

日本慢性期医療協会 定例記者会見

日時：平成28年11月17日14:30～
場所：東京研修センター

「日本の寝たきりを半分にしよう」

10ヶ条

「日本の寝たきりを半分にしよう」

1. 慢性期治療の徹底
2. 延命ではなく日常復帰を
3. 急性期リハビリの充実（入院日からのリハビリ）
4. 急性期リハビリ能力のない場合、入院後20日までにリハビリ能力と治療能力のある P o s t a c u t e に移す。
5. 高齢者の急性期治療の改善（栄養・水分出納・身体侵襲の軽減）
6. 嚥下・排泄リハビリの優先
7. 短期集中リハビリのできる環境に
8. 寝たきりより座りきり
9. 無理な歩行訓練より車いす自立を
10. 慢性期総合診療医の養成

「日本の寝たきりを半分にしよう」

1. 急性期リハビリの充実（入院日からのリハビリ）
2. 急性期リハビリ能力のない場合、入院後20日までにリハビリ能力と治療能力のある P o s t a c u t e に移す。
3. 高齢者の急性期治療の改善（栄養・水分出納・身体侵襲の軽減）
4. 嚥下・排泄リハビリの優先
5. 短期集中リハビリのできる環境に
6. 寝たきりより座りきり
7. 無理な歩行訓練より車いす自立を
8. 慢性期治療の徹底
9. 延命ではなく日常復帰を
10. 慢性期総合診療医の養成

医療分野についての国際比較（2012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 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

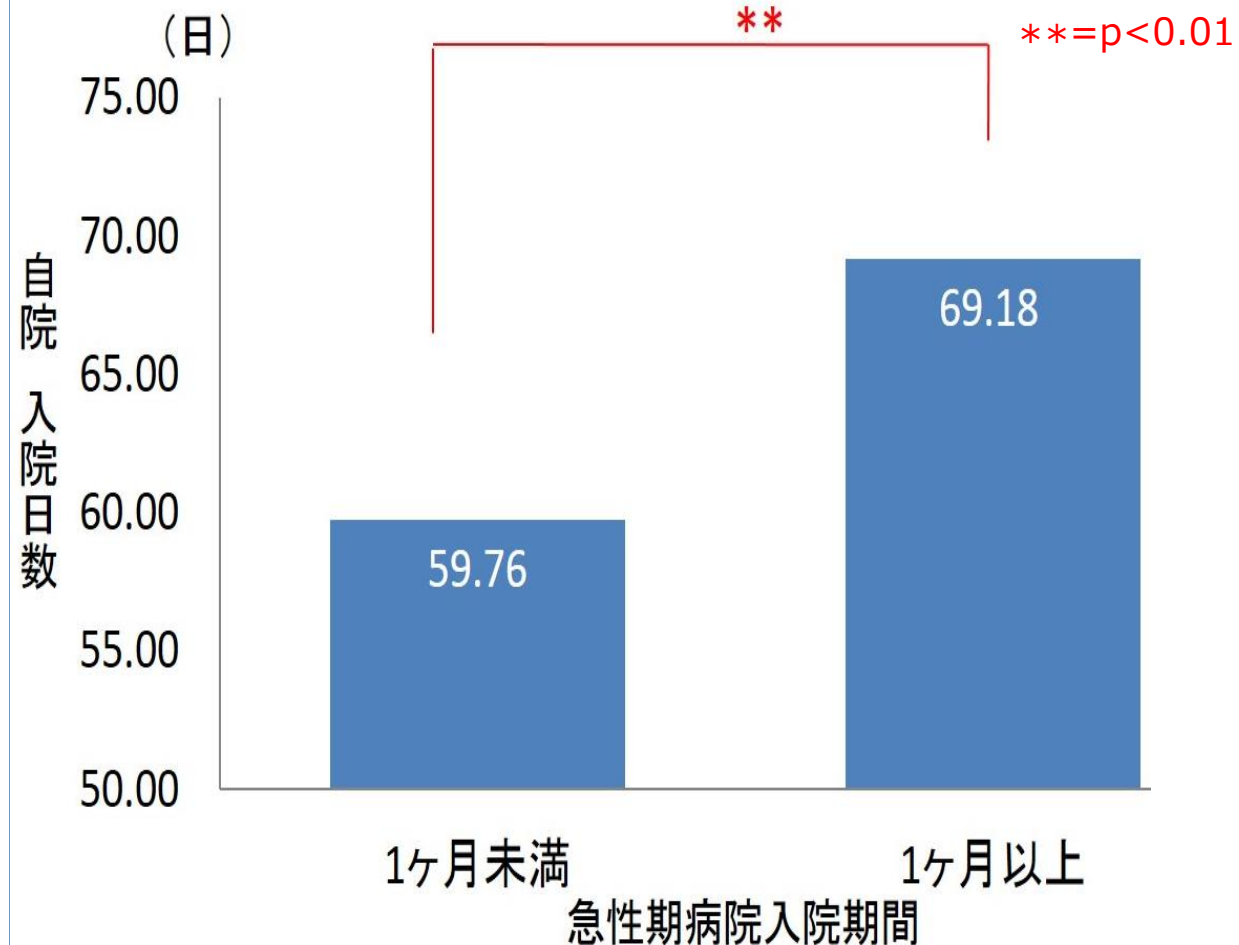
注1：「※1」は2011年のデータ

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

寝たきりは急性期医療の治療中と
治療後の継続入院中に
主に作られるのです。

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>



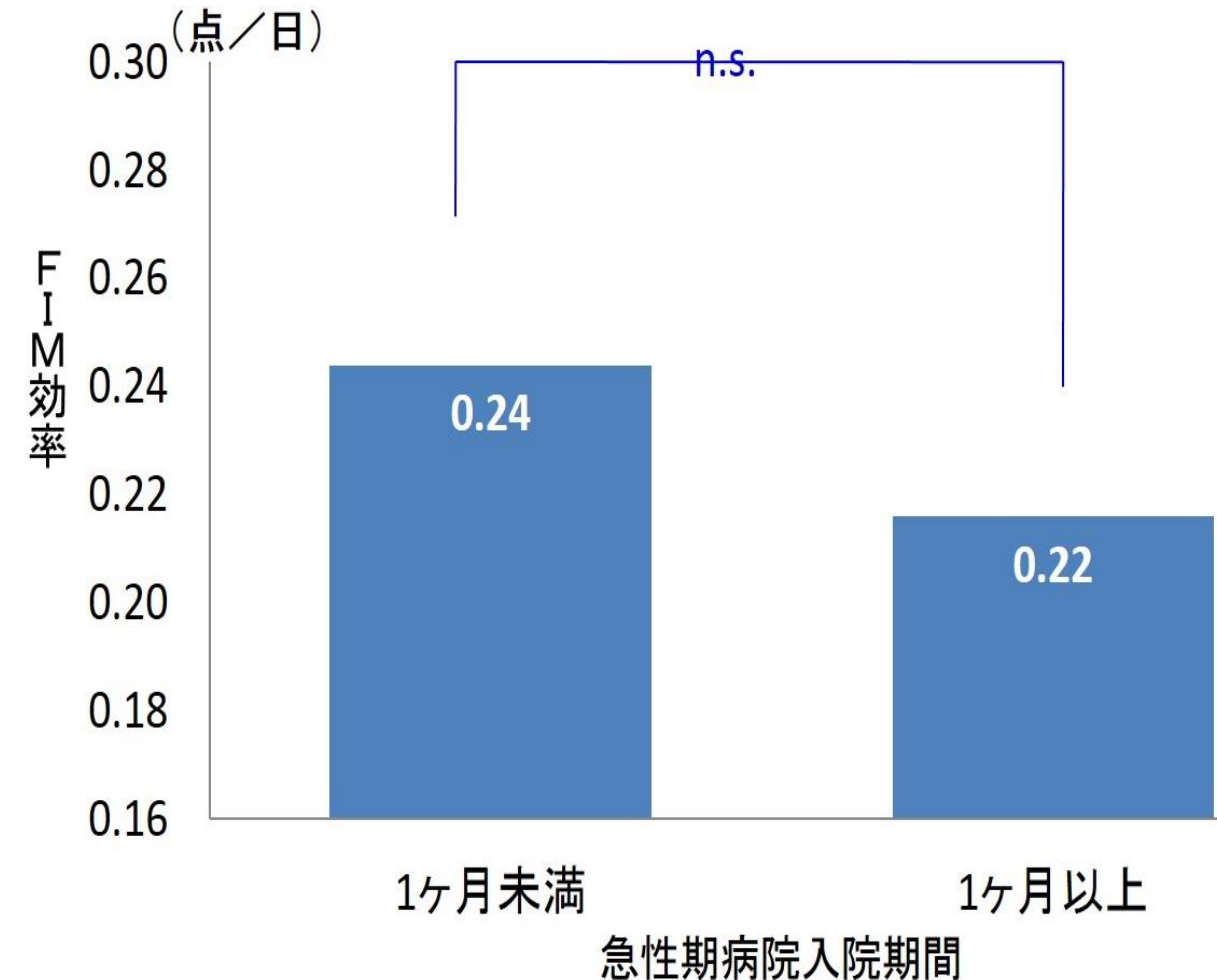
リハビリ
提供単位数

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

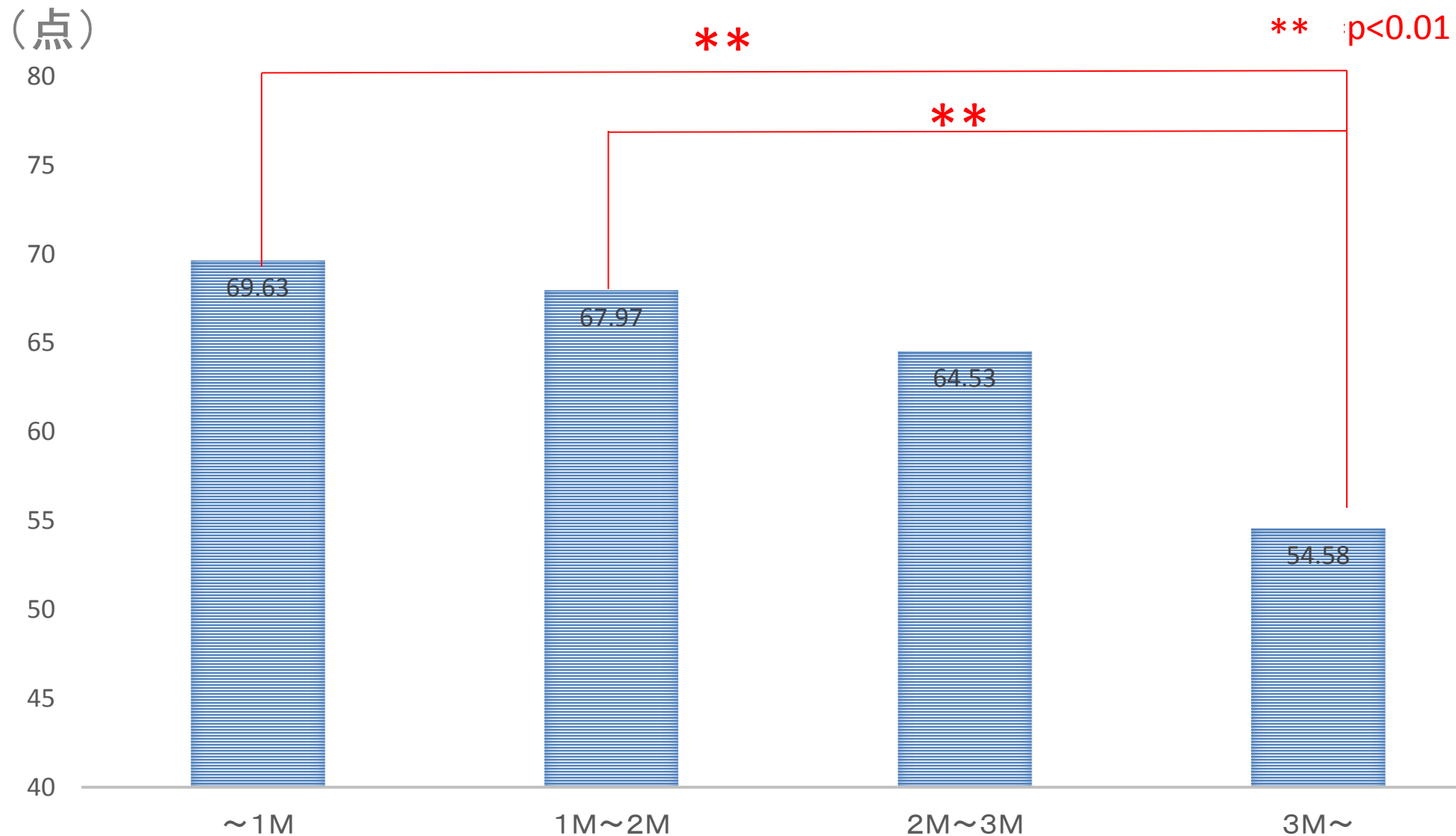
3.77単位

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。

後方病院の入院時 F I M 点数 <全体> (急性期病院での入院日数別)



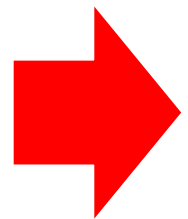
急性期病院入院期間

`Kruskal-Wallis検定 → `Steel-Dwass検定

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。

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。

急性期で行うべき処置が終わった
後もだらだらと急性期病院に
入院していても、1日3～5時間の
リハビリはしてくれない。



日常に戻れない

フレイルに陥るときは、感染症や脳卒中、手術等のために急性期に入院した患者が、それらの治療がある程度なされた後に患者が受けた医原性身体環境破壊を、入院後半期に十分回復させられず、急激にフレイルに陥る場合が多い。

結論的に言うと、急性期病院で
20日以上入院している患者の
早期退院促進が
フレイルの最大の予防策である。

中途半端な急性期病院には
これらの視点が欠如している。

「日本の寝たきりを半分にしよう」

1. 急性期リハビリの充実（入院日からのリハビリ）
2. 急性期リハビリ能力のない場合、入院後20日までにリハビリ能力と治療能力のある P o s t a c u t e に移す。
- 3. 高齢者の急性期治療の改善（栄養・水分出納・身体侵襲の軽減）**
4. 嚥下・排泄リハビリの優先
5. 短期集中リハビリのできる環境に
6. 寝たきりより座りきり
7. 無理な歩行訓練より車いす自立を
8. 慢性期治療の徹底
9. 延命ではなく日常復帰を
10. 慢性期総合診療医の養成

急性期医療で何げなく行われていること

◆検査のための絶食

◆末梢点滴での水分補給

◆安静臥床

◆栄養状態無関心

新入院患者の検査値の異常値割合

平成22年1月から平成28年6月に、当院を含む計16病院に入院した患者34,327名の、入院時検査における検査値の異常値割合

	患者数(人)	割合 (%)	一番悪い値
BUN 20.1以上	13,626	39.69%	225.9
Na 136未満	10,197	29.71%	99.2
Na 146.1以上	898	2.62%	186.5
ALB 3.8未満	20,416	59.48%	1.4
TCHO 130未満	5,913	17.23%	21
GLU 111以上	20,903	60.89%	1122
Hb	18,294	53.29%	2.3
再掲 (男性) 12.0未満	8,273	56.49%	2.3
再掲 (女性) 11.3未満	10,021	50.92%	3.1

各種病床種別・施設における死亡割合

			死亡退院
7：1一般病床※1			2%
地域包括ケア病棟※1			4%
医療療養病床※1	在宅復帰機能強化加算	あり	37%
		なし	49%
医療療養病床※1 (自宅からの入院を除く)		あり	52%
		なし	56%
介護療養病床（介護療養型医療施設）※2			35.1%
介護老人保健施設※2			10.2%
介護老人福祉施設※2			70.7%

特養では、入所中に状態が悪くなった方が病院に入院しても、それまで入所していた施設に籍を残したまま入院することが多く、その後に病院で死亡しても、施設では死亡退所として扱われるので、実際の特養での死亡割合は、老健よりも低いと言われている。

※1：厚生労働省 中央社会保険医療協議会 入院医療等の調査・評価分科会 2014 年（平成 26 年）度調査結果より
 ※2：2013 年（平成 25 年）度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業（全日本病院協会）資料より

1日の必要カロリーが1,500Kcalの高齢者が、入院前5日間750Kcalしか摂取できずに、入院後も5日間750Kcal（半分くらい）しかカロリーと水分を摂取しなかった場合、

【カロリー出納】

$$750\text{Kcal} \times (5\text{日} + 5\text{日}) = (-) 7,500\text{Kcal}$$

【水分出納】

$$750\text{Kcal} \times (5\text{日} + 5\text{日}) = (-) 7,500\text{ml}$$

(-) 出納

この状態を改善することは、
実は大変な治療となるのである。

もし入院後6日目から正常出納の
1日1,500Kcal,1,500mlを維持するとして、
それまでの（－）分を数日で補充する
ことは、心肺機能や消化管機能上、
到底無理である。

よく末梢に点滴を1日1～2本しているので、「良し」とされているようだが、
5%ブドウ糖液は、 $0.05 \times 500 = 25\text{g}$
 $25\text{g} \times 4\text{Kcal} = 100\text{Kcal}$
1本100Kcalしかない。
カロリー出納にはほとんど意味がない。

仮に1日200Kcal, 200mlずつ補充するとすると、1,700Kcal, 1,700mlの投与となる。

そうすると、 **$7,500 \div 200 = 75 / 2 \text{日} = 37.5 \text{日}$**

37日間も持続して1,700Kcal, 1,700mlを維持できなければならない。

37日間はずっと（－）出納のまま、その（－）が少しずつ少なくなっていく。

高齢者のカロリー、水分出納が（－）になってしまふことがいかに恐ろしいか、一旦（－）になれば、いかに回復が難しいかを理解しなければならない。

表面上は半分程度食べておけば、（－）出納は見逃されて、気がついた時には、相当な（－）出納となっていてしまっていることが多い。



そうなると、患者の各種臓器機能は低下し、免疫力も低下し、易感染性となり、合併症を続々と起こす可能性がある。

合併症が次々起これば、（－）出納の補充も計画通りにはいかないことになるため、（－）出納から永遠に脱出できなくなり、やがて衰弱して死亡することになる。

このことをターミナルというのか。

(一) 出納を早く気付いて、
是正を速やかに行って、正常軌道に
戻す治療力があるかが医師の力となる。

「日本の寝たきりを半分にしよう」

1. 急性期リハビリの充実（入院日からのリハビリ）
2. 急性期リハビリ能力のない場合、入院後20日までにリハビリ能力と治療能力のある P o s t a c u t e に移す。
3. 高齢者の急性期治療の改善（栄養・水分出納・身体侵襲の軽減）
- 4. 嚥下・排泄リハビリの優先**
5. 短期集中リハビリのできる環境に
6. 寝たきりより座りきり
7. 無理な歩行訓練より車いす自立を
8. 慢性期治療の徹底
9. 延命ではなく日常復帰を
10. 慢性期総合診療医の養成

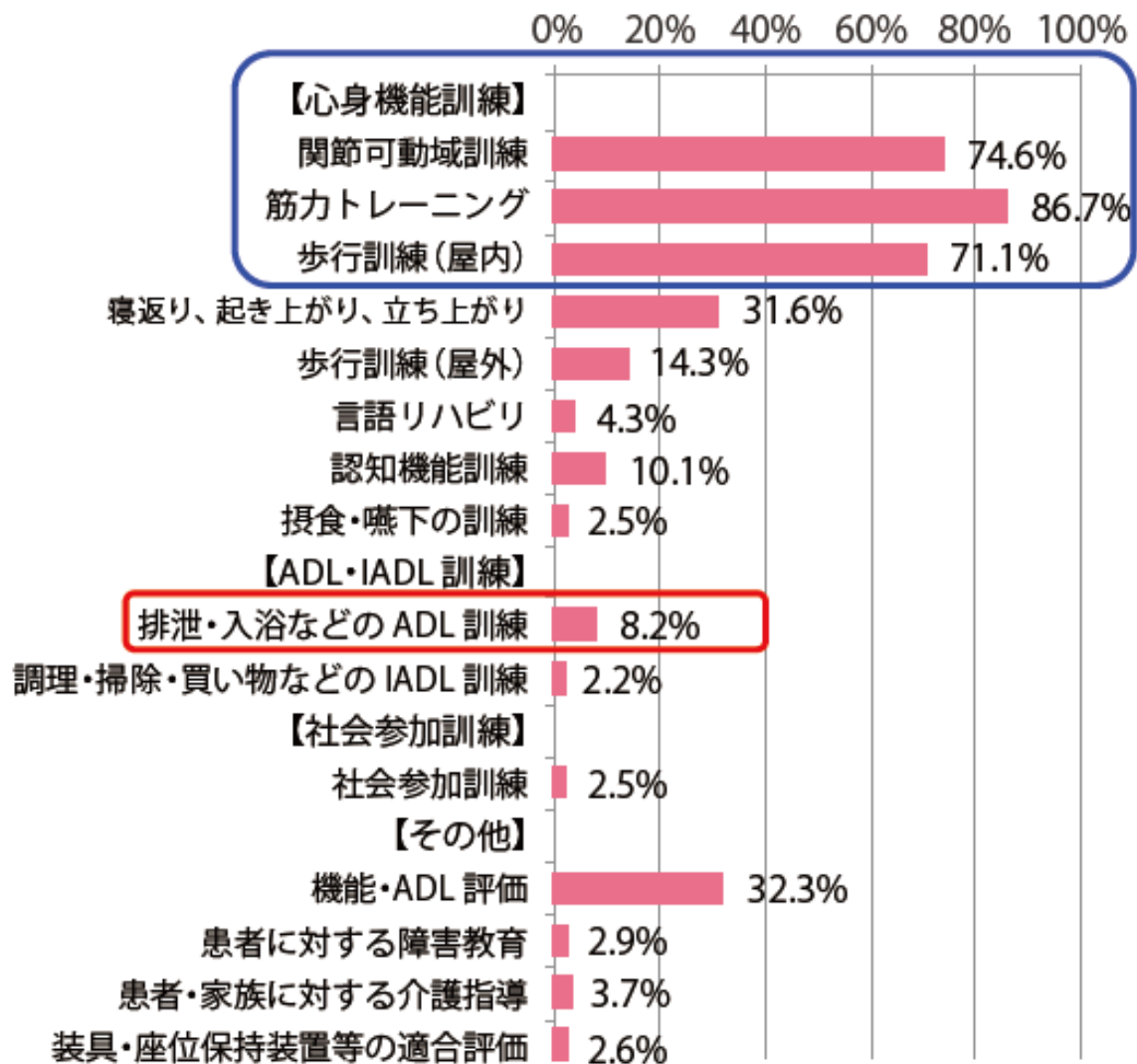
嚥下障害リハビリ、膀胱直腸障害リハビリの優先

- ① まず人間性の回復を優先すべき
- ② おむつをして経管栄養している人が、
リハビリに熱心になれるか
- ③ 嚥下障害リハビリや膀胱直腸障害リハビリに
多くの時間をとるべき
- ④ 歩行訓練リハビリの優先は正しいのか

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

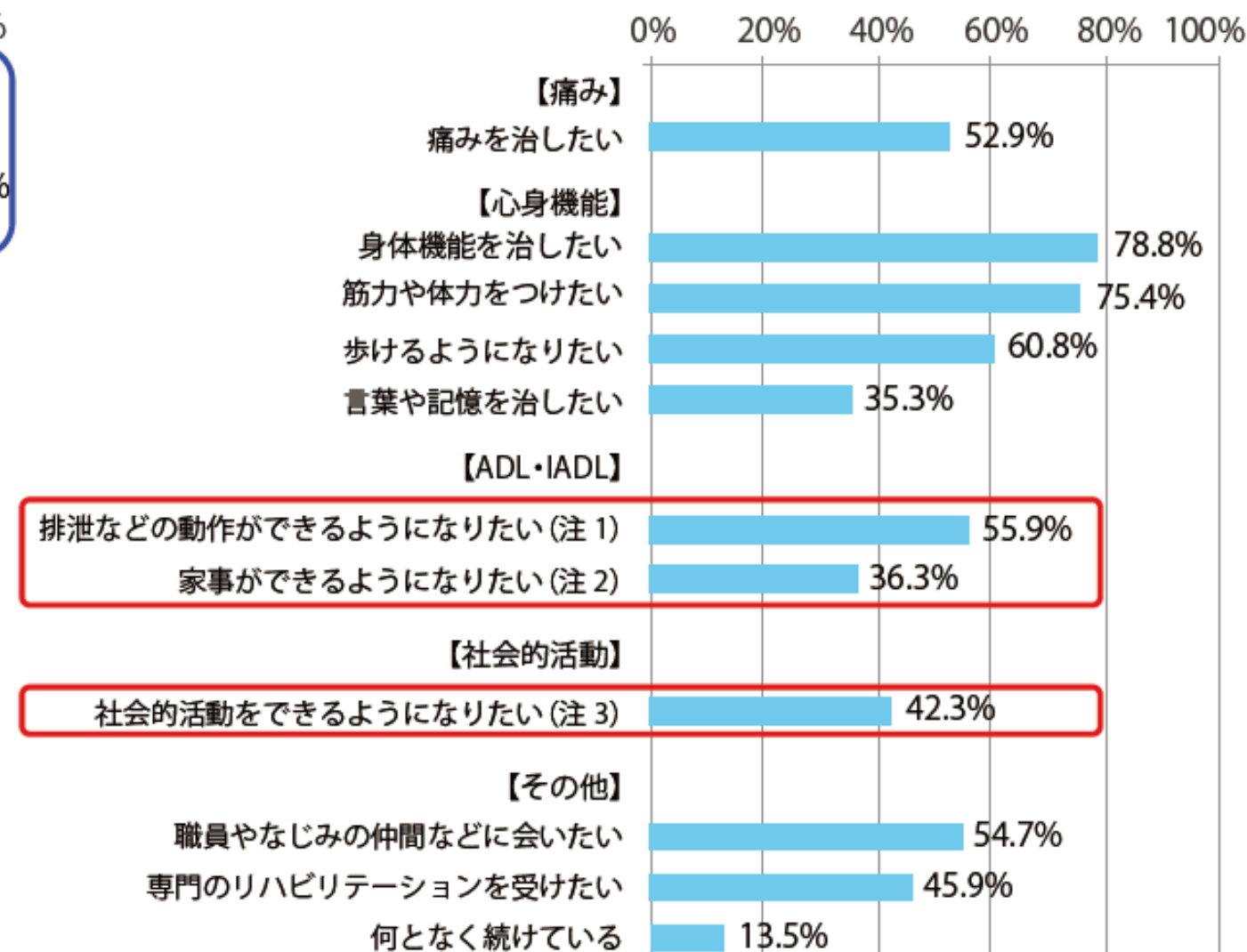
リハビリの実施内容（複数

図表17 通所リハ
(n=3,415)



リハビリ継続理由：本人回答（複数回答）

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」

たとえ動けなくとも
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

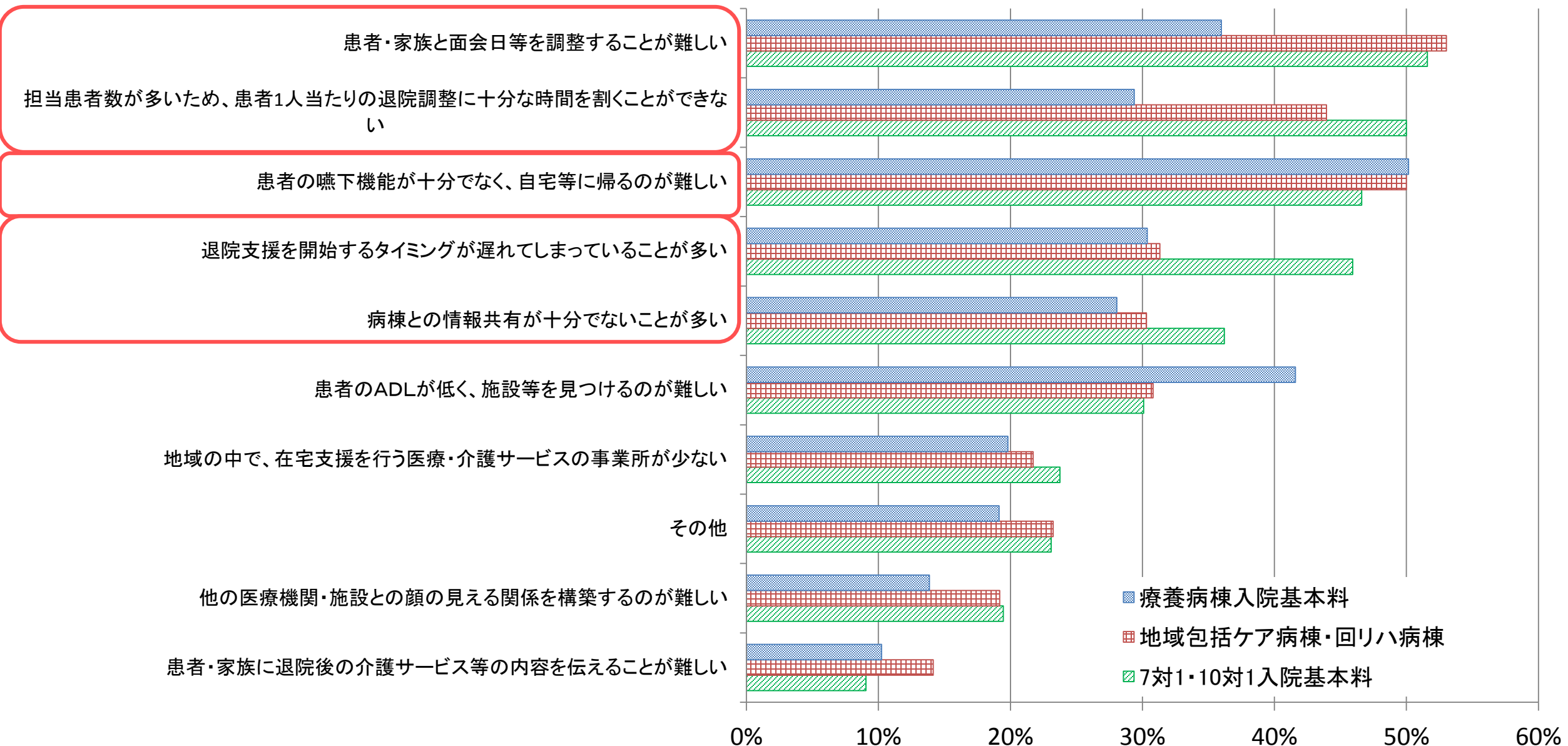
超高齢者は、自ら食べて、自ら排泄
できるようになれば、車椅子自立を
確立するべきであろう。そうすれば
寝たきりにならずに自宅に戻れる人
が 増 え る で あ る う 。

退院支援を行うに当たって困難な点

中医協 総－5
27.6.10

- 退院支援室等において、退院支援を行うに当たって困難な点として、患者・家族との面会や十分な退院調整に向けた時間の確保、嚥下機能が低下した患者の取扱い等が挙げられた。

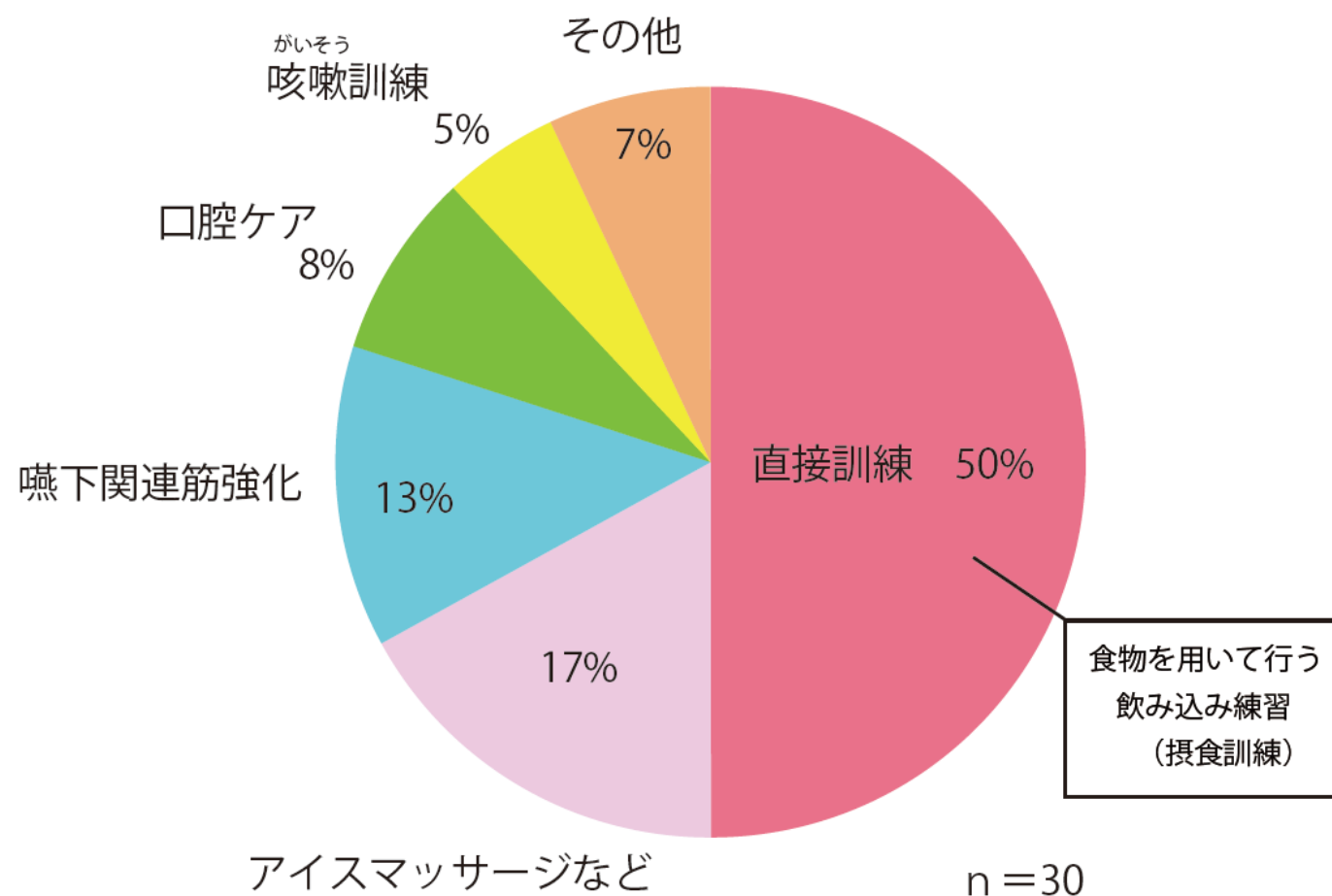
＜入院料別の退院支援を行うに当たって困難な点＞



積極的な摂食嚥下訓練の効果検証

ST（摂食嚥下）訓練 多単位介入

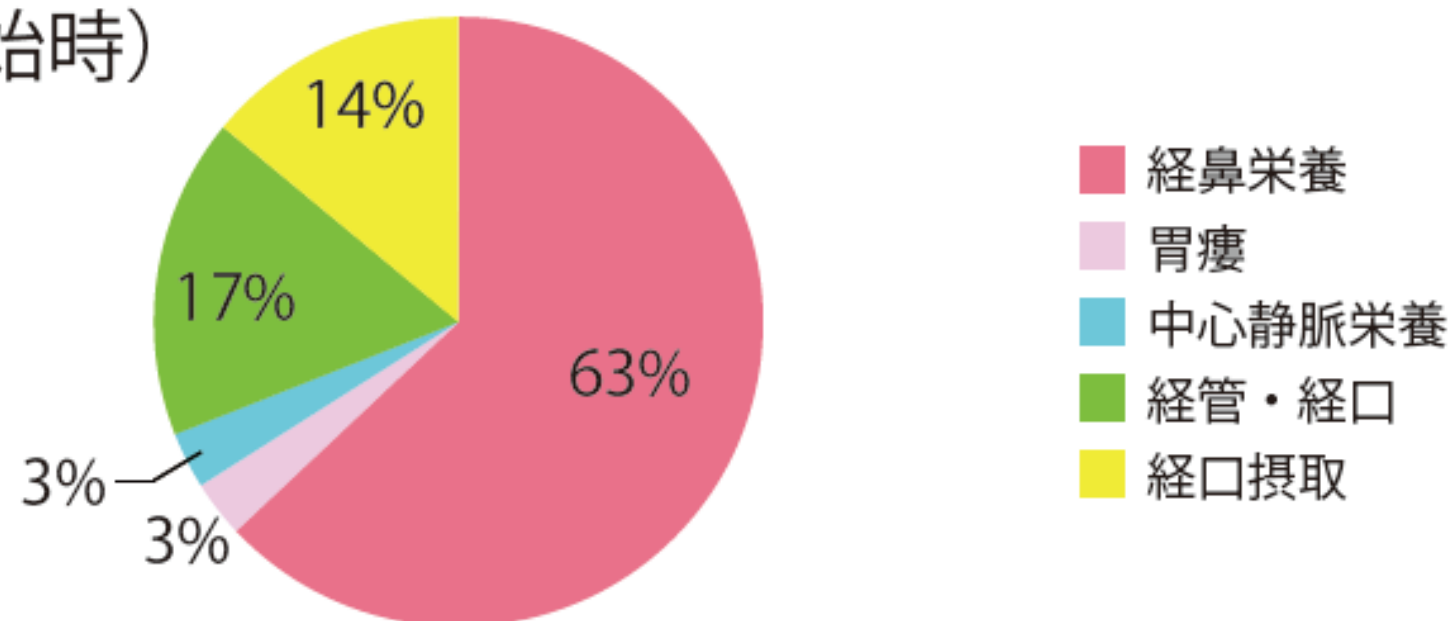
実施対象病院	4病院
患者数	30名 (男性19名 女性11名)
年齢	78.1±11.2歳
主疾患	中枢神経疾患：27名 その他：3名
平均ST 実施単位 (1日当たり)	5.6単位



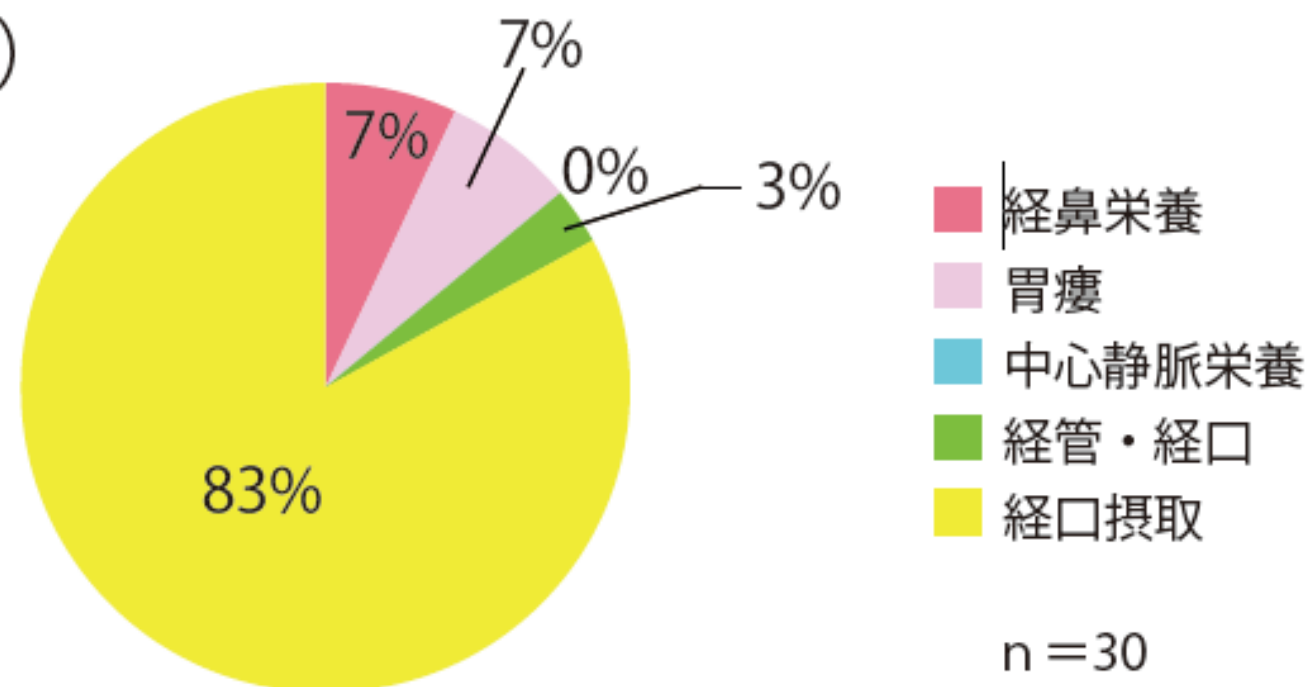
実施した摂食嚥下訓練の内訳

摂食嚥下訓練実施前後の栄養摂取手段の変化

(訓練開始時)



(訓練実施後)



n = 30

胃ろうを出来るだけ早く造設し、
積極的リハを行なえば、
経口から摂食できるようになる
可能性が高くなる。

膀胱・直腸障害リハビリの効果検討

実施施設数	22施設
対象患者数	111人
平均年齢	80.5±9.8 歳
平均個別リハ実施数	5.1単位/日

- 障害高齢者の日常生活自立度
(寝たきり度)

A以上 (生活自立、準寝たきり) : 23%

B以下 (寝たきり) : 77%

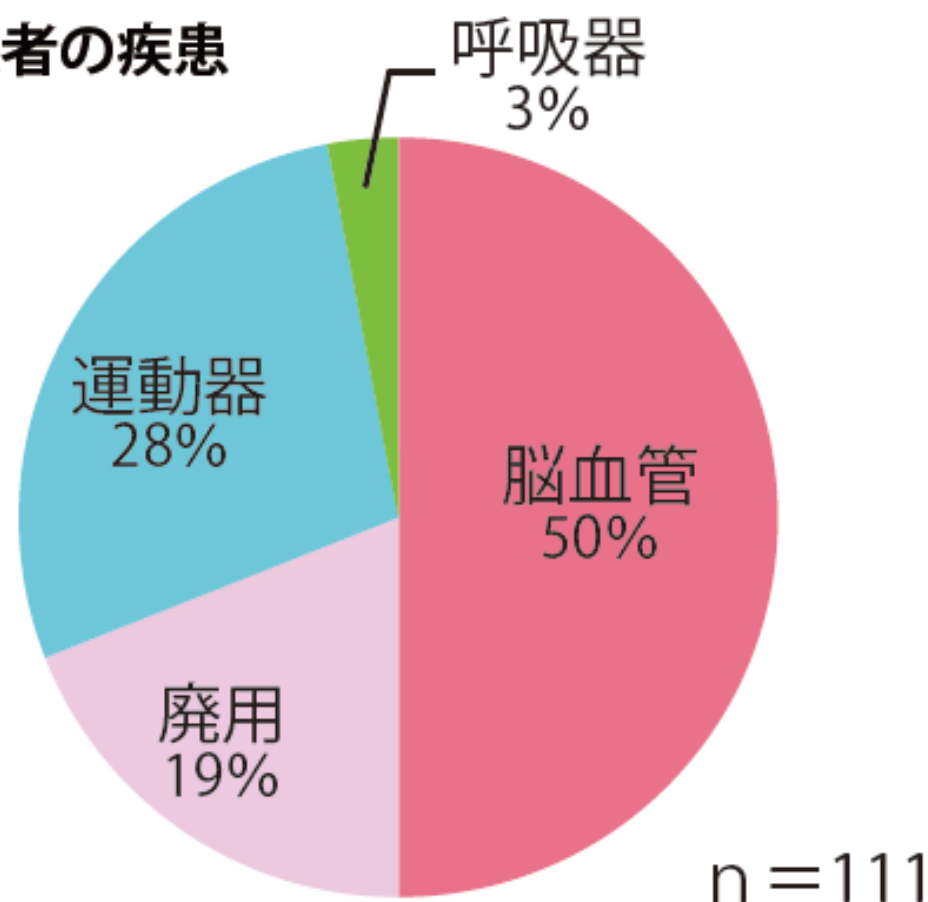
- 尿便意の有無について

訓練開始時：尿便意あり 49%
尿便意なし 46%
不明 5%



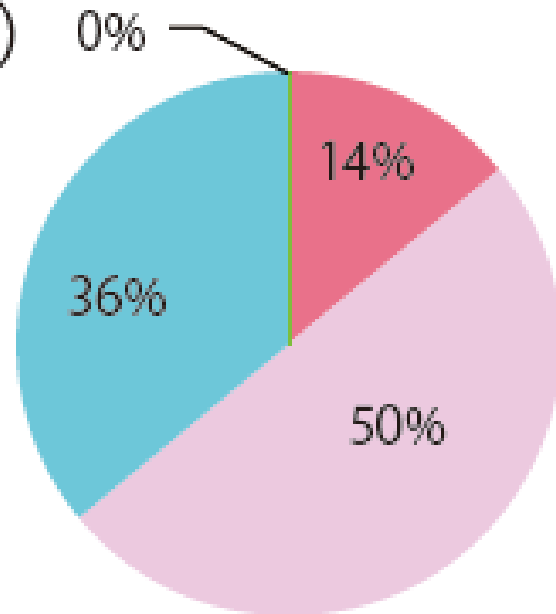
訓練実施後：尿便意あり 92%
尿便意なし 7%
不明 1%

対象者の疾患



着用している下衣（パンツ）の変化

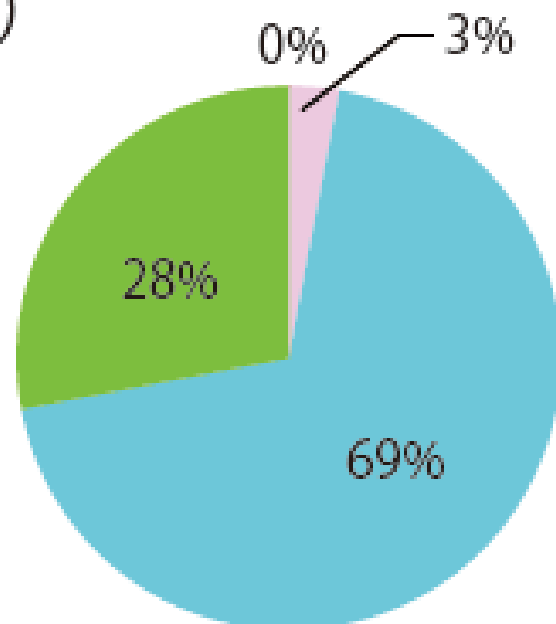
(訓練開始時)



■ カテーテル
■ オムツ
■ リハビリパンツ
■ 布パンツ



(訓練実施後)



■ カテーテル
■ オムツ
■ リハビリパンツ
■ 布パンツ

- 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。

n=111

手術等医療技術の適切な評価⑧

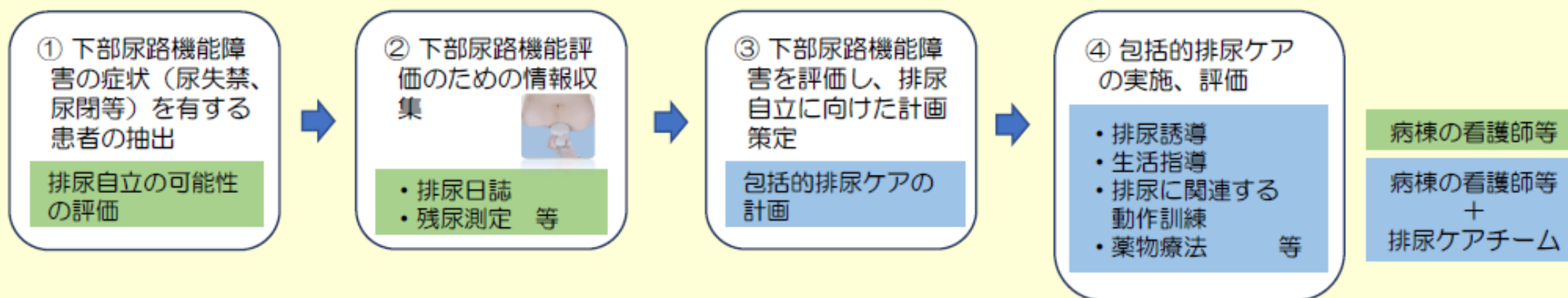
下部尿路機能障害を有する患者に対するケアの評価

- 下部尿路機能障害を有する患者に対して、病棟でのケアや多職種チームの介入による下部尿路機能の回復のための包括的排尿ケアについて評価する。

(新) 排尿自立指導料 200点(週1回)

[主な算定要件]

- ① 対象患者: 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者
- ② 算定回数: 週1回、計6回を限度として算定する。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。



[施設基準]

- ① 以下から構成される排尿ケアチームが設置されていること。
- ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
- イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修(16時間以上)を修了した専任の常勤看護師
- ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士
- ② 排尿ケアチームは、対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療期間内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

「日本の寝たきりを半分にしよう」

1. 急性期リハビリの充実（入院日からのリハビリ）
2. 急性期リハビリ能力のない場合、入院後20日までにリハビリ能力と治療能力のある P o s t a c u t e に移す。
3. 高齢者の急性期治療の改善（栄養・水分出納・身体侵襲の軽減）
4. 嚥下・排泄リハビリの優先
- 5. 短期集中リハビリのできる環境に**
6. 寝たきりより座りきり
7. 無理な歩行訓練より車いす自立を
8. 慢性期治療の徹底
9. 延命ではなく日常復帰を
10. 慢性期総合診療医の養成

脳卒中の発作 1 カ月目も 6 カ月後も、
1日同じ9単位（3時間）のリハビリでよいのか。
1ヶ月目は20単位（6時間以上）する方が良いの
で は な い か 。

脳卒中リハは、弛緩性麻痺の間に
集中的にリハビリを行うものである。

単位に関わらず集中リハをして
自主訓練を促し、短期で
成果を上げること

「日本の寝たきりを半分にしよう」

1. 急性期リハビリの充実（入院日からのリハビリ）
2. 急性期リハビリ能力のない場合、入院後20日までにリハビリ能力と治療能力のある P o s t a c u t e に移す。
3. 高齢者の急性期治療の改善（栄養・水分出納・身体侵襲の軽減）
4. 嚥下・排泄リハビリの優先
5. 短期集中リハビリのできる環境に
- 6. 寝たきりより座りきり**
- 7. 無理な歩行訓練より車いす自立を**
8. 慢性期治療の徹底
9. 延命ではなく日常復帰を
10. 慢性期総合診療医の養成

転倒する危険性を知っているのに
高 齢 者 脳 卒 中 患 者 に
自立歩行を強要するのか。
車イス自立でも部分自立でも
よい ではない か 。

超高齢者リハのゴールは
自立歩行復帰とは限らない。

「座りきり」の準備をしよう

座ることにより心肺機能に負荷がかかり、身体機能の回復を。

坐っ て い れ ば 下 肢 の 骨 折 は
起 こ ら な い 。 立 っ て い る か ら 転 倒 し 、
主 に 下 肢 が 骨 折 し 、 命 取 り に な る 。

離床コーディネーターを 作ろう

重症の人でも、せめてベッド上で
座位に近いギヤッジアップを

「日本の寝たきりを半分にしよう」

1. 急性期リハビリの充実（入院日からのリハビリ）
2. 急性期リハビリ能力のない場合、入院後20日までにリハビリ能力と治療能力のある P o s t a c u t e に移す。
3. 高齢者の急性期治療の改善（栄養・水分出納・身体侵襲の軽減）
4. 嚥下・排泄リハビリの優先
5. 短期集中リハビリのできる環境に
6. 寝たきりより座りきり
7. 無理な歩行訓練より車いす自立を
8. 慢性期治療の徹底
9. 延命ではなく日常復帰を
10. 慢性期総合診療医の養成

十分に治療できない病院ほど
ターミナルという言葉で
逃げているのではないか。

「延命すべきでない」
と言っても定義がはっきりしない、
治る病気は治すことが延命となるのか。

延命とは、
本人の本来もっている寿命を
より延ばすという意味

本人の寿命を超えて延命させる必要はないが、急性期から始まる治療の副作用として発生する医原性身体環境破壊は人為的に寿命を短縮されそうなものだから治せる病態は治してあげて本来の寿命に戻してあげるべきである。

高齢者にもきちんとした医療が必要である。

個人個人の寿命はそれぞれ違うが、
天寿を全うできるような医療が必要である。

ほんの少しの異変に早く気付いて、
早めの対応をとれば、日常に戻れるが、
「まあ、様子を見ましょう」なんて
ことは、高齢者では通用しない。

異変のほんの少し前に気付いて、
少しずつ補正しながら、主病名の治療
に当たれば、本人の持っている寿命は
また元の寿命ラインに
帰ることが出来る。

要するに、総合診療医である主治医の腕次第で天寿を全うできる人と、
凶らずも、たまたまの病気に足を
すくわれて寿命を全うできない人に分かれる。

高齢者も誰しも長生きはしたいだろうが、
いろいろな諸条件でなかなか
天寿は全うできていないのが現実である。

家族や周囲の人たちの多くが、高齢者の
ターミナルを望んでいる訳ではなく、
多くは長生きしてほしいと願っている
ことは事実である。

しかし、治る見込みのない患者に、
痛い・苦しい治療を継続させるのは
忍びないとも思っているのである。

だから逆に考えると、

「治る病気は治してほしい」
と思っておられるし、本人が苦しくて
も、少しずつ良くなって楽になり、
終には日常近くに戻れることが出来た
らと願っているのも事実である。

絡み合った難しい病状を改善するために
1つずつ解きほぐす治療と同時に
リハビリを併行しながら病前の日常生活
に戻す努力をすることが、医療スタッフ
の使命です。治る病気は治して差し上げ
るのが私たちの仕事です。

慢性期病院では重症の患者が多く入院してくる。特に慢性期治療を積極的に行う慢性期治療病院では、複雑に絡み合った病状に対し、治療が困難な患者であっても、積極的治療とリハビリを行う事が大切であると考えている。

医師は病気を治療して良くすることで
評価される。そしてその後の患者さんの
Q O L を 保 つ こ と が 大 切 。

地域のバックベッド病院での治療は、
多臓器の身体合併症の多い後期高齢期
患者が多いため、高度急性期の
臓器別専門医の治療よりむしろ
総合診療医機能を持つ後期高齢者の
治療に習熟した医師が必要となる。

高齢者の治療は、一部の高度医療の必要な場合を除き、総合診療医機能を持った慢性期医療を中心に担当している医師に
任 せ る べ き で あ る 。

地域の慢性期病院は、慢性期患者の急変も当然受け持たなければならない。従って、地域の主に慢性期機能の病院であっても急変患者の受け入れがでなければならない。

日本の寝たきりを
半分にしよう

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