

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。この2つのパターンを図1に示す。

またこの図の上方に、時期分類を行っている。これは患者・利用者中心でリハビリテーションが進められるためには、生活機能低下の類型化と各時期への区分が効果的と考えられたためである。

1. 「慢性進行タイプ」概念確立の意義

この2つのタイプを示したことの意義は第1に従来のリハビリテーションが暗黙のうちに脳卒中・骨折などによる「急性発症タイプ」だけが対象と考えられやすく、「廃用症候群」を対象とは考えないことに大きな反省を迫ったことにある。

2. リハビリテーションの時期区分

第2の意義は図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。

そこで今後は図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と提供のあり方にもとづいた概念である。ここで「断続的」とはいわゆる「維持的リハビリテーション」として考えられが

ちな、漫然と機能訓練中心のリハビリテーションを継続するのではなく、階段状の生活機能低下が起こった時に、即時にそれに対応して短期集中的なリハビリテーションを行い、生活機能を再向上させることを意味している。

同様に、図1 B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。

II. 生活機能低下の2つのタイプのリハビリテーションのあり方

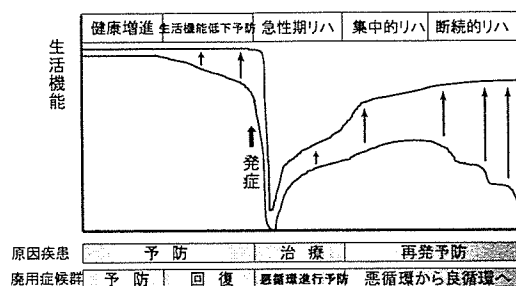
この2つのタイプのリハビリテーションのあり方について以下のようにまとめることができる。

1. 「急性発症タイプ」においては、発症直後からリハビリテーションを開始し、自宅復帰を目指して短期的に集中してリハビリテーションを行った後に、自宅復帰後は日常的に適切な自己訓練（入院中に早期から指導する）を行うとともに、具体的な課題（生活機能低下）やさらなる目標（生活機能の一層の向上）が設定された時に、必要に応じて、期間を定めて計画的にリハビリテーションを行うことが基本となる。

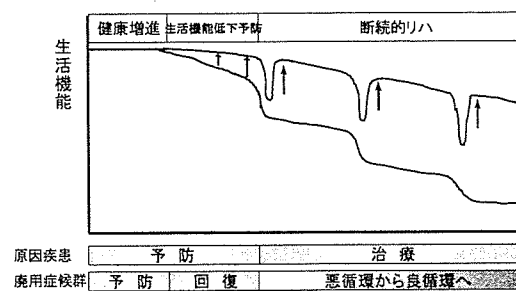
2. 「慢性進行タイプ」においては、徐々に、しかし詳しくみれば階段状に生活機能が低下してくることから、そのような低下に即時に対応してリハビリテーションを行うことが基本となる。この場合、生活機能の低下が軽度である早い時期にリハビリテーションを開始し、その後も断続的に継続していくことが望ましい。この場合も必要な時に、期間を定めて計画的に行われることが基本である。

図 1. 生活機能低下の分類の 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)



III. 廃用症候群についての再認識

リハビリテーションにおいては廃用症候群の予防・改善は重要と位置づけられてきた。しかし、それは例えば脳卒中や骨折等の急激に生じた運動機能低下の合併症として、いわば従属的なものとして位置づけられることが主であったことは否めない。

一方、特に介護保険サービスでは廃用症候群は寝たきりの原因としては認識されつつあるが、改善の対象としての認識は不十分である。

今後はこのような認識をあらため、リハビリテーションのみでなく介護領域においても廃用症候群を改善可能な、重要な対象として認識することが不可欠である。

E. 結論

在宅生活者の生活機能の経時的変化の分析から、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)だけでなく、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、これに関連してリハビリテーションの時期区分をも行った。

これまではほぼ前者のみをリハビリテーションの主な対象としてきたが、今後は後者も重要な対象として位置づける必要がある。

また、廃用症候群を予防・改善可能な重要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る必要性が高い。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 学会発表

- ・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。

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—

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

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

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1病院の2週間の全外来受診患者（1494名：回答者1182名、回答率79.1%）について調査した。

その結果、リハビリテーションを受けていない患者（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」である外出頻度をみると、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、もしくは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）が望まれるところである。

A. 研究目的

本研究班の「生活機能低下の2つのパターン」の報告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検討すれば、一般医療機関に何らかの疾患をもって受診してきている患者の中には「慢性進行タイプ」の生活機

能低下を示す者が少なからずいるものと考えられる。そこでその実態を把握することを目的として、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」の状況を調査した。

B. 研究方法

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。

対象は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 名のうち 1182 名（男性 546 名、女性 636 名、平均年齢 59.5±17.3 歳、非実施者 1102 名）から回答を得た（回収率 79.1%）。なおリハビリテーションを実施中の患者は 80 名（7.3%）にすぎなかった。

調査結果は現在のリハビリテーションの受診の有無、および年齢層別（65 歳未満、前期高齢者、後期高齢者間）で比較した。

（倫理面への配慮）

該当医療施設の倫理委員会の審査をへており、各対象者へはインフォームド・コンセントにもとづき実施した。

C. 結果

1. 屋外歩行自立度

活動の「質」である屋外歩行の自立度をみ

た結果を表 1 に示す。リハビリテーションを受けていない患者において「一人で歩いている」という自立者は 65 歳未満 593 名中 551 名（92.9%）であったが、前期高齢者では 292 名中 252 名（86.3%）、後期高齢者では 217 名中 173 名（79.9%）であり、これ以外の非自立者が 65 歳未満で 1 割弱、前期高齢者で 1.5 割、後期高齢者で 2 割であった。そのうちいつも付き添いと一緒および車椅子使用者が前期高齢者では 6.2%、後期高齢者では 10.6%と約 1 割であった。

リハビリテーション実施者では自立者は 65 歳未満 62.5%、前期高齢者では 63.0%、後期高齢者では 55.2%と非実施者よりかなり低く、非自立者は 37.5%、37.0%、44.8%と 4 割前後であり、非実施者の 2～4 倍にのぼった。

表 1. 屋外歩行

	現在リハ無			現在リハ受診中		
	65 歳未満	前期高齢者	後期高齢者	65 歳未満	前期高齢者	後期高齢者
1人でしている	551 名 92.9%	252 名 86.3%	173 名 79.9%	15 名 62.5%	17 名 63.0%	16 名 55.2%
時々はつきそいと一緒	22 3.7%	22 7.5%	21 9.7%	4 16.7%	1 3.7%	0 0.0%
いつもつきそいと一緒	14 2.4%	10 3.4%	12 5.5%	3 12.5%	6 22.2%	2 6.9%
時々車椅子を使用している	2 0.3%	2 0.7%	4 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.4%
いつも車椅子を使用している	4 0.7%	6 2.1%	7 3.2%	2 8.3%	3 11.1%	10 34.5%
計	593 100%	292 100%	217 100%	24 100%	27 100%	29 100%

しかしリハビリテーション実施者で活動の「質」の低下者が多いことはいわば当然ともいえ、むしろ非実施者のなかに1～2割（リハビリテーション実施者の約半数）の低下者がいることは注目すべきであろう。

2. 屋内歩行自立度

同様に活動の「質」である屋内歩行自立度の結果を表2に示す。リハビリテーション非実施者では自立者は65歳未満で584名（98.5%）であったが、前期高齢者で279名（95.5%）、後期高齢者で206名（94.9%）であり、非自立者は同じく9名（1.5%）、13名（4.5%）、11名（5.1%）であった。

リハビリテーション実施者での非自立者は同じく12.5%、25.9%、31.0%であった。

3. 外出頻度

活動の「量」である外出頻度は、表3に示すようにリハビリテーション非実施者では「ほとんど毎日外出している」が65歳未満で497名（83.3%）、前期高齢者で169名（57.9%）、後期高齢者で115名（53.0%）であり、65歳未満では約8割であるが、65歳以上では約5割と低下する。

また、「病院に行く時だけ」が同じく18名（3.0%）、32名（11.0%）、33名（15.2%）であり、廃用症候群を生じている、もしくは生じる可能性が高い患者が多いと考えられた。更に廃用症候群の危険が大きいリハビリテーション受診中の患者では、「病院に行く時だけ」が同じく3名（12.5%）、6名（22.2%）、10名（34.5%）と多く、積極的対応が必要と考えられた。

表2. 自宅内歩行

	現在リハ無			現在リハ受診中		
	65歳未満	前期高齢者	後期高齢者	65歳未満	前期高齢者	後期高齢者
一人で歩いている	584名 98.5%	279名 95.5%	206名 94.9%	21名 87.5%	20名 74.1%	20名 69.0%
歩くのを介助してもらっている	3 0.5%	3 1.0%	3 1.4%	1 4.2%	3 11.1%	1 3.4%
車椅子で一人で動いている	1 0.2%	7 2.4%	5 2.3%	0 0.0%	2 7.4%	1 3.4%
車椅子を押してもらっている	1 0.2%	0 0.0%	1 0.5%	1 4.2%	0 0.0%	6 20.7%
ベット上だけ	4 0.7%	3 1.0%	2 0.9%	1 4.2%	2 7.4%	1 3.4%
計	593 100%	292 100%	217 100%	24 100%	27 100%	29 100%

4. 最近足腰が弱くなったり、体力が落ちたと思うか

生活機能低下の重要な原因であり、また廃用症候群の症候として最も重要な点として、「最近足腰が弱くなったり、体力が落ちたと思うか」を問うた結果を表5に示す。

リハビリテーション非実施者では「落ちたと思わない」が65歳未満で320名(54.0%)、前期高齢者で41名(14.0%)、後期高齢者で

18名(8.3%)と概して非常に低く、特に後期高齢者では約1割しかいなかった。

また「体力がととても落ちたと思う」が65歳未満で51名(8.6%)、前期高齢者で60名(20.5%)、後期高齢者で59名(27.2%)であった。

リハビリテーション実施者では「ととても落ちたと思う」が多く、特に前期・後期の高齢者では半数近くに達していた。

表3. 外出頻度

	現在リハ無			現在リハ受診中		
	65歳未満	前期高齢者	後期高齢者	65歳未満	前期高齢者	後期高齢者
ほとんど毎日外出している	497名 83.3%	169名 57.9%	115名 53.0%	14名 58.3%	13名 48.1%	10名 34.5%
週3~5回くらい	44 7.4%	47 16.1%	35 16.1%	4 16.7%	4 14.8%	4 13.8%
週1~2回くらい	34 5.7%	36 12.3%	23 10.6%	3 12.5%	4 14.8%	4 13.8%
病院に行く時だけ	18 3.0%	32 11.0%	33 15.2%	3 12.5%	6 22.2%	10 34.5%
返答なし	0 0.0%	8 2.7%	11 5.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.4%
計	593 100%	292 100%	217 100%	24 100%	27 100%	29 100%

表4. 最近足腰が弱くなったり、体力が落ちたと思うか

	現在リハ無			現在リハ受診中		
	65歳未満	前期高齢者	後期高齢者	65歳未満	前期高齢者	後期高齢者
ない	320名 54.0%	41名 14.0%	18名 8.3%	7名 29.2%	2名 7.4%	2名 6.9%
少し思う	189 31.9%	168 57.5%	114 52.2%	7 29.2%	11 40.7%	12 41.4%
とても思う	51 8.6%	60 20.5%	59 27.2%	9 37.5%	13 48.1%	14 48.3%
返答なし	33 5.6%	23 7.9%	26 12.0%	1 4.2%	1 3.7%	1 3.4%
計	593 100%	292 100%	217 100%	24 100%	27 100%	29 100%

5. 歩行補助具の使用

歩行補助具は活動の質的及び量的な向上のためには積極的に活用すべき「環境因子」である。そこで歩行補助具の使用の有無と、種類をみた。

その結果、歩行補助具を使用していないものはリハビリテーション非実施者では 65 歳未満で 580 名 (97.8%)、前期高齢者で 271 名 (92.8%)、後期高齢者で 171 名 (78.8%) であった。またリハビリテーション実施者では 65 歳未満 17 名 (70.8%)、前期高齢者で 21 名 (77.8%)、後期高齢者で 15 名 (51.7%) であった。

後期高齢者、特にリハビリテーション実施者を除けば歩行補助具使用者は概して少なく、特に 65 歳未満ではリハビリテーション実施者でもおいても、非実施者においても歩行補助具の使用状況が低いといえる。表 1、表 4 と比較すれば歩行補助具の必要性はもっと高いものと考えられ、今後医療機関等における必要性の早期発見・早期指導が必要と考えられる。

D. 考察

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 1 病院の 2 週間の全外来受診患者 (1494 名：回答者 1182 名、回答率 79.1%) について調査した。

その結果、リハビリテーションを受けていない患者 (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いく時

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、もしくは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)が望まれるところである。

E. 結論

外来受診中の、リハビリテーションを受けていない一般患者でも、特に高齢者に活動の「量」「質」の低下を呈し、生活が不活発化している者、すなわちすでに廃用症候群を生じているか、もしくはそれを生じる危険性の高い人が多いことが判明した。すなわち生活機能低下の 2 つのタイプのうち新しく強調されるようになった「慢性進行タイプ」の生活機能低下者が存在するということである。このような者の存在を認識し、これらに対してその原因を明確にし、具体的対策を立てることが必要である。一般医療の中でこそ、廃用症候群予防・改善に向けた対応が重視されるべきものと考えられる。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 学会発表

- ・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.

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

分担研究者 中村 茂美 日本作業療法士協会 常務理事

研究要旨 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の効果を比較した。今回は活動のうち整容行為を中心として検討したが、これは入院リハビリテーションにおける活動向上訓練の鍵となる「活動」だからである。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。

その結果活動向上訓練群では「している活動」の向上例が14/32例（43.8%）、不変18/32例（56.3%）、悪化0であったのに対し、機能訓練群は向上3/31例（9.7%）、不変15/31例（48.4%）、悪化13/31例（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。

結論としては次のようにいうことができる。

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。

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：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。

訪問リハビリテーションは従来も医療の中で散発的には行われてきたが、本格的に制度化されたのは 2000 年の介護保険によってであり、経験の蓄積が乏しいままに急激に利用可能性が広がったということもできる。

そのためもあって、現在の我が国の訪問リハビリテーションには様々な問題点がある。

第 1 には、リハビリテーション・サービス全体と同様に、「心身機能」への対応を主とする機能訓練中心であること、すなわち「活動」（ICF の基本概念の一つであり、「生活機能」の 3 レベルの中心をなす「生活行為」）に直接働きかけてその向上をはかる「活動向上訓練」が中心ではないことである。

第 2 には、訪問リハビリテーションは多くの場合「機能維持」を目的とする「維持期のリハビリテーション」として位置づけられ、「活動」や「参加」（「生活機能」の第 3 のレベル。人間の社会的なあり方を示す）については向上の可能性があることがほとんどの場で見過ごされてきたことである。

第 3 の問題点は、利用者の状態が外来あるいは通所リハビリテーションに通うことが不可能なほど重度な場合に、「やむを得ず」行うのが訪問リハビリテーションであるとされている場合が多いことである。

そして第 4 には、利用者の「心身機能」（生活機能の 3 レベルの 1）しか見ず、その回復・向上はありえないと考えて、本人自体に働きかけようとせず、住宅改修、福祉用具提供、介助法指導などの「環境因子」についての改善を主に考える傾向である。

このような問題点のために、せつかく在宅に訪問して行なうことの利点を十分に生かすことができず、介護保険サービスの中では

もっとも利用されることが少なく、効果の乏しいサービスにとどまっているのが残念ながら現状である。

本研究班の任務は、このような現状を打破するために、自宅という生活の場で、実生活に則した、「活動」に直接働きかけてその向上をはかる「活動向上訓練」中心のリハビリテーションを行うことができるという、訪問リハビリテーションの利点を十分に生かした、あるべき訪問リハビリテーションの姿を明確にし、その立場から現状の問題点を明らかにするとともに、今後の方向性を示すことにある。

我々は、リハビリテーションはそのプログラムによって効果が大きく異なることを、これまで入院・入所・外来リハビリテーションについて立証してきた。

それらを前提として、以上のような大目的に向けて、まず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。

B. 研究方法

医療保険にて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、要介護度認定を受けている利用者 63 名。そのうち訪問リハビリテーションで洗

面所までの歩行訓練が実施された者を次の 2 群に分けて比較検討した。

1) 活動向上訓練群

活動向上訓練を主体として理学療法士 (PT)・作業療法士 (OT) が「できる活動」への働きかけを行い、「している活動」への働きかけとして本人・家族への指導を行った 32 名 (脳卒中 24 名、廃用症候群 8 名)。

2) 機能訓練群

機能訓練 (一見 ADL 訓練様でも模擬的な「基本動作訓練」にとどまっている、等) を主体としたプログラムを受けた 31 名 (脳卒中 23 名、廃用症候群 8 名)。

活動向上についての効果として、訪問リハビリテーションを行なって以後の整容行為の自立度について、移動方法としての歩行、および目的行為としての整容行為を立位姿勢での実施する時の自立度(「している活動」、「できる活動」の両者)の変化をみた。

その際単なる自立度だけでなく、伝い・もたれの有無、使用歩行補助具・装具等についても検討した。

C. 結果

1. 自立度の変化

訪問リハビリテーション開始時の整容行為の歩行及び立位姿勢での自立度と、その後の最高実行状況時の自立度変化を比較したものを活動向上訓練群 (表 1) と機能訓練群 (表 2) で示した。表には歩行もしくは立位姿勢のどちらか低いほうの自立度を示している。

その結果、自立度が向上している者は、活動向上訓練群では開始時伝い歩きで 9 例中 4 例 (44.4%)、機能訓練群では 11 例中 1 例 (9.1%) であった。

開始時介護歩行者では、活動向上訓練群 15 例中 10 例 (66.6%)、機能訓練群で 12 例中 2 例 (16.7%) であった。

いずれにおいても活動向上訓練がはるかに効果的であった。

一方で低下者を見ると、活動向上訓練群では 0 例に対し、機能訓練群では開始時自立者は 8 例中 2 例 (25.0%)、開始時伝い歩き者 11 例中 7 例 (63.6%)、また介護歩行者 12 例中 4 例 (33.3%) が車椅子使用となるなど機能訓練群での低下は活動向上訓練群に比べて著しく多かった。

以上をまとめると活動向上訓練群では「している活動」としての整容行為の向上例が 14 / 32 例 (43.8%)、不変 18 / 32 例 (56.3%)、悪化 0 であったのに対し、機能訓練群は向上 3 / 31 例 (9.7%)、不変 15 / 31 例 (48.4%)、悪化 13 / 31 例 (41.9%) とその差は極めて著しい。

このように活動向上訓練を主体とした訪問リハビリテーションでは、「している活動」レベルとして多くの例で向上がみられたが、機能訓練を主体とした群ではむしろ悪化が著明であった。

2. プログラム内容

次に効果的な訪問リハビリテーション・プログラムの具体的ポイントを明らかにするために、具体的な訓練内容を更に詳しく 2 群間で比較検討する。

機能訓練群に対し活動向上訓練群では以下のような特徴があった。

1) 「基本動作」、「できる活動」、「している活動」を明確に区別していること。

- 2) 「している活動」でのやり方の評価時に、単に自立度だけでなく姿勢や、もたれの有無・場所、伝い歩きの仕方（伝う対象物、伝うときの手や他の身体部位の使い方）について、本人・家族に詳しく確認をしていること。
- 3) 伝い歩き：屋内歩行訓練では伝い歩きを基本としていること。
- 4) 杖の使用は広い居間などを横切る場合に

限っていること。

（機能訓練群で、開始時伝い歩きであった者での自立度低下者は全例で、伝い歩きをやめて手放し歩行もしくは杖（T字杖5例、四点杖2例）使用とすることを指導されていた。しかしそのために実用歩行レベルとしては歩行が不安定となり自立度低下に大きく影響していた。

表1. 訪問リハビリテーションによる整容行為への効果（1）（活動向上訓練群）
－ “している活動”としての歩行・立位姿勢－

N=32

最高時 開始時	自立	伝い・ もたれ	介護	計
自立	8 (100%)			8 (100%)
伝い	4 (44.4%)	5 (55.6%)		9 (100%)
介護	2 (13.3%)	8 (53.3%)	5 (33.4%)	15 (100%)
計	14 (100%)	13 (100%)	5 (100%)	32 (100%)

表2. 訪問リハビリテーションによる整容行為への効果（2）（機能訓練群）
－ “している活動”としての歩行・立位姿勢－

N=31

最高時 開始時	自立	伝い・ もたれ	介護	車椅子	計
自立	6 (75.0%)	2 (25.0%)			8 (100%)
伝い・ もたれ	1 (9.1%)	3 (27.3%)	7 (63.6%)		11 (100%)
介護		2 (16.7%)	6 (50.0%)	4 (33.3%)	12 (100%)
計	7 (100%)	7 (100%)	13 (100%)	4 (100%)	31 (100%)

このように移動方法を変更する理由としては、伝い歩きの歩容は正常とは大きく離れ、それに比べ杖歩行では廊下では安定して歩けるようにするためとして、すすめている場合がほとんどであった。しかしこれは基本動作（心身機能レベル）としての歩行を主な対象とする考え方である。活動レベルについて1日中の自宅での移動（実用歩行）を細かく評価し、指導しているのではないため、実生活の「している活動」としての移動法としては不適切な指導であった。しかしそのことに気づかれていないことにも大きな問題がある。

- 5) 「もたれ」「つかまり」を積極的に指導したこと。

（立位姿勢での整容実施時に活動向上訓練群では洗面台へのもたれ姿勢を活用していたが、機能訓練群では指導は全くされていなかった）

- 6) 家具の配置換え

（活動向上訓練群では伝い歩きを行いやすいように家具の配置を変えることが多いが、機能訓練群では0例であったこと）。

D. 考察

このように訪問リハビリテーションにおいてもこれまで我々が検討してきた病院内リハビリテーションと外来リハビリテーションと全く同様に活動向上訓練の効果が機能訓練群に比べて著しく高いことが明らかになった。その際もたれ、伝い歩きが特に有効であった。

以下、このような大きな差をもたらすプログラムの差のうち、特に重要と思われるいくつかの点について考察する。

- 1) 家具の配置がえの活用

自宅内で歩行や立位姿勢での活動が不安定になれば、すぐに車椅子移動を考え、そのために必要な住宅改修をするという傾向があるが、そうではなく、まず家具の配置がえをするのが第一選択と考えたい。

日本の家屋では壁や、家具を伝わっての伝い歩きが非常に効果的である。自宅内を杖について歩くことは、大邸宅であればともかく、一般的な日本家屋では必要なく、むしろ安全な伝い歩きの指導とそのための環境を整えることが効果的である。もたれ姿勢も有用で、洗面台にもたれての整容活動や壁にもたれての更衣活動など応用範囲がひろい。また歩いたり、立位姿勢で「活動」（生活行為）を行っている際に、不安定になっても壁や家具にもたれかかれば姿勢は安定し安全に行うことができる。この点で壁や家具は一種の歩行補助具ということもできる。

歩行が不安定になれば手すりをつけることがよいと考えられがちであるが、手すりは身体全体をもたれかかることにはマイナスになる場合もある。更に手すりがある場所はよいが、そうでない場所（例えば戸外や訪問先）での活動は制約されることにもなる。

- 2) 「環境限定型活動」にとどめずに「活動」の「普遍化」を

このようにもたれ、つかまり、伝い歩きが重要なのは、これらの方法を習得することで、「環境限定型活動」のレベルにとどめず、自宅とは異なる様々な環境で行なえるように活動を「普遍化」することができるからである。

「環境限定型活動」とは、ある一定の環境（自宅、あるいはその一部のみ、入院・入所の環境、など）でのみ可能な「活動」の方法のことである。そのレベルにとどまっている

ことによって、そのような環境の場所にしか行けず、それによって社会的活動範囲は狭くなり、「参加制約」(ICF:参加のマイナス面)を引き起こす。

例えば立位洗面台での整容や和式トイレでの排泄や立便器での排尿についての活動向上訓練をすることもなく、腰かけ用洗面台や洋式トイレならばできるからとか、安全だからとか、将来を考えて等の理由をつけて洗面台やトイレを改修した場合を考えてみよう。

洋式トイレでしか排泄できないために、洋式トイレがあるとわかっている場所にしか行かない人は現実に非常に多い。しかし立位での整容も、和式トイレや立ち便器での排尿も、活動向上訓練を行えば決して難しいものではない。

社会的な活動範囲を広げるには環境限定型の活動ではなく、どこでも行なえる活動として普遍化することが必要なのである。

3) 住宅改修の問題点

福祉用具は不適切であれば、それをを用いないという選択もある。しかし住宅改修は使い続けなければならないため、マイナスがあればその影響は大きい。

住宅改修は「安全性重視」、いわゆるバリアフリーということで、床の段差をなくし、あらゆる場所に手すりをつけ、また階段の昇降機をつけるなどのことが推奨されがちである。

しかし安全という名目のもとに、過剰・不適切に行なわれた住宅改修によって、本人のもつ能力を向上させることなく、むしろ低くとどめていることが少なくない。

住宅改修を考慮する前に、現在の環境で安全で行なえるような活動向上訓練、特に今回効果が明らかであった「伝い歩き」、「つかま

り」、「もたれ」を活用した活動向上訓練が適切になされているかについてのチェックが大事である。

E. 結論

訪問リハビリテーションの最大のメリットは実際の生活の場で、活動向上訓練を行えることである。訪問リハビリテーションでの活動向上訓練の効果を整容行為に関して検討した結果、以下の点が確認された。

- 1) 訪問リハビリテーションもその具体的内容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」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」を重視することが肝要である。
- 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。
- 5) 住宅改修の前に活動向上訓練を行い、適否や具体的内容を決めるべきである。

なおこのような訪問リハビリテーションで行う自宅での活動向上訓練について平成15年介護報酬改定で「活動向上訓練加算」が新設されたことを付言したい。

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：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

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—

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

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 入院リハビリテーション実施後5年以上経過観察中の254名について、介護保険制度導入の影響を訪問リハビリテーションを中心として、家庭訪問を行って調査した。

その結果、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うけていた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）者に比べ著しく「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の原因として、「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。

A. 研究目的

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ことである。すなわちこのような現状のままに、適応や具体的内容が正しく理解されないままに訪問リハビリテーションが行われることで、本来の効果をあげえないだけでなく、逆効果となる危険性さえあると考えられる。

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を明らかにし、訪問リハビリテーションに関するケアマネジメントについて啓発すべき内容を明らかにすることを目的とした。これは同時に、介護保険の基本理念である「自己決定権の尊重」が正しく行なわれるように訪問リハビリテーションを活用するために、利用者本人に啓発すべき内容を明らかにすることでもある。

B. 研究方法

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。

そのうち退院後介護保険制度開始までの期間においては外来リハビリテーションを活動向上訓練中心にうけていた者（活動向上訓練群）は102例、機能訓練中心でうけていた者（機能訓練群）は152例であった。

次の諸点について調査した。

- 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、通所リハビリテーション、住宅改修等)
- 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

理学療法士・作業療法士による家庭訪問(不同意の場合は電話)として行った。

訪問リハビリテーション実施前をコントロールとして、訪問リハビリテーションの位置づけ、その効果について検討した。

対象者は広い範囲に居住しており、同じ介護支援専門員が関与している利用者は5名にすぎなかったため、本研究は特定地域や特定の介護支援専門員の特色が強くなるものではないと考えられ、特にバイアスはないと思われる。

C. 結果

1. 訪問リハビリテーションの利用状況

現在の訪問リハビリテーションの利用状況について、介護保険制度開始前の外来リハビリテーション内容によって活動向上訓練群と機能訓練群に分け、それらを比較した結果を表に示す。

この表には、介護支援専門員からの必要性についての提示、現在の利用状況、拒否者、中止者の状況などが含まれている。

1) 介護支援専門員からの必要性についての提示

介護支援専門員による訪問リハビリテーションの必要性の提示は最下段の「利用なし」以外の3者でうけており、活動向上訓練群では46/102(45.1%)、機能訓練群では41/152(27.0%)と、活動向上訓練群が多かった。

2) 現在の利用状況

現在(2年以上)の訪問リハビリテーション継続者は活動向上訓練群では16/102(15.7%)、機能訓練群34/152(22.4%)と、前項(介護支援専門員からの必要性についての提示)とは逆に機能訓練群が多かった。

3) 拒否者・中止者

提示されても拒否した者は、活動向上訓練群で20/102(19.6%)に対し機能訓練群で4

／152(2.6%)と活動向上訓練群で著明に多かった。

また、一時実施していたが中止した例も10/102(9.8%)対3/152(2.0%)と活動向上訓練群でやや多かった。

4) 通所リハビリテーション利用を含めた介護保険サービスとしてのリハビリテーション利用者

以上に加えて通所リハビリテーションの利用も含めてみると以下のものであった。

(1) 活動向上訓練群

102名中、活動向上訓練指導外来を中止し、通所リハビリテーションを開始した者32名(31.4%)：内、昼間トイレ歩行自立者28名(27.5%)。

同じく訪問リハビリテーションを開始した者16名(15.7%)：内、昼間トイレ歩行自立者11名(10.8%)

表. 介護保険制度開始後の訪問リハビリテーション利用状況
－開始前外来リハビリテーション内容による比較－

外来リハ内容 訪問リハ 利用状況	活動向上訓練群	機能訓練群
利用中	16 (15.7%)	34 (22.4%)
一時利用後中断	10 (9.8%)	3 (2.0%)
すすめられたが 利用せず	20 (19.6%)	4 (2.6%)
利用なし	56 (54.9%)	111 (73.0%)
計	102 (100%)	152 (100%)

(2) 機能訓練群

152 名中通所リハビリテーション開始者 72 名 (47.4%) : 内、昼間トイレ歩行自立者 32 名 (21.1%)、

訪問リハビリテーション開始者 34 名 (22.4%) : 内、昼間トイレ歩行自立者 16 名 (10.5%)

(3) 訪問リハビリテーションの選択理由

訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションのどちらを選択するかは、利用者本人・家族による話では、内容の差よりもむしろ利用できるサービス事業者の有無で決まっているようであった。

この点については客観的に各地域ごとに調べることは必要であるが、多地域にわたるため困難であった。

2. 訪問リハビリテーションの利用・拒否・中断の理由

1) 訪問リハビリテーションをすすめられた際の理由

介護支援専門員からの提示理由は次のようであった。

(1) 体の機能を維持するにはリハビリテーションが必要 : 活動向上訓練群 14 / 16 (87.5%)、機能訓練群 32 / 34 (94.1%)

(2) わざわざ遠方の病院に行かなくともよいから : 活動向上訓練群 12 / 16 (75.0%)、機能訓練群 20 / 34 (58.8%)

2) 訪問リハビリテーションの利用をすすめられたが断った理由

介護支援専門員からすすめられたが断った人は活動向上訓練では前述の通り 20 / 102

(19.6%)、機能訓練群では 4 / 152 (2.6%) であったが、その理由は次のようであった。

(1) 自宅生活で不自由に感じる点はない : 活動向上訓練群 18 / 20 (90.0%)、機能訓練群 0 / 34 (0%)

(2) すすめられた内容が機能訓練 (関節可動域訓練、等) であつたり具体的内容がはっきりしていなかった : 活動向上訓練群 14 / 20 (70.0%)、機能訓練群 2 / 4 (50.0%)

(3) 家にきて欲しくない : 活動向上訓練群 2 / 20 (20.0%)、機能訓練群 4 / 4 (100%)

3) 訪問リハビリテーションを一時利用したが中止した理由

全例 3 ヶ月以内に中止しているが、その理由は以下のようであった。

(1) 機能訓練だったので、それを行っても改善しないと思った : 活動向上訓練群 7 / 10 (70.0%)、機能訓練群 0 / 3 (0%)

(2) 関節可動域訓練は自分でできている : 活動向上訓練群 2 / 10 (10.0%)、機能訓練群 0 / 3 (0%)

(3) 病院でのリハビリテーションの方がちゃんと生活を考えてやってくれる : 活動向上訓練群 4 / 10 (40.0%)、機能訓練群 3 / 3 (100%)

以上から活動向上訓練を主体とした入院リハビリテーションや外来リハビリテーションを行っていた利用者が機能訓練の効果の限界を知っていることが、機能訓練中心の訪問リハビリテーションを拒否したり、中止した大きな理由となっていると推測される。

この点、目標となる具体的な活動向上に向

けての活動向上訓練であれば、受け取り方は大きく異なっていた可能性が考えられる。

3. 訪問リハビリテーションの効果：「活動」レベルの変化

実際に行われた訪問リハビリテーションの効果は以下の通りで、驚くべきことに、訪問リハビリテーションは歩行をはじめとする「活動」を向上させるのではなく、低下させる方向に働いていた。

1) 「活動」の低下

活動の基本となる歩行について、屋外歩行もしくは屋内歩行（「している活動」としてのトイレまでの日中歩行）の自立度が1段階以上低下したものが、活動向上訓練群でのリハビリテーション実施群では 10/16 (62.5%) に対し非実施群 7/86 (8.1%) と、訪問リハビリテーションを受けている利用者の活動低下が、受けていない利用者よりも著しかった。機能訓練群でも実施群での 30/34 (88.2%) に対し、非実施群 15/118 (12.7%) と同様の傾向がみられた。

このようにいずれの群でも訪問リハビリテーションを受けている利用者での活動低下が、受けていない利用者よりも著しかった。

2) 「活動」低下の原因

上記のような低下の理由は、「活動」低下が原因となって訪問リハビリテーションを継続していることの結果なか、逆に継続しているために低下してきたのかを調べるために、経過を詳細に調査した。

その結果、低下が原因で訪問リハビリテーションを開始した例はなく、全ての例で継続するにしたがって徐々に低下してきたものであった。このように低下があるために「訪

問リハビリテーションを継続しないと更に進行してしまうだろう。」と考えて継続しているのが全例であった。

これは実は「廃用症候群の悪循環」が大きな原因と考えられる。その原因としては大きく2種類があり、一つは、風邪、腰痛などの比較的軽微な疾患（「健康状態」）が契機となって悪循環がはじまった場合であり、もう一つは装具や歩行補助具の使用を中止して、起き上がり、歩行パターン改善などの訓練を行うような機能障害中心の指導による活動性低下の場合であった。

具体的には、活動向上訓練群での低下例 10 名中 5 名 (50%) が健康状態の影響、また 8 名 (80%) が行為のやり方に制約（パターンが悪くなる、等の理由で）を加えることによる活動低下であった。また伝い歩きを杖に変更したことによるものが 3 名 (30%) であった。

機能訓練群では健康状態の影響が 30 名中 22 名 (73.3%)、装具・伝い歩きなどの変化 16 名 (53.3%)、また行為のやり方に制約（パターンが悪くなる、等の理由で）をすることによる活動低下が 27 名 (90.0%) であった。

このように低下「活動」の原因は機能障害中心の働きかけであり、むしろ利用者がこれまで利用してきた装具・歩行補助具、また伝い歩きという直接活動レベルへの効果的な働きかけを禁止してしまうというような誤った指導によって訪問リハビリテーションがマイナスに働いていたのである。

3) 訪問リハビリテーションの内容

訪問リハビリテーションとして行なわれている内容は関節可動域訓練、バランス訓練、立ち上がり訓練、筋力増強訓練のような機能