

【はじめに】脳卒中者のリハビリテーションのゴールは、一般に地域社会への参加や復職を含む社会復帰であるが、実際には急性期よりリハ訓練を行い、社会参加を果たしている人の中に全身体力低下を来している場合が少なくない。このような経過に至る原因としては、発病後の活動性の低下に伴う廃用症候群が考えられる。

ちなみに、体力のうち Cardio Respiratory Fitness(以下 CR Fitness と略す)について検討する際の課題としては、以下のような事項が挙げられる。

①急性期における廃用症候群と Fitness の関係

(1)Fitness を維持するためのプログラムは必要か

(2)現医療保険下における訓練は理学/作業療法だけで足りているか

(3)麻痺程度、全身状態に応じた Fitness 目標を目指す必要があるか

②退院後 Fitness の推移と社会活動度との関連

(4)慢性期体力向上プログラムは必要か

(5)性別・年齢だけで Fitness 目標を定めて良いか

(6)麻痺程度に応じて目指すべき Fitness 目標に差はあるか

(7)退院時指導のみで Fitness 向上に足りるか

今回我々は、当院リハビリテーション科病棟に入院した患者に対し、廃用症候群

と体力の関係、退院後の推移と社会活動度の関係について指標として LT(乳酸閾値)を用いて予備的調査を行ったので報告する。

【対象】2006年4月から8月までの間に、脳卒中で多摩北部医療センターに入院した男性3人・女性1人、下肢の麻痺ステージⅤ以上、平均年齢 74.5(65-82)歳。研究については予め全員に検査の内容を口頭及び書面にて説明し、承諾を得ている。

【方法】入院中(入院日から平均 39.8日;25-42日)及び退院後外来(退院日から平均 126.5日;111-150日)の2回、自転車エルゴメーターを使用し、下肢に漸増する負荷をかけ、経時的に心拍、乳酸値を測定した。乳酸値はアークレイ社ラクトプロ LT-1710で測定し、LT 値は MEQNET LT Manager(自動計算)にて導出した。測定は本人の下肢疲労の訴えにより終了したが、心電図モニターその他の異常兆候を認めなかった。

社会活動度については、老研式活動能力指標(老研式指標)を用い、外来測定時に被検者に問診して記入した。

<結果>入院中検査で LT 平均値は 2.0 mmol/l(1.8 - 2.3)、外来では 2.33mmol/l(2.0 - 2.7)と増加する傾向を示した(表)。

老研式指標では、減点項目は「本や雑誌を読んでいますか」「友達の家を訪ねることが出来ますか」「家族や友達の相談にのることがありますか」が各2人、「バスや

電車で一人で外出できますか」「請求書の支払いができますか」「預貯金の出し入れができますか」「若い人に自分から話しかけることがありますか」がそれぞれ1人であった。

老研式指標の総合点の平均は 10.5 (8-13) 点であった。

【考察】

今回対象者のような年齢における健常者の LT 値は、文献上で渉猟しえなかった。若年者における LT 値は大体 2.0mmol/l をやや上回る程度 1) が示されており、これと比較すると、今回の調査では入院中、外来検査とも著しい低下は生じなかったことになるが、入院中の LT 値に比べて外来でのそれは値が伸びており、これは今回対象者の下肢運動麻痺がごく軽度であったことから、入院日から訓練開始までに(今回対象者では訓練導入までに 4-7 日の間があった)生じ、その後の入院生活で助長された(理学・作業療法訓練時間以外は介入が為されなかった)廃用性体力低下が回復するのに、退院後約 4 ヶ月を要した、と解釈できる。

次に老研式指標では、古谷野らによる一般人口での標準値 11.6-12.1 点 2) に比して、外来時検査で平均値 10.5 点と低値を示した。この内訳は、古谷野らが老研式指標の項目を Lawton の活動能力の体系にしたがって『手段的自立 1-5』『知的能動性 6-9』『社会的役割 10-13』として 3 つに分類したうち、『社会的役割』に属する項目で減点が多かった。これは、入院

～外来患者に対し呼吸代謝測定を行った調査結果 3) と異なるが、この調査では対象者の平均年齢が約 55 歳と本調査より若いことが影響したと考えられる。

対象者は全員、機能障害は軽度であり、従ってこの場合の身体的活動性は LT 値と関連性が高いことになる。今回の対象者は、全員が毎日 1 度は外出しており、この身体活動度の拡大が廃用性因子の改善を進めた結果、退院後外来の検査では LT 値が増加したと考えられる。

今回の予備調査では、脳卒中者は急性期においては廃用症候群に伴う Fitness 低下を生じており、その低下が回復期にも残存している可能性が高いことが示唆された。緒言の中で述べた如く、急性期に Fitness を維持する為のプログラムと、回復期に目指すべき Fitness 目標(麻痺程度・社会活動度に応じた)の決定およびそこに至るためのプログラム作成が必要であると考えられ、今後本調査を行う予定である。

【結論】

自転車エルゴメーターによる負荷試験を入院時・外来時に計 2 回行った結果、LT 値の増加傾向を認めしたが、これは主として廃用性因子の改善に起因すると考えられた。これを反映し外来で測定した老研式指標では、一般人口に比して総得点の低下が認められた。

【文献】

1) 山地啓司、運動処方のための心拍数の科学、大修館書店、1994

2)古谷野 旦・他:地域老人における活動
能力の測定. 日本公衛誌 34(3):109～
113, 1985

3) Masaaki Okada : Cardiorespiratory
Fitness of Post-stroke Patients: as
inpatients and as outpatients: Int J Reha
Res 2005,28:285-288.

表. 対象者のプロフィールと測定結果

年齢	発症日	入院中測定日	LT	HR	退院日	外来測定日	LT	HR	パーセル	老研式
78	2006/4/2	2006/4/27	1.8	92	2006/5/26	2006/9/29	2.5	105	100	13
65	2006/3/14	2006/4/27	1.9	99	2006/5/2	2006/9/29	2	107	100	12
82	2006/5/13	2006/6/30	2	81	2006/7/21	2006/11/9	2.1	81	100	9
73	2006/5/25	2006/7/6	2.3	110	2006/7/14	2006/11/10	2.7	135	100	8

Ⅱ.分担研究報告

2.脳卒中診療動向の実態調査 2)回復期における脳卒中診療動向

d) 当院における脳卒中診療連携の現状

一回復期リハビリテーション病棟の入院待機日数を中心として一

東京都リハビリテーション病院

水野勝広 新藤恵一郎 堀田富士子

【研究要旨】

診療連携システム導入以前の現状把握のため、当院に入院した脳血管障害患者の入院待機日数と、紹介元医療機関の地域分布を調査した。入院待機日数は、平成18年4月から12月までの平均で15.5日となり、現状では急性期医療機関のニーズを満足させられるものではなく、待機日数短縮のため一層の努力が必要と考えられた。紹介元医療機関は墨田区とその近接区で69.0%と集中しており、診療連携を進める上では近隣地域との連携が重要であると考えられた。

【はじめに】

当院のようなリハビリテーション専門病院における診療連携には、急性期病院から当院へ（いわゆる前方支援）、当院退院後の福祉・医療機関へ（いわゆる後方支援）、の2つの要素がある。急性期、回復期、維持期という流れの中で、リハビリテーション専門病院は回復期のリハビリテーションを主に担っており、急性期を脱した患者のリハビリテーションと残存機能に応じて、その後の生活に方向をつけ、維持期の診療、リハビリテーション、介護につなげていく分岐点となる。

現在の首都圏の脳卒中医療の問題点として、回復期資源の不足がいわれているが、当院においても、回復期リハビリテーション病棟は常時ほぼ満床の状態であり、急性期病院から紹介される患者のすべてを受け入れることができない場合や待機期間が長くなってしまいうケースが多々ある。マッチングシステムの導入により、このようなケースが減少し、全体として入院待機日数の減少が期待されるが、現状を把握するため、平成18年度の4月から12月までに当院回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の、入院待機日数を調査した。

【方法】

平成18年4月1日から12月31日までに当院の回復期リハビリテーション病棟に入院した脳血管障害患者の

入院申し込み日から入院日までの待機日数を月別に集計した。また、紹介元病院の地域分布を集計した。

【結果】

当院への入院患者は4月から12月までで574人で、うち回復期リハビリテーション病棟への入院は394人であった。回復期リハビリテーション病棟入院患者のうち、脳血管障害患者は313人であった。脳血管障害患者の入院待機日数は4月から12月の平均で15.5日であった。月別の平均待機日数を表1に示した。平均待機日数が最も長かったのは9月の20.6日であり、最も短かったのは8月の12.0日であった。入院者数では6月が42人で最も多く、9月が21人で最も少なかった。

紹介病院の地域分布としては、墨田区が29.7%、葛飾区が19.4%、文京区10.8%、足立区7.0%、荒川区5.1%、江戸川区5.1%、台東区3.1%、その他の東京都内15.6%、他県6.0%であった。図1に紹介元病院の地域分布のグラフを示した。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	4月~12月
合計人数	37	41	42	35	33	21	35	35	34	313
平均待機日数	13.7	20.0	14.7	14.9	12.0	20.6	17.2	14.6	12.9	15.5

表1. 月別の平均待機日数

【考察】

当院の入院待機日数は、約2週間であった。現状では発症1ヶ月時点で申し込みがあった場合、平均すると1.5ヶ月ほどで当院へ入院する計算となる。

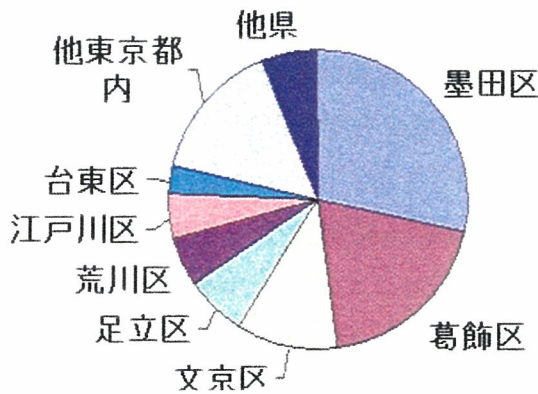


図1. 紹介元病院の地域分布

この数字は、急性期病院の立場からすると満足いくものではないかもしれないが、当院の現状として回復期リハビリテーション病棟の病床稼働率が98-100%であることを考えると、現状のままでは大幅に短縮することは難しい。マッチングシステムの導入も含めた、急性期病院との連携強化と迅速化とともに、リハビリテーションの一層の効率化と平均在院日数の短縮も必要であると考えられる。

紹介元病院の地域分布としては、墨田区と葛飾区、足立区、荒川区、江戸川区、台東区といった近接区からの紹介が70%近くとなっている。文京区からの紹介が多かったのは、大学病院からの紹介が多かったためである。地域完結型の脳卒中医療の前提として、地域の急性期病院からリハビリテーションを経て、在宅復帰し、地域の維持期リハビリテーション施設やかかりつけ医につなぐシステムを構築することが必要であるため、近隣地域の急性期病院との連携はますます重要となる。マ

ッチングシステム導入においても、患者の居住地域などの情報は在宅復帰を目指す上で非常に重要となると考えられる。

【結語】

診療連携システム導入以前の現状把握のため、当院入院患者の入院待機日数と、紹介元医療機関の地域分布を調査した。入院待機日数は、現状では急性期医療機関のニーズを満足させられるものではなく、待機日数短縮のため一層の努力が必要と考えられた。紹介元医療機関は墨田区とその近接区に集中しており、診療連携を進める上では近隣地域との連携が重要であると考えられた。

Ⅱ. 分担研究報告

2. 脳卒中診療動向の実態調査 2) 回復期における脳卒中診療動向

d) 北多摩西部二次保健医療圏内の地域リハビリテーションに関連する事業の調査

国立病院機構村山医療センターリハビリテーション科

田中 尚文

【研究要旨】

地域リハビリテーション支援センターは、国の地域リハビリテーション推進事業実施要綱と都の地域リハビリテーション支援事業実施要綱に基づいて、おおむね二次保健医療圏ごとに指定されている。当院は、北多摩西部二次保健医療圏（昭島市、国立市、国分寺市、立川市、東大和市および武蔵村山市の六市地域）の地域リハビリテーション支援センターに平成17年8月1日付けで指定された。国立病院機構に属する施設としては全国で初めて地域リハビリテーション支援センターの指定を受けた。しかし、当圏域においても、すでにさまざまな取り組みがなされているため、関連機関や施設から協力を得て、効率よく地域リハビリテーション支援事業を展開するためには、それらの関連事業の実情を把握し、これらと重複することなく、本地域リハビリテーション支援事業を計画する必要がある。このため、当圏域における関連事業に関する情報を、保健所、行政、医師会、病院などの担当者と個別に面談して収集し、関連する事業を整理し、医療連携の取り組みに関しても調査した。今回の情報収集により、当圏域を管轄する多摩立川保健所が地域リハビリテーションに関連した事業を、行政への働きかけも行いながら、積極的に展開していることが明らかとなった。また、リハビリテーション医療の施設間連携は、同じ経営母体に属する施設間では行われているにとどまっているが、リハビリテーションスタッフを有する病院が医療連携の中核となっていた。したがって、当圏域全体の施設を巻き込んだ連携のシステムを構築するためには、リハビリテーションスタッフを有する病院の代表者で構成する北多摩西部リハビリテーション病院協議会（仮称）を発足させ、保健所との連携を図りながら、それぞれの病院での前方および後方連携のノウハウを共有することが有用であると考えられた。

【はじめに】

国は、高齢障害者をフォローする都道府県に対する国庫補助事業政策のひとつとして、平成 10 年度から「地域リハビリテーション支援体制整備推進事業」を実施してきた。国立病院機構村山医療センターは、平成 17 年 8 月付けで北多摩西部二次保健医療圏の地域リハビリテーション支援センターに指定された。国立病院機構に属する施設の中では、はじめての指定で、現在のところ唯一である¹⁾。

指定にあたり、東京都リハビリテーション協議会より、「地域リハビリテーション支援センターとして事業を実施するに当たり、所在する二次保健医療圏内のリハビリテーションに関連する医療機関、福祉施設、行政機関等と連携して事業を実施すること。」という付帯意見を受け、運営の組織作りより着手した。

当支援センターの事業目標は、急性期より回復期を経て維持期リハビリテーションにわたって、医療や福祉制度の枠組みに関わりなく、質の高いリハビリテーションを地域住民が享受するシステムを構築することとし、以下の三点を柱とした。

- 1) 医療・福祉連携の円滑化のためのシステムの構築。
- 2) 介護保険サービスで提供されているリハビリテーションの質の向上への貢献。
- 3) 地域住民へのリハビリテーションに関する啓蒙・教育。

ただし、当圏域においても、すでにさま

ざまな取り組みがなされているため、関連機関や施設から協力を得て、効率よく地域リハビリテーション支援事業を展開するためには、それらの関連事業の実情を把握し、これらと重複することなく、本地域リハビリテーション支援事業を計画する必要がある。このため、当圏域における関連事業に関する情報を収集した。

【方法】

北多摩西部二次保健医療圏において、地域リハビリテーションに関連する事業に関して、保健所、行政、医師会、病院などの担当者と個別に面談して情報を収集し、関連する事業を整理し、医療連携の取り組みに関しても調査した。

【結果】

A) 保健所の関連事業

北多摩西部二次保健医療圏を管轄する保健所は多摩立川保健所であり、独自の事業と都からの事業に分けられる。

独自の事業としては、北多摩西部地域保健医療協議会による地域保健医療推進プランの実施がある²⁾。この協議会は保健医療・福祉の関係機関や各市の代表者、公募委員などで構成され、平成 15 年度から 5 カ年を対象とし、市ごとにテーマを決めた地域保健医療推進プランを平成 16 年 3 月末までに策定して、実施する事業である。例えば、立川市では「パワーリハビリテーション事業」、武蔵村山市では「保健事業予定表の各戸配布」、「たばこ対策」、「歯周疾患検診」というテーマである。その他、地域ケアシステムの構築

や推進なども事業目標に挙げられている。今年度からは、障害児・者、高齢者の摂食機能を支援する社会資源の地域ネットワークを構築することを目的とし、地域摂食機能支援連絡会が発足した。また、北多摩西部保健医療圏研修を、関連機関向けに保健所が企画している。

都からの事業では、疾病別医療連携推進事業がある。当医療圏では脳卒中と虚血性心疾患の二つの疾患に取り組むことを多摩立川保健所が決定したため、病院、6地区医師会、消防署、6市、保健所の代表者で構成された検討会と、その下部組織として、病院と医師会の代表者で構成された脳卒中部会と心疾患部会から成る。平成17-18年度は急性期での医療連携推進を目的にアンケート調査を実施し、医療連携のモデルを構築し、啓蒙に努めている。その他、課題別地域保健医療推進プランとして、保健所が独自に決定したテーマを採択している。多摩立川保健所で関連するテーマには、「障害者のための8020生活実践プログラム」などがある。

B) 他の機関や病院の関連事業

北多摩西部地域の医師会は各市にあるが、立川市医師会を除いた各市の医師会には、その上部組織として北多摩医師会がある。歯科医師会は市ごとに組織されている。それぞれにおいて、講演会が企画されているが、地域リハビリテーションに関するテーマはほとんど見当たらない。

昭島病院、武蔵村山病院、東大和病院、国分寺病院など、リハビリテーションスタッフを有する病院(表)では、さまざまなテーマで市民公開講座あるいは介護スタッフ向けのセミナーなどの開催実績を有していた。

C) 関連研究会

当地域では、「多摩高齢者医療・在宅ケアネットワーク研究会」と「多摩地域リハビリテーション研究会」が、それぞれ今年度で第4回、第37回を迎えている。多摩地域リハビリテーション研究会の世話人には、多摩地域に5つあるすべての地域リハビリテーション支援センターの代表者が参加しており、地域リハビリテーション支援センター間の連携も検討されている。今年度からは「多摩地域高次脳機能障害研究会」が発足した。

D) 医療連携の実際

経営母体が同じ施設間では連携が進められているが、経営母体が異なる施設間のシステムは構築されていない。

(ア) 急性期から回復期

救急病院である東大和病院と回復期リハビリテーション病棟を有する武蔵村山病院は、いずれも特定医療法人財団大和会が運営しており、医療連携が行われている。

国立病院機構に属する当院では、同じく国立病院機構に属し、救急病院である災害医療センターと医療連携を今年度より積極的に進めている。具体的には、すみやかに転院を受け入れるために、入院

申し込みのための当科受診予約枠の一部を災害医療センターに管理させている。さらに、当院リハビリテーション科医師が月二回災害医療センターへ赴き、回復期リハビリテーションの対象となりうる入院患者を診察し、家族面談も行っている。連携を円滑に進めるために、双方の関連スタッフが参加する連絡会を今年度は二回実施した。入院申し込み時の病棟 ADL 表を統一し、ADL 介護量により転院受け入れ待ち状況のフィードバックのシステムを構築している。今後は、脳卒中連携パスなどもテーマに検討する予定である。

(イ) 回復期から維持期

前述の特定医療法人財団大和会や、国分寺病院を運営する社会福祉法人浴風会は、介護保険施設も運営しており、それぞれのグループ内で、リハビリスタッフの共有や定期的な交代なども実施され、連携がとられている。

【考察】

地域リハビリテーション支援体制整備推進事業は平成 10 年度より実施され、東京都下の 12 の二次保健医療圏に地域リハビリテーション支援センターがはじめて指定されたのは平成 13 年 12 月であり、最後の 12 番目が指定されたのは平成 18 年 11 月である。しかし、本支援事業が開始される前から、WHO が 1977 年に Community Rehabilitation Model を示し、地域レベルで取り組むべきリハビリテーションの重要性を強調するなど、地域リハビリテーションの重要性は提唱されている

3)。当院が地域リハビリテーション支援センターの指定を受けた時点では、当圏域においてもすでに多くの機関や施設で地域リハビリテーションに関連したさまざまな活動が行われ、しかも活動できる機関や施設も限られるため、委員の重複も多かった。これらのことが本支援事業に積極的な協力を得られにくい一因と考えられた。当圏域ですでに実施されている関連事業と連携をとりながら、効率よく本支援事業を計画・実施するためには、これらの関連事業を把握することが不可欠である。

今回の情報収集により、当圏域を管轄する多摩立川保健所が地域リハビリテーションに関連した事業を、行政への働きかけも行いながら、積極的に展開していることが明らかとなった。また、リハビリテーション医療の施設間連携は、同じ経営母体に属する施設間では行われているにとどまっているが、リハビリテーションスタッフを有する病院が医療連携の中核となっていた。したがって、リハビリテーションスタッフを有する病院の代表者で構成する北多摩西部リハビリテーション病院協議会(仮称)を発足させ、保健所との連携を図りながら、それぞれの病院での前方および後方連携のノウハウを共有しながら、当圏域全体の施設を巻き込んだ連携のシステムを構築していきたいと考えている。

病院と介護保険施設のスタッフが交流する機会は少なく、個々のケアプランの

作成のためのサービス担当者会議に病院のリハビリテーションスタッフが直接参加する時間をなかなか取れないのが実情である。今後、当院では入院脳卒中患者・家族を対象に脳卒中リハビリテーション患者家族支援講座を定期に開催する予定であるが、近隣の地域包括支援センターのケマネジャーや介護保険施設のスタッフにも参加を呼びかけ、われわれの患者・家族への指導内容を共有しながら、技術支援のためのセミナーなども検討していきたいと考えている。

本研究により、脳卒中診療連携体制が構築され、地域リハビリテーション支援事業の目標を達成するための医療・福祉制度が策定されることが望まれる。

【文献】

- 1) 田中尚文、山岸正明、藤原俊郎、小田柿誠二、出口弦舞、富田玲子、野村沙弥江、内川研、太田敦子、早稲田真。

当院における北多摩西部地域リハビリテーション支援センターの取り組み. 第60回国立病院総合医学会講演抄録集 305, 2006.

- 2) 東京都北多摩西部保健医療圏地域保健医療推進プラン～健康の輝き、北多摩西部からつくり育てます。～ 第2版, 北多摩西部地域保健医療推進協議会事務局 多摩立川保健所, コロニー印刷, 東京, 2005.
- 3) 今田拓. 地域保健医療制度-老人保健制度を含めて. リハビリテーション医療社会学(今田拓、千野直一編), 医歯薬出版, 東京, p79-97, 1996.

表： 北多摩西部地域のリハビリスタッフを有する主

所在地	病院名	PT数	OT数	ST数	MSW数
武蔵村山市	村山医療センター	10	6	1	2
武蔵村山市	武蔵村山病院	21	13	6	2.5
昭島市	昭島病院	11	7	3	3
立川市	共済立川病院	5	2	1	2
立川市	立川相互病院	6	4	1	4
立川市	川野病院	5	0	0	0
国分寺市	国分寺病院	4	4	1	1
国分寺市	西東京警察病院	8	4	1	1
東大和市	東大和病院	11	0	1	3
東大和市	東大和療育センター	4	3	2	3

Ⅱ.分担研究報告

3.脳卒中診療動向の実態調査 3)維持期における脳卒中診療動向

a) 当院における地域リハビリテーションの取り組み

永生病院(リハビリテーション部)

今村 安秀、五十嵐有紀子、飯田 達能

【研究要旨】

東京都の地域リハビリテーション(地域リハ)支援事業による地域リハ支援センターの指定が開始されてから3年経過し、指定病院も平成16年度までに7施設が指定された。当院は平成15年7月より南多摩地区医療圏の地域リハ支援センターとして指定された。そこでこれまでの当院の地域リハ関連事業の総括と今後の地域リハ支援センターとしての計画と役割を考えてみたい。南多摩医療圏は、八王子市、日野市、町田市、多摩市、稲城の5市からなる。地域のリハ従事者の研修、支援としての学術集会、地域リハ連絡会講演、介護者講習会、医学講座を開設した。直接地域住民と接する相談機関の支援として月平均0.2件の福祉機器の相談窓口の設置と今後の連携について、福祉用具、住宅改修等の相談への対応は月平均50件程度受けた。地域の関係団体の支援として住宅供給公社を中心とした健康講話を開催した。また八王子市在宅介護支援センターにテクノエイドに関する相談事業、介護予防教室を開催した。地域リハの推進に必要な事業として、南多摩地域リハマップの作成と関連施設への配布を進めている。南多摩医療圏における連絡協議会では1.地域リハ事業内容、リハ社会資源の情報不足2.地域リハに係わるマンパワー不足、3.地域リハにおける連携不備の問題(病院と居宅支援事業所、支援センター施設と保健所や医師会など)が明らかになった。これかの問題の解決と支援事業が今後の課題である。

Ⅱ. 分担研究報告

3. 脳卒中診療動向の実態調査 3) 維持期における脳卒中診療動向

b) 通所介護施設におけるリハビリテーション効果

涓泉会 山王リハビリ・クリニック

速水 聰 森 英二

【研究要旨】

通所介護施設で行われているリハビリの効果について、要介護度の変化に着目して分析し、その効果に関連する要因を疾患や通所頻度の観点から考察した。平成15年4月～平成18年3月の3年間における当クリニック通所介護施設利用者のうち、利用開始後に要介護認定が2回以上更新された利用者139名(男性67名、女性72名)を対象に、疾患名、利用開始時の要介護度とその更新1回目、2回目との要介護状態区分の変化、利用者の通所頻度について調査した。要介護度認定の更新1回目では、要介護状態区分の軽減34%、維持55%、重度化11%で、更新2回目は軽減30%、維持48%、重度化22%であった。要介護度2・3の利用者に要介護度が改善している者が多い一方で、要支援や要介護度1の利用者は更新2回目に重度化している割合が増していた。重度化している者は脳血管障害等や神経難病の割合が高く、deconditioningや疾患の進行がその要因として考えられ、通所介護施設のためのサービスでは限界があると考えられた。また、要介護度が軽減している利用者群における平均利用日数が週2.0日に対して、要介護度を維持している利用者群は週1.7日で、更新1回目・2回目ともに統計上、両群に有意差を認めた。これは通所サービス提供を行う上での一つの指標となる可能性が示唆された。

【はじめに】

平成 18 年 4 月の診療報酬改定により、リハビリテーション(以下リハ)医療の日数制限が制定された。また同年 12 月末の厚生労働省(以下厚労省)の通達により、維持期リハは事実上、介護保険での対応が求められるようになった。当クリニックでは平成 14 年の診療報酬改定後、介護保険で対応するリハ施設として短時間滞在型(3 時間以上 4 時間未満)の機能訓練対応デイサービス(以下通所介護施設)を平成 15 年 2 月に開設した。外来リハに通院している患者は通常、理学療法士(以下 PT)と一対一で行うリハ(個別療法)が一般的であるが、個別療法でなくとも身体機能維持が可能である患者も存在する。すなわち集団療法(平成 18 年 4 月の診療報酬改定にて廃止)による外来リハも存在していた。その集団療法の対象者は介護保険の通所サービスにて身体機能維持が可能である、という考えに基づき施設を開設した。ただ、各患者にとって個別療法と集団療法のどちらが適切であるかを判断することが大変重要であり、個々の患者における機能障害、能力低下、社会的不利を評価できる能力が要求されるため、当クリニックではリハ専門医がその役割を担っている。特に脳血管障害による多種多様な障害が併存する場合には専門医の判断が必須である。すなわち医療保険で行うリハと介護保険で行うリハの質の違いを医師が理解した上で患者を振り分ける必要があるといえる。そして運動療法を中心に行う通所介護施設としては、外来リハに通院していた患者を考慮すると、3 時間以上 4 時間未満の滞在時間が最適

であると考えられた。厚生省の指標による¹⁾と 3 時間以上 4 時間未満の通所施設の構成割合は全体の 1~2%と非常に少ないが、今回の診療報酬改定を受けて今後、短時間滞在型の通所施設は脚光を浴びると思われる。

今回われわれの通所介護施設で行われているリハビリの効果について、要介護度の変化に着目して分析し、その効果に関連する要因を疾患や通所頻度の観点から考察した。

【方法】

平成 15 年 4 月~平成 18 年 3 月の 3 年間に当クリニック通所介護施設を利用し、利用中に要介護認定を 2 回以上更新した利用者のリハビリ効果を検証した。対象は平成 15 年 4 月~平成 18 年 3 月の間に在籍していた当施設の利用者のうち、利用開始後に要介護認定の更新を 2 回以上された利用者 139 名、男性 67 名、平均年齢 75.5 歳、女性 72 名、平均年齢 79.9 歳である。

調査方法は施設利用開始後、2ヶ月~13ヶ月経過した間に要介護認定の更新を受けた利用者を更新 1 回目と定義した。これは利用開始後 1ヶ月ではリハビリ効果によるものと認めるには不相当と判断したためである。更新 2 回目は 14 ヶ月~25 ヶ月経過した間に受けた要介護認定の更新をさす。

【結果】

疾患別分類(図 1)では脳血管障害等が 51%で約半数を占めた。尚、パーキンソン症候群は脳血管障害等に含まれている。また複数の疾患が併存する場合は主たる障害の原因疾患で分類した。次に整形外科疾患が 38%と約 4 割を占め、神経難病を含む神経疾

患は 5%であった。要介護度の内訳(図2)は、要介護度 1・2 で 6 割強を占めており、特に女性の要介護度 1 は女性全体の約半数という特徴が認められた。要介護度の変化(図3)は利用開始時の要介護度の変化である。更新 1 回目に認められた要介護度の軽減化が、更新 2 回目の時もほぼ維持されていた。逆に更新 1 回目に重度化した利用者が更新 2 回目では倍増していた。次に具体的な要介護度の変化について述べる。利用開始時と更新 1 回目の要介護度の変化(図4)、利用開始時と更新 2 回目の要介護度の変化(図5)を示す。まず、図4の重要なポイントは、要介護度 2・3 の軽減化した利用者数である。要介護度 2 では、更新 1 回目に 30 名中、14 名が要介護度 1 に軽減化している。また、要介護度 3 では、24 名中、9 名が要介護度 1 に、8 名が要介護度 2 に軽減化していた。

図5のポイントは、要介護度 1 の重度化した利用者数と要介護度 3 の軽減化した利用者数である。要介護度 1 では、要介護度 2 に重度化した利用者が、更新 1 回目の 3 名から 9 名に、要介護度 3 に重度化した利用者が、更新 1 回目の 1 名から 6 名に増えていた。

また、要介護度 3 では、要介護度 1 に軽減化した利用者が、更新 1 回目の 9 名から、更に増えて 13 名になっていた。

要介護度が軽減している利用者群における平均利用日数は週 2.0 日であったのに対して、要介護度を維持している利用者群は週 1.7 日で、更新 1 回目・2 回目ともに統計上、両群に有意差を認めた。

【考察】

要介護度 2・3 の利用者における軽減率が高かった理由としては、PT による初期評価にて適切な個別メニューが作成されたことにより、各利用者に適切な運動療法が提供され、運動の継続性、施設利用の継続性につながったことが考えられる。また個別メニューのみならず、集団体操による利用者同士の刺激が、運動療法に相乗効果を生み出した可能性もある。さらに、更新 2 回目においても要介護度の一層の軽減化が認められた利用者も多く、運動療法を継続することによって緩やかに能力低下が改善された結果と考えられる。

疾患分類別に重度化した利用者进行分析すると、神経系疾患(脳血管障害等、神経難病)の割合が高く(72%)、deconditioning や疾患の進行によるものが考えられ、医療保険でのリハビリや、他の介護保険サービスとの併用(訪問リハビリ等)が重要であると考えられた。更新 2 回目に重度化した要介護度 1 の利用者を詳細に分析すると、重度化した利用者 16 名中、5 名は更新 2 回目に、要介護度 1 から要介護度 3 に、1 名は要介護度 5 になっていた。これらは、突然の事故による骨折や体調不良で入院した結果の者も含まれている。また要支援者や要介護度 1 の利用者が重度化している背景には、彼らに適切な運動プログラムが提供されていなかった可能性も考えられる。特に集団で行う運動プログラムは、より要介護度が重い利用者のレベルに合わせざるを得ず、軽度者にとっての運動効果としては薄いことが考えられる。藤原³⁾もデイサービスで画一的に提供されているプログラム内容に対して警笛を鳴らしている。

通所施設における利用頻度は厚労省の調べによると、平成 15 年、平成 16 年の通所介護施設における利用者一人当たり月平均利用回数が、それぞれ 6.4 回、6.6 回²⁾とあり、週に換算するとそれぞれ 1.6 回、1.65 回である。武原⁴⁾は週 2 回程度のトレーニングを行えば、80 歳前後の要支援・要介護高齢者であっても生活機能は維持でき、中には改善できる者もいるという。当施設のデータでも要介護度が軽減している利用者は平均週 2 回を利用しており、通所サービスの頻度としては週 2 回が適切と考えられ、今後の通所サービスの利用頻度における一つの指標になることが考えられる。

最後に平成 18 年 4 月に改定された要介護度認定の新基準では、従来の要介護度 1 の一部の者を、要支援 2 に、要支援者を要支援 1 に認定している。新予防給付による要支援者の重度化予防プログラムを実践する施設の必要性が今回のデータ分析で明らかとなった。

【文献】

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課, 平成 16 年度介護給付費実態調査結果の概況, 厚生 の 指 標 52(15), 41-45, 2005
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課, 平成 16 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況, 厚生 の 指 標 53(5), 38-48, 2006
- 3) 藤原茂, 通所サービスでのリハビリテーションの工夫～現状の課題と今後の課題～, GPnet 51(12), 58-63, 2005

- 4) 武原光志, パワーリハビリテーション実施者 100 例の 1 年後の要介護度の変化, 総合ケア 15(3), 62-67, 2005

図1 疾患別分類

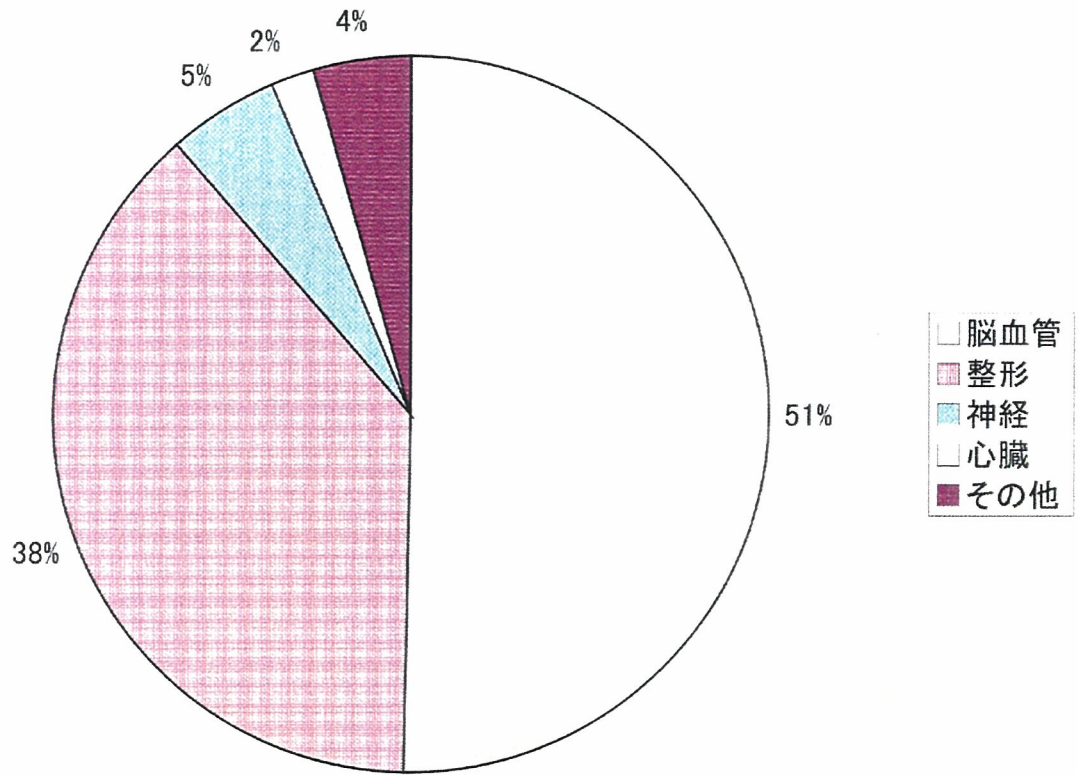


図2 要介護度の内訳(利用開始時)

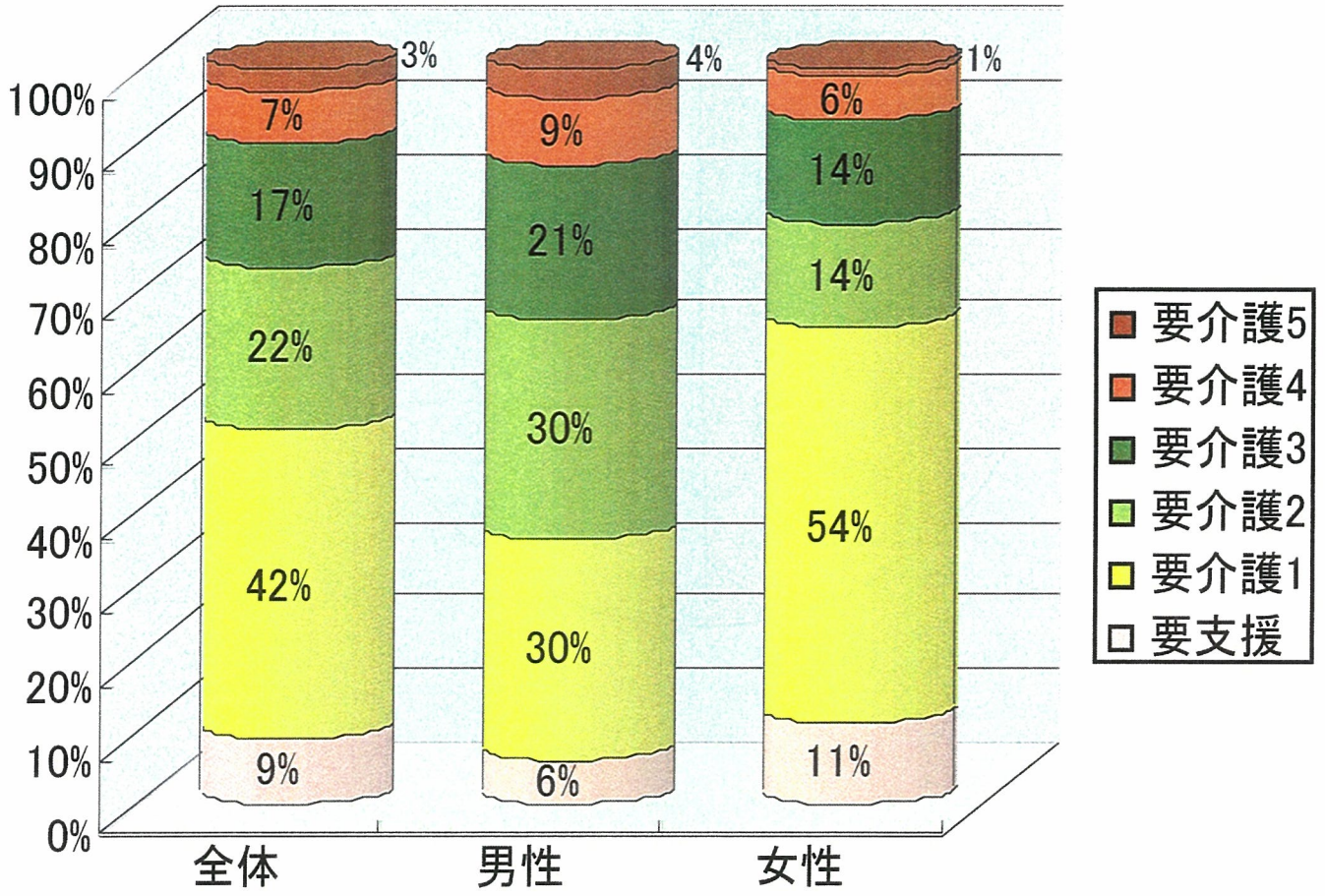


図3 要介護度の変化(利用開始時との比較)

