

# 高い在宅復帰率を達成できた要因の検討

## —リハビリテーション専門病院からの報告—

き 木 さ 佐 とし 俊 ろう 郎 お 小 の 野 けい 恵 じ 司  
 さか 酒 い 井 やす 康 お 生 いし 石 だ 田 とおる 徹

キーワード：リハビリテーション，FIM，在宅復帰率，  
回復期リハビリテーション病棟

### 要 旨

当院では在宅復帰率が昨年の58.9%から今年は75.0%と大幅に高くなり、全国平均の65.8%も超えることができた。その要因として、FIM平均が入院時に67.9から退院時83.0へと平均15.1改善し、昨年の12.7を上回るなど、リハ効果の向上が考えられた。その背景としては、入院までの期間を短縮し早期から集中リハを行えるようにし、リハ療法の密度と質の向上（リハ療法士の増員、新技術や機器の導入）、急変による転院の減少に示される内科管理力の強化、リハ看護の積極的展開（摂食機能療法の増加、集団コミュニケーション療法への協力など）があった。

在宅に向けての説明・同意と支援体制の強化（書類の活用、MSWの増員など）も図られたが、在宅復帰できず老健や療養型病院に転出した11例を検討すると、病弱でADL障害も重度とか独居等で介護力や介護意思に乏しい家族構成であった。

### はじめに

#### 1) 当院の概要

病床種別は一般病床＋療養病床で、この中に回復期リハビリテーション（以下リハと略す）病棟を、最大58床×2の計116床（全国データは1病棟平均45.9床）の運用で、リハを行っている。ス

タッフは、H20年10月現在、常勤医師5人、看護職44人、介護職23人、PT19人、OT14人、ST4人、MSW3人、薬剤師2人、放射線技師1人、他で、適格なゴール設定を心がけ<sup>1)</sup>、「リハ医療に関する説明と同意書」、「リハ診療・病棟運営マニュアル」の運用<sup>2)</sup>を実施している。

#### 2) 入退院状況

昨年度、今年度の入院患者の状況は表1に示す。調査期間はH19年8月初め～10月末までの3ヶ月間と、H20年の同一期間であり、全国平均

Toshirou KISA et al.

出雲市民リハビリテーション病院

連絡先：〒693-0033 出雲市知井宮町238

表1 回復期リハビリテーション患者の状況

	07年	08年	全国平均
平均年齢	76.1歳	75.8歳	73.2歳
後期高齢者比率	64.3%	59.2%	53.7%
1日平均患者数	81.7人	95.2人	—
月平均新入院件数	31.7件	35.3件	—
男性比	57.1%	39.5%	44.7%
女性比	42.9%	60.5%	55.3%
発症から入院までの期間	34.9日	30.4日	35.0日
平均在院期間	82.9日	81.4日	72.8日

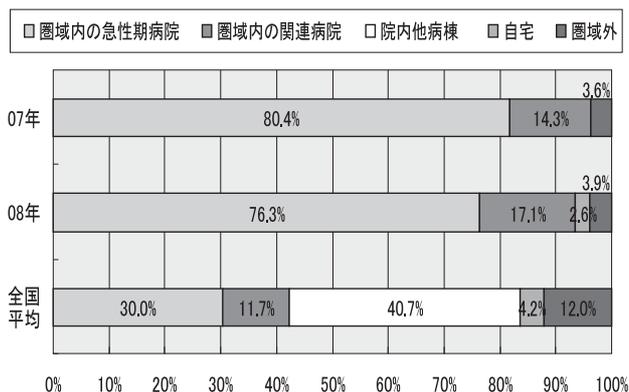


図1 当院へのリハビリテーション入院の依頼先

は、全国回復期リハビリテーション協議会のデータ<sup>3)</sup>から引用している。平均年齢は全国平均より高く、女性の割合が6割となっている。図1に示すように、入院患者の8割が圏域内の急性期病院からの転院で、全国平均に比べて割合が高い。また、回復期リハ病棟のみの運用による病院なので院内他病棟からの転院はない。

リハ入院の原因となった疾患の割合は図2に示す。昨年に比べ脳血管系の割合が減り、骨折、廃用症候群、脊髄・頸損が増えるなど、原因疾患の割合に変化が生じ、全国的傾向に近づいている。

### 3) 今回の検討に至った経緯

平成20年診療報酬改定で回復期病棟にアウトカム評価が導入された。その内容は、回復期入院料

1（1,690点）を算定できるための基準が、①在宅復帰率60%以上（ここでの在宅の定義は自宅及び福祉施設）②重症者受入れ率15%以上を達成していることである。ここでいう“重傷者”とは日常生活機能評価指標（いわゆる「看護必要度」）の10点以上のケースのことを示す。また、重症患者回復病棟加算（50点）は上記重症患者の30%以上が日常生活機能評価指標で3点以上の改善を果たしていることが、加算の要件とされるという厳しいものである。

ここでいう在宅復帰率には、リハによる効果や社会環境要因が大きく影響すると考えられる。当院では在宅復帰率が昨年の58.9%から今年は75.0

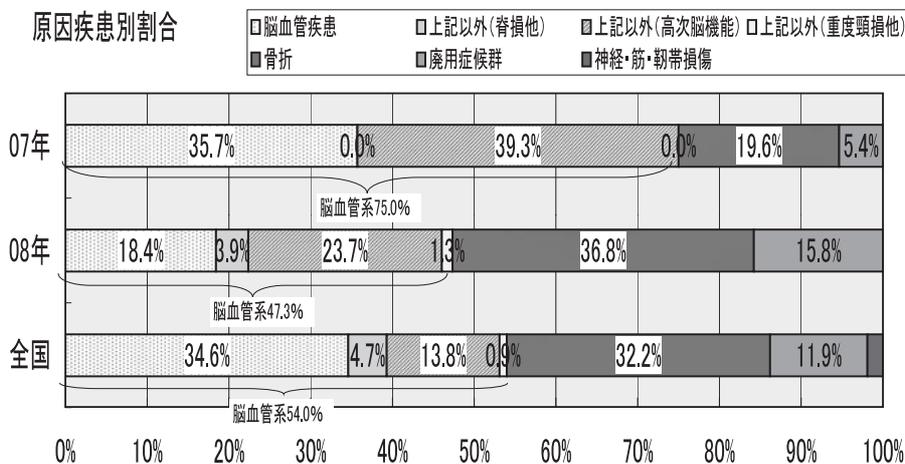


図2 リハ入院の原因となった疾患の割合

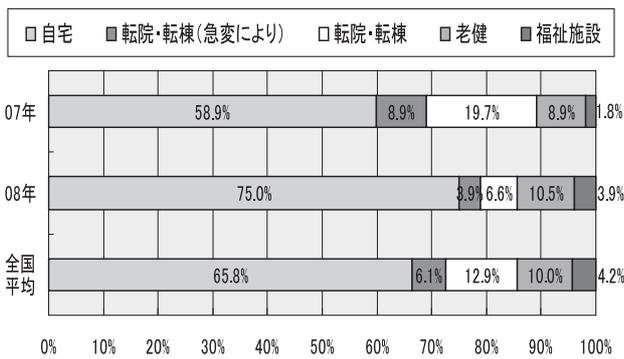


図3 当院のリハ患者の退退先

%と大幅に高くなっており(図3), 全国平均も超えている。その要因について, このたび検討を行ったので報告する。

### 検 討 方 法

当院を退院した下記患者について, 在宅復帰率が高くなった要因について検討した。対象は, A)平成19年8月~10月3ヶ月間の退院患者56人, B)平成20年7月~9月3ヶ月間の退院患者76人の計132名。方法は, 結果に示す項目について, A)B)の期間で比較検討した。あわせて, 全国回復期リハ病棟連絡協議会が行った実態調査の平成19年データとの比較も行った。統計学的検定につ

いては t 検定を用い  $p < 0.05$  を有意差ありとした。

## 結 果

### 1) リハ効果の向上と在院日数

図4に示すように, ADL 評価の指標である FIM (機能的自立度評価法)<sup>4)</sup>でリハに伴う改善効果を見ると, 退院時の FIM 指数と改善値には統計学的に有意 ( $p < .01$ ) の向上が見られた。また, 前年よりも有意 ( $p < .01$ ) に向上がみられた。FIM 指数は, 退院時には運動器疾患, 脳血管疾患, 廃用症候群の順で高いが, FIM 改善値で見ると脳血管疾患, 運動器疾患, 廃用症候群の順で, FIM 利得が大きかった。

また, 図5に示すように, FIM の項目別にみると, 当院では, 脳血管疾患の ADL 改善が, 全国データと比べて「移動」「移乗」でやや劣り, 「社会的認知」の分野では優っていた。

図6に, 在院日数とリハ効果を比較したものを示す。在院期間別の入院時 FIM が入院時に低い方は在院日数が増える傾向にあった。在院期間別 FIM 改善値は在院日数130~140日が最もリハ効果が高い結果となっていた。

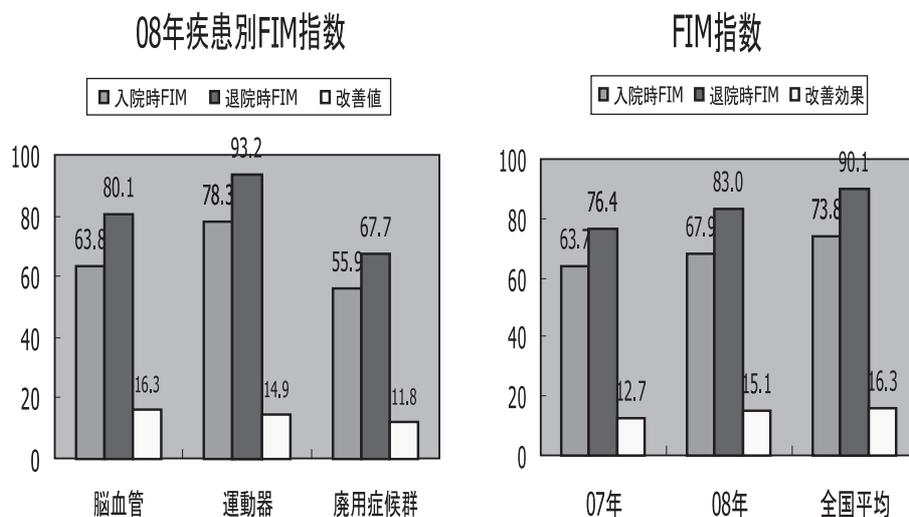


図4 FIM (機能的自立度評価) によるリハ効果

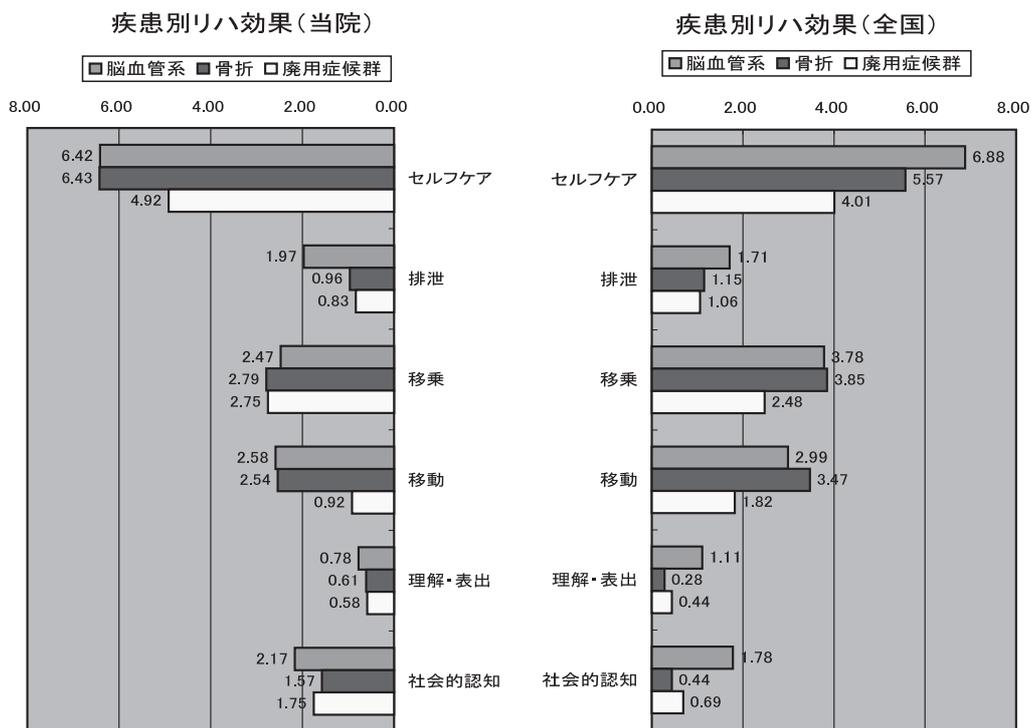


図5 FIM改善値からみた疾患別・項目別リハ効果

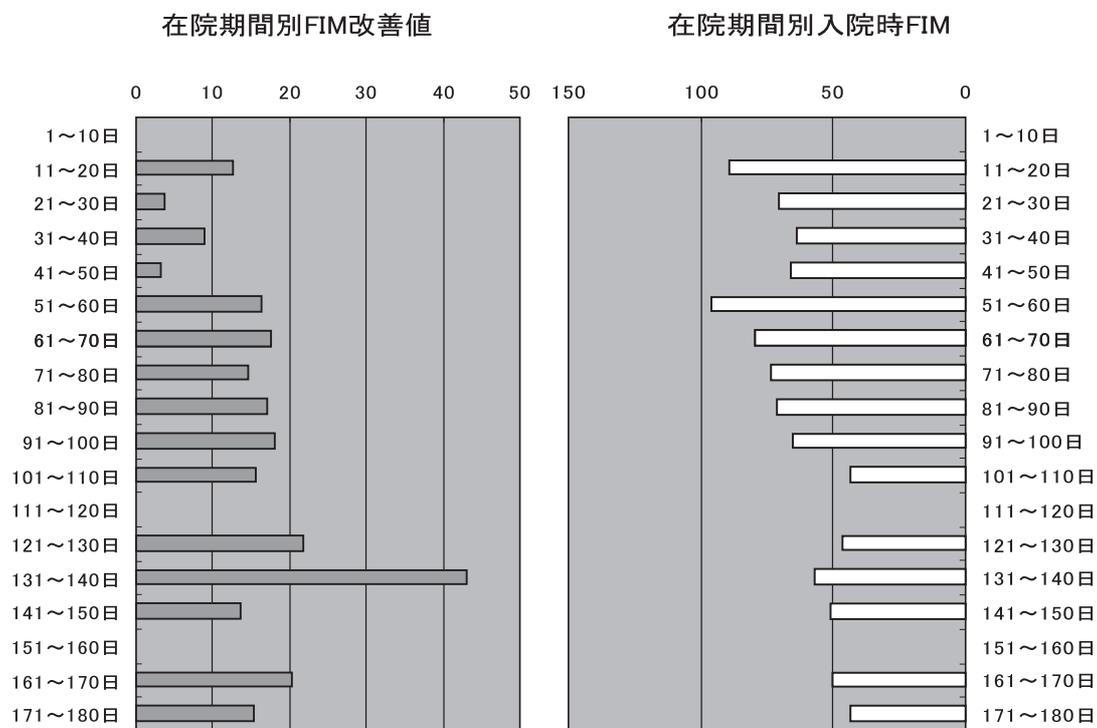


図6 在院日数とリハ効果

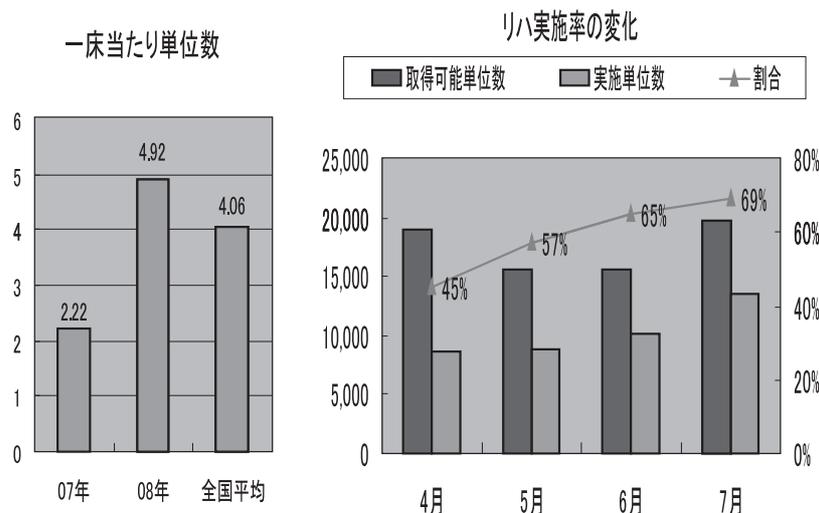


図7 リハビリ密度の向上

## 2) リハビリ密度の向上

図7に示すように、今年度のリハビリの単位数は、増員した新人のリハビリ士が仕事に慣れるにしたがい、徐々に上昇して増加しており、1床あたりの単位数も前年に比べ向上し、リハ実施率も上昇していた。

## 3) 入院までの期間短縮と転院の減少

発症から入院までの期間は平均30.4日と、前年と比べ3.6日ほど短縮し、全国平均と比べても4.6日も短かった。また、昨年に比べると図4のように、急変による転院、転棟や療養型病床群への転院が著減していた。

## 4) リハ看護の積極的展開

H20年度から、病棟業務をリハに優先したスケジュールにした。この結果、看護師による「摂食機能療法」が月平均2007年度329件から08年度460件に増加した。また、H20年度から集団コミュニケーション療法が新たにリハビリとして開始となり、看護師・介護士が言語聴覚士に積極的に協力し、前年0件であったものが今年度は月平均で41件に増加した。

## 5) 在宅に向けての説明・同意と支援の強化

今年度より、リハ科専門医の初回診察・評価時に「リハ医療に関する説明と同意書」<sup>2)</sup>を渡し、患者・家族に予測ゴールを説明し、その後も、主治医はじめ各職員から「リハ総合実施計画書」などを通して、くりかえし理解、協力を求めるという流れが強化されていた。

MSWも増員(2人から3人へ)があり、一人当たりの患者数が80人から50人に減少し、患者それぞれへの相談支援業務に時間が取れるようになっていた。

## 6) 在宅復帰できなかった11例の検討

在宅復帰できず老健への退院が8例(72.7%)であった。5例(45.5%)は入院時に日常生活機能評価で10点以上の重症者であった。入院時FIMは平均50.3点、退院時61.6点で、改善値は11.4点と、他の群より低かった。10人(90.1%)が独居又は老夫婦のみ、子供がいても病弱など、介護力の乏しい家族構成であった。

## 考 察

在宅復帰の目安として、ADLについては退院

時 FIM で80の値が言われてきた。当院では前年の退院時 FIM が平均76.4と、80に達しなかったが、今年は83.0と80を超えてきている。

このように、FIM で示される ADL 向上などリハ効果が上がってきた要因として、①リハ療法士が H19年度27人から H20年度には38人に増加、②リハ機器の新規導入と稼働拡大（図8）③H20年の「川平法」<sup>5)</sup> という中枢性運動麻痺回復に向けた新しいリハ技術の導入<sup>6)</sup> が考えられる。

また、患者の臥床時間をより短くし、ADL を改善し拡大していく病棟リハ看護（摂食機能療法、病棟レクリエーション、集団コミュニケーション療法の取り組み、NST による栄養状態の評価、「リハ回診」での病床周辺環境整備の検討など）の取り組みが行われたことも大きいと考える。

原因疾患の割合の変化については、H20年には運動器疾患の割合が1.7倍に増え入院時 ADL が比

較的高いケースの入院が増えている。

一方で入院時 ADL の低い廃用症候群も3倍に増え、頸髄損傷のような重度な症例も増え、全体的には入院時 FIM が4.2の微増に留まっている。したがって、疾病構造の変化が、自宅退院率を引き上げた主因とは思われない。

昨年度に比べると、発症から当院入院までの期間は「地域連携パス」<sup>7)</sup> の活用により短縮されていた。そのことで早期から集中リハが可能となっていた。また、急変による転院が全国平均と比べても大幅に低かった。また、療養型病床群への転院が減っていた。これは当院での病状管理能力が向上し、また重症でも ADL 代償法を助言・指導し、在宅支援の資源との連携で在宅復帰率を高めたこと、急性期病院においては在宅復帰が困難な重症な方は最初から療養型病院へ送るなどの配慮をされていること、等が挙げられた。

### リハ関連機器稼働状況

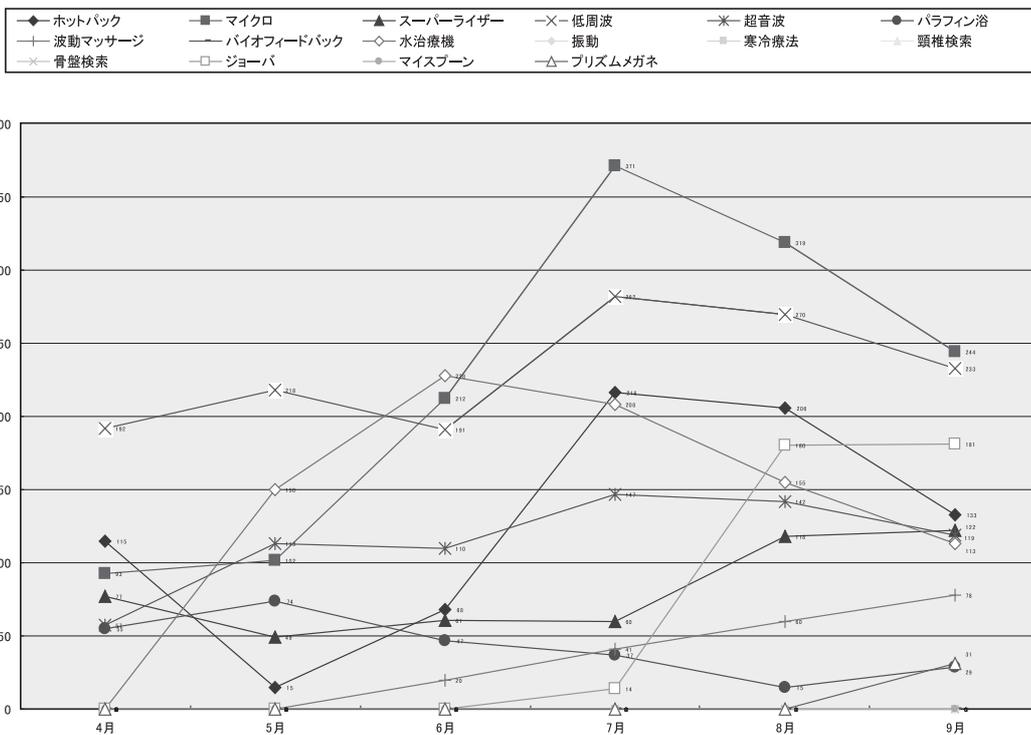


図8 リハ機器の新規導入と稼働拡大

在宅復帰できなかったケースでは、入院時に重症である症例が多く、入院時 FIM, 退院時 FIM, 改善値もそれぞれ低かった。また社会背景から介護者がいない家庭, 介護力に乏しい家庭が多かった。FIM の値が比較的高くても、家族に介護の意思がなく特別養護老人ホーム入所待機で、当座の老人保健施設にやむを得ず入所するケースも散見された。

全国的にみると「365日リハ」<sup>8)</sup>を展開し、リハ

の密度と質を上げ、好成績を出している病院もある。当院では2年前から土曜半日にリハビリを追加するなど、リハビリ稼働を増やす努力を続けている。しかし、「365日リハ」を行えるだけのリハビリ士の数確保には至っていない。

(本稿の要旨は、第20回島根リハビリ研究会で引野恵と小澤清治が報告した。記して全職員の努力に感謝する)

## 文 献

- 1) 酒井康生, 木佐俊郎 ほか: 当院におけるリハビリテーションゴール的中率調査, S279, 第45回日本リハビリテーション医学会学術集会抄録集. 横浜市, 2008
- 2) 木佐俊郎 ほか: 総合病院におけるリハビリテーション・システムの改革とその効果—リハビリテーション理念の全病院的普及—. 総合リハ 23: 1075-1081, 1995
- 3) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会: 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, 東京, 2008
- 4) 千野直一 編: 脳卒中患者の機能評価—SIAS と FIM の実際. シュプリンガーフェアラーク東京, 東京, 1997
- 5) 川平和美: 片麻痺のための運動療法—川平法と神経路強化的促痛療法の理論—. 医学書院. 東京, 2006
- 6) 木佐俊郎, 酒井康生 ほか: 脳卒中片麻痺における“川平法”を含む集学的加療による随意性向上. リハビリ医学 45: 130, 2008
- 7) 米本恭三, 石上重信 ほか編: 別冊/リハビリテーションクリニカルパス実例集, 医歯薬出版, 東京, 2001
- 8) 才藤栄一, 園田 茂・編: FIT プログラム—総合的高密度のリハビリ病棟を目指して. 医学書院. 東京, 2003