

日本慢性期医療協会

定例記者会見

日時：令和6年3月14日（木）16:30

場所：Web会議システム「Zoom」



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

回復期リハビリテーション病棟 冬の時代にどう立ち向かうか？

- ・令和6年度改定 : 医療機関にはマイナス改定
- ・回復期リハ病棟 : リハ医療の質低下と経営悪化の懸念
- ・今後の対応 : 加算取得と退院後支援へのシフト

令和6年度診療報酬改定

処遇改善を目的としたプラス改定となり、入院基本料も増額した。

令和6年度の診療報酬改定等に関する大臣折衝事項 (令和5年12月20日)

1. 診療報酬 +0.88% (R6年6月1日施行)

- ① 看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種（下記※に該当する者を除く）について、R6年度にベア+2.5%、R7年度にベア+2.0%を実施していくための特例的な対応 **+0.61%**
- ② 入院時の食費基準額の引上げ（1食当たり30円）の対応（うち、患者負担については、原則、1食当たり30円、低所得者については、所得区分等に応じて10～20円） **+0.06%**
- ③ 生活習慣病を中心とした管理料、処方箋料等の再編等の効率化・適正化 **▲0.25%**
- ④ ①～③以外の改定分 **+0.46%**（※40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分（+0.28%程度）を含む）
うち各科改定率：内科+0.52%、歯科+0.57%、調剤+0.16%

令和6年度診療報酬改定 ー ー 1 医療従事者の人材確保や質上げに向けた取組ー②

入院基本料等の見直し

現行		改定後	
【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料 1	1,650点	【一般病棟入院基本料】 急性期一般入院料 1	1,688点
【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料 1 入院料 G	968点	【療養病棟入院基本料】 療養病棟入院料 1 入院料 25	983点
【精神病棟入院基本料】 15対1入院基本料	830点	【精神病棟入院基本料】 15対1入院基本料	844点
【特定機能病院入院基本料】 7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,718点	【特定機能病院入院基本料】 7対1入院基本料（一般病棟の場合）	1,822点
【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 4	1,841点	【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 4	1,859点
【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料 1	2,809点	【地域包括ケア病棟入院料】 地域包括ケア病棟入院料 1 (40B型)	2,838点
			(41日以後は2,690点) 31

入院料のプラス

+31

+15

+14

+104

+18

+29

※一部の入院料について特例。地域包括ケア病棟入院料1は日数による評価を算出したことによる増額を含む。

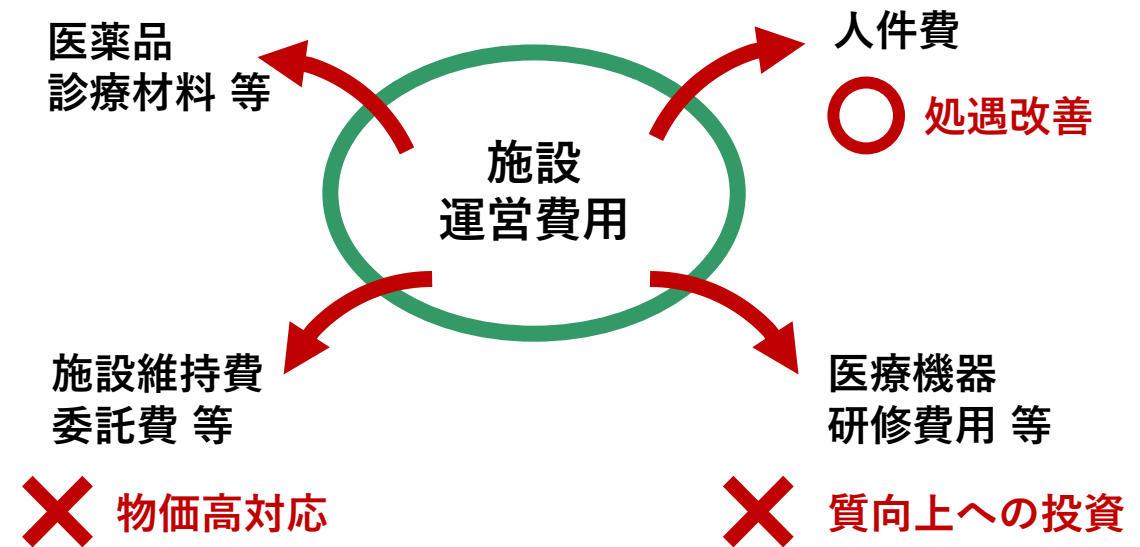
施設運営への影響

しかし、処遇改善以外はマイナス改定。収益減 + 物価高により、質の向上だけでなく施設維持さえ困難に陥ることが懸念される。

処遇改善以外はマイナス改定

診療報酬		改定率
		<u>+0.88%</u>
①医療職の処遇改善	+0.61%	} 処遇改善分 <u>+0.89%</u>
④ ①～③以外の改定分	+0.46%	
うち 事務等処遇改善	+0.28%	
その他	+0.18%	
③管理料など	▲0.25%	} 施設運営分 <u>▲0.07%</u>
②入院食費基準額	+0.06%	→ 給食分 <u>+0.06%</u>

施設維持、質向上が困難に



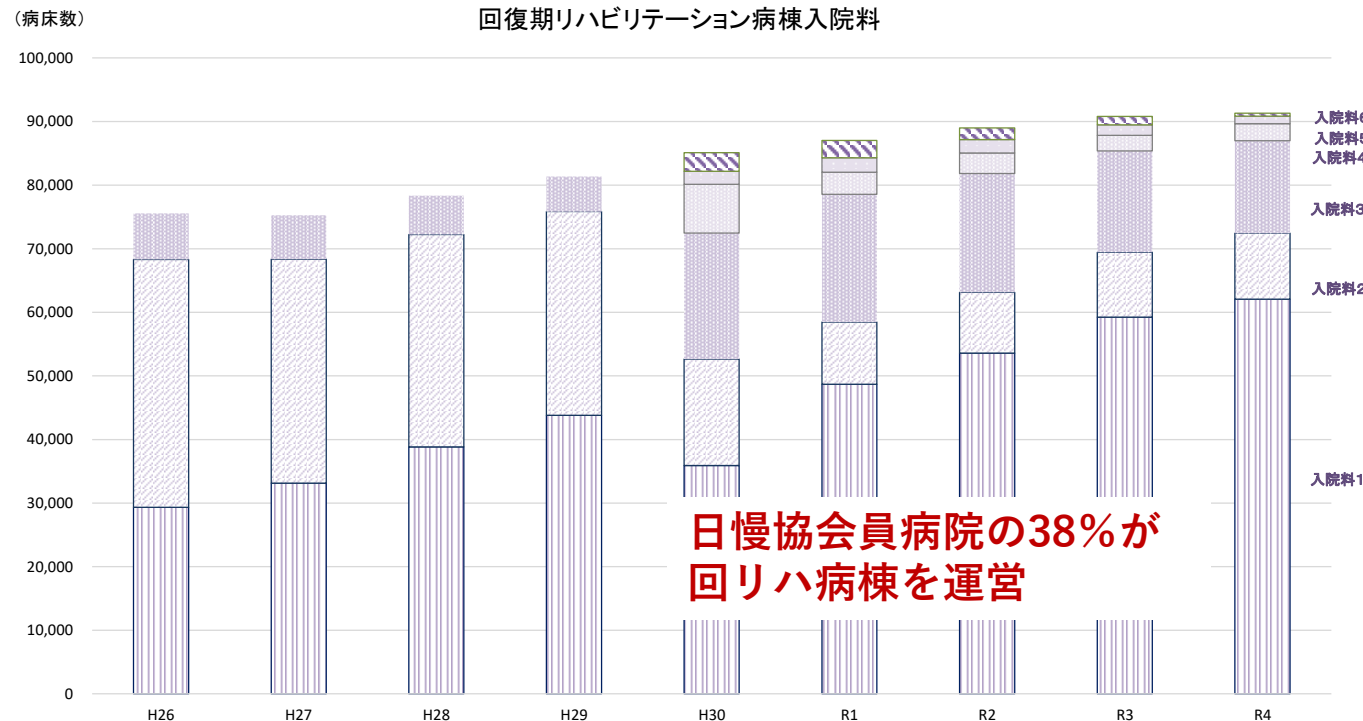
回復期リハビリテーション病棟

特に、質の高い回復期リハビリ病棟ほど打撃を受けることとなった。

入院料別の届出病床数の推移

中医協 総 - 4
5 . 7 . 5

○ 回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は以下のとおり。届出病床数は増加傾向であった。



質を高めた入院料1.2.
で8割を占める

日慢協会員病院の38%が
回リハ病棟を運営

出典：保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

回復期リハ病棟の改定内容

入院料だけ見ると、他の入院料より高い改定になっている。

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() ()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	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	+100点/日	+100	+18	+18	+18	34

入院料1.2.は他よりプラスに見えるが、

入院料以外でのマイナス

入院料+100点に対して、それ以外でのマイナスは755点にのぼる。

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等

回復期リハビリテーション病棟に係る見直し③

運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

- 回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患に対してリハビリテーションを行っている患者については、1日6単位を超えた実施単位数の増加に伴うADLの明らかな改善が見られなかったことを踏まえ、疾患別リハビリテーション料に係る算定単位数上限緩和対象患者の見直しを行う。

現行

【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(←)、脳血管疾患等リハビリテーション料(←)、廃用症候群リハビリテーション料(←)、運動器リハビリテーション料(←)又は呼吸器リハビリテーション料(←)を算定するもの

改定後

【算定上限緩和対象患者】

- 回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者(運動器リハビリテーション料を算定するものを除く。)
- 脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
- 入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料(←)、脳血管疾患等リハビリテーション料(←)、廃用症候群リハビリテーション料(←)、運動器リハビリテーション料(←)又は呼吸器リハビリテーション料(←)を算定するもの

リハ単位減少
▲555点/日
= ▲3単位 × 185点

※60日までは可?

体制強化加算の廃止

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1及び2を廃止する。

現行

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
体制強化加算1 200点
体制強化加算2 80点

改定後

【回復期リハビリテーション病棟入院料1・2】
[廃止]

133

廃止
▲200点/日

体制強化加算

入院料1、2の病棟では、リハビリマネジメントに加え、「多病」の高齢者をケアするため、手厚い医師配置をしてきた。

体制強化加算の概要

診調組 入-1参考
5 . 9 . 6 改

A308 注4 体制強化加算1(1日につき)	200点
体制強化加算2(1日につき)	120点

【施設基準】

体制強化加算1

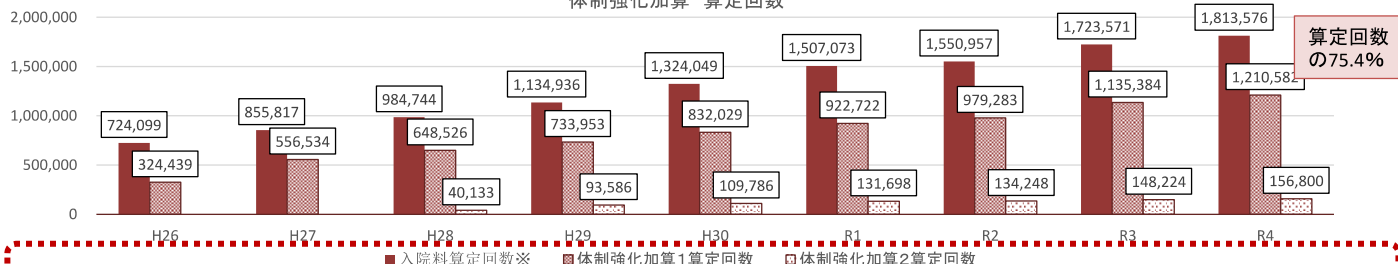
- ① 回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の届出を行っていること。
- ② 当該病棟に専従の常勤医師1名以上(※)及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。
- ③ 医師については、以下のいずれも満たすこと。
 - ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
 - イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- ④ 社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

専従医不在時のバックアップとして、さらに医師を確保

※ 体制強化加算2については専従の常勤医師を2名以上配置する必要があるが、下記条件を満たしていれば病棟内で従事しない日、時間において病棟外の業務に従事可能となる。

- ①前月に、外来患者に対するリハビリテーションまたは訪問リハビリテーションを実施していること。
- ②病棟外業務をする2名の専従医師それぞれについて、当該病棟業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- ③週のうち32時間以上において、当該2名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること。
- ④当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週8時間以上従事していること。

体制強化加算 算定回数



	届出医療機関数	体制強化加算1届出医療機関数	体制強化加算2届出医療機関数
回復期リハビリテーション病棟入院料1	940	606 (64.5%)	114 (12.1%)
回復期リハビリテーション病棟入院料2	188	82 (43.6%)	16 (52.1%)

※平成29年までの期間は回復期リハビリテーション病棟入院料1、平成30年以降は回復期リハビリテーション病棟入院料1,2
 出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）、届出情報は保険局医療課調べ（令和4年7月1日時点）

体制強化加算の役割

体制強化加算はFIMだけでなく、チーム医療のリーダーや高齢者の全身管理の役割を果たしてきた。

リハビリチームリーダー

(主治医/専従医)

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、介護福祉士、管理栄養士、薬剤師、社会福祉士等多職種と共同でのリハビリマネジメント



高齢者の治療/管理

総合診療医機能

(主治医)

高齢者の特徴である多病、入院関連機能障害（低栄養、脱水、拘縮等）の管理、重症（呼吸不全、意識レベル低下）対応

専門医療機能

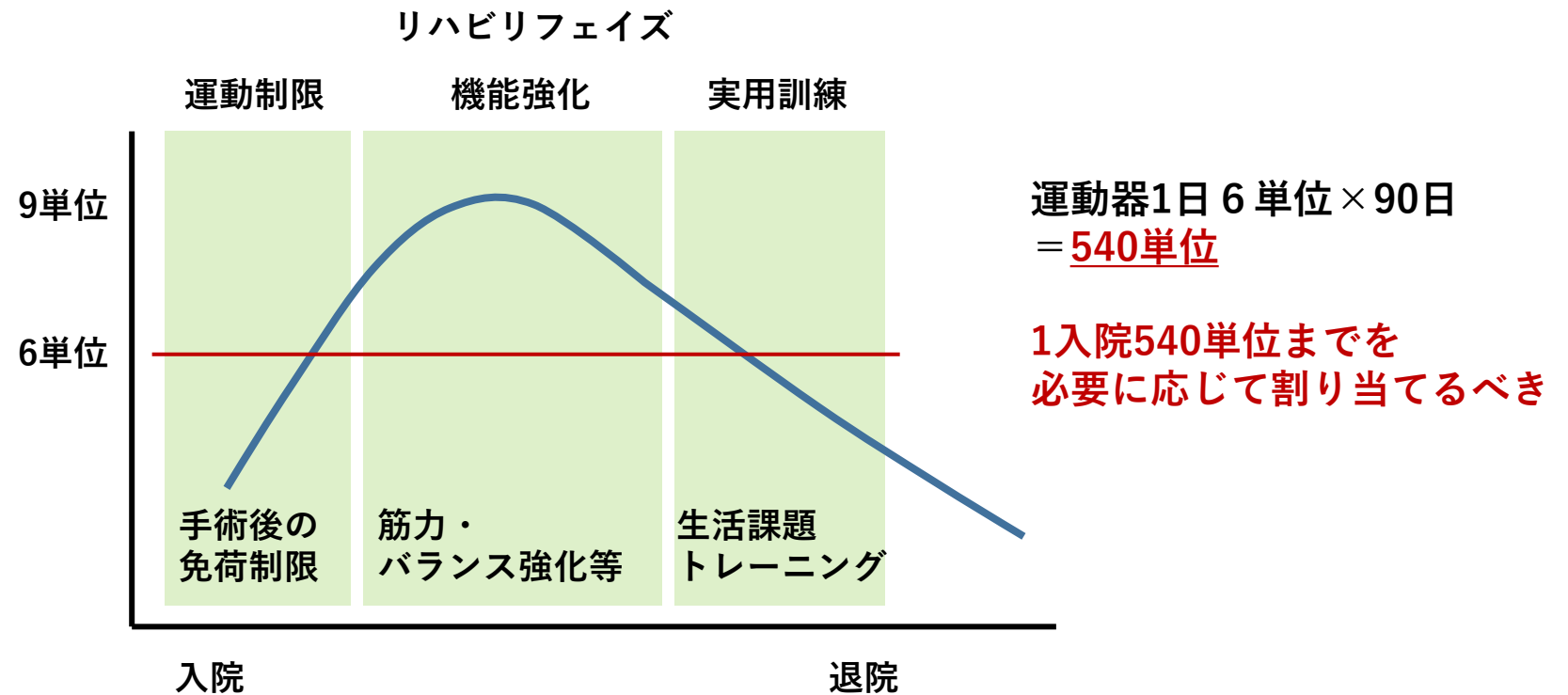
(連携)

200点の点数を活用して、泌尿器科、皮膚科、精神科など各専門医師との共観、コンサルト

運動器リハビリの考え方

患者の状態や時期、課題によって、リハビリ内容や必要量は異なる。
1日あたりの一律制限ではなく、1入院あたりがあるべき姿。

リハビリは「ずっと同じ」ではない



改定後の影響試算

医師・セラピストを手厚く配置してきた病棟は相当のダメージを受ける。
この状況での処遇改善は、現実離れと言わざるを得ない。

回復期リハ入院料1（89床）病院での影響試算（年間）

令和6年改定項目	診療報酬点数			件数			収益額（千円）		
	現行	改定後	増減	現行	改定後	増減	現行	改定後	増減
回復期リハビリテーション病棟入院料1	2,129	2,229	100	13,750	13,750	0	292,738	306,488	13,750
回復期リハビリテーション病棟入院料1（生活療養）	2,115	2,215	100	18,063	18,063	0	382,032	400,095	18,063
療養病棟入院料1（入院料I）（生活療養）	801	816	15	287	287	0	2,299	2,342	43
データ提出加算2（許可病床数200床未満）	220	225	5	370	370	0	814	833	19
データ提出加算4（許可病床数200床未満）	220	225	5	125	125	0	275	281	6
体制強化加算1	200	0	-200	31,759	31,759	0	63,518	0	-63,518
運動器リハビリテーション料（1）	185	185	0	101,962	71,136	-30,826	188,630	131,602	-57,028
早期リハビリテーション加算	30	25	-5	17,666	17,666	0	5,300	4,417	-883
提出データ評価加算	40	0	-40	495	495	0	198	0	-198
リハビリテーション計画提供料1	275	0	-275	44	44	0	121	0	-121
							改定影響額合計		-89,867

+100点での
処遇改善は困難

二項目だけで
大幅なマイナス

その他の項目も
マイナス、廃止あり

当院全体で5%の収益減

経営課題は、診療単価減少と病棟スタッフの再配置。加算取得と在宅支援の充実に舵を切る。

本改定における回復期リハ病棟の経営課題

診療単価の減少

加算算定による質向上

新設加算の算定

既存加算の算定率向上

病棟スタッフの配置

退院後支援

専任医師

リハビリセラピスト

加算算定による質向上

新規算定項目は皆無に等しい。算定率の低い加算を算定することで質を上げ、在宅復帰に繋げる。

リハビリテーションの新規加算

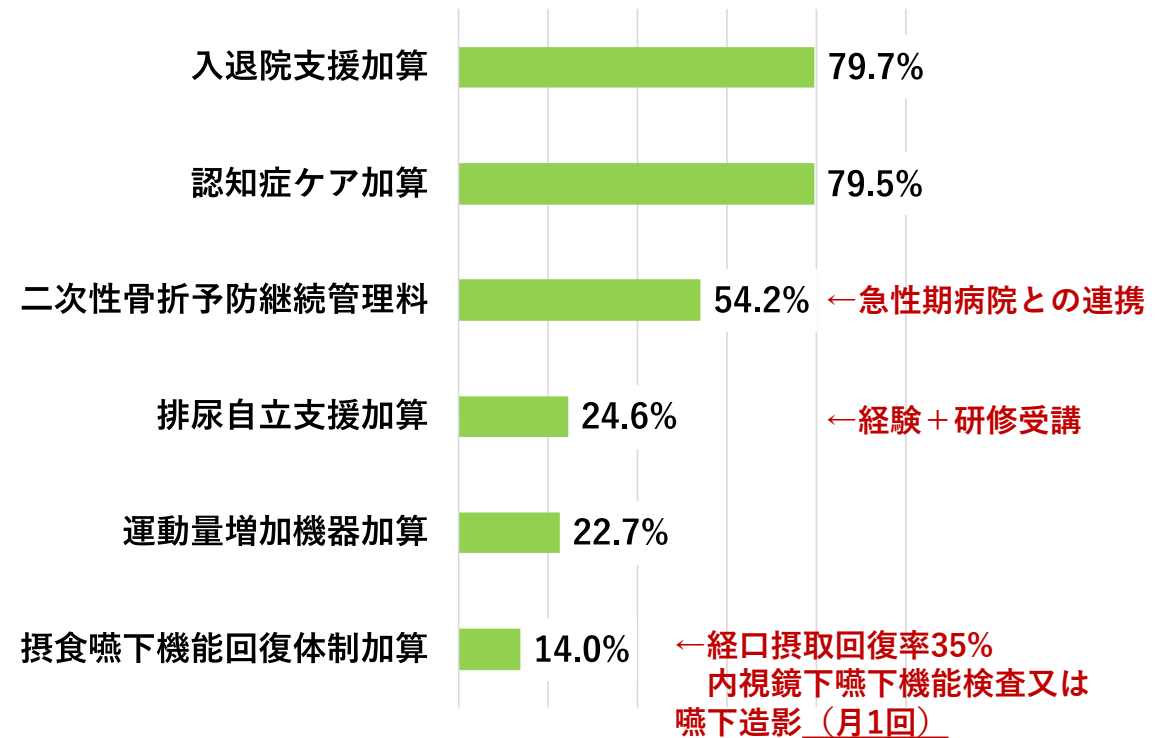
リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理・口腔衛生管理についての評価を新設

歯科で算定（×医科）

回復期等口腔機能管理計画策定料	300点
回復期等口腔機能管理料	200点
回復期等専門的口腔衛生処置	100点

回リハ病棟での歯科衛生士の配置 0.59人/100床
※リハ科専門医0.52人/100床

回復期リハ病棟での既存加算

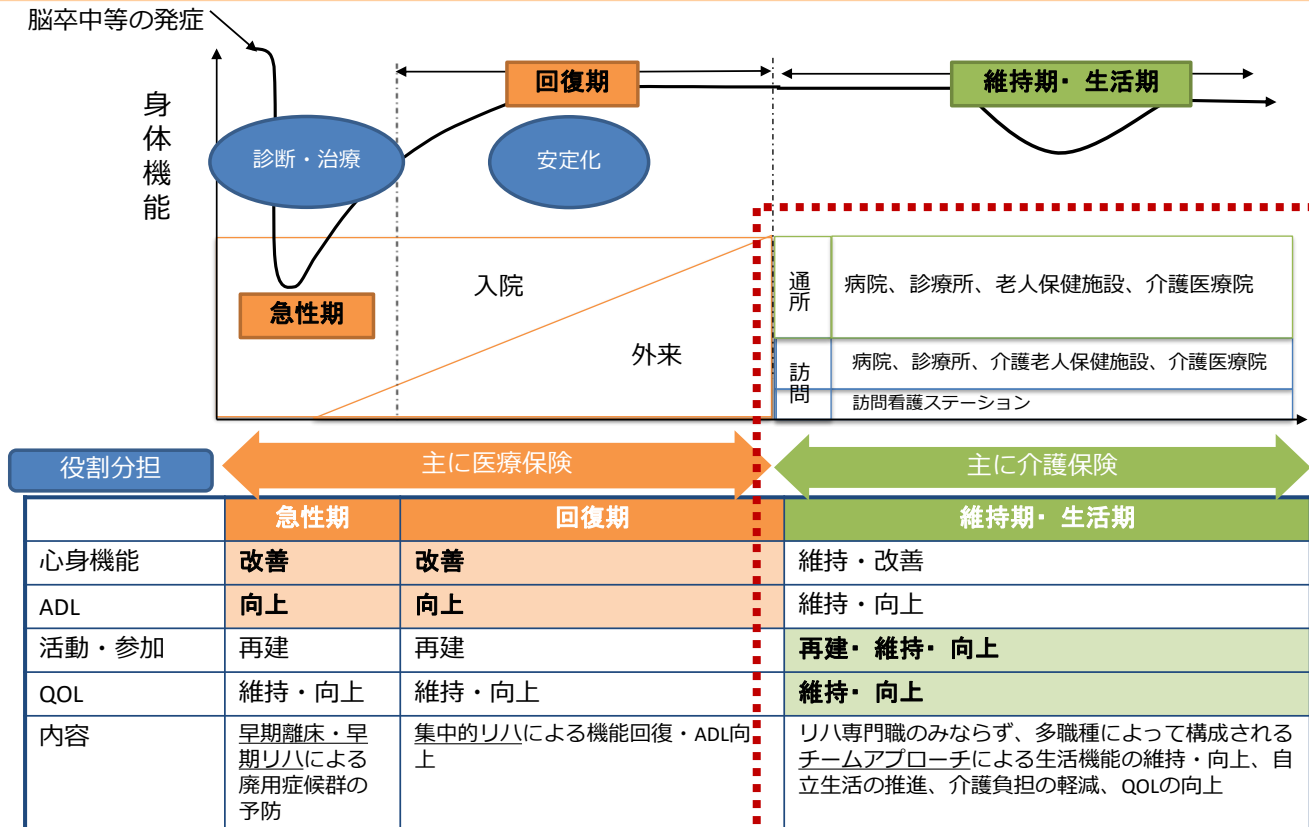


退院後支援

リハビリの場は病棟から在宅へ。生活の場でのリハビリに注力する。

令和4年度診療報酬改定

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成 28

	変化	働き方/役割
医師	専従 ↓ 専任	外来リハ診療 通所リハマネ加算 訪問診療

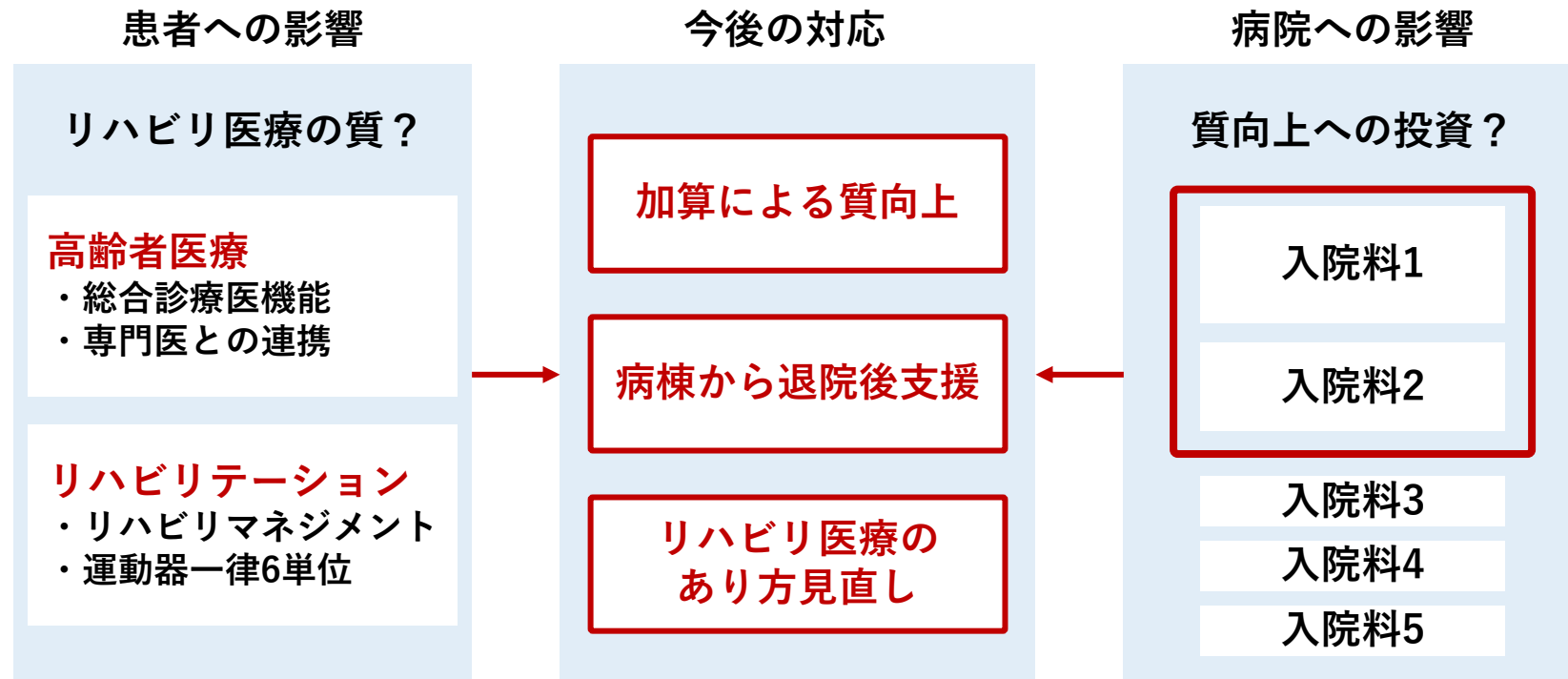
セラピスト	病棟 ↓ 退院後リハ	外来リハビリ 通所リハビリ 訪問リハビリ
-------	------------------	----------------------------

※早期リハ充実へ急性期への派遣も

回復期リハ病棟のこれから

成功モデルであった回復期リハに質への懸念が生じる改定。質維持への対応をとるが、人員配置を伴う廃止改定には準備期間が必要。

本改定による回復期リハのこれから



良質な慢性期医療がなければ

日本の医療は成り立たない

～今こそ、寝たきりゼロ作戦を！～



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES