

# 日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：令和3年10月13日16:30～

場所：Web会議システム「Zoom」使用



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

テレビを見ていたら、  
新型コロナウイルスに感染して  
ECMO(Extracorporeal membrane oxygenation)を  
装着していた重症患者が、意識消失していた  
状態から快方に向かったという。  
しかし体重は20Kgも減っていた。

# 急性期病院での新型コロナ治療は万全だったのか

熱が出たら必要カロリーも水分も通常の1.5倍以上必要であるという常識に沿った治療が行われていたの  
であろうか。

## 演習

以下の症例について総エネルギー量、各栄養素の必要量を求めよ。

### 症例2

77歳、男性、脳卒中後遺症、肺炎。

#### 患者プロフィール

75歳のときに脳卒中。数日前より、微熱、咳が出現し、38℃の発熱がみられた。右下肺野に肺炎像を認め入院。白血球数 10,340/ $\mu$ L（前回退院時は 7,200/ $\mu$ L）。入院してドキシサイクリン（ビブラマイシン<sup>®</sup>）およびメロペナム（メロペン<sup>®</sup>）の点滴静注により治療を開始した。経口摂取が十分でなく誤嚥のリスクがあるため、経鼻胃管を用い栄養補給（ラコール<sup>®</sup>NF1,200 mL）を行った。発熱は3日後より解熱傾向を示した。治療後7日目より少し下痢気味になった。10日後より微熱が出て、水溶性の下痢を1日5~7回生じるようになった。肺炎の陰影は、改善傾向を示していたが、白血球数も19,000/ $\mu$ Lと上昇していた。下痢が続くためにNSTに紹介された。

身長160 cm、体重48 kg（入院後2週間で4 kgの体重減）。動き回る元気はなく、ほとんどベッドで横になっている。皮膚乾燥。筋肉、皮下脂肪量は低下。脈拍数 88 回/min、血圧 102/54 mmHg（普段は130/60 mmHg程度）。呼吸数 22 回/min。

日本病態栄養学会 編集  
認定NSTガイドブック2017  
(改訂第5版)より

	発熱なし	発熱あり(38℃)	発熱あり(39℃)
身長・体重・性別・年齢	160cm,48kg,男性,77歳		
活動係数 (AF)	1.1	1.1	1.1
ストレス係数 (SF)	—	1.4	1.6

エネルギー必要量(TEE) エネルギー必要量(TEE)=BEE $\times$ AF $\times$ SF ※BEE=66.47+13.75 $\times$ 体重(kg)+ 5 $\times$ 身長(cm)-6.76 $\times$ 年齢	1107kcal	1549kcal (+442kcal)	1771kcal (+664kcal)
水分必要量 = 体重(kg) $\times$ 係数 <sup>※</sup> 25歳~54歳 35mL/kg/日 55歳~64歳 30mL/kg/日 65歳~ 25mL/kg/日	48 $\times$ 25 = 1200ml	1500ml (+300ml <sup>※</sup> )	1650ml (+450ml <sup>※</sup> )
※発熱時は体温が1℃上昇するごとに150ml/day増量			

平成式必要栄養量算出法におけるエネルギー必要量 TEE+エネルギー蓄積量 <sup>※</sup> (本症例では1か月で1kg増量を目指す)	1340kcal (1107+233)	1782kcal (+442kcal)	2004kcal (+664kcal)
------------------------------------------------------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

**※エネルギー蓄積量：**現体重から目標体重に体重の増減を目指すときに加減する栄養量。目標体重と現体重との差から目標エネルギー蓄積量を算出し、目標達成までの日数で除することで1日当たりのエネルギー蓄積量を算出する。多くの場合、体重増減の目標は1か月で1~2kg、3~6か月で5~10kg程度。または1か月で3%前後、3~6か月で3~10%前後を目標とする。

例) 2か月で3kgの増量を計画する場合(1kgの減量に必要な熱量が7000として計算する)  
エネルギー蓄積量 = 7000kcal $\times$ 3kg $\div$ 60日 = 350kcal

コロナ治療病院がポストコロナ患者をどんどんと  
適切にポストコロナ病院に紹介してくれていたら、  
この度のみつともない事態には陥っていないはずだ。

<p>2020年 2月13日</p>	<p>厚生労働省より、日本慢性期医療協会へダイヤモンド・プリンセス号から初めて下船する高齢者が和光市の税務大学校に宿泊待機してもらうので、診療等の対応要請あり。</p>
<p>2月14日～ 2月19日</p>	<p>2月14日から19日まで、日慢協役員病院より医師・看護師・薬剤師等のスタッフが、約70名の下船された高齢者を中心に診療や投薬、相談に応じた。受け入れ期間中、37～38度台の発熱が2日間続き、感染症対応医療機関へ搬送、一晚入院した方もいたが、PCR陰性のため、再入居された。受け入れた下船者はPCR結果（陰性）後 2週間経ったことから全員帰宅された。</p>

**日慢協は当初から  
新型コロナ対応に  
協力している。**

### 現場の状況（問診エリア）



新型コロナウイルスについて、各地の会員病院の対応は素晴らしかった。特に安藤先生や富家先生の積極的な対応が日慢協の存在を高めてくれた。

2021年 9月30日木曜日

メディファクス

8591号

## ■ 東京城東病院、コロナ専用病院として30日受け入れ開始

JCHO

地域医療機能推進機構（JCHO）は29日、東京城東病院（江東区）を新型コロナウイルス感染症に対応する専用病院に転換して30日から患者の受け入れを開始するのに合わせて、院内を報道各社に公開した。JCHOは、これまでも傘下の病院で新型コロナの患者を受け入れてきたが、病院全体を新型コロナ専用に変換するのは初めて。中馬敦院長は、「国からの病床確保の強い要請を受け、コロナ専用病院とした。医師や看護師を派遣してくださった関係者への感謝の気持ちを持って対応に従事したい」と話した。

東京城東病院では、新型コロナの即応病床として50床を整備し、軽症から中等症の患者の受け入れを始める。呼吸器管理に詳しいスタッフをそろえる必要があったため、医師は常勤医だけでなく、全国医学部長病院長会議や日本慢性期医療協会の協力を得て応援派遣により確保。看護師も日本赤十字社、恩賜財団済生会、労働者健康安全機構から派遣してもらい、新型コロナに対応できる体制を整えた。

# 博愛記念病院でのポストコロナ患者受け入れ状況 (2020年8月～2021年10月)

- 受け入れ患者数：68名
- 年齢 49～97歳
- 性別 男性 26名          女性 42名
- 受け入れ病棟 回復期リハビリテーション病棟

10/11現在	人数	割合
自宅	36人	52.9%
介護保険施設 居住系施設	20人	29.4%
転院	4人	5.9%
死亡退院	1人	1.5%
入院中	7人	10.3%



新型コロナウイルスワクチンの効果は通常のインフルエンザワクチンとは比較にならないくらい効果があった。

◆前回（2021年9月9日）記者会見では、療養病棟の死亡退院割合が、50%を超えている現状について、急性期病院で長期入院していた重症の高齢患者が「特定除外制度」廃止によって、療養病棟に集中するようになったことによる影響が大きいということ、そして同じ療養病棟であっても、併せ持つ病床構成によって死亡退院率は大きく異なり、地域内に在宅医療も含めてどのような医療資源が備わっているのかということなども関係しているのではないかと、一概に死亡退院割合だけで病院のあり方を議論すべきではないと述べさせていただきました。

◆今回、7月に会員病院を対象に療養病棟入院基本料1を対象に、死亡退院患者が実際にどのような状況であるのかを調査したので報告する。

# 日本慢性期医療協会

## 療養病棟入院基本料1に入院している患者の状態像等調査

実施：令和3年7月

対象：日本慢性期医療協会 病院会員983病院

回答：135病院、患者数11,656人（療養病棟入院基本料1を運営している病院）

【調査票1】 2021年7月26日に入院している患者の状態像等について（1 Day調査）結果概要

【調査票2】 2021年1月～6月（6か月間）における療養病棟入院基本料1に入院した患者の入棟元と退院した患者の退院先

### 1-1. 基本情報

回答病院数	135病院
療養病棟入院基本料1の病床数	12,821床
入院患者数	11,656人
病床稼働率	90.9%
平均年齢	81.3歳

### 1-2. 入院患者の医療区分

	2021年7月	2018年10月 (前回調査)	【厚労省】 令和2年度 入院医療等の調査
回答患者数	11,441人	23,454人	10,297人
医療区分3	36.6%	40.1%	38.6%
医療区分2	52.0%	49.2%	52.2%
医療区分1	11.4%	10.8%	9.2%
医療区分2・3	88.6%	89.3%	90.8%

	入棟元	退院先
自宅	16.9%	18.2%
介護施設等	15.7%	19.5%
他院	46.2%	8.3%
自院	21.1%	5.4%
有床診療所等	0.1%	0.2%
死亡退院	-	48.4%

在宅復帰率	64.5%
-------	-------

【調査票3】 2021年1月～6月（6か月間）における療養病棟入院基本料1から死亡退院した患者の状況

3-1. 基本情報

回答病院数	127病院
療養病棟入院基本料1の病床数	11,948床
死亡退院患者数	4,654人
平均年齢	85.3歳

3-2. 死亡日の医療区分

	患者割合
医療区分3	82.7%
医療区分2	15.7%
医療区分1	1.7%

\* 死亡日の医療区分は80%以上が区分3を占める

3-3. 療養病棟1に入院し、死亡するまでの日数

平均	333.0日
----	--------

	患者割合
400日以上	20.9%
100日以上400日未満	28.0%
100日未満	51.1%

\* 死亡退院される患者の約半数は入棟してから約3か月以内に死亡しており、全体で8割の患者は約1年以内で死亡されている。

3-4. 死亡退院患者の入院元

	入棟元
自宅	7.0%
介護施設等	16.1%
他院	58.2%
自院	18.4%
有床診療所等	0.3%

\* 死亡退院患者の入棟元は、一般の入院患者に比べ、自宅からの入院が減り、他院からの入院が増加している。

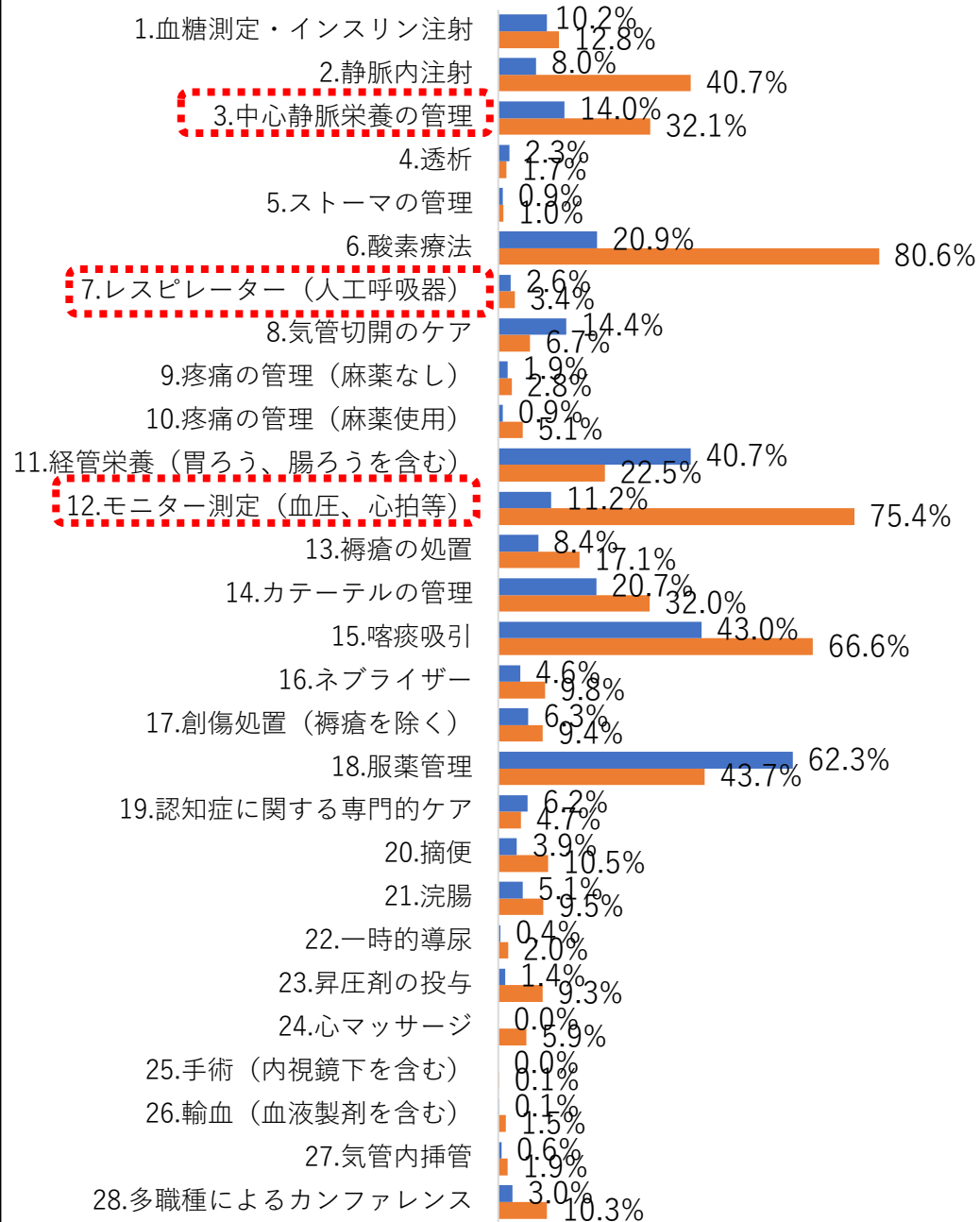
3-5. 死亡の状況（複数回答）

	患者割合
容態の急変	25.8%
治療による回復を目指していたにもかかわらず死亡	37.1%
医療の継続のための入院（結果として死亡）	58.3%
医療の必要なく看取りのための入院	2.4%

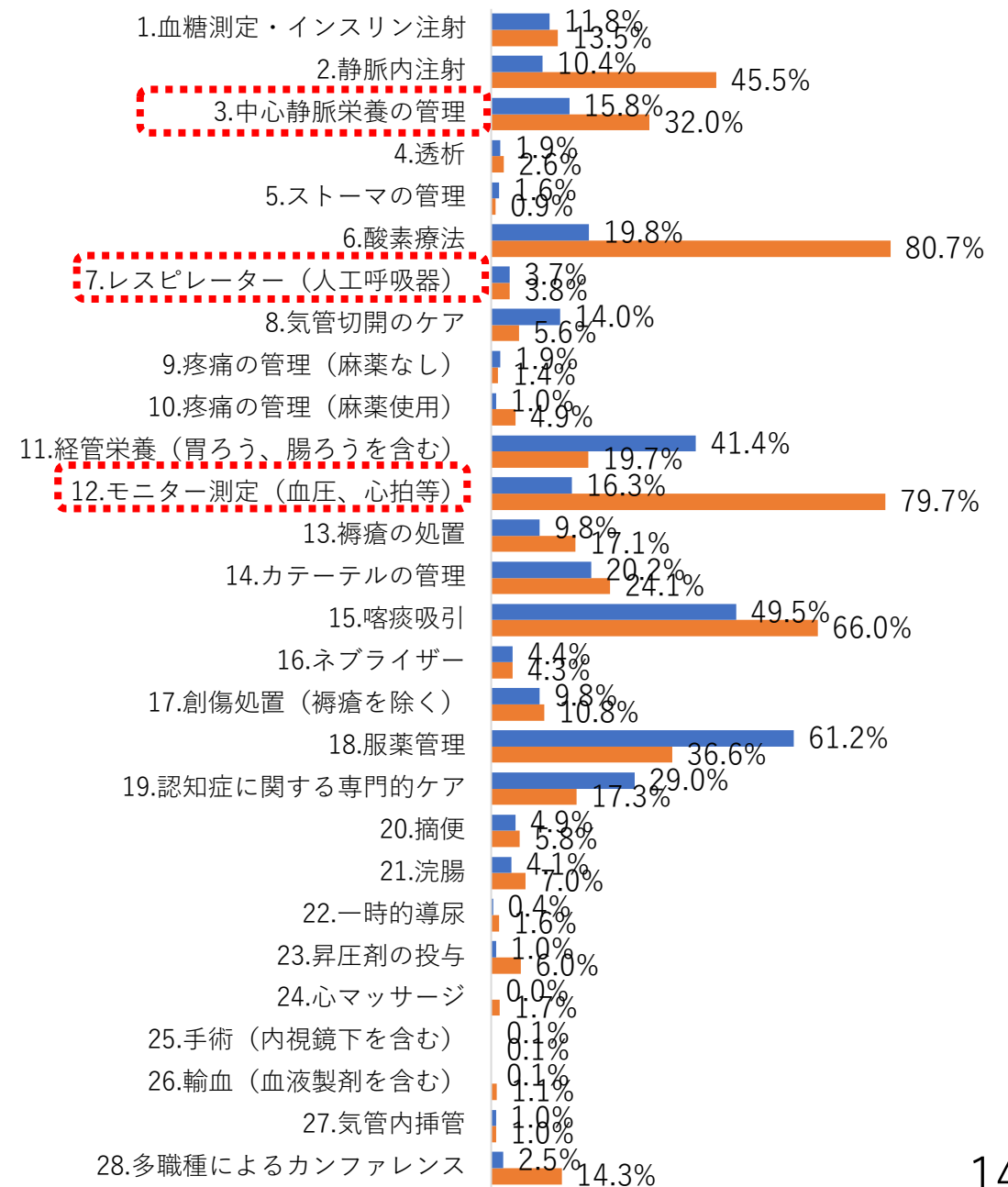
\* 看取りのための入院は、わずか2.4%にとどまり、ほぼすべての患者は医療を必要とした入院である。

入院患者と死亡退院患者の医療提供状況の比較

2016年6月 (n = 22,609)



2021年7月 (n = 11,656)



■ 入院中  
■ 死亡前7日間

# 入院患者と死亡退院患者への医療の提供状況の比較

入院患者と死亡退院患者の間で10%以上増加している処置等

	入院患者	死亡退院患者
静脈内注射	10.4%	45.5%
中心静脈栄養の管理	15.8%	32.0%
酸素療法	19.8%	80.7%
モニター測定	16.3%	79.7%
喀痰吸引	49.5%	66.0%
多職種カンファレンス	2.5%	14.3%

逆に10%以上減少している処置等

	入院患者	死亡退院患者
経管栄養	41.4%	19.7%
服薬管理	61.2%	36.6%
認知症の専門的ケア	29.0%	17.3%

医師による診察(処置、判断含む)の頻度

	入院患者	死亡退院患者
週1回程度以下	13.5%	3.0%
週2～3回	38.2%	27.0%
毎日	40.0%	57.9%
1日数回	7.6%	7.8%
常時	0.7%	4.3%

看護師による直接の看護提供の頻度

	入院患者	死亡退院患者
1日1～3回の観察・管理	24.4%	5.0%
1日4～8回の観察・管理	42.3%	40.2%
1日4～8回を超えた 頻繁な観察・管理	26.8%	37.4%
上記を超えた常時の観察・ 管理	6.5%	17.4%

◆ 懸命な治療をしたにもかかわらず、残念ながら死亡退院された患者の死亡前7日間に提供された医療内容について調べてみると、かなり多くの医療行為が提供され、医師や看護師の頻回の回診やケアが行われている。



「中心静脈栄養管理」を実施している重症患者に実施する医療行為として、

- ①「心電図モニター管理」
- ②「輸液ポンプの管理」
- ③「シリンジポンプの管理」
- ④「中心静脈圧測定」等がある。

ICUであっても、療養病床であっても関係なく、患者の状態に応じて上記医療行為を実施している。

しかしながら同じような状態の重症患者が入院して上記医療行為を実施しても、病棟種別ごとに評価は異なる。

	特定集中治療室用	ハイケアユニット用	一般病棟用	医療区分
	重症度、医療・看護必要度			
心電図モニター管理	○	○	○	▲※
輸液ポンプの管理	○	○		
シリンジポンプの管理	○	○	○	
中心静脈圧測定 (中心静脈ライン)	○	○		

※医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3の項目に1つ以上の該当項目がある場合に限り「医療区分3」、それ以外の場合は「医療区分2」として取り扱う）。 17

# 特定集中治療室用・ハイケアユニット用重症度、医療・看護必要度評価票

【特定集中治療室用】

基準
A得点4点以上かつB得点3点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 心電図モニターの管理	なし	あり	/
2 輸液ポンプの管理	なし	あり	/
3 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	/	あり
4 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
5 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	/	あり
6 人工呼吸器の管理	なし	/	あり
7 輸血や血液製剤の管理	なし	/	あり
8 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	/	あり
9 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし	/	あり

【ハイケアユニット用】

基準
A得点3点以上かつB得点4点以上

A モニタリング及び処置等	0点	1点
1 創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり
2 蘇生術の施行	なし	あり
3 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く)	なし	あり
4 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり
5 心電図モニターの装着	なし	あり
6 輸液ポンプの管理	なし	あり
7 動脈圧測定(動脈ライン)	なし	あり
8 シリンジポンプの管理	なし	あり
9 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり
10 人工呼吸器の管理	なし	あり
11 輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル)	なし	あり
13 特殊な治療法等 (CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、ECMO)	なし	あり

【特定集中治療室用／ハイケアユニット用 共通】

B 患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施		=	評価
	0点	1点	2点		0	1		
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		/	/		点
移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
口腔清潔	自立	要介助	/		実施なし	実施あり		点
食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/		/	/		点
危険行動	ない	/	ある		/	/		点

# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

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

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点が2点以上かつB得点が3点以上 ・A得点が3点以上 ・C得点が1点以上

B	患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		/	/
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助	/		実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/		/	/
15	危険行動	ない	/	ある		/	/

# 療養病棟入院基本料について

診 調 組 入 - 1  
3 . 8 . 6

## 療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,813点	1,414点	968点
ADL区分2	1,758点	1,386点	920点
ADL区分1	1,471点	1,232点	815点

### 医療区分

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合)</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理</li> <li>・酸素療法(常時流量3L/分以上を必要とする状態等)</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー ・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</li> <li>・その他の難病(スモンを除く)</li> <li>・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD)</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創</li> <li>・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態(他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合)</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上)</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)</li> <li>・酸素療法(医療区分3に該当するもの以外のもの)</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

## 療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1,748点	1,349点	903点
ADL区分2	1,694点	1,322点	855点
ADL区分1	1,406点	1,167点	751点

### ADL区分

ADL区分3: 23点以上  
ADL区分2: 11点以上~23点未満  
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0~6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

( 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、  
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 )

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0~6
b 移乗	0~6
c 食事	0~6
d トイレの使用	0~6
(合計点)	0~24

重症患者が死亡するような状況での医療行為には、  
本来、病棟種別による差はあるべきではない。  
特定集中治療室は手厚い治療を行うが、  
療養病床では適当でよいなどということは  
許されるべきではない。

重症患者には何とか適切な治療を行い、病態を改善するために努力するのが医師の務めである。そこにはICUは一生懸命治療するが、療養病床は適当でよいなどという論理は通らない。

治療可能なのに患者が死亡することは、医師としては非常に残念でならない。治療内容を見直し、反省することが通常の医師の姿である。

- ◆ 重症で、治療が複雑な患者を治すことのできる医師が名医
- ◆ 体力がある、軽度の患者を治すことはどんな医師でもできる。

本来、死期が近い重症患者に対してICUか療養病床かで治療内容の差があってはならないことである。死は誰にでもやってくるものであり、助けられる命は助けるべきであり、そのような診療制度にすべきである。



医療区分制度を廃止して重症度、医療・看護必要度に統一すべきではないか。今だにデータ収集だけ続けるのか。



- ◆療養病棟入院料2で重症患者の受け入れが少ない病棟は  
いずれ廃止される。要するに軽度高齢患者の収容施設としての  
病棟をなくそうとしている。
- ◆療養病棟入院料1で医療区分2・3患者を80%以上受け入れて  
いても、ただ入院させて、大した治療もしないような病棟は、  
廃止するか介護医療院に転換するべきではないか。
- ◆療養病棟入院料1は慢性期治療病棟として期待されている。  
決して看取りの場所として推奨されているわけではない。

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



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES