

# リハビリテーション病棟に 亜急性期病床を導入して

新藤直子

第59回国立病院総合医学会  
(平成17年10月15日 於広島)

IRYO Vol. 61 No. 5 (312-317) 2007

## 要旨

国立病院機構東京病院リハビリテーション科は、リハビリテーション専門病棟として50床の一般病床を運営してきたが、平成16年8月からその内40床を亜急性期病床に転換した。在院日数短縮化と自宅退院促進が求められるなかで、より効率的・効果的なりハビリテーションを行うために、リハビリテーション・チームの連携強化ならびに情報の共有化についての改革を試み検討したので報告する。

具体的な内容とその効果としては、①全職種参加の勉強会でチームの共通言語を共有し、職種間のコミュニケーションの促進と相互理解が進んだこと、②カンファレンスの時期と内容を工夫したことにより情報共有化が質量共に向上し、患者を中心とした病棟での多職種交流が増えたこと、③亜急性期病床導入前後での実績を比較検討することにより、チーム医療の意義やリハ効果への意識が経営的視点も含めて高まったことなどである。

課題としては、①施設機能に見合った適切な患者選択ができるようにしていくこと、②医療依存度の高い症例や急変への対応能力をチームとして高めること、③院内他科との連携強化、④機能に応じた施設間の連携強化などである。

キーワード リハビリテーション、亜急性期病床、多職種カンファレンス

## はじめに

当科は、リハビリテーション専門病棟として50床の一般病床を運営してきたが、平成16年8月からその内40床を亜急性期病床に転換した。在院日数短縮化と自宅退院促進が求められるなかで、より効率的・効果的なりハビリテーションを行うために、リハビリテーション・チームの連携強化ならびに情報の共有化についての改革を試み検討したので報告する。

まず当院入院患者の特徴から、病床転換の背景を

示し、今回のテーマであるリハビリテーション・チームとしての連携がどのように進んだかを具体的に述べる。

そしてその結果、亜急性期病床導入前後で入院患者のプロフィールや在院日数、ADL改善度などについてどのような変化があったかについて分析し、今後の課題について考察する。

## 東京病院の概要

当院は、病床数は560床、平均在院日数約24日の

国立病院機構東京病院 リハビリテーション科  
別刷請求先：新藤直子 国立病院機構東京病院 リハビリテーション科 〒204-8585 東京都清瀬市竹丘3-1-1  
(平成17年12月27日受付、平成18年12月15日受理)

Introduction of Subacute-care-unit in a Rehabilitation Ward Naoko Shindo  
Key Words: rehabilitation, subacute-care-unit, multi-disciplinary conference

一般病院である。

リハビリテーション病棟は、50床の一般病棟であったが、平成16年8月よりその内40床を亜急性期病床に転換した。当院のリハビリテーション部門は、この専門病棟の他に、院内他科と外来患者を扱う中央診療部門の機能をもって活動している。

リハビリテーション・チームの内訳は、リハビリテーション科医師4名、理学療法士（以下PT）10名、作業療法士（以下OT）6名、言語聴覚士（以下ST）3名、ソーシャルワーカー（以下SW）は病院全体で3名という構成である。

### 亜急性期病床導入の背景と課題

平成16年4月から新設された亜急性期入院管理料の対象疾患には、いわゆる回復期リハビリテーション対象疾患の他に、病状不安定あるいはコントロールのために反復して入院を必要とする病態、慢性疾患の急性増悪や合併症の併発など、一定期間入院管理を要するが最終的には在宅にもどる各種病態が含まれている（表1）。

ここで従来の当科の対象患者をみると、回復期の脳卒中リハビリテーション対象患者がほとんどを占めることや、外来患者の合併症や廃用に対する間欠入院など、亜急性期病床の適応に合致する部分が多

くみられた。また、亜急性期病床では在院日数と退院先に関する縛りがあるが、その点についても、基準を満たすことは不可能ではないと思われた（表2）。

亜急性期病床へ転換した場合、入院適応は当科の場合「回復期リハビリテーション病棟」に準ずることとしたため原則発症後3カ月以内と、より急性期で病状不安定な患者の増加が予測された。入院期間は、平均ではなく最長90日ということにより早期の退院計画が必要となる。また退院先も、老健含む自宅退院6割以上を維持する必要がある、より早期から在宅を想定し、効率的な訓練ならびに在宅準備を行うことが必要となった。

すなわち、リスク管理、効率的リハビリテーション、ケアプランの早期作成の3点を新たな課題として、チームの改革に取り組むこととした（表3）。

### 病床転換に際しての取り組み

当初は、法人化に合わせて回復期リハビリテーション病棟への転換を目指して、2002年から科内勉強会や院外研修会への参加、同病棟の見学などを行う中で、自施設の問題点の抽出がなされ、計画的に取り組まねば間に合わないという危機感が生まれていた。

2004年に亜急性期病床が創設されたのを期に、亜

表1 亜急性期病床の対象疾患

<ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリテーション対象疾患</li> </ul>
<p>脳血管疾患、脊髄損傷、骨折、関節リウマチ、神経筋疾患の増悪、心疾患呼吸器疾患の急性期加療後、関節・開腹・開胸術後や肺炎後に生じた廃用症候群 等</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状不安定や繰り返し入院を必要とする状態</li> </ul>
<p>慢性疾患の増悪期、コントロール不良で合併症のある糖尿病、進行期の神経難病、繰り返し入院を必要とする、悪性腫瘍、血液疾患 等</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性疾患の急性増悪や他疾患の合併</li> </ul>
<p>脳梗塞再発作、嚥下性肺炎、慢性疾患の状態悪化、脱水、在宅加療不可能な終末期医療 等</p>

表2 従来の当科入院患者の特徴

- ・脳血管障害
- ・急性期治療を終了し救急病院から紹介
- ・回復期の専門的リハビリテーション
- ・平均年齢は60代前半
- ・高次脳機能障害、嚥下障害
- ・若年重症者
- ・外来患者の合併症、廃用症候群
- ・単身・生保など
- ・平均3カ月で約6～7割が自宅復帰

表3 一般病床から亜急性期病床へ

- ・入院適応：回復期リハ病棟に準ずる  
→より急性期での入院：リスク管理
- ・入院期間：最高90日まで  
→より早期の退院：効率的リハビリテーション
- ・原則自宅退院：自宅退院率6割以上  
→より早期からの在宅：ケアプランの早期作成

急性期病床開設へと方針転換をしたが、より早期から効率的なリハビリテーションを提供するという点ではその対象、目的には変わらなかった。

システムの具体的な見直しは、時間外に2週に1回のペースで全職種参加の「亜急性期ミーティング」をもって、テーマ毎にアイデアを出しては試行するということを繰り返すという形で行った。今から思えば、このプロセスの中で意識改革や発想の転換が共有されていったことが重要であった。またこのプロセスが一方向性のものでなく、メンバー相互の高いモチベーションに支えられていたことも大切な要素であったと思われる。

現在も、新しいシステムの試行と改善がまだ継続中であり、またそこから休日の訓練という新たな取り組みも開始されたところである(表4)。

表4 病床転換に際しての取り組み

- ・全職種での協同学習・意識改革  
科内勉強会、院外研修会への参加、  
他施設見学、問題点の抽出
- ・リハビリテーション・システムの見直し  
入院適応、予約システム、患者紹介、リハ処方、  
訓練、評価法、カンファレンス、退院指導
- ・新システムの試行・改善  
他科との連携、休日訓練

### 従来システムでの問題点

従来の問題点として、入院当日に訓練が始まらない(とくに週末の入院例)、また、訓練室での歩行が自立しても病棟の構造や安全面から歩行の実用化に反映されるのに時間がかかりすぎる、単純な連絡や指示の遅れ等があった。

加えて、今後よりスピーディーなチーム医療が要求されることを考えると、入院して最初のリハビリテーション・カンファレンスが1カ月後では遅すぎるということも前々から指摘されていたことではあった。

退院準備の遅れで入院期間が延びるのも、最長限度が決められている場合は許されない。

これらを改善するためには、職種間のきめ細かな情報の共有化と訓練開始や退院準備が遅れないようシステム化することが不可欠と思われた(表5)。

### より緊密な情報共有化のために

より緊密な情報共有化を行うためにはさまざまな方法がある。

情報交換の手段を増やす、機会を増やすことに加えて、われわれリハビリテーション・チームの場合は現場で情報交換することも大切である。それらを、より早くから行うこと、実際はこれが一番有効であった。また、更新された内容が全員に徹底されるためにも、さまざまな工夫が必要であった。そして何より、普段から率直に素早く情報交換できる関係ができていたことが大切である(表6)。

情報共有化の手段とそれぞれの特徴についてまとめた(表7)。

緊急を要するものは口頭や電話、記録が残った方がよいものはファックス、距離の離れた病棟とリハ

表5 従来システムでの問題点

- ・入院日に訓練が始まらない
- ・訓練成果が病棟生活に反映されるのに時間がかかる
- ・訓練室と病棟が離れていることでの時間的ロスやコミュニケーション不足・遅れがある
- ・リハ・カンファレンスが1カ月後では遅い
- ・退院準備の遅れで入院期間が延びることがある
- ・転院先の待機期間が長期化している

職種間のきめ細かな情報共有化  
訓練開始・退院準備のシステム化

表6 緊密な情報共有化

- ・情報交換の手段を増やす
- ・情報交換の機会を増やす
- ・現場で情報交換する
- ・早期(入院前、退院前)から情報交換する
- ・情報の更新を徹底する
- ・素早く情報交換できる関係を作る

表7 情報共有化の手段と特徴

手 段	特 徴
口 頭	対面、双方向
電 話	遠距離、双方向
ファックス	遠距離、一方向、記録
メール	遠距離、双方向、記録
連絡ノート、連絡票	対面、双方向、記録
写真、ビデオ	視覚的情報の共有、記録
カンファレンス	多職種が対面、双方向、記録

リハビリテーション部門が共有した方がよい情報は連絡ノート、ベッドサイドで統一した方法で介助するための写真や説明図など、現場ではその長所短所を考えながら利用している。なかでも、カンファレンスは多職種が対面して双方向の議論ができ記録も残るといふ点で、最も有益な手段である。

亜急性病床導入前後でのカンファレンスを比較してみた。

導入前は、患者が入院してから新患プレゼンテーションが行われるところが問題であった。この方式だと、リハビリテーション処方や担当者の患者把握がそれ以降になり、入院と同時の速やかなリハビリテーション開始が困難である。また、最初のカンファレンスが1カ月後ということは、リハビリテーション開始後の起居ADLの早期の変化に対応できないという問題があった(表8)。

次いで、現在のカンファレンスを示す(表9)。

入院相談の時点から患者情報の把握が始まり、入院日が決まり次第、リハビリテーション・スタッフにプレゼンテーションが行われ、訓練担当者は入院

日前にあらかじめ決定しておく。そうすることで、入院当日に訓練を開始する、あるいは、少なくとも担当者が訪室して患者や他職種と情報交換をすることが可能になった。

入院1週目で初期カンファレンスを行い、入院後の変化や新たに確認された問題についての情報を共有する。安静度や行動範囲、どの程度の期間でさらに拡大できるかについても確認している。病棟での訓練内容や送迎に関することもここで確認する。

リハビリテーション・カンファレンスはその後の変化、ゴールの修正を確認し、退院時期や準備の進捗状態をチェックする場になった。同時に、在宅予定のケースについては、退院前カンファレンスのアレンジをSWが行い、退院前からケアマネジャーが関わって、ケアプランをアレンジし、環境整備と試験外泊を施行、退院当日にはその後のプランが決定していることを目指している。

振り返ると、われわれの場合は、すべてのスケジュールを前倒しすることでさまざまな問題を改善することができた。今から思えば、意志さえあれば

表8 亜急性期病床導入前のカンファレンス

	時 期	参加職種
入院時プレゼンテーション	入院週	医師, PT, OT, ST
リハ・カンファレンス	入院1月	医師, 看護師, PT, OT, ST, 栄養士, SW
ミニ・カンファレンス	入院2月	担当医師, 看護師, PT, OT, ST, SW
退院時指導(個別)	退院前	担当医師, 本人, 家族, ケアマネジャー
摂食嚥下カンファレンス	月1回	医師, 看護師, ST, 栄養士

表9 亜急性期病床導入後の多職種カンファレンス

	時 期	参加職種
入退院ミーティング	入院相談	医師, 看護師(師長), SW
入院前プレゼンテーション	入院決定	医師, 看護師, PT, OT, ST, SW
入院日カンファレンス	入院当日	医師(主), 看護師, PT, OT, ST, SW
初期カンファレンス	入院1週	医師, 看護師, PT, OT, ST, SW
リハ・カンファレンス	入院1月	医師, 看護師, PT, OT, ST, 栄養士, SW
退院前カンファレンス	退院前	医師(主), 看護師, PT, OT, ST, SW 本人, 家族, ケアマネジャー
摂食嚥下カンファレンス	月1回	医師, 看護師, ST, 栄養士
V Fカンファレンス	検査時	医師, 歯科医師, ST

表10 発想の転換

●すべてのスケジュールを前倒しせよ
患者が入院する前に準備 入院と同時にリハ開始 訓練室と病棟のギャップを最小限・最短に 統一目標に向けてすべての職種が連携 退院前にすべての在宅準備を完了

表11 亜急性期病床導入前後の比較

	平成16.1～平成16.6	平成17.1～平成17.6
平均年齢	63.6歳	66.5
発症後経過期間	69.3日	37.8
平均在院日数	85.5日	70.2
入院時 BI	43.8	50.1
退院時 BI	64.4	68.4
BI改善比/月	8.1	8.5

っと早くから実行できていたことであり、ここには発想の転換が必要であった（表10）。

### 亜急性期病床導入前後の臨床指標の比較

亜急性期病床導入前の平成16年1月から6月までの半年間と、導入後の同時期の入院患者を比較してみた（表11）。

入院時の発症後経過期間は、3カ月以内を原則としたため明らかに短縮し、発症後2週間程度からも受け入れる反面、入院基準をはずれてもリハビリテーション適応が高い患者や、医療依存度の高い患者は残る10床の一般床で受け入れているため、病床の種類によって回転率には差が出ている。若年の重症

者はできるだけ早期に受け入れて、発症後3カ月以内にさらに回復期リハビリテーション病棟に引き継ぐこともある。

在院日数の短縮は、事前の説明と準備を早期から行うことと、改善が早く短期間で退院する患者が一定割合存在することによるものと思われる。

患者層の変化もあり一概に比較はできないが、入退院時の Barthel Index (BI) の差を在院月数で除して求めた月当たりの改善比も大きくなっている。今後は、患者選択が当院の特性を最大限発揮したものになるよう検討を続けていきたい。

リハビリテーション部門の診療点数の増加を示す（図1）。

平成16年度の実績を基に今年度はPT 2名、OT

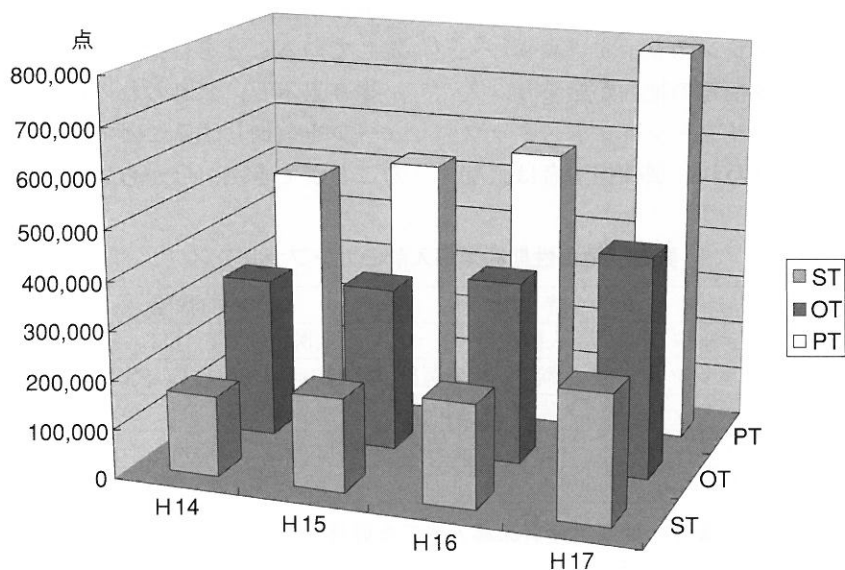


図1 月当たり診療点数

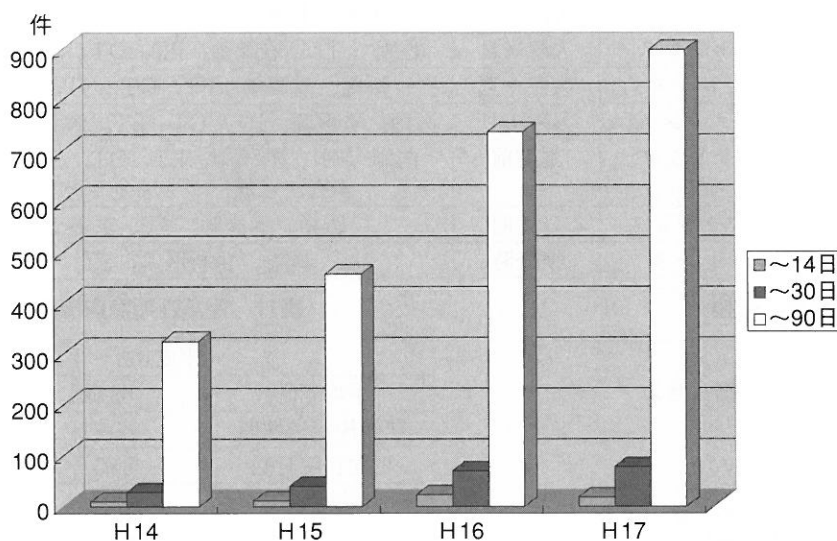


図2 月当たりPT早期加算



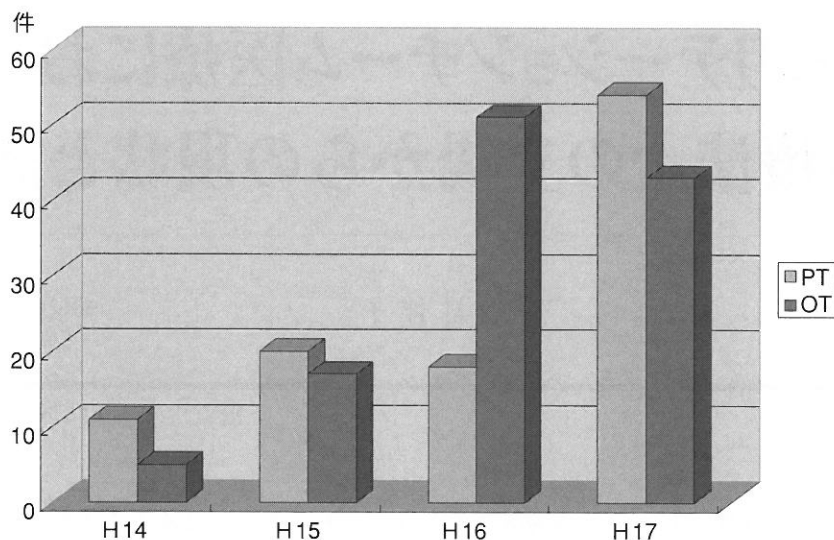


図3 月当たりADL加算

1名の増員がかない、それにともなつての件数増加も含まれている。増収の中身については、基本料に加えて早期加算の増加が著しいことがあげられる(図2)。また、ADL加算の取得増も著明である。初年度はOTが先駆けて入浴訓練などで病棟内での訓練を強化したことが著増につながっていると思われる(図3)。

## ま と め

### —亜急性期病床導入後のリハビリテーション・チーム医療の変化と今後の課題—

亜急性期病床導入をきっかけとして、チームの結束連携を多少なりとも強化することができた(表12)。その内容としては、全体で勉強することにより、いわゆるリハビリテーションにおける共通言語、つまりリハビリテーション関連用語あるいはFunctional Independence Measureなどの評価法を共有することができたこと、また、専門職の集まりであるチームの特殊性を互いに再確認することができたことが

表12 亜急性期病床導入をきっかけに

- ・チーム全体で勉強することにより、基礎となる共通言語やリハチームの特殊性を互いに再確認することができた
- ・情報共有化が質量共に向上した
- ・患者を中心とした病棟での多職種の交流が増えた
- ・チーム医療への意識、リハ効果への意識が高まった
- ・より短期間で効率的なリハに近づくことができた?

重要であった。情報共有化が質量共に向上し、患者を中心とした病棟での多職種の交流が大幅に増えた。また、新しい試みの前後で実績を比較することにより、チーム医療の意義やリハビリテーション効果への意識が経営的な視点も含めて高まったと思われる。ただし、本当にやるべきところが漏れていないか、またもっとよい方法があるかどうか今後も検討が必要と考えている。

今後の課題としては、先に述べた施設機能に見合った適切な患者選択ができるようにしてゆくこと、医療依存度の高い症例や急変への対応能力をチームとして高めること、院内他科との連携強化、機能に応じた施設間の連携強化などが重要と考える(表13)。また、限られた日数で効果を上げるためにも休日の訓練体制の整備が必要と考え、変則的ながら土曜日の訓練を試行中である。このような試みができるのも、今までの経過が土台となつてのことと考え、今後もより密度の高い情報の共有化とリハビリテーション・システムの改善・検証に努めたい。

表13 今後の課題

- ・施設機能に見合った適切な患者選択
- ・医療依存度の高い症例や急変への対応
- ・他科との連携強化
- ・施設間の連携強化
- ・廃用の更なる防止 休日訓練