

【指定演題1】 東京における急慢連携の取り組み

第1回研究大会では、上西紀夫会長の講演に続いてシンポジウムが行われました。東京、大阪、徳島、熊本の医療現場から「指定演題」として現在の取り組みを報告していただき、急性期と慢性期の連携（急慢連携）の今後を探りました。最初の発表は、「急慢連携」の東京モデル構築に取り組んだ東京・八王子にある永生病院の院長、飯田達能氏です。講演の模様をお伝えいたします。

【川渕孝一氏（東京医科歯科大学大学院教授）】

みなさんおはようございます。なぜ私が座長になったのかはよく分かりませんが、恐らく十数年前にDPCの研究をやって、「その落とし前をつける」ということだと思います（会場、笑い）。アメリカでDRGが始まり、LTACというのが出てきました。横文字で恐縮ですが、アメリカに「メディカルケア」という公衆衛生雑誌がありまして、その2013年1月号に「ロングターム・アキュートケア・ホスピタル」というものが出来まして、なんと訳すかと思いましたが、「長期急性期病床」というそうです。

私が驚愕したのは、アメリカの平均在院日数は5日。LTACは25日。アメリカの医療費は日本の5倍ですから、どうでしょうか。日本の在院日数18日。5倍すると日本版LTACは90日。ちょうどいい塩梅です。そういう話はさておき、本日は4人の方に指定演題ということで話していただきます。

やっぱり現場から出てくる政策提言が必要であると思いますので、まずは東京の医療・介護の見える化ということで飯田先生からお話を頂いて、大阪・徳島・熊本と進みます。そして最後に、LTACの権威であります岡田玲一郎先生に指定発言をしていただき、こういう流れでいきたいと思います。それではまずトップバッターの飯田先生、お願いいたします。2020年に東京オリンピックの開催が決まりましたが、その後はいよいよ我が国は未曾有の少子高齢化社会を迎えます。東京の高齢化はどうかということも含めて、先生よろしくお願ひいたします。

■なぜ「急慢連携」を始めたのか

【飯田達能氏（永生病院院長）】

みなさんおはようございます。私は東京・多摩の八王子にございます永生病院の院長をしております飯田と申します。まず、「急慢連携活動のスタート」についてお話をいたします。

日本慢性期医療協会が平成20年6月に実施した740病院に対する調査によりますと、「二次、三次救急からの患者紹介はできるだけ受け入れたい」と回答した病院が231施設(72.9%)ございました。同年8月、全国の三次救急病院72病院に対する調査では、「療養病床との連携に積極的に取り組みたい」との回答が60病院(83.3%)に上りました。そこで日本慢性期医療協会が、「まず東京と大阪でモデル地区をつくってやってみよう」ということで、東京は当院が担当しました。

平成20年12月、7つの慢性期病院と三次救急の都立府中病院が連携を開始しました。東京では、慢性期の病院は多摩地区のほうが23区よりも多いんですね。最初は、まず1つの三次救急病院と連携させていただこうということで、当時の都立府中病院、現在の多摩総合医療センターの院長からお話を伺いました。そうしたところ、三次救急に患者さんが10人来られますと、一人は、治療後になかなか在宅や施設では受け入れられないというふうなことがあり、ベッドが空かないというケースが多いようでした。三次救急で治療を受け続ける必要のない救急患者さんも多くおりますので、そうしたミスマッチをできるだけ解消するため、入院後早い段階で療養病床が受け入れる必要がありました。そうした背景から、急慢連携の取り組みを始めました。平成21年4月までの5カ月間で紹介が23件、そのうち連携したのが19件でした。

一方、大阪でも同じ時期にスタートして、慢性期病院22病院と三次救急5病院の連携を開始しました。大阪では、ドクターとドクターが直接お話をして連携を図り、非常に効率よく素晴らしい連携が取れていると聞いております。東京では、地域連携室のスタッフが急性期病院の連携室などを訪問して連携し始め、その後にドクターの判断を仰ぐということを進めてきました。

永生病院では23件中8件の連携をさせていただきました。どんなケースかということ、例えば、62歳の男性で、自宅からけいれんで都立府中病院に3次救急入院、2日後転院、脳梗塞後遺症の前回レベルに改善し自宅退院しました。このようなレベルの方々をどんどん受け入れていけることは非常にいいと思います。そういう連携を「急慢連携」と命名しました。急性期病院と慢性期病院の連携活動です。

■「急慢連携」をどう進めたか

急慢連携の目的は、三次救急病院の満床状況を緩和して救急車の受け入れのお断りを減らすこと。そして、慢性期病院の必要性和重要性を世の中に示し、慢性期病院に対する減

額・減床政策に歯止めをかけることです。その成果は、慢性期病院が連携して目的達成のために今までにない連携システムを創設し、活動を継続していること。そして、活動を通じて慢性期病院の関連する問題点を浮き彫りにして解決のヒントを見つけ出したことです。

急慢連携活動によって、機能が異なる多数の病院を1病院の機能として活用できます。埋もれた空床を活用できます。病院間の連携がないと、どこにどのような医療・福祉の機能があるのか分かりません。しかし、情報を共有すれば、まるで1つの病院の機能として一体的に活用できるようになるのです。そこで重要な役割を果たすのが、コーディネーターの活用です。

当初は、コーディネーターを活用していなかったのですが、大阪でコーディネーターを活用して、うまくいっているという話を聞きまして、では東京でも取り入れようということで導入しました。急性期病院から、コーディネーターを介して慢性期病院に紹介する。していくというふうな事を進めようと。三次救急の病院が東京都には25施設あります。都内を「急慢地区割り」をして8地区に分けました。今年の1月時点の状況は、三次救急が25施設、慢性期病院が243施設、コーディネーターが16人です。しかし、うまくいっているかというところではないところがございます。

急慢連携活動を推進していくうえでの心構えは主に3点。「断らずに受ける努力をする」、「時間をかけずに対応する」、「丁寧に対応する」——です。しかし、どうしても受けられない患者さん、なかなか転院できない患者さんがいます。病気以外の原因もかなりあると思います。お金がないとか、身寄りがいないとか。いろいろなケースがあるということが分かりました。そして、生活保護の方たちを積極的に受け入れしている病院も分かってきて、紹介ができるようになってまいりました。解決できるところは解決してくるということもできるようになってまいりました。

断らない努力、それはお互いの本音を共有することです。急性期病院からは、「療養型病院やリハビリ病院が転院を受ければ満床状態を解消できるのに」という本音があります。その通りだと思います。慢性期病院からは「救急を脱したあと方向性が解決できても転院を受けられないことがある」という本音があります。

慢性期病院が転院を受けるための最低限の条件として、「病状」「制度」「病床」などの条件があります。病状に関する条件は、病状が安定していて積極的延命治療を望まないこと。制度面での条件は、医療区分が2～3で要介護認定が3以上、リハ適があることです。病床については、受け入れられる空床があることが必要です。このほか、入院料を支払う能力があることや、キーパーソンがいることも挙げられます。そのため、条件にこだわらず

に転院を受けるには、慢性期病院が特別に配慮した方法をとることが必要になります。すなわち、「急慢連携活動」は、「システムの連携活動」の1つであると言えます。

都内の主な「システムの連携」として4つあります。「地域連携パス」「急慢連携」「東京ルール」「八高連」です。このうち「八高連」とは、八王子市が特別に行っているもので、八王子の消防署の署長さんが発起人になって、行政、それから医師会、三次救急・二次救急の病院、慢性期や精神科の病院、在宅施設の方々が一同に集まって、三次救急と二次救急の入口と出口にどんな問題があるのかを浮き彫りにしようとして活動しています。救急車で高齢者を搬送しようとしても、医療機関側から「ベッドが満床だから」と断られることがあります。その際に、患者さんの状況を救急隊に聞いて時間が延びていくようにせず、「とにかく受けるから、その後は早めに慢性期病院で受けてよ」という対応について、互いに顔を合わせてお話しする会合です。こうした活動などと併せながら「急慢連携」をさらに進めていきたいと思っております。

■慢性期病院における医療の実際は

本日、この会場には急性期の三次救急や二次救急を担う素晴らしい病院の先生方に全国からお集まりいただいております。そこで、慢性期病院や療養病床の特性について、あまりご存知ない先生もおられるのではないかと思います。慢性期医療についてご紹介させていただきます。

まず、医療療養病床の特性について。看護基準は20対1です。先程、7対1入院基本料に関するお話がございました。7対1、すごい。看護師さんが大勢いてすごい。すみません、ため息をついてしまいました。医療療養病床は看護師のほかに介護士の配置が20対1ですので、看護師と介護士の配置基準を合わせると10対1になるわけですが、7対1には及びません。そのため、看護師さんの技量を上げること、それから介護士の技量を上げることが重要となります。これは日本慢性期医療協会でも継続して認定講座を開催し、技量を上げる努力を進めております。

医師の配置は、50床前後の病床でドクター1人です。ドクターの配置をもっと多くしている病院もあるかと思いますが、当院はこういう状況です。それから医療区分2と3の患者さんが80パーセント以上です。療養病棟では、身体抑制を行わない方針です。また、気管切開の管理や高カロリー輸液管理などの医療処置のほか、高齢者に多い誤嚥性肺炎や尿路感染症など、酸素や抗生剤の治療も療養病床では可能です。治療して、良くしていくという機能があります。

重症患者の比率が多く、病棟に医師1名の状況ですので、治療は行いますが、最期を迎えるような時には延命処置を行わず、安らかなお見送りをさせていただく病院が多いと思います。治療もせずに、何もしないで看取るのではないのです。先生方が急性期病院で治療した後を継続していく機能があります。再発の治療もします。こうしたことをぜひ急性期病院の先生方にご理解いただきたい。患者・家族様に、こういうご説明を急性期病院の先生方からしていただけると、誤解がなく、スムーズな連携が進むのではないかと考えております。

診療報酬上の「医療区分」についても少しご説明いたします。「医療区分」は3段階ございます。「医療区分3」が最も重度の患者さんで、24時間常に監視・管理を実施している状態です。「医療区分2」は3よりも軽い病態で、気切、難病や脊髄損傷の患者さん、がんの末期で疼痛コントロールが必要な患者さんなどです。そして喀痰吸引が1日8回以上の患者さんも「医療区分2」です。しかし、1日7回の患者さんは施設で診ることができるのでしょうか。肺炎を起こしたら、また救急車のお世話になります。医療療養病棟では、こういう「1日7回」の患者さんは「医療区分1」になるわけですが、そうすると、「介護療養病棟」という介護保険を使う療養病棟で管理していくことが必要になります。

と言いますのは、「医療区分1」というのは、2と3に該当しない患者さんですが、診療報酬が政策的に低く設定されていますので、「医療区分1」の患者さんが増えますと病院経営に大きな影響を与えます。診療報酬の設定もありまして、「医療区分1」は軽度の患者さんであると思われていますが、意識障害、経管栄養で、喀痰吸引が1日に7回という患者さんも含まれます。では、そういう方々をどんどん介護施設に移していいのでしょうか。医療療養病棟で診るべきではないかと思いますが、区分1の患者さんが増えると病院が潰れてしまうような状況になるということをちょっとご説明させていただきました。

■「急慢連携活動」の重要な効果は何か

医療療養病棟について、診療報酬上の評価がないかといえばそんなことはありません。前回の平成24年度診療報酬改定では、急性期の後方を担う療養病棟が150点から300点に倍増しました。急慢連携を平成20年から進めていく中で、慢性期病院に対する評価がどんどん上がってきたと言えます。

平成20年12月にスタートしてもうすぐ5年。第1期は日本慢性期医療協会が中心になり、第2期の平成21年5月からは、東京都療養病床研究会（現・東京都慢性期医療研究会、

会長＝安藤高朗・永生病院理事長）が引き継ぐ形でさらに推し進め、「急慢連携活動」を継続・継承して現在も取り組んでいます。冒頭に述べたような、受入困難な背景を抱える患者さんのケースについても、一定の解決策が見いだせるようになってきました。

今後は、こうした「急慢連携活動」を各地域で展開できるよう、全国的な広がりに向けて支援していきたいと考えています。急性期病院と慢性期病院の院長同士が顔の見える関係をつくり、現場のドクター・ドクターで連携を進めること。私はこれが一番大事だと思っています。この点で、大阪は一步先を行っています。素晴らしいと感じております。

「急慢連携活動」について、東京と大阪を比べてみますと、大阪のこれまでの実績は素晴らしい。相談件数が 442 件、受入件数が 260 件で、お断りは 34 件と少ない。これに対して、東京は相談件数が 342 件、受入件数が 126 件で、お断りが 102 件です。大阪と東京で、なぜこんなに違うのかと感じているところでございます。

先ほど、「急慢連携活動」の成果について述べましたが、私はもう 1 つ、「見えない成果」に着目したい。それは、急性期病院と慢性期病院が一堂に会して議論できる場をつくったということです。その結果、急性期病院と慢性期病院がそれぞれの問題を解決させるための活動を協働できるようになりました。しかし残念なことは、こうした議論の場に現場のドクターがいなことです。現場のドクター同士でお話し合いをして、患者さんの社会的な背景についても目を向けるようになると、急慢連携はもっと進むであろうと思います。現場のドクターとドクターが仲間になって、「あの先生から頼まれたら断れないね」という環境をつくっていくことが重要です。今後、こうした連携を進めていきたいと思っています。各地区でモデルをつくっていききたいと考えています。

「急慢連携活動」の最も重要な目的は、三次救急病院の満床を緩和して救急車の受入を容易にすることですが、さらに言えば、こうした活動を通じて、慢性期病院の重要性や必要性を世に示したいという思いもあります。それがひいては、慢性期病院の減床・減額政策に歯止めをかけ、慢性期病院に優位な政策を実現することにもつながるでしょう。私たちは、「急慢連携活動」の有用性を証明してきたと自負しております。いわば、日本慢性期医療協会と東京都慢性期医療研究会の存在価値を示したと思っております。ご清聴ありがとうございました。

(了)
