

医療連携における問題とその対応 ～訪問リハビリテーションを実施した一症例からの検討～

塗師紗野香¹⁾, 松本和久²⁾

¹⁾ 洛和会音羽病院 リハビリテーションセンター

²⁾ 明治国際医療大学 医学教育研究センター リハビリテーション科学教室

要旨：

訪問リハを開始する際に、十分な医療連携が行われなかったことで意欲低下を来した症例を経験した。医療連携における問題を分析し、それに対応する訪問リハを実施した。

症例は左被殻出血により右片麻痺を呈した50歳代女性で、Brunnstrom stageは上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅲ、歩行はT字杖とプラスチックAnkle Foot Orthosisを使用して軽介助にて可能であった。しかし退院時、「転倒の危険があるためあまり動かないで欲しい」と言われたことで、活動範囲の制限と過剰な介助・介護により意欲低下を来していた。

症例と夫は機能障害を治さないと何も出来ないと思っており、訪問リハ開始時の希望は、機能障害の改善であった。そこで残存機能だけで、現在の生活状況にどれぐらいの変化を及ぼすことができるかを、症例と夫に体験してもらう必要があると考え、マズローの欲求階層に準じて目標設定し実施した結果、機能障害には変化なく、活動と参加が増加した。

以上のことから、十分な医療連携が実施されずに生じたと推察される症例には、医療供給側と医療受給側との意識の乖離がある場合が考えられ、その対応には医学的知識を必要としない具体的な説明が必要であると考えられた。

I. はじめに

在宅におけるリハビリテーション（以下、リハ）を効果的に行うためには、急性期リハから回復期リハ、そして回復期リハから維持期（生活期）リハへの継続した介入と途切れのない情報共有が必要である。脳卒中医療における急性期、回復期、維持期（生活期）のそれぞれの役割は、急性期ではmeta-analysisによりエビデンスが証明されたstroke unit（脳卒中専門病棟）において、脳卒中についての専門的知識を持つ多分野の専門家の学際的チームが、チームの脳卒中管理指針に従って脳卒中患者の包括的評価を行い、協調的に治療を行うことであり¹⁾、回復期では亜急性期の十分な医学的管理と病棟を基盤としたチームアプローチにより短期的に日常生活動作（Activities of Daily Living: 以下、ADL）を改善、および可能な限り在宅復帰を推進することであり²⁾、維持期（生活期）では急性期および回復期のリハによって獲得された機能や能力が病的過程の進行・廃用性症候群の進展・加齢・不適切な対応などにより低下することを防ぎ、在宅・施設を問わず、身体

的、精神的かつ社会的に最も適した生活を獲得するために行われる医学的リハであり、生活の質（Quality of Life: QOL）の向上とノーマライゼーションの実現である³⁾とされている。そしてそれぞれの役割は、急性期は急性期病院が、回復期は回復期リハ病棟で、維持期（生活期）は外来リハ・通所リハ・訪問リハ・機能訓練事業などで担われるため、それぞれの施設間での連携が重要になる。厚生労働省が作成した医療制度構造改革試案には、“脳卒中对策、糖尿病対策、がん対策等の主要事業ごとに、地域における医療連携体制を構築し、その地域内では、各医療機関が患者に対し治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）を共有するとともに、患者の尊厳を重視する在宅医療を推進する。”⁴⁾とあり、急性期病院から回復期リハ病棟に転院する時には、予後予測に基づいた明確な退院計画を作成する必要がある⁵⁾。しかし急性期病院においては、医療保険制度の改定により在院日数を極力短縮することが強いられていることやリハ科専門医・リハ専門職の不足により、リハ治療を受ける

機会を逃した患者や安易な予後予測が行われたことにより過度な期待や誤った認識を持った患者が、回復期リハ病院に転院している現状も散見されている⁶⁾。

今回、回復期リハから維持期（生活期）リハへの移行において十分な医療連携が行われなかったことにより意欲低下を来した症例を経験し、医療連携の問題を分析した上で、それに対応する訪問リハを実施し、良好な結果を得たので報告する。

II. 症例紹介

症 例：50歳代女性

診断名：左被殻出血（図1）

介護度：要介護1

介護保険サービス：福祉用具貸与

訪問リハ週1回

経 過 平成23年3月X日発症 入院

平成23年7月Y日 自宅退院

平成24年6月Z日 訪問リハ開始

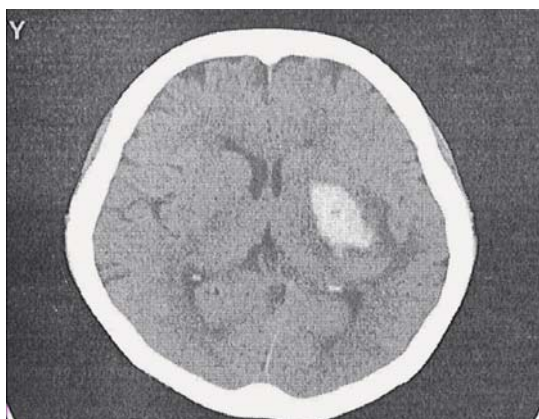


図1. 発症時の頭部CT

左被殻出血により右片麻痺と失語症を呈し、入院当初は意志疎通も困難、Brunnstrom stageは上肢Ⅰ、手指Ⅰ、下肢Ⅱであった。急性期および回復期リハにより、退院時のBrunnstrom stageは上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅲに回復し、T字杖とプラスチックAnkle Foot Orthosis（以下、AFO）を使用して見守りから軽介助にて歩行は可能となり、失語症も改善し日常会話は可能となった。

訪問リハ開始時のケアマネジャーからの依頼内容は、動作の確認が目的であったが、症例と夫は右片麻痺の改善を希望していた。

III. 介入時の状況

右片麻痺はBrunnstrom stageで上肢Ⅱ、手指

Ⅱ、下肢Ⅲであり、屋内歩行はプラスチックAF OとT字杖を使用して可能であり、トイレへの移動およびトイレ動作は自立していた。しかし退院時、症例の歩行は転倒の危険があるため「あまり動かないで欲しい」と言われていたことから、屋外の移動は歩行ではなく、全介助による車椅子移動であった。

夫は症例の介護を目的に退職し、常時症例の援助を行える状態であったため、介助を必要としない立ち上がりの際にも介助するなど、過剰な介助・介護を行っていた。そのため、洗濯物を畳んだり、日記を書いたりする活動は可能であったが、機能的自立度評価表（Functional Independence Measure：FIM）の運動器項目は55点であった。また症例は、元来、慎重で、新しいことを始めるには非常に時間がかかる性格であり、かつ夫に対しては遠慮があり、ごく軽度の失語症で日常会話には影響はなかったにもかかわらず、自分の希望や意見を十分に伝えることが出来ていなかった。そのため症例の「やる気スコア」⁷⁾は33点であった。「やる気スコア」は脳卒中後の意欲低下の評価に用いられ、カットオフ値は16点とされている⁷⁾ことから、症例は意欲低下を来していると考えられ、活動、参加の制約が見られた（図2）。

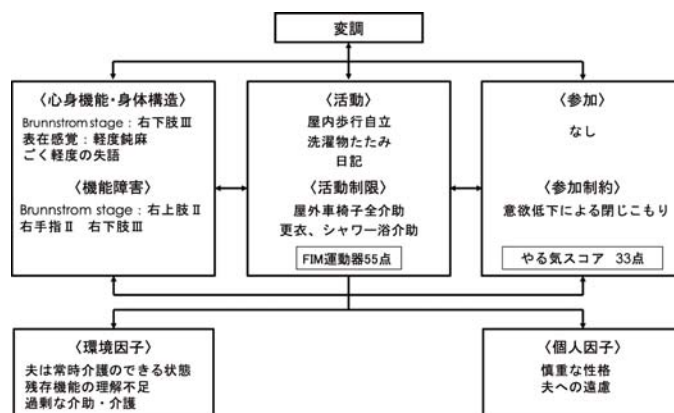


図2. 国際生活機能分類に基づく介入時の状況

IV. 介入内容と結果

訪問リハを開始する際の症例と夫のリハに対する希望は、右片麻痺の回復、すなわち右上下肢の機能障害の改善であった。その理由は、症例と夫は共に麻痺を治さないと何も出来ないと思っていることにあった。そこで残存機能だけで、現在の生活状況にどれぐらいの変化を及ぼすことができるかを、症例と夫に体験してもらう必要があると考えた。しかし意欲低下を認めたため、Maslow

(マズロー)の欲求階層⁸⁾(図3)に準じた目標設定を行った。

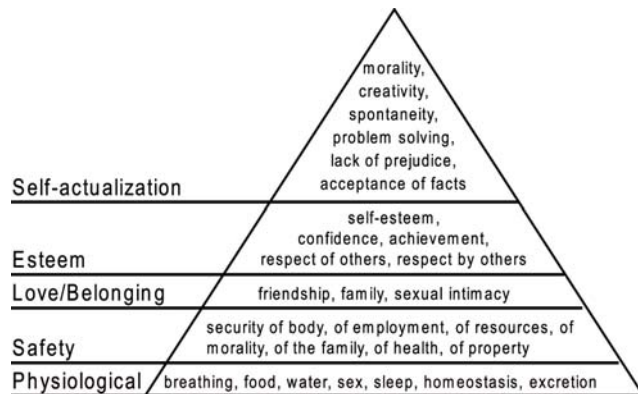


図3. Maslowの欲求階層⁸⁾

マズローの欲求階層は1. Physiological (生理的欲求), 2. Safety (安全の欲求), 3. Love/Belonging (帰属の欲求), 4. Esteem (自尊の欲求), 5. Self-actualization (自己実現の欲求)からなる。本症例では、このうち2. 安全の欲求までは充足していると考えられたことから、3. 帰属の欲求から目標を設定することとし、帰属する集団を“家族”そして愛情を受ける対象を“孫”とした。具体的内容は、孫のためにスーパーへお菓子を買に行くこととした。

スーパーでの買い物を開始した当初は、全介助による車椅子での買い物で、症例は他人の目が気になり常にうつ向いたままの移動で、買い物は夫に任せてすぐに帰宅する状況であった。そこで4. 自尊の欲求を満たすために、化粧をする、服を選択するという目標を追加設定し実行した。その結果、人目が気にならなくなり、スーパーでの買い物を楽しみとなり、当初の3. 帰属の欲求から、自分の服を買に行きたいという5. 自己実現の欲求が生まれるに至った。

その後、ご子息が結婚されることとなった。結婚式に出席することは3. 帰属の欲求を満たすことであるが、結婚式場への移動ならびに結婚式場内での移動など、経験したことのない不安があり、2. 安全の欲求を満たさなければ、3. 帰属の欲求を満たすことはできないことから、2. 安全の欲求を満たすためにトイレや不正地にも対応できるように、右下肢への体重移動、片脚立位、踏み返し、上肢支持なしでの立位保持などの自主トレーニングを実施した。その結果、結婚式には何の問題もなく参加することができ、結婚式を終えた後も自主トレーニングを実施することが日課となっ

た。また、ショッピングセンターへ定期的に出かけるなど外出範囲の拡大に繋がり、以前のように夫と一緒に外出できる喜びを取り戻すことができた。さらに、右上肢の麻痺に対しては、5. 自己実現の欲求として、少しでも楽しく生活したいという目標が生まれ、花の絵を描くことを通じて(図4)、絵手紙・年賀状を書く、図書館へ出かける、作品を展示するなど活動・参加の拡大が見られた。



図4. 症例の描いた絵

V. 介入後の状況

右片麻痺はBrunnstrom stageで上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅲで、表在感覚の軽度鈍麻およびごく軽度の失語症などの機能障害の程度に変化はなかった。しかし活動において、日課として化粧、着替え、自主トレーニングの習慣がつき、買い物へ行く、描いた絵を展示するなど参加の拡大がみられた。

夫は症例の機能障害とそれに伴う活動制限を理解し、症例のできることをサポートしていきたいと思うようになったことから、日常生活の動作には制限を設けず、本症例の行いたいことに協力的となり、見守ることが可能となった。そのためFIM

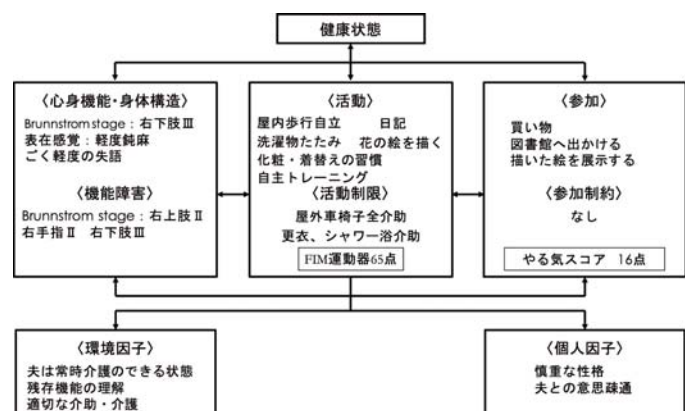


図5. 国際生活機能分類に基づく介入後の状況

の運動器項目は65点となった。

また症例は、自分の希望や意見を夫へ伝えることができるようになり、喧嘩が増えた一方で会話が aumente た。その結果、「やる気スコア」は16点となった（図5）。

VI. 考察

在宅でのリハビリテーションは主に維持期（生活期）のリハである。山永らは維持期（生活期）リハの目的を、“自らの意思に基づき自立した質の高い生活を送るよう支援することであり、最終目的は生活の質（QOL）の向上とノーマライゼーションの実現にある”³⁾としており、その具体的な介入のひとつである訪問リハの目的を、脳卒中患者・介護者およびその家族の生活の再建とQOLの向上のために関連職種や地域住民と共に支援を行うことであり、具体的には①ADL・IADLの維持改善、②廃用症候群の予防、③テクノロジーサービス（福祉用具貸与・購入・住宅改修等の支援）、④住環境整備、⑤閉じこもりの解消と生活パターンの改善、⑥家族などの介護負担軽減、⑦利用者および家族の指導と精神的サポート、⑧対人・社会交流の維持・拡大など⁹⁾、としている。維持期（生活期）リハは、突然、独立して開始されるものではなく、急性期リハから回復期リハ、そして回復期リハからの流れを受けて維持期（生活期）リハが存在する。近年、医療・介護保険制度が急速に見直され、リハサービスも急性期、回復期、維持期（生活期）の流れが整備されつつあり、急性期病院、回復期リハ病棟を有する病院、診療所や在宅支援サービスなど、それぞれの施設の担う役割も明確にされつつある。そのためそれぞれの時期の移行期の連携、すなわち施設間での連携が重要となる。

しかし今回の症例では、回復期リハを終えた後、維持期（生活期）リハに移行するにあたり症例と夫は、症例の残存機能とそれによる残存能力について十分な理解が出来ていなかった。そのため、夫は症例に対し過剰な介助・介護を行い、自立した活動を行う範囲とその機会に制限を加え、それに伴い症例も活動に消極的になり意欲低下をきたし閉じこもり傾向になっていたが、症例と夫はその原因を麻痺による機能障害によるものと理解していた。そのため、維持期（生活期）リハである訪問リハを開始する際に、症例と夫は“麻痺を治さないと何もできない”と思い、右片麻痺の機能

回復を目的とした介入を希望したものと考えられた。

このような状況が生じた原因は、回復期リハから維持期（生活期）リハに移行する際に、十分な医療連携がなされていなかったためと考えられる。池永らは、急性期病院においては、医療保険制度の改定により在院日数を極力短縮することが強いられていることにより、十分な医学的治療が行われないまま回復期病院に転院する例があるとしている⁶⁾。また橋本らは、急性期病院よりも在院日数が長い回復期リハ病棟で合併症や併存症が見つかることも多い¹⁾として、そのためリハ治療を受ける機会を逃したことによる廃用・関節拘縮が進行した症例や、嚥下障害の見逃しにより誤嚥性肺炎を併発した患者、あるいは安易な予後予測が行われたことにより過度な期待や誤った認識を持った患者などが、回復期リハ病院に転院している⁶⁾など、急性期リハから回復期リハに移行する際の医療連携の問題点が指摘されている。一方回復期リハ病棟においても、診療報酬制度上、回復期リハ病棟の入院期間上限は原因疾患や高次脳機能障害の有無などにより一律に定められているために、個々の患者に応じた機能・ADLの回復や入院期間、転帰先が十分に検討されないまま、入院に至ったケースも少なくなく、明確なリハ目標やゴール設定もないまま、安易に回復期リハ病棟に入院し、定められた期間内に在宅復帰できないケースやいたずらに入院期間を消費するケースとなっていくことも多く⁵⁾、問題を有している。

これらの問題の解決策として、厚生労働省が作成した医療制度構造改革試案では、“脳卒中对策、糖尿病対策、がん対策等の主要事業ごとに、地域における医療連携体制を構築し、その地域内では、各医療機関が患者に対し治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）を共有するとともに、患者の尊厳を重視する在宅医療を推進する。”⁴⁾とし、医療機関の垣根を越えた医療計画の実施が推奨されると共に、2002年の診療報酬改定からはリハビリテーション総合計画評価料が診療報酬上に位置づけられ、①総合的な評価・計画を行うこと、②チームで十分な情報交換・共有を行うこと、③インフォームド Consentのもとに治療を患者・家族の共同作業として進めていくこととして、患者とその家族との連携も重要視されている。

これに対し里宇は、リハビリテーション総合実

施計画書の有用性を検討した報告において、患者・家族の立場からとして、「専門用語が多い、内容が複雑（疾病と障害の関係、目標と方針など）、まともに理解しようとすればするほど、訳がわからなくなる」との意見が寄せられた¹⁰⁾としている。また、矢野らは訪問リハビリテーション全般に関して、そのプログラム内容についての理学療法士の説明や患者・家族の理解度に関する調査を行い、理学療法士が患者に対し「目的を説明した」としているにもかかわらず、「説明を受けていない」とする患者が45%に認められた¹¹⁾としており、医療について説明する医療供給側が、人間の身体とその機能の科学的知識を所有しているのに対し、医療受容側にはそれと同様の知識を所有していないために、医療を供給する側と医療を受容する側で意識が乖離することが指摘されている。したがって、十分な医療連携が実施されていなかったと推測される場合には、これらの要因の何処に問題があったのかを理解しなければ、その解決策を見出すことはできない。

今回の症例における医療連携が十分に実施されなかった原因は、「症例と夫は“麻痺を治さないと何もできない”と思っている」ことから、このうちの医療を供給する側と医療を受容する側の意識が乖離したことにあつたものと考えられた。そこで中島や及川の意見を参考に、維持期（生活期）リハにおいて機能面のみにアプローチを行っても、活動や参加を改善させることは難しい^{12) 13)}ことから、医療を供給する側と医療を受容する側の意識の乖離を解消するために、残存機能だけで、現在の生活状況にどれぐらいの変化を及ぼすことができるかを、症例と夫に体験してもらう必要があったと考えた。この際、症例は意欲低下を来していたため、マズローの欲求階層に準じた目標設定により意欲を促し実施した。その結果、目標設定は、帰属の欲求から自尊の欲求、そして自己実現の欲求を満たすまでに至り、さらに御子息の結婚という不規則な出来事を切っ掛けに、安全の欲求を満たす必要性が生じたことで、結果的に機能障害への介入となる右下肢への体重移動、片脚立位、踏み返し、上肢支持なしでの立位保持などの自主トレーニングを行うことが日課となり、「やる気スコア」は16点とカットオフ値ではあるが、以前のように夫と一緒に外出する喜びを取り戻すことができ、花の絵を描くことを通じて、絵手紙・年賀状を書く、図書館に出かける、作品を展示するな

ど、意欲の回復を認め、活動・参加の拡大が見られた。

以上のことから、急性期から回復期、あるいは回復期から維持期（生活期）とリハビリテーションが移行・継続していく過程において、円滑かつ十分な医療連携が実施されずに生じたと推察される症例に遭遇した場合、その原因はそれぞれの時期にある場合と、医療供給側と医療受給側との意識の乖離による場合とが考えられ、先ずその原因を明らかにすることが必要である。その上で、医療供給側と医療受給側との意識の乖離によって生じた場合は、残存機能・残存能力によってどのような活動と参加ができるのか、症例およびその家族に具体的に、かつ医学的知識を必要としないわかりやすい言葉で説明し、維持期（生活期）リハビリテーションの理解を深めることが重要であると考えられた。また、維持期（生活期）リハビリテーションの開始にあたっては、「脳卒中片麻痺者への訪問リハではなく、脳卒中片麻痺になった〇〇さんへの訪問リハ」でなくてはならず¹⁴⁾、人が元気になるためには、医学的に状態がコントロールされていることも重要であるが、自分らしさを自覚できる介入を、症例と家族と共同して考案することが重要であると考えられた。

【参考・引用文献】

- 1) 橋本洋一郎，米原敏郎，寺崎修司他：急性期病院から回復期リハビリテーション病棟に望むもの。リハビリテーション医学，42（9）：627-633，2005。
- 2) 金山 剛，大平雄一，西田宋幹他：回復期リハビリテーション病棟における在宅復帰患者の特徴。理学療法科学，23（5）：609-613，2008。
- 3) 山永裕明，野尻晋一，中西亮二他：介護保険下の脳卒中維持期リハビリテーション。リハビリテーション医学，42（1）：58-71，2005。
- 4) 厚生労働省：医療制度構造改革試案。http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/10/tp1019-1c.html#2-1（閲覧日2014年8月12日）
- 5) 西尾大祐，前島伸一郎，大沢愛子他：回復期リハビリテーション病棟における脳卒中患者の早期在宅復帰を促進するための課題と対策。理学療法科学，27（3）：297-301，2012。
- 6) 池永康規，野村忠雄：回復期リハビリテーション病棟から急性期病院に望むもの。Jpn J Rehabil Med，42（9）：634-636，2005。
- 7) 岡田和悟，小林祥泰，青木耕他：やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価。脳卒中，20：318-323，1998。
- 8) Maslow, A. H.: "A Theory of Human Motivation". Psychological Review, 50: 370-379, 1943.

- 9) 山永裕明, 野尻晋一, 中西亮二: 在宅リハビリテーションの実際. リハビリテーションMOOK. 脳卒中のリハビリテーション (大橋正洋, 木村彰男, 蜂須賀研二編). 金原出版, 東京, pp183-202, 2001.
- 10) 里宇明元: リハビリテーション (総合) 実施計画書を検証する. Jpn J Rehabil Med, 41(9): 594-599, 2004.
- 11) 矢野秀典, 吉野貴子, 飯島 節: 訪問リハビリテーションの目的に対する理解度に関する検討. 理学療法学, 31(3): 168-174, 2004.
- 12) 中島鈴美: 社会参加へ向けたアプローチ. 地域リハビリテーション, 7: 557-559, 2012.
- 13) 及川忠人: 脳血管障害への在宅支援と訪問リハビリテーション. 老年精神医学雑誌, 18: 284-289, 2007.
- 14) 吉良健司: 脳血管疾患維持期リハビリテーションの基本的アプローチとその効果判定. 理学療法学, 38(4): 246-248, 2011.