

「在宅リハビリテーションにおける倫理的・法的・政策的問題」

講義の狙い

- 地域リハビリテーションの現状を理解する
- 在宅における専門職として留意すべき倫理的な配慮を理解する

浜松大学保健医療学部  
青田 安史

「講義内容」

1. 地域リハビリテーションとは  
(訪問リハビリテーションを中心とした)
2. 事例検討会
3. 解説とまとめ

地域リハビリテーションとは

現在の医療制度(リハビリテーション医療)

•医療費抑止(国民医療費 19年度 33.4兆円)

•出来高払い → 定額支払いへ

診断群分類包括評価としてDPC (Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類)を導入

•予防重視

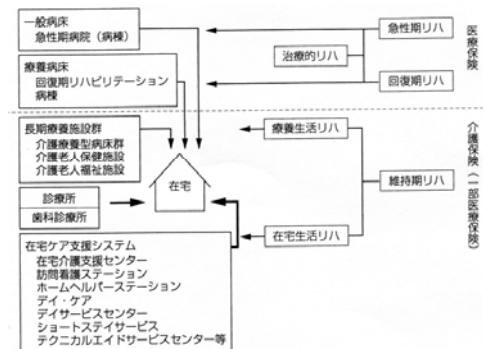
健康維持・健康増進や疾病予防を充実

•施設医療→在宅医療・介護へ

入院期間の短縮(リハビリテーションの算定日数制限)

平成20年度診療報酬改定で回復期リハ病棟にアウトカム評価が導入された。その内容は回復期入院料1(1,690点)を算定できるための基準が、(1)在宅復帰率60%以上(在宅の定義は自宅および福祉施設)、(2)重症者受入率15%以上を達成していることである。

リハビリテーションの時期的分類



(出典:高齢者の理学療法 2002)

地域リハビリテーション  
CBR

(Community Based Rehabilitation)

(ILO UNESCO WHO Joint Position Paper 1994)

障害のあるすべての人のリハビリテーション、  
機会の均等、そして社会への統合を地域の中で  
進めるための戦略

## さまざまな定義

- CBRの定義を最初に打ち出したのは、1981年のWHOリハビリテーション専門家会議においてであった。CBRを「障害者自身やその家族、その地域社会の中の既存の資源に入り込み、利用し、その上に構築されたアプローチ」として定義した。
- WHO、UNESCO、ILOが共同で「CBRとは、地域開発におけるすべての障害者のためのリハビリテーション、機会の均等、社会への統合のための戦略である。CBRは障害者自身、家族、地域社会の共同の運動、そして保健、教育、職業、社会サービスによって実施される」とした。
- 2004年にはWHOとILO、UNESCOとが再度共同でジョイント・ポジション・ペーパーを発表した。CBRの定義と目的は1994年版と変わらないが、特長は、概念にこれまでの議論のプロセスから障害とリハビリテーションの概念、障害者の権利の強調、貧困削減、コミュニティによる受け入れ、障害者団体の役割が加わったことである。特に障害者の権利と貧困削減のための行動に重点が置かれている。

### 国際労働機関 (ILO)

労働条件の世界的な向上をもたらす解決策の発見を可能にする国際的な制度的枠組みです。

## 「障害者支援」の基本的アプローチ

### 施設中心型 (Institution-based Rehabilitation, IBR)

- 中央集権型アプローチの手法であり、障害者自身が施設まで出向いてサービスを受けるという形態をとる
- 医療モデルでのトップダウンのアプローチ障害者自身の主体性、権利が尊重されることはない

### 巡回型 (outreach)

- 専門家が直接地域活動に出向く訪問型サービスである
- 専門家が専門施設から地域レベルに派遣され、自分たち自身でサービスを提供するので、IBRと同様医療モデルのサービスである

### 地域に根ざしたリハビリテーション

(community-based rehabilitation, CBR)

## CBRの課題

1. 障害者の参加の欠如

2. CBRの日本の地域リハとの混同

## 日本の地域リハビリテーションの定義

地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

(日本リハビリ病院・施設協会 2001)

## 訪問リハビリテーションの名称

### 介護保険法、医療保険法、老人保健法の3つに分類

#### (1) 介護保険を利用した訪問 (介護報酬の対象サービス)

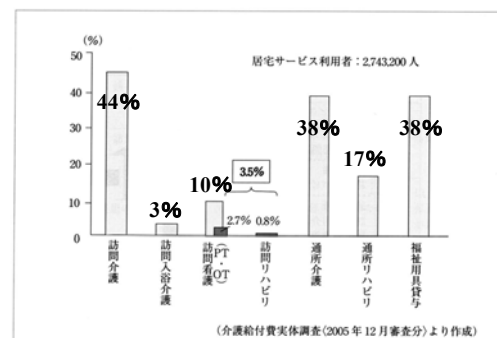
- ① 病院・診療所・老健施設からの訪問が「訪問リハビリテーション」
- ② 訪問看護ステーションからの訪問が「訪問看護」

#### (2) 医療保険を利用した訪問 (診療報酬の対象サービス)

- ① 病院・診療所からの訪問が「在宅訪問リハビリテーション指導管理」
- ② 訪問看護ステーションからの訪問が「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問看護」

#### (3) 行政からの訪問 (主に保健所などの保健師が行う) 「訪問指導事業」

## 介護保険における 訪問リハビリテーションの割合



## 訪問リハビリテーションの内容

- (1) 廃用症候群の予防と改善
- (2) 基本動作能力の維持・回復
- (3) ADL の維持・回復
- (4) IADL の維持・回復  
実際の生活の場で実用的なIADLとして維持・改善を図る。
- (5) 対人・社会交流の維持・拡大  
自宅への閉じこもりを防ぎ、社会的に孤立させない。
- (6) 介護負担の軽減  
介助量の差が在宅生活の継続の鍵を握る場合もある。
- (7) 福祉用具利用・住宅改修に関する助言

## リハサービスの適応者

退院直後の利用者(通所可能者)

医療的な利用の必要性が高い

リハビリテーション未経験者(予後予測)

介護者の介護技術・知識の不足

生活環境の未整備(住宅改造等)

福祉用具の導入(住宅改造等)

## 終末期リハビリテーション

最後まで人間らしさの保障

- ① 清潔の保持
- ② 不動による苦痛の解除
- ③ 不作為による廃用症候群の予防
- ④ 関節変形・拘縮の予防
- ⑤ 呼吸の安楽
- ⑥ 経口摂取の確保
- ⑦ 尊厳のある排泄手法の確保
- ⑧ 家族へのケア

## 現状における地域リハビリテーションの課題

1. リハビリテーション専門職の供給不足  
(経営効率, 専門職の病院勤務志向)
2. 地域リハビリテーションにおける教育・研修システムの未整備
3. 専門職の在宅ケアに対する倫理観への認識不足(専門職の経験, 価値観の優先)
4. 連携システムの構築を模索中
5. 施設ケアと在宅ケアの格差  
(コストパフォーマンスの適正化)

医療保険終了後のリハビリ  
「介護保険と連携密に」  
厚労省通知

平成19年1月16日朝日新聞夕刊

要約: 医療保険終了後のリハビリは、介護保険と連携密に行うことが重要と厚労省が通知した。医療保険終了後も、介護保険の適用範囲を拡大し、在宅でのリハビリを支援する。また、介護保険の給付額も引き上げられる。これは、高齢者の生活の質を向上させるための重要な施策である。

## 2009・4 介護報酬改定

新設

居宅介護支援  
(医療連携加算, 退院・退所加算)

介護老人保健施設  
(試行的退所サービス費: 退所時指導加算の一部)

サービス提供体制強化加算  
(勤続年数=経験年数?を評価)

## 訪問リハビリテーション構想？



## 事例 「在宅リハビリテーションで専門職による 障害の予後について説明するとき」



### 事例「在宅リハビリテーションで専門職による障害の予後について説明するとき」

私は訪問看護ステーションに勤務する経験年数8年の理学療法士です。近隣の居宅事業所より依頼された患者Aさん(以下Aさんとする)へ週3日、訪問リハビリテーションを行うことになった。Aさんは66歳 男性、脳梗塞を発症して7ヶ月経過している。急性期病院で3週間入院後、近隣の回復期リハビリテーション病院で6ヶ月間リハビリテーションを実施した。本来であれば老人保健施設でのリハビリテーションの継続も考えられたが、本人の意向や疾患別リハビリテーションの算定日数の上限の関係もあり、在宅退院となった。Aさんの状態は左片麻痺のために歩行が困難で移動は車いすを利用しており、介護保険の認定レベルはADL(日常生活動作)にも介護が必要な介護3である。Aさんは歩くことが出来るようになりたいと切望していた。

私はAさんのかかりつけ医である〇〇クリニックのC医師(以下C医師とする)のところへ行き、指示内容を受け、指示書を受け取った。「Aさんは自立歩行が困難と思われる。ついでに、ADL能力を維持するためにリハビリテーションを行って欲しい」という指示内容で、指示書には、維持期リハビリテーションの実施と書かれていた。退院直後1週目から在宅リハビリテーションが開始され、Aさんは意欲的にリハビリテーションを始めた。それから、3ヶ月経過した訪問リハビリテーションの時、Aさんと私との間でのような会話が交わされた。

Aさん: 私はもう一人で歩くことが出来ないのでしょうか？

私: 主治医の先生はなんと言っていますか？

Aさん: 歩くことは難しいだろうと言われました。

私: 私も主治医の先生が言われる通りと思いますが・・・

Aさん: そうですか・・・

その日以来、Aさんはリハビリテーションに対する意欲がなくなり、まもなく訪問リハビリテーションを中止してほしいと家族から言われた。AはC医師や担当の介護支援専門員専門員と相談した結果、訪問リハビリテーションを中止した。その後、介護支援専門員専門員の情報でAさんは寝たきりに近い状態になってしまっているとのことであった。私はAさんの訪問リハビリテーションを再開したと考えている。

### キーワード

予後告知(障害告知)、障害受容、チーム連携

### 背景となる事実

1. Aさんへ急性期病院の主治医から「リハビリテーションをおこなえば歩けるようになりますよ」と過度な期待を抱かせるような予後告知が行われている。
2. 回復期リハビリテーション病院の医師、またはC医師がAさんや家族に対して、障害に対する予後告知(障害告知)を実施したかについて私は報告を受けていない。
3. 私は、Aさんに対してリハビリテーションを進める上で障害受容が不十分であり、現状のままではBは身体的な改善(自立歩行)のみに捉われ、リハビリテーション中心の生活に陥ってしまうのではないかと考えていた。そのために、障害受容が課題であるとともに、目標(意欲づけ)が必要だと考えていた。
4. 私の職場である訪問看護ステーションの職員は所長を含めた看護師3名と理学療法士である私の4名体制である。

### 考えてみよう

Q1: 私の言動には問題があったのだろうか。

Q2: 私はAさんにこれからどのような対応をすることが適切であろうか。

## 入院期間の短縮？

一般病床の平均在院日数の短縮化  
(30日→25日→20日→14日→10日)

効率主義？

リハビリテーションの算定日数制限

リハビリテーション不足で在宅へ！

## リハビリテーションの算定日数制限

2006年本年4月の診療報酬改定により、リハビリテーションが4つの疾患別リハビリテーション「心大血管疾患リハビリテーション」「脳血管疾患等リハビリテーション」「運動器リハビリテーション」「呼吸器リハビリテーション」に再編され、それぞれ150日、180日、150日、90日の日数制限が設けられました。

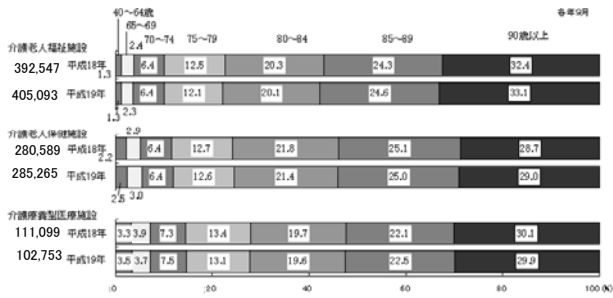
### 日数制限にかかる具体的な病名

- ・あらゆる整形外科疾患(骨折、変形性脊椎症、変形性膝関節症など)
- ・脳梗塞、抹消神経麻痺の強い症例など
- ・肺癌術後、脛骨骨髓炎
- ・重度の認知症あり、積極的に訓練不可の方
- ・脊髄損傷(胸髄、腰髄損傷)、脳卒中患者、キアリ奇形、腰痛症、構音障害
- ・脳血管疾患(脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血)
- ・脊髄神経損傷
- ・高次脳機能障害のない方、寝たきり状態の方(長期療養)

2007年4月に緩和された疾患: 急性心筋梗塞、狭心症、慢性閉塞性肺疾患

## 年齢階級別在所者数の構成割合

在所者総数 793,111 (平成19年9月現在)



厚生労働省:平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service06/index.html>

## 要介護度状態像の目安

**要支援1 社会的支援を要する状態** (身の回りの世話に一部介助が必要)

・排泄や食事はほとんどひとりでできる  
 ・状態の維持・改善の可能性が高い

**要支援2 部分的な介護を要する状態** (身の回りの世話に介助が必要)

・立ち上がりなどの複雑な動作には支えが必要  
 ・排泄や食事はほとんどひとりでできる  
 ・状態の維持・改善の可能性が高い

**要介護1 部分的な介護を要する状態** (身の回りの世話に介助が必要)

・立ち上がりなどの複雑な動作には支えが必要  
 ・排泄や食事に一部介助を必要とすることがある  
 ・問題行動や理解の低下がみられることがある

**要介護2 軽度の介護を要する状態** (身の回りの世話全般に介助が必要)

・立ち上がりなどの複雑な動作には支えが必要  
 ・排泄や食事に介助を必要とすることがある  
 ・問題行動や理解の低下がみられることがある

**要介護3 中程度の介護を要する状態**

・身の回りの世話、立ち上がりなどの複雑な動作、排泄などがひとりでできない  
 ・いくつかの問題行動や理解の低下がみられることがある

**要介護4 重度の介護を要する状態**

・身の回りの世話、立ち上がりなどの複雑な動作、排泄、移動などがほとんどできない  
 ・多くの問題行動や理解力の低下がみられることがある

**要介護5 最重要度の介護を要する状態**

・身の回りの世話、立ち上がりなどの複雑な動作、排泄、移動などがほとんどできない  
 ・多くの問題行動や全般的な理解力の低下がみられることがある

## 事例グループ検討



## 解説とまとめ

1. 予告告知(障害告知)
2. 障害受容
3. 多職種連携

## 「事例の整理」

治療の流れ

予告告知  
(障害告知)



障害受容



QOL向上  
社会適応  
生活の再建

患者側

・自身の身体への不安と期待  
 ・「疾病・障害を受け入れられない」  
 「健康なときの身体に回復したい」  
 ・生活への不安

治療者側

・治療者が計画している治療を実施するために患者による傷害受容が必要 = 「身体機能(歩行能力)に執着したリハビリテーションは望ましくない」  
 ・「障害受容している状態とはリハビリテーションに対する意欲・モチベーションが備わった状態=リハビリテーション実施の患者の必要条件(個人要因)」  
 ・予告告知・障害受容は患者のよりよい生活を再建するために必要(自己決定を促す)

『自律尊重原則』、『善行の原則』

行為(説明)による結果

・患者のリハビリテーション意欲の低下  
 ・訪問リハビリテーションの中止  
 ・信頼関係の崩壊

『無危害原則』

## 「予告告知(障害告知)」

1. 告知の必要性
2. 情報不足での判断
3. 告知の方法論

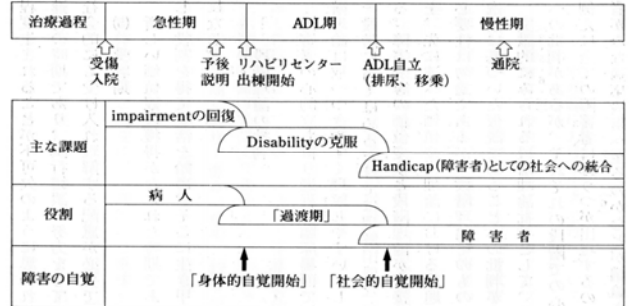
## 「無危害原則」

1. 「危害を加えてはならない」という否定形で表現されている義務
2. 危害をあらかじめ予見できなら、それを予防しなければならない。
3. 危害を除去しなければならない。
4. より積極的に、その人にとって「よい状況」を作り出し、幸福を促進しなければならない。

(ピーチャム・チルドレス 1989, 永安・立木訳 1997)

## 障害の自覚とリハビリプログラムの関連 (本田)

対象: 脊髄損傷 43名



患者は当初麻痺の回復に執着している(否認の段階)が、主治医からの予後説明や他患者の観察を通して次第に回復を断念し始める(「身体的自覚開始」の時期)、この頃から患者の関心は麻痺の回復から残存機能によるdisabilityの克服へ移り始める。そして、排尿、排便などのADL動作が自立して初めて身体障害者としての社会生活に関心を持つようになる(「社会的自覚開始」の時期)。

## リハビリテーションにおける「障害告知」の必要性

- 疾患による障害の予後告知は、医師の説明義務として医療法1条の4第2項により、治療方針について説明し、患者の理解を得るように努めることが義務付けられている。しかし、行かどうかの判断は医師に委ねられている。医師の説明義務の履行が治療に対し逆効果をもたらすような場合には、医師は説明義務を負わない、という考えがあるためでもある。
- 脳卒中急性期においては入院時のvital sign, 意識レベル, 神経学的所見, 病巣の部位と大きさなどからかなり正確に生命予後を推定することができる。
- 障害受容している状態とはリハビリテーションに対する意欲・モチベーションが関わった状態=リハビリテーション実施の患者の必要条件
- 身体障害者のリハビリテーションの目標の一つに障害の受容がある。この障害の受容のための第一歩は障害の予後の告知である。

### 事例

「病名が告知されているALS患者では、理学療法開始時より呼吸障害に関する理解もあり、当初から呼吸訓練も含めて理学療法法の導入が容易で、障害の悪化を考慮した車椅子なども早めに紹介できた。一方、病名が告知されていなかったALS患者では、下肢筋の筋力低下の進行にもかかわらず、患者は理学療法を行うことで歩けるようになることを強く希望し、車椅子の導入を拒否し、障害の進行に対して適切な対応ができなかった例もある。」

## 告知についての判例

判例1 最高裁, 平成7年4月25日判決(民集49巻4号1163頁)

原告(患者家族)敗訴

判例2 最高裁 平成14年9月24日 第三小法廷判決  
平成10年(オ)第1046号 損害賠償請求事件

原告(患者家族)勝訴

## 「臨床場面における深刻な診断の告知にあたって陥りやすい過ち」

1. 時間や情報の不十分
2. 患者側の状況理解を明確にしない。また、苦悩を克服する手立てを確立しない。
3. 患者のペースではなく医師のペースで告知してしまう。
4. 応答や質問をする時間を与えない。
5. 先行きについて、あたりさわりのない言葉で安心させようとする。
6. 近親者と口裏を合わせて、患者に嘘をつく
7. 「否認」がもとで状況が困難になっているにもかかわらず、患者・近親者が現実に向かうための援助を怠る。
8. すべての望みを奪ってしまう。

(チャールズ RK ハインド 1997「いかに深刻な診断をつたえるか」岡安大仁訳 2000)

## 「SPIKES」

R.Buckman(1992 トロント大学内科学教授)が悪い知らせ(患者の将来への見通しを根拠から否定的に変えてしまうもの)を伝えるための6段階アプローチ方法(医師が悪い知らせを伝えるために必要なスキルを統合したガイドライン) [1]

S=Setting(場の設定と聴くスキルの使用)  
P=Perception(認識の確認)  
I=Invitation(準備を確認する)  
K=Knowledge(情報提供)  
E=Empathy & Exploration(共感と探索)  
S=Strategy & Summary(方針とまとめ)

## 障害の受容？



## 障害者自身が障害を受容すること？

受容は、「身体的には患者が障害の性質や原因や合併症や予後をよく知ること、社会的には雇用や住宅や家族やその他の関係に対して現実的であること、心理的には、ひどい情動的症状を示さないこと」(南雲 1998)

## リハビリテーションにおける「障害受容」研究の流れ(文献的考察)

1970年代

- ・ 「障害受容」について共通の理解は確立されていない
- ・ リハビリテーションにおける意欲・モチベーションと「障害受容」が近似して用いられている。(障害受容している状態とはリハビリテーションに対する意欲・モチベーションが備わった状態=リハビリテーション実施の患者の必要条件:個人要因)
- ・ 「障害受容」を専門職(心理職, SW)の役割の検討

1980年代

- ・ 「障害受容」の定義の確立(上田「受容の本質」=「価値転換論」Wrightと「段階理論」の融合)
- ・ 「障害受容」はリハビリテーションの一つの目標・目的という位置づけ
- ・ 個人要因から環境要因へ着目
- ・ さまざまなアプローチ法の登場(「心理的アプローチの効果の前定性」行動療法など)

(田島明子 2009)

## リハビリテーションにおける「障害受容」研究の流れ(文献的考察)

1990年代

- ・ 「障害受容」の「QOL」「障害告知」「自己決定」「相互作用」概念との連結
- ・ 「段階理論」モデルへの批判
- ・ 南雲直二の「社会受容」

(田島明子 2009)

・ **価値転換論**=心の苦しみとは「不幸(社会が価値なしと見なすこと)」であり、それを克服するには、本人が自らの価値観を変えなければならない(「価値の視野の拡大」「比較価値からそのものの価値へ」という。また、価値観を変えれば社会の受け入れも良くなり、したがって、社会から負わされる苦しみも軽減するという。

・ **ステージ理論**=受傷後に共通に見られる心理的反応として悲哀(愛する対象を失うことで生じる感情)が導入され、同時にその回復には一連の心理的段階(=ステージ)があることが主張された。(南雲 2008)

## 「Dembo(1953),Wright(1960)の価値変換理論」

1. 価値範囲の拡張  
失った価値(麻痺などの身体)に囚われないこと
2. 身体価値を従属させる  
身体障害によって失われた能力を一番大切な価値とはせず、人格などの内面性を重視する
3. 所有価値よりも資産価値を重視する  
他と比較による価値基準(所有価値)よりも自分の個性、人格等(資産的価値)を重視する
4. 障害に起因する様々な波及効果を抑制する  
障害によって失われた価値を個人全体の価値の低下や人格の障害として一般化させないこと

(南雲 2002)

「障害受容の本質は自分を不幸だと思い込むことであり、したがって、それから自由になるには価値観を変えることが大事」

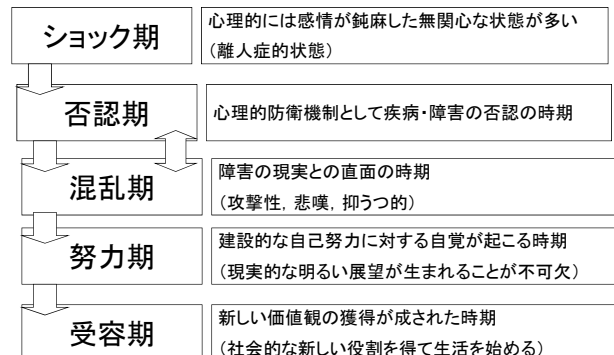
## 「価値変換理論」の問題点

1. 対象者が戦傷者で脳卒中患者は含まれていない(身体臓器の損傷が外見でわかる対象者)
2. 障害者が価値転換するには様々な要素が異なる(障害の原因、回復の可能性、年齢、国民性、生活史など)

(南雲 2002)

言葉の障害は、意思疎通が困難なことにより、それを認めることは辛いことと考えられる。歩行自立群が認められないのは、さらに改善するのではないかという期待があり、歩行不能群が認められるのは、ここまで訓練してもこのような結果であり、それを認めていく心構えができていないからではないかと考えられる。(岡本 2009)

## 「障害受容の段階理論」(上田 敏 1983)



## 障害受容 (南雲直二 2002)



第一の心の苦しみ(自分自身の苦しみ)

自己受容

障害のために変化した身体的条件をころから受け入れること

第二の心の苦しみ(他人から負わされる苦しみ)

社会受容

社会が障害者を受け入れること

## 中途障害者の退院後の障壁 (大田仁史 2004)

1. 生活感覚の戸惑い
2. 社会的孤立と孤独感
3. 目標の変更ないしは喪失
4. 獲得された無力感
5. 役割の喪失ないしは変更
6. 可能性が解らない
7. 障害の悪化や再発の不安

## 「障害受容」の課題

- 障害受容はできるのか？(障害は受容するもの)
- 障害は受容したら変わらないのか？
- 障害受容のリハビリテーションにおける使われ方
- 障害受容に対するアプローチの方法

## 「多職種連携」

1. 守秘義務との関連性
2. 連携方法

「どのような情報」「いつ」「誰に」

## 「守秘義務に関する理学療法士の倫理規定」

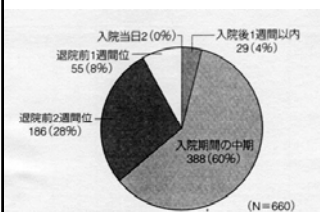
### 遵守事項

1. 理学療法士は、保健・医療・福祉領域においてその業の目的と責任の上に立ち、治療と指導にあたる。
2. 理学療法士は、治療や指導の内容について十分に説明する必要がある。
3. 理学療法士は、他の関連職と誠実に協力してその責任を果たし、チーム全員に対する信頼を維持する。
4. 理学療法士は、業務上知り得た情報についての秘密を守る。
5. 理学療法士は、企業の営利目的に関与しない。
6. 理学療法士は、その定められた正当な報酬以外の要求をしたり收受しない。

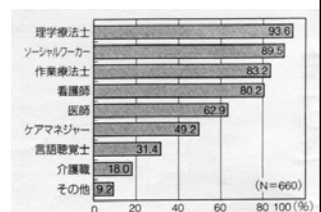
(昭和53年5月17日制定、平成9年5月16日一部改正)

## リハビリテーションの効果的な実施に関する検討事業報告書

(医療保険から介護保険への円滑な移行行検討事業) 日本リハビリテーション病院・施設協会 2008  
調査方法: アンケート調査  
調査対象: 日本リハ病院・施設協会に所属する施設のすべての回復期リハ病棟 (308施設)  
調査結果: 152施設 (回収率49%) = 231回復期リハ病棟 (10,707病棟)

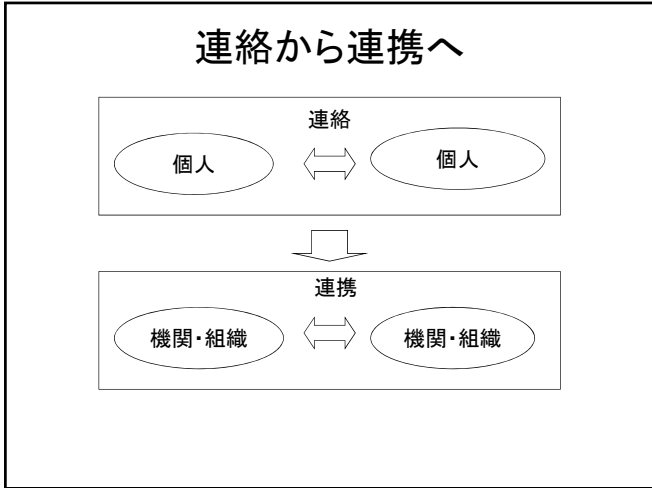
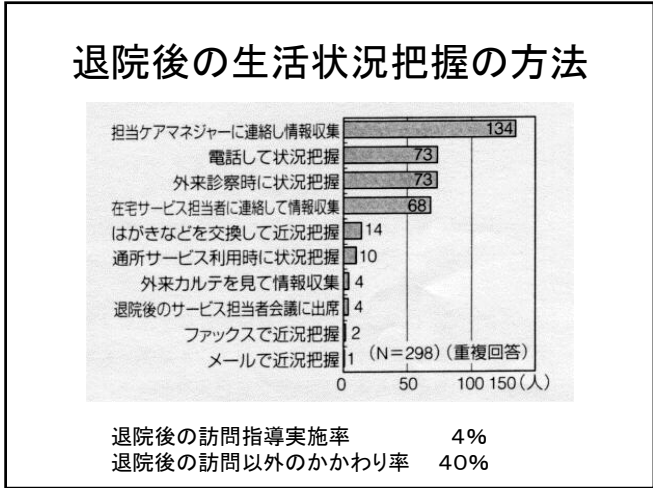
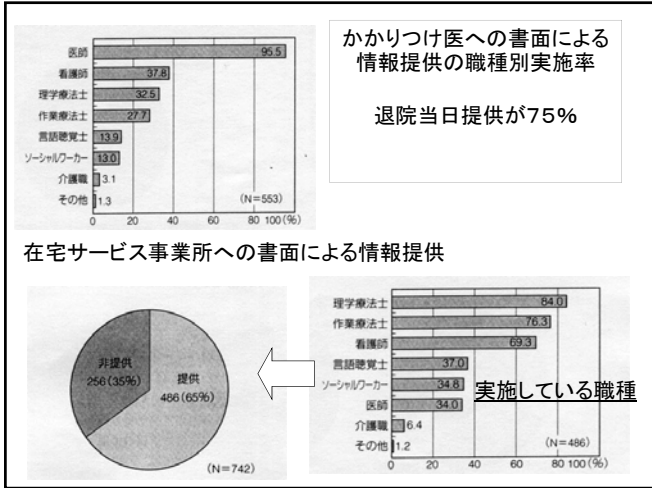


退院後に必要な在宅サービスの検討開始時期



在宅サービスの検討会への職種別参加率





### 「まとめ」

病院・施設(ビジター)と在宅(アウエー)により、患者と医療専門職の立場が変化することにより、さまざまな病院・施設とは異なった倫理的問題が生じる。

- ・患者＝患者的から生活者のな立場へ
- ・医療専門職＝管理者的から訪問者のな立場へ
- ・患者のあらたな(潜在的?)価値観が表面化する

↓

病院・施設的な倫理観では対応できないことも多い