

### 3 「回復期リハビリテーションにおけるリハビリテーション」

藤田保健衛生大学七栗サナトリウム 岡本さやか、園田 茂

#### 1 はじめに

回復期リハビリテーション(以下、リハと略す)とは、病態が安定期に入り、リハを集中的に行うことにより効果が期待できる患者に対して、日常生活動作(ADL)、歩行の自立などを目標として、理学療法、作業療法、言語療法などを集中的に行う医療である。

回復期リハ病棟は、2000年4月の診療報酬改定で回復期リハ病棟入院料が設けられたことにより始まった。その後、改定を経ながら現在に至っている。

当院の回復期リハ病棟は2001年より52床にて開設され、その後、2003年12月より54床増設され106床となっている。

本稿では、当院の現状を報告し、その課題、取組み等について述べる。

#### 2 問題意識

回復期リハとしてめざす目標は、まずADLの向上である。実際、機能回復をめざしたリハの効果を検討したメタアナリシスでは、集中的リハにより、ADLが向上し、自宅退院率が上がることが示されている。ここで、ADL改善には2つの要素があることを考えなくてはならない。機能障害があるなりに、身体をうまく使用したり、装具を用いることによるADL改善と、機能障害を底上げすることによるADL改善である。しかし、現状では、前者に力点が置かれがちである。今後、さらなるリハの質の向上のためにも、検討の余地がある点である。

また、質のみではなく、できるだけ短期間で最大限のリハ効果を上げる、というリハの効率も重要視されている。2009年6月現在、回復期リハ病棟は全国累計53585床であり、人口10万あたりでは全国平均42床、三重県では40床に満たない。この数字は患者数に対して、決して十分なものではないと思われる。しかし、患者数には季節や気候などの影響で増減の波がある。したがって、一概に病床数を増やせば効率が上がる、といかないのも事実である。この十分でない不安定な環境において、効率をいかによくするか、が求められているのである。ただ、患者の立場からは、性急でない、時間をかけたリハを求められることも多い。一般的に患者は、時間をかけることにより、より高いリハの到達点を得られると考えているのである。したがって、最短最速の利点やリハのゴールを十分に説明し、理解していただく必要がある。

さらに最近では、pay for performance(P4P)の概念が提唱されてきている。これは、医療機関が高質で効率的な医療サービスを提供した場合に、高い診療報酬を支払うというインセンティブ制度である。日本では他領域に先駆け、回復期リハ病棟に2008年4月の診療報酬改定より導入された。その内容は、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合により診療報酬が変わる、というものであった。海外で使用されている指標は、ほとんどが、ストラクチャーかプロセス指標であるが、今回は、質の評価のなかでも、結果(アウトカム)に重点がおかれたものとなっている。このP4Pの導入により、より質の高いリハの提供が可能となることが期待されているが、アウトカムが正しく測れるのか、またアウトカム指標が伸びると予測される患者が優先されることにならないか、などの問題があり、注意が必要である。リハの質や効果の適切な評価、および経済面の検討が今後の重要な課題となってくるであろう。

#### 3 取組み内容

当院回復期リハ病棟では、2000年12月より、FIT(Fulltime Integrated Treatment) programを行ってきた。FIT programとは、週7日訓練、一日中の訓練、情報の共有化を核とするリハの方法である

(図1)。ソフトウェアの特徴として、療法士が訓練週7日を維持できる体制、ADLに対する作業療法士-看護師の協調、家族教室などがある。また、ハードウェアの特徴としては、訓練室一体型病棟、多職種で情報共有ができるデータベースなどがある。訓練一体型病棟については、病棟と訓練室をつなぐように、幅6mの広い廊下を配置している。廊下は採光良好な明るい空間で、通行の場というだけでなく、休憩場所や訓練スペース、生活の場としての機能を併せもつこととなった。このような環境は、患者を、起きていなくてはならない、という気にさせる。これは、物には意味があり環境が働きかけてくる、というアフォーダンスの考え方に近いものである。その結果、ベッドに寝ていることを極力減らし、今後生活する環境に近い活動的な外部との接し方を日々患者に体験させることが可能となっている。

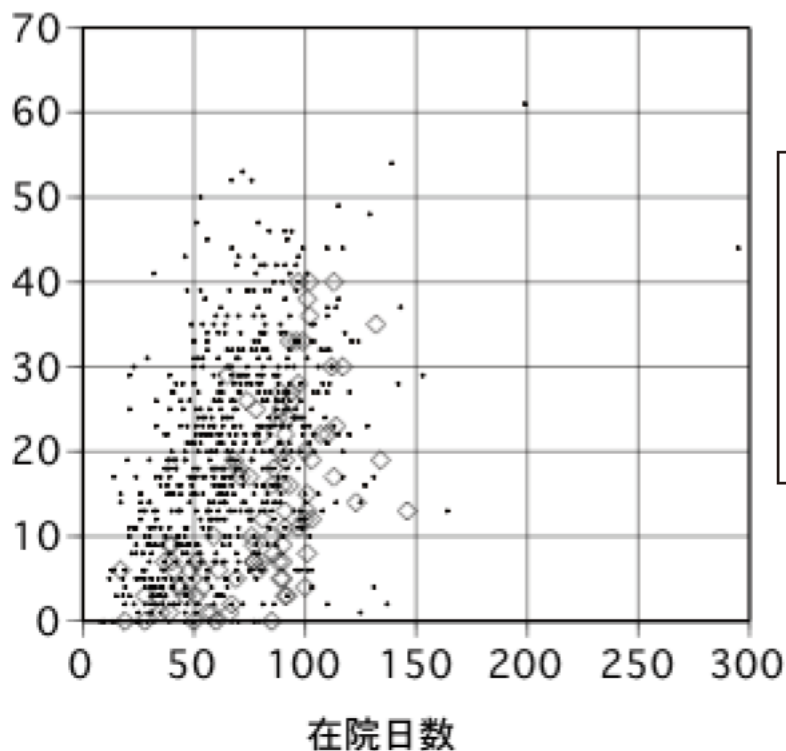


図1 回復期リハビリテーションでのコミュニケーション

訓練量については、2006年の診療報酬改定にて、リハビリテーション料を患者1人あたり1日9単位(3時間)の算定が可能となった。当院でも療法士を増員して全員9単位化に近づくよう努力している。現在理学療法士31名、作業療法士30名、言語聴覚士7名を擁する。

われわれはこのFIT programにより、在院日数の短縮、最終到達ADLレベルの向上など、十分な効果を上げてきた。具体的なデータを以下に示す。対象はFIT群が2001.4.1以降に入院 & 2006.9.30までに退院した患者で684名、対照としてそれ以前の従来群が97名である。入院日数を横軸に、FIM運動項目合計の入院後変化を縦軸にして図2に示す。短い入院日数で大きなADL改善をFITが実現していることが見てとれる。FITは従来群に比べ、退院時FIM運動項目合計が有意に大きく、FIM効率(退院時FIM運動項目合計から入院時FIM運動項目合計を引き、在院日数で割った値)はFIT群が従来群の約2倍であった。また、通常約3か月間の在院日数が約2か月間に短縮された。

### FIM運動項目利得



黒点がFIT program (684名)、白四角が従来群(97名)を示す。図の左上にある点は、在院日数が短く、かつADL向上が大きいことになる。FIT programは従来群よりも左上に位置していることが一目瞭然である。

図2 FIT programの成績

しかし、従来の FIT program にも課題はある。上記に述べた、機能障害の底上げという点に対するアプローチには乏しい、という点である。そのため、今後は FIT program をさらに発展させた advanced FIT へ展開していく予定である。Advanced FIT とは、従来の毎日一日中の活動の中での ADL 中心の訓練に加えて、筋収縮に同期した電気刺激や促通反復法などを導入し、麻痺へのアプローチを行うものである。

また、リハの質向上を図るために、急性期からの医学的管理の継続や安全管理なども十分に行っていく必要がある。まず、医学的管理については、急性期病院において、主疾患の治療により、病態を安定させ、かつその他の疾患が合併していないか、検索、診断していただくことが大切である。三重県においても、急性期治療が終了し、十分に病態が安定した患者に当院へ転院していただいているのであるが、それでも、当院入院中に、脳卒中再発などの急性増悪を来し、急性期病院へ再転院となる患者は決して少なくはない。2001 年 4 月から 2007 年 3 月までの調査では、当院回復期リハ病棟へ転院された患者のうち、急性期病院へ再転院となった者は、6.1%であった。

次に、安全管理についてであるが、安全の指標としては、自由度と転倒率がある。自由度が上がれば、活動量が増えて、リハビリの効果が上がるが、転倒率も上がることにより、骨折などに対する心配、不安が増すこととなる。今後、この 2 要素の釣り合いをどう指標化するかが問題である。当院においては、安全管理室を中心として、転倒事例の検討、対策などを行いながら、安全に配慮した効果的なリハを目指している。

さらに、急性期から回復期、回復期から維持期へのスムーズな移行、連携も、リハを効果的に行うために重要である。急性期病院からのニーズもあり、当院からいくつかの病院に週半日の医師派遣を行うことで病病連携を推し進めている。

また、さらなる地域連携のために、大腿骨頸部骨折に関し 2007 年より、脳卒中に関し 2008 年より連携パスを導入した。脳卒中の医療連携に関しては三重県内で違うパスが乱立する事態は避けたいと考え、脳卒中医療連携研究会を立ち上げて三重県でひとつのパスとなるよう尽力した。連携した結果は現在検証中であるが、単に連携シートを廻すだけでなくもう一工夫必要なようである。

#### 4 課題・提言

現在、訓練量全般は増加傾向にあり、ADL 向上という面に関しては、レベルアップが図れていると思われるが、今後も、入院時 ADL レベルなどで層別化しての検討が必要であろう。しかし、ADL 面に比較して、機能障害に対する注力はまだ不十分な印象である。当院では、機能障害に対するアプローチのひとつの方向性として、上記に述べたように、FIT から advanced FIT への転換を図っている。今後は、機能障害の改善や、安全管理および配慮を行いながら、さらなるリハの質の向上を図っていきたい。

また、地域連携についてもさらに推し進め、急性期から回復期、回復期から維持期へと効率的なリハが継続できるような県全体での体制づくり、取り組みが求められるであろう。