

資料1-2

運動器リハビリテーション 適応患者判定シートの手引き

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 2004.10.23

【判定の目的】

高齢者に起こりうる様々な機能障害、能力低下に対して、積極的な改善を目指した専門的リハビリテーションの適応となるケースをスクリーニングし、適切なリハ介入につなげる。

【評価対象】

40歳以上の訪問看護サービス利用者のうち、現在専門的リハ（理学療法士や作業療法士によるリハ）を受けていないケース。また、終末期医療の対象者は除く。

【評価者】

訪問看護師

※医師の訪問後、2週間以内に評価願います。

【使用法】

1) A、B、Cの項目からあてはまるもの全てについて、各項目先頭の【 】内にチェックを入れる。

2) 全てのカテゴリーにおいて最低一つのあてはまる選択肢がある場合、リハ適応ありと判断される。

※将来の改編のため、あてはまるものは全てチェックをお願いします。

【提供が想定されるリハビリ内容】

1) 病院、診療所でのリハビリ

綿密な医学的管理が必要である場合に行う入院、外来リハビリ

2) 訪問リハビリ

外出が困難である、あるいは家庭でのADLに障害がある場合

※維持的なりハビリはこれを除外する

【その他】

1) 質問の内容については、文脈から受け取られた通りご自分なりに解釈していただいて構いません。

資料1-3

想定される患者の例

1) 下肢骨折治療後の機能障害、能力低下残存

例：転倒により大腿骨頸部骨折を受傷し、入院の上観血的整復固定術を施行された。3週間で自宅退院となった。受傷前はトイレまで一人で歩行可能であったが、現在は介助が必要である。筋力を回復させ、適切な歩行補助器具を用いれば自立が可能であると考えられるケース。

2) 骨粗鬆症、脊椎圧迫骨折による体動困難

骨粗鬆症のため重度の脊椎変形（円背）を呈する。変形性膝関節症を伴い、屋内での移動は歩行器を使用していたがベッドからの起き上がりは自立していた。転倒を機に腰背部痛を訴えるようになり、体動が困難となった。近医受診し腰椎圧迫骨折と診断されコルセットを処方された。2ヶ月が経過し疼痛は軽減したが、起き上がりに介助が必要となった。

3) 肺炎後廃用症候群

例：5年前に発症した脳梗塞左片麻痺の症例。歩行は困難であったが、移乗は監視で可能であった。嚥下障害を伴い、誤嚥性肺炎を発症。1ヶ月の入院療養の上、胃ろうを造設され自宅に退院。長期臥床に起因する筋力低下、持久力低下、関節拘縮のために座位保持が困難となり、移乗動作も全介助となってしまった。

4) 痙縮亢進による歩行障害

例：5年前に発症した脳梗塞左片麻痺の症例。短下肢装具を使用して屋内歩行は自立していた。屋外は監視歩行レベルであった。半年前から下肢痙縮が増悪し、装具が不適合となり次第に歩行を行わなくなった。ブロック注射、持続伸張などの痙縮に対する治療、歩行訓練の適応。

5) 変形性膝関節症と肥満

例：5年前から変形性膝関節症のため歩行が困難となる。疼痛のため次第に臥床傾向となり、食べて寝るだけの生活となる。体重が半年で5kg増加し、軽度の労作で息切れを生じるようになり、立ち上がりも困難となった。筋力増強訓練、持久力訓練など運動指導、減量指導、基本動作訓練など。

分担研究報告

3. 仮の要介護状態スクリーニング事業の展開 ～在宅要介護者におけるリハビリテーションサービス相互補完のための ネットワーク構築～

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

里宇明元 山田 深

世田谷区立総合福祉センター

木谷哲三 矢萩まどか

セコム医療株式会社

沼田美幸 吉川尚子 五十嵐裕美子 遠藤ゆかり

訪問看護ステーションかほり

佐藤明美

【要旨】

平成 16 年度報告において提言した、リハ介入を必要とする患者を見だし、専門職によるリハ介入と維持的リハへの移行をスムーズに行うためのモデルシステムを実際に運用するべく、「世田谷区在宅リハ相互補完モデルプロジェクト」を創設し、スクリーニングから介入、継続的アプローチに至るシステムの試験的運用をモニタリングした。モデルには訪問リハ事業を中核とし、慶應義塾大学病院リハ科、東京都世田谷区内 3 カ所の訪問看護ステーションが参加した。90 歳以下の訪問サービス利用者 119 名を対象とし、調査に同意の得られた 32 名（男 20/女 12 名、平均年齢 77.3±8.0 歳）についてリハ科専門医が訪問診察を行い、リハ介入によって運動能力の改善が得られるかどうかについて判定を行った。介護保険サービス開始からの期間は中央値 640.05 日、FIM 運動項目合計点は平均 59.2±29.3 点であった。14 名がリハの適応があると判断され、うち 2 名についてはリハサービス提供の合意が得られ、訪問リハが開始された。介入に至った症例は限られていたが、一旦構築された高齢者の介護環境、ライフスタイルを変えることは容易ではなく、介護保険サービス利用開始からリハを見据えたケアマネジメントを行うことの重要性が改めて示唆された。リハ適応判定シートなどの利用も視野に入れて今後の展開をはかる予定である。モデルの長期運用による介入効果の検証をすすめるべく、平成 18 年 4 月から FIM 採点機能を組み込んだオンライン登録システムを導入し、幅広い運用を検討中である。

【はじめに】

介護サービスを受けている在宅要介護者の中には、①急性期におけるリハビリテーション（以下、リハ）が不十分なまま、在宅療養に至った例、③回復期に獲得された機能が、新たな疾病の発生、再発、症状の増悪、廃用等により低下している例などが少なからず存在し、リハ介入がないまま放置されている。訪問看護ステーション利用者を対象として行った全国調査では、在宅要介護者のうち 56.1%が改善の余地のある何らかの機能障害を有したまま介護保険サービスを利用していることが明らかとなった¹⁾。限られたリハ資源を有効に活用しつつ、地域における健康寿命の延伸を進めるためには適切なリハを提供することで機能障害が改善され、自立度が増し、さらに介護負担が軽減されうる、いわゆる“仮の要介護状態”にあるケースを適切にスクリーニングし、リハサービスを提供していくことが求められている。また、仮の要介護状態が放置されている背景として、リハサービス自体の絶対量が不足していることに加えて、ケアマネジメントにおける専門リハに対する認識が不十分であることが挙げられる。一方で、漫然とリハを継続せざるを得ないケースに対する対応（維持的リハの受け皿の不足）もサービス提供の効率を低下させる一因となっている。専門リハサービスを効率的に提供してゆ

くためのシステムとして、能力向上のための専門職による介入と、専門職によらない維持的リハのスムーズな連携、双方向性のコンサルテーション体制を構築することにある。

われわれは平成 16 年度報告において、リハ介入を必要とする患者を見だし、専門リハの介入と維持的リハへの移行をスムーズに行うための業種間連携をはかるためのモデルシステムを提言した。このモデルシステムを実際に運用するべく、リハサービス提供のためのネットワークとして東京都世田谷区をモデル地区とした「世田谷区在宅リハ相互補完モデルプロジェクト」を創設し、スクリーニングから介入、継続的アプローチに至るシステムの実験的運用を開始し、一連の過程をモニタリングした。

【方法】

プロジェクトの概要を図 1 に示す。世田谷区立総合福祉センターの訪問リハ事業を中核とし、慶應義塾大学病院リハビリテーション科（東京都新宿区）、東京都世田谷区内 3 カ所の訪問看護ステーションがモデルシステムに参加した。平成 17 年 9 月 1 日から 11 月 30 日までの 3 ヶ月間に、訪問看護ステーションにおける 90 歳以下の訪問サービス（訪問介護、訪問看護）利用者 119 名を対象とし、調査に同意の得られた 32 名（男 20/女 12 名）についてリハ科専門医が訪問診察を行

い、リハ介入によって運動能力の改善が得られるかどうかについて判定を行った。また、対象の ADL について、医師の診察から 2 週間以内に訪問看護師が機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure; FIM)^{2,3)}を用いて評価した。採点にはオンライン採点支援プログラムである iFIM⁴⁾を利用した。

適応判断においては、理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT) による専門的リハを想定し、訪問もしくは通所、通院による日常生活動作 (ADL) の改善、介助量の軽減、歩行能力の改善が得られる、または屋外への外出が可能となると判断されるケースを「リハ適応あり」と判断した。リハ適応の水準については ARC スケール (表 1) を利用した。経済的な側面など、実際に介入が可能かどうかについての社会的要因に関しては判断指標からは除外した。リハ適応者には総合福祉センターからの訪問、通所リハサービスについて担当ケアマネとともに利用検討を行い、了解が得られた症例については介入を開始した。

本研究計画は慶應義塾大学医学部倫理委員会での承認を受け、実施にあたっては、研究の目的と方法を対象者およびその家族、介護者に事前に説明し、文章でインフォームドコンセントを得た上で調査を行った。

【結果】

表 2 に対象の詳細を示す。平均年齢は 77.3 ± 8.0 歳、対象における介護保険サービス開始からの期間は中央値 640.05 日 (四分範囲 240.5 - 1053.0)、FIM 運動項目合計点は平均 59.2 ± 29.3 点であった。要介護度、日常生活自立度、痴呆性老人自立度の分布を図 2 に示す。対象となった介護保険サービス事業所はすべて訪問看護ステーションであったが、5 名は訪問看護サービスを利用していなかった (訪問看護ステーションに所属するケアマネジャーがケアプランを作成)。4 名はすでに専門職によるリハサービスが提供され、2 名は高齢者筋力向上トレーニング事業に参加していた。14 名がリハの適応があると判断された (リハ適応群)。リハ適応群のうち 2 名についてはリハサービス提供の合意が得られ、訪問リハを開始した。現在、サービスを継続中である。

【考察】

サービス利用者の 43.8% に相当する 32 例中 14 例がリハの適応があると判断された。実際に介入を行ったケースは 2 例に留まったが、介護保険利用点数の制限にかかるために新たなサービスの導入を断念せざるをえなかったり、リハ介入調整中に体調を崩してリハの適応がなくなってしまうことなどにより、介入開始に結びつけることが困難であった。一旦構築された高

高齢者の介護環境、ライフスタイルを変えることは容易ではない。介護保険サービス利用開始からリハサービスの利用を見据えたケアマネジメントを行うことの重要性が改めて示唆された。リハへのコンサルトは在宅ケアアセスメント法である MDS-HC⁵⁾にも含まれているが、有効な活用はなされていない。リハ部門の評価とケアプラン立案における ADL 評価は別個のものを利用していることも問題であり、FIM などを用いて一貫した評価を行う必要がある。介護保険サービスが利用される前に適切なリハ介入が行われていることが本来のあるべき姿である（リハ前置主義）。

リハ適応判定の結果と FIM 運動項目合計点、自立度、要介護度、年齢には一定の関係が認められなかった。介護保険法改正では要支援、要介護度 1 の症例に対する予防的リハビリテーション介入に重点が置かれているが、専門的リハの適応となるケースはむしろ障害が軽いケースだけには留まらず、リハ介入のコストパフォーマンスを踏まえたマネジメントが必要である。

本年度は試験的な運用として、全ての症例を医師の訪問によりスクリーニングを行ったが、コスト面での負担を考えた場合、現実的に医師の全例訪問は不可能である。専門知識のないケアマネジャー、介護職でもリハの必要性判断が行えるツールであるリハ適応判

定シートや mini FIM スクリーニング法などの利用も視野に入れて今後の展開をはかる予定である。また、要介護状態の再認定ともリンクしたシステム拡張も重要な検討事項である。

専門職によるリハ介入の終了から、訪問看護師、ケアマネジャーによる機能維持のためのアプローチまでが本モデルシステムの想定する範囲であるが、本年度の研究では時間的制限から介入開始までのフォローに留まった。モデルの長期運用による介入効果の検証は今後の課題である。また、スクリーニングの導入による地域としての要介護状態の底上げ効果を明らかにするためには、より大規模なシステム運用が必要であり、コントロールとしての対照群を設ける必要がある。プロジェクトチームでは平成18年4月からFIM採点機能を組み込んだオンライン登録システムを導入し、幅広い運用を展開する予定である（図3）。

【文献】

- 1) 千野直一. 厚生労働科学研究費補助金効果的医療先端技術の確立推進臨床研究事業 脳卒中による機能障害及び能力障害の治療及び訓練に関する研究 —維持期におけるリハビリテーション医療とその効果— 総合研究報告書 2004
- 2) FIM: 医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き 原書第3版（千野直一訳），慶應義塾大学医学部リハビリテー

- ション科, 東京, 1991.
- 3) 脳卒中患者の機能評価 SIAS と FIM の実際 (編集: 千野直一), シュプリンガー・フェアラーク東京, 東京, p43-55, 1997.
 - 4) 山田 深、大田哲生、里宇明元、木村彰男、長谷公隆、田中尚文、藤原俊之. FIM™ オンライン採点支援プログラム「iFIM」の開発. 総合リハ 34(1), 69-76, 2006
 - 5) 池上直己訳. 日本語版 MDS-HC 2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル, 医学書院, 東京, 1999.

図1 世田谷区在宅リハ相互補完モデルプロジェクト

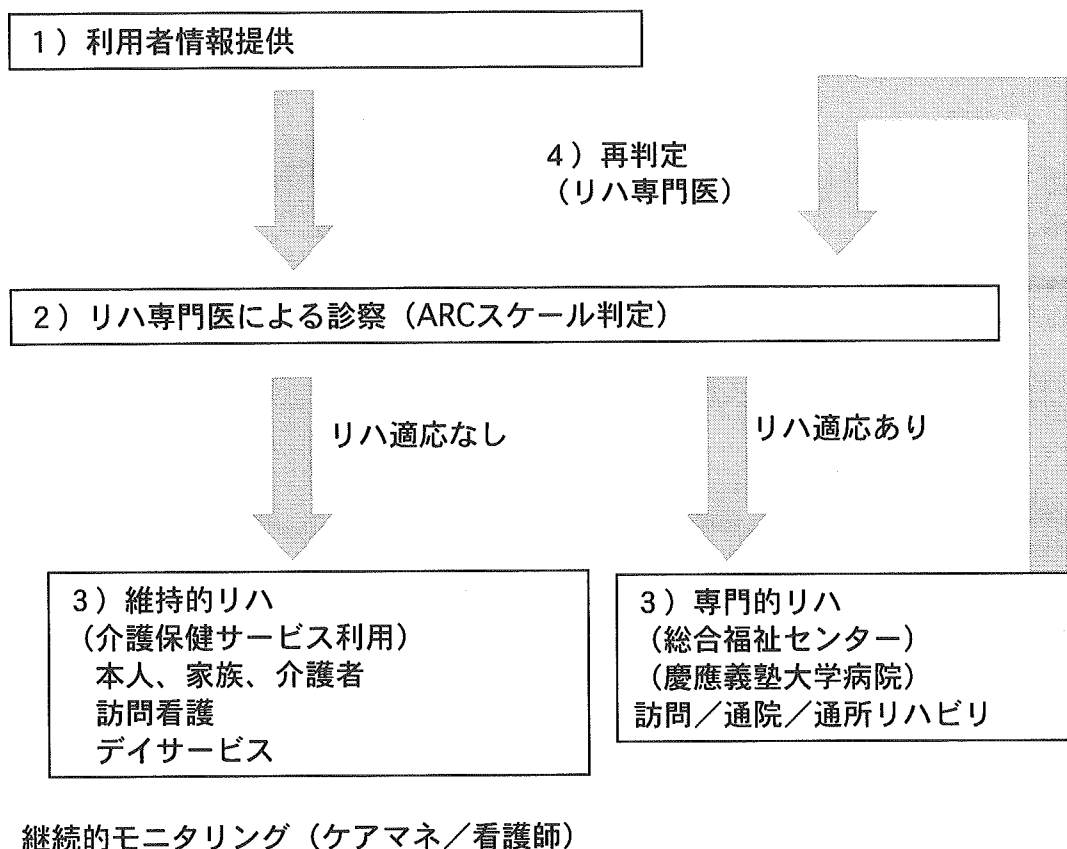


表1

Active Rehabilitation Classification Scale
ARCスケール

- Grade 0 : 社会環境的、身体的要因で適応なし
- Grade I : リハの必要なし
- Grade II : リハが必要 (本人、介護者対応)
- Grade III : リハが必要 (看護師レベル)
- Grade IV : 専門的リハ介入が必要 (リハ医、PT、OT、ST)

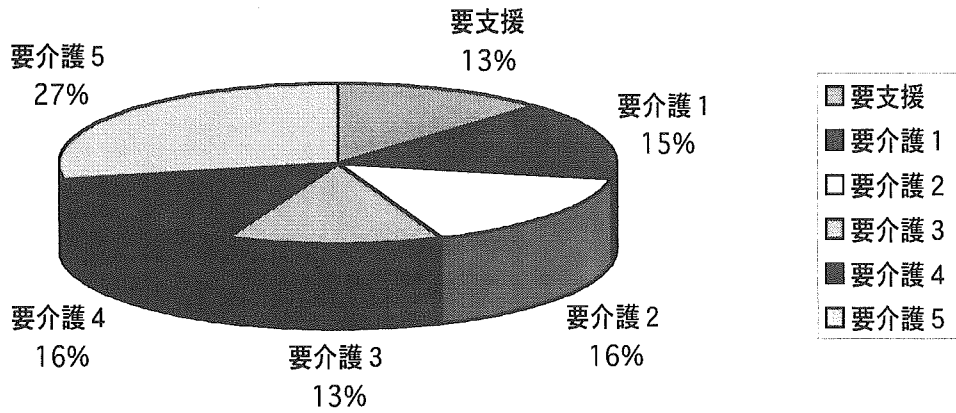
リハ介入レベル

- Level 0 : コンサルテーション
- Level 1 : ホームプログラム立案、指導
- Level 2 : 補装具、福祉用品選択、環境調節
- Level 3 : 短期間訓練対応
- Level 4 : 長期間のフォローが必要
- Level 5 : 入院リハが必要

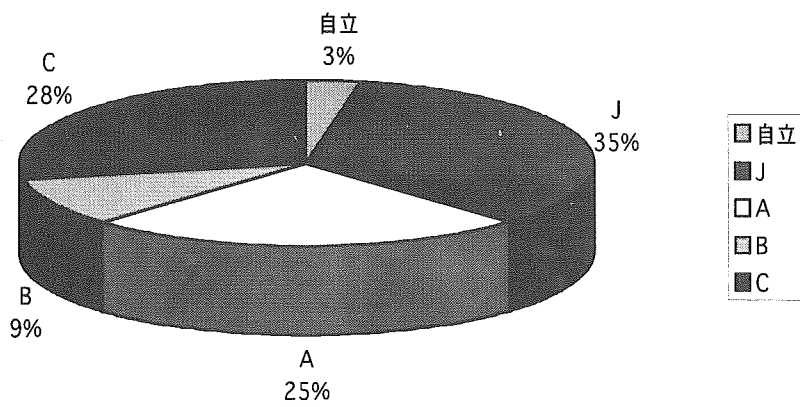
義肢装具、車いすなどを調整して、訓練的介入が必要な場合は Level 3とする。簡単な自助具、疼痛緩和のための膝装具、変形予防のためのスプリントの処方などは Level 2 に含める。

図 2

A : 要介護度の分布



B : 日常生活自立度の分布



C : 痴呆性老人自立度の分布

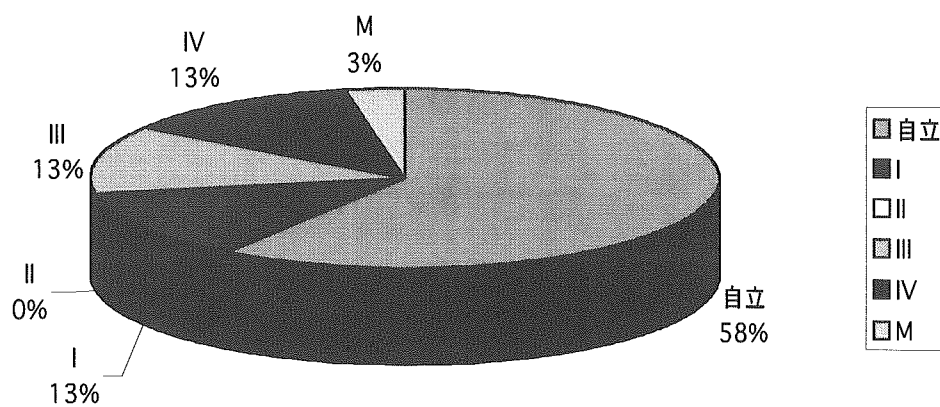


表 2 A 訪問調査対象（リハ適応あり）

性別	年齢	診断名	自立度	痴呆度	要介護度	FIM:運動項		リハ介入
						目合計点	ARC	
F	83	パーキンソン病	C	Ⅲ	4	16	Ⅳ 2	
M	69	球脊髄性筋萎縮症	A	自立	4	56	Ⅳ 4	PT
M	82	糖尿病、ALS	A	自立	3	72	Ⅳ 2	
M	63	脳出血	C	自立	5	22	Ⅳ 3	
M	72	頸部脊柱間狭窄症	B	自立	3	59	Ⅳ 3	
M	60	脳出血	B	I	3	84	Ⅳ 3	OT
F	84	糖尿病、下肢切断	B	自立	3	64	Ⅳ 4	
F	76	大脳皮質基底核変性	C	Ⅳ	5	29	Ⅳ 3	
F	76	パーキンソン病	A	自立	4	63	Ⅳ 3	
M	79	脳梗塞	J	自立	2	77	Ⅳ 3	PT
F	85	腰部脊柱管狭窄症	J	自立	要支援	86	Ⅳ 2	
M	64	← も膜下出血	C	Ⅲ	5	19	Ⅳ 4	OT
F	84	パーキンソン症候群	J	I	3	77	Ⅳ 1	
F	84	変形性膝関節症	J	自立	要支援	87	Ⅳ 3	

表 2 B 訪問調査対象（リハ適応なし）

氏名	性別	年齢	診断名	自立度	痴呆度	要介護度	FIM運動項		リハ介入
							目合計点	ARC	
岡田澄	M	74	リウマチ	J	自立	2	78	II	—
丸木一郎	M	73	慢性腎不全	J	自立	1	91	I	—
桑原富美子	F	89	結腸切除術後、廃用	A	I	2	80	I	—
広田欣也	M	80	進行性核上性麻痺	C	M	5	16	II	—
高橋督	M	68	脳出血	C	IV	5	13	II	—
高木信三	M	79	多系統萎縮	C	I	5	22	II	—
細野久男	M	78	膿胸、呼吸不全	J	自立	要支援	79	III	—
酒井昇	M	87	認知症	A	III	要支援	84	II	—
諸野紀久	F	88	両側変形性膝関節症	J	自立	1	83	II	— 筋カトレ
小高信親	M	87	多発性脳梗塞	C	IV	5	15	II	—
小林紀美子	F	70	OPLL	J	自立	1	86	II	—
小林政治	M	78	慢性腎不全	A	自立	4	71	II	—
石井健之	M	71	慢性腎不全	J	自立	2	82	II	—
前原千鶴子	F	80	多発性脳梗塞	A	自立	1	77	II	— 筋トレ
直井辰男	M	75	多発性脳梗塞	C	IV	5	13	II	—
二宮ユリ子	F	82	レビー小体症	A	III	5	18	0	—
平沼五郎	M	66	糖尿病	J	自立	1	87	I	—
柳沢寛	M	90	胆管結石、廃用	自立	自立	2	91	II	—

図3 FIMを用いたオンライン登録画面

名称未設定

http://livepage.apple.co.jp/

Google

ウェル 特養... 介護保険法改正 秘密ホームページV4 Yahoo! JAPAN 慶應義塾大学... ヨン医学教室 OBの目次

名称未設定

世田谷区総合福祉センター 利用申し込みフォーム

利用目的 通所 訪問 評価

利用者性別

利用者年齢

利用者住所

要介護度

診断名

食事	整容	清拭	更上	更下	下動	排尿	排便	移乗	上移
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
浴移	歩行	車椅	階段	理解	表出	社交	問題	記憶	消去
0	0	0	0	0	0	0	0	0	top

送信する

分担研究報告

4. マッチング用データベースを用いた リハビリテーション医療連携システムの提言

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

里宇明元 長谷公隆 藤原俊之 山田 深

独立行政法人国立病院機構東埼玉病院

大塚友吉

美原記念病院リハビリテーション科

藤本幹雄

永生病院リハビリテーション科

宮下有紀子

済生会三田看護ステーション

藤原泰子

東北大学運動障害講座肢体不自由分野

出江紳一

慶應義塾大学看護医療学部看護学

太田喜久子 ラウ優紀子

セコム医療株式会社看護部

沼田美幸

【要約】

これまでの一連の研究の成果をもとに、急性期から維持期にかけた診療連携について、総合的に検討を行う大規模体制を構築するための研究を企画した。特に大都市圏においては、これまで実効性のある脳卒中診療連携が確立していなかったことが仮の要介護状態を生み出す要因の一つであった。そこで、脳卒中に関する診療実態と連携構築上の阻害要因を実証的に分析するとともに、スクリーニング手法、および IT を活用したリハのニーズと資源のマッチングシステムの開発、日常診療圏を基づいた診療ネットワークを構築することで急性期から維持期に至る切れ目のないリハ医療を提供し、効率的な患者の生活機能、在宅復帰率の向上、介護予防、健康寿命の延伸に資することを目的としている。

【はじめに】

これまでの一連の維持期リハビリテーション（リハ）に関する研究の成果として、われわれは在宅要介護者の間に多くの仮の要介護状態が存在することを示し、専門的リハと介護サービスの連携における問題点を挙げ¹⁾、その解決へ向けたモデルシステムの運用を開始した。一方で、リハの流れは維持期の範囲で完結するものではなく、維持期の入り口となる急性期、回復期からの連携をすすめ、切れ目ないリハを提供する体制を整備することが、限られた社会資源の中で患者の生活機能とQOLを高め、社会の負担を軽減するためには不可欠である。モデルシステムのノウハウを組み込んだ広域リハの仕組みとして、高齢者医療費の第1位（1.38兆円）（H14年度患者調査）、要介護原因の第1位（平成13年度国民生活基礎調査）を占める脳卒中を対象としたリハ医療連携システムの構築を提言する。

【背景】

モデルシステムの拡張を検討するにあたり、大都市圏におけるリハビリテーションの現状と問題点について考察する。

リハ医療は病気や外傷の結果生じる障害を医学的に診断治療し、機能回復と社会復帰を総合的に提供することを専門とし、医師、看護師、ならびに理学療法士、作業療法士、言語療法士などの専門職、いわゆるセラピストと、さ

らには義肢装具士、ソーシャルワーカー、臨床心理士、薬剤師、栄養士などのコメディカルを含めた多職種連携によるチーム医療を特色としている。平成17年4月現在の保険診療の枠組みでは、訓練室の面積、スタッフの人員に応じた保険点数算定基準が設けられている（表1）。また、回復期リハ患者が80%以上入院、病棟専属リハ医1名/PT2名/OT1名、PT室100m²、OT室75m²以上の要件を満たす病棟は回復期リハビリテーション病棟（回復期リハ病棟）として1,680点（包括払い）+リハ出来高を算定することができる。ただし、回復期リハ病棟の対象患者は発症90日以内に入院したもので、算定は最大180日までに制限されている。回復期リハ病棟はリハが必要である患者を集めて、恵まれた環境、必要数のスタッフのもとで集中的に訓練を行うための病棟で、スタッフ間の情報共有を促進した上で、従来の訓練室に加えた病棟でのリハにも重点がおかれた包括的アプローチに対してインセンティブが設けられている。平成18年度からの診療報酬改定では疾患別リハの概念が導入され、それぞれの種目に対して異なる点数が配分されることとなる（表2）。“障害”という枠組みから機能障害、能力低下、社会的不利を評価し、その解決策を提供するというリハ医学の根底からは外れた診療報酬上の解釈が多大な混乱を

招いているが、もう一つの問題点として算定日数の上限が設けられたことが挙げられる。現実問題として仮の要介護状態が多く存在している以上、一概に日数のみでリハの適応を割り切ることにはさらに多くの仮の要介護状態を生み出すことになるため、介護保険と連携した柔軟な運用が求められる。また、回復期リハ病棟の対象患者も発症後 90 日から 60 日に変更となった。急性期病院から回復期病院へのスムーズな患者の流れを形成することが一層重要となることが予想される。回復期リハ病棟の現状として、発症から入院まではおおよそ 1.5 ヶ月で、入院期間は約 3 ヶ月程度である（表 3）。東京都におけるリハ資源についてこれまでに報告されている資料を以下にまとめる。社会保険事務局が 2005 年行った調査では、東京都内で脳卒中のリハに対応できると考えられる PTII、OTII 以上の基準をクリアしている施設は合計 138 施設（うち、回復期リハ病棟を有するものは 22 カ所）である。人口 10 万対では 0.30 施設となる（図 1）。同様の数値が公表されている静岡県では 0.57 であり、約半分の病院数で都内のリハはまかなわれていることになる。2003 年の全国回復期リハ病棟連絡協議会は関東圏では人口 10 万対の病床数は他地域と比べて最小であり、沖縄と比べるとその数は 4 分の 1 程度に留まっている（図 2）。このように、東

京都は脳卒中に対して質の高いリハを提供できる病院、病床が少なく、人口の過密とほうらはらにリハに関しては過疎地域であることが明らかとなっている。

一方で、脳卒中診療ガイドライン³⁾の刊行を機に本邦でも急性期リハが漸く浸透しつつあり、また、高密度・高強度リハの効果も報告されるようになった^{4,5)}。一方、全国調査によると SCU (stroke care unit) はほとんど普及しておらず、また、客観的尺度に基づく評価も浸透していない現状がある⁶⁾。欧米では SCU、から early supported discharge への発展的展開が図られているが⁷⁾、わが国では急性期から維持期までの一貫したリハ診療連携はほとんど確立されていない。

これまでもリハ先進地域においては、脳卒中を対象として急性期病院とリハ専門病院による「地域完結型」脳卒中診療体制の成果が報告されている⁸⁾が、とくに大都市圏では、1) 人口規模がはるかに大きい、2) 昼間の労働人口が多く、患者の居住地が広域的で二次医療圏に必ずしも一致しない、3) 同一医療圏内に大学病院を含め多くの急性期病院が存在する一方、回復期、維持期のリハ資源が乏しく、需要と供給の不均衡がある、などの問題から、地域完結型モデルを直ちに適用することができないため、大都市圏での脳卒中診療連携に関する実践的報告は

これまでにない。近年、急性期を中心に脳卒中データバンクが構築され⁸⁾、血栓溶解療法、血管内カテーテル治療などの急性期治療の進歩、在院日数短縮の加速など、脳卒中医療が大きく変貌する中で、大都市圏において、実効性のある脳卒中診療連携ネットワークを構築することは、国民の健康・福祉の向上及び医療経済の観点から焦眉の急である。

【構想】

構想の全体像を図3に示す。脳卒中患者を多数抱え、かつ広域的診療を特徴とする大都市圏において、脳卒中のリハを効率的に提供しうる診療連携体制を構築し、その効果を実証することがシステム構築の目標である。急性期脳卒中診療に基幹的役割を果たす大学病院・急性期病棟の神経内科、脳外科、リハ科、さらに、回復期・維持期における地域リハの要となる地域リハ支援センター、医師会、開業医、保健・福祉関連職、行政、さらに研究支援として疫学・システム設計・法律専門家の参画する研究体制を背景とし、脳卒中診療に携わる多数の医療・保健・福祉関連職、患者・家族、市民の意見を広く収集のための構造化された Web アンケート調査の実施、意見集約のための focused meeting の開催を通して大都市圏における診療連携の阻害要因を分析するとともに、連携の根幹をなす IT を活用した診療連携体制の構築

を目指している。

診療連携の根幹をなすネットワークは①リハ資源データベース「リハナビ東京」および②連携用マッチングシステムによって構成される。リハナビ東京は都福祉事務局、地域リハ支援センターなどが有するリハ関連資源に関する情報を統合し、Web 上で診療連携に必要な情報にアクセスするための総合検索サイトである。マッチングシステムは急性期、回復期、維持期において、個々の患者の状態に適したリハ資源を効率よく、適切に利用していくための情報共有システムである。ネットワーク構造上の問題点の抽出とスキームの検討を経た実用化と、臨床指標（在院日数、ADL 改善度、在宅復帰率、スタッフ、利用者の満足度など）による効果の実証がすすめられる。

【期待される成果】

リハ医療連携システムが実現することで、以下の直接および間接的成果が期待される。

- 1) これまで連携が希薄であった首都圏に急性期—回復期—維持期の脳卒中リハ診療連携体制が日常診療圏をベースに構築され、他の大都市圏における有効なモデルとなる。
- 2) IT を駆使したリハニーズと資源のマッチングシステムが開発され、そのスキームを全国で活用しうる。
- 3) スムーズな診療連携により、急性期、回復期、維持期の医療資源を効率

よく活用しながら、最大限のリハ効果を達成し、患者の生活機能、QOL、在宅復帰率の向上に貢献できる。

【まとめ】

大都市圏におけるリハ医療連携の構想は、国民の健康、福祉の向上に大きく貢献できるものと考えられる。われわれはその実現を今後の研究課題とし、プロジェクトチームの編制を進めている。

【文献】

- 1) 千野直一. 厚生労働科学研究費補助金効果的医療先端技術の確立推進臨床研究事業 脳卒中による機能障害及び能力障害の治療及び訓練に関する研究 -維持期におけるリハビリテーション医療とその効果- 総合研究報告書 2004
- 2) 近藤克則. 医療改革時代におけるリハビリテーション】回復期リハビリテーション病棟. 総合リハ2004; 32:305-311
- 3) 脳卒中治療ガイドライン 2004 篠原幸人、吉本高志、福内靖男、石神重信. 脳卒中合同ガイドライン委員会編、興和印刷、2004
- 4) Kwakkel G et al. Effects of augmented exercise therapy time after stroke: a meta-analysis. Stroke 2004;35:2529-2539
- 5) Sonoda S et al. Full-time integrated treatment program, a new system for stroke rehabilitation

in Japan. Comparison with conventional rehabilitation. Am J Phys Med Rehabil 2004; 83:88-93

- 5) 長谷川泰弘. 急性期リハビリテーションと Stroke Unit:脳卒中の新たな治療戦略. 循環器病研究の進歩 2003;14:28-33
- 6) Langhorne P et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patients' data. Lancet 2005; 355:501-6
- 7) 脳卒中データバンク <http://cvddb.shimane-med.ac.jp/>
- 8) 橋本洋一郎. 地域完結型脳卒中診療態勢-熊本市神経内科関連3施設の虚血性脳血管障害診療状況-. 脳卒中 2002;24:201-207

表1 施設認定基準

理学療法 II/III
 作業療法 II
 言語療法 I/II/III
 総合 A/B

※回復期リハビリテーション病棟
 総合もしくは理学療法II+作業療法II

表2 平成18年度診療報酬改定 疾患別リハビリテーション

	脳血管疾患等リ ハビリテーショ ン	運動器リハビリ テーション	呼吸器リハビリ テーション	心大血管疾患リ ハビリテーショ ン
対象疾患	■脳血管疾患 ■脳外傷 等	■上・下肢の外 傷・骨折の手術 後 ■熱傷瘢痕によ る関節拘縮 等	■肺炎・無気肺 ■慢性閉塞性肺 疾患であって重 症度分類II以上の 状態の患者 等	■急性心筋梗塞 ■開心術後 ■慢性心不全で 左心駆出率40% 以下 等
リハビリテー ション料(I)	250点	180点	180点	250点
リハビリテー ション料(II)	100点	80点	80点	100点
算定日数の上限	180日	150日	90日	150日