

# 急性期リハビリテーションの意義

松本 真以子 里宇 明元

## はじめに

脳卒中急性期のリハビリテーションにおいて、かつて支配的であった「安静臥床が必要」とする考え方はすでに過去のものとなり、「十分なリスク管理の下に早期にリハビリテーションを開始し、早期離床を進めること」が常識になりつつある。さらに、昨今、各医療機関の「機能特化と連携」が謳われる中で、急性期から維持期に至る切れ目のないリハビリテーション体制の整備に重点がおかれてきている。しかし一方では、システムを重視し過ぎると、それにとらわれた最大公約数のパターン化されたリハビリテーションに陥る恐れがあり、個別性を尊重した効果的なリハビリテーションを提供していくことも重要である。以上を踏まえて、本稿では、急性期リハビリテーションの流れと具体的な治療法の動向について紹介する。

## 急性期リハビリテーションの流れ

### 1. 急性期リハビリテーションとガイドライン

「Time is brain recovery」は、リハビリテーションにおいて真実であることが明らかにされつつある<sup>1)</sup>。ラット脳梗塞モデルにおいてリハビリテーション開始時期による回復の差を比較した研究では、発症後早期からリハビリテーションを行った群ほど回復がよいことが報告されている<sup>2)</sup>。

臨床のレベルにおいても、急性期リハビリテーションの効果については、不動の悪影響に関する多くの報告、早期リハビリテーション開始群における機能予後の改善と在院日数の短縮、脳卒中ケアユニット(SCU)による日常生活動作(ADL)自立度と社会復帰率の向上および施設入所率・死亡率の低下など、多くのエビデンスが蓄積されつつある。それらを受けて、2004年に脳卒中関連5学会が合同で発表した「脳卒中ガイドライン2004」<sup>3)</sup>では、「廃用症候群を予防し、早期のADL向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理の下に急性期からの積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められる」と明記された。

### 2. 急性期リハビリテーションとSCU

それでは、急性期からのリハビリテーションはどのような形で行うことが望ましいのであろうか。SCUが、生存率、

自宅退院率、自立度を上昇させることは、エビデンスとして確立しており、上記ガイドラインにおいても、SCUでの脳卒中治療は、「行うように強く勧められる」とされている<sup>3)</sup>。更に、2005年のThe Stroke Units Trialists' Collaborationによる29の臨床試験のsystematic review<sup>4)</sup>では、さまざまな形態のSCUの有効性が示されたが、「多職種からなる脳卒中リハビリテーション訓練環境」がSCUの成功に一番大きく関わっている可能性が示唆された。

このように、急性期から組織的に計画性を持って、リハビリテーションを行っていくことが、脳卒中治療そのものの効果を最大化させるために重要であることが明らかになってきている。しかし、長谷川ら<sup>5)</sup>による脳神経外科学会、内科学会、リハビリテーション医学会の研修認定施設752施設に対するアンケート調査では(回収率56.5%)、リハビリテーション提供の形態は、SCU型4%、stroke unit型15%、strokeチーム型21%、一般病棟混合型57%、その他3%であり、SCUはわが国ではまだ普及していない。平成18年の診療報酬改定ではSCUがはじめて評価されており、今後の動向が注目される。

### 3. 急性期リハビリテーションとクリティカルパス

SCUの体制を持つ病院ではさらに効率的な治療を行うために、また、完全な形でのSCUが困難な病院においても一定のレベルで計画性を持って治療を行うために、クリティカルパスは有用なツールである。さらに、早期からの医療機関同士の診療連携をスムーズにするために、最近では連携パスが用いられつつある。

リハビリテーション分野で大幅な改定が行われた平成18年診療報酬改定においては、はじめて「診療連携パス」という概念が導入され、これに対する点数が新設された。現在は、連携パスの対象疾患は大腿骨頸部骨折のみであるが、今後、その他の疾患、特に脳卒中も対象になる可能性は高いと考えられ、診療連携パスに関する取り組みがますます重要になると予想される。

### 4. Early supported discharge(ESD)

SCUの有効性が確立されたことを踏まえ、欧米では早期からのサポートされた退院(ESD)が注目されており、6か国、11試験(患者数1,597人)を解析したメタアナリシスでは、ESD群では死亡または非自立のリスクが有意に低く、

患者 100 人あたり転帰不良が 6 人少なく、在院日数が 8 日短かった<sup>6)</sup>。さらに、拡大 ADL スコア、自宅生活が可能になった患者の割合、サービス満足度に関して有意な改善が認められた。しかし、このような効果は、ESD チームの能力や患者の重症度などに左右されるものと考えられ、また、医療、福祉のシステムが異なるわが国にただちに当てはめることは難しいと思われる<sup>7)</sup>。

## 脳卒中リハビリテーションの最前線

### 1. 急性期リハビリテーションの目的

脳卒中発症後、急性期には、浮腫の軽減や血流再開によるペナンブラの回復によって、症状が改善する。そのため、従来、脳卒中急性期リハビリテーションの目的は、廃用症候群の予防と症状改善に応じた運動学習によるセルフケアの早期自立にあった。つまり、機能障害そのものの回復よりも、合併症の予防や機能障害に対する代償に重点がおかれる傾向にあった。

しかし、近年、神経科学の分野で遺伝子、分子レベルでの研究および経頭蓋磁気刺激法、fMRI、光トポグラフィーなどの非侵襲的脳機能評価法を用いた機能回復や脳の可塑性に関する研究が飛躍的に進歩し、急性期リハビリテーションの目的、意義は機能回復そのものにも向けられつつある。

### 2. Use-dependent plasticity

近年の研究では、成熟した脳においても、考えられていた以上に可塑性があることが報告され、また、その可塑性は使用や経験に応じて変化すること (use-dependent plasticity) も示されてきている<sup>8)</sup>。

Constraint-induced movement therapy (CI 療法) は、患者の麻痺側上肢を拘束し、患側の使用を促す治療方法であり、通常 1 日 6~7 時間、2 週間程度の集中訓練を行う。この治療法により、患側上肢の機能改善とともに、手内筋支配の大脳皮質運動野領域の拡大がみられ、可塑的変化が生じた可能性が示唆されている<sup>9)</sup>。

### 3. Dose-response relationship と高密度・高強度リハビリテーション

さらに、脳の可塑性は、スポーツやタイピングの技術のように、dose-response relationship を持つことも示唆されている。リハビリテーション治療において、“dose”を定義することは困難であるが、訓練の時間や頻度を増やすことによって、機能が有意に改善したという報告が多い<sup>10)</sup>。

上述の脳卒中ガイドラインでは、「機能障害および能力低下の回復をより促進するためにリハビリテーションの量を増やし、集中して行うことが勧められる」とされている<sup>3)</sup>。その根拠となったメタアナリシス<sup>11)</sup>では、高密度・高強度

リハビリテーションは発症後 6 ヶ月以内に ADL、生活関連動作 (IADL)、歩行速度に対する効果はあるが、上肢巧緻性には効果が確認されないとされている。その他にも、佐鹿ら<sup>12)</sup>は、2 週間の強化訓練群で下肢の片麻痺グレードが有意に向上したと報告しており、また、Sonoda ら<sup>13)</sup>は、高密度・集中的リハビリテーションの提供を可能にする full-time integrated treatment program (FIT) の有効性を報告している。

### 4. 高密度・高強度リハビリテーションの実際

一方では、強化訓練の効果に否定的なランダム化比較試験も散見される。しかし、報告によって強化訓練の時間や訓練内容にばらつきがあることが指摘されており<sup>10)</sup>、十分な訓練量が得られていない可能性が示唆される。Bernhardt ら<sup>14)</sup>は、SCU に入院した発症 14 日以内の 64 名の日中の活動度を評価し、50%以上の時間をベッド上で過ごし、活動している時間は 13%のみであったと報告しており、発症後早期からいかに活動量を増加させるかが重要な課題と考えられる。限られた人員で、高密度・高強度の訓練を可能にするために、訓練用ロボットの開発や電気刺激などの機器を用いる訓練も進められている<sup>15)</sup>。

### 5. 損傷脳半球の皮質内抑制

非損傷脳半球を経頭蓋磁気刺激で抑制することによって、麻痺や失語が改善するという研究がいくつか報告されており、非損傷半球から損傷半球への抑制が症状の回復を抑えているという可能性が明らかにされてきている<sup>1)</sup>。また、随意運動介助型電気刺激装置 (integrated volitional control electrical stimulation; IVES) と手関節固定装具を組み合わせた治療法である hybrid assistive neuromuscular dynamic stimulation (HANDS) においても、その効果の機序として損傷半球での皮質内抑制の脱抑制が示唆されている<sup>16)</sup>。損傷半球の皮質内抑制や、非損傷半球からの損傷半球への抑制に対するアプローチが、今後、新たなリハビリテーション治療の可能性を拓くものとして注目される。

## 文 献

- 1) Heiss WD, Teasel RW. Stroke. 2006; 37: 314-6.
- 2) Biernaskie J, et al. J Neurosci. 2004; 24: 1245-54.
- 3) 篠原幸人, 他. 脳卒中治療ガイドライン 2004. 脳卒中合同ガイドライン委員会, 編. 興和印刷; 2004.
- 4) Stroke Unit Trialists' Collaboration. 14th European Stroke Conference; May 26, 2005; Bologna, Italy.
- 5) 長谷川泰弘. 循環器病研究の進歩. 2003; 14: 28-33.
- 6) Rodgers H, et al. Clin Rehabil. 2003; 17: 579-89.
- 7) 里宇明元. 日本臨牀. 2006; 64: 744-8.
- 8) Nudo RJ. Science. 1996; 272: 1791-4.
- 9) Liepert J. Neurosci Lett. 1998; 250: 5-8.
- 10) Kwakkel G. Disabil Rehab. 2006; 28: 823-30.
- 11) Kwakkel G, et al. Stroke. 2004; 35: 2529-39.
- 12) 佐鹿博信, 他. リハ医学. 2003; 40: 196-204.
- 13) Sonoda S, et al. Am J Phys Med Rehabil. 2004; 83: 88-93.
- 14) Bernhardt J, et al. Stroke. 2004; 35: 1005-9.
- 15) 里宇明元. Annual Review 神経. 2006. p. 90-8.
- 16) 藤原俊之, 他. リハ医学. 2006; 43: 743-6.

《短 報》

急性期病院の相違による  
回復期リハビリテーション病棟・脳卒中患者の調査  
—地域完結型と病院完結型との比較—

北川 寛直\*<sup>1</sup> 水間 正澄\*<sup>2</sup> 山下 愛茜\*<sup>1</sup> 山本 佳昭\*<sup>1</sup>

Stroke Patients in the Convalescent Rehabilitation Ward of an Acute Stroke Center : A Regional Inter-hospital Referral Model Compared with an Intra-hospital Referral Model

Hironao KITAGAWA,\*<sup>1</sup> Masazumi MIZUMA,\*<sup>2</sup> Akane YAMASHITA,\*<sup>1</sup> Yoshiaki YAMAMOTO\*<sup>1</sup>

**Abstract :** The purpose of this study is to investigate stroke patients in a convalescent rehabilitation ward of an acute stroke center. We collected data on 314 stroke patients discharged from the convalescent rehabilitation ward between January 2004 and December 2005. In total, 108 patients were classified as our regional inter-hospital referral model group. Alternately, 206 patients were classified as our intra-hospital referral model group. The regional inter-hospital referral model group took a longer time for transferring and discharging as compared with the intra-hospital referral model group. There was a significant difference in the days between onset of stroke and transfer, and the days between onset of stroke and discharge returned home. In conclusion, we should have a better opinion of the intra-hospital referral model in order to improve the quality of rehabilitation medicine. (Jpn J Rehabil Med 2007; 44: 237-241)

**要 旨 :** 急性期病院の相違による回復期リハ病棟入院脳卒中患者の調査をし、回復期リハ病棟のあり方を検証する。2004年1月～2005年12月に当院回復期リハ病棟を退院した脳卒中患者314名を対象とした。対象患者を急性期病院の相違により地域完結群及び病院完結群と2群に分け、発症からの入棟までの期間、全入棟期間、転帰、発症～自宅退院までの期間を比較検討した。入棟までの期間及び発症～自宅退院までの期間が地域完結群で有意に期間を要した。全入棟期間及び転帰は両群間で有意な差はなかった。入棟までの期間及び発症～自宅退院までの期間が病院完結型でともに有意に短縮できた要因としては、急性期からの医療の継続が得られること、より近隣地域で医療の完結が図れることなどが考えられる。リハ医療の質の向上を考える上では、病院完結型の回復期リハ病棟を再認識すべきと考える。

**Key words :** 脳卒中 (stroke), 回復期リハビリテーション病棟 (convalescent rehabilitation ward), 地域完結型 (regional inter-hospital referral model), 病院完結型 (intra-hospital referral model), 入院期間 (length of hospital stay)

はじめに

急性期病院から回復期リハビリテーション (以下、リハ) 病棟へ入棟する体制には、他院より転院する地

域完結型と同一病院内で急性期病棟から転棟する病院完結型の2つが最近の主流と思われる<sup>1)</sup>。厚生労働省は地域完結型の診療体制を推進し、地域における機能分担がなされるよう対策を進め、診療報酬改定等の政

2006年10月10日受付, 2007年3月9日受理

\*<sup>1</sup> 横浜新都市脳神経外科病院リハビリテーション科/〒225-0013 神奈川県横浜市青葉区荏田町433

Department of Rehabilitation Medicine, Yokohama Shintoshin Neurosurgical Hospital

\*<sup>2</sup> 昭和大学医学部リハビリテーション医学診療科/〒142-0072 東京都品川区旗の台1-5-8

Department of Rehabilitation Medicine, Showa University School of Medicine

E-mail: awagatik0716@yahoo.co.jp

策に表れている<sup>2)</sup>。地域完結型と病院完結型の診療体制の比較は散見されるが<sup>3)</sup>、急性期病院側からの視点のみで、回復期リハ側からの視点の報告は乏しい。そこで、急性期病院の相違による回復期リハ病棟入院脳卒中患者の調査をし、回復期リハ病棟のあり方を回復期リハ側から検証する。

なお、地域完結型の「地域」についての明確な定義はないと思われる。地域完結型と病院完結型の医療体制を論ずるにあたり、「地域」の中心を病院（施設）とするか、患者の居住地にするかによって基準が変わってくるが、医療体制の議論であれば、病院（施設）を中心にすべきと考える。地理的には二次医療圏程度が常識的と考えるが、各病院（施設）は必ずしも二次医療圏の中央にあるわけではない。病院（施設）ごとの地域性によって判断されるべきであるが、ここでは二次医療圏内、隣接市及び同一市内程度の範囲を「地域完結」の「地域」と定義づけた。

## 方 法

### 1. 対 象

2004年1月～2005年12月に当院回復期リハ病棟を退院した脳卒中患者314名を対象とした。この対象患者を急性期治療を他院にて受けた地域完結群（108名、69.2±10.7歳）と当院にて急性期治療を行った病院完結群（206名、66.2±13.2歳）との2群に分けた。

### 2. 地域完結群について

急性期治療を受けた病院の地域（図1）は、二次医療圏内が41名（40%）、隣接市（川崎市・町田市）が23名（22%）、同一市内（横浜市）が19名（18%）、東京都15名、県内3名、県外3名となっている。横

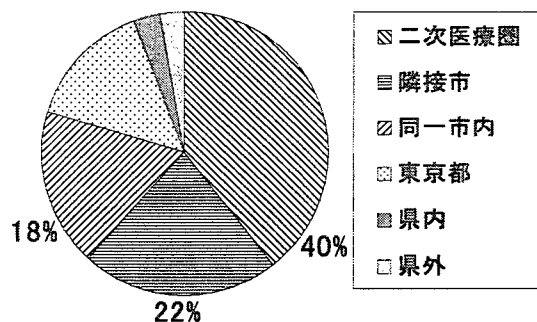


図1 地域完結群における急性期治療を行った医療機関の地域  
二次医療圏内、隣接市及び同一市内で約8割を占める。

浜市青葉区に位置し、川崎市及び町田市の一部とも隣接している当院にとっては、二次医療圏内、隣接市及び同一市内の患者が約8割を占めるため、この群は地域完結型とみなしてよいであろう。

前医（紹介元）からの入棟にあたっては、前医記載による情報提供書に基づく書類審査の後、家族来院の元で入院相談を行い、ベッド調整の後、入棟となる。全国回復期リハ病棟連絡協議会の調査によると全国の回復期リハ病棟の81.3%が家族来院での入院相談を行っており<sup>4)</sup>、一般的な流れと思われる。

### 3. 検討項目

2群について、発症から入棟までの期間、在棟期間、転帰、発症から自宅退院までの期間を比較検討した。統計学的検討は、t検定または $\chi^2$ 検定で行った。

また、地域完結群においては、転院打診を受けてから、回復期リハ病棟へ入棟するまでの期間及び急性期治療を受けた病院数についても調査した。

なお、入棟にあたってはリハ医である病棟専従医が両群ともに公平に判定をしている。判定基準は、1) 訓練によって日常生活動作（ADL）向上が見込まれるもの、2) 在宅療養を目指すものの2点を主眼に置いている。

そして、両群の平均年齢、男女差、入棟時 Barthel index 及び退院時 Barthel index を表に示す。

## 結 果

発症から入棟までの期間を図2aに示す。地域完結群で63.6日、病院完結群で43.4日であり、有意差をもって地域完結群で期間を要した（ $p<0.001$ ）。在棟期間を図2bに示す。地域完結群で104.7日、病院完結群で94.3日であり、病院完結群でわずかに在棟期間は短かったが、有意な差はなかった。転帰を図3aに示す。自宅退院が地域完結群で65名（60%）、病院完結群で156名（75%）であった。病院完結群で多い傾向であったが、統計学的に有意差はみられなかった。また施設入所は地域完結群で多い傾向があった。この自宅退院した両群の症例（病院完結群156例、地域完結群63例）について着目したのが次の図3bである。発症から自宅退院までの期間は地域完結群で155.1日、病院完結群で132.3日であった。有意差をもって地域完結群で期間を要していた（ $p=0.007$ ）。

実際に、転院の打診→情報提供書の到着→書類審査→家族来院の入院相談→ベッド調整後の入棟までに平

急性期病院の相違による回復期リハビリ調査

表 対象の概要

	病院完結群 (n=206)	地域完結群 (n=108)	p 値
平均年齢 (歳)	66.2 ± 13.2	69.1 ± 10.6	0.08
男性：女性 (人)	112：94	64：44	0.28
脳出血：脳梗塞：SAH* (人)	83：109：14	42：62：4	
入棟時 Barthel index (点)	56.5 ± 24.8	54.0 ± 22.6	0.37
退院時 Barthel index (点)	71.8 ± 25.3	71.3 ± 22.2	0.86

\* SAH：くも膜下出血

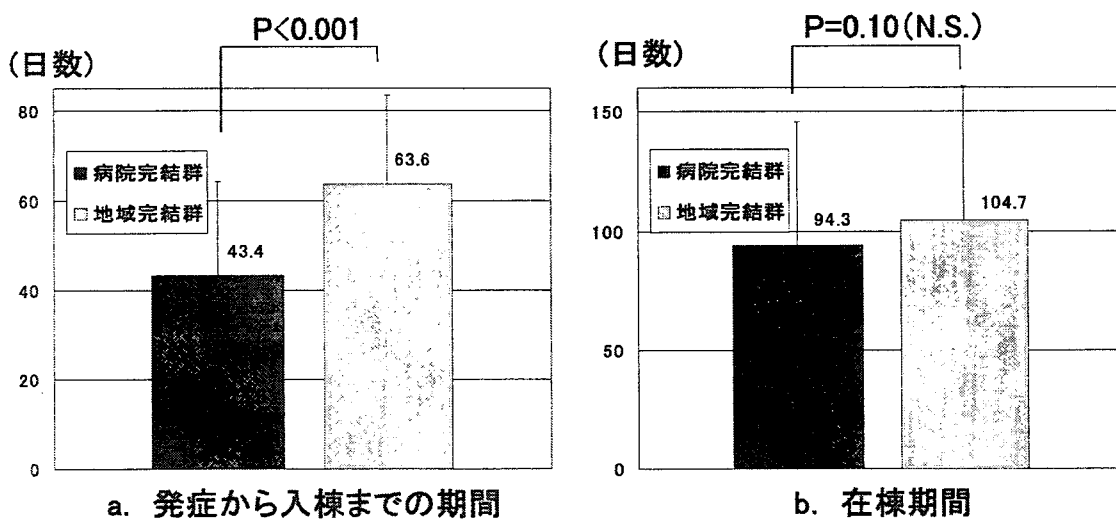


図2 発症から入棟までの期間と在棟期間

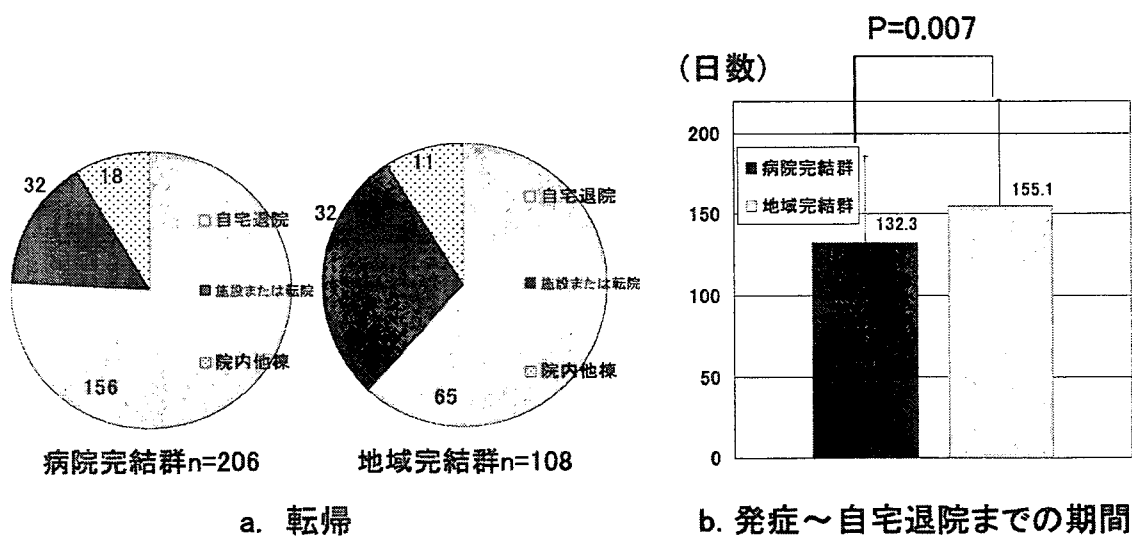


図3 転帰と発症～自宅退院までの期間

均 32.9 日を要していた（最短 11 日～最長 68 日）。また、急性期治療を受けた病院（転院元の病院）は 43 病院であった。

なお、両群の平均年齢、男女比率、入棟時・退院時 Barthel index は統計学的有意差は見られていない（表）。

以上は、2006 年 4 月の診療報酬改定前のデータであるので、現在は入棟までの期間及び在棟期間は両群ともに更に短縮している。

## 考 察

病院完結群と地域完結群との比較において、在棟期間はほぼ同値であることより、発症から入棟までの期間が、発症からの全体の入院期間の違いとなっていると思われる。地域完結群においては、発症から入棟までの期間を短縮すれば、発症からの全体の入院期間を短縮できると考えられる。この対策としては他院との連携強化・転院の迅速化が必要と思われる。例えば、申し込み方法の簡素化や申し込みからの待機期間短縮の努力などが具体的な手段として考えられる。ただ、平均 32.9 日であった転院の打診から入棟までの期間のうち、当院の努力だけでは、解決し得ない事由も多々存在する。例えば、転院の打診から情報提供書の当院到着までに 2 週間を要するといった急性期病院側の事情や、搬送する家族の都合による家族側の事情、そして何といたっても急性期の病床数と回復期病床のベッド数との比率の問題により待ち時間は避けられない事実がある。43 施設の急性期病院から転院を受け入れてきたが、各急性期病院のリハへ対する認識にも大きな差異がある。回復期リハ側の視点でいうと、この時間的プロセスを短縮しても片付かない種々の問題も残る。これはまた後述する。

医療機関の機能分化が、実際に医療システム全体の効率化に結びついているのかはまだ明らかではない<sup>9)</sup>。連携する双方の医療スタッフは、情報伝達すなわち連携のための手続きに多くの時間をとられる。地域完結型の病院間のコミュニケーションをとる難しさについては、その対応策がいくつか示されている<sup>6-8)</sup>。地域完結型の診療体制は、病院・施設の数が程度限られた地域、かつリハ病院が質量ともに恵まれた地域では理想的な制度かもしれない。具体的には、一部の中小都市と考える。2006 年度の診療報酬改定で認められた地域連携パスが機能すれば施設間の機能分化は進

められる可能性がある。しかし幾多の急性期病院が林立する地域やリハ病院が不十分な地域では成立しがたい制度と思われる。特に東京など大都市圏には、同一医療圏内に多くの急性期病院が存在する一方、回復期、維持期のリハ資源が乏しく、需要と供給の不均衡がある<sup>9)</sup>。首都圏の主な都県における回復期リハ病床数は、人口 10 万対 15 床未満で<sup>10)</sup> 全国的に見ても最低レベルである（全国回復期リハ病棟協議会調査、2006 年 7 月時点）。

一方、機能分化が進んでいる中で急性期病院におけるリハ不足が指摘されている。当院近隣にはまったく急性期リハがなされない脳外科病院や作業療法を撤退した大学付属病院がある。施設間の機能分化の弊害といえるかもしれない。急性期治療を行った病院に対しても責任を持ってリハを実施できるような制度の推進が必要と思われる。急性期病院においては、患者の治療経過よりも転院先を確保できるかどうかのほうが、事実上最も重要な点になることが少なくない。急性期病院のリハにおいてはゴールの設定はほとんど意味をなさず、実質的には転院となった時点で打ち切りになってしまうケースが多い<sup>11)</sup>。

病院完結型の診療体制には様々な利点が考えられる。列挙すると、

- ①急性期病棟において転棟先の確保ができること、
  - ②急性期からの医療の継続性及び一貫性、
  - ③再発及び併発症の際、迅速な再転棟が可能なこと、
  - ④患者・家族の安心感・満足感が得られること（早期転院に伴う不安・ストレスが少ない、新たな環境への適応に要する時間が少なくすむ）、
  - ⑤全入院期間の短縮化が期待できること、
- などである。

回復期リハ病棟入棟への時間的プロセスを短縮しても、地域完結型の診療体制には上記①～④が課題として付きまとう。医療連携は、それぞれの施設のもつ医療資源を有効に活用し、患者にとって一施設で行うよりも質の高い医療を提供できなければ、医療施設の利益のためといわれても仕方がない<sup>11)</sup>。

昨今、脳卒中専門病棟の効果が示されて久しい。欧米では一般病棟で治療するよりも、脳卒中専門病棟のほうが死亡率は低下し、入院期間も短縮するという報告がある<sup>12)</sup>。わが国でも多職種による集中的治療が有効であるとする報告が見られる<sup>13)</sup>。また、回復期リハ病棟で行われている脳卒中リハ医療は他の病棟に入院

して行われているものに比べて費用効果的であるという報告もある<sup>14)</sup>。施設ごとの理念及び特徴、そして地域性によって判断されるべきであるが、病院完結型の回復期リハビリ棟を再認識し、推進すべきと考える。とりわけ、脳卒中専門病棟を伴うような同一施設内の機能分化を進めたものであることが望ましい。

## 文 献

- 1) 渡辺 進, 橋本洋一郎: 脳卒中の病期と診療システム. 治療 2005; **87**: 71-75
- 2) 厚生労働省ホームページ・社会保障全般: Available from URL: [www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/taikou03.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/taikou03.html) (2006年9月28日引用)
- 3) 蔵元聖子, 平野照之, 橋本洋一郎, 米原敏郎, 内野 誠: 地域完結型と病院完結型脳卒中診療態勢の比較. 脳卒中 2003; **25**: 245-251
- 4) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会: 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. 国立保健医療科学院 施設科学部, 2006
- 5) 飯島 節: リハビリテーション領域における連携の現状と課題. PT ジャーナル 2006; **40**: 715-720
- 6) 徳永 誠, 渡辺 進, 桂 賢一, 橋本洋一郎, 中西亮二, 山永裕明: 急性期病院から回復期リハビリテーション病院に転院した脳梗塞患者の診療情報提供書の検討—熊本市近郊における実態報告—. リハビリテーション医学 2005; **42**: 50-57
- 7) 徳永 誠, 渡辺 進, 平野照之, 平田好文, 橋本洋一郎, 山永裕明: 脳梗塞の診療情報提供書における記載項目—地域連携クリティカルパス作成時における調査—. リハビリテーション医学 2006; **43**: 834-838
- 8) 逢坂悟郎: 大阪府豊能二次医療圏における地域リハビリテーション推進事業—病院間ネットワーク構築への取り組み. 公衆衛生 2003; **67**: 974-977
- 9) 里宇明元: 脳卒中リハビリテーションの新たな展開. 日本臨牀 2006; **64** 増刊7: 744-748
- 10) 石川 誠: 回復期リハビリテーション—病棟の意義—. 日本臨牀 2006; **64** 増刊7: 774-777
- 11) 野村一俊: クリティカルパスの実際. 実験治療 2004; **675**: 128-133
- 12) Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomized trials of organized inpatients (stroke unit) care after stroke. BMJ 1997; **314**: 1151-1159
- 13) Hasegawa Y, Yoneda Y, Okuda S, Hamada R, Toyoda A, Gotoh J, Watanabe M, Okada Y, Ikeda K, Ibayashi S: The effect of weekends and holidays on stroke outcome in acute stroke units. Cerebrovasc Dis 2005; **20**: 325-31
- 14) 能登真一, 上村隆元: 回復期リハビリテーション病棟の費用効果分析. 医療経済研究 2006; **18**: 57-66

# 回復期リハビリテーションの概念

田中 清和

JR 東京総合病院リハビリテーション科

## 要 旨

リハビリテーションは、時期により急性期・回復期・維持期に分けられる。回復期リハビリテーションとは、脳血管障害や外傷等の急性期治療が終了し、全身状態が安定期に入った患者に対して、機能の回復とともに日常生活動作能力の改善を目指して、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、看護師などが集中的に在宅復帰を目標として主に入院で行うものである。回復期リハビリテーションを行う上で疼痛管理は重要であり、機能の回復に大きく影響を及ぼす。また、回復期から維持期への切れ目のないリハビリテーションの継続も重要である。

(ペインクリニック 28: 1195-1200, 2007)

キーワード：回復期リハビリテーション，チームリハビリテーション，地域リハビリテーションへの連携

## 1. 回復期リハビリテーションとは

わが国において、近年、リハビリテーションサービスの構築が急速に進んでいる。特に、2000年の医療保険の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟が新設されたことと、同時に介護保険が導入されたことにより、リハビリテーションの流れが明確になった。それは、時期により急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション、維持期リハビリテーションに分けられる(表1、図1)。

急性期リハビリテーションとは、疾病や外傷の発症(受傷)早期に、その急性期治療の間、身体のリスク管理を行いながら筋力低下や、関節拘縮、褥瘡などの廃用症候群の予防を中心として行うものであり、期間としては約1カ月前後である。それに続く回復期リハビリテーション

とは、原疾患や外傷の急性期治療が終了し、全身状態も安定期に入った時期において、機能の回復とともに日常生活動作能力の改善を目指して、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、看護師などが集中的に在宅復帰を目標として、主に入院で行うものである。回復期リハビリテーションは、必ずしもすべての患者で行われるわけではなく、急性期リハビリテーション(治療)の後、維持期リハビリテーションに移行する場合がある。ここでいう維持期リハビリテーションとは、急性期・回復期に引き続いて行う、獲得した機能や日常生活動作能力の維持を目的としたものである。在宅のみでなく、医療・介護・福祉施設内でも行われる(表2)。

回復期リハビリテーションの対象疾患としては、脳卒中を主とする脳血管障害等や骨折を主とする骨関節疾患、呼吸器疾患、心臓大血管のインターベンションや術後、そして廃用症候群

〈Special Article〉 Convalescent rehabilitation

Concept of convalescent rehabilitation

Kiyokazu Tanaka

Department of Rehabilitation, JR General Hospital



表1 リハビリテーションの分類

分類	発症後の期間	実施内容	提供方法
急性期	1カ月	疾患・リスク管理に重点を置きつつ、廃用症候群の予防を中心とするリハビリテーション	入院
回復期	6~9カ月 例外あり	疾患・リスク管理に留意しつつ、能動的で多彩な訓練を中心とするリハビリテーション	入院・通院
維持期	9カ月以降	回復リハビリテーションが終了し、獲得された家庭・施設の生活や社会生活の維持・継続を支援するリハビリテーション	居宅（訪問・通所・通院） 施設（入院・入所）

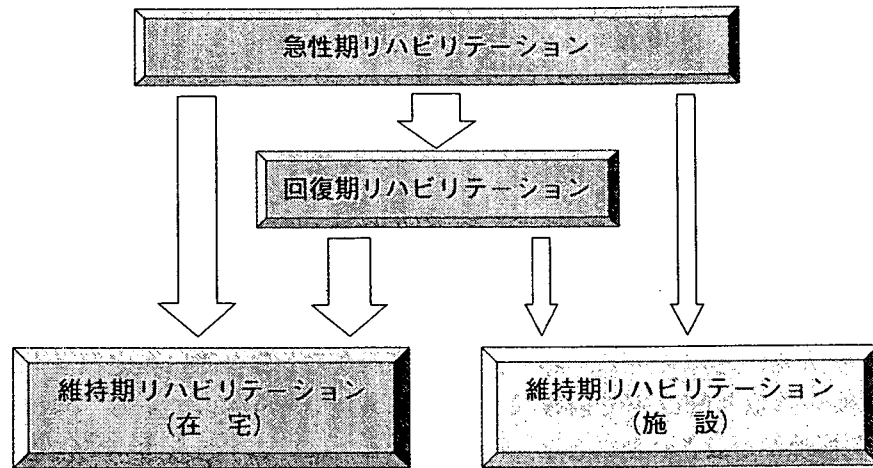


図1 リハビリテーションサービスの流れ

などが挙げられる。回復期リハビリテーション病棟への入院対象疾患と、発症（受傷）から入院までの期間や入院限度期間が保険で定められており、後の章で詳しく述べられるが、最近の診療報酬改定で発症（受傷）から入院までの期間が短縮されたことで、急性期病院での入院期間が短縮されて、リハビリテーションを行う上でのリスク評価がおろそかのまま、回復期リハビリテーション病棟に移ることが問題となっている。

## 2. 回復期リハビリテーションの実際 —多職種の間による チームリハビリテーション—

回復期リハビリテーションを行う代表的疾患である脳卒中を例にとり、具体的なリハビリテーション内容を示す。

症例は、75歳、女性。左脳出血（被殻部）、右片麻痺、失語症、構音障害、嚥下障害があり、急性期保存的治療が終了し、回復期リハビリ

表2 維持期リハビリテーションの種類

在宅	通院リハビリテーション	診療所・病院	医療保険
	訪問リハビリテーション	診療所・病院・老人保健施設	医療保険
	訪問看護	診療所・病院 訪問看護ステーション	介護保険
	短期入院による リハビリテーション	介護療養型医療施設 老人保健施設	介護保険
施設	入院リハビリテーション	介護療養型医療施設	
	入所リハビリテーション	老人保健施設	

テーション目的で転入院した。

### ① 医師

図2に示すように、診察の後に障害評価を行い、基本方針を決定する。方針に基づき短期ゴールを設定し、機能障害・能力障害に対して理学療法や作業療法、言語・聴覚療法、義肢装具の処方を行って介入する。そして、定期的に多職種合同でカンファレンスを行い、障害の再評価で方針を変更し、退院という長期ゴールに向けて新たな短期ゴールを設定し、リハビリテーション介入を継続する。

また、患者は高齢であり、変形性膝関節症を併存していたり、入院中に肩手症候群を合併したりして、運動時に疼痛を伴う場合は回復期リハビリテーションの阻害因子となる。医師は、消炎鎮痛薬の内服薬や外服薬の適切な処方や、注射の併用で、ペインコントロールすることが重要である。

### ② 看護師

病棟生活において、最適な健康状態を保持していく上での健康管理・教育を行っていく。また、患者のセルフケア能力を向上させるように支援し、繰り返して生活の場である病室（病棟）で実践させ、“しているADL”での自立項目を増やす。患者の精神的なケアを行い、障害受容の際に援助する。言語・聴覚士とも協力して、口腔ケアや摂食嚥下訓練を行う。

### ③ 理学療法士 (PT)

右片麻痺による起き上がり・坐位保持・移乗・歩行能力障害がある場合は、片麻痺の回復程度に合わせて能力向上訓練を行い、介助→監視→自立へと促す。関節痛・腰痛などに対しては、温熱療法などの物理療法で対処する。

### ④ 作業療法士 (OT)

上肢・手指を使っでの作業動作訓練だけでなく、応用的動作能力や、失行・失認などの高次脳機能障害に対して認知機能回復促進を行い、食事・トイレ動作・入浴動作などのADL訓練を行って、自立を促す。

### ⑤ 言語・聴覚士 (ST)

失語症に対して検査・訓練・助言・指導を行う。運動性失語と感覚性失語とでは、コミュニケーションのとり方が違ってくるので、それぞれに合わせた対応方法を他職種に伝える。摂食嚥下の評価・指導・訓練を行う。

### ⑥ 義肢装具士 (PO)

医師の処方の基に、右片麻痺に対する下肢装具を採型・製作し、適合を医師とともに判定する。

### ⑦ 医療ソーシャルワーカー (MSW)

患者の社会的な問題を解決することを目的とし、家族・家庭環境による退院後の生活や経済的問題の対処法の相談業務を行う。また、自宅復帰できない場合に、療養病院・施設への紹介を行う。

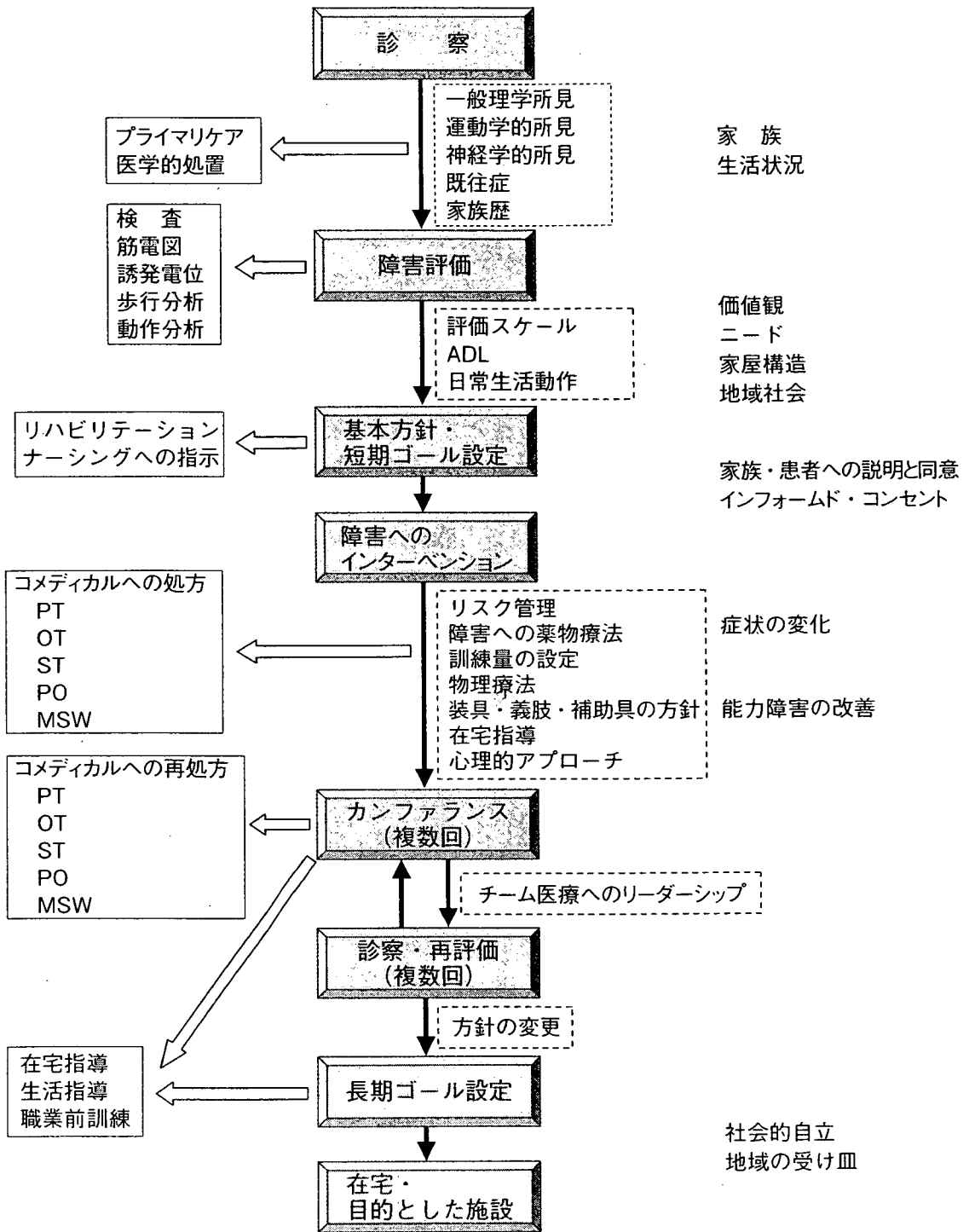


図2 リハビリテーション医による治療の流れ

表3 JR 東京総合病院リハビリテーション科の疾患別入院患者 (2006年1年間)

脳血管疾患	25名 (37.9%)
神経疾患	4名 (6.1%)
脊髄損傷・術後	5名 (7.6%)
骨関節疾患 (骨折等)	19名 (28.8%)
切断	10名 (15.2%)
その他	3名 (4.5%)
計	66名

## ⑧ 臨床心理士

心理テストなどの検査を行い、患者の心理面の評価することと、カウンセリングによる心理療法を行う。

## ⑨ 管理栄養士

嚥下障害があるため、嚥下訓練食としてゼリー食やペースト食といった嚥下しやすい食形態としたり、患者の全般的な栄養管理を行う。

## ⑩ 薬剤師

服薬管理指導を行い、薬物による副作用もチェックする。

## ⑪ 歯科衛生士

口腔ケアを行い、患者の歯を含めた口腔の評価と衛生指導を行う。

## 3. 当院における回復期リハビリテーションの現状

花岡一雄を病院長とする可動病床数405床の当院は、国鉄の職域病院であった中央鉄道病院から、昭和62年、国鉄の民営化に伴い、東日本旅客鉄道株式会社 (JR 東日本) の直営病院となり、一般開放を実施した。昭和63年 (1988年)、JR 東京総合病院と改称し、現在に至っている。リハビリテーション科は、昭和41年、国鉄の障害職員の家庭復帰・職場復帰を目的に開設され、特に業務災害による上肢・下肢切断職員の義肢装具作製とリハビリテーションに力を入れてきた。平成19年 (2007年) 8月現在、施設基準としては、脳血管等リハビリテーシ

ンI・運動器リハビリテーションI・呼吸リハビリテーションIを取得し、総合病院の中のリハビリテーション科として、急性期・回復期の入院・外来リハビリテーションを行っている。リハビリテーション科病床は、2007年7月まで内科との混合病棟内にあり、回復期リハビリテーションを目的とした他院からの転入院患者が主に入院していた。2006年度の入院患者総数は66名であり、疾患別の患者割合は、脳血管疾患が37.9%、神経疾患が6.1%、脊髄損傷・術後が7.6%、骨折を含めた骨関節疾患が28.8%、四肢切断が15.2%、その他が4.5%であった (表3)。退院後の動向として、全入院患者のうち、89.2%が自宅または家族宅の在宅に退院した。

2007年8月からは、外来棟6階の理学・作業・言語聴覚療法室があるリハビリテーションセンターと渡り廊下で連結された6階病棟42床すべてがリハビリテーション科病床となり、回復期リハビリテーション病棟の施設基準申請準備を行っている。

## 4. 地域リハビリテーションにおける回復期リハビリテーションの役割

2005年8月、当院は東京都から区西南部地域リハビリテーション支援センターの指定を受け、渋谷区・世田谷区・目黒区の3区からなる人口約130万人の区西南部地域における様々な形で実施されているリハビリテーションを支援

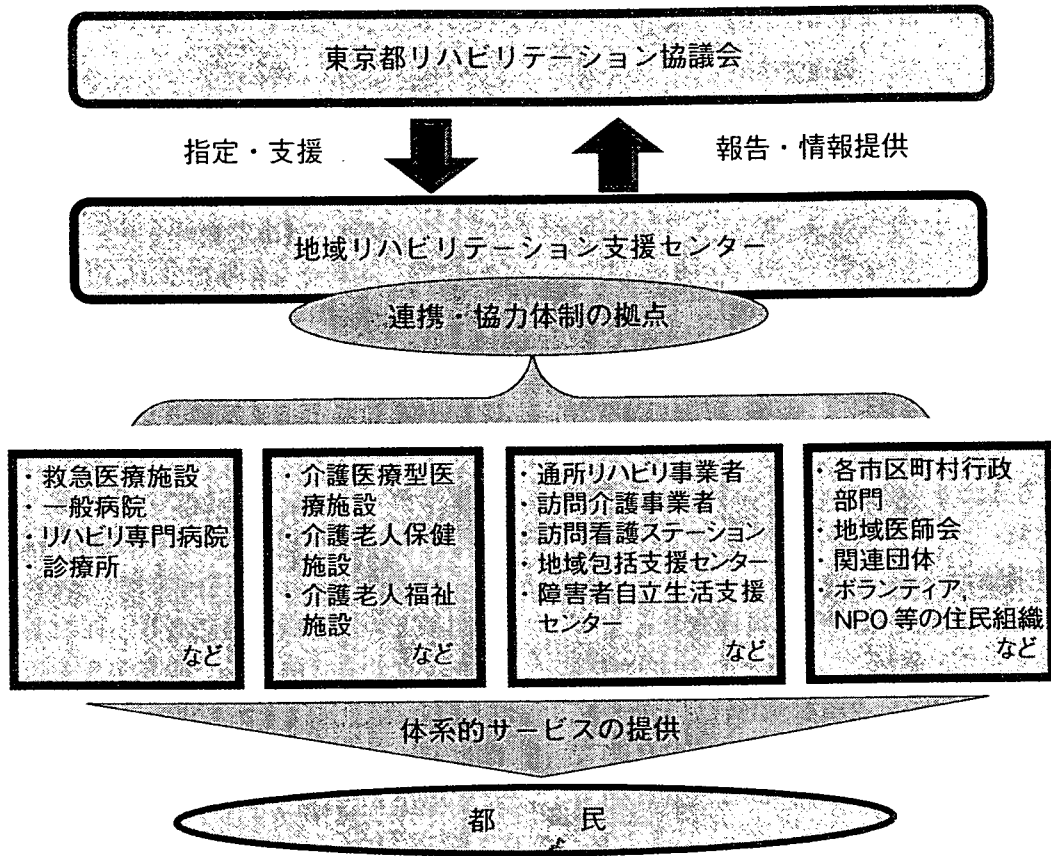


図3 東京都の地域リハビリテーション支援体制

し、地域リハビリテーションの推進に寄与している。東京都の地域リハビリテーション支援体制は、図3に示すように、東京都リハビリテーション協議会より指定を受けた2次保健医療圏に1つずつの地域リハビリテーション支援センターが、その地域の医療機関や介護施設等を支援し、都民への体系的なサービス提供を図るものである。当支援センターの事業としては、医療・福祉・介護従事者向けの講演会の開催や、

区西南部地域の医療・通所・訪問リハビリテーション施設マップの作成や各種相談事業を行っている。当院が、今後、回復期リハビリテーション病棟を開設することにより、東京という大都市圏内で不足している回復期リハビリテーション病床数の増加に貢献でき、急性期から維持期までの地域完結型のリハビリテーション促進に寄与できると考えている。

※ ※ ※

# 医療区分2、3の患者争奪戦が予想 急性期病院との医療連携の強化が必要

永生病院理事長 安藤高朗、理事長企画室長 阿部弘由己

## 医療区分1でも医療度の高い人が存在 ハイケアユニットのポイント制を

日本療養病床協会（以下、日療協）、東京都病院協会（以下、都病協）、東京都療養型病院研究会（以下、都療研）、日本医師会（以下、日医）、財団法人医療経済研究機構の調査を中心に、医療難民・介護難民を出さないための対策を考察する。

今回の医療療養病床（以下、医療療養）の診療報酬改定では、難病患者、特定の重症患者ならびに重度障害患者だけを医療区分2・3とし、それ以外の医療療養を活用してきた高齢者の約5割を一括して医療区分1とした。さらに医療区分1の診療報酬は、介護老人保健施設（以下、老健施設）に要介護1で入所した場合の1日当たり単価である7,810円よりも低額の7,640円となり、30%以上も減額された。

医療区分1の患者には必要な医療も十分提供できないどころか、退院させなければ経営が破綻する診療報酬改定とした。日療協の「2006年7月改定による医療療養の影響度調査（本誌53号・2007年1月号p74参照）」によれば、入

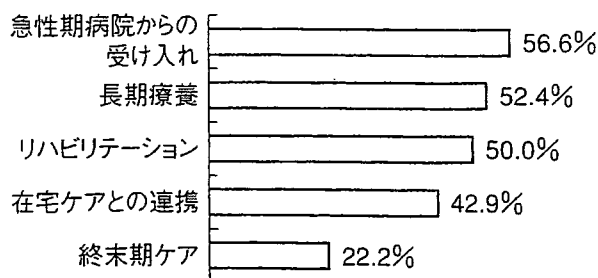
院基本料の1人当たり1日平均単価は、実績ベースにおいて、平成18年3月の請求では、1,324.1円であったのが、18年8月の請求では、1,230.5円となっている。加算も248.1円から122.3円に減額している。

今回の医療区分は、どちらかという、財源論から逆算して区分を決めていて、個々の病態像と処置の積み重ねではない。高齢者の特殊性を踏まえると、一つひとつの病態はそれほど重症でなくとも、合併症等により医療必要度が高くなり、医療区分1でも、医療度の高い人が存在している。ぜひともハイケアユニットで導入されているポイント制の報酬を検討すべきである。

## 初期入院機能を医療区分2で評価し 医療保険財源の効率化の推進を

医療療養は急性期病院からの継続医療入院のほか、在宅や介護施設等からの急性期病院でなくても対応できる程度の初期入院医療が必要な患者を受け入れて、在宅支援機能を果たしてきた。しかし、今回の診療報酬では、難病や重症患者のみが医療区分2・3とされ

図1 療養病床として重視している機能



医師・看護師常時配置（365日、24時間）で、手厚い医学管理と看護・介護が常時提供

それ以外はすべて医療区分1とされたため、療養病床が地域で果たしてきた全般的な初期入院医療機能ができなくなった。

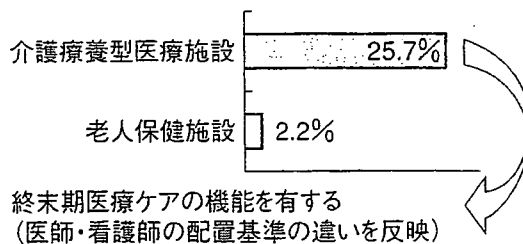
従来から医療療養に入退院を繰り返しながら在宅生活を継続してきた高齢者は、今後はそのつどコストの高い一般病床に入院することになる。介護施設などからの入院も同様である。つまり、従来医療療養の定額制で対応できた医療を一般病床の高額な報酬で対応することになり、保険財源の非効率的運用となる。

そこで、医療療養が果たしてきた高齢者などの在宅支援機能としての初期入院を、医療区分2の範疇に入れて評価し、医療保険財源の効率化を図るべきである。結果的に診療報酬上、一般病床より安く抑えられ、一般病床の平均在院日数の短縮化と保険財源の効率化がいつそう進むこととなる。

## 介護療養型医療施設の新たなあり方 老健B型として転換を

都病協と都療研の発表した「緊急提言」は、財団法人医療経済研究機構の「平成17年3月・療養病床における医療・介護に関する調査報告書」から調査結果を抜粋し、療養病床再編問題に関連する問題点を指摘し、介護療

図2 退院に占める死亡の割合（比較）



養型医療施設（以下、介護療養）の新たなあり方の検討に資するために提案している。

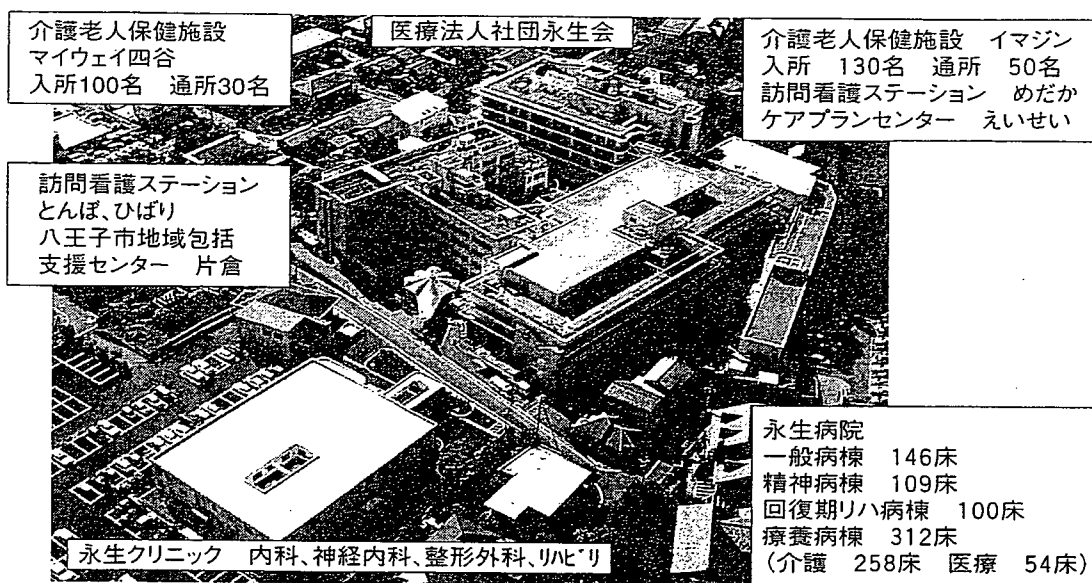
この調査期間は、平成17年2月23日から3月18日で、調査対象は療養病床を有する病院819施設（無作為抽出）の医療療養と介護療養である。このうち有効回収数は212～333施設、有効回答が得られた療養病床入院患者数は14,378人となっている。

まず療養病床として重視している機能では、①急性期病院からの受け入れ56.6%、②長期療養52.4%、③リハビリテーション50.0%、④在宅ケアとの連携42.9%、⑤終末期ケア22.2%となっている（図1）。

療養病床の機能の特徴は、老健施設とは異なり、休日や夜間を含めた365日24時間体制で医師と看護師が配置され、手厚い看護・介護と医療が常時提供でき、急性期病院からの受け入れから在宅復帰支援や終末期医療ケアまで、対象患者のさまざまな複合的なニーズに適切に対応してきたことである（図2）。

一般病床の平均在院日数の短縮化と患者の在宅復帰にも寄与し、また長期療養から終末期医療ケアまで対応することで、高齢社会の効率的な医療介護制度を的確に担ってきた。また、介護療養の退院に占める死亡の割合は25.7%あり、高齢者の長期療養から終末期医療ケアが重要な機能となっている。

図3 当法人の概要



老健施設では死亡退所は2.2%であり、医師、看護師の配置基準の違いが反映されている。このまま介護療養を老健施設に移行すれば、終末期医療ケア機能はできなくなる。現在の老健施設を老健A型とすれば、365日24時間、常時施設内に医師、看護師が勤務し、一定の医療処置や医学管理、急変時の対応などが可能な人員体制を備えた老健B型として介護療養からの転換を配慮すべきである。

現在の介護療養の平均介護度は4.3で、重度の要介護者が82.7%である。他の介護保険施設と比較すると、重度の要介護状態でしかも入院医療も必要な状態の後期高齢者の一人暮らし世帯が、今後急速に増加することが予測される。こうした高齢者の医療ができる療養施設として、介護療養の施設基準を継承し、引き続き活用すべきだと考える。

### 看取りの場の利用者アンケートでも 介護療養がトップ

次に介護療養で行っている医療処置は、①

喀痰吸引21.3%、②胃ろうの管理18.5%、③経鼻経管栄養14.3%、④留置カテーテル類8.9%であり、これらの医療処置などの延長上には同時に終末期医療ケアもある。これだけ多くの高齢者に実施されている医療処置と終末期医療ケアなどを老健施設等で常時対応することは、医師、看護師の配置基準からみると困難である。

昨年、当医療法人では都心で老健施設を開設した(図3)。開設当初は急性期病院からの患者も積極的に受け入れたが、老健施設では重症患者の看護・介護は非常に難しく、もとの急性期病院に戻ってしまうケースが多く、療養病床の必要性を痛感した。このような患者をすべて在宅で対応できる地域医療体制が整うまでには何年もかかる。

在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の体制が未整備のままでは、老健施設や介護老人福祉施設(以下、特養)における医療処置や終末期医療ケア体制には無理があり、対象者の比率の高い施設においては、常勤の



表1 療養病床は本当は何床

医療療養の予想病床数は、

- ・医療療養 25万床×63.2%＝15.8万床  
(厚労省 医療区分2・3)
- ・介護療養 13万床×31.5% (～7割)  
＝4.0万床 (～9.1万床)  
(厚労省 医療区分2・3 (※京都府医療必要性7割))
- ・医療難民 (医療区分1の2割)  
25万床×3割×2割＝2.1万床

現在の療養病床の再編を考慮しただけでも21.9万床～26.4万床である。高齢者数の増加と急性期病院の平均在院日数を考えると必要ベッド数はさらに増える。

また、一般病床(約90万床)の再編では、現在DPC算定(調査協力含む)28万床、回復期リハ1.4万床(一般)、亜急性期1万床であるが、2012年には、DPC40万床～50万床と考えると、残りの40万床～50万床のうち回復期リハや亜急性期等を除く残りの3分の1は医療療養に転換する可能性もある。つまり、医療療養病床は、約40万床～50万床と想定される。

出典：厚労省 平成19年3月療養病床アンケート調査結果より

医師や看護師の配置を厚くして対応できる新たなタイプの療養施設も創設するべきである。

さらに患者・家族の希望看取り場所は、①現在の介護療養51.1%、②在宅17.8%、③特養8.5%であり、半数以上が終末期の場として介護療養を希望している(都療研では、平成18年9月に介護療養の利用者の家族にアンケート調査を実施した。死を看取る場所として77.3%が介護療養を望み、全国平均の51.1%と比較すると東京での在宅ケアがいかに難しいかがわかる)。実際に死亡退院に至った事例が63.5%になっている。

つまり、長期療養と終末期医療ケアの場としても、介護療養の果たしてきた機能が、患者や家族に評価され選ばれている。これは在宅や福祉施設のほかに、介護療養のように一定の医療と看護・介護が同時に受けられる療養施設を高齢者とその家族が評価し、そこで死を迎えたいという希望を持った国民が多数

表2 療養病床の再編に関する緊急調査

医療区分別・ADL区分別 患者分類  
(2006年7月)

病院 (n1,593)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	計
ADL 3	11.1%	37.0%	13.3%	
ADL 2	29.9%			
ADL 1		8.7%		
計	41.0%	45.8%	13.3%	100.0%

有床診療所 (n740)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	計
ADL 3	8.9%	24.4%	4.2%	
ADL 2	50.9%			
ADL 1		11.5%		
計	59.9%	35.9%	4.2%	100.0%

全体 (n2,333) 大分類

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	計
ADL 3	10.9%	36.3%	12.7%	
ADL 2	31.2%			
ADL 1		8.9%		
計	42.1%	45.2%	12.7%	100.0%

\*nは当該質問の有効回答医療機関数  
算定実日数による構成比

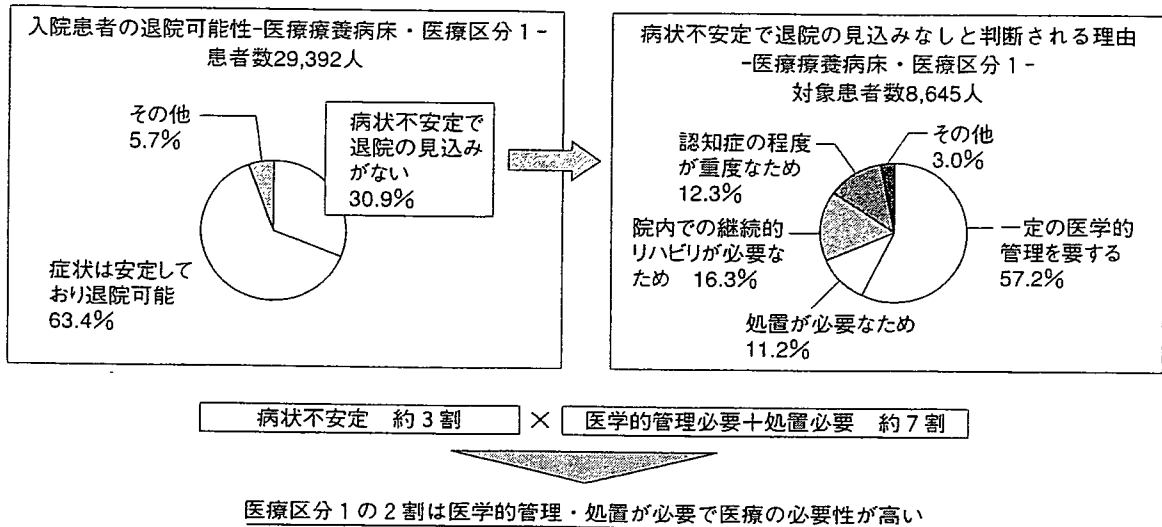
出典：療養病床の再編に関する緊急調査/日本医師会

存在していることを証明している。

医療区分2・3というきわめて限定した患者群しか利用できない仕組みでは、療養を継続したいと希望していた患者や国民は明らかに行き場を失うことになる。介護療養の廃止に関しては、現在の療養病床が果たしてきた全般的な終末期の看取り機能を、今後どこが担うのが重要な課題となる。

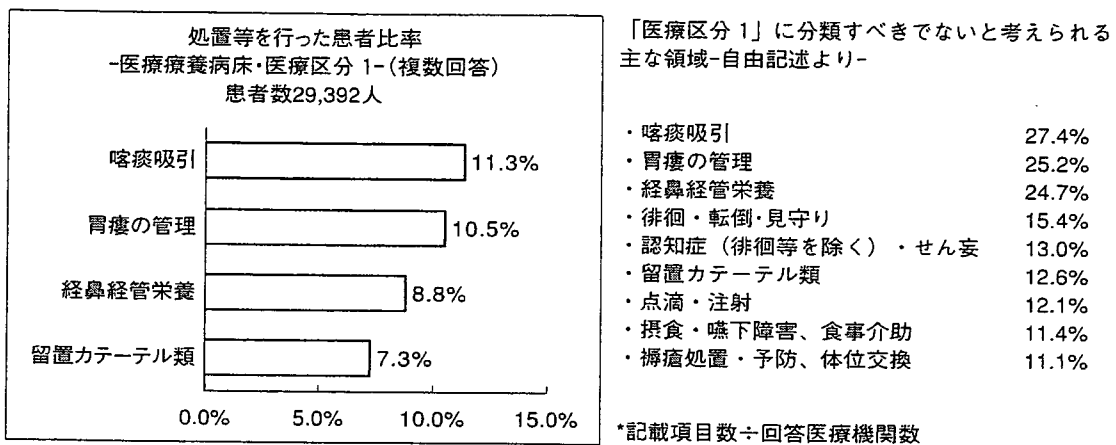
在宅療養支援診療所等の整備を基本としても、それだけでは対応できない急速な高齢人口の増加と、高齢者単独世帯の急増を踏まえた現実的な選択として、既存の社会資本である従来の療養病床を活用することがもっとも妥当な政策である。つまり、転換型老健施設は介護療養の医師・看護師の配置を継承し、積極的な終末期機能を可能とする。経過型介護療養に移行すると、人員配置を元に戻すのは困難であり、現時点で人員基準を継承した転換型老健施設を創設すべきである。

図4 医療区分1の患者の2割は医学的管理・処置が必要



出典：前出

図5 医療区分の妥当性を見直す必要がある



「胃瘻の管理」と「経鼻経管栄養」は同時に行われることはないので、少なくとも約2割の患者に処置が行われていることはここからも明らか。

⇒医療区分の妥当性を至急見直すべきである

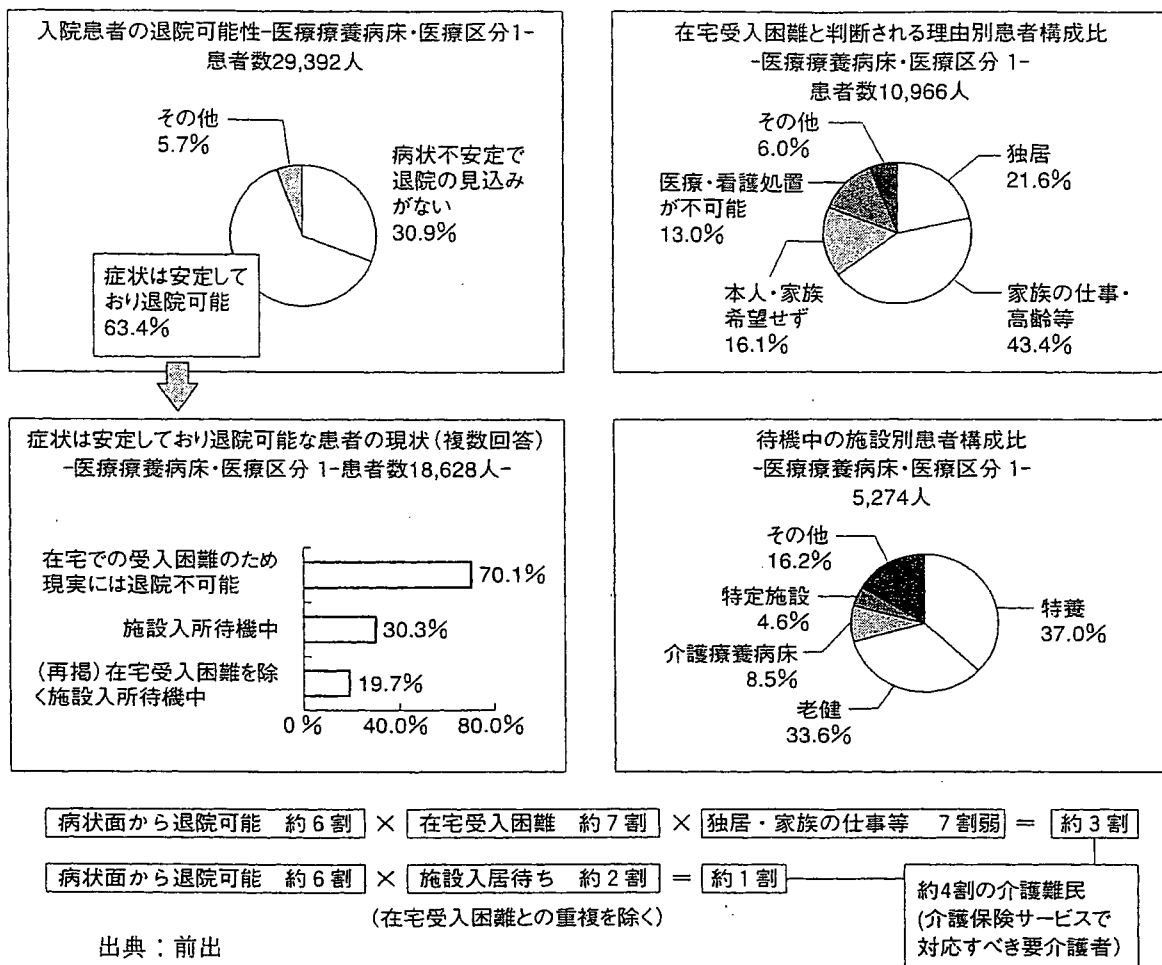
出典：前出

東京都医師会元理事で現日本医師会常任理事の天本宏氏は、「今回の医療療養の診療報酬改定においてはコストと診療報酬にギャップがあり再審議が必要である。また受け皿の議論が不十分なのに介護療養の廃止というのはおかしい」と述べている。

さらに、天本氏を中心とした「日本医師会2006年10月療養病床の再編に関する緊急調査報告」において、①医療区分1の患者の約2

割には、医師の指示のもと看護師の業務独占である処置等が行われており（図4）、退院を迫ることで「医療難民」となり、介護保険施設における医療のあり方が整備されるまで、医療区分の妥当性を見直すべきであること（図5）、②医療区分1の患者の約4割は、病状面からは退院可能ではあるが、現実には在宅・施設での介護サービスが未整備なための「介護難民」であり、本来は介護保険対応のケースで

図6 約4割の患者が介護難民の可能性



あり、次期介護保険事業計画を待たずに、受入体制を整備すべきであること(図6)、③一般の診療報酬改定によって、医療療養は約10%の減収の状況で、このまま「医療難民」「介護難民」になりかねない患者を抱え続けることは不可能であり、診療の継続性を確保するための措置を講ずるべきであること—以上の3点を提言している。

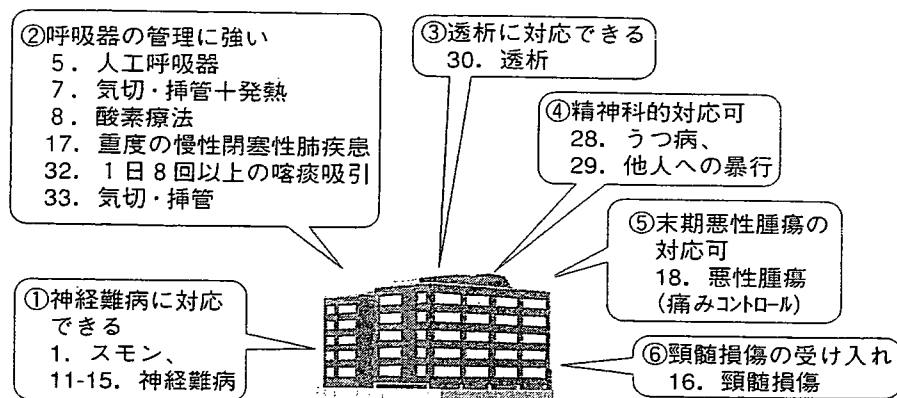
### 医療療養として勝ち残るためには 医療区分2、3の患者数がポイント

国は、今後本格化する療養病床の再編を踏まえ、地域ケア整備体制と療養病床の転換プラン等を検討しているが、国全体の医療療養の目

標数は、高齢化と急性期病院の平均在院日数の短縮、そして医療区分1の中の医療必要度の高い患者の存在を考えると21.9万床から26.4万床は必要である(表1)。目標数を変更しないのであれば、転換型の老健施設は、医師・看護師の内部提供機能もしくは訪問診療や訪問看護などの外部提供機能を高めるべきである。

急性期病院の平均在院日数短縮と高齢化に伴い、重症な患者や認知症の合併症の高齢者が在宅が増えてくる。先の都療研のアンケートでは、現在の患者は、「在宅で可能か」の問いに、95.7%が難しいと答えている。そして現在の在宅療養支援診療所だけでは、居宅系サービスに外付けで医療サービスを提供し、重症

図7 医療療養として存続できる病院 (少なくとも以下の2つの条件を満たす)



期病院は勝ち残れない。

平成17年度版高齢社会白書によると、わが国の高齢者の一人暮らし人口は2005年の386万人が2025年には680万人に急増するとしている。したがって、要介護状態でかつ要医療と

な慢性期患者の在宅ケアを支えることは困難である。医療療養や転換型老健施設等にも在宅療養支援診療所の機能を持たせるべきである。最後に医療療養として勝ち残るためには、定期的な全病棟全患者の医療区分を調査把握することが必要であり、全病床数のうち医療区分2、3の当該患者の数がポイントとなる。

国際医療福祉大学高橋泰教授によれば、①神経難病の対応、②人工呼吸器使用、気切・挿管+発熱、酸素療法、重度の慢性閉塞性肺疾患、1日8回以上の喀痰吸引、気切・挿管などの呼吸管理、③透析、④うつ病や他人への暴行などの精神科的な対応、⑤末期の悪性腫瘍の痛みコントロール、⑥頸髄損傷の受け入れなどが医療療養の運営確保の条件で、特に中心静脈栄養や人工呼吸器使用など、医療必要度の高い患者の紹介数がキーとなる。

医療区分2、3の患者争奪戦が予想され、急性期病院との医療連携を強化することが必要である。重症度が高くても急性期病院が退院促進したい患者や、慢性期病院でも退院を促進されそうな患者、つまり、透析、骨折、認知症、がんなどの合併症があり重症度の高い患者を積極的に受け入れる覚悟でないと慢性

いう状況の一人暮らし高齢者の急増に対応した、社会保障制度としての医療保険、介護保険の一体的な提供システムの構築が必要となる。今後の課題は国民が後期高齢期の過ごし方を、さまざまな選択肢の中から選べる仕組みを構築することである。

365日24時間いつでも一定の看護・介護と医療サービスが同時に受けられ、終末期医療ケアまで安心して任せられる場で療養したいという国民の希望にしっかりと応える責任がある。目先の財源論だけでなく、わが国の社会保障制度のあり方として、国民に選択肢を提供することが重要である。高齢者やその家族の声にも耳を傾け、今まで療養病床が果たしてきた社会的な役割やさまざまな実績を検証しながら、慎重に検討を進めていただきたい。

●参考文献

- ・東京都病院協会・東京都療養型病院研究会「療養病床に係る緊急提言」
- ・医療経済研究機構「平成17年度療養病床における医療・介護に関する調査報告書」
- ・日本療養病床協会「2006年7月改定による医療保険療養病床の影響度調査」
- ・東京都療養型病院研究会「平成18年9月介護療養型廃止に伴う調査」
- ・日本医師会「療養病床の再編に関する緊急調査報告書」