

介護スタッフ向け講習会

回復期リハビリテーション病棟について

概要や取り組みについて知ろう！



いつでも、どこでも、誰もが安全で安心できる良い医療と介護・福祉を



函館稜北病院

回復期リハビリテーション病棟 48床

地域包括ケア病棟 56床

病院機能評価 回復期高度専門機能、リハビリテーション病院

在宅機能(訪問診療、通所リハビリ、訪問リハビリ)

リハビリと在宅がウリの病院

思いやりのある面倒見の良い病院を目指している

#理学療法士
#作業療法士
#言語聴覚士



Follow me!
Instagram



@REHA.RYUOHOKU

@ reha.ryouhoku



道南勤医協函館稜北病院 リハビリテーション部



大渕 裕

出身地

函館市

趣味

珈琲、朝野球
コーチング

家族構成

妻、長女、長男

役割

リハビリテーション部
副部長
回復期退院支援チーム
マネジャー



友人から京極町お土産のコーヒー豆
その味わいはまるでビターチョコレート！
もう感謝感激！ *Thank you*



本日のゴール

回復期リハビリテーション病棟の概要

診療報酬制度を理解する

回復期リハビリテーション病棟を

イメージ出来る

誰かに回復期リハビリテーション病棟を

説明できる

本日の内容

回復期リハビリテーション病棟の概要

回復期リハビリテーション病棟入院後の流れ

具体的な実践例

回復期リハビリ
回復期リハビリテーション

対象病名がある

回復期リハビリテーション病棟は、**脳血管疾患または大
腿骨頸部骨折などの病気**で

集中的なリハビリ 学的

・社会的・心理的なサポートが必要。患者さんに対して、
**多くの専門職種がチームを組んで集中的なリハビリテーシ
ョンを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻**

っていただくことを目的とした病

社会参加を目指す

回復期リハビリター

入院期限がある

この病棟では、**疾患別に入院できる期間が定められています。**
これらの患者さんに対し、**入院生活がリハビリ**入院後すぐ、トイレへ行く、お風呂に入るなど（これらを「**日常生活動作**」（ADL）**といいます）への積極的な働きかけで改善を図り、家庭復帰を支援していくのです。**



回復期リハビリテーション

北海道2764床

※[e-Stat](#)政府統計の総合窓口より

回復期リハビリテーション病棟は2021年8月現在、全国1,530の
病院内に2,009病棟、90,946床が整備されています。各病棟は
入院中提供されるリハビリテーション・ケアの体制の違いによ
り、制度上「入院料1」から「入院料6」まで、6段階（2022年
10月以降は5段階になる予定）に分かれています。

入院料によって基準がある

一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会より



入院期限がある

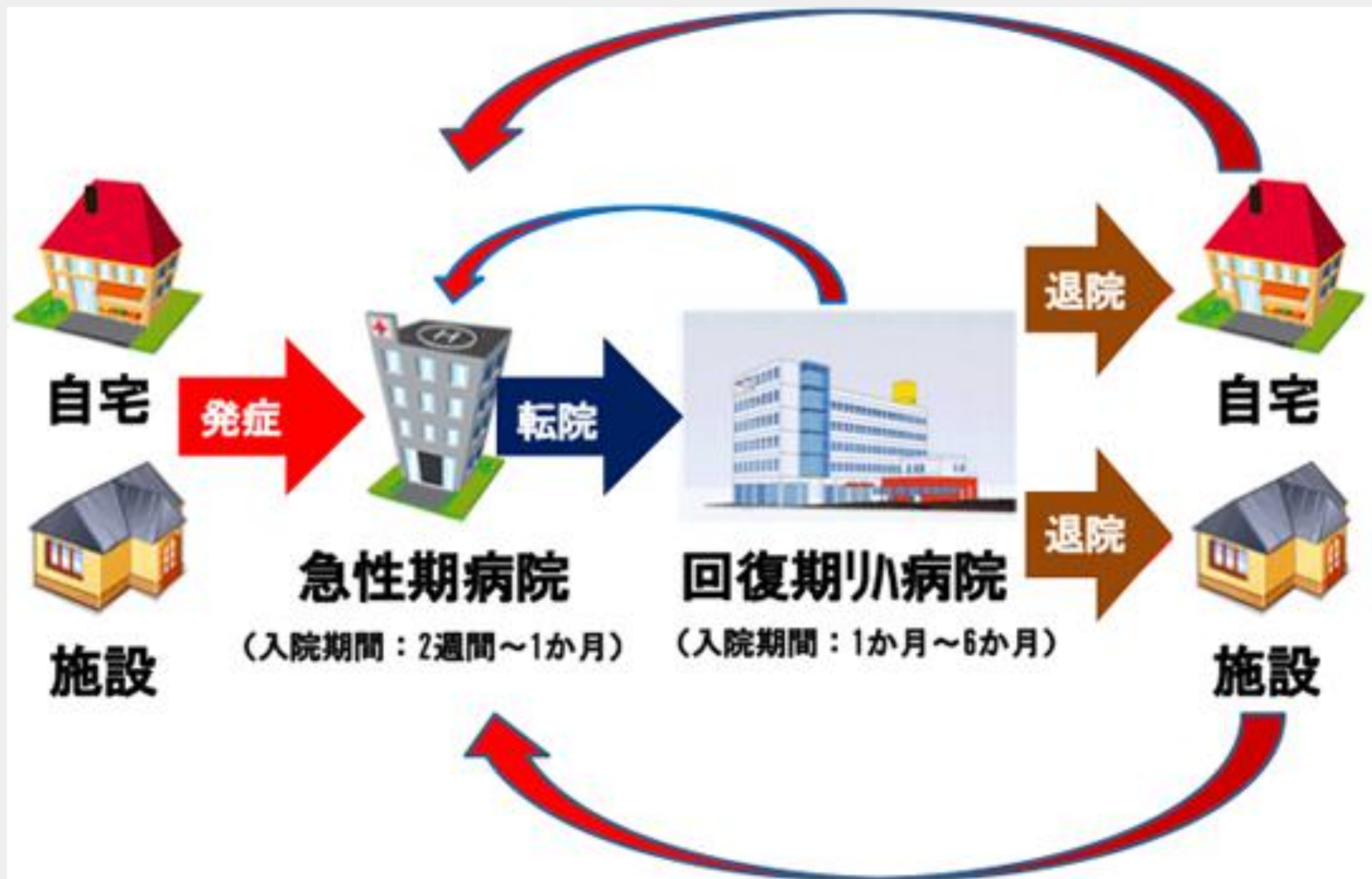
対象病名がある

入院生活がリハビリ

集中的なリハビリ

入院料によって基準がある

社会参加を目指す



資料出典：厚生労働省 告示 第55号

回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数（2022年度年改定・別表第9の2）

回復期リハビリテーションを要する状態		算定上限日数
脳血管 性神経	脳血管疾患や神経損傷 義肢が必要な切断症例	150日
高次脳	重篤な脳血管疾患及び脊髄損傷	180日
大腿骨	大腿骨・膝・脊柱・骨盤骨折 2肢以上骨折	90日
外科手術	外科術後や肺炎、コロナ後等 廃用症候群認める	90日
大腿骨	股・膝・脊柱・骨盤 神経・靱帯損傷	60日
股関節	股・膝 置換術 THA、人工骨頭、TKA	90日
急性心	心臓疾患や術後	90日

資料出典
回復期リハ



が算定上限日数（2022年度年改定・別表第9の2）

	リハビリテーションを要する状態	算定上限日数
脳血管疾患、 性神経炎、	のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発 後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	150日
！算定上限日数は、最大入院期間であり、 必ずしもその日数入院できるわけではありません。。。		
	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、手術後又は発症後の状態	90日
	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態	60日
	股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日
	急性心筋梗塞、狭心症発症その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	90日

入院期限がある

対象病名がある

入院生活がリハビリ

集中的なリハビリ

入院料によって基準がある

社会参加を目指す

回復期リハビリテーション病棟入院料（主な施設基準）

	入院料 1	入院料 2	入院料 3	入院料 4	入院料 5 (※1)
職員の に関 施設	入院料1・2：専門職の配置が手厚い。 PTOTST、看護師、社会福祉士、管理栄養士の充実				
	社会福祉士	専任常勤 1 名以上 → 専従常勤 1 名以上		－	
	管理栄養士	専任常勤 1 名	専任常勤 1 名の配置が望ましい		
	休日のリハビリテーション	○		－	
リハ テーシ の提供 等に関 施設	入院料1・2：365日リハを展開している。リハ資源充実 入院料1：栄養評価厳格化(<u>GLIM基準：世界共通の評価</u>)				
		望ましい		望ましい	
	<u>地域貢献活動</u>	<u>参加することが望ましい</u>		－	
アウト に関 施設	入院料1・2：重症患者を多く受け入れ、改善率が高い 入院料1： <u>実績指数</u> 40以上(短い在院で効率よいADL改善)				
	新規入院患者の受け入れ				

●栄養スクリーニング

- ・ 全ての対象者に対して栄養スクリーニングを実施し、栄養リスクのある症例を特定
- ・ 検証済みのスクリーニングツール（例：MUST、NRS-2002、MNA[®]-SFなど）を使用

栄養リスクあり

●低栄養診断

表現型基準（フェノタイプ基準）

意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少
☐ > 5%/6ヶ月以内 ☐ > 10%/6ヵ月以上	☐ < 18.5, 70歳未満 ☐ < 20, 70歳以上	☐ 筋肉量の減少 ・ CTなどの断層画像、バイオインピーダンス分析、DEXAなどによって評価。下腿周囲長などの身体計測値でも代用可。 ・ 人種に適したサルコペニア診断に用いる筋肉量減少の基準値を使用
どれか1つ以上が該当		

病因基準（エチオロジー基準）

食事摂取量減少/消化吸収能低下	疾病負荷/炎症
☐ 1週間以上、必要栄養量の50%以下の食事摂取量 ☐ 2週間以上、様々な程度の食事摂取量減少 ☐ 消化吸収に悪影響を及ぼす慢性的な消化管の状態	☐ 急性疾患や外傷による炎症 ☐ 慢性疾患による炎症
どれか1つ以上が該当	

表現型基準と病因基準の両者から1項目以上該当

低栄養と診断

●重症度判定

	意図しない体重減少	低BMI	筋肉量減少
重度低栄養と診断される項目	☐ > 10%, 過去6ヵ月以内 ☐ > 20%, 過去6ヵ月以上	☐ 高度な減少	☐ 高度な減少

表現型基準の3項目で、より高度な基準値を超えたものが一つでもある場合は重度低栄養と判定され、該当しない場合は中等度低栄養と判定

低栄養かどうか？
スクリーニング

低栄養が・・・
身体的な要因か？
病態(炎症等の影響)
的な要因か？
をチェック

低栄養重症度を判定

「体の変化」と「病気の影響」から、
栄養不足を見つけるためのツール！

[日本栄養治療学会JASPENより引用](#)

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の}\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)\text{の総和}}$$

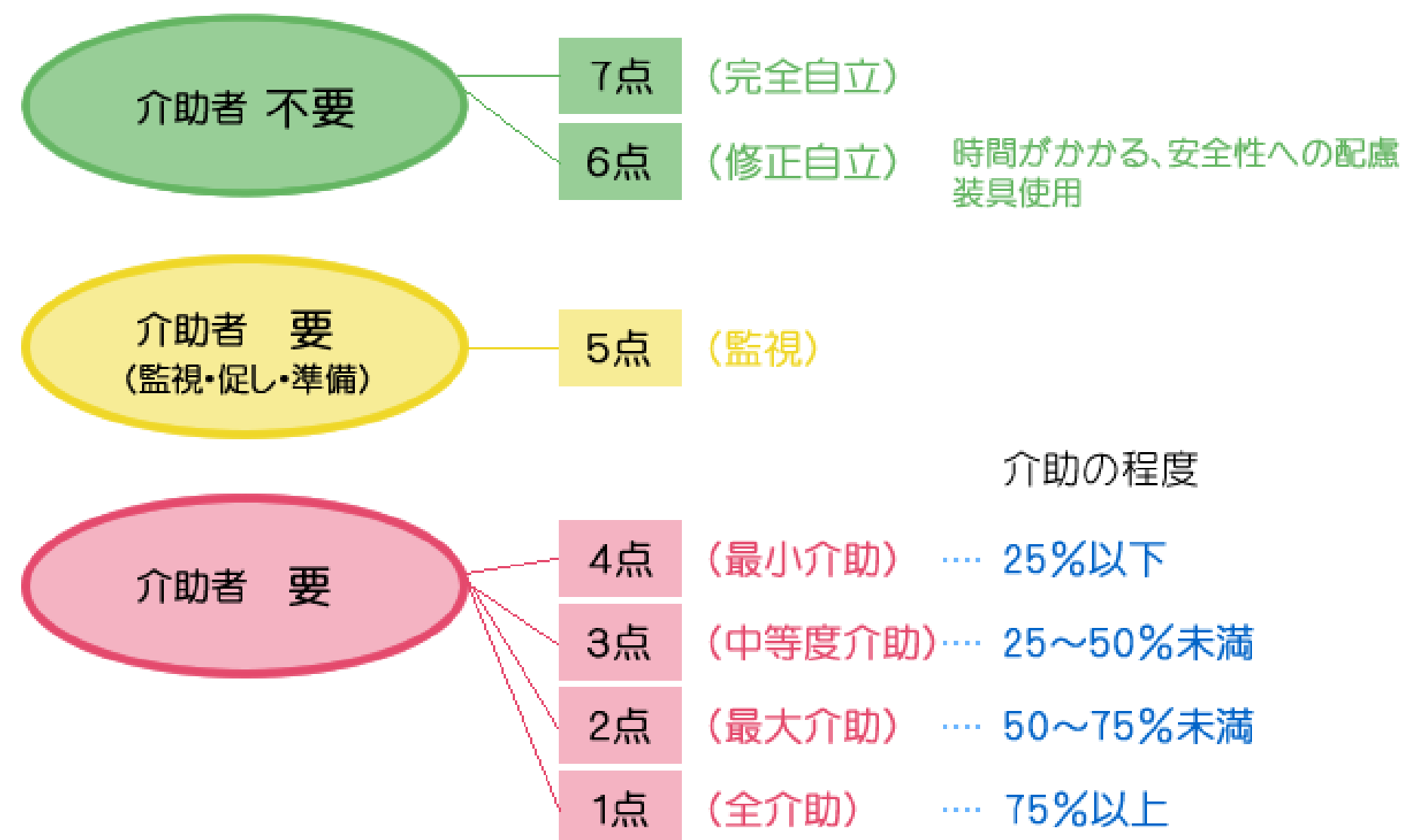
実績指数とは・・・入院中のリハビリの成果を点数で示したもの 基準：40以上

運動機能の改善(FIM)度合と入院期間

実績指数が高い・・・運動機能を短期間で効率よく改善出来ている
リハビリの質が高い

大項目	中項目	小項目
運動項目	セルフケア	① 食事
		② 整容
		③ 清拭（入浴）
		④ 更衣（上半身）
		⑤ 更衣（下半身）
		⑥ トイレ動作
	排泄コントロール	⑦ 排尿動作
		⑧ 排便動作
	移乗	⑨ ベッド・椅子・車椅子
		⑩ トイレ
		⑪ 浴槽・シャワー
	移動	⑫ 歩行・車椅子
		⑬ 階段
認知項目	コミュニケーション	⑭ 理解
		⑮ 表出
	社会的認知	⑯ 社会的交流
		⑰ 問題解決
		⑱ 記憶

FIM：機能的自立度評価表



日常生活の介助量を1～7点で評価する指標
18(全介助)～126(自立)点で評価される

実績指数具体例

具体的な事例(架空事例)：

60歳 男性 脳血管疾患で入院。高次脳機能障害はなし。入院時A D Lは全介助。回復期病棟で75日のリハビリを実施して、自宅退院した。

大項目	中項目	小項目
運動項目	セルフケア	①食事 1 ⇒ 6
		②整容 1 ⇒ 6
		③清拭（入浴） 1 ⇒ 6
		④更衣（上半身） 1 ⇒ 6
		⑤更衣（下半身） 1 ⇒ 6
		⑥トイレ動作 1 ⇒ 6
	排泄コントロール	⑦排尿動作 1 ⇒ 6
		⑧排便動作 1 ⇒ 6
	移乗	⑨ベッド・椅子・車椅子 1 ⇒ 6
		⑩トイレ 1 ⇒ 6
		⑪浴槽・シャワー 1 ⇒ 6
	移動	⑫歩行・車椅子 1 ⇒ 6
		⑬階段 1 ⇒ 6

実績指数の計算：

- ① F I M運動項目改善：65点
※入院当初全介助から修正自立へ
- ②入院期間：75/150日＝0.5

リハビリ実績指数の計算式

退棟時のFIM点数－入棟時のFIM点数

入棟から退棟までの日数

入棟時の状態に応じた算定上限日数

65

75

150

65

0.5

= 130

入院～退院までの流れ



ADL評価



医師、看護師、リハスタッフ、歯科衛生士

入院時の患者さんの動きを確認

転倒リスク評価

口腔評価

嚥下評価

NST評価

家屋訪問

- ・ 自宅及び住宅型施設退院時に伺うことが多い。
- ・ CMさんや福祉用具業者さんにも立ち合いを依頼する。
- ・ 動線確認と福祉用具検討
- ・ 患者さんの実動作訓練
- ・ サービス調整の相談



介助指導・チェック事項



患者さんご家族への介助指導

施設スタッフへの介助指導

服薬管理をどうするか？

緊急時対応は？

床上動作は？

病院受診は可能？

受診時の移送手段は？

医学管理先は？予約は？

入院中：ケアマネジャーさんと情報交換



患者さんの状態を説明
実際のリハビリ場面を見学
動作レベルの確認



退院時同行

歩行器に 酸素ボンベ装着

退院時の環境調整
必要な場合実施



歩行器の高さ調整

終わりに

回復期リハビリテーション病棟について
診療報酬制度や病棟の説明した。

地域連携を通して、
患者さんの能力向上に寄与出来ますと幸いです