



平成医療福祉グループ
HEISEI MEDICAL WELFARE GROUP

【基調講演】

2020年診療報酬改定に伴うこれからの 慢性期医療の在り方と看護が担う役割

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

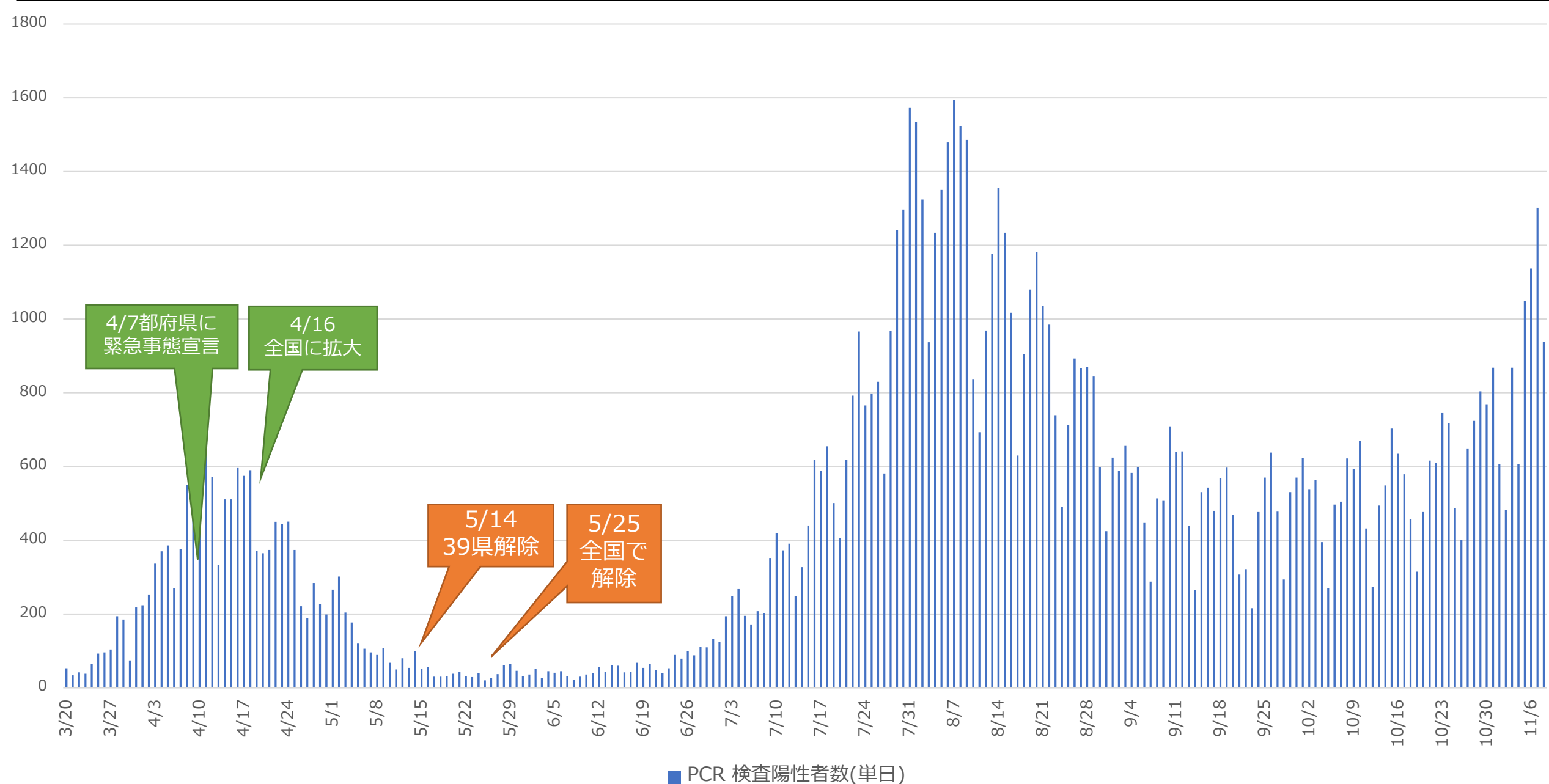
武久 洋三

2020年11月15日（日） 16:00～17:00

メディバンク株式会社

ライブ配信『これからの慢性期医療と看護の在り方』

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)PCR検査陽性者数(単日)

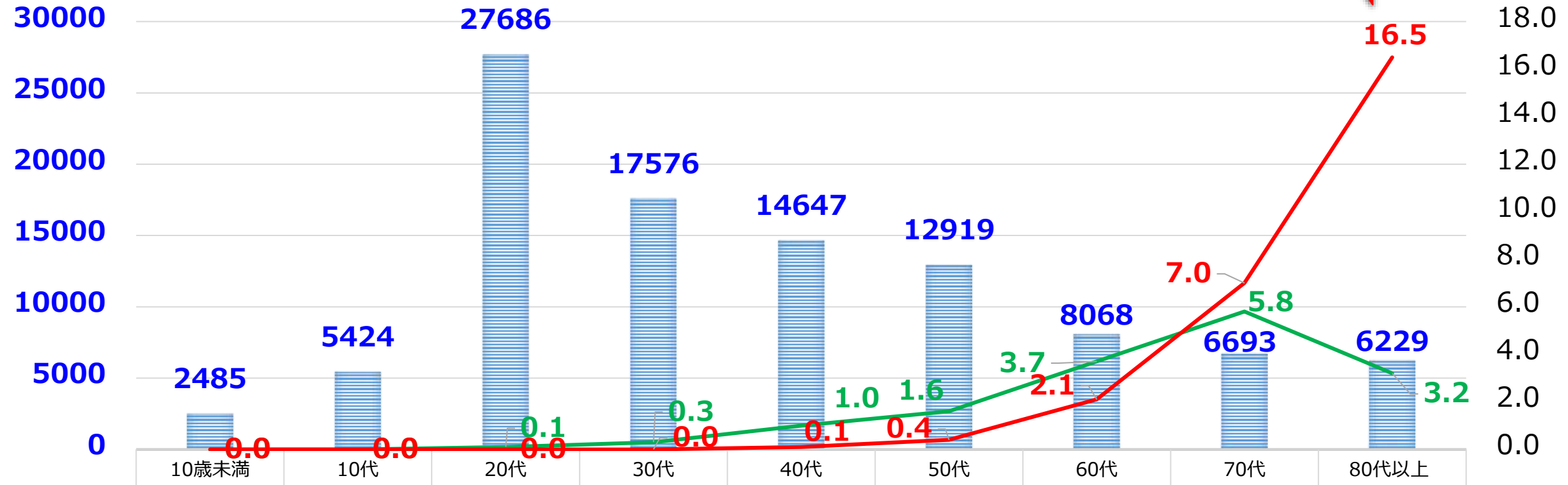


■ PCR 検査陽性者数(単日)

新型コロナウイルス感染症は 高齢者ほど死亡率が高い

80歳以上の
死亡率は16.5%

■陽性者数 ■重症者割合 ■死亡割合



陽性者数	2485	5424	27686	17576	14647	12919	8068	6693	6229
重症者割合	0.0	0.0	0.1	0.3	1.0	1.6	3.7	5.8	3.2
死亡割合	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4	2.1	7.0	16.5

(注)数字は2020年11月4日18時時点(出所)厚生労働省

当グループ内における新型コロナウイルスクラスター発生事例（徳島県南部 デイサービスセンター他）

2020.8.4【特養内】デイサービス利用者 4名
職員 2名

2020.8.4【当院併設】軽費老人ホーム入居者 2名
（うち1名は【特養内】デイサービス利用者）

2020.8.5【特養内】デイサービス利用者 1名

2020.8.6【特養内】デイサービス利用者 1名

2020.8.9【当院併設】軽費老人ホーム入居者 1名

2020.8.10【当院併設】軽費老人ホーム入居者 1名

2020.8.4【特養内】デイサービス利用者 2名

- 8月4日陽性者確認後、利用停止、【特養内】デイサービス利用者・職員及び特養内全入所者、【当院併設】軽費老人ホーム入所者及び職員に対しPCR検査を実施。停止期間中の施設内消毒作業および感染予防対策を行い、8月24日から利用再開した。

デイ利用者・施設入居者 12名、職員 2名、合計14名感染

当グループ内における新型コロナウイルスクラスター発生事例（東京都内 病院）

2020.10.6【病院内】老人病棟 職員1名
 新型コロナウイルスPCR陽性

**2020.10.8 当該病棟患者50名及び当該病棟職員、
 当該病棟職員と接触したすべての職員に
 対するPCR検査を実施、多数の感染確認。**

2020.10.9 累積PCR陽性者数
 職員6名・患者22名

2020.10.14更新
 職員3名・患者16名

2020.10.15更新
 職員3名・患者1名

2020.10.17更新
 職員0名・患者1名

2020.10.18更新
 職員0名・患者1名

2020.10.19更新
 職員0名・患者1名

2020.10.20更新
 職員1名・患者0名

2020.10.21更新
 職員0名・患者5名

2020.10.22更新
 職員0名・患者2名

2020.10.24更新
 職員3名・患者3名

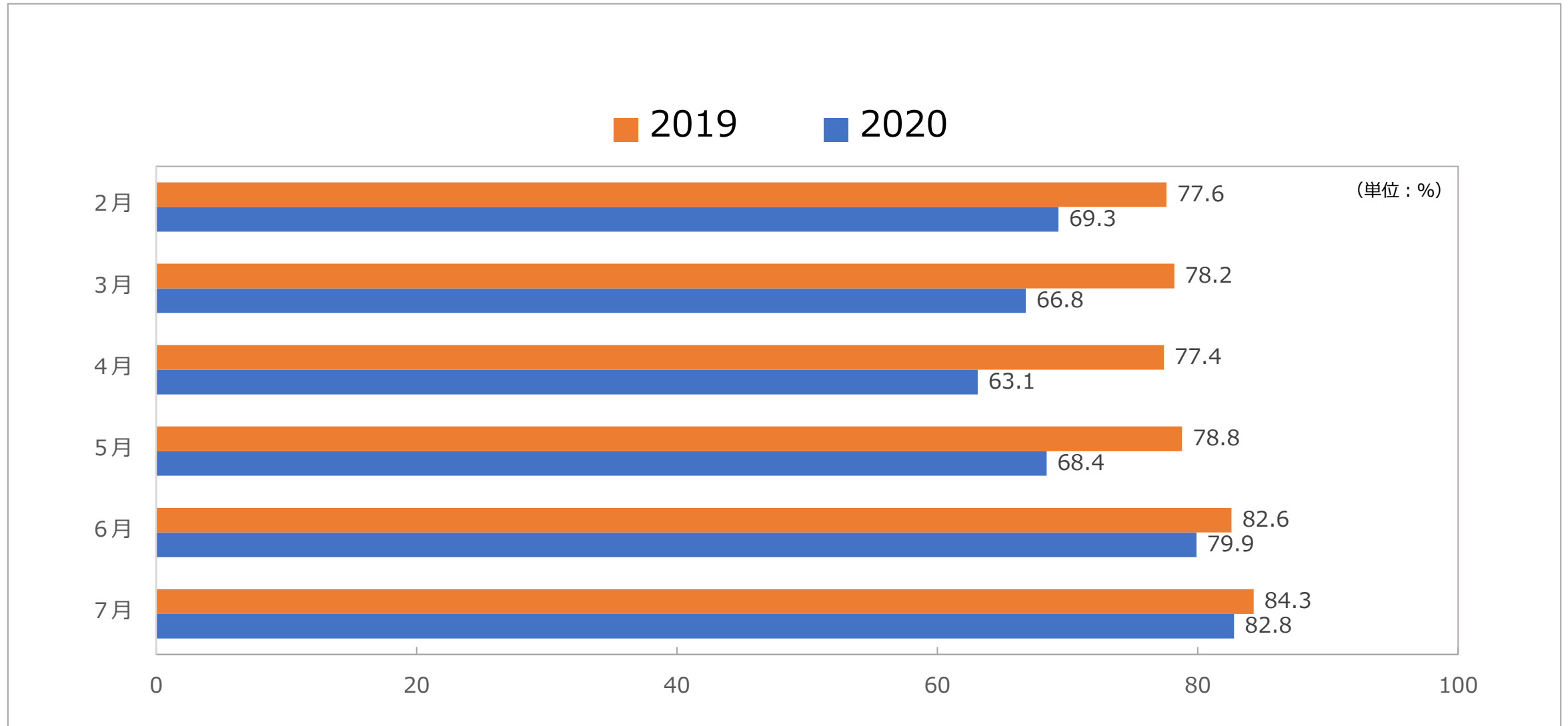
2020.10.28更新
 職員0名・患者4名

2020.10.30更新
 職員1名・患者0名

合計 職員17名・患者56名

病院ホームページ、区役所ホームページより

病床利用率が昨年と比べて減少している



2月・3月 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況緊急調査（最終報告）」（2020.5.27）より

4月～7月 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会「新型コロナウイルス感染拡大による2020年7月分病院経営状況調査」（2020.9.10）より

■コロナ患者受入状況における経営指標の比較

n=177

(単位：千円)	4月分 平均病床数：424			5月分 平均病床数：424			6月分 平均病床数：424			7月分 平均病床数：424		
	2019年4月	2020年4月	前年比	2019年5月	2020年5月	前年比	2019年6月	2020年6月	前年比	2019年7月	2020年7月	前年比
	医療収益	1,038,679	919,543	-11.5%	1,033,865	841,283	-18.6%	1,037,075	968,523	-6.6%	1,104,420	1,034,789
入院診療収入	684,683	611,041	-10.8%	683,135	562,732	-17.6%	684,600	626,309	-8.5%	720,787	674,467	-6.4%
外来診療収入	308,000	274,704	-10.8%	305,711	250,731	-18.0%	300,791	297,412	-1.1%	328,624	311,028	-5.4%
健診・人間ドック等収入	16,271	7,870	-51.6%	17,816	5,395	-69.7%	21,192	16,380	-22.7%	23,369	20,404	-12.7%
室料差額・その他医療収入	29,724	25,928	-12.8%	27,203	22,424	-17.6%	30,492	28,421	-6.8%	31,641	28,890	-8.7%
医療費用	1,075,335	1,079,818	0.4%	1,043,546	995,758	-4.6%	1,125,381	1,123,941	-0.1%	1,089,239	1,080,669	-0.8%
医薬品費	189,431	190,187	0.4%	169,171	152,764	-9.7%	167,799	175,010	4.3%	184,968	183,800	-0.6%
診療材料費	127,396	117,685	-7.6%	114,824	91,010	-20.7%	118,823	110,246	-7.2%	129,561	121,923	-5.9%
給与費	504,562	514,246	1.9%	514,912	515,567	0.1%	586,004	588,755	0.5%	520,121	523,238	0.6%
その他経費	253,947	257,700	1.5%	244,639	236,417	-3.4%	252,755	249,930	-1.1%	254,589	251,708	-1.1%
医療利益	-36,657	-160,276		-9,681	-154,475		-88,306	-155,418		15,181	-45,880	
医療利益率	-3.5%	-17.4%		-0.9%	-18.4%		-8.5%	-16.0%		1.4%	-4.4%	



	前年同月比増減率 (n=177)				
	4月	5月	6月	7月	4~7月
外来患者延数	-21.1%	-28.0%	-9.6%	-12.5%	-17.7%
初診患者数	-41.2%	-45.0%	-22.9%	-21.5%	-32.5%
在院患者延数	-13.9%	-19.3%	-15.0%	-11.1%	-14.8%
新入院患者数	-20.0%	-28.6%	-12.7%	-13.3%	-18.5%
退院患者数	-17.5%	-25.0%	-17.3%	-11.9%	-17.8%
手術件数 (手術室)	-16.9%	-33.4%	-12.3%	-10.8%	-18.0%
救急患者受入総数	-34.9%	-35.1%	-26.2%	-18.9%	-28.9%
救急車受入総数	-21.2%	-20.4%	-13.8%	-14.0%	-17.3%

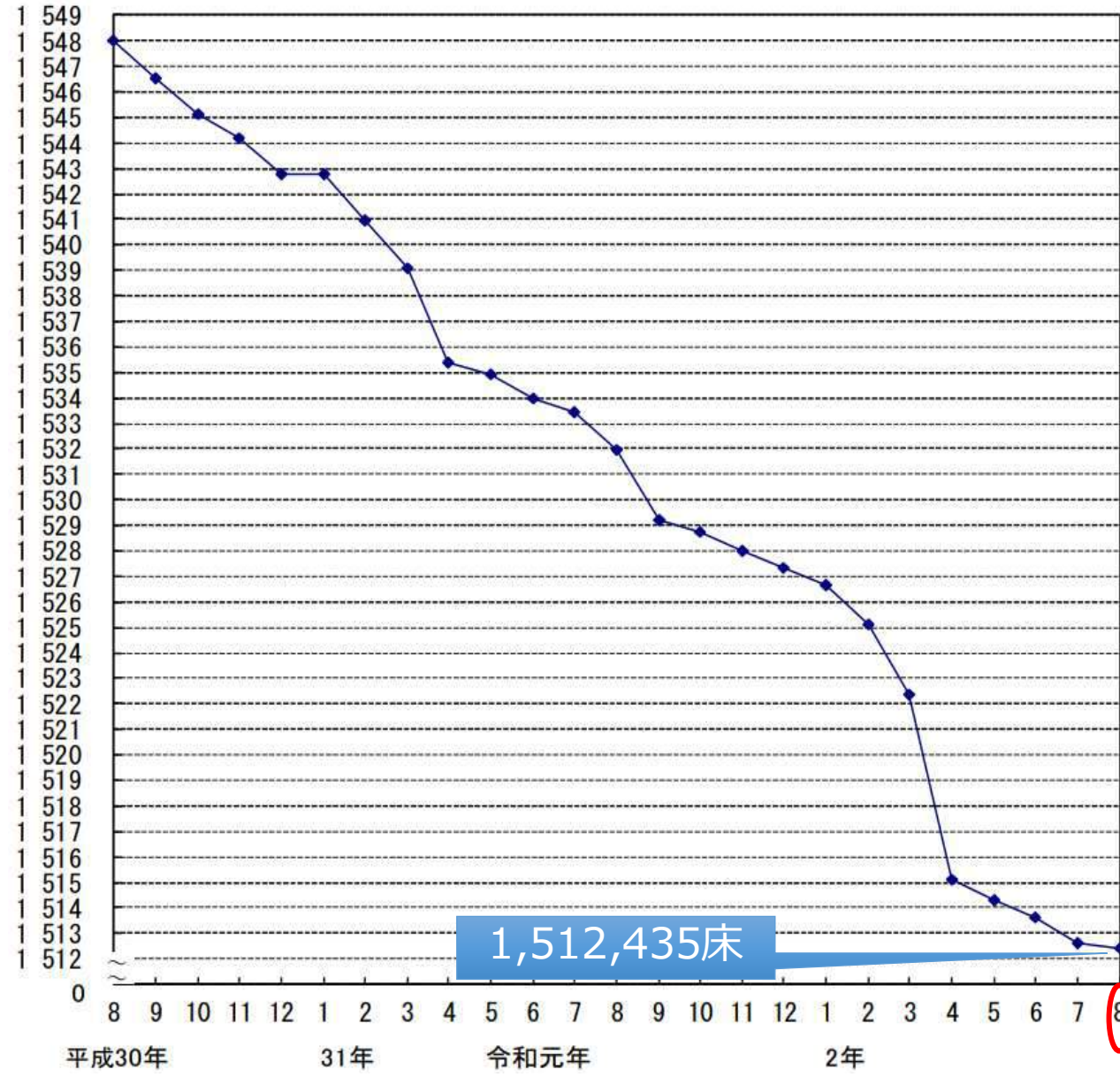
日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会

「新型コロナウイルス感染拡大による 2020年7月分病院経営状況調査」 (2020.9.10) より作成

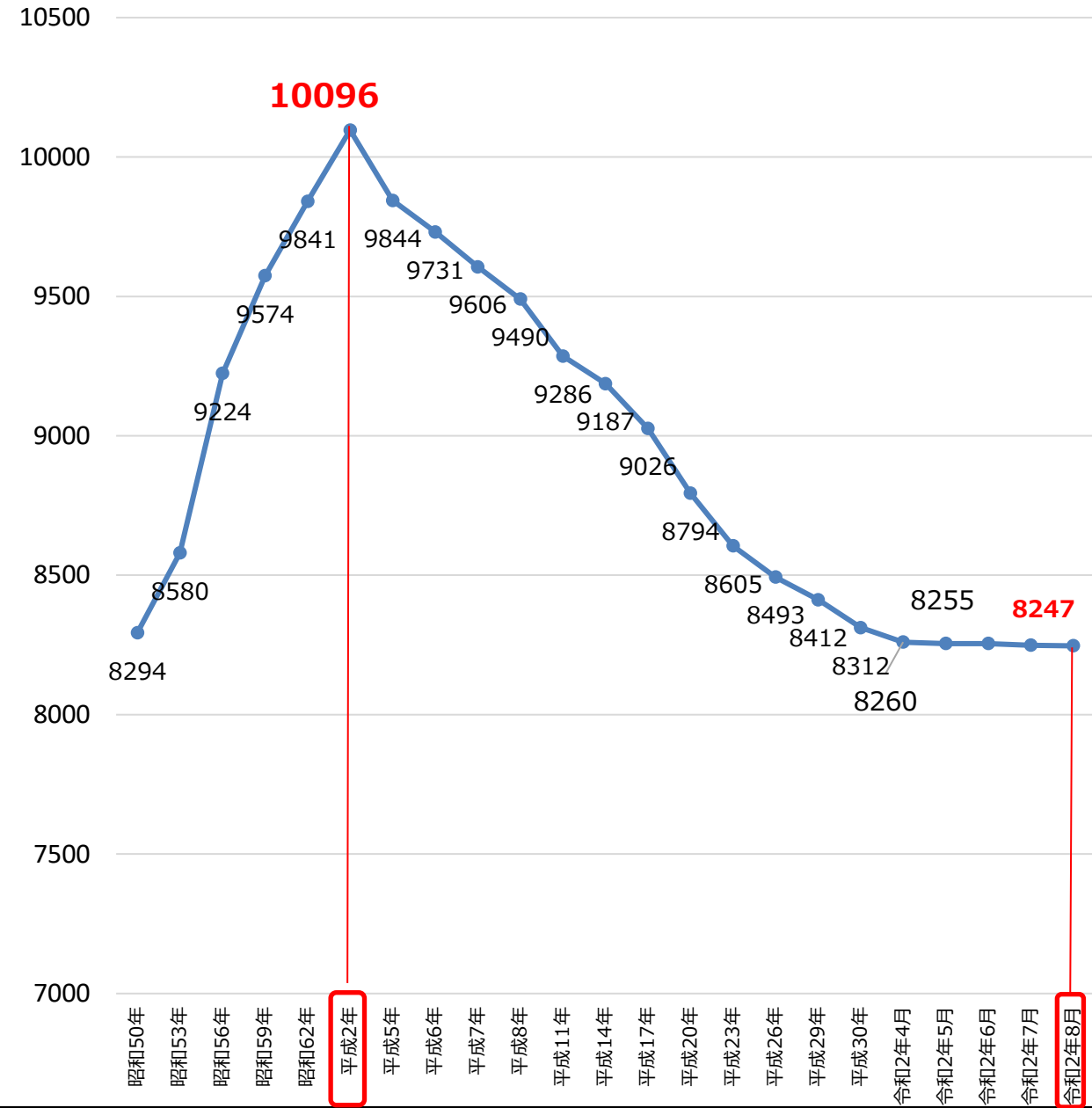
●4月から5月にかけて患者数が最も少なく、その後改善がみられている。
ただし前年より少ない状態であり、厳しい状態である。

病院病床数

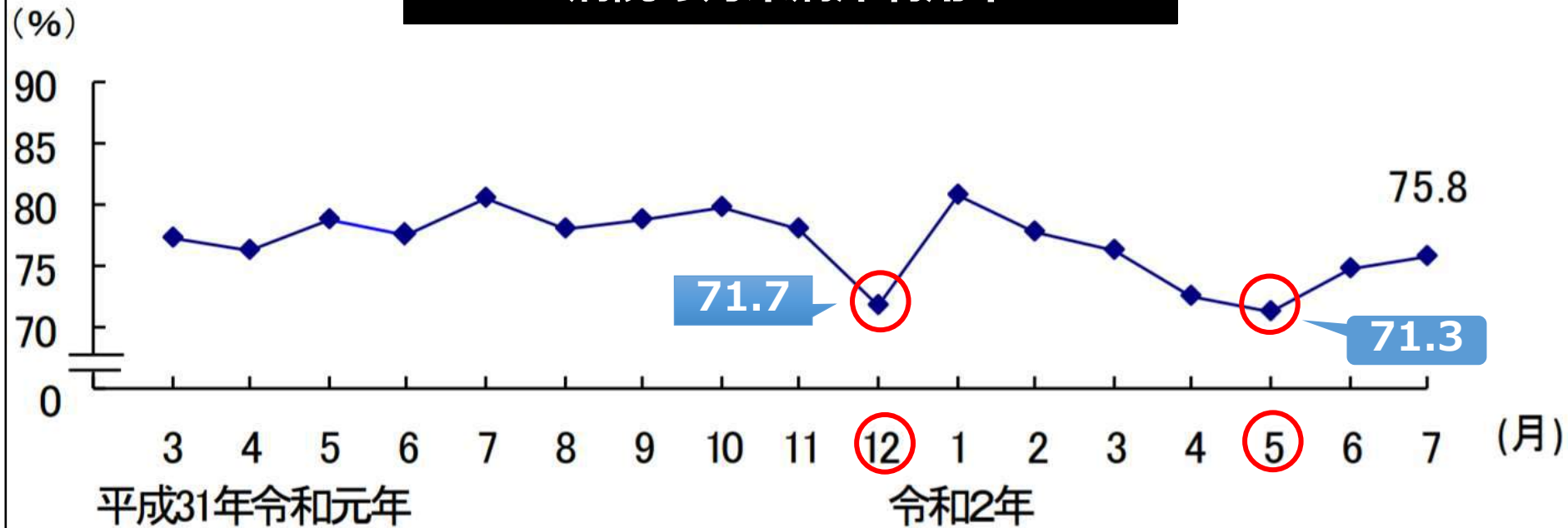
病床(千床)



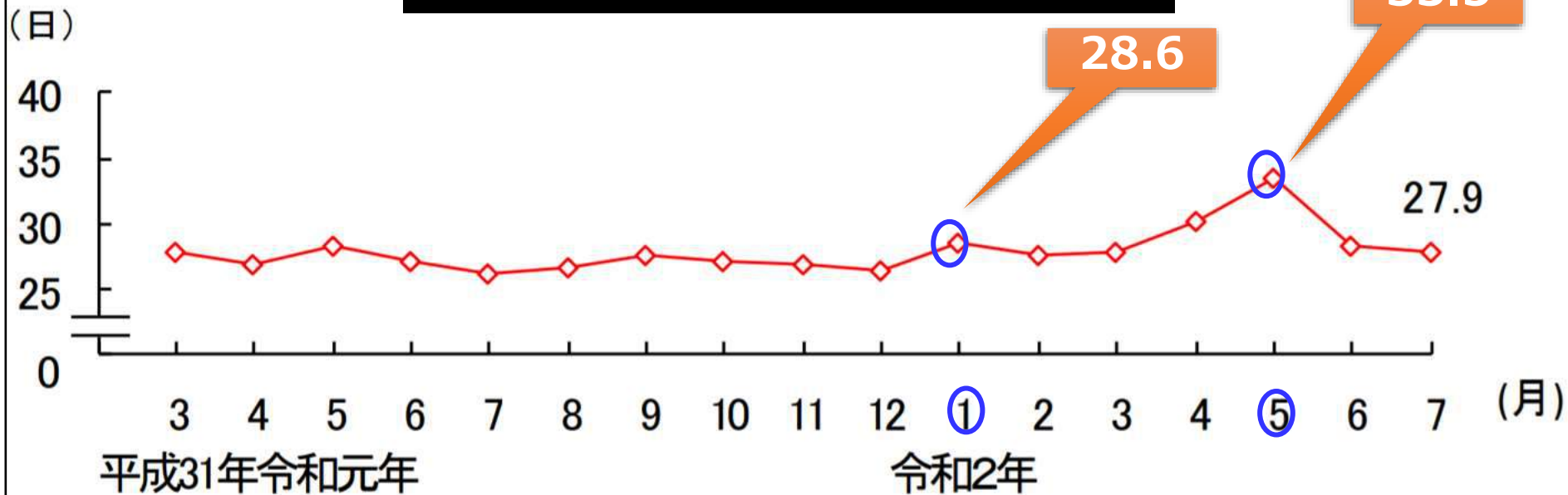
病院数



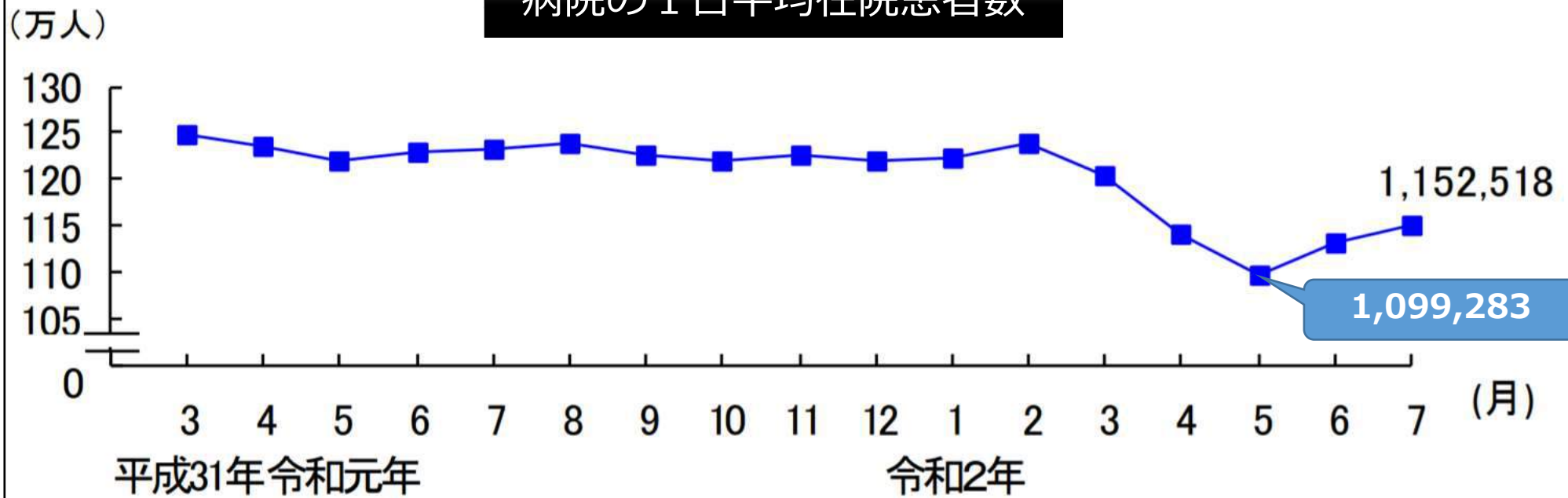
病院の月末病床利用率



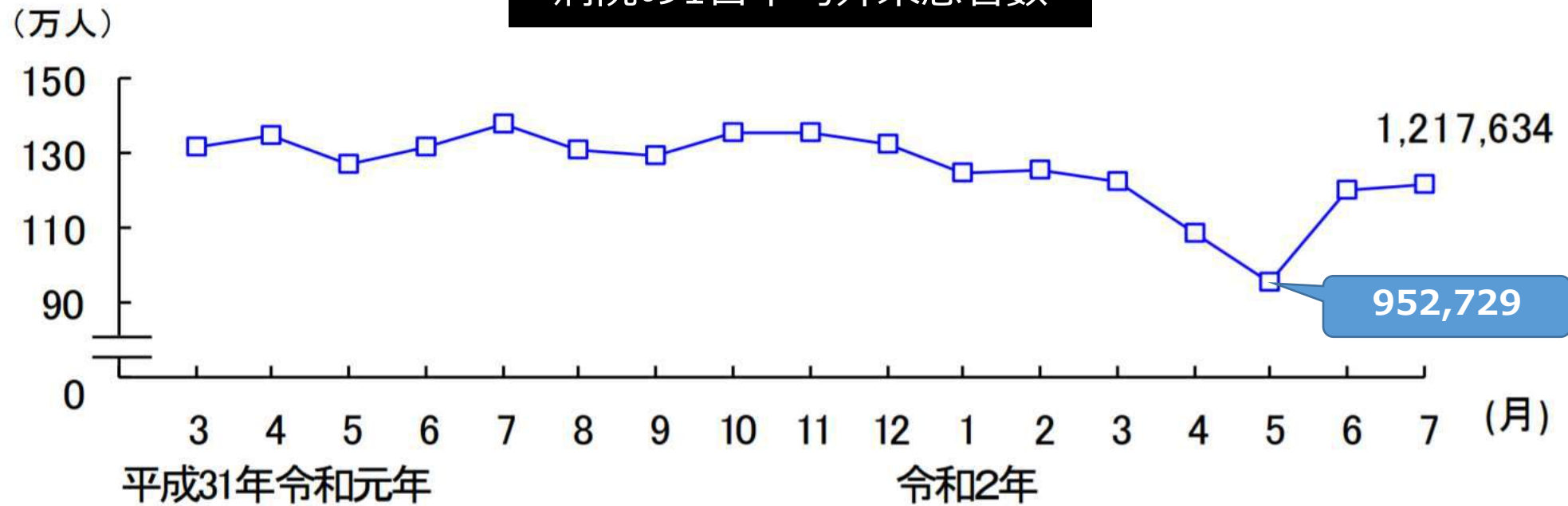
病院の平均在院日数



病院の1日平均在院患者数



病院の1日平均外来患者数

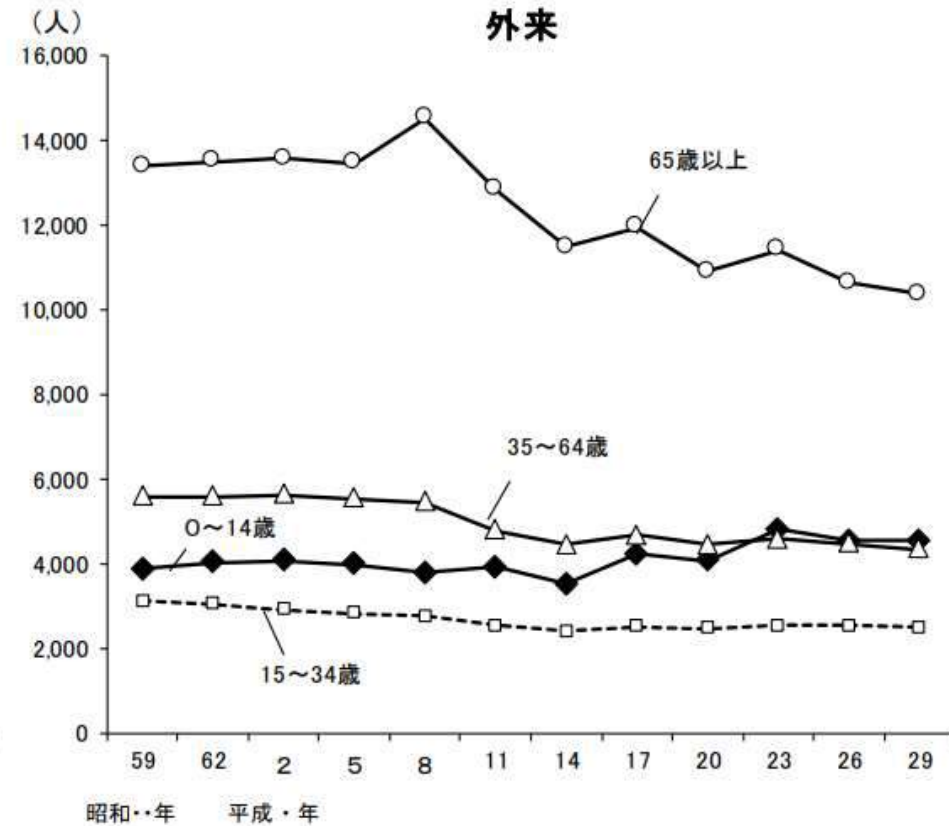
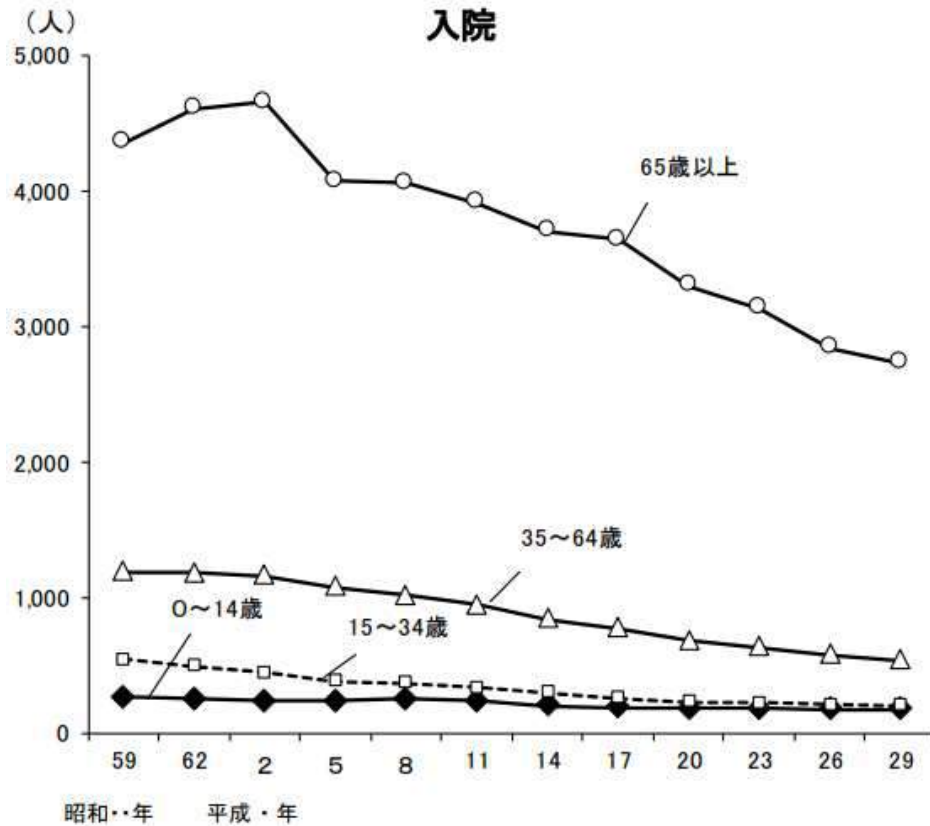


- 日本の医療は病院が中心を担っている。
- 令和2年8月末時点での病院病床数は、1,512,435床となっている。
- 令和2年5月末の病床利用率が71.3%であるので、約30%が空床である。
- 一般病床に限っては、病床利用率が62.9%であり、40%が空床である。
- また高齢者がどんどん増加しているにもかかわらず、入院、外来ともに受療率は全体的に低下傾向であり、特に65歳以上で顕著であることが分かっている。

年齢階級別の入院/外来受療率の推移

○ 入院、外来ともに受療率は全体的に低下傾向であり、特に65歳以上で顕著。

年齢階級別に見た受療率(人口10万対)の年次推移



注:平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

出典:患者調査

高齢患者は増加しているのに
どうして入院患者は減少しているのか。

1. 居住系施設の充実

2. 平均在院日数の短縮の割合が、

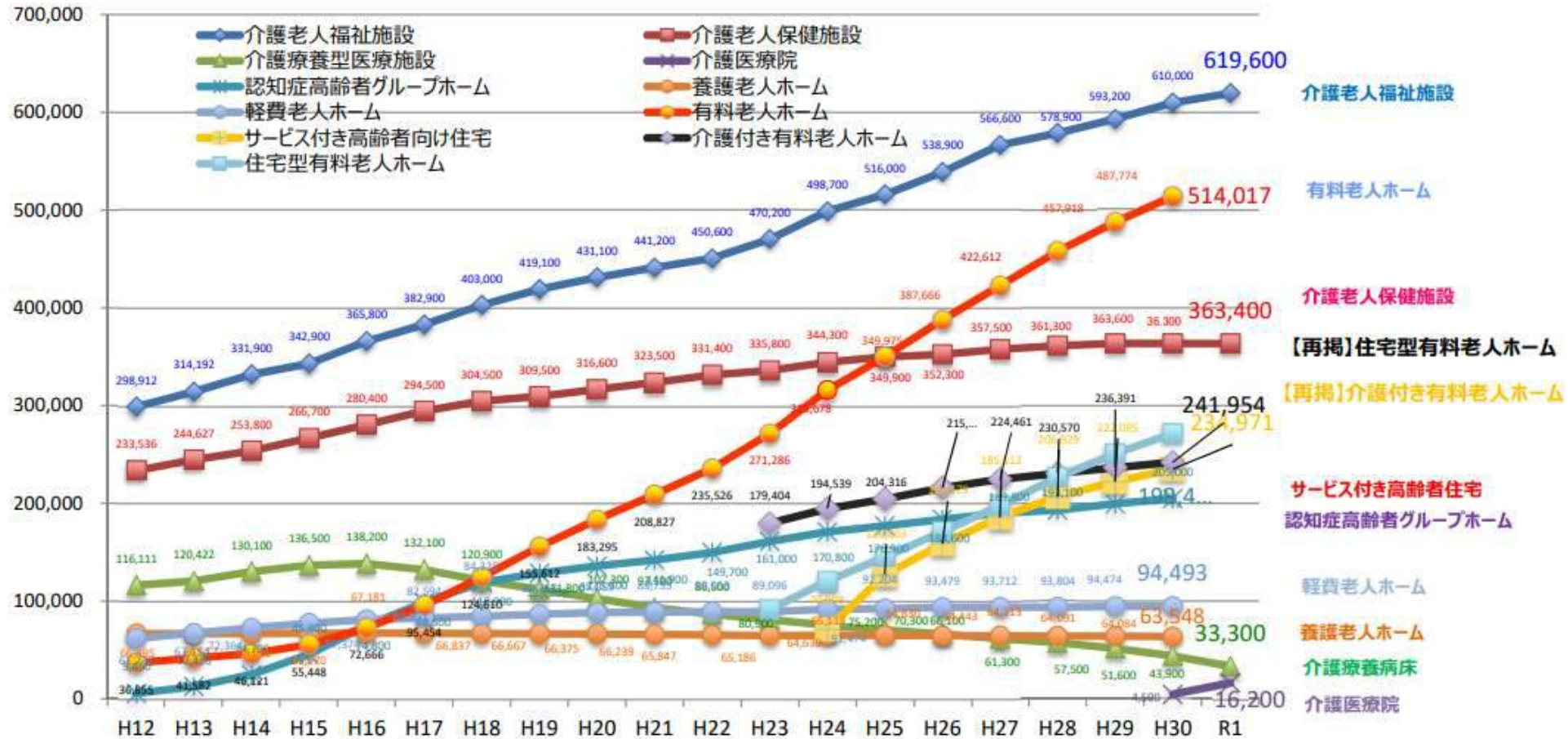
高齢者の増加より顕著なため

2018年8月 武久 洋三 作成

高齢者向け住まい・施設の利用者数

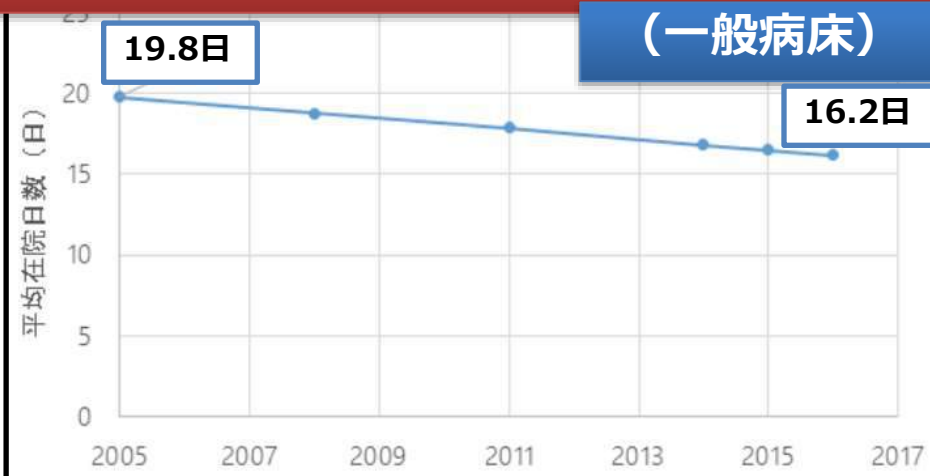
○ 高齢者向け住まいや介護保険施設について、利用者の数は増加している。

(単位: 人・床)

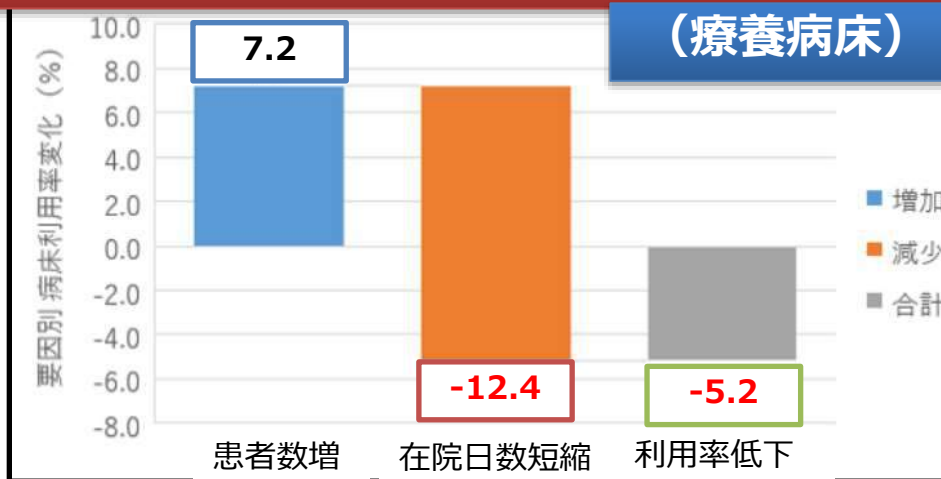
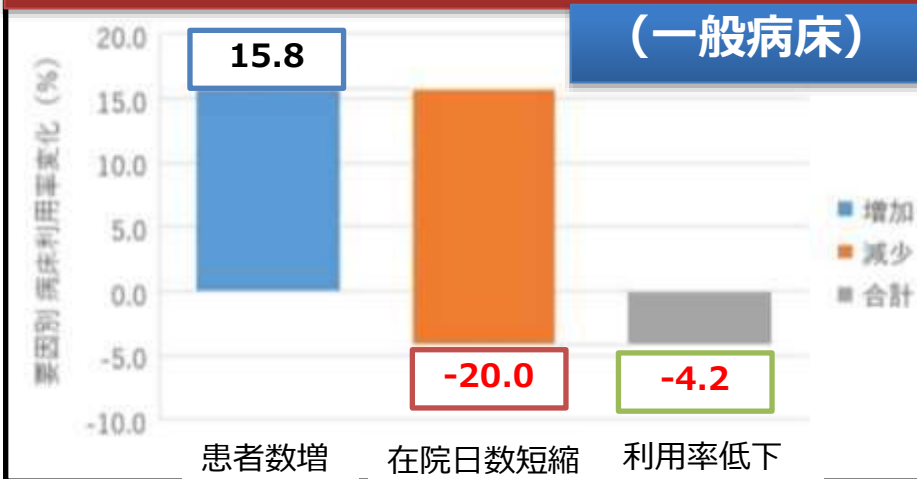


※1: 介護保険3施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護サービス施設・事業所調査(10/1時点)【H12~H13】」、「介護給付費等実態調査(10月審査分)【H14~H29】」及び「介護給付費等実態統計(10月審査分)【H30~】」による。
 ※2: 介護老人福祉施設は、介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
 ※3: 認知症高齢者グループホームは、H12~H16は痴呆対応型共同生活介護、H17~は認知症対応型共同生活介護により表示。(短期利用を除く)
 ※4: 養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査(H30.10/1時点)」による。ただし、H21~H23は調査票の回収率から算出した推計値であり、H24~H30は基本票の数値。(利用者数ではなく定員数)
 ※5: 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。(利用者数ではなく定員数)
 ※6: サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム(H30.9/30時点)」による。(利用者数ではなく登録戸数)

平均在院日数推移



病床利用率推移 (2005→16年) の要因分析



・高齢化の進展により、一般病床は15.8%、療養病床は7.2%も病床利用率が上昇したが、平均在院日数の短縮により、一般病床は-20.0%、療養病床は-12.4%も病床利用率が下がり、トータルで一般病床は-4.2%、療養病床は-5.2%も病床利用率が下がった。

- 2019年9月、国が診療実績の乏しい病院に再編や縮小を促す目的で **424の公立・公的病院を実名で公表した**。
- これらの病院の多くは平成29年度の病床稼働率が低い病院である。
- しかし、新型コロナウイルス感染拡大によって、これらの医療機関の再編・統合の再検証の期限が延期されている。

2019年10月 武久 洋三 作成

- 新型コロナウイルス感染により、地域の医療そのものが大きく変化している。

【患者の受療行動の変化】

- 感染を恐れての受診控え
- 感染対策の徹底など衛生面の向上や他者との接触機会の減少などによる他の感染症患者の大幅減
- 外出の減少により交通事故等で救急搬送患者の減少
- 現在の地域医療を取り巻く状況が、2015年の地域医療構想の策定時や、424の再検証対象医療機関の設定時とは全く異なる。
- 感染症病床のほとんどは公立・公的病院が有しているが、病床削減を進めるのか。
- そうなると、まさかの不測の事態が生じた場合に対応できるのだろうか。

我が国の人口当たりの
病床数は
諸外国に比べて多い



平均在院日数は長く、
病床当たりの
医師・看護職員数が
少ない

医療分野についての 国際比較(2017年)		日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン
人口 1000人 当たり	総病床数	13.1	2.8※ ³	2.5	8.0	6.0	2.2
	急性期 病床数	7.8	2.4※ ³	2.1	6.0	3.1	2.0
平均在院日数		28.2	6.1※ ³	6.9	8.9	9.9※ ³	5.7
平均在院日数(急性期)		16.2	5.5※ ³	5.9	7.5	5.6※ ³	5.5
人口一人当たり 外来診察回数		12.6※ ³	4.0※ ²	5.0※ ¹	9.9	6.1※ ³	2.8
人口 1000人 当たり	臨床 医師数	2.4※ ³	2.6	2.8	4.3	3.2	4.1※ ³
	臨床看護 職員数	11.3※ ³	11.7 [#]	7.8	12.9	10.5 [#]	10.9※ ³
病床 100床 当たり	臨床 医師数	18.5※ ³	93.5※ ³	110.8	53.1	52.8	176.0※ ³
	臨床看護 職員数	86.5※ ³	419.9※ ^{3#}	308.5	161.6	175.3 [#]	466.1※ ³

(出所) 「OECD Health Statistics 2019」 「OECD Stat」より作成

注1: 「※1」は2009年、「※2」は2011年、「※3」は2016年

注2: 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関で勤務する職員を含む。

注3: 「病床100床当たり臨床医師数」は、臨床医師数を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

注4: 「病床100床当たり臨床看護職員数」は、臨床看護職員数(アメリカ、フランスは、研究機関などで勤務する職員を含む)を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

- 日本の人口当たりの急性期のベッド数は欧米諸国と比べて有意に多い一方で、新型コロナの患者数は1桁以上も少なかった。にもかかわらず「医療崩壊」と騒がれるなど、新型コロナの患者を受け入れるベッドの不足が問題となった。急性期のベッドが過剰なのに、なぜこんなことになったのか。

原因①：「急性期」の看板を掲げていながら、内容が伴っていない病院が多い

日本の急性期医療体制は、欧米諸国と比較して人口当たりのベッド数は倍以上、1ベッド当たりの医師数、看護職員数は半分以下、平均在院日数は3倍程度。つまり、病床機能報告制度では「急性期」としながら、提供している医療は回復期病棟と変わらない病院が多く、新型コロナに対応できなかったというのが実情ではないか。

原因②：マンパワーの問題

急性期病院の医師は過剰労働で、ぎりぎりの状態で仕事をしているため、新型コロナの患者を受け入れるだけの余力はなかったのではないか。看護師も同様に配置が薄いため、対応が困難だったのではないか。

- パンデミックに恒常的に備える体制を作るためには、まず医師や看護師等のマンパワーが充実した「本来の急性期病院」を整備する必要がある。
- そのため地域医療構想や医師の働き方改革を加速させて、欧米並みの医師配置としっかりとした交代制を導入する。また医師数の増加に合わせて、看護師も5対1看護の導入が必要になろう。そのような余裕のある医療労働環境でなければ、平時から感染症爆発時への医療体制の切り替えは困難だといえよう。

ガラガラ、ガシヤンと日本の医療体制を変えてゆかないと、 日本の医療・介護は最悪の状態になる。

- コロナ禍に見舞われた日本は、2020年だけでも予算以上の莫大な出費が緊急課題である。
- コロナへの大きな出費のため、次回の介護報酬改定や診療報酬改定について増額される可能性はほとんど「^{ゼロ}0」だと覚悟しておいた方が良い。
- 近年の診療報酬・介護報酬は国民に有益な医療・介護サービスを提供する
医療機関・介護施設等に加算をつける方策で格差をつけようとしている。

【診療報酬】 主な加算及び医学管理料

初・再診料関係	医学管理料等	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	投薬
機能強化加算	ウイルス疾患指導料注2	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	抗悪性腫瘍剤処方管理加算
時間外対応加算	喘息治療管理料	在宅療養支援病院	外来後発医薬品使用体制加算
地域包括診療加算	糖尿病合併症管理料	検査	注射
オンライン診療料	がん性疼痛緩和指導管理料	骨髄微小残存病変量測定	外来化学療法加算
入院料等関係	がん患者指導管理料	抗H L A抗体（スクリーニング検査・抗体特異性同定検査）	無菌製剤処理料
総合入院体制加算	外来緩和ケア管理料	H P V核酸検出及びH P V核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	リハビリテーション
超急性期脳卒中加算	移植後患者指導管理料	検体検査管理加算	心大血管疾患リハビリテーション料
診療録管理体制加算	糖尿病透析予防指導管理料	国際標準検査管理加算	脳血管疾患等リハビリテーション料
医師事務作業補助体制加算	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	遺伝カウンセリング加算	運動器リハビリテーション料
急性期看護補助体制加算	地域連携小児夜間・休日診療料	遺伝学的検査	呼吸器リハビリテーション料
看護職員夜間配置加算	地域連携夜間・休日診療料	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	難病患者リハビリテーション料
特殊疾患入院施設管理加算	院内トリアージ実施料	胎児心エコー法	障害児（者）リハビリテーション料
看護配置加算	外来放射線照射診療料	人工臓臓検査、人工臓臓療法	がん患者リハビリテーション料
看護補助加算	地域包括診療料	長期継続頭蓋内脳波検査	認知症患者リハビリテーション料
療養環境加算	小児かかりつけ診療料	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	リンパ浮腫複合的治療料
重症者等療養環境特別加算	ニコチン依存症管理料	脳波検査判断料 1	集団コミュニケーション療法料
療養病棟療養環境加算	開放型病院共同指導料	遠隔脳波診断	処置
療養病棟療養環境改善加算	ハイリスク妊産婦共同管理料（I）	光トポグラフィ（減算対象外）	硬膜外自家血注入
緩和ケア診療加算	がん治療連携計画策定料	脳磁図	エタノールの局所注入
精神科地域移行実施加算	がん治療連携指導料	神経学的検査	人工腎臓
精神科身体合併症管理加算	排尿自立指導料	補聴器適合検査	導入期加算 1、導入期加算 2 及び腎代替療法実績加算
重度アルコール依存症入院医療管理加算	肝炎インターフェロン治療計画料	コンタクトレンズ検査料	透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
摂食障害入院医療管理加算	ハイリスク妊産婦連携指導料1	小児食物アレルギー負荷検査	下肢末梢動脈疾患指導管理加算
栄養サポートチーム加算	ハイリスク妊産婦連携指導料2	内服・点滴誘発試験	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）
医療安全対策加算	薬剤管理指導料	画像診断	調剤
感染防止対策加算	地域連携診療計画加算	画像診断管理加算	調剤基本料 1
患者サポート体制充実加算	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	遠隔画像診断	地域支援体制加算
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	医療機器安全管理料	ポジトロン断層撮影	後発医薬品調剤体制加算
ハイリスク妊娠管理加算	在宅医療	ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（PET-CT）	保険薬局の無菌製剤処理加算
ハイリスク分娩管理加算	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	C T撮影及びM R I撮影	在宅患者訪問薬剤管理指導料
総合評価加算	在宅がん医療総合診療料	冠動脈C T撮影加算	在宅患者調剤加算
呼吸ケアチーム加算	在宅患者訪問看護・指導料	外傷全身C T加算	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料
後発医薬品使用体制加算	同一建物居住者訪問看護・指導料	心臓M R I撮影加算	その他
病棟薬剤業務実施加算	在宅療養後方支援病院	乳房M R I撮影加算	入院時食事療養（I）
データ提出加算	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	小児鎮静下M R I撮影加算	
入退院支援加算	在宅血液透析指導管理料	頭部M R I撮影加算	
認知症ケア加算	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料		

【介護報酬】 加算の種類の変化とサービスコード数の変化

【加算の種類の変化】

	平成12年(当初)	令和2年(現行)
訪問介護	3種類	20種類
通所介護	5種類	24種類
認知症GH	1種類	29種類
介護老人福祉施設	8種類	55種類
介護老人保健施設	8種類	54種類

※同一の加算で複数の区分があるものはそれぞれ計上。特定治療費除く。

【サービスコード数の変化】

		平成12年(当初)	令和2年(現行)
介護 給付	居宅	1,176	11,658
	居宅介護支援	6	154
	施設	571	7,800
	地域密着	—	2,204
予防給付		—	3,089
合計		1,745	24,905

2020.9.30 社会保障審議会 第186回 介護給付費分科会 資料より

介護保険制度が始まった2000年当初は、特養や老健の加算は8種類であったが、現在はそれぞれ55種類、54種類と7倍近くに増加している。
 また、報酬単価とひも付けてサービスを識別しているサービスコード数も、制度開始当初に比べて10倍以上に増加している。

- 要介護者の発生を少なくすることができれば、自然と介護保険財政は安定するのではないか？
- では、どこで要介護者(寝たきり状態)は作られると思いますか？

要介護者（寝たきり状態）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。

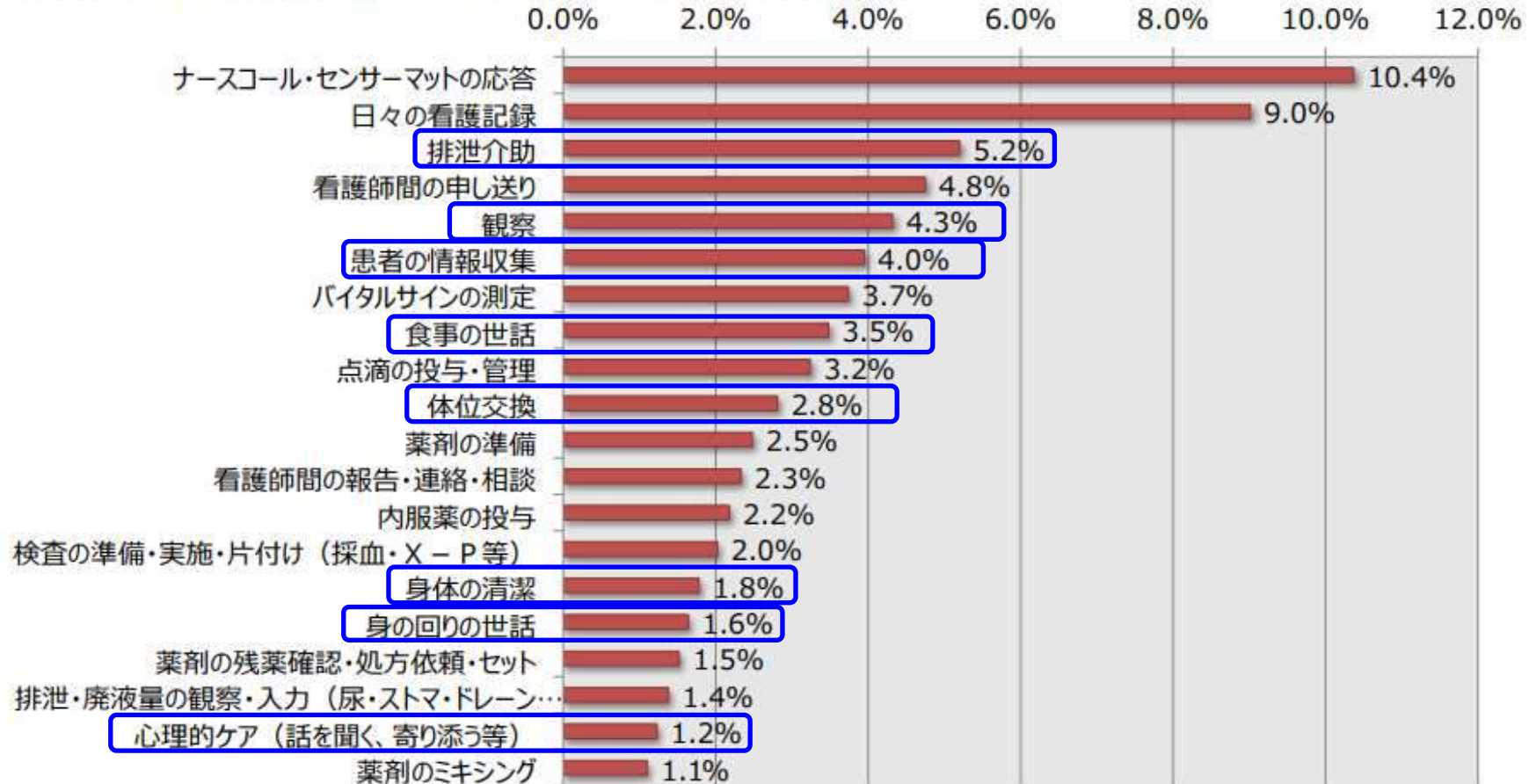
- 急性期病院にも介護ケアの必要な高齢患者が増えているのに、急性期病院では介護ケアを二の次にして身体拘束、バルーン留置……
- 急性期病院での入院治療中に十分な介護ケアやリハビリテーションが行われていないことから要介護状態となっている場合が多い。
- 重症化し寝たきり状態となって、さらなる治療や介護ケアが必要となった高齢者が慢性期病院に紹介されてくることが多い。

病院における看護業務の実態

- ◆ 対象【タイムスタディ】 協力の同意を得られた8医療機関、10病棟において、各勤務帯で3名、合計191名
【質問紙調査】 10病棟のすべての看護師210名
- ◆ 方法【タイムスタディ】 対象看護師の勤務時間帯において看護業務に要した累積時間を10分単位で自記式にて調査票に記入
【質問紙調査】 タイムスタディで使用した各看護業務項目について、主観的な移譲の可能性を回答
- ◆ 調査期間 平成30年2月～3月

- 病院における看護業務として割合の高い行為は、「ナースコール、センサーマットの応答」「日々の看護記録」「排泄介助」等である。
- 「日々の看護記録」「看護師間の申し送り」「患者の情報収集」等、情報共有や情報収集に係る業務が高い割合を占めている。

■ 総業務時間における各業務時間の占める割合（1.0%以上を占める業務を抜粋）



認知症入院時、45%「身体拘束」 一般病院、習慣化も 国立がん研究センター調査

2018/11/19付 | 日本経済新聞 朝刊

認知症の人が病気やけがの治療で一般の病院に入院した際に、45%の人が自由に体を動かさないようにされる「身体拘束」を受けていたことが18日、国立がん研究センターと東京都医学総合研究所の研究チームによる全国調査で分かった。

転倒などのリスク回避が主な理由だが、研究チームは「明らかに過剰な対応で、拘束が習慣化している可能性がある」と指摘。「身体機能の低下や認知症の進行など、拘束によって起きるデメリットを検討して、不必要な拘束を減らす取り組みが必要だ」としている。

身体拘束は、介護施設では原則禁止。精神科病院については法律上也限定的に容認されているが、一般病院では医師や看護師らの判断に委ねられているのが現状だ。

研究チームは昨年2～3月、100以上のベッドがある全国の一般病院3446カ所に調査票を送り、937カ所が回答。調査結果では、認知症かその疑いのある入院患者2万3539人のうち、45%の1万480人が身体拘束を受けていた。

拘束方法を複数回答可で尋ねると、最も多かったのは「ベッドから下りられないように柵で囲む」で69%。「車いすにベルトなどで固定する」(28%)、「点滴などのチューブを抜かないようミトン型の手袋を着ける」(26%)が続いた。

拘束の理由は「転倒・転落のリスク」(47%)、「チューブを抜くリスク」(14%)、「チューブを抜いたから」(10%)——の順だった。

- 高年齢患者の増加で、現場の看護師の業務量が増えているが、2006年から看護職員数は制度的には増えていない。
- クローズアップ現代+で身体拘束の多さが問題視され、討論が繰り広げられたが、急性期病院では、高齢患者の増加による介護ケア需要に十分対応できていないのではないか。
- 急性期病院では、認知症患者や、歩行が不安定な患者、夜中にトイレに行く高齢患者に対して身体拘束や膀胱留置バルーンカテーテルを実施することで、約1か月後の退院時には、すでに関節拘縮が進行し、寝たきり状態になってしまっているのだ！

高齢患者の増加で、現場の看護師の業務量が増えている。やむを得ず身体拘束やバルーンカテーテルの挿入をしているのであって、誰もしたくてしている看護師はいない。

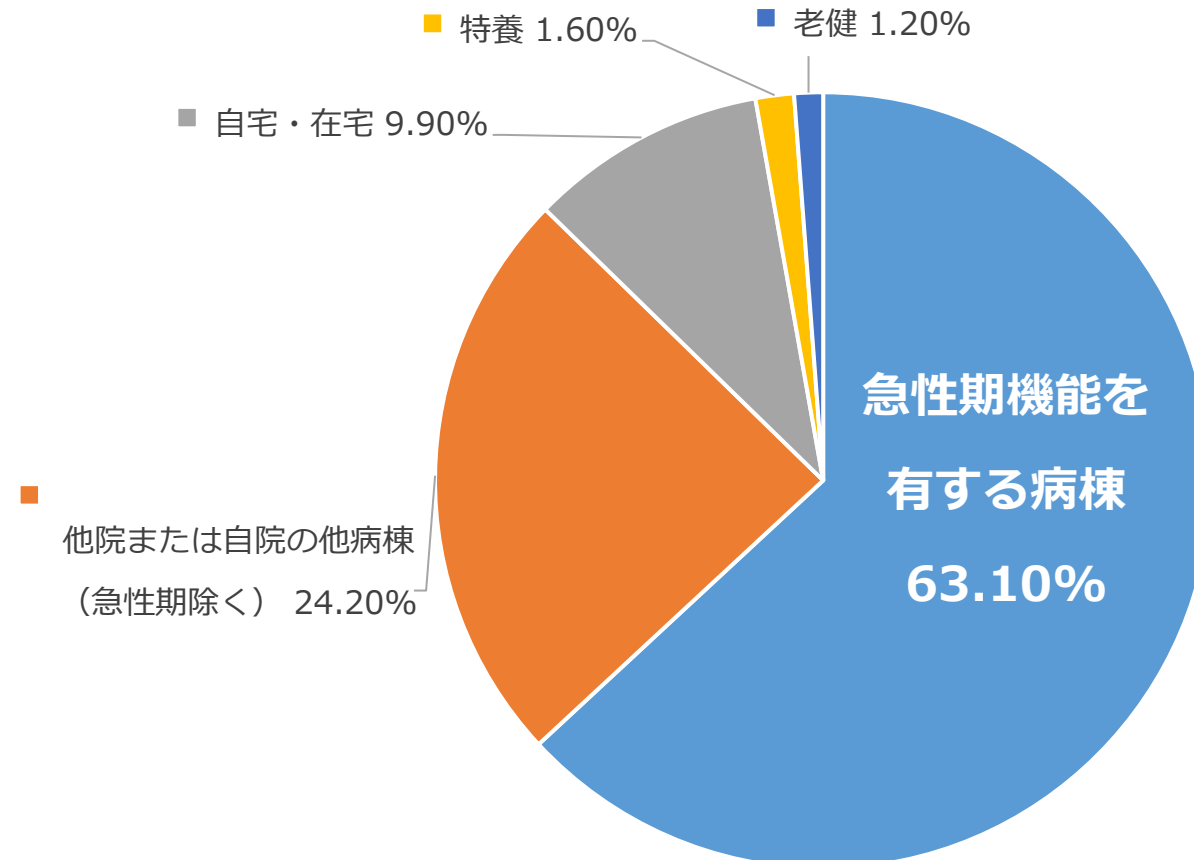
急性期機能を有する病棟からの膀胱留置カテーテル持ち込み患者とその実態についての調査結果報告

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

令和元年9月1日～10月31日の2ヶ月間に、回答病棟に新規入院（院内転棟含）した患者10,198人中、バルーン持ち込み患者は1,079人(10.6%)であり、その**60%以上が、急性期機能を有する病棟からの入院**である。

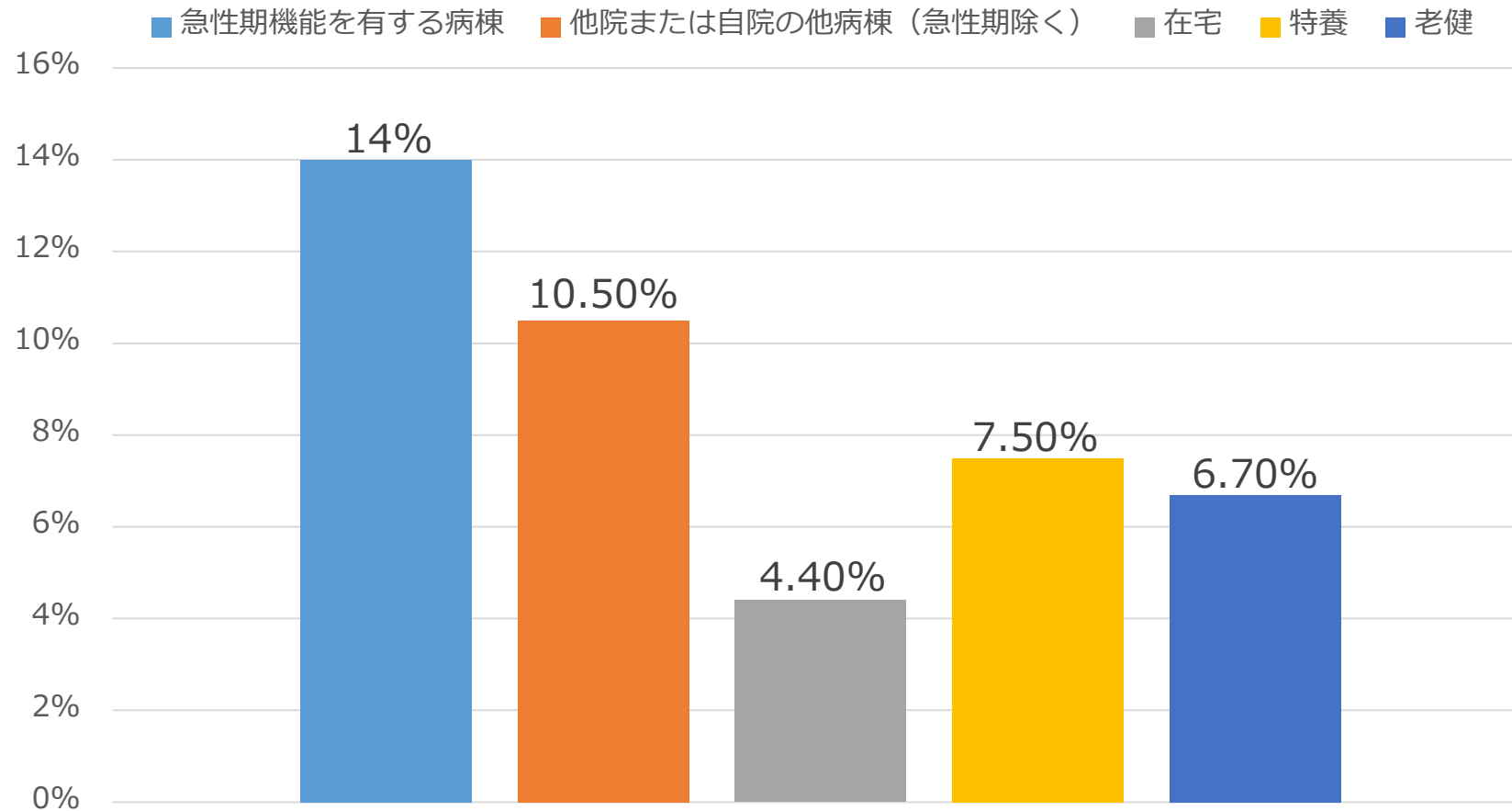
膀胱留置カテーテル持ち込み数

総数 N=1079



(注)本調査における急性期機能を有する病棟とは、急性期一般病棟入院料を算定する病棟、特定機能病院において急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟、救命救急病棟、集中治療室等を指します。

【施設別】膀胱留置カテーテル持ち込み率

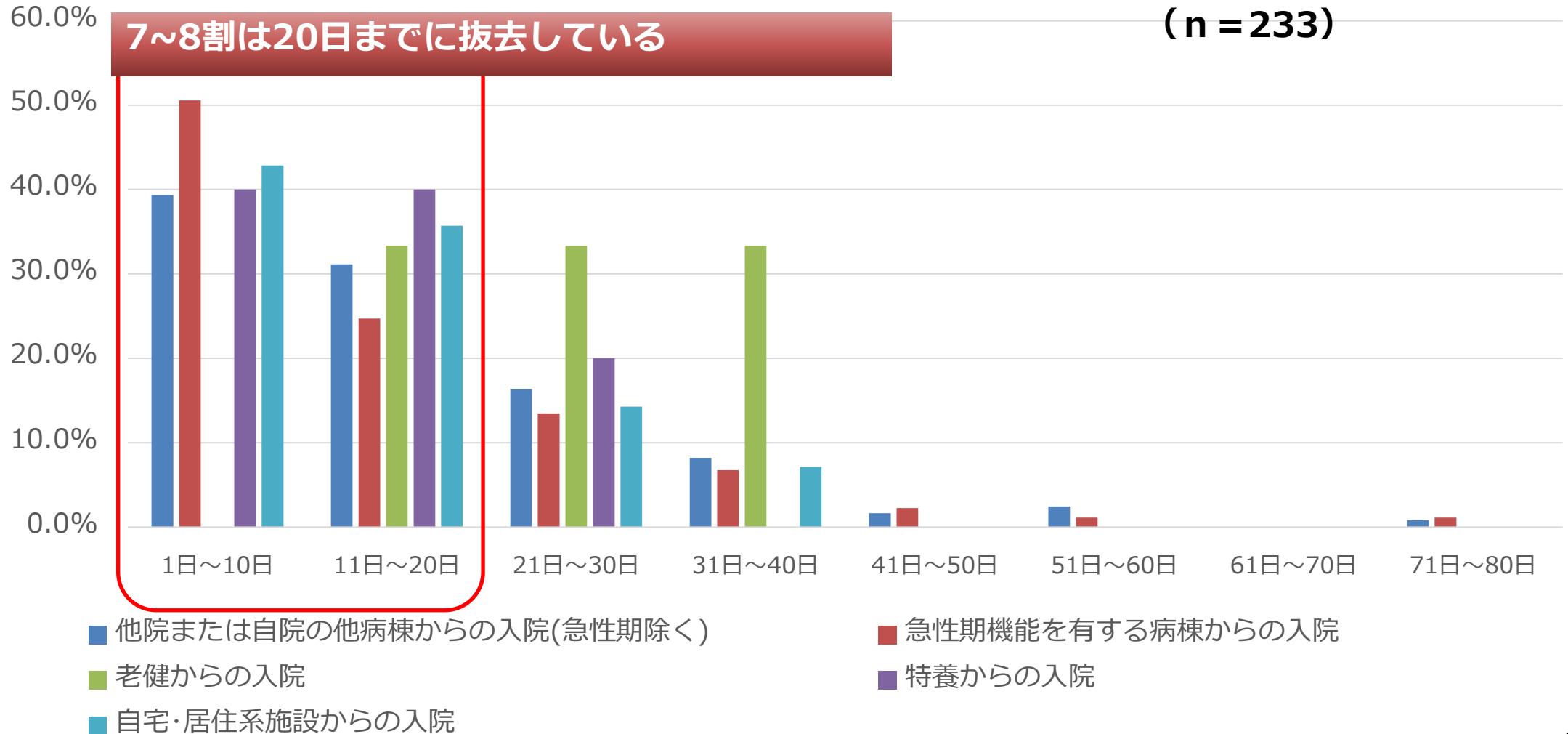


明らかに病院、特に急性期機能を有する病棟からの持ち込み率が高い。

急性期機能を有する病棟からの膀胱留置カテーテル持ち込み患者と その実態についての調査 結果報告

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

令和元年9月1日～10月31日の2ヶ月間に、回答病棟に新規入院（院内転棟含）した持ち込みバルーン挿入患者について入院してからバルーン抜去までにかかった平均日数（比率（%））



令和元年9月1日～10月31日の2ヶ月間に、回答病棟に新規入院（院内転棟含）した持ち込みバルーン挿入患者について、回答病棟に入院後にバルーン抜去に至った患者の抜去後の排泄手段とその後の排泄訓練状況（n=232）

	患者数	比率（%）
1.抜去後、排泄訓練を実施せずとも、 <u>自分でトイレへ。</u>	39	<u>16.8</u>
2.抜去後、排泄訓練を実施し、オムツが外れ、 <u>自分でトイレへ。</u>	36	<u>15.5</u>
3.抜去後、排泄訓練を実施したが、オムツのまま介助を受けている。	44	19.0
4.抜去後、排泄訓練を実施しておらず、オムツのまま介助を受けている。	96	41.4
5.その他	17	7.3

232人のうち75人(32.3%)がトイレで排尿可能になっている。

バルーンを入れられなければ
こんな苦労はせずに済んだのに。

令和元年9月1日～10月31日の2ヶ月間に、回答病棟に新規入院（院内転棟含）した持ち込みバルーン挿入患者について、回答病棟に入院後にバルーン抜去に至った患者の抜去後の排泄手段とその後の排泄訓練状況（当院グループ関連病院の場合）

	問7	人数	割合
グループ 病院全体 (全22病院)	1.抜去後、排泄訓練を実施せずとも、 <u>自分でトイレへ</u>	18	24.32%
	2.抜去後、排泄訓練を実施し、オムツが外れ、 <u>自分でトイレへ</u>	8	10.81%
	3.抜去後、排尿訓練を実施したが、オムツのまま介助を受けている	22	29.73%
	4.抜去後、排泄訓練を実施しておらず、オムツのまま介助を受けている	21	28.38%
	5.その他	5	6.76%
合計		74	100.00%

	問7	人数	割合
急性期型 多機能病院 (5病院)	1.抜去後、排泄訓練を実施せずとも、 <u>自分でトイレへ</u>	17	50.00%
	2.抜去後、排泄訓練を実施し、オムツが外れ、 <u>自分でトイレへ</u>	5	14.71%
	3.抜去後、排尿訓練を実施したが、オムツのまま介助を受けている	5	14.71%
	4.抜去後、排泄訓練を実施しておらず、オムツのまま介助を受けている	5	14.71%
	5.その他	2	5.88%
合計		34	100.00%

	問7	人数	割合
上記以外の 17病院	1.抜去後、排泄訓練を実施せずとも、 <u>自分でトイレへ</u>	1	2.50%
	2.抜去後、排泄訓練を実施し、オムツが外れ、 <u>自分でトイレへ</u>	3	7.50%
	3.抜去後、排尿訓練を実施したが、オムツのまま介助を受けている	17	42.50%
	4.抜去後、排泄訓練を実施しておらず、オムツのまま介助を受けている	16	40.00%
	5.その他	3	7.50%
合計		40	100.00%

- 要介護者は病院で作られているという現状を国民は理解しているのでしょうか。
- 介護保険制度のもとでは要介護者は自分の要介護度が改善されることを望んでいない人が多い。
だからできるだけ要介護状態にしないような医療提供体制を考えなければならない。

「基準介護」新設の提案

1. 人員不足のための身体拘束や膀胱留置バルーンカテーテルを防止すれば、要介護者の減少につながる。
2. 日本慢性期医療協会では2019年8月「基準介護」の新設を提案した。
3. 日本看護協会も2019年11月患者の高齢化に対し看護補助者の増員を要望した。

「基準リハビリ」新設の提案

1. 急性期治療中リハビリをせず、筋力低下や 関節拘縮になり、回復期リハ病棟で集中的に行われている現状を改善すべき。
2. 病棟ごとにリハビリ療法士を配置し、リハビリを入院基本料に包括し、集団リハビリなど、患者ごとに適切なリハビリが提供できる体制とすべき。

病棟内に多職種スタッフを配置し手厚いケアとリハビリにより要介護者を減らして医療・介護費削減につながる。

最近テレビを見ていたら、
新型コロナウイルスに感染して
ECMO(Extracorporeal membrane oxygenation)を
装着していた重症患者が、意識消失していた
状態から快方に向かったという。
しかし体重は20Kgも減っていた。

高齢者の入院増加に十分に対応できていますか？
ちゃんと高齢者の病気を治せていますか？

後期高齢者ともなれば急病になっても
若者のようにすぐには治らない。(当たり前だ！)

病気になる前に低栄養・脱水などに陥っている患者は、
病院で主病名の治療と共に低栄養と脱水を同時に
治療しなければ治るわけない。

2017年7月 武久 洋三 作成

私は以前から低栄養と脱水改善、嚥下リハと排泄リハの重要性を言い続けてきました。

2006年1月	厚生科学研究所 「Gpnet」第52巻10号	武久洋三	「栄養ケア・マネジメントとNSTのあり方」
2007年12月	メディカルレビュー社	武久洋三 倉本悦子	「高齢者の栄養状態と予後（ALB値とBUN値より）」
2009年4月	日本慢性期医療協会機関誌 「JMC」第62号	武久洋三 倉本悦子	「高齢者のPEM改善のための必要栄養量算出方法」
2009年8月	日本慢性期医療協会機関誌 「JMC」第64号	武久洋三 大和 薫 他	「高齢者の血管内脱水の治療 ～間歇性低張液補液療法について～」
2012年1月	日本老年医学会雑誌 第49巻第1号	武久洋三 武久敬洋 他	「血管内脱水に対する間歇的補液療法の効果： 経消化管補液の単独および併用療法について」
2016年6月	医歯薬出版 医学のあゆみ 第257巻第11号	山下惣平 武久洋三 他	「膀胱直腸障害に対する リハビリテーションの効果検討」

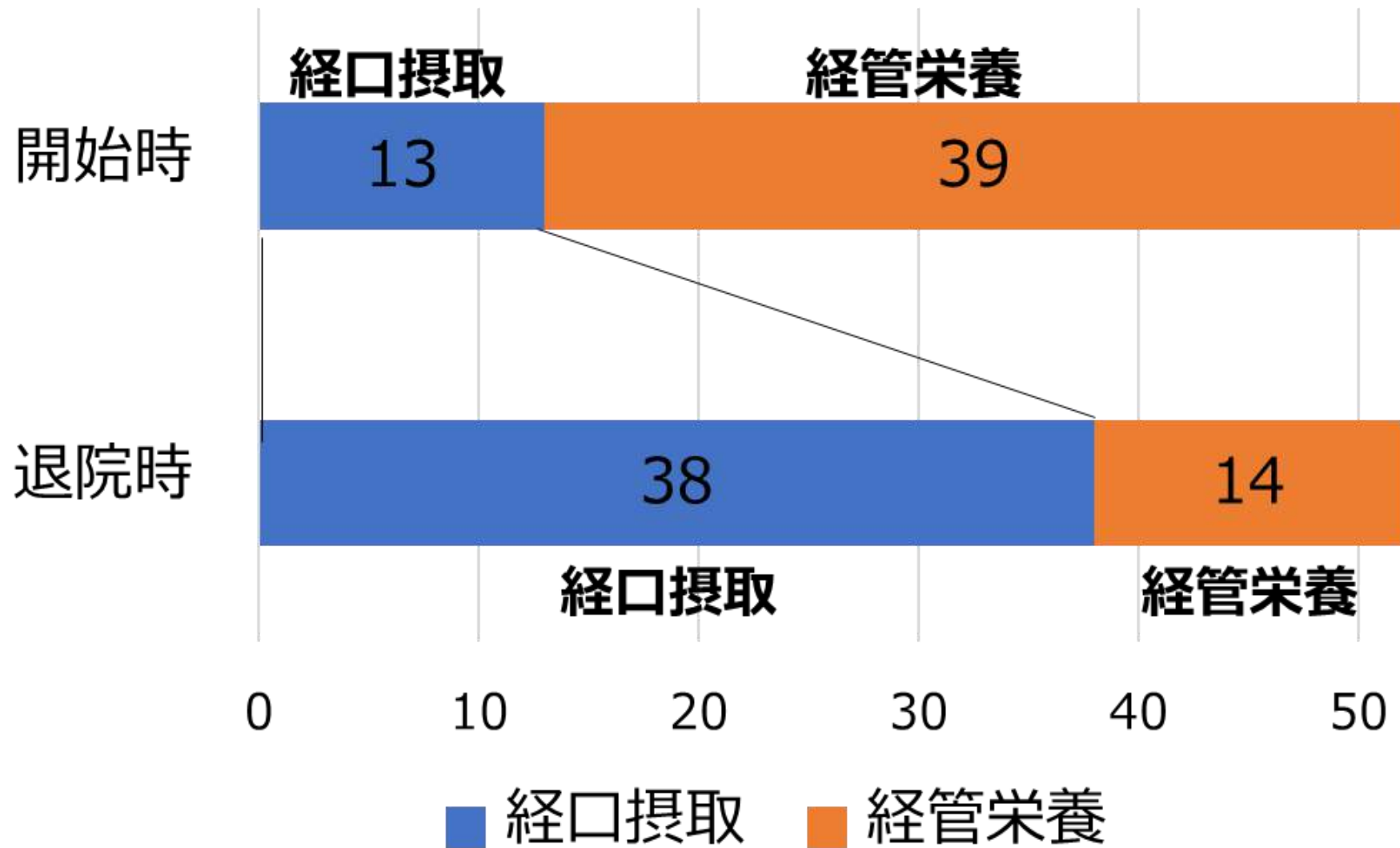
など、多数の医学系雑誌に論文投稿・掲載

診療報酬改定・介護報酬改定における口腔、栄養、排泄関連加算などの評価

1994年	「摂食機能療法」新設
2006年	栄養管理実施加算 新設、「摂食機能療法」算定日数制限緩和
2010年	栄養サポートチーム (NST) 加算 新設
2012年	栄養管理実施加算 廃止(入院基本料に包括化) NST加算の算定可能病棟拡大 (※療養病床も算定可となった)
2014年	経口摂取回復促進加算 新設
2016年改定	排尿自立指導料 200点(週1回、6回まで)
2018年診療報酬改定	回復期リハ病棟入院料1:管理栄養士の配置努力義務⇒ 2020年改定専任配置必須化 、入院栄養食事指導料 算定可
	入院時支援加算200点(退院時1回) 入院予定患者に対し、入院中の治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・ 栄養スクリーニング 等を実施し、支援を行った場合に評価。
	退院時共同指導料の見直し:医師及び看護職員以外の医療従事者(薬剤師, 管理栄養士 ,PT・OT・ST,社会福祉士)が共同指導する場合も評価。
	栄養情報提供加算(50点):入院栄養食事指導料を算定している患者の退院時に、退院後の在宅担当医師又は管理栄養士に対して 栄養管理に関する文書情報を提供した場合 に算定
	管理栄養士を含む摂食嚥下支援チーム による介入を評価した摂食嚥下支援加算(200点/週1回)に見直し
2020年診療報酬改定	早期栄養介入管理加算(400点):ICUに専任の管理栄養士を配置し、48時間以内に経口移行・維持及び低栄養の改善等の栄養管理を実施した場合の評価
	排尿自立指導料⇒ 排尿自立支援加算 (12週まで算定可) ※ 回リハ病棟 や 地ケア病棟 でも算定可能となった

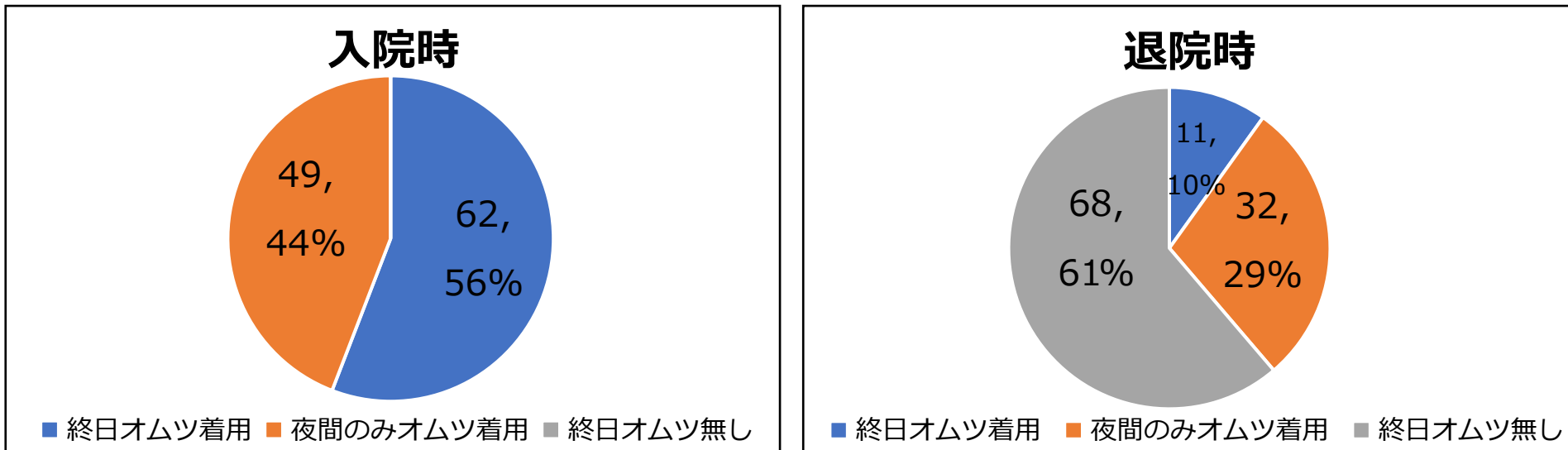
2005年	栄養管理体制加算・栄養マネジメント加算、経口移行加算、療養食加算 新設
2006年	経口移行加算を見直し、経口維持加算を新設
2009年	栄養管理体制加算 廃止、栄養ケアマネジメント加算 見直し、口腔機能維持管理加算 新設
2015年介護報酬改定	管理栄養士による栄養改善サービス 【介護施設】栄養マネジメント加算 14単位/日 管理栄養士・栄養士による療養食加算 【介護施設】 18単位/日 経管により食事摂取している入所者に対して、経口摂取に向けた栄養管理を行った場合の評価 【介護施設】経口移行加算 28単位/日 経口摂取している入所者に対して、経口摂取に向けた栄養管理を行った場合の評価 【介護施設】経口維持加算 (I) 400単位/月 経口維持加算 (II) 100単位/月
	(低栄養対策に対する評価) 【介護施設】低栄養リスク改善加算 300単位/月 【介護施設】再入所栄養連携加算 400単位/回 【通所系】【居住系】【多機能型】 栄養スクリーニング加算 5単位/回 【通所系】栄養改善加算の要件緩和 管理栄養士1名以上の配置要件について 外部の管理栄養士の実施でも算定可
	(嚥下(口腔ケア)・排泄リハの評価) 居住系・施設系サービスにおける歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による口腔衛生管理の充実 排泄に介護を要する施設入所者等への排せつ支援加算 100単位/月
2018年介護療養報酬改定	

介入前後の比較 【経口摂取と経管栄養】



膀胱直腸障害リハビリによる成果(2018.1.9~2018.10.2)

グループ内の17病院の回復期リハビリテーション病棟に入院し、入院時(日中もしくは終日)オムツ着用していた患者111症例について膀胱直腸リハビリテーション(6.70単位(膀胱直腸リハビリ+通常のPTOT訓練))を実施した。
(男性:45名,女性66名,平均年齢82.3±9.2歳)



入院時		退院時	
終日オムツ着用	62人	終日オムツ着用	11人
夜間のみオムツ着用	49人	夜間のみオムツ着用	32人
終日オムツ着用無し	0人	終日オムツ着用無し	68人

入院時は100%何らかの形でオムツを着用していた111症例を、退院時は終日オムツ着用症例を11症例にまで減じることができた。

自分で食べて排泄できるようになれば、本格的に歩行訓練などのリハビリテーションに集中でき、早期在宅復帰が期待できる。そうすることが何よりも患者本人の望んでいることであり、また職員も食事介助や排泄介助、オムツ交換などの業務削減につながる。

武久 洋三 作成

■ 21年度改定は「コロナの影響を考慮」、運営基準でも対応 眞鍋老健課長

厚生労働省老健局の眞鍋馨老人保健課長は16日の日経クロスヘルスEXPO 2020で講演し、2021年度介護報酬改定では「コロナの影響をどうしても考えなければならぬ」と述べ、各サービスの経営実態や処遇改善だけでなく感染対策のかかり増し経費の現状も把握した上で、具体的な改定につなげていく考えを示した。

介護給付費分科会での議論では、多岐にわたる加算によって複雑化した報酬体系を簡素化してほしいとの意見が委員から数多く出ていることを紹介。「総論としてはその通り」とする一方で、加算が持っている意義が本当に失われているのか、一つ一つ精査した上で撤廃や統合などの対応を進めることが必要だと説明した。

21年度改定では、これまでの介護報酬や診療報酬の改定内容を踏まえ「リハビリ、栄養、口腔機能がちゃんと循環するような改定にしていきたい」とも語り、PT、OT、STをバランス良く配置している事業所にとってメリットが大きい改定になるのではないかと予想した。

どうして介護報酬改定において低栄養・脱水などの改善が評価されるようになったのか

- 厚労省は高齢患者がどこで低栄養・脱水になったのかを知っている。
- それは急性期医療での高齢者の生理を熟知していない臓器別専門医によるところかな、と。
- 専門の臓器の治療を優先するために1日に必要な栄養と水分の投与を二の次にした結果だと！
- 低栄養・脱水状態の患者が介護保険施設に多く入所している。これらの患者が人為的に作られなければ、病院も介護保険施設も少なくとも済むと考えているのである。

2018年10月 武久 洋三 作成

(22病院) 新入院患者の検査値の異常値割合

平成22年1月から令和2年8月に、当院を含む計19病院に入院した患者67,281名の、入院時検査における検査値の異常値割合

異常検査値※	患者数(人)	割合 (%)	平均	一番悪い値
BUN 20.1以上	26,714	39.7%	32.7	291.4
Na 138.0未満	30,268	45.0%	133.9	95.0
Na 145.1以上	2,499	3.7%	150.1	186.5
ALB 4.1未満	53,393	79.4%	3.5	1.2
TCHO 142未満	17,611	26.2%	120.4	17
GLU 110以上	41,870	62.2%	155.1	1122
Hb	45,820	68.1%		2.3
再掲 (男性) 13.7未満	23,966	83.0%	11.1	2.3
再掲 (女性) 11.6未満	21,854	56.9%	10.0	2.3

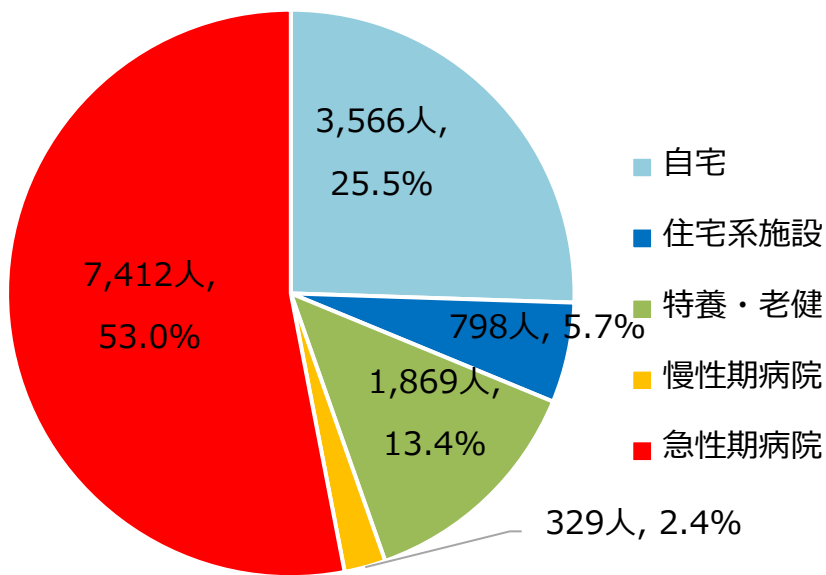
※日本臨床検査標準化協議会 (JCCLS) 共用基準範囲 参照

急性期病院から入院してきた患者さんの多くが脱水や低栄養、電解質異常、高血糖などの異常を多数抱えている。

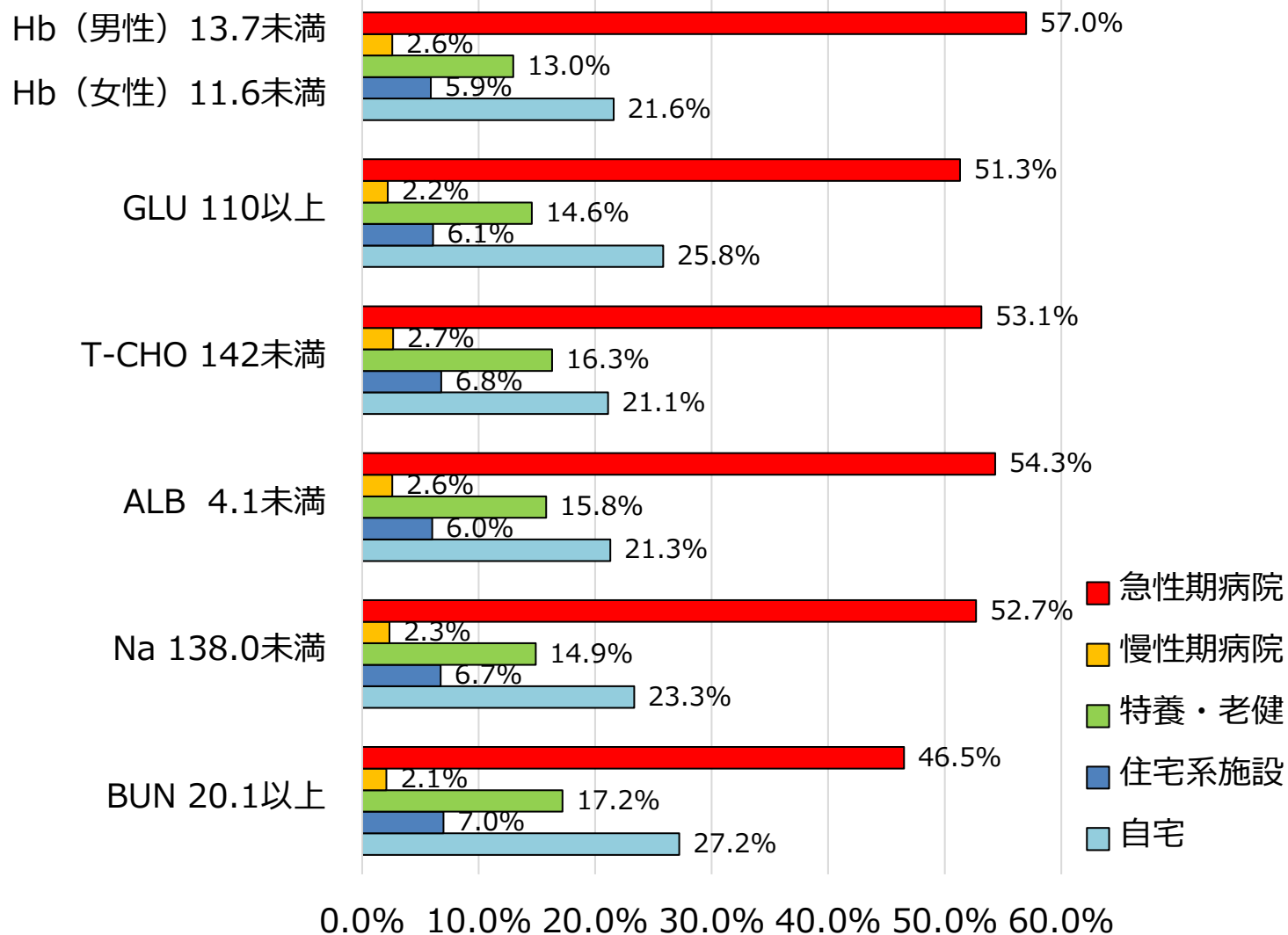
2019年1月～2020年6月に当院を含む計22病院に入院し、入院時に6項目(BUN,Na,ALB,TCHO,GLU,Hb)の血液検査を実施していた13,974名(平均年齢:80.5歳)について、検査異常値が認められる患者数とその入院元を調査

22病院に入院した患者の入院元

(n=13,974人)



検査異常値が認められた患者数とその入院元の内訳



【参考】基準値(日本臨床検査標準化協議会 (JCCLS) 共用基準範囲 参照)

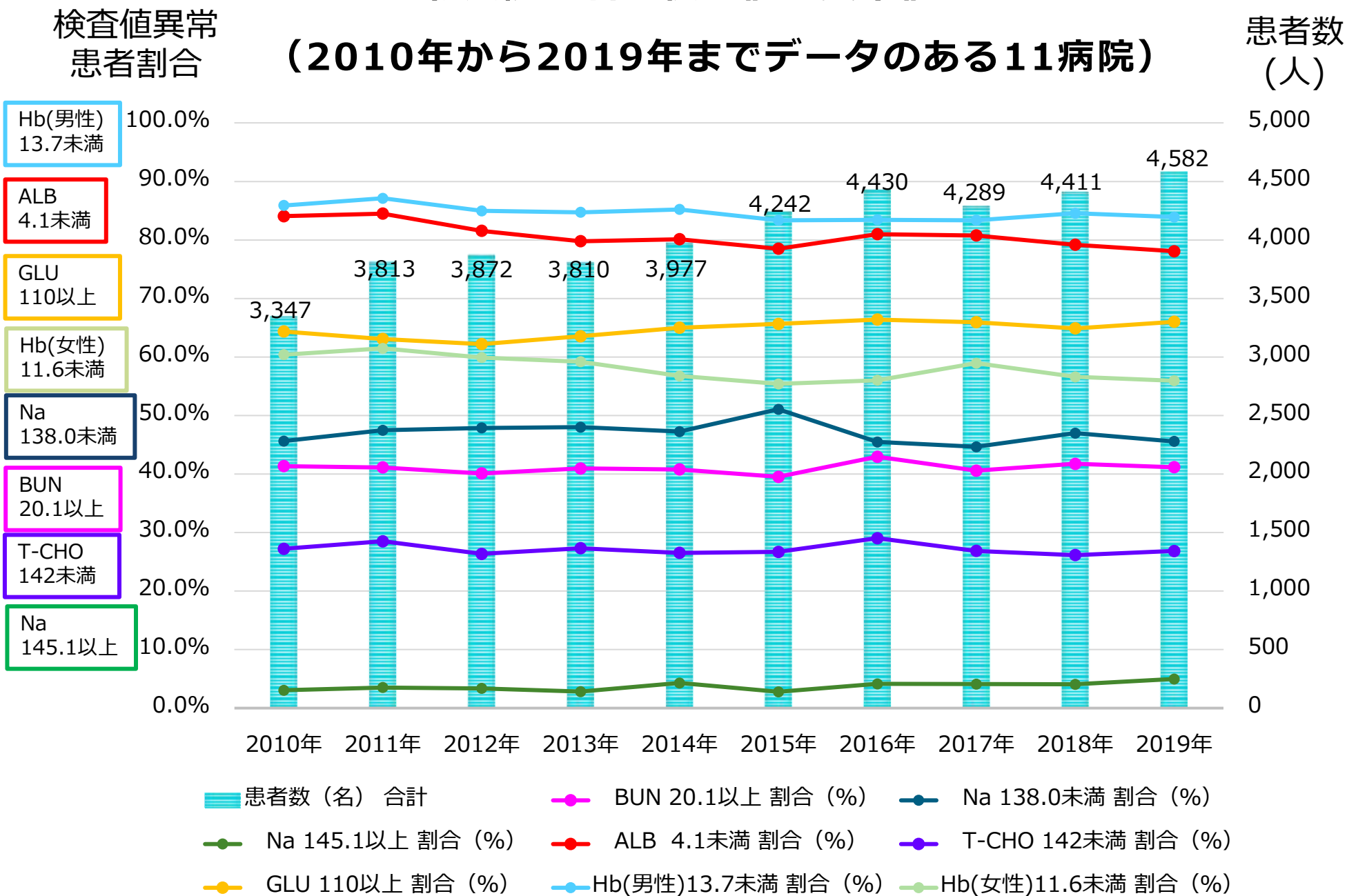
Hb (男性)	13.7～16.8
(女性)	11.6～14.8
GLU	73～109
TCHO	142～248
ALB	4.1～5.1
Na	138～145
BUN	8～20

入院時検査においてALB低値を示し、値の低かった上位10名の入院元を調査したものの急性期病院からの入院が多いことが分かる。

	入院時ALB値3.8未満		入院時ALB値低値を示した患者のALB値および入院元									
	患者割合(%)	ALB値平均										
	59.57	3.3										
K病院	71.42	3.3	1.8	1.9	2.0	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.2
			急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	施設	施設	施設	施設	急性期
A病院	68.12	3.2	1.4	1.6	1.6	1.6	1.8	1.9	2.0	2.0	2.0	2.0
			在宅	その他	急性期	急性期	急性期	在宅	急性期	施設	在宅	在宅
M病院	67.91	3.2	1.4	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.1	2.1	2.2	2.2
			急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
C病院	67.68	3.3	1.8	1.8	2.0	2.1	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3
			急性期	在宅	施設	急性期	施設	施設	在宅	在宅	急性期	施設
B病院	66.62	3.3	1.6	1.7	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0
			急性期	施設	その他	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	施設
L病院	64.31	3.3	1.6	1.7	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0
			施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	施設	急性期
G病院	63.68	3.3	1.6	1.7	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
			施設	急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
F病院	61.37	3.4	1.9	2.0	2.0	2.0	2.2	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3
			急性期	在宅	施設	急性期	急性期	施設	施設	急性期	急性期	急性期
J病院	61.32	3.2	1.5	1.6	1.6	1.8	1.8	1.8	1.9	2.0	2.1	2.1
			急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
N病院	60.71	3.2	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0
			急性期	急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
D病院	59.96	3.3	1.6	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9
			急性期	急性期	急性期	在宅	急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期
O病院	57.43	3.2	1.5	1.6	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9
			急性期	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
H病院	55.65	3.3	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0
			急性期	急性期	在宅	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
P病院	54.49	3.3	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0
			急性期	急性期	急性期	施設	施設	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
I病院	54.10	3.3	1.4	1.8	1.9	2.0	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1
			急性期	在宅	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期
E病院	48.17	3.3	1.4	1.6	1.6	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0
			急性期	急性期	在宅	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期	急性期

新入院患者の検査値の異常値割合

(2010年から2019年までデータのある11病院)



- 臓器別専門医は、残念ながら自分の専門臓器の異常にしか興味がない。
- 高齢で自分の専門外の、身体の至るところに異常をきたしている患者は、自分の治療では功を奏することがないため、すぐに終末期だ！と判断し、慢性期病院に紹介しているのだ。
- 無駄に長い入院期間、人間の生理を無視した特定の臓器だけの治療が、他の臓器をはじめとする身体機能の悪化を来していることに気づいてほしい。
- 「高齢だから仕方ないですね。残念でした。」で済まそうとする、それが当たり前の世界では医療の進歩は期待できない。

入院時検査において脱水の見られた患者は 適切な治療により1週間以内に症状改善している。

氏名	I 氏			K 氏			W 氏			S 氏		
年齢	100歳			83歳			86歳			89歳		
性別	女性			女性			女性			女性		
入院日	2020年2月29日			2020年3月21日			2020年3月27日			2020年4月21日		
入院元	介護老人保健施設			介護老人保健施設			自宅			自宅		
傷病名	尿路感染症 脱水症 大動脈弁閉鎖不全症 廃用症候群			脱水症 高ナトリウム血症 尿路感染症			打撲症 脱水症			腸炎 脱水症		
既往歴	認知症 食道裂孔ヘルニア 脂質異常症			脳梗塞後遺症 左大腿骨頸部骨折 高血圧症 アルツハイマー型認知症 左上腕骨骨折術後 慢性硬膜下水腫						鎖骨骨折 左大腿骨転子部骨折術後 右大腿骨転子部骨折術後 逆流性食道炎 心不全		
検査値		2/29	3/5		3/21	3/26		3/27	3/31		4/21	4/27
	BUN	66.7	18.5	BUN	96.5	26.6	BUN	56.2	18.0	BUN	54.8	13.3
	CRE	0.76	0.74	CRE	2.60	0.64	CRE	1.78	0.68	CRE	1.60	0.83
	BUN/CRE	87.8	25.0	BUN/CRE	37.1	41.6	BUN/CRE	31.6	26.5	BUN/CRE	34.3	16.0
	Na	142.8	140.3	Na	150.5	140.2	Na	140.7	140.1	Na	133.5	140.1
	K	4.70	4.72	K	4.81	3.47	K	3.99	4.25	K	3.25	4.42
	ALB	3.0	3.1	ALB	3.6	3.2	ALB	4.1	3.5	ALB	4.2	3.1
	T-CHO	160	187	T-CHO	196	166	T-CHO	140	140	T-CHO	168	156
	GLU	209	78	GLU	314	136	GLU	159	101	GLU	111	84
	HbA1c			HbA1c		6.70	HbA1c	5.61		HbA1c		
	Hb	9.4	9.1	Hb	11.4	8.7	Hb	12.4	11.5	Hb	11.6	10.1
	CRP	3.74	0.60	CRP	0.96	7.26	CRP	6.20	0.72	CRP	15.59	1.28

じゃあ “今” は何をすべき？

- 誤嚥性肺炎に対して抗菌薬治療をする
- 呼吸不全がなければすぐに離床、廃用症候群を予防
- すぐに嚥下機能評価実施、適切な嚥下訓練を開始
- 口腔内の状況（義歯の適合等）を確認して調整
- 嚥下障害の原因薬剤の確認、調整
- サルコペニアに対して、徹底した栄養管理
- サルコペニアに対して、徹底した筋力強化
- 入院前以上に歩行能力を向上させるリハ実施
- 退院先施設の食形態を確認、先方と調整、
退院後の誤嚥性肺炎予防対策を徹底
- デイケアや訪問リハなどの介入計画をたて、
退院後の身体機能低下予防を徹底

総合診療医による患者の全身管理を！

全身状態管理が必要な高齢者の治療は、臓器別専門医ではなく総合診療医が担うべきである。

総合診療医を増やすことが急務である。

治療とともに栄養管理、リハビリテーションを行い、患者の全身状態を管理し、患者が寝たきりにならないように看護介護スタッフに指導すべきだ。

**「回復期リハビリテーション病棟」の
入院条件から発症後の期間が削除された**

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

実績要件の見直し

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直す。
 - ・入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)40
 - ・入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)35

施設基準の見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を必須とするとともに、入院料2～6についても、配置が望ましいこととする。

日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- 入院患者に対して、入院時のFIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明する。
- 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

- 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

効果的なリハビリテーションの提供の推進



適切な栄養管理の推進



入退院時における適切なADLの評価と説明



【令和2年度診療報酬改定前】回復期リハビリテーションを要する状態

	回復期リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
入院患者の要件	1 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態（ 発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る^{*1}。 ）又は義肢装着訓練を要する状態	○ 算定開始日から起算して 150日以内 ○ 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して 180日以内
	2 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（ 発症後又は手術後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る^{*1}。 ）	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	3 外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（ 手術後又は発症後2か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る^{*1}。 ）	○ 算定開始日から起算して 90日以内
	4 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態（ 損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。 ）	○ 算定開始日から起算して 60日以内
	5 股関節又は膝関節の置換術後の状態（ 損傷後1か月以内に回復期リハビリテーション病棟入院料の算定が開始されたものに限る。 ）	○ 算定開始日から起算して 90日以内

【R2改定後】 「回復期リハビリテーション病棟」の入院条件から発症後の期間が削除された

回復期リハビリテーションを要する状態	算定開始までの期間	算定上限日数
①脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態	発症後又は手術後 2ヶ月以内	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷		180日
②大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後	損傷後1ヶ月以内	90日
③外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後または発症後		90日
④大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後		60日
⑤股関節又は膝関節の置換術後		90日

●発症後 2 カ月以内の制限の意味

- 発症や損傷、手術から日を置かずにリハビリを開始することで、その効果が高まる点を踏まえ、医療機関側に「早期のリハビリ開始」を促す効果を期待したものの。（発症から入棟までの日数は2007年の35日をピークに減少し、2018年には24日で11日も短縮している。）

●発症後 2 カ月以内の弊害

- 脳血管疾患の重症で、状態が不安定な期間が長い症例では、回復期リハビリ病棟への2か月以内の転棟が難しいこともある。こうした患者が2か月超の急性期治療を経て状態が安定した場合でも、「回復期リハビリテーションを要する状態」に該当しなくなるため（2か月以内に回復期リハビリ病棟入院料の算定を開始していない）、結果として「状態安定後も回復期リハビリ病棟への入棟・転棟が難しい」ことになってしまう。

●発症後2カ月以内の制限規定を廃止しても・・・

- 回復期リハビリ病棟入院料の算定日数上限が設けられており、またリハビリ実績指数が導入され「指数を高めるには、発症・損傷等後より早期に入棟し（これにより入棟時のFIM得点は下がる傾向）、適切なリハビリを行う（退棟時のFIM得点が高がる）」ことが求められていることから、早期リハビリが後退することはないと厚労省は見ている。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等の概要

効果の実績の評価基準

○ 3か月ごとに、前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」を報告。

$$\text{実績指数} = \frac{\text{FIM利得(各患者の (FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差))の総和}}{\text{各患者の} \left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}} \right) \text{の総和}}$$

- FIM利得とは、FIMの13種類の運動項目をそれぞれ7段階で評価し、それぞれの項目の点数の合計の入棟時と退棟時の差で得られる。
- 実績指数とは、回復期リハビリ病棟での在棟日数を疾患別の算定上限日数で割った値でFIM利得の総和を割って得られる。
- より短期間の在棟日数でFIM点数の上昇が得られたら、高い実績指数となる。
- 回復期リハビリ病棟入院料1;実績指数「40」以上、入院料3;実績指数「35」以上

日常生活動作（ADL）の指標 FIMの概要

- 回復期リハビリテーション病棟における日常生活動作の指標として、FIMを用いている。
- FIMは、「運動ADL」13項目と、「認知ADL」5項目から構成されており、各項目が7段階評価となっており、指標の測定を正確かつ再現性のあるものとするためには、一定の研修や測定の経験が必要である。

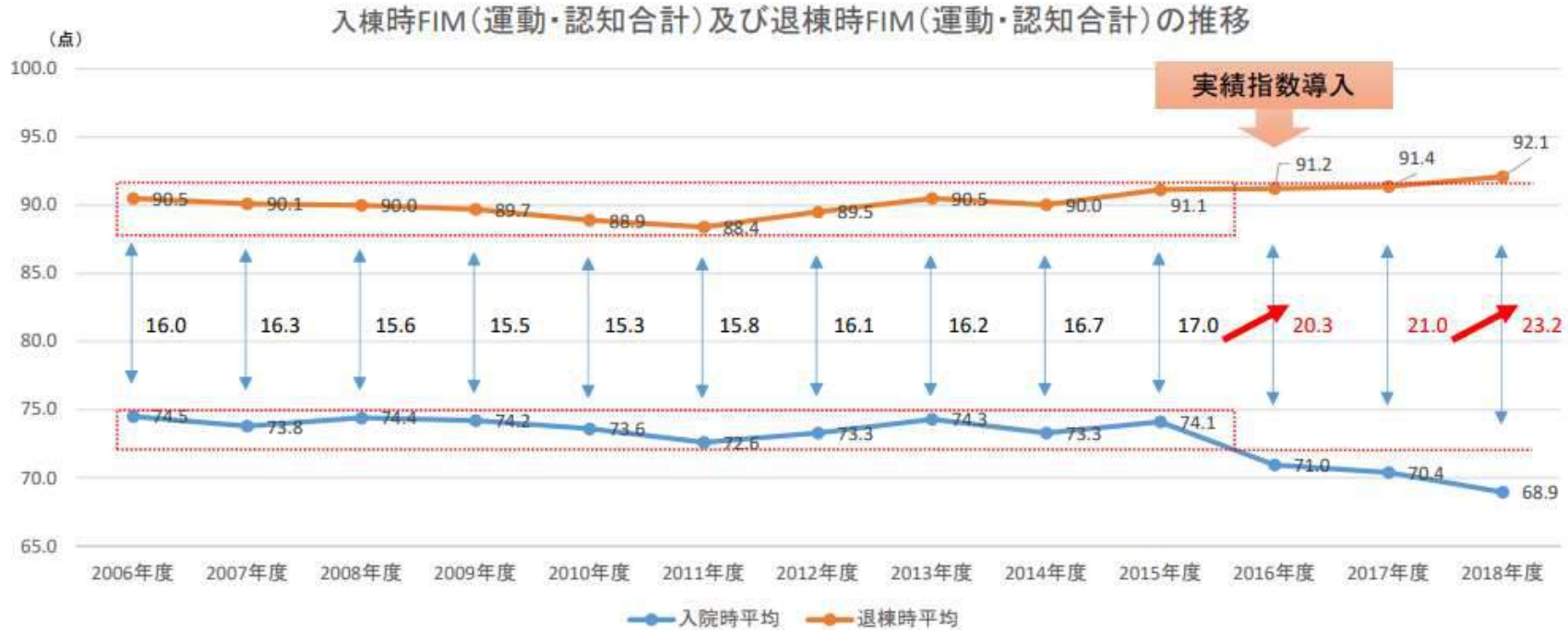
Functional Independence Measure (FIM)

自立	7点	完全自立
	6点	修正自立
部分介助	5点	監視
	4点	最小介助
介助あり	3点	中等度介助
	2点	最大介助
完全介助	1点	全介助

運動項目										認知項目							
セルフケア					排泄		移乗		移動	コミュニケーション		社会認識					
食事	整容	清拭	更衣(上半身)	更衣(下半身)	トイレ動作	排尿コントロール	排便コントロール	ベッド・椅子・車椅子	トイレ	浴槽・シャワー	歩行・車椅子	階段	理解(聴覚・視覚)	表出(音声・非音声)	社会的交流	問題解決	記憶
計42～6点					計14～2点		計21～3点		計14～2点	計14～2点		計21～3点					
運動項目 計91～13点										認知項目 計35～5点							
合計 126～18点																	

点数	介助者	手助け	手助けの程度
7	不要	不要	自立
6	不要	不要	時間がかかる。装具や自助具が必要。投棄している。安全性の配慮が必要。
5	必要	不要	監視・準備・指示・促しが必要。
4	必要	必要	75%以上自分で行う。
3	必要	必要	50%以上75%未満自分で行う。
2	必要	必要	25%以上50%未満自分で行う。
1	必要	必要	25%未満しか自分で行わない。

○ 入棟時と退棟時のFIM(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化(運動・認知合計の平均値)の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。



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(2019年7月)」(一社)回復期リハビリテーション病棟協会

- FIMの7段階評価の診断が3点であれば50%以上75%未満を自分で行えるとされており、実際には自分で74%しかできないのに、76%にわずか2%上げるだけでFIM点数を3点から4点に上げることができるというような姑息な病院が存在する、と厚労省は推測している。
- これを防ぐためにも動画撮影を行い、客観的評価ができるようにしてはどうか。
- さらに各項目2点以上の利得を評価してはどうか。

- 回復期リハビリテーション病棟における発症後の期間が削除されたことによって…

- 重症度や医療ニーズが高く、急性期病院での治療に期間を要する患者であっても、急性期病院を退院してリハビリテーション病棟に入院できるようになり、集中したリハビリテーションが受けられるようになった。
- 在宅療養患者や施設入所者などの機能低下でもリハビリテーション病棟に入院できるようになった。

日慢協・武久会長

回復期リハの名称変更を提案 「リハビリ集中病棟に」

日本慢性期医療協会の武久洋三会長は8日の定例会見で、適時適切なリハビリテーションの実施に向けて、回復期リハビリテーション病棟の名称を「リハビリテーション集中病棟」に変更することを提案した。2020年度診療報酬改定で回復期リハ病棟の入院条件から「発症後または手術後2カ月以内」がなくなり、急性期病院での治療に時間がかかる患者や在宅療養の患者にも柔軟に対応できるようになったと指摘。回復期に限らず、リハビリを提供できる現状を踏まえ「回復期リハの名前がそのまま良いか考えなければいけない」と問題提起した。

武久会長は、回復期リハの入院条件が変更となったことで、在宅療養の患者や介護施設の入所者にADLの低下があった場合も、回復期リハの病棟に入院して短期集中でリハビリができる環境に近づいたとして、「非常によくなった」と評価。一方、現状はリハビリテーション全体の課題として、提供時間や疾患別の評価など細かな規制で非効率になっている側面もあるとし、「地域包括ケア病棟のように包括制度にするべきではないか」とも主張した。

地域包括ケア病棟とリハビリテーション集中病棟の違い

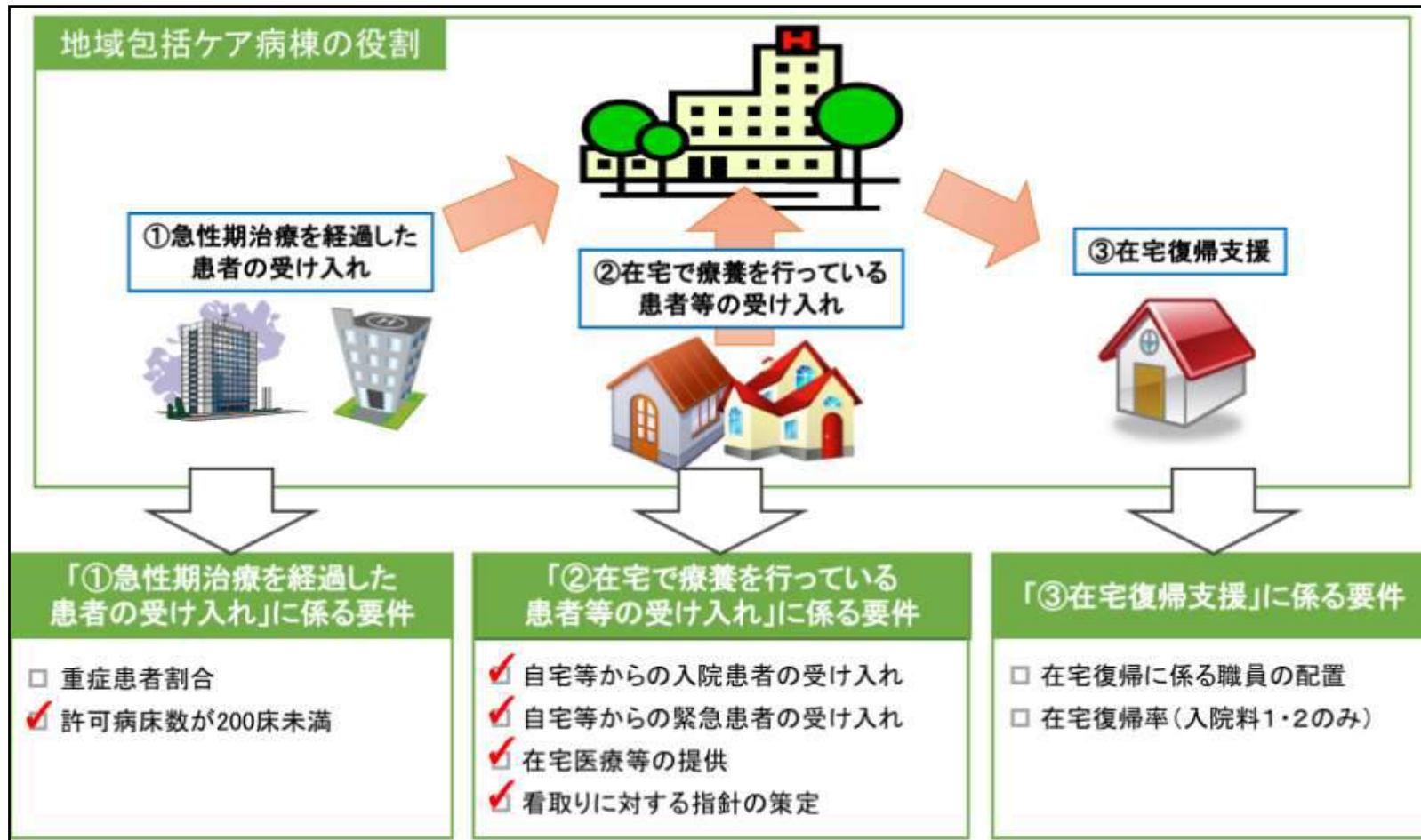
- 地域包括ケア病棟は、①高度急性期病院からの患者を受け入れる「Post acute機能」②「地域急性期機能」を持つ。
- リハビリテーション集中病棟は、高度急性期病院や地域包括ケア病棟、介護施設等からリハビリテーションが必要な患者を受け入れ、より集中的にリハビリテーションを行い、機能回復を目指す。

- 回復期リハビリテーション病棟入院患者の平均年齢は76.6歳※
- リハビリテーションが必要な患者が急性期から回復期、慢性期、在宅に至るまで増えている。
- 在宅療養中の患者や特養入所者でADLが低下してリハビリテーションが必要な患者もリハビリテーション集中病棟に入院し、短期間で集中的なリハビリテーションを受ける環境に近づけてくれた。

**アウトカムがよければその病院の評価が上がり、
自然に地域の住民に知られて、患者が集中するだろう。**

地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟は2014年に誕生した。入院期間は最大2カ月で、リハビリが2単位と治療費が包括されている。「急性期治療後の患者の受入」「在宅患者の急変時受入」「在宅復帰支援」が主な機能である。



- 国は近年、急性期病棟の峻別化を進めている。
- 2018年に7対1、10対1一般病床を7つの「急性期一般入院基本料」に、そして13対1、15対1一般病床を3つの「地域一般入院基本料」に改編した。
- これは「急性期一般入院基本料」算定病床のみ「急性期」とみならず、との通達ともいえる。自院を急性期だと主張してやまない病院は多数見受けられるが、全病床を急性期一般病棟で運営できている病院は少ない。

- 2020年9月現在、約2600病院、約9万床（一般病床が約8万床、療養病床が約1万床）が地域包括ケア病棟を届け出ている。
- 全病棟を急性期として維持できず、次善の策として地域包括ケア病棟に格下げする病院も見受けられる。
- 一方、療養病床ばかりの慢性期病院でも、地域の高齢者の急変時に対応したいと、病院の機能向上を図る目的で積極的に地域包括ケア病棟に転換している。

慢性期治療病棟

- 療養病床は、寝たきり患者の社会的収容所としての存在意義は否定され、医療区分2・3患者割合の厳格化により、正に急性期や在宅などからの重症患者の治療の場として、療養病棟ならぬ慢性期治療病棟になることが求められている。
- さらに厚労省による病棟機能転換ができない病棟については介護医療院へと、すなわち医療保険から介護保険へと追いやられることとなっている。要するに医療必要度の高い患者のみを慢性期医療の対象者として厳密に限定して、きちんと治療するように要請されているのである。

病院は変わる

- 2014年の病床機能報告制度創設時に「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4つに分類され、それぞれの医療機能が示されたが、すでにこの分類は実態として変化している。
- 現在の状況を踏まえた病床機能は、
「高度急性期」が「急性期」となり、
「急性期」と「回復期」が包括され、
「地域急性期」と「地域包括ケア病棟」の機能を併合し
「地域包括期」的となり、
「慢性期」は「慢性期治療病棟」しか認められない。

2014年の病床機能報告制度創設時に設けられた4つの医療機能分類は変化し、現在の各医療機関の病床機能の実態に合っていない。

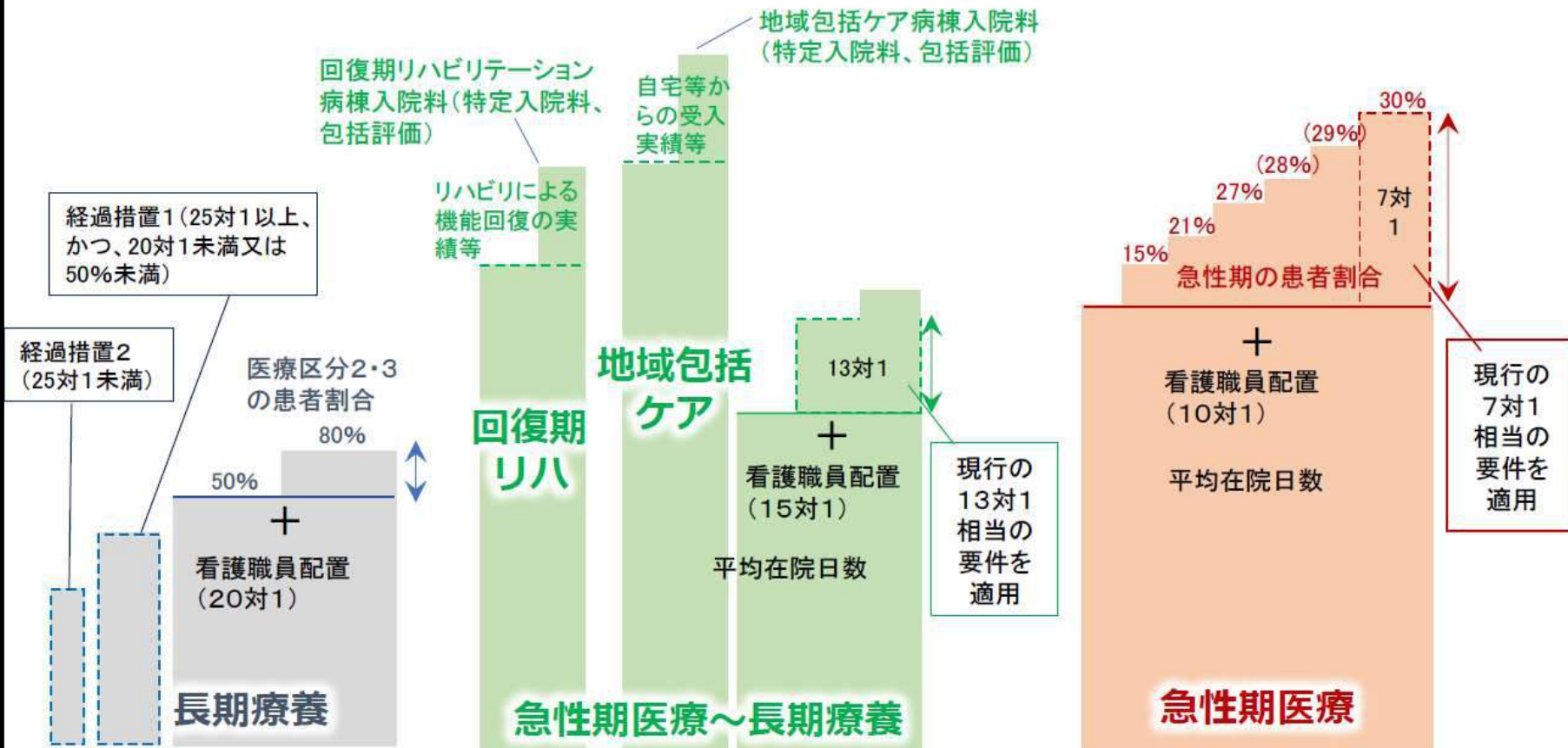
病床機能報告における4医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>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</u> ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>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</u>
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>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。</u> ○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</u> ○ <u>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</u>

新たな入院医療の評価体系と主な機能(イメージ)

入院医療評価体系について、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた新たな評価体系に再編・統合する。なお、新たな評価体系となる入院料は、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の機能に大別される。



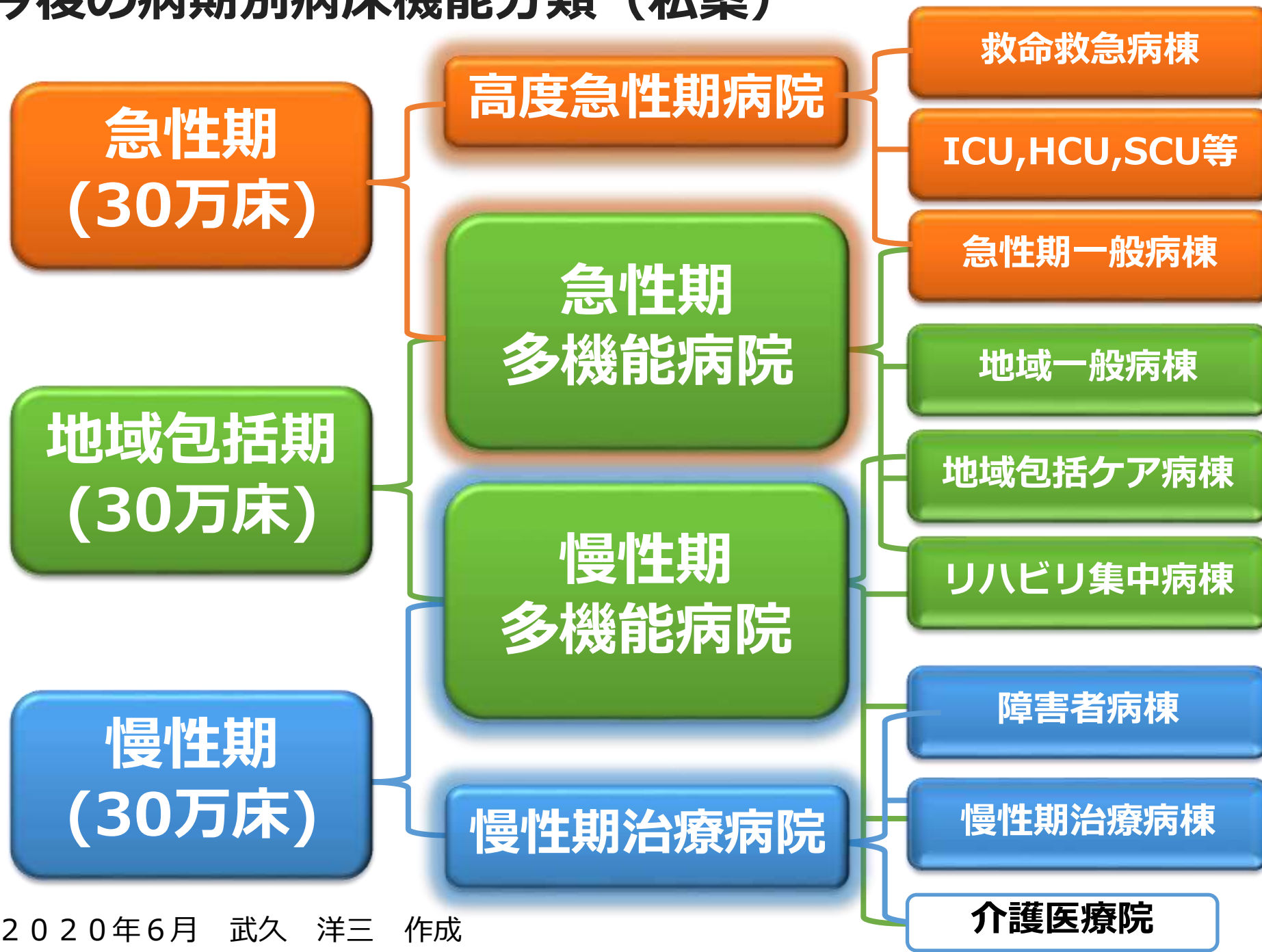
療養病棟入院基本料(20対1、25対1)を再編・統合

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のため、上記には含めていない。

今後の病期別病床機能分類（私案）

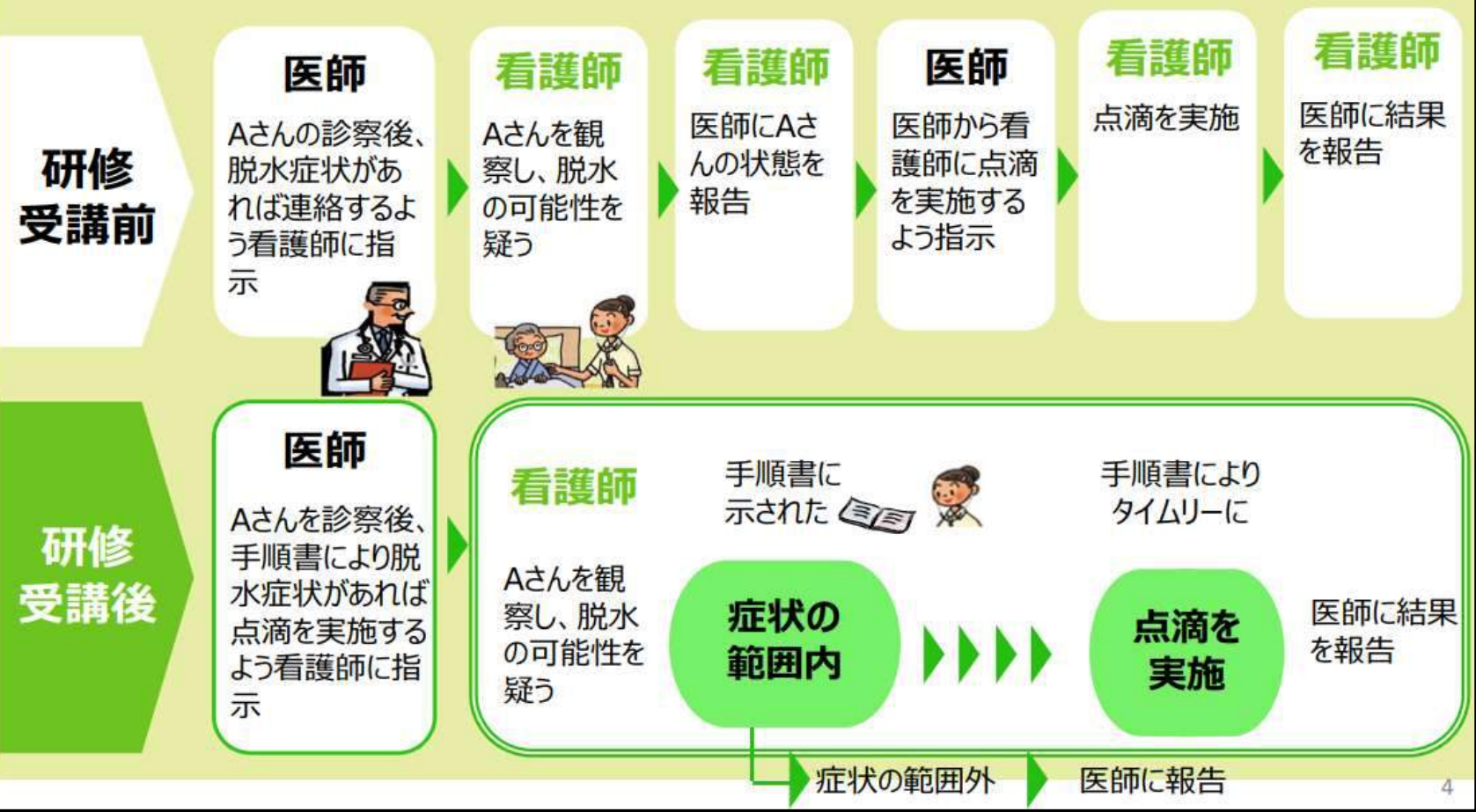


特定看護師について

特定行為とは、従来、医師がおこなってきた行為を看護師に教示し、実習を受けてもらって特定看護師が単独で行えるようにすることである。

特定行為の実施の流れ（例）

◆ 研修を受けるとこのようになります（脱水を繰り返すAさんの場合）



政府の規制改革推進会議では、医療・介護職のタスクシフトとして特定看護師の配置等に対する診療報酬上の評価を含めた普及促進などが示されている。

■ 「タスクシフト推進」へ 特定行為研修制度など活用を 規制改革推進会議

政府の規制改革推進会議（議長＝小林喜光・三菱ケミカルホールディングス取締役会長）は2日、答申をまとめ安倍晋三首相に提出した。医療・介護関係職のタスクシフトとして、看護師の特定行為研修制度や救急救命士の活用を盛り込んだ。

医療・介護分野は、▽医療・介護関係職のタスクシフト▽介護サービスの生産性向上▽一般用医薬品（スイッチOTC）選択肢の拡大▽医療等分野におけるデータ利活用の促進▽社会保険診療報酬支払基金に関する見直し▽重点的にフォローアップに取り組んだ事項一で構成した。

2024年度から医師の時間外労働の上限規制が始まることを踏まえて盛り込んだタスクシフトについては、まず看護師の特定行為研修制度の普及促進を挙げた。具体的な実施事項の1つに、「本研修制度の利用を十分に拡充するため、特定行為研修修了者の配置等に対する診療報酬上の評価を含めた促進策をさらに実施する」よう記載。今年度に検討を開始し、来年度に結論を出すよう求めた。

チーム医療等推進のため「特定行為研修を修了した看護師」に業務移管している旨を広告可能に—医療情報提供内容検討会

2020.10.30. (金)

医療提供体制改革 看護 ピックアップ 医療計画・地域医療構想

医療機関において、「チーム医療や医師の働き方改革を推進するために、自院で特定行為研修を修了した看護師による業務が行われている」場合には、その旨を広告することを認める—。

患者・国民の医療機関選択を支援する「医療機能情報提供制度」において、新たに「外国人患者への対応体制の有無」（通訳等を配置しているか、翻訳機器を配備しているか、サポート体制を敷いているか）を盛り込むこととし、医療機関等にその旨の報告を求めることとする—。

10月29日に開催された「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」（以下、検討会）では、こうした見直し内容が了承されました。今後、社会保障審議会・医療部会の了承を待ち、年度内にも制度的手当て（法令の改正等）を行ったうえで、来年度から新たな仕組みがスタートする見込みです（前回会合の記事は[こちら（医療機能情報提供制度）](#)と[こちら（広告可能事項）](#)）。

在宅領域版・特定行為の 手順書例集を公表

厚生労働省は14日までに、在宅領域版の特定行為に関する手順書例集を公表した。主治医が手順書を作成する際の参考となるよう、2015年度に作成した「特定行為に係る手順書例集」に掲載されている手順書例の中から、領域別パッケージ研修の「在宅・慢性期領域」の4行為の例を抽出したものの。19年度の看護職員確保対策特別事業「看護師の特定行為研修に係る実態調査・分析等事業」で作成した。

在宅領域版の手順書例集では、同領域で就業する修了者は全修了者のうち約7%であることを指摘。作成の背景として、同領域では患者ごとに異なる医療機関の医師が主治医となる可能性が高く、各医療機関の主治医が手順書を作成しないといけないことや、「看護師に係る特定行為研修制度」に対する主治医の理解が十分でないことから、特定行為の実践が困難な側面があることを挙げた。

特定看護師「在宅領域版」手順書例集について

- ◆ 特定看護師は、2025年に向けて、在宅医療等の推進を図って行くために医師の判断を待たずに、手順書により、診療行為を行う特定看護師を養成するために創設されたもの。
- ◆ しかしながら、在宅領域で就業する特定看護師は、特定看護師全体の約7%（令和元年10月現在）。
- ◆ 在宅領域では、患者毎に異なる医療機関の医師が主治医となり、手順書を作成しなければならないが、特定看護師制度に対する認知度が低く、主治医の理解が十分でないため、在宅領域で特定看護師として業務するのが困難となる場合がある。

特定看護師「在宅領域版」手順書例集について

- ◆ そこで、以前に作成された手順書例の中から、2019年4月に創設された領域別パッケージ研修の「在宅・慢性期領域」の4行為の手順書例

1. 「気管カニューレの交換」
2. 「胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換」
3. 「褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去」
4. 「脱水症状に対する輸液による補正」

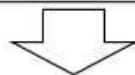
を抽出し、実際に現場で用いられている手順書を参考に
改変されたものである。

特定看護師 「在宅領域版」 手順書例集

褥瘡または 慢性創傷の治療 における 血流のない 壊死組織の除去

手順書：褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

【当該手順書に関する特定行為の対象となる患者】
在宅で訪問看護を受けている患者または施設入所者で、
1. 関節以外の部位に発生した褥瘡
2. 壊死組織に血流が認められない褥瘡
3. 感染徴候が認められない褥瘡
以上が全て認められる場合



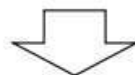
病状の範囲外

【看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲】
以下のいずれにも該当する場合
 いつもと全身状態に変化なし
 意識状態の変化なし
 バイタルサインの変化なし
 著大な出血傾向がない

不安定・緊急性あり

担当医師に直接
連絡し、指示を
もらう

病状の範囲内



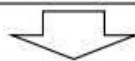
安定・緊急性なし

【診療の補助の内容】
褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
(壊死組織除去後に創部洗浄)

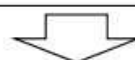


【特定行為を行うときに確認すべき事項】
 全身状態が良好であること
 褥瘡の部位
 褥瘡の状態 (DESIGN-Rの評価)
 施行後の出血や疼痛

当てはまらない
項目が1つでもあ
る場合は、担当
医師に直接連絡
し、指示をもら
う



【医療の安全を確保するために医師や歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制】
担当医師

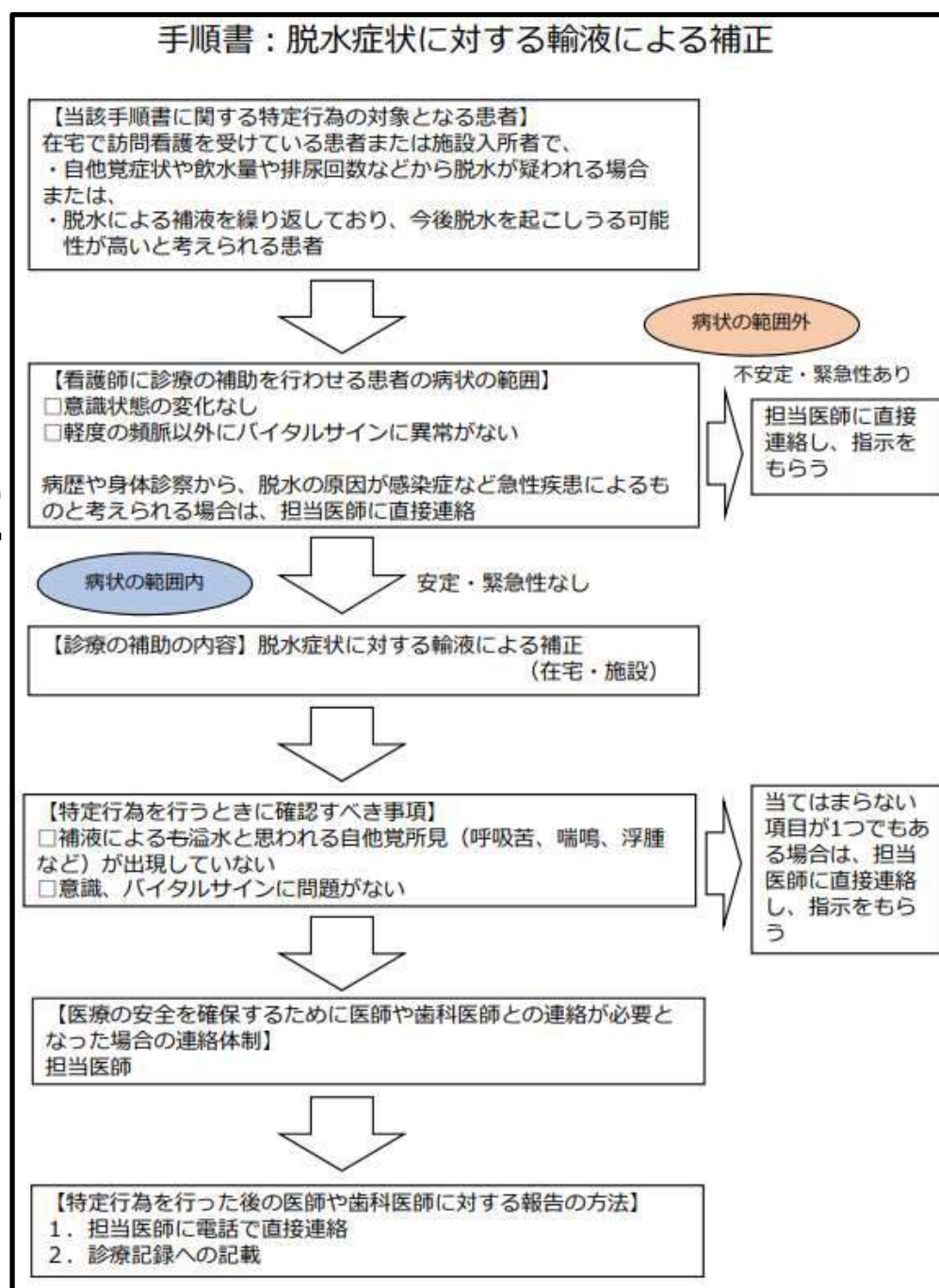


【特定行為を行った後の医師や歯科医師に対する報告の方法】
1. 担当医師に電話で直接連絡
2. 診療記録への記載

【特定行為を行う時に確認すべき事項】 (補足)
全身状態が良好：バイタルサインの安定、発熱なし、褥瘡以外の急性疾患がない
褥瘡の部位：関節、会陰部、顔以外の部位ではない
褥瘡の状態 (DESIGN-Rの評価)：関節腔、体腔に至っていない、体表面積の1%
以上ではない、排膿なし

特定看護師 「在宅領域版」 手順書例集

脱水症状に 対する 輸液による補正



- 看護師特定制度は、本来は医師しか行えない医療行為を、それぞれの特定行為研修を修了した看護師(以下、特定看護師)が医師の手順書に従って単独で実施することができるものである。
- 2015年に21区分38行為が設定され、現在、指定研修機関は222箇所(2020年8月現在)あり、特定看護師は近々3000人を超える予定であるが、2025年に向けての目標の10万人以上には程遠い。
- しかも在宅領域では7%しか対応できていないことが判明している。

特定行為研修を修了した看護師数（特定行為区分別）

修了者総数：2646名(令和2年7月現在)

修了者延べ人数；17,982名



皮膚損傷に係る
 薬剤投与関連
 精神及び神経症状に係る
 薬剤投与関連
 循環動態に係る薬剤投与関連
 術後疼痛管理関連
 血糖コントロールに係る
 薬剤投与関連
 感染に係る薬剤投与関連
 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連
 透析管理関連
 動脈血液ガス分析関連
 創部ドレーン管理関連
 創傷管理関連
 栄養に係るカテーテル管理 (PICC管理) 関連
 栄養に係るカテーテル管理 (中心静脈カテーテル管理) 関連
 ろう孔管理関連
 腹腔ドレーン管理関連
 胸腔ドレーン管理関連
 心嚢ドレーン管理関連
 循環器関連
 呼吸器 長期呼吸療法
 呼吸器 (に係るもの) 関連
 呼吸器 人工呼吸療法に
 係るもの) 関連
 呼吸器 (気道確保に係るもの) 関連

- 現在、下記6つの領域の特定行為研修のパッケージ化が認められている

- ①「在宅・慢性期領域」
- ②「外科術後病棟管理領域」
- ③「術中麻酔管理領域」
- ④「救急領域」
- ⑤「外科系基本領域」
- ⑥「集中治療領域」

急性期中心の領域である

- 特定看護師は主として急性期の現場での活躍を期待されているようで、指定研修機関も大学や急性期医療機関が多い。
- 2020年度から総合入院体制加算の施設基準に特定看護師の複数名配置や麻酔管理料(Ⅱ)における麻酔を担当する医師の一部の行為を特定看護師が実施しても算定できるようになったが、いずれも急性期医療の分野である。

■ 施設の種別別指定研修機関数(令和2年8月現在)

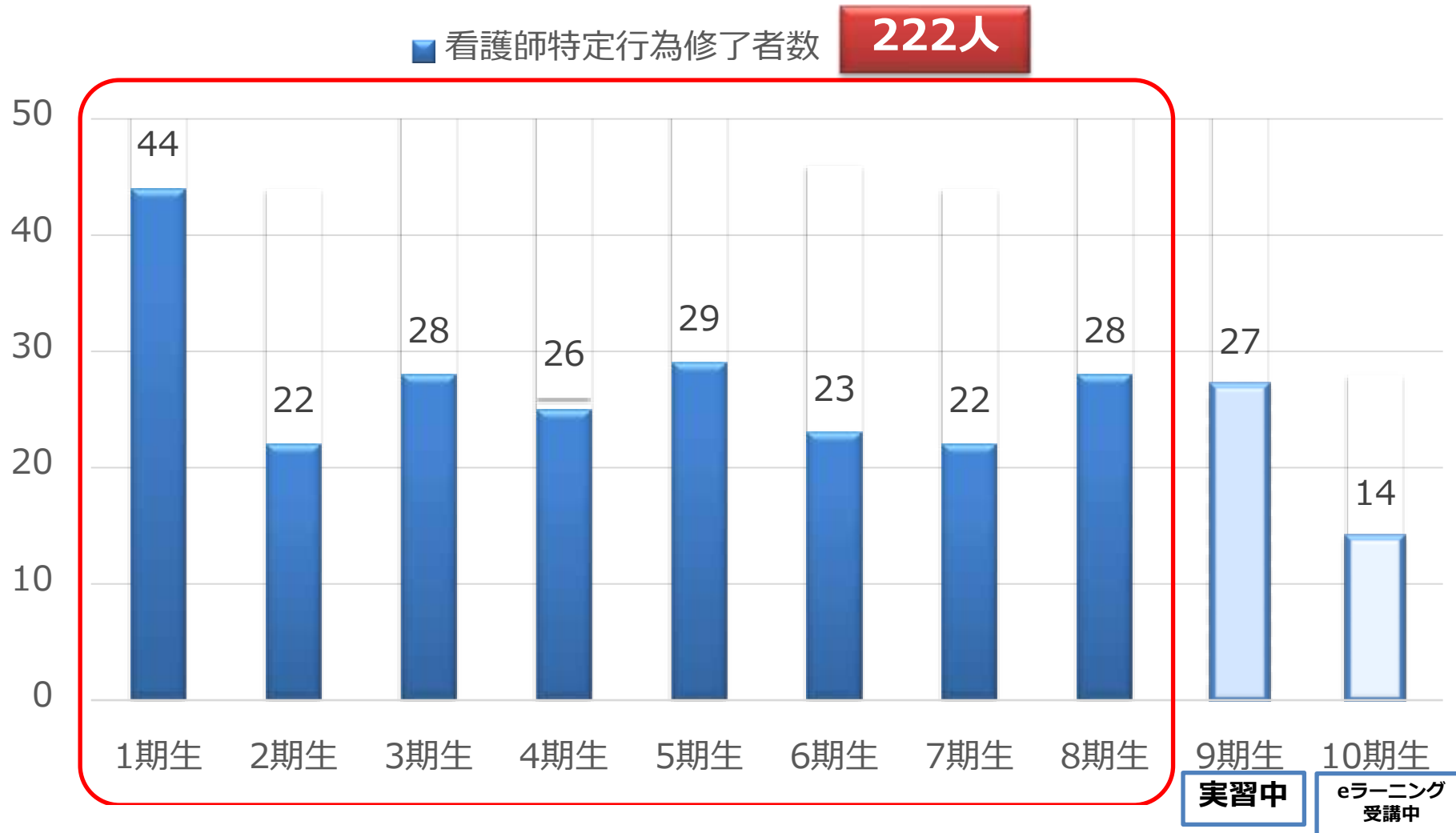
大学	大学院	大学病院	病院 (診療所を含む)	医療関係 団体等	専門学校	総計
19	14	44	126	18	1	222 機関
8.6%	6.3%	19.9%	56.7%	8.1%	0.4%	100%

日本慢性期
医療協会

厚生労働省ホームページ 【特定行為に係る看護師の研修制度】 指定研修機関等について より

- 医師も看護師も多く配置されている急性期病棟より、医師の関与の少ない在宅領域こそが、特定看護師の実力を十二分に発揮できる最適な領域である。

日本慢性期医療協会 看護師特定行為研修 受講者数の推移



特定行為及び特定行為区分（21区分38行為）

※ 日本慢性期医療協会開講区分 9区分（16行為）

パッケージ化する特定行為（在宅・慢性期領域）

特定行為区分	特定行為
①呼吸器 （気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
②呼吸器 （人工呼吸療法に係るもの） 関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
③呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	人工呼吸器からの離脱
	気管カニューレの交換
④循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
⑤心嚢ドレーン管理関連	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
	心嚢ドレーンの抜去
⑥胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
⑦腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）
⑧ろう孔管理関連	青ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
	中心静脈カテーテルの抜去
⑨栄養に係るカテーテル管理 (中心静脈カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテル(PICC)の挿入
⑩栄養に係るカテーテル管理 (末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理) 関連	

特定行為区分	特定行為
⑪創傷管理関連	褥(じよく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
⑫創部ドレーン管理関連	創傷に対する陰圧閉鎖療法
	創部ドレーンの抜去
⑬動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
⑭透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
⑮栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
⑯感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
⑰血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
⑱術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
⑲循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
⑳精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
	抗不安薬の臨時的投与
㉑皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

日本慢性期医療協会 看護師特定行為研修の修了者を対象としたアンケート

実施時期：令和2年7月

対象：222人（第1期生～第8期生）

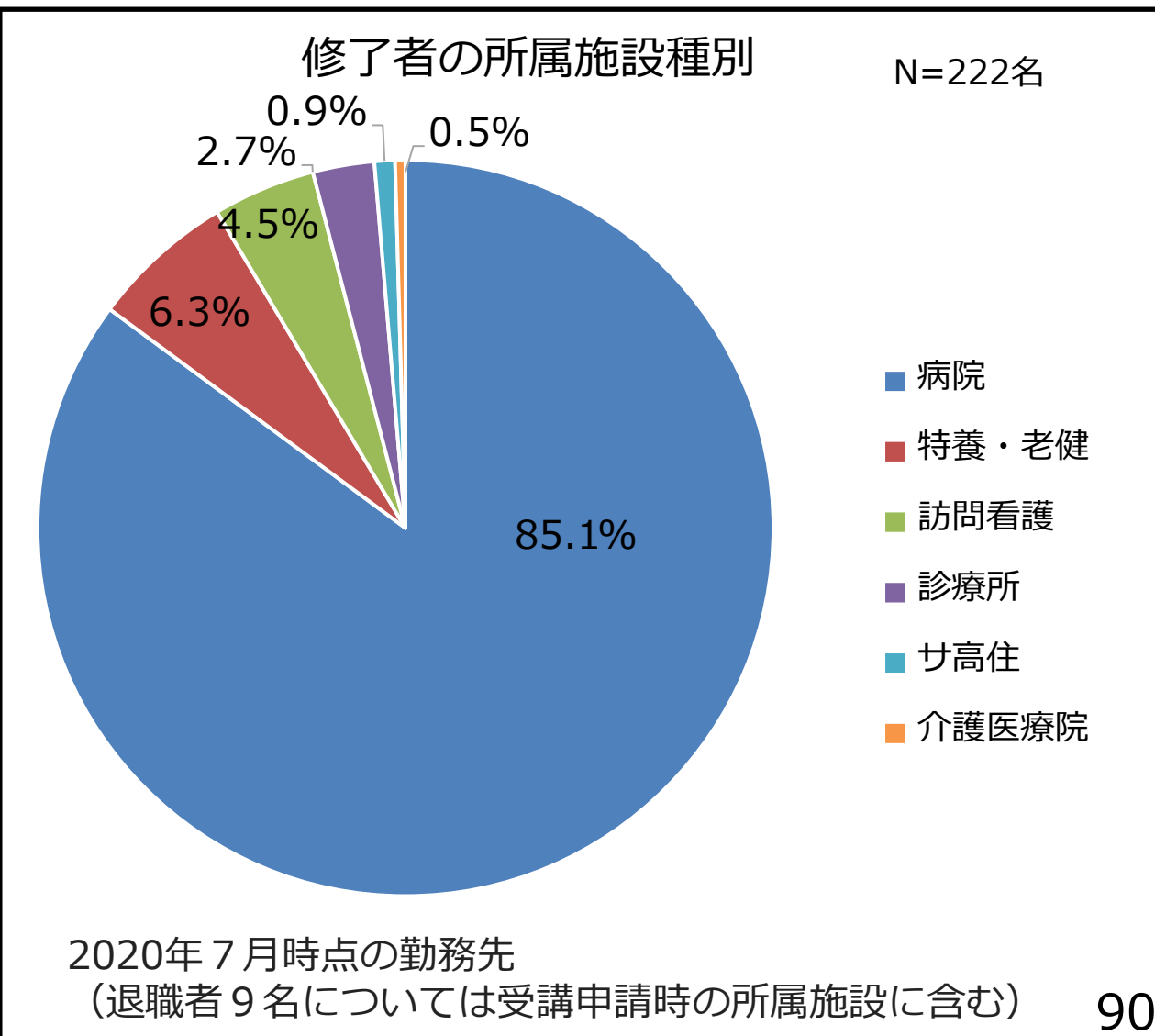
※「④中心静脈カテーテルの抜去」は
第4期生～第8期生：128人

「⑤PICCの挿入」は
第5期生～第8期生：102人

回答：98人

※「④中心静脈カテーテルの抜去」の
回答は54人

「⑤PICCの挿入」の回答は47人



1-1. 令和2年4月から7月までの3か月間の特定行為の実施状況（1）

特定行為区分	特定行為	回答数	実施者	未実施者	実施率	実施した場合		実施しなかった場合 未実施の理由（複数回答）											
						実施患者数計	延べ実施回数	対象患者がいなかった		手順書未作成		医師の合意が得られない		組織的合意が得られない		その他		無回答	
								人	比率	人	比率	人	比率	人	比率	人	比率	人	比率
1. 呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	① 侵襲的陽圧換気の設定の変更	98	10	88	10.2%	23	36	66	75.0%	5	5.7%	6	6.8%	8	9.1%	8	9.1%	5	5.7%
	② 非侵襲的陽圧換気の設定の変更	98	2	96	2.0%	2	2	74	77.1%	5	5.2%	6	6.3%	8	8.3%	8	8.3%	4	4.2%
	③ 人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	98	4	94	4.1%	6	17	72	76.6%	4	4.3%	6	6.4%	8	8.5%	9	9.6%	5	5.3%
	④ 人工呼吸器からの離脱	98	2	96	2.0%	4	4	75	78.1%	4	4.2%	6	6.3%	8	8.3%	8	8.3%	5	5.2%
2. 呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	⑤ 気管カニューレの交換	98	55	43	56.1%	678	1063	21	48.8%	8	18.6%	6	14.0%	5	11.6%	8	18.6%	3	7.0%
3. 栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	⑥ 中心静脈カテーテルの抜去（※）	54	29	25	53.7%	109	109	17	68.0%	5	20.0%	3	12.0%	2	8.0%	4	16.0%	1	4.0%
4. 栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	⑦ 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル（PICC）の挿入（※）	47	23	24	48.9%	112	121	9	37.5%	4	16.7%	8	33.3%	4	16.7%	6	25.0%	1	4.2%

1-1. 令和2年4月から7月までの3か月間の特定行為の実施状況（2）

特定行為区分	特定行為	回答数	実施者	未実施者	実施率	実施した場合		実施しなかった場合 未実施の理由（複数回答）											
						実施患者数計	延べ実施回数	対象患者がいなかった		手順書未作成		医師の合意が得られない		組織的合意が得られない		その他		無回答	
								人	比率	人	比率	人	比率	人	比率	人	比率	人	比率
4. 創傷管理関連	⑧褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	98	49	49	50.0%	141	244	28	57.1%	6	12.2%	6	12.2%	6	12.2%	9	18.4%	2	4.1%
	⑨創傷に対する陰圧閉鎖療法	98	24	74	24.5%	51	104	50	67.6%	6	8.1%	7	9.5%	7	9.5%	10	13.5%	5	6.8%
5. 栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	⑩持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	98	17	81	17.3%	93	162	39	48.1%	8	9.9%	10	12.3%	10	12.3%	19	23.5%	5	6.2%
	⑪脱水症状に対する輸液による補正	98	25	73	25.5%	147	213	32	43.8%	7	9.6%	9	12.3%	8	11.0%	21	28.8%	4	5.5%
6. 感染に係る薬剤投与関連	⑫感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与	98	17	81	17.3%	156	164	32	39.5%	6	7.4%	13	16.0%	12	14.8%	28	34.6%	4	4.9%
7. 血糖コントロールに係る薬剤投与関連	⑬インスリンの投与量の調整	98	23	75	23.5%	129	249	28	37.3%	7	9.3%	11	14.7%	12	16.0%	23	30.7%	4	5.3%
8. 精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	⑭抗けいれん剤の臨時の投与	98	3	95	3.1%	5	5	58	61.1%	5	5.3%	9	9.5%	10	10.5%	17	17.9%	0	0.0%
	⑮抗精神病薬の臨時の投与	98	14	84	14.3%	28	39	44	52.4%	6	7.1%	11	13.1%	11	13.1%	19	22.6%	2	2.4%
	⑯抗不安薬の臨時の投与	98	9	89	9.2%	19	24	49	55.1%	6	6.7%	11	12.4%	11	12.4%	19	21.3%	4	4.5%

看護師特定行為研修の修了者を対象としたアンケート結果より

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

- 多く実施されている特定行為
 - 気管カニューレの交換 56.1%、
 - 中心静脈カテーテルの抜去 53.7%、
 - 褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去 50.0%
 - 末梢留置静脈注射用カテーテルの挿入 48.9%
- 特定行為が実施されていない理由としては、「対象患者がいない」がほとんどを占めていた。

● 特定行為研修修了者として新たに担うようになった業務内容や活動について

- 知識を活かして、地域医療連携業務を担っている
- 後輩育成や実習生への指導を行うようになった
- 他病棟の患者の処置を行うようになり、医師との意見交換をする機会が増えた。
- 委員会（褥瘡評価、感染対策、医療安全）活動に活かしている。

● 特定行為実施上の問題点や課題について

- 病棟内に医師が常駐しているため、特定行為を実施する機会が得られにくい。
- 特定行為に対する医師や家族の理解が得られにくい。
- 周辺の診療所医師への浸透が不十分。顔が見える関係ではあるが、「腕が見える関係」（特定行為を任せるには医師本人の思う力量が看護師にあるか、信頼には不十分）になっていないところが問題。そばで仕事しているわけではないので、特定行為の資格だけで、直接力量を把握できないと不安だと感じておられる。

チーム在宅のすすめ

一人の開業医の肩に在宅療養患者の全てが乗ることは無理。医師・特定看護師をはじめとする様々な職種、病院・施設・事業所からなるチームで動く。

これから介護分野に医療がどんどん
関与しなければならぬ。
介護施設に看護師がいるか、いないかによって、
家族の信頼度がまるで異なる。
施設に常駐する看護師が特定看護師であれば
より信頼度は増すだろう。

- 特養で働く看護師は優秀な者が多い。
1人で判断して1人で対応する。
特養の看護師こそ特定看護師であるべきだ。
- 特定看護師は慢性期病院や特養などの介護施設、
何よりも訪問看護サービスで能力を発揮する。

グループ施設（特養）における医療行為の提供状況〔2020年9月〕

	東京都				大阪	和歌山		
	200+20	100+4	84+12	108+12				
入所定員	200+20	100+4	84+12	108+12	200+20	120+18	104+16	100+20
	220	104	96	120	220	138	120	120
看護職員数	11.7	5.8	8.1	9.3	18.2	20.0	5.1	6.1
酸素療法	2	3	0	0	1	1	0	2
喀痰吸引	8	2	2	2	14	9	0	14
胃瘻	24	7	10	2	10	9	20	9
バルーンカテーテル	9	1	2	4	8	8	4	4
インスリン注射	9	2	1	1	5	2	4	6
創傷処置	2	0	0	1	6	19	0	10
吸入	5	0	0	0	4	0	0	1
点滴	3	1	0	0	2	8	0	2
血糖値測定中	6	0	1	1	6	2	0	5
夜間看護師当直回数（回／月）	毎日	毎日	毎日	毎日	毎日	毎日	毎日	毎日

当グループでは、特養にも看護職員を加配し、夜勤も実施している。
 （特養における看護師の法定人数は、100名の入所者に対し3名）

特定看護師ができる特定行為（PICC挿入）

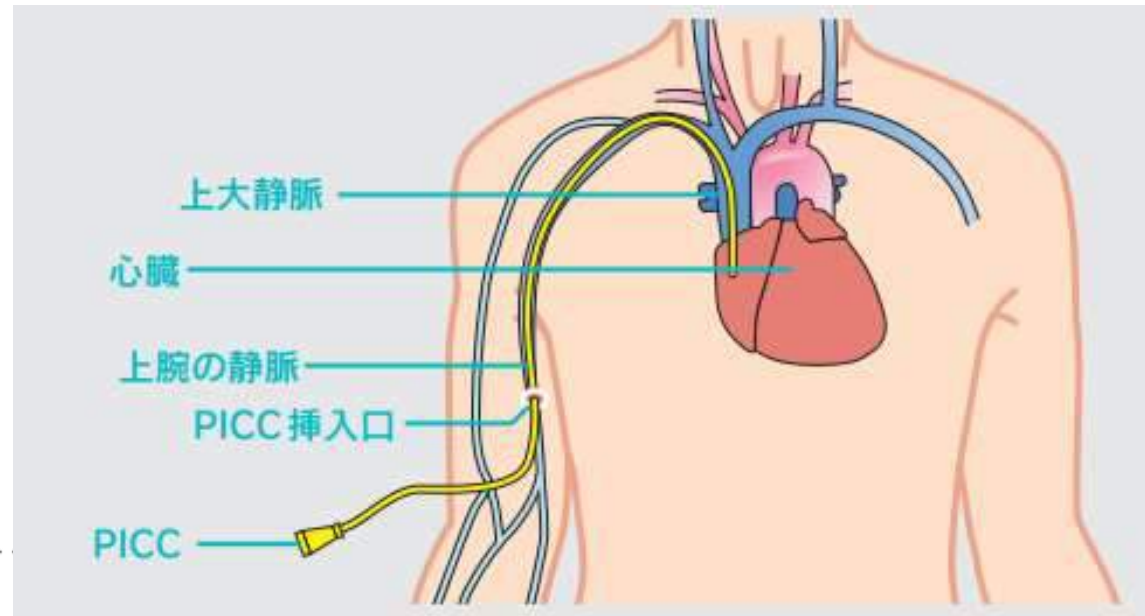
PICC(peripherally inserted central venous catheter 末梢挿入型中心静脈カテーテル)

肘または上腕の静脈を穿刺して上大静脈内に先端を留置させる中心静脈カテーテル。

肘から挿入する場合は、肘正中皮静脈や尺側皮静脈などの、見える、あるいは触知できる血管を穿刺して中心静脈カテーテルを挿入するので、極めて安全かつ確実に静脈穿刺を行うことができる。

解剖学的にも気胸、血胸などの重篤な合併症が起こりえない中心静脈カテーテル挿入経路である。

しかし、肘の静脈から挿入する PICCは、肘を曲げることによってカテーテルが屈曲して滴下不良となる、静脈炎の発生頻度が比較的高い、などの管理上の問題がある。現在は、これらの問題も解決できる方法として、上腕の静脈を穿刺して挿入する上腕 PICC 法を実施している。



特定看護師による末梢留置型中心静脈注射用カテーテル
(PICC) の挿入の様子 (動画)



- 看護学校などを卒業した看護師は、高度医療を提供する急性期病院で勤め、その後、結婚・出産し、看護職との両立を図るために次なる活躍の場として、地域の多機能病院や在宅医療専門の医療機関等において特定看護師の資格を取って勤務していただけるとありがたい。
- また、高度急性期病院などの最新医療環境の真っ只中で活躍する特定看護師も必要である。さらに経験を積んだ後に在宅分野で従事していただけるとありがたい。

終末期医療を考える

最近、ALSを患う女性に薬物を投与して死亡させたとして、2人の医師が逮捕されたが、これは終末期医療ではなく、明らかに嘱託殺人である。

2020年 7月30日木曜日

メディファクス

8314号

■ 生命を終わらせる行為は医療ではない ALS患者嘱託殺人で日医・中川会長

日本医師会の中川俊男会長は29日の定例会見で、2人の医師による筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者の嘱託殺人事件について「患者から死なせてほしいとの要請があったとしても、生命を終わらせる行為は医療ではない。患者の苦痛に寄り添い、共に考えることが医師の役割」とし、「このような事件が二度と起こらないよう、患者が尊厳ある生き方を実現できる社会を目指していく」と述べた。

中川会長は「報道によると事前に医師に金銭が支払われていた。医療の本質は人類愛に基づく行為であり、自らの利益のために行うものではない。容疑をかけられている医師は患者の主治医ではなく診療の事実もないという。医の倫理に照らす以前に、一般的な社会的規範を大きく逸脱している」と指摘。「決して看過できるものではない」と強調した。

その上で「患者が長期にわたる闘病の中で死を選ぶ道を探し求めたとすれば非常に悲しいことだ。死を選ばなくてはならない社会ではなく、生きることを支える社会をつくる。そのためには、治療法の確立を目指したさまざまな研究開発、心のケア、介助や支援制度の拡充、患者や障害を持った人がより良く社会で生きていける技術の開発や普及など、医師会がやるべきことは何かを追求していきたい」と述べた。

入院中の父はなぜ、「病院で餓死」しなければならなかったのか

- 2016年9月末に関東の公立病院に入院した93歳男性患者が49日後に栄養失調で餓死したことについて、家族が「入院先の病院が必要な栄養 補給を怠ったために父が餓死した」として訴訟を起こしている。
- 入院するまで正常なBMIであった患者が「栄養補給目的」で入院したものの、入院後1日に必要な栄養量にはるかに満たない量しか与えられなかったため死亡したとしている。

1. この患者さんに対して何か出来たのだろうか？
2. 93歳、寿命だとなぜ思わないのでしょうか。口から食べられなくなったら次第に召されていきます。お父さん長生きできてよかったねってなぜ思えないのでしょうか。
3. できるだけ早く後期高齢者の延命治療は保険適応から除外すべき
4. そもそも家族と今後の栄養摂取・療養について話し合わなかった主治医がマズい。
5. 食べられない理由は人それぞれであり、意識障害、認知機能低下などがある場合にはどうしようもない。代替栄養（胃瘻、経鼻、中心静脈など）を強行するなど論外。何れも医学的リスクに加えて本人の苦痛、不快感を伴う処置であり、本人にとっての利益がリスクを上回る場合以外には（提案まではしても）推奨は出来ない。治療を続けても誰も幸せにならないのに諦める機会を逸しているケースを救いうる考え方の一つが、「延命治療は自費診療で」という考え方。
6. 延命目的の医療介護にお金を使えない人はもう使わなくていいんです。
7. 本人も周囲も苦痛に満ちていても生かしておかなければならないという固定観念に強制されて延命が行われているだけです。
8. 「経口摂取できなくなった高齢の患者を高カロリー輸液や経管栄養で延命することなんか誰も幸せにしない」なんて医療従事者の「暗黙の了解」ですらないし、そうした患者の家族全員がそのような考えを受容するはずもない。患者が元気だったころの家族関係が大きく反映されるので、「皮静脈からの輸液のみでよい」という家族もいれば「せめて高カロリー輸液くらいは最後にしてあげてほしい」「1日でも長く傍にいてあげたいので経管栄養を導入してください」と様々。それが現実。この現実を無視して己の考えのもとにコトを運んでしまうと、時に大失敗（訴訟）につながる。
9. 年金の問題がいちばん大きいのでしょうかね。自費診療でもいいから高カロリー輸液やってくれという親族はいないでしょう。

終末期医療を考える

- 人間は動物の中で唯一、自分の命を自ら終わらせたいと思ったり、そうする場合がある。しかしそれは、精神異常だという人もいる。
- 自ら命を終わらせることは、動物としてはあり得ないこと。
楽しく生きることが生物としての自然の摂理である。
- まずはきちんと治療して、回復する見込みが厳しい場合に、初めて安らかな最期をサポートすることになる。
- 重症の認知症患者は終末期だからACPの対象というのは、患者本人ではなく家族や医療側の忖度ではないか。

**医師の役目は、患者を看取ることではない。
いかに治療して患者を回復させるかである。**

- もう死にたいという患者に「はい分かりました」という医師はいるのか。
- 患者本人が死にたいと言っているのだから死なせてあげたらいいのではないか、と言われても、医師としては治療可能であると思えば、治療してしまう悲しい職業意識が残っている。
- 死にたいという理由が病状であれば、まず治して差し上げる。厭世観であれば、老年期に認められる精神症状なので、その治療を行う。

- 「終末期」とはいかなる治療をしても改善しない状態のこと。食べなくなったから終末期ではない。
- 誰でもインフルエンザになれば食べたくない。食べたくないから、そんなに食事を与えない、すると、それは「終末期」でしょうか？

病気により食べられなくなった高齢者でも、1日に必要な水分と栄養を投与しながら病気の治療をし改善すれば、ちゃんと食べられるようになりますよ。

新型コロナウイルス患者が、1か月で体重が20Kgも落ちても生き延びれたのは全くラッキーそのものだ。

高齢者なら新型コロナウイルスが原因ではなく、栄養失調で死んでいただろう。

日本呼吸器学会は 2017年4月21日 「成人肺炎診療ガイド ライン2017」 を 発 表。 「治療しない肺炎」の 概念を発表した。



呼吸器学会「成人肺炎診療ガイドライン」 高齢者の肺炎は積極的治療控える選択肢も

市中肺炎は敗血症の有無と重症度に応じた治療を

日本呼吸器学会が、「成人肺炎診療ガイドライン2017」を公表した。これまで同学会では、「成人市中肺炎」「成人院内肺炎」「医療・介護関連肺炎」の3つに分けて診療ガイドラインを作成してきたが、それらを1つにまとめ、非専門医にも汎用性の高いものを目指した。

番大の特徴は、高齢者の肺炎が増える中、誤嚥性肺炎を繰り返す患者、疾患終末期や老衰状態の患者に対して、「個人の意思やQOLを考慮した治療・ケア」を優先するよう明示した点だ。

同ガイドラインでは、図のように、「市中肺炎(CAP)」と「院内肺炎(HAP) / 医療・介護関連肺炎(NHCAP)」に分けて診療アルゴリズムを提示。

CAPでは、まず敗血症の有無、A-DROP(次頁表)による重症度を評価し、入院の必要性、ICUで集中的に治療を行うか判断することを強く推奨している。

敗血症の有無の判断に当たっては、全米医師会が昨年発表した「敗血症および敗血症性ショックの診断フローチャート」を導入。qSOFAスコア(①呼吸数22回/分以上、②意識障害、③瞳孔反応)はGlasgow Coma Scale(GCS)15未満、④収縮期血圧100mmHg以下)を2項目以上満たす場合に敗血症を疑い、臓器障害の評価によって敗血症かどうかを判断する。

また、CAP治療では原因菌に応じた抗菌薬使用の重要性を強調している。一方、抗菌薬と全身投与ステロイド剤の併用はCAP症例には実施しないことを強く推奨しているが、重症例では実施を弱く推奨している。



図 「成人肺炎診療ガイドライン2017」フローチャート
 *1 市中肺炎の重症度判定：市中肺炎ではA-DROPにより重症度を判定する
 *2 敗血症の状態でなく、医療・介護関連肺炎ではA-DROPで中等症以下、院内肺炎ではI-ROADで軽症
 *3 敗血症の状態、または、院内肺炎ではI-ROADで中等症以上、医療・介護関連肺炎ではA-DROPで重症以上
 *4 耐性菌リスクあり：①過去90日以内の経静脈的抗菌薬の使用歴、②過去90日以内2日以上入院歴、③免疫抑制状態、④活動性の低下のうち2項目を満たす

HAP/NHCAPでは、誤嚥性肺炎のリスク、疾患終末期や老衰状態といった患者背景のアセスメントを優先。該当しない患者には、敗血症の有無、重症度、耐性菌リスクの判断によって治療薬を選択することを推奨している。

重症度が低く耐性菌もなく外来治療が可能なら狭域スペクトルの抗菌薬投与、重症度が高く耐性菌リスクもある場合には、多剤耐性菌をカバーする切明治療が求められる。

疾患終末期や老衰状態の患者に、「個人の意思やQOLを考慮した治療・ケア」を第一選択にした背景と今後の課題について、同ガイドライン作成委員会委員の迎寛氏に聞いた。

表 A-DROPシステム

A (Age)	男性70歳以上、女性75歳以上
D (Dehydration)	BUN 21mg/dL以上または脱水あり
R (Respiration)	SpO ₂ 90%以下 (PaO ₂ 60torr以下)
O (Orientation)	意識障害あり
P (Blood Pressure)	血圧(収縮期) 90mmHg以下
軽症	上記5つの項目のいずれも満たさないもの
中等症	上記項目の1つまたは2つを有するもの
重症	上記項目の3つを有するもの
超重症	上記項目の4つまたは5つを有するもの ただし、ショックがあれば1項目のみでも超重症とする

(成人肺炎診療ガイドライン2017より引用)

「高齢者の肺炎治療で「個人の意思やQOLを考慮した治療・ケア」を第一選択にした背景は？」

国内外の研究によって、高齢者の肺炎では、寝たきり、栄養状態が悪いなど本人の状態が予後を左右することが分かってきた。特に、高齢者に多い誤嚥性肺炎は嚥下力の低下によるもので、原因菌を叩くだけでは治療が難しい。静脈注射による抗菌薬の投与は高齢の患者さんのQOLを有意に低下させる。

そういったことから、ガイドライン作成委員会で議論を重ねた結果、最善の治療を行っても死が避けられない、あるいはわずかに延命できたとしてもQOLを保持できず、つらい思いをさせるだけなら、人工呼吸器による管理や広域抗菌薬を用いた強力な治療ではなく、苦痛をとる緩和医療を優先して行う選択肢もあることを提示することにした。

そもそも、高齢者の場合、人工呼吸器による管理や強力な抗菌薬治療によってQOLが低下することが一般の人に理解されていないのが現状。そのため患者さんにとって苦痛な延命治療が行われている。

終末期に肺炎になった時にどうするか、患者さん本人の意思を確認しておいてほしいし、家族でも話し合っておいてほしいという社会への提言でもある。



迎寛氏
日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン2017作成委員会委員、東京医科大学呼吸器内科教授などを経て、2016年11月より長崎大学病院呼吸器内科(第二内科)教授

「高齢者の肺炎診療における課題は？」

今回、誤嚥性肺炎リスク評価の指標をガイドラインに掲載したかったが、国際的にも科学的根拠のある評価方法が定まっていない。今後呼吸器内科以外の専門家とも協力して誤嚥性肺炎のリスクの評価方法を研究する必要がある。

また、HAP/NHCAPの耐性菌のリスク評価についても、①過去90日以内の経静脈的抗菌薬の使用歴、②過去90日以内の2日以上入院歴、③免疫抑制状態、④パーセル指数などによる活動性の低下のうち、2項目以上該当で高リスクと判断する方法を推奨したが、この評価方法の有効性は不明で、今後検証が必要だ。

「肺炎の予防で重視されるのは？」

高齢者の肺炎球菌ワクチンの接種、特にインフルエンザワクチンとの併用は、有意に死亡率と肺炎発症、入院率を低下させることが分かっており、ガイドラインでも強く推奨している。口腔ケアも誤嚥性肺炎を減らす可能性があり弱く推奨した。

終末期に肺炎になった時どうするか問題提起

日本慢性期医療協会の武久洋三会長は6月22日の定例会見で、日本呼吸器学会が4月に公表した『成人肺炎診療ガイドライン2017』で高齢者肺炎について積極的治療を控える選択肢が明示されたことに対し、「感染症は治療可能な疾患。どんどん慢性期に回してほしい」と違和感を示した。

同ガイドラインは高齢者肺炎のうち院内肺炎(HAP) /医療・介護関連肺炎(NHCAP)について、誤嚥性肺炎を繰り返す患者や疾患終末期あるいは老衰状態の患者に対しては「個人の意思やQOLを考慮した治療・ケア」を優先するという判断基準を明示し、話題となっている。

これに対し武久会長は、「高齢者肺炎は低栄養や脱水、電解質異常、貧血などの要因が跳び箱のように重なっていて、一番上に誤嚥性肺炎がある」との考え方を改めて主張。「肺炎だけを治そうとして抗生物質を投与しても治らないのは当たり前で、アルブミンや水分を適正に管理するなど(“跳び箱”の)下の状態を同時に改善していかないといけない。また嚥下機能を回復させるリハビリも必要になるが、臓器別専門医の先生方がいる大きい病院ではこうした機能がないので、抗生物質の投与に頼ることになる。治る病気は治してあげるのが医師として当然の姿。こういう患者がいたらどんどん慢性期病院に回してくれれば、きちんと治療して差し上げる」と述べた。



武久氏は「治らないから治療しないというのはあまりに乱暴な論理」と指摘

2017.7.1日本医事新報
No.4862より抜粋

私たち高齢者専門の内科医にとって、誤嚥性肺炎はコモンディーズだ！

高齢者の誤嚥性肺炎の病態

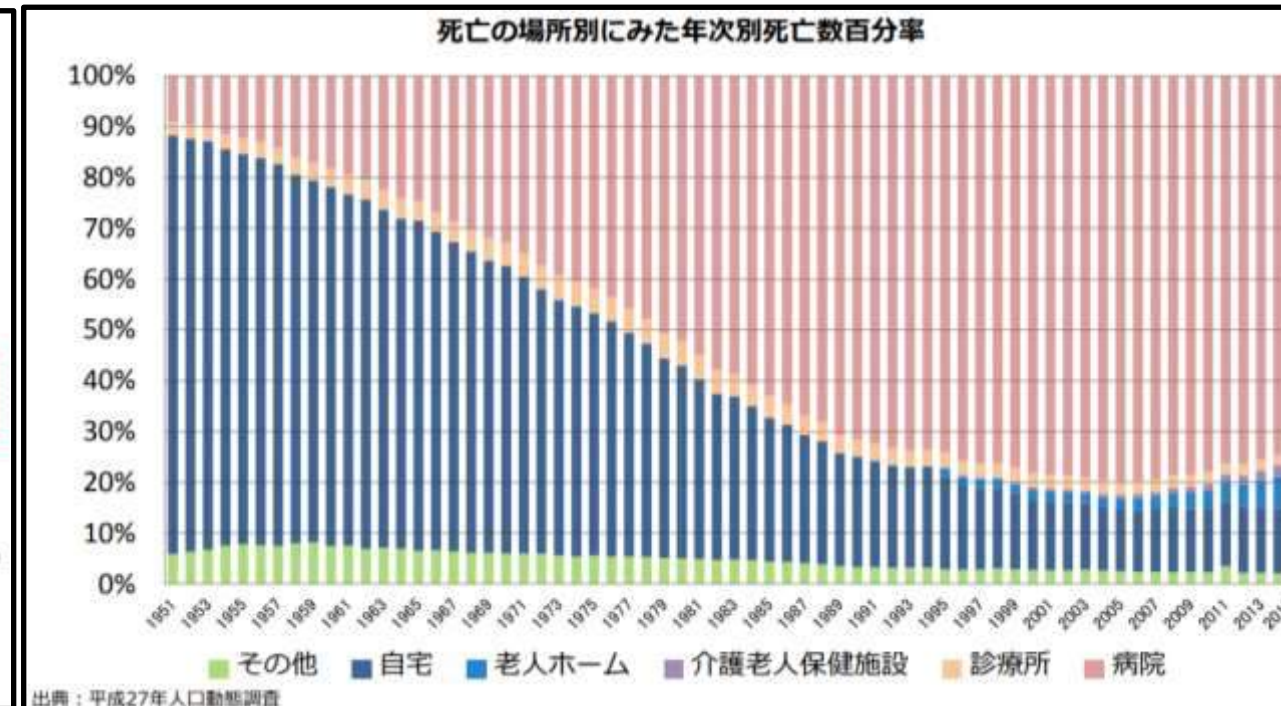
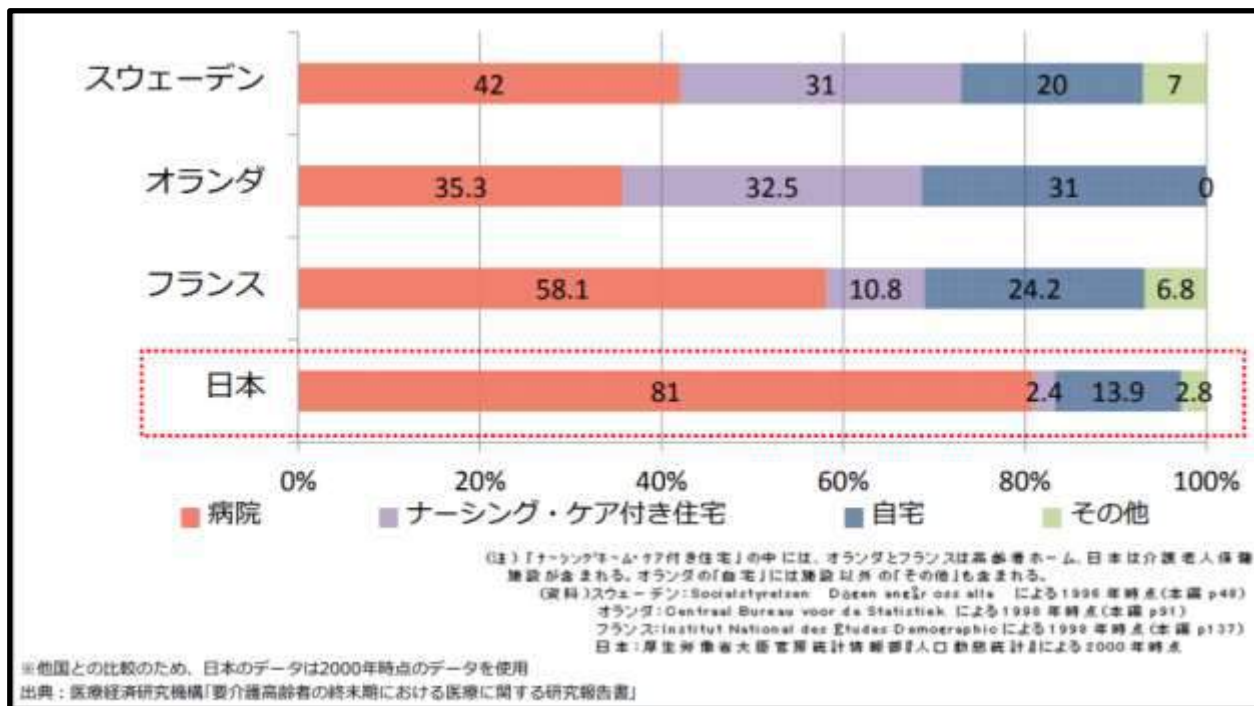


	病床数	対象患者数 (人)	平均年齢 (歳)	肺炎治癒 (%) (抗菌薬投与終了)	死亡 (%)
A病院	(210床)	366	85.0	88.5%	11.5%
B病院	(92床)	110	83.7	86.4%	13.6%
D病院	(170床)	260	84.0	88.8%	11.2%
G病院	(101床)	243	84.8	95.1%	4.9%
H病院	(100床)	247	85.2	91.5%	8.5%
I病院	(107床)	382	81.4	87.4%	12.6%
J病院	(107床)	324	82.1	90.4%	9.6%
K病院	(149床)	231	83.2	92.6%	7.4%
L病院	(265床)	582	81.8	91.1%	8.9%
N病院	(167床)	41	83.3	90.2%	9.8%
P病院	(362床)	53	77.8	88.7%	11.3%
合計	(2676床)	3,516	83.5	90.2%	9.8%

- 若者でも、肺炎を発症したら食欲は低下する。
高齢者に限って、「食欲低下したらそれでよいのではないか」となると、低栄養や脱水により肺炎は治らず、病院で死に至る。
- 肺炎を治療しようとするれば、最低限必要な栄養と水分が必須であることをこれらの医師たちはわかっていない。
- これらのコメントを出している医師たちは、助かるべきたくさん的高齢者を見殺しにしていることになる。
- だから、日本呼吸器学会が「治療しない肺炎」の概念を発表した。
- 比較的若い医師たちは、高齢者が病気になって衰弱したら、死に至ればよいのではないかと考えている医師たちが多いという証拠である。
- そうなれば、高齢者が8割近くを占めている病院は半分で良いことになる。

今は90歳以上の高齢者が230万人もいるのだ。
それぞれの寿命を全うしていただくために
病気を治療するのが医療スタッフの役目である。

2020年9月 武久 洋三 作成

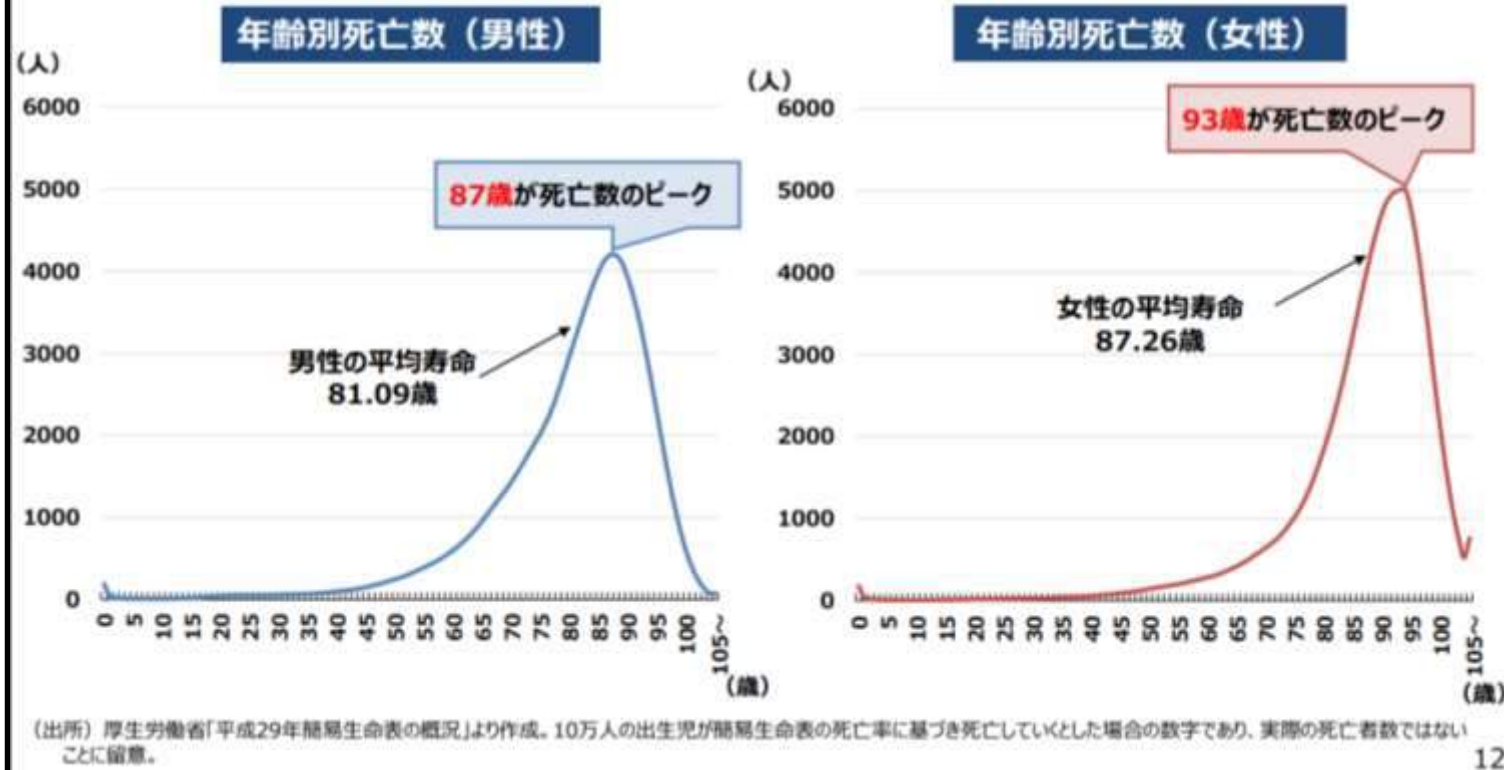


2017年3月22日 厚生労働省 第1回医療と介護の連携に関する意見交換 参考資料より

高齢者の死亡年齢の最頻値が90歳前後に延伸している現在、
改めて「終末期」そのものを考え直すべきではないか。

寿命の最頻値は平均寿命より長い

- 男女とも死亡年齢の最頻値は平均寿命よりも高い年齢になっており、寿命は長くなっている。



- ① コロナ禍の今、診療報酬・介護報酬の引き上げを期待することは難しい。
- ② 要介護者（寝たきり状態）の発生を抑えられる医療提供体制の構築が急務である。
 - 「基準介護」「基準リハ」の新設、「派遣リハ」「予防リハ」など
- ③ 「低栄養」「脱水」を甘く見てはならない。入院患者の8割は高齢者である。
急性期病院の臓器別専門医が、患者が高齢であるからと安易に「終末期」として見殺しにしてはならない。
- ④ 病院が変わる。高度急性期機能に特化した「急性期」、急性期と回復期を包括し、地域急性期機能と地域包括ケア病棟機能を併合した「地域包括期」、そして慢性期治療病棟機能を持つ「慢性期」である。
- ⑤ 介護分野にも医療がどんどん介入しなければならない。特に医師の対応が十分でない在宅分野や介護施設に特定看護師が介入していかなければならない。

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

2007年9月 武久 洋三 作成