



回復期入院

実績指数基準が厳格化、影響軽微か

POINT

- ▶ 回復期リハビリ入院料1・3のリハビリ実績指数の基準値が厳格化。影響は限定的か
- ▶ 発症から入院までの期間制限に関する施設基準の撤廃で病床稼働率の向上が期待？
- ▶ リハビリ実施計画書の作成期間が原則「入院から7日以内」に。リハビリ開始が円滑に

回復期リハビリテーション病棟入院料では、リハビリのアウトカムを評価するリハビリ実績指数の基準値が引き上げられた。入院料1は「37以上」から「40以上」に、入院料3は「30以上」から「35以上」に厳格化され、入院料5は据え置かれた(図1)。

ただ、「影響はそれほど大きくないだろう」と、回復期リハビリテーション病棟協会副会長の宮井一郎氏は話す。厚生省が中医協総会に示したデータでは、全てのランクの入院料で実績指数の平均は年々上昇。2018年10月実績では入院料1は48.2に、入院料3は43.0に達した(図2)。「入院料1を届け出る病棟では既に9割が、入院料3でも約8割が新基準を満たしている」と宮井氏は語る。

実績指数への影響に注意を

一方で同氏が評価するのは、発症から入院までの期間にかかる制限が撤廃されたこと。脳血管疾患などの患者について、改定前は「発症後または手術後2カ月以内に回復期リハビリ病棟入院料の算定が開始されたものに限る」とされていた施設基準が削除された(46ページ図3)。

発症から入棟までの日数は経年的に短縮している一方、脊髄損傷など

病態の安定まで時間を要し、発症後の期間にかかる要件を満たせず入院できない患者もいる点に対応した。

宮井氏は「発症後、人工呼吸器を長期間装着した患者など、発症から長い期間がたち受け入れられなかった重症患者は少なくない」と説明する。同氏が副理事長を務める社会医療法人大道会の森之宮病院(大阪府城東区、355床)は、回復期リハビリ病棟を4病棟運営する。脳卒中患者

の多い冬には、紹介患者の約2割はこうした重症患者で期間内に受け入れられないケースだったという。今改定でこれが解消されることになり、ひいては病床稼働率の向上が期待できる。

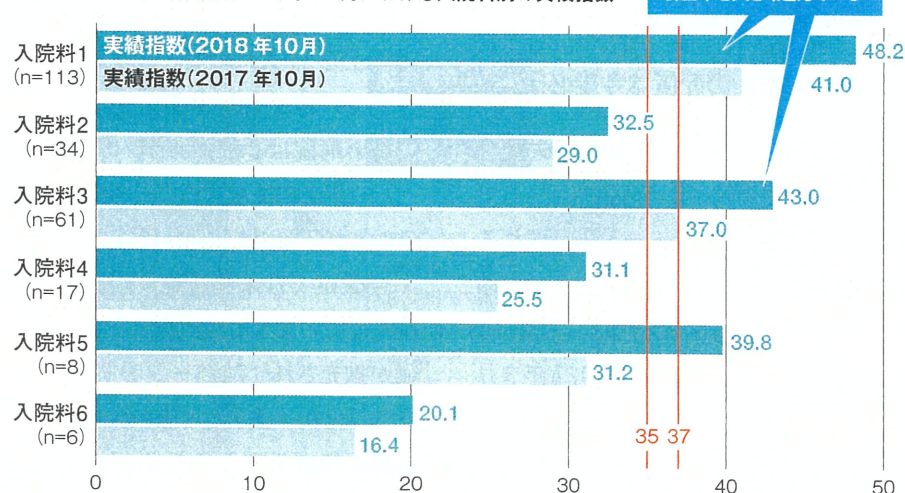
ただし、発症から時間がたった患者はリハビリ効果を得にくい。そのため、重症患者の受け入れを進め過ぎると実績指数の低下を招き、入院料の要件を満たせなくなる可能性もある。実績指数の計算式から除外できる患者の基準

図1◎回復期リハビリ病棟入院料における実績指数の基準値の見直し

回復期リハビリ病棟入院料			
改定前		改定後	
入院料1	37以上	入院料1	40以上
入院料3	30以上	入院料3	35以上

より高いリハビリのアウトカムが求められることに

図2◎2017年10月と2018年10月における入院料別の実績指数



出典：第439回中央社会保険医療協議会総会(2019年12月6日)資料

図3◎発症からの期間にかかる施設基準の見直し

回復期リハビリ病棟入院料	
改定前	改定後
【施設基準】 「回復期リハビリを要する状態および算定上限日数」 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、クモ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（発症後または手術後2カ月以内に回復期リハビリ病棟入院料の算定が開始されたものに限る）または義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して150日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷および頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して180日以内）	【施設基準】 「回復期リハビリを要する状態および算定上限日数」 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、クモ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（削除）または義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して150日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷および頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して180日以内） ※大腿骨骨折や廃用症候群、筋・靱帯損傷、股・膝関節置換術後なども同様

発症からの期間に関する入院制限が撤廃

図4◎回復期リハビリ病棟における管理栄養士の配置に関する見直し

回復期リハビリ病棟入院料	
改定前	改定後
回復期リハビリ病棟入院料1 【施設基準】 （新設）	回復期リハビリ病棟入院料1 【施設基準】 専任の常勤管理栄養士1人以上が配置されていること
回復期リハビリ病棟入院料1・2 【施設基準】 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人以上の常勤配置を行うことが望ましい	回復期リハビリ病棟入院料1・2 【施設基準】 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人以上の常勤配置を行うことが望ましい
回復期リハビリ病棟入院料3～6 【施設基準】 （新設）	回復期リハビリ病棟入院料3～6 【施設基準】 専任の管理栄養士1人以上の常勤配置を行うことが望ましい

専任の常勤管理栄養士の配置を求める流れに

〔経過措置〕2020年3月末時点で現に回復期リハビリ病棟入院料1を届け出ている場合は、2021年3月末までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす

や、ほかの患者の状態との兼ね合いなどをきめ細かく検討・把握することが一層必要になりそうだ。

管理栄養士の配置は今後必須に

入院料1で専任の常勤管理栄養士の配置が義務化され、入院料2～6でも努力義務となったのも注目される（図4）。リハビリ効果の最大化のため栄養管理を充実させた形だ。入院料1の配置要件については、2021年3月末までの経過措置が設けられた。

宮井氏は、「『専従』ではなく『専任』とされたので管理栄養士を効率的に

配置できる」と評価する。森之宮病院では、入院料1で努力義務となった2018年度改定を機に5人だった管理栄養士を11人に増員。入院料1を届け出る病棟で管理栄養士を配置していない病院は2割強あり、「入院料2～6の算定病棟も含めて早めに配置することが肝要だ」と宮井氏は話す。

今改定では栄養管理に関して、入院医療だけでなく在宅医療などでも評価が拡充され（74ページ参照）、今後この流れは強まると思われる。そのため、管理栄養士の採用が徐々に困難になる可能性があり、それを見越し

表1◎その他の回復期リハビリ病棟入院料の見直し

- 入棟または退棟の際に、FIM運動項目得点を記載したりリハビリ実施計画書を作成して、患者に説明した上で交付することが要件化
- 重症者の評価方法として、日常生活機能評価に代えてFIMの利用が容認
- 許可病床200床未満で入院料5・6を届け出る病院にもデータ提出加算の届け出が要件化
- 特定機能病院の回復期リハビリ病棟入院料の届け出が不可に（2022年3月末までの経過措置あり）
- 疾患別リハビリの開始後、原則として「7日以内」（遅くとも14日以内）のリハビリ実施計画の作成が容認

て早くに対応する必要があるようだ。

このほか、疾患別リハビリのリハビリ実施計画の作成について“猶予期間”が設けられた（表1）。疾患別リハビリの開始後、原則として「7日以内」（遅くとも14日以内）の作成が認められ、作成前は医師の具体的な指示の下でリハビリが行われれば疾患別リハビリ料を算定できるようになった。

「従来はリハビリをすぐ始めるには、入院時に患者の状態や服薬状況などを調べて計画を作り、患者や家族から同意を得なければならず、家族の院内滞在時間が短いと対応できない例もあった。見直しにより職員の心理的負担も減るだろう」と宮井氏は言う。

一方で今改定では、特定機能病院の回復期リハビリ病棟入院料の届け出が不可になった（2022年3月末までの経過措置あり）。現在、4つの特定機能病院が同入院料を届け出ている。「リハビリ専門医の教育機関として同病棟の運営は必要」との声もあるが、病院間の機能分化が優先された形だ。