



リハビリテーション科診療部長の高橋友哉です。ここでは、当院におけるリハビリテーションの考え方や特徴について紹介させていただきます。

丸川病院の リハビリテーションの理念

一般的に、医療は疾病やけが、老化等によって生じた“細胞～臓器レベル”の問題をターゲットに、その改善や予防を図ることを目標に行われています。治療の効果判定は細胞～臓器レベルの症状や検査値、画像所見によって、一意的に定められた基準で行われ、目標が明確です。

一方、リハビリテーション医療は、疾病やけが、老化等によって生じた「生活」の障がい、つまり“臓器～個体レベル、場合によっては社会レベル”の問題をターゲットに、その改善や予防を図ることを目標に行われます。治療・介入の効果判定は、その人の「生活」に主眼が置かれます。「生活」は人それぞれやり方も価値観も異なります。そのため、治療・介入の効果判定の一意的な基準を設けることは困難となります。このことが、医療機関によってリハビリテーションの内容や質にバラつきを生じている要因の1つとなっています。

丸川病院は、脳神経外科を主たる診療科とし、開院後より特に脳神経疾患（脳卒中や脳外傷、神経変性疾患など）の患者さんを中心に診療を行ってきました。脳神経疾患は麻痺などの後遺症として残存しやすい症状を生じることが多く、そのために生活の“レベル”（活動範囲や役割）および“スタイル”（過ごし方や他者との関わり方）ともに変えざるを得なくなることが少なくありません。そのような方の診療を行ってきたこれまでの歩みの中で平成20年から始まった当院のリハビリテーションは、「障がいがあっても住み慣れた地域・自宅で“その人らしく”生活できること」を目標に行うことを理念としてきました。医学的な問題から生じた症状や障がいそのものの最大限の改善を図ることはもちろん、障がいがあっても住み慣れた地域・自宅で“その人らしく”生活できることを目標に、急性期から回復期そして退院後の在宅生活期にわたって、多職種の視点を生かしたチームでの支援を継続的に提供できるよう取り組んでいます。

丸川病院の 入院リハビリテーションの考え方と目指すもの

入院部門では、脳卒中や外傷などの急性期治療を終えた方が、住み慣れた自宅で再びその人らしく「生活」できることを目的とした回復期のリハビリテーションを中心に行っています。

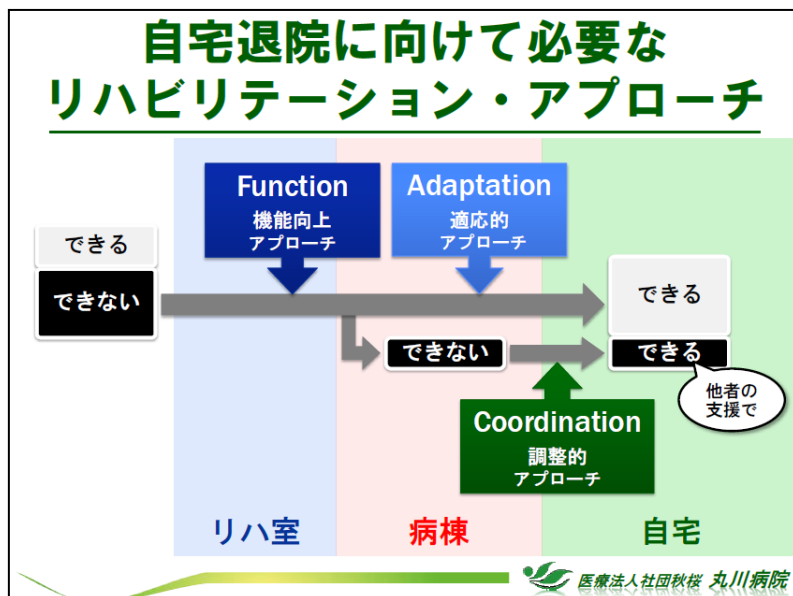
自宅での「生活」に必要なこと。「生活」は人それぞれ違いますが、共通して毎日行っていることがあります。それは、食事、排泄、更衣、整容、入浴など身の回りのこと、そしてそれらを遂行するのに必要なレベルの移動、コミュニケーション、状況判断です。これらは、自力で困難となったからやらない、というわけにはいきません。他者の支援を受けてでもやらないと、合併症を生じ生命の存続すら困難になります。この他者からの支援＝介護であり、回復期のリハビリテーションの主たる目標は、身の回りのことを中心に自分で行えることを増やし介護負担を軽減すること、となります。

身の回りのことさえ家でできるようになれば、我々の理念とする“その人らしい”生活と言えるか。これは患者さんによっても変わってきます。ご家族と共に自ら自律して“その人らしい”生活を切り拓いていかれる方も少なくありません。また、数ヶ月という短い入院期間、そして自宅と病院の環境の違いなど、入院リハビリテーションで行えることに限りがあることも事実です。我々は、入院リハビリテーションの使命は、自宅に帰られてから“その人らしい”生活に到達できるよう「道筋」をつけることだと考えています。たとえ寝たきりなど重度な状態にとどまったとしても、残存する反応や機能を生活行動や情動行動として最大限に引き出す関わりを通して、自宅での“その人らしい”生活を見通し、身体的・環境的に整えた上で在宅生活期のサービス支援者に引き継いでいく。そこまでやるのが責務であると考えています。

昨今、入院リハビリテーションの効果判定（アウトカム）基準として、日常生活能力の改善度や自宅復帰率などが用いられています。これらはもちろん重要で、我々もそれらが向上するよう取り組んでいます。我々は、これに加えて、さらに重要なアウトカムがあると考えています。それは、患者さん・家族が退院される際に、これからの自宅での“その人らしい”生活をしっかりと見据え、その思いを胸に‘笑顔で’退院できたかどうか、です。疾病や症状、障がいは患者さんによって様々ですが、共通の目標として、患者さんの“その人らしい生活”，そして患者さん・家族の“笑顔”を追求していきたいと思っています。

丸川病院の 自宅退院に向けた入院リハビリテーションの進め方

入院リハビリテーションでは、麻痺などの障がいにより日常生活にも「できない」ことが生じてしまった患者さんが、生活機能を最大限に高めて「できる」ことを増やし、再び自宅で生活できるようになることを目指します。我々は、そのためには以下の4つの介入・支援（アプローチ）を、時期により量的バランスをとりながら進めていく必要があると考えています。



「Function（機能向上アプローチ）」とは、疾病や老化等によって生じた障がいそのものの改善、障がいに応じた動作の学習などを通して、患者さん個人の生活機能そのものを高めようとする介入を指します。これは、一般的にはセラピストによる訓練などリハビリ室で行われることが多い治療的介入です。当院では、近年の脳科学の知見を基に注目されているニューロリハビリテーションを取り入れ、セラピストによる専門的介入を365日体制で提供しています。また、当院の大きな特徴として、病棟における「生活行動回復看護プログラム」を通して、看護師・介護士も機能向上に大きく寄与しています。

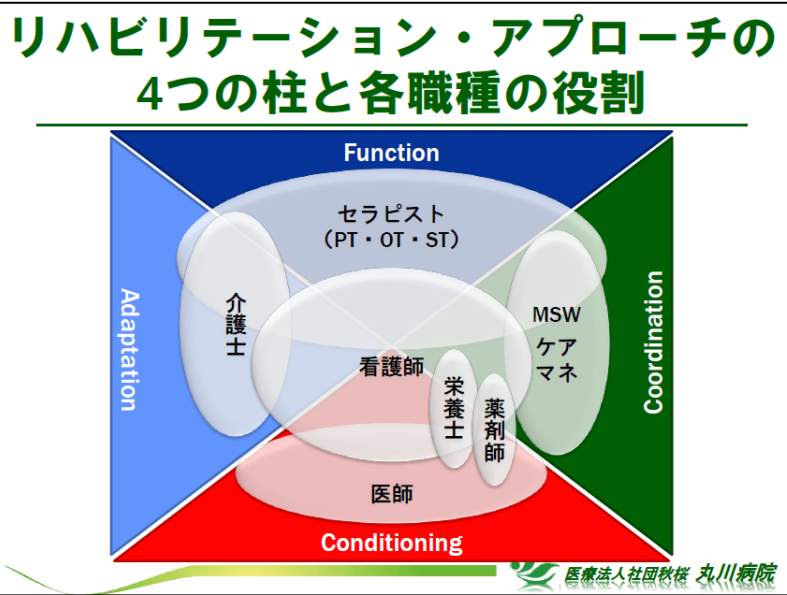
安静等で生じた軽度な筋力低下や手術後の痛み、こわばりなどが主な障がいの場合は、「Function（機能向上アプローチ）」のみ行っていれば元の生活に戻ることが可能です。しかし、脳卒中による麻痺や高次脳機能障害など、後遺症として残存しやすい障がいがある場合には、これのみ行っても実際の生活場面への適応・応用が困難なことが多く、「麻痺は良くなったけど生活はできない」という結果となりかねません。

そこで重要となるのが、「**Adaptation（適応的アプローチ）**」です。「Function（機能向上アプローチ）」により高めた生活機能を、病棟、そして自宅での実際の生活場面で遂行できるように適応化させることを目的とした介入・支援です。これはセラピストや看護師による病棟での動作訓練や自立支援的関わり、自宅への外出・外泊練習などが相当します。先出の看護師・介護士による「生活行動回復看護プログラム」はこちらにも寄与しています。特に、脳卒中など生活“スタイル”が変化しやすい疾病の場合は、これを十分に行わないと、実際の生活場面における遂行能力の向上は望めません。

これらのアプローチにより、「できない」状態となってしまったことを少しでも多く「できる」状態へと導くことを目指します。しかし、これらを最大限行っても、身の回りのことすべてが「できる」状態になるとは限りません。しかし、「できない」ことをそのままにしておいては、いつまでも自宅で過ごすことはできません。「できない」ことを“他者の支援で”「できる」ようにする、そのための介入・支援が「**Coordination（調整的アプローチ）**」です。具体的には、家族の介護力に見合う介護方法の検討や指導、福祉サービス利用の調整などが挙げられます。当院では、なるべく早期にその必要性を見極め、早期から退院後のサービス支援者（ケアマネージャー等）と連携をとり、退院に向けた準備を無理なく進められるよう取り組んでいます。

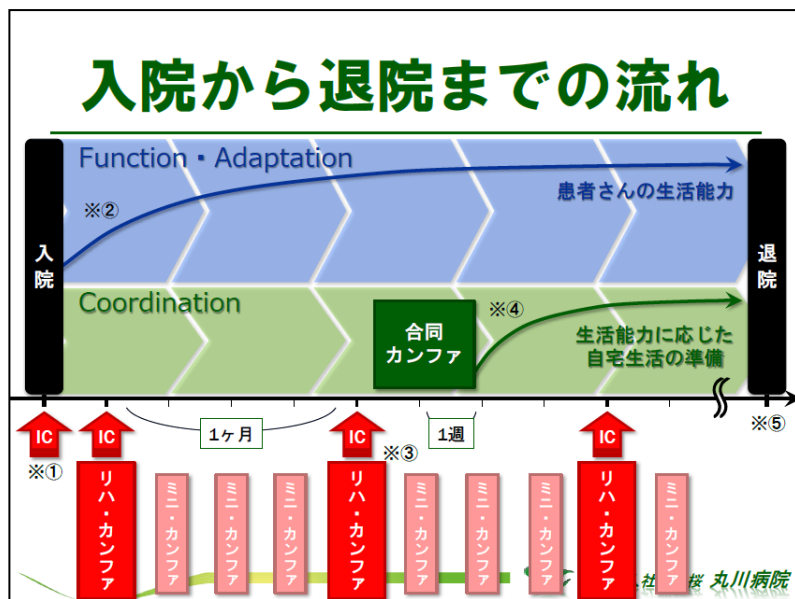
自宅退院に向けたリハビリテーションを進める上で、大事なアプローチがもう1つあります。それは患者さんが新しい生活に向けたリハビリに全力で打ち込める“心と体づくり”，「**Conditioning（疾病・体調コントロール）**」です。主疾患や併存疾患、合併症の医学的管理、栄養・睡眠・排泄・心理など体調管理をしっかりと行うことが大前提となります。

我々は、上記4つのアプローチを柱とし、各専門職が以下の図のような役割分担のもと、患者さんが目標の生活に到達できるようチームでの支援を行っています。



※各専門職の当院での具体的な介入・支援内容については、別途ページをご覧ください。

回復期のリハビリテーションのために入院された患者さんの、入院から退院までの流れを以下の図に示します。



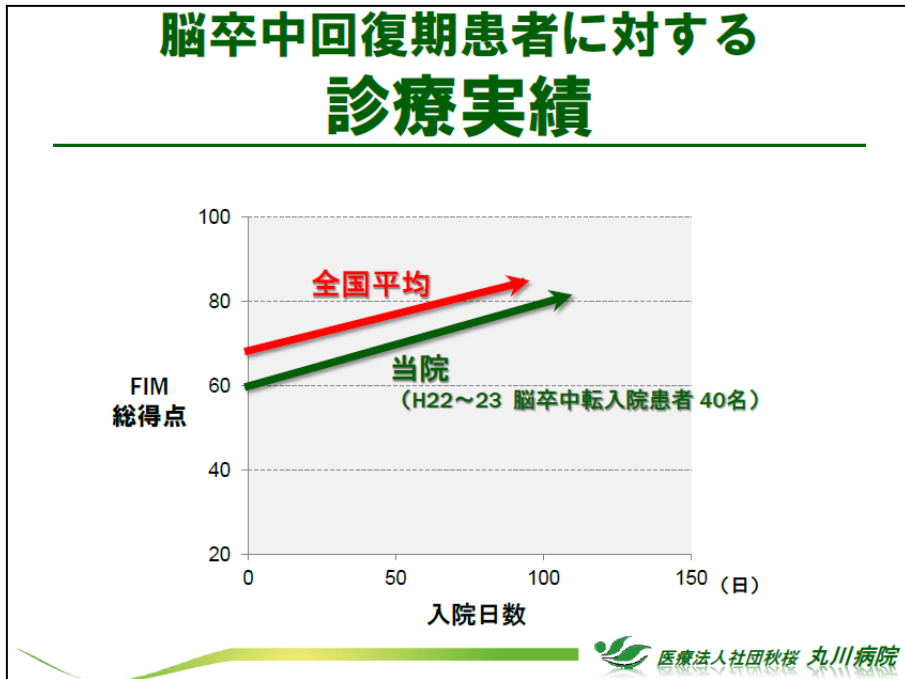
- ① 入院時，病態や今後の進め方についてリハビリテーション科医より説明いたします。
- ② 入院後，「Function（機能向上アプローチ）」「Adaptation（適応的アプローチ）」を通して，患者さんの生活能力の最大限の改善を図ります。
- ③ 目標や方針の設定を目的とした「リハ・カンファ」，目標到達状況の確認を目的とした「ミニ・カンファ」を行い，多職種スタッフが患者さんの状態・課題，個々の役割をタイム

リーに把握し、協調してそれぞれの力を最大限に発揮できるよう取り組んでいます。「リハ・カンファ」を元に作成したリハビリテーション計画について、リハビリテーション科医より定期的に説明いたします。

- ④ 一定期間のリハビリ経過をみることで、退院後の生活スタイル（身の回りのことの中でどこにどのような支援を要するか、できるとしてもどのような工夫を要するか等）が具体的に判明してきます。脳卒中の場合は1ヶ月ほどです。それに基づき、「合同カンファ」を通して退院後のサービス支援者（ケアマネージャー等）と連携を取り合い、退院に向けた「Coordination（調整的アプローチ）」を本格的に進めていきます。
- ⑤ 当院では、1) 毎日の個別リハビリを行っても“病棟での”生活スタイルが変化しない、2) その生活スタイルに見合う自宅生活の準備が整っている、の2点を退院条件としています。
 - 1) に関しては誤解が生じやすいのですが、そこから先は機能や生活能力が全く良くならない、という意味ではありません。機能や生活能力は、実際の生活の中で能動的に使用してこそ改善するものです。入院環境という受動的で非日常的な環境でのそれらの改善には自ずと限界がきます。その段階となると、リハビリの訓練時間よりも、1日をどう過ごすか、という要素の方がその後の機能や生活能力の改善に関与します。住み慣れた場所で自発的に生活すること、我々はそれが“その人らしさ”につながる更なる機能・生活能力改善への近道であると考えています。それを支えるサービス支援体制をしっかりと整え、退院を迎えられるよう心がけています。

丸川病院の 入院リハビリテーションのアウトカム

当院の入院リハビリテーションのアウトカムとして、まずは脳卒中の回復期のリハビリテーションを目的に入院された患者さんについてまとめたものを以下に示します。



これは、身の回りのことを中心とした日常生活動作の自立度を表す「FIM」の点数（自立度が高いほど点数が高くなる）が、入院リハビリテーションによりどう改善したかを示したグラフです。入院時（0日目）の比較から、当院は全国平均と比べて、より重度の患者さんを受け入れていることがわかります。

リハビリによる改善度は、一般的には入院時の自立度が低い程、最終的な自立度も低くなると言われています。つまり、グラフ矢印の出発点が低いほどその勾配も緩やかになります。しかし、当院の矢印は出発点の高い全国平均よりもむしろ勾配が急になっています。各専門職それぞれの取り組み、チームとしての取り組みの成果であると考えています。

冒頭の「入院リハビリテーションの考え方と目指すもの」の項でも述べましたが、日常生活能力を高めることばかりに目を奪われてはいけなく考えています。障がい重度で、日常生活能力が思うように改善できない患者さん。そのような方が自宅退院するとき、「できない」ことに焦点が当てられ、それに見合う介護・支援の調整のみ行われることが一般的です。しかし、当院では、残された機能・反応に焦点を当て、「できる」ことをいかにして“その人らしい”生活に結びつけるか、を忘れずに追求し続け、当院の通所リハビリテ

ーション、訪問リハビリテーションを含めた退院後のサービス支援者に引き継いでいくよう取り組んでいます。自宅復帰率という視点で見れば、そのような関わりの有無は数値として差が出ません。しかし、当院ではそのような取り組みこそが、入院リハビリテーションの「質」であると考えています。

これからは、院内のみならず、地域全体でこのような視点が広がり、すべての地域住民が病気やケガを負ってもこの地域に住んでいて良かったと思えるような、地域医療・地域リハビリテーション体制づくりに尽力していきたいと考えています。