

29) リハビリテーション科

1. 診療体制と対象疾患

1) 診療科長 岡島康友

2) 常勤医師数 2名
非常勤医師 2名

3) 指導医、専門医・認定医数

日本リハビリテーション医学会 評議員・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の対象

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い、その焦点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、すなわち歩行を含めた移動、車椅子移乗の獲得を目指すものである。当院入院中にリハビリを完結し得ない重度あるいは特殊な障害に対しては、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と連携して、適切な施設へ転院してリハビリを継続することで、役割を明確にした効率的なリハビリ医療連携を実践する。なお、自宅退院後の患者で通院可能であれば、回復期に限って外来での継続的なリハビリを提供する。

リハビリの対象は脳卒中を初めとする中枢神経疾患の割合が増加し、図1のごとく中枢神経疾患が平成18年度の44%から平成20年度では48%とさらに増加している。また患者高齢化を反映して骨関節疾患も21%と増加し、廃用症候群も12%と3番目に位置している。なお、悪性腫瘍は脳腫瘍や骨腫瘍のように障害を伴う例もあるが、多くは廃用症候群に分類されるリハビリがなされている。平成20年度のリハビリ対象のがん患者は205例で、その内訳は図2のように脳腫瘍が半分を占めた。

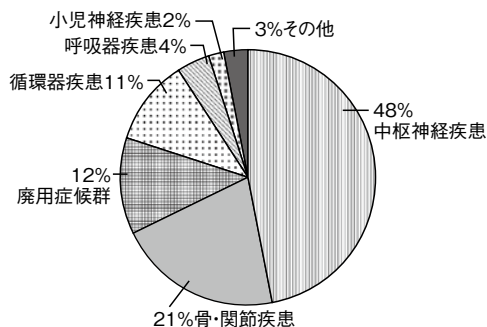


図1 平成20年度リハビリ対象疾患の内訳

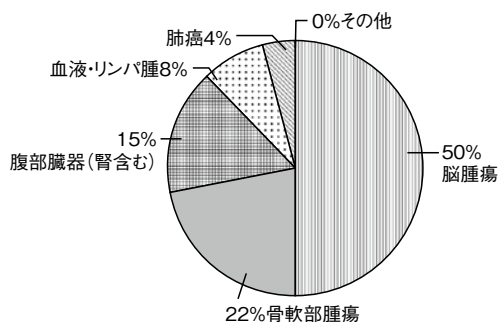


図2 平成20年度リハビリ対象のがん患者の内訳

(2) リハビリ科の外来・入院対診患者数の動向

リハビリ科医師は対診、すなわち他科主治医からの依頼で患者を診察・評価の上、リハビリ計画を立てて、必要に応じてPT・OT・ST・装具の各療法を処方する。適宜フォローの上、計画、処方を修正する。他科入院中の患者についてはリハビリ科医師の役割はコンサルタントであるが、図3のように、新患者はリハビリ科が新設された平成13年より増え続けて平成20年度は2547人を数え、その間の増加率は186%に達した。

その他にも、①外来診療、②対診患者のフォローアップ、③摂食嚥下チームマネジメントを行っている。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、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。リハビリ科専門医の役割としてリハビリ（療法）という側面以外に麻痺の診断があり、針筋電図・神経伝導検査が課せられる。当院では本検査は中央臨床検査部門で管理されているため、検査科を兼務して行っている（図4）。

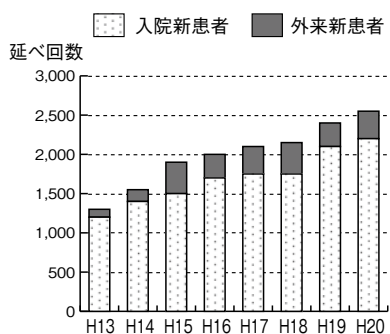


図3 リハビリ新規依頼患者数の動向

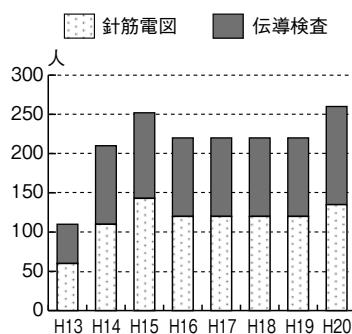


図4 筋電図と神経伝導検査の実績の動向

(3) 急性期からのリハビリ介入成績

急性期リハビリの命題として臥床に起因する廃用の予防があり、そのためには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必要がある。平成20年度入院患者については76%がベッドサイドからの介入依頼であり、平成14年度33%、15年度41%、16年度42%、17年度63%、18年度70%、19年度75%と漸増して、現在は限界に達したものと考えられる。

一方、入院からリハビリ開始までの期間も早期離床、廃用予防の観点で重要な指標であり、図5のように平成20年の平均値は11.9日（標準偏差19日）で、平成15～19年度の14～21日に比べて短くなってきている。早期リハビリ介入が浸透した結果といえる。

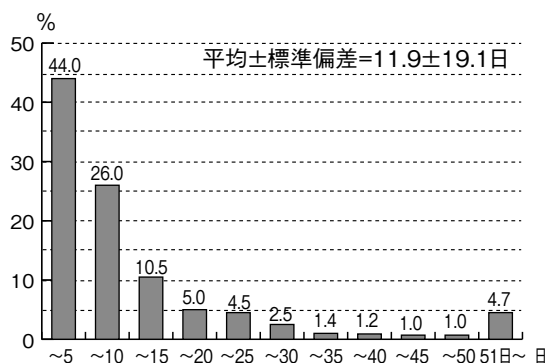


図5 平成20年度 入院～リハビリ介入までの期間

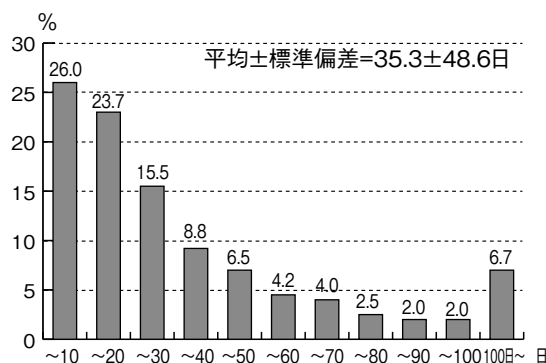


図6 平成20年度 入院患者のリハビリ実施期間

(4) リハビリ期間とADL改善および転帰

急性期病院の入院リハビリは短期で効率のよいリハビリを志向する。一方、急性期でリハビリを行わないまま回復期や維持期リハビリ施設に転院した場合には廃用症候群のために患者は取り返せない不利益を被る場合がある。したがって、急性期病院でも目標意識をもって、一定期間のリハビリを提供する意義は大きい。平成20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35.3日（標準偏差49日）で、平成14～19年度の29～36日とほぼ同様の期間であることがわかる。なお、図6の内訳で見ると20日以内の短期間が半分を占める一方、50日以上と長期に及ぶのが27%と目立つ。

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全世界共通のADL尺度であるFIM（Functional Independence Measure）である。18項目のADL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。歩行やセルフケアなどの運動関連の

13項目とコミュニケーション・記憶など認知関連の5項目からなる。図7は平成20年度に入退院した脳卒中を含めた神経疾患のリハビリ開始時と終了時のFIM点数の比較である。合計点では脳卒中保存治療例で開始時49.3±28.7から27.8点の改善、脳外科関連の脳腫瘍・脳出血で50.0±36.3から19.0点の改善、その他の神経内科疾患で56.4±28.5から21.6点の改善を示し、改善内容は運動関連項目でより顕著なことがわかる。平成18年度に比較すると脳卒中保存治療例、脳外科例ともにやや重症化しているが改善度には大きな変化はない。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。

対象となる疾患構成によって異なるが、自宅復帰率はリハビリの質の目安になる。図8のごとく平成20年度の自宅退院は55%で、平成14年度62%、15年度57%、16年度53%、17年度45%、18年度49%、19年度53%とここ数年は底値となっている。これは病院全体の在院日数の短縮に伴って、回復期リハビリ専門病院などへ転院していく割合が増加していることによるものである。なお、平成19年度の転院例36%の内訳は回復期リハビリ病院13%、老人保健施設を含めた療養施設が12%、一般病院を含めたその他が12%で、平成18年度と比べると回復期リハビリ病院への転院が増加しているのが目立つ。

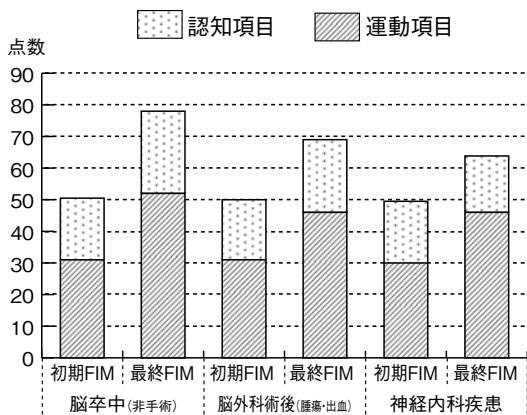


図7 平成20年度 入院患者のリハビリによるADL改善

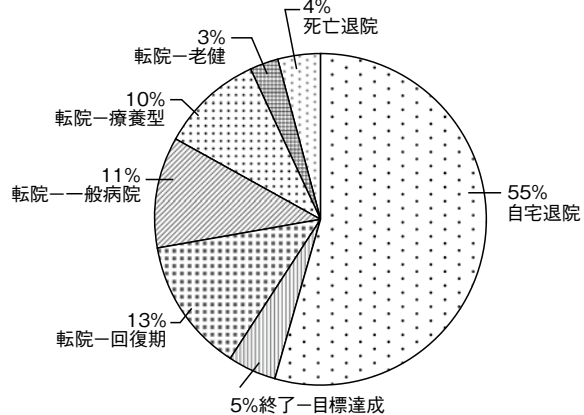


図8 平成20年度 入院患者のリハビリ後の転帰

2. 先進的取り組み

リハビリ医学は“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。

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、動作解析については3次元巧緻運動の解析と書字訓練評価、電気診断については神経伝導および筋電図検査の先進的開発、補装具の開発・有効性検証などの臨床研究が進行中である。

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。平成20年度は三鷹市の養成により脳卒中センター・スタッフとともに地域老人会での啓蒙活動に協力し、また武蔵野赤十字病院が主導する脳卒中地域連携バスの会に参加し、シームレスなリハビリ構築に協力した。北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会、大都市型脳卒中診療体制構築研究会、多摩高次脳機能研究会などにも協力した。なお、当診療科は多摩地域リハビリ研究会の事務局として、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. 特色と課題

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している。一方、総合病院、救急医療施設の数も多く、地域医療の観点から見るとバランスの悪い地域といえる。また、同様に介護保険下のサービスである訪問リハビリも極めて不足している。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た課題であり、当院における今後のリハビリを生かす上で常に考えなければならないことである。

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。ともすれば消極的になりがちなりハビリ領域であるが、それを戒め、徹底した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かなければならない。