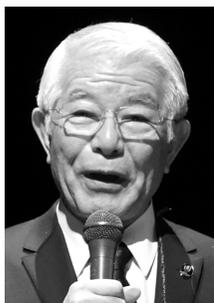


特別企画 診療報酬・介護報酬同時改定を見据えて
～今後のあるべき姿を考える～



特別講演「回復期リハ病棟協会からの提言」

回復期リハ病棟の足跡

～創設準備期から現在まで～

石川 誠

当協会 相談役
医療法人社団 輝生会 会長

1 日本におけるリハ医療の歴史

日本のリハ医学・医療の曙は高木憲次医師（東京帝大整形外科 写真1）が肢体不自由児施設「整肢療護園」（写真2）を開設した戦時の1942年に遡る。同園は東京大空襲で壊滅したが、戦後、肢体不自由児施設の設置が進み、1963年、全県に設置された。一方、1945年の終戦時、臨時東京第三陸軍病院（現 国立病院機構相模原病院）には傷痍軍人が溢れ（写真3・4）、四肢切断者を含め病状固定の障害者は6,000人に上った。

1947年、厚生省から労働省が分離独立した。その際、職業関連のリハの所管が労働省に移ったが、例外は1949年にできた「国立身体障害者更生指導所」（現 国立障害者リハビリテーションセンター）で、ここではリハ医療と職業訓練が並行して提供されていた。この頃、「更生」という言葉がイメージが悪いということで用語が再検討された。漢字の熟語で説明しきれず、国は英語のまま「リハビリテーション」を採用した。

戦後復興期の1950年前後には、産業の活性化にともない労働災害が増加し、全国に労災病院がたくさんできた。1950年代半ば以降、交通網が発達して“交通戦争”の時代が到来、頭部外傷や骨折患者さんが増え、温泉地にリハ病院が多くできた。

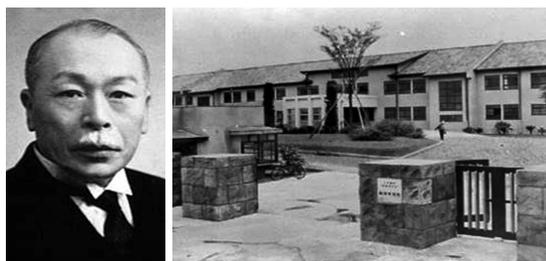


写真1
（左上）
写真2
（右上）
写真3・4
（中・下）

1969年、兵庫県立リハビリテーションセンターを筆頭に、各都道府県にリハセンターが作られた。

1980年代に入り脳卒中の患者さん、高齢者が増える時代を迎え、1988年以降は老健施設、老人デイ・ケア、訪問看護ステーション、訪問リハができ、そして2000年、回りハ病棟、2014年、地域包括ケア病棟と、新しい施設が生まれた。

それにともない、リハ医療の位置づけはそれまでの「特別な医療」から「必須の医療」へと変化し、リハ医療サービスは「普遍化」の時代を迎え

た。日本では欧米と異なり、戦争をきっかけにではなく「高齢社会」の到来がリハの進化、リハ医療普遍化を後押ししていった。

以上をまとめると、日本では人口の高齢化とともに(1)戦前の肢体不自由児療育の時代、(2)戦中・戦後早期の戦傷兵対応の時代、(3)青年層に対する更生の時代、(4)脳卒中等を中心とした高齢者対応の時代——と推移し、リハ医療の対象は小児から青年、そして高齢者へと変化してきた。

1963年、「日本リハビリテーション医学会」が設立された。当時、整形外科学会の医師を中心に、他の学会と協力を結んで組織されたのは画期的だった。そして1980年、同学会専門医制度が作られた。学問の充実だけでは現場対応は難しいことから1989年、リハ医学会理事とリハ病院の幹部が協力しあい「日本リハビリテーション病院協会」(現日本リハビリテーション病院・施設協会)が設立された。同協会は、(1)リハ医療施設基準の確立、(2)リハ医療における専門職の確保、(3)適正な診療報酬体系の確立、(4)地域リハビリテーションの確立、(5)一般医師へのリハ医療の啓発——の5本を柱に活動し、1996年、「リハ専門病棟群の創設」を国に提言した。これをきっかけに1999年の地域リハ支援体制推進を経て、2000年の回りハ病棟創設につながった。

2 日本の医療と介護の改革

30年前、日本の医療界は過剰な投薬と検査で“薬漬け・検査漬け”と評される時代であった。さらには、“入院漬け”であり、少ない看護スタッフで多数の患者さんをみるケア体制で、民間病院では多くが付き添い看護であった。国公立の基準看護の病院でも付き添いが多数いる状況で、リハ医療、在宅医療の提供量はきわめてまれであった。その結果、“寝たきり老人”“寝かせきり老人”

が増え、“社会的入院”が増え、病院の“施設化”の時代が続いた。病院のベッド数は100万床(1970年)から170万床(1990年)にまで膨れ上がり、ベッド規制が行われたがその後の減少はわずかである。1970年頃、施設は特養がわずかにあるだけで非常に数が少なかったが、1988年に老健施設が登場して以降、急速に増加し、有料老人ホーム、サ高住ができてさらに増え、それらの合計が140万床(2015年)になり、病院と施設を合わせて300万床に達した。今や病院は施設の肩代わりをする必要がなくなり、病院としての機能を存分に発揮できる時代を迎えた。

これからの日本の医療・介護をひと言でいえば、「早くよくして(治して)早く地域に帰そう、そして地域で適切な支援をしよう」、これに尽きる。そのために“待ったなし”で医療機能の分化・連携の推進(地域医療ビジョン)と地域包括ケア体制の整備の2大改革が叫ばれている。厚労省は58.1万床(2014年)ある「急性期」病床を、2025年には40万床に圧縮し、「回復期」病床を11万床から37.5万床に増やし、病床数全体も122万床(2017年)から115~119万床程度まで減らす方針を掲げている。

地域医療ビジョンの意図について厚労省は「ベッド数削減ではない」というが、私はベッド数削減だと思う。在院日数が短縮すれば必然的にベッド数は少なくて済む。これは表裏一体で、「在院日数短縮=ベッド数削減」である。そして、具体的には「急性期」の7対1看護のベッドを「回復期」(回りハ病棟、地域包括ケア病棟、13対1、15対1看護の病棟)へ移行する動きが進む。

回りハ病棟は2000年の制度創設から18年が経ち、現在8万床を超えたが、最大でも10万床程度でそれ以上は必要ないかもしれない。一方、地域包括ケア病棟は、2014年の制度創設からたった4年で

6.8万床と、凄まじいスピードで増えている。モデルが未確立で地域包括ケアシステムとの関連が今後大きな検討課題になると思うが、将来的には20万床以上に増えると思われる。

3 2000年以降のリハ医療の変化

2000年は日本のリハ医療にとって大きな年であった。リハ前置主義の下、訪問リハが明確に位置づけられ、老人デイ・ケアが「通所リハ」という名称に変わり、老健施設でのリハが重視されるなど、リハの整理が進んだ。私は2000年を「地域におけるリハ医療整備元年」だと考えている。なぜなら、この年に介護保険ができ、回復期リハ病棟ができたことによって、制度上、リハが回復期と生活期に明確に位置づけられ、リハ医療の構造が大きく変わったからである。

リハ医療は、機能障害もしくは心身機能・身体構造、活動、参加の一部にではなく、「すべてに働きかける」点が他の医療と決定的に違っている。他の医療は心身機能・身体構造がターゲットであるがリハ医療では活動・参加もターゲットである。ADL・QOLなくしてリハ医療は語れない、そこがリハ医療の決定的な特徴である。

回リハ病棟ができて、多職種が病棟に専従配置されると、多職種のまとめ役を務める管理職など、新しいマネジメント組織が必要になった。ネットワーク内で多職種が常に密に情報交換し、迅速に行動するチームアプローチが回リハ病棟ができて以降、一気に進んだと思われる。

4 回リハ病棟に関する制度

2000年以降、回リハ病棟には数々の診療報酬改定があった。施設基準が疾患別リハに変わり、個別リハ6単位までが9単位までに増え、算定日数に上限が設けられ、がん患者リハ料、初期リハ加

算、早期リハ加算、廃用症候群のリハ料ができ、改定の都度変化した。

2008年、厚労省は世界に先駆けて診療報酬にアウトカム評価を試行的に導入した。その最初のターゲットが回リハ病棟だった。10年経った今年、同省は「これからはアウトカムの時代」と、自信をもっていい切っている。

私はアウトカム評価には基本的に賛成だが、九州・四国・中国地方では人口10万対で100床を超える県がいくつも出てきている。これらでは整備過剰になり、回リハ病棟に空床が出る状況が推察される。しかし、空床にしないためわざわざ入院期間を延ばしギリギリまで入院させておくような対応も現にあると聞いた。退院できるのに長居をあえてさせている、まったくの本末転倒である。

5 リハ医療資源の推移

2000年以降、リハ医療資源が急増した。PT・OT・STの国家資格保持者数は3職種合計で4.5万人（2000年）から26.5万人（2017年）と、17年間に6倍に増えた。それ自体は非常に結構だが、気になる点もある。PT・OT・STの人たちを経験5年ごとに分類したのが図である。「5年未満」が31%いる。臨床現場には経験10年未満のPT・OT・STが8割程度いると推定される。

若いスタッフはエネルギーに溢れ、素晴らしい半面、未熟でもある。卒後の教育研修体制強化に各病院がどれだけ人手とお金と時間を注ぎ込むかはきわめて重要な課題である。ここに手抜きをすれば、5年後10年後大変後悔することになる。

リハ医療のリーダーであるリハ専門医の数は全国に2,000名強にまで増えたが、絶対数で圧倒的に不足しており、危機的状態といえる。リハ専門医1名に対するPT・OT・STの合計数の割合は50名（2000年）から108名（2017年）へと、その差

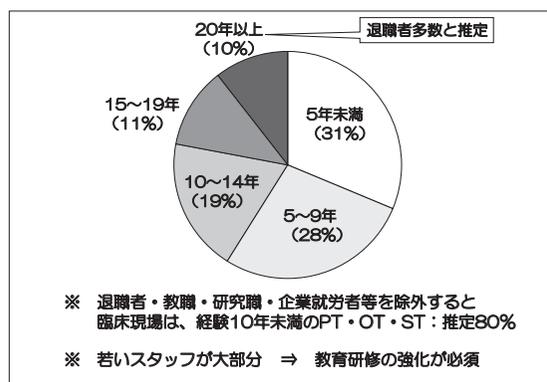


図 現在の経験5年ごとのPT・OT・STの人数割合 (退職者を含む)

は広がる一方である。

しかし、この18年間でリハ医療資源は明らかに充実した。リハ専門医は3倍に増えた。回リハ病棟ができたことでいわゆるリハ看護、リハ介護の専門家集団が推定5万人生まれた。PTは6.5倍に、OTは7.1倍に、STは7.4倍に増えた。社会福祉士は回リハ病棟への専従配置により医療の世界でも資格が通用するようになった。リハ専門病棟である回リハ病棟が全国に8万床でき、通所リハ事業所は1.6倍の7,700か所に、訪問リハ事業所は2倍の4,000か所に、訪問看護ステーションは2倍の9,400か所に増えた。

6 リハ医療サービスの実績

入院1件あたり診療行為別点数全体にリハが占める割合は1999年から2016年までの17年間で3倍に増えている。医療保険のリハの種類別実施単位数(入院+外来)を2006年と2016年で比較すると、脳血管リハ、運動器リハで全体の9割を占めている。量的には少ないが、心リハは15倍に、呼吸器リハは5倍に増えている。

医療保険におけるリハ(入院)の医療費割合は、1999年には2%未満であったが2016年には5.3%にまで増えている。入院外でも1%以下だったのが

1.4%に増えている。リハの領域は広がる一方である。それぐらいリハを必要とする患者さんが増えているということにほかならない。

介護保険の分野で、訪問リハ、訪問看護、通所リハそれぞれの受給者数の推移を見ると(2001～2017年)、訪問リハは勢いよく伸びている。2006年まで2万人で足踏みしていたので、「訪問リハステーションができればいい」と考えていたが、その後は大きく伸びたので考えを改めた。訪問看護も2009年頃から急速に伸びているが、急伸びしている部分の大半はPT・OT・STによる訪問である。訪問リハと合わせると相当量の訪問によるリハが行われている。

7 回リハ病棟の実績・質の向上

回リハ病棟の入院料算定回数の経年データで入院料区分の割合の変化をみると年々、比較的高い水準の入院料へとシフトしている。施設基準を充実させて前向き、積極的に取り組んでいることがわかる。休日リハ提供体制は88%、6単位以上のリハ実施割合は6割近い。疾患別の平均在棟日数は脳血管系が85日、整形系と廃用症候群が56日である。廃用はともかく整形系はもっと短くできるのではないかと。大腿骨頸部骨折で合併症がない場合、ヨーロッパでは2週間以内に退院である。

リハに従事するスタッフは常に、(1)社会的にフェアかどうか、正しさを追求するマインド、(2)保守的にならずに挑戦し続けるチャレンジ精神、(3)目先の利益にとらわれない損得抜き精神、(4)障害をもっている方々と共に歩む精神、そして、(5)チームアプローチの精神——をもたなくてはならない。こうしたリハビリテーション・マインドをもって前向きに進めば、必ずやもっともっと質が向上すると信じている。