

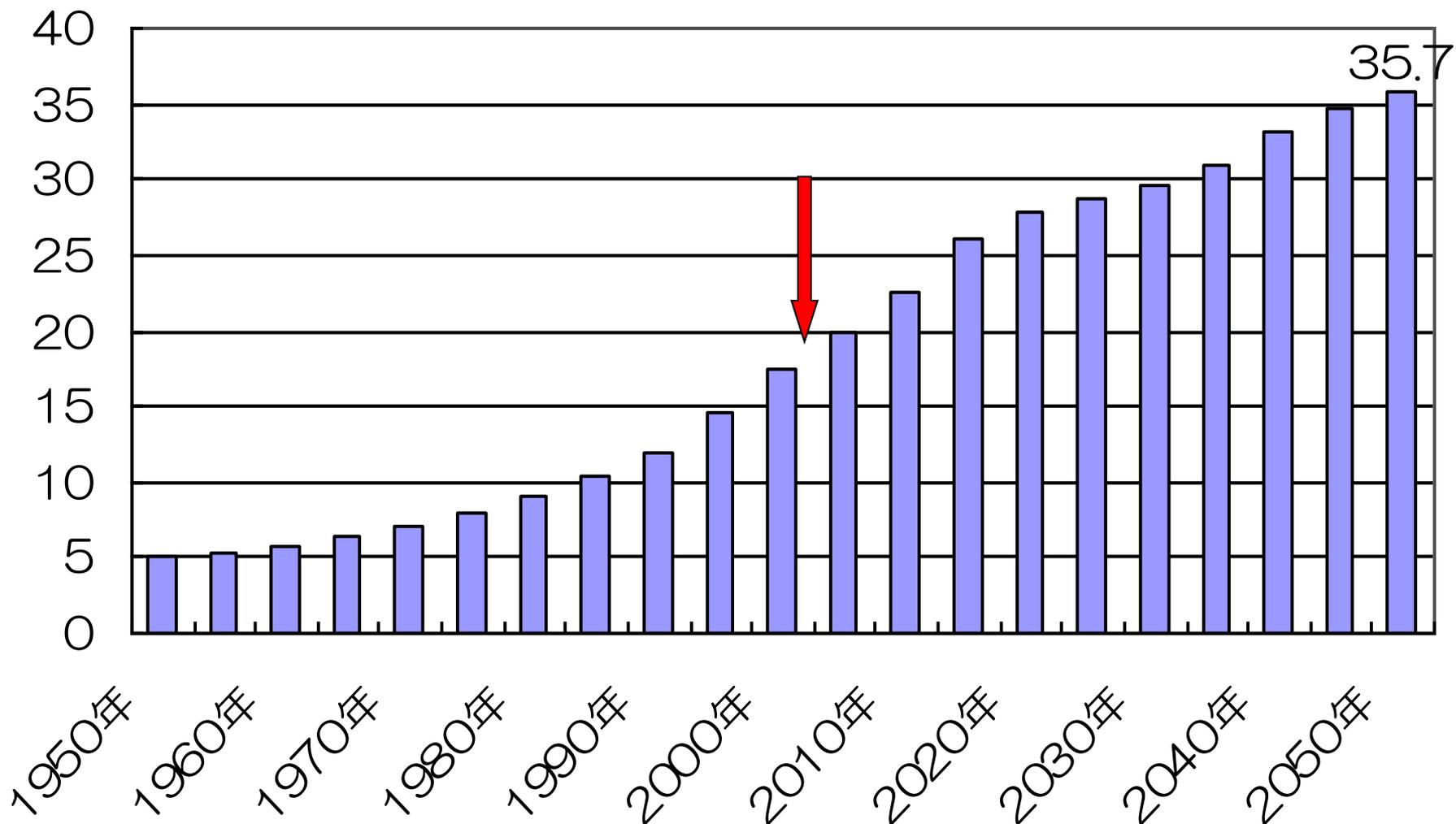
回復期リハビリテーション病棟の 現状と課題

初台リハビリテーション病院

院長 石川 誠

高齢化の推移 (65歳以上人口割合)

%



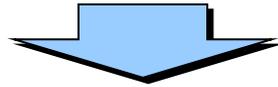
「寝たきり老人」のいる国いない国

大熊由紀子（朝日新聞論説委員）

ぶどう社 1990.9

「寝たきり老人」増加の理由

高齢者の増加・慢性疾患の増加



高齢障害者の増加

+

α



寝たきり（寝かせきり）老人の増加

寝たきり（寝かせきり）老人

＝

医学的には「廃用症候群」

廃用症候群とは

局所性廃用

関節拘縮・骨粗鬆症
廃用性筋萎縮・筋力低下・筋耐久性低下
尿路感染症・尿路結石
褥瘡・静脈血栓症

全身性廃用

心肺機能低下（心拍出量低下・肺活量減少）
消化機能低下（食欲不振・便秘）
易疲労性

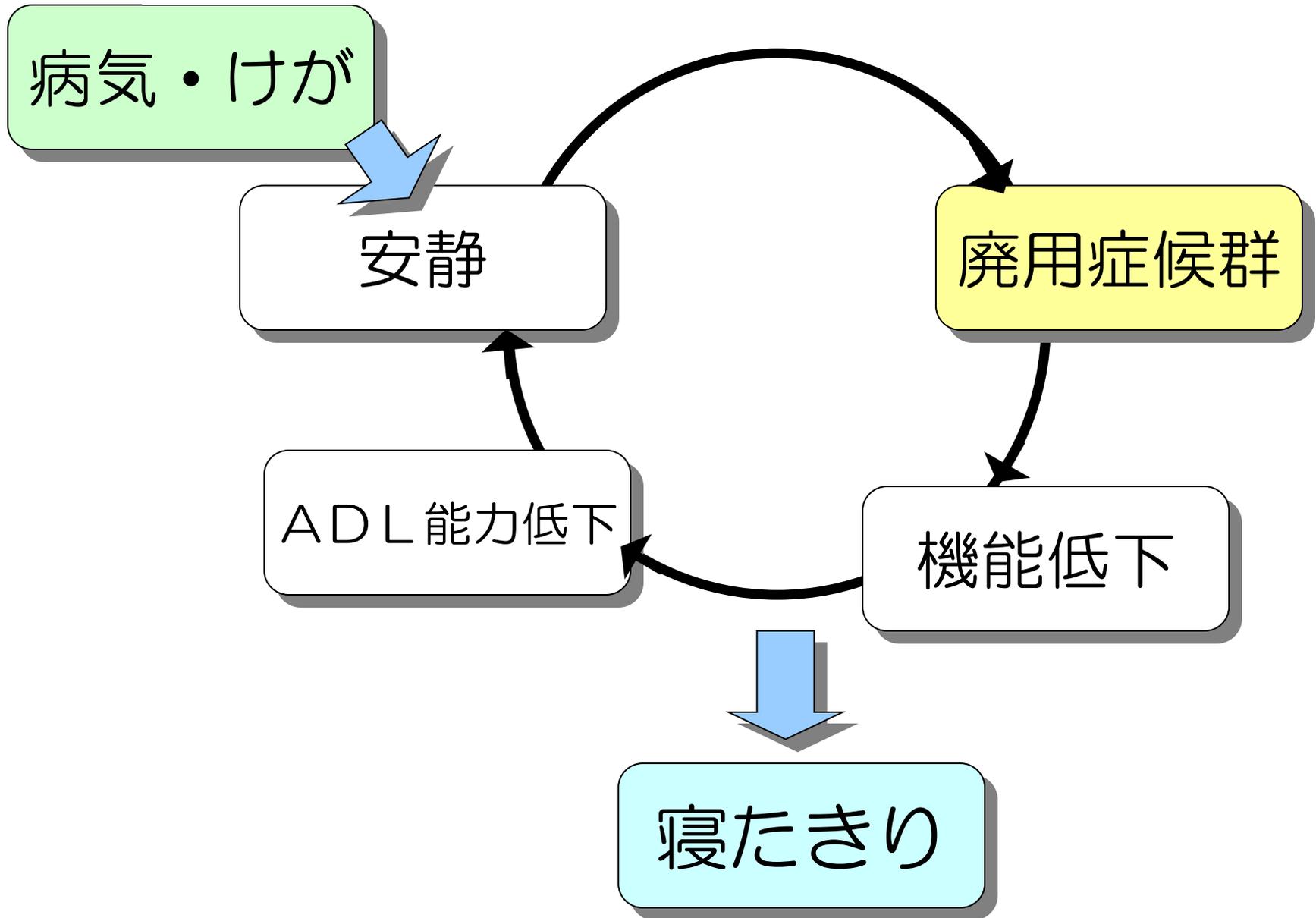
臥床・低重力

起立性低血圧・ナトリウム利尿
血液量減少（脱水）

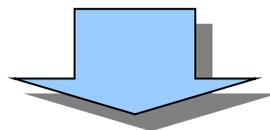
感覚・運動刺激
の欠乏

知的活動低下・鬱傾向
自律神経不安定・姿勢・運動調節機能低下

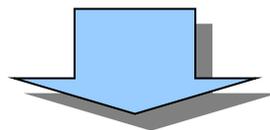
廃用症候群の悪循環（大川・上田）



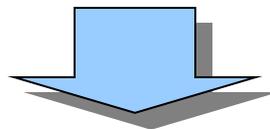
「寝たきり」の予防



廃用症候群の予防



廃用症候群の悪循環からの離脱



早期離床とリハビリテーション

早期離床とは？

●寝・食・排泄・清潔分離の徹底

寝る所	： 寝室（ベッド）
食事する所	： 食堂（椅子）
排泄する所	： トイレ
身体を清潔にする所	： 浴室・洗面所

※早期離床と安静至上主義は相対する

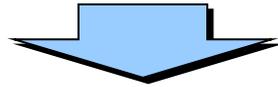
リハビリテーションとは？ (Rehabilitation)

- = Re - habilis - ation
- = 再び - 適した (ふさわしい) - すること
- = 「権利・資格・名誉の回復」
- = 再びその人らしく生きる権利の回復
- = 全人間的復権

※人間の尊厳を保持する思想

「寝たきり老人」増加の理由

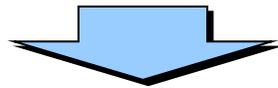
高齢者の増加・慢性疾患の増加



高齢障害者の増加

+

1. 安静至上主義 > 早期離床
2. リハビリテーション提供体制の未整備



寝たきり（寝かせきり）老人の増加

医療提供体制の変革

医療提供体制の各国比較(1998)

国名	病床数 /人口千人	医師数 /病床100	看護職員数 /病床100	平均在院日数
日本	13.1	12.5	43.5	31.8
ドイツ	9.3	37.6	99.8	12.0
フランス	8.5	35.2	69.7	10.8
イギリス	4.2	40.7	120.0	9.8
アメリカ	3.7	71.6	221.0	7.5

今までの医療提供体制

- 病床数が豊富
- 病床あたり医療専門職数が少ない
- 入院期間が長い

- 急性期と慢性期の患者が混在
（効率的・効果的ケア体制の不備）
- 入院医療に依存的
（在宅ケア体制の不備）

これからの医療提供体制

- 急性期の病床数 : 減少
- 急性期の入院期間 : 短縮
- 病床あたり医療専門職数 : 増加
- 急性期・亜急性期(回復期)・慢性期 : 機能分化
- 在宅ケアサービス : 量的質的拡大

2003.6

高齢者介護研究会

(座長：堀田 力)

「高齢者の尊厳を守るケア」の実現

介護予防・リハビリの充実は重要な柱

2004.1

高齢者リハビリテーション研究会

(座長：上田 敏)

- 急性期リハが十分ではない。
- 長期間にわたり効果が明らかでないリハが行われている。
- 医療から介護への連続するシステムが機能していない。
- リハとケアとの境界が明確に区分されていない。
- 在宅のリハが十分でない。

整理されてきた
リハビリテーション医療

高齢者のリハビリテーション・介護予防

予防的活動

治療的活動

介護的活動

健康増進

生活転倒予
慣防病

急性期リハ

回復期リハ

維持期リハ

終末期リハ

老人保健事業・介護予防事業

健康増進法

医療保険

老人保健事業・介護予防事業

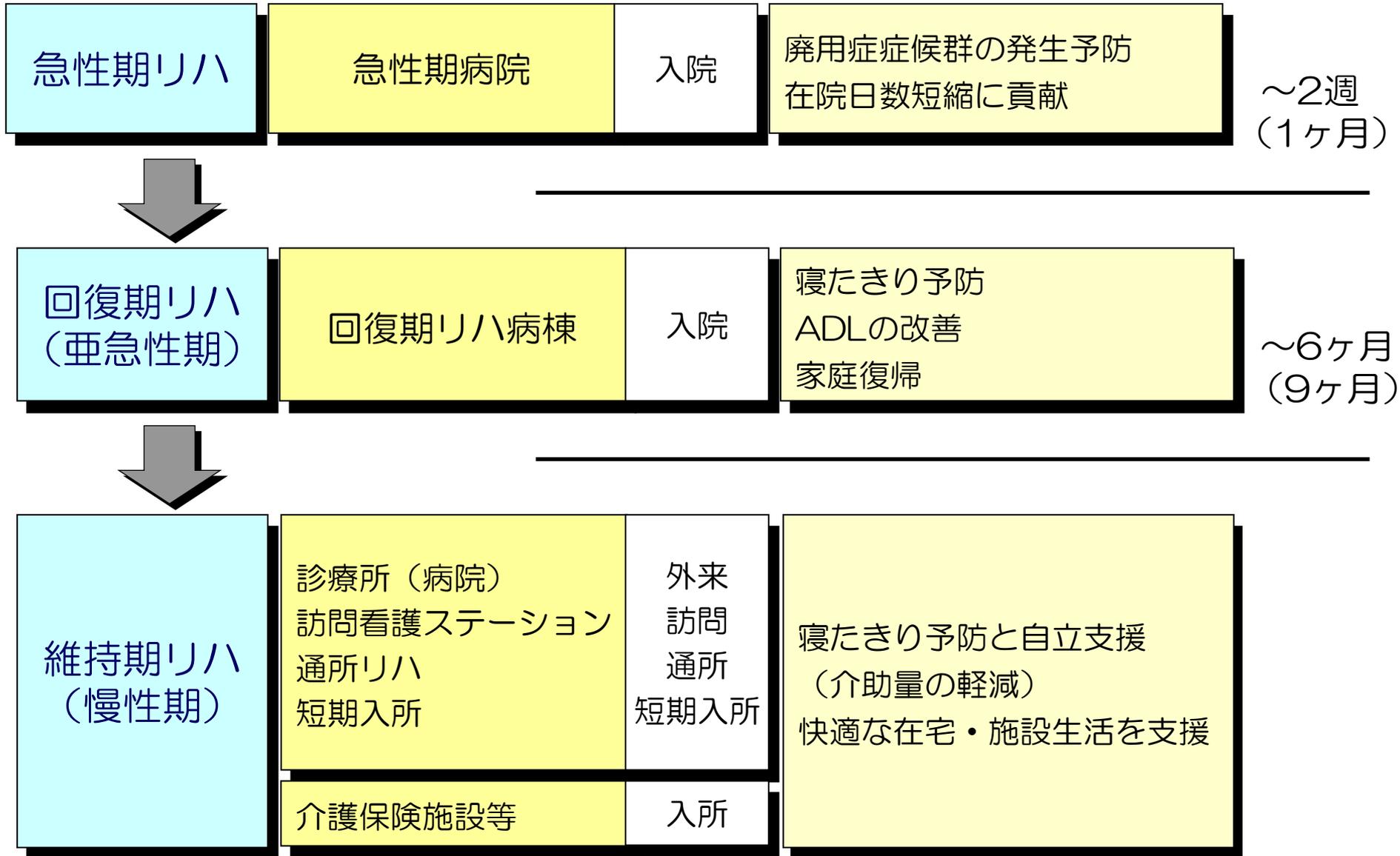
介護保険

医療保険

傷病の急性発症

要介護認定

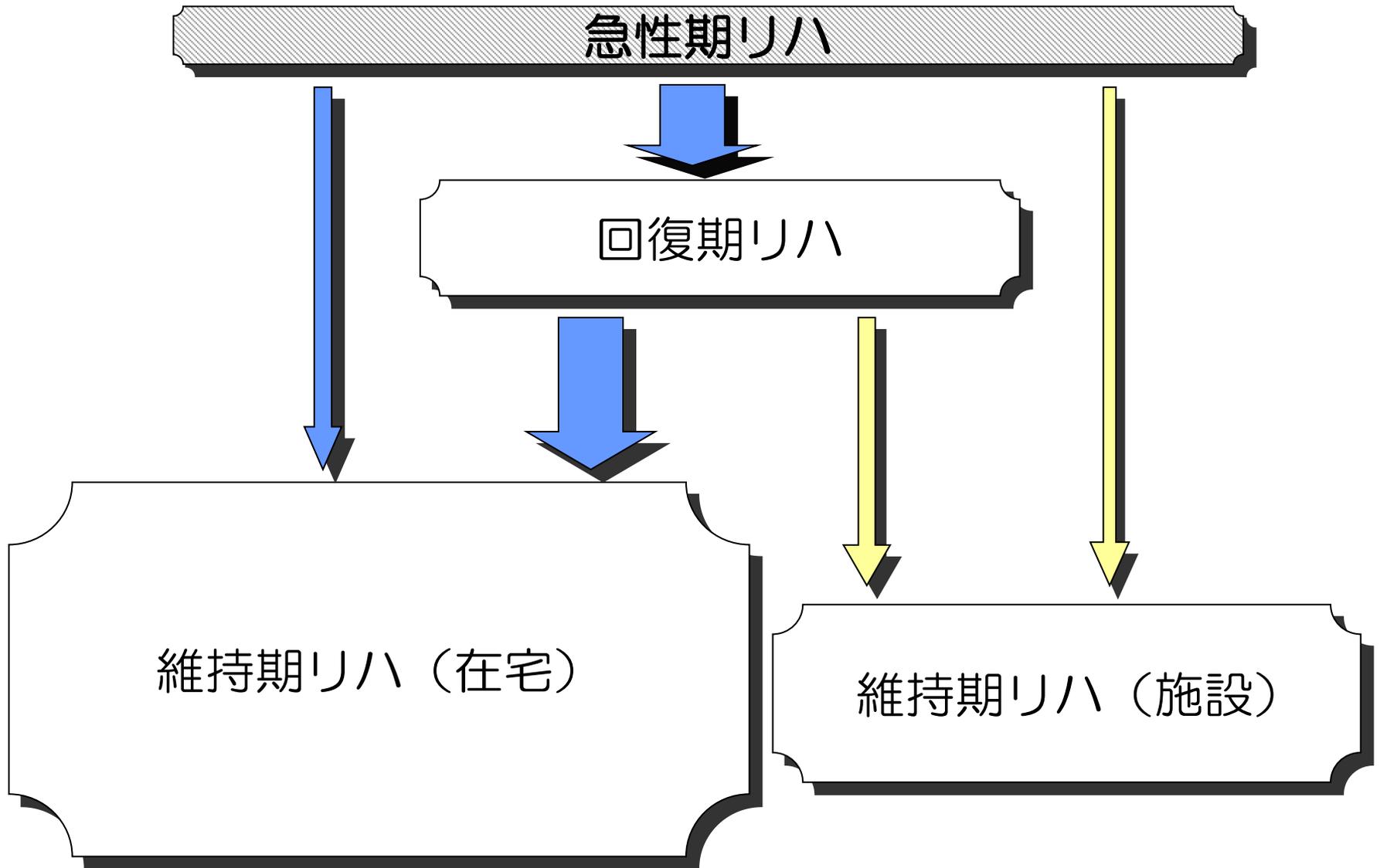
リハビリテーション医療の流れ



現在のリハ医療サービスの目標

1. 短い入院期間で寝たきりを予防し、ADLを向上させ、家庭復帰を推進
2. 在宅・施設において寝たきりを予防し、自立生活および介護負担軽減を支援

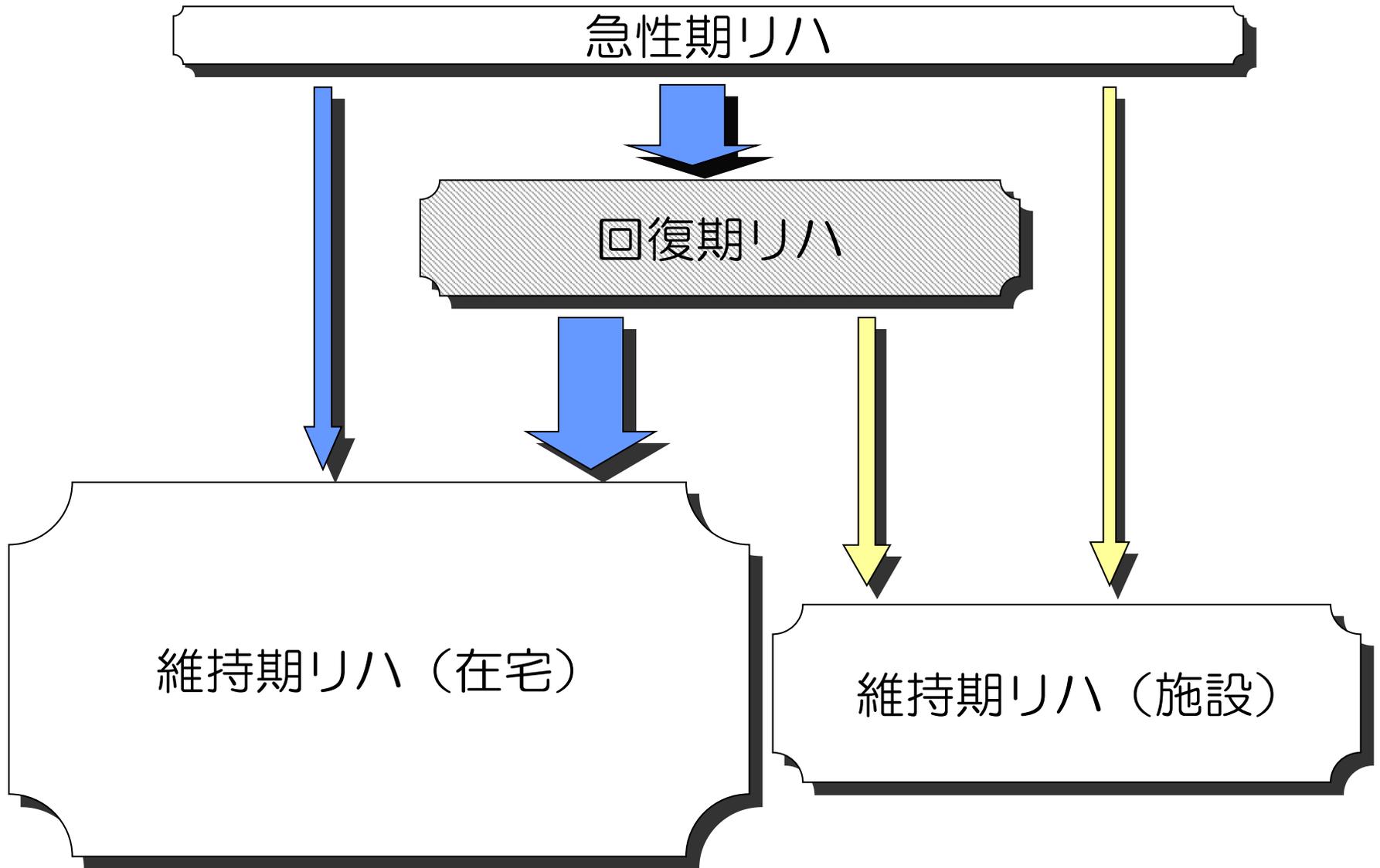
リハビリ医療サービスの流れ



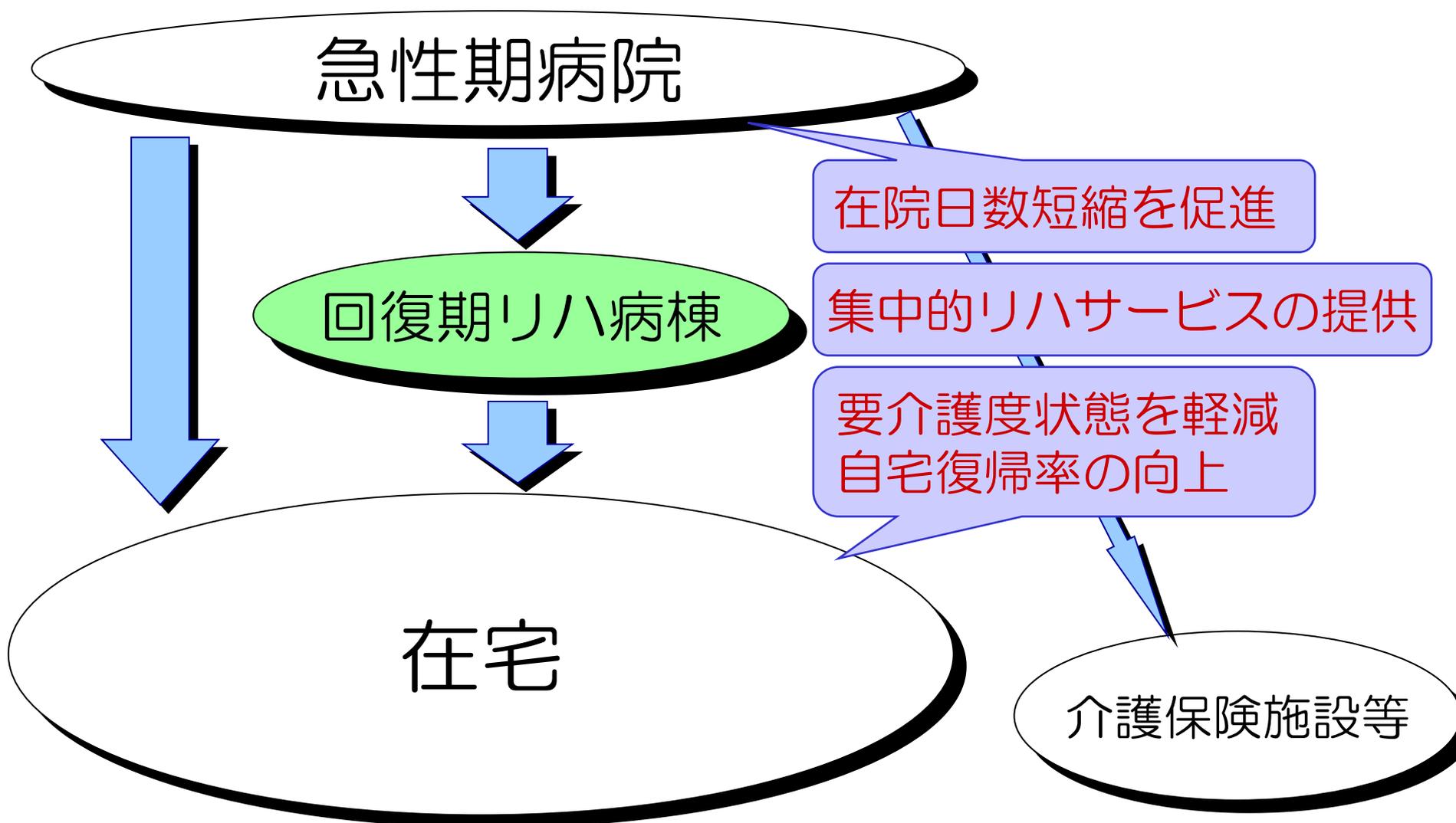
急性期リハの課題

- 発症もしくは入院から3日以内に開始する
早期リハの普及・推進
(ベッドサイドで開始するリハの普及)
- 1ヶ月以上の入院が予測され、集中的リハ
が必要な例は回復期リハ病棟へ転院

リハ医療サービスの流れ



回復期リハ病棟の必要性



回復期リハビリテーション病棟

入院目的	<ol style="list-style-type: none">1. ADLの向上2. 寝たきりの防止3. 家庭復帰
入院適応疾患	<ol style="list-style-type: none">1. 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症後3ヶ月以内2. 大腿骨頸部、下肢、骨盤等の骨折の発症後3ヶ月以内3. 外科手術、肺炎等の治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後または発症後3ヶ月以内4. 前3号に準ずる状態 (以上の状態の患者が80%以上入院していることが要件)
入院期間	180日間以内
構造設備基準	1床あたり6.4㎡以上 障害者に適した浴室とトイレの設置 総合リハビリテーション施設もしくは理学療法Ⅱ・作業療法Ⅱの併設
人員配置基準	病棟専従のリハビリテーション科医師1名以上 看護3：1以上、看護補助者6：1以上 病棟専従の理学療法士2名以上、作業療法士1名以上

回復期リハ病棟の特徴

1. 入院患者の状態が特定

2. 入院目的が明確

3. 入院期間の上限が設定（180日以内）

4. 各専門職による強力なチームが形成



5. 病棟におけるADLの向上

回復期リハ病棟の特徴 2

- 急性期病院から手の掛かる患者（ADL未自立患者）が選択的に転院してくる病棟である。
- ADLを改善させる病棟である。
- ADLは、朝の6:30～9:00と夜の18:00～21:00に凝縮している。
- 急性期病院の入院期間の短縮により医療的処置の多い患者が増加傾向にある。
- 従来 of 病棟におけるケアは看護職が担っていたが、回復期リハ病棟は看護職に加えてDr・PT・OTも参画する病棟である。

回復期リハ病棟の整備状況

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査

(2004.10)

517 病院

593 病棟

26,793 床

1病棟：60～16床(平均：45.2床)

1月あたり約11病棟が新規に届け出

半年毎の届出病床数と累計

病床数/半年

累計病床数

7,000

30,000

6,000

25,000

5,000

20,000

4,000

15,000

3,000

10,000

2,000

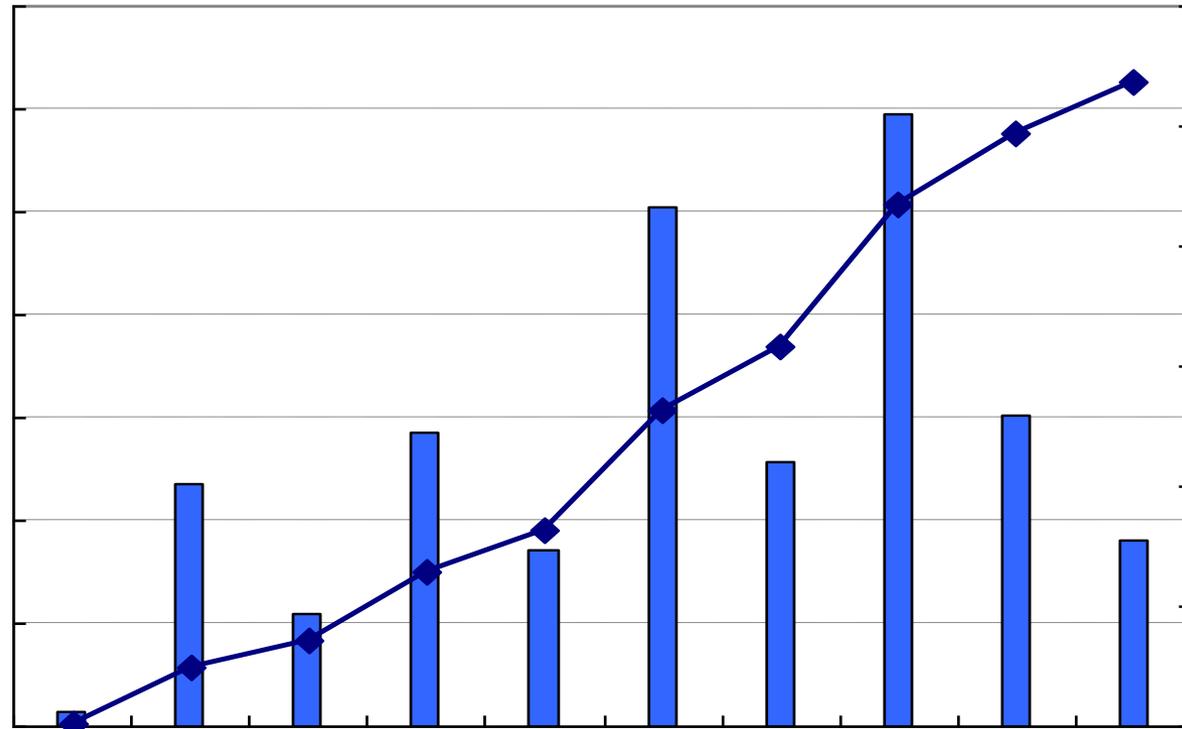
5,000

1,000

0

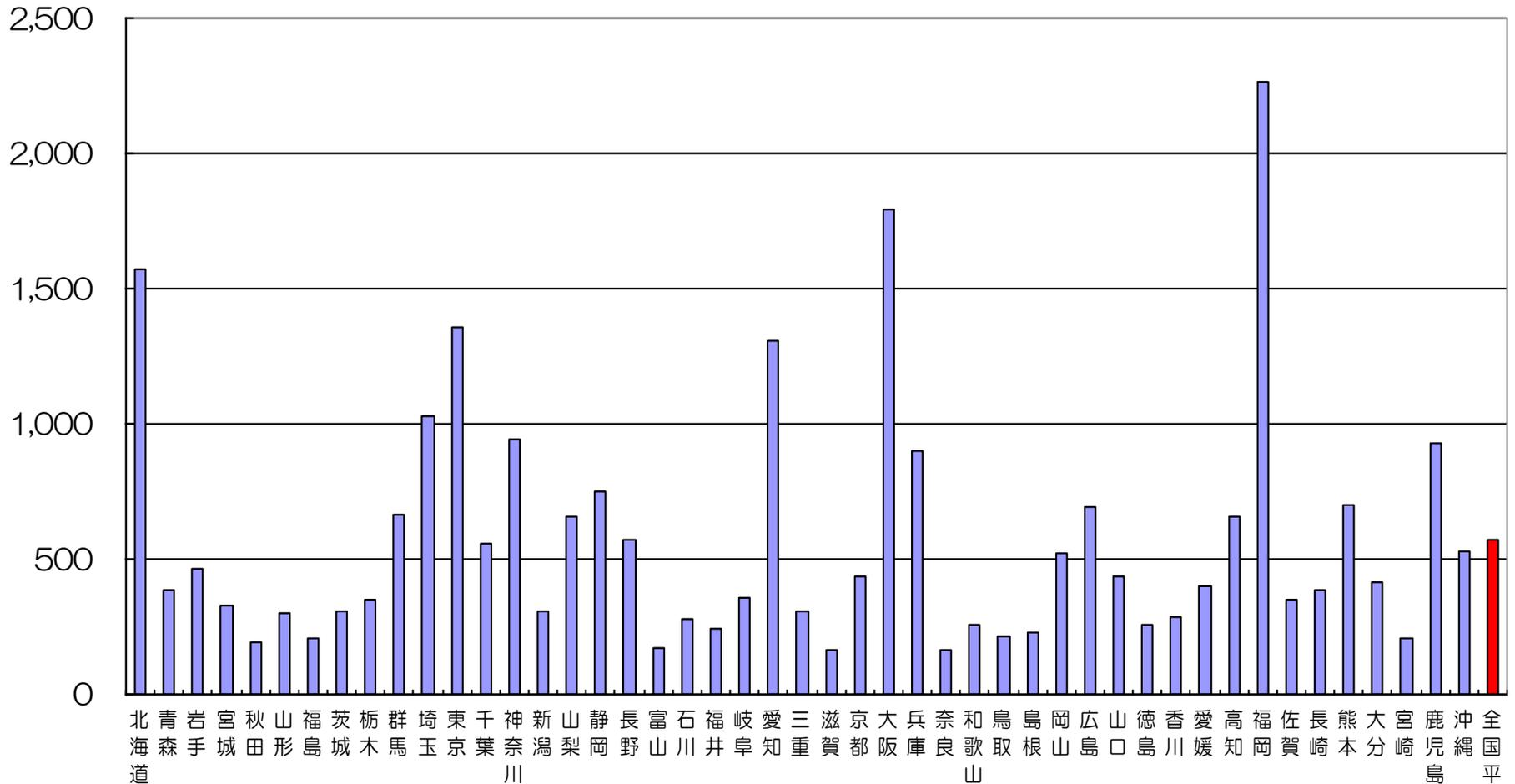
0

00/04
00/05~00/09
00/10~01/03
01/04~01/09
01/10~02/03
02/04~02/09
02/10~03/03
03/04~03/09
03/10~04/03
04/04~



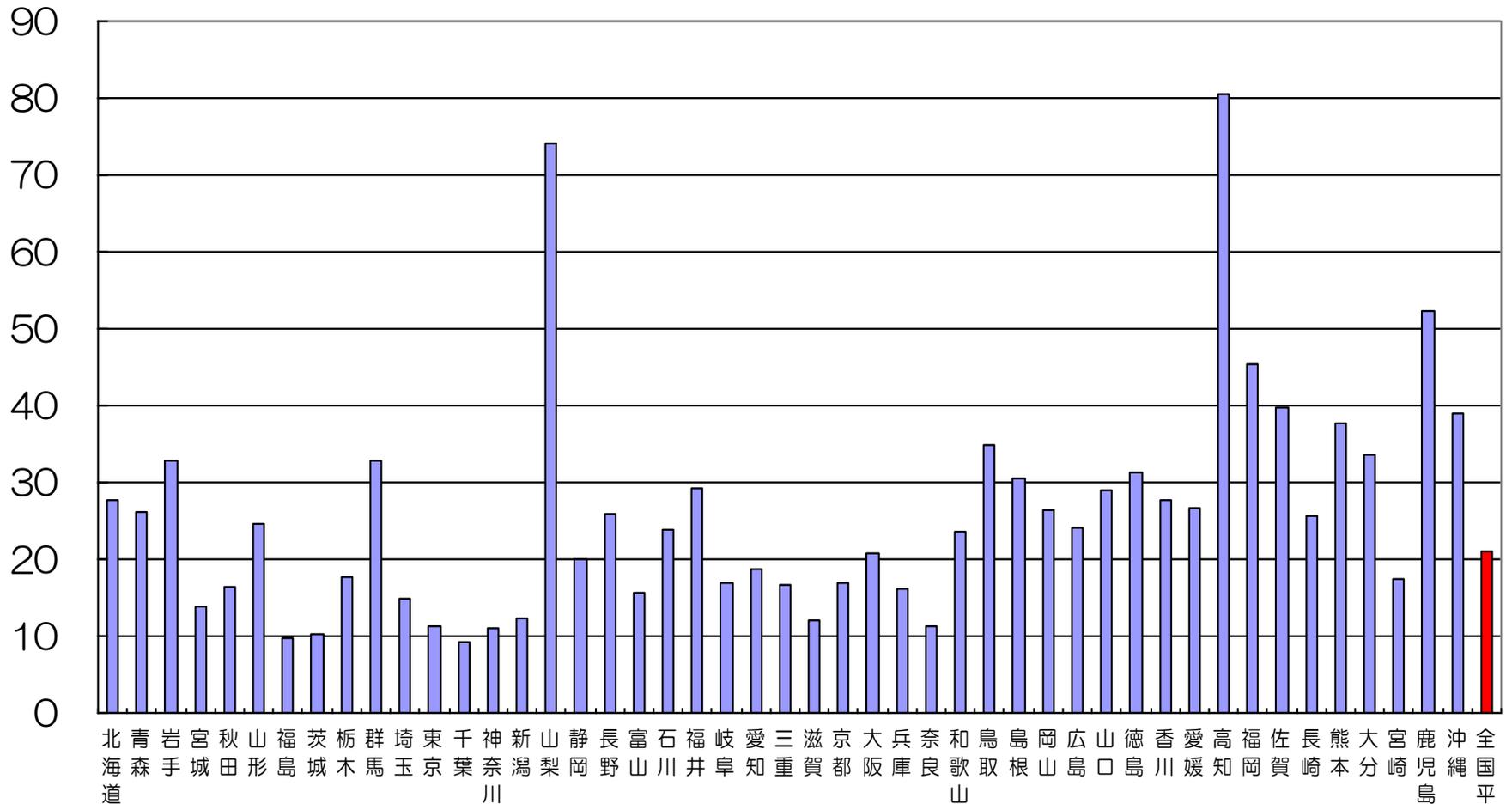
都道府県別 回復期リハ病床数

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査（2004.10）



都道府県別人口10万対回復期リハ病床数

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査（2004.10）



回復期リハ病棟運営の要点

- 発症早期に急性期病院から受け入れること。
- 集中的に十分なリハサービスを提供すること。
- ADLを改善し自宅復帰を推進すること。
- 在宅ケアへの移行に際し十分な連携をとること。

回復期リハ病棟の多様性 1

●立ち上げ

- ・リハビリテーションを専門としてきた病院から
- ・長期療養の病院（慢性期病院）から
- ・急性期病院から

●入院患者の疾患

- ・大部分が中枢神経疾患（脳卒中・頭部外傷・脊髄損傷等）
- ・大部分が整形外科疾患（骨折）
- ・上記の混合

●入院患者の流れ

- ・全例が他院からの紹介
- ・大部分が院内他の病棟から転棟
- ・大部分が系列の病院からの転院
- ・上記の混合

回復期リハ病棟の多様性 2

- 1人あたりの病室面積（多人床）
 - ・ 6.4m²
 - ・ 6.4～8m²
 - ・ 8m²以上
- 障害者用トイレ数
 - ・ 入院患者10人に1以下
 - ・ 入院患者9～5人に1
 - ・ 入院患者4人に1以上
- 各病棟の浴室と浴槽
 - ・ 家庭用浴槽に近い浴槽はない
 - ・ 家庭用浴槽に近い浴槽がある
 - ・ 家庭用浴槽に近い浴槽が複数ある

回復期リハ病棟の多様性 3

●病棟専従医

- リハの知識とマインドともに乏しい医師
- 知識は豊かだがマインドが乏しい医師
- 知識は乏しいがマインドは豊かな医師
- とともに豊かな医師

●看護マンパワー（看護師・准看護師・看護補助者の合計）

- 合計 2 : 1
- 合計 1.8 : 1 ~ 2 : 1
- 合計 1.5 : 1 ~ 1.8 : 1
- 合計 1.5 : 1 以上

●専従リハスタッフ（PT・OT）

- PT2名・OT1名の合計3名
- 合計 4~10名
- 合計11~20名
- 合計21名以上

回復期リハ病棟の多様性 4

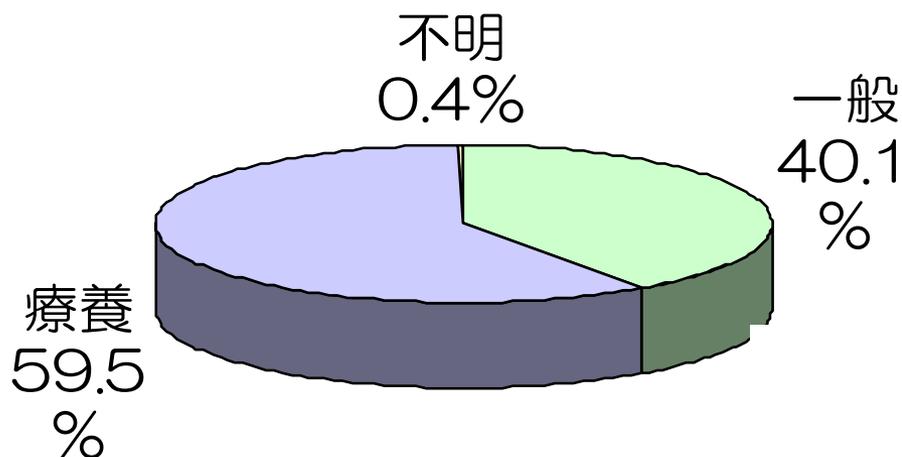
- リハスタッフ（PT・OT・ST・MSW）の関わり
 - ・ 病棟チームの一員としての意識が乏しい
 - ・ 病棟チームの一員としての意識はあるが実態が伴わない
 - ・ 確実に病棟チームとして活躍している
- カンファレンスの実施体制
 - ・ 報告の時間に大半を費やし、議論する時間が少ない
 - ・ 報告の時間が多いが議論もしている
 - ・ 報告の時間は少なく議論に大半を費やす

2003年度調査の概要

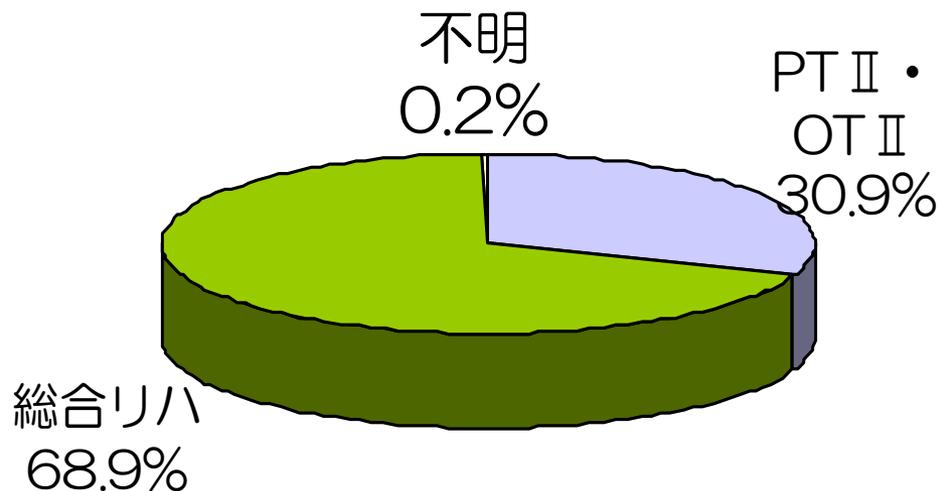
- 調査対象病棟
 - 325病院、389病棟、17,599床
- 調査日
 - 2003年9月
- 有効回答状況
 - 152病院、202病棟、9,607床
 - 入院患者データ : 7,488名
 - 退院患者データ : 4,300名

病床区分とリハ施設基準

病床区分

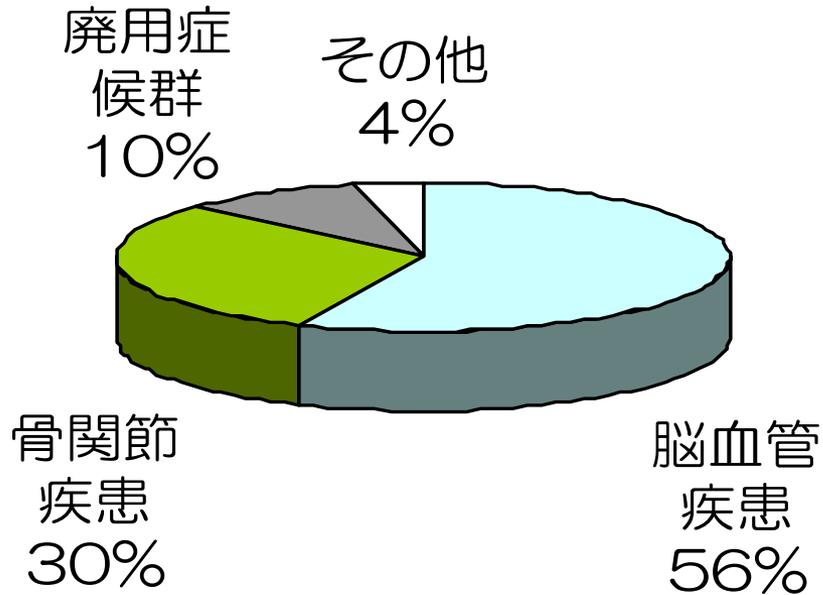


リハ施設基準

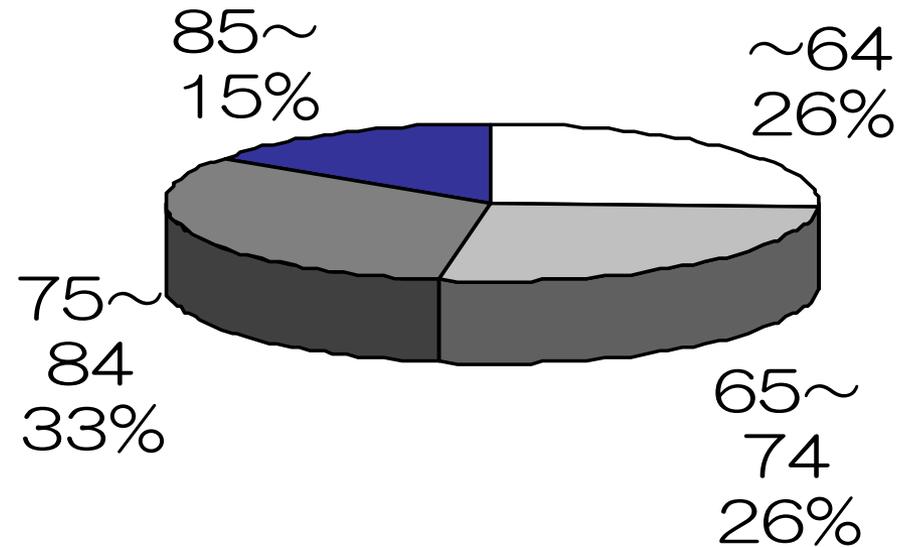


入院患者の疾患と年齢

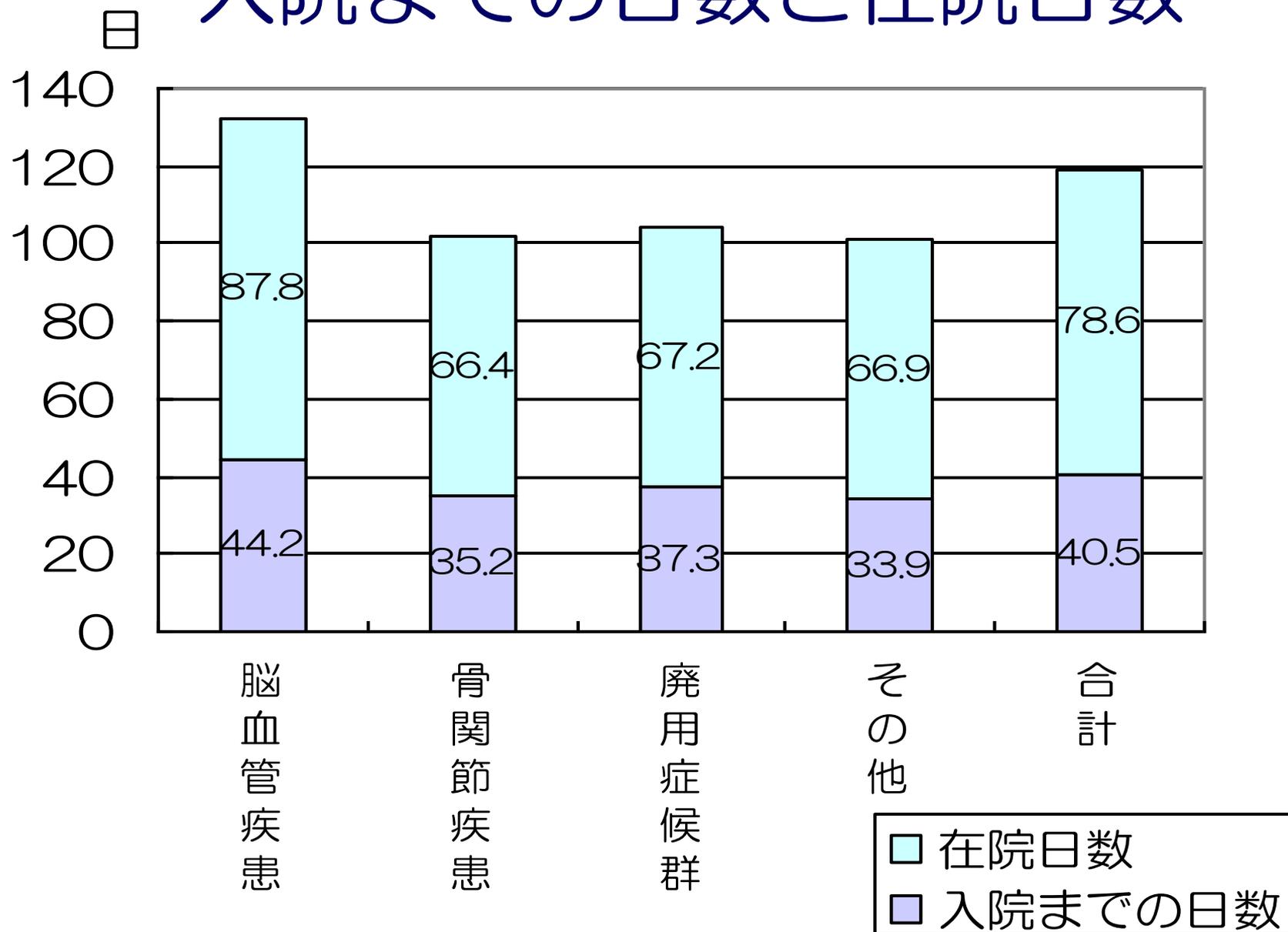
中枢神経疾患：65%



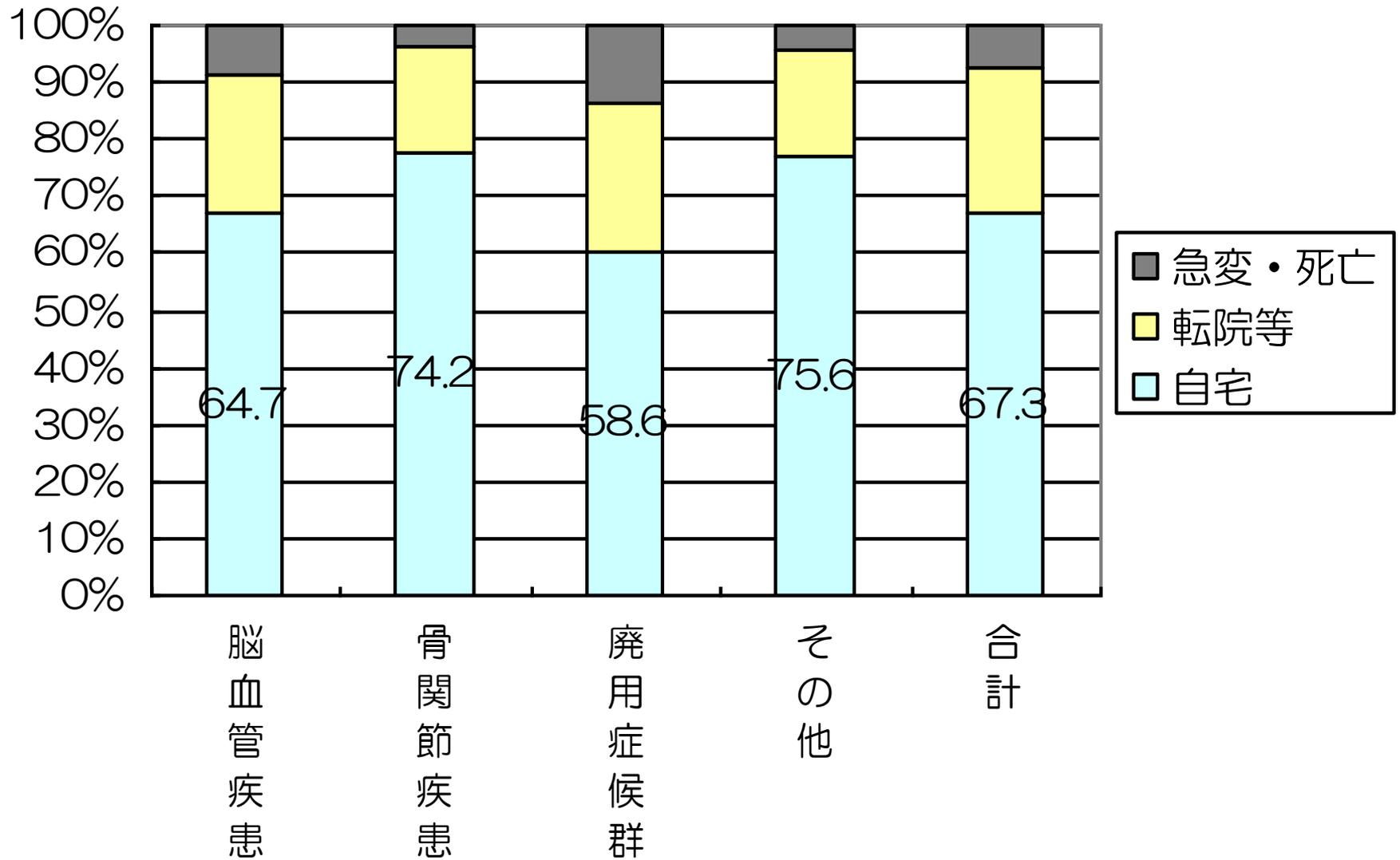
平均年齢：74歳



入院までの日数と在院日数

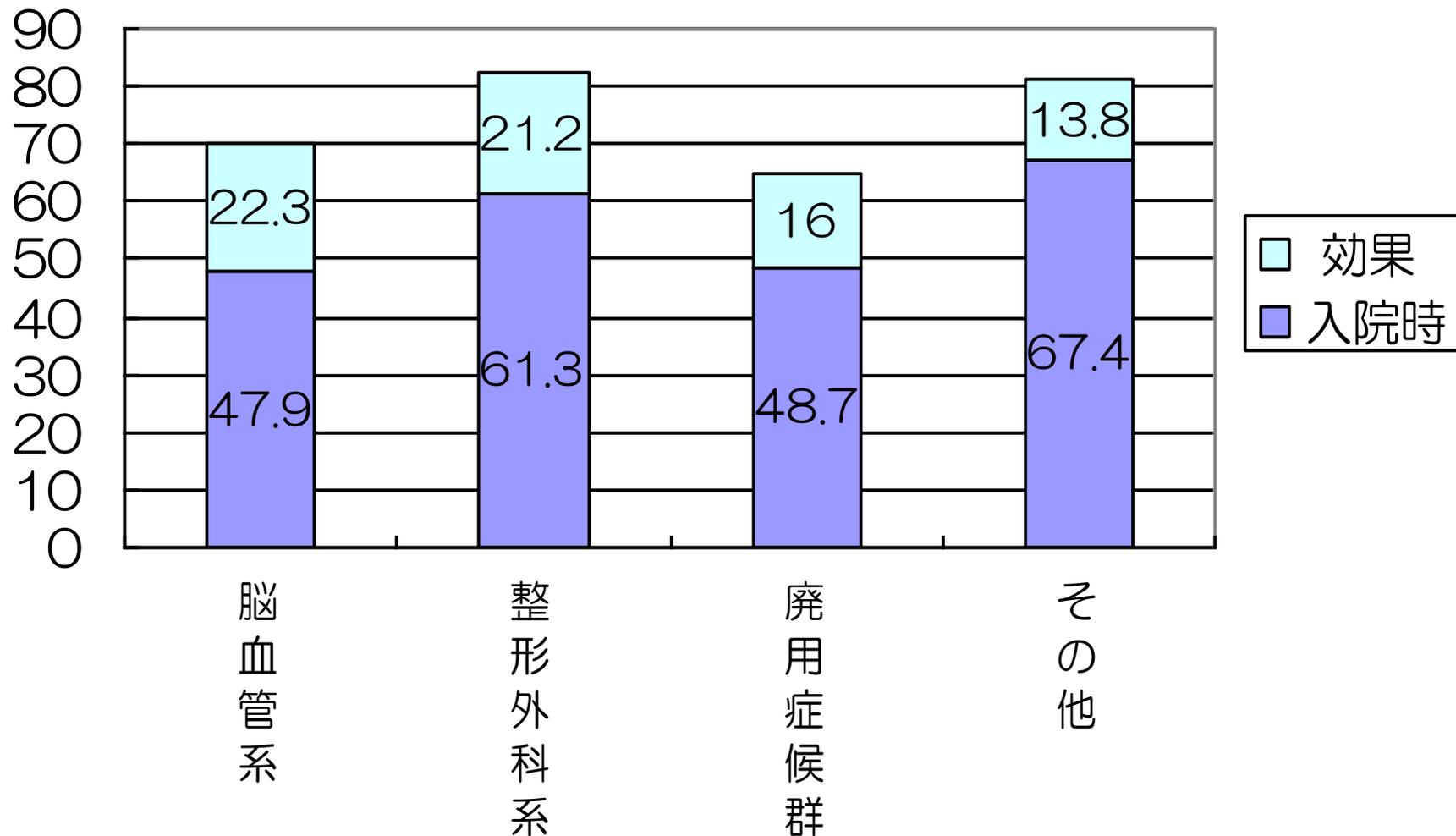


退院先



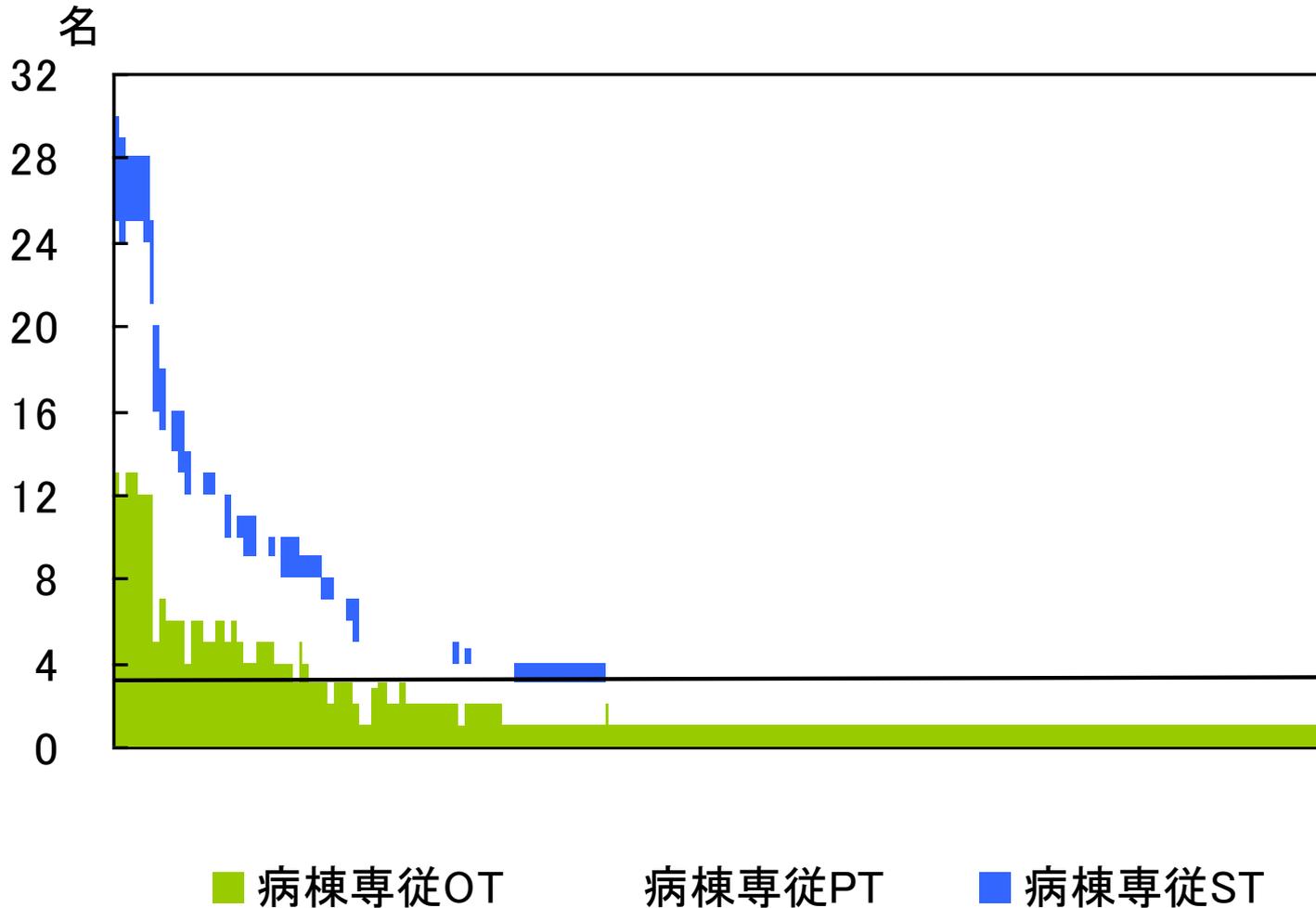
回復期リハ病棟の効果 (ADL)

バーセル指数



病棟専従PT・OT・STの配置人員

病棟専従リハスタッフ数(病院別)



病棟別看護職員配置数（トップ10）

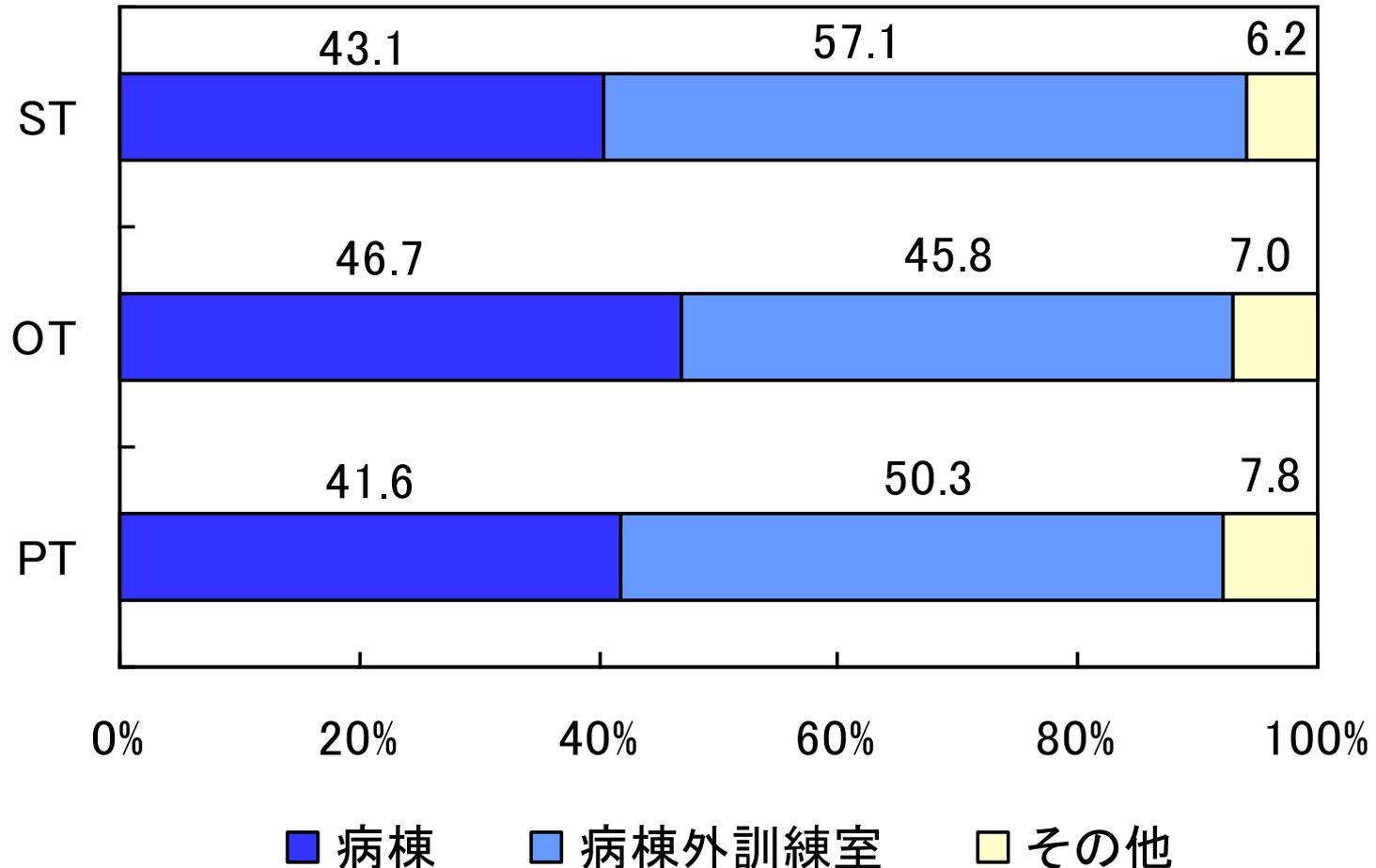
病棟	病床数	看護職	介護職	計	病床数/人員
A3	16	16	0	16	1.00
A1	45	21	12	33	1.36
A2	48	22	12	34	1.41
A4	48	22	12	34	1.41
B	20	13	1	14	1.43
C	44	23	7	30	1.47
D1	49	17	16	33	1.48
E	37	15	9	24	1.54
F	30	12	7	19	1.58
D2	53	18	15	33	1.61

病棟別リハ専門職配置数（トップ10）

病棟	病床数	PT	OT	ST	計	病床数/人員
A1	45	13	12	3	28	1.61
A2	48	13	12	3	28	1.71
A3	16	4	4	1	9	1.78
A4	48	12	12	3	27	1.78
G1	60	13	12	5	30	2.00
G2	60	12	12	5	29	2.07
G3	60	12	12	4	28	2.14
H	54	12	9	4	25	2.16
I	44	5	11	4	20	2.20

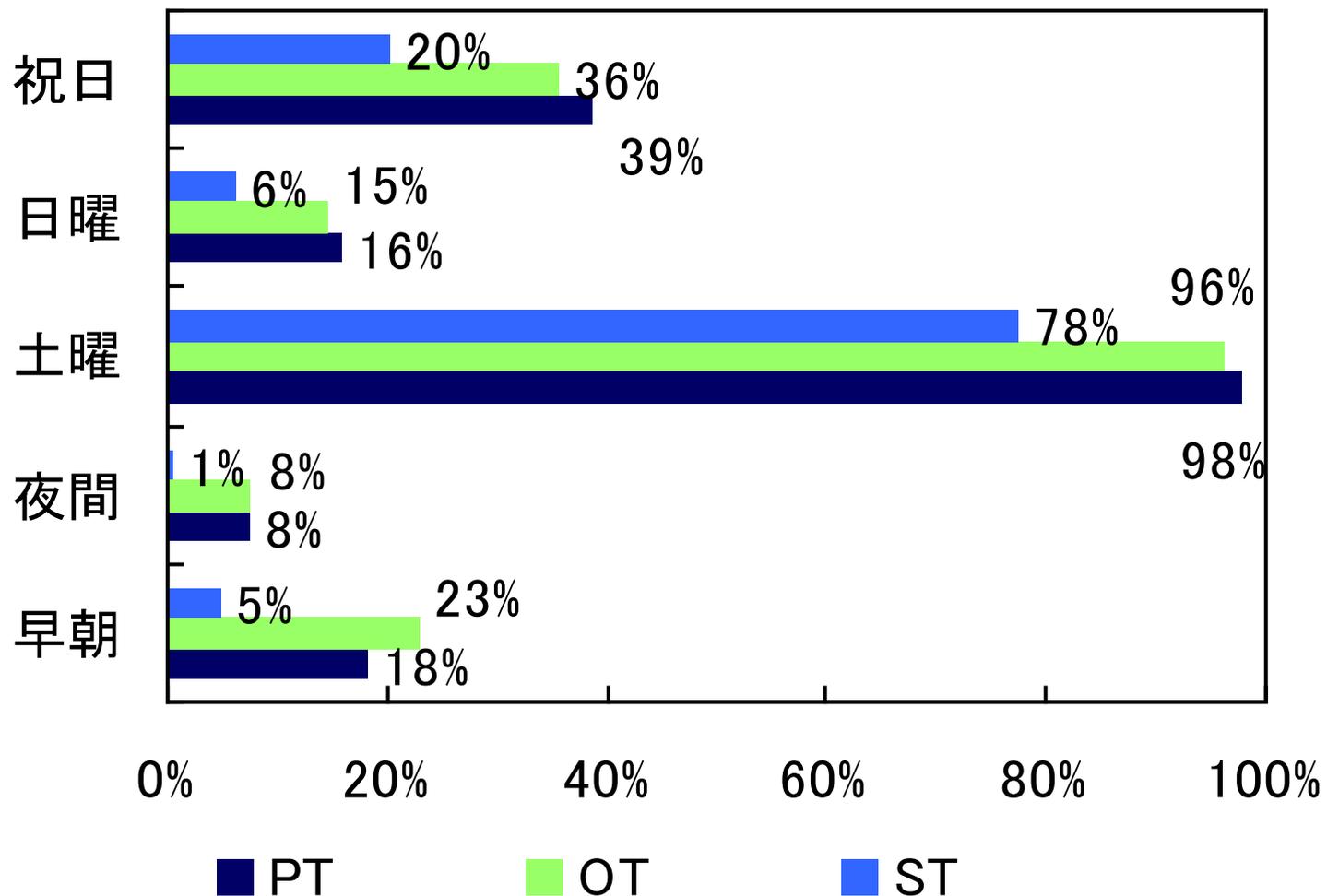
専従リハスタッフの勤務場所

病棟専従OT/PT/STの居場所



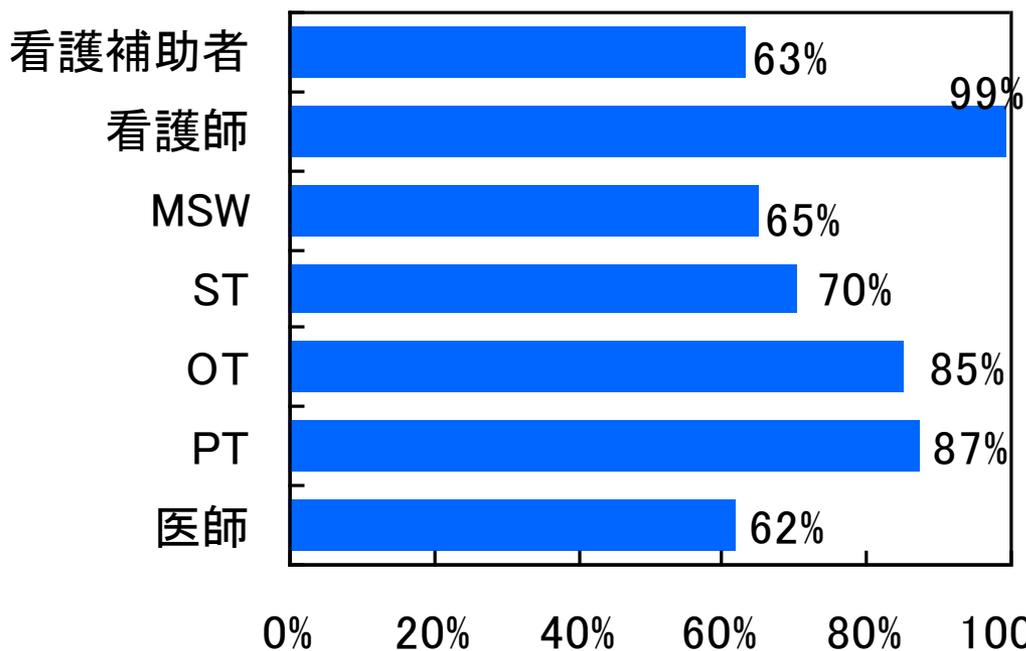
土・日・祝日と早朝・夜間体制

特定時間のリハ実施状況

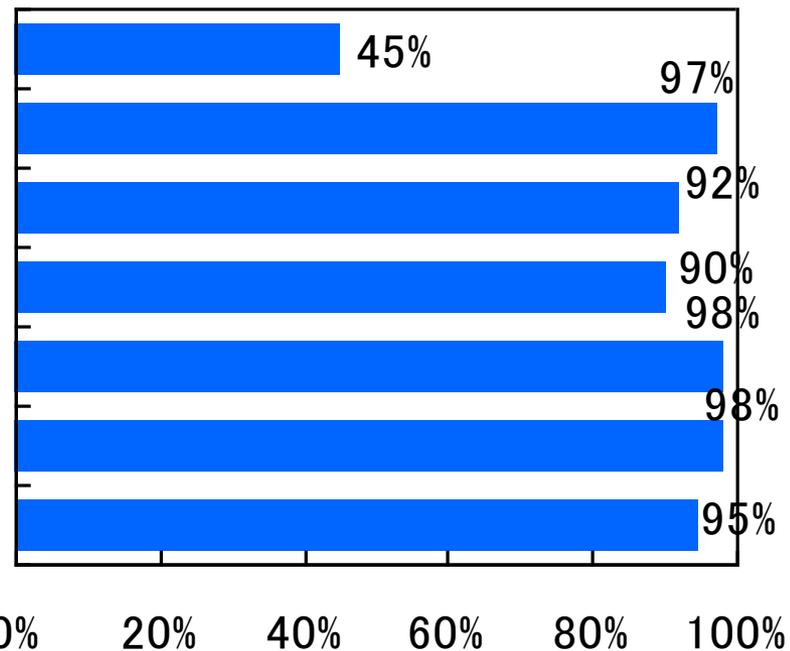


カンファレンス参加職種

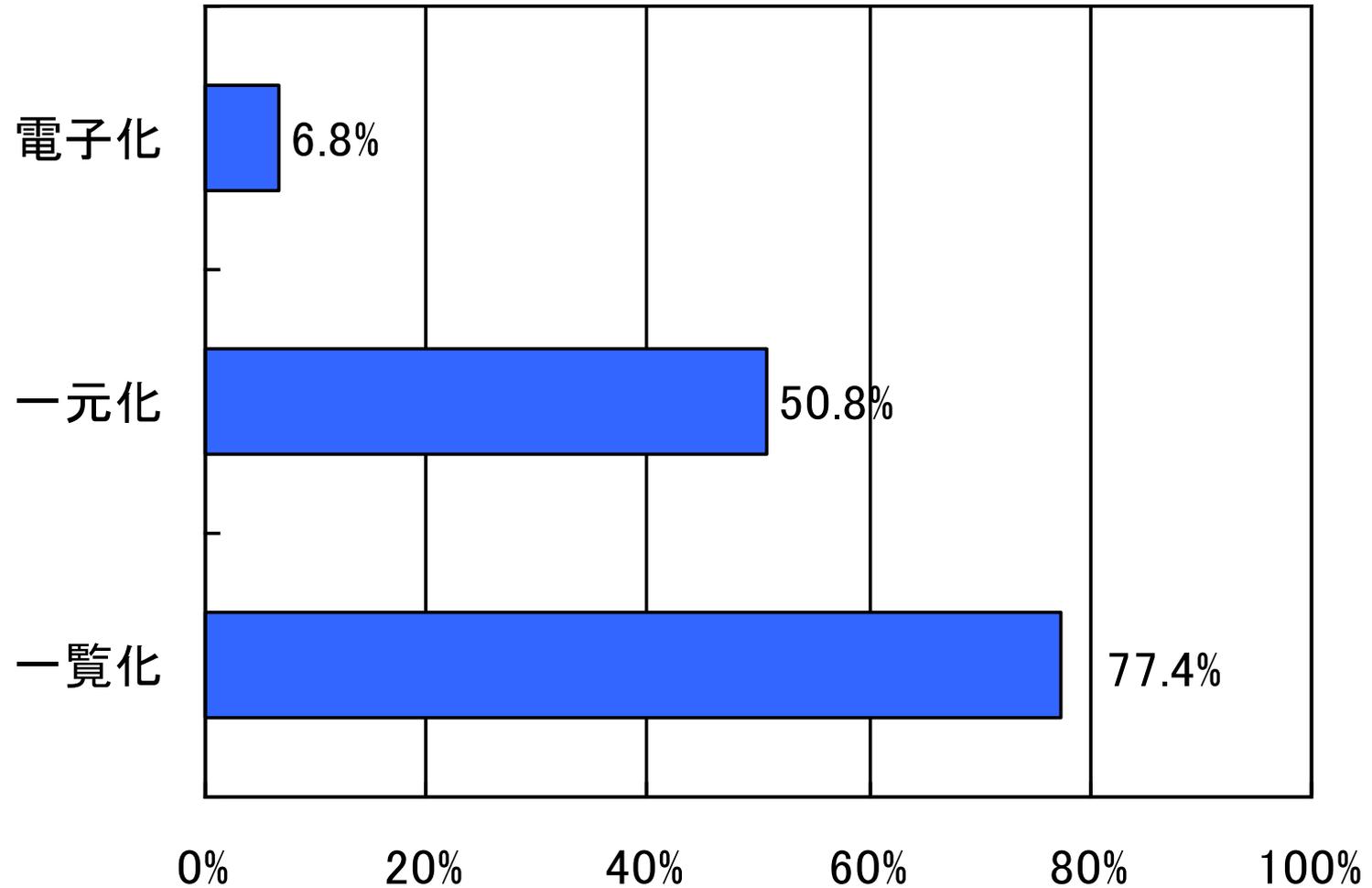
全患者カンファレンス



特定患者カンファレンス

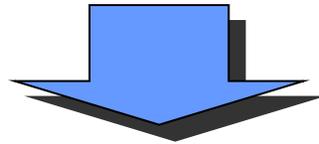


カルテの一覧化



回復期リハ病棟の課題 1

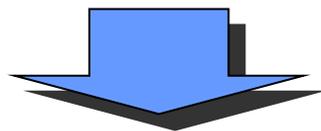
チームアプローチの成熟化



情報の共有化：記録類の一元化・一覧化
カンファレンス実施体制の整備
組織体制の変革
病棟専従医師：リーダーシップ
リハ医学的知識
全身管理能力

回復期リハ病棟の課題 2

基本的ケア体制の整備
(尊厳ある生活を過ごせるケア体制)



寝・食・排泄・清潔分離の徹底

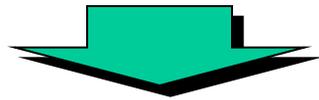
ベッド	: 寝るところ
食事	: 食堂
排泄	: トイレ
身体清潔	: 浴室・洗面所

ケアサービスとマンパワーの考え方

従来 of 病棟

1. スタッフ数は固定
2. 対象患者は常に変化

∴ ケアサービス水準は常に変化
(ケアサービスの標準化は不可能)



今後の病棟

1. 提供するケアサービス水準を設定
2. 対象患者は常に変化

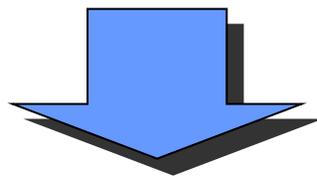
∴ サービスを全うするスタッフを確保
または・および
サービスを全うするため患者を選択



マンパワー
の強化が
必須

回復期リハ病棟の課題 3

ADL向上の取り組みを強化



- 看護マンパワーの強化
- 起床時・就寝時（モーニングケア・イブニングケア）における人員配置の工夫（看護・介護・PT・OT）

※ADLのゴールデンタイムにおける人員配置の工夫
（7:00～8:30 18:00～21:30）

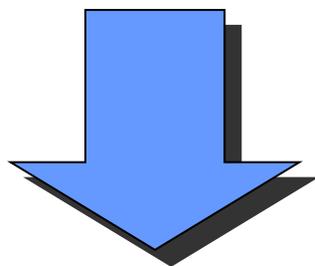
回復期リハ病棟のケア：10項目宣言

全国回復期リハ病棟連絡協議会 看護研修会（03'9.20）

- ①食事は食堂やデイルームに誘導し、経口摂取への取り組みを推進しよう。
- ②洗面は洗面所で朝夕、口腔ケアは毎食後実施しよう。
- ③排泄はトイレへ誘導し、オムツは極力使用しないようにしよう。
- ④入浴は週2回以上、必ず浴槽に入れよう。
- ⑤日中は普段着で過ごし、更衣は朝夕実施しよう。
- ⑥二次的合併症を予防し、安全対策を徹底し、可能な限り抑制は止めよう。
- ⑦他職種と情報の共有化を推進しよう。
- ⑧リハ技術を習得し看護ケアに生かそう。
- ⑨家族へのケアと介護指導を徹底しよう。
- ⑩看護計画を頻回に見直しリハ計画に反映しよう。

回復期リハ病棟の課題 4

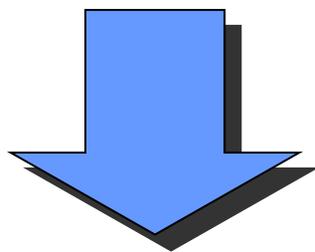
個別リハサービス（PT・OT・ST）提供量の増加



365日・6単位/日のリハ医療提供体制
PT・OT・ST・MSWのマンパワー強化

回復期リハ病院の課題 5

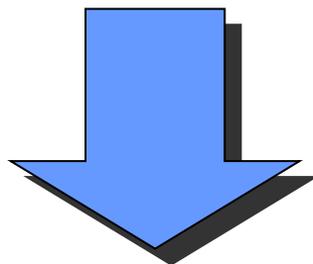
急性期病院との連携



急性期病院からの信頼獲得
発症早期（1ヶ月以内）に受け入れる体制整備

回復期リハ病棟の課題 6

在宅ケアサービスとの連携
(かかりつけ医・ケアマネジャー等)

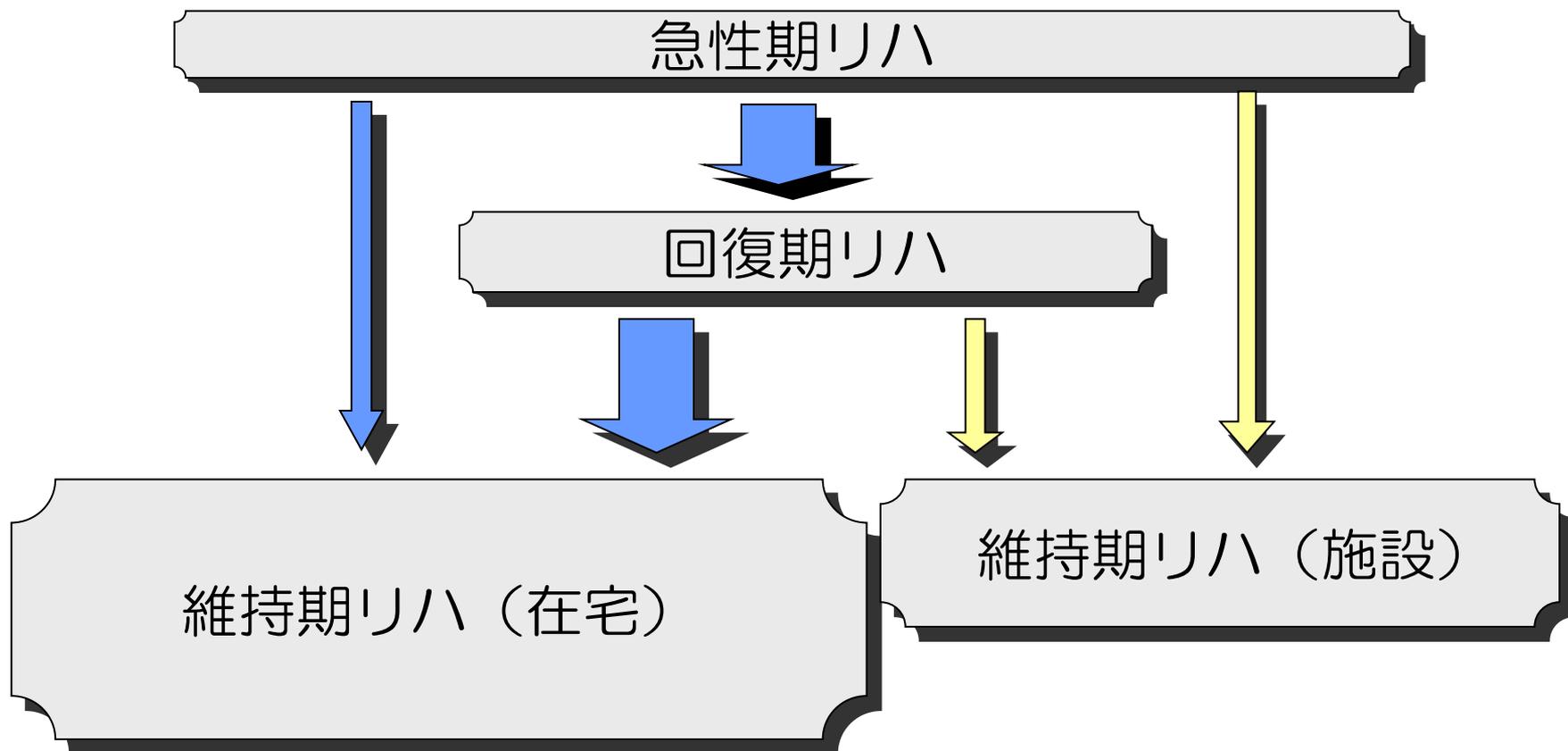


ソーシャルワーカー、ケアマネジャーの配置
自宅復帰率の目標：80%以上

回復期リハの課題

- 量的整備
 - 1. 人口10万人に50床（全国に6万床）
 - 2. 地域間格差の解消
- 質的整備
 - 1. チームアプローチの成熟化
 - 2. 基本的ケア体制の確立
 - 3. ADL向上の取り組み強化
 - 4. 個別リハサービス提供量の増加
 - 5. 急性期病院との連携
 - 6. 在宅ケアサービスとの連携

21世紀リハビリテーション医療の課題



二次医療圏において、各時期のリハ医療サービスが質量ともに整備され、効率的に流れるシステムが構築されること。