

# リハビリテーション科

## 1. 活動実績

### (1) 総括

#### ① 依頼件数

リハビリテーション科は、院内症例コンサルテーションを中心に診療活動を行っている。2016年度のリハビリテーション科依頼件数は、表1-1に示すように4178件であった。前年度の新患数は3555件（前々年度3015件）であったので、年度ごとに新患依頼数は増加傾向にあり、2016年度は前年度比623件の増加（前年比117.5%）であった。

図1-1に年度別に月別の新患依頼数を示した。2016年度は、すべての月で昨年度を上回る依頼数となっている。

表1-1 2016年度 診療科別新患依頼件数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	比率
全科	310	336	317	323	377	318	384	369	342	403	331	368	4178	100.0%
整形外科	42	35	47	50	45	44	59	55	40	43	44	57	561	13.4%
外科	26	38	45	39	47	32	56	40	34	42	33	50	482	11.5%
呼吸器科	21	28	30	35	39	26	34	34	31	43	33	32	386	9.2%
循環器科	30	25	27	23	27	15	34	35	52	50	28	22	368	8.8%
脳外科	33	32	24	25	28	35	36	29	28	25	27	23	345	8.3%
救急部	27	30	13	14	27	21	19	27	26	33	20	32	289	6.9%
神経内科	16	23	21	20	23	32	18	23	18	25	15	23	257	6.2%
消化器科	18	18	19	20	20	17	19	22	19	24	23	21	240	5.7%
内分泌・代謝科	20	20	13	8	6	16	19	12	13	21	31	16	195	4.7%
腎臓内科	8	14	8	16	32	15	7	15	13	11	16	17	172	4.1%
膠原病科	11	13	16	16	16	13	14	19	13	14	12	15	172	4.1%
総合診療科	14	5	11	11	10	10	18	5	12	15	8	10	129	3.1%
血液内科	7	8	9	11	19	9	11	15	10	10	8	3	120	2.9%
小児科	3	4	2	4	10	6	15	3	9	7	6	13	82	2.0%
心臓血管外科	10	11	6	5	6	1	0	3	5	9	12	12	80	1.9%
渡航者健康	3	6	6	1	0	3	5	8	4	13	3	2	54	1.3%
新生児内科	2	3	5	9	5	6	6	4	2	5	0	3	50	1.2%
ACC	4	9	2	3	4	2	0	7	2	1	2	2	38	0.9%
耳鼻咽喉科	4	4	3	3	2	2	4	1	5	4	2	2	36	0.9%
皮膚科	1	0	2	2	5	5	2	4	2	1	3	3	30	0.7%
泌尿器科	2	3	2	2	0	0	4	3	0	2	1	6	25	0.6%
呼吸器外科	2	2	4	1	2	4	1	1	2	1	1	2	23	0.6%
婦人科	2	1	1	3	3	0	1	0	1	0	1	2	15	0.4%
精神科	2	2	1	1	1	0	2	2	0	2	0	0	13	0.3%
歯科・口腔外科	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5	0.1%
DCC	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	5	0.1%
形成外科	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0.1%
放射線科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0.0%
歯科・口腔外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.0%
麻酔科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%
感染症科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%

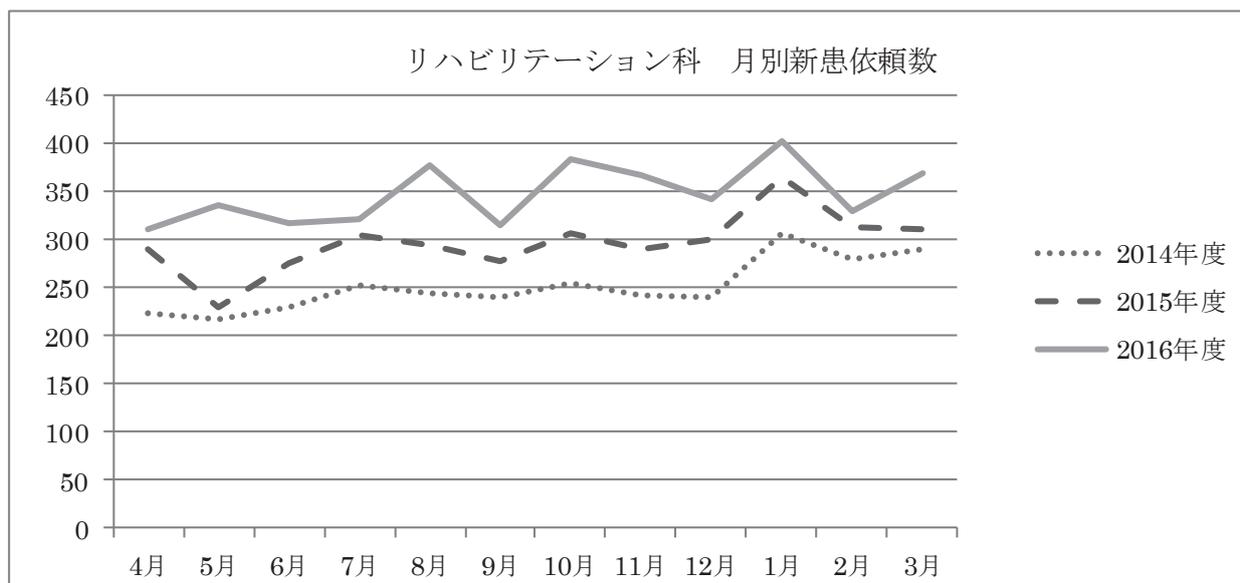


図1-1 リハビリテーション科 月別新患依頼数

2016年度における、入院症例のリハビリテーション科依頼件数の主治科別分類の前年別比較を図1-2、表1-2に示す。整形外科、外科、呼吸器科、脳外科、救急科、神経内科の順に依頼が多く、2016年度は、この6科で59.7%と、半数以上を占めている。昨年比では、新生児内科(277.7%)、腎臓内科(160.7%)、消化器科(134.8%)、内分泌・代謝科(132.6%)、整形外科(122.9%)、膠原病科(122.8%)、循環器科(114.6%)、外科(111.1%)が大きく伸びている。一方、脳外科(97.45%)、神経内科(94.8%)、総合診療科(81.6%)、心臓血管外科(80.0%)からの依頼は減少した。

心臓血管外科(114.9%)は年々増加傾向にあったが、2016年度は減少に転じた。直近の3年間をみると、整形外科、外科、呼吸器科、循環器科、救急科、消化器科、内分泌・代謝科、膠原病科、血液内科、新生児内科は漸増傾向にある。

元来、整形外科、脳外科、神経内科に関しては疾患そのものが身体障害をもたらす場合が多いので、リハビリテーション科への兼診は多い傾向にあった。外科の増加については、周術期リハ依頼が定着しつつあること、また、「がんリハビリテーション研修」への医師・看護師の参加などで「がんリハビリテーション」が浸透して来ていることが考えられる。循環器科、心臓血管外科からの依頼については、CPXの実施やカンファレンス、勉強会の開催等により主治科での「心臓リハビリテーション」の理解が深まっていることが影響していると考えられた。また、絶対数は少ないものの、新生児内科の依頼数も増加傾向にある。これも、病棟でのカンファレンス実施等で情報共有が図られ、主治科におけるリハビリテーションの効果が認識され需要が高まっているものと考えられた。

糖尿病に対する運動療法は、昨年度は減少に転じたが、今年度は昨年度に比べて増加を認めており(前年度比128.1%)、多くの依頼を受け入れている。

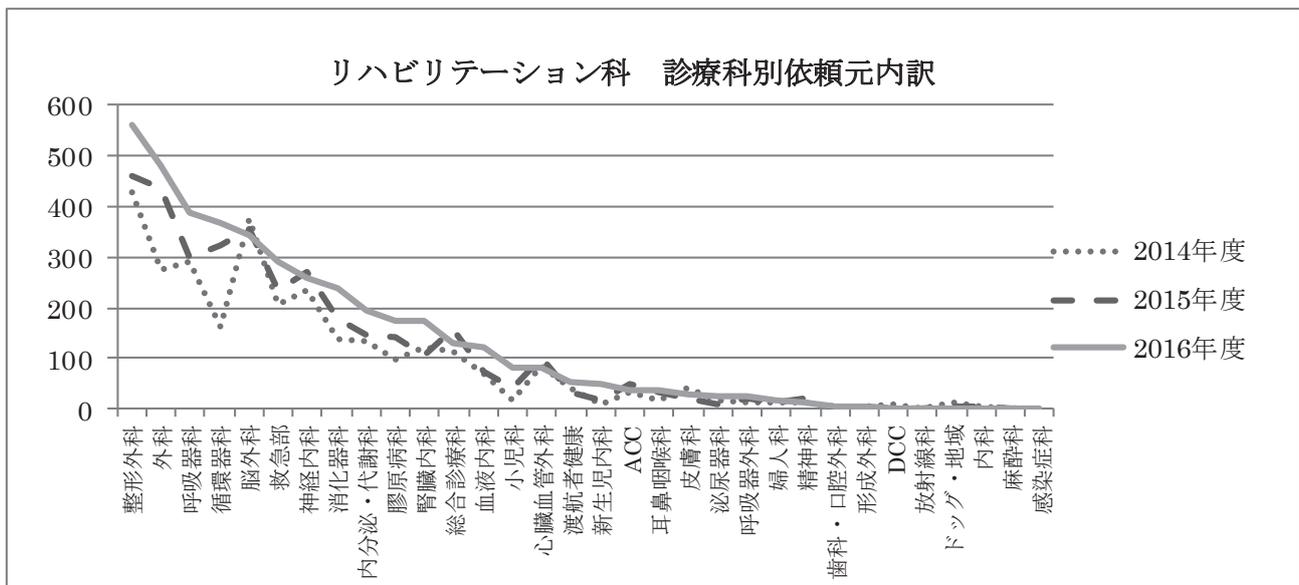


図 1-2 リハビリテーション科 診療科別依頼元内訳

表 1-2 新患依頼数

	2014 年度	2015 年度	2016 年度
整形外科	426	458	561
外科	273	434	482
呼吸器科	290	298	386
循環器科	160	321	368
脳外科	376	354	345
救急部	205	235	289
神経内科	235	271	257
消化器科	137	178	240
内分泌・代謝	132	147	195
膠原病科	99	140	172
腎臓内科	120	107	172
総合診療科	113	158	129
血液内科	68	75	120
小児科	18	40	82
心臓血管外	87	100	80
渡航者健康	40	34	54
新生児内科	10	18	50
ACC	34	50	38
耳鼻咽喉科	15	35	36
皮膚科	40	22	30
泌尿器科	15	8	25
呼吸器外科	11	22	23
婦人科	12	14	15
精神科	12	19	13
歯科・口腔外	6	1	5
形成外科	5	3	5
DCC	7	2	3
放射線科	0	0	2
ドッグ・地域	14	6	1
内科	4	5	0
麻酔科	0	0	0
感染症科	0	0	0
合計	2964	3555	4178

## ②月初め処方率

年度別月別の月初めの院内処方率（月の営業日初日現在の処方数 / 入院患者数）を図 1-4 に示した。2016 年度の月初めの処方率は、月平均 47.90% で年々増加傾向にある。（2015 年度 43.53%、2014 年度 34.63%）

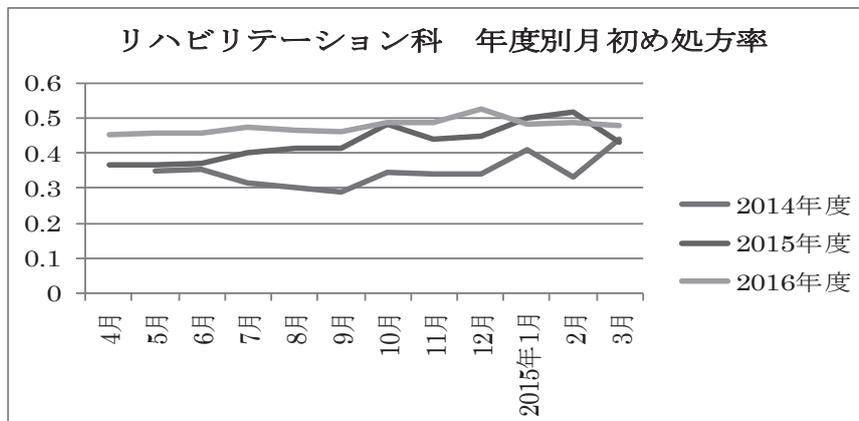


図 1-3 リハビリテーション科 年度別月初め処方率

## ③実施単位数

図 1-4 に、直近 3 年間の月毎の実施単位数を示す。2016 年度のリハビリテーション科の総実施単位数は、計 111,058 単位（月平均 9,254.8 単位）、昨年度の計 92,707 単位（同 7,725.6 単位）を上回っている。総取得単位は、年々増加傾向にある。月別でも、全ての月で昨年度同月の月別総実施単位数を上回っている。2016 年度は、4 月に PT2 名、8 月に PT1 名、9 月、10 月にそれぞれ ST1 名ずつが増員となり、また、4 月半ばに産休であった OT2 名が復帰した。一方、12 月初め、3 月初めから OT1 ずつが産休を取得している。実質的にはスタッフの増員が図られ、算定単位数の増加につながったと考えられる。

疾患別リハビリテーションの比率では、図 1-5 に示すように、「脳血管疾患等リハビリテーション料」の算定の比率が高く、全体のおよそ 4 割（38.8%）で、次いで「脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群）」（以下「廃用症候群」とする。）（24.8%）、「運動器リハビリテーション料」（17.5%）の算定となっている。

昨年度と比べると、「廃用症候群」（昨年度 15.8%）と「がんリハビリテーション料」（2016 年度 10.6%、昨年度 8.4%）が増加している。一方、「脳血管疾患等リハビリテーション料」は減少（昨年度 46.1%）、呼吸器疾患リハビリテーション料（2016 年度 3.0%、昨年度 4.1%）、「心大血管リハビリテーション料」（2016 年度 4.7%、昨年度 5.6%）も若干減少した。「運動器リハビリテーション料」（昨年度 17.7%）ではほぼ横ばいであった。これには、「がんリハビリテーション料」の処方数が昨年度に比べて伸びていることが背景にあり、また ST に各種がんの診断名でのリハビリ処方依頼であっても、ST に対して摂食機能療法を処方する際に「廃用症候群」で処方されるケースもあることが「廃用症候群」の算定率をあげた一因であると考えられた。一方、「脳血管リハビリテーション料」の算定比率は下がっているが、相対的に昨年度に比べて処方は増加しており、それとともに算定単位数は増加しているため、比率として下がったものと考えられる。実質の取得単位数では（図 1-6）、「呼吸器疾患リハビリテーション料」（前年度比（85.5%））、「心大血管リハビリテーション料」（同 99.1%）と若干減少したが、その他の疾患別リハビリテーション料は増加している。中でも、「廃用症候群」（同 188.0%）、「がんリハビリテーション料」（同 151.3%）と著しく増加しているのが特徴的である。

直近の 3 年間の推移を見ると「がんリハビリテーション料」の増加が際立っているのが特徴と言える。

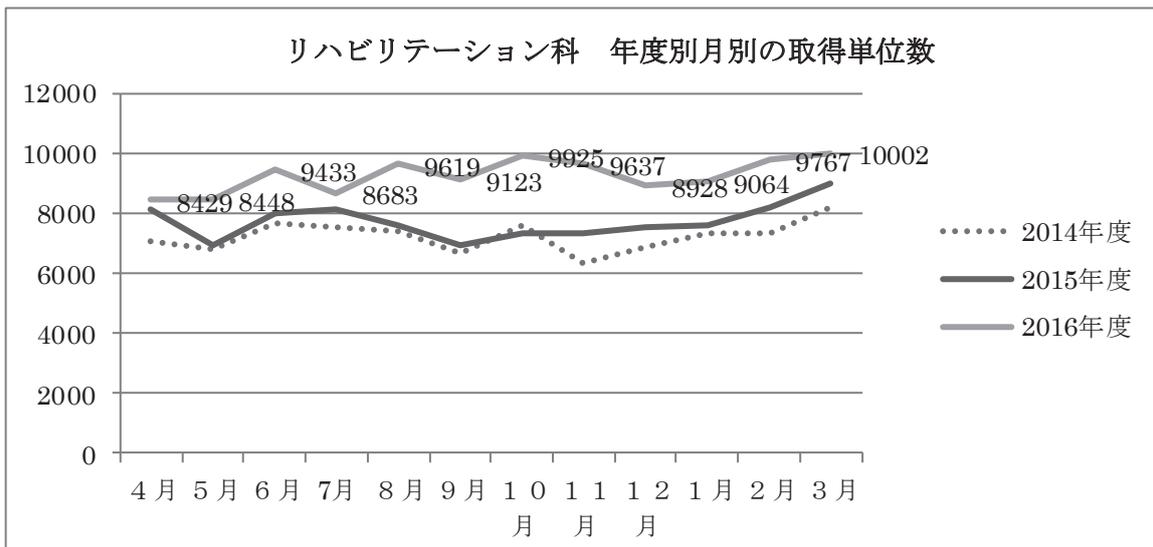


図 1-4 リハビリテーション科 年度別月別の取得単位数

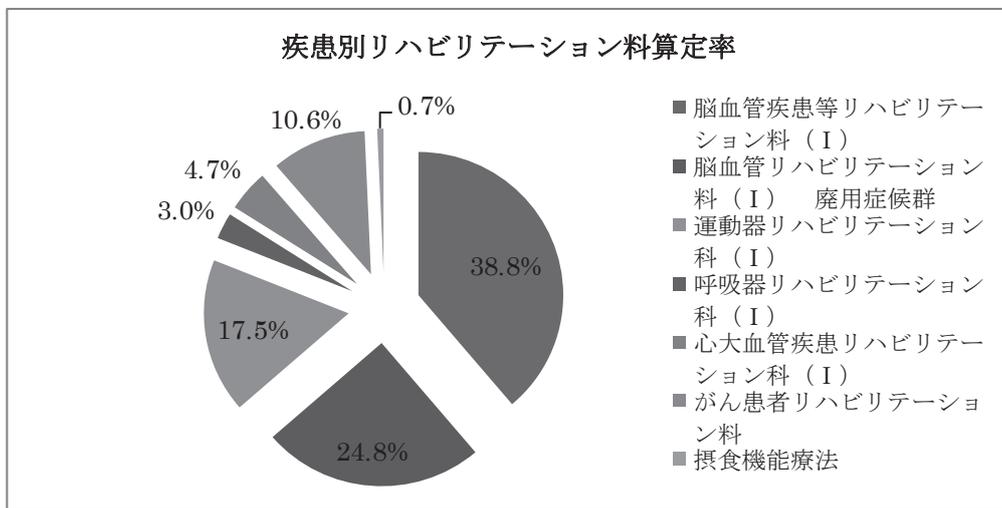


図 1-5 疾患別リハビリテーション料算定率

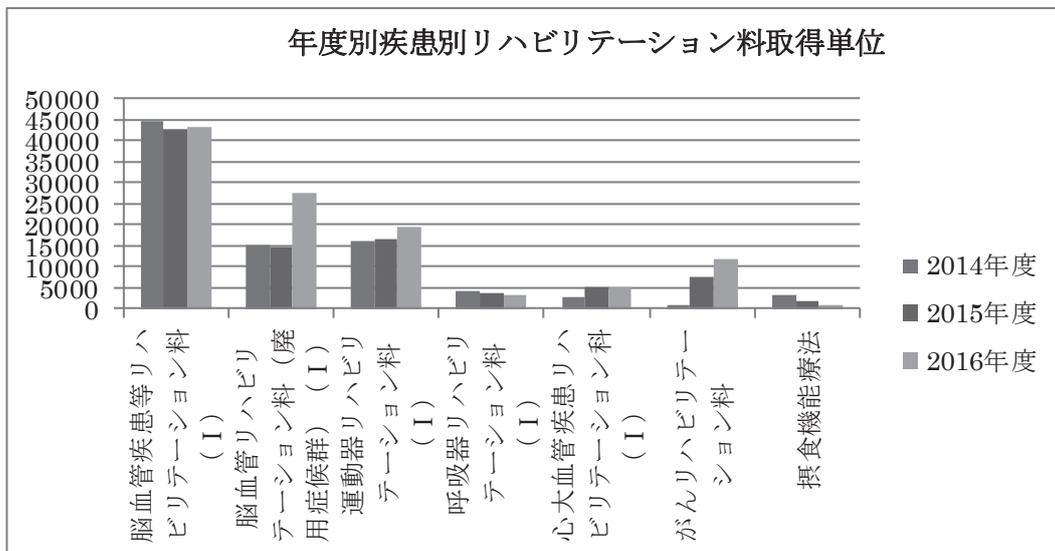


図 1-6 年度別疾患別リハビリテーション料取得単位

④その他のサービス

図 1-7 に年度別のリハビリテーション総合実施計画書算定件数および退院時指導料、図 1-8、図 1-9 にそれぞれ年度別月別の総合実施計画書算定件数および退院時指導料を示した。2016 年度のリハビリテーション総合実施計画書の算定件数は、計 3697 件（前年度比 + 489 件、115.2%）、退院時リハビリテーション指導計 1299 件 1180 件（前年度比 +119 件、110.1%）となり、いずれも年々漸増傾向にある。特にリハビリテーション総合実施計画書の算定件数は、2016 年度においても年度末にかけて右肩上がりに算定件数は増加している。

リハビリテーション総合実施計画書の算定には、リハビリテーション科各部門および看護部門の協力が不可欠であり、算定が増加したのは各スタッフの各部門の連携とスタッフの経営意識が高まっていることが要因と思われる。

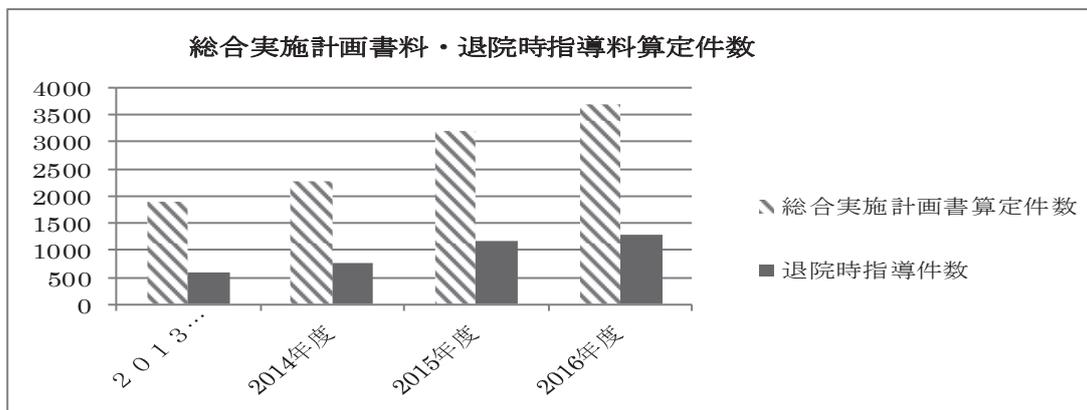


図 1-7 総合実施計画書料・退院時指導料算定件数

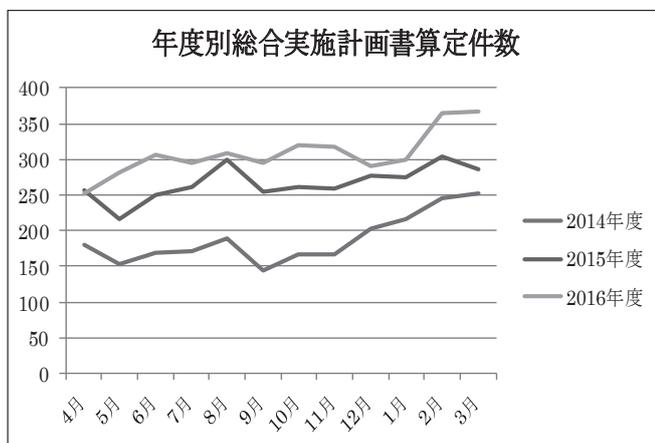


図 1-8 年度別総合実施計画書算定件数

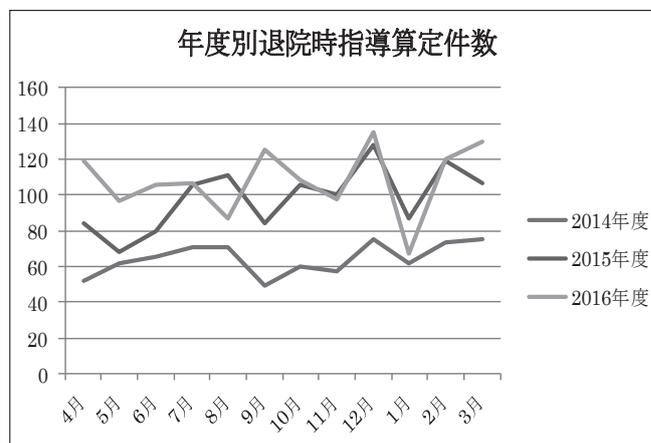


図 1-9 年度別退院時指導算定件数

⑤転帰

当科でのリハビリテーション実施患者の転帰を図 1-10 に示す。

リハビリテーション実施患者の転帰としては、自宅退院が 2548 件（62.5%）（前年度 62.6%）、回復期リハ転院 445 件（10.9%）（前年度 11.8%）、一般病院・亜急性期病棟転院 151 件（3.7%）（前年度 3.1%）、療養病院転院・有料老人ホームがそれぞれ 151 件（3.7%）（前年度 3.0%）の順となっている。相対数は増えているが、転帰の比率はほぼ前年度と同じとなっている。

自宅退院症例には、退院時指導、回復期リハ病院および一般病院・亜急性期病院転院症例には、必要に応じて報告書を作成するなどのサービスを実施している。

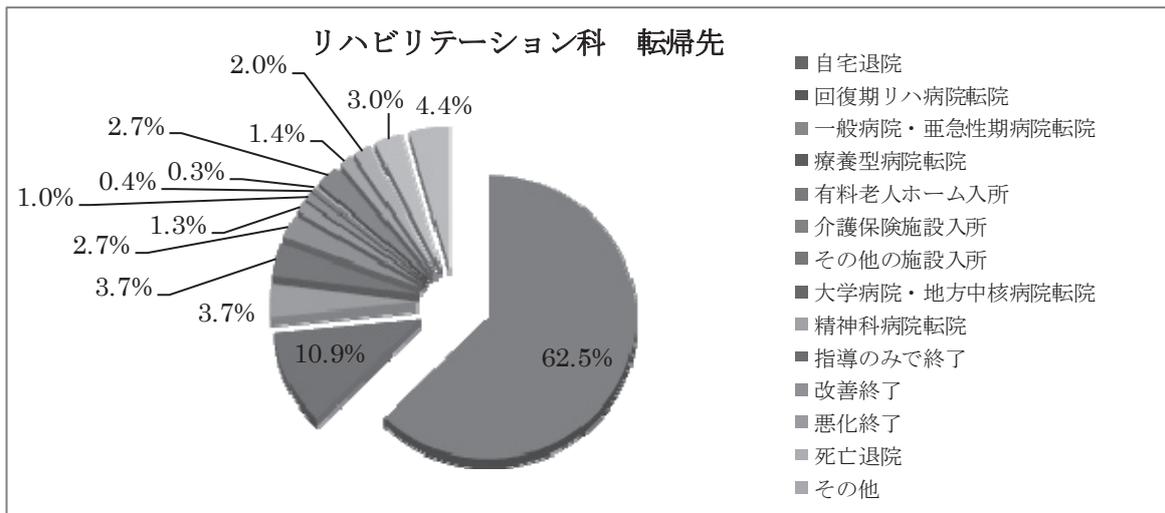


図 1-10 リハビリテーション科 転帰先

⑥院内各診療科とのカンファレンス、各種委員会・WG、カンファレンス・ミーティング、会議他。

表 1-3 に各主治科とのカンファレンス一覧を掲示した。当科では、リハビリテーションの依頼のあった各診療科の主治医とリハ医、看護師、MSW 等が定期的カンファレンスを開催し、患者の病態、リハビリテーションの進行状況、社会的背景等を情報共有し、今後の治療方針を検討している。主にカンファレンスにはリハ医が参加して協議をおこなっているが、一部のカンファレンスには担当したセラピストも参加している。その他、表 1-4 に各種委員会・WG 等、表 1-5 にカンファレンス・ミーティング等、表 1-6 に会議等の一覧を掲示した。当科では、リハ医やセラピストも臨床でのリハビリテーション業務以外にも、院内の RST に代表される様な横断的組織や各種委員会に参加したり、医師・病棟スタッフとのミーティングを開催し業務の運営方法を検討するなどの活動も行っている。これらの活動は、患者の情報共有や業務運営方法に有用で有意義なことである。一方で、このような会議や委員会、ミーティング等の臨床におけるリハビリテーション業務以外の所謂間接的業務は年々増える傾向にあり、われわれの物理的負担にもなっている。

表 1-3 主治科・病棟カンファレンス

名称	参加者	日時・頻度	開催場所
整形外科カンファレンス	PT 藤田、PT 菅生	毎週月曜日 PM3:00 ~	8E ナースセンター
11E カンファレンス	藤谷医長、早乙女 Dr、藤本 Dr.	毎週火曜日 PM2:00 ~	11W ナースセンター
救急科カンファレンス	藤谷医長、早乙女 Dr、藤本 Dr.	毎週火曜日 PM1:30 ~	
心臓血管外科カンファレンス	藤谷医長、村松 Dr、PT 谷川、PT 嶋根、PT 中島	毎週水曜日 PM1:30 ~	11W カンファレンスルーム
5W カンファレンス	藤谷医長、早乙女 Dr、藤本 Dr.	毎週水曜日 11:00 ~	
4W カンファレンス	藤谷医長、早乙女 Dr、藤本 Dr.	毎週水曜日 14:00 ~	
循環器科カンファレンス	藤谷医長、早乙女 Dr、藤本 Dr.	毎週木曜日 AM9:00 ~	
NICU・GCU レンス	佐藤、河野	毎週木曜日 AM11:00 ~	
腎臓内科カンファレンス	藤谷医長、早乙女 Dr、藤本 Dr.	毎週木曜日 PM0:45 ~	
6E カンファレンス	PT 西垣	隔週水曜日 PM2:00 ~	
7W カンファレンス	PT 西垣	毎週木曜日 PM1:30 ~	
神経内科カンファレンス	藤谷医長、早乙女 Dr、藤本 Dr.	毎週木曜日 PM3:00 ~	
脳外科カンファレンス	藤谷医長、早乙女 Dr、藤本 Dr.	毎週木曜日 PM4:00 ~	
8Wカンファレンス	藤谷医長、早乙女 Dr、藤本 Dr.	毎週金曜日 PM1:45 ~	

表 1-4 各種委員会・WG等

	名称	頻度	開催場所	参加者	内容	備考
委員会	生活習慣病委員会	1回/2月		PT谷川、PT菅生	DM教育入院に関わる報告など	
	認知症・リエゾンケア委員会			OT唐木		
	SCU運営委員会	毎月第3金曜日 16:00～	ICUカンファレンス ルーム	村松先生、PT小町 士長	SCUにおける実 績の報告他	
	保険委員会		藤本先生			
	DPC業務推進委員会		藤本先生			
	院内感染防止対策委員会		藤本先生			
	病院災害医療対策委員会	年4回 第3木曜日 16:00～	研修棟 セミナー室	ST丸目主任		
	病院災害医療対策小委員会	年8回 第3木曜日 16:00～	研修棟 セミナー室	ST丸目主任	病院災害医療対 策委員会のない 月に開催	
	診療録委員会	月1回		早乙女		
	クリニカルパス委員会	月1回		早乙女		
	RST委員会	奇数月 第1水曜日	レセプション ルーム	藤谷先生、PT小町 士長、PT嶋根	RSTの運営や現 状報告	
WG	転倒転落WG			PT河野		
	病院災害医療対策委員会 WG	適時		ST丸目		
	JCI・WG	未定				
	新専門医制度準備WG			藤本先生		

表 1-5 カンファレンス・ミーティング等

カンファレンス	嚥下カンファレンス	毎月第一水曜日 18:00～	研修棟5階 小会議室	準備責任者は丸目、 英文抄読はSTが 輪番で担当、その 他のスタッフは参加		
ミーティング等	SCUミーティング	月1回 不定(月末) 17:30～	リハビリテーション科 OT部門	OT唐木、PT小町、 PT本間、PT藤田、 ST宮内、ST柏村、 村松	SCUの運営、脳 卒中サマリーの 確認	
	上部消化管周術期 ミーティング(SCRUM)	第1又は第2木曜日 16:30～		PT中島、ST月永		
	研究ミーティング		リハビリテーション科 カンファレンス室	任意の希望者	研究計画および 内容の共有、発 表、伝達他。	
	心リハミーティング	毎週水曜日 12:30～	リハビリテーション科 カンファレンス室	PT嶋根、PT谷川、 PT中島	心臓班で担当し ている患者の現 状報告、心臓リハ ビリの方針につい ての確認。	
	6Eミーティング	月1回 月曜日 (変動有)17:30～		6E看護師長、副看 護師長、早乙女先 生、PT河野	患者確認、今後 の方針の決定、 連携等	
	栄養ミーティング	月1回 第4月曜日 13:45～14:15		窓口はST竹田ST 全員、村松先生、藤 谷先生		
	臨床倫理サポートチーム (EST)ミーティング	適時開催		ST丸目主任and/ orST竹田	案件があれば招 集がかかる	

表 1-6 会議等

会議	センター運営会議	1回/月		藤谷医長。PT小町士長	当院運営方針・経営指標等の確認他
	リハビリテーション科運営会議		リハビリテーション科カンファレンスルーム	藤谷医長、PT小町士長、PT菅野主任、(OT竹田主任)、ST丸日主任 (PT池田)	医長、士長、主任等によるリハビリテーション科内の運営の検討、協議、決定、承認等
	リスクマネージャー会議	月1回第4水曜日 16:00～17:00	研修棟5階 大会議室	小町士長、PT福田、ST竹田	
	臨床倫理サポートチーム (EST) 運営会議	月1回第1金曜日 16:00～		ST丸日主任and/orST竹田	ミーティングケースの振り返り等
その他	ADL検討会	毎週水曜日 PM2:00～	9Wナースステーション	検討会対象者担当セラピスト	FIMの確認、ADL上の問題点の抽出、解決策の検討、目標設定等。
	RST	毎週木曜日	ICUカンファレンスルーム→ラウンド	PT嶋根、PT池田、PT福田、PT小町	人工呼吸器サポートチーム
	生活習慣病教室	隔週木曜日		PT谷川、PT菅生	
	コメディカル情報交換会	月1回第一火曜日 11:00～	看護研究室	PT小町士長	各コメディカル部長、技師長等による情報共有

### ⑦課題

依頼患者の増加に加え、病院横断的業務への参画も増加しており、依頼件数の増加以上にスタッフ一人当たりの業務量の増加が生じている。このような状況に対し、今年度はリハビリテーション科のスタッフは定員医師4名（4月1日付けで1名増員）、理学療法士14名（4月1日付けで1名増員）、作業療法士6名（4月1日付けで1名増員、但し非常勤1名欠）、言語聴覚士5名の体制でスタートした。（OT2名が産休）

OT部門では、4月半ばに2名の産休職員が復帰し、8月1日からあらたにPT1名が増員となり、9月1日、10月1日にそれぞれ1名ずつSTが増員となった。この結果年度末の段階では、スタッフは定員医師4名、PT15名、ST6名、ST7名の体制となった。しかしながら、前述の様に、院内の横断的組織への参加や各種委員会、会議、ミーティング等の間接的業務も年々増加しており、病院の規模および実際の依頼件数も考慮すると、まだまだ適正な人数とは言えない状態であると言える。

また、がんリハビリテーションの需要は高まっているが、がんリハビリテーション算定に必須である「がんリハビリテーション研修」を未受講のスタッフが残存しており、研修の受講を進めることも必要である。

## (2) 理学療法部門

### ①人員

2016年度は、前年度から1名増員となり常勤職員定員14名（4月から前年度産休を取得していたスタッフも復帰）の体制でスタートとなった。8月1日から新たに1名が採用となり、計15名の体制に拡充された体制での運営となった。

### ②処方

2015年度のPT処方は3692件で、前年度比+467件（前年度比114.5%）で、月平均307.6件（前年度268.8件）であった。昨年度は月平均269.8件であったので、2016年度は月平均37.87件増加し

た計算となる。2016年度のPT処方方の依頼元各診療科別処方数を図2-1、年度別の依頼元診療科処方数を表2-1、図2-2に示す。

2016年度は整形外科、外科、循環器科、脳外科、呼吸器科、救急科、神経内科部の順に処方数が多く、この6科で全体の65.1%（昨年度はこの7科で68.5%）を占めている。内分泌・代謝科（前年度比154.0%）、腎臓内科（同140.4%）、血液内科（同138.9%）、膠原病科（同122.2%）、救急科（同119.5%）、循環器科（同115.4%）、整形外科（同114.9%）からの処方が昨年度より大きく増加しているのが特徴で、絶対数は少ないものの、小児科（同216.7%）、新生児内科（同276.56%）も比率としては大きく伸びを示している。これは、外科では腹膜偽粘液腫やその他の癌患者の術前術後の周術期依頼の増加が影響していること、循環器科では心臓リハビリテーションが、小児科および新生児内科では、小児症例に対するリハビリテーションが主治科に浸透してきていることがあると考えられる。その背景にはそれぞれの分野でのリハビリテーション業務のアウトカムの実績やカンファレンスの実施等により主治科で認知され、リハビリテーションの需要が高まってきたことがあげられると思われる。その他、呼吸器科、神経内科、脳外科等でも処方数が増加している。また、直近の3年間をみると、整形外科、循環器科、呼吸器科、神経内科、救急科、消化器科、血液内科、内分泌・代謝科、小児科、新生児内科等は漸増傾向にあり、従来の運動器リハビリテーション、脳血管疾患リハビリテーションが主として処方されていたものが、外科からの周術期の癌がんリハビリテーション、呼吸器科からの呼吸リハビリテーション、および心臓血管外科、循環器科からの心臓リハビリテーションの依頼が増加しており、診療科でも多岐にわたる疾患別リハビリテーションが浸透しつつあると言える。また急性期におけるリハビリテーションの重要性も認知されつつあり、リハビリテーション科への需要がたかまっているものと思われる。

2016年度の疾患別リハビリテーションの処方を図2-3、年度別疾患別リハビリテーションのPT処方数を図2-4に示す。「脳血管リハビリテーション料I」（28.2%）、「廃用症候群」（22.8%）、「運動器リハビリテーション料I」（19.8%）の割合が高く、この3者で全体の7割以上（約52.5%）を占めるが、「心臓リハビリテーションI」、「がんリハビリテーションI」も徐々に処方数が増加傾向にあり、特に「がんリハビリテーション」は、前年度比431.7%と増加率の伸びは顕著となっている。

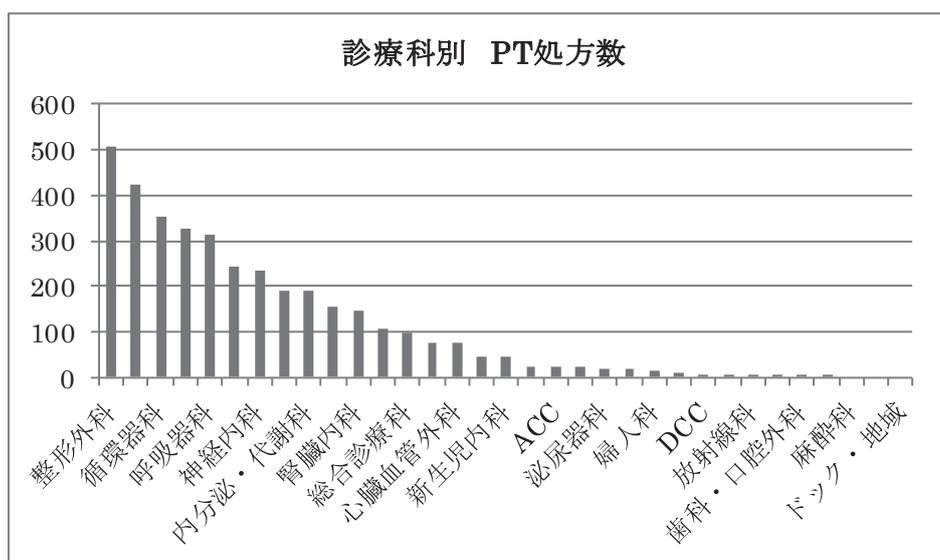


図2-1 診療科別 PT処方数

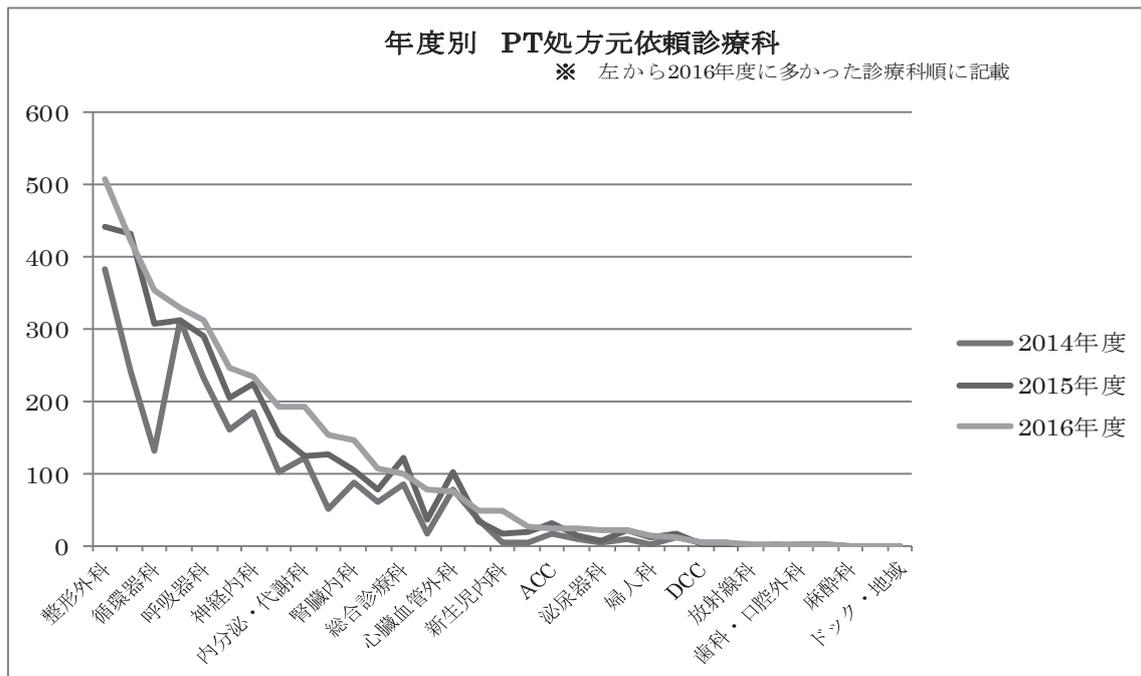


図 2-2 年度別 PT 処方元依頼診療科

表 2-1 年度別処方依頼元診療科件数

	2014年度	2015年度	2016年度
整形外科	382	441	507
外科	240	432	423
循環器科	130	306	353
脳外科	312	311	328
呼吸器科	230	289	313
救急部	161	205	245
神経内科	184	225	233
消化器科	102	152	192
内分泌・代謝科	121	124	191
膠原病科	50	126	154
腎臓内科	86	104	146
血液内科	59	77	107
総合診療科	84	120	100
小児科	15	36	78
心臓血管外科	77	101	75
渡航者健康	35	34	47
新生児内科	3	17	47
耳鼻咽喉科	4	18	25
ACC	17	30	24
皮膚科	9	14	24
泌尿器科	5	7	21
呼吸器外科	8	22	20
婦人科	2	12	14
精神科	10	17	12
DCC	3	2	5
内科	3	2	3
放射線科	0	0	2
形成外科	0	1	1
歯科・口腔外科	1	0	1
眼科	1	0	1
麻酔科	0	0	0
感染症科	0	0	0
ドック・地域	0	0	0
計	2334	3225	3692

2016年度の疾患別リハビリテーションのPT処方比率を図2-3、年度別疾患別リハビリテーションのPT処方比数を図2-4に示す。2016年度の疾患別リハビリテーション料のPT処方比率では「脳血管リハビリテーション料I」(28.2%)、「廃用症候群」(22.8%)、「運動器リハビリテーション料I」(19.8%)の割合が高く、この3者で全体の7割以上(約52.5%)を占める。また、年度別の疾患別リハビリテーション料の処方数では、相対的に処方数は増えているが、特に「廃用症候群」(前年度比155.2%)、「呼吸器リハビリテーション料」(同150.0%)、「がんリハビリテーション料」(143.8%)が大きく伸びているのが特徴的である。

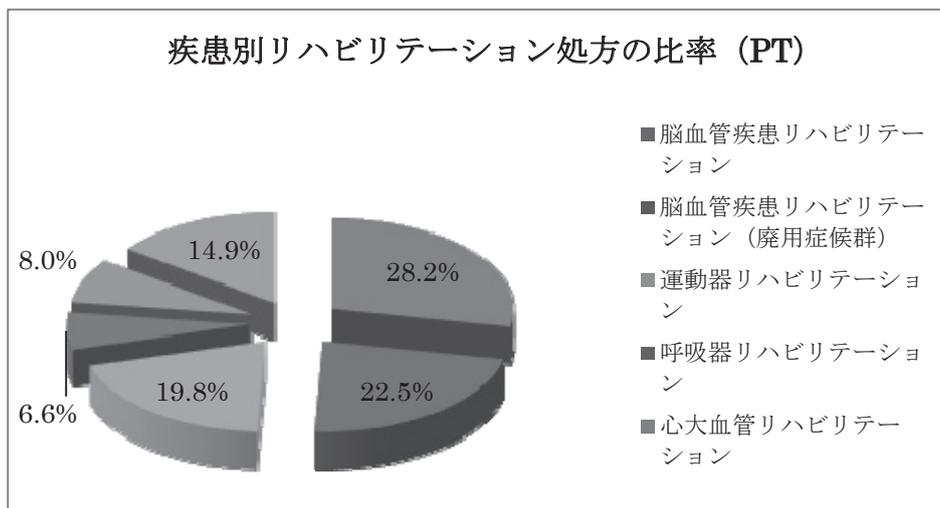


図2-3 疾患別リハビリテーション処方の比率 (PT)

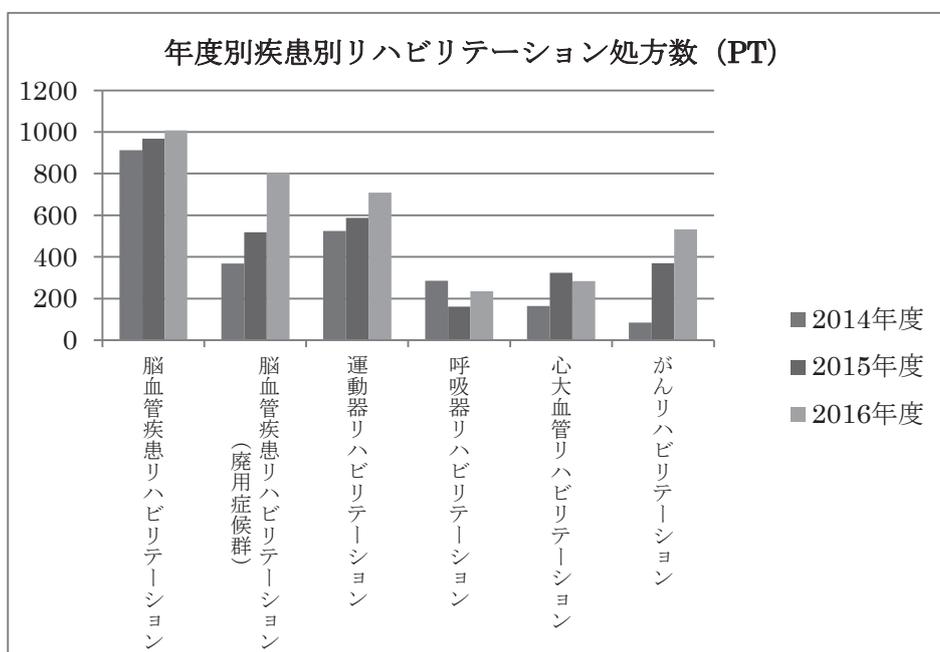


図2-4 年度別疾患別リハビリテーション処方数 (PT)

### ③取得単位

図2-5に、年度別の月別の取得単位を示した。2016年度の年間の総実施単位数は62,991単位で、対前年比+6,936単位(前年度比112.4%)となった。これは、4月に1名、8月に1名のセラピストが採用となり、セラピストの拡充が図られたことが最大の要因であるといえるであろう。セラピスト一

人あたりの算定上限が定められている現在の診療報酬制度においては、増収はセラピスト増員に因るところが大きいと言える。

2016年度の。昨年度の年間の総実施単位数は62,991単位で各月のセラピスト一人当たりの取得単位の平均は、361.0単位であった。昨年度の年間の総実施単位数は56,065単位で各月のセラピスト一人当たり389.3単位であったので、年間の総実施単位数は昨年度を上回ったが、各月のセラピスト一人当たりの取得単位数は若干減少している。新採用となったスタッフは業務を円滑に遂行できるまでに多少の時間を要すことも、セラピスト一人あたりの取得単位数減少に影響していることも考えられた。

2016年度の疾患別リハビリテーション算定数の比率を図2-6に、年度別の疾患別リハビリテーションの算定数を図2-7に示す。

2016年度は、「脳血管疾患リハビリテーション料」の算定数が最も多く(27.0%)、次いで「運動器疾患リハビリテーション料」(26.5%)、「脳血管リハビリテーション(廃用症候)料」(21.4%)の順となっている。

年度別の疾患別リハビリテーション料算定率をみると「廃用症候群」(前年度比160.1%)、「がんリハビリテーション料」(同131.6%)、「運動器リハビリテーション料I」(同114.3%)と前年度より増加しており、年度毎に漸増傾向である。今年度以降も、がんリハビリテーション研修の施設基準登録者は徐々に増加させる計画であり、今後の算定数の増加も期待される。

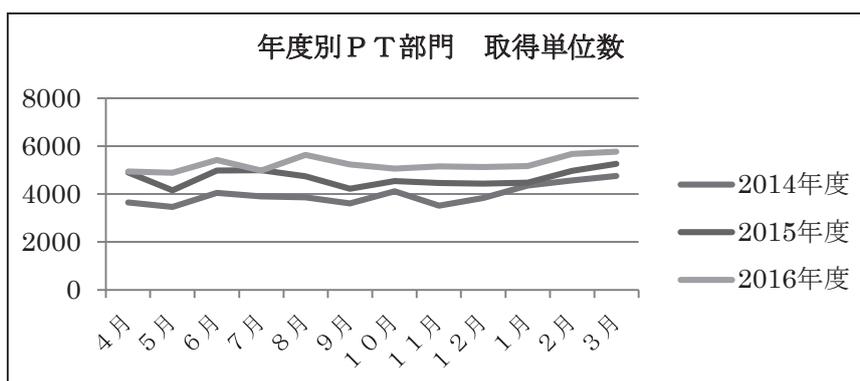


図2-5 年度別PT部門 取得単位数

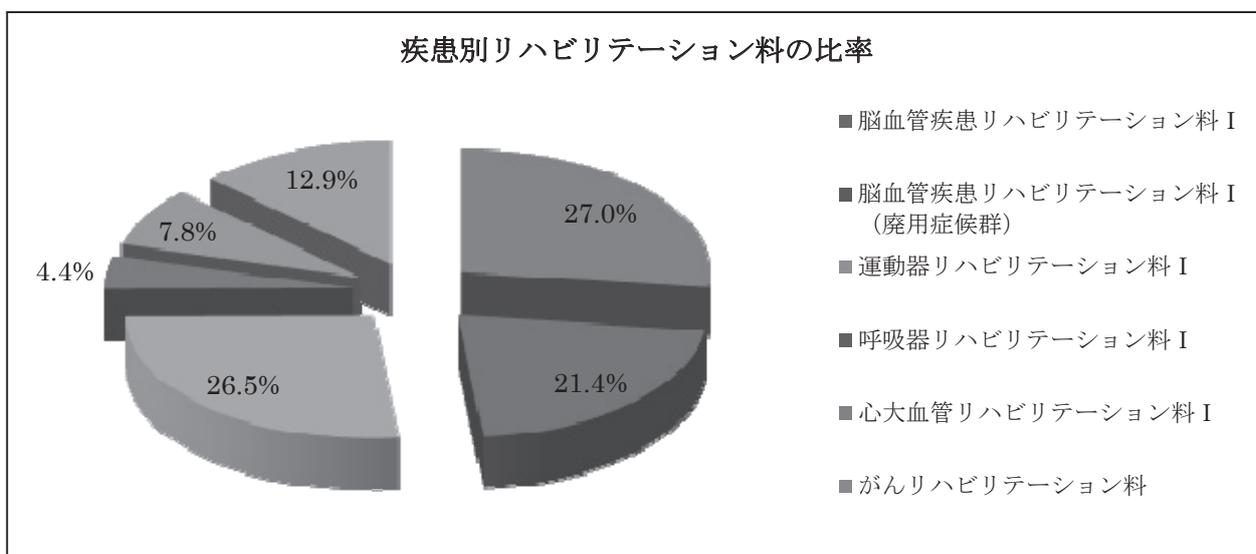


図2-6 疾患別リハビリテーション料の比率

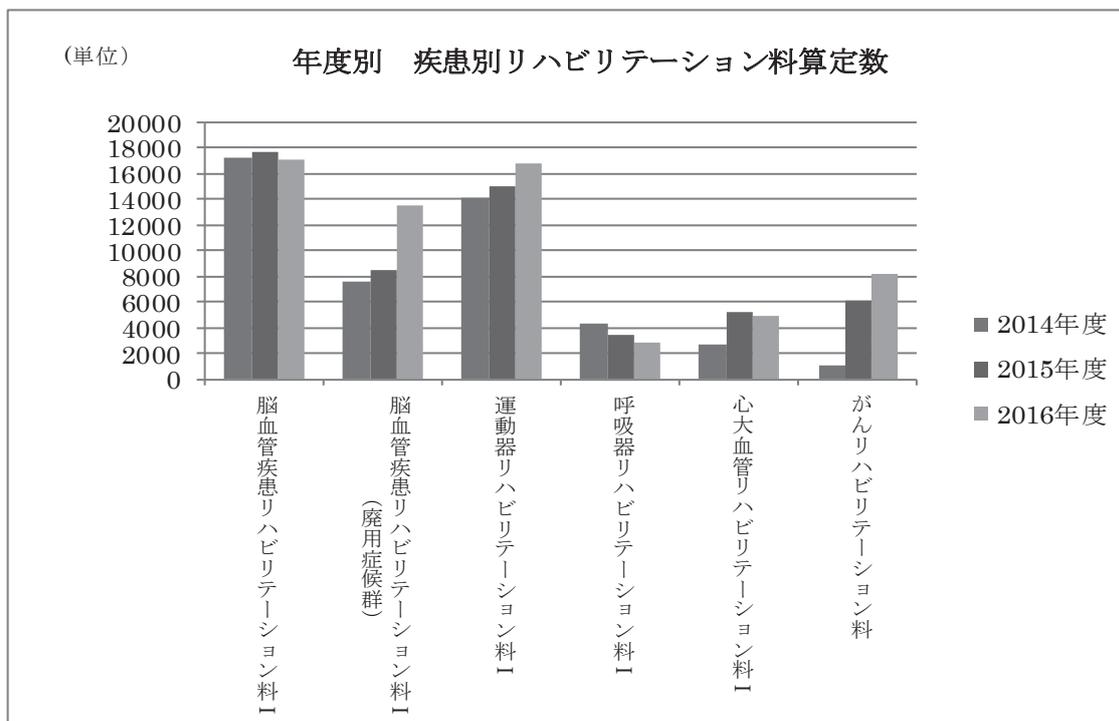


図 2-7 年度別 疾患別リハビリテーション料算定数

#### ④科内スタッフによる診療チーム

当科では、完全な縦割りではないが、いくつかの病態については、ある程度の担当制として、プログラムの内容を検討したり、他科との連携の窓口となるようなチームを作っている。今年度は、その中で、心臓リハビリテーションチーム、がんリハビリテーションコース、NICU/GCU 新生児リハビリテーションチーム、呼吸器リハビリテーションコース、DM リハビリテーションコースについて診療実績を報告する。

##### (ア) 心臓リハビリテーションチーム

###### a 概要

2014 年度から本格稼働した心臓リハビリテーションチーム（以下、心リハチーム）は処方数の増大に相まって、担当人員も増加し、現在 4 名体制で対応している。その活動は、入院リハビリから少数ながら外来リハビリ、入院・外来患者の心肺運動負荷試験（以下、CPX）、院内心リハ勉強会の開催、心臓血管外科および循環器内科で行われている治験の負荷試験の協力業務など多岐にわたる。

昨年度は国立循環器病センターおよびやわたメディカルへの心リハ見学、国病学会では二演題の発表など活動的であった。さらに今年度は理学療法士が心臓リハビリテーション指導士（以下、心リハ指導士）を取得したため、心リハ指導士は理学療法士 2 名、医師 1 名の計 3 名となった。

心リハ運動療法は個別対応と集団運動療法で対応している。心大血管リハで算定でき、かつ集団運動療法に実施できる症例については 15:00～16:00 の 1 時間 3 単位の集団運動療法で対応している。

###### b CPX 件数

入院外来含めた CPX の件数は 126 件であった。昨年度の 112 件と比較して 14 件増加であった。来年度は疾患別、入院外来別の集計できるように調整したい。

c 心リハ処方数（図 2-8）

循環器内科は今年度 364 件（医師のみの対応除く）のリハビリ処方があり、昨年度と比較して 154%であった。

心臓血管外科は今年度 77 件（医師のみの対応除く）で、昨年度比 79%であった。

循環器内科処方数の増加は、勉強会やカンファレンスなどを通じて循環器内科医師にも心リハが浸透したことや高齢化に伴う心不全患者の増加が要因と考えられる。

心臓血管外科が減少した理由としては、心臓血管外科医師の再編があり、手術数減少が影響していると考えられる。

今後も、循環器内科のリハ処方数は、患者の高齢化とともに心不全患者が増加することや、心リハの浸透により、高水準で推移することが予測される。

今年度は減少に転じた心臓血管外科のリハ処方数も、医師再編が行われて外科術が再開されたことにより、再度増加することが予測される。

心リハチームで担当した循環器内科および心臓血管外科のリハ処方の件数は、循環器内科処方 364 件のうち 252 件（図 2-9）、心臓血管外科処方 77 件のうち 66 件（図 2-10）であった。循環器内科の入院は廃用症候群や運動療法に適さない症例なども多く心リハチーム以外のセラピストにも多く担当が振り分けられていると考えられる。

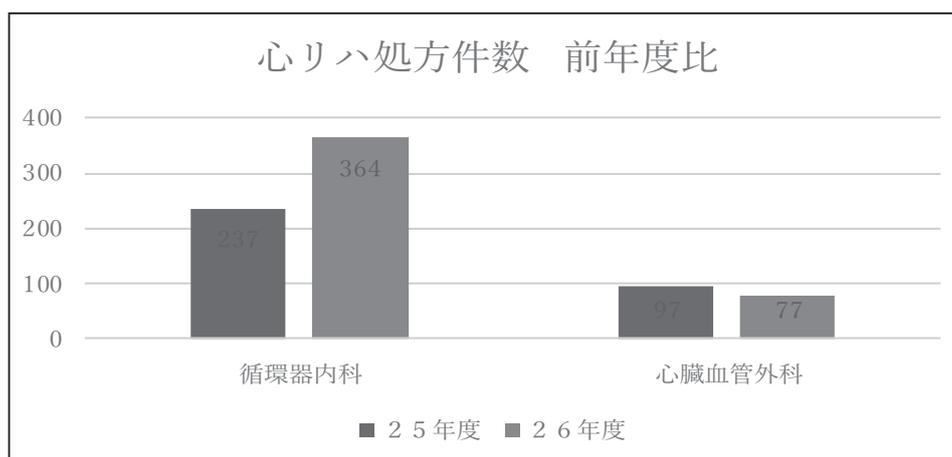


図 2-8 心リハ処方件数 前年度比

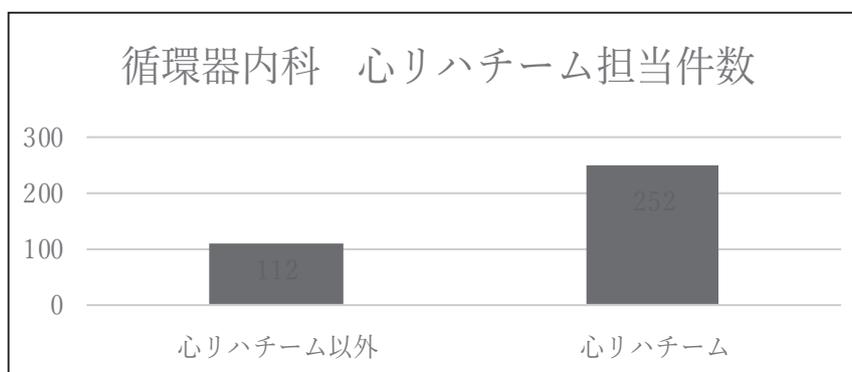


図 2-9 循環器内科 心リハチーム担当件数

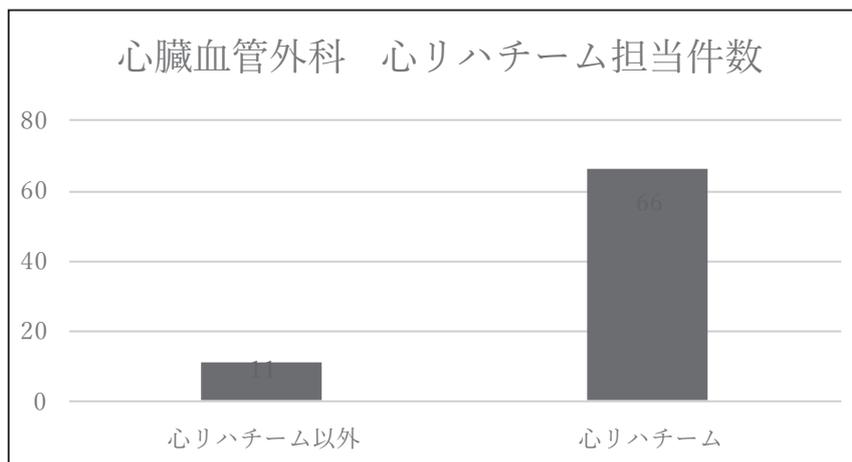


図 2-10 心臓血管外科 心リハチーム担当件数

d 集団運動療法件数

15:00～16:00の心リハ専従時間内にかつ心大血管リハを3単位で算定できた件数は以下の通りである。(図 2-11)

心リハの運営上のメリットとして、心大血管リハ1単位205点(初期・早期加算省く)を一患者当たり3単位算定し、かつ集団で複数患者を算定できる点にある。今後はこの点を生かした運営をよりすすめたい。また正確に疾患別などで集計する必要がある。

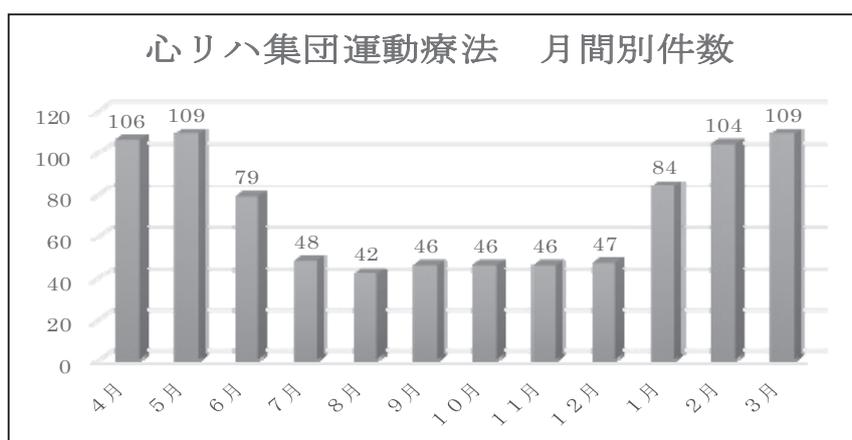


図 2-11 心リハ集団運動療法 月間別件数

e 循環器内科

i. 入院および外来処方数

循環器内科の全処方のうち、入院336件、外来28件(図 2-12)であった。

運動療法の継続が重要なポイントとなる心リハにおいて、外来処方が少ないことが浮き彫りとなり、外来運動療法を十分に提供できていないことが考えられる。

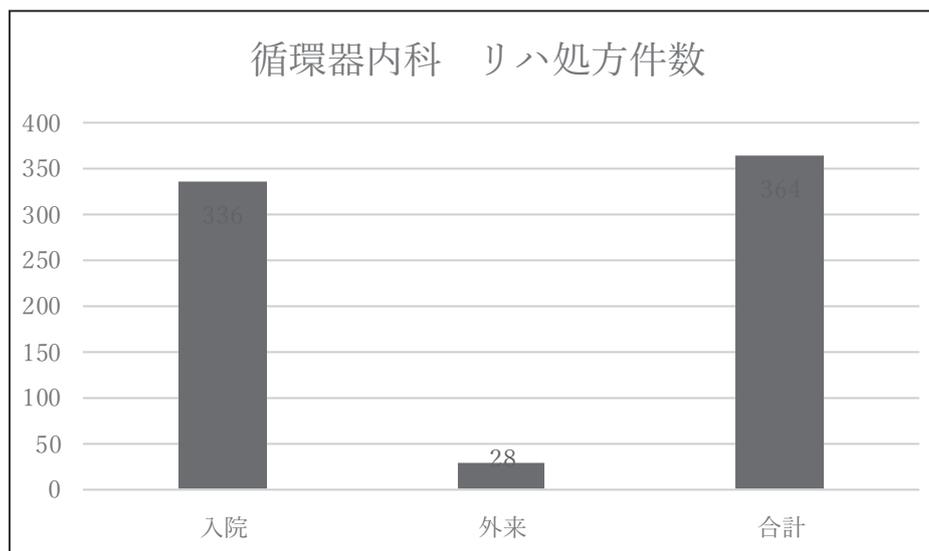


図 2-12 循環器内科 リハ処方件数

ii. 入院リハの疾患別内訳

80%が心不全およびその他の疾患を占める結果となった（図 2-13）。しかし、わずかではあるが CPX 含めた外来フォローできている疾患別では急性心筋梗塞（以下、AMI）が 19 件、その他が 9 件（図 2-14）と、入院リハの大半を占める心不全患者の外来移行率が低いことがわかる。また、そのわずかな外来フォロー群のうち外来運動療法を実施できているのは 6 件（図 2-15）のみで、運動療法継続の重要を十分に啓蒙できていないと考えられる。

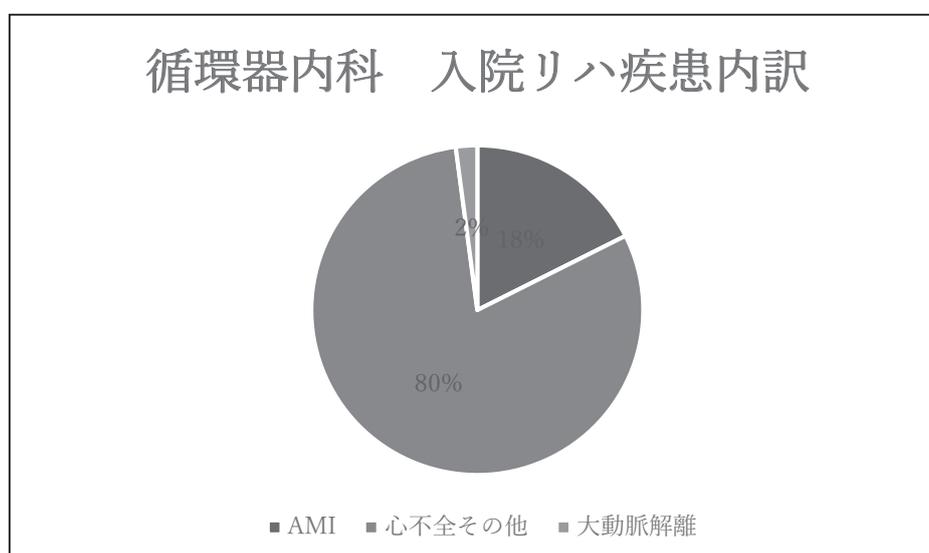


図 2-13 循環器内科 入院リハ疾患内訳

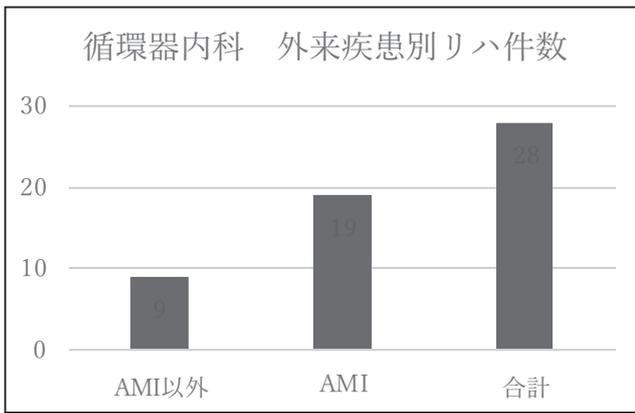


図 2-14 循環器内科 外来疾患別リハ件数

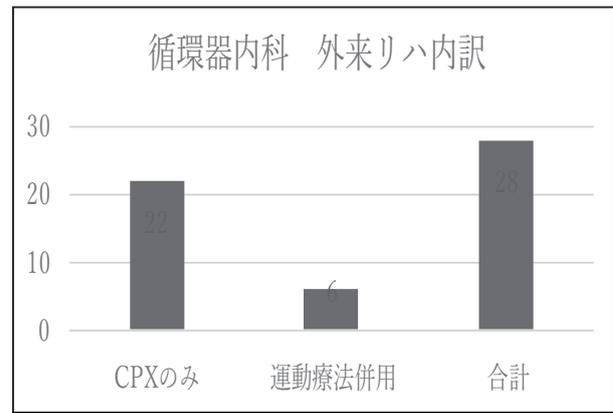


図 2-15 循環器内科外来リハ内訳

iii. 疾患別男女差

リハ対象患者は全体的に男性が多い結果となった（図 2-16）。

次項で示す平均年齢が、女性で高い傾向を示すこととの関連性が考えられる。

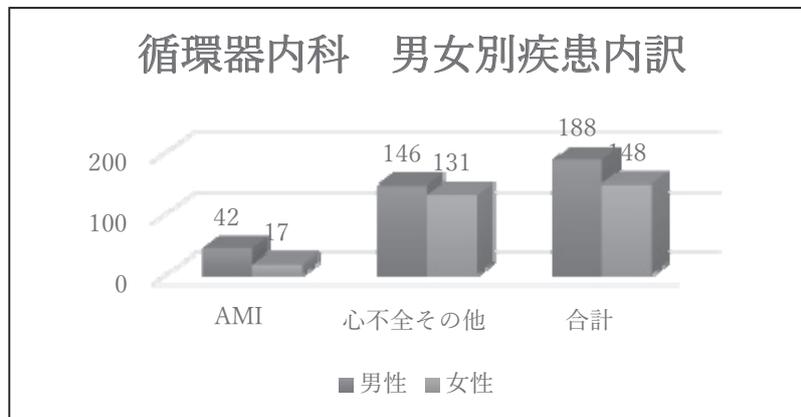


図 2-16 循環器内科 男女別疾患内訳

iv. 平均年齢

循環器内科リハ対象で男女の年齢層は全般的に女性が高齢であることがわかった（図 2-17）。

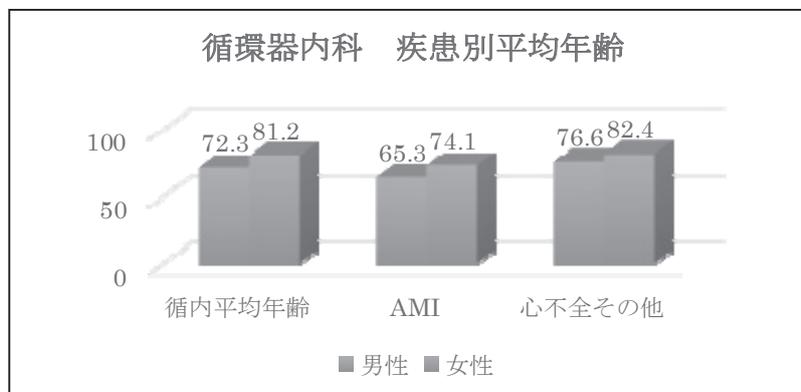


図 2-17 循環器内科 疾患別平均年齢

v. 転帰

昨年度、自宅退院率が77%で本年度もほぼ同等である（図 2-18）。

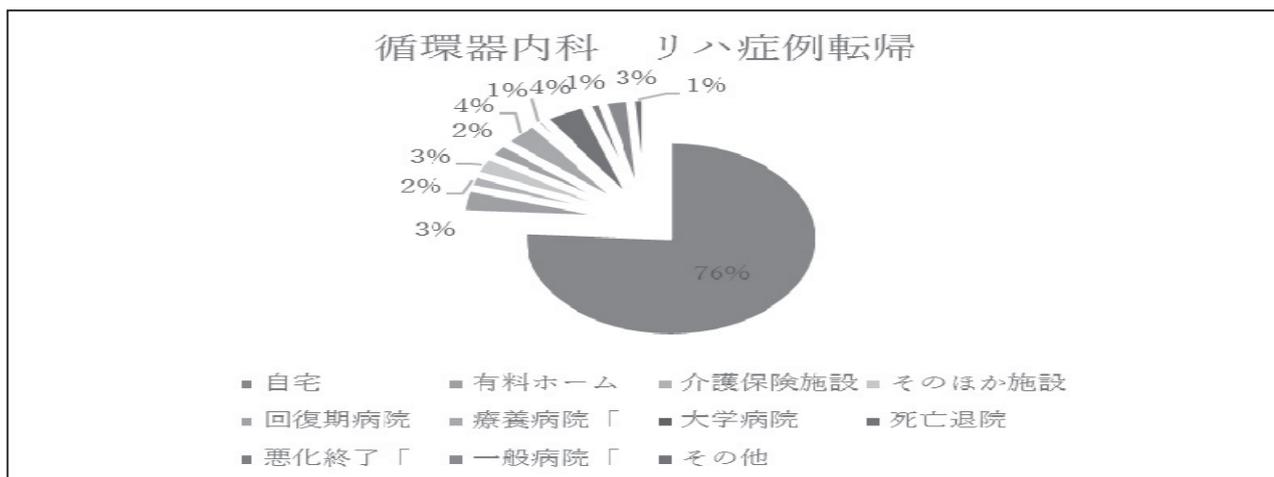


図 2-18 循環器内科 リハ症例転帰

vi. 疾患別算定方法

心大血管リハでの算定は57%、廃用症候群26%、そのほか17%であった（図 2-19）。

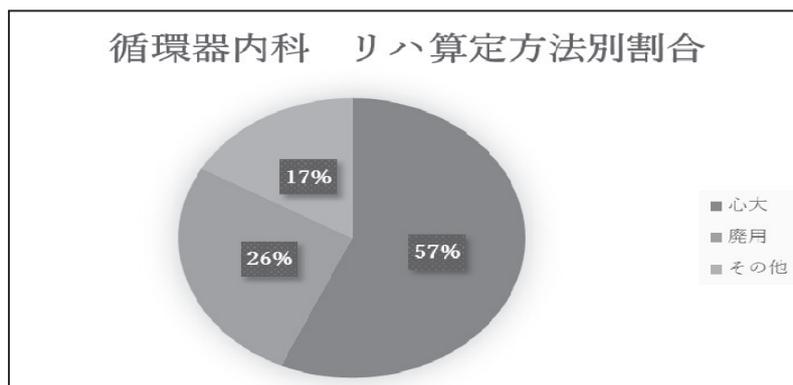


図 2-19 循環器内科 リハ算定方法別割合

vii. リハ介入日数

算定開始日から終了日までを集計した。昨年度は全体で20日、ACSで20日、心不全その他で約20日であった（図 2-20）。全体でわずかに日数が減少した。

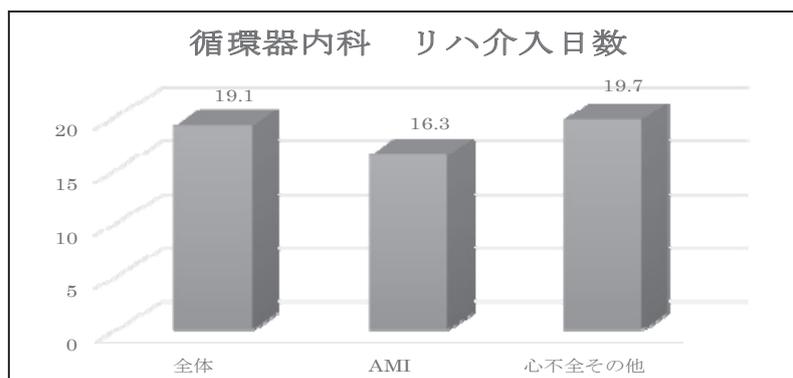


図 2-20 循環器内科 リハ介入日数

f 心臓血管外科

i. 入院および外来処方数

全体で80件となり、冒頭でも述べた通り、前年度と比較して減少している（図2-21）。外来3件があるが、いずれも医師の指導のみで終了しているため、これ以下の件数にはカウントしないこととする。

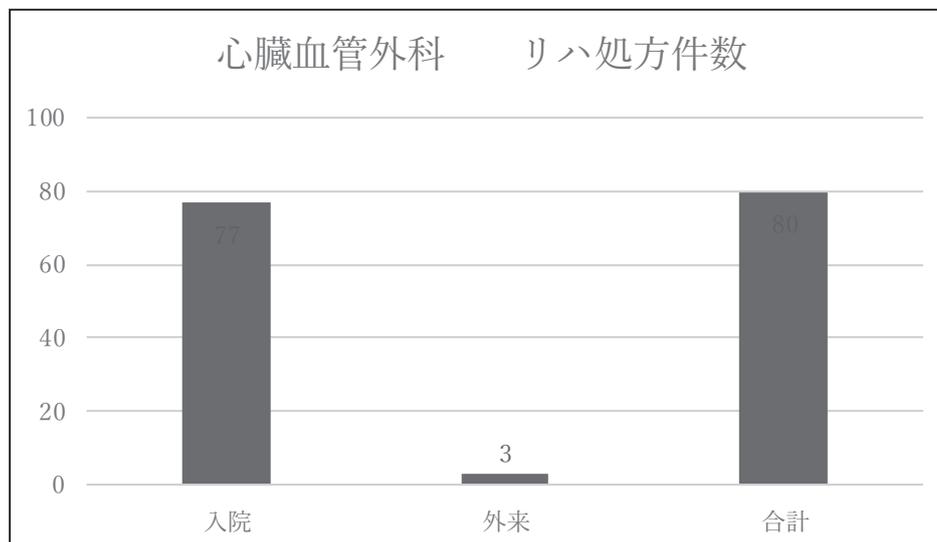


図 2-21 心臓血管外科 リハ処方件数

ii. 疾患別内訳

開胸術が44%を占めている（図2-22）。大血管疾患には保存治療と開胸・開腹が混在している。件数で言うと、大血管疾患が減少している。前述の医師再編による影響と、以前は保存治療適応のstanfordB型も心臓血管外科が担当科であったが、年度途中から循環器内科が受け持つことになったことにより件数が減少したと考えられる。

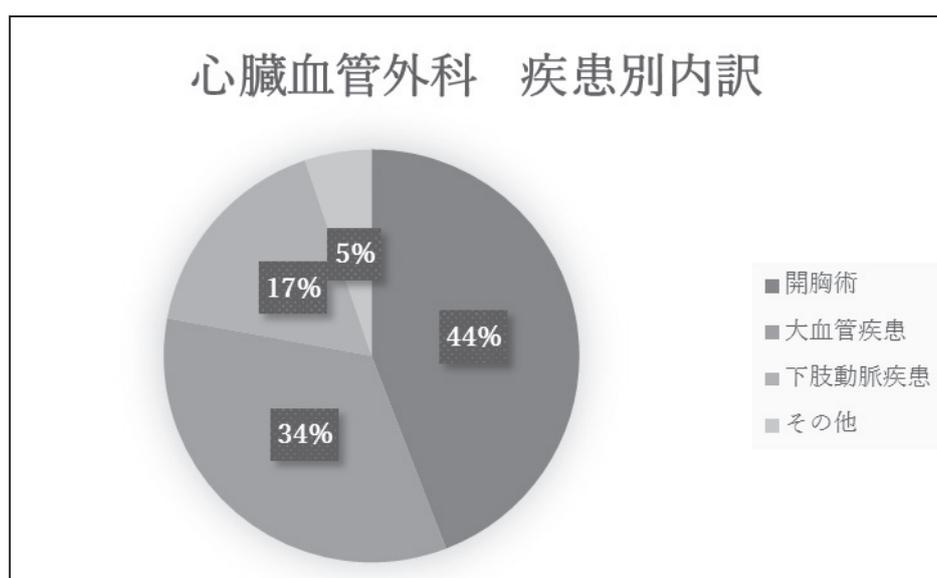


図 2-22 心臓血管外科 疾患別内訳

### iii. 疾患別男女比

心臓血管外科入院リハ対象患者の合計は77名で、男性48名、女性29名であった（図2-23）。

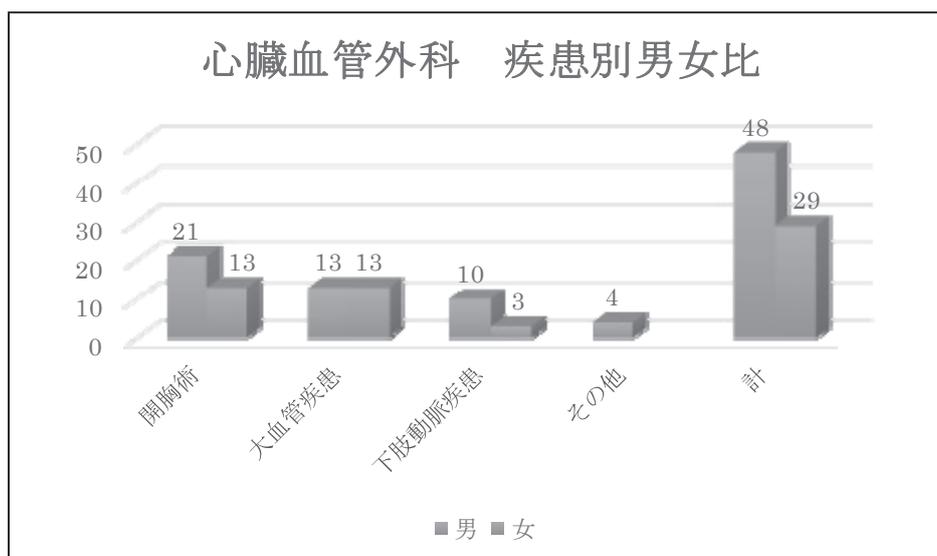


図2-23 心臓血管外科 疾患別男女比

### iv. 疾患別平均年齢

循環器内科と同様に男性がわずかに若い結果となった（図2-24）。

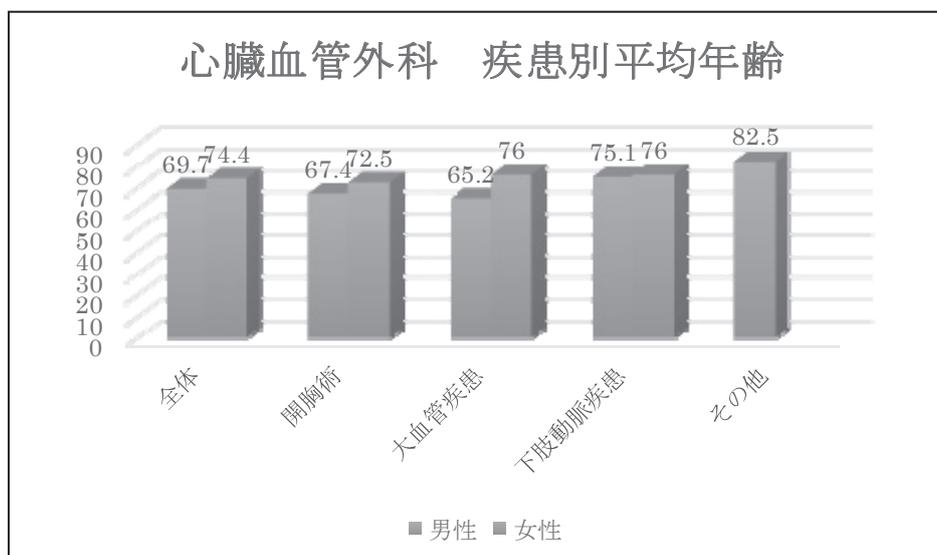


図2-24 心臓血管外科 疾患別平均年齢

v. 転帰

自宅退院率は69%であった（図2-25）。昨年度は68%であったため、循環器内科同様ほぼ同程度の自宅退院率を維持していた。

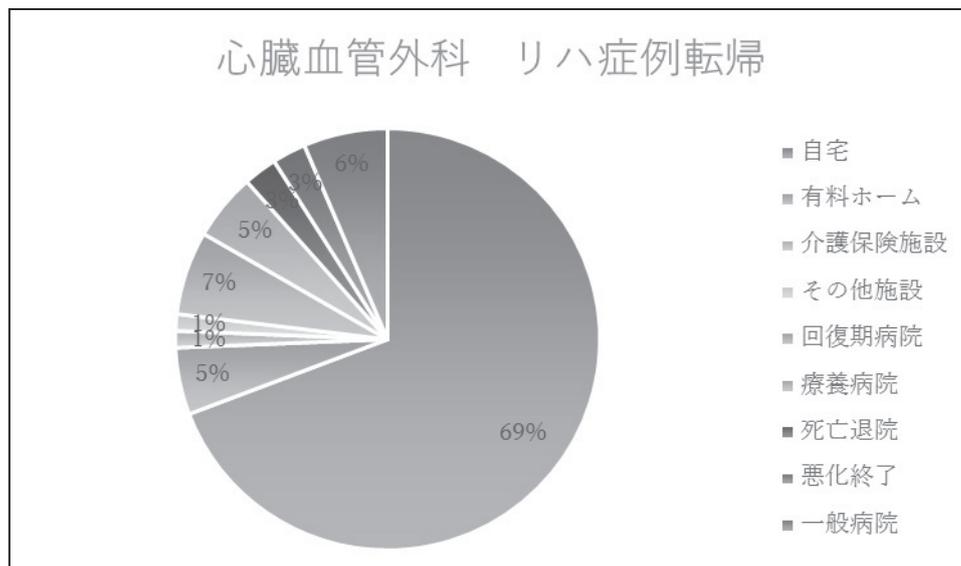


図 2-25 心臓血管外科 リハ症例転帰

vi. 疾患別算定方法

心大血管リハでの算定は全体の72%で、廃用症候群は18%であった（図2-26）。

廃用症候群での算定の要因は、大血管疾患では緊急手術も多く、また高齢での開胸術で抜管後の誤嚥リスクが高い症例があり、STの摂食嚥下療法と併用することもあるためと考えられる。

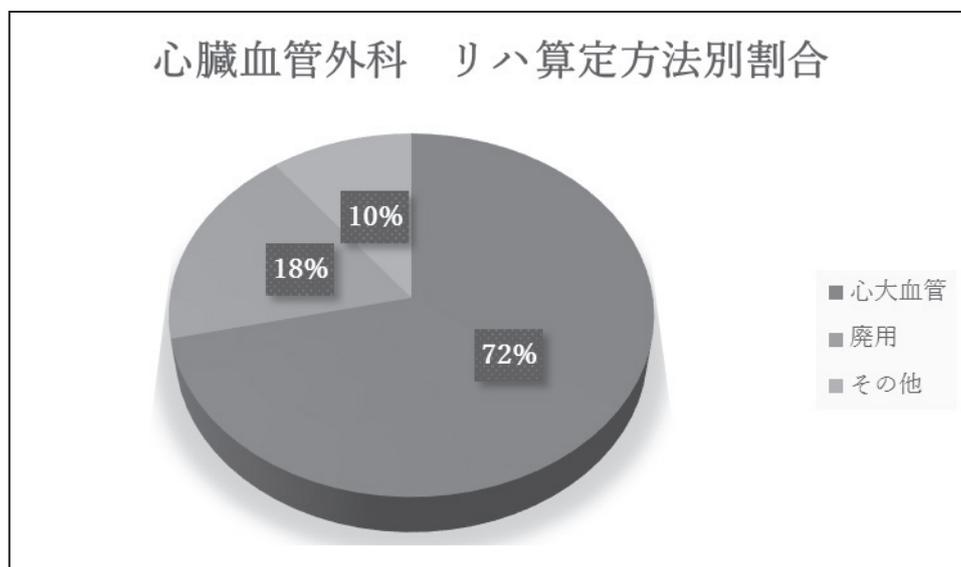


図 2-26 心臓血管外科 リハ算定方法別割合

## vii. リハ介入日数

心臓血管外科患者への起算日から終了日までの日数は、全体で26.9日（図2-27）と前年度の26日から微増であった。下肢動脈疾患では著明に減少したが、開胸術および大血管疾患で若干延長されたことが要因である。

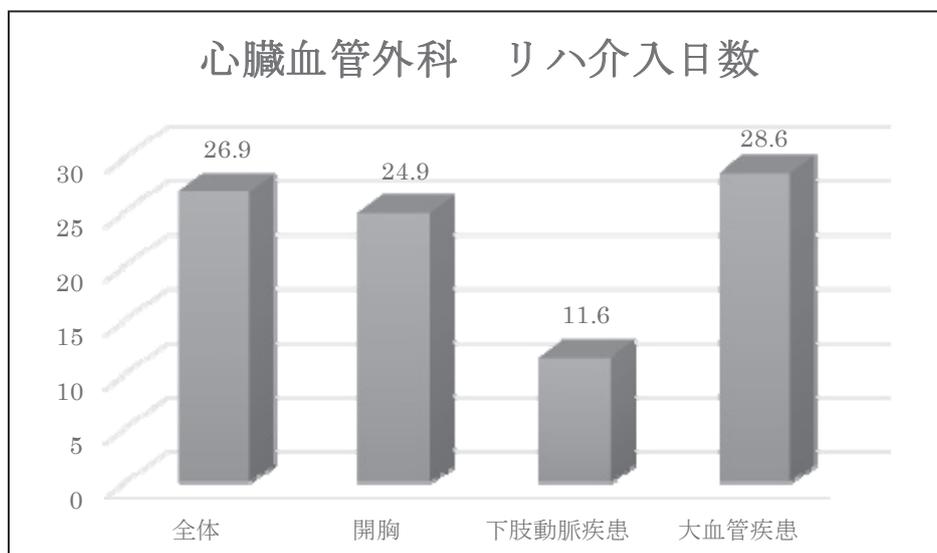


図2-27 心臓血管外科 リハ介入日数

## g まとめ

増加する心リハ処方に、適切な運動療法を提供できるように患者管理や身体機能評価を適切に行うことが求められる。一方で、高齢化に伴い、CPXでは評価できない症例も増えることが予測され、それらの対応策も今後検討する必要がある。

心リハの一環として、各科での取り組みはされており、多職種介入はされているが、多職種連携がされているとまでは言い難い。今年度から始めた多職種での心リハ勉強会を通じて、他職種との連携を強化して今後の心リハ運営に寄与させることができればと考えており、今後も継続して行う予定である。

来年度の課題は、昨年度同様、外来運動療法への移行を啓蒙することが必要である。ただし、当院での通院型外来リハだけを求めるのではなく、他院および他施設への紹介や、外来CPXでの運動指導が退院後の自主トレに寄与されているかなど、患者に運動療法に継続場所の選択肢を広く持たせ、その成果を多面的に捉える必要があると考える。

## (イ) がんリハビリテーションコース

### a 実施件数

がん患者リハビリテーション料の算定には、指定研修会を受講することが必須とされている。当院リハビリテーション科ではPT9名、OT3名、ST3名の計 15名が受講している状況（前任地で研修を受けた者も含む）。2016年度の件数は、603件であり全体の約13.01%（前年度9.6%）を占めていた。

b 依頼処方科

依頼処方科の件数と比率を以下の表で示す。外科が58%と比率が高いことがわかる。前年度と比較すると血液内科、呼吸器外科、消化器内科の比率が増加した。

表 2-2 依頼処方科

診療科	件数 (2016年度)	件数 (2015年度)	比率 (2016年度)	比率 (2015年度)
外科	350	269	58%	71%
血液内科	92	35	15%	9%
消化器	76	26	13%	7%
呼吸器内科	14	20	2%	5%
小児科	8	11	1%	3%
呼吸器外科	47	6	8%	2%
婦人科	5	5	1%	1%
腎臓内科	0	2	0%	0.6%
泌尿器	4	3	1%	0.8%
脳外科	1	1	0%	0.2%
総合診療科	3	1	0%	0.2%
耳鼻咽喉科	3	1	0%	0.2%
合計	603	380	100%	100%

c 分類別

がん患者リハビリテーション料の算定対象は8分類に分けている。分類別で件数の比率を示した図を以下に示す。約45%が『食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、大腸がん、膵臓がんの診断を受け、治療のために入院している間に閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定または行われたもの。』と定義されている『表2-3の①』となっていた。次いで血液腫瘍、化学療法目的が19%、17%となっている。前年度と比較し化学療法目的の患者様が増えている状況である。

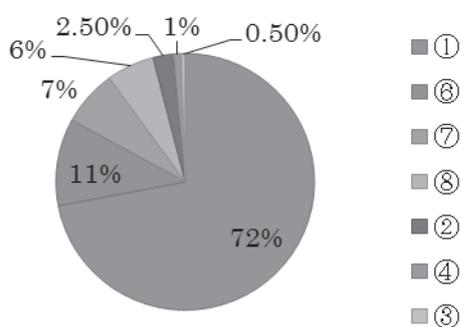


図 2-28 分類別依頼件数比率 2015 年度

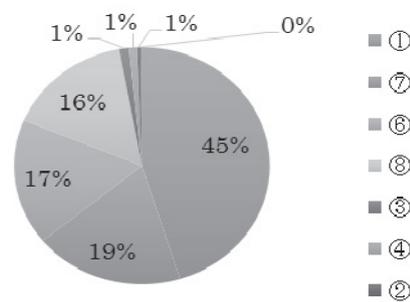


図 2-29 分類別依頼件数比率 2016 年度

表 2-3 がん患者リハビリテーション料 算定分類

①	食道がん	肝臓がん	当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがん治療のための手術が行われる予定 又は 行われた患者
	肺がん	胆嚢がん	
	縦隔腫瘍	膵臓がん	
	胃がん	大腸がん	
②	舌がん	咽頭がん	当該入院中に放射線治療 もしくは 閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定 又は 行われた患者
	口腔がん	喉頭がん	
	その他頸部リンパ節郭清を必要とするがん		
③	乳がん		当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定 又は 行われた患者で術後の肩関節の運動障害などを起こす可能性がある患者
④	骨軟部腫瘍 又はがんの骨転移		当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創、外固定 若しくはピン固定等の固定術化学療法 又は 放射線治療が行われる予定 又は行われた患者
⑤	原発性脳腫瘍転移性脳腫瘍		当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定 又は 行われた患者
⑥	血液腫瘍		当該入院中に化学療法 若しくは 造血幹細胞移植が行われる予定 又は 行われた患者
⑦			当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定 又は行われた患者
⑧	緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がん		症状増加により一時的に入院加療を行っており在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

d 術前介入について

術前から処方していただき、リハビリテーション実施した件数の比率を以下の図に示す。術前からの処方率は15%となっている。SCRUMの導入によりよりスムーズな術前からの介入が進めていけるよう外科 Dr とのコンセンサスを更にとっていく必要がある。

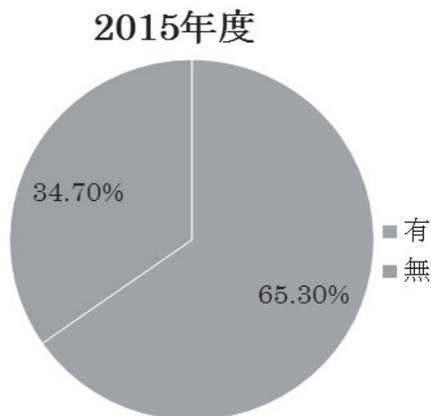


図 2-30 術前介入比率 2015 年度

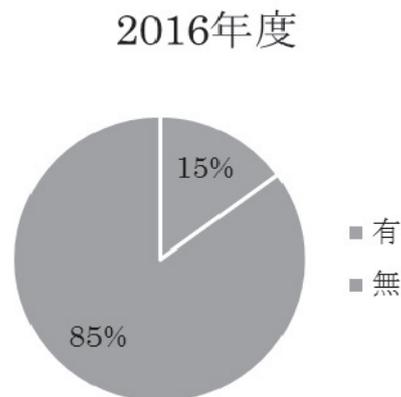


図 2-31 術前介入比率 2016 年度

e 退院時指導算定

退院時指導算定件数を以下の下図に示す。今後は退院時指導の算定を積極的に進めていく必要があるが、急遽退院となるケースもあり算定できないケースも多数見受けられている。

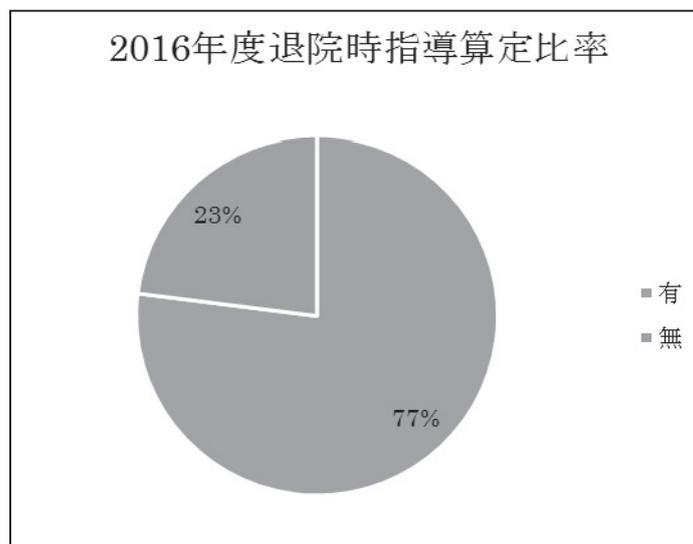


図 2-32 退院時指導算定比率 2016 年度

f リハビリテーション実施期間

全体の平均日数は 29.6 日であった。昨年度より減少している。

g 転帰

自宅退院が 84% と一番多く、転院は少数となった。

転院例としては遠方から入院している患者も多いため、地元の病院へ転院される例もみられた。

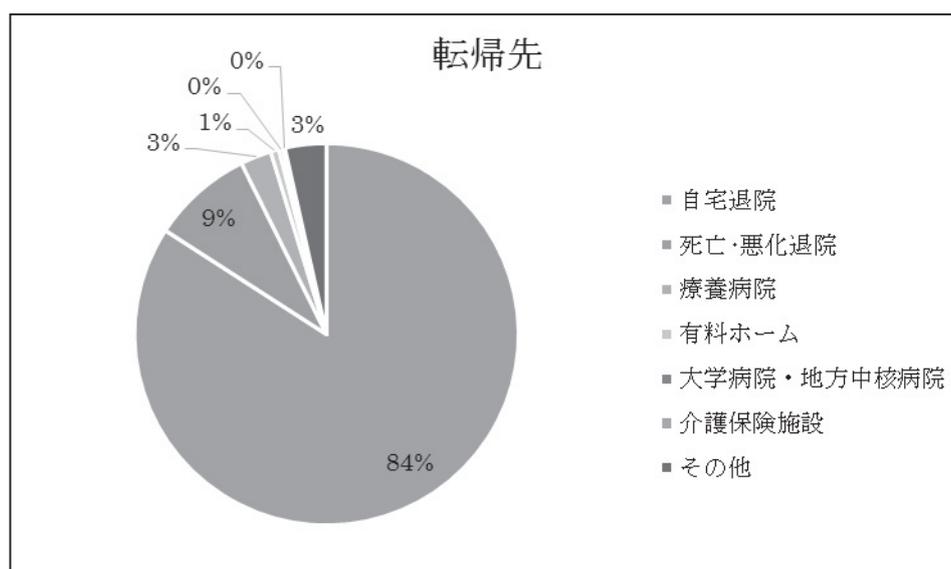


図 2-33 がん患者リハビリテーション料算定患者における転帰先

(ウ) NICU/GCU 新生児リハビリテーションチーム

a 概要

2015年4月より新生児科への働きかけ、NICU/GCU リハビリテーションマニュアル作成、9月からNICU/GCUカンファレンス新生児への参加に伴い、リハビリテーション分野として本格的に介入を開始した。今年度の介入件数は昨年度と比較し倍増となり、在胎週数・出生体重は低下し重症度が増した。

来年度以降はGCUが増床されることもありさらなる介入件数の増加が予測される。

さらに2016年9月よりNICU/GCU リハビリテーション介入症例を対象として外来フォローアップを開始し、状態に応じて療育分野への移行も視野に発達促進介入を実施している。

b 依頼件数

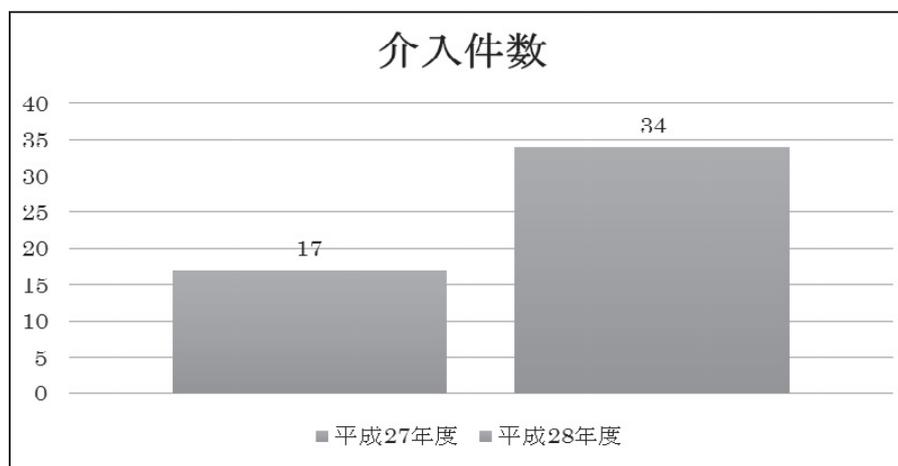


図 2-34 NICU/GCU 患者介入件数

平成27年度と比較すると2倍増と介入件数は増加している状況である。これは、リハビリテーションマニュアル整備やNICU/GCU リハビリテーションが認知されてきた状況があると考えられる。

c 出生週数別介入人数

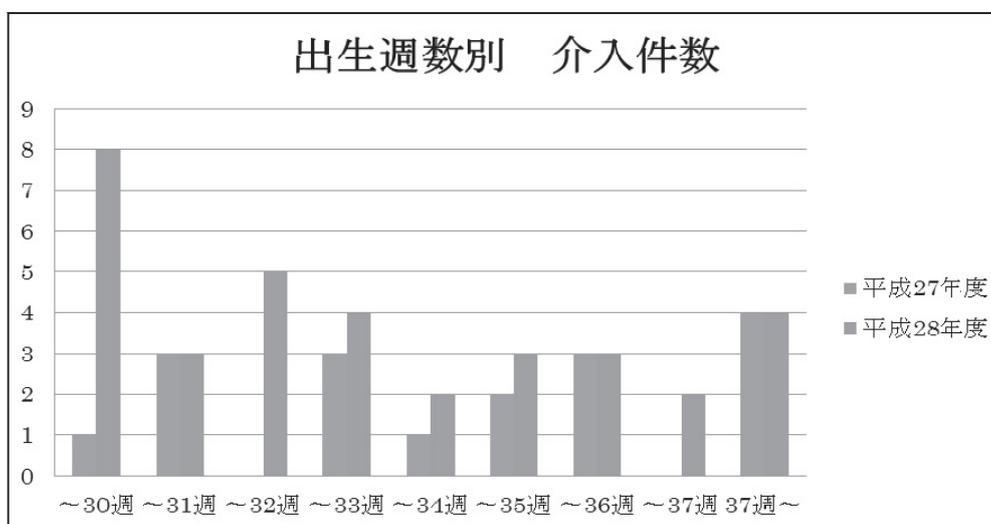


図 2-35 出生週数別 介入件数

出生週数別介入人数は平成 27 年度と比較して、早産の比率が増加し、在胎 26 週という症例も経験した。満期産 4 名に対し、早産は 30 名であり、満期産であっても新生児仮死、呼吸障害、心疾患、染色体異常等の疾患が併存している状況がある。

d 出生体重別人数

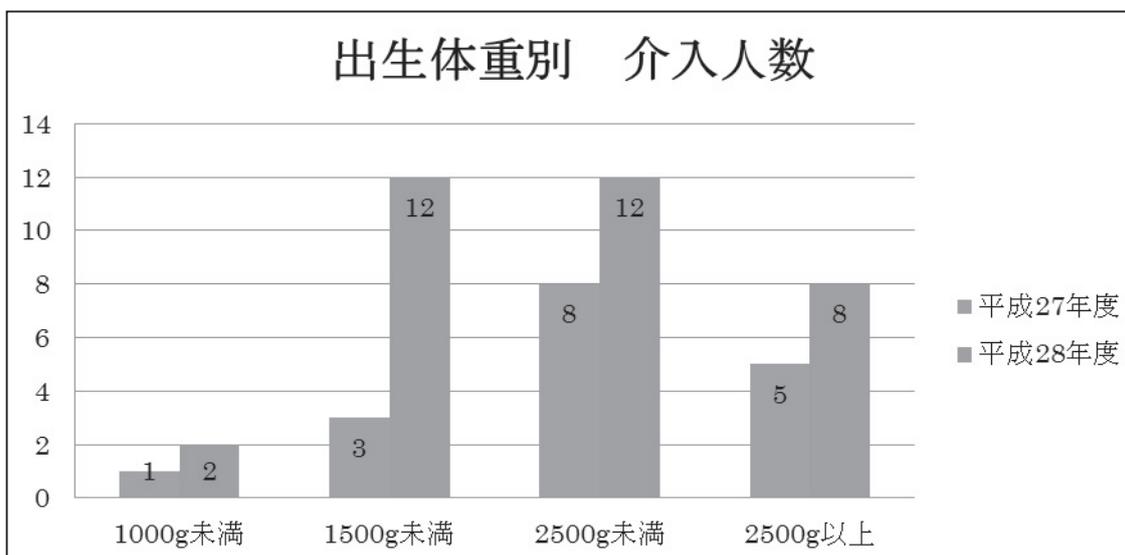


図 2-36 出生体重別 介入件数

発達の子後に大きな影響があるとされている出生体重 1500g 未満の児（超・極低出生体重児）は 14 名。1500g 以上の低出生体重児は 12 名、2500g 以上は 8 名であった。

e 新たな取り組み

外来フォローアップ：NICU/GCU 介入症例の内、1500g 以下または医師が必要とする症例に対して歩行までのフォローアップや療育機関への紹介を開始した。

NICU ポジショニングチーム・GCU 発達促進チームへの参加：NICU では、保育器等にて管理されている児に対して、適切なポジショニングを実施する事を目的に用具の選定や作成の助言を実施。GCU においては、発達促進へ向け評価方法や運動指導等を実施している。

(エ) 呼吸器コース

a 依頼件数

呼吸器コースでは、呼吸器疾患患者以外にも廃用症候群等の体力低下を来した患者に対する体力維持コースとしての役割も果たした。コースで対応した症例数は 138 件であり、そのうち呼吸器算定であったのが 57 件、それ以外の算定いわゆる体力維持的要素を含んだ件数は 81 件であった。前年度は全体が 92 件であったのに対し 46 件多い結果となり、リハビリテーション科処方数全体の約 3% であった。

b 診療科別内訳

コース内約を診療科別にみると、前年度は呼吸器内科が 69% と最も多かったのに対し、2017 年度は外科が呼吸器科と並んで多い結果となった。また、血液内科や精神科など前年度ではコー

スに参加していなかった診療科も少数ではあったが参加しており、体力維持コースとしての役割を担った結果となった。呼吸器疾患として間質性肺炎、COPD、肺がんなどが多く、その他の疾患としては胃・食道がん、廃用症候群が多い結果となった。特に食道がんは動作レベルが維持されているケースが多かったことからコースでの対応となったことが考えられる。

表 2-4 呼吸リハビリコースの診療科別内訳

依頼科	2017 年		2016 年	
	件数(件)	比率(%)	件数(件)	比率(%)
外科	52	38	3	3
呼吸器科	45	33	64	69
膠原病科	7	5	12	13
腎臓内科	6	4	1	1
循環器科	5	4	1	1
消化器科	5	4	2	2
総合診療科	4	3	4	2
内分泌・代謝科	3	2		
血液内科	3	2		
整形外科	2	1		
渡航者健康	1	1	2	2
ACC	1	1	1	1
精神科	1	1		
耳鼻咽喉科	1	1	1	1
婦人科	1	1	1	1
脳神経外科	1	1		
合計	138		92	

c コース内対応別内訳

入院の呼吸器算定は全体で 258 件であり、そのうちコースで対応したのは 57 件（22%）であった。つまり呼吸器疾患の大半が個別での対応を必要としていることが考えられた。

d リハビリテーション実施期間

外来を除く 138 症例の平均実施日数は 25 日であった。コース別に平均実施日数を以下の図に示す。個別 30 日、集団 21 日となった。集団コースは処方時からある程度状態が良い症例が多いため、個別に比べ実施期間が短くなったのではないかと推測される。昨年と比較して大きな差は認められなかった。

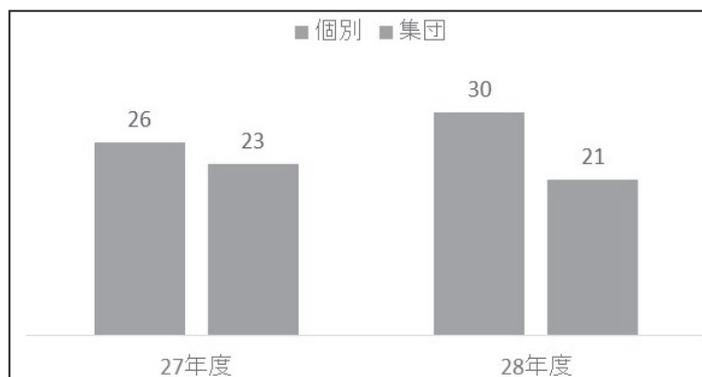


図 2-37 呼吸リハビリの平均実施日数

e 転帰

入院症例の転帰を以下の図に示す。自宅退院が119件、療養病院4件、有料老人ホーム3件、一般病院が1件、回復期病院が1件、死亡1件であった。自宅退院が86%を占める結果となり、昨年度の77%に比べるとやや高い結果となった。

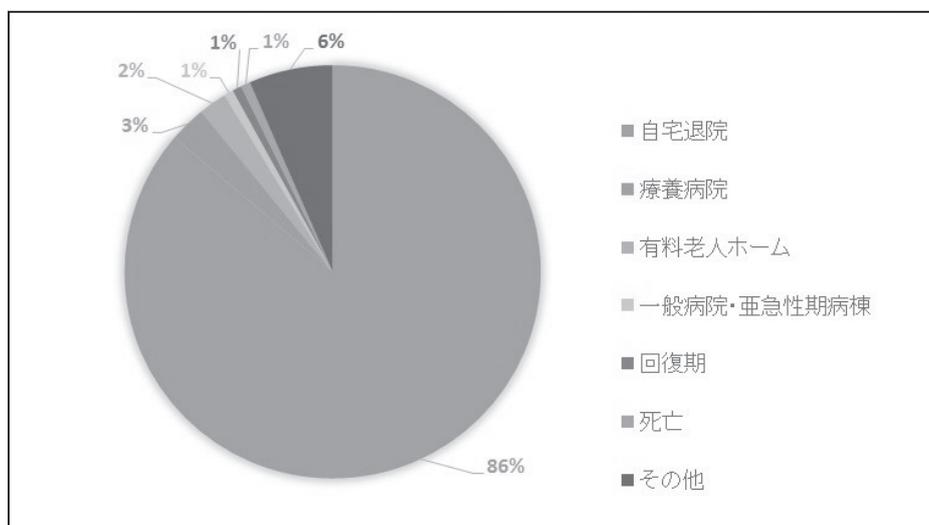


図 2-38 呼吸リハビリコースの転帰先

(オ) DM リハビリテーションコース

a 概要・体制

糖尿病と診断され、且つ集団療法が可能な患者を対象に（リハ医の指示）昼食後の13:00～集団リハビリテーションを実施している。運動目的別に①血糖コントロール、②肥満解消、③術前血糖コントロール、④その他教育入院に分類され、対象患者にはバイタルチェック、ストレッチング、有酸素運動を実施。必要に応じレジスタンストレーニング等も追加し対応している。

初回評価にInBody、足関節可動域、質問表PAIDを実施。質問表PAIDに関しては、認知機能低下患者やコンプライアンス不良患者には未実施である。

また、退院前には退院時指導として、退院後の運動指導や生活指導も実施している。

コース適応外患者は、合併症により制限や介助量の多い患者、耐久性の低い患者、また認知機能が低下しコミュニケーションが困難な患者等であり、コース時間外に個別対応をしている。

b 依頼件数

コース対応した処方件数は124件、年度別処方件数を見ると2014年度は103件、2015年度は107件と、直近2年と比して増加傾向となっている。また月別に見るとこれまで処方件数の少なかった2月が増加し今年度のピークであり、これまで各年のピークである7・8月が最も減少している。（図 2-39）

月平均で、2014年度は8.6件、2015年度は8.9件、2016年度は10.3件となった。

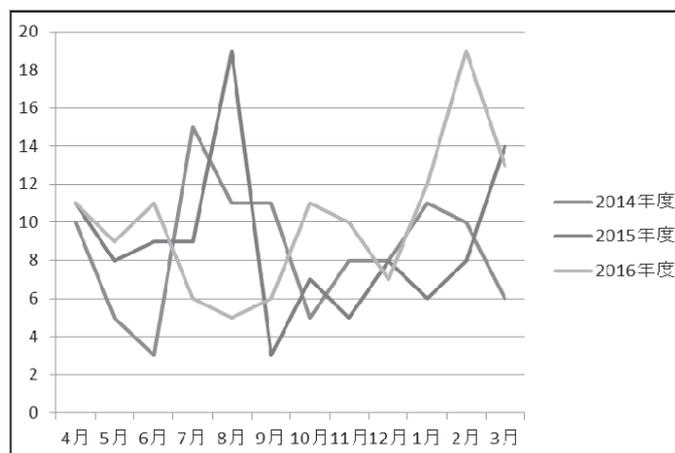


図 2-39 DM コースの年度別月別処方数

その内訳を男女比で見ると、男性 71 名で全体の 57.3%、女性 53 名で全体の 42.7%を占めている。(図 2-40)

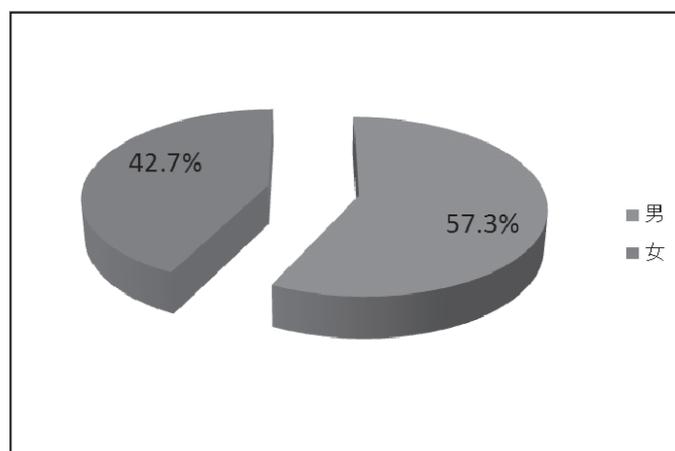


図 2-40 DM コースの 2016 年度処方男女比

平均年齢は男性 62.2 歳、女性 62.8 歳、全体 62.4 歳だった。そのうち最年少は 18 歳、最高齢は 87 歳だった。(図 2-41)

リハビリ対象患者や手術適応患者の高齢化が進む中、コース処方患者の平均年齢は比較的若い。これは前述した通り、コース適応となる患者は集団療法対象になるため限定されており、このような結果になったと言えよう。

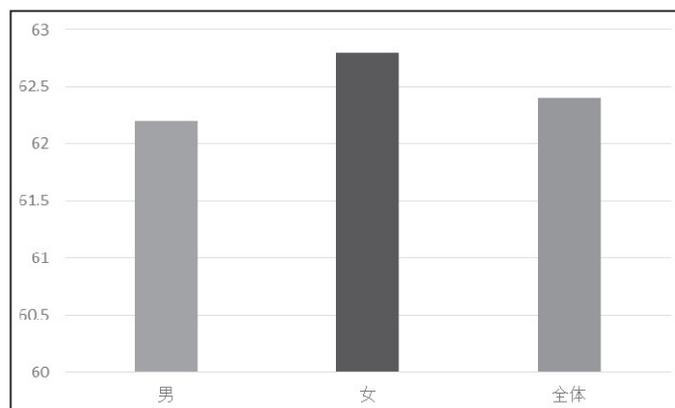


図 2-41 DM コースの平均年齢

診療科別の処方率を見ると、92.8%が内分泌・代謝科であり、次いで腎臓内科が3%、耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、膠原病科が1%となっている。(図 2-42)

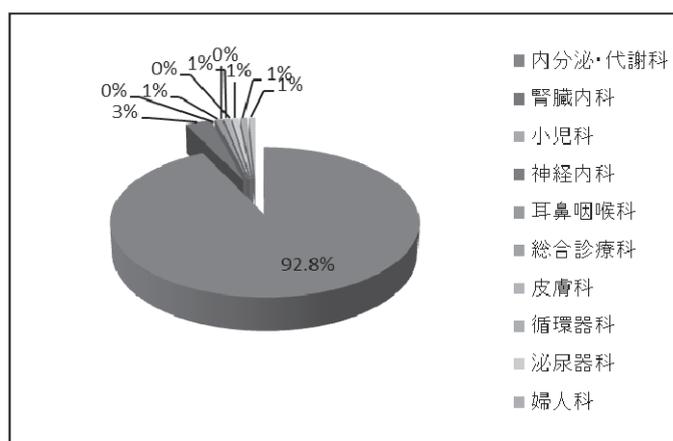


図 2-42 DM コースの 2016 年度診療科別処方率

c リハビリテーション実施期間

124 症例の平均訓練実施日数は 11.1 日、2014 年度は 12.3 日、2015 年度は 10.7 日であった。(図 2-43)

内分泌・代謝科の定める教育入院は約 2 週間程度であるが、その中で平均実施日数が 11.1 日であることは、入院後の速やかなリハビリ介入開始が可能となっていることが分かる。

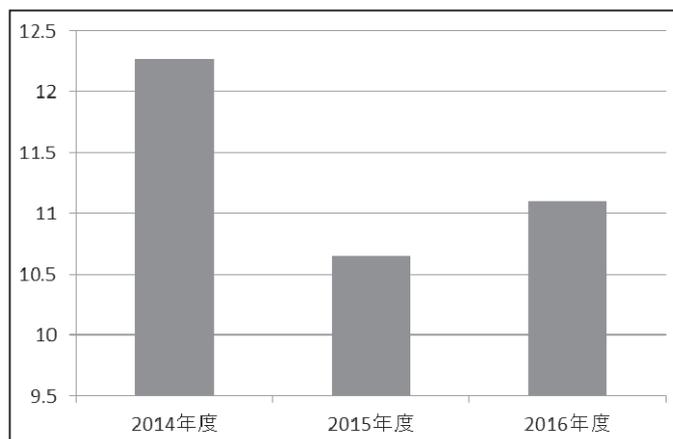


図 2-43 DM コースの年度別訓練実施日数

d 転帰

コース適応患者として処方されている為、元々の ADL 自立度が高く、100% 自宅退院であった。

e 今後の課題

コース適応患者として処方されている患者の中でも既往や合併症などを複数抱える者は多く、多様化している対象患者の傾向に合わせ、共通的な運動プログラムの他に個別に対応した運動療法を追加することも必要であると考え。また、実施期間が短期である事を踏まえ、入院中だけで運動の定着、及び運動療法効果を上げる事は困難であり、いかに入院期間中に患者指導を行い、退院後も運動習慣を身に付けて頂くかが重要だと考える。

### (3) 作業療法部門

2016年度は1052件の作業療法処方件数があった。月平均では88件であり、昨年度の775件に比べて、277件の増加がある。依頼元の診療科は、27科であり引き続き多科にわたっている。作業療法処方の内訳は図3に示した。2015年度と同様に、脳外科、神経内科、救急部の順番で多くなっている。

作業療法部門は、2015年度は、常勤5名、非常勤1名の体制のうち、育児休暇を2名が取得（その内、育児休暇代替職員1名は11月～3月まで勤務）し、換算すると4.2人体制であり、作業療法処方のうち、1人あたり185件に対応している。

2016年度は、1名の常勤職員の増員および、育児休暇取得職員2名が復帰し（その内1名が1時間の短縮勤務）、常勤6名体制となった。また、2016年12月より1名が産前休暇を取得、2017年3月よりさらに1名が産前休暇を取得し、換算すると5.5人体制であり、作業療法処方のうち、1人あたり191件に対応している。2015年度の、1人あたり185件に比べて多い件数となっており、1人あたりの患者さんに対応できる時間数の増加はえられていない。

入れ替わりがある人員体制の中ではあるが、2016年4月からは、SCU専任としてOTが配置され、SCUカンファランスへ参加し、急性期脳卒中患者の日常生活動作の支援等に、より積極的にかかわっている状況である。

今後の、作業療法の充実度の向上のため、引き続きマンパワーの充実がのぞまれる状況が続いている。

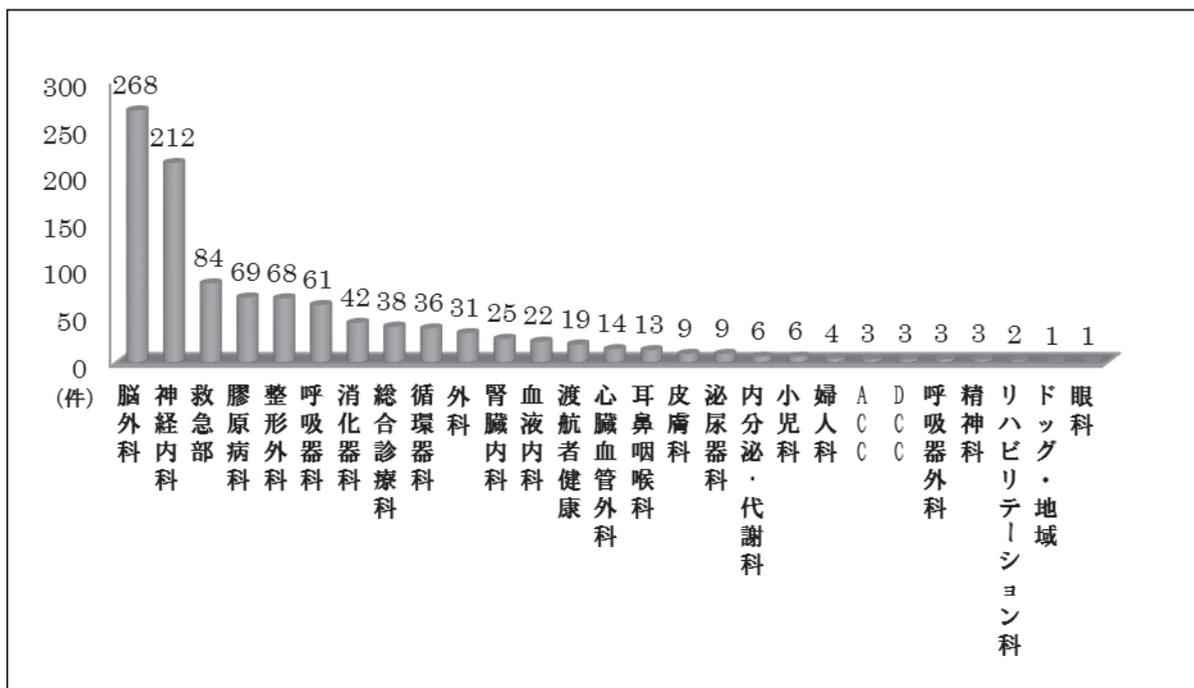


図3-1 作業療法処方診療科別新患処方（単位：件）

#### (4) 言語聴覚療法部門

言語聴覚療法部門では、主に脳血管性疾患、神経筋疾患、呼吸器疾患、耳鼻咽喉科関連疾患、廃用症候群に起因した、失語症、構音障害、高次脳機能障害、および摂食嚥下障害を対象に、言語聴覚療法を実施している。

2016年度、言語聴覚療法部門には1303件の処方があり、前年度の処方件数939件から364件の大幅な増加があった(約38.8%増)。依頼元の診療科は26科と例年のごとく多岐にわたり(前年度23科)、うち23科で処方数の増加があった。脳神経外科、神経内科、呼吸器内科は毎年100件以上の依頼が出されているが、本年度はさらに救急部と外科からの処方も100件を超えた。本年度に依頼が大きく増加した診療科も多く、前年度よりも40件以上増加した診療科は3診療科(神経内科60件、救急部42件、循環器内科40件)、20件以上増加した診療科も8診療科(脳神経外科、新生児内科、腎臓内科、消化器内科、外科)あった。言語聴覚療法が介入する件数が大きく増加した背景には、本年度は中途ながらも2名のスタッフの増員があったことが第一に挙げられる。また、新生児および小児への対応を開始したことも影響があったと考える。これらのことから当院の言語聴覚療法が、いわゆる脳血管疾患に由来した言語障害に対応していると同時に、様々な原因によるコミュニケーション障害および摂食嚥下障害に対応していることを意味していると考えられ、処方数の増加からもそのニーズは年々広がっているといえる。(図4-1)

疾患別リハビリテーション料による分類では、昨年度から言語聴覚療法部門で算定できるようになった「がんのリハビリテーション」は、54件から113件と倍増した。がん患者の手術後嚥下障害への対応が主な内容であるが、今後も増加が予想されるため、算定可能なスタッフの増加を行う必要がある。また、脳血管疾患は479件から579件、廃用症候群は246件から545件と大きな増加があった。一方、摂食機能療法は本年度も減少(160→65件)した。このことから、言語聴覚療法部門が介入する嚥下障害患者は、活動低下(廃用)をきたす何らかの疾患があることが考えられ、早期からの介入で廃用による必要以上の嚥下機能低下を抑制していく働きが当部門でも必要になることが考えられる。今後も疾患と患者数、介入する患者の状態等の動向を注意深くみていく必要があると考える。(図4-2)

2016年度、言語聴覚士スタッフは2名の増加があり(増加率21.7%：中途のため月割にて計算)、年度後半期は7名で診療にあたることができた。しかしながら、処方数の増加はスタッフ増加を超えている。また、以前からの課題である「SCU入院患者へのサービスの安定」や「周術期リハビリへの参加」、新たに始まった「新生児への対応」などもある。結果、ひとりひとりの患者へ対応する時間的な制約は継続している状況である。今後もサービスの質・量の充実を図り、体制強化をさらに推し進めていく必要がある。

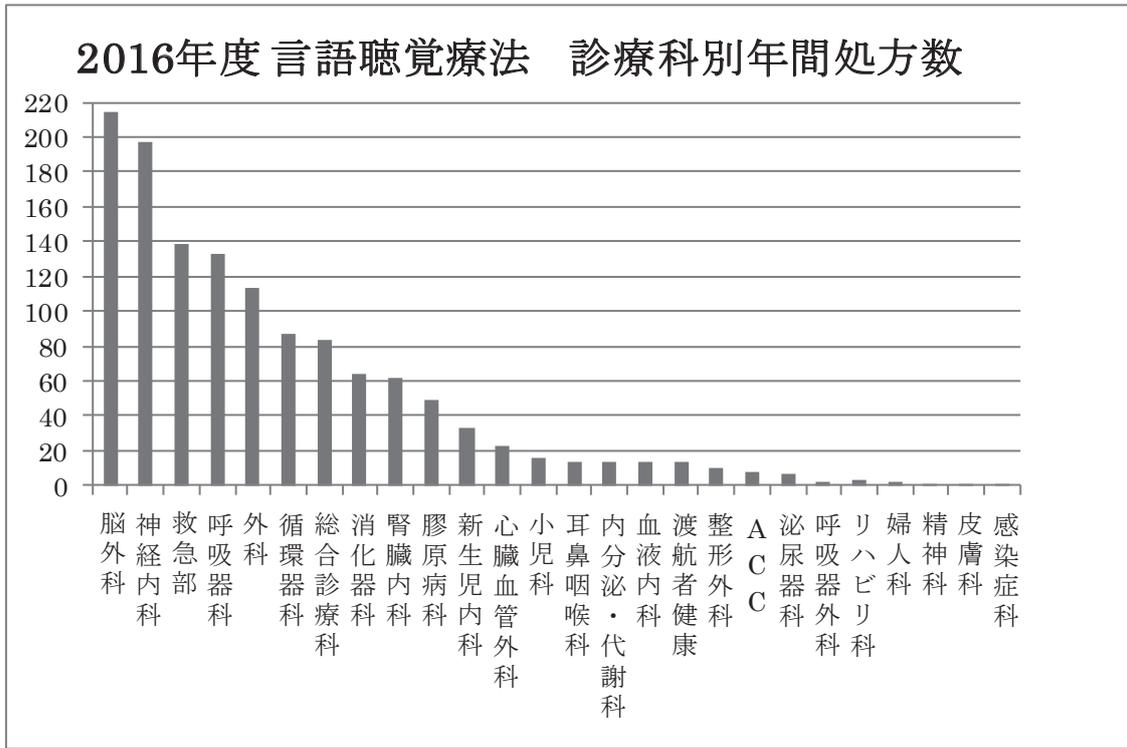


図 4-1 2016 年度 言語聴覚療法 診療科別年間処方数

【2016 年度処方なし】

形成外科・放射線科・歯科・眼科・麻酔科・ドック地域・DCC

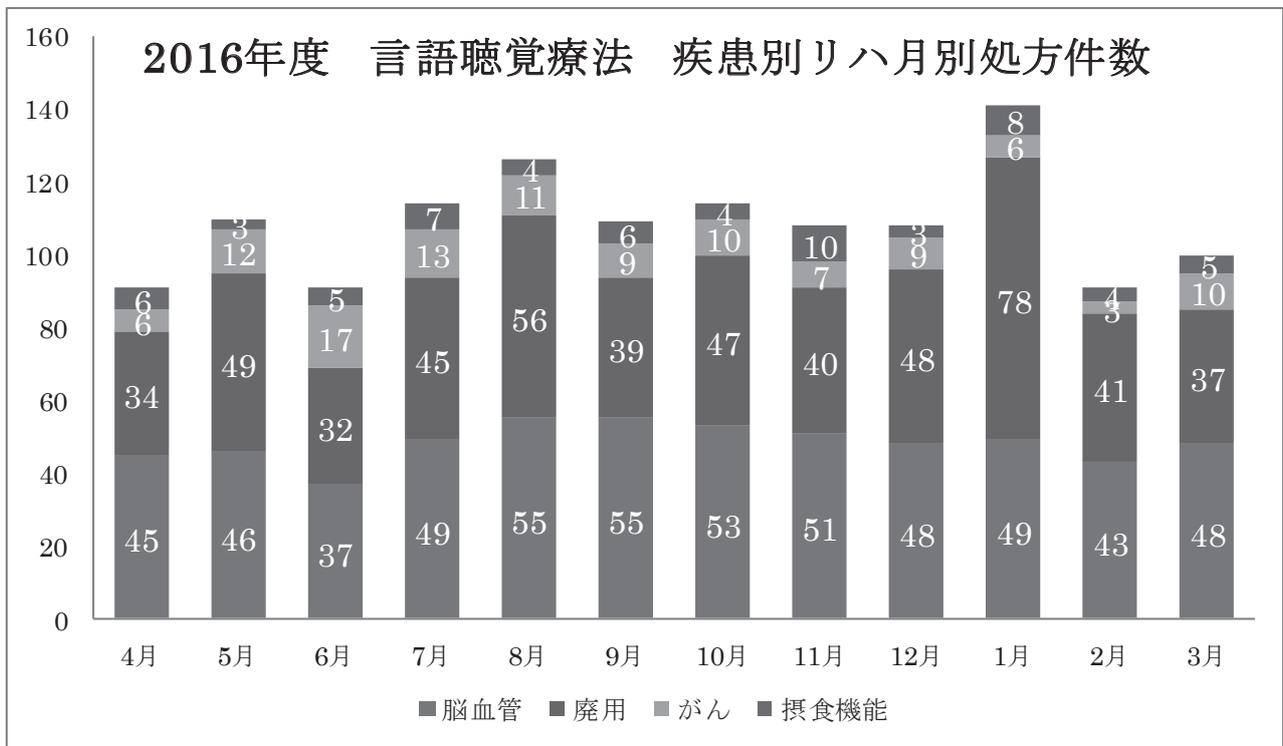


図 4-2 2016 年度 言語聴覚療法 疾患別リハ月別処方件数

(5) 科内勉強会 (表5-1)

今年度も看護師向けの勉強会や、新入職者対象の勉強会が行われました。また、他科の医師をはじめ、薬剤師、検査技師、看護師に依頼して行っていただいた勉強会もあり、幅広い知識を学ぶ機会を得た。

表 5-1 平成 28 年度 リハ科勉強会

実施月	昼／夕	実施日	担当者氏名	実施内容
4	夕	1	滝野主任	物品の所在
		5	藤本 Dr.	急変時対応・ルート管理など
	夕	6	小町士長	診療報酬改定
	夕	7	池田 PT	東大心リハ見学報告
	夕	8	小町士長	診療報酬改定
	夕	27	山下 PT	口腔内圧計について
5	昼	10	山下 PT	ネパール報告会
	昼	12	PT 学生	症例報告
	昼	23	国際協力局 橋本先生	ベトナムツアーについて
	夕	25	PT 学生	症例報告
	夕	26	循環器内科 中川 Dr 谷川	急性心筋梗塞について 心臓リハビリテーション概論
6	夕	2	PT 学生	症例発表
	夕	9	循環器内科 粟屋 Dr テイジン	心不全と睡眠時無呼吸症候群 睡眠時無呼吸障害
	夕	10	嶋根	心リハ勉強会：心不全と睡眠時無呼吸 症候群について
	夕	13	SCU メンバー	5W,9W 合同 FIM 勉強会
	夕	16	嶋根	RST 勉強会：ポジショニングについて
	夕	23	嶋根 金澤薬剤師	心不全リハ 循環器領域の薬と服薬指導
	夕	24	谷川	7W 移乗勉強会
	昼	28	村松 Dr	熊本報告会
	夕	30	整形 桂川 Dr	TKA 勉強会
7	夕	14	臨床検査技師 栄養士	心エコー 栄養指導
	昼	15	藤本 Dr.	ベトナム報告会
	夕	20	テイジン	
	夕	28	循環器内科 石井 Dr. 嶋根	不整脈 心不全リハ
8	夕	4	循内：岡崎 Dr	肺高血圧勉強会
	昼	17	藤本 Dr	救急対応
	夕	25	米山看護師・宇佐見看護師 谷川	看護指導 CPX
9	夕	8		心リハ勉強会：CPX
	夕	14	呼内：高崎 Dr	結核について
10		13		心リハ勉強会
		19	心外勉強会	
		27		心リハ勉強会：

11	昼	18	藤谷 Dr	心リハ伝達講習会
	夕	22	藤谷 Dr	サリドマイド DVD 上映
	夕	29	藤田	9E 移乗勉強会
12	夕	7	株式会社 ビーライト	プロテクト PNF
	夕	8	パシフィックメディコ	COMFORT COUGH PLUS
		13	循環器内科 石井 Dr	心リハ勉強会 不整脈
1	夕	23	文京学院	実習地訪問 勉強会
	昼	26	ベトナムチーム	ベトナム報告会
2	夕	14		RTX 説明会
	昼	20	藤谷 Dr.	新宿区地域リハ連携報告会
	夕	28	外科 山下 Dr.	人工臓腑
3	昼	6	藤谷 Dr.	地域包括ケア報告会
		15	テイジン	HOT など