

日本慢性期医療協会

定例記者会見

日時：令和6年5月23日（木）16:30

場所：Web会議システム「Zoom」



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

- **令和6年診療報酬改定からみた慢性期医療**
 - 療養病棟における医療区分に係る評価体系の見直しについて
 - 急性期病棟におけるリハビリ・栄養・口腔ケアに関する評価について
 - 高齢者救急における慢性期医療の役割
 - ー大阪緊急連携ネットワークについてー

- 令和6年診療報酬改定からみた慢性期医療
 - 療養病棟における医療区分に係る評価体系の見直しについて
 - 急性期病棟におけるリハビリ・栄養・口腔ケアに関する評価について
 - 高齢者救急における慢性期医療の役割
 - ー大阪緊急連携ネットワークについてー

医療区分の点数増減

疾患・状態	区分3			区分2			区分1		
処置等 (医療区分)	区分3 ↑	区分2 ↓	区分1 ↓	区分3 ↑	区分2 ↑	区分1 ↓	区分3 ↑	区分2 ↑	区分1 ↑
ADL区分3	入院料1 1,964点	入院料4 1,692点	入院料7 1,644点	入院料10 1,831点	入院料13 1,455点	入院料16 1,371点	入院料19 1,831点	入院料22 1,442点	入院料25 983点
ADL区分2	入院料2 1,909点	入院料5 1,637点	入院料8 1,589点	入院料11 1,776点	入院料14 1,427点	入院料17 1,343点	入院料20 1,776点	入院料23 1,414点	入院料26 935点
ADL区分1	入院料3 1,621点	入院料6 1,349点	入院料9 1,301点	入院料12 1,488点	入院料15 1,273点	入院料18 1,189点	入院料21 1,488点	入院料24 1,260点	入院料27 830点

 :100点以上増点
  :100点以上減点
  :50点以上減点
  :50点未満増点

疾患・状態	スモン(区分3)
ADL区分3	入院料28 1831点
ADL区分2	入院料29 1776点
ADL区分1	入院料30 1488点

旧医療区分	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1813点	1414点	968点
ADL区分2	1758点	1386点	920点
ADL区分1	1471点	1232点	815点

スモン以外の疾患・状態区分と処置区分

医療区分	医療区分3	医療区分2	医療区分1
疾患・状態	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態	<ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー症 ・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 ・その他の指定難病等(スモンを除く。) ・脊髄損傷(頸髄損傷四肢麻痺) ・慢性閉塞性肺疾患 ・悪性腫瘍(疼痛コントロール) ・消化管等の体内からの出血 ・暴行が毎日認められる状態(原因・治療方針を医師を含めて検討) 	左記の疾患・状態(医療区分2・3)該当なし
処置等	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合) ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用(5時間超) ・ドレーン法 又は 胸腔腹腔洗浄 ・気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う) ・酸素療法(常時3L/分以上) ・感染症隔離室での管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養(処置等医療区分3の対象以外で30日を超えて実施する場合) ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・リハビリテーション(発症後30日以内) ・脱水に対する治療(発熱を伴う) ・頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う) ・褥瘡に対する治療 ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療 ・透析(人工腎臓等) ・発熱又は嘔吐を伴う状態の経腸栄養 ・1日8回以上の喀痰吸引 ・気管切開又は気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(手術創・感染創)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療 ・酸素療法(医療区分3以外) 	左記の処置等(医療区分2・3)該当なし

一般病棟用重症度、医療・看護必要度

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

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

- 疾患・状態区分が3の患者のうち処置区分が3に該当するものでは100点以上の増点があったが、処置区分2では100点以上の減点となった
- 疾患・状態区分1、処置区分1の増点15点を「40歳未満の医師等の賃上げ実施分」と考えると、疾患・状態区分3かつ処置区分3の以外での増点は実質わずかしかなかく、全体的に収入減となる病棟が多く存在すると思われる
- 次期改定では処置区分項目の追加、見直しも検討する必要がある
- 今回の診療報酬改定では、医療資源投入量のみが反映されており、人的投入量の反映はなされていない。今後の課題と考える。

- 令和6年診療報酬改定からみた慢性期医療
 - 療養病棟における医療区分に係る評価体系の見直しについて
 - 急性期病棟におけるリハビリ・栄養・口腔ケアに関する評価について
 - 高齢者救急における慢性期医療の役割
 - ー大阪緊急連携ネットワークについてー

令和6年度診療報酬改定 II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進-①

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進

急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進①

- 急性期医療におけるADLが低下しないための取組を推進するとともに、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る観点から、土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションを含むリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理について、新たな評価を行う。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算(1日につき)

120点



より早期からの切れ目のないリハ(離床)・栄養・口腔の取組

- ・疾患別リハビリテーション等の提供によるADL等の改善
- ・土曜日、日曜日及び祝日に行うリハビリテーションの提供
- ・入棟後早期のリハビリテーションの実施
- ・病棟専任の管理栄養士による早期評価と介入



多職種による評価と計画

- ・原則48時間以内の評価と計画作成
- ・口腔状態の評価と歯科医師等の連携
- ・定期的カンファレンスによる情報連携

令和6年度診療報酬改定 II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進-②

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進

- 重症者に対する早期からの急性期リハビリテーションの提供を推進するため、病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションについて急性期リハビリテーション加算として新たな評価を行うとともに、早期リハビリテーション加算の評価を見直す。

(新) 急性期リハビリテーション加算

50点 (14日目まで)

(改) 早期リハビリテーション加算

30点 → 25点 (30日目まで)

【急性期リハビリテーション加算の対象患者】 ※入院中の患者に限る。

- ア A D Lの評価であるB Iが10点以下のもの。
- イ 認知症高齢者の日常生活自立度がランクM以上に該当するもの。
- ウ 以下に示す処置等が実施されているもの。

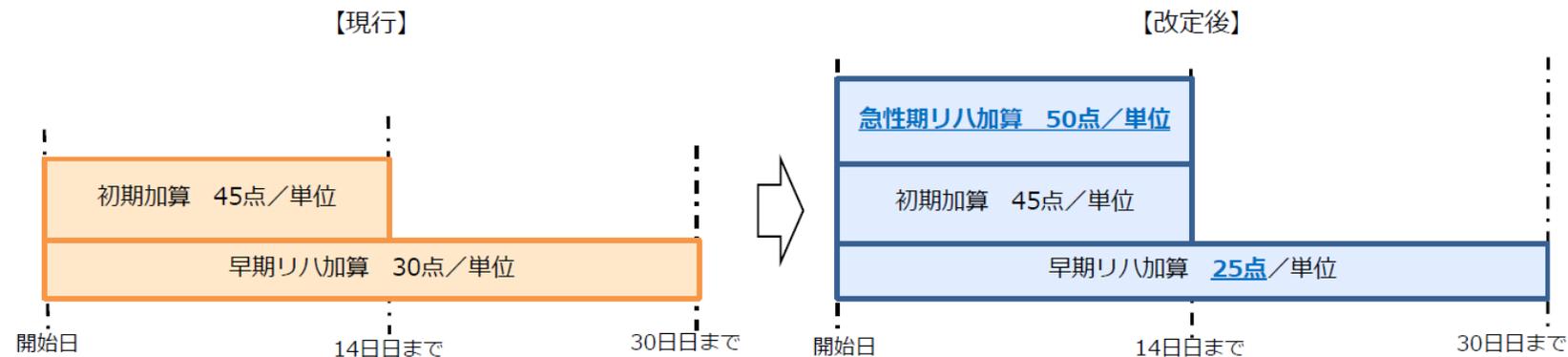
- ① 動脈圧測定 (動脈ライン) ② シリンジポンプの管理 ③ 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン) ④ 人工呼吸器の管理
- ⑤ 輸血や血液製剤の管理 ⑥ 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)

エ 「A 2 2 0 - 2」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症及び同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑う患者。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。

※ 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料において算定可能。

【急性期リハビリテーション加算の施設基準】

当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。



- 急性期病棟におけるリハビリ・栄養・口腔ケアに対する加算は従来から我々が提言してきた、「多くの寝たきりは急性期で作られる」という概念に基づいた改定項目であり、最上の評価に値する
- 従来、慢性期病院入院患者の多くが低栄養、サルコペニア状態にあり、疾患治療に先立ち、それらの改善に日数を費やす必要があったが、今後急性期から転院された患者の低栄養、廃用症候群が著減し、転院後も継続した疾患治療を実施できれば慢性期病院での在院日数の削減につながる。

- 令和6年診療報酬改定からみた慢性期医療
 - 療養病棟における医療区分に係る評価体系の見直しについて
 - 急性期病棟におけるリハビリ・栄養・口腔ケアに関する評価について
 - 高齢者救急における慢性期医療の役割
—大阪緊急連携ネットワークについて—

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-1 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進-①

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

1 入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2 入院1日目の患者の場合	1,200点
3 入院2日目の患者の場合	800点
4 入院3日目の患者の場合	600点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

大阪緊急連携ネットワーク

- 目的
 - 3次救急に搬送されたミスマッチ患者のスムーズなドレナージ
 - 3次救急施設長期入院患者の受け入れによる病床回転率の向上
- 開設 2008年12月10日
- 参加施設
 - 3次救急 15施設 (2大学病院を除く全3次救急施設+国立循環器病研究センター)
 - 慢性期 37施設

開設時: 3次救急5施設、慢性期22施設

下り搬送依頼実績

(H20.12.10～R6.4.9)

■下り搬送依頼数 1909例

□男性 1139名、女性 770名

□6才～105才(平均71.0才)

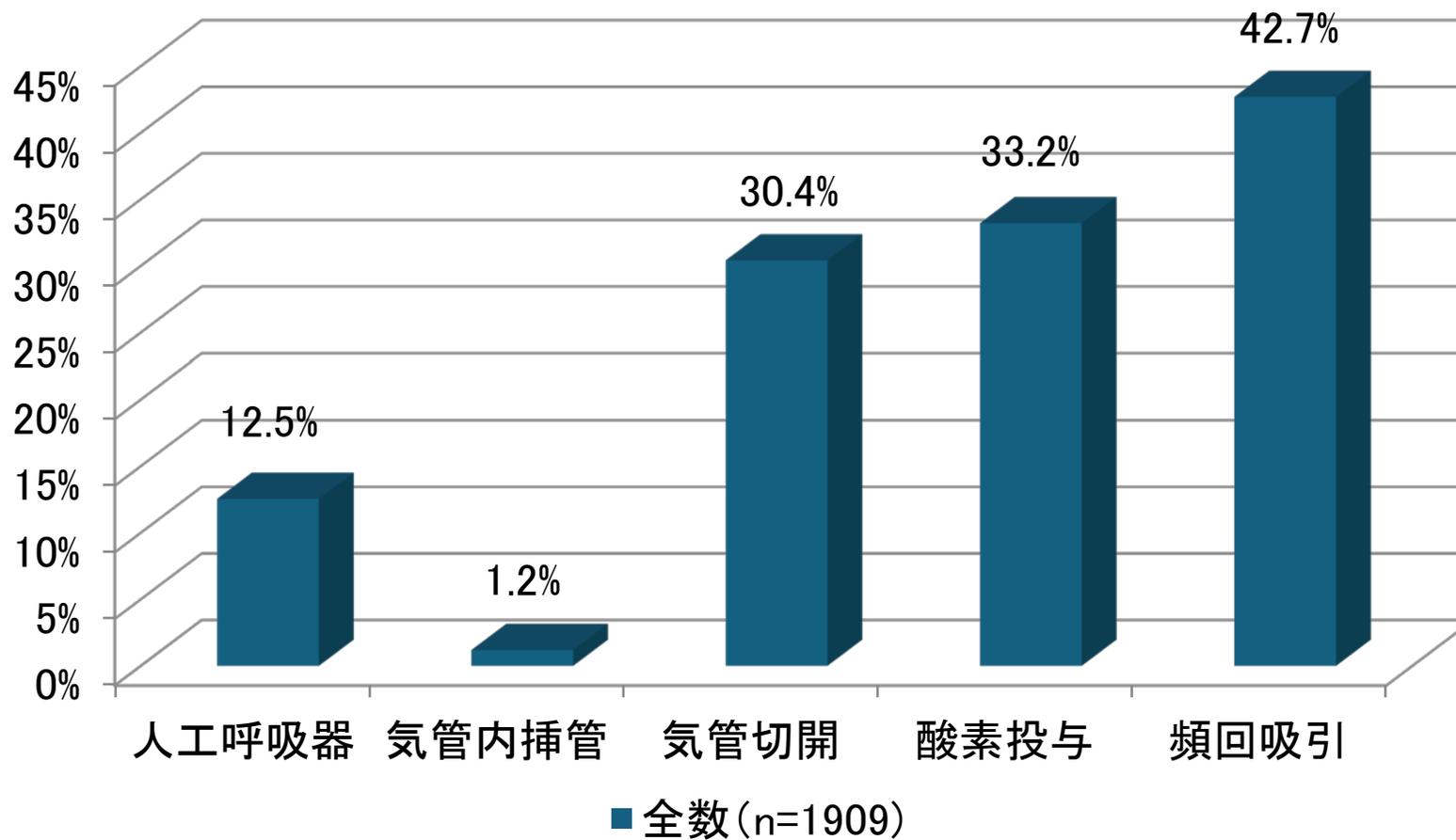
□依頼までの3次救急施設在院日数 0～353日(平均22.8日)

長期入院例 3週間以上 711例(37.2%)

8週間以上 174例(9.1%)

下り搬送依頼患者の病態

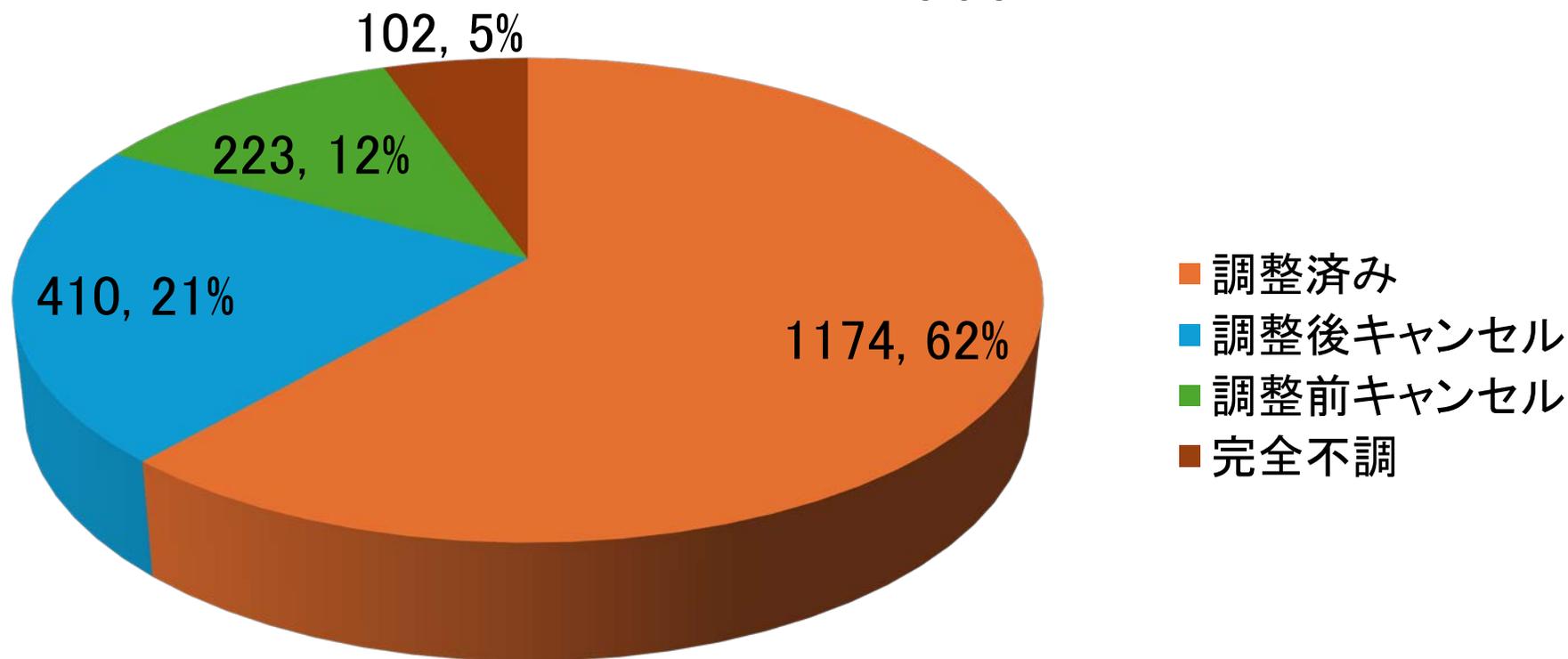
(H20.12.10～R6.4.9)



調整結果

(H20.12.10～R6.4.9)

n=1909



下り搬送依頼から転院までに要した日数: 0日～121日(平均12.2日)

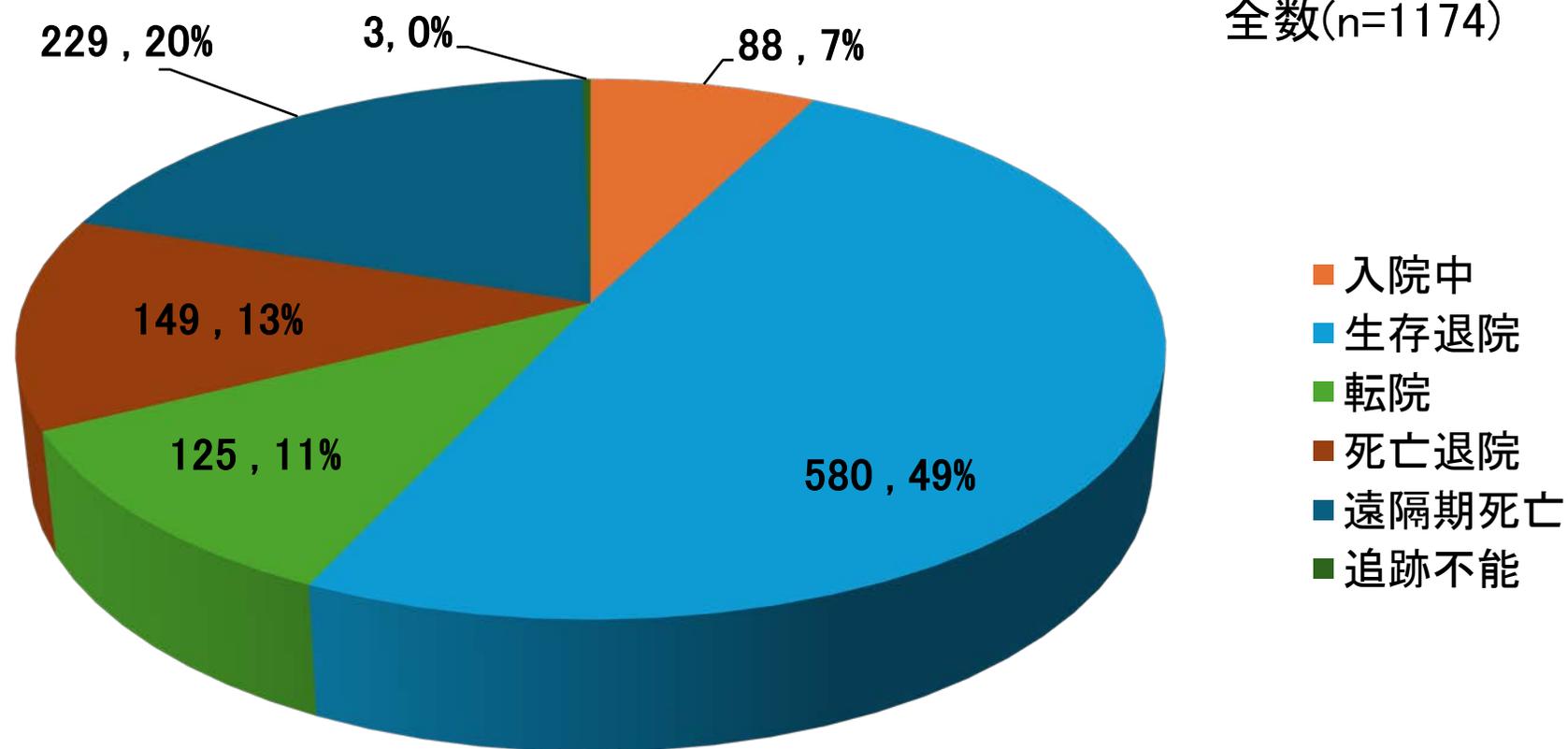
3日以内 242例(転院完了例の20.6%) 1W以内 512例(43.6%)

当日転院 104例(8.9%)

下り搬送患者の転帰

(H20.12.10~R6.4.9)

全数(n=1174)

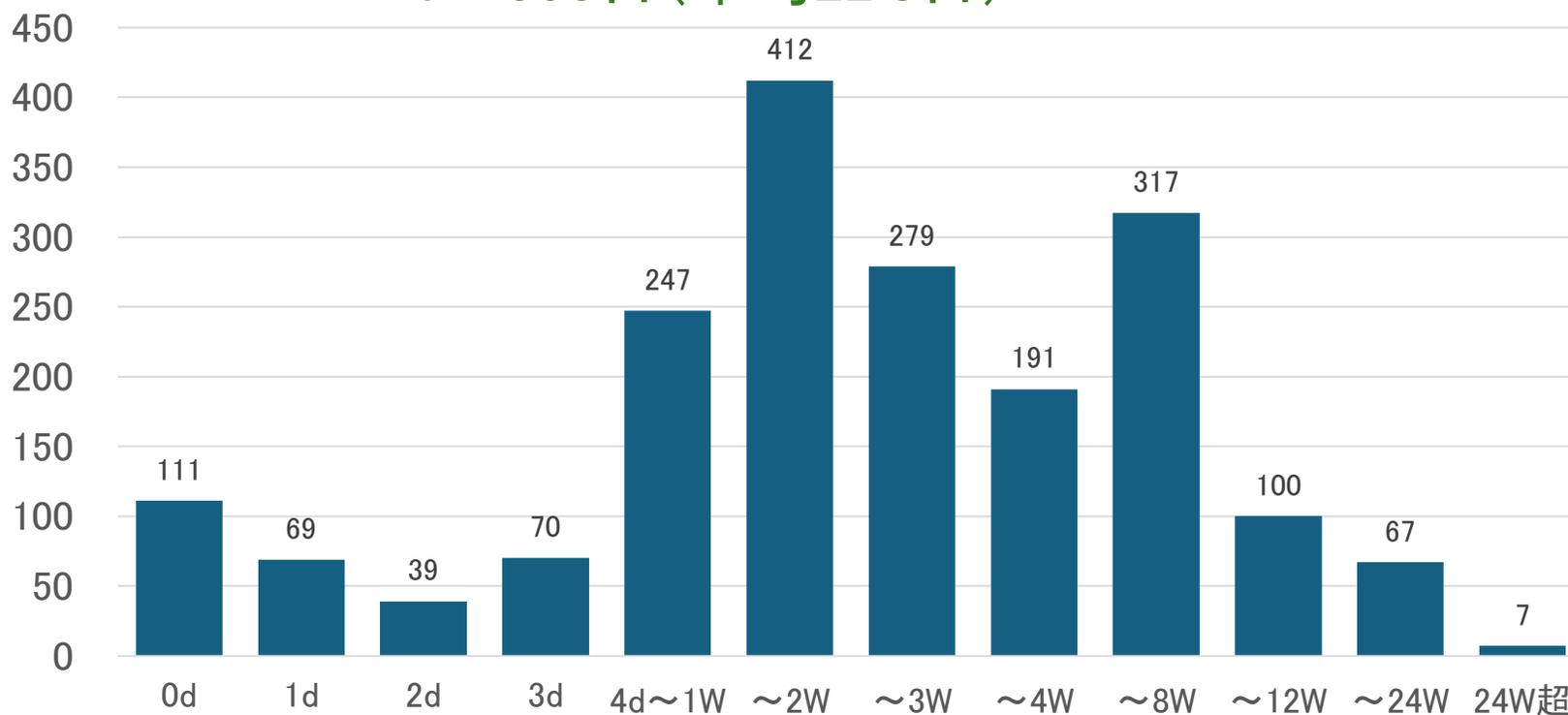


下り搬送依頼患者の依頼までの3次救急入院期間

(H20.12.10~R6.4.9)

0~353日(平均22.8日)

n=1909



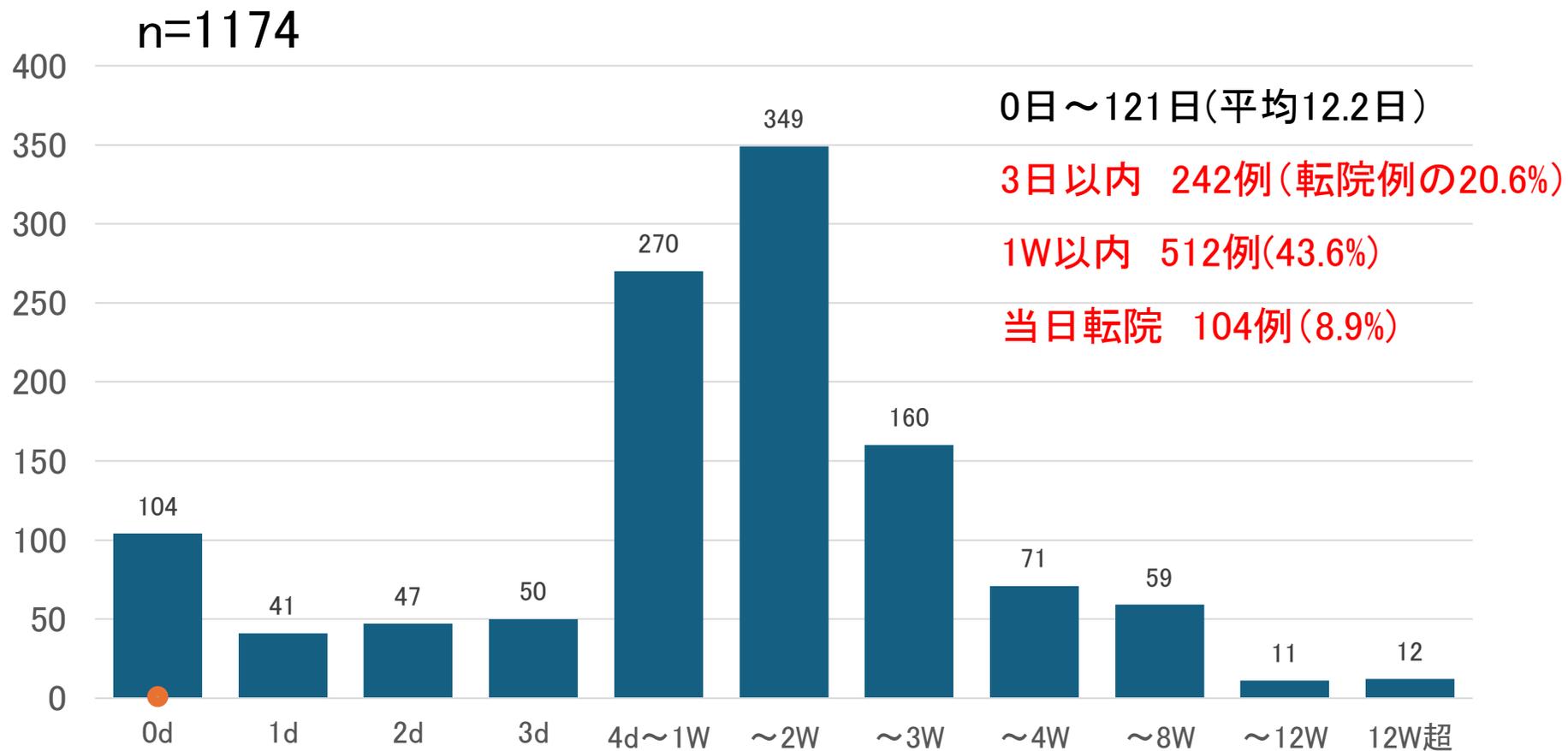
長期入院例 3週間以上 711例(37.2%)

8週間以上 174例(9.1%)

短期例 入院後3日以内 289例(15.1%)

下り搬送依頼日～転院日

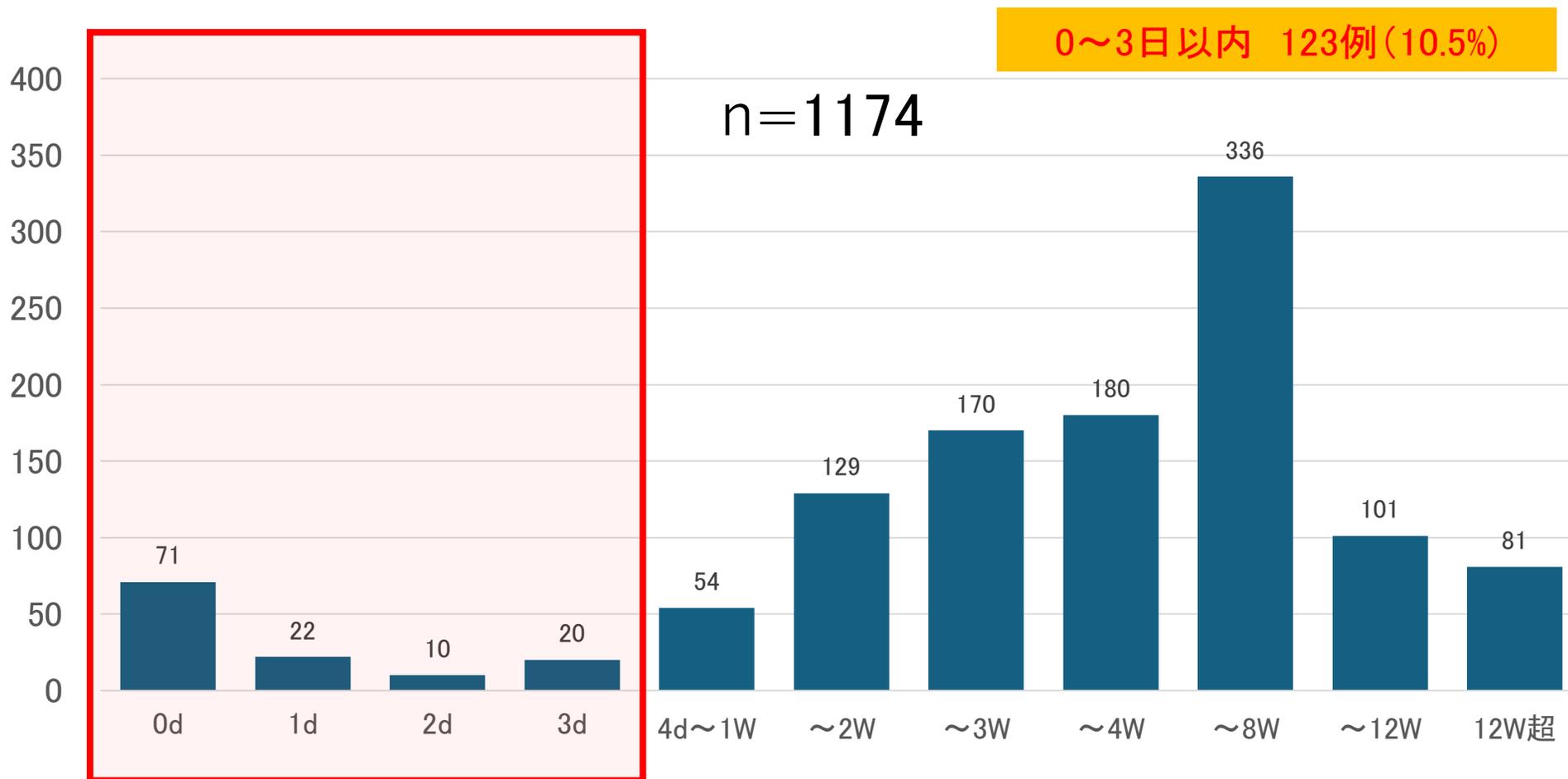
(H20.12.10～R6.4.9)



3次救急入院日当日に紹介のあった109例の内71例は当日転院

3次救急入院日～転院日

(H20.12.10～R6.4.9)



- 下り搬送を評価する「救急患者連携搬送料」の新設は高齢者救急を考えるうえで重要な加算である
- 下り搬送先として、地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟等が想定されているが、大阪での16年間の実績から療養病棟を含めた慢性期病院への転院も十分可能であり、すべての慢性期病院が今後積極的にかかわっていくべきである
- 残念ながら搬送元には多くの加算が付くのに対し、下り搬送先では地域包括ケア病棟における在宅患者支援病床初期加算の増点のみで他に加算がない。今回の改定で医療と介護の連携に対し両者に加算がつき、win-winとなった。病病連携でも同様で、搬送先にも加算が付くことにより今後下り搬送がさらに加速し、喫緊の課題である高齢者救急問題の解決につながる

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

～今こそ、寝たきりゼロ作戦を！～



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES