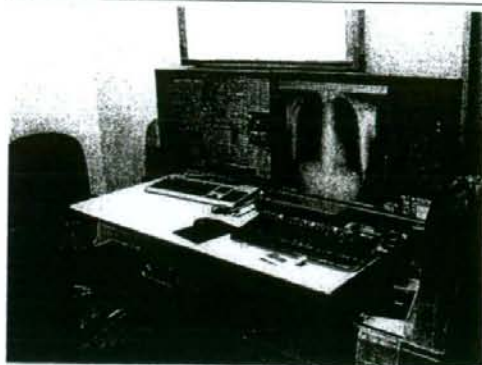


■ 図4 ITの積極的な活用



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。

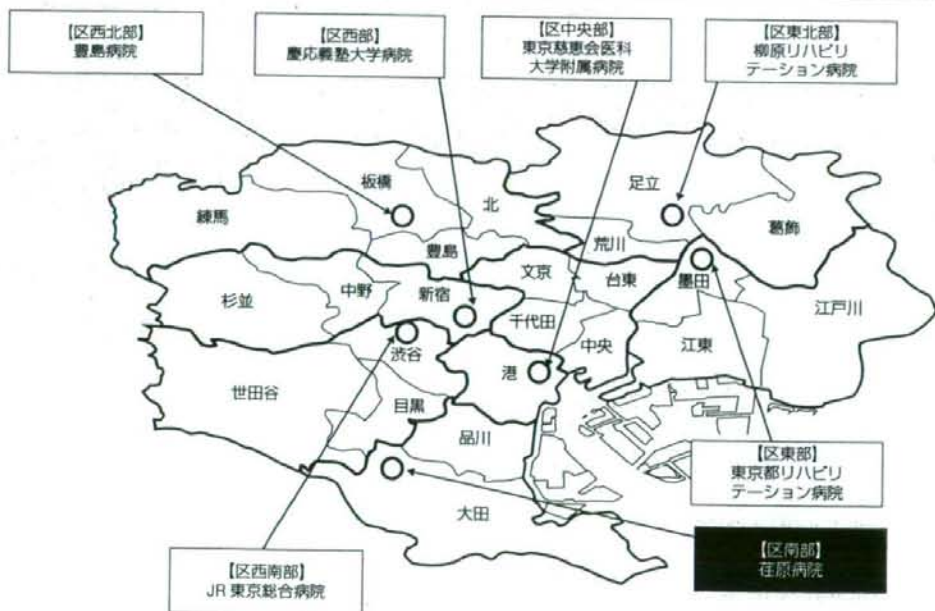


診療圏の特徴は？

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。荏原病院は区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目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。

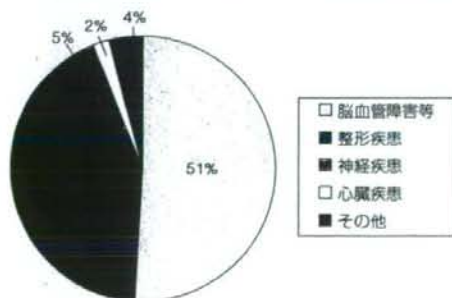
### ■短時間滞在型の通所介護施設におけるリハのアウトカム<sup>2)</sup>

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適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

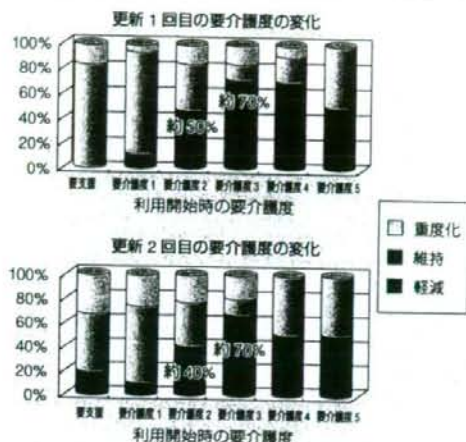
■ 図6 疾患別分類



(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

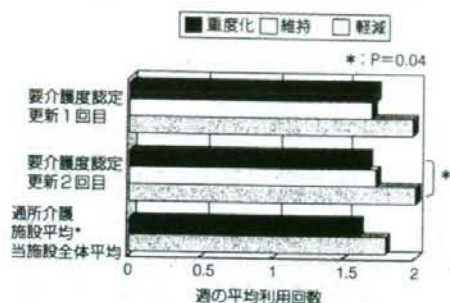


(第44回日本リハビリテーション医学会学術集会発表ポスターより改変)

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回目のときは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)<sup>3)</sup>。

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、各利用者にとって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)<sup>3)</sup>

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<sup>4)</sup>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<sup>5)</sup>とあり、週に換算するとそれぞれ1.6、1.65回である。武原<sup>6)</sup>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、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？

東京都南区(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<sup>7)</sup>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<sup>8)</sup>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、大規模なリ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) 星宇明元: 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 聡, 森 英二, 星宇明元: 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\\_to/index.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/sonota/riha_iryu/center_to/index.html)