

1. 回復期リハビリテーション病棟とは何か

①回復期リハビリテーション病棟に関連する診療報酬制度

(一社) 回復期リハビリテーション病棟協会理事

医療法人社団保健会 東京湾岸リハビリテーション病院 (医師)

近藤 国嗣

1. 回復期リハビリテーション病棟の対象疾患と入院期間

回復期リハビリテーション病棟入院料算定可能な対象疾患は、①脳血管系：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、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後の状態、または義肢装着訓練を要する状態、②整形外科系：大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態、③廃用症候群：外科手術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、発症後の状態、④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、⑤股関節又は膝関節置換術後の状態⑥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です(表1)。また、それぞれ対象疾患別に算定可能な最長入院期間が決められています。なお、回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準においては、回復期リハビリテーションの必要性が高い患者を病棟単位で8割以上入院させることが必要とされています。

2. 回復期リハビリテーション病棟の診療報酬上の変遷(2000年度～2022年度改定まで)

疾患と発症(術後)から入棟まで期間の基準ならびに医師の専従を要件としてスタートした回復期リハビリテーション病棟の施設基準(リハビリテーションは1日1人あたり6単位まで算定可能：1単位20分)でしたが、2006年度に発症から入棟まで期間の短縮(3か月⇒2か月、前記④、⑤以外)に変更され、リハビリテーションは9単位まで算定可能となりました(表2)。2008年度には、高齢・重症化する患者にも回復期リハビリテーションが提供されるために、Activities of daily living (ADL) 重症患者(看護必要度B項目：日常生活機能評価が10点以上の患者)を入院時15%以上受け入れ、かつ60%以上の患者が保険医療機関以外の施設に退院(いわゆる在宅復帰率)している病棟を「回復期リハビリテーション病棟入院料1」、それ以外の病棟は入院料2とする新たな施設基準が定められました。また、ADL重症患者のうち日常生活機能評価が3点以上改善している割合が3割以上である病棟に対しては「重症患者回復期病棟加算」が加わり、医師の専従要件は廃止されました。さらに、2010年度にはADL重症患者の基準が20%に引き上げられ、365日リハビリテーションを提供する休日リハビリテーション提供体制加算(以下休日リハビリテーション加算)およびリハビリテーション充実加算(1日1人あたり6単位以上のリハビリテーション提供)が設定されました。

2012年度の改定では、医療度の高い重症な患者をより早期に急性期から回復期リハビリテーション病棟に受け入れ充実したリハビリテーションを提供する目的で「(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1」が定められ、看護師体制がこれまでの15対1から、13対1に強化されました。また、入院時に看護必要度B項目10点以上の患者を30%以上、かつ入院時に医療的介入が必要な患者(看護必要度A

項目が1点以上)を15%以上受け入れ、入院時看護必要度B項目10点以上であった患者のうち退院時に4点以上の改善例が3割以上であること、さらに在宅復帰率が70%以上という基準となりました。あわせて重症患者回復期病棟加算は入院料に包括されるようになりました。2014年改定では、入院料1における看護必要度A項目の有する患者の受け入れ割合が10%に下げられ、医師および社会福祉士を専従要件とした新たな体制強化加算が設定されました。一方、入院料1には休日リハビリテーション加算が包括されました。

2016年度改定ではアウトカム評価(実績指数)の導入という大きな変化が起こりました。実績指数は運動項目のFIM効率に類似していますが、疾患の特性をある程度除外できる指標です。実績指数は表3に示す計算式を用いて算出して3か月ごとの報告が求められます。報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした場合、2回連続して27未満の場合には6単位を超えるリハビリテーションが入院料に包括されることになりました。ただし、一部の患者は3割まで除外できる仕組みがあります。あわせて、体制強化加算に複数名の専従医を配置することにより専従医が入院外の診療にも従事できる体制強化加算2が設けられました。

2018年度改定では、リハビリテーション充実加算が廃止され、「基本部分」「実績と体制」「実績指数」の3層構造の組み合わせによる6段階の評価体系に変更され、実績指数は入院料1では37以上、新入院料3・5は30以上に設定されました(表4)。また専従医師・社会福祉士の配置を求める体制強化加算1・2は継続することになりました。さらに看護必要度のA項目評価が廃止され、データ提出加算が義務化されました(入院料5・6は200床以上の病院が対象)。

本改定における入院料1の施設基準は、専任常勤医師1名以上、看護職員13対1以上(7割以上が看護師)、看護補助者30対1以上、専従常勤の療法士(PT3名以上、OT2名以上、ST1名以上)、専任常勤の社会福祉士1名以上、管理栄養士がリハビリテーション実施計画等の作成への参画(記載すべき必要条件是表5)、実績指数の院内掲示、データ提出加算の届出、休日リハビリテーションの提供、新規入院患者の3割以上が重症者(日常生活機能評価10点以上)、重症者の3割以上が退院時に日常生活機能評価4点以上改善、自宅等に退院する割合が7割以上(介護医療院・介護サービスを提供している有床診療所も自宅等に含めてよい)、実績指数が37以上とされました。

さらに、入院料1では栄養管理について、専任の常勤管理栄養士の1名以上配置(努力義務)、チームでの栄養状態の定期的な評価や計画の見直し(栄養障害の状態にあるもの、栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること)が要件とされました。あわせて、入院栄養食事指導料が包括範囲から除外され、栄養管理の適正化に向けた大幅な改定がなされました。

2020年度診療報酬改定では、実績指数の基準引き上げ、入院患者に係る発症から入院までの日数制限の削除、重症患者の定義としてFIMを利用可とする、などの変更が行われました。さらに専任管理栄養士の配置については、入院料1について義務化、入院料2~6については努力義務化されました。併せて、入院時の栄養評価や定期的な評価の見直し、リハビリテーション実施計画書への栄養関連項目の記載など、従来入院料1で努力義務となっていた項目について、入院料1は義務化、入院料2~6は努力義務化され、2018年改定の要件からさらに一歩進んだ改定となりました。

2022年度診療報酬改定においては、6段階の入院料の区分が見直され、5段階へと変更されました。一方で、重症患者の受け入れ割合についてはより厳格化され、入院料1、2では4割以上、入院料3、4

については3割以上とされました。また、この年より入院対象疾患に「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」（算定上限日数90日以内）が追加されました。加えて、入院料1、3に関しては第三者評価を受けることが望ましい旨も要件化され、リハビリテーションの質の担保が図られています。

3. 2024年度改定

2024年度診療報酬改定では、体制強化加算の廃止、運動器疾患における提供可能リハビリテーション単位の上限緩和措置が見直されるなど、大きな変更が加えられました。栄養関連では、Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)基準を用い、入退院時に栄養評価（低栄養診断）を行うことが義務（入院料1）または努力義務（入院料2～5）となりました。GLIM基準は入院栄養食事指導料に係る低栄養の条件としても使用され、栄養管理実施計画書に記載欄が設けられるなど、医療・介護双方において広く用いられるようになっていきます。その他、回復期リハ病棟の診療報酬改定の要点は以下の通りです。

- ①回復期リハビリテーション病棟入院料の引き上げ：入院料1、2→100点、入院料3～5→18点
- ②施設基準の変更：専従社会福祉士の配置義務（入院料1、2）、FIM測定に関する研修会開催の義務化（入院料1、3）、口腔管理体制整備（入院料1、2）、地域支援事業への参加（努力義務、入院料1、2）
- ③GLIM基準による入退院時の栄養評価（低栄養診断）の要件化（入院料1：義務化、入院料2～5：努力義務）
- ④定期的なFIM測定（2週間に1回以上）の要件化
- ⑤運動器リハビリテーション料の算定単位数上限緩和の見直し（9単位→6単位）
- ⑥体制強化加算の廃止

4. 回復期リハビリテーション病棟入院料と算定可能な診療報酬（疾患別リハビリテーション料以外）

1) リハビリテーション総合計画評価料（評価料1：300点 評価料2：240点）

定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等（回復期リハビリテーション病棟入院料1では管理栄養士の参画も必要）の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

2) 運動量増加機器加算：150点

別に厚生労働大臣が定める患者に対して、運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、運動量増加機器加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

3) 入院時訪問指導加算（150点）

病棟への入院日前7日以内又は入院後7日以内に患者の同意を得て、保険医、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する患家等を訪問し、患者の病状、退院後生活する住環境（家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等）、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等

の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、入院中に1回に限り算定する。

【参考文献】

- 1) 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会。 <http://www.rehabili.jp/patient/index.html>
- 2) 厚生労働省.中央社会保険医療協議会総会（第 365 回）資料。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000182077.pdf>
- 3) 厚生労働省保険局医療課 平成 30 年度診療報酬改定の概要（医科Ⅰ）
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>
- 4) 厚生労働省保険局医療課 令和 2 年度診療報酬改定の概要（入院医療）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>
- 5) 厚生労働省保険局医療課 令和 4 年度診療報酬改定の概要（回復期・慢性期入院医療）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079189.pdf>
- 6) 厚生労働省保険局医療課 令和 6 年度診療報酬改定の概要【入院Ⅲ（回復期）】
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001251537.pdf>

表 1. 回復期リハビリテーション病棟の対象疾患と入院期間¹⁾

疾患		病棟に 入院できる期間
1	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、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷の発症又は手術後、義肢装着訓練を要する状態	150 日
	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	180 日
2	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	90 日
3	外科手術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、手術後または発症後の状態	90 日
4	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	60 日
5	股関節又は膝関節の置換術後の状態	90 日
6	急性心筋梗塞、狭心症発症その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	90 日

表 2. 回復期リハビリテーション病棟の診療報酬上の推移²⁻⁶⁾

2000年 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
2006年 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)
2008年 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]専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上 ○医師の病棟専従配置を緩和
2010年 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
2012年 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
2014年 平成26年	○入院料1に休日リハビリテーション加算を包括化	○入院料1に体制強化加算を新設 [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
2016年 平成28年	○ADLの改善(FIM利得)に基づくアウトカム評価(実績指数)を導入	○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)
2018年 平成30年	○入院料の6段階化、1と3に実績指数を導入	○入院料1に管理栄養士の配置が望ましいとの記載

2020 年 令和 2 年	○入院料 1 と 3 の実績指数の増点 ○発症から入棟までの期限廃止 ○重症者評価に FIM 総得点導入	○入院料 1 の要件に専任の管理栄養士配置 ○排尿管理自立支援加算の算定可能化
2022 年 令和 4 年	○入院料が 6 段階→5 段階へ ○重症患者割合引き上げ ○入院適応疾患として急性心筋梗塞後等の状態が追加	○入院料 1、3 は第三者評価の受審が望ましいことが要件化
2024 年 令和 6 年	○体制強化加算の廃止 ○運動器疾患上限単位数緩和撤廃 ○GLIM 基準による低栄養診断が入退院時に義務・努力義務化	○入院料 1、2 は専従社会福祉士配置が義務化 ○入院料 1、3 は FIM 研修会開催が義務化 ○入院料 1、2 は口腔管理体制整備が要件化 ○入院料 1、2 は地域貢献活動が要件化

表 3. アウトカム評価（実績指数）の計算式と除外項目³⁾

$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の運動FIM利得の総和}}{\text{各患者の（入院日数／算定上限日数）の総和}}$
<p>* 除外患者：以下は 30%を超えない範囲で除外可能</p> <p style="margin-left: 40px;">入棟日に 運動 FIM： ≤ 20、76 ≤</p> <p style="margin-left: 40px;">認知 FIM： ≤ 24</p> <p style="margin-left: 40px;">80 歳以上</p> <p>* 除外の判断は、入棟した月のレセプトの適応欄に記載</p> <p>* 高次脳機能障害の患者（40%以上の医療機関）は、すべて除外可能（除外するかしないかは、All or None）</p>

表 4. 各回復期リハビリテーション病棟入院基本料の基準⁶⁾

令和6年度診療報酬改定 II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価-⑬						
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 ⇒ 専従常勤1名以上		-		
	管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい			
リハビリテーションの提供体制等に関する施設基準	休日のリハビリテーション	○		-		
	FIMの測定に関する院内研修会	年1回以上開催	-	年1回以上開催	-	
	リハビリ計画書への栄養項目記載/ GLIM基準による評価	○	GLIM基準を用いることが望ましい			
	口腔管理	○		-		
	第三者評価	受けていることが望ましい	-	受けていることが望ましい	-	
	地域貢献活動	参加することが望ましい		-		
アウトカムに関する施設基準	新規入院患者のうちの、重症の患者の割合	4割以上		3割以上		
	自宅等に退院する割合	7割以上				
	リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	
	入院時に重症であった患者の退院時の日常生活機能評価() ¹⁾ 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 (¹⁾ 内は生活療養を受ける場合	2,229点 (2,215点)	2,166点 (2,151点)	1,917点 (1,902点)	1,859点 (1,845点)	1,696点 (1,682点)	
※1: 入院料5については、届出から2年間に限り届け出ることができる。						

表 5. リハビリテーション実施計画書に記載する栄養項目⁶⁾

<p>身長^{#1}: () cm, 体重: () kg, BMI^{#1}: () kg/m²</p> <p>#1 身長測定が困難な場合は省略可</p> <p>栄養補給方法 (複数選択可): <input type="checkbox"/>経口 (<input type="checkbox"/>食事, <input type="checkbox"/>補助食品)</p> <p><input type="checkbox"/>経管栄養, <input type="checkbox"/>静脈栄養 (<input type="checkbox"/>末梢, <input type="checkbox"/>中心)</p> <p>嚥下調整食の必要性: <input type="checkbox"/>無, <input type="checkbox"/>有 (学会分類コード:)</p> <p>栄養状態の評価: ①GLIM 基準による評価 (成人のみ):</p> <p>判定: <input type="checkbox"/>低栄養非該当 <input type="checkbox"/>低栄養 (<input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>重度)</p> <p>該当項目 表現型 (<input type="checkbox"/>体重減少, <input type="checkbox"/>BMI, <input type="checkbox"/>筋肉量減少)</p> <p>病因 (<input type="checkbox"/>食事摂取量減少/消化吸収能低下, <input type="checkbox"/>疾病負荷/炎症)</p> <p>②GLIM 基準以外の評価: <input type="checkbox"/>問題なし <input type="checkbox"/>過栄養 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】</p> <p>必要栄養量: () kcal, たんぱく質 () g</p> <p>総摂取栄養量^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): () kcal,</p> <p>たんぱく質 () g</p> <p>#2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可</p>

巻末資料 4：令和 6 年度診療報酬改定における栄養関連分野（抜粋）

令和 6 年度診療報酬改定説明会において示された資料から回復期リハ病棟を中心とした栄養に関連する部分を抜粋したものです。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html

【Ⅰ－1 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組－②】

栄養管理体制の基準の明確化

5 栄養管理体制の基準

(2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他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（標準的な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、退院時を含む定期的な評価等）を作成すること。

【Ⅱ－3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進－⑦】

⑦医療と介護における栄養情報連携の推進

第2 具体的な内容

1. 栄養情報提供加算を廃止するとともに「栄養情報連携料」を新設する。
2. 入院栄養食事指導料を算定した患者に加えて他の保険医療機関又は介護保険施設等に転院又は入所する患者について、入院していた保険医療機関の管理栄養士と転院又は入所する先の保険医療機関又は介護保険施設の管理栄養士が連携の上、入院中の栄養管理に関する情報を共有した場合に算定可能とする。

栄養情報連携料 70 点

[算定要件]

(1) 入院栄養食事指導料を算定した患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関等の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中 1 回に限り算定する。

(2) (1) に該当しない場合であって、当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に共有した場合に、入院中に 1 回に限り算定する。

(4) 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入院料 1 に限る。）においては、入院栄養食事指導料と同様に、包括範囲外とする。

【Ⅱ－4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価－⑬】

⑬回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し

GLIM 基準による栄養評価の要件化

第2 具体的な内容

回復期リハビリテーション病棟入院料 1 について、入退院時の栄養状態の評価に GLIM

基準を用いることを要件とするとともに、回復期リハビリテーション病棟入院料 2 から 5 までにおいては、GLIM 基準を用いることが望ましいこととする。

【Ⅲ－1 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応－①】

①入院時の食費の基準の見直し

第2 具体的な内容

入院時食事療養の費用の額について、1食当たり 30円引き上げる。

入院時食事療養費（Ⅰ）（1食につき）

（1）（2）以外の食事療法を行う場合 670円

（2）流動食のみを提供する場合 605円