

30) リハビリテーション科

1. 診療体制と患者構成

1) 診療科スタッフ

岡島 康友（教授、診療科長）

山田 深（講師、医局長）

2) 常勤医師数、非常勤医師数

常勤医師数 4名（教授1名、講師1名、レジデント2名）

非常勤医師 5名（非常勤講師2名、専攻医3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・専門医 2名

日本臨床神経生理学会 筋電図専門医 1名

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 認定士 1名

日本体育協会 スポーツ医 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。急性期リハビリの使命は、廃用症候群の予防、早期離床であり、日常生活動作のなかでは粗大動作、すなわち歩行、歩行が困難な場合には車椅子移乗の獲得である。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療養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果的なり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年度には40%台まで増加したが、他の疾患群も増えたため相対的には減少し、26年度は図1のごとく33.9%となっている。循環器疾患は徐々に増え、ピークの17-18%から比べると26年度は14.3%に落ち着いた。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、当院では中枢神経疾患、骨関節疾患、呼吸器疾患など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26年度は脳腫瘍49%、消化器腫瘍110%、肺腫瘍13%、骨軟部腫瘍14%であり、25年度に比べ脳腫瘍の割合が増加している。

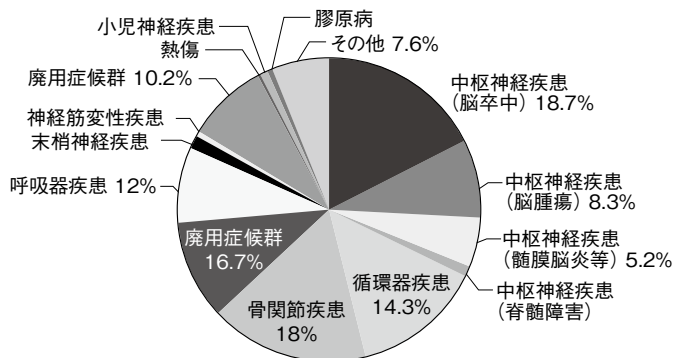


図1 リハビリ患者の疾患別内訳(26年度)

(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。そして、PT・OT等の療法についてはフォローの上、適時、リハビリ計画が適切か否かを監督する責務も負っている。なお、リハビリ科外来診療では療法適用に保険上の期限が設けられているため、その範囲でしか継続しない。患者数の増加は顕著で、新規患者数はリハビリ科が新設された当初の13年度は入院1194人、外来171人であったのに対して、図2のごとく年々着実に増え続け、26年度は入院5270人、外来530人と過去13年間の間に各々4.4倍、3.1倍となり、とくに入院患者の増加が著しい。

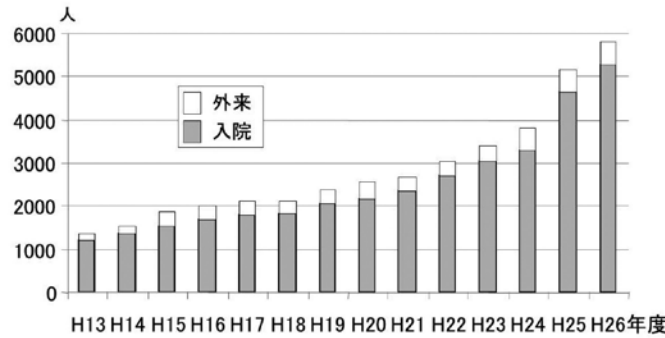


図2. リハビリ新規依頼患者数の動向(入院・外来)

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カンファレンス、②摂食嚥下マネージメント、③特殊外来(装具)、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カンファレンスで情報を共有することで、コンサルタントというより、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。件数は例年ほぼ一定し、神経伝導検査、針筋電図ともに25年度121例、26年度127例であった。

(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。26年度入院患者については83.7%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%、17年度63%、18年度70%、19年度75%、20年度76%、21年度80%と漸増後は80%台に固定している。

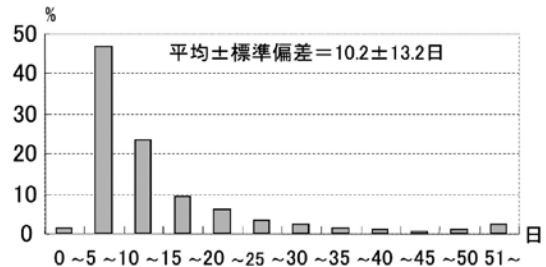


図3. 入院からリハビリ介入までの期間(26年度)

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26年度の平均値は10日で5-6年前の20日前後と比較して、最近では短くなっている。早期リハビリが浸透した結果である。

(4) リハビリ期間とADL改善および転帰

急性期病院の入院は短期であり、リハビリには効率が求められる。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くなることが報告されており、リハビリ介入までの期間と実施期間の両方で調べる必要がある。26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22.7日で、平成14~24年度の27~36日と比べて短い。25年度と同様、図4のように10日以内の短期間例が増えた結果である。

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尺度としてのFIM(Functional Independence Measure)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26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10～33点に分布している。開始時からみた改善率で見ると心大血管を最大に15～52%に分布している。なお、FIMの目安として76点以上であれば入浴・食事準備などの介護は必要であるが昼間、車椅子で自宅に1人でいても大きな支障がないレベルと考えてよいが、廃用群を最低であったが多くの疾患群でこれが達成されていることがわかる。

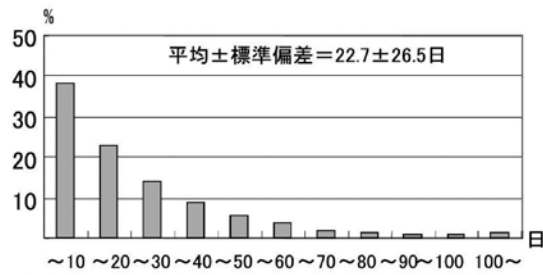


図4. 入院患者のリハビリ実施期間(26年度)

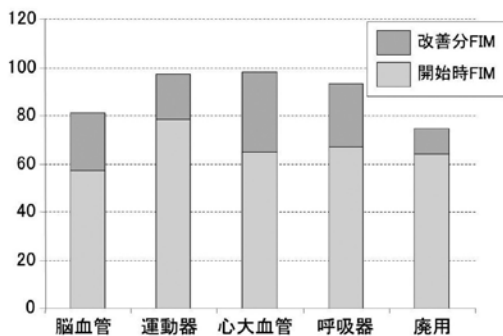


図5. 疾患別リハビリによるADL改善実績(26年度)

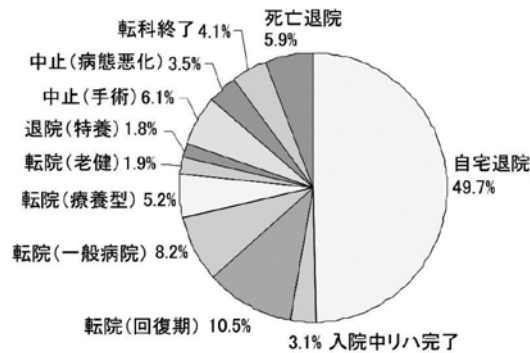


図6. 入院リハビリ患者の転帰先(26年度)

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26年度の自宅退院は49.7%で昨年の48%と同様である。急性期病院の一般的な傾向であるが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・治療モダリティーについて有効性を示すエビデンスが求められている。

平成18年度来EBMの1つとして取り組んだのが新設された脳卒中病棟におけるリハビリスタッフ専従化、医師・看護師との密な病棟チーム医療の実践、発症後48時間以内のリハビリ介入で、いわゆるストローク・ユニットの効果検証である。その結果、同じ程度のADL改善が、約半分の入院期間で得られ、入院期間も顕著に短縮することを示すことができた。平成19年度は脳外科病棟においてストローク・ユニットと同様のチーム医療を導入し、リハビリの密な介入を行い、その効果を検証した。その結果、入院期間の短縮は果たせなかったものの、自宅復帰率は向上した。

その他、進行中の取り組みとして、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書字訓練評価、神経伝導および筋電図検査の先進的手法開発、痙縮の力学的評価、足底装具によって錐体路障害による痙性麻痺が抑制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30～40件（26年度は33件）である。

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-リハビリ科が一体となった脳卒中地域連携パスの会に所属し、シームレスなリハビリ構築に協力している。北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会、多摩高次脳機能研究会、NPO法人多摩リハビリネットの研修会などにも積極的に参加している。なお、当診療科は多摩地域リハビリ研究会、多摩地域FIM講習会を主導しており、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。

5. 自己評価

当大学病院が位置する多摩地区は東京中心部と同様に回復期リハビリ施設や長期療養施設が不足する一方、総合病院、救急医療施設の数は多く、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、長期療養施設はきわめて少なく、また介護保険下のサービスである訪問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、急性期病院から療養施設まで情報を交換し、効率よくリハビリを提供する必要がある。それが大都市とその近郊の医療・介護施設のリハビリ部門に課せられており、当院リハビリ科が直面している課題である。

一方、急性期総合病院として、脳脊髄を含めた重篤な多発外傷、心肺機能の低下した重症な患者、全身熱傷、多重障害をもつ新生児などの重篤な患者や悪性腫瘍の末期患者のリハビリも担っている。適切なリスク管理のもと可及的に早期離床、ADL改善を図ることに努めている。また、がん拠点病院に課せられた機能の1つである緩和ケアとも関聯して、がんリハビリ機能の充実を図ることも課題となっている。