

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。よろしいですか。はい。それでは、松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。リハビリ・栄養・口腔管理は後期高齢者がさらに増加する中でニーズが高い領域であり、介護との同時改定という観点からも、今回改定の重要なテーマだと認識しております。

が、ただ単純に評価を充実する、算定を増やすということではなく、しっかりとエビデンスに基づいて対応すべきということを最初に指摘させていただきます。

それでは、論点に沿ってコメントいたします。まずリハビリテーションについてでございます。

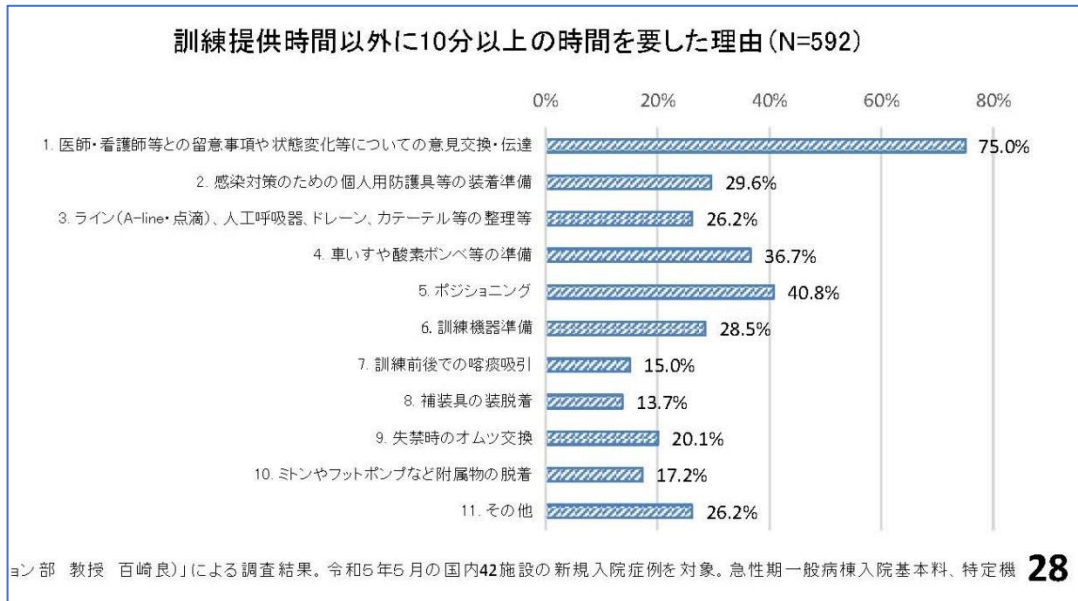
（リハビリテーションについて）

（疾患別リハビリテーション料について）

- ADLが低いほど、認知症が重症であるほど、また特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度のA項目の一部に該当する場合、疾患別リハビリテーションを実施する際に、複数人による訓練提供および訓練提供時間以外に10分以上の時間を要する割合が高い傾向にあったこと等から、急性期のリハビリテーションを推進するためにどのような方策が考えられるか。
- 疾患別リハビリテーション料の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等による提供実態を把握するために、どのような方策が考えられるか。

疾患別リハビリテーションにつきましては、資料の 28 ページから 30 ページを拝見しますと、ADLや認知機能の低い患者やライン・チューブで管理された患者の場合に、複数のスタッフによる訓練の提供や訓練以外の対応に一定の時間がかかる傾向はわかりました。

ただ、複数人のリハビリは比較的短時間が多く、訓練以外の対応では医師や看護師との情報共有が多いということが 28 ページの右下に示されておりますけども、これは、ある意味では医療機関としては当然の業務という印象があることも申し添えたいと思います。



次に、PT・OT・ST等による提供実態の把握方法については、資料の15ページを見ますと、スタート間もないこともありますが、前回改定で新設したリハビリテーションデータ提出加算の算定が52施設にとどまることから、今後もエビデンスに基づく議論が難しいのではないかという懸念を持っております。

令和5年8月に試行データを提出した医療機関のうち、
 ■10月から加算を開始した医療機関数(10月5日時点)
 外来データ提出加算 : 20施設
 在宅データ提出加算 : 47施設
 リハビリテーションデータ提出加算 : 52施設

資料の32ページから35ページを見ますと、リハビリの効果は職種によって異なることに一定のエビデンスがあり、職種ごとに業務内容が異なることを踏まえれば、疾患別リハビリテーション料を職種別の評価体系に分けてデータ分析の精度を高めることは十分考えられます。

各リハビリテーション専門職に係るエビデンス

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士によるリハビリテーションの効果は職種ごとに異なる。
 - 本邦では一部のデータベースによる報告はあるものの、NDB/DPCにおいてはリハビリテーションを提供する職種の情報がなく、本邦における各専門職のリハビリテーションの提供実態の把握やエビデンスの集積が困難である。
-
- 急性期病院における大腿骨頸部骨折患者(N=3,501)に対し、積極的な作業療法はADLの改善に有意に関連していた。
出典: Uruma M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2019 Jul;19(7):611-615.
 - 急性期脳卒中患者(N=3,501)に対し、積極的な作業療法はADLの改善と在院日数の短縮に有意に関連していた。
出典: Yamakawa S et al. Front Rehabil Sci. 2023 Jan 5;3:1045231.
 - 急性期脳卒中患者(N=3,341)における積極的な言語療法時間は、良好な認知機能回復と有意に関連していた。
出典: Sakai K, et al. Prog Rehabil Med. 2016 Sep 30;1:20160004.
 - 米国からの報告では言語聴覚療法の実施は急性期脳卒中患者の認知機能回復と関連しなかったという米国からの報告(N=100)があるが、上記報告との違いについて、日米の言語聴覚士の業務内容の違いが影響を与えたという指摘がある。
出典: Cogan AM, et al. J Am Med Dir Assoc. 2021 Feb;22(2):453-458.e3.
Hori S, et al. J Am Med Dir Assoc. 2021 Jun;22(6):1327-1328.

32

理学療法士の主な業務内容

- 理学療法士の主な業務内容は、以下のとおり。
- 特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組を行う。
- 実用的な日常生活における諸活動の実現のために、評価、予後予測、計画立案と、基本的動作能力の回復等を目的として、運動、温熱、電気、水、光線などの物理的手段を用いる理学療法を行う。



(写真提供: 神戸市立医療センター中央市民病院、藤田医科大学病院、小田原市立病院)

(日本理学療法士協会から提供)

(※) 理学療法士及び作業療法士法 第二条第一項 この法律で「理学療法」とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。

33

作業療法士の主な業務内容

- 作業療法士の主な業務内容は、以下のとおり。
- リスク管理に十分配慮した上での離床促進や心身機能の改善、身辺動作の向上への支援を実施する。
- 病態に応じて段階的に活動の拡大を図るが、軽症であれば急性期の医療機関から直接自宅に退院することもできるため、家事動作などの家庭での役割復帰への支援、職業関連活動指導も必要となる。

ICU



ポータブルトイレへの移乗

一般病棟



精神機能の賦活訓練



入浴動作訓練



整容動作訓練



上肢機能訓練



退院に向けたモニター管理下での家事動作訓練 (日本作業療法士協会から提供)

(※) 理学療法士及び作業療法士法 第二条第二項 この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。

34

言語聴覚士の主な業務内容

- 言語聴覚士の主な業務内容は、以下のとおり。
- 意識レベルや循環動態に配慮し、早期から口腔機能および摂食嚥下機能を評価し、機能訓練・環境調整を行うことで経口摂取や服薬方法を確立する。
- 認知機能、言語機能、発声発語機能、聴力等の評価をもとにコミュニケーション手段を確保しつつ、機能回復を図り、意思疎通を支援する。
- 自宅退院や転院の方針を踏まえ、多職種と連携してADLの改善を図り、退院後の生活を見据えた支援を行う。



循環動態を把握しながらの早期介入 (精神機能賦活)



口腔機能訓練・間接的嚥下訓練



言語機能訓練 (書字課題)



直接的嚥下訓練 (離床しての食事場面)

(写真提供：医療法人社団永生会)

(※) 言語聴覚士法 第二条 この法律で「言語聴覚士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、言語聴覚士の名称を用いて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者をいう。

35

続きまして、医療・介護・障害福祉サービスの連携についてです。

(医療・介護・障害福祉サービスの連携について)

- 保険医療機関から介護保険事業所へのリハビリテーション実施計画書の提供が半分以下に留まっている実態を踏まえ、医療・介護連携を推進するための情報連携の評価の在り方として、リハビリテーション実施計画書を提供することを疾患別リハビリテーション料の通則に位置づけること及び退院時共同指導料2の共同指導に参加する職種に老健・介護医療院等の訪問リハビリテーション事業所の医師・理学療法士等が参加することが望ましいことを明確化することについて、どのように考えるか。
- 保険医療機関が障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)を提供する際の、理学療法士等の人員配置基準や面積などの施設基準について保険医療機関の利用者の支障のない範囲での共用等を認めることをどのように考えるか。

6年前の同時改定でリハビリ計画書の情報共有に対する評価を新設したにもかかわらず、39 ページを見てみますと、算定回数は極めて少ない状況です。

リハビリテーション計画提供料の概要

H003-3 リハビリテーション計画提供料	
1 リハビリテーション計画提供料1	275点
2 リハビリテーション計画提供料2	100点

リハビリテーション計画提供料1は、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、指定リハビリテーション事業所にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に算定する。

リハビリテーション計画提供料2は、退院時にA246入退院支援加算「注4」の地域連携診療計画加算を算定した者について、当該患者の同意を得た上で、退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供した場合に算定する。

【対象患者(概要)】

- 脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションを実施している患者のうち
 - 1 介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているもの
 - 2 A246入退院支援加算「注4」の地域連携診療計画加算を算定した者

【算定要件(抜粋)】

- リハビリテーション計画提供料1: 当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書を文書により提供した場合に算定する。
- リハビリテーション計画提供料2: 当該患者の同意を得た上で、退院後の外来リハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション計画を文書により提供した場合に算定[※]する。

※ 他の保険医療機関に入院を伴う転院をした場合は算定できない。

リハビリテーション計画提供料(算定回数)

年度	リハビリテーション計画提供料1 (H30新設)	リハビリテーション計画提供料2 (H26-H30: リハビリテーション総合計画提供料)
H26	374	
H27	103	
H28	24	
H29	24	
H30	2,157	32
R1	1,583	7
R2	1,306	9
R3	1,244	7
R4	1,147	6

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統計(平成26年まで) (各年6月審査分)

39

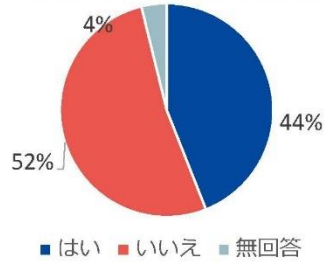
また、先ほど江澤委員からも指摘がございましたが、44 ページから医療におけるリハビリの状況が介護事業者へ十分伝わっていないこと、すなわち情報連携が十分とは言えないことがわかります。

疾患別リハビリテーションと介護保険リハビリテーションの情報連携

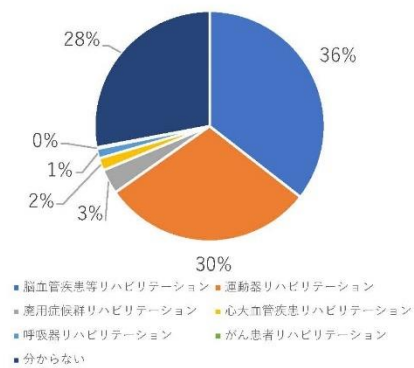
意見交換 資料-4 参考-1
R 5 . 3 . 1 5

- ・ 介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたのは44%の利用者に留まっていた。同一法人または関連医療機関からの紹介以外のケースでは入手していたのは26.8%であった。
- ・ 28%の事例においては介護保険のリハビリ提供者が移行前の疾患別リハビリテーションの分類を把握していなかった。

介護保険のリハビリテーション実施者が疾患別リハビリテーションのリハビリテーション実施計画書を入手していたか



介護保険のリハビリテーション事業者が把握している移行前の疾患別リハビリテーションの分類



	医療機関からリハビリテーション実施計画書を入手したか		p-value*
	はい	いいえ	
同一医療法人または関連医療機関からの紹介	215 (54.3%)	181 (45.7%)	<0.001
その他の紹介	48 (26.8%)	131 (73.2%)	

※ 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）「要介護者に対する疾患別リハビリテーションから維持期・生活期リハビリテーションへの一貫したリハビリテーション手法の確立研究」（研究代表者：三上幸夫、令和2～4年度）によるアンケート調査結果 **44**

したがいまして、疾患別リハビリの通則や退院時共同指導料2の要件として、介護との連携に関する規定を設けることには賛同いたします。

医療保険のリハビリを実施する医療機関において障害福祉サービスの自立訓練を提供することについても異論はございません。

（がん患者に対するリハビリテーションについて）

- がん患者に対する術前の呼吸器リハビリテーションの有効性を踏まえて、術前の呼吸器リハビリテーション料の対象となる疾患を明確にすることについて、どのように考えるか。

また、術前の呼吸器リハビリテーション料の対象として、がんを明確化することについては、62 ページに紹介されておりますADL悪化予防のエビデンスを踏まえ、賛同いたします。

次に、栄養管理についてです。

(栄養管理について)

- 入院患者の栄養管理が適切に実施される取組の推進とともに、栄養・摂食嚥下状態を定期的に把握するためのDPCデータ(様式1)の活用等を含めた仕組みについて、どのように考えるか。
- 医療機関と介護保険施設の栄養情報連携を推進するために、どのような方策が考えられるか。

医療機関における栄養管理体制は、76 ページに示されているとおり、入院料、基本料等の通則に明確に位置づけられており、基本診療料として既に評価されているものと認識しております。

医療機関における栄養管理体制について

診調組 入-3
5 . 9 . 6

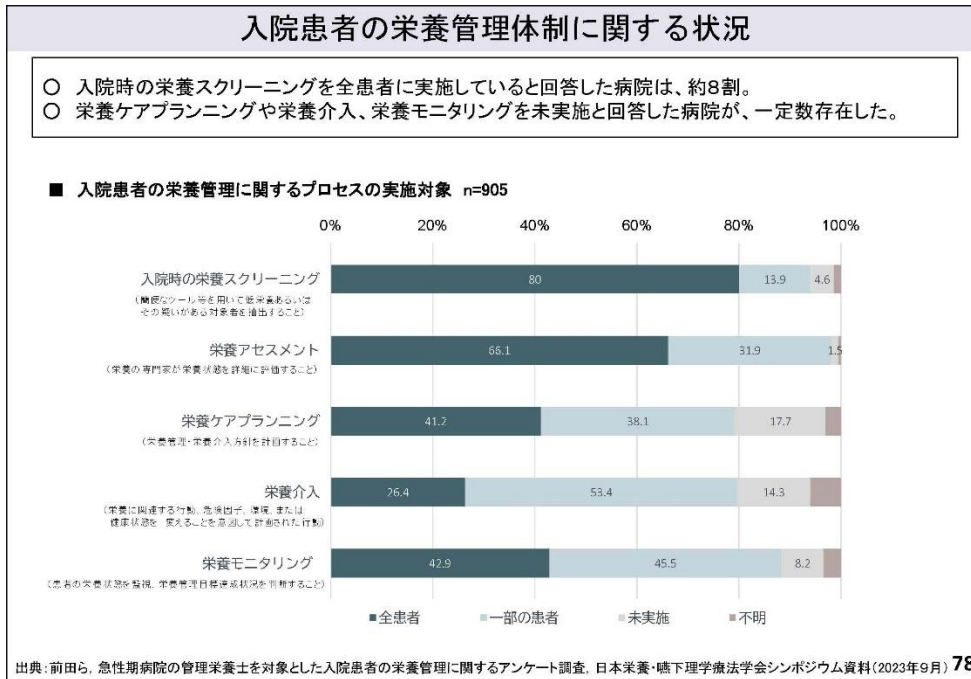
○ 入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。

【栄養管理体制の基準(施設基準)】

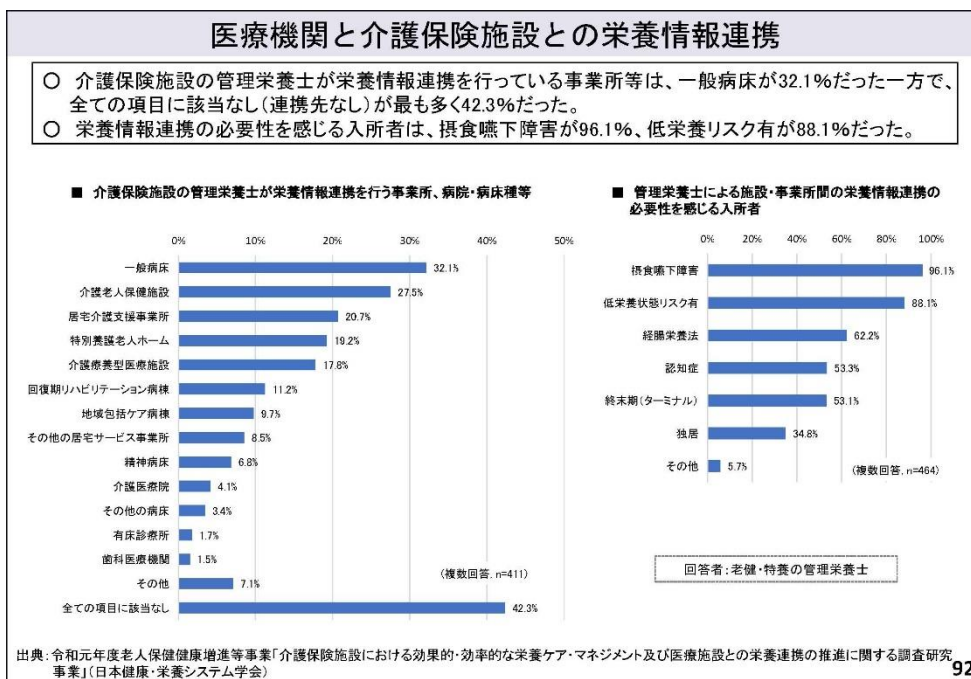
- ① 栄養管理を担当する**常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。
- ② **管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順(栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等)を作成**すること。
- ③ **入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し**、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- ④ ③において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、**栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態に考慮した栄養管理計画を作成**していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- ⑤ 栄養管理計画には、**栄養補給に関する事項、栄養食事相談に関する事項、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価間隔等**を記載する。
- ⑥ 当該患者について、**栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直し**ていること。
- ⑦ 特別入院基本料等を算定する場合は、①～⑥までの体制を満たしていることが望ましい。

76

78 ページを見ますと、栄養管理が不十分な病院が一定数、存在するということが分かりますので、これについては厳しい対応が必要だと考えます。



医療機関と介護施設との連携については、資料の92ページを見てみますと、情報連携が全くできていない介護施設が4割を占める実態がありますので、リハビリと同様に通則等への規定によって連携を推進すべきと考えます。



(口腔管理について)
 ○ 回復期リハビリテーション入院患者に対する口腔の管理を推進するために、リハビリテーション実施計画書における口腔管理に係る項目を追加することや、歯科医療機関との連携方策について、どのように考えるか。

口腔管理については、106 ページで紹介されているエビデンスを踏まえ、また、介護との連携も考えた上で、リハビリ実施計画書に口腔機能の項目を追加することには賛同いたします。

リハビリテーション患者における口腔とADL、栄養の関連及び口腔の管理の効果

○ 回復期リハビリテーション患者の口腔の問題は、ADL、認知レベル、栄養状態と関連し、歯科専門職の介入による口腔管理は、口腔状態や咀嚼嚥下、栄養状態の改善を通じて、間接的にADLの改善等につながると考えられる。

中医協 総-2
5. 11. 17

■ 口腔の問題と、ADL、栄養状態との関連

◆ 結果：口腔問題はADL、認知レベル、栄養状態と独立して関連

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者1,056名
 方法：前向きコホート研究。評価指標は、口腔内の状態：改訂口腔アセスメントガイド(Revised Oral Assessment Guide)、身体機能、認知レベルADL：FIM (functional independence measure)、栄養状態：MNA-SFを用いて評価。

■ 歯科衛生士による介入の効果

◆ 結果：歯科衛生士の治療的介入の効果として、1)退院時のADL、2)入院期間、3)院内死亡を改善。
 > 歯科衛生士による治療的介入により口腔や咀嚼嚥下、栄養状態が改善し、間接的にこれらのアウトカムを改善していると考えられる。

対象：回復期リハビリテーション病棟入院患者1,056人
 方法：歯科衛生士により口腔の管理を行った群(415人)と、行っていない群(641人)について、傾向スコアを用いたマッチングを行い2群間で比較。交絡因子を調整して多変量解析を実施

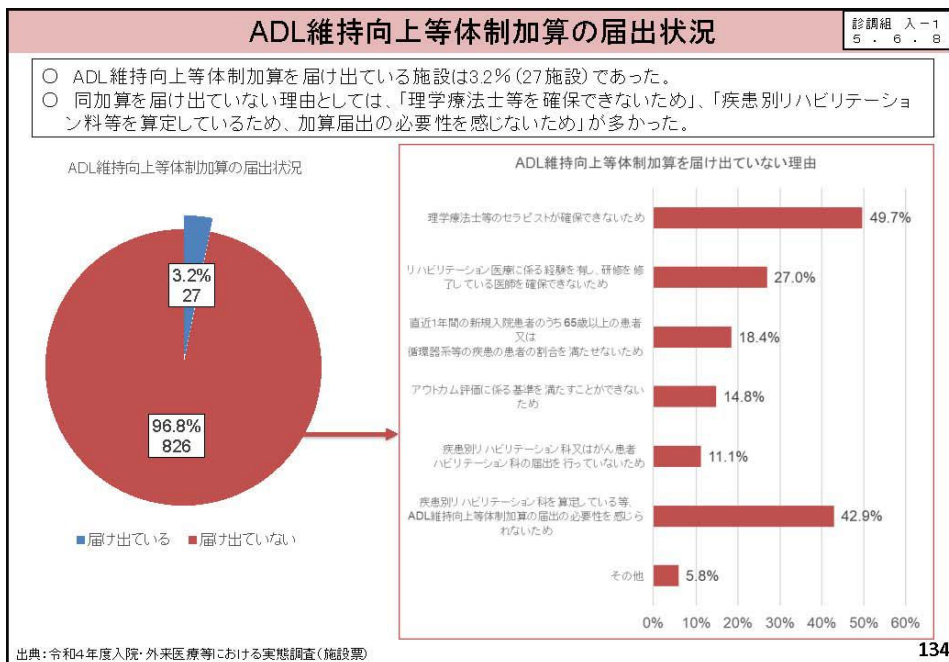
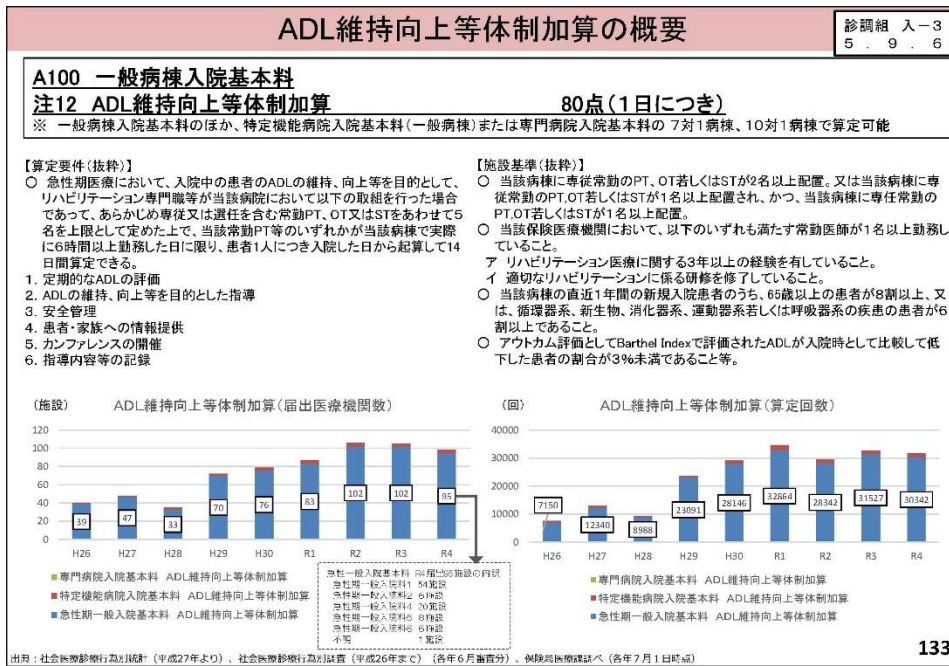
出典：吉村方弘、白石愛「歯科衛生士の口腔管理は回復期リハビリテーションの患者アウトカムを改善する」日補綴会誌 Ann Jpn Prosthodont Soc 12 : 42-49, 2020
 を元に保険局医療課で作成

106

最後に、急性期のリハビリ・栄養・口腔でございますが、

(急性期におけるリハビリテーション・栄養・口腔)
 ○ 急性期入院医療における高齢者のADL悪化を防ぐ取組の推進が求められているが、ADL維持向上等体制加算の届出施設数は少ないことを踏まえ、急性期病棟において、
 ・ 理学療法士等の配置とリハビリテーションの提供の推進
 ・ 土日祝日のリハビリテーションの提供
 ・ 患者の状態に応じた速やかな食事の提供・変更等を含めた栄養管理の強化
 ・ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な運用を図るため、どのような方策が考えられるか。

ADL維持向上等体制加算については、資料の133、134ページを見ますと、実績が極めて少なく、届出を行わない理由として、理学療法士等を確保できないという回答が最も多いですが、一方で、必要性を感じないと回答した施設も4割以上になっております。



こうしたことから、体制加算としての位置づけを根本的に見直す必要があるのではないかと感じております。

医療機関における栄養管理体制について		診調組 入-3 5 . 9 . 6
○ 入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。		
【栄養管理体制の基準（施設基準）】		
<ul style="list-style-type: none"> ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。 ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の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（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、定期的な評価等）を作成すること。 		

栄養管理については、まず大前提として、先ほども述べました 76 ページの栄養管理体制の基準に明記されている常勤の管理栄養士が 1 名以上配置、入院時に患者の栄養状態を医師、看護師、管理栄養士が共同して確認等は当然の業務として対応すべきです。

病棟配置されている管理栄養士による栄養管理実施内容		診調組 入-1 5 . 9 . 6
○ 病棟配置されている管理栄養士による栄養管理として、栄養状態の評価や計画作成、モニタリング、食事の個別対応は、ほぼ実施されていた。		
○ 一方、栄養情報提供書の作成やミールラウンドは、他の項目と比べると、実施割合が低かった。		

一方で、資料の 141 ページを見てみますと、病棟に管理栄養士が配置されているにもかかわらず、栄養情報提供書の作成、ミールラウンドなどは取組が十分とは言えない状況もありますので、まずは病棟での役割をしっかりと果たすべきだと考えます。

リハビリ・栄養・口腔管理の一体的な運用についても、資料の 143 ページを見てみますと、各専門職が直接関連する計画書以外の関わりが不十分ですので、相互に連携する計画書に見直すことも考えられます。

それで、診療側の方に教えていただきたいんですが、今、述べました143ページの連携を見た場合、例えば、赤枠で囲われております所を見ますと、歯科医師であるとか、薬剤師であるとか、ほかの方々の関わりが非常に少なくなってるんですけども。

病棟における多職種連携の取組状況											診調組 入-3 5 . 9 . 6
○ 病棟における多職種連携の取組の実施割合は以下のとおり。											
○ 栄養・離床・リハビリテーション、口腔に関する計画作成において、各職種の関わりは少ない。											
■ 各取組の実施割合及び関与している職種（急性期一般入院科1 n=3,030）											
	実施者	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士	
01	NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.6%	25.1%	97.6%	72.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02	01以外の病棟でのカンファレンス(簡易な情報共有や相談を含む)	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.8%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03	褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04	栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05	ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06	認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07	口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.8%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08	摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09	栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10	離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11	口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%
12	ミールラウンド(食事の観察)	74.0%	19.7%	4.8%	85.2%	3.4%	3.6%	7.6%	44.1%	96.7%	5.1%
13	食事形態の検討・調整	92.1%	58.9%	6.3%	92.1%	3.3%	3.9%	4.9%	54.7%	84.7%	4.7%
14	経腸栄養剤の種類の変更	85.0%	86.6%	4.7%	83.2%	24.0%	2.2%	2.0%	12.8%	83.7%	1.9%
15	退院前の居宅への訪問指導	36.3%	24.2%	2.5%	78.1%	6.1%	69.6%	51.5%	11.3%	8.4%	1.0%
16	退院時のカンファレンス	88.4%	76.6%	4.8%	97.8%	38.3%	85.6%	46.8%	37.1%	34.3%	3.9%

出典：令和5年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票)【速報値】

143

この現場の実情といいますか、実態について、もし教えていただければ、情報いただければと思いますが、いかがでございましょうか。

09	栄養管理計画の作成	
10	離床やリハビリテーションに係る計画の作成	
11	口腔管理に関する計画の作成	

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。最後の所ですね、143 ページについて、何か情報を提供していただくと、ありがたいんですけど、いかがでしょうか。はい。じゃ、太田委員、お願いいたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

ありがとうございます。143 ページ。確かにこれ、赤枠で囲われている所を見ますと、病棟の、特にこれ、多職種連携の取組状況という資料ですけれども、セラピスト、リハビリのスタッフの方々の関与というのが非常に、例えば、栄養管理計画では非常に少ない。リハビリに関しては、逆にその栄養ですとか歯科関係、口腔の関係の方々の関与が非常に少ないという形になっているかと思えます。

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%

実際、今回の改定でリハ・口腔・栄養の一体、非常に重要な概念を今、われわれ医療関係者は受け止めているわけですけれども、それに対する認識というのがあまり、まだ不十分な状況であったということだろうというふうに思います。

ですので、先ほど池端委員からもありましたけれども、今回、さまざまな診療報酬改定で検討していく中におきまして、この状態を改善していくような何らかの形の診療報酬上の評価の見直しというのを積極的に行っていく、この状況を改善していくべきであろうというふうに感じております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい。私も同じ意見ですが、これは急性期一般入院料1のデータです。

各取組の実施割合及び関与している職種（急性期一般入院料1 n=3,030）

	実施有	医師	歯科医師	看護職員	薬剤師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	歯科衛生士
01 NST等の専門チームでのカンファレンス	85.4%	92.0%	25.1%	97.6%	78.2%	26.0%	13.3%	45.3%	94.8%	14.6%
02 01以外の病棟でのカンファレンス(簡易な情報共有や相談を含む)	85.4%	75.6%	8.3%	97.8%	51.9%	60.0%	39.3%	39.7%	60.4%	9.4%
03 褥瘡に関する危険因子のスクリーニング・定期的な評価	95.7%	51.3%	0.9%	99.4%	32.5%	18.6%	9.8%	3.4%	38.1%	0.1%
04 栄養状態のスクリーニング・定期的な評価	93.9%	44.0%	2.7%	91.2%	15.0%	6.0%	3.9%	7.4%	84.4%	1.2%
05 ADLのスクリーニング・定期的な評価	85.7%	32.5%	1.7%	91.1%	4.5%	67.4%	46.8%	20.8%	3.6%	0.5%
06 認知機能のスクリーニング・定期的な評価	87.4%	44.8%	1.4%	96.3%	13.4%	22.3%	27.0%	17.8%	4.7%	0.1%
07 口腔の状態のスクリーニング・定期的な評価	72.9%	22.9%	36.3%	84.8%	3.9%	4.0%	3.6%	35.1%	8.5%	49.1%
08 摂食・嚥下状態のスクリーニング・定期的な評価	83.0%	44.0%	9.6%	90.1%	7.0%	8.2%	8.9%	72.4%	27.8%	12.8%
09 栄養管理計画の作成	91.7%	39.0%	3.0%	61.9%	7.1%	3.3%	2.0%	3.8%	95.4%	0.7%
10 離床やリハビリテーションに係る計画の作成	90.5%	57.7%	1.4%	65.2%	2.5%	96.7%	68.2%	49.7%	5.7%	0.0%
11 口腔管理に関する計画の作成	48.2%	23.5%	45.4%	60.5%	1.9%	2.6%	2.7%	26.7%	7.9%	52.2%

どうしても、これは平均在院日数が10日前後で動いている病棟で、治療がどうしても優先的になっていて、こういうリハ・栄養ってのは少し治療を、例えば、肺炎なら肺炎が治ってからということ、その治療後に転院してしまうということがあって、ということで、こういうデータが出てくるかなという印象を持ちますが、

一方で、治療と同時に早期から、特に高齢者の場合は早期からこの対応をしたほうが良いということもデータで挙がってきていますので、だからこそ、この急性期に、こういう三位一体の体制がこれから求めるのではないかという、逆の、そういう必要性を表したデータと取れるのではないかという印象を持ちました。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、江澤委員、お願いします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

1点だけ申し上げます。これは急性期病棟のデータですけれども、病院に歯科がですね、併設してるところは必ずしも多くなくて、そうすると、どうしても歯科医師とか歯科衛生士さんの連携が地域によっては難しいということがあります。

それから、薬剤師はこういった専門職の中でも最も不足している職種で、ある意味では薬剤師が以前から病院に不足していると言われていることを反映しているものであると思いますし、

あと、リハ専門職については、ここは、これから強化する、今回の課題に入りますように、やっぱり急性期でのリハの強化というのが課題ですから、ここは高めていく必要があるかと思えますし、管理栄養士もこれからますます病棟で活躍していただくという方向になっておりますので、そういった、今の人員配置等も含めた、あるいは診療間の併設も含めた結果とも言えますので、申し上げたいと思えます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、林委員、お願いします。

○林正純委員（日本歯科医師会常務理事）

はい、ありがとうございます。先ほども申しましたように、この急性期においてのリハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取組ってというのが今後、重要だと考えております。

本当に、このデータが示すとおり、まだまだこれからだと思っておりますので、こういったものが推進できるような、しっかりとした仕組みづくりというもの。

また、現場の取組に関しましては、後ほどまた田村専門委員のほうからも解説させていただきたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

松本委員、よろしいでしょうか。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。いろいろ、どうもありがとうございました。皆さま共通的にですね、やっぱりリハビリ・栄養・口腔のですね、連携、一体化っていうのは急性期のみならず十分にされてると思いますんで、そういうものに対するですね、活動は計画書の共有化も含めてですね、進むことを期待しております。ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございます。ほかは、いかがでしょうか。はい。長島委員、お願いします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。先ほど松本委員から、通則への記載ということで2点、ご意見がございましたが、まず1つ目が、この疾患別リハビリテーション料の通則に関しては、先ほど申しましたが、それを通則にしてしまうと影響があまりにも大きすぎるということがあるので、通則ではない別の方法を考えるべきだと思います。

また、口腔管理の歯科医療機関との連携等に関しては、これからどう連携を深めていこうかという段階ですので、まだまだ、とても通則という状態ではないというふうに考えますので、いずれも反対いたします。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかは、よろしいですか。はい、松本委員、お願いします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。今、通則に今、入れることは、ある意味、ちょっと時期尚早だと。

ということは、先ほどから「評価に関しては即」というご意見が多いかと思うんですけど、若干、その辺に関しては、いろいろバランスが欠けてるような印象も受けますけど、またそれは今後、議論していきたいと思いで、よろしくお願ひします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。先ほど林委員から田村専門委員のご意見も伺ってはいかがかかっていうふうなご要望がございましたので、田村専門委員、お願ひいたします。

○田村文誉専門委員（日本歯科大口腔リハビリテーション科教授）

はい。ありがとうございます。口腔管理等の連携につきまして、林委員からお話でしたが、私からも重ねて発言をさせていただきます。

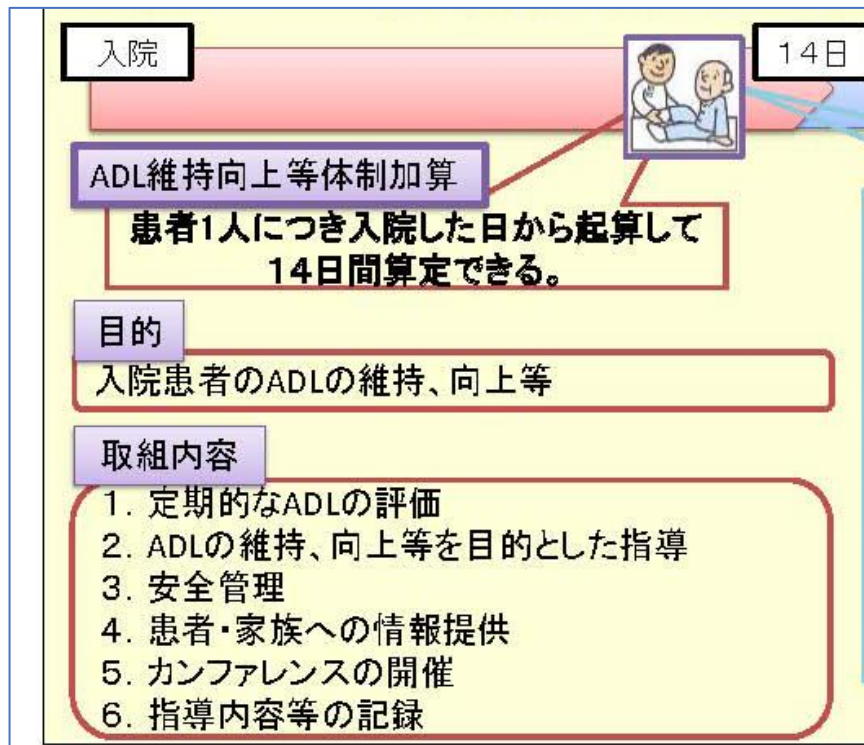
（口腔管理について）

- 回復期リハビリテーション入院患者に対する口腔の管理を推進するために、リハビリテーション実施計画書における口腔管理に係る項目を追加することや、歯科医療機関との連携方策について、どのように考えるか。

103 ページからの資料にもありますが、近年、回復期リハビリテーション病棟において歯科が連携することにより、患者さんのADLが向上するというエビデンスや回復期リハ病棟における医科歯科連携の好事例などが関係学会から報告されています。

しかしながら、現状では回復期リハを行う際に口腔の状態の評価、必要な歯科治療など口腔の管理を行うケースはまだ多くありません。その理由として、病院では歯科専門職が少ないことが多いために口腔の問題に気づきにくいということがあるかと思ひます。

そういった点で、介護の場合と同様に、医療におけるリハビリテーション実施計画書にも口腔機能の評価に係る項目を追加することはリハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取組を推進する上で非常に有用だと考えますので、ぜひご検討いただきたいと思います。



また、132 ページに、急性期リハビリテーションにおけるリハビリテーション専門職の配置に関する評価がありますが、口腔の状態に関する評価は含まれておりません。

しかし、急性期リハビリテーションにおいて、歯科も多職種と連携することにより、摂食機能の評価や誤嚥性肺炎予防のための口腔健康管理を担い、患者さんのADLの維持・向上に資することができると考えております。

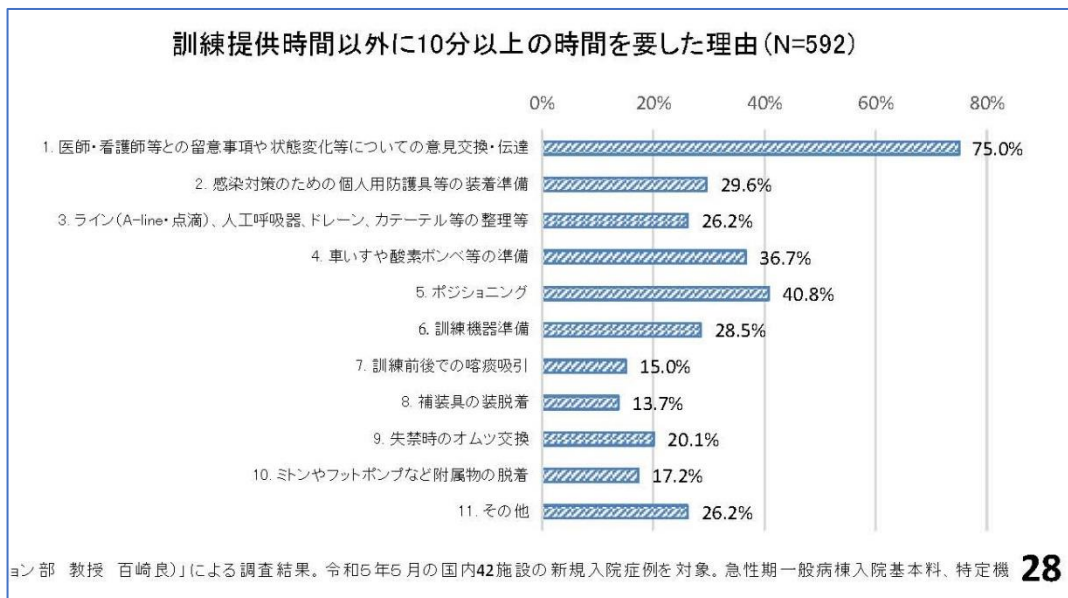
また、既に現場では連携が行われているところもございます。これらのことから、回復期のみならず急性期においてもリハビリテーション・栄養・口腔の連携について進めていただければ幸いです。よろしくお願いたします。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい。続きまして、じゃあ、江澤委員、お願いいたします。

○江澤和彦委員（日本医師会常任理事）

2点だけ申し上げます。28 ページに、先ほど「情報共有が多くて」というご意見があったと思いますけれども、



リハビリテーションは実際の患者さんに個別に提供するリハビリテーション以外に、かなりアセスメントにすごく重点を、時間をかけて行っております。

アセスメントを行うためには、多職種で情報共有するっていうのも、もうこれ、最低限のことをございまして、実はリハビリテーションの実施記録、そしてアセスメントっていうところが患者さんには見えない部分ですけども、実際、そこに相当な時間を要してしまっていて、なかなか実際、本来はあってはいけませんけれども、どうしても残業時間にそこが割かれるという実態もございまして、かなり質の高いリハビリテーションをするためには、こういったところは大変重要であるということ、ご理解いただきたいと思います。

もう1点は、栄養の情報提供についても通則というお言葉があったと思うんですけれども、

医療機関における栄養管理体制について	
診調組 入-3 5 . 9 . 6	
○ 入院基本料及び特定入院料の算定に当たっては、栄養管理体制の基準を満たさなければならない。	
【栄養管理体制の基準（施設基準）】	
<ul style="list-style-type: none"> ① 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。ただし、有床診療所は非常勤であっても差し支えない。 ② 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他の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（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、定期的な評価等）を作成すること。 	

特に今、栄養連携は、非常に今、医療と介護で希薄な状況だというふうに認識しておりますし、リハもそうですが、情報を提供することが目的ではなくて、提供された情報に基づいて連携がしっかりと充実して患者さん、利用者さんにしっかりと、いいサービス提供ができるというのが目的なので、

やはり、しっかりと、この受け皿づくりとか連携する仕組みがあってこそその情報提供ということになりますので、そのあたりはまた、まだまだ、これから、構築して（いかなければ）いけない部分があるかと思っておりますので、そういった現状であることは申し上げたいと思っております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。その他、いかがでしょうか。

よろしいですか。はい。それでは、そのほかには、ご意見、ご質問等ないようですので本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見も踏まえて対応していただくようお願いいたします。