



## 今後取り組む意欲障害対策は、平均在院日数の短縮化のために、 より積極的に行われるべきである — ①

### (1) 意欲障害への取り組みの意味するもの

昨年暮れの当法人院長会で、当法人参与の林泰史先生（東京都リハビリテーション病院元院長）より『原宿リハビリテーション病院の目指す医療』と題する御講演を拝聴しました。ここでは、先生のお話に共感するという思いの中で、回復期リハビリテーションの今後について私見の一部を述べたいと思います。

当法人は健全経営のもとで常に医療の質の向上を目指しております。この両者を満足させ、法人を発展させるために我々が今後行うべき施策について提案いたします。

まず前提として現状認識を共通のものにしておく必要があります。一般に回復期リハをとるべく状況は下記のように認識されています。

- ①高齢化のためにますますリハビリの必要性は高まっています。
- ②しかし医療費をそれに見合っただんどん増やすことはできません。
- ③したがって効果的・効率的医療の実践（質の向上）がますます求められています。

そして③の評価のために例えば平均在院日数を尺度として用いる傾向にあります。すなわち在院日数を減らす取り組みが行われているのであります。しかし医療の中身の検討なしに、単純に日数が減少したというだけでは全く不正確であります。

在院日数の評価は入院患者の特徴にも影響されますので、その評価にあたっては主病名、合併症やFIMなど詳細な検討の後に、群間評価を行っていくこととなります（疾病群間、病院間、FIM得点別であったり、月間評価などによって）。また、ここで問題としている意欲障害などのリハビリ障害因子の解析も必須であります。

私は平成26年4月から千葉みなとリハビリテーション病院に所属し、病棟医として勤務しております。この約8か月の間で回復期リハビリテーション病院に入院している患者様の1/3が意欲障害（いわゆるアパ

シー状態）を呈するというを発見し、愕然としております。次の1/3は極めて意欲的にリハに取り組む方々です。最後の1/3は特に拒否することなく淡々とリハビリテーションを受け入れておられる方々であります。

ある特定の病変部位（前頭葉や大脳基底核）、患者の心理的要因、あるいは社会背景要因によって意欲障害（やる気のなさ）は出現し、それが強いリハビリテーションの阻害因子になることはよく知られています。もし、意欲障害の強い患者を入院させ、その状態に対する対策も立てずに放置しておくならば、患者はリハビリ治療を拒否し続けるだろうし、結果、全く無意味な入院生活を強いることとなります。それは家族のためのレスパイト入院であると言われかねません。そして、拒否するからといって対策も立てずに患者治療を放置することは、医療放棄といっても差し支えない状態であろうと考えます。

日本の医療は公的医療保険制度によって成立している現状にみられるごとく多くの国民に開かれています。必要な医療を公平に受ける権利は憲法に保障されています。金がないからといってリハビリは受けられないという制度ではなく、欧米のように意欲障害を盾にとって最初から治療を放棄するのは誤りであろうと考えます。

日本でも格差の拡大は広がりつつあると言われております。昨今話題になっている混合診療の導入も格差拡大に道を広げます。当法人は無料低額診療制度を取り入れている一般社団法人であり、所得の少ない方にも医療が施せるように格差縮小に努めております。さらに入院適応を十分に議論し、やる気がなければ直ちに入院適応外とは断定せず、リハビリ入院の適応が少しでも認められれば、入院をお受けする対応をしております。もちろん認知症が合併していたとしても改善が予測できれば入院していただきます。今後もこのような原則的方針を維持するために、入院時に問題となる意欲障害に一層取り組むことを提案いたします。