

都慢研レポート

〔発行所〕
一般社団法人
東京都慢性期医療研究会
〔発行人〕
安藤高夫
〒193-0942 東京都八王子市
梶田町583-15 永生病院内
Tel : 042 (661) 4109
Fax : 042 (661) 4110

慢性期医療の明日を切り開いていこう ではありませんか。

安藤 高夫 会長

東京都慢性期医療研究会が、2015年を迎えるにあたり
都慢研の役員が抱負を語りました。

安藤高夫会長の年頭所感からご紹介します。



2015年、いわゆる団塊世代のすべてが後期高齢者となる2025年まで、いよいよあと10年になりました。今年は医療界にとってターニングポイントになるでしょう。昨年6月、医療介護総合確保推進法が成立し、10月には病床機能報告制度がスタートしました。今後、都道府県が、構想区域ごとに将来の需要予測に基づいて地域医療構想を策定し、その実効性を高めるために協議の場が設けられ、必要な手段には基金を充当することになります。

ポイントとなるのは、まず地域医療構想です。この点、東京医科歯科大学大学院の伏見清秀教授を中心とするチームが、患者調査と人口推計を組み合わせて将来の傷病構造を推計しています。これによると、東京都等の大都市部では、2010年から2035年にかけて、肺炎が約2倍、脳血管疾患が約1.7倍になる一方、虚血性心疾患は約1.5倍、悪性新生物は約1.3倍とのことです。すなわち、この先東京都で求められるのは、心筋梗塞等の高度な急性期医療というより、肺炎や脳血管疾患等に対するリハビリテーションを含む慢性期医療なのです。ただ、東京都の医療提供体制に目

を転じると、こうした需要に対応できるものでは必ずしもありません。地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会によれば、東京都の療養病床への入院患者数（人口10万人当たり）は190人と、全国平均238人を約2割も下回っています。これは、東京都における療養病床の整備状況が全国47都道府県中45位という最低レベルにとどまっているからにほかなりません。平成29年度末に経過措置終了を迎える医療療養25：1病床についても、皆でディスカッションし今後の方向性を示していきたいと思えます。慢性期医療の機能は、①急性期後のポストアキュート、②中軽度の急性増悪に対応するサブアキュート、③重症者の長期療養、④維持期リハビリテーション、⑤認知症、⑥難病、⑦終末期の緩和ケア、⑧地域包括ケアにおける在宅支援、と非常に幅広いものとなっており、東京都慢性期医療研究会では、引き続き慢性期医療の充実を訴えていきます。

次に、協議の場は、東京都が設置し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について話し合われることとなりますが、東京都慢性期医

療研究会としても東京都や東京都医師会、東京都病院協会等と緊密に連携を取りつつ、慢性期医療の代表として積極的に関与していきます。また、基金の動きについても、充分に留意しておく必要があります。国は、診療・介護報酬による一律な財政支出から、基金というメリハリ可能な方法へとシフトしてきており、優れた改革に取り組んでいる自治体へ優先的に基金を配分すること、いわば「早い者勝ち」を明言しています。われわれは、待ちの姿勢ではなく、斬新なアイデアをどんどん提言していかなければなりません。この点、東京都の場合、地価や人件費、その他物価が高いという構造的な問題を抱えています。介護報酬においては今回の改訂で20%の地域上乗せが付きましたが、診療報酬の上乗せ割合はわずか1.5%程度と東京都のコスト高をカバーできるものではありません。従来から主張していることですが、東京都独自の入院基本料の実現に向けて東京都病院協会とともに頑張っていきたい。また、急性期後の病床として主流となっていくとみ

られる地域包括ケア病棟についても、基金の活用はもちろん、東京都へも補助を求めていると考えています。

このように激動の1年になりそうですが、朗報なのは、介護療養型医療施設がその機能を強化する形で存続

することになったことです。その要件は、①重篤な身体疾患や認知症身体合併症、②喀痰吸引等の医療処置、③ターミナルケア、④生活機能の維持改善に向けたリハビリテーション、⑤地域貢献活動の5つです。すべての要件をクリアするのはハードルが高い

かもしれませんが、会員病院の皆様には、石にかじりついても療養機能強化型の算定を目指して欲しいと思います。東京都療養病床はわれわれ東京都慢性期医療研究会が守るという矜持をもって、慢性期医療の明日を切り開いていこうではありませんか。

「羊のごとく群れて平和に 暮らす地域包括ケア」

信愛病院 理事長 桑名 斉



明けましておめでとうございます。今年のめでたさはどの位になるのでしょうか。頭のめでたさだけで終わらないようにしたいものです。

1月早々、介護報酬の2.27%低減が決まりました。約2300億円に該当するのでしょうか。地方交付金も2300億円なので、社会保障費と地方創成に使われる額と行って来いです。この金額で思い起こすことは、小泉内閣時代に毎年2200億円の医療費削減の目的で介護療養型医療施設廃止法案が可決されたことです。今回の改定となんだか符牒があったように思え、嫌な感じがします。とはいえ、今回の介護報酬マイナス改定のなかで特記す

べきことは、廃止の憂き目にあった介護療養型医療施設が、名称は変わるもののその機能が残されることになりました。これまで、当会の会員病院が結束してあきらめずにその機能の必要性を主張してきた賜物と思えますし、ぶれずに活動が続けることがいかに大切かが証明されました。

しかし、私たちににとっては昨年の診療報酬改定ならびに今年の介護報酬改定のマイナスによるダメージを少しでも影響がないように対策することが喫緊の課題であります。さらには、地域包括ケアシステムの構成要因である地域医療ビジョンの策定が、今年度の大きな課題にあります。名前のと

おり地域によってニーズと資源が異なりますから、各市区町村行政との議論の中で、どのような質でどれくらいの量の慢性期医療が必要であるのかを決めていかなければなりません。これらの工程を、2018年までに決定して、来たるべき2025年に実行するということです。

自分たちの病院や施設が、その地域において果たしていく役割を真剣に議論して、残すべきは残す、捨てるべきは捨てることを大胆に決断する一年になりそうです。

皆さまと共に、健康な体と頭で羊のごとく強く柔軟に過ごしたいと思えます。

在宅医療と人件費

大久野病院 理事長 進藤 晃



昨年の医療保険改訂は一般病棟における特定除外が廃止され、代わりに地域包括ケア病棟の新設、機能強化型医療療養病棟の新設など何処に居ても在宅を目指すしかないという激しく変化する改訂があり、今年は切り下

げしか考えられない介護保険の改訂が有ります。皆様の施設ではどのような方向性でお考えでしょうか？

在宅療養へと促されていますが、本当に在宅療養が施設療養に比べてコストがかからないのでしょうか？当法

人で癌末期の看取り直前1ヶ月を医療療養病床入院と機能強化型在宅支援診療所による自宅療養で比較してみました。その結果、在宅はホテルコストが無いにも拘らずコストは高くなりました。この結果は至極当然と思わ

れます。癌末期の療養に係る医療系の職員は医師、看護師、歯科医師、薬剤師、リハビリ技師、介護、ソーシャルワーカー又はケアマネと多種多様です。療養病棟入院の場合にはリハビリと麻薬以外一括りで入院基本料に含まれる内容ばかりです。一方在宅では各々の事業所から出来高で派遣されます。この時間給の高い職種の人が、1時間に沢山の人の対応する病院と比べて、在宅では1時間に数人しか対応できず、その人から得た収入だけで

人件費を賄うのでコスト高になるのは当然だと思います。1日に数十人を診て収入を得る病院と、1日に多くても10人程度しか見る事が出来ない在宅診療の収入を比べた時に大きな差があれば混乱が生じるので、在宅医療に対する報酬は高めに設定されているので、患者様1人当たりで比較すると在宅が高くなっています。

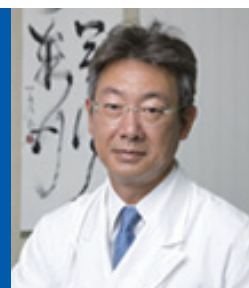
在宅医療が今後推し進められるのは間違いありません。病院だけ在宅だけとどちらかに偏るのではなく病院

の医師が在宅医療も行い、診療所の先生も病院での診療が行えるようなハイブリッド的な考えが今後は必要な気がします。看護師も数が足りない現在では、医師と同様にハイブリッド的な働き方が必要と思われます。

さて、どんな年になるのでしょうか。どんな年であれ我々は医療の提供を続ける必要があり提供できるように努力しなければなりません。頑張らしましょう。

新年あけましておめでとうございます。

鶴川記念病院 理事長 中島 一彦



昨年は、診療報酬改定と消費税の増税があり、今年は、予定されていた増税が先送りになり、社会保障費の財源が不足する事態となっております。介護報酬の2.27%というマイナス改定が行われ、これまで以上に病院経営にとって大変に厳しい時代の到来が予想されます。

厚生労働省は「地域包括ケアシステム」の構築を目指しており、これはそれぞれの地域で完結することにより、地域の共生を促し医療福祉の効率的な提供を行っていくことを示していると考えています。この方針に沿っ

て今後も、大胆な政策を打ち出しとさまざまな改正を行うことでしょう。慢性期医療も例外ではなく、より、在宅との密接な関係構築を求められてくるものと思います。

そこで、当法人の本年度の目標は『地域力』としました。地域に根ざした医療を展開し、地域福祉との連携をあらためて考えていく年にしていきたいと考えております。

また当法人では、今年2月に「在宅復帰を目指した療養型リハビリテーション病院」をコンセプトに医療療養型120床の『鶴川リハビリテーション

病院』を新たにオープンいたします。療養型においても入院中の患者様にも積極的なリハビリの提供を行い、在宅への復帰を目指すそんな病院になればと考えております。

“限りある人生、今日という日は二度となく。一日一日が新しい日です。今日この日を自分のために、家族のために大切に生きる。医療から皆さんを支える。”

という理念のもと頑張ってまいります。

本年もよろしくお願いいたします。

厳しい環境を「慢性期力」で乗り切ろう

陵北病院 事務長 村山 正道



年明け早々、今年4月の介護報酬改正に関するニュースが飛び込んできました。深刻化する介護人材不足に

対応するため介護職員処遇改善加算を月当たり1万2000円拡充する一方、全体で2.27%引き下げられることが決

まった。とりわけ介護療養型や老健施設・特養や在宅関連事業を運営している法人にとっては大きな打撃と

なりそうです。地域包括ケア構想が昨年からスタートして、この潮流が2025年まで続くのかと思うと深刻ですが、経営面ではいかに地域の特性を捕らえた特色ある病院経営が一層問われると思われる、運営面では人材確保と職員のモチベーションをいかに維持していくかを考えなければならないでしょう。以前から言われていることではありますが、慢性期医療分野での鍵は看取りと認知症対策が柱になりそうです。政府は社会保障制度改革推進本部で2015年予算の社会保障費の大枠を決定しました。

消費増税による社会保障の充実・安定化は税率10%への引き上げ延期に伴い減額の方で、認知症対策に概算要求33億円を上回る56億円を計上し、認知症発生の初期段階での支援を保健師・看護師が自宅を訪問して相談や支援をする「初期集中支援チーム」を2018年度までに国家戦略の公的サービスとして全市町村に設置する方針とのことです。問題は認知症が重症化し、合併症疾患を担う役割が一層重要になってくるでしょう。

また看取りについては特に都区内に少ない慢性期医療資源を今後如

何に有効活用した慢性期同士の連携が重要な要素を占めていると思われます。ソフト面では看取り計画に沿った看取りの実践を構築していくことも求められるでしょう。昨今では重症化した入院比率が高まり平均在院日数の短縮が顕著となっていることを感じます。認知症問題と併せて慢性期での真価が問われそうです。本年は今まで以上に様々な対応すべき課題に対して皆で知恵を出し合い協力してこの難局を乗り越えていくべく、会長が普段から推進している「慢性期力」で乗り越えましょう！

2014年度 各部会の活動報告

■ 看護部会

看護部会は、年間約4回の役員会議と、1回の研修会を開催しています。

部会長 城山病院 山口 和子



■ リハビリテーション部会

リハビリテーション部会は、年間約4回の役員会議と、

3回の研修会を開催しています。

部会長 小平中央リハビリテーション病院 田原 真悟



■ MSW部会

MSW部会は、年間約4回の役員会議と、1回の研修会を開催しています。

部会長 大久野病院 伊藤 正一



一般社団法人

東京都慢性期医療研究会 事務局

〒193-0942 東京都八王子市梶田町583-15

TEL. 042-661-4109 FAX. 042-661-4110

都慢研レポートの

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/

