

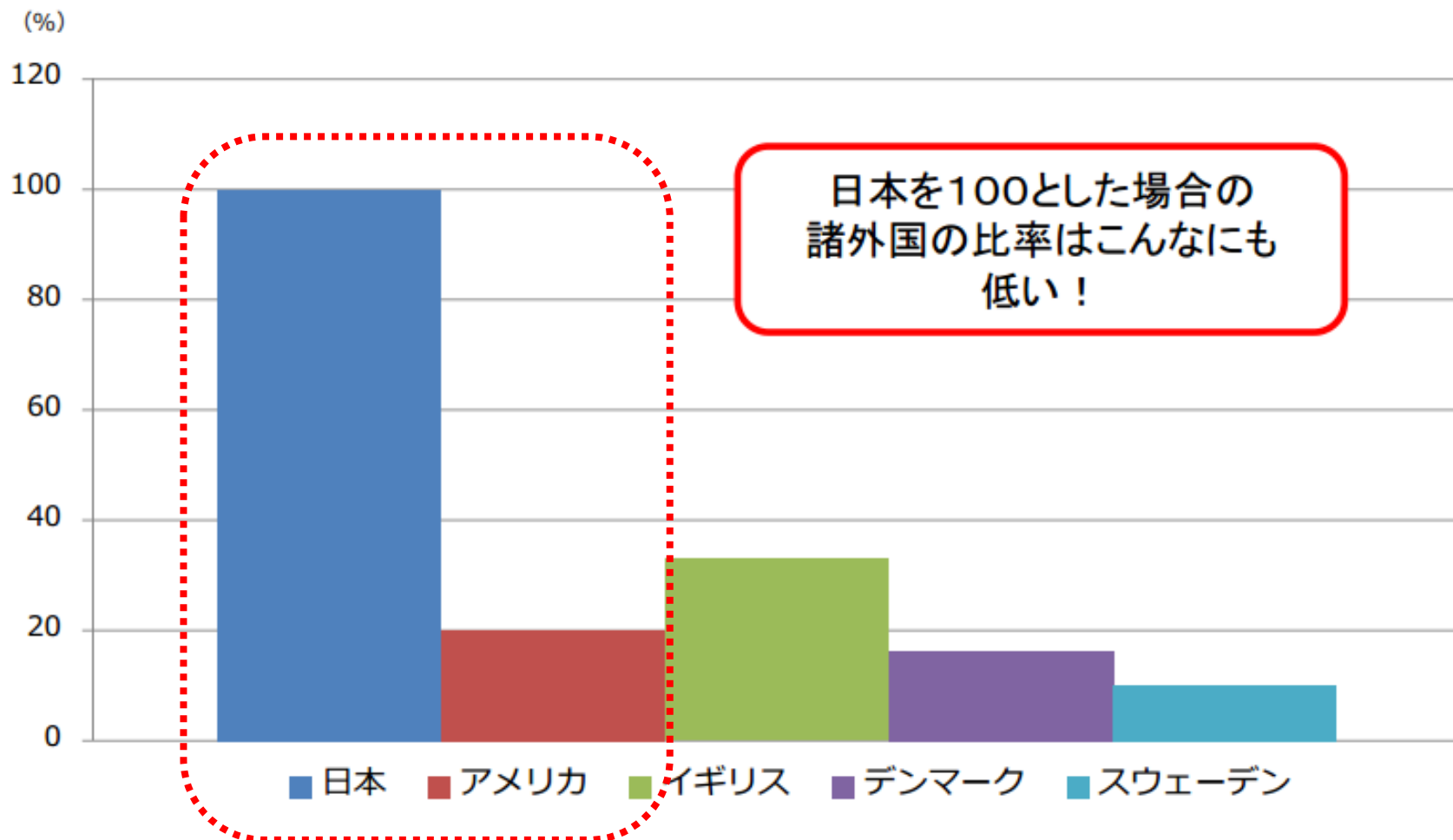
# 日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成30年1月11日 18：20～

場所：ホテルオークラ東京 12階チエルシー

## リハビリテーションを変えよう!!

# 高齢者寝たきり率国際比較



出典：寝たきりゼロをめざして—寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究 第2版  
Core Ethics Vol. 6 (2010)

# 医療分野についての国際比較（2015年） （平均入院日数）

2015年	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
平均入院日数	6.1※1	7.0	9.0	10.1※1	5.9	29.1
平均入院日数 （急性期）	5.5※1	6.0	7.6	5.7※1	5.7	16.5

資料：GLOBAL NOTE 出典：OECD「※1」は2014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

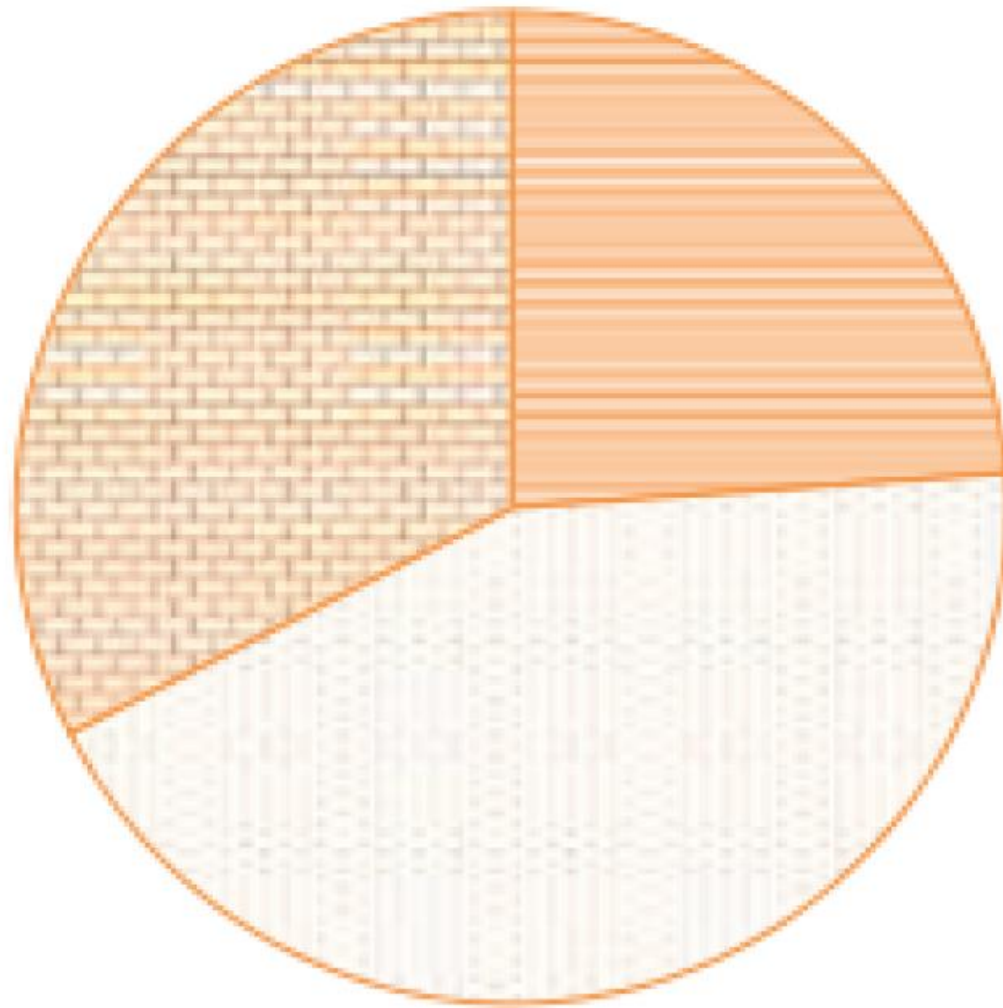
日本とアメリカとの寝たきり率の差は、  
そのまま平均在院日数の差となっている。

日本の寝たきりはアメリカの5倍  
平均在院日数もアメリカの5倍

寝たきりが半分になれば、  
医療介護費用は半分になるかも。

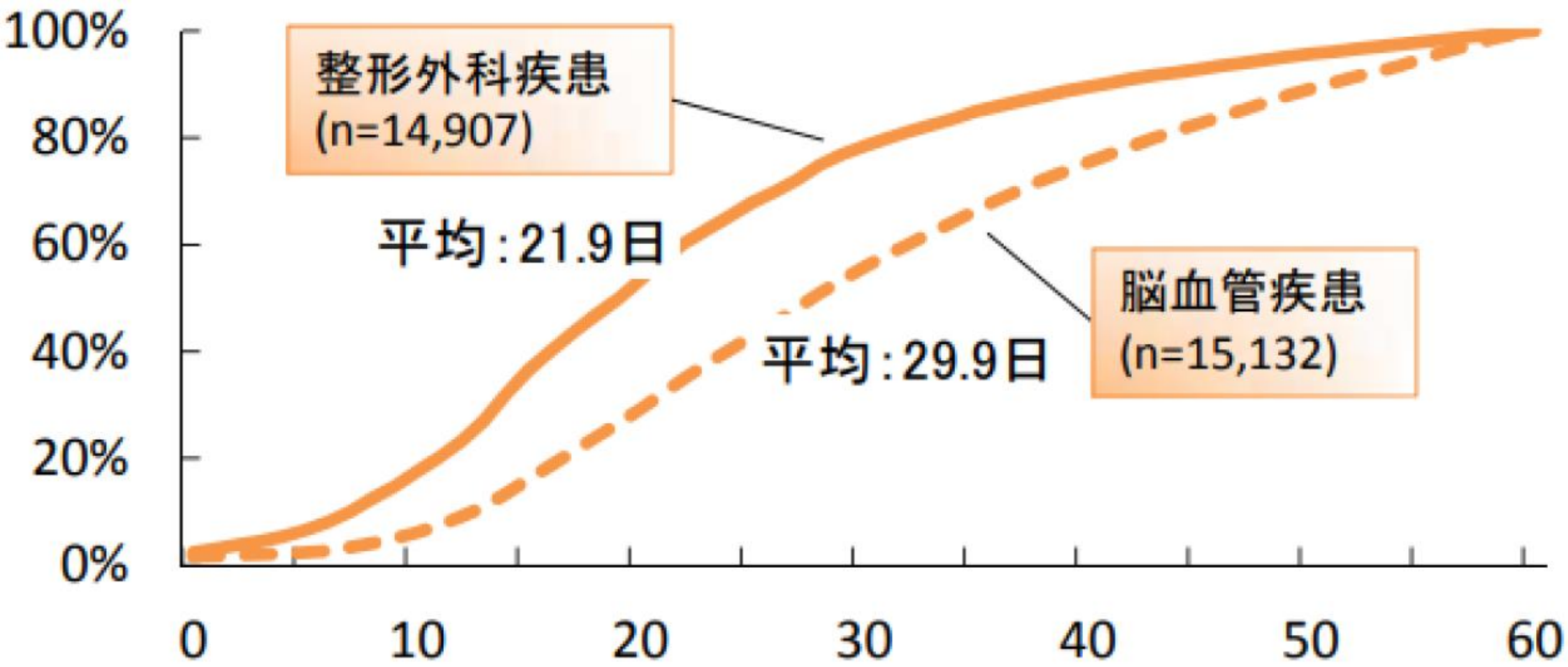
# 発症から回復期リハビリテーション病棟 入棟までの期間 (n=32,840)

平均  
25.6日

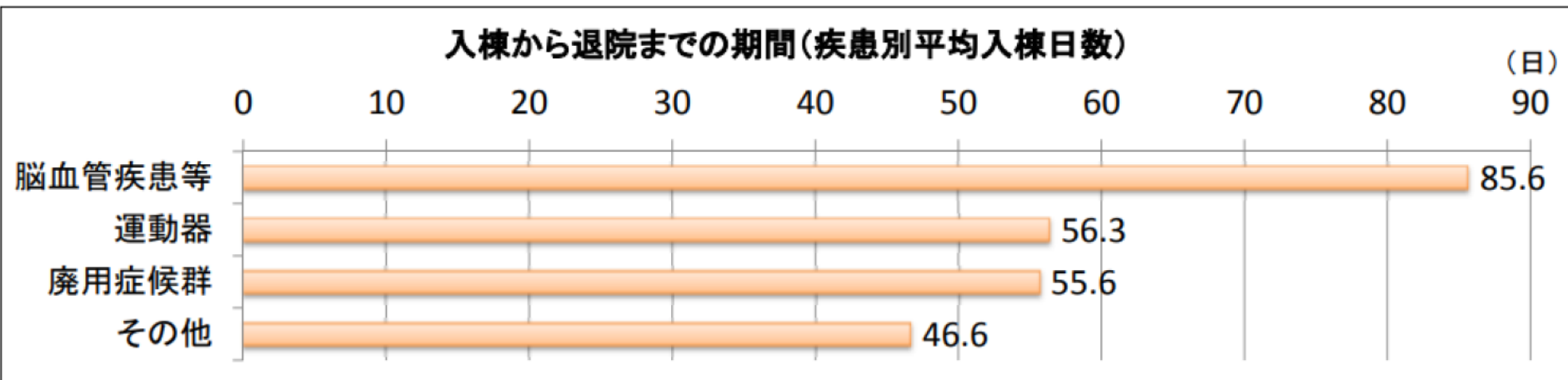


■ 14日以下    □ 15~30日    ▨ 31日~60日

# 発症から回復期リハビリテーション病棟 入棟までの期間(疾患別)



# 回復期リハビリテーション病棟 入棟から退院までの期間 (疾患別平均入棟日数)



出典:「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書(平成29年2月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会 72

上記日数は、発病して急性期病院に入院してから回復期リハビリテーション病棟に入棟するまでの日数は含まれていない。

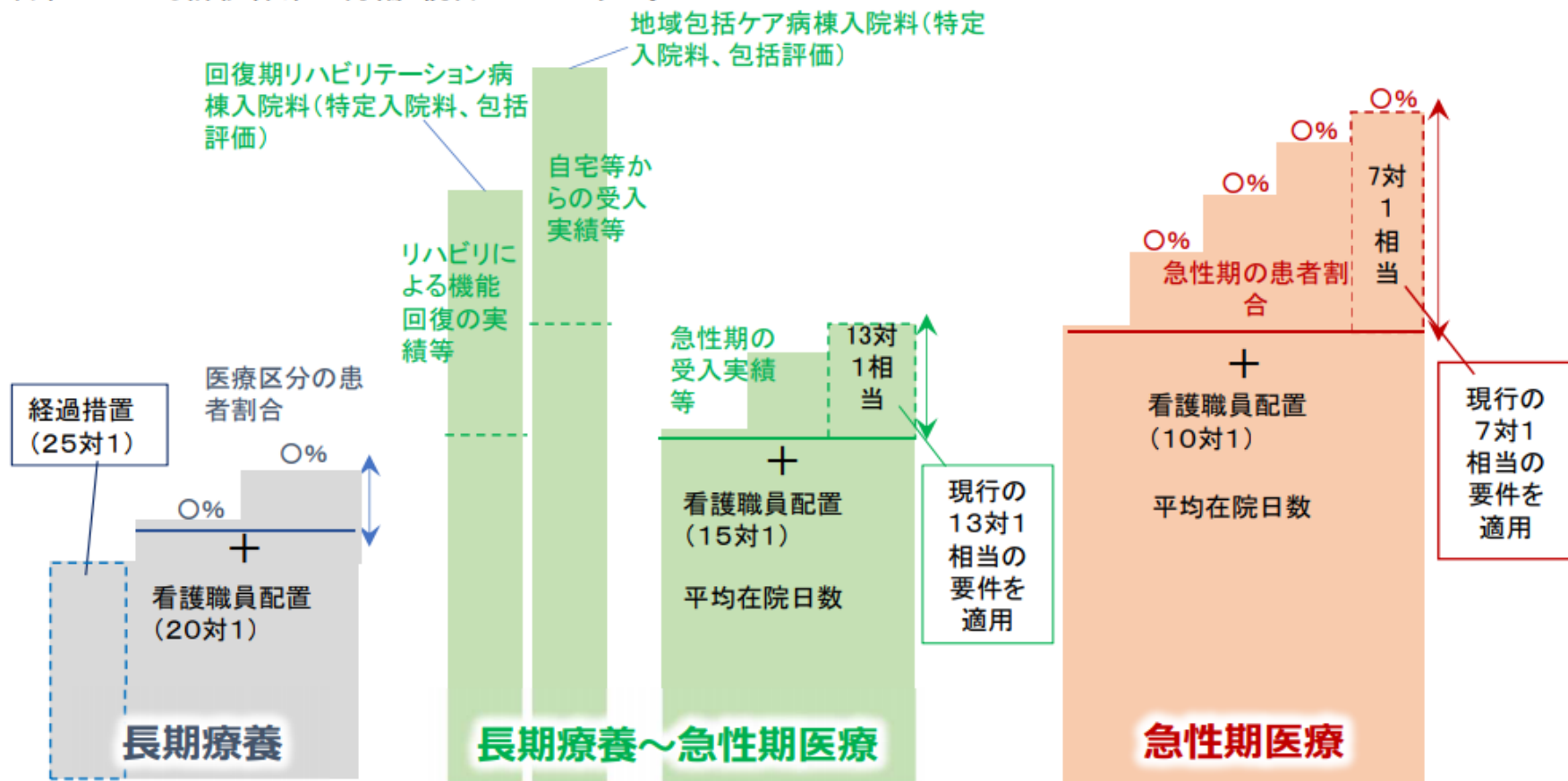


リハビリテーションは、  
回復期にのみ必要な  
治療法ではない。

リハビリテーションは、  
急性期・地域包括期・慢性期・在宅期の  
いずれにも必須な医療技術である。

## 二つの評価の組合せによる入院医療の評価体系(イメージ)

- 将来的な入院医療需要の変動にも弾力的に対応できるよう、現行の一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料等について、3つの機能を軸に、入院料(施設基準)による評価(基本部分)と、診療実績に応じた段階的な評価(実績部分)との、組み合わせによる評価体系に再編・統合してはどうか。



療養病棟入院基本料(20対1、25対1)を再編・統合

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)等を再編・統合

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料ため、上記のイメージには含めていない。10

# 考えられるべき病床機能

1. 急性期 (広域高度急性期病床)  
(医療センター的機能  
重度急性期)
2. 地域包括期 (地域急性期,在宅連携  
軽中度急性期)  
(地域包括ケア病棟)  
(リハビリテーション集中病棟)
3. 慢性期 (慢性期治療病棟,障害者病棟  
在宅支援機能,慢性期救急)

日本慢性期医療協会では、  
慢性期リハビリテーションの重要性を  
訴えてきたが、急性期リハビリテーションを  
もっと充実させるべきである。

急性期すなわち発病直後から  
リハビリテーションが行われれば、  
寝たきりはもっとももっと減少するだろう。

しかし、急性期病院  
特に公的 高度急性期病院には  
リハビリスタッフがとても少ない。

高度急性期病院にはリハビリテーション  
専門医はほとんどいない。  
療法士は総定員法により、  
十分に雇用できない。



日常復歸のためには良いことと  
分かっているのに、発病時から  
リハビリテーションが提供できて  
いない日本の現状を変えよう。

リハビリテーション療法士が  
十分にいる病院からの急性期病院への  
**「派遣リハビリテーション」**を  
認めてはどうか。

地域のリハビリテーション療法士の  
多くいる病院から療法士の非常に少ない  
急性期病院に療法士を派遣してはどうか。  
そうすれば、発病と共に  
直ちにリハビリテーションを開始できる。

急性期病院にも「派遣リハビリテーション」を受けるといふ評価を加算。  
「派遣リハビリテーション」の点数は同じで良い。  
リハビリテーション医の訪問への評価を。

特養に医師を休日・夜間にも派遣するように改定されるのと同じ考えのもと、ある機能が少ないところに必要なサービスを派遣することは当然である。

療法士と同じく、リハビリテーション  
の医師の急性期病院への往診を  
評価してはどうか。

急性期病院のリハビリテーション環境  
を変えることにより、FIM効率は  
高まり、入院期間は短縮し、  
その後のリハビリテーション集中病棟  
での入院期間も短縮する。

そうならば、患者の総入院期間は短縮し（急性期も地域包括期も）、在宅復帰・日常生活復帰が増加する。介護保険施設への入所者は減少する。



# 新しいリハビリテーションへの提言

- ①嚥下排泄リハビリテーションの実行
- ②日常生活復帰を最優先
- ③年齢によるゴール設定を柔軟に
- ④歩けなくても生活は自立できる
- ⑤全身の臓器のリハビリテーションを併行して行おう。（知力、精神力、体力、内臓機能）