

特集 リハビリテーション医学の現状と展望

リハ医療システムと今後 生活期リハ

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

和田 真一 水間 正澄

昭和大学保健医療学部

川手 信行

はじめに

リハビリテーション（以下、リハ）はよく、川の流れにたとえられ、急性期リハから亜急性期リハ、回復期リハを経て在宅生活を中心とした生活期リハへと移行していく。生活期は、障害を持った方々にとって入院の期間よりも、もっと長い期間を過ごす時期であり総合的かつ包括的なリハが必要な時期でもある。障害者をみていくのに、時間軸で分類すると、発病からの経過で「急性期」「回復期」「生活期（維持期）」と進むと言われており、回復期は発症から概ね1～6か月を指し、「生活期（維持期）」はその後である。「維持期」というのは維持するのが目標だと捉えられかねない言葉である。しかし、半年から年単位での改善がみられる例も少なくない。改善していく例を数多くみている医療者の間では、「維持期」の代わりに「生活期」や「展開期」という言葉が使われるようになった。生活期リハは、機能・能力の維持のためのリハと考えられてきたが、障害者に機能・能力は長期間の単位では変化し得る。『障害があるからできない』から、『障害があってもできる』という体験を通し、本人が主体性を再獲得し、『あせらず、あきらめず』、長期的な関わりを持つ事で、障害者ができることを増やす時期でもある。今回は、この生活期リハについて考えてみたい。

生活期リハの考え方

リハという言葉で何を連想するだろうか。筋力増強訓練、立位・歩行訓練、日常生活動作訓練、言語訓練など理学療法士・作業療法士などセラピストが

行う事、牽引・温熱などの物理療法を連想するかもしれないが、それらは、リハの一部でしかない。リハが取り扱うのは、その人の身体機能のみではなく、知的機能、精神機能、活動能力、生活全般、社会的活動、さらには生き甲斐など多岐にわたる。そして、障害者が生活している地域が総体となって在宅障害者に対応していく地域リハが必要である。WHO、日本リハ病院施設協会の地域リハの定義によると、地域リハ（CBR）は、障害者とその家族の生活の質を高め、参加の機会を増すことや障害者の家族、団体と地域社会、適切な政府や民間の保健、教育、職業、社会、その他のサービス、合同での尽力によって、実行されるとしている。すなわち、障害者の住む地域の総体で対処しなければならないリハであると言える。生活期リハでは、さまざまな行為・手段が含まれるので、医師、看護師、セラピストなどの専門職の行うことのみではなく、患者・家族はもちろん、地域社会で行うサービスなどが行う事も必要である。

生活期リハの特徴

1. 病院生活と在宅生活の違い

病院における患者の生活は、患者の主体性が損なわれてしまう傾向にある。病院では、「疾病・外傷を診断し治療する」という病因論的概念が一般化しているため、患者、家族も「治してもらおう」という受身的な思いがあり、そこには従来からいわれる「医療者は治す人」—「患者は治される人」というパターンリズムが存在している。また、病棟内の安全のため、また、つたい歩きが可能な患者でも、病

院・施設では部屋・廊下が広く、トイレまでの往復の距離が長いなどで患者の持久力が不足し、車いすが利用され、自立度が患者の能力以上に制限され、自主的な行動は制限されることも多い。また、病棟では、起床時間、食事の時間、整容の時間、消灯時間など患者生活は病棟の規則に縛られる傾向があり、患者の自立的な活動や主体性が損なわれる環境にある。自分で行うことの範囲が狭くなり、自分で考えることが少なくなり、役割を喪失して、身体機能、認知機能は低下する傾向になる。病院内で行うリハ（機能回復訓練）は、医療者主導の訓練内容、訓練プログラムになることが多く、患者本人からすれば受動的なプログラムである。

一方、この患者が退院をし、在宅生活をするようになると、病院内で受動的に毎日機能回復訓練を受けていた状況から一変し、自らが主体的に活動をしなくてはならない状況に置かれる。何の準備もなく急に退院を強いられた患者では、その状況の急激な変化に戸惑い、場合によっては医療から見放されたように感じる場合も多い。しかし、これは患者が「主体的」に転換するための準備段階と考えた方がよい。発症当初のうちは機能的にも急速に良くなるので、医療者のかかわりの中でリハしていけば良くなるという実感がある。

一般に脳卒中などで麻痺が残存した場合、発症から2～3か月は麻痺自体が急速に回復するが、それ以後は麻痺の改善は非常に緩やかになり、機能的にはプラトー（回復の頭打ち）といわれる。何らかの疾患から生じた廃用症候群は、順調に毎日リハ訓練ができて栄養状態良好としても、2～3か月程度は筋力の向上が比較的急だが、それ以降は非常に緩やかな向上になってくる。生活期は発症から3～6か月程度経っており、当初のような機能回復は望めなくなってきている時期である。たとえ毎日訓練室で訓練したとしても急速な機能の向上を望みにくく、病院式の訓練を続けても同じように良くなっていきにくい。病院でのリハの方法を継続するのではなく、生活期ならではのリハのすすめ方が必要である。私たちの日常生活では、自分の意思・決定で日常を過ごすのが当たり前である。障害者、または高齢者で、一度依存的になった方も、自分で考え、自分の意思・決定で日常を過し、主体性が出てくる様に促していく必要がある。機能回復を図るのは重要

であるが、限界もある。限界がある以上、その生活は「元に戻る」のではなく、障害を抱えながら「新たな生活」を構築していくと考えて模索していくことが重要である。主体性を持って新たな生活の構築ができてくると、機能面でも半年から年単位のゆっくりとした回復がみられる場合もある。

2. 生活期の障害者・高齢者の心理の特徴

退院してからの障害者や高齢者の心理的な変化を捉える事は、生活期リハを導入していくために極めて重要な事である。自宅に退院した障害者や高齢者は、からだが不自由になったことで、長年住み慣れた自宅が別世界のように感じられ、動作のひとつひとつ、生活のすべてに不自由を感じるようになる。障害者にとって「よくなる」は「元通り治る」に近い言葉であり、病気や障害が無かった時を基準にして現在を比較するので、いつまでも「よくなっていない」と思っている。「治るまで訓練してもらおう」などの発言が聞かれ、訓練によって「元に戻る」または「元に近い状態」を求めることになり、医療者に依存する心理になりやすい。「こんな体になってみじめで、人に見られたくない」、「人に迷惑をかけてまで出かけたくない」などの気持ちから、閉じこもる傾向にある。家庭では、家族は「健常者」で、自分だけが「障害者」と思い、孤独感を感じる時もある。場合によっては、うつ状態や認知症に移行する場合もある。総体として「極めて自信がない」状態に陥りやすい時期である。このような心理的な変化も十分に考慮し、把握しながら生活期リハを展開していく必要がある。

生活期リハではどう対応すべきか

生活期リハでは、関わるリハスタッフが、疾患・機能・能力などに加え、生活史、価値観、現在の生活全体を踏まえ、自己決定を尊重し、目標を設定して行っていく必要がある。以下に評価や目標設定の考え方について示す。

1. 機能・障害・心理面の評価

疾患から予測される障害を理解。関節の可動域、筋力、筋の緊張、感覚、姿勢反応など。それらが日常生活の中でどのように影響しているかと結び付けて考え、動作の阻害因子を明確にする。さらにComprehensive geriatric assessment（高齢者総合的機能評価）にあるような、日常生活動作（Barthel Index、

FIM など)、認知機能、心理状態、コミュニケーション能力、社会的環境などを包括的に評価する。特に心理状態は生活全体において強く影響を及ぼすため、その評価は重要である。

2. 障害の程度・予後の評価、伝え方

医療者は様々な程度の障害者を診て判断するため、『軽度』『中等度』『重度』などの表現で障害評価することになる。しかし軽症であっても、障害者は発病当初は自らを客観的に評価することは困難であり、「自分は重症で、大変な思いをしている」と思っていることが多い。このため、気持ちが落ち着き、周りに目が向くようになって客観的に周囲の障害者と比較できるようになるまでは、本人へ『軽症である』と伝えることに注意を要する。「この先どうなるか？」に対しては、少しでも動きがあれば、半年から年単位でのゆっくりとした回復がみられることは少なくとも、「3～6か月単位の変化をみながらその先を考えましょう」などと伝え、トレーニングしながら一緒に考えていく。「良くなる」と伝えることは「元に戻る」と捉えられることが多いので、「変化していく」「変わっていく」などと伝える。

3. さらに広い評価、何を尊重するか

在宅では、Comprehensive geriatric assessment (高齢者総合的機能評価)に加え、本人・家族の今までの生活史、価値観、現在の生活全体、希望を踏まえるべきであるが、これらをすべて知ることは難しい。そのため、本人・家族の意思・決定を尊重することが重要である。本人・家族が自己決定をすることにより、医療者との共同作業になる。

4. 生活期の目標の設定

入院での目標は大きな視点で「退院」を前提として立てるが、退院後は本人、家族ともに「リハ、訓練をしたい」「もっとよくなりたい」など漠然とした目標になっていることが多い。日々の生活を送っていくうちに、「困ること」が具体的に分かってくる。

前述のように、住み慣れた自宅での生活すべてが不自由に思い、不安を感じて、身体的・心理的に緊張を強いられている。周りのことに目を配る余裕もない。このような日々の中で、まずは起床、着替え、洗面、朝食、日中の過ごし方などに始まる、生理的な行動を基軸にした生活リズムを確立していく。生活リズムがある程度定着すれば、周りに目を配る余裕が生まれ自己決定しやすい状況になり、

「あれをしてみたい」という気持ちが出てきやすくなる。在宅では本人、家族、援助者とともに、生活場面と結び付けた具体的で身近な目標を設定する。例えば、「歩けるようになりたい」という希望も一見具体的のように見えて漠然としている。日常生活では「歩く」のは手段である。「歩けるようになって、トイレをしたい、近くの店に行きたい」と、「歩く」手段を使って何をしたいかが明確になると、訓練のモチベーションとともに訓練方法や提案も具体的に立てやすい。「歩行」の改善は生活の中でどのような場面で活用され、介助量はどの程度軽減するのかなどを見据えて、目標設定する。

生活期リハのアプローチの考え方

生活期リハのアプローチを具体的に行っていくにあたっての基本となる考え方を以下に述べる。良くなっていくためのキーワード「主体性」である。先述したように、在宅生活の障害者の心理的特徴から依存的であったり、「意欲がわからない」、「閉じこもり」であったりすることが出発点であり、その状態から「主体性」が出てくるようにアプローチをしていくことで、能力(活動)や生活全体の変化(改善)につながっていく。

1. 主体性の引き出し方

まず、障害者が主体であり、医療者は後方支援であることが重要である。「してもらおう」—「してあげる」の依存関係からの転換が必要で、医療は後方支援という立場をとる。病院での『医療者＝主導的、患者＝受動的』な関係から、在宅では『障害者＝主体的、医療者＝後方支援』へ視点を逆転するアプローチになる。これには3～5年以上かかることがめざらしくない。新しい生活を構築していく中で、患者は些細なことで戸惑いや不安が増大することが多い。医療者が患者の家に訪問して診察、訓練したり、日々のさまざまな問題に助言できたりする体制作りが必要である。障害があっても創意工夫し、多少の援助によりできることがたくさんあることを頻回に伝えていく。障害者、または高齢者で、一度依存的になった場合でも、自分で考え、自分の意思・決定で日常を過ごせるようになると、主体性が出てきて、機能面、精神面、能力、参加などの面で変化が出てくる。

2. 自己決定・自己管理を尊重

本人が自己の症状を理解、分析し、自分の行動を自己決定していけるように、「このような状態でもできることがある、楽しいことがある」という実感が持てるように援助・協力していく事が重要である。自己決定の芽を摘んだり、妨げたり、否定する対応はしない。依存的な状態から自己決定を促していくには、まずは選択枝の中から本人に選んでもらう「選択」が始めやすい。実際に行動してもらいながら、徐々に自ら行動を起こせるように段階を踏むとよい。たとえば、他人が通所を決めたデイサービスへ誰かに送迎してもらい、誰かの決めたスケジュールで、誰かが主体で決めたゲームをこなしても、自分で分析・決定することがないので本人の変化は出て来づらい。デイサービス・デイケアのような環境でも自己管理・自己決定を促すようなアプローチをしかける。来所時にコートや荷物の管理を自らしてもらう、飲み物は数種類並んでいるところからセルフサービスで選択してもらう、プログラムもこちらから指定せずに「何時から」「誰と」「何をするか」を自ら決めてもらう、などの工夫で患者が考えた意思・希望・自己決定を尊重することができる。

3. 「できる・できた」体験をもたせる

障害者、高齢者は自信が無い状態であり、初めの1歩が5歩にも10歩にも感じるの、なかなか進みだせない。なんとか本人が行動しやすい趣味・興味を通じて提案し、行動をサポートして「できる・できた」体験をしてもらう。イベント、サークル、旅行などへの参加で「主体性」が変化してくることもある。自分で行きたいと思った場所、自分でやりたいと思ったことへの参加を提案・サポートして実践していくことで、主体性が強くなり、本人にいろいろな良い変化が出てくる。

4. 「役割を持つ」、「主役になる」機会を通じて「自己存在を再確認」する

「役割を持つ＝責任を持つ」、「主役になる」などの体験を通じて自己存在を再確認できると、少しずつ「自信」を取り戻してくる。すると、主体的な姿勢に変化し、自らの活動を自らの意思で展開できるようになってくる。以上の事を行っても、思うように障害者の主体性が生まれてこない場合、特に、気持ちが萎えている時期は、医療者主体でかわることも必要であると思われる。自己管理の指導などを行っていきながら、主体的な活動に向けて「自己決

定」できるような「間」をおく。精神状態の変化を見逃さずに、根気強く、機を見て何度も様々な活動を提案していく事が重要である。また、医療者は機能的予後などの予測ができており、先が見えている部分もあるため、先を急ぎすぎる傾向にある。本人・家族ははじめての体験がほとんどであり、戸惑いや不安があり、なかなか行動に移せず、試行錯誤に陥ることが多い。そんなとき当事者のペースに合わせた当事者とともに共同作業が必要になる。

5. あせらない、あきらめない

さまざまな活動を提案しても、発病後2～3年は気持ちが萎えていることが多いので、すぐに行動を開始できるケースは少ないことを念頭に置いてかかわっていく。当事者がある程度気持ちの整理がつき、前向きになるには3～5年、場合によっては7～8年以上かかることもある。そして、維持期での患者の変化患者さんの変化を見逃さないことが重要である。在宅生活の障害者は、自信がついてくると「主体的」な姿勢に変化し、機能も変化してくる。

例えば、脳卒中で障害をもった者は、麻痺に加え、当初の不活動による筋力低下も合併していることが多い。自宅での生活リズムが確立して、気持ちがひとまず安定してくると、外への活動にも目を向けやすくなっていく。意思が動き、前向きに「主体的」な行動が増えてくると、不使用による筋力低下の向上がみられることがある。数年の苦しい時期があるものの、心理的に立ち直り、自信を取り戻し、自分の生活を「主体的」に切り開いてくると、機能的にも能力的にも変化（改善）してくる。見逃さずに、次なる提案・行動につなげていくことが重要である。

生活期リハの制度の現状

リハはこの10数年間、回復期リハを中心に整備されてきた。生活期リハにはまだまだ課題が多い。生活期リハでは、介護保険サービスが中心になるが、医療保険のリハも存在する。選択枝として、入所リハ、通院リハ、通所リハ、訪問リハなどがあり、その現状を以下に示す。

1. 介護老人保健施設におけるリハ

入所施設のリハ専門職（PT、OT、ST）数は100床あたり3.25人³⁾。短期集中リハは、入所3か月間、1人1日20分に制限されている。短期集中リハを

実施しているのは入所者のうち 13.2%³⁾。在宅退所者に限っても入所中のリハは 1 週間に 86 分の提供にとどまっている³⁾。回復期リハ病棟では入院中 1 日 152 分のリハが提供されている⁴⁾。退所者のうち在宅退所者が 50%以上の施設は 13%、30～50%の施設は 19%、30%未満の施設が約 70%³⁾。

2. 通所リハ・通所介護

医学的管理、心身・生活機能の維持・向上だけではなく、閉じこもり予防、レスパイトケア（介護負担軽減）なども目的になる。個別リハは、通所リハ・通所介護利用者のそれぞれ約 76%、約 62%に実施され、提供時間は利用者 1 人あたり 1 日それぞれ約 22 分、約 37 分となっている⁵⁾。通所リハ利用していても、4 人に 1 人は個別リハを受けておらず、受けている利用者も 20 分程度の提供にとどまっている現状である。

3. 訪問リハ

医療保険と介護保険の 2 種類のサービスがある。利用者 1 人あたりの平均訪問頻度は 1.4 日/週。訪問あたりの算定回数は 2 回（40 分）が約 94%を占める。リハスタッフの移動時間は 1 件につき約 26 分要していた⁶⁾。個別の訓練時間は週 1～2 回で 1 回 40 分というのが現状である。もともと、機能的な回復も緩やかな時期であり、上記のように限られたリハ訓練時間では、個別訓練のみで効果を上げることは困難と考えられる。

生活期リハの今後

行政により 2025 年を目途に、地域包括ケアシステムが構築されようとしている。小中学校区レベル（人口 1 万人程度の圏域）において日常生活の継続支援に必要な医療・介護サービス提供体制を整え、医療との連携強化、介護サービスの充実強化、予防

の推進、見守り・配食・買い物など多様な生活支援サービスの確保や権利擁護、高齢者住まいの整備などが切れ目なく行われることが必須であるとしている。直接サービスのみならず、連携、チームづくり、地域啓発活動、参加の場の提供など「地域の支え合い」づくりも地域包括ケアには欠かせないと考える。

文 献

- 1) 長谷川 幹. 主体性をひきだすリハビリテーション：教科書をぬりかえた障害の人々. 東京：日本医事新報社；2009.
- 2) 厚生労働省. 「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について. 2002 年 8 月 5 日. (2014 年 10 月 9 日アクセス)
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html>
- 3) 全国老人保健施設協会. 介護老人保健施設における入所・短期入所リハビリテーションがもたらす在宅復帰・在宅生活支援に関する調査研究事業報告書. 東京：全国保健施設協会；2012.
- 4) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会, 国立保健医療科学院施設科学部編. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書. 2012 年版. 東京：回復期リハビリテーション病棟協会；2012.
- 5) 三菱総合研究所. 介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業. 2012 年 3 月. (2014 年 10 月 9 日アクセス)
http://www.mri.co.jp/project_related/roujin-hoken/
- 6) 日本リハビリテーション病院・施設協会. リハビリテーションの提供に係る総合的な調査研究事業（単独訪問リハビリテーション事業所の実現性に関する研究）報告書. 東京：日本リハビリテーション病院・施設協会；2011.