

「医療・介護同時改定の波を乗り越えるために」
～理学療法士の多様性を考える～

山梨リハビリテーション病院
伊藤 克浩

今年は医療保険・介護報酬の同時改定の年である。医療保険の方では急性期病棟で専門職が時間に制約されず専従配置として仕事がしやすくなるよう ADL 維持向上加算の褥瘡要件の緩和と点数アップの要望を出した。回復期リハ病棟では FIM の指数による病棟基準・単位制限・加算のさらなる評価が検討されている。いずれにしる医療保険を使える期間は短縮の方向に向かうであろう。

介護報酬改定では医療保険との連携の部分、そして専門職が関わる事への評価が検討される一方でデイサービスにおける機能訓練指導員に「経験を積んだはりきゅう師」が入ることも検討されている。そして地域包括ケアシステムの構築に向けて理学療法士協会・各県士会は手を取り合って他職種に負けない仕組み作りを構築してきたが、総合事業は市町村の予算となるので「県とやりとり出来る様にはなったが市町村レベルではすでに別の職種が・・・」という現場での困難性も聞いている。また一般企業や大手のコンビニ・薬局等も事業に向けた展開を狙っており熾烈な陣取り合戦が予想される。そして訪問看護からの訪問リハ（I-5）は看護協会からの要望により定期的な看護の評価・説明が重要視されるという厳しい改定が予想されている。

脳卒中のリハビリテーションにおいては 1996 年の Nudo 博士によるサイエンス論文以降、中枢神経疾患におけるニューロリハビリテーションは常識となった。その論文では人為的にリスザルに脳損傷を生じさせ、使いにくくなった麻痺手に対して CIMT（非麻痺手を拘束して麻痺手を強制使用させる療法）を用いることで麻痺手に関わる運動領野に変化が起きることが紹介された。麻痺側からの高頻度の感覚入力が脳のマッピングを変えろという論文である。ところが日常生活機能評価や FIM の指数が成果主義的に診療報酬に取り入れられて以降、早期から ADL の改善だけを目指した介入しか理学療法士が行わないことで、その潜在能力が発揮されず、筋萎縮や弱化が進み回復の可能性があるのに十分な治療を受けられていない症例を目の当たりにすることがある。

そして介護保険分野では、それまでに十分な機能改善へのアプローチを受けたかどうかに関わらず今や「活動と参加」の名の下に機能障害の問題に取り組むことがタブー視される昨今である。本来、我々理学療法士は運動のプロフェッショナルである。中枢神経疾患を持たれた方が自宅での入浴が困難になるとケアマネージャーの方はすぐに「デイサービスに行ってお風呂に入れば・・・」とプランを組もうとされるが、なぜ入浴が困難なのかを理学療法士が分析し、例えば「バスボードを用いて非麻痺側への重心移動を行いながら麻痺側の下肢を挙げればお風呂の縁をまたげますよ。週二回の訪問リハで理学療法士を派遣し二週間で解決可能です。」と地域ケア会議等で発言できればその問題は解決できる。その為には非麻痺側の代償的な短縮が麻痺側の体幹と股関節の活動を抑制しているという神経科学に基づいたクリニカルリーズニングが出来る理学療法士を育成していかなければならない。当日は 2020 年東京オリンピックやプロスポーツ分野も含め多方面での今後の理学療法士が活躍すべき「多様性」についてお話ししたい。