

7 成人・高齢者のリハビリテーション

中野 裕之, 井口 茂

(1) 要介護者の現状

平成4年度の国民生活基礎調査による要介助者（在宅）の現状をみると、要介護者全体の約75%を65歳以上の者が占め83万6千人に達している。これを全面介助を必要とする日常生活活動の種類別でみると入浴34.9%、歩行30.8%と高く、着替え、排泄、洗面・歯磨き、食事の順になる。

また、要介護者のうち、寝たきり者は33万8千人（30.2%）であり、このうち65歳以上の者は28万9千人で寝たきり者の85.5%を占める。今後65歳以上人口が増加するにつれて、これらの要介護者、寝たきり者の増加が予想される。老人が介護を必要としたり、寝たきりとなる原因疾患で最も多いのが脳血管疾患であることから、脳卒中後の早期のリハビリテーションの実現、回復期のリハビリテーション、維持期でのリハビリテーションの充実が今後ますます重要になる。

(2) リハビリテーションの目的

リハビリテーションの目的を中村は、患者、障害者に身体的、心理的、社会的、経済的に最大限の自立度を回復させることと規定した。竹内は、何らかの障害によって破綻した生活を蘇らせること、「生活の再建である」とした。成人にとっては職業や仕事を日常的に続けることが目的になり、高齢者では、有意義な生活を送ること、本人の心身機能に適した自立度を維持していくことである。このことは、病院でのリハビリテーションの目的が身の回り動作（排泄、食事、移動、整容など）の自立であり在宅生活が維持できていくこととある。また、日常生活の維持に介助が必要で、施設入所を余儀なくされた場合でも、心身機能を適切に維持され生活の質（QOL）を高めていくことが目的となってくる。障害を背負いながらその生活を人間らしく意義あるものにしていくには、患者の心身機能レベルのみに規定されるものではなく家族を含めた生活環境や社会経済状況に依存する。

リハビリテーション医療の視点で、林は「リハビリテーション医学を医療に応用することを通して、障害を有する患者を可能な限り人間として望ましい生活ができるように支援する。」ことを目的とした。そして、成人で障害を残した患者の身体機能の状態、精神状態、さらに仕事を含めた社会参加、収入を含めた経済活動などを医療の面で気配りをし、支援していくことがリハビリテーション医療と述べている。

(3) リハビリテーション医療の展開

①急性期のリハビリテーション

救命処置や濃厚治療の時期に行われるのが急性期のリハビリテーションである。江藤は、疾患の治療では早期発見、早期治療が原則のように、障害への対応も早期発見、早期対応であり、疾患の急性期治療と平行してリハビリテーションも開始すると強調した。急性期のリハビリテーションの意義として、過度の安静に伴う合併症としての廃用性症候群の予防があげられる。同様に、中村は、合併症、二次的障害の予防をあげ、脳卒中の場合、高血圧や肥満、糖尿病、高

脂血症，心疾患などの危険因子があれば，薬物療法，食事療法および呼吸循環系の生理機能検査などの医学的管理のもとに理学療法，作業療法が実施される。合併症には呼吸器や尿路系の感染，呼吸器循環器の機能低下，筋萎縮や関節拘縮，精神活動の低下などがある。この急性期のリハビリテーションを実施するためには，医師を中心としたチームアプローチがより適切な医療の供給がなされることになる。林は，急性期からのリハビリテーション医療の心として急性期治療に投入するエネルギーの何の一かは回復後の生活を考える，つまり，急性期が過ぎ延命がはかれたあとの人として望ましい生活を取り戻すのに困難な状況にしないことを強調した。

②回復期リハビリテーション

早期リハビリテーションが廃用症候群，二次的合併症の予防を主体としたのに対して，回復期リハビリテーションは機能回復へむけての治療に重点が置かれる。この時期に専門的リハビリテーションを受けたか否かによって，障害の改善にある程度のちがいがでてくるといえる。疾病や外傷後の機能回復，あるいは永続的病理過程により失われた能力の回復を促進する期間である。

回復期リハビリテーションには，医師，理学療法士，作業療法士，言語療法士，ソーシャルワーカーなどの多くの医療専門職によるチームアプローチが望ましいが，入院中の生活の場である病棟の看護が最も大きな役割を担っている。上田は，この時期でリハビリテーションの目標のひとつに早期ADL自立をあげ，訓練室などで行っている模擬的ADL訓練を「できるADL」とし，病棟や社会復帰後の実生活での実用的なADL，「しているADL」に到達することを主目的とした。その前段階である「するADL」指導も看護の働きかけが重要となる。リハビリテーション看護の役割として椿原は，ADLの評価と訓練，生活環境の整備と介護者の指導に加え，排尿管理（尿便失禁への対処，自己導尿法の指導），褥創の予防に関する指導，嚥下障害へのアプローチ，高次脳機能障害への対応（半側空間失認・コミュニケーション障害・自発性低下・記憶障害などへの配慮），疼痛や心因性身体障害へのアプローチ，障害受容過程への関与，在宅復帰への指導（生活指導，家屋改造など）をあげた。

また，患者の障害の受け入れがリハビリテーションに大きく影響されてくる時期でもある。障害受容過程に認められる心理的葛藤や患者・治療者間に生じる治療関係を分析し，自分の受け持っている患者の障害受容の過程で，どのような状況下にあるかを理解する。そして，その対処方法を検討する必要がある。

③維持期リハビリテーション

米本は，維持期リハビリテーションを急性期，回復期のリハビリテーションで回復した身体的機能や精神的機能を維持し，障害を持ちながら家庭や社会生活に適応し，生きがいを持って生活することを目標とするため，医療・保健・福祉にまたがる広い範囲とした。竹内は，家庭，地域，職場，学校などの生活の現場で展開される社会的リハビリテーションに含まれるもので，ADL，ADPL（Activities Parallel to Daily Living，生活関連動作）の維持，改善を生活全体の視点から達成していく必要を述べている。

リハビリテーション医療の流れが，画一的に分類することは困難としながらも維持期を慢性期ととらえ，維持期リハビリテーションを慢性期に行うリハビリテーションと考え，高齢者や障害者の慢性期に抱える問題から焦点を健康管理・リスク管理，生活の自立，介護支援ととらまえ，つぎの定義を示したのが小泉である。「回復期のリハビリテーションが終了し，獲得された家庭生活や社会生活を維持継続していくことを保証するためのリハビリテーションである。健康管理や自立生活の支援，介護負担の軽減などを図るため，各種の住宅および施設でのリハビリテーションサービスを総合的かつ継続的に提供し，障害のあるものや家族の安定した日常生活が維持・継続されることを目的とする。」このこと

から、維持期リハビリテーションとは、回復期までのリハビリテーションを終了した障害者や高齢者に対して、慢性期に抱える問題に対応するために、退院後の機能訓練のみを課題とするのではなく、ゴールドプランに示されている社会資源からのサービスを統合し、生活をより健康的かつ人間らしいものとするリハビリテーションと考える。障害者、高齢者のADL低下が家族を含めた家庭生活に直接影響を与えることから、家族を含めた経時的なかかわりの必要性和加齢とともに起こる能力低下の発生と進行を可能な限り遅らせる予防的な働きかけが示唆される。

④急性期・回復期・維持期リハビリテーションの経時性

一般的に、急性期、回復期、維持期リハビリテーションとつぎつぎにバトンタッチされ、ひとりの患者が発症から何らかのかたちで社会とつながりを持ち、人間として望ましい人生を送るときが望ましいと考えられてきた。しかし、林は、いつ再発するかわからない重複疾患罹病高齢障害者が増えてきたこと、また福祉領域に入った障害者の自助努力を求めないで公的援助でケアをすることが本人の生活の質（QOL）を高く維持できるかとの疑問から回復期リハビリテーションの知識・技法が急性期にも維持期にも入り、混じりあった3相体制の考えを示した。小泉は、いつから慢性期なのかの疑問を述べている、彼の地域活動の実践では、時期的には維持期であるにもかかわらず、リハビリテーションの経験がなかったり、あっても十分な治療を受けていないため、回復期リハビリテーションを必要とすることが少なくないと説明した。一方で、専門リハビリテーション機関の充実から、回復期リハビリテーションの開始時期が早まってきたといえる。椿原によれば、脳梗塞などの場合、全身状態が安定すれば発症後2～3日より病室にて座位や立位訓練が行われている。前述のごとく、早期のリハビリテーションの開始は、能力低下の改善が早く、介護量の軽減にもつながるものと考えられる。このように、リハビリテーションの実践では、各期のリハビリテーションの経時性に加え、相互性も必要なのが現状のようである。

(4) 高齢化社会の医療サービスの課題

①医療サービスの産出の指標

国民医療費の通増に対する医療費抑制の潮流の中で、在宅医療・在宅ケアの政策が推進されてきている。これらの医療政策のもとでの医療の産出（結果、効果）の指標には、健康増進がある。日本の戦後の医療政策は、平均余命、乳児死亡率から判断すると、一応の成功を収めてきているといえる。ところで健康状態とは何を意味するかについては、その概念が幅広く、断定することは容易ではない。WHO憲章の定義によれば、「健康とは、完全な肉体的、精神的ならびに社会的安寧の状態であって、単に病気や虚弱でないということではない。」とされる。前述のごとく病気である状態に比べ、その幅がかなりひろい。そのため健康の指標には健康の裏返しの指標、罹患率、死亡率や平均余命などを用いるのが一般的である。「HEALTH-BASED INDICATORS OF ECONOMIC PROGRESS」『The Living Economy』（Trevor Hancock：Routledge & Kegan Paul：1987）で経済発展の指標をこの健康状態の基準とした考え方を示している。これによると、健康状態は社会や環境状態などの広い範囲を反映した指標であり、経済発展の指標のひとつとして適当とした。

しかし、最近のように、慢性疾患・成人病が多くなり、また障害を残したままの生活を余儀なくされる高齢者が多くなってきているため、上記の指標のみでは医療サービスの産出の測定は困難なものになっている。このため、リハビリテーションの分野では、ADLの改善を医療サービスの効果の判定として使用している。さらに、最近のリハビリテーションの理念が発展し、身の回り動作を中心とするADLから職業の問題とか、社会参加、趣味、生きがいに属するよ

うな広い要素を含んだりハビリテーションの産出としての生活の質（QOL）の概念が主流になってきている。

②高齢化社会の医療サービスの課題

高齢化の進展に応じた高齢者にともなう費用が社会全体で増加し、その負担のあり方についての検討がこれからの重要な課題となってきている。このうち、医療費に焦点をあて、医療制度の変遷、国民医療費の増加要因、医療サービスの経済的特性から医療の需要と供給の考え方、診療報酬改定による影響、社会的入院の現状などを検討し、今後の高齢化にともなう状況での医療サービスのあり方について考える。この中で特に、国民医療費の増加因子として老人医療費の割合の増加が指摘され、社会的入院の削減や福祉への代替えが社会全体の費用負担の削減がなされるという主張があった。社会的入院の福祉施設への代替えは、費用節減と費用増加が相殺され、大きな効果がえられない。在宅ケアも家族の機会費用を考慮すると効果はないものと考えられた。さらに、在宅ケアの政策は、その地域内の家族状況を十分把握し、その影響を配慮しなければ家族に介護を強要する結果になる可能性がある。在宅医療政策・在宅福祉政策の受け皿としての老人訪問看護制度にしても老人のQOLを満たすまでの機能を持っていない。病院は診療報酬の改定の影響を受け、長期入院を受け入れなくなっていくと考えられよう。可能であればできるだけ多くの老人が、生まれ育った地域でゆとりのある療養生活を送れるのが理想のひとつと考えるが、QOL、ILの概念に基づき、患者自身の自己決定によるニードに対応すべきである。

これらの在宅療養を重視する政策に対して鶴田は、「英国の老人介護におけるコミュニティケアの経済分析」（1993）で、日本の現状は絶対的な施設の不足で、それを拡充することが何よりも望まれる。もし現在の在宅介護を重視するシルバープランが、施設介護を軽視することになるのであれば、それは明らかに誤りである。現在政策的に必要なことは、絶対的に不足している介護施設をまず充実させることであり、同時に在宅介護を可能にさせるデイ・ケアや短期入所などの拡充を図ることであると述べている。

わが国の介護を必要とする高齢者の療養施設としては、医療施設である一般病院や老人病院、中間施設の老人保健施設、福祉施設である特別養護老人施設がある。これらの施設の現状は、老人病院のみならず一般病院についても長期入院の傾向があり、通過施設として設立された老人保健施設でも在所日数の長期化が認められる。これに対して特別養護老人ホームでは、入所者の医療ニードが増大している。これらの施設では、制度で示されているような明確な区別は認められず、要介護老人のケアニードと提供されるサービスの不一致を呈していることが少なくない。これらの施設の療養費あるいは介護費については、老人保健施設、特別養護老人ホームは従来より定額制であったが、老人保健法の施行以来、特例許可老人病院の入院医療管理料などにみられるように、今後一層、要介護老人の医療費の定額化が医療政策として進められてくることが予想される。このような費用の定額払い制度では、いかにして医療サービス・介護サービスを適切なレベルで確保していくかが大きな課題となる。つまり、この定額支払い制度では、出来高払い制度の場合とちがいで、提供されるサービスの質や量に関係なく、一定の金額が支払われることになるので、病院・施設としては、ケアニードのより少ない老人を入院・入所させようとする。より重度の障害を残している老人は、ケアニードが高いにもかかわらず、在宅療養を余儀なくされる。さらに、提供されるサービスの質や量についても、低いレベルに陥る可能性がある。従って、老人に対し提供されるケアサービスを適時・適切なレベルに確保、維持することが重要になってくる。また、入院・退院、入所・退所に関する基準の明確化や要介護老人のニードと提供されるサービスの整合性の検討が今後の課題と考える。

要介護老人の処遇に関する方針を考える場合、各種の療養施設や家庭の状況など高齢者のおかれている処遇の実情、ニードや提供されているサービスの内容についての十分な検討が必要であるが、わが国の現状は、ただ単に、医療費抑

制に主眼を置くばかりで介護を必要な状態に陥ってしまった高齢者を、どのような施設に置いて療養するのが最も適切であるか、また、どのようなケアサービスが提供されなければならないか、QOLの概念に基づき高齢者自身の選択による生き方ができる環境づくりなどの議論が十分なされていない。

医療分野・福祉分野では、医療費抑制政策に追随するかのようには包括医療、在宅医療、地域医療、地域リハビリテーション、在宅福祉の潮流が流れており、その流れは勢いを増してきている。しかし、国民医療費増大の元凶とされている社会的入院の存在や、通過型施設としての役割を低下させ、在所期間が長期化している老人保健施設、特別養護老人ホームの数年にもおよぶ入所待ち期間の存在、老人訪問看護制度の退院・退所後の受け皿の問題など高齢化社会の医療サービスの課題が残されている。さらに、施設介護を受ける人と在宅介護を受けている人との間に不公平感がある。家族が仕事をしていれば、そうでない場合より施設入所が優先されることが少なくない。さらに病院の社会的入院では、医療費となり、本人や家族の負担は少ないものになる。施設介護を受ける場合、多額の公的援助を受けることになるが、在宅介護では、わずかな税控除を受けるだけである。

今後の高齢化の急激な進行のなかでの、国民医療費抑制は、単に医療ニード、介護ニードを有している高齢者を病院から排除することではなく、また、医療の役割を福祉に肩代わりさせて解決するものではないことを明らかにしてきた。老後を豊かで生きがいのあるものとして過ごすために、QOLに基づいた生活のできる社会には、福祉分野での施設を拡充し、デイ・ケア、短期入所など在宅療養を可能にさせる十分な施設と制度の整備が必要であるとともに、それぞれの機関で提供される医療・介護サービスを利用する高齢者のニードに整合性のある、妥当性のある体系的区分の研究が必要になると考えられた。さらに、在宅療養を充実させるためには、退院・退所を阻害する要因の解消のために、医療・福祉・年金・税制などトータルに考慮した発想での政策の研究が重要と考えた。

参考文献

- 1) 厚生省健康政策局総務課編：『平成七年版日本の医療』：ぎょうせい：1995
- 2) 中村隆一編：リハビリテーション概論：医歯薬出版：1996
- 3) 中村隆一編：リハビリテーション医学：医歯薬出版：1996
- 4) 林 泰史編：リハビリテーションマニュアル日本医師会：1994
- 5) 穂山富太郎編：地域医療の実践：神陵文庫1994
- 6) 江川 寛：『医療科学』：医学書院：1995
- 7) 山井和則：『日本の高齢者福祉』：岩波新書：1984
- 8) 西村周三：「人口動態と医療問題」：『人口動態と経済政策』：日本経済政策学会編：勁草書房：1993
- 9) 鶴田忠彦：『日本の医療経済』：東洋経済新報社：1995
- 10) 松山幸弘：『アメリカの医療改革』：東洋経済新報社：1994
- 11) 広井良典：『アメリカの医療政策と日本』：勁草書房：1992
- 12) 厚生省編：『平成七年度厚生白書』：ぎょうせい：1995
- 13) 斉藤 慎：「国民健康保険と地方財政」：『大阪大学経済学』：Vol41, No2, 3, P332~344：1991
- 14) 西村周三：『現代医療の経済学的分析』：メディカルフレンド社：P78~101：1978
- 15) Throsby and Withers：『The Economics of the Performing Arts』：Edward Arnold：1979
- 16) Peacock：「Economics, Culture Value and Cultural Politics in Ruth Towse, Abdul Khakee」：『Cultural Economics』：1992

- 17) Feldstein, M : 「An Econometric Model of Medicare System」 : 『Quarterly Journal of Economics』 : 1971
- 18) Davis, K and Reynolds : 「Medicare and Utilization of Health Care Services by the Elderly」 : 『Journal of Human Resources』 : 1975
- 19) O E C D : 「Financing and Delivering Health Care, A Comparative Analysis of OECD Countries」 : 『OECD Social Policy Studies』 : 1987
- 20) O E C D : 「Health Care Systems in Transition The Search for Efficiency」 : 『OECD Social Policy Studies』 : 1990
- 21) Culyer and Jonsson : 『Public and private Health Services』 : 1986
- 22) Feldstein : 「The Rising Price of Physicians' Service」 : 『Review of Economics and Statistics』 : 1970
- 23) Olson, Mancur : 『A New Approach to the Economics of Health Care』 : American Enterprise Institute : 1980
- 24) Enthoven : 『Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance』 : 1988
- 25) 江見康一 : 『医療と経済』 : 中央法規出版 : 1984
- 26) 福武 直, 佐分利輝彦 : 『高齢化社会』 : 中央法規出版 : 1984
- 27) 河野友信 : 『高齢化社会の病』 : 医学書院 : 1992
- 28) 二木 立 : 『医療経済学』 : 医学書院 : 1985
- 29) 西 三郎, 中村文子 : 「保健費用の推計及び分析」 : 『社会保険旬報』 : 1972
- 30) 府川哲夫 : 「老人医療費の集中度」 : 『日本公衆衛生雑誌』 : 日本公衆衛生学会 : PP942~949 : 1995
- 31) 福武 直, 原澤直美 : 『高齢社会の保健と医療』 : 東京大学出版会 : 1985
- 32) 京極高宣 : 『市民参加の福祉計画』 : 中央法規出版 : PP73~PP92 : 1984
- 33) 二木 立 : 『医療経済学』 : 医学書院 : PP6~PP25 : 1985
- 34) Fuchs : 「The service economy」 : 『National Bureau of Economic Research』 : 1968
- 35) 池主重美 : 「経済学からみたニード」 : 『公衆衛生』 : 日本公衆衛生学会 : NO.40 : 1976
- 36) 京極高宣 : 「福祉計画と福祉需給モデル」 : 『市民参加の福祉計画』 : 前掲 : PP73~92
- 37) 宮島 洋 : 『高齢化時代の社会経済学』 : 岩波書店 : 1992
- 38) 二木 立 : 「21世紀の医療 : 予測と課題」 : 『社会研究学研究所年報』 : 日本福祉大学 : PP141~PP155 : 1990
- 39) 山路克文 : 「在宅ケアと施設ケアの今後の課題」 『ジュリスト』 : 有斐閣 : 1993
- 40) 芝田英昭 (「高齢化社会と医療保障の課題」 : 『経済論叢』 : 京都大学 : PP154~PP175 : 1992
- 41) 社会保険法規研究会 : 「在宅看護の充実を期す老人保健法改正案」 : 『週刊社会保障』 : PP12 : 1991
- 42) 民間活力を活用した保健医療システム等に関する研究会 : 『民間活力を活用した総合保健・医療・福祉サービスの研究報告書』 社会保険福祉協会 : PP27 : 1987
- 43) 古川俊之 : 『高齢化社会の設計』 : 中公新書 : 1989
- 44) 森山美知子 : 「高齢者の社会的入院を発生する要因の検討」 : 『病院管理』 (医学書院 : PP211~218 : 1994)
- 45) 黒田研二 : 「在宅要介護老人, 病院長期入院老人, 特別養護老人ホーム入所者の特性に関する比較研究」 : 『日本公衆衛生雑誌』 : PP215~222 : 1992
- 46) 川口 毅 : 「老人保健事業と医療費との関連に関する研究」 : 『日本公衆衛生雑誌』 : PP761~768 : 1995
- 47) 九州家政学総合研究会 : 『高齢化社会と家庭生活』 : 九州大学出版会 : 1987
- 48) 隆島研吾 : 「理学療法士からみたQOLの評価」 : 『理学療法ジャーナル』 : 医学書院 : PP754~758 : 1992
- 49) 中江公裕 : 「QOLをどう考えるか」 : 『総合リハビリテーション』 : 医学書院 : PP917~PP921 : 1993

IV リハビリテーション

- 50) 鶴田忠彦：「英国の老人介護におけるコミュニティーケアの経済分析」：『海外社会保障情報』：PP17～PP29：1993
- 51) 漆崎一郎：「QOLとは何か」：『診断と治療』 PP724～728：1994
- 52) 山岡和枝：「患者の満足と生活の質の評価－QOL調査票－」：『医療と社会の計量学』：朝倉書店：1994
- 53) Goodinson, S.M., Singleton, J.：「Quality of Life : a critical review of current concepts, measures and their clinical implications」：『Int. J. Nurs. Stud.』 PP327～41：1989
- 54) Adams, D.L.：「Analysis of a life satisfaction index」『Journal of Gerontology』 PP470～474：1969
- 55) 原爆被災学術資料センター資料調査部：「ねたきり老人，ひとり暮らし老人と一般高齢者の日常生活の満足度の比較」：『長崎大学医学部原爆被災学術資料センター研究概要報告』1993