

表 4 活動度指示箋

日中活動の場・姿勢

移動・活動方法

		使用 歩行補助具等	自力	監視	介助	禁止	備 考
I ベッド上臥位	1. ベッド上起きあがり						
II ベッド上座位	2. 病(自)室内歩行						
	3. 病棟(自宅)トイレへの歩行						
III 病(自)室内：椅子座位	4. 病棟内歩行(自室内)						
	5. 病院内歩行						
IV デイールーム・リビング等	6. 階段昇降						
	7. 外出・散歩						
V その他(仕事等、自由記載)	8. " 5,000 歩(以上/日)						
	9. " 8,000 歩(以上/日)						

註 1. 活動は従来の安静度とは逆に、積極的にその活動性向上を促すことを目的としている。  
 2. 日中活動の場・姿勢と移動・活動方法の両者を明らかにする。  
 3. 車椅子W/O ストレッチャー使用時について：  
 日中活動の場・姿勢で椅子座位を車椅子でとったり、移動・活動方法で移動を車椅子やストレッチャーで行っているときは、該当する自立・監視・介助の欄にW/CSと記入する  
 4. 活動の上限と下限とを共に記載する

## 2. 活動度の基本的考え方

活動度についての基本的考え方を以下に挙げる。

### 1) 活動性向上を基本

活動度とは活動性向上を基本的な目的にするものであり、安静（活動性の制限・活動上限の指示）を確実にとらせることを基本とする安静度とは、全く逆方向のものである。

### 2) 安静は必要最低限に—安静必要時にも活動下限を同時に指導

活動度では安静度とちがひ、活動下限すなわちおこなうべき活動内容について詳細に指導するのである。

疾患治療上安静が必要な場合も絶対安静が必要な場合は少ない。必要以上の安静を避けることが、廃用症候群の悪循環を予防・改善するために重要である。

安静が必要な場合の活動度の指示・指導は、それ以上の活動は制限するという活動上限として指導する。そしてそれと同時に、それ以下には下げない（その活動を許可するというだけでなくむしろ積極的に行うべきとする）という活動下限も厳密に規定して指示・指導するものである。

### 3) 活動度は活動上限・下限をと共に指導

安静が必要な時に安静度を指示し、活動性を向上させてよい時期になって活動度を指導するというのではなく、両方の時期ともに活動度として指導していくものである。すなわち安静が必要な時期も、活動度を向上させていく時期においても、許可できる活動の質・量は無制限とは限らず、活動度は厳密に活動上限と活動下限の両方を指示・指導する必要がある。

[参考 研究 6 : 廃用症候群の悪循環形成防止に向けた活動度指導の効果]

寝たきり化予防・改善のための廃用症候群の悪循環の予防と良循環への移行の要となる生活全般の活動性向上にむけての具体的な方策である活動度について、その指導による向上効果をみた。

方法・対象：

リハビリテーション病棟に入院し理学療法・作業療法を施行中の脳卒中初回発作後片麻痺患者 64 名 (男 30 名、女 34 名；右片麻痺 36 名、左片麻痺 28 名；平均年齢  $65.8 \pm 8.3$  才)。

リハビリテーション病棟入院中患者の生活活動性の実態を 2 日間調査し、その後、活動度指導を 2 日間行い、その後の 2 日間及び 2 週間後の 2 日間の生活活動性を調査し、生活活動性がどのように変化するかを確認した。

生活の活動性は生活活動性モニター (非拘束的に姿勢及び歩行・車椅子駆動の歩数が 24 時間連続的に測定可能) を用いて測定した。

- 結果：1. 通常的生活活動性は臥位  $14.3 \pm 4.8$  時間、ベッド上座位  $3.5 \pm 1.2$  時間、椅子座位  $5.4 \pm 2.4$  時間、立位  $0.5 \pm 0.4$  時間、歩行  $0.5 \pm 3.2$  時間であった。即ち睡眠時間を 8 時間として計算すると、日中の 16 時間中 6.3 時間 (39.4 %) を臥位で過ごしており、立位・歩行は合せて 1.0 時間 (6.5 %) に過ぎないなど、リハビリテーション病棟に入院していても、訓練以外の生活活動性は極めて不十分であった。
2. 2 日間の活動度指導によって、表 A に示すように臥位、ベット上座位は減少し (それぞれ指導前に比し  $4.0 \pm 0.2$  時間、 $0.9 \pm 0.4$  時間)、逆に椅子座位、立位、歩行は増加した (それぞれ  $4.0 \pm 1.2$  時間、 $0.3 \pm 0.1$  時間、 $0.7 \pm 0.6$  時間)。変化率をみると臥位、座位はそれぞれ指導前に比して 28.0 %、25.6 % の減少、椅子座位、立位はそれぞれ 74.6 %、62.1 % の増加であり、歩行にいたっては実に 143.2 % と著しい増加を示した。なお、睡眠時間 8 時間と仮定した日中 16 時間のうち臥位時間は 6.3 時間 (39.4 %) から 2.3 時間 (14.4 %) に激減している (減少率 62.0 %)。
3. 2 週後は全例においてさらに活動性は向上しており、活動度指導の中期的持続効果が認められた。
4. 活動度指導に要した時間は、患者 1 人あたり 1 日目  $84.2 \pm 21.3$  分、2 日目  $65.1 \pm 16.3$  分 合計  $149.3 \pm 18.6$  分であった。この指導時間に比し、著明な継続可能な生活活動性の向上を獲得できたといえよう。

表 A. 活動度指導による活動性変化

N=64

	指導前	指導後	変化	変化率
臥位	$14.3 \pm 4.8$ 時間	$10.3 \pm 5.2$ 時間	$-4.0 \pm 0.2^{***}$ 時間	$-28.0^{***}$ %
ベット上座位	$3.5 \pm 1.2$	$2.6 \pm 1.8$	$-0.9 \pm 0.4^{***}$	$-25.6^{***}$ %
椅子座位	$5.4 \pm 2.4$	$9.3 \pm 3.2$	$4.0 \pm 1.2^{***}$	$74.6^{***}$ %
立位	$0.5 \pm 0.4$	$0.8 \pm 0.4$	$0.3 \pm 0.1^{***}$	$62.1^{***}$ %
歩行	$0.5 \pm 3.2$	$1.2 \pm 4.2$	$0.7 \pm 0.6^{***}$	$143.2^{***}$ %

\*\*\*P<0.001

まとめ：寝たきり化予防の対応策としての活動度の指導は、特定の設備も要しないため一般医療やケアの現場において用いるにも、また費用の面からも効果的と考えられる。

#### 4) 活動度とはしている ADL についての指示・指導

生活全般の活発化の鍵はしている ADL の質的・量的向上である。活動度の指導とは実は個々の ADL についてのしている ADL の質と量の両方の指導といえる。

質的な面については自立度だけでなく具体的なやり方（姿勢、方法、手順など）まで含めて指示・指導する。その理由は、一つひとつの ADL はそのやり方によって身体的負荷が大きく異なるため、適切な負荷となるようなやり方を指導する必要があるからである。例えば病棟内歩行についても、自立歩行を許可する場合、単に自立歩行という指示だけでなく、その場合に使用する歩行補助具や装具まで明確に指導する。

#### 5) 活動性をより向上させる ADL のやり方を指導

このように個々の ADL についてしている ADL を指導するが、その際活動性向上にむけて最良のやり方で ADL がおこなわれているかどうかの視点から詳しくみる。そして更により良いやり方があれば、そのやり方を指導する。

例えば脳卒中患者で病棟内歩行を介護下で行っている場合に、T 字杖とシューホーン装具を使用しているのであれば、その方法を変更して、T 字杖をウォーカーケインや四脚杖に、またシューホーン装具を両側金属支柱付短下肢装具に変更して実用歩行訓練をすれば、歩行が自立して活動性を向上できるのではないかなどと検討する。

#### 6) 実施時間・程度の指導（1 日の生活としての指導）

生活活動性の向上には 1 日単位でどう過ごすかの指導が必要である。そのため 1 日の生活として個々の ADL を実施する時間帯や回数まで指導する。例えば歩行量増加の場合には、1 回に連続 8,000 歩は不可能でも、1 回 4,000 歩を朝・夕 2 回や、2,000 歩を 3 時間毎に 4 回のような少量（適量）頻回の形をとれば無理なく達成できるのである。

また点滴や放射線療法などの治療をおこなっていても、活動を制限すべき時間帯と一方積極的に向上させることが可能な時間帯もある。このような疾患への治療内容も考慮して活動度を向上させるとともに、逆に活動度向上にむけて治療の実施時間帯や内容を変更することもある。

過用症候や疾患の増悪をおこさずに活動性を向上させるためには、このような時間帯や回数の指導が重要である。

（参照；Ⅱ－5－2）. 1 日・1 週単位・季節単位・年単位の生活を具体的にどう過ごすのかの指導、

Ⅱ－6－9）. 少量頻回訓練）

#### 7) 患者の活動性向上の重要性についての教育を兼ねる

一般に病気であれば安静という考えが根強い。特に高齢者では「年寄りだから無理をして、もっと悪くしないように」と積極的に活動性を向上しようとしにくい傾向がある。

しかし積極的な活動性向上に向けての活動度の指導が一般医療機関での通常の診療時に行われていると、安静のマイナス面としての廃用症候群についての本人・家族の認識が高まるという大きな教育的効果がある。

それによって、平常の生活でも生活活動性向上を心がけ、また病気やけがなどで何らかの安静（活動性制限）が必要になった場合にも本人・家族自身が安静だけでなくどの程度の活動を行うべきか（活動下限）も留意するようになる。

このような教育的意味を念頭において、活動度の指導をすることが重要である。

### 3. 活動度の具体的活用法

活動性向上にむけて活動度を活用する具体的方法を以下に示す。

#### 1) 安静を必要最低限とする

活動上限（安静指示など）を指導する場合には、その理由を明確にし（備考欄に記入）、それがどのように変化すれば活動度をどう変化させようのかも明らかにしておく。

そうすれば、安静の必要性が軽減した場合、タイミングを逃さずに活動度向上にとりかかることができる。そうでないと患者のみならず、現状では治療者側においても研究5で明らかのように活動性向上の重要性の認識が不十分なので、そのまま活動性の制限が継続されてしまう危険が大きい。

また逆に活動制限をより強化すべき場合もその必要性を認識し易い。

#### 2) 安静解除後の積極的活動性向上

活動上限（安静など）の程度を軽減できる時期になれば、それまでの活動性の制約の指示によって廃用症候群は必発であることを前提として、積極的に活動性向上に取りくむことが必要である。

この場合、それまで活動度としての指導内容として生活活動性を厳密に把握しえているので、生じてしまった廃用症候群の程度も判断し易く、その改善に必要な活動度向上の指導も適確におこない易い。

なお廃用症候群を生じた場合には、過用や誤用も生じやすいことも考慮して、廃用と同時に過用を防ぐための上限の設定に留意しながら活動性を向上させていく。

#### 3) 活動性低下の早期発見による寝たきり化の早期予防

入院中のみでなく外来においても定期的に活動度を指導することは、同時に生活活動性のチ

エックを兼ねることになる。この定期指導によって、活動度の指示が守れていない（活動性が低下してきた）ことが判明すれば、その原因を探求するとともに早期に活動度向上を詳細にはかることなどで廃用症候群の悪循環形成の早期予防・改善ができる。

例えば歩行・歩数が低下していれば少量（適量）頻回訓練で歩行量を増加するような細かな指導をする。また専門的リハビリテーションへの紹介の必要性も早期にわかる。

（参照；Ⅶ－４．専門的リハビリテーション施設との連携）

#### 4) ADL 自立にとどまらずに、更に活動性向上をはかる

身辺 ADL が自立していれば、それ以上に積極的な活動性向上への働きかけはなされないことが一般に多い。しかし、身辺 ADL が自立していても廃用症候群の悪循環は必ずしも防げていない。

ここで留意すべきことは、生活全般の活発化とは、QOL の高い生活を送っていれば自然と活発な生活になっていることが理想ということである。廃用症候群の予防・改善を目的とした訓練的な行動を特別にとることの適応は、そのマイナス面も含めて十分に考慮しなければならない。

買物・趣味の会・交友などのための外出、スポーツ、舞踊など、QOL を向上させるような対応をすることが、生活活動性の向上にも直結することは多い。そのような生活内容の充実によってより活動性向上ができるように詳細に活動度を指導する。特に要支援状態を予防するためにはこれが重要である。そして必要に応じて QOL を向上させるために必要な活動能力を向上させるための ADL 訓練を行う。

（参照；Ⅱ－６－６）．社会活動範囲拡大のための“活動”のレパートリー拡大）

#### 5) 積極的な健康増進

寝たきり化の予防だけでなく、前項で述べたようにより積極的に活動的な生活を送り、健康・体力を一層増進させるための基盤づくりとなるように活動度を指導する。

高齢者や障害のある人では何らかの疾病を合併していることが多い。これまでも述べてきたように病気なら安静との考えは根強いために、自然と活動性の制限をしていることが少なくない。疾患管理のための受診時に、活動度として活動性上限・下限を明示して積極的な活動増進を促すことは、積極的な健康増進の基礎といえよう。

## V. 外来リハビリテーション

寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善の達成についてリハビリテーション・システムの面からみると、外来リハビリテーションの果たすべき役割は非常に大きい。また一生にわたる更なる QOL 向上のためにも、外来リハビリテーションは要となる。

但しこのような目的の達成のための外来リハビリテーションとは、単なる機能・能力維持訓練やグループ訓練ではなく、個々の事例に応じた個別的・個性的な指導であり、その実施回数は極めて少なくても十分な効果をあげることができるものである。

このような外来リハビリテーションが十分に機能することは、一人ひとりのリハビリテーション効果を最大限に実現するという面とともに、リハビリテーション資源や介護保険関連の資源を有効活用するという社会的な面においても有意義である。

表5に外来リハビリテーションの特徴を示した。

**表5 外来リハビリテーションの特徴**

1. リハビリテーション医療の基本は外来リハビリテーション、すなわち地域で生活しつつ必要なりハビリテーションが受けられること。
  - ・ 入院リハビリテーションは、入院でなければできないプログラムを実施する場合に限る
  - ・ 障害のある人の一生にわたり継続的な専門的なリハビリテーションが受けられる（頻度は集中訓練の時期以外は年1-3回程度）
  - ・ 病院への過度の心理的依存からの脱却、障害の受容の促進にも役立つ
2. 目的は地域で生活しながら、新しい人生を建設して QOL の一層の向上を図ること（機能の維持が目的といった消極的なものではない）
  - ・ ADL 向上、社会生活範囲の拡大を図ること
  - ・ 廃用症候群の悪循環形成の予防・改善（障害のある人・疾患をもつ人・高齢者は悪循環に陥り易いことを念頭におく）
  - ・ 「訓練人生」をつくらぬよう細心の注意が必要：漫然たる維持訓練・グループ訓練中心の頻回通院訓練はマイナス
3. 個別的指導が主：生活内容指導・活動能力向上訓練・自己訓練指導を中心
  - ・ 必要に応じ集中訓練(短期入院・入所を含む)を組み合わせる
4. 一般医療機関との連携を重視
  - ・ 一般医療機関受診時の活動度指導
  - ・ 集中的外来リハビリテーション必要時の早期紹介

〈註〉 ADL：身辺 ADL だけでなく「ICF：国際生活機能分類」の「活動」全般を含む

## 1. 外来リハビリテーションの意義

従来リハビリテーションは入院が基本であり、外来リハビリテーションは入院中に向上させた機能・能力を維持することだけが目的だと考えられがちなきらいがあった。また介護保険がスタートし、入院リハビリテーションが終了すればその後は介護保険下のリハビリテーション関連資源の提供が主であると考えられる傾向が一部ではみられはじめてきた。しかしこれらは大きな誤解である。

ノーマライゼーションを追求するリハビリテーションの立場からは、障害のある人が地域で生活しながら専門的な技術に立った最良のリハビリテーションを受け続けられることが望ましく、そのためには外来リハビリテーションの果たすべき役割は従来考えられている以上に大きい。

表6に目的による外来リハビリテーションの分類をあげた。

### 1) 外来リハビリテーションの利点

ここで重要なことは、入院リハビリテーションは、たとえ正しく行われたとしても、QOL向上や廃用症候群の悪循環の予防・改善の点で、依然として様々な限界があることである。たとえば入院中の生活の場（病棟・病院内）の物的環境と、自宅を含めた地域社会とのギャップは大きく、そのためにADL訓練が環境限定型ADLの訓練にとどまってしまう危険性が大きいなどである。

逆に、正しく行われた外来リハビリテーションにおいてこそ可能な、ADL向上やそれによるQOLの向上の面は非常に多い。

したがって入院リハビリテーションとは入院でなければ行えないプログラムのために限られるべきものである。

表6 目的による外来リハビリテーションの分類

- 1) 発症後の集中的なりハビリテーション  
……多くは入院リハビリテーションに継続して（退院直後の時期に）行う
- 2) 社会生活範囲拡大、ADL等の能力向上
- 3) ADL低下の予防と早期対応・早期回復  
……居住環境の変化、疾患増悪、合併疾患発症時、等
- 4) 定期チェック（含：補装具・補助具チェック）  
—以上全てが寝たきり化および要介護状態・要支援状の予防・改善となる

〈註〉ADL：身辺ADLだけでなく「ICF：国際生活機能分類」の「活動」全般を含む

## 2) 障害のある人への一生にわたる専門的対応の必要性

高齢者や障害のある人・疾患をもつ人などは、心身機能低下や身辺 ADL を含めた活動（以下 ADL：10 頁参照）能力低下を生じ易く、そのような人達が、廃用症候群の悪循環に陥ることのないように働きかけることが必要である。また障害が重度なためそれが避けられない人達に対しても極力その進行を遅くするように、一生にわたって働きかけることが必要である。

また患者の一生にわたってみると、生活環境の変化や新たな興味の出現などによって、新たに必要となってくる活動能力は非常に多い。その ADL 能力の向上は患者・家族の工夫で十分なのではなく、ADL 訓練として専門的対応を続けていく。このような対応によって一生にわたる QOL 向上をはかっていく。

## 2. 外来リハビリテーションは ADL 指導と自己訓練指導が中心

QOL をできるだけ高め、寝たきり化や要介護状態・要支援状態を予防・改善する外来リハビリテーションは、維持訓練やグループ訓練ではない。

このような目的の指導は当然個々の事例に応じた個別的・個性的なものであり、グループ訓練で行えるようなものではなく、当然個別指導となる。具体的内容は身辺 ADL にとどまらず更なる QOL 向上をめざす活動レベルの質的・量的向上のための指導と、心身機能レベルも含めての自己訓練指導であり、それらを通じて社会生活範囲を拡大し QOL を向上させるものである。

このような外来リハビリテーションの具体的内容に関してこれまで行ってきた研究の結果（例：研究 7）にもとづいて、外来リハビリテーションのあるべき姿を、逆に陥らないように注意すべき点と対比して表 7 に示した。

研究 7 でも明らかなように、このような外来リハビリテーション・プログラム（研究 7 の ADL 指導中心外来リハビリテーション群）は、通院頻度は極めて少ない（退院直後 1 年間という一層の ADL 能力向上をめざす場合でも平均 8.2 回、退院後 1～5 年後の 4 年間では年平均 2.2 回）にも関わらず、ADL 維持、すなわち寝たきり化や要介護状態・要支援状態の予防の長期的効果は顕著である。一旦 ADL が低下しても、ほとんどで改善し、元の状態に復帰している。

一方、機能訓練やグループ訓練（これは機能訓練が主体）中心の外来リハビリテーションの場合は、頻回に通院しているにも関わらず、徐々に ADL が低下してしまっている患者が著しく多い。頻回通院にも関わらず効果が乏しいことはリハビリテーション資源の有効活用の面からも大きな問題である。

なお、頻回に通院して行っている機能訓練の内容は、自己訓練の指導で十分な内容も多い（実



際、ADL 指導中心群では自己訓練で毎日自宅で行っている内容を、機能訓練中心群では通院時のみにしか行っていない場合が多い)。たとえば拘縮予防については自己訓練をきちんと指導されて実生活で頻回に実行している方が、退院時のみに行われている場合よりも効果は高い。すなわち機能レベルにおける維持についてさえ機能訓練中心の外来リハビリテーションよりも効果的なことが多いことも明らかになっている。

(参照；Ⅱ-6-10)． 自己訓練)

### 3. 訓練人生をつくらない

集団的な機能訓練（いわゆるリハビリ体操）あるいはレクリエーションのような、個別的・個性的な目標に立った個別的なプログラムをもたない画一的なプログラムの外来リハビリテーションを頻回に長期間継続していると、それ以外に人生の目的をもつことができず、自分の人生を現実的に前向きに考えることのない訓練人生に陥りがちである。逆に「あんなものはただのお遊びで、何の役にも立たない」と考えてリハビリテーションそのものに失望して家にとじこもって、寝たきり化への道を歩む例もある。

また患者も家族も“訓練を続けていればいつかは元通りの体になおるのではないか”と非現実的なことを考えていることも多い。むしろ訓練を続けているということ自体がこのような考えをもたせているといえる。

これらはいずれも QOL 低下につながるものであり、本来のリハビリテーションの理念（全人間的復権）に逆行するものといわなければならない。

また頻回に通院している患者では通院以外のことを行う余力がなくなり社会生活範囲が狭くなりがちである。これは廃用症候群の悪循環からの脱却にもマイナスの要因となるとともに、また地域社会のなかで人間らしく生きるという外来リハビリテーションの最大の目的を生かせず、地域リハビリテーションの理念にも反することになってしまう（これは退院直後におこなう集中的リハビリテーションの場合においてすら心しなければならないことである）。このように通院頻度には十分に留意し、必要最低限とすべきで、これはリハビリテーション資源の有効活用の面からも重要である。

なお訓練人生を生む契機としては、リハビリテーションについての誤った説明や指導が一般医療機関や介護支援専門員を含めた介護・福祉関係者などから本人や家族へなされたことが大きく影響していることもあり、専門職も含めてリハビリテーションについての正しい理解と指導が望まれる。

(参照；Ⅶ. 廃用症候群の悪循環形成の予防における一般医療機関の役割)

[参考 研究7：外来リハビリテーション・プログラムの差によるリハビリテーション効果の差]

—長期効果—

外来リハビリテーションについてのプログラムによる効果の差について、退院5年以上の長期経過を検討した。(なお、「平成11年度 地域リハビリテーション懇談会報告書」の研究3：24頁で、同様の外来リハビリテーション・プログラムによる効果の差を退院1週後と1年後の変化について202組の matched pair 法で検討し、ADL 指導を中心とした外来リハビリテーションの有効性を証明している。)

対象と方法：

1. 脳卒中片麻痺患者で入院リハビリテーション（病棟 ADL 訓練中心）をうけて退院後、退院時点の自宅でのしている ADL が最低限入浴以外の身辺 ADL は自立している患者で、外来リハビリテーションを ADL 指導中心にうけた場合と、機能訓練中心でうけた場合のそれぞれ多数の症例の中から、同性、年齢差5才以内で、発症後期間、下肢グレード、高次機能障害、退院時 ADL 自立度（含 移動方法・実施中姿勢、患側使用状況）等の等しいマッチド・ペア 102 組（204 例）を作った。
2. 退院1週後と1年後、5年後で両プログラムの差をしている ADL の変化等について検討した。

結果：

1. ADL 自立度レベルの変化

- 1) まず退院後1年間の変化をみると、ADL の自立度が1項目でも低下（5段階評価で1段階以上）した低下者は、ADL 指導中心群で102名中1名（1.0%）に対し、機能訓練中心群では102名中18名（17.6%）と高度に有意に多かった。
- 2) 更に退院1年後と5年後の時点との間の変化をみると、表Aに示すごとくADLの自立度が1項目でも低下した低下者はADL 指導中心群で102名中3名（2.9%）に対し、機能訓練中心群では102名中48名（47.1%）と退院後1年間よりも、更にその低下は著しく、高度に有意の差を示した。

表A. 退院1年後と5年後の間の ADL 自立度変化

脳卒中後片麻痺患者 N = 102 × 2

	ADL 指導中心 外来リハ	機能訓練中心 外来リハ	有意差
維持者	99/102(97.1%)	54/102(52.9%)	P < 0.001
低下者	3/102 (2.9%)	48/102(47.1%)	P < 0.001
1ヵ月通院回(1年後)	2.2 ± 10.4	58.1 ± 48.5	P < 0.001
年齢 (5年後時点)	73.4 ± 13.2	72.1 ± 14.2	N.S.

2. 通院頻度

- 1) 退院直後の1年間における通院回数は、ADL 指導中心群の平均 8.2 ± 12.4 回に対し、機能訓練中心群では 56.1 ± 43.2 回と、ADL 指導中心群の 6.8 倍と前者に比し高度に有意に頻回の通院を行っていた。

2) 退院1年後、5年後との間の4年間の通院回数(外来リハビリテーション終了まで)をみると、表Aに示す如く1年間の平均通院回数はADL指導中心群の平均2.2 ± 10.4回に対し、機能訓練中心群では58.1 ± 48.5回と前者の26.4倍と高度に有意に頻回の通院を行っていた。なお退院直後の1年間と比較すると、前者では通院回数は8.2対2.2回とほぼ4分の1にも減少していたが、後者ではほとんど同じ回数であった。

### 3. 退院後 ADL 低下後の回復

退院1年後と5年後の間の4年間のADL低下(一時的低下を含む)をみると、ADL指導中心群では30名低下したが内27名は改善し5年後時点でなお改善していなかったのは3名にすぎなかった。それに比べ、機能訓練中心群では51名が低下し、そのうち改善者は3名しかなく、退院5年後時点で48名が低下したままであった。これらはいずれも有意又は高度に有意の差であった。

表B. 退院後1～5年間のADL低下(一時的を含む)

脳卒中後片麻痺患者 N=102 × 2

	ADL指導中心 外来リハ	機能訓練中心 外来リハ	有意差
ADL低下者 (含:一時的低下)	30名(29.4%) [100%]	51名(50.0%) [100%]	P < 0.01
低下後改善者	27名(26.5%) [90.0%]	3名(2.9%) [5.9%]	P < 0.001
低下後非改善者	3名(2.9%) [10.0%]	48名(47.1%) [94.1%]	P < 0.001

### 4. ADL 低下の原因

表Cに示すように、ADL指導中心群と機能訓練中心群との間で、ADL等の低下の原因のうち、肺炎時や手術後等の安静による廃用症候群や、子供と同居するための転居など生活環境の変化の影響については差は認められなかった。

しかし機能訓練中心群ではADL低下の原因として徐々にADLが低下している例が29名と(102名中28.4%)最も多かったが、一方ADL指導中心群ではこれが5名(4.9%)にすぎず、顕著な差が認められた。機能訓練中心群ではADL低下への直接対応が不十分なためADLが徐々に低下する例が多いと考えられる。

表C. 退院時1～5年間の経過中におけるADL低下の理由

ADL低下者(含:一時的低下)

	ADL指導中心 外来リハ	機能訓練中心 外来リハ	有意差	
低下理由	肺炎・手術後 等の安静	20名(19.6%) [66.6%]	18名(17.6%) [35.3%]	N.S
	生活環境変化 (転居)	5名(4.9%) [16.7%]	4名(3.9%) [7.8%]	N.S
	徐々に低下	5名(4.9%) [16.7%]	29名(28.4%) [56.9%]	P < 0.001
計	30名(29.4%) [100%]	51名(50.0%) [100%]		

## 5. ADL低下への対応

1) 上記3で述べたように、ADL低下後の改善率には著明な差が認められている。その改善率に影響するADL低下への対応をみると、表Dに示す通りADL指導中心群では、集中的外来リハビリテーションが30名中26名(86.7%)と最も多く、それに加えて短期入院・入所4名(13.3%)（重複例あり）によってADLを再び向上させていた。

これに対して機能訓練中心群では集中外来リハビリテーション2名(3.9%)（2名とも入院・入所も実施）と短期入院・入所3名(5.9%)にすぎず、それらによってADL低下が改善できたのは表Bに示した通り3例にすぎなかった。

2) ADL低下を契機として、集中的外来リハビリテーションもおこなわずに訪問リハビリテーションに移行した例はADL指導中心群では0名であった。一方機能訓練中心群では18名(35.3%)であり、これらは通院は困難でもあり、また機能向上は不可能とのことで訪問リハビリテーションに移行されたものである。

更に、患者・家族の判断による訪問リハビリテーションへの移行も含めリハビリテーションの自然中止例がADL指導中心群0例に対し、機能訓練中心群では28名(102名中27.5%)の多数にのぼった。

3) このように機能訓練中心群ではADL低下後の再向上にむけての適切な積極的対応がなされていなかった。機能訓練主体の対応であるため、ADL低下時もそれに対して直接ADLへの対応を行わないことがADLの改善が乏しかった大きな要因と考えられる。

表 D. 退院時1～5年間のADL低下への対応

	ADL低下者(含：一時低下)		
	ADL指導中心 外来リハ	機能訓練中心 外来リハ	有意差
入院・入所	4名[13.3%]	3名[5.9%]	N.S
集中外来リハ	26名[86.7%]	2名[3.9%]	P<0.001
訪問リハに移行	0名	18名[35.3%]	P<0.001
ADL低下を機にリハ自然終了	0名	28名[54.9%]	P<0.001
計 (内：改善者)	30名[100%] (27名;90.0%)	51名[100%] (3名;5.9%)	

## 6. 自宅生活継続率

重複回答を含む

1) 退院後5年間のうちに自宅生活継続不可能者はADL指導中心群では0名であったが、一方機能訓練中心群では102名中18名(17.6%)と著しく多かった。

2) ADL指導中心群における良好な成績は、新たな障害出現時に早期にリハビリテーションへの受診及び相談を行うことの徹底と、活動性低下時にすぐに活動性向上を図ったことによるところが大きかった。

**まとめ：**1. 機能訓練中心の群に比して、ADL指導中心の群は通院頻度は著しく少ないが、一方、能力維持及び一旦低下後の回復の効果は著明に高かった。

2. 障害のある人の長期的な能力維持及び更なる向上のためには、活動性の低下時（新たな疾患出現、入院時等）やADL低下及び生活環境の変化時に、早期にリハビリテーションに受診し、ADLへの直接的対応によって再びADLを向上させることが効果的であった。

これが必要な時期についての指導を、患者及び一般医療機関にも徹底する必要がある。

3. 機能訓練中心の外来リハビリテーションではリハビリテーション資源が有効活用されていないだけでなく、患者本人の訓練人生をつくっている危険性が高い。