

脳梗塞リハビリ めまづ

・外サービスの整理～

公的医療保険（診療報酬）／医療機関
保険外併用療養（選定療養）／医療機関 保険外併用療養費の給付（算定回数を超えるリハビリテーション※）
公的保険外自費リハビリテーション／医療機関

全体を俯瞰するためのイメージとして作成であり定義づけをするものではない

症例は橋梗塞による右片麻痺を呈した80代の男性である。発症から約5ヶ月後(153日後)に回復期リハビリテーション病棟を退院し、退院日の翌日から当施設を利用した。本症例の希望は、「転ばないように歩けるようにになりたい。」「右手で字を書けるようにになりたい。」であった。利用開始時、要介護3・FIM-M 54/91点・自宅内車椅子駆動および手すり歩行自立(両側金属支柱付き短下肢装具)・T-cane歩行 軽介助(両側金属支柱付き短下肢装具)・5m歩行(最大) 16.9秒(16歩)・歩行速度(最大) 0.3 m/s・Berg Balance Scale(BBS) 40/56点・Timed Up and Go Test (TUG) (非麻痺側回転/麻痺側回転) 46.25秒/41.23秒・Stroke Impairment Assessment Set 麻痺側運動機能(SIAS-M)(0-0, 2-4-0)・廃用手であった。当施設の介入は、1回90分、週2-1回、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・上肢機能障害に対して実施した。公的保険の通所リハビリテーションは、1回30-60分、週3回 利用した。

当施設の介入は、約1年10ヶ月間(684日間)、計252時間(90分×168回)であった。介入後、要介護2・FIM-M 78/91点・FIM-M利得24点・自宅内歩行 自立(杖・装具なし)・屋外T-cane歩行 自立(両側金属支柱付き短下肢装具)・5m歩行(最大)5.0秒(10歩)・歩行速度(最大)1.0 m/s・BBS 53/56点・TUG(非麻痺側回転/麻痺側回転) 11.78秒/12.24秒・SIAS-M(2-1A, 2-4-0)・補助手となり、自動車運転も可能となった。介入期間中、インシデント・アクシデントは発生しなかった。当施設の料金は、16回コース(90分×16回 計24時間) 302,500円(税込)、8回コース(90分×8回 計12時間) 15,500円(税込)であり、本症例は、16回コースを10クール、8回コースを1クール、計3,180,000円を支払った。

	利用開始時 (発症後 約5ヶ月)	利用後 約6ヶ月 (発症後 約11ヶ月)	利用後 約1年 (発症後 約1年5ヶ月)	利用後 約1年10ヶ月 (発症後 約2年3ヶ月)
介入内容	主に歩行障害への介入	主に歩行障害への介入	主に上肢機能障害への介入	歩行障害・上肢機能障害への介入
介入量および介入頻度	1回90分・週2	1回90分・週2	1回90分・週2 (利用後 約1年7ヶ月まで)	1回90分・週1 (利用後 約1年8ヶ月以降)
要介護度	要介護3	要介護3	要介護2	要介護2
FIM-M ※MCID ⁶⁾ 17 point	54/91	71/91 (利得17点)	78/91 (利得24)	78/91 (利得24)
歩行自立度	自宅内車椅子駆動 自宅内手すり歩行 自立 (M-AFO)	自宅内歩行 自立 (杖・装具なし) 夜間のみ車椅子駆動 屋外T-cane歩行 監視 (M-AFO)	自宅内歩行 自立 (杖・装具なし)	自宅内歩行 自立 (杖・装具なし)
5m歩行テスト	T-cane歩行 (M-AFO) 軽介助 16.9秒 (16歩)	T-cane歩行 (M-AFO) 監視 4.87秒 (10歩)	T-cane歩行 (M-AFO) 自立 M-AFOのみ 監視 4.94秒 (10歩)	T-cane歩行 (M-AFO) 自立 M-AFOのみ 監視 5.0秒 (10歩)
歩行速度 ※カットオフ値 ⁷⁾ ＜0.4 m/s 自宅内歩行 ＞0.8 m/s 屋外歩行	0.3m/s	1.0m/s	1.0m/s	1.0m/s
BBS ※カットオフ値 ⁸⁾ ≤44 転倒リスク 高	40/56	52/56	53/56	53/56
TUG (非麻痺側回転/麻痺側回転)	46.25秒/41.23秒	12.66秒/11.56秒	13.51秒/13.58秒	11.78秒/12.24秒
SIAS-M	0-0, 2-4-0	2-1A, 2-4-0	2-1A, 2-4-0	2-1A, 2-4-0
上肢機能	廃用手	廃用手～補助手	補助手	補助手
自動車運転	不可	不可	不可	可
備考			医療機関 装具外来 Brain-Machine Interface デモ	自宅内トレッドミルトレーニング 短対立装具 作製



介入環境



近年、医療保険・介護保険外での理学療法業務が注目されているが、民間事業者が提供する公的保険外サービスは、「自称リハ」と称され、質の担保と利用者保護の観点から課題がある。理学療法士業務指針²⁾の医療保険・介護保険外での理学療法業務には、脳卒中発症後の予防は含まれておらず、改善の見込みのある脳卒中患者や改善への意欲のある脳卒中患者の受け皿は極めて限定的であろう。脳卒中治療ガイドライン2021〔改訂2023〕³⁾の「生活期のリハビリテーション診療」の項目には、生活期（慢性期）であっても健康状態が改善するというエビデンスが示されている。しかし、実際は、専門的・集中的・継続的に脳卒中患者をサポートする環境は希少であり、社会保障費を使わない自称リハは、その役割を担える可能性がある。今回、慢性期高齢患者にも関わらず、リハビリテーション医学における主要アウトカムである歩行能力・上肢機能に加え、政策における主要アウトカムである要介護度・FIM-Mにおいても臨床的意義のある改善をみせた一例が存在した。本発表により、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生活機能が改善し切らなかった症例に対する公的保険外サービスの意義と可能性が示唆された。

【倫理的配慮】
対象者には、症例報告の目的と方法、同意しないことにより不利益がないこと、同意撤回の自由、個人情報保護について、文書および口頭にて説明し、書面にて同意を得た。

【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) 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
- 2) 公益社団法人 日本理学療法士協会：理学療法士業務指針。2022
- 3) 公益社団法人 日本理学療法士協会：2025年度予算概算要求に向けての要望。2024
- 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〔改訂2023〕。協企画，東京，2023
- 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) Perry J, Garrett M, Gronley JK, Mulroy SB. Classification of walking handicap in the stroke population. Stroke. 1995 Jun;26(6):982-9. doi: 10.1161/01.str.26.6.982. PMID: 7762050.
- 8) Alghadir AH, Al-Eisa ES, Anwer S, Sarkar B. Reliability, validity, and responsiveness of three scales for measuring balance in patients with chronic stroke. BMC Neurol. 2018 Sep 13;18(1):141. doi: 10.1186/s12883-018-1146-9. PMID: 30213258; PMCID: PMC6136166.