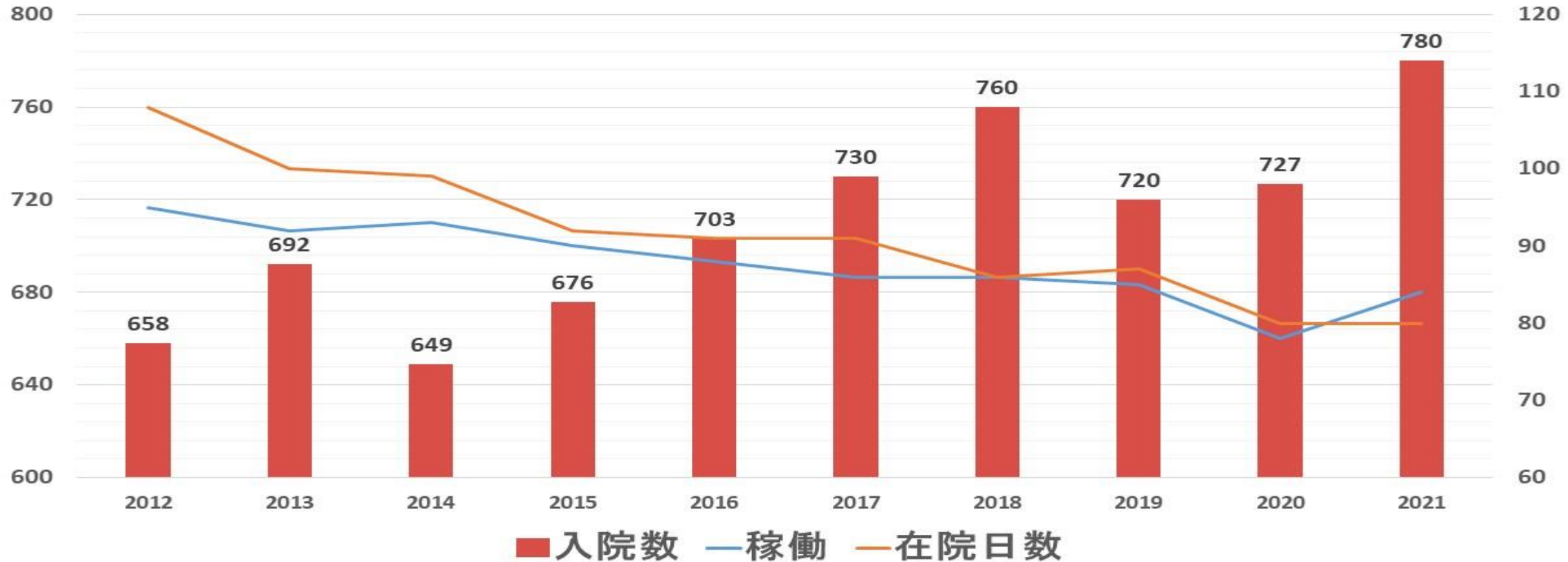


# 回復期リハビリテーションからみた 循環器病（心大血管、脳卒中）の課題

神奈川県循環器病対策協議会  
医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院  
院長 鈴木龍太



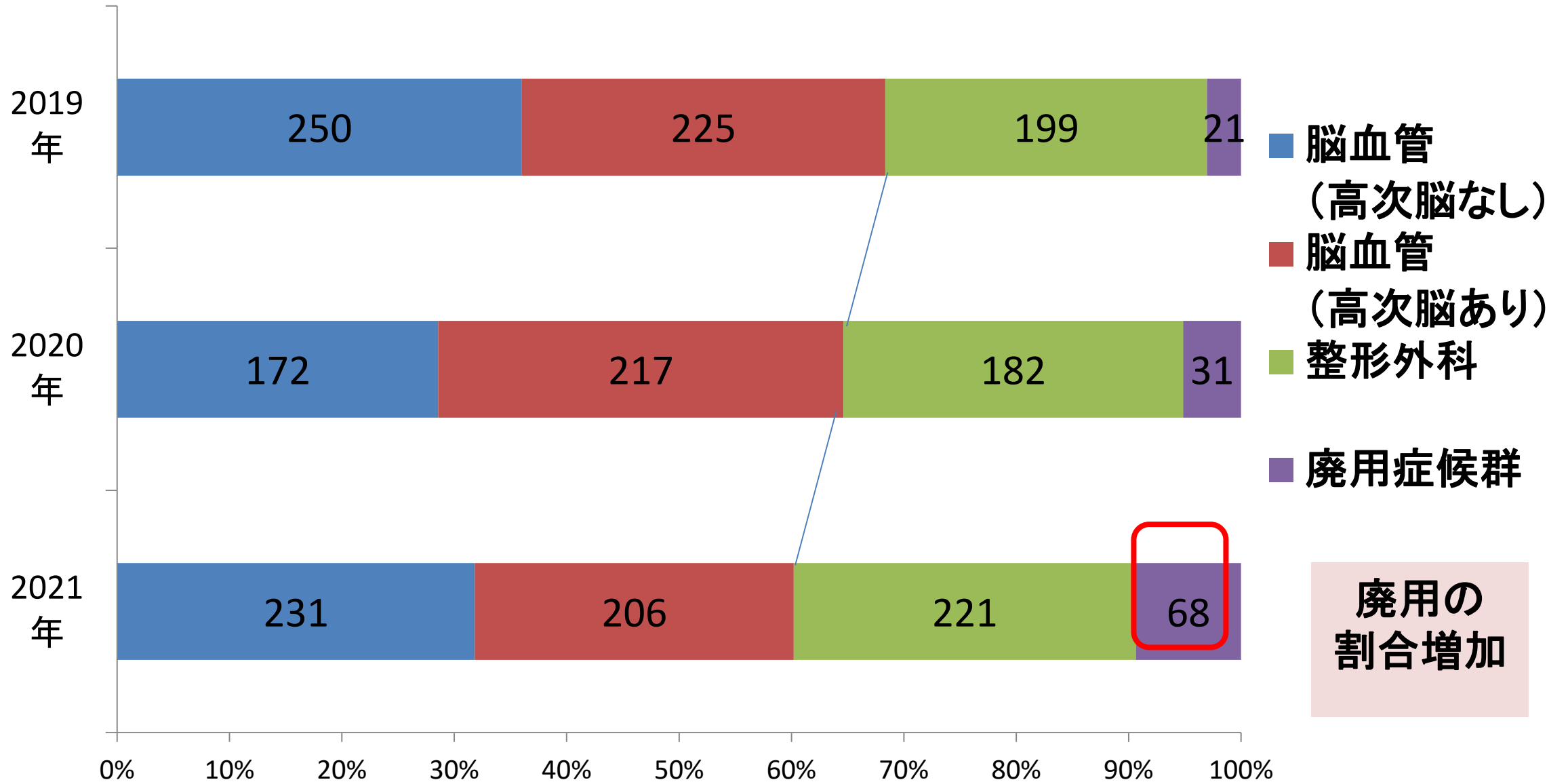
# 鶴巻温泉病院回復期リハビリテーション病棟の入院患者の変化 2012年から2022年



回復期リハビリテーション病棟への入院患者数は2012年658人から2021年780人と1.2倍になっているが、病棟稼働率(青線)は下がっている。これは在院日数(オレンジ線)が短くなっているためである

# 入院疾患割合

鶴巻温泉病院回復期リハビリテーション病棟

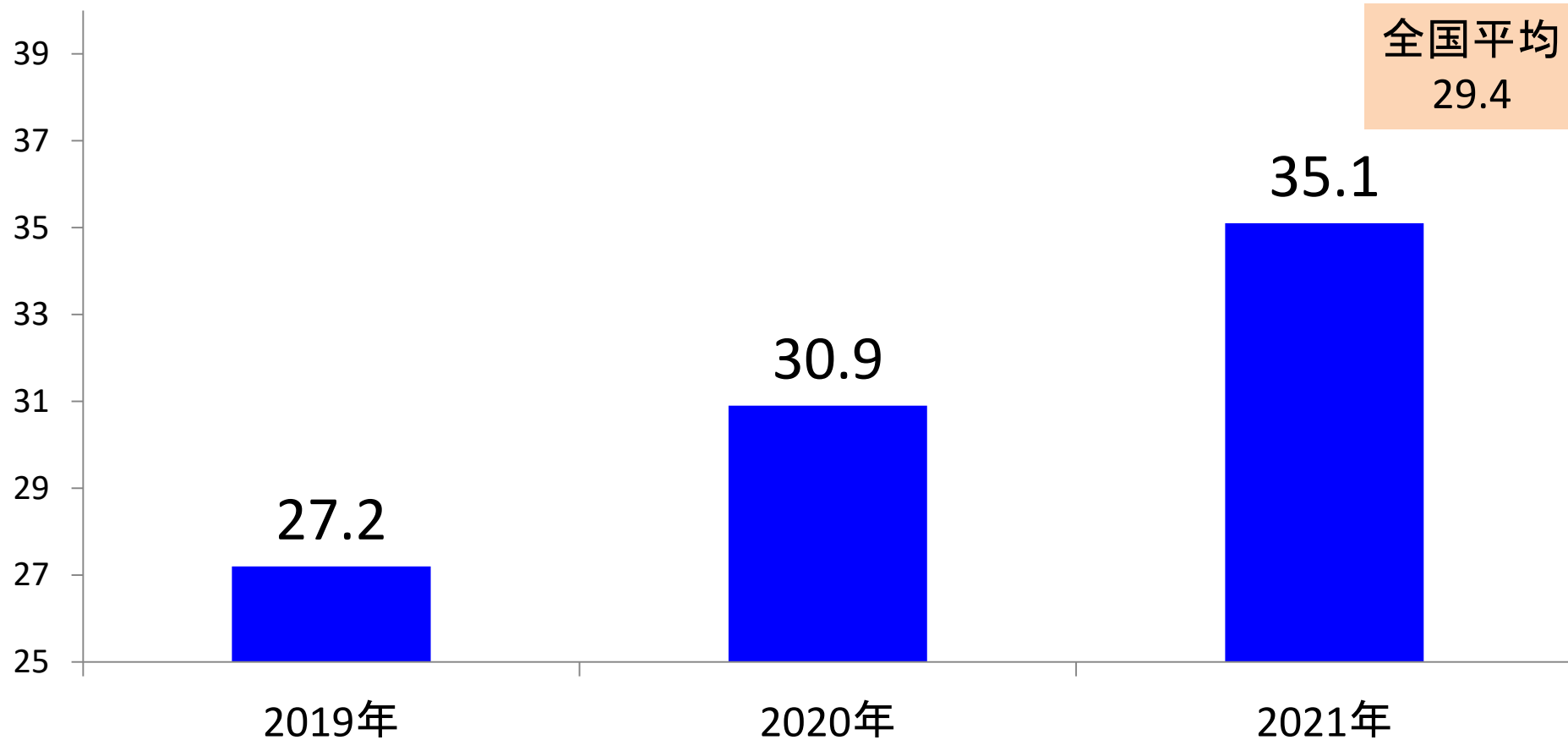


廃用の割合増加

脳血管が減ってきている。整形・廃用で40%を占める

# 発症から入院までの日数

鶴巻温泉病院回復期リハビリテーション病棟

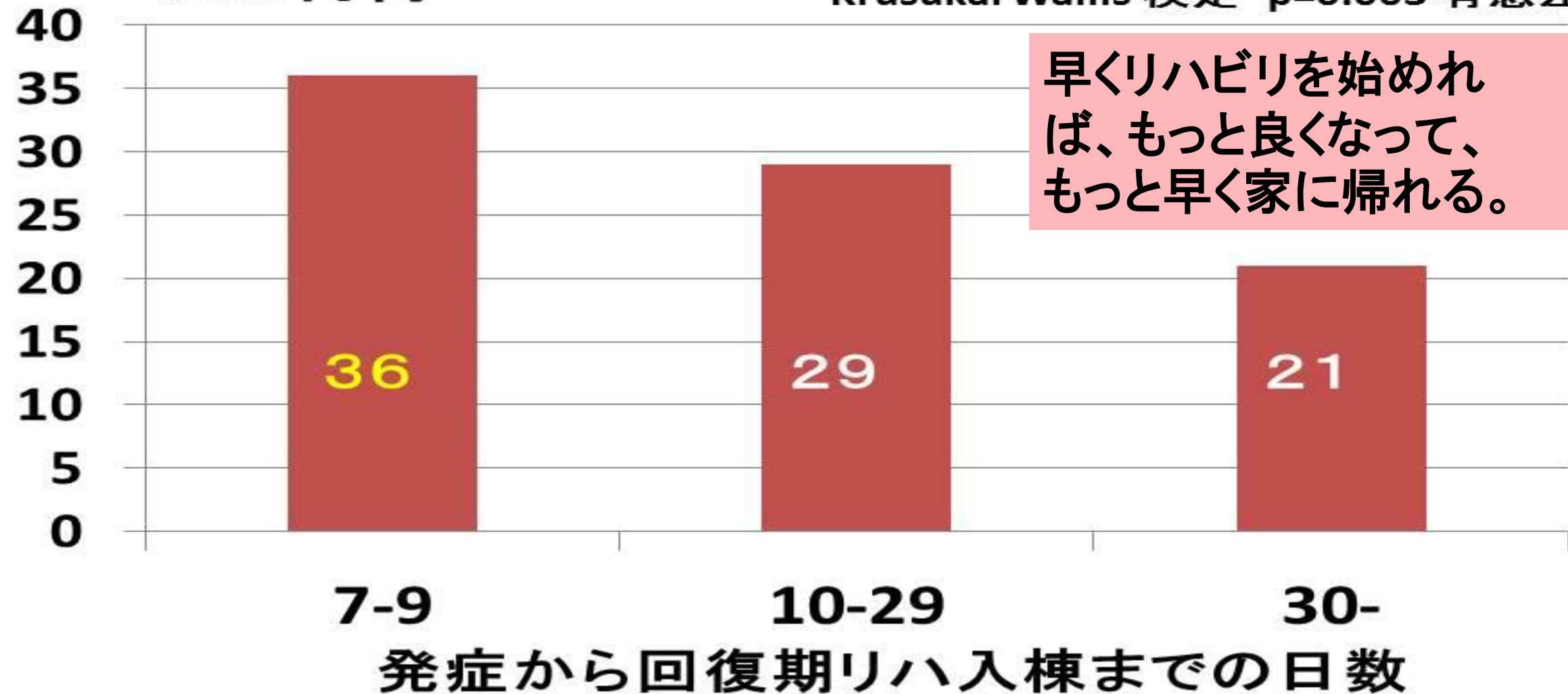


2020年診療報酬改定で「発症2か月以内」がなくなったので、  
発症から入院までの日数が長くなっている

# 早く回復期リハビリテーション病棟 に移ればもっとよくなる

## FIM利得

Kruskal Wallis 検定  $p=0.003$  有意差あり



# ADL(日常生活動作)を客観的に判断するためにFIMを使います

運動項目 13項目 (13~91点)	セルフケア (6~42)	A)食事(箸,スプーン)	1~7
		B)整容	1~7
		C)清拭	1~7
		D)更衣(上半身)	1~7
		E)更衣(下半身)	1~7
		F)トイレ	1~7
	排泄 (7~14)	G)排尿コントロール	1~7
		H)排便コントロール	1~7
	移乗 (3~21)	I)ベッド,椅子,車椅子	1~7
		J)トイレ	1~7
		K)浴槽,シャワー,	1~7
	移動 (2~14)	L)歩行,車椅子	1~7
		M)階段	1~7
認知項目 5項目 (5~35点)	コミュニケーション (2~14)	N)理解(聴覚,視覚)	1~7
		O)表出(音声,非音声)	1~7
	社会認識 (3~21)	P)社会的交流	1~7
		Q)問題解決	1~7
		R)記憶	1~7
合計			18~126

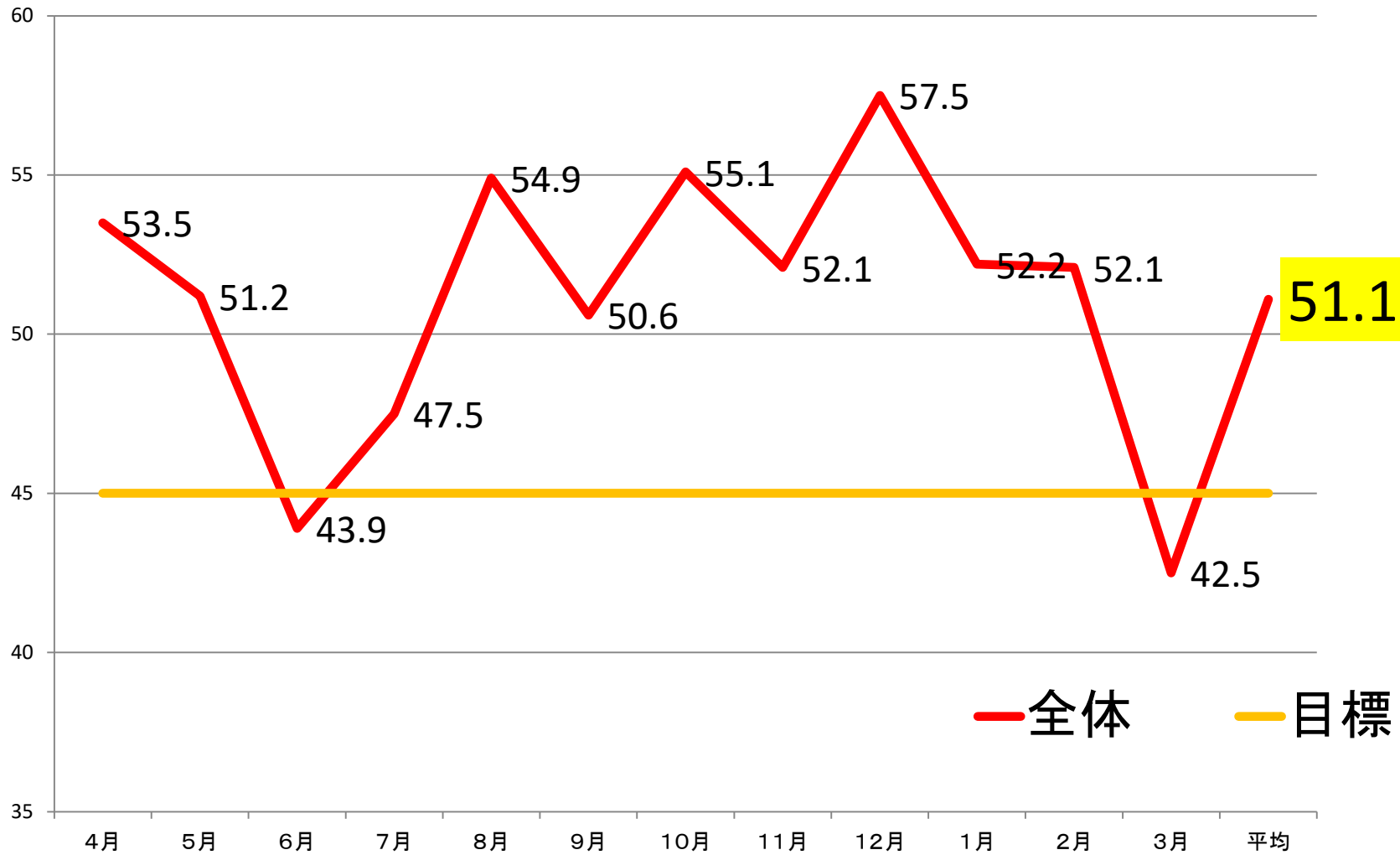
点数	程度
7点	完全自立
6点	修正自立
5点	監視、準備、指示、促しが必要
4点	75%以上自分で行う
3点	50%以上75%未満自分で行う
2点	25%以上50%未満自分で行う
1点	25%未満しか自分で行わない 全介助

介護保険ではBarthel Indexを使います。BIの方が簡便です。入院時と退院後の指標が違うことは問題の一つです。

# 回復期アウトカム実績

## 鶴巻温泉病院回復期リハビリテーション病棟

単位:点

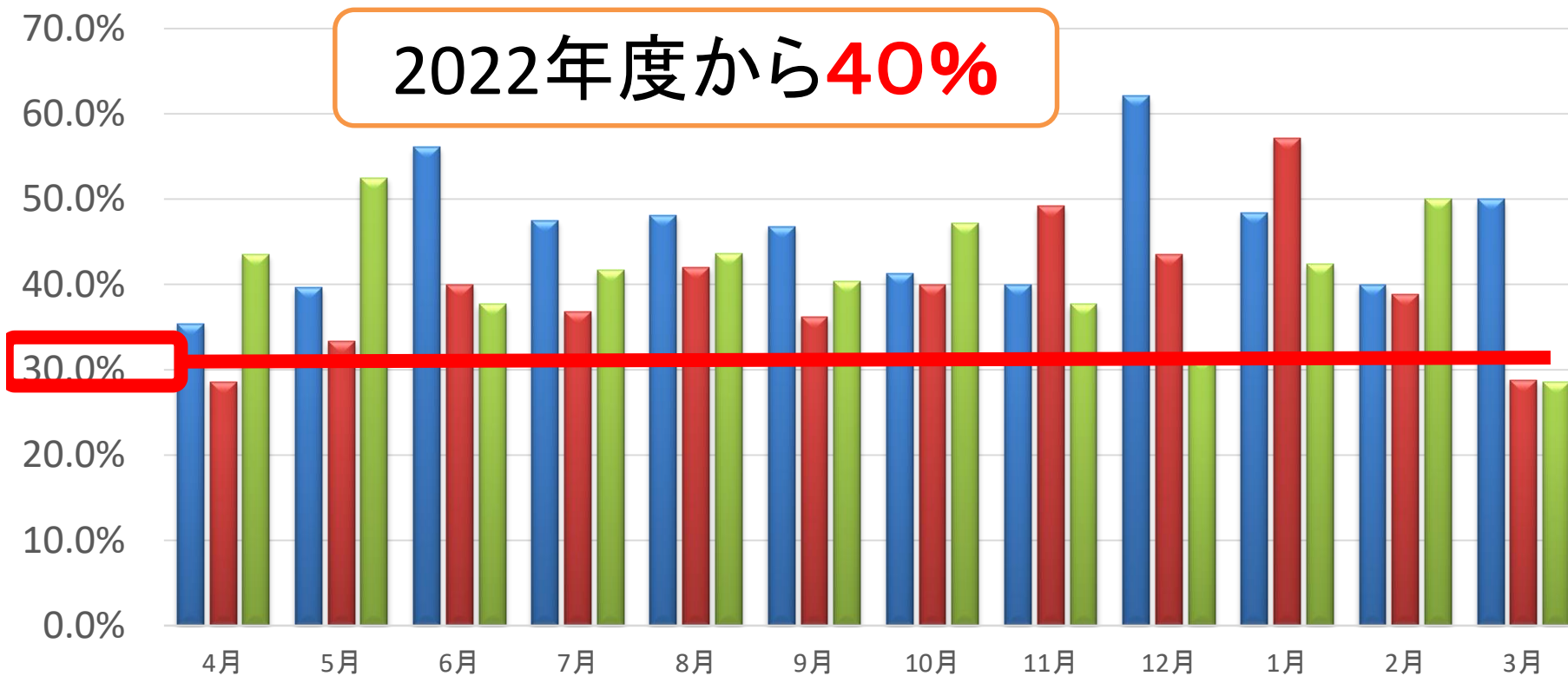


全国平均  
46.2



# 入院時重症度割合 30% (FIM55点以下)

鶴巻温泉病院回復期リハビリテーション病棟



入院時重症度(認知含んだFIM55点以下、看護の日常生活機能評価10点以上)  
今までは重症者は回復期2, 4で受けることが多かったが、今後は回復期1でも受ける。

# 回復期1に重症者が増えると

1. 患者要因 医学的管理が必要で、急性期への転院が増加する  
状態が安定していない(点滴、チューブ等)のでリハが介入しづらい  
指示が入りにくい
2. 職員要因 医学的管理の教育が必要(若手スタッフが多い)
3. 効果 重症者の治療効果は低い(実績指数が上がりにくい)  
自宅復帰ができない例が多い(当院では重症者の在宅復帰は50%)  
重症者の在院日数が長くなり、期限越えが増える  
重症者が病棟に残り、入院患者の重症度が上がる

重症者の回復期リハで受け入れが進むと  
急性期病院からの転院が早くなる  
急性期はリハビリを回復期へ任せられるようになる  
急性期のリハビリが進まない

回復期の在宅復帰率  
70%を下げたい

# 循環器病のリハビリテーションの課題

急性期のリハビリテーション

早期の転院 早期のリハビリ開始

心疾患

低栄養

生活期(在宅等)のリハビリテーション

地域リハビリテーション

# 急性期のリハビリテーション(リハ)はあまり進まない

急性期点数と回復期点数は疾患別リハで同じ点数

急性期一般入院基本料を現に算定している患者について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算できる。

急性期のリハビリテーション(リハ)は点数は高いが、あまり進まない

- ①意識障害、創部痛、荷重制限等医学的観点からリハが難しい
- ②点滴、ドレーン、バルーン、経鼻栄養等、管理上の観点からリハが難しい
- ③上記から**拘束**せざるを得ない場合がある
- ④リハ療法士が少ない
- ⑤回復期に任せてようという意識

# 回復期リハの対象疾患

## 脳疾患

脳血管疾患 脊髄損傷 頭部外傷 くも膜下出血のシャント手術後 脳腫瘍 脳炎 急性脳症  
脊髄炎 多発性神経炎 多発性硬化症 腕神経叢損傷の発症後もしくは手術後の状態

## 骨疾患

大腿骨 骨盤 脊椎 股関節もしくは膝関節の骨折  
または2肢以上の多発骨折

## 廃用

外科手術または肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており手術後または  
発症後の状態

股関節または膝関節の置換手術の状態

2022.4月に心疾患が追加

急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

上記以外の疾患は地域包括ケア病棟でリハができる

# 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

- (1)、**循環器科又は心臓血管外科の医師**、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務。
- (2)心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する**専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師**が合わせて2名以上勤務
- (3)**必要な機器**  
酸素供給装置、エルゴメーター、トレッドミル、運動負荷試験装置(施設内にあれば可)等
- (4)**必要なスペース、設備**  
病院では30㎡以上、診療所では20㎡以上の専用のスペース。心臓リハビリを実施する時間帯は、ほかの疾患別リハビリテーションとスペースを共有できない。急変が生じた場合に治療できる設備があるか、または早急に治療が行える連携施設があること

## 2022年度から心疾患が回復期リハの対象疾患に追加

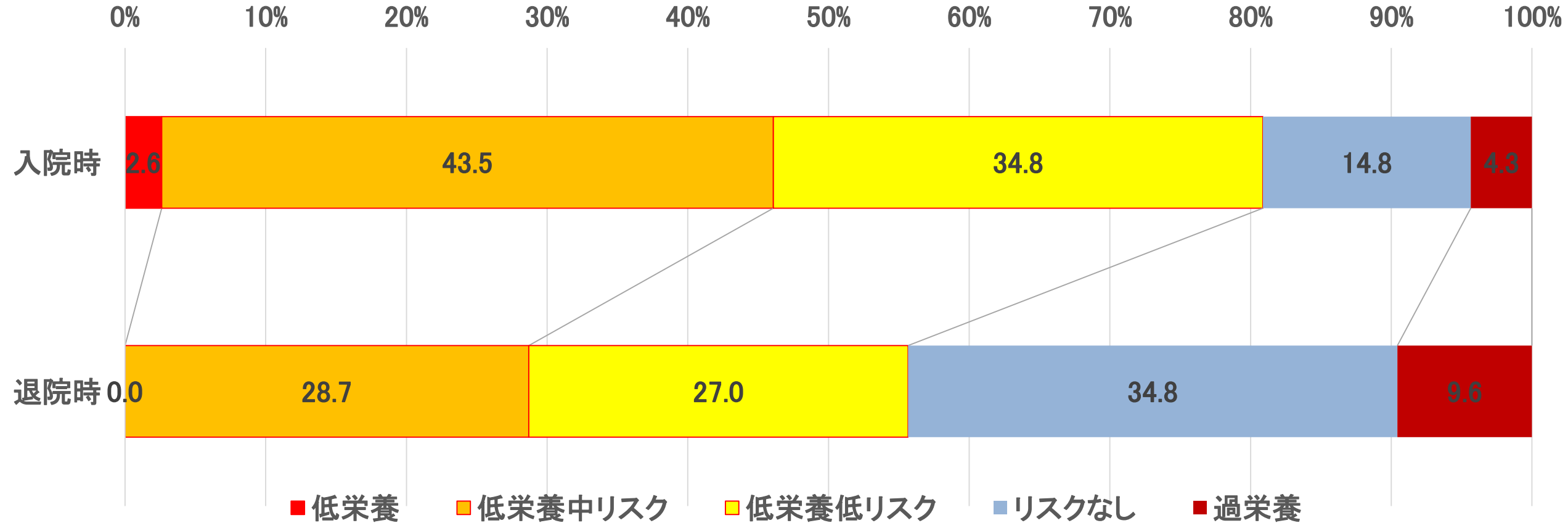
2022年度診療報酬改定では回復期リハビリテーション病棟入院料の対象となる回復期リハビリを要する状態に「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患または手術後の状態」を追加する。

鶴巻では循環器専門医は常勤で在籍しているが、機器と専用の部屋がない別の病院では機器と部屋はあり、PTの心臓リハ指導士もいるが、循環器専門医が不在。

どちらも心疾患は回復期では  
廃用でしか受けられないのが現状

# 低栄養(MUST・GLIM基準)

人数分布(回復期全体):%表示 N=115



低栄養、低栄養中リスクで入院してくる患者が45%以上 退院時は29%に減っている



# なぜ低栄養の患者が多いのか

- ①高齢者が多くもともと低栄養(退院時は低栄養が減っているので、そうとは言えない)
- ②急性疾患による侵襲によって、筋肉の分解(異化)が進んだ
- ③絶食や末梢静脈点滴のみによるカロリーの少ない栄養管理
- ④急性疾患による炎症からのエネルギー消費増大
- ⑤管理栄養士の関与が少ない

## 低栄養でのリハの問題

エネルギー不足の場合筋肉を分解してエネルギーを得るため、筋肉量が減少し逆効果

リハ効果が下がる

低栄養で入院してくると、入院後しばらく低栄養は悪化する。

回復までに1か月以上の時間がかかる

# 生活期(在宅等)リハビリテーション

## 1. 退院後にADLが悪化する例が多い

退院後のリハビリテーション介入が遅れる

(退院後も早期からリハビリテーションを介入するとADLの改善につながる)

フォロー体制が充実していない(状態悪化の気づきにくい)

介護保険サービスを多く導入しているケースでも連携の悪さからタイムリーな関りにならない

FIMとBIの違い 比較しにくい

## 2. かかりつけ医のリハへの関与が少ない

脳卒中地域連携パスは診療所までは連携できなかった

内科的な管理はできても、リハビリテーションの知識が不十分

## 3. 回復期退院後のフォロー体制が必要

プライマリ・ケアの重要性は分かっている、それらをマネジメントできる総合診療医が少ない

訪問リハ、訪問看護、予防活動、訪問栄養指導

地域リハビリテーションの  
体制と充実が必要

疫病退散妖怪の  
アマビエを従えて  
コロナ退治に向  
かう桃太郎  
作者 左龍太郎  
(鈴木龍太)



医療・介護職が使  
命感を持って戦わ  
なければ  
新型コロナ肺炎に  
は勝てません。  
暗くならず前向  
きに明るく頑張り  
ましょう

コロナ禍も 力合わせて ワンチーム