

24) リハビリテーション室

1. 組織体制と構成員

1) 責任体制

室長 岡島 康友 (リハビリテーション科 教授)

技師長 境 哲生

師長 日高美弥子 (兼任)

2) 構成

専任医師 リハビリテーション科 4名、循環器内科 1名

理学療法士 (PT) 23名、作業療法士 (OT) 8名、言語聴覚士 (ST) 6名

看護師 2名、理学療法助手 2名

3) 療法部門認定資格

日本心臓リハビリテーション学会・心臓リハビリテーション指導士

3学会合同 (日本胸部外科、呼吸器、麻酔科学会)・呼吸療法認定士

日本理学療法士協会・認定理学療法士

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会・認定士

日本作業療法士協会・認定作業療法士

2. 特徴

1) 当院リハビリ室の役割

リハビリは発症あるいは受傷からの時期によって急性期、回復期、維持期の3つに区分されるが、当院では特定機能病院として急性期リハビリを担っている。急性期ベッドサイドからの介入に焦点をあて、早期離床、廃用症候群の予防を行い、日常生活動作の早期再獲得を目指すものである。当院ではリハビリを完結し得ない重度ないし特殊な障害に対しては、地域の回復期リハビリ医療施設あるいは介護保険下の療養施設や老人保健施設と連携して、適切な転院を模索することで、施設の役割を明確にした効率的なりハビリ医療を目指している。なお、リハビリに医療保険が適応できる期間に限るが、退院後には必要に応じて外来での継続的なりハビリを提供している。

2) 療法の内容

当リハビリ室は昭和62年に整形外科理学療法室として発足し、平成6年に「総合リハビリ承認施設」・「心疾患リハビリ施設」基準を取得すると同時に、中央診療施設として独立した。当初は、整形外科の運営下にあったが、平成13年にリハビリ科が医学部の教室とともに開設されて以来、リハビリ科の運営下に移された。平成18年の診療報酬体系の改定からは脳血管障害等Ⅰ、運動器Ⅰ、呼吸器Ⅰ、心大血管Ⅰ、さらに平成23年にはがんリハビリ施設に区分される最も高水準のリハビリ認定を受けている。また、平成24年10月には脳卒中病棟にSCUが増設され、専従スタッフを配置している。

平成28年4月現在、療法スタッフはPT23名、OT8名 (含育休1名)、ST6名、看護師2名、リハビリ助手2名の体制で診療を行っている。リハビリ科医師4名が、脳血管障害Ⅰ、運動器Ⅰ、呼吸器Ⅰ、廃用Ⅰ部門を専従で運営し、循環器内科医師1名が心大血管Ⅰ部門を専任している。基本的にはリハビリ科医師による対診の結果、リハビリ計画・処方が出され、主治医の許可のもと療法士がリハビリを開始する。ただし、急性心筋梗塞や心大血管術後は心機能の専門的評価が必要なため、循環器内科もしくは心臓血管外科医師の計画・指示で心大血管Ⅰのリハビリがなされる。音声障害に対しては、耳鼻科医師の計画・指示で脳血管Ⅰのリハビリが行われる。また、整形外科術後の運動器Ⅰのリハビリの多くは基本的には手術医の計画・処方でリハビリが進められる。クリニカルパスとしてリハビリの内容が画一化されているのは、歩行可能な急性心筋梗塞、心臓大血管の定型的手術後、慢性呼

吸不全のHOT導入、整形外科人工関節術後、肩腱板損傷術後などである。

なお、療法士スタッフは診療報酬の対象とならない診療活動にも積極的に参加している。主なものとして、PTは褥瘡対策、糖尿病教室、呼吸ケア回診に関わり、STは嚥下センター診療、NST回診、緩和ケア委員を行っている。また、定期的な患者カンファレンスを脳卒中・リハビリ科（週6回、朝・昼）、脳外科（週2回）、神経内科（週1回）、循環器リハビリテーション対象患者（週1回）、心臓血管外科（週1回）、整形外科（1回/3週）、救急科熱傷部門（週1回）、救急科外傷部門（週1回）、呼吸器内科（1回/3週）小児科神経部門（月1回）、耳鼻科摂食嚥下部門（週1回）、耳鼻科音声部門（週2回）行っている。なお、脳卒中センター、脳外科では年末年始、5月の連休に2-3日に1日休日出勤体制をとってリハビリ介入を行っている。

3) リハビリ施設概要

平成25年3月に、新棟および第2病棟改変計画に基づいた新リハビリ室へ移転が行われた。総面積521㎡中、心大血管Iで64.7㎡を登録し、PT部門に329㎡、OT部門に83㎡、ST部門に43㎡を区分している。また、リハビリ対象者の多い脳卒中病棟ではPT・OT兼用訓練室60㎡、脳外科病棟ではPT・OT・デイルーム兼用スペース36㎡およびST・相談室兼用10㎡を有して、病棟密着型リハビリを展開している。現在、音声外来はリハビリ室ST部門のスペースで行われているが、外来棟に専門スペースを設ける計画もある。

3. 活動内容と実績

【診療業務】

リハビリに関わる病態は、(1)脳卒中・脳外傷、(2)脊髄損傷・疾患、(3)関節リウマチを含む骨関節疾患、(4)脳性まひなどの発達障害、(5)神経筋疾患、(6)四肢切断、(7)呼吸・循環器疾患である。昭和62年のリハビリ室発足当初の対象は整形外科疾患が約80%を占めていた。平成26年度の入院患者を診療科別でみると図1のごとく、脳卒中科12.9%、整形外科12.0%、循環器内科11.3%、脳神経外科10.6%、呼吸器内科7.8%、高齢医学科6.9%、消化器内科5.9%の順であった。高齢社会の到来によってリハビリの対象疾患も多様化し、特に脳血管障害と呼吸・循環器疾患の増加が目立つ。診療報酬上の疾患別リハビリ区分の内訳は図2のごとく、脳血管疾患46.0%、運動器疾患18.6%、心大血管疾患10.5%、呼吸器疾患9.1%、脳血管疾患等廃用6.7%、摂食機能療法9.0%であり、摂食機能障害患者の増加は著しい。また、年間のリハビリ総処方数は6,000件を超え、リハビリ介入の重要性は各診療科に浸透してきたと言える。

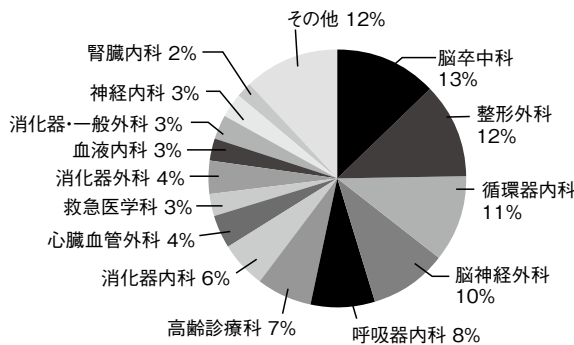


図1 平成27年度 リハビリ対診の診療科内訳

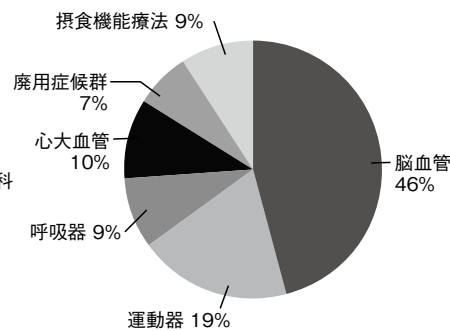


図2 平成27年度 疾患別リハビリの内訳

1) 診療実績の動向

リハビリは保険診療報酬の規定によって、療法士1名あたりが1日に治療できる患者数の上限が決められている。そこで患者数の増加に対応すべく平成13年度以降、PT12名、OT5名、ST4名を増員し、平成28年4月現在のPT23名、OT8名、ST6名の体制に至った。増員の効果もあるが、図3、4

のごとく、平成27年度の延べ患者数（リハビリ実施回数）と診療報酬（点数）は平成13年度に比較しPTが179%、192%、OTが260%、350%、STが177%、300%と各々で増加している。

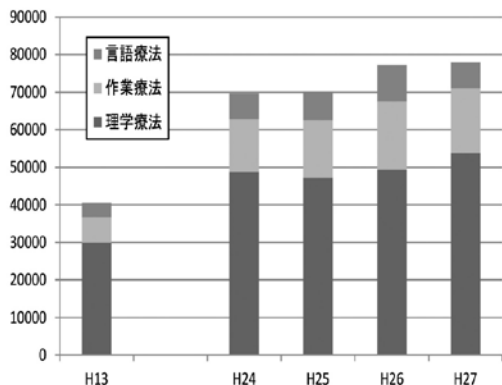


図3.リハビリ各療法の施行実績（延べ実施回数）の動向

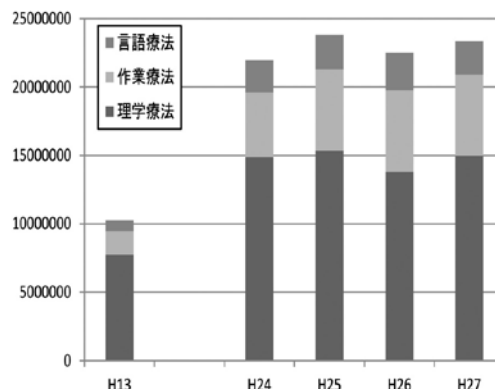


図4.リハビリ各療法の診療報酬実績（点数）の動向

2) 疾患別のリハビリ効果検証

リハビリの対象は疾患別に脳血管障害、運動器、心大血管、呼吸器、廃用に区分される。リハビリの効果・成果の指標として国際的に用いられているものがADL評価である機能的自立度評価法（Functional Independence Measure：FIM）である。18項目のADL項目を1から7の7段階で評価し、完全自立：126点から完全介助：18点に分布する。

個々の疾患で、リハビリ介入時と終了時のFIMを比較すると図5のように、すべての対象疾患群で改善している。改善点数は、心大血管＞脳血管で大きく、運動器＞廃用で小さい。改善度では心大血管＞脳血管＞呼吸器≧運動器＞廃用の順となる。最終的な点数としては運動器≧心大血管＞脳血管＞呼吸器≧廃用となり、廃用症候群の予防と呼吸状態に問題がある患者への介入をいかに図るかはリハビリの課題である。

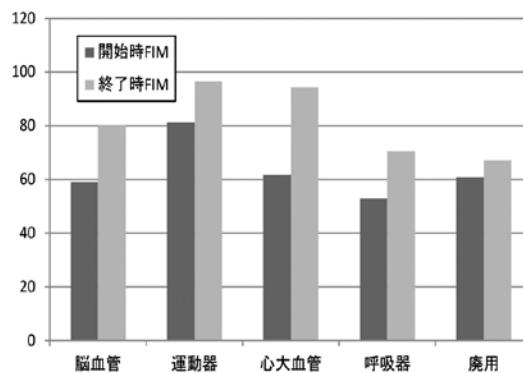


図5.平成27年度主疾患リハビリのADL改善実績

【教育・研究活動と社会貢献】

PT・OT・STは、新入職療法士の卒後教育、病院他部門職員へのリハビリ啓蒙教育、本学保健学部の実習以外に外部の療法士養成校の臨床実習生の卒前教育を担っている。本年度では本学理学療法学科の見学52名、評価実習29名、臨床実習10名、本学作業療法学科の見学52名、評価実習24名、臨床実習11名を受け入れた。病院関連では皮膚・排泄ケア認定看護師養成課程講師、FIM講習会講師、クリティカルケア看護公開講座での講師も務めている。一方、外部コメディカル養成校からの要請では理学療法部門5名、作業療法部門2名、言語聴覚部門4名の臨床実習を行った。外部機関の要請では調布市の発達検診に1回/月、三鷹市の神経難病検診に1回/年、膠原病検診に1回/年、三鷹市老人クラブとの協力を行っている。また三鷹・武蔵野地区連絡協議会、東京都理学療法士協会医療報酬部座談会、東京都作業療法士協会教育部会などの活動を行った。また地域との密な連携を図る目的で、三鷹武蔵野地区リハビリテーション連絡協議会の研修会を開催している。大学との連携では、硬式野球部のトレーナー活動にも参加している。

本年度の療法士による学会主演者発表は、PTが8題、STが4題で、対象学会は日本糖尿病学会、

日本ホスピス・在宅ケア研究会、日本周産期精神保健研究会、日本心臓リハビリテーション学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、糖尿病予防講演会、日本語聴覚学会、全日本病院学会であった。また、本年度の執筆件数は原著論文1編、総説1編、分担執筆1件の3件であった。

4. 自己点検と展望

リハビリの実務を支えるのは療法士であり、スタッフ数は質を左右する大きな因子となる。したがって療法士スタッフの充実が重要であり、当院は近隣の3次救急を有する病院と比較して病床数あたりの療法士数が少ないという課題があったが、採算性も確認された結果、27年度にもPT2名、OT1名の増員がなかった。

障害が重く、長期の入院リハビリを要する症例に対しては近隣の回復期リハビリ施設や療養施設と連携し、転院してリハビリを継続してもらう必要がある。平成20年4月の診療報酬改定で脳卒中および大腿骨頸部骨折の地域医療連携パスへの診療報酬が設けられたこともあって、当リハビリ室スタッフは「北多摩南部2次医療圏脳卒中ネットワーク会議」、「大腿骨頸部骨折地域連携パス検討会」といった合議体に積極的に加わり、円滑なりハビリ継続に努めている。なお、平成22年4月の診療報酬改定で「がんのリハビリ」が脳血管疾患等Ⅰや運動器Ⅰと同様に疾患別リハビリとして掲げられた。また新たな介入分野としてSTが音声障害に対してリハビリを開始した。多摩地区において専門外来を有し、耳鼻科の全面的なバックアップで音声障害に対して介入している施設はほかにない。

教育活動としては、リハビリに関連する基本的知識・技術の院内流布に力を注いでいる。大学病院という巨大化した縦割り組織の集合体において、リハビリには横割りの交流が必要で特に看護との連携に力を入れている。従来行ってきた「摂食嚥下評価と療法」、「ADL評価」、「廃用予防」といったリハビリに直結する課題は、最近では褥瘡委員会や呼吸ケアラウンド、NST委員会活動への協力として結実しつつある。病院全体を視野に置いた「チーム医療推進委員会」の小委員会として平成15年から「リハビリ検討委員会」が発足しているが、平成18年以降、リハビリ実施患者の出棟時の安全管理、病棟看護師・療法士の情報伝達の改善を図った。またリハビリ室主導で「摂食嚥下チーム」を立ち上げ、病棟看護師による口腔清拭、摂食嚥下療法のための基礎固めにも着手している。なお、平成22年度からは嚥下専門の耳鼻科医師による「摂食嚥下センター」が開設され、多面的な摂食嚥下のリハビリ介入が可能となった。また本年度より、リハビリ技術の伝達という面で、従来病棟ごとの依頼に応じていた勉強会を、リハビリ室主導で定期的実施することとなった。FIM講習会は年に2回定期的に開催され、参加人数も増加しており、国際的な評価指標であるFIMの重要性が認識されている。

また、平成22年に療法士の喀痰吸引が可能となったことを受け、平成25年4月より「療法士による気管吸引ガイドライン」に基づいた教育プログラムをスタートし、修正を加えつつ稼動している。この喀痰吸引教育プログラムは、当院規模の大学病院で整備されている所は非常に少ないため、他院からの見学でもスポットライトを浴びている。

研究面では脳卒中センターの開設以降、リハビリ科だけでなく脳神経外科、神経内科の医師、療法士、病棟看護師と協同する臨床研究の機会が多くなり、随時その成果も発表している。また、平成20年度からはがんのリハビリ推進を掲げ、今後はさらに充実を図るつもりである。平成22年からは循環器内科専門医、呼吸器内科専門医、平成25年からは糖代謝内科専門医の全面的な協力の下、肺高血圧症や慢性閉塞性肺疾患、糖尿病に対するリハビリ介入のEBM（evidence-based medicine）の一環としての臨床研究にも力を注いでいる。