

当院におけるリハビリテーション対象疾患の動向

成田亜矢, 高窪祐弥, 村川美幸, 石川雅樹, 佐々木 幹, 高木理彰

山形大学医学部整形外科学講座
(平成31年2月19日受理)

要 旨

背景：保険診療の改正や社会の高齢化に伴い、リハビリテーション診療を取り巻く状況は変化している。そこで今後のリハビリテーション診療の動向に対応するため、各疾患別リハビリテーション単位数と対象疾患の動向を調べた。

方法：2012年から2016年度に当院で算定した各疾患別リハビリテーション単位数を集計した。個人に対して同時に処方された理学・作業・言語療法処方箋は一元化し、処方箋から疾患名を抜粋して各疾患別リハビリテーションに該当する区分に分けて件数を調べた。

結果：総単位数は36,900単位から57,613単位へ増加していた。処方箋、療法士数と単位数の増加に強い相関を認めた。疾患別単位数では心大血管の増加が最大で脳血管が最小だった。疾患名は心大血管系、癌・腫瘍の比率が増大し、脳血管系、呼吸器系は減少していた。

考察：療法士一人当たりのリハビリテーション実施単位数が定められているため、可能な算定単位数は療法士の数に応じて変動する。また介入に先立ちリハビリテーション処方する医師や処方数の増加も必要である。社会動向の変化を反映して対象疾患も変わるが、実際の算定には医師の判断や算定条件等、種々の要因が関わっていることが示唆された。

キーワード：疾患別リハビリテーション、対象疾患、動向、社会情勢

はじめに

わが国では定期的に診療報酬が改定され、リハビリテーションに関わる体制も変化している^{1), 9), 11)}。超高齢社会に突入し65歳以上人口の割合が増加し続けている本邦にあって、死因に結びつく疾患やその患者数が変化し¹⁰⁾、当院で加療している患者の背景に影響していると予想される。

そこで今後のリハビリテーション分野の社会動向に対応するための一助として、2012-2016年度に当院で算定した疾患別リハビリテーションの単位数、疾患名の動向と、それに影響する要因を調べた。

対象と方法

2012年4月1日から2017年3月31日までに当院でリハビリテーションを受けた患者を対象とした。各疾患

別リハビリテーションの単位数は、医事課で算定した単位数（入院、外来の合計）を年度ごとに集計した。リハビリテーション処方箋の延べ数を部門システムの記録から集計し、同期間の医師数、療法士数の推移も調査した。総単位数と医師数、療法士数、各疾患別単位数についてPearsonの相関係数を求め、単位数の変化に寄与する因子を調べた（IBM® SPSS Statistics 25, Chicago, IL, USA）。各疾患別リハビリテーション単位数から、年度伸び率（ $(n\text{年度単位数} - (n-1)\text{年度単位数}) / (n-1)\text{年度単位数} \times 100 (\%)$ ）と5年間の平均値を求めた。

疾患名は、部門システムのリハビリテーション処方箋記録一覧（併存疾患の記載も含む）から抜粋した。重複を避けるため、理学、作業、言語聴覚療法の複数にわたって処方箋が出ている場合は合わせて1件とし、術後の安静度変更に関する処方は除外した。得られた疾患名一覧に、各疾患別リハビリテーションに該当する代表的なものを以下のようにキーワード検索

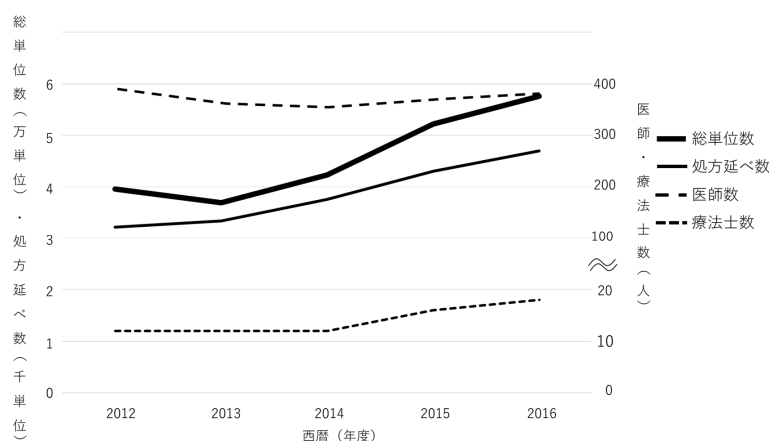


図1. リハビリテーション総単位数と処方延べ数、医師・療法士数の推移
総単位数と処方延べ数、療法士数の相関係数は $r=0.98$ で強い正の相関を認めた。

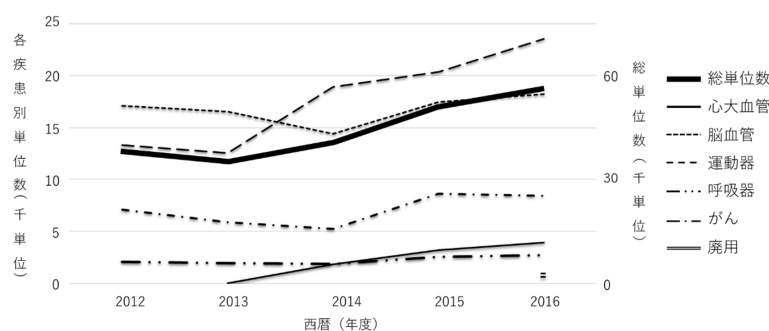


図2. 各疾患別リハビリテーション単位数の推移
平均伸び率は心大血管が最大、脳血管が最小だった。

し、件数を集計した。(心大血管系：急性心筋梗塞・心不全・大動脈解離・狭心症、呼吸器系：肺炎・呼吸不全・慢性閉塞性肺疾患、脳血管系：脳梗塞・脳出血、がん：癌・腫瘍、運動器系：骨折・変形性・リウマチ、廃用症候群：廃用症候群)

なお本研究は山形大学医学部の倫理審査委員会の承認を受けて行われた(第288号)。

結 果

算定単位総数は、5年間で39,600単位から57,613単位へ増加していた。疾患別では、法の改正に伴って2013年に心大血管、2016年に廃用症候群が加わっていた。リハビリテーション処方箋の延べ数は3,220件から4,702件に増加していた。療法士数は2012年の12名(理学療法士6名、作業療法士4名、言語聴覚士2名)から2016年は18名(各9名、6名、3名)に増加し、病院全体の医師数は2012年395名、2016年390名と400名弱で推移し大きな変化はなかった(図1)。5年

間で、医師一人当たりの処方数は8.2件から12.1件へ増加していた。

総単位数と処方箋、療法士、医師、各疾患別単位数の相関係数(r)は、処方箋数($r=0.98$)と療法士数($r=0.98$)で特に強い正の相関があり、医師数($r=0.34$)との相関は弱かった。疾患別では、心大血管($r=0.98$)、がん($r=0.94$)、運動器($r=0.94$)、呼吸器($r=0.81$)、脳血管($r=0.59$)で、心大血管と最も強い正の相関を認めた。

各疾患別単位数は、2012度は脳血管が最多で運動器、呼吸器、がんと続き、2016年度は運動器が最多で脳血管、呼吸器、心大血管、がん、廃用の順だった(図2)。平均伸び率は心大血管48.0%、運動器17.0%、脳血管2.3%、呼吸器8.5%、がん8.0%で心大血管の伸びが最大、脳血管が最小だった。そのため全体に対する比率は心大血管が増加し脳血管が減少していた(図3)。

疾患名の調査に用いた処方箋の延べ数は5年間で1,661件から2,614件に増加していた。2012年度は運動

当院におけるリハビリテーション対象疾患の動向

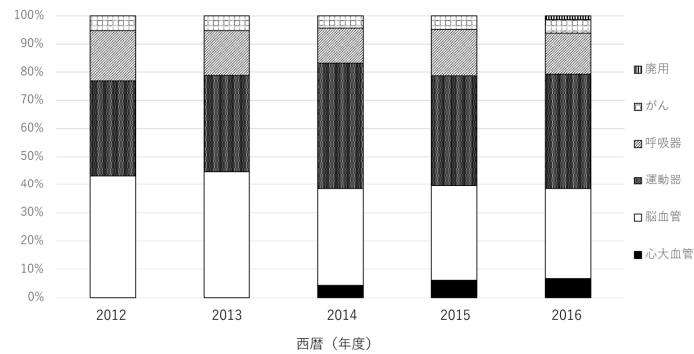


図3. 各疾患別リハビリテーションの比率
心大血管が増加し、脳血管は減少していた。

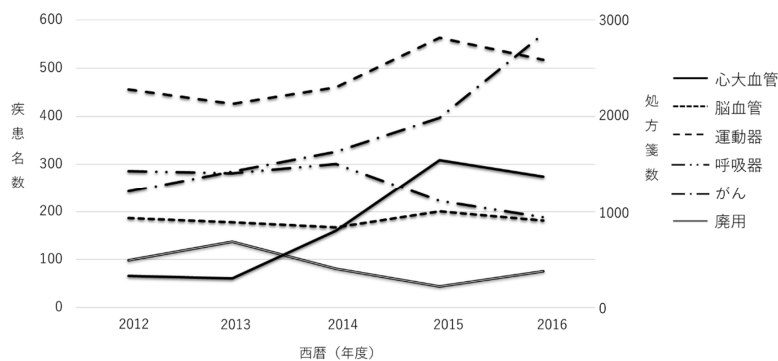


図4. リハビリテーション処方箋の疾患名数の推移
心大血管系、癌・腫瘍が増加し、脳血管系、呼吸器系疾患は減少していた。

器に関わるものが最多で呼吸器系、癌・腫瘍、脳血管系と続き心大血管系は少なかった。2016年度は癌・腫瘍、運動器系、心大血管系、呼吸器系、脳血管系で順位に変化がみられた（図4）。単位数と同様に疾患名についても年度毎伸び率と5年間の平均値を求めた。平均伸び率は心大血管系59.2%、運動器系4.0%、脳血管系-0.1%、呼吸器系-9.1%、癌・腫瘍24.3%で、心大血管に関するものと癌・腫瘍の伸びが大きく脳血管系、呼吸器系は減少していた。

考 察

社会では高齢化が進み、各種内部障害やがん患者も増加しリハビリテーションの重要性は以前にも増して高まっている^{2), 5)}。しかし実際の算定単位数や対象疾患の動向に関する報告は非常に少ない^{7), 8)}。渉猟し得た限り、当院と同規模の病院における算定単位数や疾患別リハビリテーションの詳細に関する報告はみられなかった。

今回の集計では、算定単位数は5年間で39,600単位から57,600単位へ、処方箋の延べ数は3,220件から

4,702件へと大きく増加していた。厚生労働省の社会医療診療行為別統計でも1人1日当たりのリハビリテーション点数は年々増加し¹⁰⁾、リハビリテーションへの関心が高まってより積極的に行われていることが伺われる。また単位数の増加は、処方箋数、療法士数と非常に強い相関があった。本田^{7), 8)}も、療法士や医師数の増減で単位数や対象患者数が変動すると報告している^{7), 8)}。療法士一人当たりの最大実施単位数が定められているため、療法士と単位数の増減は比例することが予測される。また介入に際してリハビリテーション処方をする医師の増加^{7), 8)}、もしくは医師一人当たりの処方数増加が必要となり、当院では後者の影響が大きかった。処方箋数の増加と、その処方を担当できる療法士数が、算定単位の増加に必要な要素と考えられる。

疾患別単位数の増加率は心大血管が最大だった。新たに算定が始まり、院内の需要に応じて施療可能な療法士数が増えたことで、単位数が増加したと思われる。また心大血管リハビリテーションの施設基準が厳しく届出医療機関が少ないこともあり³⁾、当院のように施療可能な施設に患者が集中している可能性もある。次

いで増加率が高いのは運動器だった。医師のリハビリテーションに対する関心が高まった結果、フレイルやロコモティブシンドロームといった運動機能低下症例に対する処方が増え、運動器リハビリテーションの単位数増加につながった可能性がある。

疾患名では、心大血管系、癌・腫瘍の件数が増加し脳血管系、呼吸器系疾患の件数は減少していた。2016年に新たに廃用症候群の算定が開始となり、それまで脳血管疾患リハビリテーションとして算定されていた単位数が減少したことが一因として考えられる。また早期転退院が促進された場合も算定単位数は減少するため、周辺施設との連携が強化されてきたことも理由として考えられる。国内での心、脳血管疾患の発症率は明らかでないが死亡率から推定できるとする報告がある⁴⁾。近年死因となる疾患はがん、心疾患が増加する一方脳血管疾患が減少していることから発症率、ひいてはリハビリテーションの対象疾患が変化している可能性もある。

本研究の限界として、リハビリテーション処方や算定する疾患別リハビリテーション区分は種々の外的な影響を受けることが挙げられる。例として、肺炎による死亡者数や患者数は増加しているが⁶⁾、呼吸器系疾患でリハビリテーション処方された件数は減少していた。これは心大血管リハビリテーションの算定が始まったことで、それまで併発する呼吸不全等でリハビリテーション処方していた例を心大血管系病名で処方するようになったことが一因として挙げられる。また癌・腫瘍患者は最多だったががんリハビリテーションの単位数は少なかった。癌・腫瘍病名があってもがんリハビリテーションの算定条件に合致しない場合は、併発する呼吸器、運動器疾患等に対するリハビリテーションで算定する例があり、また入院中のみの算定であることが影響していると考えられる。廃用症候群が少ない点は、第3次救急病院の特性に加えて、定期的な評価や詳細な報告書作成が必要なため主治医が敬遠

している可能性も否定できない。

しかし本研究により、算定単位数は処方箋と療法士の数に応じて変動し、社会動向の変化、処方する医師の判断や算定条件等が、リハビリテーションの対象疾患や算定区分に影響する可能性が示唆された。今後、より社会状況に即したリハビリテーションを提供する上で有用な知見と思われる。

参考文献

1. 川手信行：リハビリテーション関連の動向と論点. 総合リハ 41: 895-909, 2013
2. 上月正博：内部障害リハビリテーションの現状と展望. Jpn J Rehabil Med 53: 818-822, 2016
3. 小山照幸：心大血管疾患リハビリテーション. 総合リハ 40: 31-35, 2012
4. Saito Isao, et al.: Association between mortality and incidence rates of coronary heart disease and stroke: The Japan Public Health Center-based prospective (JPHC) study. Int J Cardiol 222: 281-286, 2016
5. 辻哲也：ガイドライン策定の経緯とその後の動向. Jpn J Rehabil Med 53: 110-114, 2016
6. 寺本信嗣：高齢者の肺炎の実態と内科的治療. 総合リハ 43: 95-98, 2015
7. 本田有一：リハビリテーション科統計（平成18年度～平成24年度）の考察. 長崎掖済会病院会報 15: 37-41, 2014
8. 本田有一：リハビリテーション科統計（平成23年度～平成27年度）の考察. 長崎掖済会病院会報 17: 30-34, 2016
9. 吉永勝訓：疾患別リハビリテーション導入の現状と課題. 総合リハ 40: 7-14, 2012
10. 厚生労働省. <http://www.mhlw.go.jp> (2017年10月19日アクセス)
11. 診療報酬はわかりマニュアル. <https://medical.mt-pharma.co.jp/support/sh-manual/>

Trend of target diseases in rehabilitation medicine of our hospital

Aya Narita, Yuya Takakubo, Miyuki Murakawa,
Masaki Ishikawa, Kan Sasaki, Michiaki Takagi

Department of Orthopaedic Surgery, Yamagata University Faculty of Medicine

ABSTRACT

Background: The conditions surrounding rehabilitation clinical practice have changed along with revisions to the health care services provided by health insurance and the aging of society. We investigated the number of rehabilitation units administered for different diseases and the trends in the diseases indicated for rehabilitation to help clinicians in the field respond to future trends in rehabilitation clinical practice.

Subjects and Methods: We totaled the number of rehabilitation units prescribed according to disease at our hospital from 2012 to 2016. Disease names were extracted from rehabilitation prescriptions, which were then placed under the applicable disease subdivision to calculate the number of rehabilitation units.

Results: The total number of units increased from 36,900 to 57,613. The number of prescriptions and therapists were strongly correlated with the increase in the number of rehabilitation units. The largest increase in the number of units was for cardiovascular diseases and the smallest increase was for cerebrovascular diseases. The proportions taken up by cardiovascular diseases and cancers and tumors increased, whereas those by cerebrovascular diseases and respiratory organ diseases decreased.

Discussion: As a single therapist can only perform a specified number of rehabilitation units, the number of units possible varies with the number of therapists. Furthermore, more physicians who prescribe rehabilitation and more prescriptions are needed, both of which precede interventions. While the diseases that are subject to rehabilitation have changed in response to societal trends, our results suggest that the number of units is also affected by various other factors such as physicians' decisions, therapists' qualifications, and the conditions for calculation.

Key words: target diseases, rehabilitation medicine