

リハビリテーションについて. 2

モーニングセミナー

平成26年9月29日

リハビリテーション科 諏訪勉

本日のテーマ

- リハビリテーション(科)の紹介
- 在院日数短縮に向けて

リハビリテーションとは？

- re・・・再び
- habiris・・・元の状態

再び元の状態に戻すこと

* 家庭復帰・社会復帰・職場復帰

(全人間的復権)

リハビリスタッフは？

- 理学療法(士) physical therapy(ist) PT
- 作業療法(士) occupational therapy(ist) OT
- 言語療法(言語聴覚士) speech therapy(ist) ST

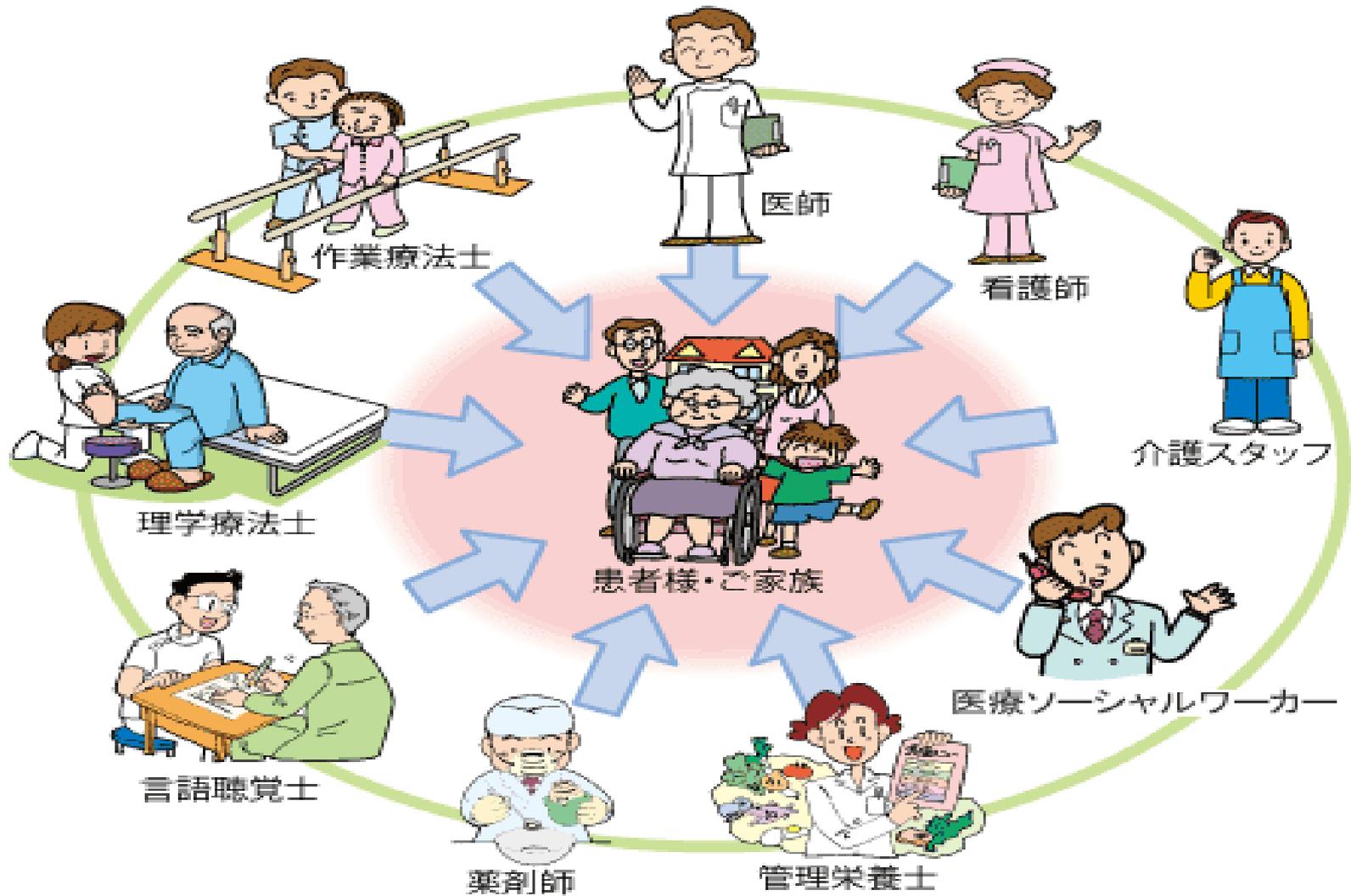
* 患者を中心にしたチームアプローチ

他に

義肢装具士・視能訓練士・臨床心理士・

ソーシャルワーカーなど

リハスタッフ図



PT(理学療法)とは？

- 基本的動作能力の回復を目的
起き上がり・坐位・立位・歩行へ
病気・怪我・寝たきりなどによって身体が不
自由になった人々に対し身体と心の両面か
ら機能回復・維持をはかる医療のひとつ。

OT(作業療法)とは？

- 応用動作能力・社会的適応能力の回復などを目的
日常生活動作・巧緻動作獲得・利き手交換など
身体または精神に障害のある者、またはそ
れが予測されるものに対してその主体的な
生活の獲得をはかるため、諸機能の回復・
維持および開発を促す作業活動を用いて
行う治療、訓練、指導および援助を行うこと。

ST(言語療法)とは？

- 言語聴覚能力の回復などを目的
失語症・構音障害・嚥下困難なものに対し
言語訓練・摂食嚥下練習などを行うこと。

当院のスタッフ数

- PT: 15名
- OT: 6名
- ST: 2名 (脳神経外科・耳鼻科所属)
- 医療助手: 3名

疾患別リハビリテーション料

- 心大血管疾患（Ⅰ）
- 脳血管疾患等（Ⅰ）
 脳・廃用
- 運動器（Ⅰ）
- 呼吸器（Ⅰ）
- がん患者

心大血管疾患リハビリテーション料

- 対象患者：急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患またはその手術後の患者慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者
- 日数：治療開始日から150日以内
- 点数：I（200点）→205点・II（100点）→105点
- 心臓リハビリテーション指導士認定

脳血管疾患等リハビリテーション料

- 対象患者：急性発症した脳血管疾患またはその手術後の患者（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症、髄膜炎等）

急性発症した中枢神経疾患またはその手術後の患者（脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等）

神経疾患（多発神経炎、ギランバレー症候群、多発硬化症、末梢神経障害等）

慢性の神経疾患（パーキンソン病、脊髄小脳変性症、筋萎性側索硬化症、皮膚筋炎、多発性筋炎等）

失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者

脳血管疾患等リハビリテーション料 廃用症候群の場合

- 対象患者：外科手術または肺炎等の治療時の安静による廃用症候群の患者であって、治療開始時において、FIM 115以下、BI 85以下の状態等

廃用症候群に係る評価表

Microsoft Excel - 20121127193924テンプレート.xls

ファイル(F) 編集(E) 表示(V) 挿入(I) 書式(O) ツール(T) データ(Q) ウィンドウ(W) ヘルプ(H) 質問を入力してください

MS 明朝 11 B I U

AB6

1 8358525

2

3 廃用症候群に係る評価表 月分

4

患者氏名	女性	入院	外来
生年月日		入院日	
主傷病		リハビリテーション回数	

5

6

7

8

9

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)		脳血管疾患等リハビリテーション料 ①・Ⅱ・Ⅲ	
1	廃用をもたらすに至った要因		
2	臥床・活動性低下の期間		
3	廃用に陥る前のADL		
4	廃用の内容		
5	介入する改善の可能性 (該当する数字に○をつける)	<p>B, I で () 点程度の改善</p>	
6	改善に要する見込み期間		
7	前回の評価からの改善 や変化	<p>B, I で () 点程度の改善</p>	

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

1

原疾患 ()
原疾患 ()
原疾患 ()
手術による
手術による
手術による
その他 (フ)

← 従来通り入力をお願いいたします。

← 従来通り入力をお願いいたします。

← B, I 値については、医事課にてリハビリテーション総合実施計画書を参照し、該当するものを入力します。

← 従来通り入力をお願いいたします。

← 改善の可能性は、デフォルトは「1」としています。さらに改善が見込まれる場合は、○を該当の数字に殺載せてください。また、B, I で具体的に点数が分かっている場合は、点数の入力をお願いいたします。

← 従来通り入力をお願いいたします。

← 前回評価からの改善については、「0」をデフォルトとしています。B, I は前月のリハビリテーション総合実施計画書と比較して増減分を入力しています。その点数を参照いただき、必要場合は○を殺載せてください。

【記載上の注意】

1 「1」の要因については、原因疾患等について記載すること。

2 「3」については、「1」の要因が生じる直前のADLについて、FIM又はB, I を用いて記載すること。

3 「4」については機能障害の種類、ADLの低下の程度等について記載すること。

4 「5」については、どの程度までの改善を見込めるかについて記載すること。

5 「6」については、「3」で記載した状態までの改善に要する期間の見込みについて記載すること。

コマンド NUM

脳血管疾患等リハビリテーション料

- 日数：発症、手術または急性増悪から180日以内
- 点数：脳血管疾患等

I (245点) II (200点) III (100点)

廃用症候群

I (235点) II (190点) III (100点)



180点



146点



77点

運動器リハビリテーション料

- 対象患者: 上下肢の複合損傷、脊髄損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患またはその手術後の患者

関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者

- 日数: 発症・手術または急性増悪から150日以内
- 点数: I (175点) II (165点) III (80点)



180点



170点



85点

呼吸器リハビリテーション料

- 対象患者：肺炎、無気肺、その他急性発症した呼吸器疾患の患者
肺膿瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患またはその手術後の患者
慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息その他慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来しているもの
食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者
- 日数：治療開始時から90日以内
- 点数：I（170点）→175点 II（80点）→85点
- 3学会合同呼吸療法認定士

がん患者リハビリテーション料

- 対象患者:入院中の患者

各がんと診断された患者であってがんの治療のために入院している間に手術、化学療法、放射線治療、造血幹細胞移植が行われる予定のものまたは行われたもの

緩和ケアを目的とした治療を行なっている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

- 日数:規定なし
- 点数:200点
- スタッフ:がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了したDr・PT・OT・ST(現在 Dr1名 PT3名 OT2名)

患者単位

- 重点的な個別療法(1対1)
- 1単位 20分以上
- 患者1人につき1日合計6単位に限り算定可能
- 別に定める患者については1日合計9単位

単位の上限緩和

- 患者1人につき1日9単位算定可能
- 脳血管疾患等の急性発症から60日以内の患者（各疾患別リハビリテーションの対象患者のうち、急性発症したもの）
- 亜急性期入院医療管理料2（東館6階）

算定日数の上限除外対象患者

- 失語症、失認及び失行症
- 高次脳機能障害
- 重度の頸髄損傷
- 頭部外傷および多部位外傷
- 回復期リハビリテーション病棟入院料算定患者等

スタッフ単位数

- 従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位まで(個別指導での指導あり)
- 1日24単位を上限

加算など

- 早期リハビリテーション加算
30日に限り1単位につき30点加算
- 初期加算
14日に限り1単位につき45点更に加算
- 退院時リハビリテーション指導料
300点

リハビリテーション総合計画評価料 300点

- 心大血管Ⅰ、脳血管疾患等ⅠⅡ、運動器ⅠⅡ、呼吸器Ⅰ、がん患者
- 患者1人につき1月に1回を限度として算定
- Dr、Ns、PT、OT、ST等の多職種が共同してリハビリテーションを策定

リハビリ紹介

- 他科(整形)依頼→リハビリ枠→予約無し

での紹介をよろしくお願いします。

- * 体動制限(安静度)・感染症などのリスクがありましたら、紹介時にコメントを是非お願いします。

リハビリカンファレンス (H24年)

定期的

週1回: 整形外科

脳外科

リハビリ

東館6・7(緩和ケア)

ICU

本館6(がんリハビリ含む)

本館7(脳外科)

本館8階

心臓リハビリ

隔週: 南館3・本館10

リハビリカンファレンス (平成26年)

- 毎日:ICU
- 月曜:本10, 南4
- 火曜:BCR、本9、緩和
- 水曜:本5、本7(脳外科)、南5、東6(脳外、リハ)
- 木曜:本7(脳外以外)、南3、南4、整形
- 金曜:本6、本8、東6(病棟カンファ)

各種委員会

- 緩和委員会・小委員会
- 褥瘡対策委員会
- 病床管理・退院計画委員会
- CKD対策委員会
- 感染対策委員会
- 医療業務連携推進委員会
 -
 -
 -

各種患者会等

- 高血圧教室
- CKD教室
- 糖尿病教室
- HOTの会
- ハートクラブ
- 心リハ友の会
- 褥瘡対策セミナー
 -
 -



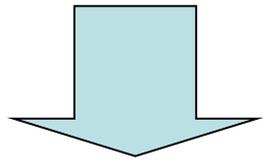


各種委員会・患者会の問題点

- 院内の委員会等増えすぎて把握しきれない
- リハビリテーション科のスタッフ数も増えて誰が、どこで何に参加しているのか把握できない
- 業務時間内に複数の会議、ラウンドがあり業務を圧迫する

在院日数短縮に向けて

- 先の病院機能評価においてリハビリ部門では休日も途切れることのない連続したリハビリテーションが要求されていた。
- 当院は急性期病院としての役割をより一層明確にしていく。



- 休日体制の充実
- 早期のリハビリの充実

長期休日の対策

365日体制に向けて

- 年末年始、ゴールデンウィーク中の対応
当番制で2～3日に1日、リハビリ中の全病棟の体動困難な患者に対応
- 週休2日制のため、土曜日に整形外科の術後2週以内の患者に当番制で対応

休日対応の問題点

- 対象患者の選出：誰をやって誰をやらないのか
- そのときそのときの患者数の増減：出勤スタッフの人数
- 代休が取得困難
- 日常業務を圧迫：1日、1週間の単位数オーバー、引継ぎの煩雑さ
- 患者の家庭への外出、外泊の減少

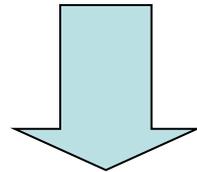
休日リハビリの効果は？

- 在院日数に変化はあるのか？
- 開始前6ヶ月（H22, 7～12月）
:18, 9日
- 開始後6ヶ月（H23, 1～6月）
:21, 3日

- 術後の患者が殆どであり、パス通りには進めている。
- 術後の安静度、荷重時期をパスより早くには出来ない。
- 急性期を過ぎた患者の受け入れ先が不足している。

症状は良くなったけど・・・

- 医学的な症状、検査データは改善したけれど
- 社会的、個人的な事情で帰れない
- 本人・家族と医療者側の意識のズレ



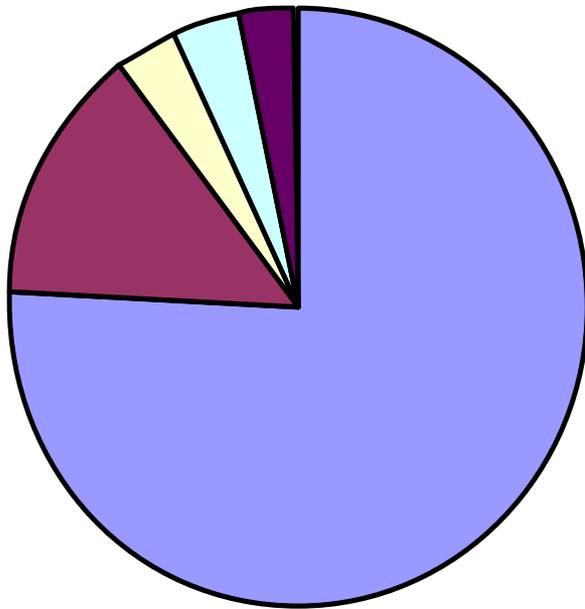
患者：きちんと治って帰る

入院前と同じぐらいになる、あわよくばもっと良くなって帰る

アンケート調査 退院時ADL改善度意識調査

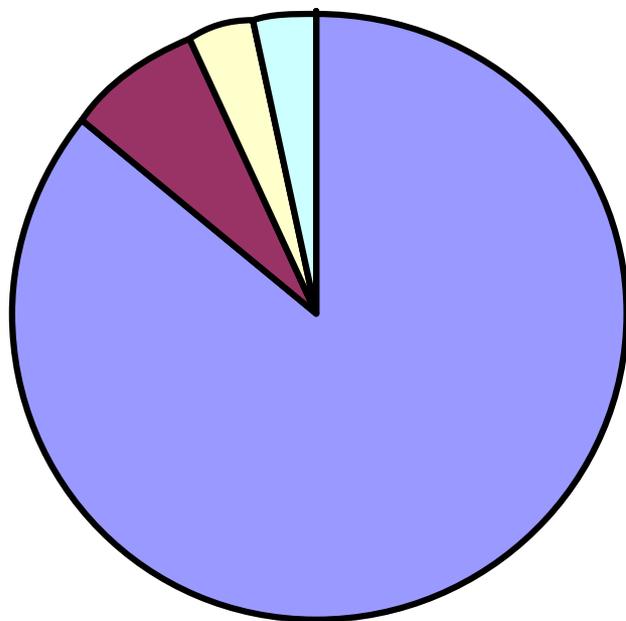
- H26年4月1日～6月7日
- 東館6階を退院する患者29名に口頭で質問
- 発症前のADLを10点
- 入院前のADLと退院時のADLが何点か？

入院科別人数



- 整形外科
22名
- 循環器科
4名
- 脳神経外科
1名
- 消化器内科
1名
- 心臓血管外科
1名

入院元・退院先



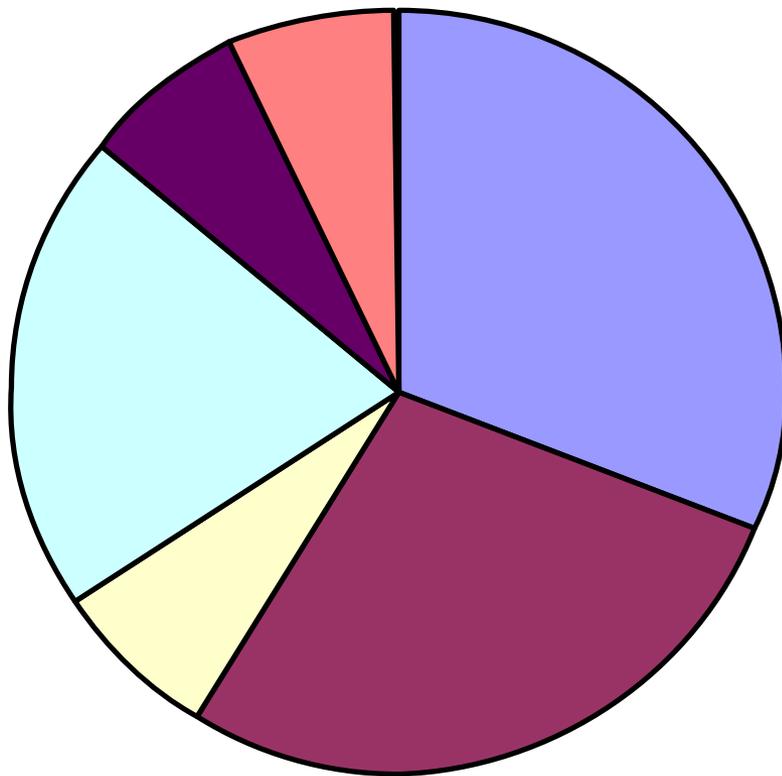
- 自宅→自宅
25名
- 自宅→施設
2名
- 病院→病院
1名
- 自宅→病院
1名

- 平均在院日数 48日
- ADL改善意識平均 2.1

- 入院の継続、リハビリの継続を希望、退院後の生活に不安

11／29名

退院時ADL改善意識



■ マイナス
9名

■ 1~2
8名

■ 3~4
2名

■ 5~6
6名

■ 7~8
2名

■ 9~10

まとめ

- 医療者と患者（家族）のギャップ

医療者：医学的な面から見た入院の必要性

患者（家族）：症状、自信、不安の程度

退院に向けての丁寧な説明、練習・指導が
早期から必要（年齢、理解力、社会的な背景）

必要であれば早期からの転院の準備