

エビデンスとロールモデルから示されるリハ科専門医の存在意義 座長 下堂 蘭 恵・大串 幹

5. リハ科専門医の赴任で何が変わったか〜ケアミックス病院での3年半の活動実践経験〜

社会医療法人祐生会みどりヶ丘病院リハビリテーション科
森脇 美早

【はじめに】私は3年半前の平成23年10月、療法士は多数在籍するがリハビリテーション科医(以下リハ医)のいなかったケアミックス病院に赴任した。当院は救急搬入数年間4,000件と地域の救急医療に尽力し、329床のうち回復期リハ病床103床を有している。関連施設として介護老人保健施設や特別養護老人ホーム、訪問看護ステーションなどを併設している。赴任当時「リハには力を入れていきたいと思う存分がんばってください」と理事長に言われた。しかし、ほとんどの職員はリハ医を知らず、「リハビリどころではない」という言葉も周囲からよく聞かれた。「思う存分」の意味をかみしめつつ、急性期から生活期までリハ医による積極的な関与を行っていくと広く活動を開始した。【摂食・嚥下・栄養分野の介入】嚥下医療については摂食姿勢、食器、栄養量、食形態、介助方法、評価依頼のスピード、食事開始のタイミング、いずれも改善の余地があった。嚥下障害が気づかれないうちに肺炎になり、絶食・安静・末梢輸液で廃用症候群に至るケースがしばしばみられた。消化器内科で行っていたVFをリハ科で行うようにし、1ヵ月5件程度だったVF件数を30件に拡大。と同時にVFカンファをリハ医・ST・歯科衛生士で開始し、追ってVEを開始した。入職から5か月目、嚥下障害の早期発見・早期介入・院内教育を目的とした嚥下回診の制度を確立した。嚥下回診は急性期や回復期の隔てなくいずれの病棟も対象とし、依頼は全職種が可能として窓口を広げた。回診はリハ医をはじめ8職種で行っている。摂食機能療法の指示は全例リハ医から出すようにして質を維持した。また、院内から法人グループ施設、法人外でも何度も勉強会を開いた。嚥下や栄養に関する院内意識は高まる傾向にある。アンケート調査結果を合わせて示したい。【Brace Clinic】院内では治療用具療法は未開拓であった。急性期から適切な器具療法を行うため、赴任より6か月目に義肢装具士3名、器具係PT、患者担当PT、OT、リハ医による器具診システムを確立した。1週間で採型〜仮合わせ〜完成ができるように開催曜日を設定した。また、回復期に転棟しても引き続き介入できるように、1ヵ月毎の定期フォロー器具診をとり入れ、退院後の訪問リハ介入例や施設入所者など生活期の症例も受け入れた。【回復期】回復期での主治医は急性期の主治医が引き継いでいたので、そこにリハ医が介入するために、リハ回診の制度を作った。回診はリハ医をはじめ5職種で行い、リハ処方(量・質)、薬物療法、ゴール設定、看護と主治医への提案など、一例ずつ検討した。更衣や排泄、整容への意識を高めるために、病棟で議論を繰り返した。ST嚥下ラウンドや車いすシーティングシステムの確立、リハ栄養への取り組みを順次始めた。本年4月には新リハ専門医1名を迎え、回復期主治医を受け持つ予定である。【先端的リハ】ボツリヌス療法は赴任から1年後に開始し年間のべ30例程度を行っている。また平成25年にCI療法、iDCS(経頭蓋直流電気刺激)を開始した。長年来作業療法に通院されていた片麻痺患者が、CI療法にて外来リハを良い形で卒業でき、その後も麻痺手の機能が改善していく様子をスタッフで共有した。【リハ科内の活発化】研究促進チーム、リーダー研修を立ち上げた。療法士課長とは定期的に話し合い、互いの認識を共有した。リハ科内は徐々に活発化し、リハ科(リハ医・療法士)学会発表件数は平成23年4件、平成24年8件、平成25年14件、平成26年21件と増加傾向である。【まとめ】リハ医の赴任から3年半がたち、法人全体の医療に対する意識が変化してきた。活動を高め、参加を促すために急性期から生活期まで連続性をもったリハ科専門医の関与が重要である。

6. リハ科専門医の価値を示すために

熊本大学医学部附属病院脳卒中急性冠症候群医療連携寄附講座リハビリテーション部
大串 幹

リハビリテーション科専門医の価値を示すためには、リハ科領域(内)と他診療科(外)、医師(内)と医療関連職種(外)そして社会へのリハ科専門医の存在のアピール(啓蒙)など多方向的な戦略が必要である。そしてそれを説明するためのツールは、リハ科専門医にしかわからないものではなく、一般社会にとっても論理的で明確で受け入れやすいものでなければならない。言い換えるとリハ科専門医がその機能を発揮すると、リハ医療は、介護は、急性期は、回復期は、地域リハは、在宅は、こう変わる、こんなに良くなるといったわかりやすいエビデンスとリハ科専門医がいる現場はこうだ、リハ科専門医は絶対に必要という実感を与えることである。エビデンスについては、これまでリハ対象疾患の障害特性、施設・環境・フェーズの違い、介入職種・介入量・介入方法の違いなどのリハ医療の個性・特異性のためにリハ科専門医の存在を変数としたアウトカムについてのエビデンスを示すことは困難であった。平成17年より脳卒中を緒にリハビリテーション患者データベース(DB)が開発され、現在はJARDとして再編され、脳卒中(一般病棟)、脳卒中(回復期リハ病棟)、大腿骨頸部骨折、脊髄損傷、小児、その他疾患で作成されており、平成25年9月まで脳卒中17,408、大腿骨頸部骨折2,761、脊髄損傷4,029、その他9,221、合計33,419のデータが蓄積されている。しかしながら現システムでの問題点もある。まず分析に先立ちデータクリーニングが必要であるが、この作業に時間がかかっており、入力データの新鮮さとその時必要な分析のための機動性が劣化し、診療報酬改定前後の検証や改訂用データ作りといった即時的分析がしにくい状況にある。そのため分析は行われているが、リハ科医による論文化もしくは診療報酬改定用のデータとしての活用はまだ少ない状況である。さらにデータ分析結果の信頼性向上には、求められる目的にあった入力項目や層別化のための項目設定などの改訂も必要であるが、項目数が増えれば欠損値も増え入力コストも増えるという問題が残されている。大切なことはデータクリーニングの必要性のない良質なデータが、ひずみや偏りの生じないよう多量の施設から提出されることと、解釈にあたっては統計学的論理性のある適切な分析方法が選択されることであり、リハ科専門医がJARDにさらに積極的に参加し、分析を担うことによって、これらの解決が促進されるのではないだろうか。対外的にリハ科医の存在意義を示すためには、患者や家族に直接治療に関わるリハ科専門医の姿を示すことが肝要である。リハ科医がフェーズに応じた適切なリハ手技の指導をしている場面を実際に目で見れば、リハチームの各職種を俳優とすれば映画監督、オーケストラであれば指揮者の役割であることが一目でわかるし、それを継続的に示すことはさらに有効であろう。リハ関連職種以外の医療職との連携で存在をアピールすることもできる。脳卒中専門看護師との共同介入の強化によって、より効果的な脳卒中のリハや良質なケアの提供が可能になり、さらに高いアウトカムが達成されるかもしれない。本企画では、JARDを用いたアウトカム分析とリハ科専門医のロールモデルから示されるリハ科専門医の存在意義とこれからの課題を示したい。