

演題名 「在宅でのリハビリはニッチ医療か？」

所 属 ゆきよしクリニック

(医療法人社団 らぼーる新潟 ， 社会福祉法人 豊潤舎 理事長)

氏 名 荻 莊 則 幸

新潟県は人口約240万人で、県内には10ヶ所の回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）を持つ病院がある。そのうちの6ヶ所は人口80万人の新潟市内にある。当院では2000年介護保険の施行とともに、訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）を実施してきた。2000年当初の延べ実績は823件／年であったが2009年度は約16500件／年、利用実人数約350人と見込まれる。現在の訪問リハスタッフは理学療法士15人、作業療法士5人、言語聴覚士1人（常勤15人、非常勤6人）である。また、非常勤の内科医師1名とともに年間訪問診療を450件実施している。当院は無床診療所で在宅支援診療所の体制届けは行っていない。

当院の訪問リハ利用者の疾患内訳では、介護保険ではその約50%が脳血管障害後遺症であり、医療保険では神経・筋変性疾患、脊髄損傷、脳性まひなどの利用者である。また回復期リハ病棟に入院経験がある人は30%以下であり、これは当院が無床であることと、回復期リハ病棟との連携が不十分であることが原因であると考えられる。

回復期リハ病棟はその疾患により入院日数が施策誘導的に決められている。これは、一般の人のみならず他科の医師にとっても回復期リハ病棟を退院した患者さんは“回復期”が終了したという誤解を与えかねない。回復期リハ病棟を退院すると多くの患者さんの場合、その病院もしくは併設される訪問看護ステーションから、短期集中加算可能な期間、訪問リハビリが行われる。当法人の訪問リハはその期間の後に、ケアマネージャーから依頼され、行われることが多い。回復期を終えた患者さんに寄り添い、生活を維持しながら、リハビリの主流からすれば“ニッチ医療”的な役割であるが、その後にも十分、機能的に回復する症例も経験してきた。地域連携パスは、その主眼は、いかに患者さんを急性期病院から回復期リハ病棟等へ円滑に転院させるかである。今後は、地域の診療所から患者さんの情報を積極的にフィードバックし、地域連携パスもICFのように循環型にその体制を整えるシステムの構築が望まれる。また、訪問診療を行って地域に密着している、全国の既存の多くの診療所が積極的にリハビリスタッフを雇用し、在宅でのリハビリを提供することが時間的にも空間的にも効率よく、早急に在宅でのリハビリ体制の整備ができると考えられる。