

医療の最新情報をピンポイントで伝える

早期の在宅復帰を目指す取り組み

そのポイントを読み解く

社会保障・税一体化改革での議論や地域包括ケアシステム構築など、国の施策のなかで、「施設から在宅へ」という流れが重視されています。急性期から慢性期までのすべての機能において早期の在宅復帰が求められるなか、カギを握るのがリハビリテーションです。「在宅復帰改定」ともいわれた2014年度診療報酬改定でのリハビリにかかわる改定項目を振り返りながら、早期の在宅復帰に向けた病院の役割について考えていきます。

POINT 1 在宅復帰の促進とリハビリ評価

入院医療のさまざまな場面で、早期の在宅復帰が評価されたのが2014年度診療報酬改定です。そのなかでも注目されたのが急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置を評価する、ADL維持向上等体制加算の創設です。

入院基本料7対1、10対1届出病棟を対象とし、病棟にPT、OT、ST^{*1}のリハビリ専門職1人を専従で、常勤配置した場合に、算定できるというものです。急性期病棟においてもリハビリの提供は必須で、いかに早期にADLを向上させて在宅復帰につなげるかを、リハビリ職が病棟でマネジメントすることが求められています。

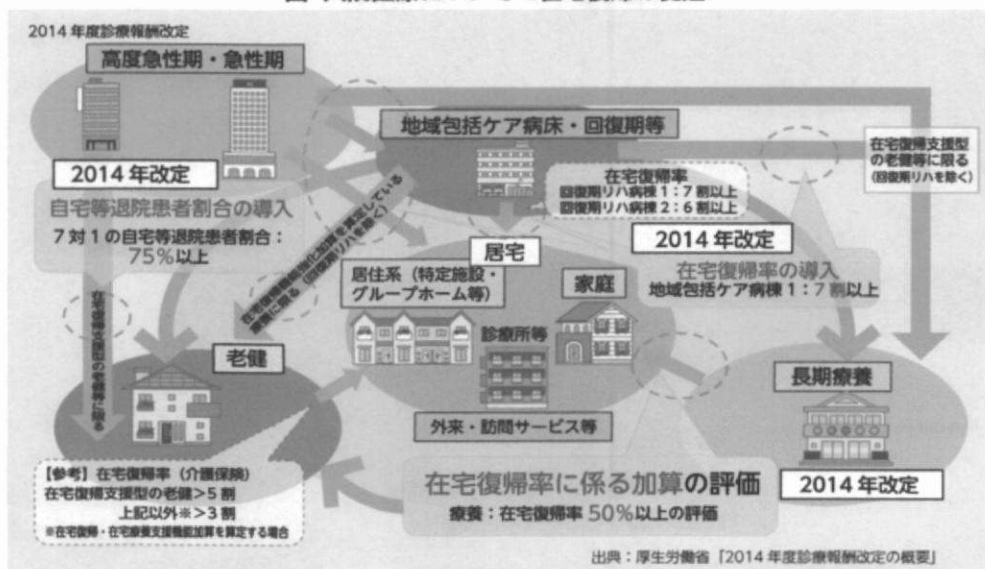
一方、一般病棟7対1入院基本料では、自宅等退院患者割合75%以上という施設基準が新設されています。

急性期後の患者の受け入れをはじめとする、地域包括ケアシステムを支える病棟として新設された地域包括ケア病棟の入院料算定の施設基準でも、リハビリ専門職の常勤配置および専従の在宅復帰支援担当者1人以上の配置が要件に含まれました。同病棟では、リハビリが必要な患者に対して、1日平均2単位以上提供す

ることとし、さらに「地域包括ケア病棟入院料1」を算定する場合は在宅復帰率7割以上が求められます。

回復期リハビリテーション病棟では、さまざまな要件の見直しによりリハビリ体制の一層の強化が図られました。新設された回復期リハビリテーション病棟入院料1体制強化加算(1日につき200点)は、リハビリ医療の3年以上の経験を持つ医師と、退院調整に関する3年以上の業務経験がある社会福祉士の病棟専従が条件

図 入院医療について<在宅復帰の促進>



となっています。

そのほか、回復期リハビリ病棟で新設された加算として、リハビリテーション総合計画評価料に入院時訪問指導加算150点があります。同病棟への入院前後7日以内に患者の自宅等を訪問し、住環境等の情報収集および評価を行ったうえでリハビリテーション総合実施計画を策定した場合に算定できます。つまり、在宅復帰を前提としたリハビリ計画の作成が求められているということです。在宅復帰率は回復期リハビリテーション病棟

においても課せられており、回復期リハビリテーション病棟1で在宅復帰率7割以上、同2で6割以上という要件になっています。

療養病棟で行われる維持期リハビリについては、医療と介護の役割分担の観点から、国は介護サービスにおけるリハビリへの移行を促しています。介護保険リハビリテーション移行支援料500点などです。療養病棟においても1病棟に限り、地域包括ケア病棟の届け出が可能であり、診療報酬上の点数からみれば

転換した場合、収益増となることが想定されるため、リハビリ機能を強化する必要性は増えています。1カ月以上入院していた患者の在宅復帰率が50%以上となる場合には在宅復帰機能強化加算(1日につき10点)が算定できます。老健でも介護保険のなかで、在宅復帰支援型であれば5割、在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合は3割が要件となるなど、あらゆる機能において在宅復帰の促進が求められているのです(図)。

POINT 2 在宅復帰に向けた病院の取り組み

2014年度診療報酬改定の最重要課題「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」における各機能の役割として、高度急性期・一般急性期では長期入院患者の評価の適正化、重症度・看護必要度の見直し、早期からのリハビリの推進が求められています。これは、単純に高度な医療の提供を行い、急性期を脱した患者を回復期や地域包括ケア病棟に送ればよいというわけではありません。療養病床、在宅医療機関へと患者をスムーズに受け渡すサイクルを意識することが必要です。実際に、患者のADL向上、入院期間の適正化の観点から急性期病棟でのリハビリを重視する病院は増えてきています。

社会医療法人至仁会圏央所沢病院

(119床)は、急性期リハビリに積極的に取り組んでいる病院の1つです。リハビリの早期介入による利点として、▽平均在院日数の短縮化、▽各疾患別リハビリ料は急性期病棟で出来高算定が可能のため病院経営に貢献できる、の2つを挙げ、2010年から急性期病棟にリハビリスタッフを配置しています。医師や看護師と協力し、リスク管理の元で、脳血管疾患は発症から平均1.8日、整形外科疾患は術前もしくは術後1日目からリハビリを開始しています。脳卒中の入院患者へのリハビリ提供時間は平均101分と、全国のDPC病院の平均56分を大きく上回ります。「患者1人あたりのリハビリ実施単位数を増やすことが重要。そのために安全で効果

的なりハビリを、1日18単位以上提供できる人材を育てることに力を入れています」と説明します。^{*2}

回復期、地域包括ケア病棟においても在宅復帰に向けた役割を担う必要があります。急性期を脱した患者の受け入れと在宅復帰支援だけでなく、急変時の受け入れを行い、在宅患者自体を支援する役割も課せられています。慢性期では、通所リハビリ、訪問リハビリなどを含めた介入により、患者のQOLの維持、向上を目指さなければなりません。

地域包括ケアシステムは、主に介護のフィールドで議論されてきたこともあり、医療、特に病院は理解不足との指摘もあります。しかし、医療はシステムの中に組み込まれており、在宅復帰については医療と介護の一体的な提供が前提です。

まとめ

国の医療政策のなかで、在宅復帰はあらゆる機能の病院に課せられており、それが具体的に示されたのが2014年度診療報酬改定です。2025年問題の解決と地域包

括ケアシステムの実現が命題となっているなか、病院はどのような医療提供を行うことが必要なのかを考えなければならないでしょう。今年度からスタートした病床機能報告制

度、地域医療ビジョンのなかで、自院の機能と役割が今後明確になります。リハビリを含めた在宅復帰に向けての取り組みを積極的に行うことが潮流であり、病院経営としてもプラスに働くことを念頭に置きましょう。

*1 PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)

*2 社会医療法人至仁会圏央所沢病院に関する記事は、「最新医療経営フェイズ・スリー」2014年6月号より転載

機能別、疾患別リハへの評価

2014年度診療報酬改定で、リハビリテーションに関する評価としては、急性期病棟を対象とした「ADL維持向上等体制加算」、地域包括ケア病棟関連の「地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1」「地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2」、「回復期リハビリテーション病棟入院料1体制強化加算」「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」、外来への円滑な移行を推進する「リハビリテーション総合計画提供料」、維持期リハビリとして「脳疾患等リハビリテーション

料」「運動器リハビリテーション料」などがあります。

地域包括ケア病棟の算定要件としては、60日を限度とし、看護配置13対1以上となります。疾患別リハビリテーションまたはがん患者リハビリテーションの届け出も求められます。入院料、医療管理料とも1を算定するには、在宅復帰率7割以上と1人当たりの居室面積が6.4㎡以上の施設基準クリアが必要です。

回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定は、包括での評価となり、従前は看護必要度のみが要件で

したが、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に変更となり、重症度の高い患者へのリハビリの実施が課せられています。

リハビリ患者の外来への円滑な移行の推進も評価され、脳卒中と大腿骨頸部骨折の患者については、リハビリの初期加算、早期加算を入院中から引き続き実施する場合に限り、外来で算定を可能としています。また、リハビリの適切な評価を行うとして、廃用性症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーション料は減点となった一方、心大血管疾患や運動器、呼吸器、障害児(者)、がん患者へのリハビリ料は点数が増えています。

表 機能別リハビリ関連加算

急性期	地域包括ケア・回復期	維持期
<p>★ADL維持向上等体制加算 25点(患者1人1日につき)</p> <p>一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。</p> <p>[主な施設基準]</p> <p>①当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1人以上、常勤配置されていること。</p> <p>②当該保険医療機関において、リハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した常勤医師が1人以上勤務していること。</p> <p>③当該病棟の1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。</p> <p>④以下のいずれも満たすこと。</p> <p>ア)1年間の退院患者のうち、入院時よりも退院時にADLの低下した者の割合が3%未満であること。</p> <p>イ)入院患者のうち、院内で発生した褥瘡患者の割合が1.5%未満であること。</p> <p>※疾患別リハビリテーション等との併算定は不可。</p>	<p>★地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1 2558点(60日まで)</p> <p>★地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2 2058点(60日まで)</p> <p>急性期後の受け入れをはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価が新設された。</p> <p>[主な施設基準]</p> <p>①疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること。</p> <p>②入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。</p> <p>③療養病床については、1病棟に限り届出することができる。</p> <p>④許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。</p> <p>⑤看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上。</p> <p>⑥一般病棟用の重症度、医療・介護必要度A項目1点以上の患者が10%以上、</p> <p>⑦以下のいずれかを満たすこと。</p> <p>ア)在宅療養支援病院、イ)在宅療養後方支援病院として年3件以上の受入実績、ウ)二次救急医療施設、エ)救急告示病院</p> <p>⑧データ提出加算の届出を行っていること。</p> <p>⑨リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。</p> <p>⑩2014年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることできない。</p> <p>⑪在宅復帰率7割以上、1人あたりの居室面積が6.4㎡以上(いずれも地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)</p> <p>★回復期リハビリテーション病棟入院料1 体制強化加算 200点(1日につき)</p> <p>専従医師1人以上及び専従社会福祉士1人以上を配置した場合の評価を新設する。</p> <p>★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 150点(入院中1回)</p> <p>患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価したうえで、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。</p> <p>★リハビリテーション総合計画提供料 100点(退院時1回)(発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り)</p> <p>地域連携診療計画管理料等を算定した患者について、退院後の外来リハビリテーションを担う他医療機関に対して、リハビリテーション総合計画を提供した場合の評価を行う。</p>	<p>★脳血管疾患等リハビリテーション料(180日以内、1単位につき。括弧内は廃用性症候群の場合)</p> <p>(Ⅰ)245点(180点)</p> <p>(Ⅱ)200点(146点)</p> <p>(Ⅲ)100点(77点)</p> <p>※180日超えの場合は</p> <p>(Ⅰ)221点(162点)</p> <p>(Ⅱ)180点(131点)</p> <p>(Ⅲ)90点(69点)</p> <p>★運動器リハビリテーション料(150日以内、1単位につき)</p> <p>(Ⅰ)180点</p> <p>(Ⅱ)170点</p> <p>(Ⅲ)85点</p> <p>※150日超えの場合</p> <p>(Ⅰ)163点</p> <p>(Ⅱ)154点</p> <p>(Ⅲ)85点</p> <p>要介護被保険者等であり、発症、手術又は急性増悪から脳血管疾患等は180日以内、運動器疾患等は150日以内に限り所定点数を算定する。必要があつて算定日数を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。</p> <p>★介護保険リハビリテーション移行支援料 500点(患者1人につき1回限り)</p> <p>患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法に規定する通所リハビリテーション等に移行した場合に、患者1人につき1回を限度として算定する。</p>

出典：厚生労働省資料をもとに、日本医療企画編集部で構成