

東京都  
慢性期医療  
協会 報告

# 都慢協レポート

[発行所]  
一般社団法人  
東京都慢性期医療協会  
〒193-0942 東京都八王子市  
桐町583-15 永生病院内  
Tel : 042 (661) 4109  
Fax : 042 (661) 4110  
[発行人] 進藤 晃

## 第25回基調講演・特別講演・事例発表会

開催日:2020年2月8日 場所:東医健保会館



開会式の司会は大久野病院の竹原伸氏が務めた。まず学会幹事である城山病院院長の杉本淳氏より挨拶があり「日頃の研究成果、現場での発見を報告する場なので、明日からの臨床に役立ててほしい。今日を起点に全国の発表の場でも成果を報告してほしい」と語った。次に当協会会長を務める大久野病院理事長の進藤晃氏より挨拶があった。「昨日発表された診療報酬改定で、回復リハ病棟のリハビリ実績指数があがり驚いている」と語った。さらに「医療区分の再編については今後当協会でも提言したい」とのことだった。また基調講演の演者である猪口先生に対し、「先生が東京都の座長を務める地域医療構想の調整会議は、病院組織だけでなく構造全体に言



及している。西多摩や南多摩地域は特養がとても多く、そこから運ばれる心不全などの患者さんを急性期が受け入れ切れない。そこで慢性期病院も一部回復期の機能を担っている。例えばそんな現状が評価されることを期待している」と語った。最後に「たくさん演題から優秀賞を発表するので頑張ってほしい」とエールを贈った。



戻すことが徹底されている。25対1を20対1にするなどの自然増で在宅の患者さんは増えているが2016年と比べてさらに60万人増えないといけない。東京は2025年と2013年を比較すると8000床多く必要な見込みだがすでに多い分は削り、在宅へ移行する必要がある。そして訪問診療を1日あたり5万人増やす計算になっている。これについては慢性期の先生にもおもしろくないと難しい。また回復期が大幅に足りないので増やす計画になっている。つまり1)日本全体のベッドを少なくし、2)機能の比率を整え、3)療養病床入院者の医療度1となる約30万人を在宅へ戻すことを目指すのが地域医療構想だという。

### 東京都特有の事情をふまえますます連携強化を

病院の区分は、以前は7:1、9:1など配分の問題だったが、今は機能によって区分する。区分の根拠はDPC255病院で入院ゼロ日から毎日の医療費使用量の調査による。ほとんどの場合、入院から3日で治療は終わると判明したため、3000点以上を高度急性期と呼ぶことにした。さらに3000点~600点を急性期、600~175点を回復期、175点以下を慢性期、在宅として比率を決めた。しかし1:3:3:2とは全国の比率で、東京はこの限りでないという猪口先生。東京都民1300万人は全人口の10分の1。全国の二次医療圏は平均1100㎡だが、東京は2200㎡に13の二次医療圏がひしめく。さらによく見れば西多摩地域は人口40万人で広さ690㎡、島しょ部含め1000㎡に11の二次医療圏があり、バランスが悪いという話になる。しかしこれには理由がある。患者の流れを見れば、慢性期の多くは西多摩、南多摩エリアに集中して流れている。区中央部の療養病床はわずか3~4%。西多摩は60%弱が慢性期。将来必要量は40%なので多摩エリアの慢性期が多いように見えるが、在宅からの入院は15%に過ぎず、残りは越境して来ている。そして慢性期の退院先は40%が死亡であり、在宅復帰は20%。つまり多摩地域の慢性期病床は都民に不可欠な看取りの場となっている。高度急性期から回復期まで行ったら9割在宅に戻るが、どうしても戻れない場合、医療圏を超えて連携が必要なのが東京の特色。東京をひとつの街と考えて、整合すればいいと猪口先生も考えている。

そこで連携が大事になる。今まで急性期病院とかかりつけ医の連携はあったが、病院同士の連携はなく、ライバル関係だった。ところが地域医療構想では回復期、慢性期の連携が大事になってくる。慢性期への搬送には救急車が使えないため、二次医療圏ごとに2~3台、消防庁から病院救急車の払い下げが行われている。情報共有も不可欠。電子カルテの総合ネットワークを東京都医師会が構築した。2021年には使用可能なポータルサイトも準備中。急性期からの患者さんの転院システム、テレビ会議もできるので活用してほしいとのこと。いずれにせよ「One東京」を実現するためにはネットワーク

### 地域医療構想による議論のポイントを改めて整理

基調講演、特別講演の座長は進藤会長が務めた。演者は東京都病院協会会長、東京都医師会副会長猪口正孝先生で、講演のテーマは「地域医療構想」。日本は団塊の世代全員が後期高齢者になる2025年問題、人口減少が加速する2040年問題を抱え、厚労省はこれに対し、地域医療構想、働き方改革、医師の偏在対策という3つの改革を進めている。働き方改革は激務の是正や業務効率化の促進であり、医師の偏在対策は地域偏在、科目偏在の2点の是正をめざす。一番大きなテーマである地域医療構想は2025年頃の高齢者の入院増に備えた配分再編を目指す。それに加え偏在対策の外来医療計画、医師確保計画についても話し合っているようだ。まず大前提として2013年135万床だったものを2025年までに115万床にするため、あと20万床削る計画がある。20万床削った上で高度急性期:急性期:回復期:慢性期の比率を1:3:3:2にする試算だという。慢性期医療に焦点をあてると、地域包括ケアシステムにおいて、高齢者が現在の生活環境で最期を迎えるために、住まい、サービス、医療の連携が進んでいるのはご存知の通り。「ほぼ在宅、ときどき入院」が大方針であり、入院はなるべく短く終わらせて、なるべく早く家に



がすごく大事なので、ぜひネットワークづくりのためにポータルサイトの利用はおすすめしたいとのこと。病院経営においては悩ましい問題は多々あると思うが、地域医療構想にそって診療報酬も動いているので、診療報酬に即した医療体制にすることが連携強化の基本だと語った。

### 嚥下造影は口から食べ続けるために活用を

続いて特別講演の演者は城山病院院長の杉本淳先生。テーマは「慢性期だからこそ知っておきたい役立つ知識」。急性期の病院は入院日数が年々短くなり、慢性期に来るのがどんどん早くなっている。今は尿道バルーンやチューブをとるのも、動けるようにリハビリするのも全部慢性期の仕事になっているという実感がある。慢性期の仕事は幅広く、様々なノウハウが必要になっているとのこと。杉本先生が理事長を務める城山病院は、JR高尾駅から5分ほど。199床の病院、クリニック、16ほどの訪問系施設からなる。外来は1日50名、訪問診療はクリニックもあわせると年間2500件実施。城山病院の重点医療は第一に高齢者救急。年間入院患者数750人で、約4割は緊急入院であり、地域における二次救急の役割を担っている。2つめはリハビリテーション医療。3つめは在宅診療で、年間のべ3000件以上、看取りは年間60件ほど。看取りはなるべく在宅で、その人らしく、やりたいことをやれるように努めているとのことだった。



本日のテーマ、1つめは嚥下造影(VF)について。一番言いたいことは「嚥下造影は、どうしたら上手く食べられるかを判断する検査であり、誤嚥の有無を見て食べられないことを決定する検査ではない」ということ。嚥下造影では飲み込むまでのプロセスを逐一見る。気管が狭くなり、喉頭蓋が反転して気管をふさいでいるかなど嚥下力を確認するのはもちろん大事。またリクライニングしたほうが飲み込みや

すい人は多く、60度傾斜で誤嚥あり、45度傾斜で誤嚥なしとわかれれば、45度で毎日食べることがリハビリになり、次に60度で食べてみる展開もありうる。食形態のチェックも必要。お粥がダメならゼリーを試し、ゼリーでリハビリしてお粥も挑戦する可能性を判断する。食道入口がしっかり開かない場合、バルーン拡張術は有効。パーキンソン病などの場合はストレッチ効果があるため、城山病院ではSTと医師が協力して何回も処置しているという。

### ボトックスや尿道ステントの積極的活用を提案

2つめは痙縮。筋肉が過度に緊張し、手足が硬直したり逆に勝手に動いてしまう状態には、ボトックス治療が効果的。ボトックスは動作改善、疼痛改善のみならず、介助量軽減、合併症治療などにも効果がある。たとえば脳出血により膝が伸びなくなった方に3~4カ月ボトックスとリハビリを続けた結果、6カ月後には歩けるようになった。76歳の脳性麻痺の方は、はさみ足で介助者ひとりではおむつ交換ができないため、閉鎖神経にエタノール注射し、おむつ介助が容易になった。このようにボトックスにより症状や状況が改善するケースは非常に多い。

最後は排尿。膀胱が収縮してしっかり出ているのか、膀胱にパンパンたまっていてちよろちよろ出ているのかを知るために残尿測定する。出せないのを放置すれば膀胱炎、腎盂腎炎を繰り返し、さらに膀胱結石、尿道結石になる。このため残尿のある患者さんには尿バルーンを入れる。男性は膀胱瘻になるケースでは、杉本先生は尿道ステントを置く。ステントは約1年で交換が必要とのことだった。慢性期で役立つ内容が詰まった講演だった。

ランチョンセミナーをはさみ、午後から30の事例発表が行われた。最後は表彰式があり、信愛病院の桑名理事長より講評があった。多くの参加者、有意義な情報交換があり、無事に閉会した。

### ランチョンセミナー

#### 「高齢者の口を守る」

■講師：日本歯科大学 口腔リハビリテーション 多摩クリニック 院長 菊谷武先生  
 ■共催：東京都慢性期医療協会・テルモ株式会社



ある研究で老健施設から自宅に帰った人の1年後を追跡したところ、在宅療養を継続していたのは707名中54人、わずか8%だった。継続の決め手は、「適切な口腔ケア」「排泄の自立」「食形態がペースト食」の3つだったという。この研究から在宅でのペースト食、ゼリー食の提供はとても難しいことを痛感したという。日本嚥下調整食学会では咀嚼機能を5段階評価している。高度4は咀嚼ができる、高度3は舌と口蓋で押しつぶせる、高度2はかめなくても口の中で保持できる、高度1は嚥下できる。5段階評価を参考にどこまでできるか総合的に判断し、やわらか食、ペースト食など職形態を決める。咀嚼機能の評価判断を間違えたら誤嚥が起る。「嚥下力だけでなく、咀嚼力、口腔保持能力を評価することが大事」とのこと。

咀嚼障害の原因は2つある。ひとつは歯の喪失、入れ歯の不具合。これが器質性障害。もう一つは噛む力そのものの喪失。口を巧みに動かす高次脳機能の喪失で、運動障害系障害と呼ぶ。今80歳の2人に1人は20本以上歯が残っている。ところが咀嚼障害の高齢者は減っていない。その原因がサルコペニアなどによる口の運動障害による咀嚼障害が増えているから。こうした状況を正確に把握して、在宅でいかに口から食べる楽しみを継続させるかを一人ひとりが考えてほしいとのことだった。

### 協賛会員展示ブース

歯科医療サポートセンター株式会社様(聖和会グループ)



テルモ株式会社様



フランスベッド株式会社様



ユニ・チャーム株式会社様



今回も賛助会員展示ブースを会場内に設置いたしました。 ※事例発表会におけるランチョンセミナー・展示ブース・配布物等に関するお問い合わせは東京都慢性期医療協会事務局川村まで Tel:042-661-4109

## 第一会場

- 1位 回心堂病院 看護師 澤田美穂さん  
演題:夜勤勤務者のストレス調査に基づく  
職場環境改善後のストレス緩和
- 2位 ロイヤル病院 看護師 城下めぐみさん  
演題:災害発生時に“動ける”看護師、介護士のいる病院へ  
～火災・地震の初動アクションカードの導入～
- 3位 永生病院 看護師 石井悦子さん  
演題:院内研修への参加意欲を向上させるための試み～  
「研修レビュー」による院内研修の広告効果～

## 第二会場

- 1位 城山病院 理学療法士 千田彩奈さん  
演題:重度片麻痺で予後予測が歩行困難だった患者に対し  
長下肢装具を用いた立位・歩行練習を6か月実施した効果
- 2位 回心堂病院 介護士 牧野登志子さん  
演題:介護援助プラン表の活用による患者への統一した  
援助方法を行うための試み
- 3位 城山病院 作業療法士 平石善文さん  
演題:地域住民に対しての健康増進に向けた  
取り組みについて～体力測定2年間の活動を通して～

## 事例発表会会場の様子



## マネジメント(事務)部会研修会 2020年診療報酬改定～慢性期関連分野を中心に～



- 開催日:2020年2月12日(水)
- 場所:南多摩病院

講師は当部会長で陵北病院事務長の村山正道氏。今回は改定のなかでも特に慢性期分野に影響する内容をピックアップし、中医協での議論との関連も踏まえ、12項目にわたり紹介した。

### 1.療養病棟について

「20対1の看護配置」「医療区分2・3患者割合50%以上」などの施設基準を満たさない療養病棟への経過措置については、「30対1の経過措置2」は廃止を提起、「25対1または医療区分2、3患者割合50%以下の経過措置1」については入院料を現状の90/100から85/100に減額することを提起した。また中心静脈栄養の長期留置患者に対し、毎月末その状態が適切か確認するなど、療養病棟入院基本料の要件を見直す案が出た。

### 2.重症度、医療・看護必要度について

- ・看護必要度B項目は、評価内容が不統一なうえ根拠資料が必要な項目があり、現場の負担が重い。このため、移乗、口腔清潔、食事摂取、衣類の着脱の4項目について「自立が要助か」の評価軸で評価し、根拠資料も不要とすることを提起した。
- ・看護必要度A項目に該当する内服の抗がん剤、免疫抑制剤は、入院外の処方が多いため除外。またC項目は重症患者にカウントされる日数が開頭手術で7日間など、各手術の平均在院日数と比べて短すぎるため、日数を延伸する。
- ・病床規模の大きな病院ほど、重症度、看護必要度2の採用割合が高い。DPCのEFファイルを活用した看護必要度2は客観性があるとの

観点から、看護必要度2への一本化を検討。ほか

### 3.栄養管理について

- ・ICU入室から48時間以内の栄養投与をすると、それ以降に比べ死亡率低下、ICU在室日数短縮などがみられる。これをふまえICU入室早期から管理栄養士が行う栄養管理の取り組みの評価新設を検討。
- ・切れ目ない栄養連携のため、入院栄養食事指導料を算定している患者について、退院後の栄養管理情報を文書で提供した場合、栄養情報提供加算(50点)を新設。
- ・緩和ケアの「個別栄養食事加算」対象患者に後天性免疫不全症候群および末期心不全患者を加える。その際、必要な経験を要する管理栄養士が配置されていることが設置基準となる。

### 4.緩和ケア病棟入院料

緩和ケア病棟入院料について「直近1年間の入院日数の平均が30日未満であること」という基準を削除。

### 5.介護老人保健施設におけるがん診療について

老健で必要ながん診療が提供されるよう、入所者について算定できる注射薬を見直す。薬効分類上の腫瘍用薬以外の抗悪性腫瘍剤も医療保険の給付対象とする。

### 6.認知ケア加算の見直し

質の高い認知症ケアのため、現行の2段階から3段階とし、「緩和ケア加算2」を新設。適切な研修を受けた看護師3名以上の配置が必要だが、内1名は院内研修で可。

### 7.疾患別リハビリテーションの運用

- ・疾患別リハの算定に必須であるリハ実施計画の策定には診断から数日間のタイムラグが発生する可能性があるが、その間に実施され

たりハビリも保険診療上算定可能とする。

- 呼吸器リハ料に該当する患者は「発声発語の問題を抱える」「嚥下機能が低下している」などの場合があるため、呼吸器リハの実施者・施設基準に言語聴覚士を追加。
- 脳血管疾患等リハ料は入院中の要介護被保険者は1カ月13単位に限り算定できる。同じく脳血管疾患リハ料の施設基準に言語聴覚療法のみを実施する場合の規定を設ける。
- がん患者リハ料は対象疾患等による細かな要件を削除し、化学療法、放射線治療などをする患者全員が対象となる。ほか

### 8. 摂食機能療法

摂食嚥下障害を有する脳卒中患者は低栄養になるケースが多く、管理栄養士の重点的関与で経口摂取への移行率向上がみられる。また摂食嚥下サポートチームの介入により、重症脳卒中でも経口摂取が可能となるケースもある。これをふまえて経口摂取回復支援加算は「嚥下支援加算」に名称を変更し、多職種による介入を評価できるよう要件評価を見直す。検査+週1回のカンファ。

### 9. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

急性期大病院の一部は急性期病棟から自院の地ケア病棟へ転棟させ、急性期の重症患者割合を維持する運用が問題視されている。またDPC対象病棟では同病棟から地ケア病棟に転棟する時期が診断群分類区分での点数となるタイミングに偏る事例もある。これを受け、地ケア病棟を有する400床以上の病院について地ケアへの転棟が6割を超えたら入院料を1割減算。ほかにも設置基準を見直し。また入退院支援加算の届け出促進のため、看護師または社会福祉士いずれか1名と基準を緩和する。

### 10. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

- 同病棟1・3・5についてFIMに基づく入棟時のADL状況が年々低下しており、意図的に低く測定している疑義がある。対策としてADLの評価結果を患者に提示し、説明することを義務付け。
- 調査により同病棟1・3・5基準値をはるかに超えるリハビリ実績指数を確保できている。これを受け実績指数を引き上げ。
- 回復期リハ病棟は外来リハや通所リハを実施することが多い。これを踏まえ、同病棟の体制強化加算を算定するにあたり外来リハ等の要件を盛り込む。
- 脳血管疾患重症の場合など、2カ月以内の転棟が難しいことを踏まえ、発症後2カ月以内の入院料算定を求める要件を廃止。
- 入院料1の施設基準に専任の常勤管理栄養士1名が配置されていることを追加。ほか

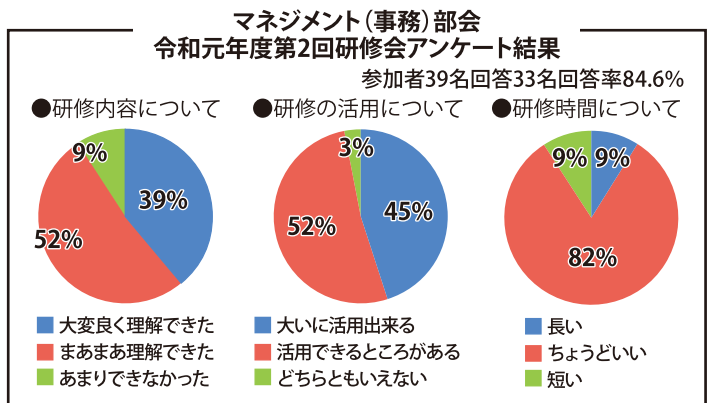
### 11. 入退院支援について

- 入院前に必要な評価を行い、入院後の管理に適切につながった場合を評価する「入院時支援加算200点(退院時1回)」が改編された。
- 入退院支援加算について高齢者の総合的な機能評価の結果をふまえて支援した場合、入院基本料の加算であった総合機能評価加算が入退院支援の加算として50点が改編された。
- 入退院支援加算1の看護師、社会福祉士の人員配置は、1つの兼務は可能だが、複数ではできない。

### 12. 理学療法士等の訪問看護の見直し

理学療法士等による訪問看護について、週4日目以降の評価を見直す。また訪問看護計画書および訪問看護報告書について、訪問する職種または訪問した職種の記載を要件とする。

マネジメント(事務)部会会場の様子



## 東京都慢性期医療協会 2019年度第4回理事会

■日時:2020年3月17日(火) ■場所:東京医師会館  
当日は当会理事が出席し、2020年度事業計画などが話し合われた。



### 事務局からのお知らせ

当会では2020年4月より、会員様、賛助会員様に向けて、有益な情報を随時メール配信させていただいております。ぜひお役立ていただければ幸いです。

- 2020年4月6日配信:東京都医師会 会長からのお願い
- 2020年4月15日配信:東京都医師会 介護施設等における新型コロナウイルス感染症の対応について

### 定時総会・特別講演会のご案内

■日時 2020年5月23日(土) 13:10-13:40 ■場所 大久野病院  
新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、総会への出席を控えていただき、委任状・書面表決の電磁的方法による事前の議決権行使の方法を、別途ご案内させていただきます。また特別講演会の開催は控えさせていただきます。ご理解・ご協力のほどよろしくお願いいたします。



一般社団法人  
**東京都慢性期医療協会** 事務局  
〒193-0942 東京都八王子市栢田町583-15  
TEL.042-661-4109 FAX.042-661-4110

都慢協レポートの  
バックナンバーはホームページよりご覧いただけます。  
PC・スマートフォン・タブレット用バーコードです。→  
<http://tmik.or.jp>

