

日本慢性期医療協会 第48回通常総会記念講演

慢性期医療の使命と役割

～「支え手」から「治し手」へ 医療介護の力を発揮するとき～

日本慢性期医療協会 会長 橋本康子



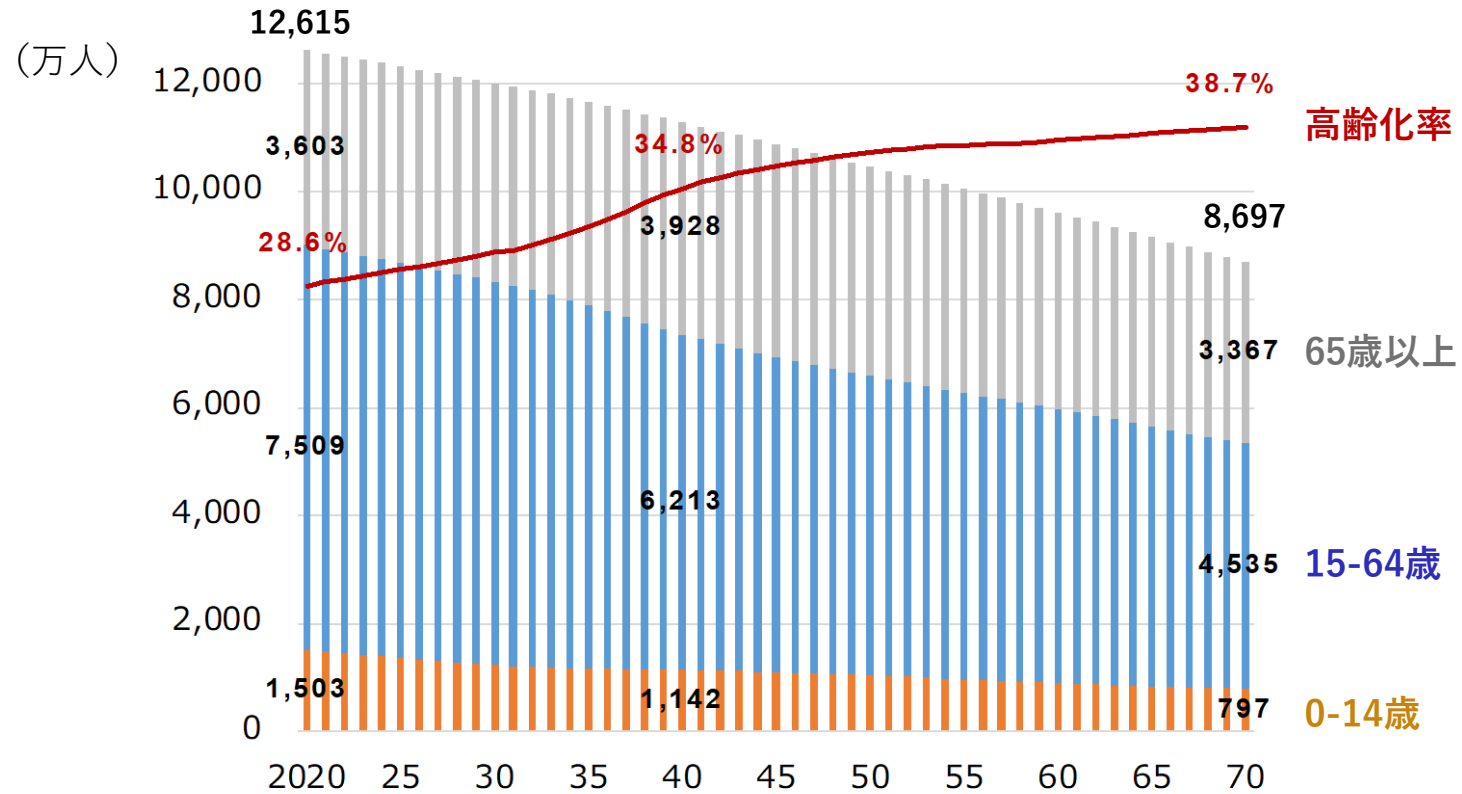
日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

医療介護体制の大前提

今後の日本は、高齢化と現役世代の急減。高齢者人口がピークとなる2040年ごろを見据え、医療介護体制への抜本的な見直しが迫られる。

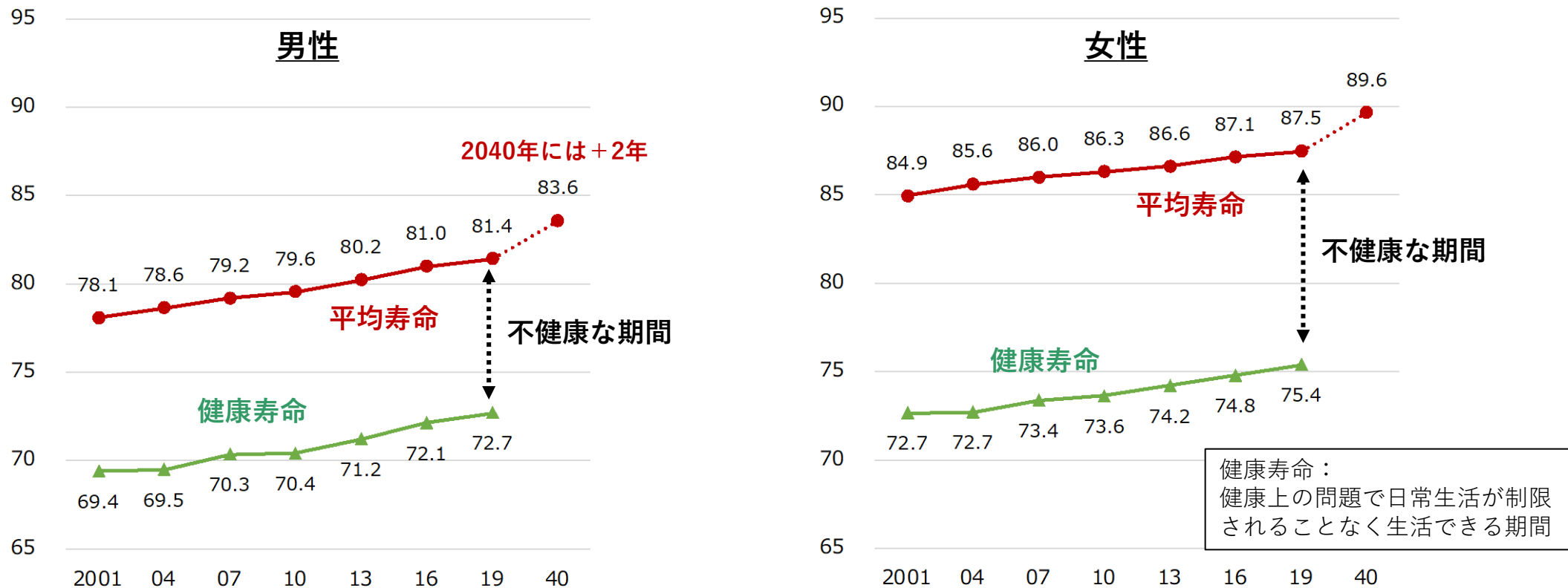
日本の将来推計人口と高齢化率



高齢化の問題点

問題は高齢化ではなく、不健康（要介護、寝たきり）な10年間の存在。平均寿命が延伸するなか、この期間をどう埋めるかが課題。

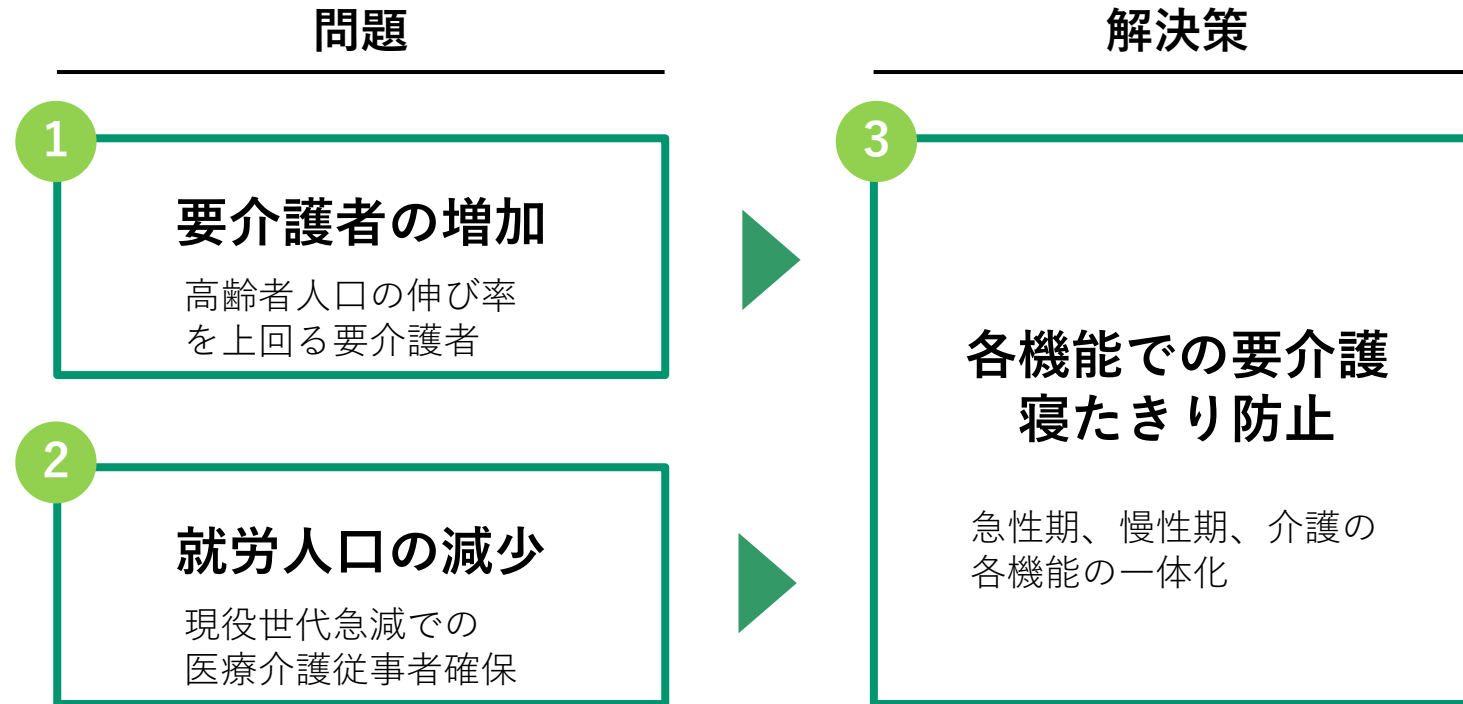
平均寿命と健康寿命の推移



出所：厚生労働省「第16回健康日本21（第二次）推進専門委員会 資料」、2040年の平均寿命は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計) 男女別平均寿命(出生時の平均余命)の推移」

高齢化により要介護者が増加すれば、人材確保が必要となる。その解決は、医療介護が一体となって要介護、寝たきりを防止すること。

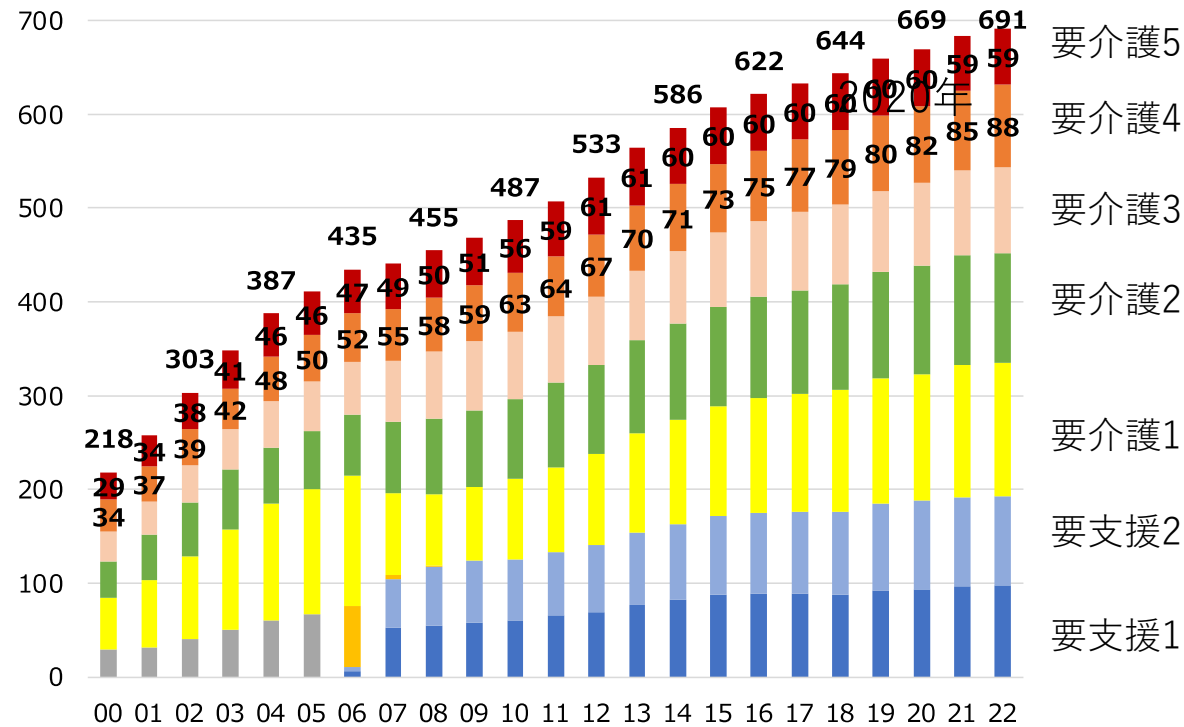
高齢化社会の3つの課題



1 不健康≒要介護者の増加

介護保険制度導入以来、高齢者人口の伸びより要支援、要介護者の伸びの方が上回り、問題は悪化し続けている。

要支援要介護認定者数の推移（万人）



高齢者人口との増減比較（万人）

（％）は高齢者人口に占める割合

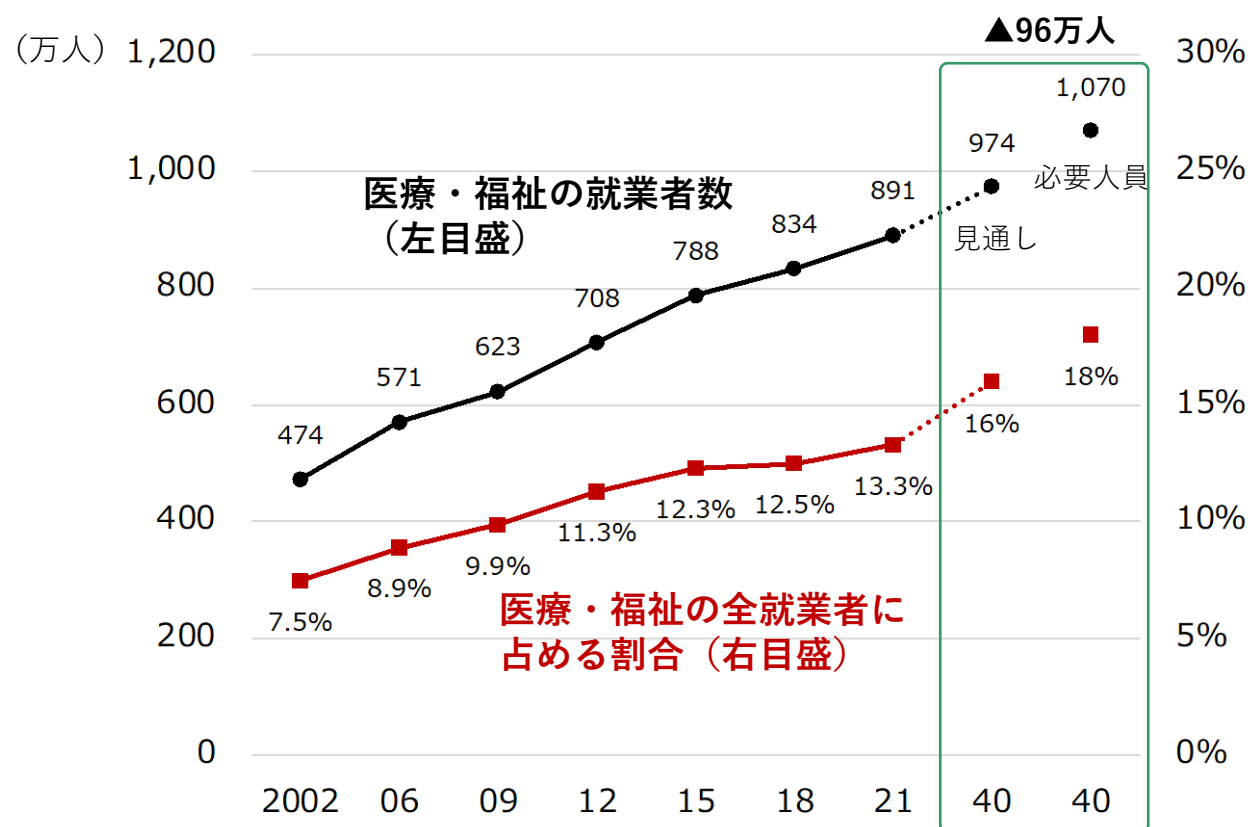
| | 2000年 | 2022年 | 増加率 |
|---------------------------|---------------|----------------|-------------|
| 第一号被保険者 (65歳以上) | 2,165 | 3,590 | 166% |
| 要支援 | 29 (1.3%) | 192 (5.4%) | 661% |
| 要介護 | 189 (8.7%) | 498 (13.9%) | 264% |
| うち要介護4+5 | 63 (2.9%) | 147 (4.1%) | 233% |

出所：厚生労働省「介護保険事業状況報告（暫定）」各年4月時点

2 就労人口の減少

今の医療介護需要ペースで推移すると、医療介護人材は1,000万人必要となるが、見通しでも100万人不足するとされている。

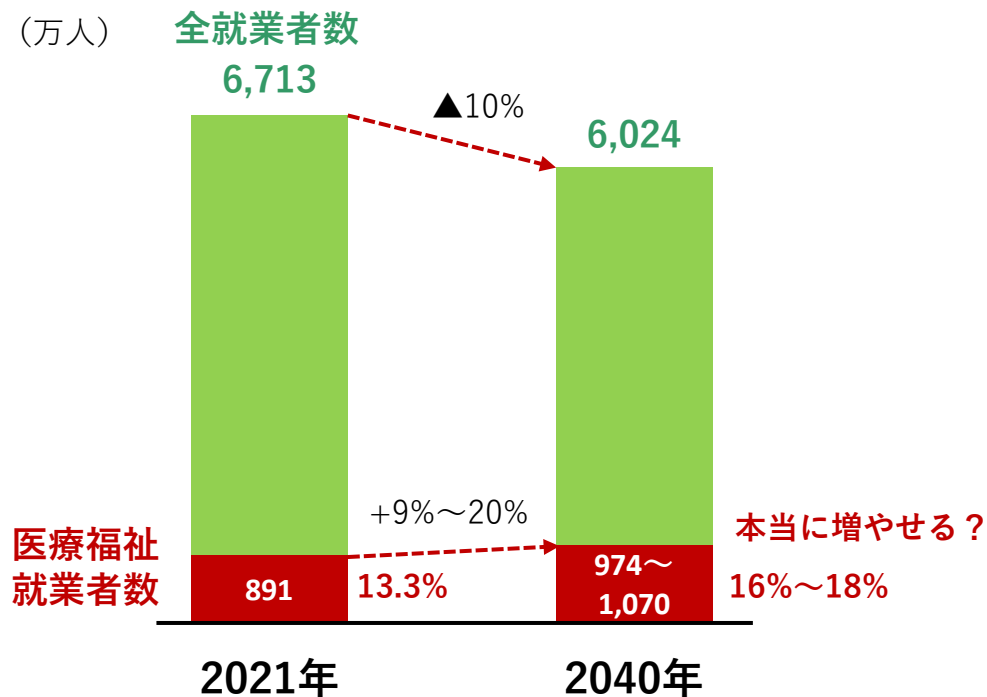
医療福祉就業者数の推移



人材不足への対応策

現役世代（全就業者）急減のなか、医療介護人材の急増は容易ではない。人材確保に加えて、生産性向上が必要とされている。

全就業者数と医療福祉就業者数の割合



介護人材不足への対応策*

人材確保

介護職員の処遇改善
多様な人材の確保・育成
離職防止・定着促進
介護職の魅力向上

生産性向上

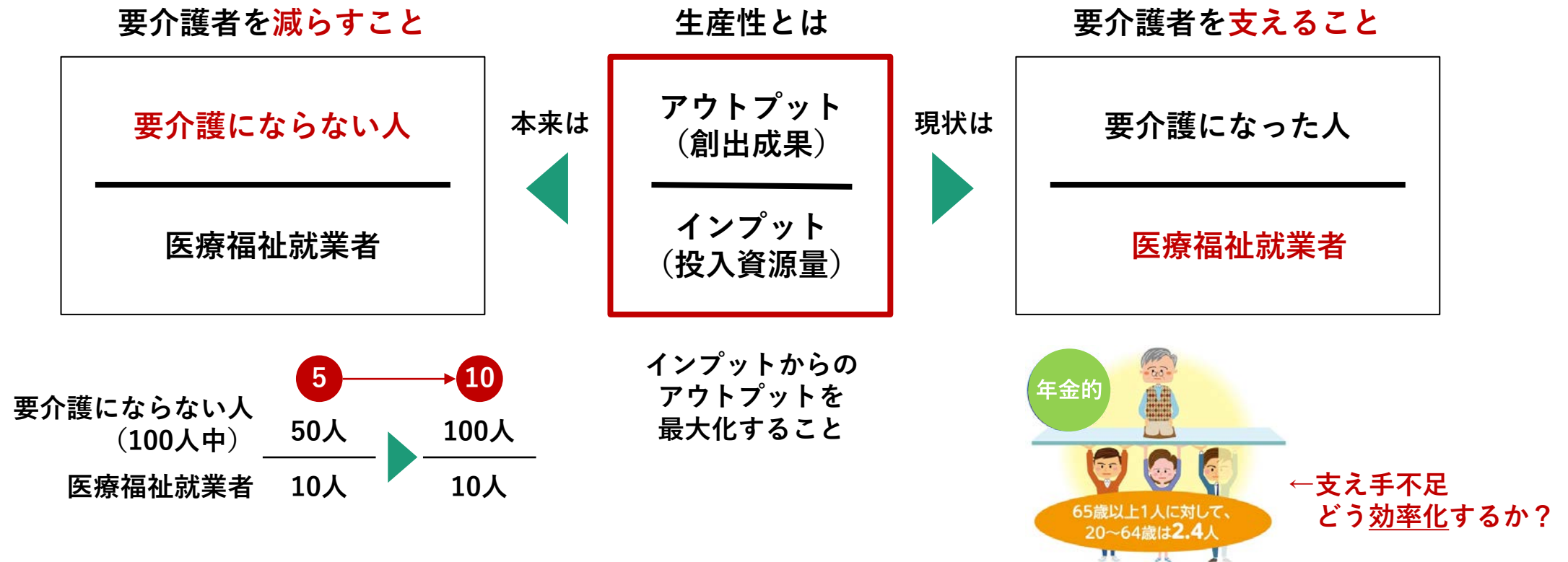
介護の生産性とは、
「一人でも多くの利用者に質の高いケアを届ける」
「介護の価値を高める」

質の高いケアとは？ 介護の価値とは？

生産性向上とは？

投入資源からの成果を最大化すること。医療介護では、要介護者の減少が成果であるが、現状は支え手不足対策に焦点があたっている。

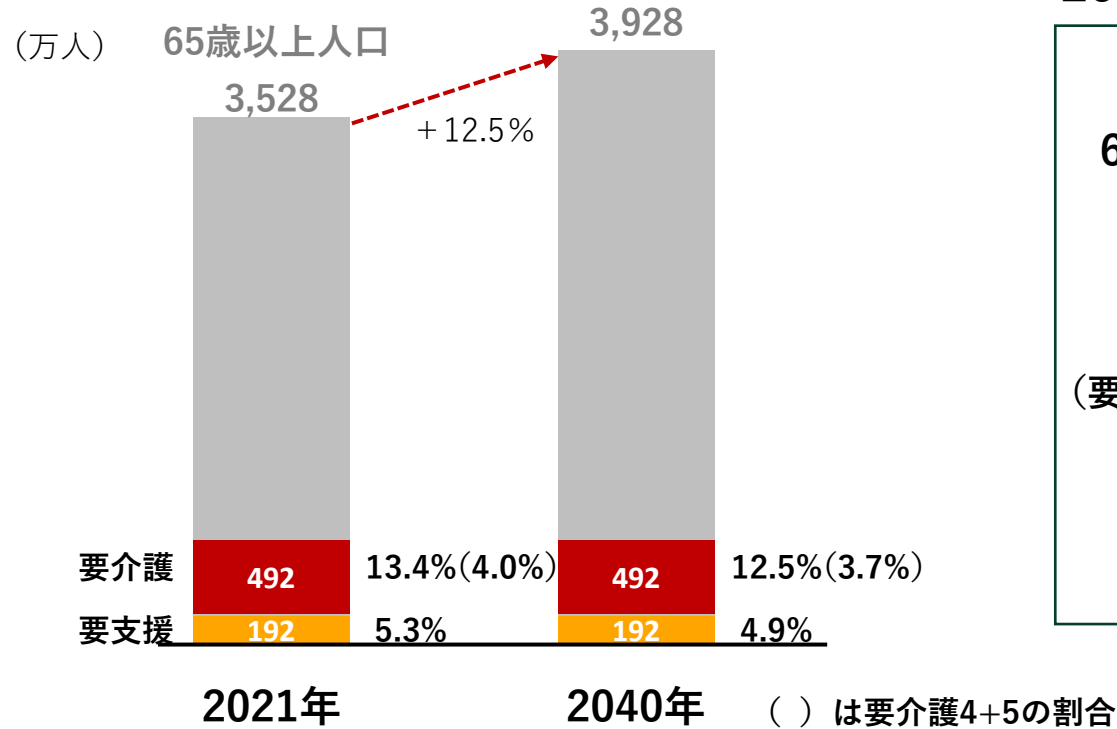
医療介護の生産性



寝たきり、要介護にさせない

要介護者数の増加は、1%の改善で防止できる。寝たきりをなくし、要介護度を軽減すれば、現在の人員数でも対応可能。

高齢者に占める要支援、要介護者数と割合



2021年と2040年を同じ要介護者数とするには、

| | 2021年 | 2040年 | 改善率 |
|-------------|---------|------------|--------|
| 65歳以上人口 | 3,528 | 3,928 (万人) | |
| 要介護者率 | 13.4% | 12.5% | ▲0.9% |
| (要介護にならない率) | (86.6%) | (87.5%) | (0.9%) |
| 要介護者数 | 492 | 492 | |

寝たきりは治せる

専門家の介入により、一定数の寝たきりや要介護者は改善できる。

作業療法の介入②：重度要介護者の活動と参加の推進

○作業療法では、医学的管理の下ICFの観点からアセスメントを行い、車いすなどの環境調整を含め段階的に離床を進め、重度要介護者の活動と参加を推進している。

○老人保健施設の作業療法士への調査では、寝たきりCランク者に対するADL自立までの期間について、各ADLとも「わからない」また「現状維持」と答えた者がそれぞれ3割であった。一方、1年以内で自立するとの回答が、食事：25.3%、移乗：15.5%、整容：15.0%であった。（表1）また、離床を進める上で難しいと思うことでは、「車いすなど離床を進める用具が十分ではない」が最も多い68.7%であった。（表2）

出典：日本作業療法士協会（2019年度介護領域の事態調査）

○そのことで、ADLの自立を促し、レクリエーション活動など余暇活動にも参加できるようになる。

表1：重度要介護者（寝たきりCランク）のADL自立までの期間（N=277）

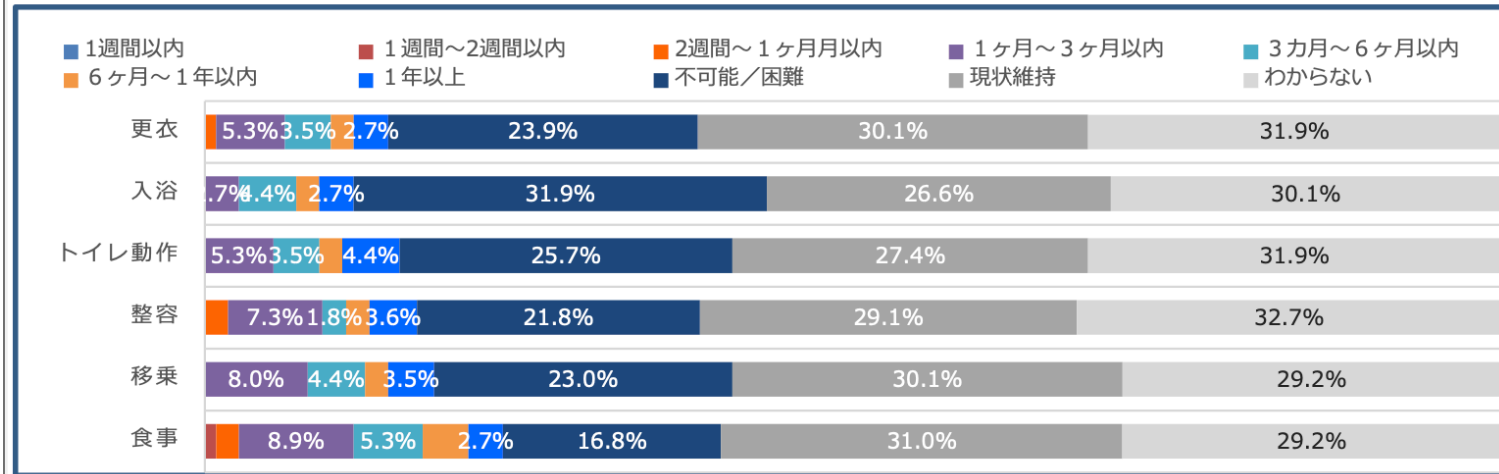
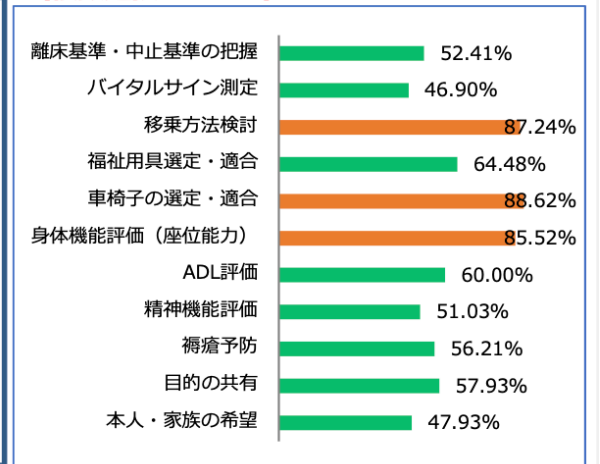


表3：離床（計画）を行うOTの技術（複数選択N=290）



寝たきりの防止は、QOLを向上させ患者自身を幸せにする。

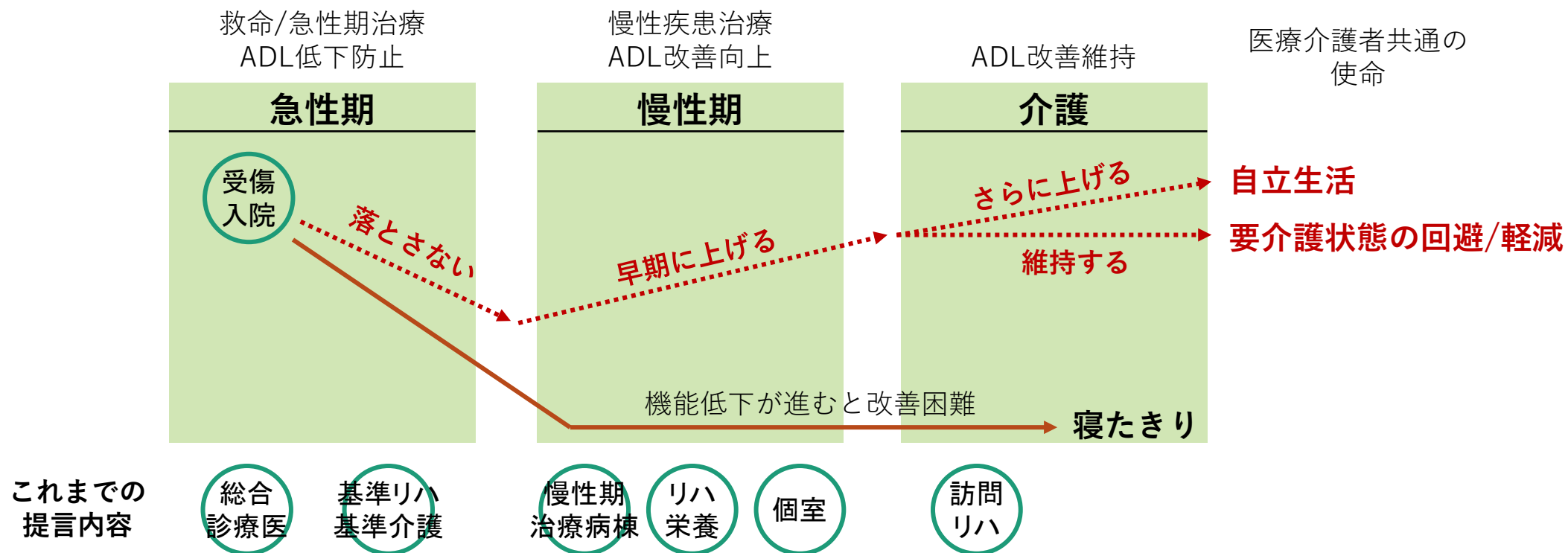
栄養不良による寝たきりからの脱却例



3 各機能での寝たきり防止

急性期、慢性期、介護の各機能/従事者が一体となって、寝たきりや要介護者を減らすための役割を担うべき。

寝たきり防止への各機能の役割



寝たきり防止へのこれまでの提言

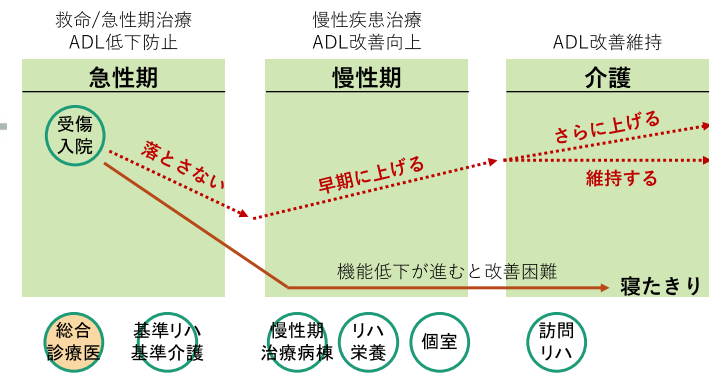
2022年7月～2023年5月 記者会見より



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

提言1



なぜ総合診療医が必要なのか？

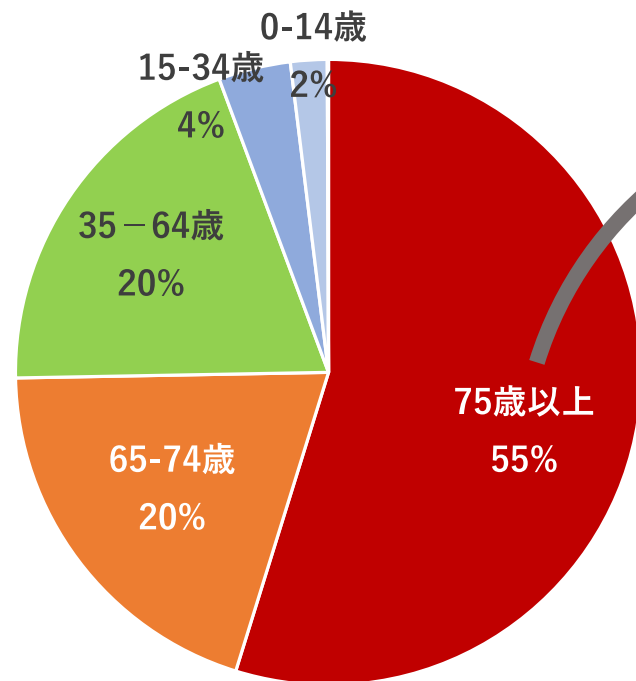
- 高齢者患者の特徴は「多病」
- 急性期で落とさないための「総合診療医」
- 総合診療医の育成 「新人医師」 「キャリア医師」

高齢患者の特徴「多病」

入院患者の大半を占める高齢者は、複数の慢性疾患を抱えている。
入院の原疾患となる主病以外の治療も必要となる。

年齢階級別推計入院患者割合

東京都後期高齢者約131万人分のレセプト情報



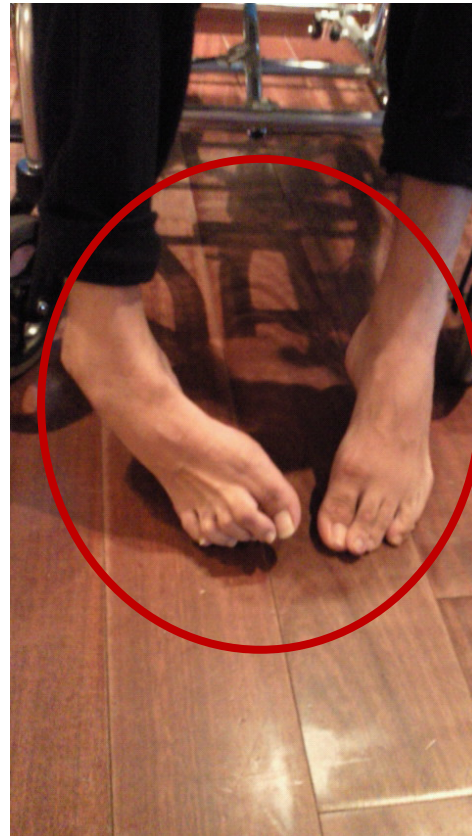
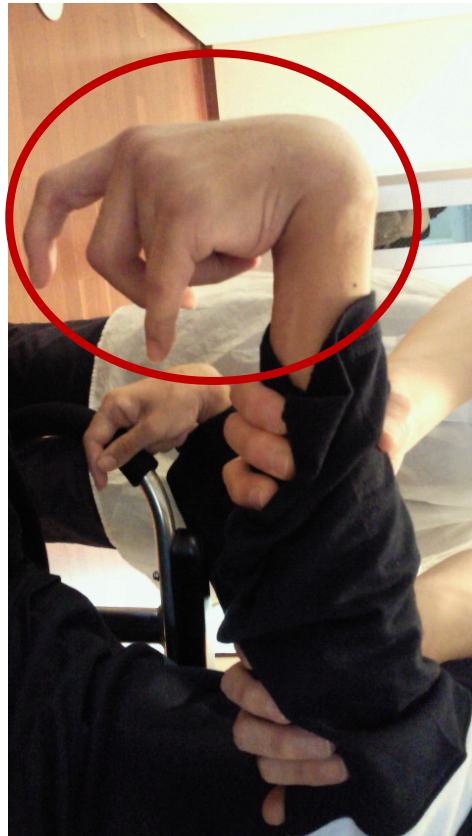
75歳以上の約8割が2疾患以上、 約6割が3疾患以上の慢性疾患を併存

頻度の最も高い3疾患の組み合わせは、
男性では、高血圧・潰瘍性疾患・虚血性心疾患 (12.4%)、次いで高血圧・脂質異常症・潰瘍性疾患 (11.0%)、
女性では、高血圧症・脂質異常症・潰瘍性疾患 (12.8%)、次いで高血圧・潰瘍性疾患・脊椎/関節疾患 (11.2%)でした。

身体機能低下の例

絶対安静や身体拘束などにより、主病に関係なく身体機能が低下する。

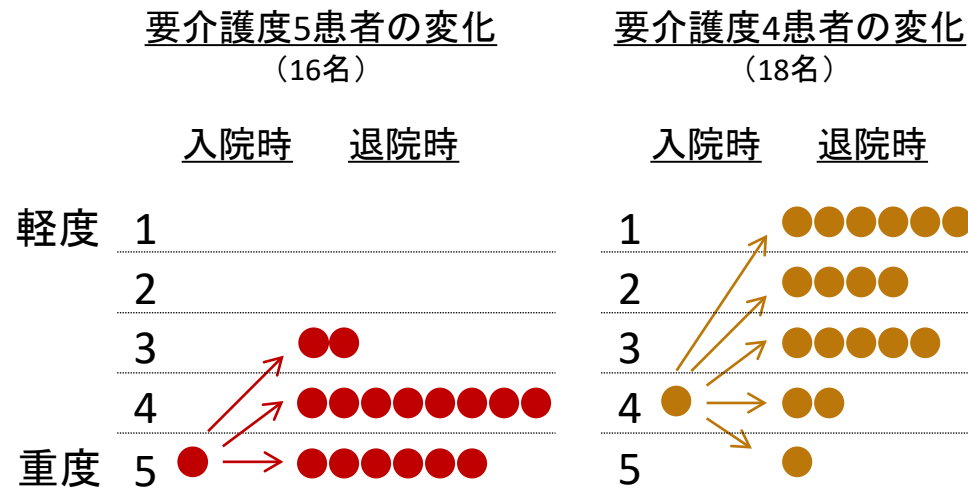
筋萎縮や関節拘縮による廃用の発生



入院時の状態による改善傾向

要介護度5やFIM13点など重介助で入院してきた患者は、改善困難ケースとなりやすい。機能を落とし切らないことが急性期の役割。

要介護度による改善傾向



FIMによる改善傾向

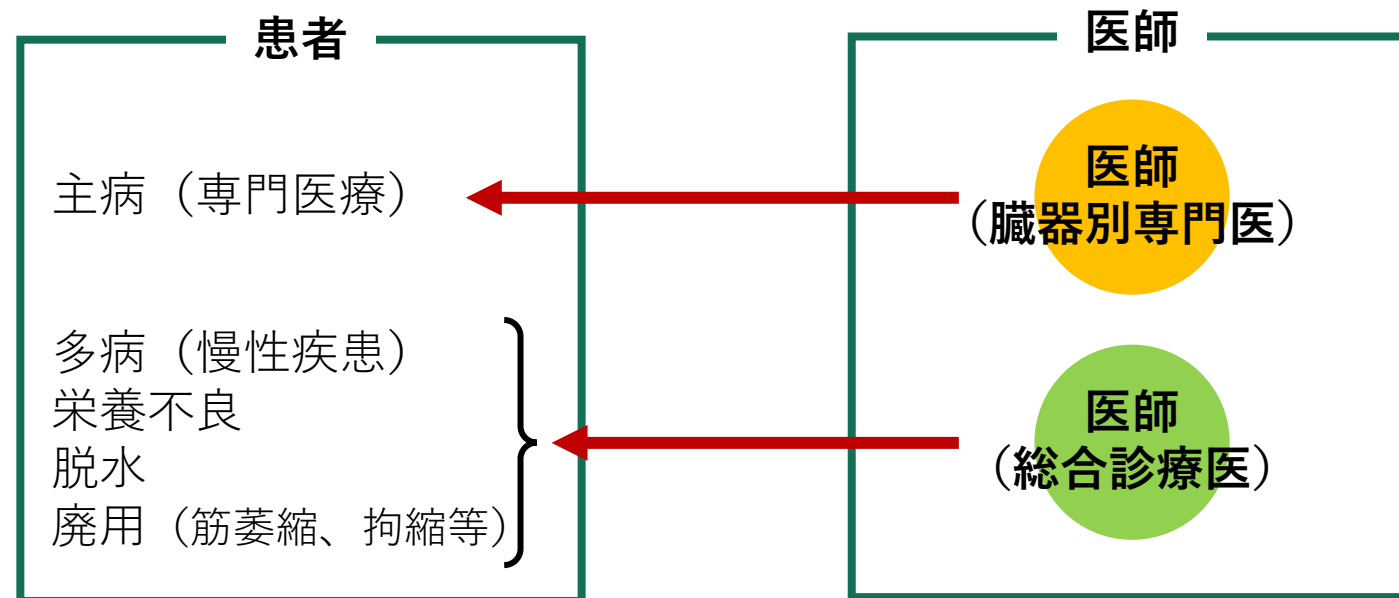
寝たきり ← 退院時FIM (運動項目のみ) → 自立

| | | 13 | 14-20 | 21-26 | 27-39 | 40-52 | 53-65 | 66-78 | 79-91 |
|-----|-------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 重度 | 13 | 29% | 22% | 6% | 25% | 4% | 3% | 6% | 6% |
| | 14-20 | 2% | 0% | 10% | 22% | 16% | 19% | 17% | 14% |
| 入院時 | 21-26 | | | 6% | 11% | 15% | 22% | 22% | 24% |
| | 27-39 | | | 1% | 4% | 11% | 9% | 36% | 39% |
| 軽度 | 40-52 | | | | | 3% | 8% | 25% | 64% |
| | 53-65 | | | | | | 1% | 10% | 89% |
| | 66-78 | | | | | | | 3% | 97% |
| | 79-91 | | | | | | | | 100% |

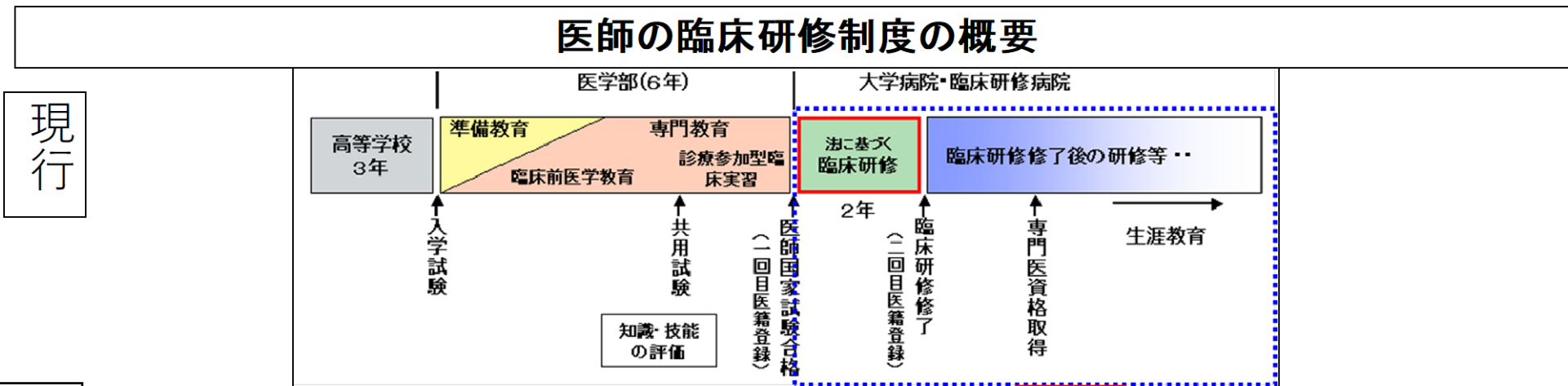
(2021年度退院患者694名)

急性期では、主病治療に加え全身の治療ケアが必要となる。臓器別専門医と総合診療医を組み合わせ専門治療と寝たきり防止を両立させる。

急性期医師の関わり方



総合診療医の育成（新人医師）



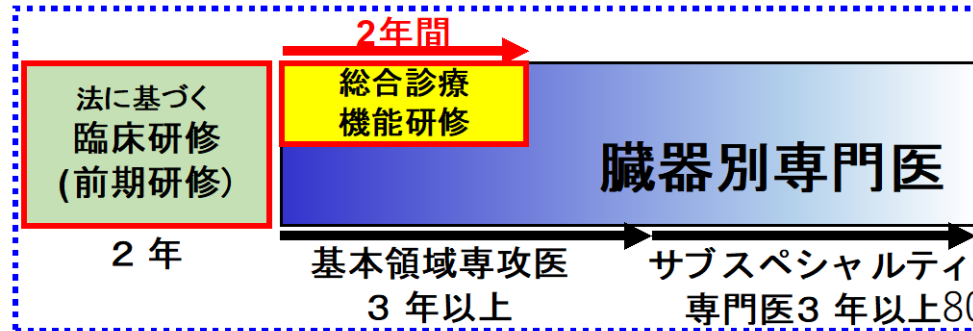
改正案①

医師国家試験合格後、2年間の「前期研修」と「後期研修」の初めの2年を総合診療機能を学ぶための研修期間とし、この4年間の研修を経てはじめて、臓器別診療医の研修を行う医師養成制度にするべきではないか。



改正案②

医師国家試験合格後、2年間の「前期研修」を終えると、2年間は臓器別専門医としての技術を磨くとともに、総合診療医としての知識とスキルを習得する研修期間としてはどうか。



総合診療医の育成（キャリア医師）

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

専門医修了後や開業/後継など、キャリアの転換期を迎える医師に日慢協として総合診療医としてのリトレーニングの場を提供する。



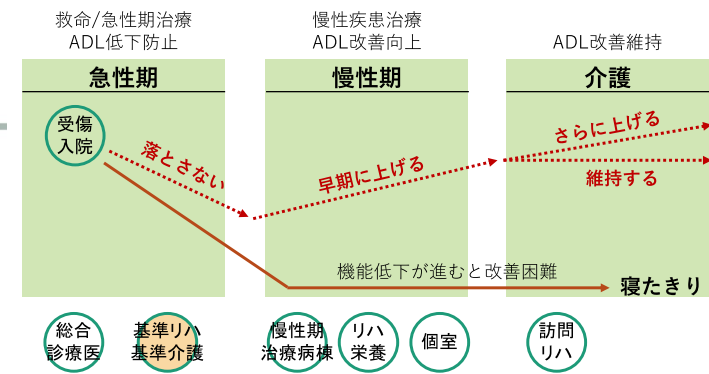
日慢協研修

現在：**総合診療医認定講座**（6日間の講義と症例検討）

予定：**総合診療医実習受け入れ**（実習病院の整備とプログラム作成）

- ①実習先病院で就職
- ②非常勤として実習

提言2

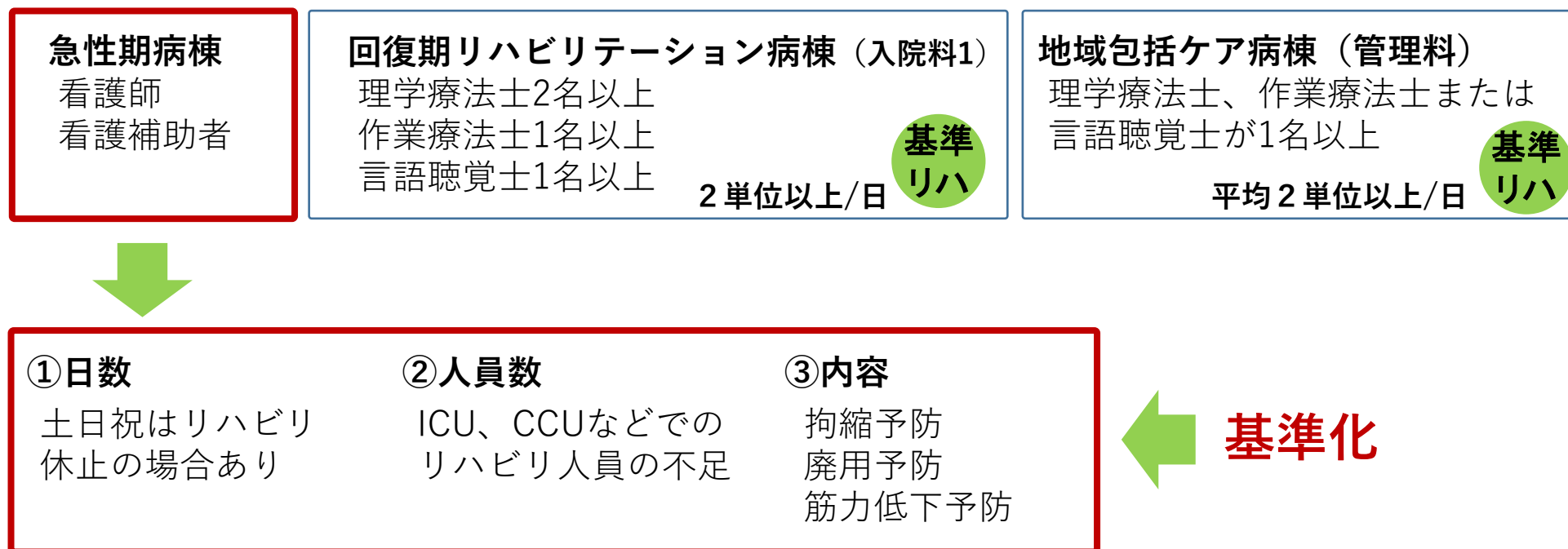


なぜ基準リハビリ、基準介護が必要なのか？

- ・基準リハビリテーションによる寝たきり防止
- ・介護福祉士の専門性を活かす基準介護

拘縮や廃用予防のため、急性期病棟にリハビリ療法士を配置する。日数、人数、内容を基準化し、機能低下を抑える。

急性期病棟とリハビリ病棟の配置



基準介護の目的も寝たきり防止。そのためには、人員配置に加えリハビリ介護の技術も必要になる。

基準介護(リハビリテーション介護)

人員配置

量

ケア時間の確保

目的 **寝かせきりを防止**
身体拘束や不必要なおむつなどが
廃用を進行させる。

内容 **活動量(日常生活動作)を積極的に増やす**

業務内容

質

リハ介護技術の提供

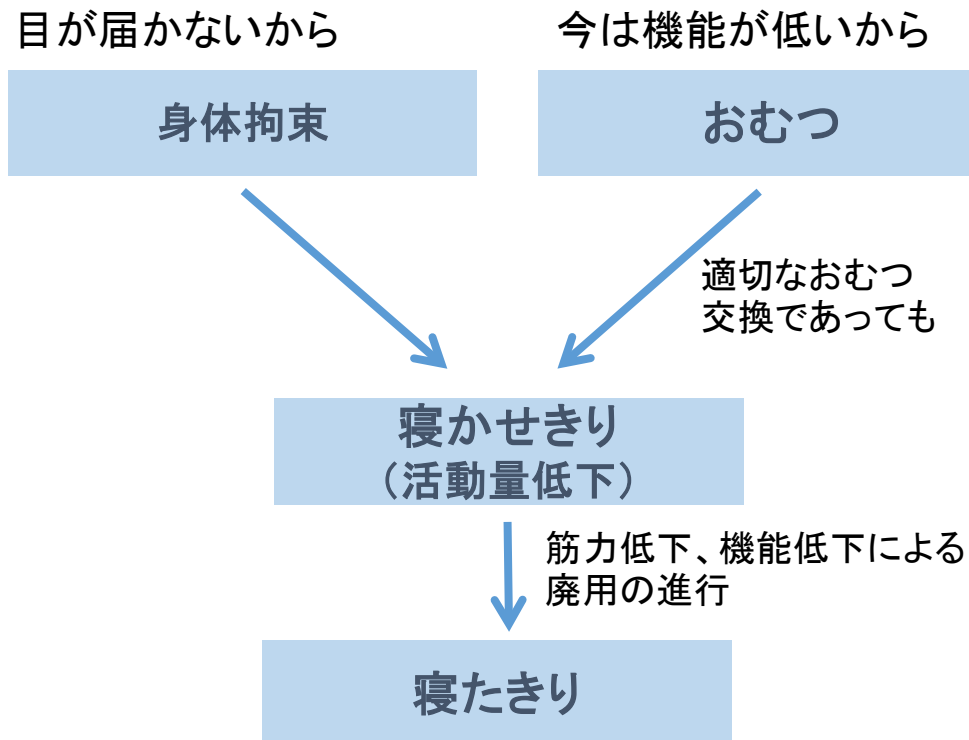
目的 **身体機能の改善**
疾患別リハビリだけでなく、毎日
のADLが自立度の改善につながる。

内容 **リハビリ視点の日常生活動作
支援で機能改善を図る**

ケア時間 = 活動量の確保

拘束やおむつを外し、活動量を上げるには人手がかかる。

介入しないと活動量は減る



トイレ排泄のトレーニング

車イスに乗れば、トイレ排泄は可能

① 2時間おきにトイレへ誘導

② 排泄パターン確認

③ パターンに沿ってトイレ誘導

④ 尿意を覚え、意思表示を

リハビリ介護技術の習得

ケア介入時間（回数）を、機能改善の機会とするにはリハビリ介護技術が必要。高いケア技術は、機能改善だけでなく、介助者も守れる。

毎日のADLケア

「よいしょっ！」の介護

介助者による
力任せのケア



身体機能は
変わらない



介助量も変わらない



腰痛など故障
の発生

介助者の減少

リハビリ介護

患者の残存能力を
使ったケア



1回目より10回目
10回目より100回目

徐々に機能改善



介助量の減少



他の患者のケアへ

リハ介護技術の習得



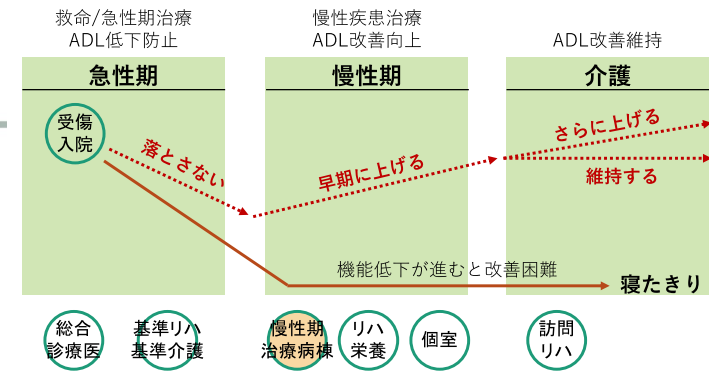
介護専門職の能力を活かすため、業務の役割分担を推進する。

2. 業務の明確化と役割分担：(1) 業務全体の流れの再構築

- ① 現状 役割分担やシフトが適切に設定されていないため、職員の負担増やケアの質の低下を招いている。
- ② 取組 作業分析を行い、役割分担の見直しやシフトの組み換えを行う。
- ③ 成果 職員それぞれが従事する業務に向き合うことができる。



提言3



療養病床から 慢性期治療病床への転換に向けて ～医療区分評価からアウトカム評価へ～

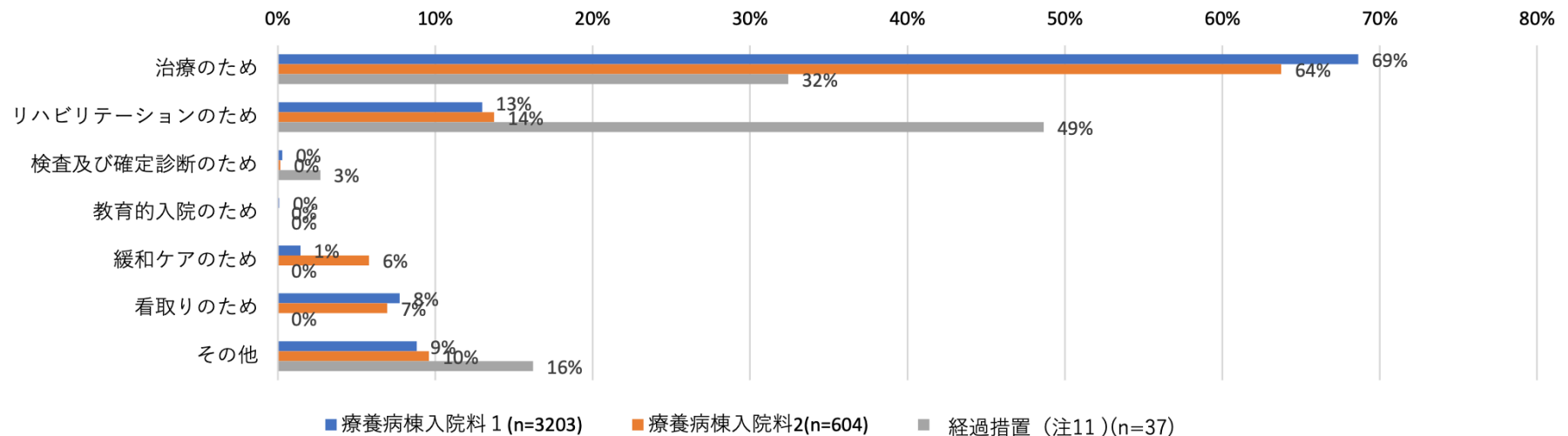
- ・療養病床の制度 : 治療成果を見えなくする医療区分
- ・医療区分の問題点 : 評価にもインセンティブにも活用困難
- ・慢性期治療病棟へ : アウトカムを重視した評価報酬制度へ

療養病床の制度（入院の目的）

大半の患者は、「養生」ではなく「治療」目的のために入院している。

各入院料毎の患者の入院の理由

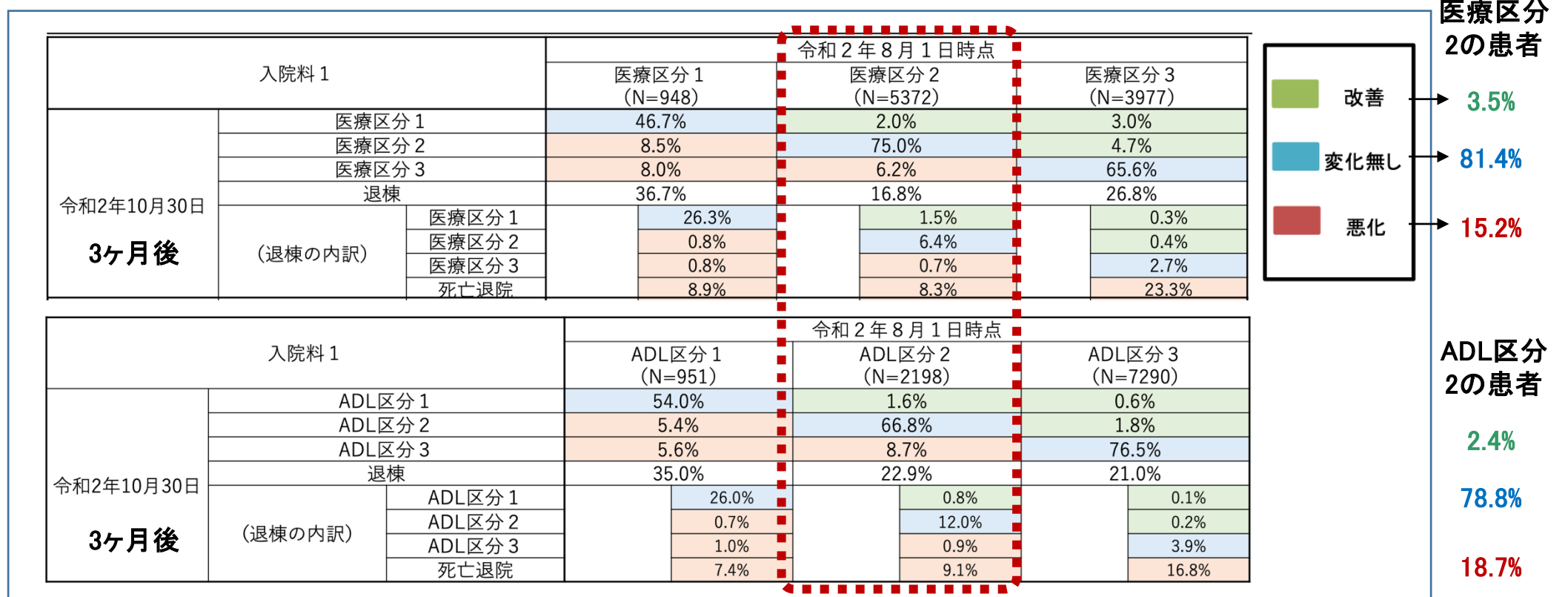
○ 各入院料に分けた場合の患者の入院理由は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟においては「治療のため」が最も多く、経過措置（注11）を届け出ている病棟においては「リハビリテーションのため」が最も多かった。



治療の成果は？

医療区分で見ると、改善は数%と療養病床での成果（アウトカム）は出ていないように見える。

療養病棟入院患者の3ヶ月後の推移（医療区分、ADL区分）



療養病床の制度（医療区分）

医療区分には、難病など改善困難な（悪化させない）疾患と改善（軽快）すべき疾患とが混在している。

| | |
|-------|---|
| 医療区分3 | <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・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に該当する項目がある場合） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養（摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制を有していない場合においては、療養病棟入院基本料の医療区分3の場合の点数に代えて、医療区分2の場合に相当する点数を算定） ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・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 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等） |
| 医療区分2 | <p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） 慢性閉塞性肺疾患（COPD）←悪化させない ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症←改善すべき ・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（経過措置注11の病棟に入院する患者については、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1の場合に相当する点数を算定） ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・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 ・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） ・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） <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの） |
| 医療区分1 | 医療区分2・3に該当しない者 |

療養病床の患者層（多病）

療養病床患者は「多病」のため、改善しにくい疾患とそうでない疾患が混在している。主傷病の多くは改善が見込みにくい。

患者は「高齢者」

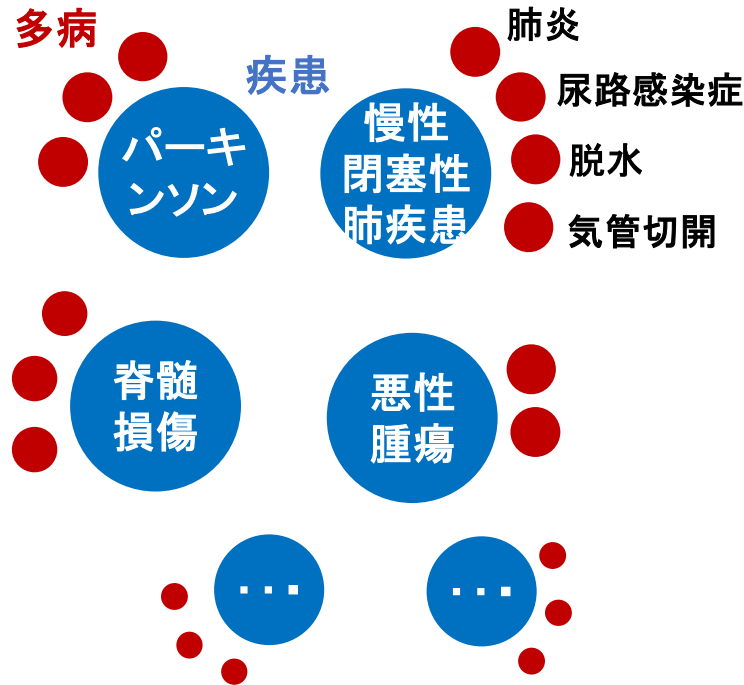
高齢者は「多病」

疾患/状態が「混在」

療養病棟入院基本料1の
入院患者平均年齢*

男性77.9歳

女性83.6歳



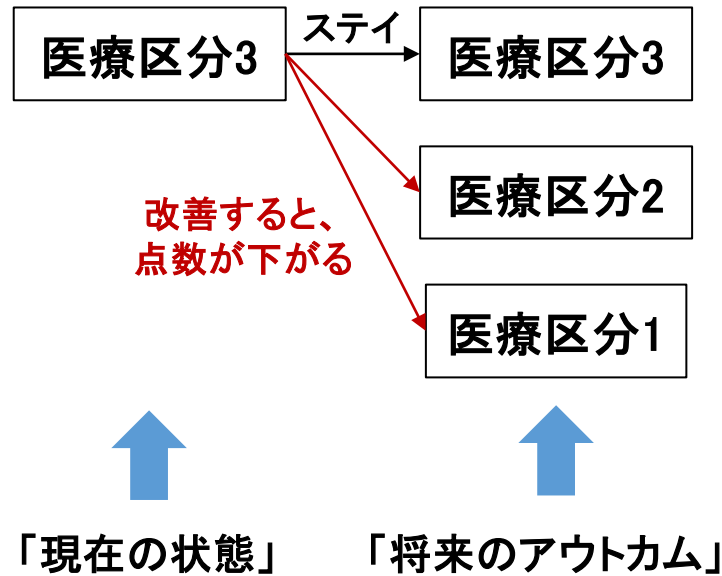
- 悪化させない疾患・状態
- 改善(軽快)すべき疾患・状態

*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 アンケート結果概要 2021年10月13日」

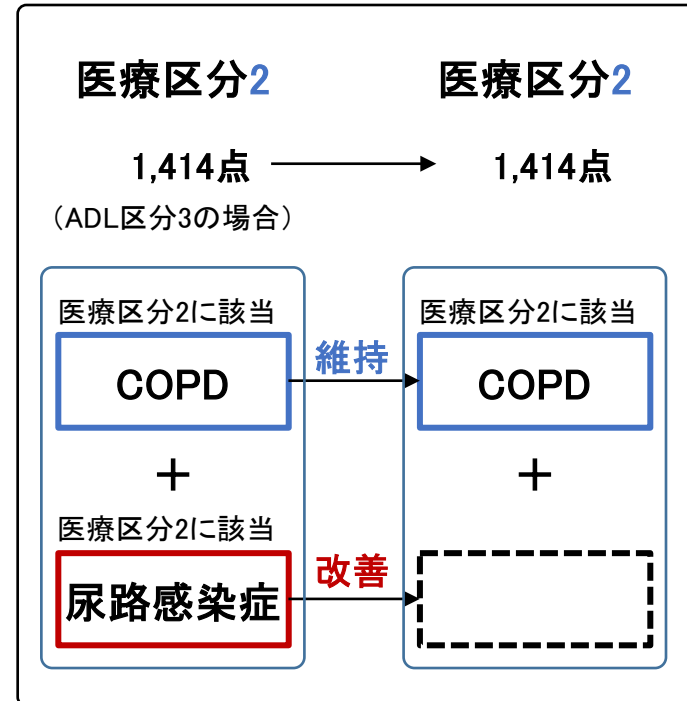
医療区分の問題点（アウトカムと診療点数）

医療区分は、「現在の状態」のみを評価している。これは、アウトカムを見えにくくし、改善による点数低下も引き起こす。

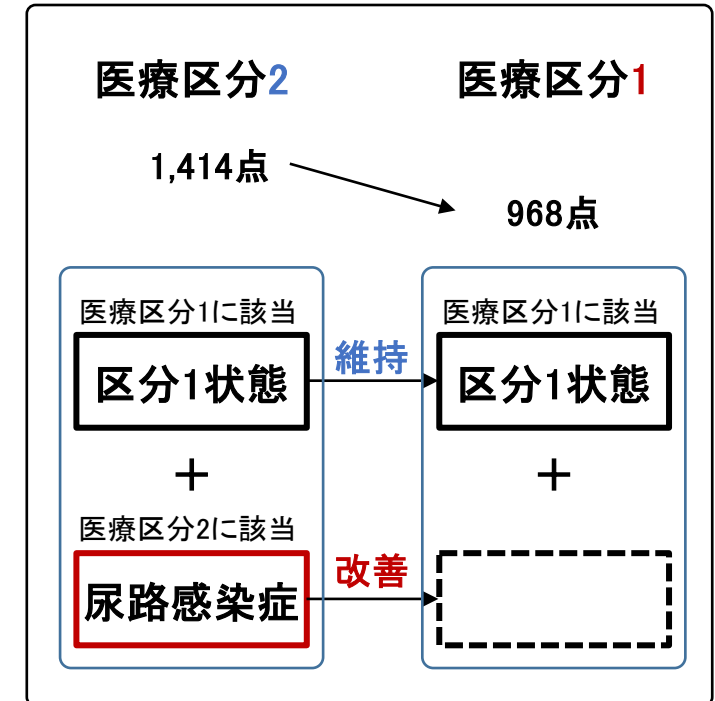
医療区分と診療報酬



点数は同じだがアウトカムは見えない

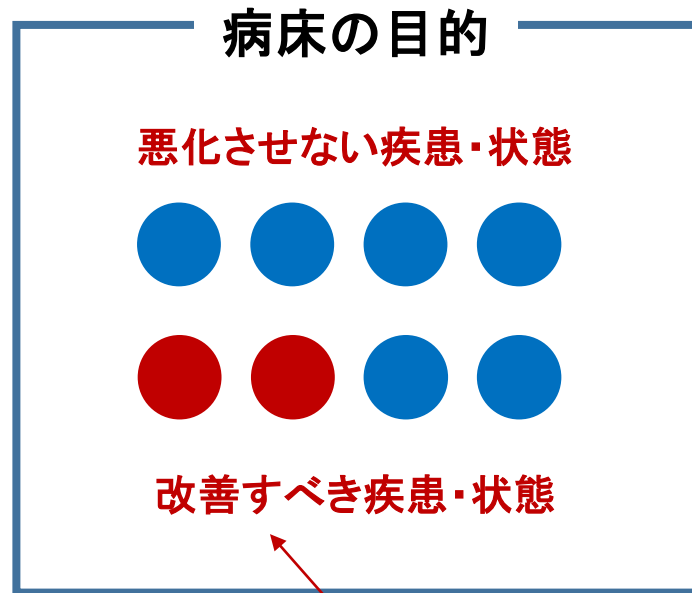


アウトカムが出ると点数が下がる



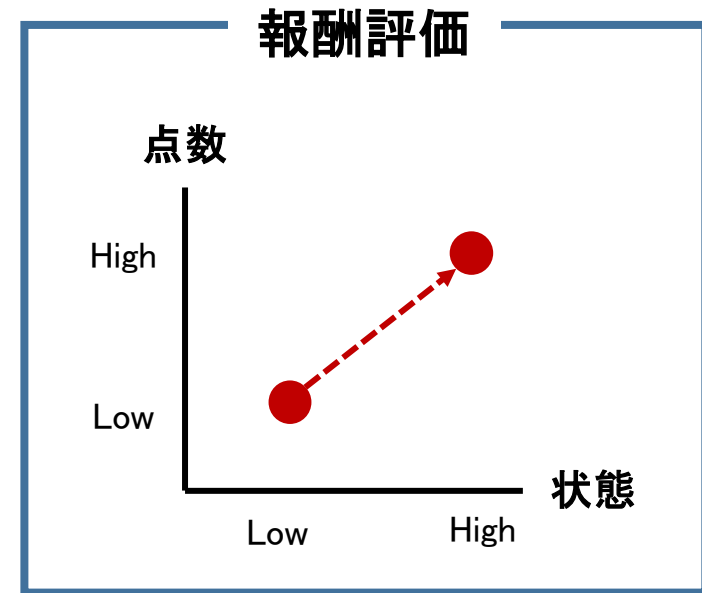
慢性期治療病棟として、アウトカムが見える指標作りとそれによる報酬評価の制度作りに取り組む。

アウトカムの明確化

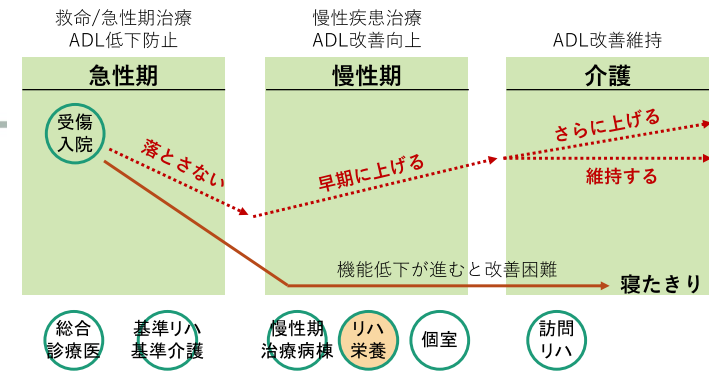


どういう疾患、状態を改善したかのアウトカム指標作り

改善すると点数が上がる



提言4



病院給食に栄養はあるか？ ～寝たきり防止への栄養管理～

- ・栄養量の設定 : 基準栄養量では、体重減少/低栄養が進行する
- ・給食改善余地 : 25年前の給食費水準により改善余力がない

入院患者の栄養状態

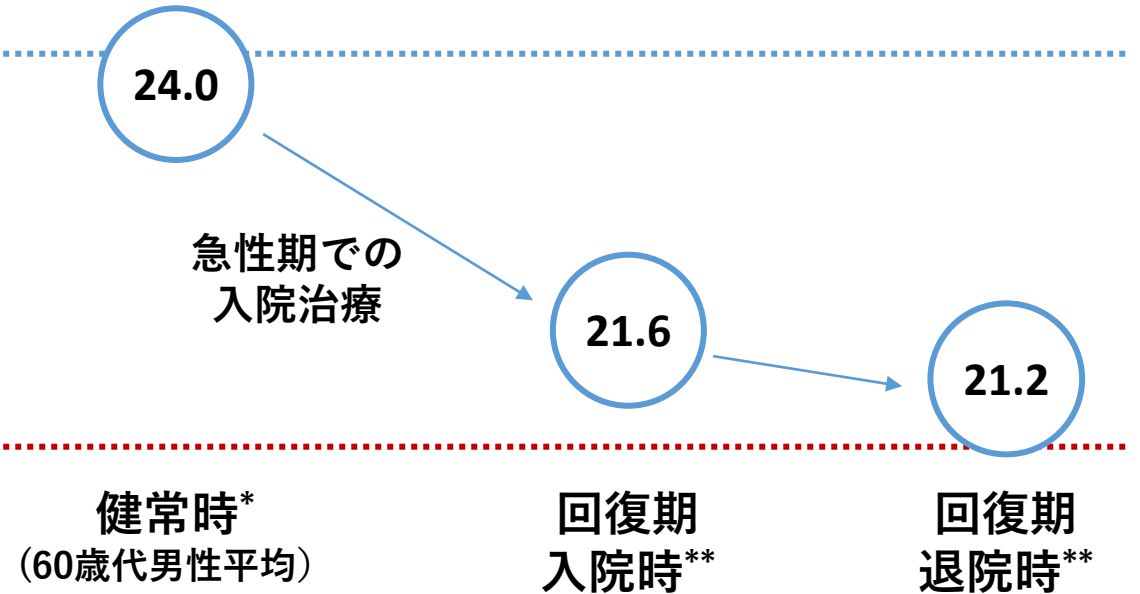
急性期治療中に低体重（低栄養）になる。回復期などの慢性期へもその状態で入院し、改善できずに退院している。

BMIによる判定基準

$$\text{BMI} = [\text{体重(kg)}] \div [\text{身長(m)の2乗}]$$

| | |
|----------------|---------|
| 25以上 | 肥満 |
| 18.5以上 25未満 | 普通体重 |
| 18.5未満 | 低体重（やせ） |

入院前後のBMI平均推移



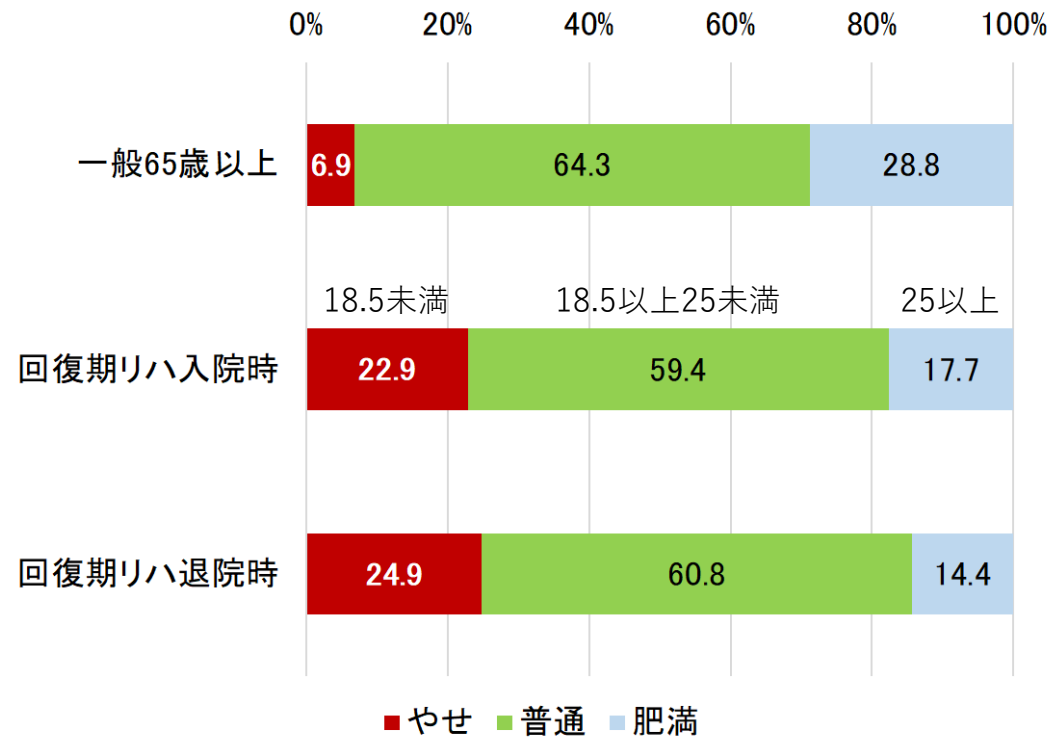
*厚生労働省「令和元年国民健康・栄養調査」

**回復期リハビリテーション病棟協会「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 2023年2月」

入院患者の低栄養の進行

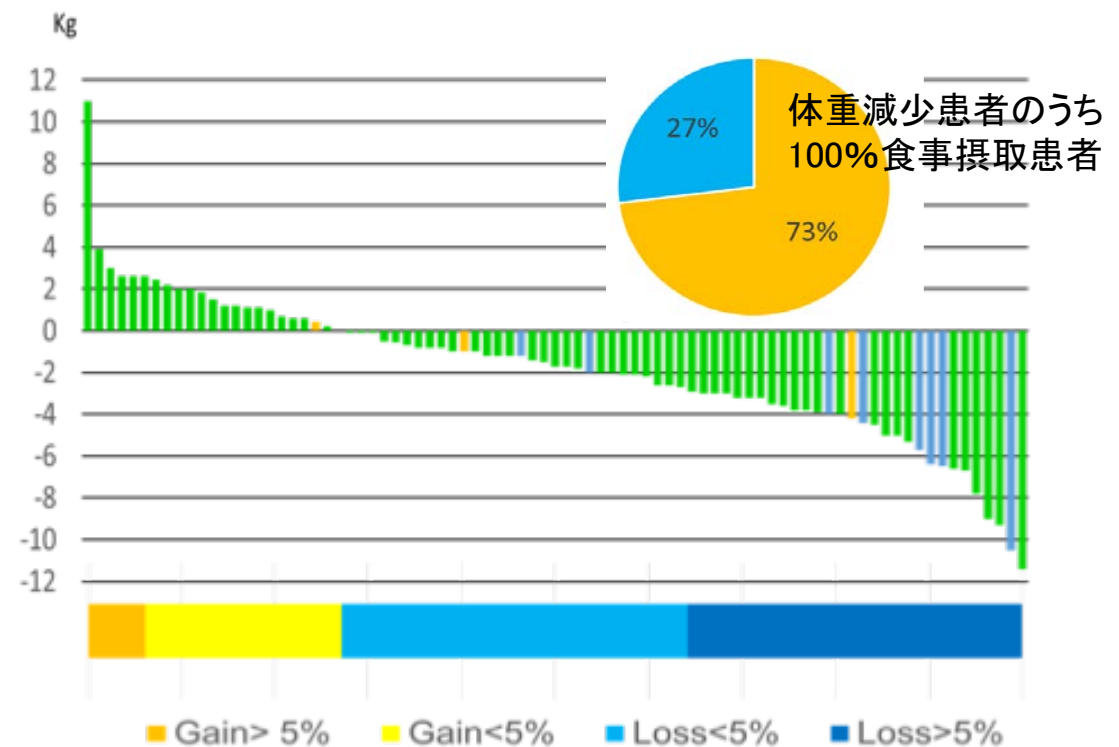
回復期入院中も体重減少、低栄養が進行している。そこには、食事の全量摂取患者も含まれている。

回復期リハ入院退院時BMI*



*回復期リハビリテーション病棟協会「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 2023年2月」

入退院時の体重増減**

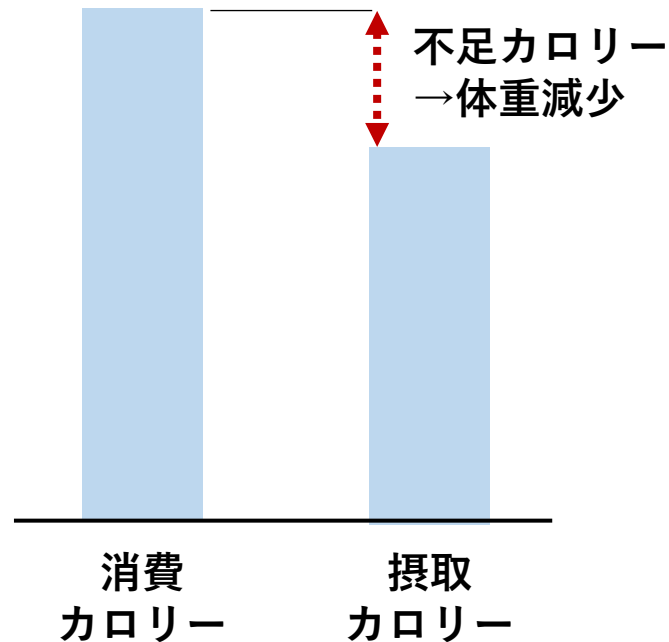


**千里リハビリテーション病院2015年8月9月退院患者(n=81)

体重減少（低栄養）要因

体重減少は、カロリー不足から生じる。その要因には、そもそもの基準栄養量の不足や高齢化などによる摂取量自体の不足がある。

体重減少はカロリー不足



カロリー不足の要因

摂食機能（食べる能力）があっても

1 給食の基準栄養量が不足している

2 基準栄養量があっても、全量が食べられない

1 必要な栄養量

病院基準食は、入院患者の年齢構成を加味した食事摂取基準より作成されるが、リハビリや体重増に必要な栄養量を満たしていない。

病院基準食の設定

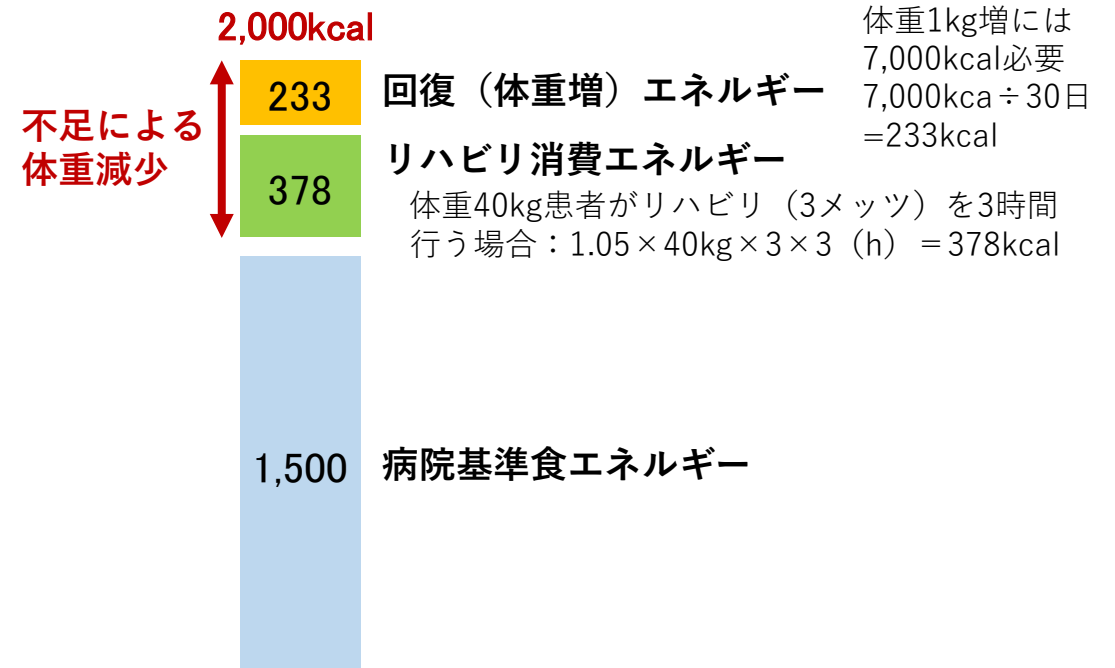
(参考) 推定エネルギー必要量 (kcal/日)

「日本人の食事摂取基準(2020年版)」
策定検討会報告書 p.51~p.105

| 性別 身体活動レベル ¹ | 男性 | | | 女性 | | |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | I | II | III | I | II | III |
| 0~5(月) | — | 550 | — | — | 500 | — |
| 6~8(月) | — | 650 | — | — | 600 | — |
| 9~11(月) | — | 700 | — | — | 650 | — |
| 1~2(歳) | — | 950 | — | — | 900 | — |
| 3~5(歳) | — | 1,300 | — | — | 1,250 | — |
| 6~7(歳) | 1,350 | 1,550 | 1,750 | 1,250 | 1,450 | 1,650 |
| 8~9(歳) | 1,600 | 1,850 | 2,100 | 1,500 | 1,700 | 1,900 |
| 10~11(歳) | 1,950 | 2,250 | 2,500 | 1,850 | 2,100 | 2,350 |
| 12~14(歳) | 2,300 | 2,600 | 2,900 | 2,150 | 2,400 | 2,700 |
| 15~17(歳) | 2,500 | 2,800 | 3,150 | 2,350 | 2,600 | 2,900 |
| 18~29(歳) | 2,300 | 2,650 | 3,050 | 2,150 | 2,450 | 2,800 |
| 30~49(歳) | 2,300 | 2,700 | 3,050 | 2,150 | 2,450 | 2,800 |
| 50~64(歳) | 2,200 | 2,600 | 2,950 | 2,100 | 2,400 | 2,700 |
| 65~74(歳) | 2,050 | 2,400 | 2,750 | 1,550 | 1,850 | 2,100 |
| 75以上(歳) ² | 1,800 | 2,100 | — | 1,400 | 1,650 | — |
| 妊婦(付加量) ³ | 初期 | | | +50 | +50 | +50 |
| | 中期 | | | +250 | +250 | +250 |
| | 後期 | | | +450 | +450 | +450 |
| 授乳婦(付加量) | | | | +350 | +350 | +350 |

高齢女性の多い病院では
1,500~1,600kcalとなる

回復に必要な栄養量 (cal)

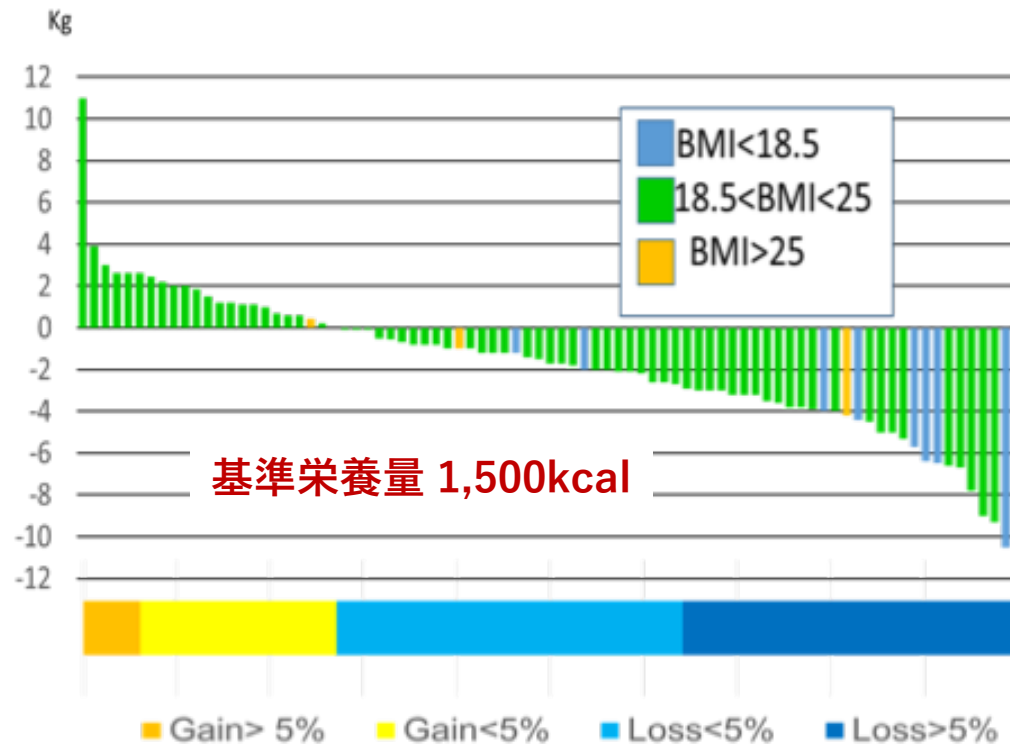


¹身体活動レベルは、低い、ふつう、高いの三つのレベルとして、それぞれ、I、II、IIIで示した。
²レベルIIは自立している者、レベルIは自宅にいてほとんど外出しない者に相当する。レベルIは高齢者施設で自立に近い状態で過ごしている者にも適用できる値である。
³妊婦個々の体格や妊娠中の体重増加量及び胎児の発育状況の評価を行うことが必要である。
 注1: 活用にあたっては、食事摂取状況のアセスメント、体重及びBMIの把握を行い、エネルギーの過不足は、体重の変化又はBMIを用いて評価すること。
 注2: 身体活動レベルIの場合、少ないエネルギー消費量に見合った少ないエネルギー摂取量を維持することになるため、健康の保持・増進の観点からは、身体活動量を増加させる必要がある。

1 基準栄養量改善の効果

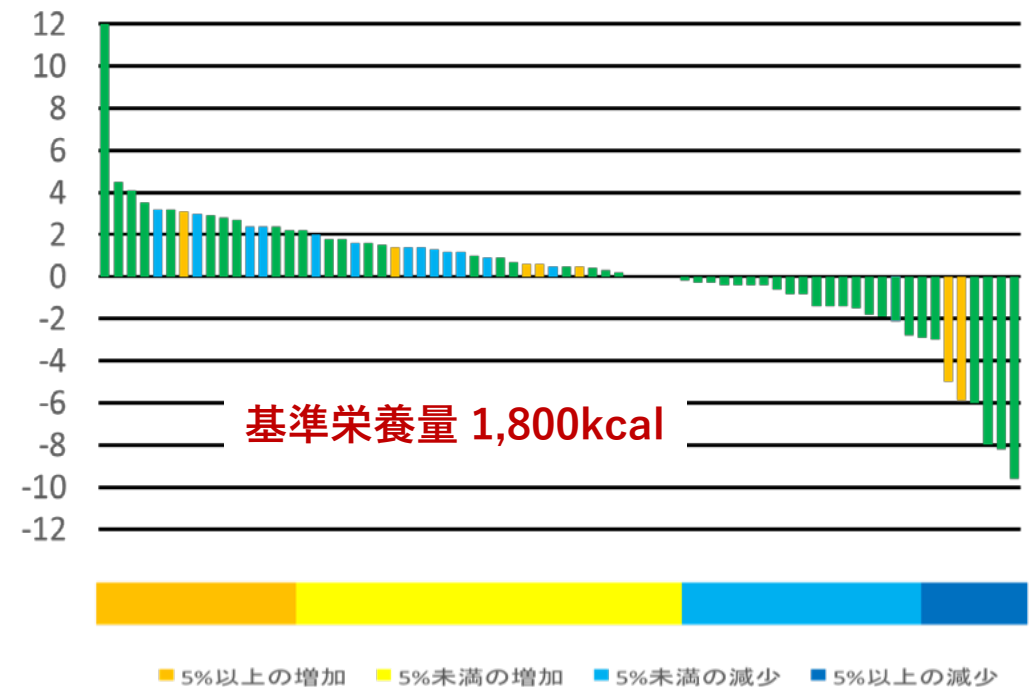
基準栄養量を改善すれば、体重減少患者を低減できる。

栄養量改善前の体重増減*



*千里リハビリテーション病院2015年8月9日退院患者(n=81)

栄養量改善後の体重増減**



**千里リハビリテーション病院2016年8月9日退院患者(n=70)

2 必要量を満たす施策

全量摂取困難な患者には、1品あたり栄養量の増加や食事回数の頻回化（分割）のほか、戦略的な胃瘻増設も選択肢となる。

嚥下機能や高齢による全量摂取困難

一度にすべては食べられない



栄養量を満たすために

工夫

1品栄養量UP、食事回数UP

ちょい足し、間食/多頻回化

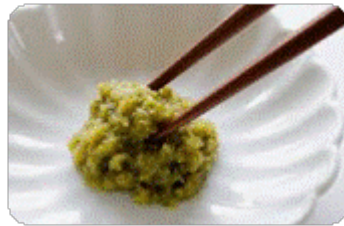
手段

胃瘻増設による栄養補給

通常量摂取が可能になれば、抜去

2 参考) 食事の工夫

食材選び



柚子胡椒 10g(4.9kcal)



タルタルソース 10g(49kcal)

10倍



豆腐 20g(13kcal)



油揚げ 20g(77kcal)

6倍



トースト 1枚40g(130kcal)



クロワッサン 1個40g(200kcal)

1.5倍

調理方法



棒棒鶏 100g(200kcal)



唐揚げ 100g(300kcal)

1.5倍



アジの塩焼き 100g(110kcal)



アジフライ 100g(220kcal)

2倍

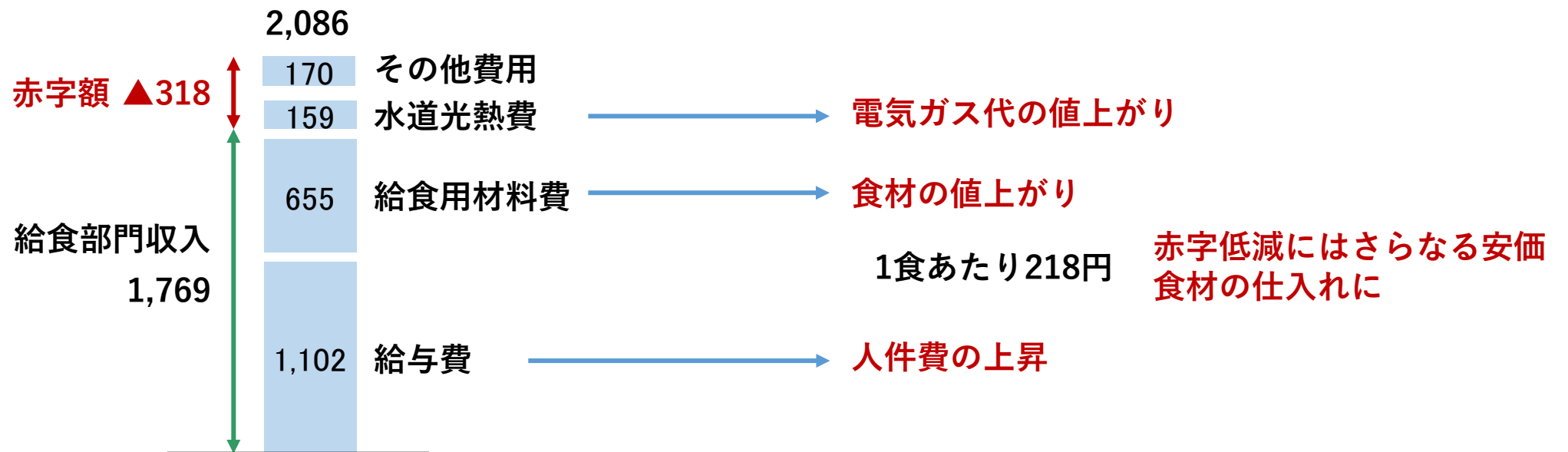
改善余地 給食費用（食事療養費）

給食部門は、2017年調査時点ですでに赤字。近時の人件費増や物価高騰により、栄養部門の改善余地は限界にある。

患者1人1日当たりの給食収支（円）

（直営病院（n=30））

改善、工夫の余地はない



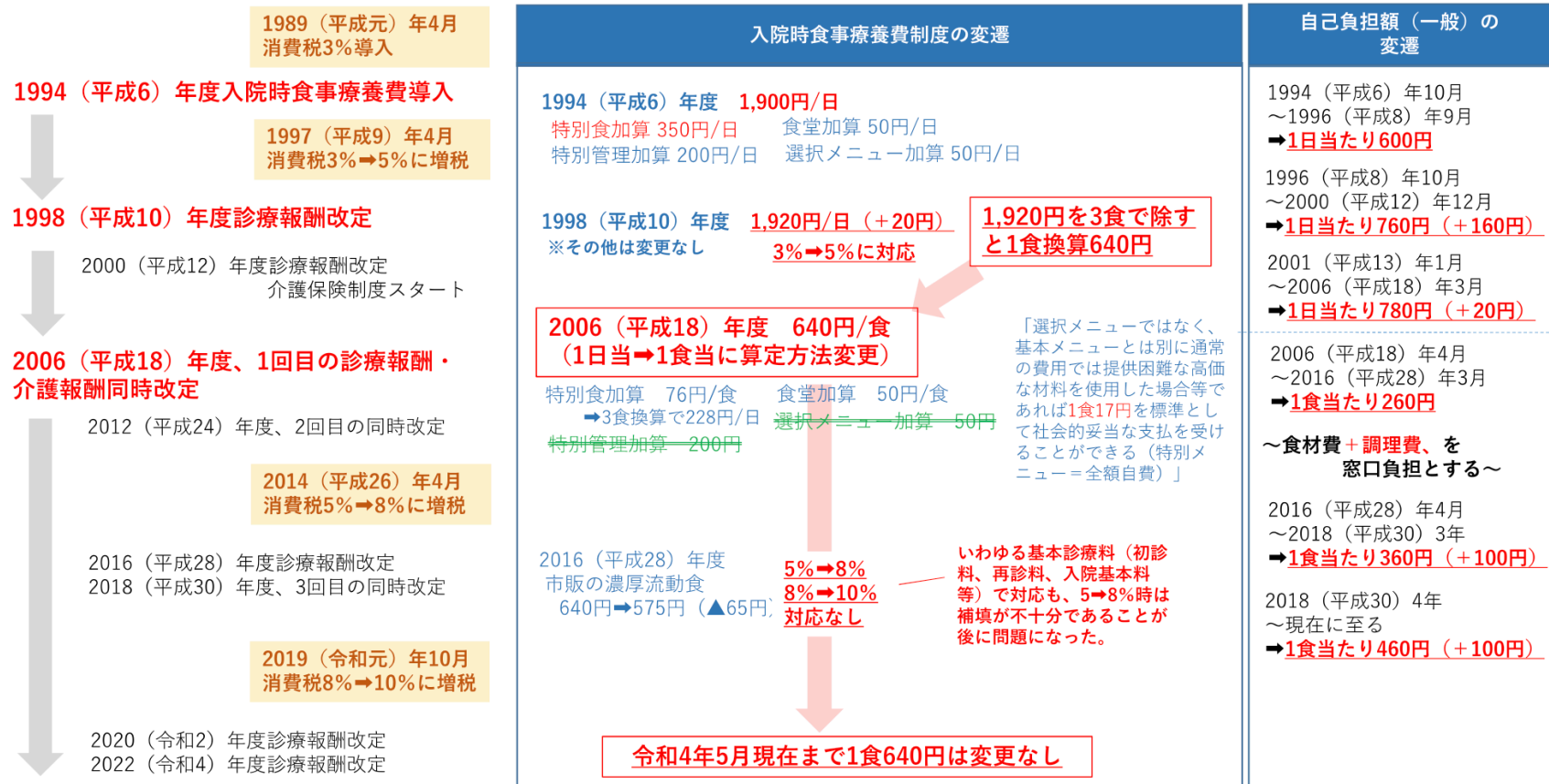
*厚生労働省「平成 29 年度 入院時食事療養の収支等に関する実態調査」

給食費用の推移

現在の食事療養費（640円/食）は、25年前から変わっていない。

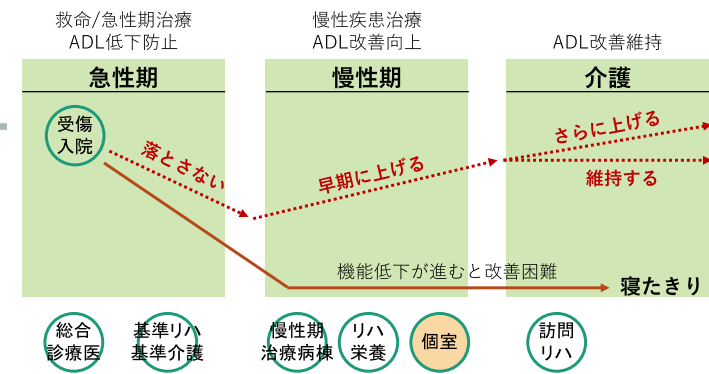
1. 病院給食問題

～入院時食事療養費の設定金額が据え置きになっている。
その一方で、患者の自己負担額（窓口負担額）は増え続けている～



*四病院団体協議会「入院中の食事療養に必要な費用に関する改正要望書」2022年6月27日

提言5

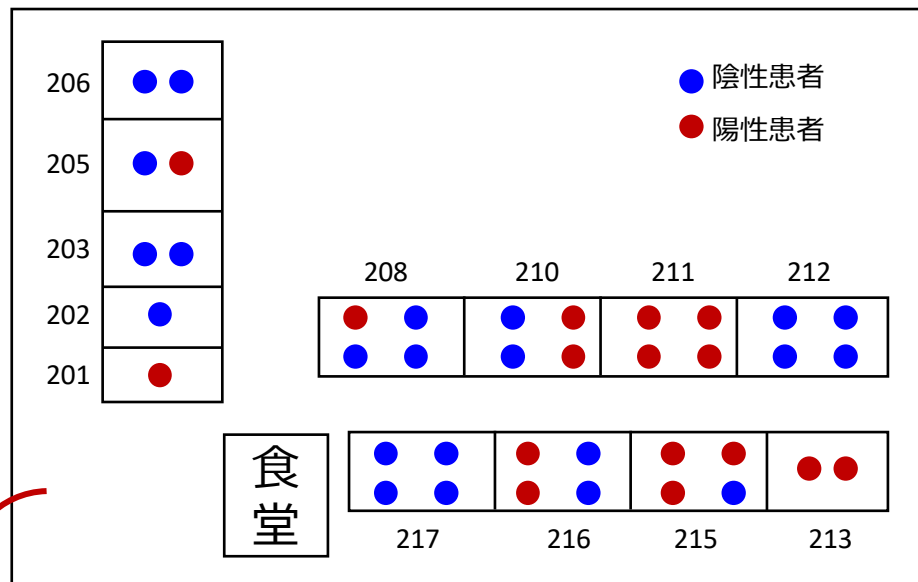


感染防止と療養環境改善に寄与する 個室の規制緩和

- ・感染症対策としての個室利用
- ・個室は活動性も高める

新型コロナウイルス感染症は多床室の脆弱性を浮き彫りにした。特例措置により個室対応が可能となったが、通常時には医療機関の負担となる。

多床室での感染拡大は抑えにくい



コロナ特例措置において、回復後患者の個室受け入れを「二類感染症患者療養環境特別加算(個室加算:300点)」として評価

感染症対策としての個室利用

特例措置がなければ、

特別の料金を求めている場合

- ① 同意書による確認を行っていない場合
- ② 「治療上の必要」により入院させる場合

例) 免疫力が低下し、感染症に罹患するおそれのある患者

- ③ 病棟管理の必要性等により、実質的に患者の選択によらない場合

例) MRSA等に感染している患者であって、他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者

療養環境 + 活動性の向上

治療に必要な患者にとって、個室は特別な環境ではない。
他人に気兼ねせず自由度も高まるため、活動性の向上も期待できる。

多床室こそ「特別な環境」

病気になってから、他人との共同生活がスタート

- ・同室者との相性
- ・生活音(テレビ、会話、いびきなど)
- ・プライバシー(仕切りはカーテン1枚)
- ・活動場所はベッド上のみ

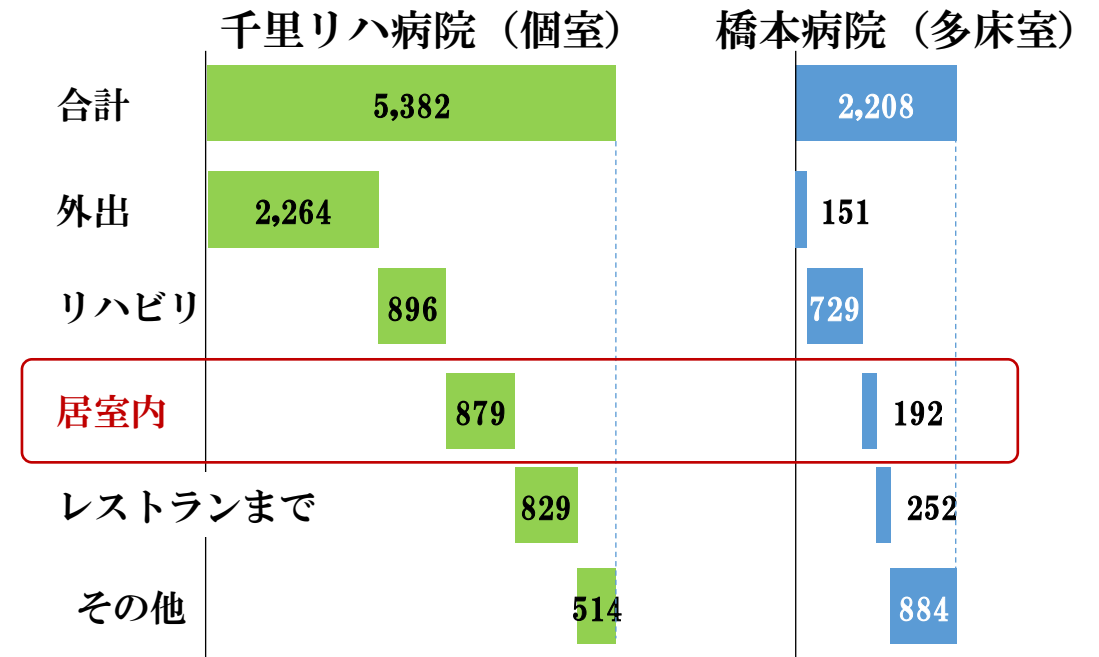
慢性期は長期にわたる

日常より明らかに劣る環境での入院生活

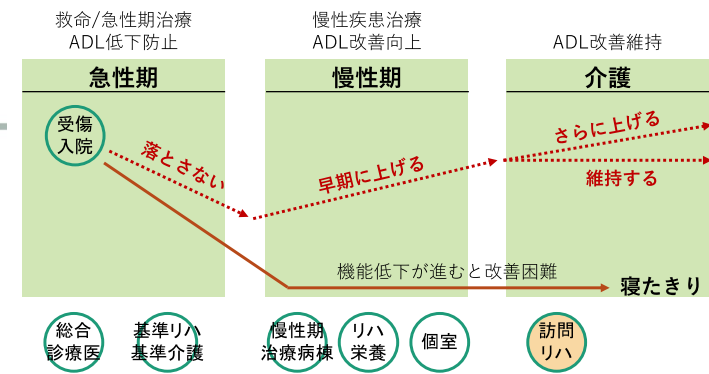
- ・医療現場では、上記クレーム対応業務が発生
- ・不快な環境にこそ「同意書」が必要

個室は活動性も高める

1日あたり歩数



提言6



訪問リハビリテーションの実践的活用法

～早期集中型訪問リハビリの可能性～

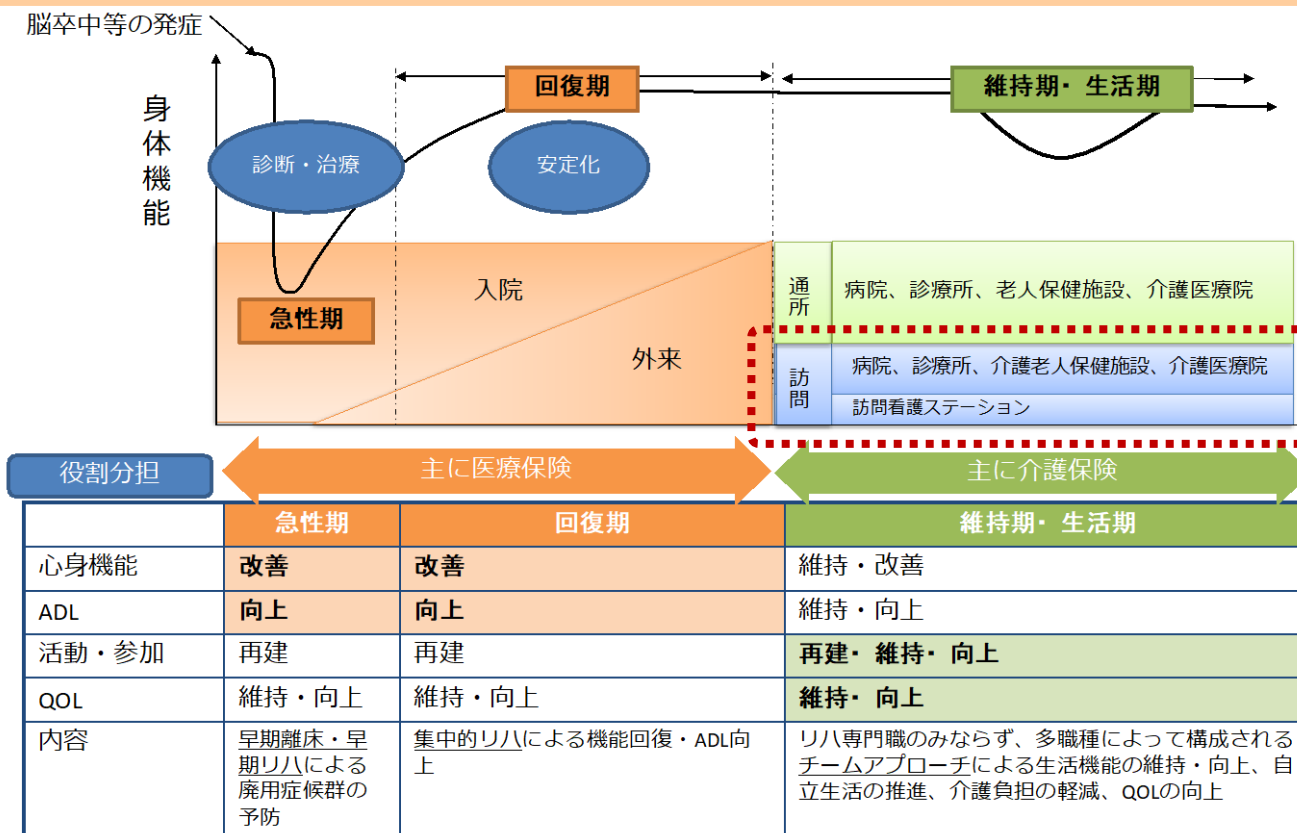
- ・リハビリの場所 : 生活と訓練とが直結する最適空間
- ・リハビリの量 : 十分なりハビリ量は、入院リハと同等の効果
- ・リハビリの質 : アウトカム評価など、密室リハからの脱出

訪問リハビリテーション

回復期以降の、在宅で生活する通院困難な患者や利用者に対し、主に機能維持を目的として提供される。

令和4年度診療報酬改定

リハビリテーションの役割分担（イメージ）



訪問リハビリテーションの対象者

医療保険

疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者

介護保険

通院が困難な利用者

(資料出所) 日本リハビリテーション病院・施設協会「高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン」(青海社)より厚生労働省老人保健課において作成 28

生活の場でのリハビリ課題

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

リハビリテーションは在宅生活への復帰や維持が目的であるが、その在宅で実施できないミスマッチが起こっている。

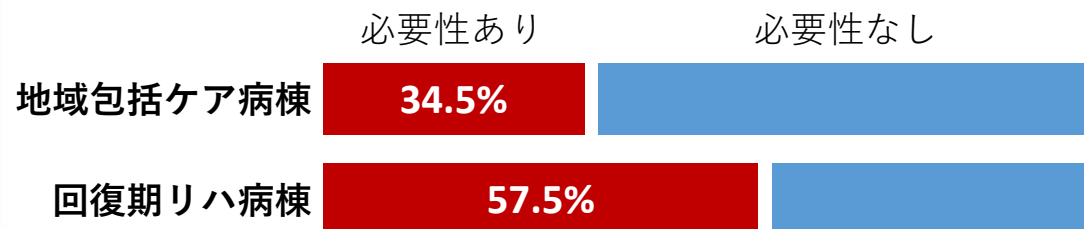
| | 病院リハビリ | 訪問（在宅）リハビリ |
|---------|--|---------------------------------|
| リハビリの場所 | 訓練室でのリハビリ | 外来/通所（訓練室）でのリハビリ |
| | 目的である生活の場でリハビリできない 訪問リハビリは通院/通所困難な場合のみ | |
| リハビリの量 | 3時間/日（回復期リハ） | 2時間/週 4時間/週（退院/退所直後） |
| | | 終了促進 長期継続減算 |
| | | 回復より維持 継続支援が手薄 |
| リハビリの質 | アウトカム評価 豊富なスタッフ数 | 勤続年数評価 数人の小規模事業所 |
| | | 品質の確保 |

リハビリの場所 退院後の実践リハ

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

退院後支援として、外来リハビリは手厚くなった。実践の場である訪問リハビリにも集中的に実施する施策が望まれる。

退棟後のリハビリの必要性※



平成30年度診療報酬改定

疾患別リハビリテーション算定日数上限の除外対象患者の追加

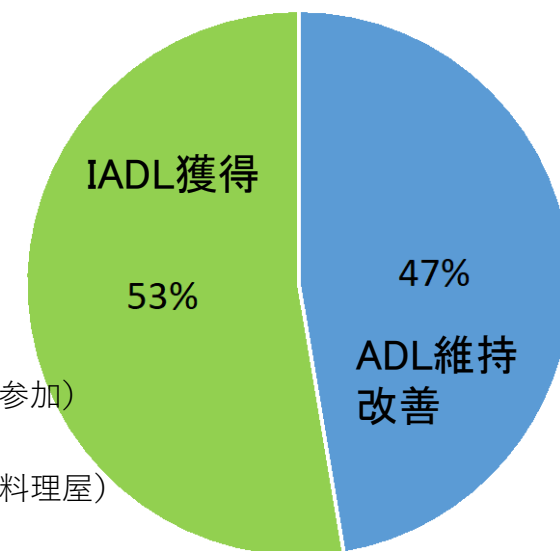
回復期リハビリテーション病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者

→外来での疾患別リハが算定可能に

訪問リハビリの実施目的※※

IADLの主な内容

- ・自転車運転（通学）、スクーター運転
- ・自動車運転
- ・電車利用（通勤・コーラス参加）
- ・買い物、子供の送迎
- ・復職（部品組立、パン屋、料理屋）
- ・自宅、職場の環境設定
- ・海外旅行の準備



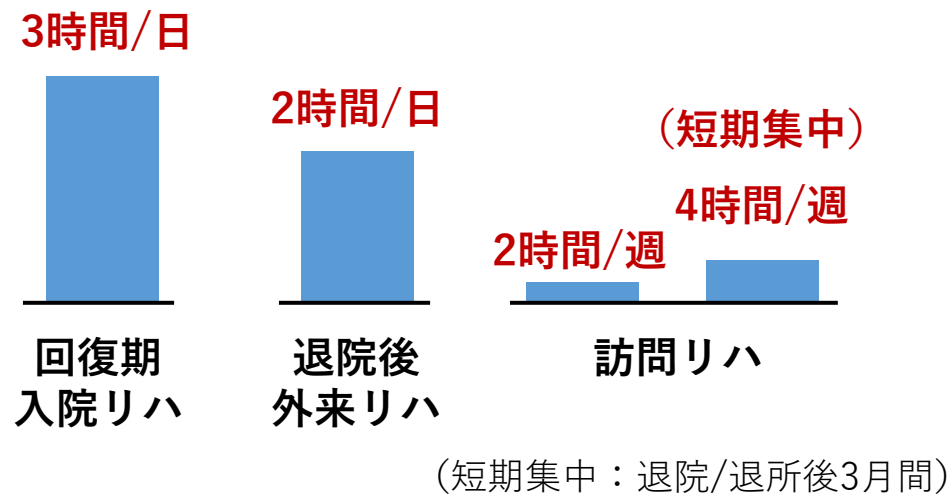
ほとんどの患者が「退院後の生活が不安」

リハビリの量 現状は維持レベル

退院、外来リハに比べ訪問リハビリの量は大きく劣る。
改善も見られるが、多くは機能維持レベルとなっている。

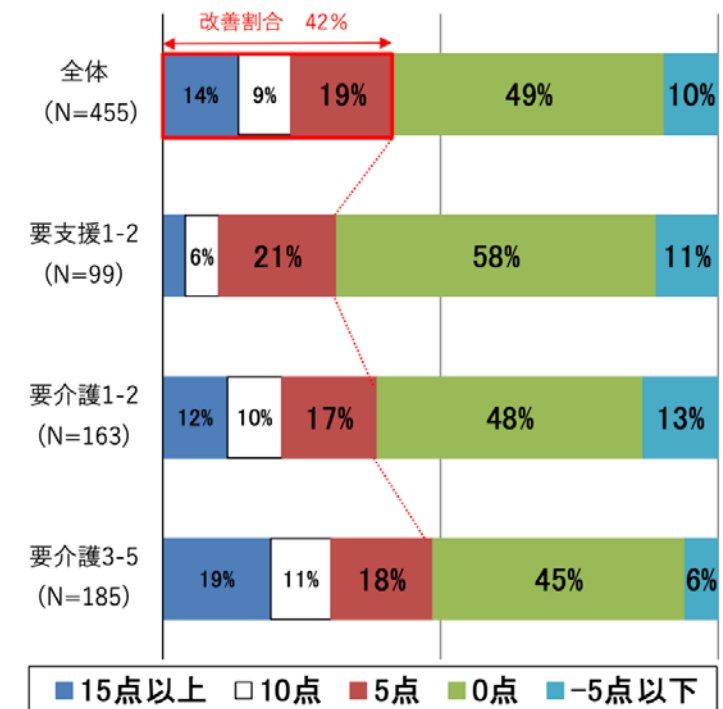
リハビリテーション量比較

(1日あたり時間数)



訪問リハの改善効果

利用開始から6ヶ月後における * ADL (Barthel Index) の点数変化



*厚生労働省「第182回(R2.8.19)介護給付費分科会 資料4 訪問リハビリテーション」

訪問リハの可能性① 症例1

訪問リハビリが改善の場となる試みとして、回復期リハを早期退院し、入院中と同じリハビリ量を提供する訪問リハ（在宅入院）を実施した。

症例

患者 : 62歳、男性
疾患 : 小脳梗塞 重度の体幹失調あり
入院日 : 発症～49日 急性期病院
50日～76日 回復期リハ入院(76日)
77日～166日 自宅へ(90日間)
回復期入院時
: FIM運動13点、認知7点、計20点
気管切開、胃瘻

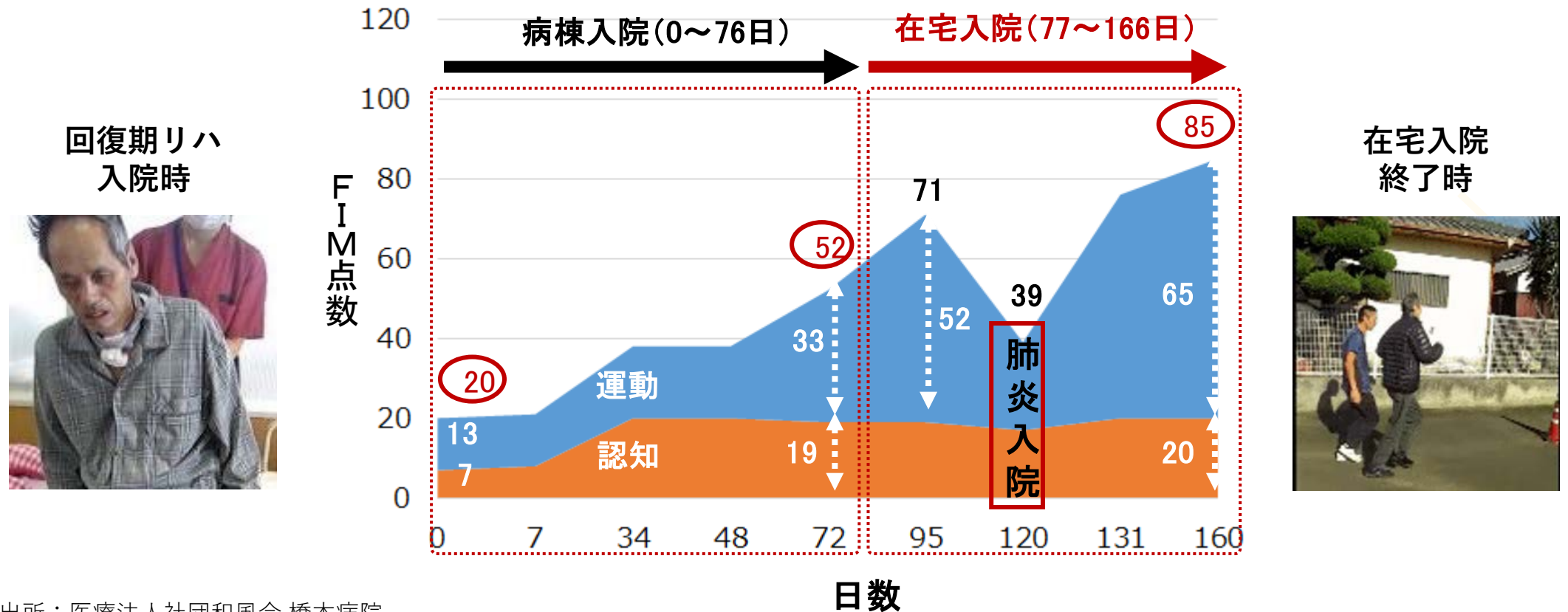
1日あたり訪問時間

| | |
|------------|---------|
| Dr.(医師) | 定期訪問 |
| PT(理学療法士) | } 3時間 |
| OT(作業療法士) | |
| ST(言語聴覚士) | |
| NS(看護師) | } 4.5時間 |
| CW(介護福祉士) | |
| MSW(医療相談員) | 必要時 |

訪問リハの可能性② 症例1

十分なりハビリ量があれば、入院リハと同等の効果が期待できる。
訪問リハビリを改善の場とすることは可能である。

入院からのFIM推移 (運動・認知)



訪問リハの可能性③ 症例2

急性期病院退院後から、回復期リハ病棟を経由せず、直接訪問リハビリに移行した症例。

急性期病院退院直後の重症患者例

- 患者 : 80代、女性
- 退院時 : 気管カニューレ留置、胃瘻、
尿カテーテル留置
- 処置 : 酸素投与1~2L、
喀痰吸引7~8回/日
陰部臀部の皮膚炎治療、
血糖測定
- ADL : 座位保持不可、寝たきり

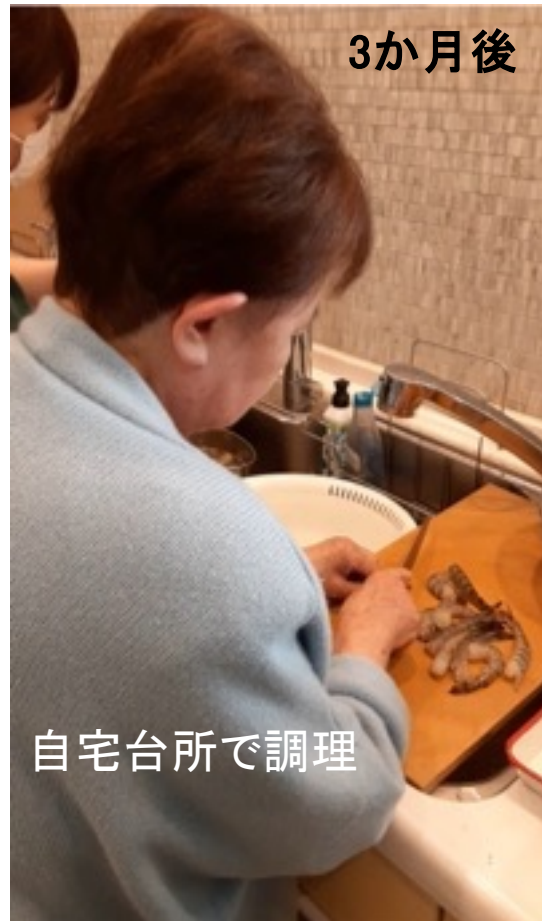


訪問体制

- Dr.(医師) 随時
- PT(理学療法士) } 3時間
- OT(作業療法士) }
- ST(言語聴覚士) }
- NS(看護師) 24時間

訪問リハの可能性④ 症例2

在宅リハビリだけで、病前の生活に復帰。
社会参加活動も訪問リハビリスタッフの支援により可能に。

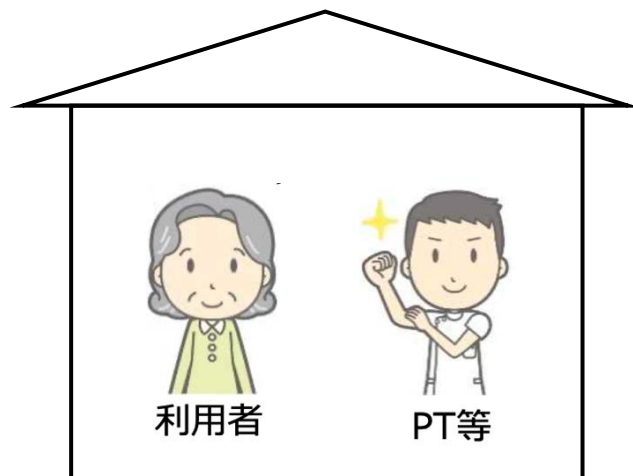


リハビリの質 密室リハの危険性

リハビリスキルには個人差がある。訪問リハは、担当者だけの密室リハになりやすい上、事業規模も小さく品質管理体制に懸念がある。

リハビリには技術差がある

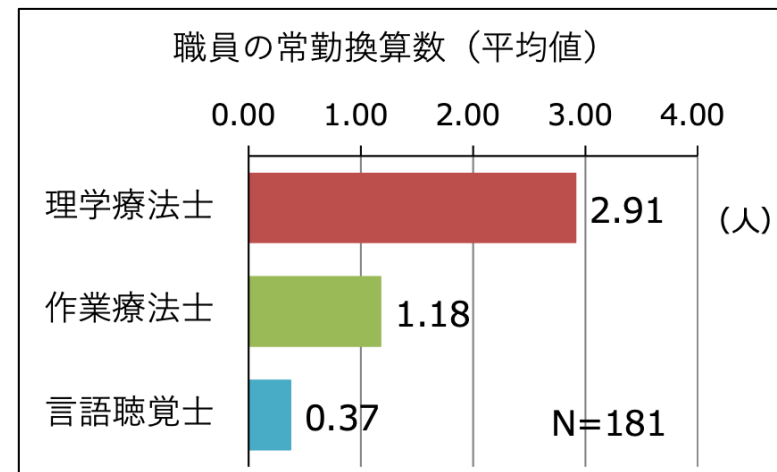
訪問はマンツーマンの密室リハ
担当者の技術が患者/利用者の生活を左右する



訪問リハ事業所は小規模

質を高める教育とチェック体制
学べる環境、指導体制があるか

訪問リハビリテーション事業所の職員数*



*厚生労働省「第182回(R2.8.19)介護給付費分科会 資料4 訪問リハビリテーション」

勤続年数だけでなく、上級資格保有者の配置やアウトカム評価など、品質を確保する仕組みが望まれる。

ストラクチャー評価

現在：（介護保険）サービス提供体制強化加算

勤続 3 年以上：3単位
勤続 7 年以上：6単位

臨床経験と学習での資格評価例

| 資格例 | 認定団体 |
|---------|-----------------|
| 認定理学療法士 | 日本理学療法士協会 |
| 認定作業療法士 | 日本作業療法士協会 |
| 認定言語聴覚士 | 日本言語聴覚士協会 |
| 認定訪問療法士 | 日本訪問リハビリテーション協会 |

いずれも5年以上の臨床経験と専門研修等の修了が必要

アウトカム評価

■ADL評価

現在：アウトカム指標なし

回復期リハは、FIM利得（退院時FIM-入院時FIM）による実績指数

■社会参加評価

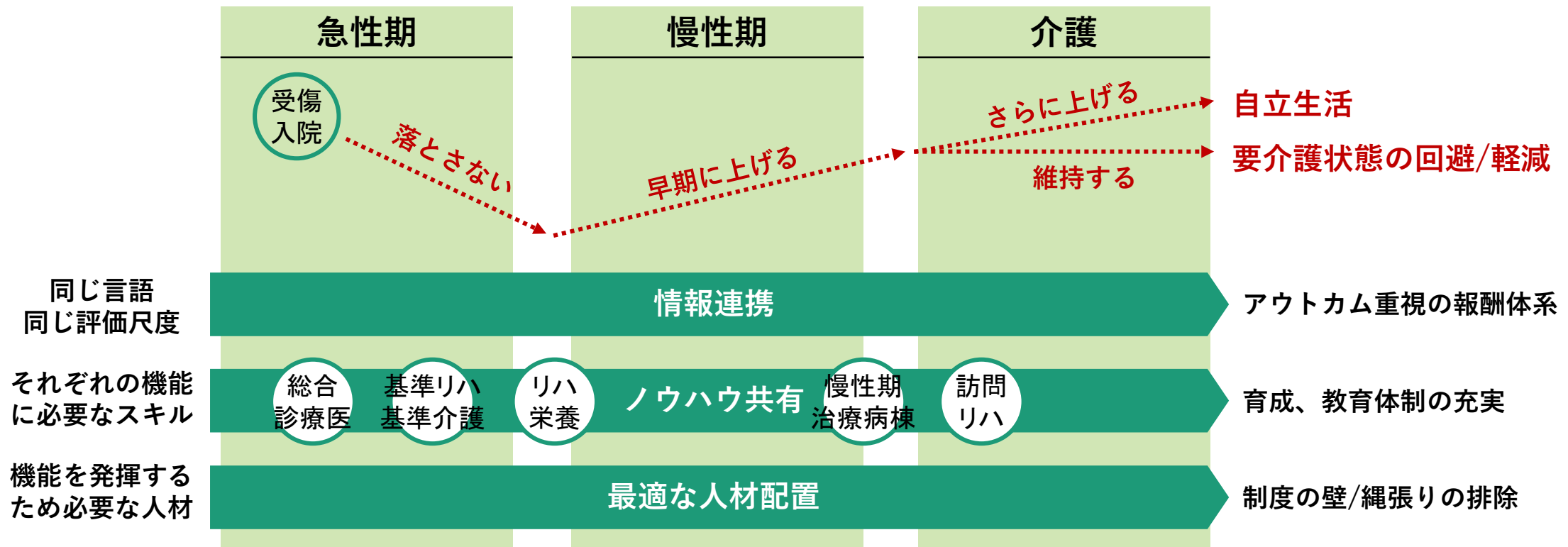
現在：（介護保険）移行支援加算

デイケア、デイサービスへの移行5%

機能の一体化 = シームレス

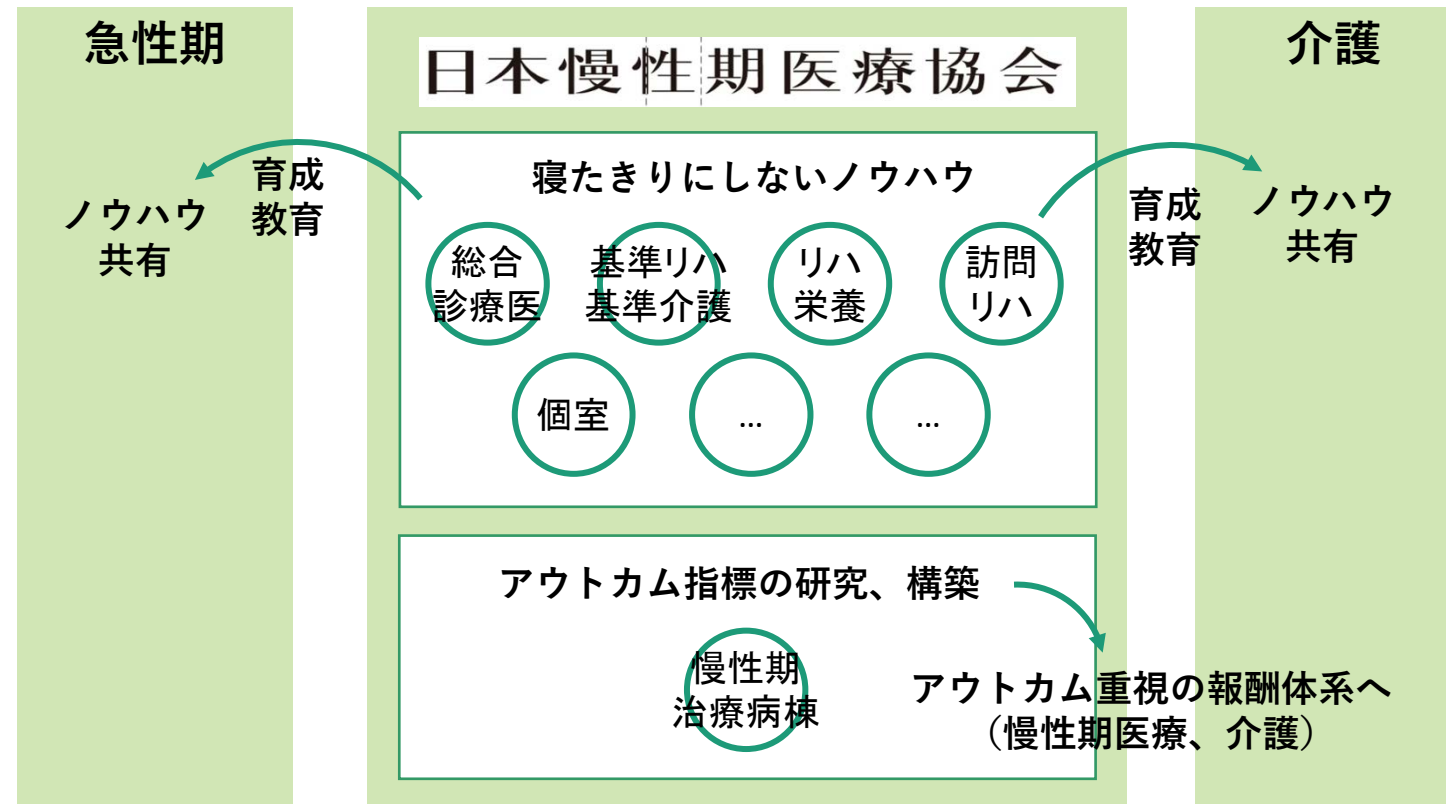
寝たきり防止には、各機能の一体化が必須。全員が同じゴールに向け、情報・ノウハウ・人材をシームレスに繋ぐことで成果が出せる。

医療介護のシームレス



日慢協には「寝たきりにしないノウハウ」が豊富にある。研修による共有化とともに、慢性期治療のアウトカム指標研究も推進する。

日慢協の役割



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