高度急性期病院における リハビリテーションの現状と今後の課題 ～急性期リハビリテーションは本当に必要？～

リハビリテーション科　皮居　達彦・藤本　智久・西野　陽子
田中　正道MD
内科　中村進一郎MD

キーワード：高度急性期・リハビリテーションの現状・今後の課題と取り組み

【要旨】

高度急性期リハビリテーション（以下リハビリ）のニーズは年々増加しているが，本当にリハビリは必要だろうか．私たちは，リハビリが必要な患者に，早期からもれなく介入するために，様々な取り組みを行ってきた．今回，今後の課題を明確にする目的で現状調査を行った．リハビリ実施人数，リハビリ実施率は大幅に増加していた．リハビリ開始までの日数は，早くなっていたが，リハビリ回数は減少していた．診療科別リハビリ実施人数・割合は，内科・外科の人数，割合ともに急激に増加していた．リハビリ算定項目別人数・割合は，がん患者リハビリ，廃用症候群リハビリの割合が大幅に増加していた．転帰別人数・割合は，退院，転院の人数が大幅に増加していたが，割合では変化はなかった．今後の課題として，土日休みの週５日診療体制であることやリハビリ在院日数の短縮により，リハビリ開始日までの遅れやリハビリ回数の減少が考えられた．また，リハビリの継続が必要な退院・転院患者の多くは，リハビリ情報提供書のみによる連携となっており，回復期・維持期のリハビリ部門との連携が十分に行えていないことも考えられた．高度急性期病院のリハビリは，リハビリの必要な患者に，早期より，もれなく，連続性のあるリハビリを提供するとともに，回復期・維持期のリハビリ部門に，１日も早く，切れ目なく，つなげることであり，今後，ICUにおける専任チームの早期介入，療法士の勤務体制の見直し，回復期・維持期のリハビリ部門との地域連携の推進を図ることなどの取り組みを進めていきたい．

Ⅰ．諸言

高度急性期病院のリハビリテーション（以下リハビリ）のニーズは年々増加しているが，本当にリハビリは必要だろうか．早期離床・リハビリを行うことは，早期退院･転院につながり，そのことが病院にとって，医療の質の向上と経営面において貢献していると考えられる．急性期リハビリは，回復期・維持期のリハビリの基礎となるもので，急性期に適切な早期リハビリを行うことで，次の段階に円滑なバトンタッチをすることが可能になる．また，急性期から回復期を経由しないで直接在宅復帰するケースも少なくないため，早期からの退院支援も急性期リハビリでの大切な役割の一つとなっている．

当院でも，リハビリの対象となる患者は全診療科に渡り，依頼件数も年々増加しており，リハビリの必要性が高まっている．そのような中で，リハビリが必要な潜在的な患者が存在することも踏まえ，依頼患者のみの受け身的な実施でなく，リハビリが必要な患者全てに，早期から，もれなく介入するために，2014年より①クリニカルパスへの組み込み②入院前から入退院センターとの連携③入院時カンファレンスへの療法士の参加など，様々な取り組みを行ってきた．今回，今後の課題を明確にすることを目的として，当院におけるリハビリの現状調査を

表１　リハビリ疾患別登録医

運動器 リハビリ料Ⅰ	脳血管疾患等 リハビリ料Ⅰ	廃用症候群 リハビリ料Ⅰ	呼吸器 リハビリ料Ⅰ	心大血管疾患 リハビリ料Ⅰ	がん患者 リハビリ料
リハビリ科医師	リハビリ科医師	リハビリ科医師	リハビリ科医師		リハビリ科医師
	脳神経外科医師				
	小児科医師		小児科医師		
				循環器内科医師	
				心臓血管外科医師	
					整形外科医師
					外科医師

行った．高度急性期病院のリハビリの現状，今後の課題と取り組みについて若干の考察を加え報告する．

Ⅱ．リハビリ科の概要

リハビリ科部の体制は，対象となる患者は全診療科に渡り，リハビリ業務の専門化・細分化が進む中で，二課四係体制となった．第一リハビリ技術課に，呼吸器係，心大血管係，第二リハビリ技術課に，運動器・脳血管係，がん・廃用係で，疾患別チーム編成を行っている．スタッフは，リハビリ指導責任者認定専門医の部長１名，医師３名（整形外科兼務），理学療法士12名，作業療法士６名，言語聴覚士２名である．自らの専門性を高め，良質なリハビリを提供するために，自己研鑽に励んでおり，各種認定資格を取得した者が多数在籍している．施設基準は，リハビリ科医師以外に循環器内科，心臓血管外科，脳神経外科，小児科など多くの診療科の医師がリハビリ疾患別登録医となり（表１リハビリ疾患別登録医），運動器リハビリ料Ⅰ･脳血管疾患等リハビリ料Ⅰ･廃用症候群リハビリ料Ⅰ･呼吸器リハビリ料Ⅰ･心大血管疾患リハビリ料Ⅰ・がん患者リハビリ料を取得している．スタッフ，施設の両面から質の高いリハビリを提供できる環境が整うように努めている．

Ⅲ．リハビリ科の現状

対象は，2014年４月～2019年３月までの過去５年間でリハビリ依頼のあった患者12505名である．調査項目は，①リハビリ平均在院日数②リハビリ実施人数③平均リハビリ実施率④リハビリ開始までの平均日数⑤平均リハビリ回数⑥診療科別リハビリ実施人数・割合⑦リハビリ算定項目別人数・割合⑧転帰別人数・割合である．これらの調査項目を年度別に比較検討した．統計学的解析は，統計ソフトStat MateⅢを使用し，分散分析およびカイ二乗検定にて検討を行い，P<0.05を統計学的有意とした．2018年度のリハビリ平均在院日数は，23.9±21.7日，リハビリ実施人数（平均リハビリ実施率）は，3166人（19.6％），リハビリ開始までの平均日数は，4.7日，平均リハビリ回数は，10.3回，主な診療科別実施人数（割合）は，内科1112人（35％），整形外科597人（19％），外科487人（14％），脳神経外科318人（10％），循環器内科234人（７％），小児科129人（４％），リハ

表２　リハビリ平均在院日数

	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
リハビリ平均 在院日数（日）	30.1±38.5	26.4±25.6	26.4±26.2	24.6±26.5	23.9±21.7
病院平均 在院日数（日）	10.0	9.8	9.9	9.9	10.0

※2014年と2018年の比較　リハビリ平均在院日数は有意に短縮（P<0.05）

表３　リハビリ実施人数，平均リハビリ実施率

	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
リハビリ実施人数（人）	1,782	2,229	2,793	3,125	3,251
平均リハビリ実施率（%）	11.8	13.6	16.6	18.9	19.3

※2014年と2018年の比較　平均リハビリ実施率は有意に増加（P<0.05）

表４　リハビリ開始までの平均日数，平均リハビリ回数

	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
リハビリ開始までの平均日数（日）	7.48	6.38	5.69	5.28	4.65
平均リハビリ回数（回）	12.98	11.80	11.11	10.80	10.30

※2014年と2018年の比較　リハビリ開始までの平均日数は有意に短く，平均リハビリ回数は有意に減少（P<0.05）

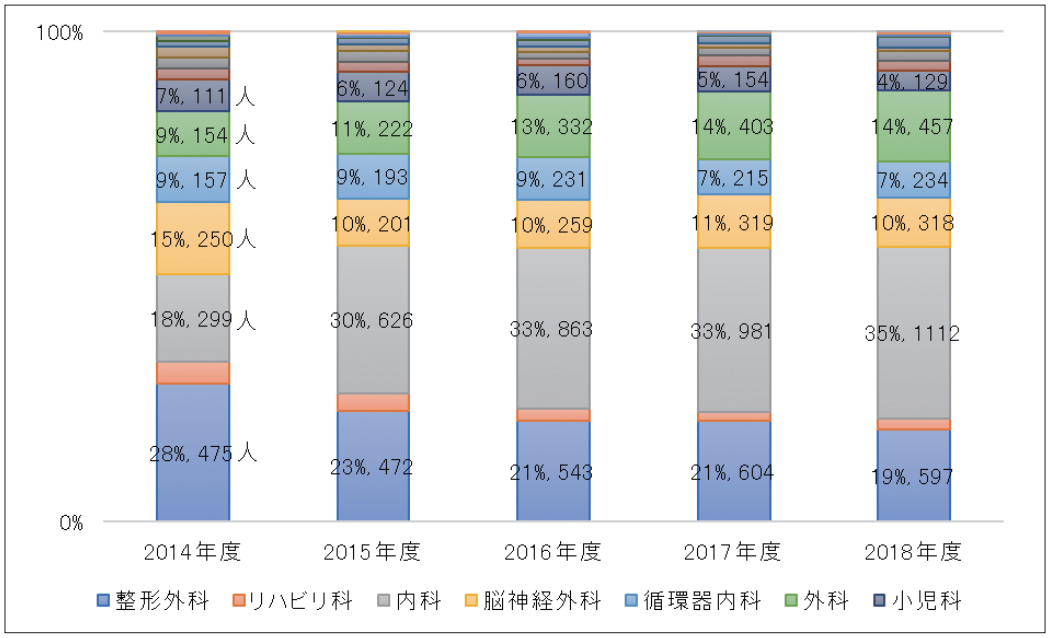


図１　診療科別リハビリ実施人数・割合の推移

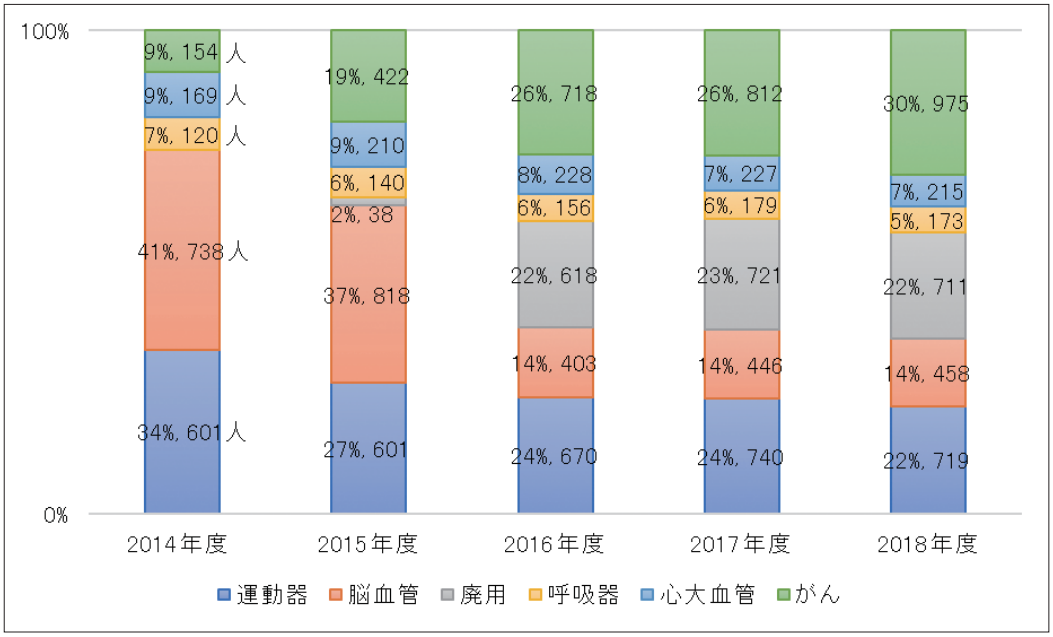


図２　リハビリ算定項目別人数・割合の推移

※運動器：運動器リハビリ料，脳血管：脳血管疾患等リハビリ料，廃用：廃用症候群リハビリ料
呼吸器：呼吸器リハビリ料，心大血管：心大血管疾患料リハビリ料，がん：かん患者リハビリ料

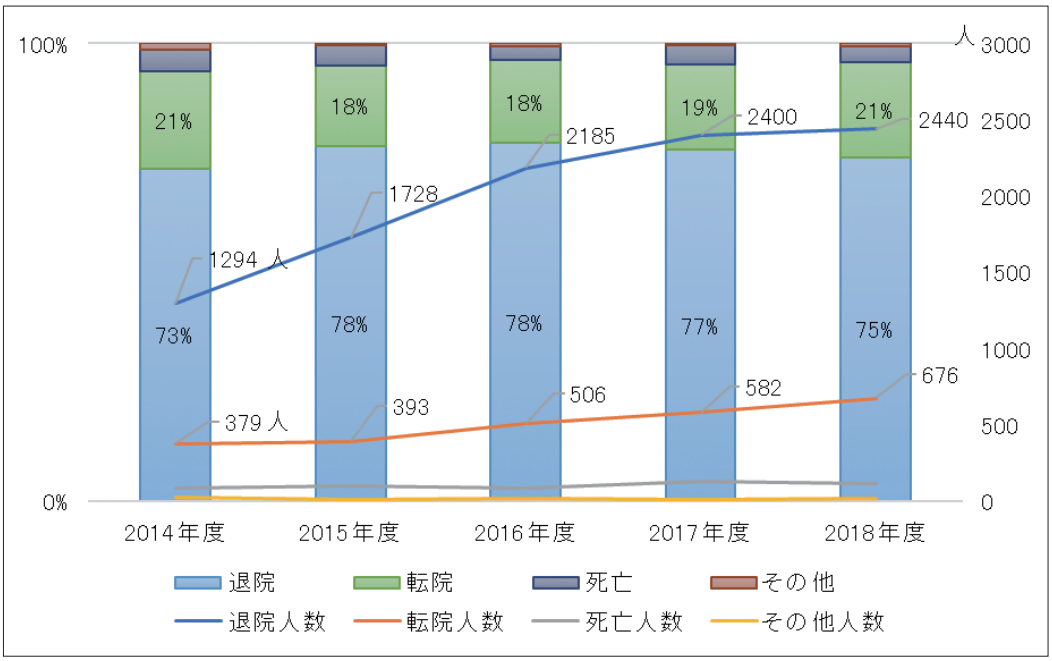


図３　転帰別人数・割合の推移

ビリ算定項目別人数（割合）は，運動器リハビリ719人（22％），脳血管疾患等リハビリ458人（14％），廃用症候群リハビリ711人（22％），呼吸器リハビリ173人（５％），心大血管疾患リハビリ215人（７％），がん患者リハビリ975人（30％），転帰別人数（割合）は，退院2440人（75.1％），転院676人（20.8％）であった．年度別比較は，リハビリ実施人数，リハビリ実施率は，大幅に増加しており，リハビリ開始までの日数も早くなっていたが，リハビリ回数は減少していた．診療科別リハビリ実施人数･割合は，整形外科，脳神経外科の人数はわずかに増加していたが割合としては減少していた．一方で内科・外科の人数，割合ともに急激に増加していた．リハビリ算定項目別人数・割合は，がん患者リハビリ，廃用症候群リハビリの割合が大幅に増加していた．転帰別人数・割合は，退院，転院の人数が大幅に増加していたが，割合では変化はなかった．今やリハビリの対象患者は，内科・外科系のがん，廃用症候群が中心になっている．（表２，３，４）（図１，２，３）

Ⅳ．今後の課題

私たちの取り組みにより，リハビリが必要な患者に，早期からもれなく介入することができるようになってきたが，新たな課題も明確になった．土・日休みの週５日の診療体制であることやリハビリ在院日数の短縮により，リハビリ回数が減少していた．また，術後，発症後に休日に入り，リハビリの開始が遅れたり，連続性のあるリハビリが提供できてないこともあった．さらに，リハビリ継続が必要な転院，退院患者が増えているにもかかわらず，リハビリ情報提供書のみによる連携となっており，回復期・維持期のリハビリ部門との連携が十分できていないこともあった．

Ⅴ．課題に対する取組み

急性期のリハビリは，リハビリの必要な患者に，もれなく，早期より，連続性のあるリハビリを提供するとともに，回復期・維持期施設と「顔の見える連携」を構築し，１日も早く，切れ目なく，つなげるように取り組む必要があると考える．当科で進行中の取り組みとしては，大きく３つある．１つ目として，従来から行っていたICUでの多職種で行う早期離床・リハビリチームの取り組みである．2018年４月の診療報酬改定が追い風になり，専任の理学療法士

を配置し，入室後48時間以内に，早期リハビリ介入できるようになっている．２つ目として，2019年１月より，療法士の勤務体制を見直し，一部の病棟で理学療法士２名，作業療法士１名が土曜日に出勤し，術後・発症後の患者に対して，可及的早期から連続性のあるリハビリの提供を始めている．３つ目として，2018年９月より，一部の回復期リハビリ病院とは，共通のリハビリ情報提供書の作成，合同勉強会，交流会の開催など，地域連携の推進を行っている．

Ⅵ．結語

僭越な言い方ではあるが，当院におけるリハビリは，なくてはならない存在であり，高度急性期医療の一翼を担っていると考える．私たちは，もれなく，早期より，連続性のあるリハビリ介入することができるよう様々な取り組みを行ってきた．特にリハビリが必要な潜在的な患者に対しても，早期より，リハビリ介入できるようになったことの意義は大きいと言える．しかし，今回，現状を把握することで，課題も明確になった．今後，高度急性期リハビリを取り巻く環境は，今まで以上に多様化・複雑化し，様々な変化を求められることが予想される．どんな状況においても，リハビリのニーズを的確に捉え，リハビリの役割を果たしていけるように，日頃より問題意識を持ち，自発的に課題を見出し，変化し続けていきたい．

Ⅶ．引用・参考文献

１）影近謙治：超急性期リハビリテーションを行うために．臨床リハ 2014；23（６）720-727

２）高橋哲也，藤原俊之：集中治療室における早期離床・リハビリテーションの指針．臨床リハ 2019；28（２）116-123