

2016年2月4日(木)17:30~19:30  
第10回 在宅医療推進会議  
ステーションコンファレンス東京 602BCD

# 「在宅療養を支える 慢性期医療の役割」

一般社団法人日本慢性期医療協会 会長  
医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

武久 洋三

# 日本の医療の特徴

- フリーアクセス
- 病床数が多い
- 平均在院日数が長い
- 外来受診が多い
- 寝たきりが極端に多い
- 平均寿命が長く、健康寿命と解離

# 医療分野についての国際比較(2012年) (平均在院日数)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
平均 在院日数	6.1※1	7.2	9.2	9.1※1	5.8	31.2
平均 在院日数 (急性期)	5.4※1	5.9	7.8	5.1	5.6	17.5

(出典): OECD Health Data 2014 OECD Stat Extracts

注1: 「※1」は2011年のデータ

日本はびまん性に中途半端な機能の  
病院が全国に散在している状態

寝たきりは外国はほとんど  
無いと言うが、日本には  
どうして寝たきりが多いかを  
考えたことはあるか。

急性期での入院期間を  
外国並みに短縮すれば、  
日本にも寝たきりは  
少なくなるのではないか。

そうすれば、安倍首相が言うように、「介護離職」を防ぐための特養等を50万床も作らなくて済むのではないか。

日本の医療を守りながら、  
超高齢社会の医療を持続させる  
には、急性期の入院日数を短縮  
し、寝たきりをなくして介護施設  
の必要性を減らすことしかない。

# 急性期医療の定義

「病状が不安定な状態から  
ある程度安定した状態になるまで」





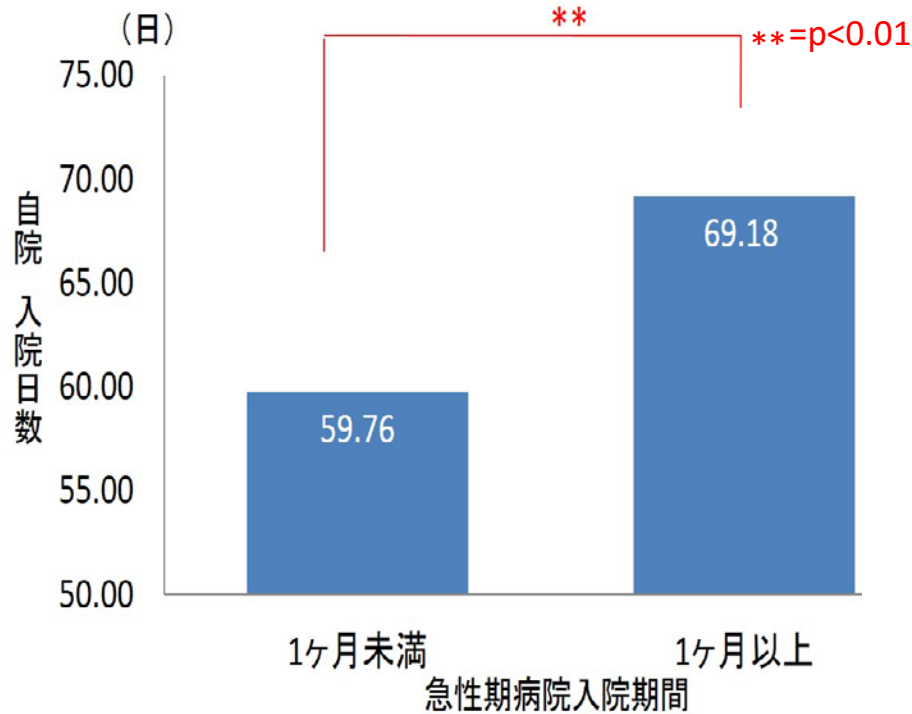
急性期とは

手術や急性期処置が終了して  
数日間～1週間。

ではないか！

# 急性期病院での入院日数別

## リハビリでの在院日数比較<全体>



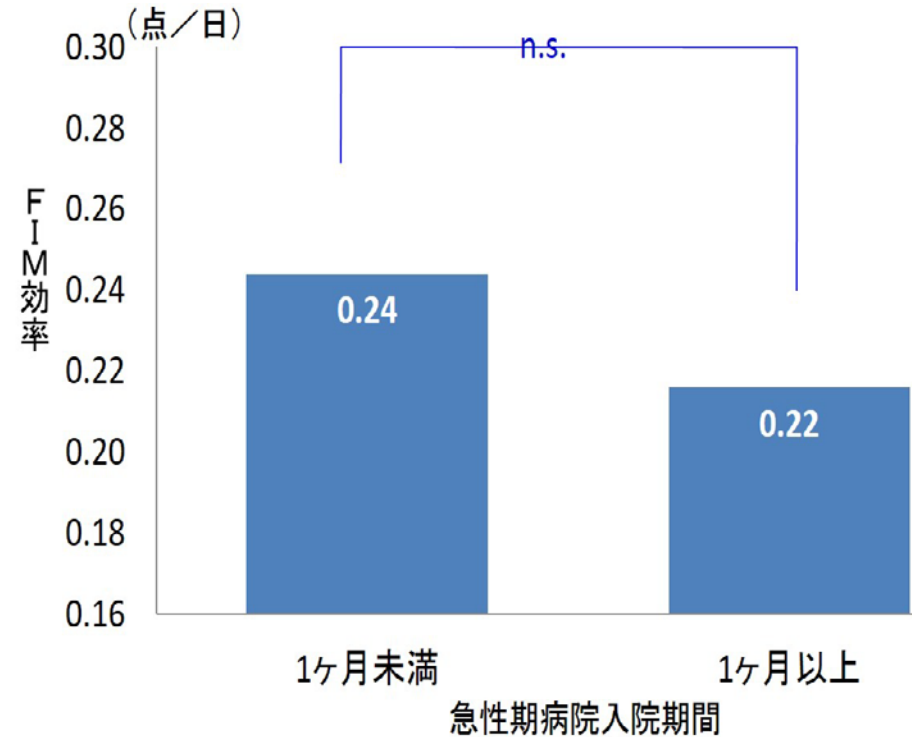
リハビリ  
提供単位数

3.77単位

3.85単位

## FIM効率比較<全体>

FIM効率=1日当たりのFIMの向上点数のこと。(FIM利得/在院日数)



リハビリ  
提供単位数

3.77単位

3.85単位

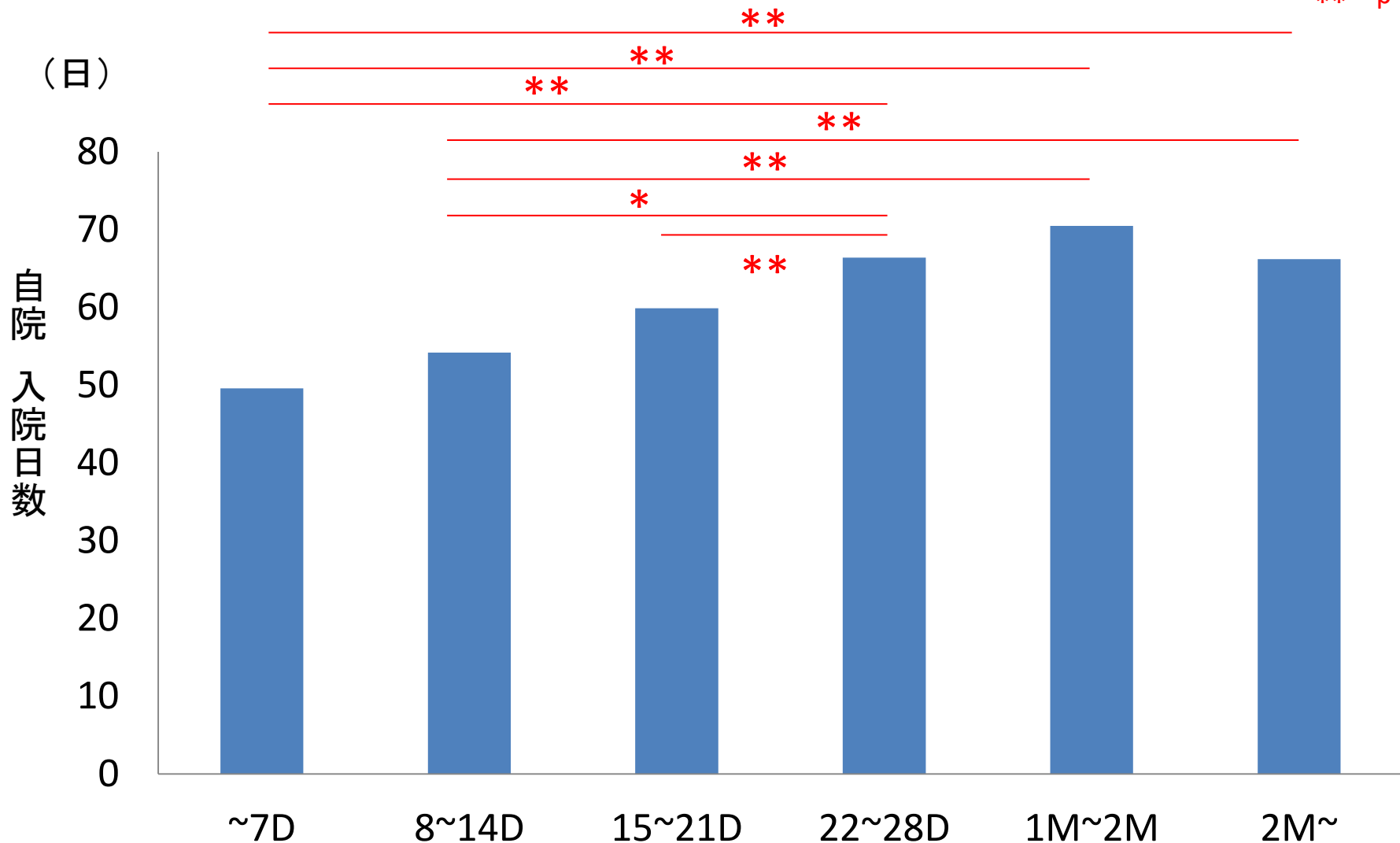
シャピロ・ウィルクの正規性検定 → マン・ホイットニー検定

急性期病院での入院期間が短ければ、急性期治療後を受け持つ慢性期病院での入院期間も短いことが分かる。また、急性期病院での入院期間が短い方が、1日当たりのFIM向上点数を示すFIM効率も高いことが分かる。

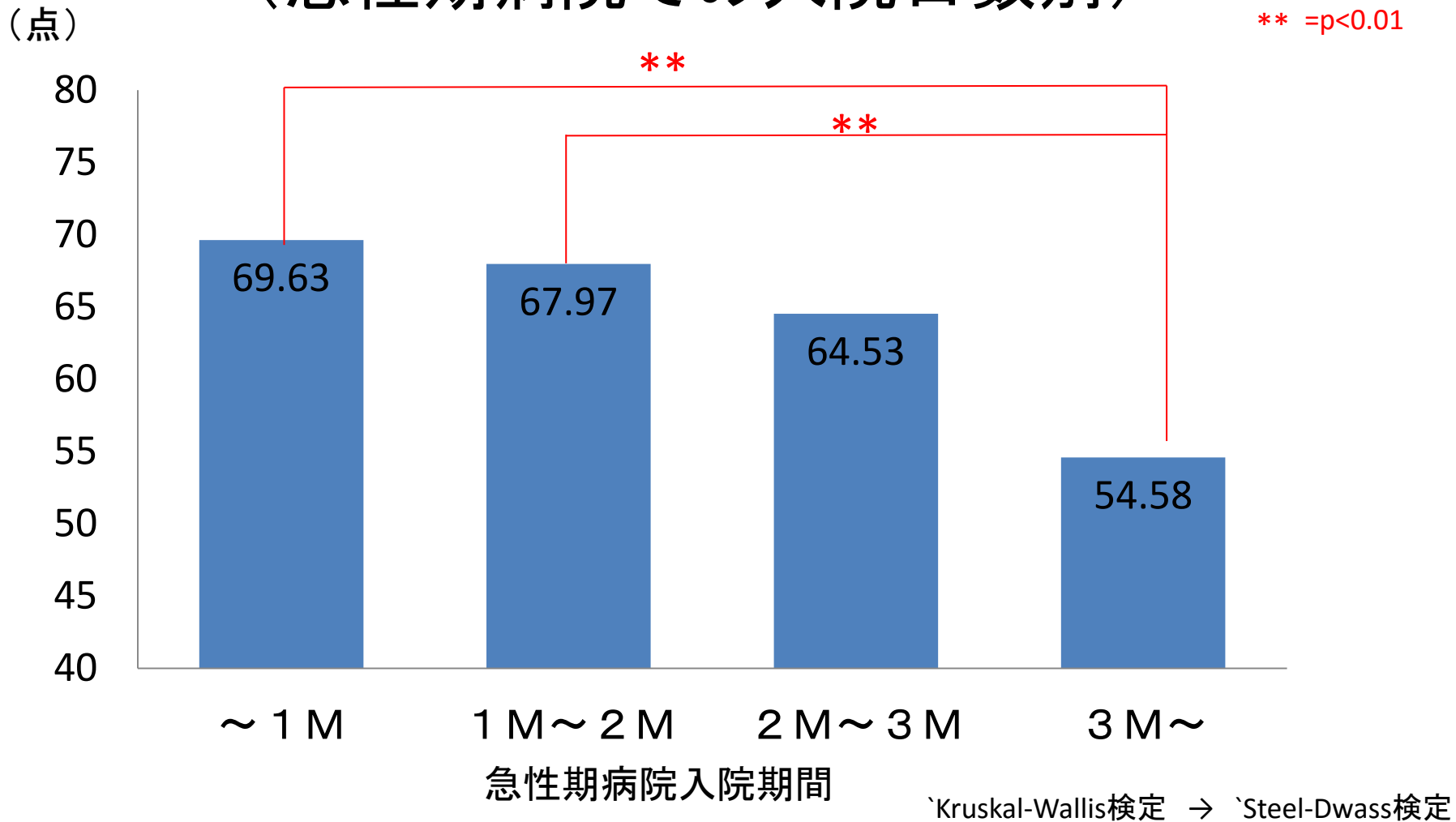
# 急性期在院日数で比較する 後方病院での入院日数

\* =p<0.05

\*\* =p<0.01



# 後方病院の入院時FIM点数<全体> (急性期病院での入院日数別)



急性期病院での入院期間が長ければ、後方病院の入院時FIM点数が低い。

# 脳血管疾患

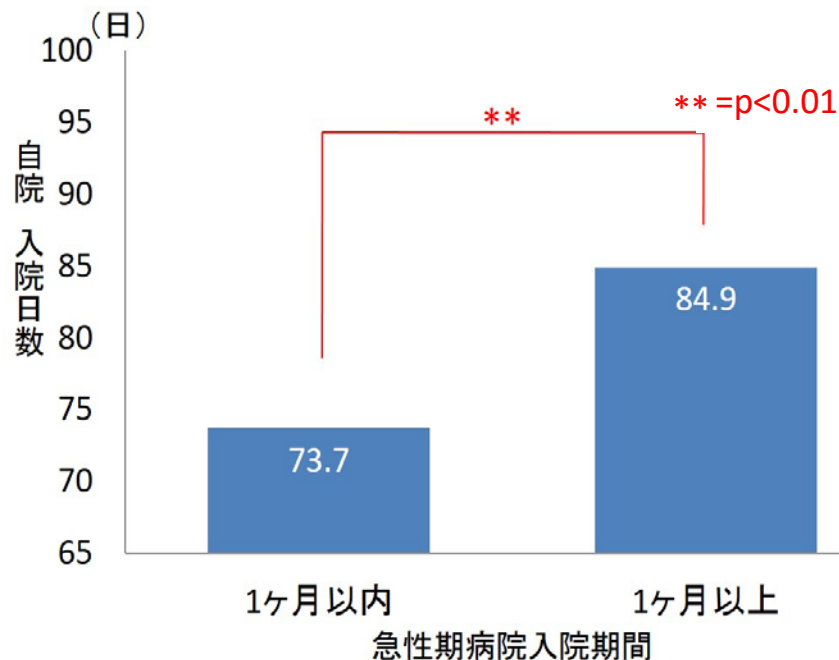
対象者(n) / 性別	482 名 / 男性264名, 女性218名
平均) 年齢±SD	76.2±12.2 歳
平均) 急性期病院在院日数±SD	43.1±47.1 日
平均) 自院在院日数±SD	80.2±52.7 日
平均) 提供単位数(患者一人・1日あたり)	4.55単位

急性期在院日数	対象者数
1ヶ月未満	201
1か月以上	281

※ 調査期間中に死亡された方、新たな疾患の発症や急性増悪により著しく状態不良となった方を除く。

## 急性期病院での入院日数別

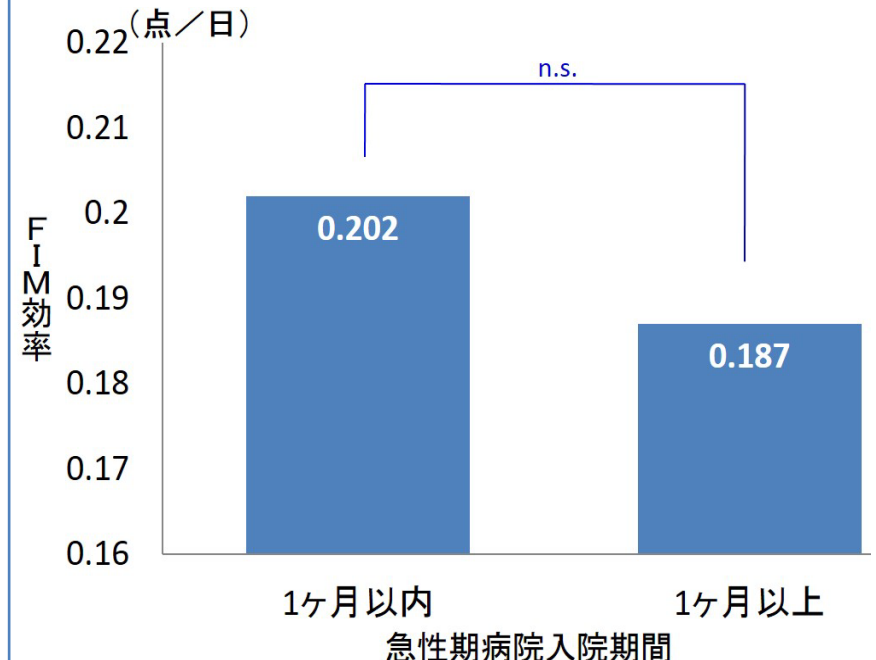
### リハビリでの在院日数比較<脳血管>



リハビリ提供単位数	4.68単位	4.46単位
-----------	--------	--------

### FIM効率比較<脳血管>

FIM効率=1日当たりのFIMの向上点数のこと。(FIM利得/在院日数)



リハビリ提供単位数	4.68単位	4.46単位
-----------	--------	--------

### 廃用症候群ほか(呼吸器疾患・内臓疾患など)

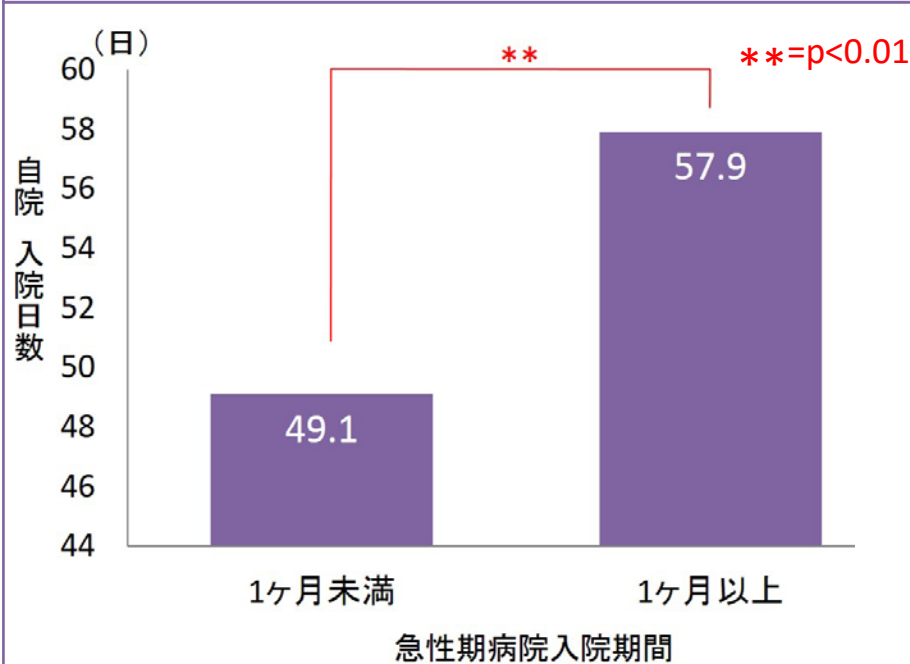
対象者(n) / 性別	480名 / 男性271名, 女性209名
平均) 年齢±SD	81.5±9.6 歳
平均) 急性期病院在院日数±SD	45.3±44.9 日
平均) 自院在院日数±SD	54.1±35.9 日
平均) 提供単位数(患者一人・1日あたり)	3.00単位

急性期在院日数	対象者数
1か月未満	208
1ヶ月以上	272

※ 調査期間中に死亡された方、新たな疾患の発症や急性増悪により著しく状態不良となった方を除く。

### 急性期病院での入院日数別

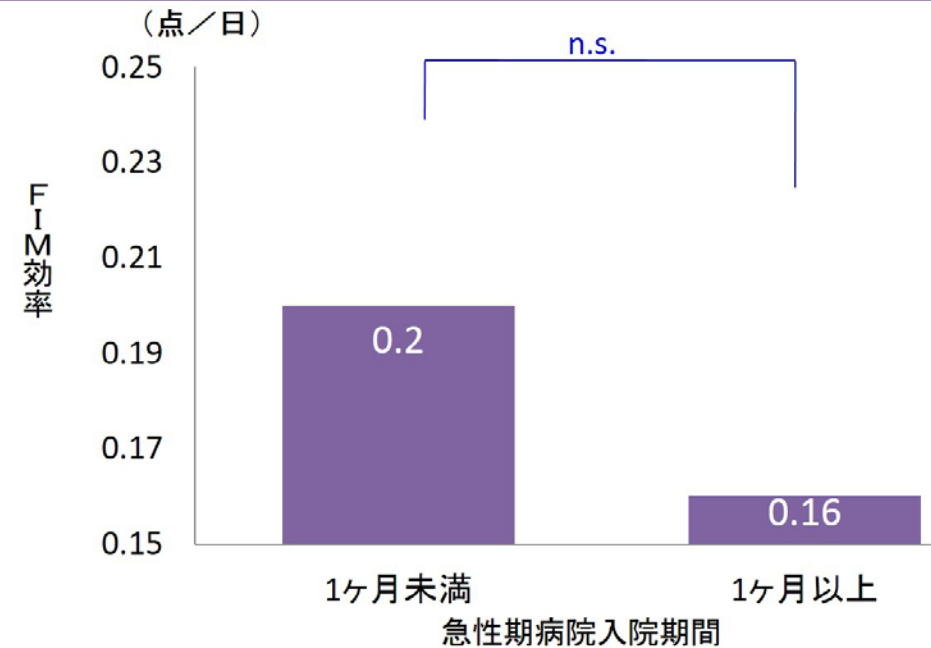
#### リハビリでの在院日数比較<廃用ほか>



リハビリ提供単位数	2.76単位	2.87単位
-----------	--------	--------

#### FIM効率比較<廃用ほか>

FIM効率=1日当たりのFIMの向上点数のこと。(FIM利得/在院日数)



リハビリ提供単位数	2.76単位	2.87単位
-----------	--------	--------

## 回復期リハ病棟

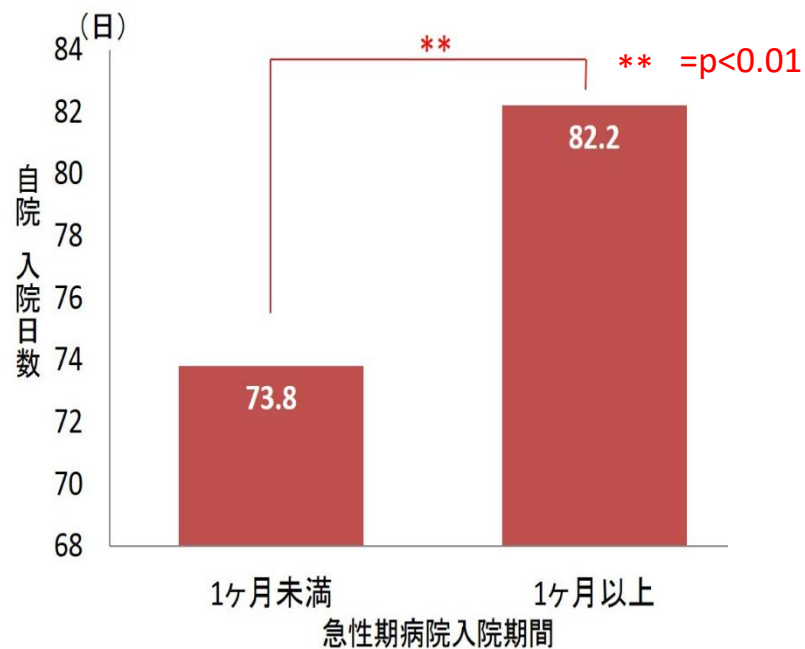
対象者(n)	646名
平均) 年齢±SD	78.4±12.3 歳
平均) 急性期病院在院日数±SD	37.4±37.6 日
平均) 自院在院日数±SD	78.2±41.2 日
平均) 提供単位数(患者一人・1日あたり)	5.92 単位

急性期在院日数	対象者数
1か月未満	301
1ヶ月以上	345

※ 調査期間中に死亡された方、新たな疾患の発症や急性増悪により著しく状態不良となった方を除く。

## 急性期病院での入院日数別

### リハビリでの在院日数比較<地域包括ケア病棟>



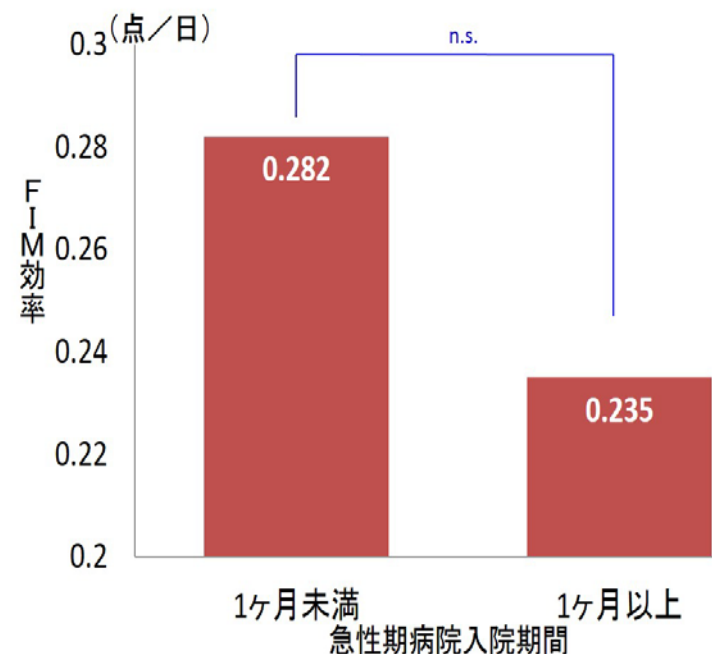
リハビリ  
提供単位数

5.69単位

6.18単位

### FIM効率比較<地域包括ケア病棟>


FIM効率=1日当たりのFIMの向上点数のこと。(FIM利得/在院日数)



リハビリ  
提供単位数

5.69単位

6.18単位



たとえ動けなくてもまずは口から食べて  
自分で排泄出来ることは人間の原点



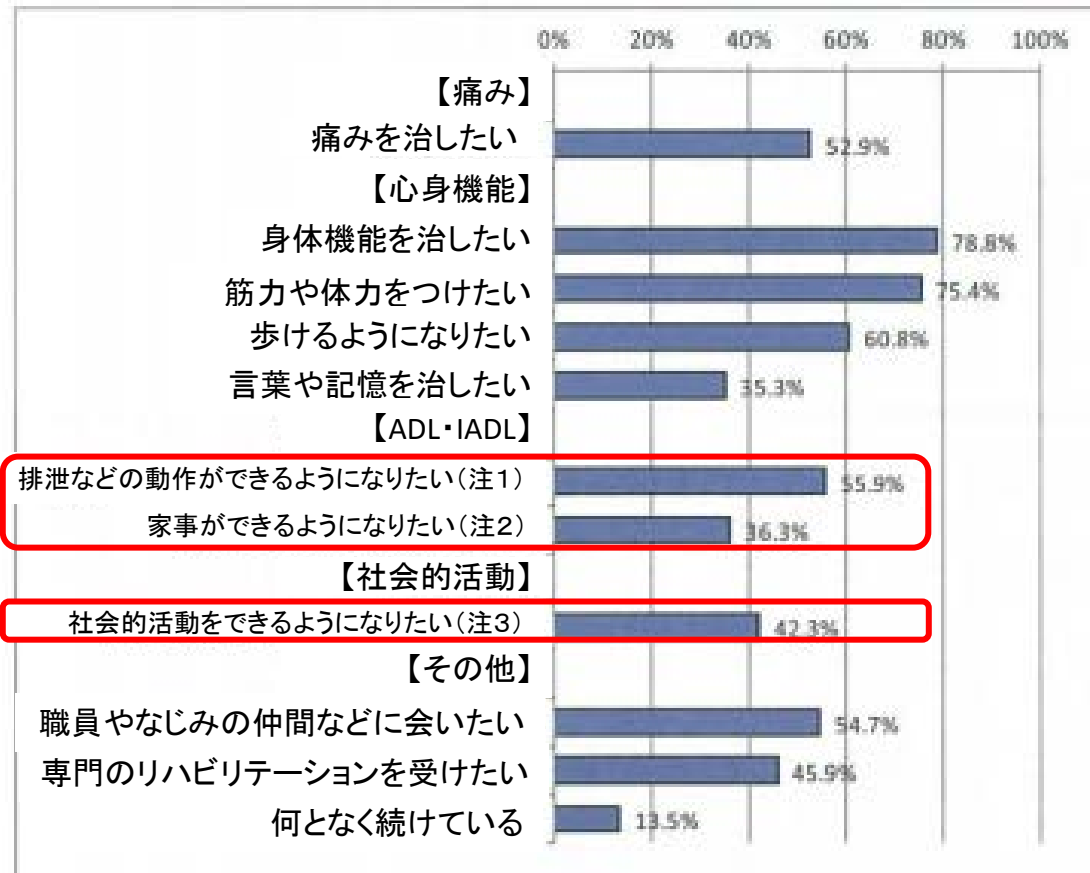
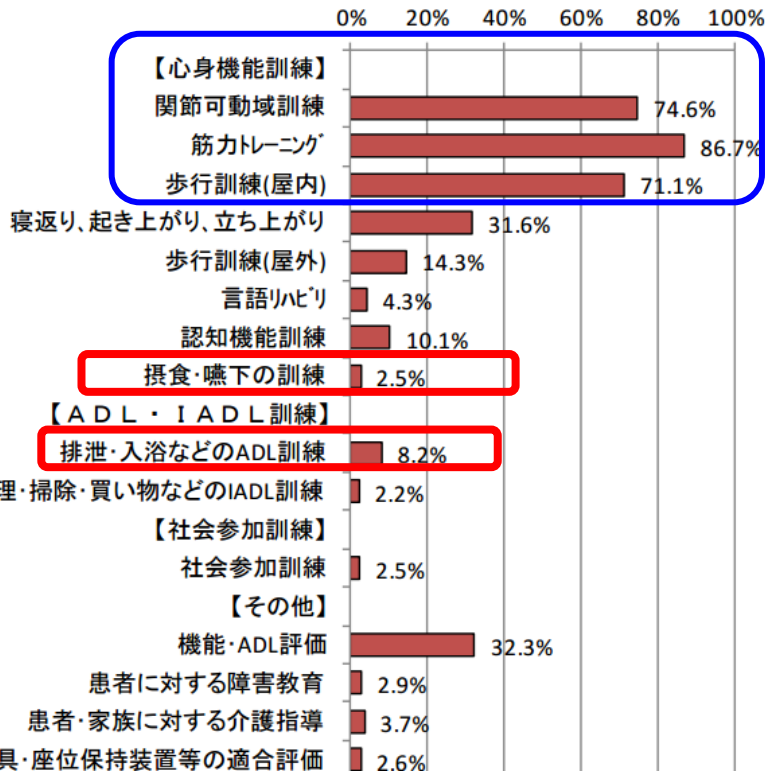
# リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査

## リハビリの実施内容(複数回答)

## リハビリ継続理由:本人回答(複数回答)

図表17 通所リハ  
(n=3,415)

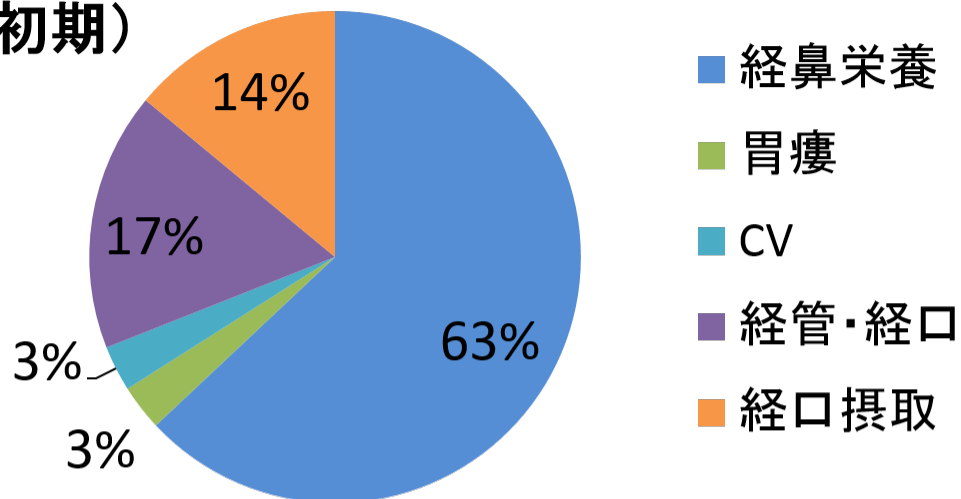
図表45 通所リハ  
(n=2,786)



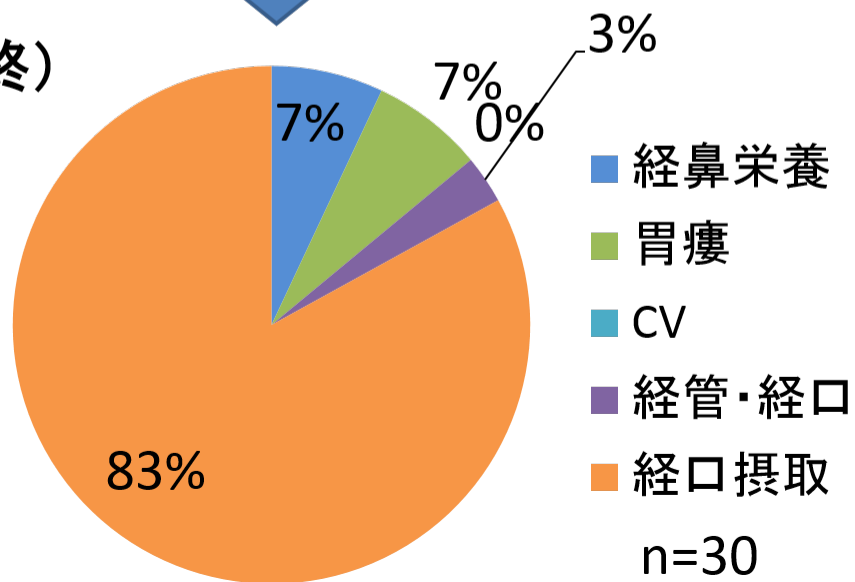
注1) 選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」  
 注2) 「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」  
 注3) 「病気やけがになる前に行っていた趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

# 栄養摂取手段の変化

(初期)

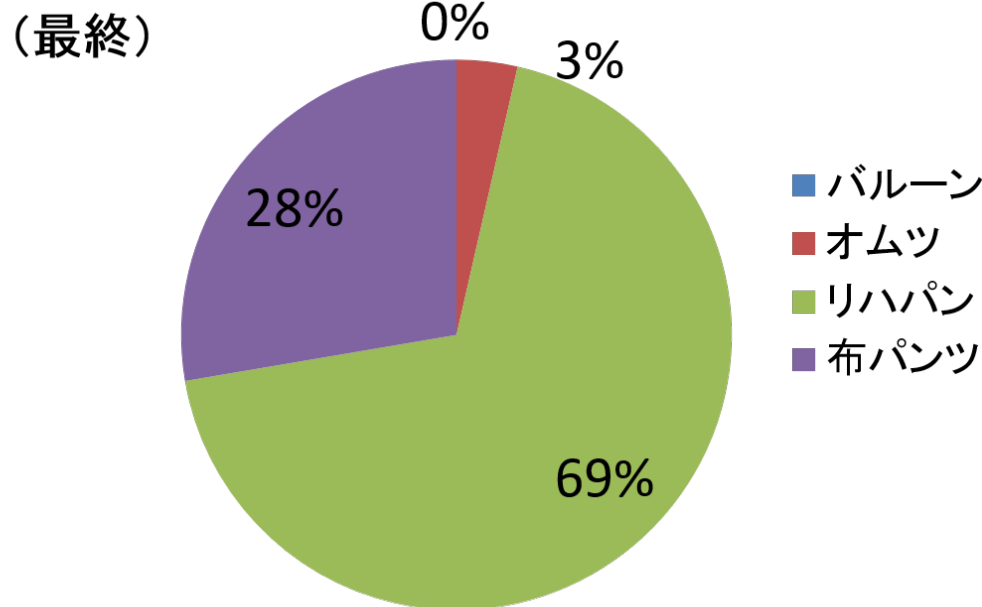
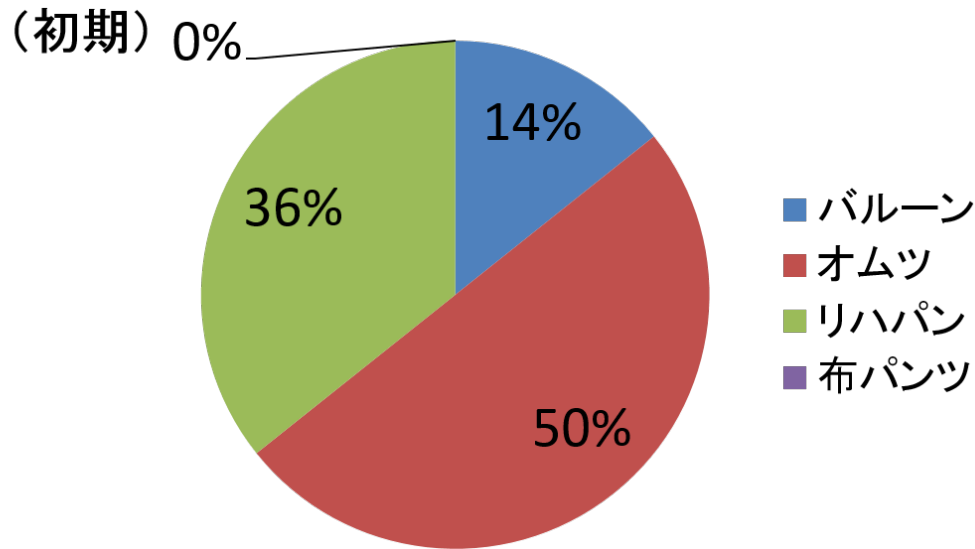


(最終)




n=30

# 着用している下衣(パンツ)の変化



- 初期にバルーンやオムツだった患者さんが、リハパンや布パンツに移行できている。
- 入院時にバルーンとオムツで64%を占めていたが、退院時にオムツを着用している者は3%までに減少している。



高齢になれば手術をしても1年ももたないのであれば意味がないから手術はするべきではないと公言する人がいる。

や っ と 死 ね た の に  
無 意 味 な 心 肺 蘇 生 を  
す る 必 要 が あ る の か

儀式のように家族が間に合うように  
生かしておいて下さいとは

儀式のような意味ない  
心肺蘇生はすべきなのか

折角、死ねたのに  
生き返らせられるとは



医療は家族の  
言いなりにするのか



# 医療の主体性と独自性、 専門性はどこにいったのか



「老衰は病気ではない」

という考え方

それを誰が判定するか

一方で食べなくなったら  
もうターミナルなのだから  
何もしないでもいいという矛盾

# ターミナル論争の勘違い

本来は心肺停止となった時にCPRをするかどうかの意味であったのが、「高齢になったので病気になっても一切治療しなくてよいのではないか」という意味にすりかえられている怖さ

# 学会等による終末期医療に関するガイドラインについて①

	厚生労働省 (2007年5月)	日本医師会 (2008年2月)	全日本病院協会 (2009年5月)
■ 名称	終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン	終末期医療に関するガイドライン	終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～
■ 終末期の定義	定義なし (どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき)	定義なし (終末期は多様であり、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームで判断すべき)	以下の3つの条件を満足 1)医師が客観的情報で治療により回復できないと判断 2)患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得 3)関係者が死を予測し対応を考える
■ 終末期の判断	患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断による	主治医を含む複数の医師を含む医療ケアチームによって行う	
■ 方針の決定手続	・患者の意思の確認ができる場合には、患者の意思決定を基本とする ・患者の意思の確認ができない場合には、家族による患者の推定意思を尊重しつつ、慎重に判断	・患者の意思が確認できる場合は患者の意思を基本とし、医療・ケアチームにより決定 ・患者の意思確認ができない場合は、有効な事前の意思表示書や家族による推定意思を尊重	・生前の意思表示がある場合にはその意思を尊重し対処 ・家族から患者の意思を聞く。意思表示が不明の場合には、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合う
■ 事前指示書	記載なし	事前の文書による意思表示を確認することが重要	普段から病気の状況に合わせて事前に意思表示を明確にし、文書に残しておくべき
■ 家族の定義	患者が信頼を寄せ、終末期の患者を支える存在。法的な親族の範囲より広い	法的な親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人も含まれる	最近親者の意向を優先するが、機械的に決めるのは好ましくない
■ 医療ケアチーム	一般的には、担当医師と看護師及びそれ以外の医療従事者	原則として担当医、担当医以外の医師、看護師、ソーシャルワーカー等の医療従事者	他の医師と看護師が含まれる
■ 別途設置の委員会	複数の専門家から構成	複数の専門職より構成	第三者を含む倫理委員会等

## 学会等による終末期医療に関するガイドラインについて②

	日本学術会議 (2008年2月)	日本小児科学会 (2012年4月)	日本老年医学会 (2012年6月)
■ 名称	終末期医療のあり方について －亜急性型の終末期について－	重篤な疾患を持つ子どもの 医療をめぐる話し合いのガイドライ ン	高齢者ケアの意思決定プロセスに関する ガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心とし て
■ 終末期の定義	・悪性腫瘍などに代表される消耗性疾 患により、生命予後に関する予測が概 ね6ヶ月以内	定義なし (子どもの疾患やその時々の状態は個別性 が強い。生命維持にかかわる治療の差し控 え等に対する意見が多様)	※終末期に限定したガイドラインではない
■ 終末期の判断	・医学的にみて病状の進行が確実	記載なし	※終末期に限定したガイドラインではない
■ 方針の決定手続	・繰り返して本人の意思を確認の上、 多職種医療チームによる判断を前提と して、本人意思に従う ・緩和医療が十分に提供されていても、 延命治療を拒否する場合は、その意思 に従い延命治療を中止する ・患者本人の意思が確認できない場合 には、「できるだけ長生きしたい」が 多くの患者の希望であるという前提に 立つ	子ども、父母と医療スタッフが十分な話し 合いを持ち、共に子どもの最善の利益を考 える	・本人の意思が確認できる場合には、本人を 中心に話し合って合意を目指す ・本人の意思が確認できない場合には、家族 と共に、本人の意思と最善について検討し、 家族の事情も考え合わせながら合意を目指 す ・本人の表明された意思にのみ依拠するのは 危険
■ 事前指示書	リビング・ウィルも含めて本人の意思 を確認	記載なし	記載なし
■ 家族の定義	記載なし	父母（保護者）	本人の人生と深く関わり、生活を共にするな ど、支え合いつつ生きている人々
■ 医療ケアチーム	多職種	「関係する多くの医療スタッフ」と記載	医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、薬 剤師、ケアマネジャー、介護福祉士など
■ 別途設置の委員 会	施設内倫理審査委員会等	当該施設の倫理委員会や倫理的問題を議論 するケースカンファランス、第三者機関等 (倫理コンサルテーションサービスなど)	記載なし ※「高齢者の終末期の医療およびケア」に関 する日本老年医学会の「立場表明」2012も別 途示している。


# ターミナルの定義

- 1) 癌末期であり多臓器不全に陥っている状態
- 2) 重症感染症により、治療にもかかわらず多臓器不全に陥っている状態
- 3) 重篤、進行性である基礎疾患を背景に呼吸不全となり、治療にもかかわらず悪化の一途を辿り、改善の見込みがない状態

上記1)～3)のいずれかの状態にあり、いかなる治療をしたとしても、余命1ヶ月未満であると医師が判断した場合と定義する。

ターミナル患者に胃瘻を造設しても仕方ないと言われるが、胃瘻で長く生きる人は内臓機能が良好ということである。ターミナルではないということだ。






これからは在宅に関わらない病院は、  
地域の中で生きていけない。

# 慢性期医療の範囲

- 一般慢性期病床
- 地域包括ケア病棟
- 回復期リハビリ病棟
- 医療療養病床  
(在宅復帰機能強化型、重度長期慢性期病床)
- 障害者等入院基本料算定病棟
- 特殊疾患病棟
- 介護療養型医療施設
- 介護老人保健施設、介護老人福祉施設に於ける医療
- SNW、SNR、在宅及び居住系施設に於ける医療

医療はどんどん高度となり、  
医療ニーズに対して専門職の  
相対的不足がある上に、患者側の  
要望も複雑化してきている。



在宅の往診や訪問看護について、  
重症患者に対するサービスを  
評価するべきではないか。

「認定看護師」と「特定看護師」とは根本的に異なるものである。「認定看護師」とは看護業務のレベルを日本看護協会が認定したものの。「特定看護師」とは、医師の業務の一部を看護師が行うことができることを厚生労働省が認めた資格。

特定看護師は急性期医療、  
特にICU,HCUにて必要というよりも、  
慢性期医療にこそ必要である。

# 病院分類

```
graph LR; A[病院分類] --- B[急性期病院 (AH) (高度急性期)]; A --- C[多機能病院 (MFH)]; A --- D[専門病院 (SH)];
```

急性期病院 (AH)  
(高度急性期)

多機能病院  
(MFH)

専門病院 (SH)

# 病棟機能分類

5:1 (HCU,ICU)

7:1

10:1

地域包括(10:1~13:1)

回復期リハ(13:1)

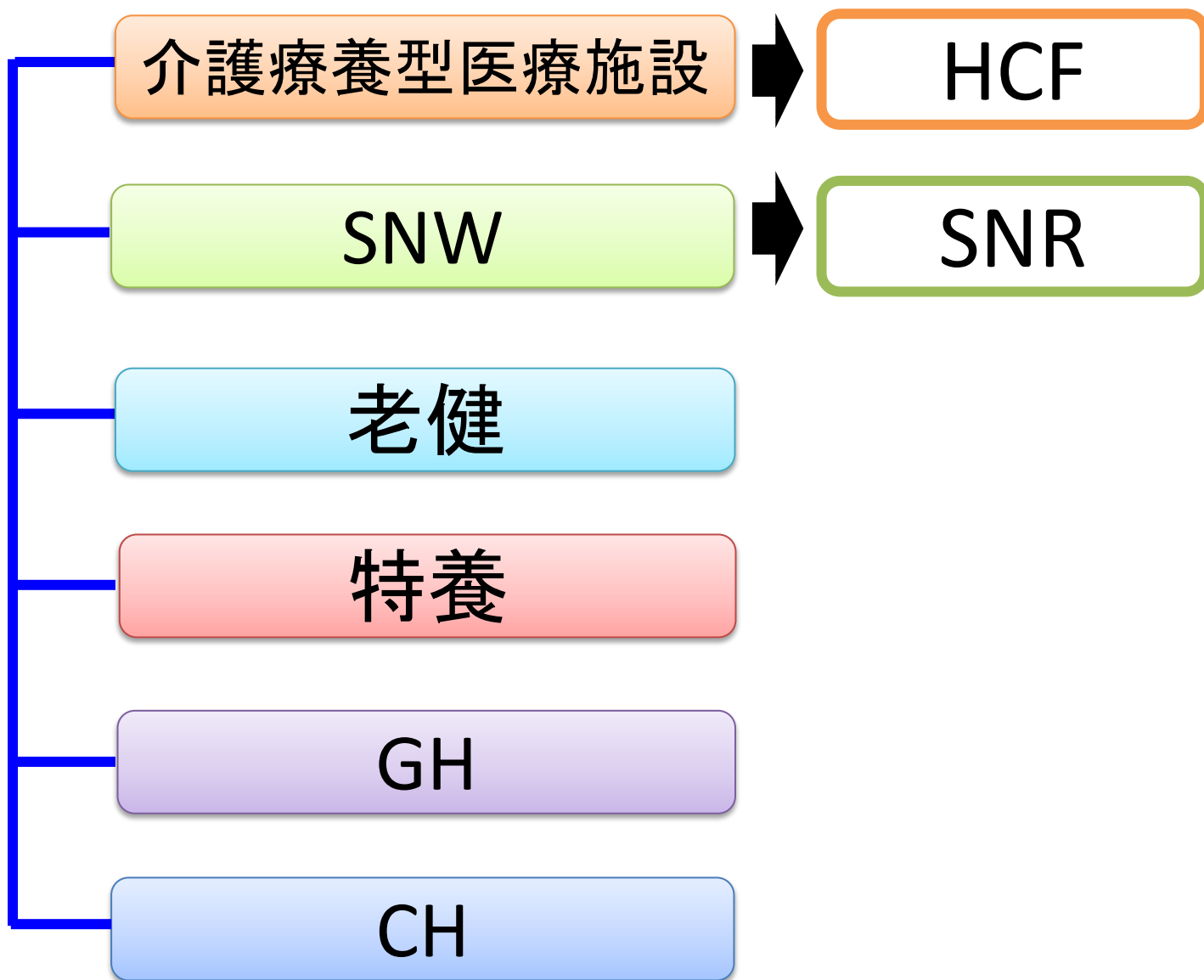
15:1

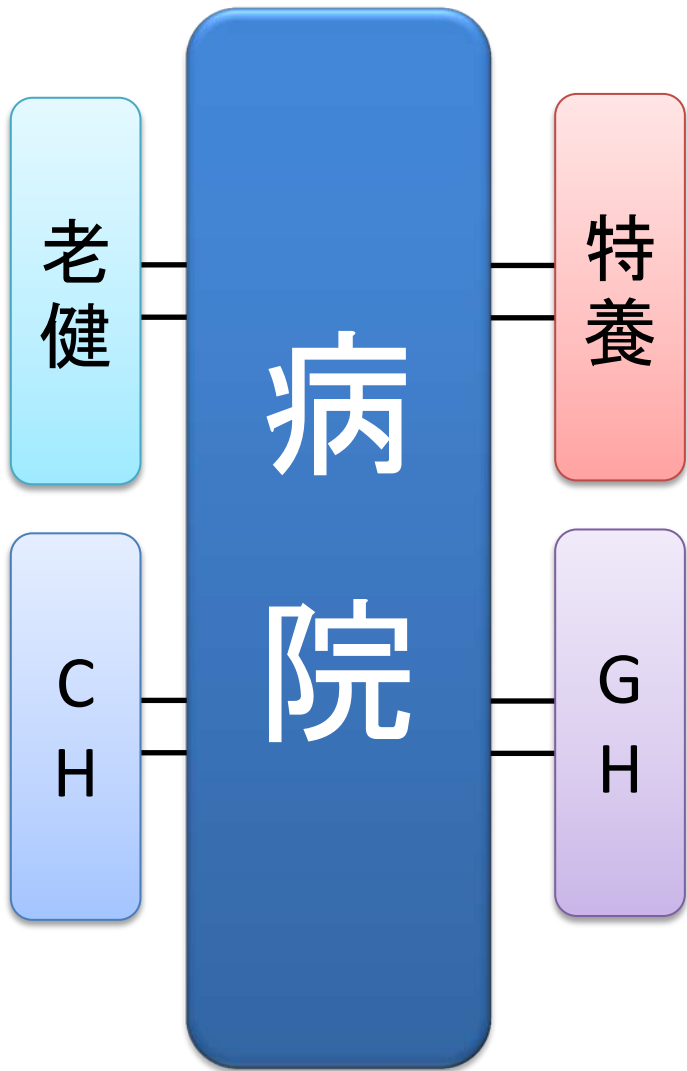
20:1

25:1



# 病院内施設として認めてもよい機能






病院内介護施設やSNRは、  
あくまでも在宅復帰を目途とする  
ものとする。

社福の特養は、収容型を  
容認することにより  
差を明確にする方がよい。

地域包括ケアシステムの  
施設連携は水平型から  
垂直型になるだろう。



良質な在宅医療がなければ  
日本の医療は成り立たない