

37 「リハビリテーションスタッフの連携」

松阪・多気地区リハビリテーション連絡協議会 木村圭祐 大西恵美子

1 リハビリテーションスタッフの連携の重要性

(1) 急性期～回復期～維持期におけるリハビリテーションスタッフの連携

脳卒中を発症し、救急車で急性期病院に搬送され、病状が安定した後、回復期リハビリテーション病院に転院し、集中的なリハビリテーションを受け自宅に退院する。そして多くの場合、外来リハビリテーションや介護保険サービスにおけるいわゆる維持期のリハビリテーションを継続する必要がある。

急性期や回復期病院に従事するリハビリテーションスタッフ（以下、療法士）が主に「在宅復帰」を担うのに対して、維持期を担当する療法士は「在宅支援」を担っている。しかし、「在宅復帰」を担う側が在宅生活のことについて十分に理解をしていなければ、その「在宅復帰」は退院後に多くの問題をもたらす可能性がある。また、「在宅復帰」の過程において生じた問題点、及び退院後に生じる可能性が高い問題点について、「在宅支援」を担う側へ情報伝達が十分に行わなければ、それらの問題点に対するアプローチが効果的に行われないう可能性がある。その結果、患者や利用者は自宅へ退院後に不都合を被ることになり、行動が制限され活動性が低下し、閉じこもりや廃用症候群となる。

上記の状態を回避するためには、急性期～回復期～維持期における療法士の連携が必須である。療法士の連携が行われて初めて急性期～回復期～維持期において、効果的で一貫したリハビリテーションの継続が可能となる（図1）。

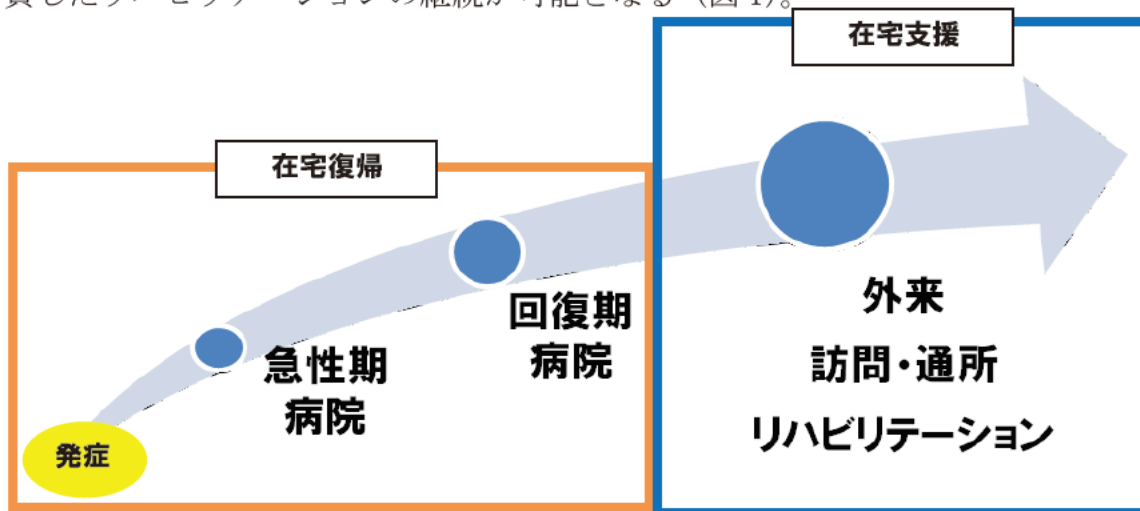


図1 急性期～回復期～維持期における一貫したリハビリテーションの継続

(2) 医療から介護、及び介護保険サービス内における連携時の問題点

療法士の連携は大きく分けて2つある。第1に医療から介護への連携である。第2に介護保険サービス内における連携である。

第1の医療から介護への連携は、主に急性期や回復期から維持期への移行時に行われる連携である。近年、脳卒中地域連携診療計画書が導入されるなど、医療から介護への連携は重要度を増しているが、多くの場合は、退院時サマリーのみによる連携が中心となっている。しかし、医療側の療法士が介護側の療法士と面識がなく、介護側ではどのようなことが行われているのか、どのようなリハビリテーションプログラムが可能なのかよくわからないことが少なくない。また、医療から介護へどのような情報を伝達することが適切であったか、介護側の療法士から医療側の療法士へフィードバックを行うな

どの機会も皆無に等しい。その結果、医療から介護への円滑な連携が十分に行えていないと言いき難い現状である。

第2の介護保険サービス内における連携は、主に通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションといった異なった事業所間における連携である。ケアプランやサービス担当者会議にて方針の統一などが図られるよう努められているが、療法士同士が直接会い検討することは難しい場合が多い。また、医療から介護への連携と同様に、療法士同士の面識がなく、他の事業所ではどのようなことが行われているのか、よくわからないことが少なくない。

現状として、医療から介護、及び介護保険サービス内における療法士の連携は十分に行われていると言いき難い。そのため、急性期～回復期～維持期において、効果的で一貫したリハビリテーションの継続を行うために必要不可欠な療法士の連携強化を図る目的で発足した、松阪・多気地区リハビリテーション連絡協議会における取り組みを報告する。

2 松阪・多気地区におけるリハビリテーションが抱える問題

(1) 地域特性

松阪・多気地区は三重県中南勢地域に位置し、同県保健医療圏における二次保健医療圏に属している(図2)。松阪市は人口約16万8千人(高齢化率22.2%)、以下同様に多気郡約4万8千人(明和町21.9%、多気町25.5%、大台町34.8%)、大紀町約1万7百人(36.3%)である。総面積は松阪市約623km²、多気郡約507km²、大紀町約233km²であり、東西に長く山間部の割合も多く占め、いわゆる過疎地区を抱えている。



図2 保健医療圏にみる松阪・多気地区
三重県保健医療計画(第4次改訂)から抜粋

松阪・多気地区 概要

松阪市	急性期病院	3病院
	回復期病院	1病院
	通所リハビリテーション	8事業所
	訪問リハビリテーション	9事業所
明和町	回復期病院	1病院
	通所リハビリテーション	2事業所
	訪問リハビリテーション	1事業所
多気町	通所リハビリテーション	2事業所
大台町	通所リハビリテーション	1事業所
	訪問リハビリテーション	2事業所
大紀町	通所リハビリテーション	2事業所

※ 訪問リハビリテーションには「訪問看護7」を実施している訪問看護ステーションを含む

当該地域には急性期3病院、回復期2病院あり、通所リハビリテーション15事業所、訪問リハビリテーション(訪問看護7を実施している事業所を含む)12事業所ある(平成21年10月末現在)。全国平均の介護給付費と比較すると当該地域における通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションの給付費は低く、特に訪問リハビリテーションにおいてはその傾向は顕著である。これは、通所・訪問リハビリテーションの利用希望

に対して受け皿となる事業所数が少なく、地域によっては受け入れる事ができずに、結果として給付費が低くなっていると考えられる。

また、介護保険を取り巻く最近の動向としては、平成19年度より松阪市の急性期病院を中心に急性期から介護保険下サービスにいたるまでの大腿骨頸部骨折地域連携パスの運用が始まっている。都道府県医療計画の中で作成が義務付けられている脳卒中地域連携パスについても、三重県内に脳卒中医療連携研究会が中心となって統一版の地域連携計画書を作成し、平成20年度より運用を開始している。そして、三重県の長寿社会室が策定した「みえ地域ケア体制整備構想」において通所・訪問リハビリテーションを中心とした介護保険下リハビリテーションサービスの充実と、急性期・回復期との円滑な連携強化を具体的な目標として掲げている。そのため、当該地域におけるリハビリテーションは院内又は事業所内の連携だけではなく、地域連携という取り組みを強化する必要性が高くなっている。

(2) 療法士の特性

前項で述べたように事業所数が限られている状況から、松阪・多気地区における維持期に関わる療法士の数は十分であるとは言い難い。日常の臨床では個々の療法士の負担が多くなり、サービス担当者会議に参加できない場合も少なくない。特に維持期における言語聴覚士の不足は顕著である。当該地域における通所リハビリテーションに実施した実態調査によると、言語聴覚士が関わっている事業所は3事業所のみである(図3)。残念ながら訪問リハビリテーションにいたっては現在のところ言語聴覚士の関わりは皆無である。

理学療法士、作業療法士についても昨年度から増員している事業所は少なく(図4)、限られたリハビリテーション資源を有効に活用できるシステムと、今後増えてくると予想される維持期に関わる療法士の教育システムの構築が必要である。

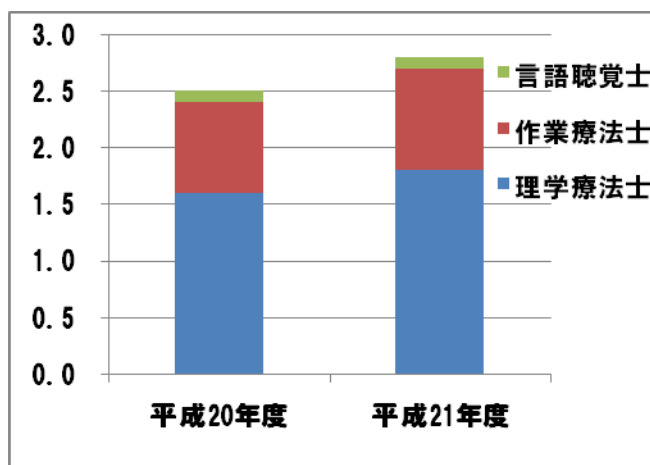
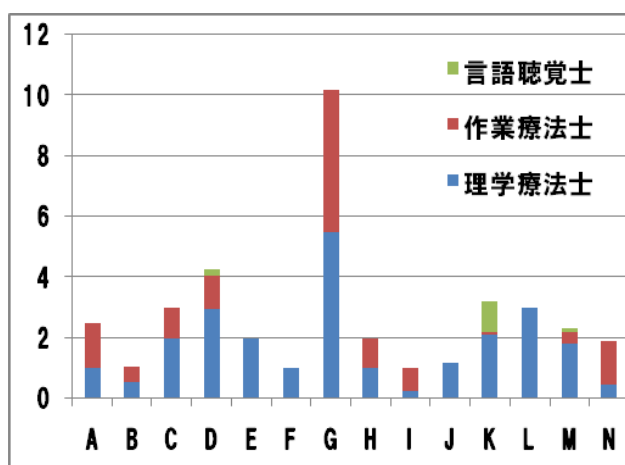


図3 平成21年度通所リハビリテーションの従事者数(常勤換算)

図4 通所リハビリテーションの従事者数(常勤換算)平均比較

3 松阪・多気地区リハビリテーション連絡協議会の発足

(1) 松阪・多気地区訪問リハビリテーション連絡協議会の発足経緯

平成18年8月に松阪地区医師会訪問看護ステーションに所属している著者(大西)が中心となり、松阪・多気地区訪問リハビリテーション連絡協議会が発足する。著者が総合病院勤務時代に参加していた「南勢・志摩地区リハビリテーション連絡協議会」の中で、松阪中央総合病院の太田喜久夫医師をはじめとする他職種との関わりから、療法士として在宅生活においてどのように関わっていけるのかを考えるようになる。その後、

著者が現職の訪問リハビリテーションに従事し、他施設・事業所の連携なくして在宅サービスは提供困難であると痛感したことが発端となる。そして太田医師の指導の下、連絡協議会を設立する。

また、総合病院・回復期病院からの退院時に訪問療法士との連携がうまく行えず、入院中では歩行可能だったのにもかかわらず、寝たきりになるケースを経験したことから、病院との連携強化も重要と判断し設立時に病院に従事する療法士に参加してもらうことを決める。この時、訪問リハビリテーションに従事する療法士だけではなく、急性期・回復期病院に従事する療法士まで対象を拡大した事が、急性期～回復期～維持期において連携を図っていくという意識が芽生えるきっかけとなる。

（2）松阪・多気地区通所リハビリテーション連絡協議会の発足経緯

松阪・多気地区訪問リハビリテーション連絡協議会設立から遅れること1年半後の平成20年3月に、花の丘病院に所属している著者（木村）を中心に同地区通所リハビリテーション連絡協議会が設立となる。現在では当該地域の15事業所の全てが会員施設として参加している。

発足経緯として、まず県レベルにおいて大腿骨連携パスや、脳卒中連携パスの開始を見据え、急性期病院から回復期病院の連携だけではなく、その後の介護保険制度下におけるリハビリテーションとの円滑な連携を図るための体制が必要である等、意見交換がなされていた。そして、著者が訪問リハビリテーション連絡協議会の活動を行う中で、同じ在宅生活者を対象としている通所リハビリテーションにおいても連絡協議会設立の必要性を感じていた。その理由は、訪問リハビリテーションよりも通所リハビリテーションに従事する療法士数の方が多いこと。また、退院した患者や利用者が利用する介護保険サービスの多くの場合、通所リハビリテーションであったことから、通所リハビリテーション同士での連携や、ケアマネージャーなど他の職種との連携が不十分であると感じたためである。

上記内容を太田医師に相談したところ、「通所リハビリテーションに従事する療法士に夢と希望を与える」活動をしてほしいとの要望があり設立する。

訪問リハビリテーション連絡協議会では、急性期・回復期病院と訪問リハビリテーション事業所が中心に参加していたが、通所リハビリテーションを加えたことにより、訪問リハビリテーションを行っていない介護老人保健施設等の事業所も多く参加するきっかけとなる。

その結果、松阪・多気地区リハビリテーション連絡協議会は、図5のように急性期～回復期～維持期のリハビリテーションに関わる療法士の参加を可能とする。



図5 松阪・多気地区リハビリテーション連絡協議会の参加図

＜急性期病院＞

済生会松阪総合病院 松阪市民病院 松阪中央総合病院

＜回復期病院＞

済生会明和病院 花の丘病院

＜訪問リハビリテーション＞

松阪地区医師会訪問看護ステーション 介護老人保健施設嘉祥苑 介護老人保健施設カトレア 老人保健施設さくらんぼ
大台厚生病院 大台町国民健康保険報徳病院 松阪中央総合病院 済生会明和病院 桜木記念病院 花の丘病院

＜通所リハビリテーション＞

中島医院デイ・ケアセンター 通所リハビリテーション「花の丘」 大台町国民健康保険報徳病院
済生会明和病院通所リハビリテーション 介護老人保健施設嘉祥苑 通所リハビリテーション緑風苑
通所リハビリテーションカトレア やまゆりの里デイケアセンター 老人保健施設さくらんぼ
介護老人保健施設みずほの里 なごみの里デイケアセンター 介護老人保健施設第二嘉祥苑「アコラス」
介護老人保健施設蛸通所リハビリテーション デイケアセンターあゆみ（虹の丘病院）
通所リハビリテーション田園くろべ（大西病院） 伊勢志摩中央リハビリテーションセンター（※）

（※）当該地域外だが、活動趣旨に賛同し参加が承認された

4 松阪・多気地区リハビリテーション連絡協議会の取り組み

（1）顔の見える連携

医療から介護における連携の問題点として、急性期・回復期と維持期の療法士の面識がないことを述べたが、急性期・回復期病院に従事する療法士も参加していることで、この問題の解決を図っている。

（2）研修会開催

訪問・通所リハビリテーション連絡協議会において各2回/年程度の研修会及び、年1回の合同研修会を開催している（図6、表1）。参加会員施設や参加人数を増やすために、年会費2000円を納付すると、会員施設からの参加者は何人参加しても無料としている。特に、維持期リハビリテーションは少人数の職場が多く、施設内での研修制度では限界がある。そのため、臨床業務に即した外部研修の場ともなっている。

今後は、医療から介護、及び介護保険サービス内における多職種連携（協働）を研修テーマとして、療法士以外の専門職のシンポジストを迎え、ディスカッションを行う予定である。また、多職種連携能力の強化のための各種研修会（ケースメソッド協会、ファシリテーター協会等）への参加もあっせんしている。

また、新卒者や急性期・回復期経験のある療法士が、初めて維持期リハビリテーションに従事する場合、様々な問題に対して対応が困難となる場合が多くある。その様な場合、当連絡協議会では会員施設において研修制度を行うことができるよう検討中である。



図6 研修会の様子

訪問リハ連絡協議会	通所リハ連絡協議会	合同研修会
<ul style="list-style-type: none"> 在宅における嚥下・呼吸リハビリテーション 在宅復帰に向けた多職種連携の困難事例 	<ul style="list-style-type: none"> 地域リハビリテーション、ケア発展のための課題 高齢者におけるリハビリテーション効果の検討 介護保険の改正について 通所リハにおける認知症短期集中リハ加算について 	<ul style="list-style-type: none"> 今後のみえ地域ケア体制整備構想の課題 地域連携パスの現状・効果・課題 医療保険から介護保険への連携

表1 研修会テーマ一覧

(3) 実態調査

松阪・多気地区において年1回訪問及び通所リハビリテーションの事業所の実態調査を行っている。主に従事する療法士の内訳や、リハビリテーションの実施人数、介護保険制度の改正に伴う新設加算の状況把握などに努めている。結果は会員施設に公表され（事業所を匿名化し、外部にも学会等で公表している）、全国データと比較するなどして、各事業所で活用している。

5 課題・提言

当連絡協議会が課題と考えている点は次の2つである。第1にリハビリテーション提供量に地域格差がある。第2に維持期リハビリテーションに対する認識不足（知識・理解へのアピール不足）である。

第1のリハビリテーション提供量に地域格差があることに関して、図7が示すように各事業所において利用者に対するリハビリテーション提供量には格差がある。

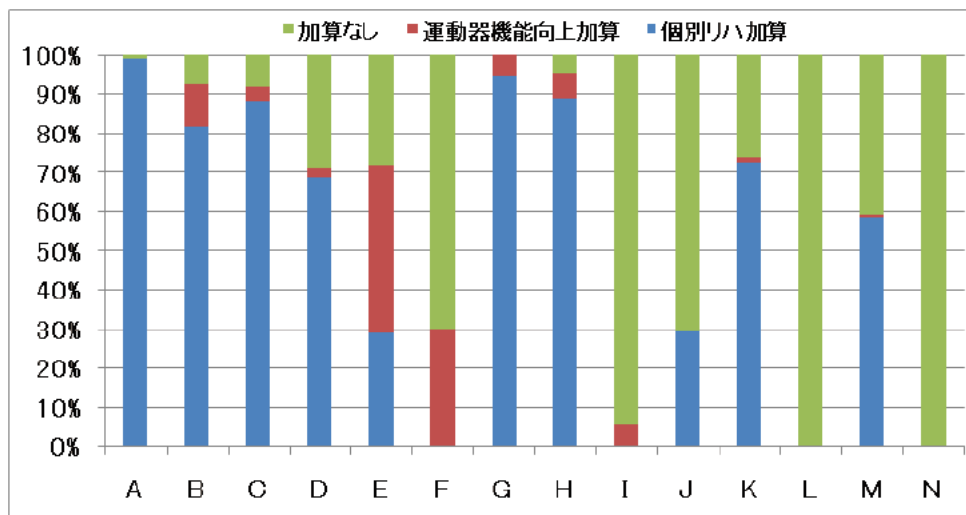


図7 通所リハビリテーション利用者におけるリハビリテーション実施状況

この原因として、次の3点があげられる。第1に療法士の人員が不足している。第2に通所リハビリテーションの利用定員の問題。第3に通所リハビリテーションも含め介護保険サービスの整備率の地域間格差である。これらの原因が負の連鎖として起こり、

このような現状を引き起こしている。

例として、リハビリテーションの効果を出す事ができたとしても、療法士の人員が不足しているため、サービス開始前の実調や、サービス担当者会議等に参加できない事が多い。その結果、通所リハビリテーションから通所介護等へ移行する事が可能な利用者に対して、適切な対応ができていない。また、通所介護等の介護保険サービスが地域によっては整備不十分のため、利用目的が「入浴」や「レスパイト」「外出」のみでも通所リハビリテーションの利用を継続せざるを得ない。そして、長期利用者のために利用定員に空きが少なく、新規の利用者の受け入れが困難となり、短期集中及び個別リハビリテーション加算の対象者など必要なリハビリテーションを受ける事が出来ていない者が存在している。そのため、短期集中及び個別リハビリテーション加算の対象者が伸び悩み、事業所側も療法士を増員させる必要がなく、慢性的に人員不足は解消されていない。

以上のような状況を解決するためには、訪問・通所リハビリテーションのみならず、その他の介護保険サービスの整備率を含めて、行政が関わる必要があると考える。特に当該地域は、過疎地区も多く事業所当たりの採算性を考えると、民間の医療法人等に任せるのみでは一向に整備率は上がらず、上記のような状況が続き、結果として利用者が必要なサービスを受けることができない。

第2の維持期リハビリテーションに対する認識不足（知識・理解へのアピール不足）に関して、開業医やケアマネージャー、その他介護保険サービス提供側の維持期リハビリテーションに対する知識・理解が不足していると感じる事が多い。その背景には維持期リハビリテーションのデータを収集し、その効果をしっかりと示すことができていない現状も大きな要因であると考ええる。

そのため、維持期リハビリテーションの知識・理解を高めていくためにも、当連絡協議会内の活動だけではなく、行政、医師会、各専門職団体の協力を得て、問題解決に取り組む必要があると考える。