

## 4 「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」

医療法人松徳会 松本隆史

### 1 医療法人 松徳会の概要

#### (1) 保健・医療・福祉複合体としての活動

医療法人松徳会は、昭和54年に開設した松本産婦人科（現 松本クリニック）を母体とし、平成9年に設立した。同年に介護老人保健施設カトレアを開設し、その後の平成14年の花の丘病院の開設、平成19年の住宅型有料老人ホーム ローマリンダ開設に至るまで、保健・医療・福祉複合体（二木,1998）としての活動を行っている（図1）。



図1 医療法人 松徳会の概要

#### (2) 回復期リハビリテーションの開設経緯

平成19年6月に花の丘病院の2病棟（療養病床）45床を回復期リハビリテーション病棟に転換した。その経緯として、病院の所在地である松阪市内に急性期病院は3病院あるものの、回復期リハビリテーション病棟を有する病院が存在しなかったことがあげられる。そのため、脳卒中や大腿骨頸部骨折の患者など、集中的なリハビリテーションを必要とする患者が市外まで転院しなければならなかった。そういった地域からの回復期リハビリテーション病棟に対する大きな要望に応える形となった。

### 2 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

#### (1) 人員配置

当院のリハビリテーション科は、リハビリテーション科医1名、理学療法士17名、作業療法士13名、言語聴覚士4名の計35名からなる（表2）。また、医療ソーシャルワーカーを病棟専従ではないが、4名配置している。特筆すべき点は、三重県内では貴重なリハビリテーション専門医が常駐していること、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（以下、療法士）が充実しているところあげられる。回復期リハビリテーション病棟開設前年度からの療法士数の推移を図2に示す。次項で述べるリハビリテーションシステムを稼働させるためには必要人数と考える。

表1 平成21年度リハビリテーション科スタッフの内訳

|           | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語聴覚士 |
|-----------|-------|-------|-------|
| 回復期リハビリ専従 | 2     | 1     | 0     |
| 脳血管疾患Ⅰ専従  | 5     | 4     | 1     |
| 運動器疾患Ⅰ専従  | 1     | 1     | 0     |
| 非専従(※1)   | 5     | 6     | 3     |
| 訪問リハビリ専従  | 2     | 1     | 0     |
| 通所リハビリ専従  | 2     | 0     | 0     |
| 合計        | 17名   | 13名   | 4名    |

※1 業務上、回復期リハビリテーション病棟のみに関わる療法士を含む

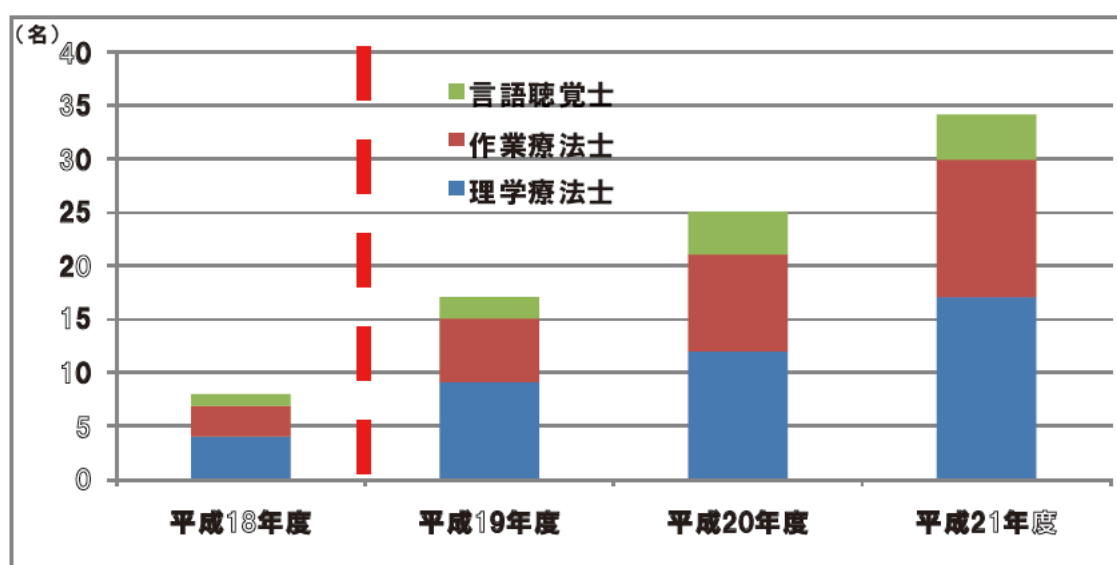


図2 リハビリテーション科スタッフの推移

※ 平成19年度より回復期リハビリテーション病棟開設

## (2) リハビリテーションシステム

当院の回復期リハビリテーション病棟では、平成20年6月より365日リハビリテーションを実施しはじめた(言語聴覚療法を除く)。さらに平成21年4月からは主担当療法士の数を、従来の理学・作業療法士各6名から7名に増員した。このリハビリテーションシステムの導入は次の2点の理由からである。第1に集中的なリハビリテーションを実施することと、第2に在宅復帰率をあげることを目的としたためである。

第1の集中的なリハビリテーションの実施に関しては、従来は日曜日を除いた週6日のリハビリテーションを実施していた。しかし、回復期リハビリテーション病棟入院患者の平均年齢が80歳を超えていたため、原疾患に加え廃用症候群の要素も強く、早期に改善させる必要性が高かった。また、運動学習という観点からも1日空いてしまうことは、認知症をはじめ高次脳機能障害を有する患者に対しては影響が大きかった。さらに、療法士一人当たりの担当患者数が7~8名と、患者1名につき3単位(60分)、理学・作業療法あわせて6単位(120分)を実施することも困難であり、集中的なリハビリテーションを提供できているとは言い難かった。

第2の在宅復帰率に関しては、当該地区は同居率も比較的高く、患者本人の日常生活

活動能力（以下、ADL）をいくら高めても、主介護者や同居者の理解の受け入れが不十分であると在宅復帰は困難であることを痛感することが多かった。前述した日曜日を稼働していなかった影響もあり、家族に対しての指導が十分に行えているとは言い難い状況であった。そこでこのような問題を解決するために日曜日もリハビリテーションを実施し365日稼働することと、回復期リハビリテーション病棟に関わる療法士の人数を増加させることにした。

その結果、後述する家屋評価システムの導入や医療から介護への連携強化などとも相まって、58.9%であった在宅復帰率が74%となり、大幅に在宅復帰率を向上させることができた（図3）。その中で数字以上にその効果を実感できたのは、日曜日にリハビリテーションを実施することで、家族に訓練場面を直接見る機会や家族指導の機会を増やすことができ、結果的に患者本人の状態を正しく理解していただけることが多くなり、家族が抱く在宅復帰への不安の解消や、正しい介助技術の習得にも好影響を及ぼし、それにより患者本人のADLの向上がさほど高くまで望めない場合でも、在宅復帰が可能となった例が多くなったことである。

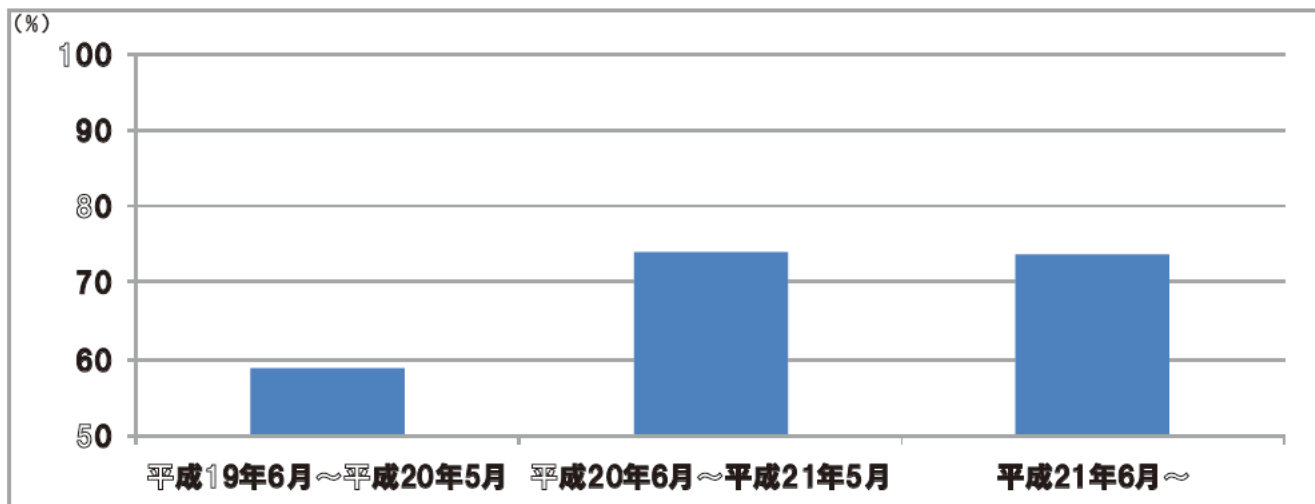


図3 回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰率

そして、主担当療法士を理学・作業療法士各7名としたことで、担当患者数は6～7名までとなり、患者1名につき3単位（60分）、理学・作業療法あわせて6単位（120分）以上のリハビリテーションを行えるようになった。その結果、患者1日当たりのリハビリテーションの実施時間は平均4.4単位から6.2単位に増加することができた（図4）。また、主担当者が休みの場合に担当するフォロー専門の療法士を理学・作業療法士ともに4名程度配置するシステムに変更した。これはフォロー担当する患者が複数であると、信頼関係の形成やリハビリテーションの効果的な継続に支障をきたす恐れがあるからである。そのため理学・作業療法を各2グループに分け、所属グループ内のみフォロー担当することにした（図5）。これにより、新人（1～3年目）の療法士が主担当の場合でも、リハビリテーション効果のばらつきを最小限にでき、さらに職員教育という観点からも強化できるようになった。

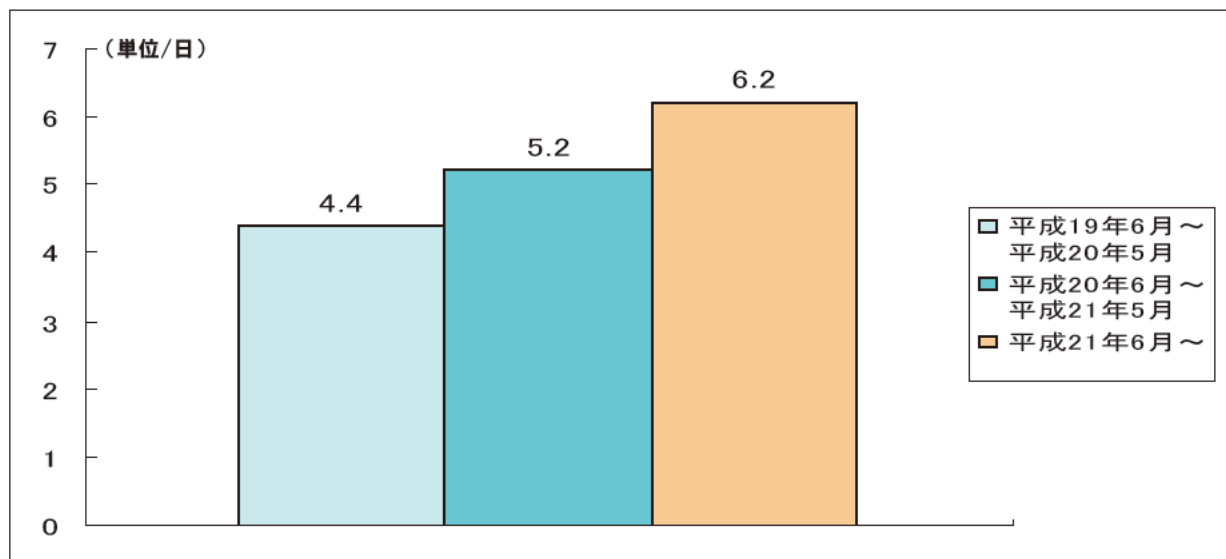


図4 患者1人当たり平均1日実施単位数

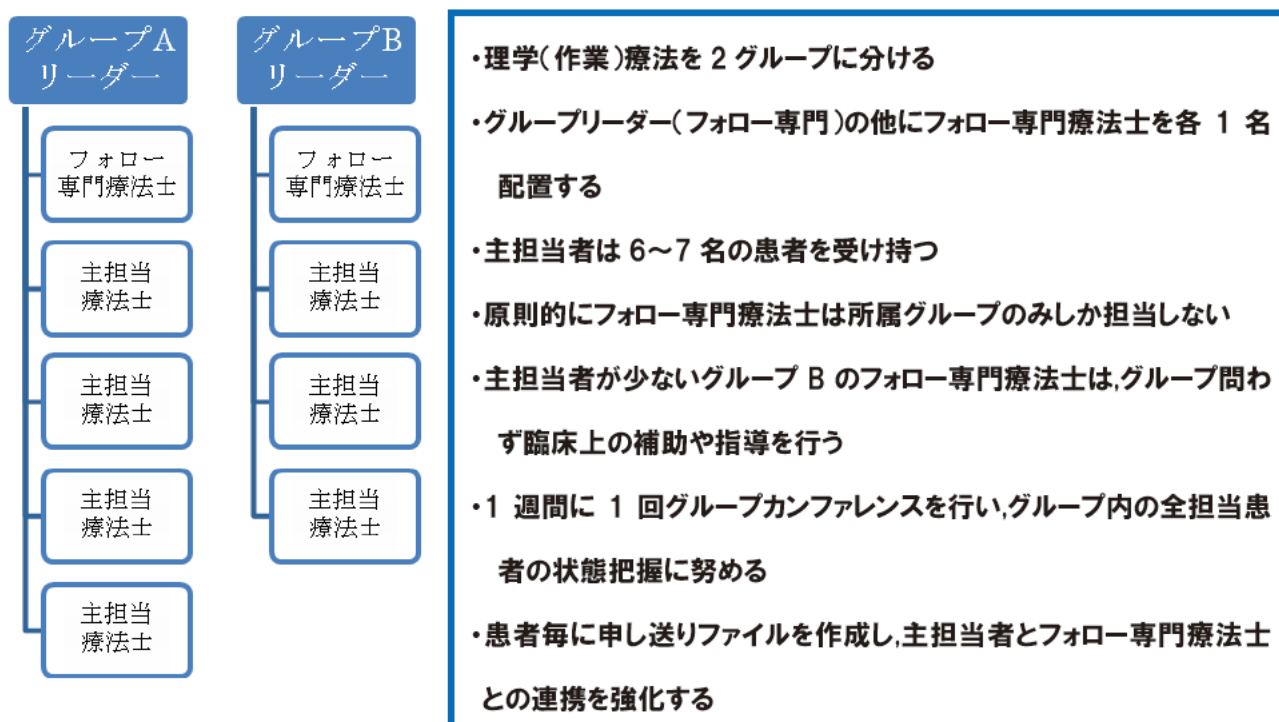


図5 療法士の勤務システム

### 3 回復期リハビリテーション病棟における取り組み

#### (1) カンファレンスの工夫

チーム医療としての効果を最大限に引き出すために、当院では2つのカンファレンスを必須としている。第1に入院後に一定期間で行っていく定期カンファレンス、第2にADLに変化があった際に実施するADLカンファレンスである。

第1の定期カンファレンスは、院内LANを使用したデータベースに医師、看護師、介護士、医療ソーシャルワーカー、療法士が入力した情報をもとに、患者の目標や退院先・時期などを共有、検討する場である(図6)。具体的には入院3日目に初回カンファレン

スを実施する。その2週後に2回目のカンファレンスを実施し、その後は退院に向けての最終調整などが入るまで1カ月毎に実施している。

第2のADLカンファレンスでは、訓練レベルでのADLが改善することで病棟（病室）での対応をその状態に合わせて変更していく際に、療法士と病棟スタッフの連携を強化する目的で行われている（図7）。これによりいわゆる「できるADL」と「しているADL」の差を最小限にし、療法士側と病棟スタッフ側で介助方法なども統一することができている。病棟スタッフの日勤・夜勤帯とも参加しやすい午後4時45分から15分間行い、原則として3日間実施するようにしている。これは全病棟スタッフが参加できるようにすることを目的とし、参加できないスタッフに対しては、その際撮影した動画を確認してもらうようにしている。



図6 定期カンファレンスの様子



図7 ADLカンファレンスの様子

## （2）家屋評価システム

回復期リハビリテーション病棟の入院患者のうち、在宅復帰予定者（可能性の段階も含む）に対して原則的に家屋評価を行っている。家屋評価には患者・家族はもちろん、医療ソーシャルワーカーの他に担当療法士が訪問し、可能な限り担当ケアマネジャーにも同行をお願いしている。事前に家屋評価シートを家族に記入してもらい、在宅復帰後に問題となる場面を想定し、当日患者本人に実際に動作を行ってもらい、住宅環境の整備（改修）案を療法士が作成している。ここで得られた情報は、リハビリテーションのプログラムや病棟での環境調整にも活かされ、在宅復帰に向けてより具体的な取り組みを行えるようにしている。

また、ケアマネジャーに同行していただくことで、手すりや段差解消などの住宅改修や、福祉用具の導入に向けての準備がスムーズに運ぶようになり、退院時には患者の状態にあった家屋環境が整っている状況を作ることができている。

## （3）医療から介護保険への移行

回復期リハビリテーション病棟の入院患者のほぼ全員が、退院後のフォローアップとして介護保険サービスを利用している。そのため、介護保険サービス側の担当療法士に向けて画像なども状況に応じて使用しながら、サマリーを作成している。また、当法人内の介護保険サービスを利用する場合には、必ず入院中のリハビリテーションやカンファレンスの場に維持期に担当する療法士の同行を求めている。それは、療法士同士の連

携はもちろんであるが、患者や家族にとっても在宅復帰後にはじめて見る顔の療法士よりも、入院中にリハビリテーションに関わった療法士の方がよりコミュニケーションが取りやすいのではないかと考えたからである。同様に当法人以外の療法士が維持期を担当する場合においても、可能な限り退院前カンファレンスの場にケアマネジャーとともに参加していただくようお願いしている。

また、回復期リハビリテーション病棟退院後のADLなどの変化をFlow-FIM（藤田保健衛生大学七栗サナトリウム開発）を用い、退院6カ月後、18カ月後に評価している。当院を退院後にADLなどを維持・改善できるような取り組みを行うことも回復期リハビリテーション病棟の役割の一つだと考えている。

#### 4 課題・提言

平成20年度より回復期リハビリテーション病棟に「成果の評価」が導入され、在宅復帰率や重症患者の改善などが求められるようになった。回復期リハビリテーション病棟としての役割は、廃用症候群の改善と在宅復帰であるため、一定の成果を示すことは非常に重要だと考える。しかし、高齢・独居・過疎地区といったキーワードが当てはまる患者にとっては、在宅に復帰することが、一番の理想とは言い難い場合がある。特に介護保険サービスの整備率に地域格差が存在するため、在宅復帰後にフォローアップがしっかり行うことができなければ施設入所という選択が良い場合も多い。そのため、退院先のみだけでなく、退院後にどのような経過（ADLの変化など）をたどったかという成果の導入は必要であると考えている。

また、当院のように平均年齢が80歳を超える患者の場合、回復期リハビリテーション病棟において、上限である1日9単位を実施することは困難である場合が多い。特に最近の傾向として若い療法士の中には1日の単位数を多くこなすことへの意識が強く、その患者にあった最適な単位数の設定という概念が薄れかけているのではないかという懸念がある。患者1名あたりの平均1日単位数という視点だけでなく、どのくらい療法士や病棟の体制を含めシステムが構築されているかなど、多面的に回復期リハビリテーション病棟への評価を導入していただきたいと考えている。