

包括的リハビリテーションの重要性

井林——最近ではクリニカルパス（以下、パス）を含め包括的にリハを始めている施設が多いと思います。その重要性について藤本先生にお伺いします。

藤本——当院は急性期病院で、脳卒中入院患者の約35%が転院されます。ところが転院先との情報連携が不十分であるとの指摘があり、連携先の方々とパスを作成するため「香川シームレスケア研究会」を設立して活動を始めました。どのようなパスが必要かということでも話し合い、特にコメディカルが中心となって必要事項の抽出を行い、それをパスに間違いなく反映できるようにすること、リハのステップを5段階に分け、患者さんの到達度や介助度がわかるようにすること、各施設でばらばらであった評価法を統一すること、そして介護と医療では同じ言葉でも意味が異なりますので、共通言語での記載のためにブルダウで入力できるようにしようということになりました。しかし、急性期病院、回復期病院、在宅ケアはそれぞれ主体とするものが異なっています。それをふまえてどのような情報を連携すべきかを議論した結果、日常生活動作、リハ状況、嚥下障害や栄養障害の有無は必須ということで、それらを反映したパスを作成しました。パスを作成したことで連携がスムーズになったうえ、最もよかったのは、パスを始めるまでは急性期はゴールのわからないままどこまで当院でやるべきか判断がつかなくなったのが、回復期リハに転院したらすぐリハを開始できる状況を作ることや転倒・転落事故を起こさないようにするなど、自分たちの役割が明確になり、スムーズに業務を遂行できるようになりました。

ところが、運用から間もなく我々が作成したのは自宅へ帰るまでのパスであったことが明らかになりました。実際帰られた患者さんには在宅後のパスが必要だということで香川県介護支援専門員協議会の大原昌樹会長に中心になっていただき、頻繁に会合を開きました。しかし、毎月モニタリング用紙を作成しなければならぬことに加えさらに連携パスに入力するというのは、ケアマネジャーの仕事量が増えるため普及しません。そこで香川シームレスケア研究会の世話人に



Shunichiro FUJIMOTO

藤本俊一郎先生

なっていたいいる県の健康福祉部の医師に相談し、在宅連携パスをモニタリング用紙として使用する承認を得て、2008年3月から在宅パスも運用が開始されました。また同時期より歯科医師らも在宅パスを作成し、運用しています。2007年9月頃からは高松市東讃でも我々中讃・西讃と同様のパスを使用して連携するため活動を開始しました。

現在我々の研究会では脳卒中に加えて大腿骨近位部骨折・NST・在宅・歯科在宅の地域連携パスを作成し、運用しています。栄養・嚥下障害についてはNSTのワーキンググループが決定した事項を反映して連携先へ届けており、運用はうまくいっていますが、どれだけ在宅復帰率が向上したかなど患者満足度を調査するのは今後の課題です。

今回の診療報酬制度や医療法の改定は、このような連携を行うのに非常に追い風になりました。当初参加できなかった施設に新たに参加いただけたこと、行政に医療計画の周知や講演をしていただいた中で、我々のこれまでの活動の方向性が間違っていないということが確認できるという面でも非常によかったと思います。自身の専門外の方々との連携ができたり、医療連携体制協議会を作ることで住民の方にも参加いただき、地域全体で活動できる状況まで漕ぎ着けることができました（図4）。

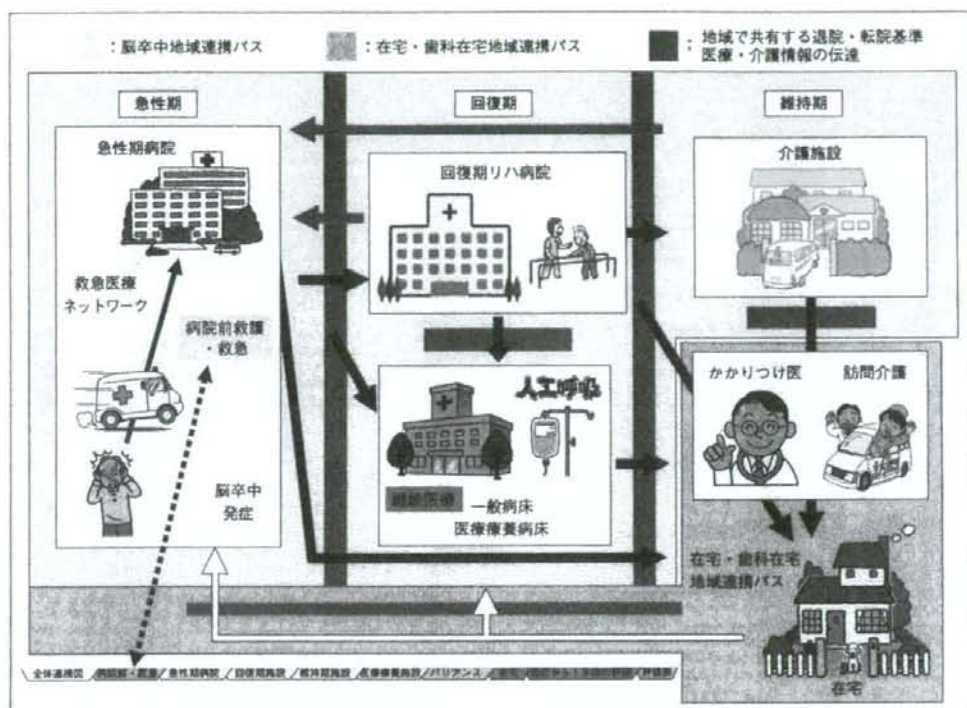


図4 脳卒中地域医療連携ネットワーク

コメディカル・介護者の協体制の確立 —現在の連携体制をふまえて

井林——福岡県下でも今後バスがうまく連携することでリハを効率よく発展させていきたいと願っておりますが、在宅に戻そうと思ってもどうしても戻れない患者さんもいらして、その辺りが非常に悩ましいところです。当院（210床；うち一般が54床、回復期が116床、療養型が40床）では若い多くのセラピスト（PT 65名、OT 63名、ST 27名）が時間をかけてチーム医療に取り組んでおりますが、先生方の施設ではいかがでしょうか。

里宇——まず大学病院全般にいえることだと思いますが、ベッド数に比べるとセラピストの数が非常に少ないと思います。当院は1,000床に対し19名という状況ですので、かなりオーバーロードになっています。

また、当然急性期の患者さんが多いので、病棟サイドとの連携がかなり重要になってきます。そのためリハスタッフが看護師にさまざまなリハの手法をトレーニングするセッションを年に数回設けています。急性期のリハ的なアプローチはセラピストが行いますが、生活面は看護師が担う面が大きいため、両者の連携を強めようとしているのが現状です。

2週間前後で患者さんは次に移りますから、ある程度の地域連携はあると思います。ただ、大都市圏ですと、急性期資源が豊富な一方、回復期資源は大変少なく、非常にアンバランスな状況にあります。さらに、患者さんの診療圏も二次保健医療圏というよりは関東一円というかたちで広域的になっています。ですから、単純にある地域のみを想定した連携バスを作成することは難しいという問題がありますので、もう少し広域的に対応可能なシステムを考えていかなければ、たとえ急性期で一生懸命命をたとしても、次にうまくつな

りません。

長谷川——関東圏の回復期リハ病床数は全国平均よりかなり少なく、他県に出られる方もいらっしゃいますので、里宇先生のおっしゃったようにとても二次保健医療圏の中で完結できない状況です。

現在連携の必要性が盛んに言われており、滞ることなくスムーズに急性期から回復期、介護、社会復帰へと移るための工夫や情報の伝達は重要です。その一方、急性期ではDPCによってコストや入院期間の整理が付き始めましたが、回復期ではcase mixの整理がまだついておらず、重症患者さんほど次に行けないという状況になっていますので、連携パスの中でできる限り透明性の高い形で整理されていく必要があるかと思われまふ。最終的には保険点数の形に反映されることとなると思いますが、現在提唱されている地域連携のオーバービューパスなどの考えで、医療側が平等で透明性の高い流れをいかに構築できるかにかかっているように思われます。

里宇——回復期を経ずに急性期病院から直接地域に帰るといふ流れも最近は多くみられます。それが必ずしも軽症な方ばかりではなく、本来もう少しリハを行う必要がある方が、直接地域に帰られているというのが現状です。急性期の入院期間が短くなりましたので、回復期も1ヵ月以内に受け入れるところが増えてきていますが、そうすると全身状態が不安定な場合が少なくなく、それにどう対応するのか、また経営的にも回復期病棟の医療費が定額制の中でどうするのかという問題が出てきます。また、以前は回復期リハ病棟への転院までの期間が発症後3ヵ月以内であったのが、現在の制度では2ヵ月以内に転院しないと回復期に入れません。そうすると急性期にさまざまな合併症を併発したり意識障害があったりという患者さんが2~3ヵ月経ってやっと症状が落ち着いた時には行くところがないというジレンマもあります。ですから、急性期と回復期だけで通じるパスを作るのではなく、広いスペクトラムで患者さんをどこでどのようにケアするのかを考えなければなりません。2008年4月の診療報酬改定前までは障害者病棟が重症患者さんの受け皿の1つになっていたのですが、脳卒中と認知症が除外されましたので、重症者の行き場がなくなったということも問題になりつつあります。

藤本——リハを行うために転院される方以外に意識障害あるいは継続した医療が必要と判断された患者さんの場合、医療療養病床が減少傾向にある地域において、たとえば医療区分1の患者さんが実際転院されますと、診療報酬が低いため受け入れ施設経営が難しくなります。一方、医療区分2、3の重症患者さんをお願いしますと看護の必要度が高くなり、コメディカルの負担が増えます。このような事情に加えて医療が必要な方が転院できる病院が減ってきているため、転院しにくくなっている傾向を感じています。

井林——そうしますと、ご家族が分担して自宅介護をせざるを得ない患者さんも当然出てくると思います。そういったケースに対してはどのようにお考えですか。

藤本——回復期リハ病床から在宅へ帰られるケースではご家族の受け入れの問題があります。また、軽症だから在宅介護を行うことをおすすめしても、患者さんが1人暮らしのケースもあり、社会的な要因が絡むことが非常に多いです。その反面、重症患者さんを在宅でみられるご家族もいらっしゃいますので、回復期リハ病床ではそのあたりの折衝など難しいところがあると思います。

井林——それについては今後、解決されていく目処はあるのでしょうか。

里宇——在宅はさまざまな要因があり難しいのですが、必ずしも介護度が高ければ大変というわけではありません。見守ったり少し手を貸さなければいけないという患者さんが一番大変で、社会的なサポートが必要です。また、都内ですと急性期から直接地域に移る患者さんが多いため、リハ主体のクリニックを活用することが1つの対応策になっています。そういったクリニックはセラピストの数も多く、地域のさまざまな資源を利用したリハが可能で、大都市圏においてはクリニックや一部有床診療所が流れをスムーズにしていける鍵ではないかと考えています。

回復期・維持期における リハビリテーションの可能性

井林——今後の脳卒中リハについて、先生方が注目あるいは期待されていることをお聞かせください。

長谷川——現在は診断治療に高価な機械や人員を集め

ている急性期病院の在院日数をどんどん短縮して、より効率的に運用しようという傾向にあります。そうしますと、今以上に回復期施設において病状の変化をきたす症例に遭遇する機会が増えるはずで、私はこの1月にドイツの急性期病院と回復期病院の連携を視察する機会を得ました。最近ドイツでもDRGが導入され、視察した急性期病院でも脳卒中患者の在院期間が7日程度に短縮したとのことでした。そこまで在院日数を短くして、次の回復期病院は本当に対応できているのかが、我々の最大の関心事でしたが、回復期のリハビリ施設では150床規模の施設に5人の神経内科専門医が常駐し、人工呼吸管理を含む急性期治療、亜急性期治療を行っておりました。急性期病院の在院日数を短縮するのであれば、回復期でも障害の治療のみならず、ある程度疾患の管理もできる体制を補完していかなければならないでしょう。

井林——次のステップもある程度充実しておくということですね。現在は高齢者が増え、心臓が悪かったり認知症がベースにあったりとケアが難しい上に、それでも回復期・維持期のリハビリへと進めていかなければならないケースもありますので、今後の課題ですね。

最初に里宇先生が中枢神経可塑性のお話をされましたが、現在ほどのような研究が行われていて、またリハビリによってどのようなことが改善するのでしょうか。里宇——たとえば上肢に対するアプローチについてですが、片麻痺の上肢が実用レベルまでに回復するのは20%くらいで、結構回復の予後は厳しいというのが一般的な見方です。しかしながら、初期からしっかりとリハビリを受けて拘縮がない状態で1、2年経過した患者さんの中で、手指の伸筋に多少の随意性がある方に対し、非麻痺側を抑制して麻痺側上肢の使用を促すという抑制療法を行うと、日常生活で使う頻度が増して動きが改善してくる場合があります。

さらに、日常生活の中で日中、起きている間中、患側手指の伸筋を促進するような電気刺激を手指を動かそうとするたびに補助するように加え続けることにより、動きが改善してくることもあります。そのようなアプローチの結果、神経イメージング上の可塑的变化や経頭蓋磁気刺激で評価した皮質内抑制の変化が起こっていることが報告されています。手指の伸筋群を刺激することで脊髄レベルでの相反抑制が変化し、さ

らに100msec程度の皮質レベルの抑制機構も改善がみられています。我々が常識としていた以上に麻痺肢に対してはアプローチの可能性があり得るというのが最近の考え方です。

また、歩行についてはロボティクスなども含めて早期から交互運動を促すようなマシンが取り入れられつつあります。

長谷川——ロボトリアは普及しつつあるのでしょうか。まだ全く立っていない脳卒中患者の upper body を固定して歩行訓練する単純な装置を海外でみせてもらい、頻繁に使っているように言っておられました。

里宇——産業医科大学などで比較的簡単な歩行器を作っておられますね。ハイテクで培った知見をローテクで実現できればコストが抑えられて、もう少し普及するのではないかと思います。

井林——藤本先生、それでは最後に今後考えておられる連携バスの工夫などについてお聞かせください。

藤本——在宅バスを導入するにあたって主眼を置くべきところは、在宅で悪くなっているところをできるだけ早くみつけれられるようにすることです。測定するたびにすべての日常生活動作を中心とした評価がPC画面に一括表示され、何が悪くなったということがわかるような設定を現在作っているところです。ただ、その有益性については今後検討していくのが課題です。やはり悪くなれば再度回復期リハビリ短期集中的にリハビリを行うなどの具体的な対策を講じるためにも、まずはみつけることが大事です。

もう一つは高次機能と認知症の連携です。おそらく地域には限られた施設や資源しかないと思いますが、皆が参加することでうまく資源を活用できる可能性を考えています。

井林——共通の指標を作り、評価のデータを全国的に出していくことが必要ですね。急性期はエビデンスを出しやすい部分がありますが、回復期や在宅に移って混乱した情報をまとめ客観的に示す方法はまだ確立されていないように思いますので、今後バスが全国規模で拡大して皆が同じ土俵に立って評価することで共通のものになっていかなければ、患者さんにも反映できないように感じております。

本日はありがとうございました。

(2008年5月21日収録)



大都市圏における活動①

地域連携を重視した大都市型のリハビリテーション専門クリニック

速水 聡¹⁻³⁾ 森 英二¹⁾ 里字明元³⁾

Key Words 医療保険 介護保険 訪問リハビリテーション 通所系サービス 早期退院支援

内容のポイント Q&A

Q1 クリニック開設の経緯は？

平成7年に、入院リハ後、在宅で障害を抱えて暮らしている患者をはじめとして、広く地域を対象にリハを実践するために東京都大田区山王に開設されたリハ専門の無床診療所である。

Q2 クリニックのハード、ソフトは？

診療科目はリハ科、整形外科、内科である。外来診療と訪問診療を2名のリハ科専門医が行い、往診は24時間体制で適宜対応している。平成20年5月より脳血管疾患等リハビリテーション(I)・運動器疾患リハビリテーション(I)による医療サービスを外来で提供している。

Q3 診療圏の特徴は？

平成19年11月のクリニック移転後より脳血管疾患の紹介患者が増加傾向にあり、外来患者の約50%を占めている。リハ対象者の年齢構成の中心は60～80代であるが、小児(障害児を含む)から90代の高齢者まで幅広く分布している。

Q4 診療の概要と特に力を入れている活動は？

身体機能の改善がまだ見込めるか、あるいは長期的な身体機能の維持、ADLの維持・向上のレベルに達しているかの判断をリハ科専門医が総合的に評価している。その評価に基づき、外来もしくは訪問のリハ、あるいは介護保険による通所系サービスのいずれかを勧め、医療・介護連携のスムーズな移行にチームで対応している。

Q5 現状の課題と将来への展望は？

大都市圏では、いわゆる地域完結型リハビリのシステムのみならず、小規模・多機能・高機動性のリハ専門の診療所が、地域リハに大きく貢献できる可能性を秘めている。クリニックでは現在、健康増進、疾病予防の観点に基づく運動や栄養指導を中心とした予防的アプローチの将来性にも期待している。

* Cooperation-oriented Community Based Rehabilitation Medicine Clinic in the Tokyo Metropolitan Area

¹⁾ Hayamizu Satoshi MD, Mori Eiji MD, PhD

医療法人社団 清泉会山王リハビリ・クリニック

²⁾ Hayamizu Satoshi MD

慶應義塾大学大学院医学研究科 (リハビリテーション医学専攻)

³⁾ Liu Meigen MD, PhD

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室



リハビリテーション専門クリニック開設とその歴史(図1)

平成7年に現院長が、東京都大田区に広く地域リハビリテーション(以下リハ)を実践するための無床診療所を開設した。当時は全国的にもリハ科専門医(以下リハ医)が診療所を開業する例は、まだ稀だったようだが、地域におけるリハ医の存在意義は大きく、平成11年より通所リハ施設をクリニックに併設した。平成12年には訪問看護ステーションを開設し、訪問看護や訪問のリハを展開し、在宅医療や在宅リハの充実を図った。平成14年度に診療報酬制度上、医療保険のリハビリテーション(以下医療リハ)に対して逆風が吹き始めたのを契機に翌年、通所介護施設を開設した。機能訓練を中心とした食事・入浴サービスは行わない短時間滞在型の斬新な通所系サービスを展開し、利用者のADL維持・向上に貢献しているが、詳細は後述する。平成18年度には診療報酬制度と介護報酬制度の初の同時改定が行われ、同年に介護予防専門の通所介護施設を開設し、要支援者(要支援1・2)に特化した通所系サービスを開始した。また、同年4月より在宅療養支援診療所として登録しており、しばしば起こる疾患の再発や併存疾患の増悪等の緊急事態に対して、24時間体制でサポートしている。平成19年11月には外来訓練室の拡充を目的に、大田区山王から大田区東雪谷にクリニック移転を果たし、平成20年5

■ 図1 清泉会の歴史とサービス紹介

- ☆山王リハビリ・クリニック (平成7年6月開業)
リハビリテーション科、整形外科、内科
外来通院リハビリ(PT・OT・ST)
訪問診療、往診
- ☆デイケアルーム(通所リハビリ施設) (平成11年2月開設)
- ☆ウェルネスジム山王(健康増進施設) (平成18年7月開設)
- ☆山王リハビリ訪問看護ステーション (平成12年12月開業)
訪問看護、訪問のリハビリ(PT・OT・ST)
- ☆山王リハビリステーション(短時間滞在型通所介護施設) (平成15年2月開設)
- ☆ヴィガ・山王リハビリ(短時間滞在型介護予防通所介護施設) (平成18年12月開設)
- ★地域医療福祉連携室(病診連携、ケアマネージャーとの連携、患者様の相談窓口)

月より脳血管疾患等リハ(I)(以下脳血管リハ)、運動器疾患リハ(I)(以下運動器リハ)による医療サービスを外来で提供している。さらなる医療・介護連携の強化や地域基幹病院との後方連携の構築を目的に、平成18年4月に地域医療福祉連携室を立ち上げ、地域リハのネットワークづくりを目指している。



クリニックのハード、ソフトは？

(1) クリニックとその関連施設について(図2)

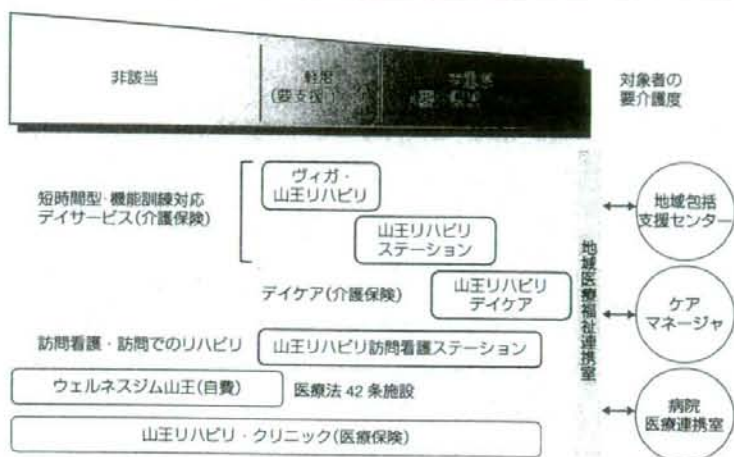
①山王リハビリ・クリニック(診療は医療保険対応、通所リハ施設は介護保険対応、健康増進施設は自費対応)(図3)

現在のクリニックは3階建てのビルで、1階に受付、診察室、処置室、レントゲン室、システム管理室があり、2階に言語療法室、介護保険による通所リハ施設、健康増進施設、3階に理学療法や作業療法を行う訓練室が設置されている。クリニック外来訓練室にはPT:10名、OT:3名、ST:1名、相談員1名の常勤スタッフが配置されている。週1回の器具外来では、補装具の処方・チェックを行い、外来定期カンファレンスでは、全外来リハ患者の経過確認や症例検討を行っている。通所リハ施設は一日滞在型で個別リハ体制を整備しているが入浴サービスは提供しておらず、要介護度3・4の利用者を中心に構成されている。健康増進施設(ウェルネスジム山王)は、医療法42条施設に認定されており、健康運動指導士(管理栄養士も兼務)1名が配置されている。

②山王リハビリ訪問看護ステーション(医療保険・介護保険対応)

同訪問看護ステーションにはPT:7名(うち2名は非常勤)、OT:3名(うち1名は非常勤)、ST:2名(うち1名は非常勤)、看護師4名、相談員1名が配置されている。療法士は大田区を中心に、品川区南部地域や世田谷区の一部の地域まで訪問している。各療法士は、下記③④もしくはクリニック併設の通所リハ施設における療法士業務を兼務している。具体的には、通所リハ施設では

■ 図2 清泉会で行うリハビリテーションのイメージ図



■ 図3 山王リハビリ・クリニック



個別訓練を行い、他の施設では利用者のサービス利用開始時における初期評価や個別プログラムの作成とそのフォローアップを行う。訪問リハを受

けている利用者が同時に通所されている場合には、在宅環境もふまえたプログラムの作成・変更が可能である。

③山王リハビリステーション(介護保険対応)

短時間滞在型の機能訓練対応通所介護施設である。食事や入浴には対応しておらず、1日2単位制(午前・午後)で運営している。要介護度1・2の利用者を中心に構成されている。歩行はほぼ自立している利用者もいるが、監視～軽介助を要する方が多い。

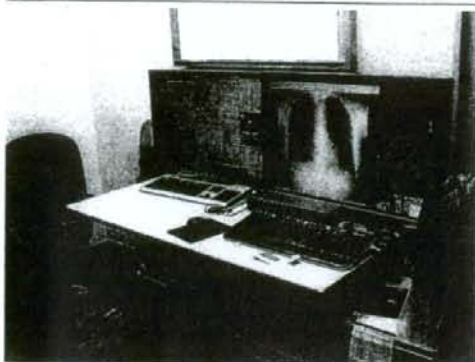
④ヴィガ・山王リハビリ(介護保険対応)

短時間滞在型の機能訓練対応介護予防通所介護施設である。食事や入浴には対応しておらず、1日2単位制である。要支援1・2の利用者を中心に構成されており、歩行は自立レベルである。利用者のなかには、送迎車をあえて利用せずに通所される方もみられる。

(2) 地域医療福祉連携室の役割

適切なリハサービスの提供には、時間の無駄は許されない。しかし、サービスを受ける側に保険制度の理解やサービスの契約を短時間で求め過ぎるのは問題になりやすい。そこに相談員という職種が潤滑油の役割を果たすことは、リハ専門職には常識である。まさにマルチな「連携」を行う地

■ 図4 ITの積極的な活用



域医療福祉連携室を平成18年に立ち上げた。他病院の連携室との連携はさることながら、ケアマネジャーや地域包括支援センター、訪問看護ステーションとの連携業務をこなし、患者・利用者の相談支援も務めている。

(3) ITの積極的な活用(図4)

クリニックと関連施設間の連携をより円滑にする取り組みとして、電子カルテの導入があげられる。外来定期カンファレンスでは、電子カルテ内で管理された動画撮影ファイルを閲覧することも可能である。またクリニックと訪問看護ステーション間ではiChat(アイチャット)を用いた定期カンファレンスも行っている。

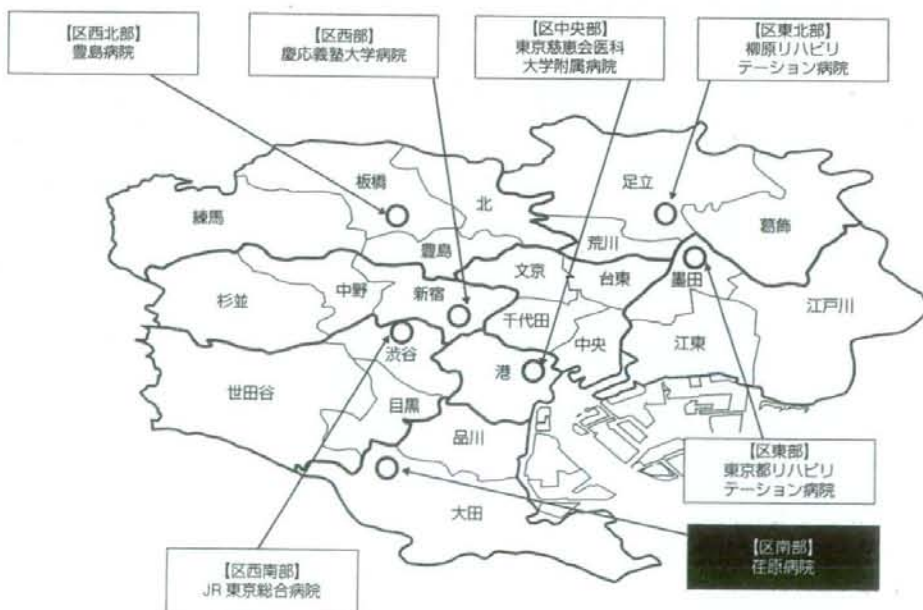


診療圏の特徴は？

クリニックより徒歩数分のところには東京都区南部地域リハ支援センター(図5)に指定されている財団法人東京都保健医療公社荏原病院(以下荏原病院)が立地している。荏原病院は都内でも有数の総合脳卒中センターをもっており、脳卒中患者における地域リハ連携を以前より行いやすい環境になったといえる。

平成19年11月のクリニック移転後より脳血管

■ 図5 地域リハビリテーションセンターの分布(東京都区部)



疾患の紹介患者が増加傾向にあり、外来患者の約50%を占めているが、やはり荏原病院からの紹介患者の増加が認められる。リハ患者の年齢構成は60～80代が中心であるが、移転後の大きな特徴として50代の脳血管リハ患者が増加傾向にあることがあげられる。また、運動器リハ患者の特徴にも変化がみられ、以前は慢性期の患者がほとんどであったのに対し、最近1年間の動向では、手術後の回復期リハを必要とする紹介患者を急性期病院より受けるケースが増加している。さらに、以前は数例であった障害児に対するリハも徐々に増えてきており、これは荏原病院に隣接する都立北療育医療センター城南分園からの紹介が影響している。



診療の概要と特に力を入れている活動は？

クリニックは無床診療所のため、外来診療と訪問診療が保険診療の柱となっている。外来リハ医の役割¹⁾は診断・評価、予後予測・ゴール設定、健康管理、補装具処方・チェック、リハ処方等々、多岐にわたっているが、地域におけるリハ医としては、それらの総合的なリハ評価に基づいて適切なサービスへ患者を振り分ける役割が強く求められている。すなわち、医療リハと介護保険で行うリハサービスの質の違いを理解したうえで、個々の患者を評価することが重要である。脳卒中患者を例にとると、発症時期からは維持期であっても個別療法による身体機能の改善が見込めれば、医療リハを選択することが勧められるであろうし、あるいはADLの維持がゴールであれば介護保険を検討することにもなる。当クリニックでは、外来で行う医療リハが終了と判断された患者がスムーズに介護保険で行うリハに移行できるように、地域医療福祉連携がリハにおける医療・介護連携を支援している。同室の相談員は、介護保険申請手続きの援助や、家族・ケアマネジャーに対する介護保険で行うリハサービスの内容等の説明、リハの医療制度に関する説明を行うことがしばしば必要とされる。介護保険で行う在宅におけるリ

ハサービスには訪問のリハ、通所リハが考えられるが、当クリニックでは、身体機能維持・ADL維持を必要とする患者もしくは利用者は、主に短時間滞在型の機能訓練対応通所介護施設においてそれを実践しており、そのアウトカムについて以下で述べる。

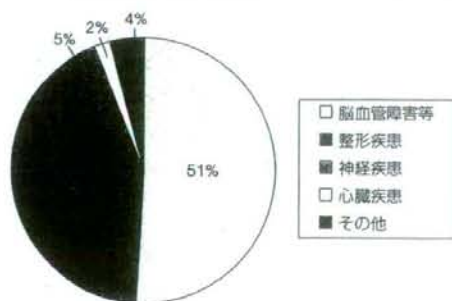
■短時間滞在型の通所介護施設におけるリハのアウトカム²⁾

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。

施設利用開始後、2カ月～13カ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カ月ではリハ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カ月～25カ月経過した間に受けた要介護認定の更新を指す。

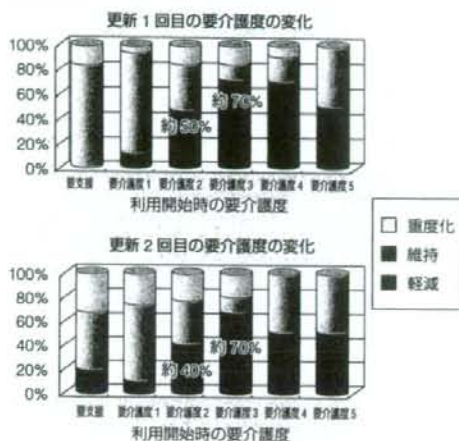
結果は、疾患別分類(図6)では脳血管障害等が51%で約半数を占めていた。なお、パーキンソン症候群は脳血管障害等に含まれている。また複数の疾患が併存する場合は主たる障害の原因疾患で分類した。次に整形外科疾患が38%と約4割を

■図6 疾患別分類



(第44回日本リハビリテーション医学会学術集会発表ポスターより改変)

■ 図7 要介護度別変化の割合

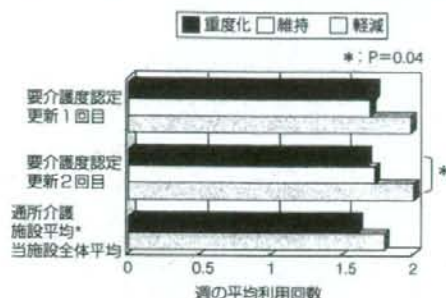


(第44回日本リハビリテーション医学会学術集会発表ポスターより改変)

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7)は利用開始後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回目のとき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数が更新2回目では倍増していた。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回目ともに統計学的に、両群に有意差を認めた(図8)³⁾。

以上を考察すると、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、療法士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いっそうの軽減化が認められた利用者も多く、運動療法を継

■ 図8 施設利用頻度



(厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課, 2006)³⁾

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、医療リハや、他の介護保険サービスとの併用(訪問のリハ等)が重要であると考えられた。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⁴⁾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鐘を鳴らしている。前述したヴィガ・山王リハビリは、これらを解決するべく新設された短時間滞在型の機能訓練対応介護予防通所介護施設である。

通所系サービスにおける利用頻度は厚生労働省の調べによると、平成15、16年の通所介護施設における利用者1人当たり月平均利用回数が、それぞれ6.4、6.6回⁵⁾とあり、週に換算するとそれぞれ1.6、1.65回である。武原⁶⁾は週2回程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、なか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、通所系サービスの頻度としては

週2回が適切と考えられ、今後の通所系サービスの利用頻度におけるひとつの指標になることが考えられる。



現状の課題と将来への展望は？

東京都区南部(大田区・品川区)は人口約100万人が居住する区域でありながら、回復期リハ病床は数十床しか存在せず、いわゆる地域完結型の医療リハの実現は困難な状況にある。小規模ではあるが多機能で機動性が高く、質も確保されたリハ専門のクリニックが確立できれば、地域リハに大きく貢献できる可能性を秘めている。たとえば、大都市圏の脳卒中リハにおける早期退院支援(Early Supported Discharge: ESD)は早急に取り

組むべき課題であり、地方都市における早期退院支援モデルの報告⁷⁾や諸外国の早期退院支援 ESD に関するランダム化比較試験の報告⁸⁾は大いに参考になると考えられる。また医療リハから介護保険のリハサービスへ切れ目なくスムーズに移行できるシステムの構築も地域における大きな課題である。その際に付随する問題として、地域のケアマネジャーに医療保険制度の知識やリハサービスの使い分けにまで精通している者がほとんどないことがあげられる。すなわちケアマネジャーに対する、大規模なりハ全般の啓発活動も今後の課題と考えられる。最後に、現在クリニックでは、健康増進、疾病予防の観点に基づく運動や栄養指導を中心とした予防的アプローチを実践するウェルネスジム山王(医療法42条施設)の将来性を期待している。

文献

- 1) 里宇明元: リハ外来の目標とリハ医の役割. 臨床リハ別冊 脳卒中リハビリテーション外来診療(渡山 潤・他編). 医歯薬出版. 1997, pp.196-204.
- 2) 速水 聰, 森 英二, 里宇明元: 予防給付事業のノウハウ. *MB Med Reha* 81: 54-62, 2007.
- 3) 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. 厚生指標 53(5): 38-48, 2006.
- 4) 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.
- 5) 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. 厚生指標 53(5): 38-48, 2006.
- 6) 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.
- 7) 原 寛美: 脳卒中 早期退院支援サービス(相澤方式) 急性期病院からの在宅復帰支援システム. *治療* 90(3): 878-884, 2008.
- 8) Indredavik B et al: Benefit of an Extended Stroke Unit Service With Early Supported Discharge A Randomized Controlled Trial. *Stroke* 31: 2989-2994, 2000.
- 9) 参考 HP: http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sonota/riha_iryu/center_lo/index.html