

【プレゼンテーション3】 これからのLTACの機能について

急性期病院と慢性期病院との連携を大阪で積極的に展開し、慢性期医療の必要性や重要性を発信し続けている日本慢性期医療協会会長の武久洋三氏が、第1回研究大会のシンポジウムで「これからのLTACの機能について」と題して講演しました。日本長期急性期病床（LTAC）研究会の監事として、同研究会の発足にご尽力され、これからの医療提供体制について、「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」と訴える武久氏の講演の模様をお伝えいたします。

■ 今回の改定で一番影響を受けるのはどこか

【上西紀夫氏（日本長期急性期病床研究会会長、公立昭和病院院長）】

最後のシンポジストとして武久先生からお話を伺いたと思います。お願いいたします。LTACの考え方を打ち出された内容で、現状分析からこの問題についてお話いただきたいと思います。それでは武久先生、よろしくお願いいたします。

【武久洋三氏（日本慢性期医療協会会長、博愛記念病院理事長）】

日本版の「長期急性期病床機能」とは、高度急性期病院からのポスト・アキュートや在宅等からのサブ・アキュートの患者を受け入れ、積極的な治療とリハビリにより、平均1～2か月程度の入院期間で治療し、在宅復帰や生活復帰を行う病床機能であると考えています。

猪口先生とお話ししていると、「地域一般病棟と一緒にないか」ということで、「変わらへんな」ということですが、「地域一般病棟」はサブ・アキュートは受けるんだと言いながら、長期急性期とか亜急性期というのはサブ・アキュートは受けてはいけないと、ここが一番大きく違うんですね。どうしてか、ちょっとよく分からないですけども、そんなところで、猪口先生と私がまるで正反対なんですけれども、結構対立しているように見えるんですけども、実際は私は猪口先生が好きです。

今回の改定で一番影響を受けるのはどこか。全日病の多くは、いわゆる中小病院だと思うんですが、「中小・自称急性期病院」が大きな影響を受けるように思われていますが、実

際は、私は一番上の「高度急性期病院」が一番影響を受けるんじゃないかと思っているわけです。現状として自院の 20%ぐらいが急性期機能なのに「当院は急性期病院だ」と言うんだけど、だいたいそうは言わないでしようと思うんですね。

重症度・看護必要度というのが、一般病床にあるんですけども、調査をしても、結構、療養病床の看護必要度が多いんですね。それはどうしてかということ、医療区分 2、3 が 8 割以上というふうに重症患者を入れなさいよと明言されているわけですから、当然その命令に従えば重症の患者数が多い。ということは、看護必要度が多いということになるので、調べてみますと、50%前後の看護必要度が A 項目で 2 点以上該当するという結果が出ておりますし、これはまた当然と思うわけでございます。というわけで、現在の急性期病床は看護必要度も低く、療養病床に比べて症状が軽い人が入院していることが判明している。

逆に言うと、それぞれ療養病床も一般病床も、レベルの高いところもあれば、低いところもあるんであって、レベルの低い一般病床があるとしたら、急にレベルの高い慢性期病床にはなれないんじゃないかと思っているわけです。重症患者が多い慢性期病院では結構、看護師や介護士を加配しているわけです。実際は 20 対 1。看護師が 20 対 1 で、介護が 20 対 1 ですから、両方足すと 10 対 1。ところが、一般病床のほうは 10 対 1 の基準で言うと、介護のほうは看護補助者ということで 30 対 1 とか、そんなようなことになりますので、結構これは加配しております。そうすると、看護師は 30%ぐらいを加配してますから、結局 20 対 1 が実際は 15 対 1 ぐらいになっちゃうんですね。ということは足すと 7.5 対 1。ということは、7 対 1 と変わらないぐらいのマnpワーを配しているわけですよ。

お医者さんは 41.5%も加配しているわけですね。というのは、実際問題として、このぐらいいないと医療区分 2、3 の患者さんを 8 割も診られないんです。それで、少ない人数で医療事故が起こると、訴訟になる。「いや、うちは療養病床ですから、こらえてください」と言っても、誰もこらえてくれない。ということは、病院経営者としては、そういうリスクを避けなければいけないということは、人をたくさん雇って、きちんとした医療をやらないと、医療区分 2、3 の人を 8 割も診られないんですよ。だからわれわれは、一生懸命に人を配置してやっているのに、診療費は異常に低いという状況に置かれているわけでございます。

都内の某大学病院の患者さんの平均年齢を聞きましたら、外来が 65 歳。入院患者が 73 歳。田舎だったらどうなるんでしょうね。こんな状態なんですよ、もうすでに。だから、若いお医者さんの中で「私は、年寄り診ない」というような人もいるけど、じゃあ医者になるなということですよ。渋谷ぐらいでたむろしとったらいんじゃないかと思えます。

■ 「高度急性期」の後方を担う機能は何か

慢性期病院に入院するまで急性期病院に何日入院していたか。3か月近くです。急性期病院に長く居すぎです。そうすると、脳血管障害の神経損傷プラス、じっと寝ているための廃用性症候群がプラスされた結果、悪くなってからわれわれの病院に来るわけです。私が去年からやっております東京の世田谷記念病院で診ていますと、60日、2か月ギリギリ、こういう期間入院してから退院できている。東京では、高度急性期病院が多くて、実質慢性期の病院が少ないために、多くの長期慢性期患者さんが高度急性期病院に入院しているという実態があります。これも非常に大きな問題です。

しかし、患者さんはやっぱり、大学病院や有名急性期病院に入院して、長くいればいるほど良くなると信じているわけですね。実際はそうじゃないんだということを国民に理解していただくためには、まだまだわれわれの日本慢性期医療協会等の努力が足りないと思います。急性期処置が終わっても、高度急性期病院に長く入院していれば、リハビリの提供はほとんどない。退院が遅れているにも関わらず、あまり早期にポスト・アキュートに転院させると、高度急性期病院の空床が大きくなり、収益が落ちると、転院させられない実態があると、誰が言ったか知っていますか？ 高度急性期病院のMSWが言ったんですよ。「うちの病院は、そんなにたくさんどんどん出しちゃうと、ガラガラになっちゃう」と。正直なMSWですね。

天皇陛下さまを引き合いに出すのは大変申し訳ないのですが、心臓のバイパス手術をして2週間で退院されて、3週間で復帰されています。77歳ですから、どうしてそんなに長く急性期病院にいななければいけないのかということ、身をもって示されたということで、このことは非常に大きなことだと思います。では、急性期病院でリハビリをきちんとすればいいのか。だけど、現実に500床の高度急性期病院、1日50人の入退院があると1か月で1,500人ですから、1週間で350人。350人をPT、OT、STの10名ぐらいでどういうすればリハビリできるのか。実質的にはできないですよ。だから急性期の手術をしたり処置が終わって落ち着いたらすぐにリハビリの必要な亜急性期なり長期急性期病床なりに移したりする。その病床の名前はどうでもいいんですよ。要するに機能ですから。日慢協では「長期急性期病床機能」と言っています。

病床機能について、「厚生労働省の官僚が決めるのであって、われわれが言った通りにならないので、けしからん」という発言を聞いたことがあります。そうではない。もし原局長が、「長期急性期病床」と書いたら、「原さんは武久さんの意見を受け入れた」と言われちゃうわけです。そこはやっぱり厚労省としての独自性を出さないといけないから、いく

ら全日病が「地域一般病棟」と言おうと、「地域一般病棟」の名前が「仮称亜急性期」に変わることはないと思っていたんですね。

来年4月から、維持期リハが算定不可能になるということです。平成24年度の診療報酬改定で、回復期リハの1をつくった財源を、維持期リハから持って行ったのではないかと言う人もいます。維持期リハでのADLの推移を調べたところ、回リハや療養病床に来るまで、急性期病院で2か月以上を過ぎてから来るんですね。そうすると、当然のことながら、病気が始まってから6か月ですから、あと2～3か月しかないんです。そのために、治りが悪いのです。

そこで調べてみました。リハ介入開始から5～6か月の算定上限日数までに良くなった改善群と、算定日数以後の6か月で良くなった改善群を比較しました。廃用性症候群は算定日数以後に良くなったのが8割です。脳血管系も4割以上が6か月以降に良くなっている。どんなことが良くなっているかという、移乗とか食事とか、そういうのが多いわけです。維持リハビリが13回までになっていますが、13回以上であった人と、ぴったり13回以下だった人とでは、やっぱり点数の差があるんですね。非常に重要なものが良くなっている。

最近、維持期のリハビリが削られている傾向があります。「自立することが前提だから、自立しそうでない人にリハビリは必要ない」ということを書いてくるわけですね。自立ということを間違っているんですよ。自立というのは、歩いて帰ることじゃないんです。要するに、食事が自分で食べられる。これは食事自立です。座れる、座位自立です。要するに、その人にとって、少しでも良くなって、ある項目ができることが自立です。そこを勘違いしているんですね。だからそこは非常に問題だと思っています。私は、急性期のリハビリは発症2週間まで、回復期リハビリは3か月まで、慢性期リハビリは12か月まで。こう変えていったらいいのではないかと思います。

ポスト急性期の考え方はいろいろあります。「長期急性期病床」(日慢協)、「亜急性期病床」(医政局)、「亜急性期＝回復期」(保険局)、「地域一般病棟」(全日病)、「一般病床等」(医師会)。こういう考え方です。ここをどう考えるかによって、大変なんですね。関係者の思惑がグルグルと渦巻いております。この病床には主に3つの機能が考えられます。「ポスト・アキュート」と「サブ・アキュート」と「在宅復帰」という3つ。これは、全日病の「地域一般病棟」の機能と全く同じだと思います。やっぱり、「ポスト・アキュート」だけではないということです。先日の医療保険部会では、やはり「サブ・アキュート」を回復期の中に入れていきます。

■ 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

平成 22 年 1 月から 24 年 12 月まで、当院を含む計 15 病院に入院した患者 1 万 2,967 名の入院時検査における検査値の異常値割合ですが、大変多いですね、慢性期の病棟に入院する時に、脱水の人が約 4 分の 1。電解質バランスが悪いのが 3 分の 1 という状態の患者さんが慢性期病院に来るわけです。

現実には、仮称亜急性期、長期急性機能を持った病床には「サブ・アキュート」は入れない。「サブ・アキュート」はすべて急性期の患者さんを診るだと言っているけど、現状、この 1 万 2,967 名がどこから来たかを調べたら、「ポスト・アキュート」、「クロニック」、「サブ・アキュート」です。「サブ・アキュート」は特養、老健、居住系と在宅ですね。ここから現実には慢性期病院に来ているのは 5,923 名で 45.6%。「ポスト・アキュート」から来ているのが 49.6%。そしてクリニック、回りハとか慢性期病床、有床診療所から来ているのは 4.8%です。だから、慢性期病床に、すでに現在「サブ・アキュート」がほとんど来ているんです。ほとんど来ているという事実を無視して、どうして「サブ・アキュート」をすべて急性期病院が診なければいけないのか、そんな馬鹿な話はないですね。

この 15 病院を東京からずっと見てみました。東京は「ポスト・アキュート」が 69%、84%、73%。「サブ・アキュート」が 28%、9.5%、24%。ところが、この兵庫県あたりに行くと、「サブ・アキュート」が大阪、兵庫は 80%。「ポスト・アキュート」よりも「サブ・アキュート」が多い。これだけ、特養や老健や、在宅から、もちろん外来は「サブ・アキュート」になりますよね。現実にはこんな機能を持ってやっているんですよ。機会があれば日慢協でもっと詳しい調査をしますが、ほとんど同様のデータが出ると思います。

一般病棟の長期入院患者の実態について厚労省が調査しましたが、「7 対 1 病院の結果がちょっと気に入らない」ということで、日医と四病協が調査し直しました。だけど、7 対 1 の状態はほとんど一緒でしたね。だから調査というのは一緒なんですよ、公平にやれば。紹介元の急性期病院の問題は、このように非常に悪い状態の患者さんがいるにも関わらず、紹介状には書いていない。血液検査が異常値であることを示し、注意を促した病院はわずか 1%。BUN が 25 以上でも、ナトリウムが 136 未満でも、そのことについて、自分の病院で治せないから治してくれと紹介状を出したところはどこもない。

では、アメリカにおける急性期後の様々なケア段階はどうかと言うと、アメリカでは、「ロ

ングタームアキュートケア」などがあります。私はアメリカの言う通りにする必要はないと思います。日本は独自のやり方でいいと思いますが、やっぱり盃状の7対1は減らして、急性期の治療が終わったら、次は「ポスト・アキュート」という考え方を徹底しないと、急性期は果てしなく長くなる。アメリカでは、いったん「ポスト・アキュート」に移ったら戻れない。日本のようにキャッチボールができないルールになっております。

現在、急変患者の動向として、在宅の人や特養の人は全部ここへ行っちゃうんです。それでこの救急が非常に問題になっている。だから将来的に、いわゆる「サブ・アキュート」的な亜急性的なものをつくれれば、とりあえずみんなここへ来るわけです。ERの先生は助かるということです。それから救急もうまくいく。特養で熱が出たからといって、すべてERに行ったら、本当にERはつぶれます。ということのをわれわれも言っています。急性期病院から帰る時も、それぞれ考えて割り振らなきゃいけないんですが、将来はそういう「サブ・アキュート」的な所ができれば、とりあえず2週間経ったらすぐそこがやって、リハビリテーションなどをいろいろする。そのような方向に進めたほうがいいと思います。

回復する見込みがある人を入院させたいという気持ちは当たり前であると思いますが、とにかくリハビリは必須です。リハビリというのは、注射や薬と同じように治療用語ですから、治療用語が病棟の名前に入っているということは、今後は必要なくなるのではないかと思います。病院なんですから、「当院は療養病床だから、これはできません」とか、「あれはできません」とか、それから「こんな患者は診られません」とか、そんな病院はやめたらどうやということを日本療養病床協会の会長が言ったら袋叩きにあいますが、残念ながら日本慢性期医療協会になってしまったからね、だから私は護送船団をとられた。やっぱり、こういうことは「みんな一緒に行きましょう」という方向で、私はやっていっておりますので、このような急性期機能を持っていない病院、老人収容所化している療養病床はもうやめたらどうかと思いますので、ぜひみなさま、よろしく願いいたします。ご静聴、ありがとうございました。

(丁)
