

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座

# 2026年診療報酬改定と 包括期入院医療



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

## ■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション  
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



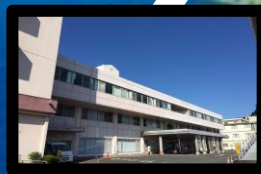
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬  
ケアセンター

浦賀

三浦

# 目次

- パート1
  - 新たな地域医療構想と包括期
- パート2
  - 地域包括医療病棟
- パート3
  - 地域包括ケア病棟
- パート4
  - 回復期リハ病棟



# パート1 新たな地域医療構想と 包括期



# 新たな地域医療構想とは？

2040年へ向けての  
地域医療構想

# 新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

## 【現状】

- 各構想区域の2025年の病床の必要量について、**病床機能ごとに推計し、都道府県が地域医療構想を策定。**
- 各医療機関から都道府県に、**現在の病床機能と2025年の方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、地域の関係者が**地域医療構想調整会議（二次医療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医療介護総合確保基金**等を活用して支援。

など

## 【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の合計・機能別とも近付いているが、**構想区域ごと・機能ごとに乖離。**
- 将来の病床の必要量を踏まえ、各構想区域で病床の機能分化・連携が議論されているが、**外来や在宅医療等**を含めた、**医療提供体制全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上が増大する中、**在宅を中心に入退院を繰り返し最後は看取りを要する高齢者を支える医療を提供する必要。**その際、**かかりつけ医機能の確保、在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過疎地等で、**地域ごとに人口変動の状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、**医師の働き方改革**を進めながら、地域で必要な医療提供体制を確保する必要。

など

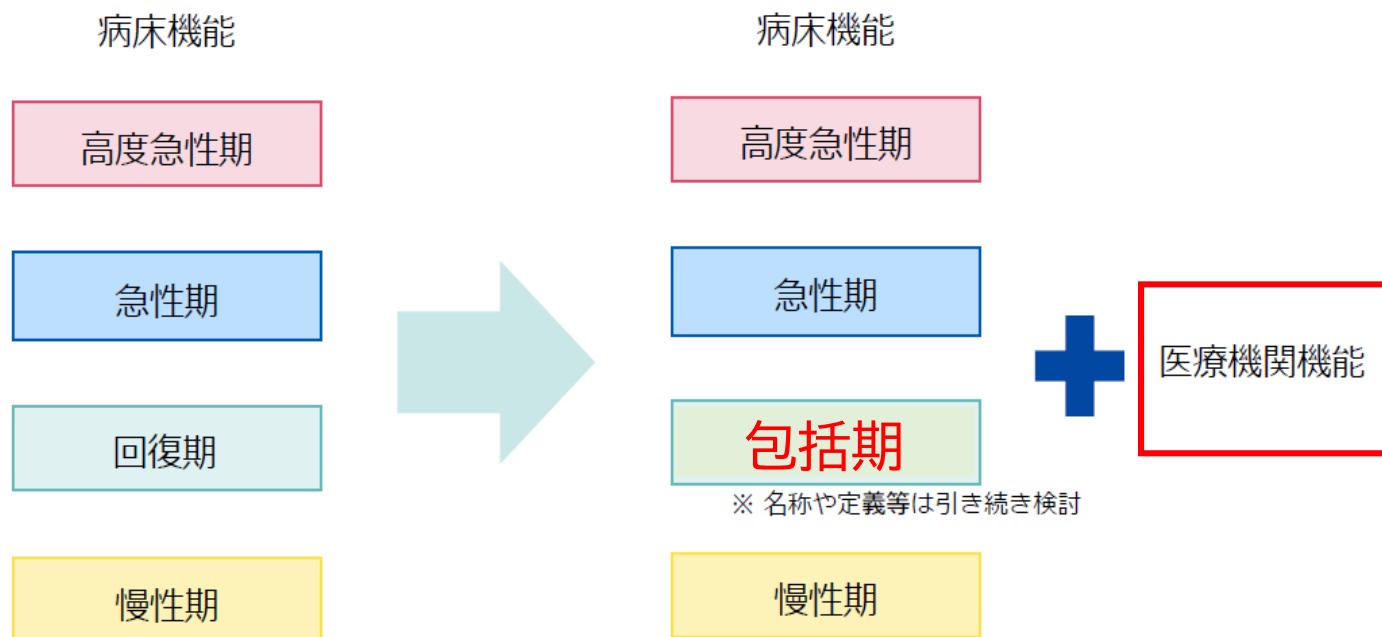
## 【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
  - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映）等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
  - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
  - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
  - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
  - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
  - ・ 地域医療介護総合確保基金
  - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
  - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
  - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
  - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
  - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
  - ・ 地域医療介護総合確保基金
  - ・ 都道府県の権限
  - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

など 163

## 病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



## 病床機能等の分類の見直し

### ■ 病床機能等の分類

病床機能の名称は、関係者等に予断をいだかせないような名称にする必要がある

さらに、病院には様々な科があり得意分野は異なる。

「病床機能報告」を「病棟単位の医療機能」を示す「**病棟機能報告**」として位置付けると共に「回復期」を「**包括期**」と名称変更し、分かりやすく示すことも必要

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能 ↓ <b>包括期機能</b>	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

# 新たな包括期機能とは？

高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能と従来の回復期機能を包含した機能とする

## 5つの医療機関機能

### ①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿  
となり、地域への復  
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

### ②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地  
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

### ③急性期拠点機能

救急医療等の急性期  
の医療を広く提供す  
る機能

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

### ④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

### ⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を  
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

# 医療機関機能について（案）

## 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

## 地域ごとの医療機関機能

### 主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。</li> <li>※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。</li> </ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なりハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。</li> </ul>

※ 高齢者医療においては、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

## 広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能**
  - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

# 包括期入院医療とは？

地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟  
病院機能としては高齢者救急・地域急性期機能

# 改定のポイント



- 2026年改定は新たな地域医療構想に基づく初めての改定
- 新たな地域医療構想では従来の回復期機能が包括期機能と改められた

# パート2

## 地域包括医療病棟

# 2024年改定 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

## 背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。  
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 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
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**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。

## 地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰  
在宅医療、介護との連携

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

## 地域包括医療病棟② 施設基準等

### 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

### (新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

#### [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棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

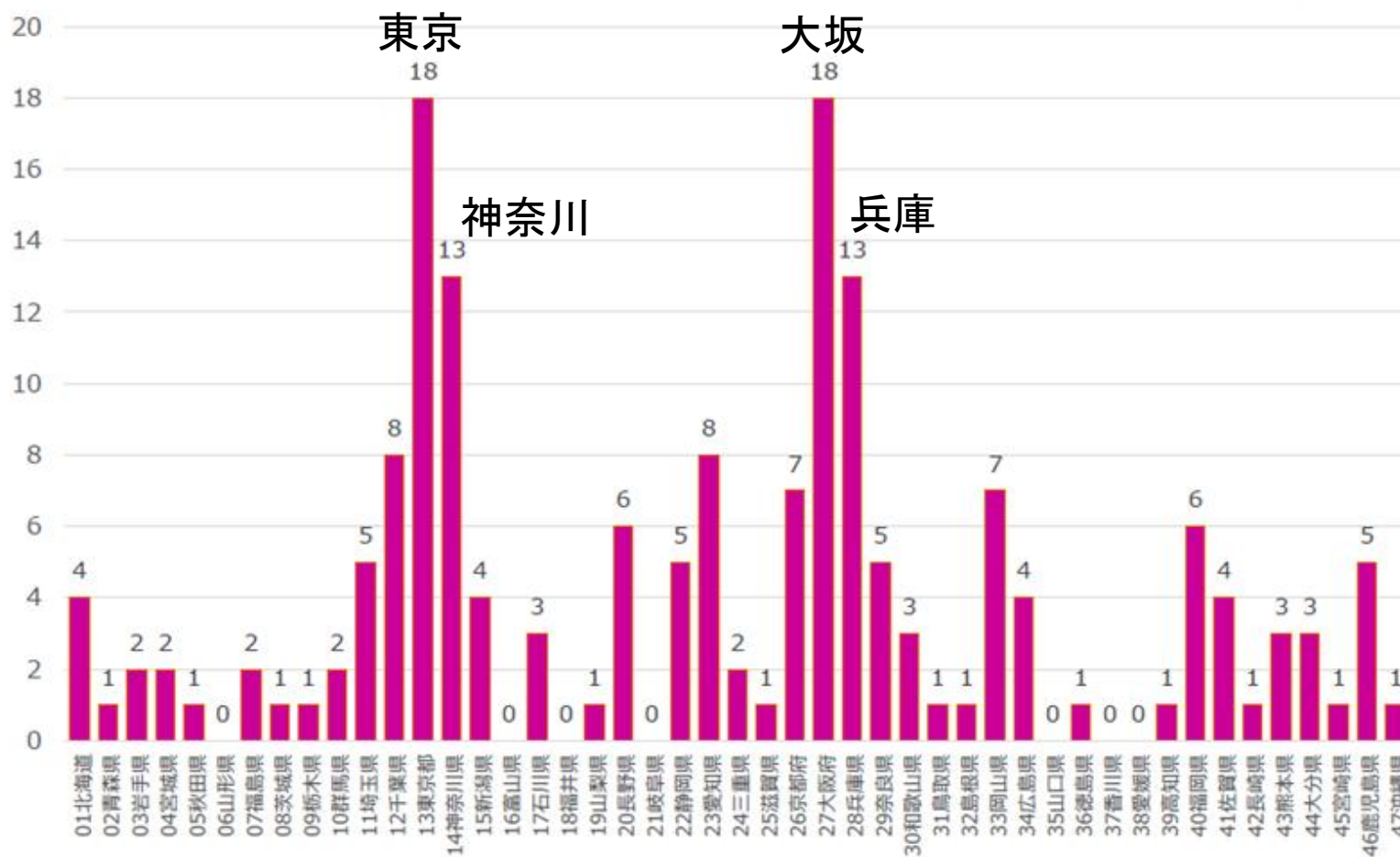


#### [施設基準] (抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、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。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。  
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。  
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

# 地域包括医療病棟

## 175病院（約9,200病床）



# 地域包括医療病棟の届出において満たすことが困難な項目

診調組 入-1  
 参 考  
 7. 5. 2 2改

- 届出にあたって満たすことが困難な施設基準として、急性期病棟では「休日を含めすべての日にリハビリテーションを提供できる体制の整備」を回答した医療機関が半数を超えており、「自院の一般病棟からの転棟が5%未満」「常勤のPT/OT/STの配置」「ADLが低下した患者が5%未満」が続いた。
- 地域包括ケア病棟においては、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすこと」が半数程度であり、「在宅復帰率8割」「休日を含むリハビリの体制整備」が続いた。

満たすことが困難な項目	急性期病棟(n=148)	地域包括ケア病棟(n=151)
看護職員の配置	12.2%	19.9%
常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の配置	40.5%	33.1%
専任の常勤の管理栄養士の配置	27.0%	21.2%
ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること	35.8%	35.8%
ADLの測定に関する研修会の開催	4.1%	7.9%
2次救急医療機関又は救急告示病院であること	7.4%	7.3%
常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること	7.4%	7.3%
重症度、医療・看護必要度の基準を満たすこと	23.6%	46.4%
入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること	21.6%	37.7%
平均在院日数が21日以内であること	17.6%	29.1%
退院患者に占める、在宅などに退院する者の割合が8割以上であること	23.0%	43.0%
当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること	43.2%	38.4%
救急用の自動車等により緊急に搬送された患者等の割合が1割5分以上であること	25.7%	37.7%
データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること	10.8%	6.0%
脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っていること	3.4%	0.0%
休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること	55.4%	41.1%
リハビリテーションに必要な構造設備	8.8%	2.0%

# 地域包括医療病棟の改定のポイント

- 改定のポイント①
  - 地域包括医療病棟と急性期のケアミクスをどのように考えるか？
- 改定のポイント②
  - 緊急入院、予定入院、手術ありなしの評価は？
- 改定のポイント③
  - 平均在院日数の見直し
- 改定のポイント④
  - ADL低下割合
- 改定のポイント⑤
  - 重症度、医療・看護必要度



# 改定のポイント①

地域包括医療病棟と急性期のケアミクスをどのように考えるか？

# 想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

- ▶ 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2－6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

## ①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

## ②急性期入院基本料2－6からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

## ③地域包括ケア病棟からの転換

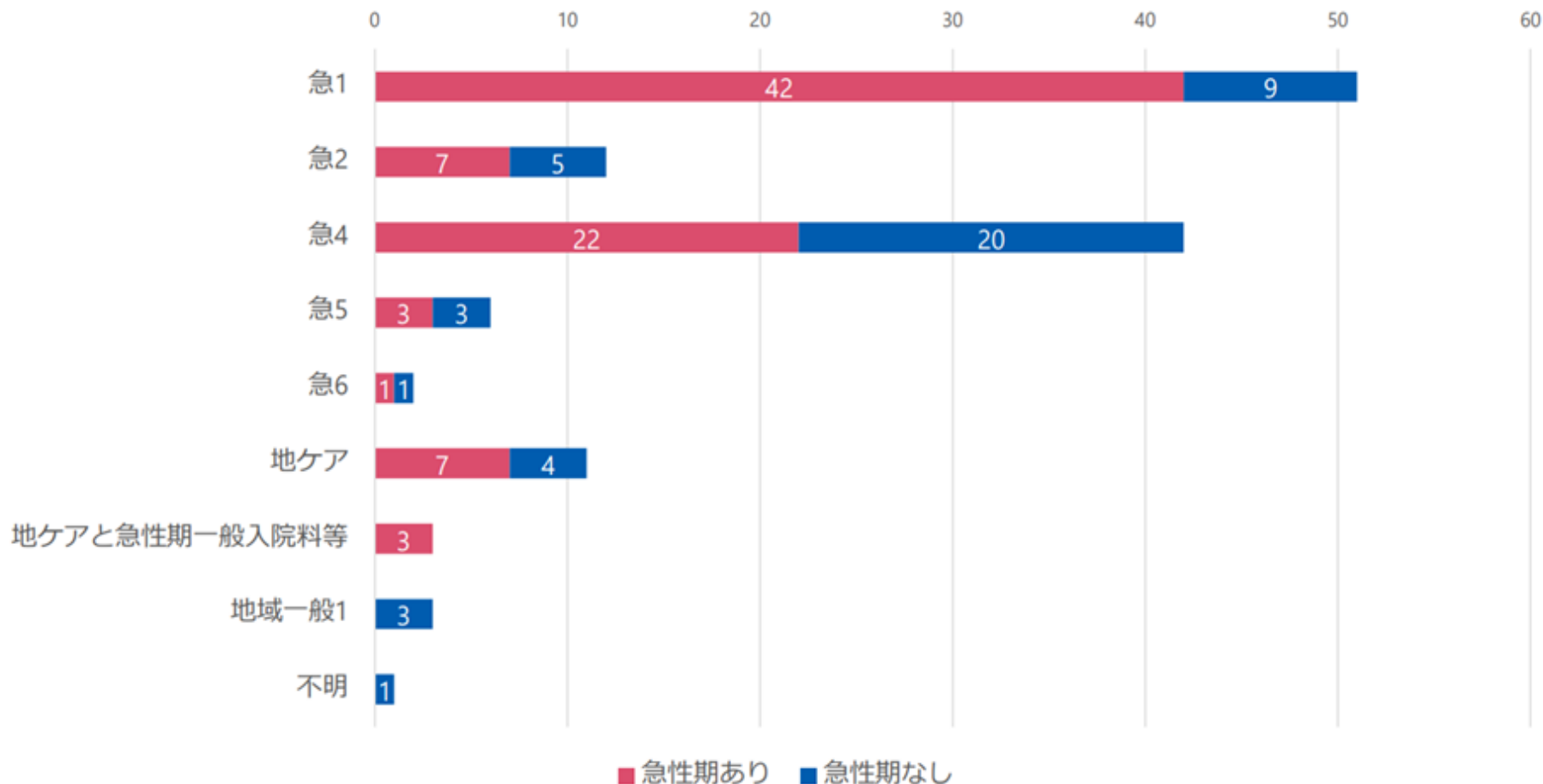


既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

# 地域包括医療病棟入院料を届け出る前の入院料

- 急性期一般入院料 1 からの移行が4割程度と最多であり、急性期一般入院料 4、急性期一般入院料 2、地域包括ケア病棟からの移行が続いた。急性期一般入院料 2－6 から移行した医療機関の半数程度では、移行により急性期一般入院料の届出病棟がなくなっていた。

地域包括医療病棟を届け出る前の入院料ごとの医療機関数(n=131)



# 地域包括医療病棟入院料と同一の医療機関で算定されている入院料

- 同一医療機関内に急性期一般入院料1～6のいずれかを有する医療機関が約3分の2であり、地域包括ケア病棟を有する医療機関が半数以上であった。
- 約3分の2が同一医療機関内にDPC対象病床を有していた。

地域包括医療病棟を有する医療機関における、他の入院料を届け出ている施設の割合(n=131)

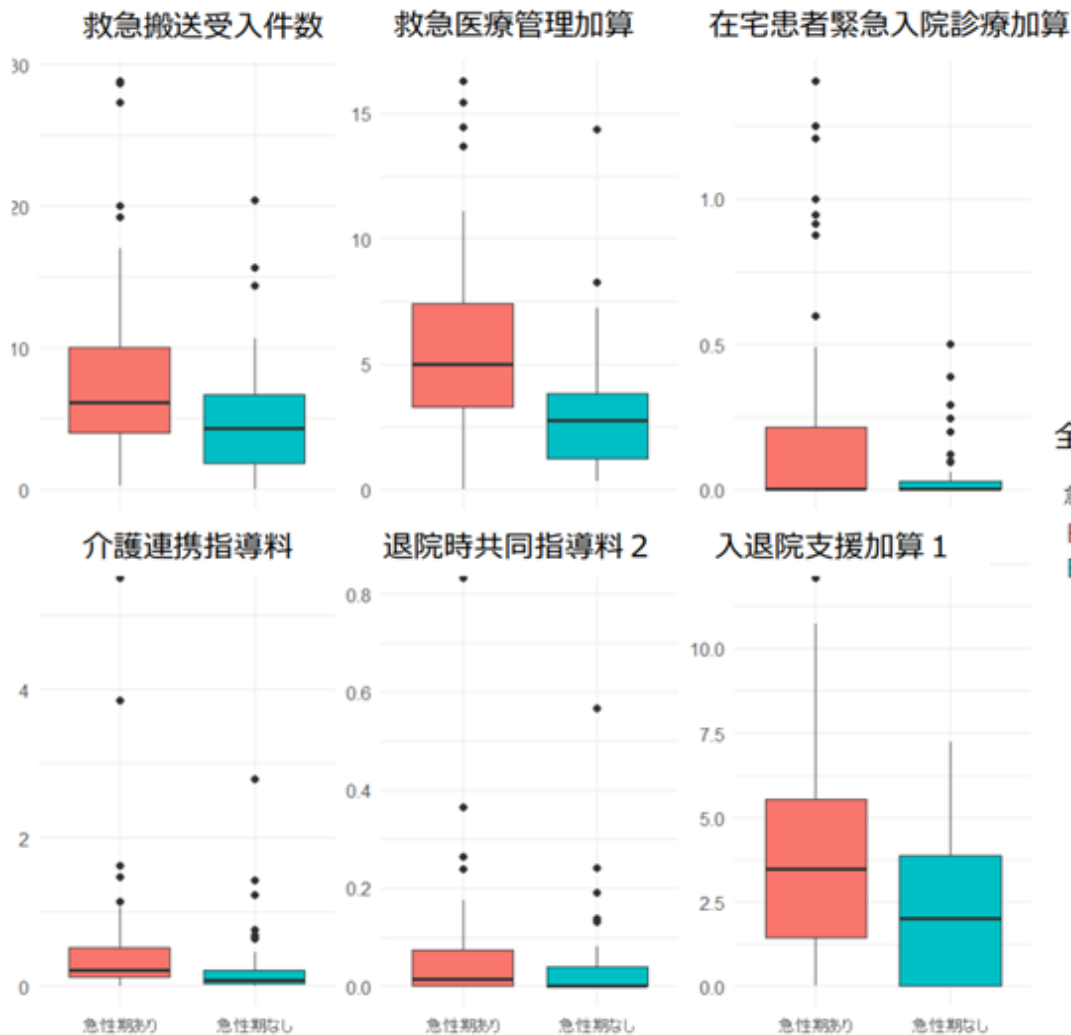


急性期とのケアミックスをどのように考えるか？

# 地域包括医療病棟を有する医療機関の救急や連携の状況

- 地域包括医療病棟を有する医療機関において、救急搬送受入件数、救急機能や在宅等との連携機能に関する加算の1床あたりの件数は、いずれも急性期一般入院料1-6を届け出る病棟をもつ病院群で多かった。

救急に関する加算等  
(1床あたり件数)



在宅等との連携等に関する加算  
(1床あたり件数)

## 地域包括医療病棟② 施設基準等

### 地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

### (新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

#### [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棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。



#### [施設基準] (抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、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。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。  
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)であるとともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。  
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。



急性期病床の併設なしの入院料1  
と併設ありの入院料2に分けた

## 地域包括医療病棟入院料の見直し

### 地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の**医療資源投入量**その他の特徴を踏まえ、**入院形態（予定入院／緊急入院）**や**手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定**する。
- 包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、**急性期病棟の併設がない場合について更に評価**する。

#### 現行

##### 【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

##### [算定要件]

注1 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棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

#### 改定後

##### 【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき）

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1 地域包括医療病棟入院料1 |               |
| イ 入院料1         | <u>3,367点</u> |
| ロ 入院料2         | <u>3,267点</u> |
| ハ 入院料3         | <u>3,117点</u> |
| 2 地域包括医療病棟入院料2 |               |
| イ 入院料1         | <u>3,316点</u> |
| ロ 入院料2         | <u>3,216点</u> |
| ハ 入院料3         | <u>3,066点</u> |

##### [算定要件]

- 同一病院内の**A100一般病棟入院基本料算定病棟の有無**に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。  
**地域包括医療病棟入院料1**：A100算定病棟なし  
**地域包括医療病棟入院料2**：A100算定病棟あり
- 入院料1～3については、**患者の入院形態及び治療予定**に応じて、以下のいずれかを算定する。  
 入院料1：**緊急入院**で、主傷病に対して**手術を行わない**もの  
 入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの  
 入院料3：**予定入院**で、主傷病に対して**手術を行う**もの

※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

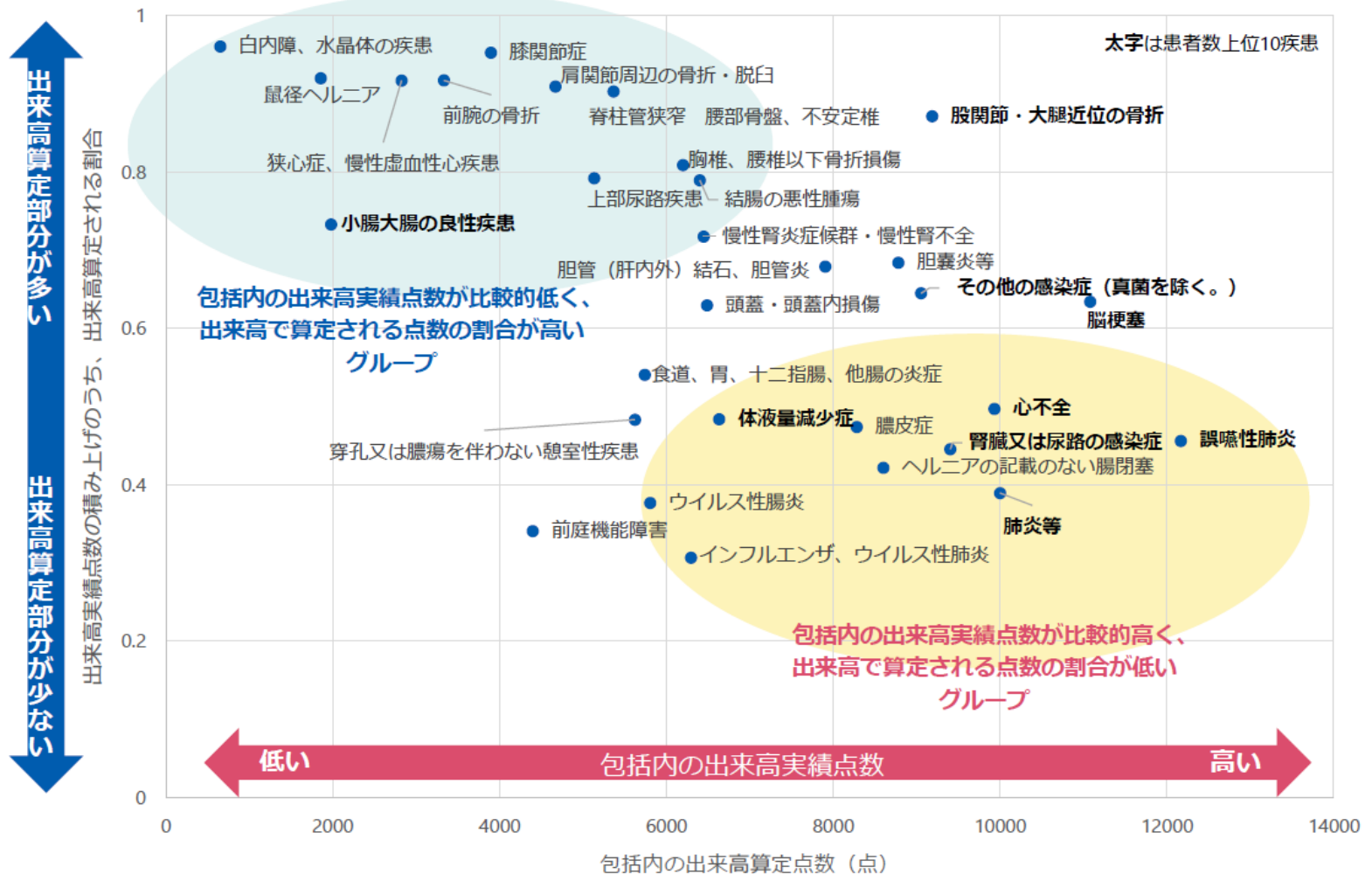


## 改定のポイント②

緊急入院、予定入院、  
手術ありなしの評価は？

# 地域包括医療病棟における疾患ごとの包括内出来高実績点数

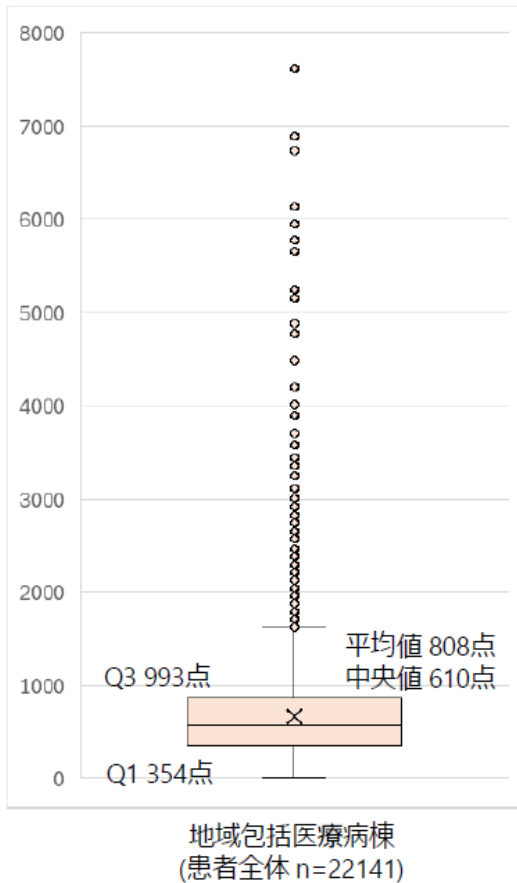
- 地域包括医療病棟は高齢者で頻度の高い様々な疾患を診ることが期待されているが、中でも頻度の高い、肺炎や尿路感染症等の主として内科的治療を行う疾患は、包括内の出来高実績点数が高く、出来高算定部分が少ない。



# 患者ごとの包括内出来高実績点数の分布

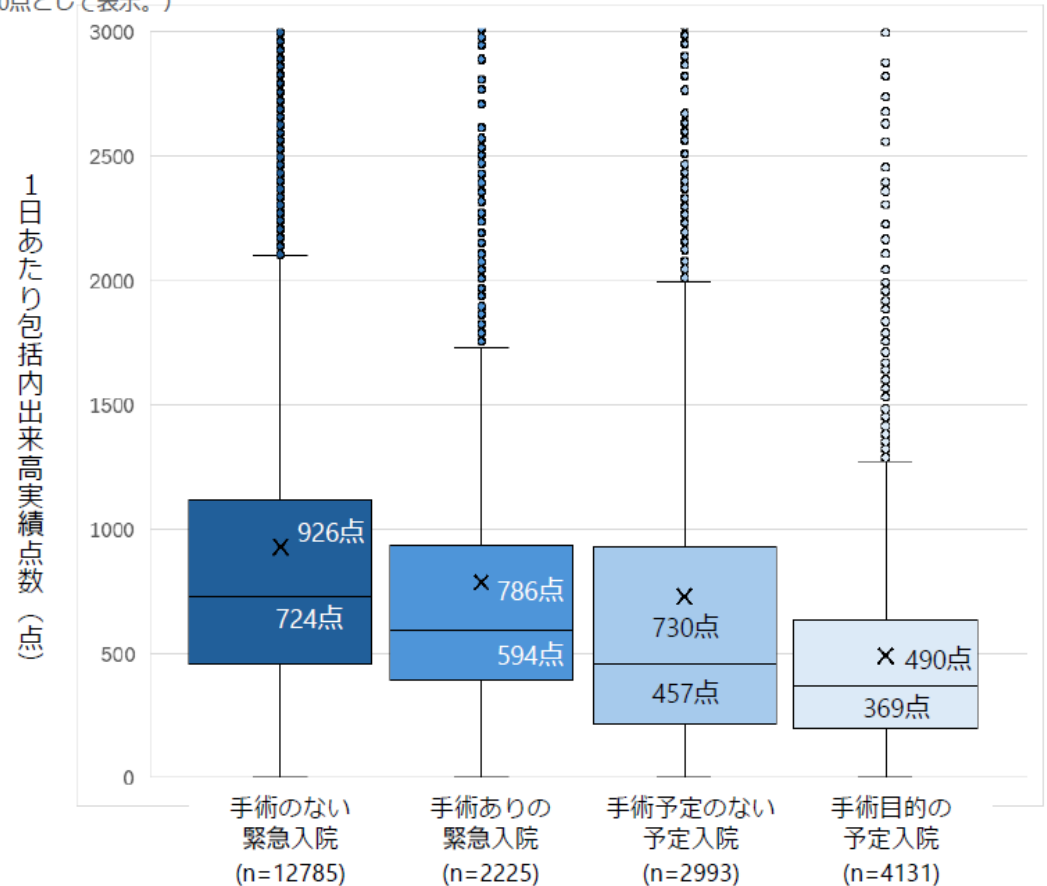
- 患者ごとの1日あたり包括内出来高実績点数の分布は以下左図のとおりで、ばらつきがみられた。
- 緊急入院か予定入院か、手術（※）を実施したか否かにより、1日あたりの包括内の出来高実績点数の患者ごと分布を比較すると右図のとおりであり、手術を行わない緊急入院群では手術目的の予定入院群と比較し、1日あたり包括内出来高実績点数の平均値は約440点高く、群による差が大きかった。

### 1日あたり包括内出来高実績点数の分布



(全データを反映した後に上端3000点として表示。)

### 1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布（群ごと）



# 地域包括医療病棟入院料1

入院料 1 : 緊急入院 + 手術なし  
入院料 2 : 1、2以外  
入院料 3 入院 : 予定 + 手術あり  
入院料 1 > 2 > 3

## 地域包括医療病棟入院料の見直し

### 地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の**医療資源投入量**その他の特徴を踏まえ、**入院形態（予定入院／緊急入院）や手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定**する。
- 包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、**急性期病棟の併設がない場合について更に評価**する。

#### 現行

##### 【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

##### [算定要件]

注1 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棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

#### 改定後

##### 【地域包括医療病棟入院料】

地域包括医療病棟入院料（1日につき）

- 地域包括医療病棟入院料1
  - イ 入院料1 3,367点
  - ロ 入院料2 3,267点
  - ハ 入院料3 3,117点
- 地域包括医療病棟入院料2
  - イ 入院料1 3,316点
  - ロ 入院料2 3,216点
  - ハ 入院料3 3,066点

##### [算定要件]

- 同一病院内の**A100一般病棟入院基本料算定病棟の有無**に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。  
**地域包括医療病棟入院料1**：A100算定病棟なし  
**地域包括医療病棟入院料2**：A100算定病棟あり
- 入院料1～3については、**患者の入院形態及び治療予定**に応じて、以下のいずれかを算定する。  
 入院料1：**緊急入院**で、主傷病に対して**手術を行わない**もの  
 入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの  
 入院料3：**予定入院**で、主傷病に対して**手術を行う**もの

※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。



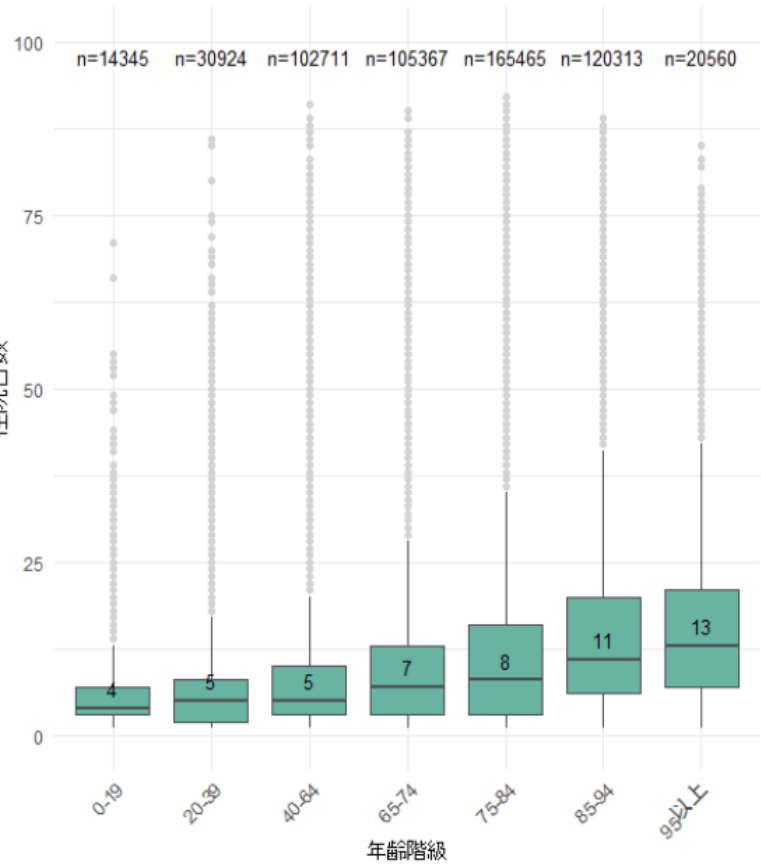
# 改定のポイント③

平均在院日数の見直し

# 各病棟における在院日数と年齢

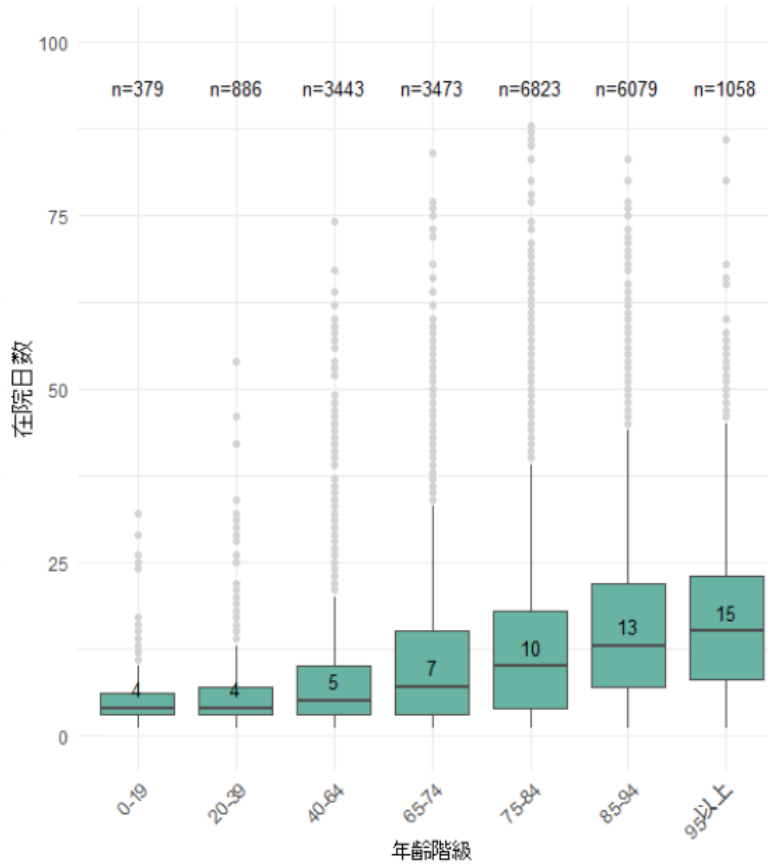
- 急性期一般入院料 2-6、地域包括医療病棟のいずれにおいても、年齢階級が上がるほど在院日数が長くなる傾向であり、85歳以上では、在院日数の中央値が85歳未満と比べて5~6日程度延長していた。
- 各施設における85歳以上の患者の割合にはばらつきがあった。

年齢区分ごとの急性期一般入院料の在院日数の分布



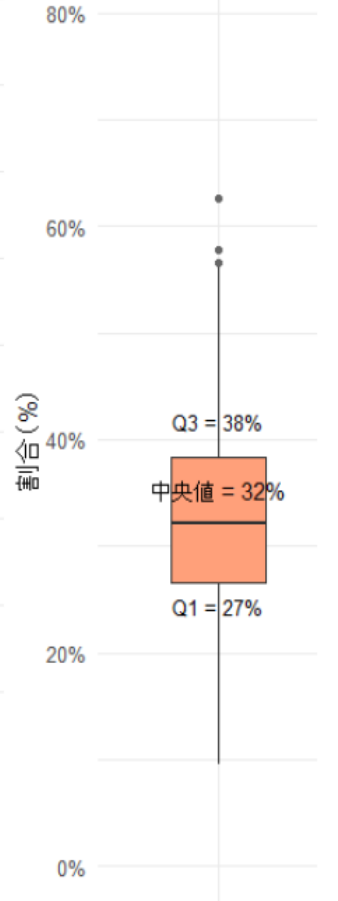
在院日数中央値  
85歳未満 7日 (3-13日)、85歳以上 12日 (6-20日)

年齢区分ごとの地域包括医療病棟の在院日数の分布



在院日数中央値  
85歳未満 7日 (3-15日)、85歳以上 13日 (7-22日)

85歳以上の患者割合の分布 (施設ごと)



# 平均在院日数

20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに+1日とする

(85歳以上が2割以上なら21日、4割以上なら22日、6割以上なら23日とする)



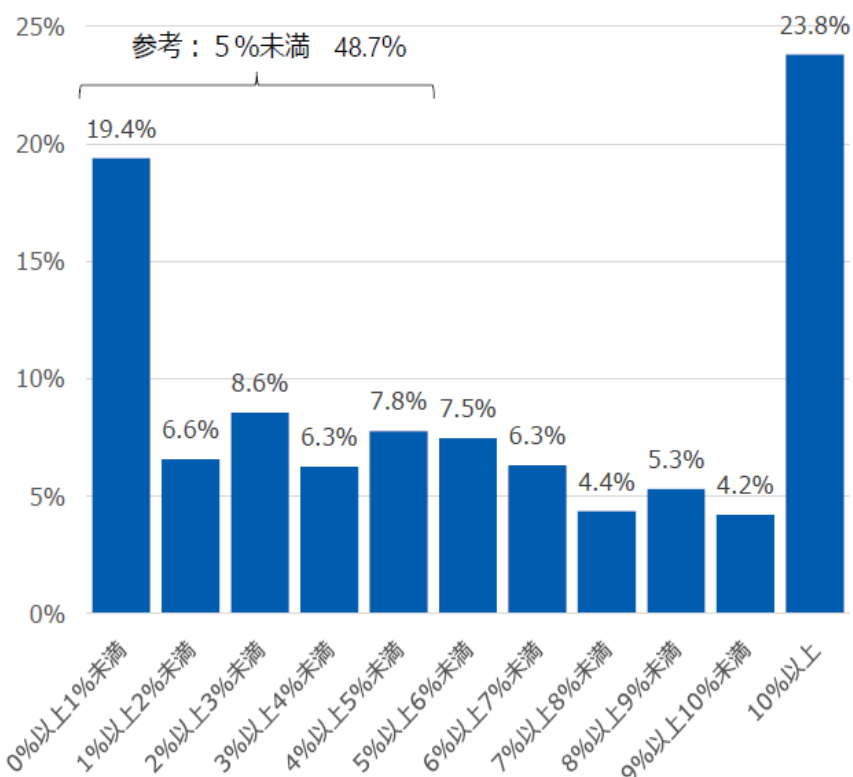
# 改定のポイント④ ADL低下割合

ADLが入院時と比較して低下した患者割合が5%以下

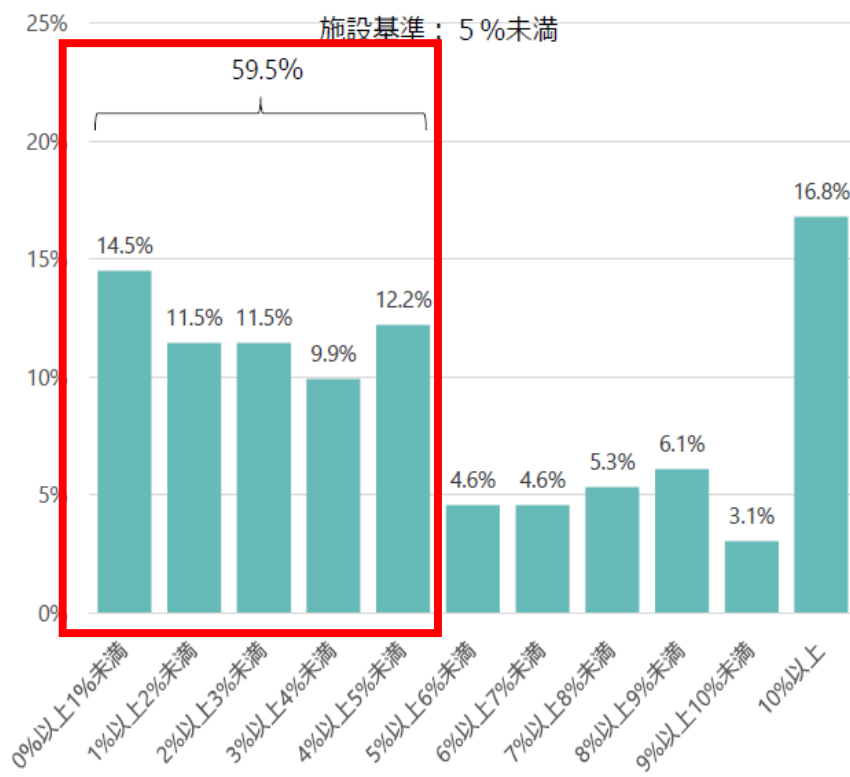
# 地域包括医療病棟におけるADLが低下した患者の割合

- 急性期一般入院料 2 - 6 の病棟と地域包括医療病棟におけるADLが低下した患者の割合を比較すると、地域包括医療病棟ではADLが低下した患者の割合が少ない病棟が多かった。
- 地域包括医療病棟においても、ADLが低下した患者の割合が 5 %未満の病棟は約 6 割であった。

急性期一般入院料 2 - 6 (n=1996施設)



地域包括医療病棟全体(n=131施設)



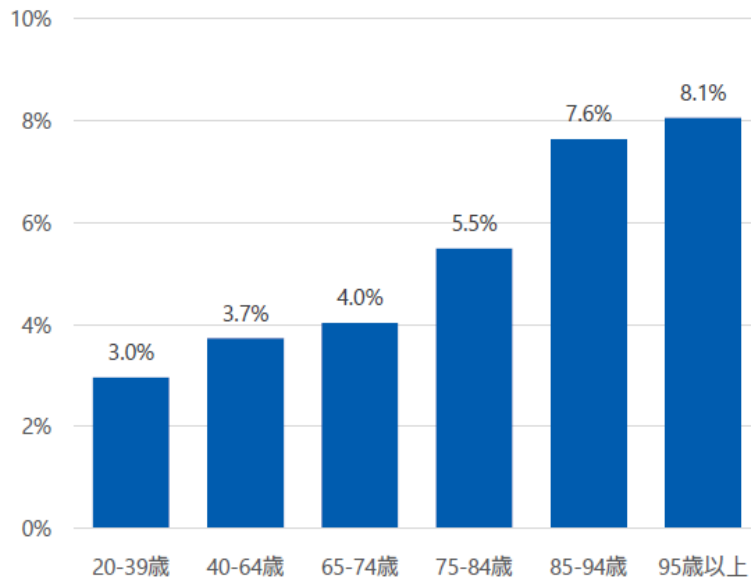
急性期一般病棟 2～6、地域包括医療病棟のうち全入院患者数が10名以上いた施設を対象として集計。2024年11月～12月に当該病棟から退院した症例のうち、ADLがエラーなく入力されている全258,574例/15,357症例について、死亡退院を除く退院患者に対する、退院時に入院時よりADLが低下した患者の割合を施設毎に集計し、分布を示した。本来集計から除くべき「がんの終末期」が含まれているため、施設基準の値とは異なる可能性があることに注意。

# ADLが低下する要因

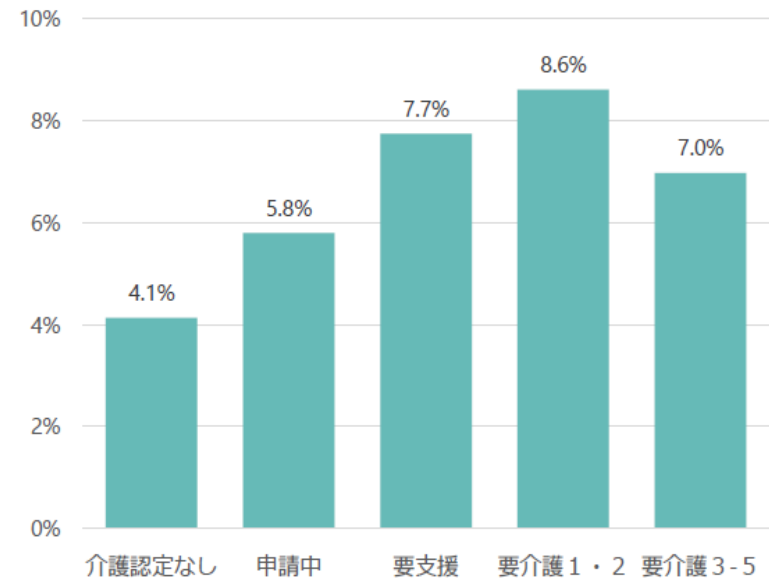
- 85歳以上の高齢者や、要支援・要介護認定者では、それ以外の患者と比較して、退院時にADLが低下する患者の割合が多い。
- 地域包括医療病棟は主としてこうした患者の受入を担う病棟であり、ADLが低下した患者の割合は高くなりやすいと考えられる。

患者属性ごとの退院時にADLが低下する割合

(年齢別)



(要介護認定別)



# ADL低下患者割合

5%未満を7%未満にする

(85歳以上の患者の割合が2割未満の場合は5%)

# 改定のポイント⑤

重症度、医療・看護必要度の緩和

## 地域包括医療病棟入院料の見直し②

### 地域包括医療病棟の施設基準の見直し

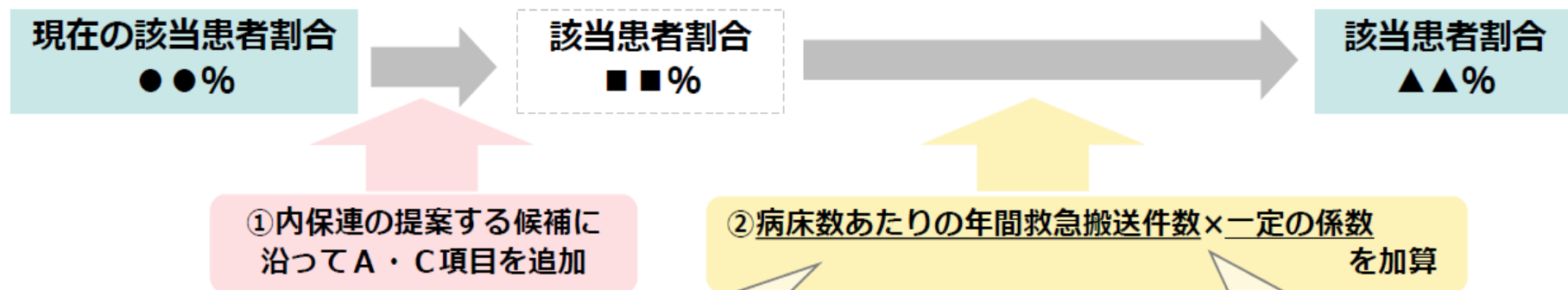
- **高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進**する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、**平均在院日数**、**ADL低下割合**及び**重症度**、**医療・看護必要度の基準**を見直す。

	改定前 (変更のない項目は記載を省略)	改定後	
看護職員の配置		10対1（7割以上が看護師） ★経過措置あり	
多職種の配置		常勤のPT, OT, STが専従で1名、専任で1名 常勤の管理栄養士が専任で1名	
重症度、医療・看護必要度の基準	以下のいずれかを満たす A3点以上、A2点以上かつ B3点以上、C1点以上	以下のいずれかを満たす <b>A2点以上、C1点以上</b>	
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ <u>16%</u> 必要度Ⅱ <u>15%</u>	<b>基準該当患者割合に係る指数</b> （※）として 必要度Ⅰ <b>19%</b> 必要度Ⅱ <b>18%</b> ※該当患者割合+救急搬送応需係数	
初日のB項目が3点以上の患者の割合		5割以上	
平均在院日数	<u>21日</u>	<b>20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに+1日</b> (85歳以上が2割以上なら21日、4割以上なら22日、6割以上なら23日)	
在宅復帰率		80%以上	
ADLが低下した患者の割合	<u>5%未満</u>	<b>7%未満</b> （85歳以上の患者の割合が2割未満の場合には5%）	
同一医療機関の一般病棟からの転棟		5%未満	
救急搬送後の患者の割合		15%以上	
届出・併設等不可	急性期充実体制加算1又は2 特定機能病院 専門病院入院基本料	地域包括医療病棟1	地域包括医療病棟2
		<b>急性期総合体制加算★ 一般病棟入院基本料</b> 特定機能病院、専門病院入院基本料	<b>急性期総合体制加算★ 急性期病院A, B入院料★</b> 特定機能病院、専門病院入院基本料
点数	3,050点	<b>3,117~3,367点</b>	<b>3,066~3,316点</b>

# 救急搬送受入件数を活用した重症度、医療・看護必要度のシミュレーション

- 今回の試算においては、①内保連の提案する候補に沿ってA・C項目を追加するとともに、②病院の救急搬送受入件数に一定の係数を乗じた割合を重症度、医療・看護必要度に加算し、該当患者割合をシミュレーションすることとした。
- 救急搬送受入件数に乗ずる係数については、複数の案を用いてシミュレーションすることとした。

## シミュレーションの方法



○救急搬送件数は、入院しなかった場合を含む病院の応需件数。



急性期一般1：100床



救急搬送受入1000件

(計算例)

急性期一般入院料100床で構成される病院において、年間1000件の救急搬送を受け入れている場合  
 $1000 \text{ (件)} \div 100 \text{ (床)} = 10 \text{ 件/床/年}$

○一定の係数を乗じて、基準該当割合への加算を計算する。

(計算例)

①左例で、一定の係数を例えば0.005\*とすると、  
 $10 \times 0.005 = 5\%$

が該当患者割合に加算される。

②元々の必要度該当割合が15%であった場合、加算後は

$15\% + 5\% = 20\%$

になる。

※このほか、係数を0.0025、0.0075とする場合も試算。

# ポイントアドバイス

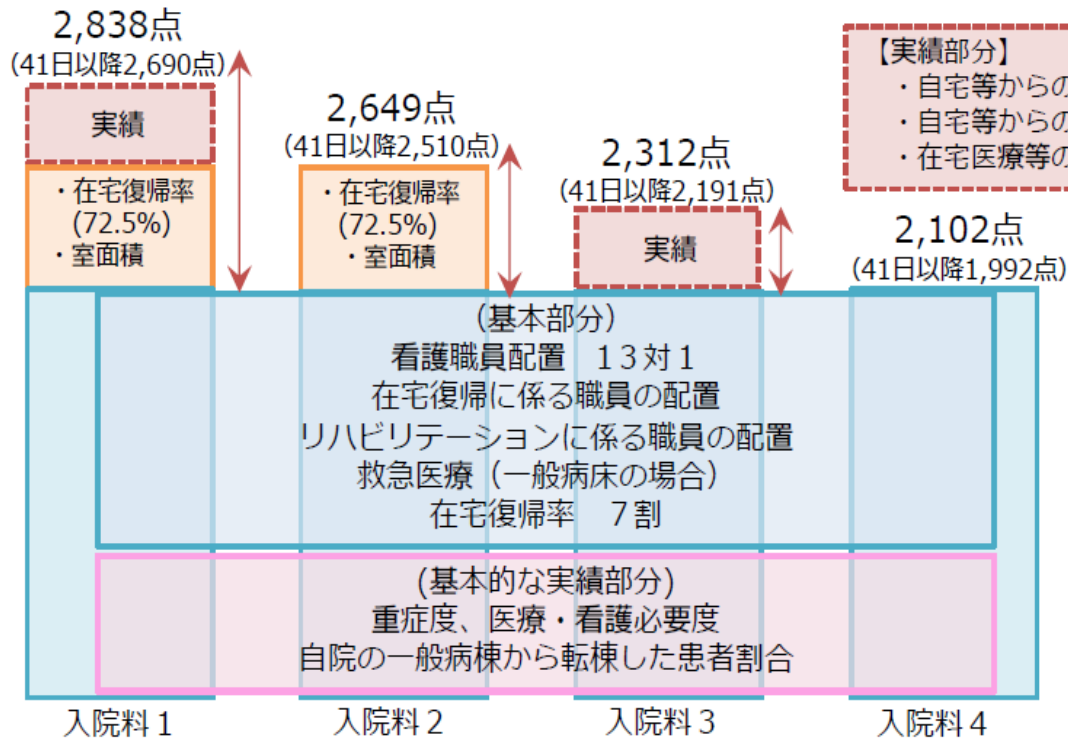


- 地域包括医療病棟の入院区分が6区分となり、多様な選択肢ができた
- 85歳以上の年齢区分の基準緩和
- 重症度、医療・看護基準の見直し
- 詳細な通知を見て、地域包括医療病棟の選択を考えよう！

# パート3

## 地域包括ケア病棟

# 地域包括ケア病棟の施設基準（イメージ）



## 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること（ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。）							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ <b>10%以上</b> 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8%以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合※1	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	-		6割5分未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-
自宅等から入棟した患者割合※1	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で8人以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	
自宅等からの緊急患者の受入	3月で9人以上				3月で9人以上			
在宅医療等の実績	○(2つ以上)				○(2つ以上)			
在宅復帰率※1※2	7割2分5厘以上				7割以上(満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること(許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							

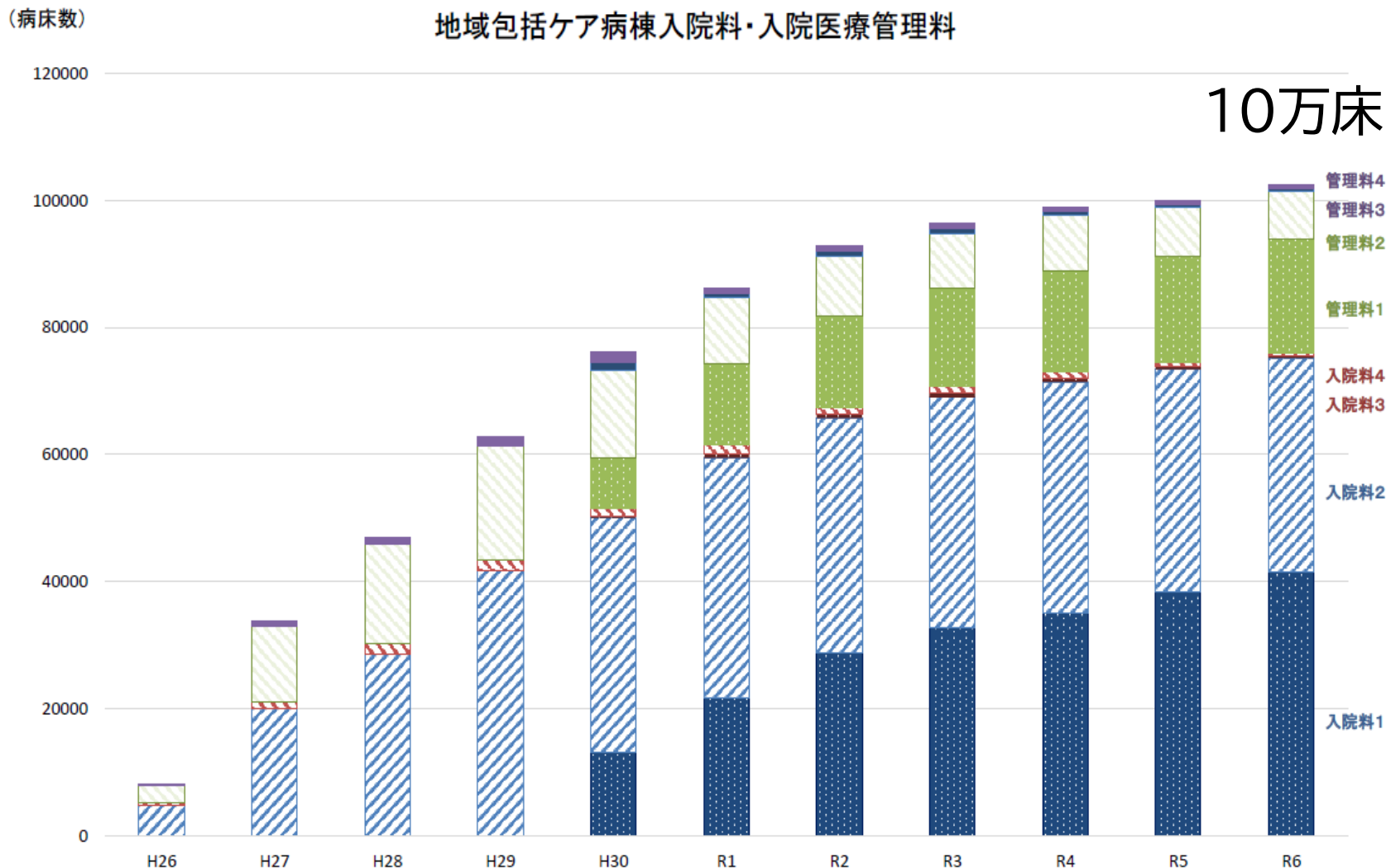
- 療養病床については95/100の点数を算定する。ただし、救急告示あり/自宅等から入棟した患者割合が6割以上/自宅等からの緊急患者受け入れ3月で30人以上のいずれかを満たす場合は100/100

※1 自院の一般病棟から転棟した患者割合、自宅等から入棟した患者割合、在宅復帰率について、**短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料1の対象手術等を実施した患者、短期滞在手術等基本料3の算定要件を満たす患者を対象から除く。**

※2 **在宅復帰率の分子に、在宅強化型(超強化型を含む)の介護老人保健施設への退院患者の数の半数を加える。**

# 地域包括ケア病棟・入院管理料の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は全体として増加傾向であり、特に入院料1、管理料1の病床が増加していた。



# 地域包括ケア病棟の 改定ポイント

改定ポイント①

緊急入院

改定ポイント②

管理栄養士



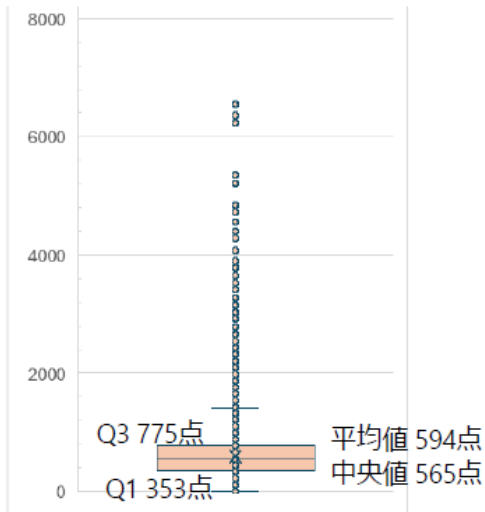
# ①緊急入院

# 地域包括ケア病棟における医療資源投入量

- 地域包括ケア病棟における包括内の出来高実績点数は、地域包括医療病棟と比較しばらつきが少なかった。
- 入棟経路による包括内出来高実績点数の差は大きくないが、自院からの転棟ではやや低かった。直接入院した群について、入院種別と手術の有無により群分けすると、地域包括医療病棟のように4群の差は明らかでないが、緊急入院は予定入院に比べ、手術の有無に関わらず包括内の出来高実績点数が高い傾向であった。

## 1日あたり包括内出来高実績点数の分布

地域包括ケア病棟 n=154,387

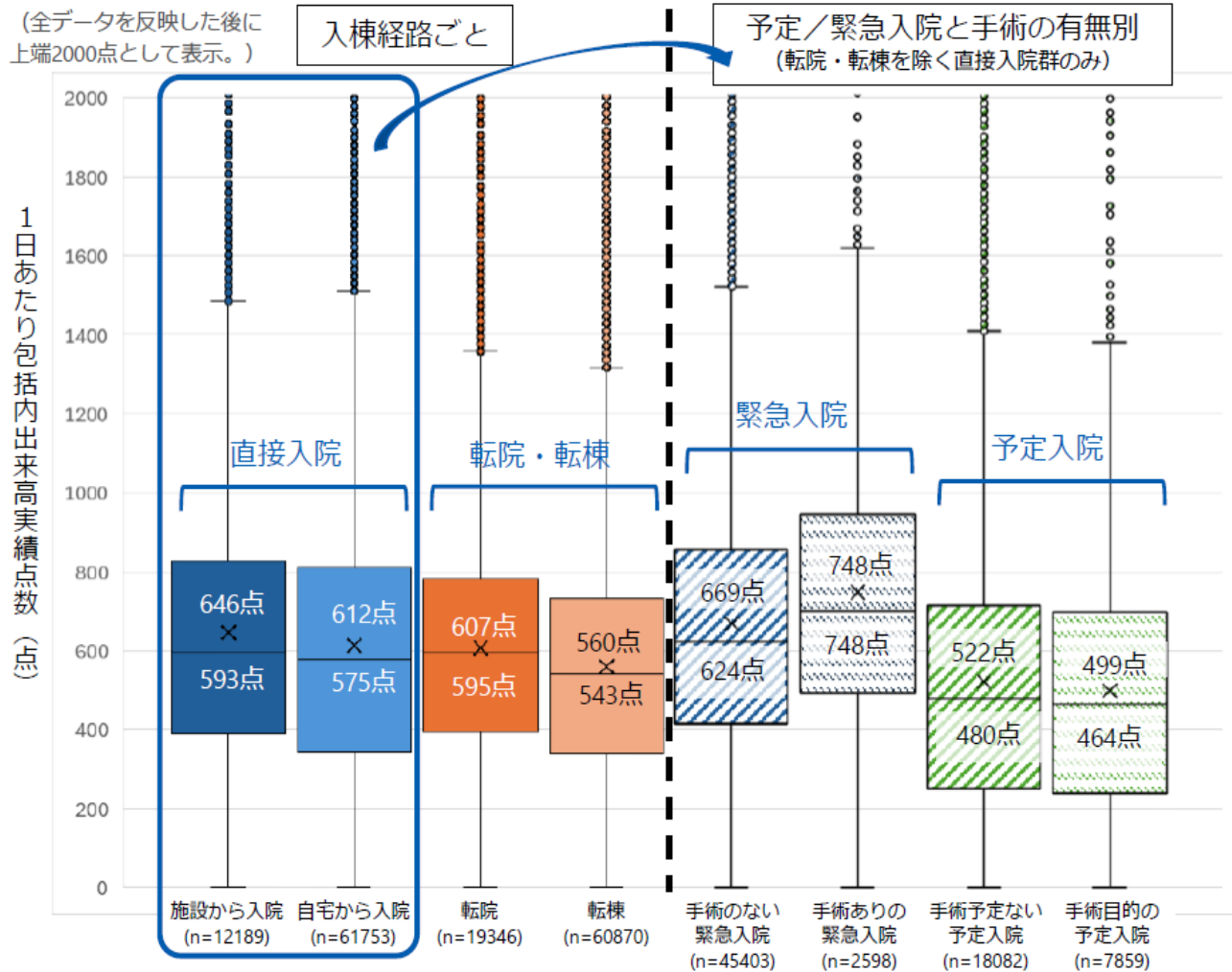


## 地域包括ケア病棟の初期加算

		400床以上	400床未満
急性期患者支援病床初期加算 (転院又は転棟の場合)	転院	150点	250点
	転棟	50点	125点
在宅患者支援病床初期加算 (施設等または自宅から入院した場合)	老健から		それ以外
	救急搬送	580点	480点
	それ以外	480点	380点

## 1日あたり包括内出来高実績点数の患者ごと分布 (群ごと)

(全データを反映した後に上端2000点として表示。)



## 地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

### 初期加算や連携に係る評価の見直し

- 地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、**在宅患者支援病床初期加算**について、①の対象を**救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大**するとともに、評価を見直す。

#### 現行

##### 【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
- ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し  
他の保険医療機関から搬送された患者 580点
- ② ①の患者以外の患者の場合 480点
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
- ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し  
他の保険医療機関から搬送された患者 480点
- ② ①の患者以外の患者の場合 380点



#### 改定後

##### 【在宅患者支援病床初期加算】

[算定要件]

- (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合
- ① **緊急入院した患者の場合** **590点**
- ② ①の患者以外の患者の場合 **410点**
- (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合
- ① **緊急入院した患者の場合** **490点**
- ② ①の患者以外の患者の場合 **310点**

- 後方支援における連携を個別に評価する観点から、**「B005」退院時共同指導料2**及び**「B005-1-2」介護支援等連携指導料**について、包括範囲から除外し、**出来高算定**とする。

## ②管理栄養士の配置

# 入院料ごとの病棟の職員数（40床あたり）

診調組 入-1  
7. 6. 26改

- 40床あたりの管理栄養士数は、入院料によりその人数や比率が異なる。
- 地域包括ケア病棟では、40床あたりの管理栄養士数は少ない。

入院料	回答病棟数 ※1	40床あたり職員数の施設平均（単位：人）						
		全職員数	看護職員	看護補助者		管理栄養士	リハビリ職 ※2	相談員
					うち介護福祉士			
急性期一般入院料1(N=340)	2044	33.91	26.62	3.80	0.48	0.22	1.22	0.31
急性期一般入院料2-3(N=79)	221	31.68	23.18	3.70	0.57	0.23	1.59	0.32
急性期一般入院料4-6(N=181)	274	30.44	20.58	4.70	0.68	0.34	1.22	0.22
特定機能病院入院基本料(N=32)	443	34.60	28.69	2.73	0.05	0.26	0.42	0.10
専門病院入院基本料(N=3)	17	25.40	22.98	2.09	0.00	0.00	0.00	0.00
小児入院医療管理料(N=126)	192	39.44	32.79	2.54	0.24	0.26	0.55	0.31
地域一般入院料1-2(N=21)	24	29.75	19.26	4.49	1.14	0.26	2.30	0.28
地域一般入院料3(N=47)	50	31.65	17.20	5.86	1.02	0.57	2.15	0.41
地域包括医療病棟入院料(N=17)	19	33.09	21.18	4.03	0.63	0.45	2.00	0.55
地域包括ケア病棟入院料(N=312)	349	30.48	19.15	6.53	2.14	0.24	2.66	0.46
地域包括ケア病棟入院料1(N=159)	181	33.56	19.66	7.21	2.67	0.33	3.76	0.59
地域包括ケア病棟入院料2(N=150)	163	27.23	18.64	5.77	1.56	0.15	1.51	0.31
地域包括ケア病棟入院料3(N=1)	1	26.25	20.00	6.25	3.75	0.00	0.00	0.00
地域包括ケア病棟入院料4(N=4)	4	24.59	16.78	6.69	1.71	0.23	0.47	0.43
回復期リハビリテーション病棟入院料(N=370)	497	42.45	16.93	6.92	3.19	0.63	15.79	0.88
回復期リハビリテーション病棟入院料1(N=267)	372	45.41	17.49	6.94	3.36	0.72	17.92	1.01
回復期リハビリテーション病棟入院料2(N=35)	43	37.98	15.43	6.94	3.37	0.43	13.18	0.77
回復期リハビリテーション病棟入院料3(N=64)	67	31.53	15.33	6.67	2.20	0.30	7.82	0.30
回復期リハビリテーション病棟入院料4(N=11)	11	30.46	13.96	7.38	2.55	0.36	6.93	0.47
回復期リハビリテーション病棟入院料5(N=4)	4	30.90	16.70	8.08	3.13	0.56	4.44	0.20
療養病棟入院基本料1(N=358)	577	25.97	12.62	9.32	3.78	0.30	1.23	0.29
療養病棟入院基本料2(N=50)	70	23.73	11.73	7.98	2.83	0.41	1.34	0.27
その他入院料(N=159)	166	35.73	25.31	5.52	1.31	0.36	1.99	0.52

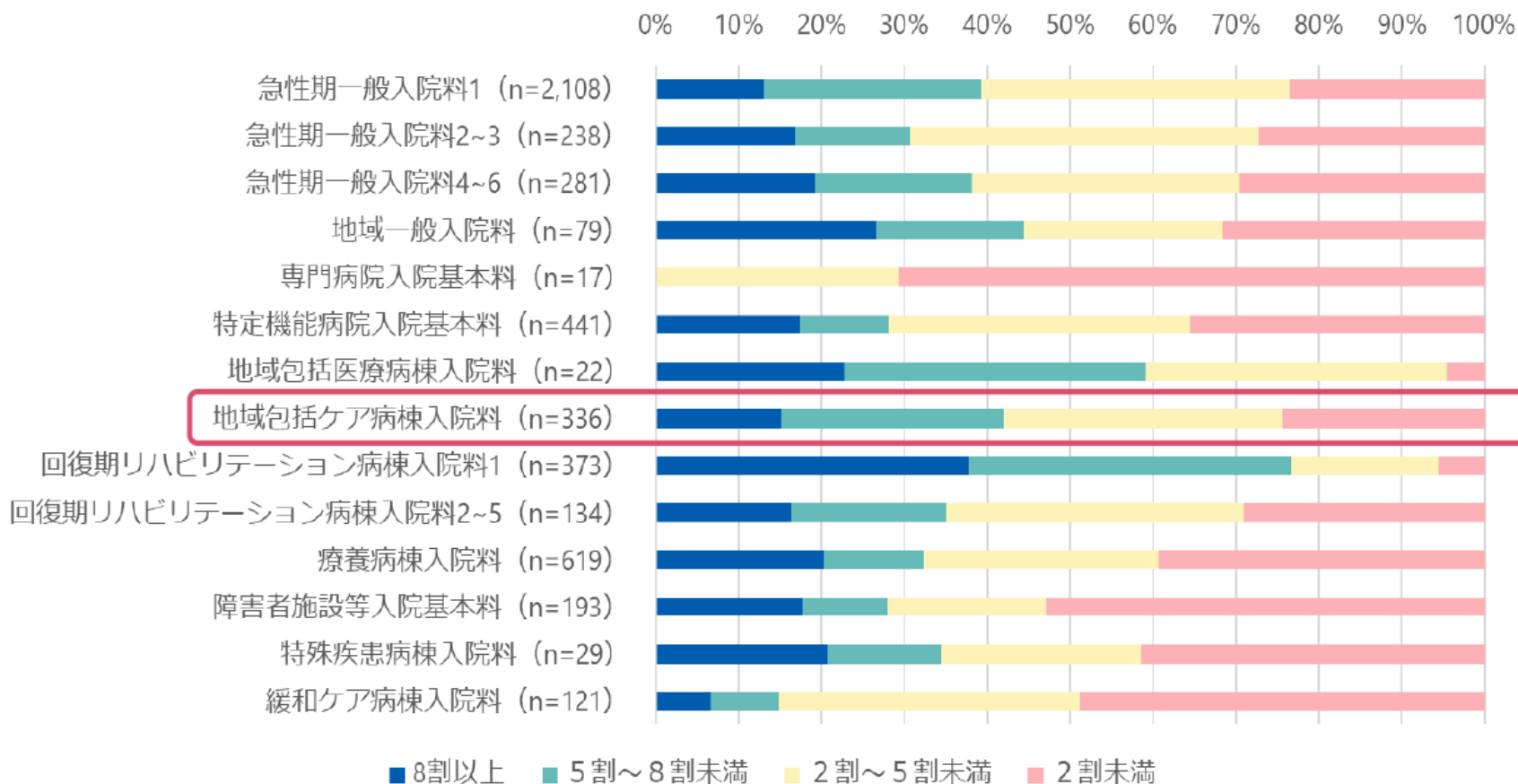
※1 20床以下の病棟は除いて集計

※2 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の合計数

# 入院料ごとの管理栄養士の病棟での業務状況

- 管理栄養士の専任配置が要件となっている回復期リハビリテーション病棟入院料1や地域包括医療病棟入院料は、病棟で業務に従事している時間が長い割合が高い。
- 一方で、管理栄養士がほとんど病棟で業務に従事していない病棟も一定数ある。地域包括ケア病棟においても、管理栄養士が病棟で業務する時間は少ない病棟が多い。

管理栄養士の就業時間に占める病棟で業務に従事している時間割合



# 栄養管理に係る配置基準や診療報酬上の評価

- 地域包括ケア病棟では、管理栄養士の配置基準はなく、栄養管理に係る加算や管理料は包括されている。

区分	概要	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟
入院料における管理栄養士の配置	地域包括医療病棟入院料を算定する病棟は、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供する役割を担うものである。	専任の管理栄養士1名以上	なし
A233 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携体制加算 (A304の注10 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算)	当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、専従の理学療法士等、専任の管理栄養士、その他必要に応じた他の職種の協働により、以下のアからウまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。	(○)	—
A233-2 栄養サポートチーム加算	栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したもの。週1回（療養病棟入院基本料等では長期入院に際して別途規定あり）に限り所定点数に加算する。	○	—
B001-10 入院食事栄養指導料	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当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。	○	—



# 改定のポイント

地域包括ケア病棟への緊急入院がより評価  
地域包括ケア病棟への栄養士の配置が評価

# パート4 回復期リハ棟

# 回復期リハビリテーション病棟入院料の主な施設基準のイメージ

## 診療実績

## 実績指数

【入院料1・2の実績】

- ・重症割合 4割以上
- ・重症者の4点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

FIM  
(機能的自立度評価)  
の改善度

【入院料3・4、入院医療管理料の実績】

- ・重症割合 3割以上
- ・重症者の3点以上回復が3割以上
- ・自宅等退院 7割以上

【入院医療管理料の施設基準】

- ・半径12km以内の保険医療機関が回復期リハ病棟1～5を届け出ていないこと等

2,229点

実績指数  
40

診療実績

2,166点

診療実績

- ・管理栄養士1名
- ・GLIM基準による栄養評価

入院料1

入院料2

1,917点

実績指数  
35

診療実績

1,859点

診療実績

実績要件を満たし届出  
※届出から**2年間に限り算定可**

1,696点

- ・看護職員15対1 (看護比率4割)
- ・PT2名 (入院医療管理料は1名)、OT1名

入院料5

1,859点

診療実績

入院医療管理料

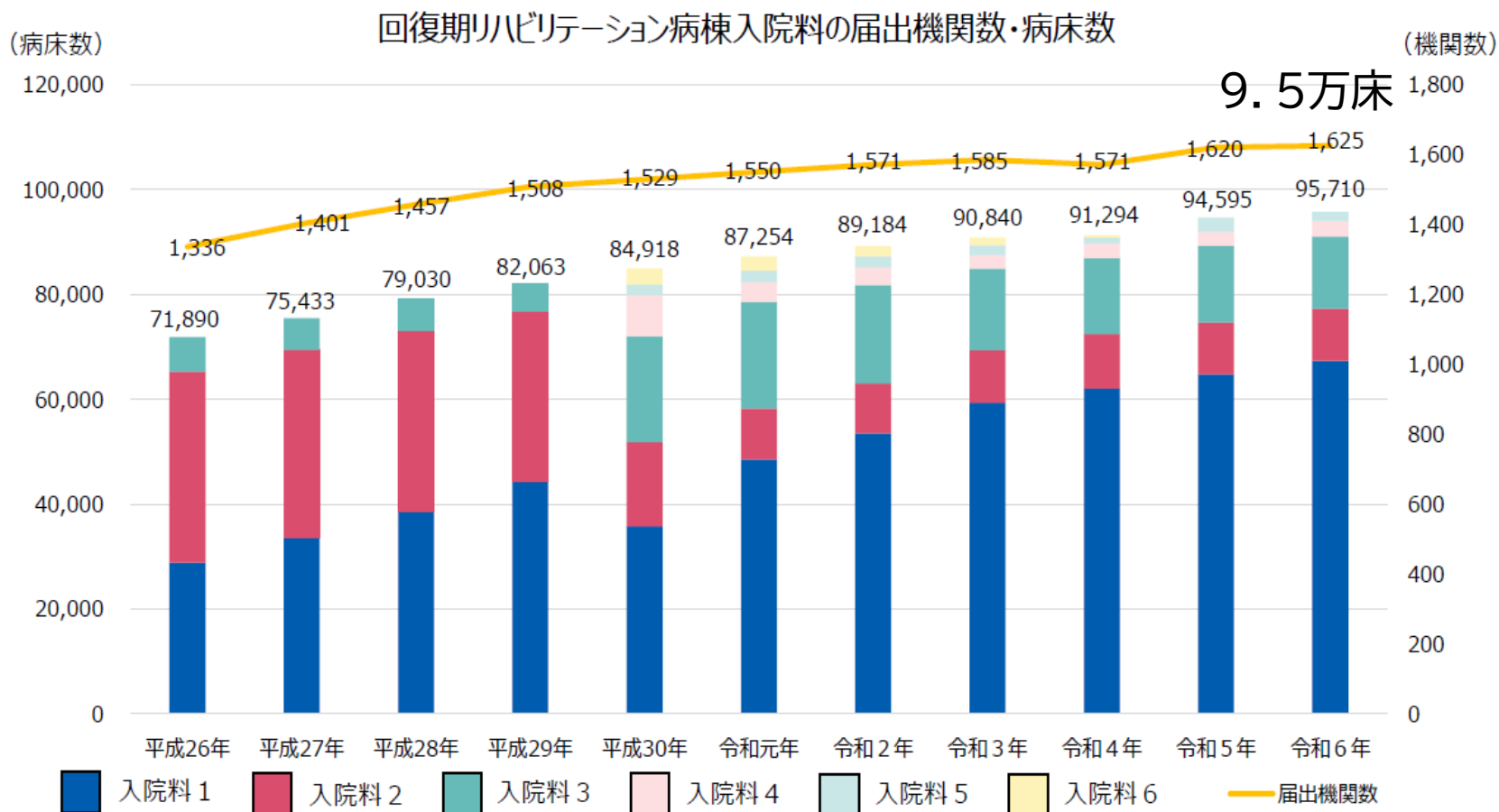
※病室単位で届出可

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5 (※1)
	専任常勤1名以上				
	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)		
	30対1以上				
	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		
	専任常勤1名以上 ⇒ <b>専従常勤1名以上</b>		-		
	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
オン	○	-			
	<b>年1回以上開催</b>	-	<b>年1回以上開催</b>	-	-
項目 評価	○	<b>GLIM基準を用いることが望ましい</b>			
	○	-			
	受けていることが 望ましい	-	受けていることが 望ましい	-	-
	<b>参加することが望ましい</b>		-		
	4割以上		3割以上		-
	7割以上				
指数	40以上	-	35以上	-	-
者の 評価	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		-
	<b>2,229点</b> ( <b>2,215点</b> )	<b>2,166点</b> ( <b>2,151点</b> )	<b>1,917点</b> ( <b>1,902点</b> )	<b>1,859点</b> ( <b>1,845点</b> )	<b>1,696点</b> ( <b>1,682点</b> )

から2年間に限り届け出ることができる。

# 回復期リハビリテーション病棟の入院料別の届出機関数・病床数の推移

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



9.5万床

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

出典：保険局医療課調べ（各年7月1日、令和6年度は8月1日時点）

# 2026年診療報酬改定のポイント

- 改定のポイント①
  - 重症患者割合の基準見直し
- 改定のポイント②
  - リハビリテーション実績指数の除外基準
- 改定のポイント③
  - 質の高い集中的なリハビリ実施
- 改定のポイント④
  - 地域医療機関との連携





# 改定のポイント①

重症患者割合の基準の見直し

# 重症患者割合の導入経緯

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

【Ⅱ-2（質の評価手法の検討について）-①】

## 回復期リハビリテーション病棟に対する 質の評価の導入

骨子【Ⅱ-2-(1)】

### 第1 基本的な考え方

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

### 第2 具体的な内容

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

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

改

平成20年2月1日 中央社会保険医療協議会 第123回総会 議事録より抜粋

○遠藤委員

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

○土田会長

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

○事務局（原医療課長）

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

# 日常生活動作(ADL)の指標 FIMの概要

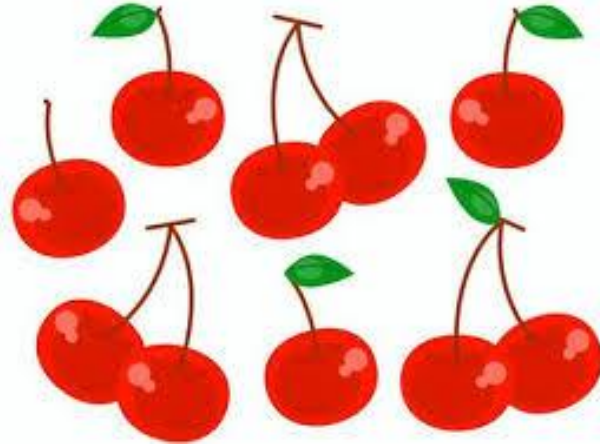
- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

## 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																	

# FIMはリハビリの アウトカム(成果)を示す



FIMをよくするために、軽症者ばかりをあつめてアウトカムを達成しようとする、いわゆる「チェリーピッキング」を防止するため、患者の重症度縛りが必となる

## 回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

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

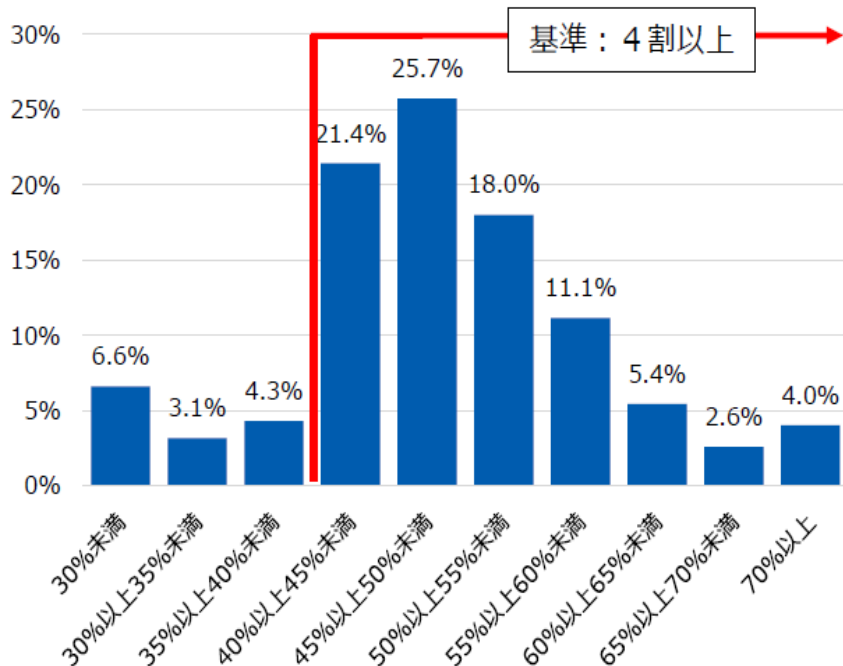
※1：入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。

# 回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの重症患者割合

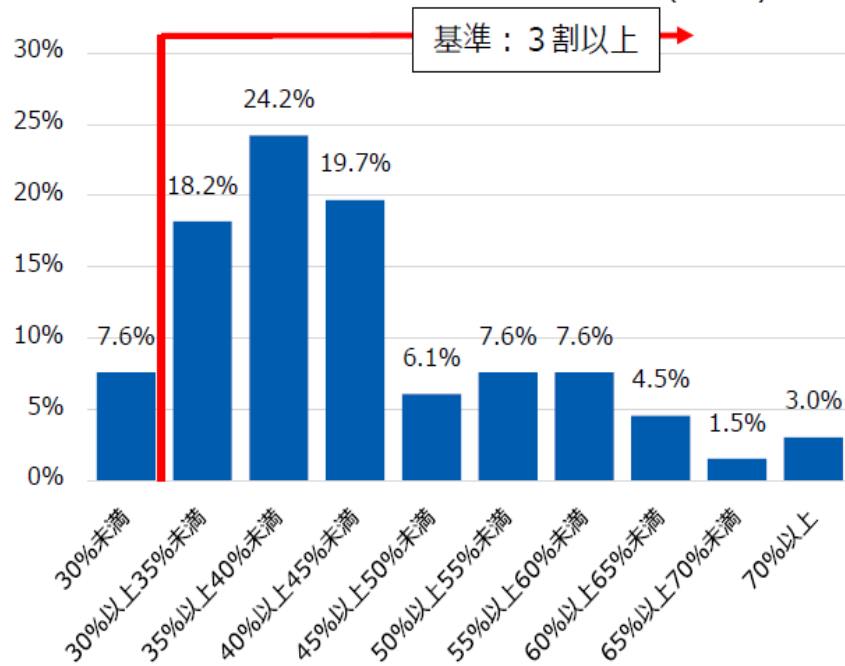
○ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟ごとの重症患者割合については、各入院料の基準値に近い病棟が多い。特に高い重症患者割合を求めている回復期リハビリテーション病棟入院料1, 2において、その傾向が顕著であった。

重症患者の定義： 日常生活機能評価10点以上 又は FIM得点55点以下

回リハ1・2における重症患者割合の分布(n=350)



回リハ3・4における重症患者割合の分布(n=66)



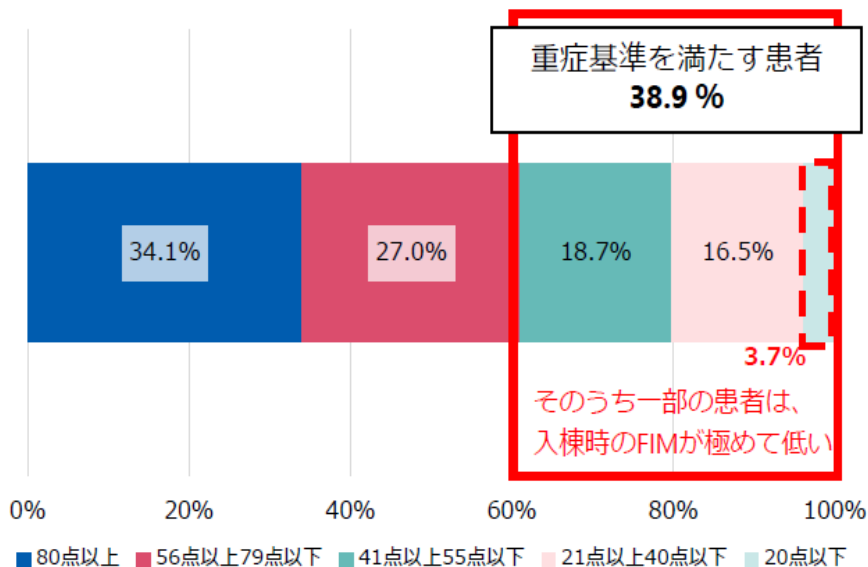
回リハ入院料1・2では、重症患者4割という高い基準を満たすために、**本来なら回リハ病棟における集中的なリハビリテーションは難しいような患者の入棟を受け入れなければならない状況になっているのではないか。**

# 回復期リハビリテーション病棟における重症患者基準と入棟時FIMの分布

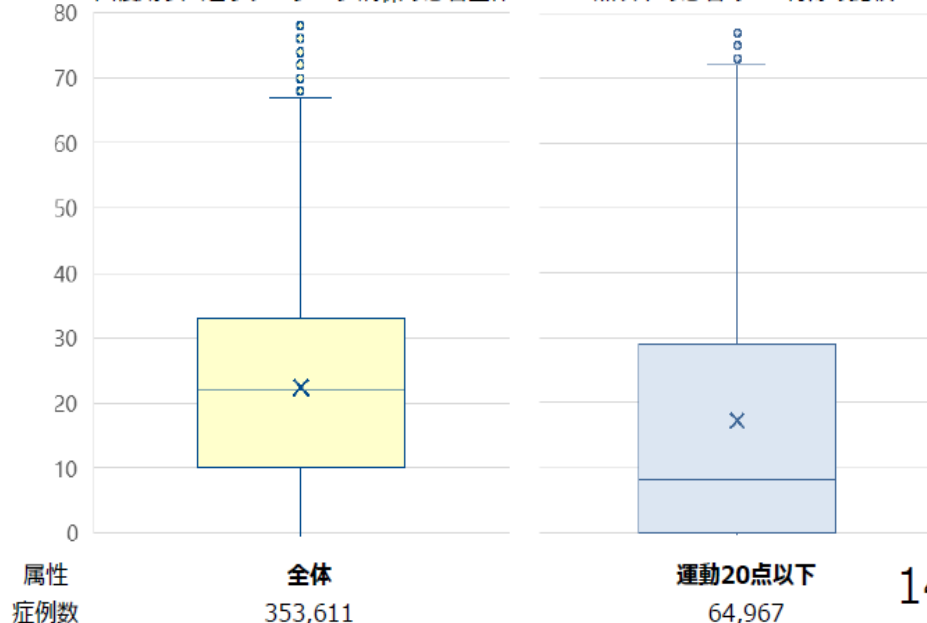
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1～4の施設基準において、「日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下」に該当する重症の患者の入棟基準を設けている。
- 重症の患者は回復期リハビリテーション病棟全体の約4割であった。そのうちの約1割は、FIM得点20点以下、即ちFIM運動得点・認知得点ともにほとんどが1点（全介助）又はそれに準じる状態であり、これらの患者はFIM利得が全体と比べて小さく、極めて低い患者も多い。

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

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



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



# 回復期リハビリテーション病棟における重症患者基準に係る見直し

## 重症患者の対象範囲及び受入割合基準の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 から 4 までについて、重症患者の対象を F I M 21 点以上 55 点以下に見直すとともに、高次脳機能障害と診断を受けた患者及び脊髄損傷と診断を受けた患者を追加する。

### 現行

#### 【重症患者の対象範囲】

- 日常生活機能評価で10点以上又は F I M 得点で 55 点以下の患者



### 改定後

#### 【重症患者の対象範囲】

- 日常生活機能評価で10点以上又は F I M 得点で 21 点以上 55 点以下の患者
- 高次脳機能障害と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）
- 脊髄損傷と診断された患者（基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）

- 重症患者の対象の見直しとともに、重症患者の新規受入割合の基準を見直す。

	現行	改定後
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	4 割以上	<u>3 割 5 分以上</u>
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 3	3 割以上	<u>2 割 5 分以上</u>
回復期リハビリテーション病棟入院料 4		



# 改定のポイント

重症患者の範囲と患者割合を  
緩和して見直した



# 改定のポイント②

リハ実績指数の除外基準と  
実績指数の見直し

## 効果の実績の評価基準

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

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

## &lt;実績指数の計算対象&gt;

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

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

## 必ず除外する患者

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

## まとめて除外できる患者

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

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

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

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

# リハビリテーション実績指数の各除外基準に該当する患者の割合

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

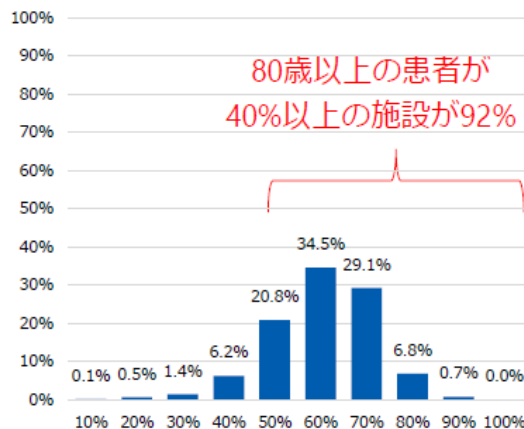
## 【対象】

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

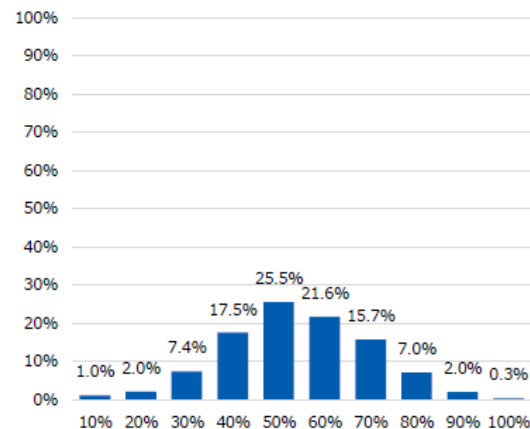
## 【集計方法】

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

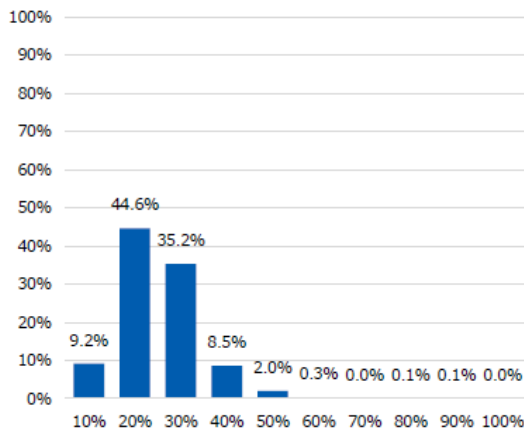
入棟時年齢80歳以上が占める割合



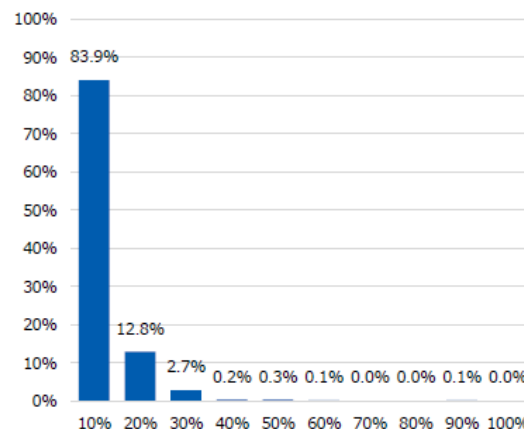
入棟時FIM認知項目24点以下が占める割合



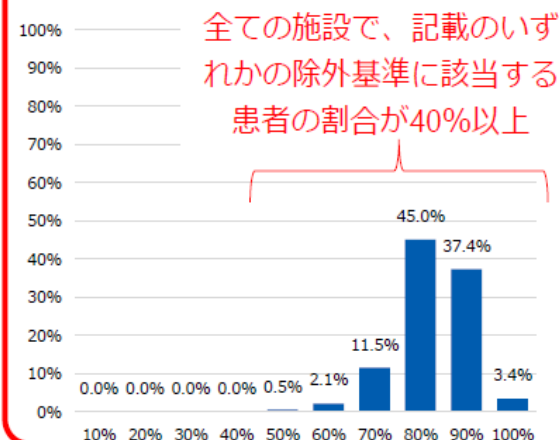
入棟時FIM運動項目20点以下が占める割合



入棟時FIM運動項目76点以上が占める割合



記載のいずれかの除外基準が占める割合 ※

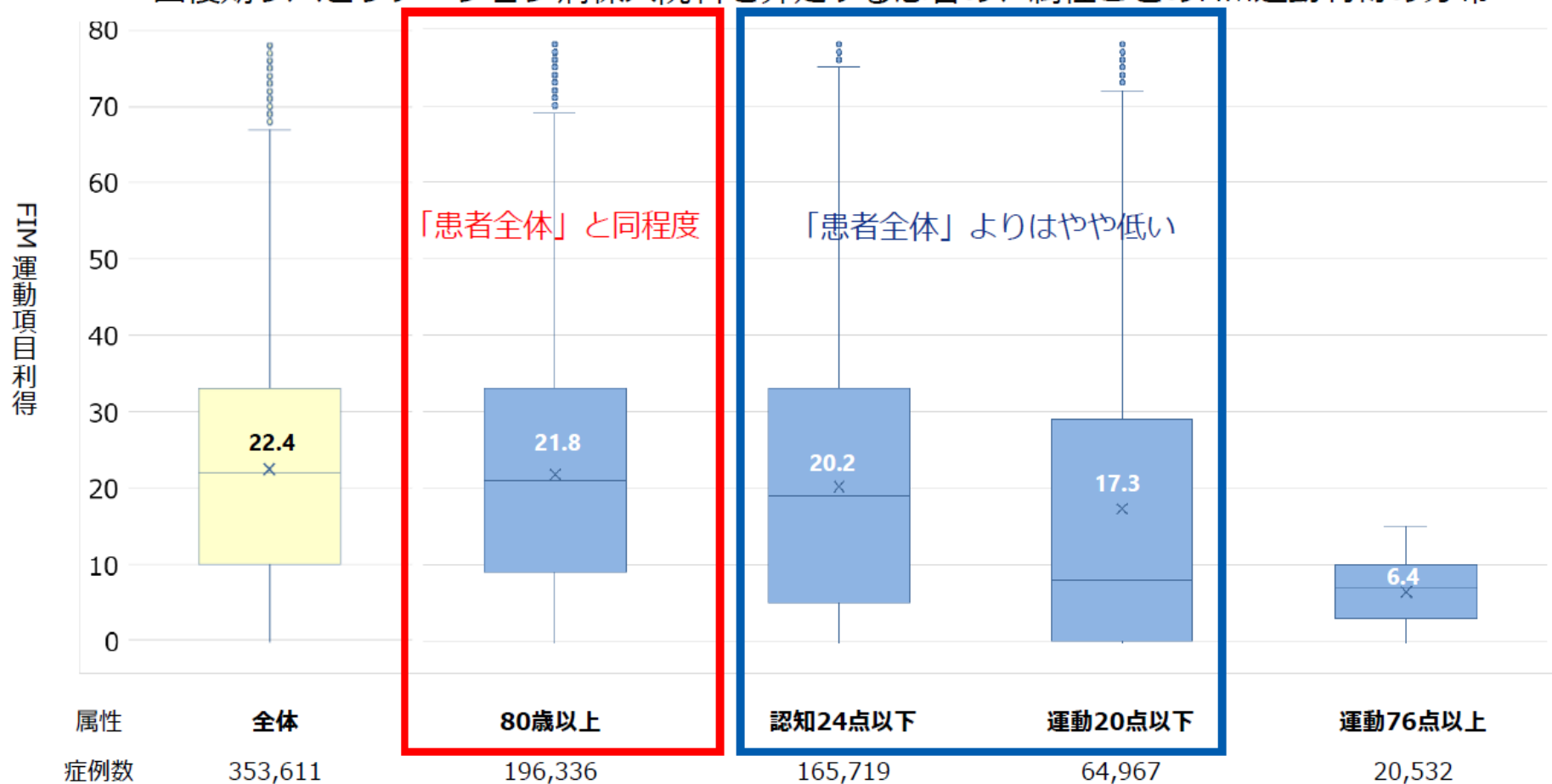


全ての施設で、記載のいずれかの除外基準に該当する患者の割合が40%以上

# リハビリテーション実績指数の除外基準に該当する患者のFIM利得

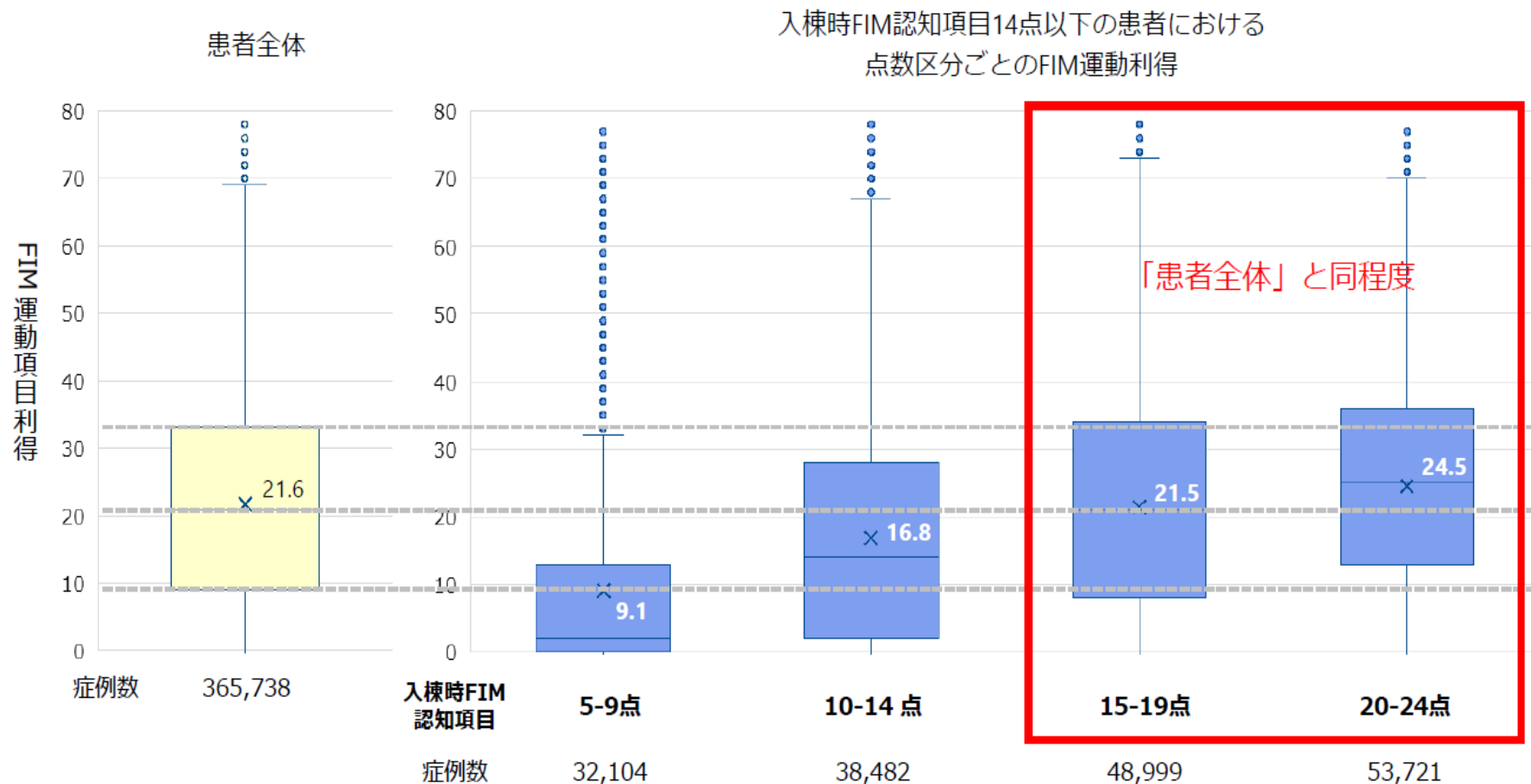
- 回復期リハビリテーション病棟における患者全体と除外基準に該当する患者のFIM運動利得を比較すると、「年齢が80歳以上のもの」は患者全体と変わらなかった。
- 一方、「FIM認知項目の得点が24点以下のもの」は全体よりわずかにFIM運動利得が低い範囲に分布しており、「FIM運動項目の得点が20点以下のもの」はさらに低かった。

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



# 入棟時FIM認知項目24点以下患者の点数区分ごとの運動利得

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



# 除外基準見直し

80歳以上除外は廃止  
認知FIM24点以下除外は14点以下へ

## リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し②

### リハビリテーション実績指数の除外対象患者・除外できる割合の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟において、より質の高いアウトカム評価を推進する観点から、リハビリテーション実績指数の除外対象患者の基準及び除外できる割合を見直す。

#### 現行

##### 【実績指数の除外対象患者】

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの
- ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ F I M認知項目の得点が24点以下のもの
- ④ 年齢が80歳以上のもの
- ⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

##### 【実績指数の算出から除外できる患者割合】

100分の30を超えない範囲



#### 改定後

##### 【実績指数の除外対象患者】

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの  
※①のうち、退院までの疾患別リハビリテーション料の1日あたり平均実施単位数が6単位数を超えたものについては、実績指数の算出対象に含める。
- ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ F I M認知項目の得点が14点以下のもの  
**(削除)**
- ④ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

##### 【実績指数の算出から除外できる患者割合】

100分の20を超えない範囲

### 「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」の基準の見直し

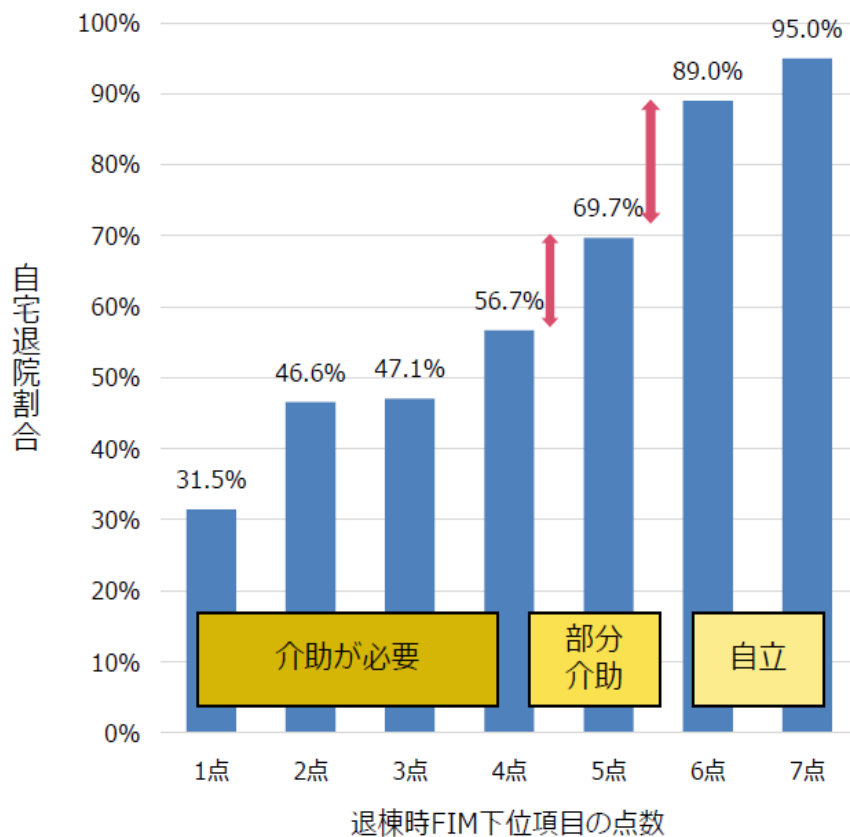
- 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」について、リハビリテーション実績指数が2回連続して27を下回った場合から、30を下回った場合に見直す。

※「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、1日につき6単位数を超える疾患別リハビリテーション料は回復期リハビリテーション病棟入院料等に包括される。

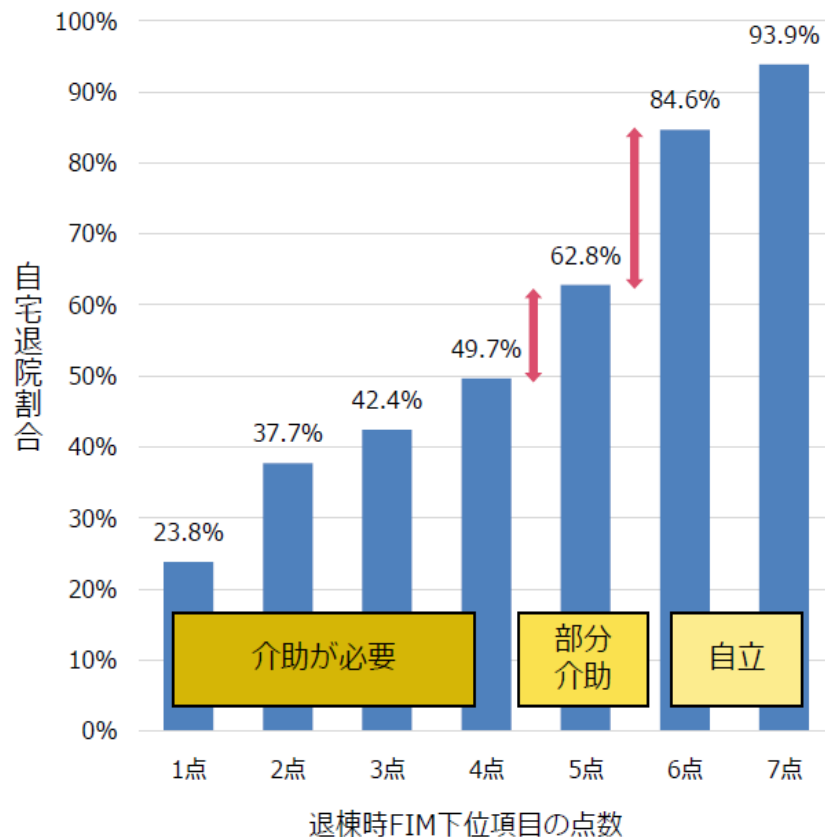
# FIM実績算出方法の 見直し

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

移動（歩行・車椅子） n = 807,295



セルフケア（トイレ動作） n = 807,295



# リハビリテーション実績指数の算出方法等の見直し①

## リハビリテーション実績指数の算出方法の見直し

- リハビリテーション実績指数の算出方法について、FIM運動項目のうち「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」の得点について、入棟時又は入室時に5点以下、かつ退棟時又は退室時に6点以上に上がった場合、分子のFIM運動項目利得に1点を加えることとする。

＜実績指数の算出方法（改定後）＞

$$\frac{\text{患者毎の} \left( \begin{array}{l} \text{① FIM得点[運動項目の退棟時と入棟時の差]} \\ \text{+} \\ \text{「歩行・車椅子」及び「トイレ動作」が入棟中又は入室中に5点以下から} \\ \text{6点以上に上がった場合、それぞれ1点を加点する。} \end{array} \right) \text{の全患者の合計}}{\text{患者毎の} \left( \frac{\text{② 入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{の全患者の合計}}$$

[改定後のリハビリテーション実績指数の算出方法に基づく、計算例]

前月までの6か月間に退棟した患者	FIM得点(運動項目)の退棟時と入棟時の差	「歩行・車椅子」が入棟時5点以下、かつ退棟時6点以上の場合	「トイレ動作」が入棟時5点以下、かつ退棟時6点以上の場合	①	②
患者A	20	○ (+1)	○ (+1)	22	0.6
患者B	25	○ (+1)	—	26	0.7
患者C	20	—	○ (+1)	21	0.4
患者D	25	—	—	25	0.5
計				94	2.2

➡ 上記の例におけるリハビリテーション実績指数は、 $94 \div 2.2 = 42.7$ となる。

# 歩行・車椅子、トイレ動作 が在宅復帰へのカギ





# 改定のポイント③

## 質の高い集中的なリハ

- ア 排尿自立、積極嚥下機能
- イ 退院前訪問指導
- ウ 休日リハ

ア 排尿自立、積極嚥下機能

# 生活機能回復に資する診療報酬①（排尿自立支援加算）

- 排尿自立支援加算は尿道カテーテル抜去後の下部尿路機能障害又は尿道カテーテル留置中に下部尿路機能障害が予想される患者に対し、包括的な排尿ケアを行った場合に算定される。
- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出病棟のうち、排尿自立支援加算を届け出ている病棟は30.2%である。

## A251 排尿自立支援加算 200点（週1回）

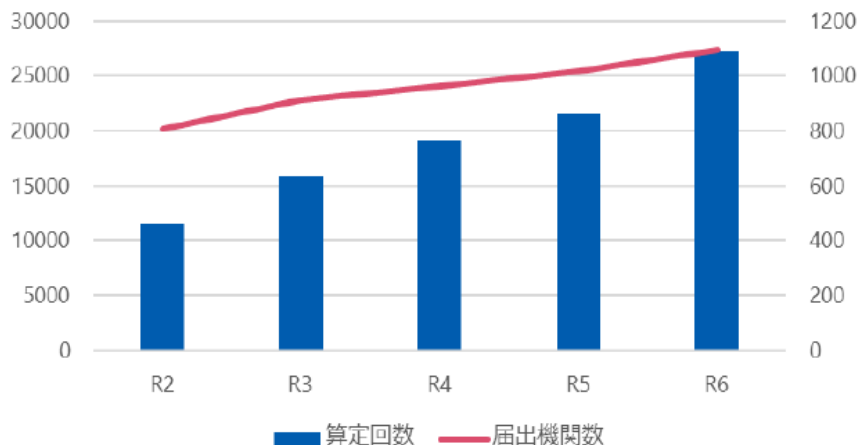
### 【施設基準（概要）】

- (1) 保健医療機関内に、医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
- (2) 排尿ケアチームの構成員は、外来排尿自立指導料に係る排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (3) 排尿ケアチームは、排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (4) 下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドラインなどを遵守すること。

### 【算定要件（概要）】

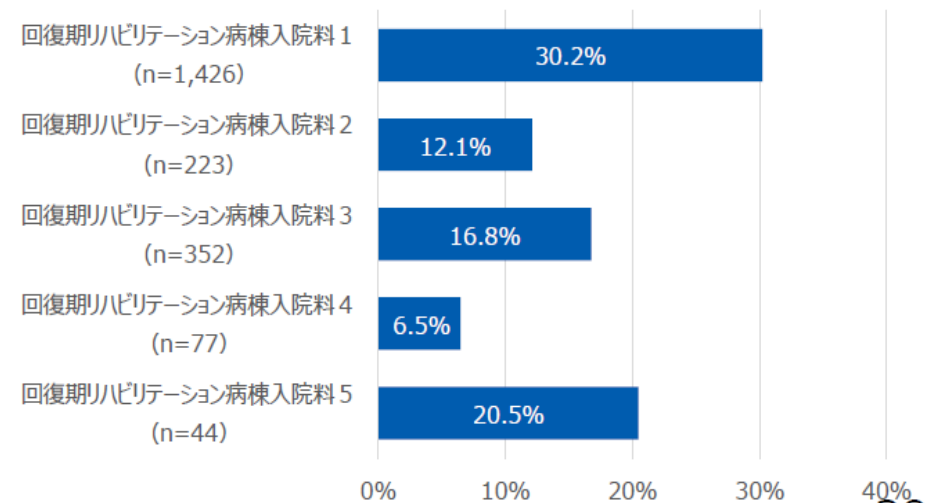
- 入院中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り12週を限度として算定する。

排尿自立支援加算の算定回数・届出機関数の推移



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

回復期リハビリテーション病棟入院料ごとの  
排尿自立支援加算の届出状況



出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

# 生活機能回復に資する診療報酬②（摂食嚥下機能回復体制加算）

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

**イ 摂食嚥下機能回復体制加算1 210点（週1回）**

**ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2 190点（週1回）**

**ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3 120点（週1回）**

※療養病棟入院料1又は2を算定する病棟を有する病院

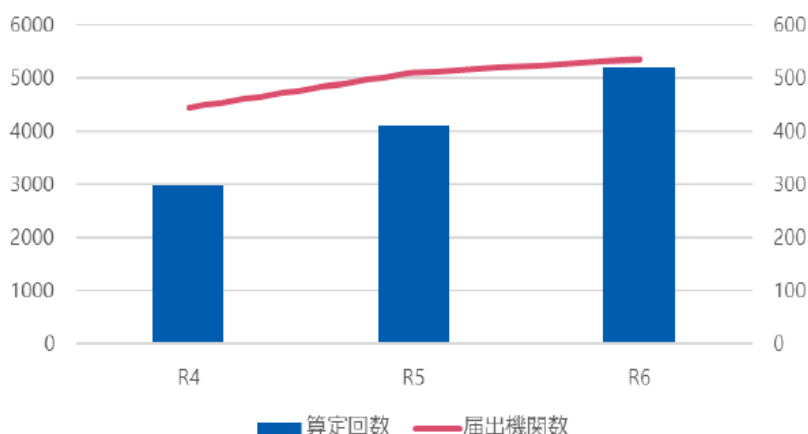
## 【施設基準（概要）】

- 保険医療機関内に、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種（専任の常勤医師、**専従の言語聴覚士**、専任の常勤管理栄養士等）により構成されたチームが設置されていること。
- 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスに参加していること。

## 【算定要件（概要）】

- 摂食嚥下支援チーム等により**内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること**。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。
- 上記を実施した患者について、**月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること**。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。

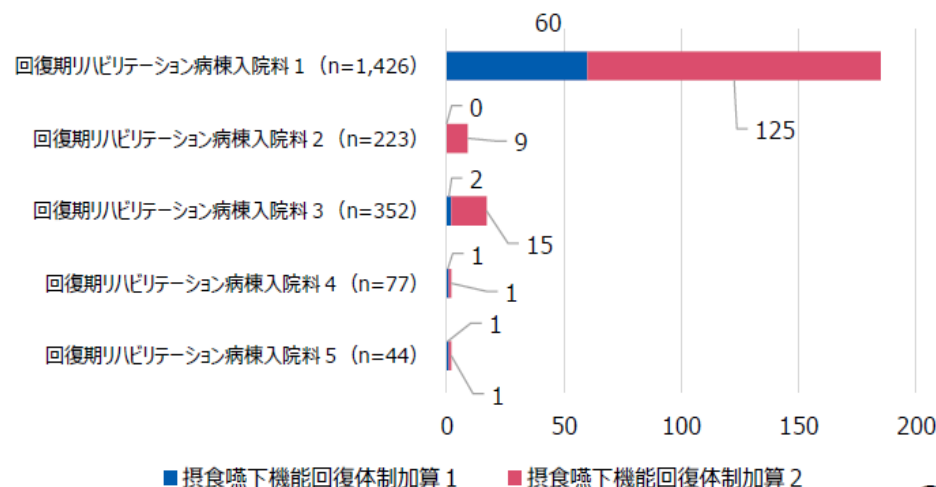
摂食嚥下機能回復体制加算の算定回数・届出機関数の推移



※現体系になった令和4年度以降にて加算1, 2, 3の総数を集計。

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

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

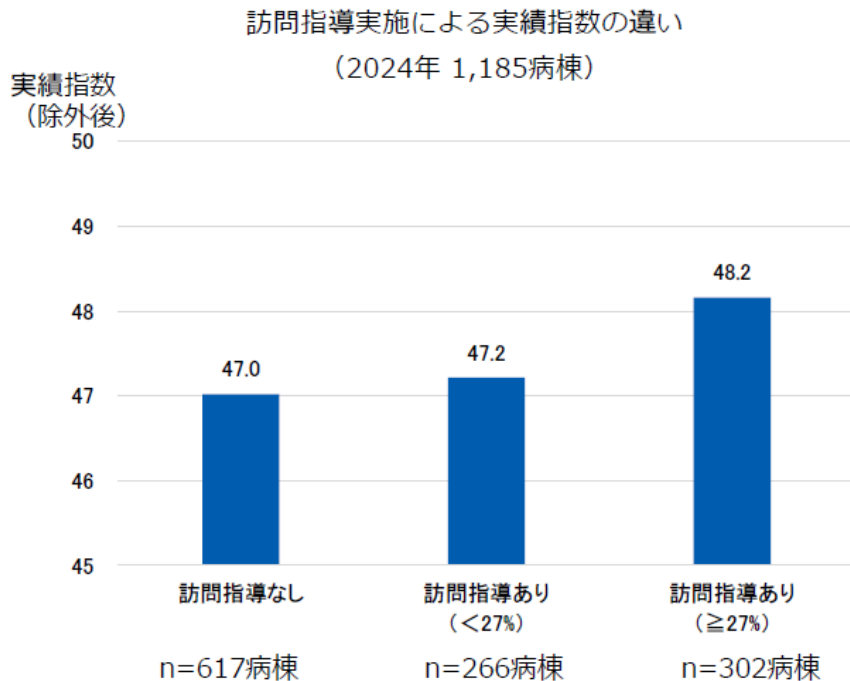


出典：保険局医療課調べ（令和6年8月1日時点厚生局届出施設数）

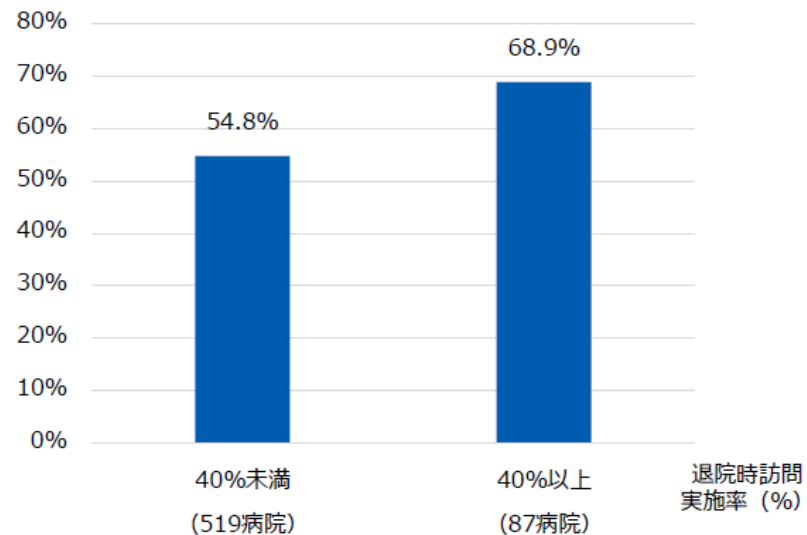
# イ 退院前訪問指導

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

回復期リハ病棟協会 2024実態調査より改変



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



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

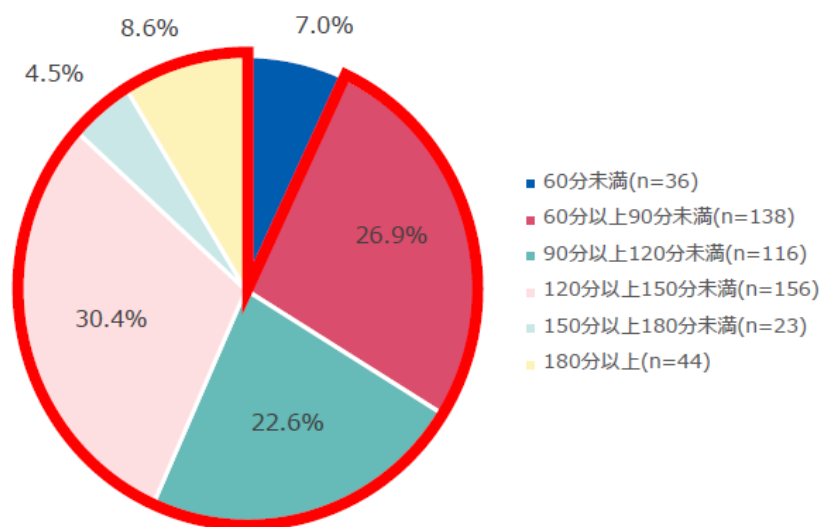


# 退院前訪問指導の実施職種、所要時間

- 退院前訪問指導の所要時間について、多くの施設で60分以上の長時間を要していた。
- 回答のあった回復期リハビリテーション病棟のうち、95%以上の病棟で理学療法士、作業療法士、40%以上の病棟で看護師、その他職種が関与しており、多職種による退院前訪問指導が行われていると考えられる。

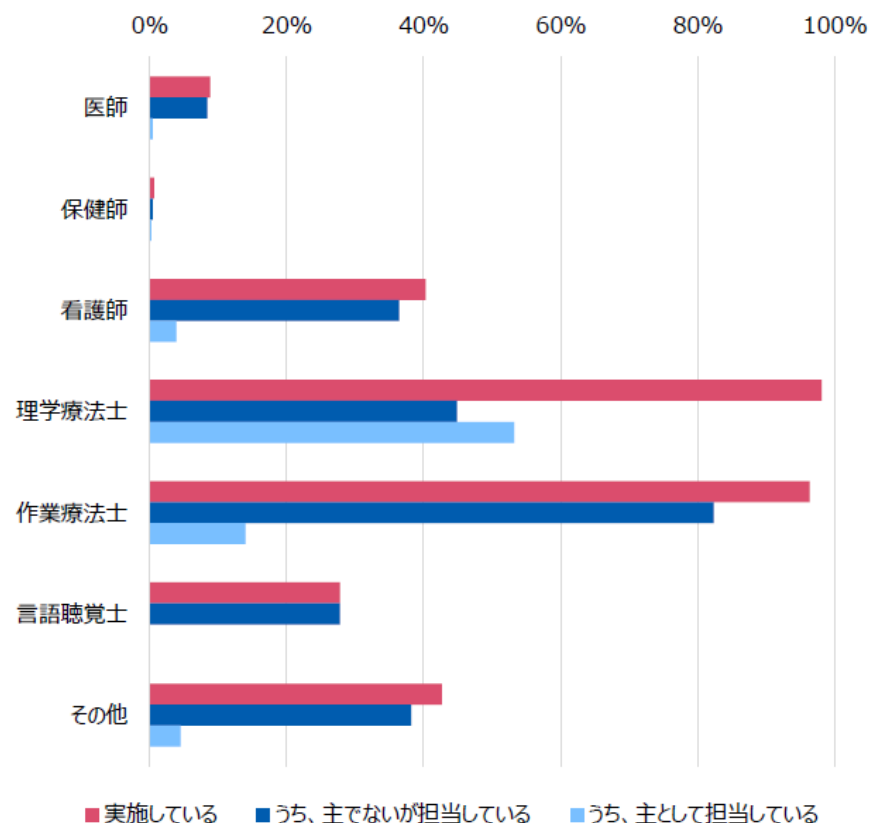
訪問指導に要した平均時間（令和7年4月の1か月）

※往復の移動時間含む（n=513）



出典：令和7年度入院・外来医療等における実態調査（施設調査票（B票））

退院前の訪問指導を実施している職種(n=464)



※その他では、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、福祉機器業者などの回答があった。  
 出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 病棟調査票（B票：回リハ病棟入院料）

ウ 休日リハ

# 回復期リハビリテーション病棟入院料における休日リハに係る要件

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

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

## 休日リハビリテーション提供体制加算

(施設基準 通知抜粋)

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

## (参考) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

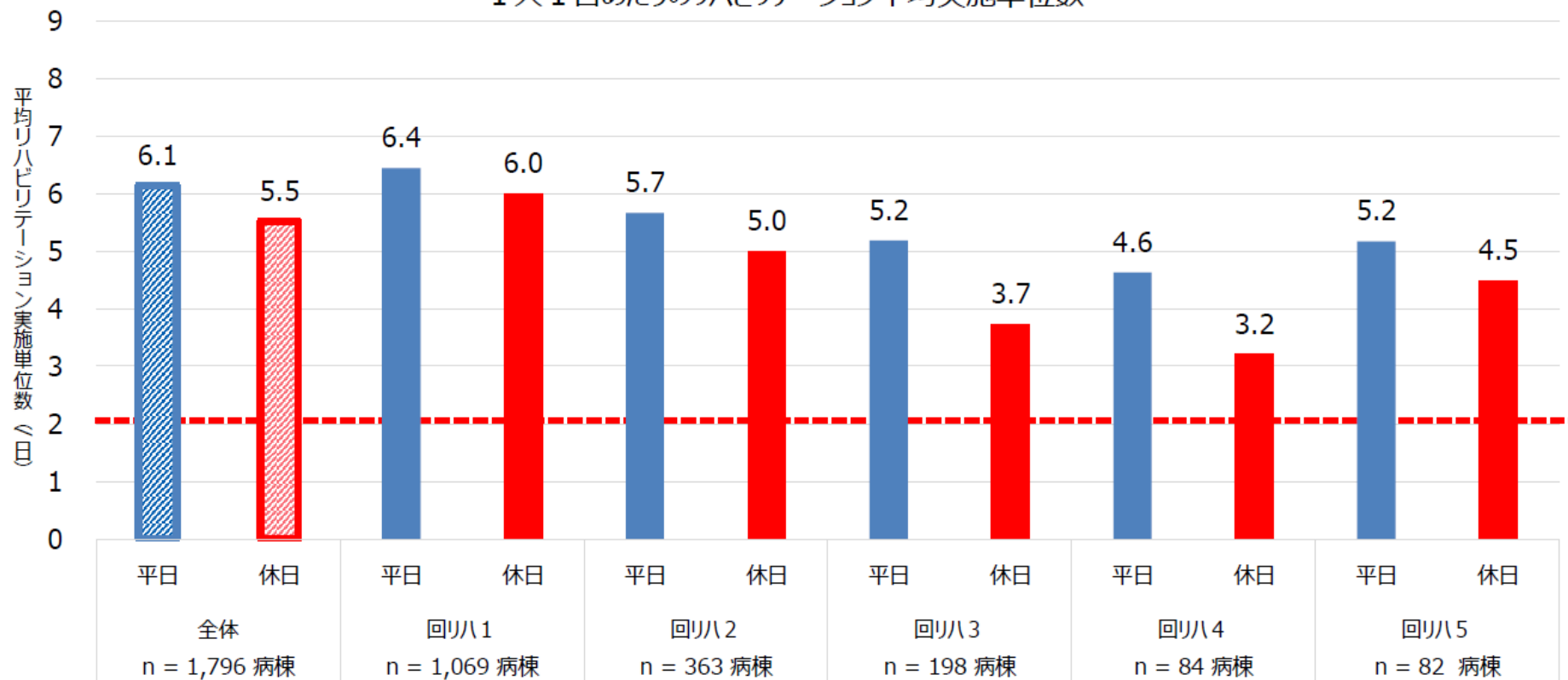
(施設基準 通知抜粋)

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

# 回復期リハビリテーション病棟における休日のリハビリテーション実施状況

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

1人1日あたりのリハビリテーション平均実施単位数



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

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

※ 休日の定義は日曜及び祝日 (12月30日～1月3日を含む)。

## 回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

### 回復期リハビリテーション強化体制加算の新設

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1を届け出ている病棟を対象に、実績指数、排尿自立支援加算の届出及び退院前訪問指導の実施割合等を要件とする回復期リハビリテーション強化体制加算を新設する。

(新) 回復期リハビリテーション強化体制加算 80点

#### [算定要件]

回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合は、回復期リハビリテーション強化体制加算として、患者1人につき1日につき80点を所定点数に加算する。

#### [施設基準]

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること。
- (2) 届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が48以上であること。
- (3) A251に掲げる排尿自立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。また、H004摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関であることが望ましいこと。
- (4) 直近6か月間に自宅へ退院した患者のうち、1割以上に退院前訪問指導を実施していること。

# 回復期リハビリテーション病棟での休日リハビリテーションの見直し

## 休日リハビリテーション体制の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟 1 及び 2 に加え、3 及び 4 についても、土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていることを要件とする。
- また、土曜日、休日の 1 日当たりリハビリテーション提供単位数を見直す。

### 現行

#### 【回復期リハビリテーション病棟入院料】

##### [施設基準]

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

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



### 改定後

#### 【回復期リハビリテーション病棟入院料】

##### [施設基準]

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\*

- (6) 当該保険医療機関において、土曜日、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、土曜日、休日の 1 日当たりリハビリテーション提供単位数も平均 3 単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

※回復期リハビリテーション病棟入院料 3 及び 4 についても同様

- これに伴い、休日リハビリテーション提供体制加算を算定することのできる対象から回復期リハビリテーション病棟入院料 3 及び 4 を算定している患者を除外し、対象範囲を回復期リハビリテーション病棟入院料 5 及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定している患者のみに変更する。



# 改定のポイント④

地域機関との連携

# 回復期リハビリテーション病棟での高次脳機能障害者への退院支援

## 回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対する退院支援

- 回復期リハビリテーション病棟入院料等において、高次脳機能障害者支援センターや指定障害福祉サービス事業所等の情報を把握するとともに、高次脳機能障害患者の退院時に当該情報を説明し、必要に応じて利用予定の機関に患者情報の提供を行うことを要件とする。

### 改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

[算定要件]

- 当該保険医療機関において、次のうち高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報（所在地、連絡先及び提供サービス等）を、あらかじめ把握する。
  - ・ 高次脳機能障害者支援センター
  - ・ 他の保険医療機関
  - ・ 障害者総合的支援法に基づく障害福祉サービス等を提供する事業所・施設  
（生活介護、自立訓練、就労継続支援、自立生活援助、共同生活援助、相談支援及び計画相談支援等）
  - ・ 児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設等及び指定障害児相談支援事業者
- 上記の情報を「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する患者（入院期間の上限が180日の患者）の退院時に、当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、説明の上、提供する。
- 退院後に他の保険医療機関でのリハビリテーション、介護保険によるリハビリテーション又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者については、
  - ・ 当該患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者の同意が得られた場合は、利用を予定している保険医療機関・事業所・施設に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。



高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供する事業所等の情報を把握



高次脳機能障害の患者の退院時に情報提供



必要に応じて、利用予定先に実施計画書等を提供

# 2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

• 2025年から2040年  
へ向けての改革プラン  
を概観する！

- 地域医療構想、医療DX
- 働き方改革、かかりつけ医
- 医師偏在対策、少子化対策など
- ポスト2040年も予想
- 医学通信社より、  
7月発刊予定
- 2色刷240頁、2600円



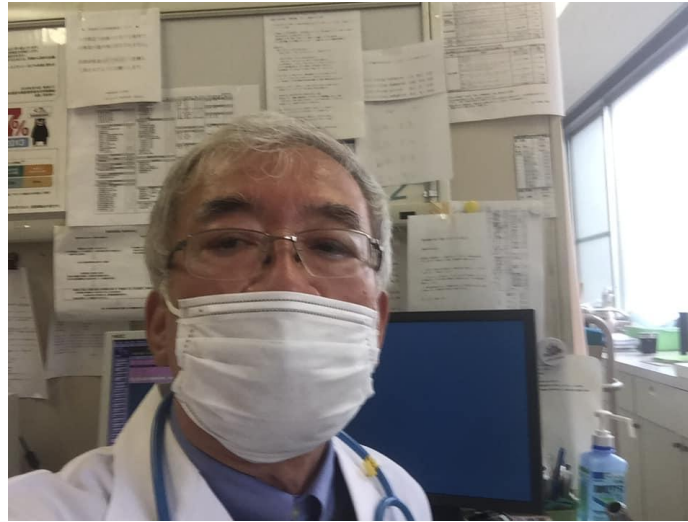
2025年から2040年の15年で、医療と介護は  
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——  
その難路の行程を的確に指し示す、  
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、  
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、  
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の  
アウトラインとその全体像。

医学通信社



# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健を担当しています。  
患者さんをご紹介ください

本日の講演はホームページ上で公開しています。  
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)