

1

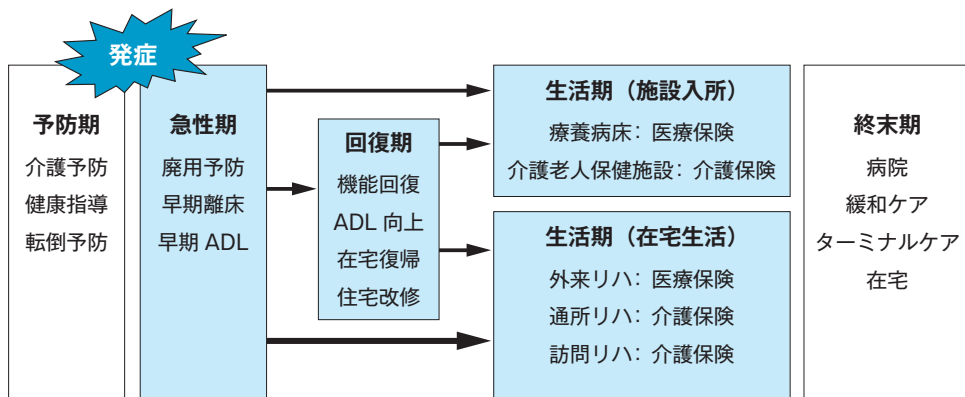
リハビリテーションの流れ

エッセンス

- ✓ リハ医療は、急性期・回復期・生活期の3段階に分けられて考えられることが多い。
- ✓ 急性期から生活期までのリハの一連の流れを理解して、一貫した方針の中でリハが提供されることが大切である。
- ✓ 疾患別でのリハのアプローチが行われているが、最近では重複障害のケースも多いことから総合的な視点を忘れてはいけない。

A リハの流れの理解

リハ医療の流れは、急性期・回復期・維持期の3段階に分けられる¹⁾。また、予防期と終末期を加えて5段階で表現されることもある(図1-1)。ここでは維持期を生活期と表現し述べていく。回復期リハ病棟や介護保険が制度化され、病院や病棟単位での機能分化が進む医療現場のなかではこれらの流れを理解せずにより良いリハサービスを提供するのは難しい。これらの一連の流れを理解するとともに、各時期の特徴を踏まえ、スタッフ間、施設間で連携を密に行い一貫した方針でのリハの提供がとても重要である。ここではそれぞれの時期のリハの特徴を、脳卒中を例に簡単に述べる。



■図 1-1 リハの流れ図

急性期から回復期を経過せずに、直接在宅へ復帰するケースが多いことがわかる。

【1】急性期のリハ（発症日～2週程度）

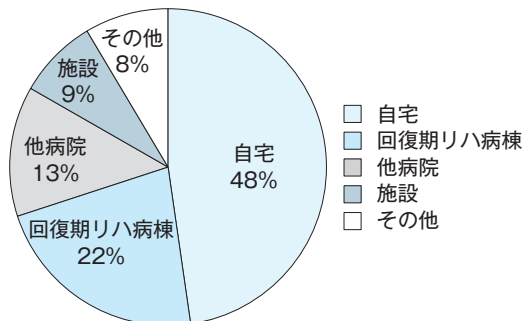
急性期の治療のためにある程度の安静は必要ではあるが、過度な安静は廃用症候群を招く。このため急性期からのリハが重要であり、リスク管理下での早期離床と廃用症候群の予防のアプローチがベッドサイドから開始される（図1-2, 3）。



■ 図 1-2 ICUでのリハ



■ 図 1-3 早期座位訓練



■ 図 1-4 当院の急性期病棟からの転出先

具体的には、関節可動域訓練、筋力増強訓練、座位訓練、立位訓練が、さらに日常生活動作訓練（ADL訓練）が積極的に行われる。摂食・嚥下訓練や食事動作、トイレ動作などは、最も早期からアプローチが開始される。

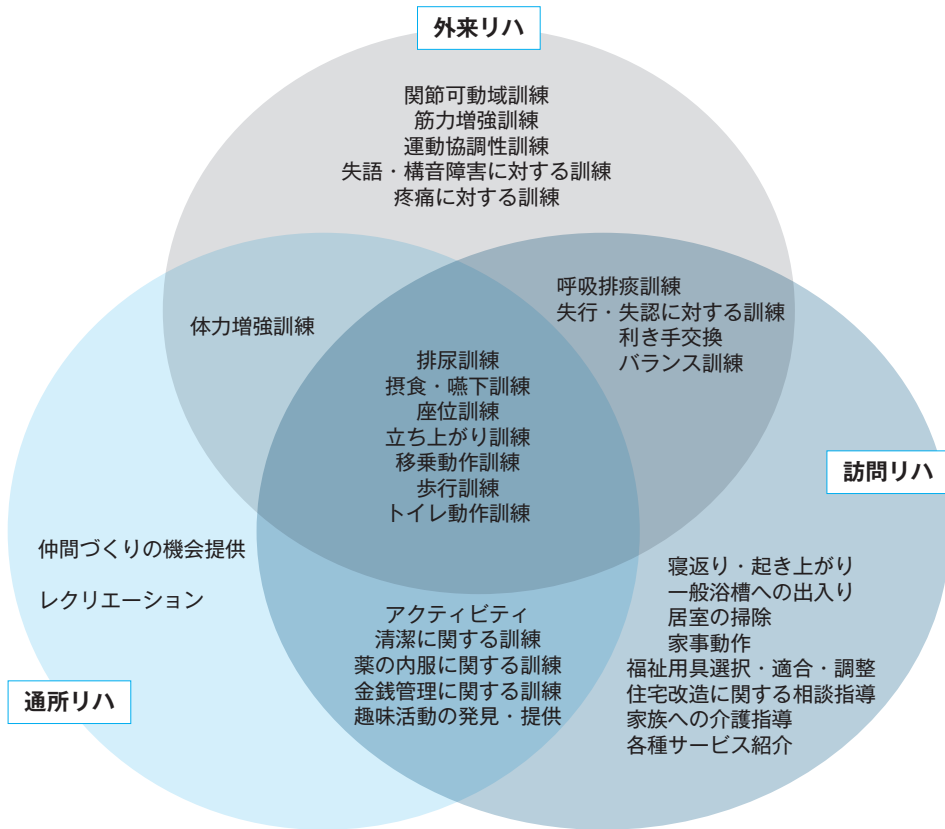
また、急性期から直接在宅復帰するケースも多くあるため（図1-4）、軽症例への早期からの退院支援も急性期の大切な役割の1つとなっている。

【2】回復期のリハ（発症後2週～3カ月程度）

急性期の治療が終了し、さらにリハの継続が必要とされる場合は、回復期を担う病棟（回復期リハ病棟や亜急性期病床など）で、集中的なりハが継続される。これらの病棟ではADLの改善を目指して病棟スタッフと療法士が一体となったADL訓練が提供される。リハ室での個別訓練だけでなく「食堂で食事をする」「トイレで排泄を行う」など、実際の病棟生活を通じて能力向上が図られる。回復期リハ病棟は、在宅復帰を目指していく病棟として位置付けられ、療法士による訓練室での機能訓練主体のアプローチから、病棟内でのADL訓練を医師・看護師とともに強力なりハチームとして提供していく体制がとられている。

【3】生活期のリハ（発症後3～6カ月以降）

急性期・回復期のリハで獲得された機能やADL能力などが実際の生活のなかで活用されてい



■ 図 1-5 在宅リハ業務内容の相互関係

* 中心的に実施される項目を整理したもので円内がない項目は実施しないという意味ではない。
 (山永裕明, 他. 脳卒中リハビリテーション. 東京: 金原出版; 2001. p.183)²⁾

き、在宅や施設での生活が継続されている時期である。自然回復などによる著しい機能改善やADLの能力向上はあまり期待できないものの、時間をかけて反復動作訓練やADL訓練などを行うことで改善がみられることも珍しくはない。環境調整などで著しい効果が期待できることもある。寝たきりや引きこもりなど活動性の低下を予防し、離床促進し単なる能力向上だけでなく、社会活動への参加も含めて具体的で総合的なアプローチを、時間をかけて行っている時期でもある。

生活期の在宅生活を支えるリハでは、医療保険による外来リハ、介護保険による通所リハ、訪問リハが代表的だが、山永ら²⁾はこれらについて主なる項目を整理している(図1-5)。それぞれの特徴を踏まえ、目的に合わせて有効に活用することが大切である。また施設入所の場合も、療養病床群や老人保健施設、特別養護老人ホームなどの多くの種類がある。

B 広がる疾患別リハ

これまでは「理学療法」「作業療法」「言語聴覚療法」として提供されてきたが、平成18(2006)年度診療報酬改定より「脳血管疾患等リハビリテーション料」「運動器リハビリテーション料」「呼

吸器リハビリテーション料」「心大血管リハビリテーション料」の4つの疾患別リハビリテーションによる診療報酬体系になった。「理学療法」や「作業療法」という治療的な手技・方法論での分類から、疾患の持つ特性にあったリハ供給体制の分類になった。これにより、その疾患そのものやその疾患を専門に治療する診療科との連携が深められるようになった。

さらに平成22（2010）年度診療報酬改定では、新たに「がんのリハビリテーション料」が新設され、疾患別での対応がさらに細分化、専門化していく様相をみせている。各疾患別、分野別の特性をよく理解し疾患にあったチームアプローチを構築できるようにしなければならない。

しかし、超高齢社会のわが国では、2つ以上の疾患による重複障害患者が急増しており、疾患別リハ体系では取り残されるケースもある。このため総合的（疾患横断的、臓器横断的）リハの必要性も強いので、臨床においては、疾患別、分野別のリハだけにとらわれるのではなく、総合的なリハの提供をぜひとも心がけたい。

▶ 先輩からのアドバイス

急性期から在宅復帰する人が多いことは本文で述べました。軽症であっても発症後、短時間で在宅復帰をするために、退院の喜びよりこれからの生活に不安を抱く人も少なくありません。「発症前のように家で生活していけるだろうか」「主婦としての料理ができるだろうか」など、ADL面での懸念はなくても、手段的日常生活活動（IADL）や職業復帰などの面で大きな不安を抱えています。人が生活していく上で、生きがい、家の中もしくは地域での役割、仕事、趣味などにも注目する必要があります。急性期であっても「心身機能」だけに介入するのではなく「活動」と「参加」への介入を心がけることが大切だと思います。

Point

本文で述べたように、機能分化が進んだ医療・介護の世界において、急性期・回復期・生活期などの、各ステージができたわけです。しかし、実際の患者・利用者からみれば、ご自分の病気や障害は、どこかでと区切られるものではありません。そのために我々療法士はリハビリテーションの一連の流れを理解して対応することが求められます。自分が担うステージとその前後の他のステージと、全体を俯瞰しながら自分のすべきこと、連携してバトンを渡していくことがとても重要になります。

- 文献
- 1) 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会，編．脳卒中治療ガイドライン2015．東京：協和企画；2015．
 - 2) 山永裕明，野尻晋一，中西亮二．脳卒中リハビリテーション．東京：金原出版；2001．p.183．

〔長谷川敬一〕

2

急性期リハビリテーションの流れ

エッセンス

- ✓ 脳卒中発症から急性期リハ、その後の流れを把握する。
- ✓ 脳活動の段階に沿ったリハの内容について知る。

A 脳卒中急性期について

脳卒中急性期においては、廃用性障害と合併症を予防し、望ましい機能改善を図るための早期リハを進めていく必要がある¹⁾。当院では、脳梗塞・脳出血であれば、ほとんどのリハ処方・開始が当日または翌日からとなっている。「脳卒中治療ガイドライン 2015」²⁾では急性期リハの重要性も評価されている。また、急性期病棟から直接退院する方も増えており、当院でも約半数が急性期病棟から直接自宅退院している。そのため早期からの在宅支援も急性期リハの課題である。

B 当院の病棟の流れ

当院は図 1-6 のような急性期から在宅までの治療・ケア体制をとっている。急性期には転帰を含めた治療方針を決定する重要な役割もある。流れや各部署の役割を把握し、カンファレンスで情報交換し、治療方針を決定していく。

C リハの流れ

リハ処方から急性期リハの活動の段階に沿ったリハ内容について紹介する。

【1】リハ処方

リハを開始するには医師からのリハ処方が必要である。リハ処方内容を確認し、情報収集を十分に行ってからリハを開始する。患者の状態に変化がある場合は、医師にリハ実施の可否やリスク管理について改めて確認してからリハを進めていく。

【2】発症日の書面評価

初回面接前にはカルテで処方内容や禁忌事項等を確認する。特に病状が不安定で変化のあるケースやリスクの高いケース（合併症が多く慎重なコントロールを必要とするケース）には注意する。