

日本慢性期医療協会

定例記者会見

日時：令和3年12月9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

令和4年度診療報酬改定について
日本慢性期医療協会のスタンス

令和3年12月9日記者会見 概要

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

1. 重症度、医療・看護必要度について
2. 地域包括ケア病棟について
3. 回復期リハビリテーション病棟について
リハビリテーション提供体制の見直しについて
4. 療養病床について
5. DPCデータの活用について
6. 基準リハ・基準介護の導入、総合診療医の養成
7. 特定看護師のさらなる活用について

1. 重症度、医療・看護必要度について

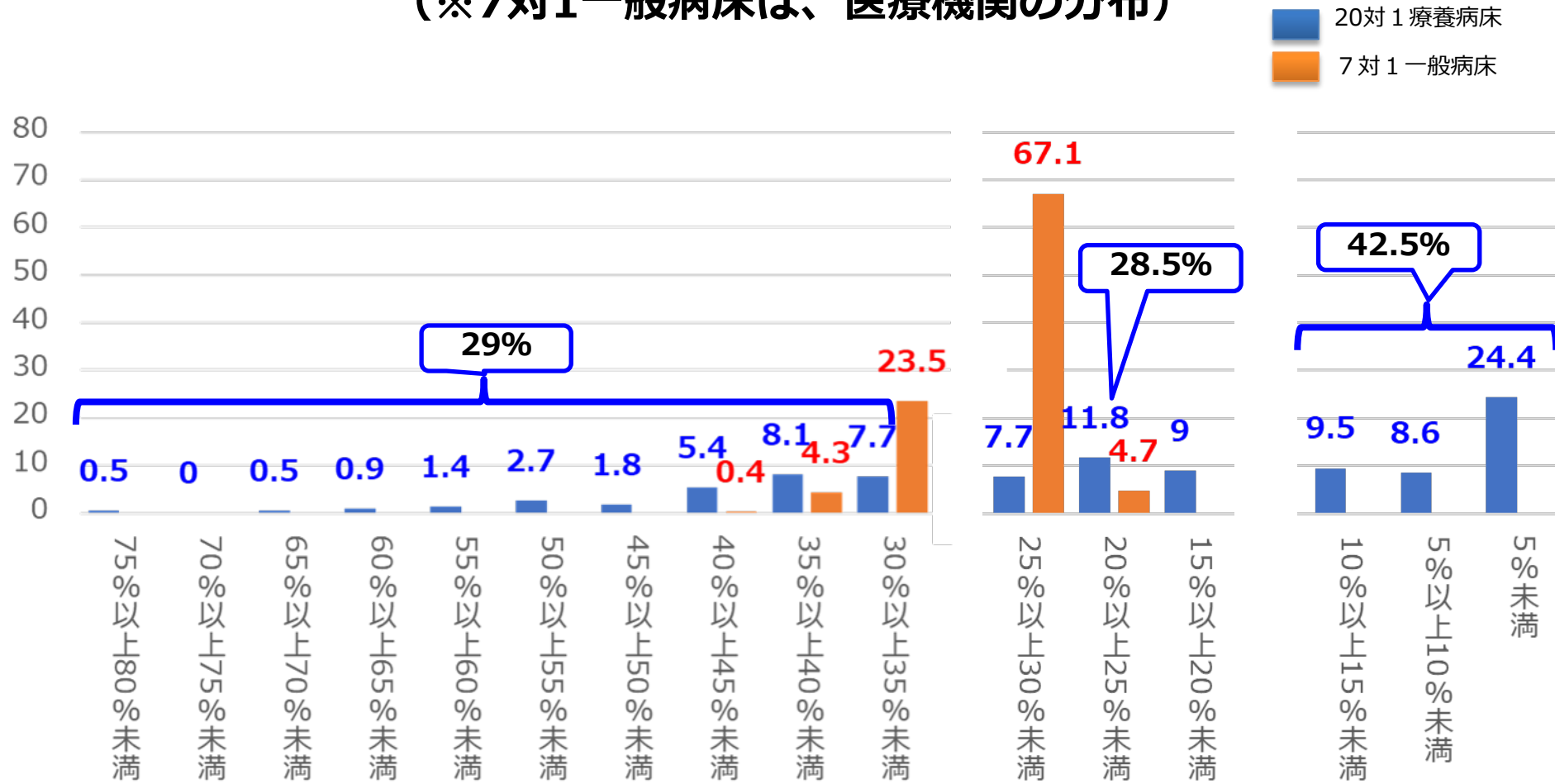
日本慢性期医療協会では、これまでの記者会見において、
療養病床は今や「療養」の場ではない、死亡リスクの高い
重症患者をきちんと治療して、半数以上を軽快退院させて
いる「慢性期重症治療病床」であることを示す
様々なデータを公表してきた。

また、懸命な治療をしたにもかかわらず、残念ながら死亡退院された患者の死亡前7日間に提供された医療内容について調べてみると、かなり多くの医療行為が提供され、医師や看護師の頻回の回診やケアが行われている。

2018年11月に実施した日慢協の調査によると、慢性期病棟での重症度、医療・看護必要度が30%以上の病棟が見受けられた。

急性期病棟は重症で、慢性期病棟は軽症という概念は大きく崩れている。

重症度、医療・看護必要度の判定に基づく該当患者割合別の病棟分布 (※7対1一般病床は、医療機関の分布)



【参考】急性期一般入院料 重症度、医療・看護必要度 該当患者割合						
入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	入院料7
30%以上	[27%以上]	[26%以上]	27%以上	21%以上	15%以上	測定していること

[] 内は
200床未満の
経過措置

■ 2018年11月実施 日本慢性期医療協会 療養病棟入院料1 (20:1) 入院患者調査結果より
 ■ 2018年6月21日 平成29年度第3回入院医療等の調査・評価分科会 資料より
 (平成28年度入院医療等の調査結果より7対1一般病床の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布)

「重症度、医療・看護必要度」の項目に該当する患者数 A項目 モニタリング及び処置等

比率 (%)

25

20

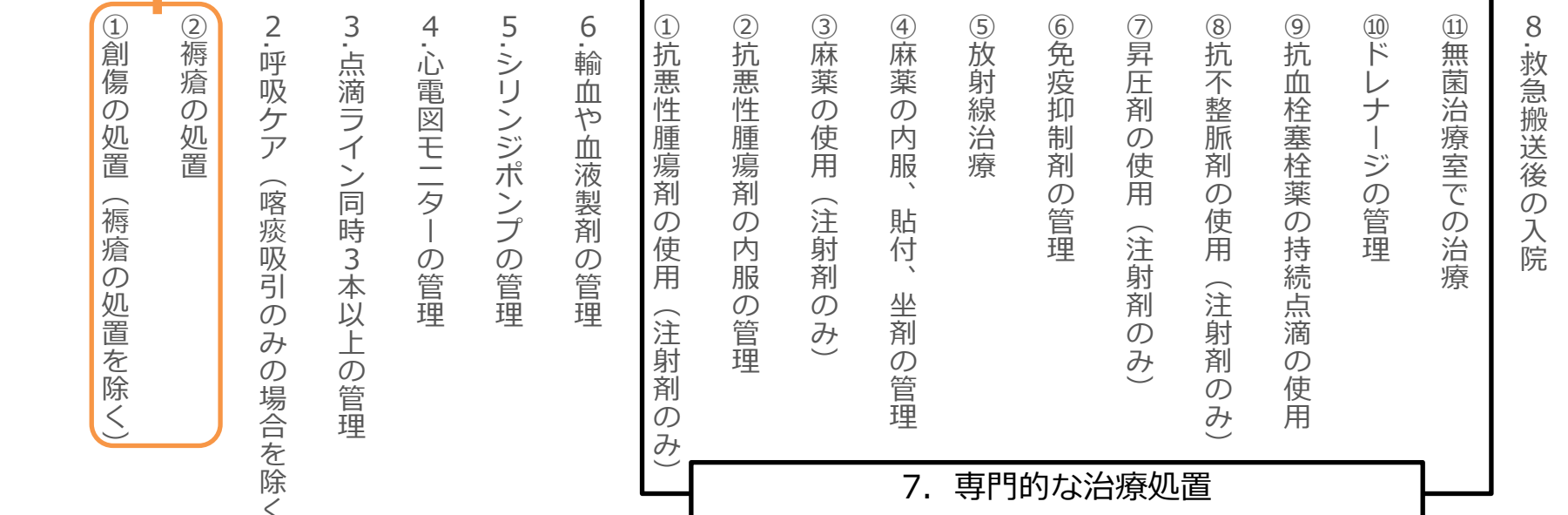
15

10

5

0

20対1療養病床
7対1一般病床



① 創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)
② 褥瘡の処置

① 抗悪性腫瘍剤の使用 (注射剤のみ)
② 抗悪性腫瘍剤の内服管理
③ 麻薬の使用 (注射剤のみ)
④ 麻薬の内服、貼付、坐剤管理
⑤ 放射線治療
⑥ 免疫抑制剤管理
⑦ 昇圧剤の使用 (注射剤のみ)
⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ)
⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用
⑩ ドレナージ管理
⑪ 無菌治療室での治療

7. 専門的な治療処置

2018年11月美施 日本慢性期医療協会 療養病棟入院料1 (20:1) 入院患者調査結果より
2018年6月21日 平成29年度第3回入院医療等の調査・評価分科会 資料より
(平成28年度入院医療等の調査結果より7対1一般病棟の重症度、医療・看護必要度該当患者割合別の医療機関の分布)

「中心静脈栄養管理」を実施している重症患者に実施する医療行為として、

- ①「心電図モニター管理」
- ②「輸液ポンプの管理」
- ③「シリンジポンプの管理」
- ④「中心静脈圧測定」等がある。

ICUであっても、療養病床であっても関係なく、患者の状態に応じて上記医療行為を実施している。

しかしながら同じような状態の重症患者が入院して上記医療行為を実施しても、病棟種別ごとに評価は異なる。

	特定集中治療室用	ハイケアユニット用	一般病棟用	医療区分
	重症度、医療・看護必要度			
心電図モニター管理	○	○	○	▲※
輸液ポンプの管理	○	○		
シリンジポンプの管理	○	○	○	
中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	○	○		

※医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3の項目に1つ以上の該当項目がある場合に限り「医療区分3」、それ以外の場合は「医療区分2」として取り扱う）。 11

特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

基準
A得点4点以上かつB得点3点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニター管理	なし	あり	/
2 輸液ポンプ管理	なし	あり	/
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	/	あり
4 シリンジポンプ管理	なし	あり	/
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	/	あり
6 人工呼吸器管理	なし	/	あり
7 輸血や血液製剤管理	なし	/	あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	/	あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし	/	あり

【ハイケアユニット用】

基準
A得点3点以上かつB得点4点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプ管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプ管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器管理	なし	あり
11 輸血や血液製剤管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし	あり

【特定集中治療室用／ハイケアユニット用 共通】

B 患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施		=	評価
	0点	1点	2点		0	1		
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		/	/		点
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
口腔清潔	自立	要介助	/		実施なし	実施あり		点
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/		/	/		点
危険行動	ない	/	ある		/	/		点

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	I:救急搬送後の入院(5日間) II:緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的な心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上

B	患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		/	/
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助	/		実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/		/	/
15	危険行動	ない	/	ある		/	/

重症度、医療・看護必要度の根本的見直しが必要

瀕死の状況では、急性期でも慢性期でも行う医療対応は共通している。より急性期を評価したいなら、「病態」で評価するべきである。

特に高度急性期病棟入院患者をより高く評価したい
なら、現在の状況に陥っている病気とその各論の
治療とその現況について評価するべきではないか。

療養病棟入院基本料について

診 調 組 入 - 1
3 . 8 . 6

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,813点	1,414点	968点
ADL区分2	1,758点	1,386点	920点
ADL区分1	1,471点	1,232点	815点

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置) ・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,748点	1,349点	903点
ADL区分2	1,694点	1,322点	855点
ADL区分1	1,406点	1,167点	751点

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上~23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

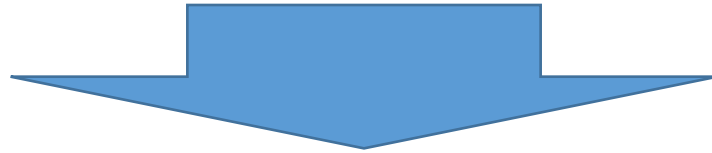
新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

(0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存)

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

- ◆ 重症患者が死亡するような状況での医療行為には、本来、病棟種別による差はあるべきではない。
- ◆ 特定集中治療室は手厚い治療を行うが、療養病床では適当でよいなどということは許されるべきではない。
- ◆ 重症患者には何とか適切な治療を行い、病態を改善するために努力するのが医師の務めである。

- ◆ 重症度、医療・看護必要度は死亡するリスクの高い患者はみな該当する項目である。
- ◆ ICU、急性期のみに限定される指標の項目を設定しようとしてもなかなか難しいだろう。
- ◆ ICU、急性期、慢性期でも死亡するリスクの高い患者を治療するのに共通した尺度になるものが必要である。



医療区分制度も重症度、医療・看護必要度も廃止して急性期だけでなく慢性期も共通する重症度評価が必要。

2. 地域包括ケア病棟について

- ◆ 2021年9月現在、約2700病院、約9.6万床※が地域包括ケア病棟を届け出ている。
- ◆ 全病棟を急性期として維持できず、次善の策として地域包括ケア病棟に格下げする病院も見受けられる。
- ◆ 一方、療養病床ばかりの慢性期病院でも、地域の高齢者の急変時に対応したいと、病院の機能向上を図る目的で積極的に地域包括ケア病棟に転換している。
- ◆ 一般病床と療養病床で看護必要度に差はなく、特定入院料包括対象のリハビリの出来高換算は療養病床が高い。

病床種別の重症度、医療・看護必要度について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 病床種別毎にみた患者の重症度、医療・看護必要度は以下のとおり。

	看護必要度Ⅰ		看護必要度Ⅱ	
	該当患者数	基準を満たす患者割合	該当患者	基準を満たす患者割合
一般病床	4373	34%	160	11%
療養病床	752	31%	0	

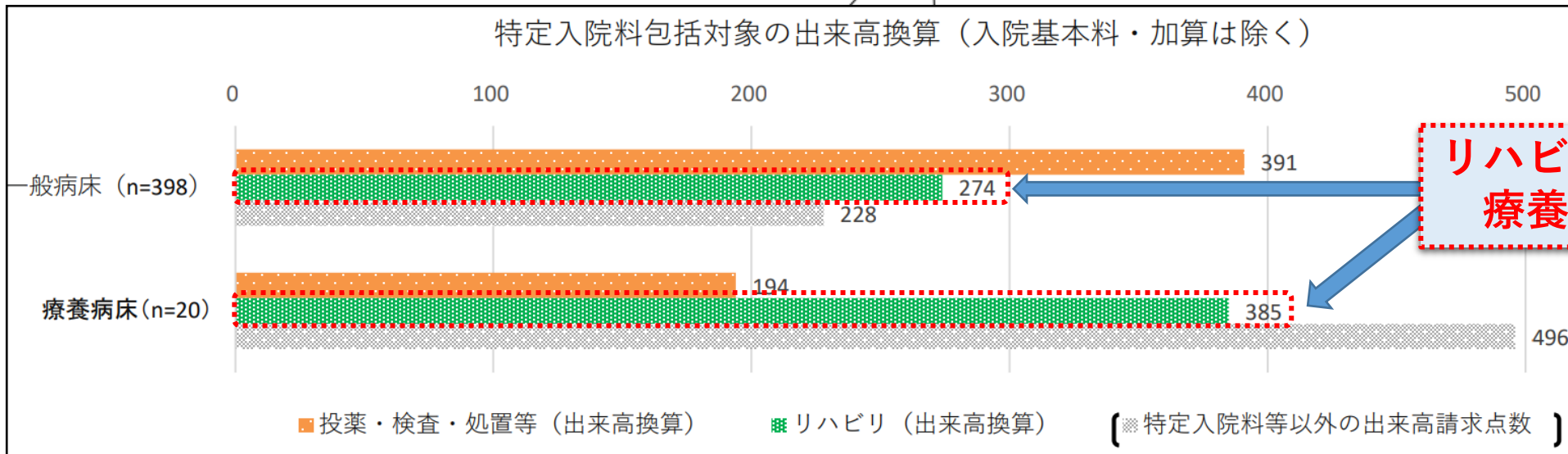
入棟元	病床種別	重症度、医療・看護必要度Ⅰ
自宅等	一般病床 (n=1784)	35.5%
	療養病床 (n=432)	30.3%
一般病棟	一般病床 (n=2082)	30.0%
	療養病床 (n=285)	29.1%
その他	一般病床 (n=464)	46.6%
	療養病床 (n=35)	45.7%

一般病床と療養病床で
看護必要度に差はみられない。

入棟後7日間のレセプト請求点数

中医協 総-1-2
3.10.27

- 一般病床と療養病床それぞれの地域包括ケア病棟に入院する患者のレセプト請求点数は以下のとおりであった。
- 入院料包括範囲の検査やリハビリ等を出来高換算した点数について、一般病床の方が高かった。「投薬・検査・処置等」の点数は一般病床のほうが療養病床と比較して高く、「リハビリテーション」の点数は療養病床の方が高かった。



リハビリ出来高換算は療養病床が多い。

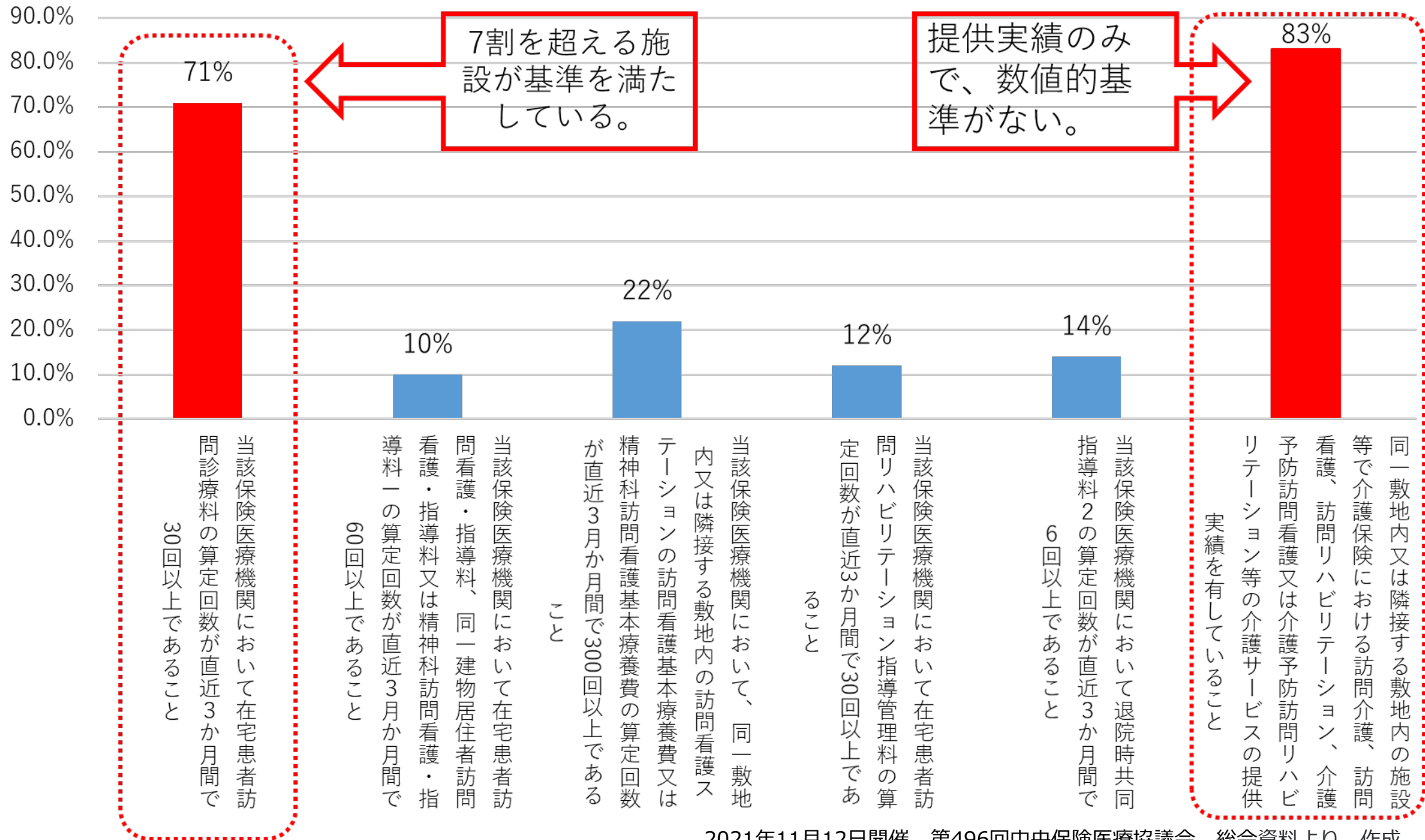
国は、全国の病院運営を在宅患者支援機能を持つ
地域包括ケア病棟中心にしたいと思っている

だから**許可病床数200床未満のみを算定可能とした**地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)**1・3**の実績要件として、自宅等からの患者受け入れとともに在宅医療機能を重視し、以下①～⑥のうち、少なくとも2つを満たすこととしたのである。

在宅医療等の提供	以下(6つ)のうちいずれか2つ以上を満たすこと
	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)の算定回数(3月) 30回 以上
	在宅患者訪問看護・指導料等の算定回数(3月) 60回 以上
	併設 の訪問看護ステーションにおける 訪問看護基本療養費等の算定回数(3月) 300回 以上
	(削除)
	併設 の事業所が介護サービスの 提供実績を有していること
	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 の算定回数(3月) 30回 以上
	退院時共同指導料2 の算定回数(3月) 6回 以上

※併設とは当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内にあること

地域包括ケアの実績部分の各基準を満たしている施設の割合 (n=418)



地域包括ケア病棟の在宅実績の基準項目について、
数値的基準が定められている訪問サービス等が
医療保険対応に限定しているのは適切か。

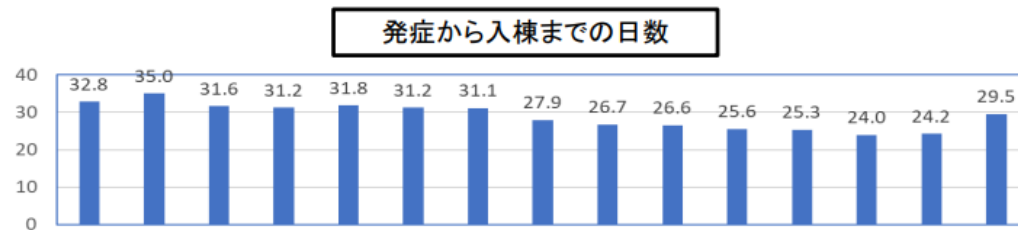
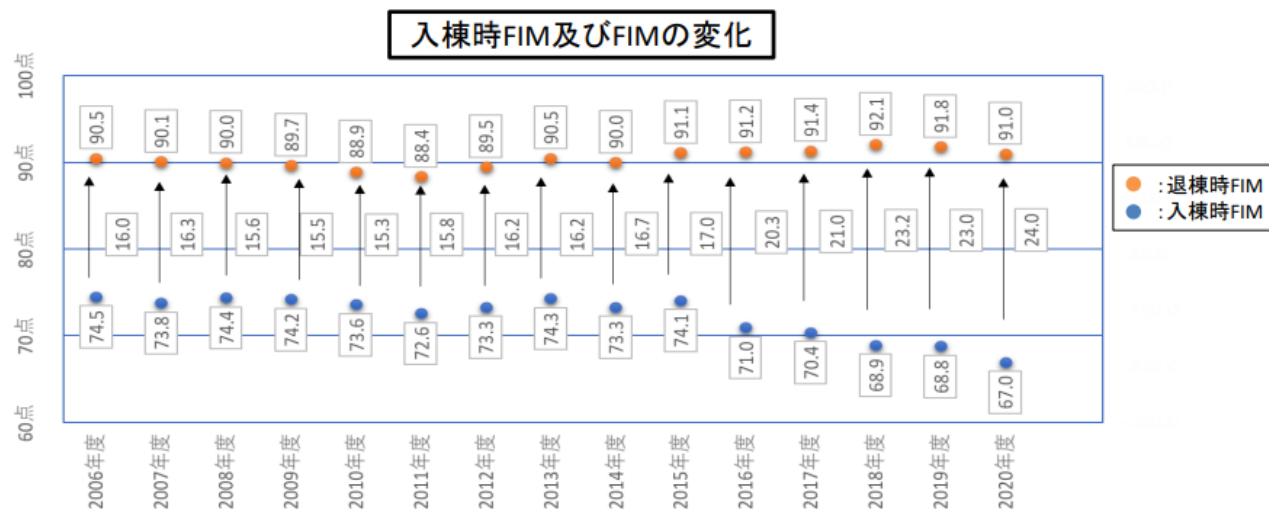
3.回復期リハビリテーション病棟について

リハビリテーション提供体制の見直しについて

◆ 回復期リハビリテーション病棟は2016年にFIM利得を評価する画期的な改定が行われたが、その直後から一部の病院でFIM利得を多くしようという動き（入棟時FIMの急激な低下）が顕著にみられるようになった。

入棟時FIM等の年次推移について

○ 入棟時FIM（運動・認知合計の平均値）及びFIM（運動・認知合計の平均値）の変化の年次推移は以下のとおりであった。2016年度以降、入棟時FIMが経年で低下する傾向がみられた。



- ◆ 現場でリハビリテーションを提供している者としては、誠に恥ずかしい限りで情けないと思っている。
- ◆ 全国リハビリテーション医療関連団体協議会は、第三者評価の導入を要望しているようだが、様々な問題点のある現行のリハビリテーションシステム全体をがらりと変えるべき。

- 出来高算定から完全包括化へ
- アウトカム評価は「FIM」から「BI」へ
- スタッフの自己満足や病院収入のためのリハビリから、患者のニーズにこたえる（口から食べて、自分で排泄）リハビリへ
- 「回復期リハビリテーション病棟」から「リハビリテーション集中病棟」への名称変更

- ◆ 現在、回復期リハビリテーション病棟で用いられている実績指数の4つの除外項目についても、適切なリハビリテーションを実施することで十分なアウトカムが得られる。安易に除外すべきではない。

実績指数の計算対象

- ・ 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ・ ただし、以下の患者を除外
 - 必ず除外する患者
 - ・ 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
 - ・ 在棟中に死亡した患者
 - まとめて除外できる患者
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い（退棟患者の4割以上）保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭蓋損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者）

医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者

- ・ 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者
- ・ 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- ・ 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者
- ・ 入棟時に**年齢が80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。
（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

【疾患別リハビリテーション】 都道府県によって異なる審査・査定状況

令和 1年 9月26日

病院 殿

国民健康保険診療報酬審査委員会

診療（調剤）報酬請求明細書審査の結果について

さきにご提出のありました令和 1年 8月分診療（調剤）報酬請求明細書を
本月の審査委員会において審査いたしました結果、下記のとおり、ご通知
いたしますので、今後は、特にこの点についてご留意くださいますよう
お願い申し上げます。

記

廃用症候群のリハビリは原則6単位までです。

【拡大】

廃用症候群のリハビリは原則6単位までです。

こんなこと、診療報酬点数表では記載されていません。

患者を診てもいない人たちから

「ああだ！こうだ！」と言われるくらいなら、

リハビリテーション料を入院費に包括してくれた方が良い。

その上で、アウトカムを出している病院にインセンティブを認めてほしい。

4. 療養病床について

医療区分

- ◆ 医療区分が導入されてすでに10年以上経過し、療養病床の入院患者の病態は多彩になり、年齢分布も広がっている。
- ◆ 医療区分1の中には重度な病態も多く含まれており、すでに医療区分制度はその使命を終えている。

疾患・状態と医療処置が混在

医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3 L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

医療療養病床は、患者の状態像によって医療区分1～3に分類される。最も状態が「軽い」と判断されている医療区分1を分類する試案を日本慢性期医療協会が作成。

医療区分1の分類【これらの病態はすべて「医療区分1」です】

【医療区分1-5】

- ・重度意識障害（JCS100以上）
- ・癌ターミナル（余命1ヶ月）以上
- ・肝不全（腹水高度，NH₄Cl 120mg/dl）
- ・CKD（クレアチニン6mg/dl以上）
- ・喘息重積発作
- ・仮性球麻痺（経管栄養）
- ・喀痰吸引（7回/日以下）
- ・全麻手術後1ヶ月以内
- ・その他の感染症（CRP5以上，顆粒球減少，ウイルス性など）
- ・胸水，心嚢液貯留
- ・妄想、幻覚
- ・錐体外路症状（重度）
- ・認知度（M）
- ・自殺企図
- ・難治高血圧（治療にもかかわらず日中最高血圧180mmHg以上を呈する例）
- ・心不全（高度非代償性）
- ・SAB，AVB（Ⅲ度）SSS
- ・徐脈（40以下）RonT，af（f波500/min以上）
- ・脱水（BUN50mg/dl以上）
- ・低栄養（Alb2.5g/dl以下）
- ・Hb7g/dl以下
- ・BNP（1000以上）
- ・血糖（随時血糖200mg/dl以上，
HbA1c8以上）

【医療区分1-4】

- ・重度意識障害（JCS30以上）
- ・肝不全（腹水高度，NH₄Cl 100mg/dl以上）
- ・CKD（クレアチニン4mg/dl以上）
- ・認知度（Ⅳ）
- ・脱水（BUN40mg/dl以上）
- ・低栄養（Alb3g/dl以下）
- ・Hb8g/dl以下
- ・BNP（500以上）
- ・血糖（随時血糖150mg/dL以上，HbA1c7以上）

【医療区分1-3】

- ・意識障害（JCS20，10）
- ・癌ターミナル（余命6ヶ月）
- ・認知度（Ⅲ）
- ・脱水（BUN30mg/dl以上）
- ・低栄養（Alb3.5g/dl以下）
- ・Hb9g/dl以下
- ・BNP（100以上）

【医療区分1-2】

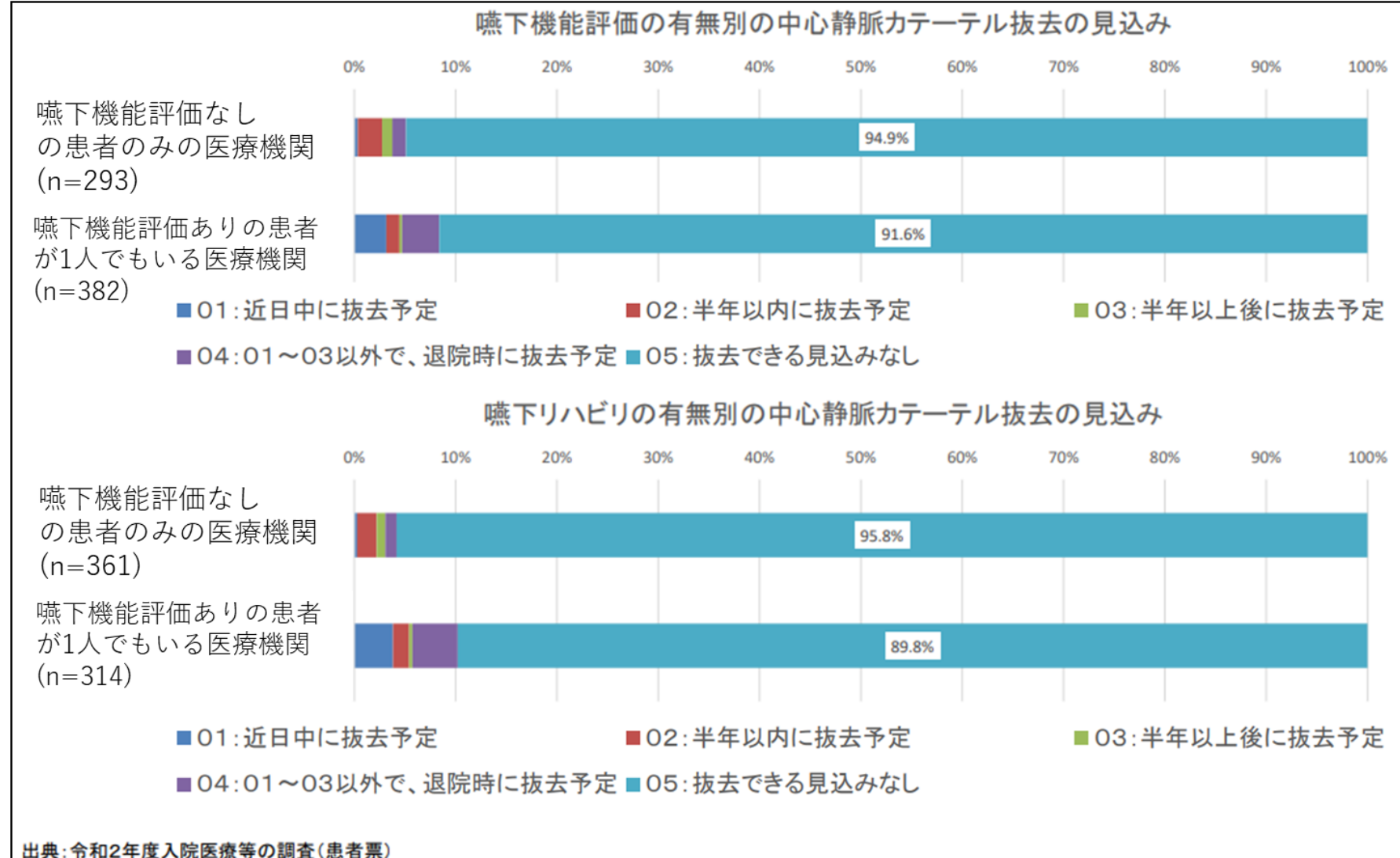
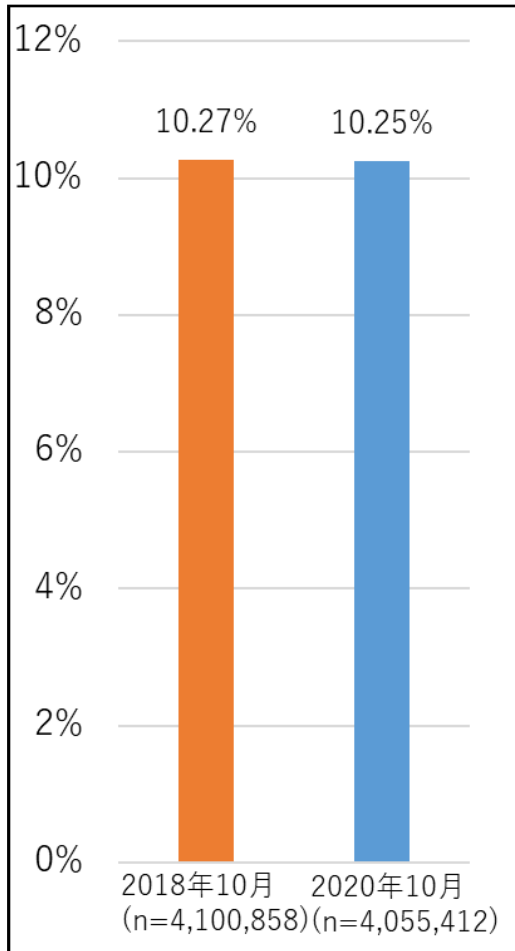
- ・区分1-3，1-4，1-5以外でADL区分3の人

【医療区分1-1】

- ・区分1-3，1-4，1-5以外でADL区分1，2の人

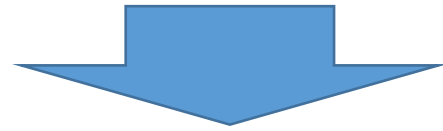
前回改定前後で中心静脈栄養患者割合に変化はないが、厚労省は嚥下機能評価・嚥下リハビリの実施で中心静脈カテーテル抜去の見込みが高いというデータを示している。

療養病棟入院基本料の算定病棟の全入院患者に占める中心静脈栄養の実施患者割合



- ◆ 日本慢性期医療協会では、2019年7月、療養病棟入院基本料1を算定する役員病院に緊急調査を実施したところ、中心静脈栄養実施患者のうち、代替可能な栄養法があるにもかかわらず中心静脈栄養を実施している患者は、わずか1.5%であった。
- ◆ 「医療区分Ⅲ」に該当させるために中心静脈栄養を実施しているわけではない！
- ◆ 高齢患者の場合、低栄養、脱水状態に陥れば、毎日、通常量の栄養分と水分に、これまでに不足した分を足さなければ、すぐに死に至る。
- ◆ よって、経口摂取、経管栄養だけでは不十分であり、中心静脈栄養を併用する期間も必要である。
- ◆ ただし、胃腸を使わなければ、絨毛が退化してしまうので定期的に見直し、経口摂取もしくは経管栄養併用し、最終的に切り替える方向で中心静脈栄養は抜去するべきである。

先に述べたように医療区分制度も重症度、医療・看護必要度も
廃止して急性期だけでなく慢性期も共通する重症度評価が必要。



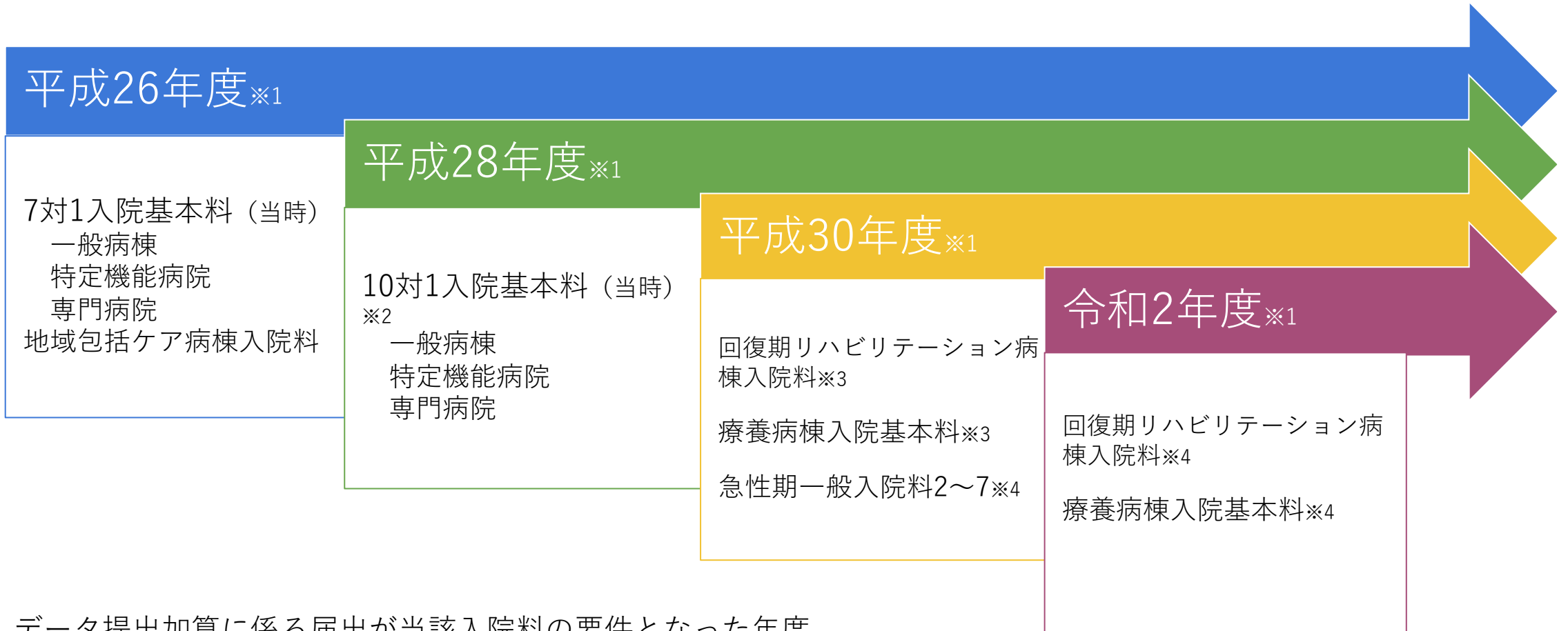
医療関連データはDPCデータに集約すべきである。

急性期病床でも慢性期病床でも超重症患者の治療を担っている。

5. DPCデータの活用について

データ提出加算に係る届出が要件されている入院料

- 平成24年度改定のデータ提出加算の導入後、データ提出加算が要件となる入院料を拡大してきた。



※1 データ提出加算に係る届出が当該入院料の要件となった年度

※2 病床数が200床以上の場合に限る

※3 許可病床数が200床以上に限る

※4 病床数に関わらず要件となった

- ◆ 厚労省は平成24年度改定のデータ提出加算の導入後、データ提出加算が要件となる入院料を拡大し、療養病床を有する病院もDPCデータを提出している。
- ◆ 急性期から慢性期、在宅に至るまで、治療内容は多少変わっても、一人の患者の病気をフォローするためには、診療統計や診療報酬請求システムは、DPCに一本化するべきである。
- ◆ しかしながらDPC算定病院以外の特に中小病院では、データ提出に伴う業務負担が大きく、対応に苦慮している。
- ◆ すべての医療機関からデータ提出が行えるようなシステムの構築などについても検討してほしい。

6. 基準介護・基準リハの導入、総合診療医の養成

「基準介護」「基準リハビリテーション」新設の提案

- ◆現在、入院患者の大半を高齢者が占めているが、制度的には2006年から基準看護で定められた看護職員数は増えていない。
- ◆クローズアップ現代+（プラス）で討論が繰り広げられ問題視されているように、急性期病棟では高齢患者に対する十分な介護ケアやリハビリテーションが行われていない。
- ◆認知症状がみられる患者や、歩行不安定な患者、夜中にトイレに行く高齢患者に対して身体拘束や膀胱留置バルーンカテーテルを挿入することによって、急性期病棟から約1か月後に退院する時には、すでに関節拘縮が進行しており、寝たきり状態となっている。
- ◆急性期病院入院中に発生する寝たきり患者を減らしていくために病棟内スタッフ配置について、基準看護だけでなく「基準介護」「基準リハビリテーション」を追加すべきである。

- ◆ そして全身状態管理が必要な高齢者の治療は、臓器別専門医ではなく総合診療医が担うべきである。総合診療医の育成・増員が急務である。
- ◆ 総合診療医は19番目の臓器別専門医ではない。
- ◆ 医師国家試験合格後、2年間の「前期研修」を終えると、2年間は臓器別専門医としての技術を磨くとともに、総合診療医としての知識とスキルを習得する研修期間とする等、超高齢化に対応し得る医師の臨床研修制度の見直しが急務である。
- ◆ 急性期病院での「栄養・水分摂取の軽視」「リハビリテーション軽視」「身体拘束」をなくし、病棟内に多職種スタッフを配置すれば要介護者は減る。

7. 特定看護師のさらなる活用について

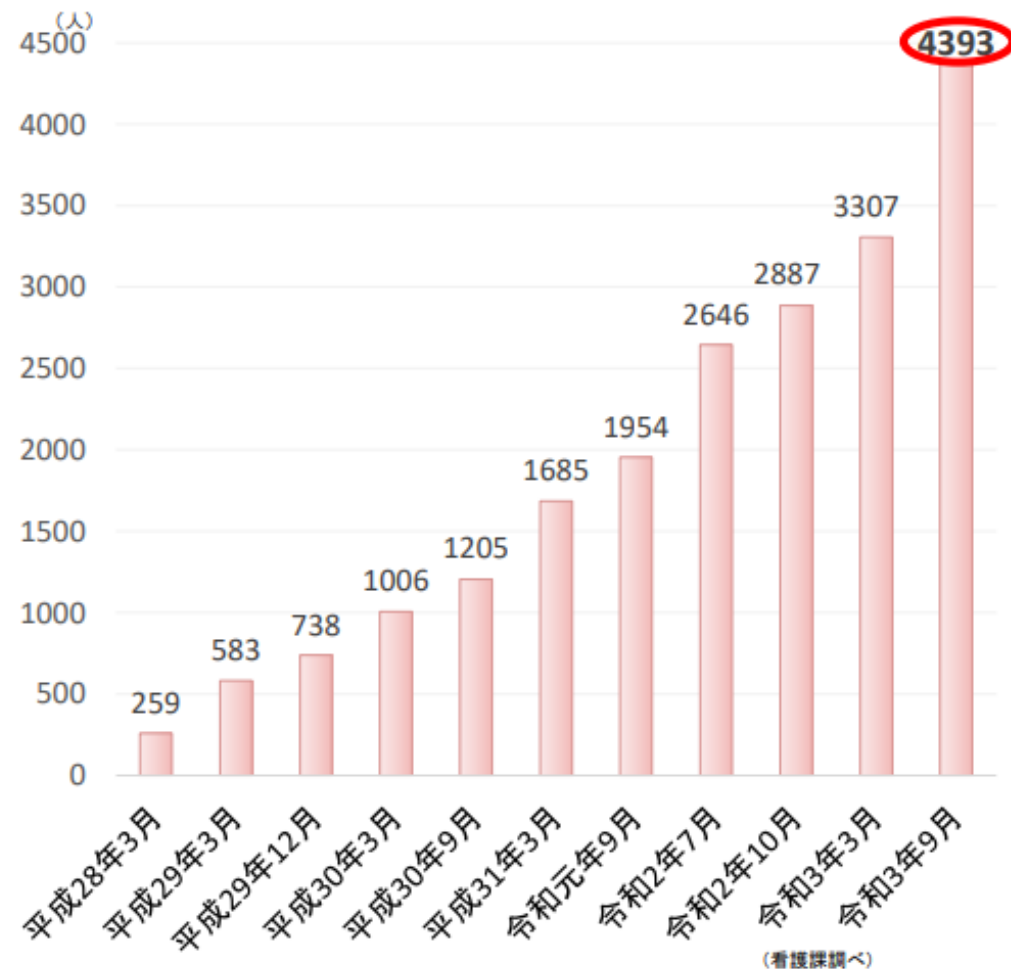
特定行為に係る看護師の研修制度 指定研修機関数・研修修了者の推移

- 特定行為研修を行う指定研修機関は、年々増加しており令和3年8月現在で289機関である。
- これらの指定研修機関が年間あたり受け入れ可能な人数（定員数）は3,426人（令和3年8月現在）となっている。
- 特定行為研修の修了者数は、年々増加しており令和3年9月現在で4,393名である。

■指定研修機関数の推移

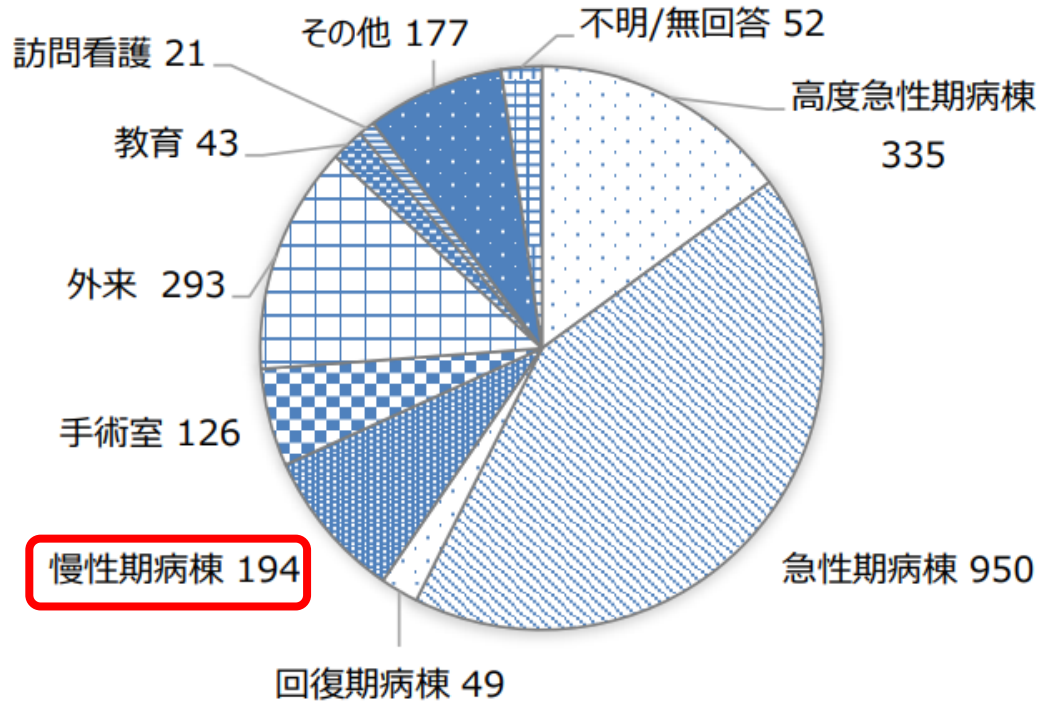


■研修修了者数の推移



特定行為研修修了者の就業場所

病院に就業する修了者の活動場所



【就業場所別修了者数】

就業場所	割合	人数
病院	69.2%	2,240
診療所	1.2%	40
訪問看護 ステーション	4.5%	145
介護福祉施設	1.0%	34
教育機関	1.3%	41
その他	0.5%	16
未就労	0.5%	16
不明	21.8%	707
総数	100%	3,239名

出典：「令和3年度厚生労働省委託事業「看護師の特定行為に係る研修機関拡充支援事業」(令和3年8月時点)

◆ 現在、下記6つの領域の特定行為研修のパッケージ化が認められている

- ① 「在宅・慢性期領域」
- ② 「外科術後病棟管理領域」
- ③ 「術中麻酔管理領域」
- ④ 「救急領域」
- ⑤ 「外科系基本領域」
- ⑥ 「集中治療領域」

 **急性期中心の領域である**

◆ 特定看護師は主として急性期の現場での活躍を期待されているようで、指定研修機関も大学や急性期医療機関が多い。

◆ 2020年度から総合入院体制加算の施設基準に特定看護師の複数名配置や麻酔管理料(II)における麻酔を担当する医師の一部の行為を特定看護師が実施しても算定できるようになったが、いずれも急性期医療の分野である。

◆ 医師も看護師も多く配置されている急性期病棟より、**医師の関与の少ない在宅・慢性期病棟こそが、**
特定看護師の実力を十二分に発揮できる最適な領域である。

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



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