

総 説

内科医が知っておきたいリハビリテーションの知識 (その1)
—医療保険・介護保険とリハビリテーション—

万 歳 登 茂 子*

<はじめに>

2002年の医療保険の改革でリハビリテーション(以下リハと略す)は戦後で最も大きな変革を受けた。その詳細は後述するとして、近年リハに関しては、その概念すらも変化が認められる。「リハビリテーション」という言葉自体が日本語に訳しにくく、「全人間的復権」と訳されていたがその概念は十分に理解されてはいなかった。

従来の医学が治療学であり、疾病を対象としてきたのに対し、リハは疾病のみでは説明できない「疾病の諸帰結」としての「障害」として捉えられてきた。このため国際疾病分類(ICD)ではなく、国際障害分類初版(ICIDH)の中で対応してきた。

しかし世界的に障害・障害者に対する環境が変化することにより、マイナスのイメージを持った障害を、健康状態という中立的なプラスのイメージとして考えるようになった。すなわち従来の国際障害分類(ICIDH)では図1に示すような一方方向の概念であったが、2001年5月にWHO総会で成立した新しい国際障害分類改定版(ICF)は、図2に示すような双方向的なモデルとなった¹⁾。

このことはリハの定義が、世間一般にはきわめて狭義な「理学療法・作業療法・言語聴覚療法」と認識されているレベルから、「障害を持ちながら、再びその人らしく生き生きとした生活ができるようにすること」と言う本来の定義に近づいたと考えてよい。この新しい考え方に基づいたリハの知識を本稿で概説する。

<リハビリテーションにおける評価>

一般の医学すなわち治療学においては、検査・診断→(投薬処方)→治療の流れである。

しかしリハにおいては医学的評価→リハ処方→訓練の流れであり、訓練はパラメディカルによって実施される(図3)。

医学的評価では(1)機能障害に対しては、筋力検査、関節可動域検査などを施行し、(2)活動制限(能力障害)に対しては日常生活活動(ADL)を評価し、(3)参加制約(社会的不利)に関しては生活環境を評価し、その評価に基づいてリハ処方なされる。

リハ処方は投薬処方と同じで、医師がその内容に関しては全責任を負う。従ってリハ処方において必要な点は、目標設定、注意事項、禁忌事項などをきちんと行うことである。

具体的な訓練内容(筋力強化や関節可動域改善の方法など)はパラメディカルに任せてもよい。また医学的評価を適時行って、訓練内容の変更や、目標の変更などの指示を出す。

2002年4月の診療報酬改定で、整形外科など物理療法中心のリハを行っていた施設において混乱が生じたのは、この点を十分理解していなかったためと思われる。惰性的に頻回に物理療法を施行しているならば、家庭用マッサージ器や街中のカイロプラクティックと何ら変わらないことになり、医療保険費増加を抑制したい厚生労働省の標的になったと推測される。

<医学的リハビリテーション>

リハビリテーションは医学的リハビリテーショ

*愛知医療学院院長(まんざい ともこ)

図1 ICIDH国際障害分類の障害モデル

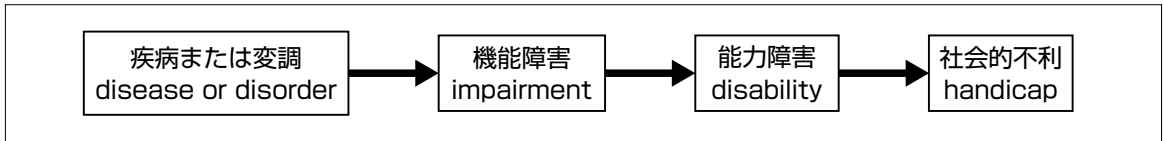


図2 ICF（国際障害分類改訂版）の障害構造モデル

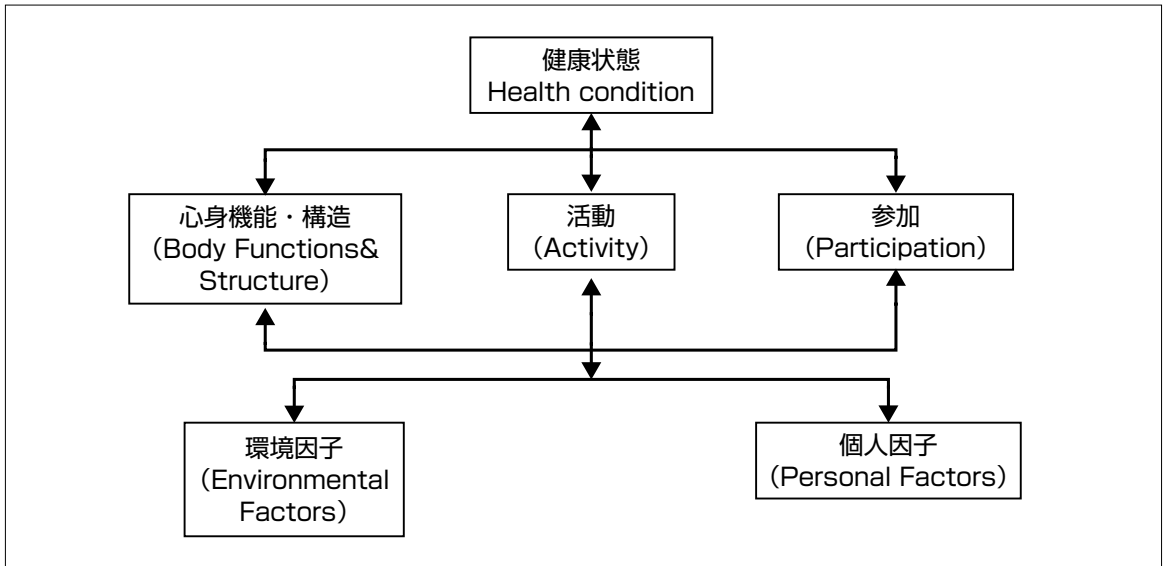
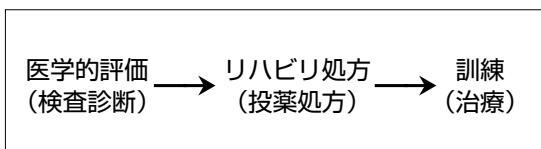


図3 リハビリテーション評価



ンと社会的リハビリテーションとに大別される。一般に病院で行われるのが医学的リハであり、環境整備などが社会的リハと考えられる。医学的リハは急性期リハ→回復期リハ→維持期リハの流れで進む(表1)。

急性期リハは発症時の急性期病院で行われ、ベッドサイドのリハが中心となる。訓練内容は疾患毎に異なり、プライマリ・ケアに準じる。理学療法士(PT)、作業療法士(OT)のみでなく看護師による良肢位保持も含み、目的は廃用症候群などの2次的合併症の予防である。リハにおいては廃用症候群の予防は、ほぼ全ての疾患の、ほぼす

表1 医学的リハビリテーション

急性期リハ	発症後1ヶ月	急性期病院	医療保険
回復期リハ	発症後6ヶ月	回復期リハ病棟 医療療養病床 通院リハ	医療保険
維持期リハ	上記以降	通院リハ	医療保険
		訪問リハ 通所リハ 介護療養病床 老人保健施設	介護保険

べての時期にリハの目的となる。リハ処方時の病名に迷ったら廃用症候群としてもよい。廃用症候群の症状を表2に示す。医師がこの時期に障害の予後予測を立てればパラメディカルは訓練プログラムが立てやすくなる。

表2 廃用症候群

局所症状	全身症状
拘縮 筋萎縮 骨萎縮（骨粗鬆症） 褥瘡	心肺機能低下 消化器機能低下 精神機能低下

回復期リハは一般にはリハ専門病院、回復期リハ病棟、医療療養病床、外来通院で行われる。主な目的は家庭復帰に向けてのADL訓練で、言いかえれば生活訓練である。ここでは各職種による評価・検査を行い、ケースカンファランスにて目標を設定し、リハ実施計画書を作成する。従ってチーム・アプローチが必要であり、期間的には発症後6カ月までが基本となる。

維持期リハはその機能を維持することを目標としており、主に在宅や施設で行われる。機能維持と共にQOLの向上も目指すため、リハの定義そのものと言っても過言ではない。また介護保険などの社会福祉制度をいかに活用するかもポイントとなり、住宅改修の必要性も高い。維持期リハは医療保険においては通院リハであり、介護保険においては訪問リハ、通所リハ(デイケア)であり、一般病院のみでなく介護療養病床、老人保健施設でも行われる。訪問リハに関しては、理学療法士や作業療法士の関わりはまだ少なく、訪問看護師が行っているのが現状である。リハにおいては医学的リハのみでなく、社会的リハも含めた医療・保険・福祉の連携が必要である。

<2002年診療報酬改定>

2002年4月の診療報酬改定でリハに関しては非常に大きな変更があった。表3に示したように理学療法士、作業療法士、言語聴覚士においてはリハ行為そのものの言葉からの変更である²⁾。

また従来から必要であったリハ実施計画は、早期リハ加算として、対象疾患を限定するとともに、リハ実施計画書の作成が不可欠となった。その内容も「しているADL」、「するADL」、「できるADL」など生活重視のものになっている。さら

表3 2002年診療報酬改定による新基準
(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

旧基準		新基準	
複雑 (40分)	個別 (20分を1単位)	複雑 (40分)	個別 (20分を1単位)
単純 (15分)	集団 (20分を1単位)	単純 (15分)	集団 (20分を1単位)
療法士1名につき1日		療法士1名につき1日	
複雑 12名まで	個別 18単位まで	複雑 12名まで	個別 18単位まで
単純 36名まで	集団 54単位まで	単純 36名まで	集団 54単位まで

にインフォームドコンセントの考えからカルテに記載するのみでなく患者・家族にも説明しサインが必要となった。

また前述した早期・回復期・維持期のリハの役割分担が鮮明になった。内容としては種々の早期リハ加算、外来移行加算の新設などで、入院期間の短縮化と在宅重視のリハが進められている。しかし早期加算の対象疾患が十分納得のいく表記ではないため混乱も生じている。

従来、きちんとしたリハ実施計画書もなく、3ヶ月毎の見直しもなく漫然と施行されてきた物理療法中心のリハに対しては、今回の改定で見直しを迫られた。このため物理療法に関してはその適応と禁忌を把握してパラメディカルに指導するとともに、効果判定もきちんと行うことの必要を認識すべきであると思われる。

<2003年介護保険改定>

本来介護保険の基本理念には「リハビリテーション前置」があったはずであるにも関わらず、なおざりにされていた感があった。2003年4月の介護保険の見直しにおいては、リハの位置付けが再確認されたと考えられる。

具体的には訪問リハ、通所リハの個別リハ加算や、介護療養病床や老健施設でのリハ実施計画書の加算などである³⁾。

<おわりに>

リハにおいては医療・保健・福祉との連携は重要である。医療保険・老人保健事業・介護保険との関連を表4に示した。

表4 保健・医療・福祉におけるリハビリテーション

予防的リハ	老人保健 事業	機能訓練 事業など	
治療的リハ	医療保険	急性期リハ 回復期リハ	医学的リハ
維持的リハ	(医療保険) 介護保険	維持期リハ 通所リハ	
	福祉制度		

<参考文献>

- 1) 上田敏：WHO国際障害分類改定について，総合リハ2001；29：1057-1064
- 2) 石田暉、本田哲三：保険診療マニュアル，リハ医学2003；40：269-281
- 3) 青井禮子：介護報酬の改定と介護保険制度改正への方向，日医雑誌2003；130：593-598

従来の治療学では医師と看護師の上下関係が主であったが、リハにおいてはチーム・アプローチの考え方から上下関係ではなく連携であり、リハビリテーションチームという考えに基づいている。しかしチームリーダーとしての医師の立場は治療学と同じである。医師はチームリーダーとして、リハの理念や実際の内容を熟知してその力量を発揮していただきたい。