

日本慢性期医療協会

定例記者会見

日時：令和4年2月10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

2022年度診療報酬改定に対する
日本慢性期医療協会のスタンス

診療報酬改定は主に厚生労働省保険局医療課の
医系技官によって行われている。

優秀な医系技官は今現在の保健医療についてどのよ
うになってほしいと思っているのだろうか。

1. 国民が健康で長生きできる環境を整えることを第一に考えているだろう。
2. できるだけ多くの日本人が健康寿命を延ばして、幸せな長寿を全うできるように思ってくれているだろう。
3. 医療に従事する医師をはじめとする多くの専門職が日本人の健康を守るために働きやすい環境を作ってくれるだろう。
4. 多くの医療機関の健全経営も保持してくれるだろう。
5. 健全で最新の医療を提供できるように研究開発できるような環境を作ってくれるだろう。
6. この度の新型コロナウイルス感染症のような新興感染症に対する治療や予防に努力してくれるだろう。

令和4年度診療報酬改定 答申を受けて（入院医療）

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

◆ 高度急性期病院への手厚い評価

- より高度な医療、救急医療を評価・サポート
- 赤字の高度急性期病院へのサポート

算定対象病棟	加算名	点数
(急性期一般入院料1)	(新) 急性期充実体制加算	(180～460点)
(ICU,救命救急入院料2・4)	(新) 重症患者対応体制強化加算	(300～750点)
(ICU,HCU,救命救急入院料等)	(新) 重症患者初期支援充実加算	(300点)

- 早期離床・リハビリテーション加算、早期栄養介入管理加算について
算定可能病床を拡大し、強化している

◆ 回復期リハビリテーション病棟には手を付けず、
一般急性期病棟・地域包括ケア病棟に重きを置いた

日本慢性期医療協会としては、高度急性期病院を
より高く評価する今回の改定を強く支持する。

- ◆ 在宅医療をもっと推進したい厚労省は、診療所の医師をはじめとする現在の在宅医療提供体制では在宅支援機能が十分ではないとの見方から、200床以上の地域包括ケア病棟にも在宅患者支援を要件化した。
- ◆ そして厚労省は、「地域包括ケア病棟は地域の救急医療を担うところ」との確固たる方針を示した。
- ◆ さらに今回の改定では、初めて一般病床の地域包括ケア病棟と療養病床の地域包括ケア病棟で要件に差をつけた。

慢性期医療は約30年間で大きく変わりました。

当初は「介護力強化病院」等の名前で、治療というより介護を主体し、虚弱高齢患者を長期に収容している病院でした。

それから10年以上が経ち、日本の病床は急性期であろうと慢性期であろうと同じ「その他病床」として統一されていた病床名を2003年に「一般病床」と「療養病床」に分けました。

2006年には、それまでまるで老人収容所であった療養病床に医療区分制度が導入され、療養病床は少しずつ変わり始め、「慢性期治療病床」となりました。

現在の療養病床は医療区分制度が導入されてから16年が経ち、「慢性期重症治療病棟」となり、死に至りかねない患者を受け入れ、集中的に治療を行い、50%以上の患者が軽快退院しています。

日本慢性期医療協会の多くは慢性期多機能病院であり、療養病床をはじめとして、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を有しています。

- ◆ (一般病床) 地域包括ケア病棟 197病院 7,456床
- ◆ (療養病床) 地域包括ケア病棟 103病院 3,431床

- ◆ (一般病床) 回復期リハビリテーション病棟 72病院 4,223床
- ◆ (療養病床) 回復期リハビリテーション病棟 202病院 12,924床

今回の改定の目玉は地域包括ケア病棟です。2014年にアメリカのLTAC病棟の日本版として、そして「亜急性期入院医療管理料」の代わりとして誕生しました。

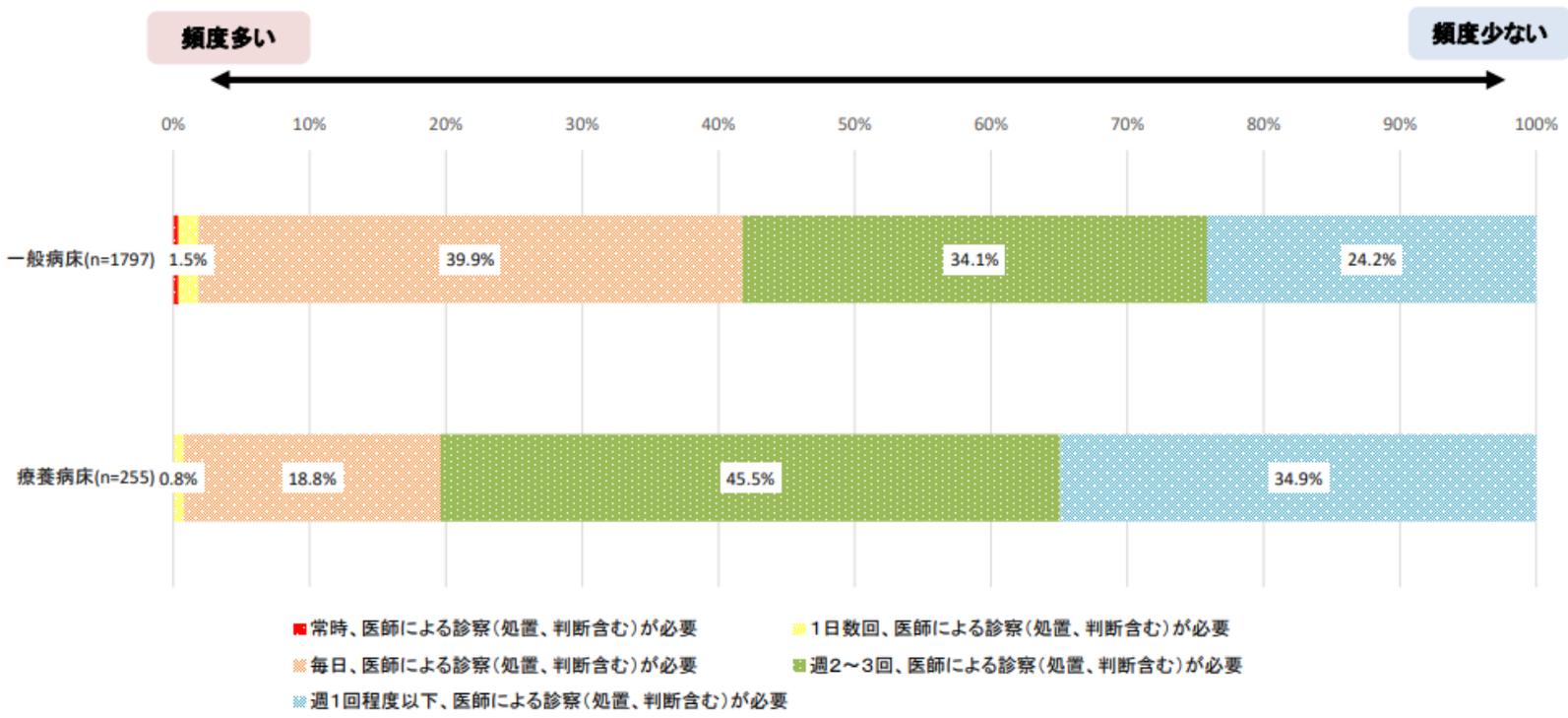
当初は大病院も中小病院も許可病床数の制限なく算定可能でしたが、この2本柱が今回大きく変わり、主に中小の多機能病院の柱として成長しました。

日本慢性期医療協会の多くは、慢性期多機能病院として、地域で軽中度の救急患者と回復期リハビリテーション患者と重度の慢性期患者を担当してきました。高齢者が主体となっている日本の医療の中で、日慢協の会員が主体の慢性期多機能病院として期待されている機能を発揮していかなければなりません。

2021.10.1入院医療等の調査・評価分科会資料では、医師による診察の頻度が常時～毎日必要な患者は、一般病床で約4割、療養病床で約2割だった。

医師による診察の頻度(病床種別)

○ 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、医師による診察の頻度は以下のとおり。
 ○ 常時～毎日医師による診察が必要な患者は、一般病床では約4割、療養病床では約2割であった。



今回の改定では、地域包括ケア病棟の機能を見事に定めてくれました。これまで一般病床より医師の数が少ない療養病床でも、一般病床同様に地域包括ケア病棟として認めていただいておりますが、療養病床の地域包括ケア病棟に次の要件が加わりました。

【療養病床】の地域包括ケア病棟

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

- ◆地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定する病床が療養病床である場合には、所定点数の100分の95に相当する点数を算定することとする。
- ◆ただし、以下のいずれかの場合においては、所定点数（100分の100）を算定する。
 - ◆自宅等からの入院患者の受入れが6割以上である場合
 - ◆自宅等からの緊急の入院患者の受入実績が前三月で30人以上である場合
 - ◆救急医療を行うにつき必要な体制が届出を行う保険医療機関において整備されている場合

厚生労働省医政局長通知では、

「医療機関としても、患者からの診療の求めに応じて、
必要にして十分な治療を与えることが求められ、

正当な理由なく診療を拒んではならない」

とされており、もともと医療機関として救急患者を診る
べきなのです。

療養病床は地域の高齢者の医療にとって重要です。
療養病床の病院も地域の救急指定をとれるように、
地域の自治体に申し入れてください。

日慢協の会員病院は、慢性期病棟であっても救急指定を
とり、積極的に高齢救急患者を診察する地域包括ケア病
棟を目指しましょう。

そして厚労省は、日本各地どこでも療養病床を持つ
病院も救急指定をとれるように指導してほしい。

高齢者の体力や抵抗力の十分でない身体での多くの臓器の機能低下に伴う複雑な状況の患者の治療は、慢性期医療の得意な私たち日本慢性期医療協会の会員病院にお任せください。

緊急手術や特殊な治療の必要な患者より、体力と臓器の機能低下、そして感染症を合併したような患者が増えてきています。

療養病床の地域包括ケア病棟を有する慢性期多機能病院こそ救急指定をとり、軽中度の慢性期救急患者を積極的に受け入れましょう。

減算割合	減算要件	
5%減算	地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定する病棟又は病室に係る病床が <u>療養病床である場合</u>	<u>所定点数の100分の95に相当する点数を算定</u> することとする
10%減算	<u>許可病床数が100床以上の地域包括ケア病棟入院料・管理料1・2で、入退院支援加算1に係る届出を行っていない場合</u>	<u>所定点数の100分の90に相当する点数を算定</u> することとする
	地域包括ケア病棟入院料・管理料3・4で、 <u>在宅復帰率が7割以上を満たしていない場合</u>	
	地域包括ケア病棟入院料・管理料2・4で、以下の実績要件の <u>いずれか1つ以上を満たせなかった場合</u> ア 自宅等から入棟した患者割合が <u>2割以上</u> イ 自宅等からの緊急患者の受入れが <u>3月で9人以上</u> ウ <u>在宅医療等の実績を1つ以上</u> 有する	
15%減算	許可病床数が <u>200床以上の医療機関</u> において、地域包括ケア病棟入院料2及び4における自院の一般病棟から転棟した患者割合6割未満を満たしていない場合	<u>所定点数の100分の85に相当する点数を算定</u> することとする

10%も15%も減算となってしまうては、病棟運営は非常に厳しい。
9月末までに要件を満たせるように、今から対策をしていかなければならない。

10～15%も減算されては病棟運営出来ないことを分かった上でこのような改定をしたということでしょう。地域包括ケア病棟の改定についてこれだけ多くの減算要件を設けたということは、まさに減算要件に該当する病院では、地域包括ケア病棟の算定をあきらめるように言っているようなものです。

この改定を受けて残った地域包括ケア病棟が
どのような病院であるべきかを考えなければなりません。

厚労省は地域包括ケア病棟は中小病院の一般病床で
地域急性期機能を有し、地域の救急患者を受け持って
ほしいと思っているのでしょうか。

また、療養病床の地域包括ケア病棟が機能的に劣るので、救急指
定をとって、前を向いて、地域医療を支えていく気概があるなら、
算定をしてくれてもよいと思っているのでしょうか。

要するに厚労省は、もはや現在は昔の療養病床の存在する場所はない！と、昔のような正に高齢者の長期臥床病床は療養病床ではない！と、宣言している。療養病床を持ち続けるなら、重症患者の治療を受け持ってほしいと思っているのでしよう。

療養病床が主体の慢性期多機能病院は、
今後、地域包括ケア病棟をまともに運営できるかが
勝負となるでしょう。

ゆっくり治療すればよい、という昔の慣習が抜けない
病院は、マインドの切り替えが必要です。

もはや療養病床は療養病床でなくなっています。

療養病床を療養のための病床にしてはダメです！

病床の名前を変えるべきです！

医療区分を廃止し、急性期から慢性期まで一貫した

DPC対応とすべきです！

ポストコロナについては従来から日慢協は積極的に担当させていただいていますが、第6波についてもどんどん引き受けます。

衰弱からの回復やリハビリテーションは、急性期病院ではできません。

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