

【Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－①】

## ① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

### 第１ 基本的な考え方

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件を見直す。また、地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。更に、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。

### 第２ 具体的な内容

- リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件及び施設基準を見直すとともに、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算２を新設する。あわせて、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。

改 定 案	現 行
<p>【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】</p> <p><u>１ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 １（１日につき）</u> ●●点</p> <p><u>２ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 ２（１日につき）</u> ●●点</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>（１） リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 １ 及び ２ は、急性期医療において、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、当該病</p>	<p>【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】</p> <p>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（１日につき） <u>120点</u></p> <p>（新設）</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>（１） リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療において、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、当該病棟に専</p>

棟に専従及び専任理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエ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。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後３日目を起算日とする。

ア～エ （略）

〔施設基準〕

第18の２ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

１ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算１に関する施設基準

（１）～（５） （略）

（６） プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。

ア～エ （略）

（７）～（９） （略）

（10） 当該保険医療機関において、ＢＩの測定に関わる職員を対象としたＢＩの測定に関する研修会を年１回以上開催すること。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定に関する内容も含むことが望ましい。

従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエ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。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合においては、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後３日目を起算日とする。

ア～エ （略）

〔施設基準〕

第18の２ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

１ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する施設基準

（１）～（５） （略）

（６） プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。なお、ア～ウについて、新規に届出をする場合は、直近３月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。

ア～エ （略）

（７）～（９） （略）

（10） 当該保険医療機関において、ＢＩの測定に関わる職員を対象としたＢＩの測定に関する研修会を年１回以上開催すること。

<p><u>2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2に関する施設基準</u></p> <p><u>(1) 1の(1)、(3)から(5)まで及び(7)から(10)までの基準を満たしていること。</u></p> <p><u>(2) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士等が2名以上配置されている。なお、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等（専従のものに限る。）は、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料、「H003」呼吸器リハビリテーション料、「H004」摂食機能療法、「H005」視能訓練、「H006」難病患者リハビリテーション料、「H007」障害児（者）リハビリテーション料、「H007-2」がん患者リハビリテーション料、「H007-3」認知症患者リハビリテーション料及び「H008」集団コミュニケーション療法料（以下「疾患別リハビリテーション等」という。）を担当する専従者との兼務はできないものであること。</u></p> <p><u>ただし、当該病棟内に「A308」回復期リハビリテーション入院医療管理料又は「A308-3」地域包括ケア入院医療管理料1から4までのいずれかを算定する病室がある場合に</u></p>	<p>(新設)</p>
---	-------------

は、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。また、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2における専従の理学療法士等においては、「A251」排尿自立支援加算、「A230-4」精神科リエゾンチーム加算及び「H004」摂食嚥下機能回復体制加算における理学療法士等の業務についても兼務して差し支えない。

(3) プロセス・アウトカム評価として、以下のアからウまでの基準を全て満たすこと。

ア 1の(6)のア及びエを満たすこと。

イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日又は祝日における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した割合が●割以上であること。

ウ 直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時と比較して低下した患者の割合が●%未満であること。

### 3 届出に関する事項

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式5の5を用いること。1の(6)のアからウまで及び2の(3)のアからウまで（1の(6)のエに係るものを除く。）の実績については、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満た

### 2 届出に関する事項

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式5の5を用いること。1の(6)のア～ウの実績については、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加

<p>す場合、届出することができる。 また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度1年間の1の(6)の<u>アからエまで又は2の(3)の<u>アからウまでの実績を毎年8月に別添7の様式5の5の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。</u></u></p> <p>※ <u>地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様</u></p>	<p>算できなくなった後、再度届出を行う場合については、新規に届出をする場合には該当しない。また、届出以降は、前年度1年間の1の(6)の<u>アからエの実績を毎年8月に別添7の様式5の5の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。</u></p>
---	---

2. 地域包括ケア病棟における質の高いリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。また、当該加算を算定する患者について、入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定を可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] 注1～6 (略)</p> <p>7 診療に係る費用(注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入院退院支援加算(1のイに限る。))、医療的ケア児(者)入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] 注1～6 (略)</p> <p>7 診療に係る費用(注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入院退院支援加算(1のイに限る。))、医療的ケア児(者)入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排</p>

尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号Ｂ０１１の6に掲げる栄養情報連携料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（口に限る。）、第2章第2部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

8～13

14 リハビリテーション、栄養管理及び口腔 管理を連携・推進する体制につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から

尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号Ｂ００１の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（口に限る。）、第2章第2部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流及び区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

8～13

（新設）

起算して14日を限度として●●  
点を所定点数に加算する。

[施設基準]

十一の二 地域包括ケア病棟入院料  
の施設基準等

(1)～(24) (略)

(25) 地域包括ケア病棟入院料の  
注14に規定するリハビリテーシ  
ョン・栄養・口腔連携加算の施  
設基準

イ 当該病棟に専任の常勤の管  
理栄養士が一名以上配置され  
ていること。

ロ 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十  
分な体制が整備されているこ  
と。

ハ 口腔管理を行うにつき必要  
な体制が整備されているこ  
と。

1～13 (略)

14 地域包括ケア病棟入院料の「注  
14」に掲げるリハビリテーショ  
ン・栄養・口腔連携加算の施設基  
準

(1) 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。なお、当該専任の管  
理栄養士として配置される病棟  
は、1名につき1病棟に限る。

(2) 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、栄養管理、口腔管理に係  
る研修を修了していること。

(3) (2)の要件のうちイにおけ

[施設基準]

十一の二 地域包括ケア病棟入院料  
の施設基準等

(1)～(24) (略)

(新設)

1～13 (略)

(新設)

るリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論及び評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。

ア～シ (略)

(4) プロセス・アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。

ア 当該病棟に入棟した患者のうち、当該病棟への入棟後3日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が直近1年間で●割以上であること。

イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土日祝日における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した割合が●割以上であること。

ウ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院



<p><u>患者が2人以下であること。</u></p> <p><u>(イ)・(ロ) (略)</u></p> <p><u>(5) 当該病棟の入院患者に対し、適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等へ連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(6) 当該保険医療機関において、基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。</u></p>	
---	--