

慢性期脳卒中後遺症への集中リハビリ療法の 成果と保険診療上の課題

おのけいじ¹⁾ 木さとしろう¹⁾ さかいやすお¹⁾
 みたにしふみ¹⁾ いしだとおる²⁾
 三谷俊史 石田徹

キーワード：脳卒中後遺症，慢性期，集中リハビリテーション，
障害ドック，FIM

要 旨

地域で生活している慢性期脳卒中後遺症者の機能が退行する場合、廃用症候群として集中リハビリ対応すればよいという指摘がある。しかし、懸命に機能維持の生活をしようとしても痙縮・変形・嚥下増悪等による機能退行が生じ、集中的なりハビリ医療再開の適応が生じる場合が往々にしてある。

そこでH18年4月に出された疑義解釈(問38)を活用し集中リハビリ療法を平均58.9日行った58例の脳卒中後遺症について、主に検討した。56例(97.6%)の症例でなんらかの機能・能力の改善を得られ、機能的自立度(FIM)利得は平均3.5であった。FIM不変例でも機能が向上するなど、患者・家族はほぼ満足していた。在宅から入院した症例は全例が在宅に戻った。

脳卒中後遺症者の機能退行を「障害児・者リハ」のような特殊なりハ枠で拾い上げるのではなく、「脳血管リハ」でのリハ再開が可能になる医療保険規定を望む。

はじめに

H18年度の診療報酬改定で「疾患別リハビリテーション」体系が導入され、医療保険で行うリハビリテーション(以下リハと略す)診療は保険診療の運用上の複雑さを増してきている。とくに、急性期・回復期のリハビリ診療を終了し、地域内生活

に復帰していた脳卒中後遺症者の障害が再び増悪した場合のリハビリ対応が難しくなった。「疾患別リハ」では保険診療を請求できるリハビリ診療の上限が決められ、それを超える場合は原則うち切られる。上限を超えて認められるのは表1に示す状態で上限を超えても改善がみこまれる場合だけである。原則打ち切りへの反発が全国で生じ、月13単位(1単位が20分間のリハビリ療法)までのリハビリ療法継続は認められることになった。しかし、この程度のリハビリ療法では機能維持が難しく、一定期間(1

Keiji ONO et al.

1) 出雲市民リハビリテーション病院リハビリテーション科

2) 同 内科

連絡先：〒693-0033 出雲市知井宮町238

表1 上限を超えてリハが認められる場合の患者規定

別表第9の8	心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者
1 失語症、失認及び失行症の患者 高次脳機能障害の患者 重度の頸髄損傷の患者 頭部外傷及び多部位外傷の患者 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) の患者 心筋梗塞の患者 狭心症の患者 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者 難病患者リハビリテーション料に規定する患者 (先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く) 障害児 (者) リハビリテーション料に規定する患者 (加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る) その他別表第9の4から別表第9の7までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者 2 先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者 障害児 (者) リハビリテーション料に規定する患者 (加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く)	
別表第9の9	心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する別に厚生労働大臣が定める場合
1 別表第9の8第1号に規定する患者については、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 2 別表第9の8第2号に規定する患者については、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合	

～2ヶ月)の集中リハビリ療法を含む「楔型強化リハ」が必要な症例には、この制度は無効であった。

そこで当院は打開策として「疾患別リハ」の「障害児・者リハ」料の施設基準をH18年4月に取得し、H18年4月に出された質疑解釈 (表2, 問38とその答: 以下Q38と称す) を活用し、医療

保険による集中リハ (入院が主, 稀に外来で応じるケースもあり) を開始した。「障害ドック」^{1,2)}と仮に称するこの制度の運用法と初期的成果は既報のとおりである。

地域に生活する脳血管等疾患の後遺障害者の機能が退行する場合は、「疾患別リハ」の「脳血管リハ」料に含められている廃用症候群の病名で対応すればよいのではないかという指摘もあるようだ。しかし、実際には懸命に機能維持生活をしようとしても痙縮・変形増悪等による機能退行が生じ、集中的なリハビリ診療再開の適応が生じる場合が往々にしてある。

本稿の目的は、「疾患別リハ」体系の不備を補うために当院で行ってきた取り組みの現状と成果を報告し、制度の欠陥点を改善するための施策を提起することである。

対象と方法

過去4年間に当院の「リハ相談外来」を受診した症例は258例である。このなかで「障害ドック」

表2 脳卒中後遺症に対する集中リハ料算定の根拠

事務連絡 平成18年4月28日 厚生労働省保険局医療課
疑義解釈資料の送付について (その5)
「診療報酬の算定方法」(平成18年厚生労働省告示第92号)等については、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」(平成18年3月6日保医発第0306001号)等により、平成18年4月1日より実施しているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1のとおり取りまとめたので、参考までに送付いたします。
(問38) 脳卒中により神経障害を来し麻痺や後遺症のある患者については、障害児 (者) リハビリテーション料に規定する「神経障害による麻痺及び後遺症」に含まれるため、算定日数上限の適用除外となるのか。
(答) 脳卒中等の脳血管疾患により麻痺や後遺症を呈している患者であって、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れば対象となる。なお、治療の継続により状態の改善が期待できるか否かについては、定期的に客観的な評価を行った上で医師が適切に判断すること。

を活用し集中リハビリ療法を一定期間行ったのが197例（74.4%）あった。このなかから、脳卒中後遺症75例（39.1%）を先ず分析、次いでQ38の枠でリハビリ療法を行った症例・他を検討した。

リハビリ療法は原則として平日に6単位、土曜日に3単位行った。これらの症例の年齢、性別、基礎傷病、障害状況、主な合併症、リハビリ診療（リハビリ療法含む）の期間、改善の状態、ADL（機能的自立度評価度：Functional Independent measure: FIM）の変化、入院（または外来通院）の期間、入院（または今回のリハビリ開始）前の所在、退院先、退院（または終了）後のリハビリ計画についてカルテから後方視的に集計した。統計学的な分析はWilcoxon 検定を用い、有意水準をP<0.05を有意水準とした。

結 果

対象75症例の年齢は平均68歳（35～92歳）、性別は男が53例（70.7%）を占め、基礎傷病は脳梗塞33例、脳出血30例、梗塞・出血両方が12例であった。主障害は右片麻痺25例、左片麻痺29例、四肢体幹筋力低下11例、パーキンソン症候群2例、

構音・摂食・嚥下障害4例、高次脳機能障害3例、失語症1例。主な合併症は高血圧32例、糖尿病10例、高脂血症10例、狭心症3例、心房細動4例、てんかん5例、うつ状態4例、慢性心不全2例、その他5例であった。

この内、Q38を活用しリハビリ加療したのが58例（77.3%）あった。この内3例は外来でリハビリ加療を行った。

この他に、廃用症候群でのリハビリ入院が11例（14.6%）、Q38で術前リハビリ入院し「運動器リハビリ」で術後リハビリ入院を行ったのが4例（5.3%）、別のリハビリ対象疾患がみつきりそれでのリハビリ入院が2例（2.7%）であった。

Q38でのリハビリ加療入院（または通院）58例の加療期間は平均58.9日（11～118日）であった。

加療後にFIMは有意に向上し、表3に示すように、加療後のFIM向上例が34例（58.6%）あり、FIM利得は平均3.5であった。FIM利得幅は初年度には低値であったが近年は向上していた。また、表4に示すように56例（97.6%）の症例で、なんらかの主な機能・能力の改善を得られた。FIM不変例でも機能が向上し、または不変でも

表3 慢性期脳卒中後遺症のQ38による集中入院によるFIMの変化・利得（N=58）

	例数	FIM 向上例 (占める割合)	リハビリ開始時FIM値 (平均)	リハビリ終了時FIM値 (平均)	FIM利得 (平均)
H18年度	20	5例 (25.0%)	87.7 (33~124)	88.1 (33~124)	0.5(-2~3)
H19年度	13	11例 (84.6%)	68.9 (19~116)	72.7 (20~119)	3.7(0~14)
H20年度	7	5例 (71.4%)	84.3 (19~110)	89.7 (19~115)	2.6(0~8)
H21年度	18	13例 (72.2%)	97.9 (56~124)	98.6 (64~124)	7.0(0~38)
計	58	34例 (58.6%)	86.2 (19~124)	88.1 (19~124)	3.5(0~38)

表4 慢性期脳卒中後遺症のQ38による集中入院による機能・能力の改善点 (N=58)

主な改善点	例数(割合)
上肢機能・能力の改善	18 (30.5%)
歩行機能・能力の改善	15 (25.4%)
移乗介助量の軽減	5 (8.5%)
摂食・嚥下能力の向上	6 (10.2%)
高次脳機能の改善	3 (5.1%)
コミュニケーション能力の改善	3 (5.1%)
関節可動域の改善	3 (5.1%)
腰痛の軽減	2 (3.4%)
排尿機能の改善(膀胱カテ抜去)	1 (1.7%)
嚥下造影でムセの無い誤嚥判明	1 (1.7%)
胃瘻適応の了解	1 (1.7%)

障害への対応法が決定でき、患者・家族はほぼ満足していた。

一方、廃用症候群で入院リハした群11例ではFIMは10例(90.1%)で向上し、平均65.3(29~94)から平均71.5(30~102)へと有意に増加していた。FIM利得は平均6.2(-5~17)であった。

機能・能力が退行し集中リハ入院した75例のうち、在宅から72例(97.3%)が入院し、全例(100%)が在宅に戻った。

退院後は3例(4.0%)で外来リハ継続以外はリハ終了とした。主なリハ的なフォローの方法はデイサービス16例、他院で通院リハ3例、デイケア4例、訪問リハ4例、訪問看護3例、電話フォロー9例、何かあれば当院へ連絡して相談が33例であった。

考 察

今回の検討でQ38での集中リハ入院することで引き続き在宅生活を維持できた症例は100%に達し、脳卒中後遺症者にとって「障害ドック」が機

能や能力の維持・向上に欠くべからざるシステムであることがうかがえる。

保険診療でリハを行う場合に、「疾患別リハ」制度と「リハ期限」が導入され、医療リハを遂行する際の足かせが重くなり煩雑になった。

これらの制度の問題点の一つとして、脳卒中後遺症のような頻度の多い病名が、「疾患別リハ」から当初から漏れていた点が挙げられる。脳卒中については発症後からの断続のない流れでしか、リハのニーズの想定がなされていなかった。脳卒中後遺症者が懸命に機能と維持・向上の努力を続けていても、機能の退行・ADL低下が出て来ることへの医療リハ対応が考慮されていなかった。

しかし、今回われわれは、「障害児・者リハ」のリハ施設認定を得ていたため、Q38で合法的に患者要望に対応することができた。しかし、この施設基準は外来のリハ患者の7割が表5に示すような脳性麻痺や発達障害等である必要があり、当院のように発達障害センターを外来リハ機能の中心の一つに位置づけている特殊な病院でないと取得が難しい。

リハが期限を超えて継続できる傷病については既に表1で示したとおりであるが、これは発症からリハ療法を断続なく継続していた場合のみを想定した制度であり、リハ療法を一旦終了していた場合の復活には、この表1の規定は無力である。

「障害児・者リハ」の制度は、僻地や離島など小児リハ専門施設に恵まれない地域で、都会地の当該施設に通えないため地元の中小病院へ通ってのリハ療法を余儀なくされる場合を想定してつくられた経緯がある。規定では「リハ計画書」の作成が指示されており、当院では小児用のFIM(Wee FIM)³⁾を含んだリハ総合実施計画書の様式を使用してリハ計画を定期的に説明している。と

表5 障害児・者リハ料の対象患者

Q38で、脳卒中後遺症者は神経障害による麻痺および後遺症の患者に含まれることになった。

別表第10の2	障害児(者)リハビリテーション料の対象患者
脳性麻痺	※脳性麻痺の患者 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害 ※胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者(脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む) 顎・口腔の先天異常 ※顎・口腔の先天異常の患者 先天性の体幹四肢の奇形又は変形 ※先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者(先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む) 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症 ※先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者 先天性又は進行性の神経筋疾患 ※先天性又は進行性の神経筋疾患の患者(脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む) 神経障害による麻痺及び後遺症 ※神経障害による麻痺及び後遺症の患者(低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等の患者を含む) 言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害 ※言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者(広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む)

ころが、「疾患別リハ」でリハを行った場合はリハ計画書料が取れるのに、「障害児・者リハ」ではコスト算定が可能か明記されていない。この不合理さは是正されて然るべきで、現実に幾つかの某県ではリハ計画書算定を認めているという。

新聞記事やテレビ報道によると、介護保険で訪問リハを受けていた脳卒中後遺症者の歩行が困難になるも、2週間の入院集中リハで再び歩行が可能になったといった取り組み⁴⁾が最近紹介された。この脳卒中維持期の入院集中リハを行っている病院の存在する県の担当局では、この取り組みを「脳血管リハ」でコスト算定を認めているという。

いずれにしても、脳卒中後遺症等の維持期にある患者が機能・ADL遂行上で困難な問題に直面しているとき、その病態や対応法について、リハ科医の正確な判断が必要なことはいままでもない。こうしたリハ科医の努力を担当局が認めていく趨勢にあることは歓迎したいし、責任も重い。

幸い、本稿で示すように、われわれの取り組みは一定の成果をあげつつある。その背景には、維持期の脳卒中後遺症者に対して、近年新しい診療

技術(促通反復療法⁵⁾、プリズム適応療法⁶⁾、IVES⁷⁾、振動療法⁸⁾、磁気刺激療法⁹⁾、つり下げ式歩行器¹⁰⁾、下肢変形への筋・腱分離術¹¹⁾などを導入するとともに、リハ療法士の増員と技量向上を含む当院のリハ診療体制整備により、正確な予測ゴール達成¹²⁾に向け、一人一人にしっかりリハ療法が取り組めるようになったことも大きい¹³⁾。

脳卒中後遺症者が「障害ドック」で集中リハ入院を行う場合は、「回復期リハ病棟」の当該ベッド以外の病床利用となり入院料も約1/3、リハ療法単価も6割程度となり、経営的には苦しいものがある。それでもわれわれがこの集中リハ入院システムを続けているのは、脳卒中後遺症など維持期にある障害者の強い要望があるからである。介護保険での集中リハを厚生労働省は提起してきているが、適応者をどうリハ医学的な眼で拾い上げていくのか示されていないし、実際に効果の上がる制度となるかどうか検証は行われていない。

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) 木佐俊郎, 小野恵司, 石田 徹, 酒井康生: 慢性期障害者に対する集中リハ入院—「障害ドック」の試み—. 島根医学27: 32-37, 2007
- 3) 里宇明元: 小児リハビリテーションの評価尺度 ADLの評価尺度(1)—Wee FIM—. 臨床リハ9: 1075-1086, 2000
- 4) 産経新聞編集部: メンテナンス・リハビリ. 入院集中リハで歩行可能, 在宅で機能低下の患者対象, 家族, 本人に心理的効果も. 2010年1月21日, 産経新聞
- 5) 三谷俊史, 木佐俊郎, 酒井康生・石田 徹, 小野恵司: 脳卒中片麻痺に対する促通反復療法の効果. 総合リハ38: 165-170, 2010
- 6) 水野勝広, 辻 哲也, 里宇明元, 木村彰男: 最近の脳卒中リハビリテーション技術 半側空間無視に対するリズム適応療法. 総合リハ35: 1409-1418, 2007
- 7) 笠島悠子, 藤原俊之, 村岡慶裕 ほか: 慢性期片麻痺患者の上肢機能に対する随意運動介助型電気刺激 (Integrated Volitional control Electrical Stimulator: IVES) と手関節固定装具併用療法の試み. リハ医学43: 353-357, 2006
- 8) 野間友一, 衛藤誠二, 松本秀次 ほか: 脳卒中片麻痺上肢への痙縮筋直接刺激による痙縮抑制効果. 作業療法27: 119-127, 2008
- 9) 酒井康生, 木佐俊郎 ほか: 脳卒中陳旧例4例に対する経頭蓋磁気刺激療法併用の効果. 第47回日本リハビリテーション医学会抄録集, 2010年5月, 鹿児島.
- 10) 元田英一, 小山憲路, 田中宏太佳: 脊髄損傷者の歩行再建 吊り上げ装置式トレッドミル歩行. 日本義肢装具学会誌21: 146-152, 2005
- 11) 浅山 滉: 障害者にみられる足・足しの問題と対応 脳卒中の足部変形. 総合リハ38: 396-397, 2010
- 12) 酒井康生, 木佐俊郎, 小野恵司, 三谷俊史, 石田 徹: 回復期リハビリテーションにおけるリハビリテーションゴール的中率. 臨床リハ: 18: 851-854, 2009
- 13) 木佐俊郎, 小野恵司, 酒井康生, 石田 徹: 高い在宅復帰率を達成できた要因の検討 —リハビリテーション専門病院からの報告—. 島根医学28: 60-66, 2008