

4. 集中的外来リハビリテーション

外来リハビリテーションは一生にわたって専門的に対応するものであるが、その通院頻度は通常は非常に少なくてもよいものである。

しかしながら適時に集中的な外来リハビリテーションが必要となる場合もある。例えばADL低下時の改善にも、ADL訓練を中心とした集中的外来リハビリテーションが効果的であることが研究7などで明らかになっている。

このように効果的な集中的対応ができるためには、ADLの低下が生じたり、疾患治療の為に入院などをして活動性が低下した場合には集中的なリハビリテーションの必要性がありそして効果があることを、日頃から患者本人や家族に教育しておくことが必要である。また障害のある人や高齢者は何らかの疾患をもっている場合は多く、その際の平常の医学的管理を行っている一般医療機関とリハビリテーション外来の連携が重要である。この場合一般医療機関で活動度としての指導が行われていると、ADL低下が早期発見され早期紹介が適切に行われやすくなる。

この集中的外来リハビリテーションでの内容は廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環形成のかなめ要である（この場合外来であるので、自宅生活での）しているADLを質的・量的に向上させることによる生活全般の活発化である。個別的な廃用症候への対応（筋力増強など）やスパルタ的訓練ではない。また外来リハビリテーション受診時の対応内容で廃用症候を改善させるものではない。

このような集中的外来リハビリテーションによる対応ではなく入院や入所が必要となる場合もある。但し、なるべく入院や入所が必要とならないよう、早期からの対応が必要である。

いずれにせよ廃用症候群の悪循環が起こってきた時の対応は、早急に悪循環から良循環へと転換させることであり、これは短期間で可能であるし、むしろ短期間で転換できなければ廃用症候群の悪循環が進行してしまうのである。

（参照；Ⅱ - 5. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換に向けたリハビリテーション・プログラムの考え方とすすめ方の基本

Ⅱ - 6. 廃用症候群の悪循環からの脱却と良循環への転換のためのリハビリテーション・プログラムの具体的ポイント）

表 7 外来リハビリテーションのあるべき姿 (基本的ポイント)

	外来リハビリテーションのあるべき姿	陥らないように留意すべきこと
外来リハの目的	<ul style="list-style-type: none"> ・ QOL 向上 (寝たきり化予防・自宅生活維持) 退院時よりも更なる ADL・QOL の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能維持中心
重視する障害レベル	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全ての障害レベルを重視するが、参加レベルの向上・維持を目的として解決法としては活動へのアプローチを重視 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心身機能、特にマイナス面の機能障害重視
廃用症候群への対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり化予防への要として廃用症候群の悪循環の予防・改善を重視 ・ 生活全般の活発化重視 (生活の具体像の重視) (歩行・立位姿勢での ADL 実施が鍵) ・ 活動度による詳細な指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個々の症状に対する機能障害レベルでの対応 (時には誤用・過用の危険あり) ・ 受診時を中心とした対応 (自宅での具体的な生活の仕方の指導は乏しい)
PT・OTのアプローチ	<ul style="list-style-type: none"> ・ ADL レベルの向上が中心 (身辺 ADL に限定せず) ・ ADL の普遍化 (環境限定型自立にとどめないでどこでもおこなえる ADL へ) ・ 自己訓練の指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本動作訓練・模倣的動作主体 ・ グループ訓練 ・ 自己訓練指導の不徹底(自主トレの名のもとに不適切な訓練を放置している場合が多い)
評価の重点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実生活でのしている ADL の評価を重視 (詳しい聴取等による) ・ ADL 全般(身辺 ADL のみではなく) (特に参加との関係で分析) ・ 自宅内生活だけでなく、地域社会での ADL 状況を重視 ・ 大まかな自立度のみでなく、姿勢・動作・使用用具などの細部を重視 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能障害・模倣的動作偏重 ・ 大まかな自立度のみでの評価
チームワーク	<ul style="list-style-type: none"> ・ 協業(チーム全体としての共通の目標・プログラムを設定した上での役割分担) ・ 患者本人・家族もメンバーとして位置づける ・ 一般医療機関との連携重視 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 分立的分業(各職種の個々の目標・プログラムの総和のみで共通の目標・プログラムなし) ・ 患者は受身的な存在
入院リハと外来リハの関係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外来リハが基本 (理由:自宅は実際の生活の場 入院中の環境は極めて制限されたもの) ・ 必要に応じて短期集中的入院リハと組み合わせる(外来リハではリハ効果不十分な場合) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入院リハ至上主義 (外来リハはその後の機能維持) (外来リハでの向上は不可能と考える)
通院頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診回数は少ないが 1 回に濃厚な指導 ・ 必要に応じて短期集中的外来リハ (退院直後・社会活動範囲拡大目的、活動度・ADL 低下時) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期頻回 ・ 通院困難となれば回数減少、自然終了
長期経過	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一生にわたって、必要時のリハ的対応を 一般医療機関と連携して行う [一般医療機関からの、ADL 低下時等の早期のリハへの紹介を促進する必要あり] 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訓練人生を生む危険 ・ 長期入院・施設入所者増加 ・ 自宅生活維持困難(再入院・入所等の増加)
患者へのリハについての教育	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主体的参加の促進 ・ リハ自体についての理解の促進 ・ 予後(疾患だけでなく障害の全ての側面についての)詳しい説明 ・ リハ(再)受診時期の教育 	<ul style="list-style-type: none"> ・ リハについての説明が不十分であり、誤解を正さない

〈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

Ⅵ. 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

リハビリテーションはふつう、リハビリテーション施設があり理学療法士・作業療法士などの専門従事者がいる病院・施設で行うもので、一般医療機関の役割は小さいと考えられがちである。しかしこれは大きな誤りで、実はリハビリテーションにおいて一般医療機関の果たす役割は非常に大きい。中でも寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善の成否は、一般医療機関でのとりくみのいかんによって大きく左右されるといっても過言ではない。

寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善にむけた一般医療機関におけるリハビリテーション的対応のポイントを表8にまとめた。特に活動度指導という特別な設備を要しない方法を、核として用いることによる寝たきり化予防・改善の効果が大きく期待される。

表8の内容を以下に簡単に説明する。

1. 廃用症候群の悪循環についての十分な認識をもつ

軽微な原因による活動性低下が廃用症候群の悪循環形成の契機となり、寝たきり化の原因となることを防止することがまず第1である。例えば風邪や目・耳などの小手術の後ですら、病気の時は安静という患者や家族の思い込みから不必要な安静を取りすぎてしまつて廃用症候群の悪循環をつくってしまうことも少なくないので、必要最低限の安静ですむように活動度の指導をする。

廃用症候がまだ顕在化していなくとも、安静を指示していたり生活の活動性が低下していれば廃用症候群は必発だと考え、その改善にむけて活動性を向上させるように活動度の指導をする。

また、徐々にADLが低下した場合はその低下は不可避のもの（例えば、高齢だからADL低下は仕方ない、疾患や障害があるから仕方ない）と考えずに、廃用症候群の悪循環によるADL低下の可能性を考えなければならない。

このような廃用症候群の悪循環およびそれを生む因子や促進因子（参照；表1、11頁）に敏感になり、その存在が発見された場合は詳細な活動度の指導による活動性の向上や必要に応じて専門的リハビリテーション施設への早期の紹介を考慮することが重要である。

そして廃用症候群自体についての認識として重要なことは、これはあくまでも廃用を共通の原因として全身の機能が低下した症候群であるということである。そのため個々の廃用症候にだけとらわれたり、そのみへの対応で不十分なものになってしまうことに十分気をつけなければならない。

（参照；Ⅱ - 3. 廃用症候群の悪循環を生む因子・促進因子）

表8 一般医療における寝たきり化予防にむけたリハビリテーション的対応のポイント

—廃用症候群の悪循環の観点から—

1. 廃用症候群の悪循環についての十分な認識をもつ

- 1) 活動性低下によって廃用症候群は必発であることの認識が重要
- 2) 廃用症候群を生む因子・促進因子に敏感である
(参照；表1 廃用症候群の悪循環を生む因子・促進因子，11頁)
- 3) 加齢や既存の機能障害による不可避な現象と誤らない
- 4) 個々の症候への対応のみにとどめず、症候群としての全体への対応が重要

2. 活動度の指導—生活全般の活発化にむけた定期的指導

- 1) 安静（活動度制限）指示後には意識的に活動性向上をはかる
- 2) 活動性向上にむけた意識的指導（社会生活範囲の積極的拡大を含む）を行う
- 3) 活動性低下の早期発見とそれに対する早期対応
- 4) 生活活動性向上の重要性に関する患者本人・家族への教育の面をもつ

3. 活動度向上にむけた疾患管理

- ・ 安静が基本でなく、活動性を向上できるような疾患管理

4. 専門的リハビリテーション施設との連携—急性疾患・運動障害以外でも

- 1) 廃用症候群が主な場合における、リハビリテーションの必要性・効果の認識が重要
- 2) ADL 低下時の早期紹介
- 3) 活動度低下時の早期紹介
- 4) 本人・家族へのリハビリテーションについての正しい指導

5. 一般医療機関でこそ行うべきリハビリテーション技術の普及

- 1) 活動度の指導
- 2) 急性発症疾患（例：脳卒中、骨折）での急性期リハビリテーションの早期開始
 - ・ 廃用症候群予防が最大の目的
 - ・ これにはリハビリテーションを専門としない医師と看護職だけでも可能なものが多い

6. 患者・家族への指導

- 1) リハビリテーションについての正しい指導
 - ・ リハビリテーションとは機能回復訓練との誤解が強いことを前提とし、その誤解をとく
- 2) 廃用症候群の重大さについての指導
- 3) 過介護にならぬように指導

〈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. 活動度の指導—生活全般の活発化にむけた指導

高齢者、障害のある人・疾患をもつ人について廃用症候群の悪循環の予防・改善のかなめ要である生活全般の活発化を、安全で十分にはかるためには、漠然とした生活指導ではなく、厳密な活動度指導が有効である。

生活全般の活発化にむけての活動度の定期的指導は、同時に、活動性低下の早期発見と早期対応（含：専門的リハビリテーションの対応の必要性の発見）および、病気だと安静と思いがちな患者・家族に対する生活活動性の重要性に関する教育の面からも非常に効果的である。

なお入院リハビリテーション、外来リハビリテーション、通所リハビリテーションなどが行われていても、生活全般の活発化にむけた指導が行われていない場合は多く（参照；研究5，6）、訓練以外の時間は活動性が非常に乏しいことが決してめずらしくない（参照；研究6）。そのため、リハビリテーションを実施している場合にも、それらの実施機関と連携して活動度の指導することが必要である。（参照；Ⅳ. 安静度ではなく活動度の指導を）

3. 活動性向上にむけた疾患管理

廃用症候群や合併疾患の症状は、活動性が低い時には明らかでなくても、活動性が向上すると出現してくることがある。たとえば慢性閉塞性肺疾患患者で活動性が向上すると呼吸困難が増強する場合、症状が出現しない範囲内に活動性を制限するのではなく、むしろ活動度を向上させることを目的として疾患面の積極的な管理をすることが寝たきり化予防のためには望まれる。

このように活動度向上にむけての疾患管理の観点からも、一般医療機関と専門的リハビリテーション施設との連携は重要である。

4. 専門的リハビリテーション施設との連携

廃用症候群が顕著になってはじめて専門的リハビリテーション施設に紹介となったり、さらには専門的リハビリテーションの関与なしに寝たきり状態・要介護・要支援状態になってしまっていることも少なくない。このように専門的リハビリテーション施設と一般医療機関との連携が有効に機能していない場合が多いのが残念ながら現状である。

しかし専門的リハビリテーションが必要な場合には、できるだけ早期に紹介されるほど短期間で確実に改善が可能である。身辺 ADL に問題が生じる以前から、たとえば外出範囲に制限が生じるなどの ADL 低下や生活活動性の低下が生じはじめてきたならば、それに対して活動度向上の指導を行うが、それだけでは十分には対応できないような場合には、早期にリハビリテーション施設への紹介をおこなう。

なおこのようにリハビリテーションとの連携をとる際、それまでに一般医療機関で活動度がどのように指導されそして低下してきたかを具体的にリハビリテーション側へ提示されれば、生活全般の活発化にむけたリハビリテーションの指導は効率よくでき、効果的な連携ができる。

一般医療とリハビリテーションとの連携がまだ十分にはおこなわれていない理由としては、一般医療機関のリハビリテーションについての理解が不十分なだけではない。リハビリテーション側もその技術が廃用症候群の悪循環の予防・改善に役立つことを、一般医療機関に実際の事例を通じて認識してもらえるように一層の努力が必要であろう。

5. 一般医療機関でこそ行うべきリハビリテーション技術の普及

一般医療機関でこそ行うべきリハビリテーションもある。

まず活動度の指導は、寝たきり化を防ぐための一般医療機関でのリハビリテーション技術の根幹といえよう。しかし現状ではまだ不十分なために、本来なら専門的リハビリテーション施設が関与せずに一般医療機関だけで廃用症候群を予防・改善できていたはずの人が、問題が深刻化してしまって結局は専門的リハビリテーションが必要となってしまうことが少なくない。

次に脳卒中のような急性発症疾患の早期リハビリテーションがあり、これは廃用症候群の予防が最大の目的とあってよい。疾患管理と並行して早期から、体位交換や関節可動域訓練そして早期座位開始などの急性期のリハビリテーションを行うべきであるが、これは必ずしも理学療法士・作業療法士などがいなくても医師と看護職だけでも行うことのできる内容も多い。

6. 本人・家族への指導

一人ひとりについての寝たきり化予防が十分に達成され、またそれにむけてリハビリテーションの資源が有効活用されるためには、一般医療機関の廃用症候群の悪循環の予防・改善にむけた対応とともに本人および家族自身の廃用症候群についての十分な認識が不可欠である。

しかし現状では本人・家族は病気であれば安静と思っている場合が多いなど、廃用症候群および廃用症候群の悪循環についての認識は不十分であり、寝たきり化が促進されている。またそれに関係することとして介護も被介護者にとって安楽な方法が一番と考えられ、過介護になってしまっている危険性も高い。

また寝たきり化予防のリハビリテーションとは筋力増強訓練やスパルタ的訓練と誤解され、本来あるはずのリハビリテーションの適応がないと誤解されてしまい十分に活用されていない場合

も少なくない。

このような現状を前提として、本人・家族への廃用症候群の悪循環とリハビリテーションの両者についての一般医療機関での正しい指導が必要である。

(参照；Ⅶ. 寝たきり化予防・改善についての一般社会への啓発の重要性)

Ⅶ. 寝たきり化予防・改善についての一般社会への啓発の重要性

—生活全般の活発化は明るく活動的な長寿社会の鍵—

つくられた寝たきりのプロセスである廃用症候群の悪循環形成による寝たきり化が現在大きな問題であるが、その予防・改善のためには、リハビリテーション・一般医療のみでなく、保健・介護・福祉等の専門的な対応の更なる向上が求められていることは、これまでに述べた通りである。

しかしそれと同時に重要なのは、一般社会の人々に対しての、寝たきり化の原因としての廃用症候群および廃用症候群の悪循環、そしてそれを予防・改善するリハビリテーションについての正しい理解の啓発である。そのような啓発によって、本来ならば寝たきりにならなくてすんでいたはずのつくられた寝たきりを防ぐことが可能となるとともに、一層の健康増進も可能になると期待される。

これまでも述べてきたように、寝たきり化の原因である廃用症候群や廃用症候群の悪循環の重要性についての認識が不十分なために、たとえば「病気だと安静」だと思って廃用症候群の悪循環を生じたり、「年寄りだから、足腰が弱っていくのは仕方ない」と思ってしまい積極的に活動性向上や専門的リハビリテーションの正しい活用がなされずに寝たきり化に向かっている場合は多い。

また、寝たきり化および要介護状態・要支援状態の予防・改善へのリハビリテーションの効果が高いことが必ずしも一般社会の人々に広く知られているとはいえない。リハビリテーションという言葉や、その必要性・重要性については一般社会に漠然とは広く知られるようになってきたが、残念なことにその本質や具体的内容が十分に理解されているとはいえず、誤解されている場合が少なくない。

特にリハビリテーションは機能回復訓練と誤解されているために「機能回復が見込めない人にリハビリテーションを行っても仕方ない」と思われて、専門的リハビリテーションへ紹介されないままに寝たきり化への道に入ってしまうことが少なくない。また具体的なリハビリテーションの内容についても、例えば杖や装具に頼ると機能回復が妨げられると思込んでしまっ使用しないためにADLが自立せず、そのため生活活動性が不十分な状態にとどまって、廃用症候群の悪循環を進行させてしまっているなど、結局寝たきり化を促進している場合も多い。

しかし、本来のリハビリテーションは機能回復訓練ではなく、ADL訓練（杖・装具などの補助具の積極的使用を含む）によって身辺ADLを含む活動の自立を達成し、その結果QOLの高い生き甲斐のある人生を実現するものであり、寝たきり化および要介護・要支援の予防・改善において

も大きな役割を果たすものである。

国や自治体においてはこれまで「寝たきりゼロの十か条」を作るなど啓発に取り組んできているが、更なる具体的な普及啓発が望まれる。

特に一見健康な高齢者においても、潜在的に廃用症候群の悪循環がはじまり徐々に進行している場合は少なくないので、生活の活発化を中心とした寝たきり化予防・改善の具体的方法等を普及することは非常に大きな意義をもつ。

そしてこれは単に寝たきり化および要介護・要支援状態の予防・改善に役立つだけでなく、本報告書の冒頭で述べたように、積極的な健康増進とADL・QOL向上に役立ち、健康で活力ある長寿社会の建設に貢献することができよう。