

回復期リハ病棟の診療報酬の一律削減に反対! 挑戦の機会が奪われた棄民を増大させる ‘数値目標による成果主義’を根絶しよう

Version 0.7

澤田石 順

jsawa@attglobal.net

2008年2月6日(水)17:30

- 本文書のコンピューター画面での使用法

赤文字列 この色の文字をクリックすると文書内を移動します

magenta 色文字列 この色の文字はインターネットの URL^{*1} 接続します

cyan 色文字列 これをクリックすると同一フォルダ内の PDF 文書に移動

目次

1	はじめに	4
1.1	用語の解説と略語	5
1.2	本文書の所在と著者連絡先	5
1.3	本文書の更新履歴	6
1.4	厚労省の新政策の内容要約	7
1.5	本文書の諸目的	7
1.6	本文書の諸目標	8
2	まとめ	9
2.1	厚労省の政策変更の本質	9
3	厚労省の主目的は回復期リハ病棟入院料の減額	10
3.1	医師の専従条件廃止が先にありきとの偽装	11
3.2	診療報酬とは何か	14

^{*1} Uniform Resource Locator: web page やファイルがある場所のこと

3.3	診療報酬への「成果主義」導入という話題そらし	15
3.4	看護必要度 B 項目を日常生活機能指標という名で偽装	16
4	「成果」の定義そのものの愚劣さ	17
4.1	看護必要度 B 項目=“偽装された”日常生活機能指標	17
4.2	看護必要度 B 項目と FIM との相関	18
4.3	全国回復期リハ病棟連絡協議会幹部の背信行動	25
4.4	明らかにされねばならない諸項目	29
5	医師の専従条件廃止に反対する	30
5.1	医師が病棟に専従しないことのデメリット	30
5.2	医師が病棟に専従することのメリット	30
5.3	回復期リハ病棟入院料の削減が実行されたら病院の対応はどうか?	30
6	重症者の改善度合:当院のデータ	31
7	急性期病院と回復期リハ病棟への影響予測	34
7.1	重症者割合と自宅退院率	35
7.2	重症者割合が不明であることの意味	36
7.3	全国の回復期リハビリ病棟の現状	37
7.4	厚労省の政策がもたらす直接的効果	38
7.5	急性期病院と回復期リハ病棟、双方の事務作業増加	39
7.6	急性期病院に重症者の中でもより重い患者が残る	40
8	結論	41
9	アピール	41
9.1	地方自治体職員の方々へ	41
9.2	国会議員の方々へ	42
9.3	善良な厚労省官僚への呼びかけ	42
9.4	医療関係者の方々へ	43
10	報道関係者の方々へ	45
11	厚労省の政策がより具体化 (H20/1/30)	46
11.1	欺瞞的な条件緩和	47
11.2	結語	50
12	名古屋の回復期リハ研究大会 (H20/2/9-10)	51
12.1	自宅等退院率 6 割未満の施設の方々の態度	52

12.2	自宅等退院率 6 割未満の施設の方々の態度	52
12.3	厚労省の棄民政策反対の口演	52
13	中医協が厚労相に答申 (H20/2/13)	52
付録 A	提言	55
付録 B	回復期リハ研究会での口演予定	57
付録 C	自己紹介など	59
C.1	What I am	59
C.2	偽装された死因究明制度案	60
付録 D	厚労省官僚の特技や性質に関して	61

図目次

1	報道の一例	10
2	“偽装された” 日常生活機能指標	17
3	入院時 FIM と自宅退院率/当院 n=563	19
4	看護必要度 B 項目と自宅退院率/当院 n=563	20
5	看護必要度 B 項目と自宅退院率/当院 n=563	21
6	入院時 FIM の 7 階層と FIM 効果/当院	21
7	看護必要度 B 項目の 4 階層と FIM 効果/当院 n=563	22
8	入院時看護必要度 B 項目の 4 階層とその改善幅/当院 n=563	22
9	看護必要度 B 項目と FIM/当院 n=563	23
10	看護必要度 B 項目と FIM/当院 n=563	24
11	厚労省に提出された某病院の度数分布図	24
12	当院の度数分布図	25
13	看護必要度 B 項目の研修会案内	28
14	入院時 FIM 18-41 点の改善度/当院: 脳卒中/n=367	32
15	入院時 FIM 18-41 点の改善度/当院: 脳卒中/70 才未満	32
16	入院時 FIM 18-41 点の改善度/当院: 脳卒中/85 才以上	33
17	入院時看護必要度 B 項目と自宅退院率/当院データ: n = 563	35
18	入院時看護必要度 B 項目とその改善度/当院データ: n = 563	35
19	入院時看護必要度 B 項目と改善度/当院データ: n = 563	37
20	看護必要度 B 項目と自宅退院率/当院 n=563	48
21	看護必要度 B 項目と在院日数の中央値/当院 n=563	49

1 はじめに

2007年10月の回復期リハビリテーション病棟関係の研究大会で、新年度から回復期リハビリテーション病棟の診療報酬に成果主義を導入することを厚労省が目論んでいることが明白となった。そればかりか全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の幹部らが肯定的とらえていることもはっきりした。これまでに回復期リハビリテーション病棟にかかわる先進的な施設が一致して求めて来たことは、マンパワーを十分に確保している病棟に対しての診療報酬上の評価であった。回復期リハビリテーション病棟入院基本料を算定できる条件は病棟あたりの専従PT(理学療法士)2名、OT(作業療法士)1名という低水準で、そのような最低水準ではリハビリテーションの効果があまり上がらないことはデータから明白となっていた。PT/OTを50人の病棟で8人ずつ配置しても回復期リハビリテーション病棟入院料の加算は1円もなかったのである。加算というインセンティブがないと、劣悪なマンパワーで運営されている病院は人を真剣に集めるようにならないことは当然であろう。

厚労省が新年度の診療報酬改定において、回復期リハビリテーション病棟に関して何か変更するとしたら医療費削減・抑制が主目的にならないはずがない。言い換えると、リハビリテーション医療の現場を知る者が考えているような“診療の質を改善するための”「成果主義」が提案されると予想して待っていてならないのは明白であった。

私は診療報酬算定に「成果主義」を導入すること自体が誤りだと考える。しかし厚労省が“医療費抑制のための”「成果主義」を提案しそうなため、2008年2月に名古屋で開催される全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の研究会で“診療の質を改善するための”「成果主義」はいかにあるべきかを発表し(付録B、p57)、場合によったら反対運動をしようと思案した。

厚労省が実施しようとしている「数値目標による成果主義」を簡潔に表現する。

1. 医療費削減だけを追求することによる**棄民政策**—最も重症で最もリハビリテーションを必要とする善良な障害者から挑戦の機会を奪う
2. **間接的な殺人あるいは人生の破壊**—最も重症の方々が回復期リハビリから排除されるために早期に死亡したり、本来なら得られたはずの回復(口から食べる、会話できる、自宅に退院できる..)を得られない

2008年1月30日、厚労省は自宅他院率7割程度という条件の“緩和”を中医協に提案した。回復期リハビリ病棟からの退院患者のうち、他の保健医療機関への“転院”をした者等を除く者の割合が6割以上なら“ご褒美”というもの。それに関する考察は46ページ以降に掲載したが、それらは全く無効になってしまった。老健施設へのは“入所”という言葉を用いて、“転院”という表現をすることがないために、老健施設はこの場合においては保健医療機関には入らないと完全に信じていたからである。ふと疑念がわいて、2008年2月6日に厚労省保険局医療課規格法令第1係(電話03-3253-1111[内線3288])に問い合わせたところ、あっさりと、老健施設は保健医療機関に含まれますとの回答。苦笑。

なんだろうの病院は“ご褒美”なし組じゃないの。一日一人100円の減点なら、年間5500万程度の減収か。一体どうするつもりだろう。

私が持続して反対活動をすることを決断したのは2007年12月末であった。退院先の保健医療機関に老健が含まれるか否かや、自分がたまたま勤務している病院が「自宅等6割」を達成できるか否かも、私の行動には関係ないことである。

公的医療を人体にたとえると、“数値目標による成果主義”は癌にほかならない。

癌を発見したら小さいうちに一日も早く除去(根絶)しなければならない。公的医療をむしばんでいくことが確実な癌は、幸運にも発生しかかっている段階で発見された。厚労省官僚の癌を発生させる提案に対して、中医協の構成員である私人からは一つの反対意見もなかったようである。彼ら私人は医療の現場をしらない素人であるから、“数値目標による成果主義”が癌であることを見抜けないのもある意味で致し方ない。制度上の癌が一度発生したら、早期に根治することはなかなか困難となる故に、我々は全力で発生の予防に努めねばなるまい。

反対運動の力が足りないため癌が発生することになるかもしれない。その時は、被害を最小限に食い止めるために、一日も早く根絶できるように全国の有志による協業を更に活発化させていかねばならない。

1.1 用語の解説と略語

回復期リハビリテーション病棟 その役割

- 容易に改善する軽症の方々に集中的なりハビリをおこない、自宅退院の手助けをする
- 重症の方々を回復困難という理由で差別することなく受け入れて、挑戦の機会を与える
- あまりにも重症のためリハビリによって少ししか回復できなかった障害者とその家族が「やるだけのことはやった」と満足していただく
- 生活する能力の回復が少ししか得られなくても、人としての誇りを取り戻すための支援をする
- 自宅に戻れるほどの回復が得られなかった方々の適切な療養先探しを支援する

回復期リハビリテーション病棟 してはならないこと

- 自宅退院率という数値目標を設定すること

全国回復期リハ病棟連絡協議会 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会

回復期リハ病棟 回復期リハビリテーション病棟

回復期リハ病棟入院料 回復期リハビリテーション病棟入院基本料

1.2 本文書の所在と著者連絡先

文書は日々更新していく。コピーや配布に関して著者の許可は全く不要*2。

*2 反対運動における協業促進のため、できれば連絡を

- ホームページ (1月30日~): <http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>
- 本文書の一次配布先
 - 印刷用 <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/anti-seikashugi.pdf>
 - 画面での閲覧用 <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/anti-seikashugi-slides.pdf>
 - 原稿 <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/anti-seikashugi.zip>
- 参考資料
 - 成果主義反対のスライド <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/20080210-sawataishi.ppt>: 2008年2月10日に回復期リハの研究会 (in 名古屋) で発表するもの
 - 回復期リハビリにおける FIM という測定手段の使い道 http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/FIM_application.ppt
 - リハビリによる回復の多様性についてのスライド <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/FIM-analysis-dosuu-sawataishi.ppt>: 2007年10月に回復期リハの研究会 (in 名古屋) で発表
 - 回復期リハビリの成果測定の方法 <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/FIM-analysis-sawataishi.ppt>
 - 成果測定: 病気の種類や場所毎 <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/FIM-analysis-type-sawataishi.ppt>
 - 成果比較: 病棟間 <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/FIM-analysis-ward-sawataishi.ppt>
 - 成果比較: 発症後 30 日未満か否か <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/FIM-analysis-days-sawataishi.ppt>

著者連絡先 名前 澤田石 順

E-mail jsawa@attglobal.net

電話 自宅 045-971-3572、職場 0463-78-1311(鶴巻温泉病院)

郵便物 〒227-0048 横浜市青葉区柿の木台 10-5-503

1.3 本文書の更新履歴

2008-2-6 / version 0.7

-厚労省の新提案 (2008/1/30) における保険医療機関に老健施設が入っていることに伴う修正

2008-2-2 / version 0.6

-図の目次を追加

2008-2-1 / version 0.5

-厚労省の新提案 (2008/1/30) などについての論評追加など

2008-1-30 / version 0.4

- 参考資料の追加など
- 2008-1-29 / version 0.3
 - 文書の最初に厚労省官僚への呼びかけを追加
 - モニターで閲覧するための文書を追加
- 2008-1-28 / version 0.2
 - 図の大きさ修正、略語の定義、その他重複の削除など
- 2008-1-25 / version 0.1
 - 厚労省が募集しているパブリックコメントに応じてメールで送付
 - 公開の開始

1.4 厚労省の新政策の内容要約

1. 入院基本料の一律削減: 一日一人 500 円 ~ 2000 円 (数値は未決定)
2. 成果主義: 数値目標を達成した病棟のみに金を多く払う^{*3}
 - (1) 重症の定義: 看護必要度 B という看護師の仕事の大変さを示す指標 (0 ~ 20 点) で 10 点以上
 - (2) 重症者をたったの 2 割程度入院させること
 - (3) 重症者がほんの少し改善 (プラス 1.5 点程度) したらよし
 - (4) 病棟に入院した患者の 7 割が自宅に退院
 - (5) 以上、全ての条件を満たした病棟は目標達成

1.5 本文書の諸目的

1. 厚労省の第一目標は回復期リハ病棟全体への支出削減であり、その手段が回復期リハ病棟入院料の減額であることを明らかにする (欺瞞・隠蔽工作)
2. 回復期リハ病棟入院料の減額という目的を“医師専従要件の廃止”による帰結に見せかけていることを示す (目的と手段の意図的転倒)
3. 回復期リハ病棟入院料の減額だけを主張すると反対が大きくなると予想されるために厚労省は、関係者の目をそらすために診療報酬への「成果主義」導入を同時に打ち出したと考えられる根拠を提示する (欺瞞・隠蔽工作)
4. 厚労省が実行しようとしている回復期リハ病棟入院料の削減および回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」導入が実施されたら、医療現場にどんな事態が起こるか明瞭に示す
5. 厚労省官僚に回復期リハ病棟入院料の削減および回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」導入を強行すると、診療報酬の一律削減と成果主義による“棄民”がたくさん発生し、後日、マスコミや患者の家族・遺族に攻撃され、最終的には遺族の集団訴訟で厚労省官僚が訴えられるであろうことを強く警告する

^{*3} 重症 2 割、改善度 1.5 点、自宅退院 7 割などの数値は正式に決定していない

6. 診療報酬への成果主義導入それ自体が医療崩壊を加速する破廉恥な方策であることを明らかにする
7. 厚労省案への反対運動の先頭に立つべき全国回復期リハ病棟連絡協議会の上層部が屈服していることを批判する

1.6 本文書の諸目標

- 一人でも多くの医療者が回復期リハ病棟入院料の削減および回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」導入反対行動を開始すること
- 一人でも多くの市民 (健康な方はもちろん障害者とその家族) が反対運動を開始すること
- 回復期リハ病棟を有する病院^{*4}や脳外科・神経内科・整形外科を有する病院^{*5}の1つでもいいから反対運動を開始すること (これまでは完全に受け身の姿勢)
- リハビリテーションに関連する諸学会・研究会 (医師、看護師、療法士等の) のたった1つでもいいから反対運動を開始すること
- 回復期リハ病棟入院料の削減および診療報酬への「成果主義」導入の危険を知る一般市民や患者・家族が一人でも多くなること
- 全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部が騙されていたことに気づいて断固たる反対運動に立ち上がる
- 回復期リハ病棟入院料の理不尽な削減が阻止される
- 回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」導入が阻止される

肝要なことは、阻止しなければならないのは回復期リハ病棟入院料の減額と「成果主義」導入の双方であり、「成果主義」導入のみが撤回されたら医療費削減効果が最大となり厚労省官僚を喜ばせるだけということ!

本文書は、2008年1月25日に厚労省へのパブリックコメントとして提出されることになるが、その後も更新をつづけていく。一般市民を含めて広く公開するため、できるだけ市民にわかるような言葉を用いることにしている。

人びとを結合するものはすべて善であり美であり、人びとを離反させるものはすべて悪であり醜である

Leo Tolstoy

^{*4} 自宅退院率が一定に達しないと診療報酬が減額されて、ますます経営が苦しくなる

^{*5} そのような診療科を持つ病院は回復期リハ病棟への転院がスムーズにいかないと平均在院日数が一定の数値を越えて診療報酬が減額されて病院の経営がもっと厳しくなる

2 まとめ

2.1 厚労省の政策変更の本質

1. 日本国の公的医療の大原則をはじめて破壊する: 診断と治療という医療専門職の行為に対して医療機関に報酬を支払うというこれまでの大原則を逸脱して、“厚労省が勝手に決めた数値目標を達成した時に限り“少しだけ”報酬を増額する
2. 日本国の市民や政治家に対して、「病気や怪我のために生活することに困難をきたした方々に対して、必要最少限度のリハビリテーションを行うためにはもっとお金がかかります。どうかお金を負担してください。よろしいですね」と問いかけずに、医療の現場をまったく調べることなく医療費抑制という政策目標だけを追求
3. ただただ医療費を削減するために、全国のリハビリテーション病棟に支払う報酬を一律に減らす
4. リハビリテーション医学・医療においては、全世界の専門家が協業しリハビリテーションによる成果を測定する方法を確立してきたが、全世界で有用と認められた方法を無視する
5. 看護師の仕事の大変さを測定する方法を、リハビリテーションの成果を測定する手段であるかのごとく偽装する
6. 自宅に退院することにより医療費が安くなるというただ一つの目的のために自宅退院7割という成果が達成できた場合にのみ“少しは”報酬を与える
7. リハビリテーションを実施する病院の収入が「何も対策を実施しないと」減ってしまうために、病院が倒産しないためには自宅退院7割という厚労省が定めた数値目標を実現しようとする
8. 重症の患者を2～3割以下に制限してきた病院だけは、自宅退院が7割以上なので損害が小さい
9. 自宅退院が何割という数値目標など度外視して、地域の人々のことを最優先にして重症の患者を排除しないで頑張ってきたリハビリテーション病院が最も深刻な被害を受ける
10. 障害者の中でリハビリテーションによって容易に自宅に戻れる方々以外はリハビリテーションの機会を奪う
11. リハビリテーションの機会が奪われて早期に死亡する患者、すなわち厚労省の政策によるよる死者が増大する
12. リハビリテーションの機会が奪われることにより、本来は元気に回復する患者が救急病院から無理矢理自宅に戻されたり、リハビリテーションができない病院・施設に行かされるといいう診療報酬の一律削減と成果主義による“棄民”が大発生する

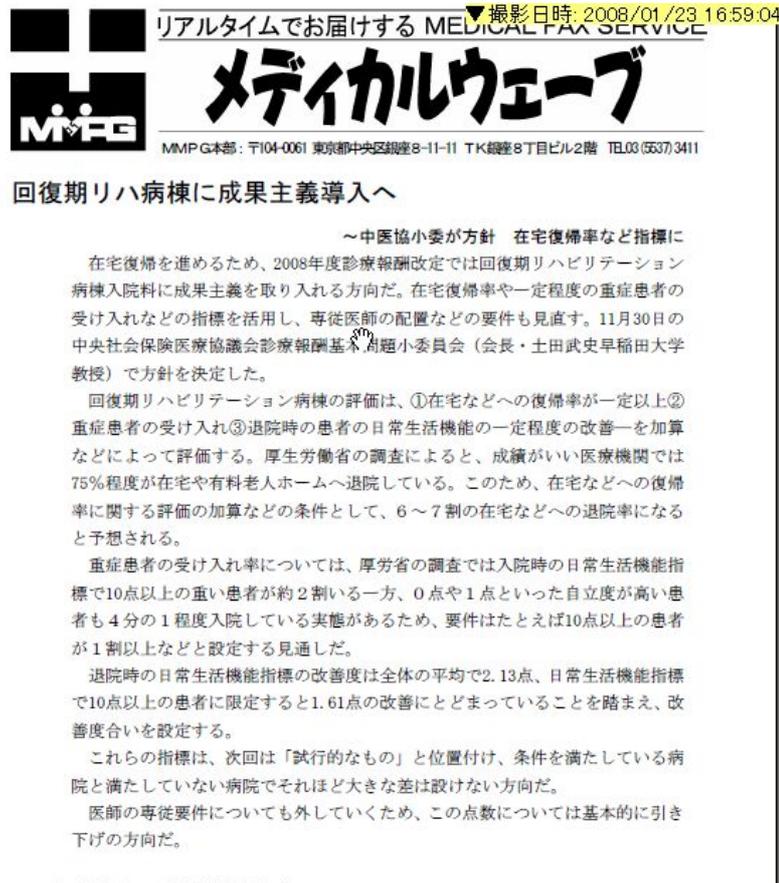


図1 報道の一例

3 厚労省の主目的は回復期リハ病棟入院料の減額

厚労省は平成20年度の診療報酬改定で回復期リハ病棟入院料という診療報酬を一律に大幅削減すると決意した。1680点^{*6}が100～150点削減される説が有力である。減点が100点、ある病院の回復期リハ病棟の入院患者が一日平均100人とすると、 $100 \times 365 \times 0.1 \text{万} = 3,650 \text{万円}$ の減収。

どの病院も、人減らし、給料削減、いろいろな明目での患者負担の増額の組み合わせで対応せざるを得ない。これまで患者さんのためにマンパワーを充実させがんばってきた病院はどこも赤字ぎりぎりであった。全く理不尽な診療報酬削減を断固阻止せねばならないのは自明である。そのための行動を開始しないとしたら、あまりにも情けない。

もちろん厚労省官僚は欺瞞・偽装工作にたけているから、真の目的である回復期リハ病棟入院料の減額を「手段」にみせかける工作を実行した。本文書はかなりの長文であるが、この欺瞞工作のことを決して忘れてはならない。

^{*6} 1点10円

3.1 医師の専従条件廃止が先にありきとの偽装

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会（第113回）(H19年11月30日)で配布された資料(診-2-2)より引用する

回復期リハビリテーション病棟の施設基準においては、専従の医師、理学療法士、作業療法士などの常勤配置を求めている。しかしながら、個別のリハビリテーションにおいては、医師の総合的な指示のもと、理学療法士、作業療法士などが専従で行っているところであり、必ずしも医師が専従である必要はないとの指摘がある。

この文章の最後の一行が実は最も重要であり、それ以前は最後の一行のための飾りなのである。回復期リハ病棟で仕事をしている医師も看護師も介護福祉士も、圧倒的多数は専従であることの利点を知っている(そのことは後述 p30)。だから、

医師の専従条件を廃止すべき

とは決して主張しない。厚労省官僚の意見無害そうな「×との指摘がある」を文章を見たら注意せよというのが、この一年間で私が学習したことの一つ。厚労省官僚は、「との指摘がある」と書いているが、それは全くの虚偽であろうか。否、回復期リハ病棟の現場を知っている医療関係者のだれかが「指摘した」のかも知れないし、そのように指摘することがあながち間違っていない。なぜなら、現実問題として、医師を招聘することがどの病院でも困難なので、医師の専従条件がゆるめられた基準を新たに作り、その場合は1680点ではなく1600点とするようなことに回復期リハ病棟で仕事をする専門職はおそらく大反対しないと思われるからである。

もう一度引用する。

必ずしも医師が専従である必要はないとの指摘がある

このことから、厚労省は突然に飛躍して、

医師の専従条件を廃止する

と驚くべき主張をしたのである。堂々とそのことを公言した。破廉恥ここにきわまれりである。このように私が吠えても厚労省の体質を知らない通常人には何を怒っているがわからないと思う。

常識がある人も非常識な人でも、厚労省が

医師の専従条件を廃止する

と明言した時に、その言葉の意味を

医師が病棟に専従している病棟の回復期リハ病棟入院料は従来どおりということではない、専従している

か否かに関係なく減額する

と翻訳することはできないであろう。医療関係者はこのような厚労省の理不尽なやり方でなんども何度もひどい目にあっているから、直ちに反応するのである。

例えば、私が勤務する病棟では150床に対し、医師が6名。当初は35名程度であったが、あまりにも多忙なためになんとか25人担当制を実現した。25人担当でも書類仕事が非常に多く、患者と直接接する時間が少ししかとれないが、それでも30~50人担当していたころとは雲泥の差である。医師の25人体制とは一言でさりとて言うが、医師不足が深刻化する中で医師にきてもらうことは困難を極めている。書類仕事のあまりの多さに、あるいは慣れない仕事に耐えられなくて、回復期リハ病棟を去る医師がまた実に多い。ともあれ、どうにかして医師がまともに仕事できる数までになったのがほんの一年くらい前。

ここまで読んで来ると、あなたが医療の現場を知らない善良な市民だとしても、

1. 医師の専従条件廃止が決まった
2. 1が決まったからには回復期リハ病棟入院料を減額しなければならない

という厚労省官僚の言葉は二つとも偽装であると理解できるであろう。

繰り返すが、そもそも

必ずしも医師が専従である必要はないとの指摘がある

から

医師の専従条件を廃止する

までの飛躍を正常人であれさすがの厚労省役人であれ理屈付けすることは不可能である。このようなわけのわからない飛躍について厚労省官僚は決して説明しない。単純に説明不能であるということだけが理由ではなく、沈黙を貫くことで医療関係者に固い決意を示し、「おまえら何を言っても無駄だよ」と威圧する効果があるからである。

最初から目的は回復期リハ病棟入院料の減額なのだから、官僚の論理的飛躍を非難したり、説明を求めることはまったくの時間の無駄である。我々がなすべきはこのような欺瞞・偽装を白日のもとにさらすことである。政治家、報道機関、医療関係者、市民らに広く訴えていくのみ。

官僚への直接行動においては次のような姿勢をとるべきと思う。

- 厚労省官僚に陳情してはならない
- 厚労省官僚に直接面会して、過ちを指摘し、政策の撤回を要求するのは良い
- 厚労省官僚に直接面会する際には、互いに対等な市民として礼儀正しく会話しなければならない。非難の言葉は良いが、礼節を失ってはいけない

さて、話を戻す。一体何が偽装されたのかとの私の質問に対して読者はこう正答できることを期待する。

厚労省の目的は最初から回復期リハ病棟入院料の減額であること

新聞報道や厚労省が公開してる諸文書を見ても、回復期リハ病棟関係者が書いているブログなどをみても、なかなか私のような見方をするようにはならないかもしれない。正直、本文書で書いたような理解に到達したのは、パブコメの締め切り前日の2008年1月24日の18時であった。それまでは、厚労省のしようとしている「成果主義」の不当さにばかり関心が向いていた。

もう一度繰り返す。

全国の病院関係者が回復期リハ病棟入院料算定に専従医条件があるのは困ると泣きついたから、厚労省は専従医条件を廃止することにした。そのため仕方なく回復期リハ病棟入院料を減額することにした

というような見せかけに騙されてはならないということ。厚労省の決断は回復期リハ病棟の総医療費削減であり、その手段としてさまざまな欺瞞・隠蔽工作をしているのである。

これまでの経過を要約する。

1. 厚労省官僚は数ヶ月ないし一年前に、全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部に“診療の質を改善するための”「成果主義」を共に検討ていましょうというエサをぶらさげた。もちろん回復期リハ病棟入院料削減を決意していることなどおくびにもださずに。
2. もともと全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部はマンパワーおよび成果を診療報酬で評価することを求めていたために、素直にエサに食らいついた
3. 厚労省官僚は不可思議にもFIM/BIのような世界標準の日常生活機能指標ではなく、看護必要度B項目(生活機能を表すものではない)での評価を求めた。「まっいいか」と厚労省官僚のいうとおりに某病院はデータを集めた
4. 全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部は厚労省官僚が看護必要度B項目(生活機能を表すものではない)の名称を日常生活機能指標という一般的な抽象名詞にすることに違和感を感じたかもしれないが、特に深く考えることなくそのまま採用した
5. 厚労省官僚は某病院から得たほんの189例のデータを、全国で4万床余り回復期リハ病棟の成果を「上手に測定」するための基礎として悪用を始めた
6. 2007年11月末、たった189例のデータは公式の会議で正式な資料として提出され、インターネットで堂々と公開されるに至った。その時の議案書に、唐突に「医師の専従条件が必ずしも必要ないとの指摘がある」との不吉な一行が挿入されていた
7. 2007年12月上旬にいたり、「成果主義」の採用は一気に既成路線となり、同時に「医師の専従条件廃止」が「決定」したと、一気に厚労省の工作が進行
8. 2007年12月中旬以降になると、全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部からみて「成果主義」導入は完全に決定した事実に見えてしまった
9. 2007年12月中旬に、厚労省官僚が全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部に看護必要度B項目(生活機能を表すものではない)の「研修会をしてはいかがでしょうか」と提案またはほめかした

10. 全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部はその頃、医師の専従条件廃止それ事態に困惑し、そのことを理由とした回復期リハ病棟入院料の削減方針を厚労省から聞かされてさらに困惑していたが、欺瞞・偽装工作に完全に騙されていたため、まさか厚労省官僚が恐るべき奸智で騙しているとは夢にも想定してなかった
11. だから全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部は強硬に絶対反対を唱えることはしなかった
12. 2007年1月、全国の回復期リハ病棟関係者の特に医師らがブログなどを通じて徐々に結集を開始

3.2 診療報酬とは何か

一般の方々には診療報酬という言葉にはあまりなじみがないかも知れない。何も特別の言葉ではなく、文字通りの意味の理解で良い。では診療とは何か？

診 診察、検査、そして診断という問題発見過程
療 治療行為(介護や看護などのケア・お世話も含む)

このようにわざわざ明記するのには理由がある。医療をしらない人にはまともな診察ができないこと、検査を実施することも素人にはできない、また結果の解釈も専門家にしかできないこと。当たり前なこと。治療行為も専門家が最も得意とするところ。すなわち、診療という専門的行為は、実行すること自体に対してお金が支払われて当然ということなのである。例えば、ある人が外来受診して、医師が診察し、その結果、「今のところ特別に検査をする必要があるとは思えません。様子をみてください」と言って、検査はしない、薬はださないだとしても、報酬が支払われて当然であろう。

保険者(国保等)は医師などの診療行為に対して報酬をはらうのであり、診療による「良い」結果に対して支払うのではないということが極めて重要である。医療の現場に詳しくない読者は、**診療行為に対して報酬がなされるという大原則**をここで心に刻んで欲しい。

えっ、「成果主義」とその原則って矛盾するんじゃないの？

とこの場で疑問を持つ方もいると思う(その通りなのである。後で詳細に論述する。)

現代日本人の9割は病院で死亡する。診療報酬は診療行為それ自体への報酬であるから、まさか患者が死んだら払われないなどということはこれまで一度もなかったし、そのようなことをさすがの厚労省官僚でも主張しない。

言うまでもなく診療報酬は病院の収入の大部分を占める。どの病院も、ガソリンや輸入大豆の価格高騰による諸物価値上がりの影響をますます強くうけている。値上がり分には消費税が加算される。医療機関の消費税率がゼロ税率であったり、医療機関への患者の支払いに消費税がかかるのであればまだよいのだがそうではないため、物価上昇は病院経営を直接打撃する。もちろん消費税の税率が上がれば、病院はその分だけ収入が減ることとなる。なぜならば「消費税率上昇 診療報

3 厚労省の主目的は回復期リハ病棟入院料の減額診療報酬への「成果主義」導入という話題そらし

酬の増額」を強制する法律が存在しないからである。厚労省は消費税率上昇が現実のものになって、おそらく診療報酬の増額などしないであろう。政治的圧力なくして、あるいはマスコミの圧倒的な報道なくして、厚労省は消費税率上昇に対応した診療報酬増額はしないであろう。

民間企業であれば、仕入れ価格がある程度高騰して耐えられなくなったら、販売価格を値上げしたらよい。ところが、病院は費用増大に応じて「販売価格」を値上げすることが法的にできない、値上げすることができないならば、診療報酬が増額されてしかるべきであろう。全国の回復期リハ病棟は良心的に経営しているところほど赤字寸前である。

おそらく診療報酬のみで経営できている私立病院はほとんどないと思われる。少なくとも、回復期リハ病棟の医師、看護師などのマンパワー増加を達成できた病院は一つの例外もなく、診療報酬では足りないため個室料金やいろいろな明目での患者・家族負担により資金を調達していると考えられる。

3.3 診療報酬への「成果主義」導入という話題そらし

厚労省は回復期リハ病棟全体への医療支出削減(唯一つの目的)に反対言動・行動の焦点が当たることを避けるために、2種類の偽装・欺瞞工作を続けている。一つについては既に詳細に述べた通りである。そればかりではないどころが、既に多くの回復期リハ病棟関係者は2つめの欺瞞工作に騙されていると私は認識している。目を覚ませ!!と、大きな声で言いたい。

厚労省の主張はこうである。

自宅退院率が高い(未決定:6.5~7割か?)ことをプラス評価するということであり、その条件は、1)重症患者を一定(数値は未決定:1~2割の間か?)程度受け入れ、2)重症患者が一定程度改善していること、である。医療のことも厚労省の性質も知らない常識的な一般市民であれば、なるほどそれは良いことみたいだと感じるのではないか。医療の質を評価して良い医療には高い報酬をとという方針は実に口当たりがよい。市民は「成果主義」*7そのものには反対しないどころか、賛成であろう。厚労省の欺瞞は今のところ成功している。すなわち、マスコミ報道(ネットのそれも)は回復期リハ病棟全体への医療支出が削減されることになるという厚労省の主目標に関して全く言及していない。「医師の専従条件解除を理由として入院基本料を減額する」という最も影響が大きい政策変更は隠蔽されているのである。もちろん回復期リハ病棟関係者の少なからずは、そのことに重大性に気づいているが、診療報酬に「成果主義」導入ということそのものに関心の焦点が定まり、

「自宅退院7割、かつ重症者1.5割、かつ重症者の改善が1.5点以上」という条件を満たしていない大多数の病院は、どうやって達成するか

に頭を悩ませていることであろう。厚労省の政策変更など過去にできたことがほとんどないから、現実的な生き残り策を考えるのに精一杯であろう。

*7 ただし、企業が被雇用者個人の給料支払いを「成果主義」で行うことの害悪は近年特によく知られるようになっている

3.4 看護必要度 B 項目を日常生活機能指標という名で偽装

回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」導入それ自体が医療を崩壊させかねない愚劣な方策であることは別のところで詳述することとして、厚労省の「成果主義」そのものにおける破廉恥な偽装を指摘する。

急性期病院において患者が看護師の手間をどれだけ必要とするかの指標である看護必要度 B 項目 (生活機能を表すものではない) の名前を日常生活機能指標と名称だけ変更して、患者の生活機能を測定する手法として**偽装**していることである。

看護必要度 B 項目 (生活機能を表すものではない) は 0~20 点の 21 段階で看護必要度を評価する手法で、厚労省は 10 点以上を重症と定義するとしている。

生活機能評価のツールとしては国際的に標準的な手段 (FIM、BI など) があり、全国の回復期リハ病棟においてどちらかが採用されている。リハビリテーション医学は他の全ての分野の医学と同様に、全世界的な協業によって成立している。そのような医学・医療の実践において、高く評価されてきた日常生活機能の評価手段を完全に無視して、厚労省官僚は名前を**詐称**した。一般市民には私の表現がおおげさに聞こえるかもしれないが、真に驚くべき傲慢かつ恥知らずの行為である。

なぜ、厚労省は看護必要度 B 項目 (生活機能を表すものではない) というもともとの名称を用い**ないで、詐称**することにしたのであろう。その答えは

看護必要度 B 項目 (生活機能を表すものではない) という本来の名称を回復期リハ病棟の診療報酬の評価に用いるとしたら、ただ一つ正当な方法は、入院患者の重症度の中央値または平均値に比例して、診療報酬を決定することである

ということに、多くの回復期リハ病棟関係者が気づくことになるからであろう。

そもそも、普通の常識人であっても重症患者が多いところに対する診療報酬は高くて当然だと考えないだろうか。厚労省は重症患者がたとえ 8 割であろうが、そのこと自体には関心がまったくないのである。

ここまでは総論的な話。次節から詳細な各論に入る。

4 「成果」の定義そのものの愚劣さ

▼撮影日時: 2008/01/23 16:23:49

(図表1) 日常生活機能指標

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移乗方法(主要なもの一つ)	自力歩行・つかまり歩き	補助を要する移動(搬送を含む)	移動なし
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動への対応	ない	ある	

※得点は0~20点
※得点が低いほど、生活自立度が高い

図2 “偽装された”日常生活機能指標

4 「成果」の定義そのものの愚劣さ

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(第113回)(H19年11月30日)で配布された資料を紹介しつつ、考察していく。

4.1 看護必要度 B 項目=“偽装された”日常生活機能指標

回復期リハ棟で仕事をする看護師が初めて図2を見ると、最初の項目に違和感をいただくことであろう。「**床上安静の指示**」??

なんでこれが生活機能なの? 患者さんが誰かにそんな指示する能力?? 医師の指示のことじゃないの?

一般人とて、こんなことが生活機能の評価になるなんてわけがわからないのでは。

次の項目は別の意味で不可思議。「**どちらかの手を胸まで持ち上げられる**」??

解説していて、あまりの馬鹿らしさにむなしくなる。3番目からしばらく異常な項目はないが、12番目の「診療・療養上の指示が通じる」でまた違和感をいただくことであろう。普通なら、「話し言葉を理解できる」と表現されるはずであるから。

最後の、「**危険行動への対応**」って?

あなたが一般の方ならば、少し考えてみて下さい。日常生活機能の評価するための項目ですから、次のうちのどの意味が正解でしょうか?

1. 自分に危険が及びそうな他人の行動を回避できるということ
2. その人みずからの危険行動に対して、他人が対応する必要があること

一般の常識人には正答できない人が少なくないかも知れない。初めて見た看護師ですら間違えるのではないか。日常生活機能指標の評価項目にこんなのがあことがそもそも論外。正答は 2 である。一体、なぜ日常生活機能指標がこんな不可思議な内容なのであろうか？

その答は単純。この日常生活機能指標なるものは看護必要度 B 項目 (生活機能を表すものではない) の名称だけ変更したものの、すなわち“偽装された”日常生活機能指標である。厚労省は欺瞞工作にたけているが細かいところまで知恵が働かないところがある。現場のことを知らないからこんなボロをだしてしまったのであろう。急性期病院における患者がどれだけ看護を必要としているかの評価手段であり、リハビリテーション医療で用いられる日常生活機能指標では決してない。

これまでリハビリテーション関係の研究会や学会で、看護必要度 B 項目 (生活機能を表すものではない) を日常生活機能指標として用いた人は一人もいないと断言できる。

重症の患者さんに関する成果指標として、

- 口から食べることができない人が食べるようになること
- 気管切開という手術を受けたための言葉を使えない人が、気管の穴が塞がれることにより、話せるようになること
- 急性期病院で入れっぱなしだった尿路カテーテルがはずされて、トイレでおしっこをするようになること

というものがあるが、日常生活機能指標にはそのような項目がない。

看護必要度 B 項目 (生活機能を表すものではない) を詐称して日常生活機能指標とした理由を繰り返してここに述べる。

- 病棟の患者の重症度に比例して、診療報酬を高くするという当然の要求を発生しにくくするため
- 病棟の患者の重症度に比例して、診療報酬を高くするという当然の要求には決して応えないという姿勢を示すため

4.2 看護必要度 B 項目と FIM との相関

看護必要度 B 項目 (生活機能を表すものではない) と世界標準の日常生活機能指標である FIM とを比較して、看護必要度 B 項目が生活機能評価に用いられてよいものかを検討する。

4.2.1 FIM について

- FIM(Functional Independence Measure) とは
 - 認知機能 5 項目、運動機能 13 項目の計 18 項目について、全介助を 1 点、監視を 5 点



図3 入院時 FIM と自宅退院率/当院 n=563

道具なしで自立を7点とする7段階で評価

- 総計は126点、最低で18点
- FIM 効果: FIM の変化 (退院時の値から入院時の値を引く)
- FIM 効率: FIM 効果 ÷ 入院日数 (リハビリの日数)
- FIM による評価の限界と留意点
 - FIM は他者や道具に依存しない度合いを評価するものであり、自立している度合いをも、生活の質をも評価しない
 - 誤り: ある障害者の FIM 効果が小さいことで、その人にとってリハビリテーションの意義が小さいと即断すること
 - 誤り: FIM 効果・効率という数字だけで施設(病棟)の業績を評価すること
 - 誤り: FIM 効果・効率の改善を数値目標として設定すること
- FIM の活用いろいろ
 - 個々の障害者: リハ効果や退院時期の評価
 - 入院時 FIM・年齢の階層毎の FIM 効果や FIM 効率
 - 退院時 FIM の階層毎: 特に自宅退院率
 - 病棟・施設毎: 重症度の偏りや成果を評価
 - 疾患・病変部位毎
 - 国毎: 医療システムとリハの効率・効果の関係

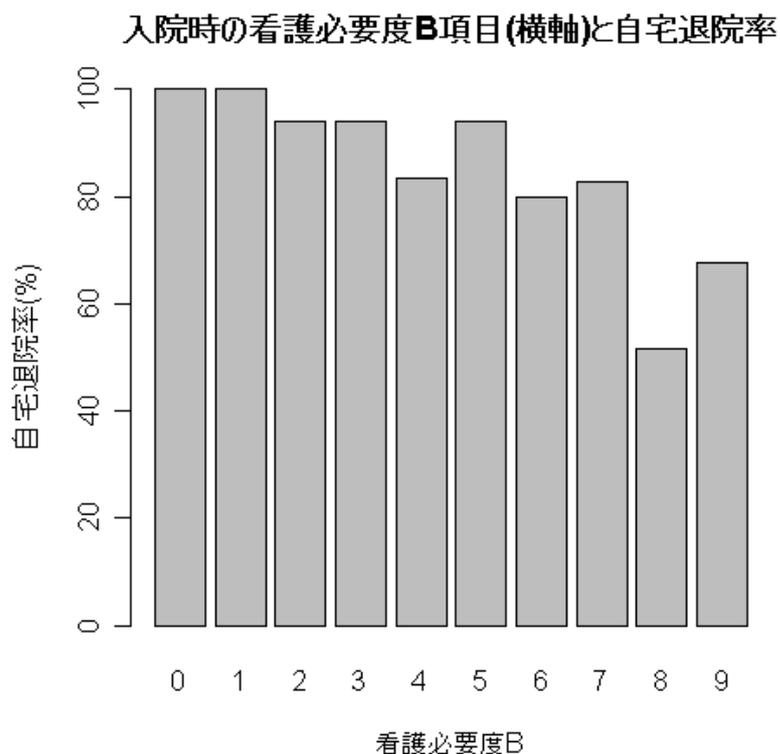


図 4 看護必要度 B 項目と自宅退院率 / 当院 n=563

4.2.2 看護必要度 B 項目に関する当院のデータ

対象 当院の回復期リハ病棟の一つを 2004 年以降に退院した例 (約 7 割が脳卒中)

看護必要度 B 項目の点数計算方法 FIM およびリハビリテーション総合実施計画書の電子データより諸項目を判定し、「安静の指示あり」や「危険行動への対応」という自動計算不能な項目は 0 点とするプログラム (By Visual Basic) を作成した

症例数 電子データの一部が欠損していた例を除外し、最終的に 563 例

図 3 に入院時 FIM と自宅退院率がきれいに相関していることを示す。図 4 および図 5 は入院時の看護必要度 B 項目と自宅退院率の関係であるが、FIM の図と比べると、看護必要度 B 項目はでこぼこで、日常生活機能指標の評価にはそもそも使用できそうにないことが明瞭である。(回帰分析のデータは省略)

当院のデータを図 6(p21) に示す。FIM は軽症でも重症でも改善は小さく、中等症で最も改善幅が大きくなる。同様に看護必要度 B 項目の一点ごとに FIM と関連づけるのではなく層別分析を試みたのが図 7(p22)。入院時看護必要度 B 項目が 10~14 点の重症グループの中での軽症層において FIM で示された日常生活機能の改善幅が最良ということがわかる。

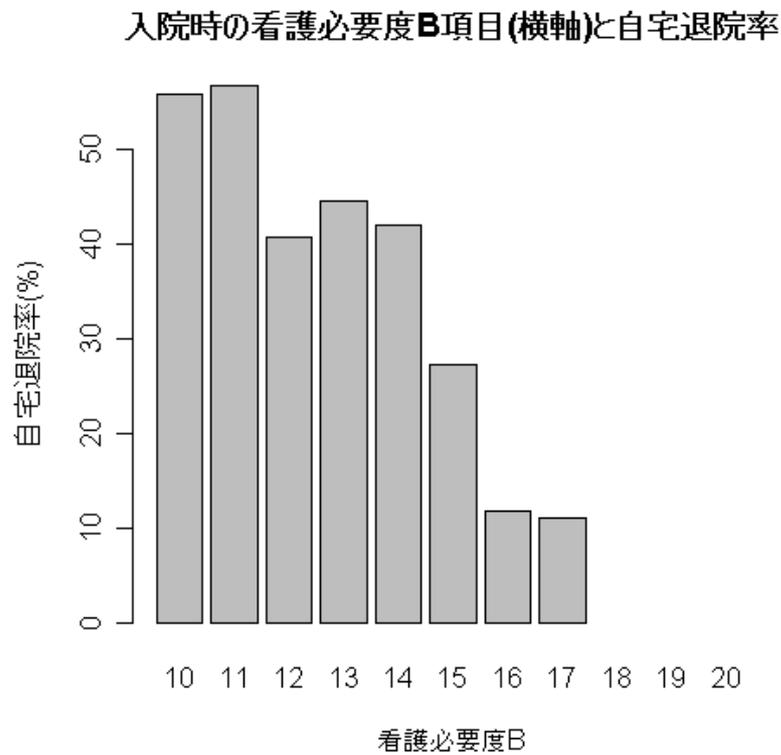


図5 看護必要度 B 項目と自宅退院率/当院 n=563

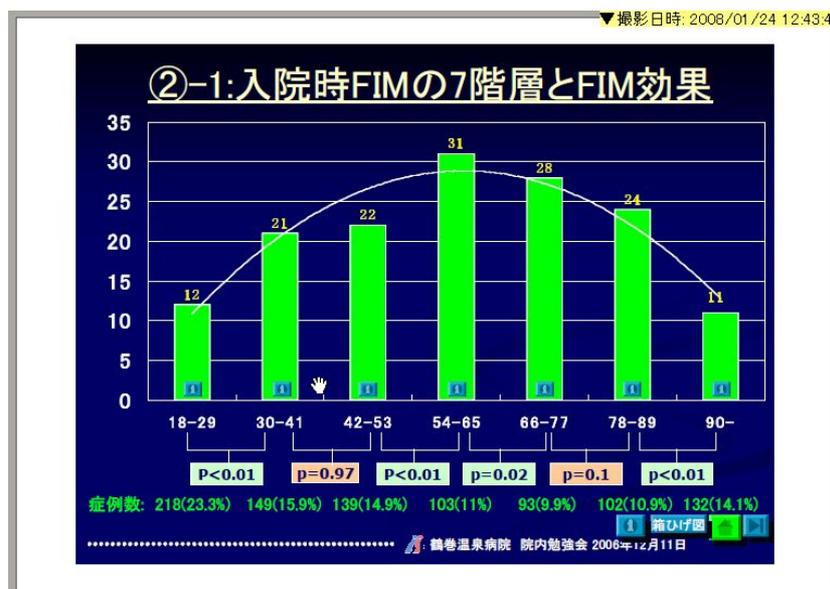


図6 入院時 FIM の 7 階層と FIM 効果/当院

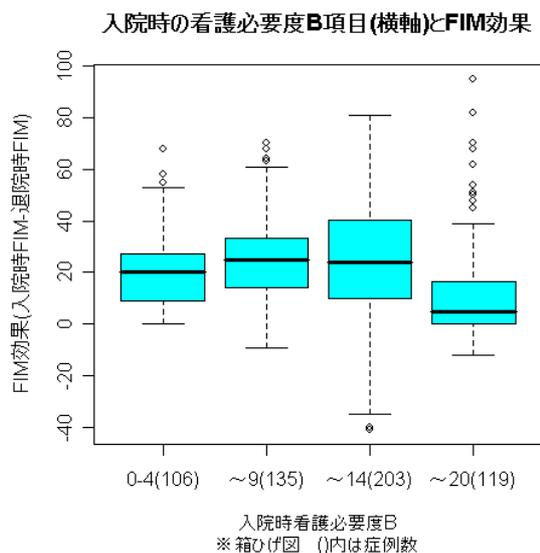


図 7 看護必要度 B 項目の 4 階層と FIM 効果/当院 n=563

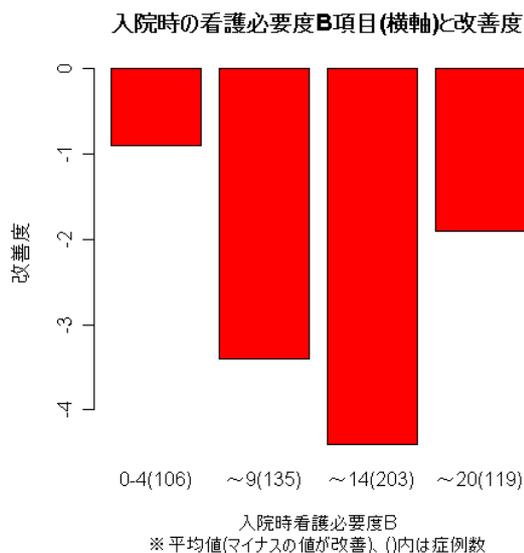


図 8 入院時看護必要度 B 項目の 4 階層とその改善幅/当院 n=563

入院時看護必要度 B 項目の 4 階層と看護必要度 B 項目の改善との関係 (図 19) は FIM の階層と同様な傾向を示している。

図 9 は入院時の看護必要度 B 項目が 0 から 9 点の「軽症」群の点数ごとに、入院時 FIM の箱ひげ図をプロットしたものである。太い横線は中央値^{*8}、箱の上縁は上から 25 % の値、下縁は下か

^{*8} 数値の大きさに並べた時の中間の値。データの数が偶数の場合は、中央の二つの平均を取る

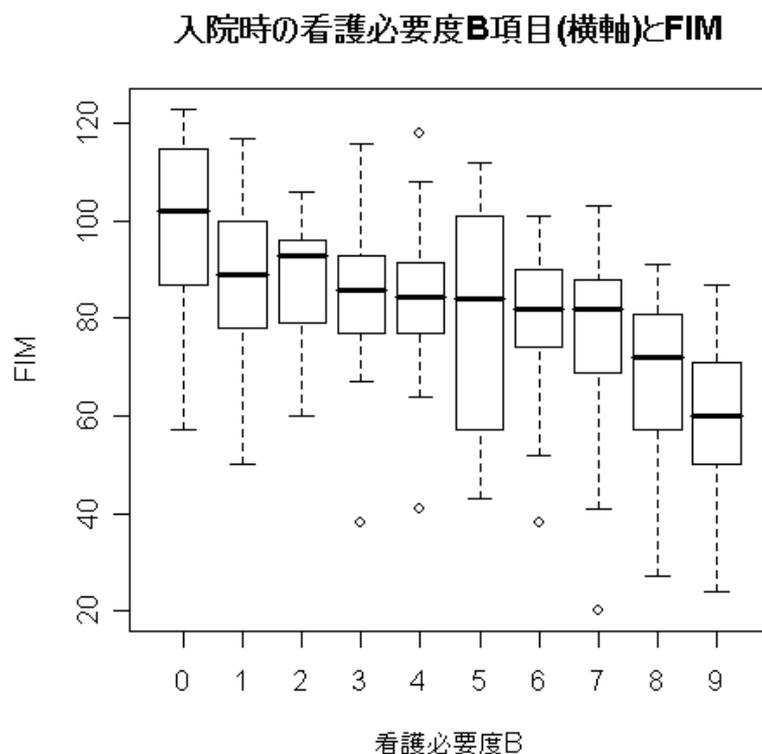


図 9 看護必要度 B 項目と FIM/当院 n=563

ら 25% の値で、箱の上と下にある横線は上限、下限値、 \diamond は外れ値を示している。FIM の中央値との関係はでこぼこ。看護必要度 B 項目は日常生活機能指標として使うにはふさわしくないことがこれをもみても明瞭。

図 9 は入院時の看護必要度 B 項目が 10 点以上の重症群。同様に直線的関係にない。

4.2.3 看護必要度 B 項目の構成

“偽装された”日常生活機能指標で重症 (10 点以上) を相当の割合で受け入れていることが診療報酬加算の必須条件の一つである。厚労省に提出された資料の症例数がたった 189 例であること自体が既に述べたように大問題であるが、その資料にある患者構成には心底驚かされた。

図 11 に示す提出資料と当院の患者分布 (図 12) を比較して欲しい。解説は無用であろう。前者の病院はたったの 20.6% しか重症者を受け入れてない!! 当院は 57.2%。当院の中央値 11 (平均は 9.9)、某病院は 4 である。

ちなみに、年々入院時 FIM の中央値・平均値とも低下を続けており、2008 年 1 月 25 日現在で、私が勤務してる病棟の入院時 FIM 中央値は 39 点、看護必要度 B 項目は 8 割が重症である。

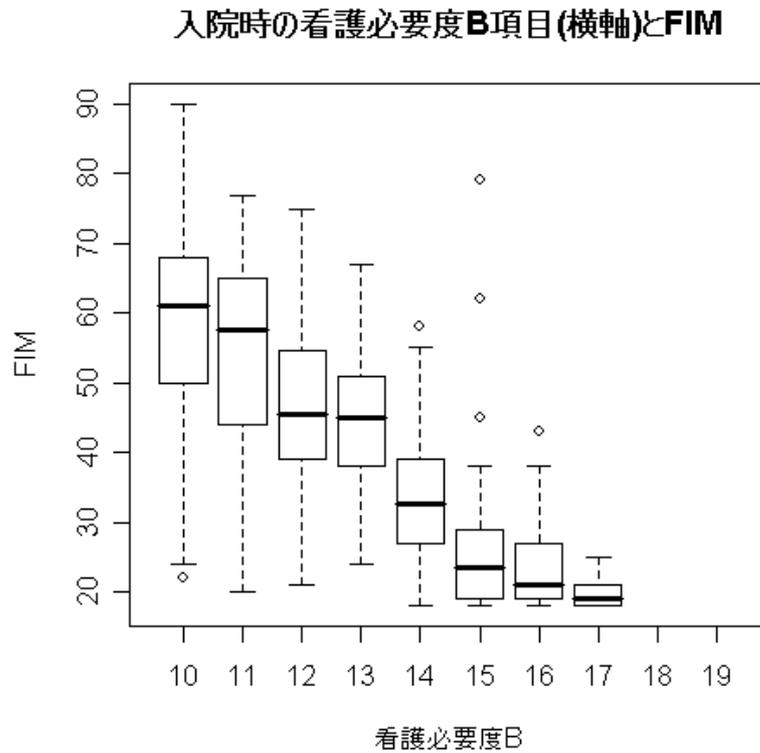


図 10 看護必要度 B 項目と FIM/当院 n=563

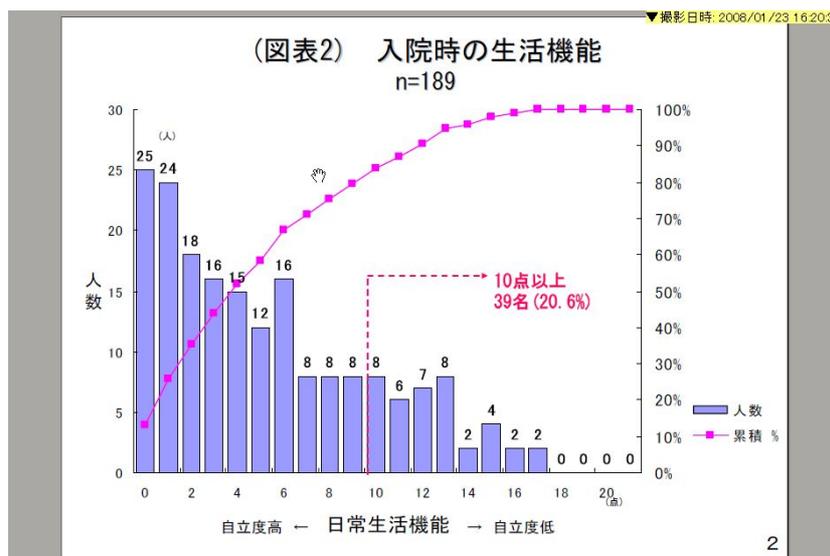


図 11 厚労省に提出された某病院の度数分布図

看護必要度の度数分布表

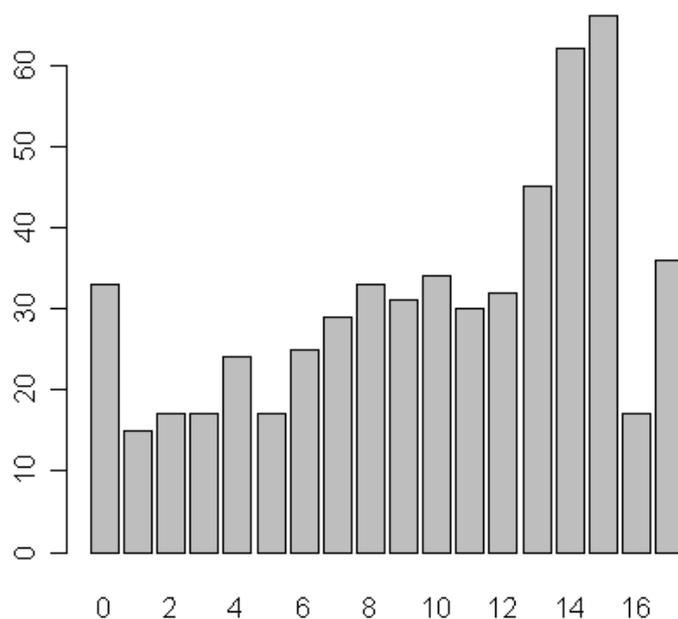


図 12 当院の度数分布図

4.3 全国回復期リハ病棟連絡協議会幹部の背信行動

全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部は早くも 2007 年の 12 月の時点で厚労省に降参していることは明瞭。石川 誠会長名で『重要 緊急連絡』が全国の会員病院に配布された。私はその文面をみて、直ちに「裏切られた。これは背信行為である」と判断し、その瞬間に反対活動をする決意を固めたのであった。

文書は公開されている。<http://www.rehabili.jp/infomation/19hyoukaannnai.pdf> と <http://www.rehabili.jp/infomation/19hyoukaMK.pdf> がそれである。重要なところを引用しつつ解説する。

次回の改定にて回復期リハビリテーション病棟に成果主義が導入されることが確定いたしました。その際、成果を図るツールとして、自宅復帰率、患者の状態の改善度、重症患者の積極的受け入れなどが挙げられていますが、「在宅復帰率」と「日常生活機能指標（看護必要度）」が用いられます

公式発表がまったくないのに確定という言葉を使用することがそもそも不当である。

特定集中治療室、ハイケアユニットに加え7：1看護及び回復期リハ病棟においても判定する方向が決まりました。

まだ決まってない。

「看護必要度に係わる評価票」の記入には院内研修を受けた者が行い、院内研修は所定の研修を終了したもの、あるいは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましいとされています。

厚労省官僚が望ましいと言ったのは事実であろう。官僚が望むことは自由。もちろん従う必要は全くないし、従うべきではない。ところが、

したがって、回復期リハビリテーション病棟において、「日常生活機能指標」を正しく評価できることが必要となります。

したがって!!!

厚労省官僚が望むと表明したことが突然に飛躍して、必要となりますとは全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部連中の従順さよ。官僚が望む事=従う必要がある事とは。

このため、当会としても「日常生活機能指標」(看護必要度)の正しい評価方法の習得は緊急課題と認識し、別紙のとおり平成20年1月から3月に8回の看護必要度評価者研修会を開催することにいたしました。

通常の常識人には、緊急課題という大急ぎの扱いになる理由は決して推測できないであろう。私の見方はこうである。

1. 厚労省官僚は回復期リハ病棟入院料の減額を診療報酬への「成果主義」導入で隠蔽するだけでは不足とみている。なぜなら、「成果主義」導入自体への大反対運動が起こるかもしれないから
2. 厚労省官僚は全国の回復期リハ病棟を有する病院に考える暇を与えたくない
3. 厚労省官僚は「成果主義」導入は既に100%確定した決定事項だと思わせ、あきらめさせるために、全国回復期リハ病棟連絡協議会に対して研修会を開催してはどうでしょうかとやんわりとほのめかしたことであろう。
4. 全国回復期リハ病棟連絡協議会は飼い慣らされた動物のごとく、開催せよとの命令と受け取り緊急で研修会の会場を予約し、大急ぎで全国の回復期リハ病棟連絡協議会所属病院に連絡した

いかがであろうか。厚労省官僚は確かに悪辣であるが官僚とはいつの時代もそんなもの。全国回復期リハ病棟連絡協議会幹部の奴隷根性の方がより大きな非難に値する。

全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部連中は、全国の回復期リハ病棟関係者は“解説書をみたら即座に習得可能な”看護必要度B項目(図2、17ページ)のために緊急で研修会を開催することに疑

問を覚えないはずないことに、当然気づいたと思われる。

厚労省官僚が悪知恵を与えたか、あるいは従順な全国回復期リハ病棟連絡協議会幹部が知恵を絞ったのか**エサ**が与えられることになった。

なお、認定後には当会にて開発したソフトを各病院の参加代表者の方に無料でお配りします。20年度診療報酬改定に対応する重要な研修会となります。

なるほど、なるほど。よくまあ恥知らずなことを言うものである。これはこれで偽装だと私は断定する。

つまりこういうこと。

- 全国回復期リハ病棟連絡協議会に金を払って加盟している病院にソフトを無料で配布するわけではない
- 高額の参加費用と交通費を支払う従順な病院にのみソフトを無料で配布する
- 全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部はそのソフトは日常生活機能指標（看護必要度 B 項目）の記録と厚労省への報告のために必須だと示唆している

普通の社会人ならば、上記のような配布を無料と表現することに違和感を感じるのではないであろうか。解説書を読んだら5分で使い方が理解できる看護必要度 B 項目（生活機能を表すものではない）の“研修”に参加するための費用総額は平均で一人5万円程度になるであろう。もう一度引用する。

当会にて開発したソフトを各病院の参加代表者の方に無料でお配りします

真の費用はソフトの開発と、講師への謝礼であることは明瞭である。無料で配布するという表現は人を馬鹿にしている。

回復期リハビリテーション病棟用看護必要度システムご使用に際しての確認書
回復期リハビリテーション病棟用に開発しましたシステムを活用されることで、貴院での効率よい病棟運営の一助となりましたら幸甚でございます。さて、システム使用に際しては、下記確認事項についてご了解いただいたうえでご利用いただきたく、よろしくお願ひ申し上げます。回復期リハ病棟用の看護必要度システム（株式会社エムピーテック作成）は回復期リハビリテーション病棟用に開発した内容となっています。従いまして、回復期リハビリテーション病棟でご使用いただき、回復期リハビリテーション病棟以外では使用されませんようお願いいたします。

2. システムによって得られるデータは、より良い回復期リハビリテーション病棟のあり方を検討するために活用してまいります。従いまして、必要に応じたデータを全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会へご提出いただくことを前提に、システムを無料で配布していることをご了解いただき、よろしくご協力いただきますようお願い申し上げます。

研修会開催内容

▼撮影日時: 2008/01/25 4:55:25

1. 参加費: 1名につき12,000円

2. 研修会日程

定員 各回共通 120名

回数	月日	時間	会場	最寄り駅
1	1/21(月)	9:00~17:15	東京コンファレンスセンター・品川	JR 品川
2	1/28(月)	9:00~17:15	東京コンファレンスセンター・品川	JR 品川
3	2/18(月)	9:00~17:15	三田 NN ホール	JR 田町・都営線 三田
4	2/25(月)	9:00~17:15	東京コンファレンスセンター・品川	JR 品川
5	3/3(月)	9:00~17:15	東京コンファレンスセンター・品川	JR 品川
6	3/10(月)	9:00~17:15	東京コンファレンスセンター・品川	JR 品川
7	3/17(月)	9:00~17:15	三田 NN ホール	JR 田町・都営線 三田
8	3/28(金)	9:00~17:15	三田 NN ホール	JR 田町・都営線 三田

図 13 看護必要度 B 項目の研修会案内

ソフトの使用制限のお願いとは一体どういうことであろう。

“システムによって得られるデータは、より良い回復期リハビリテーション病棟のあり方を検討するために活用してまいります” とのことだが、当院の 563 例において看護必要度 B 項目と FIM の相関を検討したところ、看護必要度 B 項目は日常生活機能指標として不適切であった。

研修会案内を図 13 に示す。

$$120 \text{ 名} \times 1.2 \text{ 万円} \times 8 \text{ 回} = 1,152 \text{ 万円}$$

2008 年 1 月、当院の回復期リハ病棟運営会議において、そのいかがわしい研修会への看護師の参加が議題に挙げられ、私は即座に発言した。

- 研修する必要など皆無の幼稚なツールの勉強にいくなど時間の無駄である
- 全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部、厚労省、天下り関連のソフト会社がつるんでいる疑いがある
- 参加はやめるべし、どうしても誰かをいかせるならばこの澤田石が行く、そして質問しよう
- 看護必要度 B 項目の項目の大部分はリハ計画書と FIM から自動計算できる。明日にでも『鶴さんデータ』^{*9}にプログラムを追加し、手作業は「医師の安静指示」などだけの入力ですべて 30 秒で完成できるようにする
- 当院が一丸となってやるべきは「成果主義」反対である
- 自分は 2 月の名古屋で反対を広く呼び掛けたい
- 厚労省の天下り関連でマスコミが飛び付くようなネタを探していく

私の発言は当院の温厚な方々にとっては過激なので賛同はえられなかった。

^{*9} 当院で運用しているリレーショナルデータベースシステムの名称。診療記録のエッセンス、病棟の患者管理などに使用。2008 年 2 月の全国回復期リハ病棟連絡協議会の研究大会でポスター発表する。

4.4 明らかにされねばならない諸項目

1. エムビーテックという民間企業について
 - (1) 厚労省官僚の天下りは何人いるのか
 - (2) 厚労省官僚の家族・親族は何人いるのか
 - (3) 全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部がソフト開発を依頼した日付は
 - (4) ソフトが完成した日付は
 - (5) 全国回復期リハ病棟連絡協議会は同社に何円支払ったのか
 - (6) ソフトの使用契約書(毎年金を払う必要があるのかなど)
2. 全国回復期リハ病棟連絡協議会幹部の姿勢などに関して
 - (1) 回復期リハ病棟入院料の減額方針を知ったのはいつか
 - (2) 回復期リハ病棟入院料の減額に徹底抗戦しなかった理由
 - (3) 看護必要度 B 項目の使用に絶対反対しなかった理由
 - (4) いつ屈服を決断したのか
 - (5) なぜ、全国の回復期リハ病棟連絡協議会に意見をもとめなかったのか
 - (6) たった 189 例の一つの病院のデータを厚労省官僚が活用することに反対しなかったのか
 - (7) 189 例のデータは厚労省官僚から「頼まれて」作成したのか
 - (8) 厚労省がデータ収集を依頼した日付は
 - (9) 厚労省がデータ収集を依頼する理由を文書として残していたら公開すべし
 - (10) 厚労省がデータ収集を依頼する理由を文書として残していないなら口頭の発言を文書で公開すべし
 - (11) 全国の回復期リハ病棟のうち、一体どのくらいの病院が自宅退院 7 割および重症率とその改善度合い条件を満たすと想定しているのか
 - (12) 急性期病院で発生する「直ちに自宅に帰れない」障害者のうち、何割が「重症」かのデータがそもそもないのではないか

たった一つの病院のわずか 189 例のデータが中医協の何も知らない「有識者」に提示され、全国で 4 万床以上もある回復期リハ病棟の生死を左右する条件の定義に使用されることが許されていいはずがない。厚労省に要求する。ただちに回復期リハ病棟関連の診療報酬改定案を白紙撤回せよ。全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部に求める、再考せよと。「回復期リハ 成果主義」とのキーワードで google で検索すると驚くほどたくさんのページがヒットする。厚労省の提唱する「成果主義」について肯定的に取り上げている文章はほとんど見当たらない。回復期リハ病棟で仕事をしているリハ専門医等の有識者はすべて猛反発している。

5 医師の専従条件廃止に反対する

5.1 医師が病棟に専従しないことのデメリット

回復期リハ病棟の担当医が複数人おり、それらの医師があちこちの病棟で患者を担当し、外来や検査のために長時間病棟にいないと、看護師は医師の指示を仰いだり、医師に提案することが困難になります。一日のうちに限られた時のみ医師が病棟に来るようではチーム医療など不可能。しかも医師が数人いて、それぞれがバラバラに病棟に顔を出すため、看護師のやりにくさは途方もないものになる。医師にしてもあちこちの病棟にばらばらと患者がいて、外来も検査もと気持ちが分散するため、回復期リハ病棟での診療という特殊な技量は向上しないであろう。

5.2 医師が病棟に専従することのメリット

何しろ一日のほとんどの時間に医師が病棟に常駐しているため、医師とコメディカルとの対話は一日中途絶えることがない。医師が回復期リハ病棟に赴任してしばらくの間は、「俺は医者だ」的な態度を示すことが少なくないが、だんだんと患者を支援するチームの一員という意識に変わっていく^{*10}。

医師が病棟の仕事に専心することはチーム医療を可能とし、実際に多くの病院ではそれまではチーム医療などに関心がなかった医師が他職種協業に慣れていき、全国の回復期リハ病棟において他種類の病棟ではなかなかみられないチーム医療が発展している。

栄養カンファレンスや摂食・嚥下カンファレンスが盛んになっていることも、病棟に医師が専従するからこそである。複数の担当医が非専従ではカンファレンスを開催しても医師がそろわないために、実りあるものとならないであろう。50人程度の病棟に専従医2名いる場合の特定目的のカンファレンスはさらに有益となる。担当でない患者の問題解決にも関心を持つようになり、ついには非担当患者に関して意見を言うようになる。医師と医師との間の壁もだんだんと薄くなり、一つの病棟において全職種が共通の目的意識を持てるようになるのだ。

以上、簡単に医師が病棟に専従することのメリットを述べた。

5.3 回復期リハ病棟入院料の削減が実行されたら病院の対応はどうか？

- 100名の患者さんを医師4名^{*11}でみている場合
 - 半分を解雇して2名とし医師の負担を二倍にする^{*12}

^{*10} 医師を「先生」と呼ぶのでなく「さん」とお互いにさん付けで言い合う病院もある。私個人は2003年8月30日から「先生」を禁止しており、今ではごく一部の慣れない人以外は私のことを「先生」とは言わない

^{*11} 一人25名程度は全国的には少ない方。2002年2月から今日まで回復期リハ病棟で仕事してきた経験からすると、医師一人あたり30名を超えるとまともな診療はできない

^{*12} 私は50人を1.5年間にわたって担当したことがあった。徳洲会病院で3日に1回当直していたころよりもはるかに疲労が蓄積したものである。50人担当がいかに大変かをしていたら決して受け入れないであろう

6 重症者の改善度合:当院のデータ

- 一人を解雇して各医師の負担を 1.67 倍とする
- 3 名を解雇して生き残った医師に 30 人担当させて、残り 70 人については別の医師に病棟かけもちをさせる
- 100 名を医師 3 人
 - 一人解雇して 2 名が 50 人ずつ
 - 一人解雇して、2 名で 60 人、残り 40 人を他病棟の医師 4 名がかけもち
 - 二人解雇して、1 名が 30 人、残り 70 人を他病棟の医師 7 名がかけもち
 - 全員解雇して、100 人を他病棟の医師 10 名がかけもち
- 100 名を医師 2 人^{*13}
 - 一人解雇して、残り 50 人を他病棟の医師 5 名がかけもち
 - 全員解雇して、100 人を他病棟の医師 10 名がかけもち

これまで通りに回復期リハ病棟入院料の支払い条件に医師の病棟専従という条件がつけられていると、“他病棟の医師がかけもち”という方法は実行できない。新たに回復期リハ病棟を立ちあげる病棟は、「成果主義」による加算など有り得ない。だから、厚労省の官僚は 2006 年 11 月 30 日に中医協に「専従医の条件の見直し」を提案した。

上述のごとき医師の解雇や医師の負担増加は、チーム医療から医師が排除されることを意味する。そうならないために、何の苦勞もいらない施設はごく一部であろう。血眼になって、自宅退院 7 割かつ重症者 1.5 割ちょうどを達成することに成功すると、もしかしたら医師の専従を継続できるかも知れないが、無理矢理厚労省の条件を達成することができたとしても、それによる弊害は深刻なものとなる。影響は急性期病院をも直撃することになる。次節でそのことを解説する。

6 重症者の改善度合:当院のデータ

入院時 FIM が 18~41 点の最重症層はおおむね看護必要度 B 項目で 14 点以上 (図 10、p24) である。当院はこのような重症患者のデータを豊富に蓄積している。図 14 をみてわかるのは、このような重症であっても特に若いほど著明な改善をすることが少なくないこと。当院は選別していない。入院時に「さすがにこの方はほとんど改善できないな」と判定したにもかかわらず、予想外の経過を示す事が希ではなかった。どれほど改善するかの予測は集団に対しては可能でも、個々の患者に関してはできないのである。そのことを 6 年の経験で痛感している。

箱髭図よりももっとよくそのことが分かるのは度数分布図。入院時 FIM18-41 の 70 才未満 (図 15) と 85 才以上 (図 16) の図をじっくりとながめていただきたい。比較してどうのこうではない。70 未満は原則として一切断らないで回復期リハ病棟に受け入れて欲しい。85 才以上の高齢の方々は確かに厳しいが、年齢で差別することなくチャレンジして欲しい。当院はそうしている。

回復期リハ病棟の役割の中で自宅退院は基本中の基本で、軽症者に対してはどんな施設だってそれなりの成果をあげることは容易。回復期リハ病棟の役割はそれだけではない。高齢で重症のため

*13 こんなひどい病院もまだあるらしい

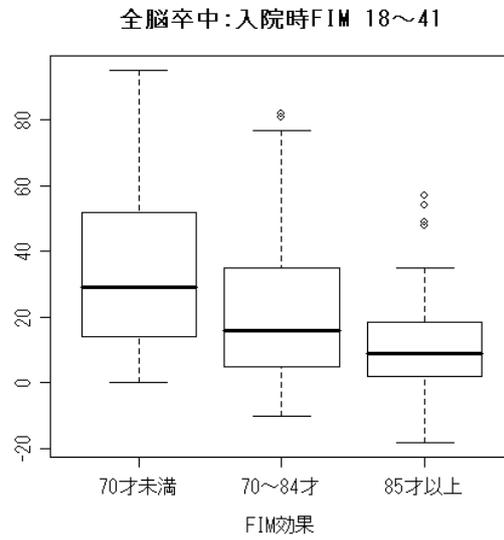


図 14 入院時 FIM 18-41 点の改善度/当院: 脳卒中/n=367

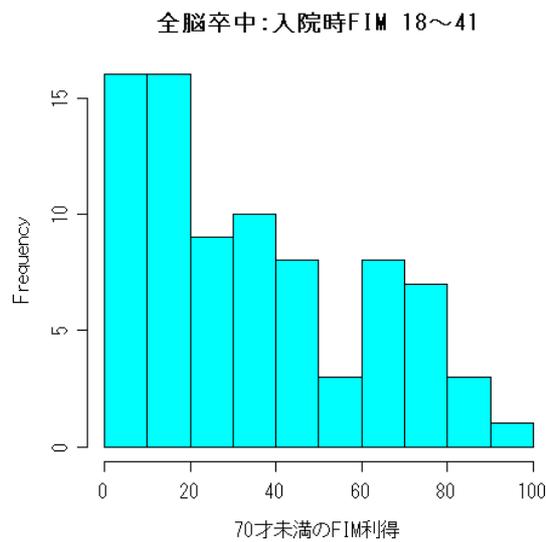


図 15 入院時 FIM 18-41 点の改善度/当院: 脳卒中/70 才未満

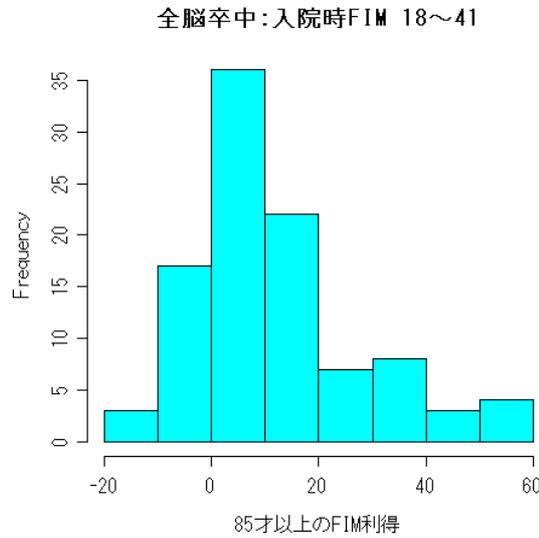


図 16 入院時 FIM 18-41 点の改善度/当院: 脳卒中/85 才以上

自宅に帰れる見込みがほとんどない方々に対してできるだけのことをすることも重大な使命だと確信している。ごく一部において著明な改善があるからというだけのことは無い。実現することはないが、改善が全く得られなかった高齢の方のうち一人でも多くが在宅で尊厳ある最期を迎えられるようにすることもまた大切な使命だと信じる。

私は入院時に極めて重症で 85 才を越えているような患者の家族にこんなふうに語っている。

病巣や年齢を考えるとリハビリによる改善はごくごく小さいものにとどまると思います。びっくりするような回復をする方は何十人に一人くらいはありますが。当面の目標は口の中をもっときれいにし、栄養を改善し、車椅子に乗っている時間をながくし、ともかく刺激を与えることです。そうすることで意識が戻ってくる可能性が高まります。なんとしても食べられるようにしたいです。普通のご飯をしっかりと食べるようになる確率は 100 に 1 つですが、杏仁豆腐など飲み込みやすいものを一口でも。もう一つの目標は笑顔が一瞬でも見られるようになることです。今はご家族が話し掛けても何の反応もありませんが、見舞いに来られたときは、できるだけ声をかけ、手足をもんだりと体にさわって下さい。医者や看護師が話し掛けても何の反応もなくても家族が手足を触りながら、粘り強く話し掛けることを続けると目があくことがあるのです。もっとも大切な目標は、人として尊厳のある最期をご家族が見守る中で迎えられることです。数年前まではこんなに重症の高齢者が在宅で最期を迎えることは困難でした。最近はだんだんと開業の先生が夜間でも往診して看取ってくれるようになりました。そうすべきだと言うものではありません。御家族の方々と話し合い最期は自宅ということであればリハビリチームは全力を尽くして在宅生活の準備に協力していきます。

厚労省が「成果主義」を単独で推進するならば、重症者や超高齢者が回復期リハ病棟の光を受けることなく排除させることはさほど多くならないうが、回復期リハ病棟入院料の減額とセットになれば事実上の診療報酬の一律削減と成果主義による“棄民”がこれまでとは比較にならないほど増加し、社会問題となることは自明ではないか。この文書を読む厚労省官僚と全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部の方々に再考を促すものである。

7 急性期病院と回復期リハ病棟への影響予測

さて、2007年11月16日の時点で既に厚労省官僚は「成果主義」反対論に対して予防線を張っていた。

回復期リハ、成果主義導入へ / 厚労省・原課長（医療・介護情報C Bニュース）

(<http://www.asyura2.com/07/social5/msg/285.html>)

回復期リハ、成果主義導入へ / 厚労省・原課長「成績が良い病棟は評価を高くしていく」

厚生労働省保険局の原徳壽医療課長は11月16日、今月下旬に開催される中医協診療報酬基本問題小委員会（会長＝土田武史・早稲田大商学部教授）で、回復期リハビリテーション病棟への成果主義導入を提案する予定であることを明らかにした。

【関連記事】回復期リハの成果方式「現場無視」厚労省は同日、社会保障審議会の医療部会と医療保険部会で審議が進んでいる「平成20年度診療報酬改定の基本方針」について同委員会に報告した。質疑で、土田会長が「従来、質の評価手法の検討という項目はなかったので、具体的にどのようなことか、説明をお願いしたい」と質問した。

これに対して、原課長は次のように説明した。

「現在考えているのは、回復期リハビリテーション病棟で回復の度合いがどうかという評価。ある患者が回復したから点数が高くなるとか、そういう形ではない。

1つの病棟での回復具合が非常に良い病棟と、悪い病棟を上手に評価する。下手に評価すると『患者選別になる』と言われているので、状態が良い患者でも悪い患者でも合うような評価手法を考えている。成績が良い病棟は評価を高くしていく」

原課長はこのように述べ、「個人」の改善度合いを評価するのではなく「病棟単位」で評価する方針であることを強調した。

原氏は（厚労省官僚は）上手に評価できると公言した。この堂々とした自信満々の姿勢に裏付けがないはずがない。記者会見の時点で全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部との約束ができており、全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部は「上手に評価できる方法」を既に厚労省に提示していたのであろう。その「上手に評価できる方法」こそ、“偽装された”日常生活機能指標を用いた手法なのであった。

「上手」かどうかについての判断は既に述べた。読者に注意を喚起したいのは、2008年11月中旬の時点では、回復期リハ病棟入院料の一律削減が秘匿されていたことである。だから、その記者会見の記事をみた回復期リハ病棟の関係者の少なからずが、肯定的にとらえたのではあるまいか。

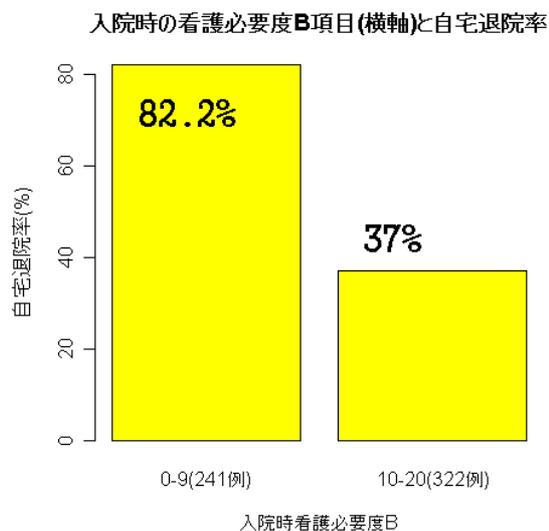


図 17 入院時看護必要度 B 項目と自宅退院率/当院データ: n = 563

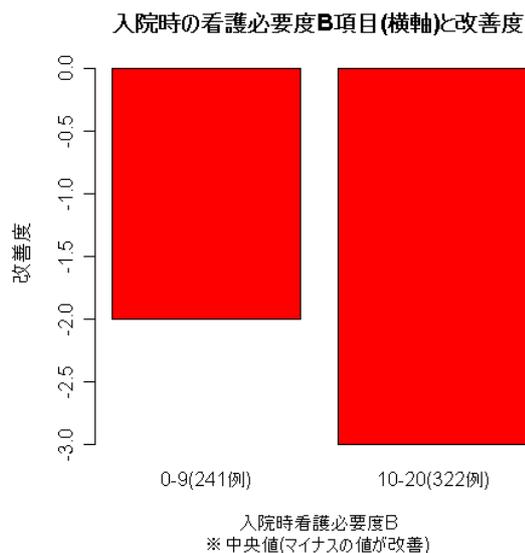


図 18 入院時看護必要度 B 項目とその改善度/当院データ: n = 563

7.1 重症者割合と自宅退院率

当院のデータ 563 例に関して入院時の看護必要度 B 項目と自宅退院率の関係を図 4(20 ページ)と図 5(20 ページ)に示したように、軽症群の大多数は自宅に退院していた。重症群の中で 10~11 点までは半数以上が自宅に退院していた。当院のデータでは、軽症群の自宅退院率は 82.2 %、重

症群は 37.0 % (図 17)。某病院の 189 例中、重症の 39 例の改善幅は平均 1.61 点であったが (図は省略)、図 18 に示すように当院の重症群の改善幅は 3.5 で、軽症群の 2.3 より大きい。

これまでの諸データを総合して、全国の回復期リハ病棟が診療報酬で評価されるための指針となる尺度や計算式を提示してみる

自宅退院率の予測式 当院の軽・重症群での自宅退院率^{*14}を用いると、ある病院の患者群 n 名に関しての式は次のようになる

自宅退院率 (%) = $(82 \times \text{軽症者の数} + 37 \times \text{重症者の数}) \div n$ または

自宅退院率 (%) = $82 \times \text{軽症者の割合} + 37 \times \text{重症者の割合}$

- 重症者が 8 割: 自宅退院率は 46 %
- 重症者が 6 割: 同 55 % (当院の現状)
- 重症者が 4 割: 同 64 %
- 重症者が 3 割: 同 68.5 %
- 重症者が 2 割: 同 73 %
- 重症者が 1 割: 同 78 %

「上手に評価」されて生き残るための方策 例えば、当院ならば重症者を 3 割と半減することで理論的には達成できる。もちろんそのような患者差別は論外であり、そもそも実行不可能。実行可能だとして本当にそんなことをしたら、厚労省による診療報酬の一律削減と成果主義による“棄民”政策への負担である

7.2 重症者割合が不明であることの意味

脳卒中や整形外科疾患等で急性期病院で治療を受けた後に、「直ちに自宅に退院できない」障害者のうち、何割が看護必要度 B 項目で「重症」かが極めて重要。

j 診療報酬加算での必要重症者の割合 (0~1 の実数)

N 地域の急性期病院において担当医が回復期リハビリテーション病棟への入院が必要と判定する患者の数

J N のうち重症者の割合 (0~1 の実数)

n 当該地域における回復期リハ病棟のベッド数

このように定義し、回復期リハ病棟が j 割ちょうど重症者まで受け入れると仮定して考察する

$n > N$ こんなところは全国のどこにもないので考察不用

$n = N$ これもあり得ないと思われるが考察に値する

$j = J$ この場合は地域の急性期病院と回復期リハ病院とが完璧な入退院調整をしたら理論的

^{*14} 注意:当院の回復期リハ病棟は 50 人に患者に対して、PT/OT/ST が 8/7/2 名程度とマンパワーが比較的充実しているため、マンパワーが足りない施設では係数はもっと低くなる

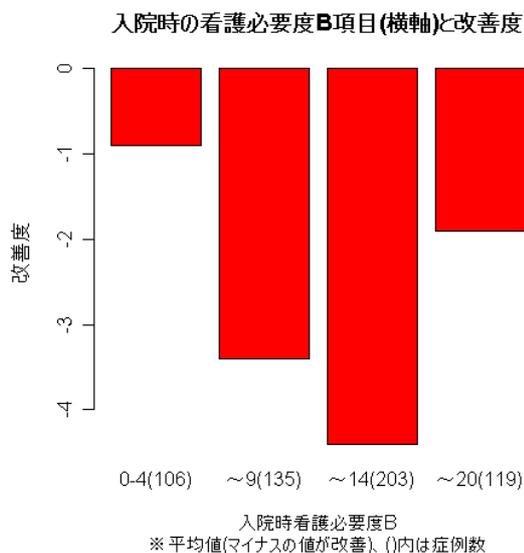


図 19 入院時看護必要度 B 項目と改善度/当院データ: n = 563

には全回復期リハ病棟は適切な重症割合を達成できるが、現実には不可能

$j < J$ 診療報酬の一律削減と成果主義による“棄民”が少なくとも、 $(J - j) \times N$ 人発生し、急性期病院のベッド稼働率が低下する

$j > J$ この場合は重症者の奪い合いがおこる

$n < N$ どこでも現状はこうであるが。これまでも $N - n$ 人は回復期リハ病棟に入院できなかったのではあった。しかし「成果主義」がなかったために、当院のように重症者をたくさん受け入れていた病院が少なくなかった。「成果主義」が導入されたらば、 $N - n$ 中における重症者の割合は更に高まることであろう。

7.3 全国の回復期リハビリ病棟の現状

リハビリをしたら自宅に退院できそうな患者を主として受け入れているところが病院が少なくない。そのような病院は重症者がたった二割程度しかいないため、確実に自宅退院率7割を超えるため、厚労省の成果主義導入により、一律に削減された報酬を自宅退院率7割という成果のおかげである程度は補うことができる。

逆に重症の方々を差別することなく受け入れてきた病院は、入院時の重症割合が5~8割にもなりため、自宅退院率は絶対に7割に到達しない。ちなみに私が勤務している病院は3つの病棟があり、現時点で重症者が7~8割のため、自宅退院率は5割そこそこ。それでも自分の病院は50人に対して医者二人、理学療法士8~9人などと全国の回復期リハビリ病棟の中でもトップクラスの人手を確保しているので、重症の方々であってもかなりの改善が得られている。

地域の障害者の方々のために、救急病院から棄てられる患者さんが一人でもすくなるために

と、重症を断らないで頑張ってきた病院は厚労省の一律報酬削減により大変な事態におちいる。真面目な病院が真面目でありつづけると『成果』など絶対に達成できないから、ただただ収入が大幅に減じる。私の病院は150床なので、『成果』が達成できないと、一日千円の減収だと五千四百万程度の収入源となる。私は重症の患者さんを切り捨てない方針は継続するべきだと唱えてはいる。

赤字よりももっと重大なことは、診療報酬の一律削減と『数値目標』による『成果主義』の同時実行が実現されると、急性期病院に入院した最も重症の方々の行き場がなくなり、棄民化すること。自宅に戻れる見込みが最もない方々が、無理矢理に自宅に戻されることにより家族が失業してワーキングプア化(税金も年金も保険料も払えなくな)することが社会問題となることであろう。

最も重症の方々は、歩いて自宅に帰れることはすくないが、実はもっとも回復期リハビリ病棟に入院すべき人々である。急性期病院では口をきれいにしたり、口から食べるためのリハビリがほとんど行われない。単純に忙しいし、口をきれいにしたり、口から食べるためのリハビリをする人が不在だから。口をきれいにできないとすぐに肺炎になり、少なからずの重症者は死亡する。回復期リハビリ病棟では口をきれいにすることが看護師の仕事の中で基本中の基本でしっかりとしているため、めったなことでは肺炎などおきない。食べるためのリハビリは回復期病棟のSTという専門職が中心となり毎日おこない、最も重症の患者さんでも口から食べるようになることが多い。

7.4 厚労省の政策がもたらす直接的効果

- 最もリハビリを必要とする、最も重症の障害者の方々が回復期リハビリ病棟にほとんどいけなくなる
- 最も重症の障害者は、回復期リハビリ病棟"以外"の療養病棟からみると、一番受け入れ困難(受け入れたくない)の方々であるが、そのような方々を急性期病院は一日も早く療養型病院に転院させるためにがんばらざるを得なくなる
- 最も重症の方々は回復期リハビリ病棟に入院できたら、2～3割は驚くほどの回復をして自宅に戻るのに、そのような方々は回復しないために寝たきりになる
- 最も重症の方々は回復期リハビリ病棟に入院できたら、大多数の方は少なくとも食事をすべて口から食べることができるようになるのに、一生懸命食事できなくなる
- 最も重症の中で気管切開手術を受けている患者さんは、回復期リハビリ病棟に入院できたら、大多数の方は気管に明けられた穴がふさがれて、話ができるようになるのに、一生懸命話すことができないままとなる
- 急性期病院は例えば平均在院日数が20日を越えると診療報酬が減額されるため、最も重症の方々をなんとかして、自宅退院させたり、別の病院に移す様に家族に圧力をかける
- 「別の病院」は「胃瘻」という手術しないと受け入れないので、必要のない胃瘻手術がたくさん実行される(医療費の無駄: 胃瘻手術は食べるためのリハビリを何ヶ月かやって、口からすべての栄養を摂取できないという結果が出てからするべきもの)
- 最も重症の障害者の方々が急性期病院でどこか別の病院への転院を待っている間に肺炎で死亡する数が増加する

7 急性期病院と回復期リハ病棟への影響予測 急性期病院と回復期リハ病棟、双方の事務作業増加

- 最も重症の障害者の方々という、自宅でみるのに最もふさわしくない方々が無理矢理自宅に戻されることが多くなる(家族は見捨てられた思いにならないはずなし)
- これまでは急性期の脳卒中関係の診療科と回復期リハビリ病院とは仲良くやってきたが、回復期リハ病院が重症者の中でも比較的軽い人だけを2割だけ入れる方針をとるために、互いの軋轢が増す
- 自宅退院率7割を達成できない病棟はごまかしをする
 - 急性期病院からまっすぐ自宅に戻れる極めて軽症の人を、無理矢理に回復期リハ病棟に入院させるようにして、自宅退院7割を達成しようとする
 - 回復期リハビリ病院に入院する必要がない人がベッドを常にある程度うめるために本当にリハビリを必要とする人が排除される
 - 厚労省等に提出するデータそのものをごまかす
 - 回復期リハビリ病院から他の病院や施設に行く患者さんを、一日とか二日だけ自宅経由としてもらう
- 人手をたくさん確保して赤字ぎりぎり頑張ってきた回復期リハビリ病院が人手を減らすことにより、リハビリの『成果』(自宅退院率では表現できない本当の成果)が小さくなる
- これから人手をたくさん確保しようと本気で決意していた回復期リハビリ病院は、人手を増やす「前に」、自宅退院率7割を最優先せざるを得なくなる。
- 無理矢理に「自宅退院率7割」を達成できても、患者さん一人当たりの診療報酬の一律削減をおぎなうほどでない場合は、人手を増やすことができない

7.5 急性期病院と回復期リハ病棟、双方の事務作業増加

急性期病院の担当医は看護必要度 B 項目の点数を入院申し込み時に記載せざるを得なくなると予想される。点数の合計だけですむわけがない。厚労省が急性期病院の看護必要度 B 項目を回復期リハ病棟においては日常生活機能指標と詐称することの悪辣さは何度も指摘してきたが、同一の評価ツールを強制する理由には「ごまかし」を防ぐ、あるいは後からごまかしを発見しやすくするという理由もあるのは間違いないのである。

急性期病院のデータと回復期リハ病棟の入院時看護必要度 B 項目の合計だけではチェックするに不足である。つまり、転院時に急性期病院から電子データあるいは紙で回復期リハ病棟に必ず送るように規制されると私は予想する。回復期リハ病棟は入院したその日に看護必要度 B 項目を記録することが求められ、双方の病棟は厚労省に電子データを定期的に報告することが義務づけられることすら考えられる。

全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部らが1万2000円もする参加費を払って講習会に参加した施設にソフトを無料で配布する条件として、

必要に応じたデータを全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会へご提出いただくことを前提に、システムを無料で配布していることをご了解いただき、よろしくご協力いただ

きますようお願い申し上げます

としている (p27)。もちろんお願いなので、私は拒否しろと主張するのであるが、大多数の回復期リハ病棟は従順であるからお願いすなわち事実上の強要となることを疑わない。

もっと悪いことがある。申し込み時だけでなく、変化があれば遅滞なく連絡するように回復期リハ病棟は要求することであろう。なぜなら、回復期リハ病棟は重症者の割合を管理したいのであるから、実際に入院したら予定した重症でないと“困る”ことになり、逆に軽症が重症になっても“困る”からである。

急性期の病棟では看護必要度 B 項目の事務作業が繁雑になることは間違いない。入院申込時の負担は医師であろうが、その後は看護師の負担になるかも知れない

厚労省が何か新規のことをする度に書類が増加し、患者を直接診療する時間が削減されてきた。医師も看護師も数が足りない中で近年事務作業は増加するばかり。今回の厚労省の政策が実現するならば、余計な事務作業の増加は必至である。この一事だけでも大反対運動を開始する十分な理由となる。

7.6 急性期病院に重症者の中でもより重い患者が残る

回復期リハ病棟入院料の減額と「成果主義」の双方が実行されるという最悪の事態となれば、回復期リハ病棟にはどのようなインセンティブが働くのであろうか。

1. 厚労省が決めた割合の重症患者を維持しよう-これは極めて強力
 - 重症者割合が不足していた施設では、より軽い重症者を選ぶ
 - 重症者割合が多すぎて自宅退院率が不足していた施設では、やはりより軽い重症者を選ぶか、または重症者の数を制限する
2. 付き合い上で厚労省が決めた割合を越えるような場合は、重症者の中でもより軽い患者を求める。図 19(p37) をみてわかるのは看護必要度 B 項目が 10~14 点ならば厚労省の求める点数をかせげそうなこと、図 5(p21) は 10~13 点ならば、4~5 割の確率で自宅退院できそうなこと。このインセンティブも極めて強気に働くことであろう。

以上により、急性期病棟には最も自宅退院が困難な重症者が事実上の診療報酬の一律削減と成果主義による“棄民”として残されることになる。これまでも極めて重症の患者は行き場がなくて、医療保険療養病棟への転院まで三ヶ月以上も入院を続けざるを得なかったことが少なくなかった。待機している間はリハビリテーションなど満足に受けられず、口腔ケアは不十分、尿路カテーテルは入れっぱなし、更に悪いことに診療報酬を得るために胃瘻が造設されていた。そのような患者は邪魔者扱いされ踏んだり蹴ったりであった。急性期病院の診療報酬算定における在院日数が中央値ではなく平均値であることが、この問題は更に深刻にする。無理矢理自宅に帰されることがこれまでよりはるかに多くなる事であろう。そのような事態が訴訟の増加に結び付かないとは考えられない。急性期病院だけでなく国家 (厚労省) も被告になることが増加することであろう。

絶対的な不幸の境遇にある方が飛躍的に増加する「改革」を是非とも阻止しよう。

8 結論

厚労省の政策万が一実行されたら全国の病院にもたらす効果はこのようになる。

1. 全国の回復期リハビリテーション病棟において、総じて人減らしが進行
2. 全国の回復期リハビリテーション病棟において、総じて診療の質が低下
3. 全国の救急病院における脳神経外科や神経内科病棟において、行き場がない重度障害者のベッド占有の長期化
4. 急性期病院の脳神経外科や神経内科と回復期リハビリ病棟医師らとの協業を阻害 (離反を促進)
5. 全国の救急病院における脳神経外科や神経内科病棟において、満床状態が多くなることにより、脳卒中患者の救急車受け入れが更に困難に (満床のためにお断り増加)
6. 全国の救急病院において、自宅退院の可能性が小さい脳卒中患者 (特に 75 才以上の後期高齢者等) の受け入れお断りが増加 (それまでは自宅で元気な方々のこと)
7. 療養病院、介護施設、特別養護老人ホームに入院・入所中でもともと生活機能が低下している方が脳卒中になった場合に、救急車を呼んでもあちこちから断られることが増加 (行き先が見つからなくて、交渉している間に亡くなってしまふことが多くなる)

回復期リハ病棟入院料の理不尽な減額と「成果主義」がセットとなり実行されるならば、日本が世界に誇るに足る回復期リハ病棟の制度は崩壊に向かうことを疑わない。

厚労省が実行しようとしている政策は言葉の真の意味で悪である。その悪に加担してるのがあるうことが全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部らである。

今度の政策変更は人と人とを離反させる方向にのみ働く。医師の専従条件廃止 1 つとってもそれはチーム医療の破壊である。急性期病院と回復期リハ病棟病棟とはこれまで協業してきたが、これからは離反していく。急性期病院においては無駄な事務作業が増加し、行き場のない患者と医療者の離反が強まりる故に、急性期医療からの医師の撤退が増える他ない。もちろん、急性期病院のベット稼働率低下により救急車の「たらい回し」は、更に多くなる。

厚労省官僚よ、医療崩壊の加速度を増加させる政策はもう止めにしなさい。現場に足を運んで現場の人々と語りなさい。医療は社会的公共財産ではないのか。現場の医療人と厚労省の官僚が協業して、この国の政策を変えていけばいいのであり、そのことは可能である。

9 アピール

9.1 地方自治体職員の方々へ

まず現在の状況を把握すべし。

- 地域において回復期リハ病棟を必要とする患者の看護必要度 B 項目 (生活機能を表すものではない) の 4 層の割合を推計
- 回復期リハ病棟に入院する必要が何人いるか (R) 推計
- 回復期リハ病棟のベッド数 (r) を確認し一ベッドあたりの年間回転率 (r_y) を推計
- 老健施設のベッド数 (rk) と一ベッドあたりの年間回転率 (rk_y) を推計

以上の数値を仮説として、地域において現状に関する数値を算出する。

r_y および rk_y ならば、何人が回復期リハ病棟への入院ができないか—成果主義前の難民数。

「成果主義」が実行されたら、 r_y および rk_y が一定ならば、何人が難民となり、そのうちの何人が棄民になりそうかを推定すること。決して困難な作業ではないと思う。早期に推計値を出してほしい。

9.2 国会議員の方々へ

本書を読んで、

数値目標による成果主義は我が国の公的医療を破壊する癌腫である

という仮説が偽であると一点の曇りなく確信できない限り、次のような行動をして欲しい

- この私を含めた回復期リハ病棟関係者に尋ねてみる
- 厚労省官僚を呼びつけてたずねてみる
- ある程度勉強後に問題だと認識したら、国会で質問する
- 脳卒中後遺症関係の患者や家族団体にたずねてみる
- 多田 富雄氏などリハビリテーション打ち切り政策に反対の声をすでにあげている公的な人々にたずねてみる

9.3 善良な厚労省官僚への呼びかけ

この度の厚労省の政策変更案は、重症ではあるが十分に回復する可能性を有する障害者から回復への挑戦を奪うものである。挑戦するチャンスを奪うのは厚労省のあなた方であり、それに加担しているのがあろうことか全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の幹部らである。

チャンスを奪われた障害者は早期に死亡するか、重い障害から回復しないで生きる喜びを失ったままで生涯を終えることになる。

厚労省の政策変更の本質は、“金を節約するためだけの” **重度障害者の人格否定**であり、**計画的な早期死亡の誘導**にほかならない。法的には、意図的かつ直接的行為による殺人という刑事犯罪であると直ちに断定できないが、厚労省の新政策が万が一実行されたらば、薬害エイズ事件のごとき怠慢の罪 (*sin of omission*) よりもずっと重大な作為の罪 (*sin of commission*) として、司法の裁きを受けることになる。

診療報酬の一律削減と成果主義による“棄民”の遺族の方々のたった一人が提訴することであなたは、あるいはあなた達は刑事で犯罪者とされ、民事で損害賠償責任を課されるかもしれない。なぜならば、全国でリハビリテーション医療に従事している人々が、あなたの方の政策がもたらす帰結を公開で警告するからである(もちろん私はその一人)。公開で声明する対象は、

- 全国の回復期リハビリテーション病棟で働く人々
- 全国の救急病院の脳神経外科、神経内科、整形外科等の障害者を診療する部門
- 障害者の生きがいを守ることを目的とする団体や個人
- 医学生、薬学部生などの医療系の学生諸君
- ジャーナリスト
- 中央ないし地方の代議士
- 一般市民(街頭で)
- 厚労省の官僚
- 財務省と総務省の官僚
- その他

である。

長期にわたる訴訟過程の結果として、有罪ないしは有責とはならないかも知れないが、あなた、あるいはあなた方(とご家族)の心労はいかばかりであろう。保身という一点だけからも、このたびの政策を白紙撤回しなければならぬと私はアドバイスする。

私は厚労省官僚の圧倒的多数には公的精神が欠如していると断定するが、自分と自分の家族の幸福を最優先する善良な方々(普通の人々)であると信じている。民間企業であれば、変人が生き延びる余地もあろうが、官僚組織の中で同期の人々と同程度の速度で昇進するためには規定の路線を守るほかないことを知っている。

厚労省官僚の方々よ、例えば [google\(http://www.google.com/intl/ja/\)](http://www.google.com/intl/ja/) で検索してみよ。

KEY WORD = "回復期リハ 成果主義"

私は2007年11月以来何度も実行してきた。あなた方がしようとしている「成果主義」に関して賛同している意見は1つもみあたらなかった。たった今^{*15}、[google](http://www.google.com/) で検索を実行したら、1,610件と昨日よりも増加していた。私には時間が少ないため、1,610のうち、100件程度だけしか閲覧できなかったが、あなたがたの政策に賛成してる意見はただの1つもない。

9.4 医療関係者の方々へ

私は明言した。

数値目標による成果主義は我が国の公的医療を破壊する癌腫である

^{*15} Tue Jan 29 01:42:09 JST 2008

多くの回復期リハ病棟関係者は2008年1月30日に厚労省が中医協に提案した内容を、条件の緩和(p46参照)とみなし、ある病院の事務長は「少しは安心。なんとか当院は数値目標を達成できそう」とほっとし、別のところの事務長は「数値目標を達成できてないようだ。達成のために患者の選別方法を見直そう」と危機感をいだいたり、低いレベルの、つまり私的利益のレベルでしか受け止めていないと思われる。

数値目標による成果主義は我が国の公的医療における初の試みである。手術であれ、薬であれ、医療手段は人の生き死にかかわるゆえに、新たな試みは、専門職集団の年余にわたる研究の積み重ねを基礎とした科学的仮説として提案され、実行されてきた。科学的仮説とは、実験を開始する前に、成功か否かの定義が明確であり、現実に成功か失敗かを判定できること。

さて、厚労省が中医協に提案した“新たな試み”はどうであろう。リハビリテーション医療・医学などの医療世界における基礎を全く欠いている。医療における新たな実践は常に患者の利益増進を目標としているが、厚労省案の目標は医療費の削減のみである。それどころか、看護必要度B項目(生活機能を表すものではない)を日常生活機能指標と詐称するなど、医学関係者からみたら信じがたいことを平気で実行しようとしている。厚労省は「成果主義」の成功ないし失敗の定義をまったく明らかにしてない。「もしこんな結果がでたら止めます」と簡単な表現すら一行もない。

奮起せよ!

本日から、自分の病院の中で議論を巻き起こし、関連する病院の知人と連絡をとり、全国の同業者と連絡をとり、報道関係者、国会議員、患者・家族団体、厚労省の審議委員などに電話したり、メールを送ったり、文書を送付したりと、**意見**を広くうたえていくべし。言葉の力は偉大なものがある。

「数値目標による成果主義は我が国の公的医療を破壊す癌腫では“ない”」と万全の確信をもって言い切れない限り、あなたは行動しなければならない^{*16}。

一度、数値目標による成果主義が導入されたら、回復期リハ病棟に関しては毎年のごとく数値目標が引き上げられ、それとともに回復期リハ病棟の士気はどんどん低下していき、診療報酬の一律削減と成果主義による“棄民”はますます増加していくことであろう。それだけではない、厚労省は回復期リハ病棟で**試行**した後は、回復期リハ病棟以外の療養病棟にも「成果主義」を導入すると公言している。私は本文書で厚労省官僚を**間接的殺人者**よばわりまでして警告している。厚労省官僚は**試行**と簡単に言っているが、**試行**による災害を受ける市民は最も弱い立場にある患者だということをせめて知識として理解できていたら、このような提案はしなかったはずである。提案後に全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部以外に、広く全国の回復期リハ病棟関係者に意見を募ることを全くしていない。インターネットでたった7日間、パブリックコメントを求めたという事実は、意見募集などと言えるものではない。

医療関係者に求める。厚労省の数値目標による成果主義がもたらしそうな結果に関して、一人一人が生言葉で官僚、政治家、マスコミ関係者に公的に警告していくことを。

^{*16} あなたの関心が私的利益にのみあるとしても。なぜなら、癌腫は医療を破壊していきあなたの雇傭や給料にも影響することが必至だから

警告すると同時に止めると叫ぶことももちろん。

10 報道関係者の方々へ

報道関係者の方々には市民に真実を知らせるという公的使命がある。是非とも関係者を取材して、現場の実態を調査してほしい。

1. 救急病院の脳神経外科医師らに対して質問
 - (1) 回復期リハ病棟へ転院した方が良い患者さんのうちのどれくらいの比率で回復期リハ病棟から入院をことわれ、リハビリのない療養病院に転院しているのか
 - (2) 回復期リハ病棟に転院する必要がある患者さんが、MRSA 保菌というだけで回復期リハ病棟への転院ができなかったり、転院まで相当の時間がかかった事例はあったか
 - (3) 気管切開された患者さんを断る回復期リハ病棟はどのくらいあるのか
 - (4) 厚労省が導入しようとしている回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」について知っているか
 - (5) 知っているとしたら、あなたの意見は
2. 回復期リハ病棟で仕事をしている医師らに質問
 - (1) 厚労省が導入しようとしている回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」導入についての意見は
 - (2) あなたのところは MRSA、気管切開、認知症のため抑制されている患者さんに対する扱いはどうしているか
 - (3) あなたのところは、回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」導入が開始されるとしたらどのように方針を変えるか
3. 重度の障害があるにもかかわらず回復期リハ病棟に転院できなかった患者さんの家族に質問
4. 全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部に質問
 - (1) 回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」導入の是非に関して、何故全国の回復期リハ病棟連絡協議会加盟病院に意見を求めなかったのかの理由
 - (2) 回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」導入に対する意見
 - (3) 回復期リハ病棟の入院料削減に対する意見
 - (4) 医師の専従条件緩和に関する意見
 - (5) 正式に決定していないのに、“偽装された”日常生活機能指標の講習会開催とその参加を緊急で全国の回復期リハ病棟に呼び掛けた理由とその経緯
5. 厚労省の関係部署の責任者に対して質問
 - (1) 看護必要度 B 項目 (生活機能を表すものではない) の使用に関して、リハビリテーション医療の専門家に意見を求めなかった理由
 - (2) 全国の回復期リハ病棟からランダムに抽出して調査するのではなく、某病院の 200 例に満たないデータを採用して、公文書に記載した理由

- (3) 全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部と飲食店で会合したことが一度でもあったのか
 - (4) 全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部と飲食店で会合したことが一度でもあったとしたら、費用はワリカンであったか
 - (5) これまで毎年数回は全国回復期リハ病棟連絡協議会の研究会等であなた方は講演してきたが、謝礼の額はいくらであったか
 - (6) あなたがこれまで視察した、回復期リハ病棟はどこどこであったか
6. 日本におけるリハビリテーション医学の指導者らにインタビュー
- (1) 回復期リハ病棟の診療報酬への「成果主義」導入についての見解
 - (2) 米国においては、保険会社が財布をにぎっているために、「短期間のうちに成果が出そうな方にのみ集中的なりハビリテーションが行われる」ことを確認し、そのことに対しての意見を求める^{*17}
 - (3) 米国においては、保険会社が財布をにぎっているために、「短期間のうちに成果が出そうな方であっても高い保険料を払ってない患者は集中的なりハビリテーションを受けられない」ことを確認し、そのことに対しての意見を求める
 - (4) 全国のごとき「成果主義」のりハビリ体制と、日本の回復期リハ病棟とを比較しての見解を求める

11 厚労省の政策がより具体化 (H20/1/30)

2008年2月6日に厚労省保険局医療課規格法令第1係(電話 03-3253-1111[内線 3288])に問い合わせたところ、あっさりと、**老健施設は保健医療機関に含まれません**との回答。考えてみれば当然のことである。このため本節の内容を大幅に修正した。

厚労省官僚は、日本医師会やナントカ学会の幹部連中^{*18}の見解を団体の総意と勘違いすることが多い、あるいは団体幹部の意見が団体で広く議論された結果の集約ではないと知っていても利用できる場合は悪用する。

2007年の11月から厚労省は「自宅退院率7割」程度を条件とする“医療費抑制のための”「成果主義」導入の既成事実化を強力的に推進してきた。全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部がそれに同調して、信じがたいことに正式に決定していない“偽装された”日常生活機能指標という愚劣なシロモノのための講習会を緊急で1月から3月まで8回にわたって開催することにしてしまった(p25参照)。ここまではシナリオ通りであったろう。

パブリックコメントは後から公開しないとしないので、厚労省は本当はやりたくないだろうが法律で決まっていることなので、例によってたった一週間の募集期間で実施し、2008年1月25日

^{*17} 米国の急性期リハビリテーション施設は、保険会社からFIMという評価手段で一日一点程度の改善が求められる。米国の急性期リハビリは一ヶ月未満である。患者一人あたりの人手も、一日あたりのリハビリ時間も日本の二倍近い。繰り返すが、集中的なりハビリを受けられるのは一ヶ月以内に急速に改善する見込みがある金持ちのみ。

^{*18} 一般には多くは現場の意見など吸い上げることもなく、意見集約することを考慮すらない老人集団

に締め切った。厚労省官僚はマスコミにたたかれることを非常におそれる。世間の市民一般が想定するよりも官僚というものは人々の意見に敏感である(意見というよりムードという方が正確)。厚労省の失態を誰かが発見した時に、その人が上手に報道機関などに一斉に発表することにより、一気に厚労省官僚が攻撃される事態はこれまでに幾度もあった。

厚労省官僚は常に市民の意見の潮流を観察している。政策の細かいところを最後の最後まで秘匿するのはなぜか。

1. 実施直前に発表することにより有効な反対運動が形成されにくくなる
2. 最後まで選択肢をとっておきたい。つまり、市民らの意見の風向きによっては、土壇場で数値を変更できる余地を残したい。マスコミの袋だたきにあうような致命的なミスはなんとしても避けたい

厚労省官僚に寄せられたパブリックコメントの内容と、ネット検索(KeyWord="回復期リハ" and "成果主義"etc)の結果で判明したことは以下の事実でないはずがない。

- 回復期リハ病棟の診療報酬に「成果主義」を導入することに強力に反対する意見がたくさん寄せられ、賛成はなかった
- インターネット上のブログでは厳しい批判ばかりで、肯定的な意見を表明している人は皆無
- インターネット上での報道も批判的な調子のもものばかり

厚労省はこのようになることは最初からわかっていたことであろう。厚労省官僚は全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部連中の見解が回復期リハ病棟の現場の人々の意見を集約したものでないし、回復期リハ病棟を有する病院幹部の意見をまとめたものでもないことを知っていたと私は推測する。

11.1 欺瞞的な条件緩和

ともあれ、1月30日の公式文書において、初めて公式に数値が示されて、自宅等への退院7割以上ではなく自宅等への退院6割以上と明記されていた。宣伝されてきた7が6になっただけであるが、これにより被害を被る病院の数は減じることになる。

- 中央社会保険医療協議会 総会 (第122回): <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/s0130-11.html>(議事次第)
- 改定案: http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0130-11j_0001.pdf

1. 医師の専従条件見直し: 医師の専従を「専任」とする(定義不明)-a)
2. 【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 点-b)
 - (1) 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること
 - (2) 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること

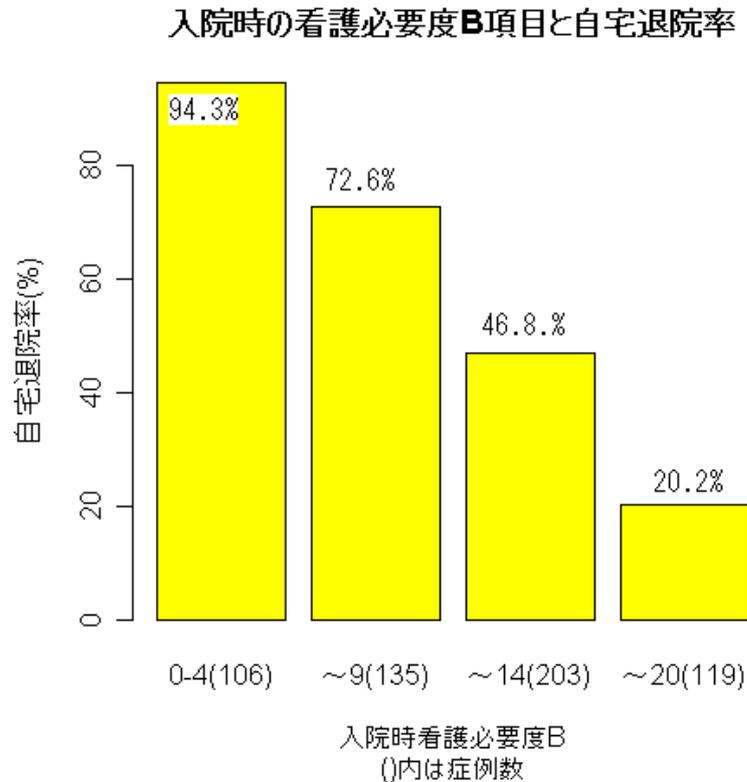


図 20 看護必要度 B 項目と自宅退院率/当院 n=563

3. 【回復期リハビリテーション病棟入院料 2】 点 -c) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の基準を満たさないもの
4. 重症加算 —d)
- 【重症者回復加算】 点 (1日につき
 - [算定要件] 重症の患者の 3 割以上が退院時に日常生活機能が改善していること
 - [施設基準] 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の届出を行っている病棟であること

看護必要度 B の 4 段階と、図 20 に自宅退院率、図 21 に在院日数 (中央値) との関係を示す。最重症層の自宅退院率は 20.2 % と軽い重症層の半分にも満たない。このようなデータが悪用される危険^{*19}はあるが、あえて提示した。

このデータは、

成果主義の最も直接的な帰結である最重症層の患者排除傾向

^{*19} 万が一厚労省の数値目標による成果主義が現実となれば、このデータを知った回復期リハ病棟の中には 15 点以上の重症は原則として入院を断るかも知れない

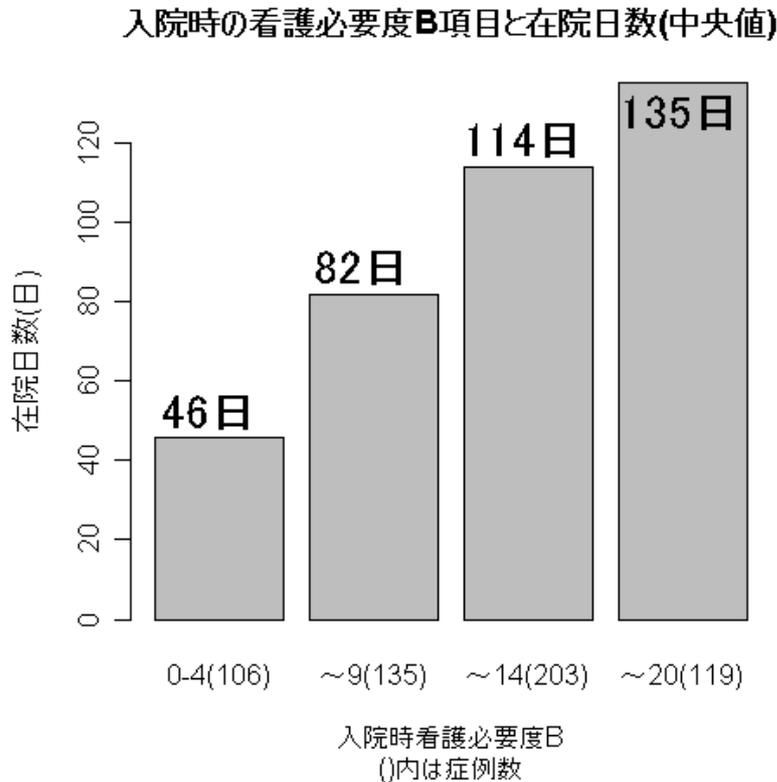


図 21 看護必要度 B 項目と在院日数の中央値/当院 n=563

がおきることの根拠である。厚労省は確かに数値目標を緩和はしたが、棄民政策の本質はいささかも変わらない。

総じて回復期リハ病棟の行動は次のようになる。

1. 重症を 1.5 割だけは受け入れるが、看護必要度 B で重症とされる中でも自宅に戻れる確率が高い“軽症”を選別: この選別は自宅退院率の確保のためだけでなく、老健施設在院日数を短縮するためにも必要となる。特に、これまで重症者を 1.5 割未満しか受け入れてこなかった回復期リハ病棟は「軽い」重症者を競って求めることになる
2. 重症層の中の軽症者と最重症者との違いがデータの蓄積により明確になればなるほど、最重症者の排除傾向(棄民化)が強くなる
3. これまで重症を 3~5 割以上も受け入れてきたため、それまでの方針では数値目標の達成が不可能な施設は、重症者全体の受け入れを削減したり、最重症者を排除する傾向

以上のことをふまえて、2008 年 1 月 30 日に公開された“妥協的”提案と 2007 年 12 月の時点の“厳しい数値目標”とで、もたらされると考えられる帰結において何が同じで、何が異なるか検討してみる。

1. 当初のマスコミ発表であった「自宅等退院率 7 割」程度-厳しい?
2. この度の「自宅等退院率 6 割以上」-本当に緩い?

違う点 「自宅等退院率 7 割」の厳しい条件なら、被害を受ける病院が過半数であるが、「自宅等退院率 6 割」ならば半数に満たないため、新政策に反対する病棟がいくら多くても過半数以下となる。

同じ点 最重症の方々が排除され、急性期病院において棄民化する傾向が強まる

厚労省の数値目標による成果主義は、以下に列举する回復期リハ病棟が実践すべき行動規範にすべて反対に作用する。

- 最重症で自宅に戻れる確率が低い方を排除してはならない、チャンスを与えねばならない、本人とご家族の障害受容のために、できるかぎりのことを実行し、何度も詳しく人と人としての対話を繰り返し長い時間をかけて少なくともご家族には受容していただく
- 自宅退院できそうかいなかにかかわりなく、経鼻経管栄養患者をそのまま受け入れて、7~9割の完全経口摂取移行をめざして日々努力し嚥下障害の学会・研究会に参加・発表して努力していく
- 気管切開を理由に入院を断らない。気管切開孔の閉鎖率 9 割以上をめざしてスキルをみがいていく
- 改善が困難と予想される認知症の方を一切制限しないで受け入れて、離床、レクリエーション、認知機能へのアプローチにより認知機能の改善を図ること、入院して二週間以内に精神に作用する薬をすべて中止して辛抱強く経過を見守り、一過性の精神症状からの回復を図る
私は入院したその日からすべての睡眠導入剤および抗精神薬を中止して、経過をみてます。発病前から認知症が重度の方以外の大多数は改善します。そのアプローチを私は旧院長の土田 昌一さんから学びました。当初、看護師はセレネース等の薬をきると、しばらくは騒ぐのでいやがってましたが、私は断固たる姿勢でどんなに騒いでも一ヶ月は様子を見る方針を貫いてます。ほとんどのかたがたの認知症の周辺症状はいわゆる通過症候群なので落ち着くようになります。私の病棟の看護師は、今ではその方針の正当さをしっかりわかっているのです、他の患者さんや家族からの苦情に対して私の口を借りることなく対応できるようになってます。

11.2 結語

2008 年 1 月 30 日に明らかになった厚労省提案は回復期リハ病棟のあるべき規範のすべてに悪い効果をもたらし、政府の意図として棄民を増加させるものである。数値目標というものは自分個人に対して、あるいは専門家集団が集団自らに対して課する場合にのみ有益となり得るが、統制権限を有する官僚が数値目標を設定することで良い結果がもたらされたことがかつてあったろうか。

官僚が現場を知ることなくマクロ的な見地から数値目標を設定し、それがお金にからむことにな

ると、官僚の統制下にある医療機関は分母と分子の操作により数値目標を達成しようとして、ゆがんだ実践をすることに陥る。

このたびの改定を白紙撤回させるために更に気合をいれねばと決意を新たにした。

2月9～10日、名古屋での全国回復期リハ病棟連絡協議会の研究会では有志で決起せざるをえないことであろう。

12 名古屋の回復期リハ研究大会 (H20/2/9-10)

9日、申し込みの直後、園田 茂大会長に訴えた^{*20}。

重症者をたくさん受け入れてきた施設は自宅等退院率6割には満たない。そのような施設は重症の患者さんを抱えた家族にとって最後の希望である。そのような施設は入院基本料が100点ほど減額されて50床あたりで1800万円以上の減収となる。厚労省は重症者を切り捨てると明言しているに等しい。切り捨てられた患者さんは救急病院で邪魔者扱いされ、早期に死亡したり、生き延びて療養病院に転院しても回復なく障害が固定する。行政的な安楽死・殺人に等しい野蛮な施策である。道徳的にも人道的にも間違っている。先生はどう思っているのか。私どもの病院はどうしたらいいとアドバイスするのか。

この質問に対してはひたすら無言であった。既に厚労省への屈服を決断している手前、何も言えないのだということはよくわかった。心中は、「然り。これまでは受け入れ先がみついていた重症患者の少なからずが、行き場がなく捨てられることになる。本当に心苦しい。しかし、厚労省とは妥協が必要であった。妥協しないともっと悪い結果になっていたに違いないのである」ではなかったか。

傾聴してくれる姿勢だけは感じられた。私の見解に対して一言の反論もなく、私が反対活動をしていることを知っていながら、やめてくれなどとのめかしもしなかった。

物事には妥協してはいけない一線がある。この度の厚労省の提案は、重症者は医療費が安い自宅に戻る確率が低いから、挑戦の機会を奪うものである。マスコミや世間の目をあざむくために重症者をたったの1.5割だけ入院させてよいというものだ。行政機関が棄民を促すなどあっていいことではない。あなたがた全国回復期リハ病棟連絡協議会の幹部にはそのことがわからないようである。一体どうしたことだ。人殺しに加担するとは恥ずかしくないのか。この大会は幹部らを覚醒させるための最後のチャンスだとみている。先生、今からでも遅くない、共に棄民政策絶対反対の戦闘を開始しよう。

これにもyesもnoもなし。他の幹部も同様に、傾聴はしてくれるものの沈黙するばかりであった。

このような幹部連中の姿勢はホームページ (<http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/>) に書いた、ナチスに妥協したユダヤ人評議会の姿勢と瓜二つである。

^{*20} 石川 誠会長とおなじく園田大会長は公人とみなされるので実名をあげている

ともあれ、予想通りの反応であったので、反対運動を本格化する決意がさらに強固になった。

12.1 自宅等退院率 6 割未満の施設の方々の態度

重症者をたくさん受け入れているために自宅等退院率 6 割未満の病院に医師ら数人とじっくりと語ることができた。一人残らず、憤っていたが、厚労省に反対してもは勝ち目がないと最初からあきらめていた。私は道徳的反対は金のための反対とは異なり強力無比なので、マスコミ、政治、世論を動かして厚労省を屈服させることは容易だと論じ、決起を呼びかけた。それなりの効果はあったが、共に協業しようと申し出る者はいなかった。予想通りの結果で、このことも運動をする覚悟を固める力になった。

12.2 自宅等退院率 6 割未満の施設の方々の態度

大多数の施設は重症者を厳しく制限しているので、一様に無関心であった。大会二日目には、色紙を 4 枚連ねてチン問屋みたいな格好をして、人目をひく格好をしてピラ配りをしたが反応は実に乏しく、途中であほらしくなってしまった。

その行動に最も明確な反応を示したのは園田 茂大会長で、「どうか通行の妨げになったりだけはしないように」と。苦笑するほかなし。

12.3 厚労省の棄民政策反対の口演

2 月 10 日、私の演題発表で、厚労省の政策の非人間性を訴えたが、反応はほとんど絶無であった。4 ヶ月以上前から、厚労省の棄民政策を予期して備えた人間の感覚が、何も知らない人々に通じるわけではない。

13 中医協が厚労相に答申 (H20/2/13)

ようやく待ちに待っていた数値が明らかになり、厚労省には逃げ道がなくなった。もはや言い逃れはできない。完全に墓穴をほったと言って良い。中医協は厚労省の偽装機関であることはもともと医療関係者の常識であったが、今回はそのことが更に明確になったのである。

平成 20 年度診療報酬改定案

中央社会保険医療協議会 総会 (第 125 回) 平成 20 年 2 月 13 日 (水)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/s0213-4.html> を参照のこと
回復期リハビリテーション病棟関係

- 疾患別リハビリテーション料の引き下げ (p24~25)

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/d1/s0213-4a_0001.pdf

リハビリテーション基本料:脳血管疾患等 250点 235点^{*21}

疾患別リハビリテーション医学管理料 予定通りに廃止

早期リハビリテーション加算 新設され、入院後30日までリハビリ単位あたり30点

ADL加算 リハビリ単位あたり30点は予定通りに廃止^{*22}

リハビリテーション総合計画評価料 入院月、2、3、6ヶ月の4回算定され480点 毎月算定可能となり300点に減額^{*23}

- 疾患別リハビリテーション料の引き下げ等 (p24～25)

従来入院基本料 1680点 廃止

入院基本料1の新設 1690点 条件:新規入院患者の1.5割以上が重症かつ自宅等退院6割以上

入院基本料2の新設 1595点 条件:入院基本料1を満たさない病棟

重症患者回復病棟加算の新設 入院料50点の加算 条件:入院基本料1の病棟が、重症者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善している場合

以上からわかるのは重症者をたくさん受け入れてきたために自宅等退院率6割未満の病棟が50床とすると、入院基本料の削減により年間で1550万程度の減収、さらにリハビリ単位(20分)の点数削減により更に1600万ほど減収なので、**総計3150万円の減収**。私の勤務している病院は150床なので、**一億円の減収 間違いなく大赤字**。

厚労省の言う質の評価が欺瞞であり、目的は医療費削減のみにあることが論理的にだけでなく数値で明瞭となった。その理由を以下に列挙する。一般市民でも十分に理解できると思う。

1. 厚労省はリハビリ単位の点数を下げるによりすべての回復期リハ病棟に対して医療費削減を実施する
2. 厚労省は、重症の患者さんを沢山受け入れているために自宅等退院率6割未満のすべての回復期リハビリテーション病棟懲罰を与える
3. 自宅等退院率6割未満の回復期リハ病棟への懲罰の内容は、入院料に関して、50床あたり約1551万円の減収
4. そもそも重症の患者さんがたくさんいる病棟は抗生物質などの薬代がたくさんかかったりの理由で赤字ぎりぎり
5. 重症者をたったの2～3割しか受け入れてないために自宅等退院率6割以上の病棟の大多数は懲罰をまぬがれるが、リハビリ単位の点数が下がるために総じて減収はまぬがれない

^{*21} 50床で患者一人あたり一日6単位以上実施していると1600万円以上減収。当院は150床なので約5000万の減収

^{*22} 施設によっては甚大な影響

^{*23} 事務作業の増大。これも減収の要因にはなるがたいしたことはない

6. 厚労省は重症患者へのリハビリは医療費の無駄だから、棄てなさいと強く促している
7. 軽症をたったの2~3割しか入院させてないために、自宅等退院率6割以上の病棟においては、重症者の3割以上が改善したら重症加算が加えられるが、重症の患者さんを沢山受け入れているために自宅等退院率が6割未満の病棟の重症患者がどんなに改善していても重症加算はない

付録 A 提言

澤村 誠志先生^{*24}が 2007 年 10 月に『先達に問う、高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン』での発言は一つの重大ヒント^{*25}。

欧州ではまず社会福祉を重視して、安心と所得を確保することによって需要を増やし、それにより経済発展を図る方向を選択した。そんなに貯金しなくても私たちの将来は国が面倒をみてくれるのだという安心感を保証して、消費を増やしたわけです。

これに関連して、日本は建設業への公共投資により経済を活性化する方策を選んでいるが、もう転換の時期だと提唱している。

社会福祉の経済効果を考えたとき、生産誘発額では自治体では公共事業よりも社会保障の方が上回っているわけです。それから雇用効果を比較すると、ですから同じお金を使うならば公共事業よりも社会保障のためにお金を使ったほうが日本の経済は良くなるとの雇用効果比較が示されています。地域リハ活動の充実により、医療費、介護費、施設のケアが減りますよ、マンパワーが増えることによって新しい雇用が促進できますよ。同じ箱ものでも施設じゃなくて住宅をもっと整備しませんか。将来の安心の創造により、個人消費の伸びを経済活性化につなげる発想が必要ではないでしょうか。従来の公共事業よりも社会保障の充実が経済成長を支える事業だとの考えをもちたいと思います。

私は最近ますますこう考えるようになっていく。

国家としての政策転換 建設業者の失業対策である公共事業投資を 10 兆円へらし
て、介護・医療・年金に回す。そのために、失業した建設業従事者に失業補
償を十分に与え、再教育の場を公的資金を投入して運営する

福祉に対する考え方の転換 病院医療は拠点のみにとどめ、地域の介護力とりハ
力を強化する方向とする

医療の質確保 医療費と医師など人手を先進国なみに増やす

詳細な提案は別の機会にゆずるが、このような発想を持つ厚労省の官僚や学者は少なくないと思える。

^{*24} 兵庫県立総合リハビリテーションセンター

^{*25} 『日本リハビリテーション病院・施設協会誌』 2007 年 11 月 No.109, 29page

厚労省官僚の方々に特に言いたい。「いつまでも固定観念にしがみついている、あっちから、こっちから非難と攻撃を受けるばかり。小泉政権が決定した路線など無視して大胆に発言していきなさい。もう一つの日本の建設にむけて市民と協業していこう」と。

付録 B 回復期リハビリテーション研究会での口演予定

発表するスライドは <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/20080210-sawataishi.ppt>。このスライドの配布は全く自由とする。

全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の研究会 (2008 年 2 月 10 日 in NAGOYA) での口演の抄録を示す。

回復期リハビリテーション病棟の診療報酬算定に成果主義を導入する方法について

～最近 4 年間における脳卒中患者構成の変化に伴う成果指標の推移から考察する～

鶴巻温泉病院 回復期リハビリテーション病棟 医師 澤田石

順

【目的】回復期リハビリテーション病棟の成果を測定する方法に関する知見を得る

【対象】2004 年 1 月 1 日以降に入院し 2007 年 5 月 31 日までに退院した脳卒中の 936 例 (データ欠如例と精査・治療・死亡退院例を除外)

【方法】ADL は FIM で評価。2005 年末までに退院した群を前期 (450 例)、それ以外を後期 (486 例) とし成果に関連する諸指標に関して層別分析を交えて比較

【結果】代表値は中央値で示し、有意差 ($p < 0.05$) を (*) で表す

前期と後期で年齢は 77 才 76 才、入院時発症後日数は 36 日 33 日 (*), 入院時 FIM は 52 47(*). 入院時 FIM18～41 群の割合は 36.5 % 44 %, 78 以上群は 28.3 % 21.4 %. FIM 効果 (退院時 FIM-入院時 FIM) は 19 21、FIM 効率 (FIM 効果 ÷ 在院日数) は 0.18 0.17、在院日数は 106 日 116 日 (*), 自宅退院率は 60 % 56 %. 入院時 FIM の階層別比較では、36～53 群間で FIM 効果 [効率] が 21[0.15] 25.5[0.20] ($p = 0.075[0.09]$)、在院日数は 54～86 群間で 94.5 日 106 日 (*), 自宅退院率はいずれの階層間でも有意差なし。

【考察】入院時 FIM の階層別分析で重症層の一部に FIM 効果が向上したことは実践の質が改善したことを示唆する。層別分析の結果を考慮に入れて初めて「在院日数延長と自宅退院率低下は単純に患者層の重症化によるものであり、診療の質低下によるものでない」と結論可能になる。経時的比較はもちろんのこと、患者構成が異なる施設間での成果比較にも層別分析がふさわしいと考えられる。診療報酬による優遇は医療機関の量的・形式的側面だけではなく、診療成績をも対象とすべきことに異論はないが、真の成果を反映できる方法を用いないと医療の実践がゆがめられかねない。例えば、単純な自宅退院率や FIM 効果 (効率) により

成果が評価されることになると、多くの施設は重症者の入院受け入れ制限を強化することになろう。回復期リハ病棟 (施設) の成果測定 (比較) 手段は層別分析を基礎として構築されるべきであろう。

付録 C 自己紹介など

C.1 What I am

さわたいし
澤田石 順と*26と申します。2006 年秋に日経メディカルの本田 宏先生のブログ (<http://medical.nikkeibp.co.jp/inc/all/blog/honda/>) を読み始めました。自分の意見を同ブログに投稿していくうちにだんだんと我が国の医療を再生するための活動をしなければならないとの決意が固まっていき、本田先生が副理事長をされている医療制度研究会(<http://www.iryoseido.com/>) に 2007 年の 4 月に加入し、以後は二ヶ月おきの講演会にすべて参加。医師、看護師、ジャーナリスト、法律家などたくさんの公的精神に満ちた方々と知り合いました。医療制度研究会のある方との御縁が契機となり、この 11 月には全国医師連盟設立準備委員会 (<http://doctor2007.com/>) にも入らせていただきまして、2008 年 1 月 13 日の準備委員会総決起集会に参加し決意を更に固めました。

日本においては、市民の圧倒的多数に公的精神が欠如し、政治的な運動をする市民の大多数は私的 (特殊) 利益追求に邁進してきました。私的利益の追求を第一にする政治家が大多数であることも、官僚主義という無責任体制の害悪増大も、市民の有り様をそのまま反映しています。自分自身これまでは事実上何もしてきてなかったことに内心忸怩たる思いです。

医療崩壊がすでに臨界点を越えたため、公的精神に満ちた志士が全国各地で立ち上がりました。職業も年齢も地位も様々な有志が協業することにより、この国の医療を再生することができないはずありません。

回復期リハ病棟の平成 20 年度診療報酬の問題は 2007 年の 12 月から頭をなやめてましたが、全国医師連盟のことがあり、何もできてなかったです。例によって厚労省のパブコメ募集は 1 週間しかなく、2008 年 1 月 18 日に開始、25 日に締め切り。最終日はちょうど当直で 40 時間連続で執筆にはげみ、なんとかかんとかが不完全ながら。本文書も公開。これから本格的に活動を開始します。

*26 Who I am: 1962 年秋田生まれ。1993 年 9 月に故郷を離れ、2002 年 1 月には急性期医療から撤退し、以後は回復期リハビリテーション病棟専従医。趣味は山登り、特に沢歩きで、特技は岩魚の手掴み。現在は銀座山の会リーダー部長 (<http://homepage1.nifty.com/jsawa/>)。算数と計算機のプログラミングも趣味の 1 つ

C.2 偽装された死因究明制度案

本文書の主題とは関係ないのですが、成果主義と同様、実施されたら医療崩壊を加速させるのが診療関連死に関する政府・自民案^{*27}。‘全国医師連盟-設立準備委員会’の有志は法案提出阻止のために国会議員に働きかけるなど全力を尽くしているところです。私自身も精力的に取り組んでおります。

政府・自民党が国会に提出しようとしている法律案は“医師が死亡の原因とその時期を予期し、患者さんが予期通りに亡くなったこと時に死因とその時期に関して家族が納得しないとすべて医療ミスによる事故の疑いとして、死因究明委員会に届けねばならない”という途方もないものです。さらに、

- 届けないと病院(医師)は罰せられる
- 死因究明委員会の調査報告書は刑事・民事裁判の証拠として活用される

ということなので、救急病院の医師・看護師らはもちろん、療養病院の医療職や開業医すらこれまでとは比較にならない、訴訟リスクを課せられることになります。医療過誤訴訟の判決の大多数は医療従事者に対する冤罪でした。

医師らが冤罪にされた事例を一つだけあげさせて下さい。

東京慈恵会医科大学青戸病院事件(腹腔鏡下手術ミス事件)。検察は長期にわたり「任意」で医師らを徹底的にしぼりあげて自白を強要しました。犯罪行為をしてない医師に「自白」というのは常識では考えられないことですが、「手術をする前に絶対の自信があったかといえ、そうでもない」、「あの手術をするだけの能力がなかったかも知れない。」、「今から思えばするべきでなかった」などとの心情を一言もらしたら調書に記載され、医師がハンコをおすとそれは有罪の決定的な証拠になるのです。『当該医師は「不法・違法行為」を認識していた。有害結果を予期していたのに、回避する義務を怠った』とされ、刑事犯罪者とされてしまったのです。

検察はマスコミ対策を十分に練り、一気に報道機関に発表し、「人体実験に等しい無謀な手術により患者を殺した」と熱狂的な報道が始まり、医師らは集団的なリンチにあいました。裁判の前に世論を扇動するというその悪辣さ。お話になりません。あれだけ報道機関が騒がせて、無罪判決などだせるものではない。

東京慈恵会医科大学青戸病院事件は間違いなく未熟なことによる結果としての

^{*27} 私が管理している参考資料—印刷用は <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/shiinkyumei.pdf>、モニターでの閲覧用は <http://homepage1.nifty.com/jsawa/ginza/medical/shiinkyumei-slides.pdf>

失敗であったが、刑事罰は冤罪だということを一人でも多くの人に知ってもらいたく、ここに記した次第。

付録 D 厚労省官僚の特技や性質に関して

2006年11月以降、医療崩壊から医療再生への決意を固めていく過程で、私は厚労省官僚の行動を注視してきた。観察結果、厚労省官僚の特性は次のとおり。

1. 寝ても覚めても支出削減の方法ばかり考えている
2. 支出削減に反対すると官僚として出世することが不可能となるために、良心に蓋をすることに慣れ、その内に良心が消滅している
3. マスコミや市民を目の前にして堂々と虚言を言うことがまったく平気
4. 医療現場がどうなっているかに関心がない(現場を目で見る気持ちなし)
5. マスコミの批判にだけは敏感
6. 薬害エイズ事件等、厚労省官僚がつるしあげられた過去の記憶故に、訴訟への恐怖心が強い
7. 医療における不都合なことの責任をすべて現場の医師や看護師に押しつける
8. 現場の医師や看護師らに刑事・民事責任をおわせやすくする仕組みを一日も早く作りたい
9. 医師のことに限っては法律違反を完全に放置する: 病院勤務医師の大多数が過労死が認定されるレベルの時間外労働をしているのに、医師の数を増やすでもなく、病院を取り締まるでもなく、要するに何もしない
10. 医師のことに限っては注意力低下による事故リスクを放置(航空機のパイロットが32時間連続勤務など法律で禁じられている)
 - 飲酒診療、長時間労働後の診療を禁止する法律を提案すらない
 - 昼の仕事が終了後に、帰宅した医師に拘束手当を一円も払わないで自由に呼び出すことを禁止する法律を提案しない(金を払っての待機ならば、酒を飲まないでいることも当然となる)
11. 高度の自己欺瞞能力
 - ある政策が間違っていると確信していても、上司から命じられたら正しさを確信しているフリをすることができる(そのうちに本気で正しいと思ってしまう)
 - 自らの政策を実行した結果が失敗であっても、言葉と態度で認めることができない
12. マスコミ、市民らを欺瞞する高度な能力

- 新たな政策を公表する時に、支出削減という主目標を隠蔽する能力が長年にわたる経験により芸術的領域にまで高まっている。目的と手段のどちらが手段でどちらが目的なのかわからなくさせることが実に上手^{*28}。
- 市民の圧倒的多数が大賛成するような美しい目的を上手に協調することにより、人々の生活や医療を破壊することとなる手段を実行することに成功する(支出削減のため)

あとがき

本文書は澤田石という唯一の人間の意見である。自分は回復期リハ病棟での仕事をはじめてちょうど満六年にはなったが、リハビリテーション医学の専門医資格を持ってはいないし、何の業績もない。そもそも私のごとき未熟者が全国回復期リハ病棟連絡協議会会長の石川 誠氏のような偉大な先覚者ら^{*29}に吠えかかるなど身の程知らずの軽拳とみられて当然である。しかしながら、厚労省官僚が制度化しようとしている“医療費抑制のための”「成果主義」という前代未聞の暴挙を阻止するために全力を尽くさないのでは、何も知らない一般市民の方々^{*30}、不幸にも脳卒中等のために生活機能が低下しリハビリテーションを必要とする将来の障害者の方々やご家族、低賃金で患者さんのために頑張っている看護師・介護福祉士・諸療法士(PT, OT, ST ら)・レクリエーションサービス提供者・MSW ら、障害者を一日でも早く回復期リハ病棟に送りたい救急病院の医師らに申し訳ない。大きな声をあげて行動を開始することは公的な責務だと固く自覚しているから、このようなことをしている。医療を崩壊から再生へ導くために強烈な責任感で活動している本田 宏医師、小松 秀樹医師、井上 清成弁護士らとの出会いがなかったら、恐らく自分は苦情を内に秘めて傍観していたことであろう。

^{*28} 診療関連死を調査する委員会に関する厚労省案はその好例。厚労省は、患者が予期通りになくなった以外の死亡事例すべてを医療ミスによる事故疑いとして全部調査して、医師らの一人でも多くを民事・刑事事件で有罪にしたいのである。現場の医師の過酷な労働環境を放置しつつ、医師らが訴訟で罪をおわされる傾向を強くすることで自らの身を守ろうとしているのである。しかし、公表されている文書の上では、きちんと調査して原因を究明することにより、医療がより安全になるようになるためと虚偽の宣伝をしている

^{*29} 彼らには、世界に誇るべき回復期リハ病棟という制度を創設した比類なき業績がある

^{*30} 人々は公的医療保険税や税金という形で私共医療人を信じてお金を払ってくださっている

【編著者連絡先】

本稿に関する御意見、御感想、訂正依頼、コピー請求等は下記まで

E-mail address: jsawa@attglobal.net

TEL/FAX 045-971-3572

〒227-0048 神奈川県横浜市青葉区柿の木台 10-5-503

もう一つの日本を実現しよう (blog) -

<http://d.hatena.ne.jp/sawataishi/>

OS/2 のページ - <http://homepage1.nifty.com/jsawa/os2/>

銀座山の会 - <http://homepage1.nifty.com/jsawa/>

©2007 澤田石 順

この文書を、フリーソフトウェア財団発行の GNU フリー文書利用許諾契約書 (バージョン 1.2 かそれ以降から一つを選択: <http://www.opensource.jp/fdl/fdl.ja.html>) が定める条件の下で複製、頒布、あるいは改変することを許可する。変更不可部分、表カバーテキスト、裏カバーテキストは存在しない。この利用許諾契約書の複製物は「GNU フリー文書利用許諾契約書」という章に含まれている。