

公衆衛生学・社会医学フィールド実習報告書

# 地域医療におけるリハビリテーションの役割支援

新谷恭加、津高毬絵、西野裕香、前川毅、増本佳泰、水野凌

## 1. 目的

回復期リハビリテーション(以下リハ)病棟は、介護保険が施行された 2000 年に、医療保険の診療報酬における回復期リハ病棟入院料として創設されたものである。これは、欧米と比較して急性期の病床数、在院日数が数倍であった当時の医療環境において、資源の限られた急性期病床を効率的に活用するとともに、急性期・回復期・維持期のリハを整理することで、早期からの適切なリハ実施によるADLの改善や、地域のリハの充実によるQOLの向上を狙ったものであった。

今回の実習では、この回復期リハ病棟の実例を知り、それを踏まえてリハを巡る環境の今後の課題について考察することを目的とした。

## 2. 対象と方法

2013年7月3日および9日に甲西リハビリ病院(滋賀県湖南市)の見学を行った。また、回復期リハに関する情報を得るため、書籍、インターネットを使用した。

## 3. 結果

以下では、回復期リハに関し調査した内容と、甲西リハビリ病院の見学を通じて学んだ内容を項目別に述べる。

### 3.1 予防医学としてのリハ

予防医学は、疾病予防、障害予防、寿命の延長、身体的・精神的健康の増進を目的としている。病気を未然に防ぐだけでなく、病気の進展を遅らせることや再発を防止することも予防であるとされる。

予防医学には一次予防、二次予防、三次予防という概念が存在する。一次予防では、健康増進と疾病の予防を目的に正しい知識の普及や啓発活動を行ったり、予防接種をしたりする。二次予防は、早期発見や早期治療によって、病気の進行や障害への移行を予防する段階で、検診やスクリーニング等を行う。三次予防は、重症化した疾患からの社会復帰を目的とするもので、リハや治療がここに含まれる。リハは、ADLの向上や社会復帰を目的としたものであるが、より広く捉えると、寿命の延長や疾病予防、精神的健康の増進などにも大きくかかわるものであると言える。

### 3.2 甲西リハビリ病院の役割

甲西リハビリ病院では主として、済生会滋賀県病院、滋賀医科大学、公立甲賀病院などの急性期病院から受け入れた患者に対し回復期リハを行っていた。回復期リハとは、急性期病院での治療を終えた患者が、比較的早期の段階でADLの向上と社会復帰を目的として集中的に行うリハを指す。回復期リハ病棟への入院においては、疾患の種類、発症から入院までの期間、入院期間などの基準を満たす必要がある。

甲西リハビリ病院は在宅復帰率が80%強と高く、急性期病院と在宅医療の架け橋としての役割を担っていた。在宅へ移行しない場合、回復期リハを終えた患者は、医療療養型病床や介護療養型病床に移るか、特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設に移る。甲西リハビリ病院の在宅復帰率が高い背景としては、地域柄、地元を離れず昔ながらの民家で生活している家庭が多いことが考えられる。病院の施設をすべて見学させていただいたが、民家の内装を使ったリハができたり、実際の生活を再現したリハができたりと、在宅へと移ることを想定した施設が充実していた。また、患者や家族の希望に合わせどこまでのことを出来るようにするか、目標がしっかりと立てられているようであった。

甲西リハビリ病院は、リハスタッフ数が充実した病院でもある。滋賀県には現在15病棟ほど回復期リハ病棟があるが、その中には滋賀医科大学も含まれている。滋賀医大は回復期リハ病床46床を有するが、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を合わせたリハスタッフ数は17名である。それに対し、回復期リハ病床56床(総病床数100床)の甲西リ

ハビリ病院では、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を合わせたリハスタッフ数は 66 名であり、大まかにこの半数が回復期リハ病床に振り分けられていると考えても大きな差がある。このように充実したスタッフ数を生かし、365 日体制で、より多くのリハサービス提供を行っていた。

### 3.3 地域連携クリティカルパスの中の回復期リハ病棟

地域連携クリティカルパスとは、急性期病院から回復期病院を経て早期に在宅へと移れるような診療計画を作成し、その診療計画を、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるものである。これにより、診療にあたる複数の医療機関が、それぞれの役割分担や診療内容を患者に提示・説明することができ、患者が安心して治療を受けることが可能となる。施設ごとに診療内容と治療経過、最終ゴール等を診療計画として明示することで、回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかを把握できるので、改めて状態を確認することなく、転院早々にリハを開始できたり、継続した切れ目のない医療サービスを提供できたりといったメリットがある。

滋賀県では、滋賀県保健医療計画において4疾病(がん・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病)および5事業(救急医療・災害時医療・僻地医療・周産期医療・小児医療)について医療連携体制の構築が進められているが、そのうちの一つに地域連携クリティカルパスが含まれている。例えば、滋賀県脳卒中ネットという仕組みがあり、滋賀県内の医療機関が連携体制を組み、質の高い脳卒中医療を提供しようとしている。この連携機関の中には甲西リハビリ病院を含む、リハ専門の病院もいくつか含まれている。甲西リハビリ病院で扱われる主な疾患は、やはり脳卒中が一番多く、リハを主とした病院と急性期病院の連携は欠かせない。地域連携クリティカルパスにおいては、患者の状態に応じ、細かい配慮を盛り込むことが必要となるが、画一化された運用がなされていると、個々の患者への柔軟な対応が制限されることもある。

### 3.4 医療保険・介護保険とリハ

急性期と回復期、医療療養のリハは、医療保険を、介護療養、維持期のリハは介護保険を利用して受けることができる。介護保険とは、介護が必要になった人に対して、その尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスや福祉サービスの給付を行うための保険である。被保険者は、第一号被保険者は 65 歳以上の者であり、第二号被保険者は 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者である。第二号被保険者は、要介護・要支援状態が特定疾病に起因する場合に介護保険サービスを受けることができる。

#### ※特定疾患

がん【がん末期】(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病【パーキンソン病関連疾患】、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、多系統萎縮症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

介護保険は 1 割負担であり、介護給付費の財源は税金及び保険料である。税金による財源の内訳は、市町村 12.5%、都道府県 12.5%、国 25%(施設等給付の場合は都道府県 17.5%、国 20%となる)となっている。

介護サービスを受けるためには、要介護認定を受ける必要がある。申請窓口は市町村にあり、利用者が申請書を提出すると、認定調査と主治医意見書に基づいて、要介護 1~5、要支援 1・2 の 7 段階で認定が行われる。要介護は介護給付の対象となり、要支援は予防給付の対象となる。この要介護認定において適切な認定が行われるためには、

「主治医意見書」が大切な役割を果たす。患者の日常生活と結びつけて必要な情報をしっかりと記入することで、適切なレベルの認定が行われるとのことであった。この意見書の内容によっては、必要とする要介護度に達しないレベルで認定されてしまうこともある。

### 3.5 チームアプローチ

チームアプローチとは、カンファレンスなどを通して、1人の患者について様々な職種が意見を出し合い、患者の状況・状態を確認しあうことで、よりの確な治療とリハを行おうという概念である。例えば、リハで用いる固い椅子ではバランスをとって座ることができても、やわらかいベッド上ではそれができないといったことが起こりうる。チームアプローチでは、こういった患者の情報を各職種間で共有することにより、患者に真にあったリハを行い、患者の抱える課題に対し早期に手を打つことが可能となるとのことであった。甲西リハビリ病院でチームアプローチに関わる職種は以下のとおりであった。

- ・内科医(主治医)
- ・リハ医
- ・看護師
- ・理学療法士 (PT): 歩く・立つなどの主に下肢の基礎的な運動能力を向上させるためにリハを行う。
- ・作業療法士 (OT): 箸の練習や指のリハなど、より生活に近い主に上肢の運動能力の向上を目指す。
- ・言語聴覚士 (ST): 言葉や嚥下の障害に対する検査・治療を行う。
- ・メディカルソーシャルワーカー (MSW): 患者が入院・退院などで新たな環境で生活する際に、社会福祉の立場から、患者や家族の抱える心理的・社会的な問題の解決・調整を援助し、自立した生活と社会復帰の推進を図る。

## 4. 考察

今回の実習では、施設内を見学させていただくとともに、田中院長を初め様々な立場の方から、回復期リハがどのような制度的な枠組みの中で行われているのか、どのような職種の方が関わっているのか、質の向上の為にどのような工夫が行われているのか等を中心にお話を伺い、リハが実際に行われている様子を見学させていただいた。結果で取り上げたように、その中では、甲西リハビリ病院が回復期リハ病棟として、地域連携クリティカルパスの中での役割を果たしていること、急性期、回復期においては医療保険が利用され、維持期においては介護保険が利用されること、リハにおいてはその質の向上のためにチームアプローチや関係機関の連携が重要であること等を学んだ。

以上を踏まえ以下では、「回復期リハ病棟が整備されてきた経緯と現在における課題」と、発表時の質問でも挙がっていた「医療機関の連携がもたらすメリット」の二つについて順に取り上げ考察を加えたい。

まず、「回復期リハ病棟が整備されてきた経緯と現在における課題」である。

目的でも述べたように、回復期リハ病棟は、介護保険が施行された2000年に、医療保険の診療報酬における回復期リハ病棟入院料として創設されたものである。しかし、回復期リハ病棟の創設後、リハを巡る状況はすぐに改善したわけではなく、2004年には厚生労働省老健局内に設置された「高齢者リハ研究会」は以下のような問題点を報告している。

- ① 最も重点的に行われるべき急性期のリハ医療が十分に行われていない。
- ② 長期にわたって効果の明らかでないリハ医療が行われている。
- ③ 医療から介護への連続するシステムが機能していない。
- ④ リハとケアの境界が明確に区分されておらず、リハとケアが混在して提供されているものがある。
- ⑤ 在宅のリハが不十分である。

リハを充実させようという現在にいたる医療・介護環境の方向性は、この延長線上にあると言われる。これらの問題点の改善のため、2006年の診療報酬改定では6単位から9単位へのリハ実施単位数上限の引き上げが、2008年の診療報酬改定では回復期リハ病棟に対する質の評価の導入が行われることとなった。

この期間中の様々な施策の効果は、疾患別入院期間の短縮、1床1日当たりのリハの実施単位数の増加、在宅復帰率の上昇等に見ることができる。しかし現在においても、リハの環境整備は十分であるとは言えない。『回復期リハ病棟 質の向上と医療連携を目指して』では、今後の課題として、地域ごとの回復期リハ病床数の格差解消、チームアプローチの充実、基本的ケア体制と看護・介護配置人員の充実、365日PT・OT・ST サービス実施、ソーシャルワーカーの病棟専従配置などが挙げられており、ハード面やマンパワーの充実が必要とされる項目が多いことが分かる。例えば現在、全国の回復期リハ病棟の約半数は診療報酬の基準通りの専従リハスタッフしか配置しておらず、必ずしも十分なリハを提供している回復期リハ病棟ばかりではない。

甲西リハビリ病院は上記の課題のうち、現在の制度の中で実現可能なものについては大部分を達成していると考えられ、回復期リハ病棟全体の中でも、質の向上に対し相当な努力が払われている病院の一つと考えられる。今回の実習は、甲西リハビリ病院のようなリハに対し強い思いをもつ病院の努力の積み重ねによって、その地域のリハの質が高く保たれているのだということを実感することができた貴重な機会であったと感じる。

さて次に、「医療機関の連携がもたらすメリット」について考察する。『回復期リハ病棟～』には、回復期～維持期の医療機関が連携先の医療機関へ期待することがまとめられており、連携のメリットを考えるうえで示唆に富んでいるためここで取り上げたい。

まず、回復期と維持期の連携が生み出すメリットについては捉えやすい。同書において『回復期において必ずやっておきたいこと』が以下のように示されているが、この内容から連携の重要性が分かる。

- ① 身体機能・ADL等の能力の可能な限りの向上
- ② 身体・精神機能、家屋環境等の精度の高い評価に基づく在宅での生活対応法の検討
- ③ 患者の生活パターンの変化からくる生活対応法の検討
- ④ 患者の個性を理解したうえでの在宅環境調整(家屋改修等)
- ⑤ 退院後の社会参加への誘導
- ⑥ 在宅での経済的な自立対応方法の検討・調整
- ⑦ 在宅支援部門との連携とケアプランの調整

①は院内でのリハが主と思われるが、他の項目は全て、在宅に移行した際の環境、家族、医療・介護スタッフ、地域との調整が必要となる。回復期から在宅への移行は、医療施設から生活の場への移行であり、常時医療スタッフがいるような環境とは根本的に異なる環境への移行である。在宅においては、家族、地域の方々や組織、ケアマネジャー等の介護関連機関、かかりつけ医等の医療機関といった、非専門家を含む様々な関係者が、患者本人の生活の場に乗り入れることによってQOLの維持・向上に関わっていくことになる。従って、このような移行において連携が重視されるのは当然と言える。

では、医療施設から医療施設への移行である急性期・回復期の連携ではどのようなメリットがあるのだろうか。

それぞれ別の執筆者によるものであるが、同書では、『急性期から回復期への要望』、および『(回復期から)急性期に求めること』も取り上げられている。その一部を連携という観点から以下にまとめる。まず、『急性期から回復期への要望』は以下の通りである。

- ① 多くのPT・OT・STを擁し休日も含め十分なリハ時間数が確保されている、食事・排泄・入浴をベッド以外できちんとしているなど、質の高いリハとそれを支える陣容があること
- ② 合併症への対応を含め、全身管理のできる診療体制があること

- ③ 心原性脳塞栓症例におけるワルファリン投与など、治療の継続性が保たれること
- ④ 問題症例について急性期・回復期の医師間で相談できるような入院窓口が明確化されていること
- ⑤ 待機期間が短く、電話予約で一週間以内に回復期へ転院できること
- ⑥ 急性期との間で相互にデータ開示がなされ、問題点・改善点に対し行動できるような連携があること
- ⑦ 問題点や退院時の状況などについての急性期病院へフィードバックがあること

一方、『(回復期から)急性期に求めること』は以下の通りである。

- ① 廃用症候群の予防のための、早期離床、週6日以上 of 十分なリハ介入
- ② 基礎疾患や合併症に関する情報提供
- ③ 再発や重篤な合併症治療のための急性期病院への緊急転院対応

急性期から回復期⑥の中に、連携そのものが含まれているが、情報提供・共有によって解決されるような点(急性期から回復期⑦や回復期から急性期②)については、連携が直接的な効果を持つと思われる。その他の点についても、こういった要望をお互いに言い合えるような連携がなされていなければ、要望があるということ自体が連携先に認識されない。認識されなければ解決への行動が起りにくく、やはりここにおいても連携は重要であると言えるだろう。

今回の実習を通じて最も強く感じたのは、日々出会う多数の患者の一人ひとりが、「今ここでケアをしなくてはこぼれ落ちてしまう」かもしれない患者だということであった。甲西リハビリ病院の見学では、様々な立場のスタッフが、一人ひとりの患者に対し箸の上げ下げにいたるまで注意を払い、気づいたことをチーム内に共有することで、目の前の患者の状態を可能な限りより良いものとし家へ送り返そうとしていることを知った。私たちが部分的にでもリハと関わる立場となったとき、上記の医療機関に対する要望を組織全体で実現しようとするれば困難が伴うこともあるが、部門内あるいは個人の仕事の範囲内で改善できることもあるだろう。同じことを日々繰り返すのではなく、僅かずつでも改善を考えて実行していくことで、目の前の患者のケアの質が向上しうるのだということを、リハに関わる者一人ひとりが考え日々の診療に当たることが大切だと感じた実習であった。

## 【結論】

甲西リハビリ病院の見学を通じ、回復期リハ病棟が地域連携クリティカルパスの中での役割を果たしていること、急性期、回復期においては医療保険が利用され、維持期においては介護保険が利用されること、リハにおいてはその質の向上のためにチームアプローチや関係機関の連携が重要であること等を学んだ。リハを巡る環境にはまだ多くの課題が残されており、それらの課題はハード面やマンパワーの充実、関連機関の連携を通じて改善される。

## 【謝辞】

本実習において、甲西リハビリ病院の田中成浩先生、薦田恭男先生、飯田修様をはじめとするスタッフの方々にご協力をいただきました。また本学社会医学講座 埜田和史先生には実習全般でお世話になりました。皆様にはお忙しい中ご協力頂きましたことに心より御礼申し上げます。

## 【参考文献】

書籍：日本リハビリテーション病院・施設協会 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会編. 回復期リハ病棟 質の向上と医療連携を目指して. 三輪書店, 2010, 169p

インターネット：滋賀県HP／厚生労働省HP／滋賀県脳卒中ネット／日本医師会HP／e-Gov(総務省が運営する総合的な行政ポータルサイト)