

事例紹介

事例1：高齢でリハビリテーションの効果が見込めず車椅子生活だといわれたが、リハ医のリハビリテーションで大きな効果があり、歩行が可能となった82歳の男性。

[経過]

脳梗塞による左片麻痺をきたし、その日のうちに救急車で一般病院に入院した。2日間ほど意識が低下していたが、7日目には自分の名前や住所も言えるようになった。8日目には膀胱留置カテーテルがはずされ、その翌々日には尿意も訴えるようになり、排尿はベッド上で尿器を使って介助により可能になった。14日後にはベッドをギャッチアップ(背もたれをあげる)すれば、テーブルの上の食事を自力で右手で箸を使ってできるようになり、車椅子介助移動が開始された。入院して1ヶ月経過後に自宅退院を主治医からすすめられた。家族がもっとよくなるのではないかと聞いたところ、「高齢なためにリハビリテーションの効果は見込めない。自宅内で車椅子を使って移動を介助すればよい。また食事も自力で食べることができ、尿意の訴えもあり、自宅での介助もそれほど困難ではないだろう」とのこと。「介助法については入院中に看護婦から指導を受け、その後も訪問看護で介助についての指導を受けることができるように紹介するので十分であろう」とのことであった。

しかし、家族は左上肢は全く動かないが、左下肢はベッドの上で立て膝ができる位は動くし、もっとよくなるのではないかと考えたので、知人のつてをたどってリハビリテーション専門病院(注参照)を探して入院相談をした。リハ医(注参照)が患者のその時点での状況や経過を詳しく聴取した結果、入院によるリハビリテーションを行うべきと判断され、1週後にそのリハビリテーション専門病院へ転院となった。その後2ヶ月間入院し、その間に3回ほどの外泊訓練を行った。ウォーカーケインと短下肢装具とを使って自宅内の歩行は自立し、身の回りの行為は自立していることが確認されたので自宅退院をした。その後、月1回外来でリハ医の診察を受けて生活の仕方についての指導をうけている。外出(監視・介助歩行による)の範囲は、拡大しつつある。

[まとめ]

①高齢者だからといってリハビリテーションの効果が乏しいということはない。

この患者のように適切なリハビリテーションを行えば高齢でも室内歩行や身辺ADLが自立する患者は少なくない。特にこのように意識障害もなく、尿意もあり、1ヶ月程度でADLが比較的軽度の介助で可能になる位の場合は適切なリハで更に能力が向上する可能性が大きい。

②リハビリテーション前置の重要性

適切な急性期・回復期のリハビリテーションが行われず、本来向上し得る能力を十分に向上させなければ、将来的に寝たきりになってしまう危険が大きく、それによって家族の介助量が大きくなり在宅生活の継続が破綻する可能性が高い。

(注：リハビリテーション専門病院とは、ここではリハビリテーション施設基準が総合リハビリテーション施設もしくは理学療法Ⅱおよび作業療法Ⅱを併設している病院を指す。

リハ医とは、ここではリハビリテーションに精通している医師を意味し、例えば日本リハビリテーション医学会専門医もしくは認定臨床医等を指す。)

事例2：リハビリテーションとは機能回復訓練と考え、手の麻痺をなおすことのみ執着していたが、本来のリハビリテーションの意味を理解し、主婦業として生き生きとした生活に戻った右片麻痺の72歳の女性（右利き）。

〔経過〕

脳梗塞による右片麻痺を発症。救急病院に入院しICU（集中治療棟）管理後に一般病棟に転棟した。入院2ヶ月後にリハビリテーション専門病院に転院となった。

リハビリテーション専門病院へ転院するまでの間、救急病院で「どこまで治るのか」と医師や看護婦に聞くと、「右の手足の麻痺さえ治れば何でもできるようになりますよ。どこまでよくなるのかは本人の努力次第だから、とにかくリハビリテーションを頑張ることですよ。」といわれていた。

リハビリテーション専門病院に転院してきた日に、リハ医にリハについての希望を聞かれ「利き手の右手が麻痺したので、とにかく右手が動くことが一番」と回答した。

リハ医からは「リハビリテーションとは麻痺をなおす機能回復訓練のことではなく、どのような生活を送るのかを考え、それができるように隠れた能力を引き出して生活能力を高めていくもの。」と説明されたが、「とにかく右手と右足さえよくなれば元通りになれるから、そんなことは考えられない」との答えを繰り返すだけであった。

そこでリハ医は本人には入院時「右手の動きの訓練も行うが、左手で身の回りのほとんどのことはできるので両方やってみましょう」と説明し、家族には右手の麻痺は、今後少しは動きが出現してくるがほとんど実用的に用いることはできず、利き手を左手に変える（利き手交換）が必要と説明の上、日常のADLの中で左手を使う機会を増やしていった。

その後早期から調理や掃除などの家事の訓練も開始し、その中で左手の巧緻性を高めるように指導され、それらの行為が円滑に行えるようになるに従い右手の麻痺の回復への固執が徐々に減っていった。そして左手で箸を使って食事ができるなど利き手交換も十分となり、身辺ADLも自立し、屋外歩行も四点杖と短下肢装具（SLB）を用いて自立した。自宅では嫁が勤めに行っている間に食事の用意や掃除もして一家の主婦としての役割も果たしており、主観的な満足度も高い。

なおリハビリテーション専門病院入院時には患側のみでなく健側の拘縮も出現しており、健側の拘縮の改善に1ヶ月以上を要した。

〔まとめ〕

①早期リハビリテーション開始の重要性

リハビリテーションには生命が助かる可能性があれば発症直後からでもただちに開始すべきである。早期リハビリテーションとしては一般医療機関での関節可動域訓練や体位変換、早期座位などが重要である。一般にこの事例のように関節可動域訓練や良肢位保持が行われていないことが多く、そのためリハビリテーション専門病院としては、本来救急病院できちんと対応されていれば防げていたはずの拘縮を治すことに時間をとられることが少なくない。拘縮は一つの例であるが、この他にも急性期にきちんとした対応がなされなかったためにリハビリテーションによる改善のスピードが遅くなるだけでなく、最終的な到達レベルも低くなることが少なくない。この点は若年者に比べ老年者ほど著しい。

このような一般医療機関でも可能なリハビリテーションの技術の普及も重要な課題である。また

早期にリハビリテーションが行える病院への紹介と、その紹介を早期に引き受けることのできる体制の整備も必要である。

②リハビリテーションに関する正しい知識を指導することの重要性

転院前での病院やその他の機関(福祉事務所、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター等)から行われたリハビリテーションについての説明が誤っていたために、本人や家族においてリハビリテーションに関して根本的なところで誤解が残り、リハビリテーション・プログラムがうまく進行しないことが少なくない。

またその誤解のためにリハビリテーションの効果のある人が、リハビリテーション専門病院に紹介されない場合も少なくない。

このようなリハビリテーションに関する正しい知識の普及は、リハビリテーションを必要とする患者に最初に接し、リハビリテーションについて説明する機会の多い一般医療や地域の多数の医療・介護関係職種に必須といえる。

特に本事例と関係の深い点は以下の2つである。

i) リハビリテーションとは機能回復訓練のことではない。

患者や家族は「麻痺さえ治れば」と思いがちであり、不自由さにばかり目が向きやすい。しかし、麻痺が治らなくても種々の健全な能力が残っており、それを活用すれば実際に行える行為は非常に多い。そしてこの活用の仕方を指導するADL訓練がリハビリテーションとしては最も基本的なものである。

ii) リハビリテーションはやってみなければわからないものでない。

予後を診断することは可能であり、不可欠である。さらに、リハビリテーションの内容(プログラム)は個々の患者によって個別に立てるものであり、決して誰にでも共通のものではない。そのためにはまず各人の予後(どこまで能力が発揮できるようになるかについての見通し)に基づいて各患者の将来の具体的な生活像としての具体的な目標をたてることが大事である。その時に患者の主体的な関与(インフォームド・コンセントを更に発展させたインフォームド・コオペレーション)が不可欠であるが、その際に前の病院で、例えば「頑張りさえすれば治る」と説明されていれば、治療者側が提示したある一定の限界をもった予後患者は納得しようとせず、そのために現実的な生活像が描けず、現実的な目標が立てられない結果となる。(参照:事例9)

そして訓練を続けていけば、いつかは治るはずだと考えて、現実的な生活から目をそむけてただ訓練だけ続けていく無意味な「訓練人生」(参照:事例5)を作ってしまうことにさえなる。

iii) 高齢者でも家庭内の役割を担えるようなリハの重視。

高齢者は若い人と比べて、リハビリテーションの目標が自宅に帰り、介助量が少なければ十分だとされる傾向が少なからずある。しかし本事例のように高齢者でも主婦業や仕事、また趣味に関する能力を向上させるアプローチも効果的である。

また、それらの能力をあげることで高齢者のQOLを向上させるとともに活動性向上をはかり、廃用症候群(と寝たきり)の予防にも役立つ。

事例3：イレウス（腸閉塞）で2週間入院してただけで歩けなくなり痴呆症状もでてきたが、入院によるリハビリテーションで再び元の状態にもどった75歳の女性

〔経過〕

変形性膝関節症による膝の痛みのために屋外歩行は自宅周辺のみであった。自宅では幼稚園児の孫のお守りや嫁の留守中の簡単な家事を行っていた。

突然腹痛が出現し救急車で入院したところイレウス（腸閉塞）と診断され手術を受けた。発熱が2週間ほど続き、点滴を受け絶対安静を指示された。解熱しても検査所見が正常化していないとのことで更に安静を指示された。入院3週目には見舞いに行った親戚の名前がわからないなど、ボケ（痴呆）のような症状が出現し始めた。4週目にベッドから起こしてポータブルトイレで排尿させようとしたところ、膝折れして立っていられなかった。入院35日目にイレウスは治ったので退院を指示された。「ぼけたことは年寄りだから仕方がない。もともと膝が悪かったのだから歩けないのも仕方がない。」といわれた。介助のためには嫁は仕事を辞めなければならないので、改善の可能性はないのかを何度も尋ねたところ、主治医の友人のリハ医に診察を頼んでくれた。リハ医が往診してくれ、手術後の絶対安静による廃用症候群が強く、ボケも精神的な廃用症候である可能性が非常に大きく、また立てないのも廃用症候群による筋力低下と診断され、活動性を向上させるようにリハビリテーションをすぐに開始すべきだと言われた。しかしそのリハ医の勤務する病院は遠いので、リハ医が毎週この病院の近くの大学の医局に来る毎に診察して、病院の医師や看護婦に指導してもらうことになった。まずベッドのギャッチアップの1日の中での回数と一回の時間を増やしていった。その後病院内で歩行器を使った歩行訓練を1時間毎に5～10～15分ずつと1回の時間を少しずつ増やしながら行い、日中は臥床せずに椅子に座っている時間を増やしていった。更に自宅では退院後はまず伝い歩きで移動することを想定して伝い歩きの練習をし、立位でのADLの指導を行った。これによりボケの症状も消失し、リハ医の最初の診察の1.5ヶ月後には自宅退院した。退院後入院中の主治医の外来を毎週受診し、リハ医に電話で指示を受けながら散歩時（嫁と腕を組んで、または4点杖を使って）の歩行量を増やしていき、4ヶ月後には入院前と同様の生活が送れるようになった。

それ以降この病院では廃用症候群についての勉強会を開き、必要以上の安静をとらせず廃用症候群を極力予防・改善できるように様々な取り組みをはじめた。

〔まとめ〕

①リハビリテーションの対象として廃用症候群は非常に重要

リハビリテーションの対象は脳卒中や骨折など急に障害が生じた場合と思われやすい。しかし、高齢者の場合には廃用症候群を見落とさずにリハビリテーションの対象とすることが重要である。

②廃用症候群についての知識の普及の重要性

廃用症候群とは現在の我が国におけるねたきりの大きな原因の一つである。一般医療機関でのこれについての認識の不十分さも大きく影響しており、啓発が必要である。

③廃用症候群へのアプローチはリハビリテーション専門病院のみでなく一般病院でも必須。

必要以上の安静をとらないようにし、どうしても必要な安静による廃用症候群に正しく対処することはプライマリ・ケアの一環としても重要。（参照：事例4）

事例4：5年前発症の脳卒中による片麻痺があり、風邪で寝ていたら寝たきりになってしまったが、リハビリテーションでむしろ以前の状態以上に改善した73歳の男性。

[経過]

5年前に脳出血を起こして手術を受けたが左片麻痺が残った。しかし、1週間位訓練室で歩行訓練を行い歩けるようになったので自宅へ退院となり、その後リハビリテーションは受けていなかった。退院後、自宅内は手放して歩き、身の回りのことは入浴以外は自分で行っていた。外出は妻が生きている時は毎日手を組んで散歩していたが、妻の死亡後は同居している息子と週1回位一緒に散歩するだけで、最近はずぐ疲れるようになり自宅内も伝い歩きになっていたところ、風邪をひき近くの開業医の往診をうけながら2週間ベッドに寝ていた。その間はベッド上で尿器を使っていたが、風邪がよくなったのでトイレに行こうとベッドから起き上がったところ、頭がふらつとして倒れこんでしまった。医師に「まだ病気が治っていない」といわれ、そのままベッド上での生活を続けた。風邪で寝込み始めて4週間後には時々尿失禁をするようになった。見舞いにきた娘がこのままでは「寝たきり老人」になると、あわてて5年前の主治医に連絡したところ、その病院にはリハビリテーション科が新設されており、そのリハ医に紹介してくれた。リハ医の往診で風邪で寝ていたこととその前から活動性が徐々に落ちてきたことによる廃用症候群によるもので、リハビリテーションにより回復が可能といわれ、すぐに入院となった。

ベッドから起き上がったときの頭のふらつきは起立性低血圧(廃用症候群の重要な症状の1つ)であるので座位時間を増やすことが最良の治療だとの説明を受け、段階的に座位時間を増やしていった。そしてその後ウォーカーケインと短下肢装具を使っての歩行訓練をすすめ、屋外歩行も自分一人で行えるようになった。またADL訓練を病棟で理学療法士・作業療法士が行い、また入浴行為の訓練を実際にお湯を入れた浴槽で理学療法士・作業療法士が行い、その結果入浴も一人で行えるようになった。そして入院中に外泊を行い一人で屋外歩行や身の回りのADLと最小限の家事が行えることを確認したので退院となった。

退院後、医学的管理は自宅近くのかかりつけ医で行ってもらいながら、2週間に1度、2ヶ月間リハ医の外来を受診して生活指導をうけ、その後は少しでも機能が低下したら連絡をするように指示されて自宅生活を続けている。

[まとめ]

①事例3と同様に廃用症候群の例

起立性低血圧が廃用症候群の症状であることを知らなかったために必要以上の安静をとり、かえって安静と廃用症候群との「悪循環」を作り、「寝たきり化」を起こさせたものである。しかし適切な廃用症候群に対するリハビリテーションを行ったことで寝たきり化を防ぐことができた。

②最初のリハビリテーションが不十分であった場合、数年たった後でも適切なリハビリテーションでむしろ能力が向上することが少なくない。

適切なリハビリテーションを受けてこなかった事例に対し、本例のように適切な杖や装具の処方や一定期間の入院によるリハビリテーションを行えば比較的短期間で顕著にレベルアップをすることができる。これまでに適切なリハビリテーションを受けることがなく、歩行能力やADL能力が低い人にはリハビリテーションの必要性を必ず検討するべきである。その中で、適切なリハビリテーションを試みる価値がある例はかなり多いものである。

事例5：6年間も外来訓練に毎日通い「訓練人生」になってしまっていたが、適切な杖と装具を使いADL訓練を行ったことで「訓練人生」から脱却し郷土史を調べ自費出版した66歳の男性

【経過】

59歳の時に商社在職中に脳出血による左片麻痺を発症。3ヶ月間一般病院に入院後、リハビリテーション専門病院に6ヶ月間入院して屋外歩行は家族と一緒にあればT字杖のみを用いて自宅周辺は何とか可能となり、自宅退院した。排尿は自宅内洋式便器に、またその他の整容等も腰掛けて行っているため自宅内では自立だが、外出先では不自由が多かった。更衣や入浴は手伝ってもらっていた。全体としての歩行量は少なく、自宅周辺より遠くの外出は妻に付き添ってもらい、タクシーを利用することが多かった。

発症によって会社を退職し、自宅退院後は特に何をするともなく日中はテレビをみて過ごしていたが、近くの病院にリハビリテーション部門があることを知り、もっと麻痺をよくしたいと思い、はじめから6ヶ月間は月曜日～金曜日まで毎日通い、その後6年間は隔日に必ず通っている。

その訓練内容はグループ訓練が主であり、週1回関節可動域訓練を理学療法士が行っている。本人はもっとよくするためと考えて通っているが、病院側からは半年に1度位は中止にしようという話が出る。しかし本人が強く続行を希望するため、結局きちんと話し合いもなされぬまま、「機能を維持するため」ということで継続になっていた。

ところが外来に通い出して6年後にこの病院にリハ医が着任して全てのリハビリテーション施行患者の診察を行ったところ、この事例はむしろ訓練を続けること自体が人生の目標となっている「訓練人生」であること、そして実は適切な杖と装具（四点杖と短下肢装具（SLB））を用いれば移動能力は格段に向上し、ADL能力も向上し、より有意義な人生を送れるようになると診断し、本人にも説明した。これに対し本人は、「とにかく麻痺を治すことが大事」であり、「四点杖やSLBを使うとこれまで歩いていたのにまた再び歩けなくなる」と試みてみることをすらかたく拒否し続けた。

しかしこれまで訓練室の中でしか歩けなかった他の患者がウォーカーケインとSLBで一人で病院に通ってこられるようになったのを見て、ようやく四点杖と病院に備え付けの貸し出し用のSLBを試してみようことを納得した。

最初は四点杖とSLBを重たく感じていたが、妻が付き添わなくても遠くまで歩けるようになり、2ヶ月後には屋外歩行も毎日1日1万歩以上行えるようになった。また病院以外にPTと一緒に訓練として同行してバスのステップやエスカレーターの乗り降り、一般電車の乗り降りや電車内での移動方法などを指導して、その後家族と数回繰り返したところ、後は本人一人で安全に利用可能となった。またADL訓練によって自宅内ADLはすべて自立するとともに外出先で不自由さがなくなり外出範囲は格段に広がった。

そして発症前には定年退職後にはまとめようと思って毎週末に調査を行っていたところの、本人が住んでいる地方の郷土史について、再び図書館に行ったり現場を訪ねたりしてその検証を行い、3年後には郷土史についての本を自費出版した。

【まとめ】

①外来通院によるリハビリテーションの重要性

外来通院によるリハビリテーションは維持目的だけではなく、能力を向上させることができる。外来リハビリテーションは簡単な訓練やグループ訓練を主とした機能維持訓練であると一部では思われているが、実際の生活の能力向上にむけたきわめて具体的なADL指導を行うことで本事例のように能力向上をはかることができる。更に、外来リハビリテーションで能力向上をはかることによって、入院リハビリテーションを続けているよりも早期により高いレベルに到達することも可能である。

すなわちリハビリテーションとは入院によるリハビリテーションを基本とするものではなく、家族や地域社会の中で生活しながらの外来通院によるリハビリテーションを、今以上に重視する必要性がある。

②漫然と長期にわたり続ける外来通院によるリハビリテーションの問題点

長期にわたり漫然と続ける外来通院によるリハビリテーションは、時に「訓練人生」を作ってしまうことがある。明確で具体的な目標のない「外来通院によるリハビリテーション」は訓練人生を作り、医療機関への心理的依存を生み出し、より高い人生の目標を見失わせる可能性もある。この点はデイ・ケア(通所リハビリテーション)、機能訓練事業についても同様であり、常に目標を明確にしたリハビリテーションを提供すべきである(参照:事例2-②)。

事例6：歩行も不可能で自宅退院不可能といわれていたが、転院して異なるリハビリテーション・プログラムによって職業（自営業）復帰が可能となった68歳の男性

[経過]

脳出血による右片麻痺が出現した自営業主。家族で室内装飾業を営んでいる。脳出血が発症した3週後にリハビリテーション専門病院に入院してリハビリテーションを行った。そこでは杖を使わず直接手放し歩行を目指す方針のため、ずっと平行棒内歩行のみを続けていた。また作業療法では革細工などの手工芸を指導されるが本人はそのようなことはしたくないと拒否したため問題患者だといわれていた。

入院6ヶ月後にもうこれ以上治らないといわれ、患者宅の地区の訪問看護ステーションを紹介された。退院前に、家族はとてもこの状態では、仕事をしながら自宅で介護するのは不可能と思うと伝えた。訪問看護婦は、杖も使わず、ADL訓練も理学療法・作業療法は行わず、訓練室だけで訓練をしていることに疑問を感じ、他のリハ病院の見学をすすめた。家族が行ってみるとその病院でのやり方がそれまでとは全く違うためその病院へ転院した。

新しい病院では理学療法士・作業療法士が病棟で歩行訓練やADL訓練を行っており、患者も転院5日後にはウォーカーケインと長下肢装具(LLB)を用いて理学療法士が介助して病棟内歩行が可能となった。作業療法では病棟でのADL訓練とこれまでの仕事と関係のある内容についての訓練を主として行っていった。

そして4ヶ月目にはSLBと四点杖で公共交通機関の利用も自立し、ADLも自立して自宅退院した。店主を息子に譲るための指導を主な目標として毎日仕事をしている。

[まとめ]

①リハビリテーション・プログラムの重要性

リハビリテーションの効果は行われるプログラムの内容によって大きく異なるので、プログラムの策定が重要である。

②実生活の中でおこなうリハビリテーションの重要性

リハビリテーションは訓練室の中で行うのではなく、実生活の場で行うことが必要である。入院中においても、訓練室だけでなく病棟等でおこなうリハビリテーションが重要である。

③作業療法の重要性

作業療法とは作業を手段として用いる治療法であるが、手工芸等による手の訓練と誤解されていることもある。作業とは極めて広い概念であり、道具を使って物を作ることに限らず、ADL、職業、趣味、レクリエーション、スポーツ、音楽、心理劇等々まで含まれるものである。

すなわち、ADL自立と職業生活に向けたアプローチにおいて、作業療法は大きな成果を上げることができるのである。

事例7：痴呆と誤られていた失語症が正しく診断され、入院リハビリテーションに続く訪問リハビリテーションによって退院後も能力向上ができた72歳の女性

【経過】

脳梗塞で重度の右片麻痺が出現し、自発的には全く話さなくなり、問いかけても応答はなく、手足を動かすように指示しても従えなかった。ADLを指示しようとしても指示内容が伝わらず、泣き出したり騒ぎ出すことが多く、近医を受診したところ、痴呆だからリハビリテーション専門病院に入院しても訓練効果はないだろうといわれ、近くのデイ・ケア(通所リハビリテーション)を紹介された。

デイ・ケアに通い出したところ、外来の診断では運動性失語症(ブローカ失語)の可能性もあるといわれ、そこで言語療法部門もあるリハ病院を紹介された。そこでの診察の結果、言語療法のみでなく理学療法、作業療法も行う必要がある、また、少なくとも介助付屋外歩行は可能になり自宅でのADLもかなり自立するとされ、入院することになった。

入院後言語療法にて失語症であることを考慮した接し方、対応の仕方を家族にも指導され、患者も急に泣き出すようなことは少なくなった。また長下肢装具を作り、ウォーカーケインを用いて病室での歩行訓練を始めたところ、トイレまでの歩行は2週間後に看護婦の見守りだけで可能となった。

その後自宅退院を前提として、自宅内をLLBとウォーカーケインで動けるように家具の配置を変え、床の段差をなくした。そして毎週末に計4回外泊訓練をして自宅内生活が安全に可能なことを確認しながらADL訓練をすすめていった。

4ヶ月間の入院によるリハビリテーション施行後に退院となり、毎週作業療法士、理学療法士、言語聴覚士が訪問して、自宅内でのウォーカーケインのつき方、伝い歩きの方法、自宅周辺の歩行の方法、またその他のADLのやり方を日中同居している嫁にも指導することを2ヶ月間計8回行い、自宅内でのADLは入浴以外は自立し、散歩も行うようになった。その後2ヶ月に1回外来でADL指導や生活の仕方の指導を受けている。自宅内のADLのやり方はより確実にできるようになり、屋外の歩行スピードは向上してつつある。

【まとめ】

①失語・失行・失認などの高次脳機能障害もリハビリテーションの重要な対象。

リハビリテーションの対象は運動機能のみでなく失語・失行・失認のような高次脳機能障害も重要な対象である。高次脳機能障害を伴う場合のADL指導のみならず介助法指導には、リハビリテーションの専門的な知識が必要となる。

②訪問リハビリテーションの重要性

訪問リハビリテーションでは、リハビリテーション専門職(言語聴覚士、作業療法士、理学療法士等)でなければならない内容で、患者さんの自宅という、実際の生活の場で行うことが外来で行うよりもより効果的な場合に行う。例えばADL訓練や介助法の指導などであり、特に本事例のような失語症や失行・失認のような高次脳機能障害患者の場合に訪問してADL指導を行うことは効果的である。

一方関節可動域訓練のように家族に指導すればその後家族で安全に行える内容は、そのやり方の指導とその後正しいやり方で行われているかの確認を行う。家族が安全にできるようになることでむしろ回数が多く行え効果的である。

事例8：安楽なようにと必死で介助していた嫁が体をこわし施設入所を迫られていたが、ADL訓練と適切な車椅子作製で介助量が軽減し、自宅生活が継続できた69才の女性

【経過】

63才時に脳梗塞による非常に軽い右片麻痺。その後66才と68才時に再発作で左片麻痺を生じ、両側性片麻痺になった。68才時には2ヶ月間の入院中2週間ほど訓練室でマット上での訓練を受けたが3回目の発作なのでこれ以上良くなると説明され、後ろから押しってもらう介助用車椅子を購入し、介助方法の指導を受けて自宅退院した。退院直後はベッドと車椅子間の移乗は軽い介助で可能だったが、徐々に介助量が増えていった。6ヶ月後に、介護疲れにより嫁は体をこわしてしまい、家族会議の結果本人に施設入所をすすめることになった。

そこで在宅介護支援センターに相談したところ、これまでリハビリテーションではADL訓練はなされていないという話を聞いて、一度リハ医の診察を受けるように勧められリハビリテーション専門病院を受診した。その結果、これまで行っていた介助方法は、本人の残された能力を生かす方法ではなく、本人の能力は使われないために低下していつていること等の説明を受け、ADL訓練と適切な介助方法指導を主な目的として入院した。

リハビリテーション専門病院に入院後、ADL訓練を行い、介助方法も本人の能力を極力生かすようなこれまで行っていた介助方法とは異なる方法を指導された。上衣の更衣や食事や整容も自力で可能となり、またベッドから車椅子への移乗等の介助量は非常に軽くなった。また、車椅子を片手片足でこぐ訓練を行い、自分でこぐことができるように車椅子を作りなおした。介助量が大幅に少なくなったため自宅生活継行を決め、自宅退院となった。

自宅内では車椅子で移動し、ゆっくりだがADLは自分で行き、車椅子からトイレ(便座)への移乗などのように介助が必要なときだけ嫁を呼び介助を受けている。これによって自宅生活が維持できている。

【まとめ】

①介助方法の決定は、ADL訓練を行った上で決定すること。

身辺行為などで何か不自由なことがあれば、ただそれを手伝って補うのではなく、本人の能力を十分に生かすADL訓練を行うことが前提となる。本人の能力を生かすことなしに介助していればむしろ徐々に本人の能力を低下させてしまう。ADL訓練を行って潜在能力を引き出した上で、その状態で最低限必要な介助方法を決めることが重要である。

②適切な介助方法の指導もリハビリテーションの重要なアプローチ。

介助方法が不適切であると、むしろ「寝たきり」を作ってしまう。本人の潜在能力を最大限に生かしながら、介助者にとっても介助が容易な介助方法を見つけることが大事で、それにはリハビリテーションの専門的な技術を必要とする。

③最適な福祉用具を確保する(作る)ことの重要性。

車椅子は移動ができない人を乗せて介助で移動させるだけのものではない。自力で足でこいで駆動できる能力のある人にはそれが可能な車椅子を作り、使い方を指導するべきである。

車椅子の場合と同様に、その他の福祉用具の適応を決めるには、本人の能力を如何に生かすかという視点からのリハビリテーションの専門的技術・知識が有用である。

事例9：介護負担を軽減するため制度を活用した75歳の男性

脳卒中と心疾患のため、ほぼ寝たきり状態にある高齢者であり、70歳の妻と2人暮らしであった。老人保健事業の訪問指導により保健婦が訪問したところ、ベッドはなく布団での生活であり、妻は変形性膝関節症による疼痛に耐えながらオムツ交換や食事の介助、清拭などを行っており、本人の仙骨部には褥瘡形成の可能性も認められた。

地域に訪問診療以外のサービスとして訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護がなく、リハビリテーションの専門職もないため、保健婦は福祉用具の利用について隣町のリハビリテーション専門病院のソーシャルワーカーに相談した。

ソーシャルワーカーは同院のリハ医に相談したところ、かかりつけ医の了解の元にリハ医と作業療法士が訪問することになった。その結果、福祉用具等の利用が有効であり、電動ベッド利用による介護負担の軽減、移乗の介助が容易でありかつ褥瘡等の予防に配慮した車椅子の必要性、ポータブルトイレおよびその枠の作成、浴室にはシャワー椅子利用による浴槽に入りやすい平行移動可能な入浴介助装置、浴室への出入りの段差解消の改修、屋内外の出入りは油圧式の昇降機の必要性が確認された。

夫婦の了解の元に、各種福祉用具の購入および住宅改修が実施されたが、制度の活用で経済的な負担も少なかった。

また、これらの機器の利用にあたっては、作業療法士の数回の訪問により助言・指導がなされた。

以上の結果、食事は車椅子にて食堂で行い、入浴も軽介助で可能となり、寝たきりから車椅子座位の生活へと自立度が向上した。さらに、妻の介護負担が軽減したことにより、変形性膝関節症による疼痛も軽減し、しばしば妻が車椅子を押して屋外に出かけるようになった。

[まとめ]

①テクノエイドサービスの重要性。

適切な福祉用具の利用および住宅改修は、介護負担を軽減させるばかりでなく、本人の自宅への閉じこもりを予防し、ひいては寝たきりの防止へとつながる。

②テクノエイドサービスの利用に当たりリハビリテーション専門職の助言が必要。

リハビリテーション専門職による適切な福祉用具の利用や住宅改修についての助言・指導により、自立度の向上を促進し（参照：事例8-③）、不必要な福祉用具の利用や無駄な住宅改修を防止できる。

事例10：どこまで改善するかを明確にしたことにより、家族の人生設計がきちんとでき、息子夫婦宅に同居しての自宅介護生活が可能となった70歳の男性とその妻

[経過]

定年後に子会社の役員として再就職し、妻と二人暮らしをしていたが、脳出血を起こし、救急病院に入院。重度の意識障害が続いていた。1ヶ月後「どの位よくなるのかはわからないが、とにかく転院してリハビリテーションを頑張れ」といわれ、転院をすすめられた。

しかしどの程度の入院が必要で、リハビリテーションを行っても将来どの程度よくなるか、その後どのような介護が必要なのか、そして、どこに転院すればよいのかも判断できないので困ってしまい、会社の嘱託医に相談した。その嘱託医の紹介でリハ医に入院中の病院に来てもらい診察してもらったところ、意識障害が重度である上に1.5ヶ月以上持続していること、また、CTやMRIなどの結果もあわせて、リハビリテーションを行っても改善の可能性は少ないと診断され、むしろ介護体制の整備が必要だとの指導を受けた。

そこでこれまで別居していた息子夫婦宅に患者の妻と一緒に同居することにして、自宅の和室にベッドを置く等環境の整備、必要な機器の指導を受け、また実際にそれを用いての介助方法の指導をうけて自宅退院した。

なお拘縮が生じる危険が大きいので関節可動域訓練のやり方は退院前にリハ医の診察時に家族に指導された。また意識が改善するなど、リハビリテーションを行う必要性について再検討すべき徴候を教えてもらい、それが出現すればリハ医に連絡することになった。

その後かかりつけ医の訪問診療や訪問看護、訪問介護等の在宅サービスをうけ、近くの老人保健施設のショートステイも利用しながら息子宅での生活を続けている。

[まとめ]

①リハビリテーションの適応の重要性

リハビリテーションが十分に行われていないために、十分な機能が発揮できていない人が極めて多いのが我が国の現状である。しかし、全ての人にリハビリテーションを行うべきとするのも正しくない。改善の可能性がない場合、必要以上のリハビリテーションを続けることは家族の生活を犠牲にすることになり、また限りある人的資源・物的資源を無駄にすることになる。

②リハビリテーションの適応決定には専門的な予後診断が重要。

すなわち正確なリハビリテーション的な予後（麻痺などの予後のみでなく生活の仕方についての予後）の診断に基づいて、リハビリテーションの適応を決めることが重要である。なお予後を明らかにすることは本人のみでなく家族にとっても現実的最良の人生設計を行う上で重要である。

（参照：事例2-②-ii）

3) 介護とリハビリテーションは対立するものではない。

リハビリテーションの知識や技術は正しい介護を行う上で不可欠であり、介護サービス計画策定にはリハ医等が積極的に加わるべきである。