

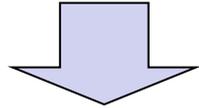


リハ医療における地域連携の要となる 回復期リハ病棟

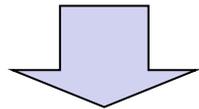
全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会
会長 石川 誠

我が国の医療政策

聖域なき構造改革



医療制度改革



医療費適正化計画

社会保障給付費
の
削減

医療制度改革大綱

(平成17年12月1日 政府・与党医療改革協議会)

1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視
2. **医療費適正化の総合的推進**
医療給付費の伸びと国民の負担との均衡の確保
医療費適正化計画の推進
公的保険給付の内容・範囲の見直し
患者負担増
3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現
新たな高齢者医療制度の創設
保険者の再編・統合
4. 診療報酬等の見直し

骨太の方針

経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006

(平成18年7月7日 閣議決定)

社会保障給付費を国庫ベースで、
今後5年間に1兆1000億円削減

医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム

(平成19年5月15日 柳澤厚生労働大臣)

- 1) 生活習慣病対策
- 2) 介護予防の推進
- 3) 平均在院日数の短縮
- 4) 在宅医療・在宅介護の推進と住宅政策との連携
- 5) 診療所と病院の役割の明確化
- 6) EBMの推進と医療の標準化
- 7) 重複・不要検査の是正
- 8) 後発医薬品の使用促進
- 9) 不正な保険医療機関、介護サービス事業者等への指導・監査の強化
- 10) 医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直し
- 11) 診療報酬・介護報酬の見直し
- 12) 包括払いの促進（DPC）
- 13) 後期高齢者医療制度
- 14) IT化の推進
- 15) 地域医療提供体制の整備（4疾病・5事業）
- 16) 医療情報の提供の推進
- 17) 医療・介護の安全体制の確保

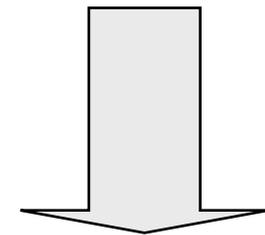
改正医療法における医療提供体制の考え方

法律：医療提供体制の確保

- 国による基本方針の策定
- 都道府県による医療計画の策定
- 生活習慣病その他省令で定める疾病
- 5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、小児医療、周産期医療）



省令：生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために、特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病を規定（4疾病）



患者数が多く死亡率が高い4疾病
（がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病）
救急医療から福祉まできめ細かな対応

大臣告示：医療提供体制の確保に関する基本的な考え方。

- 4疾病及び5事業それぞれに関する医療連携体制の考え方



局長・課長通知：医療計画において、具体的な医療提供体制の確保に関する指針

疾病または事業ごとの医療体制構築に係る指針

- 4疾病及び5事業の医療体制について、指針は医療体制構築のための目安であり、各都道府県が、患者動向、医療資源等地域の実情に応じて構築する。
- 各都道府県は、地域の実情に応じて必要性の高い疾病（事業）から優先的に取り組む。
- 医療と介護に密接に関係する典型的な疾病という点から、各都道府県は、脳卒中の医療体制については、平成19年度中に構築。

なぜ脳卒中の医療体制構築が必要か？

脳卒中の総患者数：約137万人

救急車で搬送した脳卒中患者数：約33万人／年（全体の11%）

脳卒中が原因で死亡した数：約13万人／年（第3位）

脳卒中が寝たきりの原因である割合：約30%

脳卒中が原因で介護が必要になった割合：約26%（第1位）

脳卒中の医療体制：目指すべき方向

今後の脳卒中の医療体制は、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれらの医療機関間の連携により、医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築することが重要。

- 1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制
 - 発症後2時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送
 - 医療機関到着後1時間以内の専門的な治療の開始
- 2) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制
 - 廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハの実施・・・（急性期リハ）
 - 機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハの実施・・・（回復期リハ）
 - 生活機能を維持又は向上させるリハの実施・・・（維持期リハ）
- 3) 在宅療養が可能な体制
 - 生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

医療制度改革の概要

医療費適正化計画（平成20年開始）

生活習慣病の予防

健康増進計画

在院日数の短縮

医療提供体制の確立

1. 医療機能の分化・連携の推進
2. 在宅医療の充実
3. 医療情報の提供

現在の医療界におけるキーワード

1. 機能分化
2. 地域連携
3. 協業（協働）
4. 在宅ケア

1. 機能分化

- 機能分化とは役割の明確化

医療機能分化の概要

急性期

「急性期病院（救急病院）」
入院日数短縮と病床数削減

亜急性期

「回復期リハビリテーション病棟 等」
病床数増加

慢性期

在宅
居宅施設

「診療所」「在宅療養支援診療所」
在宅主治医（かかりつけ医）
各種居宅介護サービスと連携

入院

「医療療養病床」
医療的重度慢性期患者
病床数削減

入所

「介護保険施設 等」

急性期～回復期～維持期の役割分担

		急性期	回復期	慢性期 (維持期)
疾患	慢性疾患	制御		
	合併疾患	予防		
	急性疾患	診断・治療	安定化	
障害	機能障害	改善	改善	維持・改善
	ADL	向上	向上	維持・向上
生活機能			再建	再建・向上
		急性期病床	回復期リハ病棟 等	診療所 各種居宅サービス 療養病床 介護保険施設 障害者施設

今までとこれからの高齢者リハ医療サービス

	今まで	これから
急性期病院におけるリハ	未整備	整備・充実
回復期リハ病棟	不足	全国各地に整備
リハを専門とする医師	不足	充足
看護・介護職	リハに消極的	リハに積極的
PT・OT・ST・MSW	不足	充足
リハの開始時期	遅い開始	早期開始
入院期間	長期	短縮化
リハの内容	機能訓練中心	ADL重視
チームアプローチ	未熟	成熟化
在宅リハ（通所・訪問）	未整備	整備・充実
リハ医療の地域連携	未整備	強化



回復期リハ病棟の入院目的

明解な役割



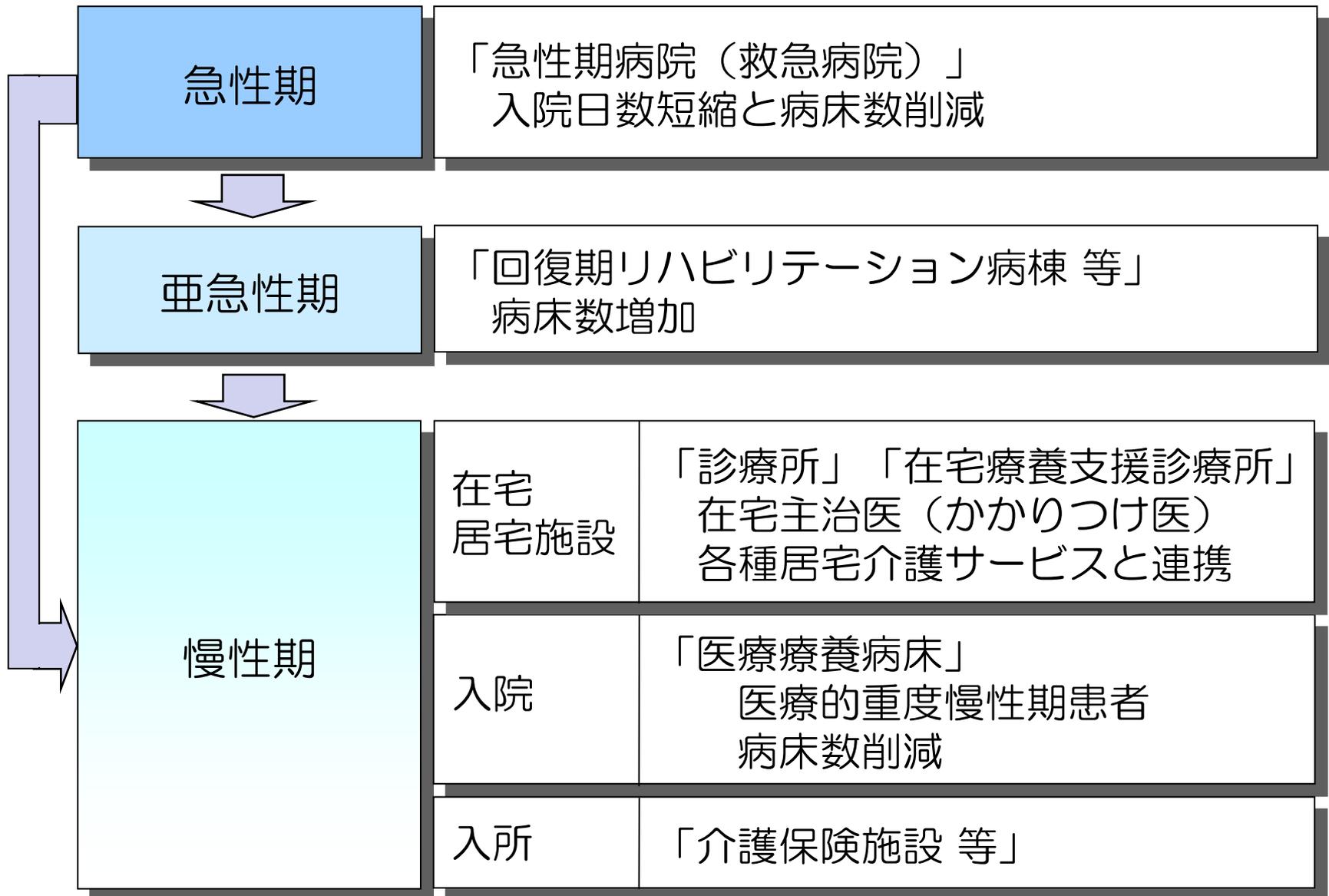
- 1) 寝たきりの防止
- 2) ADLの向上
- 3) 家庭復帰

2. 地域連携

地域連携とは急性期 → 回復期 → 地域ではない

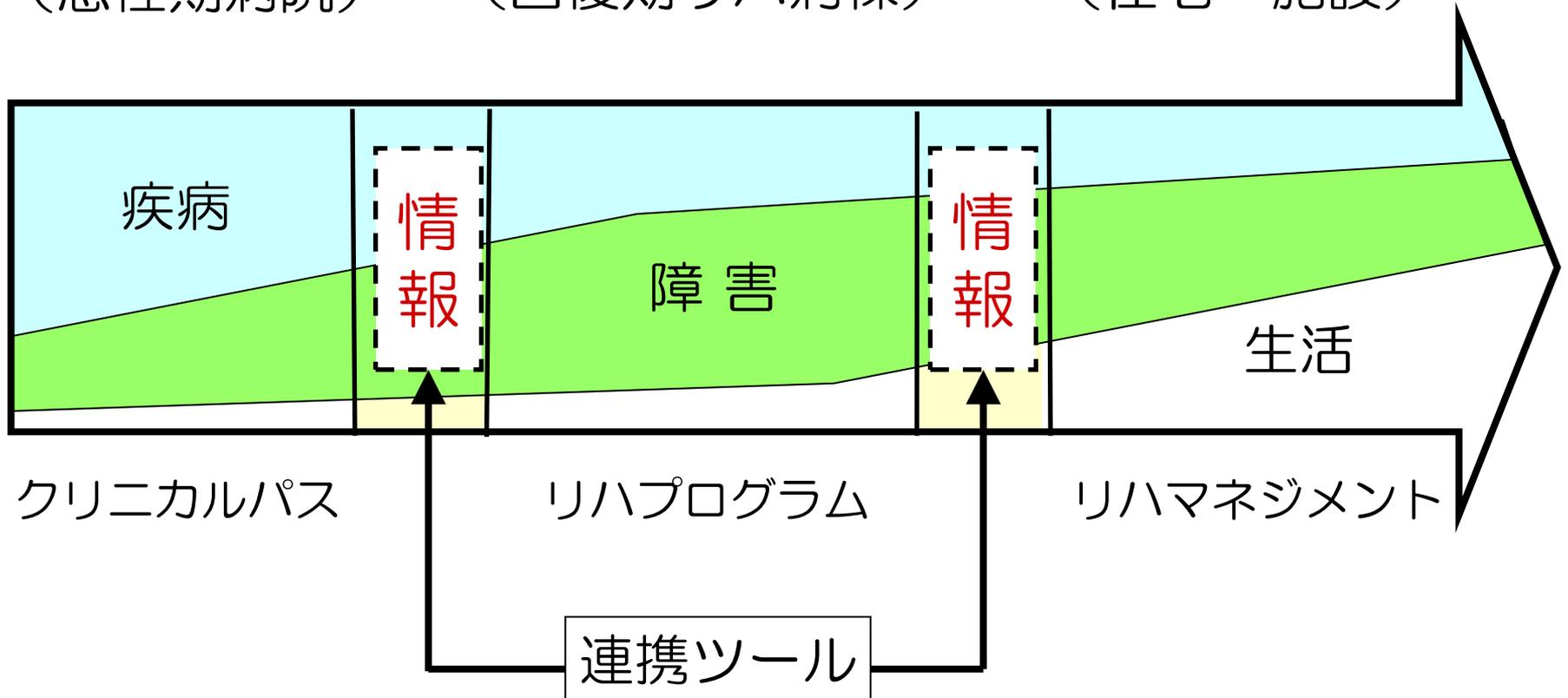
急性期 ↔ 回復期 ↔ 維持期の相互交流が重要

地域医療連携の図



リハビリテーションの医療連携

急性期リハ (急性期病院) → 回復期リハ (回復期リハ病棟) → 維持期リハ (在宅・施設)



地域連携とは

- 顔の見える関係の構築
- 必要かつ十分な医療情報を相互に提供
- 「持ちつ持たれつ」の関係を相互に理解



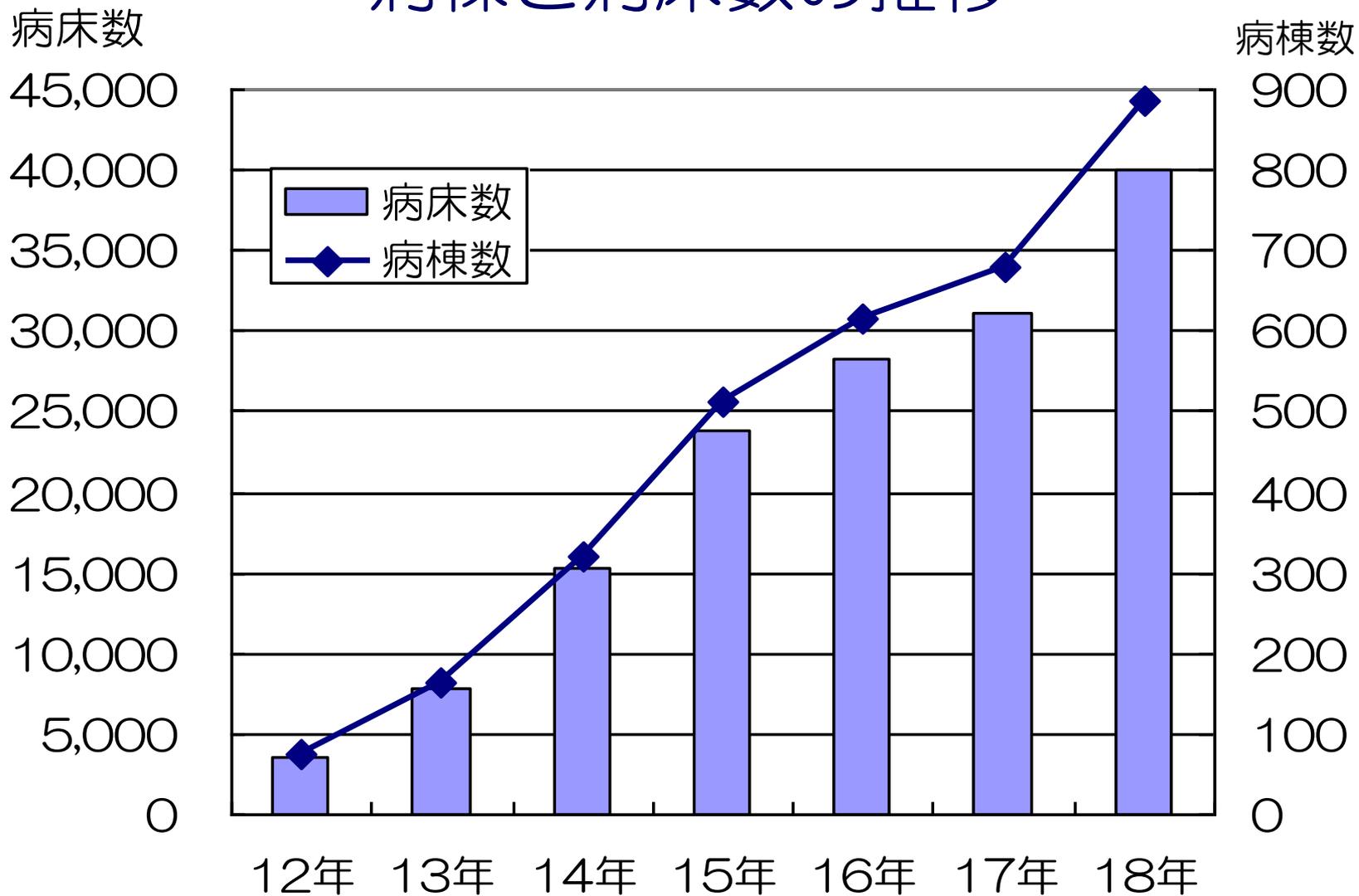
- 各地域毎の地域医療連携の構築



回復期リハ病棟の使命

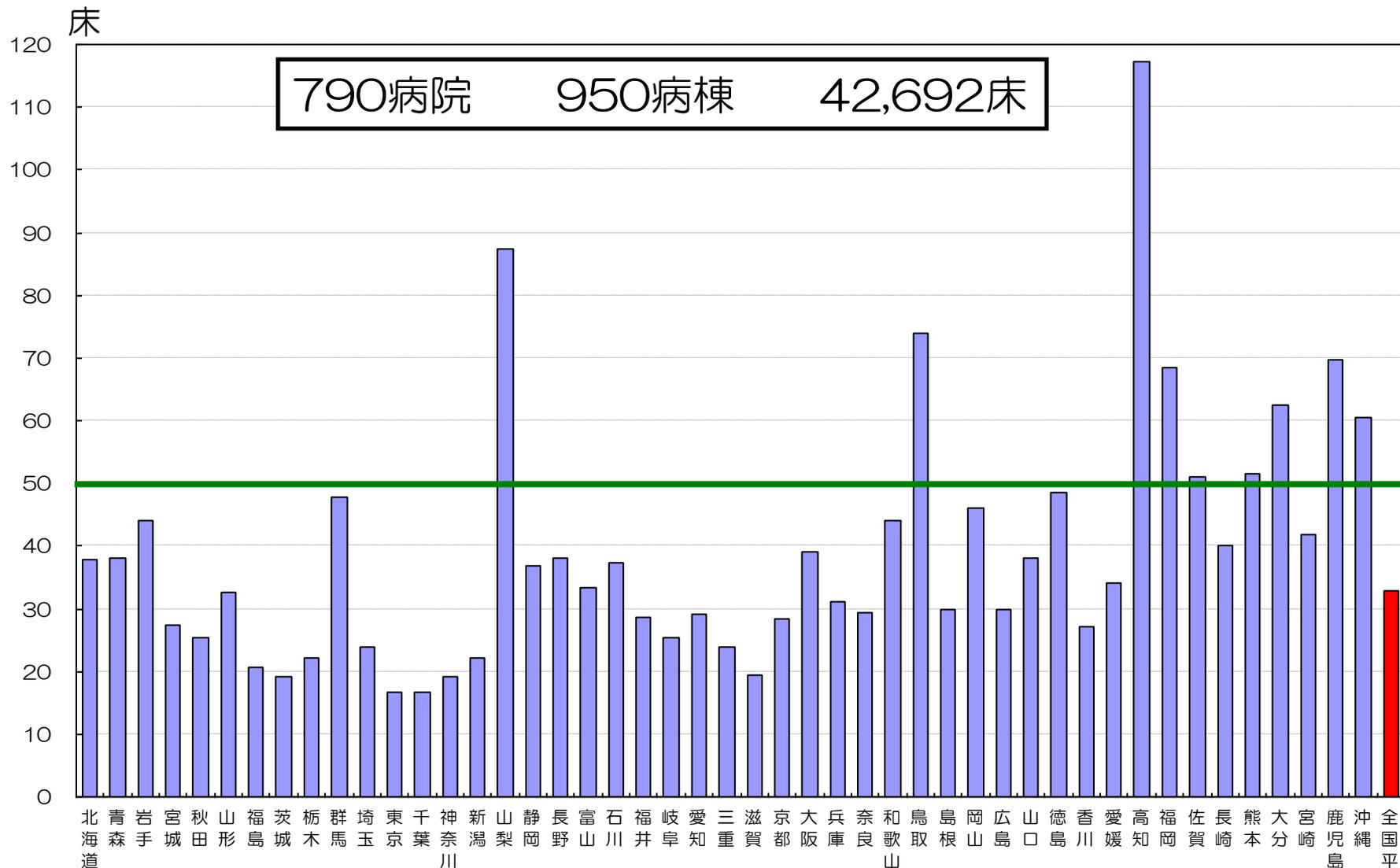
- 1) 急性期病院からの迅速な受け入れ
(亜急性期医学的管理の充実)
- 2) 集中的なリハ医療サービスの提供
(チームアプローチ)
- 3) 家庭復帰の推進
(在宅ケアへソフトランディング)

回復期リハ病棟入院料を算定する 病棟と病床数の推移



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（2008年2月）



回復期リハ病棟の量的整備

- 最低必要量：人口10万人対50床
- 多くの未整備地域が存在
- しかし、過剰地域も存在



- 各地域毎の適正な基盤整備の推進

3. 協業（協働）

= チームアプローチ

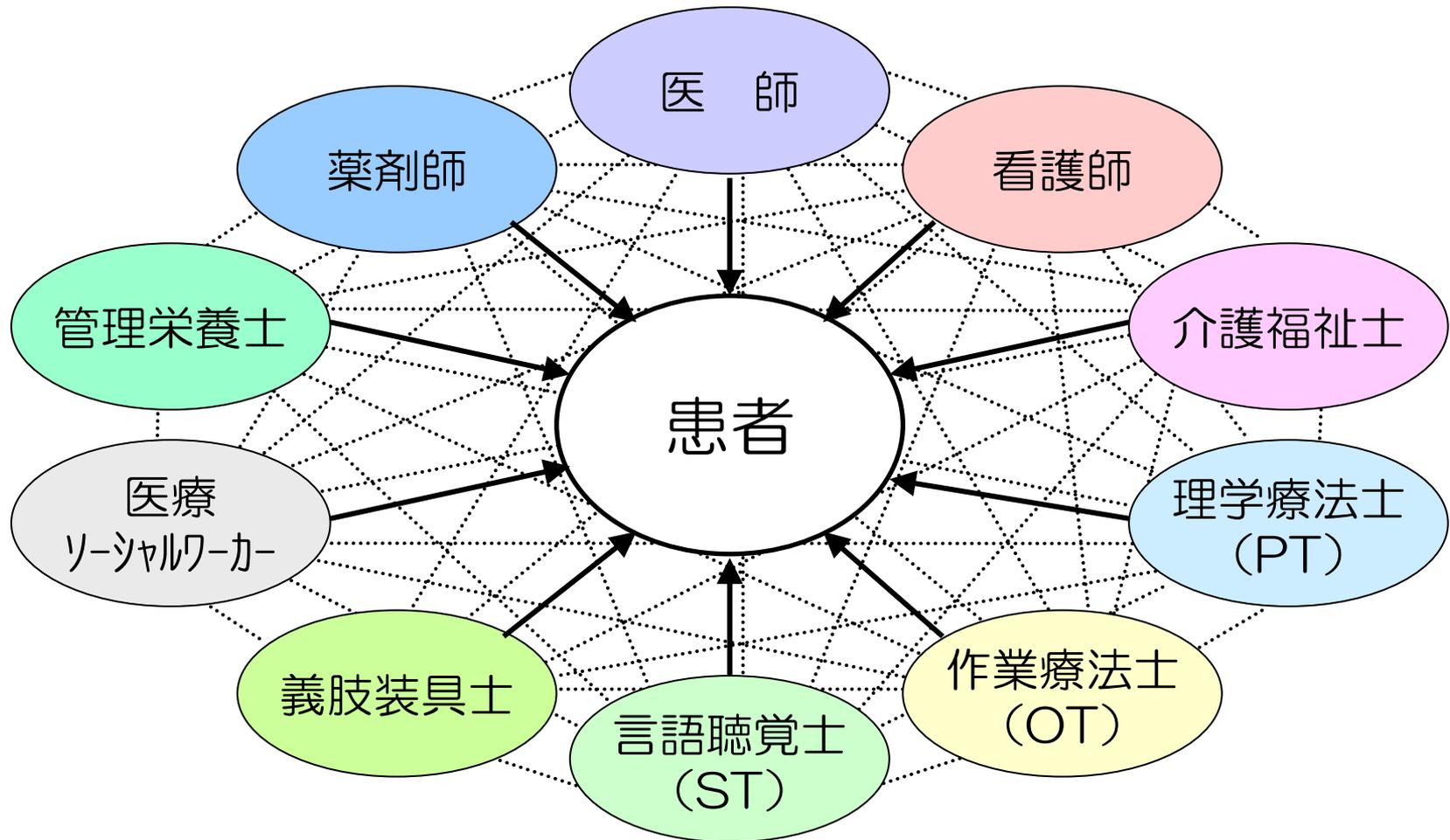
リハ医療はチームアプローチの元祖



回復期リハ病棟の使命

- 1) 急性期病院からの迅速な受け入れ
(亜急性期医学的管理の充実)
- 2) 集中的なリハ医療サービスの提供
(チームアプローチ)
- 3) 家庭復帰の推進
(在宅ケアへソフトランディング)

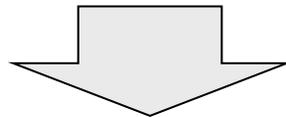
リハ医療サービスは 多職種によるチームアプローチ



中枢神経系のシナプス（神経ネットワーク）の如き連携を！

回復期リハ病棟の課題

- 質の高い回復期リハ病棟の整備
 - 1) チームアプローチの成熟化
 - 2) 基本的ケア体制の充実
 - 3) ADL向上の取り組み強化
 - 4) 365日リハ実施体制の整備
 - 5) 急性期・維持期（在宅）と連携強化
 - 6) データの数値化と効果判定
 - 7) 教育研修体制の充実



重度の例を迅速に受け入れ、確実にADLを改善し、自宅復帰とすること。

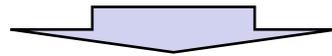
4. 在宅ケア

- 複数のサービス拠点からサービスが提供されるため、チームアプローチの難易度が高い

在宅リハの適切な普及にあたり

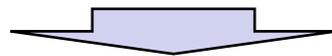
在宅主治医（かかりつけ医）の現状

- 1) リハ医療への関心が必ずしも十分ではないため、通所リハ、訪問リハ、短期入所によるリハなどの適応の判断、リハ計画策定などに支障をきたしている。
- 2) 各診療所にPT・OT・STなどのリハ専門職を常勤配置し、リハ施設基準の整備・普及を図ることは容易ではない。



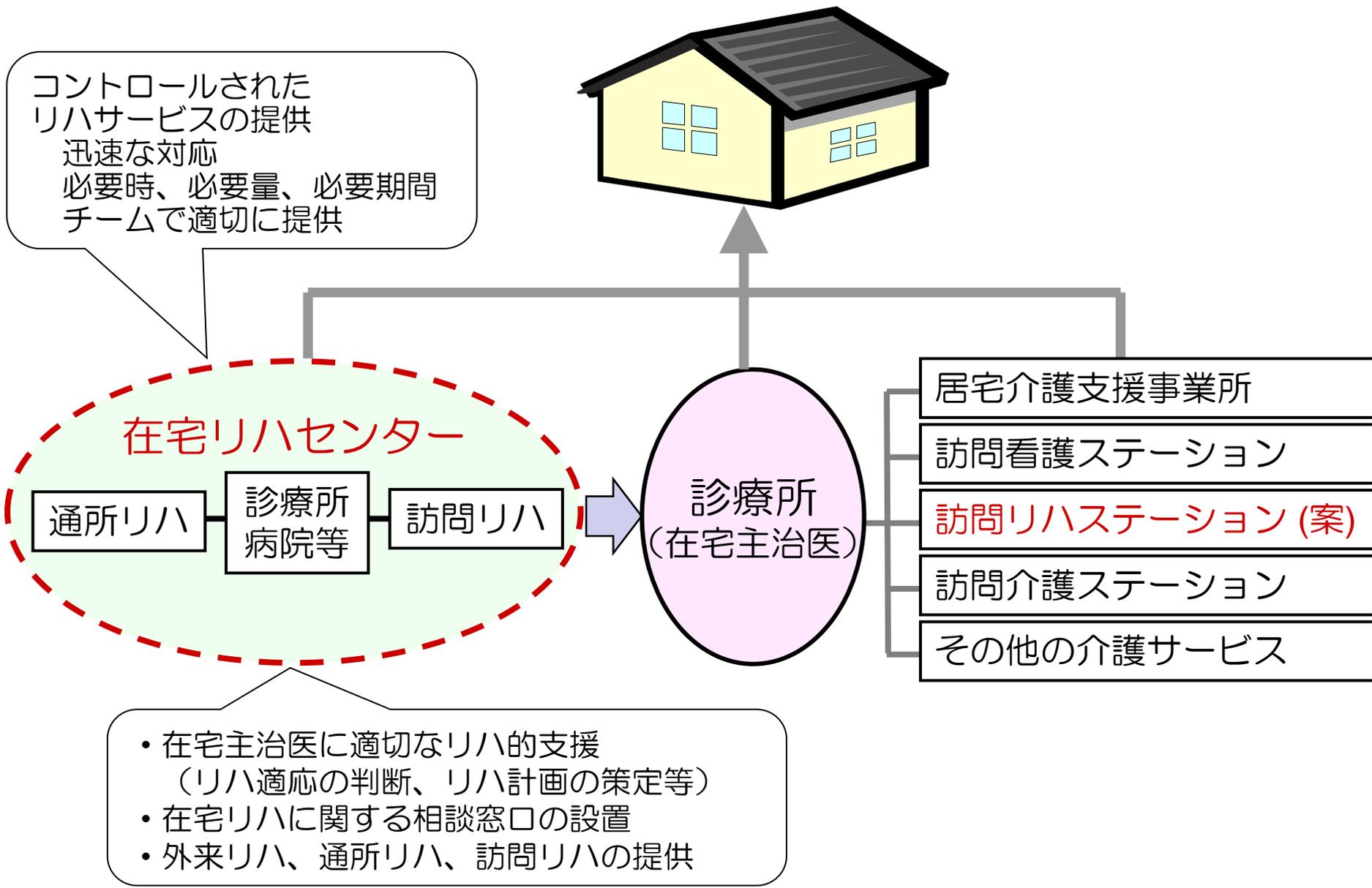
在宅主治医（かかりつけ医）に対して

- 1) リハ適応の判断、リハ実施計画の策定などに関し、適切な情報を提供するシステム構築が必要。
- 2) 必要に応じて随時利用が可能となる外来リハ、通所リハ、訪問リハなどのサービス拠点の整備が必要。



在宅リハセンター整備構想（案）

在宅リハビリテーションセンター (案)



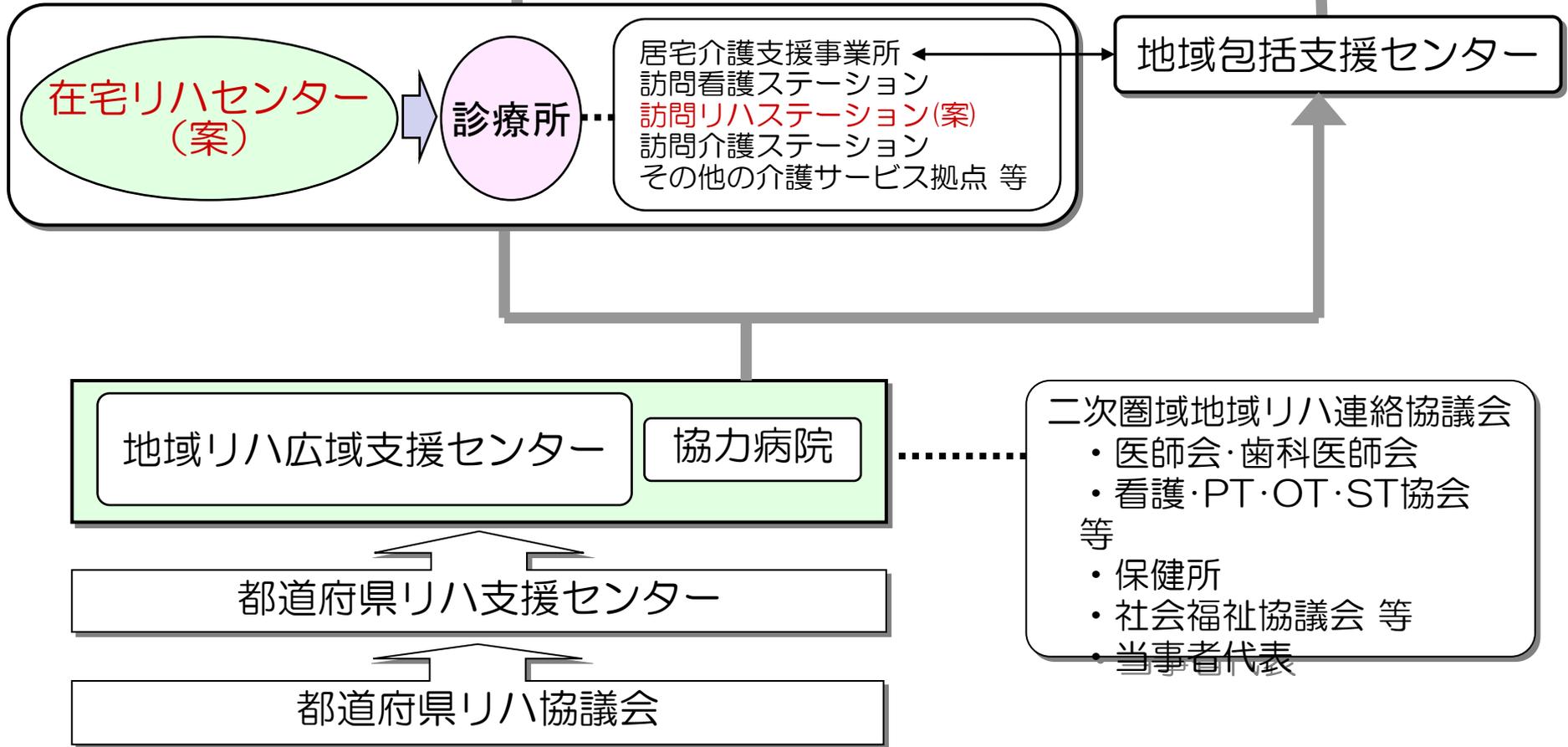
地域における リハビリテーション支援体制

今後の地域リハビリテーション推進システム



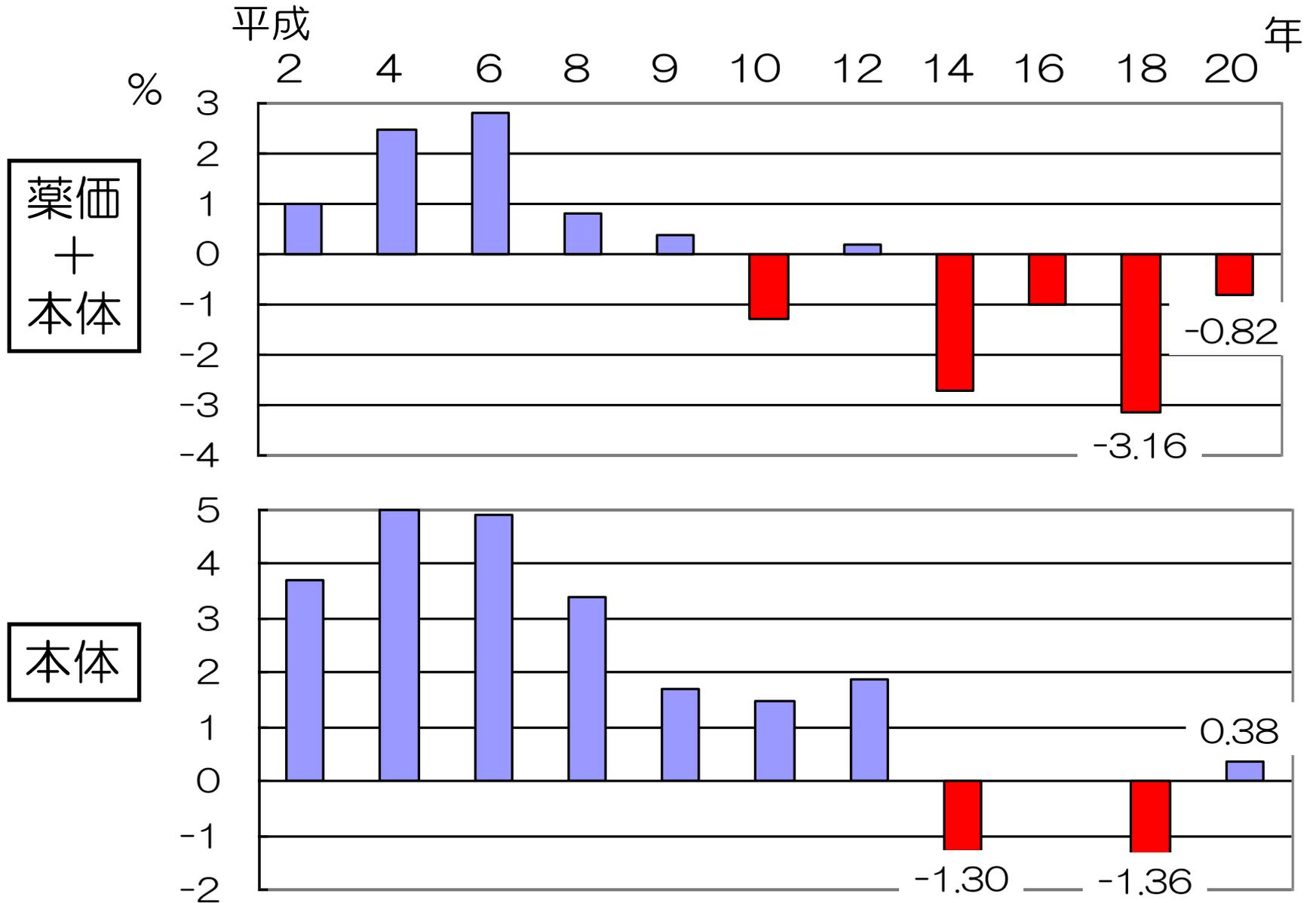
リハ・ケアサービス

介護予防サービス



平成20年度診療報酬改定

診療報酬改定率の推移



平成20年度 リハに関する診療報酬改定

- 1) 疾患別リハ料の見直し
 - ・脳血管リハは3段階制・心大血管Ⅰは緩和
 - ・早期加算の新設（発症後1ヶ月間）
 - ・ADL加算の廃止
 - ・逡減制の廃止
- 2) 疾患別リハ医学管理料の見直し
 - ・疾患別リハ料の算定が可（1月に実施単位数の上限）
- 3) STにおける集団コミュニケーション療法の新設
- 4) リハ実施計画評価料：毎月算定可
- 5) 地域連携加算：回復期リハ病棟でも算定可
- 6) 回復期リハ病棟入院料の見直し
 - ・医師要件の緩和
 - ・対象疾患の拡大
 - ・質の評価の導入（自宅復帰率と看護必要度）
- 7) 障害児（者）リハ料の施設基準の見直し

新たな疾患別リハ料

脳血管疾患等	I	病院・診療所：160㎡以上 (STは個別療法室8㎡以上)	経験ある専任医 1名+ 専任医 1名 ① PT：5名以上 ② OT：3名以上 ①～②の合計で10名以上	180日まで ↓
	II	病院：100㎡以上 診療所：45㎡以上 (STは個別療法室8㎡以上)	経験ある専任医 1名 ① PT・OT・STが各1名以上 合計4名以上	180日まで 〇〇〇点
運動器 I		病院：100㎡以上 診療所：45㎡以上	経験ある専任医 1名 ① PT：2名以上 ② OT：2名以上 ③ PT・OT 各1名以上 ①②③のいずれかを満たすこと	150日まで ↓
呼吸器 I		病院：100㎡以上 診療所：45㎡以上	経験ある専任医 1名 PT・OT 2名以上	90日まで ↓
心大血管疾患 I		病院：30㎡以上 診療所：20㎡以上	経験ある専任医 1名 経験のある PT：1名以上 経験のある看護師：1名以上 医師の直接監視下でなくても良い	180日まで ↓

※ 脳血管II（旧）はIII（新）に移行、他のIIも含めて施設基準・点数は据え置き

回復期リハ病棟 2段階制（要望）

	医師	看護師	看護補助者	PT	OT	ST	社会福祉士	リハ施設基準	点数
		病床：配置人員							
(Ⅱ) 従来型	専任医 1名	3：1	6：1	2名	1名	0	0	疾患別リハ料（Ⅰ） のいずれでも可	1680 点
(Ⅰ)	専従医 1名以上	2.5：1	4：1	4名	3名	1名	1名	運動器リハ料（Ⅰ） および 脳血管リハ料（Ⅰ）	000 点

(Ⅰ) は以下の①②③④⑤を満たすこと

- ① 入院時のADLが00点以下の患者が00%以上。
- ② ①に該当する患者の退院時ADLが00点以上改善している例が00%以上。
- ③ 病棟の平均在宅復帰率（介護保険の居宅施設を含む）が00%以上。
- ④ 上記の①②③について0ヶ月間毎に実績を報告。
- ⑤ 専従医はリハの臨床歴およびリハに関する学会発表や論文発表を有するか、日本リハ医学会および全国回復期リハ病棟連絡協議会等が開催する研修会や講習会の受講歴を有すること。

※ 急性期病院は回復期リハ病棟転院時に、退院時のADLの数値を情報提供

※ ADLはBI、FIM、看護必要度B項目 等により評価

新たな回復期リハ病棟入院料

	医師	看護師	看護補助者	PT	OT	ST	社会福祉士	リハ施設基準	点数
		病床：配置人員							
(II)	専任医 1名	3：1 以上	6：1 以上	2名 以上	1名 以上	0	0	疾患別リハ料（Ⅰ） のいずれか もしくは 脳血管リハ料（Ⅱ） 脳血管リハ料（Ⅲ）	① ↓
(I)									② ↑
	③ 〇〇 点加算								

※ 自宅復帰率とADLの改善度を病棟毎に評価（6月間の実績で判定）
ADLは日常生活機能指標（看護必要度B項目）により評価

- ① 専従医要件が専任医となり、入院基本料がⅡとなり引き下げ
- ② 入院基本料Ⅰ：
自宅復帰率（介護保険の居宅施設を含む）が60%以上
入院時の日常生活機能指標10点以上の患者が15%以上
- ③ 重症者回復加算：
②の10点以上の患者において退院時に3点以上改善した例が30%以上

回復期リハ病棟における改定による変化

- 地域連携加算の算定が可
 - （大腿骨頸部骨折、脳卒中）： 〇〇〇点
- リハ実施計画評価料が毎月算定可： 〇〇〇点
- 発症から入院までの制限日数を超えた場合でも、回復期リハ病棟間での転院が可
（ただし算定日数のリセットは不可）
- 対象疾患の拡大
- 状態により算定日数制限を緩和 ？

- 疾患別リハ料（I）の引き下げ
- 逡減制の廃止
- ADL加算の廃止
- 発症1ヶ月以内は早期リハ加算の算定が可
（1単位につき〇〇点）

回復期リハ病棟に質の評価を導入

回復期リハ病棟に入院している患者について行われた、重症度・看護必要度の調査にて、入院時の重症度、退院時の改善度、自宅復帰率等の個別の差に加え、病棟（施設）毎に差があることが判明。



- * 質の評価は、ADLと自宅復帰率の両面から実施することが適切。
- * 質の評価の導入にあたっては、重症の患者および大きな改善が期待しにくい患者の排除につながらない仕組みが不可欠。

質の評価について

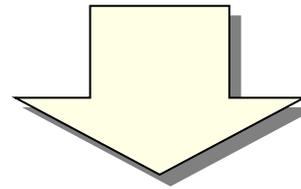
- * 低医療費政策において、出来高払いの診療報酬制度に限界
- * 新たな仕組みを検討



質の評価により、効果的・効率的医療提供が可能か否か試行



回復期リハ病棟の入院目的は明解であり、試行的導入が容易



導入後は、中医協の検証部会で検討することが内定

リハビリテーション前置の構築

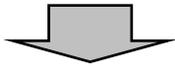
- 1) 医療保険のリハサービスの充実により、可能な限り要介護状態を軽減し、自立生活を獲得したうえで。介護保険サービスへの円滑な移行を推進する。
 - ① 急性期病院におけるリハ強化
 - ② 回復期リハ病棟の質的向上

- 2) 介護保険のリハサービス提供拠点を整備し、自立生活の維持、QOLの向上、要介護状態の軽減を目的とした適切な維持期リハサービスを提供する。
 - ① 在宅リハセンターの標榜（案）
 - ② 通所リハの再構築（案）
 - ③ 訪問リハステーションの創設（案）

今後のリハ医療サービス拠点

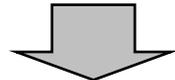
急性期リハ

リハ機能を強化した急性期病院



回復期リハ

質の高い回復期リハ病棟



維持期リハ

診療所（在宅主治医）

+

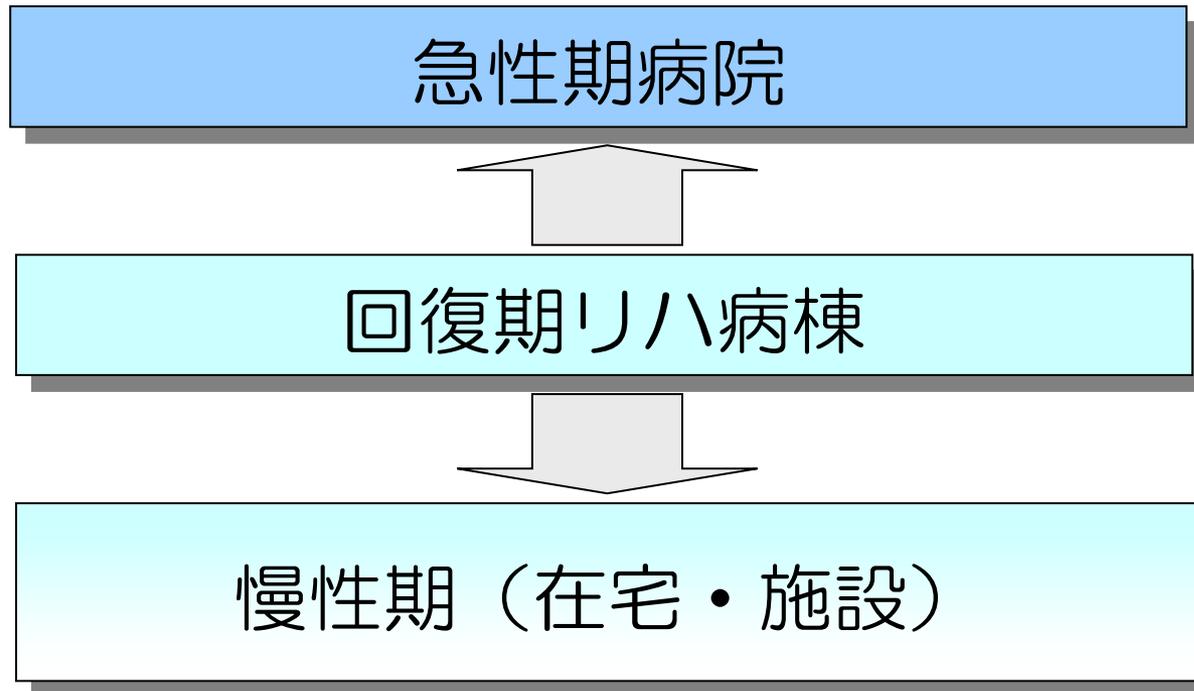
在宅リハセンター（案）

新通所リハ事業所（案）

訪問リハステーション（案）



急性期と慢性期の両ステージに発信する 回復期リハ病棟



- 急性期と慢性期の中間に位置
- 医療と福祉（介護）の中間に位置
- チームアプローチは今後の医療・福祉モデル

リハ医療サービス提供の原則

- 全身管理
- 再発予防

- 廃用症候群の発生予防
- 意欲向上を支援
- 自然回復を育む

予防的アプローチ

+

- 機能回復アプローチ
- 代償的アプローチ
- 機能維持アプローチ

||

多職種による総合的・包括的チームアプローチ



今後の医療は連携と協業 (チームアプローチ)



One for All, All for One

1人はみんなのために、みんなは1人のために