



## 特別講演 同時改定を見定めた課題と展望

石川 誠 (当協議会会長、医療法人輝生会 理事長)

### 連携以前に自分たちの 役割果たして

わが国の医療・介護・福祉、いずれに関しても重要なことは、無駄をなくし効率的なサービス提供体制を構築することである。それには急性期、回復期、生活（維持）期に及ぶ各医療分野がそれぞれの専門性をもってその役割を果たすことが求められる。それぞれが役割を果たした上で各分野が連携し、シームレスなサービス提供体制を構築する、これが本来の姿だが、昨今はどうも役割を果たす以前に連携ばかり叫ばれている気がしてならない。連携するには各分野がまず自らの役割を全うすべきである。そうしなければ単に「追い出す」というふうに言われかねないであろう。

実際、きちっとした目に見える関係を構築するにはそれ相応の時間と努力が必要になる。脳卒中医療における回復期リハ病棟の役割分担にしても、病状の安定化と再発予防、高血圧・心疾患・糖尿病など基礎疾患のコントロールといった亜急性期の医療体制をしっかりとすることは当然の義務である。また、合併疾患として肺炎や低栄養、不動（廃用）症候群等の予防・治療、加えて機能障害・ADLの改善と生活機能の再建、これらを同時にすべての患者に対し行う役割がある。その上で、急性期や生活（維持）期と手をつなぐ、そうありたい。

### 急性期は早期離床 早期リハの推進を

急性期、回復期、生活（維持）期の3ステージのリハ医療には各々まだまだ問題点がある。

急性期（の救急病院）は、救急患者の確実な受け入れ、迅速な確定診断と専門的治療に加え、早期離床と早期リハの推進をぜひお願いしたい。

早期離床を推進するには何といても急性期の看護スタッフにADLへの見識を高めてもらう必要がある。医療処置にばかり目を配ってはいは、うまくいかないのである。

早期リハを行うには現行のPT、OT、ST配置ではあまりに少ない。リハ専門医の配置も少ない。

公立病院では「総定員法」により県、市議会などを案件が通過しないかぎりPT、OT、STの人員を増やせない事情がある。厚生労働省は診療報酬制度で早期リハ加算をつけ盛んに急性期リハの推進を誘導している。

だが、そもそも急性期の病院にはPT、OT、STがあまりいないのであるから加算をつけても直ちに早期リハの推進にはつながらない。診療報酬による誘導ではなく、もっと構造的な問題にくさびを打ち込まないと状況はよくなるだろうと思っている。

## 回復期は質の向上が主要課題

回復期（回復期リハ病棟）は、①地域間格差の解消、②質の向上——この2つが課題である。

当協議会では回復期リハ病棟の整備目標値を「人口10万人に対し50床、全国に6万床程度」とし、この10年間旗を振ってきた。その目標値であった6万床をこの2月に超えたことが確認された。同じ国内でも中四国・九州地方では人口10万人に44～130床あるのに比べ、関東・東北地方では26～50床しかなく、病院にアクセスしづらい状況である。この地域間格差の解消に向けてはもう少し行政的な対応が必要ではないか。われわれとしては質の向上をいかに図るかがより大きな課題である。

回復期リハ病棟の質の評価に関する3加算（重症患者回復病棟～、休日リハ提供体制～、リハ充実～）の届出状況を昨年5月（822病院）と昨年10月（842病院）とで比べると（当協議会調べ）、上記3加算のすべてをとっている病棟の割合は5か月間に10.9%から22.9%へと倍増し、3加算のいずれもとっていない病棟の割合も、36.5%から11.6%へと3分の1以下に減少している。数年内には8割程度の会員病院が3加算をすべてとるようになるかと推測される。頼もしい限りである。

ただ、これらは質の評価のごく一部である。ほかに評価すべき質の対象がたくさんあることを念頭に置く必要がある。当協議会では各職種の目標を10カ条の箇条書きにまとめ、大きなスローガンとして掲げた。全国の回復期リハ病棟でぜひ普及・実践してほしい。あわせて、重症患者に対応した看護・介護人員の配置、リハ科医師、ST、ソーシャルワーカーの病棟専従配置もお願いしたい。

## 生活（維持）期は基盤整備から

生活（維持）期のリハは、2009年度介護報酬改定で通所リハの「見なし指定」、早期の集中的リハの評価、訪問リハの評価等により、通所リハ、訪問リハの受給者が増加するなど一定の効果が認められるものの、ひと言でいえば、いまだ基盤整備がまったくもって不十分な状況だといえる。介護保険のリハは決して十分な整備状況にはない。訪問リハ、通所リハの相手がいないことには連携のしようがないのである。

医療保険では現行制度上、月13単位を上限に、改善するしないによらず、維持を目的としたリハが行える。だったら、それとそっくり同等のものを介護保険でもできるように報酬体系を同列にすれば、一気に介護保険のほうにスムーズに移行すると思うのだが、どうも体系が違っている。

現行制度上の問題点は、介護保険に移行後、新たな疾患によらず機能低下したような場合に、医療保険でリセットされず集中的リハが実施できないことである。そのときに2週間程度、1日6単位ぐらい集中的にリハができるようにしただけで寝たきりにならずにすむ方が多いのではないか。これら2つが適切に実施される制度設計が必要だが相応の財源も要る。ちなみに回復期リハ病棟をもっている病院では通所リハサービスの併設割合が6割超、訪問リハ併設も6割超、訪問看護では約6割、訪問診療で4割以上と、回復期後の生活（維持）期の支援を積極的に展開しているところが目立つ。これも頼もしい限りである。

病院としていろいろな併設施設が連携した「在宅リハセンター」をもって、回復期リハ病棟を退院された患者さんの確実な支援をお願いしたい。