

2 地域リハビリテーションの実践—事例を中心に—

井口 茂, 松坂 誠應

(1) 地域リハビリテーションとは

近年、高齢社会に対応すべく、地域医療・地域福祉が叫ばれ、リハビリテーション（以下、リハと略す）においても地域リハ、在宅リハの活動が行われている。

本項では地域リハの実践について述べていくが、まず地域リハの考えをリハビリテーションの言葉の変遷からみてみたい。

リハビリテーションを辞書で引くと、特権、財産を回復すること、名誉を回復すること、治療や訓練によって健康を回復することなどがある。リハビリテーションという言葉は、歴史的には、中世における領主や教会から破門されたものの復権の意味で用いられたのがはじまりであり、それが精神障害者の社会復帰、世界大戦後の負傷者の社会復帰に関わる医療の中で使われるに至った。

1968年、世界保健機構がリハビリテーションとは、「障害の場合に機能的能力 (functional ability) が可能なかぎりの最高のレベルに達するように個体を訓練あるいは再訓練するため医学的・社会的・教育的・職業的手段を併せ、かつ調整して用いること」と定義し、リハビリテーションの領域として、医学的リハ、社会的リハ、教育的リハ、職業的リハの概念を示した。そして、1950年代にデンマークで起こったノーマライゼーションの考えやQOLの概念とあいまって、リハビリテーションの意味の中に「生活」という視点が生まれた。

このように、リハビリテーションという言葉は、特権、名誉という「人権の復権」の意味を根底に、障害者を社会的、文化的な存在として捉え、社会生活の自立のために、医学的、社会的、教育的、職業的な手段を駆使して行う実践であるといえる。

そして、その実践の主体的な場面は、障害者を取り巻く生活環境そのものであり、必然的に地域という概念がリハビリテーションの中に生まれてきたものと思われる。

日本リハビリテーション病院協会地域リハビリ検討委員会は、地域リハの定義を「地域リハビリテーションとは、障害をもつ人々が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に生き生きとした生活が送れるよう医療や保健、福祉及び生活に係わるあらゆる人々が行う活動の凡てをいう」としており、地域を基盤としたリハの展開を目指している。

(2) 地域リハにおける障害の捉え方

次に「障害」の捉え方を考えてみたい。

障害は、1. 機能障害、2. 能力障害、3. 社会的不利の三つの側面から捉えられている¹⁾。機能障害とは、器質的变化に伴う機能低下であり、能力障害は、歩行困難などのように人の基本的動作、行為の能力低下である。そして、社会的不利は上記二つの障害により偏見を生み、人権を傷つけられたり、権利を奪われたりする行為である。近年では、この三つの障害に加え、心理的障害を提起している。そして、これらの障害の関係は密接に関連しており、障害に対するアプ

ローチは、それぞれの側面から考慮されるべきである。

地域リハが対象とする障害は、前述した障害はもとより、障害者を取り巻く地域もその対象としており、家族、近隣地域、行政機関への働きかけも重要となる。

地域リハは、障害者の問題を「生活障害」として捉え、アプローチしているのである。

(3) 地域リハの具体的展開

浜村²⁾は、現在の地域リハ活動の課題を三つ挙げている。第一は、対象となる障害者とその家族に対する直接的援助活動である。この活動には、様々なサービスが行われており、医療では、往診、訪問リハ、老人デイケア、保健分野では、機能訓練事業、訪問指導、福祉においては、デイサービス事業、ホームヘルプサービス、ヘルパーの派遣事業などがある。第二に組織化活動である。地域リハの活動が、対象者の生活そのものに関わる以上、当然それらが有機的に機能する組織化が必要となる。第三は、地域住民、サービスに係わる行政の理解である。地域リハの活動は、そこに关わる人の理解と協力が不可欠であり、組織化活動と共に、継続した地道な活動を通して行っていくしかない。

長崎での組織化活動の例を紹介すると、昭和48年に長崎市障害福祉センターが開設され、そこで退院後の障害者が集まり、自主的な訓練を開始したのが最初のきっかけである。その自主活動に医師と理学療法士による通所指導が始まり、その後保健婦の参加がみられ、月1回の定例会が開催されるようになった。そして、昭和53年に長崎市リハビリテーション連絡協議会として地域リハの組織化の第一歩となった。この協議会では、各専門家の情報交換の場とともに、より具体的な援助活動の検討や地域リハの進め方にいたる議論の場として、長崎での地域リハの発展に大きな影響を及ぼした。昭和58年の老人保健法の施行を契機に、長崎県下に地域リハの概念の基、活動が広がっていった。

次に、現在行われている地域リハの中で主な具体的活動をみていく。

地域リハ活動における障害老人への直接的援助活動は、その形態から大きく、通所サービスと訪問指導に分類される。

1) 通所サービス

通所サービスの目的は、在宅障害老人に対する退院後のリハビリテーションの場、社会的交流の場の提供とともに、家族に対する介護負担の軽減にある。

表1に示すように通所サービスは、医療機関が行う精神科デイケア、老人デイケア、保健分野では、老人保健施設が行っている老人デイケア、市町村が行う機能訓練事業、福祉によるデイサービス事業等がある。

老人デイケアは、診療報酬の加算が認められており、近年急速にその数が増加してきた。リハ専門職の配置義務もあり、医療的リハサービスの担い手として期待が大きい反面、対象者の福祉的ニーズも多く、それへの対応に追われているのが現状であろう。

機能訓練事業は、昭和58年に施行された老人保健法に基づくものであり、在宅障害老人に対する支援事業としては最も実績のある事業であろう。特徴として、その実施主体が市町村にあることから、対象者の把握などが医療機関との連携により比較的容易であるが、集団的にならざるを得ず、個別的な指導ができにくい状況にある。また、近年の他サービスの充実に伴い、その役割が薄くなりつつある感がある。

デイサービスは、対象者の障害の程度及び介護負担の程度によりA型～E型（E型は主に痴呆性老人を対象）に分類される。主なサービスは、食事・入浴などのいわゆるホームヘルプに関するものであり、対象者の生活支援の上で重要な位置づけにある。

IV リハビリテーション

表1 通所サービスの種類

サービス名	精神科デイケア	老人デイケア		機能訓練事業	デイサービス事業 (A・B・C・D・E型)
実施主体	医療機関	医療機関	老人保健施設	市町村(委託可)	市町村(委託可) 社会福祉法人
法律	精神保健法	老人保健法 (老人医療)	老人保健法	老人保健法	老人福祉法
対象	在宅精神障害者	痴呆、脳血管障害等 老人医療受給者	在宅寝たきり老人と その家族	40歳以上の心身に障 害を有する者	概ね65歳以上で身体 障害があり寝たきり などのために日常生 活に支障がある者
スタッフ	医師、専従者3名	医師、PT又OT、看護 婦等	PT又OT、介護職員、 相談指導員等	医師、保健婦、看護婦 必要に応じてOT、PT 等	生活指導員、寮母、 看護婦、介助員等
費用負担	保険給付の自己負担 分	老人医療費の自己負 担分	給食等の利用料	無料	入浴、給食の実費負 担

2) 訪問指導

訪問指導の対象は、各事業の規定にあるように、「寝たきりまたはそれに準ずるもの」であり、通所サービスを受けることのできない、より重度の障害者と理解できる。表2に現在行われている主な訪問指導の状況をまとめた。訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーションは、実施主体が医療機関であり、診療報酬が認められている。訪問看護については近年、訪問看護ステーションとして老人保健法の中に位置づけられ、訪問看護の中核を成しつつある。主な指導としては、在宅での医学的リスク管理や健康管理が主であり、医療機器の導入とともに、筋萎縮性側索硬化症（ALS）など重度進行性疾患でも在宅生活が送れるようになってきている。

表2 在宅訪問事業の現状

	寝たきり老人 訪問診療	寝たきり老人 訪問看護	寝たきり老人 訪問リハビリテーション指導	寝たきり老人など 訪問指導	ホームヘルプサービス	
					介護中心型	家事援助中心型
実施主体	医療機関	医療機関 訪問看護ステーション	医療機関	市町村	市町村ただし事業の一部を社協、特養ホームなどの 社会福祉法人および民間事業所	
法律	老人保健法（老人医療）			老人保健法	老人福祉法	
対象	常時寝たきり又はこれ に準ずる者で通院困難 な者	在宅で寝たきり又はそれに準ずる状態にある者		40歳以上の寝たきり等 の者および健康管理上 訪問の必要のある者	老衰、心身の障害および傷病などにより臥床してい るなど、日常生活に支障があるおおむね65歳以上で、 老人またはその家族が老人の介護サービスを必要と する場合	
指導内容	患者の病状による訪問 診療計画により診療を 行う週2回を限度	医師の指示に基づき、 看護計画にそって、患 者の病態や状態に即し た援助週2回を限度	患者の病状、家屋、介護 力を考慮し、体位変換、 起座、起立、食事、排泄 などの訓練、週に2回、 1回20分以上	家庭での療養、看護、 機能訓練の指導及び家 族指導、諸制度の活用 方法の指導	食事、排泄、衣類着脱、 入浴の介護、清拭、洗濯 その他必要な身体の介護	調理、衣類の洗濯・補修、 掃除、整理整頓、買物、 関係機関との連絡、そ 他必要な家事 ※相談・助言
スタッフ	医師、看護婦	訪問看護婦、PT・OT	医師、PT・OT	保健婦又は看護婦、必 要に応じてPT・OTの協力	市町村ただし事業の一部を社協、特養ホームなどの 社会福祉法人および民間事業所	
費用負担	診療に要した交通費及 び老人医療の自己負担 分	看護または指導に要し た交通費および老人医 療の自己負担分	診療に受した交通費及 び老人医療の自己負担 分	無料	A階層 生活保護世帯 0円 B 前年度所得税非課税世帯 0円 C 前年度所得税年額 9,600円以下 200円 D 9,601円以上～32,400円以下 350円 E 32,401円以上～42,000円以下 500円 F 42,001円以上 650円	

老人保健法による訪問指導は、通所サービスの機能訓練事業とともに地域リハの活動の中で実績のある保健活動である。保健婦による訪問は、対象者の生活指導が主であり、福祉的要素も含まれている。老人福祉法によるホームヘルプサービスは、直接的援助とともに家族などの介助負担の軽減としての効果もある。

3) 通所・訪問指導の内容

通所・訪問指導の内容は、対象者、提供するサービスにより異なるが、医療的指導から福祉的指導までの多岐にわたる(表3)。昭和58年度より長崎県下で実施された機能訓練システム研究事業及び地域リハビリテーション推進事業における指導内容も、健康管理・指導、生活指導、要医療の指導、介護方法などであった。

表3 通所・訪問指導の目的及び内容

通所サービス	1. 病状、ADLの経時的チェック 2. 機能維持・予防的リハビリテーション 3. 介護者の負担軽減 4. 社会参加の促進 5. 訪問指導との連携
訪問指導	1. 医学的リスク管理 2. ADLの経時的チェック 3. ホームプログラムの呈示・指導 4. 生活指導 5. 通所サービスへの誘導

竹内ら³⁾は、特に訪問指導の効果について家庭内に病院での機能訓練を直接持ち込んでも、その効果がないことを指摘しており、家族を含めた視点が必要としている。

地域リハでの指導・援助は、直接対象者の生活の場である家庭の中に入り込んで行うものであり、当然家族を視野に入れた指導・援助が重要となる。そして、それらの具体的展開であるサービス形態が、対象者の生活自立のため連携し組織的に対応していかなければならないことは当然である。

(4) 地域リハ活動の具体的事例

ここでは、重度障害をもつ症例を紹介し、地域リハ活動の視点及びその展開について理学療法士の立場から述べる。

1) 症例紹介

63歳、男性、平成4年6月に左下肢脱力感出現し、筋萎縮性側索硬化症と診断される。その後、筋萎縮徐々に進行し、平成7年1月入院となり、同年2月、痰の咯出困難のため気管切開、人工呼吸器装着となる。1年3カ月の加療の後、平成8年5月に本人の希望により退院となった。主な介護者は、妻及び娘である。

2) 機能的評価

退院後の生活は、日常生活動作(以下、ADL)全介助で、家族による体位変換が行われるだけであった。理学療法士による訪問時評価を表4に示す。訪問時の機能的評価より本症例の問題点として、①全身の筋力低下、②関節可動域の低下、③起居動作・ADL全介助、④嚥下機能の低下、⑤誤嚥に対する不安などであった。また、家族の不安としては、①緊急時の対応、②使用医療機器の管理、③介護負担などの訴えがあった。

表4 理学療法評価

重症度分類 (厚生省特定疾患調査研究班)	7度
意識障害・知的障害	無
呼吸障害	有
嚥下障害(むせ、反復嚥下)	有
脳神経 動眼神経	眼瞼下垂+
関節可動域 体幹:頸部・胸腰部	制限
上肢:肩・肘関節	制限
下肢:足関節	制限
筋力 四肢・体幹	低下
顔面	やや低下
A.D.L 食事	摂食のみ可能
他	全介助

3) 支援体制

訪問時の機能的評価、問題点、家族の不安などを考慮し、図1に示すような支援体制で対応した。その視点は、医学的リスク管理を在宅ケアの中心とし、医療機関による訪問診療、訪問看護ステーションによる訪問看護・訪問リハと保健婦による訪問指導を活用した。関わった各スタッフ及びその役割を整理すると表5の通りであり、訪問頻度は医師、理学療法士は週1回、訪問看護婦週2回であった。

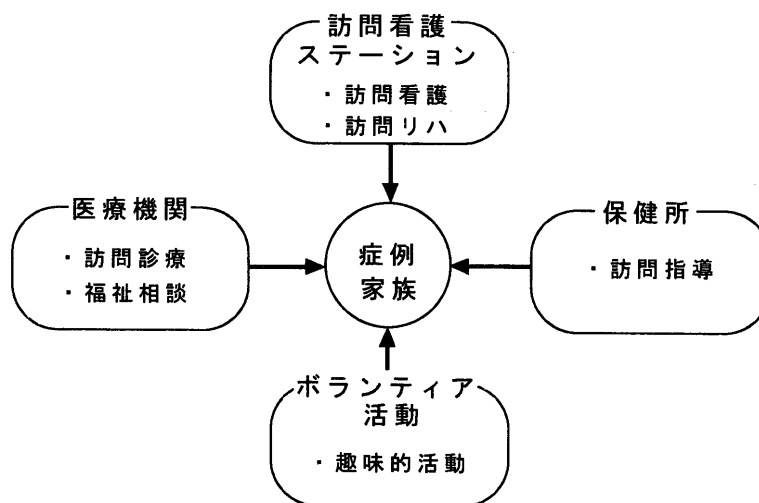


図1 支援体制

表5 スタッフの関わり

スタッフ	内容
医師 看護婦 保健婦 理学療法士 医療ソーシャルワーカー	病状のチェック、緊急時の対応 リスク管理、病状のチェック、身体的ケア 身体的ケア、栄養指導 摂食機能の維持、運動療法、介助法指導 福祉相談

理学療法士による訪問指導の目標は、残存機能である摂食機能の維持、廃用症候群の予防、家族に対する介護法の指導が主であった。

4) 経過

退院直後の家庭生活において、人工呼吸器、吸引器の使用について家族の不安が大きかった。看護婦による機器の指導、体位変換・バイプレーターを使用した排痰を行った。その後、摂食に対するニーズが高くなり、食事動作の再評価を行った。食事動作に関する留意点として、①頸部の保持、②体幹の保持（ギャジベッドの角度約70度、クッションなどによる上肢の支持）、③配膳の位置、④介助方法（嚥下のタイミング）、⑤スプーンの工夫、⑥食事前の排痰などを挙げ、理学療法士による訓練として舌圧子を用いた抵抗訓練、発声訓練、表情筋訓練、呼吸訓練を行った。

その結果、食事時間の短縮、食事中のむせや吸引回数が減少し、自力での摂食が可能となり、本人、家族とも自信と意欲が出てきた。また、全身状態の安定に伴い、本人の趣味である囲碁を通してボランティアの訪問を行った。その後、全身状態が徐々に低下し、発話が不明瞭となり、コミュニケーション機器の給付のため身体障害者手帳の再申請などを行い約半年間の在宅生活を送った。現在、医療的管理が必要なため再入院となった。

5) 本症例のまとめ

本症例の訪問指導を通して、地域リハのあり方について考えてみたい。

一般的に重症ALSなどの進行性疾患患者が在宅生活を送る条件は、リスク管理の確立、家族の疾病・障害に関する認識や介護力などが挙げられる。そして、これらの条件のもと、症例の有する残存機能の維持、ADL維持のためのホームプログラムが実施される。

本症例においても、リスク管理を在宅ケアの中心として、医師、看護婦、理学療法士、保健婦などの関わりをもった（図2）。これらの援助・指導により病状の安定維持、身体機能の維持に少なからず関与し、本人と家族にボランティアを受け入れる余裕が生まれ、重度の障害を持ちながらも在宅生活を約半年にわたって継続できたことは、これらに関わった体制とスタッフの技術が適切であったものと考えられた。

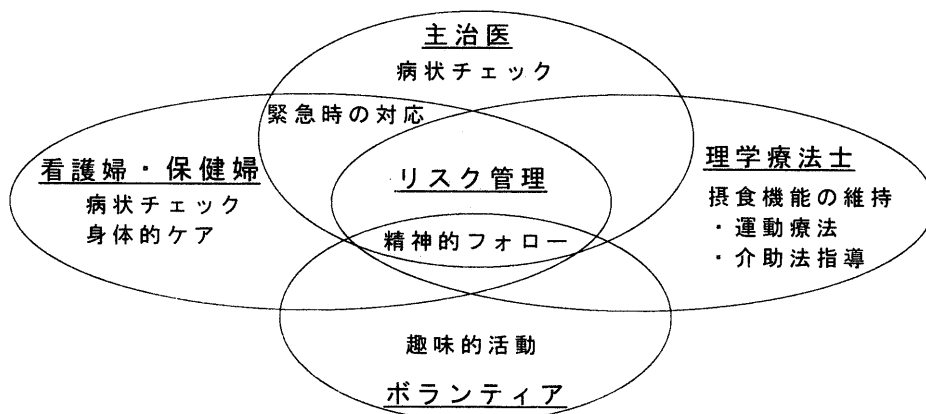


図2 患者支援の視点

在宅生活の主役は、あくまでも患者本人とその家族であり、その生活の中に地域リハのそれぞれの援助方法を活用していかなければならない。その中で最も留意すべきことは、提供される指導・援助の連携はもとより、それらが提供される時期とその後の生活の変化を敏感に感ずることであろう。生活を基盤とした地域リハ活動においては、対象者の生活を如何に共感するか、関わる人がどれだけ共感するかにかかっているとみえよう。

これまで述べてきた、地域リハの概念や方法論は、画一的なものではなく、実践の中で構築していかなければなら

IV リハビリテーション

い。近年の在宅医療、在宅福祉政策の充実の中で、地域リハの活動は、内容が問われる時代に入り、今後の多くの実践活動に期待したい。

引用文献

- 1) 津山直一監修：標準リハビリテーション。医学書院，1986.
- 2) 穂山富太郎，伊藤新一郎監修：地域医療－離島医療学－。神陵文庫，P41-47
- 3) 竹内孝仁，浜村明德：対談「地域リハビリテーションを語る」。病院40(7)，P591-598，1981.

参考文献

- 1) 砂原茂一：リハビリテーション。岩波新書，1980.
- 2) リハビリテーション協議会：リハビリテーション協議会10周年記念誌。1988.
- 3) 脳卒中に対する地域リハビリテーション活動。理・作・療法15(10)，P867-877，1981.
- 4) 岡持利亘：施設ケア，訪問ケア，通所ケアの経験から。PTジャーナル30(7)，P478-484，1996.
- 5) 長崎県地域リハビリテーション推進班編：昭和63年度地域リハビリテーション推進事業報告書－3年間のまとめ－，1988.