

# 回復期リハビリテーション医療を取り巻く状況

高齢化に伴い増加し続ける社会保障費に対して、周知のごとく2012年に「2025年モデル」が国策として打ち出された。「2025年モデル」への変換に向け、医療計画、介護保険事業計画の見直しなど、医療機関や介護事業所にとっては厳しい大改革が、2018年の医療・介護同時改定で本格化されると考えられる。回復期リハビリテーションの分野とて、その例外ではない。これまで、回復期リハビリテーション医療は、量的充足を促す診療報酬プラス改定の追い風の中、比較的堅調な経営が可能であった。しかし、2014年度の診療報酬改定後暫くして、国民健康保険団体連合会の審査によるリハビリテーションの単位数を大幅に減点するというマイナス査定が行われるようになった。大阪は特に厳しく、以降、本来認められているはずの回復期リハビリテーションの9単位から、単位数減量の自主規制が必要となった。そして、2016年の診療報酬改正では、一定の成果を上げることが出来なければ疾患別リハビリテーション料の一部が入院料に包括されるという、事実上6単位までしか認められない「アウトカム評価」が始まった。これは、「量的充足から質的充足へ」の政策転換を意味している。2018年以降も成果に見合わなければ減算される方向により一層進んでいくと考えられる。しかも、2018年度予算編成は極めて厳しいものとなる。その理由は二つあり、一つは、2017年4月に予定されていた消費税率8%から10%への引上げが2019年10月に再延期され、1兆4000億円ほどの社会保障費に充てるはずの予算が見込めなくなったことである。もう一つは、「経済財政運営と改革の基本方針2015」で、社会保障費関係の伸びを高齢化による自然増に相当する年500億円程度に抑えると示されており、2018年度予算編成はこれに沿ったものとなるからである。リハビリテーション病院においては、入院診療報酬のみで経営の安定化を図ることは、今後、厳しくなっていくであろうことは想像に難くない。しかし、「2025年モデル」とは、そもそも、団塊の世代が後期高齢者となる超高齢化社会において、「治す医療」から「支える医療」への転換を形にしたものである。それは、急性期病床は更なる縮小が求められるが、回復期医療の必要性は一層高まっていくとうことで、我々にとって決して悲観的なことばかりではない。常に時流を読み、熟慮し、今後求められる医療に的確に対応していくことこそが、正しい態度である。

回復期医療とは、回復期リハビリテーション病床だけを意味するわけではなく、地域包括ケア病床も含まれる。回復期リハビリテーション病床自体は既に飽和に達しており、他院のリハビリテーション病床のみならず、増えていく地域包括ケア病床との競争と共存のあり方を常に念頭に置いておく必要がある。回復期リハビリテーション病院では、その専門性を生かし、入院リハビリテーションだけではなく、専門外来、通院リハビリテーション、訪問リハビリテーションなど維持期への橋渡しが可能である。それらは、地域包括ケアの一助にもなる成長分野であり、今後当院が展開していくべき中長期視野に立つ目標となる。そして、リハビリテーションの専門性を謳い、選ばれる病院であるには、もっとも根源的なことを忘れてはいけない。それは、リハビリテーションそのもののクオリティーである。従来のリハビリテーションの充実のみならず、先端リハビリテーションへの取り組みが欠かせない。

## 当院の現状

2016年度は、平均稼働率95.5%、平均在院日数49.2日（全国平均72.1日）と、「高い入院稼働率を短い平均在院日数」を達成した。2017年度も、平均稼働率95%の目標を超えている。高い入院稼働率を短い平均在院日数（高回転率）で恒常的に運営出来るようになっており、包括化された入院診療報酬とその関連加算での収益はほぼ上限に達している。このような病院の現状からも、今後を見据えた入院診療以外の事業展開が必要である。

## 中長期計画のねらい

専門外来、通院リハビリテーション、訪問リハビリテーションなどは、「維持期への橋渡し」の他にも利点がいくつかある。

1. 短い在院日数ではフォローしきれない高次脳機能障害や麻痺肢の痙縮などのリハビリテーションを、専門外来を設置することにより継続することが出来る。
2. 診療報酬が包括されている入院医療では行い難い「先端医療の導入」が、外来では実現しやすくなる。
3. 「先端医療の導入」によりリハビリテーション専門病院としてのレベルアップを図ることが出来る。
4. 専門外来と先端医療により他病院との差別化が生まれ、「選ばれる病院」の理由となる。
5. 先端医療の宣伝効果は、この治療が受けたいという集患効果のみならず、この医療を学びたい・働きたいというスタッフが集まる魅力ともなる。
6. 介護保険の通所リハビリテーションへの発展の足掛かりになる。
7. 通所リハビリテーションまで発展すれば、送迎を考慮することとなる。送迎車の運用を外来患者も利用出来るようにするなど工夫すれば、当院の問題である交通の不便を解消する一助となる可能性がある。

\*但し、通所リハビリテーションなど介護保険を用いたサービスには老健たちばなどの整合性を果たす必要があることを留意しなければいけない。

# 専門外来、通院リハビリテーションについて

専門外来は、高次脳機能外来・リハビリテーション、脳卒中後外来・リハビリテーションを想定している。

## 高次脳機能外来・リハビリテーション

高次脳機能障害を持つ患者の退院後のフォローは、殆ど整備されていないのが現状である。自宅復帰は可能となっても、高次脳機能障害の大部分は長期間残存するため、生活、社会復帰にはまだまだ問題を残されている方が多い。現在、生活期に高次脳機能障害に対する専門的な診療やリハビリテーションが出来る医療機関、施設が少ない。特に短い在院日数で退院となっている当院では、退院後の高次脳機能障害が強い患者の維持期への橋渡しには苦慮することが多い。また、日常生活への復帰はもとより、復職、運転再開などの道筋も社会的体制が整っておらず、そういった患者の支援が望まれている。

また、高次脳機能障害に対する通院リハビリテーションは、短い入院期間が有利に働く。当院では、脳血管疾患の平均在院日数は55日（全国平均85.6日）であり、高次脳機能障害の疾患別リハビリテーション期限は180日まで認められているので、医療保険を用いた通院リハビリテーションを残りの比較的長い期間行うことが出来るのである。

## 脳卒中後外来・リハビリテーション

四肢の痙縮に対するボツリヌス治療や麻痺肢に対するリハビリテーションを行う。四肢の痙縮に対するボツリヌス療法は保険適応が認められた治療で、診療が包括化されていない外来では手技料は400点を算定出来る。ボツリヌス療法を行っている施設は周辺地域で多くなく、特に平野区では行っている施設は無いので、相応の需要はあると考えられる。そして、ボツリヌス療法は、3から4ヶ月毎にボツリヌス毒素を痙縮部に注射する必要があり、長期通院が見込まれる。また、ボツリヌス治療は、リハビリテーションと組み合わせることによって最大効果が得られるので、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションなど介護保険を使ったリハビリテーションの需要増加も視野に入ってくる。

# 先端リハビリテーションの導入

## 電気刺激療法

高次脳機能リハビリテーションやボツリヌス療法を進めるうえで、電気刺激療法やロボットを用いたニューロリハビリテーションの導入も視野に入ってくる。すでに随意運動介助型電気刺激Integrated Volitional control Electrical Stimulator (IVES)は、当院でもすでに導入されている。IVESはまだ限定的に用いられているが、

- 痙縮に対するボツリヌス療法とIVESを用いた電気刺激の併用療法
- Hybrid Assistive Neuromuscular Dynamic Stimulation (HANDS) therapy
- Constraint-induced movement therapy (CI 療法) と電気刺激併用治療

などのエビデンスもあり、IVESを使用し先進的なリハビリテーションを行うことが現在でも可能である。

## ロボットリハビリテーション

ニューロリハビリテーションでは、ロボットテクノロジーもすでに実用化が始まっている。「ロボットスーツHAL®医療用（下肢タイプ）」は、神経・筋難病疾患に対する歩行機能改善に保険適用となっている。脳血管障害への保険拡大が現在治験中で、幾つかあるロボットアシスト機器の中でいち早く保険診療が可能となると考えられる。「ロボットスーツHAL®福祉用」はリースが可能であり、医療機関や福祉施設であらゆる歩行障害の患者に既に導入されている。治療効果も報告されており、ロボットスーツの導入によりリハビリテーションのレベル向上を図ることが出来る。さらに、ボツリヌス療法との組み合わせなど先進的な治療の展開も期待できる。また、ロボットリハビリテーションは、話題性に富み、その宣伝効果は大きい。

今後、ニューロリハビリテーションは必ずリハビリテーションの主流となる。IVES やHALを手始めに、来るべき時代のリハビリテーションの時流に適應出来るよう、今から研鑽を積むことが肝要である。

## 中長期計画基本方針

1. 平均稼働率95%以上の維持
2. 病院機能の標準化－病院機能評価取得 2018年4月までに病院機能評価認定証を取得する。
3. 高次脳機能外来・リハビリテーションの開設
4. 脳卒中後外来・リハビリテーションの開設
5. ニューロリハビリテーションの導入
6. 訪問リハビリテーションの充実
7. 通所リハビリテーションの開設

## 事業計画

1. 従来通りの短い平均在院日数で成果を上げ、出来る限り早い紹介患者の受け入れが可能となるようを今後も努力する。地域との交流、病院からの発信を活性化していく。ホームページ、広報誌、サービス向上委員会活動などを充実させる。
2. 2018年1月に病院機能評価を受ける。
3. 高次脳機能外来研究班（OT、STで編成）を2017年度に立ち上げ、高次脳機能外来・リハビリテーションの開設に向け準備する。高次脳機能障害の専門療機関（堺市のなやクリニック）等の研修会に参加する。  
研究班をベースにST、OTの人材確保を図る。緩やかにスタートし、適宜必要人員（療法士、看護師など）を確保しながら拡充を目指す。
4. ボツリヌス療法研究班（PT、OTで編成）を2017年度に立ち上げ、脳卒中後外来・リハビリテーションの開設に向け準備をする。医師は、ボツリヌス療法の講習を受け、ボツリヌス療法の資格を得る。  
高次脳機能外来を含め、2017年度の常勤医を確保する。  
緩やかにスタートし、適宜必要人員（療法士、看護師など）を確保しながら拡充を目指す
5. 電気刺激研究班（PT、OT、STで編成）とロボット研究班（PT、OTで編成）を2017年度に立ち上げ、ニューロリハビリテーション導入に向け準備をする。  
ロボットスーツ「HAL®福祉用」など導入可能なものから予算、運用方法を具体化し、実現していく。  
新機器購入には、費用対効果を鑑み、必要なものは予算編成を行う。  
緩やかにスタートし、適宜必要人員（療法士、看護師など）を確保しながら拡充を目指す。  
高額の施設投資は、出来る限り2019年10月の消費増税までに行う。
6. 訪問リハビリテーションの拡大を計画する。
7. 短時間通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満程度）を視野に準備を行う。ボツリヌス療法や高次脳機能外来とリハビリテーションとの組み合わせは、医療保険診療終了後はここで行う。ここでは、ロボットスーツの活用も想定している。  
長期的には、介護保険通所リハビリテーションに療法士を充足させ、維持期における在宅リハビリテーションの拠点とする。  
半日の介護保険通所リハビリテーションも考慮。老健たちばなどの役割分担、連携を強化する。

## 集患計画・人材計画

---

高次脳機能外来・リハビリテーション、ボツリヌス療法・リハビリテーション、ニューロリハビリテーションなどの先進的リハビリテーションへの取り組みを、ホームページ、広報誌、地域活動などを通じて周知を図ることが、集患においても人材雇用においても重要である。

療法士確保対策：セラピスト採用計画を状況に応じて随時更新し、必要人数の確保に努める。

看護師確保対策：紹介業者、ホームページ掲載等により採用。ボツリヌス療法や訪問患者面談などの人材も考慮していく。

介護士確保対策：紹介業者、ホームページ掲載等により採用。外国人介護士について研究し、採用考慮する。

研修、教育制度：積極的な研修参加への支援制度を構築する。研究発表、論文投稿を活性化し、支援する。

サービス向上委員会活動を通じ、アメニティ、アクティビティーの充実を図り、患者、職員満足度の向上を常に目指す。

## その先の景色－長期事業計画

---

巡航速度に乗ると必要になる設備、機能

1. リハビリテーション室の拡張
2. ニューロリハビリテーション室
3. 通所リハビリテーションのための送迎手段、更衣室
4. デイケアには団楽室、食事、風呂
5. 嚥下造影用透視、嚥下内視鏡：リハビリテーション病院として嚥下機能についても専門性を求めたい。

事業の統合、効率化

リハビリテーション病院の機能拡張、介護保険サービスの充実に伴い、たちばな会としての戦略図を描きたい。上記設備は、リハビリテーション病院の改築や増築が必要である。ある程度の事業拡大が見込まれるなら、リハビリテーション病院と老健たちばなを併設することにより事業の効率化を図り、人材、施設の共有が出来ればより理想的である