

回復期リハビリテーション病棟新設に ともなう意義と効果についての検証

伊藤 郁乃[†]

IRYO Vol. 74 No. 4 (141-147) 2020

要旨

はじめに：本邦で2000年度に新設された回復期リハビリテーション病棟（回復期リハ病棟）は、現在全国で8万床を超えた。病床の機能分化と再編が進むなか、回復期医療のニーズはきわめて高い。一方、その運営は約7割を民間病院が占め国立病院機構で回復期リハ病棟を有する病院は数少ない。国立病院機構東京病院（当院）は2013年度に亜急性期病床を有するリハビリ専門病棟から回復期リハ病棟への移行を行った。その効果と意義を検証し今後の課題を明らかにする。

方法：2008年度-2012年度までの期間当院リハビリ専門病棟に入棟した患者群906名（亜急性期病棟群）と、2013年度-2017年度まで当院リハビリ専門病棟に入棟した898名（回復期リハ病棟群）の患者属性、自宅復帰率、日常生活動作（Activities of daily living：ADL）の変化の比較を行った。また、病棟の1日あたりの平均入院患者数、延べ診療点数の年次推移を調査した。

結果：回復期リハ病棟群では亜急性期病棟群よりも疾患発症から入棟までに要する期間は短縮し、平均在院日数は長期化、FIM利得は増加する傾向が認められた。患者の平均年齢や自宅復帰率に変化は認められなかった。回復期リハ病棟を開設後は新規の脳血管疾患と運動器疾患の割合が増加した。回復期リハ病棟新設後は病棟の平均入院患者数と延べ診療点数はともに増加した。

考察：回復期リハ病棟新設後は、他病院からの新規発症の脳血管疾患と運動器疾患の転院紹介が増加し、安定した患者数確保ができていた。また、ADL改善度も向上し、訓練量の増加が貢献しているものと思われる。回復期リハ病棟は現在国が取り組んでいる医療介護連携のロールモデルともいえるべき存在で、今後も当院が地域医療に貢献できるように安定的な運営を目指したい。

キーワード 回復期リハビリテーション病棟, 日常生活動作：ADL,
機能的自立度評価法：FIM

国立病院機構東京病院 リハビリテーション科 †医師
著者連絡先：伊藤郁乃 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
e-mail：ito.ikuno.we@mail.hosp.go.jp

itoikuno@yahoo.co.jp

(2019年3月11日受付, 2020年3月13日受理)

Outcomes of the Establishment of Kaifukuki Rehabilitation Ward : A Retrospective Study

Ikuno Ito, NHO Tokyo National Hospital

(Received Mar 11, 2019, Accepted Mar.13, 2020)

Key Word : Kaifukuki rehabilitation ward, ADL (activities of daily living), FIM (functional Independence measure)

表1 対象患者

	亜急性期 n=906	回復期リハ n=898	p
年齢(歳)(平均±標準偏差)	67.5 ± 15	68 ± 14.2	0.45
発症～入院までの日数(日)(平均±標準偏差)	48 ± 30	35 ± 22	< 0.01
自宅復帰率(%)	79.6	79.1	0.34
在院日数(日)(平均±標準偏差)	84.8 ± 46	92 ± 52	< 0.01
入院FIM(平均±標準偏差)	74.9 ± 29.4	73 ± 30.1	0.46
退院FIM(平均±標準偏差)	93.1 ± 29.9	94.6 ± 32	0.6
FIM利得	18.5	21	< 0.05

FIM: Functional Independence Measure

緒 言

医学的リハビリテーションには急性期・回復期・維持期の三つの段階がある¹⁾。回復期リハビリテーションとは、発症一カ月を目処とした急性期リハビリテーションの後、疾患管理に留意しつつ、能動的で多彩な訓練を中心とするリハビリテーションのことを指す²⁾。この回復期リハビリテーションを専門的に担う入院施設が、2000年4月の診療報酬改定にともない創設された「回復期リハビリテーション病棟」(回復期リハ病棟)である。当該病棟の特徴は、脳血管疾患、脊髄損傷、大腿骨頸部骨折、廃用症候群などを対象に、従来の訓練室中心のリハビリテーションではなく、病棟を中核に据えたりハビリテーションを行うことにある。病床の機能分化と再編が進むなか、回復期リハ病棟のニーズはきわめて高いとされる³⁾⁻⁷⁾。国立病院機構東京病院(当院)では平成16年より亜急性期病床を主体とするリハビリテーション専門病棟(亜急性期病棟)を有していた⁸⁾が、2013年度4月より50床を有する回復期リハ病棟への移行を行った。亜急性期病棟と回復期リハ病棟では算定対象および入院期間上限の相違がある。また回復期リハ病棟には、自宅復帰率・重症患者の受け入れ率やADL改善率などの質的評価を診療報酬に反映するいわゆる成果主義が導入されているのが特徴である。全国回復期リハ病棟連絡協議会(現一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会)が行っている調査報告⁹⁾¹⁰⁾が例年発表され、回復期リハ病棟に関するデータが示されているが、亜急性期病棟から回復期リハ病棟への移行にともなう患者属性・平均在院日数・ADL・自宅復帰率の変化についての報告は少ない。当該病棟の質・量双方の充実

を図るためには、変革期にある現状を正確に把握し、その意義と効果を明らかにするとともに、どのような課題を抱えているかを示すことが重要であると思われる。回復期リハ病棟新設前後での入院患者の属性・平均在院日数・ADL・自宅復帰率の変化について調査を行い、リハビリテーション病棟の移行にともない生じる変化について検討する。

方 法

2008年1月-2013年3月までの期間、亜急性期病棟に入棟した患者群と2013年4月-2017年3月までに回復期リハ病棟に入棟した患者群を比較する。患者背景として、年齢、発症から入棟までの日数、在院日数、転帰、入棟時FIM、退棟時FIMを調査した。またリハビリ効果についてはFIM利得を指標とした。さらに各患者群の入棟経路、疾患別リハビリの割合の年次推移、PT、OT、STなどリハビリテーション専門セラピストの人数の年次推移、病棟の1日あたりの平均入院患者数と延べ診療点数の年次推移を調査した。統計学的な解析にはエクセル統計バージョン2.1 Mann-Whitney U検定を用いた。

なお、本研究は当院の倫理委員会の承認を得て行った。

結 果

亜急性期病棟に入棟した患者は全906名、平均年齢は67.5±15歳であった。回復期リハ病棟に入棟した患者は全898名、平均年齢は68±14.2歳であった。患者背景については表1に示す。回復期リハ病棟では発症から入棟までに要する日数が短縮していた

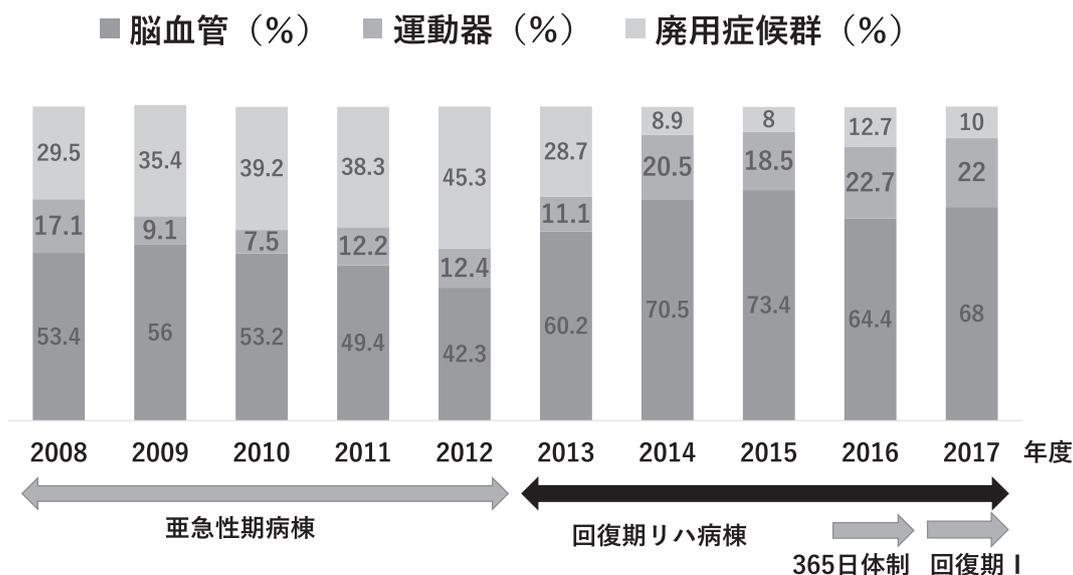


図1 疾患別リハビリ割合の年次推移

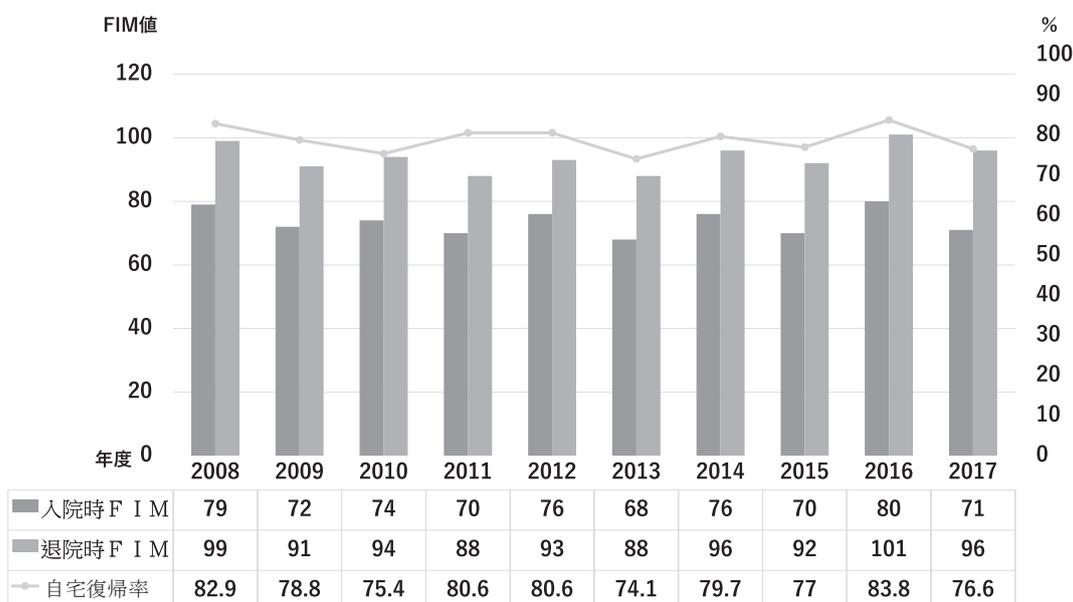


図2 入棟時FIM, 退棟時FIM, 自宅復帰率の年次推移

FIM : functional independence measure

($p < 0.01$). 入退棟時FIM値と自宅復帰率には有意差は認められなかった. 平均在院日数は長期化し($p < 0.01$), FIM利得は増加した ($p < 0.05$).

疾患別リハビリ割合の年次推移を図1に示す. 2008年度-2012年度は脳血管リハビリ算定が40-50%前後, 運動器リハビリ算定が10%前後, 廃用症候群の割合が30-40%前後程度認められたのに対して, 2013年-2017年度は脳血管リハビリ算定が60-70%, 運動器疾患が20%と増え, 廃用症候群の割合が10%程度へと減少している傾向がみられた. 図2に入退棟時FIM値と自宅復帰率の年次推移を示す. FIM値

は年度毎の特徴が強く, 退院時の平均FIM値が高いと自宅復帰率も高い. 回復期リハ病棟では重症度の高い患者の受け入れ率も診療報酬に規定されているが, 回復期リハ病棟開設にともないFIM値が低下する傾向はなかった. 図3に療法士の人数の年次推移を示す. 回復期リハ病棟への移行には365日体制のリハビリ提供体制の確立が必要で, 療法士の漸次増員を行った.

入棟経路を図4に示す. 亜急性期病棟では他病院からの転院が64%, 自宅・老健からが27.2%, であったのに対し, 回復期リハ病棟では他病院からの転院

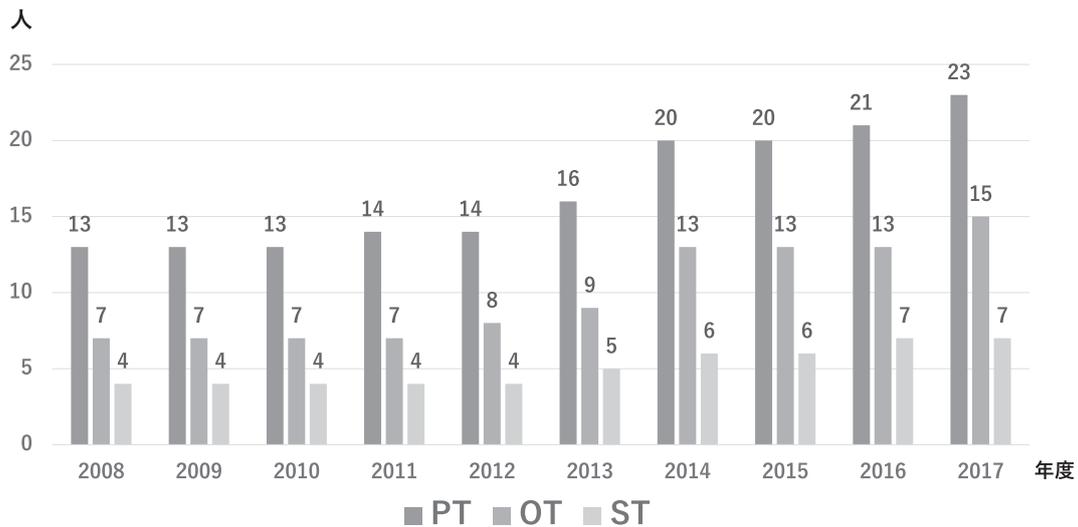


図3 療法士数の年次推移

PT : Physical Therapist OT : Occupational Therapist ST : Speech Language Hearing Therapist

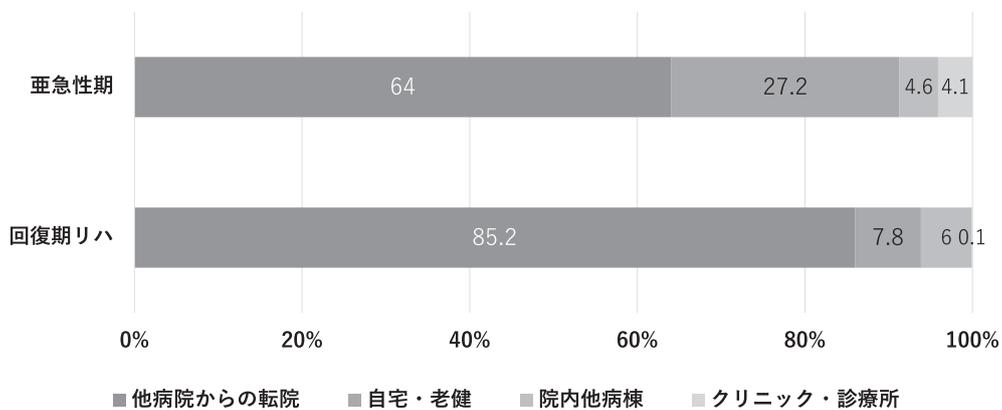


図4 リハビリ専門病棟への入棟経路の比較

が85.2%と割合が増えている。

図5にFIM利得分布をしめす。FIM利得は入棟時と退棟時のFIM変化量のことであり、リハビリ効果の指標となる。FIM利得は高値であるほどADLが改善していることを示し、2018年度の報告¹¹⁾では全国平均値は21点である。亜急性期病棟では、FIM利得が1-10点代がピークとなる分布をしているのに対し、回復期リハ病棟では、FIM利得11-20点代がピークとなる分布であった。また、回復期リハ病棟ではFIM利得50点を超える患者割合は増加し、とくに亜急性期病棟ではみられなかったFIM利得が70を超える患者層が出現した。

図6に病棟の1日あたり平均入院患者数と延べ診療点数を示す。1日あたりの入院患者数は2013年度以後増加傾向で、病床稼働率は高くなっている。また、延べ診療点数は回復期リハ病棟開設の2013年度から増加傾向である。また、2017年度の回復期Iの

上位施設基準獲得にともない、2017年度の延べ診療点数はさらに増加した。

考 察

当院では約40年前から一般床50床からなるリハビリ専門病棟を有していた。当初は2004年の国立病院の法人化に合わせて回復期リハ病棟への転換を目指していたが、自施設の問題点の抽出がなされ同病棟への転換は断念した。しかし、2004年4月より亜急性期病床管理料が新設され、当時のリハビリ専門病棟の対象患者が同病床の適応に合致すること、在院日数最長90日で自宅復帰率6割以上という診療報酬の算定要件を達成できる見込みがあり、リハビリ専門病棟の40床を亜急性期病床として創設した。亜急性期病棟導入により在院日数の短縮やADL改善効率の向上、リハビリテーション部門の診療点数の増

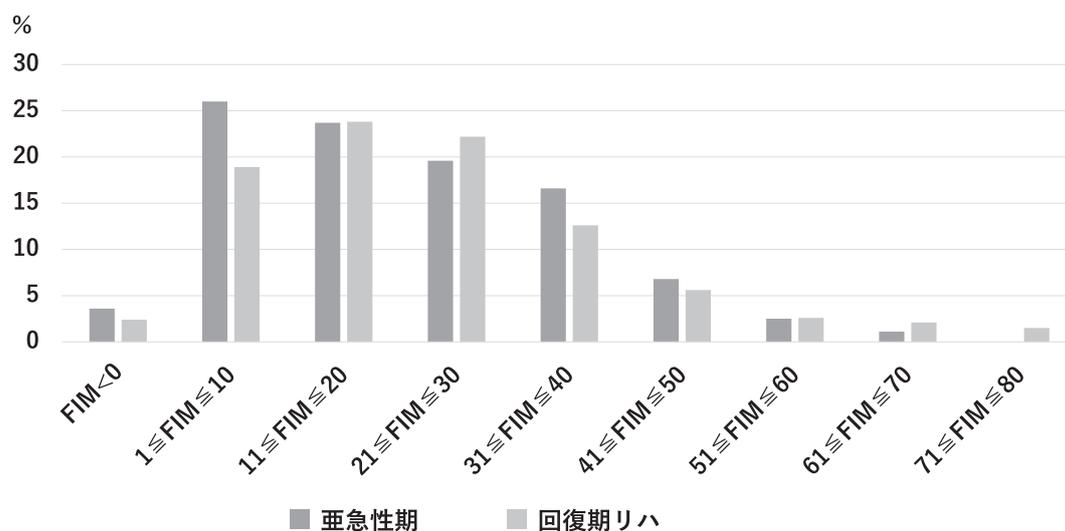


図5 FIM利得分布の比較

FIM : functional independence measure

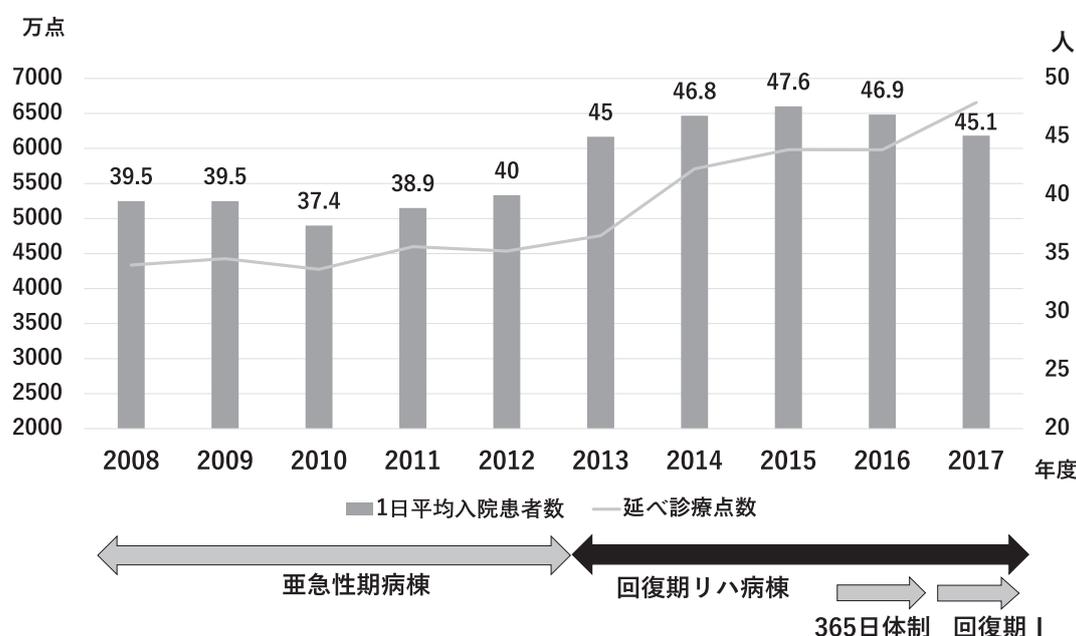


図6 リハビリ専門病棟における1日あたり平均入院患者数と延べ診療点数の年次推移

加，チームの結束強化がみられたことが過去に報告されている⁸⁾。しかし，本研究で対象となった2008年以後のデータからは，亜急性期病棟は平均入院患者数40人を下回り患者確保に難渋していたことがうかがえる。これには，2006年に回復期リハ病棟における個別リハビリが1日6単位から9単位に拡大されたこと，2012年度には亜急性期病床の最長入院期間が60日に短縮となる等，診療報酬改定の影響が強く関与し，脳血管障害の新患は亜急性期病棟ではなく回復期リハ病棟へ転院する流れがシステムとして浸透されたためと思われる。

2013年の回復期リハ病棟開設後の平均入院患者数

は45人以上を安定して維持可能で，入院経路は85.2%が他病院からの紹介による転院となっている。疾患別割合では7割弱が脳血管疾患となっており，これは，脳卒中連携パスの利用や従来から顔のみえる医療連携をしてきたことにより，回復期リハ病棟開設直後から滞ることなく患者紹介が得られたと考えられる。また，運動器疾患リハビリ算定の占める割合も増加しているが，これは，回復期リハ病棟を開設したことで，亜急性期病棟時に依頼が少なかった他院からの整形疾患の紹介が増えたためである。結果として亜急性期病棟から回復期リハ病棟への移行は新患患者数が増加し病床稼働率や経営面にも貢

献できた。もっと早期に回復期リハ病棟へ移行すべきだったという反省的な見方もできるが、回復期リハ病棟新設には、365日のリハビリテーション提供体制を構築することが必須であり、スタッフの人員増加や土日祝日の出勤体制について早期から十分に時間をかけて準備すること必要であったと思われる。

また入棟時FIM値・退棟時FIM値は亜急性期病棟と回復期リハ病棟の2群比較では有意差はみられなかったが、FIM利得の分布は異なる様相を呈し、回復期リハ病棟では大幅なFIM値の改善が認められる患者割合が高かった。亜急性期病棟と回復期リハ病棟を比較しても対象患者の年齢に有意差は認められないことから、これは、新規の脳血管疾患割合が増加したことに加え、回復期リハ病棟では最長入院期間がより長く設定されさらに1日あたりの訓練量も増加し、リハビリ効果が現れたものと思われる。

病棟稼働率をみると、2015-2016年に比較して、2017年度はやや低下がみられている。これは、2017年度に回復期リハ病棟における成果主義が導入され、FIM利得を修正在院日数で除した数字が一定の数字を超えることが義務づけられた影響が大きい。成果主義の導入によってより短期間でできるだけADLを向上させることが必須となった。このため2017年度は在院日数を短縮する努力をしたが、その結果相対的に病床稼働率が低下したと考えられる。病床稼働率が低下したのにもかかわらず延べ診療点数は増加しているのは、回復期Ⅱから回復期Ⅰと上位基準を取得できたため入院基本料が増加したことが影響している。今後の当院の課題は在院日数が長期化しないように注意しながら、病床稼働率をおとさない運営をすることである。

2025年度に向け、だれもが住み慣れた環境で最期⁷⁾まで暮らせるように、政府が力をあげて取り組んでいるのは地域包括ケアシステムの構築である。回復期リハ病棟は脳卒中や大腿骨頸部骨折受傷後の患者のADLを回復させ、地域へ自宅復帰・社会復帰させる役割を長く果たしてきた。まさに現在国が強化しようとしている医療介護連携そのものである。今後もその責務を果たしていく重要な役割がある。国立病院機構の病院の療法士数は民間病院と比較して少なく、また介護職の雇用に関しても制限があるため、回復期リハ病棟を有する国立病院機構施設は少ない。決してマンパワーの面では恵まれた環境とはいえないが、当院を含む複数の国立病院機構施設では回復期リハ病棟の運営にあたり地域医療に貢献し

ている。回復期リハ病棟は亜急性期病棟時にみられなかった大幅なADL回復を支援することが可能で、まさにリハビリテーションの醍醐味が味わえる病棟である。今後も、回復期リハ病棟を有する数少ない国立病院機構施設として質の高いリハビリテーションの提供、地域医療への貢献、地域基幹病院としての役割が果たせるように努めていきたい。

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) 千野直一. リハビリテーション. 生涯教育シリーズ56. 日本医師会雑誌特別号. 2001; 125: 164-7.
- 2) 長谷公隆, 千野直一. 回復期のリハビリテーション. 生涯教育シリーズ56. 日本医師会雑誌特別号2001; 125: 285-98.
- 3) 赤星和人. 回復期リハビリテーション病棟の現状と役割. 日本臨床64巻増刊号7 インターベンション時代の脳卒中学(改定第2版)上 -超急性期から再発予防まで-. 日本臨床社2006; 64: 802-6.
- 4) 大島 峻, 本田哲三, 石田 暉. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題. リハ医学2002; 39: 359-61.
- 5) 石川 誠: リハビリテーション医療機関の戦略と対策. 月刊保険診療2010; 65: 28-30.
- 6) 西山正徳. 新診療報酬体系における回復期リハビリテーション病棟の位置づけ. 回復期リハビリテーション病棟 -新しいシステムと運営のしかた- 2003; 6-11.
- 7) 石川 誠: リハビリテーションの流れの中の回復期リハビリテーション病棟. 回復期リハビリテーション病棟 -新しいシステムと運営のしかた- 2003; 12-20.
- 8) 新藤直子. リハビリテーション病棟に亜急性期病床を導入して. 医療2007; 5: 312-7.
- 9) 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書; 5 患者の状況(1) 患者属性.(2) ADL利得. 2013; 27-44.
- 10) 平成22年度日本リハビリテーション病院・施設協会「会員施設」実態調査報告書; 3 回復期リハビリテーション病棟の運営状況. 2012; 23-34.
- 11) 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書; 5 患者の状況(2) ADL利得. 2018; 46.

Result of Founding of the Kaifukuki Rehabilitation Ward : A Retrospective Study

Ikuno Ito

Abstract

Background : In Japan, the Kaifukuki rehabilitation ward (KRW) was established in 2000. More than 80,000 beds are currently available nationwide. The medical insurance system of KRW allows the maximal coverage for therapy sessions, 3 hours per day, 7 days a week. The KRW has played an important role in Japan because of its promotion of clinical specialization, although, private hospitals account for about 70% of KRW, few are offered by the National Hospital Organizations (NHO). The NHO shifted from Akyuseiki (sub-acute) rehabilitation ward (ARW) to KRW in 2013. The aim of this retrospective study was to investigate how changes in policy affected outcomes of rehabilitation and hospital management.

Methods : We defined 906 patients who were hospitalized in ARW from 2008 to 2012 as the ARW group, and 898 patients who were hospitalized in KRW from 2013 to 2017 as the KRW group. Patients' characteristics, improvement of activities of daily living (ADL), rate of returning home, were compared in those two groups. In addition, year-by-year comparison of inpatients number and total medical fees were investigated.

Results : Compared to ARW, onset-admission interval was shorter, length of hospitalization was longer, and higher functional independence measure (FIM) gain was recorded in KRW. There was no difference between age and returning home rate. Patients with stroke and orthopedics disease have increased since KRW foundation. Year-by year comparison revealed that the number of patients and medical fees at rehabilitation ward have increased.

Conclusions : The transition from ARW to KRW has caused an increase of patients with stroke and orthopedics disease. The KRW group showed higher ADL improvement, because of the dose-dependent effect of hours of therapy. Equally important, we believe KRW will promote a better coordination of hospital management. This in turn will contribute to the community medicine.