

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成28年1月14日17：15～

場所：ホテルオークラ東京 12階 チェルシー

1. 日本に寝たきりが多い理由を考えよう
2. 看護師特定行為研修
3. 療養病床の在り方等に関する検討会の議論から

今回のDPCCの改革には
どういう意味があるのかを
理解しているのだろうか。

要するに、

「第Ⅱ期日までに患者を退院
させなければ知りませんよ！

そこは、急性期とは認めませんよ！」

ということです。

当然、DPC病院だけでなく、
出来高の自称急性期病院も
同じように急性期から
切り捨てる政策が進むだろう。

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

今まで厚労省は、「急性期とは尊いもので神聖で犯さざるべきもの」という固定概念があり、何かというと庇い、優遇して来た。特定除外制度は、その典型である。

急性期医療をほんの一部しか実施していなくても、自院は7:1などの急性期病院と自称するほうが地域住民から信頼されるとしたら、どの病院も「うちは急性期だ」と主張するだろう。だからこの状態は主張する病院が悪いのではなく、正にこういう偏見が常識化している世間が悪いといえるだろう。

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40万床も作らなくて済むのではないか。

しかし、日本の医療システムの
根本は、外国の真似はしない
方が良い。アメリカが良いか、
ヨーロッパの医療が良いか
というと、やはり日本式が良い。

今後人口が減少していく
国の国力が増すわけがない。
毎年5千億円でも確保できなく
なるだろう。

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」

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ))。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び構造設備・人員配置等に関する項目・提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を報告する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

急性期の定義は、病床機能報告制度のどこにも書いてない。
では、自院は急性期病院だと、
どのようにして判定しているのか。

「急性期とは」と聞いても
明確な答えが出てこない。
とうとう医療課は定義を入院日数に
よって規定しようとしている。

急性期とは

手術や急性期処置が終了して
数日間～1週間。

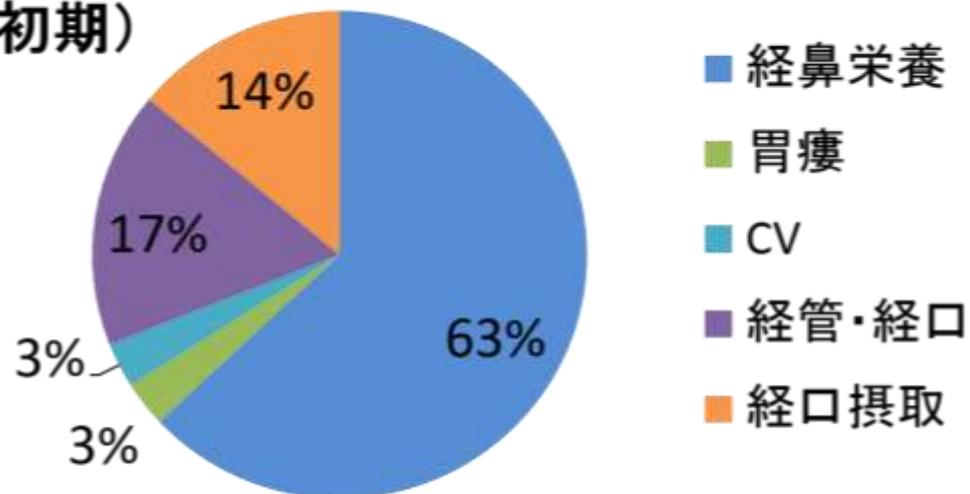
ではないか！

急性期での手術や処置が終了すれば、日常生活に戻るためにただちに、そのためのリハビリのできる病院に転院させるべきである。

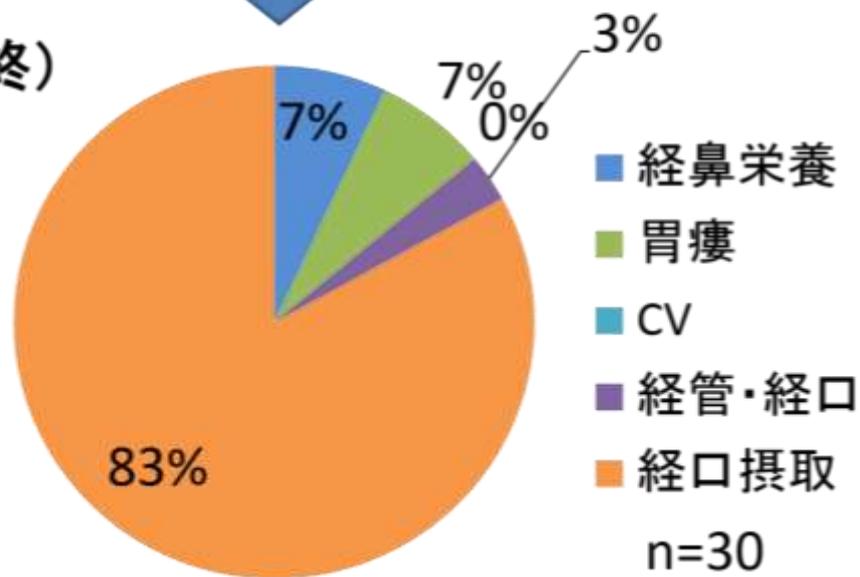
超高齢者は、自ら食べて、自ら排泄
できるようになれば、車椅子自立を
確立するべきであろう。そうすれば
寝たきりにならずに自宅に戻れる
人が増えるであろう。

栄養摂取手段の変化

(初期)



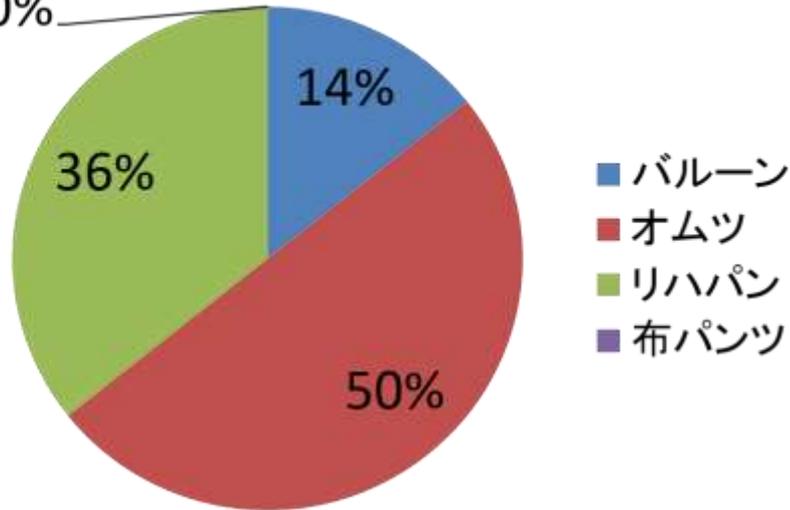
(最終)



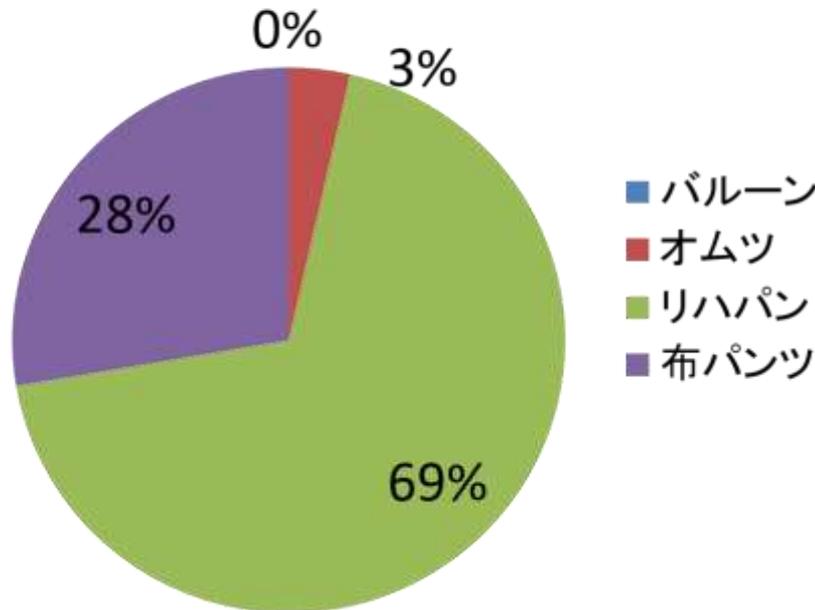
n=30

着用している下衣(パンツ)の変化

(初期) 0%



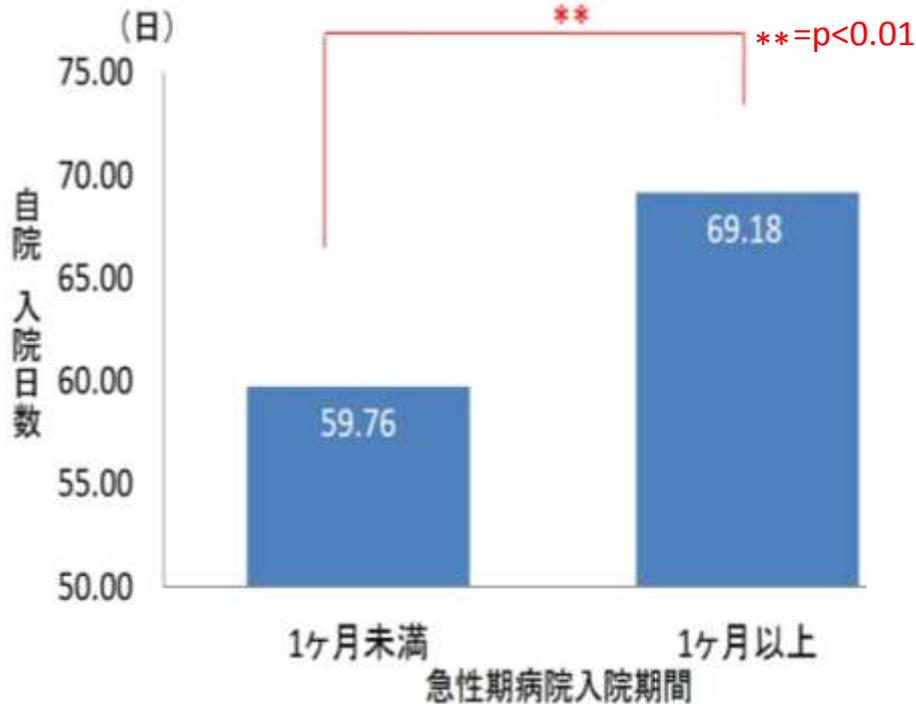
(最終)



- 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。

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>



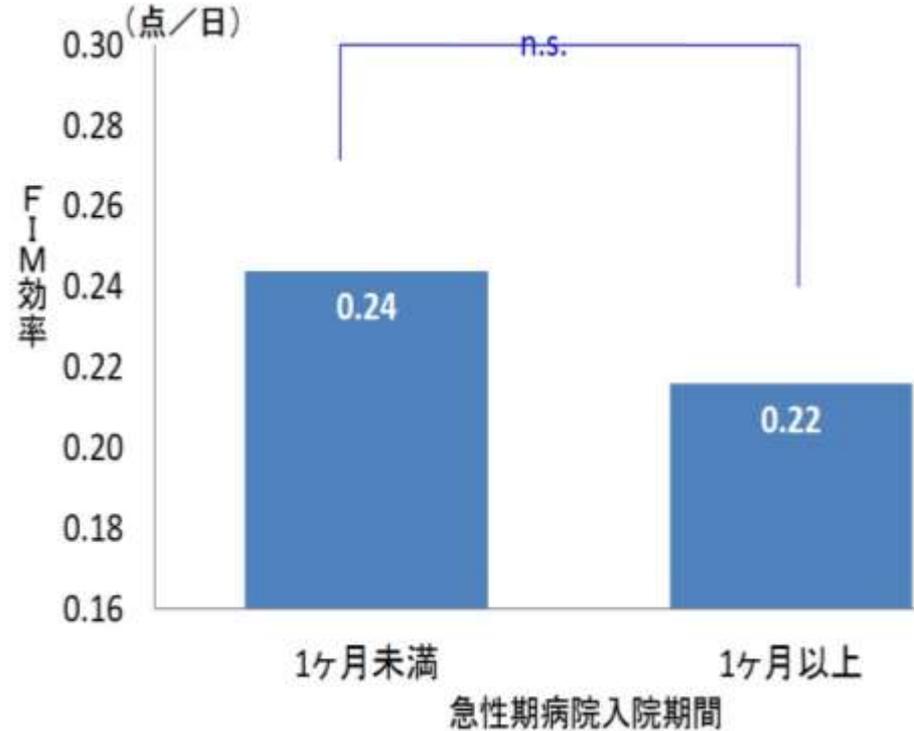
リハビリ
提供単位数

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

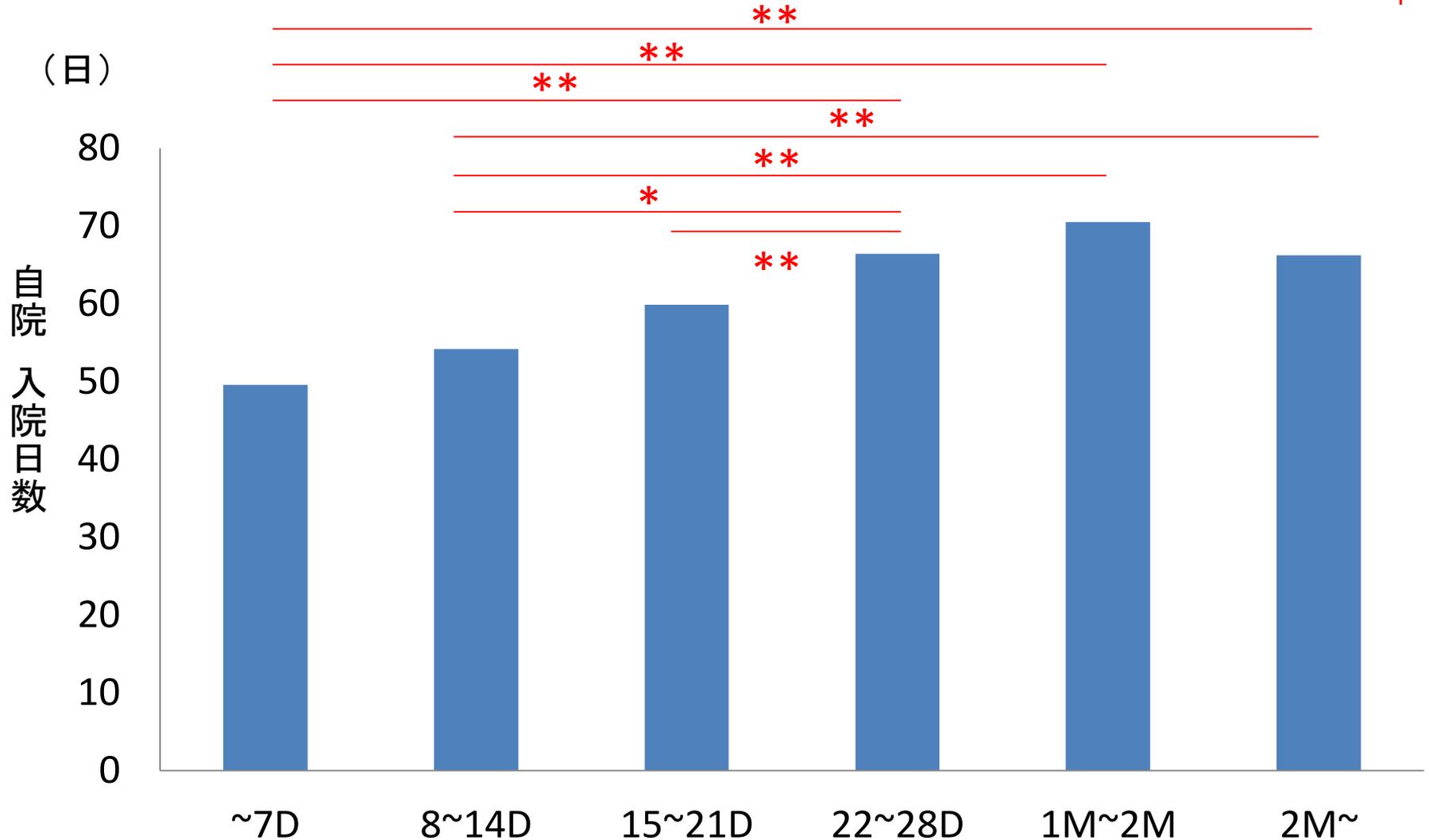
3.85単位

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

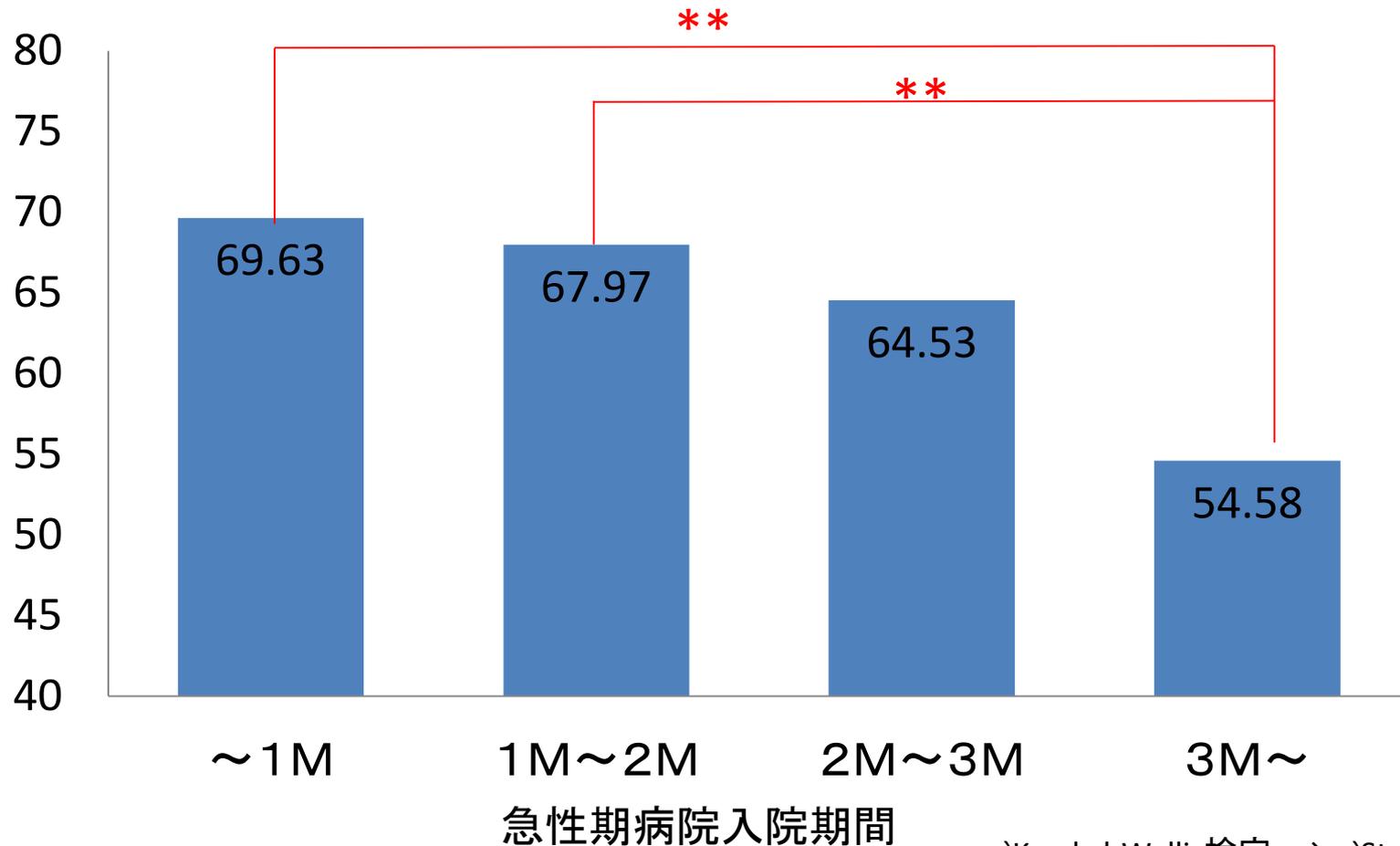
* =p<0.05
** =p<0.01



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)

(点)

** =p<0.01



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

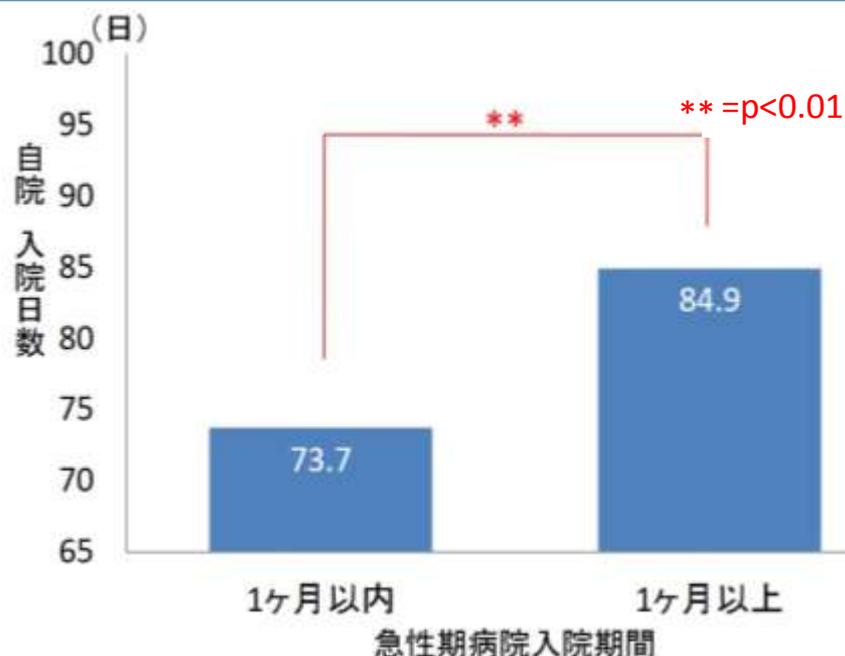
対象者(n) / 性別	482 名 / 男性264名, 女性218名
平均) 年齢±SD	76.2±12.2 歳
平均) 急性期病院在院日数±SD	43.1±47.1 日
平均) 自院在院日数±SD	80.2±52.7 日
平均) 提供単位数(患者一人・1日あたり)	4.55単位

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

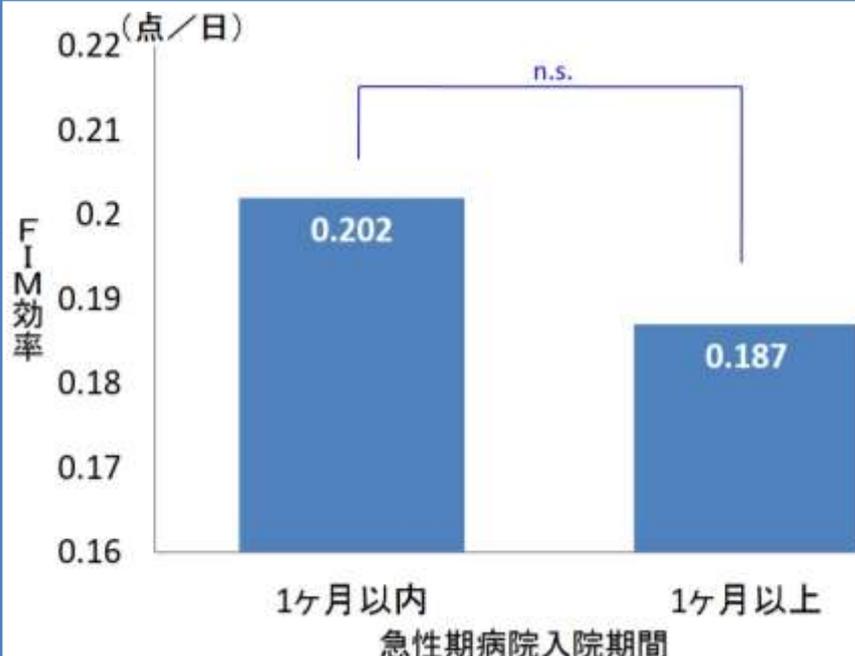
リハビリでの在院日数比較<脳血管>



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)

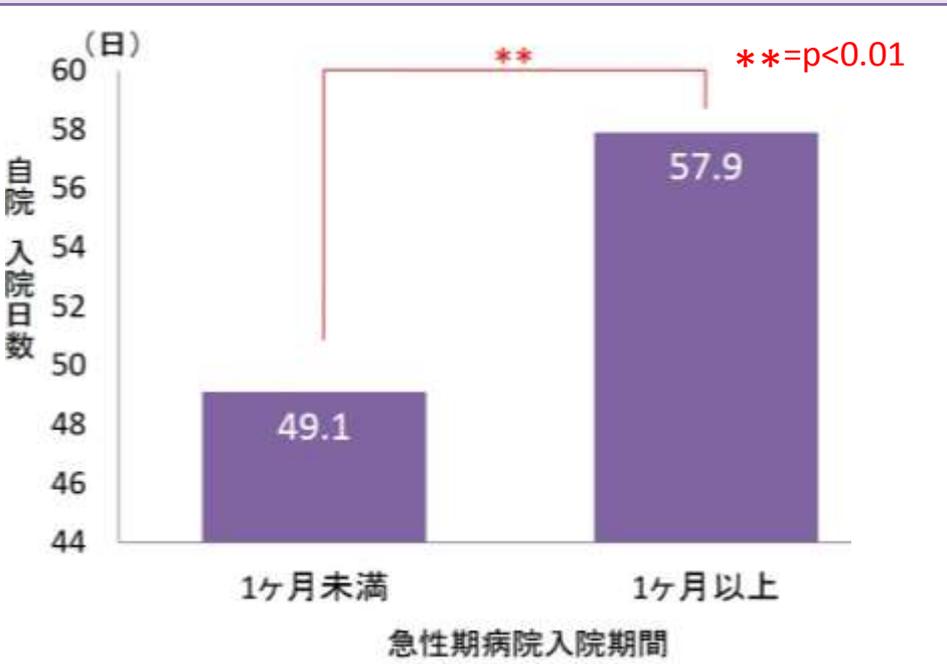
対象者(n) / 性別	480名 / 男性271名, 女性209名
平均) 年齢±SD	81.5±9.6 歳
平均) 急性期病院在院日数±SD	45.3±44.9 日
平均) 自院在院日数±SD	54.1±35.9 日
平均) 提供単位数(患者一人・1日あたり)	3.00単位

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

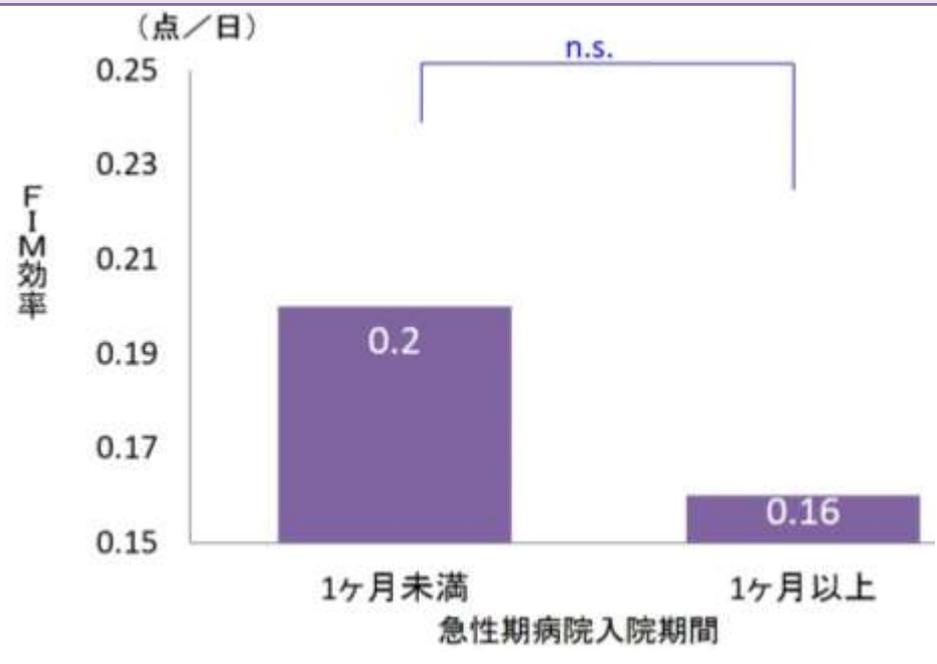
急性期病院での入院日数別

リハビリでの在院日数比較<廃用ほか>



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
-----------	--------	--------

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

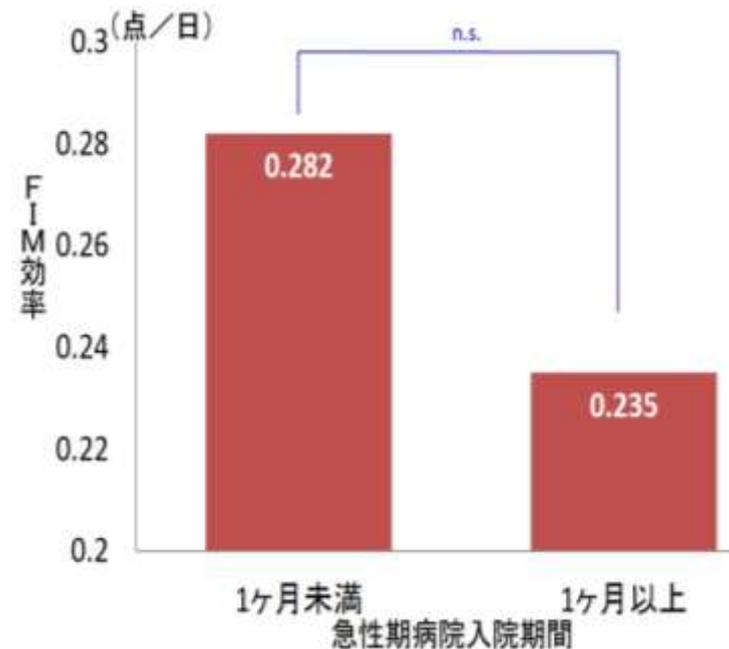
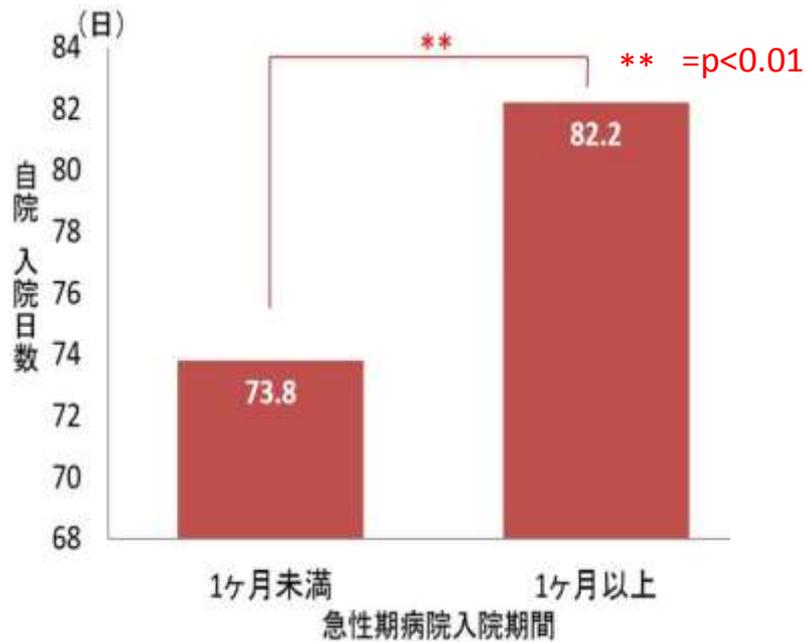
※ 調査期間中に死亡された方、新たな疾患の発症や急性増悪により著しく状態不良となった方を除く。

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>

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
-----------	--------	--------

リハビリ提供単位数	5.69単位	6.18単位
-----------	--------	--------

この20年を乗り切るためには、
新しい施設を作るより、
急性期の削減で空いた病床を
利用すればよい。

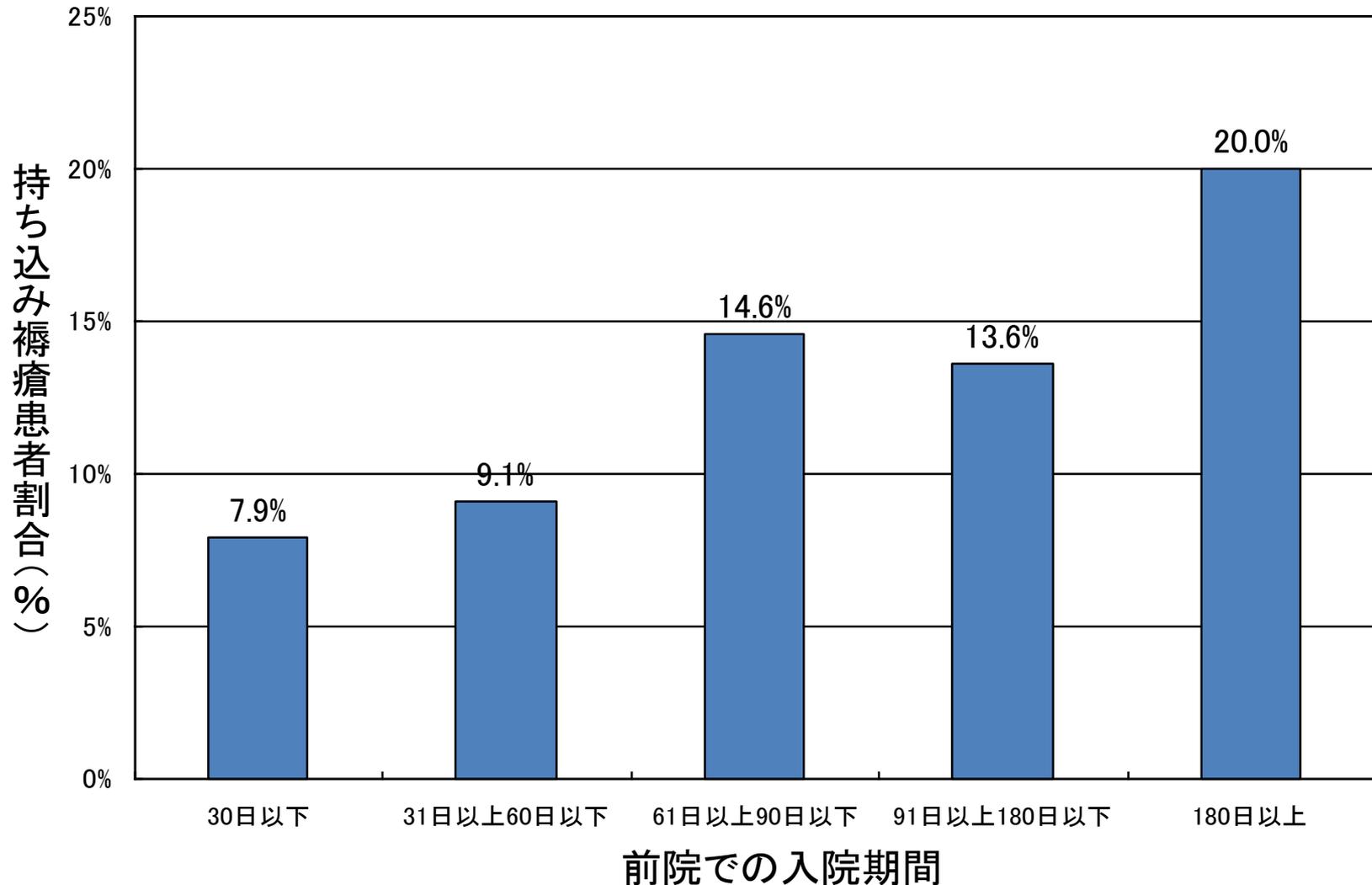
病棟を施設に変えなければ
いけないのは、慢性期病棟よりも、
急性期競争に負けた
一般病棟になるであろう。

高度急性期及び急性期病院からの 褥瘡持ち込み状況調査【対象】3病院

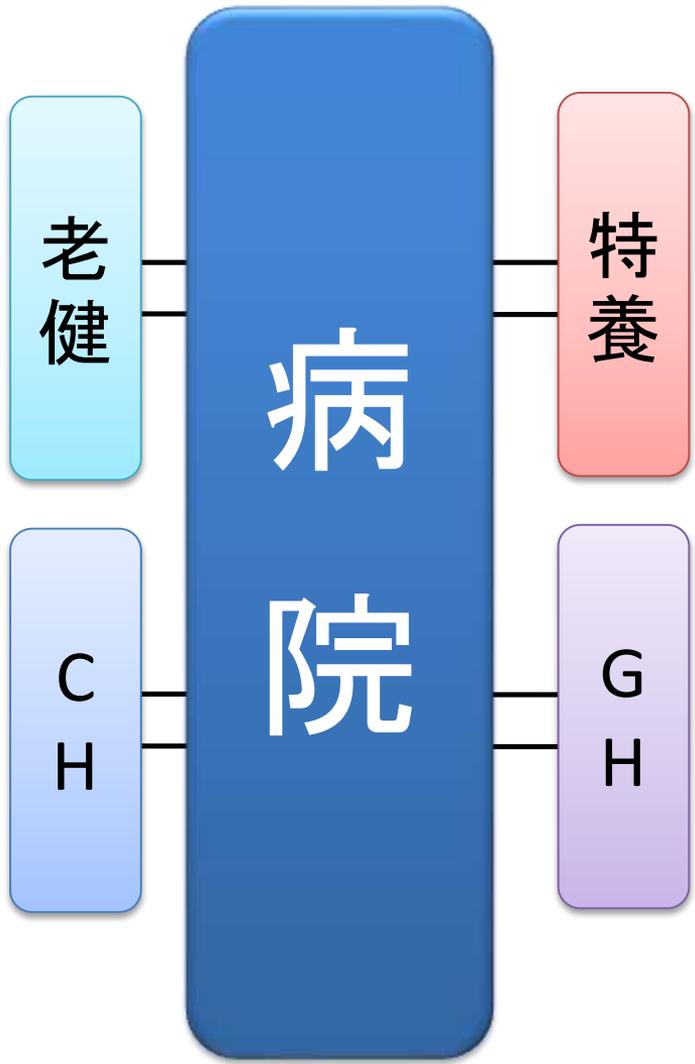
平成22年1月～平成27年3月における高度急性期および急性期病院から入院した3607名のうち、前院での入院期間が判明した患者3507名について調査

	入院期間	患者数
前院での入院期間 (前院での入院期間平均 45.11日)	30日以下	1775名
	31日以上60日以下	1077名
	61日以上90日以下	322名
	91日以上180日以下	258名
	181日以上	75名
	合計	3507名

入院時持ち込み褥瘡あり患者の前院（高度急性期および急性期病院）での入院期間別、持ち込み褥瘡あり患者割合



まともな急性期医療の
できない病院がきちんとした
慢性期医療は到底できない。
まして介護なんて！



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。