

回復期リハビリテーション病棟の経緯①（平成24年度診療報酬改定まで）

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

平成12年	○ リハビリテーションが必要な高齢者の発生を防止する回復期リハビリテーションの充実を図るため、回復期リハビリテーション病棟入院料を新設	[主な施設基準]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上
平成18年	○ 算定対象となる「リハビリテーションを要する状態」を拡大	○ 一律180日としていた算定上限を、リハビリテーションを要する状態ごとに60～180日に設定 ○ 提供単位上限の引き上げ(6単位→9単位)
平成20年	○ 入院料の施設基準に質の評価を導入 重症者の受け入れと居宅等への復帰率に関する要件を追加	○ 入院料1に重症患者回復病棟加算を新設 [施設基準]重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善すること ○ 医師の病棟専従配置を緩和
平成22年	○ 「提供すべき単位数」の設定 ○ 休日リハビリテーション加算の新設 [施設基準]休日を含め、週7日以上リハビリテーションを提供できる体制の整備	○ リハビリテーション充実加算の新設 [施設基準]1日当たり6単位以上のリハビリテーションが行われていること
平成24年	○ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を新設 [主な施設基準]専従常勤で、PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	○ 重症患者回復病棟加算の包括化 ○ 包括範囲の見直し 人工腎臓等を包括外に見直し

回復期リハビリテーション病棟の経緯②（平成26～令和2年度診療報酬改定）

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

<p>平成 26年</p>	<p>○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化</p>	<p>○入院料1に体制強化加算を新設 [施設基準]専従医師1名以上、3年以上の経験を有する専従のSW1名以上</p>
<p>平成 28年</p>	<p>○ADLの改善(FIM得点)に基づくアウトカム評価を導入</p>	<p>○入院料1に体制強化加算2を新設 [施設基準]専従の常勤医師2名以上(一定程度病棟外業務にも従事可能)</p>
<p>平成 30年</p>	<p>○入院料を6区分に見直し ○基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を導入</p>	
<p>令和 2年</p>	<p>○入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し ○入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除 ○管理栄養士の配置に係る要件の見直し</p>	<p>○特定機能病院での届出を原則不可とした</p>

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4割以上が看護師)				
看護補助者	30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				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
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	○			○(※経過措置あり)		
休日リハビリテーション	○		- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 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	-	30以上	-
点数	2,129点	2,066点	1,899点	1,841点	1,736点	1,678点
※()内は生活療養を受ける場合	(2,115点)	(2,051点)	(1,884点)	(1,827点)	(1,721点)	(1,664点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

回復期リハビリテーション病棟の届出に関する事項(概要)

- 「新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を届け出る」とこととされている。
- なお、異なる回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせる届出を行う場合。その組み合わせについては制限が設けられている。

※○:組み合わせでの届出可、-:組み合わせでの届出不可、△:届出から6か月に限り届出可

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

原則:異なる回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせる届出を行う場合

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
入院料1		-	○	-	-	-
入院料2	-		○	○	-	-
入院料3	○	○		-	-	-
入院料4	-	○	-		-	-
入院料5	-	-	-	-		-
入院料6	-	-	-	-	-	

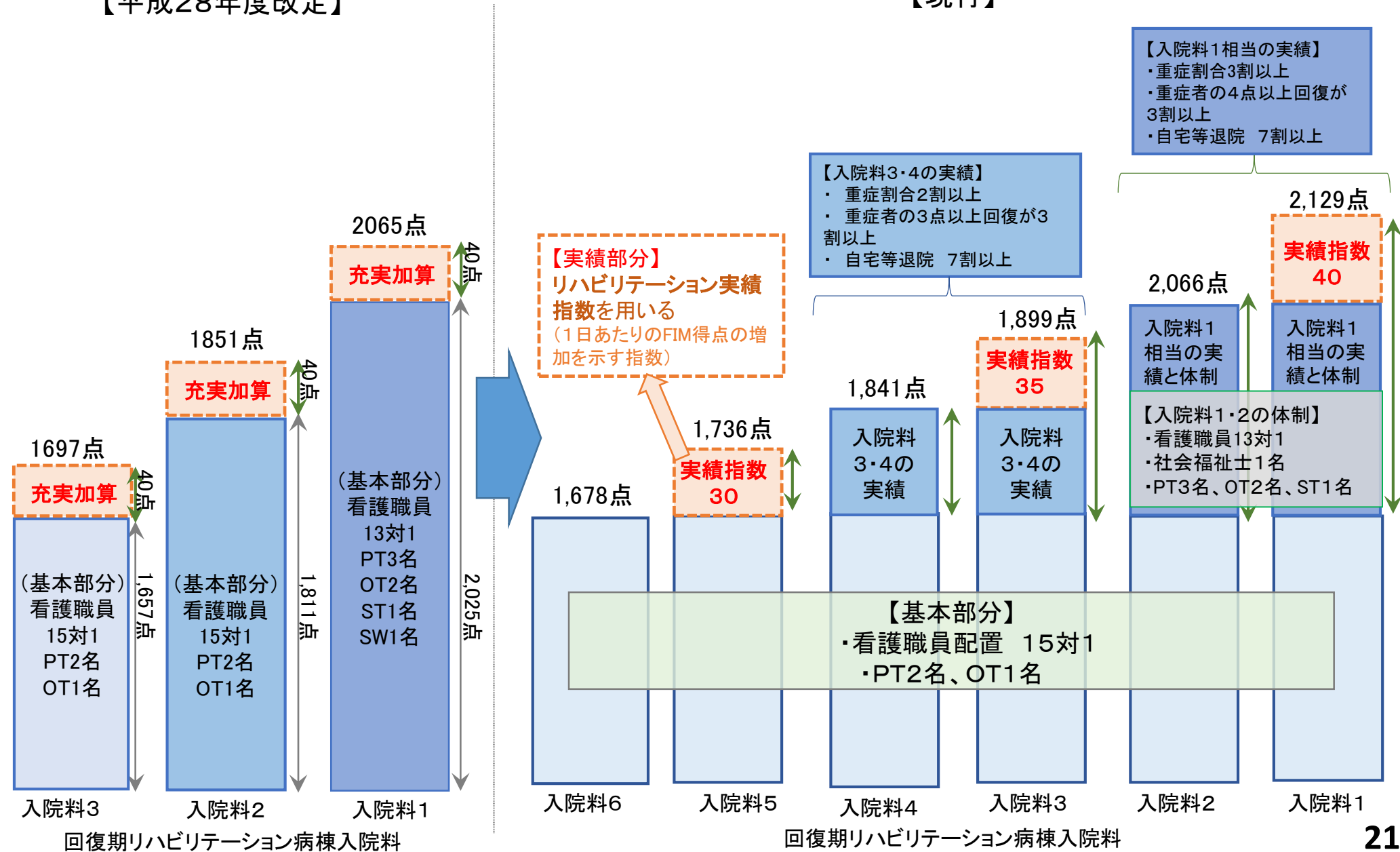
例外:新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合

		新規届出を行う入院料					
		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
従前から届け出ている入院料	入院料1		-	○	-	△	-
	入院料2	-		○	○	△	△
	入院料3	○	○		-	△	-
	入院料4	-	○	-		-	-
	入院料5	-	-	-	-		-
	入院料6	-	-	-	-	-	
	入院料1+3	-	-	-	-	△	-
	入院料2+3	-	-	-	-	△	-
	入院料2+4	-	-	-	-	-	△

回復期リハビリテーション病棟入院料のイメージ(現行)

【平成28年度改定】

【現行】

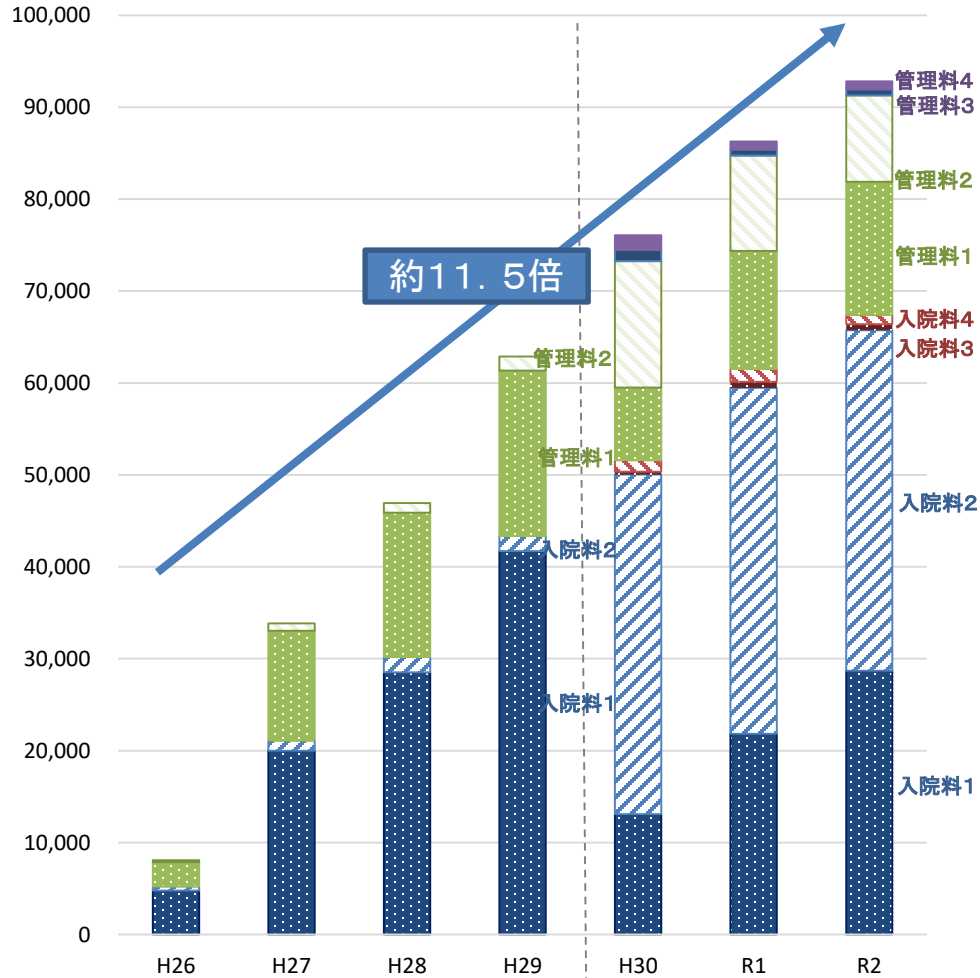


入院料別の届出病床数の推移

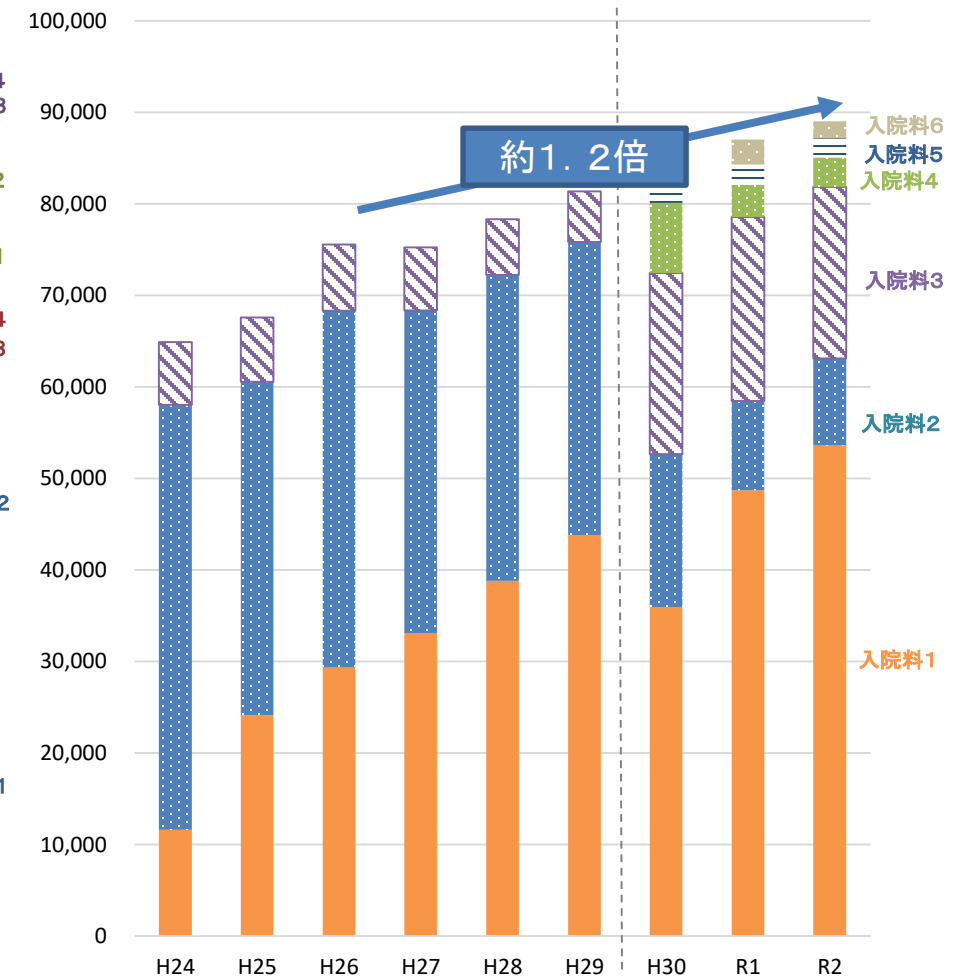
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



回復期入院医療について

1. 回復期入院医療を取りまく現状等
2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について
3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - 3-1 質の高いリハビリテーションの提供について
 - 3-2 リハビリテーションを要する状態について
4. 特定機能病院におけるリハビリテーションについて
5. 論点

入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（回復期リハビリテーション病棟入院料について）

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料5及び6について、新規届出を行う場合に届け出る入院料であるところ、実績指数が悪い・FIMの変化が小さいこと等から他の入院料を届け出られないまま何年も5又は6を引き続き届け出ているケースがあることを踏まえ、入院料5及び6の在り方については、対応を検討すべき。

回復期リハビリテーション病棟入院料のイメージ(現行)

【平成28年度改定】

【現行】

再掲

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

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

【実績部分】
 リハビリテーション実績指数を用いる
 (1日あたりのFIM得点の増加を示す指数)

1697点
 充実加算
 40点
 (基本部分) 看護職員 15対1
 PT2名
 OT1名
 1,657点

1851点
 充実加算
 40点
 (基本部分) 看護職員 15対1
 PT2名
 OT1名
 1,811点

2065点
 充実加算
 40点
 (基本部分) 看護職員 13対1
 PT3名
 OT2名
 ST1名
 SW1名
 2,025点

1,678点
 入院料6

1,736点
 実績指数 30
 入院料5

1,841点
 入院料3・4の実績
 入院料4

1,899点
 実績指数 35
 入院料3・4の実績
 入院料3

2,066点
 入院料1相当の実績と体制
 【入院料1・2の体制】
 ・看護職員13対1
 ・社会福祉士1名
 ・PT3名、OT2名、ST1名
 入院料2

2,129点
 実績指数 40
 入院料1相当の実績と体制
 入院料1

【基本部分】
 ・看護職員配置 15対1
 ・PT2名、OT1名

入院料3 入院料2 入院料1

入院料6 入院料5 入院料4 入院料3 入院料2 入院料1

回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

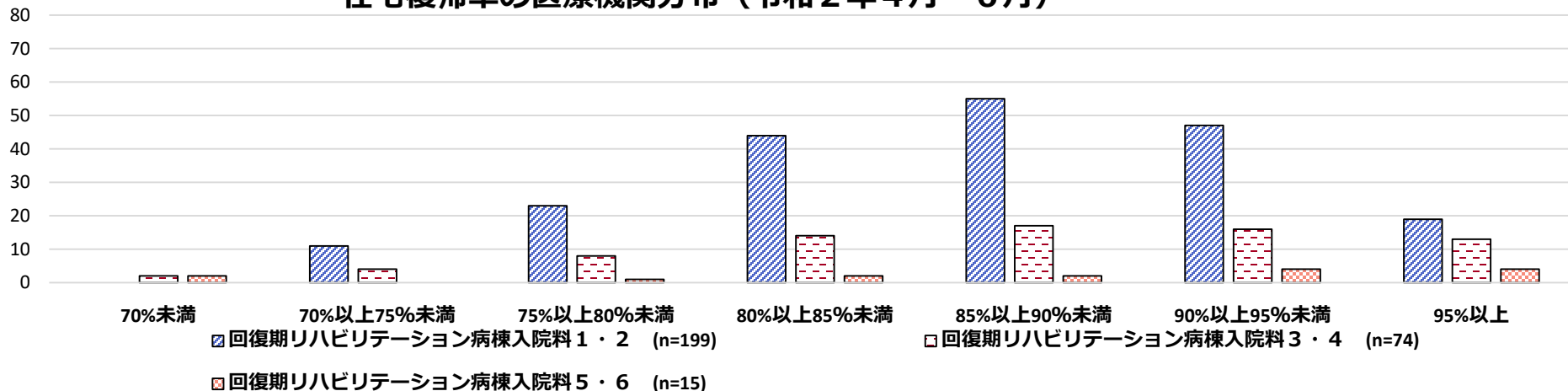
- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)	15対1以上(4割以上が看護師)				
看護補助者	30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	<u>専任常勤1名</u>	<u>専任常勤1名の配置が望ましい</u>				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	<u>管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい</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	○			○(<u>※経過措置あり</u>)		
休日リハビリテーション	○		- <u>※休日リハビリテーション提供体制加算あり</u>			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 <u>※()内はFIM総得点</u>	3割以上が4点(<u>16点</u>)以上改善		3割以上が3点(<u>12点</u>)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	<u>40以上</u>	-	<u>35以上</u>	-	30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)	1,736点 (1,721点)	1,678点 (1,664点)

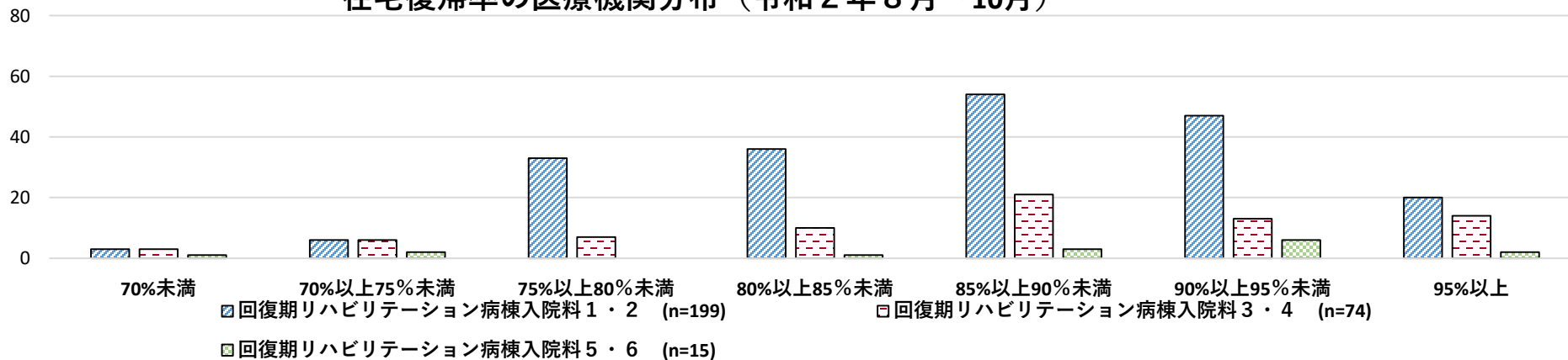
*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている医療機関における、在宅復帰率は以下のとおりであった。

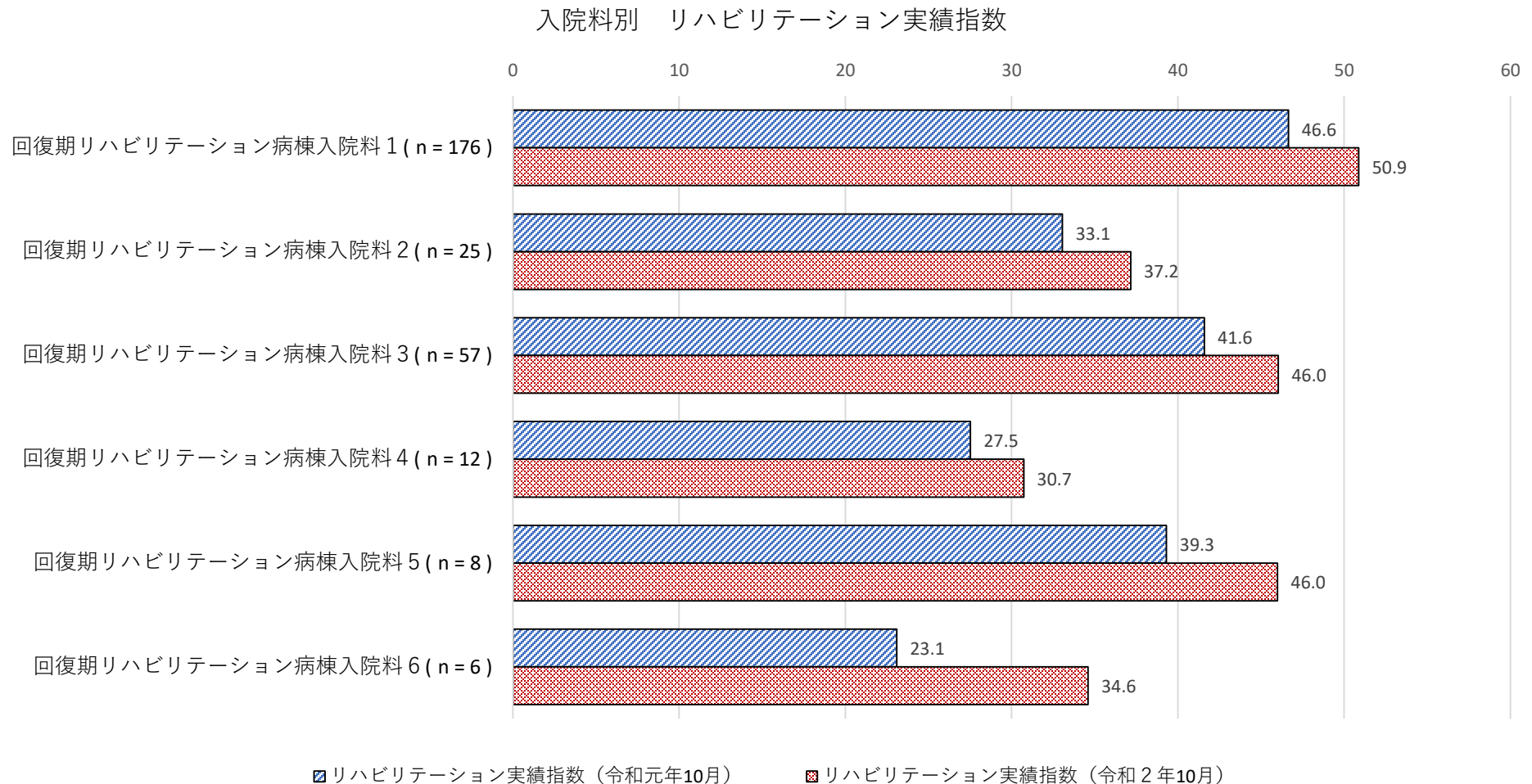
在宅復帰率の医療機関分布（令和2年4月～6月）



在宅復帰率の医療機関分布（令和2年8月～10月）



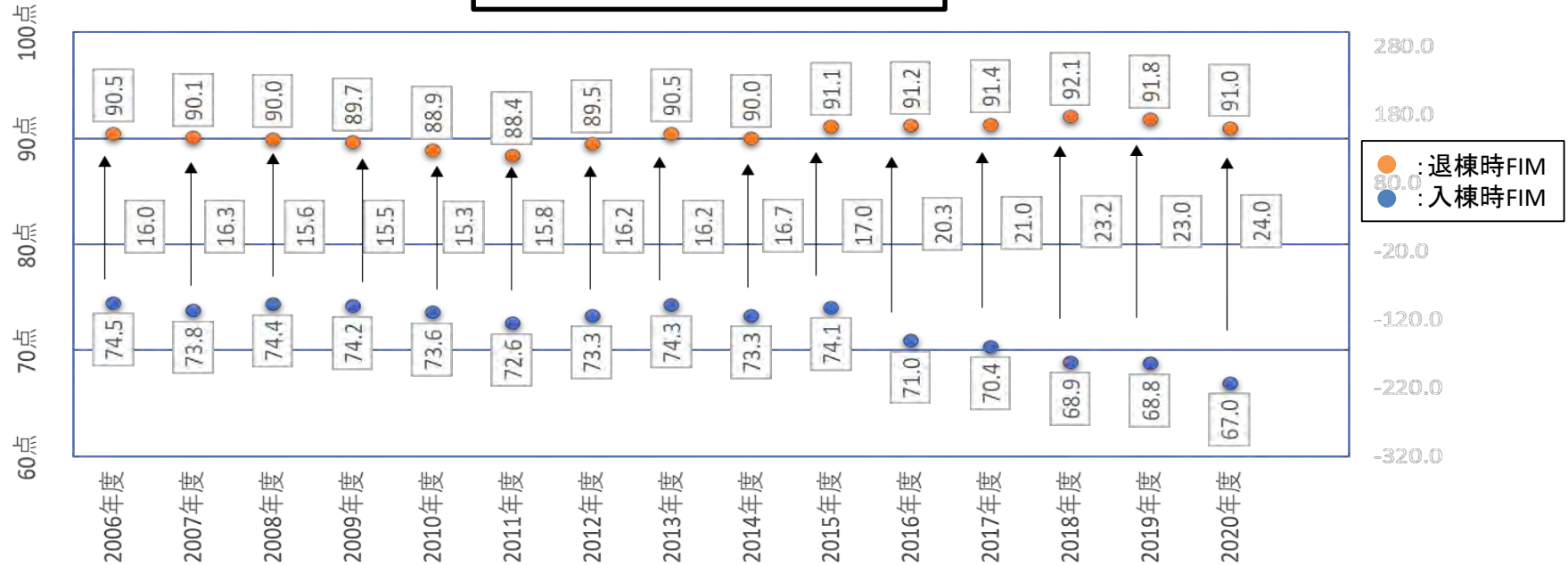
- 令和元年10月及び令和2年10月の入院料別リハビリテーション実績指数は以下のとおりであり、いずれも令和2年の方が高い傾向にあった。



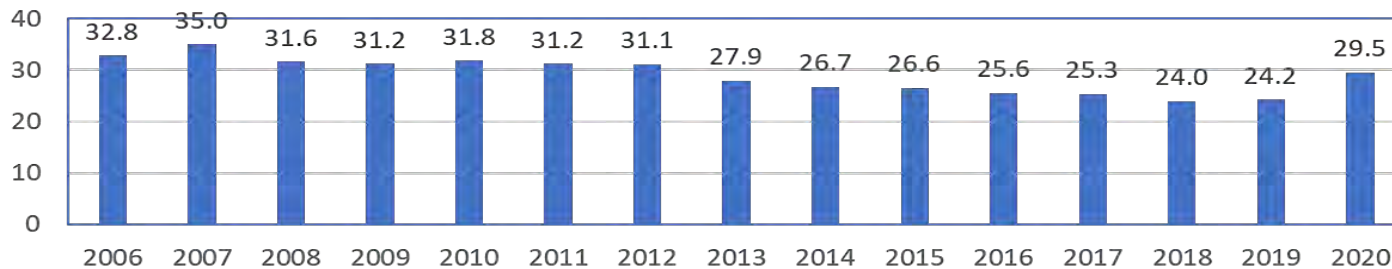
入棟時FIM等の年次推移について

○ 入棟時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であった。2016年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられた。

入棟時FIM及びFIMの変化



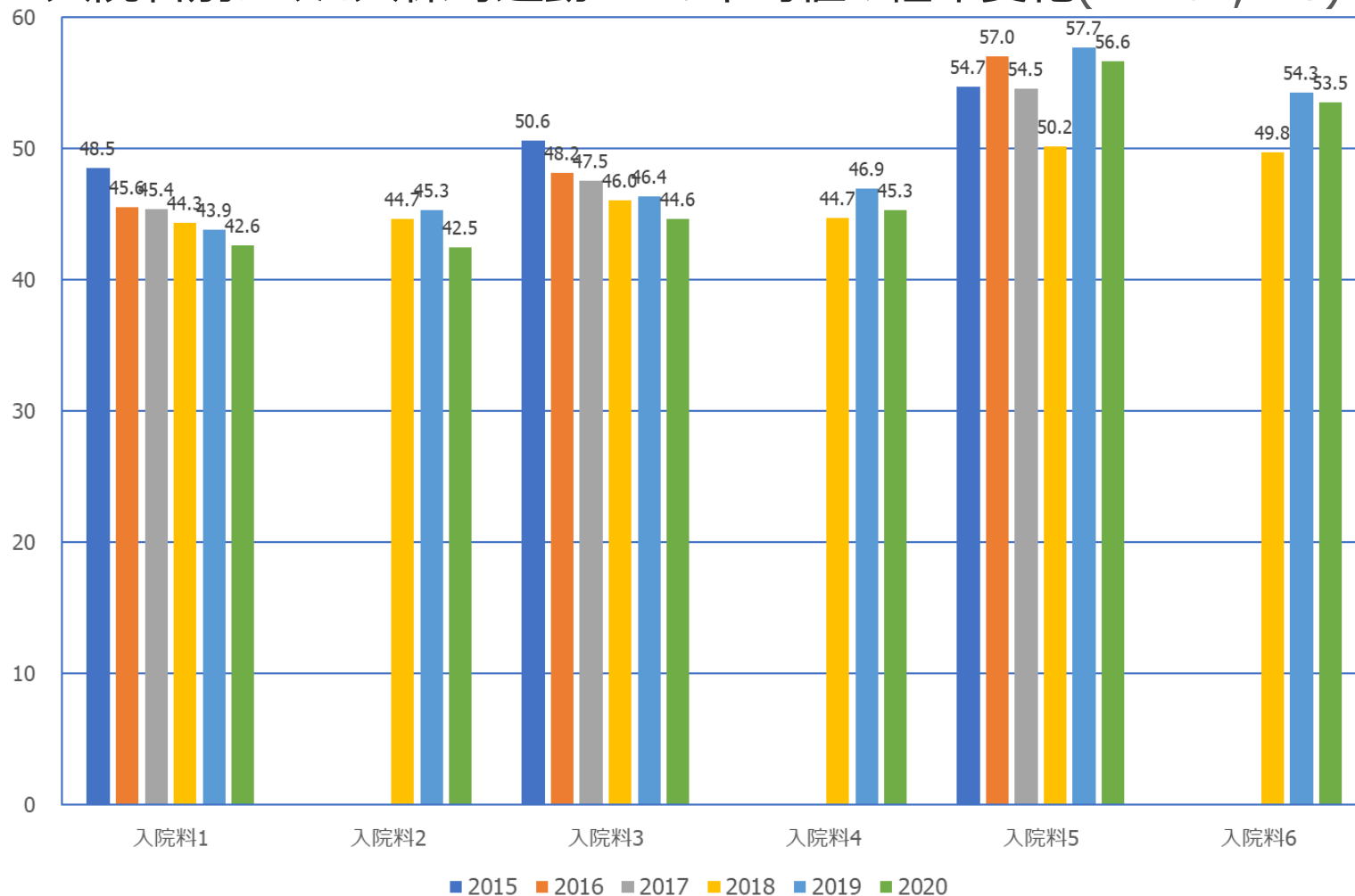
発症から入棟までの日数



入院料別にみた入棟時運動FIMの平均値の年次推移

○ 入院料毎に入棟時運動FIMの平均値を2015年～2020年で比較したところ、入院料1及び入院料3においては、経年的に低下する傾向であった。その他の入院料については、例えば2019年と2020年で比較すると、入院料2、3、4、6で低下する傾向にあった。

入院料別にみた入棟時運動FIMの平均値の経年変化(n=202,145)



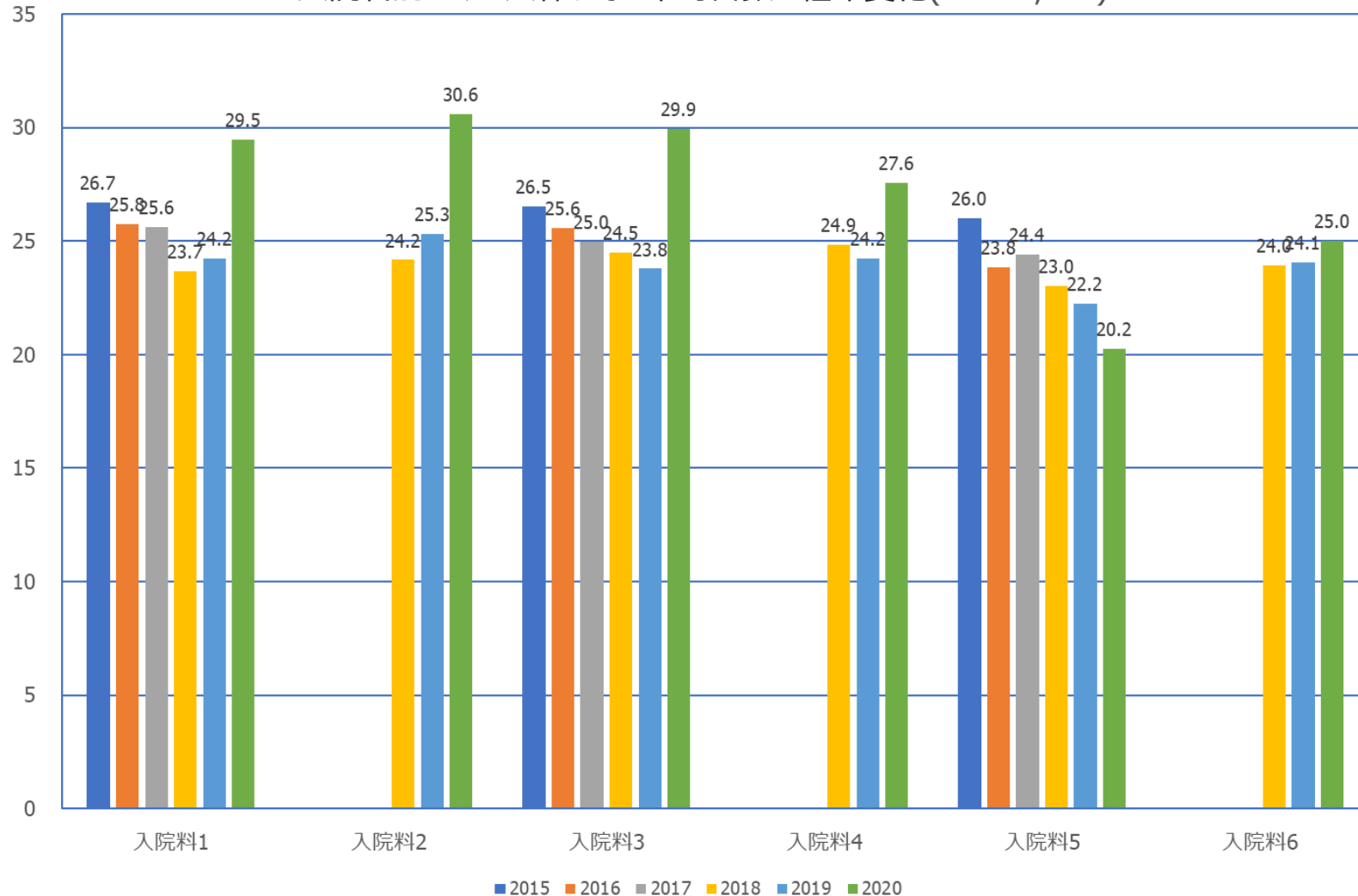
一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より提供

2017年以前のデータについて、「2017年以前の入院料2」は「2017年以前の入院料3」として、「2017年以前の入院料3」は「2017年以前の入院料5」として分析。

入院料別にみた入棟まで日数の年次推移

○ 入院料毎に入棟までの日数を2015年～2020年で比較したところ、入院料1, 2, 3, 4においては、2015年から2019年にかけて低下傾向であったが、2020年に増加傾向であった。一方、入院料5においては2015年から2019年にかけて一貫して低下する傾向であった。

入院料別にみた入棟までの平均日数の経年変化(n=198,831)

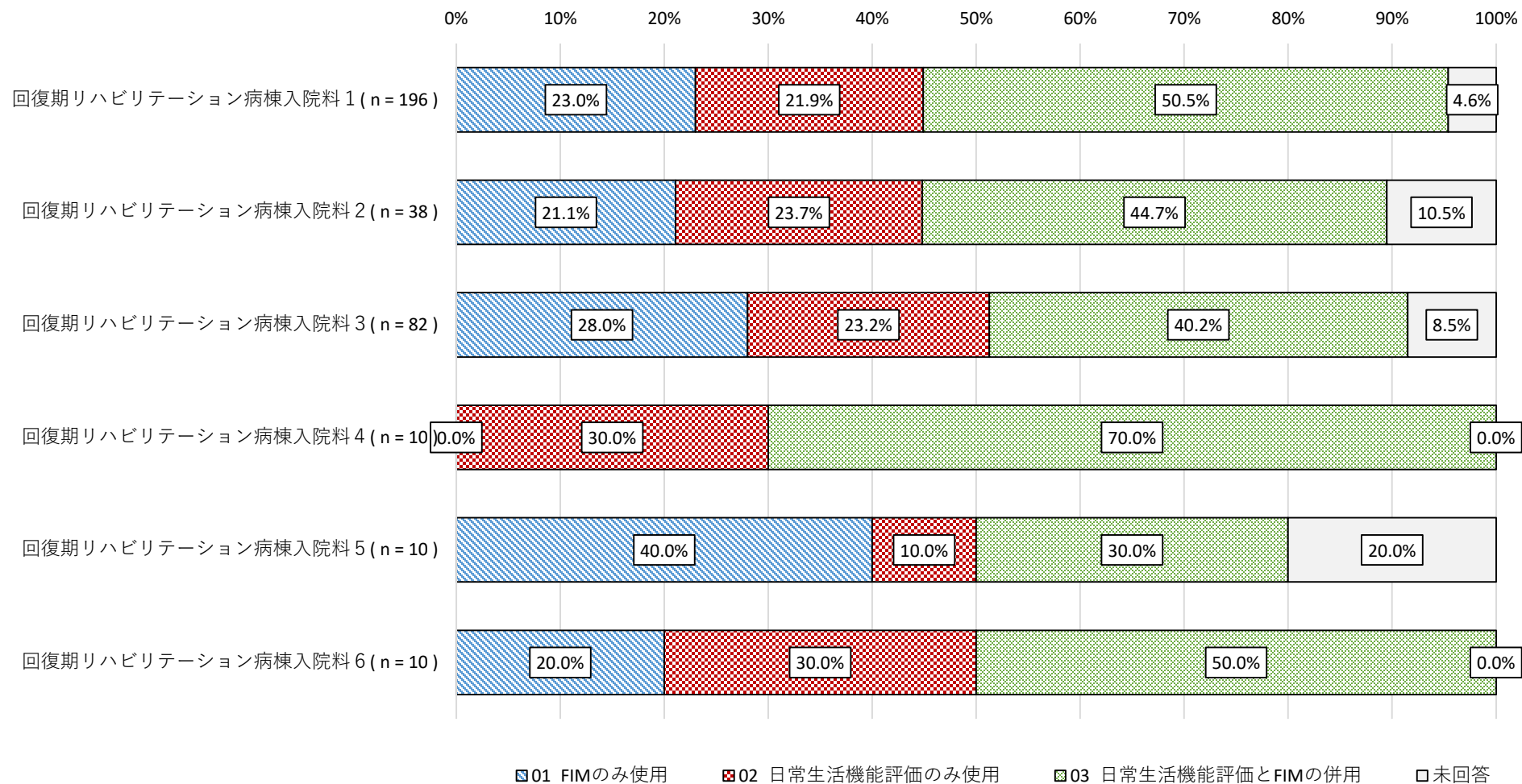


2017年以前のデータについて、「2017年以前の入院料2」は「2017年以前の入院料3」として、「2017年以前の入院料3」は「2017年以前の入院料5」として分析。

FIM及び日常生活機能評価について

○ 回復期リハビリテーション病棟における、入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価については以下のとおりであり、日常生活機能評価とFIMを併用している医療機関が多かった。

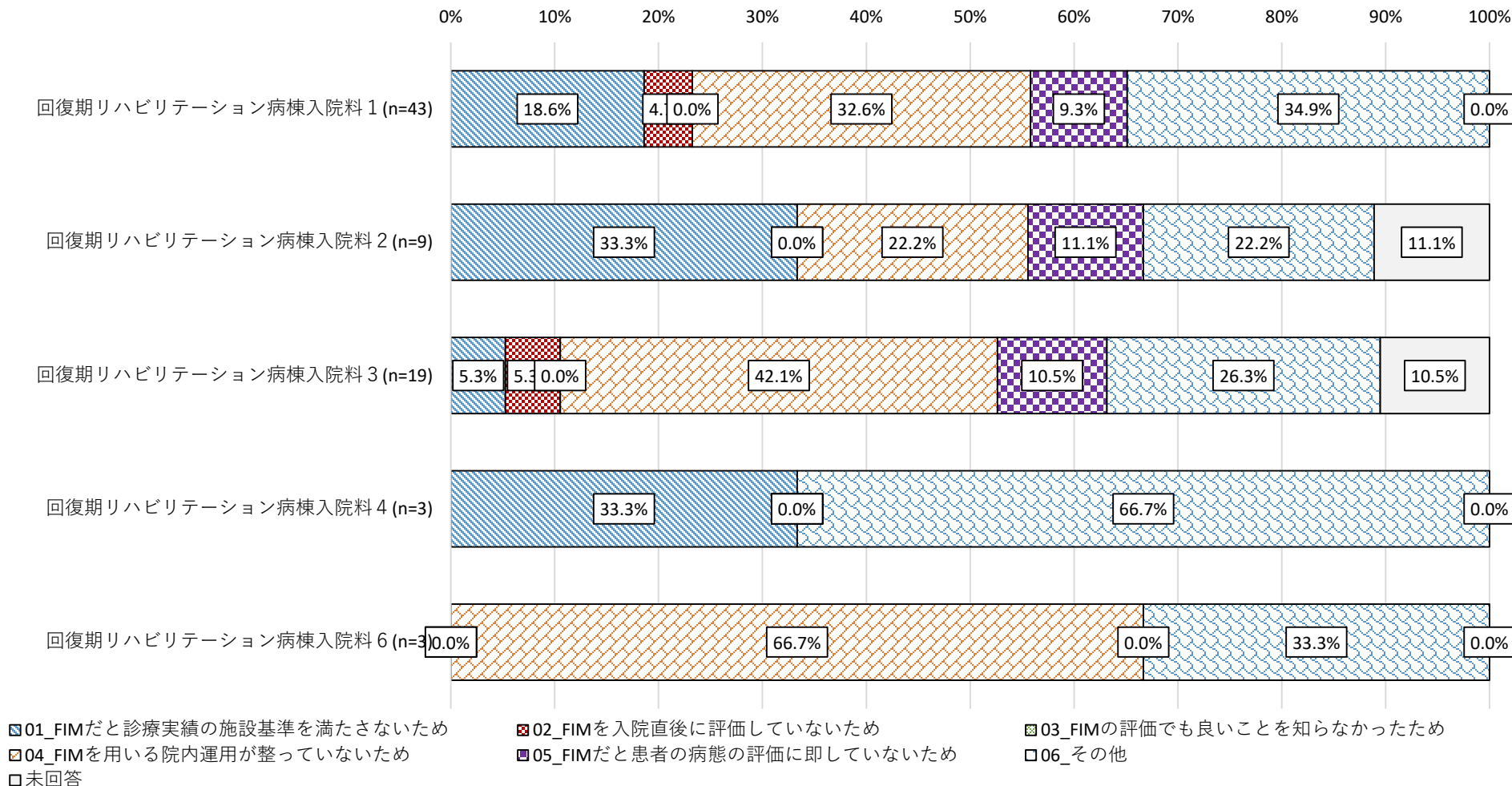
回復期リハビリテーション病棟入院料における入院時及び退院時の患者の日常生活動作の評価に関する状況
(令和3年5月1か月)



FIM及び日常生活機能評価について

○ 「日常生活機能評価のみを使用」している理由は以下のとおりであり、「FIMだと診療実績の施設基準を満たさないため」や「FIMを用いる院内運用が整っていないため」が多かった。

「日常生活機能評価のみ使用」を選択した場合 その理由（最も該当するもの）



病院機能評価について

- 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

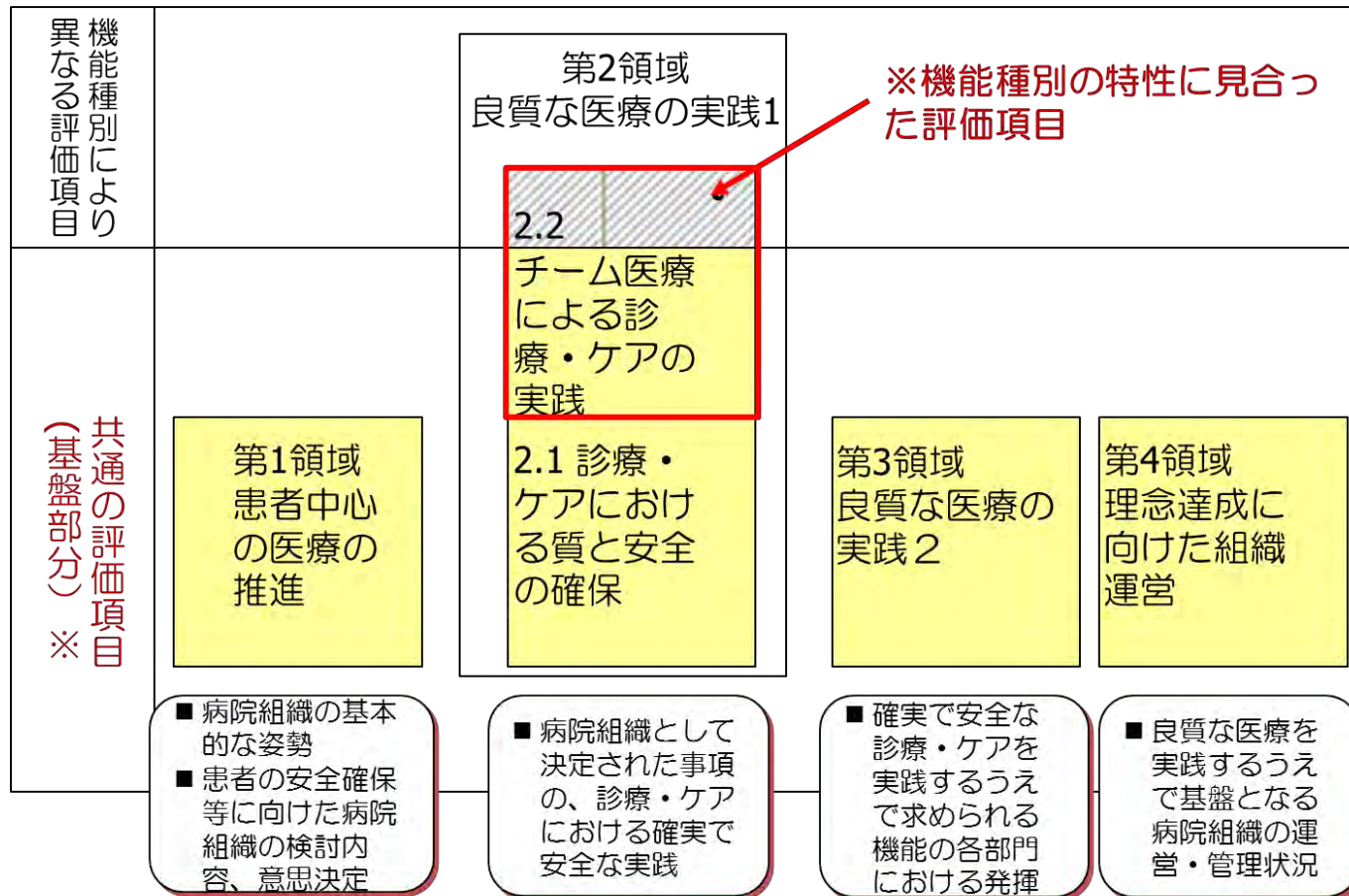
(機能種別版評価項目3rdG:Ver.1.0) H24年4月より運用開始

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
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(H26年4月~)

病院機能評価について

- 評価項目体制は以下のとおりであり、共通の評価項目と、機能種別により異なる評価項目が設けられている。

本体審査の評価項目体系

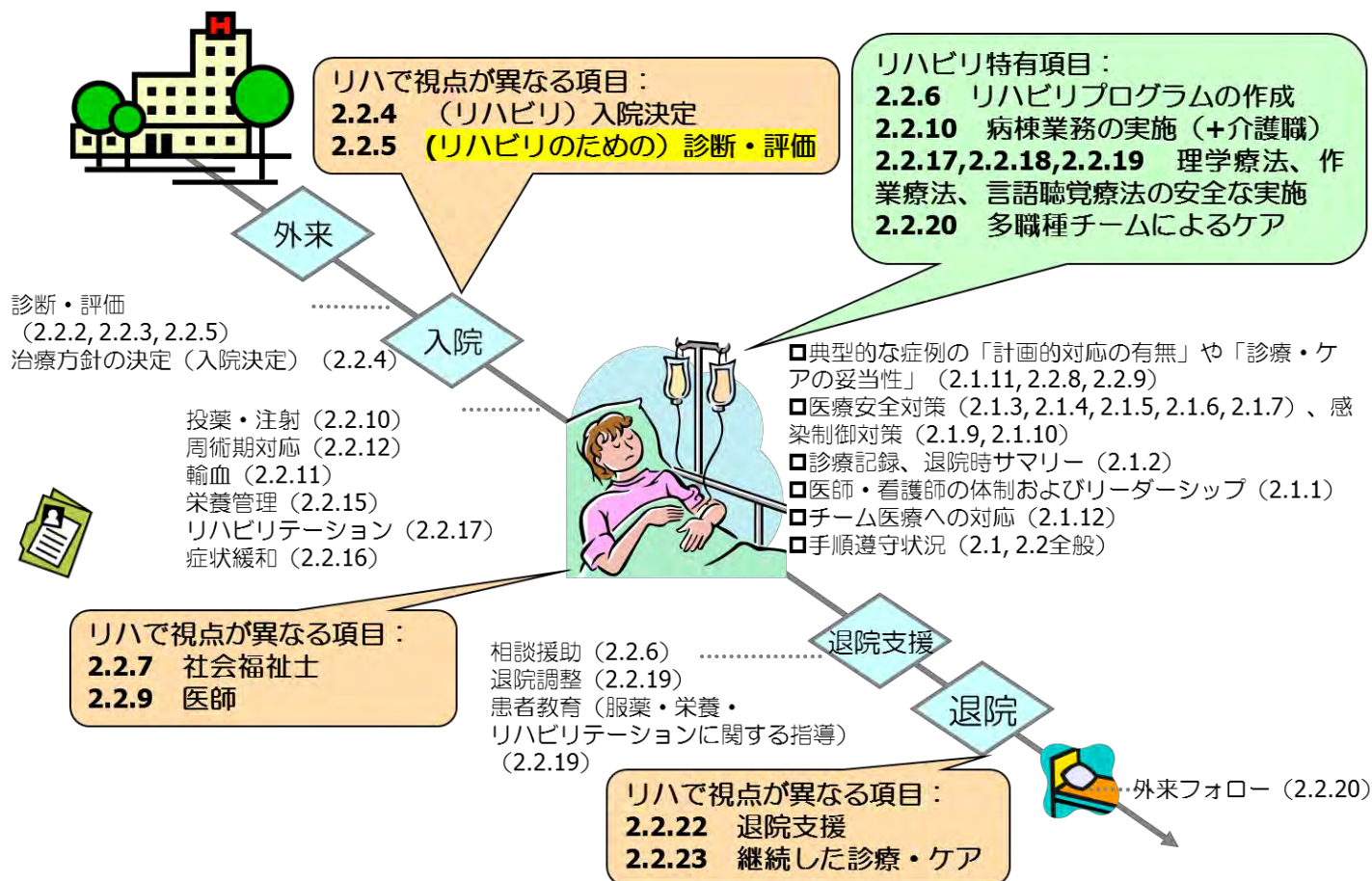


病院機能評価について

- 以下に、特にリハビリテーション病院の特性に見合った評価項目を示す。具体的には、「リハビリプログラムの作成」、「理学療法等の安全な実施」等がある。

機能種別リハ病院における2.2ケアプロセス調査の評価項目

(サーベイヤーが実際のカルテ等を確認しながら症例をトレースする)



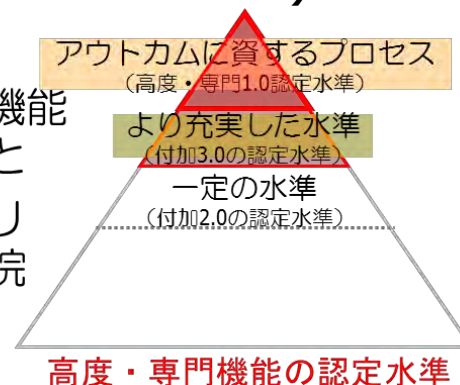
評価項目 (2.X.X) . . . 一般病院2に基づく

病院機能評価について

- 本体審査において、リハビリテーション病院を受審している場合において、高度・専門機能の認定が行われており、その要件は以下のとおり。

付加機能から高度・専門機能へ(2019.10月～)

- ✓ 受審前提：本体審査で主たる機能種別ないしは副機能で「リハビリテーション病院」を受審していること
- ✓ 受審要件：地域において高い水準の回復期リハビリテーション機能を担い、下表のすべてを満たす病院



	高度・専門機能V1.0	比較 (付加機能V3.0)
本体機能	主たる機能種別または副機能にて「リハ病院」を受審していること。	主たる機能種別または副機能にて「リハ病院」を受審していること。
リハ提供体制	リハを継続的に行うための適切な体制が整っていること。(受審申込時点での診療報酬(回復期リハ病棟入院料)の上位区分で規定される施設基準を参考とする) リハ病棟におけるリハ提供単位数が1日当たり平均6単位以上であること。	休日リハ加算(365日リハの実施)を取得していること。
リハ科専門医	常勤のリハ科専門医が回復期リハビリテーション病棟において、主治医または担当医として従事していること。	常勤のリハ科専門医を配置していること。

病院機能評価について

- 高度・専門機能の評価項目は以下のとおり。

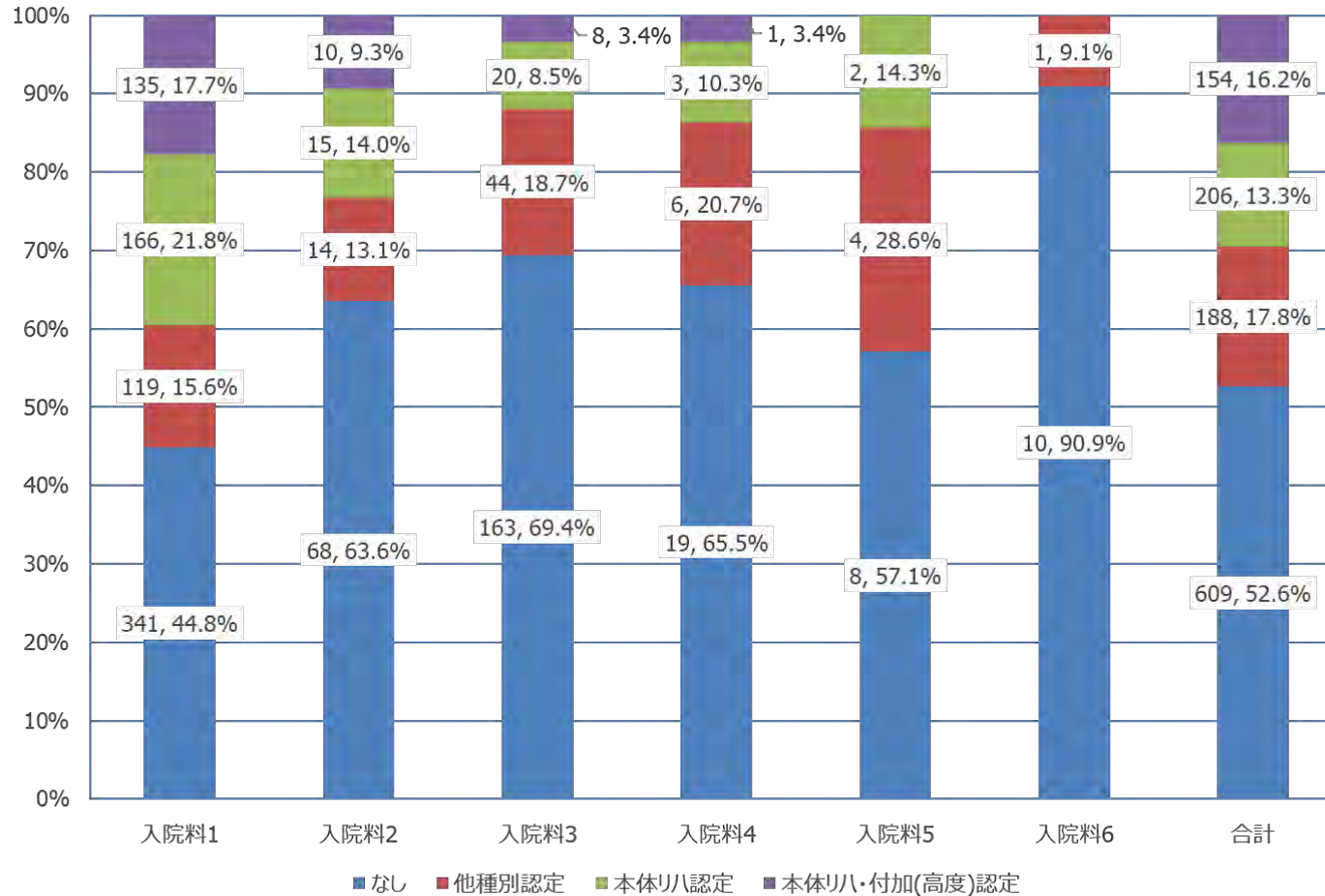
高度・専門機能の評価項目の構成 中項目48→42項目に (各療法士の評価を統合)

	概要	主な評価方法
第1領域 良質な回復期リハビリテーションを提供するための組織運営	より充実した水準の回復期リハビリテーションを提供するうえで求められる <u>回復期リハビリテーション病棟の組織運営</u> について評価します。	<input type="checkbox"/> 書類確認 <input type="checkbox"/> 面接調査 <input type="checkbox"/> 部署訪問 <input type="checkbox"/> カルテレビュー
第2領域 回復期リハビリテーションに関わる職員の専門性	より充実した水準の回復期リハビリテーションを提供するうえで <u>中心となる職員(職種)の専門性が発揮されている</u> ことを評価します。	<input type="checkbox"/> ケアプロセス調査 <input type="checkbox"/> カンファレンス <input type="checkbox"/> カルテレビュー
第3領域 チーム医療による回復期リハビリテーション・ケアの実践	高度な専門性を発揮できる <u>チーム(医療)が一体となって、より充実した水準の回復期リハビリテーション・ケアを実践している</u> ことを評価します。	<input type="checkbox"/> ケアプロセス調査 <input type="checkbox"/> カンファレンス <input type="checkbox"/> カルテレビュー

病院機能評価について

○ 回復期リハビリテーション病棟における、入院料別の病院機能評価認定の状況は以下のとおりであり、約半数の病棟が認定を受けていた。

入院料別の病院機能評価認定状況(1,157病棟)



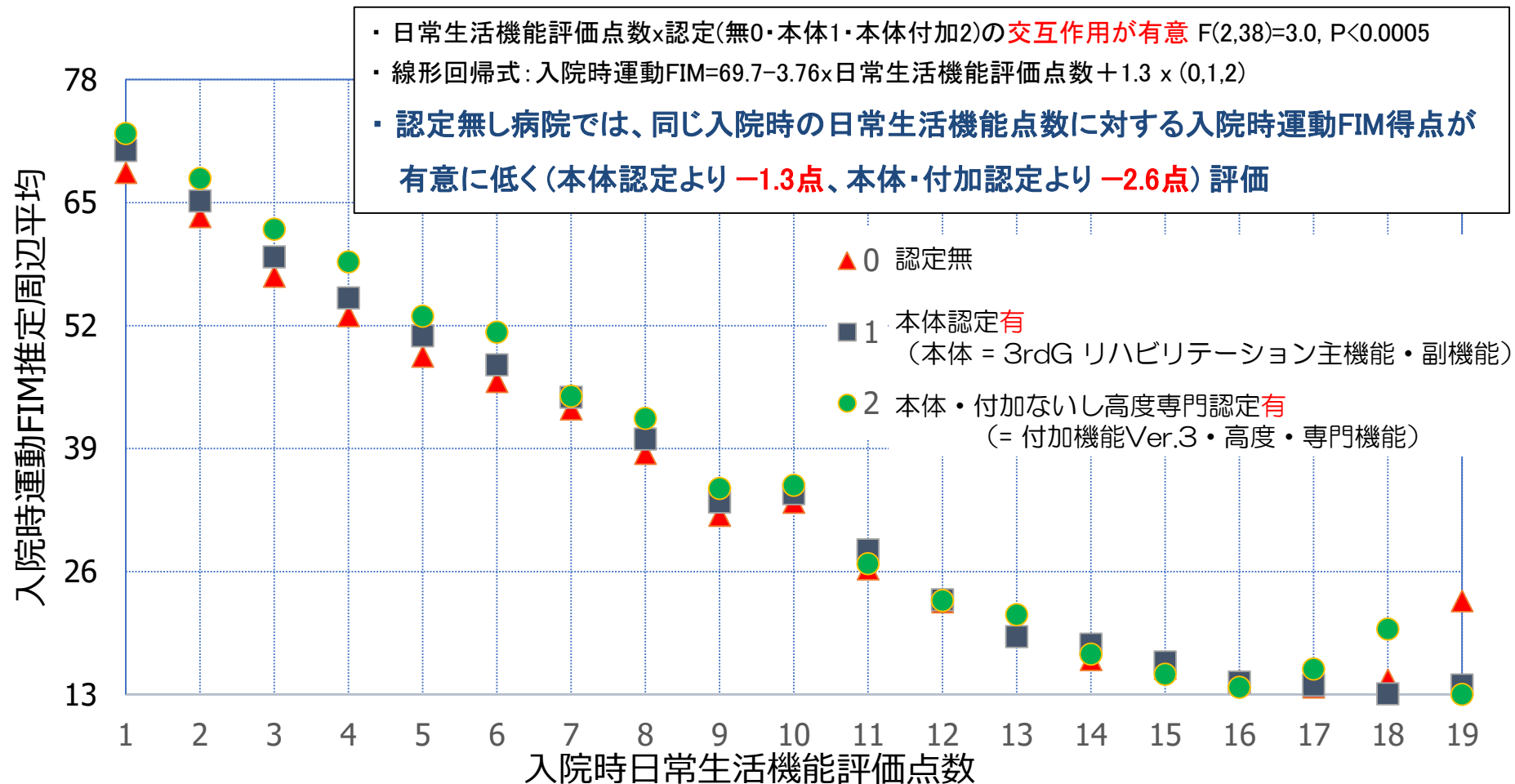
一般社団法人
回復期リハビリテーション病棟協会より提供

本体リハ認定は主機能ないしは副機能で機能種別リハ病院のカテゴリで認定、他種別は本体で他の病院カテゴリで認定、付加機能は2019年度より高度・専門機能と改称

2020年度回りハ協会実態調査より改変

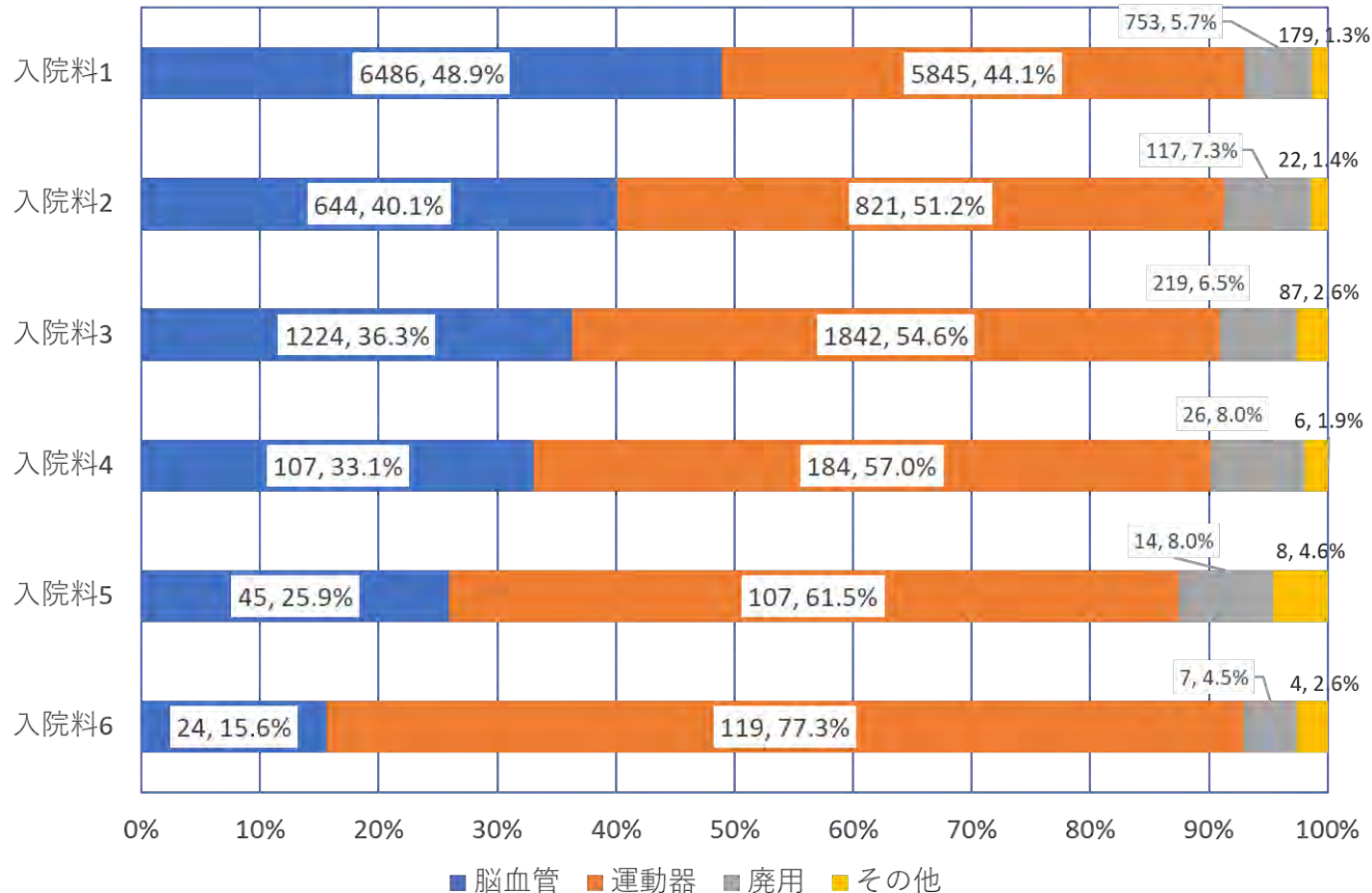
第三者評価

- 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。



入院料別の原因疾患について

- 各入院料毎の患者の原因疾患は以下のとおりであった。
- 入院料1では脳血管系疾患が最も多く、入院料6では運動器系疾患が最も多かった。

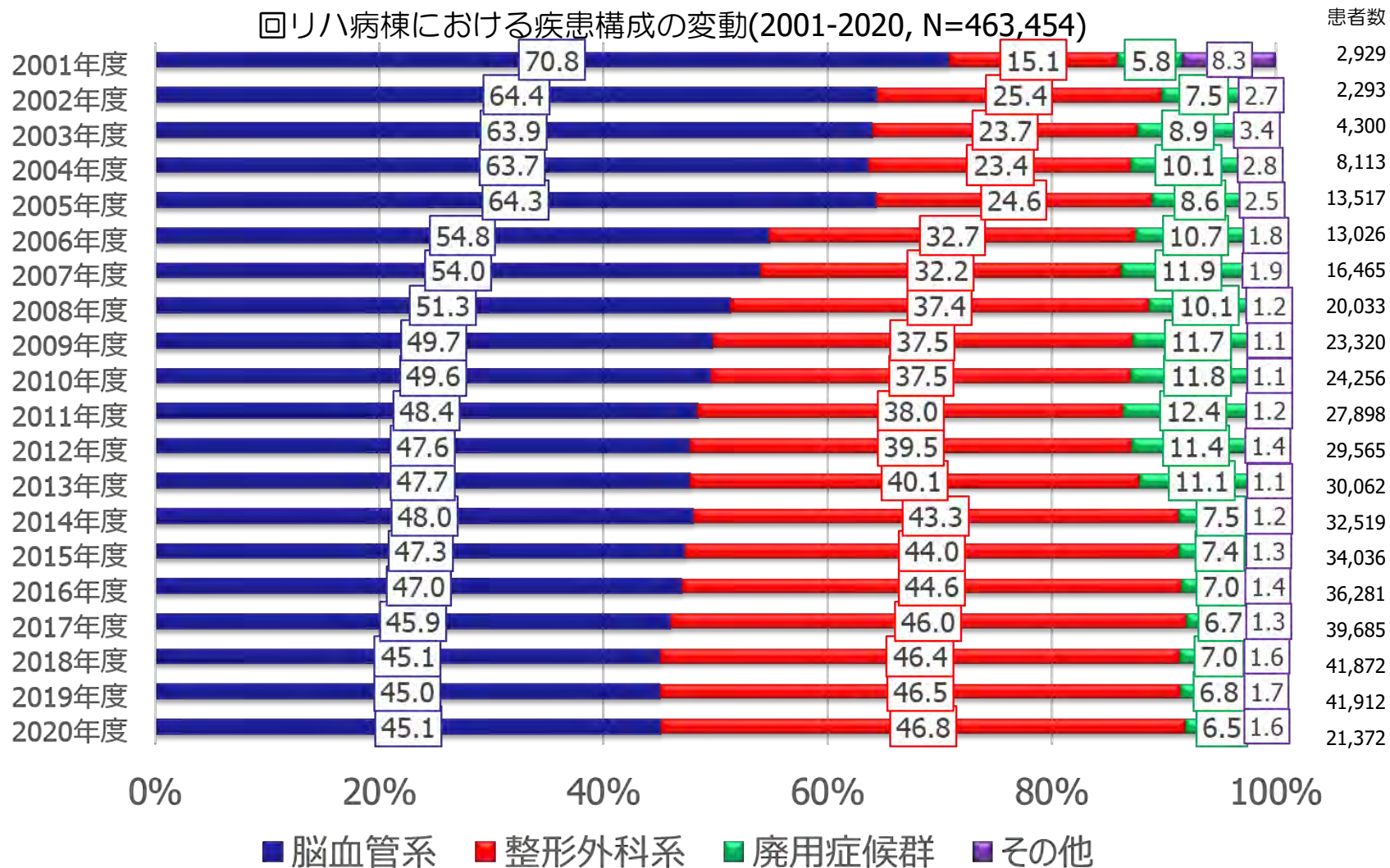


脳血管：「脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態」
 運動器：「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態」、「股関節又は膝関節の置換術後の状態」
 廃用：「外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態」
 その他：「大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態」

原因疾患の年次推移

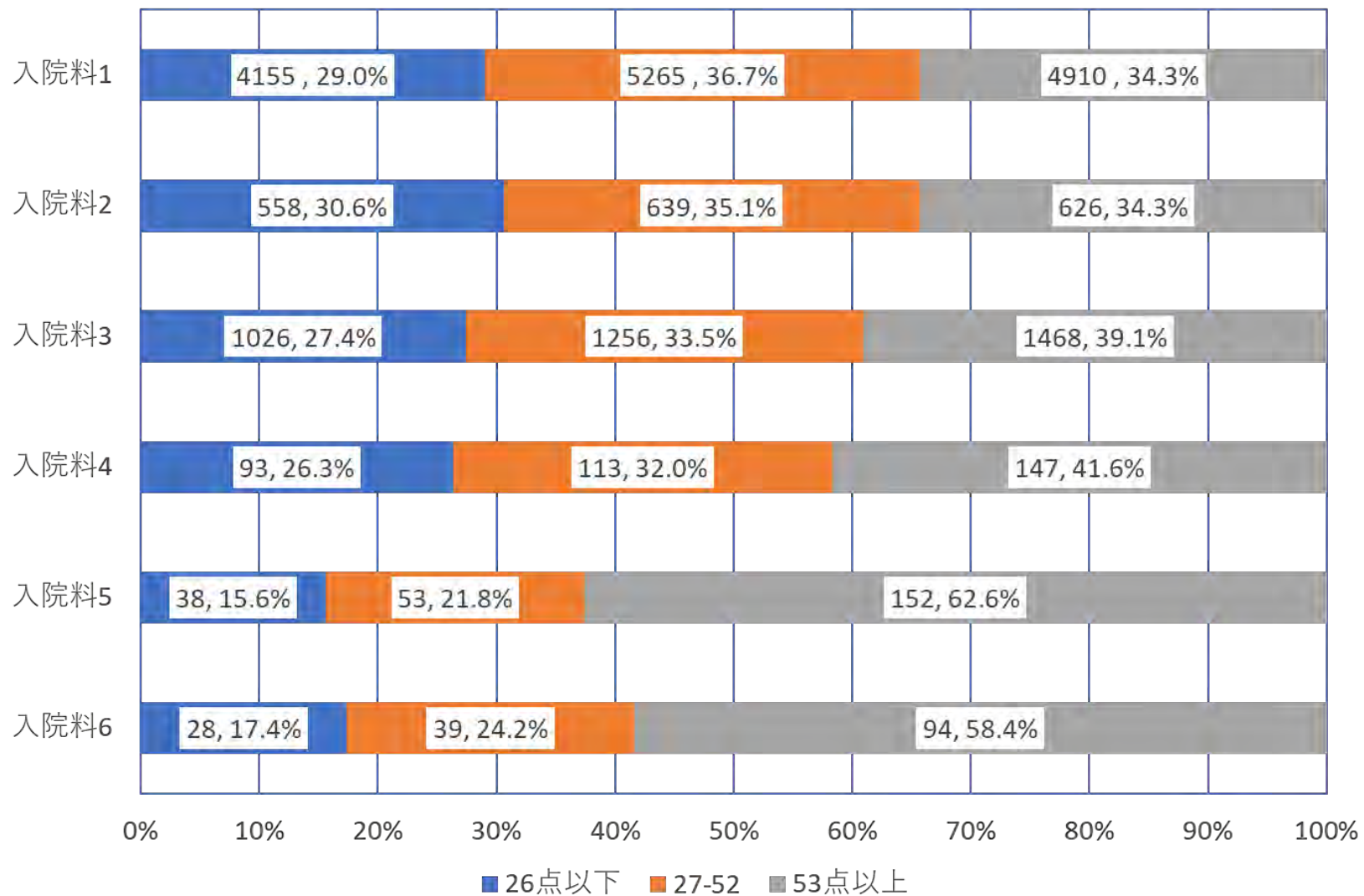
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 回復期リハビリテーション病棟における入院患者の疾患・状態の割合の年次推移は以下のとおりであり、経年的に脳血管疾患の割合が低下し整形外科疾患の割合が増加している。



入院料別の重症度（入院時運動FIM）について

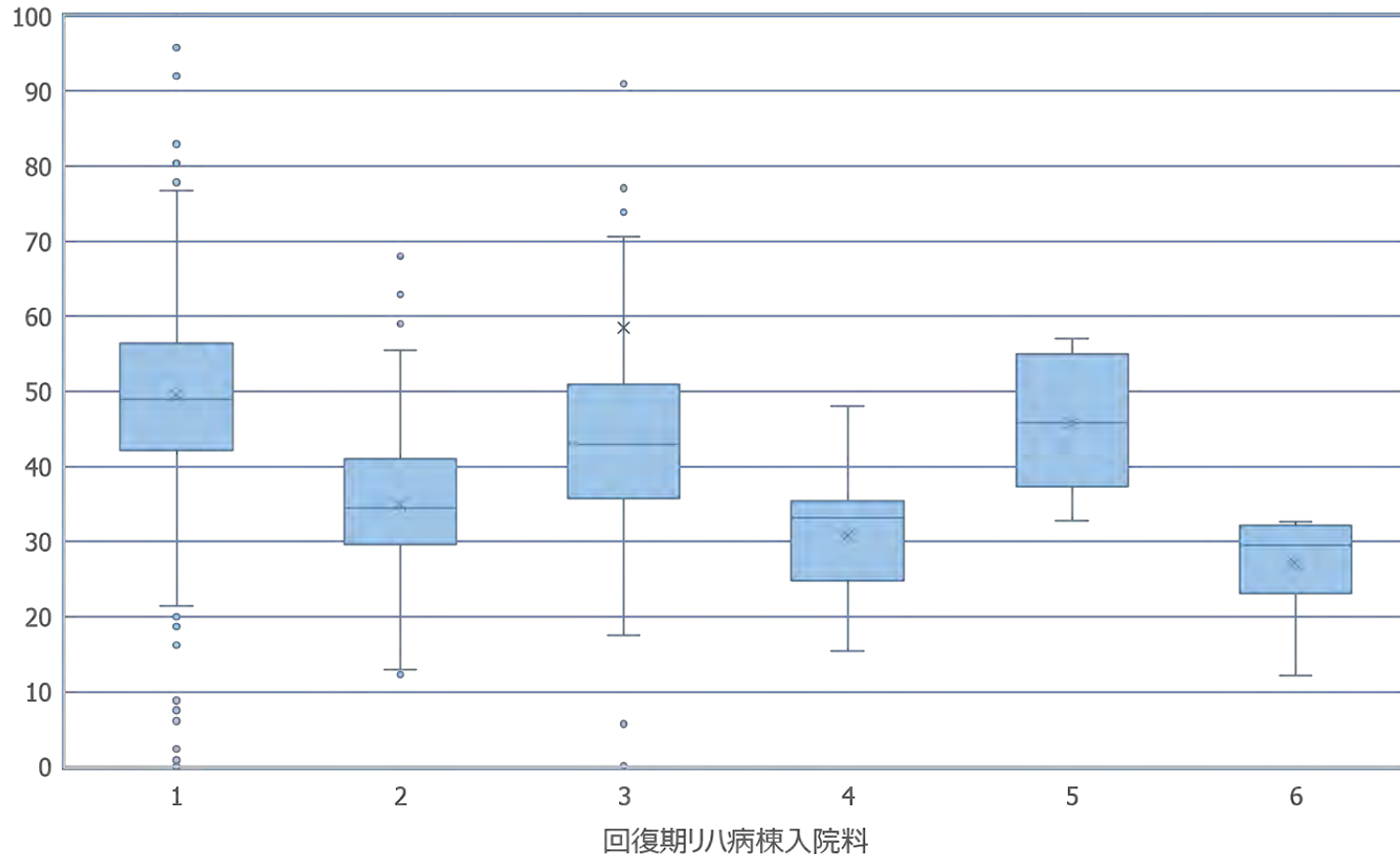
○ 入院料別の入院時運動FIMは以下のとおりであり、入院料1～4と5・6を比較すると、5・6のほうが入院時運動FIMは高い傾向であった。



入院料毎の実績指数の分布

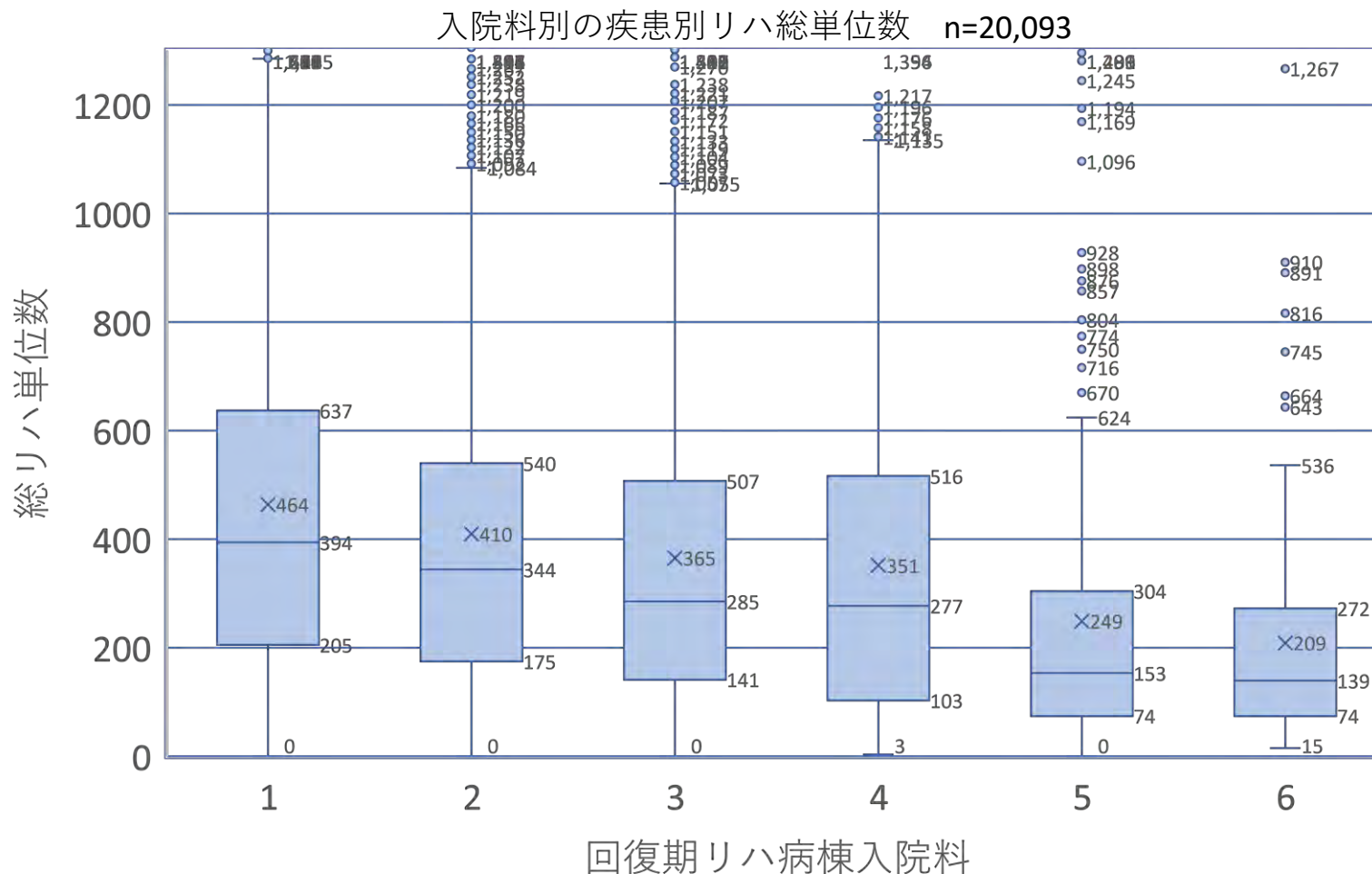
○ 入院料毎の実績指数の分布は以下のとおりであり、入院料1から入院料6にかけて低下傾向であった。また、平均値について、入院料1と2を比較すると入院料2が、入院料3と4を比較すると入院料4が、入院料5と6を比較すると入院料6が低かった。

入院料別の実績指数（1カ月に退院10例以上の995病棟）



入院料毎の疾患別リハビリテーション総単位数

○ 入院料毎の疾患別リハビリテーションの、入院中の総単位数の分布は以下のとおりであり、入院料1から入院料6にかけて低下していく傾向であった。

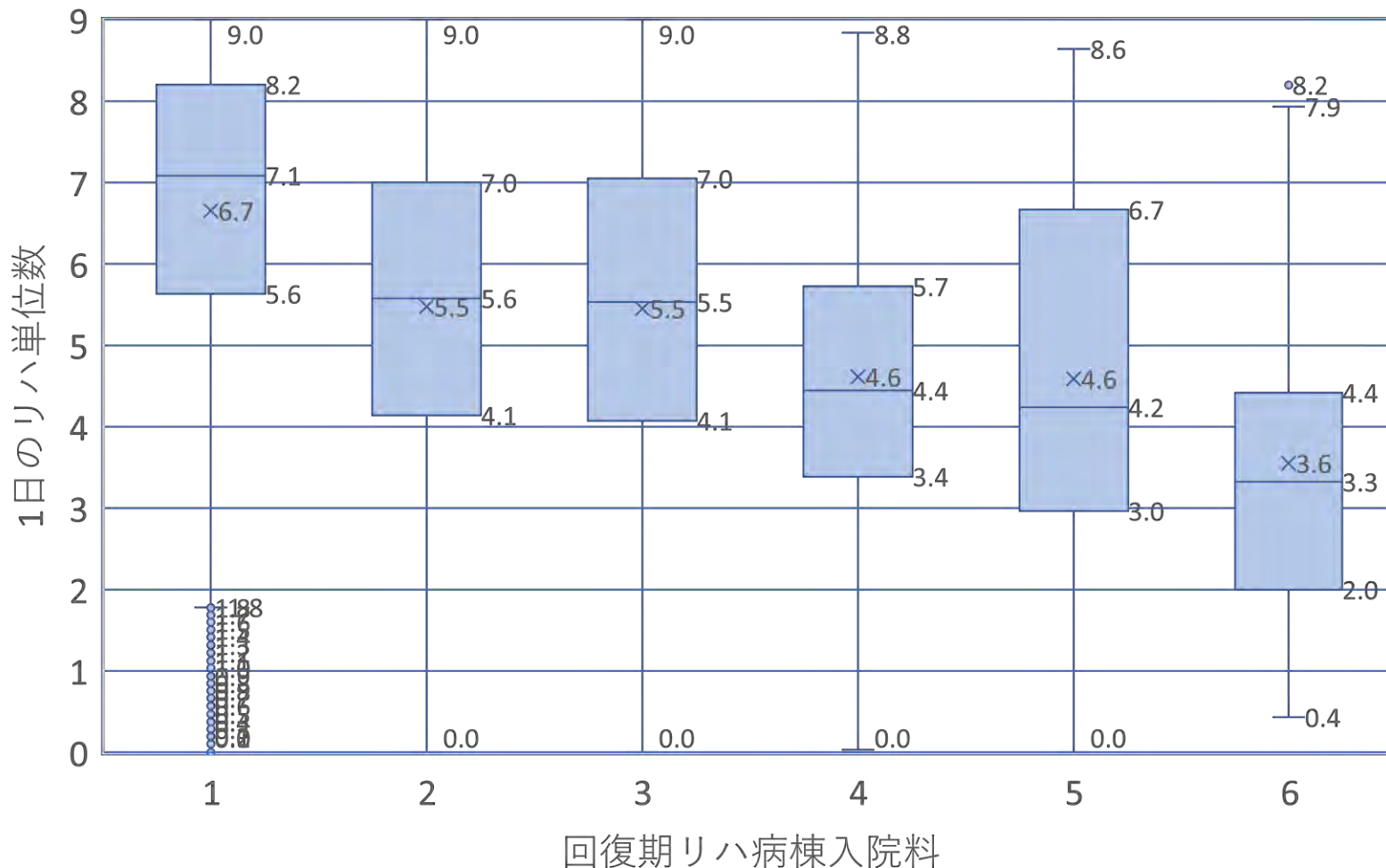


入院料毎の疾患別リハビリテーション単位数（1日当たり）

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 入院料毎の1日当たりの疾患別リハビリテーションの単位数の分布は以下のとおりであり、入院料1から6にかけて低下していく傾向であった。

入院料別の1日当たりの疾患別リハ単位数 n=19,430

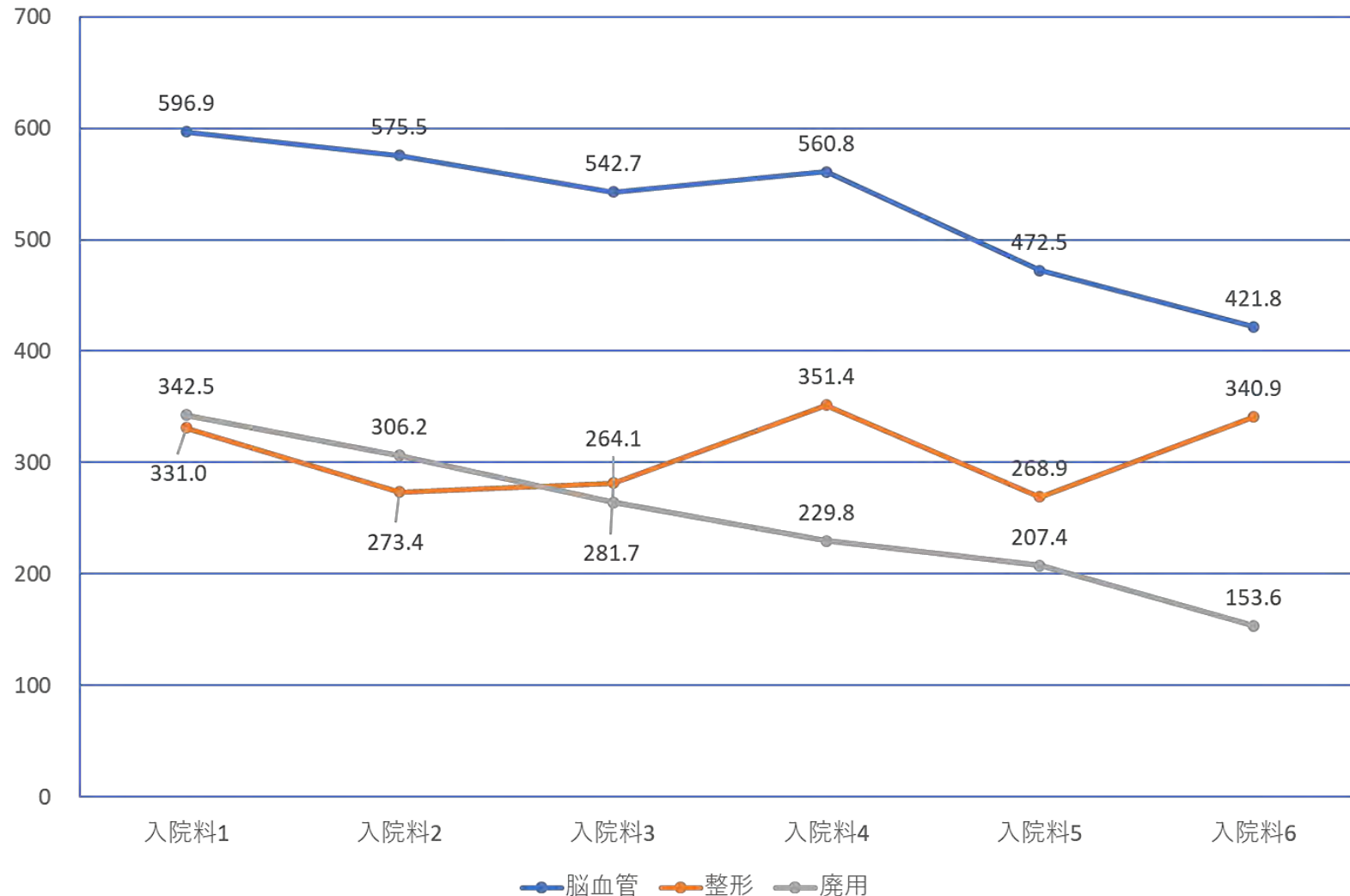


患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション総単位数

○ 患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション総単位数は以下のとおりであり、脳血管疾患及び廃用症候群については、総単位数が入院料1から入院料6にかけて低下する傾向であった。一方、整形については各入院料でばらついていた。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

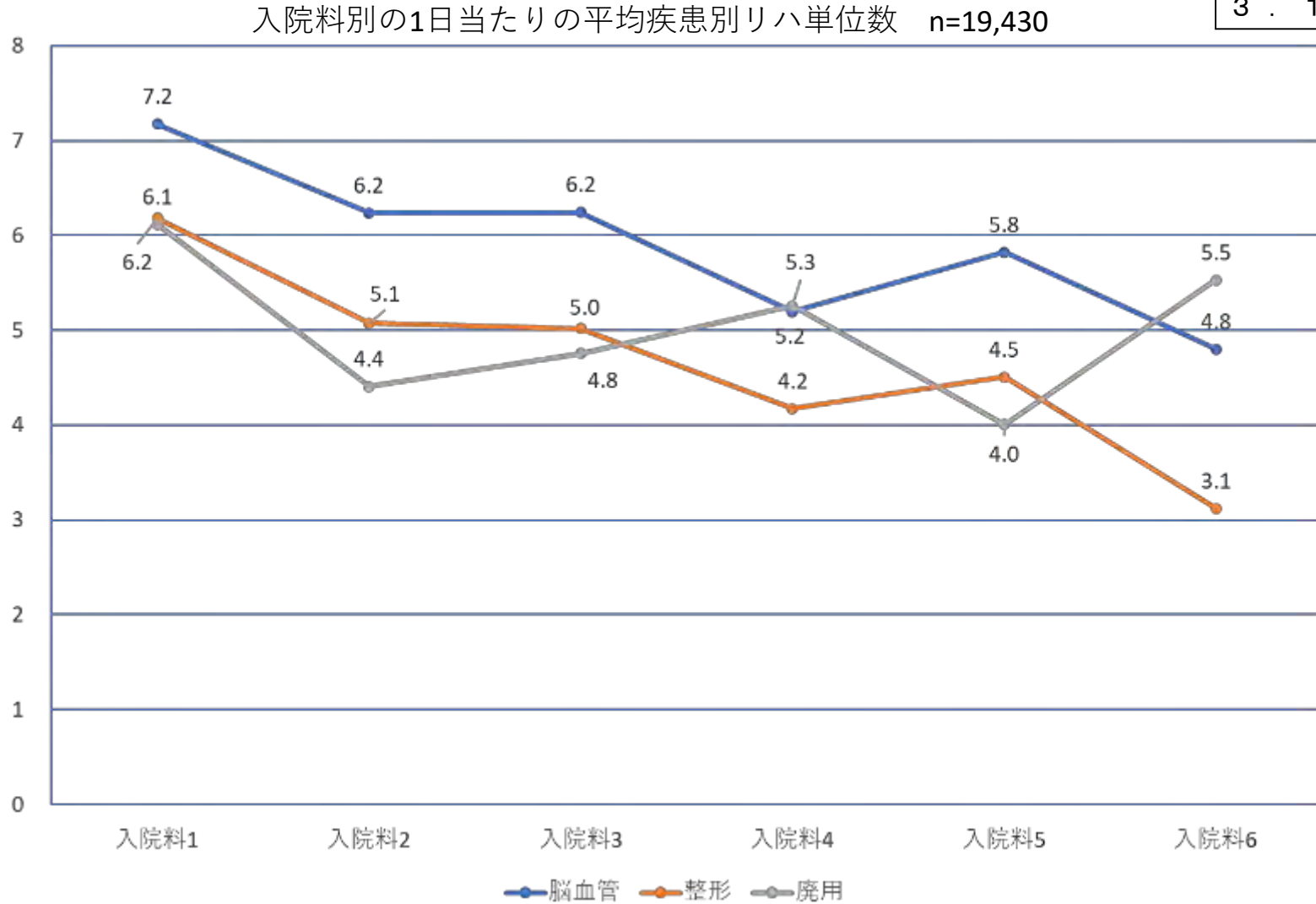
入院料別の平均疾患別リハ総単位数 n=20,093



患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション単位数（1日当たり）

○ 患者の疾患・状態別にみた入院料毎のリハビリテーション単位数(1日当たり)は以下のとおりであり、脳血管疾患及び整形疾患については単位数が入院料1から6にかけて低下する傾向であった。

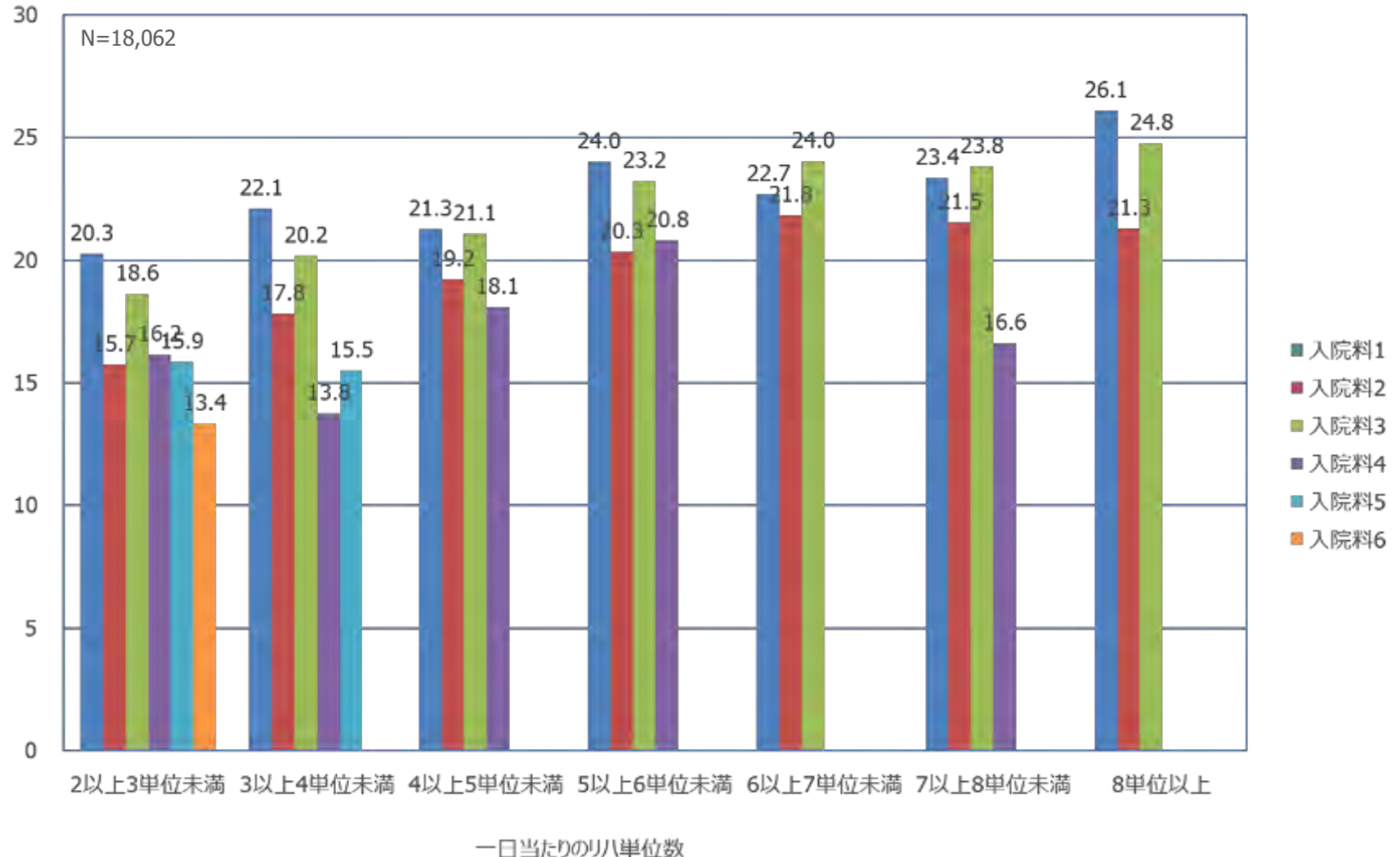
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7



1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者におけるFIMの変化について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

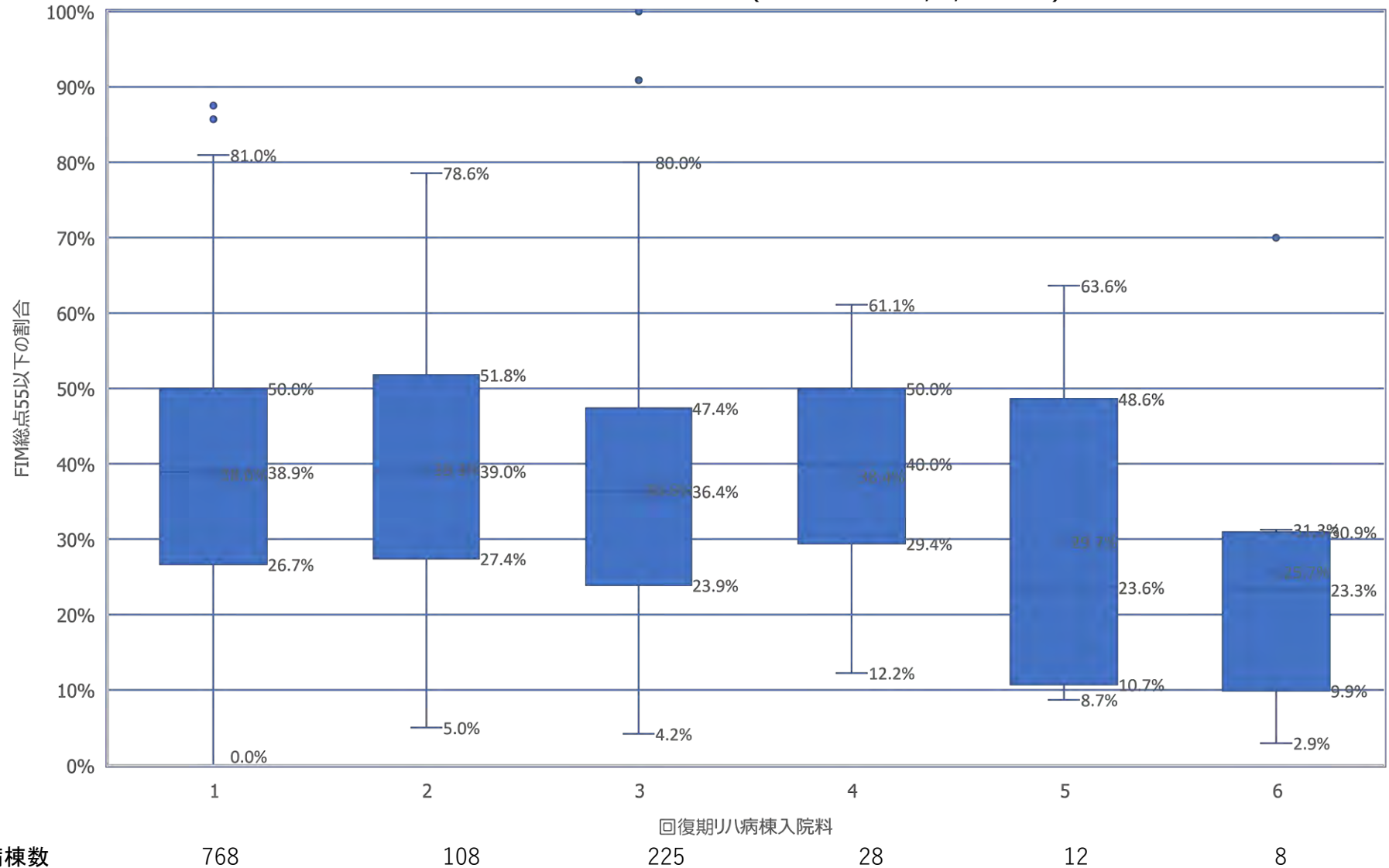
○ 1日当たりのリハビリテーション単位数が同一の患者について、入院料毎に運動FIMの変化(退棟時運動FIM-入院時運動FIM)について分析した。例として1日2単位以上3単位未満のリハビリテーションが提供されている患者についてみると、入院料1が最も変化が大きく、入院料6が小さい結果であった。



重症者の割合について

- 入院料毎に、重症者(FIM55点以下の患者)の割合を比較した。
- 入院料1から入院料4では大きな差はない一方、入院料5及び6は割合が低かった。

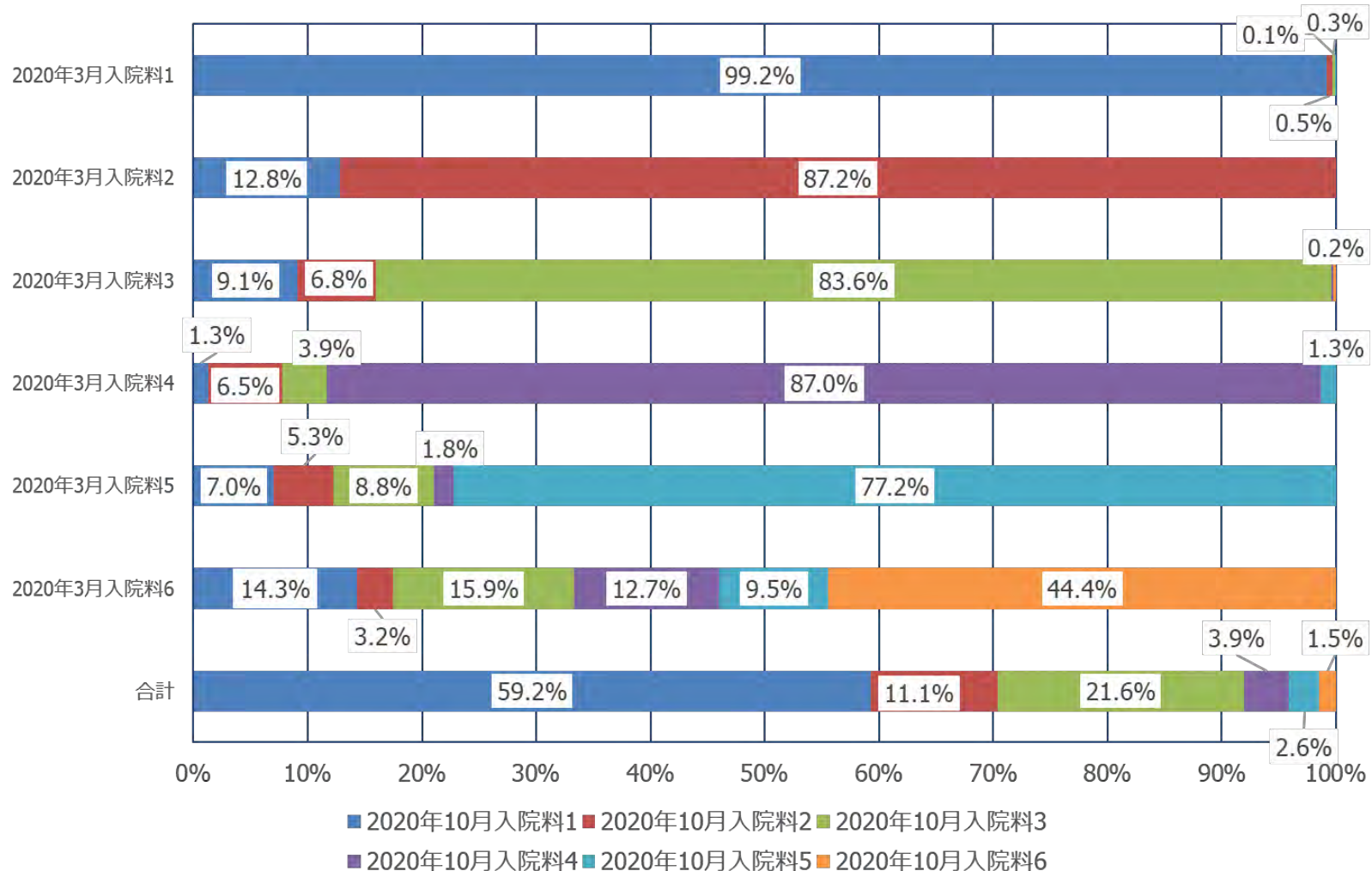
入院料別重症患者割合の分布(入院時FIM総点, 1,149病棟)



入院料の届出についての分析①

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和2年3月時点の届出入院料毎に、半年後の令和2年10月時点の届出入院料を比較した。
- 入院料1、2、3、4においては、同一の入院料を届け出ている割合が8割を超えていた。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。

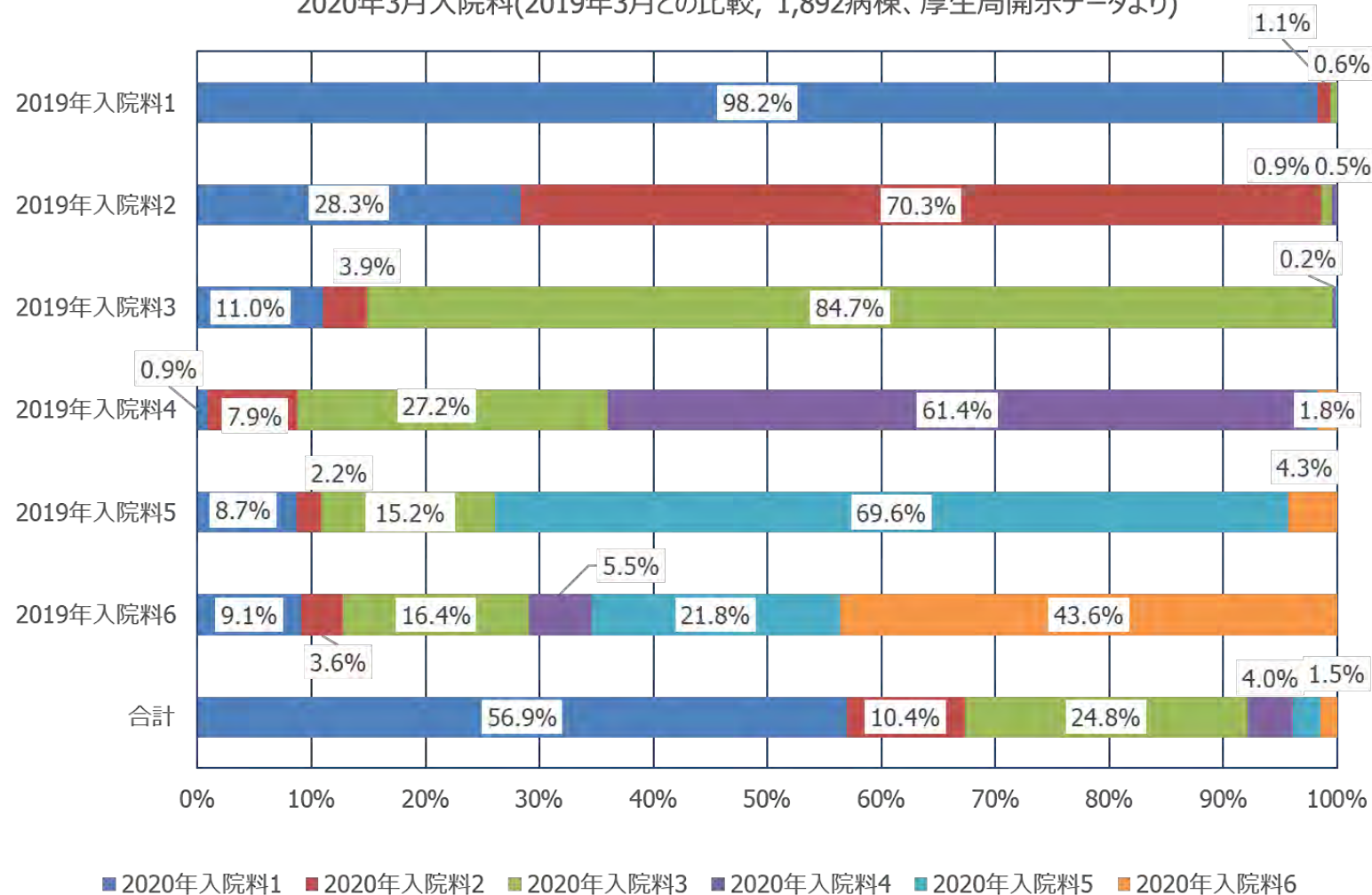
2020年10月入院料(2020年3月との比較, 1,963病棟、厚生局開示データより)



入院料の届出についての分析②

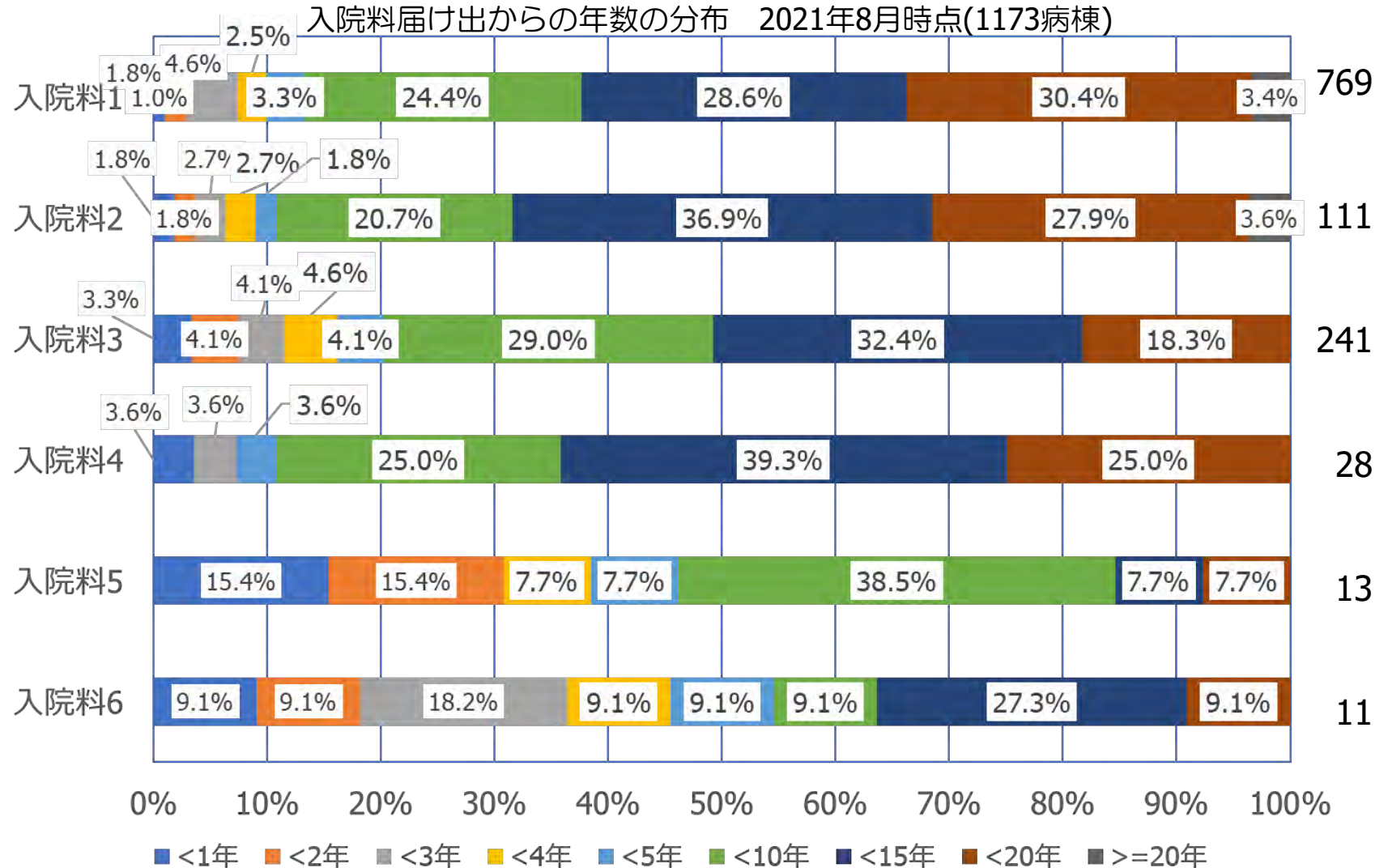
- 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟について、令和元年年3月時点の届出入院料毎に、1年後の令和2年3月時点の届出入院料を比較した。
- 入院料1、2、3では、同一の入院料を届け出ている割合が約8割であった。一方、入院料5、6において別の入院料へ移行していたのは、それぞれ2割超、5割超であった。

2020年3月入院料(2019年3月との比較, 1,892病棟、厚生局開示データより)



入院料の届出からの年数の分析

- 回復期リハビリテーション病棟入院料について、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出からの年数について、令和3年8月時点の届出入院料毎に比較した。
- 例として届出から10年未満の病棟は、入院料1～4では3～5割であったのに対し、入院料5では約85%、入院料6では約64%であった。



回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準の見直し

管理栄養士の配置に係る見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を要件とする。
- 入院料2～6について、管理栄養士の配置が望ましいこととする。



現行

- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
(新設)
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
- (1) また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
(新設)

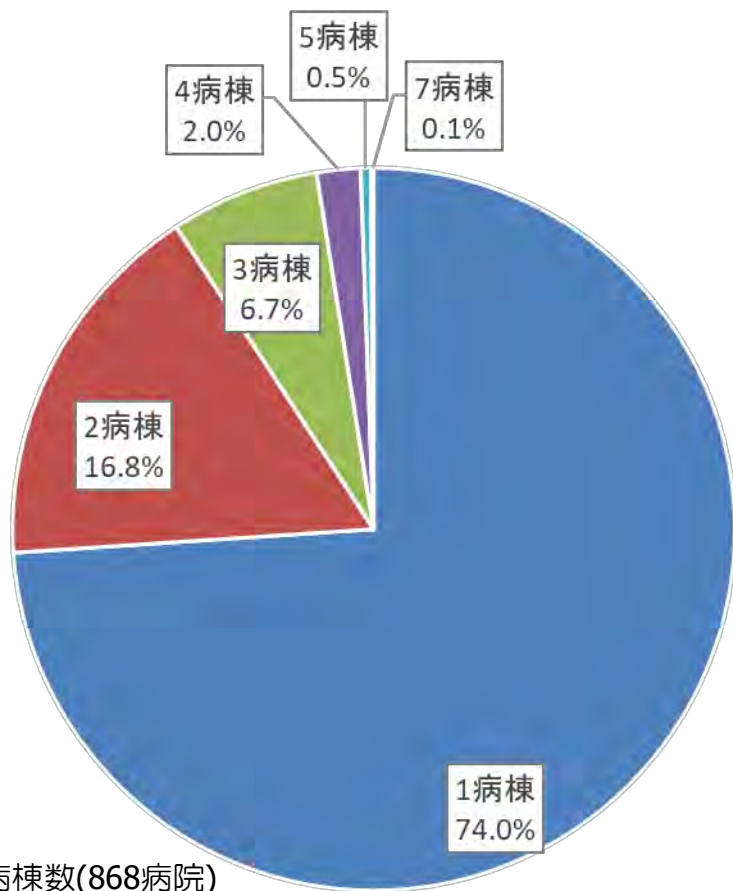


改定後

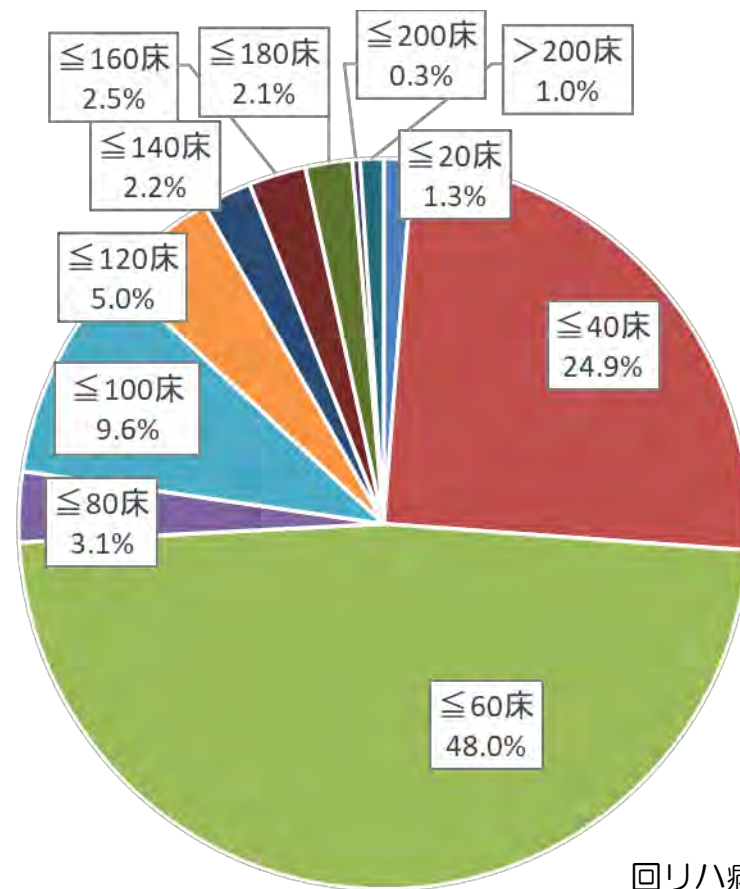
- [施設基準(回復期リハビリテーション病棟入院料)]
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準
- 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準
- (1) 当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

回復期リハビリテーション病棟の病棟数及び病床数の現状

- 1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟数は、1病棟が74.0%、2病棟が16.8%と2病棟以下が90%以上であった。
- 1病院当たりの回復期リハビリテーション病棟の病床数は、60床以下が48.0%、40床以下が24.9%と高い割合であった。



回り八病棟数(868病院)
平均1.4病棟・中央値1病棟



回り八病床数(868病棟)
平均63.4床・中央値50床

一病院あたりの回り八病棟数および病床数の分布

入院料ごとの管理栄養士の配置状況の変化

中医協 総-1-2
3.10.27

○ 管理栄養士の配置が努力義務である入院料2、3において、2019年調査と比較して、2020年調査では、管理栄養士を配置している病棟の割合がわずかに増加している。

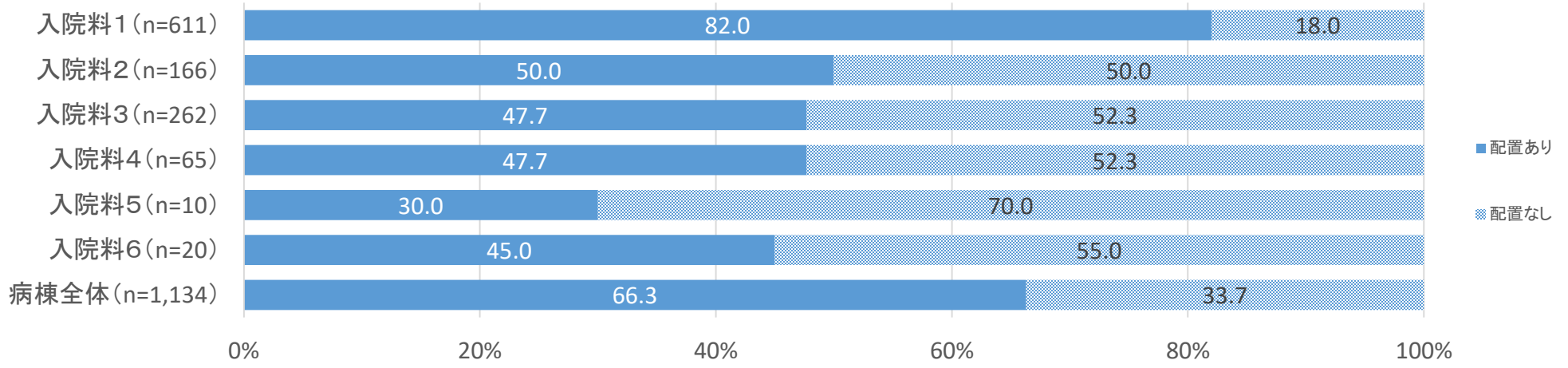


図 回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況(2019年)

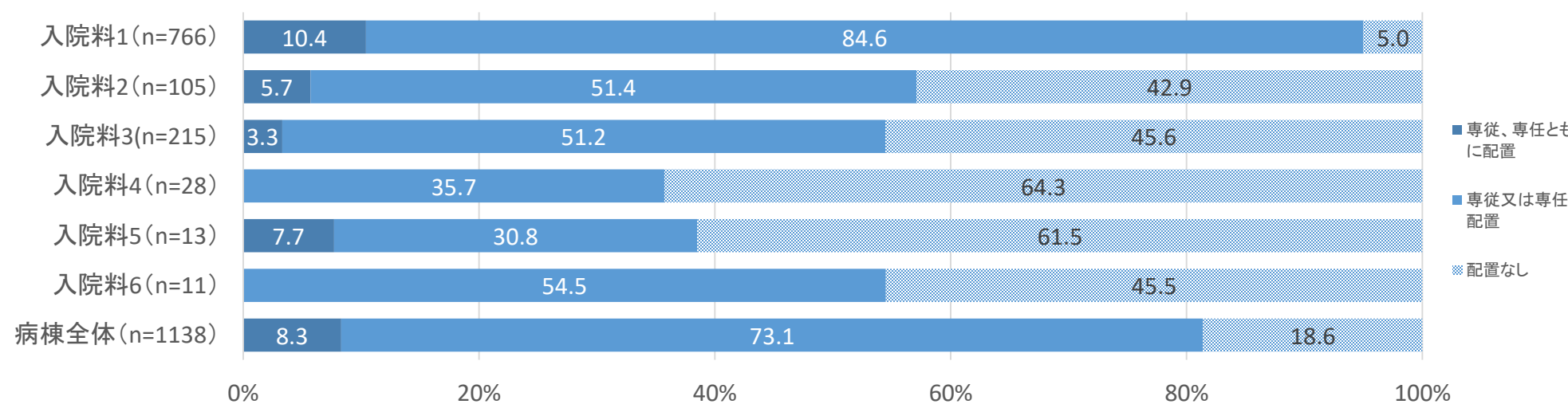


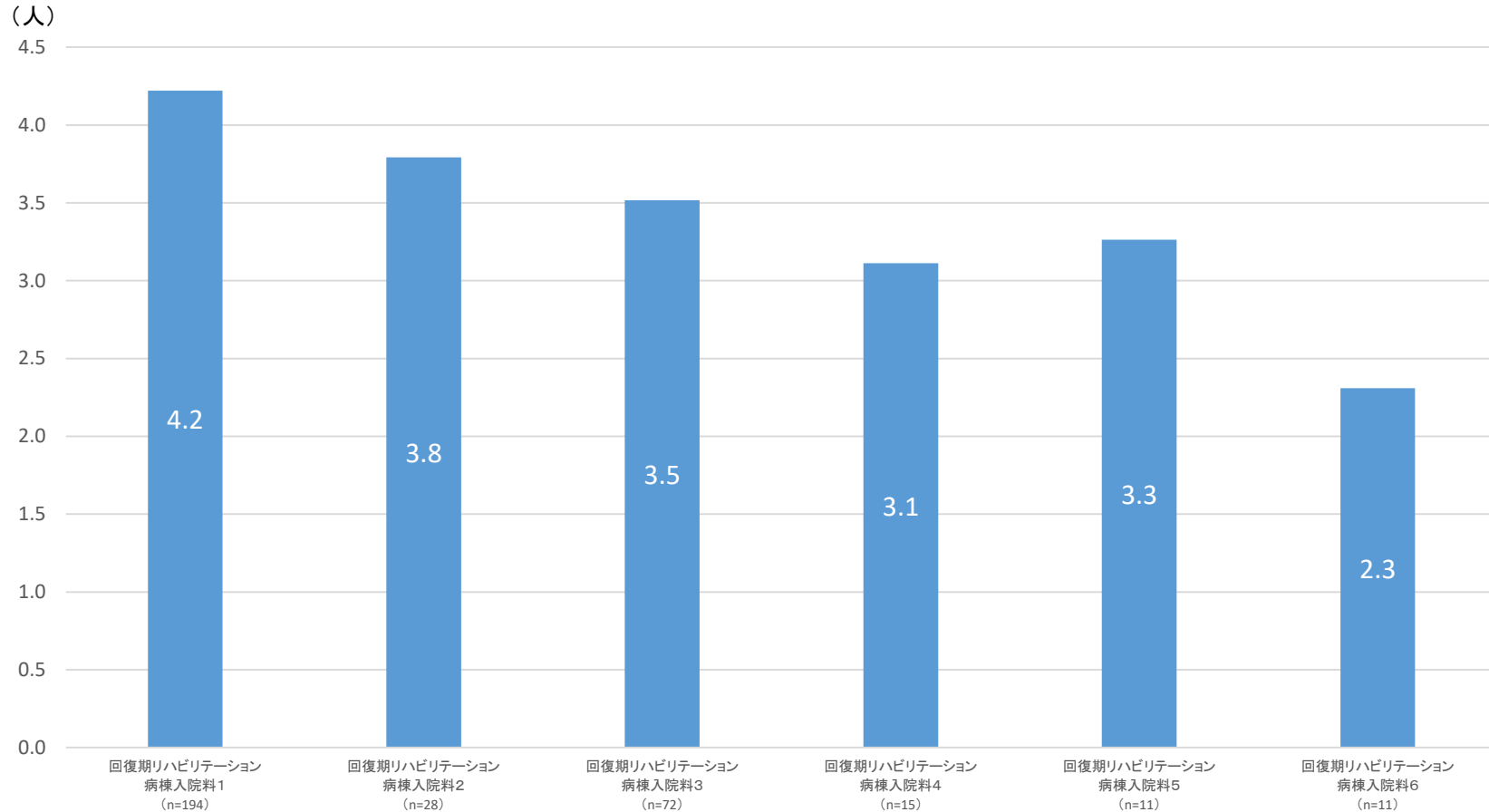
図 回復期リハ病棟入院料別の管理栄養士配置状況(2020年)

出典：2019年、2020年回復期リハビリテーション病棟協会調査報告書より、図は、保険局医療課が作成

管理栄養士の施設の配置（常勤換算）状況

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 入院料によりばらつきが見られるが、入院料1において、常勤換算で4.2名、入院料2～5において、常勤換算で3名以上配置されている。



※常勤換算の算出方法

常勤職員の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して少数第1位まで（小数第2位を切り上げ）としている。

例：常勤職員の1週間の通常の労働時間が40時間の病院で、病棟にて週4日（各5時間）勤務している場合

$$\text{常勤換算した職員数} = (4 \text{ 日} \times 5 \text{ 時間} \times 1 \text{ 人}) \div 40 \text{ 時間} = 0.5 \text{ 人}$$

○ 専従管理栄養士を1名以上配置した回復期リハビリテーション病棟入院料2~6の病棟では、管理栄養士の配置が1名未満の病棟と比較して入院中の体重減少発生リスクが有意に低値であり、かつ独立した説明因子であった。

【対象・方法】

2018年、2019年に全国回復期リハビリテーション病棟協会に所属している回復期リハビリテーション病棟を有している病院に対して実態調査を実施。

回復期リハビリテーション病棟入院料2~6を算定している病棟において、管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟と1名未満の病棟ごとに集計し、解析。

Table 2. Characteristics of the 14,093 underweight and normal weight patients admitted to class 2-6 KRWs.

Factor	All	KRWs with Exclusively Staffed RDs *	KRWs without Exclusively Staffed RDs	p Value
Number	14,093	1392 (9.9)	12,701 (90.1)	
Age, median (IQR)	82 (74-78)	82 (74-88)	82 (74-87)	0.428 ¹
Female, n (%)	8511 (60.4)	852 (61.2)	7659 (60.3)	0.512 ²
Disease, n (%)				0.040 ²
Stroke	4946 (35.1)	475 (34.1)	4471 (35.2)	
Other neurological diseases/injuries	957 (6.8)	88 (6.3)	869 (6.8)	
Orthopaedic diseases/injuries	7067 (50.1)	691 (49.6)	6376 (50.2)	
Hospital-associated deconditioning	1123 (8.0)	138 (10.0)	985 (7.8)	
FIM at admission, median (IQR)	64 (42-85)	62 (41-83)	64 (42-85)	0.020 ¹
Weight loss, n (%)	2607 (18.5)	224 (16.1)	2383 (18.8)	0.015 ²

¹ Mann-Whitney U-test, ² Chi-square test; IQR, interquartile range; FIM, Functional Independence Measure; KRWs, Kaifu-kuki Rehabilitation Wards; RD, registered dietitian. * RDs who worked at the ward but did not complete other tasks

管理栄養士が1名以上専従配置されている病棟は、1名未満の病棟と比較して、体重減少発生リスクが有意に低値である。

Table 4. Binary logistic regression analysis of weight loss * in the KRWs where nutrition care was not provided (classes 2-6).

Factor	OR	95%CI		p Value
		Lower	Upper	
Age	1.016	1.011	1.021	<0.001
Sex, male	0.650	0.577	0.731	<0.001
Disease				
Stroke	Reference			
Other neurological diseases/injuries	0.745	0.603	0.915	0.005
Orthopaedic diseases/injuries	0.785	0.700	0.881	<0.001
Hospital-associated deconditioning	0.823	0.683	0.987	0.036
Days between onset and admission	0.995	0.991	0.998	0.001
FIM at admission	0.983	0.981	0.985	<0.001
Body weight at admission	1.056	1.048	1.064	<0.001
Number of nurses	1.000	0.991	1.010	0.886
Daily rehabilitation dose (min/d)	0.998	0.996	0.999	<0.001
Exclusively staffed registered dietitian (≥1 per ward)	0.810	0.683	0.955	0.012

OR, odds ratio; CI, confidence interval; FIM, Functional Independence Measure. * defined as ≥5% loss during the KRW stay. $R^2 = 0.051$.

管理栄養士が1名以上専従配置されていることが、性別、FIM、リハビリテーション実施時間等とは独立した体重減少発生リスクの説明因子である。

管理栄養士の配置別のリハビリ計画書における栄養項目の記載状況

- 入院料1においては、管理栄養士が配置されている場合、リハビリ計画書の栄養項目の記載がされている。
- 入院料2～6は、管理栄養士が配置されている場合、リハビリ計画書の栄養項目の記載することが望ましいとされており、管理栄養士が配置されている場合、記載されている割合が高い。

入院料	管理栄養士の配置	リハビリ計画書の栄養項目記載について		
		患者全員に記載	一部の患者のみ記載	記載していない
回復期リハビリテーション病棟入院料1 (n=219)	あり	97.7%	1.4%	0.9%
	なし	75.0%	25.0%	0.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料2 (n=21)	あり	40.0%	40.0%	20.0%
	なし	31.3%	6.3%	62.5%
回復期リハビリテーション病棟入院料3 (n=58)	あり	63.6%	4.5%	31.8%
	なし	41.7%	8.3%	50.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料4 (n=9)	あり	66.7%	0.0%	33.3%
	なし	66.7%	0.0%	33.3%
回復期リハビリテーション病棟入院料5 (n=6)	あり	100.0%	0.0%	0.0%
	なし	20.0%	20.0%	60.0%
回復期リハビリテーション病棟入院料6 (n=6)	あり	50.0%	0.0%	50.0%
	なし	0.0%	0.0%	100.0%