

# 回復期リハ病棟の足跡

～創設準備期から現在まで～



医療法人社団輝生会

kisei-kai

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  
船橋市リハビリセンター

理事長 石川 誠



回復期リハビリテーション病棟協会 相談役

# 1. 日本におけるリハ医療の歴史

# 日本におけるリハ医療の歴史（1）

リハ医学の曙：肢体不自由児のリハ



高木 憲次 1889～1963年

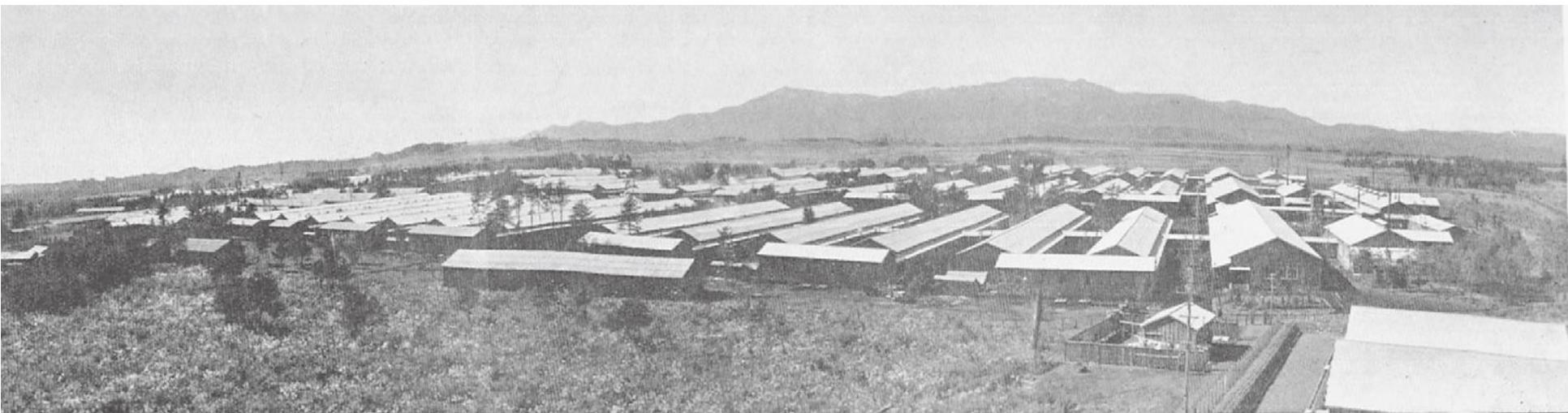
東京帝国大学 整形外科 名誉教授  
肢体不自由児の父  
「療育」の概念を提唱



1942年：肢体不自由児施設  
「東京整肢療護園」開設  
1945年：東京大空襲で壊滅  
1963年：全国に肢体不自由児施設

# 日本におけるリハ医療の歴史（2）

## 戦傷者のリハ医療



1938年：東京第三陸軍病院（現 国立病院機構相模原病院）



理学療法：物理療法・筋力強化・ROM訓練  
装具療法

プール、グラウンド、相撲場等  
職業準備訓練

現在の大規模リハビリセンターに類似

# 日本におけるリハ医療の歴史（3）

## 戦傷者のリハ医療

1945年：東京第三陸軍病院：  
四肢切断者を含む症状固定の障害者：6000人



1947年：厚生省から労働省が分離独立  
1949年：国立身体障害者更生指導所設置法  
当時のリハ医療 = 更生医療・更生指導  
厚生省 → 身障者更生指導所  
労働省 → 身障者公共職業補導所  
1953年：国立身体障害者更生指導所  
リハ医療・職業訓練も平行して提供

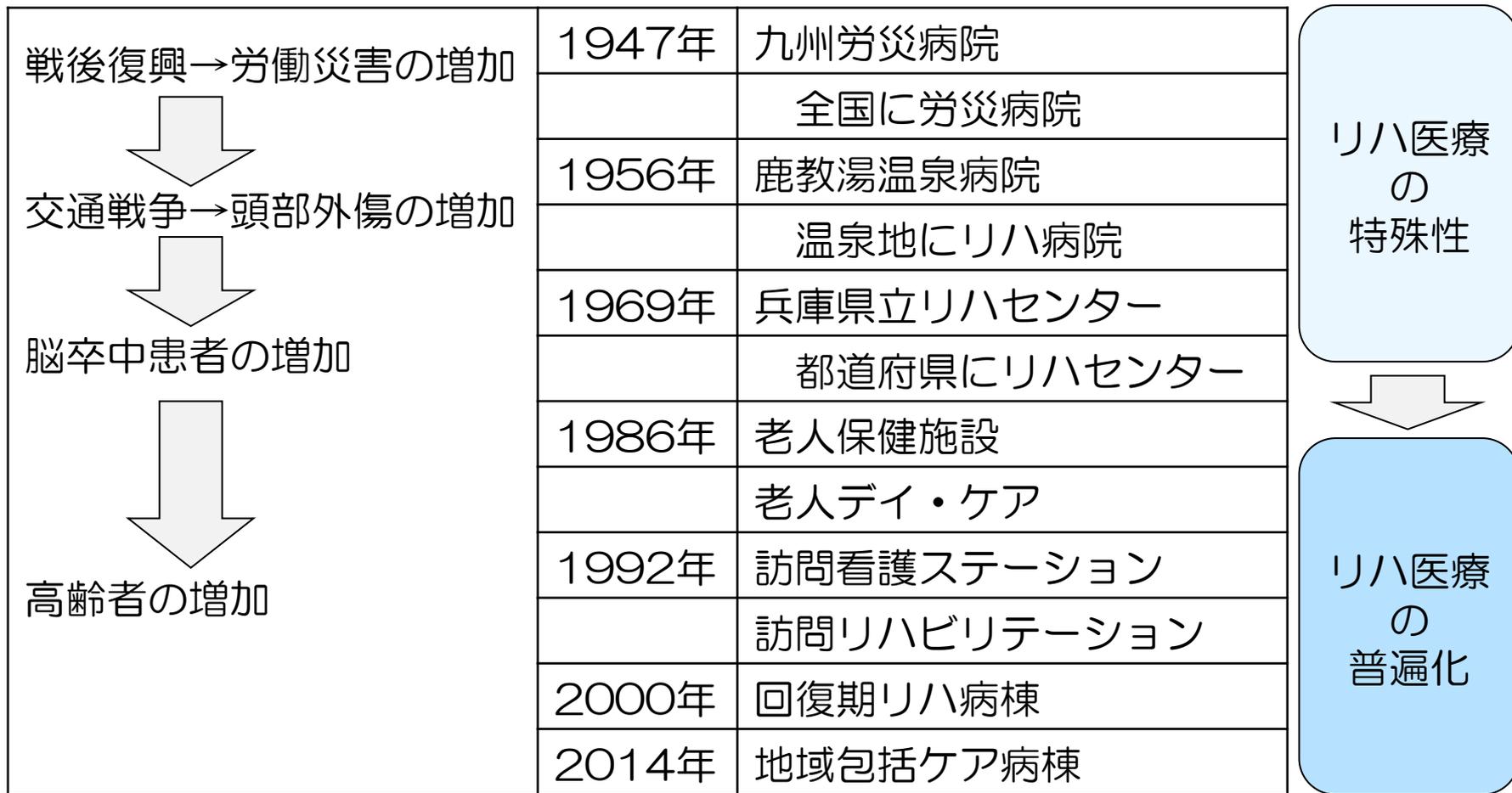
※「更生」という語は誤解を招くため再検討、  
漢字熟語で説明仕切れず、「リハビリテーション」を採用



1979年：国立身体障害者リハビリテーションセンター

# 日本におけるリハ医療の歴史（４）

脊損→頭部外傷→脳卒中→高齢者



※ 高齢社会が日本のリハ医療の普遍化を推進。

# 日本におけるリハ医療の歴史（要約）

人口の高齢化とともに対象が変化したリハ医療  
「小児 → 青年 → 高齢者」

1. 戦前の肢体不自由児療育の時代
2. 戦中・戦後早期の戦傷兵の時代
3. 青年層に対する「更生」の時代
4. 脳卒中等を中心とした高齢者対応の時代

# リハ医学からリハ医療充実への転換過程

1. 1963年：整形外科が中心となるも他学会と協力  
「日本リハ医学会」設立
2. 1980年：リハ医学会専門医制度



3. 1989年：リハ学会理事とリハ病院の幹部が協力  
「リハ病院協会（リハ病院・施設協会）」設立

# 日本リハ病院・施設協会の活動

- 活動内容
1. リハ医療施設基準の確立
  2. リハ医療における専門職の確保
  3. 適正な診療報酬体系の確立
  4. 地域リハビリテーションの確立
  5. 一般医師へのリハ医療の啓発



1991年：地域リハビリテーションの定義  
1993年：リハ専門病院の位置づけ  
1995年：リハ医療のあり方（その1）  
1996年：リハ医療のあり方（その2）  
リハ専門病床群の創設を提言

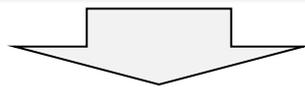


1999年：地域リハビリテーション支援体制  
2000年：回復期リハビリテーション病棟

# リハ専門病院→リハ専門病床→回復期リハ病棟

リハ専門病院ではなくリハ専門病棟を

- \* リハ専門病院を各地域に開設するのは容易ではない  
専門病棟なら各地域毎に開設しやすい。



リハ専門病床群のイメージ

- \* 集中的・総合的リハを必要とする患者のみを集め、  
手厚い人員を配置し、  
多職種が強力なチームを組み、  
効果的・効率的リハを提供し、自宅復帰を目指す。



回復期リハ病棟

- \* 回復期リハを要する患者が80%以上
- \* 寝たきり防止、ADL向上、在宅復帰を目的

# 高齢化と共に充実した日本のリハ医学・リハ医療

	資格制度とリハ医療の組織化	高齢化率
1963年	日本リハビリテーション医学会	5.7%
1965年	理学療法士・作業療法士法	
1980年	日本リハビリテーション医学会 専門医制度	9.1%
1987年	社会福祉士・介護福祉士法、義肢装具士法	
1989年	日本リハ病院・施設協会、リハ看護学会	12.0%
1994年	全国デイ・ケア連絡協議会（現 全国デイ・ケア協会）	
1996年	リハビリテーション科の標榜認可	14.5%
1998年	言語聴覚士法	
1999年	地域リハ支援体制整備推進事業	
2000年	介護保険法（通所リハ・訪問リハ）、回復期リハ病棟	17.3%
2001年	回復期リハ病棟協会	
2002年	全国訪問リハ研究会（現 日本訪問リハ協会）	
2005年	リハ医療関連5団体	20.1%
2013年	リハ医療関連9団体	24.1%

※ 日本の新たなリハ医療は1963年に始まり、2000年に大変革が行われた。

# 日本のリハ医学の発展に尽くした3巨頭



津山 直一

2005年（81歳）物故

PT・OT国家資格制度設立  
国立リハセンター名誉総長



上田 敏

障害者リハ協会顧問

大学病院初のリハ診療部  
元東京大学医学部教授



千野 直一

永生病院名誉院長

慶応大学医学部名誉教授

# 日本のリハ医療・地域リハを牽引する四巨頭



山口 昇

公立みつぎ総合病院  
特別顧問



澤村誠志

兵庫県立総合リハセンター  
名誉院長  
日本リハ病院・施設協会  
名誉会長



大田仁史

茨城県立健康プラザ  
管理者



浜村明德

小倉リハ病院  
名誉院長  
日本リハ病院・施設協会  
名誉会長

## 2. 日本の医療と介護の改革

# 今から30年前の医療界

薬漬け・検査漬け（過剰な投薬と検査）

- 少ない看護職員で多数の患者を看るケア体制、民間病院の多くは付き添い看護体制であった。
- 基準看護の病院でも付き添いを強いていた。
- リハ医療・在宅医療の提供は極少であった。



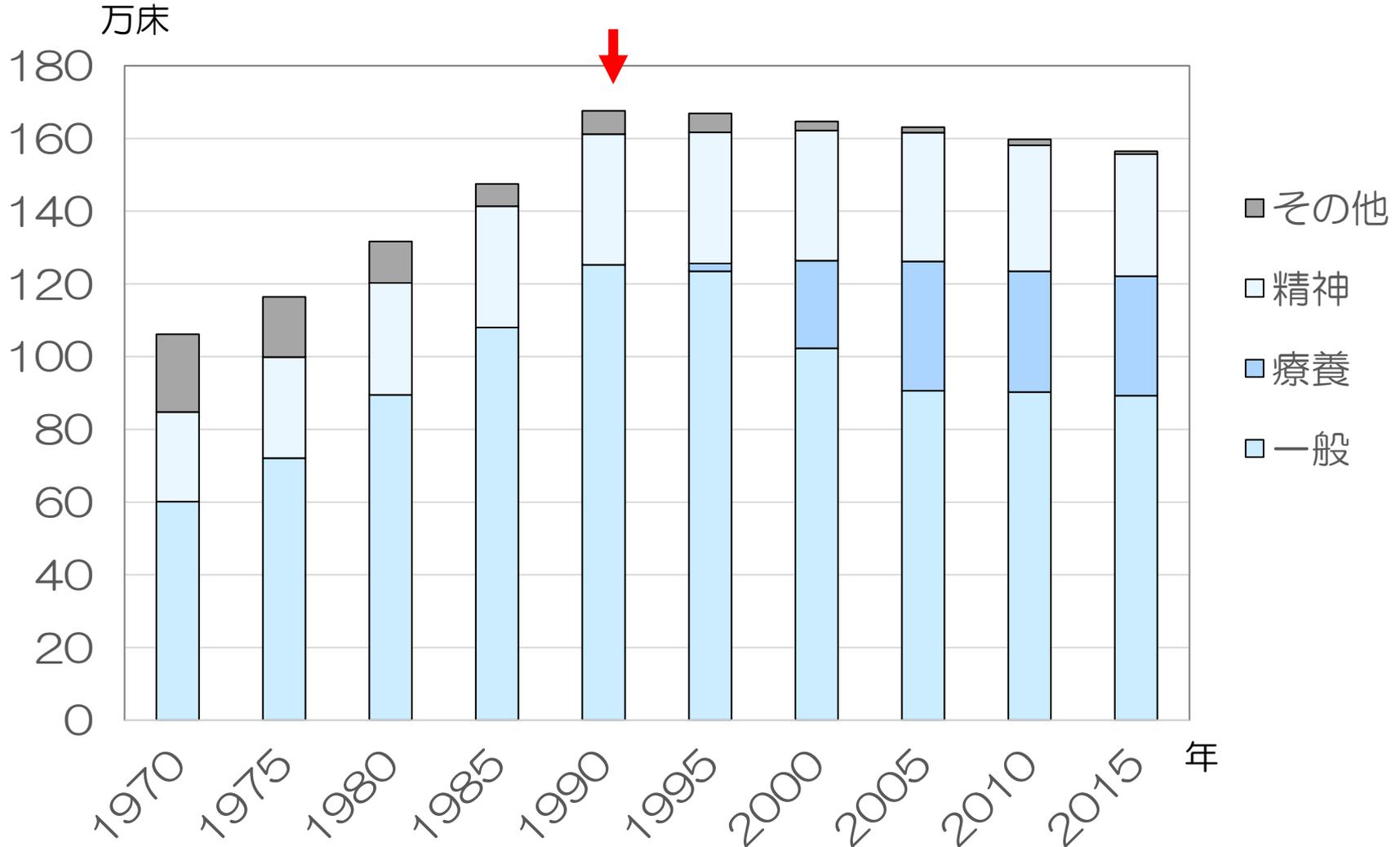
寝たきり老人・寝かせきり老人の増加



社会的入院の増加 ⇒ 病院病床数の増加  
(病院の施設化)

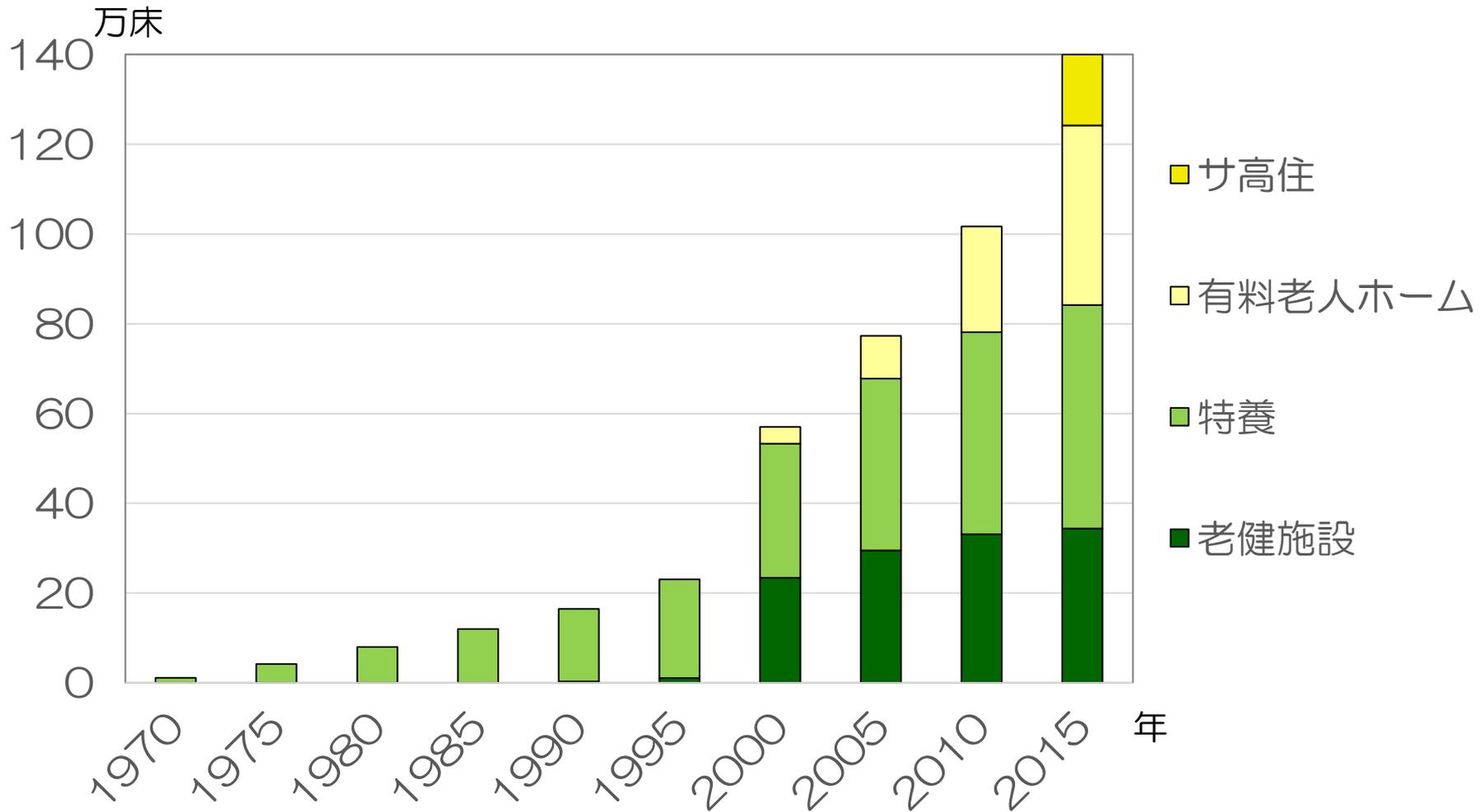
# 病院病床数の推移

(医療施設動態調査より 1970~2015年)



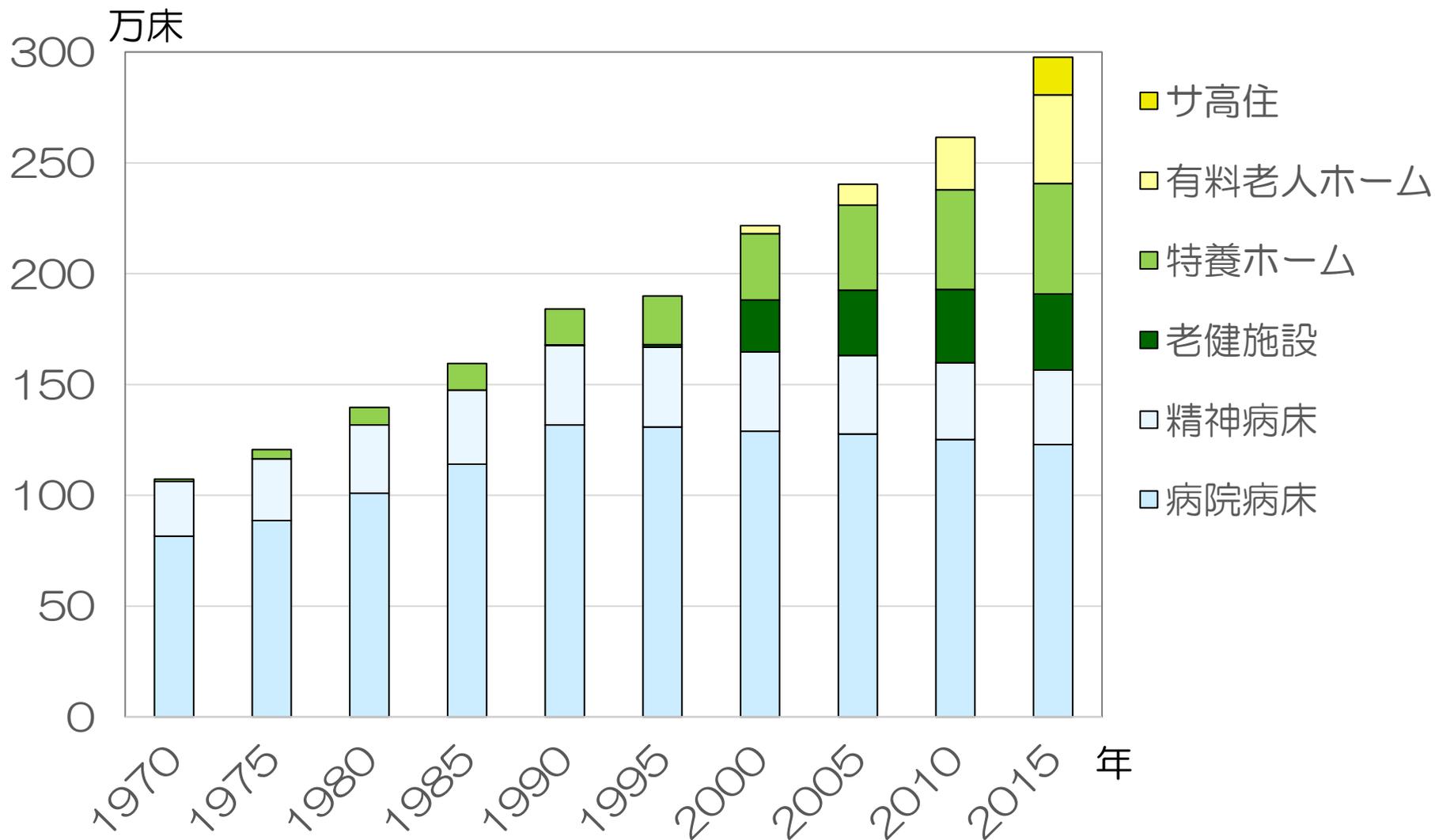
※ 1990年まで増え続け、その後の減少はわずか。  
(病院が施設の肩代わりをする時代が続いた。)

# 老健・特養・有料老人ホーム・サ高住の推移



※ 1988年以降、多彩な施設とケア付き住宅等が急速に増加

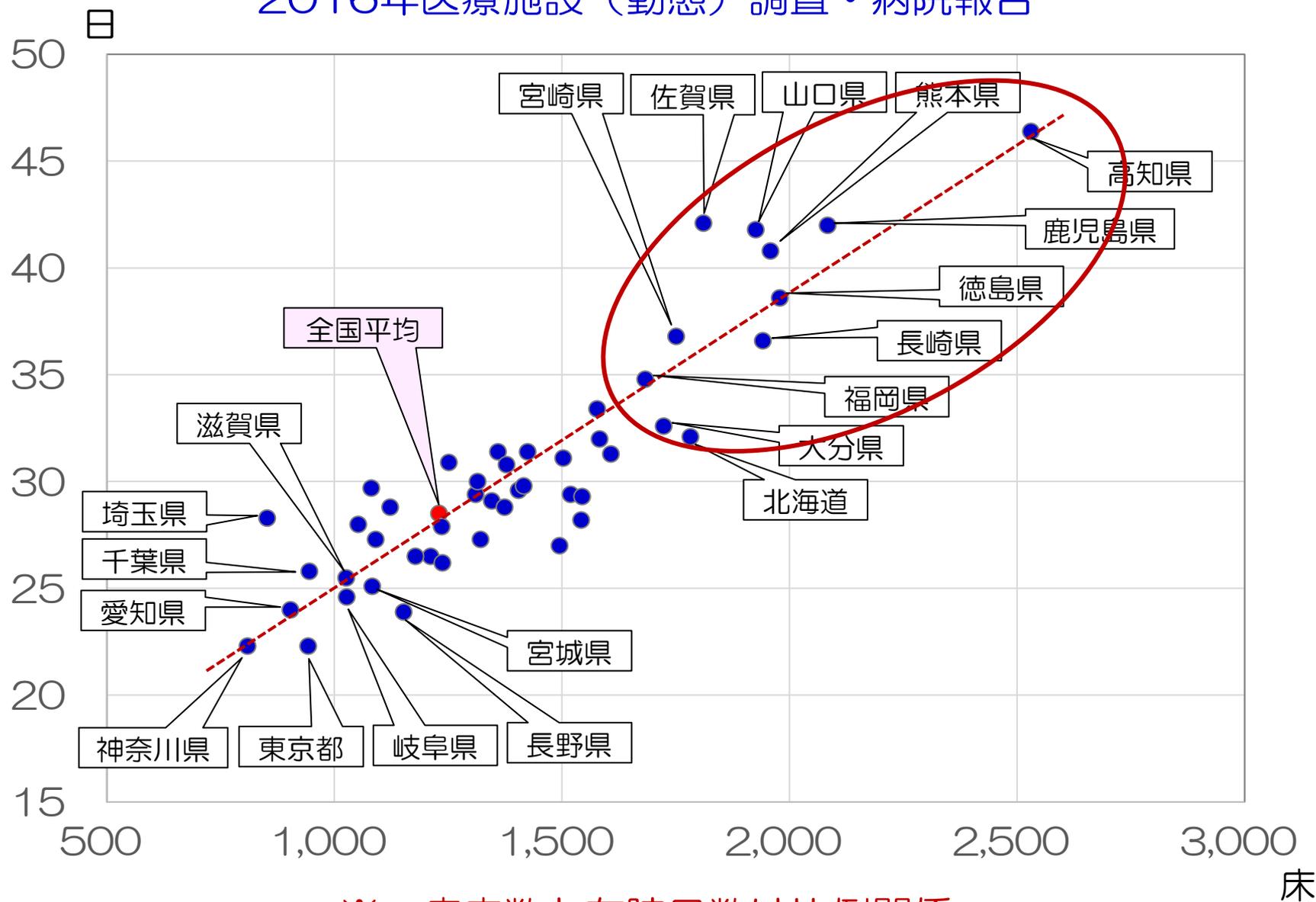
# 病院と施設等の合計数の推移



※ 現在、病院＋施設＋特定施設等 ＝ 約300万床  
(病院は施設の肩代わりをする必要がなくなった)

# 都道府県別平均在院日数と人口10万対病院病床数の関係

## 2016年医療施設（動態）調査・病院報告



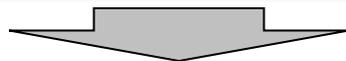
※ 病床数と在院日数は比例関係

## これからの日本の医療・介護

早く良くして（治して）、  
早く地域に返す、  
そして地域で適切な支援をすること。

# 待ったなしの医療・介護における2大改革

効率的な入院医療サービスの実施  
＝ 早く良くして「寝たきり」にせず、  
在宅復帰へ導く医療



1. 医療機能の分化と連携の推進  
(地域医療ビジョン)

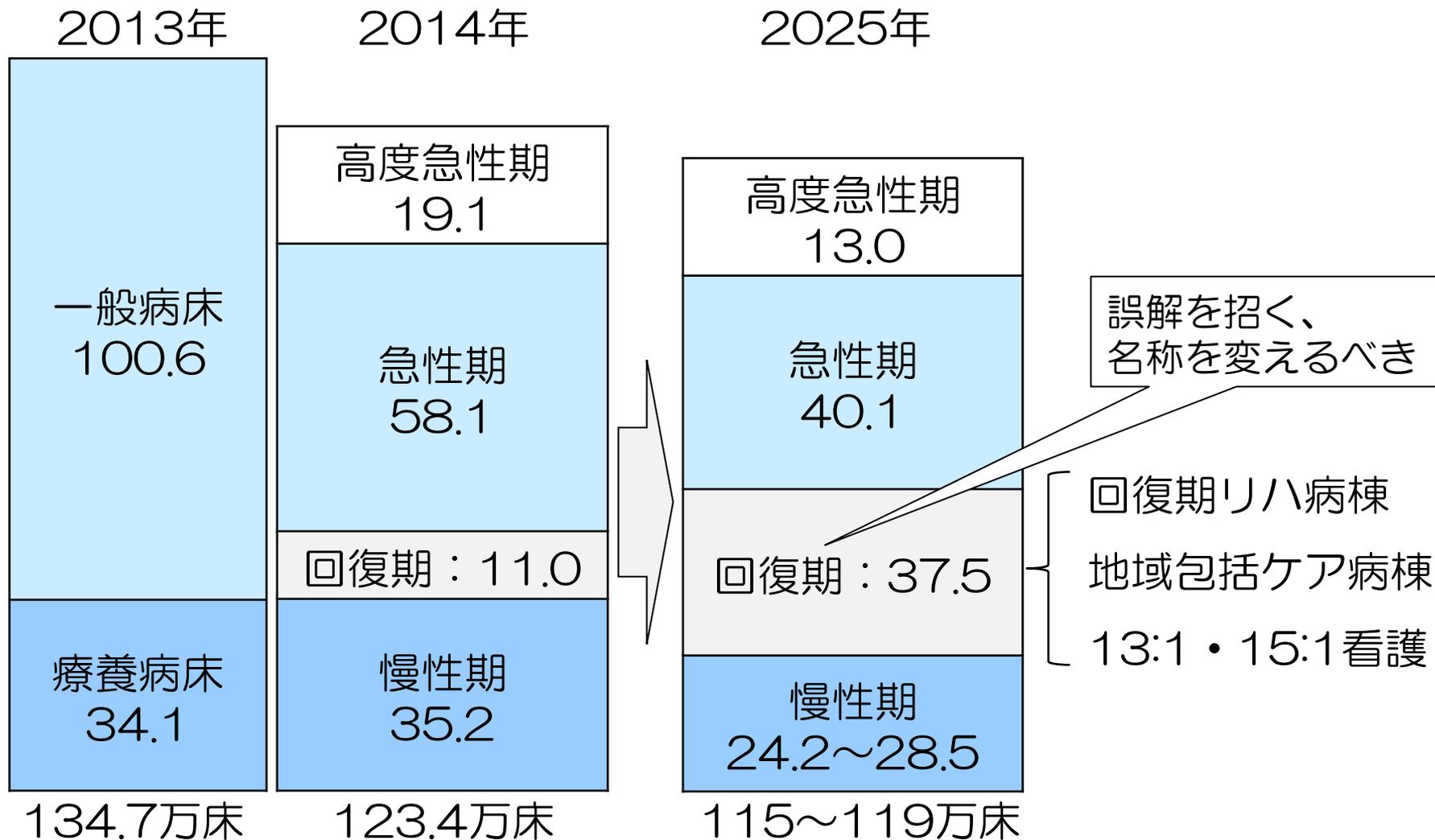
高齢者は住み慣れた地域での生活を希望  
介護保険制度の財政破綻を防止



2. 地域包括ケア体制の整備

# 医療機能の分化と連携（地域医療ビジョン）

2025年の病床数の推計



※ 2017年9月には121.8万床

# 医療機能の分化・連携（地域医療ビジョン）の要点

在院日数の短縮＋病床数の削減  
7：1看護の病床 ⇒ 回復期病床へ移行

急性期病床 = 7：1・10：1の病床

回復期病床 = 13：1・15：1の病床

## ●回復期リハ病棟

- ・制度創設から18年、現在約8万床
- ・量から質へ、アウトカム評価の強化
- ・最大で10万床程度か？

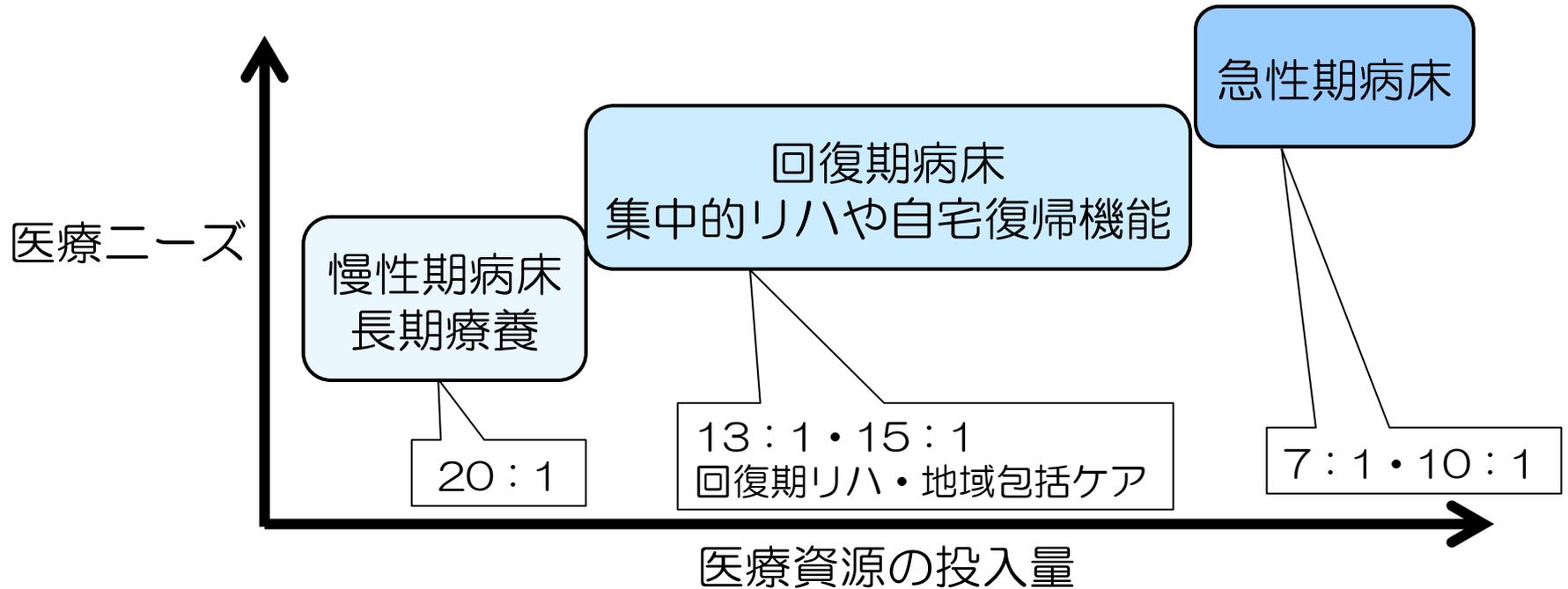
## ●地域包括ケア病棟

- ・制度創設から4年、現在約6万床
- ・モデルは未確立（今後の課題）
- ・今後20万床程度に増加か？

## ●その他の13：1・15：1看護の病床

# 2018年 診療報酬改定

## 3つの機能を2つの評価による入院医療の評価体系へ



### 2つの評価

1. 基本部分：看護職員配置等の施設基準による評価
2. 診療実績：診療実績に応じた段階的な評価  
(患者の状態・診療内容・アウトカム評価等)

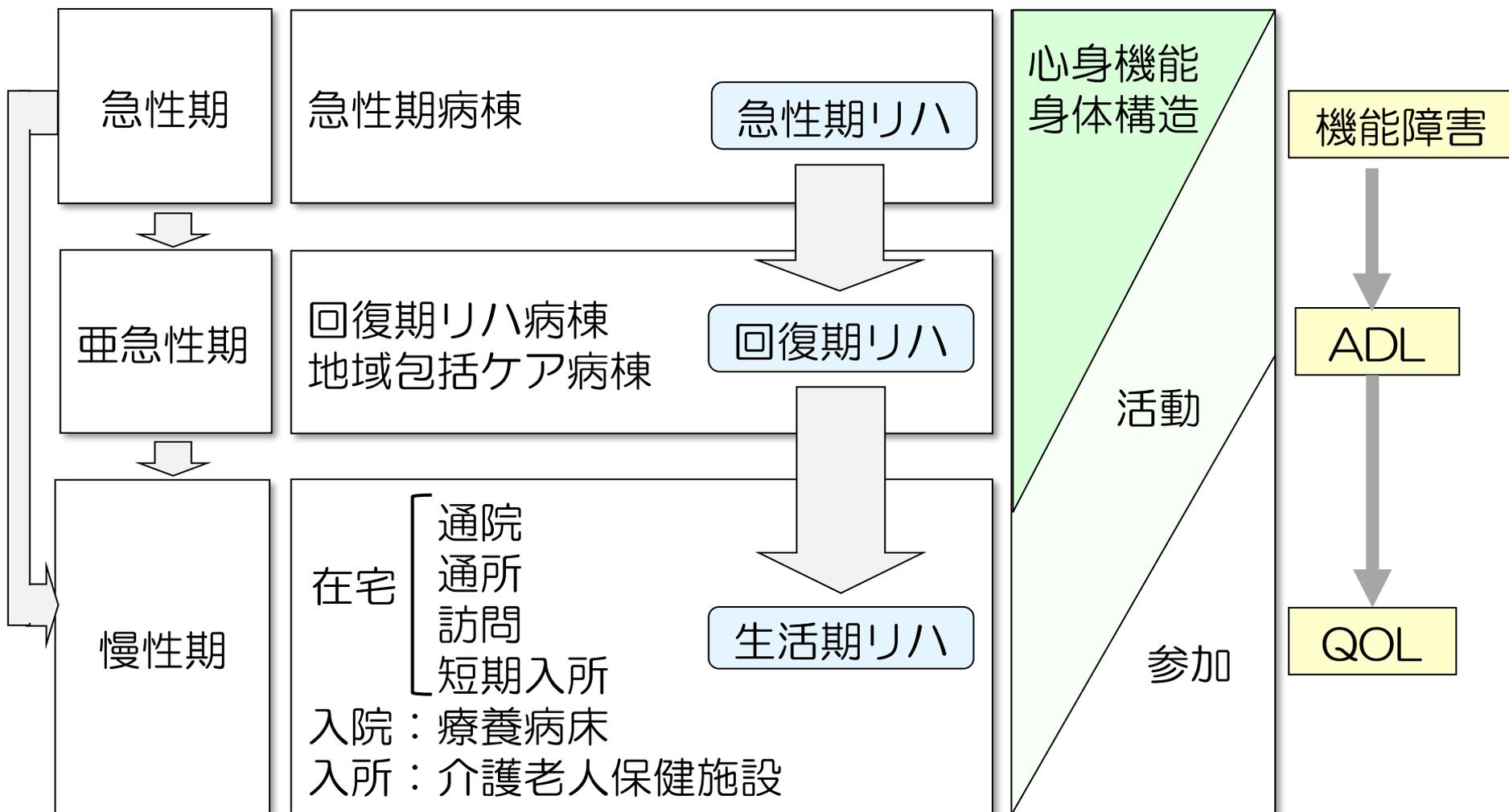
### 3. 2000年以降のリハビリ医療の変化

# 2000年は地域におけるリハ医療整備元年

- 医療保険
  - 回復期リハビリテーション病棟
- 介護保険
  - 訪問リハビリテーション
  - 通所リハビリテーション
  - 老人保健施設のリハビリテーション
- リハビリテーション前置主義

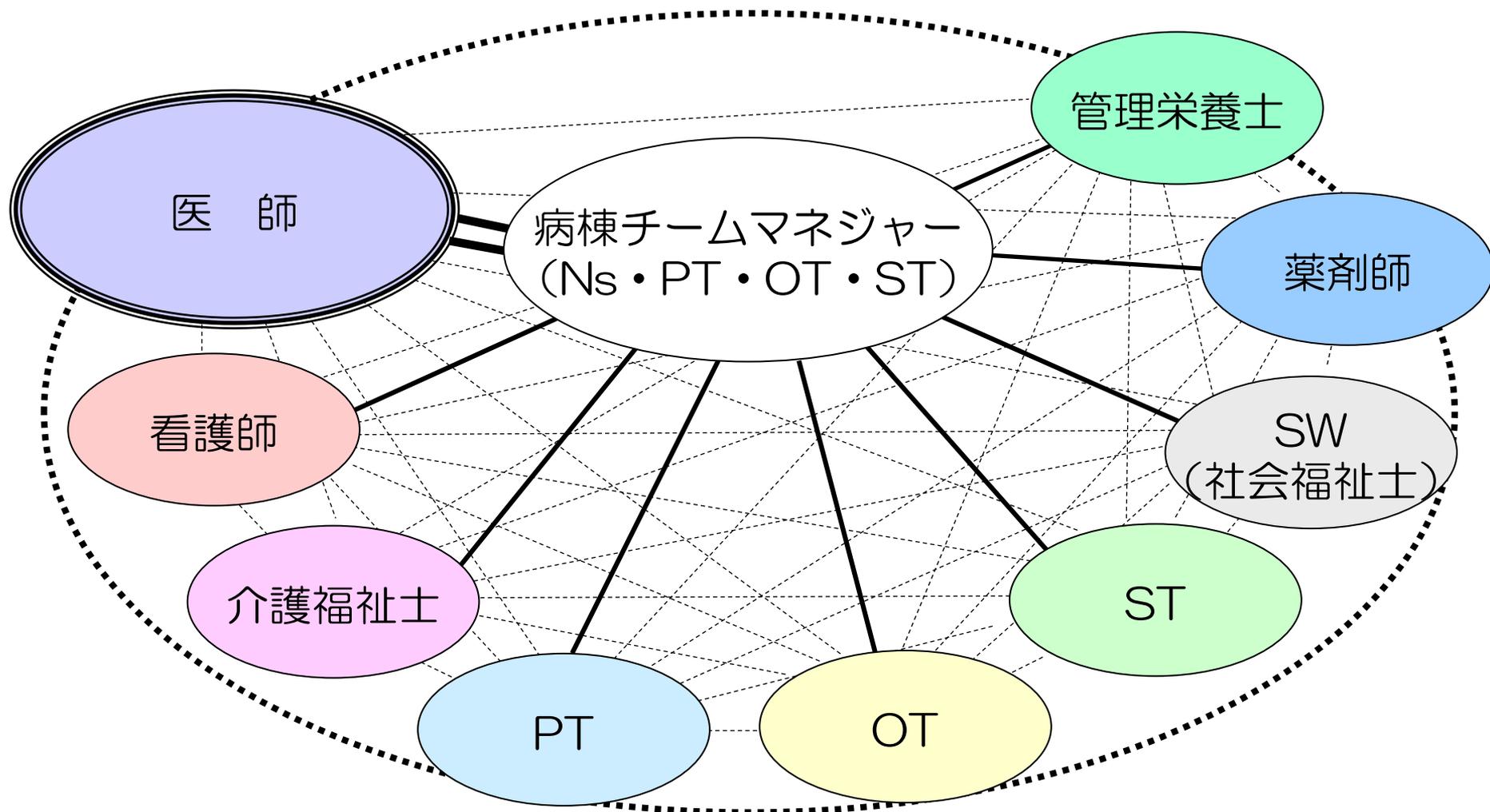
※ 制度上、明確に位置づけられた  
回復期と生活期のリハビリテーション

# 機能分化を遂げたリハ医療



※ 心身機能・身体構造 → 活動 → 参加、  
機能障害 → ADL → QOL の向上を支援

# 回復期リハ病棟の多職種病棟専従配置により チームアプローチが急速に進化



※ 目標の共有化と迅速かつ正確な情報伝達

# 2000年以降のリハビリ医療における変化

1. 訓練室中心のリハビリ (PT・OT・ST中心) → 病棟生活も重視するリハビリ (Dr・Ns・CW・SW等を含むチームアプローチの推進)
2. 2時間/日の個別リハビリ → 3時間/日の個別リハビリ
3. 土日祝祭日休みのリハビリ → 365日間実施するリハビリ
4. 郡部の温泉病院のリハビリ → 都市部の民間病院によるリハビリ
5. 摂食嚥下リハビリ → 全国に普及
6. 入院によるリハビリの目的 → 在宅復帰
7. 医療・介護保険のリハビリ → 整理・役割分担の進捗
8. 維持期 (生活期) のリハビリ → 訪問リハビリ・通所リハビリの普及
9. リハビリ医療の機能分化 → 急性期～回復期～生活期に分化

## 4. 回復期リハ病棟に関する制度

# リハに関する診療報酬の推移

1992年	理学療法 → <b>リハビリテーション</b> 総合リハ施設基準の創設
1994年	摂食機能療法の新設
2000年	廃用症候群をリハ適応に追加 (介護保険法施行) <b>回復期リハ病棟入院料の創設</b>
2002年	複雑・簡単 (40分・15分) → 個別・集団 (1単位20分)
2006年	PT・OT・STの施設基準 → 疾患別リハ料 患者1人1日あたり6単位 → 9単位の評価・算定日数上限の設定
2008年	早期リハ加算、算定日数上限超の13単位の評価
2010年	がん患者リハ料の新設、 <b>回復期リハ (休日加算・充実加算)</b>
2012年	初期リハ加算、 <b>回復期リハ (3区分)</b>
2014年	ADL維持向上等体制加算、 <b>回復期リハ (体制強化加算)</b>
2016年	廃用症候群リハ料の新設、 <b>回復期リハ (アウトカム評価)</b>
2018年	維持期リハ13単位：2019年まで、 <b>回復期リハ (実績指数の強化)</b>

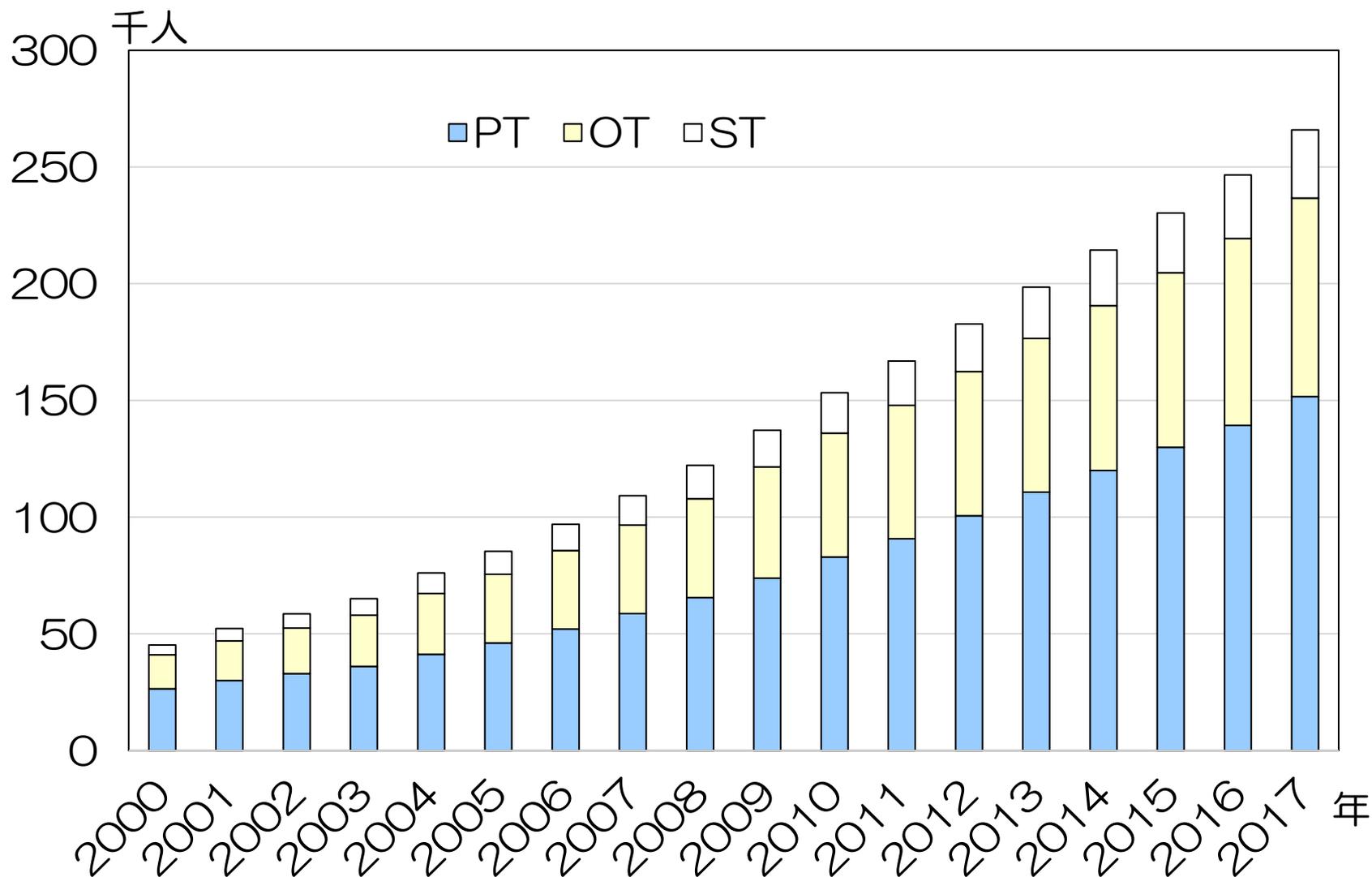
※ **リハビリテーションと区分されてから26年、  
回復期リハ病棟が創設されて18年が経過**

# 回復期リハ病棟に関する診療報酬の推移

	回復期リハ入院料	点数	関連事項
2000年	専従医要件	1,700点	
2006年		1,680点	9単位/日の評価
2008年	アウトカム評価導入 → 専従医要件の廃止	入院料1：1,690点 入院料2：1,595点	重症者回復加算 50点
2010年	プロセス評価導入 →	入院料1：1,720点 入院料2：1,600点	休日リハ体制加算 60点 リハ充実加算 40点 (重症者回復加算の包括)
2012年	新たな質の評価	入院料1：1,911点 入院料2：1,761点 入院料3：1,611点	
2014年	専従医要件の復活 新たな質の評価	入院料1：2,025点 入院料2：1,811点	入院料1：体制強化加算 200点 (休日リハ加算の包括)
2016年	アウトカム評価 (実績指数の導入)	入院料3：1,657点	入院料1：体制強化加算1 200点 体制強化加算2 120点
2018年	アウトカム評価の推進 (実績指数の強化)	入院料1：？ 入院料2：？ 入院料3：？ 入院料4：？ 入院料5：？ 入院料6：？	栄養管理の推進  リハ充実加算の廃止

## 5. リハ医療資源の推移

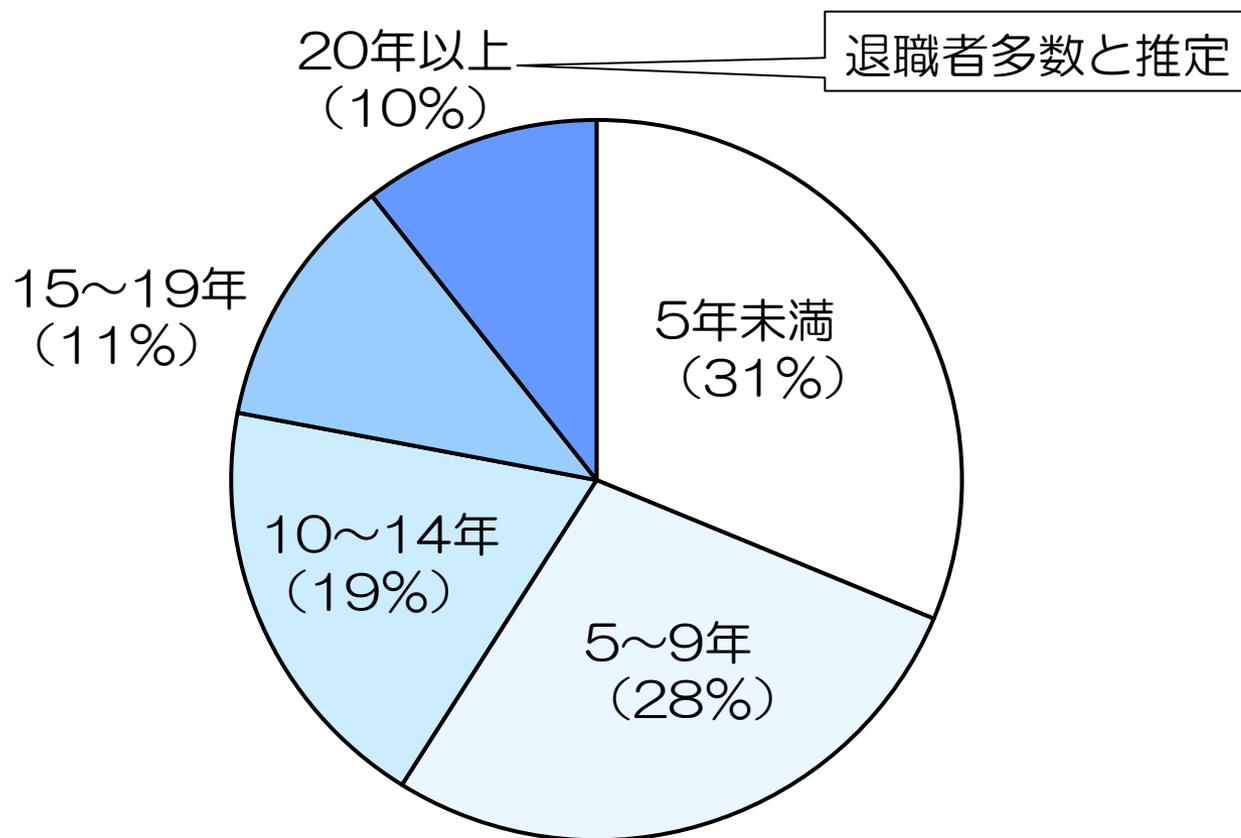
# PT・OT・STの国家資格保持者数の推移



※ 17年間にPT・OT・ST数は6倍に増加

# 現在の経験5年毎のPT・OT・STの人数割合

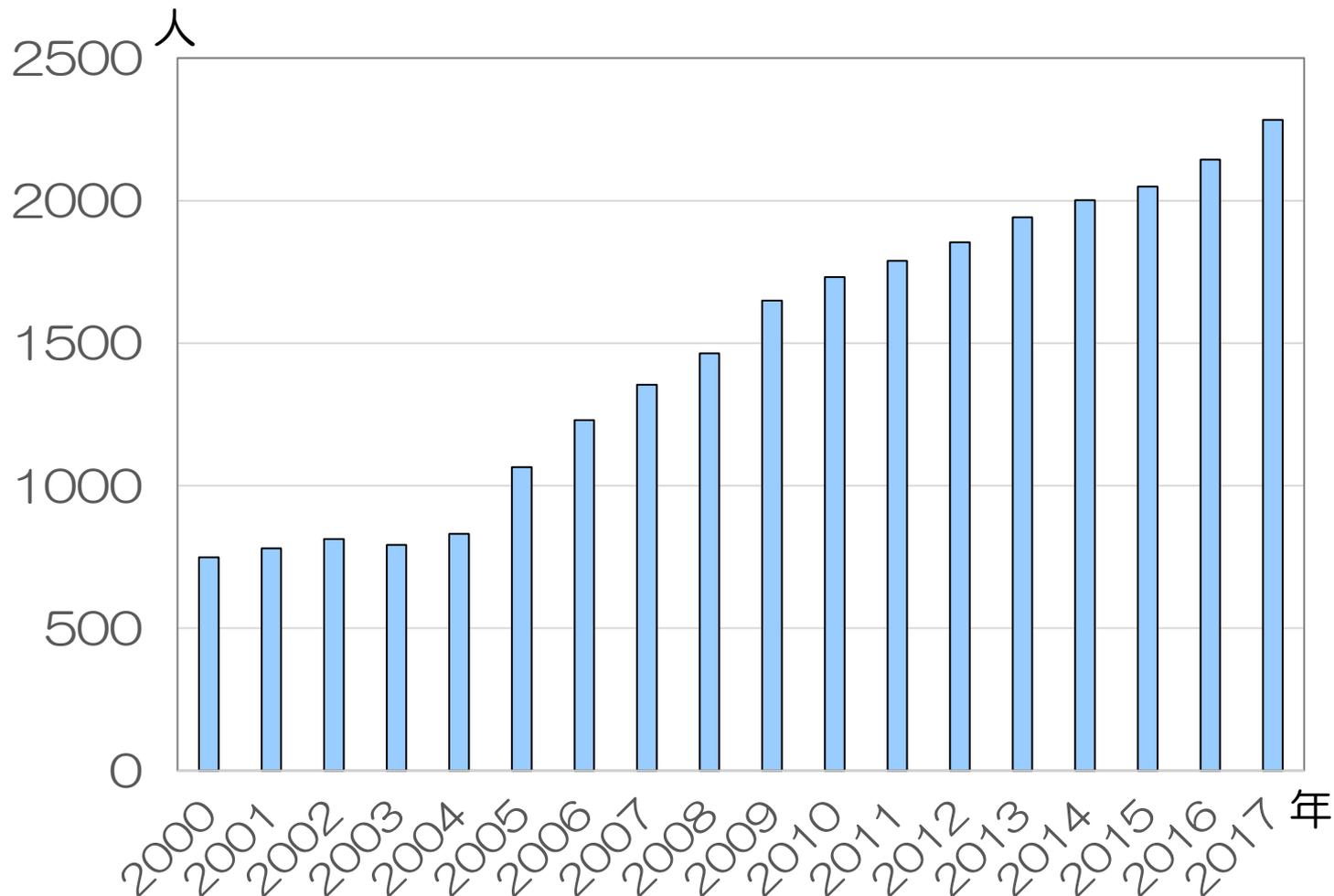
(退職者を含む)



※ 退職者・教職・研究職・企業就労者等を除外すると  
臨床現場は、経験10年未満のPT・OT・ST：推定80%

※ 若いスタッフが大部分 ⇒ 教育研修の強化が必須

# リハビリテーション科専門医数の推移



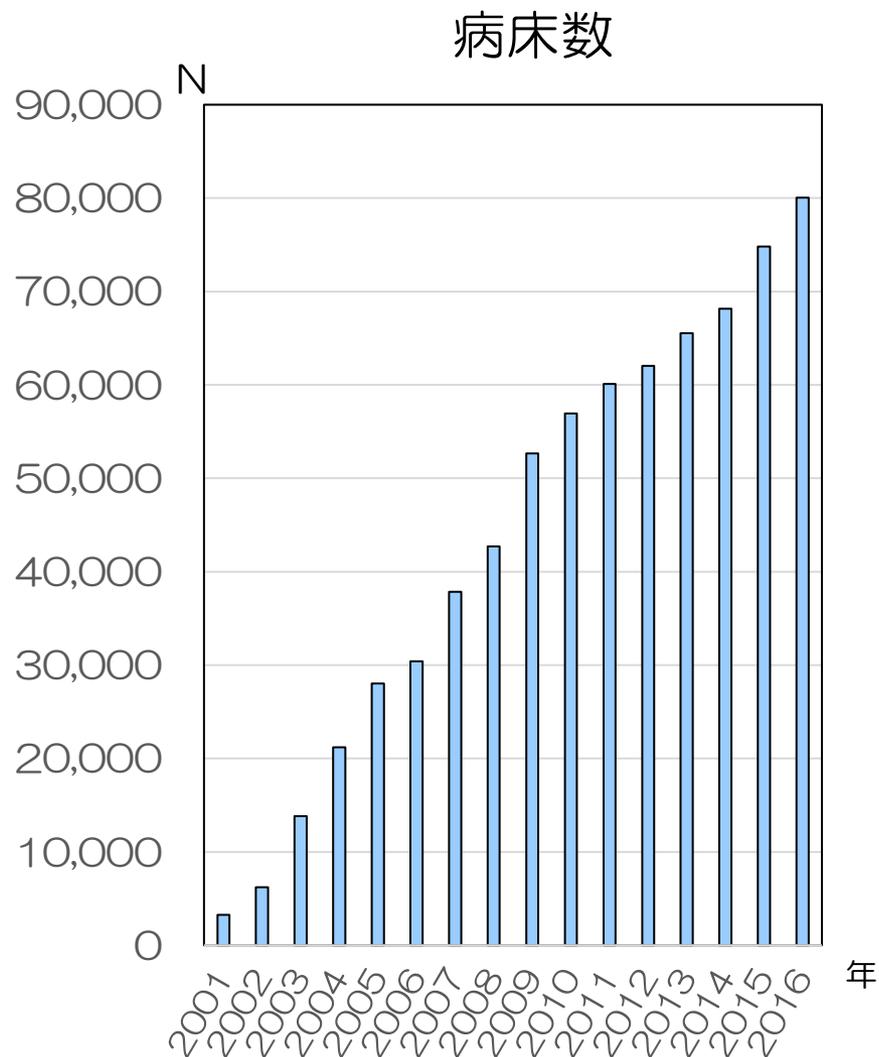
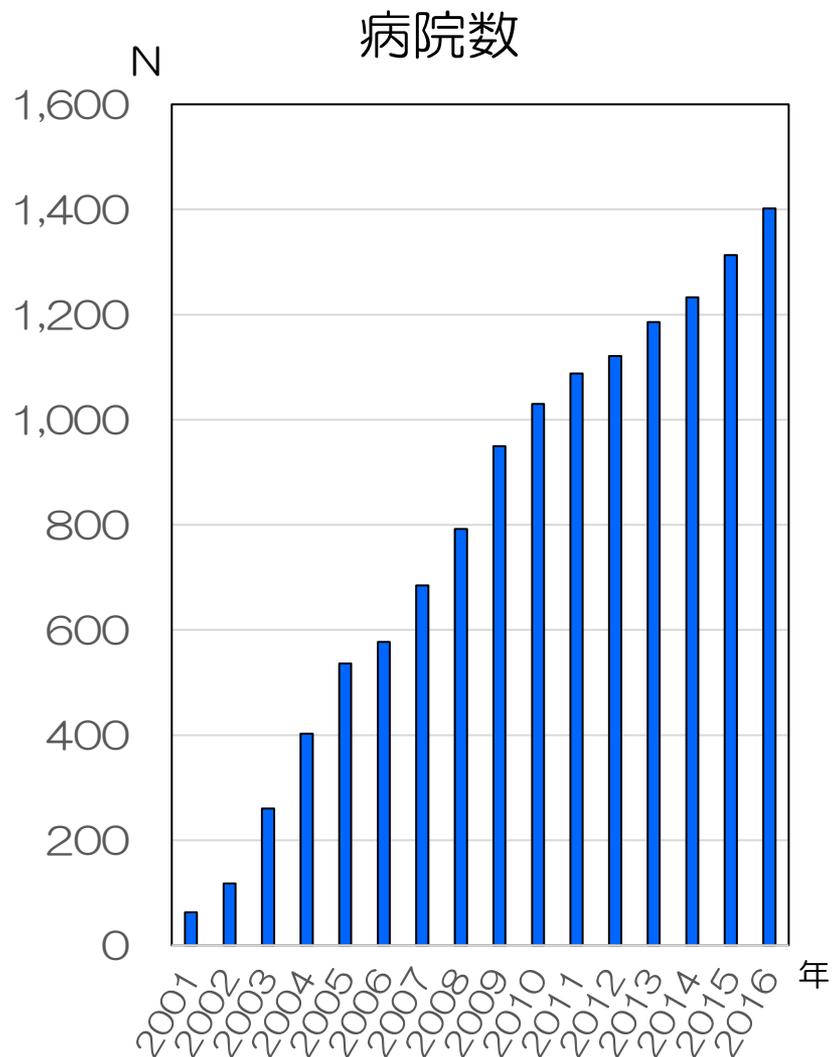
2000年 2017年

※ リハ専門医：PT・OT・ST＝ 1：50 → 1：108

リハ医療のリーダーであるリハ専門医不足は危機的状态

# 回復期リハ病棟を有する病院数・病床数の推移

(回復期リハ病棟協会調査より)

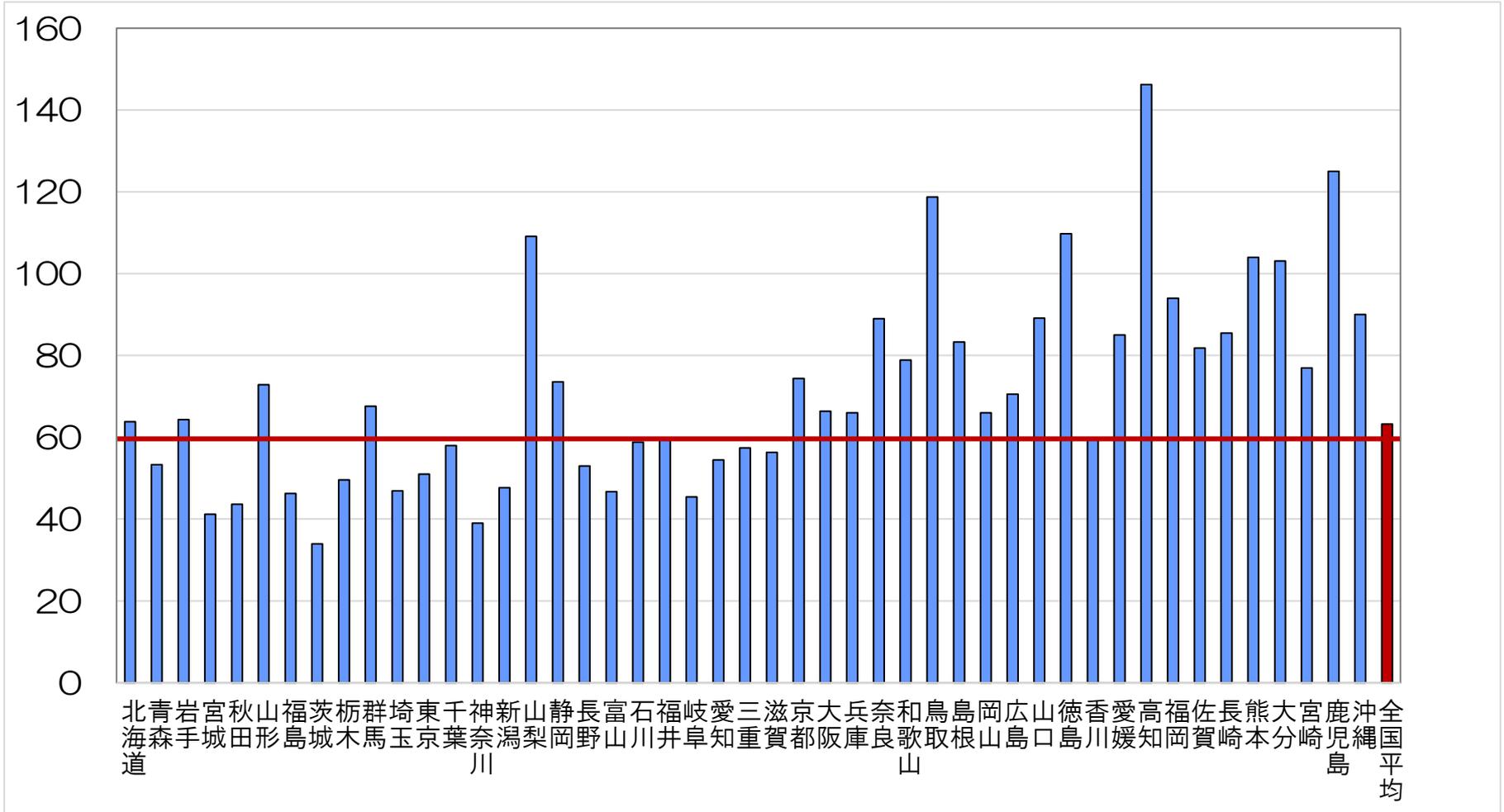


※ 量的には極めて順調に増加・・・現在は、その質が問われている。

# 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（地方厚生局） 2017年3月1日

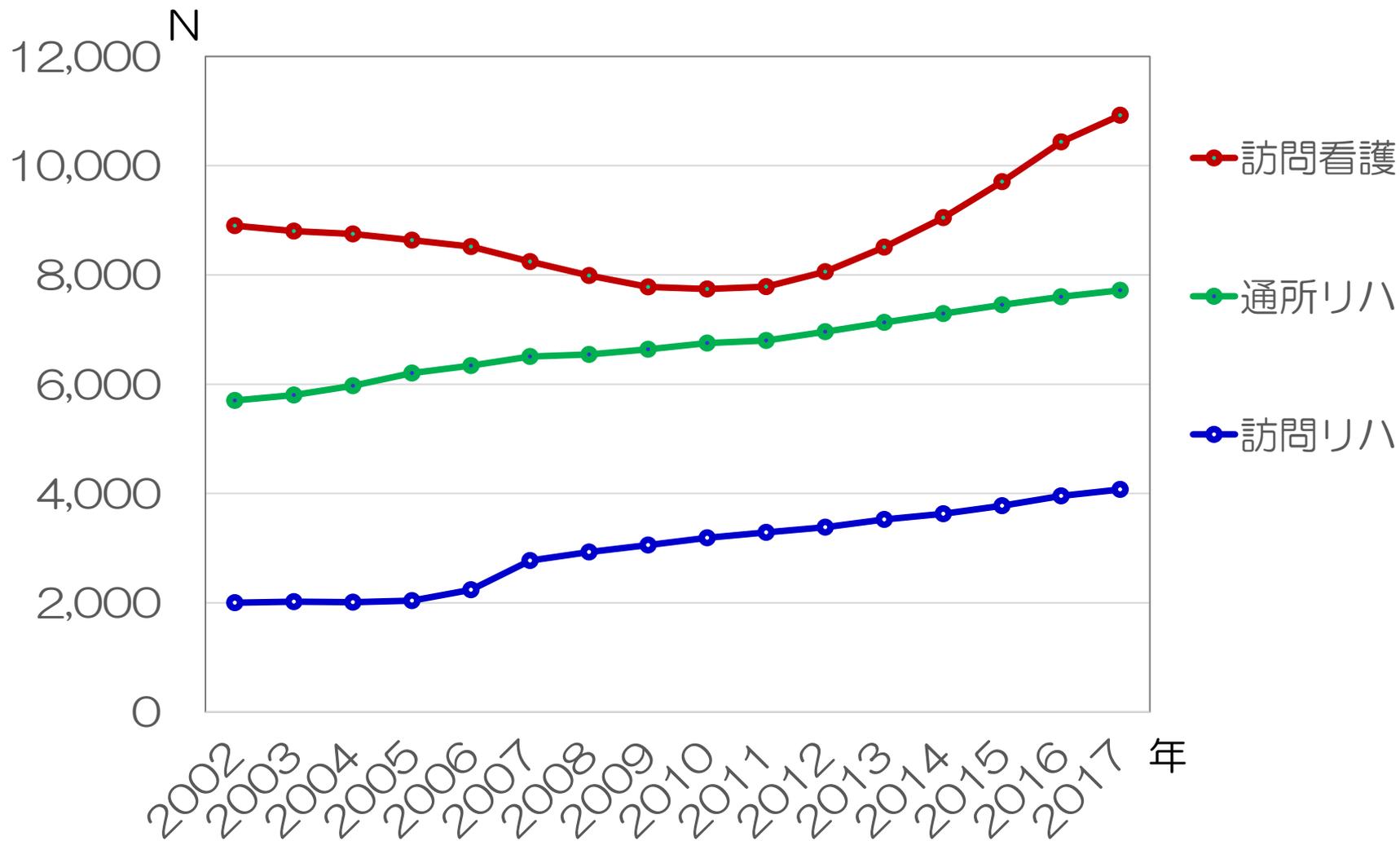
1,420病院 1,804病棟 80,814床



※ 依然として西高東低の傾向あり（病床過剰地域あり）

# 訪問看護・訪問リハ・通所リハ事業所数の推移

介護給付費等実態調査（各年8月審査分）より

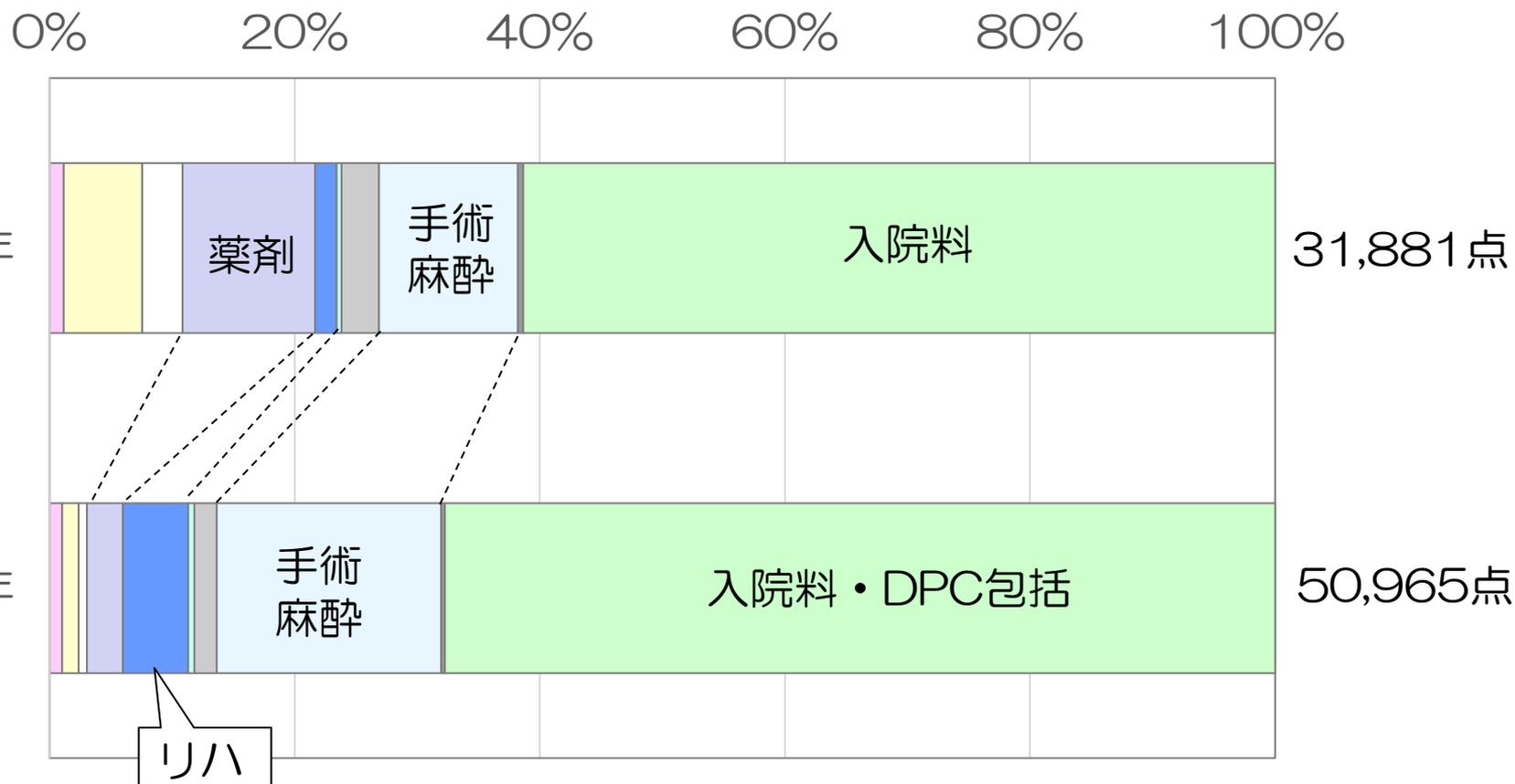


※ 訪問看護は一時減少したが、その後はいずれも増加

## 6. リハ医療サービスの実績

# 入院1件あたり診療行為別点数の割合

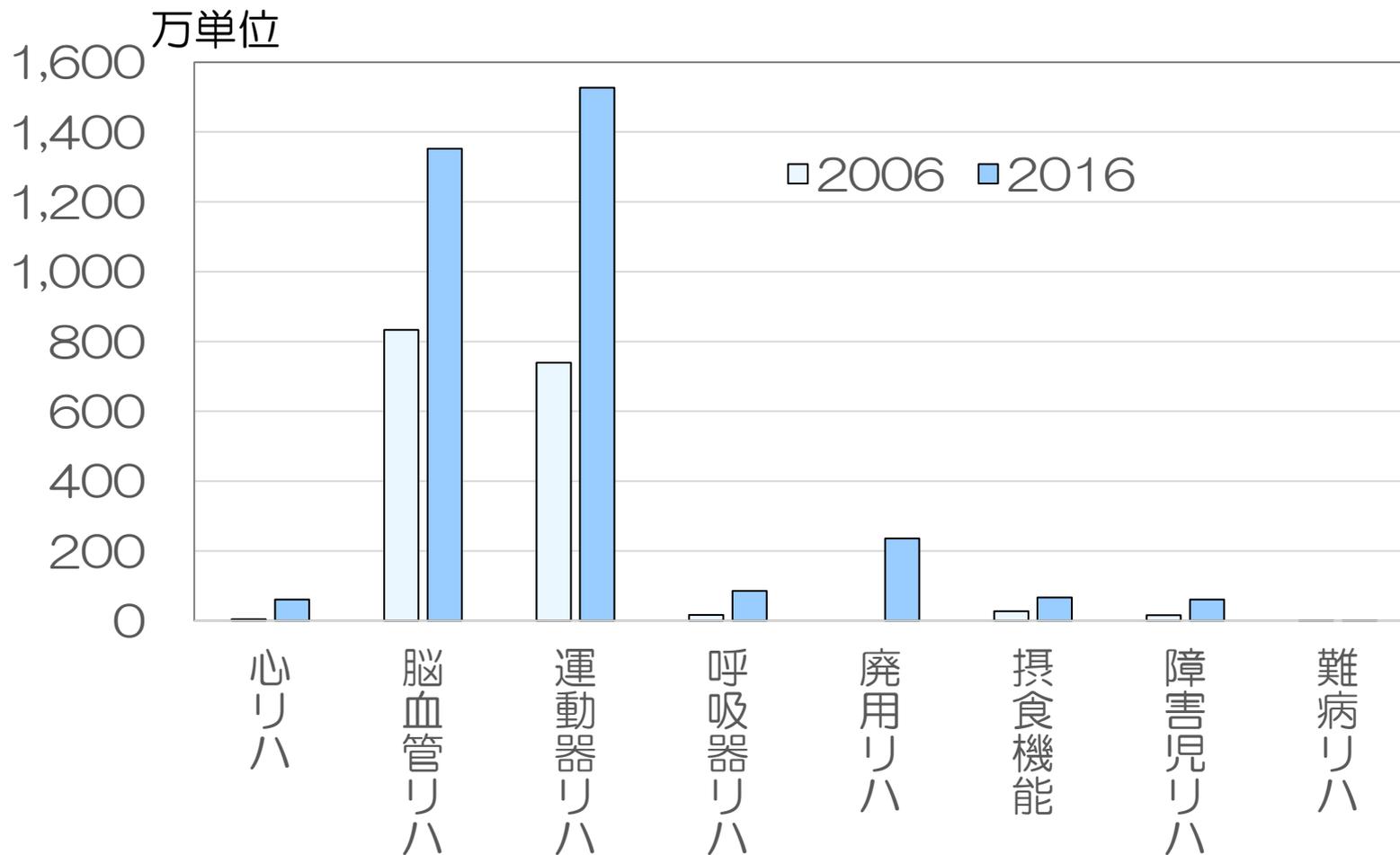
社会医療診療行為別調査より（1999年と2016年の比較）



※ 17年間でリハの割合は3倍に増加

# 医療保険のリハの種類別実施単位数（入院＋外来）

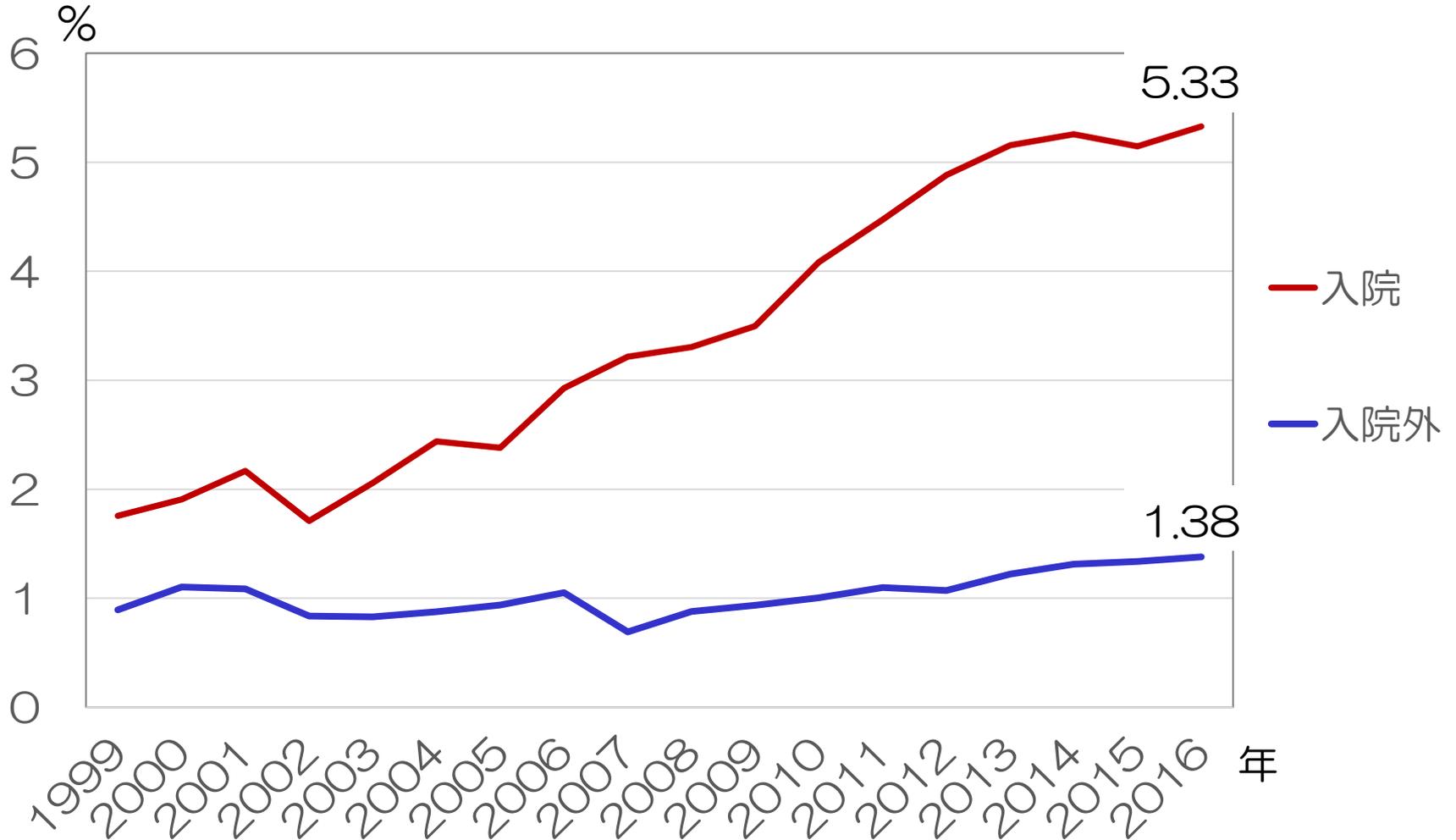
社会医療診療行為別調査（2009年と2016年の比較）



※ 脳血管リハと運動器リハで個別リハの88%を占める。  
量的には少ないが、心リハは15倍、呼吸器リハは5倍に増加。

# 医療保険におけるリハの医療費割合の推移

社会医療診療行為別調査（各年6月分）より

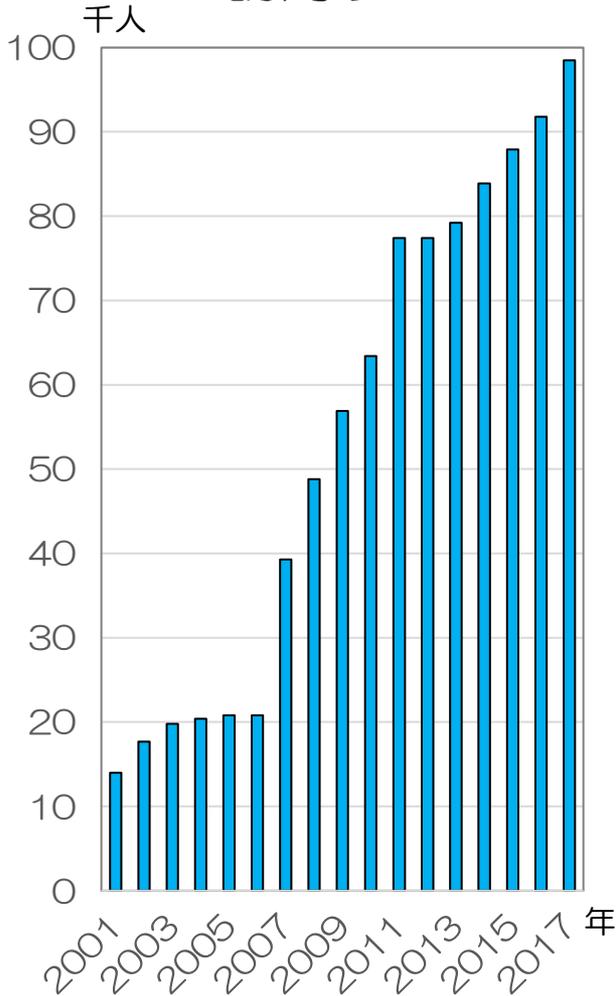


※ 17年間で入院：3倍、入院外：1.5倍に増加

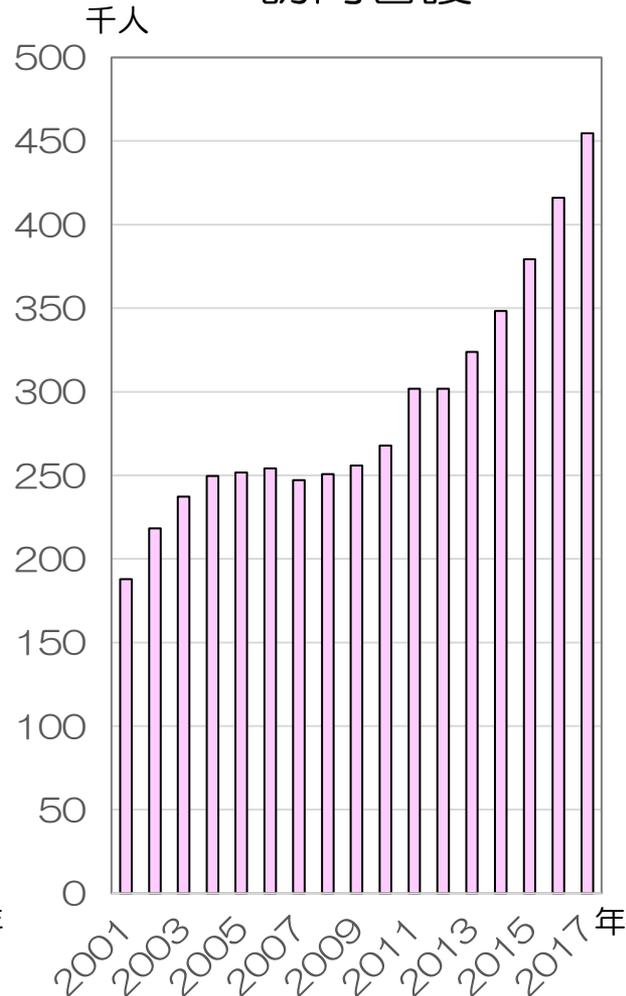
# 訪問リハ、訪問看護、通所リハの受給者数推移

介護給付費等実態調査（各年3月審査分）より

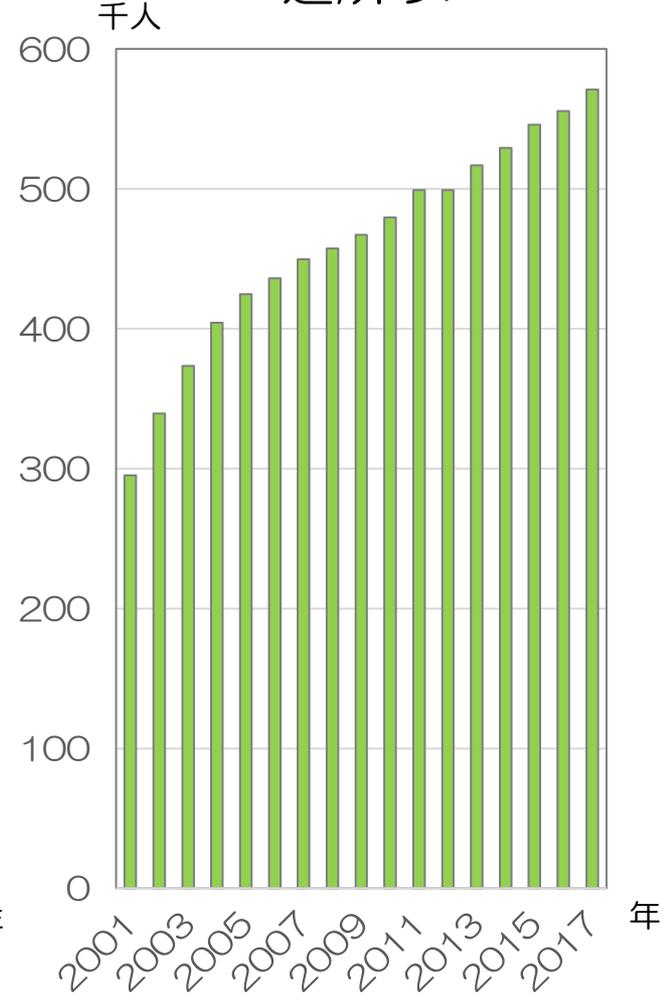
## 訪問リハ



## 訪問看護



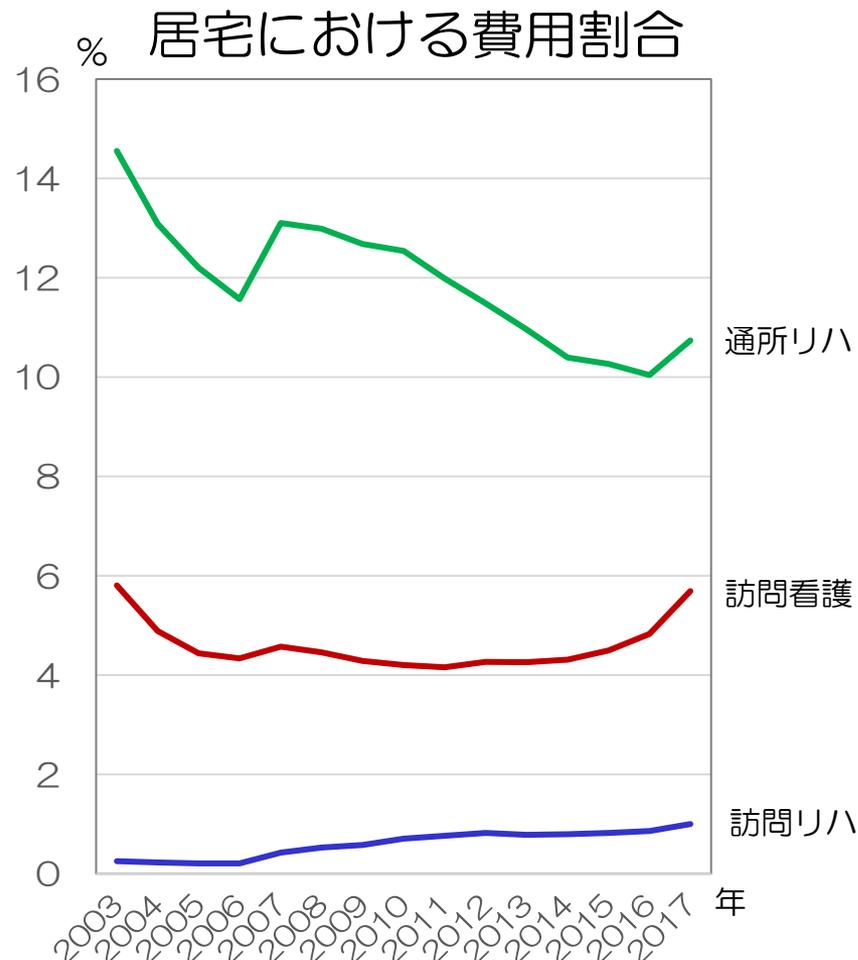
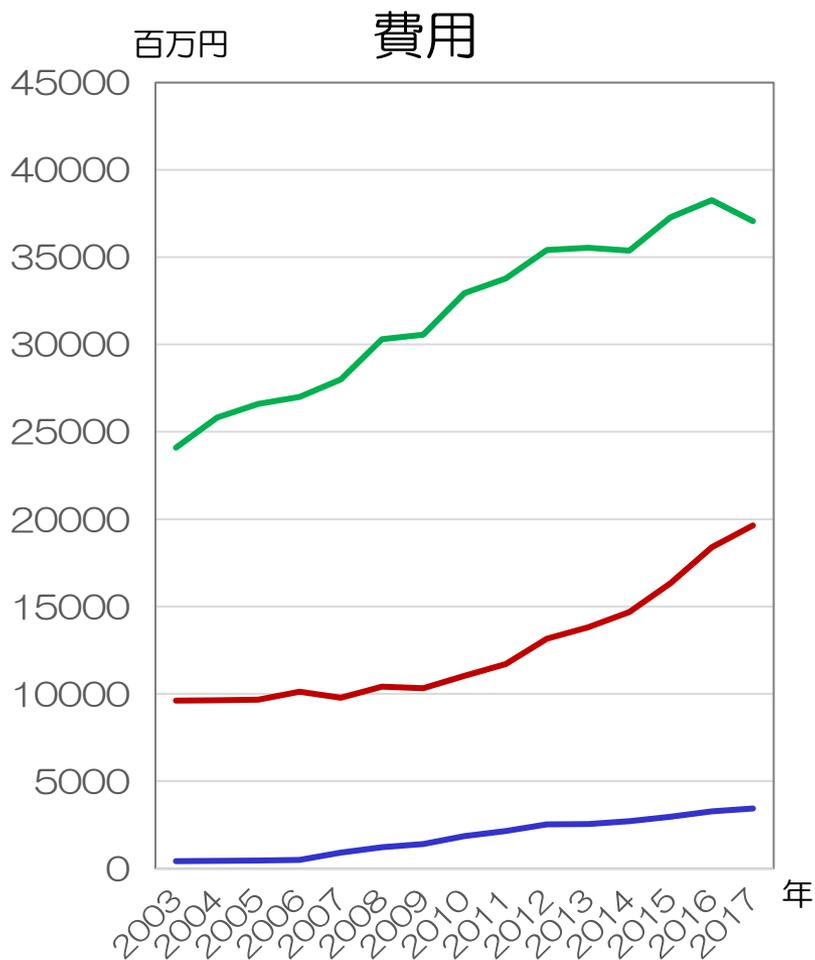
## 通所リハ



※ 16年間で訪問リハは7倍、訪問看護は2.4倍、通所リハは2倍に増加

# 介護保険におけるリハ費用と割合の推移

介護給付費等実態調査（各年3月審査分）より

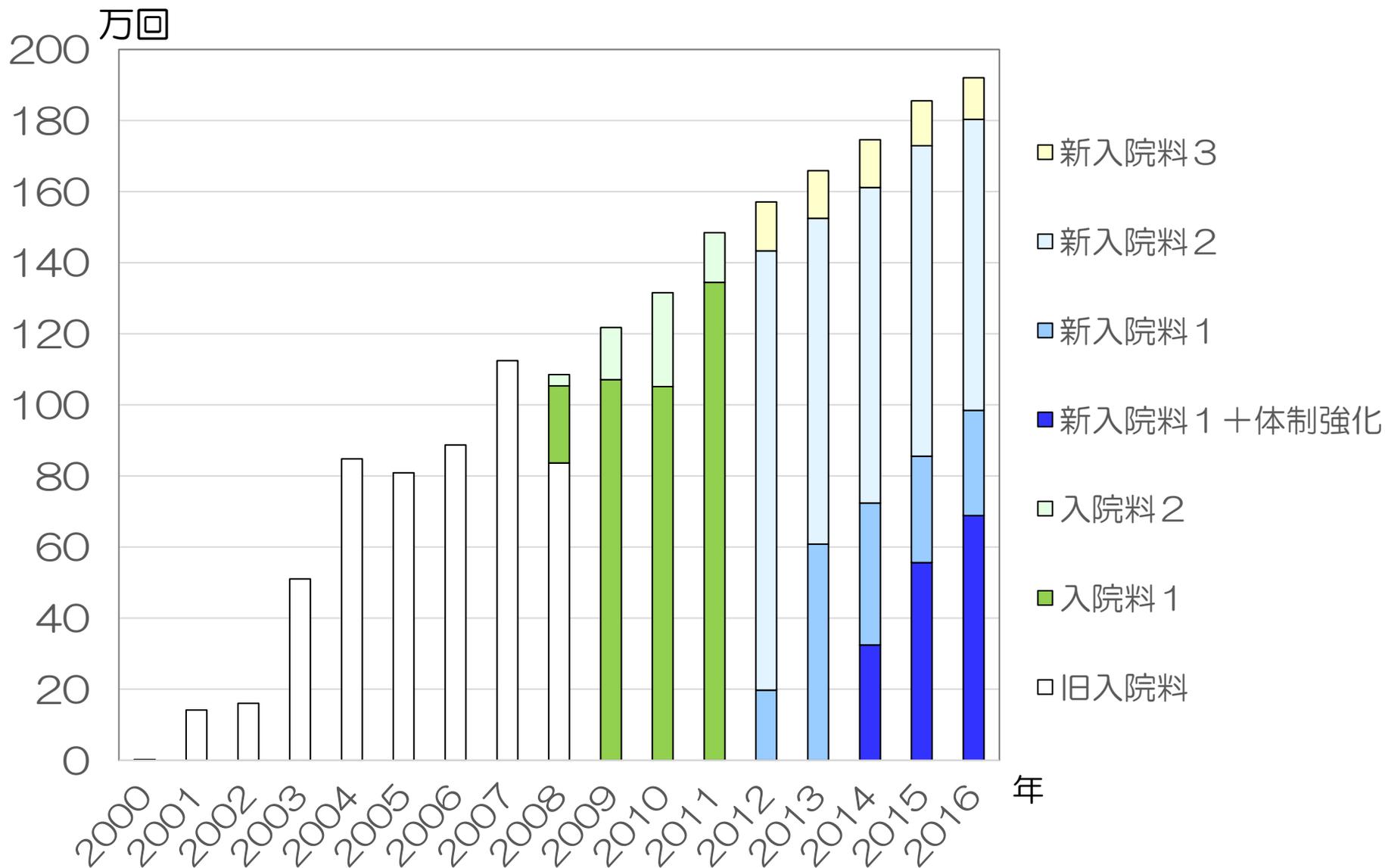


※ 14年間で費用は、いずれも増加し訪問リハは8倍  
居宅における費用割合は、通所リハが2/3に減少

## 7. 回復期リハ病棟の実績

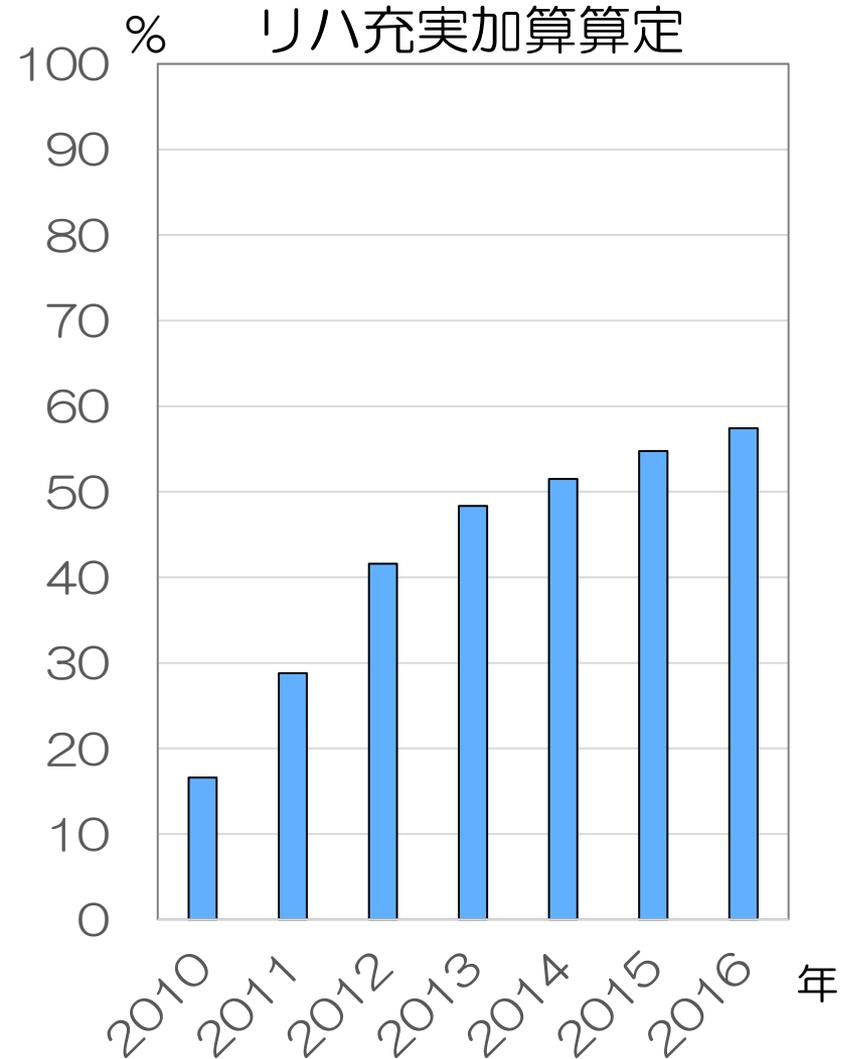
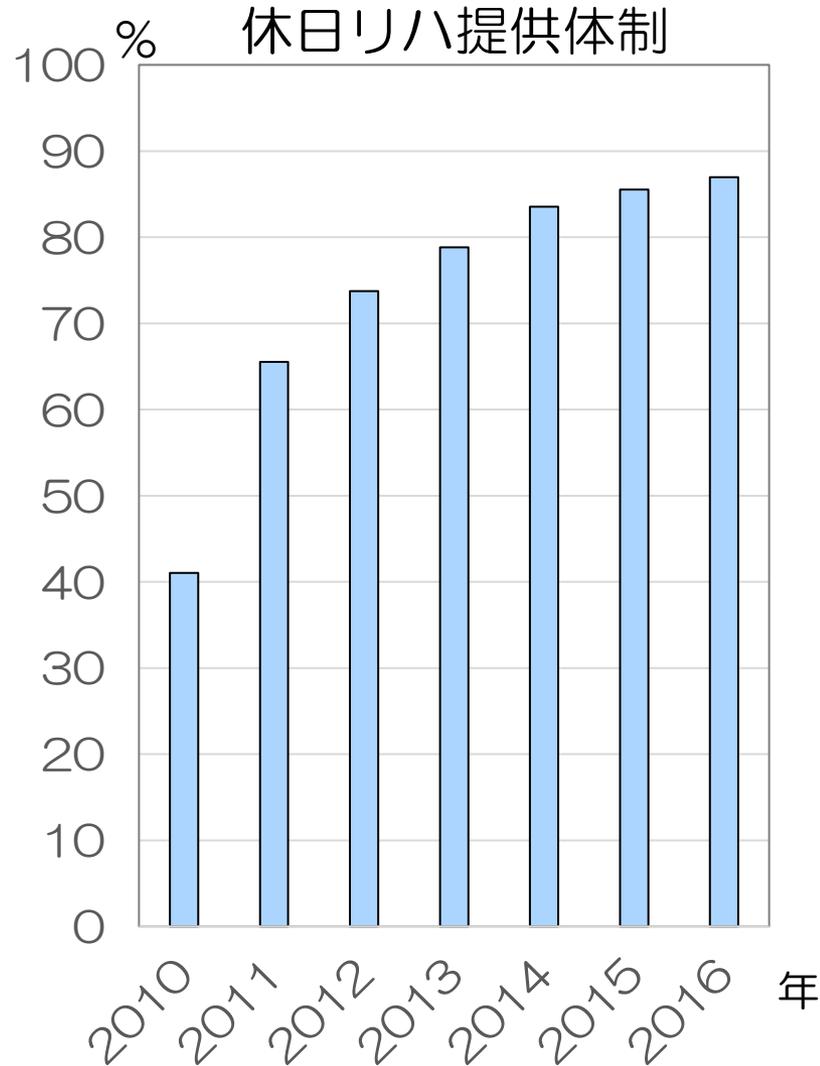
# 回復期リハ病棟入院料の算定回数推移

(社会医療診療行為別調査 2000年~2016年 各年6月)



# 休日リハ提供体制・リハ充実加算の推移

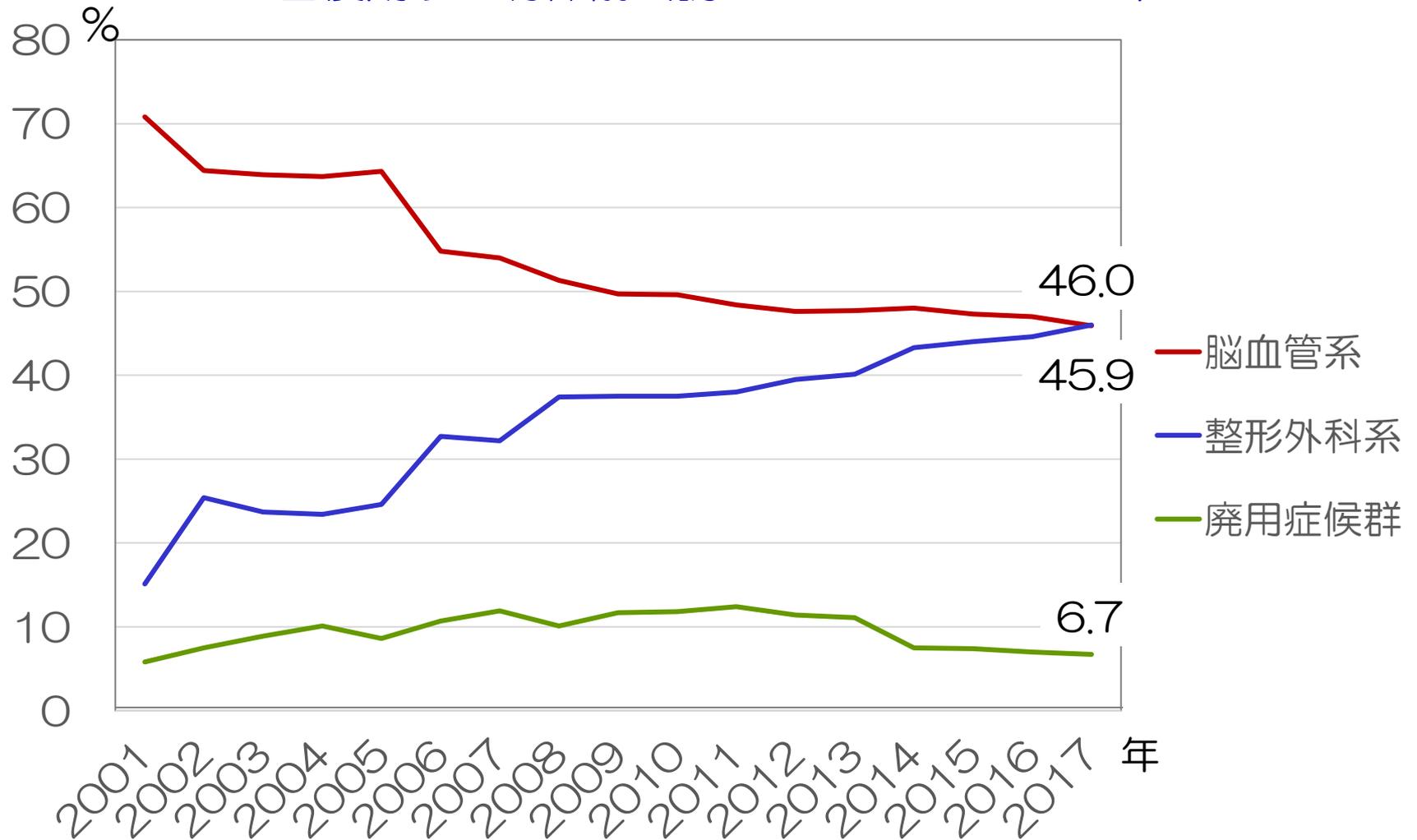
(社会医療診療行為別調査 2010年~2016年 各年6月)



※ 休日リハ提供体制は87.0%、6単位以上実施は57.5%

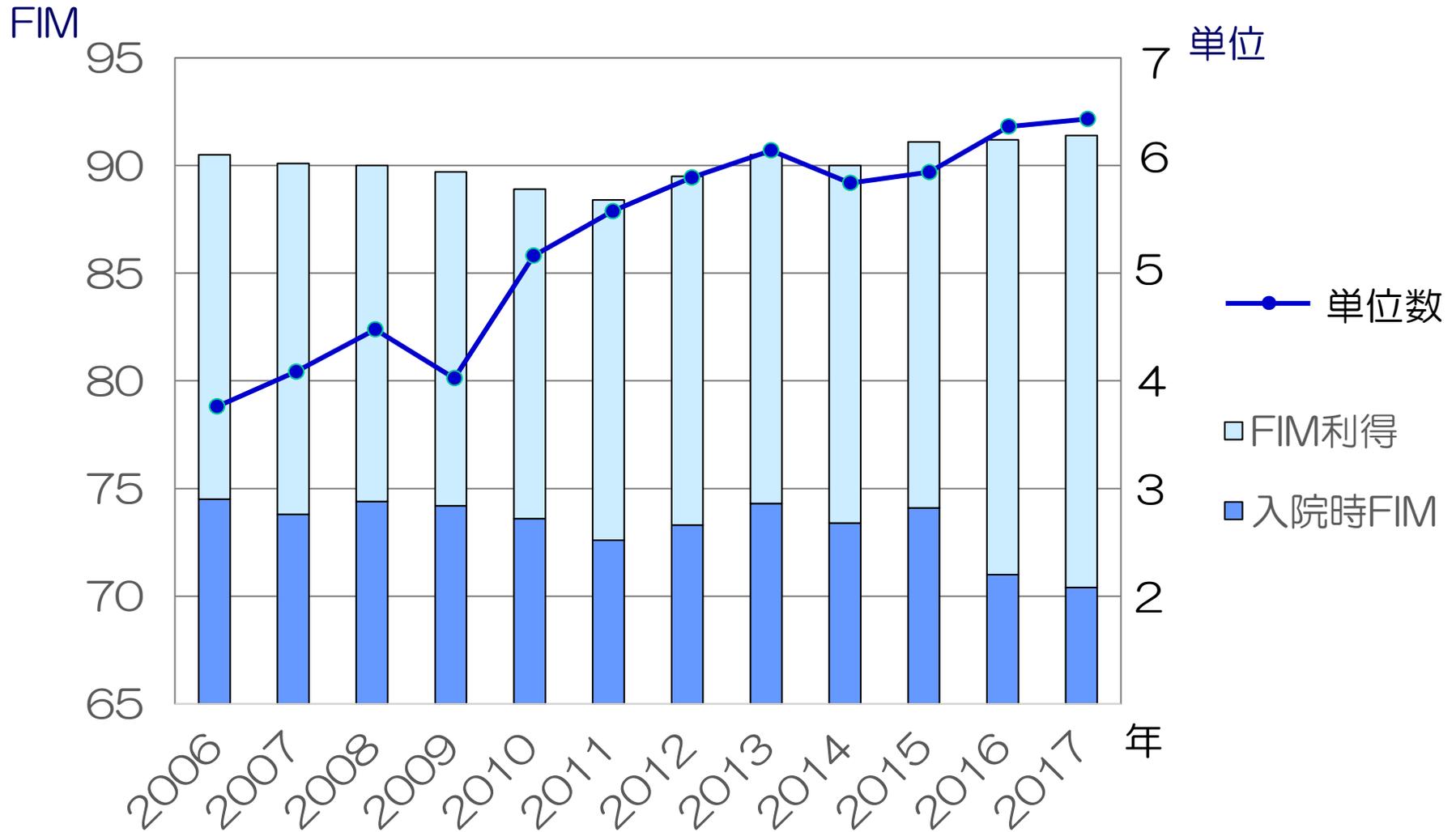
# 回復期リハ病棟の疾患別入院患者割合の推移

回復期リハ病棟協会調査 2006~2017年



# 全患者の平均FIM利得とリハ実施単位数の推移

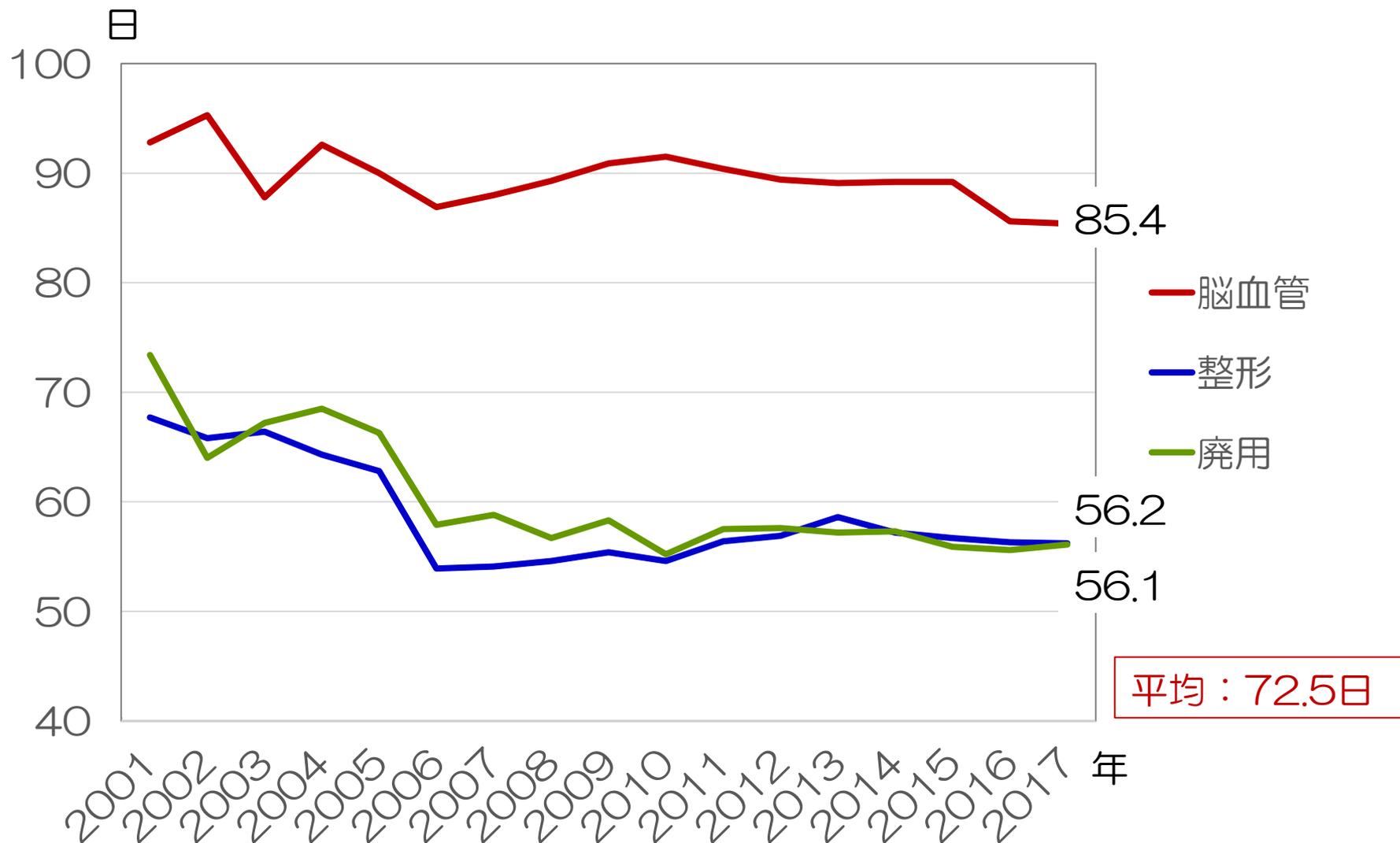
回復期リハ病棟協会調査 2006~2017年



※ FIM利得は21点、患者1人1日あたりリハ実施対数は6.39

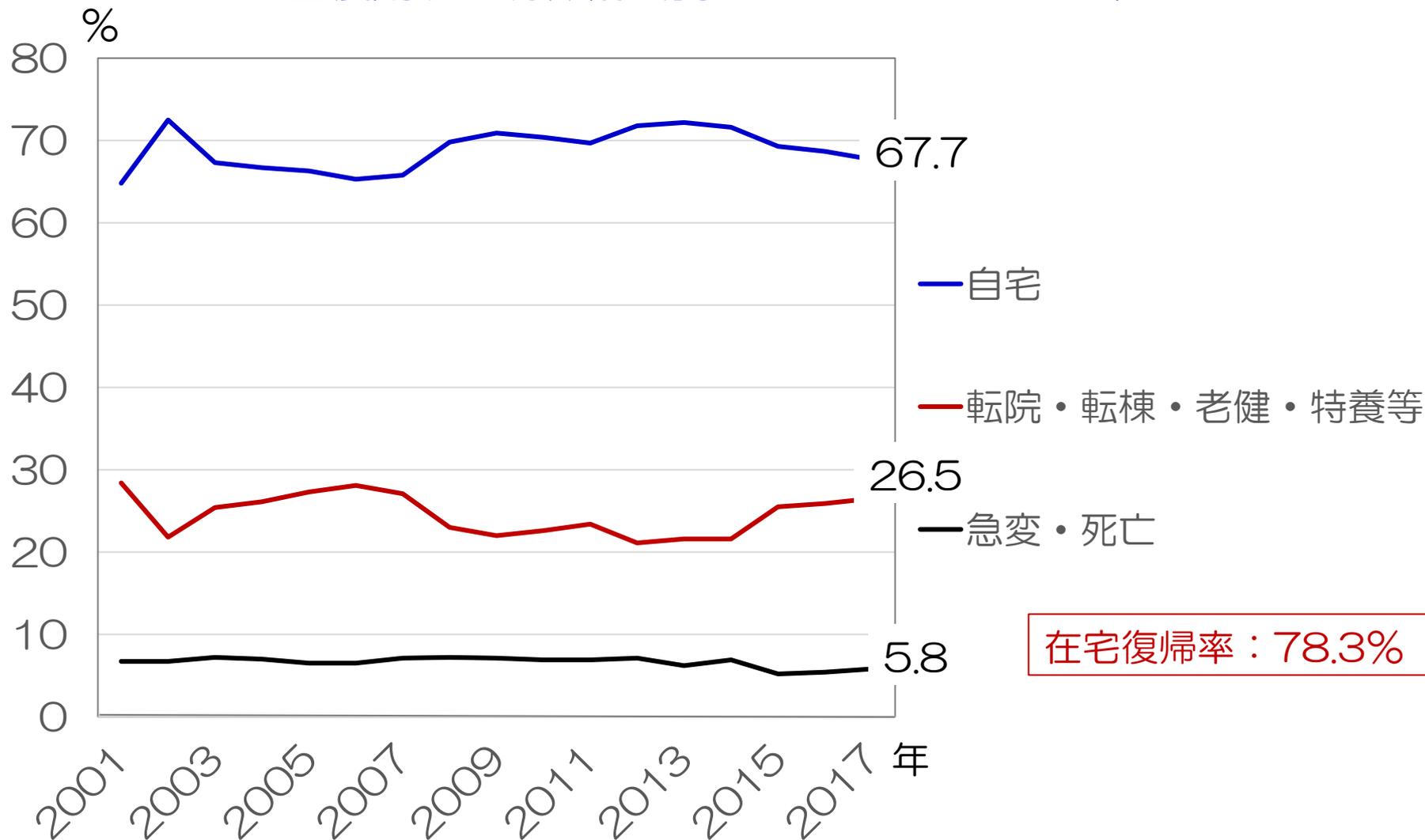
# 回復期リハ病棟における平均在棟日数の推移

回復期リハ病棟協会調査 2006~2017年



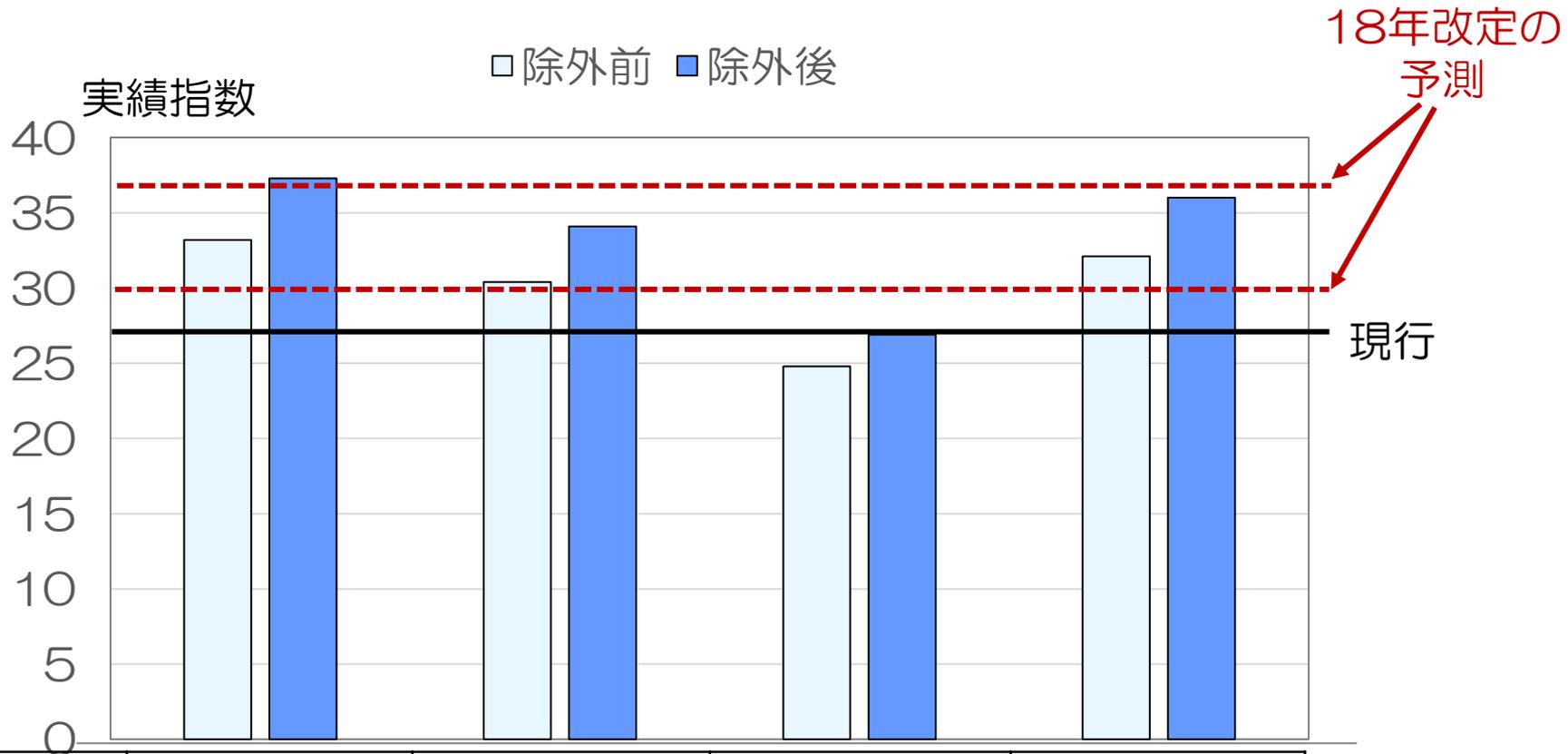
# 回復期リハ病棟における退院経路の推移

回復期リハ病棟協会調査 2006~2017年



# 回復期リハ病棟における実績指数の平均値

回復期リハ病棟協会調査 2017年



		入院料1	入院料2	入院料3	全病棟
N	除外前	671	354	21	1046
	除外後	664	350	20	1034



## 8. 回復期リハ病棟の質の向上

## 回復期リハ病棟における質の向上には

1. リーダーシップがとれるリハ医の養成
  - チームの一員としての協調性があり、
  - リーダーとして的人間的魅力があり、
  - 患者・家族からの信頼が厚く、
  - 優れた医学的管理能力を有し、
  - リハビリテーションの知識が豊富な医師
2. チームアプローチの追求
3. 教育研修体制の整備・強化

# リハビリテーション・マインド

1. 正しさを追求する精神  
社会的に正しくフェアに
2. チャレンジ精神  
保守的にならず挑戦的に
3. 損得抜き精神  
目先の利益にとらわれない
4. 障害を有する人々と共に歩む精神
5. チームアプローチ  
One for All, All for One

# 社会から期待されるリハ医療

- 1963年のリハ医学会創立から55年が経過し、1989年のリハ病院協会設立から29年が経過した。
- 2000年の介護保険施行、回復期リハ病棟創設以降、リハ医療サービス提供量は急増した。
- 今まで、リハ専門職を養成し、リハ医療提供体制を整備し、その基本骨格は確立したが、現在はリハ医療の量より質が問われるようになっている。
- 超高齢社会にあって、リハ医療に対する社会からの期待は極めて大きい。
- リハ・マインドなき実践は、国民からの期待を裏切りリハ医療への信頼を失うことになりかねない。
- 今後の10年間は、質の向上をめざし邁進する時期と考える。