

Part 1 新春座談会

回りハ病棟で目指す“3早”

——早く受け入れ、早くよくして、早く地域へ

司会

宮井 一郎 当協会副会長、社会医療法人 大道会 森之宮病院 副理事長

出席者

藤田 正明 当協会理事、医療法人財団 尚温会 伊予病院 院長

花山 耕三 当協会理事、学校法人 川崎学園 川崎医科大学附属病院 リハビリテーション科部長

菅原 英和 当協会常任理事、医療法人社団 輝生会 初台リハビリテーション病院 院長



司会の宮井 一郎副会長



藤田 正明理事



花山 耕三理事



菅原 英和常任理事

回りハ病棟本来の目的、基本に立ち返る

司会の宮井一郎副会長（以下、宮井） 明けましておめでとうございます。

参加者 明けましておめでとうございます。

宮井 昨年は2月以降、新型コロナウイルス感染症（以下、コロナ）の対応をベースとした回りハ医療という今まで経験したことのないような1年でした。その大枠は今年も変わらないと思います。

多くの病院で回りハ病棟の病床稼働をはじめ、運用上さまざまな制限が設けられている中、昨夏実施した緊急調査では、幸いなことに在院日数、在宅復帰率、実績指数はコロナ以前とほぼ変わりなく運用できているという結果でした。

そこで、本日は回りハ病棟本来の目的であるADL改善と在宅復帰という基本に立ち返って、

「回りハ病棟で目指す“3早”——早く受け入れ、早くよくして、早く地域へ」と題し、代表的な3病院の方々にお話を伺います。はじめにお三方から自院の特徴をふまえた紹介をいただきたいと思います。では、藤田さんから順にお願いいたします。

藤田正明氏（以下、藤田） 伊予病院は、愛媛県松山市の南、伊予市にあり、2次医療圏は松山医療圏内にあります。総病床数290床で回りハ病棟は4病棟218床あり、すべて入院料1、体制強化加算1をとっています。72床は障害者等一般病棟です。回りハ病棟入院患者の疾患別内訳は脳卒中が5割、脳卒中以外の脳疾患が1割、運動器疾患が4割。私が小児科医出身ということもあり小児の頭部外傷、脊髄損傷、急性脳症等も受け入れ、復学等の支援をしています。病院の外来リハビリでは主に脳性麻痺や自閉症などの発達障害の方、

介護保険のサービス給付に該当しない方が利用されています。そのほか、隣接する介護老人保健施設で短時間型を含む通所リハビリ、訪問看護ステーションで訪問看護、訪問リハビリを提供しており、亜急性期から生活期までのリハビリで地域の医療に貢献しています。

花山耕三氏（以下、花山） 川崎医科大学附属病院は岡山県倉敷市にあり、高度救命救急センターをもつ特定機能病院です。現在、2つのコロナ専門病棟で陽性患者さんを受け入れています。病院全体の病床数は1,182床、回り八病棟は1病棟48床で入院料1、体制強化加算1をとっています。大学附属病院の中の回り八病棟ということで患者さんのほとんどが院内からの転科・転棟です。疾患別の主な内訳は脳卒中が4~5割、脊髄疾患が1割、運動器疾患が3割です。外来は小児が多く自閉スペクトラム症、脳性麻痺などを診ています。県の高次脳機能障害拠点支援機関ですので高次脳機能障害が外来、入院ともに多いのも特徴です。介護保険対応はしていません。最近、岡山市に同大学総合医療センター（647床）が新築移転したその跡地に、高齢者医療センター（102床）を2023年頃開院し、訪問リハビリ、訪問看護の両部門を立ち上げる予定です。教育機関であり、川崎学園は医科大学のほか医療福祉大学、医療短期大学、リハビリテーション学院を開設し、多くの医療職の教育を行っています。

菅原英和氏（以下、菅原） 初台リハビリテーション病院は東京都渋谷区にある173床の病院で、全床回り八病棟で入院料1、体制強化加算1をとっています。疾患別の主な内訳は脳卒中が65%、頭部外傷が12%、脊髄損傷が3%と、中枢神経に障害のある方が多く入院してこられます。隣接する新宿区、世田谷区、中野区、目黒区の急性期基

幹病院、大学病院から患者さんを多く受け入れているほか、生活期のリハビリとして外来・通所・訪問リハビリの各部門を開設しています。外来リハビリへは当院退院患者さんの約3割が移行されています。近隣の急性期病院から自宅へ帰られた方の利用も多いです。通所リハビリへは、外来である程度回復し切った方が維持的レベルになった時点で移られるケースが多いです。訪問リハビリは当院を中心に半径5km以内に在住の方のお宅を訪問しており、現在利用者が約300名います。

1 早く受け入れる

宮井 それでは本題の「早く受け入れ」「早くよくして」「早く地域へ」の3つのテーマに関して個別に議論していきたいと思います。お話しいただく内容は、結果を出すために力を入れて取り組んでおられること、各専門職の役割とチームの協調、取り組みの成果（アウトカム）、現状の課題などです。加えて、コロナ禍の取り組みの現状にも少し触れていただければと思います。

では、1つ目のテーマ、「早く受け入れ」の部分に関して藤田さんからお願いいたします。

●急性期病院との病病連携にICTを活用

藤田 受け入れの時期は脳卒中で発症後3~4週間、運動器では3週間弱と、ともに年々早くなってきています。松山医療圏内の6つの急性期病院のほか南予や東予の病院からも紹介をいただいています。「紹介をいただいたら原則断らない」方針です。地域連携室（医療福祉支援センター）には看護師とMSW各1名を専従・専任で配置しセンター長を院長の私が兼務しています。

急性期—回復期の病病連携の中、患者さんを早く受け入れるため、こちらでコントロールできる

紹介—入院の期間をできるだけ短くしようと考え、「10日以内」を目標に努力してきました。現在は1週間ほどで受け入れ可能な体制ができています。

コロナ禍で松山医療圏内で病床稼働率が軒並み下がりましたが、幸い南予や東予（愛媛県南部・東部）から当院に患者さんを多く紹介いただきました。これまで紹介を断らず受け入れてきた実績、一定の成果を上げて帰っていただくというわれわれの姿勢を評価いただけたと考えています。

面会制限が長期間続く現状、病病連携の関係者が集まりにくい現状に関しては、転院後の病棟生活やリハビリ治療の流れなど、患者や家族、急性期病院のMSWが知りたいと思われる項目を6分ほどに編集した動画を作製、病院Webサイトに上げて家族や急性期病院の連携室に見ていただく取り組みを今年1月から開始しました*。ICTを活用しながら急性期との病病連携を強化してできるだけ早く、確実に受け入れていきたいです。

宮井 オンラインによるコミュニケーション・システムの構築は回りハ病棟での今後の退院支援に欠かせない視点ですのでぜひ取り組みを発展させていきたいと思います。コロナ陽性患者退院後のリハビリ受け入れの要請等は来ていますか。

藤田 12月上旬、県立中央病院の院長から相談の連絡があり、受け入れる方向で調整しました。

宮井 ありがとうございます。では花山さん、お願いいたします。

●適応症例で家族が希望なら速やかに転科

花山 倉敷地区には回りハ病棟をもつ病院が10病院あり各病院とも受け入れが早いので当院も負られないところはあります。倉敷市には1,000床以上の急性期病院が倉敷中央病院（1,172床）と当

院の2つあり、回復期にいく患者さんの供給源になっています。当院の回りハ病棟は院内からの転科がほとんどです。早期受け入れは院内でどうするか、いかに医師が早く動くかの努力にかかっています。脳卒中カンファレンスが毎日あり、部長の私とリハビリ科の担当医が出席します。適応症例で患者・家族が希望される場合はなるべく早く回りハ病棟に受け入れるよう調整しています。

ただ、医学的に重症な方、対応が難しい方では何度も合併症を起こすなど転入院が遅れるケースもあります。それは仕方ないので日数だけ早くするのではなく、入れる状況になったらすみやかに受け入れる、回りハ病棟で状態が悪くなった患者があれば他科に相談し転科となる場合もあります。

当院の脳卒中カンファレンスには倉敷市の他の回復期病院が週1程度で参加し、そこでも情報交換ができています。脳卒中に関する倉敷市全体の病病連携はかなり整備されていると思います。

宮井 大半が院内からの転棟という場合のチームの協調に関して、急性期病棟の看護師・療法士と回りハ病棟の同職種間でケアやリハビリの継続性を確保する意味での工夫は何かされていますか。

花山 医師、療法士とも急性期と回復期の職員は同じ部屋にいて毎日話をしていますので、引継ぎ事項を含め、かなりスムーズに情報交換、情報共有ができています。看護師も病棟間の連絡はよいと思います。

宮井 ありがとうございます。では菅原さん、お願いいたします。

●病院の特長・実績を資料で家族に提供

菅原 近隣に深く連携している急性期病院は8つあり、ほかの病院からも受け入れています。FAXが来て翌日入院判定をして入院相談につなげています。近年は都内にも回りハ病棟がかなり増え、

* http://www.iyohp.jp/iyo_hospital/topics/?p=2262

多くの患者さんが複数の回り八病棟に同時に申し込んでいる状況があります。「ひと通り見て決めます」といわれ、入院までに時間がかかるケースもあります。速やかに選んでいただけるよう病院の特長、実績がわかる資料を作り提供しています。どんな方でも医学的、社会的理由で入院を断らない点は藤田さんのところと同じです。

コロナ対応では近隣の急性期病院にコロナ患者が常に入院している状況の中、人工呼吸器やECMO（体外式膜型人工肺）を1か月間以上装着していた方など、どうしても廃用症候群がかなりシビアな状況になります。在宅酸素療法が必要な方もいます。そうした方の入院依頼がこれまでに4例あり、全例受け入れました。入院時の重症度はさまざま、酸素を投与しながらの運動療法、退院時も酸素が必要な状態で在宅復帰できる体制を作るなど、通常の脳卒中回復期では見られない対応が必要なケースが出てきています。

宮井 発症から入院までの日数の要件が撤廃された影響はいかがですか。

菅原 ほとんどないですね。発症後1週間以内のFAXが大半です。ただ、コロナの重症患者さんは2か月を少し超えて入ってくる可能性があります。1か月以上人工呼吸器をつけ、PCR検査で2、3回連続で陰性になるまで転院できないようですので。

宮井 おっしゃる通りですね。回り八病棟に重症患者さんを受け入れるキャパシティができたことは、われわれの使命に新たに重要な部分ができたと考えることもできるかと思います。

2 早くよくする

宮井 2つ目のテーマ、「早くよくして」に移ります。「よくする」の中身をクリアにして取り組み

の現状をご紹介いただければと思います。では、藤田さんからお願いいたします。

● 診療支援リハビリチームが患者チームを横支え

藤田 「いい時期にいい状態で帰っていただく」。まず、これを全職員の合言葉として掲げました。その上で、合併症管理により急性増悪による転科割合を5%まで下げる活動や転倒予防をはじめとした安全対策に取り組んでいます。活動はすべてデータをとり、データベース化して積み上げ経時的に比較、評価しています。感染対策は4年前、インフルエンザで院内感染の苦い経験をバネに、早め早めの対応を心がけてきました。それがコロナ禍で活かされていると感じます。

また、患者さんの機能をよくする視点から、多職種による診療支援リハビリチームが病棟で積極的に介入し、各患者さんの担当チームを側方支援しています。現在、(1)高次脳機能障害者支援、(2)上肢機能支援、(3)歩行支援（装具療法を含む）、(4)シーティング、(5)NST（栄養・摂食嚥下・口腔ケア・褥瘡）、(6)排泄ケア、(7)呼吸ケア、(8)心臓リハビリ——の8チームが活動しており、その結果、実績指数は4病棟すべて40以上を維持できています。

より早く、機能を高めるほうにも注力しています。2020年度は退院時FIM運動項目を60点台後半から70点台にまで上げる目標を掲げて取り組んでいます。

促通反復療法、機能的電気刺激（FES）ほか各種治療方法を積極活用しています。ロボットはウエルウォークを2年半前導入。その結果、「歩行」FIM5点獲得までの日数が20日強短縮し、歩行自立率が10%向上しています。これらの総合的取り組みを通じて結果的に早く帰れる状況を作っています。脳血管疾患では平均在院日数が80日程度まで短くなってきています。もちろん、早ければよ

いというものではない点は全員理解しています。きちんと機能を高めた上で、「いい時期にいい状態で帰っていただける」ようかかわっています。

宮井 拙速はだめだということですね。ありがとうございます。ロボットやFESの話が出ました。2020年度診療報酬改定で新設された運動量増加機器加算の算定がどうも低調で昨夏の実態調査速報では1%を切っている状況です。いかがですか。

藤田 2割弱ぐらいでしょうかね。

宮井 かなり高いですね。

藤田 頑張ってくれていて症例数も増えています。

宮井 もう1つ参考になるのが入院中の患者さんの機能に関する課題に特化した診療支援リハビリチームの活動です。どのようなチーム構成ですか。

藤田 チームごとに違ったメンバー構成です。高次脳機能障害支援チームは医師、療法士、MSW、事務職。歩行支援チームはPT多め、シーティングチームはPT・OT中心、などです。

宮井 介入する基準はありますか。現場担当者から要請があって応じる形なのか、NSTのように客観的評価基準に基づいてラウンドを行う形なのか。

藤田 主に前者です。

宮井 ありがとうございます。では、花山さん、お願いいたします。

●日中常に患者さんが何かやっている状態を作る

花山 先ほど医学的に重症な方、難しい症例が多いとご紹介しました。骨がなかなか癒合しなくて整形外科が荷重を長期間モニターしている症例、途中で手術や全身状態の変化などで、複数の診療科を行ったり来たりしてリハビリが進捗しない症例など。それらには症例ごとに対応することになります。

特別なことはしていませんがリハビリ以外の時間に看護師、医療介護福祉士、看護補助者がかか

わり、日中はとにかく常に患者さんが何かやっている状態を作っています。とにかく活動量を増やそう、それが早くよくする道だと考えて以前からずっと実践しています。週1回の部長回診のときも患者さんが机に向かって何かされていたり看護師と歩いていたりしておられ、その考えは浸透していると感じます。また、病棟の看護・介護職がこれらの活動を正しくできるよう歩行介助法や装具の扱いを新人のときから教育しています。「医療介護福祉士」は医療に強い介護福祉士を育てたいという学園の方針で同医療短大に養成クラスが設置されています。

どのぐらい早く、よくなっているのか、データベースは構築されていますが検証がこれからですので今後の課題です。実績指数は切断や高次脳機能障害の方は疾患特性上数字に貢献し難い面がありますがなんとか40以上をキープしています。

コロナ禍以降、患者さんへの心理的な影響は大きかったと思います。会えないけれどもスマホや写真を利用してなんとか頑張っていたかどうかということは私たちもやっていますが、家族と長い間会えないことで落ち込んでいる方がおられます。

宮井 医療介護福祉士という名称は、病院で働くための介護福祉士という考え方ですか、介護施設で働く場合でも医療に強くなってほしいという意味合いでしょうか。

花山 両方です。病院で働く介護福祉士、福祉施設で医療の知識を生かしてリーダーとして働く介護福祉士を目指しています。

宮井 看護補助者として回り、病棟などの医療現場で働く介護福祉士について新たな議論ができるかと思いますのでぜひ成果を上げていただき関連データの発信等をお願いいたします。ありがとうございます。では、菅原さん、お願いいたします。

●患者さんの機能全体をよくしていく

菅原 「早くよくする」ことについては患者さんの機能全体をよくしていく観点からICFの各項目にもれなく取り組む必要があると考えています。管類を外せそうな患者さんに対しては可能な限り早く外して医療依存度を減らしリハビリの軌道に乗せやすい環境を作る、各種機器を使いこなし課題の難易度調整が行いやすい環境を整えた上で、心身機能を効率的に高める量的介入を行う、装具は調整しやすい継手タイプを早期に処方し、病棟で使いながら調節していくなどです。ロボットを活用した訓練も積極的に行っています。痙縮をはじめとするリハビリ実施時に回復を阻害する因子の除去にも努めています。痙縮を早く取り除く治療的介入にも積極的に取り組んでいます。

「できる」レベルにあるADLを日常生活の中で「している」レベルへと結びつけていくために、病棟でのモーニングケア、イブニングケアで看護師、介護福祉士、療法士が協力しながら日常生活の活動に定着させていく取り組みを重視、強化しています。参加の部分に関してはある程度ADLが仕上がってくる入院後半にIADL訓練を開始し、「自宅でも生活できる」自信を取り戻してもらうことで「早く」帰れるように取り組んでいます。

藤田 痙縮への治療的介入に関してはボトックスなども使われているのですか。

菅原 はい。通常フェノールブロックで対応し、本当に必要なケース、危険な部位に関してはボトックスを使っています。足底が接地してしっかり歩行訓練できるようになるのでボトックスの使用を機に、歩行までの自立が一気に進んだ症例も経験しています。できれば回り八病棟で包括外で認めてもらうのが一番かと思います。

宮井 毎回要望して認められないという現状です

けれども、引き続き対応していきたいと思います。

菅原さんから管類を外すお話が出ました。また診療報酬の話で恐縮ですが、2020年度改定では摂食嚥下支援加算と排尿自立支援加算の2つが新設されました。すでに算定されていますか。

菅原 どちらも取り組みはかなり強化しており算定のできる環境は十分なのですが算定には至っていません。どちらも看護師要件の「研修」「講習」を受講、修了できていないためです。

宮井 関連の取り組みで何か工夫はありますか。

菅原 気管切開では担当医師によって抜去に積極的な医師と慎重な医師のばらつきが結構出ていました。数年前、「気管切開抜去プロトコル」を作って運用を開始して以降はだいぶ標準化されてきた印象があります。

宮井 当院でも気管切開の患者さんをラウンドする医師中心のチームがあり、取り外す時期を必要以上に延ばさないよう介入していますが、やはり積極すぎる医師と慎重すぎる医師がいて、その中間への制御が必要な状況がときどきあります。

3 早く地域へ

宮井 最後のテーマ、「早く地域へ」に移ります。藤田さん、お願いいたします。

●退院前カンファレンスは関係者を集め開催

藤田 入退院支援加算1をとり数年前に地域連携推進委員会を作り、後方連携に取り組んでいます。メンバーはリハビリ専門医を中心に看護師、介護福祉士、療法士、MSW、事務職、併設の老健施設職員、地域のケアマネジャーです。退院前カンファレンスを重視しており、コロナ禍で3密を避けた院内の大きめの部屋で開催し、参加必須の主治医ほか院内、院外担当者が顔を揃え、家に帰る準備

について協議しています。

重症の患者さんを迎える立場の家族は、自宅へ帰して生活できるか不安が大きいと思います。そこで、退院が見えてきた時期に、家族向けに病院で患者さんと一緒に泊れる部屋（在宅支援室）を1室確保しました。「夜間の介護を先に経験できてよかった」と、家族が患者さんの現状を把握し自宅退院されたケースが先日もありました。

面会制限が長引く中で患者さんが少しイライラされる場面も出ています。家族も、会えずに様子がよくわからず心配も大きいと思います。4つの病棟ごとに中堅療法士にiPadをもたせ訓練風景、生活の様子を動画に録り来院時お見せするなど対応してきましたが、プラスアルファでICTをさらに活用しようということで1月に入り、入院患者さんが各自の病室で利用できる院内のWi-Fi環境を整備しています。今後は患者さんと家族をリモートでつないできちんとコミュニケーションのとれる形を作りたいです。

宮井 ありがとうございます。では、花山さん、お願いいたします。

●拙速にならず、でも速く～医師が主導

花山 退院支援にまつわる外出、外泊、家屋訪問、家族指導、退院前カンファレンス、これらを円滑に、無駄をなくして実施していくことが重要だと思います。医師主導の活動が多いので各担当医のカラーが出ますが、「拙速にならず、でも速く」というところを舵取りしていこうと思っています。

倉敷地区は生活期の社会資源が充実しており、他のサービス機関やケアマネジャーとの連携も良好で退院支援は比較的円滑かと思っています。全県的にも、先代の椿原彰夫部長が岡山県内に地域包括ケアシステム学会を作り、あらゆる業界、職種との連携を掲げました。当院がその事務局を担当し

ています。互いに顔が見えるようにという試みの中で動いていっている状況です。課題は県北の医療・介護資源不足ですが、実はコロナ以前からWebを活用した合同会議や勉強会を開くなど取り組みに着手していました。さらに取り組みを進め、インフラ整備につなげていきたいです。

宮井 在院日数にコロナの影響は見られますか。

花山 以前とあまり変わっていません。

宮井 平均在院日数は全国的に見ても横ばいか、むしろ少し短くなっている状況で、コロナの影響をさほど受けてはいないとみてよいかと思います。

花山 家族に会えないなどの不自由さから患者さん自身、早く帰りたいと願う側面はあると思います。

宮井 おっしゃる通りで、回りハ病棟の本来的な機能とは別の部分で、患者さん本人のそうした心理が在院日数の短縮化に相補的に働いている可能性がありますよね。ありがとうございます。では、菅原さん、お願いいたします。

●退院準備の進捗状況を電子カルテで一覧化

菅原 地域連携、後方連携に関しては当院も同じように取り組んでいます。退院を早めるための当院での工夫点の1つは、電子カルテを活用した情報の透明化です。カンファレンス画面にオプションで退院までの準備の進捗状況に関する一覧表を作りました。家庭訪問、家屋改修、外泊、各種カンファレンス、家族指導などの実施予定日、実施状況をカンファレンスの際、もれなくチェックしています。経験の浅いスタッフには教育上の効果があり、管理職にも各患者を担当するチームの介入状況を確認できる機能を構築して活用しています。カンファレンスでの決定事項、追加情報はリハビリ実施計画書に反映されるので患者、家族との情報共有も効率化が進みました。

もう1つは、外来リハビリ機能の重視です。こ

れにより入院中どうしてもやらなければいけない課題とそれ以外とを仕分け、後者を外来に振り分けられます。早期の退院を可能にするためには外来リハビリの十分なキャパシティを作ることがポイントと考えています。

宮井 ありがとうございます。回りハ病棟退院後、他施設で外来や通所などの生活期リハビリをフォロー予定の方々について、生活機能情報等が入ってくるような仕組みや工夫は何かありますか。

菅原 フォローアップ外来として回りハ病棟を退院後3か月時に全退院患者さんを対象に病院負担で外来に来ていただき、ADLその他各種機能の評価をするかかわりを継続してきましたが、コロナ拡大以降休止しています。

宮井 リハビリ・ケアの継続性確保の観点からも、ICTを含めた別の方法も視野に、退院患者さんのフォローアップに資する生活期の情報を入手する工夫が必要かと思います。

コロナ対応を通じ社会に貢献できる病棟に

宮井 最後に総括として2021年の抱負、会員病院へのメッセージをお願いいたします。

藤田 「地域から選ばれる病院にウチがならんといけん」、そのことに尽きます。回りハの病院として地域の急性期病院から選ばれる病院、退院先の地域で生活する方々から選ばれる病院、「あそこに行ったらいいよ」と評判が口コミで広がる病院。地域から選ばれる病院を目指しましょう。

花山 大学病院にある回りハ病棟としてよりよい治療を目指すのはもちろん、医学的に難しい症例

も受け入れ、経験を積み知見や実績を発信できる回りハ病棟になりたいと思います。教育についても医学生、研修医に当院回りハ病棟を実習・研修して中身を知ってもらい、うまくいけばリハビリ科の専門医の道に入ってもらい、そういう道をなんとか作っていきたいです。リハビリ科に進み、専門医を目指す医師を多く増やすことがわれわれの大きな役割だと思っています。

菅原 実績指数が厳しくなってくるとついついそちらに目が奪われがちになりますが、高い実績指数の獲得が私たちの最終目標ではなく、病棟でのいろいろな取り組みの充実にこそ注力すべきだと思います。その取り組みの結果、附随して実績指数が上がれば素晴らしいわけです。実績指数に目が行くと疎かになるIADLへのかかわり、上肢の機能回復に対しても、入院中にチームでしっかりかかわっていきたいと思います。

宮井 ありがとうございます。アウトカムに資するプロセスが大事だという点はわれわれが特に肝に銘じなければいけないことだと思います。

急性期治療を終えたコロナ陽性患者に対する回復期リハビリについては、今後回りハ病棟をもつ病院が地域の中で一定の役割を果たすことが求められ、一部の会員病院ではその対応がすでに始まっています。そうした点を含め、社会により貢献できる回りハ病棟でありたいですし、その存在意義をいっそう高めたいと思います。2021年も頑張ってください。本日はありがとうございました。

出席者全員 ありがとうございます。