

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
橋田町583-15 永生病院内
Tel : 042 (673) 5002
Fax : 042 (673) 5003
[発行人] 進藤 晃

第29回 事例発表会 実施報告

開催日時：2024年3月2日(土) 9:45-16:00 場所：東医健保会館



開会式の司会は城山病院の小山氏が務めた。まずは学会長で康明会病院の院長である百瀬義雄先生より挨拶があった。「4年ぶりの対面での開催となった。医療はチームで行うものであり、このようにたくさんのかたが集まってきたことを大変心強く思う」と述べた。次に当協会会长である進藤晃先生より挨拶があった。「この会は毎年、大変参考になる発表が多くあるので、みなさんと一緒に勉強したいと思う」と語った。またコロナ第10波について、「当病院では全病棟で発症し、対応に苦慮した。2週間ほどで終息したもの、コロナ感染者の何名かは亡くなってしまい、などれども疾患だと実感した。今回の診療報酬改定について、人件費はかかるが、経営面では厳しい改定だという印象を受ける。そんなな



か、慢性期がなければ医療は成り立たないことを発信していきたい」と語った。次に当会理事である永生会理事長の安藤高夫先生より挨拶があった。「一昔前は慢性期というと介護、療養など高齢者を対象にしたイメージが強くあった。現在は地域医療構想の中で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と4つに分類される医療の一角を担うことになり、3次救急も高度急性期も6～7割は高齢者であることから、慢性期は医療全体に関わっているといえる。そして在宅と慢性期もコラボレーションする時代となっている。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。今日のような現場の発表が慢性期医療の質を高め、日本に貢献していくのは間違いない」と開会の言葉を締めくくった。



基調講演

慢性期医療における神経難病・認知症

演者：康明会病院院長 脳神経内科 百瀬義雄先生 座長：東京都慢性期医療協会 会長 進藤晃



基調講演を行った百瀬先生は脳神経内科医として大学でパーキンソン病のゲノム研究をするなど、主に研究分野に従事していたが、2008年から脳卒中の治療などにあたり、この2年で慢性期医療に関わるようになったという。専門とする脳神経内科では、脳の神経に由来する意識障害や物忘れ、脳卒中、パーキンソン病、認知症、偏頭痛などを扱う。神経内科の病気ではまだわからないことがたくさんあり、そうした黎明期で新しい治療に出会えるのではないかという期待を持ってこの道に進んだという。神経難病をテーマにしたTVドラマなどで、縁あっていくつかの医療監修を務めたこともある。康明会病院は現在、入院患者の約4割が神経難病患者である。

パーキンソン症状があってもその1割は別の病気

神経難病にはアルツハイマー病、パーキンソン病、レビー小体型認知症をはじめ、様々な種類がある。なかでも患者数が

多く、ボクサーのモハメド・アリと俳優のマイケル・J・フォックスに共通しているのはパーキンソン病である。特徴は膝や肘が屈曲して、姿勢は前傾し、ふるえや歯車のように力ク力クとしたこわばり、緩慢な動作、姿勢反射障害がある。病理学的にはドパミン神経の減少と、レビー小体の出現が特徴となる。パーキンソン症状を呈していても、その1割くらいは別の病気であり、鑑別が必要になる。一番多いのは多系統萎縮症で、病理学的にはGCIという細胞室内の構造物がみられ、MRIでは「橋(きょう)」という部分に十字サインがあり、小脳幹萎縮などがある。進行性核上性麻痺という病気もある。パーキンソン病に似た症状のほかにも転びやすさ、嚥下障害、眼球運動障害などがある。MRIでみると中脳被蓋部の萎縮が特徴で「ハチドリサイン」とも呼ばれる。脊髄小脳変性症は運動失調を主症状とする神経変性疾患の総称で10万人に5～10人の割合で発症する。筋萎縮性側索硬化症(ALS)は、全身の筋肉が徐々に動かせなくなり、嚥下や呼吸が困難になる。



アルツハイマー型は脳血管障害との合併もある

日本では85歳以上の4分の1が認知症であり、2025年時点で、日本の認知症患者は700万人以上と推測され、大きな社会問題になっている。認知症とは脳の障害によって認知機能が低下し、日常生活や社会生活に支障をきたす状態をいい、「生理的物忘れ」とは異なる。医療においては「治せる認知症を見逃さない」ことが大事だといえる。慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、正常圧水頭症は手術で治療できるし、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症、高カルシウム血症などは治療により改善する可能性がある。アルツハイマー病では脳の血流が悪くなり、「老人斑」と呼ばれるアミロイド β の蓄積による脳のしみや神経細胞の変性がある。アルツハイマー病の危険因子には、低学歴、頭部外傷の既往、高ホモシスティン血症、糖尿病、収縮期血圧、喫煙などがある。適度な飲酒と身体運動は防御因子となることがわかっている。アルツハイマー型認知症と動脈硬化などの脳血管障害が合併された認知症も実は多い。レカネマブという新しい治療薬が認可されたが、1年半の服用により、症状の3割を抑えるとされる。治療対象となる患者かどうかを選択するために髄液検査が必要となり、検査によって脳浮腫や脳出血の副作用のリスクがある。レビー小体型認知症はパーキンソン病のような症状が出てくることが多い。ほかにも自律神経障害、幻覚を特徴とする神経変性疾患がある。パーキンソン病と同様、レビー小体が発現する。脳血管性認知症はアルツハイマー型に次いで多

く、合併も多い。動脈硬化を進行させる高血圧や糖尿病、脂質異常症、心房細動が原因となる。前頭側頭型認知症は前頭葉や側頭葉の変性・萎縮がみられ、以前はピック病といわれた。精神症状が強く、人格、行動、言語が退行をきたす。また年間100万人に1人というまれな発症だが、クロイツフェルト・ヤコブ病もある。脳に異常なたんぱくが蓄積し、海綿状に変化する。遺伝性が20%あり、人口硬膜や角膜移植による感染症もある。行動異常、性格変化、認知症、視覚異常などがあり、数ヶ月で急速に進行する。

慢性期医療における医師の役割をチームで模索

康明会病院で2年半、慢性期医療に携わり、要介護状態になっても、医師がやるべきことはたくさんあるとわかった。残念なのはMRIデータが紛失されていることが多いこと。医療データは患者さんにしっかり携帯される仕組みが必要だと思っている。また慢性期では生活習慣病や癌などの多疾患の合併が多い。その観点でもできる治療がある。多くの薬を飲んでいることにより飲み間違い、飲み忘れなどによる有害事象、ポリファーマシーの問題もある。また終末期医療やACPIに直面することが多く、その難しさも実感している。自分自身では意識していなかったのだが、「患者さんの死=医師の敗北」という思考パターンがあるので、そこから抜け出し、良き仲間といかによい医療を提供していくか、今後も考えていきたい。

ランチョンセミナー

施設での寝返り支援ベッドの開発支援と使用経験 ～自力で寝返りできないご利用者様と職員を救う切り札～

演者：社会福祉法人悠愛会 特別養護老人ホームあこがれ 施設長 吉田 弘様
座長：東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 研究科長
在宅・緩和ケア看護学分野 教授 福井 小紀子先生



2003年に山形県天童市に開設した老健・特養「あこがれ」では全室にフランスベッド社の自動寝返り支援ベッド200台を導入した。その後、同法人のほかの施設でも改良型を導入している。24時間寝返りサポートの良い点は、体圧を分散することで褥瘡の予防ができる。インテグラメッドという体圧を分散するフランスベッド社製のマットを使うことで、より効果は高まる。また夜間帯もほぼ無音で人の手を介することなく体位交換できるため、利用者さんが安眠できるのは大きなメリット。人の手を煩わせているという心理的負担、睡眠を阻害されている負担などがなくなる。それは同時に介護する側の負担の軽減である。体位交換業務は当施設の職員の9割以上が負担を感じていたが、

ベッドの導入により8割以上の職員が「楽になった」と感じていることがわかった。体位交換にかかる時間と人員からシミュレーションすると、寝返り支援ベッドの導入によりスタッフ1人当たりの作業時間は1日約100分の削減となり、1年で2.31人の削減となる試算が出た。あこがれでの介護職員の離職率は2021年で3.7%と全国平均の14.3%より大幅に低い。採用コスト、離職のリスクを考えると、寝返り支援ベッド導入のメリットは初期費用を上回ると考えている。人手不足が課題となっている介護・看護の現場で、寝返り支援ベッドなどのICTが生み出す効果は切り札となる。今後も職場環境を整え、高品質なサービスを提供することで、安定した施設運営をめざしたい。

フランスベッド株式会社



株式会社シーエイチシー



信濃化学工業 株式会社



東洋羽毛首都圏販売株式会社



贊助会員展示
ブース

今回も贊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尾藤まで tel:042-673-5002

第一会場

- 1位** 医療法人社団永生会
事務 梶原 幸子さん
演題:人財開発室における新卒者採用の取組



- 2位** 医療法人社団康明会 康明会病院
看護師 西野 裕介さん
演題:介護現場におけるタスクシフト～ケアマネジメント導入を試みて～

- 3位** 医療法人社団永生会
事務 齊藤 あけみさん
演題:外国人介護職の受け入れと今後の課題

事例発表会の様子**特別講演****マネジメント(事務)部会・MSW部会 合同企画****2024年診療・介護報酬改定****慢性期医療分野に及ぼす影響について**

演者:村山 正道(マネジメント(事務)部会長 大久野病院) 佐藤 乃美(陵北病院 事務次長)
座長:佐藤 政一(MSW部会長 陵北病院)



今回の改定については3月5日に告示され、6月1日(一部は4月1日)から適用されることになる。今後通知、事務連絡、議員解釈、Q&Aなどが公開され次第に具体的になっていく。

今回の改定は、物価高騰、賃金上昇という社会情勢のなか、人材確保の必要性、患者負担、保険料負担の影響をふまえた対応となる。目玉はベースアップ評価料として2.3%を目指した医療従事者全体の賃上げの実施である。さらに40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置として入院基本料の引き上げを行う。ほかには退院後の生活を見据えた栄養管理体制の基準の明確化、人生の最終段階における適切な意思決定支援の推進(ACP)、身体的拘束の最小化、コロナ禍の体験を踏まえた医療機関と介護機関の連携の強化、かかりつけ医とケアマネとの連携、医療機関における入院医療の強化、高齢者の急性期疾患の管理、リハビリや退院に向けた栄養管理、重度化防止にかかる取り組み、介護職員の待遇改善(経過措置1

年、6月スタート)などがあげられる。

身体的拘束の最小化ができないと1日40点減算

すべての病床の入院料に適用される大きな変更として、通則の変更がある。今まで入院料の算定は入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制の5基準だったが、これに意思決定支援(小児は除く)ACP、身体的拘束の最小化の2つが加わり、7基準に変更された。身体拘束については、最小化できない場合、特別入院基本料を除き、入院基本料が1日40点減算され、これが全入院料に適用される。

栄養管理や栄養状態の評価については、世界的臨床栄養学会によるGLIM基準を用いることが望ましいとされる可能性が高い。回復期リハ病棟では、すでにこれが明示されている。意図しない体重減少、筋肉減少、BMI、食事摂取量の減少などをGLIM基準により評価することになる。



療養病棟は医療処置による区分が新たに追加

療養病棟入院料については、見直しが5点ある。1)医療区分と医療資源投入量の関係を踏まえ医療区分に係る評価体系を見直す、2)中心静脈栄養の評価を見直す、3)リハビリの要件を見直す、4)人員配置25対1の経過措置を廃止する、5)療養病棟における適切な経腸栄養の管理の実施について新たな評価を行う。これについては300点だが、入院中1回に限り、7日を限度として加算することになる。

評価体系の見直しについては、医療区分とADL区分に基づく9分類となっている現行の入院基本料について、27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類の評価に見直すことになる。ADL区分は変わっていないが、医療処置のレベルが新しい区分要素として導入された。医療区分3に該当する医療処置として中心静脈栄養がある。広範性腹膜炎、腸閉そく、難治性の下痢、活動性の消化管出血などの患者を対象として、開始した日から30日を超えて実施したものに限ると新たに規定された。医療区分2については同じ文言だが、「上記患者以外を対象」とされているので注意してほしい。医療区分2に該当する疾患は筋ジス、ALS、パーキンソン病、疼痛コントロールの必要な悪性腫瘍などがある。

リハビリテーションは原因となる病気の発症から30日以内で、実際にリハを行っている場合に限る。脱水に対する治療については発熱を伴う場合に限るなどの制限がある。褥瘡に対する治療に関しては皮膚層の部分的喪失が認められる場合または褥瘡が2か所以上に認められる場合に限るという点が追加されている。せん妄とうつは医師等が毎日状況を検討し記録しなければならないという条件はなくなり、緩和されている。いずれにせよ医療処置が区分に該当するかが診療報酬に大きく影響することになる。

看護配置は25対1がなくなり20対1において、患者の医療区分2・3が8割以上で1、5割以上で2にわかれれる。夜間看護加算として1日につき50点を加算する。看護補助体制充実加算は身体拘束を最小化する取り組みを実施したうえで加算し、身体拘束を実施した日は3の例により所定点数を加算する。

地ケア病棟は訪問看護・リハの基準が大幅に変更

回復期リハビリテーション病棟について、まず入院料1については、入退院時の栄養状態の評価にGLIM基準を用いることを要件とすることになった。また入院料1及び2については、専従の社会福祉士の配置を要件とし、地域貢献活動に参加することが望ましい、口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていることを要件とするなどの条件がある。体制強化加算の廃止は大きな減収といえる。

緩和ケア病棟入院料は一律あがっている。

地域包括ケア病棟の診療報酬にはかなり大きな変更がある。入院料は、入院期間に応じた評価体系に見直され、入院40日以内では高い点数がつくが、41日以降では点数が大きく下がる。在宅実績要件において、訪問看護が3カ月で60回→150回以上に変更された。訪問リハは3カ月で300回→800回以上へとハードルが上がった。地ケアから老健への退院は5割まで評価することが復活した。ただし基準型やその他類型は除外となっており、強化型又は超強化型がその対象となるため、行先の施設基準がその時点で何の基準であったのかをその都度確認し記録する必要性がある。また1退院に対して0.5人カウントとなることなど管理の必要性が発生する。

在宅医療と高齢者施設の連携を高く評価

在宅医療と高齢者施設の連携が評価され、在宅療養支援病院、後方支援病院などや地域包括ケア病棟について、介護保険施設の求めに応じて協力医療機関として緊急時の受け入れや常日頃の相談、定期的なカンファレンスを行うことが評価される。これが協力対象施設入所者入院加算で、往診が行われた場合は600点、それ以外でも200点となる。また診療録管理体制加算では非常時のサイバーセキュリティ対策については、院内研修、専任者の配置が義務付けられる許可病床数は400床から200床以上へ変更になったので、該当する場合は注意が必要となる。加算1はオンラインバックアップの体制の確保、BCPの策定、訓練が追加されハードルがあがっている。

ベースアップ評価料の算定は計算が複雑

ベースアップ評価料は2024年6月からスタートする。医療関連31職種0.61%、40歳未満の勤務医師など0.28%が診療報酬で評価され今年度2.5%、来年度2.0%ベースアップをめざす。職員の賃上げ実施を踏まえて初再診療や入院基本料も引き上げ、1~165点の組み合わせで入院ベースアップ評価料を決めていく。仕組みや計算方法などが非常に煩雑になっているので事務方の負担は大きい。また報告を定期的に行い、実績を報告したうえで、一定以上賃上げしたら補助金の支給がある。

介護報酬改定については、介護医療院は約1%のアップとなる。老健は在宅強化型と基本型で大きく差が付き、老健の役割がさらに明確になった。長期滞在型老健の経営モデルはもはや成立しない。また高齢者施設等の感染対策向上加算Ⅰ・Ⅱが新設され、併算定できることも押さえておきたい。居宅介護支援における特定事業所加算については、ヤングケアラー、生活困窮者への対応促進の観点から、単位数は増えている。

東京都慢性期医療協会 2023年度第2回理事会

日時：2024年3月2日（土）11:35～12:15 場所：東医健保会館（WEB併用）



一般社団法人
東京都慢性期医療協会 事務局

〒193-0942 東京都八王子市飼田町583-15
TEL. 042-673-5002 FAX. 042-673-5003

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QRコードです。http://tmik.or.jp

