

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

「在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションの
プログラムとシステムに関する研究」

(H14-長寿-024)

平成 14 年度 総括研究報告書

主任研究者：大川 弥生

(国立長寿医療研究センター・老人ケア研究部)

平成 15 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションのプログラムと
システムに関する研究

II. 分担研究報告書

1. 生活機能低下の2つのパターン
－「急性発症タイプ」と「慢性進行タイプ」－
2. 在宅生活者の生活機能低下の実態
－ 一般外来患者における「慢性進行タイプ」の生活機能低下の存在－
3. 効果的な訪問リハビリテーションのあり方
－活動向上訓練プログラムの有効性－
4. 訪問リハビリテーションの現状と問題点
－長期経過観察者調査による実態把握－
5. 訪問リハビリテーションによる生活機能の経時変化
－効果に影響する各種要因の検討－
6. 訪問リハビリテーションについての意見調査
－理学療法士・作業療法士－
7. リハビリテーションおよび廃用症候群についての認識に関する調査
－訪問看護師－
8. リハビリテーションおよび廃用症候群についての認識に関する調査
－外来患者－

※啓発活動例 : NHK生活ほっとモーニング

I. 総括研究報告書

在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションのプログラムとシステムに関する研究

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療研究センター 部長

研究要旨 「生活機能」(WHO ICFの中心概念)の維持・向上に向けた、在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションのプログラムとシステムの構築のために多面的な検討を行った。

その結果、①リハビリテーションの対象としての生活機能低下に、従来から認められていた「急性発症タイプ」に加えて、廃用症候群の悪循環を主とする「慢性進行タイプ」があり、後者に対してもリハビリテーションが有効であること、②訪問リハビリテーションのプログラムとして「活動向上訓練」中心のプログラムが、「機能訓練」中心のプログラムよりはるかに有効であり、後者は逆にマイナスの影響をあたえる場合が多いこと、③あるべき訪問リハビリテーションについて経験豊富な専門家たちの意見聴取およびグループディスカッションによって、活動向上訓練を軸とする訪問リハビリテーションのプログラムの具体像が明らかになったこと、④リハビリテーション・廃用症候群についての認識を専門職や一般高齢者を含む多様な集団について調査し、集団の種類によって差はあるが、新しい概念と古い概念とが混交した過渡的な状況にあることが確認されたこと、等の重要な実践的な価値の高い成果が得られた。

分担研究者

- ・青井禮子（日本医師会、常任理事）
- ・奈良 勲（日本理学療法士協会、会長）
- ・中村茂美（日本作業療法士協会、常任理事）
- ・上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会、副会長）

本研究班における研究の大目的は「生活機能」(“functioning”，WHO ICF：国際生活機能分類の中心概念であり、人が「生きることの全体像」を示す)の向上に向けた、訪問リハビリテーションのプログラム・システムの構築である。

A. 研究目的

しかし我が国における訪問リハビリテーションの本格的なスタートは平成12年の介護保険開始とみることができ、まだ日が浅い。

そのため有効な訪問リハビリテーションのプログラムの開発と医療・介護保険システム全体の中での役割を明確化し、関連諸施設・職員に対して啓発を行うことが急務である。

このような背景のもとに、以下のような多様な視点から各種のテーマについての研究をおこなった。

1. 生活機能低下の2つのパターン

－「急性発症タイプ」と「慢性進行タイプ」

「生活機能」の維持・向上に向けた、訪問リハビリテーションの効果的なプログラムとシステムの構築の前提としては、在宅高齢者の生活機能の経時的経過の分析が必要であるが、その背景としては、以下のような問題意識がある。

すなわち訪問リハビリテーションにとどまらず、リハビリテーション全体において、従来は脳卒中・骨折などのように急性に発症し、急激に生活機能が低下して、その後徐々に回復するものが主な対象と考えられがちであった。

しかし、我々はそのようなタイプのものだけでなく、徐々に生活機能が低下する第2のタイプのものが存在し、高齢者で介護保険サービスを必要とするような者にはそのようなものが多いこと、そしてそのようにタイプにもリハビリテーションは（正しいプログラムで行えば）極めて有効であることを経験的に知り、そのような内容のリハビリテーションを実践してきた。

今回は、この2つのタイプの存在を確証するために、リハビリテーションの対象者の生活機能の実態、特に時間軸に沿った動態をリハビリテーションの介入前後を含めて検討し、リハビリテーションの対象者を生活機能の観

点から2つの類型に分けることの妥当性を検討した。

2. 在宅生活者の生活機能低下の実態

－一般外来患者における「慢性進行タイプ」の生活機能低下の存在－

上記「生活機能低下の2つのパターン」で明らかにしたように、リハビリテーションの対象としては従来考えられていたような「急性発症タイプ」だけでなく、「慢性進行タイプ」を明確に位置づけることが必要である。

このような観点から、何らかの「健康状態」の問題を生じている在宅生活者である一般医療機関外来患者について、特に生活機能低下の大きな要因となる「活動」の状況を明らかにし、「慢性進行タイプ」の存在の有無・程度を確認することを目的とした。

3. 効果的な訪問リハビリテーションのあり方

－活動向上訓練プログラムの有効性－

効果的な訪問リハビリテーションのあり方を明らかにすることを目的として、訪問リハビリテーションにおける活動向上訓練プログラムと機能訓練プログラムとの効果を比較した。そして在宅生活の利用者・患者における訪問リハビリテーションにおける活動向上訓練の具体的ポイントを明らかにすることを目的として、整容行為を中心として検討した。整容行為を選んだ理由は、これが入院リハビリテーションにおいて活動向上訓練の鍵となるものだからである。

4. 訪問リハビリテーションの現状と問題点

－長期経過観察者調査による実態把握－

訪問リハビリテーションは、従来はごく限られた範囲で行われていたに過ぎなかった。しかし介護保険制度のスタートによってその適用範囲は大きく拡大された。ただ問題は、訪問リハビリテーションのみならずリハビリテーション全体について機能訓練であるとの誤解が強いため、このままで訪問リハビリテーションが行われれば、本来の効果をあげないだけでなく、逆効果となる危険性さえあると考えられることである。

そこで、介護保険制度開始前に十分なリハビリテーションを受け、その後も外来リハビリテーションを継続してきて、同制度発足後に要介護認定者となった人々に対する訪問リハビリテーションの現状（特にプログラム内容と効果）ならびに利用者に対する介護支援専門員等の説明などを含むリハビリテーション全般に関するケアマネジメントの現状と問題点、また今後啓発すべき内容を明らかにすることを目的とした。

5. 訪問リハビリテーションによる生活機能の経時変化

－効果に影響する各種要因の検討－

効果的な訪問リハビリテーションのあり方を明らかにすることを目的として、訪問リハビリテーション利用者における要介護度及び「活動」の変化と各種要因との関連性を明らかにする。

6. 訪問リハビリテーションについての意見調査

－理学療法士・作業療法士－

訪問リハビリテーションの効果的活用のためには、訪問リハビリテーションの内容及びリ

ハビリテーション・システム全体の中での位置づけを明確にする必要がある。その具体的戦略を立てることを目的として、訪問リハビリテーションの経験のある理学療法士・作業療法士からの意見調査（グループ・ディスカッションを含む）を行った。

7. リハビリテーションおよび廃用症候群についての認識に関する調査

訪問リハビリテーションにおいては実生活での活動向上と同時に、廃用症候群予防・改善への働きかけ（生活全体の活発化）が重要である。そのため訪問リハビリテーションが十分な効果をあげるためには利用者・患者、また医療・介護従事者がリハビリテーション・廃用症候群などについての正しい認識を共有していることが重要である。そこで次のような研究を実施した。

1) 訪問看護師

リハビリテーションは、チームワークが重要であり、また理学療法士、作業療法士のみでなく特に「している活動」への働きかけなど看護師によって行われる内容も多い。訪問看護においては特にリハビリテーション的知識・対応は重要となってくる。そこで訪問看護師についてリハビリテーション自体、及び訪問リハビリテーションのターゲットとして重要な「廃用症候群」に関する認識調査を行った。

2) 外来患者

何らかの疾患をもつ病人（患者）は廃用症候群を生じやすい。そのため、患者の廃用症候群に関する認識の現状と問題点を把握するために、外来通院患者における廃用症候群とリハビリテーションに関する意識調査を

行った。

B. 研究方法

1. 生活機能低下の2つのパターン

ー「急性発症タイプ」と「慢性進行タイプ」

以下の3群について生活機能の経時的変化を、特に「活動」を中心に、それに対するリハビリテーションの影響を含めて調査した。

①リハビリテーション専門病院で入院リハビリテーション実施後の長期経過を把握している326名、②1市で唯一訪問リハビリテーションを実施している事業所での訪問リハビリテーション実施者186名、③指定居宅介護支援事業所で支援計画を作成した888例。

2. 在宅生活者の生活機能低下の実態

ー一般外来患者における「慢性進行タイプ」の生活機能低下の存在ー

中山間部の公立の地域中核病院の2週間の全外来患者1494名を対象として、外来受診時に自記式の質問紙を用いて、活動の「量」に関して「外出頻度」、「質」に関して「屋外歩行」「屋内歩行」等を調査した。回答者は1494名であった（回収率79.1%）。

3. 効果的な訪問リハビリテーションのあり方

ー活動向上訓練プログラムの有効性ー

対象は医療保険でリハビリテーションを受けた経験があり、その後自宅生活を1年以上継続していて、要介護度認定を受け、訪問リハビリテーションで洗面所までの歩行訓練を受けた者63名である。

活動向上訓練群（活動向上訓練を主体としてPT・OTが「できる活動」に働きかけ、

「している活動」に対しては本人・家族への指導を実施）32名と、機能訓練群（基本動作訓練主体）の31名の2群を比較した。

4. 訪問リハビリテーションの現状と問題点

ー長期経過観察者調査による実態把握ー

対象者は脳卒中発症後片麻痺患者で、病棟活動向上訓練中心のプログラムに立った入院リハビリテーションをうけて自宅退院し、毎年1回以上5年以上の経過観察を行っていた在宅生活者で、退院時点の自宅内での“している活動”が入浴以外の「日常生活行為」において自立している患者254名とした。

次の諸点について理学療法士・作業療法士が家庭訪問（不同意の場合は電話）をして調査した。①介護保険サービスの利用状況、特に訪問リハビリテーション、②上記サービスをうけるようになった理由（介護支援専門員の奨め、本人の希望、等）、③「活動」の変化

5. 訪問リハビリテーションによる生活機能の経時変化

ー効果に影響する各種要因の検討ー

来年度から全市的に要介護者の生活機能を追跡する予定のM市で、唯一訪問リハビリテーションを実施している事業所での、2000年4月以来の訪問リハビリテーション実施者186名を対象として、訪問リハビリテーション実施後の生活機能の経時的変化を、特に「活動」を中心に各種要因（要介護度、訪問リハビリテーション開始前の入院リハビリテーションの内容、等）の影響を検討した。

6. 訪問リハビリテーションについての意見調査

ー理学療法士・作業療法士ー

①意見聴取の前提としての文献的考察（論文検索・インターネット検索等）、を行い、その上で②訪問リハビリテーション経験者からの聞き取りとグループディスカッションを行った。

後者は生活機能向上についての知識をもち、リハビリテーション・システム全体を把握し、また必要な技術を有した上で訪問リハビリテーションを行った経験のあるPT・OT計30名と訪問リハビリテーションのあるべき姿と現状の課題をテーマとしての個別面接、及びグループディスカッション（参加者13名）を行ったものである。

7. リハビリテーションおよび廃用症候群についての認識に関する調査

リハビリテーション自体、及び廃用症候群とそれに関連して寝たきりに関する項目について、自記式質問紙を用いて調査した。

1) 訪問看護師

1県の訪問看護ステーション勤務の看護師123名を対象とした。内介護支援専門員の資格あり85名（69.1%）であった。

2) 外来患者

中山間部の公立の地域中核病院の2週間の自己回答が可能な入院患者316名のうち312名（回収率98.7%）、全外来患者1497名のうち1494名から回答を得た（回収率99.8%）。

（倫理面への配慮）

各研究は研究対象となった実施機関の倫理委員会（もしくはそれに相当する組織）において審査をうけ、研究の承認をうけた。対象者に対してはインフォームド・コンセントの原則に立って、説明と同意を得ておこなった。

C. 結果と考察

1. 生活機能低下の2つのパターン

ー「急性発症タイプ」と「慢性進行タイプ」

生活機能低下のパターンには、図1に示すように①脳卒中・骨折などを原因として急激な低下を主とするもの（「急性発症タイプ」）及び、②廃用症候群のみ、あるいは慢性疾患に廃用症候群が合併することによって緩徐（詳しくみれば階段状）に低下するもの（「慢性進行タイプ」）の2つがあることを確認した。

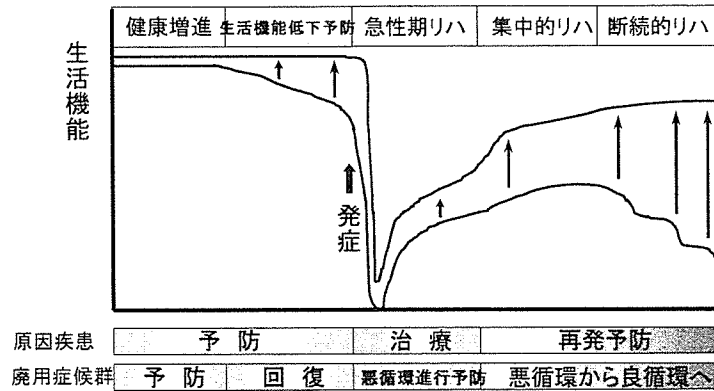
またこの第2のタイプにもリハビリテーションが非常に有効であることが確認できた。

あわせてこの2タイプにおけるリハビリテーションの時期区分（図1A、B上段）もを行った。

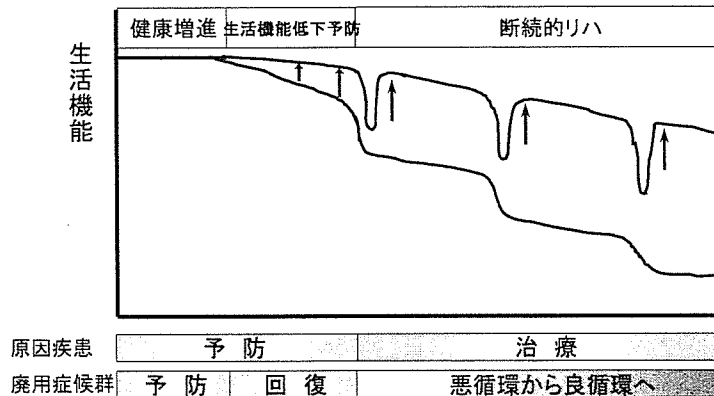
従来は前者がリハビリテーションの主な対象と考えられてきたが、今後は後者をも重要な対象として位置づける必要がある。また、第2のタイプの主な原因である廃用症候群を予防・改善可能な対象として、リハビリテーションのみでなく介護サービス全体においても再認識すべきと考えられる。

図 1. 生活機能低下の 2 つのタイプ

A. 急性発症タイプ(脳卒中・骨折など)



B. 慢性進行タイプ(廃用症候群、変形性関節症など)



2. 在宅生活者の生活機能低下の実態

— 一般外来患者における「慢性進行タイプ」の生活機能低下の存在 —

リハビリテーションを受けていない外来患者(1102名)においても活動の「質」である屋外歩行の自立度低下が前期高齢者で1.5割、後期高齢者で2割に見られた。また活動の「量」である外出頻度は「病院に行く時だけ」が同じく11.0%、15.2%であり、生活が不活

発化して既に廃用症候群を生じているか、生じる可能性が高い者が多かった。また「最近足腰が弱くなったり、体力が低下した」と自覚している人が同じく20.5%、27.2%いた。

なお歩行自立度が低下していても歩行補助具の使用状況は低いことが判明した。

以上から一般医療の対象者の中には廃用症候群単独あるいは疾患に廃用症候群が加わったことによる生活機能低下者あるいはそのハ

イリスク者が多数存在し、現在は必ずしも適切な指導を受けていないことが判明した。

一般医療機関における生活機能低下の予防の観点からの積極的な関与（早期発見、早期対応、紹介）が望まれる。

3. 効果的な訪問リハビリテーションのあり方

ー活動向上訓練プログラムの有効性ー

活動向上訓練群では「している活動」の向上例が43.8%、不変56.3%、悪化0であったのに対し、機能訓練群は向上9.7%、不変48.4%、悪化41.9%とその差は極めて著しく、明らかに活動向上プログラムが優れており、機能訓練プログラムはむしろマイナスの影響が強いことが明らかになった。

結論としては、次のものがあげられる1) 訪問リハビリテーションもその具体的プログラムによって大きく効果の差が生じる。2) 活動向上訓練群は機能訓練群に比べ「している活動」レベルの向上が著しい。3) 「心身機能」、「できる活動」、「している活動」の3者を明確に分けた評価が必要であり、特に「している活動」を重視すべきである。4) 実用歩行訓練にむけた活動向上訓練としては「伝い」「もたれ」の活用が効果的であり、その活用が望まれる。

4. 訪問リハビリテーションの現状と問題点

ー長期経過観察者調査による実態把握ー

活動向上訓練中心の入院リハビリテーションを受けて自宅退院し、5年以上年1-2回の活動向上指導中心の外来受診と必要時の集中的な活動向上訓練中心のリハビリテーション（入院も含む）によって活動レベルが維持

できていた102名（活動向上訓練群）と機能訓練中心の外来リハビリテーションを受けていた152例（機能訓練群）との間には種々の点で差があるが、いずれの群でも介護保険制度開始後訪問リハビリテーションを受けたものでは受けなかった（中断者を含む）者にくらべ著しく「活動」（屋外・屋内歩行）が悪化しており、明らかにマイナスの影響を与えていた。

この場合、「活動」に問題のない人も含め全例に、1)「維持するためにはリハビリテーションが必要」との説明が行われ、2)目標とする活動の内容を明らかにせず多くの例で訪問リハビリテーションが開始され、3)その結果「活動」レベルの低下が著しく、4)しかも「活動」が低下しても継続している例が多かった。

この「活動」低下の原因としては誤った指導の結果を原因として、「廃用症候群の悪循環」を起こしていることが多かった。

そのため、利用者に対して、①活動向上訓練時の効果、②「活動」を中心とする専門家へのリクエストの仕方、③「廃用症候群の悪循環」、④各リハビリテーション・サービスの目的・具体的内容、等について啓発する緊急性が高いことが明らかになった。

5. 訪問リハビリテーションによる生活機能の経時変化

ー効果に影響する各種要因の検討ー

①訪問リハビリテーションによる改善は要介護1-3の者で6-7割、要介護4-5で2割程度と、要介護の低い群で効果が大きいこと、②以前受けた入院リハビリテーション・プログラムが機能訓練中心であった場合には

活動向上訓練中心であった場合に比べ訪問リハビリテーションの効果がよいが、これは活動向上訓練が不十分だったためにかえって活動向上の「余地」が残っていたためと考えられること、但し機能回復への「こだわり」が残り、訪問リハビリテーションの終了が困難となる等の問題が残ることなどが明らかとなった。

6. 訪問リハビリテーションについての意見調査

ー理学療法士・作業療法士ー

機能回復訓練中心から「活動向上訓練中心」への移行、リハビリテーションについての正しい認識を特に利用者本人と介護支援専門員がもつことの必要性、そして今後の方向性として機動性の高さ、医療との連携の強いこと、等の訪問リハビリテーションの方向性が明らかになった。

7. リハビリテーションおよび廃用症候群についての認識に関する調査

1) 訪問看護師

「廃用症候群」という名称自体の認知は96.7%と高かったが、原因や症候についての認識についてはいまだ不十分であった。またリハビリテーションについては機能障害への働きかけであるとの認識が強く、活動向上への認識は不十分であった。また寝たきりの原因として、リハビリテーションの必要性・質や、介護の質についての問題意識は乏しかった。今後この意識をいかに向上させるかが重要な課題である。

2) 外来患者

廃用症候群の名称自体の認知は16.3%で、

それを知ったきっかけは、本・雑誌が最も多かった。健康状態に問題がある場合廃用症候群を生じやすく、そのようなハイリスク群に属していながら廃用症候群自体についての知識は乏しく、また「原則として安静は必要最低限にすべき」と思う人は5割強、また逆に現在どの程度動いてよいかの具体的指導を受けていたのは2割強と少なかった。

またリハビリテーションは機能障害への働きかけであるとの意識が強く、活動向上の重要性についての認識は不十分であった。

D. 総括的考察

個別の事項についてはそれぞれすでに考察を加えたので、ここでは全般的・総括的な考察を行う。

1. 生活機能低下の2つのタイプ、特に「廃用症候群モデル」概念確立の意義

今回の研究の大きな成果は訪問リハビリテーションをはじめあらゆるリハビリテーションにおける重要な視点として、生活機能低下には2つのパターンがあることを明確にしたことである。

第2には前記図1 A、Bにみるように、時期区分の概念を根本的に変えたことである。すなわち従来は「急性発症タイプ」において「急性期リハビリテーション」に引き続く時期を「回復期」、それに引き続く時期を「維持期」と呼ぶことが普通であった。しかしこれはリハビリテーションの対象を「心身機能」に限局することから出てくる概念規定であり、「生活機能」（「心身機能」だけでなく「活動」「参加」を含む「生きる」こと全体）を対象とする、ICFに立った考え方からすれば非常に古い、誤った命名である。そこで今回は図1 Aにみ

るように「急性期」に引き続く時期を「集中的リハビリテーション期」それに続く時期を「断続的リハビリテーション期」とした。これはリハビリテーションの必要性和提供のあり方にもとづいた概念である。同様に図1Bにみるように「慢性進行タイプ」におけるリハビリテーションは全て「断続的リハビリテーション」である。

2. 訪問リハビリテーションにおける活動向上訓練プログラムの有効性

今回の研究の第2の大きな効果は研究3（「効果的な訪問リハビリテーションのあり方；活動向上訓練プログラムの有効性」）において訪問リハビリテーションにおいて活動向上プログラムは機能訓練プログラムに比してはるかに有効であることが明らかになったことである。更に研究5（「訪問リハビリテーションによる生活機能の経時変化；効果に影響する各種要因の検討」）においては、訪問リハビリテーション開始前の入院リハビリテーションにおいて活動向上訓練が行われなかった場合には訪問リハビリテーションによる「活動」向上の余地が大きいという興味ある結果も得られた。

今後例数を増やし、結果を一層確実なものとする必要があるが、今回得られた結果だけでも、あるべき訪問リハビリテーションの内容について貴重な示唆を与えるものである。

3. 介護保険サービスが要介護度を悪化させている危険

上記のちょうど裏返しであるが、研究4が示したように、現行の訪問リハビリテーショ

ンは機能訓練プログラムに立っているために、先に活動向上訓練中心の入院リハビリテーションを受けた在宅者において著しく「活動」を悪化させ手板とある意味では恐るべき実態があきらかにされた。

もちろんこれは、かなりの「心身機能」上の問題をもちながらも適切なリハビリテーション・プログラムとその後の適切な（活動向上訓練中心の）在宅生活指導によって、潜在能力を十分に発揮して高い水準の「活動」を保っていた群において機能訓練中心の訪問リハビリテーションの悪影響が著明にあらわれたということであり、全ての利用者に同程度の悪影響が及ぶとは即断できない。しかし現行の訪問リハビリテーションに大きな問題があることは確かであり、抜本的な改革を緊急に必要としているということができよう。

4. 訪問リハビリテーションの向かうべき方向

今回の研究結果を総括すると、本来ならば、利用者の生活の場である居宅において、その環境因子（物的だけでなく人的・社会的因子を含む）を最大限に生かしながら、生活行為（「活動」）に直接働きかけてその向上をはかるといふ、リハビリテーションの中心的技術である「活動向上訓練」をおこなうための最も恵まれた状態にあるはずの訪問リハビリテーションが、その利点を生かすようには活用されていないという大きな問題が浮かび上がってくる。これにはプログラム内容だけでなく、対象者選択などの（対象が重度者に偏っていること等）も大きく影響していると考えられる。

今後は装具・歩行補助具の活用、「もたれ・

つかまり」などを活用した屋内歩行や立位での各種「活動」（洗面・調理など）向上などの具体的技術を含む「活動向上訓練」の普及・活用の努力が重要である。

E. 結論

本研究によって、訪問リハビリテーションの現状の問題点とあるべき姿が明確になると共に、リハビリテーション全体に大きな意義を持つ「生活機能低下の2つのパターン」「活動向上訓練の有効性」などが明らかになったことは大きな実践的な意義をもつものである。

なお2003年4月（予定）の介護報酬改定で、訪問リハビリテーションを含むリハビリテーション・サービス全体が機能訓練ではなく利用者の個別性を重視した「全人間的復権」としての本来のリハビリテーションの効果を生むように、大きく方向づけがなされた。訪問リハビリテーション自体についても「日常生活活動訓練加算」、「リハビリテーション実施計画書」の義務化などがなされた。

その具体的内容については本研究の成果は大きく活用されるものと期待される。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 報道等

- ・大川弥生：生活ほっとモーニング：自分の足で歩きたい NHKテレビ. 平成14年5月28日
- ・大川弥生：「介護における科学性と人間性の

両立」；目標指向的介護の実践. 介護福祉士会ニュース. 12月15日号

- ・大川弥生：国際生活機能分類；介護保険の個別リハに. シルバー新報. 3月14日号

2. 学会発表

- ・大川弥生：介護における科学性と人間性の両立；目標指向的介護の実践. 第9回日本介護福祉士会全国研究大会. 平成14年10月25日. 仙台
- ・大川弥生：介護に生かす本当のリハビリテーション：“目標指向的介護”をめざして. 全国老人福祉施設研究会議. 平成14年10月16日. 横浜
- ・大川弥生：リハビリテーションとプライマリ・ケアとのかけ橋；患者・障害者の主体的参加のために. 第40回日本リハビリテーション医学会学術集会. 2003年6月20日（予定）. 札幌.
- ・大川弥生：プライマリ・ケアと地域リハビリテーション；あるべき姿と課題. 第26回日本プライマリ・ケア学会. 2003年6月22日（予定）. 札幌.

II. 分担研究報告書

生活機能低下の2つのパターン
— 「急性発症タイプ」と「慢性進行タイプ」 —

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療研究センター 部長

分担研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会 副会長

研究要旨 本研究班における研究の大目的である「生活機能」（WHO ICFの中心概念）の維持・向上に向けた、在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションの効果的なプログラムとシステムの構築のために、在宅高齢者の生活機能低下の経時的変化を調査・分析した。

その基礎となる対象は①リハビリテーション専門病院で入院リハビリテーション実施後の長期経過の把握例（326名）、②1市で唯一訪問リハビリテーションを実施している事業所での訪問リハビリテーション実施例（186名）、③指定居宅介護支援事業所での支援計画作成例（888名）の3群である。

これらの在宅高齢者の生活機能の経時的変化の結果の分析から、生活機能低下のパターンには、①脳卒中・骨折などを原因として急激な低下を主とするもの（急性発症タイプ）及び、②廃用症候群のみ、あるいは慢性疾患に廃用症候群が合併することによって緩徐に低下するもの（慢性進行タイプ）の2つがあることを確認した。

またこの第2のタイプにもリハビリテーションが非常に有効であることが確認できた。

あわせてこの2タイプにおけるリハビリテーションの時期区分もを行った。

従来は前者がリハビリテーションの主な対象と考えられてきたが、今後は後者をも重要な対象として位置づける必要がある。また、第2のタイプの主な原因である廃用症候群を予防・改善可能な対象として、リハビリテーションのみでなく介護サービス全体においても再認識すべきと考えられる。

A. 研究目的

本研究班における研究の大目的は「生活機能」（“functioning”，WHO ICF：

International Classification of Functioning, Disability and Health<国際生活機能分類、2001>の中心概念）の維持・

向上に向けた、在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションの効果的なプログラムとシステムの構築である。

その前提として在宅高齢者の生活機能の経時的経過の把握が必要である。

このような分析を行おうとした背景としては、以下のような問題意識がある。

訪問リハビリテーションのみにとどまらず、リハビリテーション全体において、従来は脳卒中・骨折などのように急性に発症し、急激に生活機能が低下して、その後徐々に回復するものが主な対象と考えられ、その回復過程を促進するのがリハビリテーションのおもな役割と考えられがちであった。

しかし、我々はそのようなタイプのものだけでなく徐々に生活機能が低下する第2のタイプのものが存在し、高齢者で介護保険サービスを必要とするような者にはそのようなものが多いこと、そしてそのようにタイプにもリハビリテーションは（正しいプログラムで行えば）極めて有効であることを経験的に知り、そのような内容のリハビリテーションを実践してきた。

本研究は、この2つのタイプの存在を確証するために、リハビリテーションの対象者の生活機能の実態、特に時間軸に沿った動態をリハビリテーションの介入前後を含めて検討し、リハビリテーションの対象者を生活機能の観点から2つの類型に分けることの妥当性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

以下の3つの対象群について検討を行った。

1. 長期経過観察例

1) 対象

リハビリテーション専門病院で入院リハビリテーション実施後5年以上、年1回以上の外来診療もしくは訪問評価にて生活機能の3レベル（心身機能、活動、参加）についての経過の把握を行っている、リハビリテーション開始時50歳以上であった326名。なおICF以前はICIDH（国際障害分類、1980）の障害の3つのレベルの概念に独自の「プラス面」の観点を加えることで、事実上ICFに近い多面的な経過把握を行っていた。

2) 方法

入院及び外来リハビリテーション実施前およびその後の生活機能の経時的変化を、特に「活動」を中心に、それに対するリハビリテーションの影響を含めて分析した。

「生活機能低下」と判断する基準として、生活機能のうちの「活動」、その中でも「実用歩行」を重視し、「している活動」（実行状況）として屋外歩行（ICF：a4602）及び自宅内歩行（同a4600）のうち、少なくともどちらか一方が、下記の評価点で一段階以上低下した時に生活機能が低下したとすることとした。

○屋外歩行

1. 遠くへも一人で歩いている
2. 近くなら一人で歩いている
3. だれかと一緒なら歩いている
4. ほとんど外は歩いていない
5. 外は歩けない

○屋内歩行（昼間、トイレまでの移動を基準とする）

1. 一人で歩いている
2. 壁や家具を伝わって歩いている
3. 誰かと一緒なら歩いている
4. ずり這い等で動いている

5. 自力では動き回れない

2. 訪問リハビリテーション実施例

1) 対象

1市で唯一訪問リハビリテーションを実施している事業所での訪問リハビリテーション実施者 159名

2) 方法

訪問リハビリテーション実施前およびその後の生活機能の経時的変化を、特に「活動」を中心に、それに対するリハビリテーションの影響を含めて調査した。

「生活機能低下」との判断基準は上記1.と同様である。

また訪問リハビリテーションの効果については、活動の基本となるものとしてICF第5章 セルフケア（除：d570 健康に注意すること）（整容、排泄（昼間）、更衣、食事、入浴）を用いた。各項目は各々移動と目的行為を一連の行為としてとらえ、“できる活動（能力）”と“している活動（実行状況）”の両者を評価した。自立度は「自立」、「要口頭指導」、「要介護」、「全介助」、「非実施（実施していない）」の5段階で評価した。

3. 指定居宅介護支援事業所での支援計画作製例

1) 対象

要介護認定を受け、その地域のほとんどの対象者に対応している指定居宅介護支援事業所で、支援計画を作成した連続 888例。

2) 方法

生活機能の経時的変化を特に「活動」を中心に調査した。

訪問リハビリテーションをうけた 276名についてはリハビリテーションの影響をみた。

「生活機能低下」の判断基準、及び訪問リハビリテーションの効果は上記1.、2.と同様のものを使用した。

なお、上記の3群の間には重複はない。

C. 結果と考察

生活機能低下に2つのパターン（タイプ）が存在することは3つの対象群の全てにおいて確認された。以下第1のタイプを「急性発症タイプ」、第2のタイプを「慢性進行タイプ」と称する。なお、この場合の「慢性進行タイプ」には廃用症候群のみでその他の疾患のない場合も含むものとする。

1. 長期経過観察例

1) 生活機能低下の2つのタイプ

生活機能低下に関して急激に出現した運動機能障害による「活動」に関して急激な低下例（急性発症タイプ）と、徐々に低下する例（慢性進行タイプ）とに分けて示したものが表1である。全326名中前者は204名（62.6%）、後者は122名（37.4%）と後者の占める割合もかなり大きかった。

急激な低下例 204名についてリハビリテーション実施の原因となった健康状態（疾患）をみると、脳卒中 172名（84.3%）、頭部外傷 5名（2.5%）、脊髄損傷 10名（4.9%）、ギランバレー症候群その他急性発症性神経疾患 12名（5.9%）、下肢骨折 5名（2.5%）であった。

緩和に低下した 122名では内科疾患による入院 82名（67.2%）、外科手術 8名（6.6%）、骨関節疾患（膝痛、腰痛、ねんざ、関節リウマチ） 14名（11.5%）であった。また特に疾患の増悪は認められない者が 18名（14.8%）であった。

この病院には整形外科がないため、もし整形外科があれば骨関節疾患がより多くなった可能性が高い。また廃用症候群について長年臨床及び研究を行っていたため、入院リハビリテーションを含め廃用症候群をリハビリテーションの対象としていたことにより、緩徐な低下例が多い可能性もある。但し、今回は比率が問題なのではなく、緩徐な低下を示すタイプがあることの認識が重要なのである。

2) 緩徐な低下例における複数回の低下

次に緩徐な低下例において2ヶ月以内に2段階以上の低下を示した例をみると84名(68.9%)で認められた。またこの2段階以上の低下が2回以上あった例が32名(26.2%)であった。すなわち緩徐な低下例といっても、詳細にみれば実は階段状に急激に低下することが少なく、それを繰り返しつつ、全体としてはゆっくりと低下するようにみえる場合が多いのである。

3) リハビリテーションの効果

訪問リハビリテーションによる改善の効果を見ると急性発症タイプで改善者は186/204名(91.2%)、慢性進行タイプで101/122名(82.8%)であった。すなわち緩徐な低下例であってもリハビリテーションにより改善させうる可能性は高いのであり、リハビリテーションの重要な対象として認識する必要

がある。

2. 訪問リハビリテーション実施例

1) 生活機能低下の2つのタイプ

全159例を急激な低下例と徐々に低下例とに分類してみると、表2に示すように急性発症タイプは87名(54.7%)、慢性進行タイプは72名(45.3%)と後者の占める割合もかなり大きく、半数近かった。

緩徐な低下例の原因疾患は1. 長期経過観察例とほぼ同様であった。

2) リハビリテーションの効果

また訪問リハビリテーションによる改善の効果を見ると、表2に示すように急性発症タイプで46.0%、慢性進行タイプの58.3%で明らかな改善がみられており、この第2の慢性進行タイプをもリハビリテーションにより改善させうる対象として認識すべきことが、この対象群でも明らかである。

3. 指定居宅介護支援事業所での支援計画作製例

1) 生活機能低下の2つのタイプ

指定居宅介護支援事業所で、支援計画をたてた全888名中、表3に示すように急性発症タイプは355名(40.0%)、慢性進行タイプは533名(60.0%)であり、むしろ慢性進行タイプの割合が多かった。

表1. 生活機能のタイプ分類及び自立度の変化
—長期経過観察例—

	急性発症 タイプ	慢性進行 タイプ
改善	186名(91.2%)	101名(82.8%)
変化なし	18名(8.8%)	21名(17.2%)
計	204名(100%)	122名(100%)

緩徐な低下例の原因疾患も1. 長期経過観察例とほぼ同様であった。

2) リハビリテーションの対象

上記1)のうち、現在も訪問リハビリテーションを実施している者についてみると、表3に示したように急性発症タイプでは355名中73名(20.6%)、慢性進行タイプでは533名中50名(9.4%)と前者が多かった。

なお、急激な低下例についてリハビリテーション実施の原因となった健康状態(疾患名)をみると、脳卒中61名(83.6%)、脊髄損傷3名(4.1%)、脊椎・脊髄疾患6名(8.2%)、骨折3名(4.1%)であった。

緩徐な低下例では内科疾患14名(28.0%)、神経難病34名(68.0%)、骨関節疾患(膝痛、腰痛、ねんざ、関節リウマチ)1名(2.0%)、痴呆1例(2.0%)であった。

3) リハビリテーションの効果

また訪問リハビリテーションによる改善の効果をみると表3にみるように前者で41.4%、後者で40.0%であり、ほぼ同等であった。このように慢性進行タイプであってもリハビリテーションにより改善させうる可能性は高いのであり、リハビリテーションの重要な対象として認識を新たにすると考えられる。

表2. 生活機能のタイプ分類及び自立度の変化
—訪問リハビリテーション実施例—

	急性発症 タイプ	慢性進行 タイプ
改善	40名(46.0%)	42名(58.3%)
変化なし	47名(54.0%)	30名(41.7%)
計	87名(100%)	72名(100%)

表3. 生活機能のタイプ分類及び自立度の変化
—指定居宅介護支援事業所での支援計画例—

	支援計画作製 利用者	現在訪問リハ 実施者	内：改善者 [改善率]
急性発症 タイプ	355名(40.0%)	73名(20.6%)	30名 [41.1%]
慢性進行 タイプ	533名(60.0%)	50名(9.4%)	20名 [40.0%]
計	888名(100%)	123名(18.9%)	50名 [40.7%]

4. 事例検討による結果

この他事例の分析から次の事実が明らかとなった。

1) 急激な生活機能低下を主とするもの(「急性発症タイプ」)は向上を目的として、リハビリテーションの対象として対応されるのが普通である。しかし緩除に低下した場合は、リハビリテーションの対象と考えられないか、もしくは実施する場合も維持的リハビリテーションの対象と考えられ、向上を目的とするリハビリテーションは行わない傾向が大きかった。

2) 脳卒中・骨折後に主に入院リハビリテーションで集中的にリハビリテーションを受け、一旦かなりの「活動」向上がみられた後においても、新たな疾病や廃用症候群のために「活動」が徐々に低下をする場合が少なくない。これは特に入院リハビリテーション実施者の長期経過観察時、及び介護保険開始後維持目的として紹介され新たにリハビリテーションの対象とした者の中に著明にみられた。

3) 緩除に低下した群も、活動向上訓練中心の外来リハビリテーション、訪問リハビリテーション、短期的入院リハビリテーション等を行うことで再び「活動」が向上した例が多く、リハビリテーションを行う意味が十分にあった。

しかし外来リハビリテーションが機能訓練中心で行なわれていた場合には、生活機能低下が起ってきても、向上を目的としたリハビリテーションの対象とはされないことが多かった。

4) また介護保険のケアプランには向上を目的としたリハビリテーションが含まれることは稀であり、介護法指導や関節可動域訓練と

いう維持目的の受身の内容のもののみが行われることが多かった。

5) 急性発症タイプ、緩除に低下したタイプのどちらにおいても、リハビリテーションを開始する契機となった生活機能低下発生の大きなエピソードの前にも、既に生活機能が低下していることが多い。これらに対し、早期からの生活機能低下予防・改善が必要である。

D. 総括的考察

個別の事項についてはそれぞれすでに考察を加えたので、ここでは全般的・総括的な考察を行う。

まず全般的に述べると、前記のような多数例での生活機能の経時的変化の分析にもとづいて、生活機能低下の経過について、特に「活動」レベルから、①脳卒中・骨折などの運動機能障害を原因として急激な低下を主とする「急性発症タイプ」、②廃用症候群のみ、あるいは慢性疾患に廃用症候群が合併することによる緩除に低下する「慢性進行タイプ」の大きく2つに分類することができた。

そして後者は対象群によって異なるが、対象者の約3分の1から過半数に及ぶほど多いものであった。

また、このような生活機能の緩除な低下群にもリハビリテーションの効果は大きく、リハビリテーションの重要な対象として認知される必要があると考えられる。

以下更に詳しく考察を加える。

I. 生活機能低下の2つのタイプ

今回の研究の最大の成果は訪問リハビリテーションをはじめあらゆるリハビリテーションにおいて重要な視点として、生活機能