

質的向上をめざす 回復期リハビリテーション病棟



kisei·kai

医療法人社団輝生会

初台リハビリテーション病院
船橋市立リハビリテーション病院
在宅総合ケアセンター元浅草
在宅総合ケアセンター成城

理事長 石川 誠



回復期リハビリテーション病棟協会 常任理事



日本リハビリテーション医学会 社会保険担当理事

2000年 回復期リハ病棟創設後の リハビリテーション医療における変化

訓練室中心のリハ → 病棟生活も重視するリハ

PT・OT・ST中心のリハ → Dr・Ns・CW・SW・栄養士等
を含む チームでアプローチする
リハ

PT・OT・ST 1日2時間 → 1日3時間（1.5倍）実施

土日祝祭日休みのリハ → 365日間実施するリハ

2011年 回復期リハ研究大会 in 長崎にて

回復期リハ病棟の課題と展望

1. 質の向上を目指して

- 3加算の算定
- 重症患者に対応した看護・介護職員の配置
- 病棟専従のリハ科医師・ST・MSWの配置
- 各専門職の10力条の普及と実践

2. 在宅リハセンター等の併設（病院として）

2012年 回復期リハ研究大会 in 京都にて

回復期リハ病棟の課題

1. 質の向上を目指して

- 回復期リハ適応のある医療依存度・ADLとともに重度の患者を、より早期に積極的に受け入れること。
- その際、重症患者に対応した看護・看護職員の確保に努力すること。
- 病棟専従のリハ科医師・MSWの配置の推進
- 各専門職の10力条の普及と実践。
- 成果を示すこと。

2. 在宅リハセンター等の併設（病院として）

2013年 回復期リハ研究大会 in 金沢にて

回復期リハ病棟は量的整備から質的整備の時代
追い風から向かい風の時代

成果が乏しく質が低い回復期リハ病棟は衰退

- 機能回復
- ADL向上
- 在宅復帰率向上
- 発症から入院までの期間短縮
- 入院日数短縮

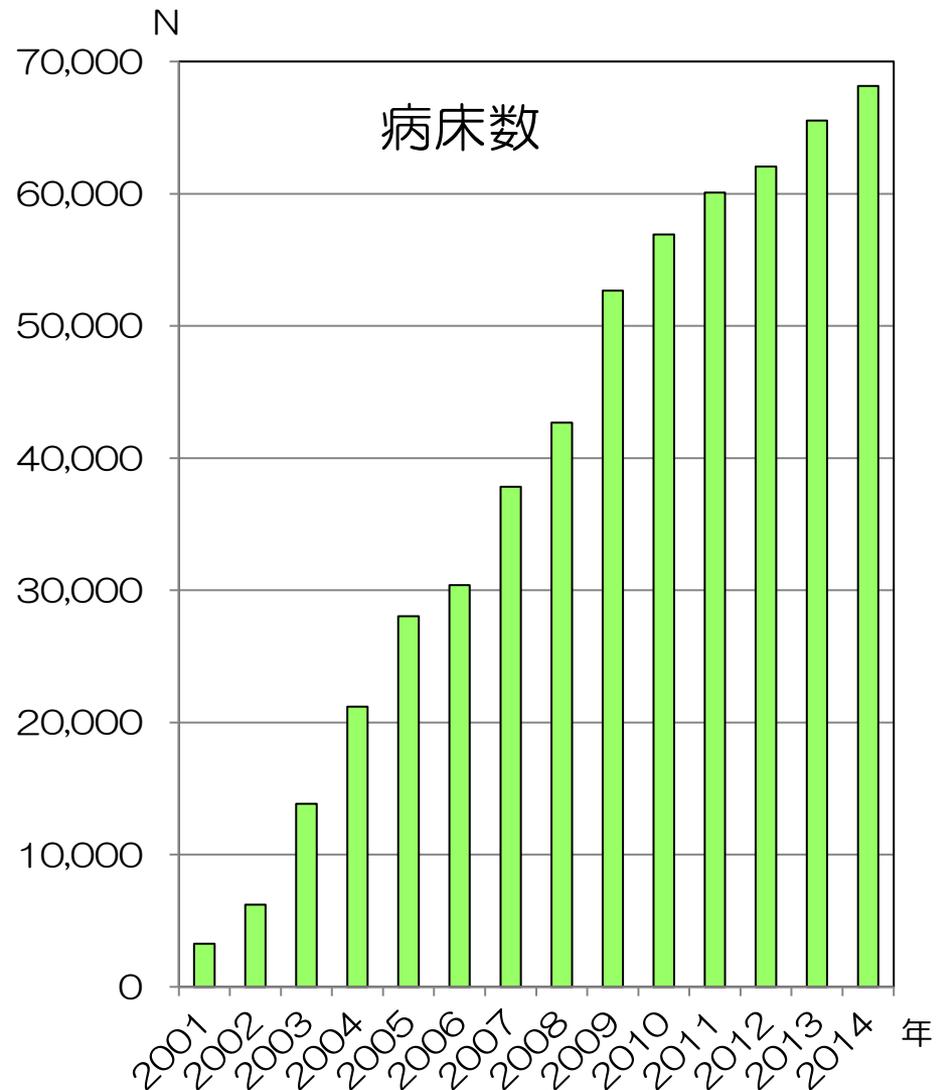
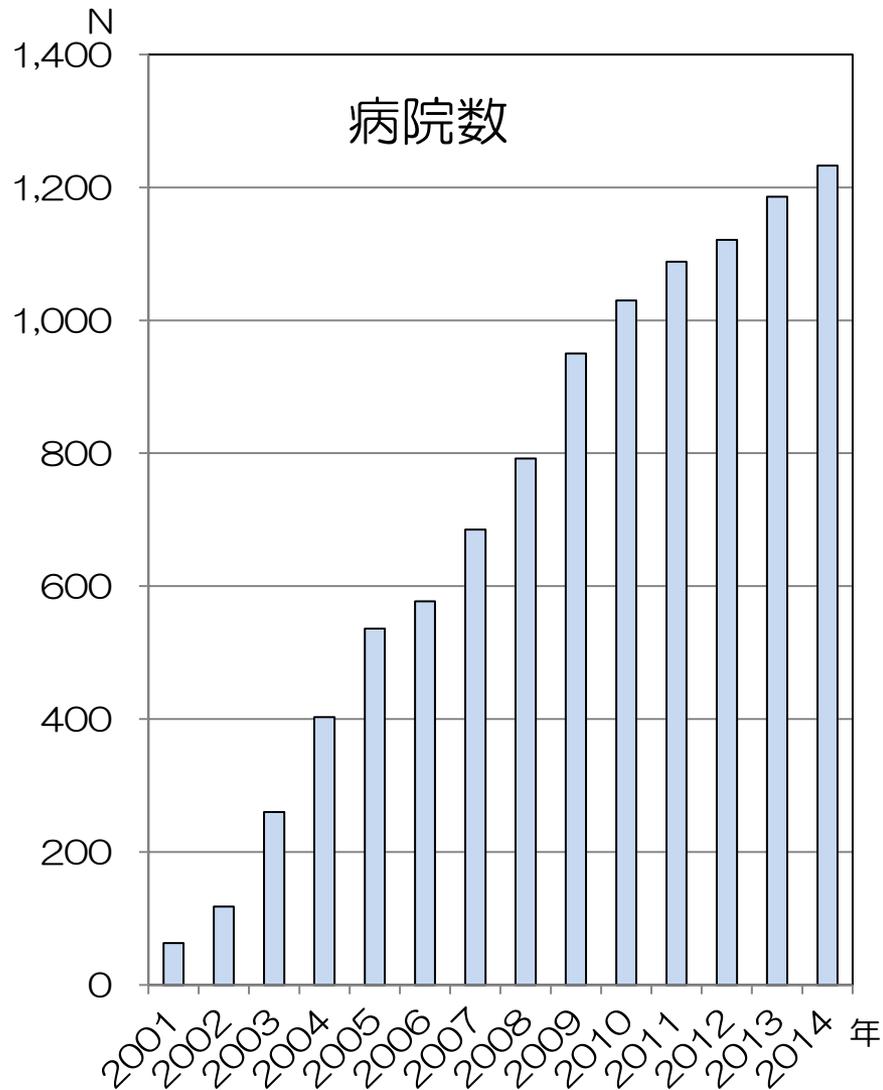
病院として退院後のリハ的支援体制強化が必須

制度創設から14年が経過

現在までの回復期リハ病棟の実績は ？

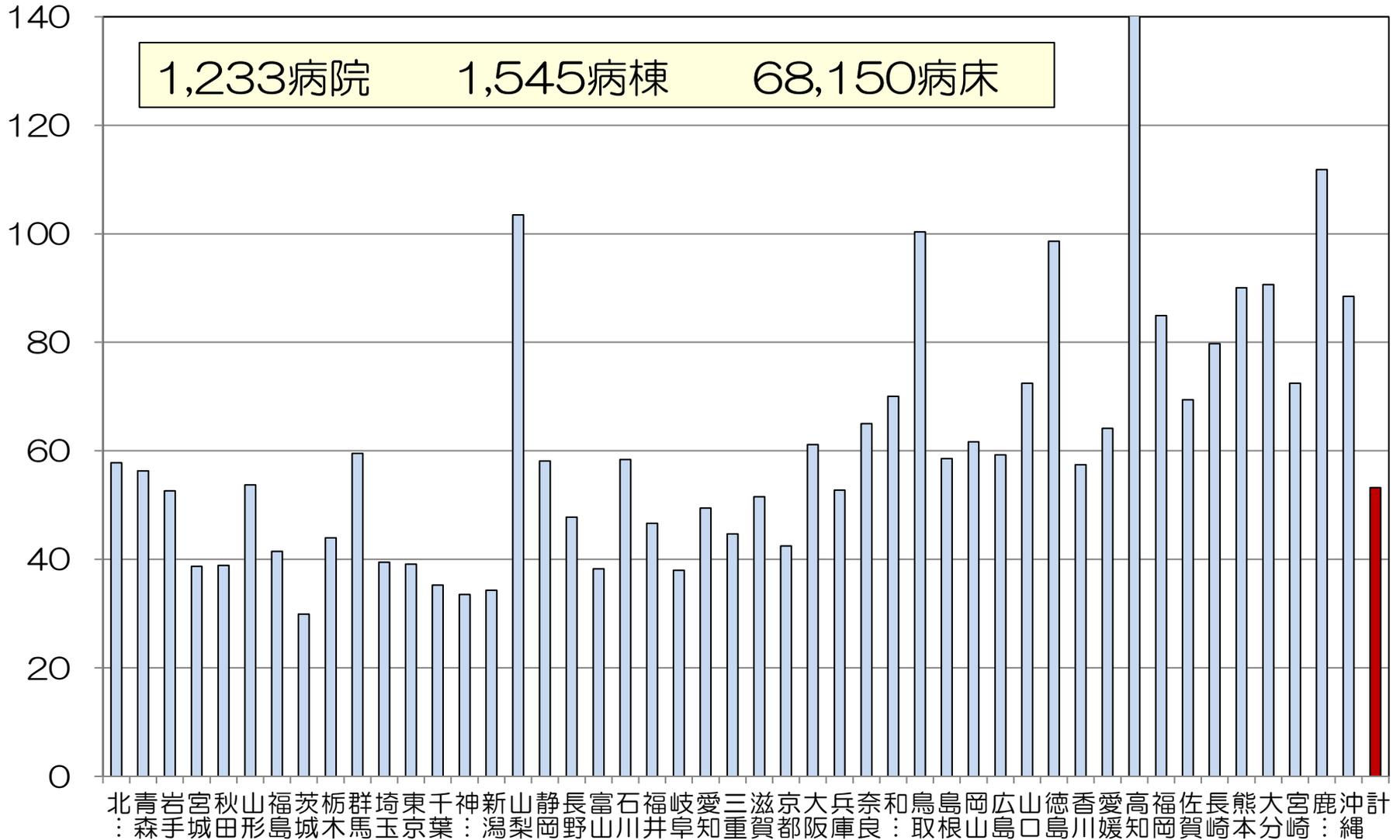
回復期リハ病棟の病院数と病床数の年次推移

(回復期リハ病棟協会調査より 各年2月)



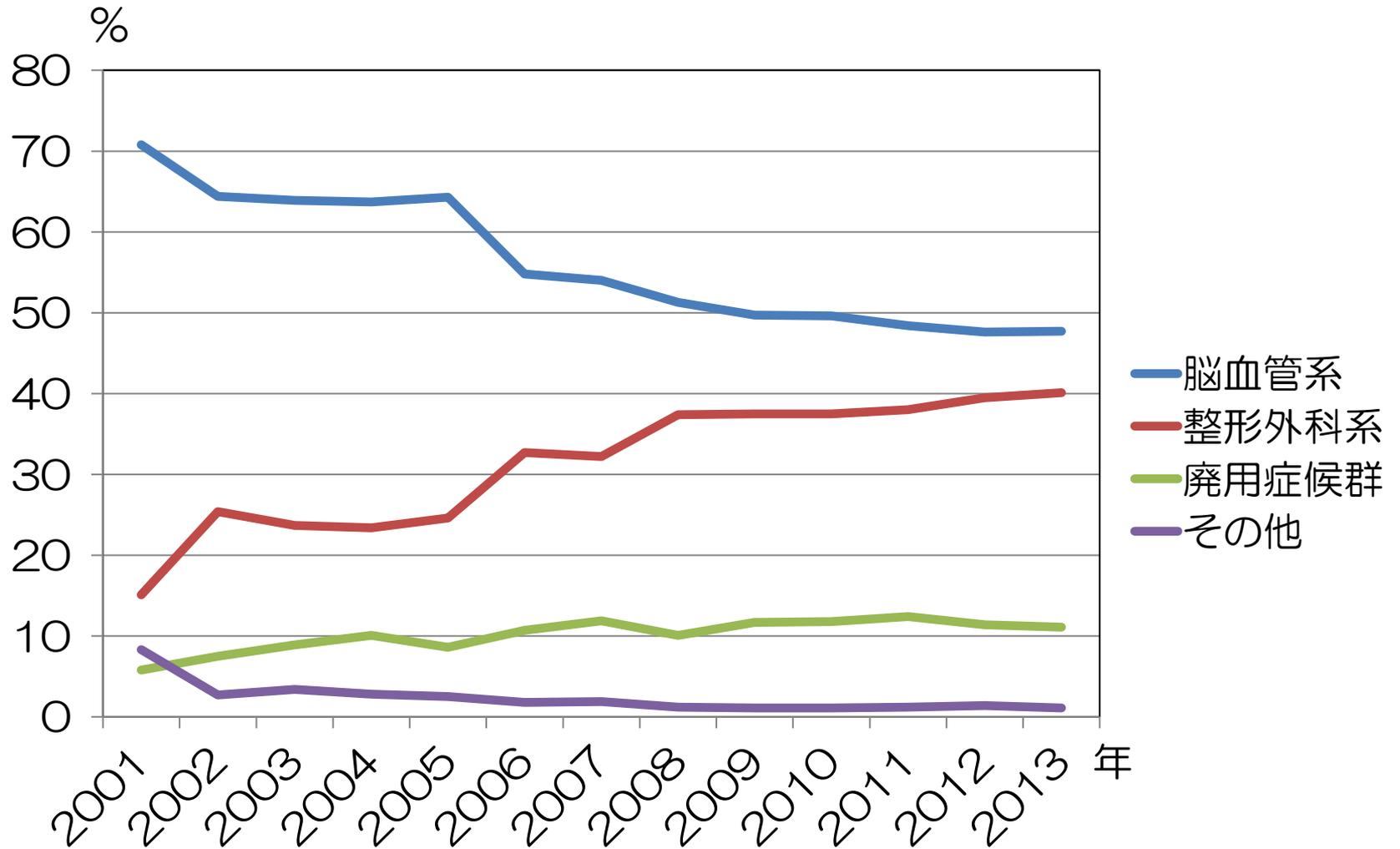
都道府県別人口10万あたり回復期リハ病床数

回復期リハ病棟協会調査より（2014年2月）

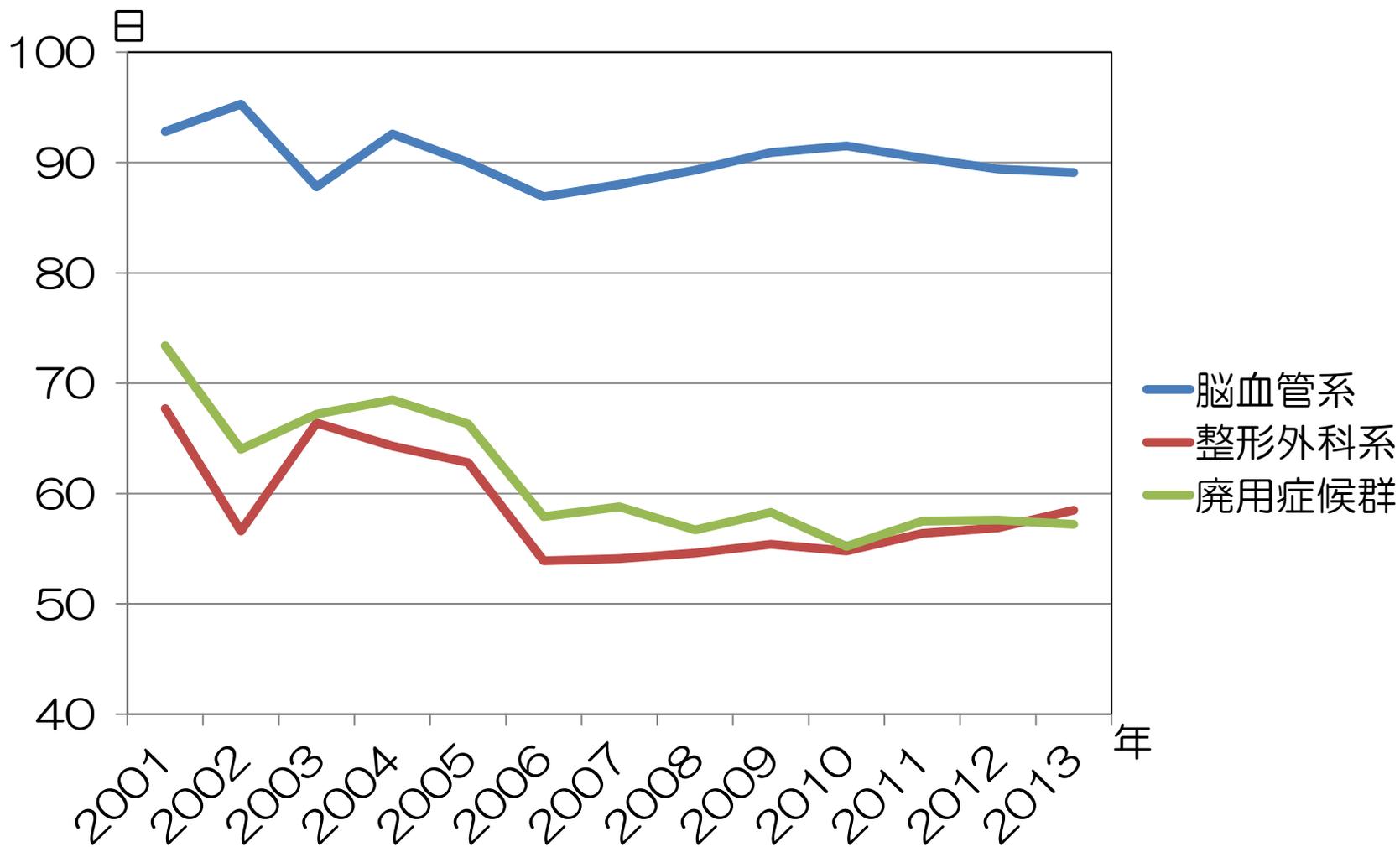


※ 正会員：1,001病院 会員組織率：81.2%

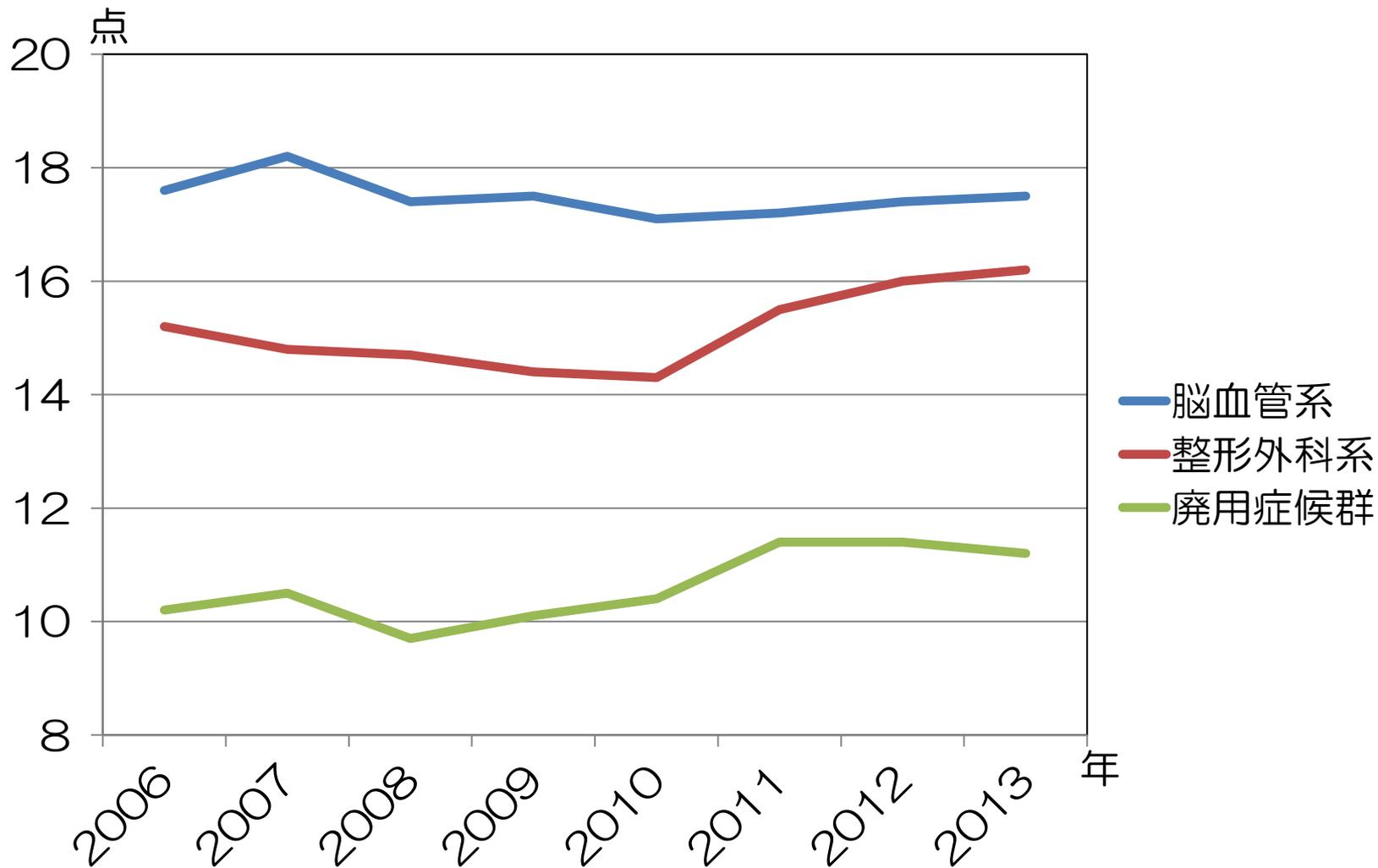
疾患別入院患者割合の推移 (2001年~2013年)



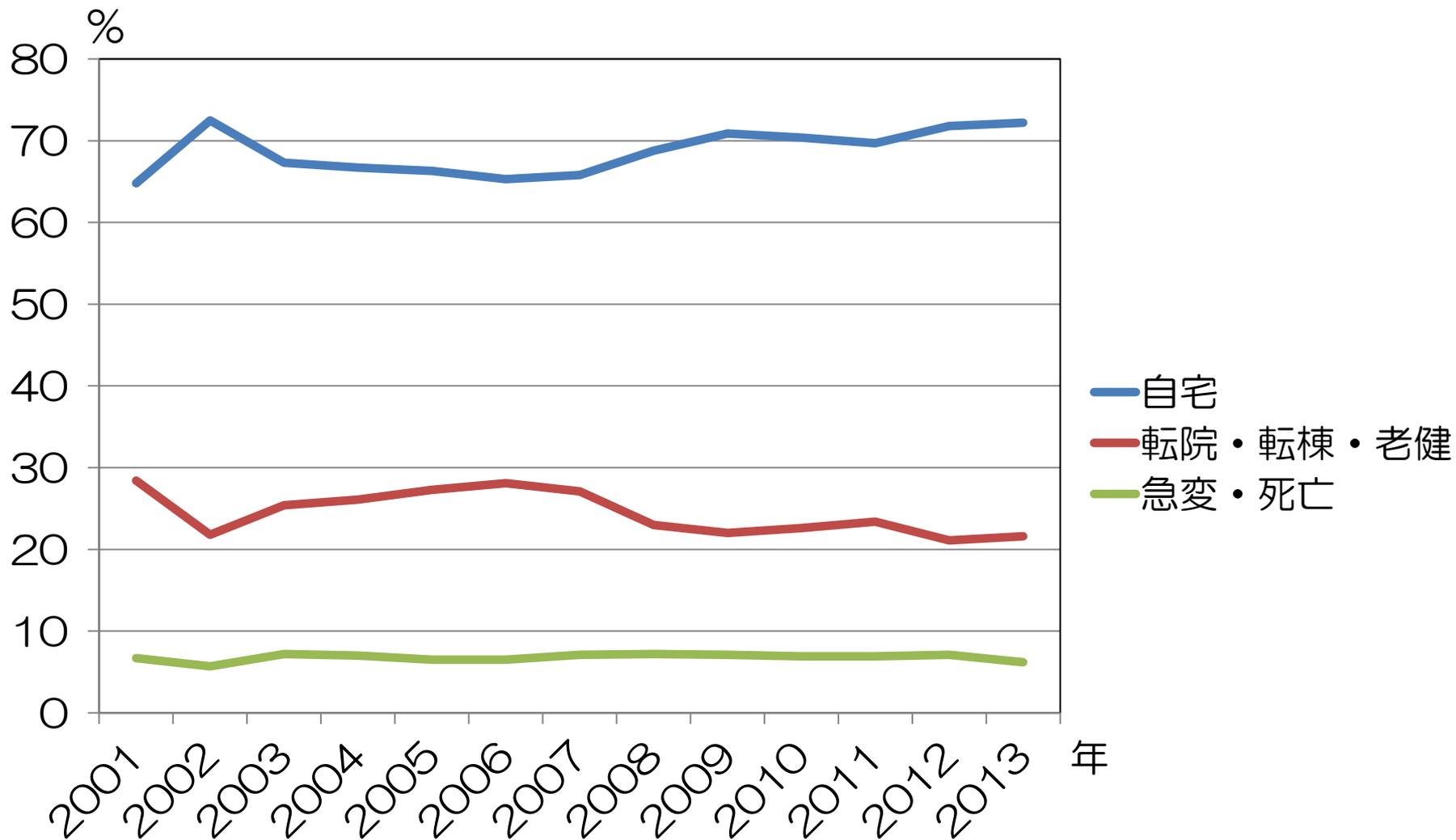
疾患別平均在院日数の推移 (2001年~2013年)



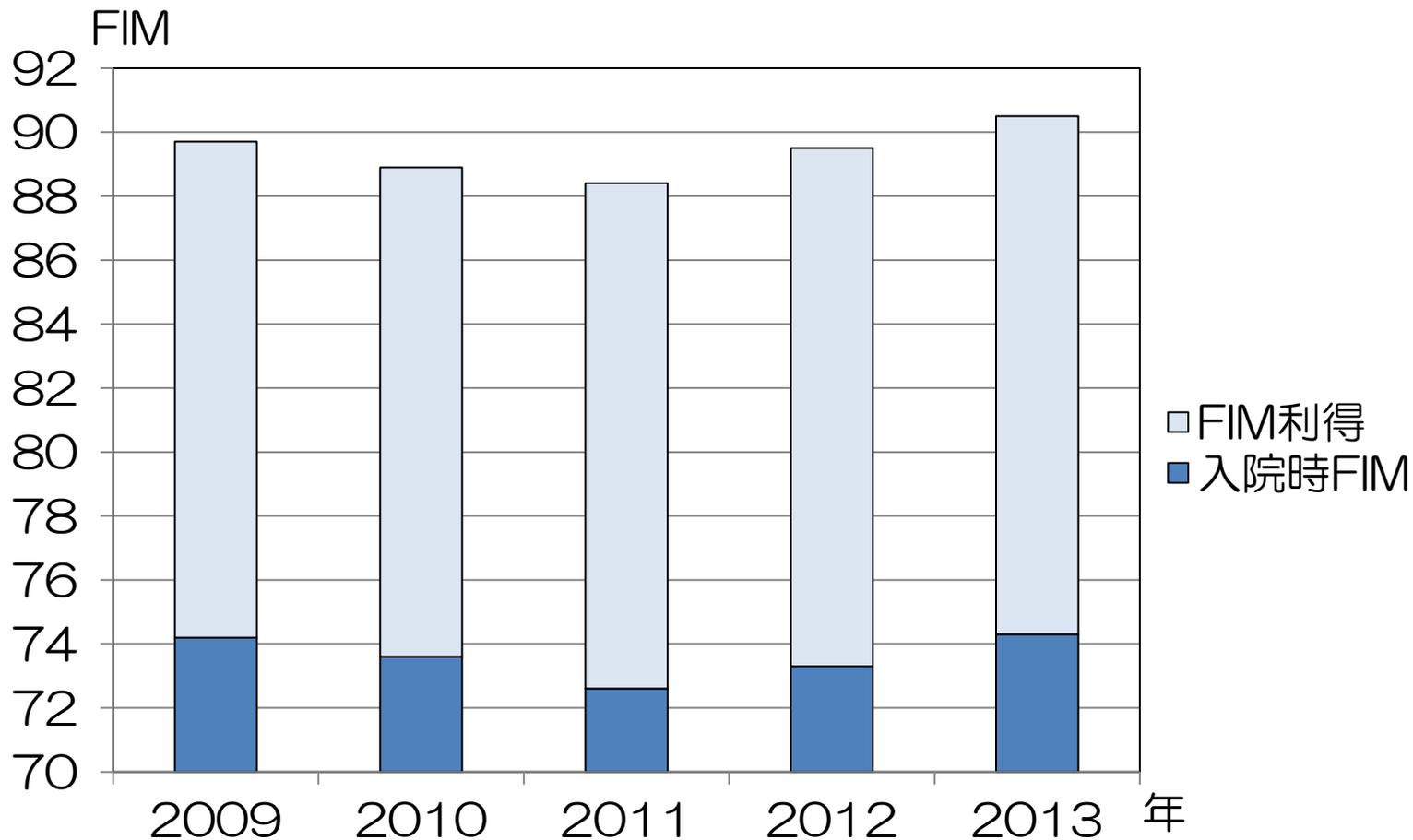
疾患別平均ADL (FIM) 利得の推移 (2006年~2013年)



退院経路の推移 (2001年~2013年)



回復期リハ病棟におけるADL（FIM）利得の変遷



1人1日あたりリハ単位

4.0

4.7

5.5

5.8

6.2

※ 個別リハ提供量は5年間で1.5倍に増加したが、ADL上明らかな変化は認められない。

回復期リハ病棟の費用対効果は ？

2013年回復期リハ病棟協会調査より

1年間に回復期リハ病棟を通過した患者数

＝調査対象病床数×365日÷平均在院日数×病床利用率

＝66,542×365÷77.5×0.876

＝274,530

成果：年間 274,530名 が回復期リハ病棟を通過し、
その 72.2% (198,210名) を自宅復帰とした。

消費した医療費

＝1人1日当たり単価×平均在院日数×274,530名

＝32,110×77.5×274,530

＝6,832 億円

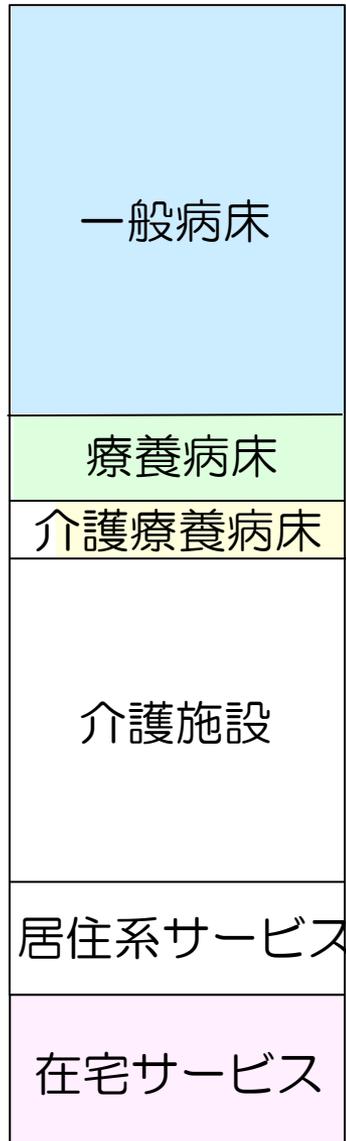
※ 年間6,832億円のコストをかけた成果として妥当か？

2025年に向けて 表裏一体で進められる2大改革

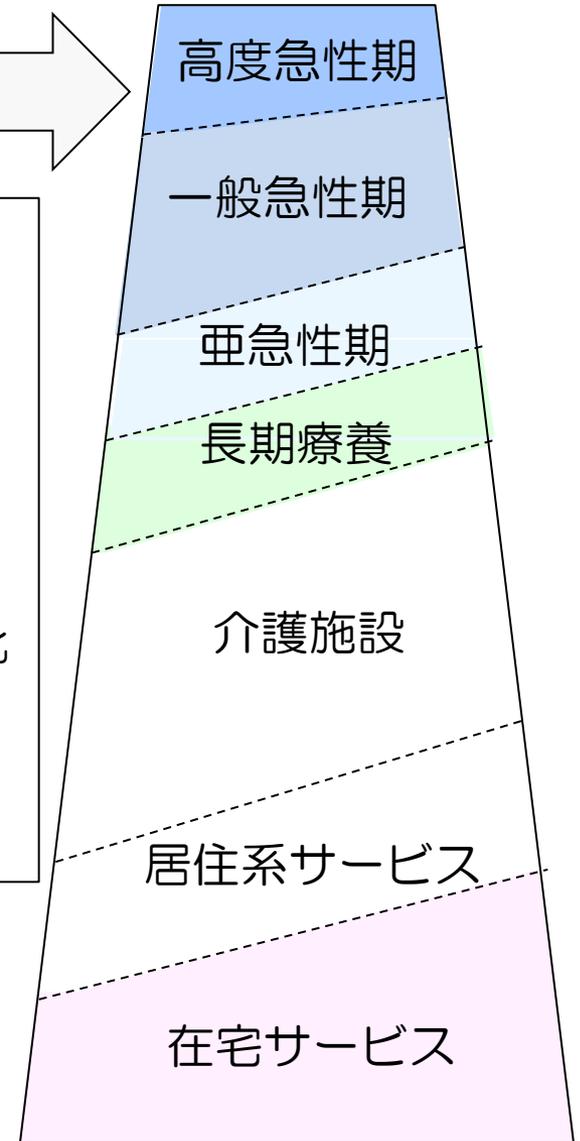
1. 入院医療の機能分化と連携
2. 地域包括ケア体制の整備

医療・介護機能の再編（将来像）

2011年



2025年



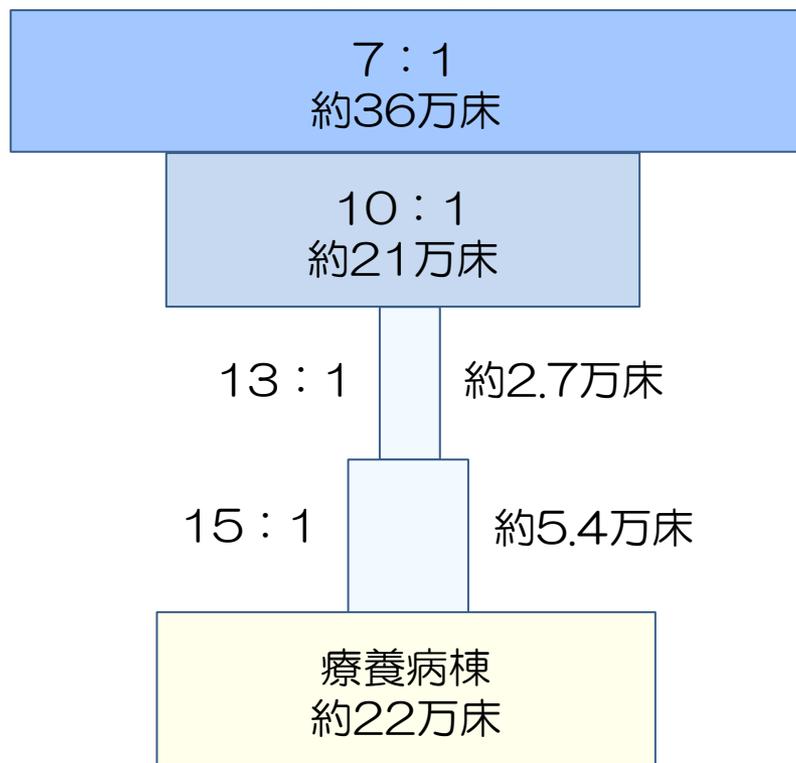
取組の方向性

- **入院医療の機能分化と連携**
急性期への医療資源集中投入
亜急性期・慢性期医療の機能強化
- **地域包括ケア体制の整備**
在宅医療の充実
在宅医療を担う診療所等の機能強化
訪問看護の整備
在宅介護の充実
居住系サービスの充実
ケアマネジメント機能の強化

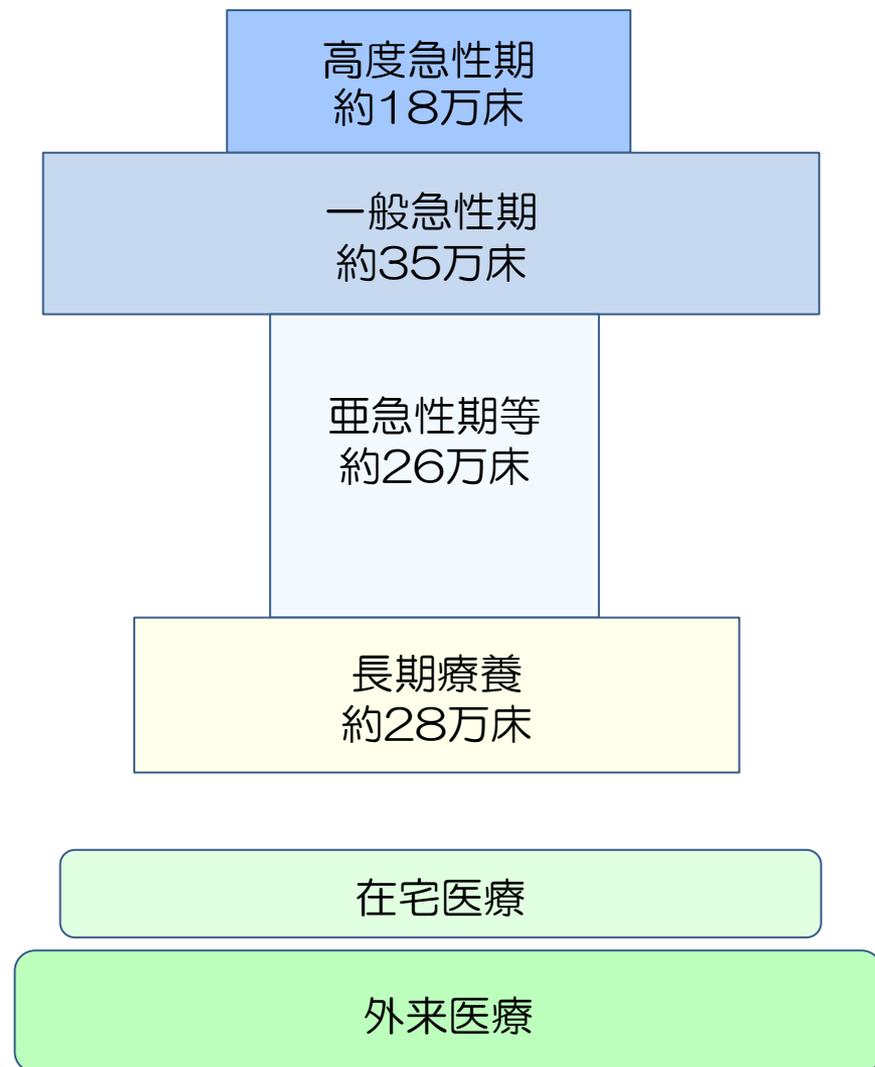
診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の 基本的な考え方

(平成25年9月 社会保障審議会医療保険部会・医療部会)

現在の姿



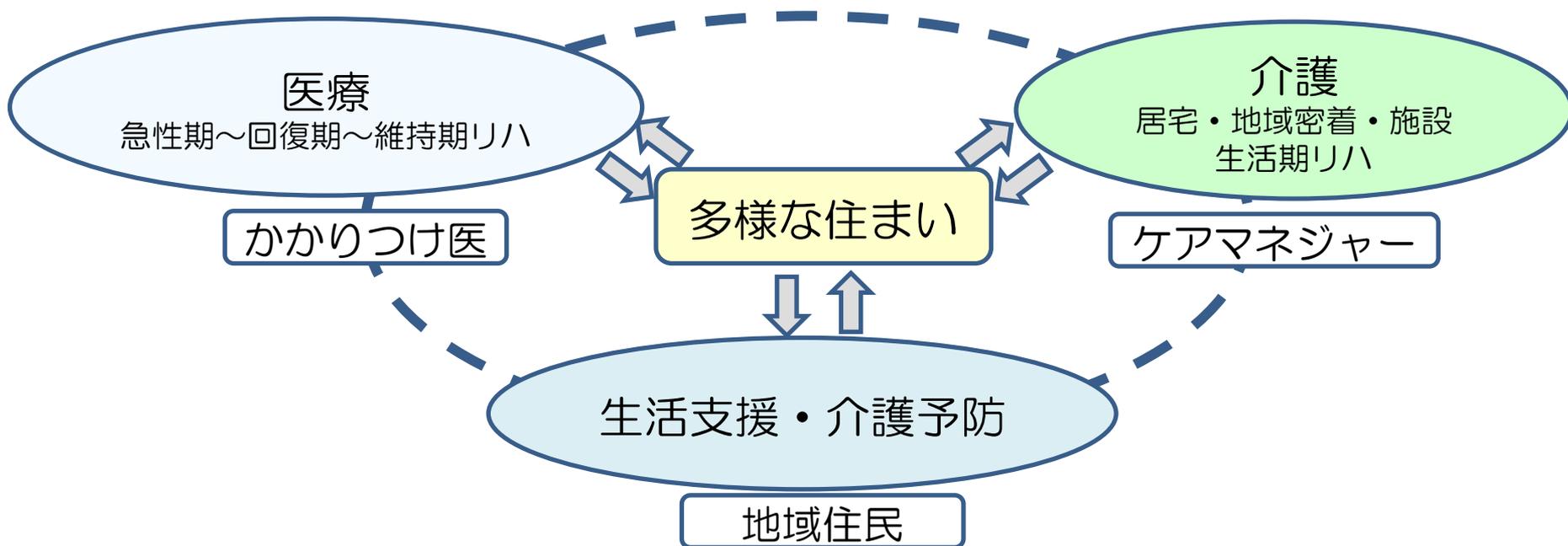
2025年の姿



地域包括ケアシステム

- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようにする。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じる。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定

リハビリテーションに関わる 平成26年診療報酬改定に向けた要望

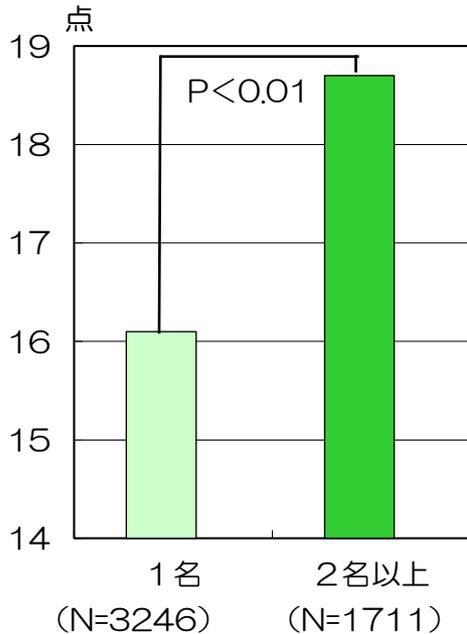
リハビリテーション医療関連団体協議会

1. 日本リハビリテーション医学会
2. 日本リハビリテーション病院・施設協会
3. 日本理学療法士協会
4. 日本作業療法士協会
5. 日本言語聴覚士協会
6. 回復期リハビリテーション病棟協会
7. 全国デイ・ケア協会
8. 日本訪問リハビリテーション協会
9. 日本リハビリテーション看護学会
国際リハビリテーション看護研究会

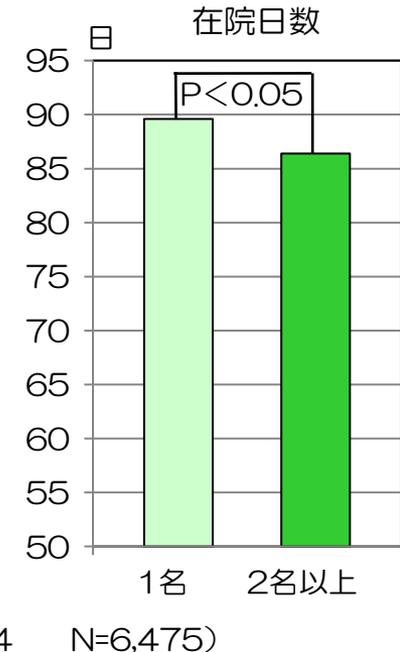
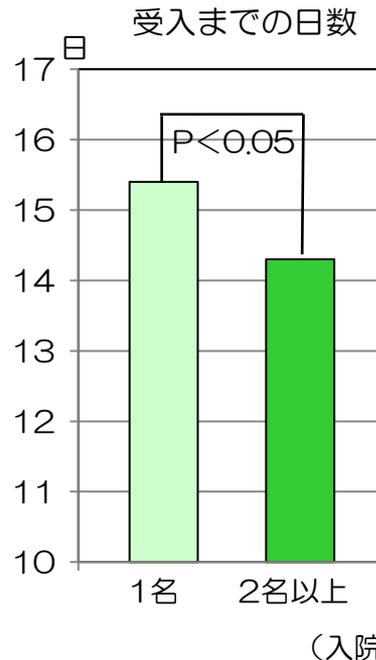
※ 歴史上初めて9団体総意で改定要望書を作成

回復期リハ病棟におけるリハ科医師の病棟専従配置 (2013年7月31日 回復期リハ病棟協会調査)

病棟専任のリハ科医師数とFIM利得
(入院料1で休日加算、充実加算ありの病棟)



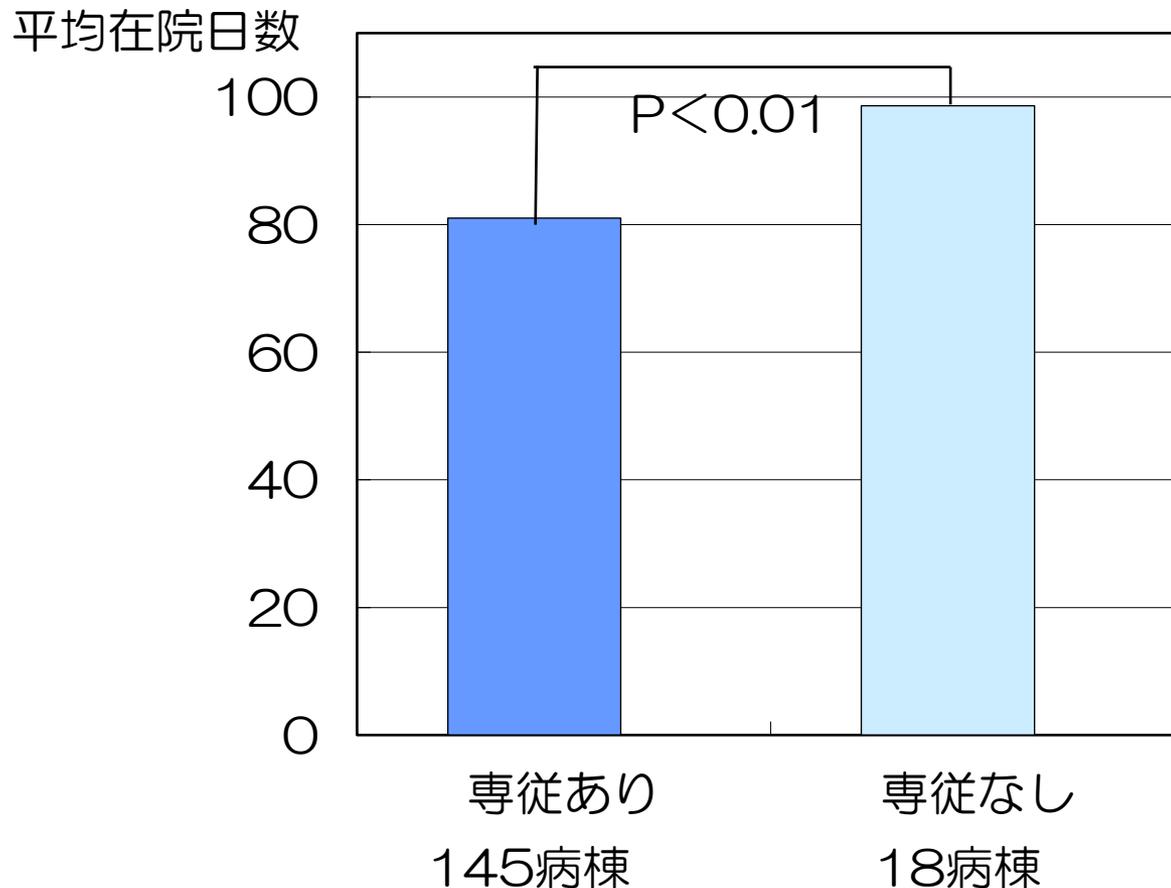
病棟専任のリハ科医師数と
重症患者受入までの日数・在院日数



※ リハ科の病棟専任医師が2名以上配置されている回復期リハ病棟では、患者のADL改善度（FIM利得）が高く、重症患者の紹介から受入に要する日数および在院日数が短い。

回復期リハ病棟入院料1における 病棟専従の社会福祉士配置による効果

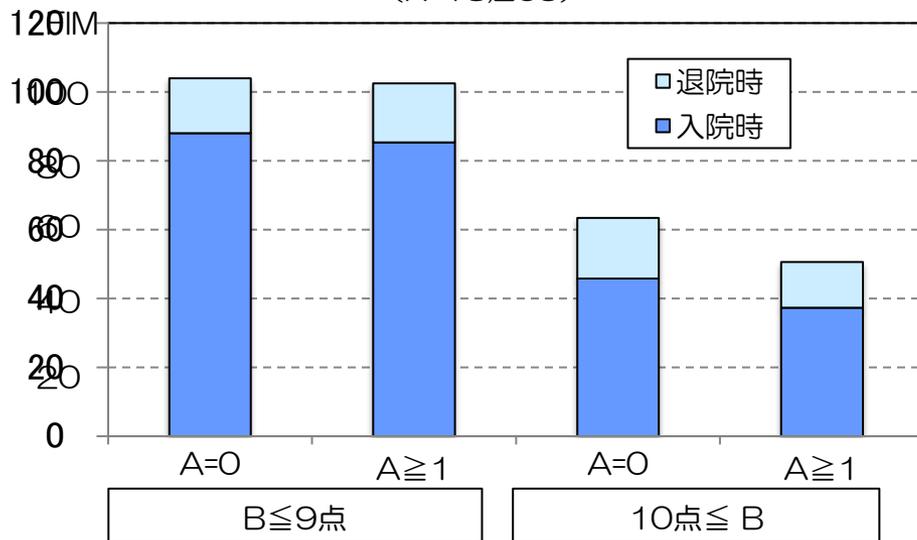
(入院料1で休日加算、充実加算ありの病棟)



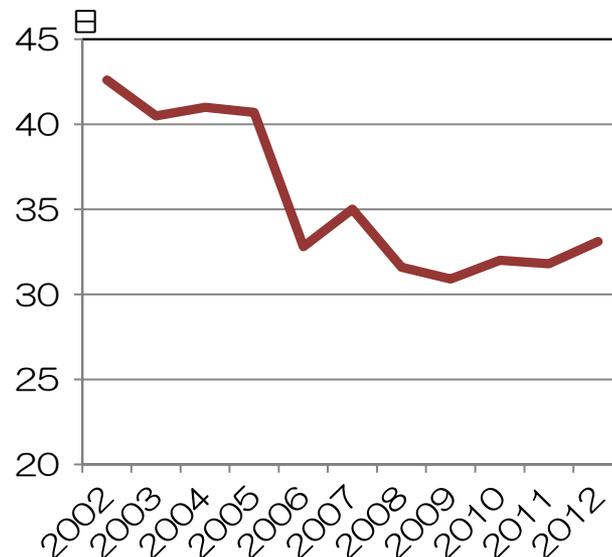
回復期リハ病棟における看護必要度（A・B項目）

（2013年7月31日 回復期リハ病棟協会調査）

A項目・B項目別の入退院時FIM
(N=18,263)



発症から入院までの期間



発症～入院（日）	29.9	29.1	32.7	36.0
自宅復帰率（%）	82.4	80.0	51.7	38.5
急変転院率（%）	3.9	6.6	7.5	14.0

※A項目は医療的重症度を反映していないが、B項目は医療的重症度と相関する。
平成2006年以降、発症から入院までの平均日数は、ほぼ変わらないことから、A項目の導入で重症患者を早く受け入れるようになったとはいえない。
医学的重症者受入の面での入院料1の施設基準の要件としては、A項目より、むしろB項目のほうが的確な指標となる。

(要望) 回復期リハ病棟入院料1の要件の見直し

1) 医師要件

- リハ科の常勤の病棟専従医を1名以上配置
(リハ科の医師は、リハ医学会の専門医もしくは認定臨床医、もしくは別に定める一定の研修を受けた医師であること。)

2) 社会福祉士

- 病棟専従の社会福祉士を1名以上配置

3) 看護必要度

- A項目評価の廃止

4) リハ充実加算、休日リハ提供加算を入院料に包括

(要望) 回復期リハ病棟の入院適応疾患の追加

- 回復期リハ病棟の入院適応疾患は、創設当時から徐々に拡大しつつあるが、回復期リハを行うことにより機能改善が見込まれるにも関わらず、回復期リハ病棟への入院適応とされていない疾患が存在する。
- 適切な回復期のリハを提供することで十分な機能回復・ADLの改善を図ることができる新たな疾患を追加し、回復期リハ病棟の有効活用を推進すべきである。

- 1) 脳血管疾患等のリハ対象疾患のうち、人工呼吸器離脱後1カ月以内の患者
(算定期間：180日)
例：ギランバレー症候群等で人工呼吸器を2か月以上装着し、その後数年で機能改善する患者等に対応するため。
- 2) パーキンソン病の症状増悪後の患者
(2週間以内にFIMもしくはバーセル指数が5点以上低下した例に限る)
(算定期間：90日)

(要望) 回復期リハ病棟入院料の包括から除外

- 1) 薬剤・注射薬等
 - ・抗がん剤
 - ・ボトックス
 - ・CPAP
- 2) 家庭訪問指導料
 - ・病棟職員による家庭訪問を入院中と退院前の2回行うことで、個別に応じた早期退院が推進される。
- 3) 薬剤管理指導料の対象患者に回復期リハ病棟適応患者を追加
 - ・薬剤師による服薬指導にて、薬剤自己管理率を高め、安全な在宅生活へ移行。
- 4) 栄養サポートチーム加算の対象患者に回復期リハ病棟適応患者を追加
 - ・栄養改善を目指した栄養管理により、リハビリテーションによる機能改善が高まる。
- 5) 間歇的経口経管栄養法の対象患者に回復期リハ病棟適応患者を追加
 - ・間歇的経口経管栄養法であれば、肺炎の発生も減少し、安易な胃瘻造設や胃瘻によるトラブルも防止でき、経口摂取の促進、回復にもつながる。

平成26年度の診療報酬改定率

1. 診療報酬本体
改定率 +0.73% (+0.63%)

各科改定率	医科	+0.82%	(+0.71%)
	歯科	+0.99%	(+0.87%)
	調剤	+0.22%	(+0.18%)

2. 薬価改定等
改定率 ▲0.63% (+0.73%)

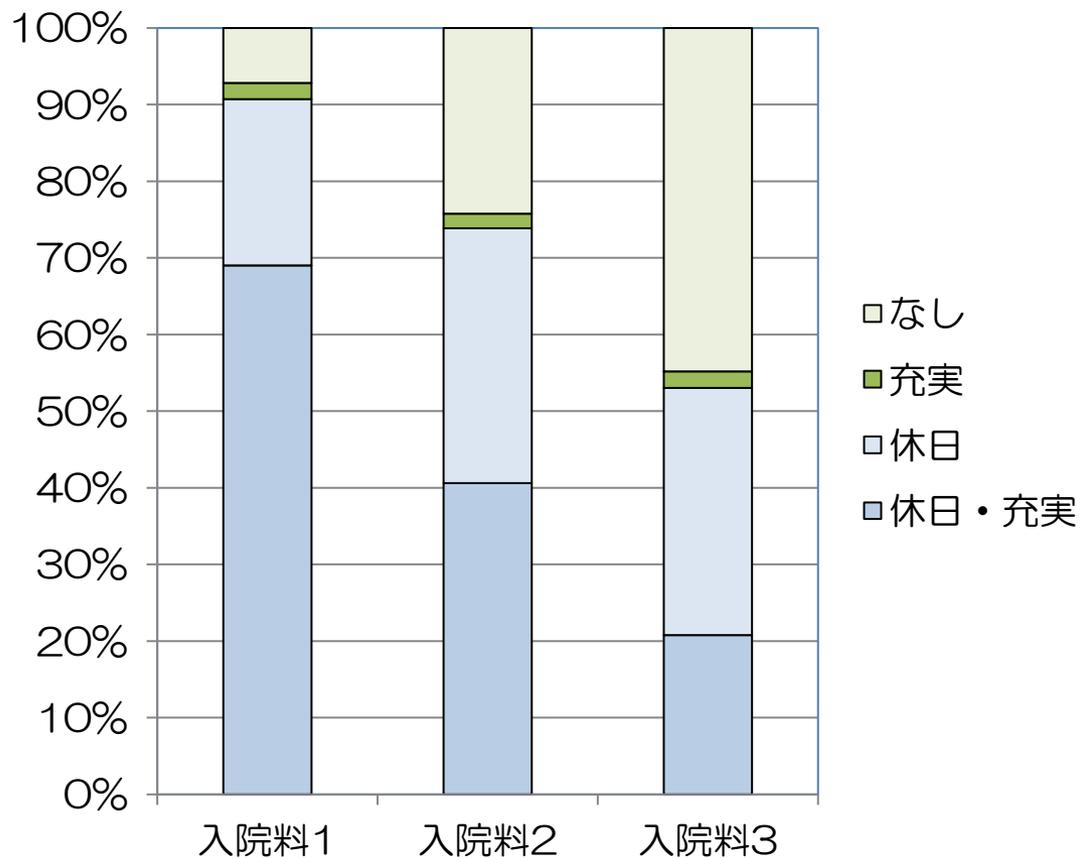
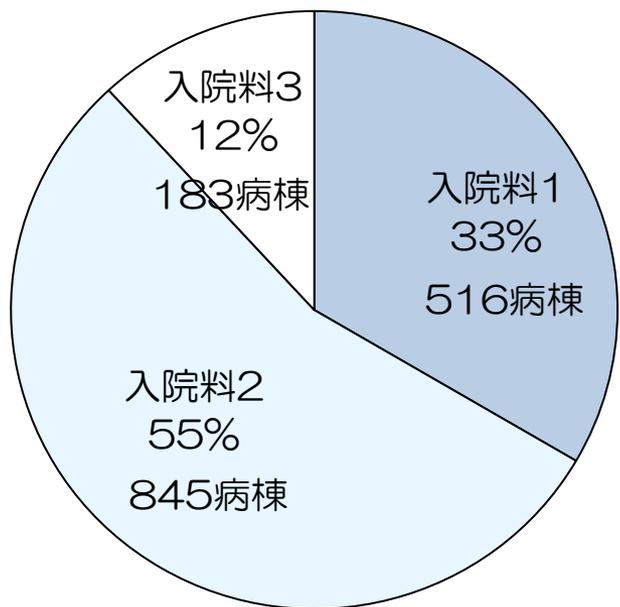
薬価改定 ▲0.58% (+0.64%)

材料価格改定 ▲0.05% (+0.09%)

※ () 内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

回復期リハ病棟の入院料種別と加算算定状況

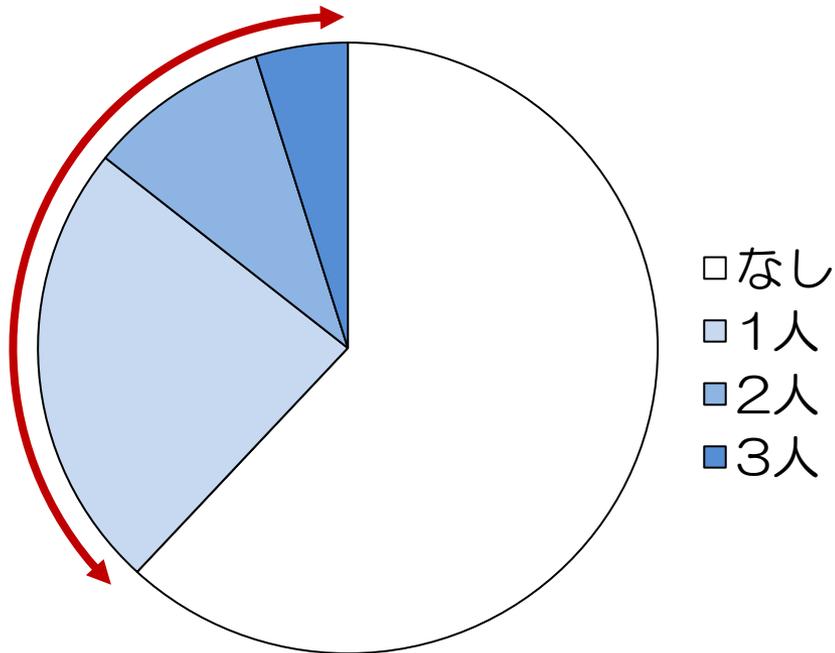
N=1,544病棟



回復期リハ病棟協会調査より（2014年1月）

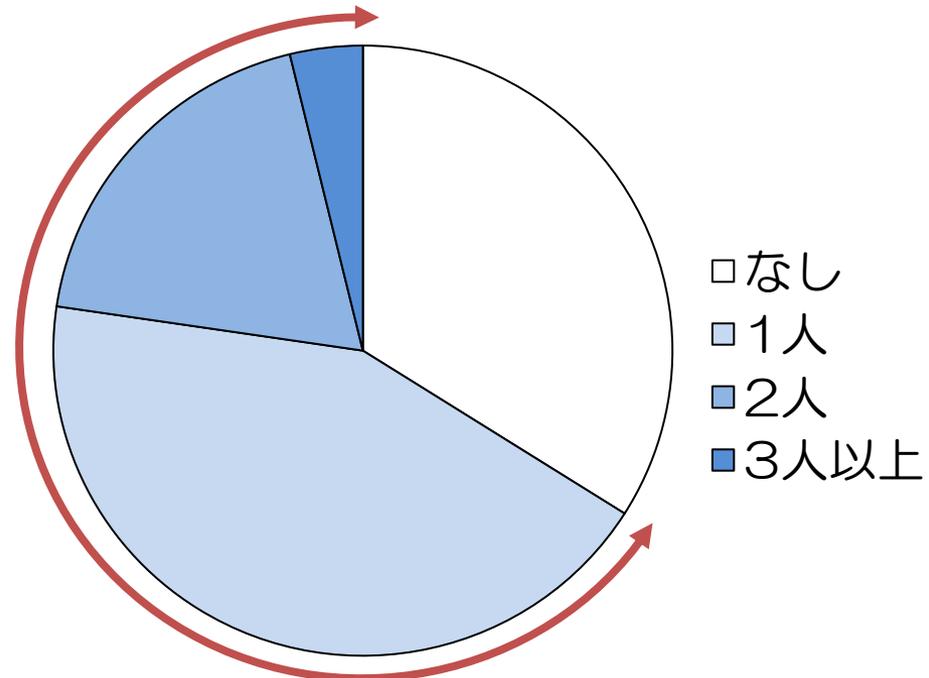
回復期リハ病棟入院料1における 病棟専従医師・専従社会福祉士の配置状況

病棟専従医
42病棟



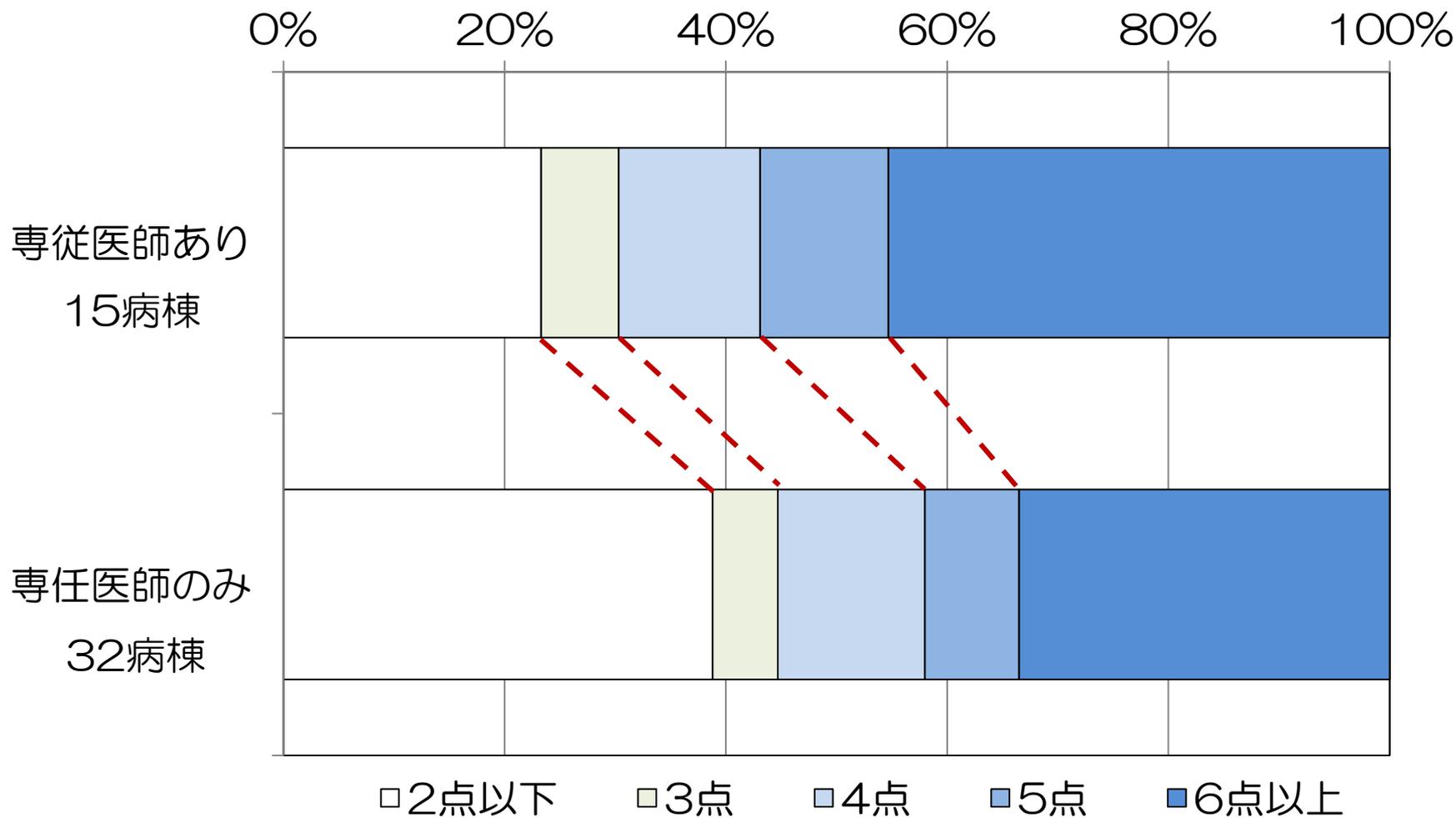
38.1%が専従あり

病棟専従社会福祉士
53病棟



66.1%が専従あり

回復期リハ病棟入院料1における 病棟専従医師の配置の効果



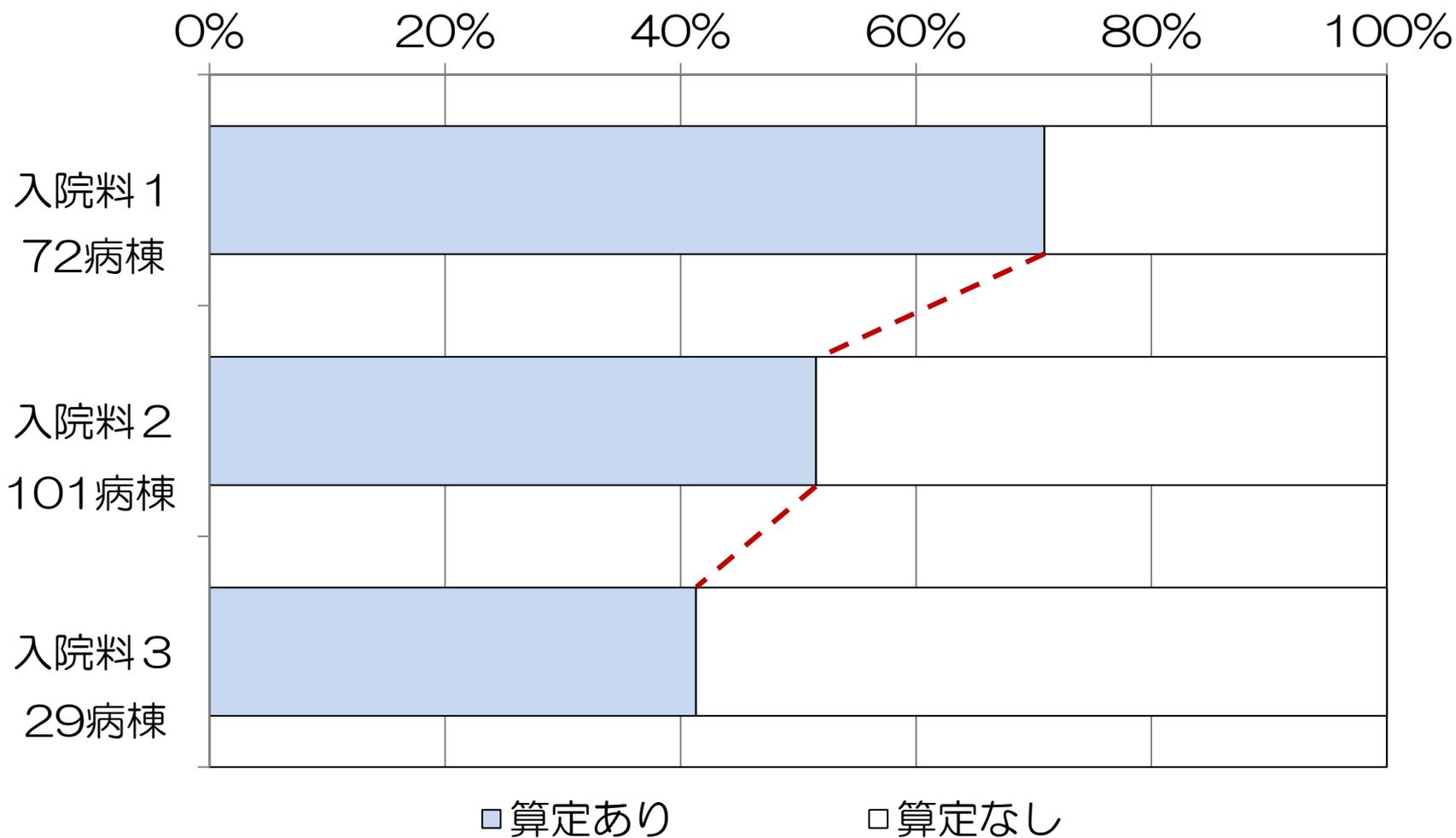
出典：平成25年検証部会調査より

回復期リハ病棟における休日リハ提供体制加算算定要件

<p>評価内容</p>	<p>入院当初から集中的なりハを継続して受けられるよう、休日であっても平日と同様のリハの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価</p>	
<p>施設基準</p>	<p>①</p>	<p>休日を含め全ての日において、リハを提供できる体制を備えている。 (休日の1日当たりリハ提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とする)</p>
	<p>②</p>	<p>専従の常勤PT又は専従の常勤OTのうち1名以上がいずれの日においても配置。</p>
	<p>③</p>	<p>看護又は看護補助を行う看護要員の配置が、当該保険医療機関の休日においてもリハを提供する支障とならないよう配慮する。</p>
<p>点数</p>	<p>60点 (患者1人1日につき)</p>	

要注意：特に③に関するルールを守らない病棟が散見される

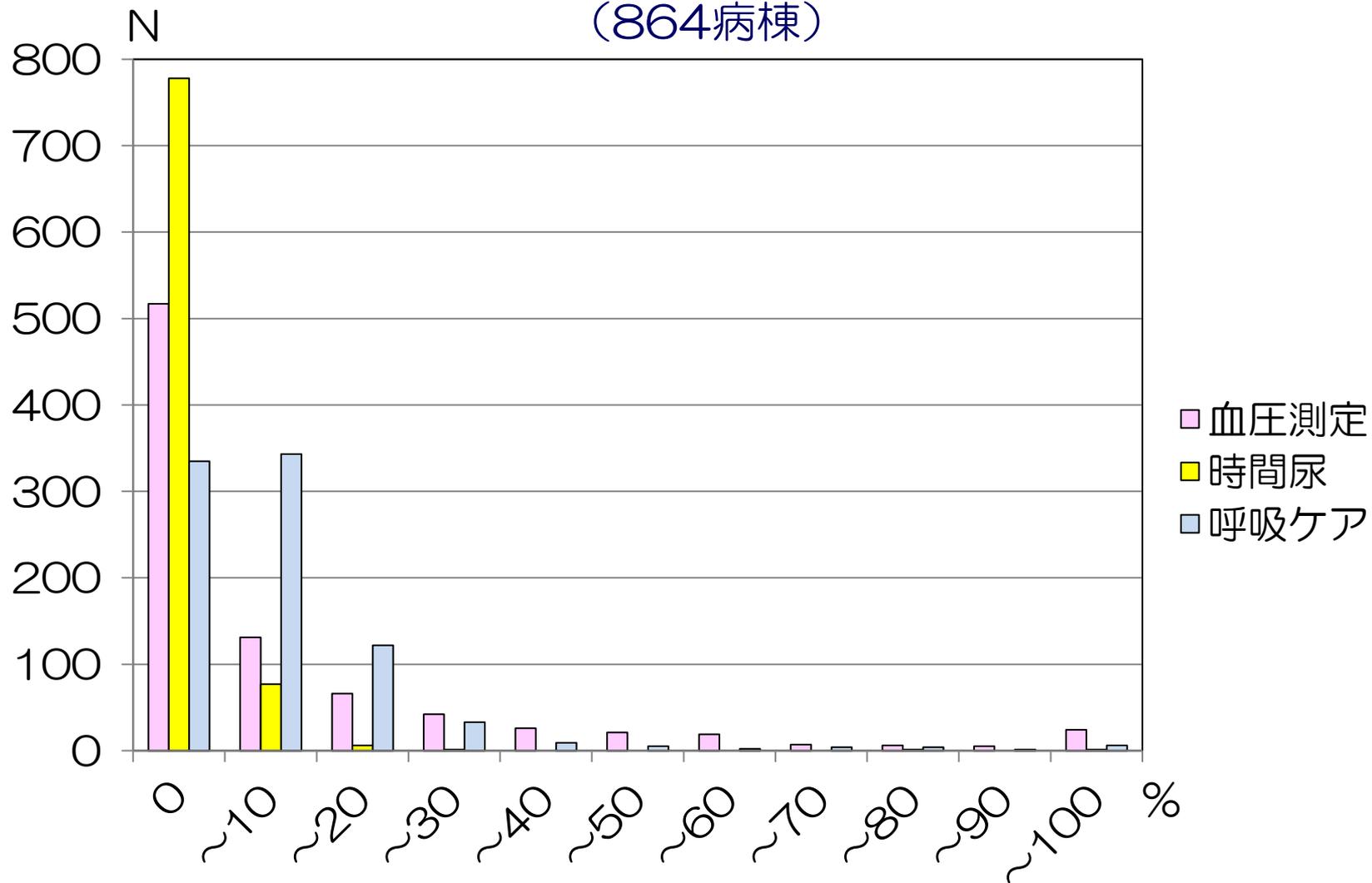
回復期リハ病棟における休日リハ加算算定状況



出典：平成25年検証部会調査より

看護必要度A項目（血圧・時間尿・呼吸）の 該当患者割合別病棟数

（864病棟）



回復期リハ棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し

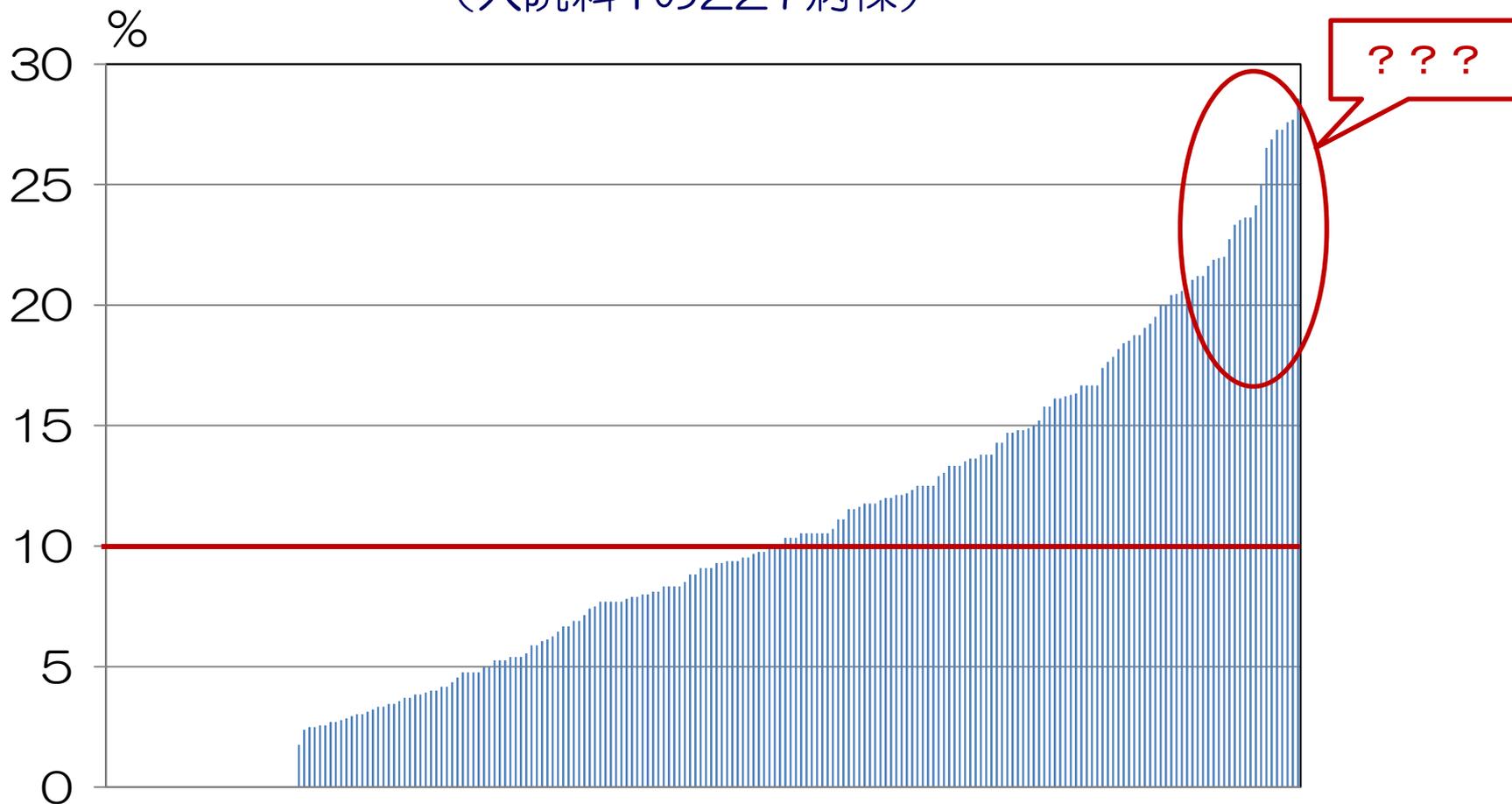
A項目

日常生活機能評価

A項目	見直し	
1. 創傷処置	創傷処置	1点
	褥瘡処置	
2. 血圧測定		×
3. 時間尿測定		×
4. 呼吸ケア	人工呼吸器の喀痰吸引以外	1点
	喀痰吸引のみ	×
5. 点滴ライン同時3本		1点
6. 心電図モニター		1点
7. シリンジポンプの使用		1点
8. 輸血や血液製剤の使用		1点
9. 専門的な治療・処置		2点

患者の状態	0点	1点	2点
1. 症上安静の指示	できる	何かにつかまればできる	できない
2. どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
3. 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
4. 起き上がり	できる	できない	
5. 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
6. 移乗	できる	見守り・一部介助	できない
7. 口腔清潔	できる	できない	
8. 移動方法	できる	できない	
9. 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
10. 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
11. 他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	全介助
12. 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
13. 危険行動	ない	ある	

新たな重症度、医療・看護必要度で評価した場合の 入院時A項目1点以上の患者割合 (入院料1の227病棟)



回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し

回復期リハ病棟入院料1を算定する病棟

(新) 体制強化加算 ○○点 (1日につき)

専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価を新設。

リハ科の医師：リハ医療に関する○年以上の経験

および、リハ医療に関わる研修を修了した専従の
常勤医師○名以上が配置

社会福祉士：退院調整に関する○年以上の経験を有する専従の常勤
社会福祉士○名以上が配置

休日リハ体制加算を要件に包括

重症度・看護必要度の項目等の見直し：A項目1点以上15%以上→○%以上

回復期リハ病棟入院料1・2・3共通

(新) リハビリテーション総合計画評価料 入院時訪問指導加算 ○○○点
(入院中1回)

- 入院前○○日～入院後○○日以内に限る
- 医師、看護師、PT、OT、STの少なくとも○名以上が、必要に応じて社会福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、退院後生活する住環境等の情報収集および評価を行った上で、リハ総合実施計画を作成した場合に算定。

新たな回復期リハ病棟入院料の要件

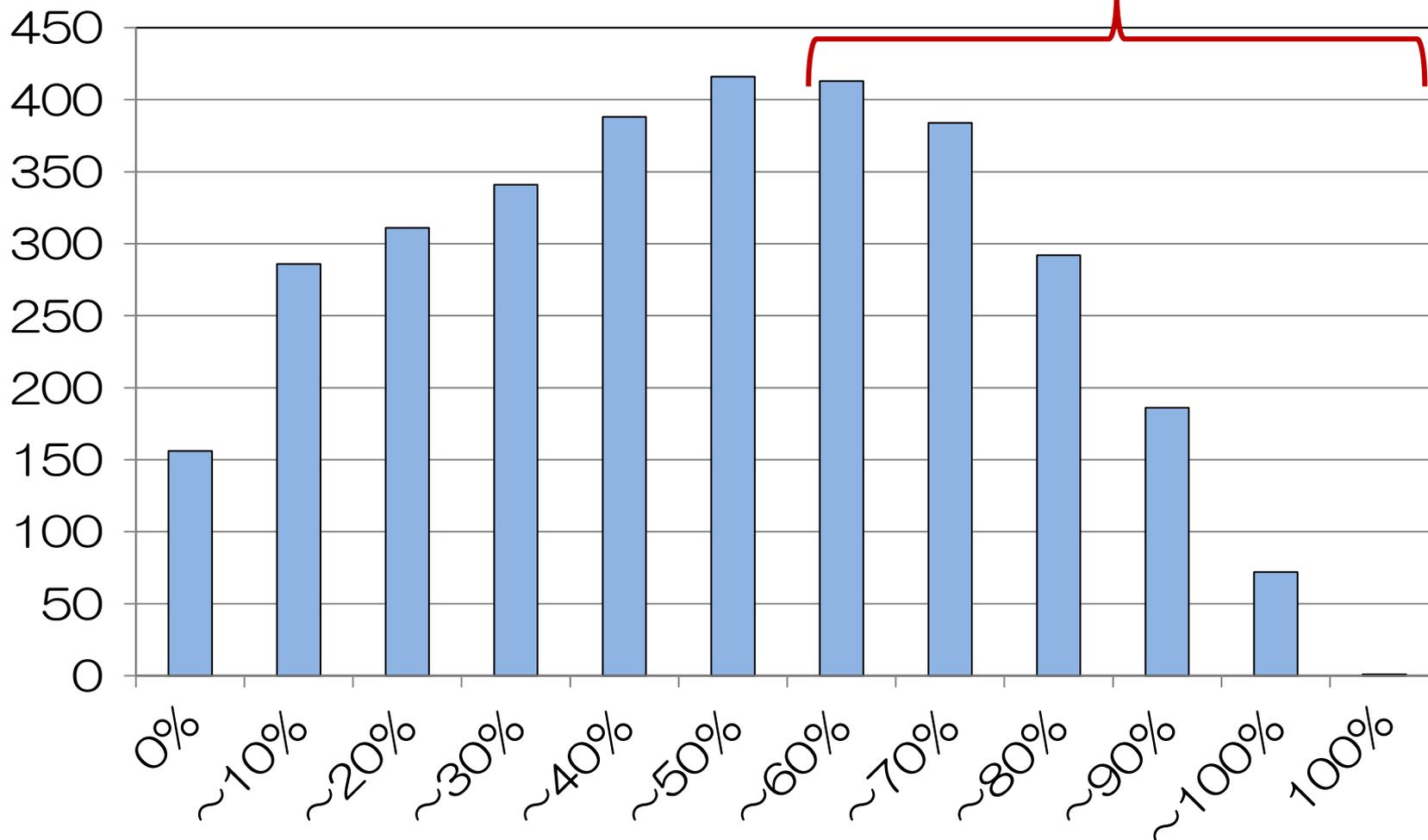
入院料区分		リハ科の医師	看護・看護補助	専従PT	専従OT	専従ST	社会福祉士	入院時重症患者の比率	入院時重症患者の回復率	在宅復帰率	点数
1	体制強化加算算定	専従1名以上	看護 13:1 看護補助 30:1	3名以上	2名以上	1名以上	専従1名以上	A項目1点以上 〇〇%以上 および 日常生活機能 10点以上 30%以上	4点以上 改善 30%以上	70%以上	1911 + 〇〇 + 〇〇
		専任1名以上					専任1名以上				1911 + 〇〇
2		専任1名以上	看護 15:1 看護補助 30:1	2名以上	1名以上			日常生活機能 10点以上 20%以上	3点以上 改善 30%以上	60%以上	1761
3			看護 30:1								1611

- ※ 休日リハ提供体制加算は入院料2・3で算定可能
- ※ 充実加算は入院料1・2・3で算定可能
- ※ 実際上は3区分から4区分に変更
- ※ 6ヶ月間の経過措置あり

廃用症候群の評価の見直し

脳血管疾患等リハ新規患者数に占める廃用症候群の割合

医療機関数

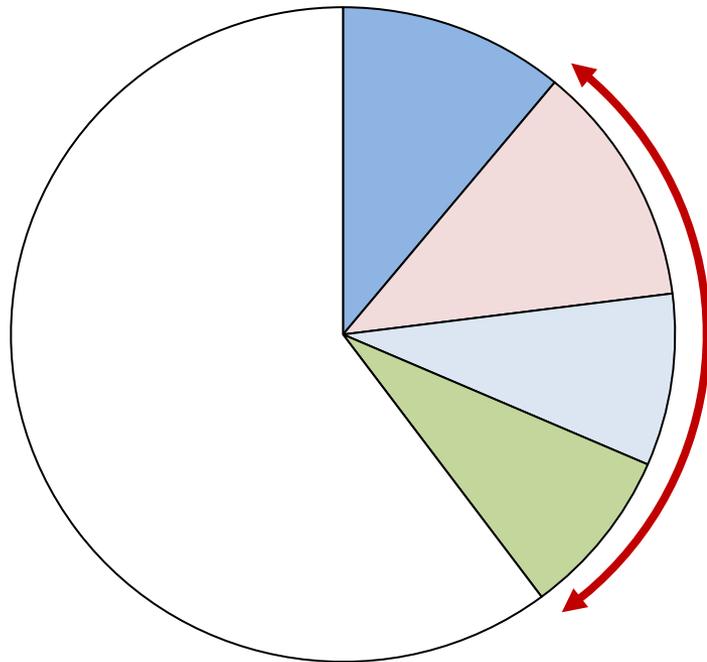


50%以上が41.7%

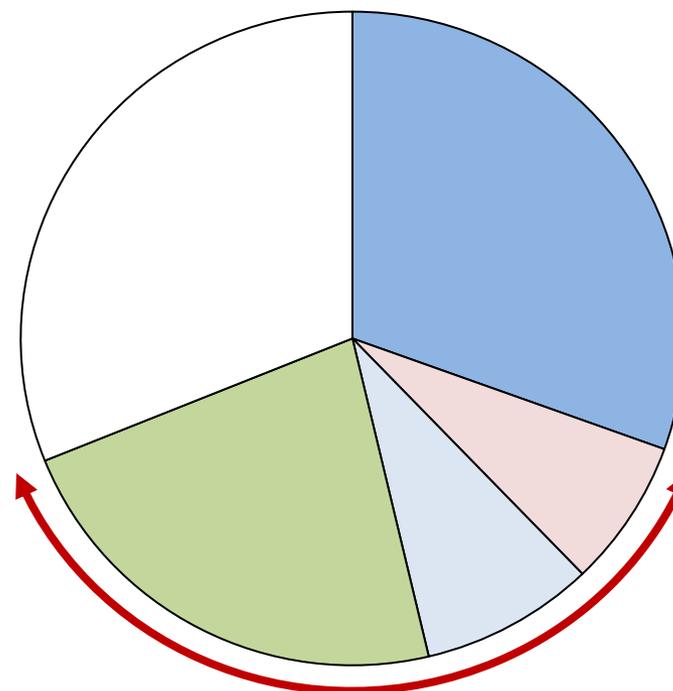
保険局医療課調べ（廃用症候群に係る実績報告書より集計）

廃用症候群の対象となった理由のうち 手術後に関するものの内訳

入院患者
2,476人



外来患者
164人



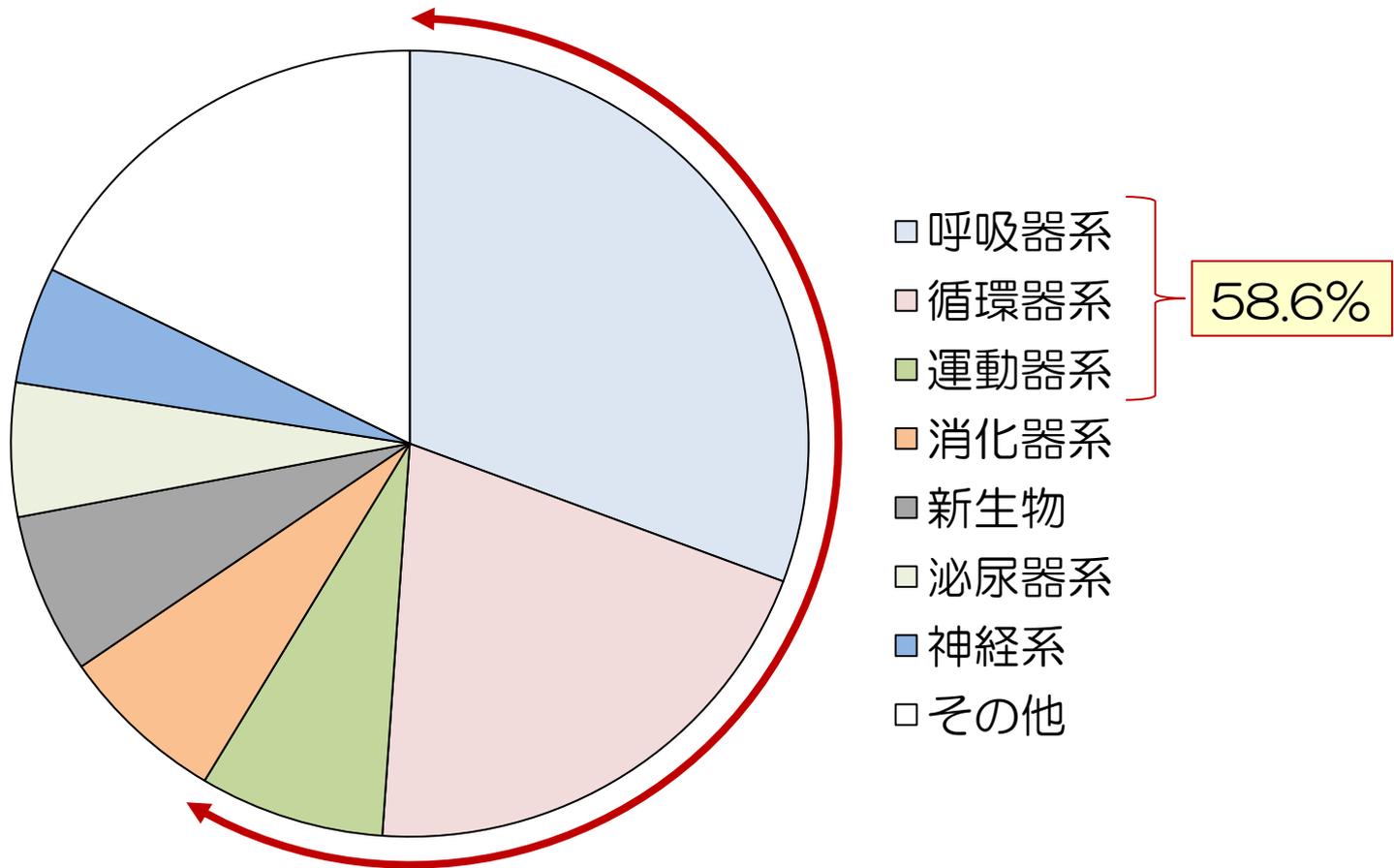
- 脳血管術後
- 心大血管術後
- 呼吸器術後
- 運動器術後
- その他の術後

入院：28.8%

外来：38.4%

心大血管・呼吸器・運動器の手術後

廃用症候群の対象となった理由のうち 手術以外に関するものの内訳



出典：平成25年検証部会調査より

廃用症候群に対するリハビリテーションを含む 疾患別リハビリテーション等の適切な評価

廃用症候群に対するリハビリテーションを適正化の観点から見直しを行い、併せて疾患別リハビリテーション等の評価を見直す。

- ※ 廃用症候群に対するリハの評価を適正化するとともに、対象患者から他の疾患別リハ等の対象患者を除く。

外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群その他のリハを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの

(心大血管疾患リハ料、運動器リハ料、呼吸器リハ料、障害児(者)リハ料、がん患者リハ料の対象となる患者を除く。)

- ※ 疾患別リハビリテーション等の評価を充実する。

心大血管疾患リハ料、運動器リハ料、呼吸器リハ料、障害児(者)リハ料、がん患者リハ料の点数増(推測)

さらなる質的向上をめざして

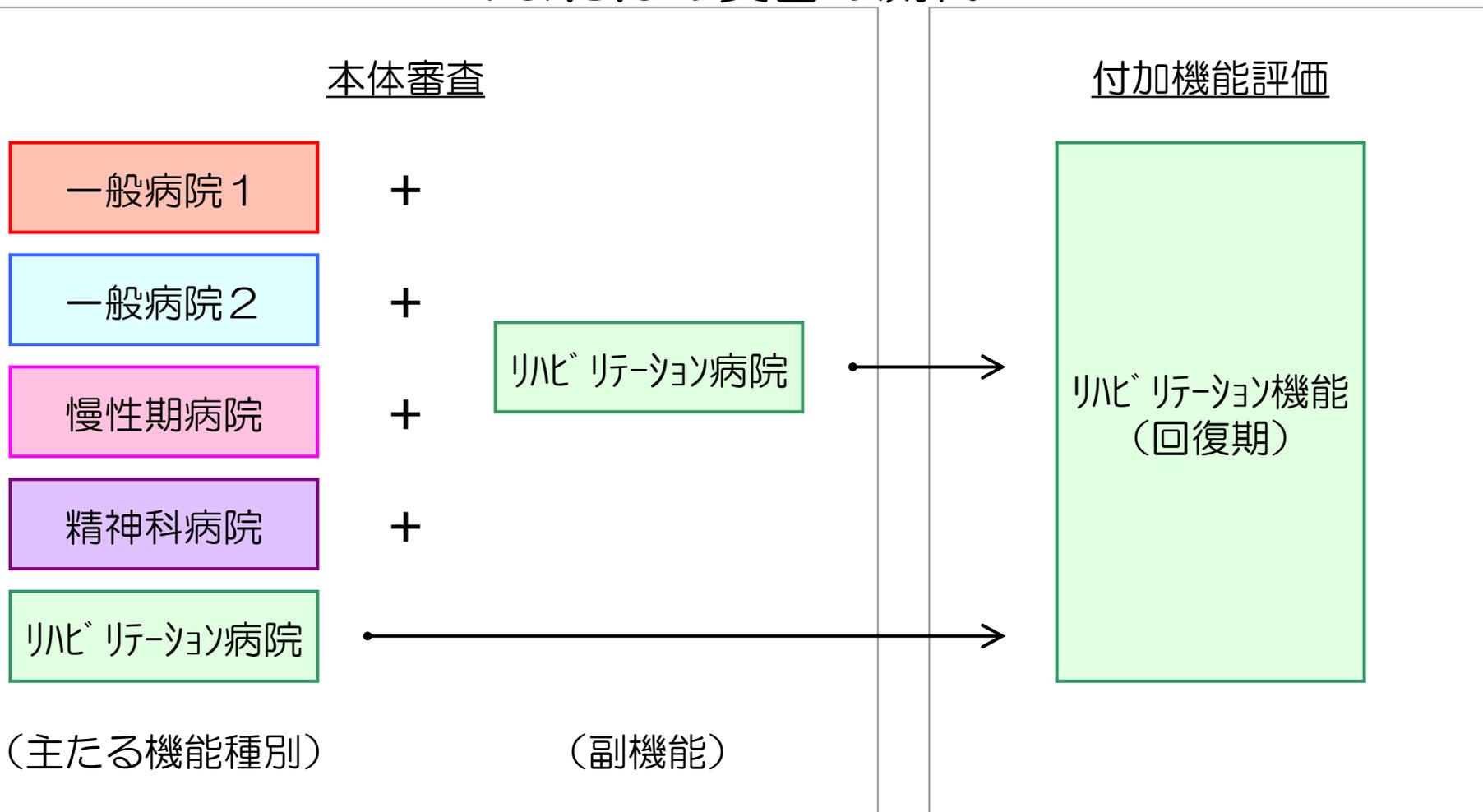
スタッフ

1. リハ科医師の体制充実
(研修会参加・リハ専門医の確保)
2. 回復期リハ看護認定者の養成
3. 介護職員のキャリア段位制度の活用
4. セラピストマネジャー認定者の養成
5. 社会福祉士の確保 (回復期リハの研修参加)
6. 各専門職の10カ条の遵守

回復期リハ病棟用の電子カルテの活用
環境整備および福祉用具等の整備

医療機能評価機構Ver.3.0の受審
本体審査＋付加機能評価 (リハビリテーション)

付加機能評価（リハビリテーション機能（回復期）） Ver.3.0の受審の流れ



回復期リハ病棟の制度発足から14年、
現在まで診療報酬改定は追い風となった。

しかし、今後は向かい風の時代となる。

さらなる質の向上へ、

ひたむきな努力が求められている。