

## 30) リハビリテーション科

### 1. 診療体制と患者構成 (4月1日現在)

- 1) 診療科長 岡島 康友 (教授)  
医局長 山田 深 (准教授)
- 2) 常勤医師数 5名 (教授1名、准教授1名、医員1名、レジデント2名)  
非常勤もしくは出張中の医師 9名 (医員1名<週3日勤務>、非常勤講師1名、専攻医3名、専修医4名)
- 3) 常勤：指導医、専門医・認定医数
 

日本リハビリテーション医学会 指導医	2名
日本リハビリテーション医学会 専門医	2名
日本摂食嚥下リハビリテーション学会 認定士	1名
日本臨床神経生理学会 筋電図専門医	1名
日本体育協会 スポーツ医	1名
日本宇宙航空環境医学会 認定医	1名

### 4) 外来および入院対診の診療実績

#### (1) 当院におけるリハビリ対象疾患

リハビリは急性期、回復期、維持期の3つに区分されるが、当院は特定機能病院として急性期リハビリを担っている。当院入院中にリハビリを完結し得ない重度ないし特殊な障害に対しては、連携する地域の回復期リハビリ医療施設あるいは介護保険下の施設でリハビリを継続することで、急性期としての役割を明確にした効率的なリハビリを実践している。なお、通院可能であれば、医療保険の適用期間内に限って外来でのリハビリを提供している。

リハビリの対象でもっとも多いのは脳卒中を初めとする中枢神経疾患であり、22年度以降は40%前後で推移していたが、他の疾患群も増えたため相対的に減少しつつあり29年度は図1のごとく28.4%であった。循環器疾患は徐々に増え、ピークの17-18%を境に、やや減少傾向で29年度は13.8%となっている。骨関節疾患はかつてもっとも多い対象疾患であったがその割合は低下し、ここ数年は15-18%で横ばいである。なお、悪性腫瘍は近年とくにリハビリ介入が啓蒙された領域であるが、当院では疾患別リハビリ、すなわち中枢神経疾患、骨関節疾患、呼吸器疾患、廃用症候群としてリハビリがなされるケースが多い。がんの種類自体で分類すると29年度は脳腫瘍53.2%、消化器腫瘍12%、肺腫瘍7.1%、骨軟部腫瘍10%であり、26年度以降は大きくは変わっていない

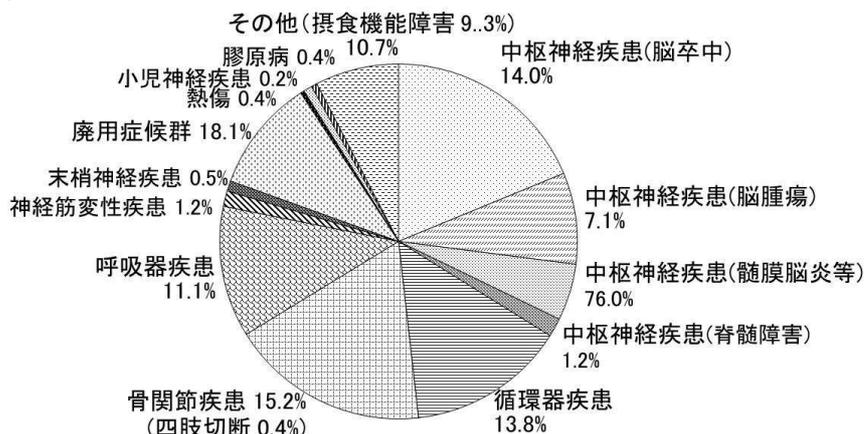


図1. リハビリ患者の疾患別内訳 (29年度)

#### (2) リハビリ科の外来・入院対診患者数の動向

リハビリ科は当院では入院床をもたないため、医師は対診、すなわち他科主治医からの依頼で患者を診察・評価の上、リハビリ計画をたてて、必要に応じてPT・OT・ST・装具等を処方、また外来では投薬やブロックなどの専門治療を行っている。患者数の増加は顕著で、処方件数ベース (延べ数:年度内の再入院の依頼を含む) ではリハビリ科が独立した13年度が入院1194件、外来171件であったのに対して、図2のごとく年々増え続け、29年度は入院8012件 (再入院除く新患者数5534人)、外来807件 (再依頼除く新患者数731人)と過去16年間の間に各々6.7倍、4.7倍に増加しており、とくに入院患者の依頼の増加が著しいことがわかる。

その他のリハビリ科医師の業務は、①主要リハビリ関連診療科とのカンファレンス、②摂食嚥下マネジメント、③特殊外来（装具、ブロック）、④針筋電図・神経伝導検査などである。なお、脳卒中病棟においては毎朝の病棟でのチーム全員出席のカンファレンスで情報を共有することで、担当医の1人として積極的な入院リハビリを展開している。針筋電図・神経伝導検査は整形外科からの麻痺の診断依頼であり、当院では中央臨床検査部門の業務として実施している。件数は25年度121例、26年度127例、27年102例、28年度94例、29年度119例と100例前後を推移している。

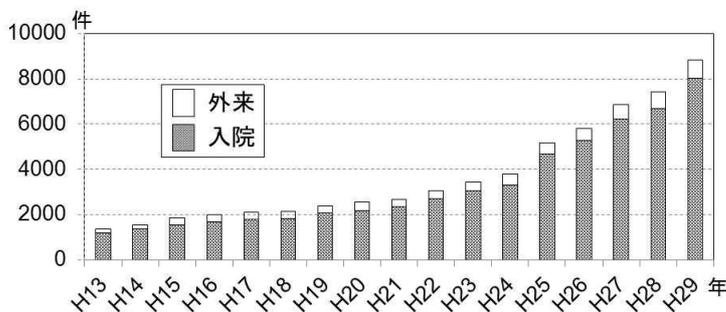


図2. リハビリ処方数の動向(入院・外来)

(3) 急性期からのリハビリ介入成績

急性期リハビリでは臥床に起因する廃用の予防が重要で、全身状態の不安定な急性期にベッドサイドから介入する。29年度入院患者については88%がベッドサイドからの介入依頼であり、14年度33%、15年度41%、16年度42%で、その後も徐々に増え、21年度以降は80%台となっている。

一方、入院からリハビリ開始までの期間も廃用予防の観点で重要な指標であり、図3のように29年度の平均値は7.9日で7-8年前の20日前後と比較して、短くなっている。早期リハビリが浸透した結果である。

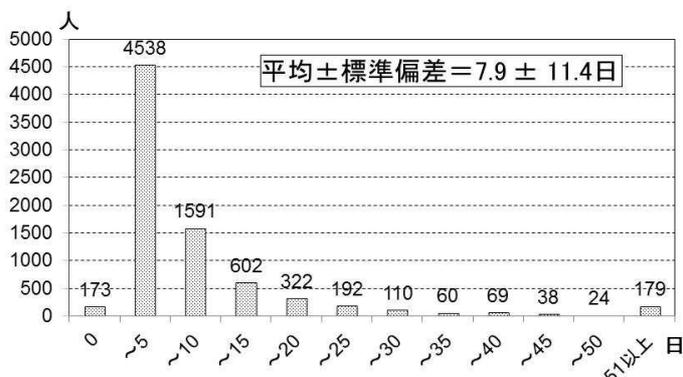


図3. 入院からリハビリ介入までの期間(29年度)

(4) リハビリ期間

急性期病院の入院は短期間であるが、多くの疾患で早期離床と早期リハビリ介入によって入院期間が短縮することが報告されている。29年度にリハビリ科が関与した入院患者のリハビリ期間は平均17.6日で、平成14~24年度の27~36日と比べて着実に短くなっている。

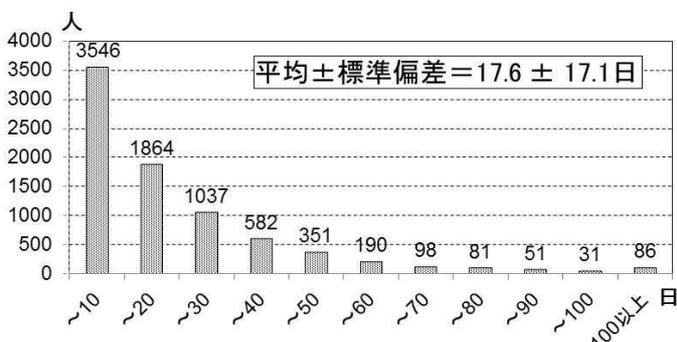


図4. 入院患者のリハビリ実施期間(29年度)

(5) ADL改善と転機

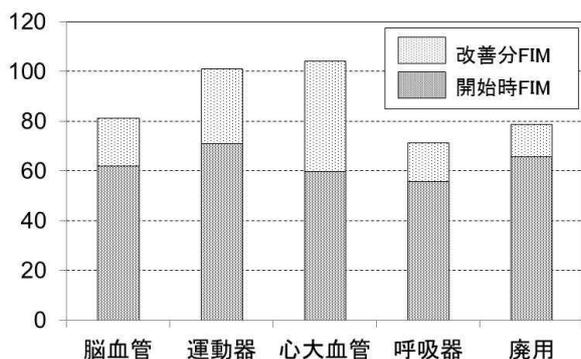


図5. 疾患別リハビリADL改善実績(29年度)

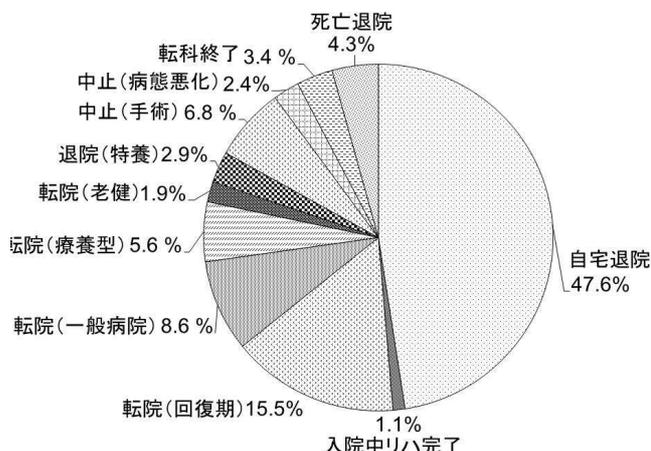


図6. 入院リハビリ患者の転帰先(29年度)

日常生活動作(ADL)の改善はリハビリの目指す最も基本的な内容であるが、それを定量評価するのが世界共通のADL尺度であるFunctional Independence Measure (FIM)である。18種類のADL各項目をその自立度に応じて7段階評価し、すべて自立だと126点となる。図5は29年度にリハビリを実施し退院した患者のリハビリ介入効果を疾患別にFIMで調べた結果である。リハビリ開始時から終了時のFIMの改善平均点数は3~30点と当然のことながら疾患群によって大きく異なる。

自宅復帰率は対象となる疾患構成によって異なるが、リハビリの質の指標とされる。図6のごとく29年度の自宅退院は47.6%で昨年度の50%と大きくは変わらない。入院期間短縮の流れで回復期リハビリ施設や療養施設など後方病院へ転院する例が増えるなか、50%前後の自宅復帰率は妥当と考えられる

## 2. 先進的医療への取り組み

リハビリ科は“dysmobility”を扱うが、その治療的側面の主たるものがPT・OT・STの各療法、診断的側面が電気診断学と動作解析学、社会的側面がADL-QOLなどである。近年、全ての医学領域でEBM (evidence-based medicine) がクローズアップされる中、リハビリ分野でも種々の評価・治療モダリティについて有効性を示すエビデンスが求められている。

進行中の取り組みとして、障害のICF評価、下肢痙縮を抑制する補装具の開発と有効性検証、3次元巧緻運動の解析と麻痺回復評価、痙縮の力学的評価などの臨床研究を行っている。なお、痙縮治療については脳性麻痺だけでなく、22年12月の保険収載を契機に脳卒中片麻痺に対しても、積極的にボツリヌス毒素を用いた治療を展開している。年間のボツリヌス毒素治療実施は26年度33件、27年度34件、28年度33件、29年度43件であった。ボツリヌス毒素新薬の治験にも関わっている。

## 3. 低侵襲医療の施行項目と施行例数

該当なし。

## 4. 地域への貢献

診療以外の社会的貢献としては、地方自治体の保健衛生活動への協力や地域・学外での教育・啓蒙活動、市民公開講座などの活動がある。20年度以来、脳外科-神経内科が主導する脳卒中地域連携に協力し、シームレスなリハビリ連携、地域包括ケアシステムに協力している。多摩脳卒中研究会、NPO法人多摩リハビリネットの研修会などにも参加している。なお、当診療科は多摩地域FIM講習会を主催しており、地域のリハビリ関係者に研究会活動を啓蒙し、リハビリの質向上に貢献している。また、三鷹市や調布市の地域医療推進事業にも協力している。

## 5. 自己評価

当大学病院が位置する北多摩南部二次医療圏では救急医療施設が充足されている一方、かつては回復期リハビリ施設や長期療養施設が区部並に不足していた。地域医療の観点から見るとバランスの悪い地域であった。最近になり、回復期リハビリ施設は増えたものの、長期療養施設はまだきわめて少なく、また介護保険下のサービスである訪問・通所リハビリも不足している。限られたリハビリ資源を有効活用するという観点では効率のよいリハビリを提供する必要がある。2025年問題に象徴されるように、地域包括ケアの推進が大都市とその近郊の病院・施設のリハビリ部門に課せられており、リハビリが直面する大きな課題である。