

リハビリテーションの移り変わり

信州大学医学部保健学科理学療法学専攻

准教授 横川 吉晴



1. 医療制度の変化

平成の30年間（1989年-2019年）には様々な制度の改変が行われてきました。診療報酬改定の見直し、2000年は回復期リハビリテーション病棟が制度化され、同年に介護保険制度が始まりました。診療報酬はマイナスとなり、昭和の時代のような右肩上がりの傾向はなくなっていました。その中でリハビリテーションの診療報酬の算定が簡単（20分）・複雑（40分）から、疾患別に1単位20分で取り扱われることになりました。さらに脳卒中の急性期リハは、上限2時間（2単位）が最大3時間（9単位）に拡大されて、欧米の急性期リハビリテーションに近づいてゆきました。回復期リハ病棟は、入院生活を中心に多職種チームによる集約したリハビリテーション医療を提供することで、自宅への退院を目指すものです。介護保険は自宅での療養・介護を社会的に支援する仕組みですので、脳卒中リハビリテーションは、急性期・回復期・生活期（維持期）といった発症からの時間経過によって、医療保険・介護保険をまたいだものとして行われるようになってきました。

2. リハビリテーション医療の変化

前述の制度変化に対応するように、急性期から離床や身辺動作の自立を支援することで、可能な限り入院期間を短くして、退院を図る医療にシフトしてきました。さらに、無事に在宅生活を過ごすために、介護保険でのリハビリテーションへと、つながってきました。このためには必要な療法士数の充足に加えて、理学療法士（PT）・作業療法士（OT）・言語療法士（ST）の業務範囲も広がってきました。こうして病院に配置される療法士数は増加しました。一之瀬脳神経外科病院でも、平成5年にはPTが2名でしたが、平成30年にはPT18名、OT12名、ST4名

(計 36 名) となっています。介護保険でのリハビリテーションである、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションには、PT7 名、OT3 名、ST1 名 (計 11 名) が関わっています。

平成の時代には、日本独自の脳卒中治療ガイドライン (2004 年、2009 年、2015 年) が発表されるようになりました。最新のものでは①不動・廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作 (ADL) 向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとに、できるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められる (グレード A)。その内容には、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などが含まれる。②脳卒中ユニット、脳卒中リハビリテーションユニットなどの組織化された場で、リハビリテーションチームによる集中的なリハビリテーションを行い、早期の退院に向けた積極的な指導を行うことが強く勧められる (グレード A) とあります。

臨床研究が進み、様々な治療手段が開発されるようになってきました。損傷脳の機能回復と、これまで行われてきたリハビリテーション医療との関連が明らかになってきました。脳に直接働きかける反復経頭蓋磁気刺激や経頭蓋直流電気刺激、様々な練習支援型ロボット (上肢の反復運動を支援する Arm Trainer、下肢の歩行を支援する Gait Trainer など)、麻痺側上肢に対する特定の訓練 (目的指向型運動など)、麻痺側上肢強制使用療法 constraint-induced movement therapy (CI 療法) といった治療方法が行われるようになりました。

3. おわりに

平成から令和の時代へ移り、これからも、脳卒中で療養する皆様に役立つよう、技術的な進歩とともにリハビリテーション医療は変化してゆくと思われます。

横川 准教授のリハビリ治療は、水曜日午前に実施しています。