

特集 ■ リハビリテーション医療の質と効率

2006 年の第 5 次医療法改正に伴う医療制度構造改革は、1997 年以降の「抜本改革」論議に決着をつける、ほぼ 20 年ぶりの大規模な改革でした。本特集では、この改革のなかでリハビリテーション医療に関わり深いものを取り上げ、その概要や今後の課題などを解説していただきました。

医療制度構造改革の概要と評価 (尾形裕也氏, 395 頁)

本改革の医療保険制度(需要)面においては、新たな高齢者医療制度の創設、政府管掌健康保険の財政運営の都道府県単位への再編成、特定健診・保健指導などによる医療費適正化がなされた。一方、医療供給面では、「4 疾患 5 事業」等の医療計画見直し、社会医療法人制度の創設等の医療法人制度の見直し、療養病床の再編、などが行われた。リハビリテーションに関わる動きとしては、脳卒中などの地域連携バス、医療機関の情報開示、回復期リハビリテーションへのアウトカム評価の試行的導入などがある。

EBM による医療の質向上と効率化 (福田 敬氏, 403 頁)

医療サービスの質の評価には、構造(ストラクチャー)、過程(プロセス)、結果(アウトカム)の 3 つがあり、それぞれ長所と短所がある。よいプロセスに向けた標準化のツールが、学会による診療ガイドラインや、各医療機関や地域でのクリティカルパスである。それらは EBM による治療方法の選択を基礎としており、EBM の実践には、① 問題の定式化、② 情報収集、③ 批判的吟味、④ 患者への適応、⑤ 評価のステップを経る必要がある。また、EBM や診療ガイドラインには、臨床的な有効性や安全性に加えて、経済性についてのエビデンスも求められてきている。

リハビリテーションと診療報酬—日本版 P4P の導入 (池上直己氏, 407 頁)

2008 年の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟に、日本版の実績に基づく支払い (pay for performance ; P4P) が導入された。そこでは従来の施設基準でなく、アウトカム指標によって医療の質が評価される。アメリカでは、アウトカム指標におけるリスク調整が難しいため、プロセス指標が中心であり、指標の適切性、リスクの高い患者の除外などの課題も指摘され、医療の質向上への貢献にも賛否ある。日本版 P4P の課題としては、評価尺度、評価者、監査体制、リスク調整、閾値の設定、などが指摘されている。

包括払い制度 (DPC) による医療の質向上と効率化 (松田晋哉氏, 413 頁)

DPC (diagnosis procedure combination) は、臨床的な類似性に基づいて患者を 2,451 分類に分けるもので、臨床の質、経営の質を高めるためのツールである。2008 年度には約 1,600 施設、55 万床が情報を提出し、施設名とともに関連データが公開されている。データを分析すると、脳血管障害の急性期リハビリテーションがあまり行われていない実態などがわかる。DPC へのよくある誤解や、包括払いによる粗診粗療をモニタリングする臨床指標の開発などの今後の課題、学会による傷病登録への活用の可能性などについて述べられている。

クリティカルパスによる医療の質向上と効率化 (下村裕見子氏ら, 419 頁)

大腿骨頸部骨折と脳卒中について、地域連携クリティカルパス(地域連携バス)加算と言うべき「地域連携診療計画管理料」などが診療報酬に加えられた。本稿では、東京都における調査に基づき、地域連携バス稼働の現状と考察が述べられている。大腿骨頸部骨折、脳卒中地域連携バスのどちらも 8 つのネットワークが稼働しており、それぞれ 2007 年 5 月末までに 183 人、117 人に適応されていた。また、運営上の問題として、患者の高齢化、経済的困窮、合併症増悪や認知症によるバリエーション(逸脱、脱落)などが指摘されている。