

リハビリテーション医療の流れ

川北慎一郎

恵寿総合病院リハビリテーション科

【要約】

医療全体の機能分化が叫ばれて久しいが、リハビリテーション医療ではすでに、急性期・回復期・維持期のそれぞれのリハビリテーションの役割分化が確立されている。しかしそれぞれのステージにおけるリハビリテーションに課題がないわけではない。急性期リハビリテーションでは、まだまだその絶対量の拡充が必要である。回復期リハビリテーションでは、その地域格差と質的格差が問題とされるようになってきた。また十分な回復期リハビリテーションを受けずに、介護保険でのケアプランに移行している例も依然みられる。そして今後もっとも変革が必要なのが維持期リハビリテーションである。通所や訪問でも、個別プログラムにそったリハビリテーションが受けられる必要があると思われる。さらに急激な日常生活活動の低下に対しても、医療的リハビリテーションや回復期病棟とスムーズに連携できるシステム創りが求められる。これらを実現するため、予後判定、計画作成などリハビリテーション専門医の仕事はまだまだ多いと考える。

Key Words : 回復期リハビリテーション病棟, 維持期リハビリテーション, リハビリテーション専門医

【はじめに】

現在の医療・介護において、医療機能の分化と連携、医療と介護の連携、そして医療と介護の質の確保が大きなポイントとされている。医療全体の機能分化（急性期、亜急性期、慢性期）に先駆けて、リハビリテーション（以下リハ）ではすでに急性期、回復期、維持期と役割の分化がなされている¹⁾。これは2000年の診療報酬改定における「回復期リハ病棟入院料」の制度化と介護保険制度導入によると思われる。その後役割分担が明確になることにより、地域連携も脳卒中等いくつかの疾患で、地域ごとに進められている。

【リハビリテーション医療の流れ】

急性期リハとは、急性期医療を核とした急性期病院における急性期疾患治療中のリハ医療である。急性期病院における課題は在院日数の短縮であることから、その内容は疾病の治療や合併症のコントロールと平行して、発症早期から開始されるリハを意味し、特に臥床による廃用症候群の予防を目的とした早期離床および早期リハ開始が最大の課題である¹⁾。最近では、早期からの呼吸リハや嚥下リハなど感染や栄養管理へのリハ的関与も重視されるようになった。回復期リハとは、亜急性期を担う回復期リハ病棟を中心としたリハ医療であり、集中的リハ医療サ

ービスにより機能回復およびADL（日常生活活動）向上、家庭復帰を目指す医療である¹⁾。近年の脳科学進歩を受け、特に脳卒中の機能回復は従来以上に重視し、アプローチするようになってきている。維持期リハとは慢性期医療におけるリハであり、在宅では外来通院リハ、通所リハ、訪問リハ、短期入所リハなどにより、また入院（療養病床など）および入所（老人保健施設など）により生活機能の維持、向上を目指すリハのことを意味する¹⁾。最近維持期の患者さんでも機能の向上や悪化も高率にみられることから、維持期を（社会）生活期などへ呼び方を変更しようという意見もある。2006年医療報酬と介護報酬の同時改定で、急性期、回復期は医療保険、維持期は介護保険と整理された。それぞれの役割を単純化すれば、重なりはあるが、急性疾患の診断治療は急性期の役割、機能やADL障害の向上が回復期の役割、生活機能の再検・向上が維持期の役割といえる。それぞれのステージのキーワードは疾病、障害、生活であり、その連結部分において的確な情報の伝達求められる、そのことが地域連携を進める要となる（図1）。

各ステージにおける課題もしだいに明確になってきている。急性期リハにおいては、依然早期離床の不徹底、リハ専門医を含むリハスタッフ人員の不足などが指摘されている。回復期リハにおいては、回

回復期リハ病棟の量の充実とともに、そのストラクチャーやプロセスなどの質の格差がアウトカムの違いに反映することが明確になった。つまり配置人員不足、訓練量不足の回復期病棟では、一定期間でのADL向上が十分でないことが指摘されている²⁾。さらに維持期においては、訪問リハに代表される全体的な人員、量の不足と個別的なリハ計画や対応の不足などが指摘されている。維持期へ移行する前に、必要・十分な回復期リハを提供されなかったため、介護が必要となった例や、維持期リハ中の急激なADL低下に対して、それまでと同様の介護的リハが継続されADL回復の機会が得られない例もしばしば見受けられる。高齢者ではすべてのステージにおいて、生活支援のケアプランに先行して自立支援のためのリハサービスが提供されるべきであり、今後取り組むべき医療と介護の連携という課題でもある。

維持期でもADL回復の見込みがなくなった障害者や老人、認知症患者、ガン末期患者などへのリハ医療は打ち切られる傾向にある。これに対して、最後の姿が人間らしくあるためにもリハの技術、手法が必要であると主張するリハ医療関係者も増えており、これが「終末期リハ」という考え方である。「終末期リハ」とは「加齢や障害のために自立が期待できず、自分の力で身の保全をなしえない人々に対して、最後まで人間らしくあるように医療・看護・介護とともに行うリハ活動」と定義される。具体的には、完全を求めない清潔保時、苦痛解除、拘縮予防、呼吸安静、経口摂取、排泄確保や家族へのケアなどへのリハアプローチを指している³⁾。これらはまさにケアや介護との接点となることも多く、リハスタッフとケアスタッフとの連携もアプローチの本質であり大切である。ガン末期の患者さんや、認知症患者さんにもリハはしばしば大きな意義を持つことがある。それはリハにより、自立度が維持、向上する場合だけではない。痛みもあり、自分のことが自分でできなくなると「こんな自分は、生きていても無意味で無価値なので早く死にたい」と感じるそうである。この心の痛みはスピリチュアルペインと言われ、リハがこの痛みを癒すことにしばしば役立つことがあると言われる。この時のリハは結果が重要なのではなく、行うことに意義があると思われる。また認知症になったとしても、1個の人格として扱われ、可能な限りの自由が尊重されねばならないと考える。リハを通じて、認知症の人達の心と向き合うことにより、人としての尊厳を保つことになると実感して

いる。

【結語】

回復期リハ病棟は質の問題、地域格差の問題も生じているが、順調に増え全国で1000病院を越え6万床となり、人口10万あたり50床の初期目標に達しようとしている。まさにリハ医療の中心を担う存在となってきた。今後在宅、維持期リハの充実とともに、通院リハと通所リハの整理や、必要時に回復期リハ病棟を有効に利用できる新しいしくみ創りが求められる。そして必要なリハを必要な時、必要なだけ受けられるようなシステムを構築するようさらなる医療や介護制度の改革が必要と考える。

【文献】

- 1) 浜村明德：高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン，日本リハビリテーション病院・施設協会編，2008，7-47，青海社，東京
- 2) 石川誠：22年度診療報酬改定後の対応，回復期リハ 4：28-35，2010
- 3) 大田仁史：地域リハビリテーション原論，2001，2-39，医歯薬出版，東京

図1 それぞれのステージにおけるリハビリテーション医療の目標と、
適時・適切なリハビリサービスを継続的に提供するために必要な
地域連携および医療と介護の連携を示す

リハビリテーション医療の流れと連携

