

呼吸リハビリテーションにおけるカンファレンスの効果

小山内正博^[1] 植草学園大学保健医療学部
館川 康任^[2] 埼玉社会保険病院

埼玉社会保険病院では、呼吸ケアの質の向上を目的に2006年以降段階的に教育、啓蒙活動を行ってきた。今回、2005年から2009年の呼吸リハビリテーション（呼吸リハ）患者の実態、動向を把握し、今後の呼吸ケアに生かす事を目的とし調査した。対象は、呼吸器内科に入院し呼吸リハ依頼のあった204例とした。調査項目は、年齢、性別、診断名、入院期間、リハビリ施行期間、リハビリ依頼までの期間、リハビリ前後の姿勢保持レベル、リハビリ前後の基本動作レベル、リハビリ前後のADL、転帰とした。結果、依頼件数は年々増加し高齢、重症化していたが、何れの年の比較でも入院期間、リハビリ施行期間、依頼までの期間・退院時ADLに有意差を認めなかった。呼吸リハの体制を整えることにより、高齢で重症の患者に対する治療成績があがった可能性が示唆された。

キーワード：呼吸リハビリテーション、カンファレンス、呼吸ケアサポートチーム

1. はじめに

厚生労働省保険局医療課による平成22年度診療報酬改定の概要¹⁾では、多職種が連携し、より質の高い医療を提供するような取り組みを評価することが打ち出され、人工呼吸器装着患者の管理において多職種によるチーム医療を評価し、呼吸ケアサポート加算が新設された。長谷川・蝶名林・水谷²⁾は、呼吸サポートチーム（RST）は定義や活動内容が定まっておらず、また有用性に関するデータが十分でないとしている。南雲³⁾は、診療報酬の枠に合致したRSTだけでは不十分で、さらなる算定外の呼吸ケアチームの活動が必要と述べている。また、関連学会では診療報酬を算定するRSTの活動対象を拡大する議論も続けられており、さまざまな場面で活動するチームの存在は今後さらに重要になるとしている。

埼玉社会保険病院においても、呼吸ケアの質の向上を目的に2006年以降段階的に教育・啓蒙活動を行い、RST設立を目指してきた。2006年より人工呼吸器装着患者に対し理学療法士内でのラウンドを開

始し、評価と治療方針の統一を図った。2007年より呼吸器内科医と理学療法士による人工呼吸器装着患者を中心とした呼吸リハビリテーション（呼吸リハ）カンファレンスを開始し病状、経過、治療方針について検討した。2008年より呼吸器内科医・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・管理栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカーによる呼吸リハ対象患者（人工呼吸器非装着患者を含め）のカンファレンスを開始し、病状、経過、治療方針の検討に加えて栄養管理、吸入方法、誤嚥対策等、ケア方法・の統一がなされた。今回、呼吸器内科に入院し呼吸リハ依頼のあった全症例を対象に2005年から2009年の呼吸リハ患者の実態、動向を把握し、今後の呼吸ケアに生かす事を目的とした。

2. 方法

対象は、2005年～2009年に埼玉社会保険病院呼吸器内科に入院し呼吸リハ依頼のあった204例とした。

方法は、リハビリテーション部のデータベースを

[1] 著者連絡先：小山内正博

用いて後方視的に調査した。比較は年代別とし、カンファレンスが行われていない2005年、人工呼吸器装着患者に対し理学療法士内でのラウンドを開始し、評価と治療方針の統一を図った2006年、呼吸器内科医と理学療法士による人工呼吸器装着患者を中心とした呼吸リハビリテーション（呼吸リハ）カンファレンスを開始し病状、経過、治療方針について検討した2007年、呼吸器内科医・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・管理栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカーによる呼吸リハ対象患者（人工呼吸器非装着患者を含め）のカンファレンスを開始し、病状、経過、治療方針の検討に加えて栄養管理、吸入方法、誤嚥対策等、ケア方法の統一がなされた2008年、2008年の内容が定着した2009年とした。調査項目は、年齢、性別、疾患名、入院期間、リハビリ施行期間、リハビリ依頼までの期間、リハビリ前後の姿勢保持レベル、リハビリ前後の基本動作レベル、リハビリ前後のADL（Barthel Index）、転帰とした。

姿勢保持レベルの測定方法は、座位保持不可を0点、座位保持可能を1点、立位保持可能を2点とした。基本動作レベルの測定方法は、寝返り不可を0点、寝返り可能を1点、起き上がり可能を2点、立ち上がり可能を3点、移乗動作可能を4点、歩行可能を5点とした。（表1）

統計解析は、年代別に年齢、入院日数、リハビリ施行期間、リハビリ依頼までの期間を一元配置の分散分析しテューキー法にて多重比較した。リハビリ前後の姿勢保持レベル、リハビリ前後の基本動作レ

表1. 姿勢保持レベル・基本動作レベルの測定方法

Postural maintenance levels	
Sitting position maintenance	impossible : 0
Sitting position maintenance	possible : 1
Standing position maintenance	possible : 2
Basic movement levels	
Rolling-over	impossible : 0
Rolling-over	possible : 1
Sitting up	possible : 2
Standing up	possible : 3
Transfer (bed ⇔ W/C)	possible : 4
Gait	possible : 5

ベル、リハビリ前後のBarthel Indexをクラスカル・ウォリス検定しボンフェローニ法にて多重比較した。有意水準は、いずれも5%とした。

3. 結果

呼吸リハ依頼件数は、図1に示す通り、2007年、2008年で急激に増加し、2005年と2009年では、3倍の依頼件数となっていた。疾患は、2007年は図2に示す通り肺炎（Premonia）患者の依頼が急増した。2008年以降は、図2の通り、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、間質性肺炎（IP）、肺癌（LK）、気管支拡張症（Bronchiectasis）等、慢性呼吸不全患者の依頼が急増した。転帰では、図3に示す通り、2008年以降、外来呼吸リハビリへの移行と自宅退院の割合が増加した。

依頼患者の年齢は、2006年に比し2008年、2009年で有意差を認め年々高齢化をしていた（図4）。リハビリ前の姿勢保持レベル、リハビリ前の基本動作レベルとも2005年に比し2007年、2009年に重症化し有意差を認めた（図5）。何れの年の比較でも入院

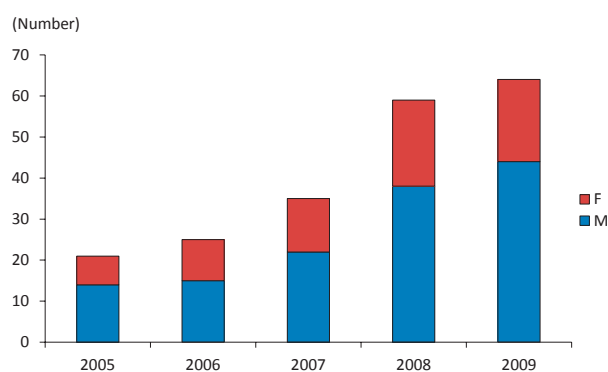


図1. 年度別の呼吸リハ依頼件数と男女比

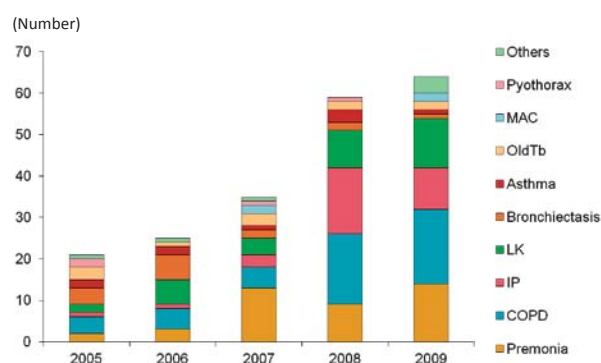


図2. 年度別の呼吸リハ依頼疾患の件数

期間・リハビリり施行期間・依頼までの期間 (図4)・リハビリり後の姿勢保持レベル, リハビリり後の基本動作レベル, 退院時ADLに有意差を認めなかった (図4, 5)。

特に2007年・2009年とも高齢の重症患者を多く認めたが, 退院時ADLレベルに差は認めなかった。

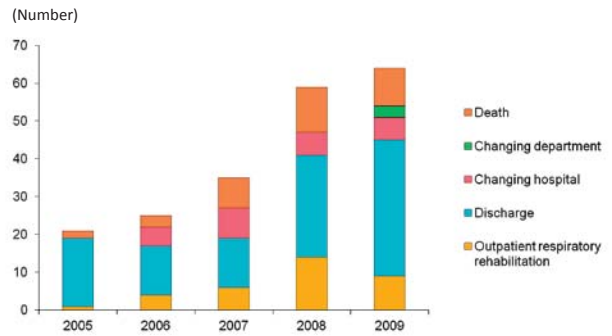


図3. 年度別の呼吸リハ患者の転帰

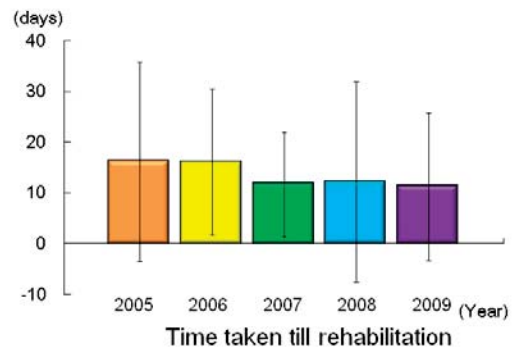
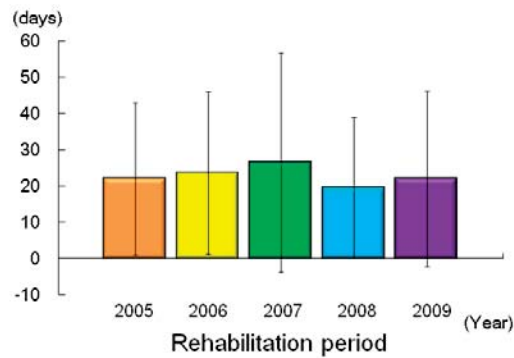
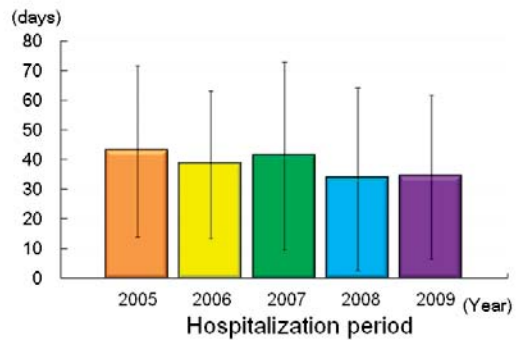
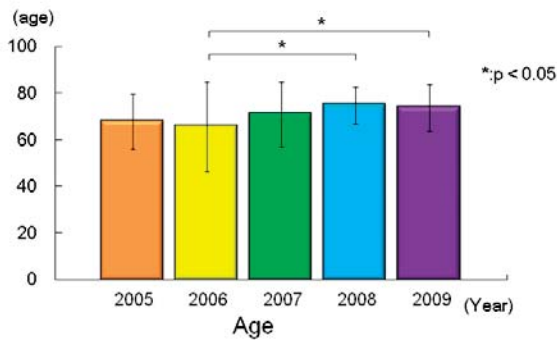


図4. 年度別の呼吸リハ依頼患者の年齢(左上), 入院期間(右上), リハビリり施行期間(左下), リハビリり依頼までの期間(右下)

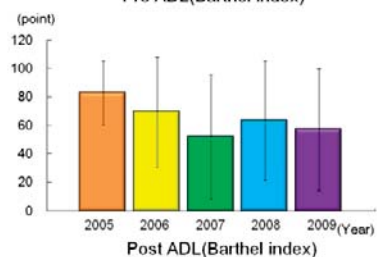
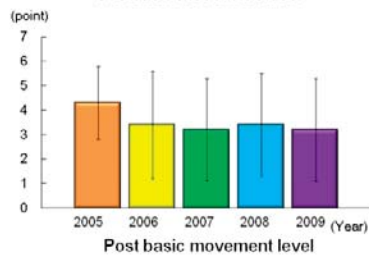
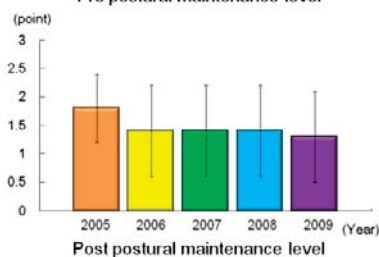
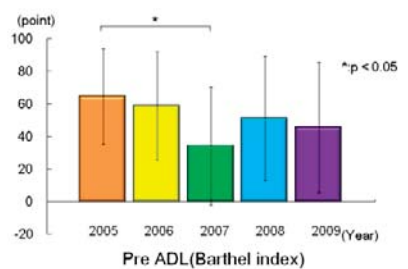
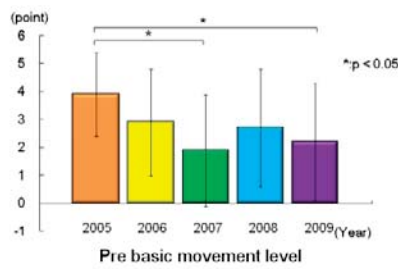
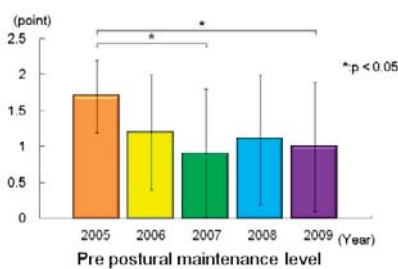


図5. 年代別の呼吸リハ依頼患者の姿勢保持レベル, 基本動作レベル, ADL (上段: リハビリり前, 下段: リハビリり後)

4. 考察

日本呼吸療法医学会と日本呼吸ケア・リハビリテーション学会は合同でRST活動を支援する「RSTプロジェクト」を立ち上げ、まず現状把握のためのアンケート調査を行った。その結果RSTは大規模病院を中心に約6割の施設で行われ、勉強会の実施や病棟ラウンドなどを中心に活動を行っていること、医療安全が重視されるものの専任スタッフの配置はほとんどなく、マンパワー不足や適任者の選定、上層部の理解不足などが設立の障害であることが明らかとなった。また全体の2/3で呼吸ケアチーム加算が申請されていたが、反対に申請しない理由としてRSTが教育や長期人工呼吸管理のサポートなど診療報酬算定外の活動が必要とされるためであった（長谷川ら）²⁾。

本研究では、呼吸ケアチーム加算の算定要件に拘らず、呼吸器内科に入院し呼吸リハ依頼のあった全症例を対象とし、段階的な呼吸ケアサポートを検討した。開始前の2005年と人工呼吸器装着患者に対し理学療法士内でのラウンドを開始した2006年では、全ての項目に差はなく、人工呼吸器装着患者に理学療法士のみでのラウンドでは限界があると考えられた。人工呼吸器装着患者に対し理学療法士内でのラウンドを開始した2006年と呼吸器内科医と理学療法士による人工呼吸器装着患者を中心とした呼吸リハカンファレンスを開始した2007年では、肺炎を中心とした依頼件数の増加、リハビリ前姿勢保持レベル、リハビリ前基本動作レベルの低さから、より重症化していたと考えられ、これが転院、死亡退院の締める割合の増加に繋がっていたと考えられた。呼吸器内科医と理学療法士による呼吸リハカンファレンスを開始した2007年と医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護師・管理栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカーによる呼吸リハカンファレンスを開始した2008年では、慢性閉塞性肺疾患、間質性肺炎、肺癌、気管支拡張症等、慢性呼吸不全患者の依頼が急増し、更に高齢化していたが、多職種による病状、経過、治療方針の検討に加えて栄養管理、吸入方法、誤嚥対策等、ケア方法・の統一等の介入効果として、外来呼吸リハへの移行と自宅退院の割合が増加したと考える。多職種による介入2年目の

2009年に、対象患者はリハビリ前姿勢保持レベル、リハビリ前基本動作レベルが低く、より重症、高齢化していたが、自宅退院は増加し死亡退院は減少した。これは、多職種による呼吸リハカンファレンスの定着した結果と考える。

呼吸ケアサポートの体制を整えることにより、高齢で重症化した患者の依頼件数が増加したと考える。また高齢、重症であっても呼吸リハ対象となったことで、入院期間の延長や退院時ADLレベルの重症化を防げると考えられた。特に呼吸リハでは多職種間での連携が必要なため呼吸リハカンファレンスは有効であったと考える。

本研究は、後方視的にリハビリテーション部データベース（全診療科共通）を使用し検討した。今後、呼吸リハに特化したデータベースを構築する必要がある。また臨床工学技士、認定看護師を含めたチーム作りと多職種によるラウンドを開始し、より早期に多職種で関わり効果を上げていく必要がある。加えて医療安全、診療報酬、呼吸ケアサポート加算対象と対象外患者の効果比較など検討する必要がある。

本研究では、呼吸リハカンファレンスに関わる職種を段階的に捉え検討した。多忙な業務の中、カンファレンスを行う意義が示唆された。

倫理的配慮：本研究は、厚生労働省の臨床研究に関する倫理指針に基づいて実施した。

5. 文献

- 1) 厚生労働省保険局医療課.平成22年度診療報酬改定の概要. (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/dl/setumei_03.pdf>). (参照 2013.9.25)
- 2) 長谷川隆一, 蝶名林直彦, 水谷太郎. RST全国実態調査の結果を踏まえて. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌. 2013; 23(5):9-13
- 3) 南雲秀子. RSTのリーダーシップはだれが取るか. 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌. 2013; 23(5):14-18

Effects of Conference for Respiratory Rehabilitation

Masahiro OSANAI^[1]

Faculty of Health Sciences, Uekusa Gakuen University

Yasuhide TACHIKAWA^[2]

Saitama Social Insurance Hospital

Since 2006, we have conducted educational and awareness activities at Saitama Social Insurance Hospital, in order to improve the quality of respiratory therapy. In this study, we surveyed the reality and the behavior of patients with respiratory disorder from 2005 to 2009, aiming at making use of them for developing future therapies. The target data came from 204 cases of patients who were hospitalized at the Department of Respiratory Medicine and who hoped to undergo respiratory rehabilitation. The survey variables were as follows; age, gender, diagnosis, hospitalization period, rehabilitation period, time taken until rehabilitation request, as well as the pre/post rehabilitation data in the levels of postural maintenance, the levels of basic movement, the ADL (Barthel Index), and the outcomes. The results showed that the number of patient requests for respiratory rehabilitation increased each successive year and the patients were increasingly older and more severe, although no significant difference was found in hospitalization period, rehabilitation period, time taken until rehabilitation request nor ADL level at the time of discharge in all years. We conclude that the therapy for the aged and the severe patients became effective after organizing the system of respiratory rehabilitation.

Keywords: Respiratory Rehabilitation, Conference, Respiratory Care Support Team

[1] Masahiro OSANAI