6　維持リハビリテーション

渡部　裕美子
信楽園病院リハビリテーション科

Managment of Out Patient Rehabilitation Program

Yumiko WATANABE

Devision of Rehabilitation, Shinrakuen Hospital

一般病院に勤務する医師として，最近の医療事情，介護保険制度発足後に感じた問題点について述べさせていただきます．

当院は，脳血管障害の急性期から慢性期までの治療を行うことを目標としており，昨今の在院日数の締め付けがきつい中で，在院日数を計算しながら，必要な人には可能な限りリハビリを提供できるように努力しています．急性期リハビリ，回復期，慢性期／維持的リハビリを入院，通院リハビリという形で提供しております．回復期，慢性期，維持期は個人の病態によっても差があります．発症後1年，時にはそれ以降の時期に歩行やADLが自立に至る症例もあります．機能回復の可能性のある症例に，或いは機能を維持していくために如何に必要なリハビリを提供するかが問題です．

現在，重度肢体不自由に該当し，週3回以上複雑なリハビリを要する患者さんは，90日以上180日に限り，在院日数の計算から除外されます．しかし，そのような患者さんが増えれば，全体の稼働ベッド数が減るため，在院日数の平均が薄まりにくくなり，このような方々が増えたり，また90日過ぎたから180日までは入院していて良いというわけにもいきません．ここで，可能な人はできる限り在宅療養をしつつ通院リハビリで粘り機能回復へつなげたり，機能を維持できるようリハビリを行っていくわけです．しかし，在宅療養，通院リハビリへつなげることが困難な方もたくさんいらっしゃいます．この方々へのリハビリを如何に保障していくのかが問題です．

介護保険制度が始まって，老人保健施設でのリハビリ，介護保険下での訪問リハビリ，通所リハビリという手段が増えたようですが，まだ不十分な点，整理されていない問題点が多々見受けられると思います．まず，介護老人保健施設についてですが当施設は，常勤のリハビリスタッフがいてリハビリを行うことを特徴のひとつとしており，この点において介護老人福祉施設と異なります．定員100人に対しリハビリスタッフは1名以上で一応施設基準を満たすことができますが，このような条件下では，個人的な訓練というのは困難です．もちろん入所者のなかには，集団リハビリや日常生活訓練で十分な方も多いのですが，中にはもう少し手をかけた個人訓練で機能回復が望める方，あるいはある程度個人訓練をしないと機能の維持が困難な方もいらっしゃいます．また，リハビリをするという介護老人保健施設の特徴にかなりの期待を寄せている方もいらっしゃいます．入所者のニーズに可能な限り応えられるように，各施設毎にかなり工夫しているようですが，現在の条件ではかなり厳しい面も多いようです．介護老人福祉施

Reprint requests: Yumiko WATANABE
Devision of Rehabilitation, Shinrakuen Hospital
1-27 Nishiariake-machi,
Niigata 950-2071 Japan

別刷請求先：〒950-2071　新潟市西有明町1-27
信楽園病院リハビリテーション科
渡部裕美子

設と介護老人保健施設の特徴の差がみられないとさえ感じてしまいます. 極端な話ですが, 個人的なリハビリが必要な方は, 介護老人福祉施設に入所して医療機関の外来リハビリを受けた方が良いのではないかとさえ考えてしまいます.

同様の問題が介護保険制度の通所リハビリと通所介護にもみられると思われます. 通所介護は看護婦や保健婦による介護サービスや日常動作訓練を行うとされており, 通所リハビリでは, 医師の指導に理学療法士や作業療法士などによる機能訓練, 食事や入浴の介助, レクリエーション, 高齢者の交流等を行うと説明されております. これらは理学／作業療法士なしでもリハビリの心得のある看護婦でも可能とされています. (点数上は若干の差があり.) リハビリスタッフの人員は, 例えば毎日 20 人の利用者に対してはスタッフが週に 8 時間の勤務で条件は満たします. しかしこの条件下では個人的な指導は不可能で, 集団訓練が中心となります. 利用者の中には集団訓練で充分の方も多いと思われますが, 利用者の方には不満もあるようです. リハビリスタッフがいることの特性が充分活かせているのか (スタッフの力量にもよるが) 疑問ですし, 通所介護と通所リハビリの違いがあまり明確になっていないように思われます. 充分なリハビリを行うためには, もう少し制度上のバックアップも必要であると思われます.

また, 医療保険で行うリハビリと介護保険で行うリハビリの違い, 併用する上での問題も少々みられます. (このような発言をして, 医療保険下でのリハビリに制限されても困りますが) 障害のある方は, 少しでも良くなりたい一心でより多くのリハビリを希望されます. 通院でリハビリを継続し状態が維持された状態でも, 本人希望を取り入れた形で介護保険下でのリハビリのメニューが組まれることがあります. このような場合, 互いの情報交換が必ずしも十分でないことも多く, 双方より違った指導, 指示が入り患者さんや関わるスタッフも混乱させられることもあります. 実際のケースですが, 当院で維持的リハビリを継続している患者さんが, 個人指導を行うという通所リハビリに更なるリハビリを希望して通所されることになりました. この方は発症後 4 年で移乗動作はどうにか自立, 歩行は不能の方でした. 当然歩行に対する希望は強いのですが, この方は, 片麻痺, 重症の変形性膝関節症に伴う不安定膝, 肥満があり, 歩行すると関節内出血を起こし, その後膝痛が増強し ADL が低下するため, 自宅での歩行はある程度制限し, 通院リハビリ時に充分に膝の支持性をアシストしながら歩行訓練を行い, 機能を維持しておりました. しかし, 通所リハビリを開始するようになり, しばしば膝やその他関節の痛みを訴え, 注射や消炎鎮痛剤が必要でした. リハビリという医療が分散した場合の弊害を知らされた症例の一つです. 一方, 期待したリハビリが受けれないという不満も多いようです. 介護保険には訪問リハビリというメニューがありますが, 期待に応えられるほどの社会資源がない状況で, 実際には受けれない方もまだ大勢います. 通所介護や通所リハビリも患者さんの需要を充分満たしている状況ではないと思われます. また, 利用する際に医療保険でのリハビリ, 介護保険での訪問リハビリや通所リハビリ等について我々医療関係者自体も, 利用の基準を明確に持たないまま現在に至っているという感もあります.

また, 当院では適切と思われる患者情報や家屋改造や歩行支援装具, 車椅子等の情報を可能な限りケアマネージャーに伝えるようにしております. しかし, 病院外のケアマネージャーであることも多く, 情報の伝達が容易でないこともあります. 電動車椅子を貸し出されている方もいらっしゃいますが, 患者さんの操作能力の判断や患者さんへの指導や練習が充分なされているのか—以前は更正指導所で行われていたことが現在どのような形で実行されているのか不安に感じることもあります. (私が情報不足なだけで, 十分な指導がなされた上で貸し出されているのかもしれませんが.)

現在一般病院では平均在院日数 25 日を目標とさせられています. (平成 13 年 12 月時) 今後さらに短縮させられる可能性があります. 突然病に倒れ障害を持った方が, 病気や障害を理解し今後の生活をイメージすることもできないうちに退院の話が先にされてしまうような現状もあります.

このような厳しい医療事情，日本の経済事情であるからこそ，正確な予後予測ができること，より効果的なリハビリ技術の獲得，充分錬られたリハビリプログラムの作成ができるように我々自身の能力を高める必要もあります．社会資源の適切な選択と十分な連携も必要です．

また，当院で介護保険の申請をする場合，しばしば申請が早すぎると言われたり，また退院日が決定してからでないと認定調査はできないなどと言われることもあります．患者さんの中には，在宅に必要なサービスを全てプランに取り入れられる認定を得られるか否か，要介護認定の予測が微妙な方もあり，また認定によっては施設入所が可能か否か，つまりその要介護度で，その後の療養の方向が決定する患者さんもいらっしゃいます．医療機関や患者さんが時間に追われている一方で，比較的医療に近い所にいる方々でさえ厳しい医療事情や介護事情をまだ十分に認識しているとはいえないと思います．

社会資源の無駄遣いをせず，必要な所には十分な医療や介護保険のメニューを実施できるようにするためにも，医療や介護保険の現状を一般の方々へも知らせ，みんなで考え協力していく風潮を作ることも大事であると思われます．

司会　先生ありがとうございました．何かご意見ございましたら宜しくお願いします．シンポジストの先生の中でもう少し強調しておきたいとかございましたらお話しいただきたいと思います．真柄先生どうぞ．

真柄　今の渡部先生のお話の中でケアマネージャーとの連携が大変であるということですが当院の努力というか工夫といたしましてはケアマネージャーの方にケース会議に参加していただくということで結構よく出ていただいていて，非常に連携取るのにいい方法だと思います．一言述べさせていただきたいと思いました．

司会　ありがとうございました．他にございますでしょうか？はいどうぞ．

高橋　新潟医学会でこのようなシンポジウムを開いていただきましてありがとうございました．現在介護保険が導入されそして保健医療福祉という大きな分野がボーターレスになってきております．今日のシンポジウムは医療と言うことに割合重みがかかっていて，それ以外の分野に触れ方が少なかったと思われます．最後に渡部先生がおっしゃった一番最後の部分，今後やはり医療職もすこし福祉職と意見を交換するとかいいではないのではないかと思います

それからこの山岸先生が話していたのですが，リハビリテーションスタッフや看護師さんソーシャルワーカーの方々と同じような情報交換することがとても望まれます．

司会　シンポジウムの先生方ありがとうございました．今日はリハビリテーションの現状ということでいろいろなお話しをいただきました．まだまだ混沌として先行き見えないところでありますが，リハビリテーションが重要だという事にはかわりありません．私どもリハビリテーションに関わる者はその責務は非常に大きいと思います．先生方もますますこの分野でご活躍いただきたいと思います．シンポジウムにご参加いただきました先生方，大変ありがとうございました．これにてシンポジウムを終わります．