

# 慢性期障害者に対する集中リハ入院

## —「障害ドック」の試み—

き さ とし ろう お の けい じ  
 木 佐 俊 郎 小 野 恵 司  
 いし だ とおる さか い やす お  
 石 田 徹 酒 井 康 生

キーワード：脳卒中後遺症，パーキンソン病，集中リハビリテーション入院，  
 障害ドック，慢性期リハビリテーション

### 要 旨

診療報酬改定に伴う厳しいリハビリテーション医療環境下，脳卒中後遺症やパーキンソン病などを中心に半年間で32例の集中リハビリテーション入院（“障害ドック”）を行った。97%のケースで入院時に立てた目標を達成した。

ここで挙げたシステムは，慢性期障害者の本来ニーズに応える内容と思われ，今後，かかりつけ医，介護支援専門員（ケアマネージャー），リハビリテーション専門病院が連携して，慢性期障害者の機能維持・向上に寄与できる可能性がある。

障害者に対する介護保険による心身機能・ADL維持システムは，必ずしも十分機能しているとはいえない。一方，H18年4月からの診療報酬改定，とくにリハビリテーション（以下リハと略す）療法の算定日数制限は，障害者の機能・ADL・QOLの維持・向上に打撃を与えている。

このような中，当院はH18年6月から医療保険による“リハ相談外来”と期間限定の集中リハ入院（“障害ドック”）を開始した。相談目的を達するためには，いわば船のドックのように，内在する問題点が無いかどうか点検する必要がある。こ

の点から，“障害ドック”という名称を仮称した。

今回，この新しいシステムの成果と反省点を得るために，現状とこれまでの結果を報告する。

### 対 象 と 方 法

原則として慢性期にある障害者を対象にこのシステムを開始した。

方法として，機能・ADL向上の希望内容を図1に示すような流れで，ケアマネージャー（以下ケアマネと略称）・かかりつけ医の紹介で受付け，リハ専門医が外来診察評価（“リハ相談外来”）し，適応があれば入院として希望実現に努めた。入院適応が無い場合でも相応の助言・指導を行った。

Toshiro KISA et al.

出雲市民リハビリテーション病院

連絡先：〒693-0033 出雲市知井宮町238

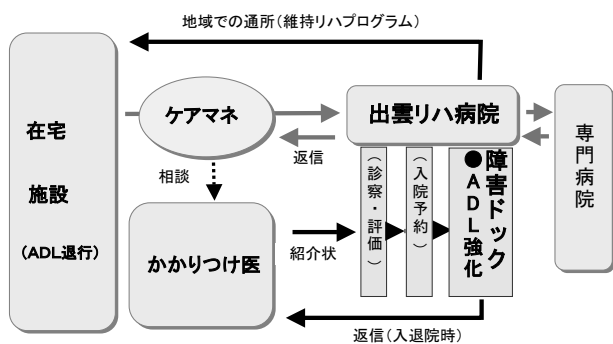


図1 “障害ドック” 入退院の流れ

このシステム開始の周知方法は、病院便りや一般新聞への広告記事、市内の医師会やケアマネなど関連職種の研究会の場での口こみ等によった。

これらの一連の流れでのケースの集積状況やシステムの効果を、カルテ等で後方視的に検討した。

## 結 果

### ① リハ相談外来から“障害ドック”への流れ

開始から半年間で35例のリハ相談があり、この内、34例(97%)が入院リハの適応であった。不適応の1例は入院集中リハを行っても短期間では機能の改善が期待できないと判断された症例であった。

相談者の住所は出雲市内が32例(91%)、市外が3例(35%)であった。

入院リハ適応の内、32例(94%)が入院に至った。入院症例の平均年齢は62歳(54歳~101歳)で、性別は男が21例(66%)であった。

障害の契機となった基礎疾患の発症又は受傷から今回の入院までの期間は平均34ヶ月であり、最短は1.5ヶ月、最長は13年、最短例は上肢骨折後の反射性交感性感縮症の慢性化リスクのあった2例)であった。

入院期間の平均は49日(最短7日~最長139

日)、入院経路は自宅からが29例(91%)で、残り3例(9%)は、急性期病院入院中にリハを希望し紹介状をもって家族が来院したものであった。

### ② 入院症例の基礎疾患・合併症の状況

入院症例の主たる基礎疾患の内訳は、脳卒中後遺症が19例(59%)、パーキンソン病或いは症候群が6例(19%)、その他7例(22%)であった。

主たる合併症の内容は、重複を含めて示すと、既存のもので加療継続対象となるものが、高血圧7例、糖尿病5例、高脂血症5例、慢性心不全3例、心房細動2例、骨粗鬆症2例、変形性膝関節症2例、誤嚥性肺炎反復2例、前立腺肥大症2例、神経因性膀胱2例、その他9例であった。また、今回の入院で新たに発見された合併症が6例(19%)に認められた。その内訳は、貧血2例、水腎症1例、胆石1例、腎嚢胞1例、悪性症候群1例であった。

### ③ 入院症例の障害の状況

主たる障害内容は、重複を含めて示すと、筋力低下32例(100%)、関節拘縮29例(91%)、運動麻痺13例(41%) (この内、片麻痺12例、対麻痺1例)、その他の運動障害6例(19%)、高次脳機能障害7例(22%)、摂食・嚥下・構音障害3例(9%)、失語症1例(3%)であった。

日常生活自立度(表1-a)は、J1が2例(6%)、J2が2例(6%)、A1が1例(3%)、A2が7例(22%)、B1が10例(31%)、B2が6例(19%)、C2が4例(12%)であった。

認知症自立度(表1-b)は、区分該当が21例(66%)にみられた。その内訳はIが11例(52%)、IIaが1例(5%)、IIbが7例(33%)、IIIaが1例(5%)、IIIbが1例(5%)であった。

介護度は、介護保険需給者が20例(63%)あ

表1-a 障害老人の日常生活自立度(ねたきり度)判定

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する	ねたきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行く 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている		ランク C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りも出来ない

表1-b 痴呆性老人の日常生活自立度判定

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、家族等への指導を含む訪問指導や健康相談がある。また、本人の友人づくり、生きがいづくり等身心の活動の機会づくりにも留意する。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導による療養方法等の指導、訪問リハビリテーション、デイケア等を利用したりリハビリテーション、毎日通所型をはじめとしたデイサービスや日常生活支援のためのホームヘルプサービス等がある。
IIa	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
IIb	家庭内でも上記IIの状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意志疎通の困難さがランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 具体的なサービスの例としては、訪問指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、ホームヘルプサービス、デイケア・デイサービス、症状・行動が出現する時間帯を考慮したナイトケア等を含むショートステイ等の在宅サービスがあり、これらを組み合わせる。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別介護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI~IVと判定されていた高齢者が、精神病院や痴呆専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

た。その内訳は、介護保険基準による、要支援2が3例(15%)、要介護1が1例(5%)、要介護2が4例(20%)、要介護3が5例(25%)、要介護4が2例(10%)、要介護5が5例(25%)であった。なお、今回の入院を契機に新たに介護保険申請に至った方が4例あった。

④ 入院中の加療・管理内容

通常のリハビリ療法は、適応例に理学療法(PT)、

作業療法(OT)、言語聴覚療法(ST)、摂食機能療法を、単独または組み合わせて施行した。その他、新たに装具療法を6例(19%)に加え、フェノール・ブロック療法を7例(22%)の症例で行う等、リハ科医自らによる積極的加療も行った。

また、入院前から他院で内服していた抗痙縮薬(無効と判断)の終了を1例で、入院前から持続していた神経因性膀胱の加療に入院後2例に成功

するなど、入院中の薬物管理含む全身管理も全例で行った。

⑤ 入院による効果

機能的自立度評価法 (FIM) の平均値は、表 2 に示すように入院時82から退院時83と殆ど変化は無く、FIM 向上も13例 (41%) に留まったが、個々の機能をみると FIM には現れない状態向上が多く認められた。結果として、入院時に契約した目標とその達成状況を表 2 に示した。合併症で死亡した 1 例を除くと目標達成は、ほぼ達成の 5 例も含めると 31 例 (97%) に認められ、高率であった。

退院先は自宅が 30 例 (94%) であった。残りは老人保健施設 1 例 (3%)、その他が 1 例 (3%) であった。

考 察

① “ドック” という用語の妥当性の検討

慢性期障害者の潜在ニーズとして、このようなシステムの必要性を著者は感じてきた<sup>1)</sup>。利用者のリハ要望に応えるのみならず、本人が意識していない点にも光を当てることで新たな治療可能な状況が見つかることを、今回経験した。これはまさに“ドック”にかなうものである。例えば、脊髄損傷など感覚脱失と伴う完全対麻痺では下半身の痛みを感じない。このため内臓病変が見つかり難い。また、障害者は肢体不自由等があるがゆえに、検診台への移動等が困難で一般健診枠になじみにくい。こうしたことから最近、国立身体障害者リハセンターでは、障害者のための専用ドック枠をホームページに載せているほどである。

② “障害ドック” の今日的意義

集中リハ入院を間欠的に行う事業は必ずしも新しいことではない。二木<sup>2)</sup>、新藤<sup>3)</sup>、小泉<sup>4)</sup>らの報

表 2 入院時に契約した目標とその達成状況

症例	主病名と主障害	FIM		目標達成度	入院目的と達成状況
		入院時	退院時		
1	パーキンソン症候群、恥骨骨折後の斜頸	90	91	達成	斜頸が改善し、前方を見ることができ、座位も困難だったのが屋内歩行も可能となった
2	脊柱管狭窄症、運動器不安定症、四肢筋力低下	—	—	達成	座位困難であったのが四脚杖歩行 (又はシルバーカー歩行) が可能となった
3	脳梗塞後遺症、右片麻痺	100	100	達成	スロー面の滑りやすさを解消する助言を行い、改造後に介護量軽減、失語症の会も紹介
4	脳梗塞後遺症、左片麻痺、高次脳機能障害	33	33	達成	膀胱バルーン留置状態であったが、膀胱機能検査とリハによりバルーンカテーテルを抜去できた
5	パーキンソン病 (急性増悪)	50	85	達成	寝たきり・過緊張状態で座位も不能であったのが、歩行も可能となった。神経因性膀胱も加療に成功
6	脳出血後遺症、左片麻痺、摂食・嚥下・構音障害	—	—	達成	ビデオ嚥下造影 (VF) でむせの無い誤嚥が判明、引き続き経口禁で対応となった
7	脳出血後遺症、左片麻痺、高次脳機能障害	110	110	ほぼ達成	装具歩行が裸足歩行へ向上 (10m歩行速度19° →14°へ改善)、左肘伸展しやすくなる
8	脳出血後遺症、右不全片麻痺	98	98	達成	足がひっかかって転びことがあったが歩行が安定し、軽量の装具に変更し退院。右手指機能も向上し、補助手へ
9	脳梗塞後遺症、右不全片麻痺、高次脳機能障害	62	64	達成	もう少し移動が円滑に一人でできるようになり入院。在宅時のベッドからの再々の転落も無くなり、監視で移乗可能となった
10	脳梗塞後遺症、右片麻痺、右上腕外科頸骨折	90	90	達成	右上腕外科頸骨折を契機に歩行能力低下、小介助であったのが監視しベルに改善した
11	パーキンソン病増悪	87	91	達成	頻回に転倒するようになったと入院。屋外歩行器歩行自立し退院、記憶力低下も判明し要監視とした
12	脳梗塞後遺症、左片麻痺、高次脳機能障害	113	113	達成	腰椎圧迫骨折後の腰痛・持久性低下、麻痺側の関節拘縮があったが改善し、屋外T字杖歩行可能となった
13	脳梗塞後遺症、失語症	110	110	達成	SLTAの改善、腰痛も軽減
14	左橈骨遠位端骨折変形治療術後の運動障害	123	126	達成	自宅のリハでは不十分にて入院リハ希望、握力0が10kgまで改善
15	パーキンソン症候群、摂食・嚥下・構音障害	71	71	達成	摂食時にむせるということで入院、適切な摂食形態・姿勢・方法を指導した
16	筋緊張性ジストロフィー症、四肢体幹筋力低下	100	100	達成	大腸がん術後に退院後、術前まで何とかつかり歩きしていたのが不能となり入院。つかり歩行可能となり退院
17	原因不明の痙攣性対麻痺	103	107	達成	歩行不能が両T字杖 (両短下肢装具装着下) 歩行の自立へと向上 (10m歩行速度39°)
18	パーキンソン症候群、廃用性筋力低下	24	24	ほぼ達成	デイサービスで車イスばかりに寄せられていて歩行能力退化してきたため入院。介護量いく分改善、リフター導入も指導
19	脳梗塞後遺症、左片麻痺、廃用性筋力低下	67	70	達成	移乗が全介助で夫による介護不能であったが、本人一人で監視で可能となった
20	心臓機能障害 (増悪後)、摂食・嚥下・構音障害	20	20	—	経口摂取目的で入院、しかし心不全増悪し死亡退院
21	脳出血後遺症、左片麻痺、高次脳機能障害	37	38	達成	妻が介護量を軽減希望して入院、希望達成され退院
22	右上腕外科頸骨折後遺症、右上肢運動障害	97	103	達成	急性期病院でリハ療法なく自己管理となっているためリハ希望して入院、右上肢可動域向上し、RSDによる痛みも消失
23	脳梗塞後遺症、心筋梗塞後廃用症候群	113	113	達成	心筋梗塞後中途半端なADLで退院となったため、自宅から入院となる。階段昇降も可能となり自宅へ退院
24	脳出血後遺症、慢性硬膜下血腫、高次脳機能障害	52	73	達成	3ヶ月前より歩行能力低下、画像診断で慢性硬膜下血腫判明、リハ加療となる。徐々に改善あり、ADLも大幅アップ
25	パーキンソン病 (日内変動大)	103/83	103/83	ほぼ達成	試作の歩行器で歩容改善し、突進傾向が減少、コミュニケーションボードも作成
26	脳出血後遺症、左片麻痺、高次脳機能障害	108	108	ほぼ達成	急性期病院で歩行可能となり退院となるも、独居難しいため当院へ再入院、高次脳機能障害をふまえ弟宅へ退院
27	脳出血後遺症、右片麻痺	115	115	達成	痙攣が改善、10m歩行速度30° →12°、上肢機能の向上 (廃用→補助手)、足関節背屈可動域の改善
28	脳梗塞後遺症、左片麻痺、廃用性筋力低下	110	112	ほぼ達成	左反張膝、股外旋、前かがみ歩行が改善し、左足のひっかけもなくなった
29	脳出血後遺症、左片麻痺、左産性尖足	88	90	達成	左産性尖足が強かったが、軽減し歩きやすくなった
30	脊髄損傷、対麻痺	89	90	達成	前方移乗のみならず、側方移乗が新たにできるようになり、IADLが拡大した
31	脳梗塞後遺症、左片麻痺	92	94	達成	慢性腰痛が増悪していたが、加療で軽減し座位耐久性向上、ADLも向上した

告があり、いずれも維持期リハの手段として有効であったとしている。ただし、これらの報告は、どれも対象を陳旧性脳卒中患者に限定したもので、今回の報告では、対象を陳旧性脳卒中後遺症以外に拡大した点に意義の一つがあると思われる。

上田は2004年1月の高齢者リハ研究会（第1回）に、生活機能低下の状態像として、脳卒中モデル（図2）と廃用症候群モデル（図3）を提起している<sup>5)6)</sup>。図2では、運動・食生活習慣によるメタボリック・シンドロームの悪化を予防する活動を行う。とくに脳卒中既存者などハイリスク患者には再発予防や生活機能低下予防（“介護予防”）を行う。それでも脳卒中が発症した場合、急性期・回復期リハを早期から積極的に行い、また、維持期における生活機能低下の退行を防ぐために、矢印（↑）で示すような断続的なりハを行う。これらの楔的・集中的なりハにより、生活機能の自然経過を上向きな良好な方向に変えることができる。

図3は、加齢などによる退行、パーキンソン病や変形性関節症など退行性疾患では、生活機能の不使用或いは傷病加療のための過度の安静により、容易に廃用症候群が発症する経過を示してい

る。このような場合、タイムリーに楔的・集中りハを断続的に行うことで、一時的にでも機能を改善させることが重要となる。この取り組みにより、疾病の本来経過よりも緩やかな退行経過にまで改善させることができる。

当院で開始した“障害ドック”を上田のモデルでみると、再発予防期にある脳卒中後遺症者等には図2、パーキンソン病や筋ジストロフィー患者等の退行性疾患には図3のモデルを当てはめることができよう。

### ③ 当院で“障害ドック”を開始できた背景

“障害ドック”適応のケースの集積にあたっては、限られた期間にかなり多くのケースを集めることができたと思われる。この背景には、この事業が今日的ニーズに応じたものであったこと、県の健康福祉部や出雲保健所、地元医師会、ケアマネの応援を戴けた点が大きいと思われる。

慢性期障害者・家族の要望には切実なものがある。これらの期待に応えるべく入院適応と決定するには、「改善できる！」という“リハ相談外来”担当医の確信が必要となってくる。

相応のリハ療法手技、リハ科医師の専門的評価・加療技術、リハ看護、合併症管理技術など、病院全体の実力が問われる。リハ療法手技では、

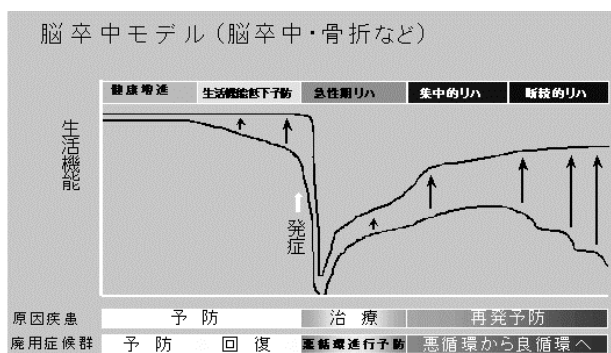


図2 生活機能低下の状態像①

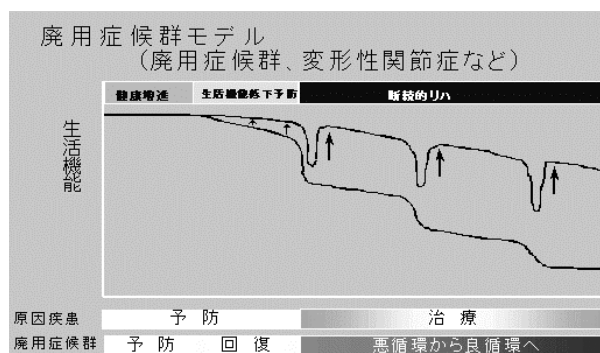


図2 生活機能低下の状態像②

資料 高齢者リハビリテーション研究会（第1回）上田委員プレゼンテーション<sup>5)</sup>資料より作成<sup>6)</sup>

今まで難しいとされてきた脳卒中麻痺手の回復促通技法たる「川平法」<sup>7)</sup>を、当院ではいち早く導入した。療法士数は圏域では最多である。リハ科専門医によるフェノール・ブロック<sup>8)</sup>実施件数も山陰最多である。歩行機能再建のための「踵歩きギプス療法」<sup>9)</sup>も取り入れた。以上のように病院全体の力量の向上に努めている。

#### ④ “障害ドック” に立ちふさがるハードル

現在、リハ療法 (PT, OT, ST) 算定期間を超えて医療保険請求するにあたっては、「治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合」であることを、レセプトに注記しなくてはならない。厚生労働省保健局からそうした指導が行われている。このハードルを越えないと、リハ療法分の返戻・返還もありうるため、我々もリハ成果を出すための努力に気を抜けない日々である。

パーキンソン病や筋ジストロフィー症、脊髄小脳変性症などの退行性疾患において根治療法が解

明されていない現状では、リハ療法はいっそう重要視されている。このたびの診療報酬改定でもリハ日数期限の“除外疾病”に上げられている。にもかかわらず、リハ療法を継続する条件として、これらの退行性疾患に対しても「心身機能の改善」(某県の保険医協会の質問に対する厚生労働省の電話回答)が挙げられている<sup>10)</sup>という。

以上のように、“障害ドック”はまさに荒波の中を漕ぎ出したような状況にある。今回の検討では、FIMの変化の無いケースでも、一部を除き、ほとんどの症例でFIM以外の方法で測定した「心身機能の改善」(関節可動域、痙縮、麻痺、歩行速度、膀胱機能などの改善)は得られていた。「心身機能の改善」にはFIMのようなADLスコアだけでは指標にならないものが多数含まれる。上述の厚生労働省の電話回答では、ことさらにADL点数の向上などと成果主義を強調しており、ADL低下していく経過をもつ退行性疾患へのQOLへの思いやりが、全く感じられない。

## 文 献

- 1) 木佐俊郎: “障害ドック”があれば救えた症例 —「地域リハ支援センター」を機能させるために—, 島根医学 25: 77-81, 2005
- 2) 二木 立: 陳旧期脳卒中患者に対する「間欠入院」, リハビリテーション医学 20: 251-253, 1983
- 3) 新藤直子, 柳原浩治, 田中智香 他: リハビリテーション専門病棟における在宅脳卒中患者の間欠入院—6年間のまとめ, 総合リハビリテーション 24: 457-460, 1996
- 4) 小泉亜紀, 加藤弥生, 伊藤良介: 間欠的リハビリテーションの効果, 総合リハビリテーション 26: 1139-1143, 1998
- 5) 高齢者リハビリテーション研究会 (第1回) 上田委員
- 6) 島根県健康福祉部: 島根県地域リハビリテーション指針 (改訂版) 2006年3月
- 7) 川平和美: 片麻痺回復のための運動療法 —川平法と神経路強化的促通療法の理論—, 医学書院, 2006
- 8) 木佐俊郎, 齊藤 潤, 鯉川哲二 他: 理学診療科におけるリハ医学的業務 (予報的紹介), 島根医学 14: 53-56, 1994
- 9) 穂山富太郎 編著: 踵歩きギプス療法 —heel gait cast—, 医歯薬出版, 2002
- 10) 全国保険医団体連合会: 「リハビリ算定日数制限影響調査の結果について」 2006年11月29日

プレゼンテーション資料, 2004年