

## 高齢者医療福祉とリハビリテーション

### Medical Welfare and Rehabilitation for the Elderly People

渡邊 進<sup>\*1</sup>

Susumu WATANABE

#### 要 約

身体障害者福祉協議会は、「リハビリテーションは、単に運動障害の機能回復訓練の分野をいうのではなく、障害があるゆえに、人間的生活条件から疎外されている者の全人間的復権を目指す技術及び社会的、政策的対応の総合的な体系と理解すべきである」と要約している。このように、リハビリテーションは、理念においても、その実践においても「医療福祉」という概念の中に包含されながら歩んできたように思う。川崎のいう「医療を基盤とした福祉」、江草のいう「医療と福祉は並列するものでなく、むしろその連続性に特長がある」、そして岡田のいう『医学モデル』と『社会モデル』という対極的な視点の統合を意味する概念、いずれの「医療福祉」の概念も、リハビリテーションにおいて重要とされる概念であり、理念である。むしろ、リハビリテーションにおいてこそ、医療と福祉の連続性や「医学モデル」と「社会モデル」の統合が強く望まれているのである。特に、高齢化がすすむ我が国では、医療の充実だけでは障害の問題は解決せず、まさに医療と福祉の連携と統一的対応がますます必要とされるのである。

高齢者の心身機能の全体的特徴は、第一に、心身機能の個体差が大きいことである。年齢だけでなく、個々人の機能に合わせた対応が必要となる。第二に、臓器の機能低下は、同じ個人でも臓器ごとに異なる点である。加齢により、運動機能や視覚、聴覚は機能低下がよくみられるが、肝臓や膵臓の機能低下は少ないといわれている。第三に、生理機能や生体の抵抗力が低下するために、ストレスに弱くなる点である。そのために、病気にかかりやすく、また治りにくくなり、病気が慢性化しやすく、日常生活活動障害を伴いやすい。したがって、長期にわたり、疾患の管理とリハビリテーションによる日常生活活動の向上・維持の取り組みが必要となる。ところが、我が国では核家族化がすすみ、家族のケアを期待できにくくなっている。替わって、社会全体で高齢者を支えていく取り組みがますます重要になると思われる。そのためには、QOL(quality of life:生活、人生の質)を第一に考え、高齢者医療制度や介護保険の充実、地域医療連携システムとリハビリテーションの充実が今後ますます大切になる。

#### 1.はじめに

川崎医療福祉大学にリハビリテーション学科が設置されたのは、1995年である。なぜ「医療福祉」大学に「リハビリテーション」学科なのか。「医療福祉」と「リハビリテーション」の関係はどのようなものか。リハビリテーション学科設置申請書の中で、当時の江草学長<sup>1)</sup>は、基本的開設理念について以下のように述べている。「川崎医療福祉大学は、人類愛

の精神を基調とし、知性を磨き、豊かな人間性、強健な意志と体力を養い、医療と福祉の統合、連携を深めることを使命として開学したものであり、『人類への奉仕』という建学の理念を力強く実現しようとしている。…『医療福祉学』及び『ヘルスサイエンス』は実践科学であり、総合科学である。川崎医療福祉大学に新たに保健看護学科、リハビリテーション学科の開設により8学科の編成となった意義は大

\*1 川崎医療福祉大学 医療技術学部 リハビリテーション学科  
(連絡先) 渡邊 進 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学  
E-Mail: susumuwa@mw.kawasaki-m.ac.jp

きい。… 医療技術学部にはリハビリテーション学科が加わるにより、既設の学科にとっても、また、リハビリテーション学科にとっても単独設置に比べて、はるかに得るところが大きい。関連分野の相互協力により、重層的なリハビリテーションが展開されるからである。医療と福祉の統合を目指し、その体系的な理論である「医療福祉学」を提供しようとするパイオニアである川崎医療福祉大学に、リハビリテーション学科を開設することの意義を強調している。

リハビリテーションは、障害者の全人間的復権という理念のもと、障害者の能力を最大限に引き出し、社会参加を支援するという多くの分野の多職種の協力による実践的技術・科学である。したがって、理念においても、実践・科学においても、医療と福祉の両分野に跨ることが多く、それらの連携や統合はリハビリテーションの立場からも望まれてきたことであり、この開設は誠に自然なことであった。

当時の明石学科長<sup>2)</sup>は、同設置申請書の教育方針の中で以下のように述べている。「また我が国の障害の内容が変化し、高齢者の増大、スポーツの普及によるスポーツ障害の増大、重症心身障害児・者の療育に対応できる能力が要求されるようになっていく」。現代社会では、リハビリテーションが対応すべき分野が医療から保健・福祉分野へと広がり、障害の質も複雑化してきている。特に高齢障害者の急速な増加は、リハビリテーションの領域でも新たな問題を生み出している。高齢障害者のリハビリテーション的支援は、医療と福祉の連携をますます必要としている。

本稿では、「高齢者」、「医療福祉」、「リハビリテーション」の関係について概説し、今後のあるべき姿について述べることにする。

## 2. 医療福祉とリハビリテーション

### 1) 医療福祉

我が国で最初に「医療福祉」という言葉を提唱し、実践したのは学校法人川崎学園の創始者であり、総合福祉施設旭川荘の設立者である川崎祐宣である。川崎の当初の「医療福祉」に対する認識は、「医療を基盤とした福祉」あるいは「医療を中心とした福祉」であったという<sup>3)</sup>。その後継者である江草によれば、川崎の認識は、「医療も福祉も根は同じで、それは、基本的に福祉である」というものによって変わったという<sup>3)</sup>。

さらに、江草<sup>4)</sup>はその思想を深化させ、次のようにいう。「医療と福祉は同根であり、一体であるといわれてきた。したがって医療と福祉は並列するも

のでなく、むしろその連続性に特長がある。医療も福祉も人類の幸福のために存在するものであるが、それらを統合・融合した上位概念である医療福祉によって人間の尊厳は確かなものになるのである」。

江草の後継者の一人である岡田はいう<sup>3)</sup>。「『医療福祉』とは、世界保健機関(WHO)の国際生活機能分類(ICF)に示される『医学モデル』と『社会モデル』という対極的な視点の統合を意味する概念に等しいと思われる。『医学モデル』とは、障害は個人の問題であると考えた立場を意味する。そのため、障害者は、専門家による個別治療や個別訓練という形で提供される医学的ケアが必要だとされる。この場合、障害への対応の目標は、個人のよりよい適応と行動の変化に向けられる。すなわち、自分自身を変えることが求められるのである。『社会モデル』とは、障害は個人の問題ではないとする立場を意味する。その視点は、障害をもつ人の社会への統合に向けられる。障害は個人に帰属するものではなく、その多くは社会環境により創り出されるものという立場である。したがって、ソーシャルアクションが重要であり、社会生活のあらゆる場面に、障害者が完全に参加できるように環境を改善することが社会の共同責任となる。それゆえ、課題となるものは、社会変化を求める態度や思想の形成であり、その究極の政治的課題は人権尊重である」。

太田<sup>5)</sup>は、「医療福祉」を政策・制度・法律の立場から以下のように論じた。「国民の持つ複雑で複合的なニーズについて『社会保障制度』を幅広く有機的に機能させて、『健康で安心できる生活の保障』という理念・目標・目的を実現するためのシステム全体を『医療福祉』と称することが適切であろう」。

以上のように、医療福祉に対する切り口、立場、考えや表現は多少の違いはみられるものの、いずれの論者も、「医療と福祉は同根であり、その基本的理念は人間の健康や生活を保障することで、人間の尊厳を保障すること、人類の幸福に寄与することであり、そのために医療と福祉の連携・統合が必要である」と主張しているように思われる。この理念はリハビリテーションの理念と基本的には同じであり、リハビリテーションはその一分野といっても差し支えないであろう。特に障害を対象とするリハビリテーションこそ、医療と福祉の連携・統合が最も必要な分野といえる。

### 2) リハビリテーション

#### ① リハビリテーションの理念

まず、リハビリテーションの理念とその変遷について紹介しよう<sup>6)</sup>。

リハビリテーションという言葉は、一般に病気や

外傷によって生じた障害に対する機能回復のための理学療法、作業療法、言語聴覚療法などの治療・訓練として用いられることが多い。しかし、リハビリテーションという言葉は、語源的には、re(再び)とhabilis(人間にふさわしい)とation(すること)から成り立っている。すなわち、障害を受けた人を再び人間たるにふさわしい状態にすることを意味している。人間は生まれながらにして人間たるにふさわしい尊厳や権利をもっているはずである。障害などのなんらかの理由で、その権利が奪われた人に対して、再び人間たるべき尊厳や権利を回復(全人間的復権)すべきであるという理念が本来のリハビリテーションの理念である。理学療法や作業療法などの機能回復訓練は、その目的を実現するための手段の一つである。

このようなリハビリテーションの理念が世界的に広まり深化したのは、第一次世界大戦(1914-1918年)からである。この戦争により多くの戦傷者が出たために、機能訓練、職業や生活に対する保障が必要となったことが契機となった。1918年には、アメリカで戦傷軍人リハビリテーション法が制定され、理学療法や作業療法などのリハビリテーション医療施設が多数設けられた。

続いて、第二次世界大戦では、軍人以外の一般人にもさらに多くの戦傷者が生み出され、医学分野、職業分野でのリハビリテーションのニーズが高まり、それらの充実と体系化がすすんだ。1942年に、全米リハビリテーション協議会でリハビリテーションの定義が採択され、その後のWHOや各国の定義の基礎となった。その定義とは、「リハビリテーションとは、障害者を、その人にとって可能な限り最高の身体的、精神的、社会的、職業的及び経済的有用性をもつまでに回復させることである」であった。

1981年にWHOは次のように定義している。「リハビリテーションとは、能力障害あるいは社会的不利を起す諸条件の悪影響を減少させ、障害者の社会的統合を目指す、あらゆる措置を含むものである。…」1981年の国際障害者年が大きな契機になり、すべての障害者の社会参加と人間としての平等の理念が強調されるようになった。バンク・ミケルセンの提唱したノーマライゼーションの思想なども影響したと思われる。我が国でも、1982年、身体障害者福祉協議会が答申を出し、リハビリテーションの理念を次のような要旨にまとめている。「リハビリテーションは、単に運動障害の機能回復訓練の分野をいうのではなく、障害があるゆえに、人間的生活条件から疎外されている者の全人間的復権を目指す技術及び社会的、政策的対応の総合的な体系と理解すべ

きである」。

以上のように、リハビリテーションの理念の根幹と変遷を眺めると、リハビリテーションが、「医療から福祉や社会政策分野」まで広い分野の連携と統合を必要としていることが分かる。

## ②リハビリテーションの各分野

つぎに、リハビリテーションの各分野を概観してみよう<sup>7)</sup>。

### A. 医学的リハビリテーション

なんらかの病気や外傷により、障害が発生した場合や障害の発生が予想された場合に、障害を予防したり、軽減したりするためにリハビリテーション的対応がとられる。これを医学的リハビリテーションという。対応の時期により、急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーション、維持期リハビリテーションに分けられる。その内容については、「3. 高齢者医療福祉とリハビリテーション」で述べることとする。

### B. 教育的リハビリテーション

障害のある小児に対しては、医学的対応と同時に教育的配慮がなされなければならない。つまり、医学的リハビリテーションと教育的リハビリテーションが統合して行われる必要がある。

1942年に東京大学整形外科教授の高木憲次らによって整肢療護園(肢体不自由児施設)が開園された。高木は、「療育」という言葉と概念を提唱し、肢体不自由児に対して治療と教育の必要性を説いた。これは現代でいう医学的リハビリテーションと教育的リハビリテーションの統合の必要性を説いたもので、極めて先駆的思想が我が国でも芽生えたといえる。

岡山県では、先に述べた川崎が「医療福祉」の理念に基づき、1957年に肢体不自由児施設旭川療育園を開設した。旭川療育園は、医療法と児童福祉法に基づき、肢体不自由児のために、医療・機能訓練・生活指導および学校教育を施し、将来独立自活のできる人間の育成を目指して設立された<sup>8)</sup>。ここでは、医療・福祉・教育・職業リハビリテーションの総合的かつ有機的統合が目標であり、画期的試みとされ、全国の同種施設のモデルとなった。

2006年に学校教育法等一部を改正する法律が成立し、公布された(2007年施行)。これまでの盲・ろう・養護学校の区別をなくし、特別支援学校とし、これらの教員の免許状を改めるとともに、小中学校等における特別支援教育を推進するための規定を法律に位置づけた。しかし、障害児の教育は必ずしも特別支援学校のみで行われるのではなく、一般学校で健常児とともに教育を受ける統合教育、または個

別支援学級の中で行われる方向にある。これらの背景には、ノーマライゼーションの思想の影響があるものと思われる。いずれにせよ、障害児のリハビリテーションの分野においても、医療と教育そして福祉の切れ目のない施策と統合が必要とされている。

#### C. 職業的リハビリテーション

1995年に国際労働機関（ILO）が、障害者の職業的リハビリテーションを次のように定義している。「職業リハビリテーションは、職業指導、職業訓練、職業選択などの職業的なサービスの提供を含んだ継続的、総合的なリハビリテーションの一部であって、障害者の適切な就職の確保と継続ができるように計画されたものである」。我が国でも、厚生労働省は、「障害者の地域での自立した生活を支援していくことは、極めて重要な政策課題である」として、障害者基本計画に基づいて、就労支援を目標に掲げた。この分野でも、医学的リハビリテーションと職業的リハビリテーションの連携が重要であり、スムーズな橋渡しが行われることで、障害者の適切な就労支援が行われるのである。

#### D. 社会的リハビリテーション

1986年に国際リハビリテーション協会（RI）社会委員会は、社会的リハビリテーションを次のように定義している。「社会的リハビリテーションとは、社会生活力を高めることを目的としたプロセスである。社会生活力とは、さまざまな生活状況の中で、自分のニーズを満たし、一人ひとりに最大限の豊かな社会参加を実現する権利を行使する能力を意味する」。この前提には、国際障害者年テーマとなった「機会の均等化」があげられる。機会の均等化とは、物理的、文化的環境、すなわち、住宅・保健サービス、教育・労働の機会、スポーツやレクレーション施設を含む文化的、社会的生活など、一般社会システムをすべての市民に利用可能なものとする諸プロセスを意味している。ここにもノーマライゼーションの理念が色濃く反映している。

#### ③ 障害に対する考え方

これまで、リハビリテーションの理念と各分野について概観してきた。リハビリテーションは「障害」に対する対応策といえる。リハビリテーション医療は、「障害」に対する医療といわれる。ここでは、その中核概念である「障害」についての基本的な考え方の変遷に焦点をあててみよう。

##### i) 国際障害分類

1980年に世界保健機関（WHO）は、国際的な障害の概念として国際障害分類（ICIDH: International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps）試案を提唱した<sup>9)</sup>。この障害分類

は、障害を三つのレベルでとらえ、構造化した点で画期的であった。三つのレベルとは、機能障害（Impairment）、能力障害（Disability）、社会的不利（Handicap）である。病気・変調が原因となって、機能障害が起こり、それが原因となって能力障害を起こし、さらに社会的不利を起こすというものである。例えば、脳血管障害により、片麻痺が生じる。それにより歩行障害や日常生活活動が困難になる。そのために、社会的不利が生じる、という流れである。これまで、「障害」とひとくくりの概念で包括してきたものを三重構造に体系化した点で、画期的であったといえる。

##### ii) 国際生活機能分類

国際障害分類は、障害の階層性を示した点で画期的であったが、時間の経過とともに問題点も指摘されるようになってきた。すなわち、国際障害分類は、障害のマイナス面しかみていない、社会的不利を能力障害や機能障害の結果と見る「医学モデル」である、障害の主観的側面が少ないなどの批判である。そこで、新たな分類を作成する必要性が高まり、2001年にWHO総会で、新たな国際生活機能分類（ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health）が採択された<sup>10)</sup>。その特徴は次の通りである。第一の特徴は、ICFは障害のマイナスよりプラス面を重視する点である。用語もマイナスではなく、プラスの用語を用いることになった。すなわち「機能障害」ではなく、「心身機能・構造」、「能力障害」ではなく、「活動」、「社会的不利」でなく「参加」である。これらのそれぞれの制約状態は、「機能障害」、「活動制限」、「参加制約」である。第二に、ICFでは環境因子を重視する。ICIDHでは、病気がもたらす機能障害、能力障害そして社会的不利は、ともすれば個人レベルの問題ととらえられがちであった。すなわち、「医学モデル」が色濃く反映していた。一方、ICFは障害には環境因子が大きく影響していると考える。環境を変えることが障害を軽減するという立場である。ICFでは、環境因子を「人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のこと」と定義する。これは、障害者を取り巻くさまざまな障壁（バリア）が存在し、それを取り除くことすなわちバリアフリーが重要であることを意味している。つまり、「社会モデル」の重視である。ここにも「完全参加と平等」あるいはノーマライゼーションの理念が強く影響している。先に述べたように、岡田は、医療福祉の理念はこの「医学モデル」と「社会モデル」の結合と考えている<sup>3)</sup>。これは、障害を対象とするリハビリテーショ

ンにおいても極めて重要な考えと思う。

### 3) 医療福祉とリハビリテーション

これまでみてきたように、リハビリテーションは、理念においても、その実践においても「医療福祉」という概念の中に包含されながら歩んできたように思う。川崎のいう「医療を基盤とした福祉」、江草<sup>4)</sup>のいう「医療と福祉は並列するものでなく、むしろその連続性に特長がある」、そして岡田<sup>3)</sup>のいう『医学モデル』と『社会モデル』という対極的な視点の統合を意味する概念、いずれの「医療福祉」の概念も、リハビリテーションにおいて重要とされる概念であり、理念である。むしろ、リハビリテーションにおいてこそ、医療と福祉の連続性や「医学モデル」と「社会モデル」の統合が強く望まれているのである。特に、高齢化がすすむ我が国では、医療の充実だけでは障害の問題は解決せず、まさに医療と福祉の連携と統合の対応がますます必要とされるのである。

### 3. 高齢者医療とリハビリテーション

次に、高齢社会の到来に伴い、我が国でますます必要性が高まっている高齢者医療とリハビリテーションについて考えてみよう<sup>11-14)</sup>。

#### 1) 高齢者の心身機能の特徴

##### ① 全体的特徴

第一に、高齢者の心身機能は個体差が大きいことである。90歳を過ぎても現役でバリバリ活躍している人もいれば、一方では寝たきりの高齢者もいる。年齢だけでなく、個々人の機能に合わせた対応が必要となる。第二に、臓器の機能低下は、同じ個人でも臓器ごとに異なる点である。加齢により、運動機能や視覚、聴覚は機能低下がよくみられるが、肝臓や膵臓の機能低下は少ないといわれている。第三に、生理機能や生体の抵抗力が低下するために、ストレスに弱くなる点である。そのために、病気にかかりやすく、また治りにくくなる。病気が慢性化しやすく、一人で幾つもの疾患をもつことになる。

##### ② 運動機能の変化

高齢者では、骨成分の減少により骨の強度が低下する。そのため高齢者では、大腿骨頸部骨折、脊柱圧迫骨折が多くみられる。関節は関節軟骨の厚みが減少し、骨棘形成がみられ、変形性関節症が起きやすい。筋力は25~30歳頃から低下し始め、60~70歳では70~80%になるといわれている。また、運動神経や感覚神経の機能も加齢とともに低下する。これらにより、バランス能力や歩行能力なども低下するため、転倒を生じやすく、骨折の原因ともなる。高齢者の骨・関節・筋など運動器の障害は寝たきりの

第三番目の原因である。しかし、積極的に運動機能の維持・向上を目指す高齢者も多く、そのような高齢者では、運動機能はかなり保たれることも忘れてならない。

##### ③ 知的能力の変化

知能は加齢とともに低下する。特に、新しい環境に適應するために新しいものを学習する流動性知能は低下する。しかし、過去に学習したり、体験したりしたことをもとに判断する能力や理解する能力などの結晶性知能は比較的維持される。加齢に伴って記憶力は低下するといわれる。特に新しいことを記憶することや短期記憶は徐々に困難になる。長期記憶のうち、エピソード記憶は加齢とともに低下するのに対して、意味記憶はほとんど低下しない。長い間に培われた判断力のような結晶性知能と同様に、一般常識のような意味記憶は、高齢期においても十分維持されるのである。

##### ④ 心理面の変化

従来から、高齢者の心理的特徴は、頑固、慎重、受動的、抑うつ、心氣的、内向的といわれてきた。確かに、退職、身近な人の死、社会的役割の喪失、心身機能の衰えなどから、このような傾向に陥る人も多い。しかし、最近の研究では、高齢者の心理的特徴はかなり多様であり、種々の社会活動に参加して、生き生きとした生活を送る高齢者も多いことが分かってきた<sup>12)</sup>。全ての高齢者に従来からのレッテルを貼るのではなく、その多様性を理解することの方が重要と思われる。

#### 2) 高齢者の疾患の特徴

##### ① 多くの疾患に罹患しやすい

一般に、高齢になるほど一人で有する疾患の数が多くなる傾向がある。それらは、心筋梗塞と閉塞性動脈硬化症のように共通する場合もあれば、脳卒中と前立腺肥大症のように本来は無関係の疾患同士の場合もある。疾患同士が互いに影響し合い、治療やリハビリテーションを難しくすることもまれではない。例えば、脳卒中による片麻痺患者の場合、非麻痺側の下肢に負担がかかり、変形性膝関節症が悪化することなどであり、臨床ではよくみられる現象である。また、複数の診療科を受診していることが多く、多数の医療介入や多剤併用を招くことにより、医源性合併症の誘因にもなる。

##### ② 個人差が大きい

高齢になるほど、年齢の差以上に個人差が大きくなる。したがって、症状、各種検査成績、また、薬剤の効果の現れ方などの個人差も大きくなる。年齢とともに個人の歴史すなわち人生も長くなるため、人生観や価値観は個人でかなり異なることになる。

したがって、高齢の患者に対しては特にきめ細かい配慮が必要となる。

### ③症候が非定型的である

高齢者では、定型的な症状が認められないことが多い。例えば、高齢者では成人と異なり、心筋梗塞に罹患した場合でも胸痛を訴えないこともあり、他に精神症状を訴えたり、意識障害が現れたりする。

### ④水電解質代謝異常を起こしやすい

高齢者では、細胞内水分が減少しており、脱水を起こしやすい。脱水は血液循環量の減少やヘマトクリットの増加をきたし、脳など各臓器の障害をもたらすことになる。高齢者では、体内総K量が減少しており、嘔吐、下痢、利尿剤やステロイド投与により低K血症を起こしやすい。

### ⑤老年病および老年症候群が多い

老年病とは高齢者に特有で、発症頻度が高い疾患の総称で、アルツハイマー型認知症、骨粗鬆症、白内障などがその例である。老年症候群とは、加齢により心身機能が著しく低下した高齢者に特有なさまざまな症候や障害の総称で、認知症、せん妄、転倒、寝たきりなどがその例である。その原因は複合的なものであり、その要因を解明し、適切な医療を行うことが重要である。

### ⑥薬剤に対する反応が成人と異なる

高齢者では、腎機能、肝機能が低下している人が多く、薬物に対する反応が若い人と異なるために、有害作用が出現しやすい。また、高齢者では、多剤併用にとまなう薬物の相互作用が起きやすい。特に注意すべき薬物の有害作用としては、転倒、抗コリン作動症候群、排尿障害、起立性低血圧などである。

### ⑦生体防御力が低下しており、疾患が治りにくく、慢性化しやすい

高齢者では、免疫機能が低下し、感染症の頻度が増加する。また、咳反射、嚥下反射の低下などの生体防御機能も低下しているため、肺炎に罹患しやすくなる。高齢者では、タンパク質やエネルギーなどの栄養状態も低下していることが多く、疾患の治癒遅延の原因になっている。また、疾患の機能的予後が悪化しやすく、慢性化することも多い。

### ⑧日常生活活動（ADL）障害を招きやすい

老年病では、各疾患特有の症候のほかに、ADLの障害を伴う場合が多い。脳卒中、大腿骨頸部骨折、認知症のように直接障害をもたらす疾患ばかりでなく、肺炎や心不全などの内科的な疾患でも同様である。いずれの場合も、高齢者では、疾患自体の障害と治療に伴う安静や活動低下による廃用症候群がADL障害をもたらす危険は高いので、リハビリテーション医療の役割が大変重要である。

### ⑨予後が社会的環境に大きく影響される

先に述べたように、高齢者の疾患は慢性化しやすく、日常生活活動障害を伴いやすい。したがって、長期にわたり、疾患の管理と日常生活活動の向上・維持の取り組みが必要となる。ところが、我が国では核家族化がすすみ、家族のケアを期待できにくくなっている。替わって、社会全体で高齢者を支えていく取り組みがますます重要になると思われる。そのためには、高齢者医療制度や介護保険、地域リハビリテーションの充実が大切である。

### 3) 高齢者医療とリハビリテーションのあり方

以上の、高齢者の心身機能と疾患の特徴を踏まえて、高齢者医療とリハビリテーションのあり方を考えてみよう<sup>14)</sup>。

#### ①QOL(quality of life:生活,人生の質)を第一に考えた医療

疾患の治療や延命のための医療から、高齢者のQOLを第一に考えた包括的医療へ変化していくことが重要である。高齢者では、疾患は慢性化しやすく、障害は永続しやすい。また、ADLも低下しやすい。したがって、障害の予防・改善、ADLの回復・維持、社会参加の促進、QOL向上のためのリハビリテーション医療がきわめて重要な役割をもつ。

#### ②チーム医療が大切

高齢者は一人で多くの疾患に罹患していることが多いので、各診療科の医師同士の協力と連携が大切である。同時に、医師以外の看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士など多くのコ・メディカルが関わるが多いので、チーム医療が必須となる。特に、リハビリテーション医療では、チームメンバーの連携と協力がとても大切になる。

#### ③地域連携システムの確立が大切

高齢者が長年住み慣れた地域で満足できる医療を受けられる体制を作る必要がある。高齢者では、急性期から回復期、そして維持期にいたる各医療機関の役割分担と連携が特に大切である。リハビリテーション医療も各期において、障害の予防と軽減、ADLやQOL向上のために、その役割を果たさなければならない。医療と福祉との連携・統合がシステムとして確立されなければならない。

### 4. 高齢者医療福祉とリハビリテーション

これまで、高齢者では特に医療と福祉の連携・統合が必要であること、その中で、リハビリテーションは理念においても実践においても大きな役割を担っていることについて述べてきた。これからは、高齢者に対するリハビリテーションの役割と実施時

期および場所についてもう少し具体的に述べてみよう<sup>15-24)</sup>。

### 1) 急性期リハビリテーション

急性期は、主に急性期病院で、疾患や外傷の治療や救命救急処置を行う。しかし、急性期といえども、全身状態が安定したら、できるだけ早くからリハビリテーション医療を始めることが重要である。特に高齢者では、安静臥床が容易に廃用症候群を引き起こすため、その予防が大切である。廃用症候群とは、病気や外傷のために余儀なくされる安静や不動により引き起こされる2次障害である。ここで廃用症候群の諸症候をまとめておこう。局所症候は、関節拘縮、筋萎縮、骨萎縮、褥瘡、深部静脈血栓症、不動性関節炎、消化機能低下(食欲低下、便秘、下痢)、感染症(沈下性肺炎、尿路感染)などである。全身性症候は、起立性低血圧、心肺機能低下、易疲労性、知的活動低下、うつ傾向などである。

また、「廃用症候群の悪循環」に注意すべきである。廃用症候群が生じると、その症候自体によって生体全体が不活発になり、その結果ますます廃用症候群が進行する。古米ら<sup>16)</sup>、石川ら<sup>17)</sup>が指摘する通り、廃用症候群は、機能低下や障害の悪化をもたらし、ADL障害を引き起こし、ひいては寝たきりの原因ともなる。したがって、急性期からリスクを十分管理しながら、リハビリテーション医の指導のもとで、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師らが良質なリハビリテーション医療を提供し、廃用症候群を予防するとともに、早期座位獲得、早期離床を図らなければならない。この時期は、主に医療あるいは「医学モデル」的視点が中心となる。

### 2) 回復期リハビリテーション

急性期治療後の回復期は、可能であれば、回復期リハビリテーション病棟でリハビリテーション専門スタッフにより、集中的かつ効率的なリハビリテーション医療を実施する。この時期は、1次障害の軽減や回復や引き続き2次障害の予防が図られる。例えば、脳卒中による片麻痺であれば、麻痺側上肢・下肢の回復のための理学療法や作業療法、失語症や嚥下障害に対する言語聴覚療法などが機能回復訓練として行われる。同時に、拘縮や筋力低下など廃用症候群予防のためのアプローチも継続される。必要に応じて上肢や下肢装具あるいは義肢がリハビリテーション医により処方され、義肢装具士が作成する。

回復期リハビリテーション病棟の入院対象患者は、発症または手術後2カ月以内で、回復期リハビリテーションを要する状態の患者と規定されており、入院目的はADLの向上、寝たきりの防止、家庭復帰であるとされている。対象疾患は、脳血管疾患、

脊髄損傷、頭部外傷などの中神経疾患、大腿骨頸部骨折、股関節または膝関節の骨折や手術後などの運動器疾患、外科手術または肺炎等の治療時の安静による廃用症候群などであり、多くの高齢患者がリハビリテーション医療を必要としている。

また、この時期には椿原<sup>18)</sup>が指摘するように、機能障害そのものに対する改善も図られる。脳卒中の場合では、筋電図バイオフィードバックに治療的電気刺激療法を組み合わせた方法<sup>19)</sup>、健側上肢の使用を制限して日常生活活動を行わせるCI(Constraint-Induced Movement Therapy)<sup>20)</sup>などが積極的に試みられて実績を積み重ねている。脳卒中の歩行改善のためには、早期装具療法が提唱されている。近年では、麻痺側下肢への荷重を制限して歩行能力改善を促進する吊り下げ式トレッドミル訓練(body weight supported treadmill training)<sup>21)</sup>を利用する施設も増えている。

この時期には、先ほど述べた機能障害改善のための各種の取り組みに併せて、ADL向上のために適切な評価と積極的訓練が行われる。ADL評価法は、我が国ではBarthel Indexが主流であったが、近年はFIM(Functional Independence Measure)も多く用いられるようになった。ADL評価および訓練や指導は、リハビリテーション・センターだけでなく、病棟でも積極的に行われる。リハビリテーション・センターで習得した方法を病棟の日常生活の場で活かすように配慮される。「できるADL」を「しているADL」へ結びつけるためである。そのためには、各チームメンバー間の連携が不可欠である。

さらにこの時期には、在宅や地域社会への復帰を意識した対応が図られる。専門スタッフによるケースカンファレンスがたびたび開かれ、本人や家族の希望やニーズを尊重しながら、在宅復帰や介護老人保健施設などへの入所に向けた準備がすすめられる。場合によっては、住宅改修やベッド、車いすなど福祉用具のレンタルなど介護保険の対応も考慮される。徐々に、医療から福祉あるいは介護保険への橋渡しが行われる時期である。

### 3) 維持期リハビリテーション

回復期リハビリテーションで、障害が軽減あるいは無くなればよいが、障害が持続する場合もある。特に高齢者に多い脳血管障害の場合は、障害の残ることが多い。寝たきり原因の第1位は脳血管障害であり、寝たきりや介護度の重度化防止のために、在宅復帰後や介護保険施設入所後も引き続き維持期リハビリテーションが必要である。

石川<sup>22)</sup>は、維持期リハビリテーションを次のように定義する。「維持期リハビリテーションとは、急

性発症する傷病においては、医療機関で行われる急性期・回復期のリハビリテーションによって獲得された機能や能力が、病的過程（疾患等）の進行・廃用症候群の進展・加齢・不適切な対応等により低下することを防ぎ、在宅・施設を問わず、身体的・精神的かつ社会的に最も適した生活を獲得するために行われる医学的リハビリテーションサービス（リハビリテーション医療）である。ただし、慢性進行性疾患における維持期リハビリテーションとは、発症当初から必要に応じて行われる医学的リハビリテーションサービスである。また、維持期リハビリテーションは、高齢者本人の体力や耐久力、機能の維持向上、障害の心理受容を図るだけでなく、介護負担の軽減、生活環境の整備、社会参加の促進などに努め、その自立生活を支援することを目的としている。急性期および回復期リハビリテーションは医療保険で提供され、維持期リハビリテーションは主に介護保険で給付される。制度上、維持期リハビリテーションは、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、短期入所中のリハビリテーション、介護療養型医療施設および介護老人保健施設でのリハビリテーションが介護保険で給付される。なお、外来通院によるリハビリテーションは医療保険で給付される。

2006年の診療報酬改定により、この医療機関で行われる外来リハビリテーションが発症後180日で打ち切られることになり、患者や関係者から猛反発を受けたことは記憶に新しい。自分自身が、脳梗塞の後遺症で、重度の右半身麻痺、言語障害、嚥下障害をもつ患者であり、反対運動の先頭に立った多田<sup>23)</sup>はいう。「私の場合は、もう急性期のように目立った回復は望めないが、それ以上機能低下を起こせば、動けなくなってしまう。昨年、別な病気で三週間ほどリハビリを休んだら、以前は50メートルは歩けたのに、立ち上がることすら難しくなった。身体機能はリハビリをちょっと怠ると瞬く間に低下することを思い知らされた。これ以上低下すれば、寝たきり老人になるほかはない。そのさきはお定まりの衰弱死だ。私はリハビリを早期に再開したので、今でも少しずつ運動機能は回復している。…今回の改訂によって、何人の患者が社会から脱落し、尊厳を失い、命を落とすことになるのか。そして、一番弱い障害者に『死ぬ』といわんばかりの制度をつくる国が、どうして『福祉国家』といえるであろうか」。いわゆる「リハビリ難民」問題である。

多田の言葉<sup>23)</sup>の中には二つの重要な点が含まれている。一つは維持期リハビリテーションの重要性である。せっかく急性期・回復期リハビリテーシ

ンで苦勞して獲得した能力も、維持期リハビリテーションが適切に実施されなければ、急速に失われるということである。廃用症候群や低活動の予防、立ち上がりや歩行などの基本動作能力およびADL能力、社会参加は、継続したリハビリテーションを通じてのみ維持されるのである。二つ目は維持期リハビリテーションをどこで行うかということである。石川<sup>22)</sup>は、維持期リハビリテーションは主に介護保険で給付されると述べた。ところが、多田<sup>23)</sup>は、「医療のリハビリと介護のリハビリは全く異質なものです。介護のリハビリでは、医師の監視のもとで厳格な機能訓練、維持の訓練のプログラムを実施することはできません」と述べて、医療機関でのリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションの違いを指摘している。確かに、多田のように重症でリスクの高い患者は、医療機関で医師の管理のもとでのリハビリテーション医療が必要である。また、維持期リハビリテーションは、医療保険から介護保険へ、という厚生労働省の政策も一応理解できるものではあるが、受け皿となる介護保険でのリハビリテーションの質と量が問題である。先ほど、介護保険で提供されるサービス内容と施設を紹介したが、リハビリテーションについてはとても充実した質・量とはいえない。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などの人員配置も誠に少ない。ここにも各制度や施設間の連携・連続の乏しさがみられる。医療と福祉の切れ目のないサービス提供が必要である。再発防止のための医療や引き続きリハビリテーション医療が必要な患者への対応、介護保険施設での自立支援に向けた対応、在宅での訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションなどの対応が行われてこそ、障害のある高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるのである。

#### 4) 地域リハビリテーション

地域リハビリテーションは、次のように定義される<sup>24)</sup>。「地域リハビリテーションとは、維持期リハビリテーションを包含する、より広い概念である。すなわち、医学的リハビリテーションとしての維持期リハビリテーションを含め、現行法の保健・福祉の各サービスおよび地域住民やボランティアまで含めた生活に関わるあらゆる人々が実践する総合的活動（総合的サービス）である。その活動は、障害のある人々が自分の住む地域で暮らす権利、すなわち健康で快適な生活を楽しみ、教育・社会・文化・経済・政治の面において完全に参加する権利を促進するものであり、地域におけるリハビリテーションの発展、障害のあるすべての人々の機会均等や社会的統合を目指した戦略である。それは、障害のある



人々自身，その家族，そして地域住民，さらに個々の保健・医療・教育・職業・社会的サービスなどが一体となって努力するなかで履行されていくものである」。WHOのリハビリテーションの定義の地方版のようなものである。

地域リハビリテーションの直接援助活動には，訪問サービス，通所サービス，短期入所サービス，テクニカルエイドサービス（福祉用具・住宅改修サービス），介護支援サービスがある。これまで，これらの居宅サービスは保健・医療・福祉の各制度で個別に実施されていたが，介護保険による介護支援サービスに一元的に調整されることとなった。しかし，未だ十分な連携のもとにサービスが提供されているとはいえないし，介護保険で提供されるサービスに

は限りがある。

#### 5. おわりに

これまで述べてきたように，高齢者の尊厳ある生活，人生を保障するためにはなにより医療・福祉の連携・統合が，理念およびシステムとして確立されなければならない。その中で，リハビリテーションは理念においても実践においても大きな役割を担っている。そのためには，リハビリテーションの質・量の充実を図らなければならない。また，リハビリテーション関係者は，それぞれ提供するサービスの質向上のために日々の努力を怠ってはならないし，医療と福祉の連携・統合を主導する役割を自覚しなければならない。

#### 文 献

- 1) 江草安彦：学長所信：両学科にかかる基本的開設理念，川崎医療福祉大学創立10周年誌，学校法人川崎学園，31-32，2001。
- 2) 明石謙：学科長所信：リハビリテーション学科の教育方針，川崎医療福祉大学創立10周年誌，学校法人川崎学園，33-34，2001。
- 3) 岡田喜篤：医療福祉学の展望，川崎医療福祉学会誌，17（増刊号），7-16，2007。
- 4) 江草安彦：医療福祉の歴史と医療福祉教育論，川崎医療福祉学会誌，17（増刊号），3-6，2007。
- 5) 大田晋：政策・制度・法律からみた「医療福祉」，川崎医療福祉学会誌，17（増刊号），39-50，2007。
- 6) 福祉士養成講座編集委員会：リハビリテーション論 第5版，中央法規，2-6，2007。
- 7) 福祉士養成講座編集委員会：リハビリテーション論 第5版，中央法規，7-11，2007。
- 8) 川端清：旭川荘 — 川崎先生の医療福祉事業 —，西尾総合印刷，124，1987。
- 9) WHO: International Classification of Impairment, Disability, and Handicap, Geneva, 1980.
- 10) WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva, 2001.
- 11) 福祉士養成講座編集委員会：リハビリテーション論 第5版，中央法規，77-80，2007。
- 12) 大内尉義：老年学 第2版，医学書院，30-31，2005。
- 13) 飯島節，鳥羽研二：老年学テキスト，南山堂，5-9，2006。
- 14) 折茂肇：新老年学，東京大学出版会，326-330，1999。
- 15) 福祉士養成講座編集委員会：リハビリテーション論 第5版，中央法規，7-8，2007。
- 16) 古米幸好：寝たきりにならないために，山陽新聞社，1991。
- 17) 石川誠：高齢者ケアとリハビリテーション，厚生科学研究所，34-38，2000。
- 18) 椿原彰夫：リハビリテーション医療における技術の進歩，川崎医療福祉学会誌，18（増刊第2号），7-14，2008。
- 19) Kraft GH and Hammond MC: Techniques to improve function of the arm and hand in chronic hemiplegia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* **73**: 220-227, 1992.
- 20) Miltner WH, Bauder H, Sommer M, Dettmers C and Taub E: Effects of constraint-induced movement therapy on patients with chronic deficits after stroke: a replication. *Stroke* **30**: 586-592, 1999.
- 21) Visintin M, Barbeau H, Komer-Bitensky N and Mayo NE: A new approach to retrain gait in stroke patients through body weight support and treadmill stimulation. *Stroke* **29**: 1122-1128, 1998.
- 22) 石川誠：高齢者ケアとリハビリテーション，厚生科学研究所，56-58，2000。
- 23) 多田富雄：わたしのリハビリ闘争，青土社，43-46，2007。
- 24) 石川誠：高齢者ケアとリハビリテーション，厚生科学研究所，64-65，2000。