

一高齢者保健福祉におけるリハビリテーション介護の 役割と課題について一

住居 広士 三宅 恵子* 高山 忠雄**
山岡喜美子*** 秋田 裕子****

1. はじめに

リハビリテーション医療の根幹をなすべき作業療法、理学療法についての専門技術者として、作業療法士 (Occupational Therapist: OT) 及び理学療法士 (Physical Therapist: PT) という資格制度が設けられたのが昭和40年である。以来29年間、医療職として、0歳児から高齢者に至る人々の、急性期、回復期、維持期にわたる高齢者、障害者へ働きかけてきた。OT、PTとも平成7年頃までには、需要と供給が均衡すると言われていたが、平成元年度に策定された高齢者保健福祉推進10か年戦略 (ゴールドプラン) により、需要と供給の見直しが求められている。

OT及びPTの需要の増加は、OT・PTに対する社会のニーズの高まりのあらわれで、ゴールドプランによりマンパワー対策が急務とされている中、今回我々はリハビリテーション介護における老人健康福祉施設の実態と課題について検討した。高齢者保健福祉推進十カ年戦略の見直しが、平成6年12月に行われ、ニューゴールドプランの中でマンパワーの養成確保としてOT・PTが1万5000人として初めてリハビリテーション介護に対して具体的な数値目標が提唱された。

1. 老人保健施設 (以下「老健」という。) の概要²⁾

昭和61年、老人保健法改正で制度化し、昭和62年4月より全国7ヶ所でモデル事業として実施された。昭和63年4月より本格実施され、整備状況は厚生省「老人保健福祉マップ」によると平成5年12月末の開設数841施設、71,633床で、今後ゴールドプラン10ヶ年戦略に基づいて28万床が予定されている。対象者として、1) 病院の入院治療を終えて病状の回復・安定期にあたる寝たきり老人等、2) 医療ケアが必要なため、在宅での療養が困難な寝たきり老人等とされている。

サービスの内容として、1) 入所サービス: 家庭復帰のためのリハビリテーション・療養に必要な看護、介護を中心とした医療ケアと日常サービス、2) 在宅サービス: 在宅の寝たきり老人等のための短期入所ケアやデイケアである。

スタッフとしては、入所者100名に対し、医師1人、看護婦8名、介護職員20名、相談指導員1名と、OT又はPT1名を最低基準とする。その中で特にOTがリハビリテーション介護

みわ記念病院*

岡山県立大学保健福祉学部**

岡山県介護福祉研究会***

としての主体的役割が期待されている。

2. OTの実態

平成6年10月1日現在、厚生省に登録されている有資格者数は、7,010人。平成11年（ゴールドプラン最終年次）には、約2.3倍にあたる15,800人の需要が推計されている。

日本作業療法白書（1990）¹⁾によると、OTの就業状況については、勤務施設の種類52種の分布からみると、病院・診療所などの医療系施設に勤務するOTが74.9%と圧倒的に多い。

身体障害者福祉センター、精神病院併設デイ・ケア、肢体不自由児施設、精神薄弱者更生施設など合わせた福祉・教育・保健系施設には15.3%、保健所・行政機関などの「その他の施設」には7.2%、OTの養成・教育機関5.0%、ゴールドプランに関係する老人保健・福祉関連施設、養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・老人福祉センター・老人保健施設・老人保健施設デイケア・有料老人ホームは、最下位の2.6%である。

3. 老健におけるOTの役割³⁾

OTの役割として、身体機能の維持・改善があげられる。脳卒中後遺症・骨関節疾患・心筋障害・骨折・パーキンソン症候群・泌尿器系疾患・糖尿病・慢性肝炎・廃用性症候群等の阻害を持つ老人に対して、身体機能の維持・改善をし、また残存能力を引き出すことにより、動作能力を高める。

次いで、日常生活動作能力（以下ADL）を含む生活機能の改善がある。食事・排泄・入浴・

〈表1 排泄状態の内訳〉
（老健入所者50名、平均年齢81歳、
男性79歳、女性82歳）

バルーンカテーテル	6%
常時おしめ使用	28%
うち、つなぎ併用	14%
夜間おしめ使用	6%
自立（排尿障害あり）	28%
完全自立	32%

（1991年8月）

更衣等のADL改善の中で特に排泄の問題がクローズアップされる。老健入所患者全員（50名）を対象に、排泄状態を調査した結果、表1のごとく完全に自立しているのは約3分の1である。

適切な評価の基にOTが立案した訓練プログラムにそって、専門医をはじめ関連職種ของทีมアプローチにより、排泄の自立に至る老人も少なくない。従来のトイレ動作訓練にとどまらずコンチネンス（排泄がコントロールできている状態）のアドバイスも行う。

福井は、老人の心理的・精神的変化を次のように説明している⁴⁾。老人は一般的に孤独に対する不安、将来に対する危惧、現在の状態への不満、家族その他の对人的不満、疾病、死に対する恐怖など各種のストレスが重なり、心理的重圧となり種々の心理的・精神的変化をもたらす。それらに対し、OTとして、心理的・精神的援助も行い、作業療法の作業活動である手芸・絵画・生け花また季節の行事やレクリエーション等を通じて意欲の向上を図る。社会的交流の拡大、地域ボランティアの導入や、美術展の鑑賞に出かけたりすることにより社会的交流を試みる。

家族への総括的な指導を併せて行う。延べ586人の退所患者を検討すると、内184人（約30%）

が家庭復帰していた。障害老人に対して個別的働きかけにとどまらず、家族に対して老人の生活能力を正しく理解し家庭復帰後も安全で行動的な生活を送ってもらうようアドバイスに努める必要がある。

家庭復帰を目指していながら受け皿の問題が大きく中間施設としての機能を十分に発揮できない点や、老人対象というイメージからマンパワー獲得は困難であり、老人保健福祉関係機関への就職希望は非常に少ないという現状である。しかし、障害老人が人間として尊厳を保ち、自主的に自立して生きることへの援助は、リハビリテーション介護の理念であり、特にOTの役割を発揮できる領域と確信する。

4. リハビリテーション介護の重要性

「在宅への受け皿整備」が十分にはかられなければ、入所施設間あるいは施設内のたらい回し現象がおこる。つまり、在宅で生活する障害老人に対して行われるリハビリテーション介護が重要となる。障害老人を地域で支え合うには、保健・医療・福祉の連携を基にネットワーク作りが必要となる。頼んだら引き受けてくれるネットワーク形成とチームアプローチが重要である⁵⁾。

倉敷地域ケア・ネットワーク「ホ（保）イ（医）ツプ（福）の会」では、保健・医療・福祉などに従事する者の連携を図り、在宅での生活支援を目的に、積極的な会の運営がなされている。今後これら多くの職種・機関・人が関与する上で、個々のケースの問題点は何か、又グローバルな視野からの分析が必要となるであろう。受動的ではなく、アクティブなネットワーク作りとチームアプローチをすることは、重要な職務のひとつである。現在担当しているケースの中にも、ネットワーク作りとチームアプローチがうまく行けば在宅で頑張れる可能性のある老人が何人かいる。その一人で、身体機能面へのアプローチとダイバージョナル（Diversional：気晴らし療法）OTの処方が出た事例を報告する。

事例	Tさん	74歳	女性
	寝たきり度	A-2	
	痴呆性老人の日常生活自立度	Ⅲ	
	長谷川式痴呆スケール	13点	

(表2参照)

自分の居室が分からなくなる等、見当識障害と、うつ状態の軽度痴呆であるが、特に問題行動はない。以前、痴呆専門施設に入所していたという経験から、在宅においてTさんを取りまく人達（家族や隣人）の抱える問題は、想像以上に大きかった。

「頭がぼけさんで、困るからその日あったことを手帳に書いておいて息子夫婦が戻ったら（嫁は職業を持っているため昼間不在）報告するんです。」と元教員らしく威厳を見せる。

〈表 2-1 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（厚生省，1991）〉

生活自立	ランク J	何等かの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何等かの介助を要し、日中もベッドでの生活が主体であるが座位を保つ 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 2. 介助により車椅子に移乗する。
	ランク C	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

〈表 2-2 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準（厚生省1993）〉

I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
	II _a 家庭外で上記 II の状態が見られる。
	II _b 家庭内でも上記 II の状態が見られる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を要す
	III _a 日中を中心として上記 III の状態が見られる。
	III _b 夜間を中心として上記 III の状態が見られる。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

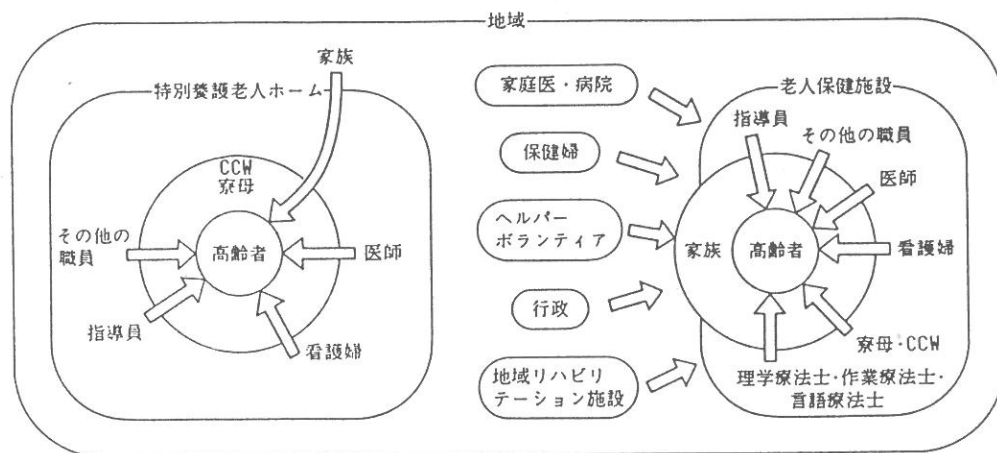
家庭介護を困難にする程の問題行動を有しているが、個性的に老いることができやすい場所は在宅である。Tさんに果たすべきチームアプローチの方法として、1) 家族の介護意識を高める。強制ではなく、家で見取る勇気を引き出すためのコミュニケーション作り。2) 住環境の整備。昼間一人になるので、火災等の予防を含めた危険因子のチェック。3) 定期的な訪問指導により、家族の介護指導、援助の体勢を整える。4) 居住地で受けれる保健婦の訪問指導やデイ・サービス事業等のサービスの情報提供。5) 断念する前に直ちに入院可能な態勢作り。

6) 地域における親しい人的ネットワークをつくる。OT単独のアプローチでは限界があり、かかりつけの医師をはじめPT・看護婦・保健婦・介護福祉士・ソーシャルワーカー・ヘルパー・民生委員・地域住民等のマンパワーが必須条件である。そして、それらのネットワーク作りとチームアプローチが今後の在宅保健福祉のキーポイントである。

5. 老年期障害のリハビリテーション介護を支えるチーム⁶⁾

いわゆるリハビリの専門職と言えば、リハビリテーション専門医、理学療法士(P T)、作業療法士(O T)をはじめ種々あるが、高齢者のリハビリを行う場合、生活の場からよりグローバルに把握しているのは、介護にたずさわる介護福祉士(Certified Care Worker : CCW)である。

特別養護老人ホームでは、高齢者を中心として、寮母やCCWが各スタッフと協力しながら、高齢者ケアを実施するのに対し、老人保健施設では、高齢者と家族を中心として、地域とのネットワーク作りを行いながら、在宅へ向かうためのリハビリテーション介護を行う。そのチームの構成は図1のとおりである。



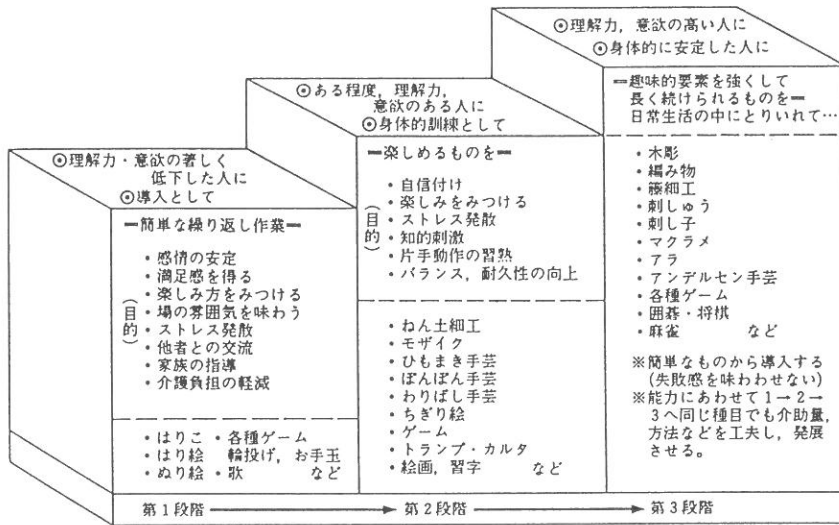
〈図1 高齢者のリハビリテーションを支えるチーム〉

出所：リハビリテーションの理論と実際，上田 敏編152頁を一部改変

6. 老人保健福祉施設で用いられる作業活動

作業は仕事と考えがちだが、作業療法で用いる作業活動は、障害を持った人のニーズにあわせ、生産的、職業的、表現的、創造的、遊び的等多方向にわたる。老人保健福祉施設で用いられる場合は、表現的及び創造的活動、遊び、レクリエーション活動が中心となり、花火・七夕・クリスマス会等各種の季節行事も効果的である。

このような作業活動を媒体として、心身機能面へのアプローチを行っていく。活動(Activity)



〈図2 活動 (Activity) の種目と適応〉

出所：リハビリテーションの理論と実際，上田 敏編151頁

の種目と適応については、図2のごとく三段階に分けられる。

7. 老年期障害におけるリハビリテーション介護の目的

リハビリテーション介護とは、リハビリを必要とする人々への介護からのアプローチという意味であり⁷⁾、これらに関わる介護関係職員は、リハビリテーション介護の目的とチームアプローチの重要性を理解していただきたいと思う。

老年期障害におけるリハビリテーション介護の対象疾患は、脳卒中をはじめ、リウマチ、内科系疾患、パーキンソン病、手足の骨折、痴呆、廃用性症候群等があり、老化のみならず、何らかの障害を持った人を対象とする。これらの対象者に対するリハビリテーション介護の目的をまとめると、

① 身体機能面への援助

体力・耐久力・筋力・関節の動き・心肺機能などの維持・向上を目的として行われる機能訓練を実際の生活の場で応用していく。

② 日常生活動作面への援助

できる動作とできない動作を見極め、できない動作への援助を行いながら、日常生活自立へ向けていく。

③ 心理的・社会的側面への援助

心身機能の低下をはじめ喪失感による不安、焦燥感に対して、心理的安定をはかるような助

言・援助を行う。又、対人交流を促し、集団の中での役割意識を再獲得することで、生活圏の拡大を図る。

④ “生きがい” 作りへの働きかけ

作業療法で用いる作業活動 (Activity) を媒体として、趣味的活動や自己表現により生きがいの再構築を行う。

⑤ 保健・福祉・医療のネットワーク作りとチームアプローチ

リハビリテーション機器・介護機器の習得をはじめ、居住地で受けれるチームメニューをば広く収集し、的確に助言・援助する。

8. 老年期障害に対するリハビリテーション介護の実践

今回調査対象とした岡山県金光町の高齢化率は19.3% (表3参照) と、我が国の高齢化率13.5% ('93総務庁統計局) を大きく上回っていることから分かるように、リハビリテーションを必要とする患者が、一般病院にもかかわらず、高齢化している。

〈表3 金光町における高齢者の状況〉

総人口	12,722人								
65才以上高齢者数	2,452人 (19.3%)								
<table border="0"> <tr> <td colspan="2">高齡化率の推移</td> </tr> <tr> <td>S. 55年</td> <td>13.3%</td> </tr> <tr> <td>S. 60年</td> <td>15.2%</td> </tr> <tr> <td>H. 2年</td> <td>17.2%</td> </tr> </table>		高齡化率の推移		S. 55年	13.3%	S. 60年	15.2%	H. 2年	17.2%
高齡化率の推移									
S. 55年	13.3%								
S. 60年	15.2%								
H. 2年	17.2%								
独居老人数	175人 (7.1%)								
寝たきり老人数 (在宅)	33人 (1.3%)								

保健・医療・福祉の連携が問われている中で、医療の立場から在宅につなげるリハビリテーションの役割と実践について検討するため、OT処方患者 (入院のみ) 59人について実態調査を実施した。調査機関は、平成5年2月から平成6年9月までとした。

入院患者のうち約4割が脳梗塞による片麻痺を呈していた。(表4参照)

そして、入院患者のうち65才以上の高齢者が全体の約8割を占めており、男女比は1:1.3で、平均年齢は、男性75.6才、女性80.6才であった。なお、OT訓練実施期間は平均で男性約104日間、女性80日間であった(表5参照)。

〈表4 OT処方入院患者59名の疾病別分類〉

脳梗塞	25人
パーキンソン症候群	5人
脳出血	4人
肩関節周囲炎	4人
老年期痴呆	4人
頸肩腕症候群	3人
その他 悪性リンパ腫、多発性筋痛症 脊髄小脳変形症、骨折、頸損 RA、廃用性症候群など	

〈表5 OT患者における高齢者の状況〉

65才以上の患者数	49人 (83.0%)
男女比	男性 (M) : 女性 (F) = 1 : 1.3
平均年齢	M : 75.6才 F : 80.6才
訓練実施期間	M : 104日 F : 80日

次に退院時の状況を見ると、介護力の問題で、特別養護老人ホームや老人保健施設への入所のケースが約1割弱であったが、自宅退院が男性約5割、女性約6割と高い割合を占めていた(表6参照)。

〈表6 病院退院時の状況〉

	男性 (M)	女性 (F)
自宅退院	11 (52%)	17 (60%)
特別養護老人ホーム	1 (5%)	5 (18%)
老人保健施設	0	1 (4%)
手術・精査目的での転院、その他	9 (43%)	5 (18%)

自宅退院したケース28名と特別養護老人ホーム・老人保健施設に入所したケース7名を改訂長谷川式簡易知能スケール(以下、「HDS」という。)で調べた結果、自宅退院群では正常及び中度痴呆が約6割を占めるのに対し、入所群では約7割がやや高度及び高度痴呆であった。なお、HDS検査不能かつADL全介助にもかかわらず、住環境の整備・介護方法の指導・福祉サービスのネットワークづくりなどにより自宅退院できたケースが一例あるのに対し、88才という高齢であり、しかも独居のため介護者がいないという理由により、HDS正常かつ院内ADL自立にもかかわらず特別養護老人ホーム入所になったケースが一例あった(表7参照)。

老人の場合、単に身体機能の障害のみならず、人的・物理的・社会資源・心理的要因など多方面にわたる問題を抱えている。そのため、我々は疾患に対する限局したアプローチはもちろんであるが、生活を再構築するための援助として、退院前指導を始めケースの居住地に出向き日常生活用具の給付なども積極的に行い、約半数の患者が自宅への退院を可能にしている。さらにデイ

〈表7 改訂長谷川式簡易知能スケールとの関係〉

	自宅退院群	入所群
正常 (平均24.3点)	17人	1人
境界 (21~20点)	0人	0人
軽度 (~19点)	0人	0人
中度 (18~15点)	2人	1人
やや高度 (14~10点)	5人	2人
高度 (9点~)	3人	2人
検査不能	1人	1人

ケアや訪問リハビリテーション・老人訪問看護ステーションのネットワーク化により、いわゆる「地域ケア」による地域包括システムをとり入れている。このように、在宅に向けての受け皿とともに、リハビリテーション実施期間中のチームアプローチの必要性も強調している。老人の場合、リハビリテーションスタッフによる訓練を生活の場でいかに再現できるかが鍵となる。

そのためには、リハビリテーションを必要とする人々に係る介護専門職に、リハビリテーション本来の目的である「自立」を意識した介護方法論を普及する必要がある。ケースごとにリハビリテーション介護の目的として、①身体機能面への援助②日常生活動作面への援助③心理的・社会的側面への援助④生きがいづくりへの援助⑤保健・福祉・医療のネットワーク作り、明確にしながら、リハビリテーション介護の体系

化を行うことが重要である。⁸⁾

おわりに

障害老人を在宅へつなげるうえでのリハビリテーション介護の役割と実践について述べた。OT処方患者の約8割が65才以上の老人であり、そのうち約5割が自宅へ退院している。リハビリテーション介護の目標指向性を念頭に置きながら、それぞれケースのニーズに適切に対応して行くことが必要である。

【参考文献】

- 1) 園田啓示：「作業療法士の就業状況」, 日本作業療法白書10巻特別号, 日本作業療法士協会, 31-33, 1991.
- 2) 伊藤雅治：「老健施設とゴールドプラン」, 全国老人保健施設協会, 27, 1991.
- 3) 三宅恵子, 住居広士：「老人福祉におけるOTの役割」, 老年問題研究, 14, 60-61, 1993.
- 4) 福井罔彦, 前田真治：「老人リハビリテーション」, 医学書院, 5, 1992.
- 5) 黒田輝政他：「高齢者はチームで」, ミネルヴァ書房, 10-20, 1994.
- 6) 上田 敏：「リハビリテーションの理論と実際」, ミネルヴァ書房, 150-153, 1992.
- 7) 福祉士養成講座編集委員会編集：「リハビリテーション論」, 中央法規, 115-132, 1993.
- 8) 山岡喜美子, 住居広士, 西澤 稔, 仁科優子「介護福祉研究ノート」, 大学教育出版, 1995.

(平成6年11月29日受理)