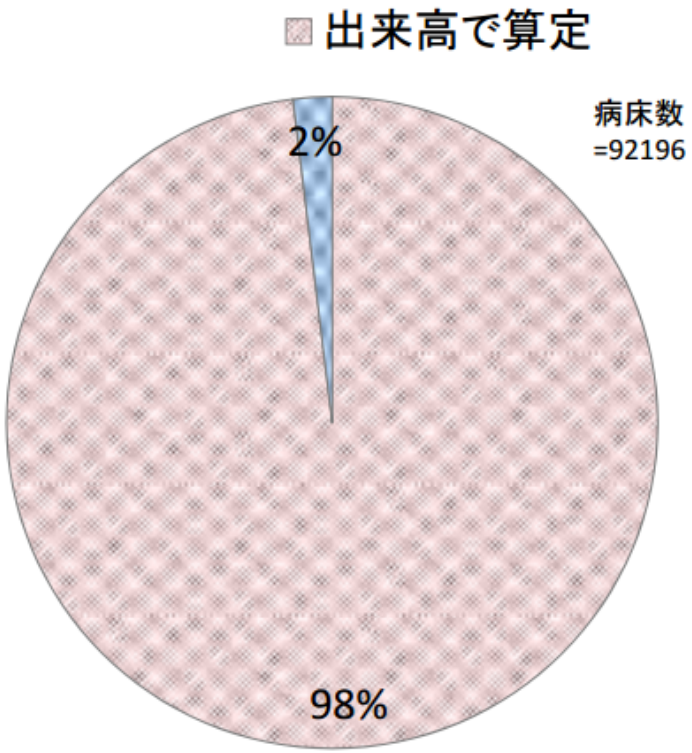
2015.10.8　記者会見資料

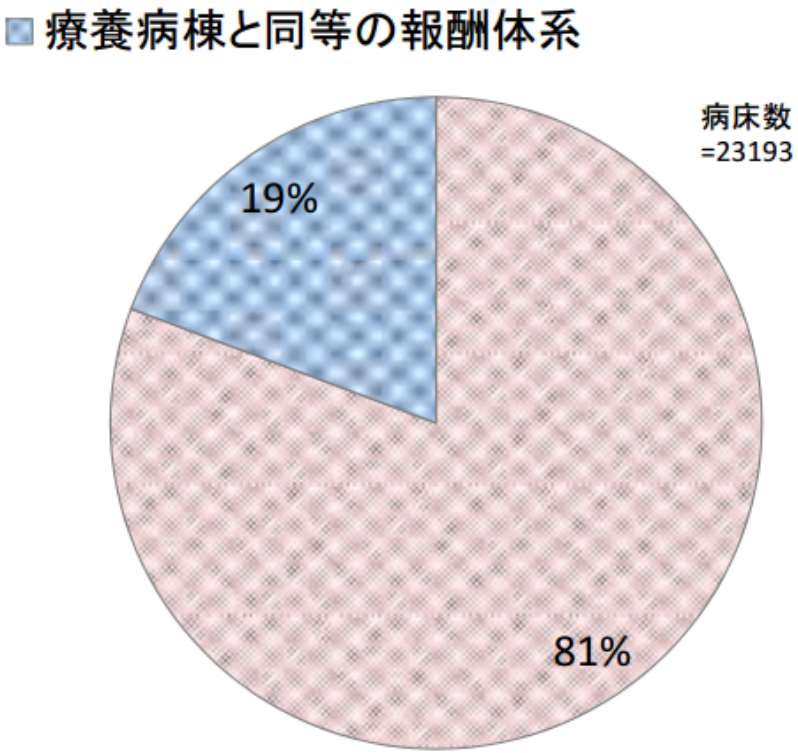
一般社団法人日本慢性期医療協会

90日を超えて入院している患者の算定方法（病棟）

＜病床ごとの算定方法の内訳（7対1）＞



＜病床ごとの算定方法の内訳（10対1）＞



[経過措置※の届出を行った病床]

全病床の0.07%（全医療機関の3.5%）	全病床の2%（全医療機関の19%）

（※療養病棟と同等の報酬体系とした場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床に限って出来高算定が可能）

出典：平成27年度入院医療等の調査（施設票）

特定除外制度は、いつまでも認めてよいのですか。急性期病棟は名ばかりで、機能は慢性期病床となるだけですが。

特定除外への対応について

１～２年も入院している患者と1週間前に入院した患者の１日当たり医療費が7:１の病棟で変わらないので良いのか。

2015年10月　武久洋三作成

特定除外患者が退院先がない等で、７:１等に入院することは、まあ社会的入院なので、ある程度認めてもよいであろう。しかし、ＤＰＣのように長期になれば、入院費は安くしなければならない。

２０１５年（平成２７年）　９月２５日金曜日　メディファクス　７１６３号

MEDIFAX メディファクス

© じほう 2015

MF医療情報室

http://mf.jiho.jp　株式会社じほう

●この通信は会員が直接利用される以外、コピー等による第三者への提供は固くお断りいたします

■ 病床機能報告前に医療現場が困惑　地域包括ケア病棟の位置付けで

10月に実施される2015年度の病床機能報告を前に、地域包括ケア病棟の医療機能の在り方などをめぐって一部医療現場が困惑している現状があると日本病院会の堺常雄会長、全日本病院協会の西澤寛俊会長が24日、本紙の取材に対して懸念を示した。

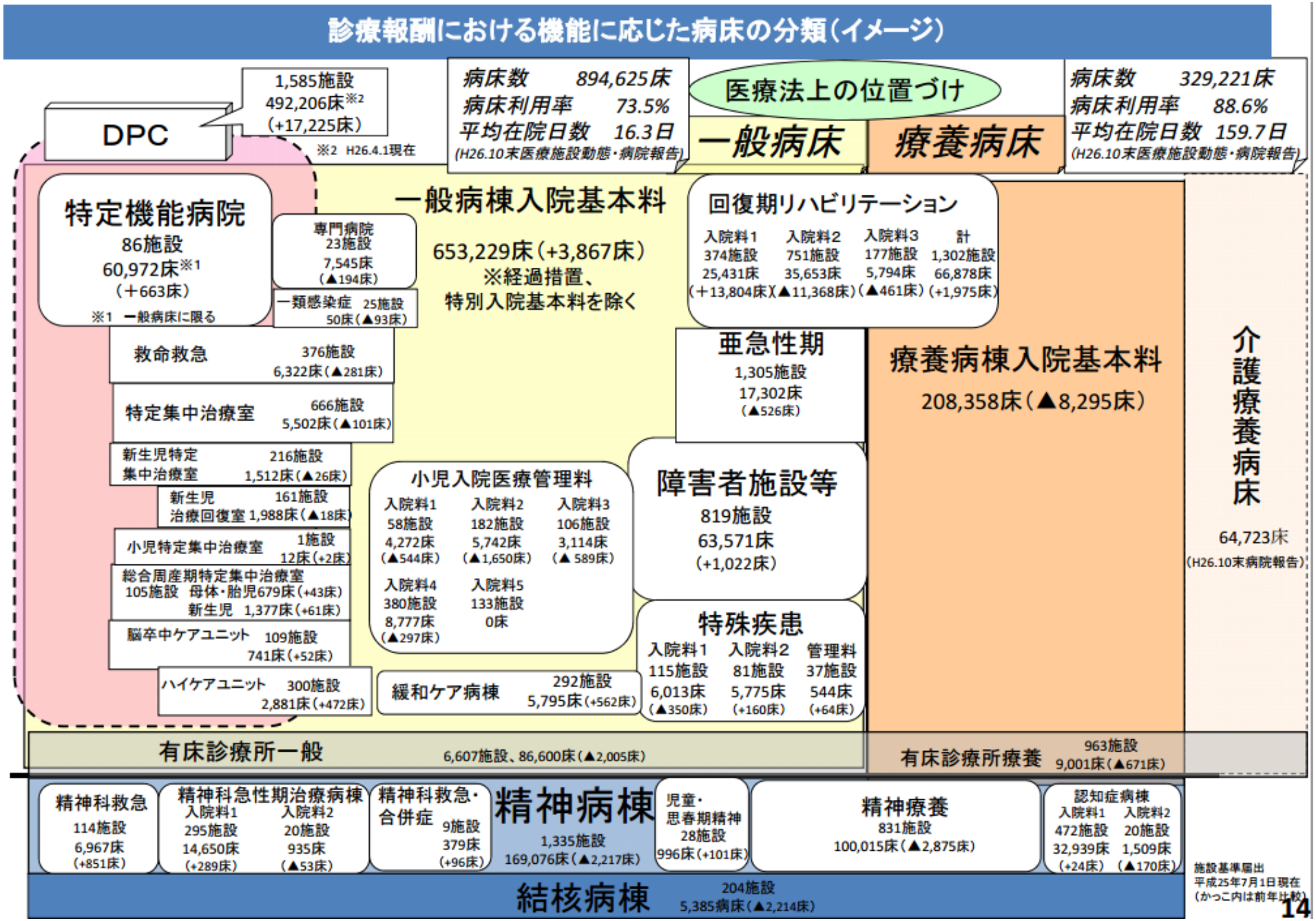
堺会長は、今年度の病床機能報告を行うに当たり「地域包括ケア病棟が担う機能がはっきりせず、急性期なのか回復期なのかで一部の医療現場は困惑している」とし「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会での地域包括ケア病棟の機能に関する議論は、次期改定論議のスピード感を踏まえて進めていただきたい」と指摘。病床機能報告を前に、医療機能分化に関する政策と、診療報酬改定との整合性に関する先行き不透明感への懸念が医療現場にはあると強調した。

西澤会長も、病床機能報告について「医療機能分類にそって病棟単位で報告することに現場は混乱している」とし「地域包括ケア病棟はいわゆるサブアキュートとポストアキュートが交じっているので、どちらのウエートが多いかで急性期あるいは回復期と回答している」と現状を語った。

病床機能報告制度で地域包括ケア病棟の機能をどのように位置付けるかの判断は、これまでもさまざまな意見が出ていた。厚生労働省医政局が地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会で議論する方針を示しているが、具体的な議論にはまだ入っていない。

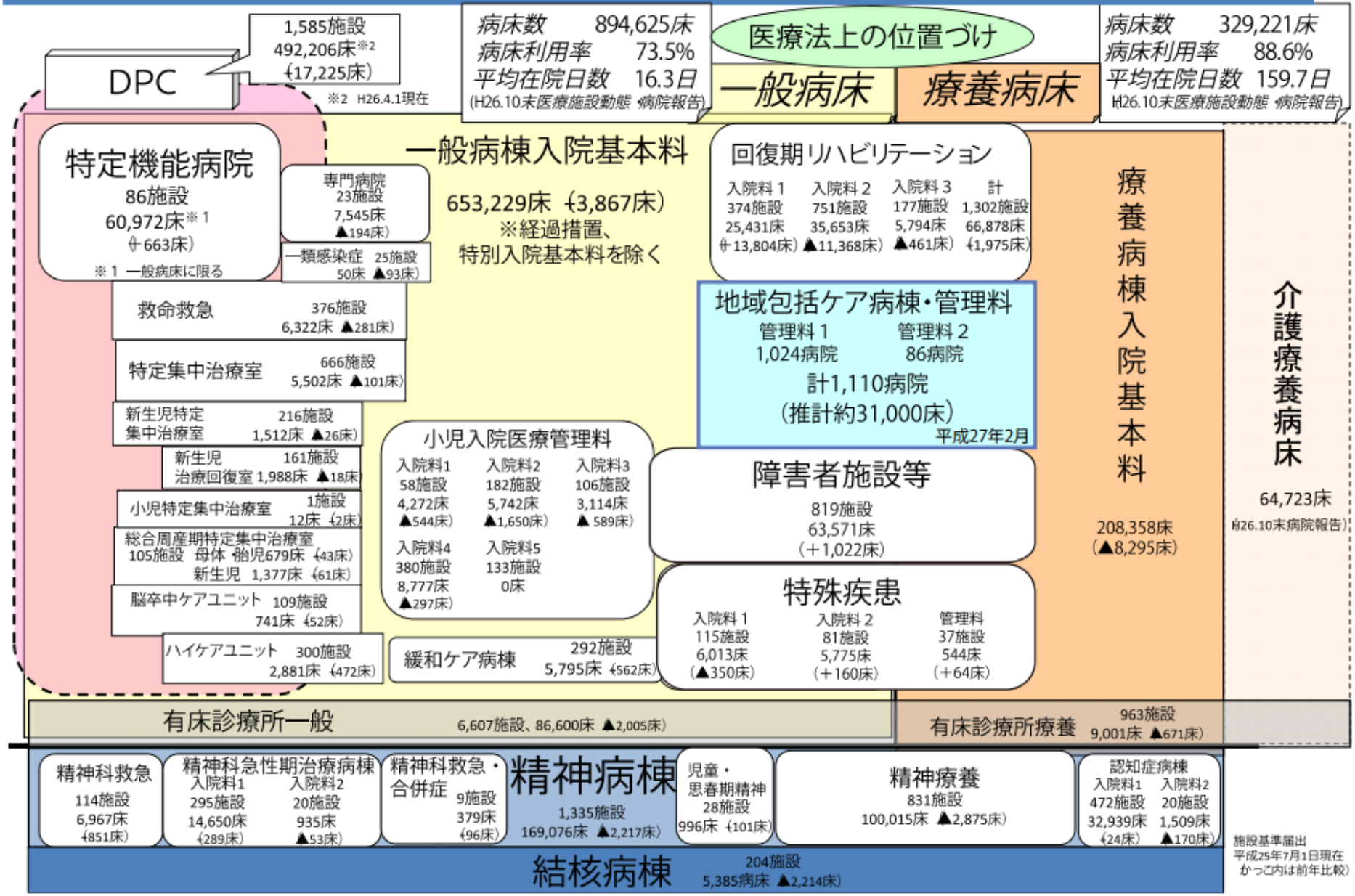
一方、堺会長は、次期改定に向けた基本方針の議論を踏まえ、７対１入院基本料や地域包括ケア病棟に関する診療報酬体系と、地域医療構想で求める４つの医療機能との整合性をとるべきだとの考えをあらためて示した。地域包括ケア病棟には、14年度改定で３つの機能が期待されたが「中医協・入院分科会のデータからは、３つの機能のうち在宅患者の急変時対応の比率が低かった」と振り返り「地域包括ケア病棟の機能を、次期改定でどう評価するのかをきちんと議論してほしい」と述べた。

さらに、７対１入院基本料については「病棟群単位にすると、現行の病院単位で10対１病棟の一部が７対１に底上げされて７対１が増えるのではないかとの見方が出ているが現場感覚とは異なる。シミュレーションは難しいが、『重症度、医療・看護必要度』の項目の見直しだけでなく、15％基準も見直される可能性があることを考えると、新たな７対１、10対１の要件が緩和されない限り10対１から７対１に移動するには看護配置を大幅に加配していなければ無理」との見解を示し、次期改定に向けた議論で病棟群単位の考え方についての検討を求めた。



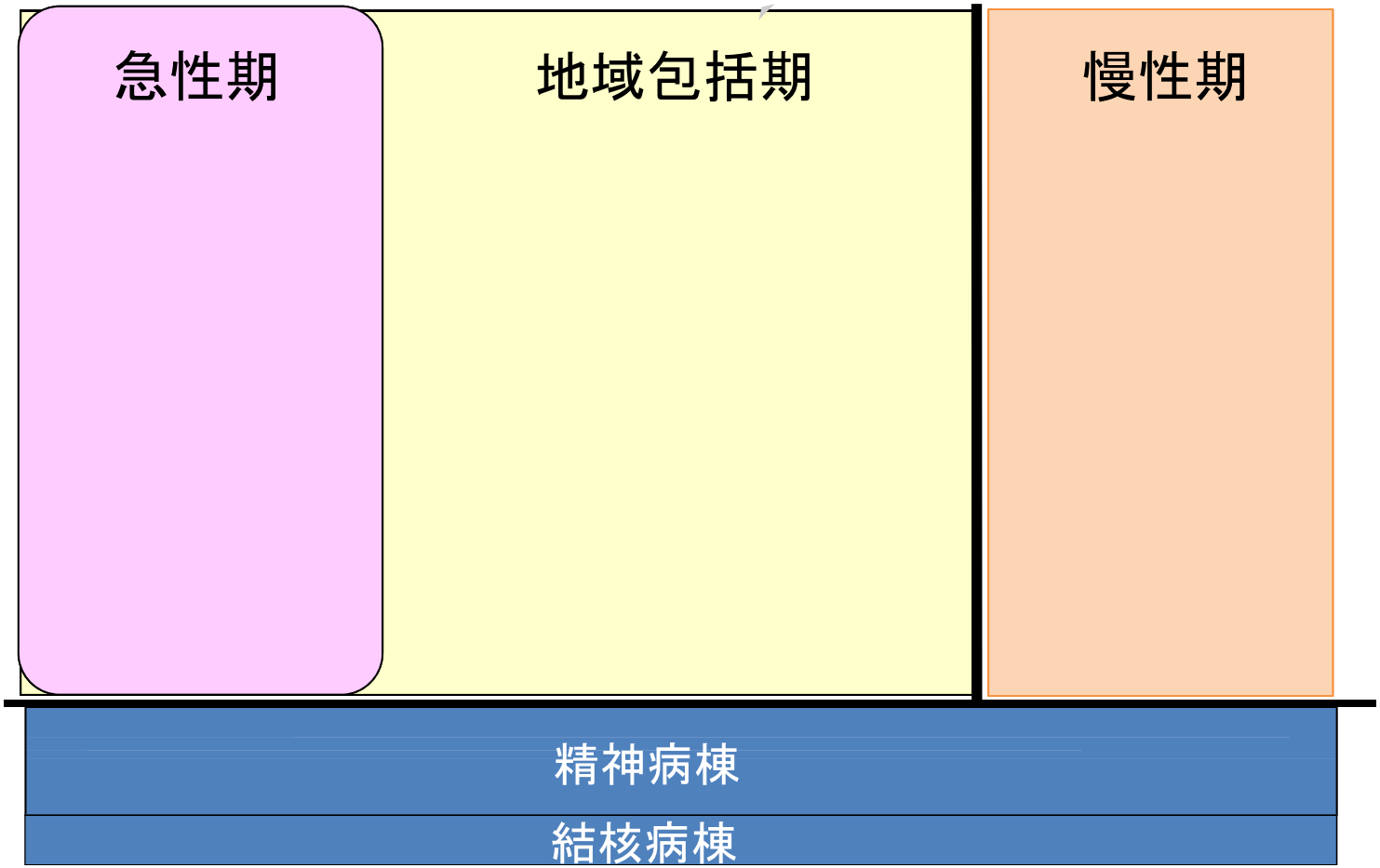
平成27年3月4日　中央社会保険医療協議会 総会（第292回）資料より

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）



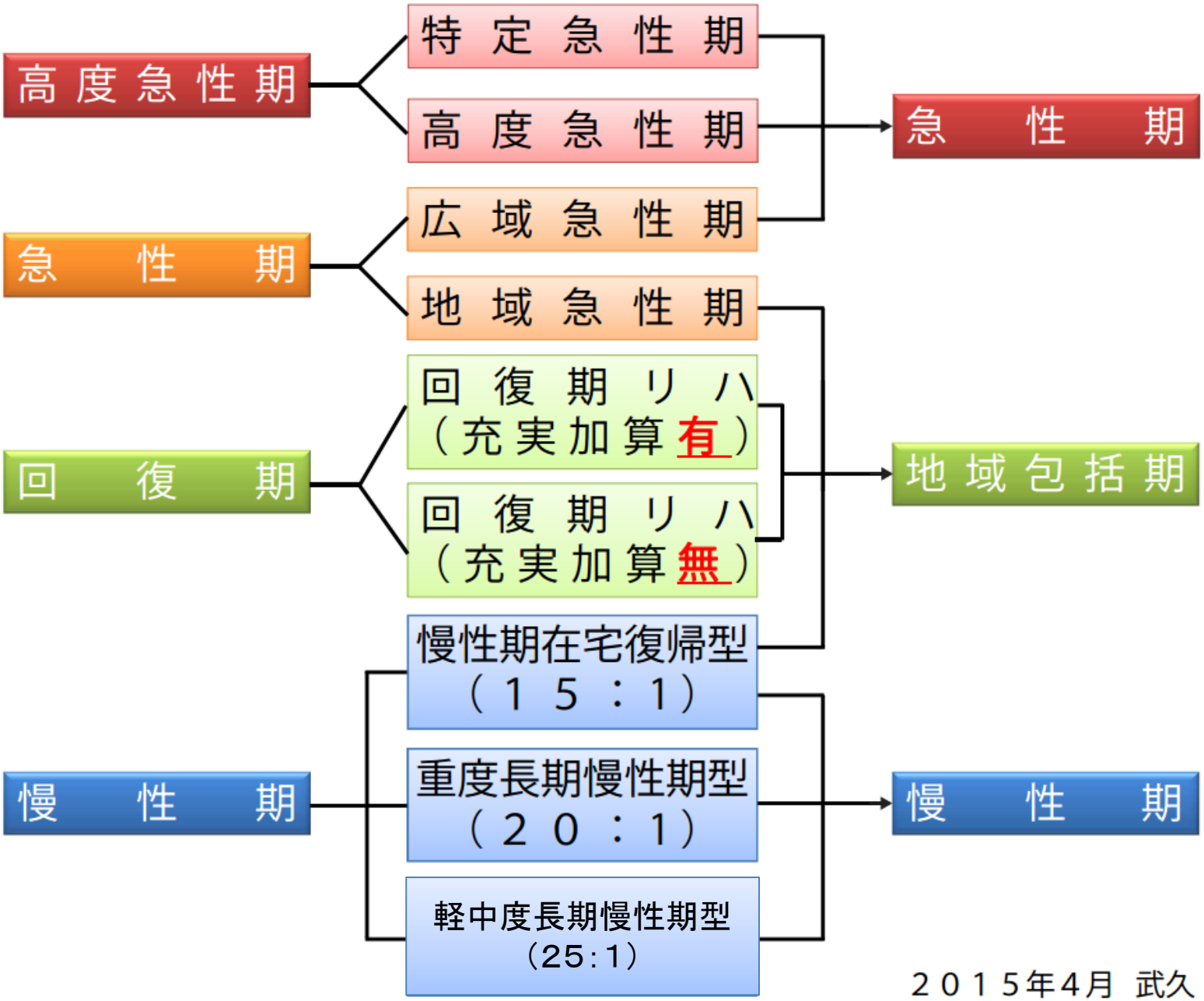
平成27年3月4日 中央社会保険医療協議会 総会（第292回）資料を参考に武久洋三作成

診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）



2015年4月　武久　洋三　作成

４つの病床機能報告制度の行方



２０１５年４月　武久　洋三作成

消費税とは

消費する物品等にかかる消費税である。不動産に消費税がかかるのは大　変　お　か　し　い　。

消費税導入時、当時の日本医師会は、

非課税を主張する大失敗をやらかした。

８%に増税時、病院団体は高額設備への還付を拒否して、診療報酬への上乗せを選択するという過ちを犯した。

８％増税時、役所は建築費については

非課税還付を容認していたにもかかわらず。

今　と　な　っ　て　は　も　う　遅　い　。

消　費　税　制　度　の　枠　内　で　は　厳　し　い　。

あとは病院建築に対する交付金しかない。

土地の売買・賃貸は無税。

然るに建築物には同じく不動産で

ありながら消費税がかかる。

建物はすでに

不動産取得税	４％
消費税	８％⇒１０％
固定資産税	１年で１．７％
	２０年で３４％
	４０年で６８％

建物を建築して、
４０年間で不動産価値の
実に80％以上の税金を払わされる。

病院は民間といえども、地域に許可された病床を運営している「社会的医療資源」であり、医師個人だけのものではない。

このまま消費税が10～20%になれば、
民間病院は病院のリニューアルは
不可能であり、医療資源は廃墟となる。
日本の70%以上の医療を担う民間病院
の廃退は国民の健康な生活を奪う。

病　院　建　築　に　対　し　て

何らかの緊急財源出動を。

そうしなければ日本の医療は亡ぶ。

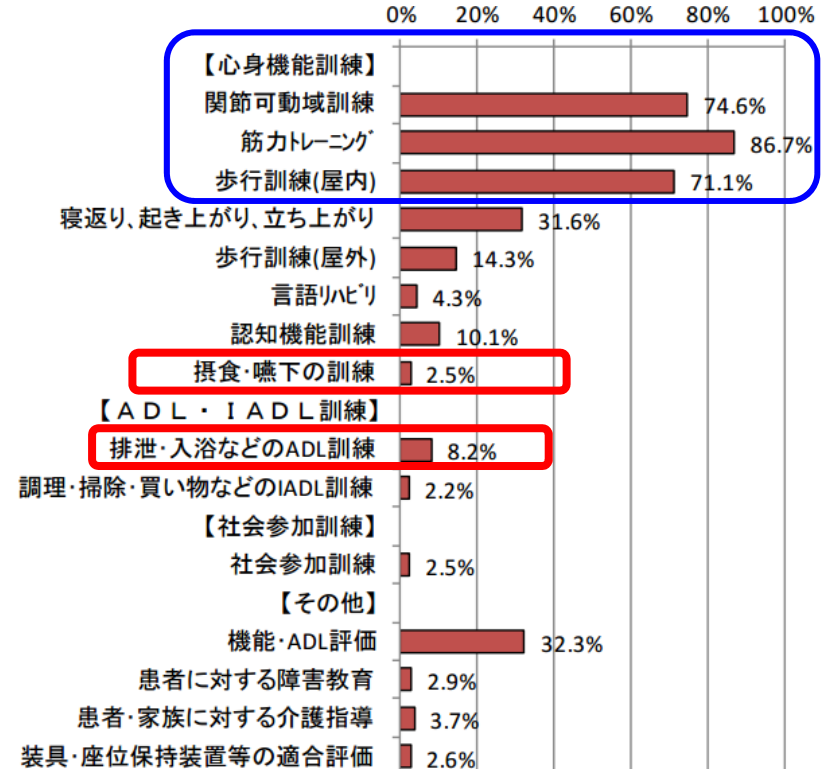
◎それでよいのですか？

財務省や政権の皆様方

リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

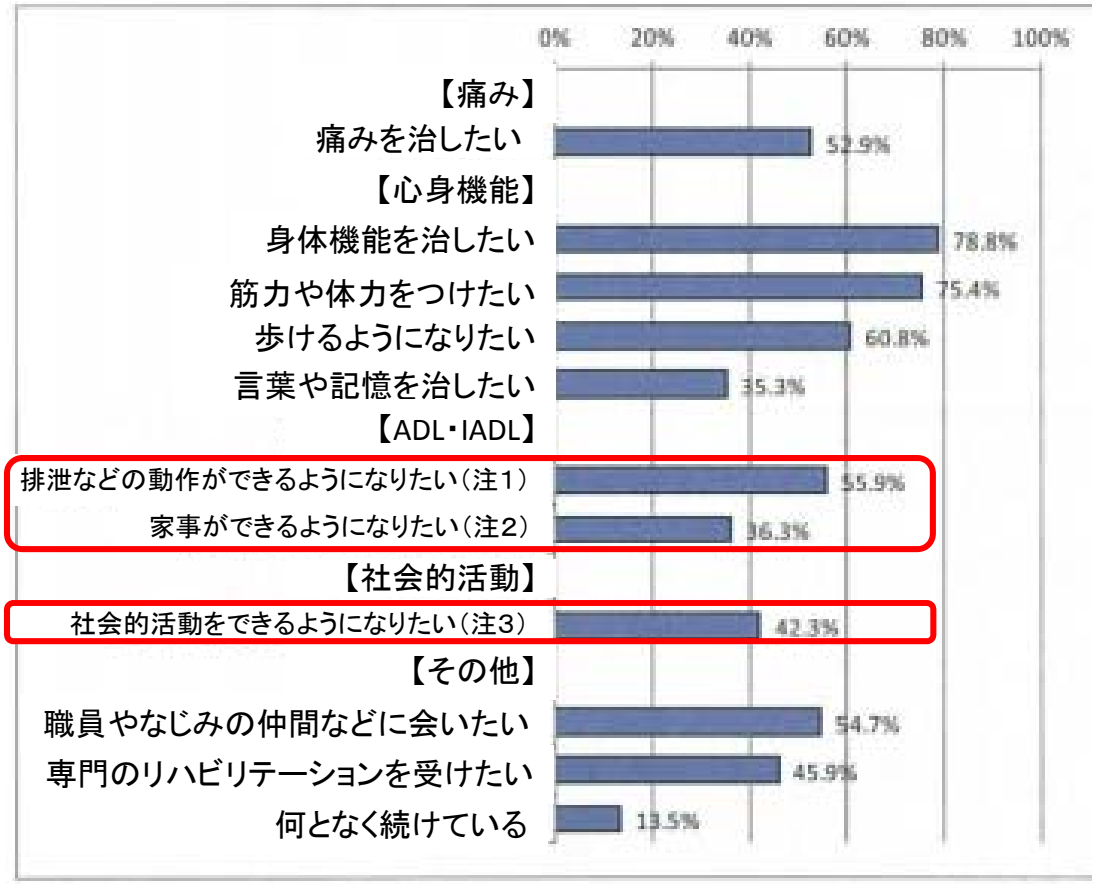
リハビリの実施内容（複数回答）

図表17　通所リハ
（n=3,415）



リハビリ継続理由：本人回答（複数回答）

図表45　通所リハ
（n=2,786）



注1）選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作（移動や食事、排泄、入浴、着替えなど）ができるようになりたい」
注2）「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」
注3）「病気やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動をできるようになりたい」

今までのリハビリの矛盾を明確化し、新しいリハビリの考え方が正しいかどうか、数々の実務的リハビリをしてみました。

⇒ 明らかなＥＢＭが得られました。

先ず第一に取り掛かるべきは、

嚥下障害と膀胱直腸障害に

対するリハビリではないか。

どうして自立歩行を至上目的に

するのかが問われている。

嚥下障害リハビリ、膀胱直腸障害リハビリの優先

① まず人間性の回復を優先すべき

② おむつをして経管栄養している人が、リハビリに熱心になれるか

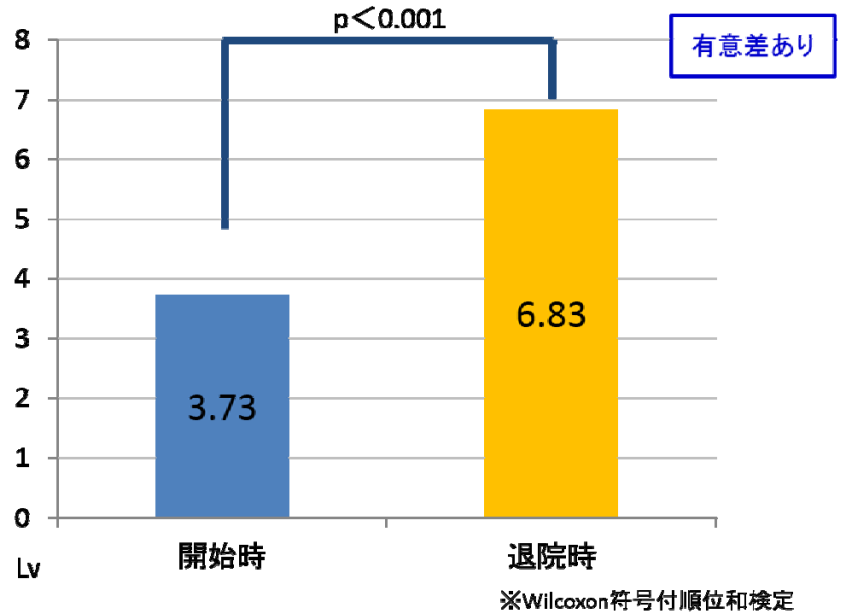
③ 嚥下障害リハビリや膀胱直腸障害リハビリに多くの時間をとるべき

④ 歩行訓練リハビリの優先は正しいのか

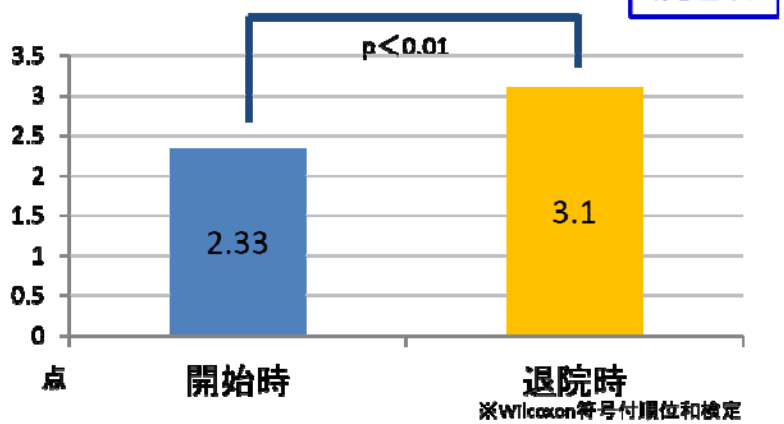
積極的な摂食嚥下訓練の効果検証

ST（摂食嚥下）訓練　多単位介入	
実施対象病院	4病院
患者数	30名 （男性19名・女性11名）
年齢	78.1±11.2　歳
主疾患	中枢神経疾患：27名 その他：3名
平均ST実施単位 （1日当たり）	5.6単位

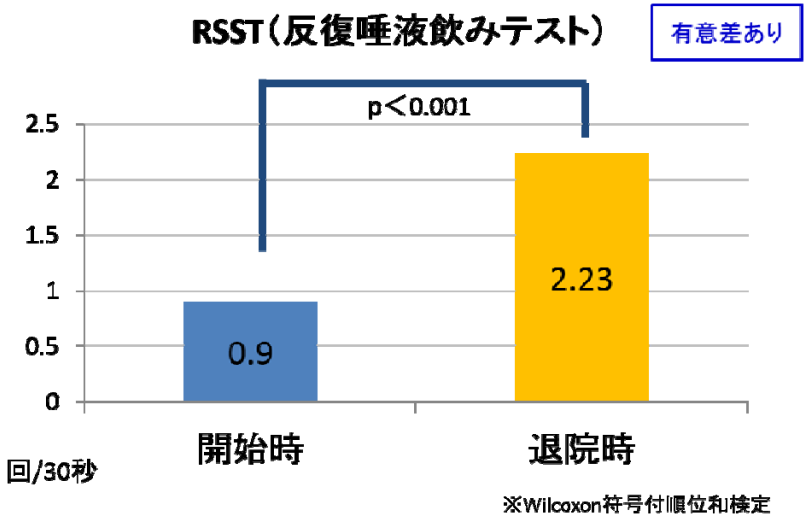
FILS（摂食嚥下障害者の摂食状況レベル）



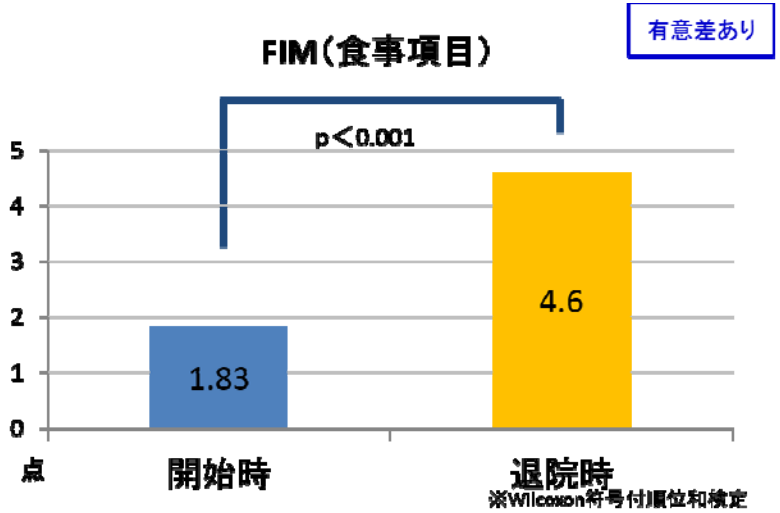
MWST（改訂水飲みテスト）



RSST（反復唾液飲みテスト）

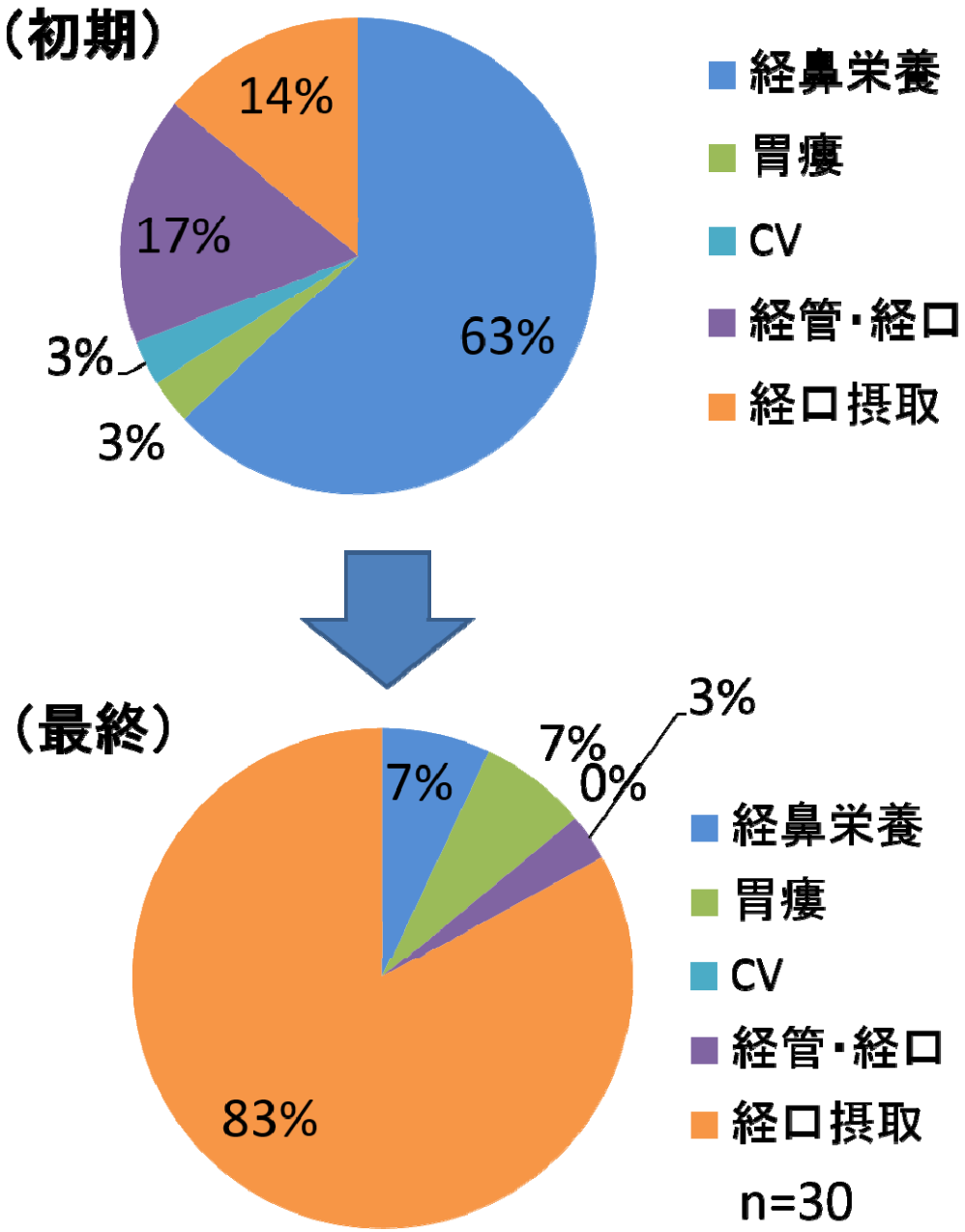


FIM（食事項目）



STの多単位介入によって、嚥下機能の指標である、FILS、改定水飲みテスト、反復唾液飲みテストの有意な改善を認めた。また嚥下機能だけでなく、FIMの食事項目も有意に向上している。

栄養摂取手段の変化

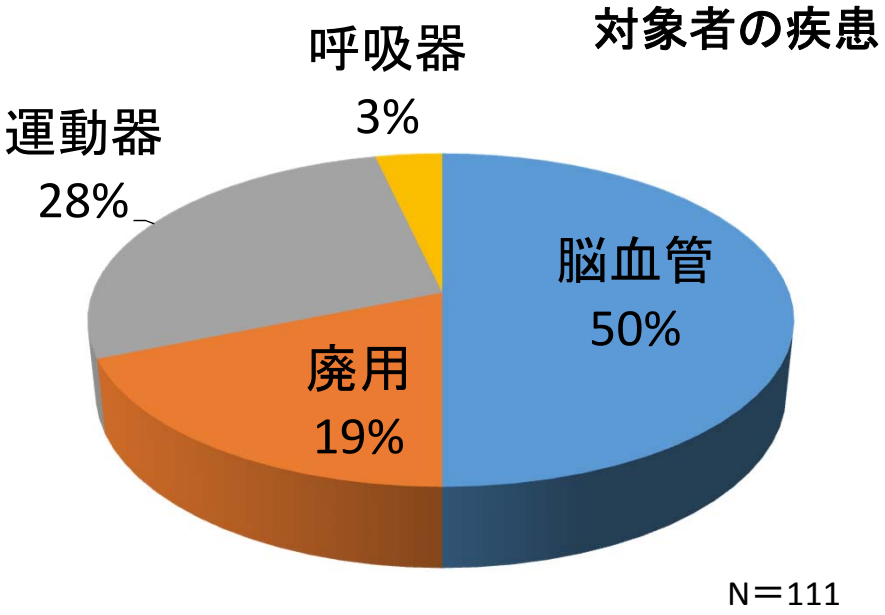

（初期）
14%
17%
3%
3%
63%
経鼻栄養
胃瘻
CV
経管・経口
経口摂取
（最終）
7%
7%
0%
3%
83%
経鼻栄養
胃瘻
CV
経管・経口
経口摂取
n=30

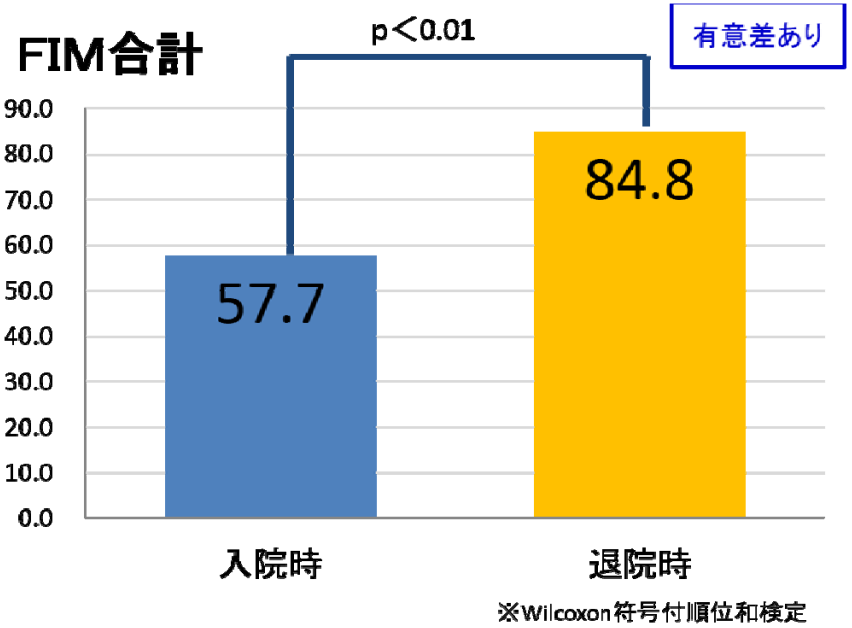
尿意や便意があろうがなかろうが、

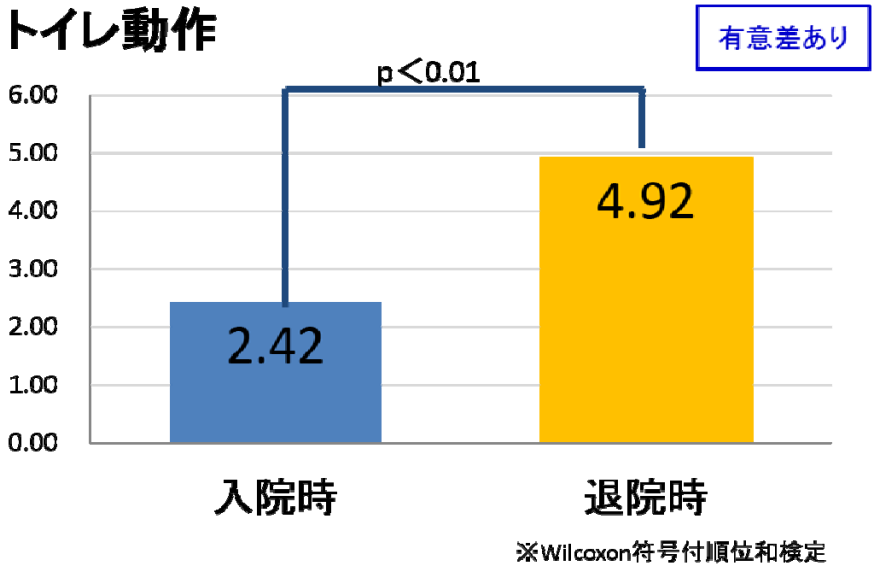
おむつをしてしまう習慣をストップすること

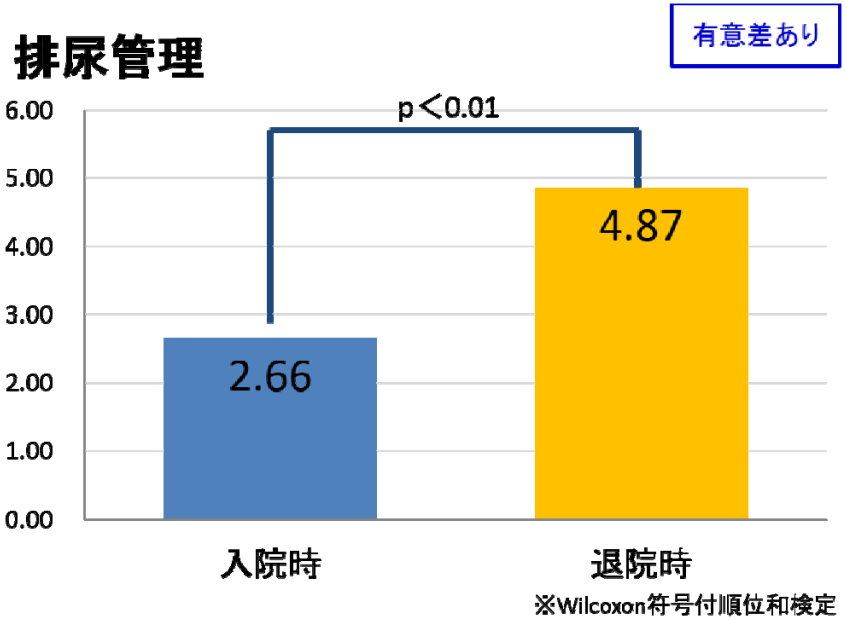
膀胱・直腸障害リハの効果検討

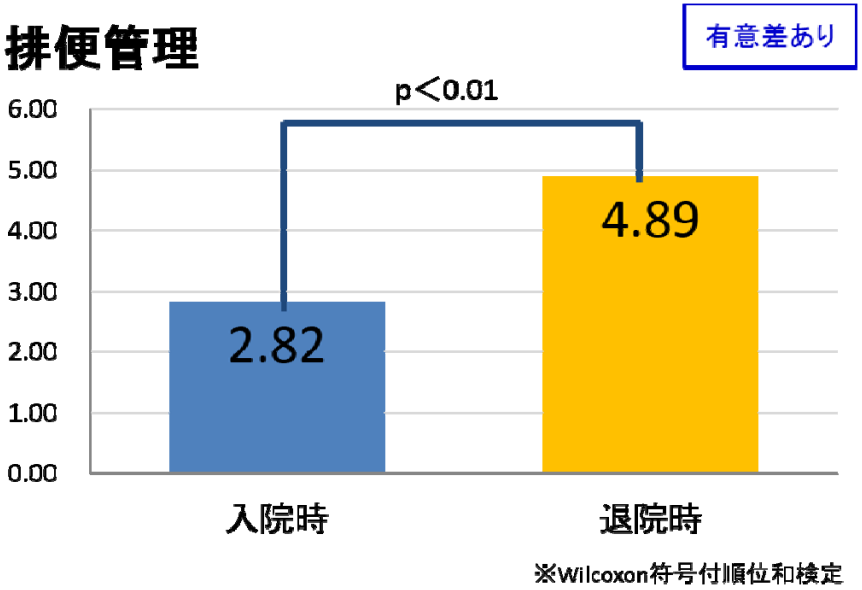
実施施設数	22施設
対象患者数	111名
平均年齢	80.5±9.8　歳
平均個別リハ実施数	5.1単位/日





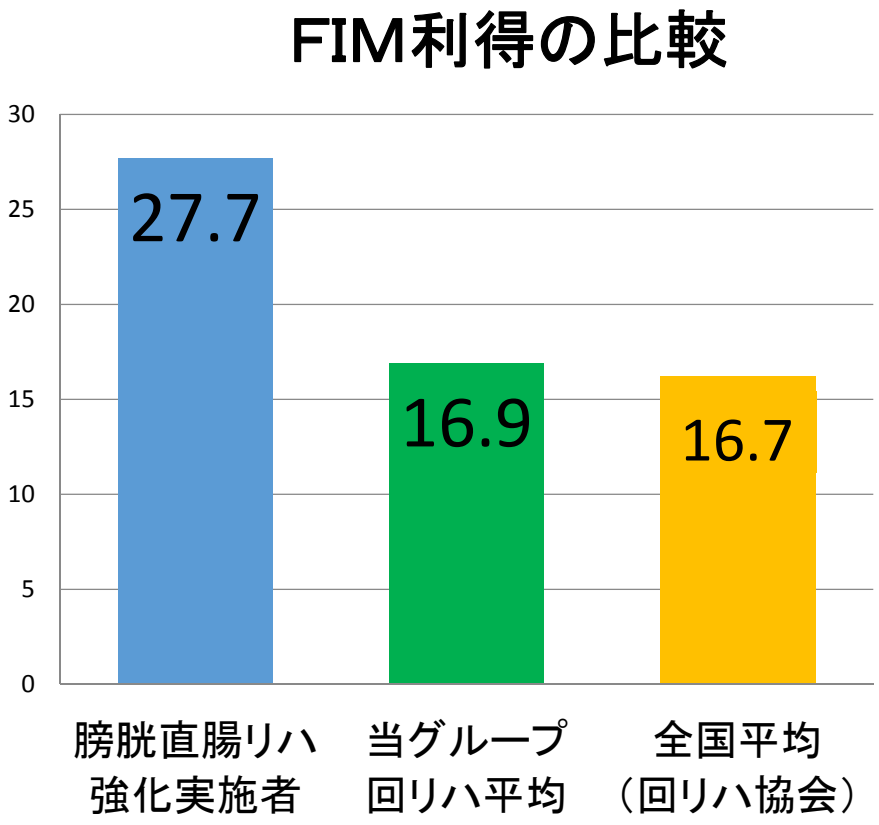






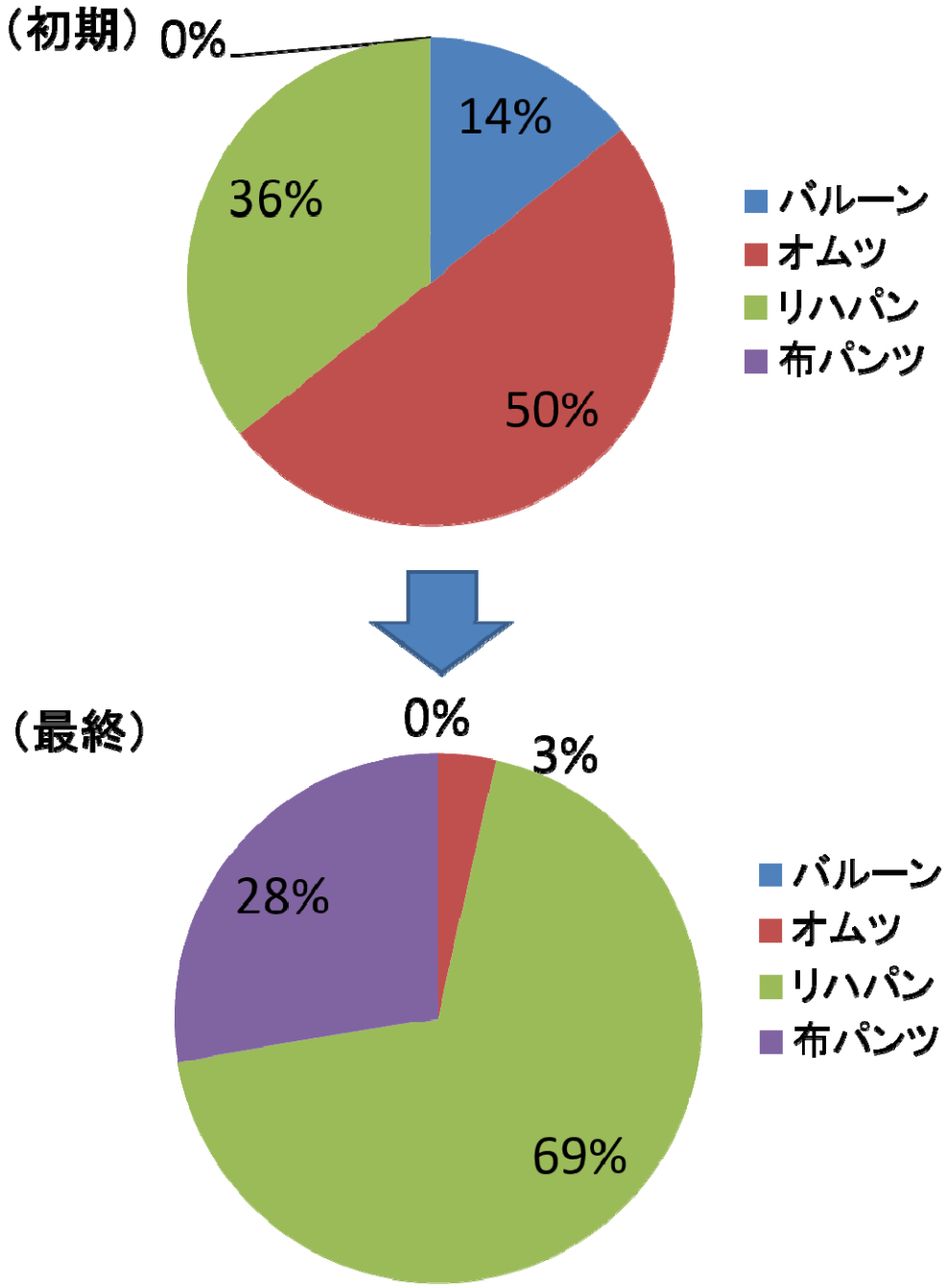
- 膀胱直腸障害へのリハを強化したことで、入院時→退院時において、FIM利得はもちろん、トイレ動作、排尿コントロール、排便コントロールの項目が有意に向上しており、大きな成果が得られていると考える。

当グループデータと
回リハ協会のデータを比較



- 回リハ協会の26年調査では、協会所属病院の平均FIM利得（退院時－入院時）は、16.7点である。
- 当グループの回リハ病棟の26年度実績では、平均FIM利得は16.9点である。
- 当グループ病院において、膀胱直腸障害に対して重点的にリハを行った患者平均は27点もの利得を認めており、FIM合計点数の上り幅は非常に大きいといえる

着用している下衣（パンツ）の変化



- 初期にバルーンやオムツだった患者さんが、リハパンや布パンツに移行できている。
- 入院時にバルーンとオムツで64%を占めていたが、退院時にオムツを着用している者は3%までに減少している。

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	17.6	15.9	14.7

回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書：（一社） 回復期リハビリテーション病棟協会 より

これからのリハビリ提供体制予測

1. 在宅復帰機能強化型療養　１日１単位必須
2. 地域包括ケア病棟　１日２単位必須
3. 回復期リハ病棟Ⅲ　１日３単位必須
4. 回復期リハ病棟Ⅱ　１日４～５単位必須
5. 回復期リハ病棟Ⅰ　１日５～６単位必須

2015年10月　武久洋三作成

療養病床に係る看護師の人員配置基準の経過措置について

平成23年12月1日　第24回社会保障審議会医療部会 資料より

病院・診療所・主な高齢者関連施設の 人員配置基準の比較

（人員配置は、いずれも入院・入所者数に対する比率。なお、診療所の一般病床には特段の定めなし。）

	病院・診療所				介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
	一般病床	療養病床				
		医療保険	介護保険	転換病床※1 平成24年3月末まで		
医師	16:1	（病院） 48:1 （診療所） 1以上		96:1	100:1以上 常勤1以上	必要数 （非常勤可）
看護	3:1	医療法施行規則本則上は4:1※2 ただし、平成24年3月末までは6:1		看護・看護補助あわせて3:1 うち、看護が1／3	看護・介護が3:1以上 うち、看護が2／7	看護・介護が3:1以上 うち、看護は以下のとおり（左は入所者数） 0～30 :1以上 31～50 :2以上 51～130 :3以上 131～ :3+50:1
		※3	※4			
看護補助・介護	―	同上	同上			

※1 転換病床については、構造設備基準に係る経過措置も講じられている。
※2 診療所の療養病床については、平成13年改正の経過措置により看護・看護補助あわせて2:1、そのうち1人を看護とすれば 足りることとされている。また、当該規定についても、経過措置により、平成24年3月末までは、看護・看護補助あわせて3:1、そのうち1人を看護とすれば足りることとされている。

※3 診療報酬では、
①療養病棟入院基本料2として25:1（医療法方式では5:1に相当）まで評価、
②有床診療所療養病床入院基本料 として6:1まで評価している。
※4 特定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準で6:1と規定している。

医政発０３２９第１３号
平成２４年３月２９日

（３）療養病床に係る経過措置の創設

医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成１３年厚生労働省令第８号）及び平成１８年改正省令により、平成２４年３月３１日までは、療養病床における入院患者の数に応じた看護師、准看護師及び看護補助者（以下「看護師等」という。）の人員配置に係る経過措置が講じられているが、当該療養病床について、一定の要件を満たす病院又は診療所であることを平成２４年６月３０日までに届け出たものに限り、平成３０年３月３１日までは下記のとおり取り扱うこと。

① 療養病床を有する病院であって、平成２４年改正省令の施行の際現に、介護療養型医療施設（転換病床を有する病院を除く。以下「特定介護療養型医療施設」という。）又は看護師等の員数が規則第１９条第２項第２号及び第３号に掲げる数に満たない病院（以下「特定病院」という。）であるものについては、特定介護療養型医療施設又は特定病院であることを開設地の都道府県知事に届け出た場合、療養病床における入院患者の数に応じた看護師等の人員配置について、看護師及び准看護師の配置を６：１、看護補助者の配置を６：１に緩和する措置と同等の基準を、都道府県が条例を定めるに当たって従うべき基準として規定し直すこと。（規則附則第５３条）

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