

慢性期脳卒中後遺症への集中リハビリ療法の 成果と保険診療上の課題

おのけいじ¹⁾ 木さとしろう¹⁾ さかいやすお¹⁾
 みたにしふみ¹⁾ いしだとおる²⁾
 三谷俊史 石田徹

キーワード：脳卒中後遺症，慢性期，集中リハビリテーション，
障害ドック，FIM

要 旨

地域で生活している慢性期脳卒中後遺症者の機能が退行する場合、廃用症候群として集中リハビリ対応すればよいという指摘がある。しかし、懸命に機能維持の生活をしようとしても痙縮・変形・嚥下増悪等による機能退行が生じ、集中的なりハビリ医療再開の適応が生じる場合が往々にしてある。

そこでH18年4月に出された疑義解釈(問38)を活用し集中リハビリ療法を平均58.9日行った58例の脳卒中後遺症について、主に検討した。56例(97.6%)の症例でなんらかの機能・能力の改善を得られ、機能的自立度(FIM)利得は平均3.5であった。FIM不変例でも機能が向上するなど、患者・家族はほぼ満足していた。在宅から入院した症例は全例が在宅に戻った。

脳卒中後遺症者の機能退行を「障害児・者リハ」のような特殊なりハ枠で拾い上げるのではなく、「脳血管リハ」でのリハ再開が可能になる医療保険規定を望む。

はじめに

H18年度の診療報酬改定で「疾患別リハビリテーション」体系が導入され、医療保険で行うリハビリテーション(以下リハと略す)診療は保険診療の運用上の複雑さを増してきている。とくに、急性期・回復期のリハビリ診療を終了し、地域内生活

に復帰していた脳卒中後遺症者の障害が再び増悪した場合のリハビリ対応が難しくなった。「疾患別リハ」では保険診療を請求できるリハビリ診療の上限が決められ、それを超える場合は原則うち切られる。上限を超えて認められるのは表1に示す状態で上限を超えても改善がみこまれる場合だけである。原則打ち切りへの反発が全国で生じ、月13単位(1単位が20分間のリハビリ療法)までのリハビリ療法継続は認められることになった。しかし、この程度のリハビリ療法では機能維持が難しく、一定期間(1

Keiji ONO et al.

1) 出雲市民リハビリテーション病院リハビリテーション科

2) 同 内科

連絡先：〒693-0033 出雲市知井宮町238