

脳梗塞リハビリ めまづ

村井 歩志 (株式会社コスモスケアサービス 脳梗塞リハビリぬまづ)
葛島 優士 (株式会社コスモスケアサービス 脳梗塞リハビリぬまづ
現 医療法人社団いろは会 ふじわら整形外科)

【はじめに】 ～公的保険外サービスの整理～

近年、脳卒中患者に対して公的保険外サービスである自費リハビリを提供する施設が散見される。「QOLを高める保険外（自費）サービス活用促進ガイド～利用者のニーズ実現のために～」¹⁾では、リハビリ専門職等によるパーソナルメンテナンス事例として、AViC THE PHYSIO STUDIO (株)豊通オールライフ)や脳梗塞リハビリセンター (株)ワイズ)が紹介されている。「公的保険外・医療周辺サービス実態調査」²⁾では、前述の医療機関以外の民間事業者が提供する医療行為ではないサービスを「自称リハ」と称し、「自称リハ」は医療周辺とも、自己啓発とも言えるなど、相互に重複なくかつ漏れなく分類することに限界があるとしつつ、リハビリテーションの種類を図1のように分類している。また、日本理学療法士協会の吉倉³⁾も同様に、医療施設による医行為・医師の指示の下で行う「自費リハビリテーション」と、医行為以外・医師の指示なしで行う「自称リハビリ」を図2のように分類している。

今回、脳出血を発症後、約1年7ヶ月後に当「自称リハ」施設を利用し、Functional Independence Measure（以下、FIM）⁴⁾において臨床的意義のある改善をみせた一例について報告する。FIMは回復期リハビリテーションのリハビリテーション実績指数としてアウトカム評価に用いられている診療報酬に関わる重要な評価指標である。「自称リハ」に関する学術的な報告は少ないため本発表は意義がある。

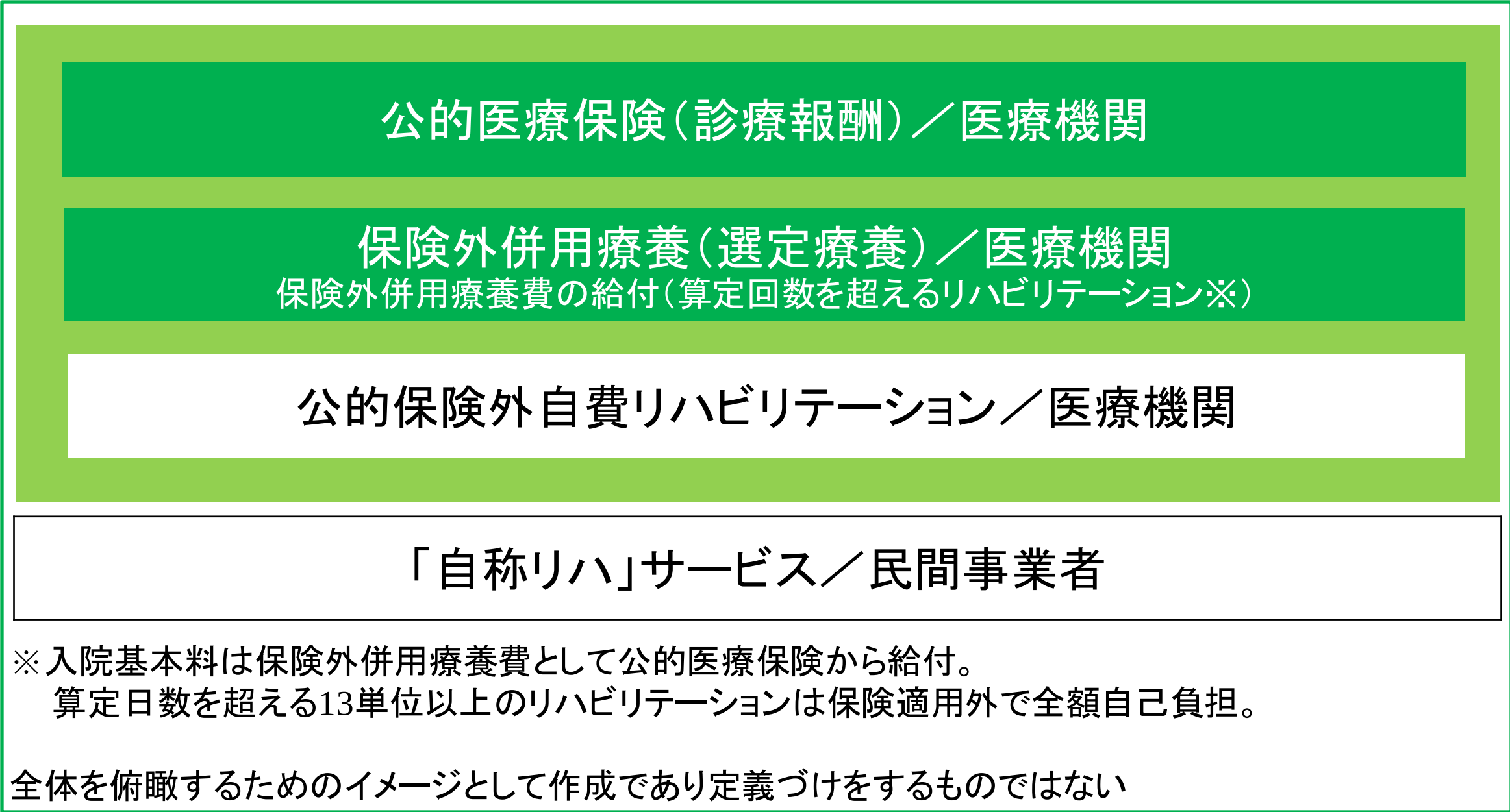


図1 リハビリテーションの種類(粗い区分) 2)より作図

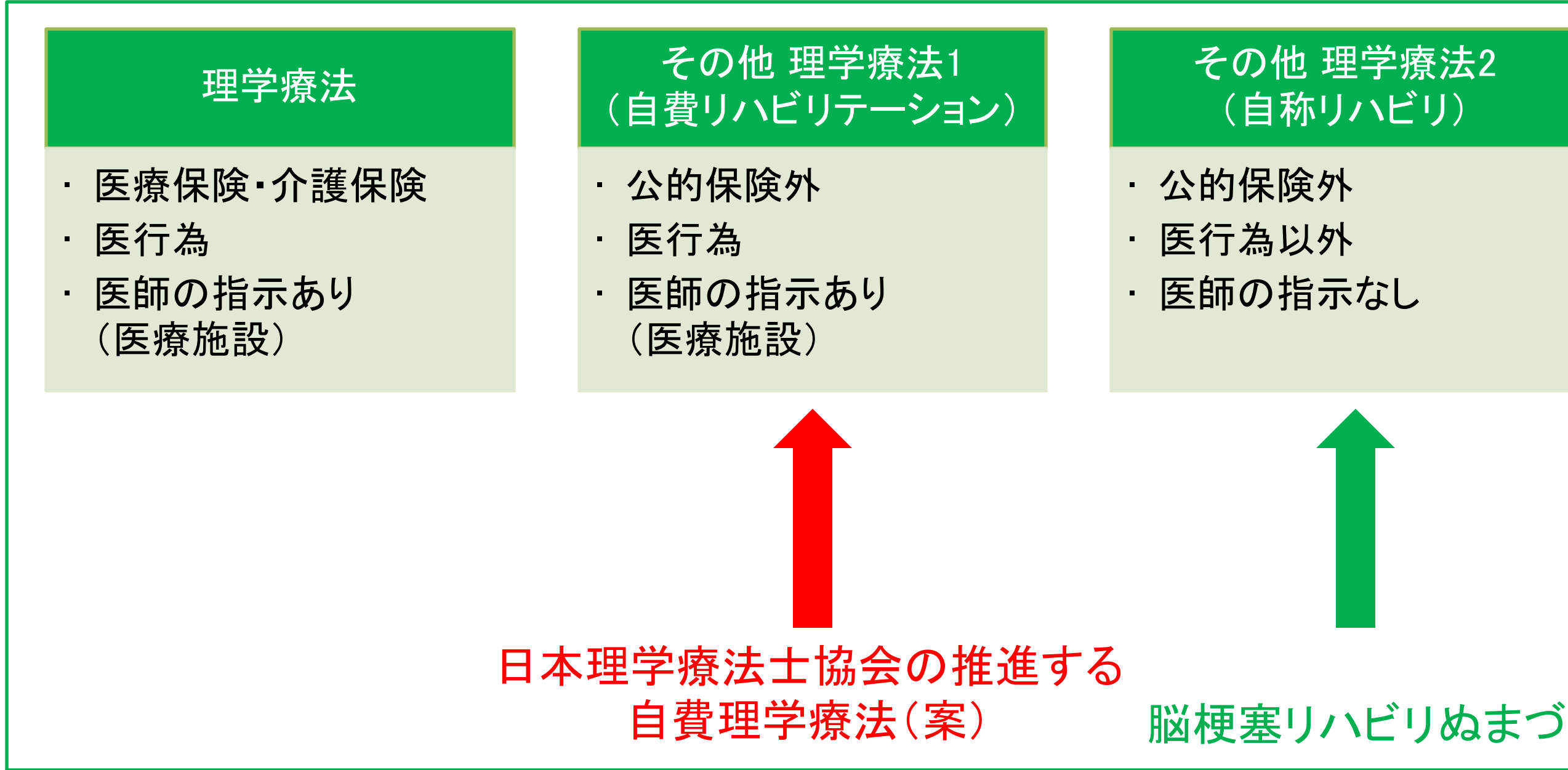


図2 日本理学療法士協会の推進する自費理学療法(案)³⁾より作図

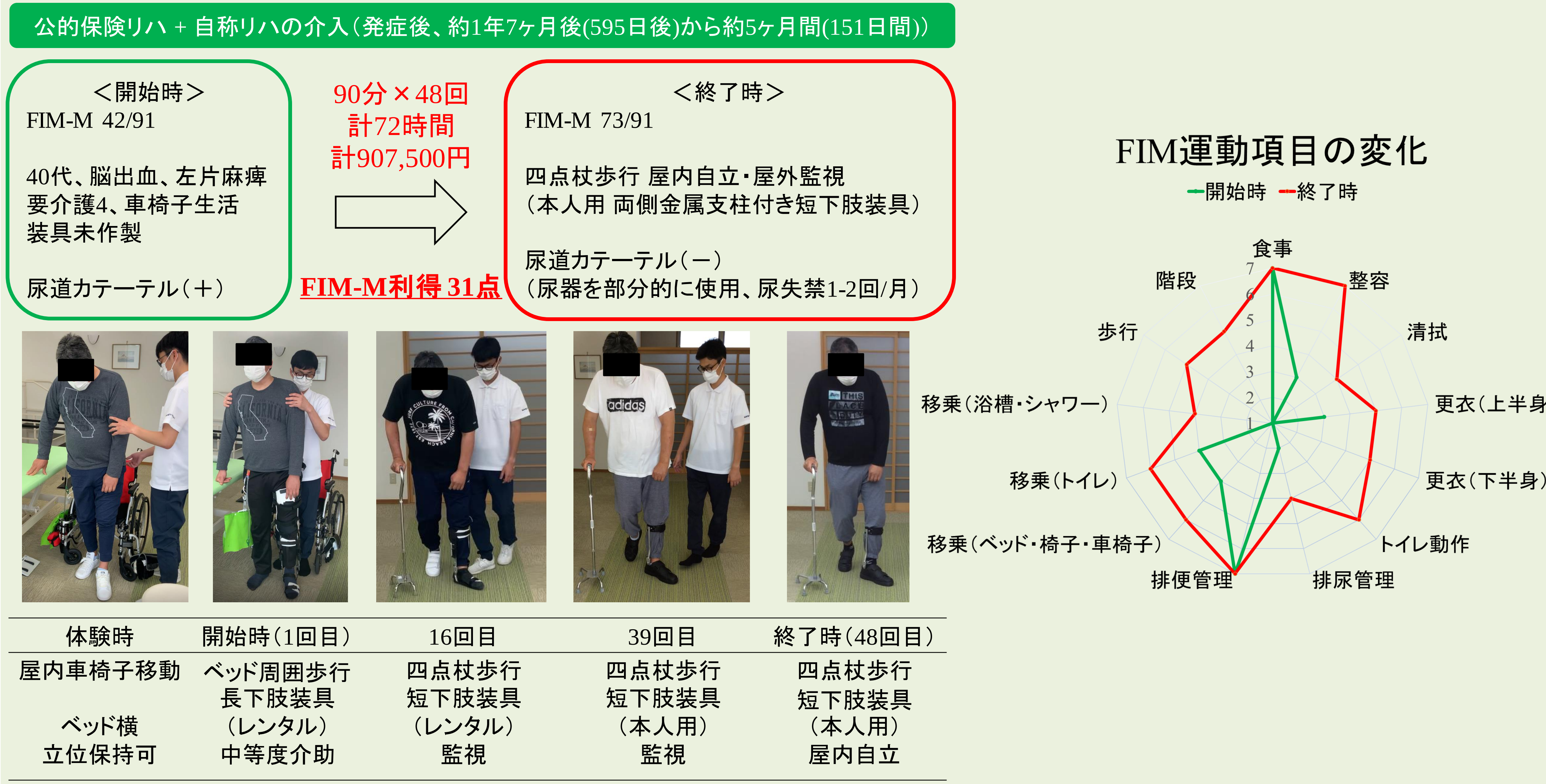
【症例】～車椅子生活レベルの40代の慢性期脳卒中片麻痺患者～

症例は40代の男性である。脳出血による左片麻痺を呈し、発症から約6ヶ月後（196日後）、回復期リハビリテーション病棟を退院した。退院時、要介護4の車椅子生活レベルであり、尿道カテーテルを留置し、装具は未作製であった。その後、約1年1ヶ月間（399日間）、公的保険におけるリハビリテーション（通所リハビリテーション・訪問看護）を利用するも日常生活動作に著しい変化はなかった。

発症から約1年7ヶ月後（595日後）、当施設による介入を開始した。利用開始時、Stroke Impairment Assessment Set 麻痺側運動機能（以下、SIAS-M）（1-0,2-2-0）、FIM運動項目（以下、FIM-M）は42/91点、FIM認知項目は21/21点であった。介入は、1回90分、週2-3回（1-2クール目<1-32回目>は週3回、3クール目<33-48回目>は週2回）とし、理学療法士免許を保有する者が診療ガイドラインを活用し、主に歩行障害に対して実施した。利用開始時からレンタルの長下肢装具を使用した。公的保険におけるリハビリテーションの介入（通所リハビリテーション・訪問看護）は、1回10-20分、週5回の計80分/週であり、関節可動域訓練・ベッド上筋力訓練・歩行訓練（本人用装具完成まで装具未使用）を実施した。

【結果】～四点杖歩行屋内自立～

介入期間は約5ヶ月間（151日間）であり、当施設内の介入は計72時間（90分×48回）であった。料金は、1クール（90分×16回 計24時間）302,500円（税込）であり、本症例は3クルールの計907,500円を支払った。介入期間中、いわゆるインシデント・アクシデントは発生しなかった。利用終了時SIAS-M（1-0,3,3-0）、四点杖歩行（本人用 両側金属支柱付き短下肢装具）屋内自立・屋外監視、5m歩行（至適）16.0秒（14歩）、Berg Balance Scale 48点であった。尿道カテーテルは外れ（尿器は部分的に使用、尿失禁1-2回/月）、FIM-M 73/91点、FIM-M利得は31点であった。



【結論】～公的保険外サービスの可能性と課題～

脳卒中患者に対する公的保険外サービスのリハビリテーションは、医療機関が提供する医師の指示の下で行われる「自費リハビリテーション」と民間事業者が提供する「自称リハ」に分類され、「自費リハビリテーション」が推奨されているものの、「自称リハ」が多数を占めている状況にある。現時点では、それらを明確に分類し、規制することは簡単ではない。

脳卒中治療ガイドライン2021⁵⁾の「生活期のリハビリテーション診療」の項目では、生活期脳卒中患者の歩行機能・日常生活動作に関するエビデンスが示されている。脳卒中患者におけるFIMのMinimal clinically important difference (MCID) (臨床的意義のある最小変化量)は、FIM総得点22点、FIM-M17点と報告されており⁶⁾、「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書【修正版】」⁷⁾では、脳血管系疾患のFIM平均利得は23.3点と報告されている。今回、慢性期に「自称リハ」施設を利用し、臨床的意義があり、回復期リハビリテーション病棟と同等の改善をみせた一例が存在した。このことから、何らかの影響で回復期リハビリテーション病棟入院期間中にFIMが改善しなかった症例に対して、セーフティネットとしての公的保険外サービスの意義と可能性が示唆された。

サービス提供者は利用者に対して、前述の分類について確かに説明し、安全かつ有効なサービスを提供する必要がある、経済的負担も考慮しなければならない。

【倫理的配慮】

本発表について対象者に書面および口頭にて説明し、同意を得た。

【COI開示】

本演題に関連して、開示すべき利益相反はありません。

【参考文献】

- 1) 株式会社 日本総合研究所：QOLを高める保険外（自費）サービス活用促進ガイド ～利用者のニーズ実現のために～、令和元年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）『保険外サービス活用促進に関する調査研究事業』，2020
- 2) 公益社団法人 日本医師会、日本医師会総合政策研究機構：令和元年度商取引・サービス環境の適正化に係る事業（公的保険外・医療周辺サービス実態調査）調査報告書，2020
- 3) 吉倉孝則（日本理学療法士協会 事務局 事業部 職能推進課）：公的保険内および保険外の理学療法士の活躍の可能性．第25回静岡県理学療法学会 講演資料，2022
- 4) 千野直一，椿原彰夫，園田 茂，道免和久，高橋秀寿：脳卒中の機能評価SIASとFIM基礎編．第1版，金原出版，東京，2012
- 5) 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会：脳卒中治療ガイドライン2021．協和企画，東京，2021
- 6) Beninato M, Gill-Body KM, Salles S, Stark PC, Black-Schaffer RM, Stein J. Determination of the minimal clinically important difference in the FIM instrument in patients with stroke. Arch Phys Med Rehabil. 2006 Jan;87(1):32-9. doi: 10.1016/j.apmr.2005.08.130. PMID: 16401435.
- 7) 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書【修正版】．2019