

## 原 著

## 脳卒中発症から在宅生活までの課題：患者・家族へのインタビュー調査から

工藤 恵子<sup>\*1</sup> 渡部 裕之<sup>\*2</sup> 菅原美栄子<sup>\*3</sup> 椎名 恵子<sup>\*4</sup>  
 百濟 さち<sup>\*5</sup> 隆島 研吾<sup>\*6</sup> 飯島 節<sup>\*7</sup>

## Problems in the Process of Stroke Rehabilitation: Interviews with Stroke Survivors and Their Families

Keiko Kudo<sup>\*1</sup> Hiroyuki Watanabe<sup>\*2</sup> Mieko Sugawara<sup>\*3</sup> Keiko Shiina<sup>\*4</sup>  
 Sachi Momozumi<sup>\*5</sup> Kengo Takashima<sup>\*6</sup> Setsu Iijima<sup>\*7</sup>

目的:脳卒中発症から在宅生活に至るまでの回復の過程で必要なサービスを利用する上での問題を明らかにすることを目的とした。方法:脳卒中患者とその家族を対象としたインタビュー調査を実施し,得られた情報をもとに事例検討会により課題を抽出し分析した。結果:急性期病院入院直後から回復期病院への転院までの時期には,現状認識が不十分な状態で短期間に転院させられることにもなう課題が,回復期病院への入院から退院までの時期には,リハビリテーションの目標設定や在宅生活へ向けての準備の課題が,退院後の在宅の時期には維持期リハビリテーションのあり方の課題が,それぞれ存在することが明らかになった。結論:脳卒中リハビリテーションにかかわる医療機関や介護保険サービス提供機関の連携が重要である。

キーワード:脳卒中,患者,家族,インタビュー調査

## 1. 緒 言

平成16年1月に厚生労働大臣の諮問機関である高齢者リハビリテーション研究会から,「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」の中間報告が出された<sup>1)</sup>。この中では脳卒中を中心とした高齢者リハビリテーションの流れはすでに構築されているとあり,予防から始まり,急性期,

回復期,維持期,それぞれの時期に提供されるべき適切な医療や介護,その他の保健サービスが提示されている。この背景には平成12年の医療法改正に伴い急性期と慢性期の病床区分がより明確になったこと<sup>2)</sup>,介護保険の導入,平成14年の診療報酬改定が行われたことがある。しかし医療や介護のサービスは,回復の時期やサービス内容によって異なった機関から提供されているおり,患者や家族がそれぞれの時期に適切なサービスを選択し順調な回復の経過をたどることができているのかは疑問が残るところである。

そこで今回,脳卒中発症後1年程度の期間を経て現在,在宅生活となった患者・家族を対象として,発症から在宅生活までの経過についてインタビュー調査を行い,患者・家族が経過の中で課題と感じたことを抽出した。これを整理し分析することによって,それぞれの回復段階で最適

2006年10月28日受理

<sup>\*1</sup> 東京都多摩府中保健所 (〒183-0022 東京都府中市宮西町1-26-1 府中合同庁舎3階 東京都多摩府中保健所 保健対策課 感染症対策係)。E-mail:Keiko\_Kudou@member.metro.tokyo.jp

<sup>\*2</sup> 江戸川区

<sup>\*3</sup> 東京都多摩府中保健所

<sup>\*4</sup> 葛飾区

<sup>\*5</sup> 東京都多摩小平保健所

<sup>\*6</sup> 神奈川県立保健福祉大学

<sup>\*7</sup> 筑波大学

なサービスを利用する上で患者・家族が遭遇した問題、および「リハビリテーション」が患者・家族からどのように捉えられているのかを明らかにし、脳卒中リハビリテーションにおける連携の向上に資することを今回の研究の目的とした。

## 2. 方法

### 2.1 対象

脳卒中発症後1年程度経過し、自宅にて安定した日常生活を送っている患者と家族を対象とした。対象者の選定は、都内のM市内の病院と訪問看護ステーションに併設された在宅介護支援センター、通所および入所部門をもつ高齢者施設に併設された在宅介護支援センター、あわせて2か所に依頼し、条件にあてはまるケース全てを対象とした。

今回、特に発症後1年程度と限定したのは、発症から在宅生活までの経過に関する記憶が比較的新しいことの他に、専門病棟で早期にリハビリテーションを受けたケースは約1年の経過で在宅となる確率が高いことから<sup>3), 4)</sup>、比較的順調な回復をたどった事例であると予測されたからである。医療的な回復経過が順調であってもなお、患者や家族には問題と感じたことがある可能性があり、それを抽出するためである。

調査対象者には、調査目的、得られた情報については研究目的以外には使用しないこと、調査の内容は今後のサービス等に影響するものではないことをあらかじめ口頭と文書で通知した後、訪問調査時に再度説明して文書で同意を得た。

なおM市は東京都23区の隣接地域で、人口約17万人（65歳以上人口約2万7千人）である。駅前の商業地域の他は住宅地で、JR中央線の駅が市の北部にあるため、市内の移動の公共交通機関は主にバスである。市内にはベッド数1,000床以上を有する特定機能病院が1か所ある。M市を含む二次保健医療圏は人口約95万人で入院病床が7,601（平成14年10月1日現在）あり、基

準病床7,448（平成14年9月1日の人口による）を上回る病床規制地域となっている。しかし病床の多くは一般病床で、調査時点では圏域内に回復期リハビリテーション病棟を有する病院はなかった。

### 2.2 調査方法

訪問によるインタビューで情報を収集した。インタビュー方法は半構造化面接とし、聞き取った内容から課題を抽出した。主な聞き取り項目は、発症以降に受けた医療、現在の生活状況（ADL、介護サービスの利用など）、患者、家族の期待するもの（経過の中で良かったこと、困ったこと）、リハビリテーションとはどのようなものであると考えているのかである。

調査内容については対象者の了解が得られた場合はテープ録音し、訪問後に逐語録を作成した。テープ録音ができなかった場合はインタビュー時に適宜メモを取り、訪問終了後に記録を作成した。

訪問調査は保健師、医師、歯科医師等の専門職が複数で行った。調査担当者は、M市を管轄する保健所職員で、対象者の日常のケアやサービスには直接関わっていない者である。

### 2.3 調査期間

平成16年8月～9月に訪問調査を実施した。

### 2.4 分析方法

まず訪問時のインタビューの録音テープ記録、訪問担当者の記録メモをもとに、それぞれの対象者の経過をまとめた。さらに事例検討会により訪問対象者の発症から現在までの経過や生活状況を共有した後、それぞれの対象者の課題を検討した。事例検討会は訪問担当者を含む、保健医療福祉の専門職6名で実施した。

## 3. 結果

### 3.1 対象患者の概要

今回、2か所の介護支援センターを利用したこ

とのある全ケースの中で調査対象者として条件にあてはまるのは5ケースあり、全てのケースから調査協力が得られた。

対象患者の状況については表1に、それぞれの経過については表2に示した。

事例1 (68歳, 男性) は、発症以前から降圧剤を内服していたが、毎晩飲酒をし、妻の話ではフラフラになって帰宅することもあった。しかし飲酒のために翌日の仕事を休むことは一度もなく、定年退職後も再就職した会社でバスの整備工をしていた。発症時は本人一人で自宅にいた。外出先からの電話に応答がないことを不審に思った妻が、近所に住む長男に連絡し訪問してもらったところ、すでに本人は意識不明の状態だった。救急車で搬送され、急性期の医療機関に2週間入院した後転院、2か所の回復期医療機関を経て在宅生活となる。室内では杖、屋外では車椅子を使用している。失語症のためコミュニケーションが難しい状況ではあるが、食事や排泄などの日常動作は自立している。

事例2 (60歳, 男性) は和菓子職人で、妻と2人で和菓子屋を経営していた。外出先で体の異変に気づき、自らの意思で通行人に依頼し、救急

車を呼んでもらった。搬送された急性期病院に1か月入院した後に、自宅へ退院した。右不全麻痺のため杖歩行のレベルであったが、その後、家族が探した回復期病院に、本人の希望で3か月間入院した。しかしADLに大きな変化はなく、回復期病院での機能訓練を経ても発症前の状態にならないことに、本人は不満を訴えていた。

事例3 (73歳, 男性) は、右上下肢の違和感に気づきながら1週間放置した後、受診した。6週間の入院を経て退院した後、5か月間、外来にて理学療法を受ける。麻痺は日常生活には支障をきたさない程度であるが、本人は発症前まで続けていた大工仕事が出来なくなったことにショックを受けているとのことだった。現在も工務店を経営しているが、仕事の受注は以前どおり妻が担当しており、外回りの仕事が出来なくなった本人は1日のほとんどを家の中で過ごしている。

事例4 (77歳, 男性) は定年退職後も75歳まで、関連会社に勤務していた。仕事を辞めて1年後に大腸がんの診断を受け、手術目的で入院したところ、術前に脳梗塞を発症した。病状の安定を待って大腸がんの手術を受けた後、療養病床

表1 対象患者の概要

	性・年齢	病名等	介護度	ADL	受診状況	サービス利用状況
事例1	男・68	H15.11発症 脳梗塞 右片麻痺 失語症	要介護1 身障1級	車椅子 杖歩行介助 食事自立 排泄自立	通院 1回/週 受診時 PT, ST 歯科通院 1回/3週	訪問介護 3回/週 入浴介助・受診援助 デイサービス 1回/週 訪問リハ 1回/週
事例2	男・60	H16.2発症 脳出血 右片麻痺	要介護3 身障2級	杖歩行 外出自立	通院 2回/週	訪問リハ 2回/週
事例3	男・73	H16.4発症 脳梗塞 右不全麻痺	介護保険なし 身障手帳なし	自立	通院 1回/月 リハ通院 2回/週	
事例4	男・77	H14.6発症 脳梗塞 左片麻痺 大腸がん術後	要介護5 身障1級	車椅子介助 食事一部介助 オムツ介助 ストーマ	往診 1回/週	訪問リハ 1回/週 OT, PT交互 訪問入浴 2回/週 訪問介護 5回/週
事例5	男・62	H14.12発症 脳出血	要介護1 身障4級	杖歩行 外出自立	リハ通院 2回/週 電機治療 3回/週	介護用具 (電動ベッド・手すり)

表2 発症後の経過

		1ヵ月後	2ヵ月後	3ヵ月後	4ヵ月後	5ヵ月後	6ヵ月後	1年後	
事例1	発症時	急性期病院		回復期病院			維持期		
	身体状況	意識不明	経管栄養 経口摂取開始 車椅子移乗 ベッド上	車椅子	歩行練習	車椅子自走	杖歩行介助 (見守り)		
	医療	救急搬送 PT,ST	集中治療室	転院 (中断)	転院 再開	住宅改修 (病院スタッフ訪問) 外来PT,ST	退院		
	介護		介護保険申請		訪問PT・デイ・ホームヘルプ		言語、理学療法		
事例2	身体状況	外出中にふらつき 帰宅して倒れる	意識明瞭 左手を使って食事	杖歩行					
	医療	救急搬送 点滴	集中治療室 → 一般病棟	退院病院 探し	リハ入院	退院・在宅 病院で住宅改修のアドバイス 外来PT			
	介護					訪問PT			
	身体状況	歩行時違和感							
事例3	医療	6日後受診	検査入院 (20日間) → 退院・在宅	リハビリ 3回のみ					
	介護		外来PT	(転院)			通院終了		
	身体状況	入院先の病院で倒れる 意識不明			車椅子自走	寝たきり	関節拘縮		
事例4	医療	大腸がん手術目的で入院 人工呼吸器	病状安定後大腸がん手術 (人工肛門)					往診	
	介護		転院先探し → 転院	介護保険申請?		入浴サービス、ホームヘルプ	PT,OT	1年半後退院	
	身体状況	外出先で倒れる 意識不明	車椅子介助		杖歩行	一人で散歩			
事例5	医療	救急搬送 脳外科のある病院へ同日転院	3日後転院 (本人勤務先の病院) 手術不要ということで転院 (MSWに転院の相談)	歩行訓練		通院PT	3ヵ月後終了		
	介護						退院・在宅 (電車・バスの利用)		
	介護				介護保険申請・電動ベッド等レンタル				

のある病院に転院し1年間入院した。転院時は車椅子を利用してしたが、入院1年後には1日中ベッド上で過ごす状態となる。そのため妻の強い希望で退院し、在宅生活に移行した。訪問ヘルパーによる介助で車椅子に乗車し散歩する時以外はベッド上で過ごし、食事、排泄等、日常生活の全てに介助が必要である。言葉かけに応答することもあるが、自発的な発語はほとんどない。通所サービスの利用は本人が拒否し、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、介護ヘルパーの訪問を受けながら、妻の介助で在宅生活を送っている。

事例5 (62歳, 男性) は現役の看護助手だったが、休日に出外していた先で脳出血を発症した。救急搬送されて入院した病院から、本人および家族の希望で、数日後に脳外科病棟を有する勤務先の病院に転院した。転院にあたり、本人も

病院スタッフや面会者と会話していたことを家族が確認しているが、本人は全く記憶していない。1か月間の入院の後、回復期病棟を有する病院に転院した。転入院当初の目標としていた1人で外出できるレベルをクリアし、予定どおり3か月後に退院、在宅となった。本人、家族とも順調な回復経過であるとしながら、発症前の状態により近くなることを望んでおり、自主的な歩行訓練や自分で探したクリニックの通院などを続けている。

### 3.2 経過の中で課題となったこと

対象者の状況とインタビュー内容を分析し、発症から在宅生活までの経過の中で対象者にとって課題となっていたことを要約し、時系列に沿って図1にまとめた。大きく分けて、「急性期病院入院直後から回復期病院への転院までの

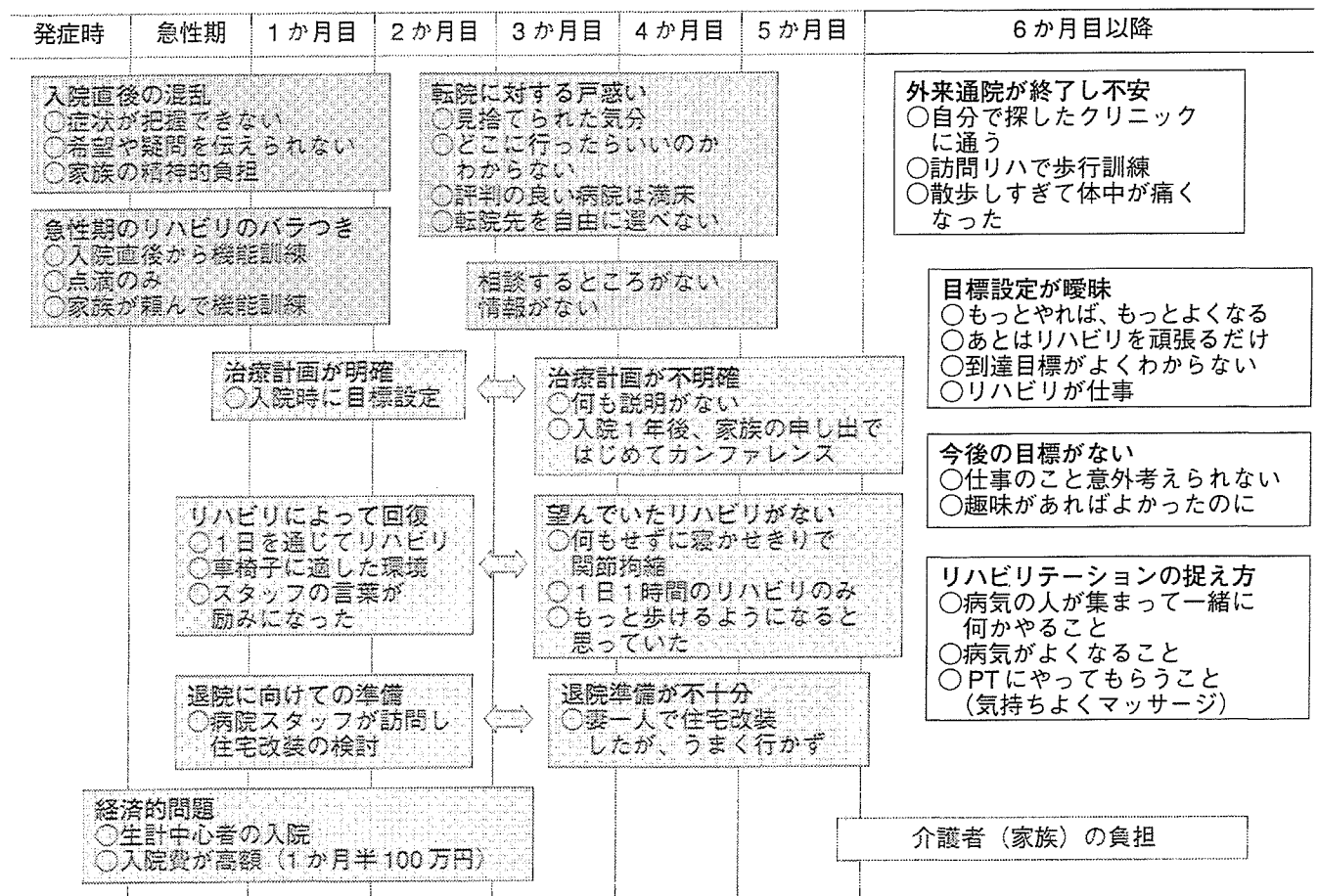


図1 経過の中で課題となったこと

時期]、「回復期病院の入院から退院まで時期」および「退院後の在宅の時期」の3期間で異なる課題が抽出された。以下に3つの時期に分けて、課題となったことについてまとめた。

### 3.2.1 急性期病院入院直後から回復期病院への転院まで

発症直後は、本人に代わって家族が病状やその後の見通しについての説明を受け、検査や治療の同意を行っていた。しかし、いずれの家族も主治医が丁寧に時間をかけて説明してくれたが、専門用語がわからず病状が理解できなかった、突然のことで本人以上に家族も混乱しており冷静に説明を聞けなかったとしていた。そのような状況の中で家族が本人に代わって様々な決断をしなくてはならないことは、精神的に非常に負担であったということが、共通して語られていた。

急性期病院における治療内容については、対象者間でバラツキがあった。早期からベッドサイドの機能訓練が開始されたとするものから、点滴だけで寝かせきりで家族が依頼しなければ理学療法士による機能訓練はやってくれなかったと訴えるものまで、捉え方は様々であった。

またいずれの患者、家族とも、急性期病院入院後間もない時期に、急性期医療機関の入院期間は2週間程度であり、さらに医療を継続するためには転院が必要であることを伝えられていた。このことについては全ての対象者が、「見棄てられた気分だった」、「どうしたらいいのかわからなかった」、「転院先の病院探しが大変だった」と、非常に戸惑ったという点で共通していた。病院を探すための時間が限られている、病院リストだけから何を判断基準として転院先を選べば良いのかわからない、転院先が限られており希望どおりの病院が見つからない、せっかく探しても満床で転院できない、見学时と実際の入院後の印象が異なるなど、転院に関連する問題の指摘が多かった。

### 3.2.2 回復期病院の入院から退院まで

回復期病院の入院から退院までの経過につい

ての対象者の印象は、肯定的なものとするものと否定的なものに分かれた。肯定的なものとして、「入院時に治療計画が明確に示され目標が提示された」、「日々回復していくのがわかり前向きになれた」、「退院後の在宅生活に向けて入院中から準備がなされた(病院スタッフの家庭訪問、住宅改修のアドバイス、電車バスを利用した病院外での訓練など)」があった。その一方で、「退院までのような計画で治療が進められるのか何も説明がなかった」、「もっとリハビリをしてもらえると思ったのにリハビリ室で過ごす時間が短く、ベッドにいる時間が長かった」、「何もせず寝かせきりだった」、「住宅改修が必要だと思い家族の判断で工具店に依頼したが思うようにならなかった」などがあった。

また入院費用等については、いずれの対象者も経済的負担が大きかったとしていた。

### 3.2.3 退院後の在宅の時期

在宅生活になってから、往診と訪問サービスのみ利用である事例4を除き、他の4例は継続して外来通院による機能訓練等を受けていた。しかしインタビュー調査の時点では、いずれもすでに通院による機能訓練は終了しているか、あるいは間もなく終了という時期であった。「通院してもっと長くハビリを続けられれば、もっとよくなるのではないか」、「これからは病院ではなく日常生活の中でリハビリするようにといわれたが不安である」という訴えがあった。全ての対象者が本人や家族の意向で、介護保険による訪問リハビリを利用したり、自分で探した近医に通院して何らかの治療や処置(マッサージ、超音波治療など)を受けたりしていた。

今後のことについては、「何を目標にしたら良いのかわからない」、「もっとリハビリをがんばれば、もっとよくなるのではないか」、「(今はできない)仕事のこと以外考えられない」など、漠然とした目標しか持っていなかった。家族からも、「何もすることがない」、「趣味でもあればよかったのに」という発言があった。

いずれの事例も内科外来への定期受診、定期

的な往診等で、再発予防のための健康管理や服薬治療が継続されていた。しかし調査時点での本人、家族の在宅生活に関する発言は、再発予防に関するものより現在のADLをさらに向上させること（発症前の状態により近くなること）が中心であった。

### 3.3 「リハビリテーション」について

インタビューの中で、「リハビリ」や「リハビリテーション」という言葉が、本人や家族から何度も口にされた。リハビリテーションとは具体的にどのようなことなのか、何を期待するのかを尋ねたところ、「病気が人が集まっていっしょに何かやること」、「病気がよくなること」、「理学療法士等の専門職にマッサージなどをしてもらい気持ちよくなること」などがあげられた。インタビューの中では、自ら歩行練習することや近医に通って身体を温めたりマッサージしてもらったりすることもリハビリテーションと表現されていた。

## 4. 考 察

今回の結果をもとに、脳卒中の発症から回復までの経過の中で患者や家族が問題としていることを、4-1 発症直後（急性期医療機関）の課題、4-2 回復の経過に伴うサービス提供の場やスタッフの移行の課題、4-3 回復期医療機関の課題、4-4 在宅生活での課題、4-5 リハビリテーションに関する課題の5点からまとめた。

### 4.1 発症直後（急性期医療機関）の課題

現在の医療制度の中では医療機関の機能分化が進められ、急性期、回復期、維持期と、それぞれ異なる機関でフォローされる仕組みになっており、各ステージにおいて別々の医療機関で適切な医療が提供されるべきであるとされている<sup>5),6)</sup>。しかし患者や家族は、回復の経過の中で環境が変わるたびに戸惑いや不安、不満を感じていることが明らかとなった。特に急性期病院から回復期病院への移行では、患者や家族が現状

を受け入れる十分な時間がなく、回復のイメージももてないまま転院しなくてはならない状況にあった。現状の急性期医療機関における限られた治療期間の中で、患者や家族が病状を理解し、将来の見通しをたて、転院の準備をすることは非常に困難である。今回の対象者はいずれも急性期病院入院直後に主治医から丁寧な説明を受けたとしながらも、その内容を十分に理解し、かつ納得していたとはいえない状況にあった。

脳卒中に関しては、患者やその家族による闘病記が数多く執筆されている<sup>13)~19)</sup>。患者や家族が医師や看護師などの医療従事者であったり、日常の仕事で保健や医療の情報に精通していたりする者であったりしても、患者や家族の発症直後の混乱した精神状況には共通するものがあり、今回の調査対象者と同様であった。

### 4.2 回復の経過に伴うサービス提供の場やスタッフの移行の課題

病院を移るたびに医療の場所やスタッフ全てが替わることから、実際は診療情報提供書や病院間の連携のもとに患者の状態に合わせた連続した医療やケアが提供されているにもかかわらず、患者や家族はそれぞれの機関でバラバラのケアを受けているという印象を持っていることが明らかになった。同じ場で一貫したサービスを受けられるシステムであれば、患者や家族にとっては状況を受け入れつつ医療やケアを受け、回復後のイメージを造りながら退院後の生活に向けての準備が可能であると思われる。しかしながら異なった機関からサービスを提供するのが現在の仕組みであり、このような状況の中では医療やケアをスムーズに移行させるための何らかの方策が必要である。今回の事例は一例を除いて1か月以内の急性期医療機関の入院を経て自宅退院もしくは回復期医療機関に転院している。さらに回復期の入院も3か月程度で終えて在宅生活となっており、比較的スムーズな経過をたどった事例といえる。にもかかわらず、特に転院については患者や家族にとって必

ずしも満足いくものではなかった。したがって本研究の対象者のようなスムーズな経過を経ないケースではさらに不満や不安が蓄積し、多くの問題を抱えている可能性がある。

転院先では新たな関係作りから始めなくてはならない。さらに介護保険制度の利用にあたっては、新たに介護支援専門員が全体のサービスをコーディネートすることになる。発症から回復までの全体を通してコーディネートしたり、相談に乗ったりする役割を取れる者がいないことが問題である。

#### 4.3 回復期医療機関以降の課題

今回の調査結果では、回復期の医療機関に対する対象者の評価が二分された。今回、対象者が利用したいいずれの医療機関も一定水準以上のハビリテーションを提供できるとしている点では共通している。それぞれの病状が異なること、評価はあくまでも対象者の主観的なものであることから、対象者の評価が必ずしも現状を正しく反映しているとはいえない。しかし対象者による評価のポイントが、治療計画の提示、目標の設定、退院に向けての準備の3点に集中していたことは注目すべきであると思われる。これらの3点が入院当初に医療機関側から提示されたことと患者や家族が認識している場合には、退院後の状態に関わらず、回復期の医療機関できちんと医療やケアを受けたという、患者や家族の評価に影響していた。

#### 4.4 在宅生活での課題

退院後の外来フォローの終了時期については、外来通院してきたいずれの対象者も医療機関側から一方的に終了を告げられたという印象を持っていた。通院をもっと継続すればもっと回復するのではないかという気持ちも共通するものであった。先行研究でも外来理学療法における患者と理学療法士の目標や意識が必ずしも一致するものではないとされているが<sup>7), 8)</sup>、今回の対象者においても同様の傾向があったとい

える。

外来で満たされない要求を訪問リハビリで補おうとしている状況もみられた。訪問リハビリは維持期のリハビリテーションとして効果的であるという報告もある<sup>9)</sup>。しかしその一方で目的や継続機関がはっきりしないまま訪問リハビリが導入されている実態もある<sup>10), 11)</sup>。まだ在宅生活期間の短い脳卒中者を対象とした今回の調査では十分検討できなかったが、今後どのように訪問リハビリを利用していくのかが課題となることが予測された。

#### 4.5 リハビリテーションに関する課題

対象者がイメージする「リハビリ」や「リハビリテーション」と医療サービス提供者側の認識との間には、時に大きなギャップがあると考えられる。本研究において患者や家族は、退院や外来通院の終了にあたって主治医等から、「病院でのリハビリテーションは終了です」、「これからは毎日の生活の中でリハビリをがんばってください」といった言葉で一方的に伝えられたとされていた。退院や通院が終了したことは医療的リハビリテーションを終了して次の段階へ進んだことを意味すると考えられるが、患者や家族には、まだ回復途中なのになぜ打ち切られるのかという不満が残っていた。

先行研究の中には、リハビリテーションに関わる専門職者の間でも、「リハビリテーション」という言葉の捉え方に差があるとされている<sup>12)</sup>。このことから、医療者と患者、家族、共通して「リハビリテーション」という言葉を使うが、その意味や使い方は必ずしも共通ではないことが想像される。「リハビリテーション」という言葉は多くの人々が一般的に用いるだけに、サービスの利用や目標設定において、どのような意味で認識されているのかを確認していく必要がある。

前述した闘病記<sup>13)~19)</sup>の中でも、リハビリテーションに関しては多くのページが割かれていた。いずれの著者も職場復帰や日常生活に対し



ては非常に前向きであり、その成果としての闘病記の執筆であるといえる。しかしながら回復の過程を経て社会復帰した後の闘病記執筆時点においてもなお、発症以前の状態までに機能回復することへの期待と、現状を受け入れてそれに合わせた生活の工夫をしなくてはならないという、あきらめともいえる二つの心理状態の中での葛藤が記されている。またこれらの心理的葛藤について、闘病中に会った周囲の患者たちの状況についても述べられており、期待と現実の折り合いがつかないため生きることに消極的になり、引きこもった生活をする事例の課題にも言及していた。これらのことは障害の程度に関わらず、共通した課題であるといえる。

## 5. 結 語

今回の調査対象者は、いずれも比較的スムーズな治療経過をたどり在宅生活に移行した事例であった。すなわち、対象者が利用したそれぞれの医療機関からは比較的質の高い一定水準以上の医療やケアが提供されていたと推測される。にもかかわらず、発症時の混乱した状況や、その混乱の中で急性期から回復期の医療機関へ移行しなくてはならない戸惑いや困難さが全ての事例にみられた。さらに回復期の医療機関から在宅生活に向けての準備や在宅生活後のリハビリテーションのあり方には、いずれのケースにおいても課題が認められた。

脳卒中という疾患は、急性期から回復期、維持期といった病期がかなり明確に示されている。これらの病期は連続したものであるが、医療機関の機能分化や介護保険の導入により、それぞれの段階で医療やケアのサービスを担う機関は異なっている。今回の事例では、それぞれの病状により発症直後の急性期医療機関の利用、急性期から回復期医療へ、さらに在宅生活への移行の仕方が異なっていた。現状では、それぞれのケースの状況に合わせて、全体を通じて相談できる機関や担当者は存在しない。次々と替わるサービス提供者に患者や家族が戸惑っている様

子は、どの事例にも共通して窺えた。医療機関や介護保険サービス提供機関等の連携がきわめて重要であり、全体を通じてサービスをコーディネートする専門職の導入も検討する必要がある。

今回の調査は患者と家族を対象としたものであり、サービス提供者側の視点からの課題は盛り込まれていない。患者や家族の捉え方が偏ったものであった可能性は否定できない。また調査対象も5例のみである。今後は本研究で抽出された課題が一般化できるものであるのか、事例数を増やして検証するとともに、サービス提供者側の視点からも課題を抽出してさらに具体的な解決策を探っていくことが必要である。

本研究は東京都多摩保健所課題別推進プラン「地域におけるリハビリテーションの連携」の16年度事業の一環として実施された調査についてまとめたものである。

## 6. 謝 辞

調査の実施にあたりご協力いただいた関係者のみなさま、療養中でありながら訪問インタビューに快く応じて下さったみなさまに心から感謝申し上げます。

## 7. 文 献

- 1) 高齢者リハビリテーション研究会. 高齢者リハビリテーションのあるべき方向. 2004.
- 2) 厚生労働省監修. 生涯にわたり個人の自立を支援する厚生労働行政. 厚生労働白書. 東京, 厚生労働省, 2001.
- 3) Evans, RL.; Connis, RT.; Hendricks, RD.; et al. Multidisciplinary rehabilitation versus medical care. a meta-analysis. *Social Science & Medicine*. Vol. 40. 1995, p. 1699-1706.
- 4) Stroke Unit Trialists' Collaboration. Collaborative systematic review of the randomized trials of organized inpatient (stroke unit) care after stroke. *British Medical Journal*. Vol. 314. 1997, p.1151-1159.

- 5) リハビリテーション医学白書検討委員会. リハビリテーション医学白書. 東京, 医学書院, 2003, p. 140-147.
- 6) 脳卒中合同ガイドライン委員会. 脳卒中治療のガイドライン. 2003, p. 170-184.
- 7) 上岡裕美子, 吉野貴子, 菅谷公美子, 他. 脳卒中を対象とした外来理学療法目標項目の抽出および決定. 理学療法科学. Vol. 21, No.1, 2002, p. 43-48.
- 8) 吉野貴子, 飯島節. 外来理学療法に対する脳卒中後遺症者の期待と理学療法士の意識の相違. 理学療法. Vol. 30, No. 5, 2003, p. 296-303.
- 9) Young JB, Forster A. The Bradford community stroke trial: results at six months. *British Medical Journal*. Vol. 304. 1992, p. 1085-1089.
- 10) 矢野秀典, 吉野貴子, 飯島節. 訪問リハビリテーションの目的に対する理解度に関する検討. 理学療法. Vol. 31, No. 3, 2004, p. 168-174.
- 11) 矢野秀典, 牧田光代, 吉野貴子, 他. 訪問リハビリテーションの適切な継続期間に関する研究; 現状分析と終了基準設定への提言. リハビリテーション連携科学. Vol. 4, No. 1, 2003, p. 111-116.
- 12) 野原真理, 工藤恵子, 春原則子, 他. リハビリテーションの認識に関する研究; 専門職と学生における検討. リハビリテーション連携科学. Vol. 6, No. 1, 2005, p. 22-27.
- 13) 金子金一. 脳卒中から二度生還して. 文芸社, 東京都. 2002.
- 14) 横田三郎. 脳卒中から生還した記者. 毎日新聞社, 東京都. 1987.
- 15) 長谷川幸子, 長谷川幹. リハビリ医の妻が脳卒中になった時—発症から復職まで—. 日本生醫事新報社, 東京. 1999.
- 16) 鈴木信. 脳卒中・あなたならどうする—完全復帰した医師の記録—. 大修館書店, 東京. 2000.
- 17) 西勝人. 脳卒中からはじまった あるエンジニアの生還プログラム. 新潮社, 東京. 1995.
- 18) 田中良太. 私の脳卒中体験記. 同時代社, 東京. 1995.
- 19) 山口俊明. くたばれ! 脳卒中. 茨城新聞社, 茨城県. 2005.