

初期地域リハビリテーション事業の今日的意義と教育研究課題

伊藤日出男*

Reassessment of community-based rehabilitation in its earliest stages in Aomori, and its influence today on educational research issues

H. Ito*

Summary:

The activities of the so-called 'Rehab-School' and 'Visiting Team' for stroke patients and their families were organized by public health nurses and physical therapists in the early 1970s in Aomori prefecture. The purpose of this report is to identify activities involving community-based rehabilitation (CBR) in its earliest stages in Aomori, and to discuss its influence today on educational research issues.

Method:

In July 1998, a follow up study was performed by a physical therapist (author) and a public health nurse at Tenmabayashi village in Aomori prefecture, fifteen years after CBR activities began. In interview, two spouses of stroke patients who survived for fifteen years after suffering from a stroke, said that 'Visiting Team' activities gave disabled people better functional abilities and improved their quality of life, and that this had influenced local government policies and strategy for the disabled in their area.

Conclusion:

The physical therapists in Aomori had a so-called 'intellectually hungry mind' even though there were only eleven members of their association in the 1970s, and their activities were widely recognized not only by the disabled but also by the local community. We need to have more appropriate methodology for assessing CBR activities, and it is necessary to have well-constructed curricula for teaching CBR at college level.

(J. Aomori Univ. Health Welf. 1 : 109-117, 1999)

キーワード : 地域リハビリテーション, 青森, 理学療法教育

Community-based rehabilitation, Aomori, Physical therapy education

I はじめに

日本の理学療法士が、在宅障害者の生活実態を知るために本腰をあげて取り組むようになったのは、昭和58(1983)年から施行された老人保健法による機能訓練事業(「リハビリ教室」と略称された)からであろう。それ以前から、一部の地方においては在宅障害者を対象とするいわゆる地域リハビリテーションは行われていたが、全国的に普及していた訳ではなかった¹⁾。

そのような状況の中で、昭和46(1971)年から実施された青森県における県衛生部と青森県理学療法士会の協

力による「家族のためのリハビリ教室」と、保健婦と理学療法士による「チーム訪問」は、当時においては画期的な事業と高く評価された²⁾。

本稿では、青森県の単独事業として展開された草創期の地域リハビリテーションを現在の視点から再評価し、その今日的意義を考察する。また、理学療法士養成機関において、地域リハビリテーションが教育研究の対象としてどのように取り組まれてきたかを概観し、今後の教育研究課題について展望する。

なお、本稿における「地域リハビリテーション」の用

* 青森県立保健大学理学療法学科

Aomori University of Health and Welfare, Department of Physical Therapy

語については、地域社会を基盤として理学療法士が主体的に関与する実践活動と位置付け、「地域理学療法」とは特に区別しないで使用する。

Ⅱ「家族のためのリハビリ教室」及び「チーム訪問」事業の概要

青森県が昭和45年に弘前大学医学部衛生学教室の協力を得て実施した青森県農山漁村健康調査によると、推計された脳卒中後遺症者14,500人の中で、9,700人(67%)はリハビリテーション医療を受けたことがないという状況にあった³⁾。この調査を基に、青森県では翌年からこれらの放置されている在宅脳卒中後遺症者を持つ家族を対象として、家庭でできる運動や看護技術の普及を目的として、理学療法士と保健婦による「家族のためのリハビリ教室」と名付けられた2日間のチーム活動を実施した⁴⁾。

「家族のためのリハビリ教室」の内容は、初日は理学療法士2名と数人の保健婦によって、それぞれ分担して日常生活動作(ADL)と家庭看護の実技指導を行い、2日目は保健所長及び福祉事務所関係職員も参加して懇談会を行うものであった。初年度は11ヶ所で231人の家族を対象にして開始されたが、翌年からは家族だけでなく家庭奉仕員や一般地域住民も聴講者として参加するようになった。

昭和48(1973)年からは、在宅の脳卒中後遺症者を直接指導する「チーム訪問」が実施された。「家族のためのリハビリ教室」は、対象は家族でしかも集団指導であったのに対して、「チーム訪問」は寝たきりの人々を対象として、主治医の了解を得た上で保健婦と理学療法士が訪問によって直接指導を行うものであった。昭和57年度からは県内1~2ヶ所を選定し年間を通じて5日間実施された。これらの事業を実施するにあたっては、青森県衛生部公衆衛生課及び担当保健所と青森県理学療法士会が十分な事前協議を行い、プログラム、テキスト、スライドの作成、看護用品の準備、また各地区医師会や関係機関等との連携を図った上で慎重に進められた。ちなみに、「歩む日のために」と名付けられた理学療法士会作成のテキストは、その後20年間に改訂4版を重ねた⁵⁾。

当時、昭和44(1969)年7月に11人の理学療法士によって結成された青森県理学療法士会は、臨床経験発表会や中央から講師を招聘しての研修会などを活発に行い、それに伴って運営資金の不足に悩んでいた時期でもあった。理学療法士会では県に対して補助金を申請したが、10数人の職能団体に対する助成は到底無理な話であった。そこへ県公衆衛生課から要請のあった「家族のためのリハビリ教室」に対して、理学療法士会事業としてこれに全面的に協力し、講師謝金の半額を同会に納入させるというかなり強引な方法で資金の確保を図ることになった。

会員が事業に協力することによって納入された年額12,000円という会費は、当時は勿論現在においても社団法人日本理学療法士協会(協会費は別に11,000円)の支部組織の中では最も高額な会費である。

このように、リハビリテーションという言葉がまだ一般に知られていなかった昭和40年代に、青森県の理学療法士が保健婦とチームを組み、組織的な地域リハビリテーションを展開した活動は、関係者によって全国に紹介され注目を集めた⁶⁻⁸⁾。昭和52(1977)年当時、十和田保健所に勤務し管内の地域リハビリテーション事業に従事した山崎トコ保健婦によると、これらの事業は次のように総括されている⁸⁾。

- 1) 医療従事者としての理学療法士に対する理解が深められた。
- 2) 病院に対する住民の意識が変わり、専門病院への入院希望者が増加した。
- 3) 早期機能訓練の必要性が理解されてきた。例えば安静第一という従来の看護の考え方が改められ、良肢位保持や体位変換、早期訓練などの必要性が理解され、それを家族にも指導できるようになった。

「家族のためのリハビリ教室」は平成2(1990)年の事業終了まで20年間にわたって、382ヶ所において実施され、受講者は延べ12,338人に達した。また「チーム訪問」は、24町村において365事例に対して実施された。しかしながら、毎年事業終了後に行われる関係者によるリハビリテーション評価会議において、昭和55年頃から次第に事業のマンネリ化に対する批判的な意見が出されるようになった。それらの意見を集約すると、一方では「リハビリ教室」が病院のリハビリテーション部門の肩代わりの機能を要求されていることに対する問題提起であり⁹⁾、他方「家族のためのリハビリ教室」のリハビリテーション普及の役目は済んだという認識から、在宅障害者に直接指導の手を差し伸べるべきだという、主として若い世代の理学療法士からの意見であった¹⁰⁾。

これらの意見を踏まえて、県側では昭和57(1982)年に「チーム訪問」の対象地域を県内2ヶ所に固定し、3年間集中的に実施してその効果を検証するという思い切った事業を展開することになった。この事業は平成2(1990)年まで継続されたが、その中で上北郡天間林村を対象とした「チーム訪問」事業は、高橋ら¹¹⁾、伊藤ら¹²⁾によって報告された。

昭和57(1982)年には老人保健法が制定され、機能訓練や訪問指導等の地域リハビリテーションは市町村の事業として運営されるようになったが、老人保健法制定の10年も前から実践された青森県での先駆的な取り組みは、その後の老人保健事業発展の基盤となったことは言うま

でもない。

次に、最初の対象地として選択された天間林村の「チーム訪問」事業の内容と、この事業を現在の視点から再評価するために行った15年後の調査結果について、その概要を紹介する。

Ⅲ「チーム訪問」事業の実践とその評価

七戸保健所管内の上北郡内には、昭和57年当時リハビリテーション施設を有する医療機関はなく、それまで地域リハビリテーション事業は行われていなかった。年度始めに行われた県公衆衛生課主催のリハビリテーション評価会議において、同保健所管内から対象地域を指定して欲しいとの強い要請を受けて、公衆衛生課では理学療法士派遣の地理的条件を考慮した上で天間林村を指定した。理学療法士会では県側の要請に応じて、三沢市立三沢病院及び弘前大学医療技術短期大学部から2人の理学療法士の派遣を決定した。

天間林村では村内の脳卒中後遺症者全員の名簿を作成し、七戸保健所と協議しながら対象となる12事例を選定し、事前に主治医の承諾を得るように配慮がなされた。その訪問活動の中で、在宅障害者の身体機能と家族の人間関係に着目した独自の評価方法（後述）が考案された¹²⁾。

1. 天間林村の概況

上北郡天間林村は青森県南部に位置し、人口10,400人、世帯数2,290（昭和57年現在）で、葉煙草や長芋などの畑作が盛んな農村である（図1）。当時の在宅脳卒中後遺症者数は82人で、そのうちの約8割は何らかの家族の介護を必要としていた。

村内には2ヶ所の開業診療所があり、また南北に約10～

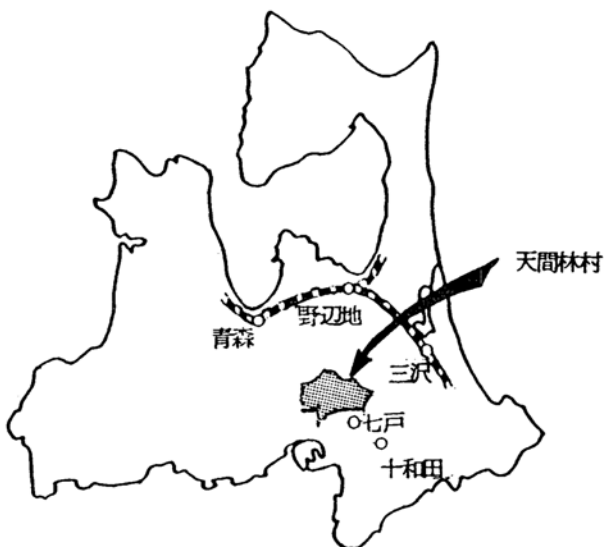


図1 青森県上北郡天間林村の位置図

20キロメートル離れた2ヶ所の公立病院には、当時ほどちらもリハビリテーション医療は不十分であった。地域住民の健康管理を担う保健婦は常時3人おり、そのうち1人は村専属の保健婦で、他の2人は七戸保健所からの派遣及び駐在の保健婦であった。

2. 「チーム訪問」事業の内容

昭和57（1982）年8月から59年12月まであしかけ3年間にわたって実施された天間林村の「チーム訪問」事業は、各年度10～12人（実人員は3年間で19人、延べ30人）の在宅障害者を対象として行われた。対象者の内訳は、男が17人、女2人で、平均年齢64歳、そのうち脳卒中後遺症者が17人で、脳卒中発病から「チーム訪問」開始までの経過期間は平均6年であった。訪問チームメンバーは、保健婦4人、理学療法士2人で、2チームを編成し、毎年8月から12月までの5回、毎月1日ずつ（1回の訪問時間は約1時間）同一の対象者を訪問し指導を行った¹²⁾。

指導内容は、診療状況の把握と身体機能の評価に基づいて訓練及び看護計画を立て、それを障害者及び家族に指導するものであった。事例によっては杖や補装具の交付申請と、その使用方法等が指導された。昭和59（1984）年12月に行われた「チーム訪問」事業終了後の反省会においては、参加者の大多数は「チーム訪問」の意義を認め、その理由として「訓練内容が自分に合っていた」「意欲が湧いた」「家で訓練できるようになった」などを挙げていた。

昭和60（1985）年度の県環境保健部職員研究発表会において、当時天間林村派遣保健婦だった高橋牧子は次のように報告している¹³⁾。

「なんと多くの患者（脳卒中後遺症者）が、機能回復の見込みがあるままに、放置されていたことか、これが今回の保健婦と理学療法士とのチーム訪問の中で常に考えさせられたことである。彼らのほとんどは、やる気をもって退院している。しかし、いったん在宅となった場合どうしてよいかわからないままに時を過ごし、しだいに気力も薄れ孤立化の傾向をたどっているように見受けられる。そして地域でひっそりと暮らしている。（後略）」

「チーム訪問」事業が終了した昭和59年12月に、同村では「交友会」という名前の障害者の会が結成された。また近隣の公立七戸病院のリハビリテーション部門の充実により、同病院の協力によって理学療法士の派遣を得て、定期的な機能訓練事業が継続され現在にいたっている。

3.「チーム訪問」事業の15年後の評価

日間林村の「チーム訪問」事業は、障害者・家族から高い評価を得て所期の目的を達成した。訪問チーム側の総括としては、次の事柄が指摘された¹²⁾。

1) 1年に僅か5回の訪問指導であっても、在宅障害者の身体機能の維持・向上に役立てることができる。

2) 訪問指導の効果をあげるためには、障害者の心身機能及び家族関係の適切な評価を行い、家族及び住宅環境に合致した適切な指導計画を示し、具体的な指導をすることが必要である。

日間林村の「チーム訪問」事業に参加した筆者（理学療法士）は、同村八島昭子保健婦の協力を得て、平成10（1998）年8月に対象者19人の15年後の動向を知る目的で追跡調査を行った。その結果、16人は既に死亡しており生存者は3人だけであった。

生存者のうち2人は脳卒中後遺症の女性で、他の1人は頸髄損傷による右上肢障害の男性であった。脳卒中後遺症者で死亡原因の明らかな10人については、6人が肺炎で、その他は癌2人、心筋梗塞1人、脳梗塞再発が1人であった。死亡年齢は平均69歳で、「チーム訪問」から死亡までの経過年数は平均9年（3～9年）であった。追跡調査によって面接できたのは、障害者本人2人と、死亡した脳卒中後遺症者の配偶者2人であった¹³⁾。

ここでは、協力の得られた4人のうち、死亡した脳卒中後遺症者の配偶者2人からの聞き取りを基に、障害者とその家族が「チーム訪問」以後にどのような状態であったか、について概略を報告する。

事例Ⅰ T.T.男、訪問時 56歳

52歳の時に脳出血による左片麻痺となり、青森市内の病院でリハビリテーション治療を受けたが、高度な痙性のため歩行不能と言われ退院し、自宅で妻の介護を受けながら、開業医による往診と保健婦の訪問指導を受けていた。昭和57（1982）年8月の第1回「チーム訪問」において、理学療法士の「歩けるようになりますよ」という言葉に励まされて訓練に励み、2回目からは次第に身体機能だけでなく精神面でも改善が目立つようになった。訪問事業終了時には杖と補装具によって屋内歩行が自立し、妻の介助によって村の機能訓練やデイサービスに参加するようになった。しかし、平成元年に再発によって入院し、退院後は寝たきりに近い状態であった。

平成10年7月に急性肺炎のため入院し、2週間後に死亡した。72歳であった。妻は次のように語っていた。

「発病後21年間も看護したので悔いはありません。再発してからだんだん歩けなくなり、最後は寝たきりとなって朝晩2回流動食を入れるのに苦労しました。つくづく寿命だと思いました。

訪問指導を受けた後4～5年は歩いていたし、頭の働きも良くなって歪んだ字でも年賀状を出せるようになっていました。私が手伝わなくても、何でも自分でできるようになったし、毎日2回自分で補装具を履いて家の中を訓練していました。いつも『交友会』に行くのを楽しみにしていました。保健婦さんのお陰で、皆さんのお世話になりながらあちこち車椅子で連れて貰うことができました。これまで頑張ることができたのは、良くなって名古屋の息子や千葉の娘の所に行きたいという夢があったからだと思います。」

事例Ⅱ S.N.男、訪問時 57歳

53歳の時に脳梗塞による右片麻痺と失語症を伴い、入院治療後どうにか室内を介助歩行できる状態で退院した。昭和57（1982）年8月の訪問事業開始時は、室内をつかまり歩行ができる程度で、農作業の多忙な時期は一人で留守番をしていることが多かった。訪問指導後は杖と補装具を使用して外出もできるようになった。「交友会」には毎回妻と一緒に参加し、ムードメーカーとして会を盛り上げていた。

平成5年頃から、長年の介護による妻の体調不良に伴って本人も次第に身体機能の低下を来し、八戸市内のリハビリテーション病院に入院したが、平成9年1月肺炎によって死亡した。72歳であった。妻は次のように語っていた。

「夫の介護と農作業で無理が重なり、私自身が3年前に入院しました。なにしろ夫の発病後10年位はパジャマに着替えてゆっくり寝たことがありませんでしたから、疲れがたまっただと思います。

車椅子で毎日2時間外に連れ出すのが日課で、最も調子の良かった頃は私も一緒に「交友会」に参加するのが楽しみでした。「交友会」では、グループ体操でイチ、ニ、と号令をかけるのが役目だったし、誰からも好かれて幸せでした。家では左手で字を書く練習や、ラッパ吹きや尺八もやったし、私も介護日誌をつけていました。5年位前から次第に弱くなって、トイレに行くのも間に合わなくなっていました。私が入院した後は嫁が介護しましたが、食事がすまなくなったようでした。嫁も良く介護してくれたし、幸せだったと思います。」

まとめ：

今回の追跡調査によって、僅か2例ではあったが配偶者を通して15年前の「チーム訪問」が、障害者の身体機能面だけでなくQOL（人生の質的側面）において、また家族の介護負担による生活の危機的状況を立て直すためにも大きな役割を果たしたことを実証できた。さらに、村の障害者対策事業の面でも発展を促す契機となったこと

を知ることができた。

天間林村の「チーム訪問」の対象は、障害者が男性で介護者が妻という農村の典型的な事例が多く、その殆どは三世代家族であった。今回家族と面接することができた2事例は、どちらも50歳代で発病した重度の脳卒中後遺症者であったが、年齢が比較的若く家族は協力的であった。この2例に対しては、筆者らは「チーム訪問」後も追跡調査を行っており、また電話や郵便等によって生活状況の概略を把握していた。今回は15年後の追跡調査となったが、「チーム訪問」によって心身の機能が改善し、10年以上その機能を維持した後、一般住民と大差がない年齢にまで生存した(青森県男性の平均余命は74.71歳)。しかも、単に生存していただけではなく、「チーム訪問」後の4、5年は積極的に外出し社会的な活動に参加することが生き甲斐となっていた点が注目された。

事例Ⅱの場合、配偶者の健康問題が障害者本人の機能に大きく影響していた。先行研究においても、石川ら¹⁴⁾によって、家族の健康状態が障害者の身体機能や、家族の人間関係にも影響を与えることが明らかにされている。地域リハビリテーション事業を展開するにあたっては、障害者本人の身体機能に目を向けるだけでなく、家族の状況や介護者の健康状態にも注意を向けることがいかに大切かを、本事例を通して改めて痛感させられた。

Ⅳ 初期の地域リハビリテーション・マインド に学ぶもの

青森県において行われた初期の地域リハビリテーション事業に関して、現在の視点から見直し、次の2点についてその今日的意義を考察する。第1には、医療機関におけるリハビリテーションが主体であった昭和40年から50年代において、地域リハビリテーションが社会的認知を得る画期的な事業となったこと。第2に、限られた数の地域保健専門職が職種や所属機関の枠を超えて力を結集し、20年間も事業を継続し新しい老人保健事業導入の基盤となったことである。

1. 地域リハビリテーションの社会的認知

一般的に地域保健活動は、地域の情報収集・分析、計画、実践、評価の段階を経て行われる。これにリハビリテーションの視点を加えて経験的に実践されたのが、初期の青森県の例であった。そこには、第一線で活躍する保健婦と理学療法士の、脳卒中という“業病”に悩む人たちに対して、“何とかしたい”というひたむきな動機があった。また、不十分なものではあったが、事業の実践後には必ずサービス提供側と受け手側からの評価を行うように計画されていた。これらの評価は、当時誕生して間もない理学療法専門職に対する最初の社会的認知の機会

でもあった。

しかしながら、欧米先進国からの知識技術の紹介や医学的な基礎的研究優位の時代にあって、このような泥臭い活動を学会等で発表するには、かなり勇気のいる仕事であった。

現在、少子高齢社会への対応策が模索されている中で、地域リハビリテーションに関する研究業績が少しずつ蓄積され、関連学会等においても一定の位置を占めるようになってきている。特に理学療法士を養成する教育機関においては、地道な先人達の歩んだ歴史から学ぶものは多い。それらの活動の多くは、決して今日の高齢社会の到来を予測した先見性をもっての実践ではなかったが(冒頭に紹介したように、青森県理学療法士会としてはむしろ不純な動機からであった)、そこには“患者から学ぶ”という医療専門職としての基本的な姿勢と、どうかして中央の進んだ知識技術に追いつきたいという、いわば“知的ハングリー精神”があったように思われる。

ちなみに、平成元(1989)年10月に行われた青森県理学療法士会の創立20周年記念学術集会において、日本理学療法士協会の奈良勲会長から次の言葉を贈られた。

“Aomori Original Mind Overcomes Rehabilitation Ignorance”。この言葉は、そのまま青森県理学療法士会のモットーとして会員に受け継がれている¹⁵⁾。

(頭文字をつなぎ合わせるとAOMORIとなる)。

2. 地域保健チームとしての連携の意義

地域保健福祉事業において、事業の成否は関連職種間の協力体制に関わっており、中でも鍵となるのは地域の保健婦の調整能力であろう。青森県の初期の地域リハビリテーション事業において、理学療法士と保健婦は職種や勤務先の違いを超えて集結することが出来たが、その他の保健医療関係者との連携意識は必ずしも高くなかった。事業計画の段階で、県公衆衛生課側では県医師会や市町村を後援団体として協力を依頼し、また同県社会課を通して福祉事務所との連携を図るのを常としていた。地域リハビリテーション事業は医療機関に恵まれない地域で行われることが多いため、現場の保健婦側では特に地域の開業している主治医に対しては気を使うことが多く、事前の承諾を得ることは必須の条件であった。

他方、補装具の交付申請等については、福祉関係者や補装具製作所側の協力によって、障害者の医療機関への通院を最小限にして、型どりと仮合わせは在宅のまま行うことができた。何よりも、補装具が出来上がった後の歩行状態を家庭においてチェックできたことは、医療機関におけるリハビリテーション医療に勝る大きな利点であった。

このように、地域住民に対する日常の保健業務だけで

なく、地域の専門職に対する保健婦の調整能力には刮目すべきものがあり、保健婦の力量が市町村における老人保健事業の発展につながっているように思われた。

これらの事業を、国庫補助のない全国最初の県単独事業として、舵取り役を果たした当時の県公衆衛生課・花田ミキ衛生看護指導監は、平成4（1992）年に発行された「家族のためのリハビリ教室」20年後の記念誌の中で、「異なる職能を結びつけ、相乗効果をあげた現場保健婦の力を再確認した」と述べている¹⁶⁾。

しかしながら、このような初期の保健婦と理学療法士だけの共同作業には自ずと限界がある。地域リハビリテーションを、地域を基盤として医療機関・施設を包含した幅広い活動として考えるならば（あるいは現在のケアマネジメントの視点からは）、看護職をはじめ医師、作業療法士、言語治療士、義肢装具士などリハビリテーション専門職の参加や、必要に応じて社会福祉士、介護福祉士、臨床心理士、建築士等の専門職からも参加出来るような体制作りが必要である¹⁷⁾。公的介護保険の導入が目前迫った現在においては、行政側もこれらの専門職との連携と、地域の実情に見合った組織作りに向けて主体的な取り組みが求められる。

V 教育研究対象としての課題

1. 教育対象としての地域リハビリテーション

日本における理学療法士の養成は、昭和38（1963）年に設立された国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院において、三年課程の専門学校として開始された。昭和54（1979）年に国立の短期大学として始めて金沢大学医療技術短期大学部に理学療法学科が設置され、その後多様な養成課程による養成施設が開設された。特に1992年頃からは厚生省の高齢者保健福祉計画に呼応して毎年ほぼ5校ずつ新設され、平成11（1999）年4月現在で108校（入学定員は3,673人）に達し、その中で四年制大学は国公立合わせて16大学と、養成校全体の15%を占めるようになっていく。

以上のように、三年制の専門学校が主体となって行われてきた理学療法士養成の歴史の中で、地域リハビリテーションをカリキュラムに取り入れてきた養成校は極めて少なかった。その中で、昭和55（1980）年に全国2番目の三年制短期大学として開設された弘前大学医療技術短期大学部理学療法学科のカリキュラムには、3年次から地域リハビリテーションに関する授業が導入され、その効果的な教授方法が模索された。また昭和57年に開設された宮崎県の宮崎リハビリテーション学院においても、地域リハビリテーションに関するカリキュラムが取り入れられ、特に離島においての地域実習が特徴的で関係者の注目を集めた¹⁸⁾。

弘前大学医療技術短期大学部の場合、地域リハビリテーションの授業の中で、特に地域の保健センターや施設に出向いての実習は、問題解決型の教育方法としても効果的であることが報告されていた^{19,20)}。その後、伊藤によって昭和63（1988）年に理学療法学科の卒業生に対する意識調査が行われた。結果は、第1期卒業生から6期生まで112人中91人から回答が寄せられたが、その中の53%は業務の中で何らかの地域活動に参加しており、76%は在学中に体験した地域実習が役に立っていると回答した。また、勤務先の病院等で地域活動が行われていない場合も、日常業務の中に在学中に学んだ地域リハビリテーションの知識や理念が生かされていると回答しており、この授業が高齢化に向けて急速に傾斜する社会の要請にマッチしていたことが確認された¹⁹⁾。

平成11（1999）年4月1日から、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則の一部改正によって、教育内容が「基礎分野」「専門基礎分野」「専門分野」の3分野にまとめられ、専門分野の中に「地域理学療法学」(4単位)が新設されることになった。また、臨床実習(18単位)については、実習時間の3分の2以上は病院又は診療所において行うこととされ、医療機関以外の施設を実習施設として利用できることになった。

このように、高齢化社会対策の一環として理学療法士養成校の増設が進むに伴って、指定規則による規制が大きく緩和され、従来の医学的モデルによるカリキュラムから、社会的モデルによる理学療法教育へとシフトされることになった。しかしながら、前述のように専門学校による養成が全体の約75%を占める日本の理学療法教育の現状からは、今回の指定規則改正によっても地域リハビリテーションの理念が急速に普及するとは考えにくい。

もともと医療職として教育され国家資格を付与された理学療法士は、医療機関の場で仕事をするように教育されていても、「生活」という相手の土俵で勝負するには教育されていない。「生活」を基盤とする地域社会の中で、相手の持っている潜在的な能力を引き出し、生活の再構築を支援していくためには、単に理学療法技術だけでなく、心理・社会学的知識や住宅改修、社会福祉学、経済や行政面等の学際的な知識を必要とし、他職種と共同で仕事することに慣れなければならない。そのためには、現在の三年制短大や専門学校教育には限界があり、将来は、日本においても諸外国と同様に四年制大学卒が理学療法士の基礎学歴となるように期待される。そうなることによって始めて、地域リハビリテーションが教育の対象として市民権を得たと言えるのではないだろうか。そのためには、われわれ理学療法士自身の一層の努力によって、国民のコンセンサスを得ることが必要である。

2. 研究対象としての地域リハビリテーション

日本理学療法士学会における地域活動の研究発表は、少数ながら既に第5回学会（1970年、福島市）から見られた。その内容は各地で行われているリハビリテーションサービス事業の紹介や、その成果についての報告が主体であった。現在、日本理学療法士学会等における地域リハビリテーションに関する研究発表は、毎年学会発表全体の10～15%程度に増えている。しかし、その内容は依然として単発的な事業の実績報告程度のもので多く、長期的視点からの事業の運営方法や評価を目的とした実証的な研究は少ないように思われる。

筆者自身は、第8回日本理学療法士学会（1973年、大阪市）において秋田県南秋田郡の2町村における在宅脳卒中190例の実態調査報告を行ったのが最初の経験で、後にそれを論文として発表した²¹⁾。前述のように、当時はそのような泥臭い内容のものが、果たして研究として学会発表する価値があるのかと不安をもっていたが、指導を受けた医師の励ましや、発表後の先輩理学療法士からの高い評価によって自信を得ることができ、それが現在につながっている。

その後、昭和55（1980）年に赴任した弘前大学医療技術短期大学部においては、地域リハビリテーションにおける教育方法改善を目的として研究を継続し、地域活動実習が問題解決型の教育方法として優れた効果があることを提唱した^{19,22)}。

平成6（1994）年、青森市で開催された第29回日本理学療法士学会において、「地域社会における障害予防」というテーマの一般公開シンポジウムが行われた。筆者は学会長基調報告として、「在宅障害者家族関係評価表」を使用した青森県津軽地方の在宅脳卒中後遺症者121例を対象とした実態調査報告を行った²³⁾。この評価方法は、障害者側の3つの指標（身体機能、回復意欲、社会参加）を、家族側の3つの指標（介助量、障害者に対する理解、社会参加）と対比させて、それぞれ15点を与え、合計30点満点になるように構成されている（図2）。この得点の変化を図示することによって、家族関係の変容を知ることができ、また在宅障害者の家族関係を4群に類型化することによってリハビリテーション事業の評価に反映できるように考案されたものである（図3）^{24,25)}。

調査票

No. _____

地区名 _____ 地区/調査日:平成 ____年 ____月 ____日/調査者 _____

対象者氏名 _____ (男・女) 生年月日 M・T・S ____年 ____月 ____日

病名 _____ 障害名: 右片麻痺・左片麻痺・その他 _____

発症年月日: ① ____年 ____月 ____日 (リハ経験: 有・無)
② ____年 ____月 ____日 (リハ経験: 有・無)

通院の有無: 無・有 (医療機関名 _____, リハ: 有・無)

デイケアまたはデイサービス: 有・無 (施設名 _____)

在宅介護支援センターのサービス: 有・無 (団体名 _____)

訪問看護等のサービス: 有・無 (団体名 _____)

主な介護者: 配偶者・嫁・子供 (息子・娘) …年齢 ____歳

健康状態: 良・不良 (腰痛(重・軽) _____
疲労(重・軽) _____
その他 _____)

《Barthel Index》

| | 自立 | 随判 | 介助 | 不能 |
|-------------|--------|----|----|----|
| 1. 食事 | 10 | 5 | 1 | 1 |
| 2. 上半身更衣 | 5 | 5 | 3 | 0 |
| 3. 下半身更衣 | 5 | 5 | 2 | 0 |
| 4. 整容 | 5 | 5 | 0 | 0 |
| 5. 清拭・入浴 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| 6. 浴槽への移動 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 7. 尿のコントロール | 10 | 10 | 5 | 0 |
| 8. 便のコントロール | 10 | 10 | 5 | 0 |
| 9. トイレ移動 | 6 | 5 | 3 | 0 |
| 10. トイレ後始末 | 4 | 4 | 2 | 0 |
| 11. 椅子への移動 | 15 | 15 | 7 | 0 |
| 12. 平地歩行45m | 15 | 10 | 10 | 0 |
| 13. 階段昇降 | 10 | 10 | 5 | 0 |
| 14. 装具の着脱 | 0 | 0 | -2 | - |
| 15. 車椅子移動 | 15 | 15 | 0 | - |
| 総合点 | /100 点 | | | |

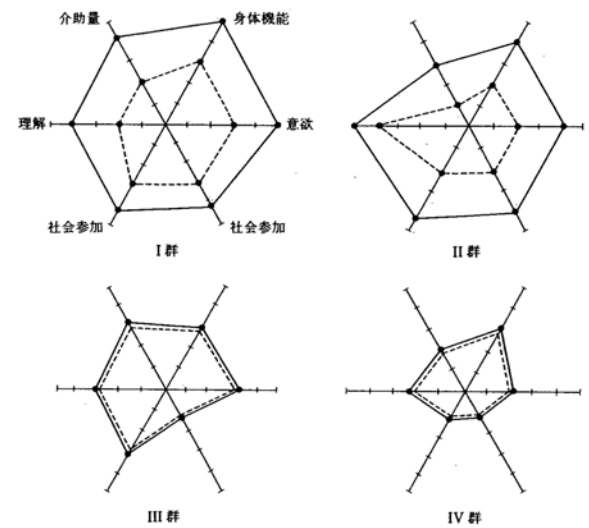
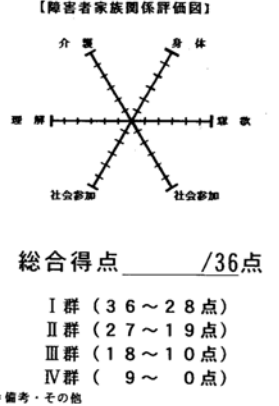


図3 家族関係評価表による型分類の代表的事例

機能訓練事業に参加する前後の図形の変化によって、家族関係の変容を知ることができる（波線は参加前、実線は参加2年後）。
I 群及びII 群では機能訓練事業参加後に図形の拡大がみられ、特にI 群は障害者側の得点と対応する家族側の得点が拡大している。III 群及びIV 群はでは、機能訓練事業参加後も図形は全く変化していない。特にIV 群は、身体機能が他群と同レベルにありながら、全体として小さく縮まった状態である。（文献24による。）

図2 在宅障害者実態調査で使用した調査票（部分）
この調査票では在宅障害者のADLをBarthel Indexで評価し、家族関係評価表の質問を2、3ページに、住環境に関する質問を4ページに加えている。

この基調報告の中で、機能訓練事業の評価にあたっては、単に在宅障害者の身体機能だけを対象とするのではなく、家族との人間関係に着目しなければ適切な評価はできないことを主張した。

さらに、1995年には初めて参加した世界理学療法連盟学会（Washington D. C.）において、わが国の地域リハビリテーションの紹介を兼ねて、在宅脳卒中後遺症者の機能訓練事業の評価についてポスター発表を行った²⁶⁾。他国の理学療法士との討論から受ける感触としては、地方自治体が企画運営する日本型地域リハビリテーションには彼らも関心を寄せ、先進国の高齢化社会対策を示す1つのモデルとして受け取られたようであった。

現在地域リハビリテーションは、ケアマネジメントという日本においては未だなじみの薄い概念に包括された形で取り組みが行われようとしている。ケアマネジメントの枠組みの中で、社会資源としての理学療法士活動はどうあるべきなのか、あるいはケアマネジャーとしての理学療法士の役割についてはどうなのか、など新たな方向性を探っていくが必要になる。当然のことながら、この分野の学際的な研究が今後一層重要となる。

VI 結び

青森県において昭和46（1971）年から実践された保健婦と理学療法士を中心とする地域リハビリテーションの今日的意義について考察した。また、このような地域リハビリテーションに、教育研究上の課題として今後どのように取り組むかについて私見を述べた。

平成11（1999）4月に開設された青森県立保健大学健康科学部においては、カリキュラムの特徴として、看護、理学療法、社会福祉の3学科の合同授業科目として保健福祉概論やケアマネジメント関連のカリキュラムが組まれている²⁷⁾。この大学が、真に地域に開かれた大学として、地域保健福祉関係者との共同研究を推進することができるならば、地域の実情に合致した在宅ケアの構築が期待できる。

前述の先駆的な地域リハビリテーション事業によって、青森県内には保健福祉専門職が連携し活動する土壌ができています。このようにいわば産学共同研究は、先人達が培った土壌に種を蒔くことになり、将来は卒業生の手によって花実を付けることに繋がる。

筆者を含めて第一世代の保健婦や理学療法士達が、マンパワーの絶対的不足の中で自分達の職業に自負を持ち続けることができたのは、地域住民からの強い支持があったからに他ならない。そのことを、ぜひ保健福祉専門職を目指す若い世代に知っていただきたいし、これからも地に足の着いた活動を忘れてはならないと自戒している。

稿を終えるにあたり、長年にわたってご指導を賜った花田ミキ先生に深謝申し上げます。

（受理日：平成11年8月30日）

引用文献

- 1) 伊藤日出男, 香川幸次郎: PTマニュアル・地域理学療法. 9-12, 医歯薬出版, 1992
- 2) 花田ミキ: 辺地のリハビリテーション. リハビリテーション医学, 9:297, 1972
- 3) 青森県環境保健部公衆衛生課: “家族のためのリハビリ教室”をかえりみて. 1-4, 青森県環境保健部公衆衛生課, 1992
- 4) 三浦時男: 地域リハビリテーション活動一「家族のためのリハビリ教室」と「チーム訪問」. 青森県理学療法士会15周年記念誌, 25-28, 青森県理学療法士会, 1984
- 5) 青森県理学療法士会: 歩む日のために“家族のためのリハビリ教室”テキスト(改訂第4版), 青森県環境保健部公衆衛生課, 1990
- 6) 松本幸也: 在宅脳卒中患者への訪問指導. 理・作・療法, 8:97-100, 1974
- 7) 花田ミキ: 地域医療におけるリハビリテーションチームの協力. 総合リハ, 4:528, 1976
- 8) 山崎トコ: 在宅脳卒中患者へのリハビリテーション活動における保健婦の役割. 理・作・療法, 12:41-45, 1978
- 9) 對馬均: 青森県における地域リハビリテーション活動の課題と展望. 理学療法研究, 3:48-54, 1986
- 10) 櫻庭満: 「家族のためのリハビリ教室」-その役割の再考. 理学療法研究, 6:32-34, 1989
- 11) 高橋牧子, 天間昭子, 奥山ちよ: リハビリテーションチーム訪問による在宅脳卒中後遺症者の変容. 「あすをひらく」昭和60年度環境保健部職員研究発表会(第20集), 1986
- 12) 伊藤日出男, 葛西清徳: 農村における在宅脳卒中患者及び家族に対するリハビリテーション事業の効果. 理学療法研究, 4:9-20, 1987
- 13) 伊藤日出男: 訪問リハビリテーションとボバースアプローチ. ボバースジャーナル, 22(1):43-46, 1999
- 14) 石川玲, 伊藤日出男, 金沢善智: 障害者家族関係評価表からみた老人保健法機能訓練事業の効果に関する検討. 弘大医短紀要, 19:34-42, 1995
- 15) 伊藤日出男: 青森県理学療法士会20年の歩み-黎明期の活動に学ぶ-. 理学療法研究, 創立20周年記念特別号: 3-8, 1990
- 16) 花田ミキ: 地域リハビリ活動の出発-住民に学びつ

- つー. 青森県環境保健部公衆衛生課, “家族のためのリハビリ教室” をかえりみて, 6-7, 1992
- 17) 金沢善智, 伊藤日出男: 在宅での理学療法の問題点と展望. 理学療法, 14: 390-395, 1997
 - 18) 伊藤日出男, 米田睦男: 苦勞する科目の教育実践・地域理学療法. 理学療法ジャーナル, 30: 345-355, 1996
 - 19) 伊藤日出男: 地域リハビリテーション活動の学生実習における教育的意義2. 教育目標の設定と実践及びその評価. 弘大医短紀要, 11: 52-57, 1987
 - 20) 伊藤日出男: シンポジウム「高齢化に対応する理学療法」・理学療法士養成校の立場から. 理学療法学, 23: 112-117, 1996
 - 21) 伊藤日出男, 松橋一義, 原子健, 浅利正雄: 農村における在宅脳卒中患者の実態一個別訪問調査による社会医学的面からの考察一. 臨床理学療法, 18-22, 1976
 - 22) 伊藤日出男: 教育機関における理学療法士の役割. 理学療法学, 16: 435-438, 1989
 - 23) 伊藤日出男: 障害予防と家族への支援. 理学療法学, 21: 390-394, 1994
 - 24) 伊藤日出男, 須藤恵理子, 伊藤和夫: 在宅脳卒中患者の家族関係評価と機能訓練事業への応用について. PTジャーナル, 24: 859-863, 1990
 - 25) 伊藤日出男, 石川玲, 金沢善智: 「在宅障害者家族関係評価表」における機能訓練事業の評価. 在宅医療, 3(3): 17-21, 1996
 - 26) Itoh H, Kanazawa Y: An attitude measurement to assess the relationship between a stroke patient and family to improve community-based rehabilitation services. Proceedings of the 12th International Congress of the World Confederation for Physical Therapy, 319, 1995
 - 27) 川口徹, 三浦雅史, 伊藤日出男: 青森県立保健大学開設と理学療法学科カリキュラム. 理学療法研究, 16, 53-60, 1999