

〔原著論文〕

地域ケアにおけるリハビリテーションの視点

勘林 秀行¹⁾

A viewpoint of rehabilitation on care management in community

Hideyuki Kanbayashi¹⁾

Abstract

In April 2000, the long-term care insurance system was enforced, put municipalities under obligation to provide services by care management. A merit of this system is that necessary services are received through an unified comprehensive procedure. It is intended to provide social support to long-term care for the elderly and to enable elderly people to maintain their human dignity through the end of their lives by carrying on self-sufficient living in the condition in which they require long-term care. For this purpose, it is important that services are provided by care management from the viewpoint of rehabilitation and that people of various professions related clients work together.

(J.Aomori Univ.Health Welf.3(2):171-175, 2001)

キーワード：ケアマネジメント、リハビリテーション、介護保険制度

care management, rehabilitation, the long-term care insurance system

はじめに

我が国が急速に少子高齢社会を迎えることは周知のとおりであり、高齢者の介護問題は老後における最大の不安要因といえる¹⁾。在宅の障害者や高齢者への自立支援の取り組みは1983年の老人保健法施行を契機として全国各地で取り組まれてきた。その後、1992年の第二次医療法改正で、リハビリテーション（以下、リハ）が良質な医療を提供するために必要であることが明記され、また、在宅リハも法的に位置づけられた。1994年の新ゴールドプランでは在宅サービス・施設サービスの基盤整備が推進され、高齢者ケアサービスの資源は飛躍的に向上した。さらに、2000年4月から施行された介護保険制度によって保健・医療・福祉の連携によるケアマネジメントの実践が義務づけられた。介護保険の理念の一つに、「要介護状態の軽減・予防や在宅における自立した日常生活の重視」²⁾とあり、ケアマネジメントにおいてリハが極めて重要であることを示すものである。

青森県における地域リハの取り組みは老人保健法が制定される10年も前から全国に先駆けて実施された歴史がある。昭和46（1971）年から実施された保健婦と理学療法士（以下、PT）による「チーム訪問」と「家族のた

めのリハビリ教室」は当時においては画期的な事業として高く評価された³⁾。機能訓練事業を中心に展開されてきた在宅障害者や高齢者への支援の取り組みは先駆者達によってその成果が伝えられ、現在まで引き継がれている。しかしながら、特に辺地におけるリハサービスは不足したままである。これは、リハ専門職の絶対的不足と、地域におけるリハの有効性が未だ十分に認識されていないことが大きな要因であると考ええる。

本稿では、PTがリハの専門家として地域のケアチームに加わりその効果を検証してきた研究を基に、PTの立場から、地域ケアにおけるリハの視点の重要性について述べる。

在宅ケアへのPT参加とその効果

私を含む研究グループは地域のケアマネジメントへのPTの参加がどのような効果をもたらすかについての実践的な研究を行ってきた。なかでも、今回、辺地の在宅障害者を対象に、地域のケアチームに我々PTが加わり、その有効性を確認することができたので、研究の概要を以下に紹介する。

1) 青森県立保健大学健康科学部理学療法学科

Department of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

1. 研究方法

青森県内で辺地に指定されている下北郡東通村と同郡大間町および上北郡六ヶ所村の3町村において、障害者とその家族から協力の得られた65名を対象に、我々PTと各地域の保健福祉職スタッフとでチームを組み、聞き取り調査と専門的評価及び指導を行った。初回訪問時、対象者本人とその家族の希望、医学的情報、身体・精神機能、家族関係や住環境などを調査した。それらの結果をもとに保健福祉職とPTで評価ケア会議を開いて協議し、それぞれの到達目標の設定、訪問指導の具体的内容と方法について決定した。この指導計画に基づいて1ヶ月に1回、6ヶ月間のチームによる訪問指導を実施した。

なお、訪問指導の効果を検討する目的で、対象者の日常生活活動（Activity of Daily Living：以下、ADL）レベルについてはBarthel Index（以下、BI）を、障害者と家族との人間関係については在宅障害者家族関係評価表（以下、家族関係）を用いて、初回訪問時と6ヶ月の訪問指導が終了した翌月に評価し比較した。

2. 訪問指導の内容

訪問指導の内容は、①本人および家族の健康相談、②

本人への日常生活動作の指導と家族および介護職員への介助方法の指導、③身体機能の維持・増進のための指導、④住宅改修を含む住環境整備への助言や連絡調整、⑤補装具の適切な使用方法の指導適合チェック、修理・申請の連絡調整、⑥適切な福祉用具の選択や使用方法の指導、⑦保健福祉サービスの紹介や調整、⑧医療機関との連絡調整などであった。

3. 結果

対象者65名のうち、初回評価と6ヶ月間の訪問指導後のBIと家族関係を評価できたのは26名だった。26名の内訳は、男性17名（平均65.6±10.8歳）、女性9名（平均64.0±9.0歳）で、脳血管障害後遺症者は88.5%であった。主たる介護者は、配偶者が17名（65.4%）、子供が6名（23.1%）、母親が2名（7.7%）であった。介護者の年齢を見ると6割が高齢者であり、老々介護の状況がみられた。

初回訪問時と訪問指導終了後の得点（表1）を比較すると、BI得点が増加した者が10名（38.5%）、変化のない者が11名（42.3%）、減少した者は5名（19.2%）であった。平均でみると57.9点から63.2点に増加していた

表1 訪問指導前後のBIと家族関係の評価結果

番号	性別	年齢	疾患名	主たる介護者	BI得点合計		家族関係評価表	
					開始時	6ヶ月後	開始時	6ヶ月後
1	男	53	脳出血	母	80	80	26	26
2	男	72	脳出血	妻	59	59	23	23
3	女	54	脳出血	娘	67	67	26	26
4	女	63	脳梗塞	他人	87	87	10	10
5	男	51	クモ膜下出血	妻	24	24	19	19
6	男	71	脳出血	妻	60	58 ▲	22	23 ↑
7	女	63	脳梗塞	娘	78	87 ↑	23	26 ↑
8	男	83	脳梗塞	妻	72	70 ▲	19	26 ↑
9	女	56	脳幹部梗塞	娘	0	0	9	8 ▲
10	男	68	脳梗塞, 糖尿病, 前立腺癌	夫	75	86 ↑	25	19 ▲
11	男	42	頸随損傷	母	1	20 ↑	13	24 ↑
12	女	76	腰痛, 右人工膝関節術後	夫	44	75 ↑	22	29 ↑
13	男	73	脳梗塞	妻	75	91 ↑	26	31 ↑
14	男	72	大腸ポリープ術後	妻	76	87 ↑	24	25 ↑
15	女	77	脳卒中	娘	99	99	24	24
16	男	63	脳梗塞, RA (右人工肩関節)	妻	75	80 ↑	17	24 ↑
17	男	79	脳卒中	妻	1	1	5	10 ↑
18	男	66	脳梗塞	息子	65	89 ↑	24	29 ↑
19	男	50	クモ膜下出血	妻	85	85	26	27 ↑
20	女	52	脳梗塞	夫	95	86 ▲	24	26 ↑
21	男	65	脳出血	妻	1	1	3	7 ↑
22	男	70	脳梗塞, 頸髄症	妻	21	47 ↑	17	23 ↑
23	男	67	脳梗塞	妻	1	1	20	22 ↑
24	女	69	脳梗塞	夫	90	85 ▲	17	17
25	女	66	脳梗塞	夫	85	90 ↑	23	27 ↑
26	男	70	脳梗塞	娘	90	89 ▲	13	19 ↑

※BI得点は100点満点、家族関係評価表は36点満点

表2 結果のまとめ (n=26)

BI得点	増加 10名(38.5%) 変化なし 11名(42.3%) 低下 5名(19.2%) 平均 57.9点→63.2点(5.3点の増加)
家族関係得点	増加 17名(65.4%) 変化なし 7名(26.9%) 低下 2名(7.7%) 平均 19.2点→21.9点(2.7点の増加)
BI得点が増え又は低下した16名の家族関係得点	
	増加 8名(50.0%) 変化なし 7名(43.8%) 低下 1名(6.3%)

(表2)。BIが減少した者は体調を崩したことがその理由であった。また、家族関係評価表の得点が、増加した者は17名(65.4%)、変化のない者7名(26.9%)、減少した者2名(7.7%)だった。

4. 事例紹介

本研究の中で経験した特徴的な事例を挙げて、具体的な関わりと効果について述べたい。

事例1は、退院時の機能が自宅では十分活用できず、多くの介護を必要とし、活動性も低下していた事例。事例2は、長い間寝たきり状態であったが、訪問指導をきっかけに機能が改善した事例。事例3は、機能改善が望めない寝たきり状態であってもリハの視点に立った関わりが重要であると思われた事例である。

事例1 N. M. 男性、73歳

平成11年3月に脳梗塞による左片麻痺となり、地域の中核病院でリハビリテーション治療を受け、室内を杖を使用して歩行できる状態で退院した。退院後は機能維持のために週1回外来でリハビリテーションを受けていた。自宅では日中のほとんどを居間のソファに座った状態で過ごしていた。トイレへ移動する際転倒の経験もあり、バランスに不安があるため、いつも妻の見守りが必要としていた。夜間はポータブルトイレを利用し、妻は毎回の介助で睡眠不足の状態であった。また週1回のデイサービスを利用していたが、玄関の出入り時には介



写真1 愛犬の所まで案内してくれた

護職員による介助が不可欠であった。

PTの専門的評価によって室内歩行とトイレ動作が十分に自立できると判断された。本人は、「家族に迷惑をかけたくない。身の回りのことが一人できるようになりたい」という強い希望を持っていた。そのためには脚力とバランス能力の改善、不活発な生活スタイルの改善が必要であった。訪問チームは症例の目標を、歩行能力の改善とトイレ動作の自立、介護負担の軽減、活動的な生活スタイル獲得による廃用症候群の予防においた。指導内容は、家の中で毎日安全で簡単にできる運動を本人と家族に指導した。また、デイサービス利用時に歩行の機会を増やすことにし介護職員の協力を得た。さらに、玄関への手すりの設置とポータブルトイレの位置変更を行い使用方法について本人と家族及び保健担当者に指導した。

本人の努力と家族の協力だけでなくケアチームのチームワークが有効に働き、2ヶ月ほどで予測通り歩行能力の改善とトイレ動作(夜間のポータブルトイレを含めて)の自立を実現した。さらに3ヶ月後には玄関の出入りも自立し、自宅周辺を一人で散歩できるまでに改善した。本人の趣味である犬の世話ができるようになり(写真1)、妻も付きっきりの介護から解放され畑仕事など自分の時間が持てるようになった。生活の自立と活動範囲の広がりは身体面ばかりでなく精神面でも明るさを取り戻したようである。ちなみに、BI得点は75点から91点に、家族関係の得点は26点から31点となった。介護保険の要介護度も4から2となった。

この事例のように、病院で獲得した能力が必ずしも自宅という新しい環境で機能するとは限らない。退院時には室内歩行自立であっても、自宅では床面の材質や段差、家具の配置、ドアの開閉などが障害となって一日中介護が必要であった。つきまとう転倒の不安は活動性を低下させ、廃用性の筋力・体力の低下をきたし、機能の低下を招いてしまう。適切な時期に適切な場所(生活の場)でのリハが重要であると言える。また、運動機能改善の可能性がPTの専門的評価で明らかとなったこと、機能改善のための環境整備と家族の関わり方、デイサービスでの職員の関わり方などが具体的に示されたことが重要であった。地域ケアには本人・家族とケアチーム全体が

共通の目標に向けて連携し協力しあうことが重要である。

事例2 H.T.女性、76歳

平成8年に左膝人工関節置換術を受けた後も老人クラブなどで積極的に活動していたが、平成10年1月頃から腰痛が出現した。腰椎椎間板症、坐骨神経痛の診断で入院治療を受け、一時は歩行器などで短い距離を歩けたが、腰痛が悪化したために坐位がとれなくなり自宅で寝たきりに近い状態となっていた。寝返りもままならず全介助状態で、入浴はヘルパー2名に抱えられながら寝たまゝの状態で行われていた。治療は村の診療所の医師による往診で腰部への神経ブロック注射を受けていた。

初回訪問時は病状が不明だったため、後日、診療所の医師に依頼し、以前入院した病院からレントゲン写真を取り寄せ診断を得た。椎体の一部欠損などがあり、激しい運動は禁忌であるが坐位にすることに問題がないことが確認できた。病状の確認に基づいて慎重に理学療法評価を実施し、少なくとも食事時間中の端坐位保持は可能であると判断した。痛みのない範囲で、自主的にできる柔軟性回復と筋力強化のための運動を指導した。また、痛みがでない範囲で坐位保持の回数と時間を設定し、家族とヘルパーにも協力してもらった。保健・福祉担当者は時折その状況をチェックし、本人や家族を励ました。その結果、3ヶ月後には30分以上座れるようになり、家族と一緒に居間で食事がとれるようになった。この時点では立位も短時間ではあるが可能となっていた。運動の量を徐々に増やすと共に立位での運動も取り入れていった。6ヶ月後には、坐位時間が2時間以上可能になり、入浴も坐位で利用できるようになった。また、シルバーカーを押してトイレまで移動できるようになった。

この事例では病院、医師との連携が重要であった。正確な情報がなければ新たな障害を発生する危険もあり、逆に過度な介助や安静は機能低下に繋がる。多くの職種が関わる在宅ケアにおいては常に情報を共有することが不可欠である。

事例3 S.T.男性 86歳

平成8年から施設に入所していたが平成11年11月に脳出血によって寝たきりとなった。平成12年4月に村の診療所に入院し7月に自宅退院となった。気管切開と胃瘻が処置されていた。話しかけると視線を合わせるなどの反応が見られる状態であった。

専門の評価から、機能的改善は期待できなかったが、心肺機能の低下や関節拘縮の憎悪など廃用症候群による機能低下が危惧された。目標は機能の維持であり、関節可動域訓練の継続と坐位時間の確保が考えられた。この



写真2 厚着をしての外出

ような症例で重要なことはリスク管理であり、我々は血圧と脈拍測定のほか経皮的酸素飽和度測定装置も使用した。坐位にすることに問題がないと判断されたため、思い切って厚着をさせ屋外に連れ出した。屋外では近所の方に声をかけられ本人も満足げであった(写真2)。坐位にすることは単に身体的な廃用症候群の予防ということだけでなく、視野が広がり精神面にも好影響をもたらすことができる。もし、継続的にこのようなサービスを実施するとすれば、散歩のためのホームヘルパーの利用や、屋外へ移動するためのスロープの設置なども考えられる。リハの視点に立ってケアの目標をたてることで提供されるサービス内容も違ってくる。

5. PT参加の意義

今回の研究結果から、チーム訪問の頻度が月1回程度でも、ADLの維持・改善に効果があることが分かった。またチーム訪問の効果は日常生活動作の改善や家族の介助量軽減といった身体的部分だけでなく、本人や家族に対する精神的サポートにもなっているものと思われた。これはB I 得点が変わらない者と減少した者が16人(61.5%)だったが、その内半数の家族関係に改善がみられたことから推測される。伊藤⁴⁾は多くの訪問指導の経験から、「訪問指導そのものが、障害者と家族の心理的ストレスの軽減に役立つ」と述べている。

これらの好結果の要因は、PTと地域の保健福祉担当者たちがチームを組んで対象者の評価を行った後、協議によって到達目標を設定したところにあると思われる。PTによる専門の評価と具体的目標の提示はリハビリテーションの視点をケアチーム全体に反映し、その結果、ケアの目標に共通認識が生まれ、包括的支援の提供に繋がった。今回の事例でも介護職員は目標に向けての身体介護だけでなく、本人・家族への温かい励ましが好結果の大きな要因の一つであった。また、対象者側にも明確

な到達目標を提示できたことも意欲向上の面で効果的であった。

寝たきりのために訪問入浴を利用していた事例が通所介護に変更することで表情も明るくなり、介護者も自由な時間がもてたといった例は少なくない。また廃用症候群の予防としても有効である。ここに至るにはリスク管理を含め対象者の身体機能や家族の潜在的ニーズについての専門的・的確な評価が必要となる。PTの視点は対象者の身体機能を見極めた上で、運動や動作の指導をするばかりでなく、福祉用具や住宅改修、介助方法の指導や関連諸制度の活用等の手段を駆使して家族全体の生活の質の向上に寄与するところにあり、ケアマネジメントにおけるPTの役割は極めて重要であると考えている。今後さらに地域で活躍するPTが増えることを期待したい。

地域ケアとリハの視点

介護保険制度の目的は、「介護を必要とする状態になっても、自立した生活を送り人生の最後まで人間としての尊厳を全うできるような、社会支援の仕組みを確立すること」であり、できる限り自立度を改善し生活の質を高めることがケアの目標である²⁾。ケアを単に介護という狭い意味で捉えて手の足りないところを補うだけのものではないことは言うまでもない。可能な限り要介護状態に陥らないように、また、たとえ要介護状態になってもできるだけ自立した生活ができるようにすることはまさにリハの目的とするところである。このように考えると、地域ケアにはリハの視点が必要不可欠であり、リハについての理解を深めることが地域ケアに携わる人に求められていると言える。

今回紹介した研究はPTの関わりについてのものがあった。しかし、地域ケアで直面する問題は身体機能ばかりでなく心理社会的側面など多岐にわたる。適切なケアの目標を設定するためにはこのような様々な問題を適切に評価することが重要である。したがって、医師や看護婦、理学療法士や作業療法士などのリハ専門職はもちろん、臨床心理士、社会福祉士、建築士等、多くの専門職が参加できるようなシステム作りも必要である。また、提供されるサービスは介護保険の範疇にとどまらず、保健・医療・福祉その他幅広い分野を視野に入れるて考えることが必要であると考えている。

おわりに

地域ケアにおけるリハビリテーションの視点の重要性について、研究を紹介しながら私見を述べた。医療法の改正などを受けて、今後、各地域の保健・医療・福祉の包括的システムの構築に向けての取り組みが進められると思われる。我々に与えられた課題は、リハの視点の重

要性の啓発とシステム作り、地域ケアに貢献できる能力を持ったリハ専門職の育成であろう。これまでの先駆的な地域リハビリテーションの取り組みに学びながら、微力ながらも取り組んでいきたい。

本稿は、平成12年11月8日に公済会館ホールで開催された、当大学研究研修センターとむつ保健所の共催による青森県立保健大学研究研修センター研修会・第4回地域保健関係者研修会で講演した内容に加筆したものである。

(受理日：平成13年11月16日)

文献

- 1) 石川誠、編著：高齢者ケアとリハビリテーションー回復期リハと維持期リハー、厚生科学研究所、2000.
- 2) 介護支援専門員テキスト編集委員会、編：介護支援専門員基本テキスト、第1巻、長寿社会開発センター、2000.
- 3) 三浦時男：地域リハビリテーション活動ー「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、1984.
- 4) 伊藤日出男：保健婦と理学療法士の“チーム訪問”から学ぶ、月刊ケア、2(8)、1992.