

# リハビリテーション医療における改定の影響と今後の対策



長谷川 均 (株)ルーセント代表取締役

2016年度診療報酬改定の内容が公表されてから半年余り。経過措置期間が設けられている項目もあるが、多くは4月から実施され、大幅な減収を余儀なくされている病院も現れ、「勝ち組」と「負け組」が顕著になってきた。

回復期リハビリテーション（以下、回復期リハ）病棟を中心に、リハビリテーション（以下、リハまたはリハビリ）関連の診療報酬も見直され、各病医院や現場では、早急な対応に迫られている。

## 医療・介護保険の併給が可能な「目標設定等支援・管理料」に注目

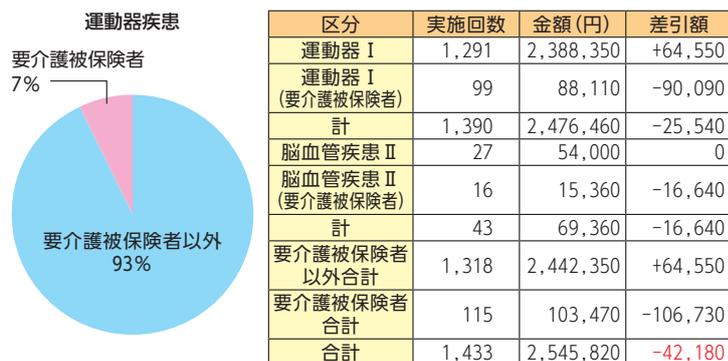
医療と介護の役割分担を勘案し、要介護被保険者に対する維持期リハの評価の適正化と介護保険への移行については従来から実施されてきたが、今回の改定で要介護被保険者に対する維持期リハ料が、100分の90から100分の60算定に減額された（図表1）。その影響を、いくつ

●図表1 要介護被保険者の維持期リハの見直し

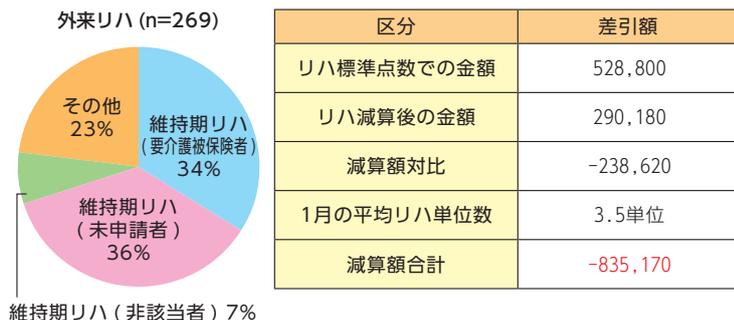
<b>【見直し】</b>
●要介護被保険者に対する維持期のリハビリテーション料* ..... 本則の100分の60に減算
●維持期リハビリテーションを提供する医療機関に介護保険のリハビリテーションの実績がない場合* ..... 所定点数の100分の80に減算 <small>* 2018年4月1日以降は原則として対象外</small>
<b>【新設】</b>
<b>目標設定等支援・管理料</b>
・初回の場合…250点 ・2回目以降の場合…100点
目標設定等支援・管理料を算定してから3カ月間は、1カ月に5日を超えない範囲で、医療保険と介護保険のリハビリテーションの併給が可能
<b>【算定要件等】</b>
・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要介護被保険者等にリハビリテーションの目標設定等の支援、介護保険のリハビリテーションの紹介等を行った場合に算定。
・標準的算定日数の3分の1経過後、目標設定等支援・管理料を算定せず疾患別リハビリテーションを行う場合、100分の90に減算。

出所：厚生労働省「平成28年度診療報酬改定の概要」2016年3月4日説明会資料より抜粋

●図表2 外来リハへの影響（A病院）



●図表3 外来リハへの影響（B病院）



かの病院の外来リハで検証したところ、整形外科が主体のA病院では、要介護被保険者の割合が全体の7%にすぎず、「運動器リハビリテーション料（I）」が5点/回引き上げられたことで、全体では「-42千円/月」と極めて限定的である（図表2）。一方、脳血管疾患患者の割合が高いB病院では、4月時点で維持期リハを実施している要介護被保険者が34%を占め、「-835千円/月」と減額幅が大きい（図表3）。このことから、外来リハへの影響は、脳血管疾患患者の割合が高い病医院ほど大きいと考えられるが、多くのリハビリ病院では、通所リハなどへの移行がすでに行われており、筆者の問いかけに対して、現段階では「ほとんど影響はない」と回答する病院も少なくなかった。

いずれにせよ、この減算は2018（平成30）

年4月以降は「原則対象外」と明記されており、同年度のW改定では介護保険への完全移行が目されている。要介護被保険者の維持期リハについては、通所リハへなど介護保険への移行や取り組みが必要となるが、実際、現場からは「外来リハを受けている患者に介護保険への移行を勧めても、なかなか同意が得られず苦労している」との話を聞く。

一方、入院部門では、維持期リハ患者の占める割合が高い医療療養病床を持つ病院で影響が大きかった。たとえば、C病院の療養病床は、要介護保険被保険者が32%を占める。

病院の中には、このような場合の対応策として、医療療養病床への長期入院があらかじめ予想される場合に、本人が要介護認定を辞退してから入院するケースもあるとの話も聞く。しかし、要介護認定の辞退を「認めるか、認めないか」の判断は、各都道府県市町村での対応にバラつきがある。そこでもう1つの方法として注目されるのが、今回の改定で新設された「目標設定等支援・管理料」である(図表1)。初回250点、2回目以降100点が算定でき(ただし初回算定は起算日[入院日]で、現在入院中の患者への算定は困難と考えられる)、算定してから3カ月間は、「1カ月に5日を超えない範囲で、医療保険と介護保険のリハビリの併給が可能」であるが、この管理料の算定に当たっては、3カ月ごとに各患者について「目標設定等支援・管理シート」の作成が必須とされている。そのため、全患者分を作成すると決定している病院もある一方で、作成に当たって医師の業務量が増加することから、算定に躊躇する病院も数多く存在するのが現状のようだ。

### 回復期リハ病棟アウトカム評価への対応とレセプト審査の影響

今回の改定では、回復期リハ病棟を有する病院について、アウトカム評価が導入され、効果実績が一定の水準を下回る場合は、患者に対して1日に6単位を超えて提供される疾患別リハビリ料が包括されること(実施は2017年1月1日か

### ●図表4 回復期リハ病棟へのアウトカム評価導入

#### 【見直し】

- リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定(6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括\*) ※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

#### 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3カ月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

【注】・①は過去6カ月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。・②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数)÷(疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和」で割ったもの)が27未満である場合をいう。・②におけるADLスコアの評価については、FIM(Functional Independence Measure)の運動項目(91点満点)を用いる。・②の算出においては、ADLが高いもの(FIM運動項目76点以上)、低いもの(FIM運動項目20点以下)、高齢者(80歳以上)、認知機能の障害が大きいもの(FIM認知項目24点以下)を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者(入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る)をすべて計算対象から除外できる。

出所：厚生労働省「平成28年度診療報酬改定の概要」2016年3月4日説明会資料より抜粋

ら)になった(図表4)。算定要件については、すでに公表されているので詳細は省くが、「効果実績が一定の水準を下回る」とは、過去6カ月間に回復期リハ病棟から退棟した全患者(規定の除外対象患者を除く)について、①各患者の退棟時のFIM得点(運動項目)－入棟時FIM得点(運動項目)の総和「平均FIM運動項目利得」を、②各患者の入棟から退棟までの日数÷当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数の総和が27未満であるものをいう。簡略化して示すと、①平均FIM運動項目利得/②平均(入院日数/疾患別算定上限日数)＝27未満である。

この式から、①については利得率の高い脳疾患血管が有利となり、②については入院日数が短いことと併せて、算定上限日数の長い疾患の方が、より有利なことがわかる。

図表5は、D病院回復期リハ病棟のシミュレーション結果である。除外項目などが完全に反映されていない段階での試算だが、実績は一定水準に達していた。同様に多くの病院で、「実績をクリアしている」と聞いている。その上で来年に向けての対策として、①リハビリの質の向上を図り平均FIM運動項目利得を上げる、②退院調整機能を高め入院日数を短縮する。特に、

●図表5 回復期リハ病棟アウトカム評価導入シミュレーション(D病院)

患者	▲▲病棟								
	運動①			認知		日数②			
	入院時	退院時	利得	入院時	退院時	入院日数	算定上限日数	算定日数上限被	日数上限FIM利得
1	13	13	0	7	7	76	150	0.5	0.0
2	31	99	68	13	15	86	150	0.6	118.6
3	30	64	34	22	31	84	90	0.9	36.4
4	13	13	0	6	5	2	150	0.0	0.0
5	45	84	39	20	28	30	150	0.2	195.0
23	30	86	56	7	18	135	150	0.9	62.2
24	76	88	12	33	33	67	150	0.4	26.9
25	15	8	-7	15	8	79	150	0.5	-13.3
26	48	65	17	19	19	15	150	0.1	170
合計	1,005	1,470	465	472	535	1,792	3,600	13.6	
平均	38.7	56.5	17.9	18.2	20.6	68.9	138.5	0.5	34.1

除外患者3割：6人 注) 除外対象患者の選定はFIMの基準のみの選定

運動項目利得の低い患者の早期退院を促進する、③利得率が高く算定上限日数の長い脳血管疾患の比率を上げる、④算定から除外できる項目を活用する、などが考えられるが、すでに脳血管疾患患者の獲得競争が起きている地域も出てきている。また、アウトカム実績を重視するあまり、FIM運動項目が低いと予測される患者の入院拒否が発生する可能性もあり、課題が残る。

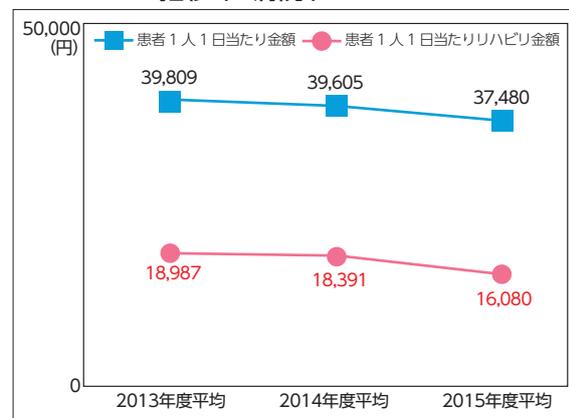
ところで、除外項目に「80歳以上の高齢者」が入っている。その理由は不明であるが、現実に経営上、大きな影響を受けるのは、診療報酬改定よりもレセプト審査である。図表6は、E病院の回復期リハ病棟の脳血管疾患患者1人当たりの日当金の推移だが、2015年度の収入が大きく低下している。この結果は、E病院の回復期リハ病棟では同年度から、80歳以上の高齢者に実施した1日平均6単位以上のリハビリ料が審査ですべて切られたことによるものだ。

全国一律の診療報酬体系でありながら、地域ごとの事情でその解釈が異なることは以前から指摘されてきたことではあるが、ある地域では6単位以上が認められ、ある地域では認められないのは、現場にとって不公平感が残る。それ以上に、今回の除外規定により、80歳以上高齢者への1日6単位以上のリハビリが一律切り捨てにつながらないか、強く危惧もしている。

### 意義深い生活機能に関する リハ実施場所の拡充

高齢社会を迎え、地域包括ケアシステムの構

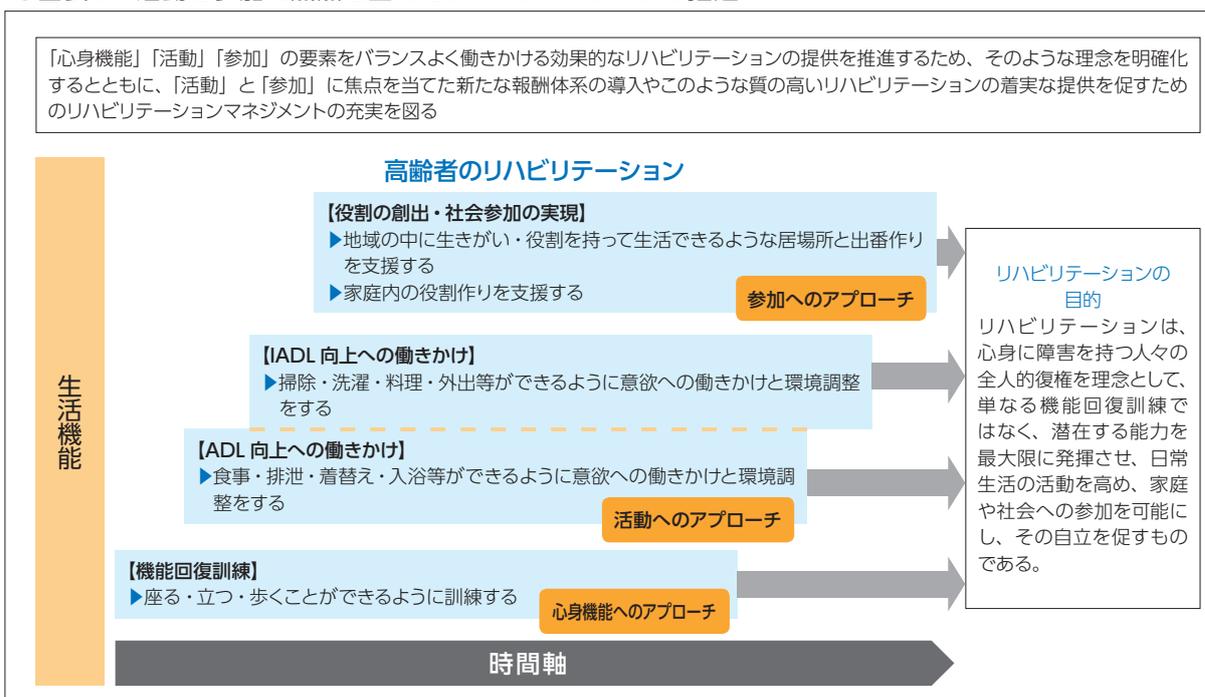
●図表6 脳血管疾患入院患者1人当たり日当金の推移(E病院)



築が急がれているが、前回の介護報酬改定では、リハビリの目的を「心身に障害を持つ人々の全人的復権を理念として、単なる機能回復訓練ではなく潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである」とし、活動と参加に焦点を当てたりハビリの推進が図られた(図表7)。これを受けて今回の診療報酬改定では、社会復帰等を指向したりハビリの実施を促すため、IADL(手段的日常生活活動)や社会生活における活動能力獲得のために、実際の状況における訓練を行うことが必要な場合、医療機関外におけるリハビリを、疾患別リハビリの対象に含むことになったのは意義深い。

具体的には、移動の手段として道路の横断、エレベーター等の利用、乗り物への乗降、自動車等の運転、職業への復帰を目的とした特殊な器具、設備を用いた訓練、家事能力の獲得を目的にした店舗等への日用品の買い物、居宅にお

●図表7 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進



出所：厚生労働省ホームページ「平成27年度介護報酬改定の骨子」より

ける掃除、洗濯、調理などいずれも社会参加や自立を促す活動である。また、QOLの向上を目的に、前回の介護報酬改定では、認知機能や摂食・嚥下機能の低下により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう多職種による支援の充実を図り、今回の診療報酬改定では、「外来栄養食事指導料」「入院栄養食事指導料」が130点から260点（2回目以降200点）と大幅に引き上げられた。それに併せて摂食機能に対するリハビリを推進する観点から、摂食機能療法の対象となる患者の範囲を拡大し（内視鏡下嚥下機能検査、嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できる患者であって医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの）、現行より短期のアウトカム基準を満たすことで届出できる「経口摂取回復促進加算20点」が新設されたことに注目したい。

### 2018年W改定と2025年までの長い道のり

上記以外にも見直されたりハビリに関する項目はあるが、現段階ではまだ顕著な経営的影響がみられる病医院は多くはないようだ。しかし、今改

定で、2025年に向けてのリハビリのあり方は「単なる機能回復訓練ではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すもの」と定義された。また、回復期リハ棟の年明けから始まるアウトカム評価の導入は、明らかに「改善度」と「質」の評価をさらに問うものであり、共に将来に向けてのリハビリの方向性を示したものだといえる。2018年の「医療・介護保険」同時改定は、2025年に向けてのターニングポイントであるとともに、別の視点からは消費税増税を先送りにしたことの影響もあり、医療・介護提供者側には相当に厳しい改定内容となることが予想される。加えて、レセプト審査も、ますます厳格化される可能性も高い。厳しい2018年を経て、2025年までの長い道のりを生き延びるためには、患者・利用者から十分な満足や納得を得られるよう、「リハビリ医療の質を高める」ことに邁進することこそが、唯一無二の解決策であるとの結論で本稿を締めくくりたい。

### PROFILE

はせがわ ひとし：1955年埼玉県生まれ。1972年、医療法人真正会霞ヶ関南病院入職。事務局長、専務理事を歴任、2008年退職。同年（株）ルーセント設立。医療・介護経営コンサルタントとして活躍する。埼玉県医療マネジメント学会理事、日本病院管理学会会員、福祉と医療を実践する会会員、川越市教育委員会委員長職務代理者などを務める。