

2014年3月13日(木)



慢性期リハビリテーション に関する記者会見資料

一般社団法人日本慢性期医療協会 会長
慢性期リハビリテーション協会 会長
医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

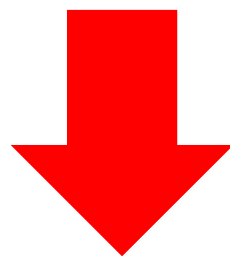
武久 洋三



高いリスクや高度な技術力の
必要な患者へのリハビリの報酬を
高くつけるべきだ



リハビリのどの団体も慢性期リハビリ
の重要性を主張してくれなかった。



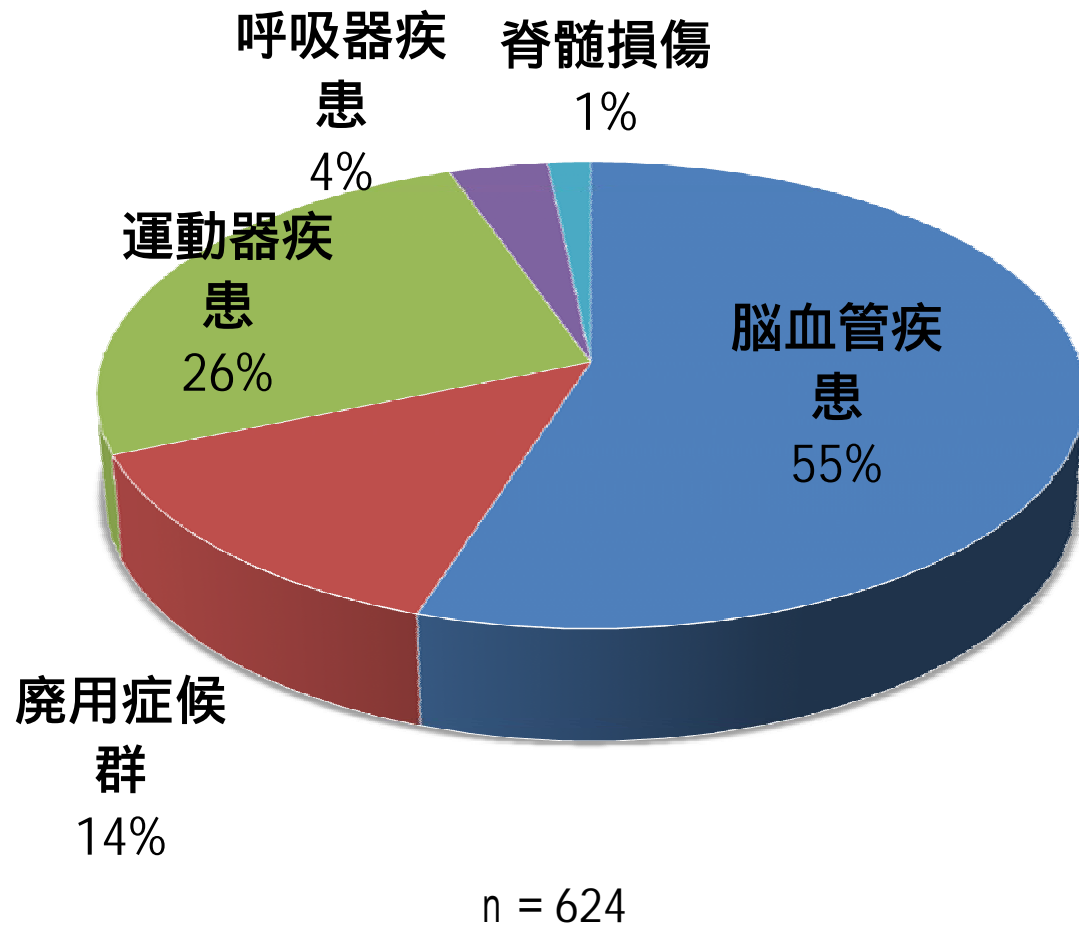
慢性期リハビリテーション協会を
新設した。

日本慢性期医療協会
算定日数上限を超えてのリハビリテーション
効果調査～FIMを用いた結果報告～

2013年6月調査

調査協力病院 (FIM使用病院)		73病院
有効回答数		624症例
平均年齢		77.6歳
性別	男性	278名
	女性	346名

疾患割合

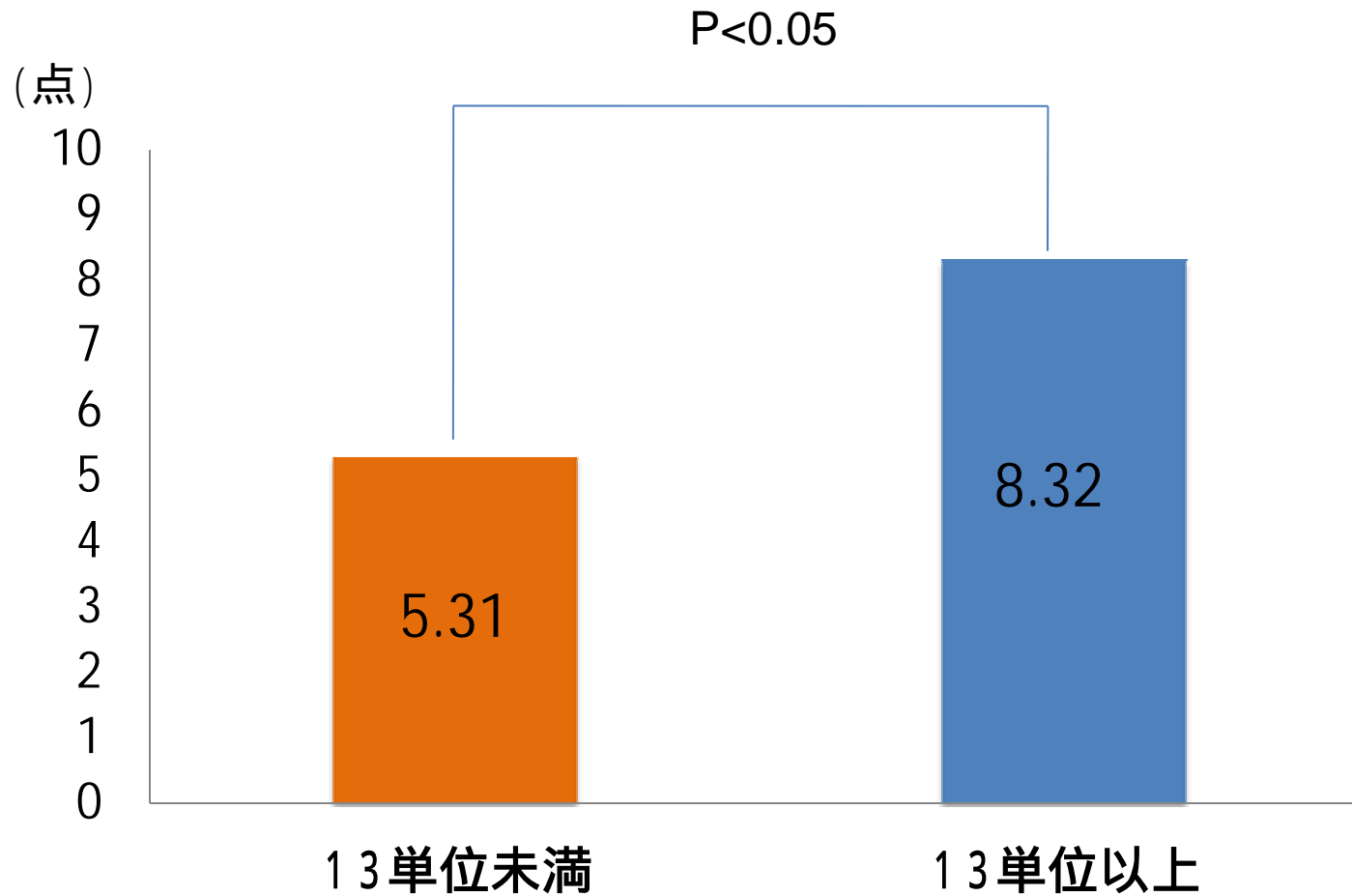


脳血管疾患	343名
運動器疾患	162名
廃用症候群	86名
呼吸器疾患	23名
脊髄損傷	10名
合計	624名

ADLの推移

FIM	リハ介入開始から算定日数上限までの変化...	算定日数上限から6ヶ月後の変化...	+ ...	リハビリ介入後後半の改善率 /
改善群全体	9.0 ± 18.4点	7.1 ± 9.9点	16.1点	44.1%
脳血管改善群	11.4 ± 19.4点	7.1 ± 11.0点	18.5点	38.4%
運動器改善群	6.7 ± 17.4点	6.1 ± 5.3点	12.8点	47.7%
廃用改善群	2.1 ± 14.2点	9.3 ± 11.5点	11.4点	81.6%

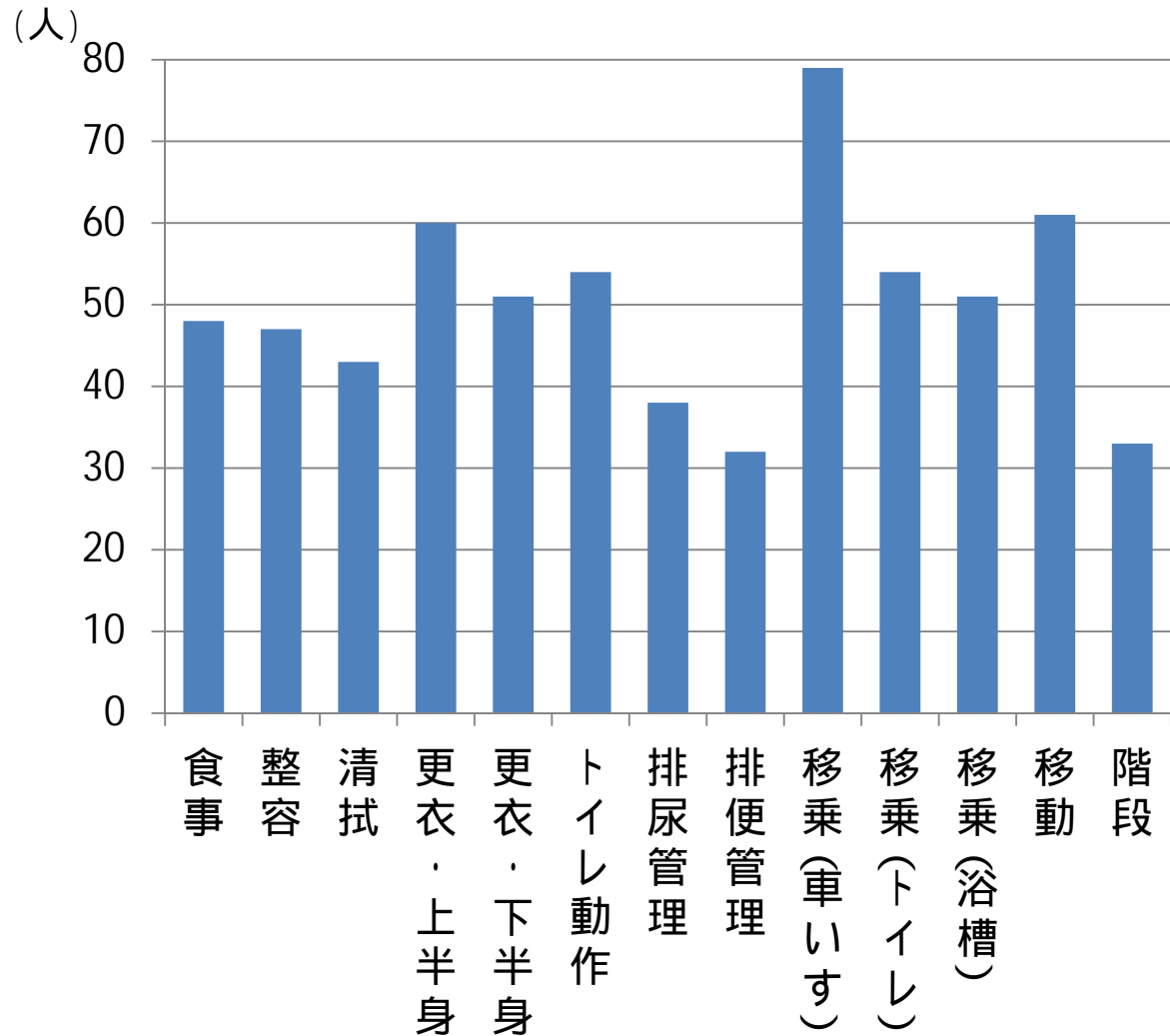
改善群における改善点数の比較



項目別の向上人数

(FIM運動項目)

FIM運動項目	向上した人数
食事	48
整容	47
清拭	43
更衣・上半身	60
更衣・下半身	51
トイレ動作	54
排尿管理	38
排便管理	32
移乗(ベッド・車椅子)	79
移乗(トイレ)	54
移乗(浴槽・シャワー)	51
移動	61
階段	33



日本慢性期医療協会
回復期リハビリテーション病棟の今後の
運営に関する調査

患者状態調査 調査結果

調査期間：2012.9/1 ~ 2012.11/30

回リ八病棟 リハビリ夜勤の有無による比較

調査期間：2012.9/1 ~ 2012.11/30

		リハ夜勤 あり	リハ夜勤 なし
対象	病棟数	9病棟	4病棟
	人数	434名	256名
	性別 男	112名	102名
	女	322名	154名
	平均年齢	79.4歳	78.3歳
	平均調査日数	51.0日	45.6日

ADL

BI	入院時	50.4	46.3	
	退院時	65.9	58.9	
	改善点数	15.5	12.6	p < 0.01
FIM	入院時	75.0	72.7	
	退院時	87.6	84.0	
	改善点数	12.6	11.3	p = 0.08n.s.
機能評価 日常生活	入院時	6.3	6.4	
	退院時	3.8	4.2	
	改善点数	-2.5	-2.2	p < 0.05

ADL改善点数の比較

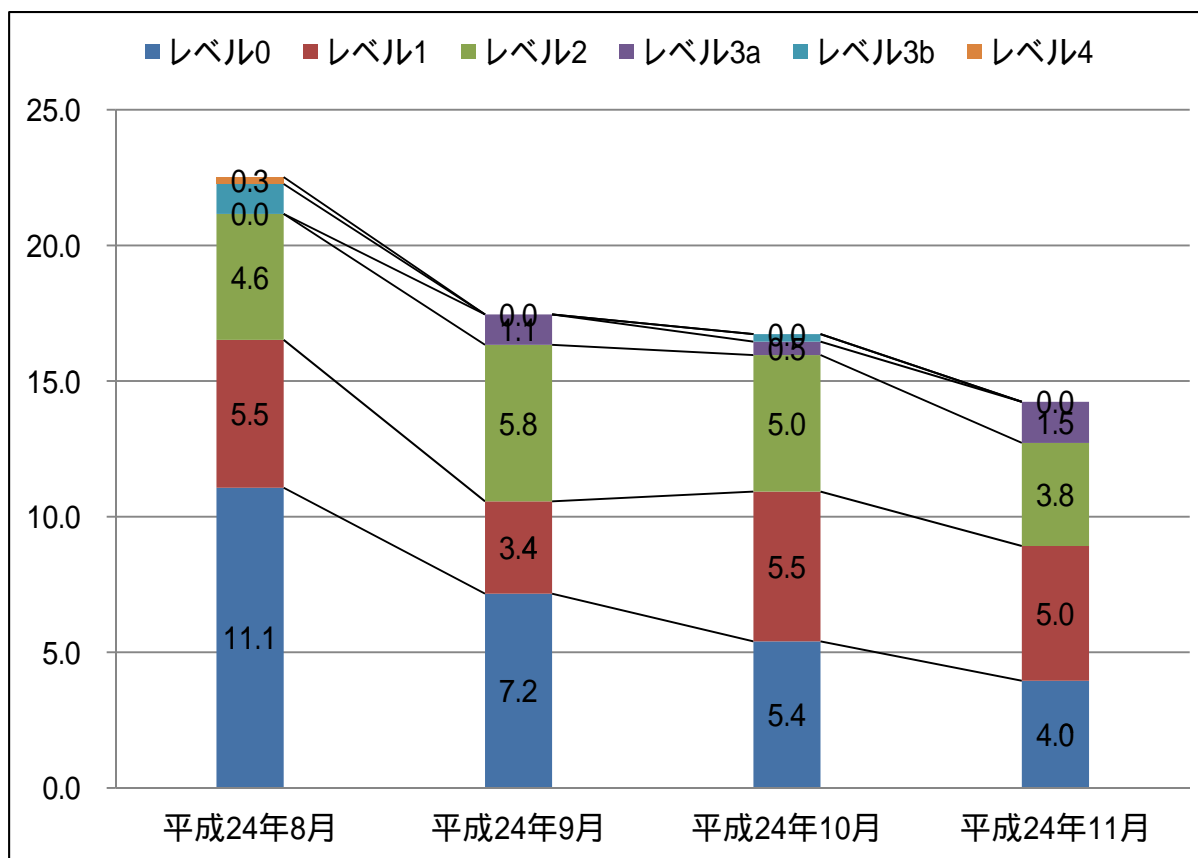
在院日数を全国平均に換算して比較した場合

		リハ夜勤介入	全国の回り八病棟平均 (2011年度)
BI	入院時	50.4	47.8
	改善点数	22.1	19.5
FIM	入院時	75.0	72.6
	改善点数	18.0	15.8
機能日常生活評価	入院時	6.3	6.6
	改善点数	-3.6	-2.8
在院日数		72.8 日	
平均年齢		79.4歳	75.1歳

両群ともに、1日あたりのADL改善点数を算出し、平均在院日数を、一般的な回り八病棟の全国平均値(平成23年度)である、72.8日に換算した結果です。

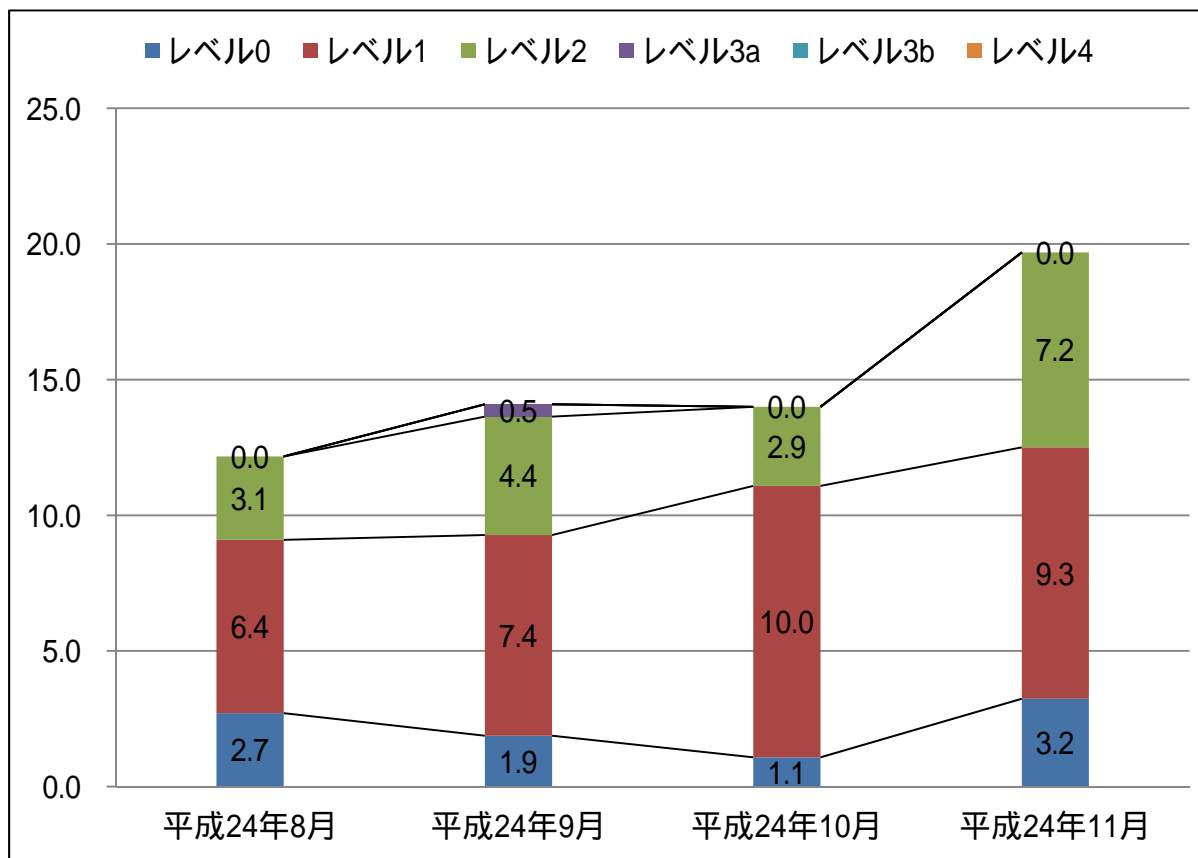
夜間の転倒・転落件数の平均の推移(100床あたり) リハ夜勤あり:9病棟


	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3a	レベル3b	レベル4	合計
平成24年8月	11.1	5.5	4.6	0.0	1.1	0.3	22.5
平成24年9月	7.2	3.4	5.8	1.1	0.0	0.0	17.5
平成24年10月	5.4	5.5	5.0	0.5	0.3	0.0	16.7
平成24年11月	4.0	5.0	3.8	1.5	0.0	0.0	14.2



夜間の転倒・転落件数の平均の推移(100床あたり) リハ夜勤なし:4病棟

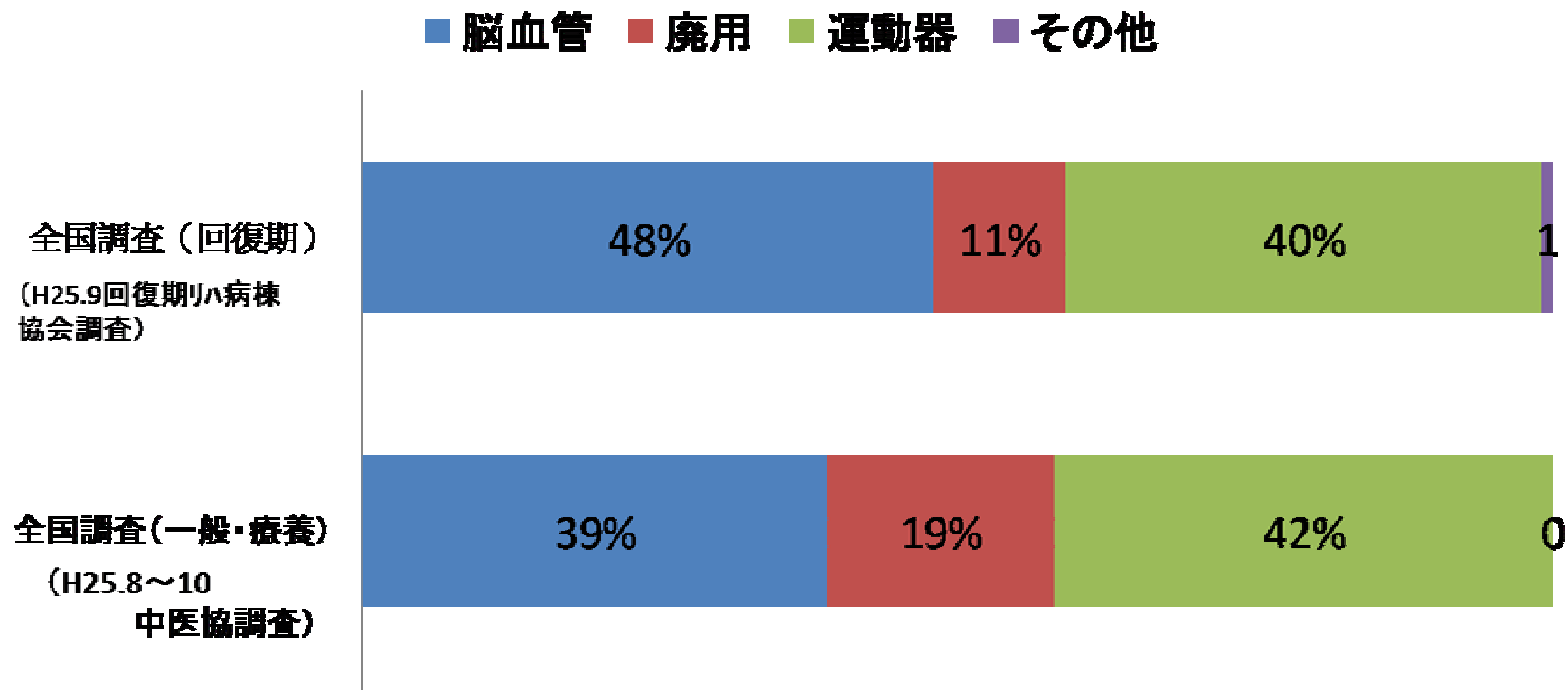
	レベル0	レベル1	レベル2	レベル3a	レベル3b	レベル4	合計
平成24年8月	2.7	6.4	3.1	0.0	0.0	0.0	12.2
平成24年9月	1.9	7.4	4.4	0.5	0.0	0.0	14.1
平成24年10月	1.1	10.0	2.9	0.0	0.0	0.0	14.0
平成24年11月	3.2	9.3	7.2	0.0	0.0	0.0	19.7







平成26年3月末日をもって維持期リハ
は終了であったところ、この度の
26年改定で無期限に認められたと
いうことは慢性期リハの成果だ。

疾患別リハビリ算定状況






現在、脳血管リハビリは最も必要なもので、その実施に対して特に報酬上も配慮されているのは、病後リハビリが「廃用症候群」という病名がつけられたのが不運か、いかにもよくなりそうもないネーミングである。



まるで「廃用症候群」なんて、リハビリは
不必要であり、するだけ無駄だといわん
ばかりだ。神経損傷のない廃用症候群は
早く十分リハビリをすれば脳卒中より
社会復帰は早いと思わないのか。



患者は自分では脳卒中になるか、
廃用症候群になるかは選べない。
廃用症候群にたまたまなってしまったら、
ろくなりハビリをしてくれない
ざまになってしまう。




療法士が最も恐れる事態

訓練中の急死、急変、それ等の
起こるリスク確率。そしてそのリスク管理を




特に注意する点

血圧上昇、過呼吸、不整脈、頻脈、
血圧低下、低血糖、めまい、嘔吐、
ワゴトニ一、誤嚥




心臓外科医や呼吸器専門医にしてみれば、
やはり心臓リハや呼吸器リハに
力を入れて欲しいと思うのは当然だ。
しかし点数も低く、期間についても
脳外科リハ医の一人勝ちとなっている現状。




同じ国家資格を持つ療法士が
同じ時間の施術を行って、しかもリスク度や
技術度の低いと思われる脳血管リハが
1単位あたり700円も高いということは
考えられない。どのようなEBMがあるのか。
あるなら公表して欲しい。

疾患別リハビリテーション比較


リハ種別	1単位時間	診療報酬 (点)	1分当たり 診療報酬 (点)	リスク度	技術度
脳血管()	20分	245	12.25	4	4
廃用症候群()	20分	180	9	3	3
心大血管()	20分	205	10.25	1	1
呼吸器()	20分	175	8.75	2	2
運動器()	20分	180	9	5	5




日本の診療報酬は、重度で複雑で治療に困難を伴う症例に高く設定されてきた。然るに脳血管リハだけがこれに反して一人歩きをしている。



脳血管リハと廃用症候群などのリハを差別をするのであれば、むしろ1単位を15分にするとか1日の施行単位を少なくするとかするのならばまだ分かるが、脳血管リハというものはそんなにも優遇しなけれはならないリハなのか。



廃用性症候群は神経損傷がない分、早く改善するはずである。




リハビリの点数は、リハ阻害因子の多いか少ないかで決めるべきではないか。

リスクが高く、技術力があまり必要ないリハは低くするべきではないか。




部分自立を重視せよ


食	事	自	立
移	乗	自	立
移	動	自	立
排	泄	自	立
整	容	自	立




もう廃用症候群とは呼ばないでおこう。
「病後リハビリ」として、患者を病前の
状態に近づけるリハビリをしよう。他の
疾患別リハビリに入らない部分を。



全ての患者にとって、リハビリという治療方法は、必須のものであり、リハという部門を特別扱いする時代は過ぎた。リハビリは普遍的なものである。



感染症や手術による安静期間のために、ADL能力が低下した患者に対しては、より早くより積極的なリハビリが必須である。



慢性期リハビリとは急性期リハビリを
除く回復期リハ、慢性期リハ、介護リハ、
生活リハを含む概念であり、リハビリの
ほとんどがここに含まれる。

日本慢性期医療協会主催 総合リハビリテーション講座 = 医師対象 =

回復期リハビリテーション病棟1 体制強化加算 該当予定研修

日程 平成26年3月29日(土) 9:00 ~ 18:50

平成26年3月30日(日) 9:00 ~ 17:40

定員 150名(先着順) 参加費 日本慢性期医療協会会員施設勤務の方 30,000円(昼食代を含む)

一般参加(会員以外) 60,000円(昼食代を含む)

総合リハビリテーション講座 = 医師対象 =


【プログラム】

平成26年3月29日(土)	平成26年3月30日(日)
8:55~9:00 開会	9:00~10:00 超高齢社会におけるリハビリテーション 武久洋三(博愛記念病院理事長、リハビリテーション認定臨床医)
9:00~10:00 地域包括ケアを進めるためのリハビリテーション 齋藤正身(霞ヶ関南病院理事長、全国デイ・ケア協会会長、 リハビリテーション認定臨床医)	10:10~11:10 医師に求める理学療法の指示 半田一登(日本理学療法士協会会長)
10:10~11:10 回復期リハビリテーションに必要な評価 藤原俊之(慶應大学リハビリテーション医学教室専任講師、 リハビリテーション科専門医)	11:20~12:20 医師に求める言語聴覚療法の指示 長谷川賢一(日本言語聴覚士協会副会長、 東北文化学園大学医療福祉学部リハビリ学科教授)
11:20~12:20 リハビリテーション処方具体例 清水保孝(鹿島病院院長、リハビリテーション科専門医)	12:20~13:00 昼食休憩
12:20~13:00 昼食休憩	13:00~14:00 急性期から継続するリハビリテーションに求められる機能 木戸保秀(松山リハビリテーション病院院長、リハビリテーション科専門医)
13:00~14:00 医師に求める作業療法の指示 中村春基(日本作業療法士協会会長、 兵庫県立総合リハビリテーションセンターリハビリテーション療法部長)	14:10~15:10 運動器リハビリテーションの実際 木戸保秀(松山リハビリテーション病院院長、リハビリテーション科専門医)
14:10~15:10 高次脳機能障害のリハビリテーション 木下牧子(光風園病院副院長、元初台リハビリテーション病院院長)	15:30~16:30 摂食嚥下、口腔ケアの実際 阪口英夫(大生病院歯科口腔外科部長、 日本老年歯科医学会地域保健医療福祉委員会委員)
15:20~16:20 リハビリテーションと地域医療連携 稲田晴生(新天本病院、リハビリテーション科専門医)	16:40~17:40 地域包括ケアの方向性を読み解く 小山秀夫(兵庫県立大学大学院経営研究科教授)
16:40~17:40 回復期リハビリテーションの総論 酒向正春(世田谷記念病院副院長、リハビリテーション科専門医)	17:40~17:45 閉会
17:50~18:50 脳血管リハビリテーションの実際 酒向正春(世田谷記念病院副院長、リハビリテーション科専門医)	



まずは人間性の回復ではないか。


動けることが優先ではないはずだ。




先ず何よりも仮性球麻痺を改善
させることに注力すべきではないか




経管栄養をしている人が
自立歩行を目指すりハビリに
どうして積極的になれると思うのか。




食事を自力摂取できれば、
気力も充実し、モチベーションは
上がり、リハに対しての意欲がわく。




高齡者のリハビリは障害を改善することと更なる老化との戦いとなる。短期ゴールの次は経年ゴールを考えて年単位での長いリハビリが必須となってくる。




リハビリはどんどん歩けるようにすることも大切だが、リハ障害因子を除去し、新しい障害因子を発生させないことが結局はQOLにつながる。



老化とは筋肉量に大きく左右される。
特に体幹筋と近位主要筋肉をつける。
自主訓練が必須である。
後は指趾訓練が重要 家事




死ぬまでリハビリを考える。
短期的に軽快しても患者の老化に
伴う経年変化ごとの小刻みゴール
がQOLには必須である。



総合リハビリテーション療法士


リハ療法別のリハ施設認可から疾患別
診療報酬体系となり、すでに6年経過した現在、
リハビリにはPT・OT・STの3つの職種の技術を
ある程度兼ね備えた療法士の存在が
不可欠となっている。



訪問リハビリテーションに従事する療法士は一軒の家にPT・OT・STの3名が別々に訪問するとは考え難い。PT・OT・STの治療技術を有する程度習得した療法士の必要性が高まり、総合リハビリ機能を持つPT・OT・STが患者から望まれていく。

コメディカルのキャリアアップ

- 看護師 → 特定看護師
- 薬剤師 → 臨床薬剤師
- 管理栄養士 → 臨床栄養士
- PT・OT・ST → 総合リハビリテーション療法士
- 介護福祉士 → 医療介護福祉士



良質な慢性期リハビリテーションが
なければ日本のリハビリテーション
は成り立たない