

執筆 ▶ 英裕雄 ● 新宿ヒロクリニック院長



英裕雄 (はなぶさ ひろお)

1993年、千葉大学医学部卒業。3年間の病院勤務を経て、96年、「曙橋内科クリニック」を開業し、在宅医療に着手。99年、ケアマネジャーの資格を取得。2001年、「新宿ヒロクリニック」開設。NPO法人「在宅かかりつけ医を育てる会」監査役。ケアマネジャーの現任研修講師なども多数務める

訪問リハの基本と実際 (前編)

よりよい生活のため 在宅ケア全体にリハビリの視点を

リハビリテーションの意味はおもに、残存能力の活用と、失った能力の再獲得であり、この2つによって生活を再建することが目標です。慢性疾患で寝たきりの患者さんや神経難病や末期がんの患者さんでもリハビリテーションは可能です。本人や家族の生活をよりよいものにする、介護者をより楽にするという意味でも、在宅患者さんの訪問リハビリテーションはとても有効です。

症から3ヵ月ないし半年以内に行われるリハビリです。

近年は病気の治療と平行してなるべく早くリハビリを開始したほうが回復が早く、障害が残りにくいとされており、患者さんは病院に入院して間もなくから、少しずつリハビリを始める傾向にあります。急性期には機能訓練などで失った能力を取り戻したり、障害を最小限にとどめることを目指します。回復期には、引き続き能力の再獲得に努めながら、残存能力の活用を進め、生活能力をなるべく維持するようにしていきます。

在宅患者さんは、こうした急性期、回復期は過ぎている場合がほとんどですから、リハビリは能力を獲得するというより、今ある能力を生かしてよりよい生活をするという意味での生活再建がおもな目的となります。こうしたリハビリを維持期のリハビリといいます。

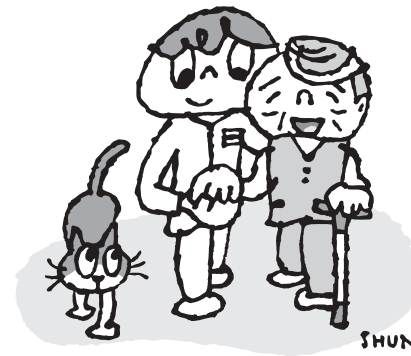
ただし、このように段階的に適切なリハビリを行うことができているのは、脳血管障害や骨折などで、比較的リハビリに熱心な病院に入院している人など、ごく一部の患者さんに限られるのが現状です。在宅や、介護施設などで行われる維持期のリハビリは、能力の

再獲得にチャレンジしながら、障害が広がらないような努力もしつつ、残存機能の利用を模索し、生活再建を目指すというように、急性期、回復期、維持期がごちゃまぜになったような形で行わなければならない状況にあるのが現状でしょう。

さらに在宅患者さんの場合は疾患や障害の種類、程度が千差万別で、望んでいる生活の形もそれぞれです。「1人でトイレに行けるようになりたい」、「仏壇に線香をあげられるようになりたい」といった個々のニーズは多種多様です。

PT、OT、STといったリハビリ専門職が患者さんの自宅を訪問して行うリハビリを訪問リハビリテーションといいます。訪問リハビリのスタッフには、こうした多様なニーズをとらえてリハビリの計画を立て、適切なリハビリを実践することで生活をよりよいものにしていくことが求められます。

また、専門的な視点で患者さんの状態や介護状況を観察し、どうすれば介護者が楽になるかを考えることも必要です。同じ寝たきりでも、例えば腰上げができるかできないかで、おむつ交換の負担は大きく変わってきます。



理想は チームリハビリだが…

訪問リハビリは、「PT、OT、STなどがまず評価を行い、患者さんの希望を引き出して目標を設定し、その目標に合わせたリハビリプログラムを立てる。患者さんは家族などの協力を得ながらそのリハビリを実践する。リハビリ専門職はさらに定期的に訪問しながらリハビリの効果を確認したり、プログラムを改変したりする。目標は医療職、介護職など患者さんを取りまくすべてのスタッフで共有し、みんなでリハビリを支援していく」というように、チームで行われるのが理想です。制度としての訪問リハビリには入っていませんが、カウンセラーなど心理的なリハビリを支援する専門家などが参加したチームになれば、より強力だと思います。

しかし、現実には、こうしたチームリハビリが機能しているケースは非常に少ないのが現状です。多くの場合、訪問リハビリは専門職による単独のサービスとして提供されているのではないのでしょうか。その理由としては、リハビリ専門職の絶対数の不足や、力量不足があると思います。

日本の医療現場では従来から、

リハビリはそれほど重視されてきませんでした。特定の病気の患者さんが、病状が落ち着いた段階で、社会復帰に向けて機能訓練を行うといった狭い意味でのリハビリは行われていましたが、日々の生活をよりよいものにしていくためのリハビリという視点は欠けていたように思います。そのためリハビリスタッフの育成も遅れたし、マッサージ師、あるいは機能訓練士のような位置づけをされ、それ以上の質が求められてこなかったという経緯があります。

しかし今は、多くの患者さんがリハビリを望んでいるし、リハビリを続けることが障害の軽減につながることは明らかです。在宅患者さんの場合も、多くは元の生活を取り戻したいと望んでいます。

これからのケアマネジャーは、訪問リハビリをひとつのサービスとしてケアプランに盛り込むだけでなく、専門職の知識と技術を積極的に活用し、在宅ケア全体に、リハビリの視点を反映させることが大切です。家事援助にしても、どこまで本人にまかせ、どこをどのようにヘルパーが援助するのか、リハビリの視点で見れば少し違ってくるはずですが。入浴ケアや排泄ケアも同様です。リハビリの視点は、在宅ケアの方向づけにもつながる重要なものなのです。

ケアマネジャーがリハビリ専門職にケアの内容全体を意識するよう求めていけば、専門職の力量もだんだん上がっていくでしょう。リハビリ専門職は、在宅患者さんの可能性を広げてくれるスタッフで

す。そういう大事な人材を育てるということも、ケアマネジャーの重要な役割になっていくと思います。

社会性の維持に つながることが大事

ところで、人が生活するうえで身体機能はもちろん重要ですが、社会性もとても大事な要素です。社会性は、家族以外の人たちとかかわったり、集団生活をするなどで維持されます。そのためには施設系のサービスをぜひ利用したいところです。外出して施設に通うことは生活のリズムを作るのにも有効ですし、家族の休息にもつながります。介護サービスに限らず、旅行や趣味の集まりなどに参加することも良いと思います。とにかく、社会との接点をなるべく持ち続けることが大事です。

そして、リハビリもまた、社会性を維持するために欠かせません。「自分の力では移動が困難だった人が杖や車いすを使って動けるようになり、さらに外出もできるようになって通所サービスを利用し始めたら仲間が増え、生きる意欲も沸き、別人のように元気になった」といった例はいくつもあります。

ケアマネジャーの皆さんにはぜひ、「訪問リハビリを社会性の維持につながる」という視点を持っていただきたいと思います。たとえ寝たきりの患者さんでも、少しずつ目標を高めることで外出できるようになる可能性はあります。今回はそうした事例を紹介します。(つづく)

病院のリハと 訪問リハの違い

リハビリテーション(以下、リハビリ)は一般に、急性期、回復期、維持期の3段階に分けられます。急性期リハビリは病気が発症して1ヵ月以内、回復期リハビリは発