

地域リハビリテーションチーム医療の連携

白鳳女子短期大学人間総合学科理学療法専攻

服部 宇孜

COOPERATION OF REGIONAL REHABILITATION AND MEDICAL TEAMS

HIROSHI HATTORI

Department of Humanities, Hakuho Women's College

Received December 22, 2006

Abstract: To perform successful physical rehabilitation, it is usual that home training outside the care and rehabilitation facility is also needed. However, when a therapist only contributes to teaching the users of the care and rehabilitation facility to perform home training without support by staffs of comprehensive medical care and caregivers, the users are passive, resulting in less success in physical amelioration. Effects of a team approach by staffs of comprehensive medical care and caregivers on rehabilitation performance in the care and rehabilitation facility were explored. Aim: The subjects of this study were 40 rehabilitation users using a daycare center for 3 months. Methods: Using Functional Independence Measure (FIM), the difference in the scores between before and 3 months after the team approach was evaluated. Results: The overall score in January was 3594 points and that in April was 4396 points; and the difference was 802 points, indicating the increase of the score. Mean score per user in January was 89.9 points and that in April was 109.9 points, with a difference of 20.1 points, indicating the increase of the score per user. Discussion: The present results indicate that the team approach improved physical amelioration. Thus, a therapist should organize the team approach with staffs of comprehensive medical care and caregivers around the user. As a result, the users of the care and rehabilitation facility will be able to actively perform home training in their homes with support by staffs of comprehensive medical care and caregivers, leading to progress in the quality of life of the users and their families.

Key words: regional rehabilitation, cooperation, medical teams

はじめに

高齢化社会に突入した現日本は、医療体制の高度化と医療職種の専門性が進むにつれて、医療技術の進歩、保険整備、生活環境の改善も進む中、平均寿命も益々伸びてきている。しかし、多くの疾病を抱えての闘病生活を送らざるを得ない高齢者は、長寿であっても健常人に比べ生きがいは少ないと考えられる。充実した生活を送れ

るかどうか最も重要と考えられる。まさに生活の質 (quality of life: QOL) が問われる時代になった¹⁾。

近年、健康な長寿社会を目指して疾患を未然に防ぐ一環として栄養、運動、精神(心)を柱とし、老化の原因に出来るだけ早く対処し、年齢を重ねても健康かつ質の高い生活を維持することを目的とした予防医療「抗加齢医学(アンチエイジング)」²⁾が注目を集めている。このことから多数の医療の専門スタッフが組織的に診療に取り

組む「チーム医療」の必要性が高くなりつつある。

リハビリテーションの視点から「自宅での生活」という一つの目標を考えてみても、様々な捉え方がある。医療機関の利用者の年齢や疾患の違い、機能回復速度の違い、モチベーションの違い、復帰後の家族構成や住宅環境の違い等、相違点はいくつも挙げられる。当たり前のことだが患者各個人が「家庭復帰」に期待することが異なるという点を十分に考慮しなければならない。言い換えれば各患者の希望を重視するという点でもあり、それは生活の質(QOL)の向上に直接つながるものである。しかし、総合病院、大病院では徐々に院内チーム医療システムが築き上げられつつあるが、地域医療機関でのリハビリテーションにおいては「リハビリテーションはリハビリテーションの専門士に任せておけばよい」という考えが根強く残っているためチーム医療システムを築き上げる事が困難なのが実情である⁹⁾。

地域医療機関でのリハビリテーションのひとつに日中、病院または老人保健施設などの医療施設に通所して、機能訓練やケアを受ける「通所リハビリテーション」がある。その通所リハビリテーション施設にて(以下、施設)利用者の身体機能のリハビリテーション指導にセラピストの

み者が携わる場合、利用者が施設外でのリハビリテーション、たとえば家庭での自主トレーニングをすることには消極的で、施設内でのリハビリテーション時にしか身体を動かさないため、身体機能向上につながりにくかった。このことから利用者の身体機能の向上を図るために、セラピストのみでリハビリテーションを実施するのではなく、利用者を取り囲むチーム医療スタッフ(医師、看護師、介護福祉士、ホームヘルパー、医療事務員、ケアマネージャーなど)の協力の重要性⁹⁾に注目して、奈良県内にあるデイケア施設利用者にチーム医療アプローチを実施しその効果を判定した。

対象と方法

対象は2003年1月から4月の3ヶ月間に奈良県内にあるデイケア施設の利用者でリハビリテーション実施している40名(男性10名、女性30名)である。年齢は60～96歳で、その内訳は、60歳未満が3名、60歳以上70歳未満が5名、70歳以上80歳未満が13名、80歳以上90歳未満16名、90歳以上が3名(平均76.8歳)である。要介護者の介護度の内訳は、要支援が1名、要介護度1が14名、要介護度2が14名、要介護度3が6名、要介

Table 1. Functional Independence Measure (FIM)

氏名:		(男・女)		年齢: 歳		検者			
診断名:		日付	評価項目	点	コメント	点	コメント	評価内容	
運 動 項 目	セルフケア	食事						咀嚼、嚥下を含めた食事動作	
		整容						口腔ケア、整髪、手洗い、洗顔など	
		清拭						風呂、シャワーなどで首から下(背中以外)を洗う	
		更衣・上半身						腰より上の更衣および義肢装具の装着	
		更衣・下半身						腰より下の更衣および義肢装具の装着	
		トイレ動作						衣服の着脱、排泄後の清潔、生理用具の使用	
	排泄	排尿管理						排尿の管理、器具や薬剤の使用を含む	
		排便管理						排便の管理、器具や薬剤の使用を含む	
	移動	移乗	ベッド・椅子・車椅子						それぞれの間の移乗、起立動作を含む
			トイレ						便器へ(から)の移乗
	移動	移動	浴槽・シャワー						浴槽、シャワー室へ(から)の移乗
			歩行						屋内での歩行
車椅子								屋内での車椅子移動	
主な移動手段			<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子					<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子	
認知項目	コミュニケーション	理解						12-14段の階段昇降	
		表出						聴覚または視覚によるコミュニケーションの理解	
		社会的認知						言語的または非言語的表現	
		問題解決						他患、スタッフなどとの交流、社会的状況への順応	
		記憶						日常生活上での問題解決、適切な決断能力	
		合計点						日常生活に必要な情報の記憶	

7 : 完全自立 (時間、安全性含め)
6 : 修正自立 (補助具使用)

5 : 監視
4 : 最小介助 (患者自身で75%以上)

3 : 中等度介助 (≧ 50%以上)
2 : 最大介助 (患者自身で25%以上)
1 : 全介助 (≧ 25%未満)

介護度4が3名、要介護度5が2名であった。それぞれの利用回数は週に1回～5回である。

方法は、理学療法士(以下、PT)が機能的自立度評価法:Functional Independence Measure(以下、FIM)(Table 1)を使用して、チームアプローチ前とチームアプローチ3ヵ月後に評価し、その得点を比較検討した。なお、比較検討時にDr. SPSSを使用した。

この3ヶ月間、各現場で、各医療スタッフが利用者に対しチーム医療アプローチをした。チーム医療アプローチにおける各医療スタッフの役割は次のようになる。医師は当該施設での利用者の総合管理、チーム医療のまとめ、リハビリテーション専門士はリハビリテーションの実施、自主トレーニングの指導、看護師は施設内での利用者のバイタルチェック、身体注意、行動管理、家人との情報交換と連絡、介護福祉士とホームヘルパーは施設内の介助、行動の注意、送迎時家人と本人の家での行動についての情報交換、医療事務は家人との連絡、利用者に関係する医療機関と情報交換など。これらの業務終了後にカンファレンスを開き当日のアプローチの反省点、利用者の言動や行動、心身機能状態の変化、行動パターン、アプローチの改善点などを取り上げ、利用者の生活機能向上のための解決策などを考え、それを積極的に再び利用者に実行していく。このようなアプローチを日ごとに積み重ねて実施した。

結 果

〈結果〉FIMの得点を全体的にみると1月の総合得点が3594点で4月が4396点とその差が802点と総合得点が増加している。総合得点の利用者あたりの1月の平均が89.9点、4月の総合得点の平均が109.9点と平均点の差が20.1点の増加している(Table 2)。

総合得点を介護度別にみると1月は要支援(n=1)では120点で平均120点、要介護度1(n=14)は1479点で平均105.6点、要介護度2(n=14)は1321点で平均94.4点、要介護度3(n=6)は411点で平均68.5点、要介護度4(n=3)は196点で平均65.3点、要介護度5(n=2)は67点で平均33.5点であるのに対し(Fig. 1A)、4月では要支援(n=1)が124点で平均124点、要介護度1(n=14)は1689点で平均120.6点、要介護度2(n=14)は1607点で平均114.8点、要介護度3(n=6)は611点で平均101.8点、要介護度4(n=3)は263点で平均87.7点、要介護度5(n=2)は102点で平均51.0点となった(Fig. 1B)。

介護度別に1月と4月のFIMの総合得点を比較すると、どの介護度でも増加している(Fig. 2)。介護度別に増加点数と増加率を調べてみると、要支援(n=1)では4点増で増加率3.3%、要介護度1(n=14)は15点増で増加率14.2%、要介護度2(n=14)は20.4点増で増加率が21.6%、要介護度3(n=6)は33.3点増で増加率が48.6%、要介護度4(n=3)は22.4点増で増加率が34.3%、要介護度5(n=2)は17.5点増で増加率が52.2%となる(Table 2)。したがって、介護度別で1月と4月のFIMの総合得点の増加率が大きいのは要介護度5、3、4、2、1、要支援の順である。

各項目別の1月(Fig. 3A)と4月(Fig. 3B)のFIMの総合得点と1月と4月の総合得点差(Fig. 4)を示す。まず、身体の移動を伴う運動機能の総合得点差が一番大きい傾向を示している。たとえば、「階段昇降」は1月102点に対し4月は186点で84点の増加が見られた。同様に、「歩行、車椅子移動」は149点から233点で84点の増加、「ベッド、椅子、車椅子移乗」は171点から248点で77点の増加、「風呂、シャワー移乗」は128点から195点で67点の増加が見られた。「トイレ移乗」は182点から247点で65点の増加が見られた。

Table 2. FIM evaluation score synthesis result

	1月 (点)	4月 (点)	差 (点)
得点	3594	4396	802
平均点	89.9	109.9	20

	1月 (点)	4月 (点)	増加数(点)	増加率
要支援	120	124	4	3.30%
要介護1	105.6	120.6	15	14.20%
要介護2	94.4	114.8	20.4	21.60%
要介護3	68.5	101.8	33.3	48.60%
要介護4	65.3	87.7	22.4	34.30%
要介護5	33.5	51	17.5	52.20%

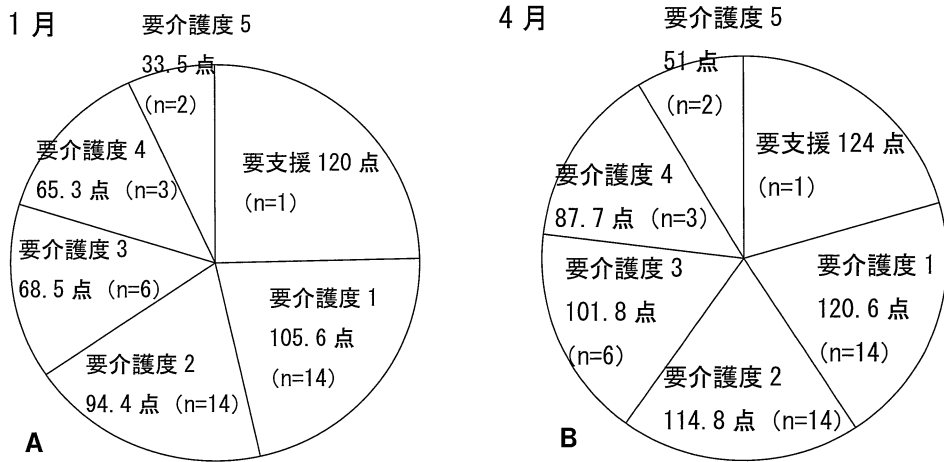


Fig. 1. FIM evaluation synthesis score distribution according to nursing necessary level
 A: January, B: April Data after team approach three months

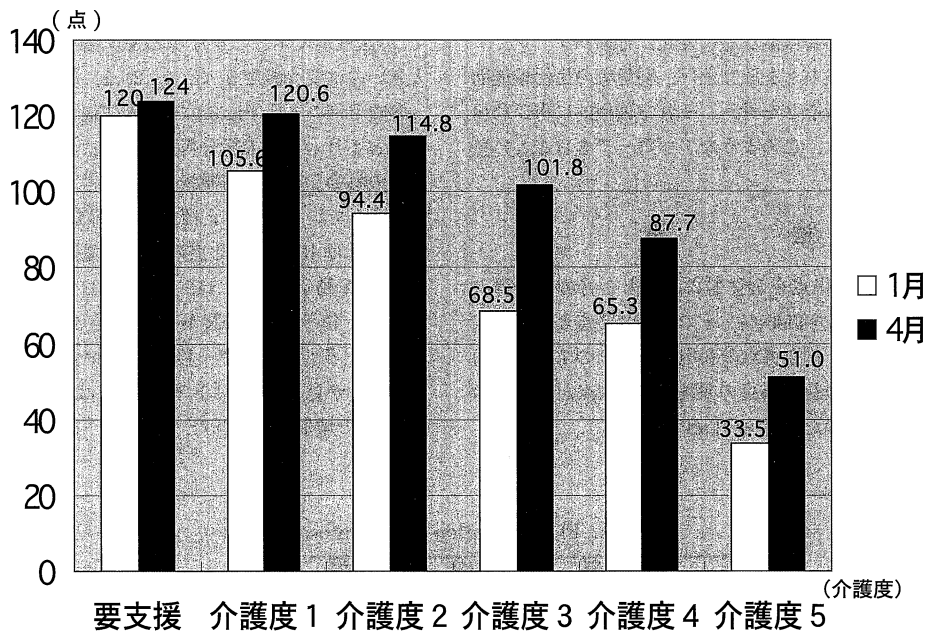


Fig.2. Average of FIM evaluation synthesis score according to nursing level

ついで、身体の移動を伴わない運動機能の総合得点差が大きい傾向を示している。たとえば、「下半身セルフケア」は1月166点に対し4月は237点で71点の増加が見られた。「入浴セルフケア」は163点から221点で58点の

増加、「トイレ動作セルフケア」は187点から240点で53点の増加、「上半身セルフケア」は186点から237点で51点の増加、「整容セルフケア」では207点から257点で50点の増加、「食事セルフケア」は240点から273点で33点

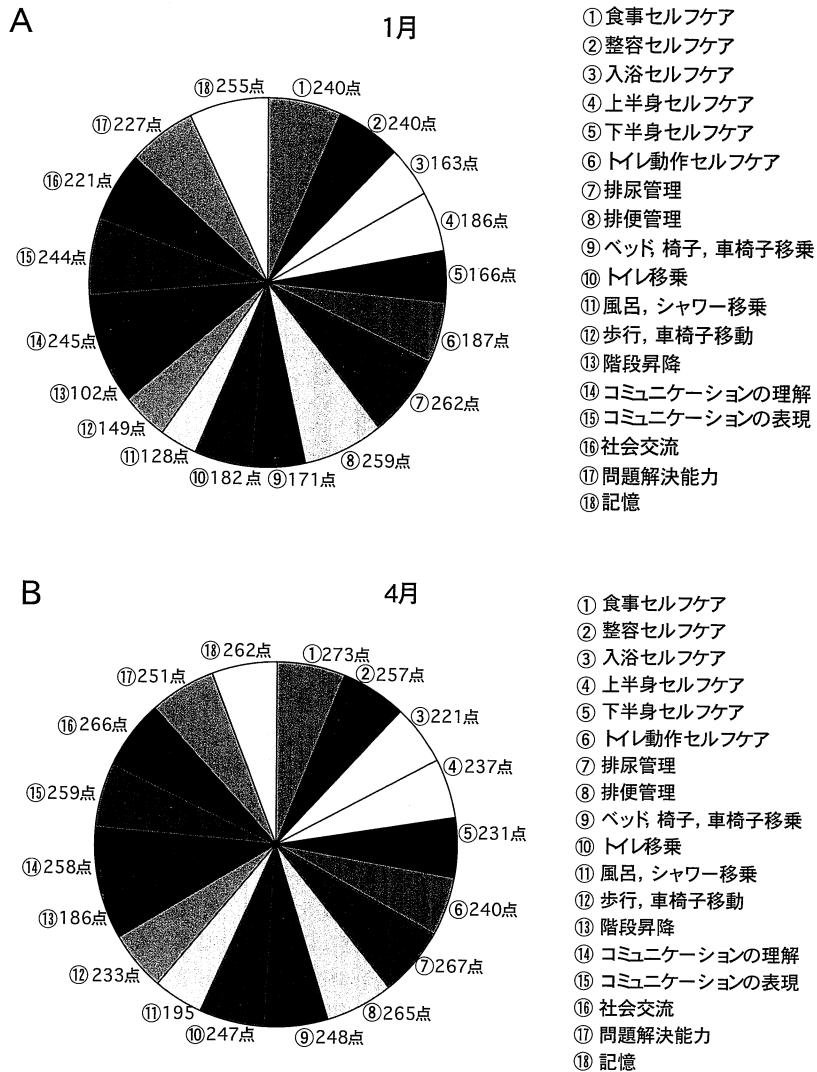


Fig. 3. January and April Total score according to FIM evaluation each item

の増加が見られた。

さらに、運動機能のみならず精神機能も関わる項目では総合得点差が小さくなる傾向を示している (Fig. 4)。たとえば、「社会交流」は1月221点に対し4月は266点で45点の増加、「問題解決能力」は227点から251点で24点の増加、「コミュニケーションの表現」は244点から258点で14点の増加、「コミュニケーションの理解」は245点から258点で13点の増加と総合得点差が小さくなっている。

元々高い総合得点を示していた高次機能の項目では、総合得点差は非常に小さくなっている。たとえば、「記憶」は1月255点に対し4月は262点でわずか7点の増加、「排便管理」は259点から265点でわずか6点の増加、「排尿管理」は262点から267点でわずか5点の増加しかみられなかった。

考 察

2003年1月から4月までの3ヶ月間のチームアプロー

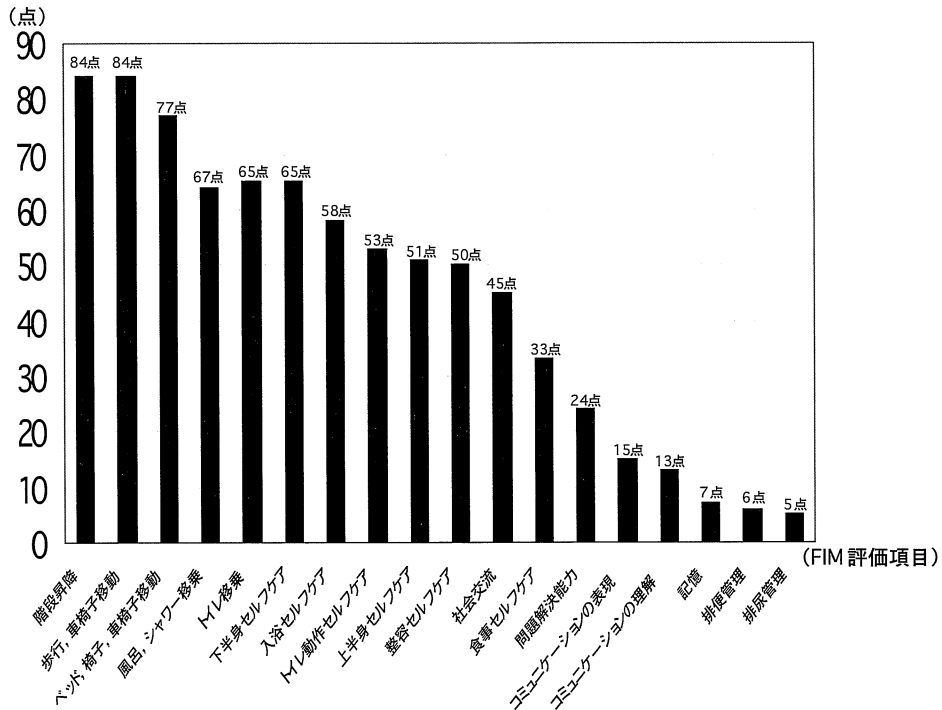


Fig. 4. Each FIM evaluation item, Integrated score that increased in three months

チ期間内に全利用者のFIMの総合得点が802点の増加を示し、機能的自立度は向上していた。

介護度別にFIMの得点を比較すると、どの介護度でも得点は増加しており、機能的自立度が向上していることがわかった。この結果はまさにチーム医療の成果だと見える。

介護度の中には、要支援、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5の6つのレベルがある。要支援とは、要介護状態とは認められないが日常生活に支援を要する状態。要介護1とは、立ち上がりや歩行が不安定で排泄、入浴など一部介助が必要。要介護2とは、立ち上がりや歩行が自力では困難で排泄、入浴などで一部または全体の介助が必要。要介護3とは立ち上がりや歩行などが自力ではできなく排泄、入浴、衣服の着脱などで全体の介助が必要。要介護4とは排泄、入浴、衣服の着脱など日常生活に全面的介助が必要。要介護5は意思の伝達が困難な上、生活全般について全面的介助が必要である⁵⁾。

介護度別でFIMの総合得点の増加率が大きいのは要

介護度5, 3, 4, 2, 1, 要支援の順である。要介護度が重度なほど増加率は高くなっていることである。これは、身体機能能力低下が著しい利用者の場合、チーム医療の効果が格段に現れることを示している。

全利用者の各項目別のFIMの総合得点差については、まず、身体の移動を伴う運動機能の総合得点差が一番大きい傾向を示している。ついで、身体の移動を伴わない運動機能の総合得点差が大きい傾向を示している。さらに、運動機能のみならず精神機能も関わる項目では総合得点差が小さくなる傾向を示している。しかし、高次機能の「排尿管理」「排便管理」「記憶」では、総合得点差は非常に小さくなっているが、これは1月に総合得点が高かったためと考えられる。

これらの結果はリハビリテーションに対するチーム医療の効率の良さを示しており、さらに推進して行く必要性と可能性を示唆している。

わが国では、リハビリテーションは運動訓練のみをする、リハビリテーションは訓練室のみで行う、リハビリテーションはセラピストのみが行うなどのリハビリテ

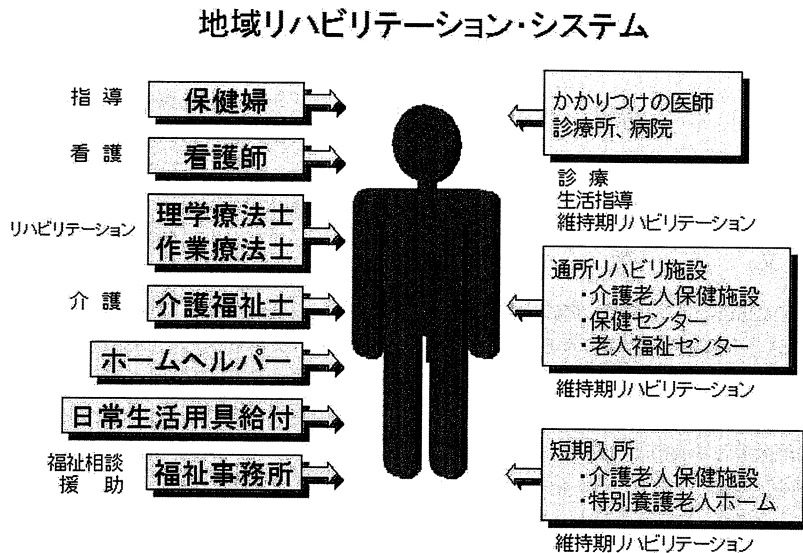


Fig. 5. Area medical treatment rehabilitation system

ションに対する間違っ理解が少なからず見られる。しかし、リハビリテーションの確立には施設内の医師、セラピスト、看護師、介護福祉士、ホームヘルパー、医療事務員などはもちろん、施設外のケアマネージャー、他の医療機関の診療科医師や関係者の理解や協力体制の整備が必須である^{6,7,8)}。

今回実施したチーム医療で重視した点は、利用者の明確なニーズ、利用者家族のニーズ、医学的評価(現状の)による利用者の問題点の提示、今後の目的、目標の設定、それに対してのリハビリテーションの診療内容と日々の機能チェック、また施設スタッフ全員が利用者として接し各職種からの見解による日常生活(特に家庭での)の情報収集、日常での問題点の改善を目的とした視点、リハビリテーションチームカンファレンスの実施(目的は医師、セラピスト、看護師だけでなく利用者に関係するスタッフが一堂に会して治療の進行だけでなく利用者の抱える心理的社会的な面、各家庭での問題点を併せて考察し一致協力して治療にあたるため)などである。

チーム医療とは利用者に関係を持つスタッフの連帯が必要になり(Fig.5)、その連帯のもとでスタッフが利用者にアプローチすることによりリハビリテーションは施設内だけでなく、家庭での日常生活のリハビリテーションに繋げる事ができ、利用者とその家族の生活の質の向上に繋ぐことができる。

今後の課題としてFIMの評価を実施すると同時に生活の質(QOL)の評価も実施していきたい。なぜなら最終的に日常生活動作の向上、生活の質の向上につなげる事が全医療機関の真の目的と考えられるため、利用者のQOLの評価を実施することによって、リハビリテーションによる身体機能向上に比例して本人や家族の生活(Activity of daily life: ADL)が、実際に向上しているかどうかを判断できるからである。

おわりに

チーム医療としてのリハビリテーション現場の場合、患者の抱える問題を、医学的処置、IDH (Impairments Disabilities and Handicaps)、ICF (International Classification of Functioning disability and health) 的考慮、社会的支援などそれぞれの専門職種における手段を駆使し総合的にアプローチする考え方が普及している。しかし、それはあくまでもセラピストのみのリハビリテーションに終わってしまっている。

チーム医療として効果的かつ効率的に行うためには利用者にかかわる全てのスタッフが的確な患者情報の共有と良質なコミュニケーションをとるための手段(システム)⁹⁾を考えなければならない。

そして医療システムを土台として、さらに重要な点は、利用者の家族、特にキーパーソンである者が、チーム医

療によるリハビリテーションに対してどれだけの理解を示し、家庭において今後どれだけの協力体制をとれるかである¹⁰⁾。

謝 辞

稿を終えるにあたり、御校閲を頂いた奈良県立医科大学生理学第二講座高木 都教授に心から感謝いたします。

文 献

- 1) 河原直人, 信太直己, 町田和彦:高齢者健康調査にみる健康意識と生活習慣の改善の重要性—セルフケアと自己決定の視座を踏まえて— Geriatric Medicine(老年医学), 44(1):77-80, 2006.
- 2) 高見武志:地域医療と一次予防 クリニック神宮前 日本臨床内科医会会誌, 21(2):190-195, 2006.
- 3) 橋本洋一郎, 内野誠:脳卒中とチーム医療, 地域医療ネットワーク Medical Practice, 22(9):1579-1582, 2005.
- 4) 高宮脩:チーム医療教育にむけて:信州大学の試み 信州大学医学部保健学科病因・病態検査学講座 臨床病理, 54(3):299-304, 2006.
- 5) 米須功, 江頭有朋, 前原愛和, 山崎富浩, 石田百合子, 今村義典, 末永英文:脳卒中患者のリハビリテーション病院における評価と介護度 ちゅうざん病院リハビリテーション科 日本リハビリテーション医学会九州地方会誌, (15):12, 2004.
- 6) 青山占子:チーム医療とPTと他職種との連携 時計台病院看護部 北海道理学療法, 16:34-37, 1999.
- 7) 信友浩一:医師会における地域医療連携への取り組み 九州大学大学院医学研究院医療システム学 薬局, 54(12):2975-2980, 2003.
- 8) 池井聰:地域完結型医療への取り組み—急性期中核病院の立場から 国立病院機構熊本医療センター クリニックマガジン, 33(2):28, 2006.
- 9) 鷹巣賢一:チーム医療の基本はコミュニケーション 静岡県立静岡がんセンター 月刊保険診療, 59(12):31-35, 2004.
- 10) 三浦勇太, 根本隆洋, 大久保淳子, 川原未青, 吉村理穂, 田辺安之, 武地美保子, 水野雅文, 渡邊衛一郎, 山下千代, 鹿島晴雄, 浅井昌弘, 村上雅昭, イアン R. H. ファルーン:地域における包括的家族サポートの実践 大泉病院, 1 慶應義塾大学精神神経科学教室, 2 明治学院大学社会学部社会福祉学科, 3 ニューージーランド・オークランド大学精神医学講座 日本病院・地域精神医学会誌, 41:56, 1998.