

# 日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：令和2年2月13日16:30～

場所：日本慢性期医療協会

1. 令和2年度診療報酬改定を受けて  
日本慢性期医療協会としてのスタンス
2. 「予防リハビリテーション」について
3. 第7回慢性期リハビリテーション学会に  
ついて

## 改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### 1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

#### 【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

### 3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

#### 【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

### 2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

#### 【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

### 4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

#### 【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

# 令和2年度診療報酬改定 回復期・慢性期関連 おもな点数推移

算定項目		改定前	改定後	備考
医師事務 作業補助 体制加算1	15対1	920点	<b>970点</b>	<b>回リハ・地ケア・精神科急性期治療 病棟2</b> でも算定が可能になった。 (従来は一般ベースの回リハ・地ケア でないと算定できなかったが、 <b>療養ベースでも算定が可能</b> となった)
	20対1	708点	<b>758点</b>	
	25対1	580点	<b>630点</b>	
	30対1	495点	<b>545点</b>	
	40対1	405点	<b>455点</b>	
	50対1	325点	<b>375点</b>	
	75対1	245点	<b>295点</b>	
	100対1	198点	<b>248点</b>	
看護補助加算1		129点	<b>141点</b>	地域一般病棟、障害者病棟、結核病棟、 精神病棟
看護補助加算2		104点	<b>116点</b>	
看護補助者配置加算		150点	<b>160点</b>	地域包括ケア病棟
夜間看護加算		35点	<b>45点</b>	療養病棟
看護補助加算	14日以内	129点	<b>141点</b>	障害者病棟
	15日以上30日以内	104点	<b>116点</b>	
認知症ケア加算1	14日以内	150点	<b>160点</b>	
	15日以上	30点	30点	
<b>【新設】</b> 認知症ケア加算2	14日以内	—	<b>100点</b>	
	15日以上	—	<b>25点</b>	
認知症ケア加算3	14日以内	30点	<b>40点</b>	
	15日以上	10点	10点	
入院時支援加算	1	200点	<b>230点</b>	
	2	—	<b>200点</b>	
(入退院支援加算)総合機能評価加算		100点	<b>50点</b>	
後発医薬品使用体制加算1		45点	<b>47点</b>	
後発医薬品使用体制加算2		40点	<b>42点</b>	
後発医薬品使用体制加算3		35点	<b>37点</b>	
データ提出加算1	200床以上	150点	<b>140点</b>	
	200床未満	200点	<b>210点</b>	
データ提出加算2	200床以上	160点	<b>150点</b>	
	200床未満	210点	<b>220点</b>	
<b>【新設】</b> データ提出加算3	200床以上	—	<b>140点</b>	
	200床未満	—	<b>210点</b>	
<b>【新設】</b> データ提出加算4	200床以上	—	<b>150点</b>	
	200床未満	—	<b>220点</b>	
提出データ評価加算		20点	<b>40点</b>	データ提出加算2を算定する200床未満病院のみ
病棟薬剤業務実施加算1		100点	<b>120点</b>	
排尿自立支援加算		200点	200点	
摂食嚥下支援加算		185点	<b>200点</b>	

加算がついたから実践する  
のではなく、患者にとって良い  
と思われることはどんどん行い、  
実績を示して国に追認して  
もらって加算をつけてもらう。

# 2020年診療報酬改定

## 1. 医師事務作業補助体制加算の評価の充実—算定可能な病棟の拡大—

- 回り八・地ケア・精神科急性期治療病棟2でも算定が可能になった。  
 (従来は一般ベースの回り八・地ケアでないと算定できなかったが、療養ベースでも算定が可能となった)

	15対1	20対1	25対1	30対1	40対1	50対1	75対1	100対1
医師事務作業補助体制加算1 (入院初日に限り算定)	920点 ↓ <b>970点</b>	708点 ↓ <b>758点</b>	580点 ↓ <b>630点</b>	495点 ↓ <b>545点</b>	405点 ↓ <b>455点</b>	325点 ↓ <b>375点</b>	245点 ↓ <b>295点</b>	198点 ↓ <b>248点</b>
医師事務作業補助体制加算2 (入院初日に限り算定)	860点 ↓ <b>910点</b>	660点 ↓ <b>710点</b>	540点 ↓ <b>590点</b>	460点 ↓ <b>510点</b>	380点 ↓ <b>430点</b>	305点 ↓ <b>355点</b>	230点 ↓ <b>280点</b>	188点 ↓ <b>238点</b>
施設要件	第三次救急医療機関 総合周産期母子医療センター 小児救急医療拠点病院	いずれか	いずれか	いずれか	いずれか	いずれか	いずれか	いずれか
	災害拠点病院 へき地医療支援病院 地域医療支援病院	—	いずれか	いずれか	いずれか	いずれか	いずれか	いずれか
	全身麻酔件数(年間)	—	800件以上	800件以上	800件以上	800件以上	—	—
	<b>緊急入院患者</b> の受入数 (年間)(特別の関係の医療機関 等からの搬送患者等を除く)	800名以上	200名以上	200名以上	200名以上	200名以上	100名以上	50名以上

- 加算1は医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上を医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われている。

精神病棟・療養病棟も算定可

- (1) 医師事務作業補助体制加算は、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者を配置している体制を評価するものである。
- (2) 医師事務作業補助体制加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。  
入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (3) 医師事務作業補助者の業務は、医師の指示の下に、診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）並びに行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。  
なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。
- (4) 医師事務作業補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる。  
ただし、医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることとする。

医師事務作業補助体制加算の算定病棟を慢性期まで拡大してくれたことは、実態を良く理解していただいていると評価します。

慢性期の重症病棟は、一部急性期よりも大変な状況であり、ヘルプに対して評価して頂いてありがたいと思っています。

## 認知症ケア加算の見直し

### ➤ 認知症ケア加算 1

- ◆ 下記「医師」・「看護師」・「専任社会福祉士又は常勤の精神保健福祉士」からなる認知症ケアチームを設置。看護師は**原則**週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事する。

### ➤ 認知症ケア加算 2 (新設)

- ◆ 医師 認知症患者の診療について十分な経験を有する下記のいずれかに該当する専任の常勤の医師
  - ・精神科の経験を**3年**以上有する医師
  - ・神経内科の経験を**3年**以上有する医師
  - ・認知症治療に係る適切な研修を修了した医師  
([認知症サポート医](#))
- ◆ 看護師 認知症看護の経験を5年以上有する下記研修を修了した専任の常勤の看護師
  - ・日本看護協会 認知症看護 認定看護師
  - ・日本看護協会 老年看護・精神看護 専門看護師
  - ・日本精神科病院協会 精神科認定看護師

対象となる認知症患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」における**ランクⅢ以上**に該当する者

- ◆ 上記「医師」か「看護師」を配置し病棟職員に必要な助言を行う
- ◆ 全ての病棟に、適切な研修を修了した看護師を3名以上配置
- ◆ うち1名は、適切な研修を受講した看護師が行う院内研修を受講した看護師でもOK

### ➤ 認知症ケア加算 3 (旧加算 2 → 3)

- ◆ 全ての病棟に、適切な研修を修了した看護師を3名以上配置
- ◆ うち1名は、適切な研修を受講した看護師が行う院内研修を受講した看護師でもOK



		点数		3年以上の 経験を有する 精神科医 もしくは 3年以上の 経験を有する 神経内科医 もしくは 認知症 サポート医	認知症患者 の看護に 従事した 経験を 5年以上 有し適切な 研修(600時 間以上)を 修了した 看護師	社会 福祉士 もしくは 精神保健 福祉士	(9時間以上 の)研修を 受講した 看護師	備考	
		14 日 以内	15 日 以上						
認知症ケア加算		1	150 点 ↓ 160 点	30 点	認知症ケアチーム				看護師は <b>原則</b> 週16時間 以上、 認知症ケア チームの業務 に従事する。
			●		●	●			
		2	100 点	25 点	○	○	どちらか		● ※
3	30 点 ↓ 40 点	10 点					● ※		

【新設】

2  
↓  
3  
旧加算

認知症の患者は多くなっており、急性期でもその対応に苦慮しているので、慢性期だけでなく、あらゆる病棟に対して、評価を拡大してくれるのは有り難いですが、看護師の条件を日本看護協会で認定している認知症に特化した個別の認定看護師だけしか認められていないので、今から資格を取ろうとしても1年近くかかるとかというようなことでは、差し迫っている現場の実態からは大きく乖離している。

喫緊の課題として次善の条件も検討してくれないと、認知症患者の増加に間に合わない。

## 排尿自立指導料の見直し

- 長期間の膀胱留置カテーテル実施を避けるため、入院基本料等加算「**排尿自立支援加算**」を新設し、評価する。(算定対象、施設基準などについては、一部を除き、現行の排尿自立指導料と同様。)

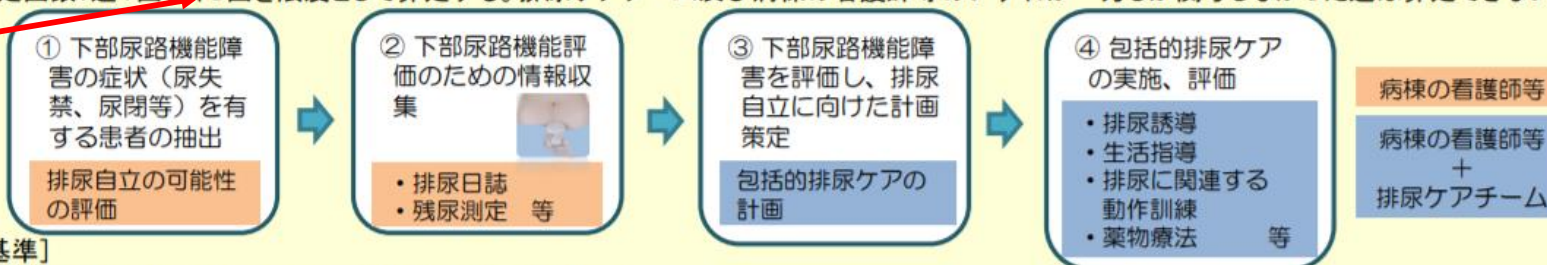
- 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

**B005-9 排尿自立指導料 200点(週1回)** ➔ **【新設】排尿自立支援加算 200点**

[主な算定要件]

- ① 対象患者:尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者  
尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- ② 算定回数:週1回、~~計6回を限度~~として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。

**12週  
を限度**



[施設基準]

- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
  - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る研修を修了した医師
  - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
  - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

- 現行の排尿自立指導料について、外来患者を対象とした評価に変更し、管理料の名称を「**外来排尿自立指導料**」に見直す。(200点、週1回、12週まで)
  - 入院中に退院後の包括的排尿ケアの必要性を認めた場合に、外来で引き続き包括的排尿ケアを実施することを評価
  - 入院中に「排尿自立支援加算」を算定し、かつ、退院後も継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めたもの

## 摂食嚥下リハビリテーションの評価（摂食機能療法の加算）

- 経口摂取回復促進加算 1・2 が統合され「摂食嚥下支援加算」となり、週1回に限り算定が可能となった。
- 対象患者が「鼻腔栄養・胃瘻造設」患者以外でも算定が可能となった。
- 摂食嚥下支援チームで、摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行う。
- 摂食嚥下支援チームメンバー
  - 医師又は歯科医師
  - 摂食嚥下障害患者への看護経験5年以上あり、適切な経験を修了した看護師（認定看護師）
  - 言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士

排泄や摂食の障害に対する機能回復を目指す処置に対して評価して頂いているのは有り難いが、看護師の条件を摂食嚥下障害看護に係る認定看護師に限定させるようなことになっているので、やはり現実的には多くの病院で実施することは困難ではないかと思われる。

## 【2020.2.7個別改定項目】—地域包括ケア病棟—

- ① 許可病床数**400床以上**の地域包括ケア病棟へ「自院の一般病棟からの転棟患者割合」を**6割未満**とする。（**超えたら1割減算**）
- ② 許可病床数**400床以上**の病院は地域包括ケア病棟入院料・管理料の届出を認めない。
- ③ DPC病棟から地域包括ケア病棟への転棟について、DPC期間Ⅱ（診断群分類ごとの平均在院日数）までDPC点数を継続算定する。DPC期間Ⅲ（平均在院日数超過後）は、地ケア病棟の点数を算定する。（管理料は現行通りDPC点数を算定する。）
- ④ 許可病床数200床未満病院の地域包括ケア病棟1・3における「在宅患者受け入れ」等の実績要件を見直す。（別紙参照）
- ⑤ 地域包括ケア病棟における疾患別リハビリテーション提供について、患者の入棟時に測定したADLスコア結果などを参考にリハビリの必要性を判断し、患者又はその家族等へ説明する。
- ⑥ **入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置**を要件（義務）化。
- ⑦ 全病棟で「適切な意思決定支援に関する指針（ACP）」を要件化（現在は1・3のみ）

200床未満病院の地域包括ケア病棟1・3における「在宅患者受け入れ」等の実績要件見直し

改定前

室面積6.4㎡以上、在宅復帰率70%以上

	管理料4	入院料4	管理料3	入院料3	管理料2	入院料2	管理料1	入院料1
看護職員	14% 13対1以上 (7割以上が看護師)				11%			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1 <del>10%</del> 以上				又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2 <del>8%</del> 以上			
自宅等から入棟した患者割合	—	1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上	—	1割以上 (10床未満は 3月で3人以上)	1割以上	—	1割以上
自宅等からの緊急患者の受入	—	3月で3人以上		—	3月で3人以上			—

改定後

自宅等から入棟した患者割合	<b>1.5割以上</b> (10床未満は3月で <b>6人</b> 以上)	<b>1.5割以上</b>
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <b>6人</b> 以上	

自宅等から入棟した患者割合	<b>1.5割以上</b> (10床未満は3月で <b>6人</b> 以上)	<b>1.5割以上</b>
自宅等からの緊急患者の受入	3月で <b>6人</b> 以上	

# 2020年診療報酬改定—地域包括ケア病棟—

200床未満病院の地域包括ケア病棟1・3における「在宅患者受け入れ」等の実績要件見直し

## 改定前

次のいずれか2つ以上を満たしていること

- |     |   |
|-----|---|
| (1) | 在宅患者訪問診療料を3カ月で <b>20回</b> 以上算定  |
| (2) | <b>在宅患者訪問看護・指導料等</b> を3カ月で100回以上算定<br>または<br><b>同一敷地内</b> の訪問看護ステーションで <b>訪問看護基本療養費等</b> を3カ月で <b>500回</b> 以上算定 |
| (3) | <b>開放型病院共同指導料</b> を3カ月で <b>10回</b> 以上算定   |
| (4) | <b>同一敷地内の施設等</b> で訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーションなどの <b>介護サービスを実施</b>   |

## 改定後

次のいずれか2つ以上を満たしていること

- |                  |   |
|------------------|---|
| (1)              | 在宅患者訪問診療料を3カ月で <b>30回</b> 以上算定                                    |
| (2)              | <b>在宅患者訪問看護・指導料等</b> を3カ月で <b>60回</b> 以上算定                        |
| <b>新設</b><br>(3) | <b>病院併設</b> の訪問看護ステーションで <b>訪問看護基本療養費等</b> を3カ月で <b>300回</b> 以上算定 |

医療  
保険の  
訪問  
看護

## 廃止

- |                  |  |
|------------------|--|
| <b>新設</b><br>(4) | 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を3カ月で <b>30回</b> 以上算定                        |
| (5)              | <b>病院併設施設</b> で訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーションなどの <b>介護サービスの提供実績がある</b> こと |
| <b>新設</b><br>(6) | 退院時共同指導料2を3カ月で <b>6回</b> 以上算定                                    |



地域包括ケアの病棟の機能について、地域の高度急性期病院に対して期待するのではなく、400床以上の規模の大きな高度急性期病院における新設を認めないという明確な厚労省の意思が示された。地域包括ケア病棟の地域での存在意義を明確にしてくれた事は大いに評価している。私たち日本慢性期医療協会としては、地域包括ケア病棟の取得にむけて積極的に努力して、地域医療にますます協力しなければならない。

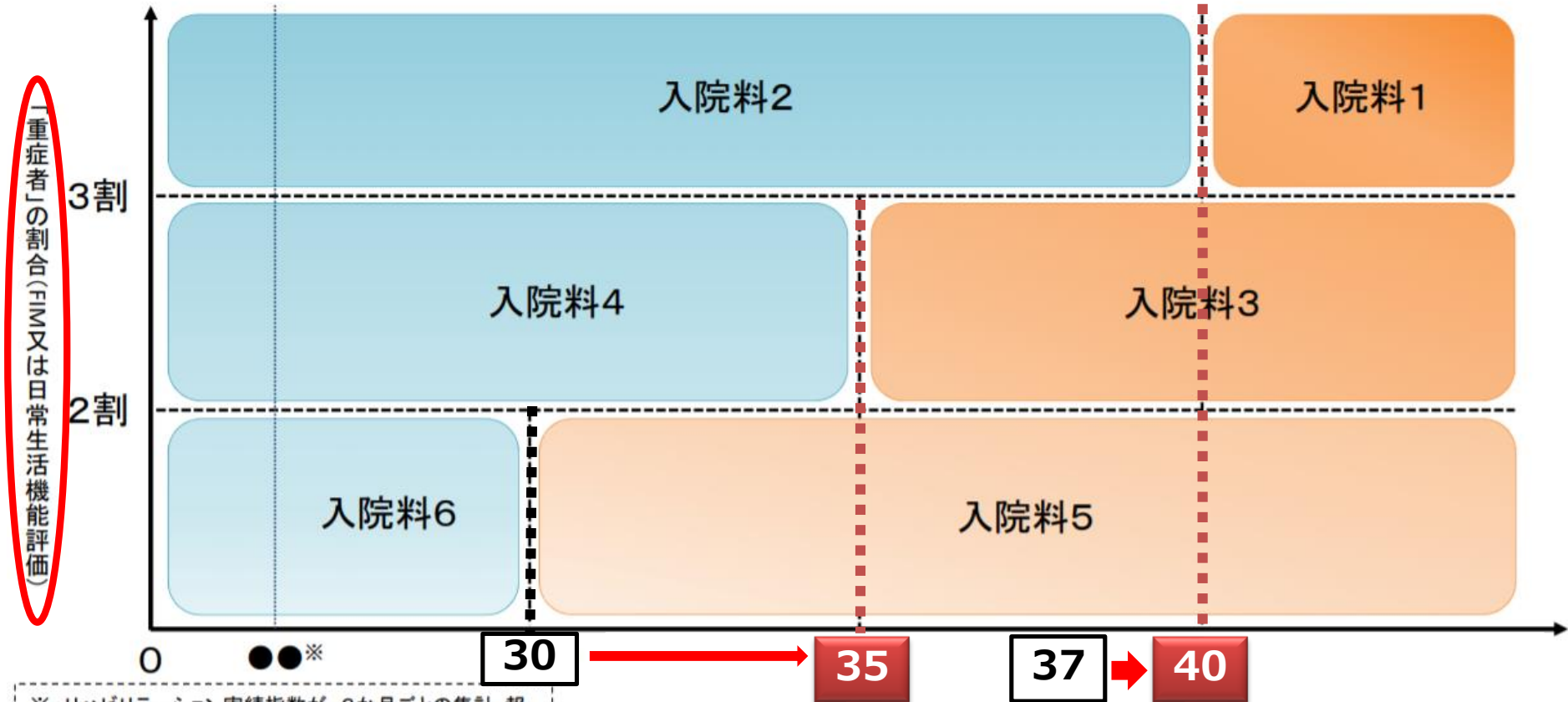
厚労省は、中途半端な急性期の病院が  
地域包括ケア病棟を取得していることに対して、  
在宅医療サービスを誠実に実行していなければ  
認めないという明確な意思表示を示した。  
地域の代表的な公的病院では、在宅医療について  
あまり関与していない病院が多いので、  
その面から絞り込みを行い、病院の機能を区別する  
ことで機能分化を明確にして、  
急性期の病院の絞り込みをしようとしている。

# 2020.2.7個別改定項目—回復期リハビリテーション病棟—

- ① 回リハ病棟に入院した患者に入院時FIMと目標FIMをリハ実施計画書を用いて説明し、計画書を交付する。退院時FIMについても同様の取り扱いとする。
- ② 回リハ病棟入院料1・3の実績指数の引き上げ  
(入院料1:「37」⇒「40」、入院料3:「30」⇒「35」、入院料5:「30」⇒変更なし)
- ③ 回リハ病棟入院料1における専任の常勤管理栄養士1名以上の配置義務化。  
回リハ病棟入院料2～6⇒「努力義務化」、栄養管理に係る要件設定  
(リハビリ実施計画作成時に管理栄養士も参画する。栄養障害のある患者や栄養管理の必要な患者に対して週1回以上の再評価を行う、等)。
- ④ 200床未満病院における回リハ病棟入院料5・6にも「データ提出」の義務化
- ⑤ 回リハ病棟入院患者に係る要件から、発症からの期間にかかる事項を削除。
- ⑥ 回リハ病棟入院料の重症者の定義に、日常生活機能評価に代えてFIM総得点を用いても良い。

# 実績要件の見直し(案)

○ リハビリテーション病棟入院料1、3及び5を届出ている病棟におけるリハビリテーション実績指数の実態等を踏まえ、以下のとおり見直すこととしてはどうか。



※ リハビリテーション実績指数が、3か月ごとの集計・報告で2回連続して(現行)27未満となった場合、疾患別リハビリテーション料の一部(現行)6単位を超えるものは回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。

## リハビリテーション実績指数

# 【2020.2.7個別改定項目】一重症度、医療・看護必要度一

【現行】一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

基準① A得点2点以上かつB得点3点以上

**基準② 「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上**

基準③ A得点3点以上

基準④ C得点1点以上



- ◆ **【基準②】 「A1・B3かつ危険行動等」**を重症患者の評価対象から**除外する**
- ◆ 急性期一般入院料1～6または特定機能病院入院基本料（7対1に限る）で許可病床数**400床以上**の保険医療機関について、「必要度Ⅱ」での評価を義務化。
- ◆ 評価に係る院内研修の指導者について**所定研修の受講要件を廃止。**

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I と II の違い

「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」

I

既存の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」  
A項目(モニタリング及び処置等)・  
B項目(患者の状況等)・  
C項目(手術等の医学的状況)  
から算定

II

A項目及びC項目について、**診療実績データ(DPCデータのEFファイル**から別に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目を抽出)を用いる方法

レセプト電算処理システム用コードの例

重症度、医療・看護必要度の項目			レセプト電算処理システム用コード	診療行為名称
A	2	呼吸ケア (喀痰吸引 のみの場 合を除く)	140005610	酸素吸入
			140005910	間歇的陽圧吸入法
C	16	開頭手術 (7日間)	150070110	脳膿瘍全摘術

※B項目は**Hファイル**  
(既存の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」)

医療機関が  
選択可能  
(入院料2,3  
を除く)

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

## 【A項目】

A モニタリング及び処置等	
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上の管理
4	心電図モニターの管理
5	シリンジポンプの管理
6	輸血や血液製剤の管理
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)
8	救急搬送後の入院(2日間) (必要度Ⅰのみ)

◆「内服の免疫抑制剤の管理」を評価項目から**除外する**

### ◆必要度Ⅰ

「救急搬送後の入院」の評価期間を2日間⇒**5**日間へ

### ◆必要度Ⅱ

入院日に**救急医療管理加算1・2**もしくは**夜間休日救急搬送医学管理料**を算定する患者を**入院後5日間** 評価の対象とする

◆A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る)及びC項目について、必要度Ⅰにおいても、レセプト電算処理システムコードを用いた評価とする。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

- 【B項目】◆「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価する  
 ◆「根拠となる記録」を不要とする  
 (ICU・HCU用の評価票の評価方法も同様。)

B	患者の状態等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
15	危険行動	ない		ある
				B得点 点



患者の状態と介助の実施に分けて測定する場合のイメージ

B	患者の状態等	患者の状態			×	介助の実施		=	評価
		0点	1点	2点		0	1		
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない				点	
10	移乗	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり		点	
11	口腔清潔	自立	要介助		実施なし	実施あり		点	
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり		点	
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助	実施なし	実施あり		点	
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ					点	
15	危険行動	ない		ある				点	
									B得点 点



B項目について、患者の状態に対して介助をしなければならぬ状況だけでなく、実際にしていなければ0点になる仕組みを導入している。急性期病棟の看護師は、高齢者の増加により、多くの介護業務を行わなくてはならなくなっているが、実態は十分な介護業務を行っていない病院もあり、そのような病院が多いため、急性期病院が寝たきりを作っているという事実がクローズアップ現代でも明白だと言っている。

その意味で介護業務の必要性は認めながらも、していないと0点とする事で急性期病院の変革を期待するというような、有効な改定となっている。

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

- 【C項目】**◆ 入院実施割合が90%以上の手術(2万点以上のものに限る)および検査を追加
- ◆ 評価対象日数を延長する
  - ◆ A項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る)及びC項目について、必要度Iにおいても、レセプト電算処理システムコードを用いた評価とす

	現行	見直し後
開頭手術	7日間	13日間
開胸手術	7日間	12日間
開腹手術	4日間	7日間
骨の手術	5日間	11日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間	5日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間	5日間
救命等に係る内科的治療	2日間	5日間
新たに追加する検査	なし	2日間
新たに追加する手術	なし	6日間

## 改定前(2018年度改定)

平成30年度診療報酬改定 I-1. 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価⑥ (1)急性期医療

### 急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1~7)の内容

- 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)について、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を選択できるよう、実績に応じた評価体系を導入し、将来の入院医療ニーズの変化にも弾力的に対応可能とするため、急性期一般入院料1~7に再編する。

		入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
看護職員		10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が 看護師)
患者割合  [ ]内は 200床未満の 経過措置	重症度、 医療・看護 必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	重症度、 医療・看護 必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]	25%以上

\*1: 現行方法による評価 \*2: 診療実績データを用いた場合の評価  
[ ]内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

## 改定後(2020年度改定)

	入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
必要度Ⅰ	-	<b>18%以上</b>	<b>20%以上</b>	<b>22%以上</b> (20%以上)	<b>25%以上</b> (23%以上)	<b>28%以上</b> (26%以上)	<b>31%以上</b>
必要度Ⅱ	-	<b>15%以上</b>	<b>18%以上</b>	<b>20%以上</b> (18%以上)	<b>23%以上</b> (21%以上)	<b>26%以上</b> (24%以上)	<b>29%以上</b>

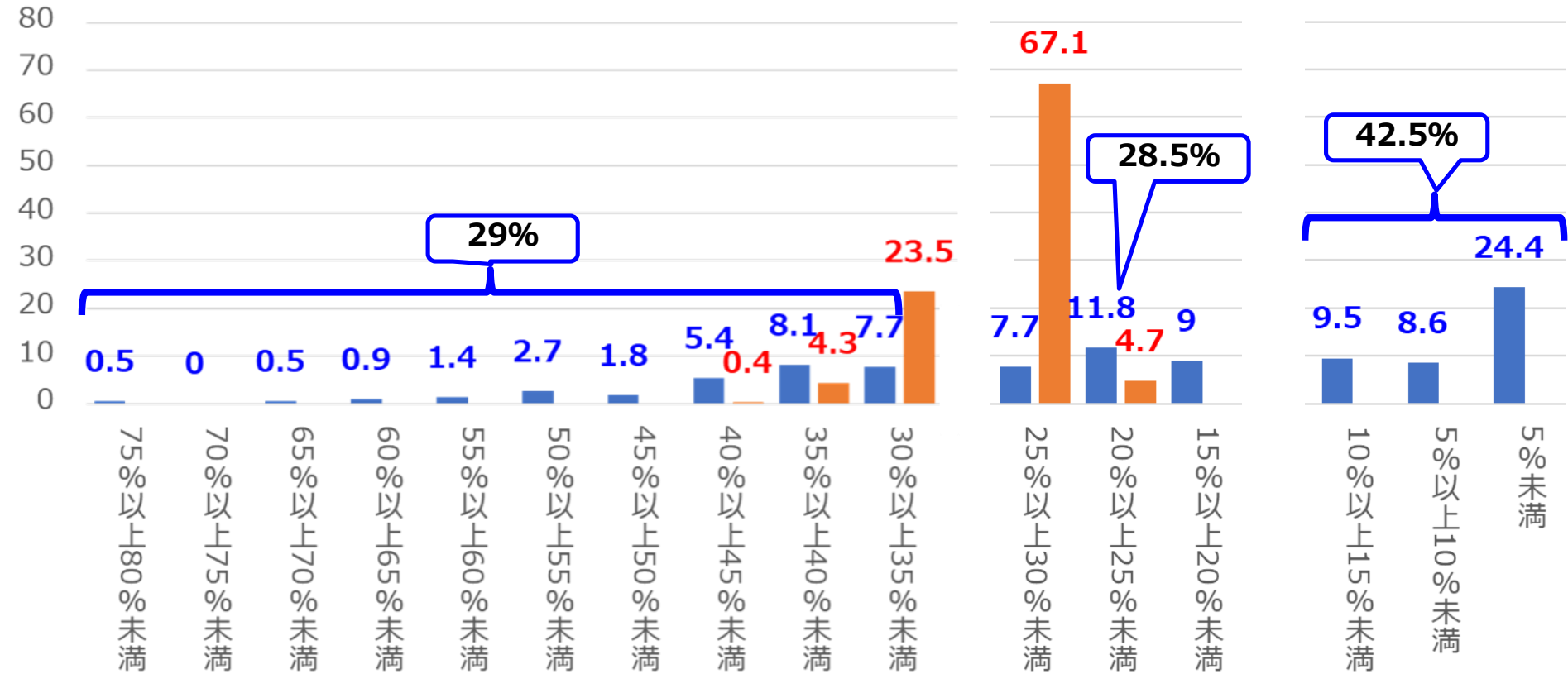
( )内は200床未満病院の経過措置(急性期2では現に急性期1・2、急性期3は現に急性期1・2・3、急性期4は現に急性期4を届け出ている場合)

重症度、医療・看護必要度の基準②（「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上）がなくなったことにより、中途半端な自称急性期病院にとって、該当患者割合31%以上にすることは至難の技となった。心電図モニターを装着するだけでよかったのが、A項目のその他の条件をクリアし、2つ以上を満たさなければならなくなると、中途半端な自称急性期病院が該当患者割合を高く維持する事は不可能となり、自然に急性期一般病棟入院料1から滑り落ちる可能性があり、大きなポイントとなる。

日慢協の調査によると、慢性期病棟  
での重症度、医療・看護必要度は  
50%以上の病棟が出てきている。  
急性期病棟は重症で、慢性期病棟は  
軽症という概念は大きく崩れている。

# 重症度、医療・看護必要度の判定に基づく該当患者割合別の病棟分布 （※7対1一般病床は、医療機関の分布）

■ 20対1療養病床  
■ 7対1一般病床



## 【参考】急性期一般入院料 重症度、医療・看護必要度 該当患者割合

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	入院料7
30%以上	- [27%以上]	- [26%以上]	27%以上	21%以上	15%以上	測定していること

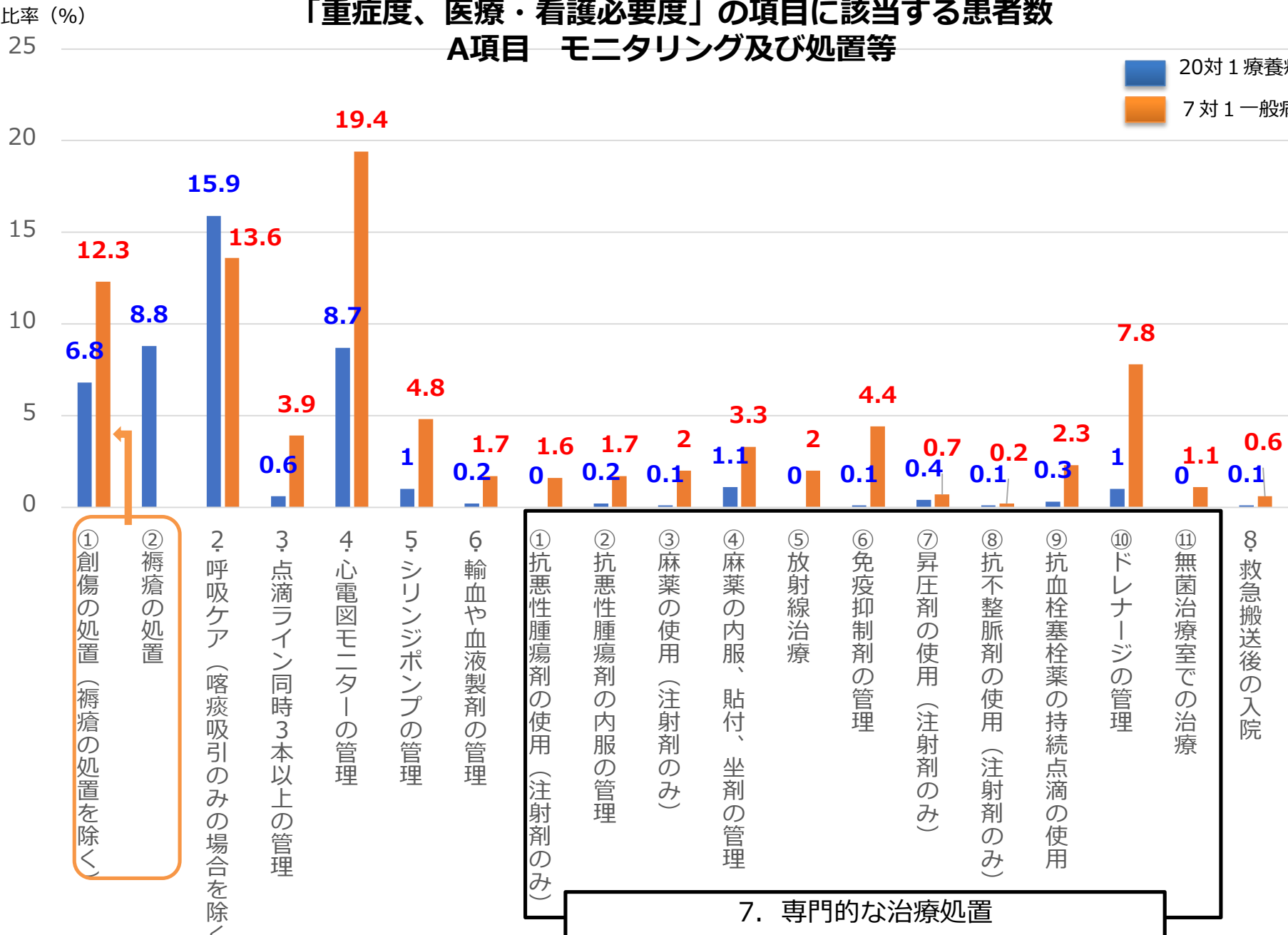
[ ] 内は  
200床未満の  
経過措置

■ 2018年11月実施 日本慢性期医療協会 療養病棟入院料1（20：1）入院患者調査結果より

■ 2018年6月21日 平成29年度第3回入院医療等の調査・評価分科会 資料より  
（平成28年度入院医療等の調査結果より7対1一般病床の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布）

# 「重症度、医療・看護必要度」の項目に該当する患者数 A項目 モニタリング及び処置等

20対1療養病床  
7対1一般病床



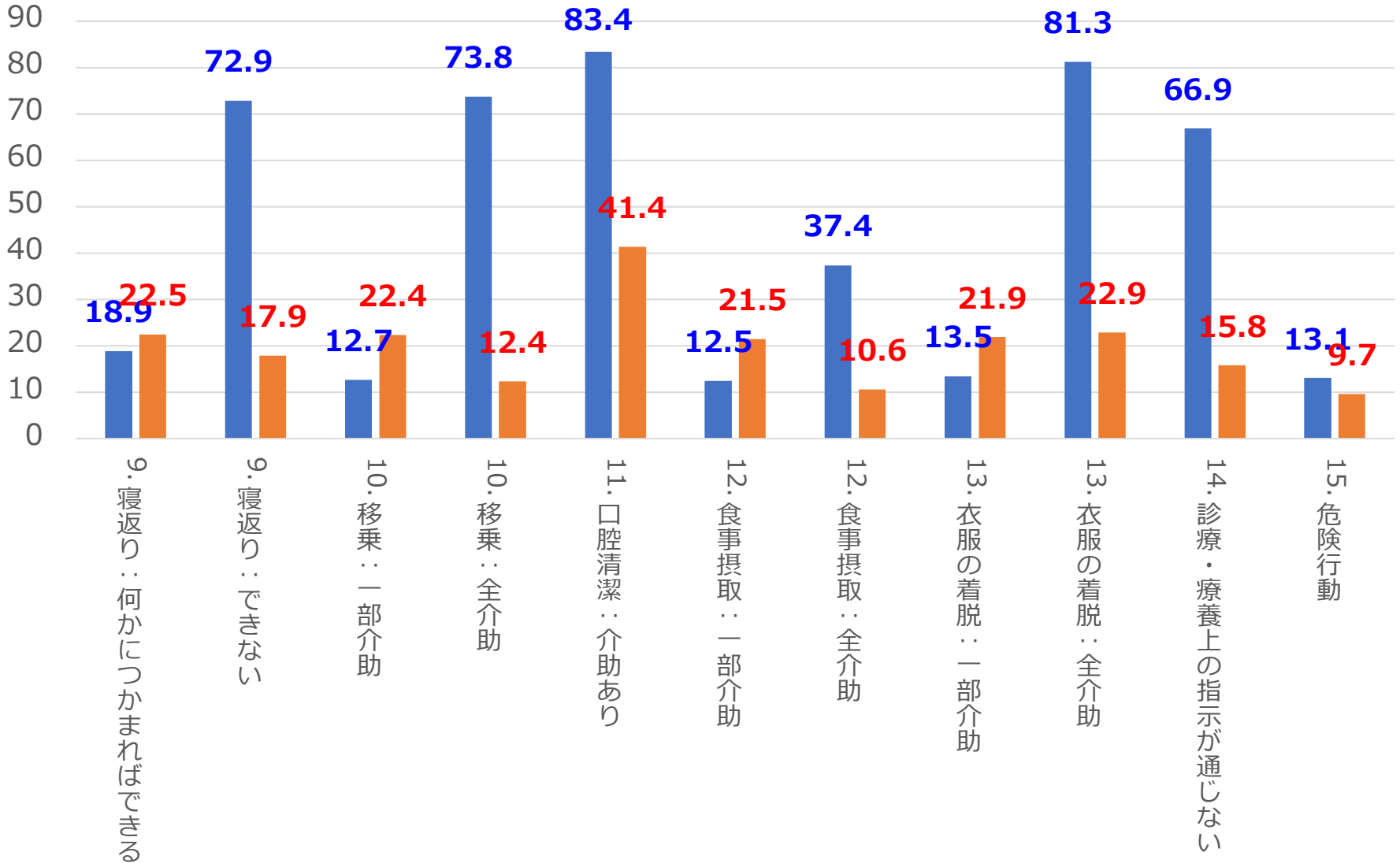
7. 専門的な治療処置

2018年11月実施 日本慢性期医療協会 療養病棟入院料1 (20:1) 入院患者調査結果より  
 2018年6月21日 平成29年度第3回入院医療等の調査・評価分科会 資料より  
 (平成28年度入院医療等の調査結果より7対1一般病棟の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布)

# 「重症度、医療・看護必要度」の項目に該当する患者数 B項目 患者の状態等

■ 20対1療養病床  
■ 7対1一般病床

比率 (%)



■ 2018年11月実施 日本慢性期医療協会 療養病棟入院料1（20：1）入院患者調査結果より

■ 2018年6月21日 平成29年度第3回入院医療等の調査・評価分科会 資料より  
(平成28年度入院医療等の調査結果より7対1一般病棟の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布)



# 2020年診療報酬改定—総合入院体制加算—

## 現 行

### 【総合入院体制加算】

#### 〔施設基準〕

(7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

(イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）

(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）

(ハ) 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減

(ニ) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善

(新設)

(新設)

(ホ) 看護補助者の配置による看

## 改定案

### 【総合入院体制加算】

#### 〔施設基準〕

(7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

エ 「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。

(イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）

(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）

(ハ) 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減

(ニ) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善

(ホ) 特定行為研修修了者である看護師複数名の配置及び活用による病院勤務医の負担軽減

(ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による病院勤務医の負担軽減

特定看護師が  
診療報酬で初めて  
評価された

**総合入院体制加算：**  
総合的かつ専門的な急性期医療を提供する一般病院を評価する加算

厚労省は、特定看護師を特に急性期で働いてもらおうと思っているのかな。  
そうではなくて、むしろ、医療スタッフの少ない慢性期医療や、在宅医療に重要な役割を果たしてもらおうとは思っていないのかな。  
アメリカのような、ナースプラクティショナーとして働いてもらおうと思っていないのかな。

在宅は、将来は医師ではなく、  
特定看護師が担うことになる。

特定看護師は急性期の現場では  
なく、慢性期や在宅でこそ  
力を発揮するのだ。

# 国際障害者年にWHO（世界保健機構）

リハビリテーションは、能力低下やその状態を改善し、

障害者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含んでいる。

さらにリハビリテーションは障害者が環境に適応するための訓練を行うばかりでなく、障害者の社会的統合を促すために全体としての環境や社会に手を加えることも目的とする。

そして、障害者自身・家族・そして彼らの住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関するサービスの計画や実行に関わり合わなければならない。

（WHO、1981）

# リハビリテーションとは

リハビリテーションとは、

失われた機能を個人の身体や生活環境の  
現状・将来とともに自分らしく適合できる  
ように援助を行うこと。

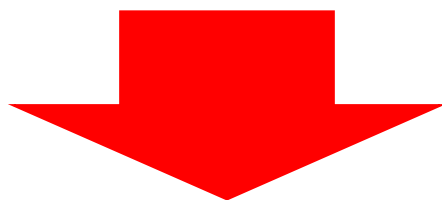
リハビリテーションとは  
患者が病気になる前の  
日常にできるだけ早く戻してあげる  
ための技術である。

# リハビリテーション環境の変化

- ① リハビリテーションの必要な患者の増加
- ② リハビリテーションアウトカム評価の重視
- ③ リハビリテーション期間の設定の厳格化
- ④ 疾患別リハビリテーションの標準算定日数の継続
- ⑤ リハビリテーション包括化の促進
- ⑥ リハビリテーションの医療保険から介護保険への移行

これからはリハビリテーションの  
概念が大きく変わるかも。

障害を回復させるための  
リハビリテーション



障害を起こさせないための  
**「予防リハビリテーション」**



# 予防リハビリテーションとは

障害を受けそうな事態が想定される時に、  
障害を受けないように、また受けても障害が  
重度化しないように予防的にリハビリテーション  
を行う事。

# 予防リハビリテーションを行う必要のある状態

- ① 急性疾患による機能低下
- ② 周手術期における機能低下
- ③ 高齢化による機能低下
- ④ 癌や神経難病による機能低下
- ⑤ 社会的要因による機能低下

# 「予防リハビリテーション」促進により 期待されること

- ① リハビリテーション医療費用の減少
- ② 要介護者減少による介護費用の減少
- ③ 在宅療養患者の増加
- ④ 入院病床の減少
- ⑤ 健康寿命と平均寿命の差の半減

誰がどう考えても、要介護状態になってしまっ  
てからリハビリテーションを行うより、  
要介護状態にならないように予防することは  
絶対的に正しい事である。

この様な誰が考えても当たり前の事が  
日本の病院では行われていない。

一度悪くなってから、回復期で元に戻そうとする  
ような不効率なリハビリテーション提供体制に  
医師や療法士だけでなく、国民までもが  
そういうものなのだとな納得している日本を  
治さなければならない。