

# 今後のリハビリテーションの展望



医療法人財団 新誠会 理事長



医療法人社団 輝生会 理事長

石川誠

# 医療制度改革

# 医療制度改革の概要

医療制度改革

医療費適正化計画（平成20年開始）

生活習慣病の予防

健康増進計画

在院日数の短縮

医療提供体制の確立

- 1 . 医療機能の分化・連携の推進
- 2 . 在宅医療の充実
- 3 . 医療情報の提供

# 改正医療法における医療提供体制の考え方

法律：医療提供体制の確保

- ・ 国による基本方針の策定
- ・ 都道府県による医療計画の策定
- ・ 5事業（救急、災害、へき地、小児、周産期医療）
- ・ 生活習慣病その他省令で定める疾病

省令：生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために、特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病を規定（4疾病）

患者数が多く死亡率が高い4疾病  
（がん、**脳卒中**、心筋梗塞、糖尿病）  
救急医療から福祉まできめ細かな対応

# 脳卒中の医療体制：目指すべき方向

今後の脳卒中の医療体制は、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれらの医療機関間の連携により、医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築することが重要。

- 1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制  
発症後2時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送  
医療機関到着後1時間以内の専門的な治療の開始
- 2) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制  
廃用症候群や合併症の予防、早期自立のためのリハ・・・急性期リハ  
機能回復及びADL向上のための専門的・集中的リハ・・・回復期リハ  
生活機能を再建・維持・向上させるリハ・・・・・・・・維持期リハ
- 3) 在宅療養が可能な体制  
・生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

# 急性期～回復期～維持期の役割分担

		急性期	回復期	維持期
疾患	慢性(基礎)疾患	制御		
	合併疾患 (例：廃用症候群)	予防		
		予防		
	急性疾患 (例：脳卒中)	診断・治療 再発予防	安定化 再発予防	再発予防
障害	機能障害	改善	改善	維持・改善
	ADL	向上	向上	維持・向上
生活機能			再建	再建・維持・向上
提供拠点		急性期病院	回復期リハ病棟	診療所 訪問看護St. 療養病床 介護老人保健施設

# リハビリテーション医療

# リハビリテーション医療の概念

疾病の治療、合併症の予防、慢性疾患の制御をおこないつつ、各種障害の診断・評価をおこない、的確な予後予測に基づき、生活機能およびQOLの向上を目的に、下記のアプローチ等により、**多職種協働で総合的・包括的にチームで実践する医療。**

機能回復アプローチ	運動障害・言語障害・摂食および嚥下障害・排泄障害・認知機能障害の回復
代償的アプローチ	残存機能の活用、義肢・装具・車いす等活用、家屋改修等の環境調整
予防的アプローチ	急性期～回復期～維持期に至るすべての時期における廃用症候群の予防
生活支援アプローチ	維持期における生活機能の再建・維持・向上



# リハ医療サービス提供の原則

- ・ 自然回復を育む
- ・ 廃用症候群の発生を予防する
- ・ 意欲の向上に努める

予防的アプローチ

+

- ・ 機能回復アプローチ
- ・ 代償的アプローチ
- ・ 生活支援アプローチ

+

多職種によるチームアプローチ

# リハ医療サービスの要点

疾病の治療・合併症の予防・慢性疾患の制御

+

- 1 . 廃用症候群の予防
- 2 . 心理的支援
- 3 . 機能障害の回復
- 4 . 補装具等の活用
- 5 . ADLの向上
- 6 . 生活機能の再建・維持・向上

7 . チーム  
アプローチ

入院日数の短縮・在宅復帰の推進・安定した在宅生活の維持に貢献するリハ医療サービスの確立

# 1 . 廃用症候群

1950年代に提唱された概念

- ・ 病気やけがなどによる安静を含む不活発な生活（不動）により、全身又は身体の局所に生じる機能の低下
- ・ 安静臥床の継続、早期離床しないこと、生活の不活発化により生じる。

- ・ 皮膚 : 褥瘡、白癬症
- ・ 運動機能 関節 : 関節拘縮  
骨 : 骨粗鬆症  
筋 : 筋萎縮
- ・ 心肺機能 : 心拍出量低下・肺活量減少 易疲労性
- ・ 下肢静脈 : 深部静脈血栓症 肺梗塞
- ・ 摂食機能 : 低栄養 免疫機能低下
- ・ 排泄機能 : 便秘、残尿、尿路感染症、尿路結石
- ・ 自律神経 : 起立性低血圧
- ・ 精神機能 : 低下、鬱状態

# 急性疾患の発症早期に生じる「廃用症候群」

疾病の急性発症

- \* 持続点滴・膀胱留置カテーテル・気管内挿管・酸素吸入・中心静脈栄養・経管栄養等の処置
- \* 手術等の治療

ベッド上安静臥床

数日～数週で生じる**廃用症候群**

寝たきり

# 発症早期における「廃用症候群」の予防

早期離床と早期リハビリテーション

# 早期離床

かつて、「寝・食分離」

現在は、「寝・食・排泄・清潔分離」

- ・寝る所 : 寝室 (ベッド)
- ・食べる所 : 食堂 (椅子と食卓)
- ・排泄する所 : トイレ
- ・清潔にする所 : 浴室・洗面所

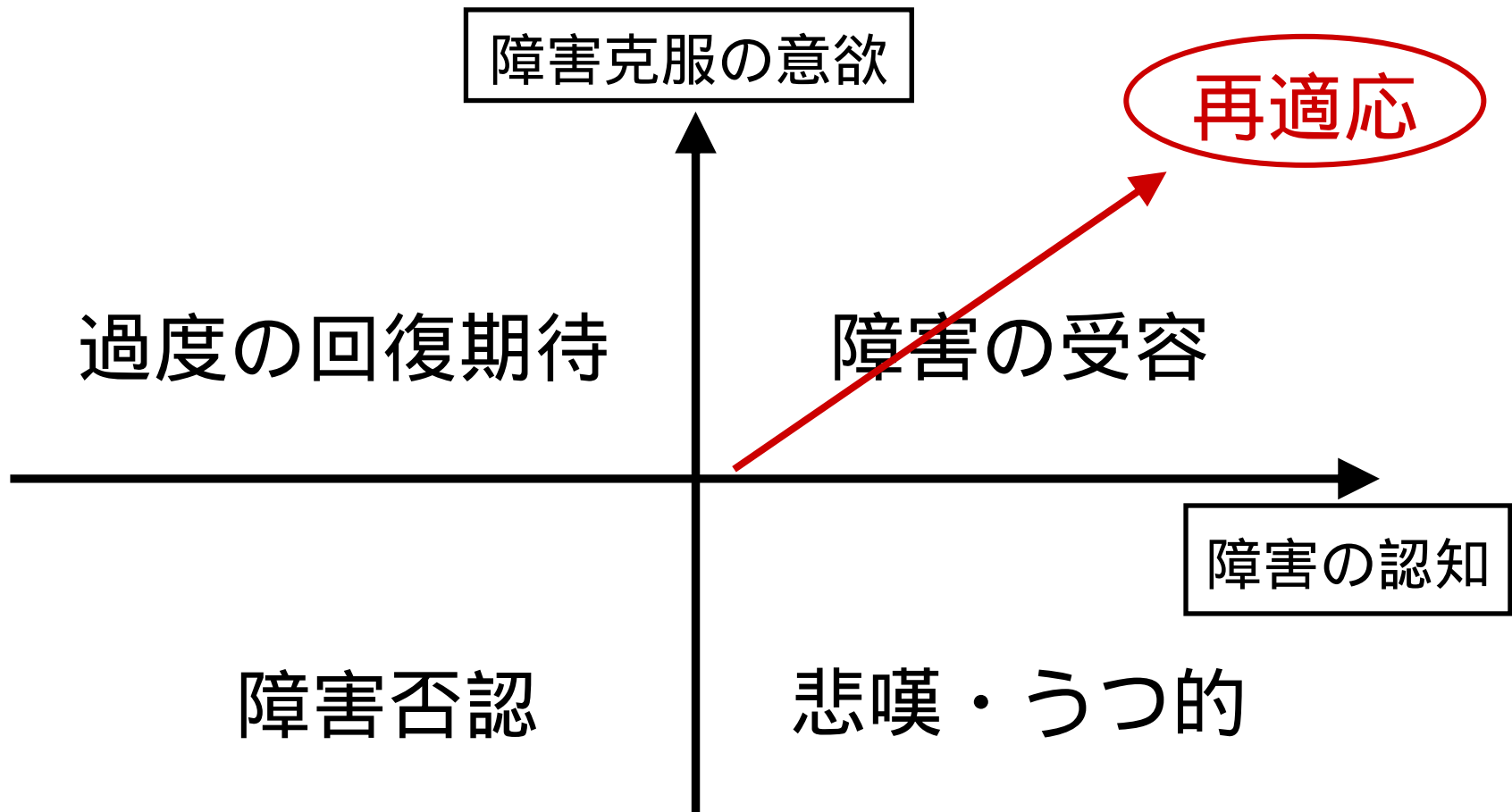
可能な限り発症早期から離床時間を増やし、普通の日常生活（寝・食・排泄・清潔の場は異なる）に近づけること。

# 早期リハビリテーション

第 1 : 看護・介護職による「早期離床」

第 2 : 理学療法 (PT)、作業療法 (OT)  
を発症から 3 日以内に開始

## 2 . 心理的変遷と支援



右上の方向にチームで支援することが重要  
しかし、一般的に脳卒中等では、3～5年間の期間を要する。  
したがって、長期にわたる支援が必要



### 3 . 神経機能障害の回復への挑戦

神経生理学的アプローチ

ファシリテーションテクニック

Fay、Kabat、Knott、Bobath、  
Lood、Brunnstrom、Vojta、

CI療法

促通反復療法

TES・FES

高頻度を実施すること  
で改善することは  
立証されているが・

・・・・・・・・

左記療法は

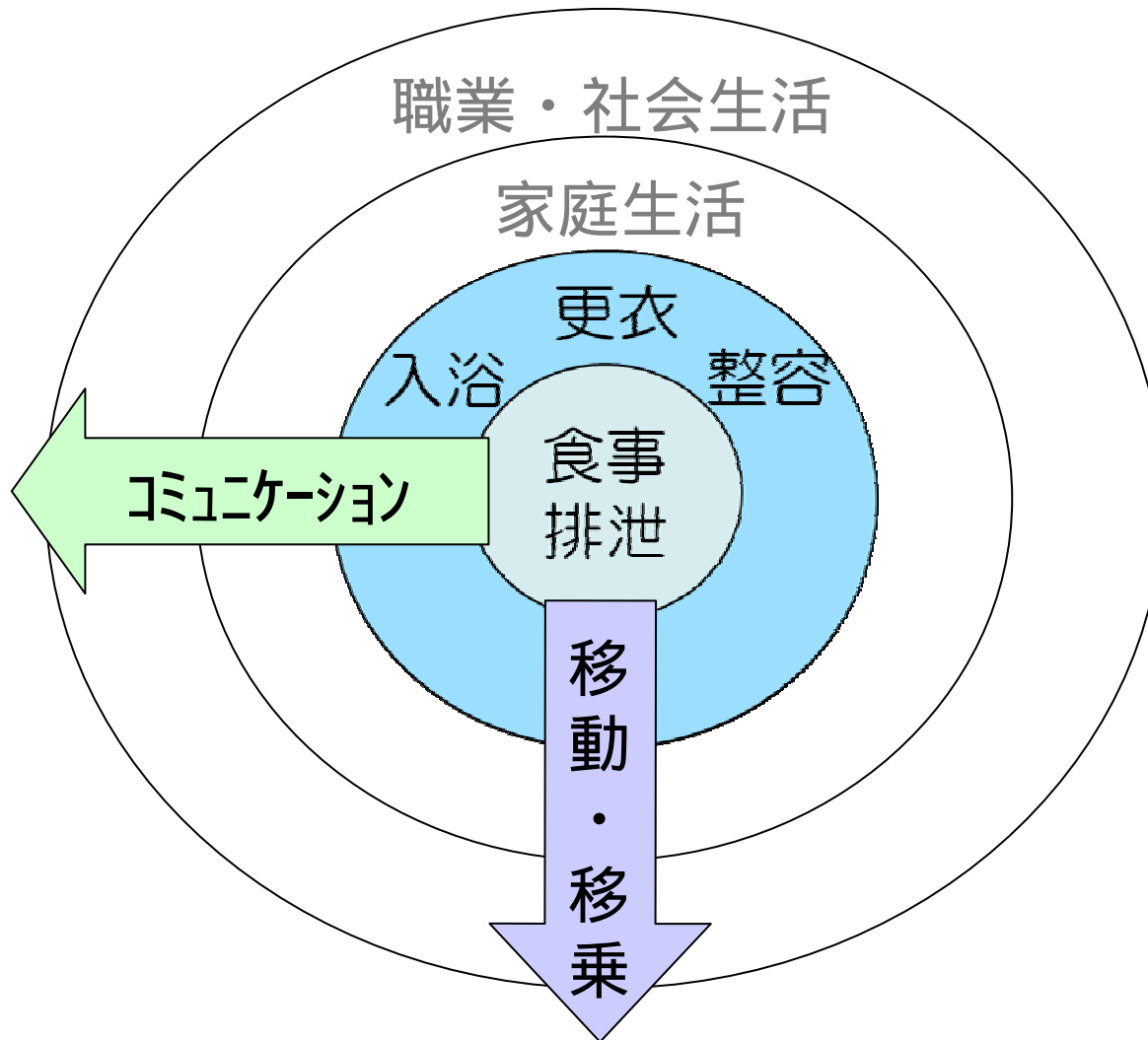
Evidence Level

現在のところ多職種によるチームアプローチが最良の方法。  
今後とも神経機能回復に対する挑戦は継続。

## 4 . 補装具等の活用

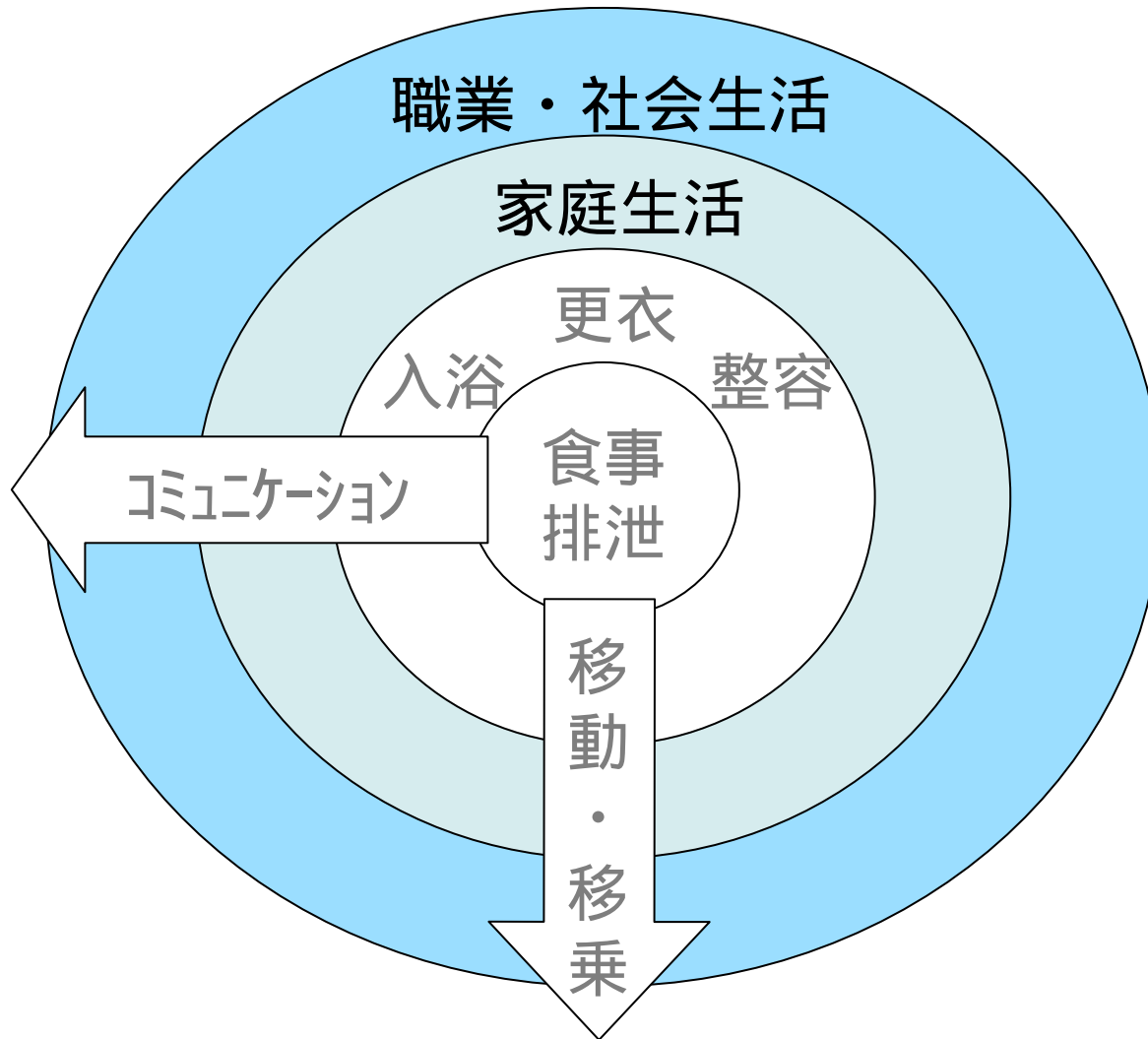
- 1 . 車いす : 体型への適合  
: 回復に応じた使用頻度調整
- 2 . 杖 : 回復に応じた段階的使用
- 3 . 下肢装具 : 早期装着  
: 回復に応じた段階的再作成
- 4 . 家屋改修 : 退院時は必要最低限の改修  
: 大部分は維持期リハの役割

## 5 . ADL ( 日常生活動作 ) の向上



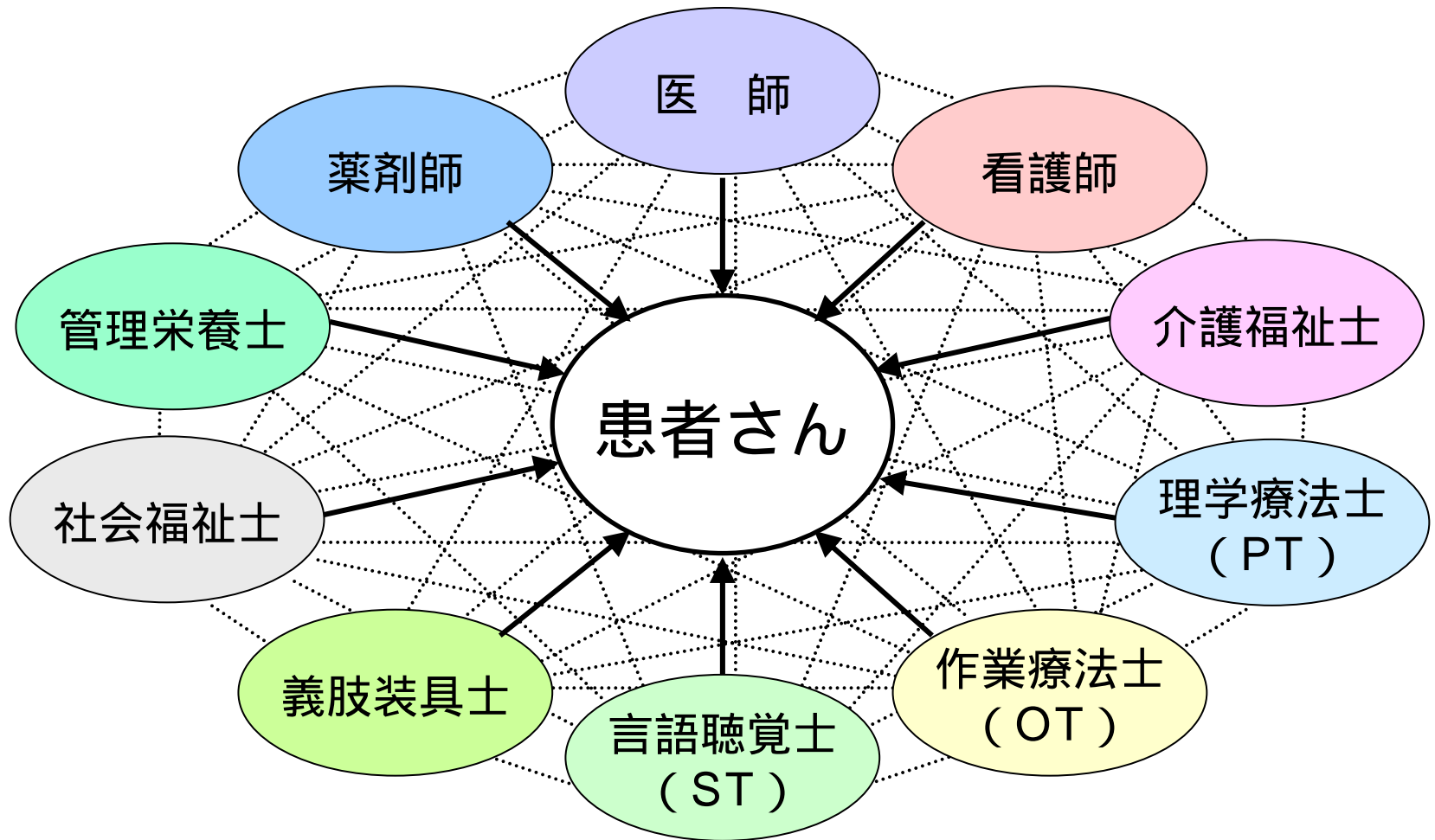
ADLの中心は食事と排泄  
極めて高い病棟ADLの重要性

## 6 . 生活機能の維持・向上



家庭生活・社会生活の支援は、維持期リハにおける最大の役割

# 7. 多職種によるチームアプローチ



チームアプローチの成熟度は日々の情報伝達のネットワーク  
入院におけるリハは看護・介護スタッフを中心に ！

# 今までのリハ医療サービス

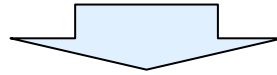
- 1) リハ機能の乏しい急性期病院
- 2) 都市部に少ないリハ専門病院（病棟）
- 3) リハを理解する医師の絶対的不足
- 4) 顕著に不足するリハ専門職（PT・OT・ST）
- 5) リハ医療に関わる看護・介護職の養成不足
- 6) 発症後の開始が遅く、長期に及ぶ入院期間
- 7) 機能訓練中心で軽視されたADL
- 8) 未熟なチームアプローチ
- 9) 不十分な在宅リハサービス
- 10) 分かりにくいリハ医療サービスの仕組み

# これからのリハ医療サービス

- 1) 急性期病院におけるリハ機能強化
- 2) 各地域における回復期リハ病棟の整備
- 3) リハを理解する医師の充足
- 4) 十分なリハ専門職（PT・OT・ST）の配置
- 5) リハを理解する看護・介護職の配置
- 6) 発症後早期に開始し、入院期間を短縮
- 7) ADLを重視したリハサービスの提供
- 8) チームアプローチの成熟化
- 9) 介護保険における在宅リハサービスの充実
- 10) 分かりやすいリハ医療サービスの構築

# リハ医療の変化

今まで : 疾病の治療が終了し、病状が安定してから開始する  
リハ医療



これから : 疾病の治療、合併症の予防、慢性疾患を制御しつつ  
必要に応じ集中的に提供するリハ医療

急性期・回復期リハ  
(入院中心)

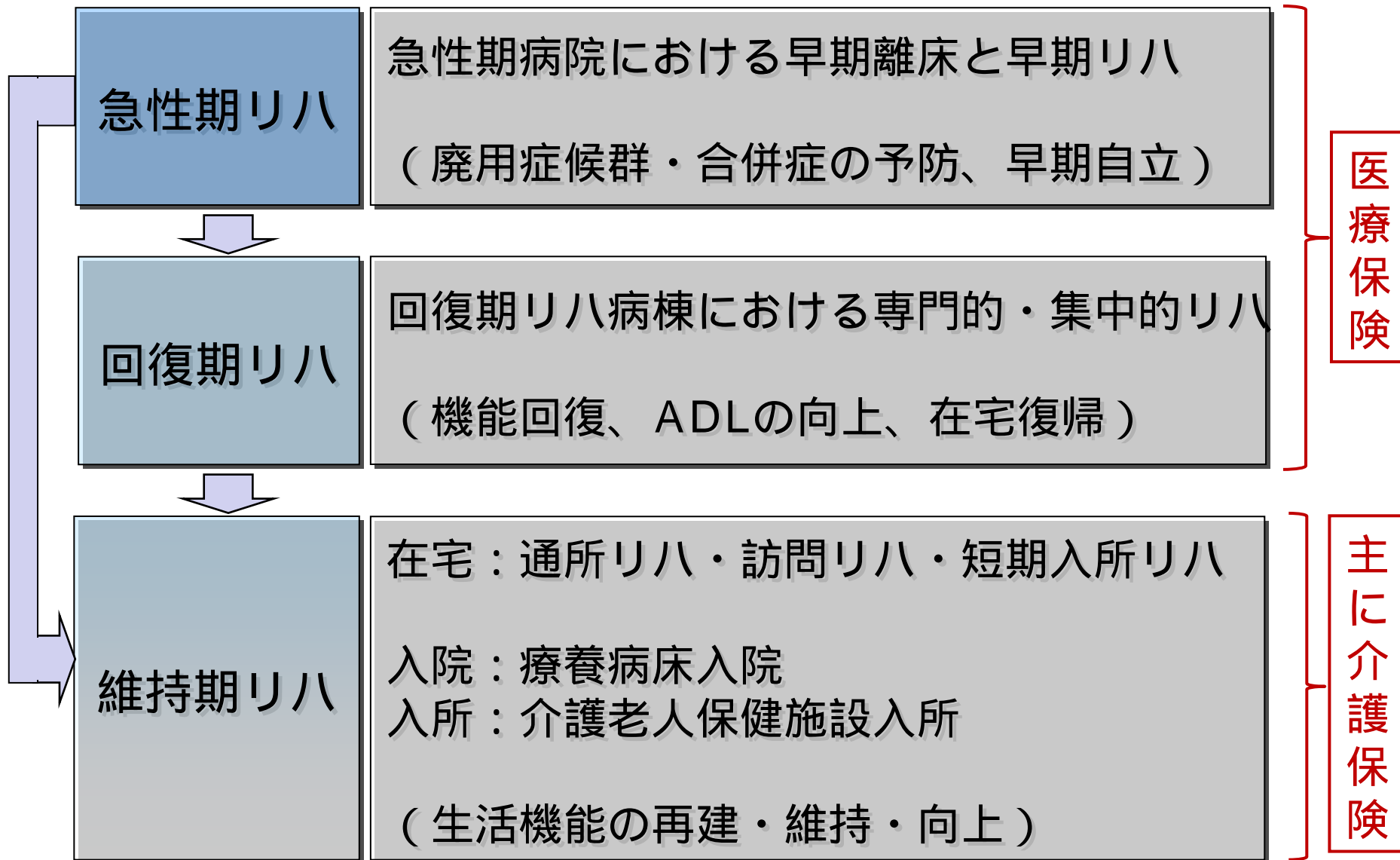
早期に開始  
集中的に実施  
在宅復帰

維持期リハ  
(在宅中心)

通所リハ・訪問リハ・短期入所  
におけるリハ等による  
生活機能の再建・維持・向上



# 病期に応じたリハビリテーション医療



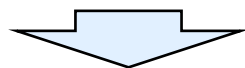
# 急性期リハビリテーション

## 急性期リハの目的

- 1 ) 廃用症候群・合併症の予防
- 2 ) 早期自立

# 急性期病院におけるリハの現状と課題

- 1 ) 臓器別専門医の廃用症候群に対する関心が不足
- 2 ) 看護の早期離床・ADL向上への取り組みが不足
- 3 ) PT・OT・ST・MSWの人員不足



- 1 ) 急性期主治医からの指示 : 安静度 活動度
- 2 ) 看護職員の増加 : 早期離床の実施
- 3 ) PT・OT・STの増員 : 早期リハの実施



- \* 早期離床と早期リハの普及 廃用症候群の予防
- \* 集中的リハ必要例は、早めに回復期リハ病棟へ

回復期リハビリテーション

## 回復期リハビリ棟の目的 ( 制度化の理由 )

- 1 ) 寝たきり ( 廃用症候群 ) の予防
- 2 ) 機能回復とADLの向上
- 3 ) 在宅復帰

2000年4月 介護保険制度施行と  
同期して制度化

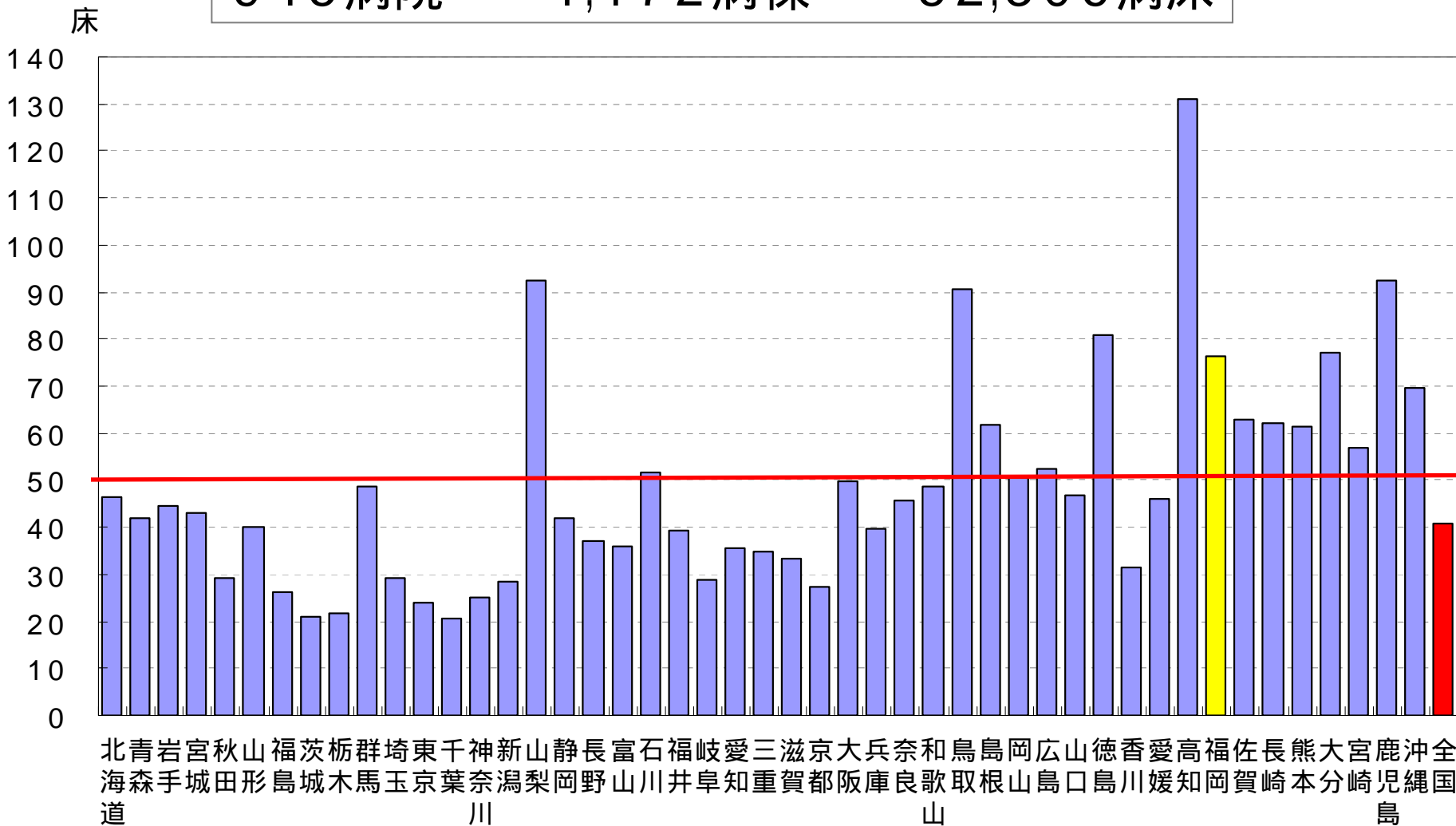
# 都道府県別人口10万対回復期リハ病床数

2008年12月

945病院

1,172病棟

52,306病床



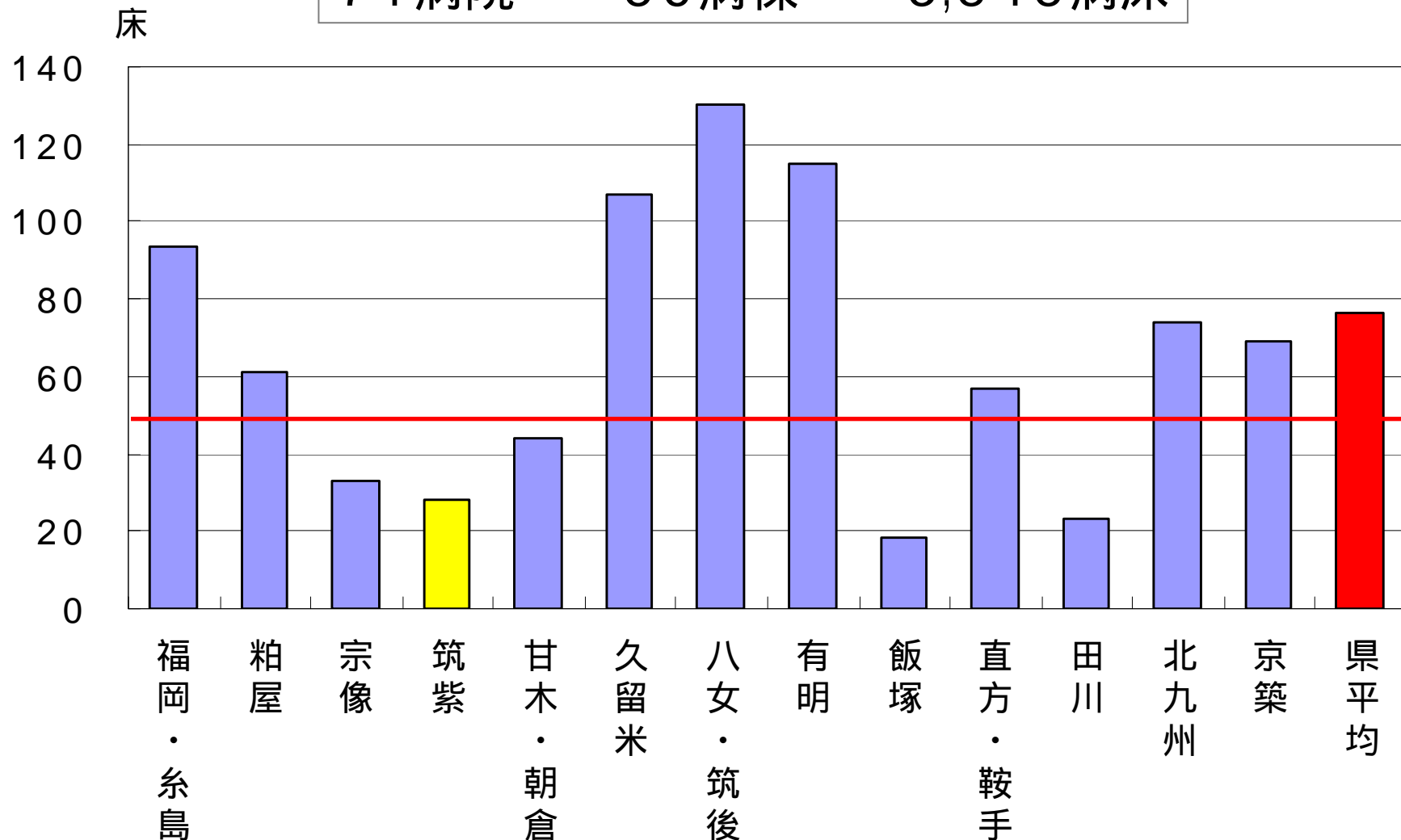
# 二次医療圏域別人口10万対回復期リハ病床数

2008年12月

71病院

86病棟

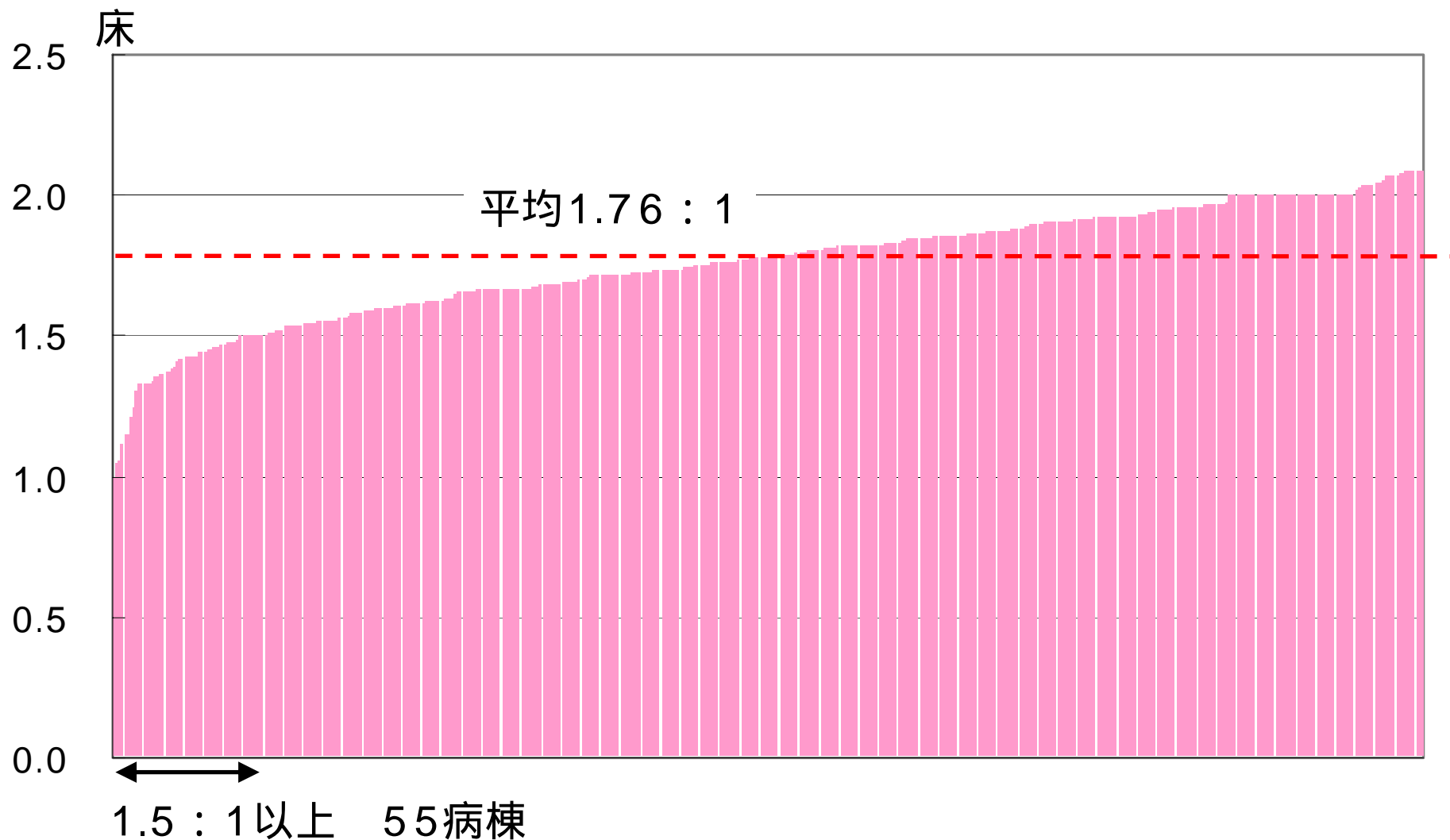
3,848病床





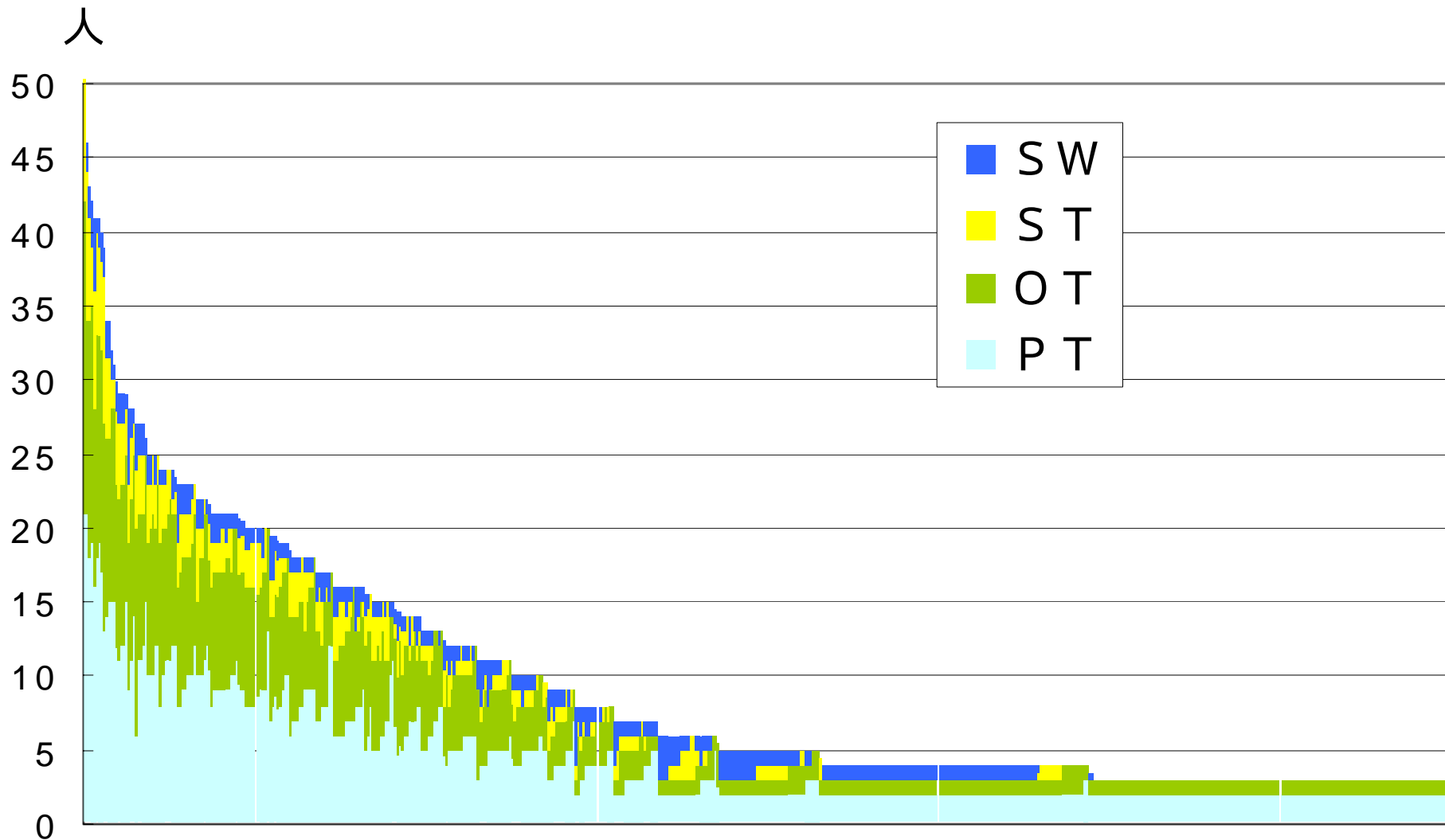
# 各病棟の（看護＋介護職員）1名あたり病床数

476病棟 2007年9月



# 各病棟の病棟専従PT・OT・ST・SW数

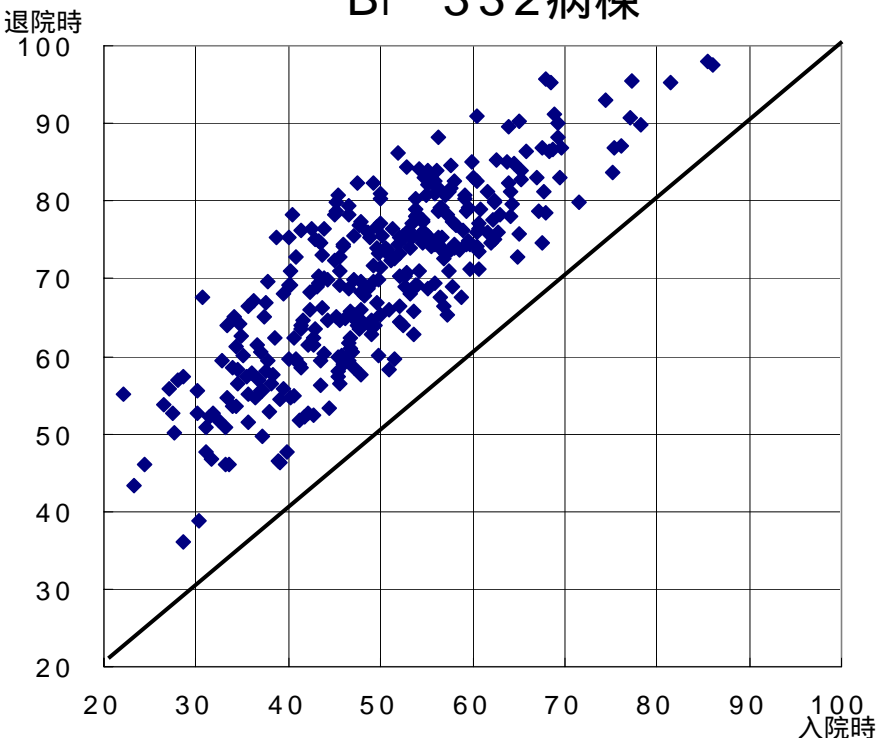
全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 555病棟 2007年9月



# 病棟毎の入院時・退院時の平均ADLの関係

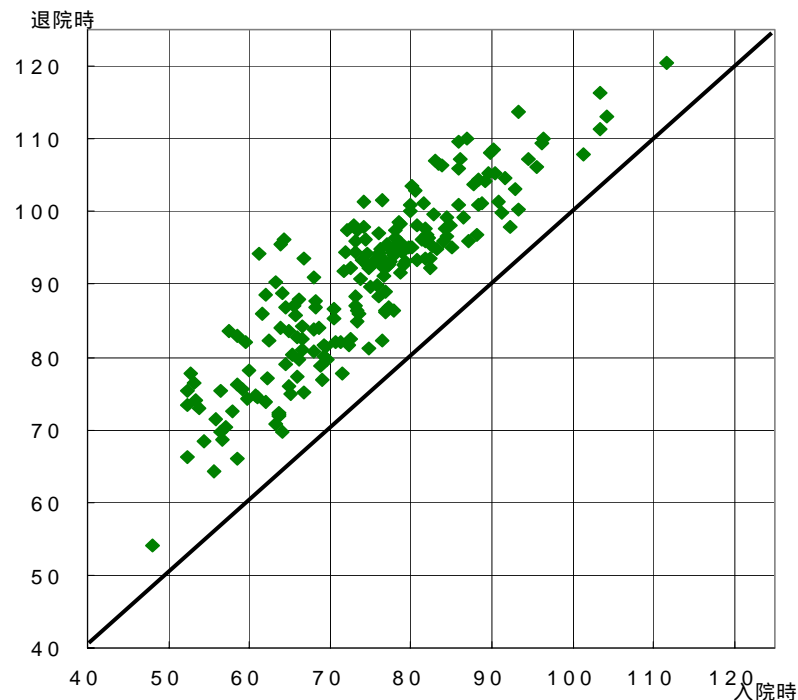
全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2006.9

BI 332病棟



平均入院時BI =  $49.9 \pm 11.6$   
平均退院時BI =  $70.2 \pm 11.4$   
平均BI利得 =  $20.3 \pm 6.8$   
BI利得中央値 = 20.0

FIM 195病棟

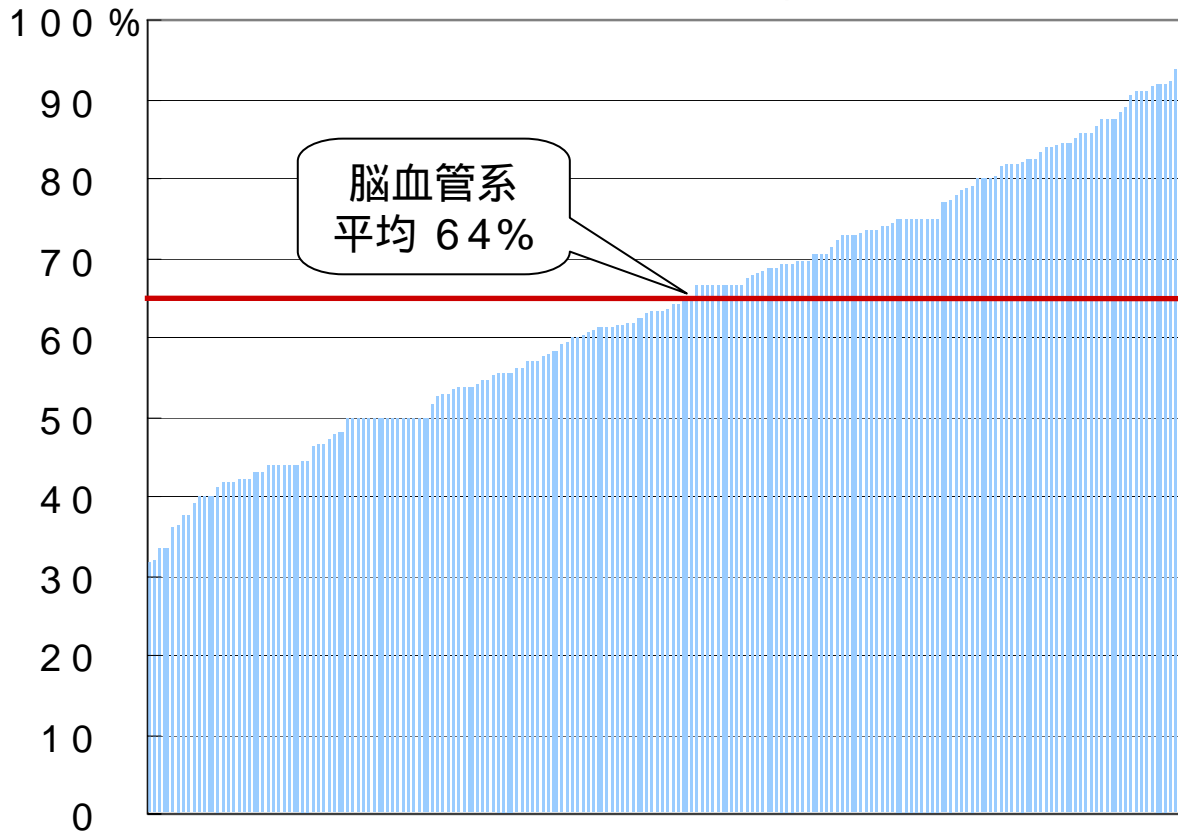


平均入院時FIM =  $74.4 \pm 11.8$   
平均退院時FIM =  $90.3 \pm 11.7$   
平均FIM利得 =  $15.9 \pm 5.6$   
FIM利得中央値 = 15.0

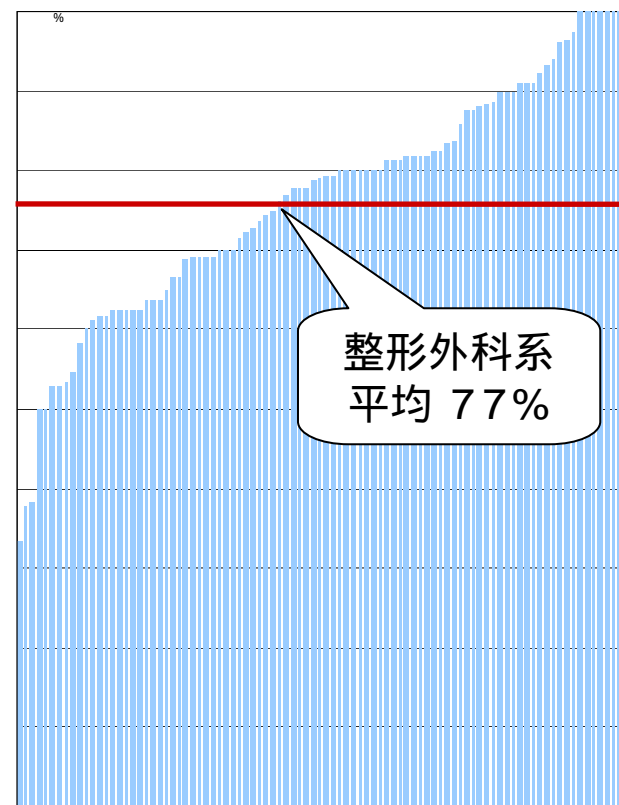
# 疾患別病棟毎の平均自宅復帰率

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査 2006.9

脳血管系 183病棟



整形外科系 91病棟



疾患を問わない病棟毎の平均自宅復帰率は  $66.0 \pm 14.8\%$  (346病棟)

# 全国の回復期リハ病棟の質は未だ一定せず

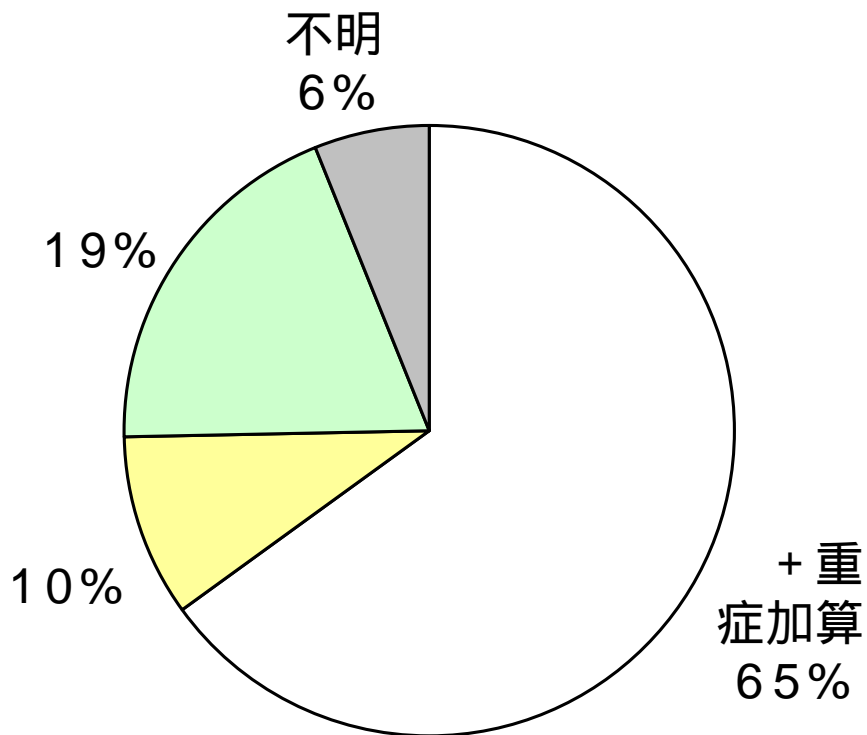
- \* 医師 : 全身管理、リハ医学、リーダーシップ等の格差  
全てに影響
- \* 看護・介護 : 人員と技量の格差  
ケア水準の格差  
ADL改善度の格差
- \* PT・OT・ST : 人員と技量の格差  
リハ実施時間の格差  
機能障害・ADL改善度の格差
- \* チームアプローチの格差  
全てに影響
- \* 病棟構造・備品等の格差  
全てに影響



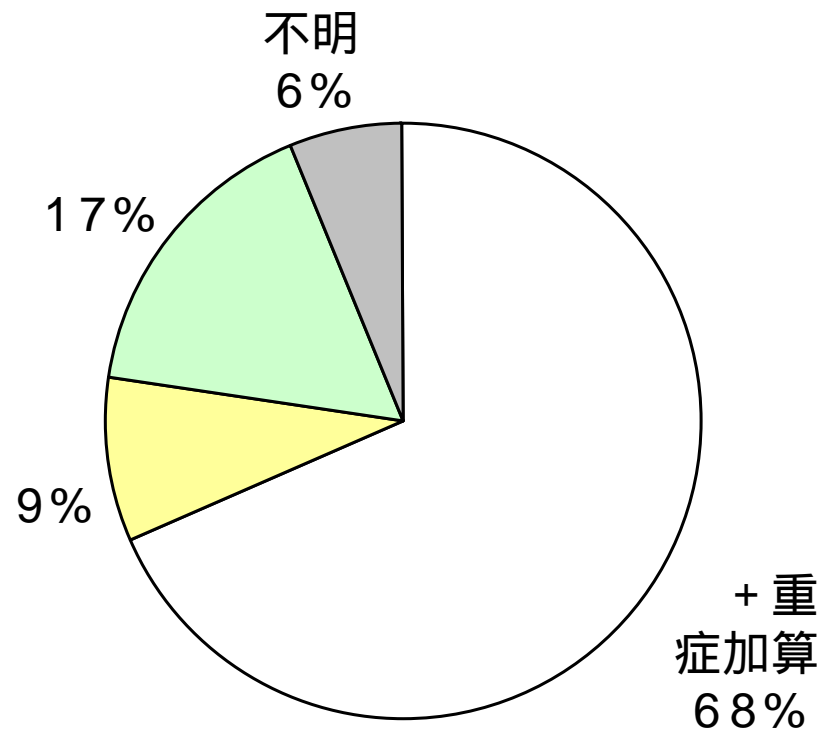
- 1 ) 在宅復帰率の差
- 2 ) ADL改善度の差
- 3 ) 発症早期受け入れの差
- 4 ) 重症患者の受け入れの差

# 回復期リハ病棟連絡協議会の会員病院の入院料 (682病院)

## 病院数



## 病棟数

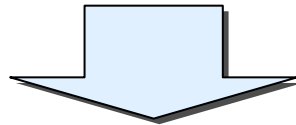


質は一定していないが結果は出している

# 回復期リハ病棟の課題

# 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(電子カルテ)の充実

共通の目標設定

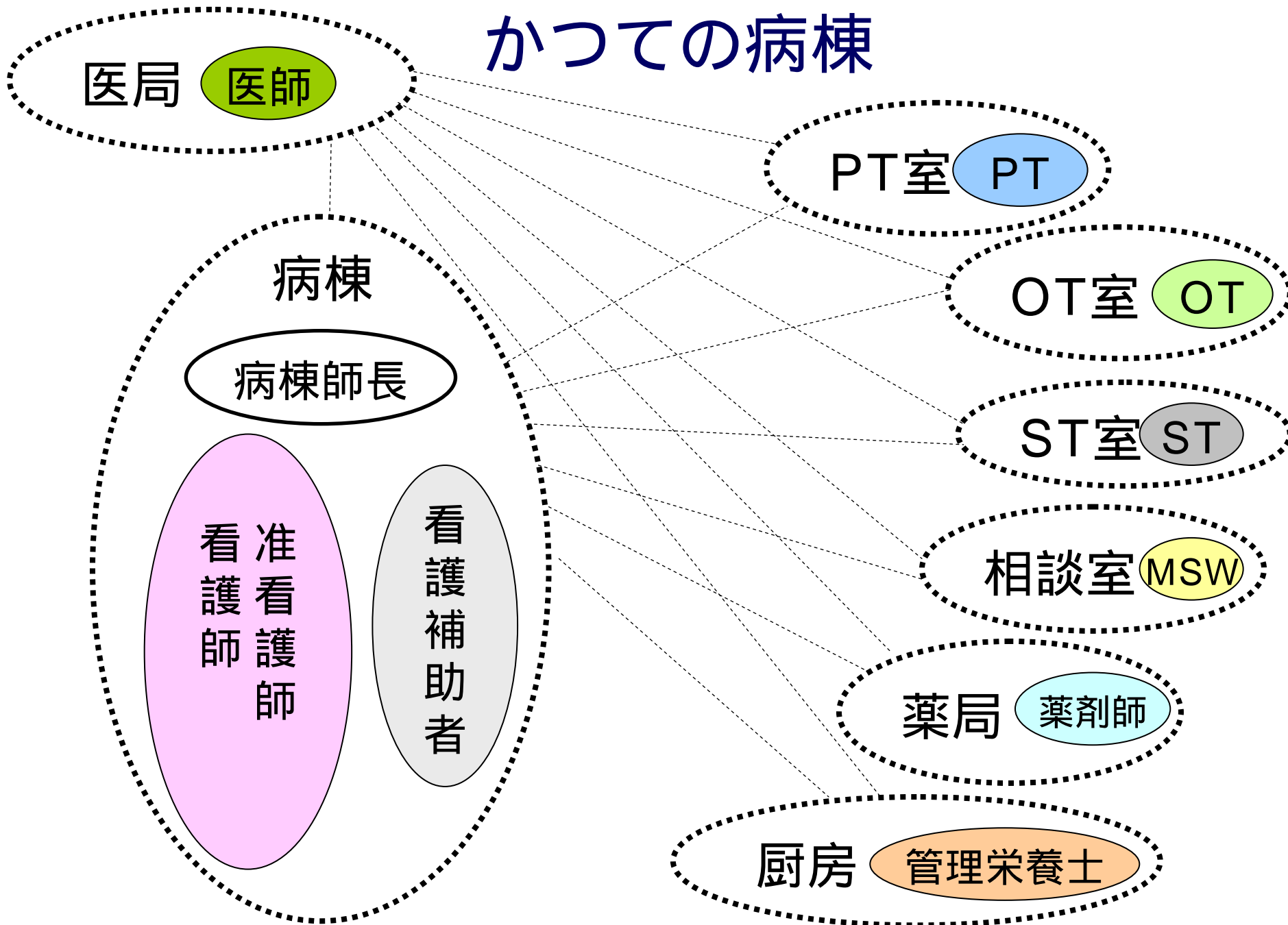
カンファレンス実施体制の整備

チームの組織化

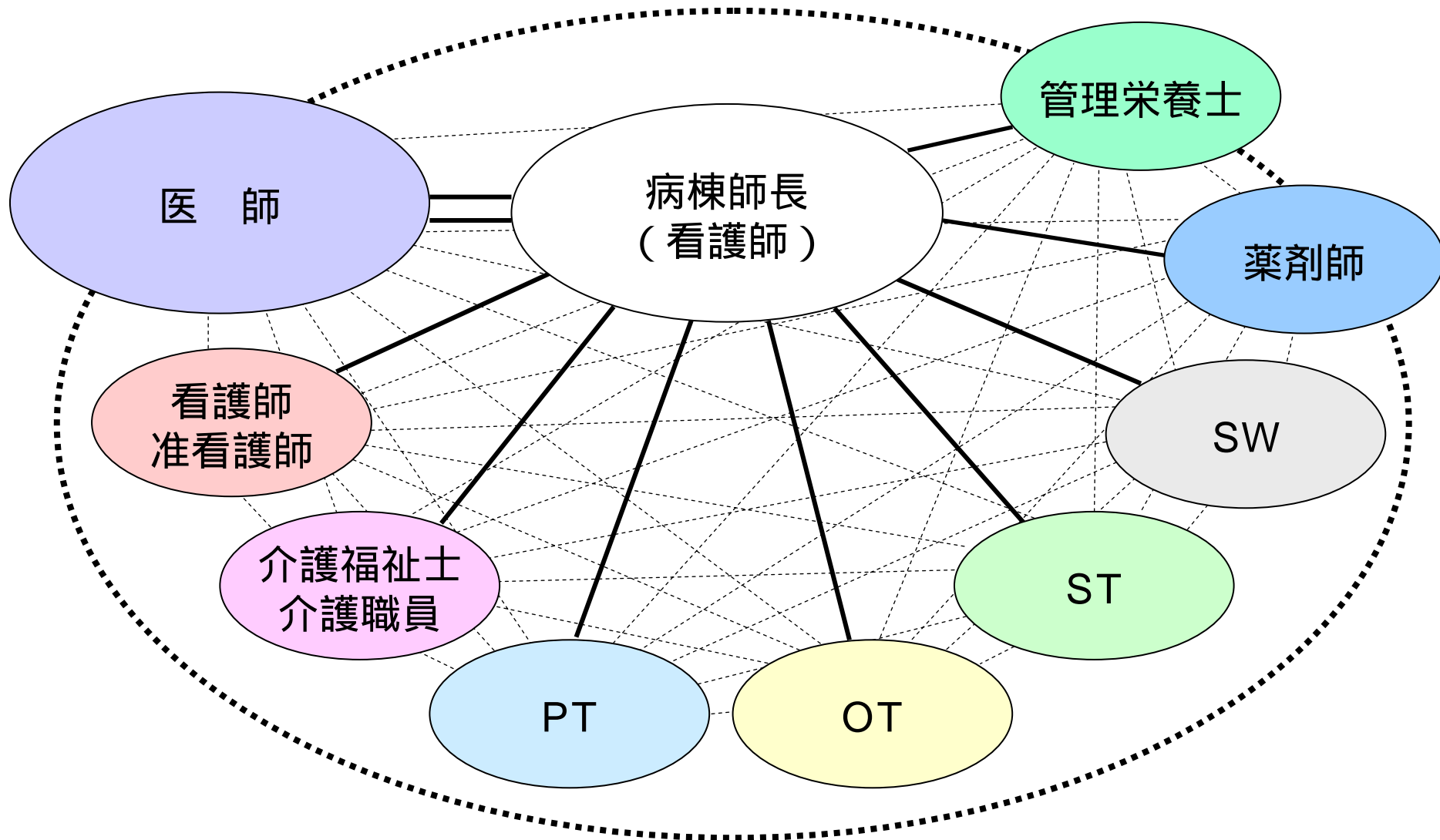
組織体制の変革



# かつての病棟

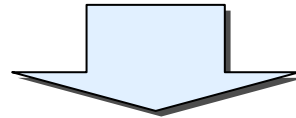


# 回復期リハ病棟チームの一例



# 回復期リハ病棟の課題 2

医師のリーダーシップ



リハ病棟専任医師の必須 4 項目

医学的知識と技術

リハ医学・神経学・運動学

全身管理能力

説明能力（对患者・家族）

リーダーシップ能力

リハマインド

# 回復期リハ病棟の課題 3

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 ( 椅子とテーブル )

排泄 : トイレ ( おむつの廃止 )

清潔 : 浴室 ( 浴槽へ )

\* 抑制の禁止

# 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）

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。

洗面は洗面所で朝夕、口腔ケアは毎食後実施しよう。

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。

入浴は週2回以上、必ず浴槽に入れよう。

日中は普段着で過ごし、更衣は朝夕実施しよう。

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。

他職種と情報の共有化を推進しよう。

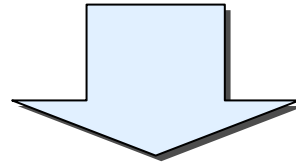
リハ技術を習得し看護ケアに生かそう。

家族へのケアと介護指導を徹底しよう。

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

ADL向上の取り組み強化



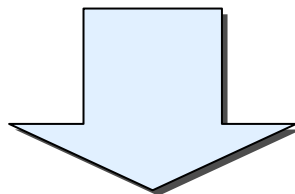
起床時・就寝時（モーニングケア・イブニングケア）

（ 7:00～8:30 18:00～21:30 ）  
＝ADLのゴールデンタイム

におけるケア体制（人員配置）整備

# 回復期リハ病棟の課題 5

個別リハサービス（PT・OT・ST）提供量の増加



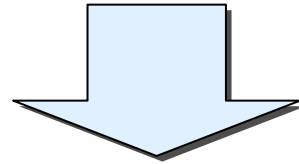
365日・9単位/日のリハ提供体制

# 回復期リハ病棟の課題 6

課題3 寝・食・排泄・清潔の分離と抑制の廃止

課題4 モーニング・イブニングケアにおける配置人員の工夫

課題5 365日・9単位/日のリハ医療提供体制



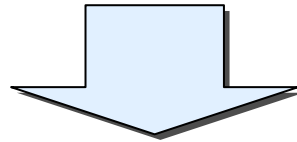
マンパワーの強化

Dr・Ns・CW・PT・OT・ST・SW・CD



# 回復期リハ病棟の課題 7

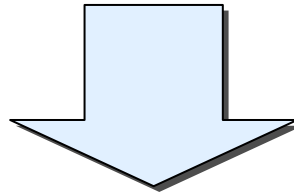
急性期病院  
在宅医療・在宅ケア } 連携強化



- ・ 病棟専任医 ~ 急性期病院の医師 との連携
- ・ 病棟専任医 ~ かかりつけ医 との連携
- ・ SW ~ ケアマネジャーの連携  
入院中に立案される在宅ケアプラン
- ・ 定期的フォローアップ体制の整備

# 回復期リハ病棟の課題 8

教育・研修体制の充実



- \* チームアプローチへの対応能力向上
- \* 若手スタッフに対する技術向上  
( 卒後教育の充実 )

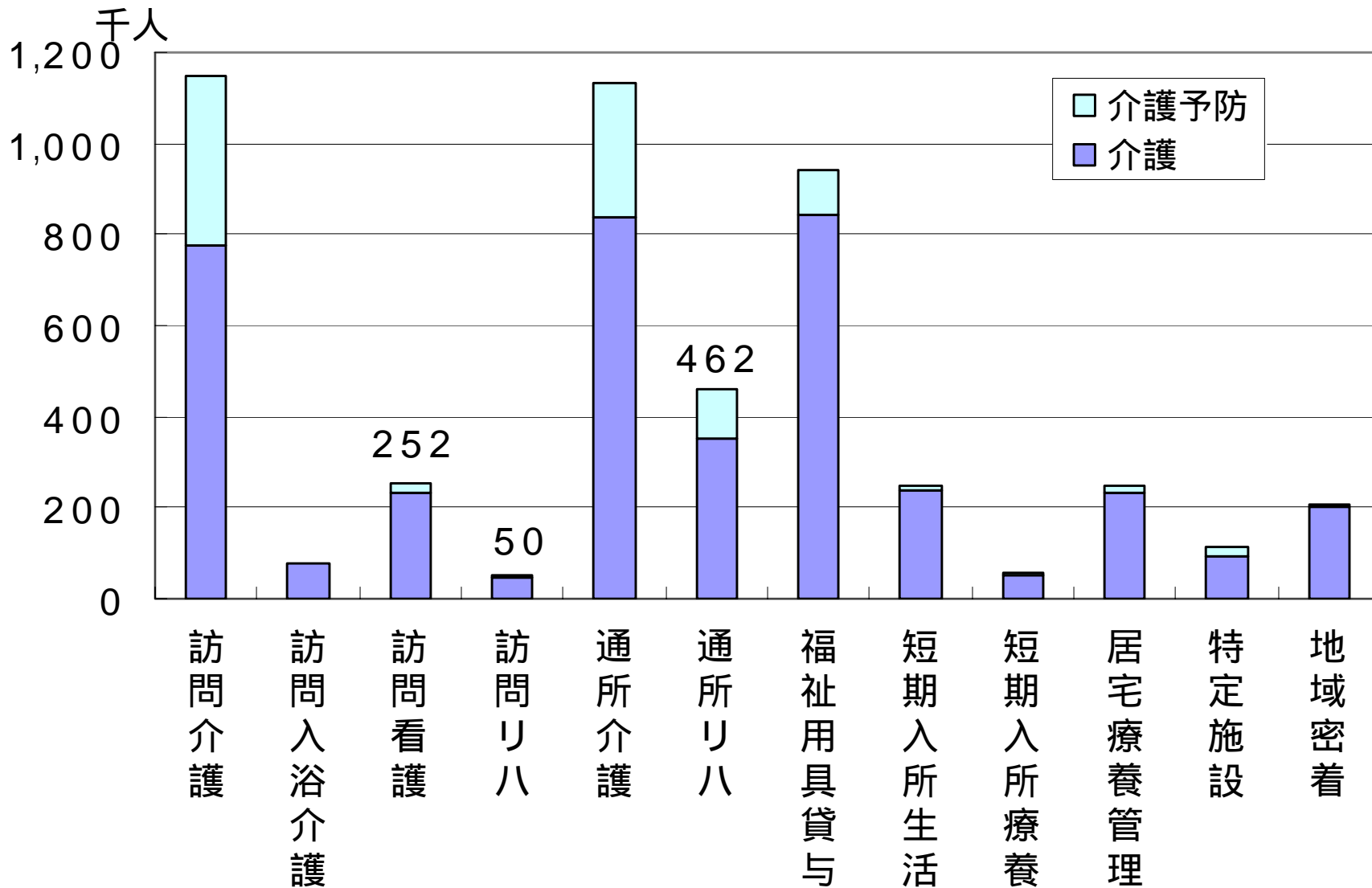
## 今後は維持期リハ充実の時代

回復期リハ病棟を有する病院には、  
維持期リハの積極的展開が  
期待されている ！

維持期リハビリテーション

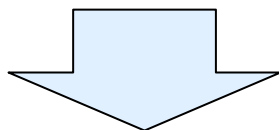
# 介護・介護予防サービス受給者数

271万人：2008年4月審査分



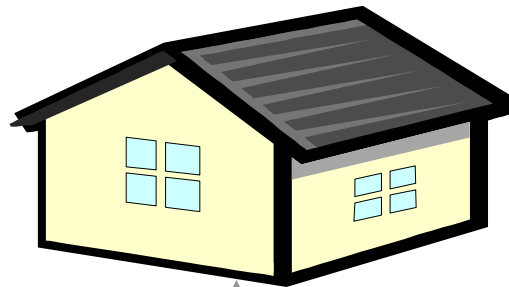
# 在宅維持期リハビリテーションの課題

- \* 通所リハ・訪問リハ・短期入所リハ等の維持期リハサービスを同一拠点から、必要な時に必要なサービスを適切に提供可能な拠点整備
- \* かかりつけ医に対するリハサービスの支援体制の整備



在宅リハセンターの普及

# 在宅リハセンター構想



コントロールされた  
リハサービスの提供  
迅速な対応  
必要時、必要量、必要期間  
チームで適切に提供

## 在宅リハセンター

通所リハ

診療所  
病院等

訪問リハ

短期入所リハ

診療所  
(在宅主治医)

居宅介護支援事業所

訪問看護ステーション

訪問リハステーション (案)

訪問介護ステーション

その他の介護サービス

- ・ 在宅主治医に適切なりハ的支援  
(リハ適応の判断、リハ計画の策定等)
- ・ 在宅リハに関する相談窓口の設置
- ・ 外来リハ、通所リハ、訪問リハの提供



# 在宅総合ケアセンター元浅草

在宅療養支援診療所である  
有床の「たいとう診療所」を  
核とした在宅ケアの拠点

リハビリ目的短期入院  
緊急短期入院  
外来リハ（PT・OT・ST）  
訪問診療・往診  
訪問看護  
訪問リハ  
通所リハ  
ケアマネジメント

Dr：3名＋

PT・OT・ST：25名



# 今後の医療保険と介護保険のリハ医療サービス

## 医療保険

- 1．「急性期病院」におけるリハ機能の強化
- 2．「回復期リハ病棟」の地域格差解消と質的向上

## 介護保険

在宅リハサービス提供拠点の整備・拡大

訪問リハの推進

新たな「短時間通所リハ」の普及

短期入所療養介護におけるリハの充実

「在宅リハセンター」の普及