

2019年度

一般社団法人 **回復期リハビリテーション病棟協会**
一般社団法人 **地域包括ケア病棟協会**
合同シンポジウム

—2019年12月21日 東京・ベルサール神田



座長の石川 誠 氏
当協会相談役
(医社) 輝生会 会長



一般社団法人
地域包括ケア病棟協会
仲井 培雄 会長



日本介護医療院協会
鈴木 龍太 会長



一般社団法人
全国デイ・ケア協会
近藤 国嗣 会長



一般社団法人
回復期リハビリテーション
病棟協会 三橋 尚志 会長

意見交わしあう場に——三橋会長

◆開会挨拶 三橋 尚志・回復期リハ病棟協会会長
地域医療構想の中で医療機能の分化と連携が求められ、回復期機能の重要性については皆様ご承知のことと思う。その中心を担う回復期リハビリテーション（以下、リハ）病棟、地域包括ケア病棟の関係者が一堂に会し、いろいろ意見を交わしあいたいというのが今回の第一の趣旨。さらに欲張って回復期リハ病棟や地域包括ケア病棟の退院後を担うデイケア、介護医療院の話も聞いて大いに勉強しようではないかという趣旨である。できるだけディスカッションの時間をとり、皆様のご意見も伺いながら会を成功裏に終わらせたい。

合同シンポジウム 司会の石川 誠 氏（以下、石川）

現在の医療改革の旗手ともいえる4人の方々に勢揃いをいただいた。特に、地域の医療機能分化

と連携という大きなテーマの中で、地域包括ケア病棟が回復期リハ病棟を上回る勢いで増えている。

まず、筆頭に仲井培雄さん、次に鈴木龍太さん、近藤国嗣さん、三橋尚志さんの順にお話いただいたのち、全体討議に移りたい。

シンポジスト講演 I

- (1) 地域包括ケア病棟と回復期リハ病棟の違い
- (2) 最大で最強の地域包括ケア病棟
一般社団法人 地域包括ケア病棟協会 会長
医療法人社団 和楽仁 芳珠記念病院 理事長
仲井 培雄

(1) 地域包括ケア病棟と回復期リハ病棟の違い

◆「回復期リハを要する状態」合致者が8割以上

まず、回復期の中身が違う。回復期リハ病棟は「回復期リハを要する状態」に合致した患者の8割以上の入棟が要件であり、算定開始までの期間、算定上限日数が疾患ごとに細かく設定されている。

ここは大きな特徴である。

回復期リハ病棟協会会員の5割が地域包括ケア病棟を、地域包括ケア病棟協会会員の3割が回復期リハ病棟をもっている。両方もっているところが実は多い。それらの施設に各病棟の受け入れ患者の選択基準の違いを聞くと、回復期リハ病棟は「回復期リハを要する状態」の要件を満たしADL改善率が高そうな方、地域包括ケア病棟は60日で帰れて予測リハ提供量が少ない方を選択している。

地域包括ケア病棟には病床機能が複数ある。ここは大きな特徴だ。捉えどころのない点でもあり、地域のニーズに合わせて機能を変えられる使い勝手のよい点でもある。地域包括ケア病棟にはポストアキュート患者以外にも在宅等緊急または予定受け入れ患者が入院している。回復期リハ病棟より緊急入院、治療入院を理由とした75歳以上の方が多く、骨折、肺炎、脳梗塞、悪性腫瘍、心不全等疾患は多彩で、日常生活自立度の自立者割合が約1割と低い。平均在院日数は回復期リハ病棟の約3分の1、1日平均単価は8割程度である。

最大の違いはリハの算定だ。地域包括ケア病棟ではリハを開めたら終わるまで、1日平均2単位以上実施する必要があるが包括算定が基本になる。

◆医療機能の選択の幅が広い地域包括ケア病棟

そして、病棟の医療機能選択の幅が違う(図1)。回復期リハ病棟では8割以上、要件に合った人を入れる必要があるが、残りは基本的にどんな方でもよい(図1:*)。回復期リハ病棟を併設している地域包括ケア病棟では、回復期リハの要件に合わない人を主に受け入れている(図1:ZERO)。

一方、回復期リハ病棟を併設していない地域包括ケア病棟には、回復期リハの要件に合った人が入ってくる場合もある(図1:8割未満)。地域包括ケア病棟では、かなりいろいろな形に病棟の医療機能を変えることができる。

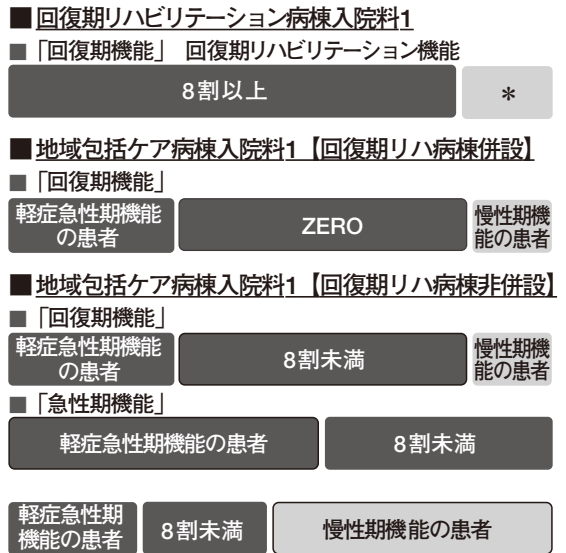


図1 医療機能の選択における考え方 (仲井)

(2) 地域包括ケア病棟の役割と機能

◆3つの役割と4つの病棟機能、3つの病院機能

地域包括ケア病棟のマインドは「ときどき入院ほぼ在宅」になる。厚生労働省は同病棟の創設時、その役割を①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅で療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援——と定義した。この3つの役割に対応して地域包括ケア病棟には(1)ポストアキュート、(2)在宅等緊急受け入れ、(3)在宅等予定受け入れ、(4)在宅復帰支援——という4つの病棟機能がある。さらに、地域包括ケア病棟を有する病院群は〈1〉急性期ケアミックス型、〈2〉ポストアキュート連携型、〈3〉地域密着型——の3つの病院機能と、全病棟病室が地域包括ケア病棟である「地域包括ケア病院」に分類される。

〈1〉急性期ケアミックス型は10対1一般以上の病棟を有し、急性期機能を最も重視している病院で、自院のポストアキュート患者が中心。200床以上の病院が3.5割、400床以上の病院が1割弱で構成されている。〈2〉ポストアキュート連携型は施設全体として実患者数のおおむね半分以上

が他院からのポストアキュート患者である病院。連携先は高度急性期～急性期病院で、回復期リハや療養病棟等の後方病床と訪問・通所・入所併設施設が豊富。200床未満の病院が9割強を占める。

〈3〉地域密着型は〈1〉〈2〉のどちらでもない病院。日常生活圏域のサブアキュート患者中心で、「ときどき入院 ほぼ在宅」を地でいく病院である。200床未満の施設が8.5割を占めている。

当協会の2019年度全国調査では全体の5割弱が急性期ケアミックス型、3.5割が地域密着型、1.5割がポストアキュート連携型であった。2019年11月22日の地方厚生局確認データによると地域包括ケア病棟の算定施設は全国に2,526病院、推定病床数は8万5,600床で、おそらく回復期リハ病棟病床数を少し抜いている状況かと思う。

◆地域包括ケア病棟のありたい姿

1 リハ・栄養不良・認知症・多剤服用への包括的対応

地域包括ケア病棟にはフレイルモデルに近い患者も多い。入院前や入院早期からのリハ、栄養不良、認知症、ポリファーマシーに対する包括的な対応、患者・家族をチーム医療の一員に迎えること等に配慮した治療が重要になる。とりわけ大事なのは「食べる」こと、ACP (Advance Care Planning) の2点だと思う。

2 補完代替リハ——POC(Point of Care)リハ ほか

地域包括ケア病棟で行うリハは摂食機能療法を除き包括算定である。「疾患別・がん患者リハ」と「補完代替リハ」の2種ある。後者は包括算定を活かして時間・単位・場所に縛られないリハの総称である。療養中の患者の傍らで(Point Of Care)個別に短時間(20分未満/回)、オンデマンド、リアルタイムに直接介入する「POCリハ」をはじめ、集団リハ、院内デイケア・デイサービス、自主トレ指導、運動療法指導などがある。いずれも①主治医が包括的指示としてリハ処方し療法士が実施、

表1 リハからみたポストアキュート症例における在宅復帰支援の一例(OT-POCリハ等)(芳珠記念病院)

【症例】80歳代・大腿骨頸部骨折

当院急性期一般病棟入院。3日目手術。
14日目 地域包括ケア病棟転院。HDS-R 9点。

疾患別運動器リハで基本動作練習、機能練習、トイレでの排泄練習を行うも、排泄動作困難。

18日目 運動器リハに補完代替リハとしてOT-POCリハ、院内デイケア、集団リハを追加。OT-POCリハでは時間に沿った離床(食事時含む)洗面所での整容、トイレでの排泄に繰り返し介入、生活リズムを整えていった。

- ・ POC:270分(平均19.3分/介入日)
- ・ 院内デイケア:360分(平均90分/介入日)
- ・ 集団リハ:630分(平均57分/介入日)

最終的には排泄動作を獲得、HDS-R 10点。見守りスペースで知人と談笑できるまで回復。自宅環境を調整後、77日目、自宅退院。

②リハ記録は分単位で記載、③疾患別・がん患者リハと同時実施不可、④疾患別・がん患者リハには含まれない——などが実施上の留意点である。

表1は当院で実施したPOCリハの一例である。

◆自院内のポストアキュート転棟割合に制限か

地域包括ケア病棟の報酬に関し中医協は2019年12月、地域包括ケア病棟の3つの役割の要件見直しについて協議、(1)許可病床数200床以上の病院で自院一般病床からのポストアキュート転棟割合に一定制限を設けてはどうか、(2)DPC対象病棟から地域包括ケア病棟・病室に転棟・転室する場合、算定報酬が異なっている点についてどうするか——などが論点となっている。

◆まちづくり——病院完結から地域共生社会の実現へ

医療・介護・福祉・子育てがなければまちづくりはできないが、人がいなければこれらは必要ない。地域包括ケア病棟のマインドとともに、病院完結から地域共生社会の実現へ。地域包括ケア病棟が掲げる究極の地域愛は、地域住民を病気にしないことではないか。

当院では地域住民とのインターフェースを作る

ために幼老障の共生型施設G Hillsを開設した。子ども食堂などの活動を通じてソーシャル・キャピタルという思想が腑に落ちた。大半がボランティアで動いてくれている。食材も購入するものはあるがほとんど無料でくれる。地域の力はすごい。

地域共生社会は自分たちだけでは到底創れない。市医師会や市町村のたくさんの方々と一緒に活動している。高齢者の地域包括ケアだけではなく、障害者、生活困窮者、子育て、外国人も含めた地域共生社会を目指して当院が果たす役割をさらに追求していきたい。

シンポジスト講演Ⅱ

多機能慢性期病院として ～回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟、 介護医療院の有機的運用～

日本介護医療院協会 会長
医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院

理事長 院長 鈴木 龍太

◆介護医療院——住まいと生活を医療が支える

2018年4月、住まいと生活を医療が支える新たな介護施設、「介護医療院」が創設された。介護保険で支払われる施設であるが、病院内に作れば医師が常勤しているので夜間も当直医が診察できる。報酬上は「自宅」の扱いであるから長期入所、終の棲家として利用でき、状況に合わせたリハ実施、在宅復帰も可能である。

◆医師が24時間常駐 介護施設かつ自宅

介護医療院にはⅠ型とⅡ型の2タイプがある。Ⅰ型は入所者48人に医師1人。医師には当直義務があり容態急変、24時間の医学的管理、看取りが可能なタイプだ。Ⅱ型は入所者100人に医師1人で医師には当直の義務がない。月～金の日中勤務、夜はオンコール体制だが、Ⅱ型を病院内に作れば病院の当直医でこちらも兼務できるから、Ⅰ型と同じく医師の24時間体制を作ることができる。



(左から) 写真1 施設として廊下・床に「鶴巻温泉病院 介護医療院」と掲示。写真2 パーティションを追加、個人の好きなものが置かれた棚

Ⅰ型とⅡ型の医療機関併設型の介護医療院は医師が24時間常駐している介護施設でなおかつ自宅となる。これがまったく新しい点である。

病院の中にあっても介護施設、生活施設なので利用者は室内をパーテーションで区切り、各自の生活の場づくりを工夫している。お気に入りの食器や家具、身の回り品など今までの自身の習慣や趣味を持ち込み、家庭的で温かい空間にしている。離床、更衣、整容は積極的に支援している。好きな服に着替え、院内のクラブ活動やレクリエーションに参加したり、化粧をして散歩や買い物に外出できる。地域の行事にも参加できる。各自の家なので抑制はしない。看取りもACPや広義の終末期ケアを家族・本人と話し合っている。

◆1万6,000床が全国に開設 将来は6万床規模に
介護医療院は2019年9月現在、全国に248施設・1万6,061床が開設。介護系から229施設1万3,341床、医療療養1、2から51施設1,612床、経過措置から22施設989床が移行している。経過措置施設の多くが医療を志向し医療療養1、2等へ移った結果、開設見込み数は10万床から6万床に縮小したが、今後は各地で開設ニーズが高まると思われる。

2025年に向けての地域医療構想では、一般病床100万床を55万床に減らしつつ、回復期・療養病床

は35万床を60万床に増やす方針だが、2025年の一般・回復期・療養病床の合計は115万床と、今より20万床少なく見積もられている。溢れてしまう入院患者20万人は「医療区分1」の患者がメイン。その受け皿は在宅と介護施設だが老老介護、介護者不足などからいずれも受け入れは容易ではない。「医療区分1」には酸素や点滴をしていなければ寝たきりで経管栄養の方や意識障害、喀痰吸引1日7回以下の方も含まれる。在宅でのケアは実質、家族負担が大きい。これらの課題は病床を介護医療院とすることで対応、解決可能である。

◆利点いろいろ 各種転換支援策も

介護医療院77施設の3か月間の入退所経路を類型別に調べた結果（日本介護医療院協会、2019年調査）、入所（Ⅰ型805名、Ⅱ型193名）では、自院および他病院の回復期リハ、地域包括ケア、急性期病棟からが合計60%近くを占め、特にⅡ型で自院各病棟からの入所割合が高い。介護医療院が自宅として使えることが影響していると考えられる。

退所（Ⅰ型800名、Ⅱ型199名）では死亡がⅠ型（51.3%）、Ⅱ型（36.7%）とも最多だがⅡ型はⅠ型より低い。介護医療院を経由して自宅および介護自宅系施設へ16～18%退所しており、終の棲家ではなくリハをして自宅へ帰るルートもあることがわかった。Ⅱ型で自院や他院の急性期病棟、地域包括ケア病棟等へ移る割合が11.6～19.6%と高いのは、治療目的の転院だろう。

介護医療院の利点を表2に挙げた。入所者、職員、ハードもそのまま転換が容易、医師が24時間常駐している介護施設、安心した看取りができる、自立、参加のリハもできるなどいろいろある。都道府県が改修費を出してくれるほか、1年間、移行定着支援加算（3年間の時限措置 93単位/日）がつく。当院でも実際に作ってみて1日平均単価が医療療養経過措置の入院料より約2,500円上が

表2 介護医療院の利点（鈴木）

1. 入所者、職員、ハードもそのまま転換が容易
2. 医療区分1の受け入れ場所ができた
3. 医師が24時間常駐している介護施設である
4. 安心した看取りができる
5. 自立、参加のリハビリテーションができる
1日4回まで算定できる（報酬は低い）
6. 地域医療構想の推進
病床削減が容易になる
病床を介護施設として有効利用できる
7. 病院の収入増になる
8. 病院全体の機能が上がる
在宅復帰率維持、期限越え患者の減少
9. 介護医療院転換支援策で優遇されている

った。また、特別診療費としてリハが加算できる。ただし、この単価は低い。が、損はしない。

◆多機能慢性期病院の医療提供体制がほぼ完成

超高齢社会では慢性期医療が力を発揮する。急性期治療後のポストアキュート、サブアキュート、高齢者救急、在宅支援、訪問、看取り、これらを慢性期医療の中核として全部担えると考えている。

回復期リハ病棟（206床）でポストアキュート、地域包括ケア（39床）でサブアキュートと高齢者救急を受け、障害者施設等一般病棟（55床）と医療一般（特殊疾患）（60床）では神経難病のリハとレスパイト、緩和ケア病棟（25床）でがんの看取り、医療療養（120床）、介護医療院（52床）で生活期のリハと看取りを受けている。こうした多機能慢性期病院の医療提供体制が介護医療院によりほぼ完成した。

◆すべての医療機能にリハを提供

これらすべての機能にリハを提供している。PT 109名、OT 69名、ST 33名にレクリエーションスタッフ12名（音楽療法士、園芸療法士、体育系、美術系大学卒業生。収入にはなっていない）を加えた223名体制で対応している。

回復期リハ開始は早いほどよい。発症8日目ぐ

らいで受け入れるのは少々難しいが頑張って受けている。

このほか訪問リハを月に約400件実施している。訪問診療、訪問歯科診療を月に約70件、管理栄養士の訪問栄養指導を月に約30件、訪問看護のサテライト、訪問薬剤管理指導、これらを全部やって、訪問はどんどん拡大している。

◆在宅療養後方支援病院として高齢者救急対応

地域包括ケア病棟で高齢者救急の受け入れを目的に2018年4月、在宅療養後方支援病院になった。近隣のかかりつけ医が訪問している患者の調子が悪くなったら24時間365日、いつでも入院を受ける契約をし患者登録をする。20人ほど登録していると、年に1人が2回も3回も緊急で入ってくる。まだ大した量ではないが68例緊急入院があり救急車も7例。これを広げていくことでサブアキュートの高齢者救急が受け入れられるようになった。

登録患者受け入れに少し慣れてきたら、夜間や土日でなければ近隣の老健やかかりつけ医の急な受け入れ要請に応じられるようになってきた。2019年度は近隣の患者の受け入れが登録患者より多い。地域包括ケア病棟への入院はポストアキュート患者が4割、サブアキュートが6割。全員が外部施設からの入院でその3分の1が緊急入院。役割は果たしているかなと思っている。

シンポジスト講演Ⅲ

在宅生活期を支援するデイケアの役割

一般社団法人 全国デイ・ケア協会 会長
医療法人社団 保健会
東京湾岸リハビリテーション病院 院長

近藤 国嗣

◆訪問・通所のリハ事業所開設の動きが活発化

2018年4月以降、要介護認定者の維持期のリハができなくなり、医療機関を中心に通所リハ（デイケア）、訪問リハ事業所開設の動きが活発化し

ている。通所リハに関しては事業所数8,000超、利用者数約60万人、市場規模約5,200億円。利用者は8割が75歳以上、脳卒中や骨関節疾患等になって利用を開始された方が多い。平均利用期間は2.9年と長期にわたる。障害が中等度の方の利用が多く認知症の割合は低い。

◆機能障害があっても動作は改善する

私たちは運動機能障害のすべてをリハで治療できるわけではない。特に生活期は急性期、回復期に比べ機能障害を多くは治療できない。しかし、機能障害があっても動作は改善する。生活期のリハでは障害があることを前提に考えるべきだ。麻痺や筋力低下があって動作ができない中で、自ら動いて目的となる動作を繰り返し練習し獲得していくのがリハである。

◆リハマネ加算Ⅱ以降 大きく変わったリハ

リハ医療・医学は機能障害と活動（動作）を治療する。治療には当然、評価が必要だ。

以前は在宅の介護保険のリハでは標準的評価がまったくなされていなかった。2015年度介護報酬改定により在宅リハの質向上を目的に心身機能・活動・参加の3つをセットで評価する方針が示され、生活期では基本動作、ADL、IADLの評価が義務づけられた。

通所リハのリハ実施計画書にはそれぞれの評価欄がある。IADL評価には主にFAI（15項目、3か月、6か月間の活動頻度を4段階・45点満点で評価）が使われる。通所リハのアセスメントでのADL評価指標の活用率はすでに約8割と高い。社会参加の評価指標にはLSAが使われる。これとセットで登場したのがリハビリテーションマネジメント（リハマネ）加算Ⅱである。

目標とする生活活動の課題を決め、それをいつ・どこで・誰が・どのようにかわり治療を進めていくかを医師、ケアマネジャー、家族、本人、

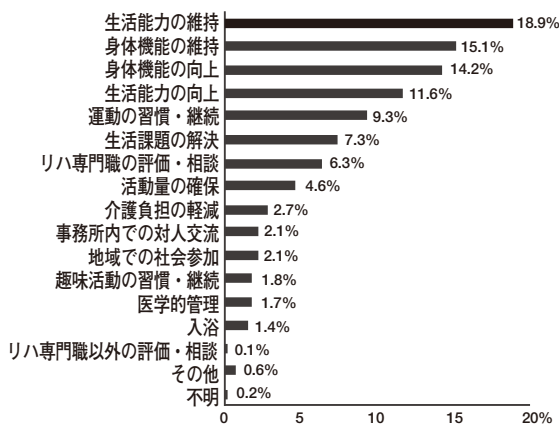


図2 地域のケアマネジャーが最重視しているデイケアの利用目的（2018年度、全国デイ・ケア協会調査）

関係者全員が集まるリハ会議で検討する。立案した目標に対し、具体的な訓練プログラム内容、在宅のかかわり方、家庭環境の調整等について協議しPDCAサイクルを回していくこととなった。つまり、本来はケア会議より先にリハ会議が存在し、やるべきことはリハ会議で明確にして、それらをケア会議で補完するのが望ましい。

リハマネ加算の導入前は「リハの時間」とは主に個別リハの時間を指していたが、導入後はリハの運用面、「個別リハ以外の時間」へのかかわり方が重要になってきた。全部手伝うのではなく、本人自身にやらせよう部分を明確にしてかかわり、さらに自主トレではどんな課題を組み込むか、集団体操をどのように活用するか等、先ほどのPOCリハのような内容を通所リハで継続実施することで目標達成しようという考え方である。

◆ケアマネは「生活能力の維持」を最重視

リハマネ加算導入の結果、通所リハの実施計画と介護保険のケアプランが連動し、医師との情報共有が進み、他の介護事業所との連携が進んだ。地域のケアマネジャーには通所リハの利用目的中、「生活能力の維持」が最も重視されている（図2）。

厚労省の介護報酬改定後の効果検証調査ではリ

ハマネ加算の導入後、通所介護（デイサービス）との比較において、通所リハのほうが要介護度の向上した割合が高く、低下した割合が低く、要介護3-5への悪化割合が低く、日常生活自立度の向上割合がサービス利用期間の別によらず高かった。

リハマネ加算Ⅱを未算定の事業所は現状で算定が困難な理由を「医師のリハ会議への参加が困難」「医師の説明時間が確保できない」などとした。医師のリハ会議参加は当然望ましいが、義務ではなく会議の終了後、速やかに情報共有すればよいとされた。医師による説明と同意のほうの要件は緩和されなかった。2018年度介護報酬改定で、旧リハマネ加算Ⅱが増点され、医師に代わって療法師士による説明と同意でもよい「リハマネ加算Ⅱ」が新たに設けられた。要支援者に対する「リハマネ加算Ⅰ」も導入された。

リハマネ加算算定時の医師の指示が重視され、毎回のリハ実施にあたり医師は「リハの目的」（必須）と(1)リハ開始前の留意事項、(2)リハ中の留意事項、(3)中止基準、(4)リハにおける負荷量——から1つの計2つ以上の指示が義務づけられた。熱意ある医師が通所リハに携われればスタッフ教育が進み、成果も高まる。医師にどれだけリハへの熱意をもってもらえるかがポイントになる。

回復期リハ病棟退院後から通所リハ利用開始までの期間が短いほど機能回復が大きい。早期のかかわりが重要だが、現状は回復期リハ病棟を退院後、退院時のFIM-mが21～75点の方へのリハ実施割合が低い（31%）点が課題視される。

◆参加を目的とした通所リハ・訪問リハの併用

維持期のリハができなくなった現状の中、前回2018年度改定の目玉は(1)回復期退院後に3か月間は疾患別リハが実施できる、(2)退院後も外来で1日6単位のリハが実施できる——の2項目である。この2つを引き続きしっかり使っていく必要があ

る。外来リハを行いつつ通所リハに移る方、直接通所リハ・訪問リハに行く方が自由に移れる体制の構築も重要である。

参加を目的とした通所リハ・訪問リハを併用する手もある。実は通所リハと訪問リハは1つのカルテを併用できる。目的が明確なら3か月間集中的な訪問リハを行い、通所リハスタッフが自宅から連れ出すアプローチで実際の通勤等ができるようにかかわっていく。こうしたアプローチで約6割が目標達成している。訪問リハで軽度の方を外へ連れ出し、現場でかかわるアプローチが有効だ。通所リハと訪問リハのサービスを併設している事業所は多いが、両サービスを併用している利用者はかなり少なく、要介護3-5で4.4%、同1-2で3.2%、要支援で1.3%ほどにすぎない（2015年）。ここは再考する余地がある。

◆くぼみと傾き——重度要介護者への対応

常時頻回の喀痰吸引を実施している状態、呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態、経鼻胃管や胃ろう等の経腸栄養が行われている状態など、重度者に関しては通所リハ実施により重度療養加算（100単位/日）がつく。だが、送迎ほか医療者の熱意だけでは実施は困難である。ただし、要介護5の通所リハ利用者の経管栄養率は10%超なので経管栄養の方は受けていく必要がある。

重度者への対応をLynnの「終末期の3つの軌道」をもとに考察すると、がんは最後まで比較的元気で最期にすんと落ちていく。慢性呼吸不全・心不全は急性呼吸不全・心不全による“くぼみ”ができ、ある程度戻りつつ徐々に落ちていく。認知症・老衰はほぼ一定の“傾き”でゆっくり落ちていく。脳卒中はちょうどその中間ぐらいである。

“くぼみ”は生活期には常に生じ得る。そのとき介護保険枠があれば通所リハや訪問リハの頻度を増やすことが可能だ。FIMもしくはBIが1週間

で10点以上、難病指定患者では5点以上低下したら疾患別リハを再算定できる。具体的には外来で集中的なりハが行える。要介護者等なら1か月間でBIもしくはFIMが5点以上下がったら、半年に1回、2週間に限り医療保険の訪問リハが1日80分間できる（訪問リハ指導管理料。ただし往診は必要）。上記を参考に、病院や法人内で個々の利用者に最適なものを選びご活用いただきたい。ちなみに、生活期の“くぼみ”に対するリハが一番得意なのは回復期の療法士ではなく急性期の療法士だ。通所リハを中核として地域包括ケア対応のリハセンターを目指したい。

シンポジスト講演Ⅳ

回復期リハビリテーション病棟の現状と課題

一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会 会長
医療法人社団 行陵会 京都大原記念病院 副院長

三橋 尚志

◆早期に受け入れ 適切な入院期間の中で治療

回復期リハ病棟の目的はADLの向上、寝たきり防止、在宅復帰の促進であり、大きな特徴は多職種病棟専従配置とチームアプローチの推進だ。対象患者と発症からの期間、入院期間が限定されている中で、一般病棟に比べ豊富なりハを提供している。2008年度診療報酬改定で質の評価——在宅復帰率（60%以上）と重度者の入院と改善——が導入された。「日常生活機能評価」が導入され、入院患者の15%以上が重度者、さらにはその3割が退院時に3点以上改善という要件が挙げられた。

その後2年ずついろいろな課題が出されてきた。2010年は1日最低2単位のリハ実施と休日リハ提供体制加算、リハ充実加算などのプロセス指標が提示され、2012年には早期受け入れを目的にA項目が入った。2014年以降は体制強化加算ができ、医師の専従要件が復活し、社会福祉士が専従に加

わり、2016年、アウトカム指標が出された。

以上をざっくりまとめると、当初の目的以外にチーム医療の充実に向け専従・専任の職種が増え、個別リハ提供量が増え、実績指数の導入により「早期に受け入れ、適切な入院期間の中で治療をする」形になった。

◆全病棟の4割が入院料1+体制強化加算1または2

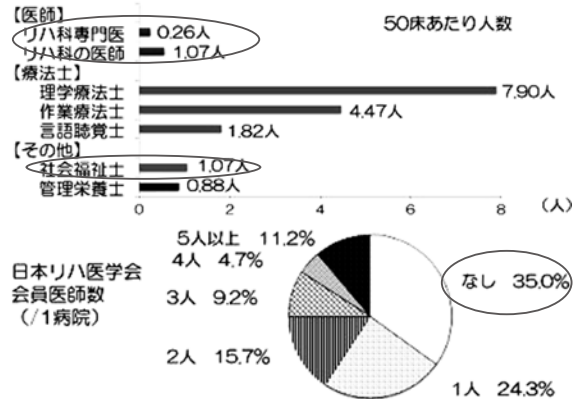
回復期リハ病棟の届出病床数は2008年の質の評価の導入以降もその伸びは衰えず現在に至っている。2018年に入院料は旧1～3の各ベース部分に実績指数が加わって6段階となった。当協会の2018年度実態調査データによると、入院料1を算定している病棟が53.0%、同2が14.9%で、入院料1・2だけで3分の2を占めている。入院料1で体制強化加算1を算定している病棟が68.3%、同加算2が7.2%であり、回復期リハ病棟全体の4割が入院料1かつ体制強化加算1または2を算定している。

原疾患では2018年度に整形外科系の疾患が脳血管系の割合を上回った。高齢者で85歳以上の対象患者割合も増加している。在宅復帰率は79.4%、自宅復帰率は69.0%、平均在院日数この20年間で脳血管系が92.8日から83.2日と約10日間、整形外科系が67.7日から55.3日と約12日間短縮している。

FIM利得に関しては基本的にはしっかりとリハを提供すればFIMは改善し利得は上昇する。ただ、直近のデータを見ると2016年度と2018年度にFIM利得の上昇幅が目立つ。当協会ではこのデータを重く受け止めており、引き続き会員病院に適切なFIM評価実施体制を啓発していく。

◆実績指数——実態を反映し基準値引き上げか

実績指数の分布（2018年度）は基準値の27以上が95%、37以上でも75%と4分の3を占めている。2019年12月6日の中医協の資料でも入院料1、3、5とも入院料が基準となる30あるいは37を10ポイント以上上回っている。中医協で「この基準値を上



(上から) 図3 各職種の回復期リハ病棟配置状況
図4 日本リハビリテーション医学会会員医師数(回復期リハ病院1病院あたり)(2019年7月、当協会調査)

げるべきではないか」「入院料2、4、6の届出病棟にも実績指数を導入すべき」等の意見が出されている。個別リハの提供量は脳血管系が平均で6.85単位、整形外科系で5.81単位という現状である。主に西日本で整形外科系や高齢を理由に9単位の算定が認められない地域もあり、その影響もある。

◆回復期リハ病棟の課題《1》
——医師の研鑽不足、社会福祉士1人病棟

課題は図3、図4である。上の棒グラフは各職種50床あたりの人数なのでおよそ1病棟あたりのスタッフ数とみてよいが、リハ科の専門医が0.26人、リハ科の医師でも1.07人という現状である。

「リハ科医」と名乗る以上は日本リハ医学会に入会され研鑽を積んでいただきたい。日本リハ医学会会員医師が5人以上勤務している病院が11.2%ある一方、1人もいない病院がいまだに35.0%ある。

社会福祉士は1病棟あたり1.07人。専従要件としては「1名以上」でよい。しかし現実には50床、60床の病棟に社会福祉士1人では十分な退院支援はまったく期待できない。管理栄養士もしかり。速やかに充実させる方向で配置人員を整えていた

だきたい。

◆回復期リハ病棟の課題《2》 ——3年未満療法士の教育

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に関しては20年間で9.2倍、10年間で2.3倍に増えている。当院でも20年間で9.9倍、10年間で2.8倍に増えたが半数近くが経験3年未満でありレベル低下を強く懸念している。教育が重要な課題になっている。

スタッフ全体の教育として、専門職としてのスキルアップ、チーム医療の理解と参加、急性期・生活期のリハ・ケアの理解と体験、回復期以外の地域資源の理解が重要だと思う。リハ科医にはチームリーダーとして、治療方針の決定、疾患の理解、スタッフの指導、リスクマネジメントの指導、さらには学術的な領域についても指導してほしい。

◆退院後の参加活動レベルをできるだけ上げる

当協会では職種別並びに全職種参加型の各種研修を多数開催している。また、協会独自の認定制度として回復期リハ看護師、セラピストマネジャーを養成、いずれも約1,200～1,300名のナース、セラピストが認定を受けている。さらに職種別の「10か条」の作成、全国研究大会の開催、機関誌の発行、英語論文であるJJCRSのweb掲載等を手がけている。

活動・参加の推進が求められている中、回復期リハ病棟の今後目指すべき姿として、単に自宅で自立するだけを掲げるのでは不十分である。代わりにたとえば「夫婦で自宅から500m離れた喫茶店まで散歩し、一緒にお茶を飲んで過ごす」とか、それぞれの環境に合わせていわば非日常の生活の予測を個々の患者の活動・参加の中からアセスメントした上で、退院後の参加活動レベルをできるだけ上げる、そこを回復期リハ病棟ではしっかりとやっていきたい。「目標設定等管理シート」が加わったことで参加にもチームの関与が必須とな

っている。活動・参加の概念を理解し、患者・家族と退院後の生活目標を共有する取り組みが進んでいる。相互乗り入れチームモデルで多職種による回復期のチームアプローチを推進したい。

◆介護職は大切なチームの一員 自ら発信して

チームアプローチでは当然、他職種の理解、そしてカンファレンスが重要となる。1つの課題は介護職の参画である。介護職は診療報酬上今のところ看護補助者という位置づけに置かれてしまっているが、患者・家族との日々の会話を通じ医師や看護師には見せない素顔、本音を引き出せる大切なチームの一員である。介護職には記録をしっかりと残していただき、介護職自身の手で評価し、介護計画を立ててほしい。カンファレンスに参加していない介護職がまだまだ多い。カンファレンスに参加し、患者・家族の本音をチームに発信していただきたい。幸い回復期リハの病院の介護職に占める介護福祉士の割合は年々高まり現在54%と多くの病院が報酬に結びつかないところで努力いただいている。協会では2020年度報酬改定に介護福祉士の要件化を要望している。

◆長期的視野での退院支援とフォローアップを

回復期リハにこれから求められていることは、長期的な在宅生活を見据えた退院支援とフォローアップだ。回復期リハ病棟が退院後実施しているサービスの中で通所リハと訪問リハは7割以上が同じグループ・病院の中で提供されているが、まだまだ在宅生活を十分カバーするサービスはできていない。関連サービスを回復期リハを手がけている病院がしっかりと提供し、退院後の生活をさらに支援していく必要がある。

全体討議から

フロア 地域包括ケア病棟で疾患別リハを実施中の患者が途中、体調を崩したためPOCリハを10日

間実施後、疾患別リハを再開、計30日間で終了した場合、疾患別リハの1日平均実施単位数の算定でPOCリハを実施中の10日間はどのような扱いになるか。

仲井 疾患別リハは「やり始めからやり終わるまで」を一連の実施期間ととらえる（この場合の分母は30になる）。補完代替リハ（20分未満/回）は疾患別・がん患者リハには含まれないので十分お気をつけいただきたい。

フロア カンファレンスを30分設定で実施しているが毎回尻上がりに白熱するので延びがちで「20分にすべき」との声も出ている。カンファレンスの運営について協会で推奨する方法等があれば。

三橋 時間に関しては平均15～20分、長いところで30分が目安。事前の情報共有をしっかりと、なおかつ何を議論するか、ポイントをカンファレンスのリーダーが集約しておくが一番有意義だ。

石川 カンファレンスはそれぞれの病院の経営的な成熟度を示すものだ。スタッフが若いとどうしても時間がかかるし熟練したベテランが多ければ短時間で要領よく済む。「何分」と時間を規定するのではなく、毎回できるだけ短く、充実した内容を心がけるということだと思う。

フロア 介護医療院に入ってくる方の平均要介護度が4.23と高い点に関して。入居者の多くはパーソナリティを少し失いかけていたり、「家」という認識そのものも薄れているととらえてよいか。

鈴木 介護療養病床から移行する例が多いので、もともと要介護度が4.5ぐらいで自分ではコミュニケーションのとれない方が8、9割おられる感じだと思う。死亡退所が約50%であるが自宅・自宅系（有料老人ホーム・特養等）への退所も16～18%ある。特に地域包括ケア病棟等から入ってくる方にアクティビティが高めの方が多い。

仲井 地域包括ケア病棟と介護医療院は非常に相

性がいいと思っている。地域包括ケア病棟から出ていくときの在宅復帰率の分子になるし、入ってくるときの在宅患者支援病床初期加算もとれる。上手に活用すると小さな地域包括ケアシステムができ上がると思う。特に医療資源が乏しい場所でそうしたコンビネーションは今後有効ではないか。

石川 鈴木さんのお話を伺うと、リハはたくさんできるし医師は当直で24時間常駐と、介護医療院はいいことづくめのような印象を受ける。その割に増えていないのはなぜか。行政側が「介護医療院になってくれるな」と歯止めをかけているのか。

鈴木 都道府県側があまりにも手続きを難しくしすぎて煩雑になってしまっているところがある。都道府県に聞くと「ぜひ作ってほしい」というのだが、申し込むと20回以上行ったり来たりしなければいけないとか書類が大変だとか、時間がかかることは事実だ。また、小さな市町村だと医療から介護に移るので介護保険の負担が市町村に行く。総量規制の枠外なので本当は受けなければいけないが、それも遅くなっている理由の1つかと思う。

もう1つ、移行措置6万床のうち5万床が医療のほかのところへ“逃げた”。私も驚いているが。

石川 介護施設になりたくなくて、病院として残りたいという理由からか。

鈴木 介護医療院を作ったあと再び制度が変わるのではないかと、先行きを不安がる声もある。

石川 鈴木さんは介護医療院になるべきだと？

鈴木 私はそう思っている。

石川 地域包括ケア病棟ではリハの適応について誰が責任をもって決めているのか。

仲井 基本的には主治医。リハ科医とは限らない。

石川 医師が決めているがリハの実施率が低いといわれている。それは適応が厳しいのか。

仲井 低いわけではなく7割は疾患別リハのがん患者リハが実施されている。3割はされていない



ということだ。高度急性期病棟の中に1病棟だけ病棟が空いてきたから「地域包括ケア病棟でもとってみるか」的な方々、リハに熱心ではない方々が現実にはいらっしやる。あるいは療法士を雇おうと思っても運営母体が雇いにくいとか、過疎地で療法士がいない等、雇いにくい場所であるとか。そうしたいろいろな理由でなるが、前者のほうは何とか是正していただかないといけない。今回どうなるかわからないがDPCの病院の場合は入院期間ⅡまではDPCを引きずっていくというところに今回メスが入ったのは、先生が今いわれたようなところが発端だろうと思う。回復期を中心に、あるいは慢性期の病院でもやっているところは普通にちゃんと必要な人にリハをやっているわけである。それがやられていないところに対しメスが入ったかなという感じはする。

石川 リハはもう20年前と比べると圧倒的に資源が豊富になったしその恩恵に浴する人も増えた。ただ、リハの適応ということに関してなんとなく曖昧模糊としてこの20年間進んできたように思う。回復期リハ病棟だけは「リハ適応のある人が入院」となっているがほかの病棟はそういう点がフェジーである。そこは医師がしっかりとリハの適応を明快にしていかないと、訪問リハにも通所リハにもすべてに通じると思う。医師のリハに対する啓発に関して皆さんご意見ないか。

仲井 地域包括ケア病棟協会では多職種協働をい

っていて、「リハ各職が主治医に積極的に提案するように」ということはしきりにいっている。「皆さんリハマインドをもってやってください」といっている。

鈴木 近藤さんのデータで「医師がかかっているとアウトカムがいい」とあったが、その「医師」は別に専門医でなくていい気がする。病院機能評価でリハ医学会の専門医でないと高度専門の付加機能が取れないのはおかしいと思う。

近藤 エビデンスとしてはリハ科の専門医が従事する回復期リハ病棟のほうがADLの改善値が高いと出ている。回復期リハ病棟の質の向上を求めるならばリハ科の専門医が働いているほうが望ましいと考えている。一方、全国デイ・ケア協会会長の立場からは、7,000、8,000あるデイケア事業所にリハ科の専門医を配置するのは無理である。リハにかかわる医師が診察すればよいとのことなので、それはリハ科専門医に限らずリハ診療をある程度きちっとでき、認定医程度の知識をもった医師をもっと世の中に養成していかなければならない。残念ながら全国デイ・ケア協会が医師向けの研修会をやってもあまり集まらない。日本生活期リハ医学会監事の立場としても、残念ながら学会員数がまだ200名と少ない。同学会の研修会にぜひ参加いただきたい。

三橋 回復期リハ病棟協会の立場から。医師の研修会はもちろん毎年開催しているが、2014年に体

制強化加算が出て以降はそちらの専従医師研修会というのをやっている。診療報酬がかかわるので大勢の医師の参加がある。基礎的な内容を受けていただいている。それまではというと、100名に満たない、その多くはリピーターでなかなかボトムアップに結び付かない。恥ずかしながらまだまだ意識が低いというのが医師の現状かと思う。医療機能評価の高度専門リハ機能に関しては任意団体の評価であり、なんともいいようがない。

石川 地域包括ケア病棟は退院後の在宅支援が義務づけられている一方、回復期リハ病棟のほうは義務づけられていない。この点は両病棟の大きな違いだと思うが、どのように考えているか。

仲井 自分の中で典型的な例をいうと、もともとピンピンしている人が脳卒中なり大きな骨折なりで急性期病院に入院して移ってくるのが回復期リハ病棟。初めてケアマネがつくようなパターン。

一方、もともとケアマネジャーがついていて、すでに要介護あるいは慢性疾患も多数もっている、その方が何かの病気になり入院しなければいけなくなって入ってくるのが地域包括ケア病棟だと思っている。在宅サービスを要する方はこれからどんどん増える。地域包括ケア病棟には今後さらに在宅の実績が求められていくのではないかな。

近藤 回復期リハ病棟を退院後3か月間は外来リハが提供できる体制があるが意外と活用できていないのが実状。通院が困難な事情があるのかもしれない。もう少し積極的に回復期リハ病棟の側が地域で連携をとって、「自分のところに入院していた方だけけれども、あそこの病院の近くだから、退院後はあちらで外来リハをやってもらうようにしましょう」というような、域内での横のつながりができてくれば、患者さんにもっと元気が出る

のではないかな。

三橋 回復期リハは今後在宅のいろいろなサービス機能をもつべきだと当協会も厚労省に要望している。回復期リハの医師が地域に、急性期病院に出向いていくことが望まれるが、現状はどこの病院もたくさん優秀なリハ医を抱えているわけではない。そうした中、体制強化加算の専従医師要件が厳しい。優秀なリハ医が回復期リハ病棟で専従医師をしながら在宅の地域に出る、急性期病院の様子を見に行くことが現状ではできなくなっている。現状では地域でフットワークよく動けるリハ医が専従医師になると、病棟から地域に出て行けないため、専従医師要件を緩和していただきたい。

石川 この合同シンポジウム、今回初めての試みだったが、地域包括ケア病棟協会の仲井会長のご厚意で今後もこうした企画を続けようということになった。三橋さん、よろしいでしょうか。今日はありがとうございました。

シンポジスト ありがとうございます。

今後も続けていく——仲井会長

◆閉会挨拶 仲井 培雄・地域包括ケア病棟協会会長

今回、石川先生のご発案で、2020年度診療報酬改定を前にこのような素晴らしい研修会が一緒に開催できたことを感謝する。三橋会長にも大変お世話をいただいた。ご講演いただいた鈴木先生、近藤先生にもお礼申し上げます。

日頃の悩みもいろいろあると思うが、この会を通じて少しでも皆さんの病院、職員、患者さん、地域に向けてよいソリューションが生まれれば幸いである。最後に石川先生がいわれたが、今後もこのような会を続けていきたいと思う。今後ともよろしくお祈りしたい。