

# 1

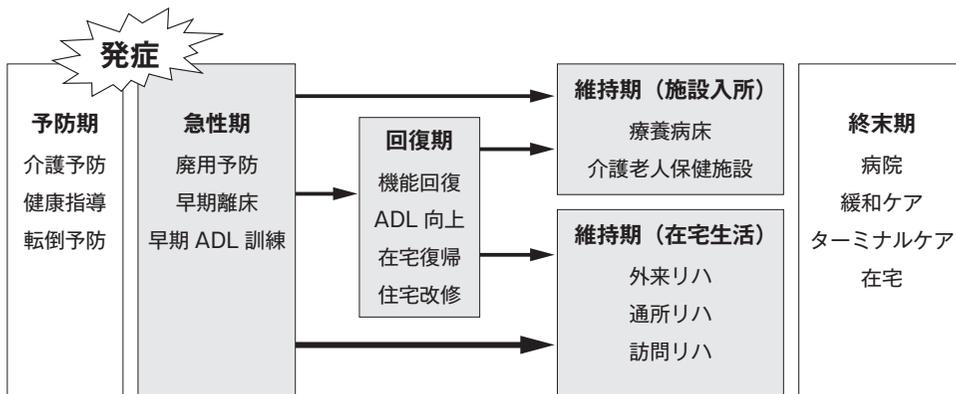
## リハビリテーションの流れ

### エッセンス

- ✓ リハ医療は、急性期・回復期・維持期の3段階に分けられて考えられることが多い。
- ✓ 急性期から維持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。
- ✓ 最近では疾患別でのリハの提供体制がとられるようになり、疾患ごとのより分野別、専門別でのアプローチが行われるようになってきている。しかし重複障害のケースも多いことから総合的なリハの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段階に分けられて考えられることが多い。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<sup>1,2)</sup> (図1-1)。脳卒中ガイドライン2009<sup>3)</sup>によれば、「発症直後から、急性期、回復期、維持期に渡って、一貫した流れでリハビリテーションを行うことが勧められるが、時期の区分についての科学的な根拠はない(グレードC1)」とされている。しかし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中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と考える。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。

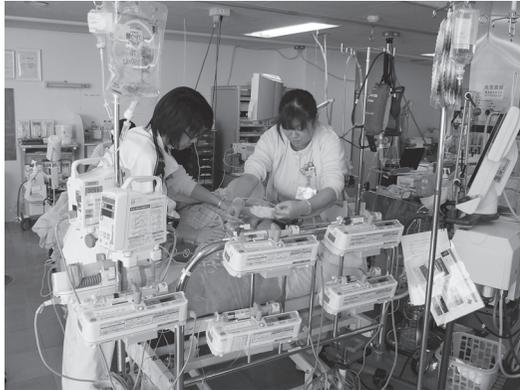


■図1-1 リハの流れ図

最近では、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増えてきている。

**[1] 急性期のリハ（発症日～約 2, 3 週間程度）** .....

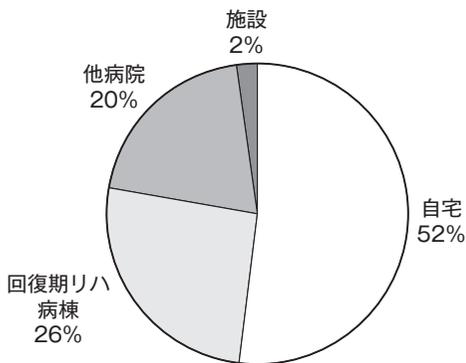
急性期の治療のためにある程度の安静は必要ではあるが、過度な安静は廃用症候群を招く。このため急性期からのリハが重要であり、積極的に行われている。リスク管理下での早期離床と廃用症候群の予防のアプローチがベッドサイドから開始される（図 1-2, 1-3）。



■ 図 1-2 ICUでのリハ



■ 図 1-3 早期座位訓練



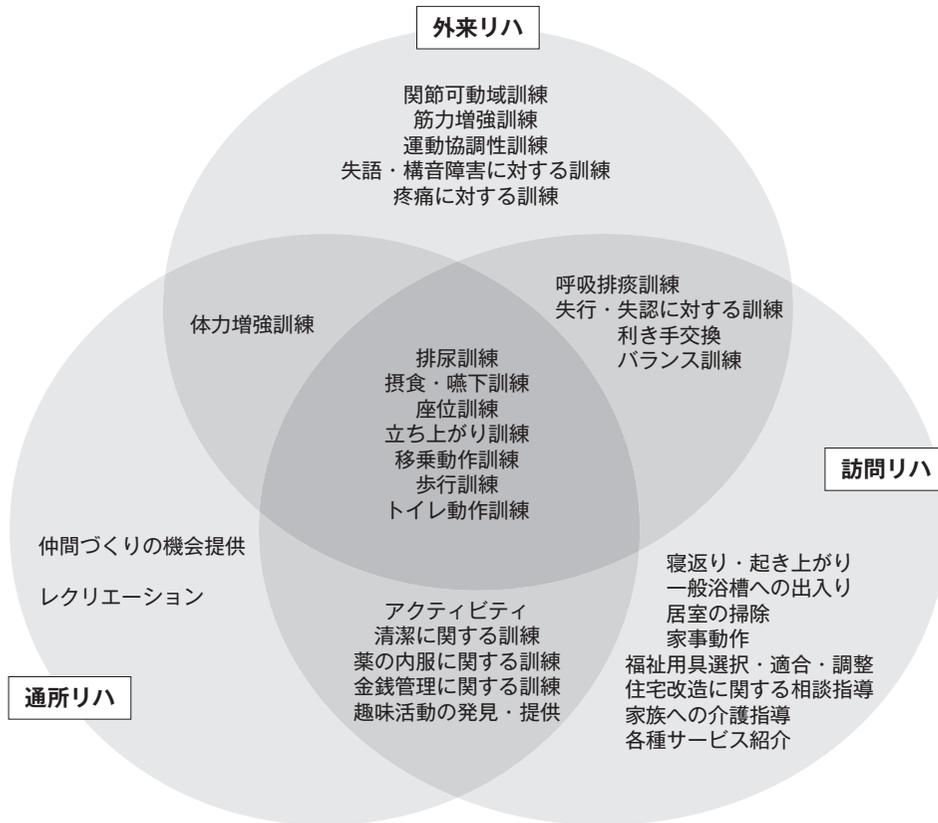
■ 図 1-4 当院の急性期病棟からの転出先（2009年度、死亡例は除く）

具体的には、関節可動域訓練、筋力増強訓練、座位訓練、立位訓練が発症後間もない時期から提供される。さらに日常生活動作訓練（ADL 訓練）も積極的に行われる。摂食・嚥下訓練や食事動作、尿意・便意のコントロールから始まるトイレ動作などは、最も早期からアプローチが開始される ADL だと言える。

また、最近では急性期から回復期の病棟を経由しないで直接在宅復帰するケースも増えてきているため（図 1-4）、軽症例の場合に対しての早期からの退院支援も急性期での大切な役割の一つとなっている。

**[2] 回復期のリハ（発症後 1～4 カ月程度）** .....

急性期の治療が終了した段階で、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（回復期リハビリテーション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 の改善を目指しての病棟スタッフとリハスタッフが一体となった ADL 訓練が、主に具体的生活空間である病棟で提供される。すなわちリハ室での個別訓練だけでなく、「ベッド上ではなく食堂で食事をする」「実際のトイレで排泄を行う」など、病棟生活の中での実際の生活動作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・看護師も含めた強力なりハチームで提供していく体制がとられている。



■図 1-5 在宅リハ業務内容の相互関係<sup>2)</sup>  
 中心的に実施される項目を整理したもので、円内にない項目は実施しないという意味ではない。

**[3] 維持期のリハ（発症後 4～6 カ月以降）** .....

急性期・回復期のリハで獲得された機能や ADL 能力などの維持を目的に行われるリハの時期で、医療機関でのリハは終了して、在宅や施設での生活が継続されている時期でもある。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、時間をかけて具体的な反復動作訓練や 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ける時期でもある。

維持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、訪問リハが代表的なものであるが、山永ら<sup>2)</sup> 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ので、こちらも在宅生活支援系のサービスと合わせてその特徴をよく理解した上での活用が求められる。

**B 広がる疾患別リハ**

これまででは、「理学療法」「作業療法」「言語聴覚療法」との名称でサービスが表現され提供され

## コラム チームアプローチにおける TEAMWORK

チームアプローチを行うには、患者を中心ににおいてチームメンバーが対等の立場で同心円状に広がる形の関係を取り、メンバー全員が共同責任としてケアにあたるのが理想的でしょう。実際のチーム内の職種間の連携をうまく行うためには、TEAMWORK（表 1-1）を基本とするとうまくいきやすいです<sup>1)</sup>。チームアプローチの形態には、① Multidisciplinary [マルチディシプリナリー：学際的、多くの専門（学問）分野にわたる、異なる職種の人々が1つのプロジェクトに対して、平行的または連続的にそれぞれ独立して固有の職業分野の役割を果たす]、② Interdisciplinary（インターディシプリナリー：学際的、境界的、異なる職種の人々が共通のプロジェクトに対して、力を合わせて協力して取り組む）、③ Transdisciplinary（トランスディシプリナリー：学際的、分野横断的、学融合的、異なる職種の人々が共有した概念を有しつつ共通のプロジェクトに対して、仕事や技術を共有しながら取り組む）の3つがあり、Transdisciplinary な形態が一番効果的であると考えられています。それを実現するためには、有能なコーディネーターのもとで、患者の家族構成、家族を含めた既往歴、職業、住宅環境、食生活などといった生活状況情報の獲得、こまめな情報交換と情報共有、専門技術者としての相手の立場・技術の尊重、相手の技術の一部習得などが必要になります<sup>1)</sup>。

■表 1-1 チームワーク（TEAMWORK）<sup>1)</sup>

T : Team member	良きメンバー（リーダーやコーディネーターも含む）からなるチーム
E : Enthusiasm	個人としての熱意・意気込み
A : Accessibility	情報・場所への近接性の確保
M : Motivation	時間的・経済的にも合理的な動機（待遇やポスト、仕事の忙しさが納得できる範囲である）
W : Workplace	施設の支持にもとづく場所、スタッフの休憩、スペースなどの福利厚生面の充実
O : Objectives	共通のゴールとしての目標
R : Role	役割の明確化や交替の方法
K : Kinship, Kindness	チームの一員としての家族のような職場内の人間関係あるいは親切さ

■文献 1) 上月正博. チーム医療はどうあるべきか. In: 上月正博, 高橋哲也, 編. リハビリ診療トラブルシューティング. 東京: 中外医学社; 2009. p.137-8.

〔上月正博〕

てきたが、平成 18（2006）年度の診療報酬改定より「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つの疾患別リハによる診療報酬体系になった。つまり「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）年度の診療報酬改定では、新たに「がんのリハビリテーション」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、超高齢社会の我が国では、2つ以上の疾患によるいわゆる重複障害の患者が急増しており、現在の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。

- 文献
- 1) 社団法人日本作業療法士協会. 作業療法ガイドライン 2006 年度版. 東京：日本作業療法士協会；2006.
  - 2) 山永裕明, 野尻晋一, 中西亮二. 脳卒中のリハビリテーション. 東京：金原出版；2001. p.183.
  - 3) 篠原幸人, 小川 彰, 鈴木則宏, 他編. 脳卒中治療ガイドライン 2009. 東京：日本脳卒中学会；2009.

〔長谷川敬一〕