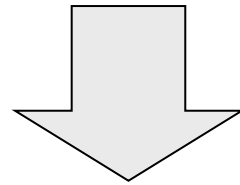


6万床時代を迎える

回復期リハビリテーション病棟

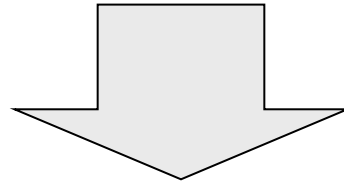
全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会  
会長 石川 誠

現在の医療界



医療機能の分化・連携の推進時代

# 急性発症する疾患に対する リハビリテーション医療の連携

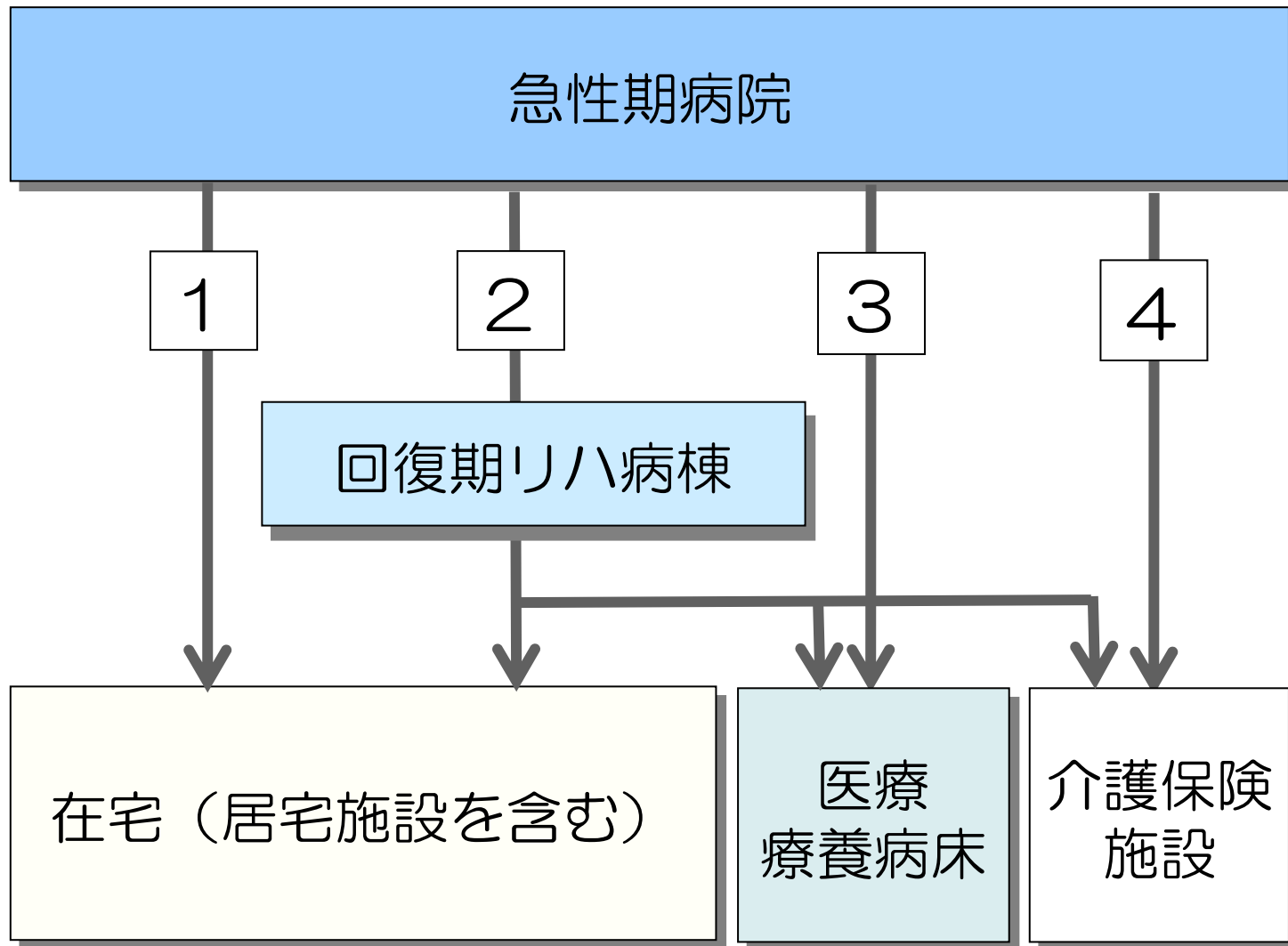


1. 急性期～回復期～維持期の流れの確保  
（適切な拠点整備と専門職の確保と養成）
2. 医療保険から介護保険への円滑な移行  
（医療保険と介護保険の整合性確保）

# リハ的視点からの地域医療連携

(急性期病院からの流れ)

# 急性期病院からの患者の流れ



急性期リハ

回復期リハ

維持期リハ

# 1 急性期病院 → 在宅（居宅施設）

急性期病床

1

医療依存度	ADL	リハ適応
低～中	自立	(-)
	要介助	回復期リハの適応 (-) 在宅維持期リハの適応 (+)

在宅（居宅施設を含む）

## 2 急性期病院 → 回復期リハ病棟

急性期病床

2

回復期リハ病棟

在宅（居宅施設を含む）

医療  
療養病床

介護保険  
施設

医療依存度	ADL	リハ適応
低～高	要介助	回復期リハ適応（+）

# 3

## 急性期病院 → 医療療養病床

急性期病床

3

医療  
療養病床

医療依存度	ADL	リハ適応
高	自立	(-)
	要介助	回復期リハ適応 (-) 入院維持期リハ適応 (+)

※ 医療依存度：高  
＝毎日、医師・看護師の観察処置が必要  
であり、在宅・施設ケアが困難な例



## 4

## 急性期病院 → 介護保険施設

急性期病床

4

介護保険  
施設

医療依存度	ADL	リハ適応
低～中	要介助	回復期リハ適応（－） 入所維持期リハ適応（＋）

※ 上記に加え、在宅ケアが困難な患者

# 急性期病院における退院先決定の判定基準

退院先	医療 依存度	ADL	リハ適応		
			回復期 リハ	入院・入所 維持期 リハ	在宅 維持期 リハ
在宅（含:居宅施設）	低～中	自立～ 要介助			○
回復期リハ病棟	低～高	要介助	○		
医療療養病床	高	自立～ 要介助		○	
介護保険施設	低～中	要介助		○	

※ 医療依存度、ADLの判定は容易だが、リハ適応の判定は必ずしも容易ではない。

# 急性期リハビリテーション

(急性期病院におけるリハ)

# 急性期病院におけるリハの現状と課題

- 1) 臓器別専門医の廃用症候群に対する関心が不足
- 2) 看護の早期離床・ADL向上への取り組みが不足
- 3) PT・OT・ST・MSWの配置人員が不足



- 1) 急性期主治医からの指示：安静度 → 活動度
- 2) 看護人員の増員：早期離床の実施
- 3) PT・OT・STの人員強化：早期リハの実施



- \* 早期離床と早期リハの普及 → 廃用症候群の防止
- \* 集中的リハ必要例は早期に回復期リハ病棟へ

# 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)

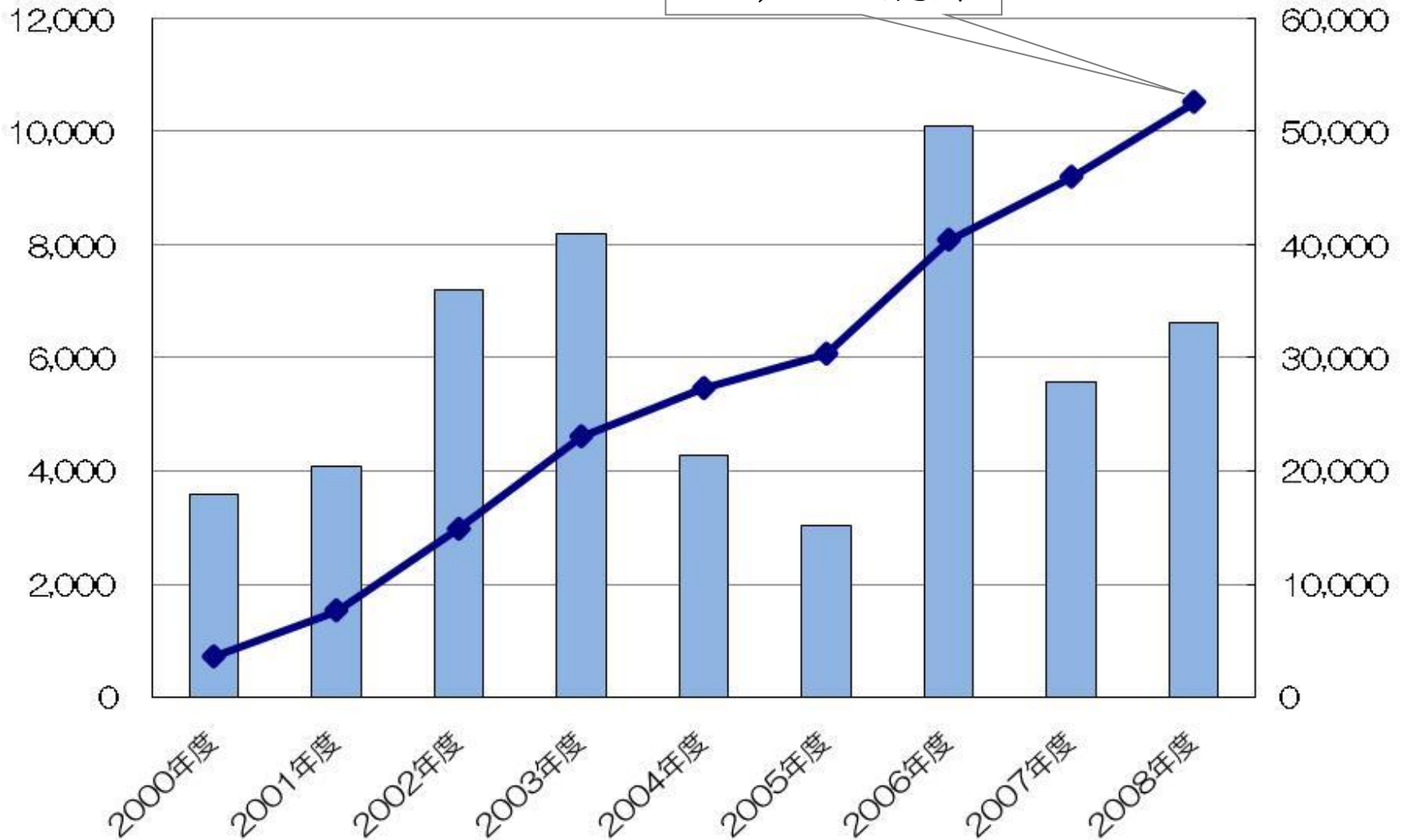
# 回復期リハ病床の届け出数の推移

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2009.1

年度別病床数床

積算病床数

52,670病床



# 都道府県別人口10万対回復期リハ病床数

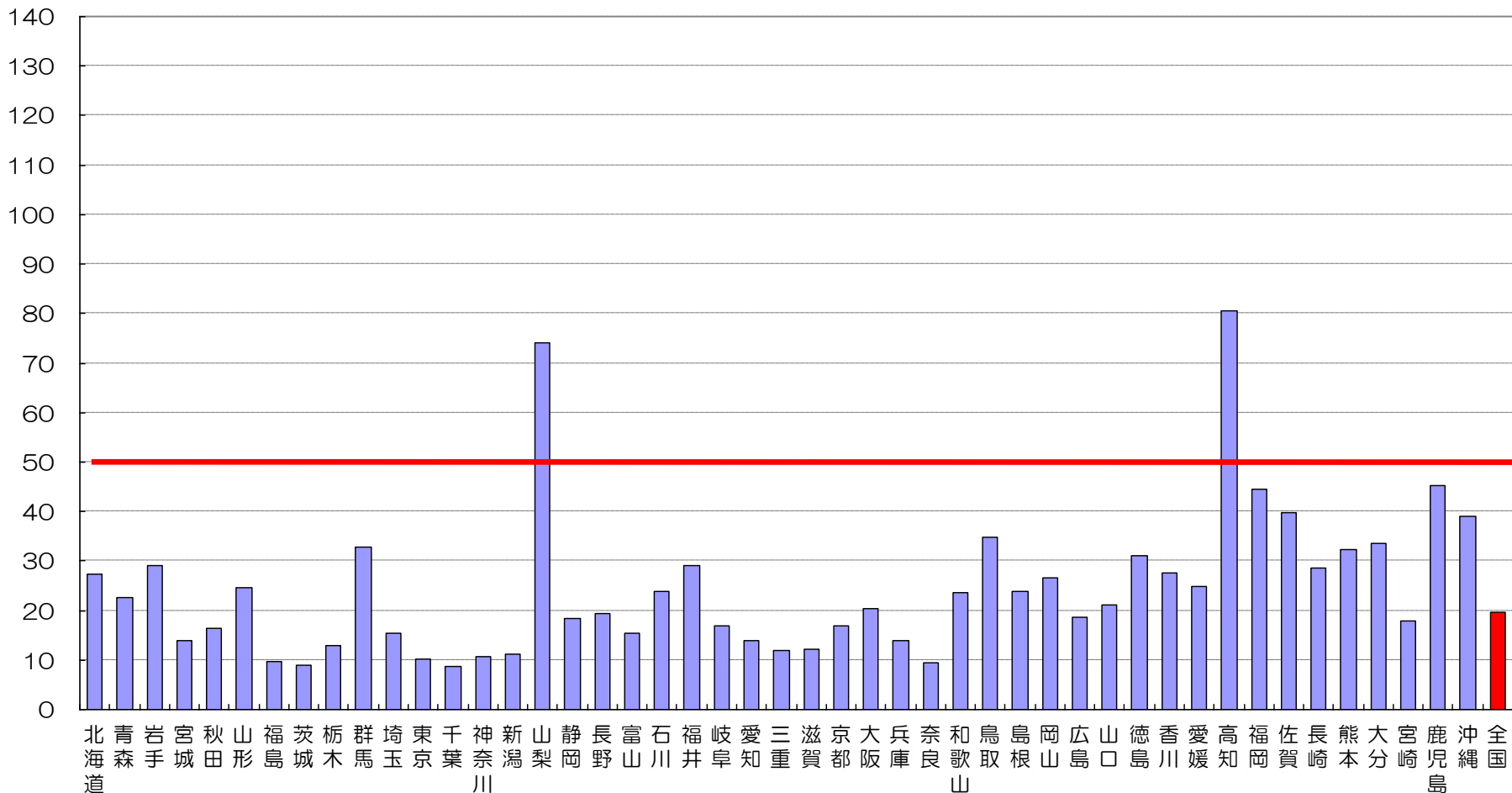
全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2004.10

532病院

611病棟

27,604病床

床



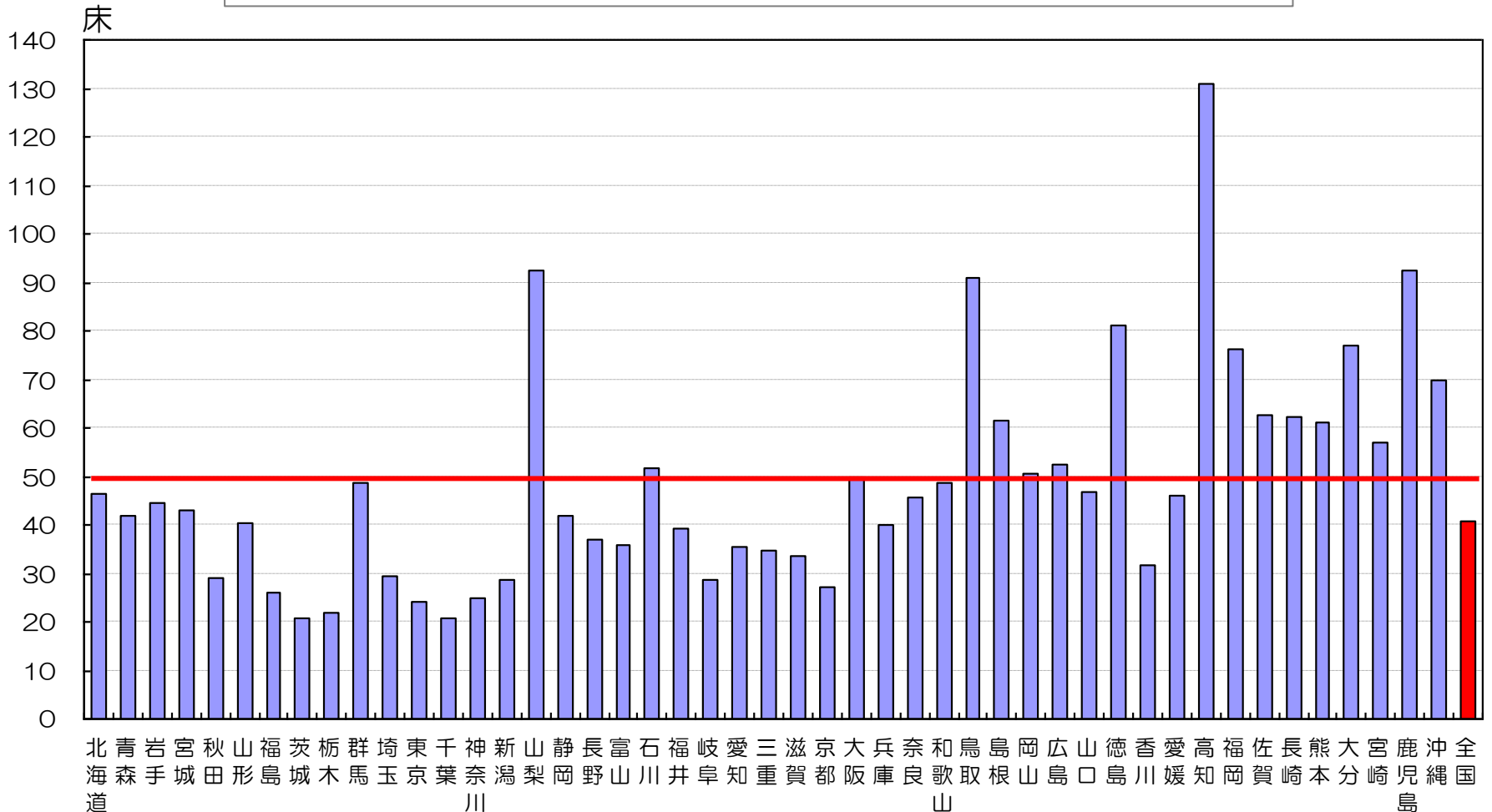
# 都道府県別人口10万対回復期リハ病床数

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2009.1

950病院

1,181病棟

52,670病床

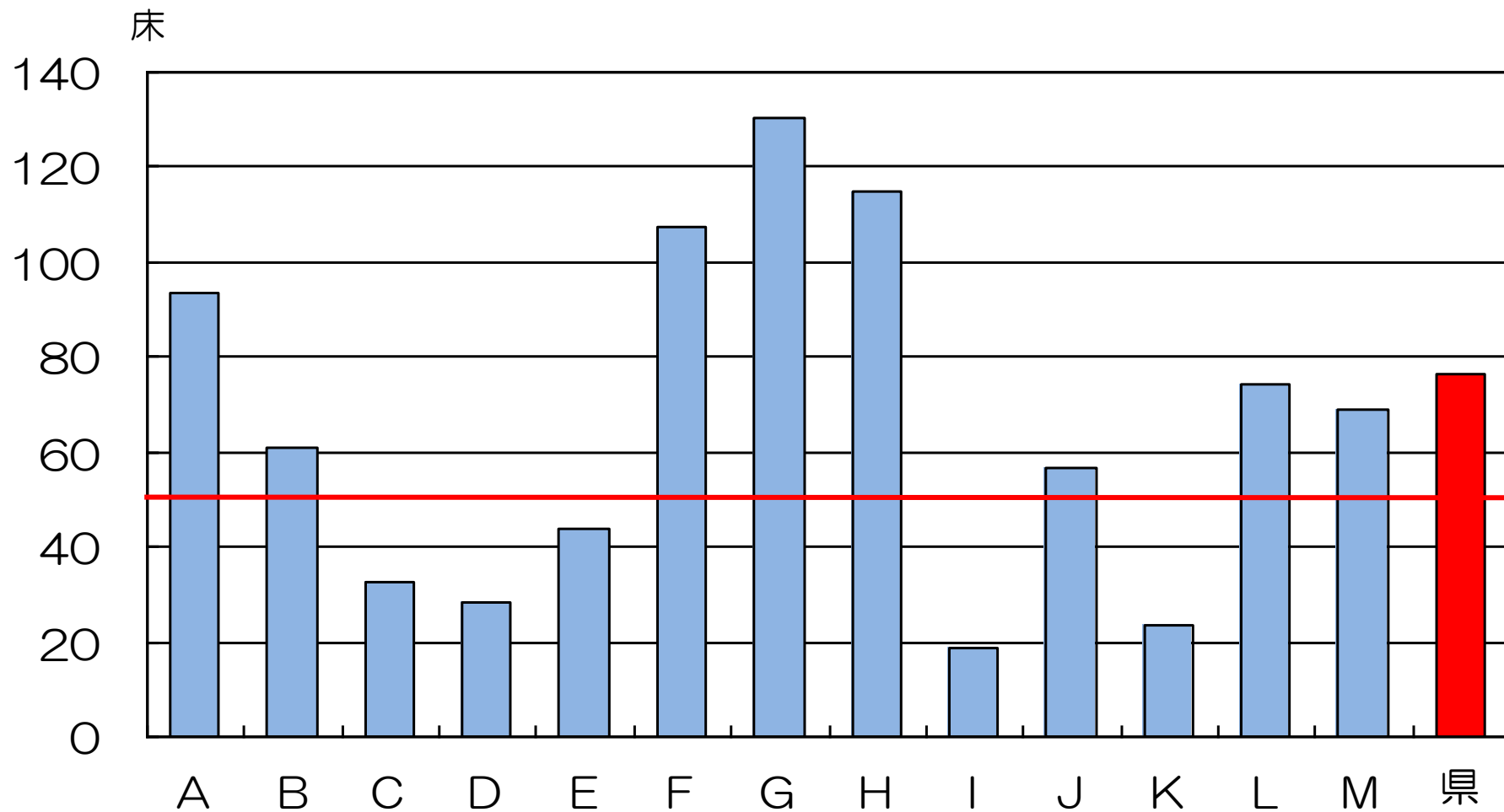


※ 都道府県格差：約6.3倍



# 某県の二次医療圏別人口10万対回復期病床数

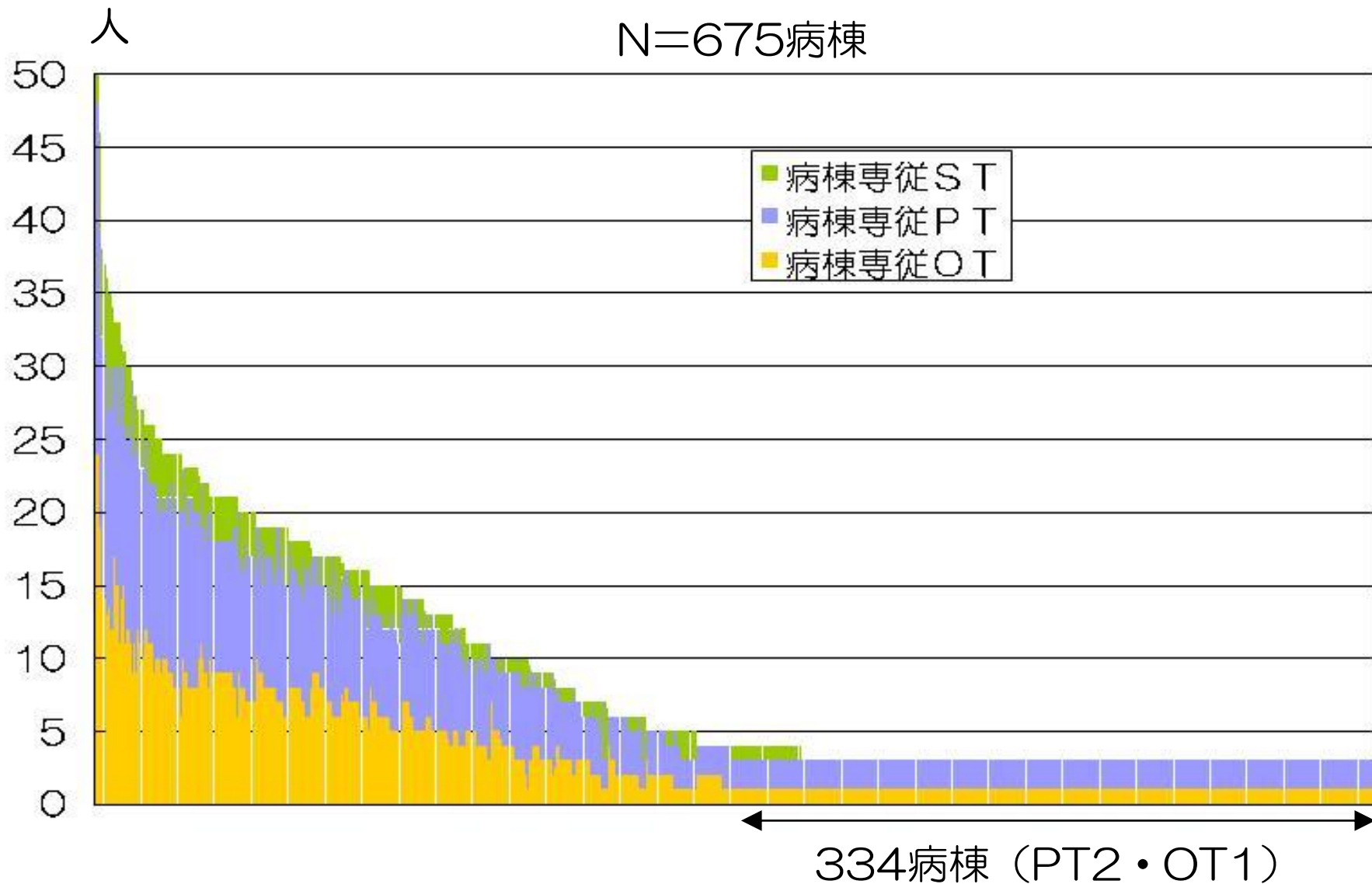
全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2009.1



※ 県レベルでは充実しているが、二次医療圏格差は約7倍

# 病棟毎の病棟専従PT・OT・ST配置人員

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2009.2

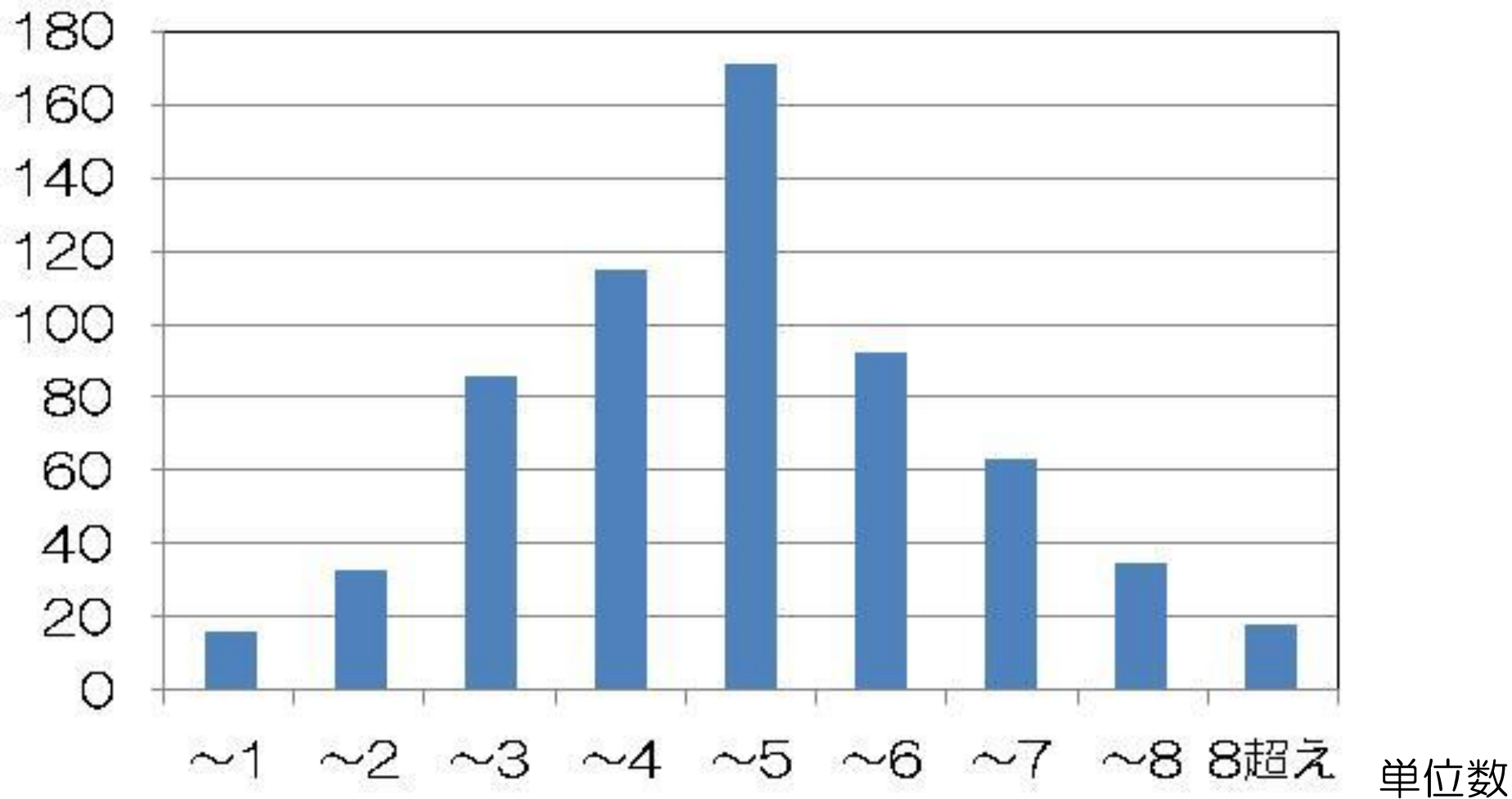


# 1日平均個別リハ実施単位数別の病院数

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2009.2

N=629

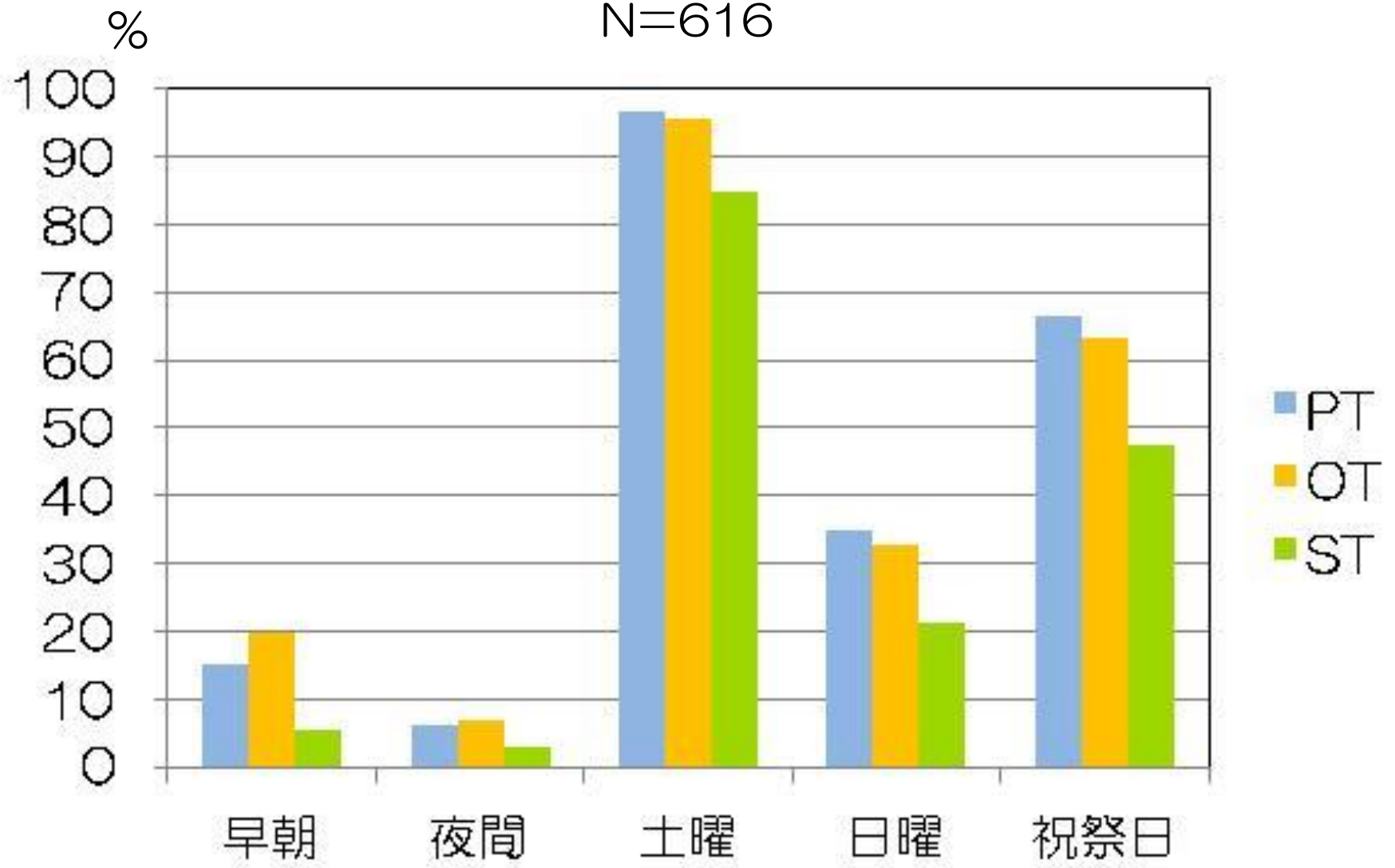
N



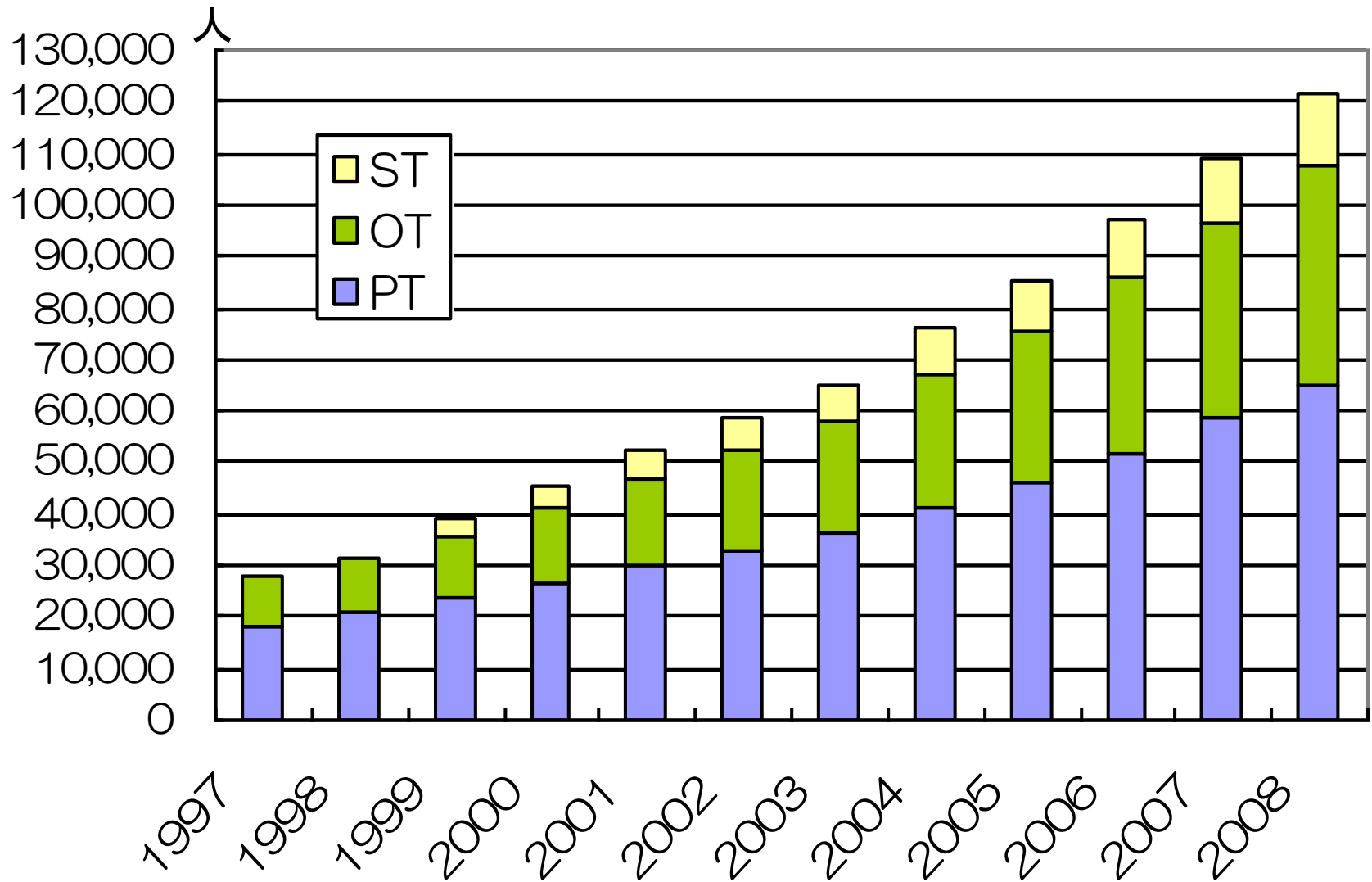
# 早出・遅出、土日祝祭日におけるリハ実施の有無

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2009.2

N=616



# PT・OT・STの国家資格保持者数の推移



※ 更に増加し続けるPT・OT・ST

# 365日間、毎日個別リハを9単位実施するには

PT・OT・STの1名：1日18単位実施

PT+OT+STの常勤3名の配置 = 毎日2名の勤務

2名×18単位 = 36単位（患者4人分）

したがって、

病床：PT・OT・STの合計 = 4：3 ÷ 1.3：1



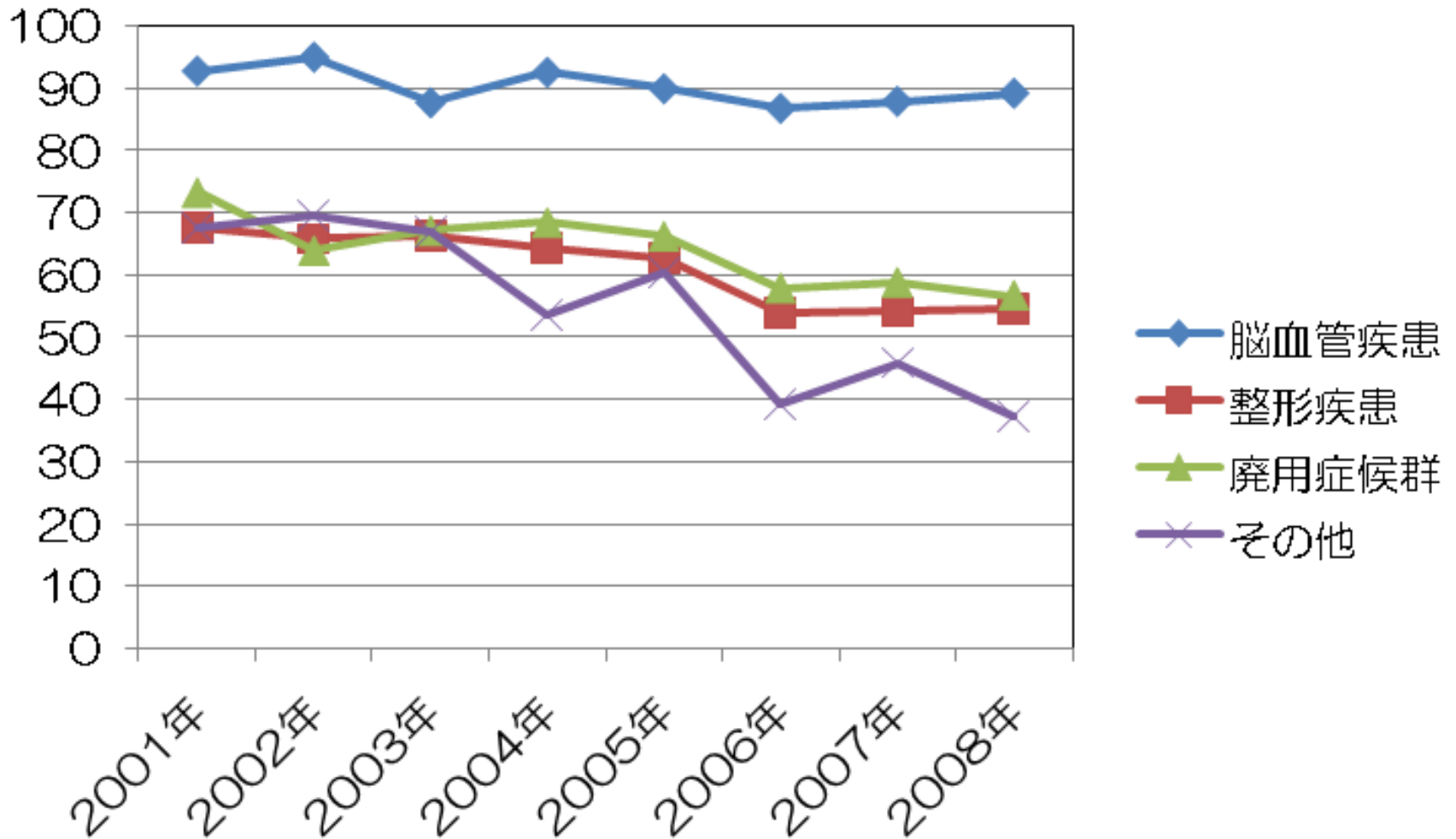
現在の全国平均値は、患者1人1日：4.5単位実施

現状の病床数でも1人9単位実施するには、現在の

約2倍のスタッフが必要

# 疾患別平均入院日数の推移

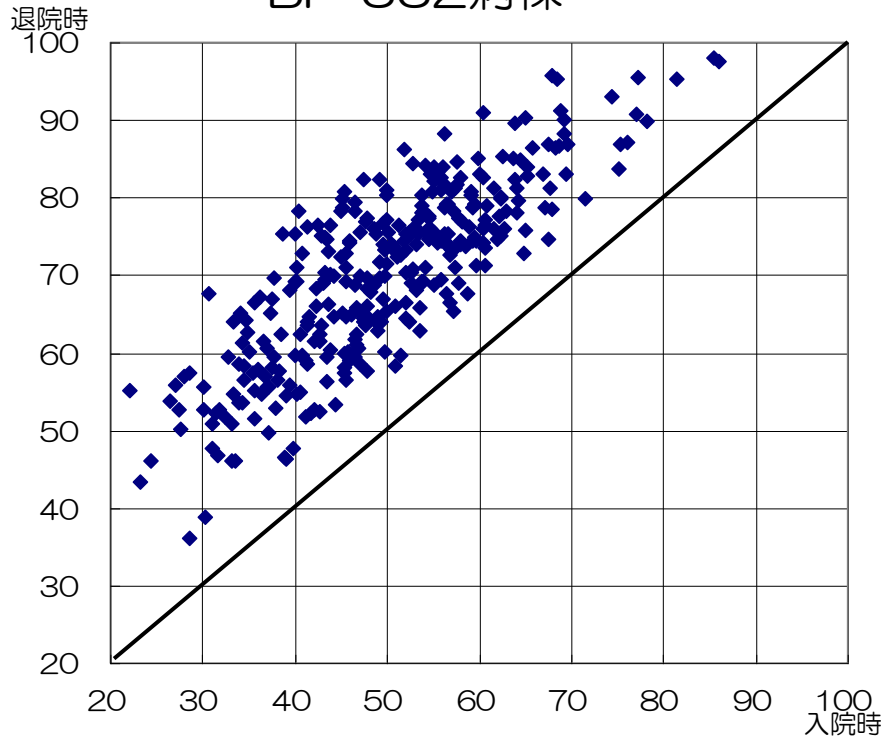
全国回復期リハ病棟の現状と課題に関する調査報告書 2009.2



# 病棟毎の入院時・退院時の平均ADLの関係

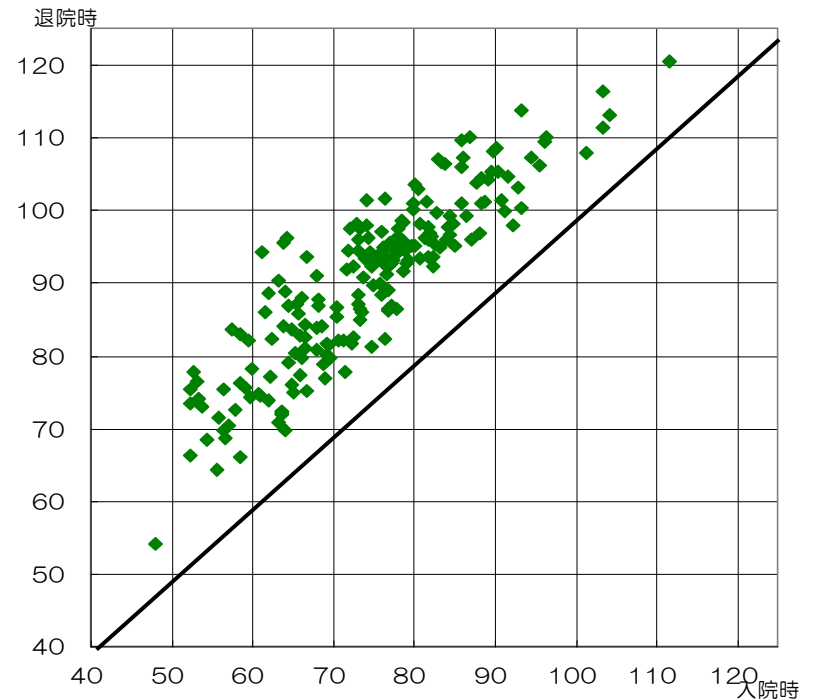
全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2006.9

BI 332病棟



平均入院時BI = 49.9  
平均退院時BI = 70.2  
平均BI改善度 = 20.3

FIM 195病棟



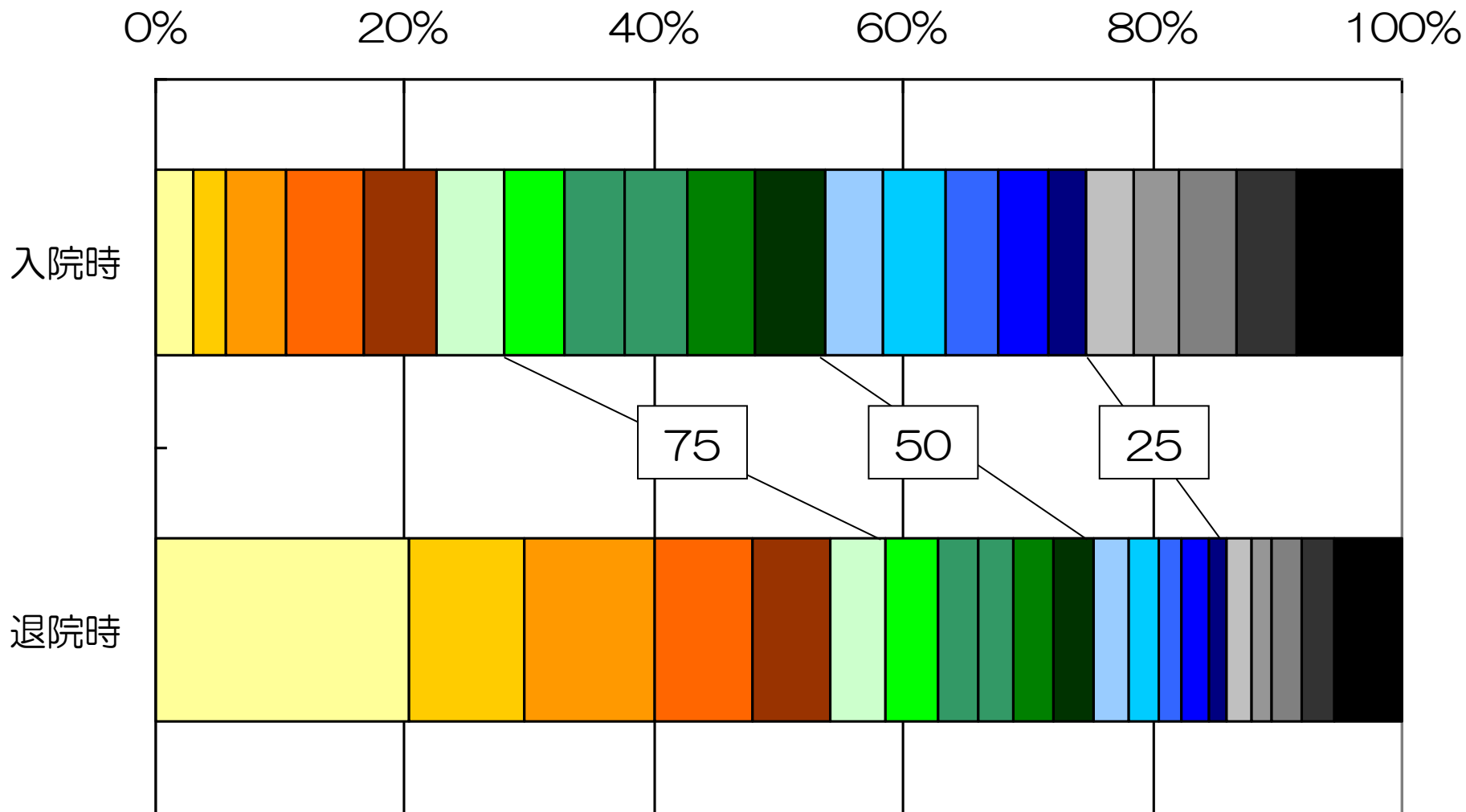
平均入院時FIM = 74.4  
平均退院時FIM = 90.3  
平均FIM改善度 = 15.9



# 入院時と退院時のADL (B.I)

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2009.2

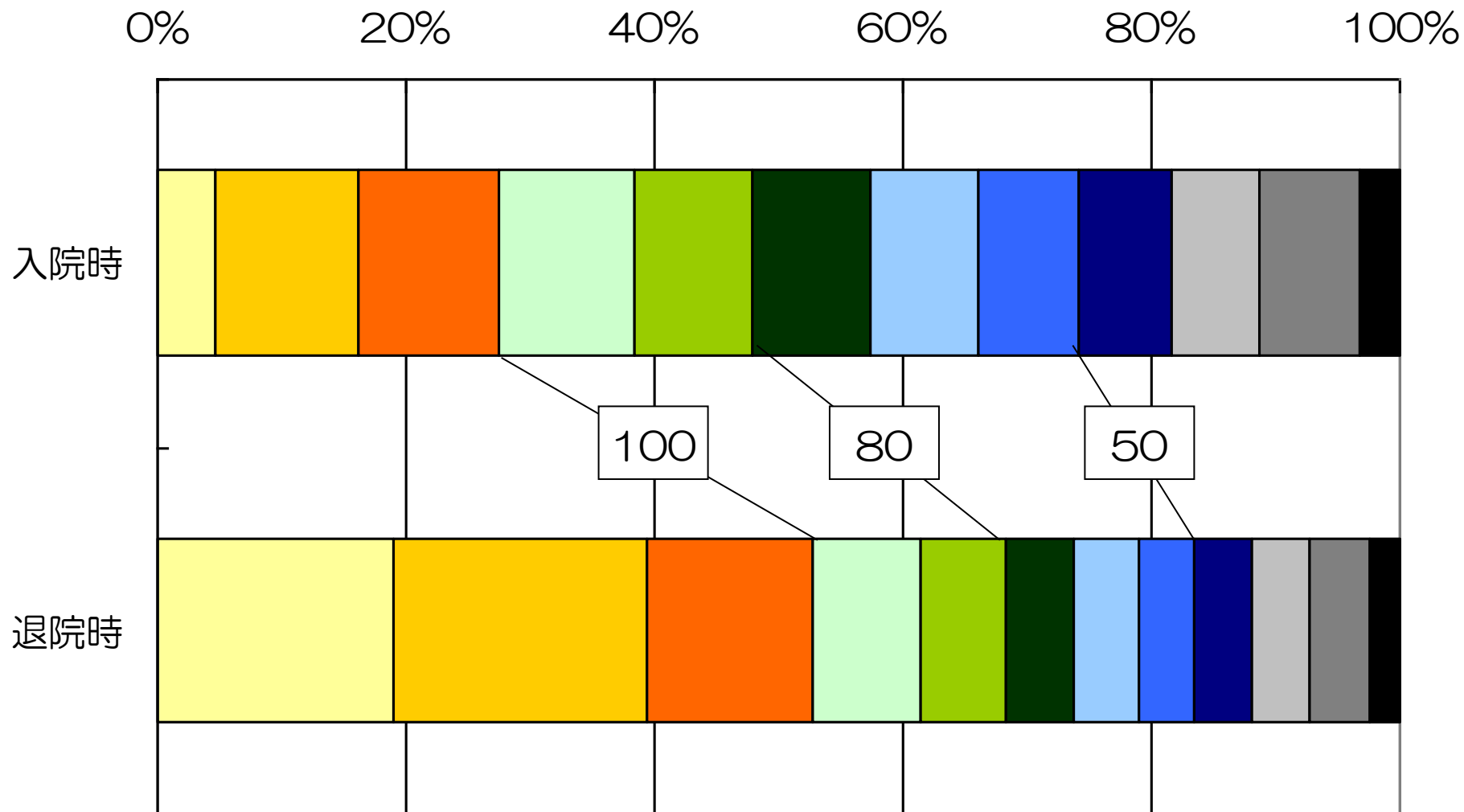
N=6,093 平均 48.8 → 68.5 平均BI改善度=19.7



# 入院時と退院時のADL (FIM)

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2009.2

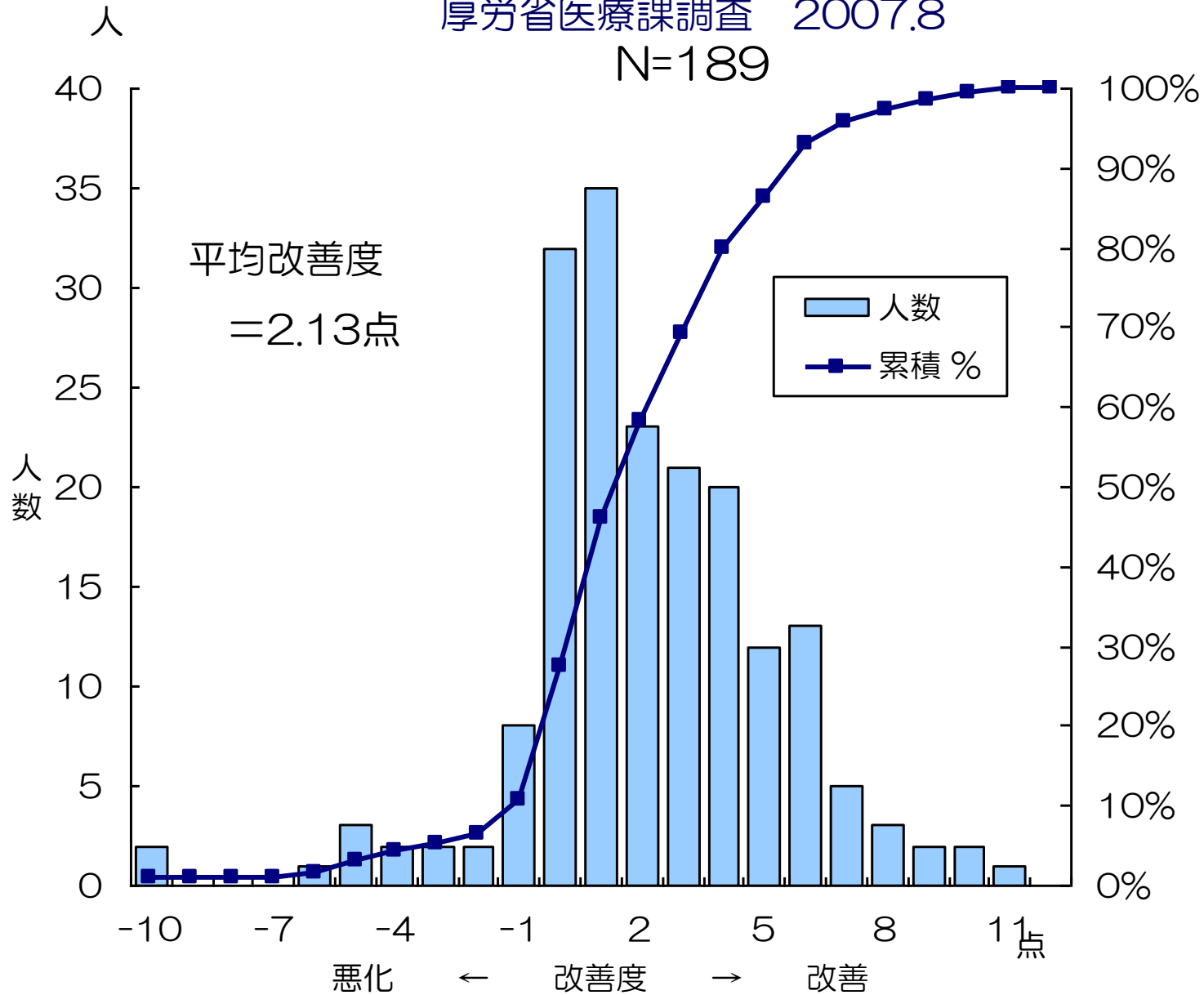
N=13,551 平均 74.5 → 90.0 平均FIM改善度=15.5



# 退院時の生活機能改善

厚労省医療課調査 2007.8

N=189



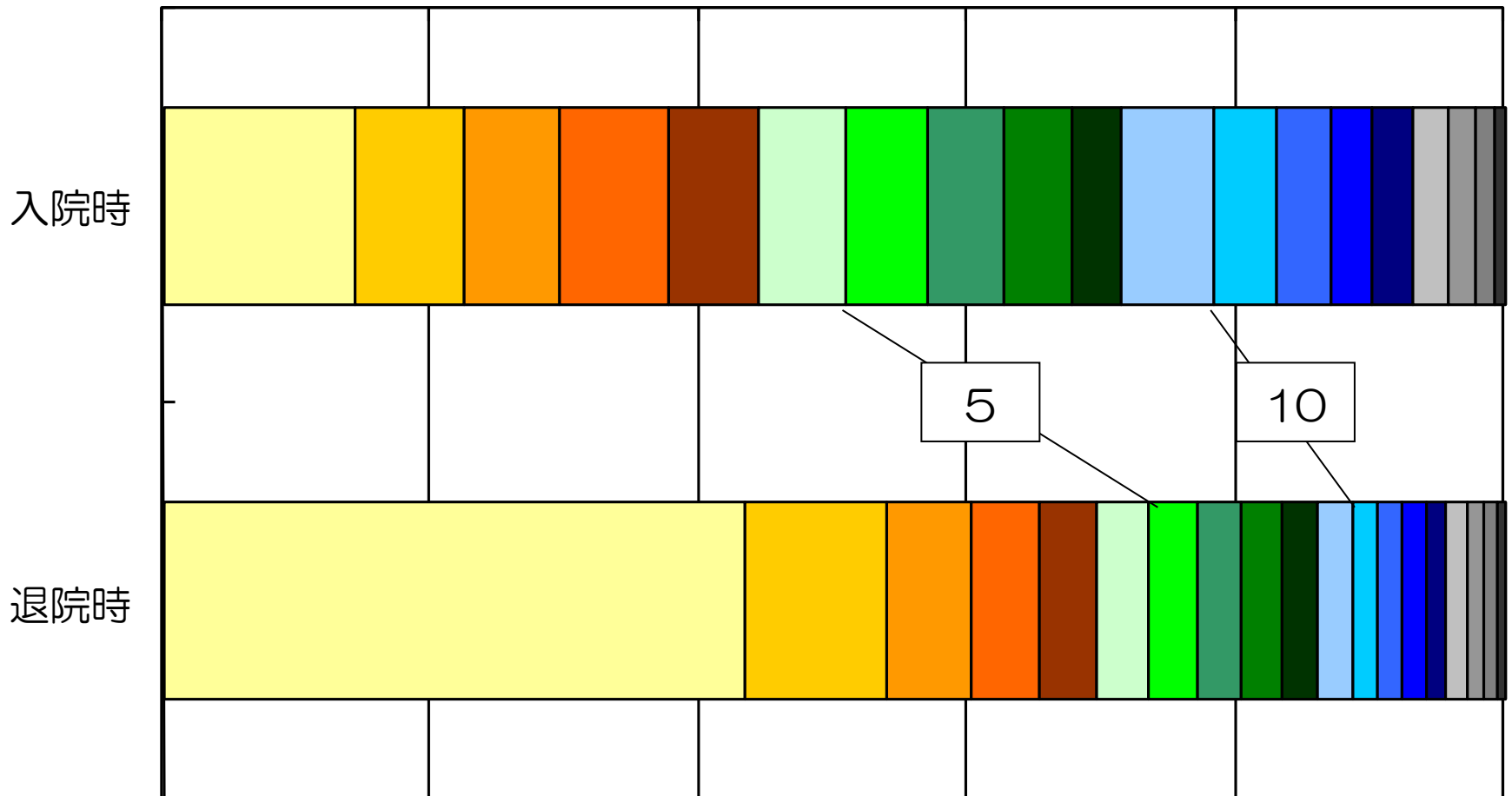
# 入院時と退院時の日常生活機能評価

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2009.2

N=17,354

平均 6.2点 → 3.5点 (平均改善度=2.7点)

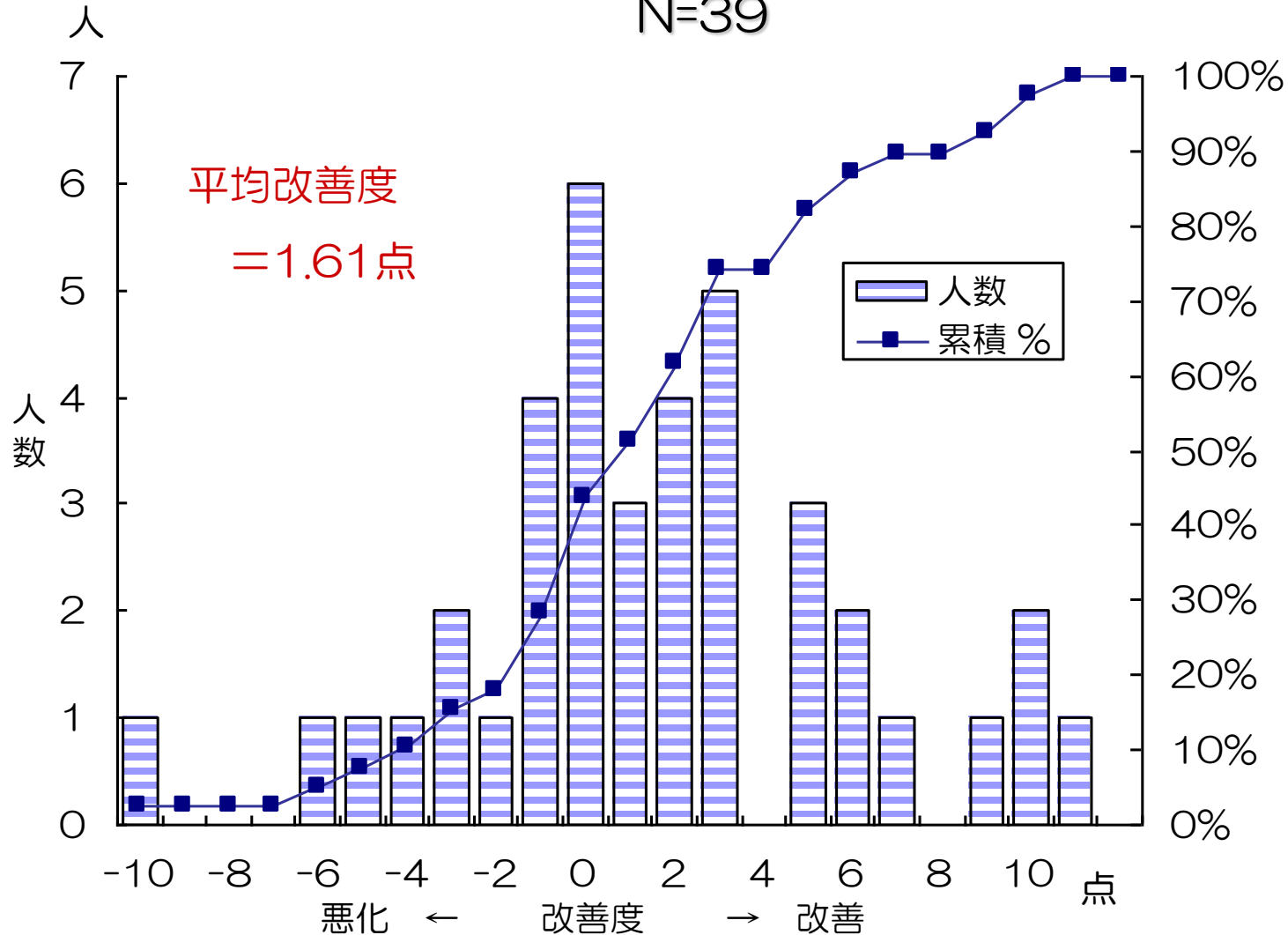
0% 20% 40% 60% 80% 100%



# 入院時10点以上の患者の生活機能改善度

厚労省医療課調査 2007.8

N=39



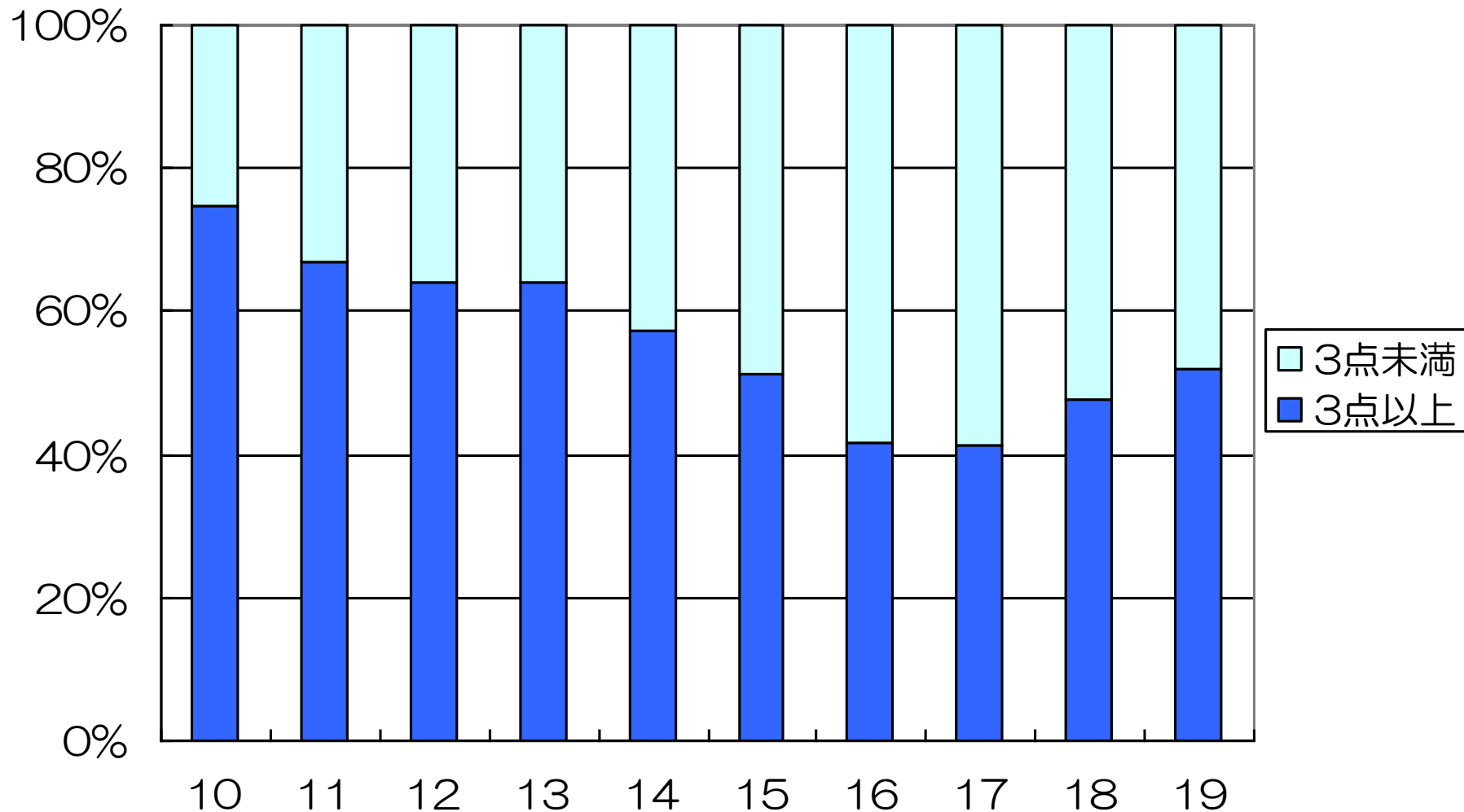
# 入院時日常生活機能評価が10点以上例の改善度

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2009.2

N=4,879 (17,354人の28%)

3点以上改善例：62%

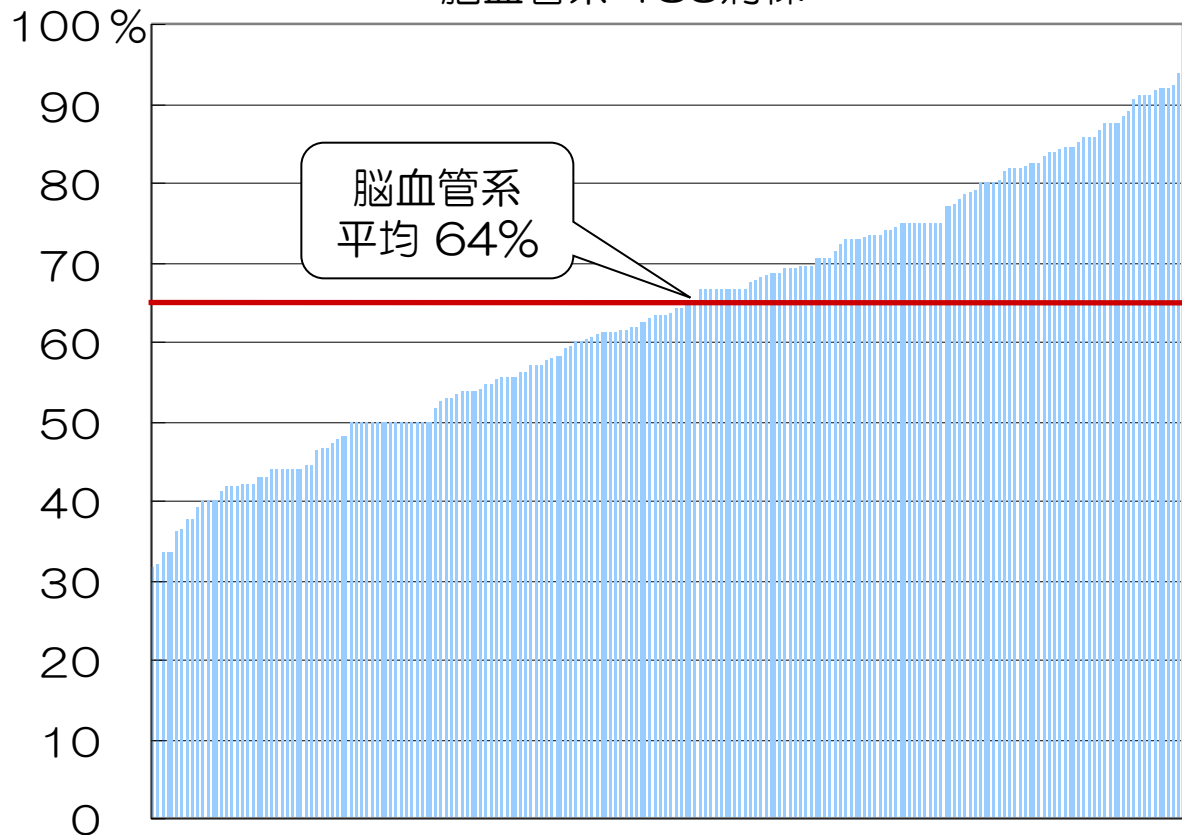
平均改善度=3.9点



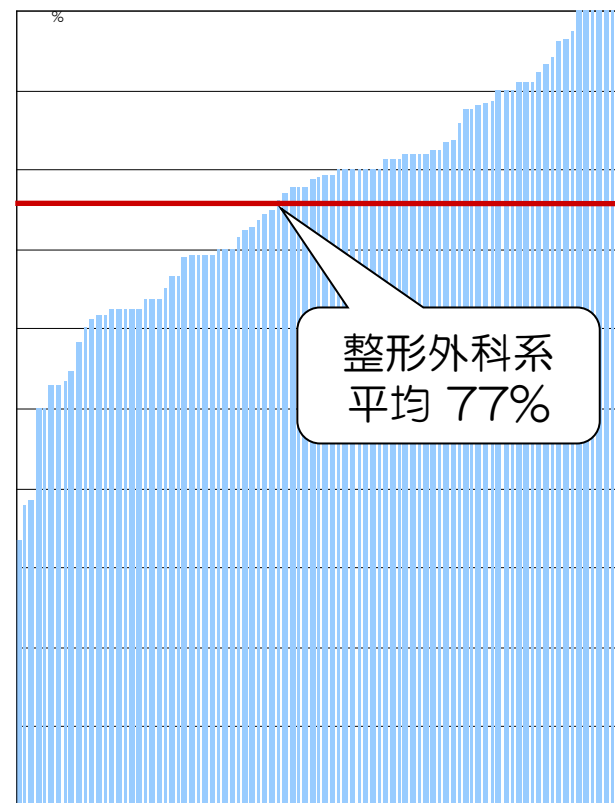
# 疾患別病棟毎の平均自宅復帰率

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2006.9

脳血管系 183病棟



整形外科系 91病棟

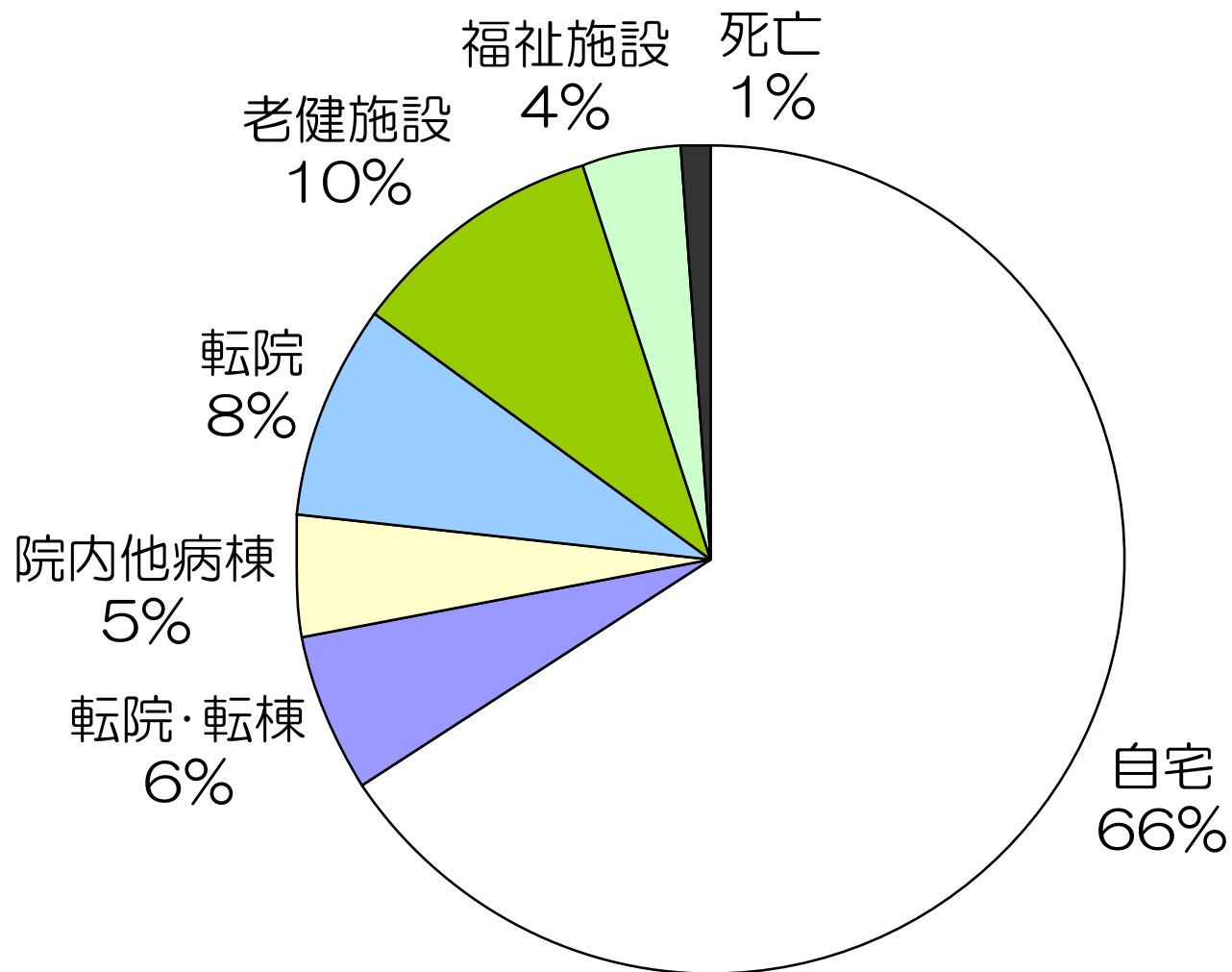


※ 疾患を問わない病棟毎の平均自宅復帰率は  $66.0 \pm 14.8\%$  (346病棟)

# 退院先の割合

全国回復期リハ病棟の現状と課題に関する調査報告書 2009.2

N=16,122

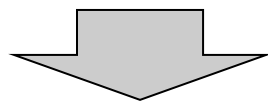




# 医療保険における診療報酬の支払い方式

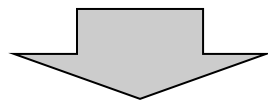
出来高払い

※ 過剰診療の危険

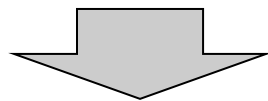


包括払い

※ 粗診・粗療の危険



医療の質に応じた支払い方式の検討



平成20年 回復期リハ病棟入院料に試行的導入

※ 患者選択の危険

# 医療の質の指標

## 1. 構造指標

病院のハード・組織がしっかりしているか測る指標

## 2. プロセス指標

治療などのサービス提供のプロセスが患者にとり望ましいものであり、さらにEBMに従っているか否かを測る指標

## 3. アウトカム指標

成果を測る指標

# 回復期リハ病棟の質とは？

質にはいろいろな見方がある

- \* 自宅復帰率
- \* 機能障害・ADLの改善度
- \* 発症から入院までの期間・入院日数
- \* 重度例の発症早期に受け入れ
- \* 365日、十分な量の個別リハの実施
- \* 急性疾患の病状の安定化
- \* 慢性疾患（基礎疾患）のコントロール状態
- \* 心理的安定化
- \* 患者満足度



※ 現在の質の評価

重度例の積極的受け入れ、在宅復帰率、  
ADLの改善度の3点で評価

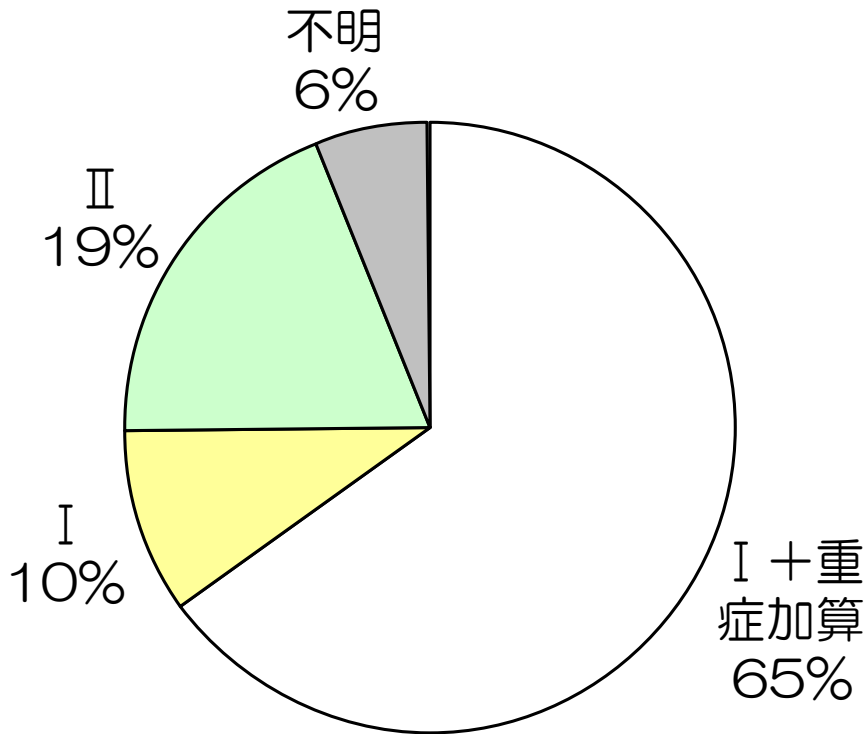


本年、中医協で検証

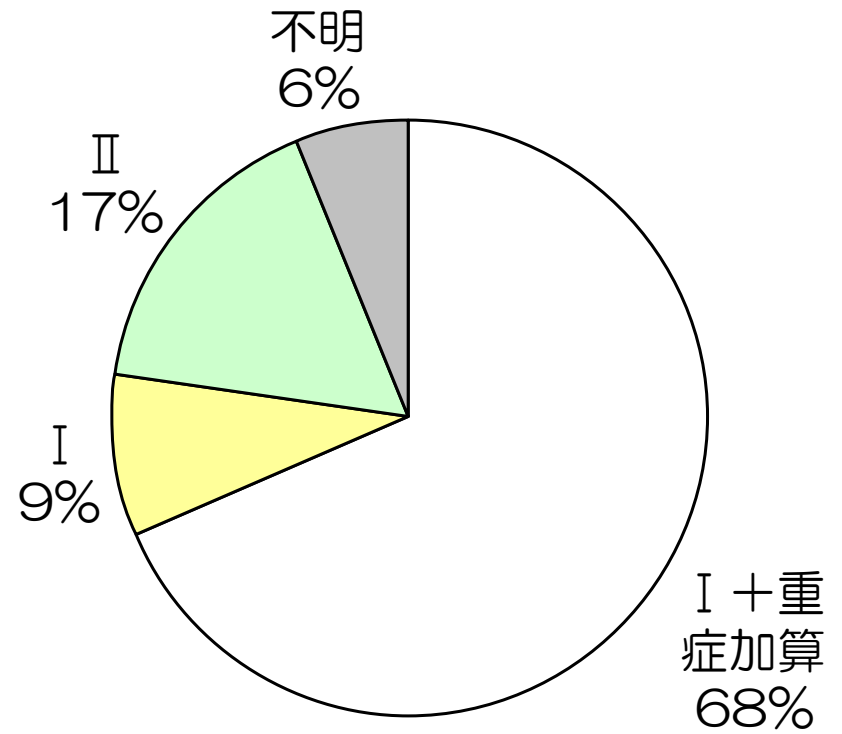
# 会員病院の入院料区分

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2008.12

682病院



901病棟



# 回復期リハ病棟の課題

- 量的 • 人口当たり病床数の地域間格差の解消  
(病床不足地域における病床整備)
- 質的 • 回復期リハ病棟の質の向上



- 量的 • 二次医療圏域における整備目標数を設定すべき
- 質的 • 質の評価の検証  
(本年、4月以降に中医協の検討部会で検討)  
(当協議会においても質の評価を検討)
- 回復期リハ病棟2~3段階制の検討  
(配置スタッフ数と成果)
- 情報共有化の推進目的に電子カルテの積極的活用
- 研修事業の強化

# 回復期リハ棟協議会の看護委員会の活動

1. 「回復期リハビリテーション看護師」の認定コース
  - ・ 18日間（120時間）の講義
  - ・ 4ヶ月の実践活動
  - ・ 6ヶ月以内の活動レポート報告

第1期生 2009年11月：117名  
第2期生 2010年 1月： 99名  
第3期生 2011年 1月：117名
2. 病棟師長（管理職）研修会：年2回
3. 看護・介護研修会：年3回
4. 全職種研修会への協力：年6～8回
5. 日常生活機能評価者研修会：年2～5回
6. 日常生活機能評価のデータ分析

# 回復期リハ病棟協議会のPT・OT・ST委員会の活動

1. POS 10項目宣言の作成と展開
2. 回復期POS認定制度の検討
3. POS研修会 初級研修 : 年3回  
リーダー研修 : 年1回・・・強化の方針
4. 全職種研修会への協力 : 年6～8回

# リハ的視点からの地域医療連携

(回復期リハ病棟からの流れ)



# 回復期リハ病棟 → 在宅・施設

急性期病床

回復期リハ病棟

※ 維持期リハの整備状況により各地域で異なる  
(特にリハサービスの充実度が重要)

在宅 (居宅施設を含む)

医療  
療養病床

介護保険  
施設

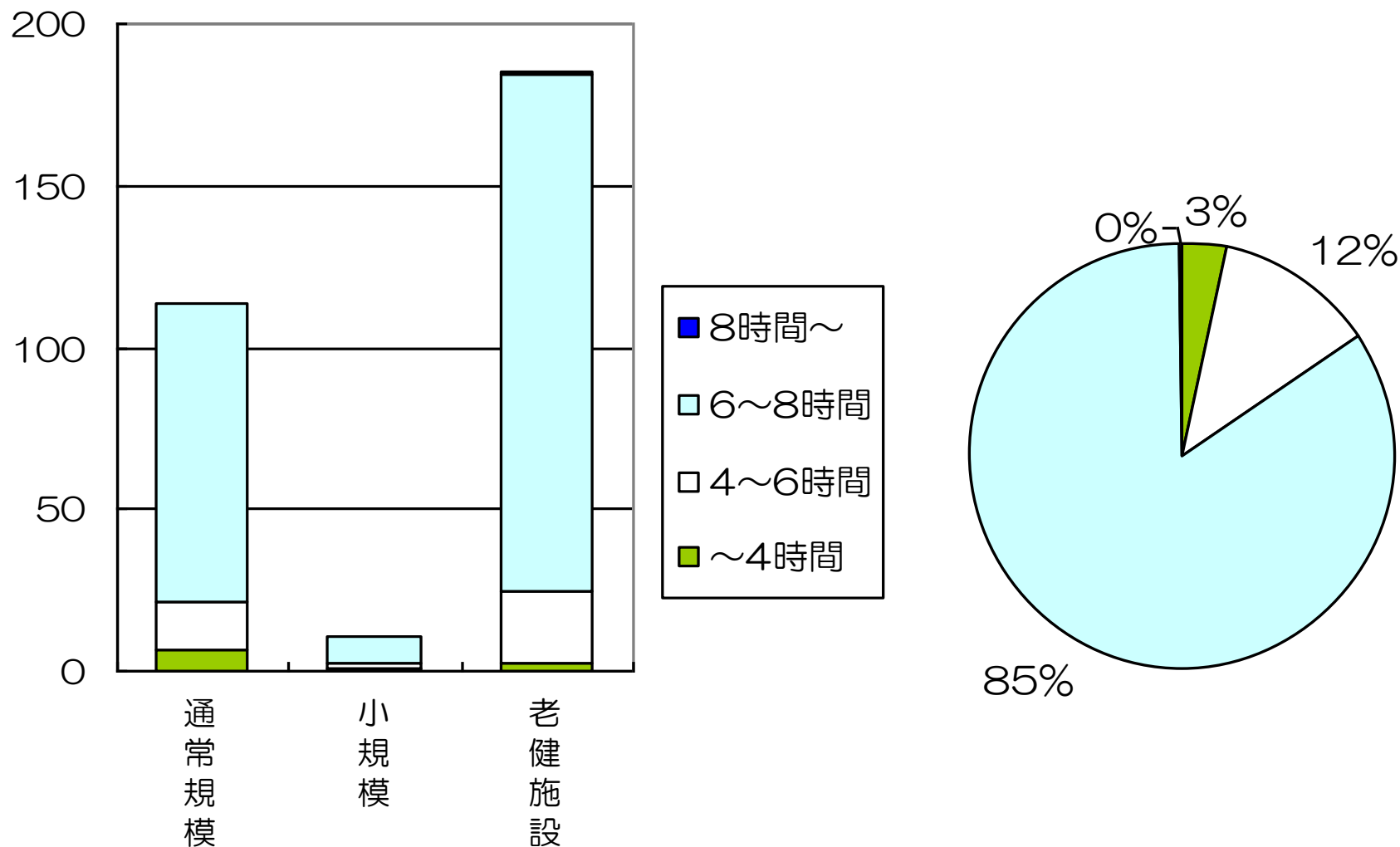
# 維持期リハビリテーション

(在宅ケアにおけるリハ)

通所リハビリテーション

# 通所リハの利用回数

46万人・299万回：2008年4月審査分



※ 6~8時間の通所リハが85%を占め、リハよりレスパイト機能が中心

# 通所リハビリテーション 1

(平成21年度 介護報酬改定)

- ※ 医療保険から介護保険に移行しても、ニーズに沿ったサービスを継ぎ目なく一貫して受け取ることができるよう、短時間・個別のリハの評価を行うとともに、リハの実施者について医療保険との整合性を図る。
- ※ PT等を手厚く配置している事業所を評価。
- ※ 医療保険の脳血管疾患リハ、運動器リハを算定する病院・診療所は、介護保険の通所リハ（1～2時間）の「みなし指定」を行う。

# 通所リハビリテーション 2

(平成21年度 介護報酬改定)

- 1) 1～2時間の通所リハ 270～390単位/回  
個別リハを20分以上実施に限り算定  
PT等体制強化加算（2名以上）：30単位/日
- 2) 規模に応じた報酬設定のあり方の見直し
- 3) 短期集中リハ実施加算  
退院・退所日または認定日から  
1月以内：280単位/日  
3月以内：140単位/日
- 4) 3ヶ月超の個別リハ加算（80単位/日 13回/月）
- 5) リハマネジメント加算  
20単位/日 → 230単位/月

# 通所リハビリテーション 3

(平成21年度 介護報酬改定)

※ 3月初旬に出される通知（予測）

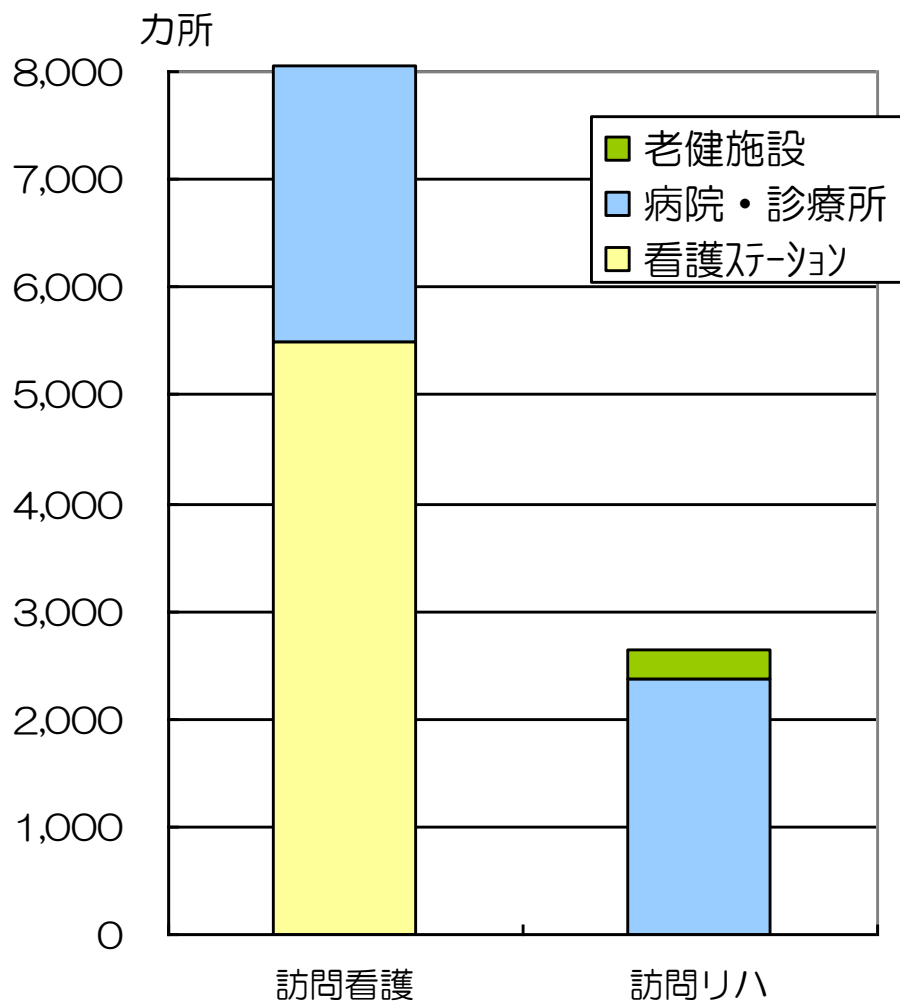
- ※ 3ヶ月超の個別リハ加算（80単位/日 13回/月）
- 高次脳機能障害（失語症を含む）・難病に関しては、4回/月で算定可
  - 8回以上利用のプランが、利用者の都合でキャンセルとなった場合も8回以上として算定可（ただし、リハマネ加算の算定は不可）

訪問リハビリテーション



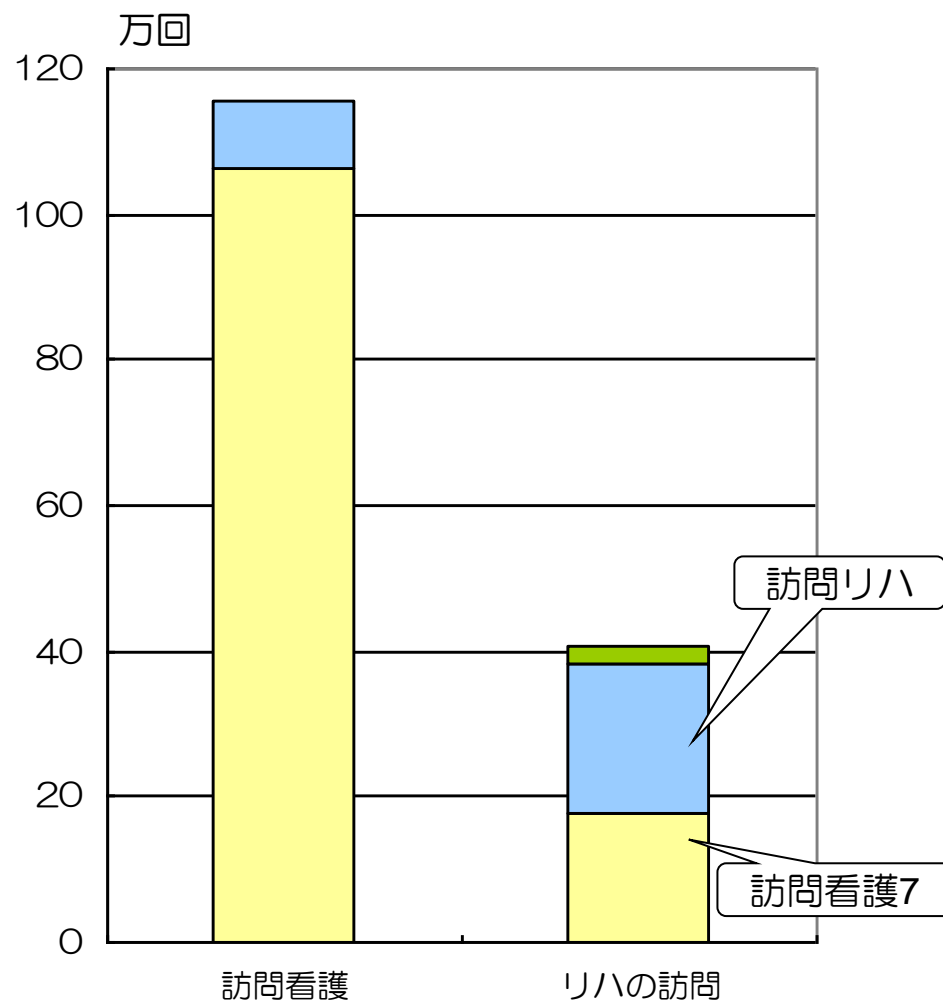
# 訪問事業所数

2008年4月審査分



# 訪問回数

2008年4月審査分



# 訪問リハビリテーション 1

(平成21年度 介護報酬改定)

- 1) サービス提供時間に応じた評価の見直し  
500単位/日 → 305単位/1回(20分)  
離島・山間僻地は5%増
- 2) リハマネジメント加算の廃止
- 3) 短期集中リハ実施加算の見直し  
退院・退所日または認定日から  
1月以内：340単位/日  
3月以内：200単位/日
- 4) サービス提供体制強化加算  
勤続年数3年以上の在籍 6単位/1回
- 5) 通所リハ終了者後1ヶ月に限り、老健施設の医師の指示による訪問リハが可能

# 訪問リハビリテーション 2

(平成21年度 介護報酬改定)

※ 3月初旬に出される通知（予測）

- 1) 訪問リハは6回/週を上限として算定可能
- 2) 集住系への訪問は減算なし
- 3) 情報提供書の仕組みは従来通り  
指示書・計画書・報告書の義務づけは見送り
- 4) 退院・退所直後の短期集中リハ実施加算があるため、退院・退所直後の12回/週は見送り
- 5) 特別指示書の創設は見送り

※ 見送られた課題は、医療保険の診療報酬改定で検討？

# 訪問看護7

(平成21年度 介護報酬改定)

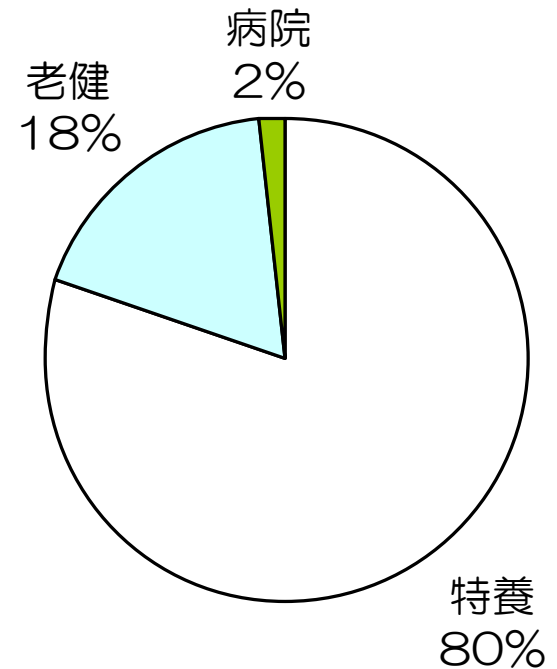
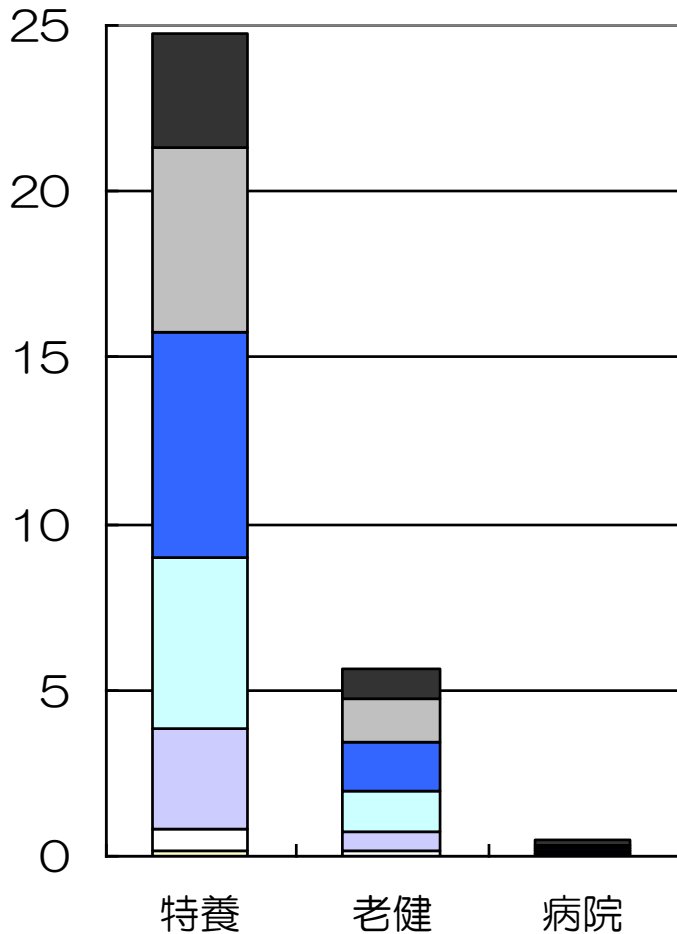
※ 3月初旬に出される通知（予測）

- 1) 訪問看護ステーションの50%規制の撤廃
- 2) 訪問看護ステーションの管理者に特例として、PT・OT・STを認める

短期入所によるリハビリテーション

# 短期入所の利用者数

31万人：2008年4月審査分



短期入所によるリハは極めて不十分と推定可能

# 短期入所療養介護におけるリハ

(平成21年度 介護報酬改定)

- 1) 日帰り短期入所療養介護の見直し  
1日単位 → 時間単位
- 2) 老健施設における個別リハの評価  
240単位/日
- 3) 緊急時ニーズへの対応
- 4) 診療所の一般病床（面積・人員要件あり）にて短期入所療養介護の実施を可能とする

## 回復期リハ病棟（療養病床）における 短期入所療養介護のリハ

※ 「20%の病床は回復期リハ対象外で可」を利用して介護保険の短期入所療養介護を実施。

個別リハは特定診療費にて4回/日実施可能

PT I・OT：123単位

ST：203単位

※ 廃用症候群の診断名は、医師が診断した日をもって起算日とする・・・を活用し、回復期リハとして入院リハを実施することも可能。（ただし適応は厳格に！）



# 安心と希望の介護ビジョン

2008年7月24日～11月20日 計7回

# 2025年を見据えて取り組む施策

1. 高齢者自らが安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり
  - ・コミュニティ・ワーク・コーディネーター（高齢者地域活動推進者）の輩出
  - ・地域包括支援センターの機能強化
2. 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上
  - ・在宅生活を支援するサービスの基盤整備
  - ・在宅生活支援リハビリテーションの強化
  - ・医療と介護の連携強化
  - ・認知症対策の充実
  - ・高齢者住宅等の整備
3. 介護従事者にとっての安心と希望の実現
  - ・介護従事者の処遇・環境改善
  - ・介護従事者の確保・育成

# 在宅生活支援リハビリテーションの強化

- 1)
  - 訪問リハビリテーションの創設
  - 既存施設における在宅生活を常に念頭に置いたリハビリテーションの推進などの在宅生活支援リハビリテーション拠点の整備と質の向上に向けた取り組みの推進
- 2) 「維持すれば十分」などといった関係者の意識改革を促すため、いわゆる「維持期」リハビリテーションの呼称の見直し

生活期？・・・検討中・・・？

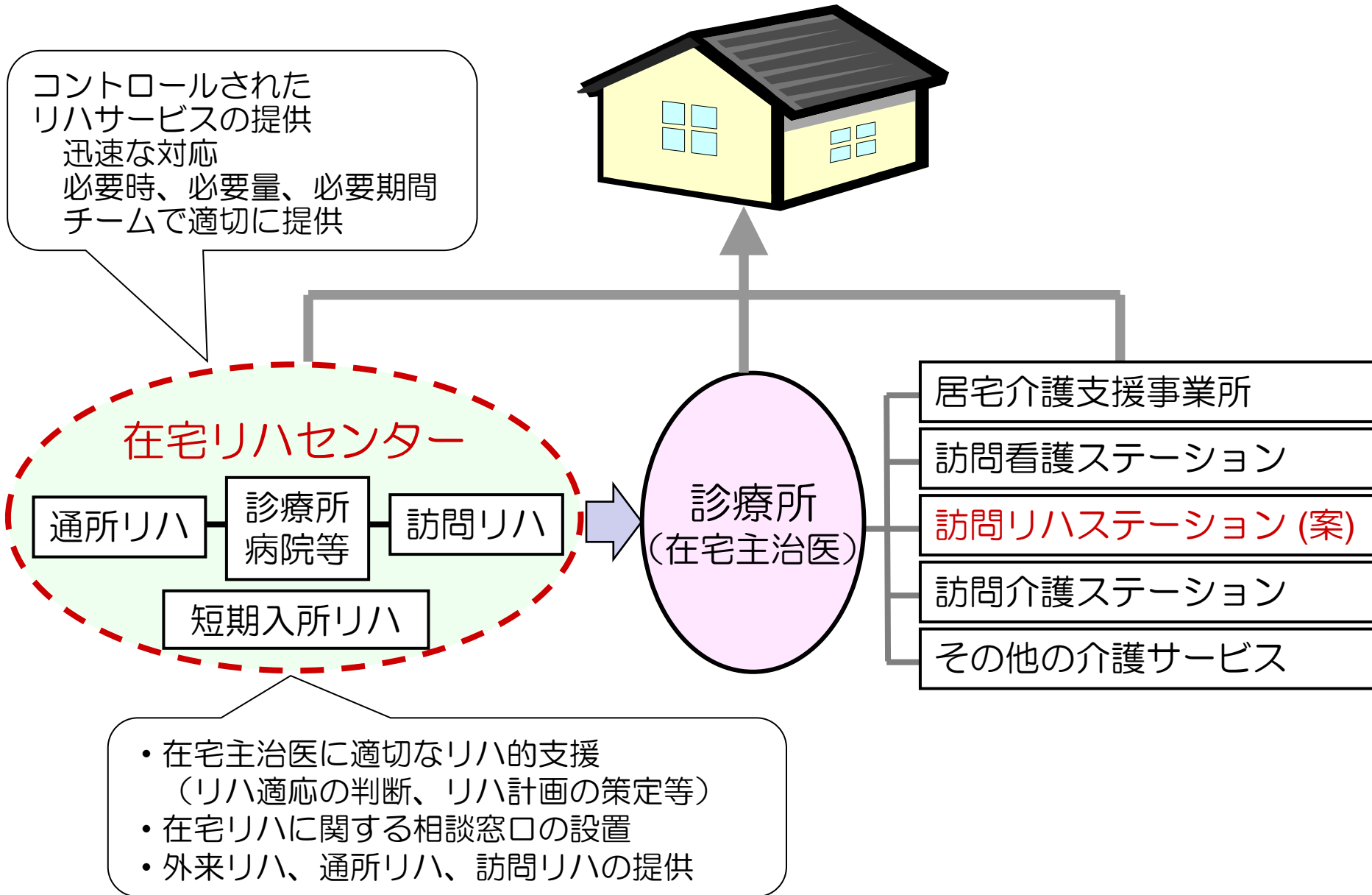
在宅生活支援  
リハビリテーション拠点

# 在宅維持期リハビリテーションの課題

1. 在宅主治医に対する維持期リハ医療の啓発
2. 通所リハ・訪問リハ・短期入院リハ等の維持期リハサービスを同一拠点から、必要な時に必要なサービスを適切に提供できる拠点の整備
3. 在宅主治医に対するリハ的支援
4. 在宅リハに関する相談窓口の設置

在宅リハセンターの普及

# 在宅リハビリテーションセンター (案)



# 在宅生活支援リハビリテーション拠点

介護報酬改定後に多様な形態で実施可能

拠点	医療保険	介護保険			
	通院リハ	新短時間 通所リハ	従来型 通所リハ	訪問リハ	短期入所療養介護に よるリハ
無床診療所	○	○	○	○	
有床診療所	○	○	○	○	○ 療養・一般病床の共に可
病院	○	○	○	○	○ 療養病床に限定
老健施設			○	○	○
訪問看護 ステーション				○	
訪問リハ ステーション				○	

2012年に実現？

○：提供可能な事業

# 回復期リハ病棟を有する病院の今後の展開

- 急性期病院との連携強化  
(医師等による訪問チェック体制の普及)
- 回復期リハ病棟の質の向上  
(配置人員増強とチームアプローチ強化)
- 在宅生活支援リハ提供拠点の整備
  - ① 新たな「短時間通所リハ」の実施
  - ② 訪問リハの普及・拡大
  - ③ 短期入所リハもしくは集中リハ目的短期入院の普及
- 在宅主治医・ケアマネジャーとの連携強化