

訓練（要素的訓練）が全例で行われており、また室内での（伝い歩きを禁じての）手放しでの歩行訓練であった。

屋内歩行自立者に関しても屋外歩行の指導や家事の訓練・指導を受けているものは一人もいなかった。

住宅改修（浴室）や福祉用具については介護支援専門員から紹介されており、訪問リハビリテーション担当者がその必要性を判断した場合は1名もなかった。

ここで特に留意すべきことは歩行補助具・装具の指導の誤りである。訪問リハビリテーション開始時は室内を伝い歩きで移動していたが、「伝い歩きは危険だ」ということでT字杖や四点杖での歩行を指導され、そのために歩行の自立度が低下してしまった例が7名みられた。

また屋内用両側支柱付短下肢装具の使用者をプラスチック製シューホン型装具に変更することによって家事能力が低下してしまった例が5名あった。

#### D. 考察

以上の結果からみるように、介護保険のスタートにより、リハビリテーション・サービスの提供範囲は広まったが、少なくとも今回の訪問リハビリテーションについての検討からみる限り、利用者の「活動」に対してはプラスよりもむしろ著しいマイナスが生じてきたといえよう。

その基本には「訪問リハビリテーション」というものに対する根本的な誤解があるように思われる。すなわち訪問リハビリテーションとは、単に病院で行うことと同じ訓練を在宅という場所で行うことではなく、在宅の実

生活で行なわれている「している活動」を直接評価し、働きかけができるところに最大のメリットがあるということである。その利点を十分に生かしていない点に最大の、根本的な問題があると考えられる。

以下、今回の研究で明らかになったような現状の反省に立って、今後の訪問リハビリテーションの正しい発展のために必要なことを考察したい。

#### 1. 利用者によるリハビリテーションについての正しい理解

リハビリテーションの基本技術としての活動向上訓練、特に装具・歩行補助具、伝い歩きのような有効な手段の必要性、活動向上のための有効性、また目標を明確にして進めていくことの必要性を利用者本人が十分に理解して、リハビリテーションを正しく活用していくことが望まれる。

そのためにはリハビリテーション開始時から（できればそれ以前から一般国民への啓発として）、利用者への啓発が必要である。

#### 2. 「廃用症候群の悪循環」についての啓発

一旦活動レベルが低下しはじめると、「リハビリテーションを行っていても悪化しているので、他のやり方のリハビリテーションを行っても改善しないだろう」「年のせい」と思ってしまう傾向があり、「廃用症候群の悪循環」についての正しい理解が望まれる。

#### 3. 「維持リハビリテーション」の問題点

今回の研究では「維持するにはリハビリテーションが必要」と説明されて、訪問リハビリテーションを開始されたことが「活動」

低下の契機となるという、本来のリハビリテーションとは逆行するような例が多かった。

このように「介護保険のリハビリテーションは維持的リハビリテーション」というのは大きな誤りであり、早急にその誤解を介護支援専門員を含む介護保険サービス全般の人々に早急に解いていただく必要がある。

ここで「維持リハビリテーション」、という呼称の問題を整理しておきたい。問題点は2つあって、一つは維持すれば十分であるとするのであり、第二には維持するにはリハビリテーションが必要である（リハビリテーションを行わなければ維持できず、悪化する）との誤解である。これにより漫然と長期的に訓練を実施し、訓練が自己目的となるような「訓練人生」という、本来のリハビリテーションとは全く逆のものをつくり、また財源の面でもマイナスになっている。

この「維持期」という呼称を生んだ背景としては、大きくは次の3つの根本的な問題があると考えられる。

一つはリハビリテーションの対象を機能障害と考え、ある時期以後は改善は不可能で維持しかないとしたことである。しかし機能障害は改善せずとも生活（活動）・人生（参加）はより良くできるのであり、リハビリテーションは常に改善をめざすものである。

第二は従来のリハビリテーションが機能訓練中心であったことである。活動向上訓練によって生活・人生を改善できることへの認識不足である。

第三は、脳卒中や骨折などによる急激な生活機能の低下を中心に考えて、本来高齢者のリハビリテーションの対象として重要な「廃用症候群の悪循環」へのアプローチを十分に

認識していないことである。

## E. 結論

現在の訪問リハビリテーションは利用者の「活動」に対しむしろ著しくマイナス方向に働いているとの深刻な事態が明らかとなった。

その結果、利用者に対して①活動向上訓練の効果、②「活動」を中心としての、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。

また自宅における活動向上訓練技術の開発が緊急課題であり、特に伝い歩きや家事の際の装具活用などの実用歩行訓練の技術の向上が急務である。

なお2003年4月の介護報酬改定で、介護保険のリハビリテーションは維持ではなく向上に向け進めるという方向性が明確になったことを付記しておきたい。

## F. 健康危険情報

特になし

## 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－

分担研究者 中村 茂美 日本作業療法士協会 常務理事

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 部長

**研究要旨** 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、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市で唯一の訪問リハビリテーション実施事業者での訪問リハビリテーションの利用者における要介護度及び「活動」の変化とそれに影響する各種要因の関連性を検討した。

その結果影響する因子としては、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。

### A. 研究目的

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、1市で唯一の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利用者における要介護度及び「活動」の変化と要介護度、以前に受けた入院リハビリテーション・プログラム内容等との関連性を検討した。

### B. 研究方法

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」を中心に検討し、訪問リハビリテーションとして提供された具体的なプログラム内容との関連を全例について分析した。

<対象者>

対象者の原因疾患は脳血管障害 100 名、頭部外傷 1 名、パーキンソン病・症候群 11 名、痴呆 5 名、脊髄損傷 3 名、神経筋疾患 2 名、骨折 17 名、慢性関節リウマチ 7 名、変形性関節症 4 名、その他整形疾患 9 名、内科・呼吸器疾患 15 名、心疾患 7 名、その他 5 名。

また開始時要介護度は、要支援 3 名 (1.6%)、要介護 1 33 名 (17.7%)、要介護 2 38 名 (20.5%)、要介護 3 39 名 (21.0%)、要介護 4 43 名 (23.1%)、要介護 5 30 名 (16.1%) であった。

#### <調査項目>

訪問リハビリテーションの効果をみるために

- 1) ICF (WHO国際生活機能分類) にそって、全ての生活機能 (心身機能、活動、参加) 及び環境因子については ICF の大項目との関連において分析し、その他個人因子、健康状態についても検討し評価した。
- 2) 上記のうち、活動に関しては、その基本となるものとして第 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) 及び第 6 章の家事 (洗濯、調理、掃除) を本研究に用いた。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。
- 3) 自立度は「自立」、「要口頭指導」、「要介護」、「全介助」、「非実施 (実施してはず)」の 5 段階で評価した。

#### <調査方法>

- 1) 訪問リハビリテーション開始時の状況及びその後の経過については、リハビリテーション担当者及び訪問リハビリテ

ーションと同時に関与している訪問看護師の記録を用いた。

- 2) 訪問リハビリテーション終了理由、継続理由及び、その効果については、各利用者毎のリハビリテーション担当者に確認を行った。
- 3) 上記 1)、2) の内容については、利用者本人もしくは家族に訪問もしくは電話にて聴取した。その結果が 1) と 2) と異なる場合は、再度両者に確認した。

#### C. 結果及び考察

2003 年 1 月時点での状態として、訪問リハビリテーション継続者 98 名、終了及び中止者 88 名であり、終了・中止者の中には死亡・入院・入所中、転居等の理由で在宅生活を継続していない者が 27 名であった。

継続者 98 名について継続理由をみると改善が認められているものが 40 名 (40.8%) であった。これのうち自立度は同じでも「要介護」の同一レベル内での改善が認められている場合が 29 名 (29.6%) あった。

以下、直接本人もしくは家族から聴取可能な、リハビリテーション継続者 98 名、終了・中止者 61 名、計 159 名を分析対象とした。

##### 1) 自立度の変化

まず訪問リハビリテーションの効果として、「活動」の 5 項目について、「している活動」としての自立度の変化を、開始時と現在 (2003 年 1 月) の状況とを比較した結果を表 1-1 に、また開始時と最高自立度到達時 (以下、最高時と略) の状況と比較した結果を 1-2 に示した。

現状において、改善者は訪問リハビリテーション終了者では 61 名中 23 名 (37.7%)、継

続者では98名中23名(23.5%)であった。次に最高時では改善者は終了者では29名(47.5%)、継続者では44名(44.9%)と、約半数において自立度の改善が認められた。

一方現在での悪化者をみると継続者では30名(30.6%)であり、これは急激な運動機能障害によるものは11名(低下者中の36.7%)であり、19名(低下者中の63.3%)は徐々に低下している者であった。

## 2) 要介護度の変化

次に要介護度の変化を開始時と現在を比較した結果を表2に示した。

要介護度の向上は6.3%にすぎず、要介護度と前述した活動の変化(28.9%の改善)の間には解離が認められる。これは要介護度は主に機能障害をみるものなので、両者の差が生じるのは当然の結果ともいえよう。

表1-1. 自立度の変化(現時点)

	終了者	継続者	計
改善	23名(37.7%)	23名(23.5%)	46名(28.9%)
変化なし	32名(52.5%)	45名(45.9%)	77名(48.4%)
悪化	6名(9.8%)	30名(30.6%)	36名(22.6%)
計	61名(100%)	98名(100%)	159名(100%)

表1-2. 自立度の変化(最高時)

	終了者	継続者	計
改善	29名(47.5%)	44名(44.9%)	73名(45.9%)
変化なし	32名(52.5%)	54名(55.1%)	86名(54.1%)
計	61名(100%)	98名(100%)	159名(100%)

表2. 要介護度の変化

	終了者	継続者	計
改善	6名(9.8%)	4名(4.1%)	10名(6.3%)
変化なし	45名(73.8%)	80名(81.6%)	125名(78.6%)
悪化	10名(16.4%)	14名(14.3%)	24名(15.1%)
計	61名(100%)	98名(100%)	159名(100%)

### 3) 改善に影響する因子

次に訪問リハビリテーションによる自立度の変化に影響した要素を分析した。

#### (1) 要介護度との関連性

開始時の要介護度との関連をみた結果が表3である。全体で見ると、要介護1：67.7%、要介護2：59.4%、要介護3：60.0%と要介護度の低い群で6～7割に改善がみられた。一方要介護4：23.7%、要介護5：20.0%と要介護度の高い群での改善は2割程度であった。

しばしば訪問リハビリテーションは要介護度の重い、通院・通所できない人に行うものという思い込みがあるが、現実にはこのように要介護度の低い群にこそ効果

が大きいのであり、実生活の場での働きかけによる「活動」の自立度向上という積極的活用をすべきであると考えられる。

#### (2) 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質の影響

訪問リハビリテーションの適応及びその効果的なあり方は、それだけを切り離して考えるのではなく、リハビリテーション・システム全体、個々の患者・利用者についていえばリハビリテーションの流れ全体の中で考える必要がある。そこで訪問リハビリテーションの開始前に、入院リハビリテーションを受けていた対象者83名について、入院中のリハビリテーションの内容との関係の影響をみた。

表3. 自立度の変化（最高時）  
—開始時要介護度別の変化—

	終了者			継続者			計		
	改善	変化なし	計	改善	変化なし	計	改善	変化なし	計
要支援	1名 (33.3%)	2名 (66.7%)	3名 (100%)	0名	0名	0名	1名 (33.3%)	2名 (66.7%)	3名 (100%)
要介護1	6名 (85.7%)	1名 (14.3%)	7名 (100%)	15名 (62.5%)	9名 (37.5%)	24名 (100%)	21名 (67.7%)	10名 (32.3%)	31名 (100%)
要介護2	12名 (85.7%)	2名 (14.3%)	14名 (100%)	7名 (38.9%)	11名 (61.1%)	18名 (100%)	19名 (59.4%)	13名 (40.6%)	32名 (100%)
要介護3	8名 (44.4%)	10名 (55.6%)	18名 (100%)	10名 (83.3%)	2名 (16.7%)	12名 (100%)	18名 (60.0%)	12名 (40.0%)	30名 (100%)
要介護4	2名 (16.7%)	10名 (83.3%)	12名 (100%)	7名 (26.9%)	19名 (73.1%)	26名 (100%)	9名 (23.7%)	29名 (76.3%)	38名 (100%)
要介護5	0名	7名 (100%)	7名 (100%)	5名 (27.8%)	13名 (72.2%)	18名 (100%)	5名 (20.0%)	20名 (80.0%)	25名 (100%)
計	29名 (47.5%)	32名 (52.5%)	61名 (100%)	44名 (44.9%)	54名 (55.1%)	98名 (100%)	73名 (45.9%)	86名 (54.1%)	159名 (100%)

そのため、入院リハビリテーションの差に活動向上訓練中心群（41名）と機能訓練中心群（42名）の2群に分けて比較した結果を表4-1、4-2に示した。

まず全体の中での終了者の比率をみると、活動向上訓練群では全41名中29名（70.7%）で既に終了しており、機能訓練群で42名中6名（14.3%）が終了したにすぎないのとは大きな差があった。この活動向上訓練群での終了者での訪問回数は2～12回（中央値5回）と僅かであった。

なお活動向上訓練群で訪問リハビリテーションを現在も継続している者は6名いるが、全例、自宅復帰後新たな「活動」低下を生じたものであり、自立度も悪化している例であった。逆に修了者では悪化は1名もいなかった。

次に自立度の変化をみると、まず現時点においては改善者は活動向上訓練群では11名（26.8%）、機能訓練群では17名（40.5%）と後者に多かった。悪化者は活動向上訓練群で5名（12.2%）、機能訓練群で5名（11.9%）とほぼ同じであった。

このように機能訓練群での改善率が高かったことは、訪問リハビリテーション以前に受けた入院リハビリテーションにおいて活動向上訓練が不十分であって、訪問リハビリテーションによってはじめて活動向上訓練を含むプログラムを受けたために改善することができた（改善する余地があった）と考えられる。

この点を確認するために、向上した「活動」項目について、入院中に在宅生活を目標として直接的な活動レベルへの働きかけ（活動向上訓練）が実施されたかどうかを検討した。その結果、機能訓練群では、病院内での自立

にむけては働きかけがなされている場合があったが、自宅でのやり方については、指導がないことが多く、たとえあっても退院時に口頭又は文書での指示・指導があっただけであった。

一方活動向上訓練群では全例で入院中に在宅生活を目標とした活動レベルの訓練が行われていた。その点で在宅生活で訪問リハビリテーションにより一層の改善をする余地は少なかったといえることができる。

しかし活動向上訓練群で向上した群について検討すると、退院後に「活動」の実用性が向上し、更により適したやり方を再度指導しなおすことで更に向上したことが主であった。その際、具体的には特に更衣、整容、排泄等でのもたれ場所、及び伝い歩きでの伝いの位置の変更が大きく向上に役立っていた。

他方、活動向上訓練を行っていないため、活動向上の余地があるはずの機能訓練群でも、改善率は最高時でも21名（50.0%）と、半数にとどまっていた。その理由としては、要介護度が4が8名、5が10名と要介護度が重い人が多いことがひとつあったと考えられる。しかしそれだけでなく、たとえ要介護度は軽度でも「リハビリテーションは機能訓練」であるとの思い込みが著しいため「している活動」への働きかけの実行や自己訓練の指導を行ってもほとんど実行されていない場合が14名（33.3%）であった。（要介護度2：2名、要介護度3：8名、要介護度4：4名）

なお機能訓練で最高時でも改善していない21名のうち19名は現在訪問リハビリテーションを継続中であった。このように機能訓練群では「活動」が改善していないにも関わらず訪問リハビリテーションの継続を希望し

ている例が多い背景としては、リハビリテーションが機能訓練であるとの誤解が強い場合が多かった。それを解消することは難しく、特に介護支援専門員もそう思って利用者にも説明している場合が最も多かった。この中には前医でリハビリテーションをうけた際に一生リハビリテーションが必要と説明されていることが原因の場合が8名あった。

以上のように、訪問リハビリテーション実施前の入院リハビリテーションの内容が、機能訓練中心である場合は実生活の場での活動向上訓練による効果が大きく期待されるが、訪問リハビリテーションのみでなく、リハビリテーション自体についての正しい啓発が行われていないための問題点も多いといえる。

表4-1. 自立度の変化（現時点）  
 -訪問リハビリテーション開始以前の入院リハビリテーション・プログラム内容による差-

	終了者		継続者		計	
	活動向上訓練	機能訓練	活動向上訓練	機能訓練	活動向上訓練	機能訓練
改善	7名 (24.1%)	2名 (33.3%)	4名 (33.3%)	15名 (41.7%)	11名 (26.8%)	17名 (40.5%)
変化なし	22名 (75.9%)	2名 (33.3%)	3名 (25.0%)	18名 (50.0%)	25名 (61.0%)	20名 (47.6%)
悪化	0名 (0.0%)	2名 (33.3%)	5名 (41.7%)	3名 (8.3%)	5名 (12.2%)	5名 (11.9%)
計	29名 (100%)	6名 (100%)	12名 (100%)	36名 (100%)	41名 (100%)	42名 (100%)

表4-2. 自立度の変化（最高時）  
 -訪問リハビリテーション開始以前の入院リハビリテーション・プログラムの内容による差-

	終了者		継続者		計	
	活動向上訓練	機能訓練	活動向上訓練	機能訓練	活動向上訓練	機能訓練
改善	8名 (27.6%)	4名 (66.7%)	5名 (41.7%)	17名 (47.2%)	13名 (31.7%)	21名 (50.0%)
変化なし	21名 (72.4%)	2名 (33.3%)	7名 (58.3%)	19名 (52.8%)	28名 (68.3%)	21名 (50.0%)
計	29名 (100%)	6名 (100%)	12名 (100%)	36名 (100%)	41名 (100%)	42名 (100%)

## D. 結論

訪問リハビリテーションの利用者186名における要介護度及び「活動」の変化とそれに影響する要介護度、訪問リハビリテーション開始前に受けた入院リハビリテーションのプログラムの差などとの関連性を検討した。結果、影響する因子としては、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」が残り易く、訪問リハビリテーションの終了が困難となること等が明らかとなった。

## E. 健康危険情報

特になし

## F. 研究発表

### 1. 報道等

・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についての意見調査  
ー理学療法士・作業療法士ー

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 部長

分担研究者 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 常務理事

**研究要旨** 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ために、①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）、及び②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を行ったものである。

その結果、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。

**A. 研究目的**

生活機能向上にむけての訪問リハビリテーションは介護保険制度発足によって、本格的に今まさにスタートしたばかりといえよう。そこで訪問リハビリテーションのあるべき内容を確定し、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ことを究極の目的とする。

その達成のために1)生活機能（ICF）についての知識を持ち、2)訪問リハビリ

テーションだけでなく、急性期治療や神経難病などの高度な疾患管理と同時にリハビリテーションを行った臨床経験をもつ理学療法士・作業療法士から意見聴取することで有益な内容を引き出すことを本研究の目的とした。

**B. 研究方法**

1. 訪問リハビリテーションに関する、我が国の論文調査及びインターネットでの情

## 報検索

1980年以降今年までに発表された、訪問リハビリテーションに関する記載のある学術論文132編を調査し、加えて、加えてインターネットで訪問リハビリテーションに関する情報を検索した。

## 2. PT・OTの訪問リハビリテーションについての意識調査

### 1) 対象

対象は病院・診療所や地方自治体、及びその関連組織で、訪問リハビリテーション（医療保険・介護保険その他、サービスの種類を問わず）の担当となった経験を有する理学療法士（PT）18名・作業療法士（OT）12名。

調査協力者については、1）生活機能（ICF）についての知識をもち、2）リハビリテーション・システム全体の中での訪問リハビリテーションのあり方を明らかにすることが目的であるために、急性期治療や神経難病などの高度な疾患管理と同時にリハビリテーションを行った臨床経験をもつことを条件とした。

また訪問リハビリテーションについては、介護保険制度上だけでなく、医療保険や老人保健事業その他の自治体のサービスとしても経験をもつ人たちとした。

### 2) 方法

調査は、事前に下記の質問内容を伝えた上で実施し、本人のみでなく他の関係者の意見として聞いた内容も含めて調査した。調査は個別的面接法に加えて、一部対象者（N=13）ではグループ討論（計3回）も行なった。調査時間は制限はつけず、意見がでなくなった時点で終了とし、一人につき約52分～310

分となった。また13名は自発的に面接前に書面にての意見も提出し、面接での追加・補足を行った。

### 3) 調査項目

訪問リハビリテーションについて以下の（1）～（5）の項目について、各々①あるべき姿、②現状の問題点・課題、③特に早急に解決すべき点を聴取した。

（1）訪問リハビリテーションの効果をあげるターゲット

生活機能の全ての側面（心身機能；body function & structures、活動；activity、参加；participation）の全ての側面への効果毎に検討

（2）訪問リハビリテーションとして実施している内容とその選択基準。

（3）リハビリテーション・システム全体の中での訪問リハビリテーションの位置づけ

（4）訪問リハビリテーションが最大の効果をあげるための

i) 他のリハビリテーション・システムのあり方

ii) リハビリテーション以外のサービスのあり方

①医療機関

②ケアマネジメント

③介護サービス

（5）訪問リハビリテーションに関する制度（医療保険・介護保険、老人保健事業等）上の訪問リハビリテーションの対象者

## C. 結果

1. 訪問リハビリテーションに関する、我が国の論文調査及びインターネットでの情

## 報検索

- 1) 文献およびインターネット上ともにほとんどで、介護保険もしくは老人保健事業での訪問リハビリテーションのみが論じられていた。
- 2) 訪問リハビリテーションの対象は通院・通所ができない人で、機能障害の維持、介護法指導、補完的手段の発見が目的という論旨がほとんどであった。通所可能でもある人に対する、自宅の実生活の場の有利さを活用しての生活機能向上・活動向上の観点からのより積極的な論述はなかった。
- 3) 訪問リハビリテーションに関するマイナスイメージ及び留意点については、リハビリテーション全般に関する総論的な内容にとどまっており、訪問リハビリテーション特有のものについての記載はほとんどなかった。
- 4) インターネット上では制度面・経済面に関するもの、もしくは個別症例に集中する(計 234 件)傾向があった。
- 5) 訪問リハビリテーションが、リハビリテーション・システム全体が最も効果的に機動するにはどう位置づけられるべきかの論述はなかった。

以上の内容も参考としつつ検討した結果、本来訪問リハビリテーションは、リハビリテーション・システム全体が効果的に機能することに最大の目的があり、それを前提として訪問リハビリテーションのあり方について論じるべきであるとの結論に達した。この点に特に留意しつつ次の調査を行った。

## 2. PT・OTの訪問リハビリテーションについての意識調査

主な結果は以下の通りである。

### 1) 訪問リハビリテーションの効果をあげるターゲット

#### ①あるべき姿

実際の生活の場である、自宅での「している活動」を向上をさせるべきである。

#### ②現状の問題点・課題

- ・対象を機能障害としている。
- ・介護保険のリハビリテーションは維持目的と考え、向上を目的としていない。

#### ③特に早急に解決すべき点

- ・リハビリテーションが機能訓練中心であることは訪問リハビリテーションのみの問題でなく、リハビリテーション全体についての課題として取り組む必要がある。
- ・訪問リハビリテーションの目的が「活動」向上であることを、介護支援専門員、一般の医療機関、本人等に普及啓発する必要性。
- ・PT・OTも訪問リハビリテーションでの実施プログラムとして活動向上訓練を主体とすること。
- ・自宅での活動向上訓練の技術向上(活動向上訓練のやり方についての教育は、卒前・卒後教育ともに極めて不十分)  
(また教科書、論文ともにほとんどない)
- ・関節可動域訓練等は自己訓練として指導すべき。

### 2) 訪問リハビリテーションの内容

#### ①あるべき姿

- ・活動向上訓練。

その際、自宅内だけではなく、屋外歩行の向上にむけた働きかけをすべき。

- ・リハビリテーションについての正しい啓

発を行う。

- ・必要な時期にすぐに対応できる高い機動性が求められる。
- ・必要な期間だけ行うべきで漫然と続けるべきでない。
- ・住宅改修や福祉用具の提供に密接な関係を持つべき。(活動向上訓練を実施したのちに福祉用具や住宅改修を考慮すべき。)

## ②現状の問題点・課題

- ・直接的に「活動」向上に働きかけるのではなく、心身機能のマイナス面(機能障害)への働きかけが中心になりがちである。例：関節可動域や筋力の維持、基本動作としての歩行能力
- ・活動向上訓練も基本的ADL訓練にとどまり、画一的やり方の指導にとどまっている。
- ・住宅改修、福祉用具の提供は、活動向上訓練の一環としてはほとんど行われていない。
- ・福祉用具・住宅改修にPT・OTが関与する時もあるが、ふつう診断・評価が目的であり、活動向上の手段としての位置づけが弱い。
- ・一旦開始したら半永久的に続けるもの(そうでないと悪化する)と思われているし、また利用者にそう思わせるようにしている。

## ③特に早急に解決すべき点

- ・以上の点についての普及啓発が必要。  
在宅での「活動」向上にむけての技術の向上が望まれる。
- ・住宅改修、福祉用具を提供した後に、その使い方を指導していることが多く、本

来その順番は逆である。

## 3) リハビリテーション・システム全体の中での訪問リハビリテーションの位置づけ

### ①あるべき姿

- ・リハビリテーション・システム全体が効果的に機能するための役割を果たすべき。(現在訪問リハビリテーションだけが単独に考えられている。)
- ・在宅生活者の在宅生活での「している活動」向上の最も効果的な手段として位置づけるべき。
- ・しかし、時間的制約もあるため、その厳密な適応決定が望まれる。
- ・入院・入所、また外来・通所でも自宅での活動を向上させる訓練を十分にすべき。そうなれば訪問リハビリテーションでの活動向上訓練は少なくすむ。
- ・不自由なことを手伝う補完的介護や住宅改修等の前に潜在的活動能力を向上させるべき。

### ②現状の問題点・課題

- ・要介護度の重度な人のリハビリテーションの手段として考えられがちである。
- ・他のリハビリテーション・サービスと分断して用いられることが多い。
- ・活動低下時にすぐに訪問リハビリテーションを開始できることは少ない。
- ・訪問リハビリテーションが他の介護保険サービスとパックのごとくして提示されて、特定の事業所のかこいこみに使われている場合もある。
- ・維持目的で十分と考えられていた(但し維持するために一生行うべきとの誤解も強い)。

### ③特に早急に解決すべき点

- ・要介護度が軽度な人の活動向上訓練が有効で重要との認識を介護保険サービスの関係者（特に介護支援専門員）がもつ。

## 4) 訪問リハビリテーションが最大の効果をあげるための

### (1) 他のリハビリテーション・システムのあり方

#### ①あるべき姿

- ・リハビリテーション・サービス開始時から活動向上にむけての働きかけを行う。
- ・医療ともっと連携がとれて十分にリスク管理ができれば対象も拡大し、負荷を与えての対応も可能となり効果もあがる。

#### ②現状の問題点・課題

- ・入院中は心身機能レベルへの働きかけのみで、退院後にはじめて「活動」レベルへの働きかけという考え方が根強い。
- ・活動への働きかけもADL中心であり、画一的なやり方の指導にとどまっている
- ・自宅内での自立（環境限定型自立）のやり方の指導でとどまっている。外出先でのやり方の指導はほとんどない。

#### ③特に早急に解決すべき点

医療保険では、今年、「活動向上訓練加算」が開始され、やっと「活動」向上への視点が始まったので流れが変わる可能性は大きい。これによりリハビリテーション専門職の意識も変わってきている。

（注：介護保険制度上も、今回の改訂に

日常生活活動訓練加算が認められた）

### (2) リハビリテーション以外のサービスのあり方

#### ①あるべき姿：

- ・他職種が、リハビリテーションを活動向上訓練の手段として位置づける認識をもつ。

#### ②現状の問題点・課題

- ・リハビリテーションについての知識が不十分（完全におまかせか、細かなプランが多い、特に介護支援専門員）。

#### ③特に早急に解決すべき点

- ・介護支援専門員等介護保険サービスに関与するすべての人々に一般医療でのリハビリテーションについての正しい知識が必要。

## 5) 訪問リハビリテーションに関する制度(医療保険・介護保険、老人保健事業等)

### ①あるべき姿

訪問リハビリテーションに関してサービス提供者（医療保険か介護保険か、介護保険でも提供者による差）による報酬に差が大きい。

### ②現状の問題点・課題：

- ・訪問看護7でのサービスで介護報酬が最も高い。しかし医療との連携やチームワークとしては他に比べ高度ではない。
- ・同一グループ内に医療保険での訪問リハビリテーション、介護保険での訪問リハビリテーション事業所による訪問リハビリテーション、訪問看護7としての訪問リハビリテーションがある場合、それぞれの特徴と差をきちんと患者・利用者説明されているとは限らない。

### ③特に早急に解決すべき点

訪問リハビリテーションに関する各制度間で整合性をもたせるべき。

#### D. 考察

以上の結果をまとめると、効果的な訪問リハビリテーションを行うためには

- ①機動性が高いこと
- ②医療との連携が十分なこと
- ③他のリハビリテーション・サービスと分断されることなく、患者を中心としてのリハビリテーション・サービス全体の中で位置付けること、

そして

- ①リハビリテーション自体についての正しい理解の促進。特に機能回復訓練だという誤解をとく必要。  
活動向上訓練が訪問リハビリテーションの具体的な内容であるとの認識を利用者本人及び専門職がもつ必要。
- ②基本技術として活動向上訓練の技術の向上。
- ③自己訓練の指導の徹底が求められている。があげられる。

本調査は予想以上に効果的で有益な結果を得た。これまでの文献やインターネット上の意見では全くもしくはほとんど示されていない、むしろ逆方向の問題・課題が明らかになった。これは各調査協力者の個別的な経験事例を聞きながら一般法則を見つけ出すことを繰り返したこと、またグループ討論によって、同一テーマを多彩な方向から検討することで明らかになったことが多いといえよう。

以上の結果に立って、特に今回、以下の 2

点を今後の訪問リハビリテーションの方向性として強調したい。

#### 1) 医療的管理との連携

活動向上訓練など、受動的ではなく能動的な内容のプログラムをおこなう場合、負荷量が増加するために医療的な状況がそれにたえ得るものなのかの確認、そして負荷を与えた状態にあわせた疾患管理が必要である。

これが不十分なためにPT・OTに不安があり、十分な負荷が加えられない場合もある。

- ・末期ガンのような進行性の状態、また神経疾患、神経難病(筋萎縮性側索硬化症、筋ジストロフィー症等々)の場合など、頻回の医学的な管理と情報提供が必要になってくる。
- ・訪問看護師による状態確認ではなく、医師による頻回の確認が望ましい場合が少なくない。
- ・介護保険下の訪問リハビリテーションでは機動性に乏しく、必要時にすぐに訪問リハビリテーションが開始され集中的に行われることも少ない。また適切な医療的管理との関係が医療保険下の訪問リハビリテーションに比べ少ないため、リハビリテーション実施者としては不安がある。

十分な負荷を与えることはリハビリテーションの効果を生むには不可欠である。また医学的な管理が必要な人は今後の訪問リハビリテーションの大きな対象となると考えられる。ただしその場合、医学的な十分な管理なしには不可能なのである。

#### 2) 機動性の高い提供

訪問リハビリテーションを必要な時に集中

的におこない短期間で終了する高い機動性が求められる。

しかしこの形態を取るためには、訪問リハビリテーションの部門に常に一定の人員が配置されている形態だけでなく、病院や老人保健施設等々の職員の必要時だけの派遣が効果的である。

また、特に健康状態が不安定な利用者・患者については、入院また入所中から関与していた理学療法士、作業療法士の連続的な関与が望まれる。

一方医療的な関与の必要性が乏しい場合、またリハビリテーションとして行われている内容が単なる維持である場合は、訪問リハビリテーション前のサービスと分断されて提供されても、少なくとも安全性は確保できる。これまで分断して行われていたのは、このように行われていたことも背景としてあるのではないかと推測される。

しかし最大限の効果のある訪問リハビリテーションをおこなうためには、医療も含めての継続的関与が重要である。

但しこれはあくまで必要時の継続的関与であり、一つの組織の「かこいこみ」にならぬように留意する必要がある。

## E. 結論

以上のように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、そして今後の方向性として必要なときに早急に集中的に短期間行

える機動性の高さ、医療との連携の強いことなどの必要性が確認され、訪問リハビリテーションの方向性が明らかになった。

特に医療面との連携が訪問リハビリテーションの効果を左右すること、より積極的な医療面の関与が必要なことの指摘は本調査としての注目すべき重要な成果であった。

これまでの文献等は介護保険下や老人保険事業での訪問リハビリテーションや、脳卒中などの急生発症後の訪問リハビリテーションが主体であったため、このような疾患管理の面が強調されてこなかったと考えられる。

しかしこれは本年の研究結果である「慢性進行タイプ」のリハビリテーションターゲットを拡大し、また今後の訪問リハビリテーション自体の効果を向上させるには鍵になるアプローチと考えられる。

## 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

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—

分担研究者 青井 禮子 日本医師会 常任理事

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** 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べき内容も多い。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、訪問リハビリテーション、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。

対象は1県の訪問看護ステーション勤務の看護師123名であった。

その結果、「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意識が強く、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。

**A. 研究目的**

リハビリテーションで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・対応が重要となってくる。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」に関する認識を

調査し、今後の啓発・向上の方策に役立てることを目的とした。

**B. 研究方法**

質問紙を用いて、リハビリテーション、廃用症候群に関する調査を行った。

対象は1県の訪問看護ステーション管理者協議会研修会の参加者のうち本研究に賛同した看護師123名。

内介護支援専門員の資格あり 85名

(69.1%) であり、また勤務先の訪問看護ステーションに理学療法士・作業療法士が勤務（含非常勤）しているものは98名（79.7%）であった。

### C. 結果と考察

以下、調査用紙の順番にそって述べる。廃用症候群の理解状況の把握を大きな目的としたが、まず寝たきりの名称を使って調査後、廃用症候群の名称を出した。

#### I. 寝たきりについて

##### 1. 寝たきりの原因について

寝たきりの原因についての設問に対する回答を表1に示す。その結果、最も多いのは「本人の動こうとする意欲がない」が123名中106名（82.6%）で、ついで「神経系・骨関節疾患（脳卒中・骨折など）」の99名（80.5%）であった。

「ADL(日常生活行為：身の回りのことなど)で、できないことが多い場合」が56名（45.5%）、「神経系・骨関節疾患以外の病気」が46名（37.4%）であった。

次に専門的なアプローチの関与についての設問に対し、まずリハビリテーションに関しては「リハビリテーションを行わない」が79名（64.2%）、「リハビリテーションのやり方が悪い」が50名（40.7%）であった。

この他、「介護の量が不十分」が78名（63.4%）、「日常生活が不活発」が78名（63.4%）、「介護のやり方・方法が悪い」が71名（57.7%）、「看護師の寝たきり予防の指導が不十分」が60名（48.8%）、「医師の寝たきり予防の指導が不十分」が59名（48.0%）であった。

表1. 寝たきりの原因について

	訪問看護
本人の動こうとする意欲がない	106名 86.2%
神経系・骨関節疾患(脳卒中・骨折など)	99 80.5%
リハビリテーションを行わない	79 64.2%
介護の量が不十分	78 63.4%
日常生活が不活発	78 63.4%
介護のやり方・方法が悪い	71 57.7%
看護師の寝たきり予防の指導が不十分	60 48.8%
医師の寝たきり予防の指導が不十分	59 48.0%
ADL(日常生活行為：身の回りのことなど)で、できないことが多い場合	56 45.5%
リハビリテーションのやり方が悪い	50 40.7%
神経系・骨関節疾患以外の病気	46 37.4%
その他	4 3.3%
計	786 639.0%

これらの結果からみると、本人に責任があると考えるなど、寝たきりの予防に専門的関与が力を持つことの認識が不十分であったり、現状の不十分さへの危機意識が足りないなどの問題点がみられた。

また原因疾患として「神経系・骨関節疾患(脳卒中・骨折など)」が8割に対し、それ以外4割弱と、本年の研究で明らかになった「慢性進行タイプ」の影響の認識は脳卒中などの「急性発症タイプ」に比べて不十分であった。

##### 2. 寝たきり予防について

寝たきり予防に関する設問に対する回答を

表2に示す。

誤った内容を示す選択肢については、「長期間臥床さえしなければ予防できる」が123名中31名(25.2%)、「高齢者が少しずつ歩けなくなっていくことは仕方ない」が18名(14.6%)であったが、その他(「車椅子を使っていれば予防できる」等)については回答者が少なかった。

表2. 寝たきり予防について

	訪問看護
ADL(身の回りのこと)ができるようになる訓練・指導(ADL訓練)が効果的	101名 82.1%
リハビリテーションを行えば予防できる	54 43.9%
「特に訓練をしなくても、日常生活の中での活動性が十分であること」が理想	48 39.0%
長期間臥床さえしなければ予防できる	31 25.2%
高齢者が少しずつ歩けなくなっていくことは仕方ない	18 14.6%
車椅子を使っていれば予防できる	4 3.3%
高齢者が肺炎や外科手術の後に、寝たきりになるのは仕方ない	3 2.4%
自分の職種(医師の場合は専門)とはあまり関係ない	3 2.4%
杖や装具を使うと、頼ってしまっ て歩けなくなるので、なるべく使 用しない方がよい	3 2.4%
一人で歩行できない場合には、介 護されて歩くことより車椅子を 使う方が効果的	3 2.4%
外来通院中の患者ではあまり関 係ない	1 0.8%
寝たきりの予防はできない	0 0.0%
その他	7 5.7%
返答なし	0 2.4%
計	276 224.4%

しかし、寝たきり予防についての具体的対応は「ADL(身の回りのこと)ができるようになる訓練・指導(ADL訓練)が効果的」が101名(82.1%)にとどまり、更には「リハビリテーションを行えば予防できる」は54名(43.9%)、「『特に訓練をしなくても、日常生活の中での活動性が十分であること』が理想」が48名(39.0%)と少なかった。

### 3. 「つくられた寝たきり」の原因について

「つくられた寝たきり」の原因についての設問に対する回答を表3に示す。

「慢性疾患での入院中につくられる」が123名中93名(75.6%)、「施設入所中につくられる」が74名(60.2%)、「急性発症疾患での入院中につくられる」が61名(49.6%)、と入院・入所中につくられると考えていることが多く、訪問看護師の実際の働きかけの場となる「在宅生活中につくられる」は3名(2.4%)、「外来通院中につくられる」が8名(6.5%)、「そういうことがあるとは思わない」が3名(2.4%)と極めて低かった。

すなわち訪問看護師が、つくられた寝たきりをつくらないことを具体的ターゲットとしていることの認識は乏しいと考えられた。

その背景としては廃用症候群についての理解が不十分なことも推測される。

### 4. 安静の害

安静には害があると思われませんかの設問に対する回答を表4に示す。

「害はある」が123名中109名(88.6%)であったが、一方6名(4.9%)ではあるが「害はない」との返答があったことは問題であろう。

表3. “つくられた”寝たきりの原因

	訪問看護
慢性疾患での入院中につくられる	93名 75.6%
施設入所中につくられる	74 60.2%
急性発症疾患での入院中につくられる	61 49.6%
外来通院中につくられる	8 6.5%
そういうことがあるとは思わない	3 2.4%
在宅生活中につくられる	3 2.4%
その他	81 65.9%
返答なし	4 3.3%
計	323 262.6%

表4. 安静の害

	訪問看護
害はある	109名 88.6%
害はない	6 4.9%
返答なし	8 6.5%
計	123 100%

### 5. 「安静による害」の具内容的容

廃用症候群についての理解の状況を把握するために、「安静による害」の具体的内容について設問の結果を表5に示す。

8割以上が回答していたのは「関節拘縮」が109名（88.6%）、「褥創（床ずれ）」が105名（85.4%）であった。ついで「便秘」が97名（78.9%）、「呼吸機能低下」が93名（75.6%）、「筋萎縮」が91名（74.0%）、「筋持久力低下」が88名（71.5%）、「痴呆」が83名（67.5%）、「起立性低血圧」が80名

（65.0%）、「鬱的傾向」が68名（55.3%）であった。

表5. 「安静による害」（廃用症候群症候）

	訪問看護
関節拘縮	109名 88.6%
褥創（床ずれ）	105 85.4%
便秘	97 78.9%
呼吸機能低下	93 75.6%
筋萎縮	91 74.0%
筋持久力低下	88 71.5%
痴呆	83 67.5%
起立性低血圧	80 65.0%
鬱的傾向	68 55.3%
筋瞬発力低下	61 49.6%
骨萎縮	56 45.5%
1回心拍出量低下	52 42.3%
知的低下	46 37.4%
静脈血栓症	45 36.6%
骨折しやすさ	42 34.1%
尿失禁	33 26.8%
胃潰瘍	14 11.4%
糖尿病	9 7.3%
高血圧	4 3.3%
返答なし	8 6.5%
計	1176 956.1%