

回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者への 「統合的リハビリプログラム」の試み ——見当識障害、注意障害、記憶障害を中心に——

A systematic team approach to the higher brain dysfunction patients in the rehabilitation wards

高橋 理夏*, 田畑 絵美*, 村上 篤*, 加藤 譲司*, 本田 哲三*

要旨：当院の回復期リハビリテーション病棟に入院した見当識障害・注意障害・記憶障害を中心とした高次脳機能障害者7名を対象に、可及的早期自宅復帰を目指す「統合的リハビリプログラム」を実施した。各症例に対して、リハビリ医・病棟看護師・療法士・医療ソーシャルワーカーが統一した方針のもとに、タイムスケジュールに従って評価、訓練、家族指導などを行った。また、家族もチームの一員として毎週のカンファレンス・外泊訓練に参加。退院前には症状説明会を開催し、約6週間で全症例自宅復帰が可能であった。高次脳機能障害者の早期自宅復帰には回復期リハビリ病棟での「構造化」されたチームアプローチ、定期的なカンファレンスと外泊訓練の実施、家族のプログラム参加、および家族・近隣住民による「抱えの環境」づくりが重要であることが示唆された。

Key Words：高次脳機能障害、回復期リハビリテーション病棟、外泊訓練、自宅復帰

はじめに

平成12年よりわが国保険医療の亜急性期リハビリテーション（以下リハビリ）においては「回復期リハビリ病棟」制度が導入されている。その中では入院リハビリプログラムのさまざまな定型化が図られ、大腿骨頸部骨折術後リハビリはすでに全国の施設に類型化したリハビリチャート（クリニカルパス）が普及されるにいたっている。一方脳卒中も左半側空間無視や失語症のクリニカルパス化が試行されてはいるものの（石合, 2007; 渡邊, 2007）見当識障害・注意障害・記憶障害などの高次脳機能障害には統一した対応が未だ確立されていない。これらの障害を有する症例はパスの標準的な計画から外れるため、パスを中止する理由（「バリエーション」と呼ばれる）として入院期間が長期化される傾向が認められ、かえって意欲低下や見当識障害増悪などの悪循環を危惧されるケースも散見されている。

当院でも、平成19年よりクリニカルパスを導

入しているものの高次脳機能障害患者は入院期間が長期化される傾向にあった。その要因として、高次脳機能障害の機能回復自体に長期間を要すことに加え、スタッフ間のアプローチが統一性に欠け、さらには退院後生活上の問題点把握や家族に対する指導が十分ではないため家族が当惑し早期退院が困難である、などの問題があった。

以上の観点にたつて、我々は高次脳機能障害者の可及的早期自宅復帰を目指す「統合的リハビリプログラム」を作成した。本プログラムでは、入院日よりリハビリ医・病棟看護師・療法士・医療ソーシャルワーカーおよび家族が統一した方針のもとにそれぞれ役割を実施し外泊を繰り返しながら6週間を目安として自宅復帰を実現するものである。本稿ではまず本プログラムの概要を述べたうえで現在までの実施結果と症例を呈示し、さらに本プログラムの特徴と施行上の問題点について考察する。

* 輝山会記念病院総合リハビリテーションセンター Rika Takahashi, Emi Tabata, Atushi Murakami, Jyoji Kato, Tetsumi Honda : Rehabilitation center, Kizankai Memorial Hospital

1. プログラムの概要

a. 対象および週間スケジュール

対象は回復期リハビリテーション病棟に入院中の身体障害はないかもしくは軽度のJCS I-2レベル（覚醒しているが見当識障害あり）の亜急性期高次脳機能障害患者（認知症や中等度以上の失語症患者は除外）とした。内容は、月曜日から金曜日まで院内訓練（後述）と週末の家族による外泊訓練（後述）である。毎週外泊後家族も交えカンファレンスを実施し次週の方針を確認した。退院後はリハビリ医の診察をふまえて外来での臨床心理士による認知訓練，作業療法士による在宅生活における問題点の評価・指導を継続した。

b. チーム成員の役割

リハビリ医は評価・チームの管理・家族への説明，臨床心理士（以下CP）は神経心理学的評価・認知訓練，作業療法士（以下OT）はADL/IADLの評価と訓練・適応があればメモリーノート訓練・外泊訓練主導，理学療法士（以下PT）は身体機能の評価・訓練，言語聴覚士（以下ST）は失語症の評価・プログラムの適応有無の判断，看

護師（以下Nrs）は病棟内問題行動の評価・徘徊防止処置・スケジュール管理・服薬管理，医療ソーシャルワーカー（以下MSW）は活用可能な社会資源と在宅でのマンパワー把握，家族は外泊時に自宅でのADL/IADLを含めた生活全般の評価・訓練を実施し，結果をカンファレンスで報告した。またスタッフ全員でメモリーノート訓練，見当識訓練を施行した（後述）。

c. プログラムの流れ（図1）

1) 第1週目（入院日一回初カンファレンス）

入院時にリハビリ医が診察・画像から総合的な評価を実施し，各部門へ処方指示を出した。さらに家族へ画像を呈示しながらプログラムの説明を実施した。Nrsは家族に見当識訓練やメモリーノート訓練の必要物品（カレンダー・卓上時計など）の準備を依頼した。MSWは，家族から本人の生活歴や住居地域の状況，使える人的・社会的資源などの情報収集をした。翌日からCP，OT，PT，STの各部門で評価を行い，これらの評価に基づき，見当識訓練用のスケジュール表を作成した。病棟ではスケジュール表をもとに見当識，スケジュール管理，問題行動の有無を評価した。1週間

1W	2W	3W	4W	5W	6W	
入院 必要物品の依頼 (Nrs) 家族から情報収集 (MSW) 家族へのプログラムの説明 リハビリによる医療診断	院内訓練 第一回カンファレンス	第二回カンファレンス	第三回カンファレンス	第四回カンファレンス	第五回カンファレンス 各部門退院時評価	退院
	第一回外泊訓練	第二回外泊訓練	第三回外泊訓練	第四回外泊訓練	症状説明会	外来リハビリ

図1 プログラムの流れ

の初期評価後、第1回目のカンファレンスを実施した。

第1回目のカンファレンスでは各部門の評価結果を受けて、リハビリ医からさらに家族へ症状と見通し、入院プログラムの方針を伝えた。OTは家族へ外泊訓練のオリエンテーションを実施し、外泊時チェック表（後述）の説明、記入の依頼を行った。また、見当識訓練の方法やメモリーノート訓練など院内訓練の方針を決定した。

2) 第2週目—退院

第2週以降は、院内訓練および外泊訓練を実施した。院内訓練では、スタッフ全員で見当識改善とスケジュール管理を目的とする見当識訓練（原ら、2005）を行った。具体的には、定時に日付、場所、現在のスケジュールを確認しその結果を記録、カンファレンスで報告した。また、必要に応じてOTが主導しているメモリーノート訓練の一環として伝言訓練（丹羽ら、1993）をスタッフ間で実施した。またCPでは認知訓練を、OTは外泊訓練時に問題となったIADLなどを再評価し、代償手段の検討・訓練を、PTは活動性向上を目的に運動プログラムを実施した。さらに病棟では役割活動（「毎食後のテーブル拭き」）などを行った。

毎週末毎に家族が外泊訓練を実施した。外泊時には外泊時チェック表の項目に従って、自発性、ADL、IADLを評価した（図2）。外泊後、結果報告に基づきその後の院内訓練内容および自宅での対策を検討した。カンファレンスでは、自宅で生じた問題行動の原因を家族に詳しく説明し、次回外泊時の対応策を検討した。第4回目カンファレンスでは退院に向け自宅復帰後の週間生活スケジュール作成を家族に依頼した。最終カンファレンス（5回目）では家族からの退院後生活スケジュール案をスタッフと協議の上MSWがケアマネジャー等と調整を行った。

3) 症状説明会開催

高次脳機能障害者の在宅生活には、家族はもちろん友人・近隣住民による「見守り」や「声かけ」などの援助が必要となる。我々はそれを「抱えの環境」（神田橋、2007）づくりと呼んでいる。具体的には退院前に関係者（家族・親戚・近隣住人・ケアマネジャーなど）を集め、リハビリ

医・MSWが患者宅に向き説明会を行った。そこで「高次脳機能障害」の概要・本人の症状・支援方法・注意点を説明し、協力を依頼した。

2. 実施結果（表1）

本プログラムを平成19年10月から平成20年9月に当院回復期リハビリテーション病棟に入院し対象基準に該当した患者7例（男性5例、女性2例：平均年齢72.9±5.5歳）に実施した。発症からの期間は20日から45日（平均30.9日）、平均在院日数は53.4日で、退院先はすべて自宅であった。家族構成は独居、配偶者と2人世帯、もしくは3人世帯であっても日中2人世帯と人的資源に乏しい状態であった。

神経心理学的検査結果（表2）では各症例ともThe Galveston Orientation and Amnesia Test（以下GOAT）で75点以下であり見当識障害が認められた。またGOAT75点以下のため厳密な意味づけは難しいものの（Levin, 1979）、注意障害、記憶障害、遂行機能障害が認められた。退院時においてはGOATで見当識の改善が認められたものの、その他の検査では大幅な改善はみられなかった。

以下、事例を呈示する。

3. 事例（症例1）

81歳の男性、脳梗塞（左前脳基底部分）発症後、29日で当院へ転院。入院時見当識障害・注意障害・記憶障害に加えて華々しい自発性作話が出現していた。また病識も低下しており、病棟内徘徊などの不穏行動が増強し看護・介護部門の目が離せない状況だった。なお、病前のADL・IADLは自立していた。独居だが、近隣に長男・長女が在住していた。院内訓練では自分自身の置かれている状況の理解を促す目的で見当識訓練を実施した。日中のスケジュールとしてアクティビティ（アンデルセン手芸）、食後の台拭き・掃除の手伝いなど病棟内での役割活動を実施することにより

外泊時スケジュールチェック表

このチェック表は、〇〇さんがご自宅で生活ができるようにリハビリプログラムを立てるためのものです。

第1回目は、ご本人が自発的にどのように生活しようとされるか、行動パターンを把握することを目的とします。

1. できるだけ指示をせずに、ご本人がどのような行動をとったかを観察しスケジュール表へご記入下さい。

	トイレ	スケジュール	実施状況	コメント
4:00				
5:00				
6:00				
7:00				
8:00				
9:00				
10:00				
11:00				
12:00				
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00				
24:00				

実施状況：以下の項目でご記入下さい

- A；問題なく1人で実施できた
B；その場で見守っている必要があった
C；促し・指示を出す必要（口出し）
D；手助けが必要（手出し）

コメント：具体的にどのような様子であったか記入してください。

外泊時活動チェック表（2回目外泊以降）

同行者の皆様へ：

このチェック表は、〇〇さんがご自宅で生活する際何に困られるかを把握し、病院でのリハビリテーションに活かすため作成されました。

したがって、できるだけ手助けをせず、ご本人がどのように行動されたかを以下の表にご記入下さい。

実施状況は以下の項目に沿ってご記入下さい

- A. 問題なく一人で実施できた
B. その場で見守っている必要があった
C. 促し・指示を出す必要があった（口出し）
D. 手助けが必要であった（手出し）
E. 実施しなかった

1. 安全管理

項目	実施状況	コメント
火の元・ガス栓管理		
風呂のガス栓管理		
緊急時の家族への連絡		
在宅（連絡手段： ）		
屋外（連絡手段： ）		
戸締り		

2. 自己管理

項目	実施状況	コメント
服薬管理		
時間管理 (スケジュールに沿っての行動)		

3. 家事動作

項目	実施状況	コメント
料理：計画・献立を立てる		
材料・道具などの準備		
調理の段取り		
温め（レンジなどの利用）		
片付け・食器洗い		
安全管理（ガス・IH・包丁）		
味付け（薄い・適切・濃い）		

図2 外泊時チェック表（一部、田畑ら）

外泊時の様子を詳細に把握するために、2種類のチェック表に毎回記入してもらう。第一はスケジュール管理チェック表で、1日の活動内容を経時的に記入してもらい、どの程度自発的に活動できるかの行動パターンを把握する。第二はIADLチェック表で安全管理、自己管理、家事動作、社会的交流、問題解決、仕事、外出の計7項目について、「問題なく実施できた」から「実施しなかった」までの5段階で評価する。

表1 対象プロフィール

症例	疾患名 (病巣)	障害名	年齢 (歳)	性別	家族構成	退院先	在院日数 (日)
1	脳梗塞 (左前脳基底部)	見当識障害・注意障害・ 記憶障害	81	男	独居	自宅	47
2	脳梗塞 (左視床)	見当識障害・注意障害・ 記憶障害	72	女	独居	自宅	69
3	脳梗塞 (左前頭前野, 右尾状核)	見当識障害・注意障害・ 記憶障害・失行	72	男	妻	自宅	55
4	ヘルペス脳炎 (右側頭葉下面, 海馬)	記憶障害	70	男	妻	自宅	48
5	脳梗塞 (両側頭頂後頭葉, 両側小脳)	見当識障害・注意障害・ 記憶障害・失認	78	男	妻	自宅	57
6	左慢性硬膜下血腫 (左前頭部, 側頭頭頂部)	見当識障害・注意障害・ 記憶障害・失語症	73	男	妻・長男	自宅	43
7	くも膜下出血 (右前頭葉)	見当識障害・注意障害・ 記憶障害	64	女	夫・長男	自宅	55

表2 入院退院時神経心理学的検査

	GOAT ¹⁾		WAIS-R ²⁾ (III) VIQ		WAIS-R (III) PIQ		WAIS-R (III) TIQ		WMS-R ³⁾ 言語		WMS-R 視覚		WMS-R 一般		RBMT ⁴⁾		TMT-A ⁵⁾		WCST ⁶⁾ CA	
	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院	入院	退院
1	10	54	※	79	※	78	※	79	※	61	※	<50	※	54	1	7	940	454	1	1
2	7	30	76	74	65	74	68	72	57	53	<50	52	<50	<50	2	10	*	470	0	0
3	34	75	66	82	55	73	58	76	70	82	<50	<50	59	68	8	7	*	*	1	0
4	60	65	76	79	88	88	80	82	76	82	73	80	73	79	18	12	168	165	*	*
5	43	59	99	102	65	73	81	87	<50	63	<50	<50	<50	51	0	0	*	368	*	1
6	75	70	61	64	64	61	59	59	69	※	54	※	61	※	2	2	141	294	1	0
7	73	85	73	73	52	52	61	61	74	74	<50	61	56	65	6	10	*	293	0	1

1) The Galveston Orientation and Amnesia Test

2) 日本版 WAIS-R (III) 成人知能検査法 (_ 表記されているものは WAIS-III を実施した)

3) 日本版ウェクスラー記憶検査法

4) 日本版リバーミッド行動記憶検査

5) Trail Making Test 試行 A

6) Wisconsin Card sorting test 慶応 F-S version

*実施困難 ※未実施

無為に過ごす時間を減らすように配慮した。CPでは注意訓練, OTではメモリーノート訓練, 掃除・洗濯などの IADL 訓練を実施した。家族は毎週末の外泊訓練時に自宅での状況・問題点をチェック表へ記入しカンファレンスで報告した。

外泊(1回目)では, 家族より「つじつまの合わない言動が多く, 疲れやすい」問題点があげら

れた。これには, 本人の誤った言動をその都度修正し病識獲得を促すとともに, 積極的に休憩時間(毎食後30分臥床)を設けて生活リズムを作ることを院内・外泊時ともに統一した。それにより, 易疲労性が改善し, つじつまの合わない言動が軽減した。外泊(2回目)では自発的に活動する場面もみられてきたが, 自宅周辺での徘徊も出現し

た。院内では徘徊が休憩時間に出現するようになってきたため、院内訓練として自主トレ（エルゴメーターなど）を追加した。さらに退院後の対策として「安否確認ポット（ポットを使用すると別居家族の携帯電話等へ連絡される）」の導入を検討した。外泊（3回目）では、火の管理（ガス調理、石油ストーブ）の問題があげられた。これには電気調理器（IH）やエアコン使用を検討した。また訪問者への適切な対応ができなかったため、集金などは家族が対応し、近隣住民に対しても家族から病状説明を行い見守ってもらうよう依頼した。外泊（4回目）では自宅周辺の場所・状況が把握できるようになったが、しばしば服薬を忘れることが指摘された。これに対しては、主治医より投薬内容を原則的に朝1回投与に変更し、当面退院後は家族が服薬準備するように設定した。外泊（5回目）では特に大きな問題点はあげられなかったものの、独居生活に対して家族の不安が依然残っていたため、週6回のデイサービス利用と退院後は当面毎晩家族が泊まることとした（安全が確認されたため退院後1週間で中止）。最終週にはリハ医、MSWが家族、親戚、近隣住人、ケアマネージャーに「症状説明会」を開催し症状説明と支援方法の指導を行った。

退院時の神経心理学的検査結果（表2）では注意機能が向上していたが記憶障害は著変なかった。院内訓練では持続性注意が向上、易疲労性が軽減していた。病棟生活では、不穏行動、作話や徘徊・離院・離棟が減少していた。退院後は炊事・洗濯などの屋内の家事は概ね自立し小額の金銭管理、買い物も自転車で行けるようになった。

退院15ヵ月後の現在、IADLや畑仕事・鳥の餌やりなどの活動も自発的に行っている。また近隣の友人との付き合いも適切に行えている。家族の援助は週末に様子を見に来て掃除や食事の作り置きなどを実施する程度である。

4. 考 察

回復期リハビリテーション病棟における高次脳

機能障害者自宅復帰に関する先行研究は、これまで、各職種の役割の報告（軯ふさ、2008）や回復期の対応法がまとめられたもの（岡本、2008）などがあげられる。しかし、本研究のように統合したプログラムは渉猟できる範囲では存在しなかった。

本プログラムにつき、「構造化」されたチームアプローチ、「抱えの環境」づくりおよび今後の問題点の3点から考察する。

a. 「構造化」されたチームアプローチ

本プログラムの特徴の1つとして挙げられるのが、チーム成員（家族を含む）各々の役割と、入院から退院までのスケジュールを明確にした「構造化」されたチームアプローチである。

朝倉ら（2007）はクリニカルパスの目的とその効果を「医療資源の節約」・「医療の質の向上」・「患者満足度の向上」の3点を挙げている。本プログラムにおいても、「構造化」されたチームアプローチによりこれらを実現できたものと思われる。以下、この3点に沿って考察する。

「医療資源の節約」については、タイムスケジュールを予め決めることで、退院に向けて早期の対応ができ、入院期間の短縮につながったと思われる。

また、外泊訓練を繰り返し実施したことも早期退院が可能となった要因のひとつである。高次脳機能障害者は院内での訓練が般化されにくく、生活場面における評価・訓練が必須となる。しかし、自宅訪問などの限られた時間では患者の生活上の問題点を十分に捉えることは難しい。そのため、院内と自宅での評価・訓練を繰り返し行い、問題点の把握をいち早く行ったことが、入院期間の短縮につながっている。一方で、このような早期の外泊訓練は亜急性期の患者を混乱させるとの指摘もある（水野ら、2006）。しかし、本プログラム対象者では症例1以外は大きな混乱はみられなかった。症例1は1、2回目の外泊訓練後多少の混乱がみられたものの、その後の見当識や活動性の向上につながっていた。これは院内訓練で混乱時にもスタッフが一貫した対応で見当識の改善につとめたためであると思われる。

「医療の質の向上」は、チーム全体の役割を明確化することで、治療やケアの重複、欠落を防ぐことができる。また従来は高次脳機能障害患者に関わりの少ないPTも認知リハビリの役割を担うことが可能となった。さらに高次脳機能障害への対応に戸惑いの多かったNrs, 介護職も役割が明確になり積極的に治療に加わることができた。このように患者への対応が統一されることで治療効率が向上したと思われる。

「患者満足の向上」に関しては、高次脳機能障害者の場合、患者本人というよりも家族の満足度の向上が重要になってくる。家族が治療チームの一員となり、外泊訓練を通して評価や訓練に参加することは、家族自らが患者の症状を観察する機会となり、障害を理解するための意識付けに役に立つ。障害が理解されると、家族の在宅生活への不安感が軽減し、問題点に対する対応策を家族自ら発案することもある。このように心理教育的な意味でも家族が治療に参加することの意義は大きい。

b. 「抱えの環境」づくり

高次脳機能障害者においては退院後の「家族や地域共同体の『セーフティネット(安全網)』」が重要であることは以前から指摘されている(高橋, 2006)。我々はその中でも特に各患者の固有の対人関係を重視し、それを「抱えの環境」と呼んでいる。高次脳機能障害者は周囲から障害を理解されにくいいため、自宅に引きこもりがちになる。しかし、身体的廃用予防およびQOLの観点からも、できるだけ病前に近い対人交流の場の維持につとめる必要がある。「症状説明会」(前述)を実施することで、家族・隣人・ケアマネージャーなどの関係者がより適切に本人対応できるようになる。また、事例によっては、関係者の戸惑い・悲しみ・不安をこの症状説明会で吐き出すことも可能であった。

c. 問題点と課題

本プログラムの対象選定では、地域性や生活環境が問題となってくる。当院の利用者の多くは高齢で住まいは山間部にあり、公共交通機関が乏し

い。そのため通院が困難で、外来での訓練継続が困難な場合がある。さらに、独居や対人交流が少ないため生活が単調な場合には、院内訓練を継続した方が治療促進的に作用するケースも考えられる。また、近隣住人がいない、もともと近所づきあいが乏しい、配偶者が高齢である、家族が遠方に在住しているなど、「抱えの環境」づくり(前述)が困難である場合がある。

一方、プログラム内容については、家族に対する支持的な対応を重視した結果、カンファレンスが冗長化しやすい。この点については、カンファレンスのあり方の再吟味を含めて考察していきたい。

さらに、本プログラムの有効性に関しては、厳密には対照群を設定した上での入院期間等の統計的比較検討が必要となる。今後は症例を重ね、検討を行っていく予定である。

文 献

- 1) 朝倉敬子, 武林亨(日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会, リハビリテーション連携パス策定委員会, 編): クリニカルパスの意義. 脳卒中リハビリテーション連携パス—基本と実践のポイント. 医学書院, 東京, 2007, pp22-24.
- 2) 原寛美(監): 高次脳機能障害ポケットマニュアル. 医歯薬出版, 東京, 2005, pp70-81.
- 3) 石合純夫(日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会, リハビリテーション連携パス策定委員会, 編): 障害別のパス—半側空間無視—. 脳卒中リハビリテーション連携パス—基本と実践のポイント—. 医学書院, 東京, 2007, pp177-180.
- 4) 神田橋條治: 追補精神科診断面接のコツ. 岩崎学術出版社, 東京, 2007.
- 5) H. S. Levin, O'Donnell, and Grossman: Galveston Orientation and Amnesia Test (GOAT). Neuropsychological Assessment, Oxford University Press, 1979, pp757-758.
- 6) 水野瞳, 原寛美: リハビリテーション技術—誤りをさせない学習法(Errorless Learning法)—. 臨床リハ, 15: 349-351, 2006.
- 7) 丹羽正利, ほか: 1健忘症例に対するチームアプローチと作業療法の役割. 作業療法ジャーナル,

- 27: 229-232, 1993.
- 8) 岡本隆嗣, 沖田啓子, 橋本圭司: ためになるとおきのゼミ生活を支える高次脳機能障害へのリハビリテーション—リハビリテーション病院における回復期の対応法—. 地域リハビリテーション, 3 (4) : 346-348, 2008.
 - 9) 田畑絵美, 高橋理夏, 本田哲三: 高次脳機能障害者の在宅準備に向けた外泊時チェック表の活用とその意義. 作業療法ジャーナル (投稿中), 2009.
 - 10) 高橋玖美子, 坂爪一幸, 本田哲三 (編): 医療ソーシャルワーカーによる生活評価. 高次脳機能障害のリハビリテーション—社会復帰支援ケーススタディ. pp65-72, 真興交易 (株) 医書出版部, 2006.
 - 11) 鞆ふさ淳子: 脳外傷による高次脳機能障害の包括的リハビリテーション—高次脳機能障害者支援における看護師の役割—. 看護技術, 54 (6) : 40-45, 2008.
 - 12) 渡邊修, 日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会, リハビリテーション連携パス策定委員会 (編): 障害別のパス—失語—. 脳卒中リハビリテーション連携パス—基本と実践のポイント—. 医学書院. 東京, 2007, pp181-184.