

---

 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2)

### —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>

前号では医療保険を中心としたリハビリテーション(以下リハと略す)に関して述べた。今回は医学的リハの具体的内容と、介護保険とリハの関係の今後の展望について述べる。

前号記載のポイントは以下である。

- ◆医学的リハは急性期・回復期・維持期の機能分化が明確になった。
- ◆2002年の診療報酬改定で、漫然と施行される物理療法中心のリハに対する査定が厳格になった。
- ◆2003年の介護報酬改定で「リハビリテーション前置」が再確認された。

#### <リハビリテーションにおける医師の役割>

チーム・アプローチが基本となるリハにおける医師の役割は、医学的評価、リハ処方、予後予測である。

医学的評価を表1に示す。電気生理学検査、神経因性膀胱の検査などは専門医に依頼することも多いが、内科医は主疾患や合併症など患者の持っている問題点を把握し、必要なリハ検査を依頼し、その結果から必要な訓練内容を決めて処方する。パラメディカルに依頼する評価は、筋力検査、関節可動域検査、ADL検査、痴呆検査、言語検査などがある。

リハ処方にあたっては、各職種の専門性を把握しておく必要があるが、各職種間で重なる部分

もある。またどの職種が配属されているかにより担当する内容も違ってくるし、疾患により訓練内容も異なる。関連職種の主な訓練内容は表2に示すように大別されるが、作業療法は理学療法に比し、その役割が十分理解されていないのが現状である。作業療法は急性期リハにおいては上肢機能障害に対する訓練であり、回復期リハや維持期リハにおいてはADL訓練などの生活訓練の中心となる。また痴呆も含めた高次脳機能障害の評価や訓練は作業療法の役目である。

言語聴覚士は1998年に国家資格が認められた。その後の高齢化に伴い、失語症や構音障害のみならず、摂食・嚥下障害に対して中心的役割を担っている。

リハにおける予後予測は、現在の機能がリハを行うことにより改善するのか、機能を維持するレベルなのか、機能低下もあり得るかなどを判断する。特に合併症を考慮した予後予測が求められるが、予測であるから厳格に決める必要はなく、また訓練施行中に変更になっても構わない。そのた

表1 リハビリテーション評価

| 主に医師が行う評価   | パラメディカルが行う評価  |
|---|---|
| 画像検査<br>心・肺機能検査<br>運動負荷検査<br>骨量検査<br>電気生理学的検査<br>ウロダイナミック検査<br>嚥下検査 | 筋力検査<br>関節可動域検査<br>日常生活動作(ADL)検査<br>歩行分析<br>言語・失語症検査<br>痴呆検査<br>高次脳機能検査<br>臨床心理検査 |

\*愛知医療学院院長(まんざい ともこ)

表2 関連職種の実習内容

| 理学療法 (PT)                                  | 作業療法 (OT)                             | 言語聴覚療法 (ST)          |
|--|---------------------------------------|----------------------|
| 運動療法<br>筋力増強訓練<br>関節可動域訓練<br>ADL訓練<br>物理療法 | 機能的作業療法<br>ADL訓練<br>高次脳機能訓練<br>前職業的訓練 | 言語訓練<br>聴覚訓練<br>嚥下訓練 |

表3 施設基準

| 施設基準      | 医師     | PT・OT・ST               | 専用面積   | 点数(個別) |
|-----------|--------|------------------------|--------|--------|
| I : A     | 専任常勤2名 | PT : 5名以上<br>OT : 3名以上 | 300㎡以上 | 250点   |
| I : B     | 専任常勤2名 | PT・OT各6名で<br>計15名以上    | 240㎡以上 | 250点   |
| II        | 専任常勤1名 | 専従常勤各1名                | 100㎡以上 | 180点   |
| III       | 週2日以上  | 週2日以上                  | 45㎡以上  | 100点   |
| IV (届出不要) | —      | —                      | —      | 50点    |

め3カ月毎のリハ実施計画書を立てることが義務づけられている。リハ実施計画書はできればチームカンファランスで決めるのが好ましいが、困難であれば医師がパラメディカルの再評価結果や、訓練プログラムをチェックし決定するのみでも良い。2002年の診療報酬改定で体系的見直しがなされたのは、惰性的な効果のないリハを継続することへの警告であった。

#### <施設基準>

リハ実施においては各医療機関は施設基準を申請しなければ診療報酬の対象とはならない。施設基準は表3の(I)~(IV)までである。(I)は総合リハ施設といわれ専任・常勤の医師が2名以上必要で、施設面積の条件も厳しい。(II)は専任・常勤の医師および理学療法士(作業療法士)が1名以上必要で、中規模病院や整形外科や神経内科の専門病院が多い。(III)は医師および理学療法士は専任・常勤である必要はなく、一般診療所が多い。(IV)は保険医療機関であれば規定はないが、診療点数は低い。

2002年診療報酬改定で問題となったのは、主に

(IV)であり、消炎鎮痛等処置の通減が取り入れられ、かわりに「慢性疼痛疾患管理料」が新設された。これは疼痛を主訴とする外来患者に「消炎鎮痛等処置」理学療法(IV)を行った場合に月1回算定できる管理料であり、診療所のみが算定できる。

ここで「消炎鎮痛等処置」について説明する。これには①マッサージ等手技による方法、②器具等による方法、③湿布処置が含まれ、①~③全部施行しても1つのみしか算定できず、同月5回目以降は50%の通減制となった。(2004年改定で早期リハは7回目以降)

#### <物理療法>

リハを掲げる施設では理学療法は必要最小治療単位とされている。理学療法には歩行訓練や日常生活動作訓練の運動療法と、種々の器具を使った物理療法とがある。物理療法は温熱療法、牽引療法、水治療法、電気刺激治療に大別される。一般によく利用される温熱療法を表4に示す。いろいろな種類があり、適応と禁忌があるため、リハ処方を出す時には十分認識しておく必要がある。例えば極超短波(マイクロ波)は心臓ペースメーカ

表4 物理療法（温熱療法）の適応と禁忌

|                 | 適応             | 禁忌                          |
|-----------------|----------------|-----------------------------|
| ホットパック          | 鎮痛・痙性軽減        | 急性期・悪性腫瘍<br>出血傾向・知覚麻痺       |
| 極超短波<br>(マイクロ波) | 鎮痛・慢性炎症        | 急性期・浮腫・生殖器<br>ペースメーカー・挿入金属体 |
| 超音波             | 鎮痛・血流改善・創傷治癒   | 悪性腫瘍・血液疾患・妊娠中<br>眼・脊髄       |
| 低周波             | 鎮痛・廃用筋萎縮・骨癒合促進 | ペースメーカー・妊娠中<br>頸部動脈瘤        |
| レーザー            | 鎮痛・創傷治癒        | 出血傾向・生殖器・眼・甲状腺              |

一装着者や骨折後の金属体挿入者には禁忌である。

牽引療法も物理療法の1つであり、一般には頸椎・腰椎の介達牽引が施行される。しかし頸椎牽引では効果の持続性は認められているが、腰椎牽引では効果の持続性は証明されていない。従って数回実施して効果が認められなければ治療法を変更すべきであり、漫然と施行すべきではない。これら物理療法の機器の保守・点検は薬事法の努力義務となっているので注意が必要である。

#### <介護保険とリハビリテーション>

2000年にスタートした介護保険は、2003年に介護報酬の改定が行われ、2005年には5年経過後の見なおしが行われる。2003年に介護報酬改定で個別リハ加算やADL加算などリハの重要性が再認識された。

2005年の見なおしに向けて「高齢者介護研究会」や「高齢者リハビリテーション研究会」が発足し、2004年1月に「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」として中間報告が出された。その要点は以下である。

- ①要支援・要介護1の高齢者の増加への対応
  - ②廃用症候群を防ぐリハ強化の必要性
  - ③外来リハ、通所リハ（デイケア）の拡充の必要性
- ①においては、介護予防の効果が上がっていないため、生活機能の向上を目標とした予防や教育訓

練が必要である。高齢者が要介護となる原因は、衰弱、転倒骨折、痴呆、関節疾患が多くを占めているため、これらに対する対策も必要である。

②においては、これまでのリハは脳卒中を主要対象（脳卒中モデル）としてきたが、生活機能の低下が徐々に出現する廃用症候群に対する対応（廃用症候群モデル）、痴呆に対する対応（痴呆高齢者モデル）など3つのモデルに分けて対応していく必要がある。

③においては、外来リハでは長期間にわたり効果が明らかでないリハが行われていることの見直しや、通所介護（デイサービス）と通所リハ（デイケア）の境界を明らかにすることが挙げられている。すなわち定期的評価に基づいた、集中的・間欠的リハの必要性が挙げられた。

2000年にスタートした介護保険の維持・発展のためには上記の要点をクリアする必要がある。脳卒中などの急な発症の疾患に対するリハは、リハ専門医が中心となって行われることが多いが、廃用症候群モデルの疾患は、肺炎後や転倒後に生じやすく、多くの内科医が主治医として関わるが多い。このような状態の変化（機能低下）に対して、早期からリハが介入することにより、要介護状態の進行を防ぐことができる。期間を限定した計画的リハが生活機能低下を予防するポイントである。