

# リハビリテーション医療における患者家族の意思決定を支えるために -希望に基づく支援-

大島真弓<sup>†</sup>第68回国立病院総合医学会  
(平成26年11月15日 於横浜)

IRYO Vol. 70 No. 5 (228-232) 2016

## 要旨

リハビリテーション医療において、理学療法・作業療法・言語療法などが行われる過程で、リハビリテーションの目標や訓練方法などに関する患者や家族の意思決定を支持するために必要なことは、患者の「生活」に着目し、丁寧なコミュニケーションを通して情報を得ていくことで成される。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（セラピスト）は日々の臨床業務の中で、ノルマや患者と家族の関係の間、患者と医師との間などでジレンマを感じつつ患者に対応している。患者や家族の心理的サポートの重要性を見直し、希望に基づく目標設定や訓練プランを作成することが患者と家族の意思決定に繋がる。国立精神・神経医療研究センター病院デイケアで取り組んでいる支援システムは患者の希望を重視し、ストレンクスを用いた就労支援に取り組み、年間30名を超える患者が仕事に就き、継続して働くことができている。患者の意思決定を尊重し希望に向かっての訓練をしていくためには、セラピストのコミュニケーション能力と多職種チームのスタッフ間のコミュニケーションや関係性が重要であり、これらを担保する診療報酬の制度やスタッフの教育が必要となると考える。

キーワード リハビリテーション、デイケア、意思決定、ストレンクス

## はじめに

近年では急性期より理学療法・作業療法・言語療法の介入を開始することが一般的となってきた。さらに、進行性の疾患や慢性疾患、呼吸器系や循環器系の障害、精神疾患など障害が固定していない状態

でもQOLを向上する目的で積極的にリハビリテーション医療が取り組まれている。急性期の意識のない状態や、長い闘病生活に苦しむ患者には、心身両面の視点が必要である。リハビリテーション医療は障害を持ったとしても、尊厳を持って人生を再構築することを目指す医療であり、患者の意思を尊重す

国立精神・神経医療研究センター病院 精神リハビリテーション部 <sup>†</sup>作業療法士  
著者連絡先：大島真弓 国立精神・神経医療研究センター病院 精神リハビリテーション部  
〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1  
e-mail: ohshima@ncnp.go.jp

(平成27年7月1日受付, 平成28年3月11日受理)

To Support Decision-making of Patient/Family in Medical Rehabilitation: Support Based on Desires  
Mayumi Oshima, National Center Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry

(Received Jul. 1, 2015, Accepted Mar. 11, 2016)

Key Words: rehabilitation, day care, decision-making, strength

**生活者の視点での評価とアセスメント**

1. 必要な情報

- ①生活の中で大事にしていること
- ②過ごしている場所の環境（人的・物理的）
- ③活動と休息のバランス
- ④セルフモニタリングの習慣はあるか？
- ⑤ストレス対処の方法と実践の有無
- ⑥願いや希望：どんな人生を送りたいか？どう閉じたいか？

2. アセスメント

ポイント！：目標は生活・人生の再構築。  
できている側面や潜在能力など上手くできる可能性に焦点を当てる。

- ①将来の希望や目標を考えるお手伝い＝可能性を広げる提案
- ②願いや希望の障壁となっていることへの取り組み
- ③『生活すること＝リハビリテーション』となる工夫
- ④好循環を創る工夫
- ⑤訓練を習慣にする工夫

図1 生活者の視点での評価とアセスメント

ることが前提となっている。しかし病院経営との狭間で、治療訓練の質や患者との関わりに矛盾が生じていると感じる。日々、病院の現場でセラピスト（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）が直面するジレンマについて振り返り、リハビリテーションの原点に立って、作業療法士の立場から患者と家族の意思決定を支えるために必要なことについて考察する。支援方法の一例として、国立精神・神経医療研究センター病院ダイケアで取り組んでいる支援スタイルを紹介する。

### リハビリテーション医療の視点

人生設計の再構築には、将来の希望や目標について、物語として患者の人生をともに考える視点が必要となる。「健康とは病気でないとか弱っていないということではなく、肉体的にも精神的にも、そして社会的にも全てが満たされた状態にあること」(世界保健機関憲章前文より)であり、本人の主観にもとづく生活や人生の質(QOL)はいかなる状態においても向上できる可能性を持ち、「健康」を目指すことができる。重要なのは、患者の「主観」である。また、患者の人生や社会的役割・生活環境はそれぞれであり、その生活を知ることがゴール達成の足掛かりとなる。リハビリテーションのゴールは、「機能改善→環境適応→自己実現」と、医療から福祉のフィールドへと広がり、継続していく。最も理

想的には、「生活すること＝リハビリテーション」となることで、患者自身が日々の過ごし方を工夫できるようになることである。そのために、非常に重要な情報は患者の価値観（「何を大事にして暮らしてきたか」「これから何を大事にしていきたいか」）を知ることであり、「できている側面」と「上手くできる可能性」に焦点を当てることである（図1）。私たち専門家には患者の選択肢や可能性を広げるために日々の治療や訓練を行い、前例にとらわれずに経験を駆使し、知恵を絞っていく責任がある。進行疾患や人生の終焉<sup>しゅうえん</sup>に向かう患者に対してはなおのこと患者の希望を中心に据えた関わりを貫けるよう挑戦すべきと考える。

### セラピストが直面するジレンマ

#### 1. 診療報酬との狭間

現在の診療報酬の基準はサービスの提供時間を単位とした出来高制であり、病院経営の立場からは、医業収益上最大限を期待されることが多く、いかに効率よく単位を取るかが業務の評価となる現状がある。セラピストと患者数の比率によっては訓練時間は20分程度のごく限られたものとなる。精神科では、1単位で多くの患者に対応することが求められる（図2）。その中で的確にニーズや希望をくみ取り、気持ちに寄り添うには、鋭敏な観察力・洞察力・高いコミュニケーション能力が求められる。患者は

<b>セラピストに求められている診療報酬上の基準</b>	
リハビリテーション料	(1 単位=20 分) ⇒ 18 単位以上/日/セラピスト 1 名
精神科作業療法	(1 単位 2 時間) ⇒ 標準 25 人/セラピスト 1 名 × 2 単位/日

図2 セラピストに求められている診療報酬上の基準

体に触れる 1 対 1 の訓練の場面でふっと本音を語ることが少なくない。「時間と単位の制約の中でいかに患者や家族とのよい関係を構築できるか」は誰もが抱えるジレンマである。

## 2. 予後予測・告知と心理的サポート

患者にとって、医師から伝えられる病気や障害の性質、訓練によって改善する可能性などの説明は、進行性の病気や深刻な障害の状態であるほど、受け入れがたい。障害受容は患者にとっても、家族にとっても容易なことではない。病気や障害によってそれまでの将来設計やキャリアプランが崩れ去り、そこから再び立ち上がって前に進むには治療訓練の可能性などの情報やさまざまな心の葛藤を共感し見守ってくれる人の存在や関係性が重要である。上田<sup>1)</sup>は「リハビリテーション関係者は全て身体だけでなく心の立ち直りも援助しているのであるから精神科医のような技術も持たなければならない」といっている。現状は本人と家族に委ねられてはいまいか？

## 3. 患者と家族の希望

患者の希望は、家族の希望と必ずしも一致しない場合がある。言語障害や意識障害などでご自身の気持ちを語れない場合や家族間の関係性からあえて自分の意見が言えないこともある。言葉にならない患者の希望をいかにくみ取っていくか。また、家族は自分の人生の計画もあり、この先の介護や看取りの役割をいかに担っていくのかを考えると、その事情も尊重しなければならない。多職種チームワークと患者と家族を含めたケア会議で共通の認識と方向性をもってリハビリテーションが進められるのが理想だと思う。患者を含めた家族が大きな課題に取り組むのを支援するには日々のコミュニケーションによるスタッフの横の連携が重要である。

## 4. セラピストの治療計画と患者の動機付け

セラピストは経験年数やトレーニングを積んだ手技によって多少のアプローチ方法や利用する訓練方法が異なる。患者が行ってほしい手技を担当セラピストは経験不足な場合もある。また、その日の気分や調子によっても取り組むべき課題は変わる。時には身体機能訓練は後回しにして、外気を吸いながら心配に思うことを聴く必要もある。心理的課題の直面化は一休みし、単純な運動でストレスを発散することが有効な時もある。リハビリテーションには動機付けが欠かせないし、最大の動機付けは「希望」を見いだすことである。

### 希望に基づくアプローチ

従来の問題点から限界を設定しゴールとする考え方は、現実的だが、可能性を狭め、患者の希望に繋がることは難しい。リハビリテーションアプローチでは、ケアチームで患者の希望を共有し、実現する未来を信じ、共に行動していく姿が想定される。精神科におけるアプローチには「ソリューション・フォーカスト・アプローチ<sup>2)</sup>」や「ストレングス・モデル<sup>3)</sup>」(図3)が活用されているが、これらの考え方は精神疾患以外の患者にも活用できる。

### 国立精神・神経医療研究センター デイケアの支援スタイル：MIRAI (図4)

MIRAIは患者を中心にした多職種チームによる支援が基盤となっている。患者のリハビリを支援することがチームのミッションである。チームの中心は患者である。患者を含む多職種ケア会議(multi-disciplinary team: MDT 会議)を通してデイケアで取り組む課題を絞り、当面の戦略に知恵を絞る。戦略に必要なのはストレングス・モデルに基づくストレングスアセスメントである。患者は、現在もつ



**希望に基づくリハビリテーション・アプローチ**

- ・ ソリューション・フォーカスト・アプローチ (SFA)
  - ・ 変化することを選択することから始まる。
  - ・ 奇跡は常に起きている。
  - ・ 願望を具体化する。
  - ・ しないことより、したいことを言語化する。
  - ・ 過去より未来を考える。
  - ・ 失敗しなかったこと、上手くいっていることから学ぶ。
- ・ ストレングス・モデル
 

可能性＝熱望×能力×自信

**基本原則**

  - ・ 個人の強さに焦点を当てる。
  - ・ 地位は資源のオアシス
  - ・ 患者に決定権はある。
  - ・ 支援者との関係性が重要。
  - ・ アウトリーチが大切
  - ・ 症状が重くても学習し成長できる。

\* ストレングス＝人柄や性格・能力や技能・環境・興味や願望

図3 希望に基づくリハビリテーション・アプローチ

NCNP デイケアの支援スタイル

**MIRAI**

(Multi-disciplinary Individualized Recovery Assisting Intervention)

- ・ 利用者中心
- ・ 多職種チーム医療
- ・ 段階的なリカバリープラン
- ・ 個人を重視
- ・ ストレングスモデル採用
- ・ エンパワメント重視

図4 NCNP（国立精神・神経医療研究センター）デイケアの支援スタイル

ているストレングス(強み)・過去のストレングス・希望と目標の優先順位を支援者と一緒に探っていく。患者は「病気の側面」でしばらくは自分を捉えていたが、すばらしい能力や生活する力を備えていることや発病前に活用していたストレングスに焦点を当てることで、健康的な感覚を思い出すこともある。ストレングスに着目しつつ症状への積極的なコントロールにも取り組んでいく。患者が就労を希望するならば、すぐに求職活動を開始する (individual placement and support:IPS を志向した就労支援)。患者は希望に向かう活動の中で、積極的に症状のコ

ントロールに取り組み、服薬管理や生活リズムが整っていく場合も少なくない。その結果、年間30名以上が就労し、仕事を続けている。

また、エンパワメントを重視し、メンバー同士やピアスタッフ（精神障害を持つ当事者のスタッフ）の採用によって、病気や障害を抱えることの生きづらさや苦勞などに共感し合い、よりよい状態を目指す仲間として励まし合い、助けあうことを奨励している。

プログラムの運営やグループワークを使ってそのような機会も提供している。

### 患者の意思決定を支えるもの

1. 必要なこと
  - 患者と家族を含む治療・支援チームの関係性
  - 患者と家族の希望
  - 動機づけを支える関わり
  - 選択を可能にする十分な情報
  - 選択する権利の保証
2. セラピストの役割
  - リハビリテーション訓練を通じた可能性の提示
  - 希望にたどりつくための患者とのコミュニケーション
  - 患者の希望を尊重した選択肢の提示
  - 体に触れるアプローチを通じた安心感の提供
  - チームスタッフに患者の本音を伝える。
  - 共感・励まし
  - 家族への関わり
  - 最善を求めてあきらめない姿勢。
3. セラピストが鍛えるべき力
  - 観察力・対話力・想像力・共感力・創造力

図5 患者の意思決定を支えるもの

### おわりに、患者の意思決定を支えるために必要なこと

リハビリテーションの目標やアプローチ方法は、患者の価値観や願いによって変わってくる。どんなライフステージにあっても、希望を持って人生を送っていけるように、われわれスタッフが諦めないことが重要だと思う。患者の意思決定を支えるのは患者を尊重する支援チームとの関係性であると思う。患者とそのような関係性を構築していくには、機能改善できる手技を持つのみでなく、言語だけにとらわれずに気持ちをくみ取れるコミュニケーション能力が必要になる（図5）。身体障害分野でも精神障害分野でも体と心を診て関わる包括的医療の視点が大切であると思う。さらに、対象となる患者だけでなく、家族も含めた支援システムが必要である。そして、電子カルテやさまざまな検査が開発される中、言語に偏らずに総合的なコミュニケーション能力を向上させる教育や研修の機会が支援者側に必要であると考え。そして、このような関わりが担保されていくには、治療や支援結果を反映させるような質に対する評価に基づいた診療報酬の算定基準や施設

基準が必要ではないだろうか。

〈本論文は第68回国立病院総合医学会シンポジウム「医療における臨床倫理を考える－患者家族の意思決定を支えるもの－」において「生活者の視点に立つ医療のあり方－希望に基づく支援－」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

#### 【文献】

- 1) 上田 敏. リハビリテーション 新しい生き方を創る医学. 東京：講談社：1996；p193.
- 2) Scott D. Miller, Insoo Kim Berg (白木孝二 監訳). ソリューション・フォーカスト・アプローチ アルコール問題のためのミラクル・メソッド. 東京：金剛出版：2000；p50.
- 3) Charles A. Rapp, Richard J. Goscha (田中英樹 監訳). ストレングスモデル リカバリー志向の精神保健福祉サービス 第3版. 東京：金剛出版；2014.