



特集1

執行部座談会

回復期リハビリテーション病棟

課題と役割

5月、菅原英和すがわらひでかず会長、岡本隆嗣おかもとたかつぐ副会長、三橋尚志みつはしたかし・宮井一郎みやいいちろう・園田 茂そのだ しげる・西村一志にしむらひとし、4名の常任理事による当協会新執行部が始動した。地域医療構想の大波が押し寄せる中、回復期リハビリテーション病棟、病院はさまざまな課題にどう向き合い、どのような役割を担うべきか。

リハビリテーション・口腔・栄養、運動量増加機器等活用、痙縮治療、自立促進のためのADL ケア協業体制（▶ 特集2 P17～37）、退院支援、重症患者割合を巡る現状ほか広範多岐にわたるトピックについて話し合われた。司会は協会理事、編集広報委員会委員の佐藤義朝さとうよしとも氏。

執行部座談会

回復期リハビリテーション病棟 課題と役割

出席者	菅原 英和 すがわら ひでかず	当協会会長	初台リハビリテーション病院（東京都渋谷区）
出席者	岡本 隆嗣 おかもと たかつぐ	同 副会長	西広島リハビリテーション病院（広島県広島市）
出席者	三橋 尚志 みつはし たかし	同常任理事	京都近衛リハビリテーション病院（京都府京都市）
出席者	宮井 一郎 みやい いちろう	同常任理事	森之宮病院（大阪府大阪市）
出席者	園田 茂 そのだ しげる	同常任理事	三九朗病院（愛知県豊田市）
出席者	西村 一志 にしむら ひとし	同常任理事	やわたメディカルセンター（石川県小松市）
司 会	佐藤 義朝 さとう よしとも	同 理 事	いわてリハビリテーションセンター（岩手県雫石町）

回復期病棟が目指す姿を社会に向け 提起していくことが重要—菅原会長



司会の
佐藤 義朝理事
編集広報委員会委員

司会の佐藤義朝理事（以下、佐藤）皆様、本日はお忙しいなかお集まりいただきありがとうございます。いわてリハビリテーションセンターの佐藤です。本日は回復期リハビリテーション病棟が直面している現状、課題

などについて執行部からご意見をいただき、会員病院の皆様と情報共有したいと考えております。よろしく願いいたします。



初めに今年5月17日、会長に就任された初台リハビリテーション病院の菅原さん、同じく副会長に就任された西広島リハビリテーション病院の岡本さんから

簡単にご挨拶をお願いします。

菅原英和会長（以下、菅原） 地域医療構想の新たな展開の中で、回復期リハビリテーションのあり方や、地域包括ケア病棟・地域包括医療病棟との関係性が改めて問われる時期を迎えています。今後、地域医療の中で私たちがどのように貢献し、どのような姿を目指すのかをしっかりと考え、社会に向けて提起していくことが重要だと考えています。本日の座談会では、その方向性を共有し、回復期リならではの役割と価値を改めて発信できるような、実りある議論にしていきたいと思います。

岡本隆嗣副会長（以下、岡本） 回復期リハビリテーション病棟のよいところは多職種が一堂に会していろいろな専門家の話がその場で聞けて、多くの専門知識が耳学問で毎日のように身につくところだと思います。これからの地域での医療を考えた時、そうした病棟環境の下で学びを深めるスタッフが増える、また、生活期を含めた地域の関係者との連携の際、自分に



菅原 英和
会長

岡本 隆嗣
副会長

三橋 尚志
常任理事

宮井 一郎
常任理事

園田 茂
常任理事

西村 一志
常任理事

知識がなくてもそれを誰に聞けばよいかがわかっている、ということも大事です。入院中だけでなく患者さんの退院後の地域生活を支えていくスタッフの養成・教育機関としても、回復期リハビリテーション病棟は今後重要だと思います。

佐藤 ありがとうございます。それでは4名の常任理事の皆様も交え、いくつかの具体的なテーマについて、一緒に考えていきたいと思っています。

1 リハビリテーション・ケアの質の向上、高度なチーム医療の提供

(1) 重症患者割合について

佐藤 回復期リハビリテーション病棟の存在意義の1つは、最大限の機能回復を患者さんにもたらすような質の高い医療の提供にあると認識しています。そのために日々のリハビリテーション・ケアの質向上、高度なチーム医療提供に向けた取り組みは欠かせません。

しかしながら、診療報酬改定が患者層に変化をもたらし、全国の各施設にさまざまな形で影響を及ぼしていないか。特に回復期リハビリテーション病棟入院料1・2算定施設では2022年春以降、重症患者割合が「3割（以上）」から「4割（以上）」に引き上げられた影響が大きく、日々病棟で患者さんを直接みる看護師、介護職、セラピストの業務への負荷、医師の合併症管理などにも少なからず影響が出ているのではないかと私自身も現場の実感として懸念があります。こうした現状についていかがでしょうか。

菅原 「3割」から「4割」に上がる以前から、当院の重症患者割合は37%ぐらいで推移していたんですね。引き上げ後もやはりそれぐらいの割合でしたので急性期病院からFAXが届いた順に受けていくと常に（4割に）2～3%届かないという状態が生じました。それで不足分を何とかクリアするため、FAXの順番を調整させていただいて重症な方を優先して受けるような状況が出てきました。その結果、中にはなかなか回復しづらい方も入ってこられるということで、引き上げ以前に比べ気管カニューレの抜去率が落ちてしまったり経口摂取への移行率が悪くなったりといったことが起きていますし、全体的に看護・ケア体制にも影響が出ているような状況は実際ありますね。

宮井 一郎常任理事（以下、宮井） 同じようなところで、大阪市内の脳卒中地域連携パスでは年間1,000人ぐらいの患者さんが連携パスに乗ってくるんですが、その方たちの重症率そのものが35%を切っているんです。ですので、普通に紹介患者さんを入れていくと40%にならないというところがあり、今菅原さんがいわれたような問題点というのはありますね。それによって、本来であれば早期に回復期リハビリテーション病棟で受けたほうがより高いADLの改善効果が見込めると考えられる患者さんの入院時期に、若干の遅れが生じている可能性があります。

それから、医師の合併症の管理。これについては明らかに増えてきていると感じています。当院には一般病棟があり転院だけでなく一般病棟に転棟いただいて肺炎、DVT（深部静脈血栓症）、脳梗塞の再発

等を治療していますが、回復期リハビリテーション病棟の転院・転床率は以前の7、8%台から今は10%を超えるような状況です。患者像がだいぶ変わってきました。そうした中で今求められているのは、回復期リハビリテーション病棟でないとは達成できないような部分をしっかりと形として発信していくことではないでしょうか。一方においては家族支援を含めて、重症であっても社会復帰を達成できるような患者さんを見極めて、多職種でかかわっていくことも大事だと思います。

三橋尚志常任理事（以下、三橋） 今年、大原（京都大原記念病院）から市中の近衛（京都近衛リハビリテーション病院）に移って驚いたんですが、同じ京都市内でも重症患者割合が10%ぐらい違うんですね。大原では普通に入院していて常に5割近くでしたが、近衛では4割をどうにか維持できる状態ですので、当院でも重症な患者さんを一部選択的に入れていかないとクリアが難しいという実感があります。

岡本 これだけ患者さんが高齢化していたり急性期から早期に受け入れるようになってきても、「4割以上」となると意識しないとクリアするのが難しい…3割と4割の間に何か非常に高い壁があるように感じます。当院は139床ですが今は常時20名ぐらい経管栄養の患者さんです。そのうち2、3名抜管する間にまた新しい経管の患者さんが入ってこられますので、食事介助の数がここ3年ほどの間にかなり増えました。入浴も全員週3回入っていただいています。看護師、介護福祉士へのしわ寄せが心配です。

菅原 そうですね。ただ、そうはいっても病棟にこれだけ潤沢に看護・介護スタッフ、セラピストがいて、リハビリテーションを個別に1日3時間行える環境はほかの病棟にはありません。重症患者を診るのは回復期リハビリテーション病棟の役割であり責務でもあるかと思っています。そうした意味から、回復期リハビリテーション病棟の重症患者割合については3割程度はあったほうがよいと思いますが3割以下に下げる必要はないかなという印象です。

園田 茂常任理事（以下、園田） よろしいですか。私

は現実をあまり見ないほうの意見をいってしまいますけれども、やはり、回復期リハビリテーション病棟は、集中してリハビリテーションをすべき人にリハビリテーションをやるべきです。そこからスタートして、できる限り退院まで離脱せず集中してリハビリテーションができる状態にもっていく。結果的に重症患者がどのぐらいになってもいいのですけれども、「これだけ（の割合）は入れなければいけない」と、“重症”という枠組みで縛る必要はないと思います。

西村一志常任理事（以下、西村） 同感です。そもそも「重症の人を何割以上受けるべき病棟」という発想で導入されたものではなかったように思うんですけど。私は回復期リハビリテーション病棟の本来的な機能というか、「急性期から（よくすることができる患者さんを）早く受けて、早くリハビリテーションをして、どんどんよくしていきましょう」という発想・考え方に立つほうが明快だし、よいかなと思っています。

宮井 よくなることが見込まれる患者さんに対してしっかりリハビリテーションを提供する、その考え方についてはコンセンサスが得られるものと思います。

一方、いざ、それを制度に落とし込む際、一部で軽症の患者さんばかりを入れる、あるいは逆に、重症の人ばかりを入れる、そういった極端なことも起こり得るということで、制度設計を行う場合はそれを踏まえた上でギリギリのラインを探る議論が必要になります。回復期リハビリテーション病棟でのよりよい運用を考える場合と診療報酬をはじめとした制度設計を行う場合、2つをしっかりと区別して議論しないと話が本末顛倒になり読者のミスリードを招く危険性があります。その点を気をつける必要があるなと思いました。

佐藤 ありがとうございます。重症度の引き上げによって、各病院の受け入れ患者像が一様ではないことが理解されたのと、これからの回復期がどうあるべきかという課題が浮かび上がったと思います。

岡本 逆に、重症患者割合の導入以降何かプラスの面を感じることがありますか。スタッフの重症患者さんを管理するスキルが上がったとか…。

三橋 それはあると思います。たとえば、気管切開の閉鎖などは以前に比べ件数が増えてきていますし。重い人を多く受けるようになった分、結果的にスキルが上がってきているように思います。

菅原 当院では毎年専攻医を受け入れています、専攻医の中には研修に来る前気管切開した部分を一度も触ったことがないという人が結構います。回復期リハビリテーション病棟に来て実際の抜去まで、何度もかかわっていく中でプロトコルを覚え、徐々にうまくできるようになっていきます。そうした教育的意味合いはかなりあると思います。

宮井 当院でも気管切開患者さんだけの病棟ラウンドをチームで行ったりして新しいチームの活動、チーム医療の質の向上に繋がっている印象です。病棟に一定程度重症な患者さんがおられることは当たり前という状況下で、重い方々でもチームのかかわり次第でかなりよくなるし「よくするんだ」というスピリットをスタッフ個々にもたせる意味でも重症な方々というのは重要な患者層ではないかと思います。

(2) リハビリテーション・口腔・栄養

佐藤 「リハビリテーション・口腔・栄養（摂食嚥下リハビリテーション）」、これらの三位一体の取り組みの重要性が説かれています。会員施設全体で見ますとそうした体制をすでに構築、整備している施設がある一方、これからというところもまだ多く混交した状況かと思っています。未整備の施設では歯科医師、歯科衛生士のかかわりがなく、嚥下内視鏡検査(VE)、嚥下造影検査(VF)を実施していないといったところも見受けられます。この現状をどう見えていますか。

宮井 2024年度改定で回復期等口腔機能管理料(月1回、200点)を歯科として算定できるようになり、回復期等口腔機能管理計画策定料(一連の治療を通じ1回、300点)、回復期等専門的口腔衛生処置(月2回、100点)も算定できますので歯科衛生士にスクリーニングで入っていただくなど、収益上の貢献という点で以前は目に見えにくかった関係職種間のか

かわりが目に見えるようになったことが大きく、月60名ほどの新規入院患者さんの約3分の1、20名程度にそういう形で介入できています。

佐藤 VFとVEの実施についてはいかがでしょうか。

岡本 昨(2024)年12月、新たな地域医療構想のコンセプトが出てから、回復期とは何かとか、われわれリハビリテーションの専門家が果たすべき役割は何かなどを考える機会が多かったんですが、改めて思ったことは、リハビリテーション科医の仕事は大きくは2つあるだろうということ。1つは治療をはじめとする患者さんに対して直接行う業務、もう1つは間接的な形で行うさまざまなマネジメント関連の業務です。

このうち、医師であるわれわれが直接行っている業務として痙縮の治療、装具の処方等々がある中、それらの業務の代表格がVFでありVEだと思います。機能障害に対する評価・治療、この部分はリハビリテーション科医ならではの専門知識であり、それこそが回復期リハビリテーション病棟とそれ以外の病棟とを峻別する最大のポイントなのではないか。必要な患者さんにはVFとVEをやってきちんと評価すべきです。すべての回復期リハビリテーション病棟でVFとVEを当たり前のように行っていたきたいと思います。

佐藤 私もそこはぜひ多くの回復期リハビリテーション病棟に頑張っていただきたいと思っていました。

菅原 よく「VFなのか、VEなのか」という2択で聞かれますけれども、VFとVEでは診ているところが違いますので、できれば両方必ずやってほしい、そういう思いがあります。

三橋 同感です。大学病院、急性期病院医師に「回復期リハビリテーション病棟ではVF、VEを実施していない」という認識の方が今も結構おられる印象です。急性期病院の相談員や連携ナースの方々は皆さんご存じですが、肝腎の医師にまだ十分浸透していない実態があって、裏を返せば地元の京都界隈でもまだ回復期リハビリテーション病棟の入院患者さんにVF、VEを実施していないところが少なくないのかもしれないなど…。

宮井 VF、VEは医師の仕事ではありますが、せつかくきちんと評価したその結果を看護師や管理栄養士等が必ずしも共有できていないところがあると非常にもったいないと思います。機能障害の評価の結果を日常のケア、栄養計画、嚥下調整食などに活かしていく意味でもぜひチームでVF、VEを評価して情報共有を深めていただくことが大事かと思います。

佐藤 ありがとうございます。VF・VEどちらも必要不可欠な評価ということで会員施設での積極的な実施、VFとVEどちらも日常的に評価していただくこと、加えて、多職種での情報共有がキーワードとして挙がりました。チームでしっかり共有していただければと思います。

(3) 運動量増加機器等の活用

佐藤 次に、運動量増加機器等の活用についてです。近年、BMI (Brain Machine Interface) の進展に伴い回復期リハビリテーション病棟にもロボット機器等の導入が広がっています。ただ、全国的に見ますと関連の加算を算定している病院はまだ多くはない状況かと思います。そこで、すでに病院で導入され効果を上げている機器等の実例があればご紹介いただけたらと思います。いかがでしょうか。

菅原 まず、BWSTT (body weight support treadmill training; 体重負荷トレッドミル歩行訓練) の先駆者の宮井さんから昨今の状況についての所感をいただきたいと思います。

宮井 歩行に関していうとBWSTTには2つのメリット、すなわち、(1) 歩行機会を増やし、(2) 従来であれば訓練に乗らないような患者さんまで歩行の経験が可能になる—ということが評価されていて、比較的導入しやすく、歩行の介助が技術的にかなり難しい人に対しても、ロボットやBWSTTを使用することで歩行が可能になる点が大きなところかと思います。ロボット機器等と同一時間セラピストが歩行練習を実施

したRCTの結果を見た限りはBWSTTが必ずしも優位ではありませんが、歩行の活動量アップには貢献するかと思います。

そうした文脈でのBWSTT活用はよいのですが、機器が製品としていったん市場に出してしまうと、その機器・製品の性能が「高い」ことを前提に使われ始める傾向があって、その点、機器が市場に出たあとの性能評価のデータが非常に乏しい点は残念な気がいたします。特定臨床研究*や介入研究について考え方が変わり、以前より産学共同で研究開発を進めやすい環境も整ってきています。そうしたチャレンジも多くの回復期リハビリテーション病棟の現場で今後活性化するとよいかなと思います。

岡本 ここ15年ほどで歩行、上肢・手指に関し多くの併用療法が実用化されました。それらにスタッフが興味をもち臨床で使って自身の技術を高める、単に機器を使えるようになるだけではなく、それらをどう使うとさらにより結果が引き出せるかにフォーカスして試行錯誤する、そこがスタッフにいちばん期待している点です。適応をよく吟味すること、どんな状態の方にどれぐらい使っていくとベストか、院内での協議プロセスが大事だと思います。

菅原 技術に定評あるベテラン療法士ほどロボットを使いこなしている印象です。患者さんのよくしたいところにそれぞれの特性をどう使うとよいかというツボを心得ているように見えます。ロボット機器の活用はセラピストのスキルアップの有効な手段ですし、手もちの機器類を使いこなすためのセラピスト教育・研修体制といった話にまで及ぶかと思います。

佐藤 ありがとうございます。AIが出てきて以降、囲碁や将棋の世界でも棋士がAIで学習することで新しい可能性が開けている状況もあり、一概にロボットやAIに頼ることが人間を退化させるものではないと思います。新しい道具をどう使うか、セラピスト、医師、個々の向き合い方が大事な感じがします。

* 特定臨床研究 企業から資金提供を受けて、ないしは国内で未承認あるいは適応外の医療機器等を用いて行われる臨床研究。

宮井 回復期リハビリテーション病棟の実態調査では運動量増加機器加算の導入以降、同加算を算定している脳卒中患者さんのFIM利得は加算未算定の脳卒中患者さんより高いというデータが一貫して出ています。点数は低いですがアウトカムには繋がっており、導入により上肢なり歩行なりの訓練機会が増えている印象です。うまい加算名をつけたなと改めて思います。もう少し入院期間の後半にも引き続き算定できるよう、来年度の診療報酬改定に向けて日本リハビリテーション医学会が要望を出しているところですので今後に期待したいと思います。

(4) 回復期での痙縮治療

佐藤 次に、「回復期リハビリテーション病棟における痙縮治療」に関する現状、入院中行うメリット、治療の適応、課題などをお話いただければと思います。菅原 「亜急性期の早期治療がより重篤な痙縮の発症を予防できる」(Rosales 2012)をはじめ海外では早期対応が痙縮の悪化を予防するというエビデンスが定着しており、治療戦略もそうした方向にありますので日本でも広まっていくとよいと思う一方、依然、かなり高額な薬剤費の病院負担といった課題があり、その点を取り除かないと広まらないだろうと思います。これについても日本リハビリテーション医学会が回復期でのボツリヌス製剤使用拡大の提案をしており、ボツリヌス治療に関してはそれに期待したいと思います。

園田 痙縮に関して、まずはボツリヌス製剤を保険診療で使えるようにするために適応を明確にする方法があればよいと思います。ただ、痙縮は定量化が難しくそこがネックになってしまっているのであろうと。一方、現状のまま解禁したら、回復期での使用量が跳ね上がるであろうことは容易に予想され、問題点だと感じています。個人的には、フェノール液が手に入れば十分なんですけれども、今はほとんど手に入らなくなってしまう残念に思っています。

佐藤 ありがとうございます。ボツリヌス治療の適応になる患者さんは回復期に大勢いらっしゃると思

います。費用面の課題がやはり大きいと思っていました。当院でも生活期についてはようやくボツリヌス治療の件数が徐々に増えている状況で、適応を見分けられるようほとんどの医師が施注資格取得のeラーニングを受けてくれました。一部医師だけが熱心に実施している、そうならないよう裾野を広げたいと思います。

三橋 院長で近衛(リハビリテーション病院)に赴任しましたが、私以外ほとんど神経内科医なので適応に関しては長期予後を考えたら今打つべきだという方には「遠慮せず打ってください」といっています。以前はひと月1例までという内規があったのを取っ払いましたら今月は3人ほどに増え、事務長に「高いです」と泣きつかれましたが「とりあえず、これでどうなるかやってみようよ」ということで実施機会は増えています。

宮井 今は拡散型の圧力波による痙縮治療が主流になってきましたよね。即時効果も出るということで、週1~3回、2~3週間ほど行くと6~8週は効果が続くというデータがあります。マッサージ機器として認定を受けているのでセラピストでも問題なく使えることも利点で、当院でも割と今重宝しています。岡本さん、菅原さんのところでもすでに導入実施されていますね。

菅原 ええ。当院でも体外衝撃波治療を導入後、フェノールブロック実施件数がかなり減ってきましたので痙縮の発生そのものを予防できている印象がありますね。岡本さん、いかがですか。

岡本 当院では痙縮の治療以前に基本といいますか、個々に最適なポジショニングを見つけた上でまずはきちんと訓練をする、適切な装具を処方する、その下地があってこそその治療だという話をよくしています。その上で圧力波を使えば使いやすいし、もっと重い方、早期の適応があればボツリヌス治療も併用したり。多くの治療オプションがある中、どのタイミングでどの方法を選択し実施するか、データを見ながら協議決定するプロセスを重視しています。

佐藤 フェノールブロック、ボツリヌス、拡散型圧力波…いろいろな治療方法が選べる時代になってきて、

臨床医として非常にやりがいがあると感じています。それぞれの病院に最適な治療方法を選んで実施体制を築いていただきたいと思います。

2 退院支援・地域連携の強化

(1) 自立促進のためのADLケア協業体制

佐藤 2つ目の大きなテーマ、「退院支援・地域連携の強化」に移ります。速やかな退院、社会復帰に向けては入院時からの多職種連携による退院支援が欠かせません。回復期リハビリテーション病棟での自立促進のためのADLケア協業では、介助から自立に向かって変化していくケアをどう標準化していくかが課題といえます。一方、協業体制文化の成熟度といえますか、回復期リハビリテーションを専門的に行う病院として開設されたところと、すでに一般病棟が運用されていて、その一部を回復期リハビリテーション病棟として開設したところでは、多職種協業という体制への親和性にかなりの開きがあり、後者においてはチーム協業でお悩みのところもあろうかと思います。多職種によるADLケア協業体制(▶ P17～37)を円滑に進めていくコツや条件などについてご紹介いただければと思います。いかがでしょうか。

菅原 まずは現場の実態を見る、朝か夕方にセラピストが看護・介護職と一緒にケアに入り実態を共有した上で解決策と一緒に話し合えるとよいかと思います。当院でもモーニングケア、イブニングケアと称して8名ずつのスタッフで対応しており、そのうちの2名はPTとOTです。開院以来続けてきた体制で、スタッフにより教育効果をもたらしていると思います。

岡本 個別リハでできるようになったADLを「しているADL」にどう定着させていくか。菅原さんが今いわれたような形で朝夕の時間帯に入る方法もあるし、入院中盤から後半あるいは退院間際に退院後の自宅等での生活を念頭に置いた場合のポイント介入もあるかと思います。ここは各職種のかかわりを通じたメ

リットがまだ十分議論できていない部分でもあり、回復期リハビリテーション病棟が今後さらに進化する大きな部分だと思っています。もう1つ、ADLケア協業ではたいていセラピスト側が看護・介護スタッフ側の実際のケア場面に入る形が強調されますが、一方、看護・介護スタッフが訓練として「できるADL」の汎化にどうかかわるかという側面も大事ではないかなと。両方併行して議論すべきだと思います。

宮井 まずはチームカンファレンスを含めてその方の今の課題をあぶり出す作業が大事だと思います。日替わりで食事、排泄、入浴といったケアの各場面で「今日はこういうふうに協業していこう」という流れを確立できると理想的ですが、「考えるリハビリテーション・ケア」というか、ハードルはなかなか高いです。「1日××単位取る」「×時までには食事介助を終える」等々の個々のかかわりが一義的になってしまわないようなメタ認知、日々のスケジュールにちょっとした余裕をもたせるような業務改善や考え方の変革、多職種のかかわりを包括的に見る考え方が根付くところだと思います。

コロナのとき、多くの病院がクラスターになりスタッフに欠員が増えて現場のケアが数的にも厳しくなりました。そのとき、セラピストがケアの中に積極的に入り看護・介護スタッフと協業する場面が増えました。これはおそらくどの病院でも経験されていると思います。加えて重症患者さんが増え、食事介助をはじめケアの面でもいろいろ工夫が必要になってきた。ただ、それによって看護・介護スタッフとセラピストの間で相互理解が進み、協業意識が高まったところも多かったのではないかな。ADL動作の同じ課題に対し、看護・介護スタッフとセラピストが違う視点から考え、協議しながら患者さんにかかわる中で業務負担軽減への意識も強まった、これらはコロナ禍、患者重症化がもたらしたプラスの側面ではないかと思っています。

佐藤 ありがとうございます。コロナの話が出ましたが、先ほどの重症度への対応にも似て、置かれた環境下でまた一皮剥けて変わっていくというか、環境が大きく変化した中で協業がうまくいくようになって

た面が確かにあったなと思いますし、それを多職種が病棟で共に経験したことは大きな収穫だと思いました。

(2) 退院支援と 地域総合リハビリテーション機能

佐藤 続いて、「退院支援と地域総合リハビリテーション機能」、それらの連携について伺います。退院調整、在宅復帰の支援、外来・訪問リハへの繋ぎなど、回復期リハビリテーション病棟の総合リハビリテーション機能の重要性が高まっていると思います。この点についてはいかがでしょう。

菅原 退院支援には大きく2つあって、1つは退院に向けて回復期リハビリテーション病棟入院中に行う支援、もう1つは退院したあとご自宅、在宅での生活をしっかり軌道に乗せるための支援です。両方重要だと思うんですね。片方だけではなくしっかり両方力を入れて実施し、退院後、患者さん一人ひとりがそれぞれの役割をしっかりとって生活できるよう支援する視点、フィロソフィーが大事だと思います。

三橋 現状として、病院の入院部門である回復期リハビリテーション病棟自身の課題がまだ大きいといえますか、どの施設でもセラピストが多く配属されている一方で、回復期リハビリテーション病棟だけに集中しているところが残念ながら依然少なくない実態がまだまだあるのではないのでしょうか。地域医療を支えるという意味で、生活期リハビリテーションは今後ますます重要になってきます。回復期リハビリテーション病棟をもつ施設にとっても、生活期の在宅部門を充実させることは教育的な側面からも非常に重要であると感じます。回復期リハビリテーション病棟から地域へ出てしばらく在宅部門を経験してからまた病院に帰ってきたスタッフはたいい間違えるほど遅く成長して帰ってくることからその大切さがわかるかと思います。

岡本 まったく同感です。看護・介護スタッフとセラピストとの協業同様、回復期と生活期スタッフ間の協業体制構築が必要です。回復期リハビリテーション病棟から自宅等へ帰す流れとは逆の、自宅等からの

再入院というケースも起きてきます。生活期側からの情報も欠かせません。相互理解が大事です。

現在、回復期リハビリテーション病棟の専従セラピストは病棟での業務以外やってはいけないことになっていますが、逆に、たとえば、退院後フォローを専従セラピストの専権業務にすれば、回復期リハビリテーション病棟のスタッフが直接生活期に移行していく患者さんに継続的にかかわれますので、その経験を通じて多くの知見、知恵が得られると思います。そんなことを念頭に、当院では回復期から生活期への繋ぎで核となる退院前カンファレンスの充実・強化にここ数年ずっと最大の力点を置いて標準化、情報共有の質向上に取り組んでいるところです。

西村 最近専ら通所リハビリテーションのほうに携わっているんですが、当院の回復期リハビリテーション病棟を退院したあと通所リハビリテーションに来ている利用者を見ると、退院時点よりもよくなっていく方が結構いらっちゃって、その変化を通所リハビリテーション部門のスタッフたちが実感し、生き生きして仕事に大きなやりがいを感じているんですね。回復期以上にさまざまなことが起こる生活期の現場で揉まれる経験がスタッフを育むのかもしれない。

宮井 当院ではセラピスト教育の意味合いから数年間のスパンで急性期、回復期、小児、生活期をローテイトする仕組みを作っています。一度生活期を経験し、生活期の視点が備わったスタッフがまた回復期に戻ってきてリーダーシップを取ってくれるとチーム運営が円滑化します。看護師も訪問看護部門への研修など回復期以外の部署への異動の機会をもたせています。打てば響く人はたくさんいますので機会を得る仕組み、体験する仕組みづくりも大事かと思います。

患者さんが退院してからどうなったかについては「関心はあるけど知る機会がない」回復期の関係者は多いと思います。生活期と回復期のスタッフ双方が「その後どうなったかカンファレンス」みたいな場を作り、事例をもとに退院後の生活から入院中のかかわりを振り返る機会をもてるとよいと思います。

3 人材育成・病院体制整備

(1) スタッフの教育・育成と専門性向上

佐藤 次に3つ目の大きなテーマ、「人材育成・病院体制整備」に移ります。まずはスタッフの教育研修、専門性の向上について伺います。

人口減少が進み、どの地域でも人材の確保は至難という時代に突入しています。回復期リハビリテーション病棟でも、組織の安定的運営に必要な高い専門性と熱いマインドをもった人材の育成は全国的に大きな課題であると思います。当協会でもこれまで毎年さまざまな研修会の開催を通じ回復期スタッフの人材育成に注力してきた歴史がありますが、今後各施設でどのような研修が必要か、スタッフにはどういったキャリア支援の必要があるか、そういったことをお話しいただければと思います。

三橋 研修委員会で長年活動してきて感じるのですが、各種研修会にスタッフを出してこられる病院の多くは組織の人材育成にも力を注いでおられ、院内の研修体制も課題こそあれ充実している施設が多い印象です。また、選ばれて研修会に参加される皆さんも、院内を中心に多くの教育・研修を受け学んでこられた方が多いように感じます。ただ、近頃グループディスカッション場面などで他のメンバーを遮って一人ご自身の意見だけを延々と喋って突っ走ってしまい、グループ全体の和を乱して憚らないような成人、職業人、社会人として未熟な方をときどきは見かけます。大袈裟すぎる言葉かもしれませんがやはりベースになるのは人間性の部分かと思っています。院内での社会人教育は必要不可欠かと思っています。

佐藤 研修を受ける際に最低限の心構えのようなものは各自がもって臨むべきではないかなと思います。

菅原 回復期リハビリテーション病棟の役割として、対象患者さんをよくすることはもちろんですが、働く人材をしっかり育成することは必須項目であると思

います。育成のためには回復期リハビリテーション看護師、セラピストマネジャーをはじめ、一定の教育を受けた者が指導者として上に立ち、新人なり2年目スタッフなりを指導していく体制を病院ごとに整備いただくことが求められてくると思います。

佐藤 人手不足が本格化していく中、スタッフ教育、人材育成に組織として積極的に力を注いでいかないと診療のクオリティにも影響すると思います。

岡本 専門的な知識や技術の習得は院内での基礎的な研修と並んで専門的な研修の枠組みを整備するとか先輩から学ぶ等々、方法はありますし、外部研修に出ることで得られるものもたくさんあるかと思っています。あとは院内でOJTのような教育も大事かと思っています。また、回復期リハビリテーション病棟の臨床で1、2年目スタッフがチームメンバーや同職種の先輩から専門的な知識や技術を学び、自身の仕事に活かせるような機会・場を作る、教える側も、準備してしっかり指導のできる体制を整備していただきたいと思います。

先ほどから出ているように、回復期であれば生活期から学ぶ機会と場を作ることも大事です。キャリア5年目ぐらいまでに基礎をしっかり積みめれば、あとは自然にどんどんよくなっていくと思います。

宮井 最終的にスタッフ個々が高いモチベーションを保つ^{おもと}大本は「自分がどうなりたいか」「将来的にどういう自分になりたいか」が見えていることが一番大きいと思います。具体的なキャリアパスを描かせた上で将来像から現在地点を俯瞰^{ふかん}して今学ぶべきことを自覚いただく。「最終的に何をを目指したいか」が描けるタイプの教育、考える機会や場面を多く与えるような教育・研修体制が必要ではないでしょうか。

佐藤 長期的な視点でそのスタッフが将来どんなことをしたいかを掘り下げていく、目的意識をはっきりさせつつそこへ導いていく中で、指導する側の役割が重大だと感じました。最近の若いスタッフの方々には幼少期から学校でグループワークやディスカッションを数多く経験してきている印象があります。もしかするとその辺の教育スキルは私たちのほうが乏しいかも

しません。お互い擦り合わせが必要かと思います。ひと昔前は上から厳しい指導を受けることも茶飯事でしたが今はそういう指導方法に限界があり、指導側としては多々気を使うところもありますが、引き続き努力したいと思います。

(2) 第三者(病院機能) 評価の受審・活用

佐藤 続いて、「第三者評価、病院機能評価の受審・活用」について伺います。

回復期リハビリテーション病棟の2024年度実態調査報告を見ますと、本体機能評価の「認定あり」施設は会員病院で50.1%とちょうど半数程度です。一方、リハビリテーション病院(回復期) 高度・専門機能の「認定あり」は1割強に留まっています。評価基準の活用を通じた自院医療サービスの質改善に取り組むよい機会になるということで、当センターでも実際に受審してみて、受審の経験がスタッフの意識改革に寄与していると思いました。

事前の準備期間を含め、スタッフ間のコミュニケーション機会が増えたように思いますしコロナ禍以降、特にみんなで一つのものに取り組む機会がなくなっていた中、みんなで一致協力のもと長期的に取り組む機会ができたのは受審のよい一側面と思います。また、現状の課題解決のため、日頃は互いに問題意識はあっても言いづらいことなども、機能評価受審に際しての「課題」に変えてしまえば口に出せるので、個人的には有効に活用させてもらっています。こうした病院機能評価ですが、協会として今後さらに多くの会員施設に受審してほしいという基本スタンスでしょうか。

岡本 外部に“仮想敵”ではないですけど、そうした存在を作るとみんながまとまりやすいですね。そういう意味で外部評価である病院機能評価の受審プロセスを通じて非常にみんながまとまりやすいということが1つ。それから、病院機能評価の評価項目は全体がバランスよく網羅されているので、当院もそうですが、領域ごとに何が課題なのかを定期的に見直すことができる、この点は非常に有効かと思います。

あとはケアプロセスの評価が本体でも高度・専門でもメインの1つになると思いますが、あの時にみんなで相談しながら準備を進めていく中で他職種の計画を改めてじっくり見たり、日頃どう考えてあのように動いているのか、直に話を聞ける、結果、他職種に対する理解が深まる、そこがすごく大事だと感じます。

菅原 お互いに他の職種が普段やっていることを十分には理解できていない部分ってやはりあるんですよ。そこが機能評価の場面を通じて浮かび上がってくる。「こんなこともやっていたのか」と互いの職種をリスペクトする効果もあるのかなという印象を受けています。

宮井 前提は病院の管理者が第三者評価にしっかり取り組むんだという強い意思表示をし、院内に前向きな雰囲気があることです。あとは皆さんおっしゃったように、できるだけ多くの人が巻き込まれることが基本です。院内を挙げてイベントとしてやっていくことが非常に大事ではないかと思います。

佐藤 ありがとうございます。数年に一遍だとは思いますがそれでも、病院を挙げてワンチームでやる、上のほうの管理職だけでなく入職間もない新人、2年目スタッフを含めた組織全体で実施し、常に更新し続けていくのがよいのかなと私も思います。

宮井 診療報酬では努力義務規程ですけれども、当協会としては全国どこへ行ってもよいリハビリテーションが受けられる状態を作りたい、そのために第三者評価の受審、認定を全国の回復期リハビリテーション病棟をもつ病院、特に協会会員病院に強く推奨するスタンスは基本今後も変わらないと思います。そこは会員病院へのメッセージとして伝えるべきだと思います。

佐藤 ありがとうございます。

課題は盛り沢山 1つずつ丁寧に協議してよい方向にもっていく

佐藤 では、最後にひと言ずつメッセージをお願いいたします。

菅原 盛りだくさんのテーマだったんですけど、それだけ回復期の中で今後検討すべき課題があるのか

なと思いました。これをしっかり一つずつ丁寧にディスカッションしてよい方向にもっていくことが回復期の質の向上に繋がっていくと思います。

岡本 いろいろな地域医療構想をはじめ今ある意味大きな転換点にきていると思います。回復期リハビリテーション病棟を制度として国が作ってくれてもう25年経った現在、その仕組みを今後さらにどのように進化させ地域に役に立つ回復期リハビリテーション病棟にしていくかが大事だと思います。しっかり情報発信をしながら、理想とすべきよい回復期、回復期リハビリテーション病棟はこうなんだというところを示していければと思います。

三橋 先日、日本病院学会で「新たな地域医療構想に於けるリハビリテーション医療の位置づけ」と題したシンポジウムに私が回復期医療の立場から出て、同じく急性期医療の立場から安保雅博・日本リハビリテーション医学会理事長、生活期と地域リハビリテーションの立場から斉藤正身・日本リハビリテーション病院・施設協会会長も出られ、話をしてきましたが、今、回復期は波に揉まれていることを強く感じつつ、その中で、回復期リハビリテーション病棟がいかにあるべきかということが今こそ問われていると思います。回復期はここが一番大事なポイントなんだというところを一致団結して外へ向かって示していくべきときです。何より回復期の重要性を大事にしていきたいですし、一方で地域貢献ですね。地域づくりとか、そこを回復期リハビリテーション病棟をもつ病院がどんどん手掛けていくことも大事だと思っています。

西村 最近、回復期リハビリテーション病棟の役割が曖昧になってきたところがあるような気がしています。今岡本さんがおっしゃったように、回復期リハビリテーション病棟が25年前スタートしたときの初心に戻り、改めて「回復期リハビリテーション病棟とは」というところでしっかりした考え方を形づくった上で、この病棟をさらに進化させることができるとよいと思います。

園田 まずは読者の皆さまに向けては、今後を担う菅原会長、岡本副会長のお二人をぜひ盛り立ててい

ただきたいとお願い申し上げます。リハビリテーションの内容的なことでは、リハビリテーションをすべき人にきちんとリハビリテーションをする方向を協会はぜひ前面に打ち出し、そこを土台にしてさらに進んでいくべきであると思っています。冒頭申し上げたことの繰り返しになりますが、そこを忘れないようにしなくてはと思う次第です。

宮井 超高齢社会のソリューションとしてリハビリテーション前置主義という恰好で国民の誰もが最長150～180日のリハビリテーションを受けられる制度は世界のどこにもなかったわけです。そして、日本と同様に高齢化が急速に進む韓国で回復期リハビリテーション病棟ができ、中国でも同様の病棟を今後制度として作ろうとしている、その意味では日本の回復期リハビリテーション病棟は素晴らしいモデルかと思っています。

ただ、人口が減っていく中、回復期リハビリテーション病棟の数が増えた結果、各地域の病院ごとに提供し得る回復期リハビリテーション医療の中身をより明確化する必要が出てきました。リハビリテーションを受けられるところが今は十分充足してきた中で、今、そして今後回復期リハビリテーション病棟に必要な役割は何であるのかを自問し、なおかつ協会としてそうしたメッセージを今後も内外に力強く発信していくべきかと思っています。

佐藤 ありがとうございます。いくつか重要なキーワードが挙がったと思います。多職種間の情報共有のさらなる促進、適切な機器選択と正しい訓練、生活期も視野に入れた回復期スタッフの人材育成への注力…それらの流れの中で、効果的なマネジメントの体制づくり、正しい治療を実現する多職種協業体制の整備が日々の診療における質的向上に不可欠であること等々を学びました。これらを会員の皆様と共有しながら、未来の回復期リハビリテーション、回復期リハビリテーション病棟像を皆様とともに考えていきたいと思っています。

本日はありがとうございました。

全員 ありがとうございます。