

特集 リハビリテーション医学の現状と展望

リハ医療システムと今後 回復期リハ

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

笠井 史人 水間 正澄

回復期リハとは

わが国のリハビリテーション（以下リハ）は急性期・回復期・生活期の3期に分けて扱われている。回復期は原疾患の病状がある程度落ち着き、メインの治療としてリハに専念できる時期をいう。脳卒中であれば、術後の集中管理や内科的点滴治療が終了した時期であり、病態により差はあるが、一般的に発症1～2週から半年くらいまでをいう。機能の回復という見地からすれば、最も大きく改善が得られる時期であり、まさにリハのゴールデンタイムといえる。そのため、この時期にいかに多くの時間をリハに割けるかが勝負になり、当然、医療費も厚く見積もられるべきで、わが国の保険診療では回復期リハ病棟という特定入院料が設定されている。

急性期リハでは、疾患の精査・初期治療に伴う安静による廃用症候群の予防がメインとなる。そのため現状機能の悪化を防ぐことに注力される。離床を図って心血管系の自律神経応答を鈍らせないようにしつつ、他動的に関節運動を行って拘縮を予防して、能力の維持に努める手法をとる。それに対して回復期では、たとえ麻痺があっても立位をとらせ、杖や補装具で補助しながら歩行したり、耐久力向上を図るため筋力トレーニングや心肺機能トレーニングを積極的に行って機能向上を狙う。回復期はまさにその名の通り、機能の回復に対する戦略が実行される。そして在宅へ繋げる日常生活動作訓練を行いつつ、同時に元の生活に戻るための環境整備を進める。その後の、自宅や職場などに帰ってからの維持的リハは、生活期と呼んで回復期とは分けている。

回復期リハ病棟とは

上記回復期リハを徹底的に行うための特定入院料を算定できるリハ専門病棟であり、2000年に新設された。リハ専認医師の管理のもと、専従の理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）らによる集中的な訓練に取り組み、発症早期に回復期リハ病棟転入を促進することにより、急性期ベッドの効率よい稼働を実現し、より多くの患者の在宅復帰を達成して医療費の拡大を抑制することを目標にしている。入院料は定額であるが、訓練は出来高払いとしている。重症患者入院率、重症患者改善率、在宅復帰率の3点を評価基準として、その成績に合わせて診療報酬に差が出るアウトカム評価が初めて導入された点でも注目されている。入院対象疾患を表1に示す。

この病棟は世界的にみても非常にユニークな医療制度である。米国では、救急病院の受け皿としてPost Acute Rehabilitation Care Unitがあるが、在院できるのはわずか数週間であり、そこで在宅復帰の結果が出ない場合はナーシングホームに行くことになる。わが国のように最大で半年間という長期間をかけて、病院でリハを受けられる専門病棟は他に類を見ない。英文表記でも名称はthe Kaifukuki rehabilitation ward(KRW)として報告されている¹⁾。

回復期リハ病棟の現状

回復期リハ病棟は、2000年（平成12年）4月に保険点数上制度化され、14年が経過した。脳卒中や脊髄損傷、神経筋疾患および骨関節疾患、さらに肺炎や外科手術後の廃用症候群などにより、身体・高次脳機能・ADLに障害をもった患者に対し、多職種で構成されたチームにより病棟単位で機能や生

表 1 回復期リハ病棟の対象疾患

回復期リハ病棟の対象となる疾患名	入院までの日数	算定期間
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症又は手術後、義肢装着訓練を要する状態	2か月以内	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷、頭部外傷を含む多部位外傷の発症又は手術後	2か月以内	180日
大腿骨、骨盤、脊髄、股関節又は膝関節、2肢以上の多発骨折の発症又は手術後	2か月以内	90日
外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後	2か月以内	90日
大腿骨、骨盤、脊髄、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後	2か月以内	60日

活能力を改善して社会復帰を図っている²⁾。

本制度導入前はリハ専門病棟の運営はコスト上厳しい状況であり、回復期リハ医療は公的病院や郊外の温泉病院に委ねられていた。リハ医療における本病棟の診療報酬上の優遇と理学療法士などリハスタッフ養成学校の増加に相俟って、都市部において

も本病棟の急増が見られている。2013年（平成25年）7月現在、全国で1,503病棟、病床数は全国で約6万6,429床を数え、回復期リハ病棟を取得する病院は現在も増加傾向にある（図1）³⁾。制度導入前は1日当たりの理学療法は最長で40分（作業療法・言語聴覚療法においても同様）であったが、回復期

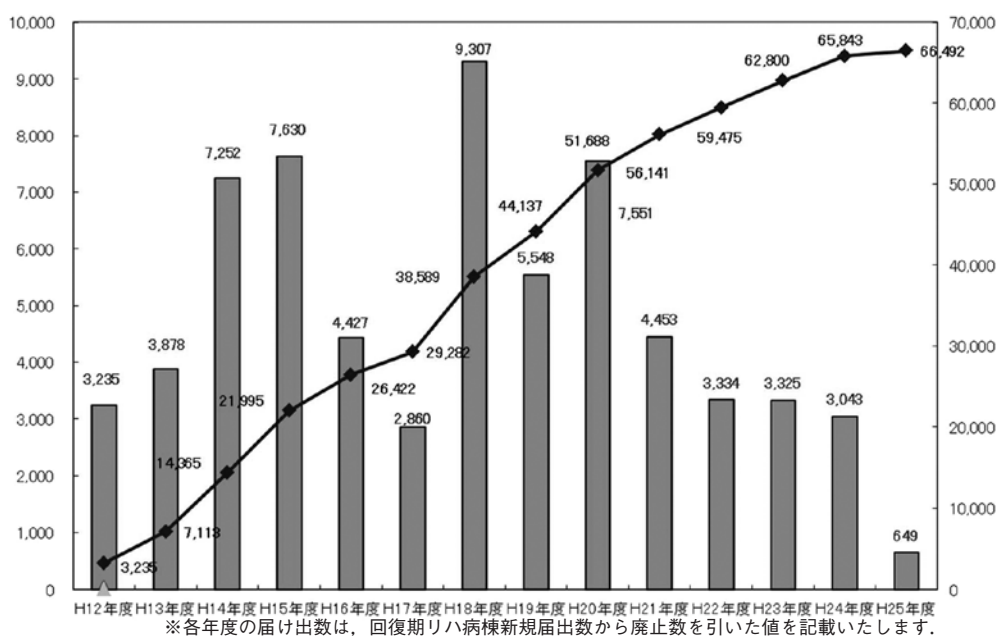


図 1 病床届出数および累計 (2013年7月31日現在)

出典：回復期リハ病棟協会 HP

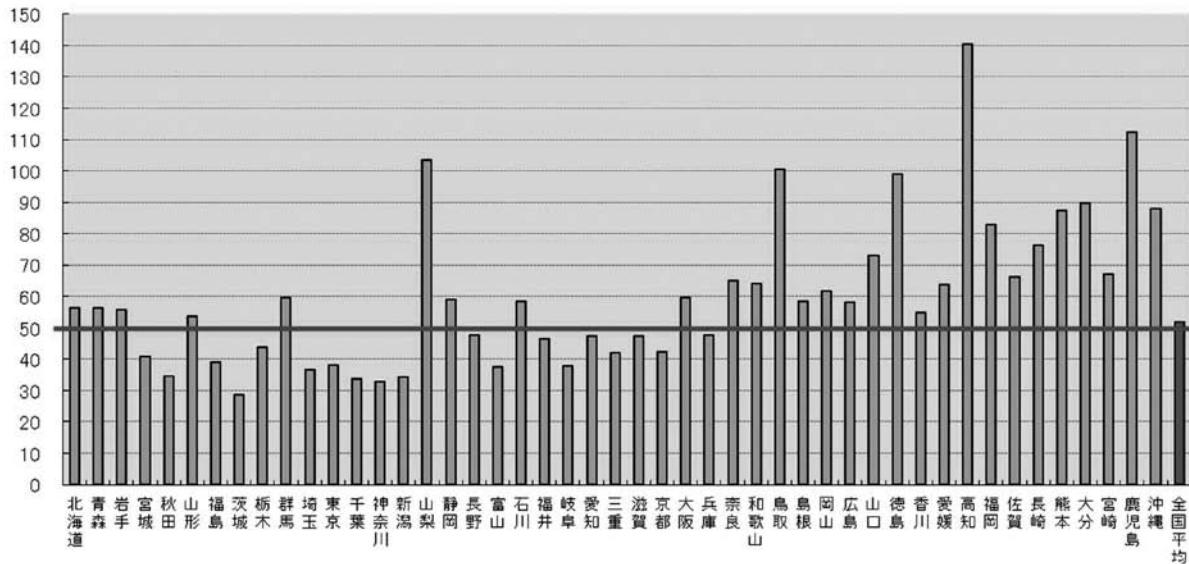


図2 都道府県別病床数：対10万人（2013年7月31日現在）
出典：回復期リハ病棟協会 HP

リハ病棟入院料算定期間中は3療法の合計にて最大180分／日まで算定が可能となり、人員的資源が確保されれば訓練量の十分な確保が得られる。

全国的な回復期リハ病棟の分布を示す(図2)³⁾。全国的には西高東低の傾向があり、中部以北ではまだ不足している。特に首都圏での数が不足している点はいまだ解消はされていない。しかし、藤が丘リハ病院(当院)の開院時(1990年)は珍しかった都市型リハ専門病院は、現在では豊富に存在し、リハといえば温泉地というイメージは払拭されつつある。

2008(平成20)年4月の改定

回復期リハ病棟制度は2008年(平成20年)4月に大幅な診療報酬上の改定を受けている。成果主義が導入され、病棟ごとに質が評価されることになった。高齢・重症な患者に、回復期リハが提供されるように、ADL重症患者(表2：看護必要度B項目＝日常生活機能評価が10点以上の患者)を入院時15%以上受け入れ、かつ在宅復帰率(患者が保険医療機関以外の施設に退院する率)60%以上の病棟を「回復期リハ病棟入院料1」とし、それ以外の病棟は入院料2とする施設基準が定められた。また、ADL重症患者のうち3割以上で日常生活機能評価が3点以上改善している病棟に対しては「重症患者回復期病棟加算」がつけられた。

2010年(平成22年)4月にはADL重症患者の割合は20%まで引き上げられ、新たに質の評価の導入として1日2単位以上のリハサービスの提供義務付け、休日リハ提供体制加算、リハ充実加算が新設された。2012年(平成24年)4月の改定では、施設基準が3段階となり、新しい1の基準では看護師体制がこれまでの15対1から、13対1に強化された。Ns・PT・OTの人員の増員とSTの専従および専任の社会福祉士の配置が追加された。入院時にADL重症患者を30%以上かつ、医療的介入(表3：看護必要度A項目が1点以上)が必要な患者を15%以上受け入れ、退院時には日常生活機能評価4点以上の改善例が3割以上かつ在宅復帰率が70%以上と非常に厳しい基準となった⁴⁾。重症患者を早期に受け入れ、充実したリハサービスを提供して、より多くの在宅復帰を目指す(すなわち高い成果を上げる)病棟には、診療報酬上差をもって評価しようとする試みである。それを達成するためには、人員確保と体制づくりが不可欠である^{2,5)}。

当院の回復期リハ病棟の現状

次に当院の回復期リハ病棟について紹介する。当院の回復期リハ病棟は、2009年(平成21年)10月、一階病棟にて54床で開設された。回復期リハ病棟が制度化されたのは2000年(平成12年)であるか

表 2 日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
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	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動（搬送を含む）	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助全	介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助全	介助
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	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※得点：0～19点 ※得点が低いほど、生活自立度が高い。	合計得点		点

ら、全国的に見て決して早い導入ではない。当院は1990年（平成2年）、日本初の大学付属都市型リハ病院として開院しており、臨床、研究、教育でわが国のリハ分野をリードして来たことには定評がある。

当院の回復期リハ病棟過去3年分の病床利用率は97.1%であり、開設以来好調で、社会的な高い要請が読み取れる。

2012年（平成24）年5月からは365日リハの体制をとり、休日加算を算定し始めた。回復期リハ病棟入院患者の主目的はリハであるから、週末お休みでは効率が悪い。しかしながら、週に一度くらいの休息は高齢者には必要かもしれない。気分転換と在宅での問題点の抽出を目的に試験外泊を取り入れることも推奨している。

訓練数としては一日9単位（1単位20分のマン

ツーマン訓練）まで認められているが、現状では平均4.8単位施行にとどまっている。外来リハを廃止し、担当者を回復期リハ病棟の専従療法士にまわすことにより、少しでも多くの単位数を提供できるように対応してきた。リハ医療は人の手でなされるものであるから、質の高い医療を提供するために必要な療法士の人員確保が望まれる。

現状の回復期リハ病棟の診療報酬は、国内初めての成果主義（成果を挙げることにより、より高い診療報酬を確保できる仕組み）と注目されている。高い入院時重症率・改善率・在宅復帰率を示せば、より高い点数の施設認可を得られる。現在、当院では回復期リハ病棟入院料2を算定している。当院の2012年（平成24）年の平均データを示す（表4）。改善率、在宅復帰率は申し分ないが、当院の回復期

表 3 看護必要度 A 項目

A	モニタリングおよび処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置	なし	あり	—
2	血圧測定	0～4回	5回以上	—
3	時間尿測定	なし	あり	—
4	呼吸ケア	なし	あり	—
5	点滴ライン同時3本以上	なし	あり	—
6	心電図モニター	なし	あり	—
7	シリンジポンプの使用	なし	あり	—
8	輸血や血液製剤の使用	なし	あり	—
9	専門的な治療・処置			
	(1. 抗悪性腫瘍剤の使用 抗悪性腫瘍剤の使用			
	2. 麻薬注射薬の使用 3. 放射線治療	なし	—	あり
	4. 免疫抑制剤の使用 5. 昇圧剤の使用			
	6. 抗不整脈剤の使用 7. ドレナージの管理)			

表 4 2012年（平成24年）度の当院回復期リハ病棟実績と回復期リハ病棟1算定条件

	一日平均 単位数	重症患者 割合 A 項目*1	重症患者 割合 B 項目*2	重症患者 改善率	在宅 復帰率
当院実績	4.8	14.8%	25.8%	49%	76.7%
回復期リハ1算定条件	9単位まで 算定可	15%以上	30%以上	30%以上	70%以上

※1 入院時看護必要度 A 項目が1点以上の患者割合

※2 入院時日常生活機能評価（看護必要度 B）が10点以上の患者割合

リハ病棟は十分な伸びしろが残されている。

今後の展望

超高齢化社会を迎える21世紀、わが国の医療政策は、診療報酬を急性期医療にシフトすることにより、在院日数を大幅に減じてきた。一般病棟における社会的入院は無くなり、長期に療養を必要とする患者は療養型病床群において定額医療を受ける。介護保険の導入によって介護老人保健施設の充実、通所リハ、訪問リハ分野の躍進はめざましい。そういった医療事情のなか、急性期医療と慢性期医療の狭間に回復期リハ病棟は生まれた。この日本特有の制度は、本当にリハを必要とする患者には濃厚に十分な期間をかけて提供することができる素晴らしいアイデアである。

回復期リハ協会による実態調査の経年報告では入院患者は徐々に重度化傾向を示し、PT、OT、STの各実施単位数・合計実施単位数ともに増加傾向にある^{2,6)}。患者年齢は高齢化し、発症から入院までの日数、入院日数のいずれも短縮化傾向にある。在宅復帰率も上昇しており、本制度の狙いは十分実を結んでいる。問題点としては、病床の地域間格差の存在、回復期リハ病棟の重症患者比率増加に見合った看護職員数の配置である⁷⁻⁸⁾。また急性期一回復期一生活期の良好な連携のために、退院後の生活期リハサービスの充実も課題であろう。

当院では、1日6単位以上のリハ実施体制（充実加算算定）の獲得、週末・祝日でも落ちないリハサービスの提供に向けて努力が必要である。これはPT、OT、STの配置人員に依存する。理学療法士・

作業療法士の養成機関でもある本学のリハ専門病院がスタッフ不足により収入が不十分になっている点は憂慮すべき点であろう。大学病院であることから、教員と研修する理学療法士・作業療法士の充足により、教育と研究を進めることで自然と医療収入が上がるシステム作りが可能ならばである。

回復期リハ病棟の普及により、当院開院時のキャッチフレーズだった都市型リハ病院はもはや珍しくはない。回復期リハ分野の充実を図り、大学付属病院として、教育・臨床・研究のすべての面で我が国のリハ医療を牽引するような病院へ変革していくべきである。

文 献

- 1) Miyai I, Sonoda S, Nagai S, *et al.* Results of new policies for inpatient rehabilitation coverage in Japan. *Neurorehabil Neural Repair* 2011;25:540-547.
- 2) 近藤国嗣, 里宇明元. ここまで進んだ脳卒中医療 慢性期治療の進歩 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題. *Prog Med.* 2012;32:2083-2090.
- 3) 回復期リハビリテーション病棟協会. (アクセス 2013 年 8 月 16 日). <http://www.rehabili.jp/>
- 4) 松本秀行. 回復期リハビリテーションの新展開. *理学療法学.* 2012;39:548-549.
- 5) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会, 国立保健医療科学院施設科学部編. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書. 2012 年版. [東京]: 回復期リハビリテーション病棟協会; 2012.
- 6) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会, 国立保健医療科学院施設科学部編. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書. 2009 年版. [東京]: 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会, 国立保健医療科学院施設科学部; 2010.
- 7) 石川 誠. 回復期リハビリテーション病棟における質の評価. *総合リハ.* 2010;38:1141-1146.
- 8) 石川 誠. 急性期から回復期リハビリテーションにおける病院の役割分担. *病院.* 2010;69:856-859.