

# 日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成28年3月10日17:00～

場所：東京研修センター

1. 2016年度診療報酬改定のまとめ
2. リハビリの改定について
3. 28年度診療報酬改定と一連の医療改革に込められた厚生労働省のメッセージをどうとらえるか

# 今改定のまとめ～主なプラスポイント①～

## 1. 医師事務作業補助体制加算

a. 50対1,75対1,100対1で療養および精神でも算定可能(年間緊急入院患者要件あり)

## 2. 栄養食事指導の対象の拡充

a. 外来・入院・在宅栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下機能低下、低栄養の患者が追加

## 3. 退院支援に関する評価の充実

### a. 退院支援加算1の新設

I. 一般病棟入院基本料等の場合 600点(退院時1回)

II. 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点(退院時1回)

## 4. 退院支援に向けた評価の充実

a. 介護支援連携指導料 300点 ⇒ 400点

### b. 退院時共同指導料1

1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点 ⇒ 1,500点

2 1以外の場合 600点 ⇒ 900点

c. 退院時共同指導料2 300点 ⇒ 400点

# 今改定のまとめ～主なプラスポイント②～

5. 回復期リハ病棟における体制強化加算2の新設
  - a. 体制強化加算2 120点 (新)
6. 運動リハビリテーション料 (1) 増点 180点 ⇒ 185点 (↑)
7. 認知症ケア加算の新設
  - a. 対象患者は「認知症高齢者の日常生活自立度基準判定」のランクⅢ以上

|            |           |
|------------|-----------|
| 認知症ケア加算1   | 認知症ケア加算2  |
| 14日まで 150点 | 14日まで 30点 |
| 15日以降 30点  | 15日以降 10点 |
8. 多剤投与患者の減薬を伴う指導の評価
  - a. 薬剤総合評価調整加算 250点 (退院時に1回)
9. 他科受診時における減算規程の緩和
  - a. 出来高病棟、包括病棟 (包括行為無し) 30%⇒10%
  - b. 包括病棟 (包括行為有り) 70%⇒40%
10. 地域加算 (1日につき) の見直し

# 今改定のまとめ～主なマイナスポイント～

1. 療養病棟における医療区分の評価方法の見直し
  - a. 酸素療法を実施している状態⇒酸素投与量 3L未満等（医療区分 3⇒2）
  - b. 1日3回以上の血糖検査 ⇒インスリン及びソマトメジンC製剤使用中の患者に限る（医療区分 2⇒1）
  - c. うつ症状に対する治療を実施⇒精神保健指定医からの処方に限る
2. 障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価
  - a. 重度の意識障害者（脳卒中の後遺症に限る）について、医療区分 1, 2に相当する場合は医療区分で算定
3. 食事療養費の見直し
  - a. 経腸栄養製品のみを使用した栄養管理の見直し 1食 6 4 0 円⇒1食 5 7 5 円  
(特食算定不可)
4. 救急搬送患者地域連携受入加算の廃止
  - a. 入院初日 (2,000点) ⇒ 廃止
5. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等
  - a. 維持期リハを受ける患者が要介護被保険者等である場合 100分の90⇒100分の60
  - b. 介護保険のリハビリテーションの実績がない場合 100分の90⇒100分の80
6. リハビリテーションの初期加算、早期加算の対象者見直し
  - a. 疾患別リハ算定患者（入院中）⇒急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る

「高度急性期（広域急性期）」なら  
遠くからでも患者は来るし、特殊で  
高度な医療を行っている。  
「地域急性期」は、近くの地域からしか  
患者は来ないし、行っている手術や処置も  
普通にどこでも行っているようなものが多い。

# 地域急性期は 地域包括ケア棟に

7 : 1 が 100 床 あるとして、  
100 床 × 30 日 = 3000 病日 / 月  
3000 病日 ÷ 18 日 = 166.6 人  
1ヶ月約170人の入退院があれば平均在院日  
数は 18 日 以内に収まる。  
計算しながら、毎月をギリギリでやるのは、  
例え3ヶ月といえども、専門のスタッフが  
必 要 だ ろ う 。

| 在院日数 |   | 人数         |   | 病日       |
|------|---|------------|---|----------|
| 2日   | × | $X_1$ 人    | = | $Y_1$    |
| 3日   | × | $X_2$ 人    | = | $Y_2$    |
| 5日   | × | $X_3$ 人    | = | $Y_3$    |
| 10日  | × | $X_4$ 人    | = | $Y_4$    |
| 15日  | × | $X_5$ 人    | = | $Y_5$    |
| 20日  | × | $X_6$ 人    | = | $Y_6$    |
| 30日  | × | $X_7$ 人    | = | $Y_7$    |
| 50日  | × | $X_8$ 人    | = | $Y_8$    |
| 100日 | × | $X_9$ 人    | = | $Y_9$    |
| 200日 | × | $X_{10}$ 人 | = | $Y_{10}$ |
|      |   | 170人       |   | 3,000病日  |



10:1は平均在院日数が21日だから、20日として、150人以上の入院でよい。

地域包括ケア病棟は最大2ヶ月の入院とすると大体、平均在院日数としては45日くらいになるだろう。

そうなると7:1や10:1に拘泥することなく地域包括ケア病棟にすれば、入院患者が誰一人60日以上在棟していなければOKなので、面倒くさい計算もいらなし、重症度、医療看護必要度にもあんまり配慮しなくてもよいし、ラクチンラクチン。どうして7:1,10:1を無理して続けようと思うのか。

地域包括ケア病棟は、手術は出来高となったので、平均すると、3万円／日以上になることは確実。手術によっては、7:1や10:1より収入が多くなるかもしれない。しかし、4.3㎡、6人部屋では、1日当たり5,000円低くなりますよ。

別に自院の病棟は7:1から  
地域包括ケア病棟になりましたよ!  
と宣言する必要もない。  
単純に今迄通り、診療していれば  
よいことである。  
何に一体こだわるのか。

病院病床は、入院してこられる患者さんの状況により、日々変化するものであり、病院の「都合」や「ええかっこしい」によって左右されるものではない。急性期の患者が少なくなれば、自然に急性期病床でなくなるだけのことである。

これからの病院は、疾病の治療だけでなく、患者が日常に速やかに帰れるような「リハビリ力」と「ケア力」がなければやっていけない。

中途半端な急性期病院には  
これらの視点が欠如している。



リハビリの評価は

何時間リハを実施したか、ではない。

どのくらい良くなったか、である

今回、部分的にせよ、リハの効果と  
リハの包括が導入されたことは、誠に  
真の医療に近づいたとして評価できる。

# 1. 回復期リハビリのアウトカム評価における質の高いリハビリ

## ◆ ペナルティーは早ければH29年4月から

回復期リハビリ病棟では、アウトカム評価を導入し、「一定の水準に達しない」医療機関は、1日6単位を超えるリハビリは入院料に包括するペナルティーが導入される。

具体的には、

- ◆ 過去6カ月間に回復期リハ入院料を算定する患者に提供した疾患別リハビリの1日平均単位数
- ◆ 同期間に回リハ病棟から退棟した患者に提供したリハのアウトカム(算出式は下記参照)を3カ月ごとに評価。

結果が「6単位以上」かつ「27点未満」だと「実績が一定の水準」に達しないとみなされ、それが2回続くとペナルティーが科される。

なお、同期間に同入院料を算定した患者数が10人未満なら、「実績が一定の水準に達しない」とみなされることはない。

### 【回リハ病棟におけるアウトカムの計算式】

各患者の「FIM利得(運動)」の総和

各患者の「入院日数／回リハの上限日数」の総和

= **27未満**

○在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者と在棟中に死亡した患者は除外

○入棟日において下記の患者は毎月の入棟患者数の30/100を超えない範囲で除外

① FIM 運動項目得点が **20点以下**のもの ③ FIM 認知項目得点が **25点未満**のもの

② FIM 運動項目得点が **76点以上**のもの ④ 年齢が **80歳以上**のもの

○高次脳機能障害の患者が過去6カ月の入院患者の40%を超える場合、高次脳機能障害の患者をすべて除外

○在棟中にFIM得点(運動項目)が1週間で**10点以上低下**した患者は、低下する直前の時点で退棟したとみなす

27点未満が連続するとペナルティーの対象に!!

# 回復期リハビリテーション病棟協会（調査 FIM / B.I 利得）

| 年度   | FIM  | B.I  |
|------|------|------|
| 22年度 | 15.8 | 18.7 |
| 23年度 | 15.8 | 19.5 |
| 24年度 | 16.2 | 19.5 |
| 25年度 | 16.2 | 20.0 |
| 26年度 | 16.7 | 20.8 |

## 入院料別 FIM 利得

|       | 回復期リハ 1 | 回復期リハ 2 | 回復期リハ 3 |
|-------|---------|---------|---------|
| 25年度  | 17.0    | 15.9    | 13.3    |
| 26年度① | 17.6    | 15.9    | 14.7    |



|                                  |             |                       |             |             |
|----------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------|
| 出来高<br>平均<br>2,000円<br>/日と<br>仮定 | 1日当たりの入院料②  | 22,250円<br>(体制強化加算含む) | 18,110円     | 16,570円     |
|                                  | リハビリ出来高料③   | 2000円 × 9単位           | 2000円 × 9単位 | 2000円 × 9単位 |
|                                  | 1日当たりの金額合計④ | 40,250円               | 36,110円     | 34,570円     |



※入院期間100日と仮定すると      414,000円      154,000円

出来高  
平均  
2,000円  
/日と  
仮定

回復期リハビリ病棟の中には、  
期間いっぱい最大限のリハビリをしたら良くな  
っていないなくても患者を放り出す  
ところもある。

リハビリは毎日最大9単位して、  
最大日数まで入院させることにより  
回りハの増収を確保しているとしたら



バカでしかない

現在、仮に180日9単位施行の患者が180日、7.5単位となったならば、1病棟50人として5,500,000／月の減収となる。

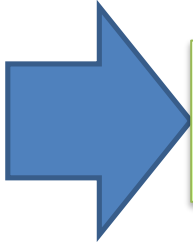
今、180日、毎日9単位を目標に  
計画的にリハを行っている所は、  
現状を維持するように頑張るだろう。

リハビリはせいぜい2カ月間では  
ないか。早期に短期に集中して  
リハビリを行うことに尽きる。  
いろいろな制限は、かえって  
阻 害 因 子 と な る 。



回りハ病棟の入院患者数が倍増すると、  
在院日数は半分となり、在宅への  
フォロー患者が2～3倍へと増えること  
による増収を考えたことがあるか。

F I M 利 得 が  
正しく算定されているかは、  
どう担保されるか。



動画で残すことが望ましい。

# FIM利得を短期間で30得ようとするれば、 どの項目に注力すべきか。

|                       |                     |                          |     |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|-----|
| 運動項目<br>(13項目<br>91点) | セルフケア<br>(6~42)     | A)食事(箸,スプーン)             | 1~7 |
|                       |                     | B)整容                     | 1~7 |
|                       |                     | C)清拭                     | 1~7 |
|                       |                     | D)更衣(上半身)                | 1~7 |
|                       |                     | E)更衣(下半身)                | 1~7 |
|                       | 排泄<br>(7~14)        | F)トイレ                    | 1~7 |
|                       |                     | G)排尿コントロール<br>H)排便コントロール | 1~7 |
|                       | 移乗<br>(3~21)        | I)ベッド,椅子,車椅子             | 1~7 |
|                       |                     | J)トイレ                    | 1~7 |
|                       |                     | K)浴槽,シャワー,               | 1~7 |
|                       | 移動<br>(2~14)        | L)歩行,車椅子                 | 1~7 |
| M)階段                  |                     | 1~7                      |     |
| 認知項目<br>(5項目<br>35点)  | コミュニケーション<br>(2~14) | N)理解(聴覚,視覚)              | 1~7 |
|                       |                     | O)表出(音声,非音声)             | 1~7 |
|                       | 社会認識<br>(3~21)      | P)社会的交流                  | 1~7 |
|                       |                     | Q)問題解決                   | 1~7 |
|                       |                     | R)記憶                     | 1~7 |
| 合計                    |                     | 18~126                   |     |

**排泄行為**関連項目に  
注力せよ!!

複数項目の点数が  
得られやすい

| 点数 | 程度                    |
|----|-----------------------|
| 7点 | 完全自立                  |
| 6点 | 修正自立                  |
| 5点 | 監視、準備、指示、促しが必要        |
| 4点 | 75%以上自分で行う            |
| 3点 | 50%以上75%未満自分で行う       |
| 2点 | 25%以上50%未満自分で行う       |
| 1点 | 25%未満しか自分で行わない<br>全介助 |

# 離床コーディネーターを 作ろう

リハビリは、まず最低でも  
1／3ルールを守ろう

1日は24時間、8時間はリハビリを  
8時間は睡眠、8時間は回診、治療、その他

# 8時間リハビリの内容

- ◆ 4時間は個別リハ
- ◆ 2時間はチームリハ(POCリハ)
- ◆ 2時間は自主リハ

重症の人でも、せめてベッド上で  
座位に近いギヤッジアップを



寝たきりになるより座りきり

# 「座りきり」の準備をしよう

座ることにより心肺機能に負荷がかかり、身体機能の回復を。

28年度診療報酬改定と  
一連の医療改革に込められた  
厚生労働省のメッセージを  
どうとらえるか

- ① 本当の高度急性期病院は、更に高く評価する。  
(手術料、HCU等、総合入院体制加算等)
- ② 高度急性期病院は、年間手術件数5,000件程度以上しか認めない。
- ③ 急性期病院は年間手術件数2,000～3,000件を想定しており、これらの病院と高度急性期病院を合わせて急性期と想定しているだろう。
- ④ その他の急性期といわれる病院は、地域急性期病院として、全て地域包括ケア病院に移行させるつもりだ。

- ⑤ 7:1を維持できなくて、10:1に分割するような病院は、急性期とは認めないし、決して復帰させない。
- ⑥ 急性期病院の中で、DPCの第Ⅲ期日までの長期入院をさせている病院は評価しない。
- ⑦ DPCは7:1のみならず、10:1,地域包括ケア病棟,療養病床にもデータ提出を求めている。要するに、病院の診療状況が全て明らかになるというシステムである。今さらにDPC病院になれたからといって大喜びするのは時代遅れである。

- ⑧ リハビリテーションは、成果主義に移行し、  
厳しい選別を行う予定である。
- ⑨ 回リハは短期間で優れた成果を出す  
病院を評価する。
- ⑩ 地域包括ケア病棟が地域の医療を  
守ることになる。

- ⑪ 慢性期は20:1以上の慢性期治療病棟しか認めない。
- ⑫ 慢性期は急性期から転院した患者を早期に適切に治療し、在宅復帰させる病院を評価する。

- ⑬ 低栄養や嚥下障害やがん患者などの改善に努力している病院を評価するということは、安易にターミナルだとして、ろくな治療をしない病院は評価しないということだ。
- ⑭ 多剤投薬の減薬や残薬、後発医薬品の使用促進、調剤薬局対策など、薬剤費にこれからも切り込むつもりだ。



- ⑮ 認知症合併患者に対し、適切に治療を行っている病院を評価するということは、認知症患者を軽視しないという思想の表れである。
- ⑯ 在宅医療の促進のために努力している医療機関を評価する。
- ⑰ 慢性期リハビリの介護保険への移行を促進する。

- ⑱ 診療所のかかりつけ医を評価する。
- ⑲ 急性期の適正化により、患者を慢性期病院や在宅に移行させる。慢性期病院はこれらの患者を引き受け、更に在宅医療の支援を行う病院を評価する。
- ⑳ 空床化した病床は、一般病床であれ、療養病床であれ、施設や住居に転換させる。