

ヶ月後、歩行訓練の為再入院。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たてる必要がある。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角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。

専従者基準とは

- ①リハビリテーション科を標榜しており、病棟に  
医師1名以上、理学療法士2名以上、作業療法士  
1名以上の常勤配置を行うこと
- ②看護職員等は一般病棟入院基本料3(3:1)  
および看護補助者(6:1)以上あること

回復期リハビリテーションを要する状態にあるものとは

- ①脳血管障害、脊髄損傷等の発症3ヶ月以内
- ②大腿骨頸部、下肢または骨盤等の骨折の発症3ヶ月以内
- ③外科手術または肺炎等治療時の安静により生じた廃用症候群を有しており、手術後または発症後3ヶ月以内。

訓練計画の説明を行ない、指定による総合リハビリテーション実施計画書を作成しケースカンファレンスを月1回以上おこなうこと、このコピーを患者または家族に渡し説明すること。

実施にあたっては以上のように条件が厳しいので各種の伝票が必要になります。

患者管理にたいしても各種の数表が必要になります。

医師、看護婦、PT、OT、ST、SW等のケースカンファレンス用の用紙は別に必要とします。

回復期リハビリテーション病棟導入後の改善点は

- ①計画書の提示やクリニカルパスの活用により短期に訓練に集中出来て退院が早まる。
- ②ケースカンファレンスでの説明により目標が明確になり入院早期から退院を意識することが出来て主体的に患者や家族の協力が得られて退院

準備が早まる。

## ま と め

この病棟の導入によりリハビリテーション中心の病棟となり、介護、訓練、看護の濃度が高く社会復帰のレベルがたかまる。

急性期病棟(一般)も慢性期病棟(療養型)もリハビリテーション患者を扱うには中途半端で経営的に適していない。回復期リハビリテーション病棟を採用することにより経営の改善が出来ると考えられる。

司会 先生ありがとうございました。ご質問等ございますでしょうか？

小中 上越地域医療センターのリハビリテーション科の小中と申します。回復期病棟にした場合入院期間決まってくるわけですから、治療の濃度を集中的にしなければ行けないと言うのはあると思いますが、やっぱり県立病院でしたら土日祝日は休みになってしまいますし、どうしてもせっかく二日間忘れてしまうと言うことあると思いますし、土曜日日曜日の訓練はどうなさっているのでしょうか？

山岸 実際に前にはPT、OTの時差出勤も考えたことがあるのですが、なかなか県の方はいいと言いませんし組合もいいと言ってくれないのでそれはあきらめました。で実際に今スライドで見たように歩くとかADL介助については看護婦さんに相当余裕できてきたもんで看護婦さんにやってもらうことが多いです。土日に看護婦さんが行うのは一人一人のADLの介助的な訓練といった方がよろしいでしょうか。

司会 では先生どうもありがとうございました。では続きまして「脊髄損傷のリハビリテーション」と言うことで燕労災病院の真柄先生宜しくお願いします。

瘡位置を検討した。いずれも比率 (%) であらわす。米国では尾仙骨部 40 % 座骨部 8 % 大転子部 2 % 踵部 13 % その他 4 % に対し労災第 2 次調査では尾仙骨部 71 % 座骨部 7 % 大転子部 3 % 踵部 8 % その他 11 % であった。労災データベースでは尾仙骨部が 71 % と米国の 40 % よりはるかに多い。また当院のデータでは尾仙骨部が 11 例中 10 例である。一般的には寝てできる仙骨部、座ってできる尾骨部といわれているが、当院のデータは数が少なく、なにかを証明することはできなかった。

### ま と め

全国データで検討すると労災病院への入院までの期間が 1 か月を超えたもので、褥瘡発生頻度があきらかに高い。また、褥瘡のあるものとないものを比較すると褥瘡のあるものの入院期間が有意に長期化している。また褥瘡を形成すると褥瘡形成が入院前、後にかかわらずいずれもリハビリテーションの阻害因子である痙性、自律神経過反射、異所性骨化、呼吸器感染症、尿路感染症、深部静脈血栓症、尿路結石の発生の確率が高くなる<sup>2)</sup>。私が以前脊髄損傷の研修を受けた西オーストラリア地域では脊髄損傷が発生すると、飛行機が必要でも、可及的早期にパース市の専門スパイナルユニットに搬送する地域システムが形成されていた。日本では日時が経過してもこのような地域システムがで

きる気配が一向になく、一般病院で治療が継続されている場合が多い。脊髄損傷は発生後できるだけ速やかに労災病院など、急性期に褥瘡をつくらない技術をもつ専門施設に搬送することがいかに大切かを証明した。日本でもこのような地域システムの構築を真剣に考える時期になっていると考える。ただし新潟県では全国と比べると脊髄損傷に対する医療とケアの質が高いのではないかと感じた。

### 参 考 文 献

- 1) Chen D, Apple DF Jr, Hadson LM and Bode R: Medical complications during acute rehabilitation following spinal cord injury — current experience of the Model Systems. Arch Phys Med Rehabil 80: 1397-1401 1999.
- 2) 住田幹男, 真柄 彰, 豊永敏宏, 内田竜生 編集: 脊髄損傷の outcome — 日米のデータベースより —. 医歯薬出版, 2001.
- 3) Sumida M, Fujimoto M, Magara A and Uchida R: Early rehabilitation effect for traumatic spinal cord injury: Arch Phys Med Rehabil 82: 391-395 2001.

司会 ありがとうございます。では続きまして大澤先生に「大学病院で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。先生お願いいたします。

表1 疾患別新患数 (1997年～2001年11月)

	1997	1998	1999	2000	2001	1997～2001
1 脳卒中, その他の脳疾患, 脳外傷	70	44	45	62	27	248 (13.2%)
2 脊髄損傷, その他の脊髄疾患	34	21	18	17	11	101 ( 5.4%)
3 リウマチを含む骨関節疾患	125	151	122	143	168	709 (37.6%)
4 脳性麻痺を含む小児疾患	7	4	10	12	10	43 ( 2.3%)
5 神経筋疾患	39	46	42	43	58	228 (12.1%)
6 切断	3	5	3	9	1	21 ( 1.1%)
7 呼吸器疾患	10	8	11	10	7	46 ( 2.4%)
8 循環器疾患	1	10	9	8	11	39 ( 2.1%)
9 消化器疾患	2	5	3	8	5	23 ( 1.2%)
10 固形癌, 肉腫, 腫瘍	18	26	23	43	21	131 ( 7.0%)
11 血液, 内分泌	15	8	6	5	1	35 ( 1.9%)
12 糖尿病	2	4	7	2	4	19 ( 1.0%)
13 熱傷	10	2	5	0	4	21 ( 1.1%)
14 精神疾患	6	2	9	7	3	27 ( 1.4%)
15 deconditioning	4	1	5	3	8	21 ( 1.1%)
16 肥満	4	2	1	1	0	8 ( 0.4%)
17 歯科領域	0	0	8	6	7	21 ( 1.1%)
18 その他	28	33	24	35	23	143 ( 7.6%)
計	378	372	351	414	369	1884 (100%)

Hand6.1%, 五十肩 5.2%, 変形性腰椎症・ヘルニア等 4.3%, 変形性頸椎症・頸部外傷等 4.2%, 膝関節靭帯損傷 2.6%と続く。なお、年ごとにみると変形性関節症は増加傾向、慢性関節リウマチは横這いである。

司会 どうもありがとうございました。先生のお話の中の脳卒中、脊髄損傷というのは新鮮症例（フレッシュ）ということでしょうか？

大澤 診療科はもともと脳外科もしくは整形外科の先生がオーダーされるのでフレッシュな例もあるし慢

性例もあるのですが、フレッシュが多いのではないのでしょうか？

司会 先生の発表によれば、脳卒中が少なくなっているように思われるのですが、何か思い当たることがありますか？

大澤 神経内科その他の科の方針があるかと思いません。

司会 先生ありがとうございました。では指定発言とすることで実際に維持リハビリテーションに関係しておられます渡部先生にお話をいただきます。「維持リハビリテーション」ということで宜しくお願いします。

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,充分練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願います。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る,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す。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ダ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る,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はありますが,リハビリテーションが重要だという事にはわかりありません。私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。