

**O-059**

当院におけるADL維持向上等体制加算の導入における費用対効果について  
～病棟再編成後の変化に着目した検証～

菊池恵、高村麻加、大西和彦、稲村一浩  
JCHO 星ヶ丘医療センター

【はじめに】2014年の診療報酬改定において、ADL維持向上等体制加算(以下体制加算)が新設された。当院消化器病センターにおいて2014年10月よりPT1名を専従に置き、届出・加算開始とした。当院では2018年10月、2019年2月と段階的に病棟を集約、再編成し、病床稼働率の効率化を図った。効率化された病床によって、入院数に影響を受けやすい体制加算の診療報酬に変化があったのか、PT専従の費用対効果の側面から検証する。

【方法】2018年4月～2019年4月までの月ごとの当該病棟の体制加算をおよび入院・入棟件数を算出した。それを踏まえてPTを専従化した場合と専従としない場合の一月の診療報酬を比較検討した。

【結果】病棟再編成当初の2018年10月の体制加算の算定は42240点であったが、徐々に増加し2019年3月では年度最大の63200点の算定となった。2018年度の体制加算の平均算定は51146点であった。また当該病棟のリハ対象は呼吸器リハ料Iとがんリハ料が多くを占める。標準的なPT1名の日算定18単位とすると、PTが、がんリハの診療報酬205点を一日18単位取得し20日可動すればひと月の算定は73800点となる。当該病棟の専従PT1名ががんリハ料を一日最大6単位で20日稼働にて24600点算定し、月ごとの体制加算を加えると、2018年4月～7月、及び2018年12月～2019年3月では専従でない場合の算定73800点を上回る点数となった。

【結論】病棟再編成後、体制加算の算定は上昇がみられた。PTが専従でない場合よりもPT1名が専従であった方が診療報酬算定には有利であるという算出結果となった。病棟を集約し高い病床稼働率を保つことが算定にとって有利になると考えられる。またPTを病棟に専従配置した体制加算の導入は経営面のメリットがあると考えられる。

**O-060**

当院の地域に向けた市民公開講座の取り組み  
～地域医療機関・住民・医業収入への影響について～

金山永勲<sup>1</sup>、成田大地<sup>1</sup>、増山直子<sup>2</sup>、白土貴史<sup>2</sup>、石原順就<sup>3</sup>、木村健二郎<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>JCHO 東京高輪病院 リハビリテーション室、<sup>2</sup>整形外科、<sup>3</sup>泌尿器科、<sup>4</sup>院長

【はじめに】  
地域医療機能推進機構(JCHO)の所属機関は、医療の提供により地域住民の生活を支援するだけでなく、地域との連携や情報提供もその使命の一つである。JCHO 東京高輪病院では、年4回の市民公開講座をおこない、周辺の医療・福祉機関や地域住民に対して、当院での治療、また最新の医療技術および治療方法について情報の提供をおこなうとともに、情報をホームページ上に掲載して情報提供をおこなっている。

今回我々は、整形外科とリハビリテーション室によりおこなわれた、変形性関節症への講座が、周辺の地域医療機関および地域住民に対してどのような影響があったか。また医業収益に影響があったかを検討した。

【対象および方法】  
対象は市民公開講座のおこなわれた前後1年間、2017年4月1日から2019年3月31日の2年間に、当院外来に受診して手指の変形性関節症(OA)と診断された患者とした。対象を講座の前後1年で群分けし、人数、コストの比較をおこなった。また患者の受診した経緯を調査した。本研究は当該倫理委員会の承認を受けている。

【結果】  
当該期間に受診した手指OA患者数は2017年4月から3月のA群で22名、2018年4月から3月のB群は52名で2倍以上であった。B群の初診までの経緯は、近医の紹介8名、講座の参加者5名、インターネット検索13名、かかりつけ12名、その他14名であった。

【考察】  
今回、市民公開講座の前後での患者数の推移を調査し、2倍以上の患者の増加が認められた。地域への情報提供により、周辺地域の患者に対して必要な治療が提供できたものと思われる。また患者数の増加により医療収益においても増収に働いたと思われる。今後の情報提供を継続することで、患者の医療機関受診の動機付けとなると共に、病院運営に寄与できると考えられた。今後も参加者から頂いた「ありがとう」「参考になった」などの声を大切に、活動を続けていく。

**O-061**

回復期リハビリテーション病棟の実績指数除外項目について

加藤敏一  
JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

【目的】回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期病棟)の実績指数算定除外項目別の数値を調査し、除外対象選定の指針とする。

【対象】2017年4月1日から2019年3月31日までに当院の回復期病棟を退棟・退院した症例1349名を対象とした。疾患は脳出血・脳梗塞550名、変形性関節症323名、骨折250名、その他226名。年齢74.0±12.6歳(入棟時)。

【方法】カルテより、回復期病棟入棟時機能的自立度評価法(以下、FIM)の得点、回復期病棟退棟・退院時のFIM運動項目総得点、回復期病棟在棟日数・算定日数を調べ、実績指数を算出した。除外項目「入棟時FIM運動項目総得点20点以下(以下、運動20以下)」「入棟時FIM運動項目総得点76点以上(運動76以上)」「入棟時FIM認知項目総得点24点以下(認知24以下)」「入棟時80歳以上(80歳以上)」の4項目に関して各項目に該当する症例群と該当しない症例群の実績指数をMann-WhitneyのU検定で比較した。統計処理ソフトはSPSS Ver.25である。また、除外項目4項目の組み合わせでの実績指数の低値も調べた。

【結果】除外項目4項目に該当する患者は996名であり、各項目に該当する症例数は「運動20以下」223名、「運動76以上」389名、「認知24以下」420名、「80歳以上」453名であった。4項目の各項目に該当する症例群としない症例群の実績指数は4項目とも有意差が認められた(p<0.05)。除外項目の組み合わせは全症例では「運動20以下」「認知24以下」「80歳以上」の組み合わせが実績指数平均16.9±34.5と最も低く、次いで「運動76以上」「認知24以下」の組み合わせが平均19.2±16.6と低い結果となった。疾患別では全症例と同様に「運動20以下」「認知24以下」「80歳以上」の組み合わせが脳出血・脳梗塞(16.8±35.4)骨折(18.41±19.3)が低い結果となったが、変形性関節症ではその組み合わせの症例はおらず、「運動76以上」(30.2±23.4)のみの症例群が最も低い結果となった。

**O-062**

星ヶ丘医療センター リハビリテーション部におけるSTデータ構築の取り組み 注意機能の観点から

戸名久美子、渋谷静英、岡本麻美、宮澤明子、中村優、大橋礼乃、安東賢太郎  
JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

【目的】本取り組みの目的は、次の2点である。第1に言語聴覚療法で臨床で得たデータを業務にできるだけ負担をかけず効率的に蓄積すること。第2に他職種を含むスタッフ間における情報交換の簡便さを図ること。作成したデータ項目を呈示し、今回は注意機能を主眼に、その必要性を報告する。

【方法】当院ST室スタッフにより、以下の点に留意し項目の選択を行った。(1)基本的な項目、(2)シンプルな評価、(3)数値化できる項目、(4)繰り返し行っても学習効果が測定したい機能のバイアスにならないもの。

【結果】基本項目と追加項目を設定した。基本項目はSTスタッフ全員が入力すべき項目、追加項目は症状に合わせて入力する項目とした。基本項目には、ST障害名として、嚥下障害、構音障害、失語症、失行、失認、注意障害、記憶障害、遂行機能障害、認知症をあげた。これらの評価は、「有」、「無」、「不明」にチェックを行う。ただし認知症に限っては既往の診断があるか否かで「有」、「無」、「不明」、診断が無く疑いを持つものを「疑」とすることにした。次に嚥下Gr、食形態、明瞭度をあげ、数値入力することにした。追加項目としては、数唱、マス計算反応時間、MPT、DDK、舌圧をあげた。入力の時期はPT、OTシステムに合わせ、リハビリ開始時、発症2、6、12週目と回復期病棟入棟日とした。

【考察】失語や高次脳機能の評価は複雑である。少しでもあれば「有」、疑わしいものは「不明」とした。嚥下に関してはPT、OTからのニーズも強く、他職種連携の観点からも基本項目に設定した。マス計算反応時間は注意機能を測定するために設定した。注意機能は他の認知機能の基盤である(Sohlberg,1989)。近年、理学療法、作業療法でも注意機能にからむ研究がなされることが多くこちらも連携につなげたい。将来、JCHOのデータクラウド化も念頭に置き、より良いシステム構築を目指したい。

**O-063**

**JCHOグループ内のNSTに関するアンケート調査から見たリハビリ専門職の関わり**

坂田理恵子<sup>1,2</sup>、大橋奈央<sup>1,2</sup>、藤井雄一<sup>2,3</sup>、城宝深雪<sup>2,4</sup>、朝倉悦子<sup>2,5</sup>、長野真<sup>1</sup>、  
稲村一浩<sup>2,6</sup>、坪内康則<sup>7</sup>

<sup>1</sup>JCHO京都鞍馬口医療センター リハビリテーション科、

<sup>2</sup>JCHSリハビリ部会 言語聴覚士委員会、

<sup>3</sup>JCHO下関医療センター リハビリテーション部、

<sup>4</sup>JCHO北海道病院 リハビリテーション部、

<sup>5</sup>JCHO東京蒲田医療センター リハビリテーション科、

<sup>6</sup>JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション科、<sup>7</sup>内科

【背景】栄養サポートチーム(以下NST)は平成22年のNST加算新設、平成30年の専従要件緩和により、いっそう普及が進んでいる。その中で栄養療法と運動療法の併用が重要視され、リハビリ専門職の役割は大きい。時間的制約によりカンファレンス・回診への参加が難しい現状がある。今回、JCHOグループの加算の状況、リハビリ専門職の関わりを明らかにし、業務改善の一助とすることを目的にアンケート調査を行った。

【方法】調査対象はJCHOグループ57施設のリハビリ専門職もしくは管理栄養士。調査実施期間は平成31年3月7日~3月29日。アンケートは23項目の自記式質問紙調査とした。

【結果】アンケート回収率は96.5%。回答者はST 54.5%、PT 20%、管理栄養士16.4%。NST稼働率は94.5%、そのうち加算算定は83.6%、専従在籍は32.7%であった。専従在籍施設では週の平均算定27.4人、専従不在施設では9.2人であった。構成メンバーは加算要件である4職種以外では臨床検査技師の次にSTが多く、栄養アセスメントにおいてADL関連項目は看護師が、嚥下機能はSTが、身体所見は管理栄養士が主に情報を提供していた。PTかOTが構成メンバーである19施設のうち63.2%で栄養管理を考慮したリハビリを提供していた。

【考察】JCHOグループのNST稼働率、加算算定率は、日本静脈経腸栄養学会の全国調査結果(2015年)稼働率92.5%、加算算定率73.1%を上回った。算定数は専従の有無に見合っており、専従要件緩和に柔軟に対応し、各施設の実態に合わせて運営されていると考えられた。多職種連携として、アセスメントでは看護師・管理栄養士が主体となり、より専門性の高い嚥下機能評価・リハビリ内容はリハビリ専門職が担うという役割分担がなされていた。リハビリ専門職がカンファレンス・回診に参加している場合は運動療法への介入等より充実した関わりが行えており、参加していない場合は事前の情報伝達等の工夫により連携が図られていた。

**O-064**

**アンケート調査から見た摂食機能療法算定における当院の課題**

藤井雄一<sup>1,8</sup>、板平典子<sup>1</sup>、飯田武<sup>2</sup>、金川英寿<sup>3</sup>、朝倉悦子<sup>4,8</sup>、城宝深雪<sup>5,8</sup>、  
坂田理恵子<sup>6,8</sup>、稲村一浩<sup>7,8</sup>

<sup>1</sup>JCHO下関医療センター リハビリテーション部、<sup>2</sup>消化器内科、<sup>3</sup>耳鼻咽喉科、

<sup>4</sup>JCHO東京蒲田医療センター リハビリテーション科、

<sup>5</sup>JCHO北海道病院 リハビリテーション部、

<sup>6</sup>JCHO京都鞍馬口医療センター リハビリテーション科、

<sup>7</sup>JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、

<sup>8</sup>JCHSリハビリ部会 言語聴覚士委員会

【目的】当院では、2017年9月より看護師による摂食機能療法の算定が開始された。以後、算定件数は大幅に増加したが、算定病棟の偏りや算定方法に対する不安の声も多く、摂食機能療法の算定が十分浸透したとは言えない。算定における課題を抽出し、今後の算定件数増加や運用方法の改善を図ることを目的に院内アンケート調査を実施した。

【対象と方法】算定可能な全職種262名に「院内算定」「算定可能職種」「対象疾患」「診療報酬点数」「所要時間」の認知度を無記名式でアンケート調査した。看護師214名には「算定経験の有無」「算定時の不安」「算定経験がない理由」「言語聴覚士(以下ST)への要望」を追加調査した。

【結果】院内での算定を「知っている」と回答したのは71%。算定可能な職種を「知っている」と回答したのは33%で、ST(31%)の認知度が最も高く、次いで看護師(28%)であった。対象疾患を「知っている」と回答したのは38%で、脳血管疾患(38%)の認知度が最も高かった。診療報酬点数を「知っている」と回答したのは11%と低く、点数別の認知度は185点が7%、130点は5%であった。所要時間を「知っている」と回答したのは37%で、時間別の認知度は30分以上が27%、15分以上~30分未満は14%であった。算定経験がある病棟看護師は59%で、算定時の不安や不明点は「実施計画書の作成方法(38%)」「STと訓練時間が重複(34%)」「実施記録の入力方法(32%)」が上位にあがった。病棟看護師で算定経験がない理由は「算定方法がわからない(49%)」が最も多く、「対象患者がわからない(31%)」「算定していることを知らなかった(27%)」の順であった。STへの要望は「摂食機能療法についての院内勉強会(60%)」が最も多かった。

【結語】院内における摂食機能療法算定の統一化には、算定マニュアルやフローチャートの見直しに加え、算定要件や算定方法を対象職種に周知する機会の必要性が示唆された。

**O-065**

**病院における言語聴覚士の役割を生活期のリハビリテーションから考える**

武藤亜耶子、湯澤舞、増渕桂子、奥平あかね、相場みどり

JCHOうつのみや病院 リハビリテーション科

【目的】当院は急性期・回復期リハ棟及び老健を有するが、老健には言語聴覚士(以下ST)が配置されておらず、患者の生活を見る視点が低下していたため、適したゴール設定ができない現状であった。それを改善するために生活期で働く理学療法士(以下PT)・STを講師とした勉強会を行ったところ、生活期への理解に繋げることができたので報告する。

【方法】訪問看護ステーションに勤務するPT・STを講師に招いて勉強会を開催した。テーマは1)病院と在宅の違い2)生活期の実情3)病院と生活期の連携4)訪問リハビリの実情(当院を退院した共通の症例を通して)であった。その後、質疑応答・アンケートを実施した。アンケート内容は1)勉強会の内容が理解できたか2)今後の業務に活かせるか3)勉強会に参加して良かったか4)自由記載とした。

【結果】勉強会の参加人数はPT・作業療法士・ST20名(以下リハ職)・看護師(以下NS)10名の合計30名。勉強会後の質疑応答では、退院時と在宅生活での具体的な変化、病院でのリハビリの役割、連携の工夫について意見交換が行われた。アンケートの回収率は100%。今後の業務にも活かせるとの回答がリハ職・NS共に90%であった。NSからは入院生活と在宅生活のイメージの統一の困難さも挙げられた。

【考察】勉強会を開催することで、STのみならずリハ職・NSと共に生活期のリハビリについて理解することができた。また、退院後の生活を見据えた上でゴール設定し、地域と情報共有することでスムーズに生活期に繋げることができると分かった。今回の経験で得られた視点を今後は患者様の臨床に活かしていけるようにしたいと考える。