

# シームレスな医療・介護連携により生活範囲が広がった脳卒中事例

## ～主体性を導き出すプログラムの展開～

医療法人共栄会名手病院 通所リハビリテーションみんなのリハ

植田 貴之 伊藤 雅文 池田宜史

### 要 旨

医療及び介護の提供体制については、サービスを利用する国民の視点に立って、ニーズに見合ったサービスが切れ目なく、かつ、効率的に提供されることが望ましいとされている。医療と介護の連携には多くの課題が伴うが、積極的な情報共有や連携を行うことで、在宅復帰への多くの問題を解決できるものであると考え。脳卒中患者の安全な在宅復帰には「医療・介護の連携」と「リハビリテーション医療の継続性」が必要である。

Key words:脳卒中 シームレスな医療介護連携 リハビリテーション医療

### はじめに

A法人では、地域密着型病院として、医療介護の連携に取り組んでいる。入院中にリハビリテーション治療を実施した患者が、退院後もリハビリテーションを継続し、安心して在宅生活を送っていたように、平成 26 年 7 月に個別・短時間型通所リハビリテーションを開設、令和 2 年より多様化するニーズに合わせて長時間利用も新たに新設した。

今回、回復期リハビリテーション病棟を退院後に通所リハビリテーションへ移行し、リハビリテーション治療を継続した結果、歩行能力向上、生活範囲拡大に至った脳卒中事例を報告する。発表にあたり、本人、家族へ目的・趣旨を十分に説明し同意を得た。

## 諸言

近藤は、脳卒中者において適切なリハビリテーションを継続すれば動作だけでなく長期に渡って機能改善も得られるとしている。

医療と介護のシームレスな連携を実践することで、地域で安心して暮らせる住まいの確保や自立を支える生活支援、疾病予防・介護予防等に繋がるものとする。医療と介護のシームレスな連携により、ADLの改善が得られるかを検証した。

## 症例紹介

60代男性、既往歴は高血圧症、糖尿病。農業を行っており、日常生活動作は自立していた。家族構成は妻、次男夫婦、孫と同居しているが、日中は独居状態となる。家屋環境では、室内に高い敷居があり移動時の転倒リスクがある。現病歴として、X年Y月Z日に構音障害、右片麻痺が出現し救急搬送。左視床出血と診断される。Z+60日にA病院、回復期リハビリテーション病棟転入、主訴は、右手足の動かしにくさ、動作時の易疲労性で、同日より、理学・作業・言語聴覚療法を開始した。転入時の目標設定は、本人、家人の要望を考慮し、①自宅内での杖歩行自立、②家人付き添い下で畑に行くこと、であった。

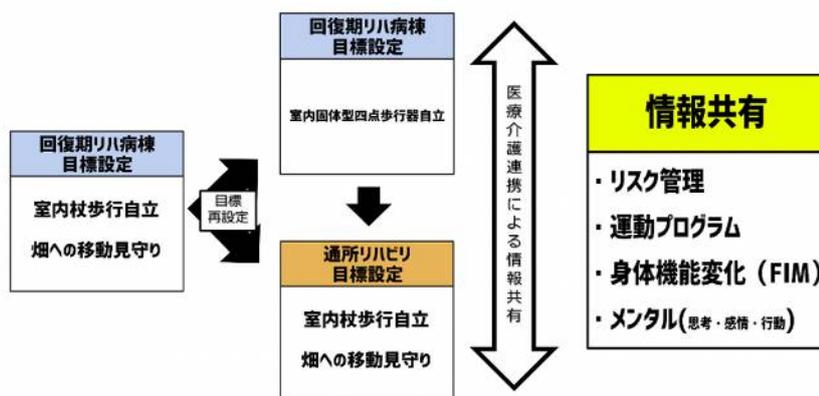
## 転入時の身体機能とリハビリ課題

転入時、FIMは45点(運動28点、認知17点)、SIAS運動機能(右下肢)1-1-1、歩行はKAFOで全介助であった。積極的なリハビリテーションを実施し移動能力向上に取り組んでいたが、入院中に腹部大動脈瘤を発見し、治療の為に2度の転院が必要となった。また治療までの期間、血压管理が必要となり高負荷トレーニングの実施が困難であった。また治療後も入院上限日数が迫り、目標達成に必要な運動量を確保することができなかった。



## 目標設定の見直しと再計画

回復期リハビリテーション病棟入棟期間中の目標達成が困難であることが想定された。退院後にA病院通所リハビリテーションを利用予定となっていたため、病棟スタッフと通所リハビリテーションスタッフでカンファレンスを行い、現在の情報共有、また目標の再設定を行った。定期的カンファレンスを開催し、リスク管理から実施中の運動プログラムを共有、身体機能の変化だけでなく、メンタル面などの情報も共有し、退院直後から効果的な在宅リハビリテーションが提供できるように準備を進めた。



## 在宅リハビリテーションサービス開始

腹部大動脈瘤の治療後、回復期リハビリテーション病棟での機能回復リハビリを実施した後、Z+165日に自宅退院となった。退院時のFIMは96点(運動63点、認知33点)、SIAS運動機能3-2-1、歩行は固定型4点歩行器・両側金属支柱付きAFOで見守りであった。今回、通所リハビリテーション利用開始前からのカンファレンスを通して、対象者のメンタル的な特徴が運動の継続に影響するものと考えた。特徴は、主体性に欠ける、動作に対して易疲労性があり継続性が低い、動作時の注意散漫であった。

## 主体性を引き出す関わり

対象者は運動への受け入れは良好であったため、本人と話し合いながら、1日の運動スケジュールを一覧表にした上で本人に管理してもらうように提案し、計画的な行動により習慣性を高め、施設内での行動は主体的に実施してもらうよう取り組んだ。

	9:15~9:35	9:40~10:00	10:05~10:25	10:30~10:50	10:55~11:15	11:20~11:40
A	バイタルチェック	マシン	立ち割り	リズム体操	平行棒内歩行スクワット(自主訓練)	マシン
	昼休憩	歩行練習 ※CW対応	立ち座り	休憩	棒体操	平行棒

## 通所リハビリテーションみんなのリハでの運動プログラム

A病院通所リハビリテーションのリハビリでは指導型集団運動と指導型個別運動を中心にプログラムを展開している。集団運動では主に基礎的な身体機能向上を図り、個別運動では日常生活内での生活課題に沿った個々の専用メニューを提供し動作能力の改善を行っている。リハビリテーション会議で目標を適時見直し、定期的に運動プログラムの最適化に取り組んでいる。対象者は歩行の転倒リスクと生活内での不活動が課題であったため、日常生活の中で習慣的に運動が継続できるように転倒リスクに配慮した運動プログラムを立案し、主体的に実施してもらえよう取り組んだ。

### 結果

Z+349日にはFIM108点(運動74点、認知34点)、SIAS運動機能4-3-2まで改善した。自宅内歩行は杖・プラスチックAFOで自立、妻付添で希望とした畑までの移動が可能となった。

### 考察

川手は、生活期の患者の活動性を向上させるためには、患者が獲得したい行動や行為を見つけ出して動機づけを行い、個々の患者の障害程度に適した訓練プログラムを立て、定期的なチェックと訓練内容の更新を行うことが重要であるとしている。

A病院通所リハビリテーションでは理学・作業療法士を常勤配置し、利用者毎に応じた目標を設定、主体性を導き出すプログラムを展開している。また、回復期リハビリテーション病棟入棟中に通所リハビリテーションスタッフと定期的にミーティングを開催している。医学的情報等の提供を事前に行い、シームレスな医療・介護連携に対応していることも、機能改善の一因と推測される。

### さいごに

目標達成に向けて医療と介護のスタッフ間で情報を共有し、途切れないリハビリテーション医療を提供した結果、目標とする歩行の自立、生活範囲の拡大に繋がった。しかし、医療介護連携には課題も多いため、今後も積極的な連携に取り組んでいきたい。

### 参考資料

厚生労働省：医療と介護の一体的な改革

近藤克則：脳卒中リハビリテーション-早期リハからケアマネジメントまで-

川手信行：生活期におけるリハビリテーションのあり方、jpn J Rehabil Med 2017;54:490-493