

「脳卒中リハビリ施設」

都道府県別ランキング

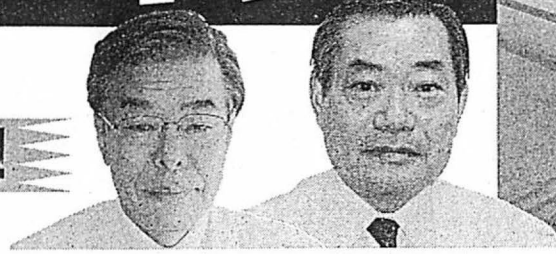
最高は高知で最低は茨城

後遺症リスクにも地域格差が!



鈴木明文医師

ジャーナリスト 鳥集 徹 + 本誌取材班



峰松一夫医師

川上純範医師



リハビリの様子(山梨リハビリテーション病院)

日本脳卒中治療研究センター(大阪府吹田市)でさえ、十年ほど前まで「三カ月入院するのが普通」だったという。同センター副院長の峰松一夫医師が話す。「今こそ、当センターの周辺にリハビリ病院が増

なりかねない。日本の脳卒中治療研究をリードする国立循環器病研究センター(大阪府吹田市)でさえ、十年ほど前まで「三カ月入院するのが普通」だったという。同センター副院長の峰松一夫医師が話す。「今こそ、当センターの周辺にリハビリ病院が増

た」(山梨リハビリテーション病院院長・川上純範医師) そのような患者は以前に比べてかなり少なくなったが、今でも地域によっては脳卒中の専門的治療がでない救急病院に運ばれ、満足ないまま、長期間の入院を余儀なくされる患者がいてと言われている。

脳卒中治療でリハビリが重要な理由は、それだけではない。患者をリハビリ専門の病院や病棟に移さなければ、急性期医療が成り立たないのだ。患者に早く、ベッドを空けてもらわないと、急性期病院は新たな脳卒中患者を受けることができない。入院期間が長くなると、救急の「たらいまわし」を引き起こすことにもなる。

前回、脳卒中治療に大きな地域格差があることを指摘した。実はリハビリにも愕然とするような地域格差があり、住んでいる場所によっては、満足なリハビリを受けられない可能性がある。歩いたり食べたりできたはずの人が、寝たきりになってしまった。それぐらい、その後の人生が違ってしまいかもしれないのだ。

脳卒中は、脳の血管がつまったり破れたりすることで脳細胞の一部が損傷し、半身まひや言語障害、嚥下(飲み込み)障害などが起こる病気の総称だ。脳の血管が血栓でつまる「脳梗塞」、脳の細い血管が破れる「脳出血」、脳動脈の瘤が破裂する「くも膜下出血」の三つの種類がある。

「各病院のデータ開示や転院患者の症例検討会などを実施し、信頼関係を深めて行きました。その結果、急性期病院は効率よく空きベッドをつくり、いつでも脳卒中患者を受け入れられるようになりました。限られた医療資源を効率よく使うという発想が、脳卒中医療には不可欠だと思います」

リハビリとの連携がなければ、脳卒中の急性期医療は成り立たない。なにより

「早期に転院できるようになりました。しかし、私が研修医だった三十年ほど前は、リハビリの専門病院は少なく、しばしば滋賀県や兵庫県の病院にお願いしていました。急性期の治療を一通り終えると、若い医師は転院先の病院を探すため、電話をかけた後、手紙を書きまくるのが仕事でした」

「二十年ほど前は、三カ月から半年たって、ようやく救急病院を退院し、リハビリ病院に来る患者さんがた

「熊本方式」と呼ばれる医療連携

「熊本方式」と呼ばれる医療連携

「熊本方式」と呼ばれる医療連携

「熊本方式」と呼ばれる医療連携

「熊本方式」と呼ばれる医療連携

「熊本方式」と呼ばれる医療連携

「熊本方式」と呼ばれる医療連携

「熊本方式」と呼ばれる医療連携

石川誠医師



森貴久医師



床数は十二年間で約六万床も増加した。だが、リハビリには専門医に加え、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）などのスペシャリストが不可欠だ。こうした人材の育成は、一朝一夕にできるものではない。

国はリハビリの質を上げるために、診療報酬に差をつけている。たとえば、土日祝日にもリハビリを実施した場合や、患者一人につき、週平均一日二時間以上の個別リハビリを実施した場合、診療報酬が加算される。しかし、「この二時間をクリアしている病院は、実は約三割しかない」と前出の石川医師が証言する。

「それに、一日二時間だけ

期の施設に入院できなかった患者さんは、リハビリが行える他の施設で対応せざるを得ず、リハビリの質に差が生ずる可能性もあります。今後、団塊世代の高齢化が進み脳卒中の発症も増えていきます。このままでは今でも足りないリハビリ病床が更に不足し、厳しい状況になると思われます」

「座ってごはんを食べられない患者さんしか受け入れられない病院もあります。しかし、急性期病院を退院する時には目を開けるのが精一杯だった人でも、優れたリハビリテーションを受けた結果、半年後には車椅子

リハビリをやれば済むわけではありません。リハビリ以外の時間も体を起こすなど、看護・介護のスタッフが細かいケアができています」

さらに、こんな問題も指摘されている。口からはるんを食べられず、鼻から栄養チューブを入れざるをえない重症患者は、看護が大変なだけでなく、合併症も起しやすいので、受け入れられリハビリ病院が少ないのだ。在宅復帰率が下がると診療報酬が下がり、収益に年数千万円の差が出ることもあって、在宅復帰がむずかしい重症患者は、ますます敬遠されるという。神奈川県鎌倉市の湘南鎌倉総合病院脳卒中センター長・森貴久医師が言う。

「座ってごはんを食べられない患者さんしか受け入れられない病院もあります。しかし、急性期病院を退院する時には目を開けるのが精一杯だった人でも、優れたリハビリテーションを受けた結果、半年後には車椅子

「六カ月の壁」と呼ばれる回復の限界

かどうかで、自宅復帰率が変わってくるのです。どのリハビリ病院でも、それだけ質の高いケアができるわけではないのです」

子に座って「飯を食べられ、歩けるようになる人がいるのです。病状が重いからといって、最初からあきらめてしまっはいけません」

しかし、そうした重症患者でも、受け入れる熱心なリハビリ病院が存在する。同県秦野市にある鶴巻温泉病院もその一つだ。森貴久医師は、そうした点を高く評価して、同院と連携を組んできた。湘南鎌倉総合病院と鶴巻温泉病院は〇一年から合同で、年二回の症例検討会を続けている。医師同士が直接連絡できるホットラインも築き、コミュニケーションを重ねてきた。

「早期に優れたリハビリを開始するほど日常生活動作の回復が図れるので、救命治療が終わる発症十日目頃までにリハビリ病院に転院できるような努力していま

さされるようになり、以前より病床数が増えました。しかし、東京、千葉、神奈川県、今の倍は必要でしょう」

このため、東京の脳卒中患者が、山梨県に流れている現実がある。中央本線の特急が停まる石和温泉駅のある笛吹市には、なんと六つもリハビリ病院が集中している。その一つ、前出の山梨リハビリテーション病院の川上医師が証言する。

「私は十九年前に当院に赴任したのですが、その当時は入院患者さんのほとんどが東京からでした。現在、当院は県内の患者さんが多

す。重症の患者さんは誤嚥性肺炎を起こしやすいのですが、『当院では扱えません』という医療レベルの病院とは連携などできません。鶴巻温泉病院ならそのような患者さんでも、基本的な内科治療をしながらリハビリしてもらえるので、信頼しています」（森貴久医師）

そうはいっても、受け入れ側は大変だ。リハビリ病院はどう思っているのだろうか。鶴巻温泉病院副院長の今西剛史医師が語る。

「森先生からは『五日後に患者さんを受け入れてほしい』と日付まで指定されたメールが来たりもします。レベルの高い医療を求められしており、そうしたことをク

リハビリの質で変わる診療報酬

「今でも、ベッドが空くと一日二十〜三十件の予約が殺到し、すぐに満床になります。伝手を頼って、『な

リハビリの質で変わる診療報酬

「今でも、ベッドが空くと一日二十〜三十件の予約が殺到し、すぐに満床になります。伝手を頼って、『な

リハビリの質で変わる診療報酬

「今でも、ベッドが空くと一日二十〜三十件の予約が殺到し、すぐに満床になります。伝手を頼って、『な

リハビリの質で変わる診療報酬

「今でも、ベッドが空くと一日二十〜三十件の予約が殺到し、すぐに満床になります。伝手を頼って、『な

都道府県ごとの回復期リハビリ病床数



今西剛史医師



小林士郎医師

作業療法士が患者の自宅を訪れる「訪問リハビリ」も実施している。

「病院と違って、ご自宅の環境は人によって違いいます。訪問リハビリは、それぞれの環境に合わせて、その人らしく生活できるように支援するのが目的です。入院中は家に帰ることを目標にがんばるのですが、家に帰ると目標を見失って、動かない人が少なくありません。訪問リハビリは、運動を習慣づけることも目的の一つです」(同院理学療法士の松本肇さん)

る少なきだ。同じ県内でも、満足なケアを受けられない「リハビリ難民」がいるのは間違いない。脳卒中は再発しやすい病気で、一年で十人に一人、十年で約半数が再発すると言われている。再発すると、障害が重くなるだけでなく、死亡してしまうこともある。したがって、血栓を防ぐ薬の服用や、血糖、血圧のコントロールなど、継続的な内科治療が欠かせない。それには、かかりつけ医として確かな内科の実力を持つ地域の開業医の役割が重要だ。湘南鎌倉総合病院では、長いやりとりの中で信頼できる開業医を見極め、リハビリ病院と一緒に、リハビリ病院と一緒になって勉強会を行うなど、診療方針と知識の共有を図っている。同院と連携を組む近隣の開業医はこう話す。

内科医の私にとっては、指示が具体的に助かります」医療機関で患者のデータを共有し、再発予防に取り組む地域も増えている。北海道では、脳卒中医療に関わる医療機関と北海道健康安全局が協力して小冊子「脳卒中あんしん連携ノート」をつくり、今年から本格的に運用を始めた。脳卒中後の検査結果や生活状況を記録するもので、患者はこれを持参して各医療機関を受診する。このプランを

推進した北海道大学大学院脳神経外科教授の宝金清博医師はこう話す。

「脳卒中对策基本法」は成立するか

「このノートを患者さんに持っていたくことで、再発予防の意識を高めてもらうのが目的です。記載された情報の一部はデータベース化され、医療機関のスムーズな連携のために活用されます。脳卒中に関連する医療費や介護福祉費は膨大な面から見ても、脳卒中の再発予防は、ますます重要性を増すでしょう」

先週号で指摘した通り、脳卒中治療には急性期医療

「脳卒中对策基本法」の成立をめざす動きがあった。だが、震災の影響や政治的混迷のため、今回の政権では議論が進まなかった。

「〇六年にがん対策基本法が成立して、全国のがん診療連携拠点病院の整備があつという間に進みました。千葉県もリハビリ病院の不足や連携システムの未整備など、多くの課題を抱えています。次の政権では、脳卒中基本法をぜひとも成立させてもらいたいです」(日本医科大学千葉北総病院脳神経外科教授・小林士郎医師)

うんざりするような政局争いの中で、不平等な医療が放置されてきた。政治家の責任は重大だ。