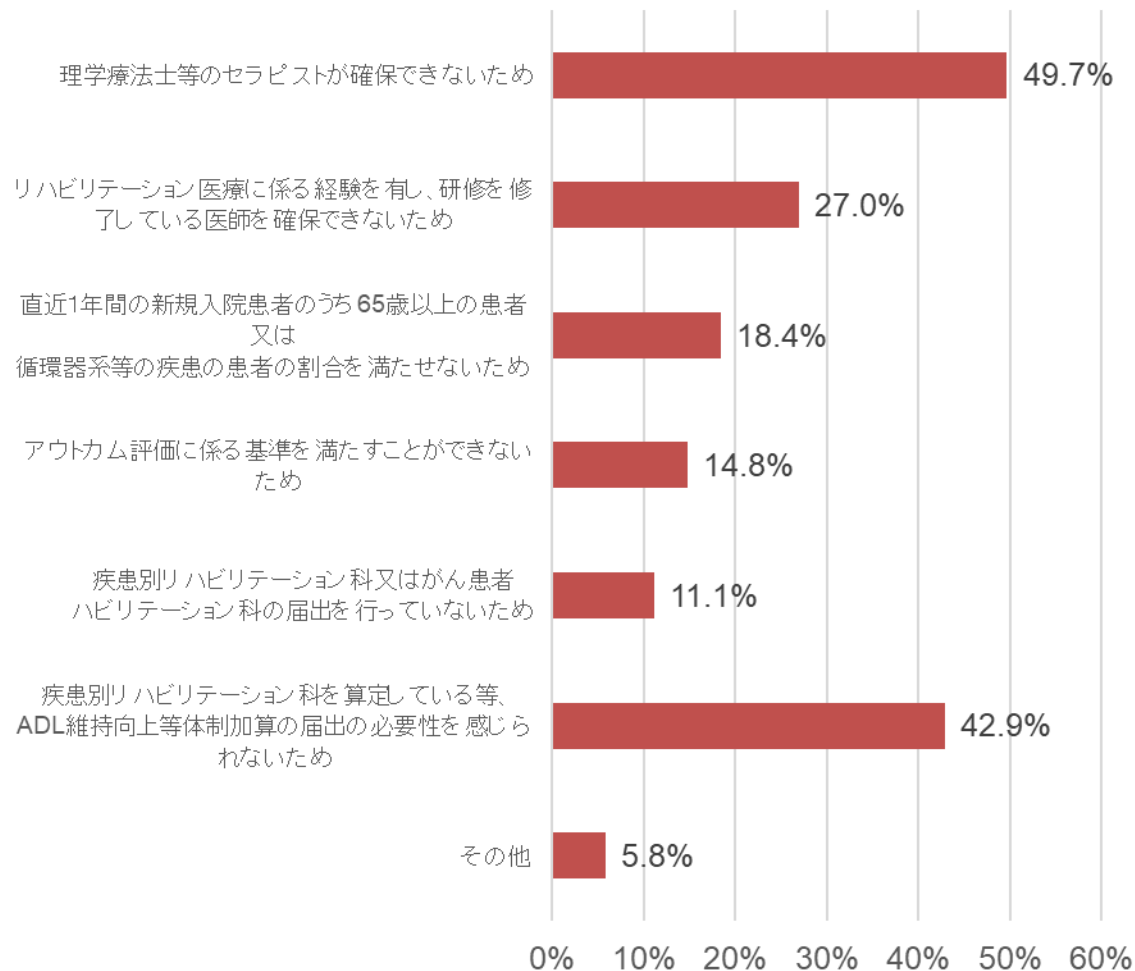
ADL維持向上等体制加算の届出状況

- 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

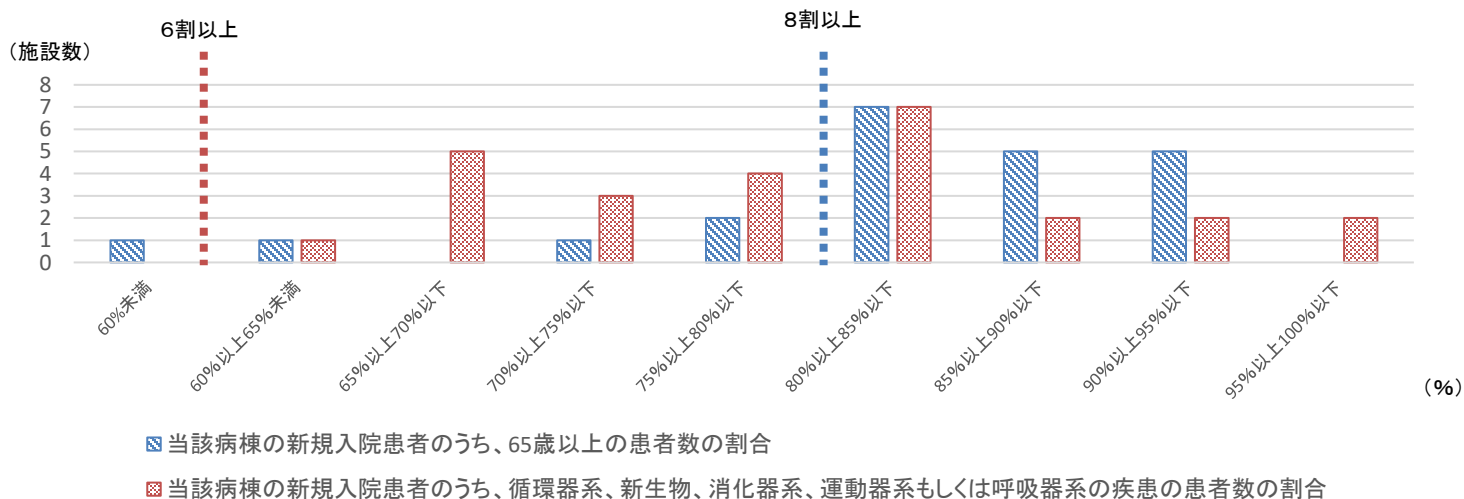


ADL維持向上等体制加算の実績

- ADL維持向上等体制加算を届け出ている病棟における実績は以下の通り。
- 患者割合の要件のうち、年齢及び疾患の要件ともに、80%以上85%未満の回答が最多であった。

N=41	平均	25パーセンタイル	中央値	75パーセンタイル
1. 当該病棟の新規入院患者のうち、65歳以上の患者数の割合（8割以上）	82.5	79.7	84.3	88.3
2. 当該病棟の新規入院患者のうち、循環器系、新生物、消化器系、運動器系もしくは呼吸器系の疾患の患者数の割合（6割以上）	79.3	71.9	80.2	85.4
3. 当該病棟を退院または転棟した患者数（死亡退院を除く）のうち、退院または転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数の割合（3%未満）	1.26	0.64	1.09	1.91
4. 当該病棟の入院患者数のうち、褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上）を保有する患者（入院時すでに褥瘡保有が記録された患者を除く）の割合（2.5%未満）	0.06	0.00	0.00	0.03

(※) 1と2の基準はいずれかを満たせばよい



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	
入院での評価	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)	
主に入院以外での評価	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		

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】

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

（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

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

- 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

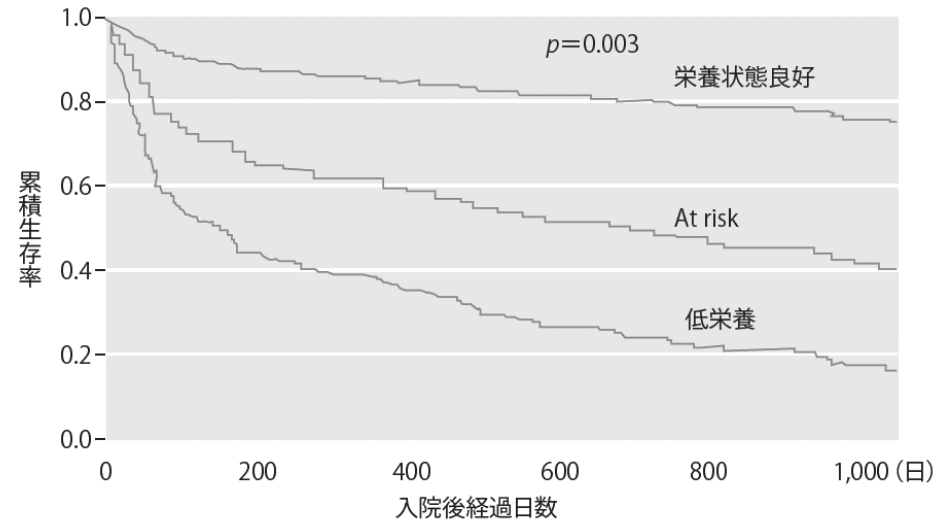
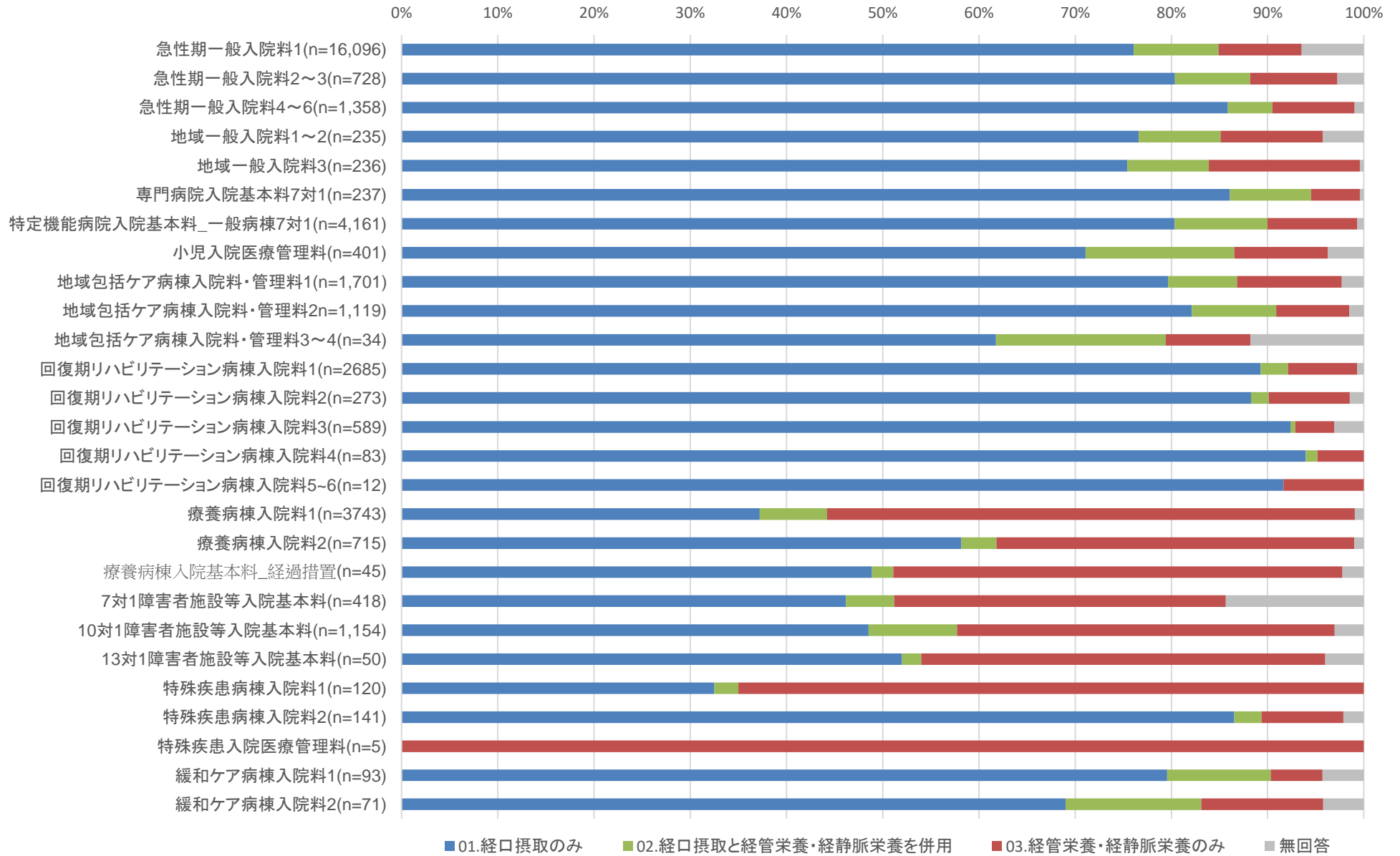


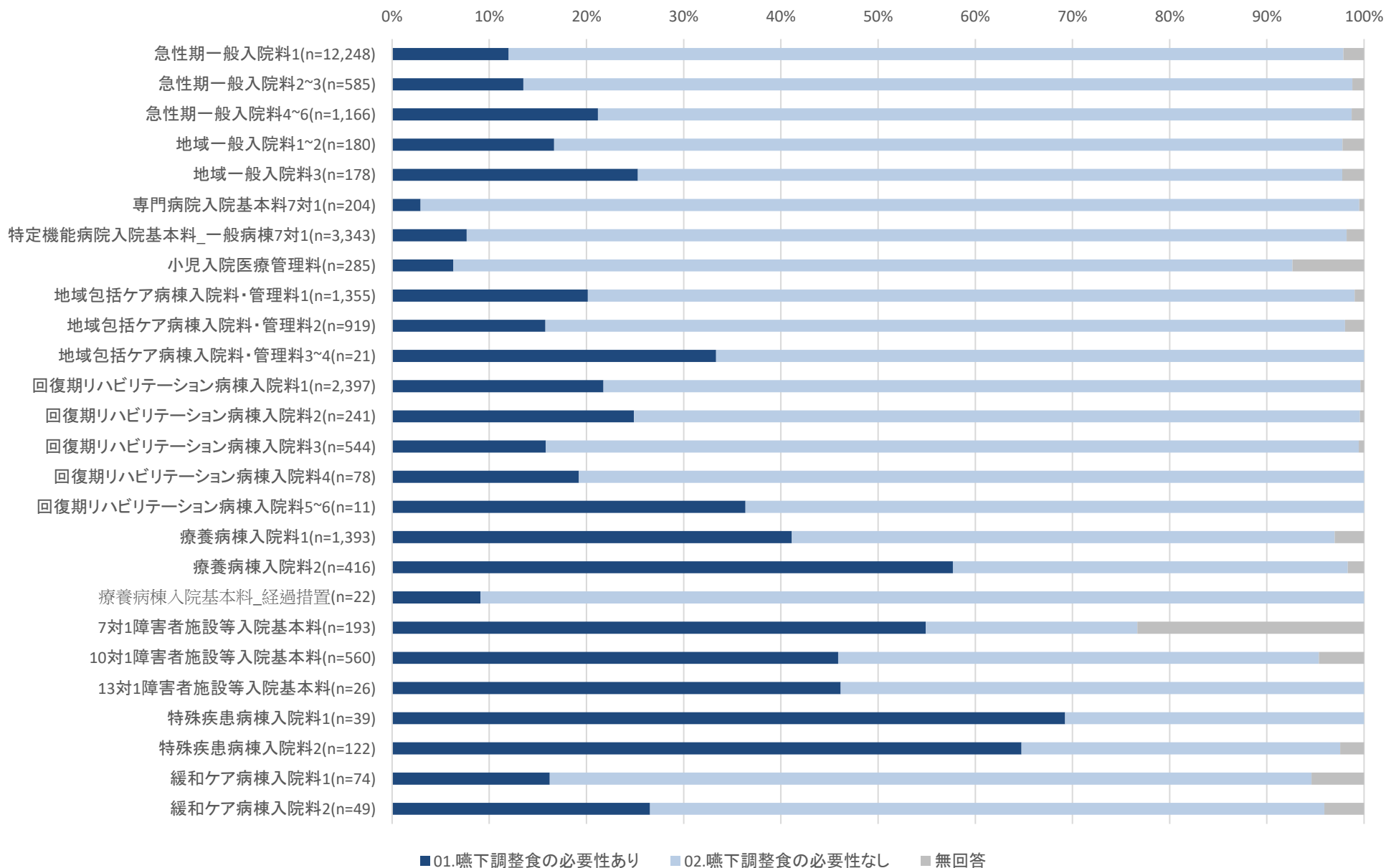
図1 入院高齢者の生命予後と栄養状態 (文献1)
入院時に栄養状態をMini Nutritional Assessment full formで評価し、3群に分けた生存曲線 (Kaplan-Meier法) を示す。

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



入院料ごとの嚥下調整食の状況



※栄養摂取の状況が「経口摂取のみ」の者

医療機関における栄養管理体制について

○ 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。

入院時の栄養スクリーニングと個別的な栄養管理による効果

- 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。

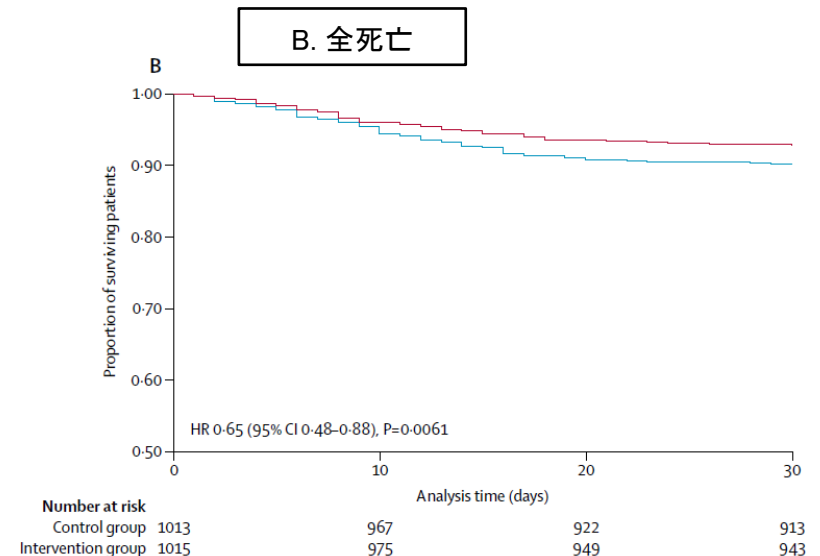
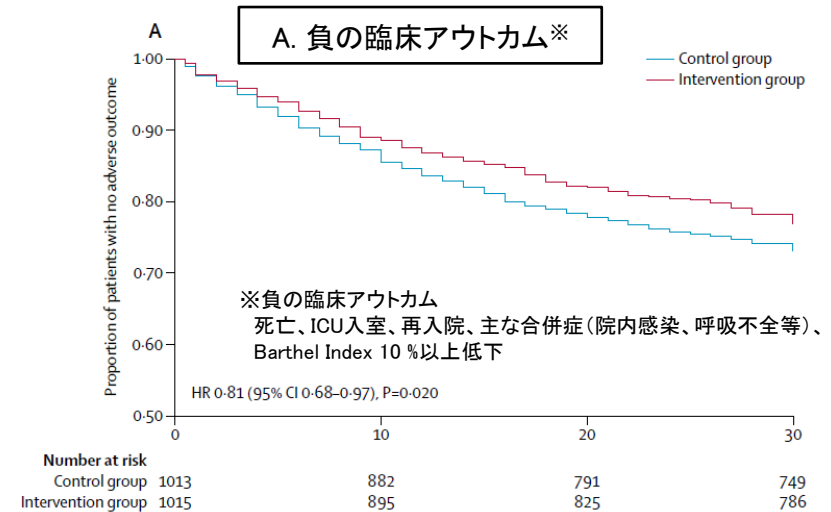
【対象・方法】

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



DPCデータ（様式1）における栄養関連項目

- 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こ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) _____ 院 _____ 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症状	
治療	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
検査内容	
手術内容	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
その他の ・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 ◇	

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、地域包括ケア病棟入院科(入院医療管理科)を算定する患者者について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、その他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 _____

月加付
氏名 _____ 院 (男・女) _____ 病棟 _____
 年 月 日生 (歳) _____ 担当医師名 _____
 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

栄養補給に関する事項

栄養補給量 ・エネルギー kcal ・たんぱく質 g ・水分	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

備考

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

<参考> 嚥下調整食分類2021

○ 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

低栄養の世界的診断基準 GLIM基準

- 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

栄養サポートチーム加算の概要

A233-2 栄養サポートチーム加算 200点（週1回※）

栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合について、週1回※に限り、所定の点数を算定する。

※ ①療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る）を算定している患者で入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間の場合、②障害者施設等入院基本料を算定している患者は、月1回

【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

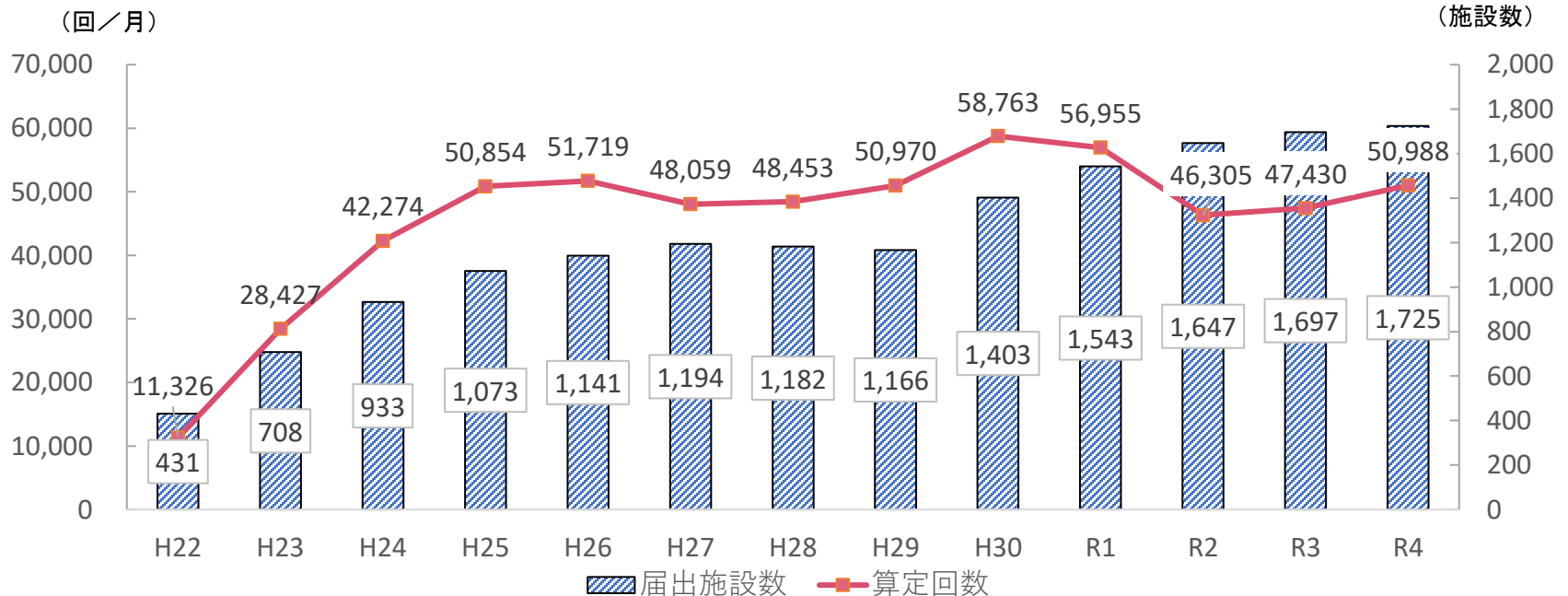


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

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】

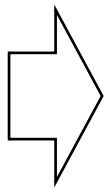
[算定要件] (抜粋・例)

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

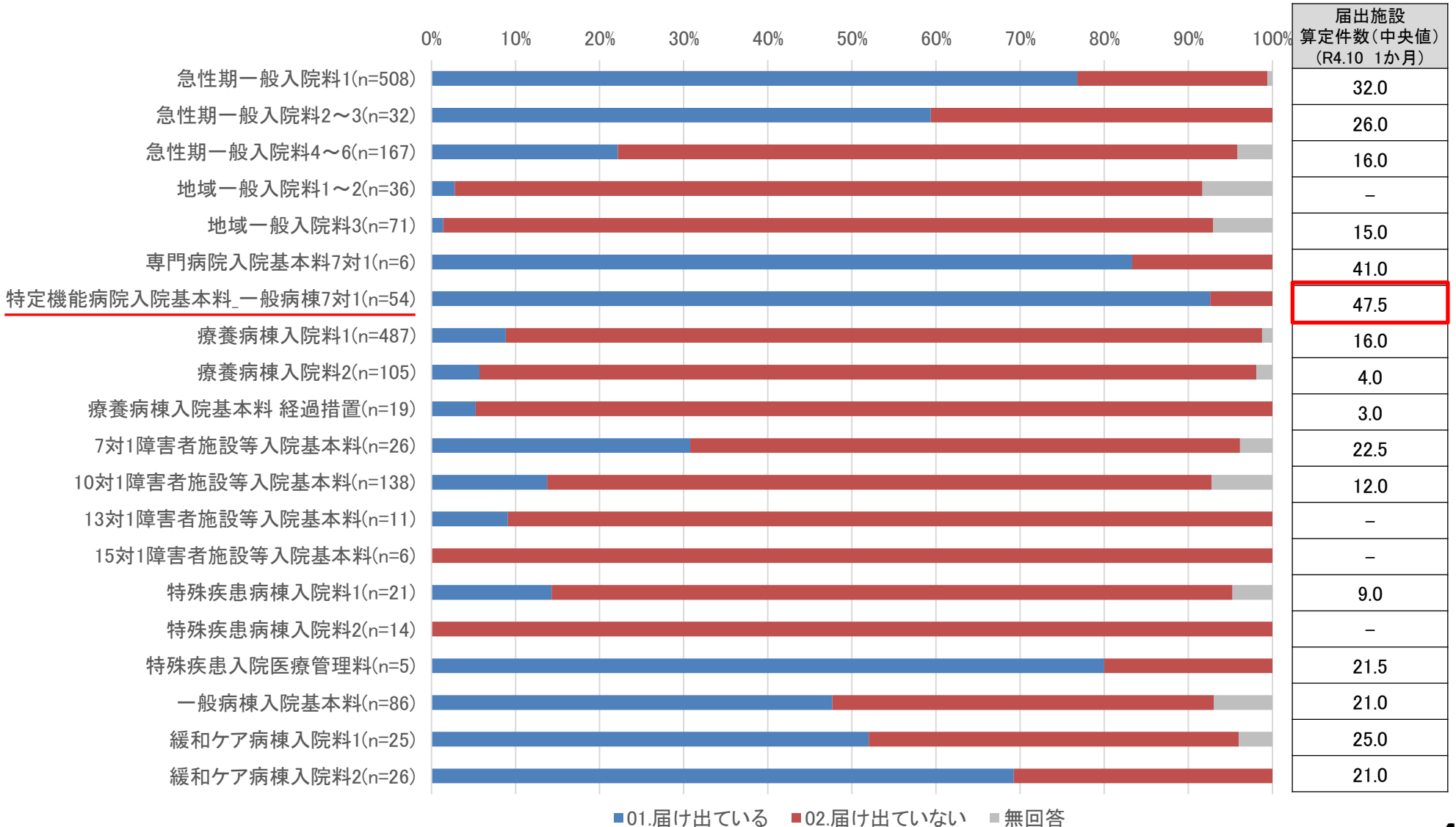
- 当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
- また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
- 平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能ないように医療従事者の専従要件の見直しがされた。
- 令和2年度改定において、結核病棟、精神病棟、令和4年度改定において、障害者施設等入院基本料も算定可能となった。

○: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										

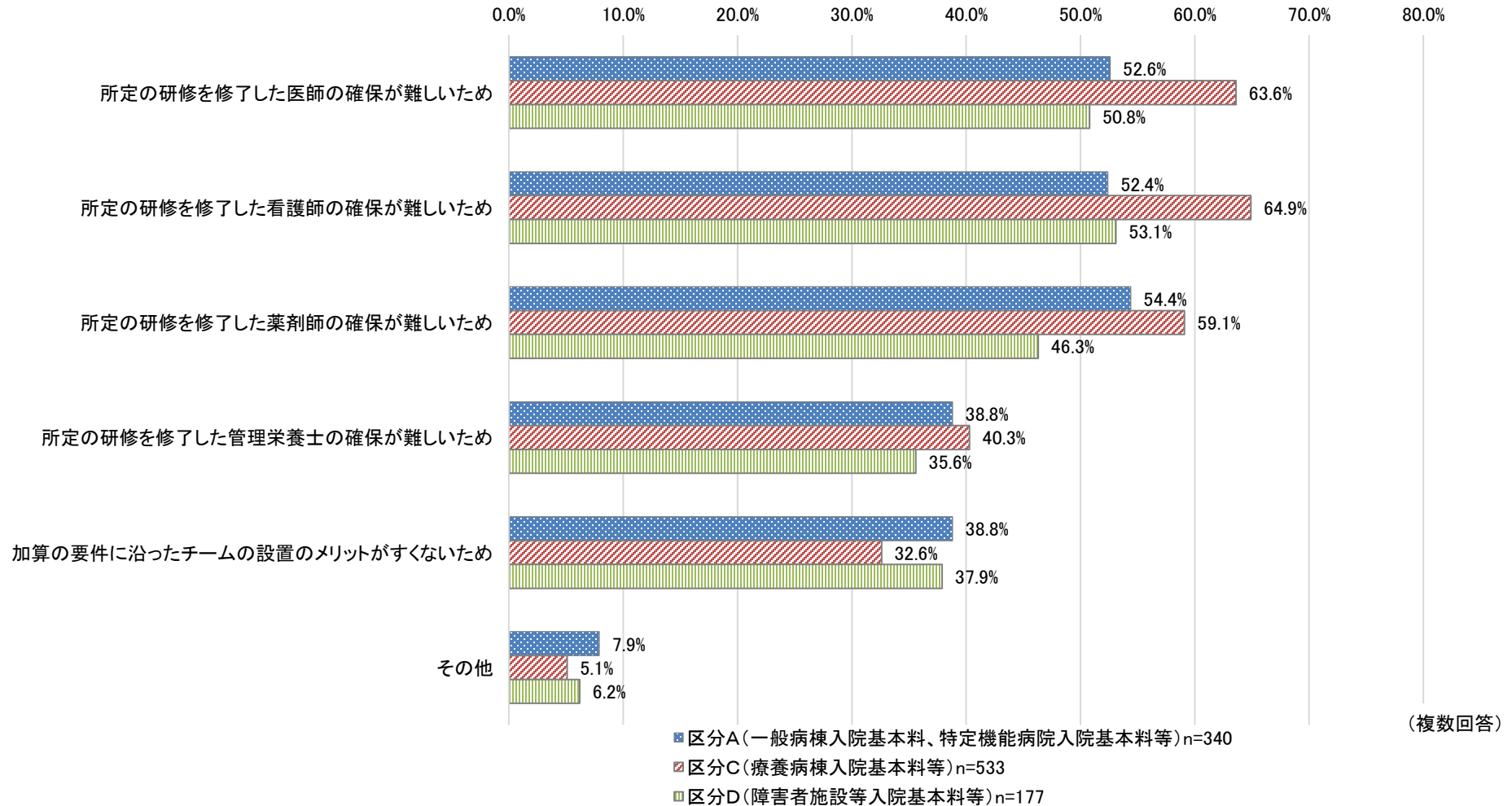
入院料ごとの栄養サポートチーム加算の届出状況

- 栄養サポートチーム加算の届出状況は、入院料によって様々である。
- 届出割合が最も高い特定機能病院入院基本料における算定件数は月50件程度である。



栄養サポートチーム加算の届出をしていない理由

- 栄養サポートチーム加算を届け出していない理由として、所定の研修を修了した医師・看護師・薬剤師の確保が難しいことが上位を占めていた。
- また、「加算の要件に沿ったチームの設置のメリットがすくないため」と回答した施設が、3割を超えていた。



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。

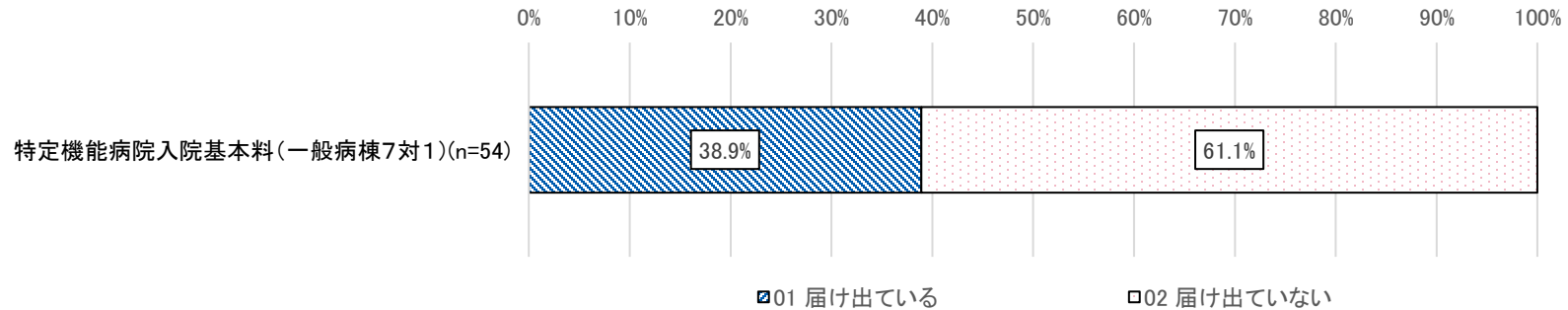
[施設基準]

- (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。

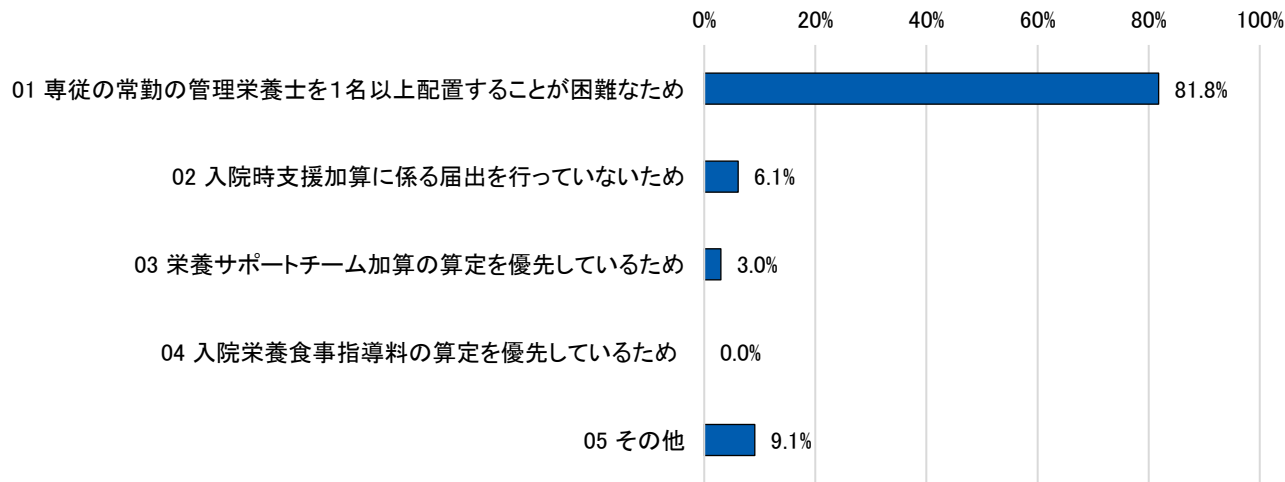
入院栄養管理体制加算の届出状況・届出をしていない理由

- 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。

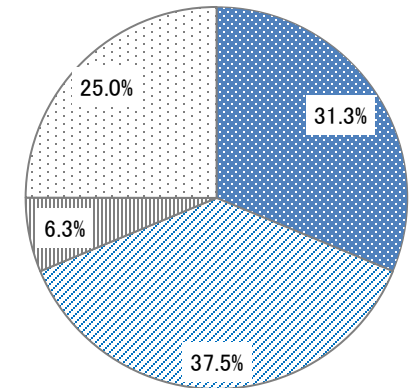
■ 届出状況(特定機能病院入院基本料)



■ 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

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%

管理栄養士の病棟配置による効果

- 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）

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**。

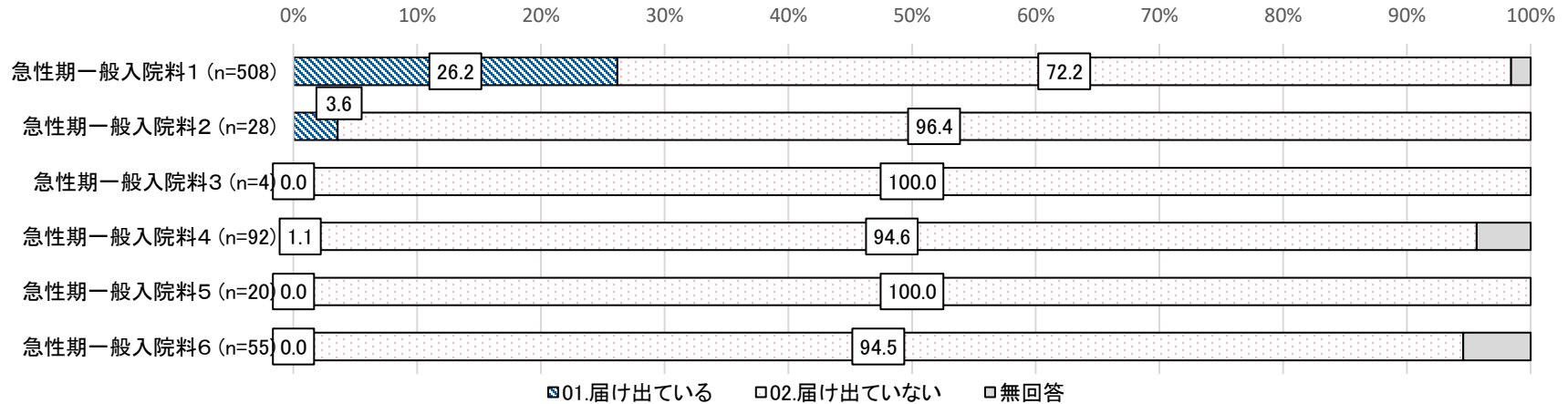
[施設基準]

- (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。

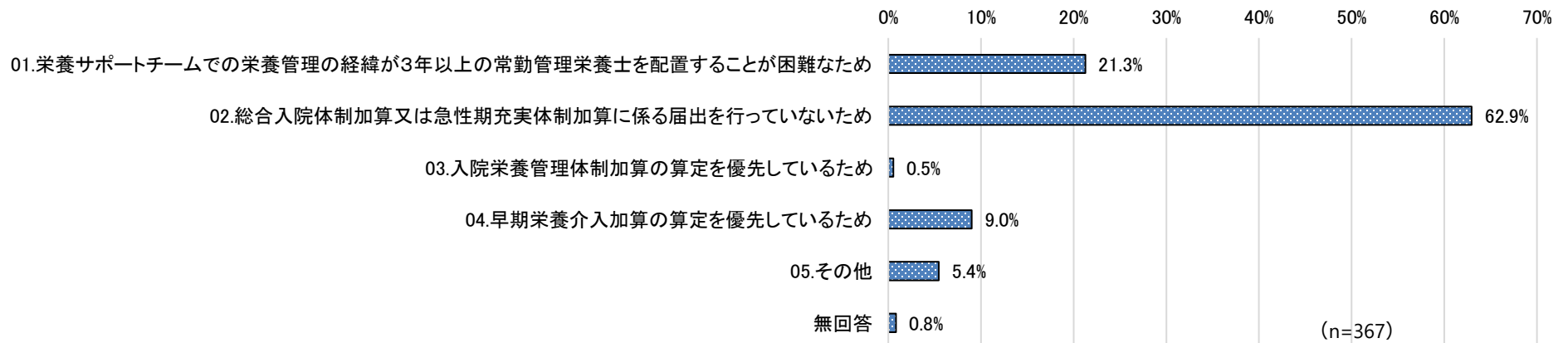
周術期栄養管理実施加算の届出状況・届出をしていない理由

- 周術期栄養管理実施加算の届出割合は、急性期一般入院料1で26.2%であった。
- 届出をしていない理由としては、「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ないため」が最も多かった。

■ 届出状況（急性期一般入院料1～6）



■ 届出をしていない理由（急性期一般入院料1）



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

【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
- 低栄養状態にある患者

※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、ホモシスチン尿症食、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＞

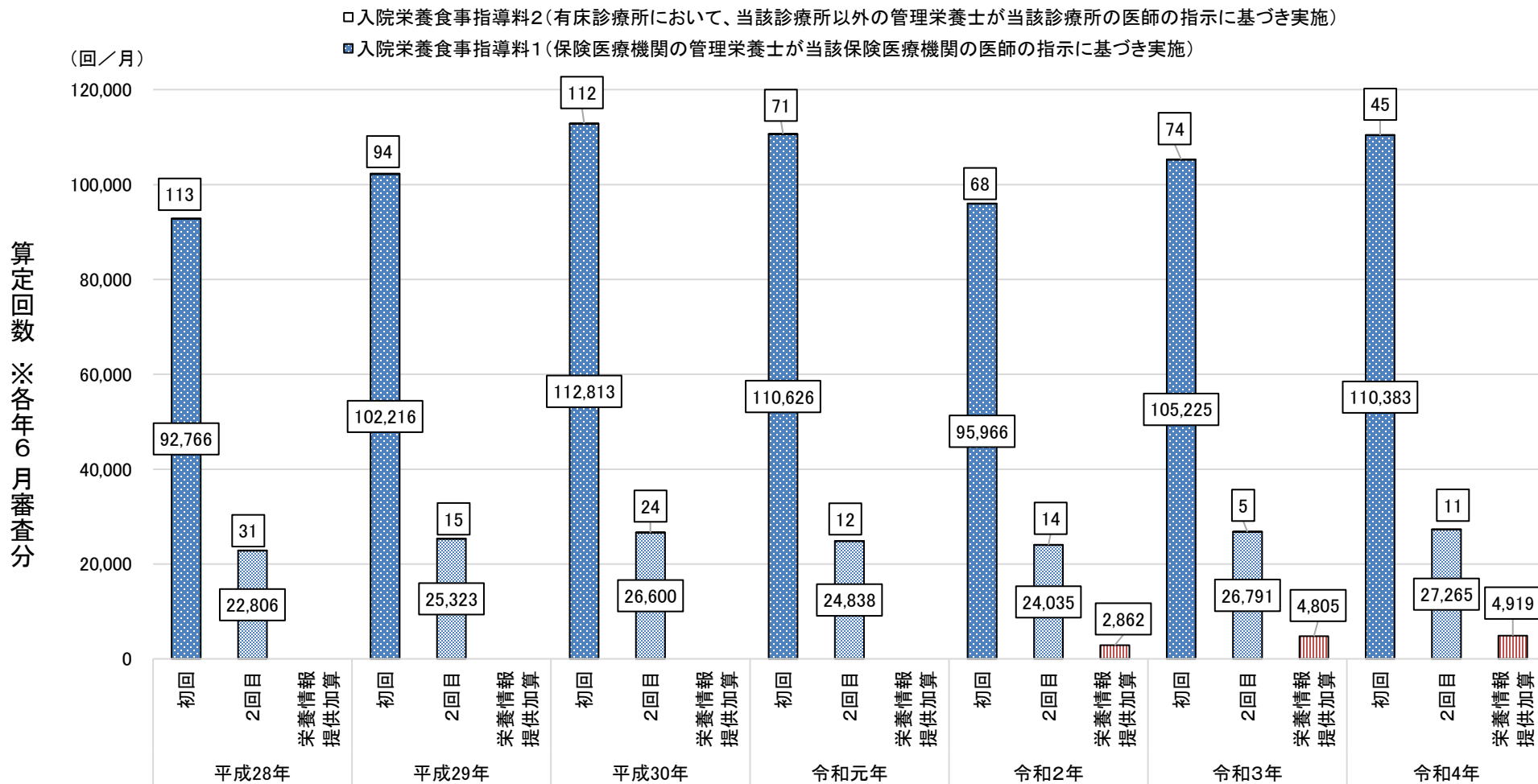
- ・必要栄養量
- ・摂取栄養量
- ・食事形態(嚥下食コードを含む。)
- ・禁止食品
- ・栄養管理に係る経過 等



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。

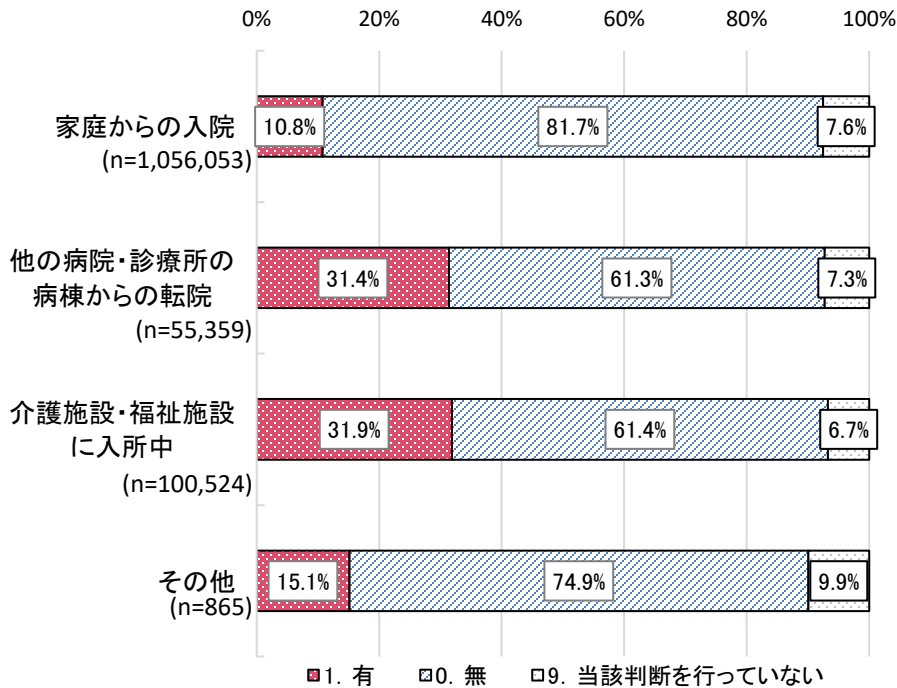


※令和2年度診療報酬改定において、栄養情報提供加算を新設

高齢入院患者の低栄養及び摂食・嚥下機能障害の状況（入院時）

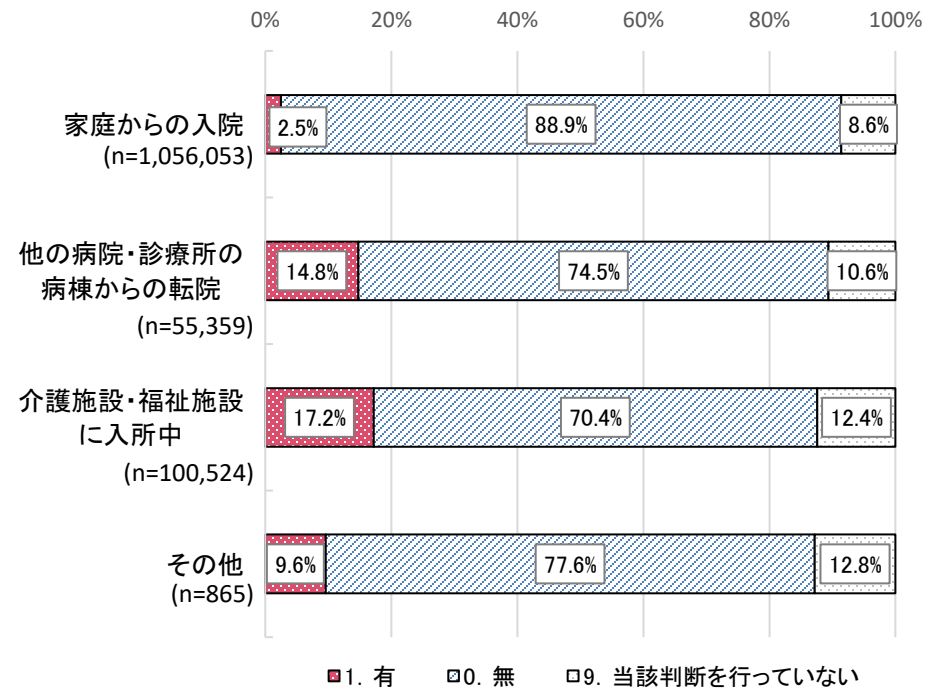
○ 入院経路が「他の病院・診療所の病棟から転院」・「介護施設・福祉施設に入所中」の患者は、入院時に低栄養の割合が約3割、摂食・嚥下機能障害を有する割合が2割弱だった。

■ 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）

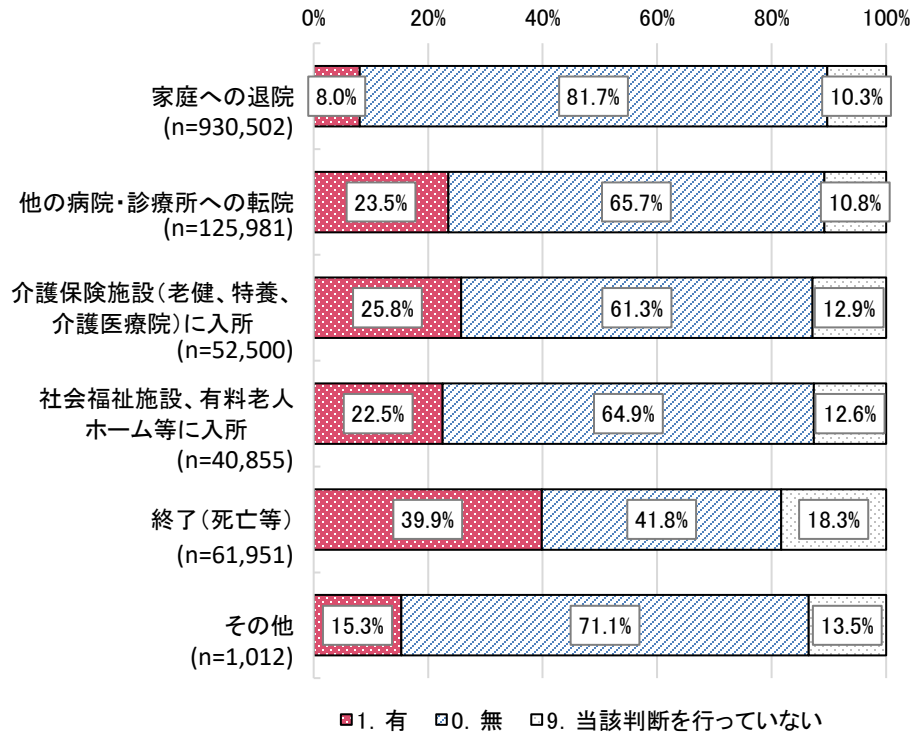


※ 摂食・嚥下機能障害の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
 ア 発達遅延、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食又は嚥下機能障害があるもの
 イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影等によって多角的に嚥下機能の低下が確認できるもの（明らかなご縁を認めるため又は認知機能の低下のため検査を安全に実施することが困難である場合を含む。）

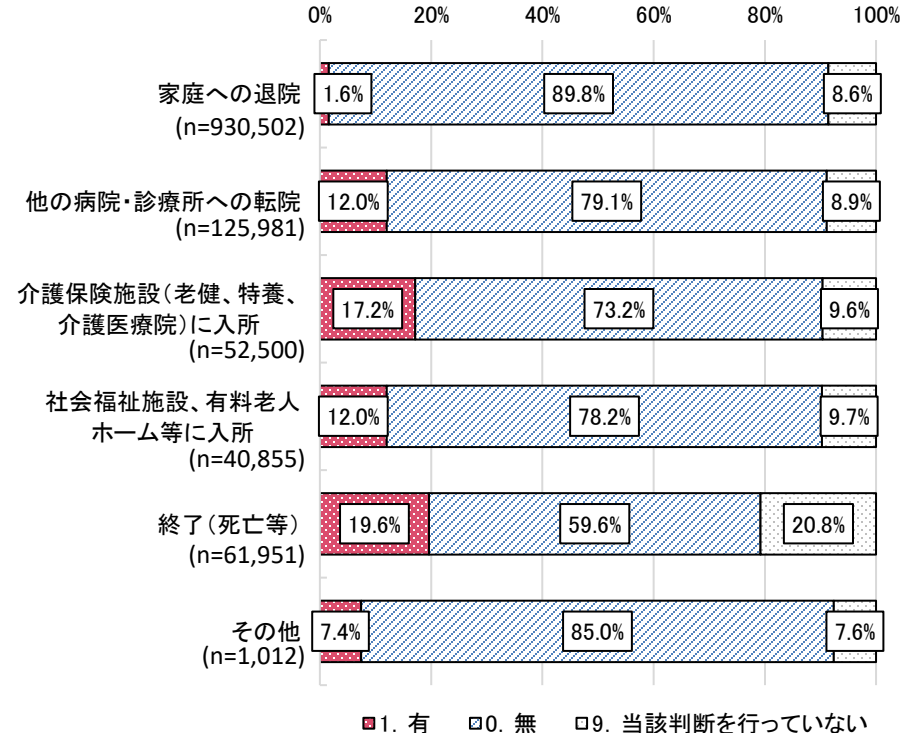
高齢入院患者の低栄養及び摂食・嚥下機能障害の状況（退院時）

- 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）



■ 退院時の摂食・嚥下機能障害の有無（退院先別）



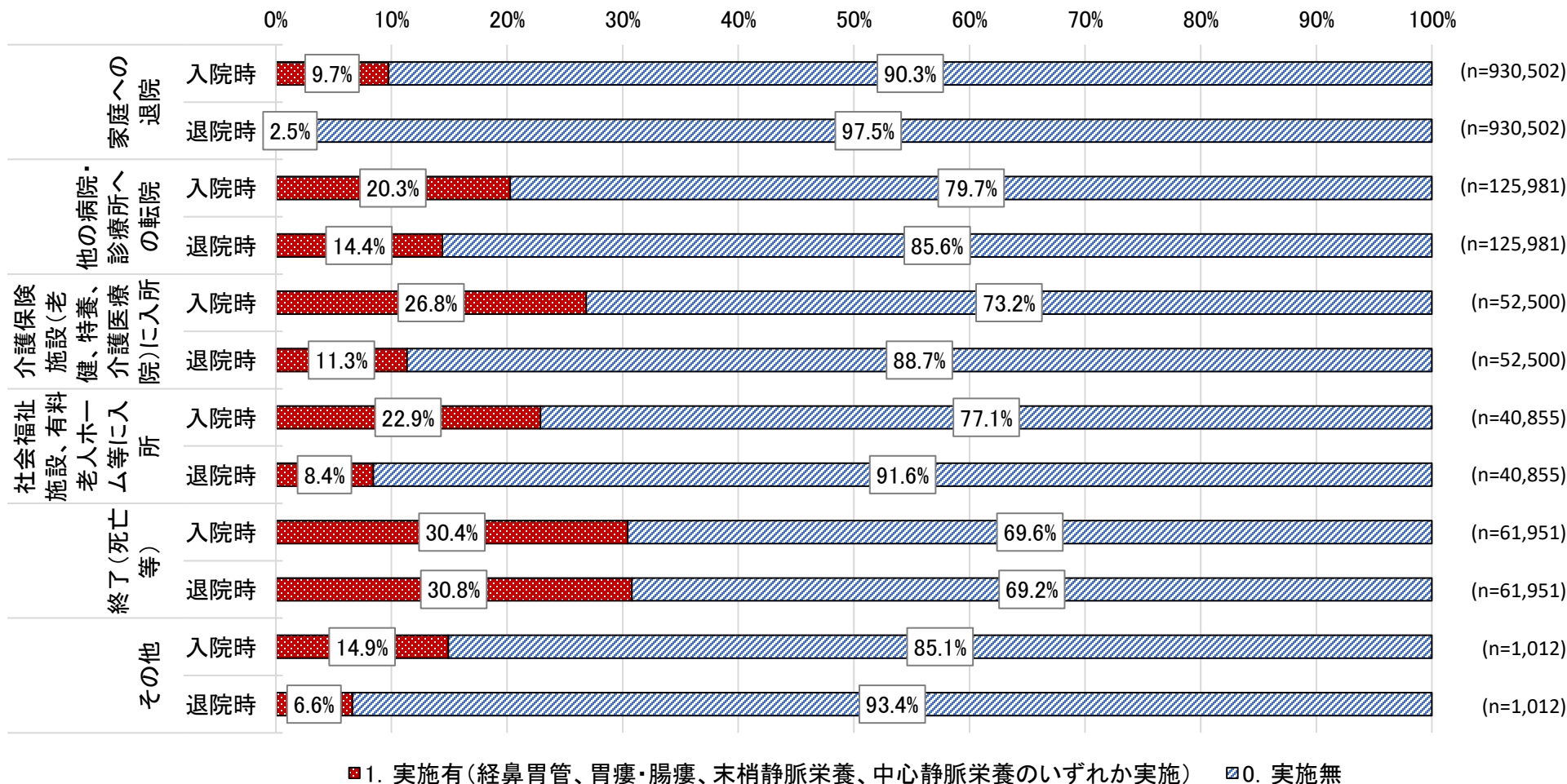
※ 低栄養の状態とは、以下のいずれかに該当する状態をいう。
 ア 様式1開始日又は様式1終了時を含む7日以内の日の血液検査において、血中アルブミン値が3.0g/dl以下であるもの
 イ 経口摂取ができない又は経口摂取のみで十分な栄養がとれないために、現に中心静脈栄養又は経鼻胃管・胃瘻等による経管栄養を実施しているもの

※ 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）



出典：DPCデータ

（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、在院日数4日以上、65歳以上を対象として集計）

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

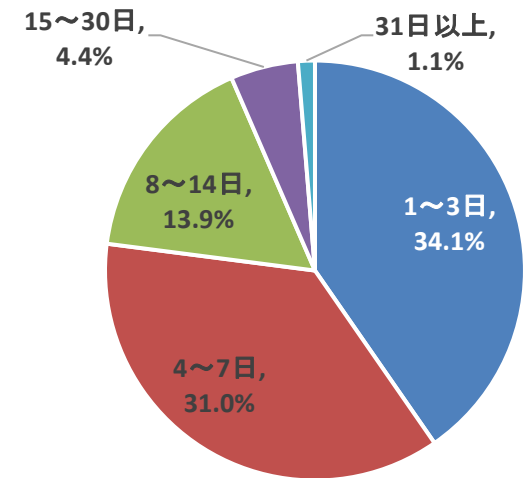


図 禁食から食事が開始された時期
(n = 72,315)

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

	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%

課題と論点

(急性期におけるリハビリテーションや栄養等の取組)

- 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は令和4年度診療報酬改定で算定対象となる治療室が拡大し、その届出数および算定件数が増えてきている。
- 誤嚥性肺炎や脳卒中患者に対し早期にリハビリテーションを実施することが推奨されている。
- 急性期一般入院基本料を算定する病棟におけるリハビリテーション実施率にはばらつきがある。
- リハビリテーション専門職の人数が多い方が、65歳以上の入院患者について、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。
- 急性期における休日リハビリテーションの有効性が示されている一方で、土日祝日に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。
- ADL維持向上等体制加算は令和4年時点での届出数は98施設であり、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。
- 診療報酬における栄養管理に関する評価は、年々充実している。
- 低栄養や経管栄養・嚥下調整食が必要な患者は一定数おり、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。こ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の効果が報告されている一方で、DPCデータで入院患者の栄養・摂食嚥下状態に関して把握できる項目は限られている。
- 栄養サポートチーム加算は、随時対象入院料を拡大し、届出施設数は増加しているが、入院料により算定状況は様々。未届け理由は、研修を受けた専門職確保が困難であることが多く、チーム設置のメリットが少ないことも3割超。
- 令和4年度診療報酬改定で特定機能病院において入院栄養管理体制加算が新設されるなど、管理栄養士の病棟配置が推進されているが、配置割合は低い。
- また、医療機関と介護保険施設等で連携が必要な栄養状態の患者は多いが、栄養情報連携加算の算定は少ない。
- 誤嚥性肺炎の患者に対しては、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。
- 病棟における栄養、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。

【論点】

- 急性期におけるリハビリテーションや栄養等の取組とその連携の推進を図る上で、どのような方策が考えられるか。

1. 急性期入院医療について(その3)
- 2. 回復期リハビリテーション病棟について(その1)**
3. 慢性期入院医療について(その2)

回復期リハビリテーション病棟に係る主なご意見

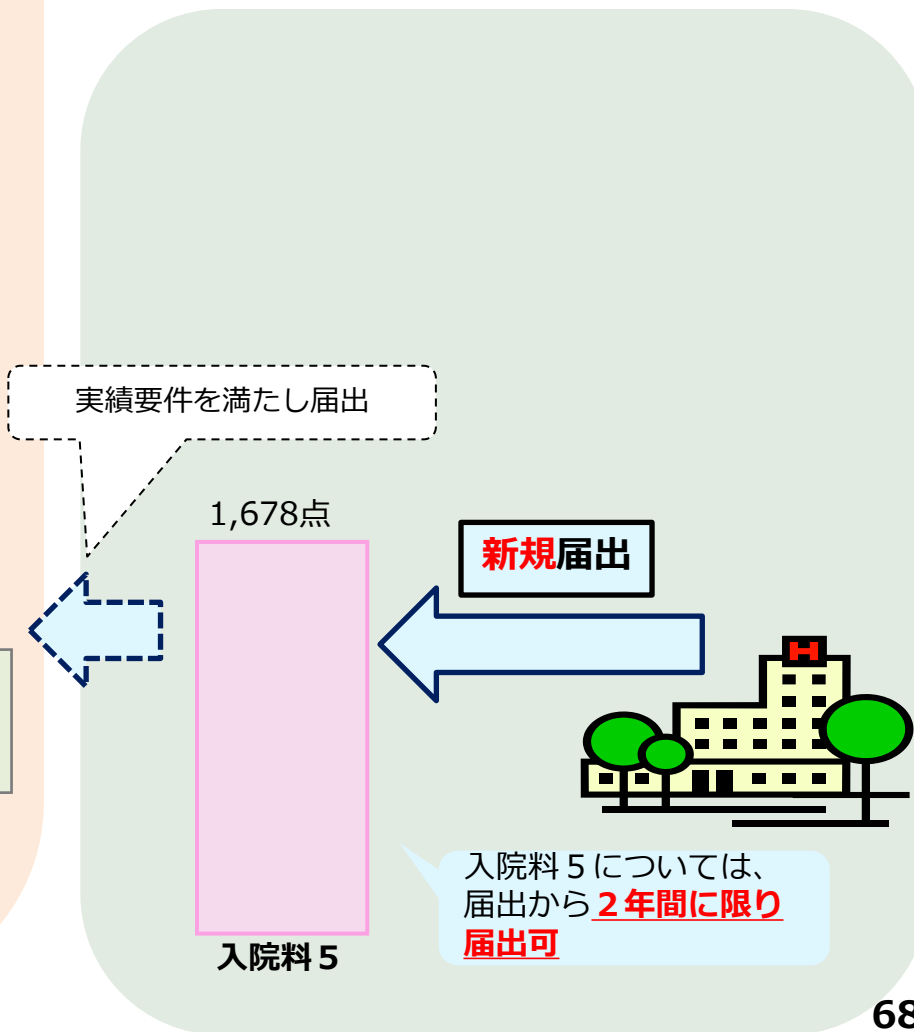
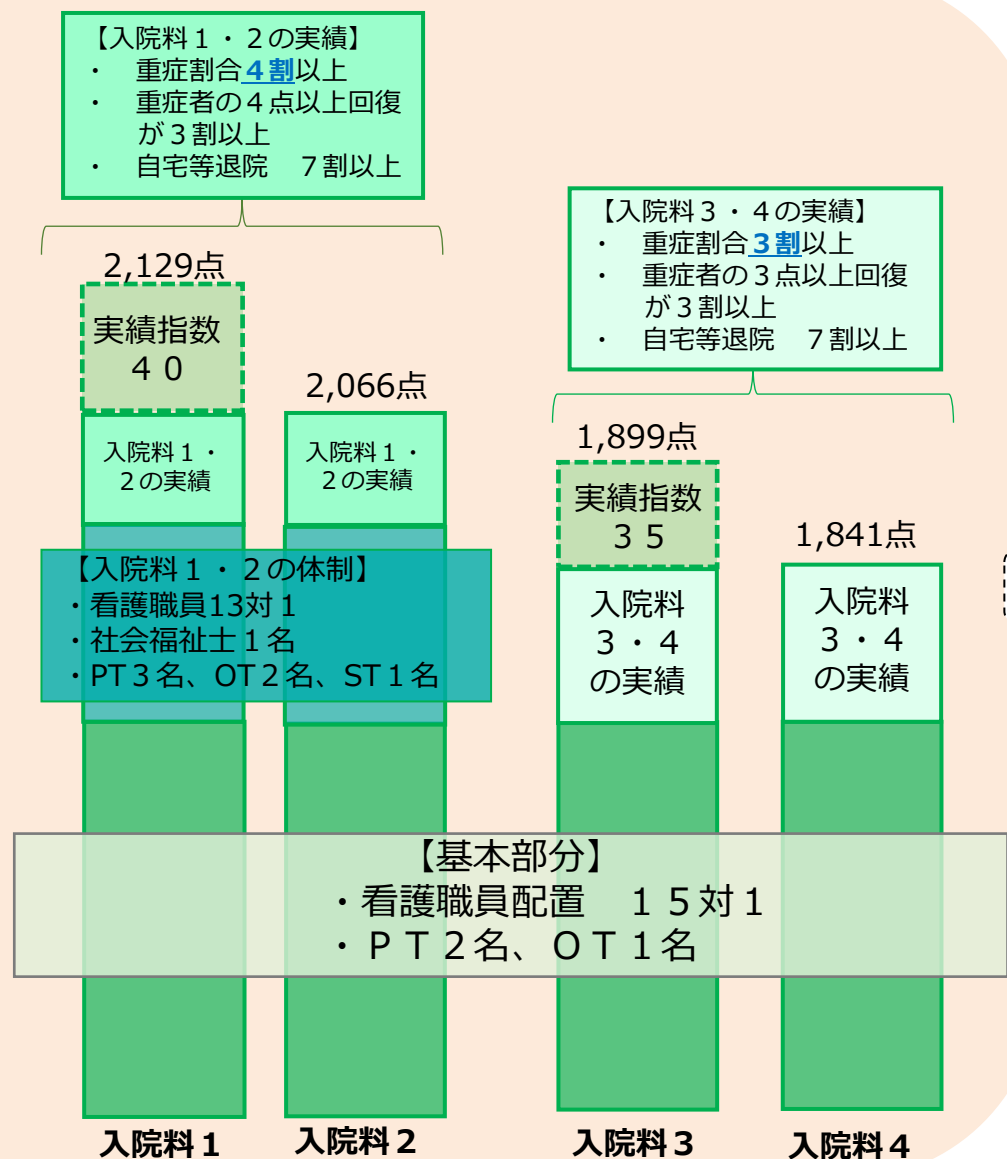
<令和5年6月8日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 実績指数については、既に多くの医療機関が算定要件をクリアしており、実績指数に関する要件について、更なる検討が必要ではないか。
- 令和4年度診療報酬改定における重症患者割合の要件変更に伴い、届出状況に変化があったか、詳細に見ていくべきではないか。
- 1日当たりの疾患別リハビリテーションの提供単位数について、疾患毎にばらつきが見られるが、疾患別のばらつきとリハビリの実績の関係性について、詳しく見ていくべきではないか。
- 令和4年度診療報酬改定において、回復期リハビリテーション病棟における対象疾患に心大血管疾患が追加され、ある程度広がっている状況である。一定の目的は達成されたのではないか。

<令和5年7月5日 中医協総会 入院について（その1）>

- 令和4年度診療報酬改定における重症患者割合の要件変更を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟が急性期疾患の発症後、早い段階からきちんと転院を受け入れるようになっているのかどうか、確認する必要がある。
- 入棟時・退棟時のFIMの推移について、入棟時のFIMが低下し続けている点について、恣意的な測定をしているのではないかという議論になりがちだが、しっかりとした分析が必要である。
- 回復期リハビリテーション病棟については、退棟時についての議論も重要である。退院後に在宅や施設に戻ってからADLが落ちていないか等、連続的にリハビリを行うことに着目した検討も必要である。
- 質の高い医療を推進する観点から、第三者評価の義務化も視野に入れて検討してはどうか。また、実態の把握を通じて、実績要件の厳格化、機能強化を推進するべきである。

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準 (イメージ)



回復期リハビリテーション病棟入院料（施設基準）

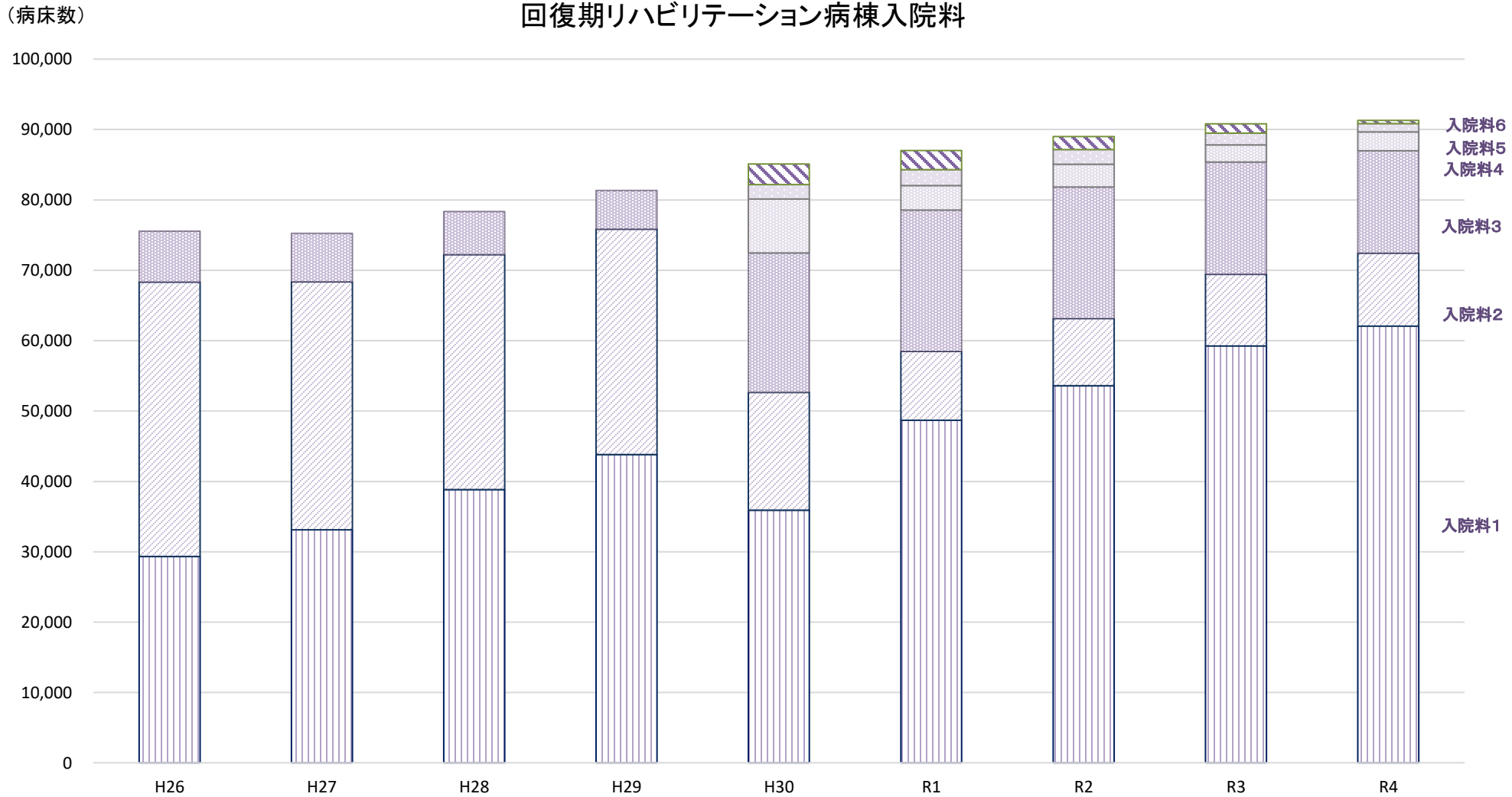
	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
医師	専任常勤1名以上				
看護職員	1.3対1以上（7割以上が看護師）	1.5対1以上（4割以上が看護師）			
看護補助者	3.0対1以上				
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上		
社会福祉士	専任常勤1名以上		-		
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
第三者評価	<u>受けていることが望ましい</u>	-	<u>受けていることが望ましい</u>	-	-
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○				
データ提出加算の届出	○				○
休日リハビリテーション	○		-		
新規入院患者のうちの、 重症の患者の割合	3割以上→ <u>4割以上</u>		2割以上→ <u>3割以上</u>		-
入院時に重症であった患者における 退院時の日常生活機能評価 ()内はFIM総得点	3割以上が4点（16点）以上改善		3割以上が3点（12点）以上改善		-
自宅等に退院する割合	7割以上				-
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	-
点数 ()内は生活療養を受ける場合	2,129点 (2,115点)	2,066点 (2,051点)	1,899点 (1,884点)	1,841点 (1,827点)	1,678点 (1,664点)

※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

なお、令和4年3月31日時点において、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の届出を行っている病棟については、1年間、改定前の医科診療報酬点数表により回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定し、その後1年間、新入院料5を算定することができる。

入院料別の届出病床数の推移

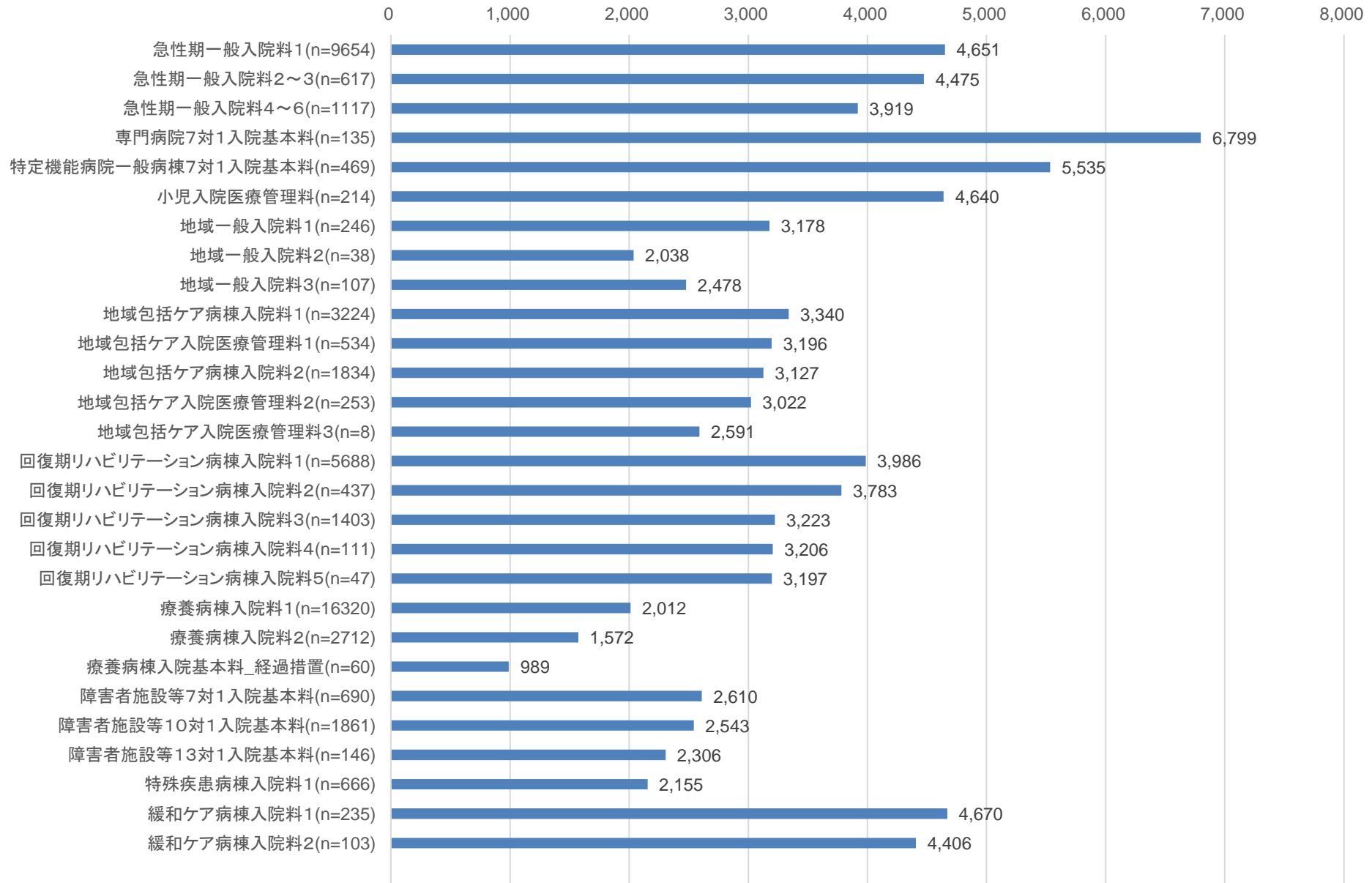
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は増加傾向であった。



入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数

中医協 総 - 4
5 . 7 . 5

(点/日)



日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

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

Functional Independence Measure (FIM)

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

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

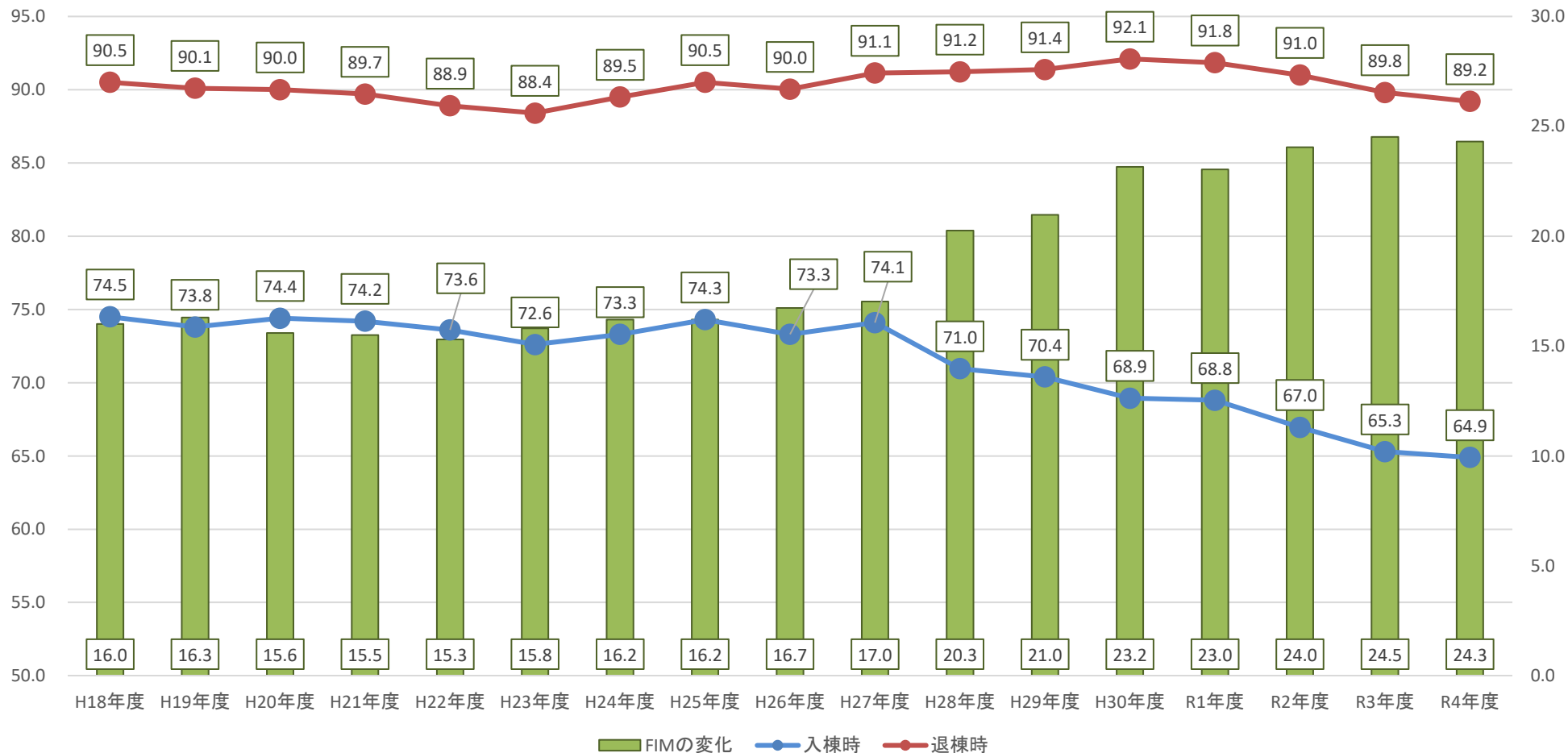
入棟時・退棟時FIMの年次推移

- 入棟時・退棟時FIM(運動・認知合計の平均値)及びFIM(運動・認知合計の平均値)の変化の年次推移は以下のとおり。
- 平成28年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられている。

(入棟時・退棟時FIM)

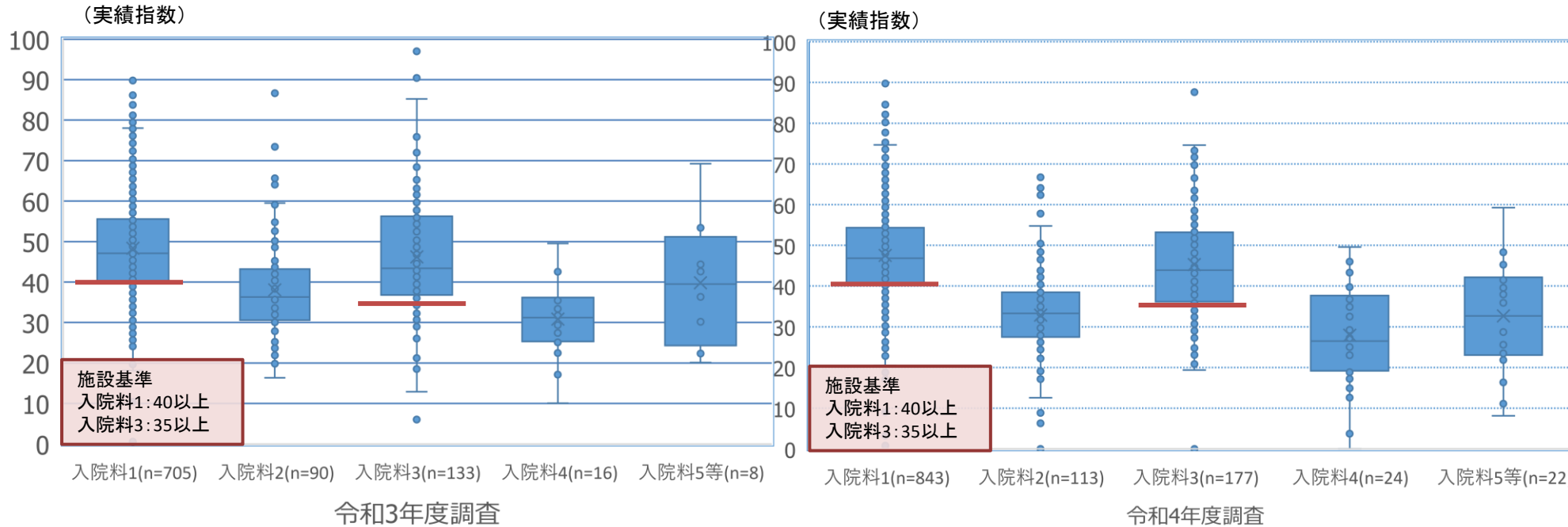
入棟時・退棟時FIM及びFIM(運動・認知合計の平均値)の変化の推移

(FIMの変化)



実績指数について

- 回復期リハビリテーション病棟入院料別の実績指数について、令和3年度調査時と令和4年度調査時を比較すると大きな変化はなく、入院料1及び3においては、施設基準を下回る施設も存在する。



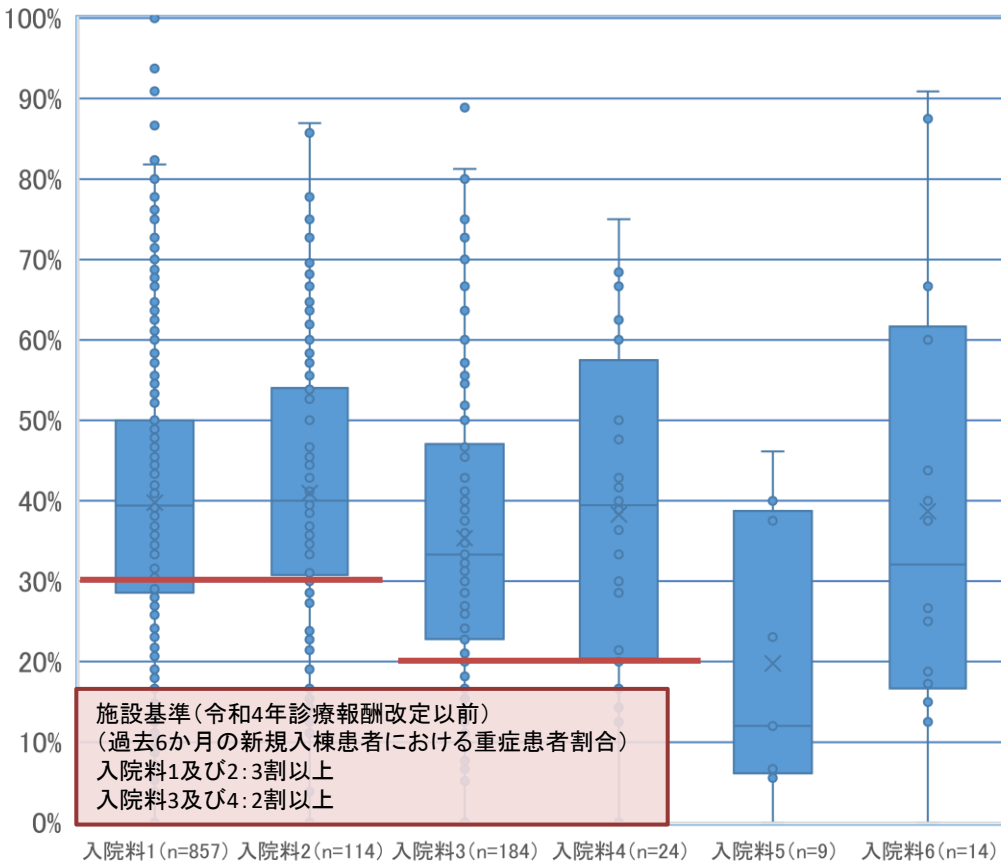
実績指数について

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

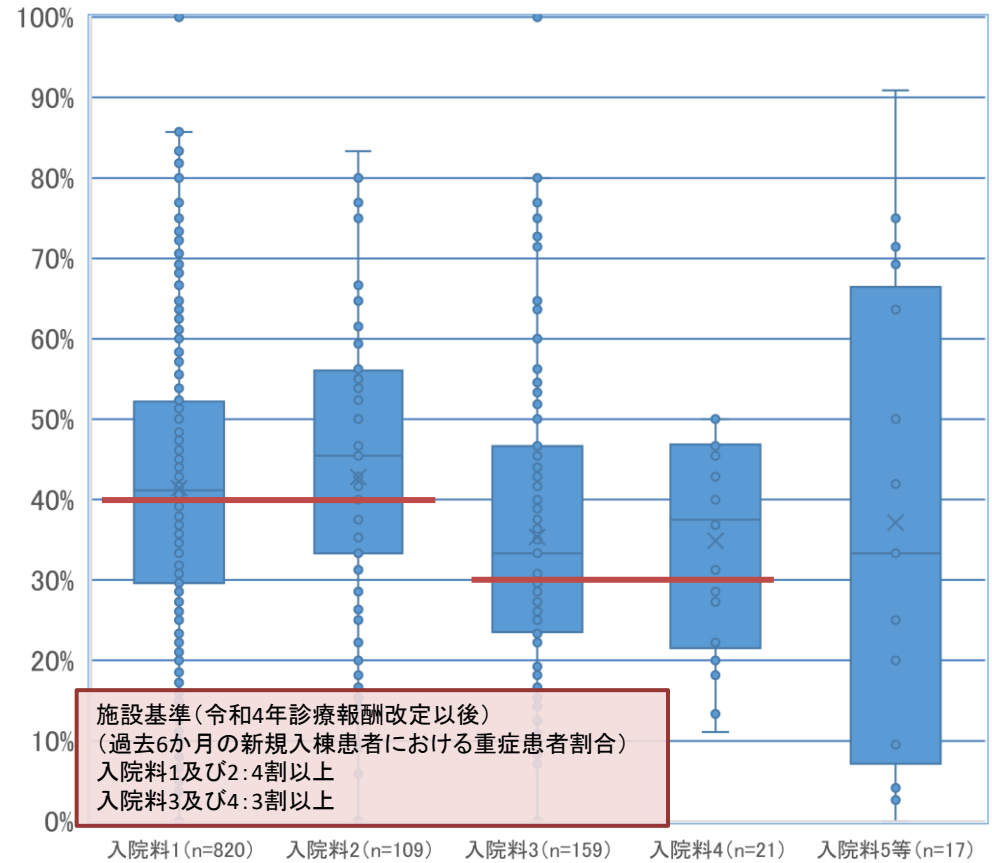
$$\text{実績指数} = \frac{\text{(FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差)}}{\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right)}$$

FIMによる重症患者の割合

○ 入院料別のFIMによる重症患者の割合について、令和3年度調査時と令和4年度調査時を比較すると大きな変化はなく、令和4年度調査においても重症の患者の割合が入院料1及び2で4割未満、入院料3及び4で3割未満の医療機関が存在する。



令和3年度調査



令和4年度調査

※FIMによる重症患者: FIMが55点以下の患者

第三者機能評価について

- 公益財団法人日本医療機能評価機構により、病院機能評価が行われている。
- 本体審査機能種別のうち、「主として、リハビリテーション医療を担う病院」として、リハビリテーション病院が設定されている。

病院機能評価本体審査機能種別の設定 (機能種別版評価項目3rdG:Ver.3.0) R5年4月現在

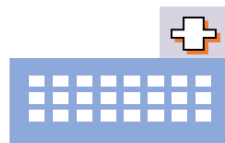
機能種別名	種別の説明
一般病院1	■ 主として、日常生活圏域等の比較的狭い地域において地域医療を支える中小規模病院
一般病院2	■ 主として、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院
一般病院3	■ 主として、高度な医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修を実施する病院または準ずる病院
リハビリテーション病院	■ 主として、リハビリテーション医療を担う病院
慢性期病院	■ 主として、療養病床等により慢性期医療を担う病院
精神科病院	■ 主として、精神科医療を担う病院
緩和ケア病院	■ 主として、緩和ケア病棟もしくはホスピスを有する病院

機能種別の決定 (主たる機能種別と副機能)

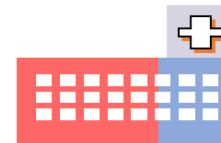
- 主たる機能種別の決定
病院と評価機構の合意のもと主たる機能種別を決定する
最も病床が多い機能に基づくことを原則とする (医療法上の病床の種別に関わらず、機能の実態で判断)
- 副機能について (任意)
主たる機能種別以外に重要な機能がある場合、副機能として他の機能種別を受審することができる
副機能は、主たる機能種別と同時にあるいは後日 (主たる機能種別の認定後)、受審することができる

ケース1: 全ての病棟が回復期リハビリテーション病棟の場合

ケース2: 最も多い病床が急性期病床で、他に回復期リハビリテーション病棟がある場合



(主たる機能種別) リハビリテーション病院 ■

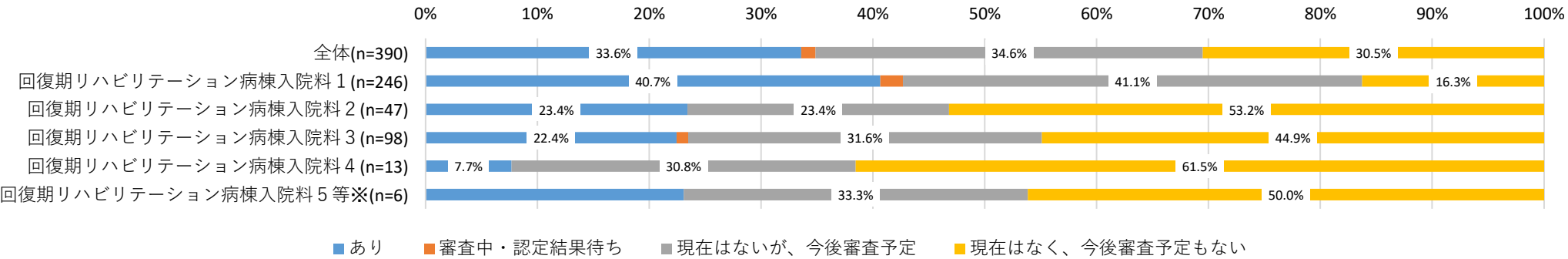


(主たる機能種別) 一般病院1 ■
(副機能) リハビリテーション病院 ■

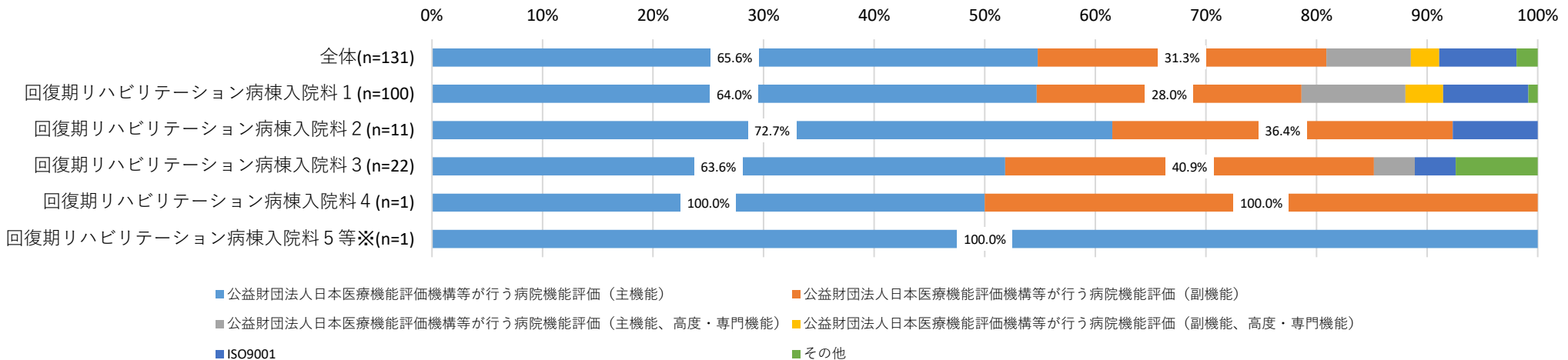
回復期リハビリテーション病棟を有する病院の機能評価状況

○ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院について、公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価又は同機構が定める機能評価（リハビリ病院）と同等の基準を用いた第三者評価の認定及び受診の有無は、以下のとおりで、回復期リハビリテーション病棟全体の33.6%が受審ありと回答した。

回復期リハビリテーションにおける第三者機能評価の受審状況



第三者機能評価の認定を受けている回復期リハビリテーション病棟の機能評価の種類

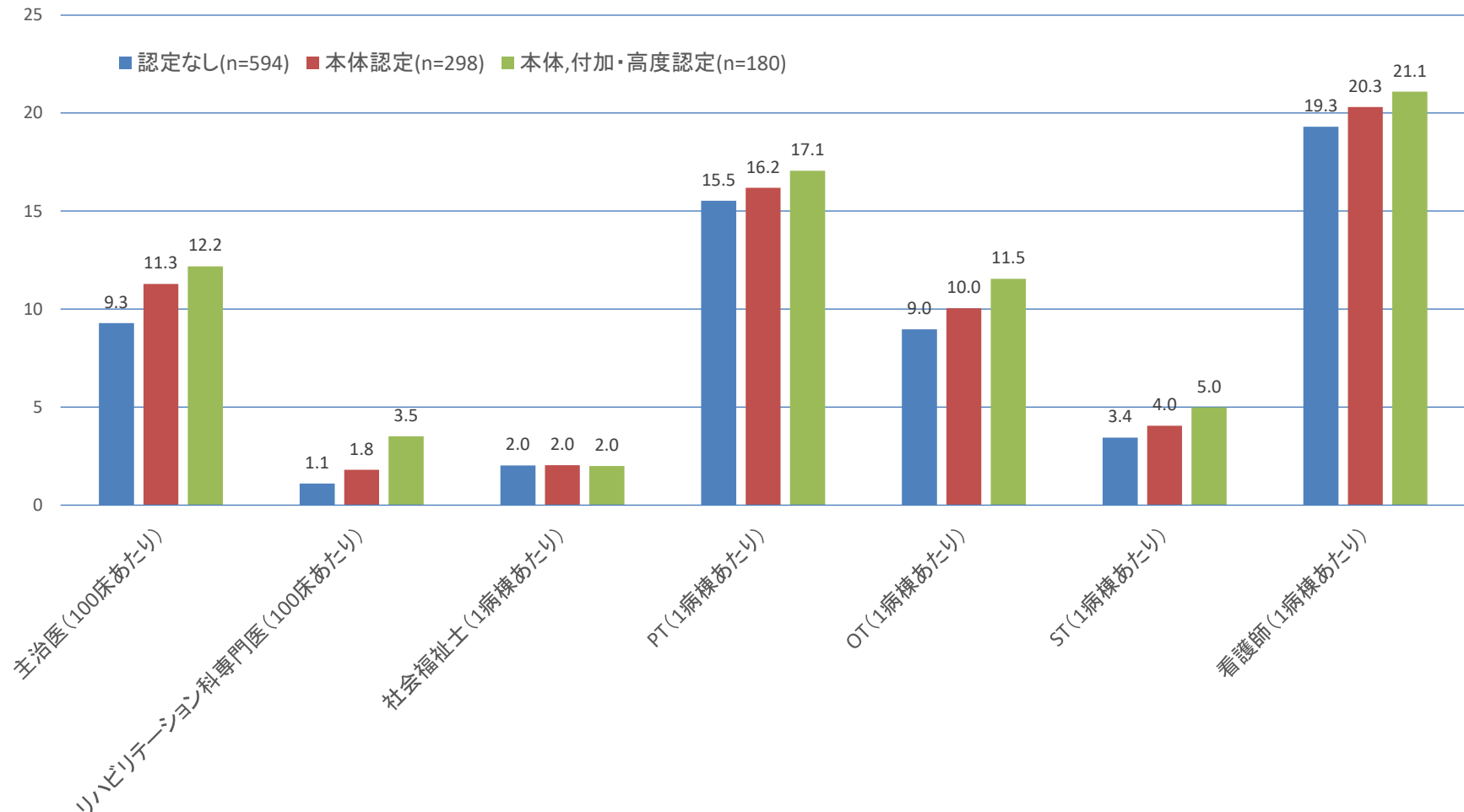


※回復期リハビリテーション病棟入院料5、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6（経過措置）が該当する。

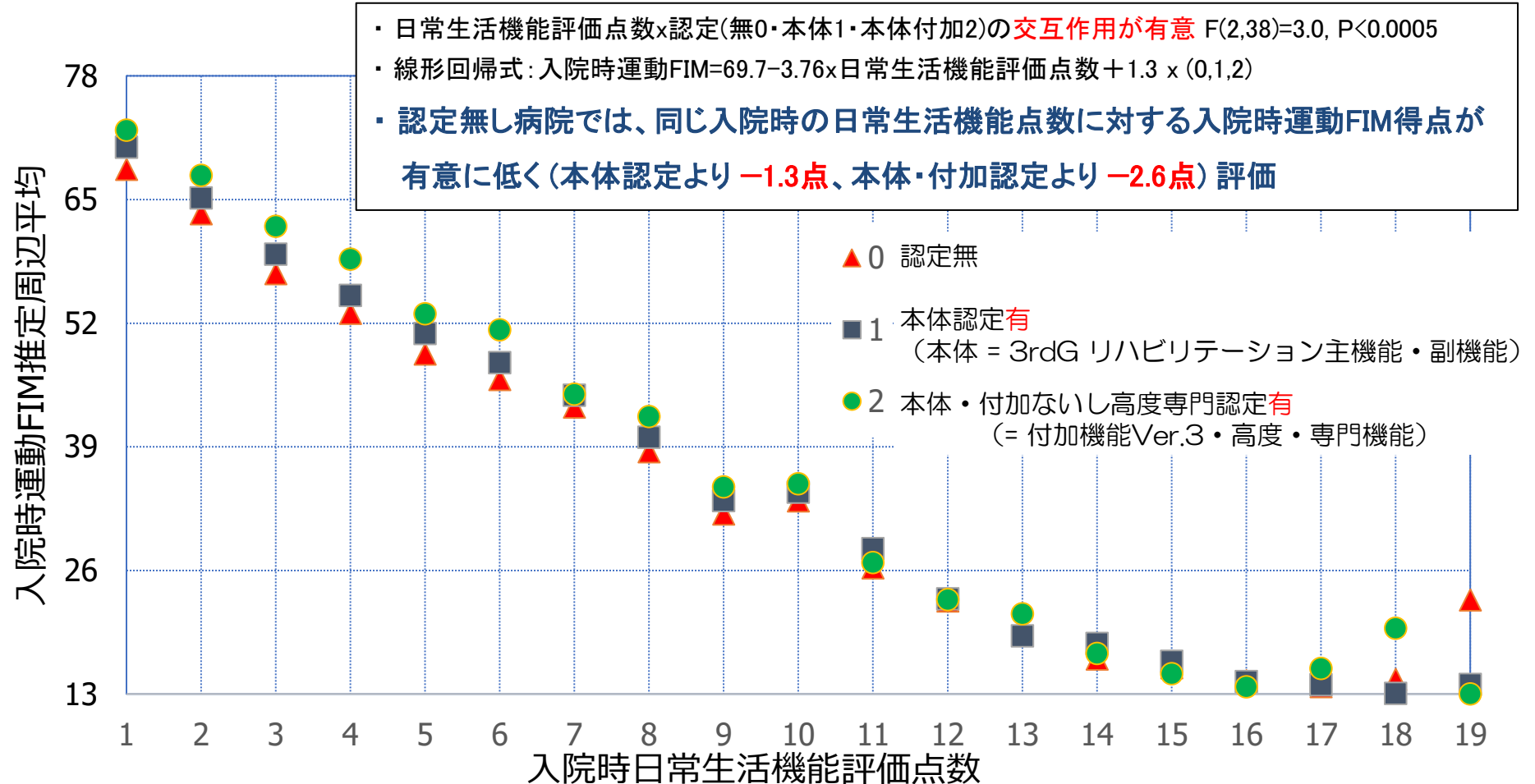
第三者機能評価の認定有無による職員配置

- 第三者機能評価の認定有無別に職員配置を見ると、第三者機能評価の認定を受けている医療機関の方が医師、リハビリテーション専門職、看護師の配置が多い傾向にあった。

第三者機能評価の認定有無別の職員の配置状況(n=1072病棟)



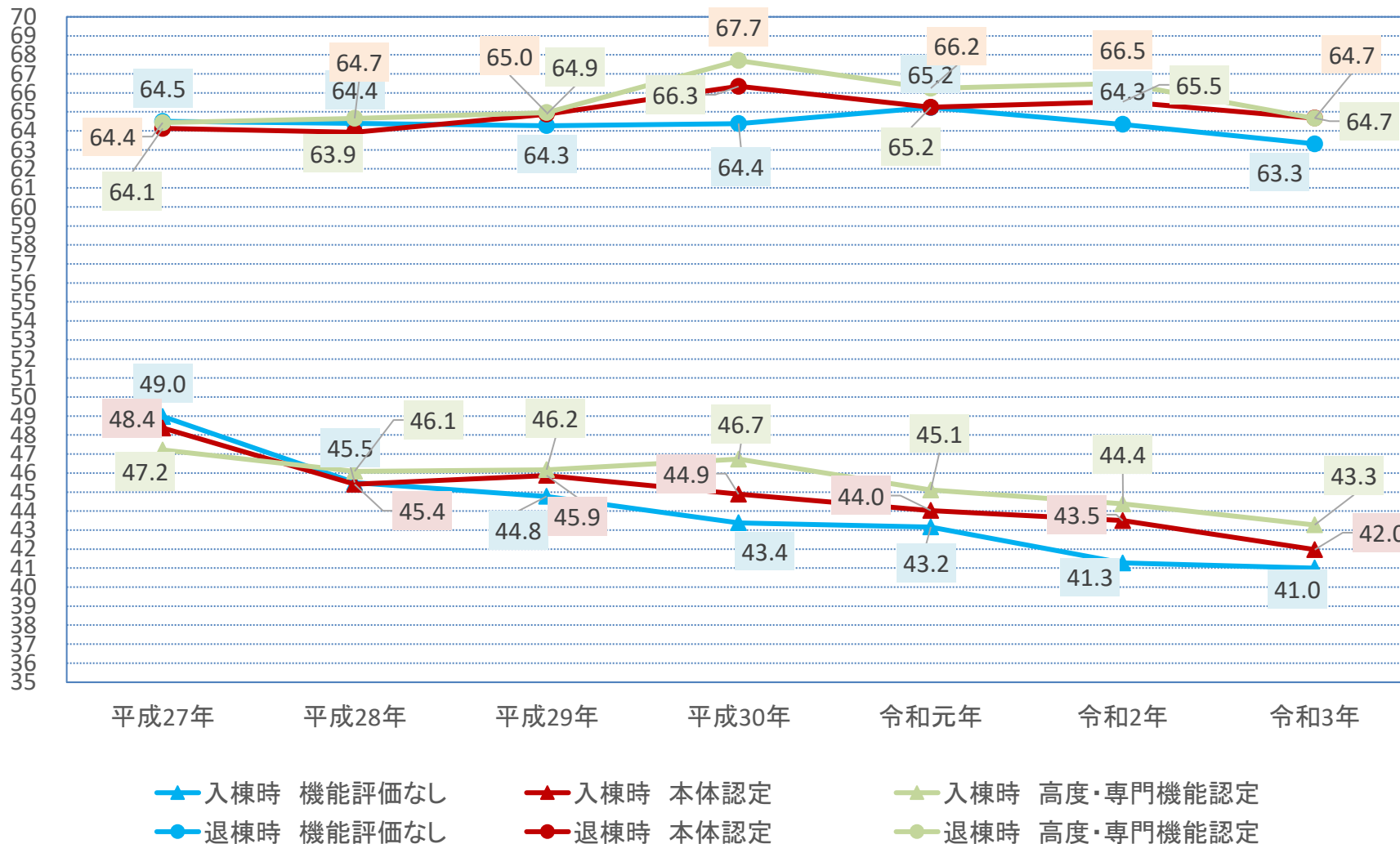
- 入院時の患者の日常生活機能評価と入院時運動FIMの関係を以下に示す。
- 入院時日常生活機能評価点数が同一の患者について、第三者評価の認定の無い病院と認定を受けている病院とで比較すると、認定の無い病院の方が運動FIMが低い傾向にあった。



第三者機能評価の認定有無別の入棟時運動FIMの年次推移

- 日本医療機能評価機構の認定別の入棟時運動FIMの年次推移は以下のとおり。
- 2017年以降、入棟時運動FIMは低下傾向であるが、第三者機能評価の認定を受けている医療機関は認定のない医療機関と比較して入棟時のFIMが高い。

(入棟時・退棟時FIM)



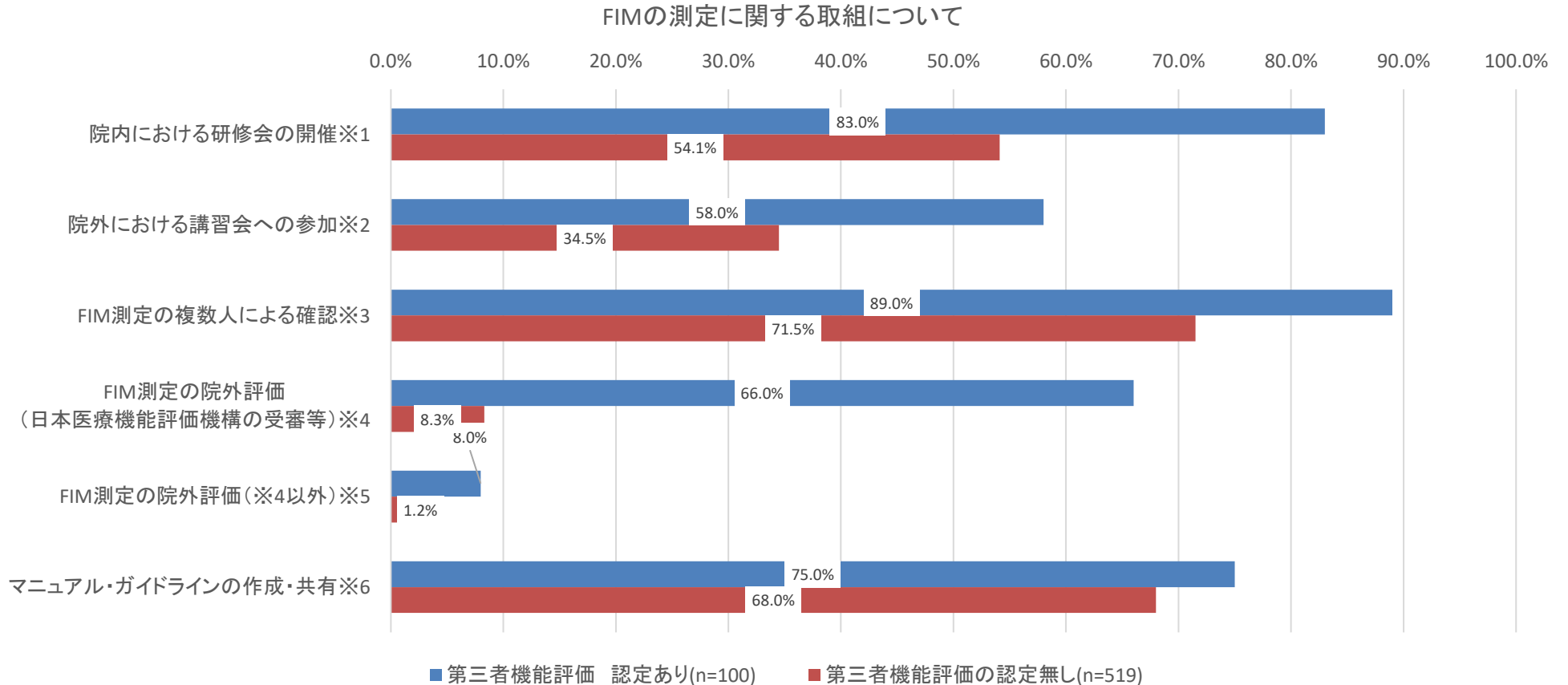
第三者機能評価について

○ 病院機能評価においては、適切なFIMの評価を行うことに関する医療プロセスの評価を行っている。

医療プロセスの例	実態調査や届出で把握できる内容	第三者評価で把握できる内容	
		評価内容(解説書に明記)	評価手法
カンファレンス	実施頻度 参加職種	各職種の初期評価と共有状況 各職種の初期目標と共有状況 各職種の介入計画と共有状況 各職種の再評価と共有状況 各職種の目標修正と共有状況 各職種の介入修正と共有状況 →ICFに基づきPDCAの確認	<ul style="list-style-type: none"> 症例トレース手法を用いたケアプロセス評価 カルテレビュー(高度・専門、2023年Ver3.0より本体審査でも実施) カンファレンス評価(高度・専門機能)
家屋調査	実施の有無	具体的な評価結果、多職種の共有、リハ・ケア計画への反映状況	<ul style="list-style-type: none"> ケアプロセス評価 カルテレビュー
リハビリテーション治療	療法士数、単位数	プログラム内容とその共有状況(代行療法士や他職種)、進捗に応じたプログラム更新とその効果の検証	<ul style="list-style-type: none"> ケアプロセス評価 カルテレビュー
ケア体制	看護師・看護補助者(介護福祉士)数	ケア内容とその共有状況、リハ時間以外に患者の活動性を高める工夫(自主訓練・活動、集団活動、レクリエーションなど)介護福祉士の役割を確認	<ul style="list-style-type: none"> ケアプロセス評価
FIM評価	講習会受講の有無	評価の正確性を担保するための手法の確認(複数評価、テスト、修正の仕組みなど)	<ul style="list-style-type: none"> ケアプロセス評価

第三者機能評価の認定有無別のFIMの測定に関する取組

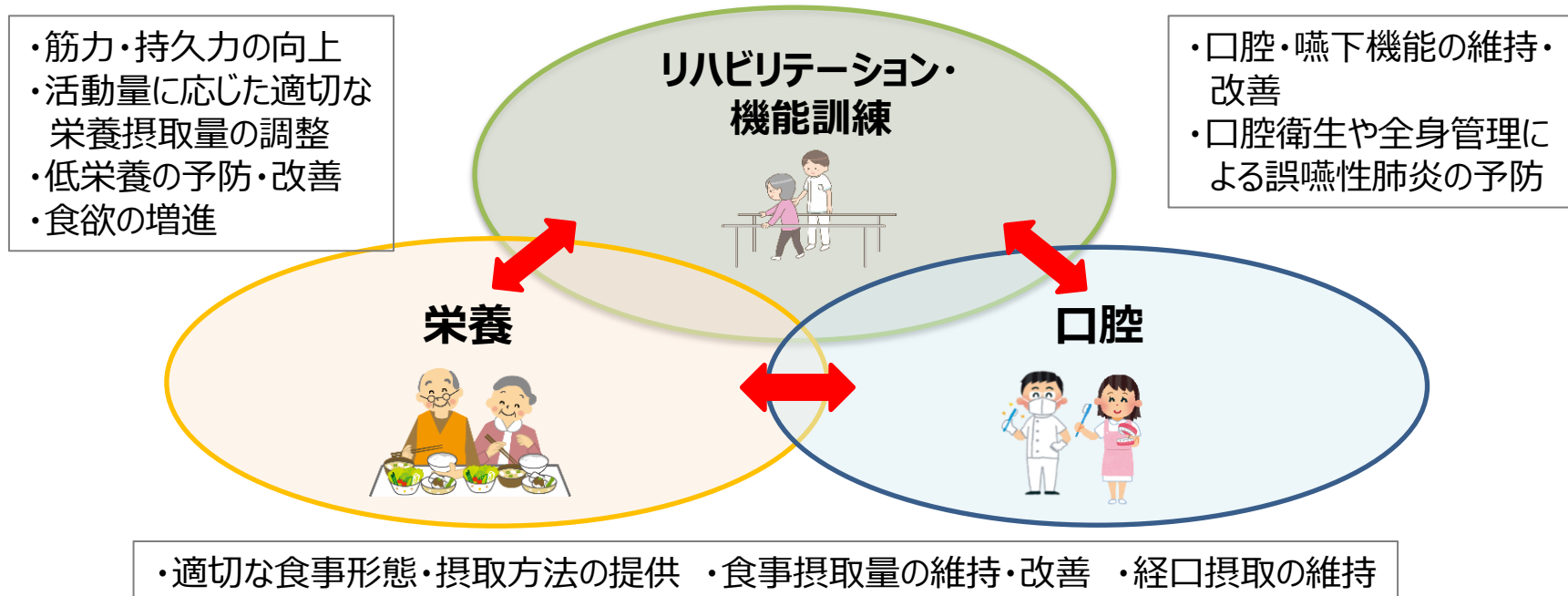
○ 第三者機能評価の認定の有無別で、FIMの適切な測定に関する取組についての実施割合を比較すると、第三者機能評価の認定を受けている医療機関において、FIMの適切な測定に関する取組を実施している割合が高かった。



- ※1 院内においてFIMの測定に関する研修会を定期的に行っている。
- ※2 院外において開催されるFIMの測定に関する講習会に定期的に参加している。
- ※3 FIMの測定後に、評価の内容について複数人で確認を行っている。
- ※4 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に行っている(日本医療機能評価機構の受審などによるもの)。
- ※5 FIMの測定に関して、院外の評価を定期的に行っている(※4以外)。
- ※6 FIMの測定に関するマニュアル・ガイドラインを院内で作成し、共有している。

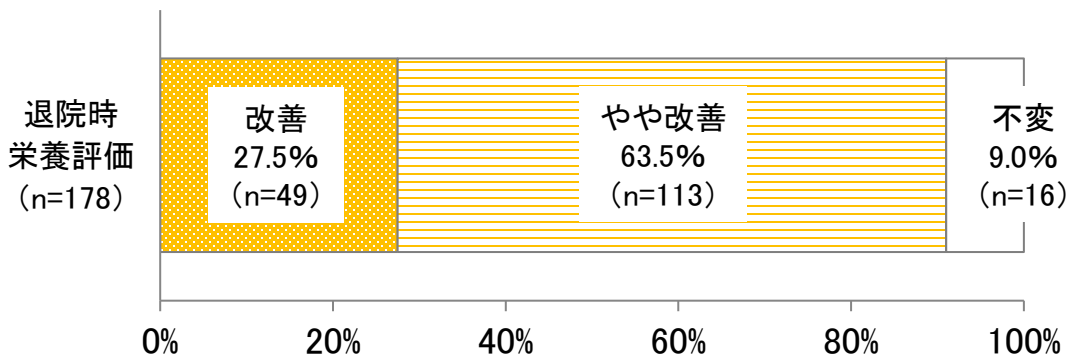
リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。

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。

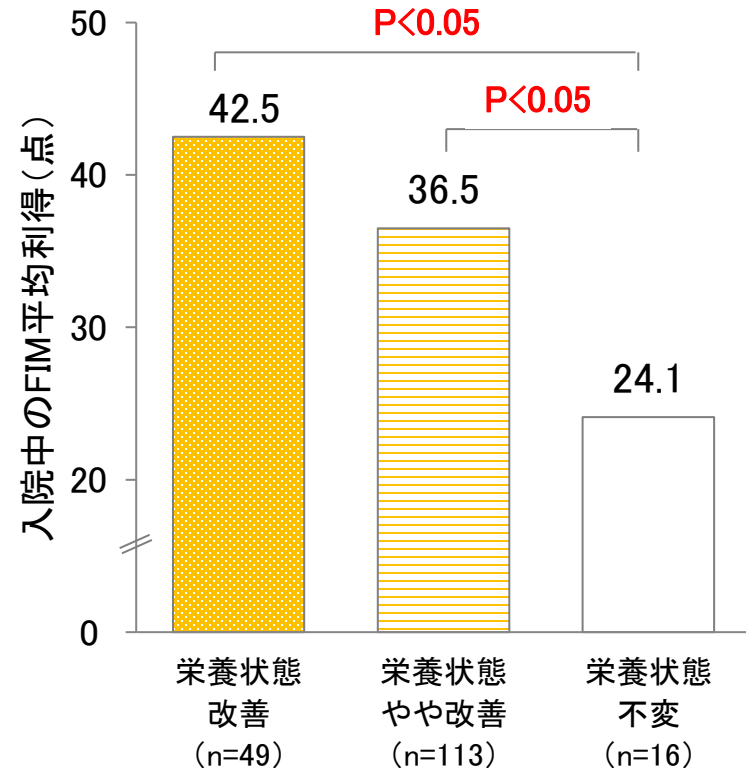
- 低栄養状態で回復期リハビリテーション病棟に入院した脳卒中高齢患者に対し、管理栄養士が理学療法士等とともにリハビリテーションの計画作成等に参画し、リハビリテーションの実施に併せて個別に栄養管理を行うと、約9割の患者で栄養状態が改善したとの報告がある。
- 栄養状態が改善又はやや改善した群では、不変群に比べて入院中のFIM利得が有意に多かったとの報告がある。



注：栄養状態は管理栄養士がMNA[®]-SF[※]を用いて評価。
 (退院時) 改善: 12-14点、やや改善: 8-11点、不変: 0-7点
 ※ Mini Nutritional Assessment - Short Form
 低栄養: 0-7点、低栄養リスクあり: 8-11点、栄養状態良好: 12-14点

対象期間: 2012年4月~2014年12月
 対象者: 回復期リハ病院に低栄養状態(MNA[®]-SF: 0-7点)で入院し、
 加療後に退院した65歳以上の脳卒中患者178名(平均年齢77.2歳)

図 回復期リハ病院の脳卒中高齢患者に対する個別の栄養管理と栄養状態の改善



注: 各群は左図と対応

図 回復期リハ病院入院中の栄養状態の改善とFIM利得

回復期リハビリテーション病棟における栄養管理の状況

- 回復期リハビリテーション病棟に配置されている管理栄養士は、入院料1で0.9人(常勤換算)であった。
- 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養情報提供書の作成以外は8割以上実施されていた。

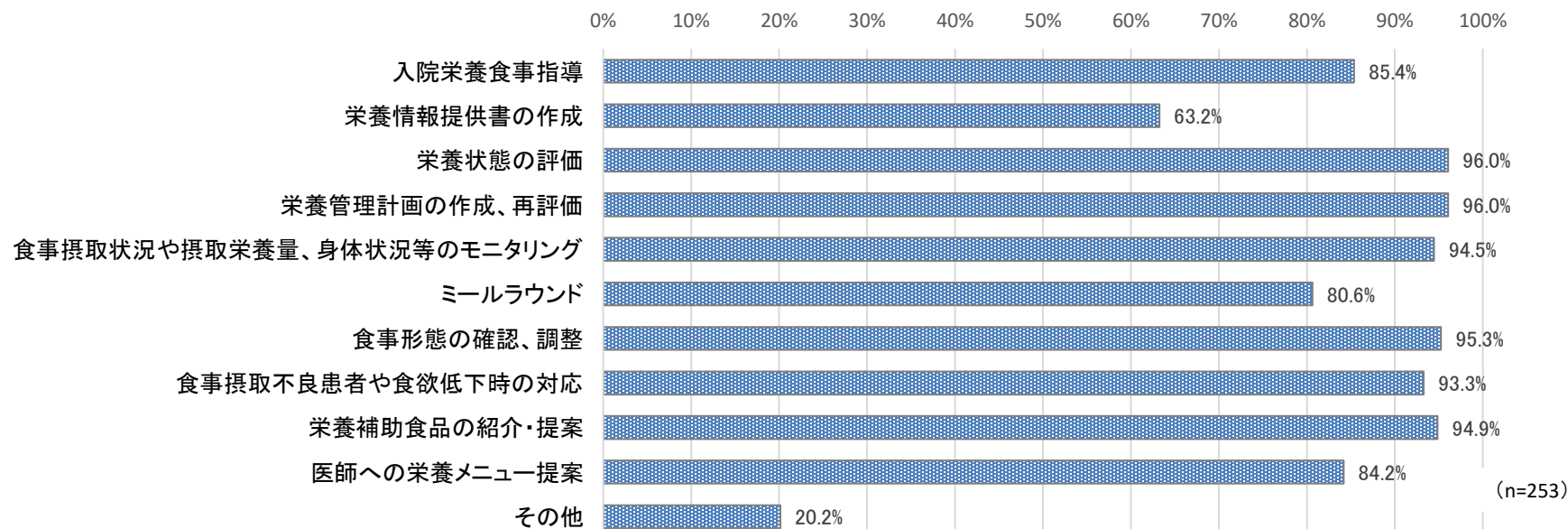
■ 回復期リハビリテーション病棟 職員数

	入院料1 (n=241)	入院料2 (n=34)	入院料3 (n=72)	入院料4 (n=8)	入院料 5~6 (n=2)
管理栄養士 (常勤換算)	<u>0.9</u>	0.5	0.5	0.1	0.0

<参考> 施設基準等

	入院料1	入院料2~5
管理栄養士配置	専任常勤1名以上	専任常勤1名の配置が望ましい
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	配置されている場合：実施が望ましい
入院栄養食事指導料	包括範囲外	包括範囲

■ 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施状況



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

※回復期リハビリテーション病棟入院料1で算定可

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

【対象患者】

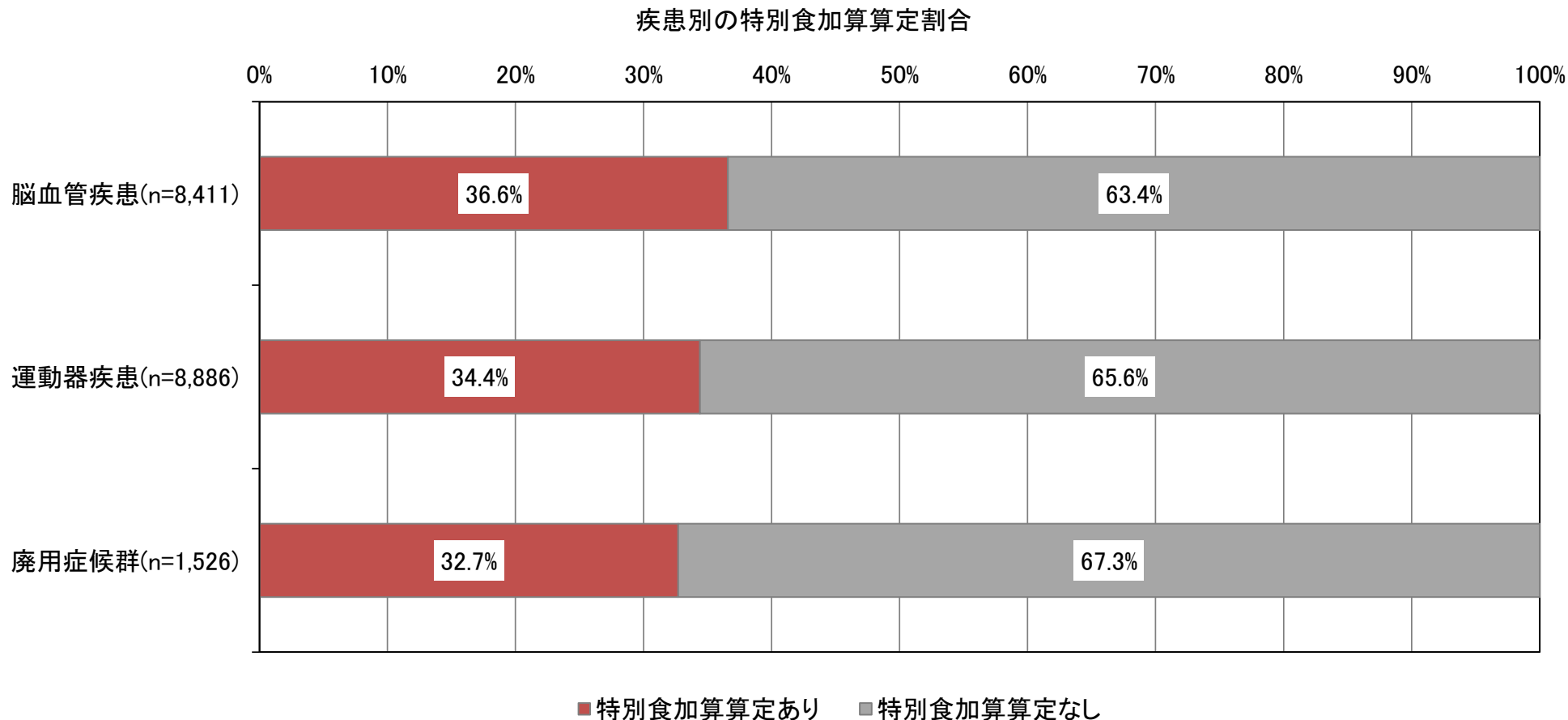
- 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三※に掲げる特別食を必要とする患者
- がん患者
- 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- 低栄養状態にある患者

※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、ホモシスチン尿症食、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。）

回復期リハビリテーション病棟における疾患別の特別食加算算定状況

○ 各疾患においても、3人に1人程度は特別食加算を算定している。



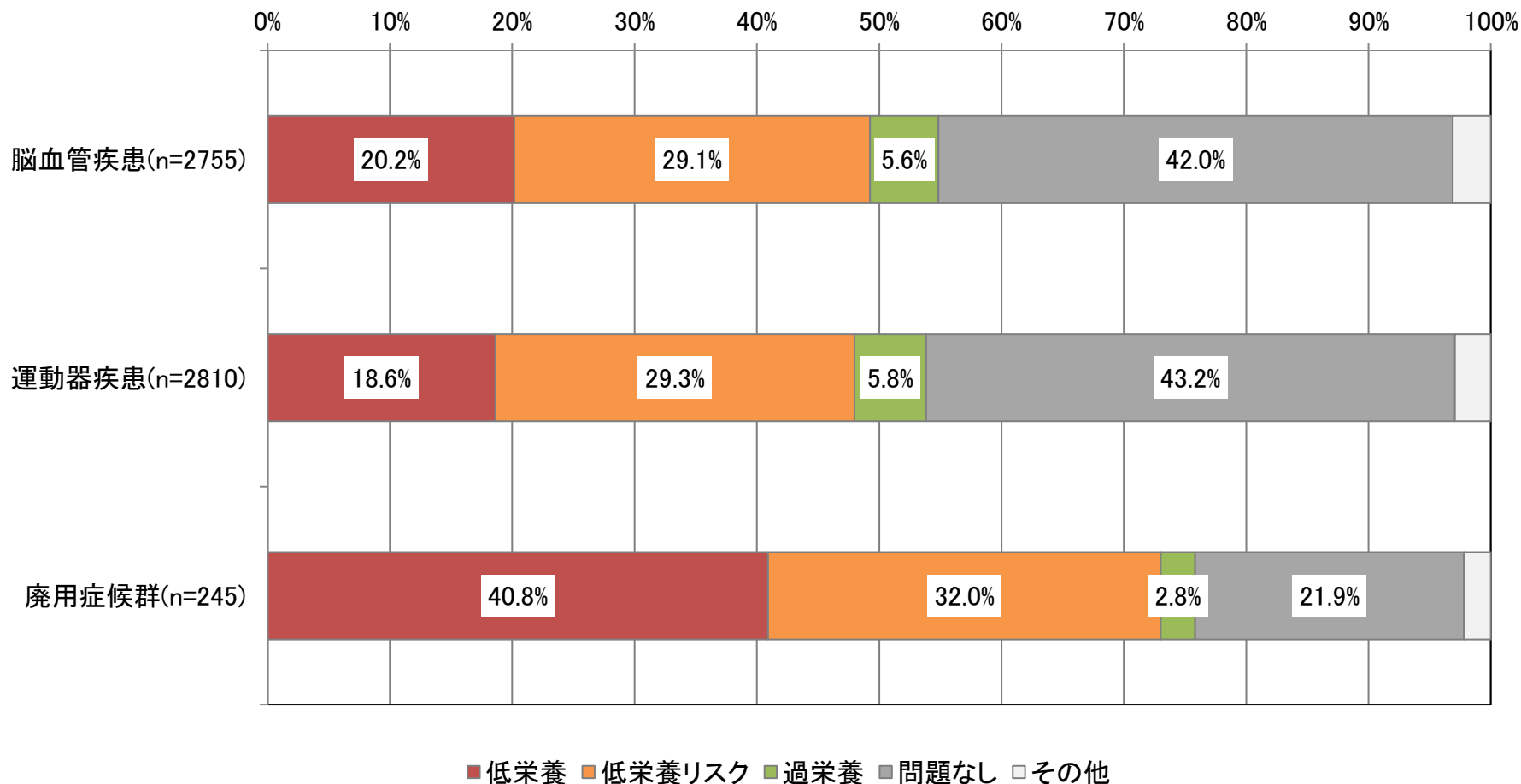
※入院食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る特別食

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腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、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、ホモシスチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

回復期リハビリテーションにおける疾患別の栄養評価

- 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者における、疾患別に見た栄養評価の状況は以下のとおり。
- 脳血管疾患や廃用症候群に限らず、運動器疾患においても、一定程度低栄養や過栄養等の患者が存在する。

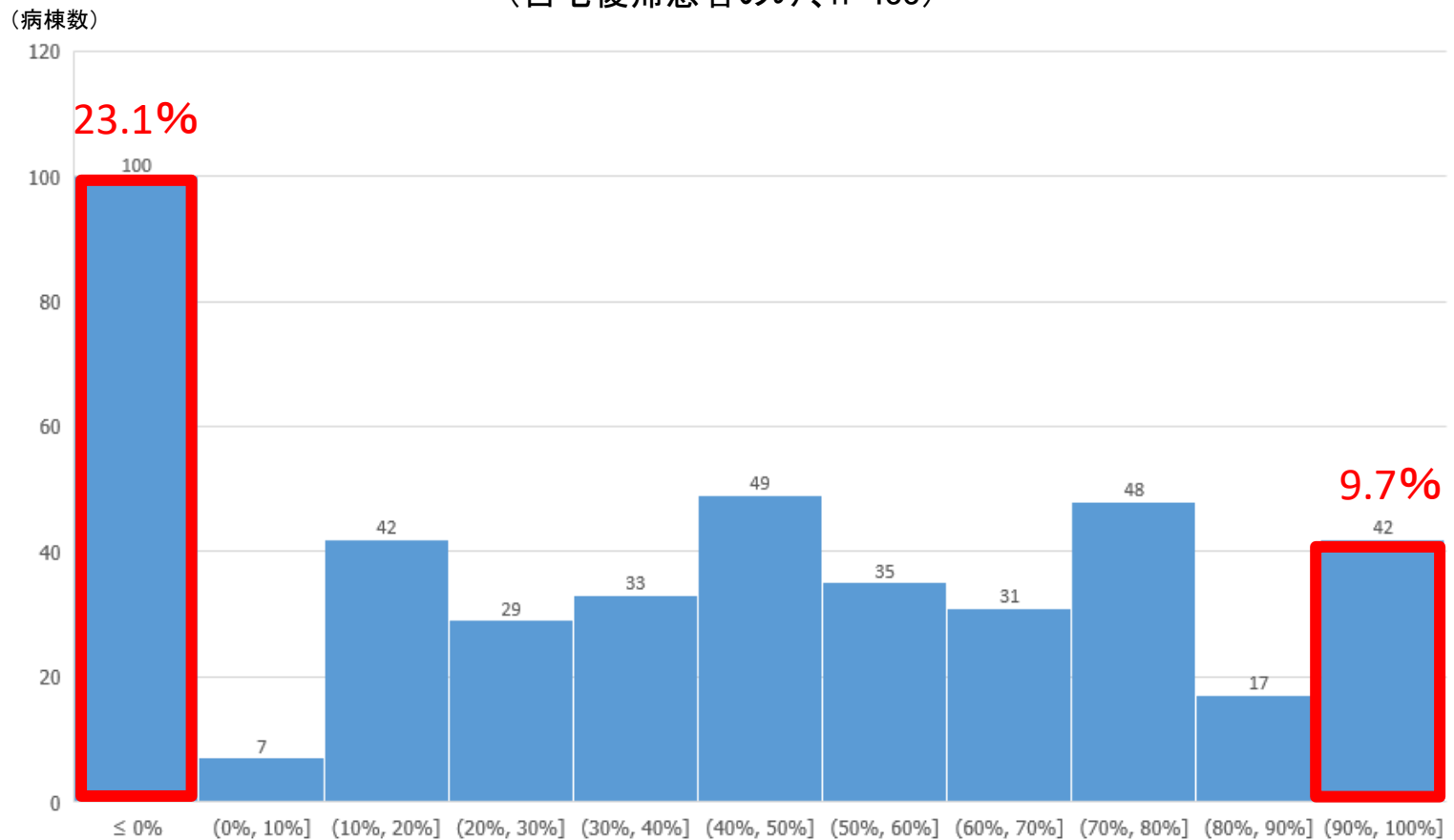
疾患別の栄養評価



回復期リハビリテーション入院料1における入院栄養食事指導料の算定状況

- 入院栄養食事指導料の主な対象者である特別食が必要(特別食加算算定者)又は低栄養に該当し、自宅に復帰する患者に対する入院栄養食事指導料の算定割合の分布は、以下のとおり。
- 約1割の病棟でほぼ全ての対象患者に算定していた一方、約2割の病棟では全く算定していなかった。

回復期リハビリテーション病棟入院料1における $\frac{\text{入院栄養食事指導料算定患者数}}{\text{特別食加算算定又は低栄養に該当する患者数}}$ (%) の分布
(自宅復帰患者のみ、n=433)



摂食嚥下支援加算の見直し②

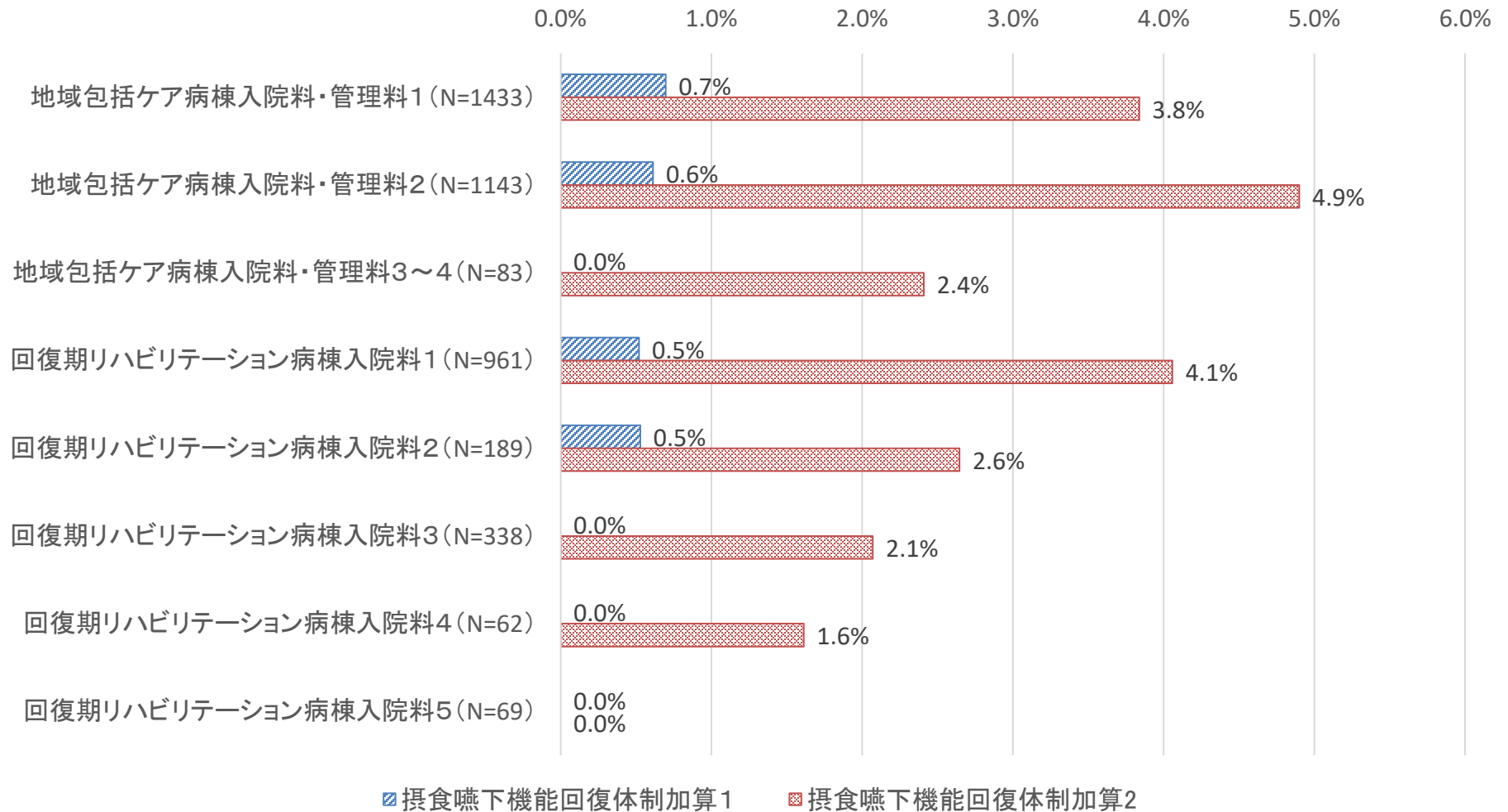
- 経口摂取回復に係る効果的な取組を更に推進する観点から、要件及び評価を見直し、名称を摂食嚥下機能回復体制加算に変更する。

摂食嚥下機能回復体制加算

		摂食嚥下機能回復体制加算 1	摂食嚥下機能回復体制加算 2	摂食嚥下機能回復体制加算 3
算定要件	対象患者	摂食嚥下支援チームによる摂食・嚥下機能回復に係る取組によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者		
	算定可能な従事者	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 摂食嚥下支援チームの設置（ST以外は全員専任） <ul style="list-style-type: none"> ・医師又は歯科医師 ・適切な研修を修了した看護師※又は専従の言語聴覚士（※摂食嚥下障害看護認定看護師、脳卒中看護認定看護師） ・管理栄養士 ◆ カンファレンスに参加：その他職種も 		◆ 専任の医師、看護師又は言語聴覚士
	算定対象とする医療サービスの内容	①内視鏡下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成 ②嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を実施（月1回以上） ③検査結果等を踏まえカンファレンスを実施（週1回以上） ④カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食 の見直し等を実施		
	日数・回数の要件	1回/週		
施設基準	対象病棟・病床	摂食機能療法の算定可能医療機関		療養病床入院基本料のうち、療養病棟入院料1又は入院料2を算定している病床
	実績等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 鼻腔栄養、胃瘻、又は中心静脈栄養の患者の経口摂取回復率 35%以上 ・ 実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中心静脈栄養を実施している患者のうち、「嚥下機能評価を実施の上、嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した患者」が1年に2人以上 ・ 実績（FIM及びFOIS）の記録（全員・月に1回以上）
経過措置		現に摂食嚥下支援加算を算定している医療機関については、半年間に限り、引き続き加算1を算定できる。		

摂食嚥下機能回復体制加算の届出状況

- 地域包括ケア病棟・回復期リハ病棟における摂食嚥下機能回復体制加算の届出状況は以下のとおり
- 回復期リハ病棟入院料1においては、加算1は0.5%、加算2は4.1%が届出していた。

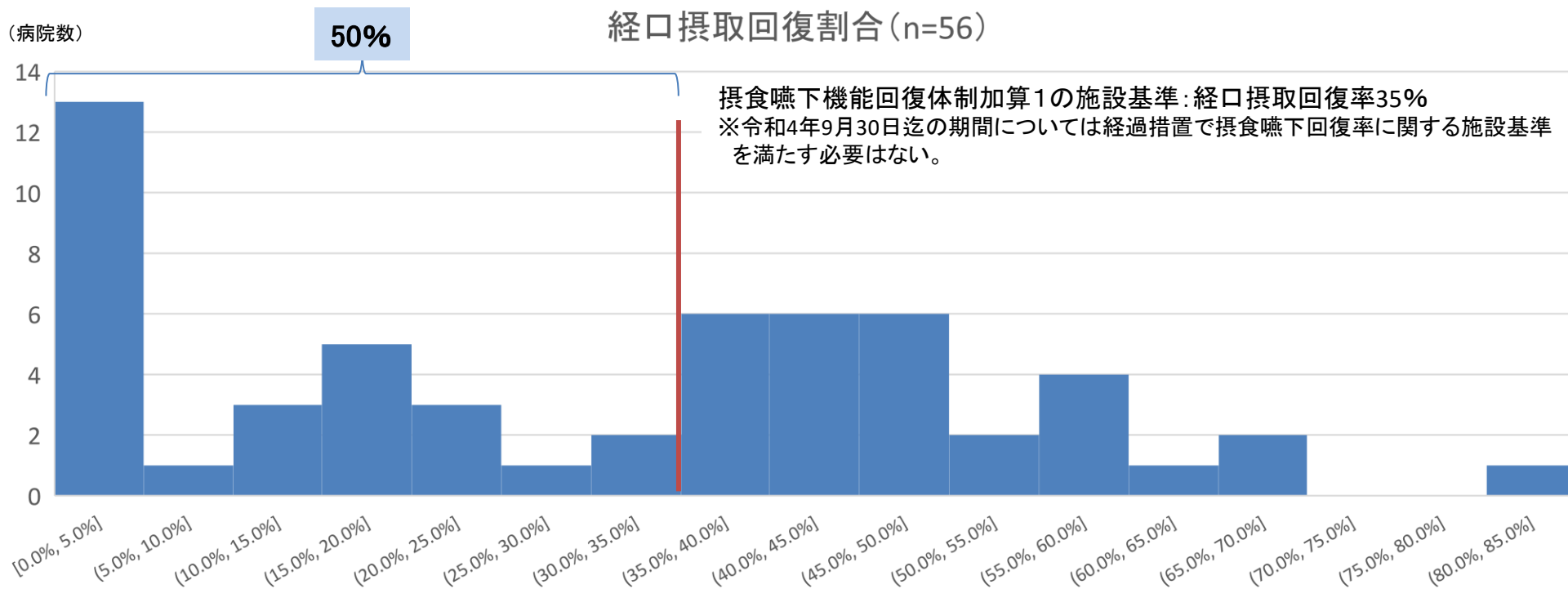


■ 摂食嚥下機能回復体制加算1

■ 摂食嚥下機能回復体制加算2

摂食嚥下機能回復体制加算1届出の回りハにおける経口摂取回復割合

○ 回復期リハビリテーション病棟を有し、摂食嚥下機能回復体制加算1の届出をしている病院での経口摂取回復割合の分布は以下のとおり。施設基準に満たない医療機関が50%存在する。



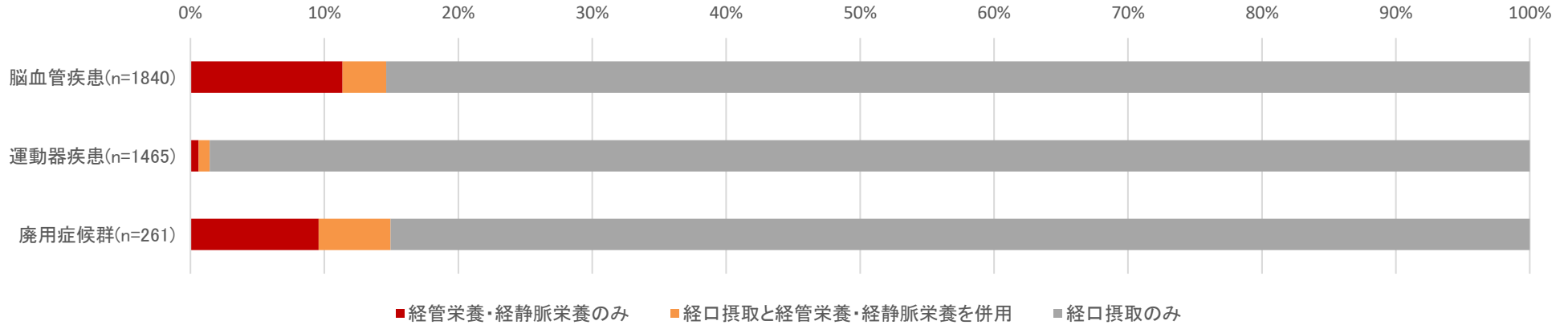
経口摂取回復割合の算出方法

経口摂取に回復した患者数	=	栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者 (1か月以上栄養方法が経口摂取のみの患者) [1年以内注]
自院導入患者数 + 紹介患者数	=	自院で新たに「鼻腔栄養導入」、「胃瘻造設」、「中心静脈栄養開始」 + 紹介された「鼻腔栄養」、「胃瘻」、「中心静脈栄養」の患者 (「自院で摂食機能療法を実施した患者に限る」)
注) 回復率は、鼻腔栄養導入、胃瘻造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算して1年以内に回復したもので計算する。		
分子及び分母から除くもの		
① 1年以内*に死亡した患者 (ただし、栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した上で死亡した患者は、分子分母に加える。)		
② 1か月以内*に経口摂取に回復した患者		
③ 1年以上*経過してから、他の保険医療機関から紹介された患者 ※ 鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から起算		
④ 減圧ドレナージ目的 (消化器疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)		
⑤ 成分栄養剤の経路目的 (炎症性腸疾患等の患者で胃瘻造設を行う場合に限る。)		
⑥ 食道、胃噴門部の狭窄等		

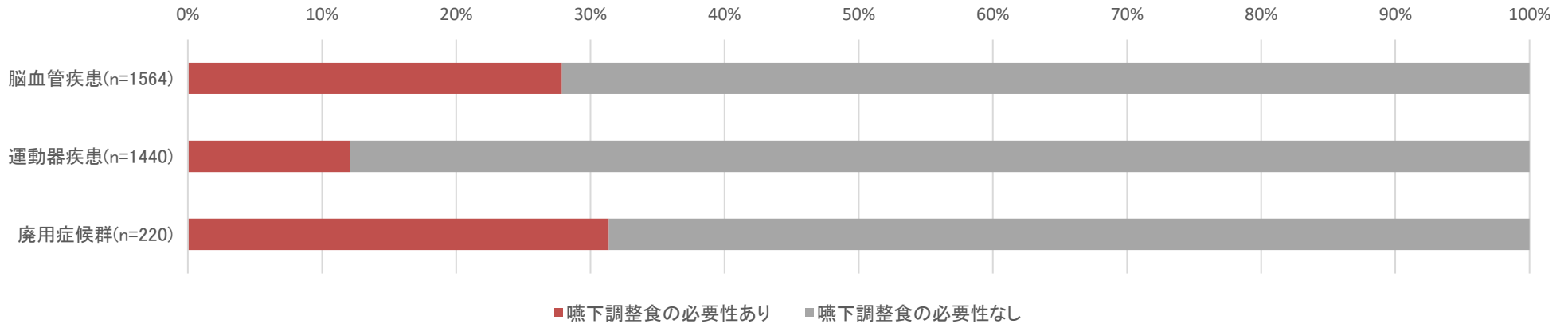
疾患別の摂食嚥下の状態

○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟する患者について、疾患別に摂食嚥下の状態を見ると、どの状態においても嚥下調整食を必要とする患者が一定程度存在する。

経管栄養・頸静脈栄養の有無

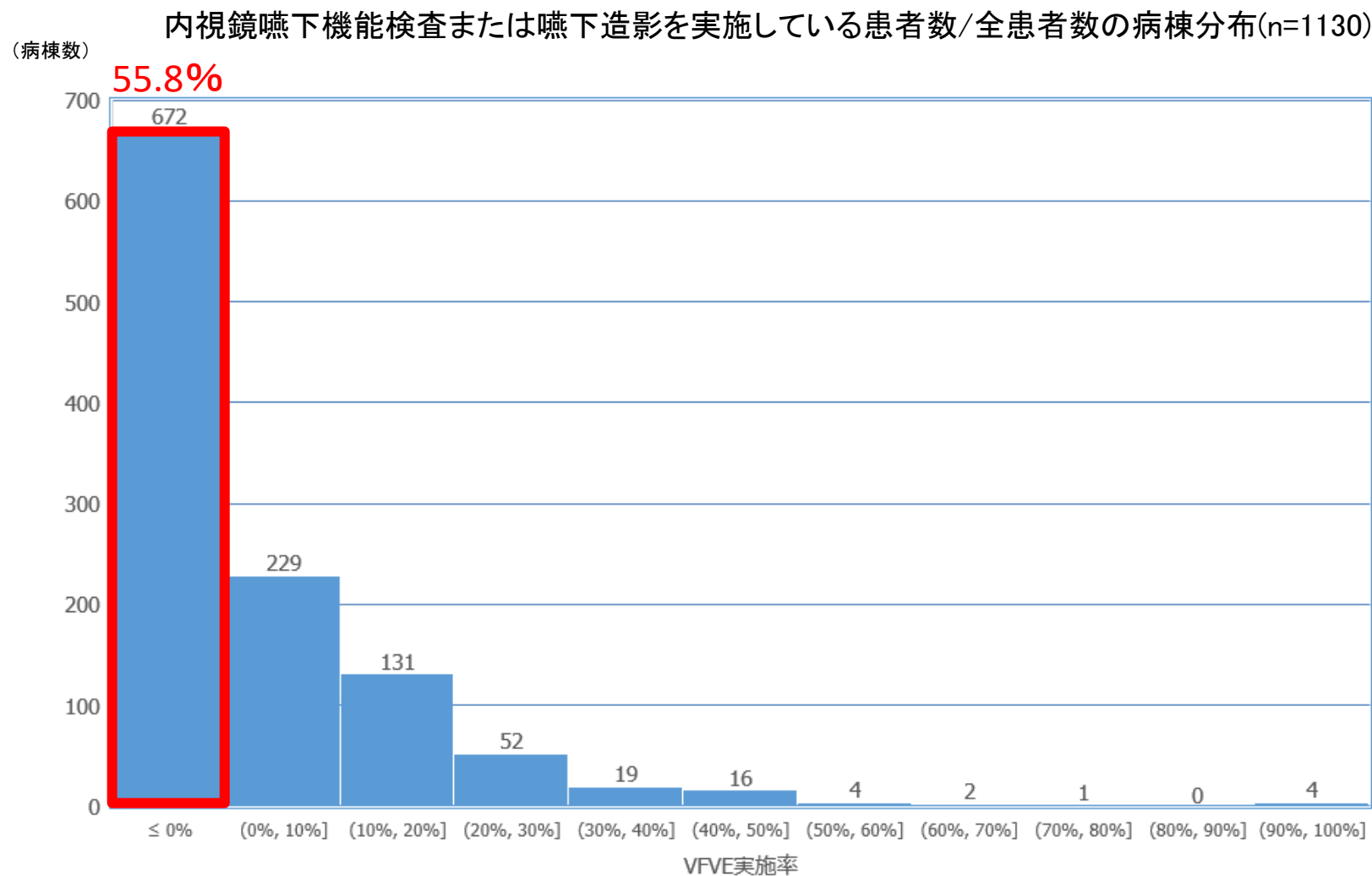


嚥下調整食の必要性



回復期リハビリテーション病棟における嚥下機能の検査の状況

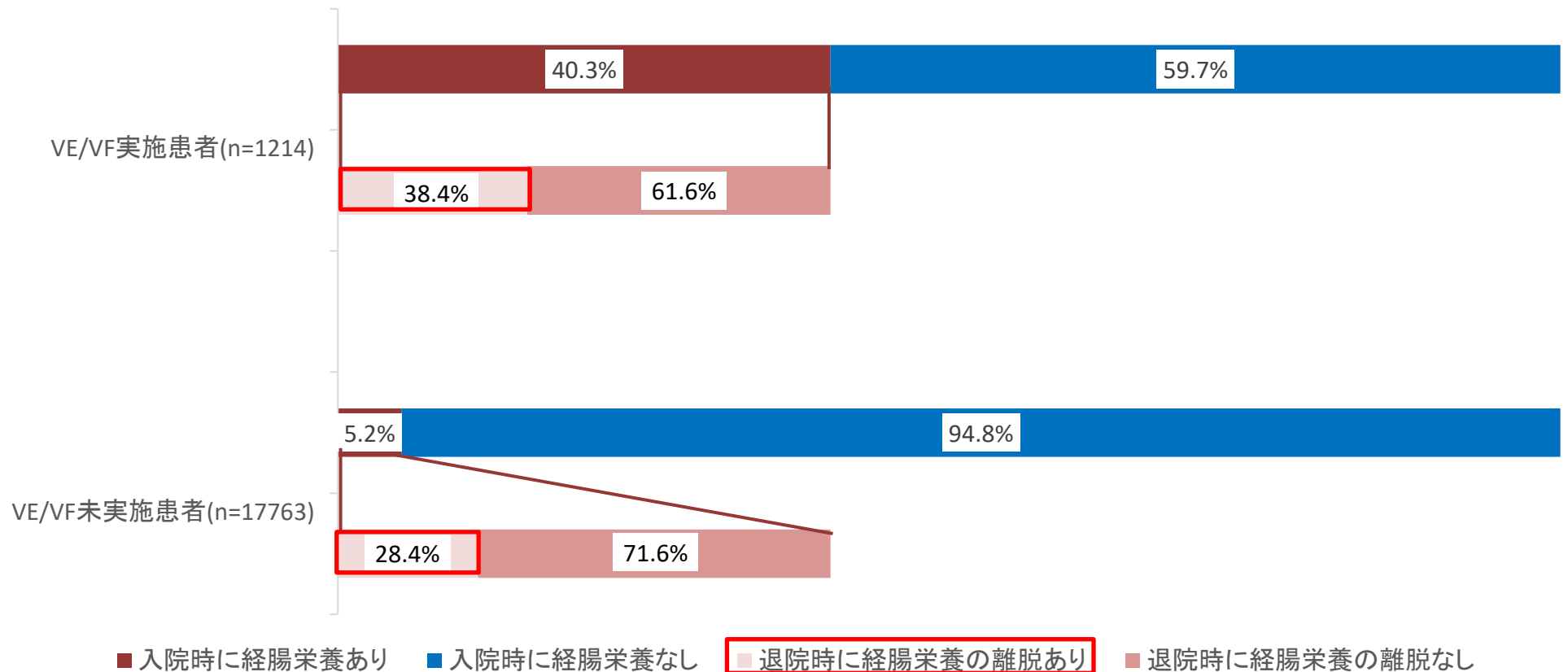
○ 回復期リハビリテーション病棟において、嚥下機能の検査が行われていない病棟が55.8%存在する。



嚥下機能の検査の有無による影響

- 入院時に経腸栄養であった患者について、嚥下機能の検査の実施の有無で比較すると嚥下機能の検査を実施していた患者は経腸栄養の離脱割合が高い。

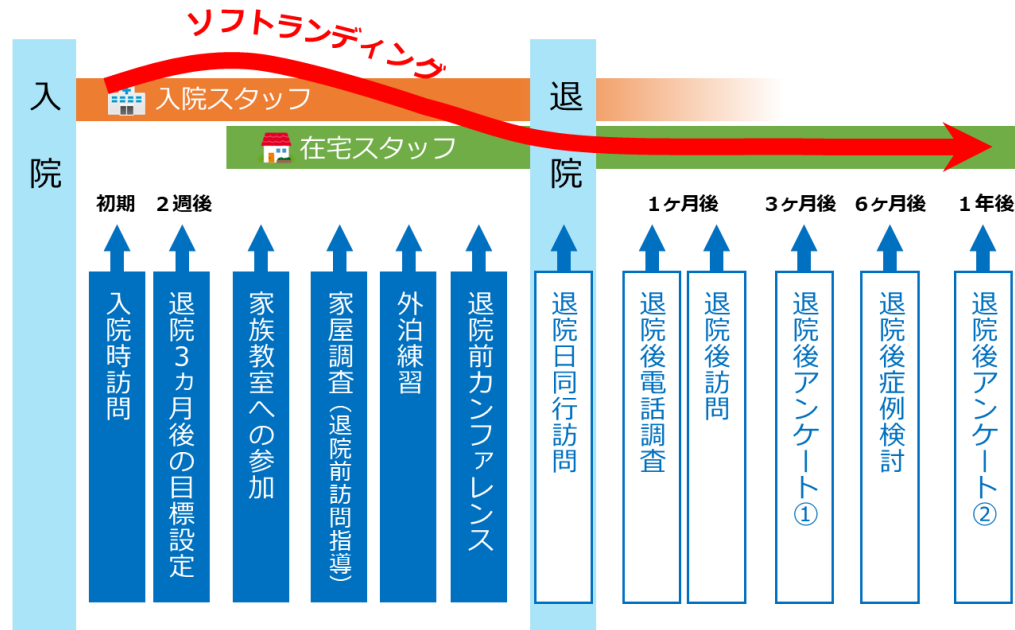
VE/VFの実施別の入院時の経腸栄養患者割合と経腸栄養の離脱割合



※VE/VF:内視鏡嚥下機能検査/嚥下造影

退院前訪問指導について

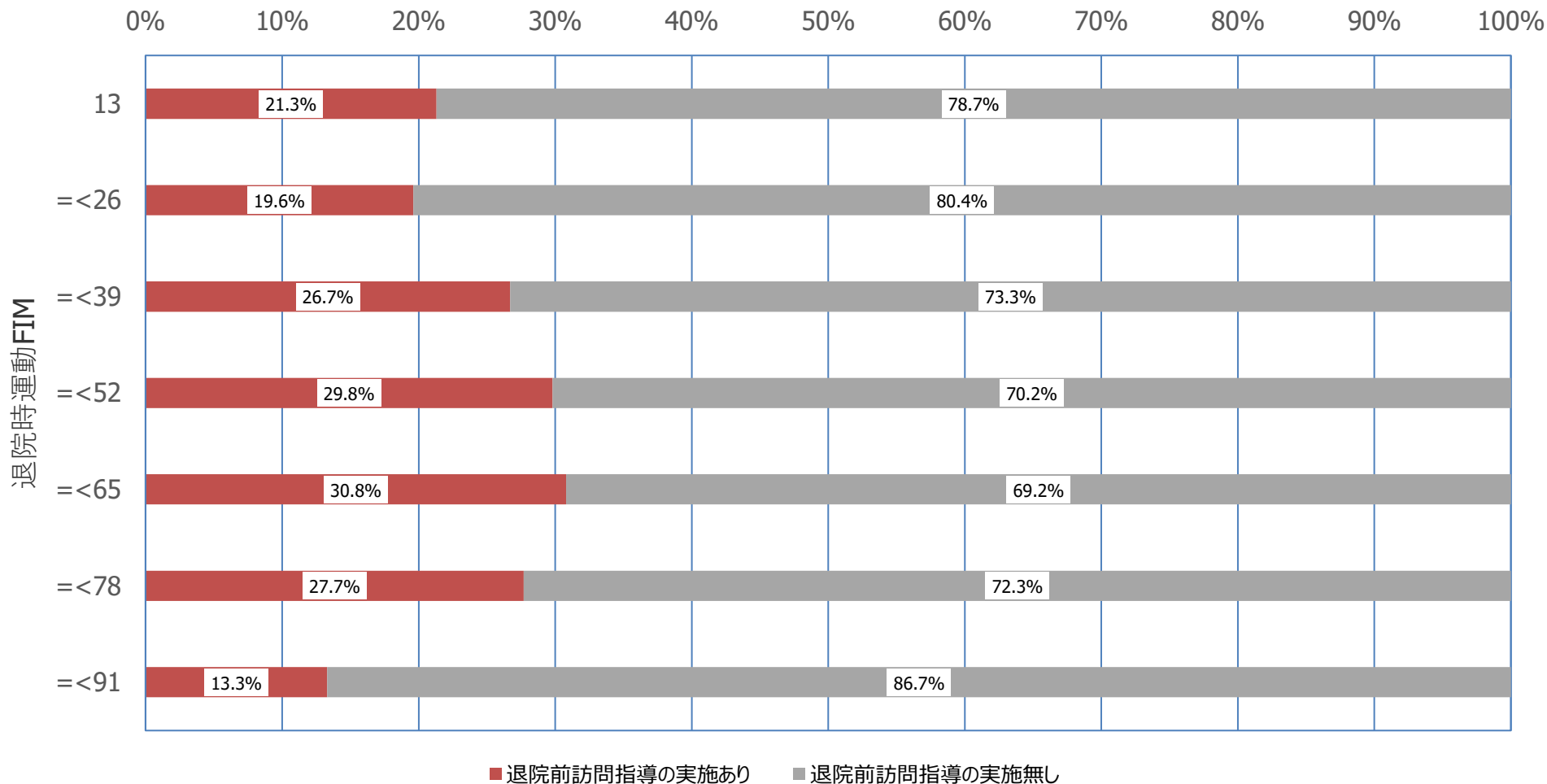
- 退院前訪問指導を実施することにより、再入院と転倒を減少させ、退院後のADLが向上する。
 - 家屋調査を含むフローにより回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
- 大腿骨頸部骨折患者を対象としたRCT(N=77)において、退院前に家屋訪問を実施した患者は、30日後の再入院と転倒が有意に改善するとともに、6か月後のADLが有意に高かったという報告がある。
- Lockwood KJ, et al. Clin Rehabil. 2019 Apr;33(4):681-692.
- 14研究を対象としたメタ解析において、退院前の家屋訪問を実施することが、転倒率を低下させること、退院後の活動レベルが改善すること、再入院率を減少させることが示されている。
- Lockwood KJ, et al. J Rehabil Med. 2015 Apr;47(4):289-99.
- 家屋調査を含む以下のようなフローにより、回復期リハビリテーション病棟からの円滑な退院支援を実施している事例がある。
- 岡光孝. OTジャーナル. 55(8) : 999-1003, 2021



退院時運動FIMと退院前訪問指導実施割合の関係

○ 回復期リハビリテーション病棟に入棟し、在宅に退棟した患者の訪問指導実施割合は、退院時運動FIMが79以上91以下の患者では13.3%だったが、退院時運動FIMが78以下の患者では約2～3割だった。

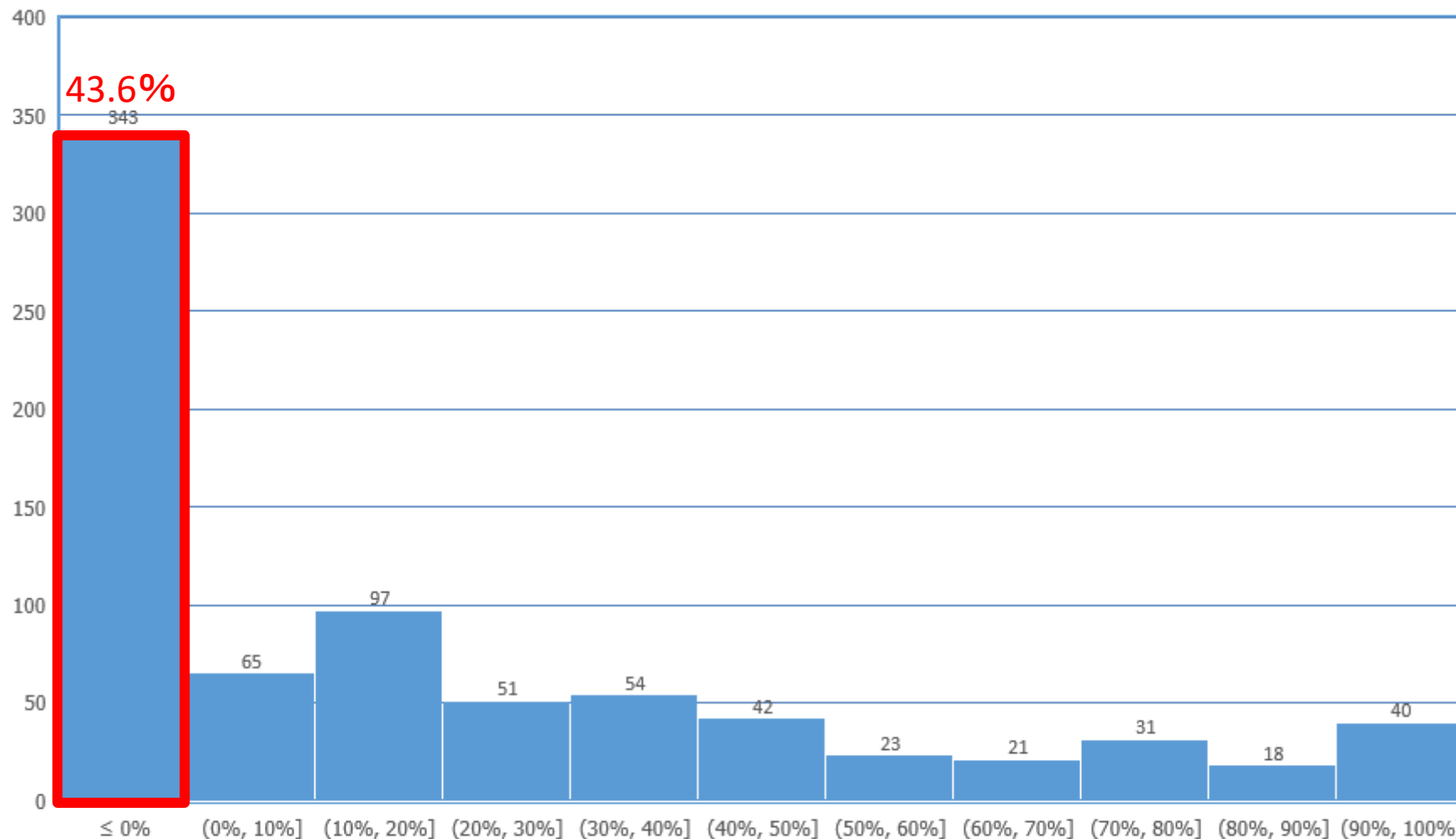
在宅復帰患者のうち退院前訪問指導を実施した割合



回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導の実施割合

- 回復期リハビリテーション病棟における自宅退院予定患者に対する退院前訪問指導実施割合は、全く実施していない施設が43.6%であった。

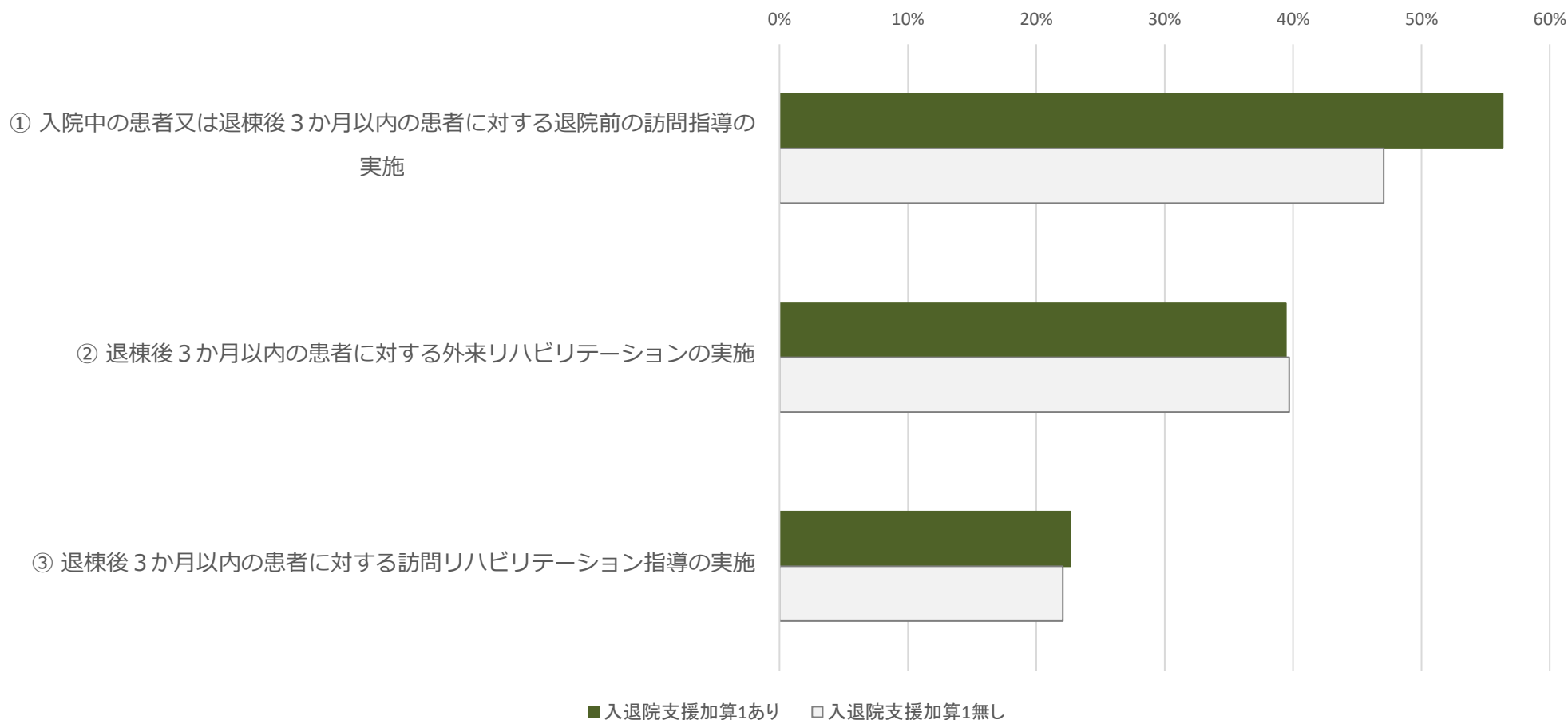
(病院数) 回復期リハビリテーション病棟における自宅退院患者に対する退院前訪問指導の実施割合(n=785)



※退院前訪問指導：入院中の患者に対し患者宅へ訪問指導を行うこと。

○ 回復期リハビリテーション病棟における入退院支援1の届出別の病棟専従のリハビリ専門職の退院後のフォローアップについて、入退院支援加算1を届出がある医療機関の方が、届出がない場合と比較して病棟専従のリハビリ専門職による退院前の訪問指導の実施があると回答した割合が高かった。

■ 回復期リハビリテーション病棟における、入退院支援加算1届出別の病棟専従のリハビリ職による退院前後の指導・リハビリの実施状況



回復期リハビリテーション病棟に求められる役割

回復期リハビリテーション病棟入院料の算定要件

(回復期リハビリテーション病棟入院料について)

- (1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、**ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟**であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。
- (2)～(18) (略)

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

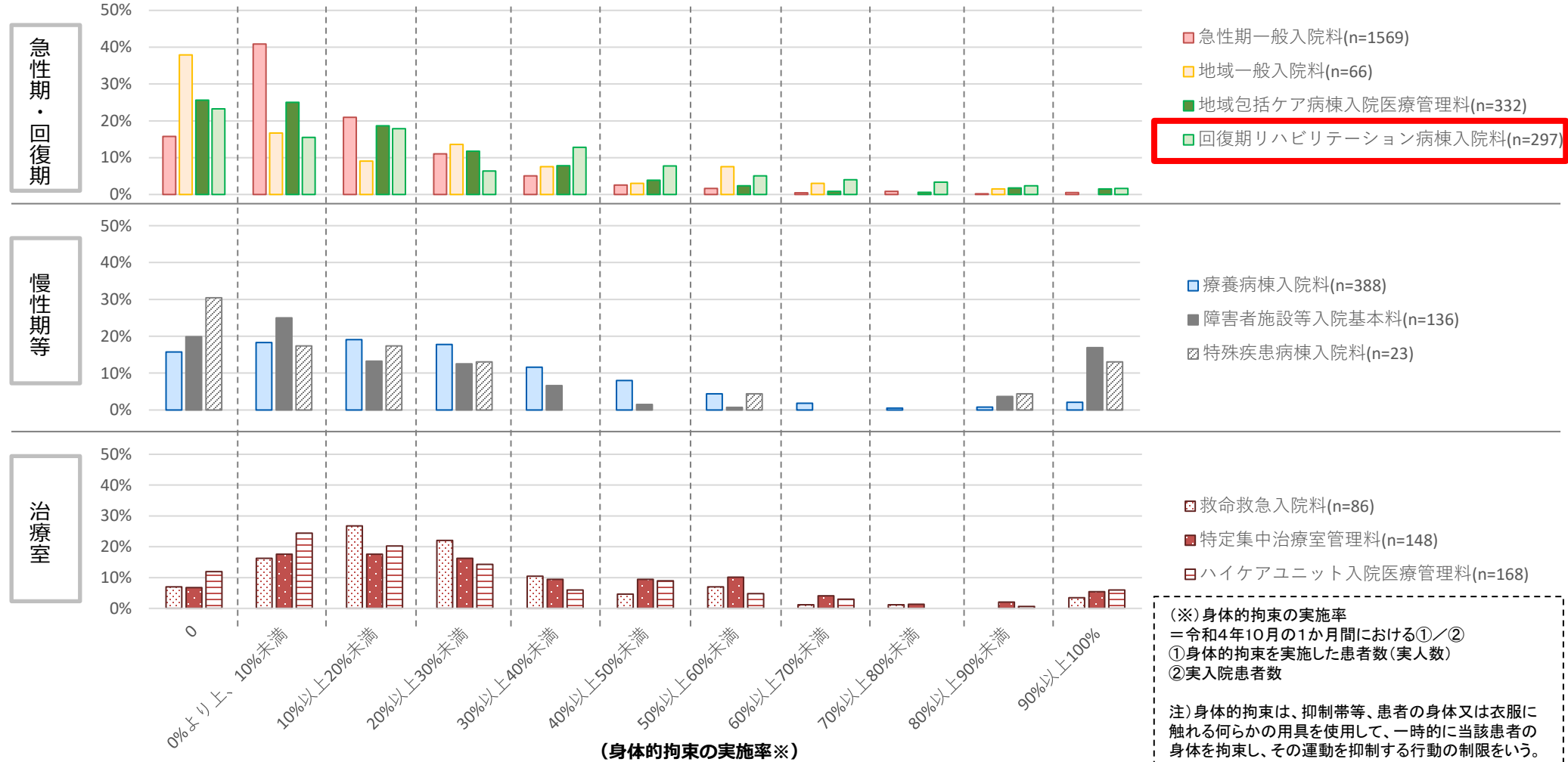
- 1) せん妄等

身体的拘束の実施状況

- ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
- 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■ 入院料別の身体的拘束の実施率（※）

(拘束実施率別の各病棟の占める割合)

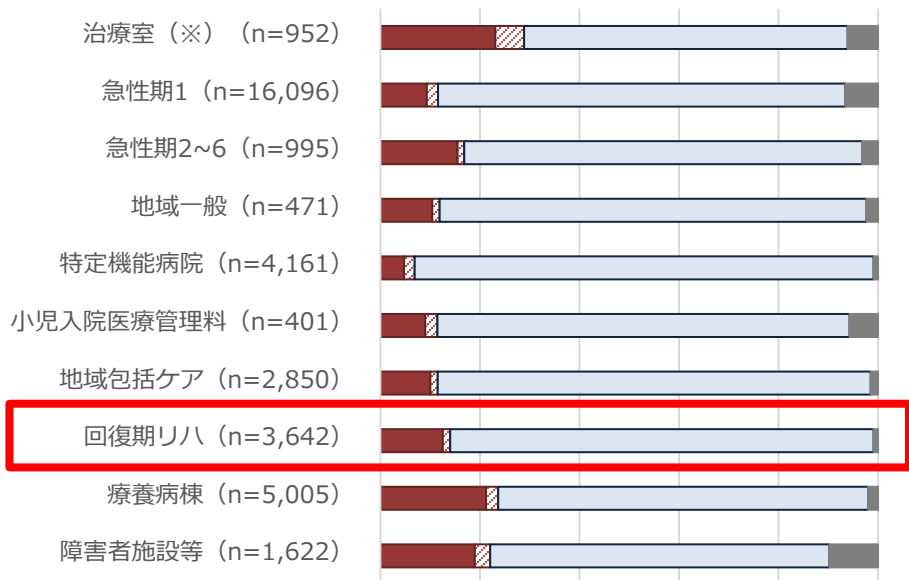


入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
- 「認知症あり」の患者の場合、約2~4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■ 入院料別の身体的拘束の実施有無

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



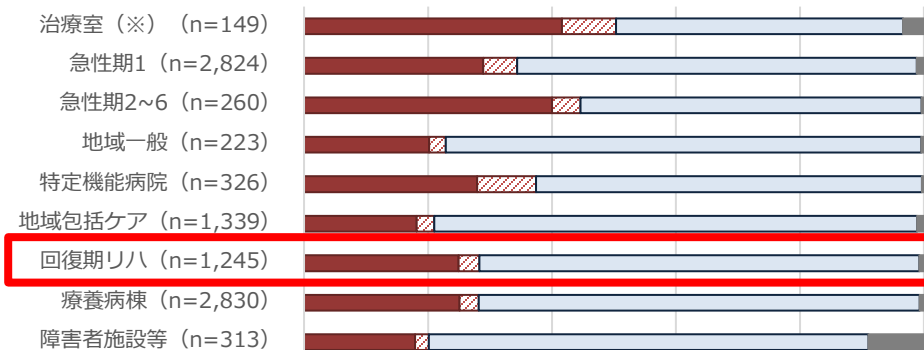
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

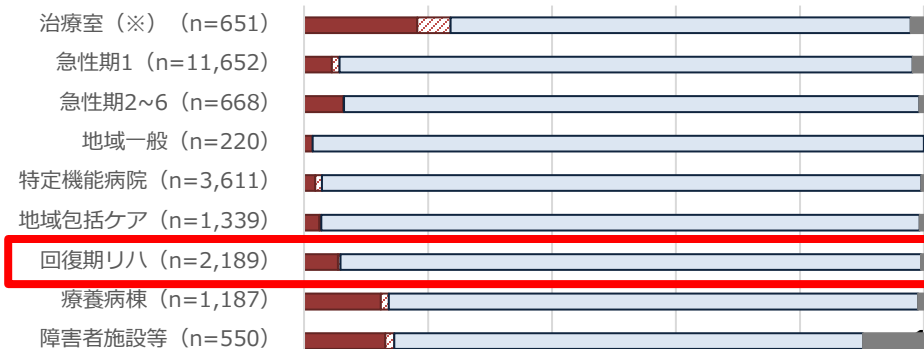
認知症ありの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



認知症なしの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

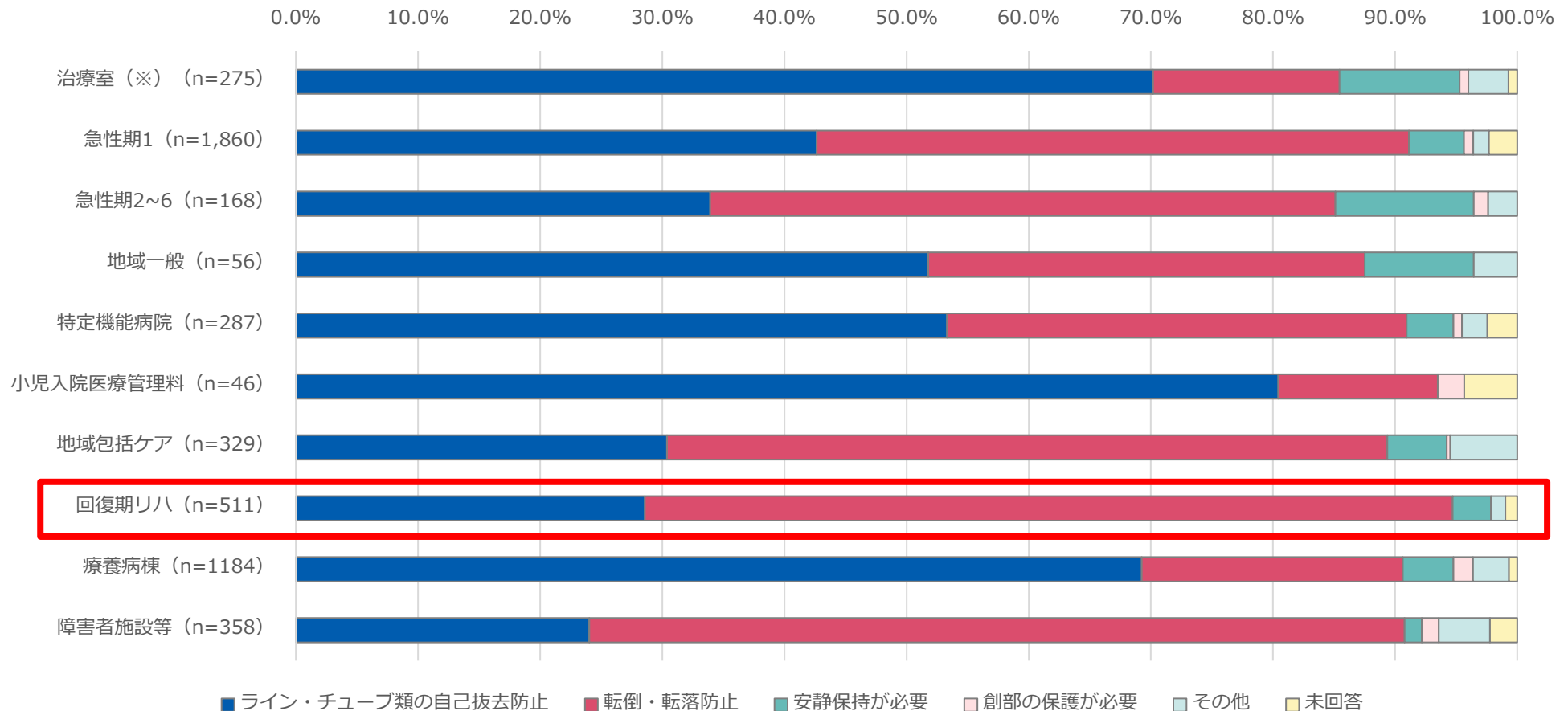


入院料別の身体的拘束の実施理由

診調組 入-1
5. 7. 6 改

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

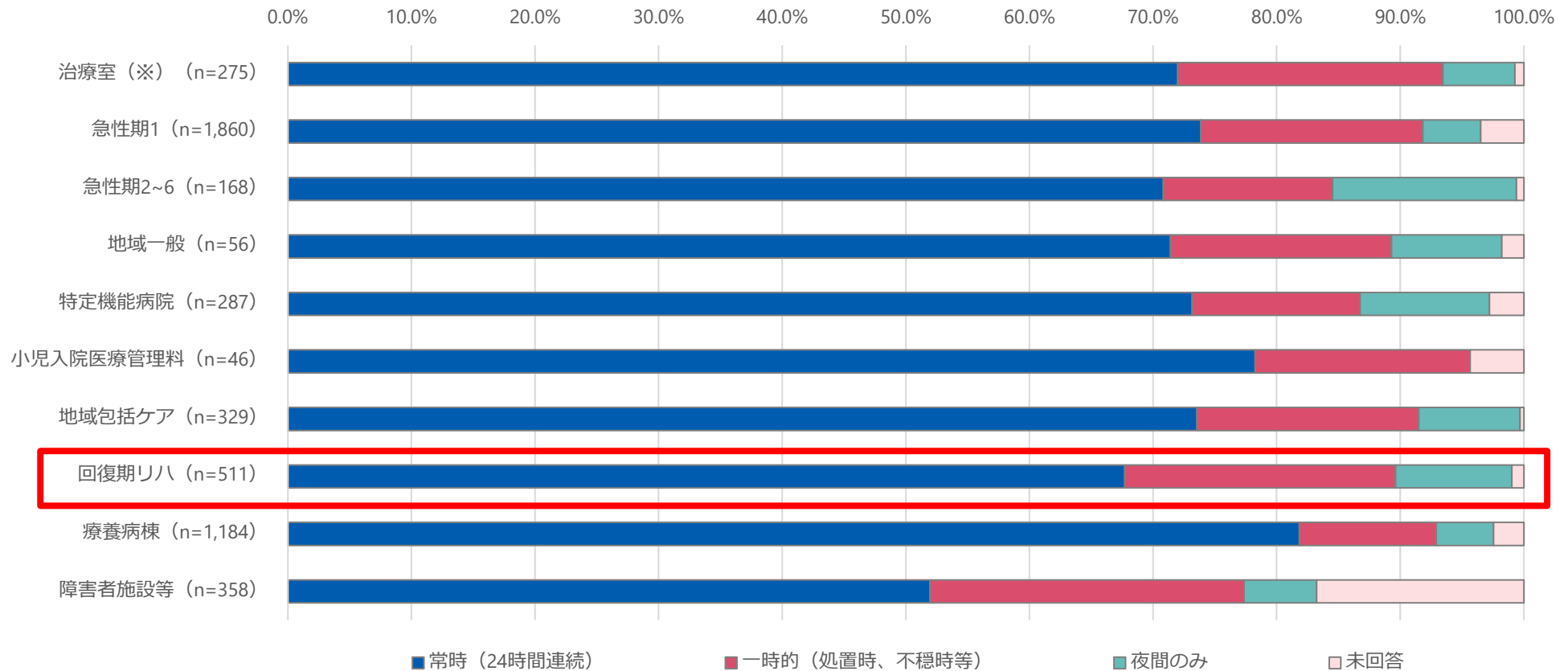
入院料別の拘束時間

診調組 入-1
5. 7. 6 改

- 身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしていた。
- 他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時(24時間)拘束している患者がやや多かった。

■ 拘束時間 (調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る)

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答



(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性①

○ 回復期リハビリテーション病棟の患者について、身体的拘束を実施している患者の主傷病は、脳梗塞や心原性脳塞栓症である患者が多かった。

■ 回復期リハビリテーション病棟の患者における身体的拘束の実施有無別の主傷病

基準日時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり (n=458)

調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり (n=53)

身体的拘束の実施なし (n=3,099)

	主傷病	n数	割合
1	脳梗塞	39	8.5%
2	心原性脳塞栓症	37	8.1%
3	大腿骨頸部骨折	34	7.4%
4	大腿骨転子部骨折	30	6.6%
5	アテローム血栓性脳梗塞	24	5.2%
6	視床出血	23	5.0%
7	廃用症候群	22	4.8%
8	脳皮質下出血	17	3.7%
9	被殻出血	16	3.5%
10	脳出血	13	2.8%

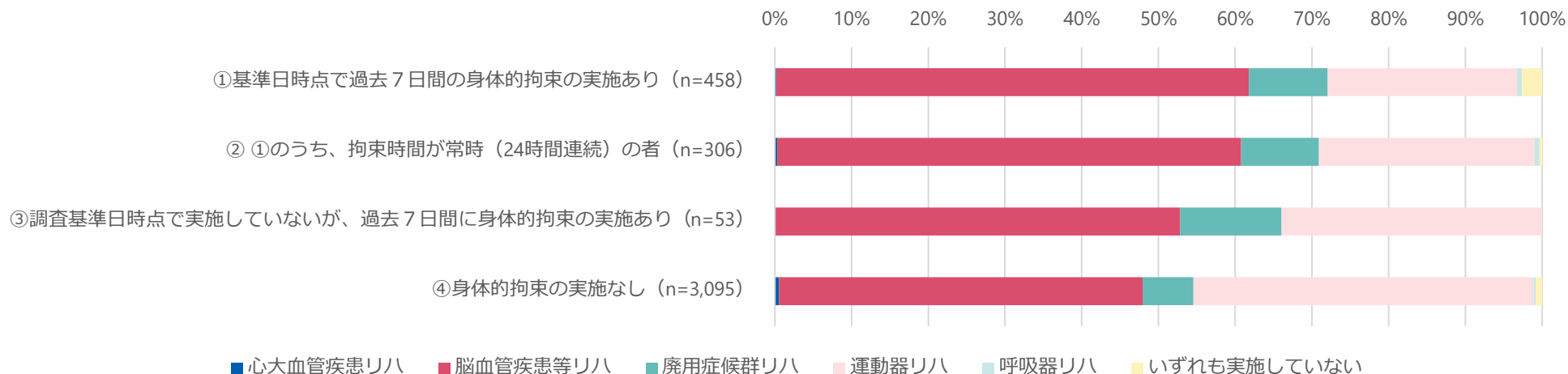
	主傷病	n数	割合
	脳梗塞	7	13.2%
	大腿骨転子部骨折	6	11.3%
	腰椎圧迫骨折	4	7.5%
	廃用症候群	4	7.5%
	心原性脳塞栓症	4	7.5%
	脳出血	3	5.7%
	大腿骨頸部骨折	3	5.7%
	脱水症	3	5.7%
	被殻出血	2	3.8%
	外傷性慢性硬膜下血腫	2	3.8%

	主傷病	n数	割合
	大腿骨転子部骨折	246	7.9%
	大腿骨頸部骨折	231	7.5%
	脳梗塞	187	6.0%
	アテローム血栓性脳梗塞	187	6.0%
	腰椎圧迫骨折	125	4.0%
	心原性脳塞栓症	118	3.8%
	廃用症候群	89	2.9%
	視床出血	83	2.7%
	被殻出血	75	2.4%
	ラクナ梗塞	62	2.0%

回復期リハビリテーション病棟における身体的拘束の実施状況別の患者特性②

- 回復期リハビリテーション病棟では、身体的拘束の実施有無によらずほぼ100%疾患別リハビリテーションが実施されていた。疾患別リハビリテーションの具体的な内容としては、身体的拘束を実施している患者の方が脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合が高かった。
- 身体的拘束の実施有無によらず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず、平均約6単位実施されていた。

■ 身体的拘束の実施有無別、疾患別リハビリテーションの実施状況



■ 身体的拘束の実施有無別、1日あたりのリハビリテーション実施単位数 (未回答を除く)

	平均値	中央値	25%tile	75%tile
①基準日時点で過去7日間の身体的拘束の実施あり (n=198)	5.9	6.2	4.9	7.9
②①のうち、拘束時間が常時(24時間連続)の者 (n=126)	6.1	6.1	5.0	8.0
③調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり (n=30)	6.3	7.6	4.2	8.5
④身体的拘束の実施なし (n=1,580)	5.8	6.1	4.0	8.0

算定要件

(4) 身体的拘束について

ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
- (ロ) 患者家族への説明と同意
- (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
- (ニ) 二次的な身体障害の予防
- (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

【疑義解釈資料の送付について(その1)(平成28年3月31日)】

問62 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

答 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合には、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

施設基準

認知症ケア加算1

認知症ケアチームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

認知症ケア加算2

専任の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

認知症ケア加算3

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

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

地域ケア会議への参画等



自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上を目指す

訪問・通所介護職員等への助言

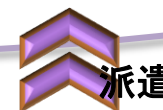


介護職員等への助言などを実施することで、通所や訪問介護における自立支援に資する取組を促進

住民運営の通いの場への支援



介護予防に資するような通いの場の地域展開を、専門的な観点から支援



地域包括支援センター



医療機関・介護サービス事業所等

連携

リハビリテーションに関連する専門職等



企画調整を連携し実施

郡市区等医師会等関係団体



市町村

市町村における総合事業へのリハビリ専門職の確保について

意見交換 資料-4 参考-1
R 5 . 3 . 1 5

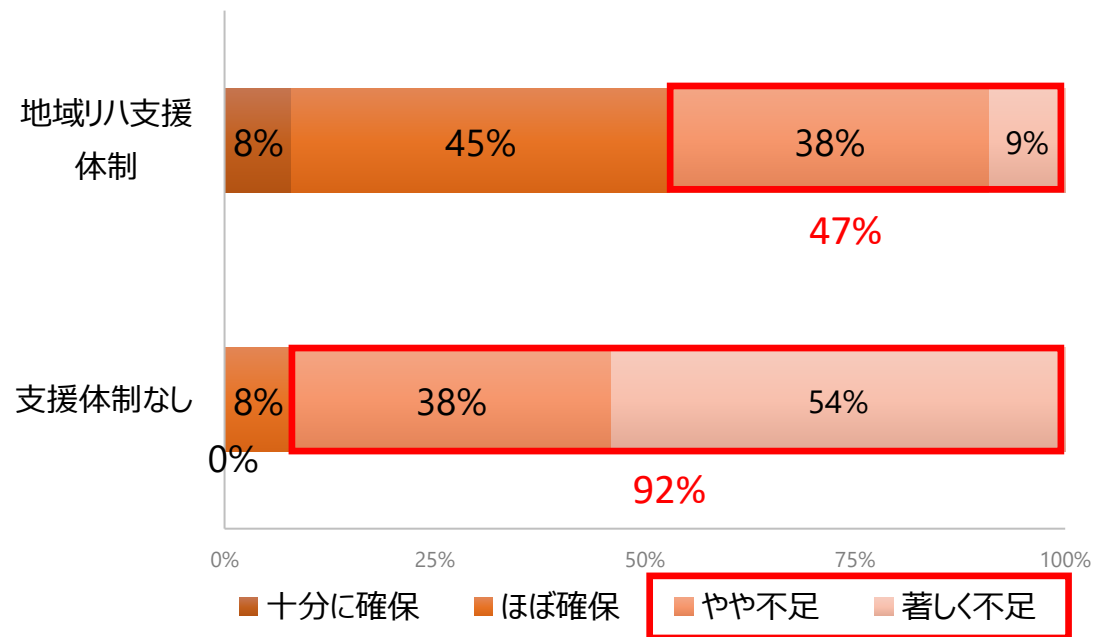
- 地域リハビリテーション活動支援事業は74.2%の市町村で実施されている。
- 総合事業へのリハビリ専門職について、地域リハ支援体制が整備されている市町村においては約半数、地域リハ支援体制がない市町村においては約9割が十分に確保できていない。

地域リハビリテーション活動支援事業の実施状況

	有	無	計
実施市町村数(市町村)	1,292	449	1,741
割合[%]	[74.2%]	[25.8%]	[100.0%]

令和2年度 介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査

総合事業へのリハビリ専門職の確保状況



訪問・通所リハビリテーションの実態調査事業、全国老人保健施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会 合同事業、2017

地域貢献活動について

○ 回復期リハ病棟を有する施設の地域貢献活動の状況は以下のとおり。実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が多い。

施設として実施している又は関与している取り組みについて（令和5年6月1日時点）	地域ケア会議への参加	訪問・通所介護事業所の介護職員などへの助言	住民主体の通いの場への支援	その他、地域リハビリテーション活動支援事業等の一般介護予防事業への協力	上記のいずれも実施又は関与していない
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=265)	61.5%	49.4%	42.3%	51.3%	14.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=59)	52.5%	30.5%	27.1%	39.0%	30.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=88)	55.7%	33.0%	36.4%	45.5%	20.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=10)	50.0%	0.0%	30.0%	10.0%	40.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=13)	30.8%	15.4%	23.1%	15.4%	53.8%

上記取り組みに派遣している職種	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員	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	その他
回復期リハビリテーション病棟入院料1(n=223)	35.4%	3.1%	10.3%	51.6%	79.8%	59.2%	39.0%	23.3%	6.3%	27.8%
回復期リハビリテーション病棟入院料2(n=38)	26.3%	0.0%	7.9%	50.0%	81.6%	71.1%	34.2%	23.7%	7.9%	42.1%
回復期リハビリテーション病棟入院料3(n=68)	38.2%	1.5%	5.9%	41.2%	85.3%	52.9%	27.9%	27.9%	2.9%	26.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料4(n=6)	50.0%	0.0%	16.7%	16.7%	66.7%	33.3%	0.0%	16.7%	0.0%	16.7%
回復期リハビリテーション病棟入院料5(n=6)	33.3%	0.0%	16.7%	66.7%	83.3%	50.0%	16.7%	33.3%	33.3%	16.7%

課題と論点

(回復期リハビリテーション病棟入院基本料)

- 第三者機能評価の認定を受けている医療機関は、認定を受けていない医療機関と比較し、近年の入棟時FIMの低下傾向が緩やかであり、FIMの適切な評価に関する取組を実施している割合も高かった。
- 回復期リハビリテーション病棟1では、専任管理栄養士を配置しており、入院栄養食事指導料を対象となる患者に対して、約1割の病棟でほぼ全ての患者に算定していた一方で、約2割の病棟では全く算定していなかった。
- 摂食嚥下について、嚥下機能の検査を実施している患者と実施していない患者とを比較すると、検査を実施している患者において経腸栄養の離脱割合が高かった。
- 退院前訪問指導は退院後のADL向上等に有効であるが、全く実施していない医療機関が約40%存在した。
- 回復期リハビリテーション病棟は脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であるが、身体的拘束の実施について以下の特徴があった。
 - －急性期一般入院料や地域包括ケア病棟届出病棟と比較し、身体拘束の実施率が30%以上の病棟が多い
 - －身体拘束の実施理由としては「転棟・転落防止」が多い
 - －身体的拘束を実施している患者は、主傷病が脳梗塞や心原性脳塞栓症である者が多い
 - －身体的拘束の実施有無に寄らず、1日あたりのリハビリテーションの実施単位数は変わらず約6単位提供されている
- 地域リハ活動支援事業等の総合事業へのリハビリテーション専門職の確保が不足している市町村は半数以上を占める。回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関における地域貢献活動について、実施されている内容としては地域ケア会議への参加、一般介護予防事業への協力が多い。

【論点】



- 第三者機能評価の認定を受けている病棟におけるFIMの推移やFIMの評価に関する取組の状況等を踏まえ、回復期リハビリテーションにおけるアウトカムの適切な評価を推進するためにどのような方策が考えられるか。
- リハビリテーション・口腔・栄養の取組や、退院前訪問指導の実施状況を踏まえ、より質の高い回復期リハビリテーションを推進する観点から、回復期リハビリテーション病棟入院料の評価の在り方についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟に求められる機能を踏まえ、身体的拘束の実施についてどのように考えるか。
- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション専門職の配置状況や地域貢献活動の実施状況を踏まえ、回復期リハビリテーション病棟からの地域貢献活動についてどのように考えるか。

1. 急性期入院医療について(その3)
2. 回復期リハビリテーション病棟について(その1)
- 3. 慢性期入院医療について(その2)**

療養病棟入院基本料の概要

	療養病棟 入院基本料1	療養病棟 入院基本料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の <u>75</u> /100を算定

* : 生活療養を受ける場合の点数は除く。

療養病棟入院基本料について

療養病棟入院基本料 1

【施設基準】

①看護配置：20：1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 813点	1, 414点	968点
ADL区分2	1, 758点	1, 386点	920点
ADL区分1	1, 471点	1, 232点	815点

療養病棟入院基本料 2

【施設基準】

①看護配置20：1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 748点	1, 349点	903点
ADL区分2	1, 694点	1, 322点	855点
ADL区分1	1, 406点	1, 167点	751点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

ADL区分

ADL区分3	23点以上
ADL区分2	11点以上～23点未満
ADL区分1	11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
(合計点)	0～24

療養病棟に係る中医協総会等における主なご意見①

<令和5年6月8日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- データ提出加算のデータを用いて医療区分についての分析を実施すべき。
- 中心静脈栄養の適応理由について「他に代替できる栄養経路がない」が多いが、これは経腸栄養ができないということではないのではないか。本来、中心静脈栄養は経腸栄養ができない場合に実施するものであり、経腸栄養ができれば経腸栄養に移すというもので、このような取組を引き続き進めていくべき。

<令和5年7月6日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 身体拘束の実施が、治療室に次いで療養病棟が多い状況になっており、認知症のなしの患者における拘束が療養病棟に多い。24時間ずっと拘束をやっていて、その理由が「ライン・チューブ類の自己抜去防止」となっている。療養病棟で一体何に対する自己抜去防止でこのように拘束がされているのか。

<令和5年7月5日 中医協総会 入院について(その1)>

- 療養病棟入院料の経過措置の扱いが来年3月までとなっているが、現場や入院中の患者に混乱が生じないようきめ細かな対応が必要。
- 療養病棟の医療法上の経過措置について、患者に影響はでないようにしつつ、診療報酬上の経過措置も終了すべき。
- 高齢者人口のさらなる増加を踏まえ、在宅医療との役割分担を含め、療養病床の在り方について議論を進めるべき。

<令和5年8月10日 入院・外来医療等の調査・評価分科会>

- 療養病棟の包括範囲内のコストについて、「処置」と「疾患・状態」それぞれについて性質が異なるため、「疾患・状態」と「処置」のそれぞれのニーズに合わせた区分を検討することが必要。「処置」としての医療区分と「疾患状態」の医療区分の組合せの医療資源投入量について分析をしてはどうか。
- 医療区分について細かく条件を設定すればコストとの整合性が増すのは間違いないが、医療療養病棟の電子カルテの普及率がいまだに50%ほどしかなく、記入負担には配慮が必要。
- 医療区分については、疾患病態医療処置について判断がしやすいように要件を具体化することも必要。
- 疾患・状態と処置に分類すると、それぞれコスト構造が明らかになっているが、同じ点数で評価しているという違和感がある。この医療区分については評価法の検討が必要なのではないか。
- 現在の医療区分は医療資源投入量からいうとバランスがとれており、基本的には大きく変える必要はないのではないかと。

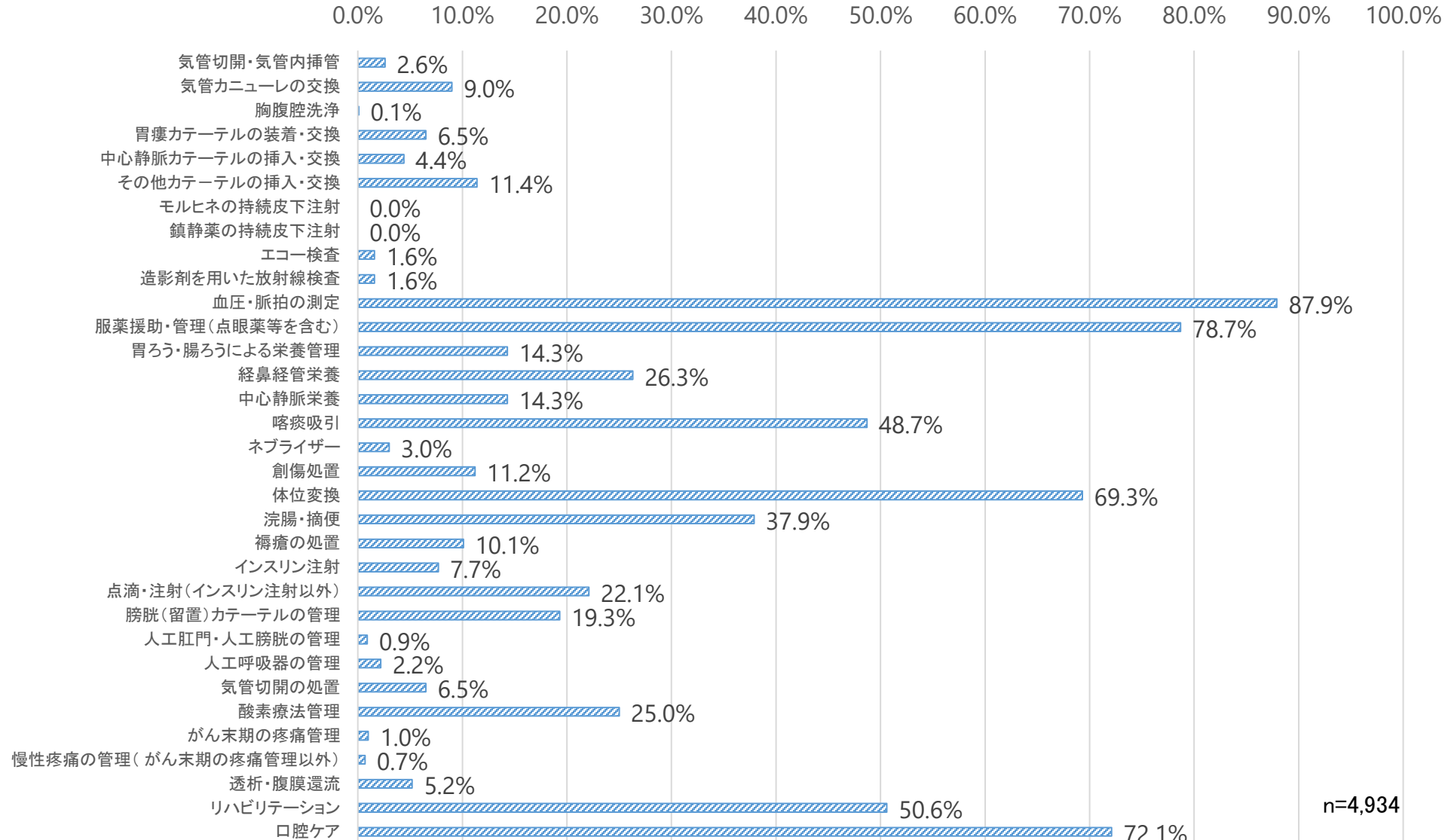
療養病棟に係る中医協総会等における主なご意見②

＜令和5年8月10日 入院・外来医療等の調査・評価分科会＞

- 療養病棟における栄養サポートチーム加算の届出状況が低い理由については分析が必要。
- 全ての病院、施設、全ての病棟、それこそ地域医療も含めて、栄養管理というのは基本的な内容である。NSTがどのように経年変化として日本全体、あと多様な入院機能として成長してきているのか経年変化的な縦断的な視点というものも必要。
- 人工栄養の意味を本人や家族に理解いただき、その意思を確認することがまず重要。一方、命を長らえる技術があればそれを望む選択も十分あり得るため、それを選んだ場合の療養の受け皿の確保も必要。
- 経口摂取が不可能な場合や中心静脈栄養から胃ろうや腸ろうなどへ栄養方法を変更するような場合、医療者から患者家族への十分な情報提供や意思決定支援が重要。
- 中心静脈栄養の医療区分3としての評価は、療養病棟の対象患者割合から除外する、または、評価を医療区分3から2あるいは1に引き下げるなど見直しが必要。ただし、経管栄養などは適応にならず真に中心静脈栄養を必要とする場合には、その受け皿として機能するよう確保を図ることも必要。
- 医療区分3の中心静脈栄養は絶対適応の患者のみを要件としてはどうか。
- 中心静脈栄養が漫然と続いている可能性がある。医学的根拠に基づいて、腸を使った栄養管理へシフトし、過不足のない中心静脈栄養が行われるような促し方が必要ではないか。
- 中心静脈栄養について、患者のために可能な限り早く速やかに抜去するということは当然だが、実際はそれほど進んでおらず改善の余地がある。
- 療養病棟における処置ごとの拘束の実施について、拘束が必要なのはどのような状況なのか確認が必要。認知症の方の拘束も課題だが、認知症のない方が人工栄養の保持のために拘束されている状況は、人工栄養の適応が本人の希望に基づく状況であるのかを含めて、慎重に検討する必要がある。
- 各種処置や医療技術とともにある生活を支える必要のあるケースの受け皿が重要。こうしたケースは、医療目的の医療保険による病院ではなく、介護を主とした体制が整備されている中での医療への対応という視点で考える必要があり、今後の介護医療院での医療の在り方の議論として重要。
- 介護医療院をはじめとした介護系の施設において、医療的な処置が出来ている実態がある。介護サービスが必要な患者については、介護系の施設で見るべき。このような患者が介護施設に移行した場合は医療療養病棟の患者は相対的に減少すると想定される。こうしたことも踏まえて医療と介護のすみ分けを進めていくことを今後も検討していくべき。

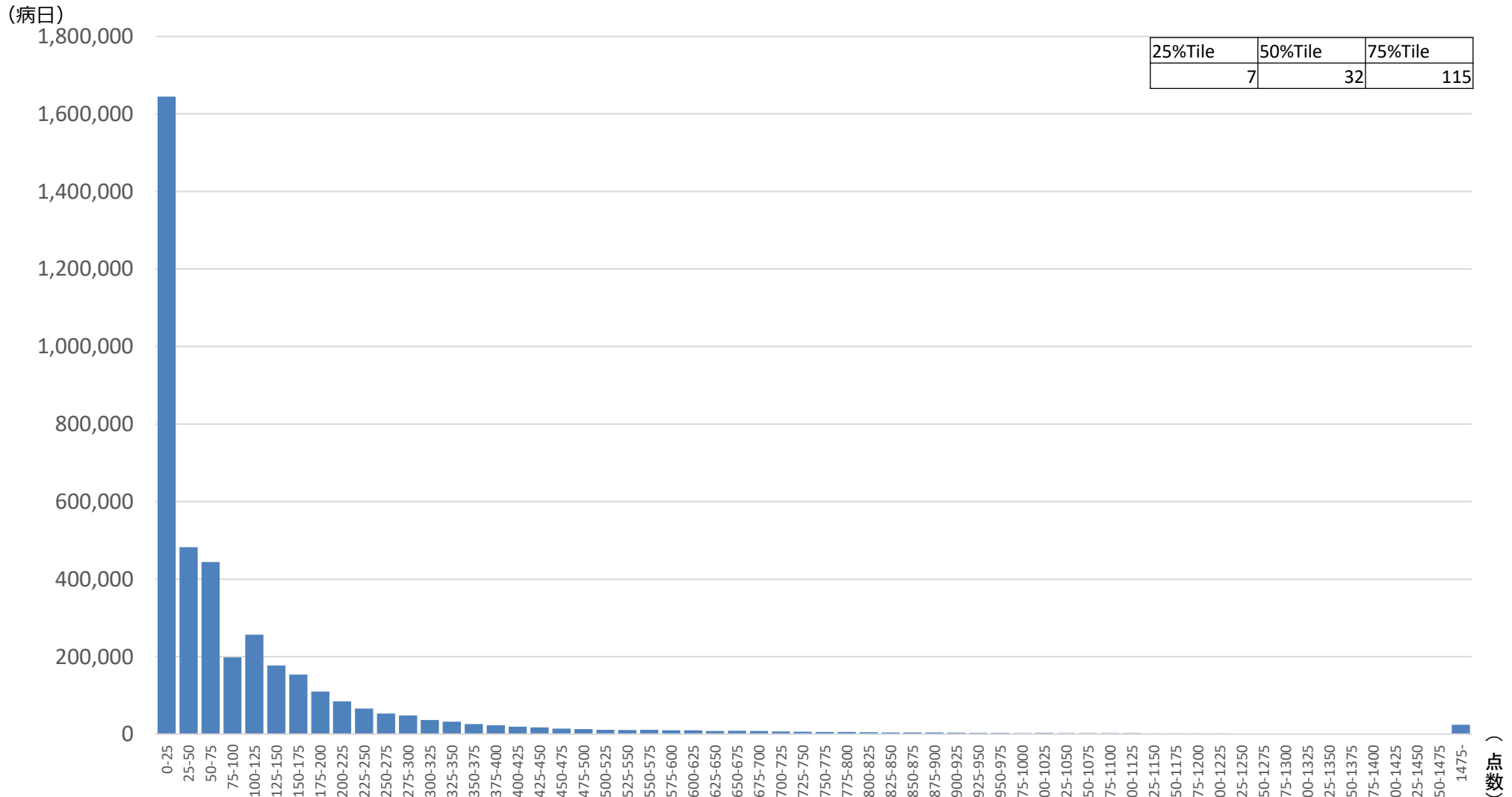
療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等

○ 療養病棟における患者が受けた医療行為・処置等は以下のとおり。例えば、医療区分3の項目である「中心静脈栄養」は14.3%、「人工呼吸器の管理」は2.2%の患者に実施されていた。



医療区分1に係る医療資源投入量

○ 医療区分1(療養病棟入院基本料G・H・I)に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。



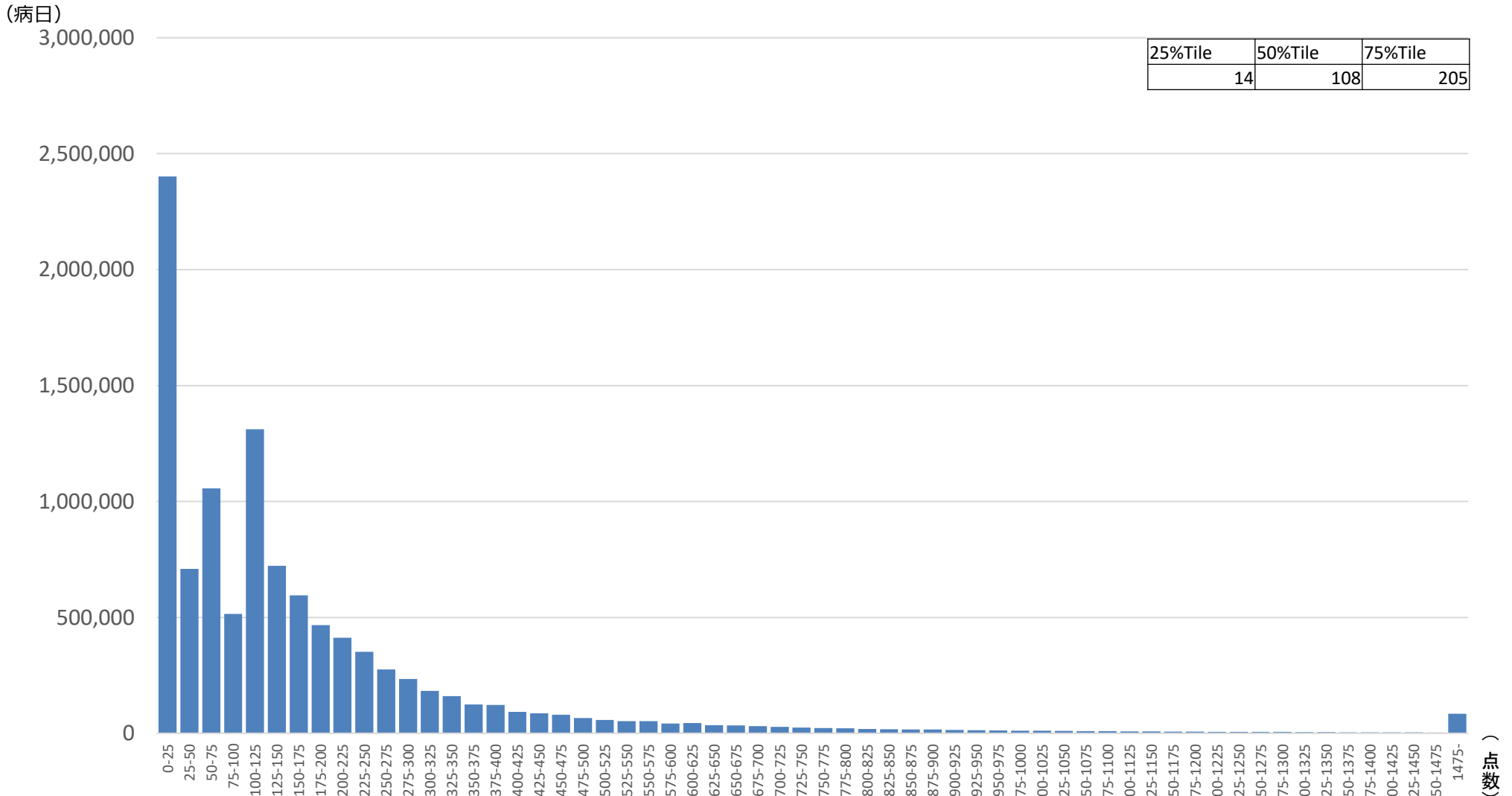
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード(入院料に包括される診療項目)を使用。

医療区分2に係る医療資源投入量

○ 医療区分2(療養病棟入院基本料D・E・F)に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。



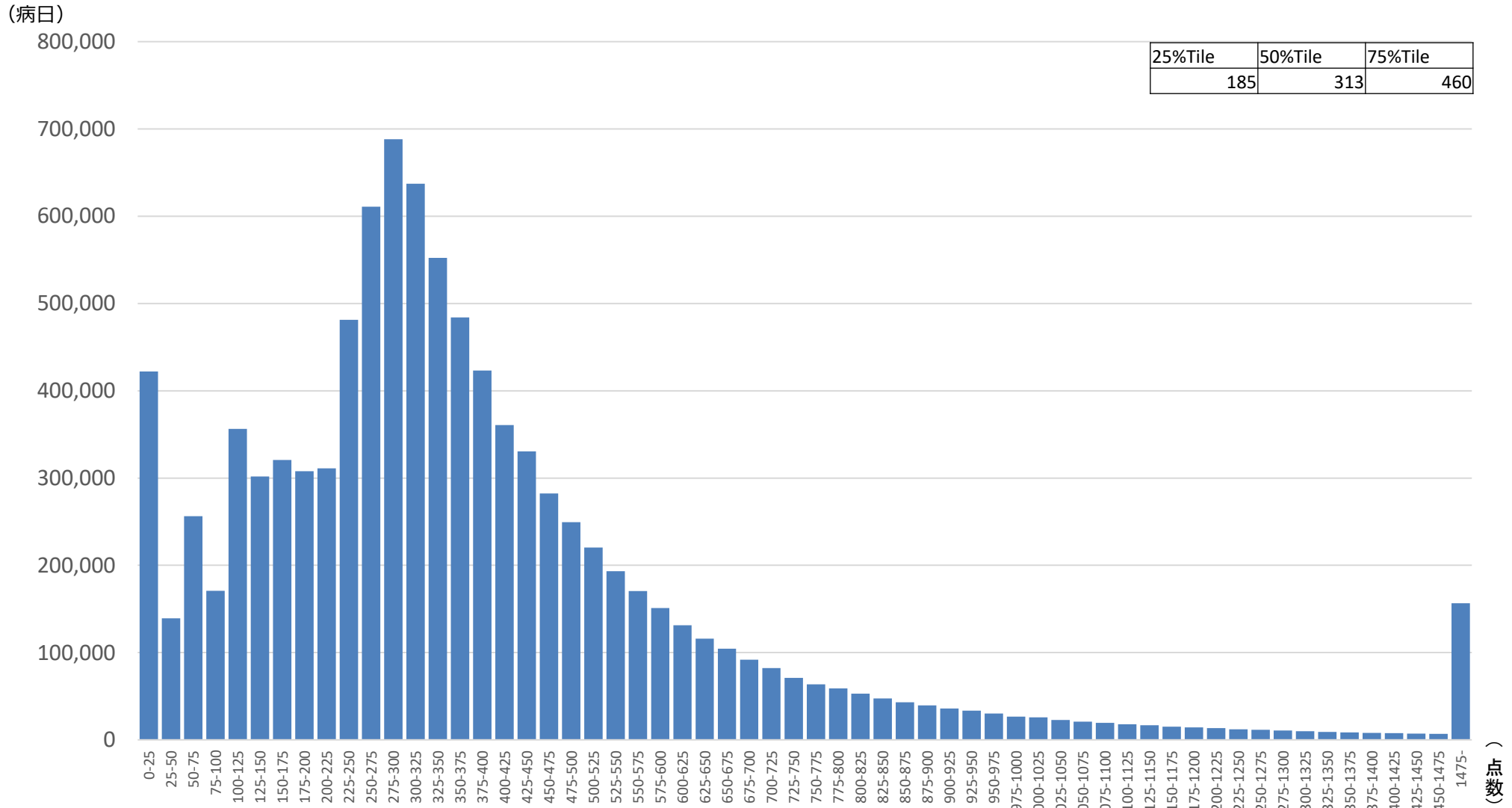
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分3に係る医療資源投入量

○ 医療区分3(療養病棟入院基本料A・B・C)に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

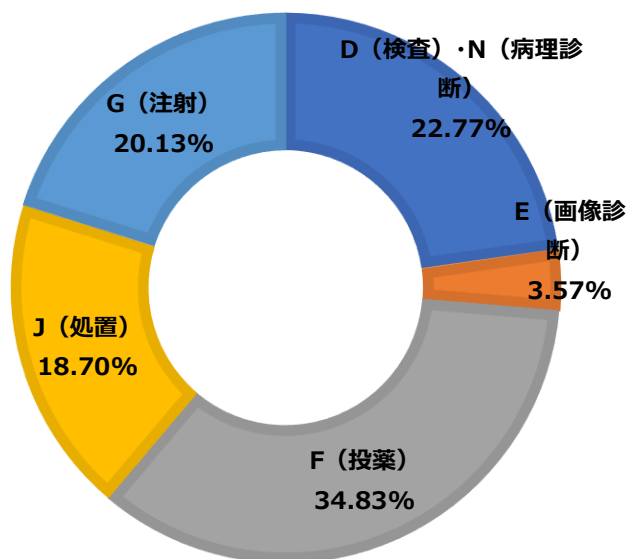
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

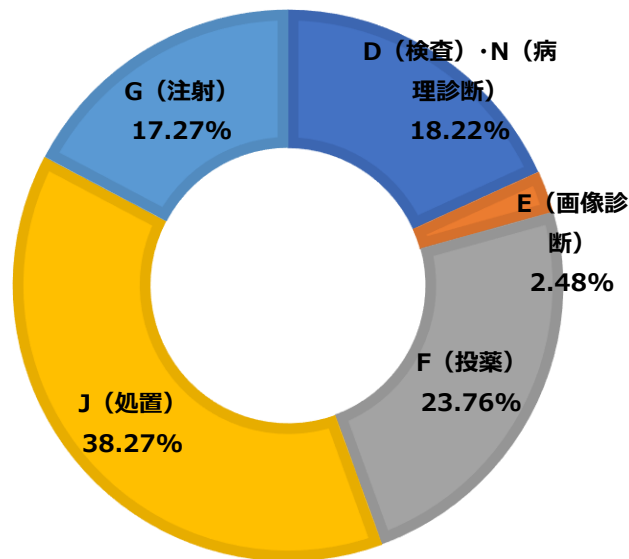
医療区分毎の医療資源投入量の内訳

○ 医療区分1・2・3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

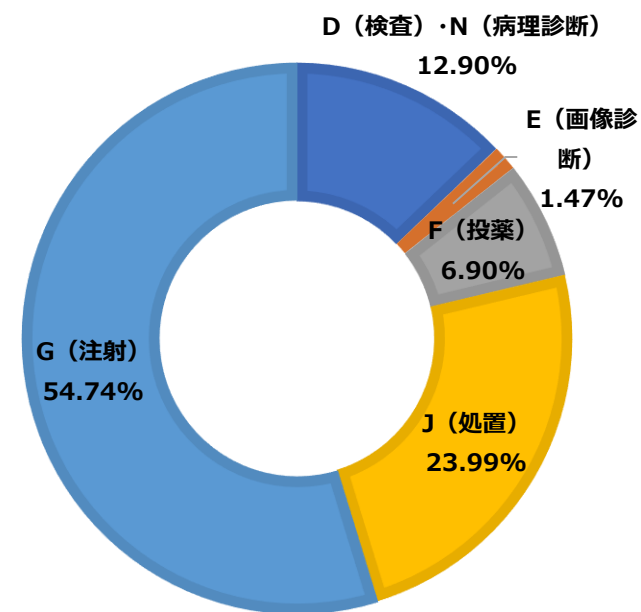
医療区分 1 における割合



医療区分 2 における割合



医療区分 3 における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分3

【対象となる疾患・状態】

- ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

【対象となる処置等】

- ・中心静脈注射を実施している状態 ・二十四時間持続して点滴を実施している状態
- ・人工呼吸器を使用している状態 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- ・気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態 ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）
- ・感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

医療区分2

【対象となる疾患・状態】

- ・筋ジストロフィー症
- ・多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）
- ・脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）
- ・慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズ分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）
- ・悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）
- ・他者に対する暴行が毎日認められる状態

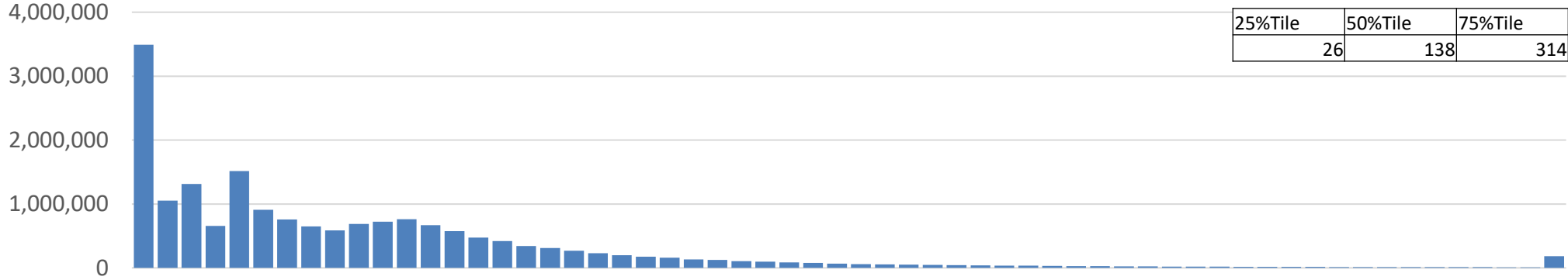
【対象となる処置等】

- ・肺炎に対する治療を実施している状態 ・尿路感染症に対する治療を実施している状態
- ・傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）
- ・脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態 ・消化管等の体内からの出血が反復継続している状態
- ・頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
- ・褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）
- ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態 ・せん妄に対する治療を実施している状態
- ・うつ症状に対する治療を実施している状態 ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
- ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態 ・一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引を実施している状態
- ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。） ・頻回の血糖検査を実施している状態
- ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療を実施している状態
- ・酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。）

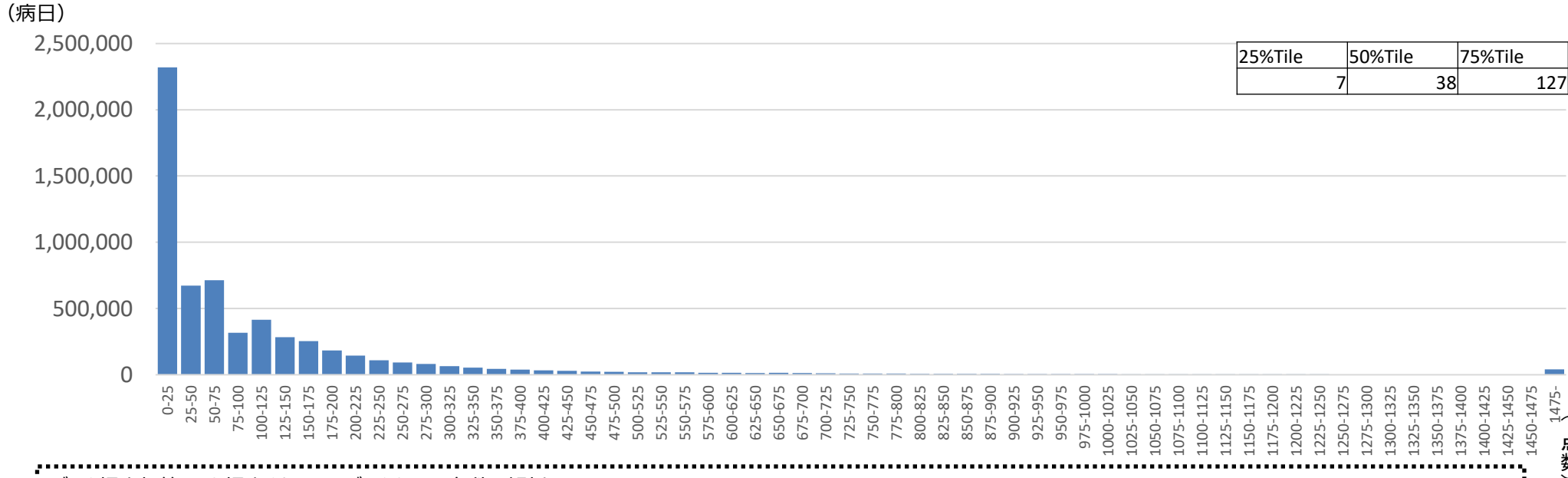
疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。

(病日) 疾患・状態としての医療区分1



処置等としての医療区分1



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

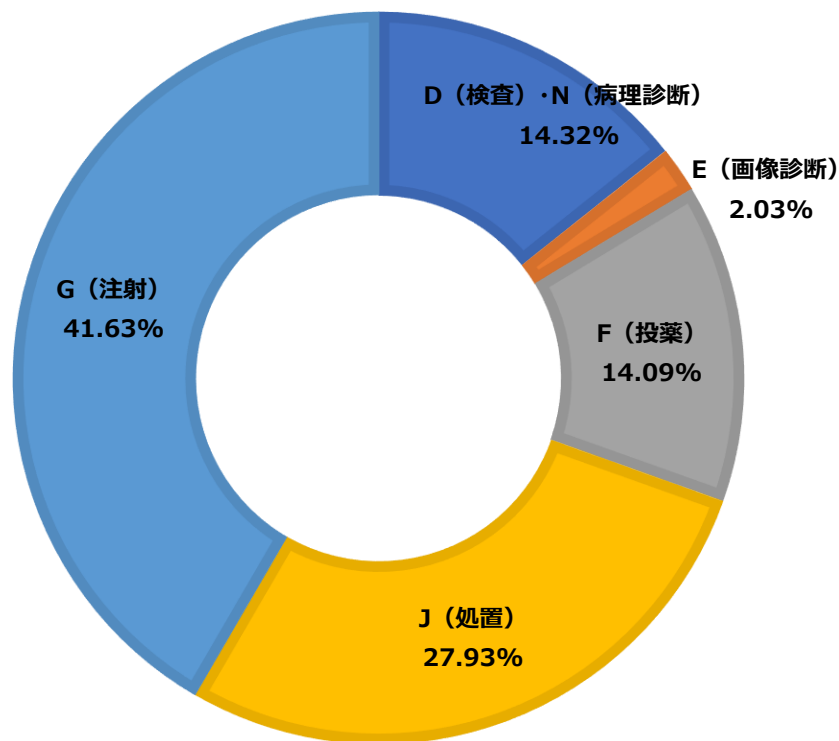
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

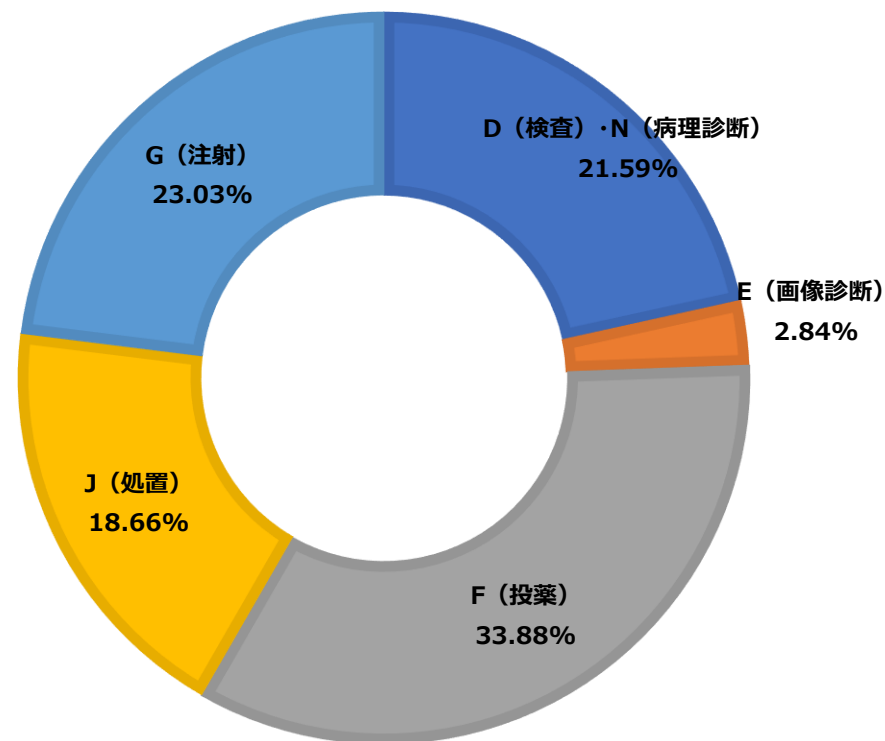
医療区分 1 に係る医療資源投入量の内訳

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分1に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分 1 における割合



処置等の医療区分 1 における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

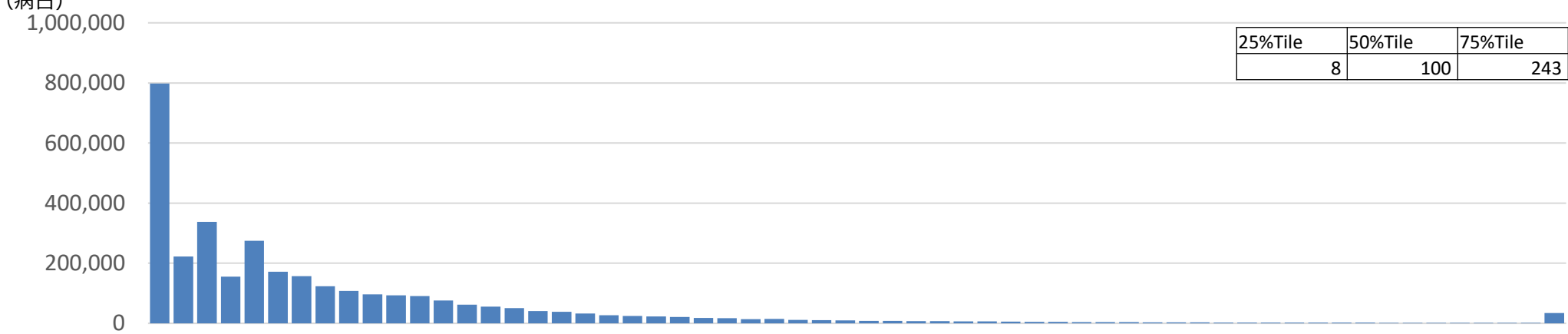
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

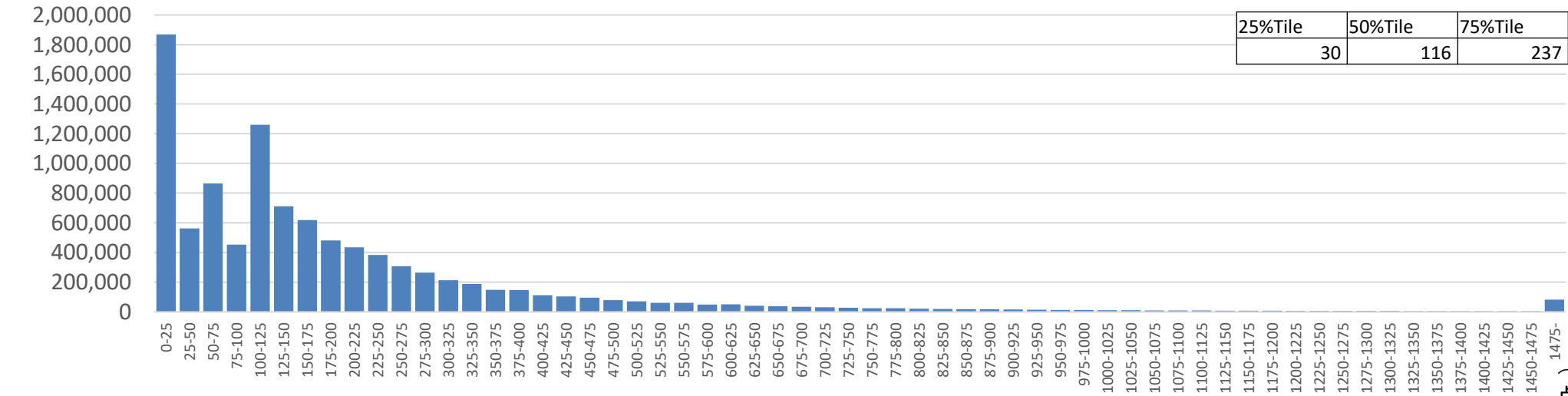
疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。

疾患・状態としての医療区分2



処置等としての医療区分2



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

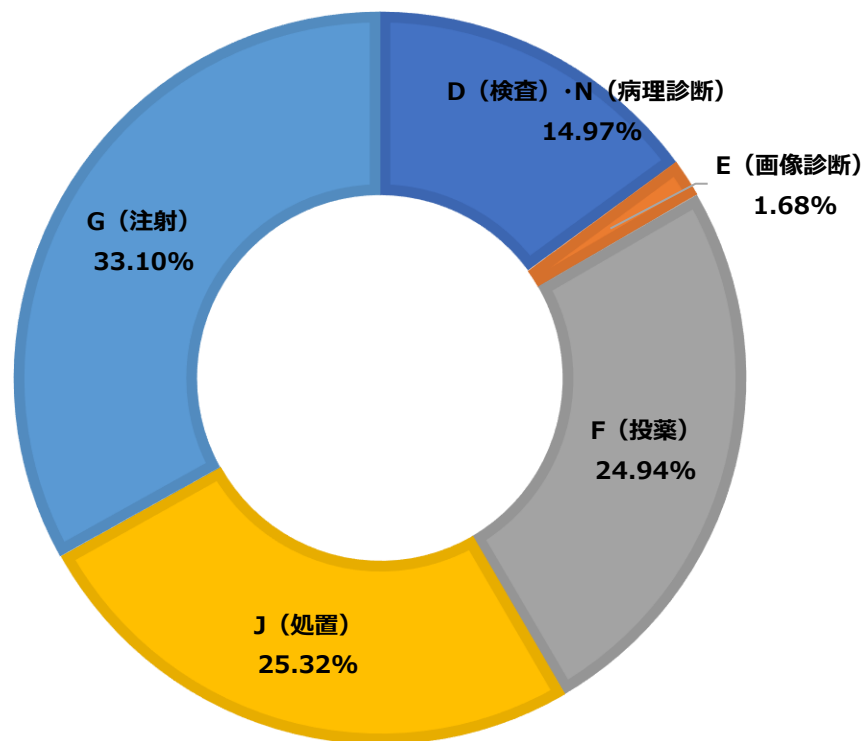
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

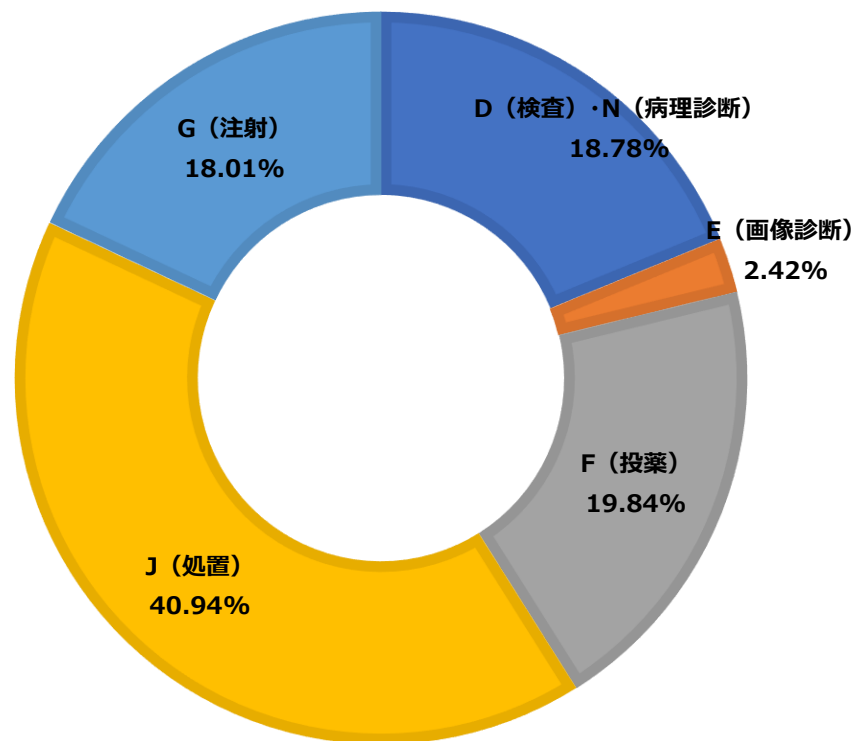
医療区分2に係る医療資源投入量の内訳

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分2に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分2における割合



処置等の医療区分2における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

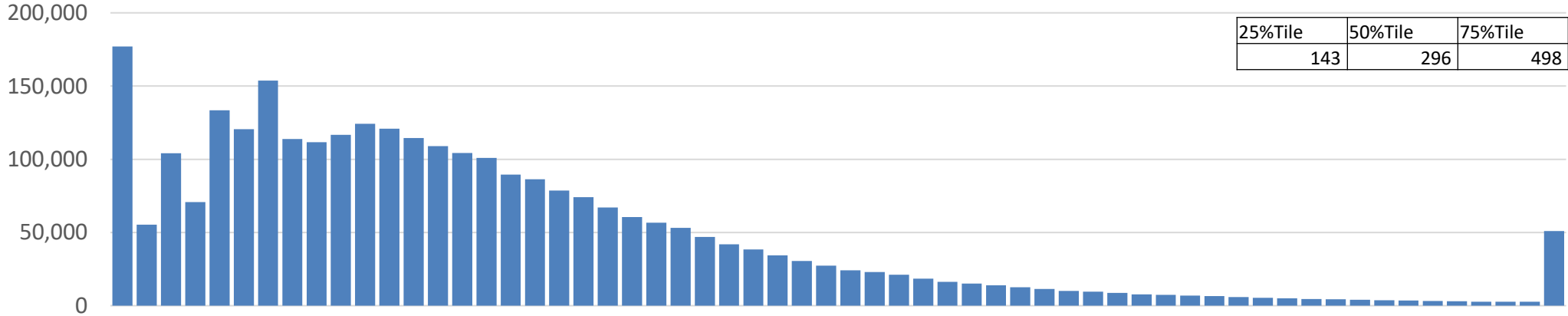
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

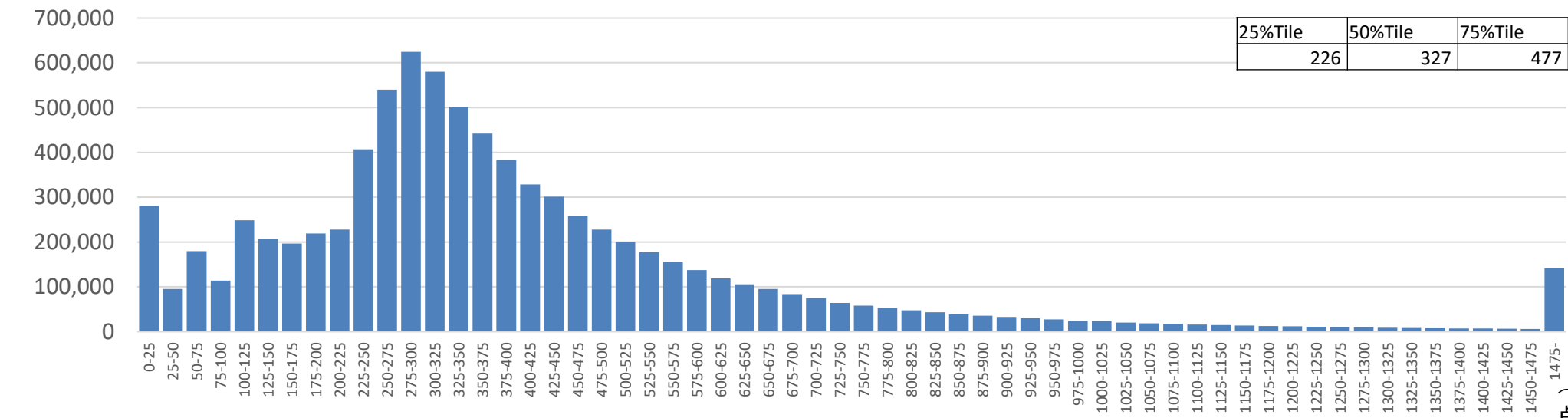
疾患・状態及び処置等としての医療区分3に係る医療資源投入量

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の分布は以下のとおり。

(病日) 疾患・状態としての医療区分3



(病日) 処置等としての医療区分3



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

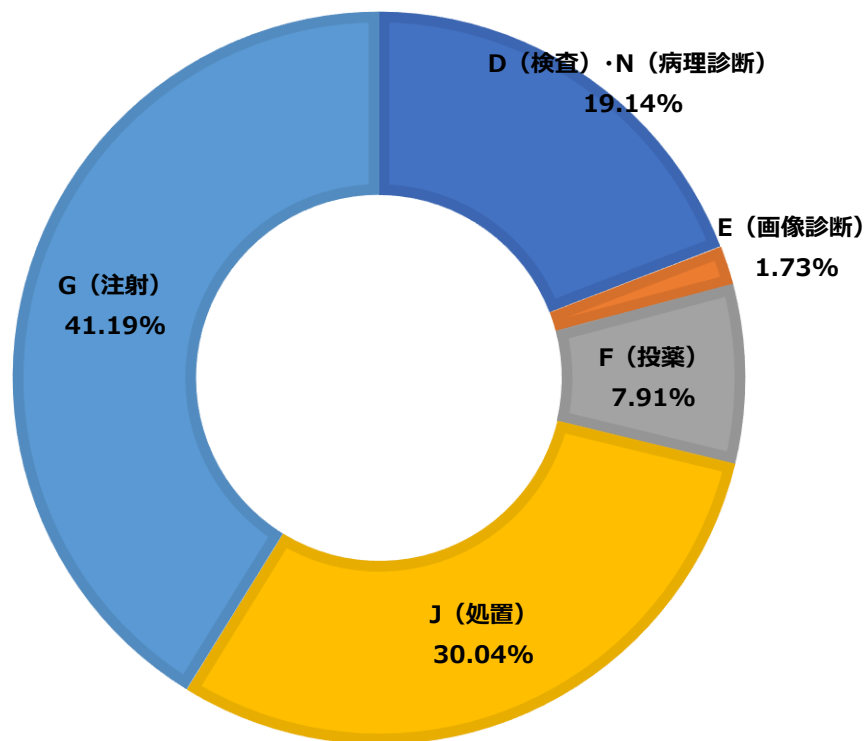
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

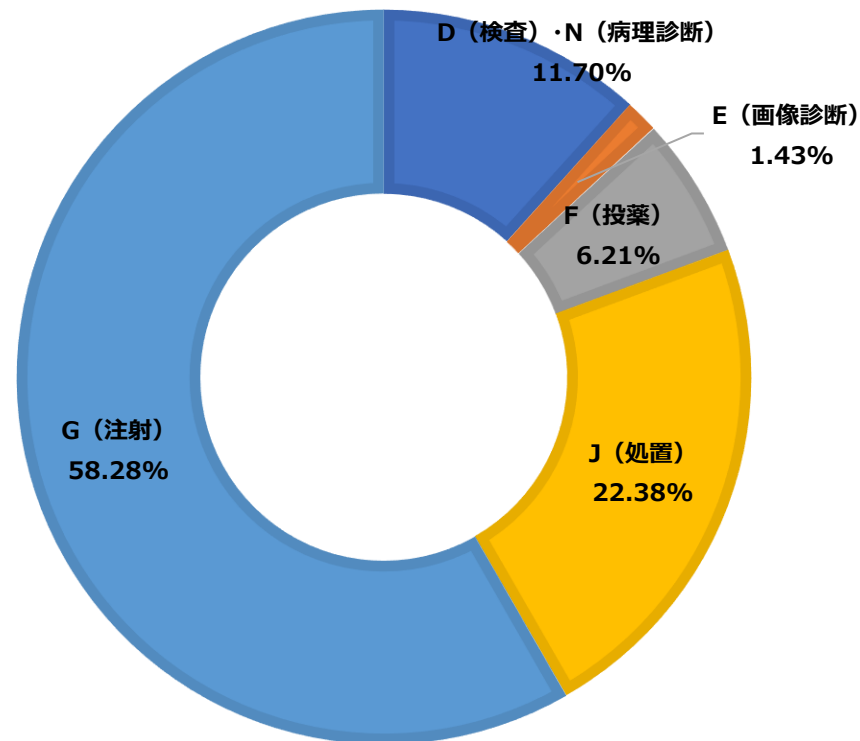
医療区分3に係る医療資源投入量の内訳

○ 疾患・状態及び処置等としての医療区分3に係る医療資源投入量(包括範囲内)の内訳は以下のとおり。

疾患・状態の医療区分3における割合



処置等の医療区分3における割合



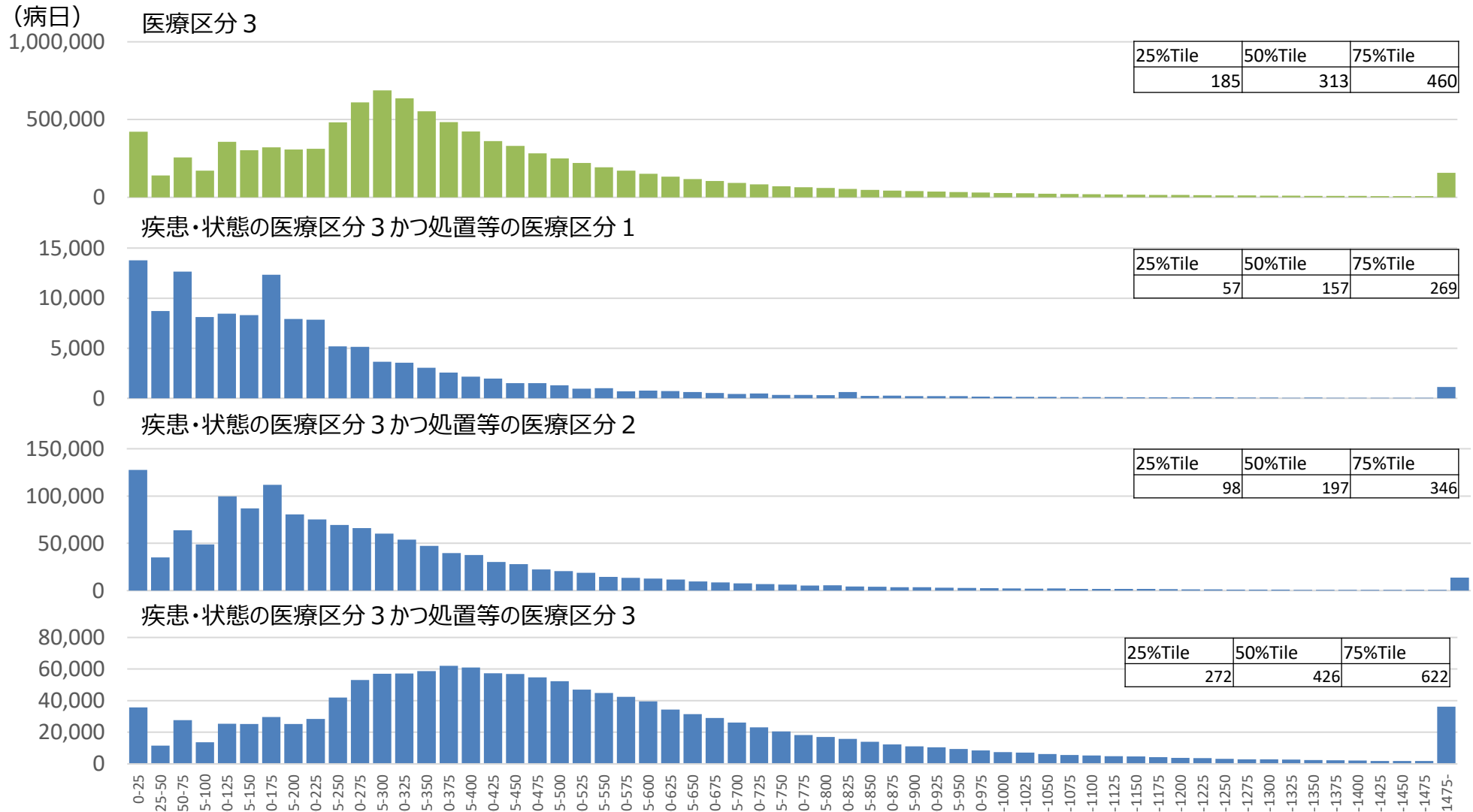
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ①

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



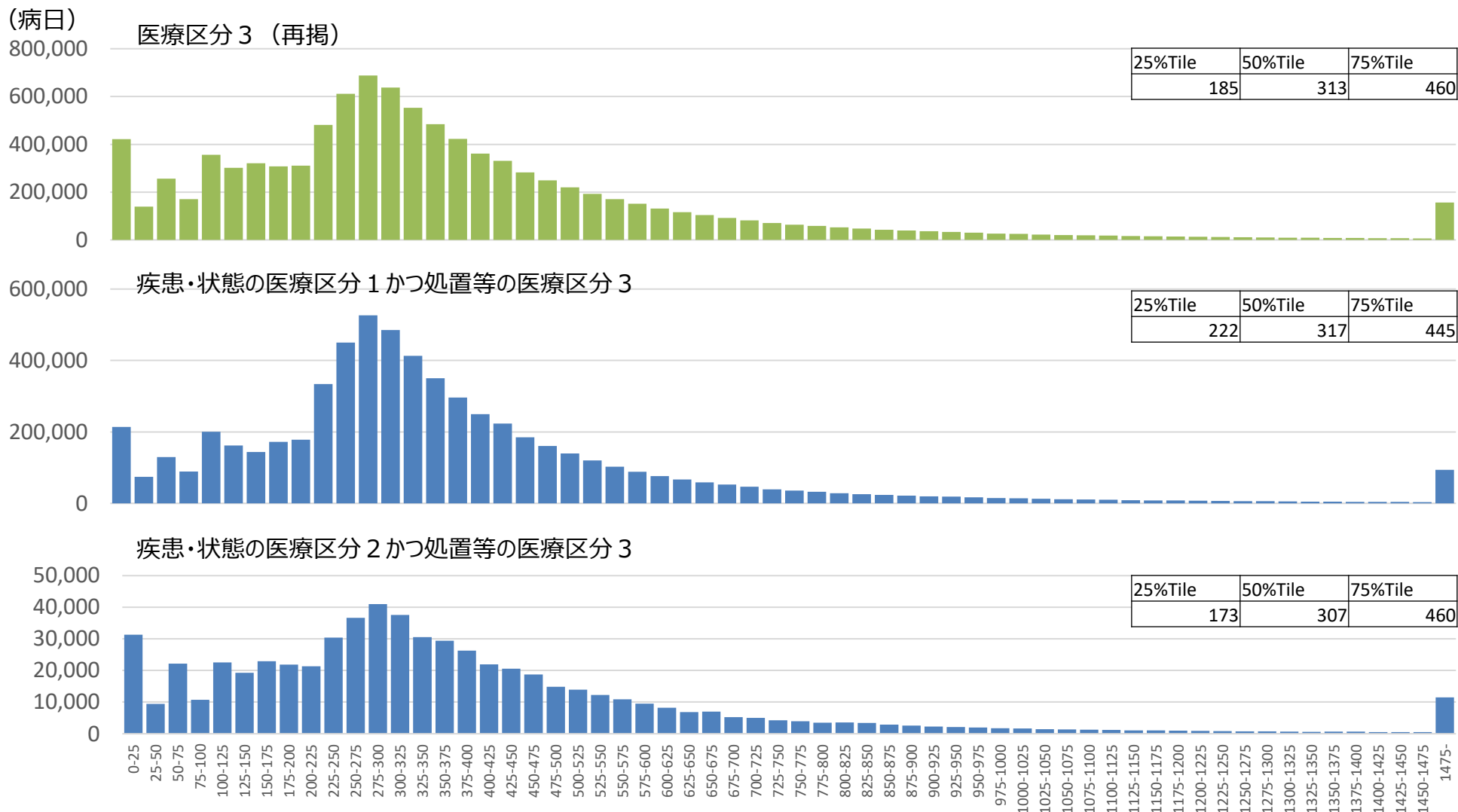
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せ②

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

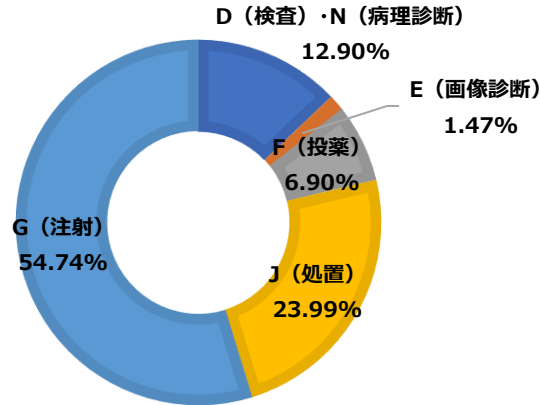
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

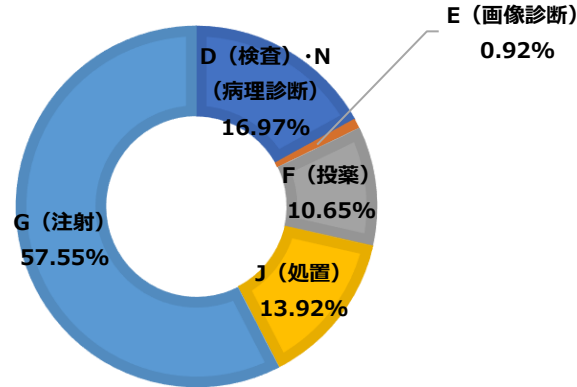
医療区分3と疾患・状態と処置等の組合せの内訳

○ 医療区分3と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

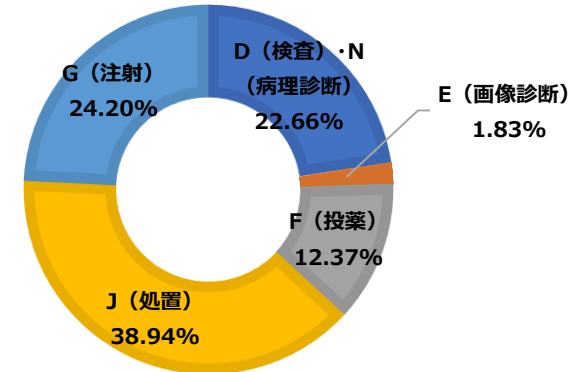
医療区分3における割合（再掲）



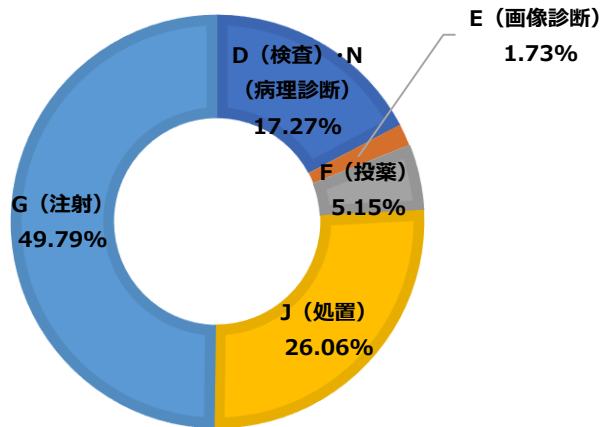
【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分1における割合



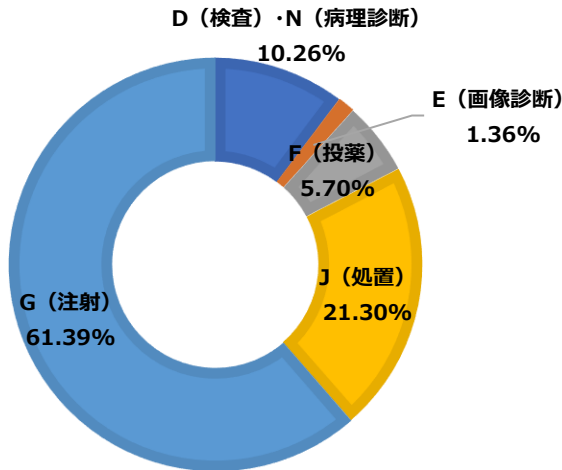
【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分2における割合



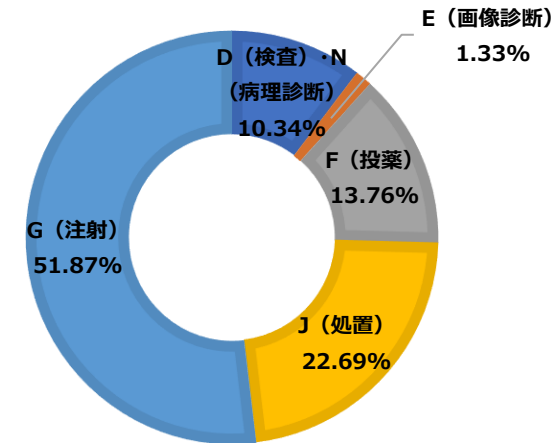
【疾患・状態】医療区分3かつ【処置等】医療区分3における割合



【疾患・状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分3における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分3における割合



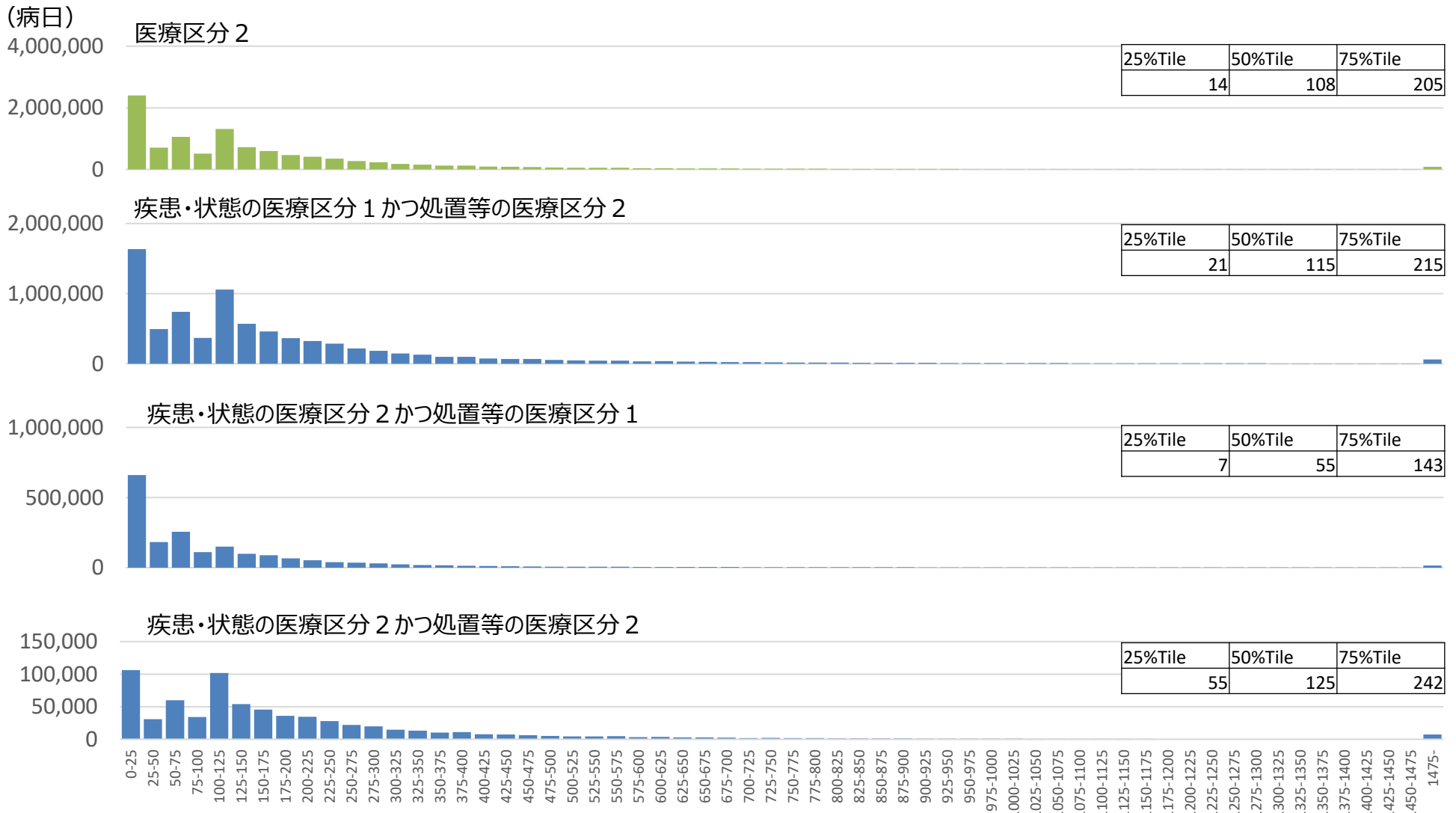
データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

医療区分2と疾患・状態と処置等の組合せ

○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の比較は以下のとおり。



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

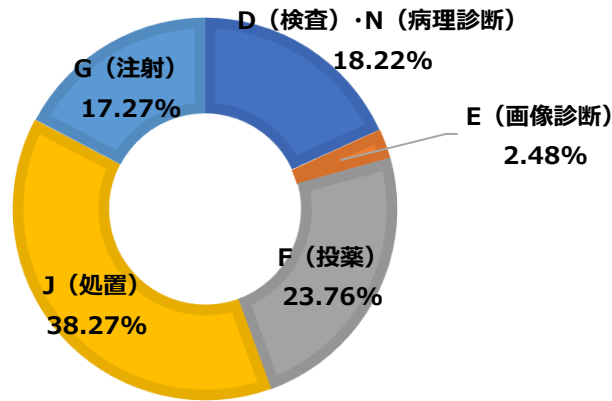
集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

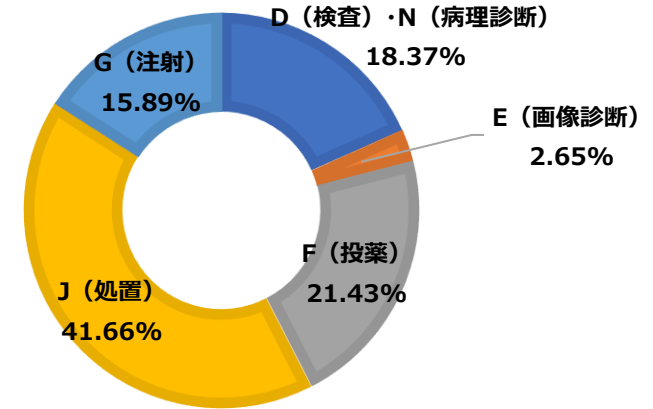
医療区分2と疾患・状態と処置等の組合せの内訳

○ 医療区分2と、疾患・状態と処置等の組合せによる医療資源投入量の内訳は以下のとおり。

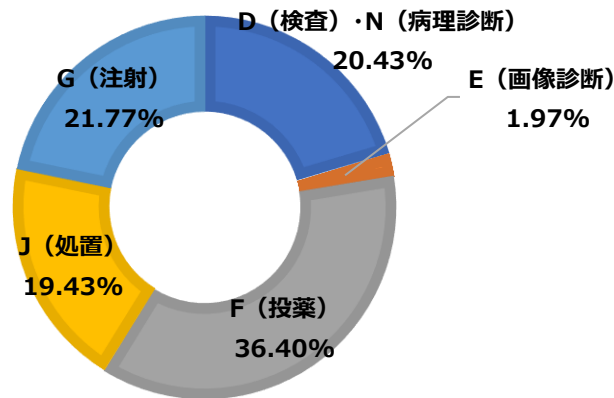
医療区分2における割合（再掲）



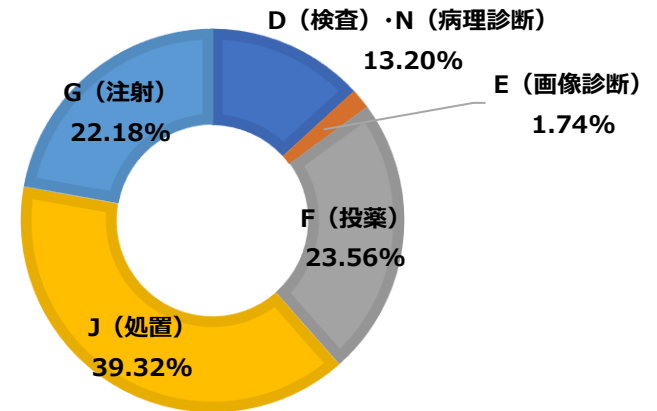
【疾患状態】医療区分1かつ【処置等】医療区分2における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分1における割合



【疾患・状態】医療区分2かつ【処置等】医療区分2における割合



データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和2年4月1日～令和4年12月の期間に退院した症例のうち、令和2年4月1日～令和3年3月31日の期間に療養病棟入院基本料を算定している日

対象コスト：包括範囲出来高実績点数の計算には、EFnファイルのEF-17②入院料包括項目区分が0でないレコード（入院料に包括される診療項目）を使用。

療養病棟におけるリハビリテーション

- 療養病棟におけるリハビリテーションの1日あたり医療資源投入量と算定件数(単位数)は以下のとおり。
- 特に入院料I(医療区分1・ADL区分1)において医療資源投入量が高く、算定件数(単位数)が多かった。

区分	1日あたりコスト(点数)				1日あたり算定件数(単位数)			
	平均値	パーセンタイル			平均値	パーセンタイル		
		25	50	75		25	50	75
療養病棟入院料1(入院料A)	309.34	162.00	200.00	370.00	1.66	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料B)	342.51	175.00	200.00	442.00	1.92	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料C)	365.16	175.00	245.00	501.00	2.04	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料D)	352.50	175.00	245.00	490.00	1.79	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料E)	414.76	180.00	324.00	540.00	2.19	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料F)	447.38	185.00	360.00	555.00	2.37	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料G)	350.22	147.00	221.00	490.00	1.87	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料1(入院料H)	411.44	180.00	334.00	555.00	2.26	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料1(入院料I)	616.53	205.00	525.00	980.00	3.22	1.00	3.00	5.00
療養病棟入院料2(入院料A)	309.38	132.00	200.00	400.00	1.71	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料B)	327.41	170.00	200.00	370.00	1.81	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料C)	466.76	176.00	360.00	700.00	2.53	1.00	2.00	4.00
療養病棟入院料2(入院料D)	360.68	162.00	245.00	490.00	1.88	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料E)	425.44	170.00	292.00	555.00	2.27	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料2(入院料F)	503.88	185.00	370.00	735.00	2.65	1.00	2.00	4.00
療養病棟入院料2(入院料G)	335.55	147.00	200.00	442.00	1.83	1.00	1.00	2.00
療養病棟入院料2(入院料H)	436.97	180.00	344.50	555.00	2.37	1.00	2.00	3.00
療養病棟入院料2(入院料I)	550.39	185.00	438.00	740.00	2.91	1.00	2.00	4.00

データ提出加算により提出されているデータを下記条件で解析。

集計期間・データ：令和4年6月の1か月間。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、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又は呼吸器リハビリテーション料の1日あたりコストと算定件数(単位数)

課題と論点

(療養病棟入院基本料)

- 療養病床における医療区分等は、平成18年の診療報酬改定において、患者特性や医療提供状況等に応じた慢性期入院の包括評価として導入された区分であり、累次の改定において医療区分の各項目について見直しをはかってきた。
- 平成30年度診療報酬改定において、療養病棟についてデータ提出加算が要件となり、包括範囲の検査・処置等の実態を分析することも可能となっている。データ提出加算の提出対象となるデータを分析したところ、
 - 医療区分に応じて医療資源投入量が増えること
 - 同一の医療区分においても医療資源投入量にはばらつきがあること
 - 医療区分によって医療資源投入量の内訳が変わること
 - 疾患・状態としての医療区分と、処置等としての医療区分は医療資源投入量の分布と内訳が異なること等が明らかとなった。
- さらに、疾患・状態としての医療区分と、処置等としての医療区分を組み合わせた上で医療資源投入量を分析したところ、
 - 医療区分3として評価されている疾患・状態や処置等について、疾患・状態の医療区分3かつ処置等の医療区分3の医療資源投入量はそれ以外の組合せより高いこと、また、疾患・状態の医療区分3かつ処置等の医療区分1・2の医療資源投入量はそれ以外の組合せより低いこと。
 - 医療区分2として評価されている疾患・状態や処置等について、疾患・状態の医療区分1・2かつ処置の医療区分2における医療資源投入量は、疾患・状態の医療区分2かつ処置の医療区分1より高いこと。
 - 組合せの内容によって医療資源投入量の内訳が異なること等が明らかとなった。
- 療養病棟におけるリハビリテーションの1日あたり医療資源投入量と算定件数について、特に入院料I（医療区分1・ADL区分1）において医療資源投入量が高く、算定件数(単位数)が多かった。

【論点】

- 患者特性や医療提供内容等に応じた評価を実施していく上で、疾患・状態また処置等の分類に基づいて、医療区分の評価を精緻化していくことについてどのように考えるか。
- 療養病棟において医療区分1かつADL区分1の患者に対し多くリハビリテーションが提供されている実態を踏まえ、療養病棟におけるリハビリテーションの評価についてどのように考えるか。