

追悼講演 石川 誠さんの業績

——回復期リハビリテーション病棟を中心に

「一人では何もできません。しかし、先づ一人が始めなければならないのです」
(岸田國士『泉』角川文庫、1951、276 頁)

に き りゅう
二木 立 日本福祉大学名誉教授

はじめに『回復期リハビリテーション』 石川 誠さん追悼号を読んで

私は『回復期リハビリテーション』20 巻 3 号 (2021 年 10 月) の「追悼 石川 誠」(以下、「追悼号」)を読んで、石川さんの業績が実に多面的であること、および石川さんがいかに多くの人びとから信頼され、愛されていたかに、改めて圧倒されました。本講演では、石川さんのたくさんの業績のうち、回復期リハビリテーション病棟に限定して、お話しします。

「追悼号」で多くの方が指摘しているように、石川さんの最大の業績・功績は回復期リハビリテーション病棟の原型を提唱し、その制度化と普及と質の向上を主導したことであり、石川さんは回復期リハビリテーション病棟の「生みの親」と言えます(澤村、大田、浜村。「追悼号」8-10 頁)。

しかし石川さんは謙虚な方で、論文でこのことを書いたことはほとんどありませんでした。しかも回復期リハビリテーション病棟が 2000 年に創設されてすでに 20 年以上経つため、若いリハビリテーション関係者には石川さんの業績も、回復期リハビリテーション病棟が創設された経緯も知らない方が増えていると聞いています。本講演では、石川さんの論文講演録・インタビュー、日本リハビリテーション病院(施設)協会と回復期リハビリテーション病棟協会と厚生労働省の各種報告書、リハビリテーション関係者や厚生労働省担当者の証言記録、および当時の事情を知

る人びとへの聞き取り調査に基づいて、この「歴史の空白」を埋め、石川さんの追悼に代えたいと思います。講演では、リハビリテーション関係者の「必読文献」と私が考える石川さんの 3 論文も紹介します。

以下、見出しに示した 7 つの柱を建てて述べます。これにより、回復期リハビリテーション病棟制度化の経緯と石川さんが果たした役割を示すだけでなく、回復期リハビリテーション病棟がリハビリテーションの枠を超えて、日本の医療政策、特に医療提供体制の改革に貢献したことを明らかにします。最後に、石川さんの 2019 年の「遺言」的講演と、昨年 5 月に亡くなる直前の 2 つの言葉を紹介します。

1 回復期リハビリテーション病棟に つながる近森時代の 3 つの業績

まず、^{のち}後に回復期リハビリテーション病棟に結実した、石川さんの医療法人近森会・近森リハビリテーション病院時代の業績を 3 つあげます。

第 1 の業績は、1986 年に近森病院に赴任し、同病院でリハビリテーションを開始すると同時に、「地域リハビリテーション」も始めたことです。その 3 年後の近森リハビリテーション病院開設は、石川さんにとって「医療法人近森会の〔地域〕リハビリテーション医療システム」づくりの一環だったと言えます(石川等 1995、石川 1996a)。

私が特に注目したのは、石川さんが 1996 年の論文で「地域リハビリテーションは医療機関を含めた

トータルなリハビリテーションシステムの中に位置づけて実践するものではないか」と書いていることです(石川 1996a)。私も、1980年代に、当時勤務していた東京の代々木病院での脳卒中患者のリハビリテーションの経験に基づいて、「地域ケアシステムの中で病院は中心的な役割をもつ」と主張していたので大いに共感しました(二木・上田 1987:209 頁)。

第2の業績は、1989年に近森リハビリテーション病院を開設し、都市型のリハビリテーション専門病院のモデルを作り上げるとともに、病院全体でのPPC(progressive patient care. 段階別患者看護)とPT・OT・STの病棟配置を実現・実施したことです。PPCは1992年に「独自の看護業務調査」を行^{おこな}って導入し、PT・OT・STの病棟配置は4年がかりで1996年に実現しました。病棟内PPCやPT・OTの病棟内訓練の先例はありました(二木 1980、1987、大川・上田 1990)。たとえば、代々木病院では、1978年に30床のリハビリテーション病棟を開設した時、患者が個室→重症部屋→軽症部屋に移行する病室単位のPPCを採用しました。しかし、両方を病院全体で導入したのは全国初と言えます。この点については、河本のぞみ・石川 誠『夢にかけた男たち』(1998)が活写しています。

第3の業績は、石川さんが、「非営利組織としての医療経営」の成果(利益ではなく使命の達成)について原理的に考察するとともに、職員一丸となって近森リハビリテーション病院の経営改善に注力し、同病院の経営を黒字化したこと、しかも自院の経営情報を雑誌論文で公開したことです(石川 1996a)。私はこの基礎にあるのは、石川さんの超絶経営能力と徹底した情報公開の精神だと思います。

この点についての私自身の経験は「追悼号」の「第2の思い出」として以下のように書きました。<その後、石川さんにお会いしたのはほぼ10年後の1994年10月15日に、近森リハビリテーション病院で講演をさせていただいた時です。私は講演前に石川さんをお願いして、同病院の診療実績や経営実績等の

資料を送っていただいたのですが、詳細なデータに加えて的確な経営分析がなされていることに舌を巻き、同病院にはよほど優秀な事務幹部がいるのだと想像しました。そこで石川さんにお尋ねしたところ、すべての資料は石川さん個人が作成されたとのことで、石川さんの情報収集・分析能力に驚嘆しました。しかも、石川さんからはそれらの情報の「何を使われてもご自由です」と言われてまた驚きました。当時は、各病院の経営情報は「秘中の秘」と言われていた時代で、石川さんの徹底した情報公開^{さすが}の姿勢に清々しさを感じました。> (「追悼号」12 頁)

鈴木康裕氏^{やすひろ}(厚生省老人保健福祉局老人保健課筆頭課長補佐・当時)も、近森リハビリテーション病院を見学した時、石川さんが「まったく隠すことなく、あらゆるデータとご自分の分析と将来ビジョンを、ものすごい熱量で語り続け」たと述懐しています(「追悼号」15 頁)。この面での石川さんの必読文献は「リハビリテーション医療経営の考え方」です(石川 1996b)。

ただし、当時石川さんは病院の「雇われ」院長であり、石川さんの先駆的活動を「黒子に徹して」(河本等 1998)支えたのが近森正幸理事長であることを忘れるわけにはいきません。近森理事長は、リハビリテーション病院開設と並行して、近森病院(本院)を「選択と集中で急性期病院機能を絞り込み、医療の質と労働生産性向上を図」り、近森会を「高度急性期から急性期、リハビリテーション、在宅まで792床」の「全国リーグ」の病院グループに成長させました(中村等 2017、近森 2021)。

2 回復期リハビリテーション病棟の萌芽—2つの歴史的報告書

次に、回復期リハビリテーション病棟の萌芽とも言える2つの歴史的報告書について述べます。それらは、日本リハビリテーション病院協会(当時。現・日本リハビリテーション病院・施設協会)編の「リハビリテーション医療のあり方(その1)」(1995)と「そ

の2」(1996)です。

この報告書は、発表直後はリハビリテーション病院業界で大きな注目を浴び、石川さんをはじめ多くの指導的リハビリテーション医が著書や論文で、何度も引用しました。しかし、その後は長く「幻の文書」になっていました。私は本講演のために多くの方に問い合わせようやく両報告書を入手し読んだのですが、その先駆性に驚嘆し、歴史的文書と感じました。以下、回復期リハビリテーション病棟の萌芽と言える提案に限定して紹介します。

「その1」の第1部「リハビリテーション医療施設の位置づけ」は「リハビリテーションケアユニット」を提唱しました。そのポイントは、「病棟及び訓練室を含めて医師・看護・PT・OT等のスタッフを一つのユニット」とすること、および「充実した看護体制(患者:看護要員=2:1以上の人員)」です。

「その2」の第1部「リハビリテーション医療施設の位置づけ」は「その1」を発展させ、「リハビリテーション専門病床群(仮称)」を提唱しました。ここでは、新たに次の2つの「概念」が示されました。「①可能な限り発症から早期に、回復期の総合的リハビリテーション医療をチームアプローチのもとで開始する病床群とする。②あくまで自宅復帰を目指す病床群であり、さらに効果的・効率的なリハビリテーションによって在院日数の短縮化に努力する病床群とする」。そして、その「具体像」として、手厚い看護体制(看護婦補助者を加えて1.5対1)、PT・OT・ST・MSWの「病棟配属」、ナースステーションの「スタッフステーション」への変更等が提案されました。

そして、これらの「概念」と「具体像」の多くは2000年の回復期リハビリテーション病棟で実現しました。

実は、両報告書の本文には、石川さんの個人名も、近森リハビリテーション病院の名前も出てきません。しかし、これらの提案は、石川さんの近森リハビリテーション病院での実践と実績をベースにしていました。その根拠は以下の5つです。

①石川さんは、提案^{おこな}を行った両報告書第1部を担当した「診療報酬対策委員会」委員長でした。

②報告書に書かれている「老人のリハビリテーション医療の流れ図」は、石川さんが個人論文で何度も示していた、いわば^{おはこ}十八番の「医療法人近森会のリハビリテーション医療システム」図とほぼ同じでした(石川1995、1996a、b)。③「その2」で提案されたリハビリテーション専門病床群の「概念」「具体像」は近森リハビリテーション病院をモデルとしていました。④石川さん自身も、論文で1回だけ、「筆者はリハビリテーション専門病床群制度の創設を主張している」と書いていました(石川1997b)。⑤これは、ごく最近入手した資料ですが、「リハビリテーション医療のあり方(その1)」発表直後の1995年6月に開かれた上記診療報酬等委員会に石川さんが近森リハビリテーション病院院長名で提出した「入院リハビリテーション施設基準のあり方」に、「回復期リハビリテーション強化病棟(病床群)のあり方」が詳細に示されており、しかもその「施設基準」(人員配置、看護体制等)は近森リハビリテーション病院をモデルにしていました。

当時の厚生省担当者——老人保健福祉局老人保健課長の西山正徳氏^{にしやまさのり}と同課筆頭課長補佐の鈴木康裕氏——も、後に回復期^{のち}リハビリテーション病棟制度化前に、近森リハビリテーション病院を訪問し参考にしたと証言しています(西山2019、鈴木「追悼号」15頁)。

石川さん自身も2017年と2018年のインタビューで、介護保険制度開始前に、「厚生省の方がたくさん」「何十人(!)もいらして」近森リハビリテーション病院を見学し、「介護保険を使う前にできるだけリハビリでよくして、あまり重度にならないような仕組みが必要」で、そのためには「近森リハビリテーション病院のような病棟を制度化すればいいんじゃないか」というので、回復期リハ病棟が生まれた」と述べています(石川2017、2018)。

石川さんや日本リハビリテーション病院協会(当

時)は、当初、医療法第4次改正でリハビリテーション専門病床を位置づけることを目指しましたがそれは時期尚早・困難とされ、1997年以降は診療報酬上の特定入院料としての位置づけを要望しました。残念ながらそれは1998年改定では実現しませんでした。石川さんはその後もリハビリテーション専門病床の必要性を、論文で、および厚生省担当者に直接、粘り強く訴え続けました。この点についての必読文献は「回復期リハビリテーション病棟成立の背景」です(石川 2001)。

3 回復期リハビリテーション病棟の制度化は1999年後半に一気に進んだ

3番目に、回復期リハビリテーション病棟の制度化は1999年後半に一気に進んだことを述べます。この点について、石川さんの第一の「戦友」である浜村明徳さんが、以下のように証言しています。「……流れが変わったと感じたのは、1999年。そして、その年の暮れ、まさに誕生の直前ですけれども、『浜村、回復期リハビリテーション病棟、開設されるのは間違いないよ』と[石川さんから二木]電話がかかってきたのを覚えています」(浜村・他 2021)。

ここで私が強調したいのは、回復期リハビリテーション病棟の制度化には2つの政策的追い風があり、石川さんはそれらに機敏に対応したことです(石川 2001+私の文献調査)。

第1の追い風は、2000年度に開始された介護保険制度の検討過程で、「リハビリテーション前置主義」が掲げられたことです。たとえば、医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・高齢者保健事業の在り方に関する専門委員会「高齢者保健事業の在り方に関する意見」(1999年7月)の「地域リハビリテーション対策について」の項で、『寝たきりは予防できる』ということに関する普及啓発に加えて、リハビリテーション前置主義(脳卒中など要介護状態の原因となる疾患にかかった者が、病状が安定する時期に至るまでの過程において適切なリハビリテーショ

ンを受けられるようにすることを重視する立場)の実践に重点を置き(以下略)」と書かれました。

石川さんは、これに早くから着目し、1997年から、介護保険における「リハビリテーション前置主義」を実施するためにはリハビリテーション専門病床が必要であることを精力的に主張しました(石川 1997b、1998、1999a、2022:13-14頁)【注1】。

第2の追い風は、医療審議会「医療提供体制の改革について(議論のためのたたき台)」(1998年12月)が「参考資料1」で、「急性期病床」と「慢性期病床」の中間に、診療報酬面で「リハビリテーション施設等」を位置づけたことです。

このことは報告の本文にはまったく書かれず、図にチラリと書かれていただけだったので当時ほとんど注目されず、私も気づきませんでした。しかし、石川さんはすぐこれに注目し、日本リハビリテーション病院・施設協会として、厚生省に「特定入院料として回復期リハビリテーション治療病棟の新設を要望」しました(石川 1999a)。

私は、2000年度診療報酬改定で特定入院料の1つとして、回復期リハビリテーション病棟が新設されたのは西山正徳老人保健福祉局老人保健課長の「豪腕」によるところが大きいと判断しています。実は、第1の追い風とした「リハビリテーション前置主義」は厚生省内でも合意されていなかったのですが、西山氏はその徹底も主張していました(西山 2001)。そして、西山氏を中心とした厚生省老人保健福祉局の担当者と石川さんは強い信頼関係で結ばれていました。その大前提は、石川さんおよび日本リハビリテーション病院・施設協会が、厚生省の求めるデータを、都合の悪いデータも隠し立てせず、すべて迅速に提供していたことです(鈴木、園田。「追悼号」15、54頁)。

当時日本リハビリテーション病院・施設協会会長だった澤村誠志先生も「石川先生の厚労省との強い信頼関係形成を基本に、2000年4月、介護保険と同時に回復期リハビリテーション病棟が出発」し

たと述べられています。澤村先生は、「日本整形外科学会などで義肢装具の制度改革や義肢装具士の国家資格を獲得するため常に中央省庁との良好な連携を保つ必要性を感じ」ており、石川さんにそのノウハウを伝授されたそうです(澤村「追悼号」8頁、石川 2018)。

先述した石川さんの「戦友」の浜村明徳さんは、回復期リハビリテーション病棟の「3本柱の『ADLの向上、寝たきりの防止、家庭復帰』に、機能訓練だけにとらわれず、これからのリハ医療のあり様を整理した石川さんの先見性が見て取れる」と評価しています(「追悼号」10頁)。私もまったく同感です。

なお、回復期リハビリテーション病棟で使用が義務づけられた詳細な「リハビリテーション総合実施計画書」には、大川^{おおかわ}弥生^{やよい}さんの研究が寄与しました。しかもこれは、後のICF(国際生活機能分類)の原型となった2000年の「WHO国際障害分類改定案」を踏まえていました(大川 2001、則安・他 2001)。

4 回復期リハビリテーション病棟は「小さく生んで大きく育」った

今から考えると信じがたいことですが、回復期リハビリテーション病棟は、2000年度診療報酬改定ではほとんど注目を集めませんでした。たとえば、専門誌(『社会保険旬報』)における診療報酬改定に対する厚生省担当者・関係団体の談話で、それに言及・「注目」したのは西澤^{にしざわ}寛俊^{ひろとし}全日本病院協会副会長(当時)だけでした(西澤 2000)。

石川さん自身も、当初から「小さく生んで大きく育てる」ことを考えていたようです。実は、回復期リハビリテーション病棟の新設直後は、施設基準が「厳しすぎる」との指摘が多かったし、私も、「承認基準(人員と構造設備)が一般の慢性期病床よりはるかに厳しくなるのは確実であり、その承認を受けられるリハビリテーション病院はごく限られる」と予測しました(二木 2000)。それに対して、石川さんは逆に、施設要件は日本リハビリテーション病院・施設協会

の「要望案よりも低く設定された」と判断していました(石川 2000、2001)。

このように回復期リハビリテーション病棟の施設基準はきわめて厳しかったため、その算定病院は当初伸び悩み、2001年1月にはわずか64病院(72病棟 3,326病床)にとどまりました。このような「いまだ全国的普及には程遠い状況」にあったにもかかわらず、石川さんは「全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会設立準備会」代表として、協議会の設立に奔走しました。そして協議会は2001年1月に設立され、大田仁史先生が会長、石川さんは常務理事に就任しました(川上 2001)。

その後、石川さんは常務理事(2001～2007年)、会長(2007～2013年)、常任理事(2013～2017年)、相談役(2017年～)として協議会(2012年10月から一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会)を牽引しました。驚くべきことに、石川さんは協議会・協会での2002～2018年の診療報酬・介護報酬改定の解説をほぼ一人で行い続けました(『回復期リハビリテーション』各号)

ここで私が強調したいことは、石川さんが早くから、回復期リハビリテーション病棟の質の向上を強調していたことです。2005年からは、論文で常に「量的整備」と「質的整備」の両方を強調し始めました(石川 2005)。しかもそのことを一般的に強調するのではなく、回復期リハビリテーション病棟とそこで働く職員のレベルアップのための「研修会」を一大規模なものから「車座」講習会まで、幹部向けのものから各職種別のものまで—精力的に開催し、そのほとんどで「基調講演」を行いました(『回復期リハビリテーション』各号)。

5 回復期リハビリテーション病棟は急性期・慢性期の病床区分を変えた

ここで視点を少し変え、私が専門とする医療政策研究の視点から、回復期リハビリテーション病棟が厚生省の急性期・慢性期という病床の伝統的2区分

を変えたことを指摘します。

厚生省は、2000年の第4次医療法改正では、旧一般病床を「新・一般病床（急性期病床ではありません）」と「療養病床（慢性期病床）」に二分しただけで、その中間の病床を位置づけませんでした。現在でも、医療法上はこの点は同じです。

しかし、「医療提供体制の改革の基本的方向」（2002年8月）の「参考・病院病床の機能分化（イメージ）」図（今回も本文ではありません）では、急性期と長期療養・在宅療養の間に初めて「回復期リハ」を位置づけ、しかもそれは一般病床と療養病床の両方を含むとしました。これ以降、病床の機能別3区分が定着し、2015年の地域医療構想につながったのです。

中間的病床は一時「亜急性期」とされましたが、現在は「回復期」とされ、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟等が含まれるとされています。しかも、2025年に向けて高度急性期・急性期・療養病床の削減が目指されているのと逆に、回復期病床のみは、2013年の11.0万床から2025年の37.5万床への大幅増加が目指されています（二木 2015）。

回復期リハビリテーション病床は、民間病院を中心に激増し続け、2021年3月で91,030床になり、一般病床・療養病床総数（1,176,863床）の7.7%を占めるに至っています。石川さんは、すでに2001年に、「回復期リハ病棟は医療施設の機能再編成の切り札的存在」と予言し、「理論的根拠は乏しいが、筆者の推計では、人口10万人に80床程度（全国に約10万床）の回復期リハ病棟が機能することが必要と考え」ていました！（石川 2001）。その先見性は驚嘆的です。

なお、石川さんは、2003年からは「全国に人口10万人当たり最低でも50床〔合計6万床—二木〕が必要」と「下方修正」し、これが全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の公式の「整備目標」にもなりました（石川 2003）。そして、この目標は、

石川さんが2007年に行った予測通り、2011年に達成されました（60,206床）（石川 2007）。

6 回復期リハビリテーション病棟の誕生と驚異的増加は民間病院の活力の表れ^{あらわ}

もう一つ、医療政策研究の視点から、回復期リハビリテーション病棟の意義を述べます。それは、回復期リハビリテーション病棟の誕生と驚異的増加は民間病院の活力の表れと言えることです。

私は、日本の医療提供体制の研究に基づいて、以前から、以下の2つを指摘しています。1つは、「日本の医療・福祉改革は、厚生省が法律を通し、医療・福祉施設がそれに従うという単純な上下関係にはなく、一部の医療・福祉施設が先進的活動を展開し、それを厚生省が後追的に政策化してきた側面も無視できない」ことです（二木 2001）。もう1つは、医療機関の「活力」には「創造的活力」と危機に際して「生き延びる」という意味での活力の2つがあり、創造的活力を持つ医療機関はごく限られているが、「生き延びる」という意味での活力はほとんどの医療機関が持っていることです（二木 1991、2012）。

私はこのことは、リハビリテーション医療で特に顕著だと判断しています（二木 2011）。その典型が回復期リハビリテーション病棟と地域リハビリテーションです。

人並み外れた「創造的活力」を持っていた石川さんは、リハビリテーション医療の枠を超えて、民間病院全体の救世主になったと言えます。仮に回復期リハビリテーション病棟が制度化されていなかったら、民間中小病院の相当数は現在とは桁違いの経営困難にあえぐか、閉鎖・施設への転換を余儀なくされていたと言えます。

7 補足：回復期リハビリテーション病棟の2つの副次的効果と「生活リハビリ」

本文の最後に、補足的に、3つのことを指摘します。それらは回復期リハビリテーション病棟の2つの副

次的（波及的）効果と、石川さんが1995年から「生活リハビリテーション」という用語を使っていたことです。

(1) 第1の副次的効果：理学療法士・作業療法士 過剰時代の到来の先送り

2000年前後には理学療法士・作業療法士は21世紀前半に過剰になると予測されていましたが、回復期リハビリテーション病棟創設で両者の需要・職場が激増し、過剰問題は先送りされました。

医療従事者の需給に関する検討会の理学療法士・作業療法士需給分科会の2000年11月「意見書」は、「需要と供給は平成16〔2004〕年以降2年から3年に均衡に達し、理学療法士、作業療法士が過剰になると予測していました。石川さんが中心になってまとめた「リハビリテーション医療のあり方（その1）」はその5年前（1995年）に、「今後急速にPT・OT等のスタッフは養成されて、むしろ供給過剰になってくる懸念さえ抱かれている。雇用難を理由に低レベルのリハビリテーション医療の制度を作ることは禍根を残す」と先駆的に指摘していました。

それに対して、理学療法士・作業療法士需給分科会の2019年4月の「理学療法士・作業療法士の需給推計について」は、「PT・OTの供給数は、現時点においては、需要数を上回っており、2040年頃には供給数が需要数の約1.5倍となる結果となった」と述べました。

(2) 第2の副次的効果：旧「老人病院」の質の向上

1990年代までは本格的（治療的）リハビリテーションは一般病床で行うのが常識でした。それに対して、石川さんは療養病床の方が経営効率が良いことを発見し、1995年1月に近森リハビリテーション病院の全病床を一般病床（特3類）から療養病床に転換しました（川添 昂 1995）。そのためか、「リハビリテーション医療のあり方（その1）」では、

病棟は「療養型病床群を最低基準」とするとされました。ただし、これは物理的基準で、すでに述べたように看護体制は2対1とされました。これは回復期リハビリテーション病棟でも踏襲されました。

石川さんはまだリハビリテーション専門病床群（仮称）の構想段階から、「この新たな制度には療養病床に取り組んでいる病院の参入が不可欠だ」と力説していたそうです（斉藤「追悼号」11頁）。それが大きな誘因となって、かつて「老人病院」と言われていた収容型の療養病床の相当部分が回復期リハビリテーション病棟に衣替えし、老人医療の質が向上したと言えます（藤田「追悼号」66頁）。

先に述べたように、回復期リハビリテーション病床の一般病床・療養病床合計に対する割合は7.7%です。しかしこの割合は一般病床と療養病床とで大きく異なり、一般病床では4.5%ですが、医療療養病床ではその割合は19.0%に達しています（回復期リハビリテーション病棟協会2021、厚生労働省「病院報告」から計算【注2】）。

(3) 石川さんは1995～1997年に「生活リハビリ」 を用いていた—私の最近の発見

私は最近、『維持期リハビリ』から『生活期リハビリ』への用語変更の経緯を探る」という論文を発表し、その執筆過程でこのことを発見しました（二木2022）。「維持期リハビリテーション」という用語は、厚生省が1996年以降、介護保険制度創設を見込んで意識的に使い始めました。しかし、この用語は、2010年以降、厚生労働省主導で徐々に「生活期リハビリテーション」に変更されました。

それに対して石川さんは、1995-1997年に「維持期リハビリテーション」のうち在宅でのリハビリテーションを「生活リハビリテーション」と名付けていました（石川1995、1996、1997）。しかも、「維持期リハビリテーション」とは、生活障害のある高齢者や障害者がその生活の拠点において継続的に安全でかつ安心でき、質の高い生活が送れるようリハビ

リテーションの立場から支援していく活動」と定義しました(石川 1996a)。これは、その後の「生活期リハビリテーション」に通じる先駆的説明と言えます(二本 2022)。

おわりに—石川さんの2019年の「遺言」的講演と最期の言葉

石川さんの「遺言」的講演とは、回復期リハビリテーション病棟協会第33回研究大会 in 舞浜・千葉での基調講演『情熱』を推進力として改革を積み重ねる回復期リハ病棟です(石川 2019)。これは私が推奨する石川さんの第3の必読文献なので、少し詳しく紹介します。

石川さんはまず、回復期リハ病棟での実践に必要なリハ・マインドとして、以下の5つのスピリッツをあげました。①正しさを追求する精神、②チャレンジ精神、③損得抜き精神、④障がいをもっている方々とともに歩む精神、⑤チームアプローチ。

次いで、5つのスピリッツで取り組むべき今後の大きな課題として、以下の4つをあげました。①人材育成、②チームアプローチの追求、③退院後のリハサービス支援、④地域社会へのアプローチ。その上で、「この4つをやっても決して収入が上がるわけではない。しかし、これをやらなければ、将来先細りになる。目先の利益にとらわれず、まさに損得抜きで実践する必要がある」と力説しました。

講演の終わりに、石川さんは『鉄は熱いうちに叩け』というが、私は『鉄は“熱くして”叩け』と申し上げたい。スタッフが熱くなって燃えなければ、回復期リハ病棟はうまくいかない」と情熱的に語りかけました。水間正澄輝生会理事長によると、「鉄を熱くすること」は石川さんの「口癖」だったそうです(石川・水間 2022: 序文)。

もう1つ皆さんにお知らせしたいのは、石川さんが亡くなる前に話した最期の2つの言葉です。1つは、「やりきった、思い残すことはない」で、これは輝生会の水間正澄理事長と森本^{さかえ}榮支援局長に(笑い

ながら) 語った言葉だそうです(森本・水間。「追悼号」28、40頁)。人に決して弱みを見せることのなかった石川さんらしい「辞世の句」といえます。

しかし、私は石川さんが、亡くなる数日前に輝生会看護担当顧問の小林由紀子さんに述べた「僕自身もこんなに早く終わりが来るなんて、思ってもいなかった……」にも注目し、胸を打たれました(「追悼号」42頁)。この言葉には、石川さんが死の準備をすべてし終わったあとでも、なお無念の気持ちを持っていたことが現れ表れています。

リハビリテーションに携わる皆さんは石川さんの「遺言」的講演と無念に思いを馳せてリハビリテーション医療を、病院と地域の両方で発展させていただきたいと思います。私も、研究者として皆さんの側面支援を続けます。

【注1】

「リハビリテーション前置主義」は介護保険開始時には制度化されなかった

現在でも、介護保険の制度設計で「リハビリ前置主義」とされたとの説明が散見されますが、これは不正確です。本文で述べたように、介護保険の検討過程では「リハビリテーション前置主義」が掲げられましたが、結果的に「議論は低調に終わった」ため、「実効性があがるような具体的な施策が講じられることはなかった」と『介護保険制度史』(2016)は述べています。この本は、山崎史郎氏や香取照幸氏等、「介護保険制度の創設にかかわった者たちが、その基本構想から法改正までを書き綴った通史」—私から見ると事実上の「正史」です。

この本によると、厚生省の高齢者介護対策本部事務局が、「モラルハザード」への対応策として注目したのが「リハビリ前置主義」であり、その「出発点となったのは、ドイツ介護保険法において『予防とリハビリテーションの優先』の規定(第5条)が置かれ、さ

らに『自己責任』として、被保険者が予防・リハビリに努めることが義務づけられていた(第6条)こと」だそうです。さらに、この本は『『予防・リハビリ』をめぐる議論・検討が低調であった背景には、当時は介護サービスの方が焦眉の急であったことや、『廃用症候群』について社会的な認識が高まったのは介護保険制度施行後であり、現場や行政の認識も当時は十分でなかったことなどがあげられる」とも説明しています。

石川さんはこのような厚生省の動きを熟知していたためか、介護保険制度が開始された2000年前後からは、一時「リハビリテーション前置主義」について触れなくなりました(石川1999b、2000、2001)。

「リハビリテーション前置主義」が、介護保険の制度改革で再び注目されたのは、介護保険開始後10年を経た、2010年11月の社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直し意見」に「リハビリテーションについては(中略)リハビリ前置の考え方に立って提供すべきである」との表現が盛り込まれてからです。実は、「意見(素案)」には「リハビリテーション前置主義」は含まれていなかったのですが、斉藤正身委員が2011年11月25日の第37回介護保険部会でそれを盛り込むことを強く主張し、加筆されました(斉藤2011)。

これを契機にして、厚生労働省の高官や大臣も国会答弁でこの用語を肯定的に用いるようになりました。国会会議録検索システムで検索したところ、「リハビリテーション前置主義」を最初に用いたのは宮島俊彦老健局長で、2011年2月25日の衆議院予算委員会で、「リハビリテーションについては、昨年の社会保障審議会の介護保険部会におきまして、まず、高齢者の心身の低下のときは自立をより高めるリハビリ前置の考え方が大事だと(中略)というような指摘もあります」と述べました。さらに、2014年10月30日と11月11日に、塩崎恭久大臣もこの用語を肯定的に用いました。

【注2】

医療療養病床のうちの回復期リハビリテーション病棟の割合の計算方法

- ・2020年の回復期リハビリテーション病床:
90,660床(A)
- ・同回復期リハビリテーション病床中の療養病床割合:59.2%(B)
- ・2020年の医療療養病床:
282,931床(C)
- (A×B)÷C=90,660×0.592÷282,931=19.0%

文 献

(「追悼号」以外は著者あいうえお順。ゴチックは私推奨の石川さん「必読文献」)

『回復期リハビリテーション』30巻3号(78号)「追悼 石川 誠」2021年10月。

石川 誠・他「地域リハビリテーションの計画と実践 近森リハビリテーションの取り組み」『公衆衛生』1995年9月号(59(9)):601-604頁。

石川 誠「地域リハビリテーションにおける現在の課題」『理学療法ジャーナル』1996年7月号(30(7)):452-458頁。<1996a>

石川 誠「リハビリテーション医療経営の考え方」『理学療法ジャーナル』1996年8月号(30(8)):575-582頁。<1996b>

石川 誠「これからのリハビリテーション医療」(特集・第3次医療法改正と病院)『病院』1997年1月号(56(1)):35-40頁。<1997a>

石川 誠「地域リハからみた公的介護保険」『リハビリテーション研究』1997年5月号(91号):32-38頁。<1997b>

石川 誠「介護保険とリハビリテーション関連サービス」『総合リハビリテーション』1998年3月号(26(3)):223-227頁。

石川 誠「リハビリテーション病床の機能分化と地域リハビリテーション広域センター」『病院』1999年6月号(58(6)):533-537頁。<1999a>

石川 誠「介護保険の仕組み」。日本リハビリテーション病院・施設協会編『介護保険とリハビリテーション』三輪書店,1999,14-25頁。<1999b>

石川 誠「介護保険時代のリハビリテーション医療」。日本リハビリテーション病院・施設協会編『介護保険とリハビリテーションⅡ実践報告集』三輪書店,2000,6-9頁。<2000a>

石川 誠「平成12年度診療報酬改定の意義と第4次医療法改正」『医学のあゆみ』2000年10月28日号(195(4)):270-273頁。<2000b>

石川 誠「回復期リハビリテーション病棟成立の背景」『理学療法ジャーナル』2001年3月号(35(3)):161-166頁。

石川 誠「リハビリテーションの流れの中の回復期リハビリテーション病棟」。『日本リハビリテーション病院・施設協会、全国回復期リハビリテーション病棟協会編『回復期リハビリテーション病棟』三輪書店,2003,12-20頁。

石川 誠「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題」『理学療法ジャーナル』2005年5月号(39(5)):391-397頁。

石川 誠「(講演録)6万床時代へー真価を問われる回復期リハビリ病棟が今取り組むべきこと」『回復期リハビリテーション』2007年10月号6-14頁。

石川 誠「RJNインタビュー『この先生に聞きたい!』第17回」。『日本リハビリテーション医学会・リハビリテーション科女性医師ネットワークRJN委員会編『日本リハビリテーション科専門医 達人の流儀 第4集』2017年:42-49頁。

石川 誠「(インタビュー)澤村先生との出会いが僕の転換点」。澤村誠志編著『地域リハビリテーションと私』シービーアール,2018,250-281頁。

石川 誠「(講演録)『情熱』を推進力として改革を積み重ねる回復期リハ病棟」(回復期リハビリテーション病棟協会第33回研究大会・基調講演2)『回復期リハビリテーション』2019年4月号:18-19頁。

石川 誠・水間正澄監修『輝生会がおくる!リハビリテーションチーム研修テキストチームアプローチの真髄を理解する』全日本病院出版会,2022(石川さんの冒頭インタビュー「チームアプローチとは」(6-15頁)は2020年11月25日収録)。

大川弥生・上田 敏「病棟での評価・訓練の意義と効果」『理学療法ジャーナル』1995年11月号(29(11)):747-755頁。
大川弥生「回復期リハビリテーション病棟のあり方」『理学療法ジャーナル』2001年3月号(35(3)):167-178頁。

介護保険制度史研究会編著(大森 彌、山崎史郎、香取照幸、他)『介護保険制度史ー基本構想から法施行まで』社会保険研究所,2016,160-164頁。

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』2021年2月(調査日:2020年8月)。

川上千之『『全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会』設立』『日本リハビリテーション病院・施設協会誌』2021年秋(70号):13-14頁。

川添 昂「近森リハビリテーション病院 療養型病床群病院への移行について」『ひろっぱ』(医療法人近森会広報誌)1995年2月号(103号)(ウェブ上に公開)。

河本のぞみ・石川 誠『夢にかけた男たち ある地域リハの軌跡』三輪書店,1998。

斉藤正身「全国の通所リハビリテーションの現状と課題」『老健』2011年10月号:18-25頁。

近森正幸「近森病院の75年を振り返って」『ひろっぱ』2021年11月号(425号)(ウェブ上に公開)。

中村 明・郷 好文「ドクターの肖像(211)近森正幸 社会医療法人近森会 高知に近森あり 急性期医療を先駆けた稀代の病院戦略家」『Doctor's Magazine』2017年8月号(214号):4-11頁。

二木 立「代々木病院リハビリテーション科の管理と運営」『病院』1980年3月号(39(3)):277-281頁。

二木 立・上田 敏「脳卒中の早期リハビリテーション」医学書院,1987,209-219頁(第2版,223-233頁,1992)。

二木 立「介護保険・医療保険改革とリハビリテーション医療(病院)の将来像」『総合リハビリテーション』2000年1月号(28(1)):29-33頁(『介護保険と医療保険改革』勁草書房,2000,54-65頁)。

二木 立「政権交代とリハビリテーション医療」『地域リハビリテーション』2010年4月号(5(4)):323-328頁(『民主党政権の医療政策』勁草書房,2011,111-125頁)。

二木 立「『地域医療構想ガイドライン』と関連文書を複眼的に読む」『文化連情報』2015年7月号(448号):10-15頁(『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房,2015,42-50頁)。

二木 立「『維持期リハビリ』から『生活期リハビリ』への用語変更の経緯を探る」『文化連情報』2021年2月号(527号):30-39号。「二木 立の医療経済・政策学関連ニュースレター」211号(2021年2月)に転載。

西澤寛俊「(インタビュー)入院の機能分担を明確化 看護婦の基準に着目」『社会保険旬報』2000年4月21日号(2058号):20-23頁。

西山正徳「(講演録)リハ前置主義の徹底と介護医療の確立を」(在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク第6回全国の集い 京都2000)『GPnet』2000年11月号(47(8)):26-30頁。

西山正徳『現代診療報酬の史的考察 進化する診療報酬』社会保険研究所,2019,51-52頁。

日本リハビリテーション病院協会編「リハビリテーション医療のあり方(その1)」1995年3月,26-27頁。

日本リハビリテーション病院協会編「リハビリテーション医療のあり方(その2)」1996年3月,12-13,30-35頁。

則安俊昭・吉尾雅春「(対談)回復期リハビリテーション病棟の機能と理学療法士の役割」『理学療法ジャーナル』2001年3月号(35(3)):187-204頁。

浜村明徳・栗原正紀・斉藤正身「追悼座談会・石川 誠先生を偲んで」『日本リハビリテーション病院・施設協会誌』2021秋(181号):8-16頁。

謝 辞

本講演のための貴重な資料・情報を提供していただいた以下の皆様に感謝します(あいうえお順、敬称・所属先略):

鵜飼泰光、大申 幹、大田仁史、岡本隆嗣、才藤栄一、斉藤正身、菅原英和、園田 茂、田中智香、近森正幸、寺田文彦、浜村明徳、水間正澄。