

司会 ありがとうございました。何かご質問ございますか？後で時間ございましたら宜しくお願いします。では続きまして崎村先生をお願いします。「急性期慢性期

のリハビリテーション」ということでお話をいただきます。よろしくおねがいします。

2 急性期および慢性期リハビリテーション

崎 村 陽 子

新潟リハビリテーション病院

Rehabilitation of the Acute and Chronic Stages

Yoko SAKIMURA

Department of Rehabilitation,
Niigata Rehabilitation Hospital

はじめに

高齢化と医療技術の進歩は、患者の重症化の傾向を高め、その結果障害を残す患者が増え、リハビリの必要性がますます高まってきた。一方、この間の医療改革は、病院の機能分化を急速に進め、もはや一カ所の医療機関のみで医療が完結することは難しい状態であり、入院医療は、急性期を担う病院から亜急性期・回復期を受け持つ病院へ引き継がれるようになってきている。急性期病院では在院期間が短縮されてきており、十分な時間をかけたリハビリをおこなうことは不可能な状況である。病病・病診連携が行われて久しいが、いまだ亜急性期・回復期のリハビリに関しては施設の整備が十分とはいえない段階である。リハビリは、医師が必要と判断し処方依頼を出さない限り開始されない。急性期病院での医療においても常にリハビ

リを念頭に置くことが必要で、入院期間を考慮し次の病院でのリハビリがスムーズに行われるように配慮されなければならない。十分なリハビリを行えば社会復帰可能な人でも、集中管理後の廃用症候群の状態のまま次の病院に転院するとそのまま寝たきりになりかねない。新潟県での急性期病院と慢性期病院でのリハビリの現状と問題点について考えてみる。

1 急性期病院の現状

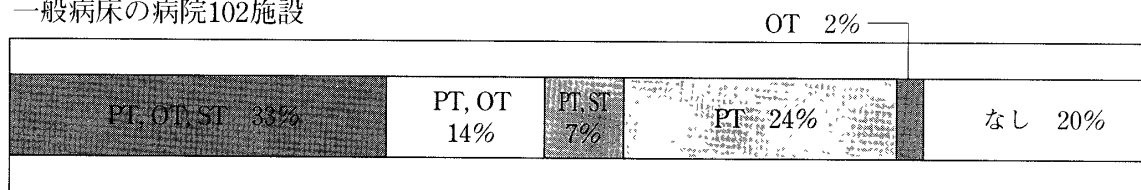
1) 重症化と長期化

医学の進歩により重症患者が救命される割合が増えていること、また高齢化が進み基礎疾患を多くもつ患者が増え、再発例も多くなるなど長期に医療を要するようになってきている。長期臥床による合併症を予防するために、早期よりベットサイドでのポジショニング、呼吸器理学療法、関節可

Reprint requests: Yoko SAKIMURA
Department of Rehabilitation
Niigata Rehabilitation Hospital
761 Kizaki-Aza-Oyamamae,
Toyosaka 950-3304 Japan

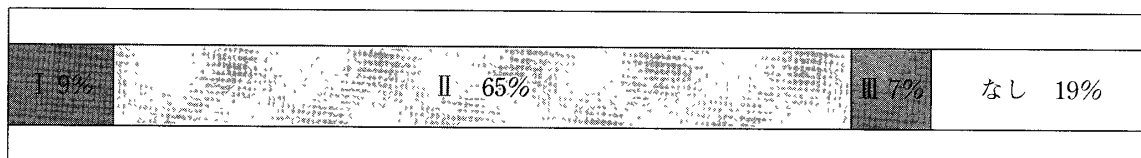
別刷請求先：〒950-3304 新潟県豊栄市木崎字尾山前761
新潟リハビリテーション病院 崎 村 陽 子

一般病床の病院102施設

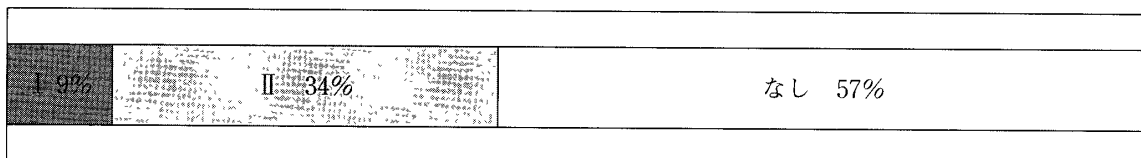


施設基準

PT



OT



ST

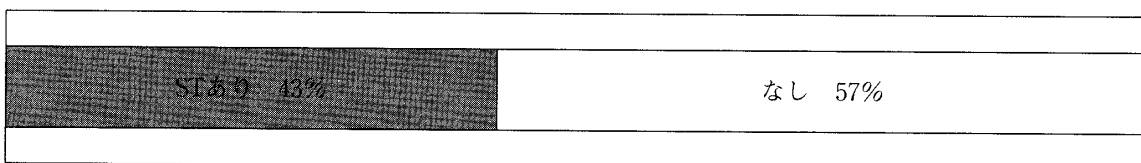


図1

動域訓練, 坐位訓練などおこない, 早期離床をめざすことが求められている。しかし, 意識障害があったり, 全身状態が安定していない急性期に訓練を安全に行うには, リハビリスタッフは主治医や病棟スタッフと情報交換を常に行い, 患者の病態・体調を十分に把握し, リスク管理下で訓練を進めることが必要である。これを確実に行うには, 日常的に病棟スタッフとの情報交換を行う時間的余裕と, 患者の病態の理解, リスク管理に対しての知識と呼吸器理学療法, 循環器リハビリなどの高度な技術を得るために研修する時間的, 人的余裕が求められる。

急性期の患者は体調の変動が大きく, また, 検査, 治療が予定外に行われることもあり, 決められたスケジュール通りにはいかないことが多くきめ細かな対応が求められる。療法士为数が少なく一人の療法士が入院患者と外来患者との訓練を担当している場合, 外来患者の訓練時間と調整が必要となり, リハビリ依頼が出てもスケジュールがあ

わないと訓練を一度も行わずに転院となってしまうことも生じている。急性期病院においてもきめ細やかな対応を行えるように病棟専従の PT, OT が望まれる。急性期病院でのリハビリは, 施設の充実よりもスタッフ数の充実が図られるべきと思われる。

2) 在院日数の短縮化

現在, 医療の中から福祉・介護機能, いわゆる「社会的入院」を取り除く病院機能の分化が進められている。1983年の老人保健法の施行により特例許可老人病院, 老人保健施設が整備され, 1990年に介護力強化病院, 1992年療養型病床群ができ, 病院から福祉・介護の機能が分離し, 純粋な医療提供施設と福祉施設へと機能分化がすすんでいる。一方, 一般病床は, 急性期を特定機能病院, 地域医療支援病院, 一般病床に分化し, 長期病床は医療療養と介護療養とに機能分化されてきている。

2000年4月の診療報酬改定で入院基本料が新設され「急性期病院加算」が設けられた。その条件

救急告示のある病院 (69施設)

300床以上 28%	299~200床 14%	199~100床 42%	99床以下 16%
------------	--------------	--------------	-----------

300床以上 (19施設)

PT, OT, ST 73%	PT, OT 11%	PT 11%
PT, ST 5%		

299~200床 (10施設)

PT, OT, ST 60%	PT, ST 30%	PT 10%
----------------	------------	--------

199~100床 (29施設)

PT, OT, ST 17%	PT, OT 21%	PT 48%	なし 14%
----------------	------------	--------	--------

99床以下 (11施設)

PT, OT, ST 9%	PT, OT 9%	PT 18%	なし 64%
---------------	-----------	--------	--------

図2

として平均在院日数20日以内、紹介率30%以上が提示されている。1997年までは30日、1998年には28日、2000年には20日が急性期病院のメルクマールとして提示されている。急性期病院には人工透析、人工呼吸器管理、胸腔・腹腔ドレナージなど治療のため長期入院が必要な患者がおり、長期の患者数を数%見込むとその他の患者の平均在院日数は20より更に短くしなければならない。そのため、急性期病院には回復期リハビリを行う余裕はなく、集中治療が終了し全身状態が安定したら直ちに次の病院に転院をすすめることが求められている。その結果、以前に比べより重症でADL全介助での転院の例が増加しており、適切なりハビ

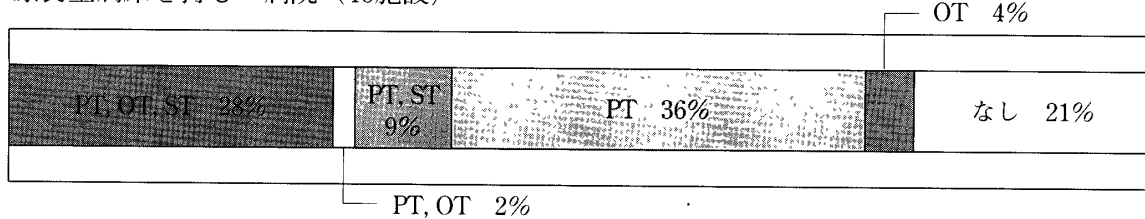
リ依頼を医師が出し訓練をおこなわないと寝たきりの状態を作ることになる。

2 新潟県下の一般病床病院のリハビリの現状

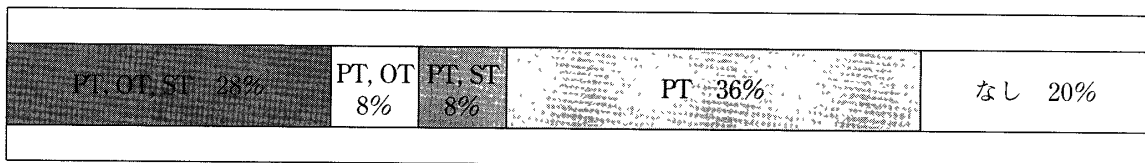
図1に示したように、新潟県下の一般病床病院でリハビリ部門を有するところは80%あるが、そのうちで、PT, OT, STがいる病院は33%、PT, OTがいる病院は14%、PTだけの病院は24%である。

病院の規模でみると、図2に示したように300床以上の大規模病院では73%がPT, OT, STを持ちその数も多い。200~299床の病院でも60%がPT, OT, STがそろっているが、100~199床の病

療養型病床をもつ病院 (46施設)



救急告示している病院 (25施設)



救急告示していない病院 (21施設)

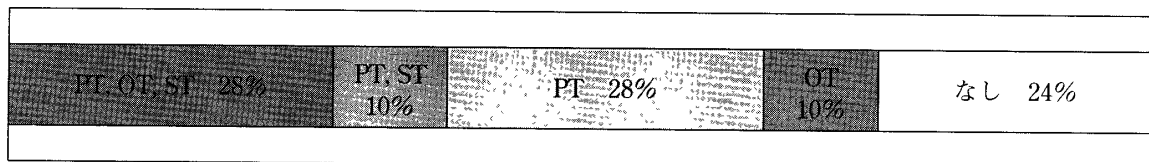


図 3

院ではその割合が17%になり、48%はPTだけとなる。99床以下の病院では64%がリハビリ施設を有していない。救急告示病院69施設のうち200床以上の病院はリハビリが比較的充実しているが、ベットサイドでのリハビリを主体に行っているにはスタッフの数が十分であるとはいえない。亜急性期・回復期リハビリを行うのは199～100床の病院が想定されるが、図でみるようにPTのみが48%であり総合的なリハビリは望めない。一方、老人の大腿骨頸部骨折や脊椎圧迫骨折の患者は救急告示の小規模病院に入院することが多いと思われるが、この規模の病院でリハビリスタッフを持つところは38%であり、十分なりハビリは期待できない。

療養型病床を有し救急告示をしている病院が回復期リハビリの担い手と思われる。図3に示したように療養型病床をもつ病院のリハビリスタッフはほとんどがPTで、OT、STはわずかである。回復期リハビリ病棟の対象外疾患の場合は重症のまま療養型病床に移行すると考えられ、専門的なリハビリを受ける機会が少ないため機能が十分に回

復できないままとなることが危惧される。

症例1 86歳 女性

- # 1. 多発肋骨骨折 # 2. 外傷性血気胸
3. 両側大腿骨顆上骨折

経過：平成12年1月16日 交通事故で受傷。

1によるflail chestの状態のため人工呼吸器離脱まで52日間要したため、# 3に対しては3kg牽引のみ施行し、骨接合術は施行せず。四肢の麻痺は認めず。下肢筋力低下著明。体力低下、起立性低血圧、食欲低下がみられた。痴呆症状なく回復への意欲がみられたため積極的なリハビリをおこなった。

受傷後4ヶ月より傾斜台を用いて立位訓練開始、両側坐骨支持長下肢装具装着して立位、歩行訓練施行、7ヶ月後左膝装具、T字杖での歩行が自立し、8ヶ月後自宅退院した。

この症例は、急性期集中治療を約3カ月を要しその後更に5カ月の集中的なりハビリを行うことで歩行を獲得できた。集中治療が終了した段階では坐位も取れず寝たきり状態であった。この時期に慢性期病院に転院したらおそらくそのまま寝た

きりとなったとおもわれる。

症例2 82歳 女性

1. 左大腿骨頸部骨折術後 # 2. 肺炎

経過：平成12年11月16日自宅玄関で転倒し
1 受傷, ○○病院入院。骨接合術をうけたが, その後肺炎となり発熱が続き食欲が落ち, 経管栄養となった。リハビリは行われず寝たきりの状態で4ヶ月後介護型長期療養病床に転院した。5ヶ月後リハビリ医の診察を受けリハビリ依頼が出され, 坐位訓練より開始。嚥下評価にて経口摂取可能と診断され, 嚥下食を開始。起立, 歩行訓練と進み, 6ヶ月のリハビリによりT字杖歩行, トイレ自立, 常食経口摂取自立した。玄関とトイレに手すりを設置し, ヘルパーやディサービスを利用して一人暮らしが出来るまでに回復。

3 急性期リハビリに求められること

回復期のリハビリ施設が不十分な本県の医療事情を考慮すると, 寝たきりの患者をつくらないためには, 急性期病院から転院先へのリハビリの引継をいかにうまく進めるかが問題である。そのためには, 急性期病院において次の2点が開始されることが重要である。

1) 嚥下評価, 訓練をおこなう

急性期病院は, 平均在院日数を短縮し, かつ病床利用率を高めるためにベッドの回転が速くなったため業務量が増え, 介護にまで手がまわらない。嚥下障害があり食事介助が必要な場合, 看護婦の数が少なくなる時間帯の朝食, 夕食の食事介助は, 家族が行わなければならない。それができないと, 朝, 夕は経管栄養のままになりやすく, 嚥下訓練がすすまない。さらに, 抑制廃止が叫ばれているが, そのための人員の確保は保障されておらず, 経管栄養チューブを頻繁に抜く患者は胃ろうが作られ, 嚥下訓練を行う機会が失われかねない。このような状況であるが, 嚥下評価, 訓練はリハビリの第一歩であると認識し, 積極的におこなわれるべきである。

2) 坐位訓練をおこなう

坐位訓練は血圧の監視, 下肢可動域訓練, 体幹機

能訓練など専門的知識と技術を必要とするため専門職でないと訓練はむずかしい。そのため坐位が安定しない前に療養型病床に転院するとそのまま寝たきりになってしまうことが多い。坐位が安定していると食事動作, 更衣, 整容は自立し, 移乗, 起立が行い易い。離床を促し, トイレ動作, 入浴動作が自立し易くなる。また, 坐位でいると覚醒レベルがあがり精神活動性が高まり, 自覚性向上, 失禁の減少, 誤嚥予防につながる。坐位が安定していると, たとえ急性期病院から直ぐに療養病床に転院しても寝たきりにならず, 能力障害は徐々に改善することが期待できる。

4 在宅に必要な機能

近年家族構成が変化し, 一人暮らし, 老人夫婦世帯, 家族と同居していても日中一人になるなど家族での介護力が低下しているため, 身辺ADLがかなり自立していないと在宅での生活は維持できない。患者家族からは, 特に食事, トイレの自立の要望が強い。

トイレの自立には①尿意があり, 我慢できる, ②おきあがりができる, ③坐位が安定している, ④移乗が自立している, ⑤ズボンの上げ下ろしができる, ことが最低限必要な能力になる。

歩行能力は見守り程度であれば自宅でも日常的に歩行するため機能維持されるが介助歩行の場合には介助者の介助能力により機能維持出来ないことがある。

症例3 52歳 女性

1. 脳梗塞 # 2. 糖尿病 # 3. 高脂血症

経過：平成13年4月27日トイレに起きた時右足に力が入らず倒れた。話し方がおかしいのに家人が気づき○○病院受診。# 1の診断で入院。入院時は歩行出来たが入院後麻痺が進み完全右方麻痺となった。保存的治療, リハビリ訓練を受け2ヶ月後自宅退院した。退院時, 短下肢装具・4点杖介助歩行レベルであったが自宅での歩行が困難, ポータブルトイレ使用, 外出はディサービスと外来受診のみでほぼベッド上の生活となった。退院1

ヶ月後、歩行訓練の為に再入院。歩行訓練、家事動作訓練、自宅改修、家族指導を行い歩行自立で退院。現在、自宅で簡単な家事を行い近所を散歩できている。

十分なリハビリが行われたなら自立した生活が可能となるが不十分な状態で退院すると機能低下し寝たきりに逆もどりしかねない。主治医が退院を決める時に退院後の生活の質についても考慮して頂きたい。介護者の負担を軽減する事に目がいくと介助歩行でトイレに行くよりはポータブルトイレ、おむつ使用と本人の機能低下を来すことになる。機能維持に何が必要か、介助者の負担も考慮して計画を立てる必要がある。在宅療養で徐々に機能低下してきたら再訓練を行うために入院ができる施設が望まれる。

在宅療養では歩行はトイレの時だけ、外出はデイサービス、外来受診のみの方が多い。また、比較的若い方はデイサービスになじまず利用せず、病院に行くことだけが唯一外出の機会となっている人もいる。障害者でも気軽に出かけられる場所、介助者サービスが求められている。

5 啓蒙・教育の必要性

現在リハビリを進める上で困難なことは、患者とその家族の意識と医療職に従事するものの認識の問題である。現在進められている病院の機能分化は、一カ所の医療機関のみで医療を完結することを難しくしている。しかし、患者、その家族には、この状況はよく理解されておらず、リハビリを含め一カ所の医療機関での完結を望む声が非常に強い。とりわけ急性期を担う大病院での長期入院を求めるものが多い。急性期を担う病院と亜急性期・回復期を受け持つ病院の機能の違いや、医療と介護は異なるものであるという認識など、地域住民への啓蒙・教育をおこなうことが求められる。一方、医師を含め医療を提供する側でもリハビリが正しく認識されていないことが、もう一つの問題である。急性期病院から安心して依頼が出来るリハビリ医を多数養成することが、これを解決

するためには必須である。

ま と め

1. 急性期病院では、不安定な状態の患者に対応できるように病棟専従のリハビリスタッフの存在が望まれる。
2. 慢性期病院に転院する前に、坐位の獲得と嚥下を意識した対処がおこなわれていることが必要である。
3. 今後回復期リハビリの主役となる中規模病院のリハビリ医を含めたりハビリスタッフ、施設の充実が望まれる。
4. 慢性期病院の医師もリハビリに対して関心を持ち、回復が期待できる患者についてはリハビリ依頼をして頂きたい。

司会 ありがとうございます。急性期病棟とリハビリスタッフという話でした。それは医師も PT, OT も含めてということなのでしょうか？

崎村 急性期病棟にリハビリ医が専従でいなければいけないとは思いますが、PT, OT は病棟専従でいたほうが良いと思います。というのは、急性期での医師の役割は病気の治療と合併症の予防が主体となるからです。一方 PT, OT は急性期の患者の病態把握、リスク管理、検査、治療の合間に訓練を行う、あるいは治療にあわせて訓練を行うなどが要求されるため病棟にいたほうが情報を得やすく対応もし易くなります。外来患者を持っていると訓練時間の調節がつけずらく、PT, OT のスケジュールで訓練を行おうとすると、患者が検査や多科受診で不在、治療中、体調が悪いなどで訓練ができないことが重なりリハビリ依頼はでたが訓練しないまま転院ということも生じています。

急性期患者の状態にあわせて訓練を行うには病棟専従の PT, OT が居たほうがよいと思います。

司会 先生ありがとうございます。では次にすすませていただきます。次は「回復期のリハビリテーション病棟」と言うことで瀬波病院の山岸先生宜しくお願いします。