

回復期リハビリテーション病棟の今後

医療法人社団 輝生会

初台リハビリテーション病院

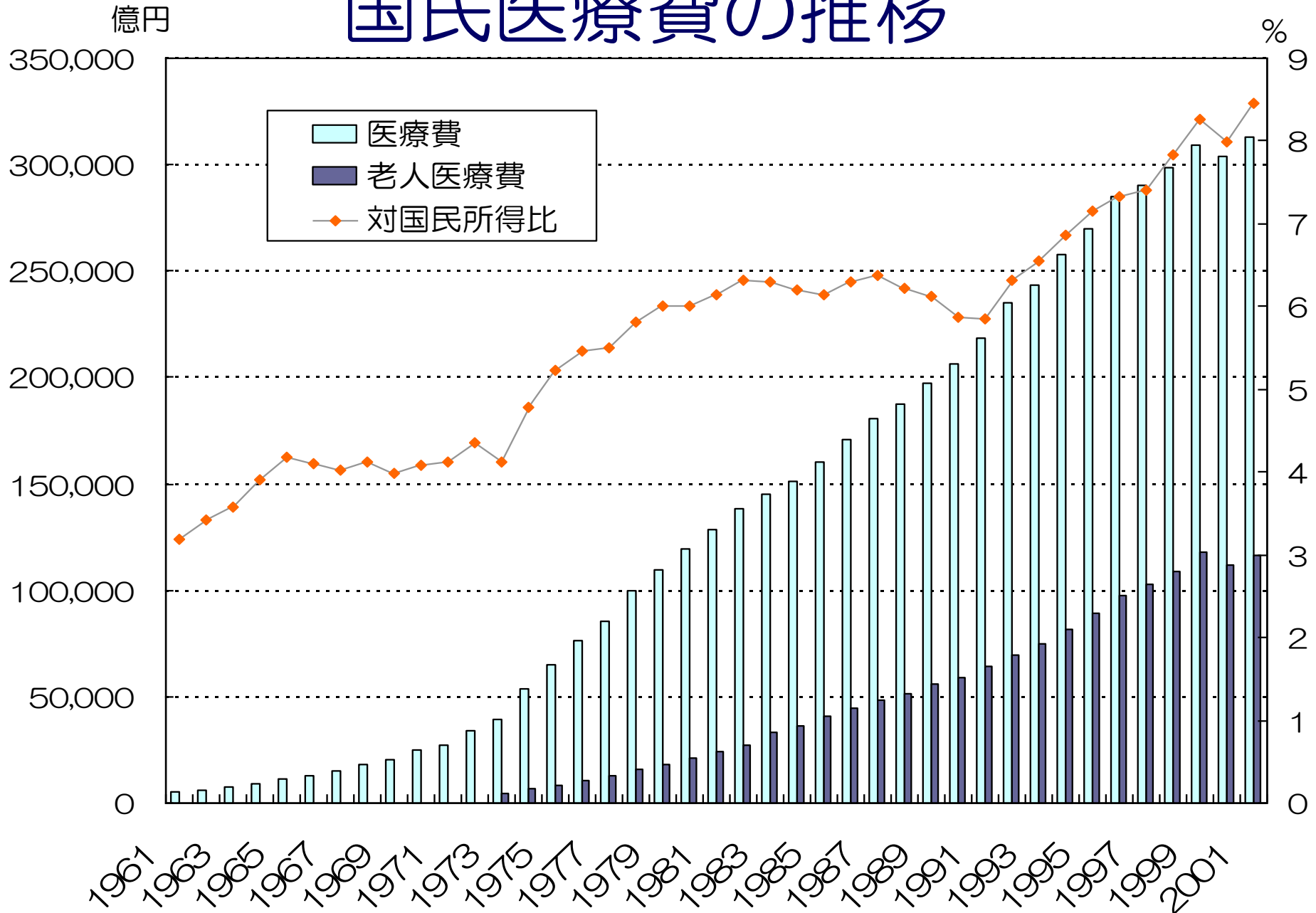
理事長 石川 誠

リハビリテーション医療の特徴

(リハ・ケア大会大阪2005シンポより)

- リハ的回復過程は、生物学的な側面以外に、精神心理面、社会的側面が極めて大きく関与する。
- リハ医療はチームアプローチを基本とする。
- 地域リハの発展にはリハ医療の充実が必須である。
- リハ医療の充実は、その国の歴史、文化、経済、医療保険等の医療政策と大きく関連する。
- 神経科学・脳科学・宇宙医学の進歩が、リハ医学・リハ医療に大きな影響を与えつつある。

国民医療費の推移



社会保障制度改革

平成16年	年金制度の見直し
平成17年	介護保険制度の見直し
平成18年	診療報酬・介護報酬の改定 医療保険制度改革
平成19年	社会保障全体の改革

医療保険制度改革

(平成14年改正健康保険法附則)

- 保険者の統合・再編を含む医療保険制度体系のあり方の検討
- 新しい高齢者医療制度の創設
- 診療報酬体系の見直し

医療保険制度・診療報酬体系に関する基本方針

平成15年3月28日 閣議決定

[基本的な考え方]

- 必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供されるよう見直す。
- 診療報酬体系の評価に係る基準・尺度の明確化を図り、国民に分かりやすい体系とする。

[基本的な方向]

- ①医療技術の適正な評価
- ②医療機関のコストや機能等を総合的に評価
- ③患者の視点を重視

経済財政と構造改革に関する基本方針

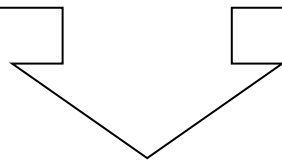
平成16年 閣議決定

「民間需要主導の持続的な経済成長を実現すると同時に、政府全体の歳出を国・地方が歩調を合わせつつ抑制することにより、例えば潜在的国民負担率で見て、その目途を50%程度としつつ、政府の規模の上昇を抑制」

「少子高齢化が進展する中、年々増加する社会保障関係費の伸びの抑制に取り組むことが、我が国の財政運営上の最大の課題である。
介護、生活保護、医療その他の制度改革等に取り組み、公的給付の見直し等を行うことにより、その抑制を図る」

我が国の医療保険制度は、「国民誰もが、一定の負担で、いつでもどこでも安心して、必要な医療が受けられる」
国民皆保険制度

- 従来から、現在の医学水準に照らして必要、適切な医療を
保険導入し、保険診療として確保
- いわゆる「混合診療」の禁止



特定療養費制度

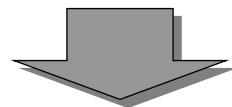
- 医学の進歩や患者のニーズの多様化に対応し、
患者が追加費用を負担することにより、保険外
の新しい高度医療技術や追加的な医療サービス
を受けられるよう、特定療養費制度を制度化

特定療養費制度 { 高度先進医療
選定療養

医療費適正化へ政策目標

平成17年 厚労省

- 生活習慣病の予防
- 在院日数短縮



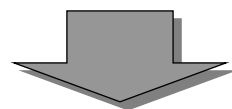
- 医療提供体制の見直し（確立）
- 医療と介護の連携
- 在宅ケアの充実

医療提供体制の確立（厚労省）

- 患者等への医療情報提供の推進
- 医療機能の分化・連携の推進
（医療計画に脳卒中の医療連携体制を位置づけ）
- 医師不足問題への対応
- 医療安全の確保
- 医療従事者の資質の向上
- 医療法人制度改革

医療機能の分化・連携の推進

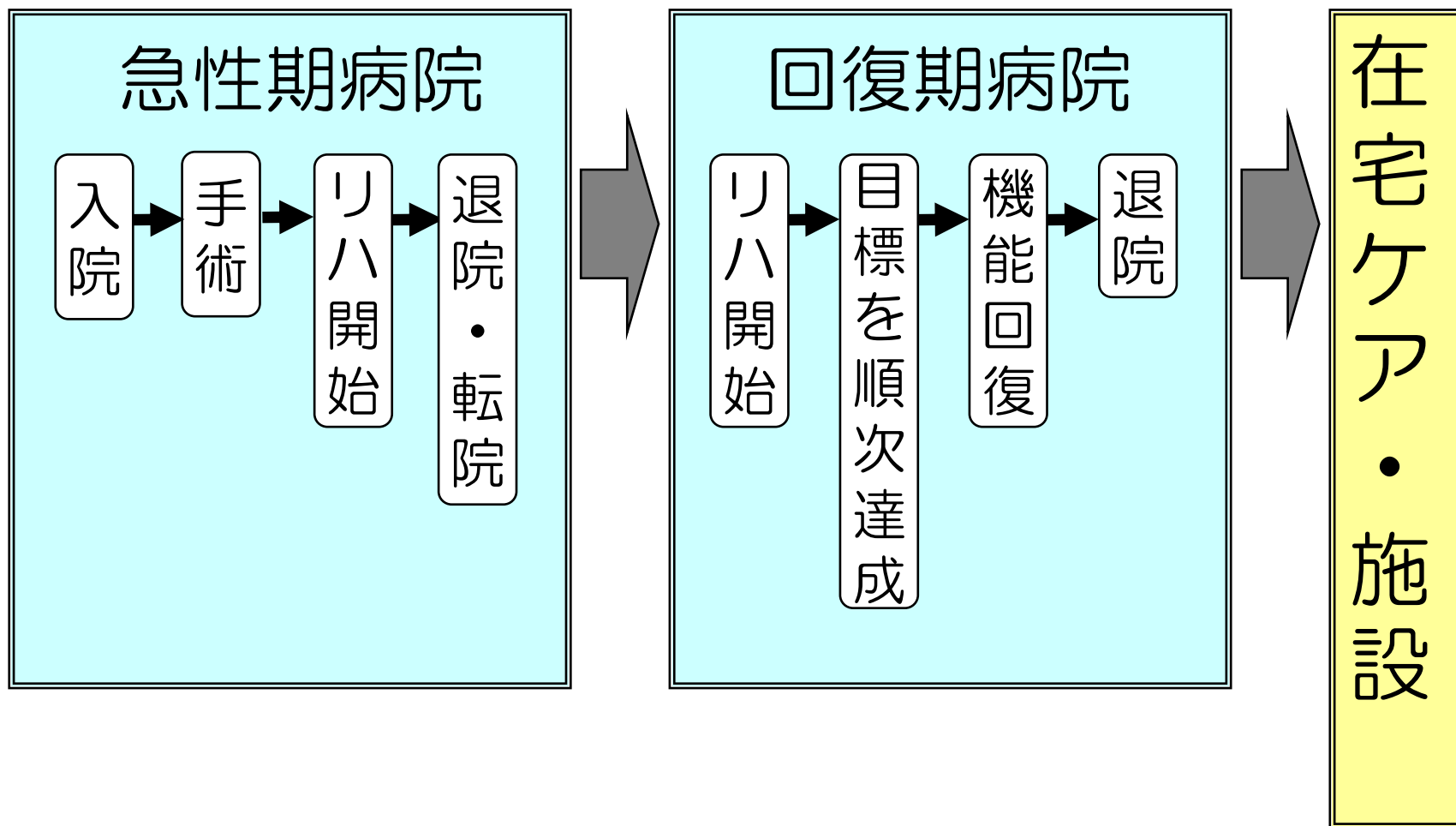
- 医療連携クリティカルパス
急性期病院から回復期病院を経て
自宅に戻るまでの治療計画



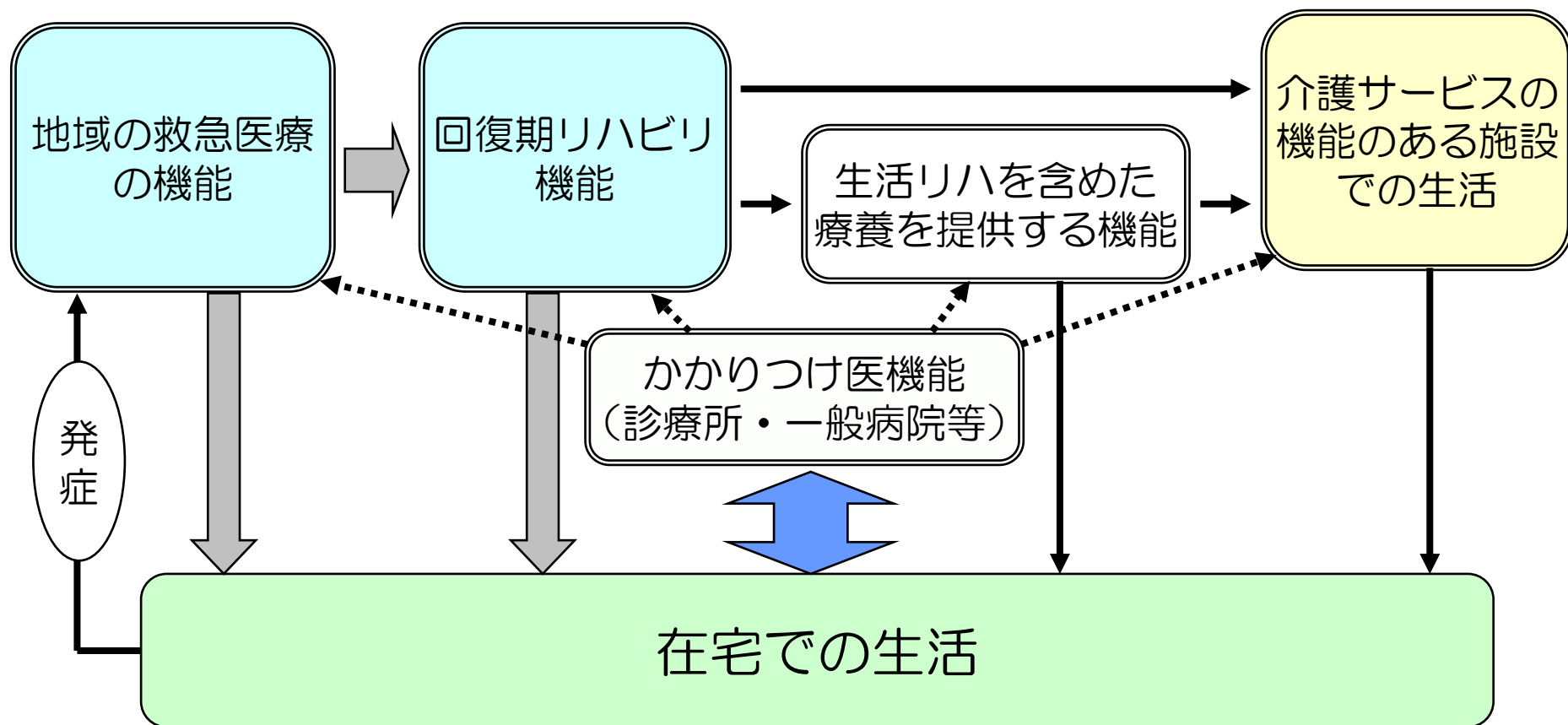
転院・退院後も考慮した
適切な医療提供体制の確保

地域連携クリティカルパスのイメージ

(急性期病院と回復期リハ病院で共有)



脳卒中の医療連携体制のイメージ



医療提供体制の変革に同期し
リハビリテーション医療も
機能分化と連携の時代へ

脳卒中モデルのリハの流れ



急性期リハビリテーション

在院日数短縮を課題としている
急性期病院におけるリハとは？

急性期病院におけるリハ的問題点

急性発症

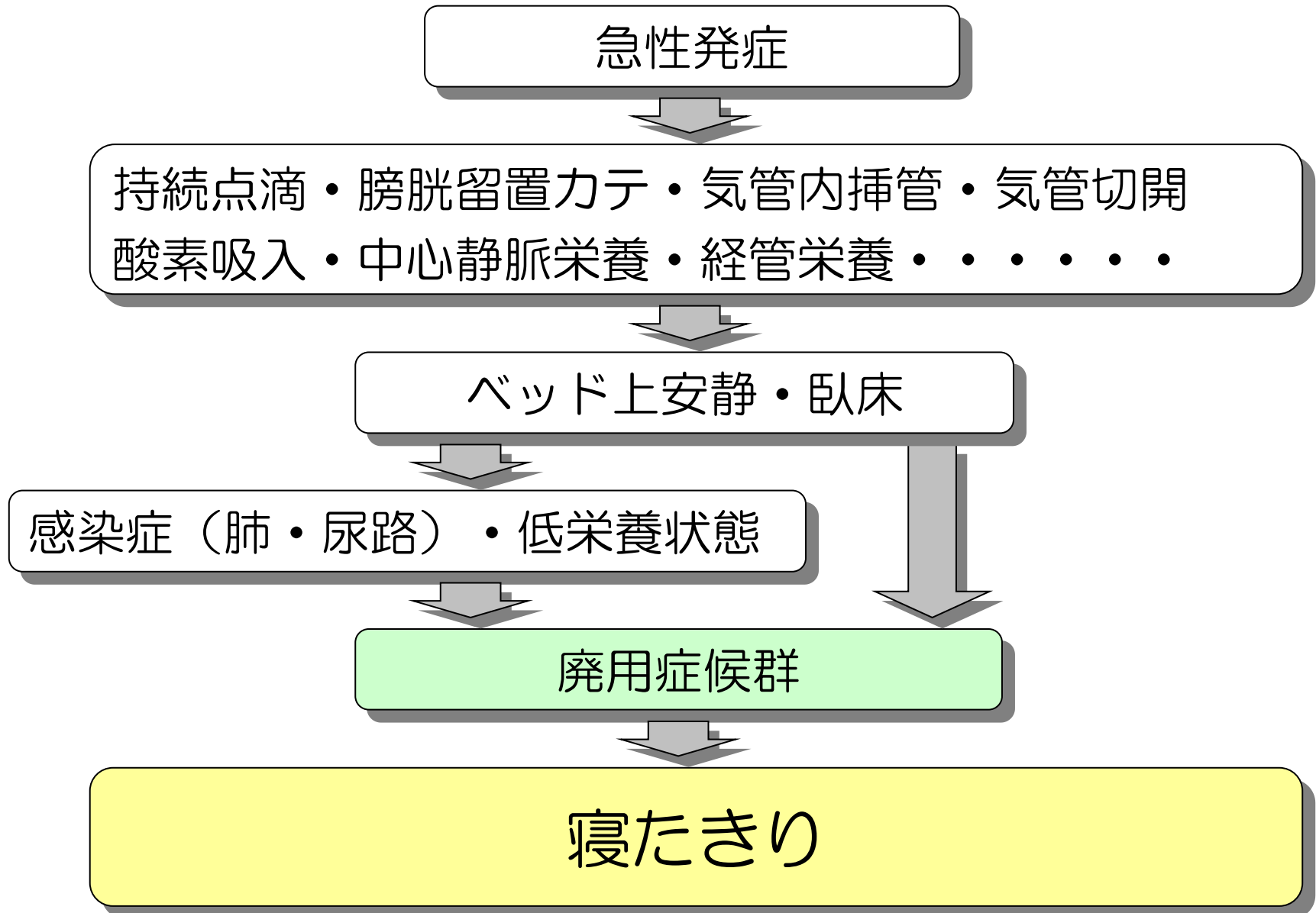
持続点滴・膀胱留置カテ・気管内挿管・気管切開
酸素吸入・中心静脈栄養・経管栄養・・・・

ベッド上安静・臥床

感染症（肺・尿路）・低栄養状態

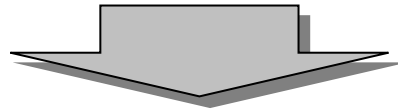
廃用症候群

寝たきり



急性期病院におけるリハ

感染症・低栄養・廃用症候群の予防



1. 早期離床の推進
2. ベッドサイドリハの早期開始

1. 早期離床の推進 (Nsによる寝・食・排泄・清潔分離)

- | | |
|-------------|------------|
| • 臥位 | ⇒ 座位へ |
| • 輸液 | ⇒ 経口摂取へ |
| • 口腔ケア | ⇒ 日常的ケアへ |
| • ベッド上食事摂取 | ⇒ 椅子・テーブルへ |
| • 膀胱留置カテーテル | ⇒ 抜去へ |
| • オムツ | ⇒ トイレへ |
| • ベッド上清拭 | ⇒ 入浴へ |

※上記のうち1つでも可能な限り早期に実行

2. リハビリテーションの早期時期

- ベッド上関節可動域訓練は発症日から
- 座位開始基準
 - ①バイタルサインの安定
 - ②神経症状の進行が停止
 - ③意識レベルが1桁以下

急性期病院におけるリハの課題

- ①看護師による早期離床の普及
- ②PT・OT・STのマンパワー強化
- ③ベッドサイドリハの普及
- ④リハ科の設置とリハ医の常勤化

急性期病院の現実

- ①看護マンパワー不足
- ②PT・OT・STのマンパワー不足
- ③リハ科とリハ医（司令塔）なきリハ



変革には時間がかかる



早く回復期リハへ転院

回復期リハビリテーション

（回復期リハ病棟におけるリハ）

回復期リハ病棟の使命

- ①急性期病院から早期に受け入れ
- ②必要十分な集中的リハ医療サービスの提供
- ③家庭復帰への支援

回復期リハ病棟の特徴

1. 入院患者の状態が特定
2. 入院目的が明確
3. 発症～入院までの期間限定：2ヶ月以内
4. 入院期間の上限設定：60～180日以内
5. Dr・Ns・CW・PT・OTの病棟専従配置



強力なチームアプローチにより、
病棟におけるADLの向上 → 家庭復帰

回復期リハ病棟の整備状況

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査（2006.1）

577 病院

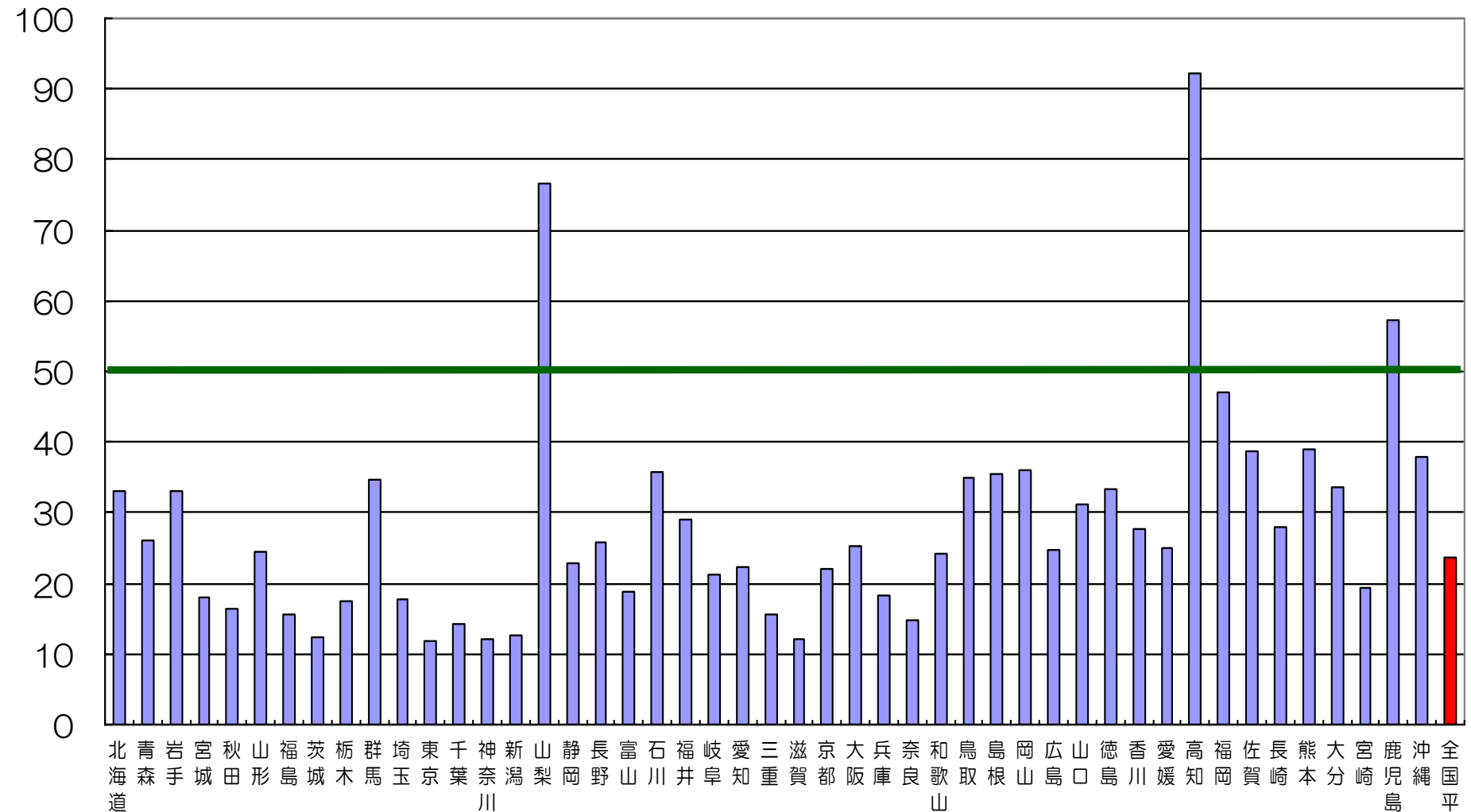
673 病棟

30,394 床

1病棟： 16～60床(平均：45床)

都道府県別人口10万対回復期リハ病床数

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査（2006.1）



回復期リハ病棟に対する厚労省の政策

- 急性期病院の在院日数短縮に貢献
- 要介護高齢者の発生予防
- 家庭復帰者の増加



- 病床の基盤整備
- 地域間格差の解消

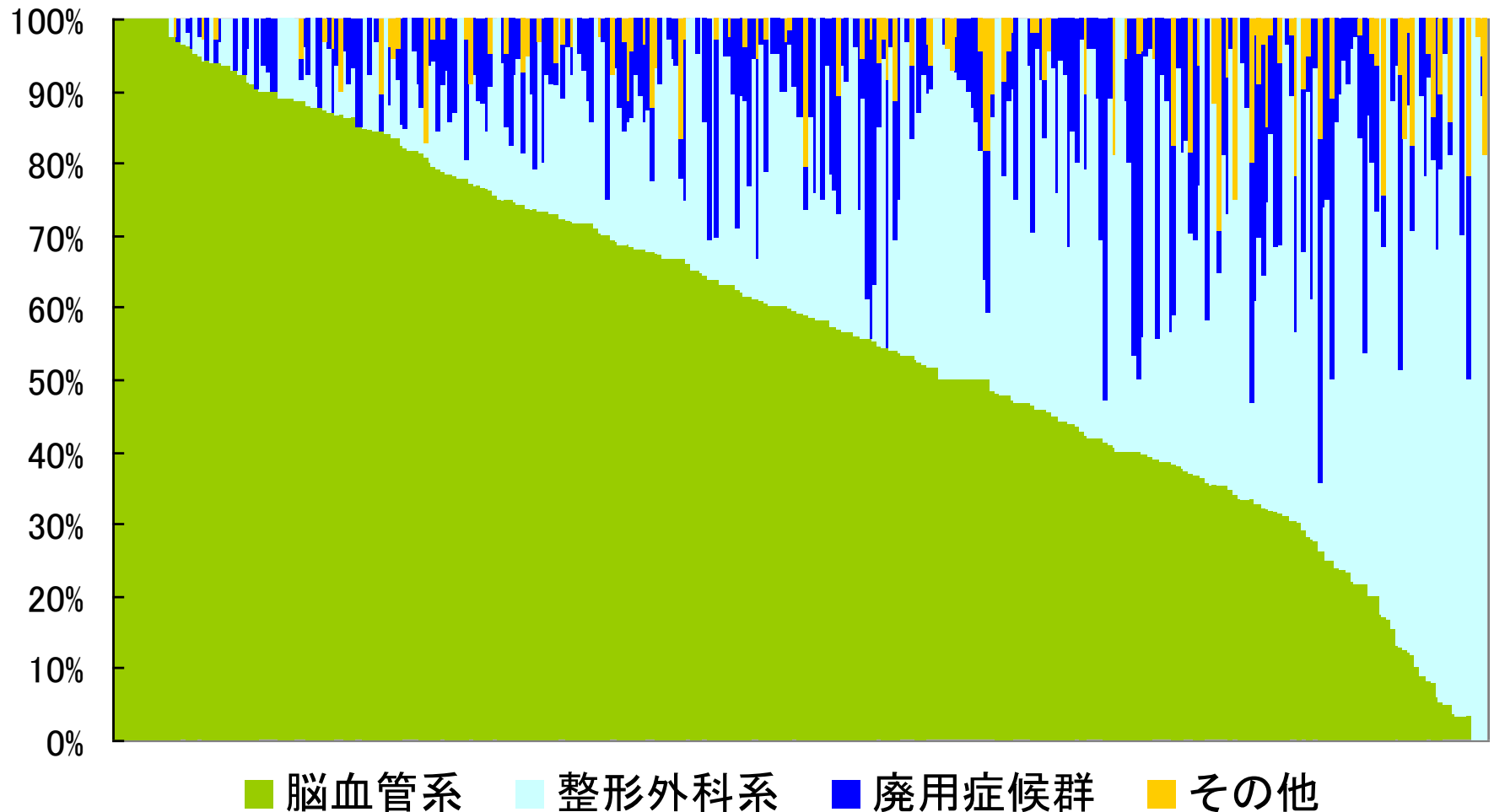
※まだ量的整備の時期

回復期リハ病棟の課題

- ① チームアプローチの成熟化
- ② 病棟専従医のリーダーシップ
- ③ 亜急性期医療サービスの提供
- ④ 基本的ケア体制の確立
- ⑤ ADL向上の取り組み強化
- ⑥ 365日のリハサービス提供
- ⑦ 看護職・リハ専門職のマンパワー強化
- ⑧ データの数値化と効果判定
- ⑨ 急性期病院との連携
- ⑩ 在宅ケアサービスとの連携
- ⑪ 教育・研修体制の充実

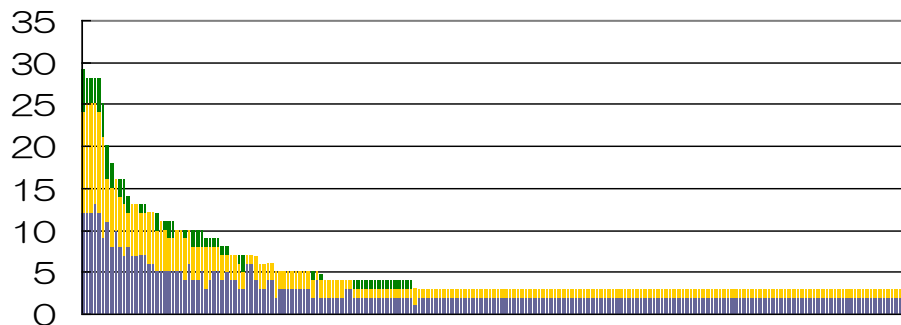
病棟別の疾患構成の割合

(N=340病棟 2005.9)

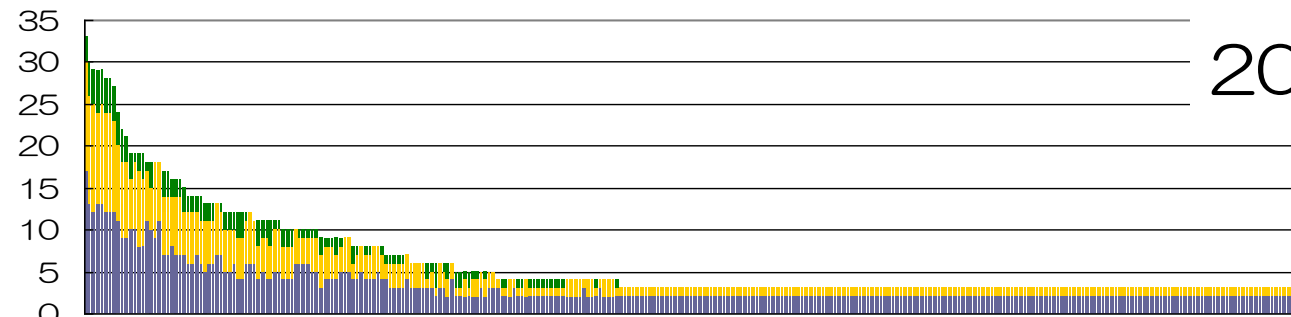


各病棟の専従PT・OT・ST数の推移 (2003~2005)

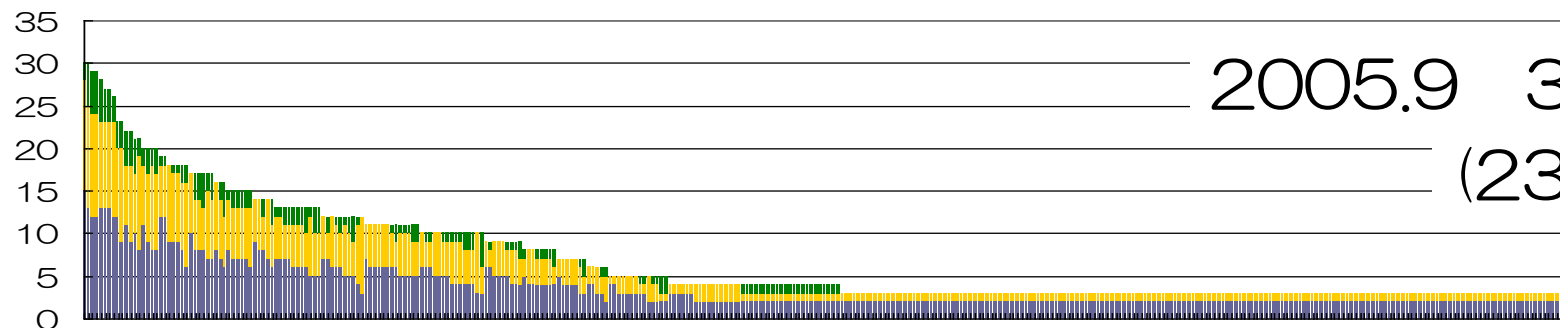
■ PT ■ OT ■ ST



2003.9 204病棟
(1101名)

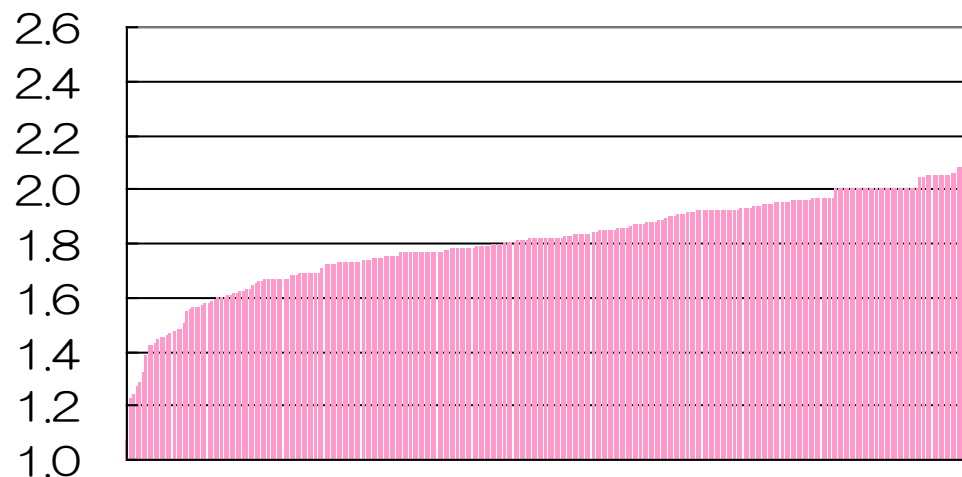


2004.9 296病棟
(1826名)

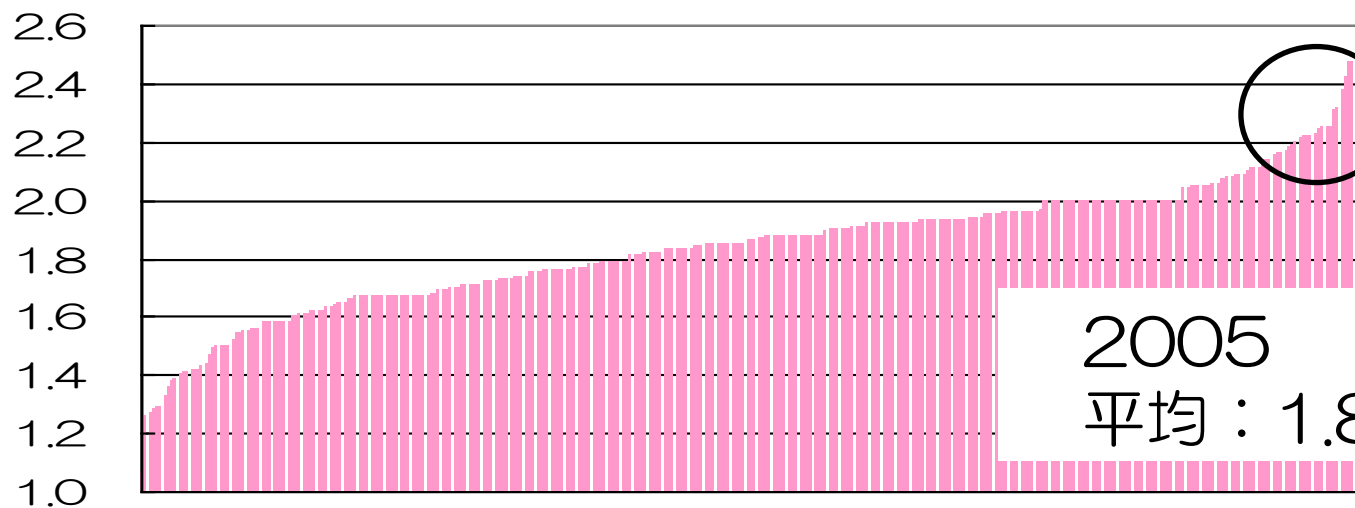


2005.9 348病棟
(2399名)

(看護＋介護) 職1名あたり病床数

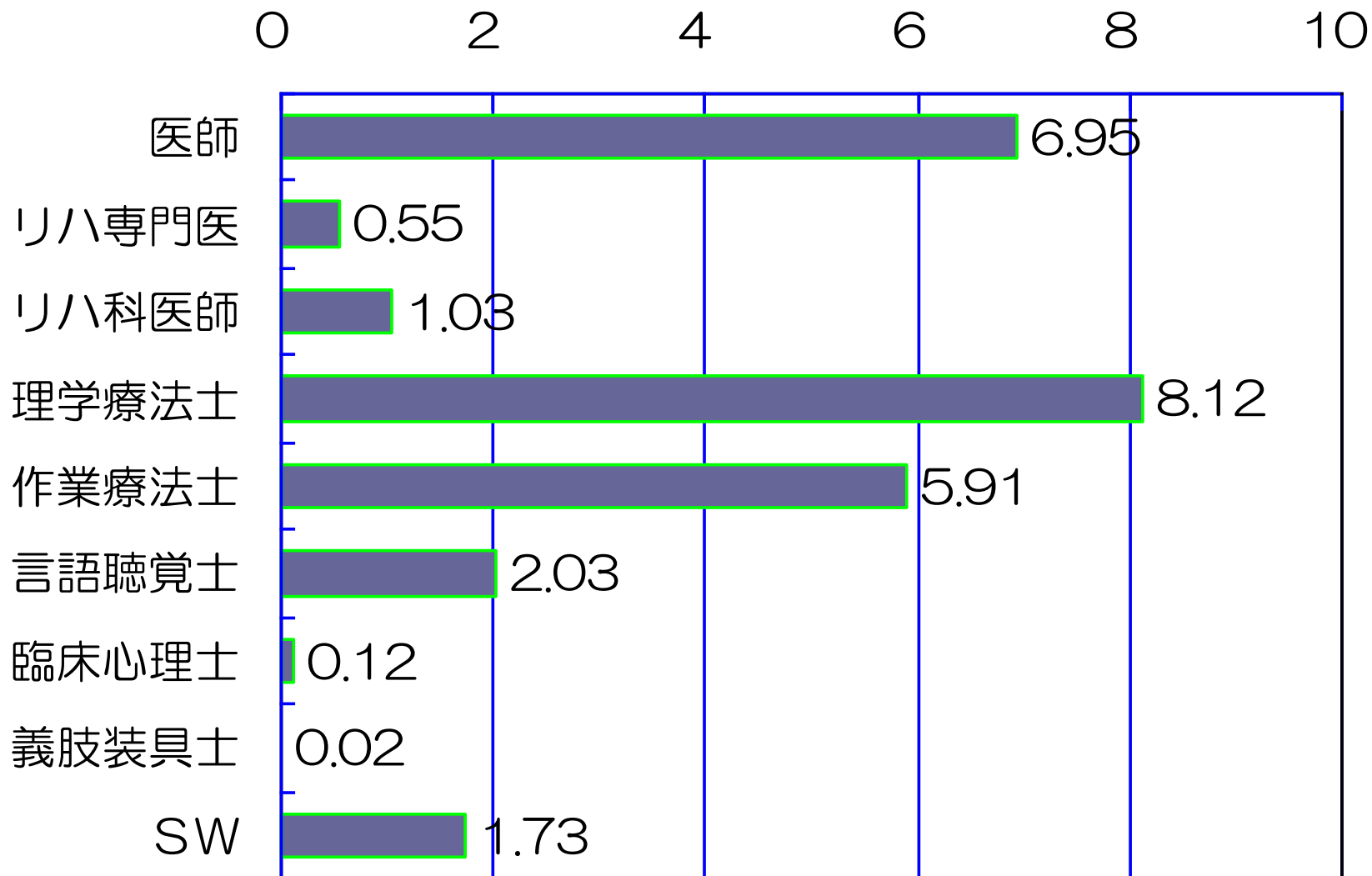


2004
平均：1.8床 (N=268)



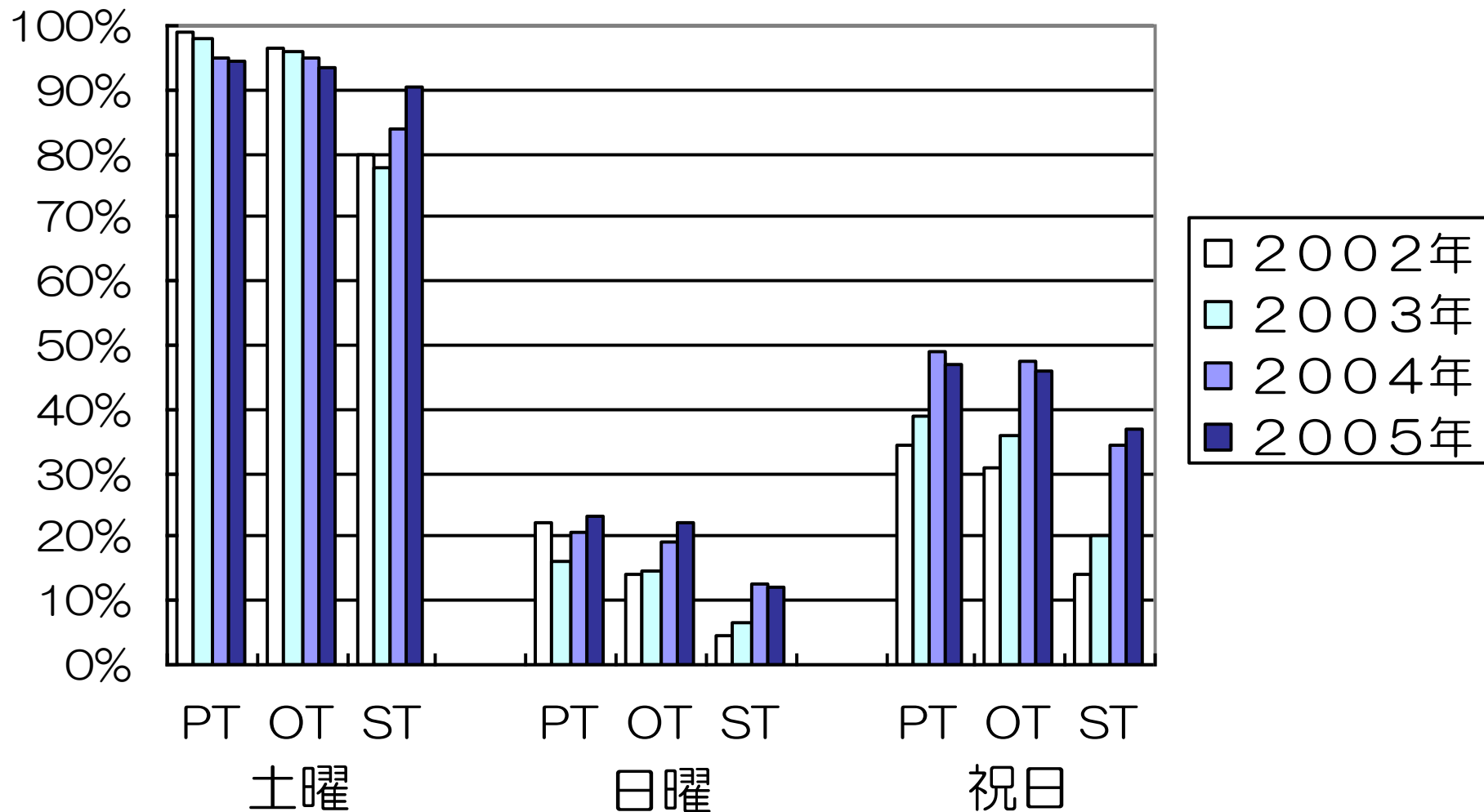
2005
平均：1.8床 (N=326)

回復期リハを有する病院の100床あたり職員数 (N=348 2005.9)



土・日・祝日のリハ稼働状況の変遷

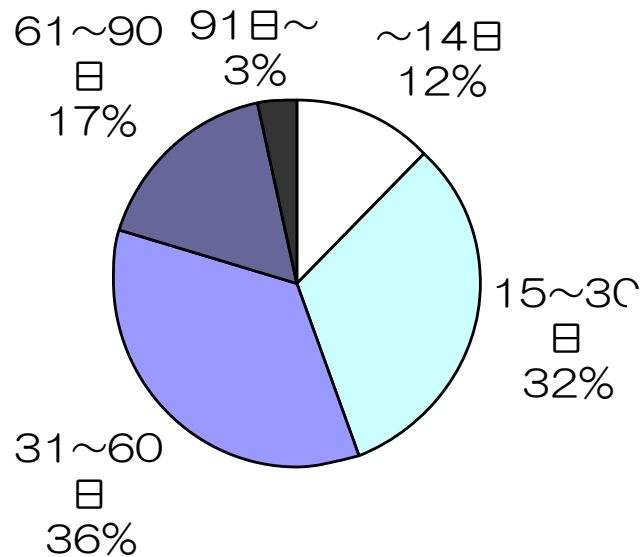
(N=348 2005.9)



発症から入院までの日数・入院日数

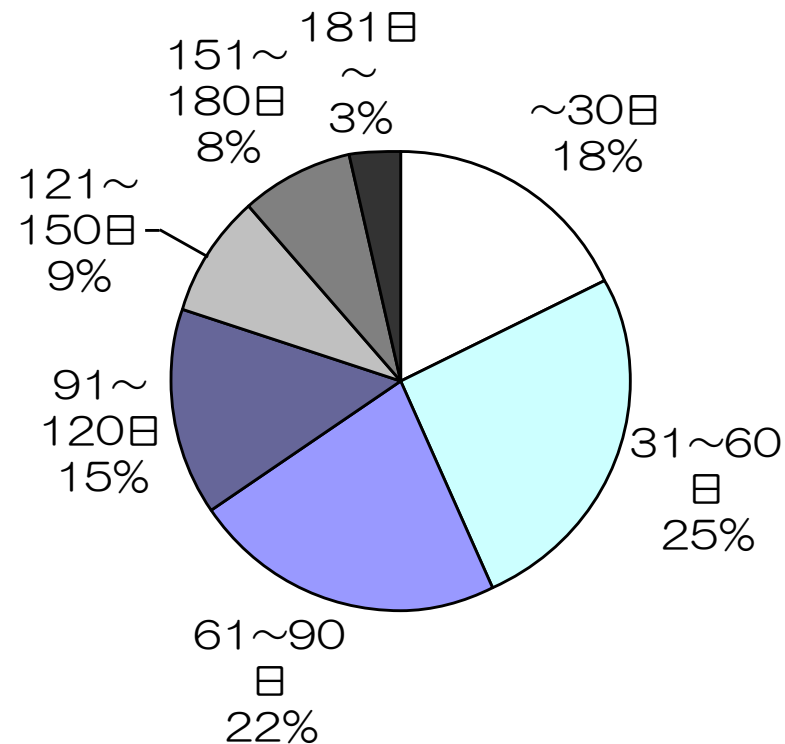
(N=9,681 2005.9)

発症～入院



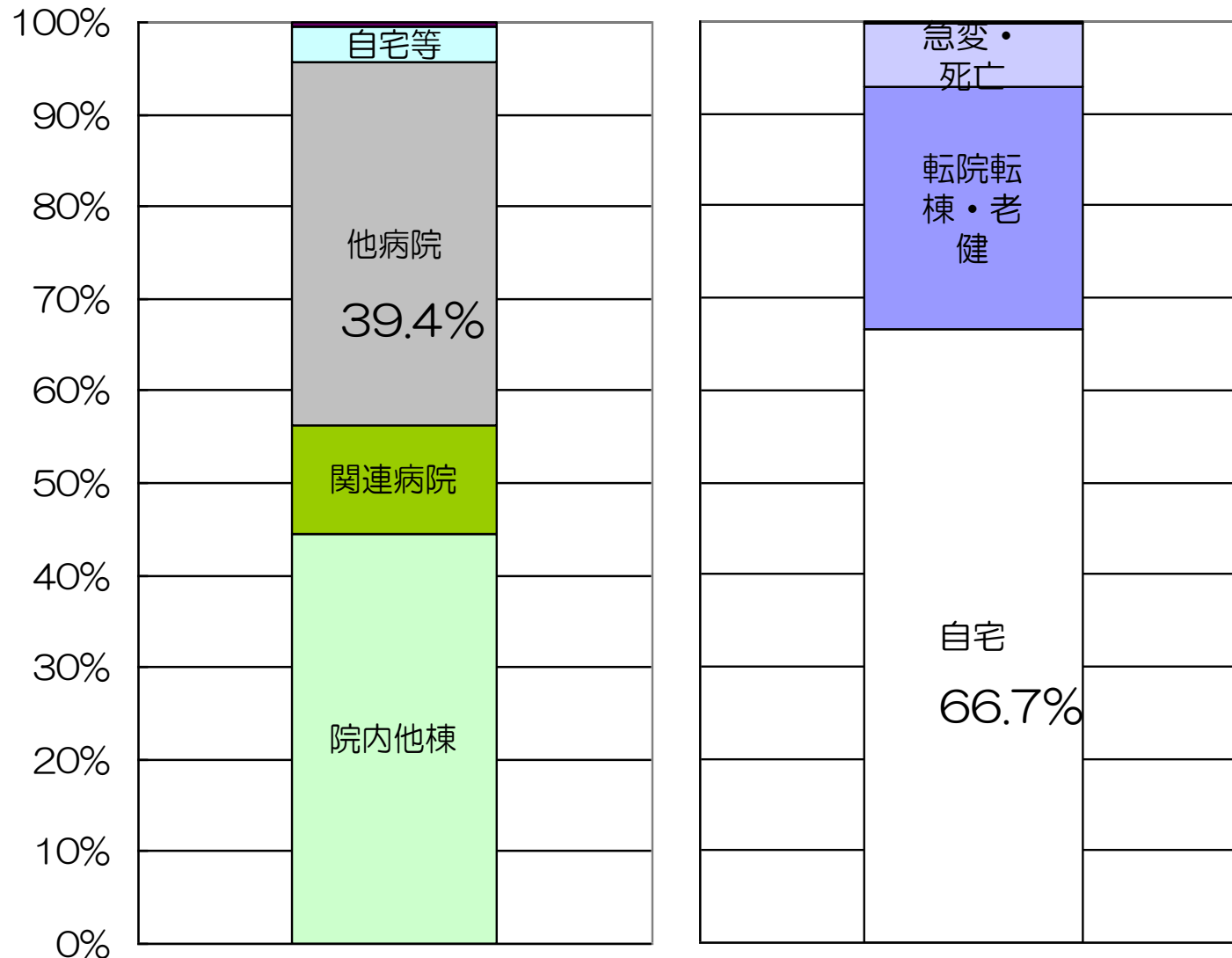
発症～入院：40.7日
入院期間：78.3日

入院日数



回復期リハ病棟の入退院経路

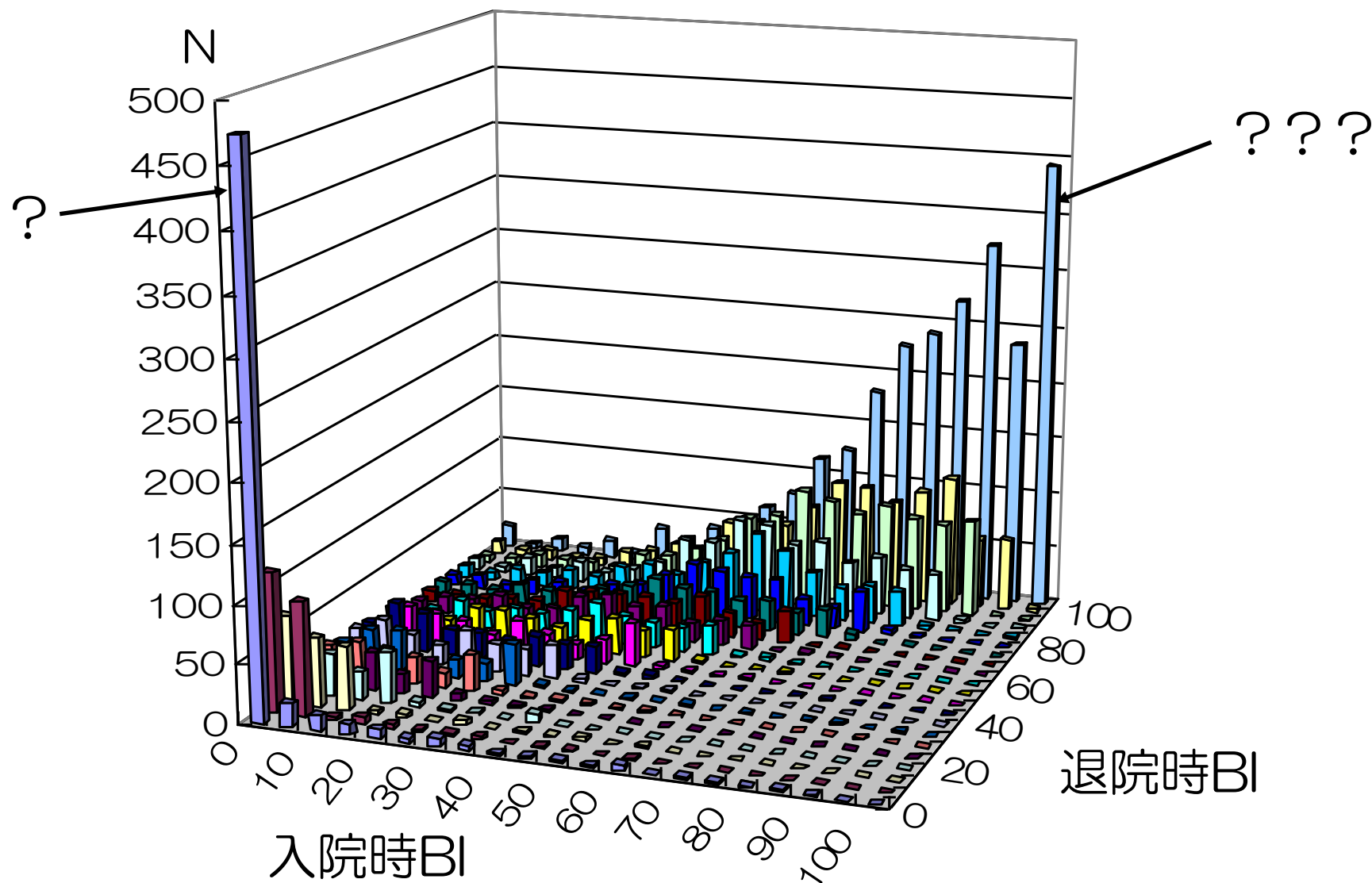
(N=9,681 2005.9)



自宅復帰率
2002 : 64.8%
2003 : 72.5%
2004 : 67.3%
2005 : 66.7%

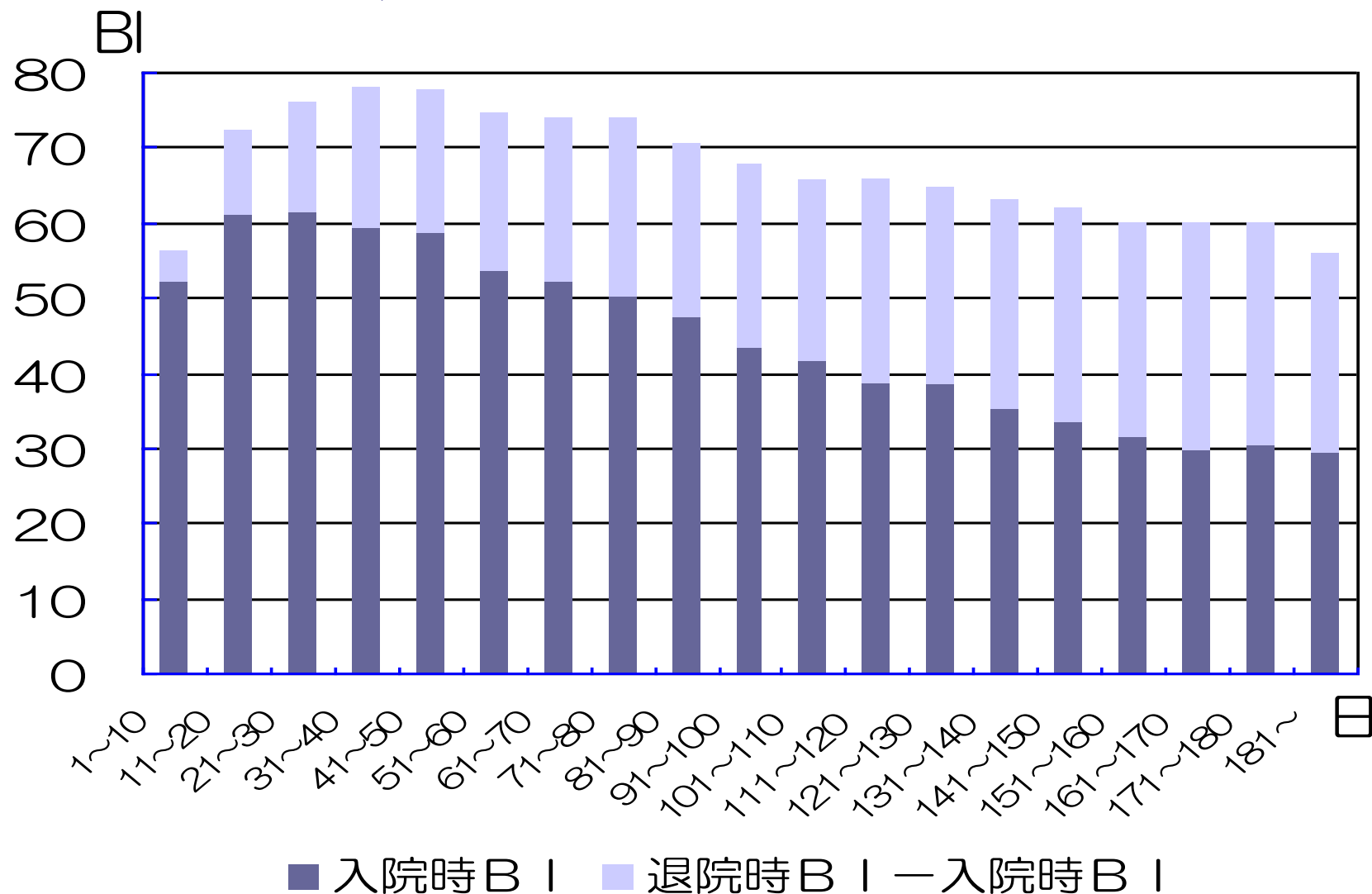
入院時と退院時のADL

(N=9,681 2005.9)



退院患者の入院期間別ADL改善効果

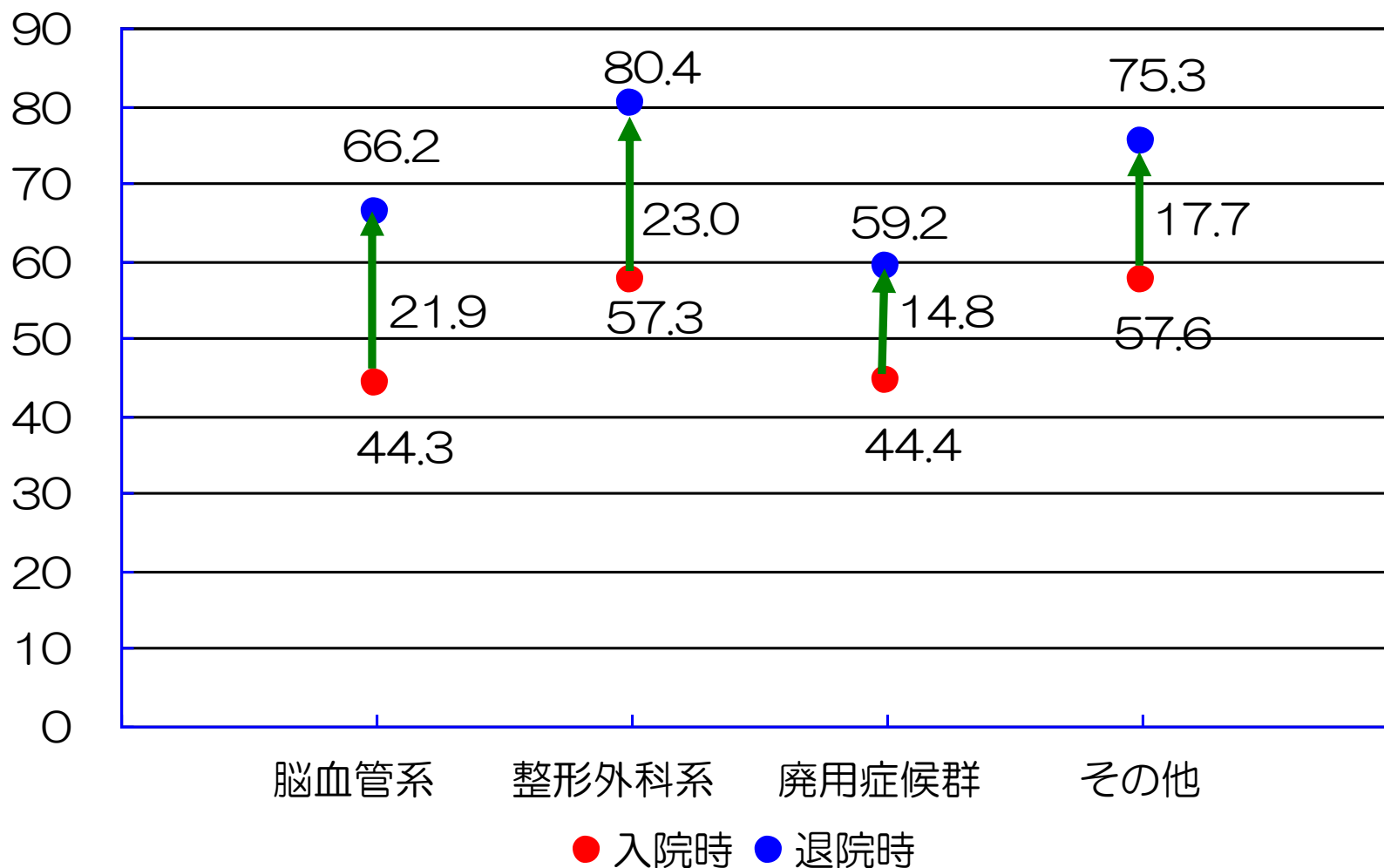
(N=9,681 2005.9 バースル指数)



ADL改善効果 (BI)

N=9,681 2005.9

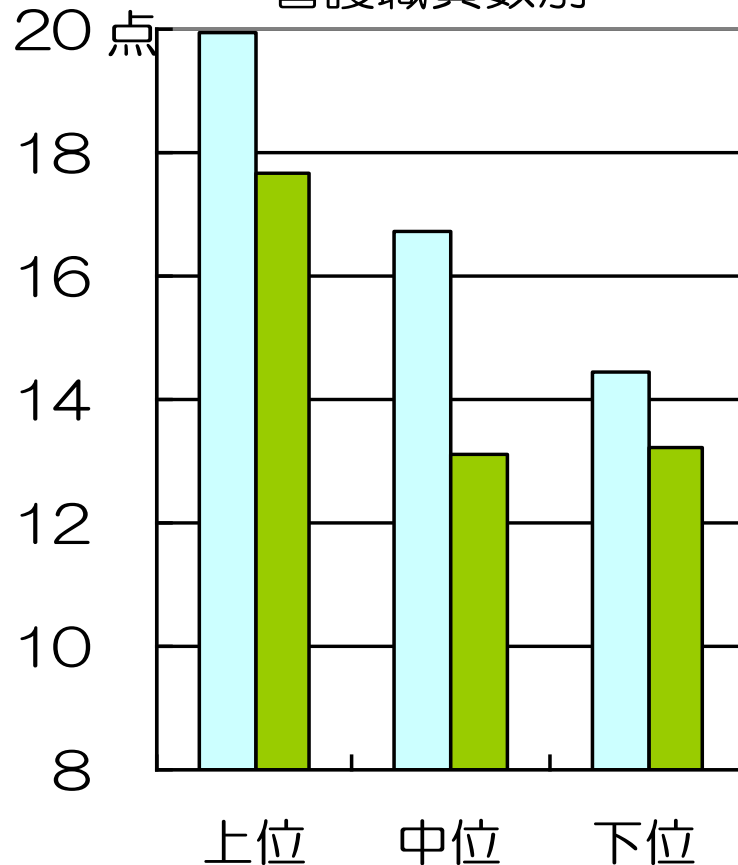
BI



回復期リハ病棟のスタッフ数別効果

(退院時－入院時) 30病棟 N=833 (2005.8)

看護職員数別

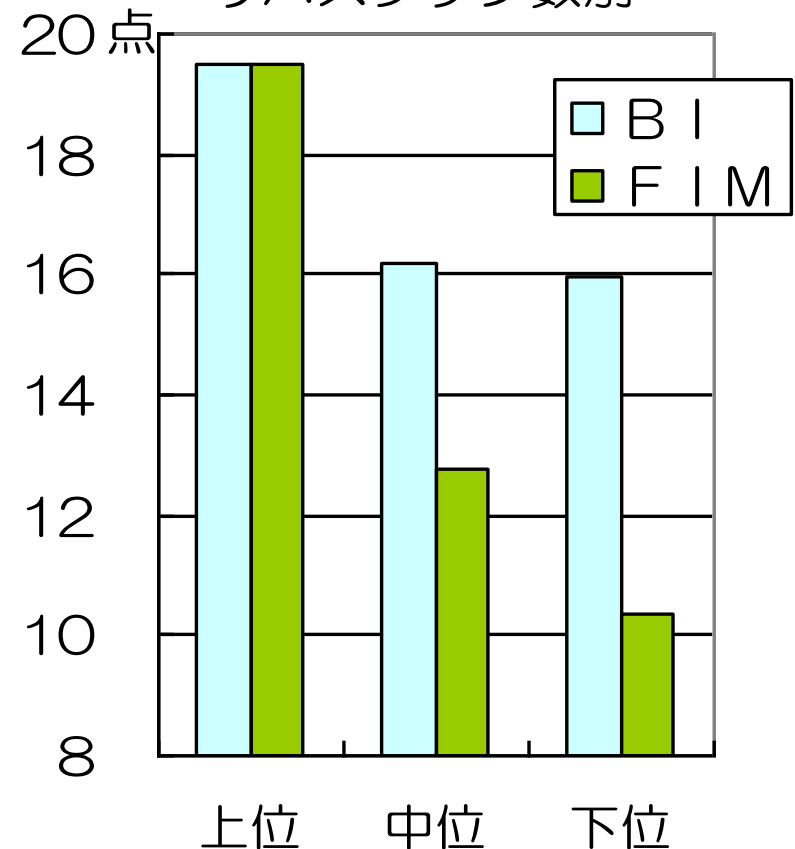


上位 > 1.5 : 1

1.5 : 1 ≥ 中位 ≥ 1.8 : 1

1.8 : 1 > 下位

リハスタッフ数別



上位 ≥ 2.5 : 1

2.5 : 1 > 中位 > 5 : 1

5 : 1 ≥ 下位

平成18年診療報酬改定の骨子

1. 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点
2. 質の高い医療を効率的に提供するために、医療機能の分化・連携を推進する視点 ← **リハビリ関連**
3. 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討すべき視点
4. 医療費の配分の中で効率的余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

平成18年診療報酬改定 1

リハビリテーション施設基準

	脳血管疾患等リハ	運動器 リハ	呼吸器 リハ	心大血管 疾患リハ
疾患別施設	PTもしくはOT：5名以上 もしくは ST：1名以上・施設	専任医 1名 機器類	専任医 1名 機器類	専任医 1名 機器類
基本施設	専任医：1名 PT・OT・STのいずれか：1名以上 病院：100m ² 以上、診療所：45m ² 以上 適切な設備・機器			

※運動器リハはあん摩鍼灸マッサージ師の代替者を認める

平成18年診療報酬改定 2

疾患別の算定日数制限と点数

		脳血管疾患	運動器疾患	呼吸器疾患	心大血管疾患
算定日数		180日	150日	90日	150日
点数	リハビリ料(Ⅰ)	250点	180点	180点	250点
	リハビリ料(Ⅱ)	100点	80点	80点	100点

除外規定：上記算定日数制限から除外

- ①失語・失行・失認の患者
- ②高次脳機能障害の患者
- ③重度の頸随損傷
- ④頭部外傷・多発外傷の患者
- ⑤難病リハを算定する患者
- ⑥回復期リハ病棟入院料算定患者
- ⑦障害児・者リハに規定する患者

患者1人1日当たり算定単位数の上限

疾患別リハに関しては、
PT・OT・STを患者1人1日あたり合計6単位
厚生労働大臣の定める患者は**合計9単位**

厚生労働大臣が定める患者

- ① **回復期リハ病棟入院料を算定する患者**
- ② 急性発症した脳血管疾患等の患者であって発症60日以内の患者
- ③ ADL加算を算定する患者

※早期リハ加算：廃止

※集団リハ：廃止

※従事者1人1日あたり18単位を標準とし108単位まで
(24単位を上限)

平成18年診療報酬改定 4

回復期リハビリテーション病棟

疾患	発症から入院	入院期間
①脳血管疾患、くも膜下出血のシャント術後、 脊髄損傷、頭部外傷、脳腫瘍、脳炎、 脊髄炎、ギラン・バレー症候群、 多発性硬化症の発症もしくは手術後	60日	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、 重度の頸随損傷・頭部外傷を含む多発外傷		180日
②大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節の 骨折もしくは手術後	60日	90日
③外科手術または肺炎等の治療時の安静に より廃用症候群に至るおそれのある患者	60日	90日
④大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節の 神経・筋・靱帯損傷後	30日	60日

平成18年診療報酬改定 5
訪問リハビリテーション管理指導料

単位制（1単位20分）に変更

1単位 300点

1週に6単位まで算定可能

退院後3ヶ月は12単位算定可能

平成18年診療報酬改定 6

障害児・者リハビリテーション料

脳性麻痺等の発達障害児・者及び肢体不自由児施設等の入所・通所者を対象患者とする。

1日6単位まで

脳血管疾患等リハを算定した場合には、算定できない。

1単位につき	6歳未満	？点
--------	------	----

	6歳～18歳	？点
--	--------	----

	18歳以上	？点
--	-------	----

平成18年診療報酬改定 7
摂食機能療法

- 1日につき185点、月4回まで
- 治療開始から3ヶ月以内は毎日算定可能

平成18年介護報酬改定 1

訪問看護

- 短時間訪問（20分未満）の評価
早朝・夜間・深夜のみ算定可
ステーション：285単位
病院・診療所：230単位
- ステーションからのPT・OTの訪問
30分未満：425単位
30分～1時間：830単位

平成18年介護報酬改定 2

訪問リハビリテーション

- 病院・診療所・老健からPT・OT・STの訪問
550単位 → 500単位
- リハビリテーションマネジメント加算
20単位/日
- 短期集中リハビリテーション実施加算
退院・退所から1ヶ月以内 : 330単位/日
退院・退所から1～3ヶ月 : 200単位/日
(2日/週 以上実施)

平成18年介護報酬改定 3

通所リハビリテーション

- 利用時間の変更はないが、要介護区分 ①経過的要介護
②要介護1
③要介護2
④要介護3
⑤要介護4
⑥要介護5 の6段階へ
- 大規模事業所（利用者数が延べ900人/月を超）の場合は 90/100
- リハビリテーションマネジメント加算：20単位
- 短期集中リハビリテーション加算：退所・退院後1ヶ月以内：180単位
1～3ヶ月以内：130単位
3ヶ月超え 80単位

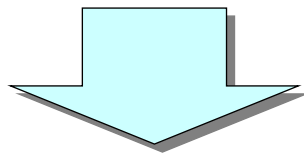
医療型療養病床の変化？

医療療養病床	医療依存度、長期療養の必要性が高く、要介護度の高い者へのケア	医学的管理下における重介護者 看護4：1 介護4：1 へ	今後は減少へ
--------	--------------------------------	------------------------------------	--------

介護保険施設の今後？

	機 能		2012年
介護療養型医療施設			廃止？ 老健・有料老人ホームへ転換
介護老人保健施設	在宅生活への復帰	在宅復帰、自立支援につながるリハ (入所・通所・訪問)	増加
介護老人福祉施設	自立した生活への支援	小規模生活対応型の普及 ユニットケア	居宅と類似

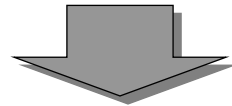
リハ医療サービスの危機！



災いを転じて福とするには？

今後のリハ医療サービス 1

- 在院日数の短縮へ
- 期間限定リハサービスへ
(長期間のリハから短期集中的リハへ)



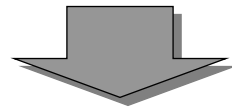
回復期リハ病棟は？

- 急性期へ近づく回復期リハ
- 入院期間が短縮する回復期リハ
- 重要となる回復期退院後3ヶ月

今後のリハ医療サービス 2

機能分化するリハ医療サービス

- 急性期病院におけるベッドサイドリハ
- 病棟専従スタッフによる回復期リハチーム
- 在宅ケアにおけるリハマネジメント



回復期リハ病棟は？

- 増強するマンパワー
- 成熟するチームアプローチ
- 成果を確認しつつ発展（効果判定）

回復期リハ病棟の課題

- ① チームアプローチの成熟化
- ② 病棟専従医のリーダーシップ
- ③ 亜急性期医療サービスの提供
- ④ 基本的ケア体制の確立
- ⑤ ADL向上の取り組み強化
- ⑥ 365日のリハサービス提供
- ⑦ 看護職・リハ専門職のマンパワー強化
- ⑧ データの数値化と効果判定
- ⑨ 急性期病院との連携
- ⑩ 在宅ケアサービスとの連携
- ⑪ 教育・研修体制の充実

回復期リハ病棟の今後

- ①量的整備優先政策 → 倍増（6万床へ）
- ②地域間格差の解消
- ③地域により病院間競争の激化
- ④質の向上
- ⑤急性期病院と在宅ケア体制と連携強化

回復期リハ病棟は？

One for All, All for One

回復期リハ病棟から医療を変える！