

2 回復期から維持期への移行に関する問題点

崎村 陽子

新潟リハビリテーション病院

リハビリテーション科

Current Status and Problems in Recovery Phase Rehabilitation

Yoko SAKIMURA

Niigata Rehabilitation Hospital

キーワード：維持期リハビリテーション，地域連携，中枢性麻痺

はじめに

リハビリをめぐる情勢はここ数年間の診療報酬改定の度に大きく変わり，その影響は単に医療従事者の混乱に留まらず，患者治療そのものを大きく変質させリハビリの質の低下を引き起こした。このリハビリの現状を解析するなかからその方向性を考察してみた。

個別リハビリを必要とする中枢性麻痺

脳梗塞や脳出血などの脳血管障害や脳挫傷，脊髄損傷などにより惹起される中枢性麻痺の場合は，病期により筋緊張の状態が変化する。発症や受傷して間もない急性期には弛緩性麻痺の場合が多いが，回復期になり全身の活動性が高まるにつれ筋緊張は亢進してくる。また，不安や精神的緊張によっても全身がこわばり動けなくなることがある。慣れない場所や知らない人と一緒にいるだけでも筋肉はこわばり動きがぎこちなくなることは誰でも経験することであるが，中枢性麻痺の場

合は筋肉の緊張が過剰に亢進し身動きできなくなってしまうことがしばしばみられる。麻痺側のみならず非麻痺側の筋緊張も正常ではなく全身の運動コントロールは困難な場合が多い。片麻痺の場合は体の半分は麻痺していても残りの半分が正常であれば起き上がり，立ち上がり，歩行も難く行えそうであるが，実際はそうではない。一つ一つの動作は重力に抗して体を支えながら重心を移動させる必要があり全身の筋肉が関与しているため半身が動かなくなると今まで使っていた運動プログラムが使用できなくなり動作が困難となる。発症前は当たり前に行っていた起き上がり，立ち上がり，歩くといった動作を以前とは違った筋肉を使って行う新しい運動コントロールのプログラムを脳が作りかえる作業が必要となりその過程がまさしくリハビリ訓練である。病名が同じであっても麻痺の状態は様々であり，さらに年齢，性別，今までの経験と運動能力は人それぞれに異なっている。従って新しい運動コントロールのプログラムを脳が作り出すためのリハビリ訓練は個別に行う必要があり，また，ある程度体をコントロール

Reprint requests to: Yoko SAKIMURA
Niigata Rehabilitation Hospital
761 Kizaki Kita - ku,
Niigata 950 - 3304 Japan

印刷請求先：〒950-3304 新潟市北区木崎 761 番地
新潟リハビリテーション病院 崎村 陽子

できるまでの期間は人によって異なるのは当然である。しかし、現在の医療診療報酬では病名で一律にリハビリ期間を設定しているため病態が重くても軽くても同じ期間設定であるし、合併症の有無も考慮されない。その期間に運動コントロールが獲得できなかった場合は体をうまく使いこなすことができず残っている能力を十分発揮することができない。また、中枢性麻痺の場合は脳の持っている余力が少ないために状況が変化するとそれに適応する能力が著しく劣っている。病院、自宅、施設など環境が異なっただけでも体をうまく動かすことができなくなることが多いため、一旦獲得できた動作でもその時々で変化する体の状態に合わせ訓練を行っていかないと運動能力を維持することは困難である。

維持期における機能低下

当院回復期病棟で180日リハビリを行い自宅に退院したが運動機能維持が困難であった2症例を通して今後の対応について検討した。

症例1は72歳、男性。H19.10脳梗塞発症し右片麻痺と失語症が残存、当院回復期病棟入院にてリハビリ訓練を行った。退院時は家族との意思疎通はかろうじて行えたが喚語困難があり意思表示は困難であった。言語理解は簡単な単語のみであり意思疎通には状況判断が必要であった。右片麻痺は重く上肢は廃用であったが杖歩行は可能となりトイレでの排泄も可能であった。妻と2人暮らしであり妻は車の運転ができず当院への通院が困難なため治療は近医に依頼し通所にてリハビリを行うことにし当院でのリハビリは退院にて終了した。H20年3月28日当院退院後通所リハビリに行ったがスタッフと十分に意思疎通がとれないためになじめず通所を拒否していた。その後けいれん発作があり歩行が困難となりほとんど寝たきり状態となった。食事も摂らなくなり家族が心配し5月13日当院外来受診し入院した。入院時、右片麻痺の状態は著変なかったが食事が十分にとれず脱水と体力低下が著明であった。

入院にて全身状態の改善、リハビリを行い2ヵ月後には再度杖歩行が可能となったが本人、家族ともに自宅での杖歩行に不安があったため自宅では車椅子移動として準備した。日中トイレへの移乗は自立したが夜間は失禁があり夜間のみおむつ対応となった。入浴はデイサービス利用することになったが慣れるまでの間は当院外来で経過観察、リハビリを行い機能低下予防することにし7月に自宅退院した。

症例2は62歳、男性。H18年12月脳梗塞発症右片麻痺、失語症が残存し当院回復期病棟にてリハビリを行いH19年7月自宅に退院した。遠方であり当院への通院困難なため通所リハビリ利用とした。退院時4点杖歩行が家族見守りで可能、移乗動作は自立しており車椅子併用で過ごせるように自宅改修を行った。ポータブルトイレであれば一人で使用可能であった。失語症は改善し日常会話レベルであれば十分に可能であったが遂行機能低下、発動性低下があり常に声かけ、促しは必要な状態であった。退院から約1年後H20年6月に障害年金診断書依頼で当院外来受診した。受診時車椅子移乗全介助、端座位保持不能、起立不能、歩行不能、尿失禁あり常にオムツ使用の状態であった。転倒やけいれん発作などのトラブルはなかったがディサービス以外はほとんど臥床しており徐々に活動性が低下したようであった。本人、家族も入院は希望せず、週一回外来通院で診察時に自宅での生活指導、確認を行い個別機能訓練を行うことにした。デイサービスを利用しながら4ヶ月当院で機能訓練を行った結果、H20年10月現在、端座位保持安定、車椅子移乗自立、屋内歩行見守りで可能、日中は車椅子で過ごし、妻が自宅に居るときは妻の見守りでトイレまで歩行し排泄、妻が留守の時や夜間はベッド脇のポータブルトイレが自立し尿失禁がなくなりオムツが不要となった。今後デイサービスで担当者と話し合いをもち運動メニュー作成し訓練継続して頂き当院での訓練を終了する予定である。

自宅退院後の機能維持に必要なことは

症例1, 2ともに退院後自宅での環境に慣れるまでの期間を個別訓練で対応できれば機能が維持できたと思われる。

平成19年4月の診療報酬改定により医療保険でのリハビリと介護保険でのリハビリは併用できなくなったが、介護保険への移行する場合、約1ヶ月は併用が可能となっている。しかし、この期間で運動機能がかなり良い状態になっていないと通所では対応できないことが多い。また、通所では個別訓練が行えないことが多いため機能維持が困難となる。症例2では自立生活が維持できる状態に機能が回復するまで4ヶ月が必要であった。1ヶ月ではまだ端座位は不安定で重心移動ができず移乗動作は介助が必要であった。1ヶ月で医療での個別リハビリを中止すれば再度機能低下を来したかねない。個別対応を必要とする人の場合は一律な期間設定ではなく状態に応じて個別訓練の場を設定できるように制度の見直しをしなければ状況は悪くなる一方である。

脳血管障害患者は発症から180日経過した後のリハビリは原則終了となる。それ以降もリハビリを継続して行う場合にはリハビリ実施計画書を3ヶ月毎に作成しそれに基づきリハビリを行う必要がある。現在当院では入院患者でのリハビリ実施計画書に基づきリハビリカンファレンスは一症例に約20分掛かっている。実施計画書作成の時間、家族に説明し同意を得るための時間を含めるとさらに時間がかかり一般病院の外来診療で行うには困難であり、現実には一般病院でリハビリを継続

して行うことは不可能に近い。

都市部では介護保険での通所施設で個別リハビリ訓練を行っていたり、訪問リハビリが利用できるが、利用者数が少ない過疎地域では施設やサービスが限られており十分なりハビリが行えていない。このような状況を改善するためには、少なくとも通所リハビリで個別訓練が行えるようにPT, OT, STの増員が必須でありそのためには行政の取り組みが必要である。

介護保険非該当者のリハビリ

一方、介護保険が使えない若年の脊髄損傷や脳外傷などの患者は更に問題が多い。医療の進歩により救命率が高まり合併症をもつ重症な脊髄損傷や脳挫傷患者も多く急性期治療に時間がかかり2ヶ月以内に回復期病棟に転院できないこともある。受け皿となる施設が限られているため在宅で生活できるまで入院せざるをえないのが現状である。若年の脊髄損傷や脳外傷は十分なりハビリを行えば自宅復帰できる場合が多く職業復帰できることもある。そのためには、回復期病棟への転院時期の見直し、回復期病棟入院期間の延長、身体障害者手帳交付、福祉用具給付手続き期間の短縮、リハビリ算定上限の延長などが必要である。また、退院後の機能維持のリハビリを医療保険で行うことは困難な状況であるため介護保険が使えるようにする、或いは、以前行われていた地域の機能訓練事業を充実させ個別訓練が行えるようにするなど現在の医療現場に即した対策が望まれる。