

INDEX

ドクターインタビュー：福井 次矢 先生（聖路加国際病院院長）

クローズアップ：病院の機能分化と自費リハビリ

特集：院内感染対策

DOCTOR INTERVIEW

Q I 活動で医療の質を追求

福井 次矢（ふくい つぐや）先生

聖路加国際病院院長

1951年高知県生まれ。1976年京都大学医学部卒。1992年佐賀医科大学（現・佐賀大学医学部）附属病院総合診療部教授。1994年京都大学医学部附属病院総合診療部教授。2004年聖路加国際病院副院長。2005年より現職。



聖路加国際病院では、そのブランド力を維持するため、不断的な努力が続けられている。業務効率化のための機器管理システムの導入や、医療の質を追求するQI（Quality Indicator）※活動、国際水準並みの医療安全対策などである。院長の福井次矢氏にさまざまな取り組みについて伺った。

※QI：病院の機能や診療、サービスの“質”について、様々な指標を用いて客観的な数値で示したもの

院長が率先し、患者クレームに対応

聖路加国際病院は117年の歴史があり、入院病床520の大規模病院です。院長としてFinancial HealthとPatient Healthに責任を持ち、日々病院の改革に取り組んでいます。

Financial Healthですが、病院は国が定めた診療報酬体系の中で収入を得て運営をします。このため、診療報酬項目の中で、施設基準や加算条件をクリアしているか毎年検討し、確実に診療報酬を得よう努めています。また、業務の効率化にも積極的に取り組み、2015年から主要な17病棟で用いている700台以上の医療機器をリアルタイムに一元管理できる物品管理システムを導入しました。

Patient Healthへの取り組みとしては、電子カルテのデータを活用したQI活動が中心となっています。QIとは各種の診療に関わる構造、プロセス、アウトカムという3つの側面について、医療の質を評価し、数値化した指標です。1例を挙げると、当院では手指衛生実施率の目標値を80%

と設定し、2013年からは、病棟の天井に小型カメラを設置し、直接観察法によるモニタリングを実施しています。その結果、実施率は2011年に53%だったのが、2016年には74%までアップしました。毎月QI委員会を開催し、それぞれの指標の数値の動きと、改善のための取り組みについて話し合い、PDCAサイクルを回しています。

毎朝、患者サービス課や患者相談窓口の担当者、看護部、医事課スタッフなどの参加のもと、院長の司会で「ご意見対応ミーティング」を開いています。患者さんからの要望・クレームには翌日に情報の共有化を図り、迅速に対応し、速やかなフィードバックを行っています。

医療安全対策としては、ナースや医師からインシデント・アクシデントに関するレポートを提出してもらい、毎朝、医療安全管理室のスタッフや担当副院長が出席し、院長の司会のもと再発防止策を検討して、大きな事故に発展しないよう早め早めに対応しています。

Editor's Column

グローバルホスピタルとされる聖路加国際病院は、2012年には、国際水準の医療の質・医療安全の証となるJCI（Joint Commission International）認証を取得しています。また、国際的な外国籍の患者さんを対象とした診療体制を整え、現在、同院の入院、外来とも患者さんの5%は外国籍の人が占めています。2020年の東京オリンピック・パラリンピックを控え、同院の役割はますます大きくなると思われます。

Asource Times編集長 伊藤茂（元Medical Tribune 編集長）

病院の機能分化と自費リハビリ 2025年に向けて

2025年問題を見据えて、病院の回復期病棟の充実が喫緊の課題となっており、国としても急性期病棟から回復期病棟への転換を誘導しつつある。その一方で、医療費抑制の一環として、医療保険が適用されるリハビリ期間が制限されたため、「リハビリ難民」が増えたともいわれる。そこで台頭してきたのが保険外で全額自己負担のリハビリを提供する自費リハビリである。費用はかかるが、多くのニーズがあるとされる。そこで、病院の機能分化の方向性と自費リハビリの役割についてレポートする。

急性期から回復期への機能転換

2025年には、団塊の世代が75歳以上となるため、病院・病床の機能分化・連携の推進が望まれている。急性期の病床を減らし、回復期病床や在宅医療を増やそうと、国が17年3月までに都道府県に策定させたのが「地域医療構想」である。病院のベッドを「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」の4機能に分け、全国341の「構想区域」ごとに25年の必要病床数を推計している。人口減などに伴い、急性期と慢性期の病床は過剰になると予想され、回復期への機能転換や在宅医療への移行が進められる、とみられている。今後25年までの構想実現に向けて各地域で病床の機能転換や削減の議論が展開される運びだ。

各都道府県の策定した地域医療構想における機能ごとのベッド数を積み上げると、2025年に必要と思われる病床数は、高度急性期13.0万床、急性期40.1万床、回復期37.5万床、慢性期24.2万～28.5万床となる（図）。

翻って、2014年の病床機能報告では、高度急性期19.1万床、急性期58.1万床、回復期11.0万床、慢性期35.2万床である。病床機能報告とは、一般病床と療養病床を持つ全ての病院・有床診療所が、自院の各病棟が「高度急性期」、「急性期」、「回復期」、「慢性期」のどの機能を果たしているのか、また、将来果たすことになるかを都道府県に報告するものである。

地域医療構想の将来設計と病床機能報告とは単純比較することはできないが、国としては、急性期から回復期への機能転換が必要、との考えとされる。

実績指数を高めれば報酬アップ

こうした中で、急性期病棟から回復期病棟へ転換する施設もみられるようになってきた。2018年度診療報酬改定では、回復期リハビリテーション病棟入院料は6区分に再編され、実績指数の要件を満たしている場合により高い点数を算定できるようになった。実績指数を高めるには、入院期間を短くするか、機能性自立度評価表利得を大きくする必要がある。また、回復期リハビリ病棟入院料1を策定する病院では、リハビリ専門職が退院後180日以内に限り退院患者の外來リハビリに当たることが可能となった（算定日数上限を超えて算

定を認めていた経過措置は2019年3月で廃止）。

「リハビリ難民」の受け皿に

回復期リハビリ病棟の退院後も障害が残るケースは少なくない。外來リハビリのほか、疾患別リハビリ料の算定日数上限（180日）を超えた要支援・要介護者に関しては、介護保険による通所リハビリなどもあるが、メインとなるのが集団でのリハビリなため効果が限定的であり、十分な個別リハビリを受けることは難しい。「リハビリ難民」が続出するのではないかとの見方も出されている。

このようなニーズに対応しようとしているのが自費リハビリである。保険外で全額自費のリハビリを提供する。

早くから保険外リハビリに取り組んでいるのが、株式会社ワイズである。1都5県（東京・神奈川・埼玉・千葉・新潟・熊本）で「脳梗塞リハビリセンター」を12箇所で開催している。公的医療保険や介護保険で受けられるリハビリに満足できない脳梗塞などの患者向けに独自のリハビリを提供している。

従来のリハビリにおける目標は、制度設計上、時間が限られ日常生活動作の回復が主にならざるを得ない。一方で、近年、働き盛りの世代の患者を中心に、職場復帰を見据えたリハビリの需要が多くなっている。介護保険では、高齢者向けが多く、集団リハビリが中心で、機能の改善よりも維持が目的となっており、不満を感じる人が少なくない。

支えながら、一步一步前に踏み出す歩行訓練



株式会社ワイズ提供

発症から長期間過ぎても改善の可能性が

同センターでは、個人の希望や症状に合わせ綿密なリハビリ計画を立て、理学療法士（PT）や作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）らがマンツーマンで対応する。施術の流れとしては、鍼灸（約45分）、PT/OT/ST（約60分）、トレーニング（約15分）。自宅で行える自主トレーニングの提案や、家族へのアドバイスもする。回復期・急性期リハビリ病院で豊富な経験を積んだセラピストが担当する。基本プランでは、60日間、週2回、1回当たり2時間受ける。費用は27万5000円（税別）。

利用者は3,000名を超える。その内訳としては、脳卒中発症後1年以内が、5割を超え、年代別では、40～60代が65%を占める。職業としては、会社員のほか、理容師、寿司職人、音楽家や医師など専門職も多く、パソコン操作や職人特有の機能回復の達成が目標となる。脳卒中の後遺症では、足よりも手の麻痺のリハビリにより時間がかかるといわれる。

同施設のリハビリの効果については、2018年の日本脳卒中学会で報告された。それによると、脳血管疾患によって後遺症を負い、発症からの期間は1年未満から10年以上の33人の利用者に対して60日間の集中的なリハビリを実施したところ、客観的評価で身体的機能が改善された人が81%、主観的改善を実感された人が77%に上ったという。発症1年以上の人がおよそ3分の2を占めており、発症から6ヵ月以上経過しても改善する可能性が示された。

医療者からの理解進む

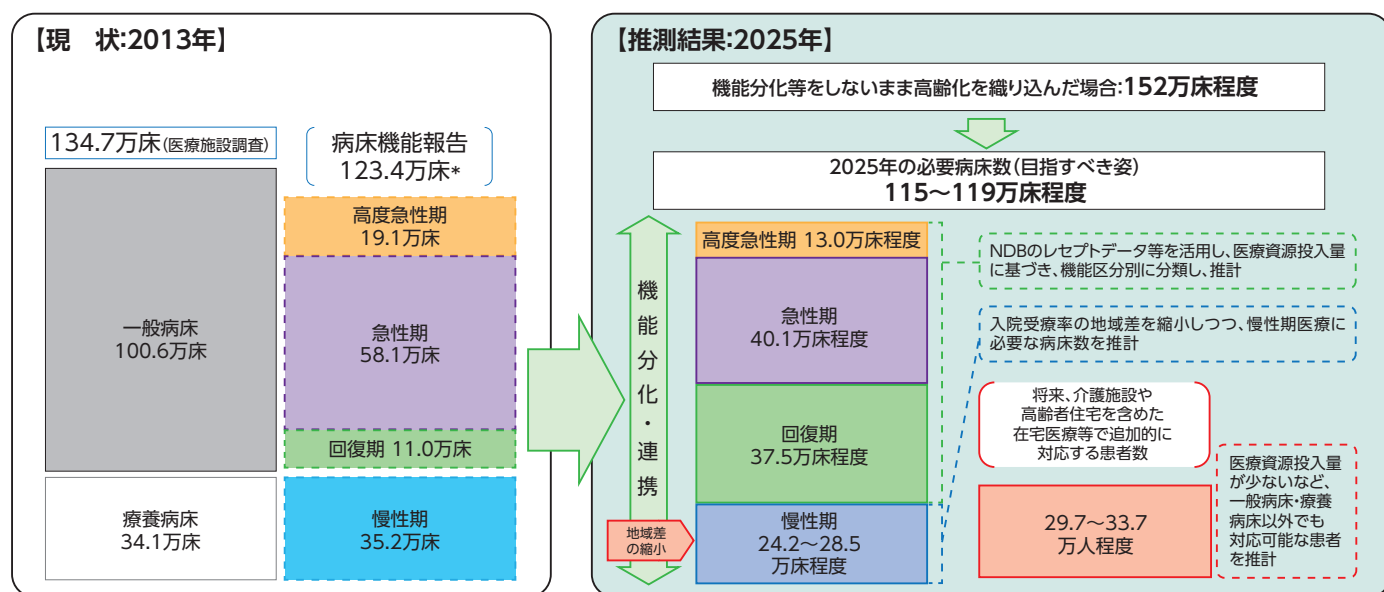
自身がヘルニアで手術を受け、リハビリによる回復の喜びを経験した同社会長の早見泰弘氏は「退院後も集中してリハビリに取り組むことで良い結果を出せる利用者が多くいる。働き盛りの世代の職場復帰を支援したい」と話している。

最近では、回復期病院のドクターが施設を見学に来たり、患者を紹介したりするケースも増え、医療者からの理解が進みつつある。大学病院と共同で線維筋痛症に対するリハビリにも取り組んでいる。

今年2月には豊田通商の子会社「豊通オールライフ」も都内に自費でリハビリを行う施設を開設させた。利用者の症状に合わせて、理学療法士などが個別にリハビリ計画を作成する「オーダーメイド型」のサービスを打ち出している。

脳卒中は2025年には300万人に増え、要リハビリ患者数は150万人に上ると推定され、リハビリの必要性はますます高まるものとみられている。

図. 2025年のあるべき病床数の推計結果について



*2014年7月時点 (未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。)

平成27年6月15日:内閣官房情報調査会資料

厚労省HPより抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-03-01p.pdf>

院内感染対策 教育や啓蒙が必要

院内感染が発生した場合、その封じ込めのための多大な労力とコストが必要となるだけでなく、病院の評判にも関わる危機的な状況に陥る。すなわち、健全な病院運営を遂行する上で欠かせないのが院内感染対策といえる。具体的には、手指衛生の徹底、針刺し損傷の防止、器具の適切な洗浄・消毒・滅菌などが重要とされ、院内感染に対する病院スタッフの意識の向上が求められる。

手指衛生の徹底が効果的

これまで主に院内感染の原因菌としてクローズアップされていた耐性菌が市中においても広がりを見せている。メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）のように有効な抗菌薬がある場合もあるが、多剤耐性緑膿菌、多剤耐性アシネトバクター、NDM-1産生菌、KPC産生菌といった高度な耐性を示す菌に対しては使用可能な抗菌薬も限られる。院内のアウトブレイクを防ぐためには、医療スタッフの手指衛生がもっとも効果的と考えられており、定期的な教育や啓蒙活動による意識の向上が望まれる。従来はポンプ式のものが多かったが、最近は自動で手指消毒剤が吐出されるノータッチ式ディスペンサーが普及している模様だ。

依然多い針刺し損傷

医療従事者の感染防止対策として針刺し損傷を防ぐことも重要な課題である。針刺し損傷は、年間5万件報告され、推計で約20万件発生している。血液媒介病原体への新規感染の約3分の1が医療関連感染とされる。職業感染制御研究会によると、針刺し損傷の原因器材上位15種のうち注射針に

よる針刺しが最も多く報告され、採血やインスリン注射、薬剤の筋注など、多くの場面で注射針による針刺し損傷が発生していることが推測されている。翼状針の針刺しは「安全機構付き」の普及により減少しているが、薬剤充填針の増加が目立っている（図）。厚生労働省の院内感染防止の通達（リキャップ禁止、破棄容器の適切配置、安全器材の活用）のさらなる実効性を上げる努力が望まれる。

ただし、安全対策製品の普及については依然課題が残されている。安全装置付きの静脈留置針が従来品より償還価格が高く設定されているため普及が進んでいる一方で、セーフティシリリング製品については、価格が高く、償還価格に利点がないことがネックとなり、普及が遅れている。注射針による損傷が最も多い要因である現状を踏まえると、償還価格の見直しも検討課題の1つといえる。

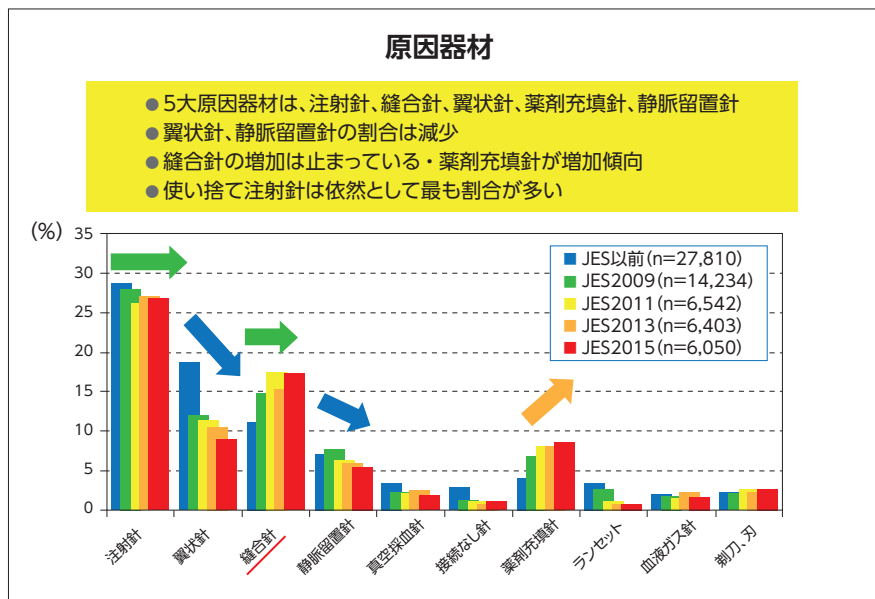
使用済み器材の適正処理が感染拡大防止の基本

近年、医療施設において感染対策の重要性がクローズアップされ、使用済み器材の適正処理が感染拡大防止の基本であるという認識が広がりつつある。

大規模病院では、院内感染対策としてトレーサビリティシステムを導入する施設が増えつつある。費用はかかるが、感染防止や滅菌保証のフォローアップにつながるものとして注目されている。使用頻度や耐用年数の器材情報から金属疲労による破損リスクの低減、器材購入時期の目安の判断など、利点が多く、患者への危険回避のほか、器材を扱う医師・看護師にとって負担軽減につながるものとみられている。

一方、医療従事者のユニフォームの洗濯の多くは外注で行われているが、院内で洗濯業務を行う施設もある。洗浄方法は施設によって異なるとされるが、酵素系洗剤などを使った適切な洗浄が求められる。感染対策の面からもガイドライン作成や診療報酬上の加算措置などが求められる。

図. 針刺し損傷の原因器材上位15種（全国エピネット日本版調査結果より）



職業感染制御研究会HPより引用
<http://jrgoicp.umin.ac.jp>