

# 急性期病院における病棟配属型 リハビリテーションの現状と課題

中川 誠<sup>†</sup> 岡田 久 奥田 聡\*

IRYO Vol. 70 No. 4 (199-202) 2016

## 要 旨

名古屋医療センターでは、急性期リハビリテーションの充実を推進し、平成24年より病棟配属型のリハビリテーションを行っている。平成26年4月現在、理学療法士23名、作業療法士10名、言語聴覚士13名、マッサージ師1名の合計47名で救急救命センター、神経内科、整形外科、脳神経外科、心臓血管センター、呼吸器科の6病棟に専従療法士を配属している。従来型のリハビリでは、病院の一角にリハビリ室を置き、患者を送迎することで集約的に行われてきた経緯があり、この「集約型リハビリ」では送迎に時間と労力を要するほかに、病棟との情報共有が図りにくいという問題点があった。「病棟配属型リハビリ」では、その多くは病棟で行い、各病棟の患者は、基本的に病棟専従療法士が担当するため、医師、看護師との日常の臨床場面における情報の共有が最大の効果となる。看護師に行ったアンケートからは、病棟配属型リハビリの継続を90%が望み、ICUにおける専従理学療法士配属前後の比較では、理学療法の介入件数は増加し、理学療法処方までの日数は短縮、単位数は増加した。また、限られていた診療科からの理学療法処方は、すべての診療科からの処方<sup>つな</sup>がった。一方で、専門性の担保、病棟での協働への参加と意識付けは重要な課題であり、教育の面では、療法士間の枠を超えた急性期医療を担うコ・メディカルスタッフの育成をシステムとして確立していくことが急務である。

キーワード 急性期、病棟専従療法士、協働

## はじめに

近年、ICU-CCUなど集中治療室をはじめとして、急性期からのリハビリテーション（リハビリ）の効果が報告されるようになった<sup>1)</sup>。これにともなって、療法士の介入方法も変化し、急性期病院での365日

リハビリや病棟配属型のリハビリが報告されている<sup>2)-5)</sup>。厚生労働省では、平成21年8月に「チーム医療推進に関する検討会」が開催され、平成22年3月に報告書「チーム医療推進について」、平成22年5月には、チーム医療を推進するための具体的な方策の実現に向けて、病棟配属型チーム医療としての

国立病院機構名古屋医療センター リハビリテーション科（現所属 国立病院機構長良医療センター リハビリテーション科）\*神経内科 †理学療法士

著者連絡先：中川 誠 国立病院機構長良医療センター リハビリテーション科 〒502-8558 岐阜県岐阜市長良1300-7  
e-mail: mnakagawa@nagara-lan.hosp.go.jp

（平成27年3月2日受付、平成27年12月11日受理）

Current Situation and Issues of Ward Assignment-Type of Rehabilitation in the Acute Phase Hospital

Makoto Nakagawa, Hisashi Okada and Satoshi Okuda\*, Department of Rehabilitation and \*Neurology, NHO Nagoya Medical Center

（Received Mar. 2, 2015, Accepted Dec. 11, 2015）

Key Words: acute phase, full-time ward therapist, collaboration

「チーム医療のための基本的な考えと実践的事例集」がまとめられている<sup>6)</sup>。

さらに、平成26年度の診療報酬改定では、病棟ADL加算が新設され、病棟での期待される療法士の役割も変化してきている。名古屋医療センター(当院)では、平成23年度に「急性期リハビリの充実」が病院目標になったことを契機に、平成24年より病棟配属型リハビリテーションを開始し、平成26年4月現在、理学療法士23名、作業療法士10名、言語聴覚士13名、マッサージ師1名の合計47名で救急救命センター、神経内科、整形外科、脳神経外科、心臓血管センター、呼吸器科の6病棟に専従の療法士を配属している。ここでは、急性期病院における病棟配属型リハビリの現状と課題を当院での取り組みをもとに報告する。

### 集約型リハビリテーションの問題点

今までの急性期病院におけるリハビリの特徴は、病院の一角にリハビリ室を置き、リハビリの必要な患者を看護師、看護助手、療法士が送迎することで集約的に行われてきた経緯があり、これを「集約型リハビリ」と呼んでいる。送迎に時間と労力を要するだけでなく、隔離された状況でのリハビリとなり、内容は医師、看護師などに伝わりにくく、情報の共有はカルテ上となる。このため、患者が病棟で行っている日常生活活動(activities of daily living: ADL)とリハビリ室で行っているADLに差が生じる原因にもなっていた。

### リハビリのチーム編成

もう一つの急性期病院におけるリハビリの問題点は、療法士のチーム編成にある。療法士の少ない施設では、複数の病棟患者を受け持ち、疾患も多岐に及ぶことで、各病棟での情報共有が難しくなる。また、療法士が20名を超えるような施設では、脳血管・運動器・呼吸器・心大血管・がんなど診療報酬区分に合わせて疾患別に療法士をチーム編成していることが多いが、各病棟では異なる診療科が混在していることが普通であり、こうした場合には、同一病棟であっても介入する療法士のチームが異なり、病棟側からみると円滑な情報共有の妨げとなりやすい。

### 病棟配属型リハビリの展開

病棟配属型リハビリでは、各療法の中心を病棟に移し、現在、当院では約8割を病棟にて施行している。このため、送迎にかかっていた時間は短縮され、送迎の中心を担っていた看護師、看護助手にとっては、業務の効率化に繋がった。療法士のチーム編成では、疾患別ではなく病棟配属になったため、混合病棟や一部の診療科が混在する場合であっても介入する専従療法士は変わらず、円滑に情報共有ができる。病棟配属型リハビリでは、日常の臨床場面における情報の共有が最大の効果といえる。

次に病棟配属型リハビリを開始した平成24年度に行った看護師に対するアンケートとICUにおける専従理学療法士配属前後での比較を示す。

病棟配属型リハビリを施行している6病棟の看護師全員に行ったアンケート(n=228,回収率91.6%)では、病棟スタッフとの連携について、よくなった78%、カンファランス等への参加による情報共有について、できている83%とよい効果と捉えられており、病棟配属型リハビリの継続については、90%が継続を望むという結果になった。

ICUにおける専従理学療法士配属前後の比較では、配属前の平成23年4月-6月が、ICU8床に対して理学療法士10名が患者担当毎に介入していた。ICU平均在室日数は4.1日、理学療法介入件数23件(14.8%)、入院から理学療法処方までの日数は7.0±7.9日、理学療法単位数は2.8±2.2であった。配属後3年目の平成26年4月-6月では、専従理学療法士1名が介入し、ICU平均在室日数は4.6日、理学療法介入件数46件(37.4%)、入院から理学療法処方までの日数は4.0±5.4日、理学療法単位数は8.9±16.1であった。ICU平均在室日数に差はなかったが、理学療法介入件数は増加し、処方までの日数は短縮、単位数は増加する結果となった(表1)。また、理学療法の処方があった診療科をみるとその変化が顕著であり、平成23年でのICUの主科の割合は、脳神経外科が32.3%と最も多く、次いで外科、循環器内科・心臓血管外科の順になっており、そのうち理学療法処方があった診療科は、脳神経外科と神経内科がその大半を占めていたが、専従理学療法士配属後の平成26年では、ICUに占める診療科の割合に大きな変化はないものの、理学療法処方があった診療科は、脳神経外科、神経内科、外科を中心に、すべての診療科から処方が出るようになっている。

表1 ICUにおける専従理学療法士配属前後の変化

	平成23年4月－6月	平成26年4月－6月
理学療法介入患者（数）	155	123
ICU平均在室日数（日）	4.1	4.6
ICUでの理学療法介入件数（人）	23(14.8%)	46(37.4%)
入院から理学療法処方までの日数（日）	7.0±7.9	4.0±5.4
ICUにおける理学療法単位数	2.8±2.2	8.9±16.1

平均±標準偏差.

表2 ICUにおける専従理学療法士配属前後の診療科の推移

診療科	平成23年4月－6月		平成26年4月－6月	
	患者数 (n=155)	リハ介入数 (n=23)	患者数 (n=123)	リハ介入数 (n=45)
脳神経外科	50 (32.3)	17 (73.9)	29 (23.6)	20 (44.4)
神経内科	10 ( 6.5)	3 (13.0)	6 ( 4.9)	2 ( 4.4)
呼吸器内科	18 (11.6)	2 ( 8.7)	7 ( 5.7)	2 ( 4.4)
循環器内科・心臓外科	20 (12.9)	0	34 (27.6)	6 (13.3)
整形外科	6 ( 3.9)	0	5 ( 4.1)	1 ( 2.2)
外科	28 (18.1)	1 ( 4.3)	19 (15.4)	7 (15.6)
総合内科	7 ( 4.5)	0	6 ( 4.9)	2 ( 4.4)
消化器内科	4 ( 2.6)	0	2 ( 1.6)	2 ( 4.4)
その他	12 ( 7.7)	0	15 (12.2)	3 ( 6.7)

( ) 内は%

(表2). さらに、専従の理学療法士を配属することで回診・カンファランスへの参加、リハビリ開始基準・中止基準の作成や土曜日の介入、集中治療学会での発表なども行えるようになった。

### 病棟配属における課題

病棟配属における課題としては、次の3つの問題点が考えられる。一つ目は、病棟配属と療法士の専門性の両立である。従来の集約型リハビリでは、リハビリ室で行うことが中心であり、新人を含め他の療法士が行っている場面を常にみながら、指導することができた。病棟配属型リハビリでは、新人であっても病室で一人になる場面が多く、直接フィードバックを受けにくい特徴がある。二つ目は、協働への参加と意識付けである。病棟で求められることは、各専門性の発揮とともに、コ・メディカルが協働して取り組むことである。転倒転落・褥瘡・肺炎・誤

嚥・せん妄の予防などがこれにあたり、これは真の協働がないと改善の効果が表れにくい。専門性の担保とともに、協働できる環境づくりに目を向けることは難しいことではあるが、本当の意味での病棟配属の期待は、ここにあるといってもよい。そのうえでも病棟専従療法士に対する協働への参加の意識づけは非常に重要となる。三つ目は、教育である。看護師の教育は、アクティナース、キャリアアップなどシステムとして確立されているが、リハビリにおいては、従来からの瓦屋根方式で、経験者が新人を教育することが色濃く、システムとしての卒後教育は確立されているとはいえない。今後は、多職種が協働して人材を育成していくことの必要を強く感じており、ICUでは平成26年度より、広島大学医学部付属病院の急性期人材育成プログラムを簡素化して利用を開始し、多職種で行う教育プログラムに向けて取り組みを始めている。

---

## ま と め

---

急性期病院における病棟配属型リハビリについて、当院における現状と課題を報告した。チーム医療を進めるにあたっては、専従療法士の病棟配属は有効であり、とくに日常での情報の共有化が最大の効果である。しかし、各療法士の専門性との両立や医師、看護師、栄養士、薬剤師などコ・メディカルとの本来の意味での協働への参加と意識付けが重要であり、また、急性期医療を担うコ・メディカル教育システムの確立は急務の課題といえる。

**著者の利益相反：**本論文発表内容に関連して申告なし。

---

### [文献]

- 1) Pohlman MC, Schweickert WD, Pohlman AS et al. Feasibility of physical and occupational therapy beginning from initiation of mechanical ventilation. Crit Care Med 2010 ; 38 : 2089-94.
- 2) 武澤信夫, 久保田和宏, 鈴木竜太ほか. 一般病院におけるリハ医療の変化とセラピストの病棟専従化. 京都医学会誌 2005 ; 52 : 43-51.
- 3) 川原由紀奈, 園田茂, 奥山夕子ほか. 6単位から9単位への一日あたりの介入時間の増加が脳卒中患者のFIM帰結に与える効果. 理療科 2011 ; 26 : 297-302.
- 4) 松本大輔, 近藤克則, 白石成明ほか. 脳卒中患者における早期リハビリテーション実施状況とリハビリテーション提供体制との関連性. 理学療法学 2014 ; 41 : 21-7.
- 5) 渡辺伸一, 水野晋利, 山田由真ほか. 急性期病院で脳卒中リハビリテーション患者における土曜日の効果. 医療 2014 ; 68 : 109-15.
- 6) 厚生労働省 チーム医療推進会議. チーム医療のための基本的な考えと実践的事例集. 平成23年6月.