

診調組 技-2-5-1
17.4.22

リハビリテーション・消炎鎮痛等処置
に係る調査
速報版報告書（案）

平成17年4月22日

「リハビリテーション・消炎鎮痛等処置に係る調査」

調査実施委員会

委員長 石田 暉

リハビリテーション・消炎鎮痛等処置に係る調査
速報版報告書（案） 目次

1	はじめに	1
2	目的	1
3	調査方法の概要	1
4	調査内容	2
5	回収結果と分析方法の概要	2
	（1）一般リハビリ	2
	① リハビリの場	3
	② 疾患とリハビリ	4
	③ リハビリの質	5
	④ リハビリ医の関与	6
	⑥ 満足度	8
	（2）整形外科領域（体幹・四肢運動療法）	9
	（3）心臓リハビリ	9
	① 目的	9
	② 調査対象	10
	③ 結果	10
	④ 考察とまとめ	11
	（4）呼吸リハビリ	11
	① 普及度	11
	② 呼吸リハビリを実施していない要因	12
	③ 患者プロファイル	13
6	考察と結論	14

1 はじめに

調査にあたり、調査実施分析体制として、リハビリテーション（以下リハビリ）医療の多面性を考慮し、一般リハビリ領域、整形外科領域、心臓リハビリ領域、呼吸器疾患リハビリ領域から学会から委員を募り委員会を構成した。

委員	所属
◎石田 暉	東海大学医学部教授 (日本リハビリテーション医学会)
関 寛之	目白大学保健医療学部教授・保健医療学部長 (日本整形外科学会)
藤野圭司	藤野整形外科医院院長 (日本臨床整形外科医会)
伊東春樹	心臓血管研究所附属病院副院長 (日本心臓リハビリテーション学会)
小林弘祐	北里大学大学院医療系研究科専任教授 (日本呼吸器学会)

※ ◎は委員長

2 目的

中央社会保険医療協議会（中医協）診療報酬基本問題小委員会では、診療報酬の評価のあり方について現在検討を行っており、診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会にその基礎となる調査を依頼している。

本調査の目的は、本邦で施行されているリハビリの実態（普及度、資源の投入他）を把握し、より質の高いリハビリ医療（消炎鎮痛処置等を含む）が提供できるような診療報酬のあり方について必要となる基礎資料を作成するものである。

3 調査方法の概要

調査方法は、施設の属性を調査するための施設調査票（A票； A1施設共通票、A2:心臓リハビリ施設票、A3:呼吸リハビリ施設票）および各治療技術別の診療時間、関与人数などを調査するための患者に対するリハビリ調査票（B票； B1:一般リハビリ患者票、B2:体幹、四肢運動療法患者票、B3:呼吸リハビリ患者票）よりなるアンケート用紙を各学会の提出した施設名簿に従って、施設票は4領域全体、患者票は心臓リハビリを除く3領域に施設毎の患者数（10～20例）を割りあて、

調査対象施設の調査担当医師に記入を依頼した。配布、回収の形態は、郵送配布、郵送回収とした。あわせて診療の内容（資源投入）と時間経過を明らかにするため当該患者の、治療期間中のレセプトのコピーの添付を求めた。レセプトの提出が不可能な施設の場合には別紙にその内容の転記を依頼した。個人情報に十分配慮し、患者よりの文書による了解あるいは個人を識別出来ないような方策を講じた。

4 調査内容

主な調査内容は、施設共通票では施設の開設主体と概要、リハビリの内容（人的資源、活動、安全管理体制など）また呼吸ならびに心臓リハビリでは内科的治療、外科的治療の症例数や治療医師の数、非実施の理由などであった。（詳細については各領域ごとの報告を参照）

5 回収結果と分析方法の概要

本調査は、平成 17 年 2 月から 3 月にかけて実施した。調査対象施設 820 施設のうち、2005 年 4 月 8 日回収分現在でトータル 371 施設（45%）から回答があった。

内訳	回収数	送付対象数	回収率
A1：施設共通票	349 件	1,167 件	30%
A2：心臓リハビリ施設票	78 件	506 件	15%
A3：呼吸リハビリ施設票	11 件	46 件	24%
B1：一般リハビリ患者票	777 件	1,890 件	41%
B2：体幹・四肢運動療法患者票	1,961 件	4,720 件	42%
B3：呼吸リハビリ患者票	59 件	460 件	13%

調査票の各項目ごとに単純集計を行ったほか、施設票と患者票の一定項目間（例えば、A1：施設共通票と B1：一般リハビリ患者票）でクロス集計を行った。さらに、当該患者の対象期間のレセプト・データ（総単位数、総点数など）ともクロス分析を行う予定である。

6 調査結果の概要

(1) 一般リハビリ

リハビリ医療は他の先行する医療に比べ本邦における歴史も浅く、近年比較的関心の高い医療分野とされながら、地域への浸透性も十分とは言えず、最低限のリハビ

リハビリが日本中何処でも受けられる状態に至っていない。今後高齢社会の進展や障害者の著しい増加を考慮すると、この領域の医療の需要は益々拡大するものと考えられる。

一方リハビリ医療の拡大に伴い危惧されるのは質の低下である。その意味では「リハビリの standard はどのレベルか」「ガイドラインをどのように作っていくか」の基礎資料は必須と考える。

今回、質の高いリハビリを供給している施設ではどのようなリハビリが行われるかの実態を調査することにより、それらの質を上げる内容に診療報酬上のインセンティブを与え、より質の高いリハビリ医療を拡大し、浸透させる事は意義深いものとする。

質の高い医療の outcome として最終的には「患者満足度が高い事」が考慮されるべきであるが、今回は「ADL の改善度（率）が良い」「在院日数（あるいはリハビリ治療実日数）が短い」「在宅復帰率が高い」を主に用いた。

現段階でレセプトを基にした集計が終了していないため、治療を集中的に行っている（リハビリの総単位数が多い、単位期間中の総単位数が多いなど）の結果は得られていない。また早期加算を取っているか、その日数が多いか等による結果への影響は不明である。

しかし、それらを除外しても以下に示される結果が得られた。

① リハビリの場

1) ベッドサイドから訓練を開始した方が、治療実施日数は短くなる傾向がある。

		開始時の訓練場所				
		全体	ベッドサイド	訓練室	その他	無回答
治療実施日数	全体	677 100.0	265 39.1	409 60.4	-	3 0.4
	0~19日	92 100.0	48 52.2	44 47.8	-	-
	20~39日	97 100.0	51 52.6	46 47.4	-	-
	40~59日	98 100.0	35 35.7	63 64.3	-	-
	60~79日	82 100.0	33 40.2	49 59.8	-	-
	80~99日	57 100.0	15 26.3	41 71.9	-	1 1.8
	100日以上	109 100.0	44 40.4	65 59.6	-	-
	無回答	142 100.0	39 27.5	101 71.1	-	2 1.4

2) 治療実施日数が長い患者すなわち長期入院患者は、ベッドサイド開始から訓練室開始までの日数が長い。

3) ベッドサイド開始から訓練室開始までの日数が 20 日以上ある場合、治療実施日数が 100 日を越える場合が増加する。

4) 在宅復帰以外の転帰では、ベッドサイド開始から訓練室開始までの日数が若干長くなる傾向がみられる。(逆を言えばベッドサイドから訓練室開始までの期間が短いものは在宅復帰の比率が大きい)

以上より、リハビリ開始時の訓練場所はベッドサイドの方が、アウトカムの改善度が良好な傾向である。すなわち早期よりベッドサイドでリハビリを開始する方向にインセンティブを与えるべきである。

② 疾患とリハビリ

脳卒中、大腿骨頸部骨折などの比較的高齢者のリハビリでは

1) 平均 4 つ程度の併存疾患を持ち、治療実施日数が長い事例では、併存疾患尺度が高くなる傾向があった。

		併存疾患尺度(該当個数)												
		全体	平均	標準偏差	最小値	最大値	平均	標準偏差	最小値	最大値	平均	標準偏差	最小値	最大値
治療実施日数	全体	677 100.0	3.15	2.62	0.00	18.00	3.15	2.62	0.00	18.00	3.15	2.62	0.00	18.00
	0~19日	92 100.0	2.41	2.14	0.00	12.00	2.41	2.14	0.00	12.00	2.41	2.14	0.00	12.00
	20~39日	97 100.0	3.06	2.85	0.00	15.00	3.06	2.85	0.00	15.00	3.06	2.85	0.00	15.00
	40~59日	98 100.0	2.96	2.58	0.00	14.00	2.96	2.58	0.00	14.00	2.96	2.58	0.00	14.00
	60~79日	82 100.0	3.79	3.23	0.00	18.00	3.79	3.23	0.00	18.00	3.79	3.23	0.00	18.00
	80~99日	57 100.0	3.28	2.65	0.00	14.00	3.28	2.65	0.00	14.00	3.28	2.65	0.00	14.00
	100日以上	109 100.0	3.75	2.56	0.00	12.00	3.75	2.56	0.00	12.00	3.75	2.56	0.00	12.00
	無回答	142 100.0	2.93	2.21	0.00	11.00	2.93	2.21	0.00	11.00	2.93	2.21	0.00	11.00

2) 重症度との関係では、リハ開始時の障害重度が軽症の場合、治療実施日数は比較的短く、重症の場合長くなり、100 日以上となるケースも多い。

		治療開始時の疾患の重症度				
		全 体	重症	中等症	軽症	無回答
治療実施日数	全 体	677 100.0	242 35.7	310 45.8	97 14.3	28 4.1
	0～19日	92 100.0	25 27.2	44 47.8	21 22.8	2 2.2
	20～39日	97 100.0	35 36.1	48 49.5	13 13.4	1 1.0
	40～59日	98 100.0	34 34.7	44 44.9	16 16.3	4 4.1
	60～79日	82 100.0	30 36.6	36 43.9	10 12.2	6 7.3
	80～99日	57 100.0	16 28.1	27 47.4	12 21.1	2 3.5
	100日以上	109 100.0	50 45.9	43 39.4	8 7.3	8 7.3
	無 回 答	142 100.0	52 36.6	68 47.9	17 12.0	5 3.5

3) 治療開始時の疾患の重症度が中等症の場合、在宅復帰が約5割あるが、重症になると在宅復帰以外が増える。

など重症度と治療期間、在宅復帰率と密接な関係があることが示され、疾患名のみでは治療期間が規定できない側面が示された。

しかし疾患間の比較では、脳卒中・脊髄損傷で100日以上の長期治療が約2割あるが、大腿骨頸部骨折では約半数が40日未満となっている。

		治療実施日数							
		全 体	0～19日	20～39日	40～59日	60～79日	80～99日	100日以上	無回答
疾患による特性	全 体	677 100.0	92 13.6	97 14.3	98 14.5	82 12.1	57 8.4	109 16.1	142 21.0
	脳卒中	501 100.0	52 10.4	60 12.0	73 14.6	63 12.6	52 10.4	91 18.2	110 22.0
	脊髄損傷	62 100.0	6 9.7	6 9.7	8 12.9	5 8.1	2 3.2	13 21.0	22 35.5
	大腿骨頸部骨折	84 100.0	28 33.3	17 20.2	14 16.7	11 13.1	3 3.6	4 4.8	7 8.3
	無 回 答	37 100.0	6 16.2	14 37.8	6 16.2	5 13.5	1 2.7	1 2.7	4 10.8

これらより疾患名、重症度を組み合わせた治療期間を考えることが妥当であると考える。

③ リハビリの質

医師と療法士の橋渡しとなる「リハビリ処方箋」では

1) 86%の施設で処方されているが、施設基準IVでは7割弱にとどまっている。

2) カンファレンスを行っている施設では、95%がリハビリ処方箋を出す一方、行っていない施設では、64%にとどまっている

3) 平均更新頻度が高いほど、改善幅が大きい傾向がある。

など、「リハビリ処方箋」は充実している施設ほど頻繁で詳細な処方が行われている。

④ リハビリ医の関与

リハビリ処方は現在医師すべて行うことは可能であるが、主治医よりもリハビリ科専従医師である方が、アウトカム改善率が高い傾向がある。

		処方者					
		全 体	リハビリ科専従医師	関連科医師	主治医	その他	無回答
ADLの改善: Barthelindex	全 体	747 100.0	552 73.9	100 13.4	152 20.3	20 2.7	106 14.2
	-1以下	6 100.0	4 66.7	2 33.3	1 16.7	-	-
	0	22 100.0	17 77.3	2 9.1	8 36.4	-	1 4.5
	1以上10未満	28 100.0	25 89.3	6 21.4	6 21.4	-	1 3.6
	10以上20未満	52 100.0	41 78.8	9 17.3	9 17.3	1 1.9	2 3.8
	20以上40未満	76 100.0	51 67.1	17 22.4	15 19.7	6 7.9	6 7.9
	40以上60未満	62 100.0	50 80.6	15 24.2	7 11.3	2 3.2	6 9.7
	60以上	56 100.0	40 71.4	7 12.5	4 7.1	5 8.9	7 12.5
	無 回 答	445 100.0	324 72.8	42 9.4	102 22.9	6 1.3	83 18.7

また、アウトカム改善した事例でみると、リハビリ専従医師（特にリハビリ科専門医）の数が多くの方が、改善幅が大きい傾向がある。

		専任医師							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
ADLの改善: Barthelindex	全 体	661 100.0	7.14	7.55	1.00	37.00	5.00	3.00	7.00
	-1以下	6 100.0	11.50	7.63	3.00	26.00	10.00	5.75	14.25
	0	21 100.0	6.38	6.69	2.00	27.00	4.00	2.00	7.00
	1以上10未 満	27 100.0	5.19	3.83	2.00	17.00	4.00	3.00	6.00
	10以上20未 満	50 100.0	5.10	3.76	2.00	19.00	4.00	3.00	6.00
	20以上40未 満	70 100.0	6.26	5.29	1.00	26.00	4.00	3.00	7.00
	40以上60未 満	54 100.0	7.93	7.54	1.00	27.00	4.00	3.00	11.25
	60以上	49 100.0	8.76	8.23	1.00	27.00	6.00	4.00	7.00
	無 回 答	384 100.0	7.36	8.27	1.00	37.00	5.00	2.00	7.00

		リハビリ科専門医							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
ADLの改善: Barthelindex	全 体	662 100.0	2.25	1.42	1.00	6.00	2.00	1.00	3.00
	-1以下	5 100.0	1.60	1.20	1.00	4.00	1.00	1.00	1.00
	0	21 100.0	2.00	1.15	1.00	5.00	2.00	1.00	2.00
	1以上10未 満	27 100.0	1.78	1.03	1.00	5.00	1.00	1.00	2.50
	10以上20未 満	50 100.0	1.58	0.80	1.00	4.00	1.00	1.00	2.00
	20以上40未 満	69 100.0	1.61	0.87	1.00	5.00	1.00	1.00	2.00
	40以上60未 満	55 100.0	2.15	1.21	1.00	5.00	2.00	1.00	3.00
	60以上	46 100.0	2.35	1.25	1.00	5.00	2.00	1.00	3.75
	無 回 答	389 100.0	2.50	1.56	1.00	6.00	2.00	1.00	4.00

このことは、リハビリ処方が専任医師の技術の一つであると考えられる。

⑤ 療法士以外のリハビリへの関与

- 1) 看護師によるリハビリ介入時間が多いほど、アウトカム改善率はよくなる傾向がみられる。

		時間数割合：看護師によるリハビリ介入							
		全 体	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	25%値	75%値
ADLの改善: Barthelindex	全 体	616 100.0	26.47	29.09	0.00	100.00	15.00	10.00	30.00
	-1以下	4 100.0	33.75	34.16	0.00	90.00	22.50	11.25	45.00
	0	21 100.0	26.67	29.97	0.00	100.00	10.00	10.00	30.00
	1以上10未 満	25 100.0	21.00	24.66	0.00	90.00	10.00	0.00	30.00
	10以上20未 満	44 100.0	24.09	25.14	0.00	100.00	10.00	10.00	30.00
	20以上40未 満	57 100.0	25.44	31.82	0.00	100.00	10.00	5.00	30.00
	40以上60未 満	50 100.0	30.50	36.51	0.00	100.00	10.00	5.00	52.50
	60以上	46 100.0	32.20	32.57	0.00	100.00	20.00	10.00	50.00
	無 回 答	369 100.0	25.94	27.44	0.00	100.00	20.00	10.00	30.00

一方で、

- 2) 家族によるリハビリ介入時間とアウトカム改善率には、顕著な相関が見られない
- 3) ボランティアによるリハビリ介入時間とアウトカム改善率には、顕著な相関が見られない。

アウトカムの改善までにいたるには最低限何らかの医療技術を持つものの関与が求められる。

⑥ 満足度

リハビリ治療に関する満足度（治療者側の）が高い施設（「充分満足」と「やや満足」の合計）は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の数が比較的多く勤務する大学病院（私立の）・医療法人（社団）であった。

	リハビリ治療に関する満足度													
	全体		充分満足		やや満足		普通		やや不足		非常に不足		無回答	
全体	747	100.0	140	100.0	154	100.0	240	100.0	143	100.0	58	100.0	12	100.0
大学病院(独立行政法人)	86	11.5	8	5.7	14	9.1	22	9.2	23	16.1	18	31.0	1	8.3
大学病院(公立)	11	1.5	-	-	-	-	3	1.3	8	5.6	-	-	-	-
大学病院(私立)	170	22.8	30	21.4	42	27.3	48	20.0	34	23.8	15	25.9	1	8.3
国立(国立病院機構)	28	3.7	16	11.4	1	0.6	11	4.6	-	-	-	-	-	-
国立(その他)	10	1.3	3	2.1	2	1.3	4	1.7	-	-	-	-	1	8.3
自治体	112	15.0	14	10.0	15	9.7	46	19.2	26	18.2	11	19.0	-	-
公的(日赤)	20	2.7	4	2.9	5	3.2	5	2.1	5	3.5	1	1.7	-	-
公的(済生会)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
公的(厚生連)	20	2.7	-	-	6	3.9	3	1.3	6	4.2	3	5.2	2	16.7
公的(その他)	10	1.3	3	2.1	6	3.9	1	0.4	-	-	-	-	-	-
社会保険	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
労災	10	1.3	-	-	9	5.8	-	-	1	0.7	-	-	-	-
医療法人(特定)	48	6.4	4	2.9	19	12.3	20	8.3	4	2.8	-	-	1	8.3
医療法人(特別)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
医療法人(社団)	90	12.0	27	19.3	15	9.7	21	8.8	18	12.6	7	12.1	2	16.7
財団	50	6.7	2	1.4	12	7.8	22	9.2	9	6.3	2	3.4	3	25.0
個人	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他	6	0.8	5	3.6	-	-	1	0.4	-	-	-	-	-	-
無回答	76	10.2	24	17.1	8	5.2	33	13.8	9	6.3	1	1.7	1	8.3

リハビリ治療に関する満足度が高い施設(「充分満足」と「やや満足」の合計)の開設主体は、大学病院(私立)・医療法人(社団)であった。

これらの施設では比較的納得の得られるリハビリが施行されているものと推測される。

今回調査の結果判明したことは優良な医療施設においても、基本的なデータが必ずしも整っていない事である。そのため今後の調査においては評価項目の標準化は緊急の課題となっている。また、質の高いリハビリを供給するためにはある程度の枠組み(施設認定、職員の数、医師の専門性と数など)とそれを促進するための情報の公開が必要と思われる。

(2) 整形外科領域(体幹・四肢運動療法)

※ 別途報告を参照

(3) 心臓リハビリ

① 目的

本邦における、心臓リハビリテーションの実態を調査する。

② 調査対象

心臓リハビリテーションの医学的ならびに医療経済的な効果は確立しているにもかかわらず、本邦における実施率はきわめて低い（心筋梗塞例の 4.8-11.7%）¹。そこで心臓リハビリテーション認定施設（164 施設）ならびに過去の調査において心臓リハビリテーションを実施していた施設を中心に行った。また、同時に行われたリハビリ調査対象病院のうち、心臓血管外科又は循環器科を標榜している 500 床以上の病院についても、アンケート調査を実施した。

③ 結果

1) 心臓リハビリテーション実施率

回答した 324 施設の内、心リハを行っているのは心臓リハビリテーション認定施設 63 を含む 84 施設、25.9%にすぎなかった。500 床以上の総合病院や日本循環器学会研修施設でも、心筋梗塞に対し実施していない理由として、「施設認定の問題」がそれぞれ 42.1%、50.0%で最も多く、「施設認定を取ったとしても採算面が合わない」が 10.5%、10.0%、「スタッフ不足」が 21.1%、35.0%であり、施設認定基準や診療報酬面の見直しとマンパワーの育成が急務と考えられた。実際、施設認定を受けても採算がとれないことを理由に実施していない施設も存在した。

2) 心臓リハビリテーション実施施設における状況

1. 心筋梗塞に対する時期別心臓リハビリテーション

心臓リハビリテーションを行っている 53 施設のみを対象に解析した結果、第Ⅰ相（早期離床）については年間実施人数の平均は 60.7 人と対象人数の平均 172.1 人の 35.2%ときわめて低い割合であった。さらに第Ⅱ相（社会復帰まで）は 13.2 人、第Ⅲ相（社会復帰後）に至っては 9.0 人と対象例の 5.2%にすぎず、本邦の心臓リハビリテーションの貧弱さが露呈された。

2. 保険適応外疾患に対する心臓リハビリテーション

有効性は認められているものの現時点では診療報酬を算定できない疾患、すなわち心不全、閉塞性動脈硬化症、大血管術後で医学的に適応がある例のそれぞれ 19.3%、11.2%、28.9%に心臓リハビリテーションが実施されていた。

3. 運動処方、運動負荷試験

心臓リハビリテーションでの運動療法を効果的に安全に施行する上で、必要不可欠な運動処方とそれを作成するのに必要な運動負荷試験について解析した。運動療法開始時の運動処方作製率は 50.7%、退院前の運動負荷試験によ

¹ Goto Y, Itoh H, Adachi H, et al. Use of exercise cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *Circ J* 2003; 67: 411-415

る評価と再処方 は 46.5%にしか行われていなかった。この理由として、マンパワーの不足、運動処方に対する診療報酬がないこと、運動負荷試験は点数がきわめて低く、多くの病院で採算割れしていることなどが挙げられていた。

4. 禁煙指導、生活指導、栄養指導など

心臓リハビリテーションは運動療法だけではなく、多要素または包括的心臓リハビリテーションとして行わなければその効果は不十分である。しかし、回復期患者教育プログラムを持つ施設は 38.0%、集団禁煙指導は 9.9%、栄養指導は 35.2%、運動指導は 14.1%といずれも低率であり、これも診療報酬算定が出来ないこととマンパワーの不足が主な原因と考えられた。

④ 考察とまとめ

今回の調査で明らかになったことは、今までのいくつかの調査と同様、本邦における心臓リハビリテーションの普及率はきわめて低いことである。心臓リハビリテーションがβ遮断薬などと同様に生命予後を3年で25%程度改善する事実を考えると残念である。対策としては、1) 施設認定基準や、運動処方・運動負荷試験・生活指導管理などに関する診療報酬の改定など、質の低下を伴わないよう普及させる施策、2) 知識と技術を持ったコメディカルスタッフの養成などのマンパワーの確保、の2点が急務と考えられた。

(4) 呼吸リハビリ

呼吸リハビリでは、これまであまり明らかにされていなかった現状の実態調査を行うことを主眼とした。

① 普及度

調査開始の遅れにより調査期間がごく短いものになったことなどの影響を受け、呼吸リハビリ施設票の回収数は非常に少なかったが、施設共通票の集計結果からみると、呼吸リハビリが徐々に普及し始めてきている状況が窺える。

「COPD 症例に対して呼吸リハビリを実施しているかどうか」の設問に対しては、実施している施設が 324 件中 98 件 (30.2%)、「開胸術後症例に対して呼吸リハビリを実施しているかどうか」の設問に対しては、実施している施設が 324 件中 78 件 (24.1%) となり、他のリハビリと比べて実施率が必ずしも低くないことを示している。

全体	実施している	実施していない	無回答
324	98	129	97
100.0	30.2	39.8	29.9

全体	実施している	実施していない	無回答
324	78	144	102
100.0	24.1	44.4	31.5

しかし、施設共通票においては、「肺外科または呼吸器外科の標榜」について、「あり」が324件中54件にとどまり、「なし」が半数を超えている。CCUあるいはRCUも「あり」は52件、常勤医師数も2名を割りこんでいる。対象施設のこのような特徴が開胸術後の症例に関する調査結果にバイアスを与えた可能性がある。

肺外科または呼吸器外科の標榜			
全体	あり	なし	無回答
324	54	166	104
100.0	16.7	51.2	32.1

CCUあるいはRCUの有無			
全体	あり	なし	無回答
324	52	158	114
100.0	16.0	48.8	35.2

② 呼吸リハビリを実施していない要因

次に、呼吸リハビリを行っていない施設に対して COPD 症例と開胸術後症例のそれぞれについて呼吸リハビリを実施していない最大の理由を調査した。

COPD 症例に対して呼吸リハビリを実施していない最大の理由は、「対象となる COPD 症例がないから」(43.4%) のほか、「呼吸リハビリを実施するスタッフがないから」(17.8%)、「必要性を感じないから」(12.4%)、「呼吸リハビリの設備がないから」(8.5%)、「施設認定を受けていないため、わずかな点数しか算定できないから」(7.8%) となった。「対象となる COPD 症例がないから」が40%超を占めたという結果は、COPD の潜在患者数が推定約 530 万人いるというこれまでの研究結果²と比べると、COPD の認識度が、まだ低いことを示唆しているとも考えられる。

開胸術後症例に対しては、「術後症例がないから」(58.3%) のほか、「呼吸リハビリを実施するスタッフがないから」(9.0%)、「呼吸リハビリの設備がないから」(6.3%)、「必要性を感じないから」(4.9%)、「施設認定を受けていないため、わずかな点数しか算定できないから」(3.5%) となった。

両者はほぼ同様の結果であるが、呼吸リハビリを実施するスタッフや設備の不在が浮き彫りとなる一方、呼吸リハビリを行う積極的なインセティブも現状では少ないという傾向が出た。調査結果では呼吸リハビリを行っている施設でも、専属医師数は1名を下回る0.71人であった。これらの背景として、a)呼吸リハに対する認知度が低いこと、b)学会に呼吸リハの専門医制度がないこと、c)理学療法士や作業療法士への呼吸リハの実地トレーニングの機会が十分でないこと、d)

² Fukuzhi Y, Mishima M, Ichinose M, Adachi M, Nagai A, Kuriyama T, Takahashi K, Nishimura K, Ishioka S, Asizawa H, Saher C: COPD in Japan: the Nippon COPD edidemiology study. *Respirology* 9: 458-465, 2004

呼吸療法認定士の呼吸リハビリでの位置づけが明確でないこと、e)呼吸リハビリの施設基準が設けられていないこと、などの要因が考えられる。しかし、COPD症例に較べて開胸術後症例では、「必要性を感じないから」の比率は低く、開胸術後の呼吸リハの必要性を現場も感じていることが分かった。現在、呼吸リハビリのガイドラインはCOPDに対するガイドラインのみで、開胸術前・術後のエビデンスに基づいた呼吸リハビリのガイドラインがないことが開胸術後症例で呼吸リハビリが行われない原因である可能性もある。

COPD症例に対しての呼吸リハビリを実施していない最大の理由									
全体	対象となるCOPD症例が無いから	施設認定を受けていないため、わずかな点数しか算定できないから	施設認定をとっていても採算が合わないから	呼吸リハビリのためのスペースがないから	呼吸リハビリを実施するスタッフがいないから	呼吸リハビリの設備が無いから	必要性を感じないから	その他	無回答
129	56	10	-	1	23	11	16	8	20
100.0	43.4	7.8	-	0.8	17.8	8.5	12.4	6.2	15.5

開胸術後症例に対しての呼吸リハビリを実施していない最大の理由									
全体	術後症例が無いから	施設認定を受けていないため、わずかな点数しか算定できないから	施設認定をとっていても採算が合わないから	呼吸リハビリのためのスペースがないから	呼吸リハビリを実施するスタッフがいないから	呼吸リハビリの設備が無いから	必要性を感じないから	その他	無回答
144	84	5	-	1	13	9	7	13	21
100.0	58.3	3.5	-	0.7	9.0	6.3	4.9	9.0	14.6

これらのデータからみると、呼吸リハビリは徐々に普及し始めてきているとはいえるものの、いまだインキュベーション段階にあり、今後一層の充実施策が必要であるということがいえる。

③ 患者プロフィール

調査票のうちCOPD患者の呼吸リハビリ患者票については、回収数が59件と目標としていた100件に届かず、分析対象となり得る症例数が少なかったため、有効な分析ができなかった。しかし、限られたデータから患者プロフィールを検討すると、慢性安定期の患者が76.9%、急性増悪からの回復期の患者が23.1%であった。呼吸リハビリ開始時点の病期をみると、軽症10.2%、中等症13.6%、重症30.5%、最重症30.5%となっている。つまり、急性増悪からの回復期と安定期の重症および最重症が大部分を占めていた。

これらの開始時の病期分類と各種スコアとの相関分析は今後の課題である。また、病期のどこまでが各種スコアを改善させ、呼吸リハの対象患者として妥当であるかは、今回の調査目的ではなかったが、今後の重要課題である。

6 考察と結論

今回の調査実施にあたっては様々な制約があった。すなわち、調査内容に比して非常に短い調査期間と解析期間である。また、内容が複雑であることと、一般リハビリ調査票（B1）に見られるような著しく多くの項目、レセプトの添付あるいはリハビリ単位数の転記など作業が繁雑であることなどである。B調査票は個人情報に関わるため、倫理委員会での審議を経るなどの患者の了解を取るための手続きを必要としたこと、情報公開に対する尻込みなど、一般のアンケート調査に見られない困難さを経験した。しかし、回収率は呼吸器関連を除いて40%前後に達し、このようなリハビリの全国調査がかつて行われなかったことを考慮すると一定の評価を与えても良いと考える。

結果に関しては4つの領域でのバラツキがあり、統一的な結論を出すことは困難であるが、今回選択された施設は少なくとも各学会から一定基準以上で調査に耐え得るものであるとされた施設であることを考えると、比較的優良な施設によるリハビリ医療の実態を示すものであろう。そのためリハビリ医療の標準化の観点からは重要な参考資料となり得る。

しかし、一方では今回、回答のなかった施設や学会加入以外の施設も多く存在し、それらのリハビリの質は低いことが予測され、双方を比較することでどの因子が影響を与えているかについて興味もたれるが、今回の調査ではそれらを明らかにすることは出来なかった。今後は prospective study としてリハビリを標榜する施設をランダムに選択して決められた項目に従い、リハビリの実態および有効性を検討することが望まれる。

※ なお、本報告書は速報データをもとにした概要版である。今後、5月中下旬を目処に最終とりまとめを行い、詳細版報告書を作成する予定である。