

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：令和2年10月8日16:30～

場所：Web会議システム「Zoom」使用



日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

1. 「回復期リハビリテーション病棟」の入院条件から
発症後の期間が削除された
2. そうなると「回復期リハビリテーション病棟」の
「回復期」はそのままでもいいのか？
3. 2020年度診療報酬改定および
新型コロナウイルス感染拡大に伴う影響度調査結果

届出医療機関数 (上段：医療機関数／下段：病床数) 令和元年		
1	一般	(病床数) 21,822
	療養	(病床数) 26,729
		732
2	一般	(病床数) 3,383
	療養	(病床数) 6,308
		180
3	一般	(病床数) 9,364
	療養	(病床数) 10,972
		440
4	一般	(病床数) 1,176
	療養	(病床数) 2,544
		85
5	一般	(病床数) 1,085
	療養	(病床数) 1,187
		54
6	一般	(病床数) 1,171
	療養	(病床数) 1,513
		59

回復期リハビリテーション病棟
届出病院・病床数

- 日本慢性期医療協会会員病院では
 - ◆ 「回復期リハビリテーション病棟」
346病院 20,690床
 - ◆ 「地域包括ケア病棟」
356病院 12,259床
- が含まれている。

2020年4月 日本慢性期病院 会員病院 病床数調査結果
(回答数 974病院 162,691床) より

【令和2年度診療報酬改定前】回復期リハビリテーションを要する状態

	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
入院患者の 要件	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（ <u>発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る※1。</u> ）又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して <u>150日以内</u> ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して <u>180日以内</u>
	2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（ <u>発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る※1。</u> ）	○ 算定開始日から起算して <u>90日以内</u>
	3 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（ <u>手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る※1。</u> ）	○ 算定開始日から起算して <u>90日以内</u>
	4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態（ <u>損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。</u> ）	○ 算定開始日から起算して <u>60日以内</u>
	5 股関節又は膝関節の置換術後の状態（ <u>損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。</u> ）	○ 算定開始日から起算して <u>90日以内</u>

1. 「回復期リハビリテーション病棟」の入院条件から発症後の期間が削除された
改定前(対象患者と算定上限日数)

改定後(対象患者と算定上限日数)

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数
一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、一般病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、総合入院体制加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料（以下「算定開始日数控除対象入院料等」という。）を算定する患者に対して、1日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの2か月の期間から30日を限度として控除するものとする。）又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して150日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して180日以内） 二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、1日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの2か月の期間から30日を限度として控除するものとする。）（算定開始日から起算して90日以内） 三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、1日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの2か月の期間から30日を限度として控除するものとする。）（算定開始日から起算して90日以内） 四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態（損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、1日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの1か月の期間から30日を限度として控除するものとする。）（算定開始日から起算して60日以内）五股関節又は膝関節の置換術後の状態（損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。ただし、算定開始日数控除対象入院料等を算定する患者に対して、1日6単位以上のリハビリテーションが提供された場合は、その日数をこの1か月の期間から30日を限度として控除するものとする。）（算定開始日から起算して90日以内）

別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数
一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内） 二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（算定開始日から起算して九十日以内） 三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（算定開始日から起算して九十日以内） 四大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態（算定開始日から起算して六十日以内） 五 股関節又は膝関節の置換術後の状態（算定開始日から起算して九十日以内）

※発症から2ヵ月以内の制限が廃止

●発症後2カ月以内の制限の意味

- 発症や損傷、手術から日を置かずにリハビリを開始することで、その効果が高まる点を踏まえ、医療機関側に「早期のリハビリ開始」を促す効果を期待したもの。（発症から入棟までの日数は2007年の35日をピークに減少し、2018年には24日で11日も短縮している。）

●発症後2カ月以内の弊害

- 脳血管疾患の重症で、状態が不安定な期間が長い症例では、回復期リハビリ病棟への2か月以内の転棟が難しいこともある。こうした患者が2か月超の急性期治療を経て状態が安定した場合でも、「回復期リハビリテーションを要する状態」に該当しなくなるため（2か月以内に回復期リハビリ病棟入院料の算定を開始していない）、結果として「状態安定後も回復期リハビリ病棟への入棟・転棟が難しい」ことになってしまう。

●発症後2カ月以内の制限規定を廃止しても・・・

- 回復期リハビリ病棟入院料の算定日数上限が設けられており、またリハビリ実績指数が導入され「指数を高めるには、発症・損傷等後より早期に入棟し（これにより入棟時のFIM得点は下がる傾向）、適切なリハビリを行う（退棟時のFIM得点が高がる）」ことが求められていることから、早期リハビリが後退することはないと厚労省は見ている。

● 発症後の期間が削除されたことによって…

- 重症度や医療ニーズが高く、急性期病院での治療に期間を要する患者であっても、急性期病院を退院してリハビリテーション病棟に入院できるようになり、集中したリハビリテーションが受けられるようになった。
- 在宅療養患者や施設入所者などの機能低下でもリハビリテーション病棟に入院できるようになった。

2. そうなると「回復期リハビリテーション病棟」の「回復期」はそのままでもいいのか？

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

- 「回復期リハビリテーション病棟」という名前では、リハビリテーションは回復期に行われるもので、それ以外はあまり必要ないように感じてしまう。
- しかしリハビリテーションは、必要な時にすぐに行われることによって、患者の状態がすぐに改善され、予後が良好になる可能性が高い。
- いつでもどのような患者にも適切に短期間で集中したリハビリテーションを提供できる **リハビリテーション集中病棟** としてはどうか。

地域包括ケア病棟とリハビリテーション集中病棟の違い

- 地域包括ケア病棟は、①高度急性期病院からの患者を受け入れる「Post acute機能」②「地域急性期機能」を持つ。
- リハビリテーション集中病棟は、高度急性期病院や地域包括ケア病棟、介護施設等からリハビリテーションが必要な患者を受け入れ、より集中的にリハビリテーションを行い、機能回復を目指す。

- 回復期リハビリテーション病棟入院患者の平均年齢は76.6歳※
- リハビリテーションが必要な患者が急性期から回復期、慢性期、在宅に至るまで増えている。
- 在宅療養中の患者や特養入所者でADLが低下してリハビリテーションが必要な患者もリハビリテーション集中病棟に入院し、短期間で集中的なリハビリテーションを受ける環境に近づけてくれた。

アウトカムがよければその病院の評価が上がり、
自然に地域の住民に知られて、患者が集中するだろう。

日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

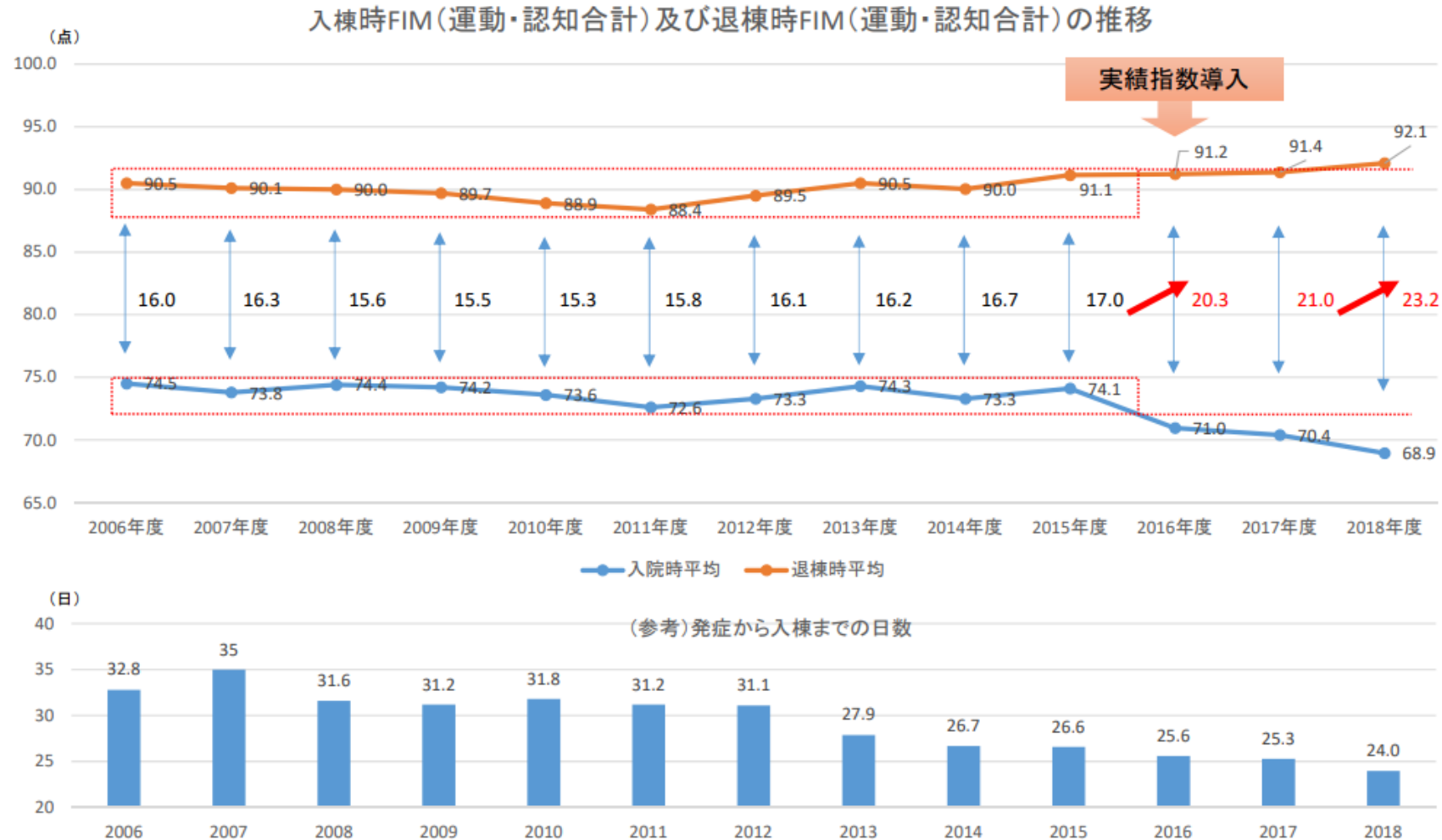
運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動		コミュニケーション		社会認識				
食事	整容	清拭	更衣（上半身）	更衣（下半身）	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解（聴覚・視覚）	表出（音声・非音声）	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点		計14～2点		計21～3点				
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

点数	介助者	手助け	手助けの程度
7	不要	不要	自立
6	不要	不要	時間がかかる。装具や自助具が必要。投薬している。安全性の配慮が必要。
5	必要	不要	監視・準備・指示・促しが必要。
4	必要	必要	75%以上自分で行う。
3	必要	必要	50%以上75%未満自分で行う。
2	必要	必要	25%以上50%未満自分で行う。
1	必要	必要	25%未満しか自分で行わない。

入退棟時FIM及びFIM得点の変化の年次推移

診療組 入 - 2 参考
 元 . 9 . 5

- 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。



出典:「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(2019年7月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

- FIMの7段階評価の診断が3点であれば50%以上75%未満を自分で行えるとされており、実際には自分で74%しかできないのに、76%にわずか2%上げるだけでFIM点数を3点から4点に上げることができるというような姑息な病院が存在する、と厚労省は推測している。
- これを防ぐためにも動画撮影を行い、客観的評価ができるようにしてはどうか。
- さらに各項目2点以上の利得を評価してはどうか。

医療区分 2

3. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）

項目の定義

傷病等によりリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）

評価の単位

1日毎

留意点

実施されるリハビリテーションは、医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されるものであること。
リハビリテーションについては、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

日本のリハビリテーションシステムをどうするのか

いつまでも細かい規制に終始するつもりか？

地域包括ケア病棟のように包括制度にするべき
ではないか。

1. 「回復期リハビリテーション病棟」の入院条件から
発症後の期間が削除された
2. そうなると「回復期リハビリテーション病棟」の
「回復期」はそのままでもいいのか？
3. **2020年度診療報酬改定および
新型コロナウイルス感染拡大に伴う影響度調査結果**

3. 2020年度診療報酬改定および新型コロナウイルス感染拡大に伴う影響度調査結果

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

調査実施時期：2020年8月

対象：日本慢性期医療協会病院会員（1,010病院）

回答病院数：174病院

1. 病床稼働率（2019年と2020年の同月比較）

◆ 2020年6月は、精神認知症治療病棟、介護医療院を除き、病床稼働率は低下。

（最大は、急性期一般入院料のマイナス5.5%）

◆ 2020年7月は、精神認知症治療病棟を除き、病床稼働率は低下。

（最大は、急性期一般入院料のマイナス3.1%）

2. 入院患者1人1日あたりの請求金額（2019年と2020年の同月比較）

◆ 2020年6月は、介護医療院を除き、請求金額は増加。

（最大は、地域一般入院料のプラス8.3%）

◆ 2020年7月は、介護療養病床、介護医療院を除き、請求金額は増加。

（最大は、地域一般入院料のプラス5.9%）

3. 2020年度診療報酬改定および新型コロナウイルス感染拡大に伴う影響度調査結果

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

3. 医師事務作業補助体制加算

- ◆ 回答174病院中、届出ありの病院は46病院（26.4％）。
- ◆ 届出病床数は、改定前の4,635床から6,348床に増加。

4. 排尿自立支援加算

- ◆ 回答174病院中、届出ありの病院は45病院（25.9％）。
- ◆ 届出病床数は、改定前の4,500床から7,426床に増加。

5. 認知症ケア加算

- ◆ 回答173病院中、届出ありの病院は144病院（83.2％）。
- ◆ 届出病床数は、改定前19,988床、改定後は19,991床でほぼ増減なし。

- 医師事務作業補助体制加算、排尿自立支援加算は算定可能な病棟が増えたことにより、届出病床数が増加している。
- 認知症ケア加算は、届出ありの病院割合が高く、専任の医師又は専門性の高い看護師を配置した「認知症ケア加算2」を算定する病院も多く見られる。

3. 2020年度診療報酬改定および新型コロナウイルス感染拡大に伴う影響度調査結果

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

6. 新型コロナウイルス感染症患者 (疑似症含む) の受け入れ

2020.6月	⇒	2020.7月
8病院 176名		15病院221名

7. 1日当たり平均外来患者数

2019.6月	⇒	2020.6月
80.2人		71.6人(8.6人減)
2019.7月	⇒	2020.7月
85.4人		75.5人(9.9人減)

- 日慢協会員病院においても、新型コロナウイルス感染患者を受け入れている。
- コロナの影響により、2019年に比べて外来患者は約1割減少している。

8. 医業利益

2019.6月	⇒	2020.6月
—		−126.6%
2019.7月	⇒	2020.7月
—		−51.6%

9. 黒字病院の比率

2019.6月	⇒	2020.6月
64.0%		52.9%
2019.7月	⇒	2020.7月
67.4%		65.9%

- コロナの影響により、医業利益が下がり、黒字病院割合もやや下がっている。