

外来通院リハビリテーションが脳卒中維持期患者にとって果たしていた役割

百田武司

滋賀医科大学医学部看護学科基礎看護学講座

要旨

本研究の目的は、医療保険による病院での外来通院リハビリテーションという場が、脳卒中維持期患者に果たしていた役割を、患者の視点から明らかにすることである。研究は質的帰納的デザインとし、研究対象者は男性 25 名、女性 5 名の計 30 名、平均年齢 63.0±6.9 (SD) 歳であった。分析の結果、外来通院リハビリテーションという場が果たしていた役割は【獲得した身体機能を守る場】【健康を得る場】【学びの場】【習慣の場】【社会と接する場】【心配のいない場】という 6 つのカテゴリーに分類された。対象者は、身体機能に対して現状の維持だけでなく向上をも目指しており、回復への希望を持つという、積極的な意味での役割を期待していた。一方で、社会的接触が限られているため、消極的な意味での役割もあった。その中で、【心配のいない場】としての役割は、その人らしさを発揮できる場として重要であった。

キーワード：脳卒中、外来診療、リハビリテーション、維持期

I 緒言

脳卒中は、日本人の死亡原因の第 1 位を占めていたが、1960 年代後半から減少した。しかしながら、現在でも第 3 位を占め、2004 年の死亡者数は年間約 13 万人である¹⁾。加えて、脳卒中は、寝たきり原因の約 30%²⁾であり、また、要介護状態になった主な原因の 25.7%³⁾を占め、さらに、訪問看護ステーション利用者(介護保険法による)の 33.4%⁴⁾をも占め、いずれも第 1 位である。脳卒中の患者総数は、年々増加傾向⁵⁾にあり、全国で脳卒中患者数は約 170 万人と推計²⁾されている。このことから、脳卒中により障害を残したまま生活していく人々は多く、着実に増加していると言える。

一方、2000 年の介護保険創設以来、医療保険での維持期のリハビリテーションは、外来での集団療法の単位数制限や個別療法での点数通減制等、制限される方向にあった⁶⁾。そして、2004 年 1 月に厚生労働省老健局が開催した「高齢者リハビリテーション研究会」が提出した報告書⁷⁾において、長期間にわたる効果のないリハビリテーションが実施される傾向にある、ということが指摘された。これが、2006 年 4 月の診療報酬改定に影響を与え、従来は期間無制限であった、医療保険によるリハビリテーションに、算定日数制限が新設された。脳卒中の場合、発症や手術後、急性増悪を起算日として、算定日数制限は 180 日とされた⁸⁾。そのため、失語症の一部や、医師により改善が期待されると判断された除外規定に該当する場合を除き、算定日数制限以後の脳卒中患者のリハビリテーションは、医療保険ではなく、介護保険による訪問系サービスや通所系サービス等で行わなければならない

なった。これについては各方面で異論が出ており、日本リハビリテーション医学会が 2006 年 8 月に、同学会評議員の医師と無作為抽出した専門医にアンケート調査を実施したところ、リハビリテーションが発症から最長 180 日に制限されたことについて、56%が「適切でない」とした⁹⁾。また、2006 年 6 月に、患者や家族、それに医療関係者でつくる市民団体が、個々の患者の病状や障害の程度を考慮せず、機械的に日数のみでリハビリテーション医療を打ち切るという乱暴な改定であるとして、医療保険でのリハビリテーションの日数制限の撤廃を求めて、厚生労働省に 44 万人分の署名の提出を行った^{10,11)}。つまり、今回の改定は、現行制度を維持すれば医療給付費の高騰により財源が枯渇し、保険制度が破綻すると国が判断したもの¹²⁾であり、財源論主体の経済的観点からの改定という意味合いが大きい。従って、患者の立場からリハビリテーション医療が果たしていた役割について検討されたとは言い難い。このためには、患者の視点からの研究結果に基づく見解が求められるが、従来のリハビリテーション医療が、維持期の脳卒中患者にとって果たしていた役割について、患者の視点からの研究は見当たらない。一方、脳卒中以外の疾患においては、竹崎¹³⁾が、整形外科診療所が高齢者に果たしていた役割について、高齢者が、診療所に何を期待して通院していたのかを明らかにする目的で、高齢者 21 名を対象に、grounded theory に基づいた研究を行っている。

そこで、本研究では、以前より筆者が行ってきた脳卒中患者の回復過程における体験に関する研究を通して、2006 年 4 月の診療報酬改定以前の、算定日数制限が設け

られていなかった、医療保険による病院での外来通院リハビリテーションという場が、脳卒中維持期患者に果たしていた役割を、患者の視点から明らかにすることを目的とし、脳卒中維持期患者を支援していく上で示唆を得たい。

II 本研究における用語の定義

本研究で用いる「外来通院リハビリテーション（以下、外来リハ）」とは、医療機関（病院又は診療所）の外来における、医療保険によるリハビリテーションのこととし、介護保険によるリハビリテーションは含まない。また「維持期」とは、急性期治療と回復期リハビリテーションの終了により退院した以降の期間を指し、獲得した機能をできるだけ長期に維持するためのリハビリテーションを実施する時期¹⁴⁾のこととした。

III 研究方法

本研究では、十分な検討がなされていない、外来リハにおける脳卒中維持期患者の体験に焦点を当て、外来リハという場が果たしていた役割を明らかにすることを目的としている。従って、研究デザインとしては質的帰納的研究とした。

1. 調査実施施設

政令指定都市郊外にある、A リハビリテーション病院（民間病院）の外来で行った。A リハビリテーション病院は、リハビリテーション総合承認施設（回復期リハビリテーション病棟、及び療養型病床群、計 139 床）で、その他に、介護老人保健施設、通所リハビリテーション（以下、通所リハ）、訪問看護ステーション、メディカルフィットネス、居宅介護支援事業所を併設していた。

2. 調査対象者

対象者の基準を、A リハビリテーション病院に通院していた維持期の脳卒中患者のうち、インタビュー調査が可能な者として、意識清明、言語コミュニケーションが可能、認知症がない〔Mini-Mental State Test（以下、MMS）において、24 点以上¹⁵⁾〕とした。

3. 調査期間

2001 年 1 月 23 日～9 月 20 日であった。

4. 対象者抽出の手順

条件に適合する患者を、A リハビリテーション病院の看護部長に紹介を依頼した。次に研究依頼書に沿って対象者本人に研究の趣旨を説明し、同意が得られ次第、調査を開始した。

5. データ収集方法

データ収集は、脳卒中を発症し、何らかの障害が生じ、リハビリテーションを行った過程が、本人によって記述されている闘病記の中で、出版図書検索により可能な限

り入手できた 30 名、33 冊の書籍を筆者が読み、独自に作成した半構成質問紙を用いたフォーマルインタビューと、A リハビリテーション病院で、筆者が対象者と出会った際に交わす日常会話等のインフォーマルインタビューによるものである。半構成質問紙の主な内容は、発症時からの経過、活動、知覚、自己像、状況、関係等に関するものであるが、できるだけ自由に語ってもらうように配慮した。フォーマルインタビューは対象者 1 名につき 2 回以上（インタビュー間隔は 1 週間）行い、2 回目以降のフォーマルインタビューでは、前回のフォーマルインタビューで対象者の話した内容と分析結果が適合しているかの確認を中心とした。フォーマルインタビューは許可を得て、全て IC レコーダー（SONY ICD-MS500）にて録音し、逐語録を作成した。インタビューの実施と逐語録の作成は、研究期間中、一貫して筆者が実施した。インフォーマルインタビューは、分析時の結果の解釈のみに利用した。さらに、フォーマルインタビューの際に、日常生活動作の客観的評価のため、同時に Functional Independence Measure（以下、FIM）の測定を実施した。また、対象者の属性、MMS、治療内容等の把握のため、診療録から情報を得た。

6. データ分析方法

データ収集と分析は同時に行った。まず、インタビュー逐語録を内容が把握できるまで繰り返し読み、文脈を捉えた上で、外来リハという場が、脳卒中維持期患者にとって果たしていた役割について表現しているものを抽出し、要点を表すコード名を付けた。その際には可能な限り筆者の解釈を含めず、対象者が表現していることをコード名にし、それぞれのコード名にノート（筆者の解釈、コード名の根拠等）を添付した。次に、コード名に筆者の解釈を加えてコード名の修正を行い、修正したコード名毎に、類似点と相違点を継続的に比較しながら分類整理し、より抽象的なレベルで名称を付け、カテゴリー化を行った。そして、全事例から得られたカテゴリー同士の関係を比較検討し、さらに抽象化したカテゴリーを抽出し、外来リハという場が脳卒中維持期患者にとって果たしていた役割を明らかにした。

調査によって得られた質的データの credibility（確からしさ）を確認するために、メンバーチェックを採用した。具体的には、対象者へのフォーマルインタビューは 2 回以上行い、2 回目以降のフォーマルインタビューで、前回のフォーマルインタビューで対象者の話した内容と、筆者の分析結果が適合しているかを確認し、修正した。さらに、研究としての consistency（一貫性）と confirmability（確認可能性）を確保するため、脳卒中看護経験 10 年以上の看護師 2 名との間で peer debriefing（専門家間審議）を行った。

分析は、継続的比較を行い、理論的飽和に達していると判断できた時点で、新たな対象者へのインタビューを中止した。理論的飽和の判断については、分析において新たな概念の抽出が見られなくなった時点から、さらに5名のインタビューと継続的比較分析を続け、検証を行った上で、最終的な理論的飽和を判断した。

7. 倫理的配慮

対象者に対して、調査依頼時及び調査時に、研究概要、目的、方法、安全性、プライバシーの保護、研究対象者の利益及び医療・看護学上の貢献、同意撤回の自由等を書面と口頭で説明し同意を得た。また、フォーマルインタビューは全て個室で行った。さらに、研究開始前に、Aリハビリテーション病院における理事会において、倫理

面に関する審査を受け、承認を得た。

IV 結果

1. 対象者の背景

研究対象者は総計30名（男性25名、女性5名）であり、年齢は63.0±6.9歳（mean±SD、以下同じ）、罹患期間は1761.7±1206.8日、FIMは113.9±7.8点（126点満点）、MMSは27.2±2.6点（30点満点）であった。フォーマルインタビューは合計68回、2751分、対象者1名あたり2.3±0.5回、91.7±37.5分実施した。外来リハ通院頻度、Aリハビリテーション病院の外来リハ以外のリハビリテーションサービス利用状況等、対象者の背景は表1に示した。

表1 対象者の背景

対象者	性別	年齢	罹患期間 (日)	FIM (126点満点)	MMS (30点満点)	外来リハ 通院頻度 (回/週)	Aリハビリテーション病院外来リハ以外の リハビリテーションサービス利用状況	フォーマル インタビュー回数 (回)	フォーマル インタビュー合計 時間(分)
1	女	70	2178	117	25	2	通所リハ 3回/週	2	84
2	男	73	1458	112	29	2		3	157
3	男	54	839	125	25	5	メディカルフィットネス 5回/週	3	123
4	男	68	3666	101	25	2		3	154
5	女	51	971	100	24	2	訪問リハビリテーション 1回/週	2	99
6	男	60	470	125	30	2		2	95
7	男	61	1465	120	30	2		3	90
8	男	65	525	104	24	3		2	48
9	男	62	2129	119	30	1	メディカルフィットネス 5回/週	3	168
10	男	54	586	115	30	1	市の機能回復訓練教室 2回/週	2	87
11	男	74	4996	118	30	2	メディカルフィットネス 5回/週	2	65
12	男	71	2051	112	27	1		2	68
13	男	61	2493	116	24	1	他病院の外来リハ 1回/週	2	73
14	男	61	1328	107	25	1	メディカルフィットネス 5回/週	2	79
15	男	74	2012	119	24	1		3	124
16	女	74	3913	106	24	2	通所リハ 2回/週	3	127
17	男	60	3375	123	30	1		2	141
18	男	59	594	110	30	5		2	45
19	男	67	4349	109	27	1		2	101
20	男	69	1898	104	24	1	訪問リハビリテーション 1回/週	2	56
21	女	54	2165	108	30	1	メディカルフィットネス 1回/週	3	132
22	男	73	1374	109	30	1	通所リハ 1回/週	2	74
23	男	54	1577	106	24	1		2	51
24	男	61	1239	116	28	1	メディカルフィットネス 3回/週	2	42
25	男	60	783	125	30	1	メディカルフィットネス 5回/週	2	57
26	男	63	627	120	27	1		2	139
27	男	63	816	114	25	2		2	95
28	女	60	902	126	30	1		2	57
29	男	58	1107	106	25	1	訪問リハビリテーション 1回/週	2	38
30	男	55	964	124	30	1	市の障害者センター 5回/週	2	82

2. インタビュー分析結果

対象者のインタビューから、Aリハビリテーション病院の外来リハという場が果たしていた役割は、【獲得した身体機能を守る場】【健康を得る場】【学びの場】【習慣の場】【社会と接する場】【心配のいらない場】という6つのカ

テゴリーに分類された（表2）。

なお、本稿において、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉で示した。また、発言は「 」で、その後に()で発言者を示した。

表2 外来リハの果たしていた役割

カテゴリー	サブカテゴリー
獲得した身体機能を守る場	今を維持 定期的な機能チェック
健康を得る場	行為の再獲得 症状の改善
学びの場	医療者からアドバイス 同病者との情報交換 同病者との比較
習慣の場	仕事のような存在 運動する機会
社会と接する場	外出する機会 他者と話をする機会 仲間との交流の機会
心配のいらぬ場	バリアフリーの環境 共感できる仲間の存在 理解のある医療関係者の存在 自尊心を保たれたサービス環境

1) 【獲得した身体機能を守る場】

脳卒中患者が、発症から急性期、回復期、さらに維持期にかけてリハビリテーションによって獲得した身体機能を、今以上に良くならなくとも、悪くしないようにする場のことで、〈今を維持〉〈定期的な機能チェック〉で構成されていた。

〈今を維持〉は、現在の身体機能を維持することを外来リハの目標にしていることである。

「わしらの場合、(身体機能を)良くしようと言うより、これより悪くしないようにすることですね。」(対象者15)と語っているが、これは、これまで行ってきたリハビリテーションにおいて身体機能の回復が停滞していることを体験しているためであった。また、過去にしばらく外来リハを中断していた対象者が「そしたら、悪くしないためにはやっぱり(外来リハが)必要だなと思いましたが、やっぱりやらないと衰えてくるんですね。」(対象者19)と語っているように、リハビリテーションの中断により、機能低下を体験し、外来リハを継続することで機能を維持することの必要性を実感していた。さらに、外来リハを継続しているにもかかわらず、「最近、逆に悪くなっているんじゃないかと思えますね。手がね、だんだん硬直してきているんですよ。」(対象者2)と、機能低下を体験している対象者もいた。

〈定期的な機能チェック〉は、身体機能の変化を、リハビリテーションの専門家に、客観的に判断してもらうことで安心感を得ることである。

「ここでのリハビリは、前より悪くなっていないかどうか確認をしてもらおうことが主ですね。」(対象者6)。この確認は、身体機能が良くなったかの確認でなく、悪く

なっていないかという、機能が維持されているかどうかを確認することであった。

2) 【健康を得る場】

脳卒中患者が外来リハの効果が実感できる場のことで、〈行為の再獲得〉〈症状の改善〉で構成されていた。

〈行為の再獲得〉は、身体の動き自体は変わらないが、できなかった行為ができるようになったり、以前よりスムーズにできるようになったりと言うことである。

「今までやってきて、一人でタクシーに乗れなかったのが、今ではタクシーだったら自分の好きなところにどこでも出かけられる、一人でも出かけられるようになったのは小さなことの積み重ねです。(中略) 障害としては改善されているわけじゃないんです。(中略) ただ、できるようになったと言うだけなんです。自分の障害を持ってね。」(対象者21)と、外来リハにより、機能の向上はないが、乗車方法を練習することにより、一人でタクシーに乗るという行為ができるようになったことを語った。

〈症状の改善〉は、外来リハの後、疼痛や浮腫、しびれ等の苦痛な症状が一時的に解消されたり、動きがスムーズになったりすることである。

「(外来リハを) やった日は筋肉の腫れが少ないんですね。」(対象者23)と、外来リハをした日は麻痺側の浮腫が軽減されることを語り、「(外来リハを) やるとしばらく楽ですからね。(中略) 治るんじゃないかって(外来リハを) やると、次に行動するときに楽だというのがありますからね。」(対象者17)と、動作が楽になることを語った。いずれも根本的に改善されるのではなく、一時的なものであるが、外来リハにより、具体的に症状が改善されることを実感していた。

3) 【学びの場】

脳卒中患者が外来リハに通院する中で、リハビリテーションの方法や治療に関する情報、あるいは同病者との比較による自身の障害の程度についての情報を得る場のことで、〈医療者からアドバイス〉〈同病者との情報交換〉〈同病者との比較〉で構成されていた。

〈医療者からアドバイス〉は、医療従事者からリハビリテーション方法についての助言を得ることである。

「(リハビリテーションの方法について) ここで指導してもらったら、気分的に違いますね。家でも頑張ろうという気になりますね。」(対象者25)と、医療者からの助言により、新たな意欲に繋がっていた。

〈同病者との情報交換〉は、同じ病気の患者同士として、病気や他の病院のこと、あるいは健康食品や東洋医学、さらに民間療法等についての情報を得ることである。

「ここに来ている人が、鍼がいいと言うので、そこへ7ヶ月ぐらい通ったけど、はじめは良かったんだけど、それから変わらんようになって、(中略) ○○病院にいい機械が入ったと言うから、すぐ電話して聞いたけど、わし

らみたいなのは、効かんらしいですわ。(中略) 去年は、中国の薬(健康食品)がいいというので取り寄せたりね。今はアメリカの薬を教えてもらって飲んでるんじゃないけど。」(対象者20)と、結果的に参考になることもならないこともあるが、積極的に同病者から情報を得ていた。また、「(同病者とは)ほとんど病気の話しかせんね(患者12)と、同病者との会話の大部分が、疾患についての内容に費やされることも語られた。

〈同病者との比較〉は、同じ脳卒中患者ということで強く関心を示し、相手と自身を比較し自身の障害の程度を推測したり真似をしたりすることである。前述の〈同病者との情報交換〉との違いは、〈同病者との情報交換〉が直接、会話によって情報を得るのに対し、〈同病者との比較〉は、会話でなく外見からの情報を得ることである。

「(要介護度が)1とか2とかあって、私は2なんですけどね、私はいい方ですね。口がきけない人やもっと重い(重症の)人もいて、私はまだいい方だと思います。」(対象者1)と、同病者を自身との比較の対象とし、自身の障害の程度の指標を得ていた。また、「(同病者が)杖がいらなくなったり、腕が上がるようになってたりするのがあってね。いいね、と思ってどうして良くなったのかを気になってね。その人を見たりするんだよね(対象者10)と語られた。これは、良くなった同病者に羨みや自身への劣等感もあり、直接会話による情報収集をせずに、外見から推測するということであった。

4)【習慣の場】

脳卒中患者にとって、通院することが生活上の中心となり、日常決まってくる事柄の場になることで、〈仕事のような存在〉(運動する機会)で構成されていた。

〈仕事のような存在〉は、外来リハに通院すること自体が生活の中心的事柄ということである。

「今は、何もやっていないから。ここに来ることに専念してね。(中略)それが仕事と思っているから。」(対象者7)と語られ、また、「それ(外来リハ)が唯一の仕事でしょうかね(対象者14)と、外来リハのことを『仕事』と表現する対象者が複数いた。これは、特に無職で、かつ家庭における役割もあまりない対象者が語り、外来リハが自分に与えられた『仕事』のように取り組んでいる様子が伺えた。

〈運動する機会〉は、家ではなかなか運動することがない脳卒中患者が、歩いて通院することで、自然と運動することになっており、リハビリテーションの目的だけでなく、健康管理に役立っているということである。

「ここに来るのに、1時間歩くんよ。4kmあるよ。家におったら歩かんけどね。そしたら腹の調子がいいよ。(中略)便秘なんかせんようになったよ。」(対象者4)と語った。Aリハビリテーション病院は高台にあるため、徒歩で通院すると、相当な運動量になると考えられるが、それ

が対象者にとっては達成感となっていた。

5)【社会と接する場】

脳卒中患者は障害のために行動範囲が制限され、社会の周辺領域に追いやられる状況になりがちであるが、外来リハに通院することが、社会と接触する場になるということで、〈外出する機会〉(他者と話をする機会)〈仲間との交流の機会〉で構成されていた。

〈外出する機会〉は、家の中での生活が中心となっている脳卒中患者にとって、通院が家から出る機会となっていることである。

「家の中でいたら駄目だね。気分が滅入るね。外に出ないといけないんだけど、なかなかそういうわけにいかないんでね。(中略)だからここ(外来リハ)に来るのがいいんでね。」(対象者11)と、通院による外出の精神的なメリットを語った。また、「家では(リハビリテーションを)なかなかやらないね。テレビを見るだけでね。(中略)やっぱり病院に来ないとね。」(対象者10)と、通院が外に出る機会となり、それによってリハビリテーションに積極的に取り組めることを語った。

〈他者と話をする機会〉は、通院により他者と接することで会話をすることができていることである。

「(通院は)治療と言うより、気分転換の要素が大きいと思いますよ。ここで人と会って話をするのがいいんじゃないかな。(中略)家に帰ったら、なかなか(他者が)来てくれません。ここに来れば限られた人だけども、人と会って話すことができるんですね(対象者2)と、対象者にとっては、普段の生活では話す機会が少なく、通院で会話し、精神的にも落ち着くことが語られた。

〈仲間との交流の機会〉とは、通院により、同病者である仲間と、遊びを通して憩うことである。

「ここではリハビリの時間はちょっとで、他は仲間(同病者)と将棋をやったりして、5時過ぎまでいます。(中略)いつも決まったメンバーでね。」(対象者9)これは、Aリハビリテーション病院では、日中、患者に待合室やロビーを開放しており、外来リハが終わった後でも、患者同士が交流の場として自由に使用できたためである。

6)【心配のいらない場】

脳卒中患者が、社会生活に参画する中で、生活の支障となる物理的な障害や精神的な障壁を感じるが、外来リハは安心できる場であるということで、〈バリアフリーの環境〉(共感できる仲間の存在)〈理解のある医療関係者の存在〉(自尊心を保たれたサービス環境)で構成されていた。

〈バリアフリーの環境〉は、外来リハの建物構造が、段差等の物理的な障害がないということである。

「歯医者に行くのも大変でね。スリッパに履き替えなるといけないところがあるでしょ。それができないんですね。階段も困りますね。(中略)ここはタクシー降りた

らすぐでね。心配することがないのでね。」(対象者2)と語った。すなわち、Aリハビリテーション病院は、玄関までタクシーをつけることができ、自動ドアで段差もなく、スリッパに履き替える必要もなく、エレベーターも完備されており、また、トイレや廊下をはじめ、多くの場所に手すりも設置されており、脳卒中患者に配慮された構造であったが、一般社会においては厳しい環境であるということであった。

〈共感できる仲間の存在〉とは、外来リハに同病者である仲間がいることで、日々の体験を通して理解し合えるということである。

「同じ病気で親しみが感じられますね。自分が病気になる前はこんな病気に対して認識なかったし、こんな人に話しかけたりというのなかったけど、やっぱりこういう病気になったら、理解が広がったという感じですね。

(中略) そんな人には気が許せるんですね。」(対象者3)つまり、同病者の間には、その他の人とは異なる仲間意識が生まれ、共感できる関係ができていた。

〈理解のある医療関係者の存在〉とは、いつも脳卒中患者と接している外来リハの医療関係者は、患者の気持ちを理解しているので安心できるということである。

「町に出かけるときは、杖を持ちません。ここの先生(セラピスト)は持った方がいいよと言いますが、そういうのを持っていると、やっぱり(他人の)視線が気になりますから。(中略) ここ(外来リハ)ではね、みんな関係者だから、そんなことは知ってくれてるから、何も気にしないで杖を持っていますけどね」と、一般社会においては、見られる辛さという精神的な障壁を感じるが、外来リハにおいてはそれが無いことを語った。また、言語障害のある対象者は「一般の社会だったら、ちゃんと喋れないことを隠そうとして、すごく神経使うんです。

(中略) ここでは、みんな知ってるから気を遣うことなく喋れるので神経を使うことがないのでね。」(対象者14)と、外来リハにおいては、理解のある周囲の医療関係者のために安心できるということが語られた。

〈自尊心を保たれたサービス環境〉は、外来リハ以外のリハビリテーションサービスにおいて、自尊心を傷つけられるような体験をしたり、そこに来ている患者が同じ脳卒中であっても、自分とは年齢や障害レベルが違い、自分が求めるサービスとの差を感じた対象者が、外来リハでは、自分が求めるサービス環境が提供されたりということである。

「デイケア(通所リハ)は、幼稚園みたいで。(中略)皆さんとゲームをしたり歌を歌ったり、どうも自分には、馬鹿にされたように思えてね。(中略)ここじゃあ、ちゃんとリハビリをしてくれますのでね。」(対象者2)と、介護保険による通所リハにおいて行われるレクリエーション活動での違和感を語った。また「(通所リハは)年寄

りばかりで、それに本当に悪い人(身体障害が重度)ばかりで、自分には合わないと思いました。」(対象者28)と語った。これは、介護保険での通所リハを過去に利用して辞めたか、あるいは利用していないが見学した経験のある対象者が語ったが、外来リハと通所リハを併用している対象者には、このような発言は認められなかった。

V 考察

1. 外来リハという場が、脳卒中維持期患者にとって果たしていた役割の様相

本研究の結果、外来リハという場が、脳卒中維持期患者にとって果たしていた役割として、6つのカテゴリーが確認された。その中で、【獲得した身体機能を守る場】と【健康を得る場】は、障害に対するリハビリテーション的要素であると言える。対象者は維持期にあり、急性期や回復期のように身体機能の大幅な改善が見込まれないことは、対象者が自身のリハビリテーションを通して体験していた。さらに、リハビリテーションの中断や、継続しているにもかかわらず、機能低下を認識している対象者もあり、日常生活を送る上で、機能維持のためにリハビリテーションに取り組んでおり、外来リハが積極的に【獲得した身体機能を守る場】となっていたと考えられる。また、【健康を得る場】のサブカテゴリーとして〈行為の再獲得〉が語られた。細田¹⁶⁾は、脳卒中患者にとっての身体の回復について、脳卒中患者会に属する27名への聞き取り調査により、発症してから何年たったとしてもその人なりの回復はあり得るとして、「身体の運動機能を取り戻す」、「目的行為を取り戻す」、「よそよそしくなった身体を取り戻す」という、回復についての3つの意味内容を見いだした。本研究における〈行為の再獲得〉は、細田の「目的行為を取り戻す」に類似している。つまり、対象者たちは、現状の維持だけでなく向上をも目指しており、回復への希望を持つという積極的な意味を外来リハに期待していたと考えられた。また、【学びの場】と【習慣の場】としての役割も、積極的な意味であると考えられた。すなわち、対象者は、回復のために有益な情報を求めており、そのために外来リハに期待し、それが生活する上での中心となっていた。しかるに、脳卒中患者は、回復に対して諦めることなく、可能性を信じて積極的に外来リハに通院していたことが推察された。

一方、【社会と接する場】と【心配のいらない場】は、消極的な意味が含まれると考えられた。脳卒中患者は、自身の障害のために行動に制限があるため、行き場や友人も限られていた。A.L. Straussら¹⁷⁾は、慢性疾患とその管理のために社会的接触が減少し、わずか数人を相手にかろうじて保たれるような社会的接触の状態を社会的疎外(social isolation)と述べ、それは憂慮すべき事態であるという認識を示しているが、本研究の対象者は

この社会的疎外の状況にあったと思われる。そのために、対象者が、数少ない【社会と接する場】として外来リハに期待することは重要なことである。また、脳卒中患者が、日常社会に出て行く中で、物理的に〈バリアフリーの環境〉でないことや、周囲の目等、精神的な障壁もあり、【心配のいらぬ場】としても外来リハに期待していた。物理的な環境に対する社会の変化としては、1994年にハートビル法（高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律）¹⁸⁾、2000年に交通バリアフリー法（高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律）¹⁹⁾が施行され、徐々に進行しつつあるが、脳卒中患者にとっては、まだ十分でないと考えられる。【心配のいらぬ場】としての外来リハは、脳卒中患者たちの居場所であり、自分の所属する世界となっていたと思われる。土居²⁰⁾は、所属する世界を持つことは、その人らしく存在することと述べている。脳卒中患者は、人目を気にすることでその人らしさを出すことが困難になっていく。しかし、外来リハは（共感できる仲間の存在）や（理解のある医療関係者の存在）により【心配のいらぬ場】であり、その人らしさを発揮できる場となっていたと考えられた。

2. 先行研究との比較

竹崎¹³⁾の、整形外科診療所が高齢者に果たしてきた役割についての研究と、本研究の結果を比較すると、本研究の【獲得した身体機能を守る場】【健康を得る場】【学びの場】【習慣の場】【社会と接する場】は、類似するカテゴリーが認められる。これに対し、竹崎の報告にはなく、本研究で認められたものとして、【心配のいらぬ場】が確認された。これは、整形外科診療所の対象患者は、変形性脊椎症や変形性膝関節症等であるが、症状としては、疼痛やしびれ等の局所症状が主で、高度麻痺等の重症例が含まれていないと思われ、片麻痺を中心とした全身症状の障害を特徴とする脳卒中との疾患の違いによるものと考えられる。つまり、脳卒中患者は、前述したように、社会的疎外の状況に陥りやすいが、整形外科診療所の対象患者は、社会の中で孤立しておらず、社会の中で適応した生活を送っているものと考えられる。従って、脳卒中患者への【心配のいらぬ場】としての外来リハの役割は重要なものと考えられ、このカテゴリーを見いだしたことは、本研究で得られた新たな知見と考える。一方、本研究にはなく、竹崎の報告で認められたものとして【いざというときの安心を得る場】がある。これは整形外科診療所が、入院や往診等もあり、緊急時にも対応してくれるという安心感が提供されていたことによるものである。ところが、本研究におけるAリハビリテーション病院は、リハビリテーションに特化した専門病院で、急性期の治療には対応できず、またCTはあるもののMRIの設備がないため、対象者の多くは脳卒中再発予防のために、

Aリハビリテーション病院とは別の脳神経外科や神経内科の急性期の病院にも通院していた。この結果の相違は、研究対象施設の診療内容の違いによるものと考えられる。

3. 脳卒中維持期患者の支援に対する示唆

2006年度の診療報酬改定後の脳卒中維持期患者のリハビリテーションサービスについて考察する。今回、介護報酬改定も同時に行われ、これにより、急性期及び回復期のリハビリテーションについては医療保険から給付され、維持期のリハビリテーションについては介護保険から給付されることとなった。すなわち、発症から最長180日の算定日数以降は、医療保険から介護保険のリハビリテーションサービスに移行されることになった。これに伴い、体制の整備が図られ、回復期のリハビリテーションから引き続き速やかに維持期のリハビリテーションに移行できるように、医療機関からの退院又は介護保険施設からの退所の直後等の、個別性の高いリハビリテーションの実施を評価する「短期集中リハビリテーション実施加算」が創設され、さらに、個別的なリハビリテーションを含むリハビリテーションの計画的実施を評価する「リハビリテーションマネジメント加算」も創設され、介護保険におけるリハビリテーションのシステムの充実が図られた⁸⁾。しかしながら、リハビリテーションサービスにおける医療保険によるものと介護保険によるものの、質の差は大きいと思われる。介護保険によるリハビリテーションサービスとしては、通所リハと訪問リハビリテーションが中心であるが、外来リハに代わるものは通所リハと考える。通所リハも、医療保険の給付対象であるリハビリテーションと同じく、医師の指示の下で、理学療法士や作業療法士等のリハビリテーション専門職種が、医学的専門性に基づき実施する。ところが、人員に関する最低限の基準を比較すると、通所リハは、リハビリテーション専門職種の数は医療保険よりも少なく、医師においても、常勤である必要があるものの兼務が許されており、さらに、看護職員は確保する人員として必須とされていない²¹⁾。また、通所リハは通所介護との区分が不明瞭²²⁾と言われ、リハビリテーション的に充実していない事業所も存在する¹²⁾。すなわち、外来リハと通所リハは、リハビリテーションの質が異なり、通所リハでは、医師の監視のもとで、厳格なリハビリテーションプログラムを実施するには、困難な面があるのではないかとと思われる。本研究結果から、対象者は、外来リハにリハビリテーション的要素である【獲得した身体機能を守る場】や【健康を得る場】としての役割を期待していることが明らかとなり、それは回復への積極的な意味であった。しかるに、従来の外来リハに代わる通所リハにも、十分なリハビリテーション環境を提供するために、特に人員に関する基準を見直し、さらなる体制の整備と質の向上が必要であると考えられる。

また、従来は医療保険のリハビリテーションには算定日数制限がなかったため、医療保険と介護保険のリハビリテーションサービスの併用が可能であった。本研究対象者においても、通所リハとの併用が3名、訪問リハビリテーションとの併用が2名いた。報酬制度の改定以後は、発症から最長180日の算定日数以降は、医療保険のリハビリテーションサービスは使用できず、介護保険のリハビリテーションサービスのみの利用となる。従って、医療保険と介護保険のリハビリテーションサービスを併用していた人は、従来と同じ頻度のリハビリテーションサービスを受けるためには、介護保険のリハビリテーションサービスのみでサービスを確保しなければならない。しかしながら、介護保険は医療保険と違い、サービス給付にあたり、要介護度の段階に応じた上限額（区分支給限度額）が設定されている。支給限度額を超える追加的なサービスの利用も可能であるが、その費用は全額利用者負担となる²³⁾ため、報酬制度の改定により、リハビリテーションサービスの頻度を減らざるを得ない事例も想定される。従って、介護保険の区分支給限度額についても再検討すべきと考える。

さらに、外来リハと通所リハのサービス内容も異なる。外来リハにおいては、医師による診察とリハビリテーション専門職種による個別のリハビリテーションが中心であり、本研究対象者のサービス提供時間は、全て含めて1～2時間程度であった。一方、通所リハもリハビリテーションが中心であるべきだが、前述した通り、通所介護との区分が不明瞭²²⁾と言われ、通所介護と同様に送迎、入浴、食事の提供の他に、活動性の向上や社会交流の機能としてレクリエーション活動²⁴⁾が行われることがほとんどである。また、サービス提供時間は、介護負担の軽減目的から6時間から8時間での利用が一般的で、外来リハと比べて長い。本研究においては、外来リハの役割として〈自尊心を保たれたサービス環境〉が確認された。これは、通所リハ等の外来リハ以外のリハビリテーションサービスにおいて、自尊心を傷つけられるような体験をしたり、そこに来ている患者が同じ脳卒中であっても、自分とは年齢や障害レベルが違い、自分が求めるサービスとの差を感じたりした対象者が、外来リハでは、自分が求めるサービス環境が提供されるということであった。つまり、外来リハには、通所リハで行われるサービスに対して苦痛を感じる人たちがいたということである。従って、このような人々を、外来リハから通所リハに移行するためには、通所リハのサービス内容を多様化し、利用者のニーズに合わせたものに変えていかなければならないと考える。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、外来リハに通院していた維持期の脳卒中患者のうち、インタビュー調査が可能な者を対象とした

ため、対象者のFIMは126点満点中113.9±7.8点と、日常生活レベルではほぼ自立していた人が対象となった。そのため、より重度の脳卒中患者でも同様の結果が見いだされるかを検証していく必要がある。また、今後は通所リハという場が、脳卒中維持期患者にとって果たしている役割について調査する必要がある。

VI 結語

本研究は、医療保険による病院での外来リハという場が、脳卒中維持期患者に果たしていた役割を、患者の視点から明らかにするために検討した。その結果、【獲得した身体機能を守る場】【健康を得る場】【学びの場】【習慣の場】【社会と接する場】【心配のいらぬ場】という6つのカテゴリーが得られた。対象者は、身体機能に対して現状の維持だけでなく向上をも目指しており、回復への希望を持つという、積極的な意味を外来リハに期待していた。一方で、対象者は、社会的接触が限られているため、消極的な意味もあった。その中で、【心配のいらぬ場】としての役割は、その人らしさを発揮できる場として重要であり、これを支援する必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力頂きました対象者の皆様、Aリハビリテーション病院の職員の皆様、専門家間審議にご協力頂きました看護師の皆様に感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生統計協会編：国民衛生の動向。厚生指標，53(9)，45，2006。
- 2) Liu M, Chino N, Takahashi H: Current status of rehabilitation, especially in patients with stroke in Japan. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 2, 148-158, 2000.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課国民生活基礎調査室：平成16年国民生活基礎調査の概況。2006/12/19(入手日) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa04/4-2.html>
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成16年介護サービス施設・事業所調査結果の概況。2006/12/19(入手日) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service04/kekka4.html>
- 5) 前掲書1)．87。
- 6) 花山耕三：リハビリテーションの医療経済・制度。里宇明元，才藤栄一，出江紳一（編）：リハビリテーション医学の新しい流れ。353-357，先端医療技術研究所，東京，2005。
- 7) 厚生労働省老健局：高齢者リハビリテーション研究会中間報告。2004。

- 8) 石田暉, 赤居正美, 才藤栄一, 田中宏太佳, 園田茂, 尾花正義, 赤星和人, 江端広樹, 畑野栄治, 梅津祐一, 古市照人, 岡川敏郎:平成18年度リハビリテーション医学に関連する社会保険診療報酬の改定について. *リハビリテーション医学*, 43(5), 268-276, 2006.
- 9) 朝日新聞:リハビリ「180日」制限 専門医の56%問題視. 2006/12/19(入手日) <http://www.asahi.com/life/update/1218/006.html?ref=toolbar2>
- 10) 読売新聞:「リハビリ制限」撤廃求める 患者団体ら44万人分の署名提出. 2006/12/19(入手日) http://www.yomiuri.co.jp/iryuu/news/iryuu_news/20060630ik0b.htm
- 11) リハビリテーション診療報酬改定を考える会:リハビリテーション医療の打ち切り制度撤廃運動. 2006/12/19(入手日) <http://crased.net/>
- 12) 石川誠:診療報酬改定とリハビリテーション医療. *Medical ASAHI*, 35(9), 31-33, 2006.
- 13) 竹崎久美子:整形外科診療所が高齢者にとって果たしていた役割とその背景 高齢者の「居がいい」を支える保健医療の場と看護を求めて. *看護研究*, 34(3), 219-228, 2001.
- 14) 高岡徹, 伊藤利之:脳血管障害患者のリハビリテーション 維持期のリハビリテーション. *日本医師会雑誌*, 25(12), 299-304, 2001.
- 15) 森悦郎:神経疾患患者における日本語版Mini-Mental State テストの有用性. *神経心理学*, 1, 2-90, 1985.
- 16) 細田満和子:脳卒中を生きる意味 病いと障害の社会学. 213-216, 青海社, 東京, 2006.
- 17) Anselm L. Strauss et al.: *Chronic illness and the quality of life*. 2nd ed, Mosby, St. Louis, 1984. (南裕子監訳:慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点. 97-102, 医学書院, 東京, 1987.)
- 18) 国土交通省:建築物におけるバリアフリーについて. 2006/12/19(入手日) <http://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/build/barrier-free.html>
- 19) 国土交通省:交通バリアフリー. 2006/12/19(入手日) http://www.mlit.go.jp/sogoseisaku/barrier/mokuji_.html
- 20) 土居健郎:「甘え」の構造(新装版). 202-216, 弘文堂, 東京, 2001.
- 21) 社会保険研究所:介護報酬の解釈(平成18年4月版)指定基準編. 178-180, 社会保険研究所, 東京, 2006.
- 22) 奥野茂代, 大西和子:老年看護学I, 老年看護概論. 78-83, ヌーベルヒロカワ, 東京, 2001.
- 23) 介護支援専門員テキスト編集委員会:改訂介護支援専門員基本テキスト 第1巻 介護保険制度と介護支援. 162-165, 長寿社会開発センター, 東京, 2003.
- 24) 竹内孝仁:通所ケア学. 111-149, 医歯薬出版, 東京, 1996.

The Role of Outpatient Rehabilitation for Stroke Patients during the Maintenance Period

Takeshi Hyakuta
Shiga University of Medical Science

Abstract

The purpose of this study was to delineate – from the perspective of stroke patients – expectations of the roles that outpatient rehabilitation at hospitals covered by the Japanese national health insurance would fulfill during the maintenance period of their recovery.

The study was designed using a qualitative inductive approach. There were a total of 30 participants consisting of 25 males and 5 females, with an average age of 63.0±6.9 (SD).

The reported roles of outpatient rehabilitation were classified into six categories: “maintaining acquired body functions,” “getting healthy,” “learning,” “daily routine,” “social contact,” and “feeling secure.” The role of “feeling secure” was especially important among participants, since it enabled them to express themselves. During rehabilitation, the participants reported that they sought both improvement and maintenance of their body’s functions, and expected that outpatient rehabilitation would function in a positive role in their lives, in the sense that they hoped to recover from their injuries. Despite these expectations, the role of outpatient rehabilitation was a passive experience, due to limited social contact between patients.

Key words : stroke, outpatient, rehabilitation, maintenance period