

日本慢性期医療協会

定例記者会見

日時：令和5年1月12日17:15～

場所：ホテルオークラ東京



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

寝たきり防止へ向けた慢性期医療の課題は、担い手の「質」「量」「意識（やる気）」の改善。

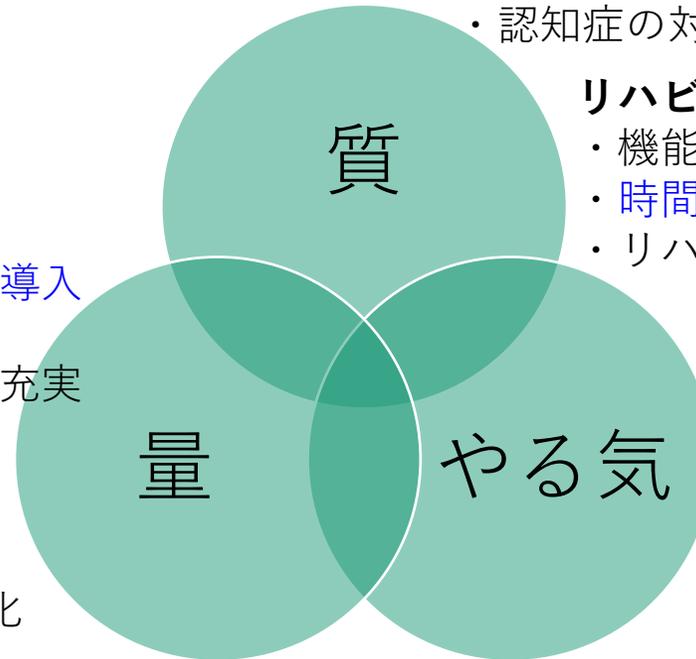
慢性期医療の課題

リハビリテーション量の増大

- ・ 基準リハビリテーションの導入
- ・ 基準介護の導入
- ・ 訪問リハビリテーションの充実

ケア人材の確保

- ・ 介護福祉士の仕事の統一
- ・ 同一スキル同一給与
- ・ 適切なタスクシェア、ICT化



医療と介護のシームレス化

- ・ 総合診療医の育成
- ・ 情報、評価指標の統一
- ・ 認知症の対応力強化

専門性を活かしたチーム医療

- ・ 専門能力を発揮するチーム作り
- ・ リハ看護、リハ介護の強化
- ・ 専門職の資格評価

リハビリテーション質の向上

- ・ 機能訓練からADL重視
- ・ 時間報酬からアウトカム報酬
- ・ リハビリテーション栄養の充実

人間らしい生活

- ・ 個室化
- ・ 個別浴化
- ・ 身体拘束ゼロ

品質を高める教育と仕組み

- ・ ニーズに応じた医療への経営者教育
- ・ 重症度、要介護度報酬からアウトカム評価
- ・ 投入資源量に応じた報酬制度

療養病床から 慢性期治療病床への転換に向けて ～医療区分評価からアウトカム評価へ～

- ・ 療養病床の制度 : 治療成果を見えなくする医療区分
- ・ 医療区分の問題点 : 評価にもインセンティブにも活用困難
- ・ 慢性期治療病棟へ : アウトカムを重視した評価報酬制度への
 見直し、介護医療院等との機能分化

療養病床が治療目的であることを明確にするため、その役割とともに「慢性期治療病床」などへの名称変更も提言してきた。

【療養病棟の終焉がすぐそこに近づいてきた】

医療区分2・3の患者の入院目的は、「養生」が主体か、「治療」が主体かは明白である。

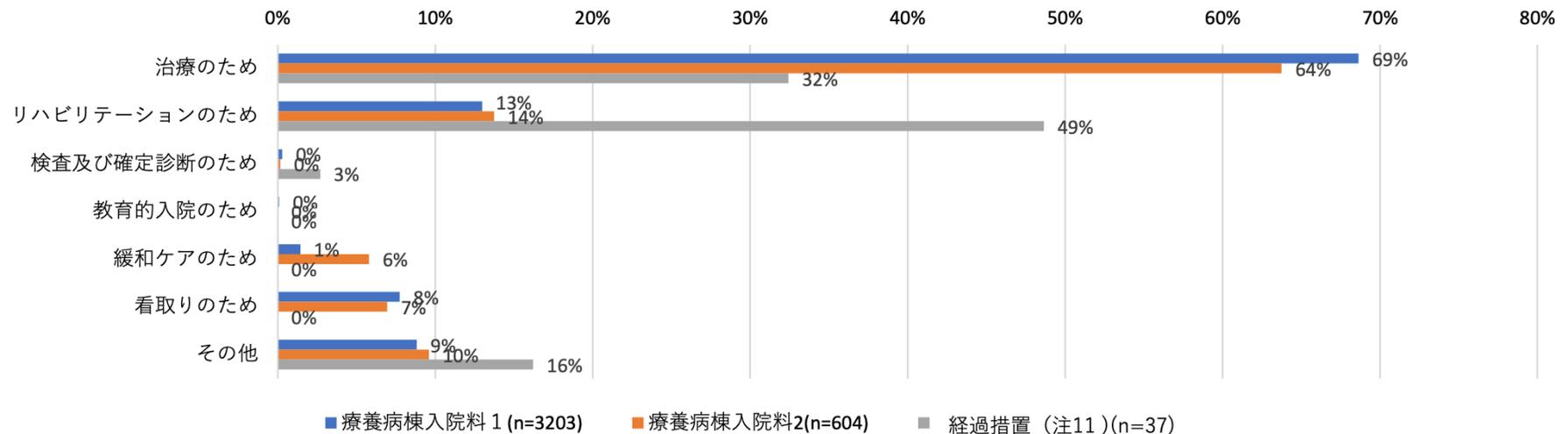
積極的に治療して日常生活復帰を促進しなければならない。
療養病床という病床名は「慢性期重症治療病床」に変えるべきである。

療養病床の制度（入院の目的）

大半の患者は、「養生」ではなく「治療」目的のために入院している。

各入院料毎の患者の入院の理由

○ 各入院料に分けた場合の患者の入院理由は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟においては「治療のため」が最も多く、経過措置（注11）を届け出ている病棟においては「リハビリテーションのため」が最も多かった。



療養病床の制度（入院料）

医療・ADLをそれぞれ3区分し、重度であるほど評価（高点数）される。

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

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

包括範囲：検査、画像診断、投薬、注射、処置、病理診断（いずれも一部を除く）
リハビリテーションや手術は出来高で算定可

療養病床の制度（医療区分）

医療区分には、難病など改善困難な（悪化させない）疾患と、改善（軽快）すべき疾患とが混在している。

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（<u>摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定</u>） ・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） ・<u>脊髄損傷（頸髄損傷）</u> ・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 ・<u>尿路感染症</u> ←改善すべき ・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（<u>経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定</u>） ・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

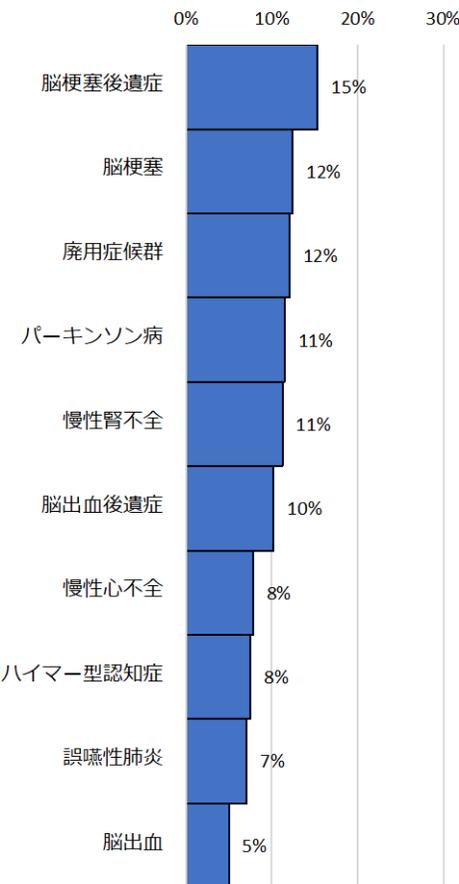
後述例)
悪化させない→

療養病床の患者層（主病名）

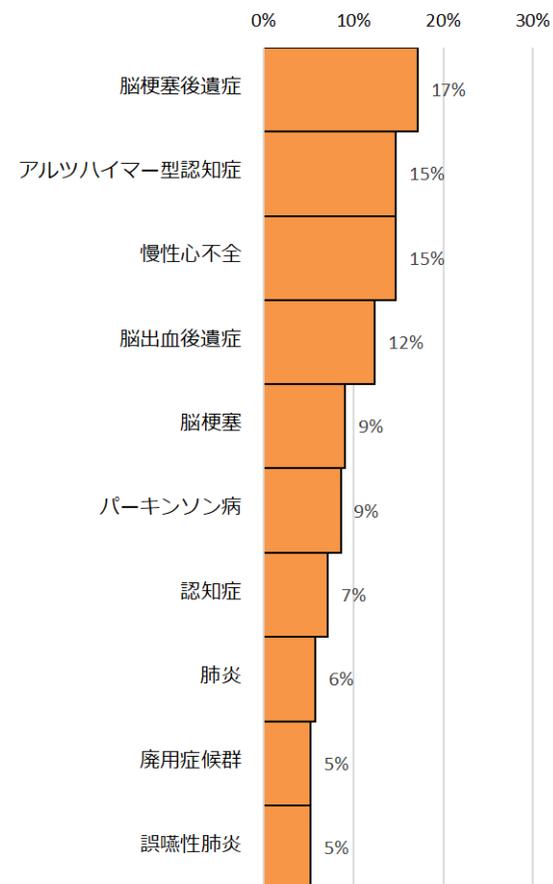
入院料毎の主傷病名

○ 各入院料に分けた場合の患者の主傷病名は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟においては、「脳梗塞後遺症」、経過措置（注11）を届け出ている病棟においては「廃用症候群」が最も多かった。

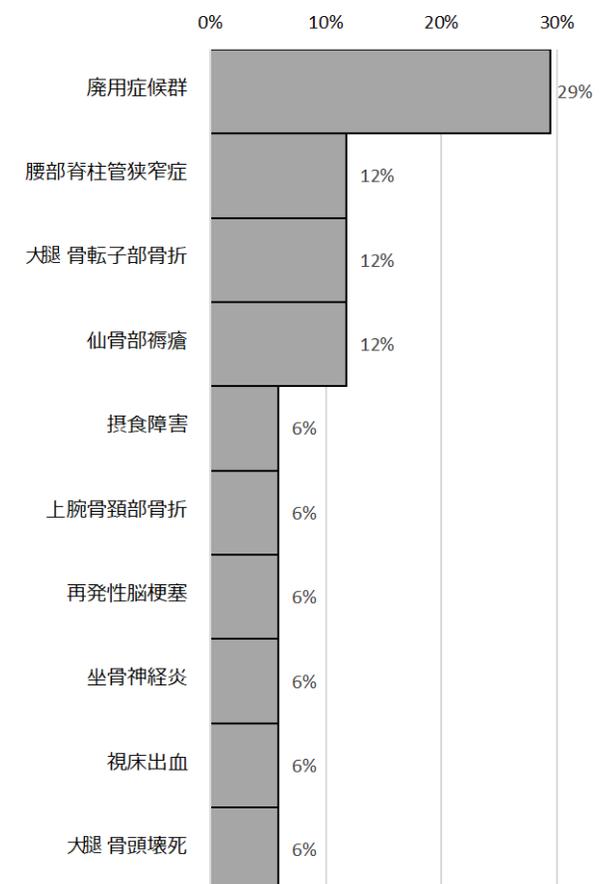
療養病棟入院料1（n=1089）



療養病棟入院料2(n=210)



経過措置（注11）（n=17）



疾患領域は幅広く改善も見込みにくい

療養病床の患者層（多病）

療養病床患者は「多病」のため、改善しにくい疾患とそうでない疾患が混在している。主傷病の多くは改善が見込みにくい。

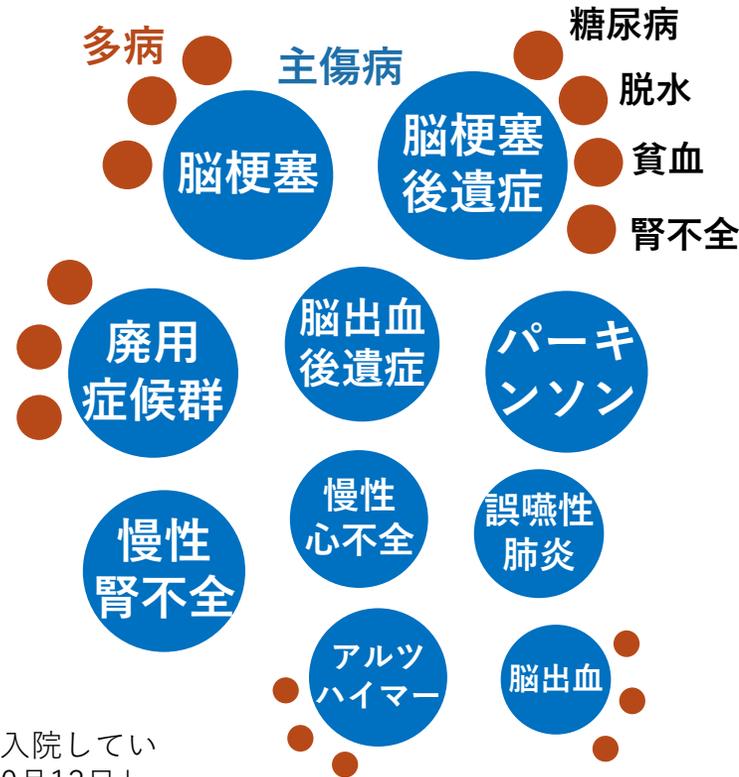
患者は「高齢者」

療養病棟入院基本料1の
入院患者平均年齢*

男性77.9歳

女性83.6歳

高齢者は「多病」



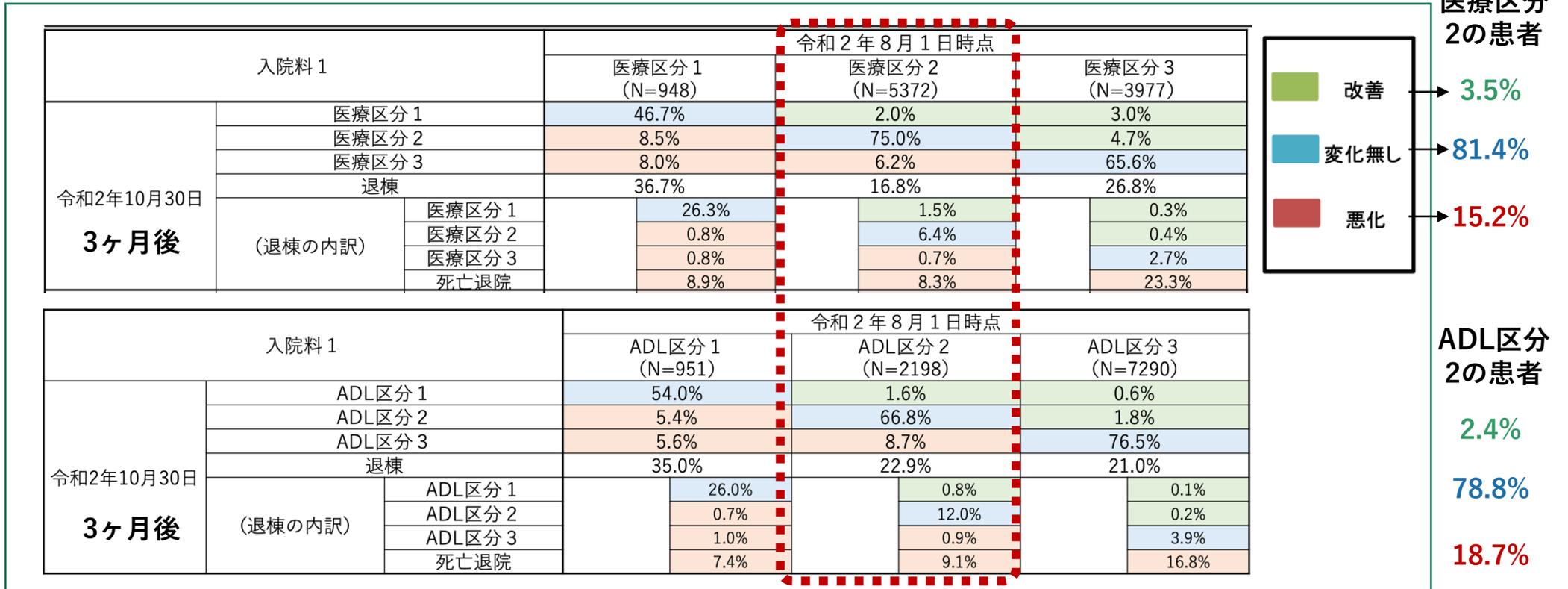
疾患/状態が「混在」

*日本慢性期医療協会「療養病棟入院基本料1に入院している患者の状態像等 アンケート結果概要 2021年10月13日」

医療区分の問題点（区分の推移）

改善困難な患者の医療区分は下がりにくい。その結果、療養病床での改善は数%と成果（アウトカム）が出ていないように見えてしまう。

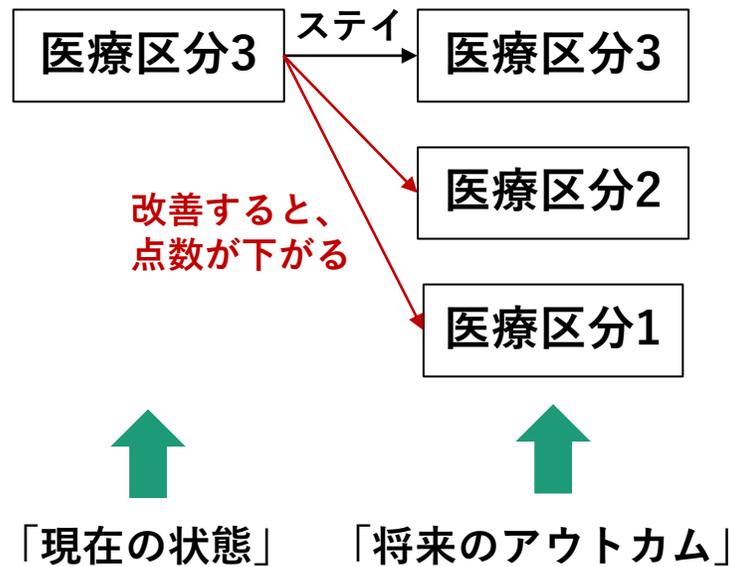
療養病棟入院患者の3ヶ月後の推移（医療区分、ADL区分）



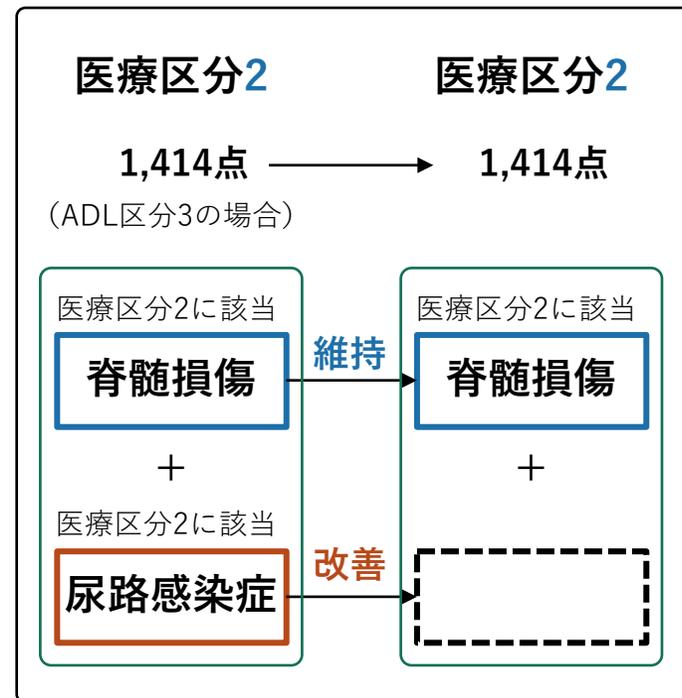
医療区分の問題点（アウトカムと診療点数）

医療区分は、「現在の状態」のみを評価している。これは、アウトカムを見えにくくし、改善による点数低下をも引き起こす。

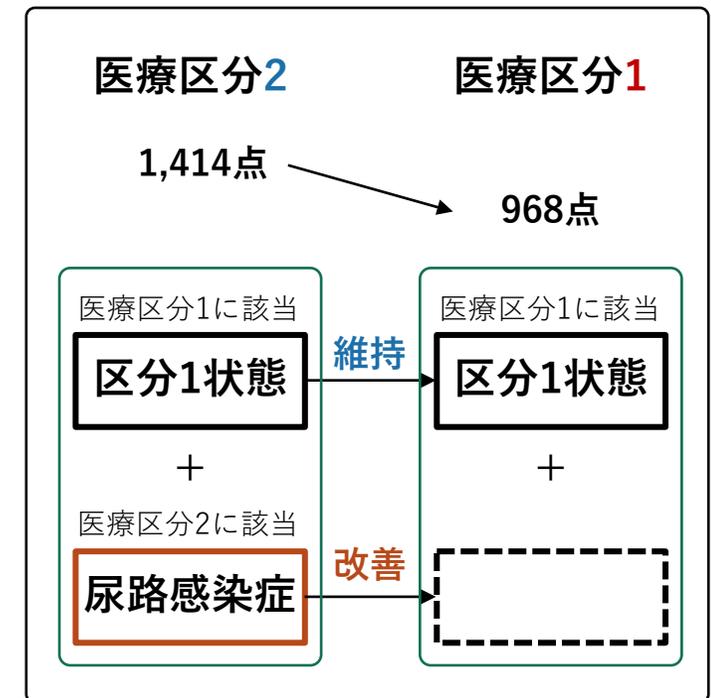
医療区分と診療報酬



点数は同じだがアウトカムは見えない



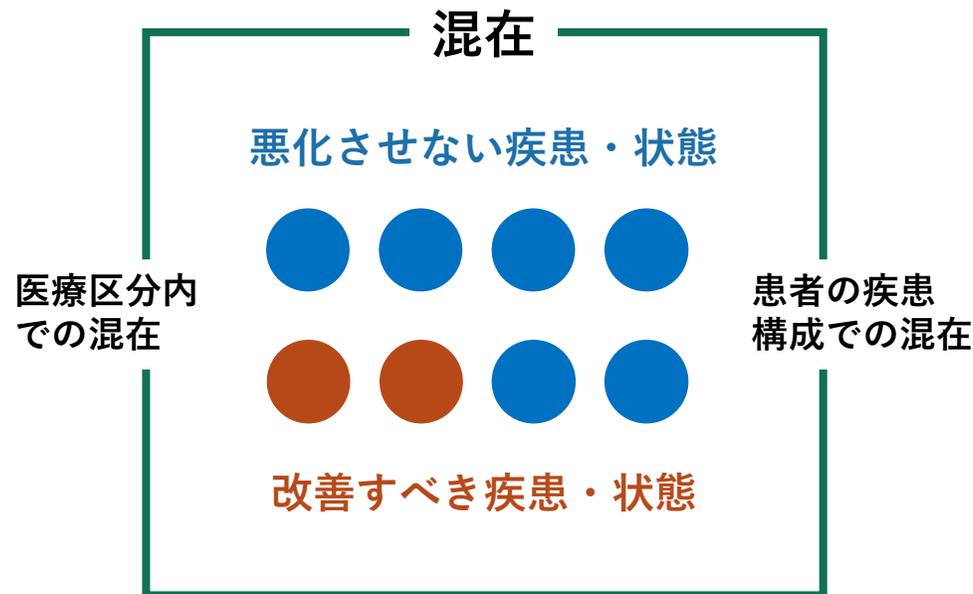
アウトカムが出ると点数が下がる



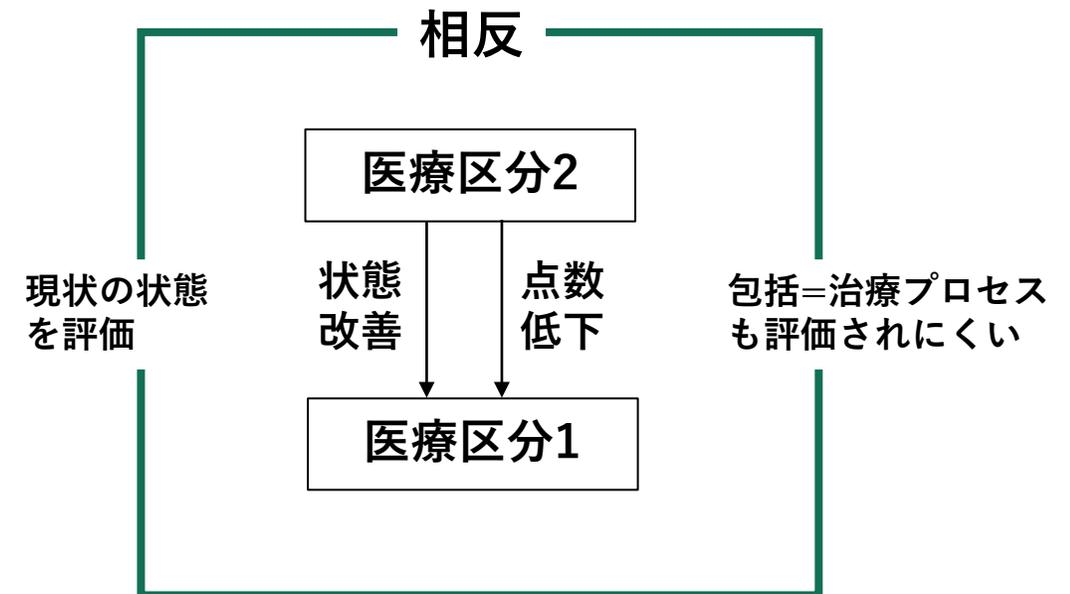
医療区分制度の見直しを

制度も患者も混在しているため、治療成果（アウトカム）が見えにくい。
また、アウトカムへのインセンティブも働きにくい制度。

アウトカムが見えない



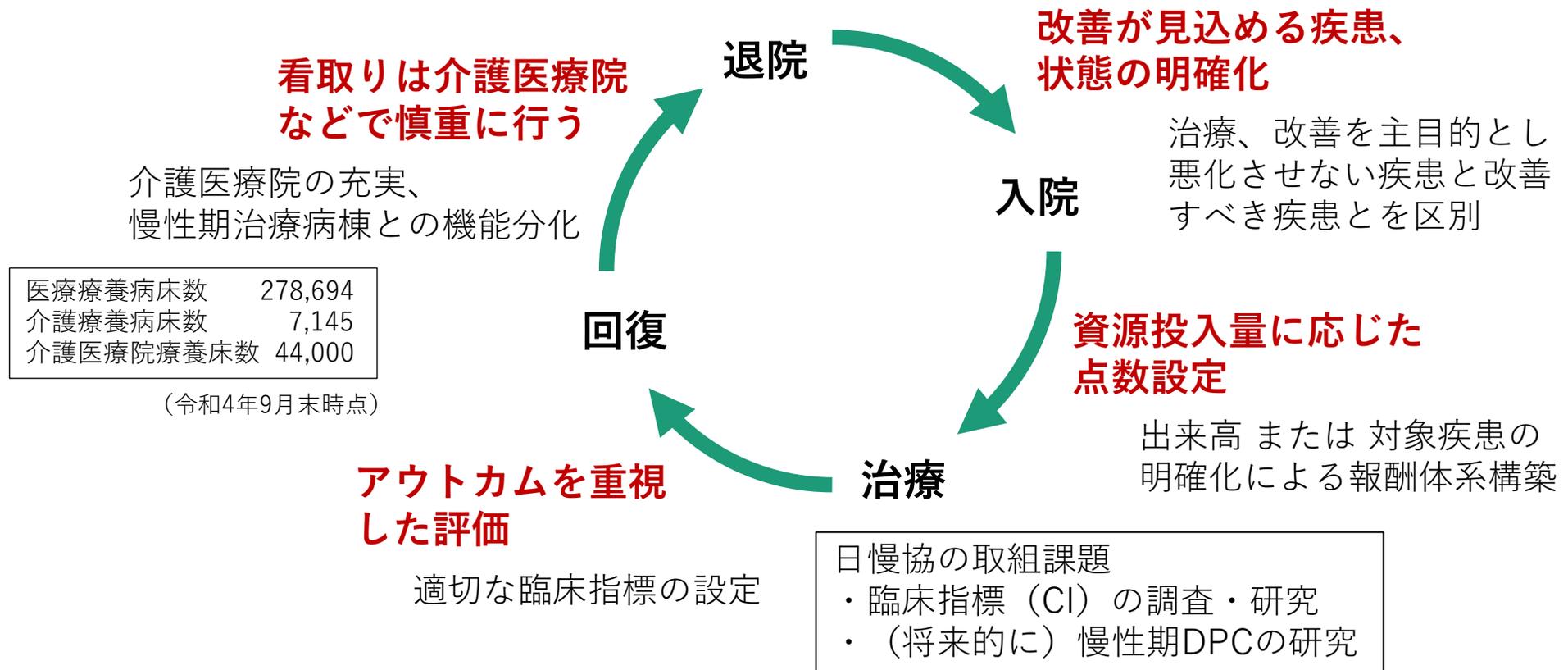
改善すると点数も下がる



慢性期治療病床確立のために

治療とその結果である生活復帰を目指すため、改善すべき疾患/状態、報酬体系、アウトカム指標の見直しとともに、介護医療院等との機能分化が求められる。

慢性期治療病床に向けて



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