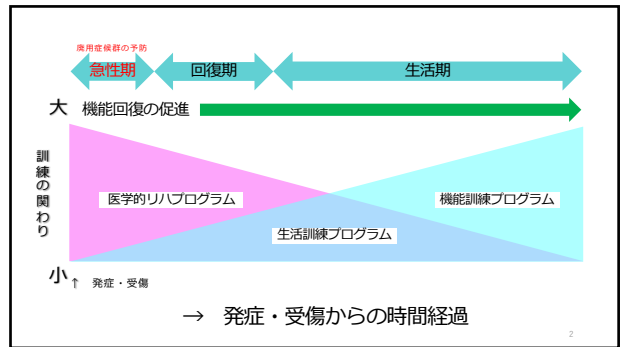


講義

# 病院で行うリハビリテーション

## 医学的リハビリテーション

1

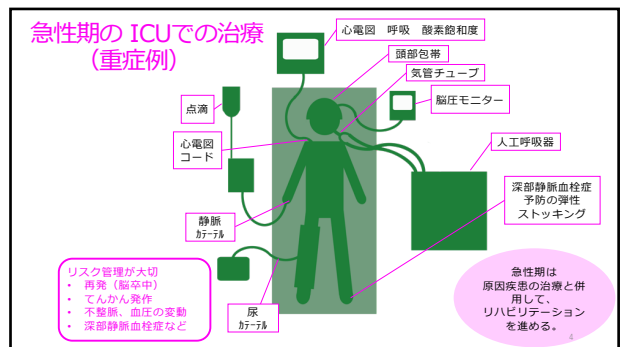


### 包括的リハビリテーションのためのチームアプローチ

カンファランス：情報共有・目標設定 ~専門職の主な役割~

医師 (Dr)	医学的管理と、チーム全体のマネージメント等
看護師 (Ns)	日常生活のサポート、健康管理、ADL指導等
理学療法士 (PT)	身体機能の回復促進等
作業療法士 (OT)	ADL・余暇・作業能力の回復促進等
言語聴覚士 (ST)	コミュニケーション能力、嚥下能力の回復促進等
公認心理師	心理的サポート、高次脳機能評価等
義肢装具士 (PO)	義足、装具の採型、採寸、作成等
管理栄養士	食生活指導、栄養指導等
薬剤師	薬療内容の調整、指導等
ソーシャルワーカー (MSW)	社会資源の活用、心理社会的問題への介入等

3



### 廃用症候群

筋力低下 筋萎縮 関節拘縮 認知機能低下

沈下性肺炎 骨粗鬆症 便秘

心臓機能低下 深部静脈血栓症 褥瘡

#### 急性期リハビリテーション

□ 不動・廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作 (ADL) 向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとに、できるだけ発症早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められる。その内容には、早期座位・立位、装具を用いた早期歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などが含まれる。

(脳卒中治療ガイドライン2015)

5

### リハビリテーション (運動療法) 中止基準

日本リハビリテーション医学会 2006

積極的に実施しない場合

- 安静時脈拍 40/分以下または120/分以上
- 安静時収縮期血圧70mmHg以下または200mmHg以上
- 安静時拡張期血圧120以上
- 労作性狭心症
- 心筋梗塞直後で循環動態が不安定
- 著しい不整脈
- 心房細動があり、著しい徐脈または頻脈
- すでに動悸、息切れ、胸痛がある
- 安静時胸痛
- 座位でめまい、冷や汗、嘔気などがある
- 安静時体温が38度以上
- 安静時酸素飽和度90%以下

途中で中止する場合

- 中等度以上の呼吸困難、めまい、嘔気、狭心痛、頭痛、強い疲労感などが出現した場合
- 脈拍数 140/分をこえた場合
- 収縮期血圧 40mmHg以上または拡張期血圧20mmHg以上、上昇した場合
- 頻呼吸 (30回/分以上)、息切れが出現した場合
- 運動により不整脈が増加した場合
- 徐脈が出現した場合
- 意識状態の悪化

6

### 回復期リハビリテーション

- 移動、セルフケア、嚥下、コミュニケーション、認知などの複数領域に障害が残存した例では、急性期リハビリテーションに引き続き、より専門的かつ集中的に行う回復期リハビリテーションを実施することが勧められる。
- 合併症および依存疾患の医学的管理を行いながら、脳卒中で生じるさまざまな障害や問題に対して、薬物療法、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、手術療法などの適応を判断しながら、リハビリテーションを行うことが勧められる。

(脳卒中治療ガイドライン2015)

回復期機能 = 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。  
(厚生労働省)

回復期病棟の一日スケジュール例 (1単位=20分, 最大9単位=3時間のリハビリテーション)

8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
身支度	身支度	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT	OT
病棟	除容訓練 更衣訓練 立位訓練	PT	嚥下 訓練 ST	ADL訓練 OT ST	PT	歩行訓練 言語訓練 ST	PT	歩行訓練 言語訓練 ST	PT	歩行訓練 言語訓練 ST
訓練室										

7

### 回復期リハビリテーション病棟施設基準

令和2年度診療報酬改定

全体の約75% (令和2年度)

	入院科1	入院科2	入院科3	入院科4	入院科5	入院科6
医師	専任1名以上					
看護職員	13対1以上			15対1以上		
リハ専門職 (専従)	PT≥3, OT≥2, ST≥1			PT≥2, OT≥1		
社会福祉士	専任1名以上			専任1名の配置が望ましい		
管理栄養士	専任1名			専任1名の配置が望ましい		
休日(夜)ケア	○					
重症者割合	3割以上		2割以上		—	
重症者退院時評価 (0~19歳)	3割以上が 4点以上改善		3割以上が 3点以上改善		—	
自宅待選院率	7割以上		—		—	
実績指数	40以上	—	35以上	—	30以上	—

実績指数 = 一日あたりのFIM得点の増加を表す指数

病棟入院期間  
脳血管障害、頭部外傷：150日、高次脳機能障害を伴う重症例：180日

8

### 回復期リハビリテーション病棟の現状

2020年度 調査報告書 (回復期リハビリテーション病棟協会)

平均病床数: 4.6床  
専従スタッフ  
医師 1.23人  
看護師 19.83人  
理学療法士 16.24人  
作業療法士 9.68人  
言語聴覚士 3.84人  
社会福祉士 1.83人

発症から入棟までの期間  
脳血管系 36.3日

退院先  
自宅: 66.9%  
自宅系施設: 12.4%  
転院・転棟: 7.6%

脳血管系  
入院期間: 81.3日  
リハビリテーション: 約140分/日  
FIM利得: 23.9

9

A病院~B病院 | 在宅・施設・C病院等

急性期 | 回復期 (~6か月) | 生活期 (6か月~)

急性期の課題: 高度の内科・外科治療、リスクの管理、脳神経外科、神経内科、内科等

回復期の課題: 基本動作訓練 (寝返り起上がり、移乗、立位、歩行)、歩行訓練、上肢訓練、嚥下訓練、離床へ

生活期の課題: 拡大日常生活訓練 (料理、洗濯、買物、外出、電話、3S(掃除))、公共交通機関利用、金銭管理、医療と地域との連携 (行政・福祉・保健施設)、高次脳機能障害に対するリハビリテーション (評価・要素的訓練・代償訓練)、就労準備訓練、地域の就労支援機関との連携、在宅に向けての準備 (介護保険利用、障害者総合支援法利用)

リスク管理が大切

急性期~回復期~生活期のリハビリテーションの流れ

10

### 疾患に対する医学的管理

(脳卒中治療ガイドライン 2015)

- 脳梗塞再発予防  
非心源性脳梗塞の再発予防には、抗凝薬よりも抗血小板薬の投与を行うよう強く勧められる。
- 脳出血再発予防  
降圧療法が勧められる。
- てんかん発作  
脳出血後の遅発性痙攣 (発症2週以降) には、抗てんかん薬の投与を考慮する。
- くも膜下出血再発予防  
脳動脈瘤の定期的チェック

全身管理  
高血圧  
糖尿病  
高脂血症  
肥満

脳梗塞再発率	1年	5年	10年
脳梗塞	10.0%	34.1%	49.7%
脳出血	25.6%	34.9%	55.6%
くも膜下出血	32.5%	55.0%	70.0%

●心臓疾患を含む全身管理  
●運動療法・・・有酸素運動  
●食事療法

久山町研究: 1961から32年間の410人の脳卒中患者の740-797 (原ら、2005年)

11

### 高次脳機能障害者に対する医学的リハビリテーション

過去 (その人らしさ) | 未来 (目標設定)

家族連携 (24時間を中心とする家族の理解)

方向性を一緒に考え、提案

地域連携 (地域の社会資源の活用)

就労支援 (評価・支援機関との連携)

医学的管理 (1. 身体障害 (一次障害) 2. 高次脳機能障害 (二次障害) 3. 心理社会的問題 (二次障害))

リハビリテーション目標 (1. 環境調整 2. 要素的訓練 3. 代償訓練 4. 社会的参加訓練 5. 行動変容療法 6. 認知行動療法 7. 作業療法 8. 包括的リハビリテーション)

患者および家族へのメンタル支援 (心理的サポート)

12

### 医療福祉連携

**■ 回復期リハビリテーション終了後の慢性期脳卒中患者に対して、筋力、体力、歩行能力などを維持・向上させ、社会参加促進、QOLの改善を図ることが強く勧められる。そのために、訪問リハビリテーションや外来リハビリテーション、地域リハビリテーションについての適応を考慮するよう強く勧められる。**

**■ 復職を希望する場合、就労能力を適切に評価し、その上で、職業リハビリテーションの適応を考慮しても良い。**

脳卒中治療ガイドライン 2015

13

### 医療から福祉へ

**18歳**

**介護保険特定疾病**

- 脳血管疾患
- 初老期における認知症
- パーキンソン病等

**その他**

- 脳外傷
- 脳腫瘍
- 低酸素脳症
- 中枢神経系感染症

**40歳**

**介護保険法**

**介護者総合支援法**

- 在宅介護、重症訪問介護
- 行動援護、療養介護
- 重症障害者等包括支援
- 生活介護、同行支援
- 短期入所（ショートステイ）
- 施設入所支援
- 放課後等デイサービス

**訓練等給付**

- 自立訓練（機能訓練・生活訓練）
- 就労移行支援
- 就労継続支援（A型、B型）
- 就労生活援助（グループホーム）
- 自立生活援助

**地域生活支援事業**

- 相談支援、コミュニケーション支援、移動支援
- 地域活動支援センター、福祉ホーム

**都道府県単位で、高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援策が事業**

**65歳**

**介護保険法**

**在宅サービス**

- 訪問介護、訪問入浴介護
- 訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導
- 通所介護（デイケア）、通所リハビリテーション（デイケア）
- 通所入所生活介護（ショートステイ）
- 短期入所療養介護

**施設サービス**

- 特養、老健、療養型医療施設
- 居宅介護サービス、グループホーム等

40-65歳の脳血管障害者は介護保険が適用され、介護サービスが利用可能（厚労省、平成19年3月）

14

### 障害者総合支援法のサービス利用例（新宿区パンフレット抜粋）

<p><b>自立訓練（機能訓練・生活訓練）</b></p> <p>知識で生活するために必要、身体のリハビリ訓練や、新しい生活のために必要なスキルを学ぶための訓練を行います。</p>	<p><b>行動援護</b></p> <p>日常生活や職場環境により行動が制限され、個人生活が困難な方に対して、日常生活に必要なスキルを身に付け、行動の自由度を高めます。</p>
<p><b>就労移行支援</b></p> <p>一般企業で働くことを希望する方に対して、一時的に、適切な訓練や支援を行います。</p>	<p><b>職業支援</b></p> <p>希望する職業に就くための必要スキルを身に付け、就職活動をサポートします。就職後も、必要に応じて支援を行います。</p>
<p><b>就労継続支援（A型・B型）</b></p> <p>一般企業で働くことが難しい方が、企業と連携しながら働くことができます。適切な必要スキルや就業上のための訓練を行います。</p>	<p><b>障害入居支援</b></p> <p>希望する生活環境に合わせて、入居して生活する環境で、生活が安定できるように支援を行います。</p>
<p><b>訓練等給付（グループホーム）</b></p> <p>自立訓練（機能訓練・生活訓練）</p> <p>就労移行支援</p> <p>就労継続支援（A型、B型）</p> <p>就労生活援助（グループホーム）</p> <p>自立生活援助</p>	<p><b>訓練等給付</b></p> <p>自立訓練（機能訓練・生活訓練）</p> <p>就労移行支援</p> <p>就労継続支援（A型、B型）</p> <p>就労生活援助（グループホーム）</p> <p>自立生活援助</p>

15

### 高次脳機能障害者にとっての精神障害者保健福祉手帳のメリット

**主な3点**

- ① 障害者雇用の適応
- ② 障害者職業能力開発校など職業訓練施設の利用
- ③ 地域保健福祉施設の利用

そのほかに・・・

- 税金（所得税、住民税、相続税、自動車税等）の減額・免除
- 都営交通乗車証（都電、都バス、都営地下鉄等）の発行
- 都営路線バスの乗車割引
- 生活保護の障害者加算
- 都営住居の入居、特別減税
- 都立施設の無料利用
- 携帯電話の割引利用
- NHK受信料の減免

病気の回復のために、積極的に支援制度を受けて欲しい

記載できる医師とは「高次脳機能障害の診断・治療に従事している医師で、精神科医のほか、リハビリテーション科医、神経内科医、脳外科医等でも可能」

16

### ICD（国際疾病分類）-10

F04: 記憶障害主体  
F06: 注意障害、実行機能障害主体  
F07: 社会的行動障害主体

診断書は初診日から6か月以上経過後に記載

日常生活を安定した能力を喪失

17

### 障害者総合支援法 医師意見書

介護保険と異なり、一次診断の結果から、医師意見書の一部が反映される。

高次脳機能障害の詳細をチェックする

一人暮らしのため、家事の援助が必要、QOLの低下が期待できる。

18

**介護保険 主治医顔見直し**

第2号被保険者は、介護保険法に規定された16の特定疾病

原因、経過、予後、今後の治療をわかりやすく記載

中核症状の有無  
周辺症状の有無

必要なサービス内容と期待できる効果を記載

失読症

19

**3. 心身の状態に関する意見**

日常生活 準認知たり 認知たり

(1) 日常生活の自立度等について  
 ・障害高齢者の日常生活自立度(軽たまり度) 自立 I II III IV V VI VII VIII

(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)  
 ・短期記憶 問題なし 問題 (注: 軽・重症 随時介護 常時介護 専門医療)  
 ・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない  
 ・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的な要求に思われない 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック。認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)  
無; 有 ( )  
対視-幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊  
し 刃物の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ( )

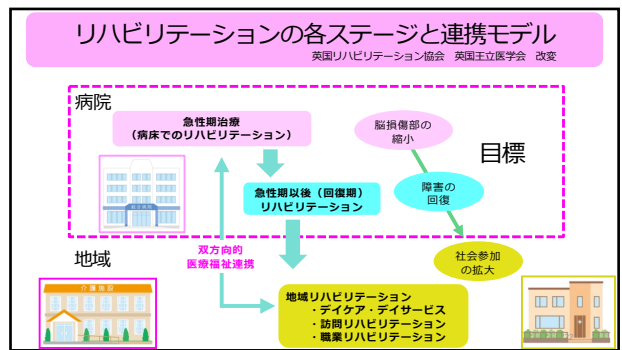
(4) その他の精神・神経症状  
無; 有 (症状名) 有 (症状名) 専門医受診の有無 有 ( ) 無 ( )

(5) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針  
夜失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心非機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊  
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がんによる疼痛 その他 ( )  
 → 対応方針 (外出の機会を増やし、歩行訓練が必要)

20



21



22

© 厚生労働科学研究：高次脳機能障害の障害特性に応じた支援者養成研修カリキュラム及びテキストの開発のための研究班

23

23