

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

メットライフアロコ 全国法人開発部

東京都墨田区錦糸1-2-1
アルカセントラル 4階
TEL: 03-5637-5250

2011年(平成23年)11月30日

第175号

毎月1回 定価 200円(会員購読料は会費含む)

発行所: 一般社団法人東京都病院協会 / 発行人: 河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館内306号
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: http://www.tmha.net / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

【特別寄稿】

回復期リハビリテーション ショーン 病床六万床時代へ

医療法人社団 輝生会 初台リハビリテーション病院
理事長 石川 誠氏

回復期リハビリテーション病床は、二〇〇〇年度の診療報酬改定で制度化されて以来、今年度で十年、六万床を突破して、全国の六割の回復期病床で三百六十五日リハビリが提供される状況になりました。そうした中で、回復期リハビリ病床(病床)のこれまでの経緯や実状等について、石川誠先生に語っていただくこととしました。



石川 誠氏

はじめに

今から二十年以上前のリハビリテーション医療サービス(以下リハと略す)の担い手は主に山間僻地に存在する温泉病院であった。この傾向は、特に東京都などの都市部に顕著であった。リハの診療報酬が低く、コストの安い郡部でしか経営が成り立たなかったためである。このため、都民は急性期病院を退院すると、生活圏から離れた地域のリハ病院に転院するしかなく、発症後リハ開始までの時期も遅かった。また、退院して自宅復帰しても、その後継続的なりハは極めて乏しかった。

外来や訪問によるリハが整備されていなかったからである。

一九八〇年代に入り、都市部の一般病院でもリハが開始されるようになった。しかし、診療報酬による評価は依然として低く、公的医療機関に比べてのリハが実施されたに過ぎなかった。一九八三年に老人保健法に基づく機能訓練事業と訪問指導事業が開始され、リハは入院だけで完結できず、在宅における継続的リハの重要性が指摘された。

一方、一九九〇年代になり発症早期から開始されるリハの重要性が叫ばれ、診療報酬制度にて急性期リハが評価されていった。この改定を受け、徐々に発症早期にリハが開始されるようになっていった。東京都では一九九〇年に東京都リハビリテーション病院が開設され、二十三区内で初めてリハ専門病院が創設されたことになった。一九九〇年代後半は介護保険制度の準備期に入り、通所リハや訪問リハ、

老人保健施設等で実施される維持期リハの整備が全国的に開始された。一九九九年の「地域リハビリテーション支援活動マニュアル」には、地域におけるリハの具体的整備の方向性が示された。「治療的活動として医療保険による急性期・回復期リハ、さらに介護的活動として寝たきり等の進行を阻止する主として介護保険による維持期リハが強力な連携をもち、対象者の状態に応じ適切なリハ提供体制を各地域において整備推進することが必要」と明記されたのである。

二〇〇〇年に、厚労省老人保健課は「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」の実施を全国の都道府県に通知し、以後、各地で急性期から回復期さらに維持期へと円滑に流れるリハシステムの構築が叫ばれるようになっていった。当時の医療審議会において、医療供給体制の改革の報告書が提出され、第四次医療法改正では急性期、慢性期病床を区分する方向性が示され、回復期リハの位置付けが検討課題となっていた時期であり、さらに、介護保険適応以前にリハを十分に実施できる仕組みの必要性が強調されていた時期でもあった。こうした状況下で、二〇〇〇年の診療報酬改定において特定入院料に「回復期リハビリテーション病床入院料」が新設されたのである。

回復期リハビリテーション病床の特徴

回復期リハ病床は、回復期リハの適応のある患者を、急性期病院から可能な限り早期に入院させ、集中的なりハ

を実施することにより寝たきりを防止し、日常生活活動(ADL)を向上し、可能な限り在宅復帰を推進する病床として発足した。理屈・理論ではなく、各地でリハ医療に先進的に取り組んでいた病院の実践活動に基づいて制度化された病床である。

かつてリハの評価は、構造設備と人員配置基準によるリハ施設基準によるものであった。また、訓練室にて実施される理学療法士(PT)・作業療法士(OT)・言語聴覚士(ST)が実施するリハが評価の対象であった。回復期リハ病床では、訓練室におけるリハの重要性を認めるところに特徴がある。回復期リハ病床創設以前は、リハを実施している病院の多くのPT・OT・STは、複数の病床の入院患者・外来や訪問の患者を受け持っているため、病床の看護・介護職との情報の共有化は十分ではなかった。また病床は集中的リハを実施すべき患者以外にも多種の患者が入院しているため、看護職もリハに特化するわけにはいかなかった。したがって、訓練室で患者の能力が向上しても、大部分の時間を過ごす病床でその能力が発揮されないことが多く、ADLは訓練室における「できるADL」と病床における「しているADL」に大きな差が生じていた。数力所の先駆的な病院では、訓練室で行うように、集中的リハを必要とする患者だけが入院する「リハ専門病床」を整備し、病床生活にPT・OT・STが積極的に関与できるようにしてい

つた。医師、PT・OT・STの病棟配属制をとり、看護・介護職と医師、PT・OT・STによる強力なチーム形成により、訓練室と病棟におけるADLの差を解消する努力が始まったのである。朝夕の申し送りを始め、毎日のカンファレンス・ミーティングに医師、看護・介護職、PT・OT・ST・医療ソーシャルワーカー(MSW)らのスタッフが常に参加し、各専門職の情報の共有化が急速に推進していった。当然、記録類の一元化・一覧化もおこなわれ、全スタッフが病棟に置かれた診療録に記載し、お互いの記載事項を確認しあうことで、情報の共有化は飛躍的に向上し、総合的なり八実施計画の策定と実践が円滑に進むようになっていったのである。

その結果、訓練室と病棟におけるADLの差は縮まり、チームによる効果的リハビリが提供されるようになり、可能な限り発症早期に急性期病院から受け入れ、集中的かつ総合的なり八サービスにより、在宅復帰を推進する病棟として確立していった。こうした病棟を単位とした現場レベルの努力が反映して制度化された病棟が回復期リハ病棟である。

回復期リハ病棟は、その病棟基盤が一般病棟でも療養病棟でも届け出可能である。ただし回復期リハを要する患者として、疾患と発症から入院までの期間、入院日数上限が決められており、適応患者が入院患者の八十%以上であることが要件となっている。人員配置の要件は、看護十五・一、看護補助者三十・一とされ、リハ科の病棟専任医が一名以上配置され、常勤の病棟専従

のPTが二名以上、OTが一名以上配置することとされている。いずれも病棟における多職種によるチームアプローチを強化するための要件である。

二〇〇八年・二〇一〇年の診療報酬改定で質の評価が導入され、入院料1と入院料2の二段階制となった。入院料1は、新規入院患者のうち二十%以上が重症患者であり、退院患者のうち在宅復帰した者の割合が六十%以上であることとされ、さらに入院時に重症であった患者の三十%以上が退院時に日常生活機能評価で三点以上改善していると重症者回復加算が算定できる要件が示された。また、入院料1・2ともに、毎日最低二単位以上の個別リハの実施が義務づけられ、休日リハ提供加算(三百六十五日祝祭日も平日と同等の個別リハの提供を評価)、リハ充実加算(一日平均六単位以上の個別リハの実施体制を評価)の加算が設けられて現在に至っている。

回復期リハビリテーション病棟の整備状況

全国回復期リハ病棟連絡協議会(回復期リハ協)の調査によると、二〇一一年七月の時点で全国に千五百五十五病院、千三百九十病棟、六万五千八百八十六病床の届け出が確認された。人口十万人当たり病床数は四十八・二床となり、当協議会が目標としていた五十床にあらずかととなっている。

しかし、都道府県別にみると、上位から高知県・百三十床、鹿児島県・百九床、山梨県・百一床、下位では茨城県・二十七床、千葉県・二十九床、岐

阜県・三十床となっており、都道府県格差は四・七倍に及んでいる。ちなみに東京都は、三十三・七床で最下位から七番目となっている。二次医療圏でみると山梨県の東八代が八百六十八床と飛び抜けており、次いで鳥取県の中央が百五十六床、高知県の中央が百四十五床、福岡県の八女・筑後が百三十七床と続くが、病床が皆無の二次医療圏もまだ多数存在しており、地域間格差の解消が大きな課題となっている。質的整備に関しては、回り八協が毎年実施している実態調査の二〇一一年・二〇〇八年の経年調査として七万七千四百八十二例の分析結果の報告がある。その報告では、入院患者は徐々に重度化傾向を示し、PT・OT・STの各実施単位数・合計実施単位数ともに増加傾向にあり、ADL改善度や効率も向上しつつあり、患者年齢は高齢化し、発症から入院までの日数、入院日数のいずれも短縮化傾向にあり、自宅復帰率は上昇しているとあり、制度発足から質的な向上が認められる結果が示されている。一般的に、質の評価には構造指標、プロセス指標、アウトカム指標の三種類の指標が用いられているが、回復期リハ病棟の質の評価には多彩な視点が必要である。構造指標としては、病室の面積、廊下幅、障害者用トイレおよび障害者用浴室・浴槽の整備は言うまでもなく、多種類の車いすや歩行補助具の整備などが指標となる。人員配置に関しては、リハ医

の配置、患者の看護必要度(日常生活機能評価)に対応した適切な看護・介護職員数の配置、適切な病棟専従のPT・OT・ST・社会福祉士等の配置に加え、栄養士・管理栄養士・歯科衛生士等の配置も構造指標に該当する。プロセス指標としては、多職種によるカンファレンス実施体制やリハ総合実施計画の策定、日々の情報交換のシステムなどのチームアプローチ体制、看護・介護職員による基本的ケア体制、さらにPT・OT・STによる三百六十五日間必要十分な個別リハを実施できる体制などが該当する。アウトカム指標としては、急性疾患の病状安定化および基礎疾患のコントロール、患者・家族の心理的安定化(患者満足度)、発症から入院までの期間、重度例の積極的受け入れ体制、機能障害およびADLの改善度、入院日数、在宅復帰率、さらに退院後一〜三ヶ月後の生活場所と状態などとなる。二〇〇八年・二〇一〇年の診療報酬改定で導入された回復期リハ病棟における質の評価は、前述した質の評価の一部であるが、こうした評価に関しては今後徐々に厳しくなっていくことが予想される。

回り八協が実施した調査によると、二〇一一年七月の時点で、入院料1および入院料2の千五百五十五病院中、休日リハ提供加算は六十%、リハ充実加算は二十八%の病院で算定し、入院料1の九百六十病院中、重症者回復加算は九十五%の病院で算定しており、各病院の相応の努力が認められるところである。

しかし、在院日数の短縮化を目指す急性期病院からは、厳しいご指摘もいただいている。軽症患者はすぐに受け入れるが、意識障害、気管切開、経管栄養、MRSA等の重症患者は断られる。

さらに肺炎などの合併症ですぐに急性期に戻されるなどの苦情である。どうも、がんばって好成绩を出している病院とそうでないところと玉石混濁の状態であることも事実であり、より一層の質の向上に邁進することが期待されることである。

おわりに

地域の医療機能の分化と連携、医療と介護の連携が、医療界の大きなテーマとなっている現在、回復期リハ病棟は制度創設から十一年が経過し、全国に六万床が整備された。量的には地域間格差、質的には施設間格差など課題は山積状態ではあるが、十数年前と比較すれば、集中的リハを受けられる病院を探すことに苦労した時代から脱皮し、回復期リハ病棟に入院すれば集中的リハが受けられることが定番となってきた。医療連携の具現化に一定の貢献はできつつあると思われる。

今後、急性期病院における急性期リハおよび生活期リハの充実により、障害が軽度な例は急性期病院から直接在宅復帰し、回復期リハ病棟の役割は、中等度〜重度の例を確実に改善させ在宅復帰させることになると思われる。したがって、回復期リハ病棟では重症患者比率は増加する。そこで課題は、重症度に見合った看護要員の配置となる。また、回復期リハ病棟を有する病院は、リハ資源を豊富に有する病院であることから、各病院が積極的に生活期リハサービス(訪問リハ・通所リハ)を展開することに期待する次第である。

フランス医療視察から 見えてくるもの

第四回日仏医療マネージメント研究会参加

高砂協立病院 院長 東海林 豊



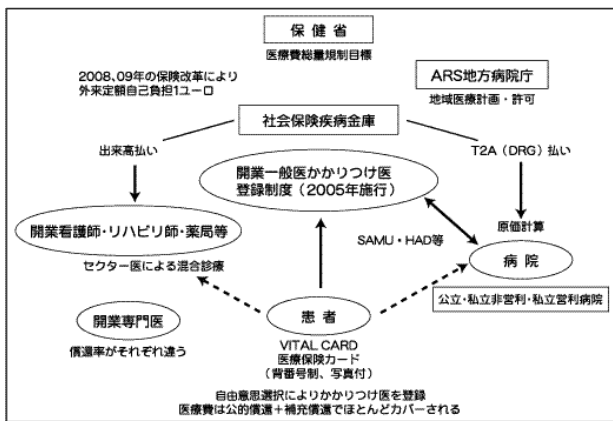
東海林 豊

十六歳以上の国民は、自由意思選択に基づきかかりつけ医を登録しなければいけない。ただし、救急時、小児科、産婦人科、二十六歳未満精神科、眼科は、この制度が適用されない。地域外の開業医を、あるいは病院の専門医をかかりつけ医とする事も、変更も可能である。逆に、かかりつけ医は患者からのかかりつけの要請を拒否する権利を有する。自由意思選択という観点からフランスの「かかりつけ医制度」はやや甘いゲートキーパーの意味合いを

日仏医療マネージメント研究会の一員として、平成二十三年九月四～十一日までパリに滞在し、アメリカンホスピタル、コシヤン病院、SAMU、保健省社会保障全国被用者疾病金庫、ロバート・ドブレ病院、INMの七施設を訪問した。今回はフランス医療の話を中心に聞いただけではなく、日本の実情を参加した数名の先生に発表して頂き、いろいろな角度から議論がされた。

フランスの医療制度

概要図で示すように、フランスでは二〇〇五年から「かかりつけ医制度」が施行されている(二〇〇四年八月十三日、医療費抑制による医療保険財政適正化法律・保険者ガバナンスの強化、かかりつけ医制度創設、個人診療情報記録の導入、一般社会拠出金の基盤拡大、定額負担金一口(年間上限五十ユーロ)の導入を目的)。



持つ。つまり、かかりつけ医の紹介無しでも病院に直接受診することが可能である。

患者は、VITAL CARDなる医療保障カード(背番号制、写真付)を持ち医師を受診。医師は、プロフェッショナルカードと共にPCEにアクセスするとすべての診療行為が閲覧できる。薬局、開業看護師に至っても同様に処方箋、注射箋が見られるようトレーサビリティが確保されている。さらに、開業医は、セクター一(保険診療報酬医)、セクター二(超過保険診療報酬医)、セクター三(非保険報酬医)に区別されており、日本では認められていない「混合診療」が行われている。病院は、公立病院、私立非営利病院、私立営利病院に分かれ、救急には、SAMU、消防局救急車、SOS medicineがあり、デイスベンサー(無料医療)、在宅支援(各開業コメディカル)も存在、さらにHAD(在宅入院・病院のスタッフによるかなり高度で濃厚な医療サービスが自宅で提供される)の制度もあり、幅広い選択肢が用意されている。

一階建ての医療保険

フランスの医療保険は二階建てになっており、一階部分は、日本同様の国民皆保険、二階部分は、一階部分を補完する任意保険である。被保険者は、医療機関において一旦医療費の全額を支払い(入院は除く)、領収書を疾病機関に送り償還を受ける。償還率は、医療費七十%で、残りの三十%が任意保険から支払われる。一階部分は加入率九十九%、二階部分でさえ八十四%と高い。つまり、医療費は基本的に無

料となる。しかし、月々の保険料は高く全所得の七・五%、消費税は二・六%で、国民の満足度が高く保たれているかという疑問が残る。

医学部教育制度

医学部(国立で、ほぼ無料)に入学するためには、バカロレア大学受験資格にパスしなければならない。入学しても難関試験があり、最難関は二年へ進級する時である(進級倍率二十倍)。また、卒業時にコンクール試験が全国統一で行われ、成績の良い順に、地域、(一)一般医、(二)専門医、診療科の選択権が与えられるようになってきている。さらに、診療科には国が定員枠を設けており、自由に診療科を選べないときがある。

アメリカンホスピタル視察

メディカルツーリズムの実情を知るために訪問。アメリカ方式の診療が受けられるように設立された民間非営利病院である。在仏外国人の受診が主で、メディカルツーリズムの概念から離れているように感じた。甲状腺専門のトミット先生が対応してくれたが、伊藤公一先生(伊藤病院院長)と海を越えての治療法に議論が交わされた。また、専属日本人医師の松下先生が、特別室を案内してくれた。広さは日本と同じくらいであったがベランダ付きで、目を引いたのが吸引ビン等の設置位置が目線より下にあった事であった。寝ている患者さんに不快感を与えないフランス流おしゃやれなのである。つが。

コシヤン病院視察

医学部教授を務めるGPのセルジュ・

ジルベーク教授を訪問。教授は、ハイタイムで六人の医師とグループを組んで在宅医療を行っている。残りの半分は、教授として将来のGPを教育している。日本同様在宅医療に力を注いでいるが、在宅往診の乱用・ベッド不足による在宅での医療提供不足・バーンアウト問題・僻地医療の医師不足等の問題点を抱えているようであった。在宅医療を必要とする疾患は、癌、ターミナル、認知症でHADを利用した多職種連携が必要と力説していた。バーンアウトに対しては、教育がある程度の解決策を作ってくれと考へ、医師患者関係等の教育がなされていた。フランスで在宅死が増えたのは、病院のベッド数が減少したからであり、決してフランス人のメンタリティーが変わったからではなく、癌の末期患者をPRが引き受けるしかない問題点を指摘していた。僻地医療に関しては、鈴木章史先生(伊藤病院外科)が日本の実情をプレゼン、医師不足の深刻さが議論された。

救命救急(SAMU)視察

SAMUの視察は、中西泉先生(町田慶泉病院理事長)のフランス語による東日本大震災のプレゼンから始まった。ピエール・キャリー教授は興味津々で活発な質問が出た。

救命医療サービスであるSAMUの最大の特徴は、救急専門医による徹底したトリアージ(メディカルレギュレーション)、救急専門医が同乗した救急車内での処置が、病院で専門の処置に直接引き継がれる事である。「十五番」に電話をするとSAMUのセンターに電



保健省および社会保障全国被用保険者疾病金庫(健保連)訪問
高橋泰先生(国際医療福祉大学教授)が各訪問先で、日本のDPCによる支払

話はつながる。救急専門医は「電話相談のみ」「かかりつけ医に連絡」「消防局からの救急車を送る」「医師なし救急車を送る」「医師付き救急車を送る」かを瞬時に判断してくれる。四分の三は、電話対応のみである。心筋梗塞の可能性のある場合では、医師付き救急車が現場に向かい救急車の中で処置が開始される。SAMU本部は、適切な処置ができる病院を探し責任を持って搬送の指示を出す。病院に着くと、院内外を通過せず直接力テ等の処置が行われる。DPCを介すより死亡率が5%減少することのことであった。また、電話から現場に到着するまで平均二十分であった。日本の救急体制も、本場に必要の人だけに救急車を派遣できるようなシステムを目指す必要があると痛感した。

い方式とフランスの「T2A」による支払い方式の違いを提示した。健保連では、日本の医療提供体制の効率の高さに、「あなた達は何を勉強するためにフランスに来たのか」という質問が逆であり、印象的であったとともに返答に困ってしまった。

ロバート・ドヴレ病院視察

「T2A(DRG)」による実際の運営を見学するために小児周産期の高機能病院であるロバート・ドヴレ病院を視察した。民間では診ない患者も必ず診察し、教育と研究を着実に実行している約三百五十〜四百床の病院である(シーズンにより病床数が変化)。二〇〇六年からDPC方式が採用されているが、最近一入院にどれだけの医師、看護師、医療材料が必要かの原価計算の報告義務が課せられた。実際の金額を示しての説明は素晴らしかった。昨年の収入は一億八千七百七十七万ユーロ(二百五億円)、そのうち「T2A」からの収入は一億五千三百三十三万ユーロ、その他の収入は三千四百四十二万ユーロである。人件費率は六十五%でフランス全病院の平均値七十%より低い。一番の問題は、病名、診療行為の請求漏れがあることであり、これを解消するためDIM(診療情報管理医師)が義務付けられている。

INM視察

腹腔鏡下手術で有名なカイア教授から、胃瘻造設の議論を通してフランス医療の変遷を聞く事ができた。以前は、どのような患者さんであろうとやれるべきすべての医療を行うことが一般的であったが、二〇〇五年から治療見込

みのない病気に対してはあきらめる意識が国民にも生まれてきている。それは、主治医、看護師、家族、心療師別の科の医師の合意があれば治療のスタートが法的に許される「レオネティ法」が制定されたからだ。また、二〇〇二年には患者権利法が制定され、病名の告知義務が医師に課せられた(違反には刑事罰が科されることもある)。それ以前は、予後の悪い場合でも最後まで治療をして下さいという患者さんがほぼすべてであったが、この法律が制定されてから「もう結構です」と治療を望まない患者さんが10%になった。制定時、癌の告知をしたら多くの患者さんは自殺や鬱になるとして、八十%の医師がこの法律に反対であったが、実際には起こらなかった。逆に、このような法整備により医療への信頼が増し教授の説明に九十九%は同意を示してくれることであった。現在、フランスは積極的な尊厳死を真剣に考える段階に来ている。治療をストップし生命の存続を否定する法制定は日本ではあり得ないであろう。しかし、法整備こそ医療の世界に必要で、かつ、日本に全く足りない部分なのでと痛感した。

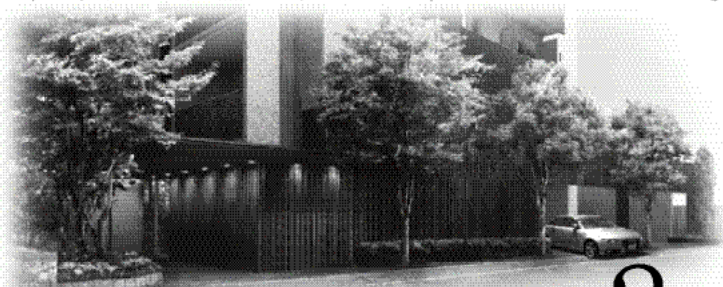
フランスの医療のすべて視察してきただけではないが、日本の医療と酷似しており今後のわが国の医療制度を考える上で非常に参考になるものであると考える。そして、自己懷疑とプロフェッショナルリズムを基本とし政治へのロビー活動が重要であると強く思うようになった。

PROUD

プラウド神楽坂

新発表

神楽坂通りの賑わいに連なる伸びやかな高台。この地に相応しい、風雅なるレジデンスが誕生する。



東都メトロ東西線「神楽坂」駅徒歩2分
都営大江戸線「牛込神楽坂」駅徒歩9分

※徒歩分数は1分=80mとして算出(端数切り上げ)したものです。※交通所要時間は日中平常時のもので乗り換え、待ち時間は含まれません。また時間帯により異なります。
※掲載の完成予想図は計画段階の図面を基に描き起こしたもので実際とは異なり、今後一部が変更となります。尚、建物の色調については単色に加工したもので、実際とは異なります。植栽は特定の季節の状況を示すものではありません。竣工時には完成予想図程度には成長しております。樹種および位置は一部変更となる場合があります。また、各種機器・配管・素材等および周辺建物・電柱・架線・標識等は一部省略および簡略化しております。

お問い合わせは「プラウド神楽坂」販売準備室

0120-855-900

営業時間/10:00~18:00(水・火曜定休)

ホームページからも資料請求できます。

神楽坂2分 検索

[売主]

野村不動産

予告広告

※本広告を行うまでの間は、予約・契約の受付、申込順位の確保に係る行為は一切できません。予めご了承ください。
[販売予定時期/平成24年1月中旬]

■「プラウド神楽坂」物件概要●所在地/東京都新宿区矢来町43番5(地番)
●交通/東京メトロ東西線「神楽坂」駅徒歩2分・都営大江戸線「牛込神楽坂」駅徒歩9分●用途地域/商業地域 第1種中高層住居専用地域●総戸数/66戸(他に管理事務室1戸)●販売戸数/未定●管理費等/未定●構造・規模/鉄筋コンクリート造13階建(建築基準法上は地上12階・地下1階)●敷地面積/1021.93㎡(建築確認対象面積)●間取り/2LDK・3LDK●専有面積/55.68㎡~75.28㎡●バルコニー面積/5.02㎡~8.32㎡●販売予定価格/未定●建築確認番号/第UHEC建確23260号(平成23年9月14日付)●管理形態/区分所有者全員に管理組合を結成していただき、運営・管理業務は野村リビングサポート(株)に委託(予定)●売主/野村不動産株式会社 国土交通大臣(11)1370号、(社)不動産協会会員、(公社)首都圏不動産公正取引協議会加盟、本社:東京都新宿区西新宿1-26-2新宿野村ビル●施工/木内建設株式会社 東京支店●引渡予定時期/平成25年4月下旬※引渡予定時期につきましては電力供給・資材調達等の状況により、変更となる場合があります。●販売予定時期/平成24年1月中旬※本物件は一括して販売するか、分割するか未定です。販売戸数等は本広告時点で表示させていただきます。なお、記載の専有面積等は全戸に対してのものです。

資料請求受付開始 [会員募集中]

会員になられた方には、一般公開に先駆けて開催します(予約制)モデルルーム事前案内のご案内、最新情報を優先的にお届けします。

12月よりモデルルーム事前案内会開催予定(予約制)