

特集：トータルケア病棟開設

トータルケア病棟におけるリハビリテーションの
業務内容と短期成績について

“Total Care Ward” — from the department of Rehabilitation —

上原 数之¹⁾ 深海 直子¹⁾ 岩村 明¹⁾ 相場 有希子¹⁾
関谷 正輝¹⁾ 斉藤 加奈子¹⁾ 小林 宏人²⁾
Kazuyuki UEHARA¹⁾, Naoko FUKAMI¹⁾, Akira IWAMURA¹⁾, Yukiko AIBA¹⁾,
Masaki SEKIYA¹⁾, Kanako SAITO¹⁾ and Hiroto KOBAYASI²⁾

要 旨

平成28年8月から4ヶ月間にリハビリテーションを実施した患者について、東西2つのトータルケア病棟の集計作業を行いその傾向をみた。その結果、リハビリテーション科へ依頼された診療科は11科であった。東病棟に整形外科患者、西病棟に脳神経外科が多い傾向にあった。これは東病棟に専従理学療法士、西病棟に専従作業療法士が配置されている事が影響していると思われる。また、リハビリテーション対象者は、リハビリテーション開始時と終了時でADL機能が有意に向上していた。

トータルケア病棟の運営を開始していく中で、リハビリテーション科において、様々な課題があることが分かった。がんによる痛みや倦怠感などのため、連続してリハビリテーションが実施できない場面があること、トータルケア病棟入院中の患者で、ADLの低下が危惧される場合は、離床計画やベッド周囲の環境整備の工夫について看護師と連携しなければならないが、時間的制約のなかでまだ確立されていないことである。

はじめに

日本は「超高齢化社会」を迎えて、様々な社会問題を引き起こしている。医療・介護に関わる問題の中で、団塊の世代が75歳を迎える2025年問題がある。医療・介護サービスを必要とする人の増加が予想され、その対策を講じることが喫緊の課題となっている。また、日本の人口は減少傾向にある中で、老年人口の割合は高くなり2010年は23%であったものが、2030年には30%を超えると推計されている。このような中で社会制度の変革が必要であると考えられ、その一つとして医療・福祉分野では、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築が必要とされている。そして、地域特性に応じて「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを最後まで続けることが出来ることを目指す」ことが目標となっている。

医療改革の流れの中で病床数の減少も予想される

ことから、入院を急性期医療の場に限定し、地域での自助・互助・共助・公助の考え方で暮らしていくとされる。¹⁾ その考え方を示した代表的なものが「地域包括ケアシステムの姿」として厚生労働省から示されており、そういった地域医療構想の流れのなかで地域包括ケア病棟が2014年に創設された。

がんセンター新潟病院（以下、当院）では、2016年10月に地域包括ケア病棟を東6、西6病棟の2病棟に開設した。開設にあたり地域包括ケア病棟においてリハビリテーションに関わる施設基準の要件が示されている事から、準備期間を通してリハビリテーションに関わる情報を収集しながら対策を講じてきた。

当院においては、がん患者に特化した地域包括ケア病棟の運営が求められ、がん治療を含めたトータルなケアを提供することを目標としたことから、地域包括ケア病棟を「トータルケア病棟」と称して運営を開始した（以下、トータルケア病棟）。

新潟県立がんセンター新潟病院 1) リハビリテーション科, 2) 整形外科

Key words : がんのリハビリテーション(cancer rehabilitation), がんの理学療法(cancer physical Therapy)
地域包括ケア病棟(Regional inclusive care ward)

がん患者は、がんの進行もしくはその治療過程で、認知障害、嚥下障害、発声障害、運動麻痺、筋力低下、拘縮、しびれや神経因性疼痛、四肢長幹骨や脊椎の病的骨折、上肢や下肢の浮腫など様々な機能障害が生じ、それらの障害によって移乗動作や歩行、セルフケアをはじめとする日常生活動作（Activity of Daily Living: ADL）に制限を生じ、生活の質（Quality of life: QOL）の低下をきたしてしまう。がん患者におけるリハビリテーションの目的はこれらの問題に対して、「二次的障害を予防し、機能や生活能力の維持・改善を図る」²⁾とされる。我々リハビリテーションに従事する職員は、がん患者を対象とした、リハビリテーションをトータルケア病棟において、どのようにすすめていけばよいのか、どのように関われば患者にとって有益となるのか、リハビリテーション科の人的資源の中でいかに病院運営に寄与できるかを考えていきたい。

I リハビリテーション科の紹介

リハビリテーション専任の整形外科医1名、理学療法士3名、作業療法士2名、言語聴覚士1名の体制で運営している。当科に依頼される診療科は多岐にわたる。従ってリハビリテーションは様々ながん疾患が対象となる。

リハビリテーション科では、各診療科医師からの依頼を受けて、リハビリテーション専任医師を含めた整形外科医師が診察を行い、リハビリテーション処方が出される。脳神経外科、頭頸部外科については直接リハビリテーション処方が出されることもある。トータルケア病棟へ入ってくる段階でリハビリテーションを実施している例が多いが、入棟してからリハビリテーションの必要性が生じて処方が出される事もある。

トータルケア病棟の施設基準では、リハビリテーションを対象とする患者に対して一日平均2単位以上を提供していること、リハビリテーション職員を専従者として1名以上配置していることが義務付けられている。以上のことから東6病棟に理学療法士1名、西6病棟に作業療法士1名を専従配置した。他の理学療法士2名・作業療法士・言語聴覚士の各1名は他の一般病棟を担当した。

II トータルケア病棟専従者の業務内容

トータルケア病棟における専従理学療法士・専従作業療法士は、患者のリハビリテーションの実施と共に、トータルケア病棟のリハビリテーションに関わる独自の管理業務がある（表1）。個々の患者の実施単位数の集計やリハビリテーションを実施した患者の平均単位数の確認を行い、定められた施設基準を維持するための実施計画の立案、新規転入患者の

審査会議におけるトータルケア病棟でのリハビリテーション介入の可否の検討、といった業務がある。

表1 専従理学・作業療法士業務内容

主な項目	内容
リハビリテーションの実施	平均2単位以上の提供
実績管理	実施単位数の確認
幹事会出席	リハビリテーション患者の受け入れ
カンファランス出席	①患者家族を交えた退院支援 ②退院に向けた情報提供・収集

また、トータルケア病棟の患者の主治医や看護師、地域連携室とのカンファレンスへの参加も重要な業務である。専従理学療法士・専従作業療法士は、退院支援に関わるカンファレンスを定期的に開催し、病棟看護師、地域連携室の看護師、メディカルソーシャルワーカーと情報交換を行っている（図1）。



図1 多職種とのカンファランス

III トータルケア病棟でのリハビリテーション対象者とリハビリテーションの短期成績

平成28年8月から11月までの開設準備期間を含めた4ヶ月間の患者集計を行った（表2）。トータルケア病棟のリハビリテーション依頼件数は西病棟34件、東病棟46件で合わせて80件であった。平均年齢は西病棟72.1歳、東病棟67.9歳であった。依頼を受けた診療科は全部で11科にわたっていた（図2）。整形外科疾患は東病棟で多くを占め、脳神経外科は西病棟に多い傾向にあった。これは東病棟に専従理学療法士、西病棟に専従作業療法士が配置されている事が要因の一つとして考えられた。

一般的ながんのリハビリテーションは病期によって、予防的、回復的、維持的、緩和的リハビリテーションの4段階に分けられている。予防的とは開胸・開腹術などの周術期リハビリテーションであり、機能障害を予防するものであって当院のトータルケア病棟では対象とならない。トータルケア病棟の患者

は、回復的、維持的リハビリテーションが中心となり、機能の回復や維持訓練、廃用症候群改善が主目的となる。実際のリハビリテーション内容としては、立位歩行練習、離床訓練、移乗動作、心理的サポートを含めた作業活動、言語聴覚士による摂食嚥下治療、頭頸部術後の発声訓練などである(図3)。緩和的リハビリテーションは、終末期のがん患者が対象となり、トータルケア病棟にも該当者が入院しているが現時点では実施していない。



図3 実際のリハビリテーション

表2 リハビリテーション実施患者内訳

リハビリ対象者	西病棟		東病棟	
	男	18人	24人	
女	16人	22人		
計	34人	46人		
平均年齢	72.1歳		67.9歳	
一人平均単位数	2.2単位		2.3単位	
一人当たりの平均提供単位数	36.1単位		43.9単位	
ケア病棟平均入院日数	15.6日		16.6日	
入院から転棟までの期間	31.8日		24.8日	
自宅退院率	63%		76%	

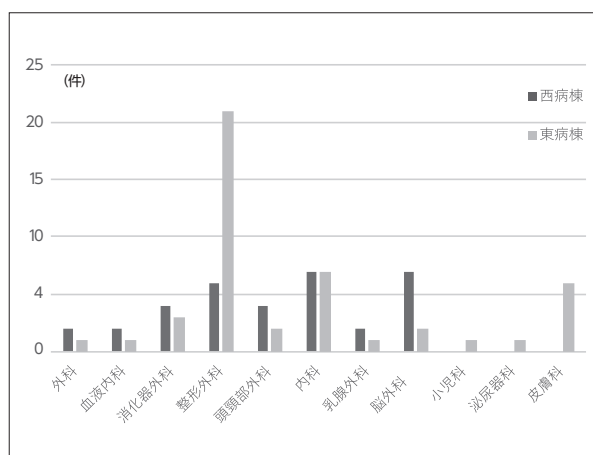


図2 リハビリ実施患者診療科別内訳

患者一人当たり、一日に提供した単位数は西病棟2.2単位、東病棟2.3単位であり、トータルケア病棟でのリハビリテーション実施期間は、西病棟15.6日、東病棟16.6日であった。自宅退院率は西病棟63%、東病棟76%で差はあったが、開設準備期間も含めての4ヶ月間であったことを加味すると、今後は均一化していくと思われる。

リハビリテーション開始時と終了時のFunctional Independence Measure (以下、FIM評価表) を使用してADLを比較検討している(表3)。このFIM評価表は運動機能、生活機能(セルフケア)、社会的認知機能を点数化しているADL評価法である。リハビリテーション開始時の点数は、西病棟81.7点/126点・東病棟71.9点/126点であったものがリハビリテーション終了時は、それぞれ96.1点、94.2点に向上していた。社会的認知機能面は、リハビリテーション開始時から高い傾向にあり各病棟共に30点/35点を超える高得点であった。つまり、トータルケア病棟のリハビリテーション対象者はリハビリテーション開始時からコミュニケーション能力や認知症状は保たれており、がん患者を対象とするリハビリテーション患者の特徴的な面と思われる。リハビリテーション終了時に運動機能やセルフケアの点数が伸びていた理由は、起居動作能力、立位バランス能力、食事や更衣動作の向上が要因として挙げられる。また、がん症状の緩和によりベッド周囲の活動性が高まり介助量の軽減が得られたケースも存在した。

表3 FIM (ADL評価) の推移

		リハビリ開始時	リハビリ終了時
西病棟	総点数	81.7 ± 31.5	96.1 ± 29.3 *
	(認知機能)	(31.7 ± 6.1)	
東病棟	総点数	71.9 ± 29	94.3 ± 32.4 *
	(認知機能)	(30.4 ± 7)	

* p < 0.01

IV 単位数の確保の工夫

トータルケア病棟の施設基準では、「リハビリテーションを提供する患者は1日平均2単位以上を提供していること」を規定されている。しかし、当科は月曜から金曜までの週5日の勤務体制であり、土・日曜・祝祭日は休診となっている。リハビリテーションを必要とした入院期間を考慮に入れると、平日に患者一人当たりリハビリテーションを1日3単位程度、週14単位を提供しなければならないことになる。従って、平均単位数が基準を満たさないような状況が出た場合には、休日にもリハビリテーションを行うなど勤務態勢の変更も検討が必要になる。

また、トータルケア病棟に入院している患者は、侵襲的治療が併施されていないとはいえ、がんの治療中であることには変わりなく、がん特有の症状に悩まされることもある。疼痛、倦怠感、嘔吐、体力の低下などを伴った患者も多く、1日3単位を提供できない事もあり、平均単位数を確保することが専従理学療法士・専従作業療法士にとって精神的に大きな負担となることがある。当科はこれらの問題点を軽減するための対策として、連続して3単位を提供するのではなく1日3回に分けてリハビリテーションを実施することも行っている。トータルケア病棟においては専従療法士が2単位リハビリテーションを行い、一般病棟を担当している理学及び作業療法士や言語聴覚士が1単位実施することで、職員間で連携してリハビリテーションをすることもある。結果的に患者は身体的疲労も少なく離床の機会が増え、作業療法士・言語聴覚士の働きかけで精神的な不安の解消につながるような介入が可能となっている。また、リハビリテーションに従事する職員間では、患者の情報交換も盛んになったと感じられる。マイナス面では患者のリハビリテーション日程調整が煩雑となることと、看護ケアとの重複があげられ、看護部との緊密な連携も必要である。

V トータルケア病棟におけるリハビリテーションの課題

リハビリテーションの専従職員として配置され活動していく中で、幾つかの問題点を感じている。リハビリテーションの対象となる患者は、トータルケア病棟に転棟した後もがん治療を継続されている患者である。がん特有の症状や合併症を呈することもあり、連続したリハビリテーションが提供できない場合がある。患者によっては体調を崩すこともあり一定期間リハビリテーションが提供できない場合もある。また、がんの病状悪化によっては死亡の転機をたどる患者もいる。このような事は地域包括ケア病棟を運営している一般病院において稀ではないと

考えられるが、当院はがん治療に特化していることからその割合は多いと推察している。このような状況で施設基準を確保していくためにはどのように対応していくべきか対策が必要である。現在の施設基準は平均2単位以上となっていることから、施設基準を維持するためには多くの単位数を提供できる患者と、そうでない患者に応じた単位数の割り当てを考えざるを得ない。今後、診療報酬が改定され施設基準の条件が厳格化された場合には、リハビリテーションの単位数を確保することがより一層困難になってくることが予想される。

専従理学療法士・専従作業療法士は、トータルケア病棟に入院中の患者を訪室し、患者のADLを評価することが必要であり、ADLの低下が危惧される患者については、看護師と連携して、離床計画やベッド周囲の環境整備の工夫を検討するような機会を設けなければならない。しかし、入院患者のADLを評価する時間を共有することは、現在難しい状況である。そこで現時点では、病棟看護師が患者をアセスメントする際、ADL上に問題が生じていた場合は専従理学療法士・専従作業療法士にその情報を提供し、協同してADL向上のための活動する体制作りが問題解決への一歩となる。リハビリテーション専従職員への積極的な声掛けを看護部へお願いしたい。

リハビリテーション実施患者の家族が来院した際に「リハビリ見学」をしていただくことで、患者本人がリハビリテーションを通じて獲得した運動能力の実践披露や実際に病棟で行っている生活関連動作や、それに必要な介助方法の提示、また、福祉用具の紹介などが可能である。入院経過の中で複数回「リハビリ見学」を行うことで退院支援につながると考えられるが、現時点では数家族に行ったのみである。このような試みが院内関係職員や患者家族に理解が得られ、日常的に実施できるように情報発信をしてきたい。

おわりに

トータルケア病棟に関わりいくつかの課題も出てきた。これらの課題を少しずつ解決していくなかで、トータルケア病棟に入院された患者が満足して療養できるように、リハビリテーションの視点を通して少しでも高い身体機能・生活機能を高められるように努力していきたい。

文 献

- 1) 工藤安史. 医療と地域包括ケアシステム. 地域包括ケアシステムのすすめ これからの保健・医療・福祉. 豊島泰子・立石宏昭編著. p21-32. ミネルヴァ書房. 2016.
- 2) 辻 哲也. がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで. p23-24. 医学書院. 2013.