

総 説



効果的な回復期リハビリテーション病棟運営に必要なTips

永井将太¹⁾，大塚 圭¹⁾，櫻井宏明¹⁾，新田 収²⁾，金田嘉清¹⁾

1. 回復期リハビリテーション病棟に求められるもの

1) 回復期リハビリテーション病棟の現状

回復期リハビリテーション(以下、リハビリ)病棟が2000年4月より開始され、8年が経過した。この間、回復期リハビリ病棟の数は全国に850病院、1000病棟、48000床を超えるに至った(2008年6月末現在)。しかし、このような急速な回復期リハビリ病棟の増加に、病棟の質的な充足が追いつかず、“回復期リハビリ病棟”と呼べないような質の低い病棟も増えているのが現状である。

全国回復期リハビリ病棟連絡協議会実態調査委員会への調査によれば、回復期リハビリ病棟の専従のPT、OTとして、施設基準の定数であるPT2名、OT1名しか配属していない病棟が全体の50%程度を占めている¹⁾。一方でPT、OT、ST合計で20名以上配属している病院も全体の1割程度みられる。このような施設間の格差は、人員だけに留まらず、施設の居住性や退院後のサービスにまで及び、治療成績の格差として浮き彫りになっている。在宅復帰率、重症患者の受け入れ率、在院日数、ADL・機能障害の改善率など、同じ“回復期リハビリ病棟”と名乗りながら、その治療成績の差はまさに「ピンからキリまで」認められる¹⁾。以上のように治療成績が両極化しつつある現状を踏まえ、平成20年度の診療報酬では、大きな改革が試みられた。

2) 平成20年度診療報酬から見る最近の動向

平成20年度の診療報酬では、回復期リハビリ病棟に「質の評価」が取り入れられた。この「質の評価」により、病院が得られる診療報酬を差別化したの

である。これは、全ての診療科を見渡しても他に類をみない試みである。

今回、回復期リハビリ病棟の質の評価として取り入れられたのは、「日常生活機能評価」と「自宅復帰率」であった。リハビリ医療の現場で全く使われていなかった看護必要度B項目を踏襲して作られた「日常生活機能評価」を、そもそもリハビリの効果を表す指標として使用して良いかなど、十分議論がされないままの、まさに見切り発車であり、批判も多い。しかし、前述のように、既に人員配置や施設・設備、そして治療成績にまで両極化が見られる現状において、これは回復期リハビリ病棟に携わる全ての人間がもたらした身から出たさびといえよう。また、“頑張っている病院”と“ほどほどの病院”で診療報酬に差をつけるという発想自体は非難されるべきではなく、社会的にみてもコンセンサスが得られるであろう。

3) 回復期リハビリテーション病棟に求められる課題

これまでに述べてきたことをまとめ、今後の回復期リハビリ病棟に求められる課題とは以下の点であろう。

- 1) 高い治療成績(ADL、機能障害)の獲得
- 2) 自宅復帰率の向上
- 3) 重症患者の早期受け入れ
- 5) 在院日数の短縮

このような課題を解決し、回復期リハビリ病棟の“質”を高めていくことは、今後も回復期リハビリ病棟が医療的にも、社会的に必要とされる続けるために不可欠な課題である²⁾。

2. リハビリテーション医療の方法論と弱点

1) リハビリテーション医療の方法論

リハビリ医療は、投薬や手術などの通常の医療手段に加え、3つの方法論を駆使する点で特異的で

1) 藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科
〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98
2) 首都大学東京 大学院人間健康科学研究科

ある³⁾。

- i) 治療的学習：人間の持つ学習機能を利用し新行動形成を含むスキル (skill) の獲得を通して個人の活動能力を向上させる。
- ii) 活動-機能-構造連関の利用：「生物の機能と構造はその活動レベルに適応して調整されている」という原則を活動-機能-構造連関という。すなわち人間の身体的機能・構造は活動の高低により、その様相を著しく変化させる。過負荷の法則による筋力増強、高活動による廃用予防がこの方法にあてはまる。また、近年注目されつつある use-dependent plasticity、すなわち「麻痺肢の回復も使用の有無に大きく影響を受ける」という考え方もこの範疇にあたる。
- iii) 支援工学：環境や道具を用意することで活動障害を克服する。

特に i) と ii) は訓練を構成する治療概念であり、リハビリ医療はこれらの概念を医療に持ち込んだことで大きな成果を上げてきた。その一方で、リハビリ医療特有のいくつかの弱点も生んだ。

2) 戦略面からみたリハビリテーションの弱点

リハビリ医療を戦略面から見ると、他の医療分野では必要としないいくつかの要素が重要となる。この要素はしばしばリハビリ医療の弱点として顕在化する。

弱点1：患者・家族の能動性を必要とする

手術・投薬など代表的な治療手段では、患者自身は「受け身」でいれば治療が終わる(例えば手術は麻酔により眠っている間に終わる)。一方、リハビリ患者に求められるのは能動性である。筋力、持久力などは能動的活動を通しはじめて得られるものであり、もちろん活動・行為という治療対象そのものが能動性を前提にしている。また、家庭復帰を考える場合、家族の能動的参加も必須となる。このようにリハビリの成否には患者・家族の能動性が関わる。

弱点2：時間を必要とする

学習には時間が必要である。1度や2度の施行では定着せず、繰り返し反復する必要がある。また、筋力や持久力の強化なども、一定の期間が必要なことは周知の事実である。この「長時間要求」が入

院期間の長期化の最大原因となる。

弱点3：チームワークを必要とする

仕事は一人でやるのが効率がよい。特に臨床のように「臨機応変な対応」を要する仕事の場合はなおさらである。チームでの仕事がいかに情報共有上、効率が悪いかは、伝言ゲームの不確かさを考えれば理解できるだろう。しかし、課題によっては一人では達成できない規模があり、継続もむずかしい。とりわけ関心領域の広いリハビリ医療では、チームでのアプローチが必須となる。そして、チームには役割の明確化、豊富なコミュニケーションが必要となり、しばしば両者が欠けることでチーム機能が低下する。

3. 回復期リハビリテーション病棟に必要な“戦略的”視点

多くの医学が人間の生死や植物機能、恒常性を治療のターゲットにしているのに対し、リハビリテーション(以下、リハビリ)医学・医療は人間の生活や動物機能、活動性を治療対象としている。とりわけ、「生活(活動)の障害」に焦点をあてているという点では、他の医学分野と比べて極めて特異的である。また、リハビリ医療の対象となる疾患の多くは機能障害の永続的な残存を前提に治療が進められている(もちろん完全に回復する疾患や症例も存在はするが)。中でも生活(活動)障害が重度になりやすい脳卒中患者のリハビリを考えると、その治療の目標は、「残存する障害(片麻痺など)を有しながら、その人の生活や活動をいかに再建するか」となる。

脳卒中患者の活動障害の改善を考える場合、アプローチすべき変数は非常に多い。機能障害に対する訓練や各種動作訓練はもちろんだが、多くの場合は、道具の工夫や工学的支援、住宅の改修、家族介入、社会制度の利用なども対象となる(表1)。患者に対する心理的な動機付け、患者の能動性・

表1 リハビリテーションアプローチの多面性

- 医学的処置・管理
- 看護、ケア
- 各種訓練
- 心理的サポート(受容、うつ)
- 教育(家族、本人)
- 道具(自助具、装具、杖)
- 環境整備(住宅改修、リフター)
- 社会的支援(職場環境)
- 各種申請(介護保険、身障手帳)
など

活動性も要求される。また、これらの膨大なアプローチは、一定の期間内に筋道立てて行われなければならない、当然一人の医療者や一職種で達成できるものではない。

このように考えると、脳卒中患者のADL改善を治療の目的にした場合、リハビリ技術には「戦略(strategy)」と「戦術(tactics)」という階層が存在することが分かる。戦略は治療の大きな流れ(すなわち大局観)であり、戦術は局面での対応法を指す。いわゆる「テクニック(手技)」といわれるものは、ほとんどの場合、戦術にあたる。これまで理学療法はもちろん、リハビリ医学全般を見渡しても、戦略面に目を向けた技術論、すなわちシステムとして脳卒中のリハビリをとらえたものは極めて少ないのが現状である。

本稿では、事例にあげ、回復期リハビリ病棟について戦略(システム)的視点から論説していく。また、具体的なTips(tips;本来はIT用語であるが、マニュアルなどに載っていないコツなどの意)を示していくことで、読者の一助になれば幸いである。

4. 回復期リハビリテーション運営の戦略的解決とそのTips

1) 訓練頻度増加

i) 回復期リハビリテーション病棟では週何日の訓練が適切か?

訓練量はその効果に影響することは、Ottenbacher KJ⁴⁾らやKwakkel G⁵⁾らのMeta-analysisにより証明されている。また運動学習の視点からSchmidt⁶⁾は毎日の適度な練習量が高い学習効果をもたらすとしている。臨床場面でも休日明けに患者のパフォーマンスの低下をきたすことをしばしば経験する。このように、回復期リハビリ病棟では毎日訓練を行うことが重要である。

ii) 9単位リハビリをどう行うか

2006年度からはじまった9単位リハビリは、これまでのリハビリの運用を大きく変えた。最大で1日9単位、すなわち3時間の訓練が行えるようになり、回復期リハビリ病棟の人員配置やタイムコースは大きく変わった。スタッフの増員、訓練時間の早出・遅出帯へのタイムシフトなど、もともとあったこれらの傾向を加速的に進捗させている。

一方、旧来からの複雑・単純の時代から、最大6単位の時代を経て、9単位の時代に入り、治療成績を向上させる責務も生じたといえる。「単位数は増えました、医療費は今までよりたくさん使います、効果は昔のままです」では、回復期リハビ

リ病棟の明日はない。筆者らが行った全国回復期リハビリ病棟会員施設13施設に対するアンケート調査の結果では、理学療法・作業療法を1日あたり6単位以上行うことで、4単位と比較してADLを有意に改善し、9単位行うことで4単位、6単位行うよりも自宅復帰率が有意に高くなった⁷⁾。逆に言えば、6単位行くと、9単位行うことの差は、自宅復帰率以外には認められなかった(もちろん、自宅復帰率の向上は、十分な治療成績である)。これは、今回の調査がFIMを用いた限局的に基本的ADLのみしか調査しておらず、機能障害や応用的ADLを調査していない点も、考慮しなければならない。基本的ADLを改善させるのみであれば、6単位行えば十分であり、9単リハビリが可能になった現在で残り3単位をどう活用し、どう治療成績を上げていくかは、回復期リハビリ病棟に関わるセラピストが考慮しなければならない重要な課題である。具体的には基本的ADLだけでなく、応用的ADL(IADL)、麻痺の改善、患者満足度の追求、家族指導、訪問リハビリなどを考えていくべきであろう。

2) 患者・家族の能動性の強化

リハビリ医療の弱点の項でも述べたが、リハビリ患者とその家族に求められるのは能動性である。能動性とは患者・家族が個人の資質のみで決まるのではなく、外部誘因に依存する部分が大いことを理解するべきである。「あの患者さんはやる気がない」ということは、「この回復期リハビリ病棟は患者さんのやる気を引き出していない」と言い換えることができる。患者・家族の能動性をいかに引き出すかが、回復期リハビリ病棟の役割といえる。

i) 患者の能動性強化

古くから「できる・しているADL」という言葉が存在するように、しばしば訓練室での能力が、そのまま実生活で遂行されないという問題に直面する。実生活場面で課題を遂行するには、その行為そのものが実現できる能力の他に、能動性を発揮する高い動機付けも必要となる。動機付けは状況依存性があるので、実生活場面では看護師に依存的になりやすい(これを患者役割という)。一方訓練室場面を考えると、療法士と患者は、いわば教師と生徒のような関係にあり(これを学習者役割という)、療法士は動機付けに対する外的強化因子として作用するため、訓練場面での課題の実施は比較的容易となる。このようにリハビリ患者は入院



図1 訓練室一体型病棟の様子

(藤田保健衛生大学七栗サナトリウム)

写真左手に見えるのがOT室、幅6m・長さ60mの廊下を挟んで、右手に病室が見える。



図2 回診の様子(藤田保健衛生大学七栗サナトリウム)

回診はベッド上で待機せず、多くの場合、訓練場面にて行われる。医師、看護師、PT、OT、STが参加し立ち上がり、移乗、歩行などのリハビリ進行状況の確認を行い、訓練方法の修正などが議論される。

生活の中で患者役割と学習者役割の2つの役割を無意識に使い分けているといえる⁸⁾。一方で相補的役割を担う医療者側も、「できることは自分でやってほしいし、廃用になるからできるだけ起きていてほしい」と思いながらも、朝の検温や回診などではベッド待機を指示し、食事はベッド上で摂らせるなど、医療者側でも無意識的な役割の使い分けが生じている。この点を見逃すと、相補的役割間で役割期待が一致しなくなり、役割同士の衝突、すなわち、役割葛藤が生じる。

写真は藤田保健衛生大学七栗サナトリウム(三重県津市)の回復期リハビリ病棟の様子である。幅6m、長さ50mという広い廊下を挟んで、フルサイズの訓練室とナースステーション・病室が向かい合う構造を用意した(図1)。採光・照明に十分に気を配りかつ暖色を基調としたこの廊下には常時、歩行する患者、車椅子に座った患者、談笑する家族、歩行訓練中の患者と療法士のペア、医師・看護師などが入り乱れている。つまり訓練スペースであり、生活の場であり、休憩場所にもなっている。生活空間と訓練空間を統合することにより、患者の役割は単純化され、1日の生活の中で常に学習者役割でいられるため、訓練内容がスムーズに実際の生活に般化し、できるADL・しているADLという行動格差が少なくなる。また、この廊下の賑わいが患者の活動性を刺激し、日中をベッドの上で過ごすことなく暮らすように誘導できる(活動性のアフォード)。

さらには患者の生活空間と臨床・訓練空間を統合し、動線を最大限短縮したことで、医療者側の役割も整理され葛藤を起こすことが少なくなっ

た。朝の検温は廊下や訓練室にいる患者を捕まえて行い、回診は訓練室で行っている(図2)。食事は食堂で摂ってもらい、治療上の必要時を除けば、日中にベッド臥床を誘発することはほとんどない。加えて、訓練前後の送迎による人的・時間的ロスの解消や訓練中のリスク管理など訓練室一体型病棟によるメリットはたいへん大きいものである。

ii) 家族の能動性強化

リハビリテーションを行う上で、家族のリハビリへの積極的参加は重要な要素である。家族への教育が脳卒中の帰結により効果をもたらすこと先行論文^{9,10)}を参照しても明らかである。

家族の能動性強化(リハビリへの積極的参加)を促すにはどうすればよいか。リハビリの本質的な部分の理解を促すことは必須である。すなわち、「完治させる医療」ではない点を理解してもらうことである。急性期で一命を取り留めた患者に対し、「リハビリすれば元通りになるから、後はリハビリを頑張ってください」と説明し、患者を送り出す急性期病院は少なくない。しかし、リハビリ患者の多くは元通りになることは少なく、何らかの行動変容、生活変容を強いられる。これは患者のみでなく、家族にも当てはまり、家族にもライフスタイルの変換や家族内の役割変換が必要であること受け入れてもらうことが重要である。すなわち、家族教育が重要である。

家族の能動的参加を促すために、主治医からの説明以外にもいくつかの教育場面を用意する必要がある。その一つとして、脳卒中家族教室は良い効果をもたらす¹⁰⁾。

回復期リハビリ病棟の脳卒中家族教室で教育すべきことは、

- ・麻痺の改善には長期的な視点が必要であることを理解してもらった上で、今回の入院では能力低下の改善に主眼をおくこと
- ・入院中に学んだリハビリ方法を退院後にも継続すべきこと
- ・生活上の全ての問題点を身体能力の向上だけで解決することが難しい場合が多く、住宅改修をはじめ環境整備が必要なこと
- ・これらのサービスのほとんどは介護保険制度で行われること
- ・その介護保険の申請には時間がかかり、従って納得いくまで身体能力が向上してから次に介護保険を申請するという手順では、円滑な自宅への退院が困難となること

などが重要である。

他の家族教育の機会としては、患者の入院中に2泊程度家族と一緒に宿泊してもらって介護体験などもある。この介護体験では具体的な介護指導などを行い、家族の介護技術向上や介護に対する不安軽減にも役立つ。また、休日訓練は家族との接点を多くすることにも機能しており、訓練場面へ家族が参加する機会を増すであろう。

3) 病棟訓練の考え方

近年、回復期リハビリ病棟では、実際のADL場面である、早朝帯、夜間帯に勤務し、実際の時間帯にADL訓練を行うことが増えてきた。この考え方そのものに異論はないし、ぜひ、行うべきであると思う。しかし、一方、ADL訓練を重視するあまりに、訓練室での訓練が、おろそかになっている感は否めない。今一度、病棟訓練のあり方を考える必要がある。

病棟訓練の考え方は、訓練難易度の視点から考えると整理しやすい(図3)。

訓練において最も重要な要素の1つに訓練課題の難易度調節があげられる。難し過ぎる課題は患者がやる気を無くし(学習性無気力)、易し過ぎる課題は患者の能力向上を生まない(能力的プラトー)。入院初期は多くの患者が、低活動状態、ADL未経験の状態にある。このような段階では、難易度を決定する変数(座面の高低、支持基底面の面積、道具の有無、装具による麻痺肢関節の自由度制限など)を調節しやすい訓練室が適切な訓練環境といえよう。一方、病棟・病室はこれらの変数の調節が難しくほぼ一定の難易度しかアレンジできな

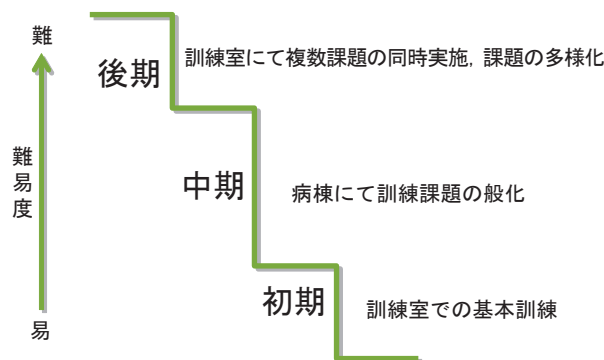


図3 難易度からみた訓練室と病棟訓練使い分け

いので、この時期の患者にとっては難易度が高く、不適切といえる。病棟訓練は、一定の能力が身につく、訓練課題の遂行段階に入った時に、はじめて難易度が合うわけである。この時期は積極的に病棟訓練を行うべき時期である。

また、訓練課題が病棟で定着したならば、再び訓練室の訓練が重要になる。この時期は、在宅や次の施設への転帰を見越して、より高度なレベルでの課題の定着、複数課題の同時実施(洗面道具や買い物かごを持つての歩行など)や課題の多様化(速度や重さの調節)が主目標になるためである。在宅環境をシミュレーションしたり、更に高難度の訓練負荷をかけて一般性能の向上を目指すには病棟環境は不適切である。さらに、このような病棟と訓練室の使い分けは、食事、更衣、トイレ、整容といったADL各項目ごとに考えられるべきである。本来、ADL各項目はもともと各々の項目の難易度が違うため、「せっかく病室に来たからあれもこれも一緒に」とはいかない点に留意されたい。ただし、どんな患者でも朝から晩まで病棟で訓練するという昨今の風潮に訓練室と病棟訓練の使い分けをするべきと提言しているのであり、訓練室の訓練が、病棟訓練よりも大事だと言っているわけではない。事実、筆者のような考え方で病棟訓練を行っても、各患者のADLの般化時期が、各項目ごとに異なり、評価および訓練を持ち患者ごとに行っていたら、多くの時間を病棟で過ごすことになる点は付け加えておきたい。

前述の藤田保健衛生大学七栗サナトリウムでは、訓練室と病室の導線を最短にするために、フルサイズの訓練室を病棟に設置した(図1)。施設的な都合で大きな訓練室を病棟に造ることができない病院が多いと思われるが、小さくても良いの病棟に訓練室があれば、このような難易度調整が容易になるので、ぜひ検討していただきたい。

4) チームワーク強化

回復期リハビリテーション病棟が生まれる前までは、医師は医局や診察室、看護師は病棟、セラピストは訓練室、薬剤師、MSW、管理栄養士にもそれぞれの持ち場があり、各々が自分の”城”に籠もり、その”城”の間を患者が移動するのが通常であった(図4)。回復期リハビリ病棟では、患者は病棟に留まり、生活をし、各職種が患者の生活を通して、治療行為を行っていく必要があり(図5)、チーム形態もそれに適した形に変化させていくべきであろう。中心はあくまで患者であり、患者と患者の生活を支えるのが回復期リハビリ病棟の役割である。全国回復期リハビリ連絡協議会看護委員会が掲げた「病棟の看護・介護ケア10項目宣言

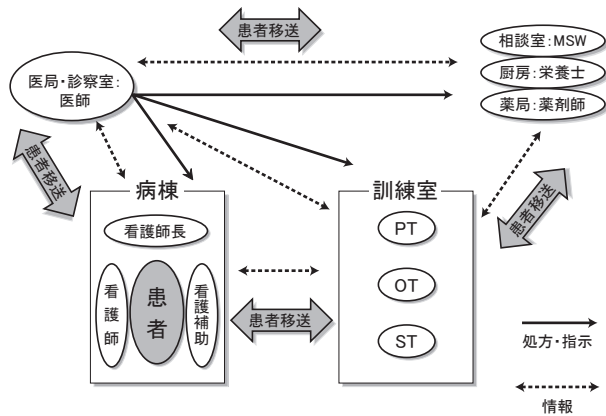


図4 これまでのリハビリチーム
患者が各職種の元へ移動し、各職種は持ち場でそれを待つのがこれまでのやり方だった。

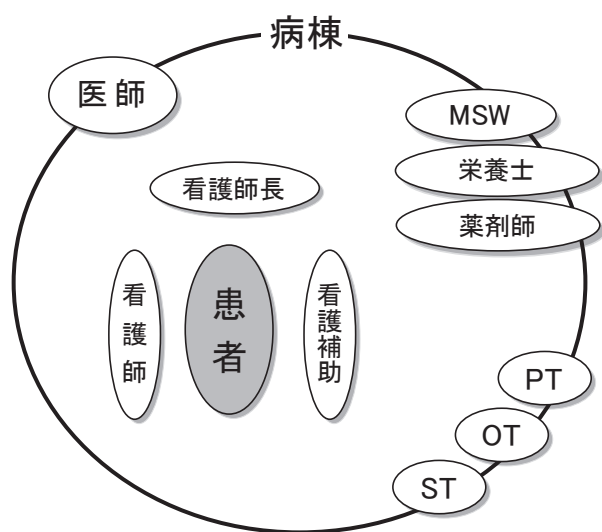


図5 回復期リハビリ病棟におけるチームの考え方
各職種は回復期リハビリ病棟を舞台に、診療・治療活動をチームで行う。回復期リハビリテーション病棟の中では、綿密なコミュニケーションによる質の高いチーム医療が行われなければならない。

表2 病棟の看護・介護ケア10項目宣言

1. 食事は食堂やデイルームに誘導し、経口摂取への取り組みを推進しよう
2. 洗面は洗面所で朝夕、口腔ケアは毎食後実施しよう
3. 排泄はトイレへ誘導し、おむつは極力使用しないようにしよう
4. 入浴は週2回以上、必ず浴槽に入れよう
5. 日中は普段着で過ごし、更衣は朝夕実施しよう
6. 二次的合併症を予防し、安全対策を徹底し、可能な限り抑制は止めよう
7. 他職種と情報の共有化を推進しよう
8. リハ技術を習得し看護ケアに生かそう
9. 家族へのケアと介護指導を徹底しよう。
10. 看護計画を頻回に見直しリハ計画に反映しよう

全国回復期リハビリ病棟連絡協議会 看護委員会作成
(文献11より引用)

(表2)」は、回復期リハビリ病棟のあるべき患者生活を表しており、これを実現するために、各職種は”城”から出て回復期リハビリ病棟を舞台に、診療・治療活動をチームで行うべきである。良好なチーム医療を行うためには綿密なコミュニケーション、各職種の専門用語の統一、共通的な評価法の理解、互いの職域の理解と尊重を達成しなければ良好なチーム医療は行うことはできない。とりわけ、各職種の管理職は、チームワーク強化のために邁進するべきであろう。

また、逐次変化する患者の様子、お互いのゴールの妥当性やその達成度など報告事項は多い。コミュニケーションの場合は、入院時合同評価、毎朝の申し送り、カンファレンス(一患者につき数回行われるのが通例)、実施計画書作成時、担当者回診などFace to Faceのコミュニケーションの場をできるだけたくさん設けることが重要といえる。またFace to Faceコミュニケーションは、重篤な患者や印象的な話題がテーマになりやすく、逆に言えば、日常的な変化、慣例的な話題はテーマになりにくい。こういった話題になりにくいテーマの情報交換を補完するために、カルテの一元化(1ページで全職種の記載がわかる形が望ましい)や電子カルテ、データベースなどの併用は重要である。

5. おわりに

今後、増え続ける高齢障害者に対し、回復期リハビリ病棟の需要と果たす役割は、間違いなく高くなる。急性期から維持期の架け橋となり、患者の高いQOLの獲得のために、回復期リハビリ病棟がすべきことが、今問われている。

【文献】

- 1) 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題
2007年版，全国回復期リハビリテーション病棟
連絡協議会，2008
- 2) 石川 誠：回復期リハビリテーションの歴史。
全国回復期リハビリテーション連絡協議会 第
12回リハスタッフ研修会資料
- 3) 才藤栄一，園田 茂(編)：FIT プログラム。医
学書院，2003
- 4) Ottenbacher KJ, Jannell S: The results of clinical
trials in stroke rehabilitation research. Arch
Neurol 50:37-44, 1993
- 5) Kwakkel G, Wagenaar RC, et al: Effects of
intensity of rehabilitation after stroke. A
research synthesis. Stroke 28:1550-1556,1997
- 6) Schmidt RA: Motor learning and performance,
Human Kinetics Books, 1991.
- 7) 永井将太：9単位リハビリテーションの効果検
証—コア調査。全国回復期リハビリテーション
病棟連絡協議会第11回研究大会抄録集。p55,
2008.
- 8) 才藤栄一：社会心理学(役割理論を中心に)，才
藤栄一・他(編)：リハビリテーション医療心理
学キーワード，pp21-25，文光堂，1995
- 9) Lincoln NB, Francis VM, et al：Evaluation of a
stroke family support or-ganizer A randomized
controlled trial. Stroke 34：116-121，2003
- 10) 新谷実伸，永井将太・他：患者と家族に対する
脳卒中リハビリ教室の効果。総合リハビリ 33:
179-185，2005
- 11) 石川 誠：24時間生活機能の向上。全国回復
期リハビリテーション病棟連絡協議会機関誌
4：24-29，2005