

在宅脳卒中後遺症者のリハビリテーションを考える

—理学療法士の立場から—

厚生連滑川病院 理学療法科

塚 本 彰

はじめに

「第3の医学」と呼ばれているリハビリテーション医学の特徴は、病気の発見、診断、治療に終始する治療医学とは本質的に異なり後遺症（機能障害）の最大限の回復と残存能力の開発をはかり、社会への再適応（人間性の回復）を旨としてゆくところにあります。

近年、人口の高齢化や、救命医学の進歩と発展により、何らかの身体機能障害を有して地域社会の中で生活してゆかなければならない人々が急増しているようです。そして、病院や施設内で中心に行なわれていた、リハビリテーション医療も、広く地域の中で求められるようになってきています。

資料によると、すでに全国の理学療法士の60.4%が、何らかの形で、在宅障害者への訪問、指導サービスを経験しているようです。その主な対象は今のところ脳卒中後遺症者のようです。

今回、私が昭和59年に砺波市で行った「在宅脳卒中後遺症者の実態調査」に基づき、在宅リハビリテーション活動について私見を述べてみたいと思います。

調査方法

「在宅脳卒中後遺症者の実態調査」の目的は、下肢運動機能と日常生活動作（主に歩行）の状況を把握し今後の指導方針を検討することでした。

調査は我々が作成した調査用紙を用いて、面接で行い、Brunnstrom stage(以下stage)（麻痺回復段階検査）、関節拘縮の有無、歩行能力、日常生活動作（床上立ち上がり、しゃがみこみ）の可否を検査しました。また歩行困難者（臥床生活者）については、その内容を吟味しました。さらに、リハビリテーション教室参加（以下リハ教室参加）者と訪問対象者を大別して比較検討しました。

結 果

対象は昭和54年以降、砺波市のリハビリテーション事業の対象となった在宅脳卒中後遺症者54名で、内訳は別表に示すとおりです。

表1 対調査対象者内訳

	リハ教室	在宅訪問	合 計
例 数	20	34	54
性 別			
♂	18	22	40
♀	2	12	14
平均年齢	62.4	64.4	63.3
平均経過年数	6 Y 8 M	1 Y 8 M	3 Y 9 M
歩 行 不 可	0	11	11
床上立ち上がり不可	0	16	16
しゃがみこみ不可	1	22	23
下肢関節拘縮	2	7	9
stage			
I	0	3	3
II	0	2	2
III	2	7	9
IV	10	9	19
V	6	6	12
VI	2	7	9
杖 使 用	2	15	17
S L B	3	4	7
L L B	0	1	1
W / C	0	3	3

1. 性別 男女比はリハ教室参加者群が、18：2、訪問対象者群が22：12で女性は在宅にとどまっている者が著しく多かった。

2. 年齢 平均年齢はリハ教室参加者群、62.4才、訪問対象者群64.4才だったが、リハ教室参加者群には50代、60代が大変多く（20名中16名）、訪問対象者群には70才以上（34名中15名）と50才以下（同8名）が多かった。

3. 発症後の経過年数 リハ教室参加者群は平均6年8ヵ月、訪問対象者群は平均1年8ヵ月で著しい差がみられた。

4. 日常生活動作 歩行、床上立ち上がり、しゃがみこみ動作について、不可能者は、しゃがみこみ1名を除き、すべて訪問対象群だった。

5. 関節拘縮 リハ教室参加者群には軽度な足関節拘縮が2名にみられたが、訪問対象者群には、股、膝、足関節にわたる重度な者が5名、軽度な者が2名みられた。

6. STAGE stage は6段階に区分され、最重度がI、ほぼ正常がVIとされている。I、IIの重度な者はすべて訪問対象群、IIIは9名中7名が訪問対象群、IV、Vはほぼ同数だったが、VIもまた9名中7名が訪問対象者だった。

7. 合併症、随伴症状 リハ教室参加者群には言語障害が2名みられたのみだったが、訪問対象者群には、言語障害8名、運動失調1名、痴呆1名、R・A1名と、多くの合併症、随伴症状がみられた。

8. 歩行不可能（臥床生活者）は、訪問対象者11例で、平均年齢が70.5才と高く、再発が多く（7名）、関節拘縮もみられ（5名）、stage はIII以下が多く（8名）すでに5名が死亡している。

考 察

リハ教室参加者の特徴として、(1)男性が多い、(2)年齢は50～60代、(3)発症後の経

過年数が長い、(4)関節拘縮はほとんどみられない、(5)stage は、ほぼIV以上、(6)日常生活動作（移動）では、あまり支障がない等があげられる。また100mの歩行スピード測定では、20名中16名が2分30秒以内で、実用性の高い歩行能力を獲得していた。

一方、訪問対象者は、発症後の経過年数はリハ教室参加者に比べ短かく、性別、年齢、運動機能には、かなりばらつきがあり、重症者と軽症者が混在しているようだった。

これらの特徴を踏まえると、今後リハ教室参加者には、身体機能維持と共に生産的な喜びを得られるようなプログラムが、訪問対象者には、個々の状況に応じた個別性の高いプログラムが必要であると考えられる。現に訪問対象者では、継続的な訪問指導により著しく日常生活動作の改善をみたケースもあった。また、前述した生産的喜びを得られるようなプログラムとは、機械器具や徒手により個別的に実施される機能回復訓練ではなく、グループ体操やレクリエーション、あるいは軽作業など、お互いのコミュニケーションを基盤として参加することにより、自ら健康回復に対する喜びと残存能力に対する自信を持てるようなものを指すのである。

一方、在宅訪問対象者には、「患者が片麻痺になれば家族も片麻痺になる」と言われるように、家族も含めて、身体機能回復の可能性、介護技術、生きがい、のある生活を考えてゆくようなことが必要である。

そして、長期在宅ケースには、介護者を援助し、本人にも社会性を失わせないように、デイ・ケアやショート・スティなどの福祉サービスのありかたも考慮されなければならないと思われる。

以上、私達が行った調査結果を基に今後の地域リハビリテーション活動の展開についてリハビリ教室（通所サービス）、在宅訪問に大別し、各々のプログラムを検討してみたわけ

ですが、いずれにしろ、在宅脳卒中後遺症者が、身体の不自由に屈しないで生活してゆくためには、何よりも良い家族関係が必要なようです。

そして、ともすれば患者の身体機能の回復にのみ重点を置きリハビリテーションプログラムには限界があり、病院では歩けたのに家庭に戻ったら寝たきりや無為の生活を過しているケースを生みだしているようです。

発症後、何年も経過しているケースでは、麻痺した手足が簡単に動くようにならないことは、本人自身がいちばんよく知っていることであり、その障害を受け容れていけるような家庭、地域社会がなければ、地域リハビリテーションは成功しないと言えるでしょう。

そして、在宅脳卒中後遺症者の多くは、「老人」と呼ばれる世代の人達です。基本的な目標は、「日常生活の自立」にあります。老化に伴う、知力、体力、感覚機能の低下は必然的なものであり、一時的には「自立」を得たとしても、いずれ依存度が高まるのも避けられないことです。言い換えれば、老人に適度の依存関係が許され、安定した生活が、おくれる家庭、地域社会が、リハビリテーション活動には必要だと思います。

〈参考文献〉

- 1) 三宅貴夫：老人不在の老人医療，精神医療 57：11-18，1985
- 2) 日本理学療法士協会：理学療法白書，1985，P20
- 3) 入江紀一：老年者の運動機能，日本臨床39：10-14，1981
- 4) 稲坂 恵：片麻痺患者の歩行スピードについて，理・作・療法 16：865-876，1982
- 5) 中村隆一：中枢神経疾患に対する治療，訓練時における問題点（歩行を中心に），臨床理学療法 3：28-38，1977
- 6) 竹内孝仁，浜村明德：地域リハビリテーション活動を語る，病院 40：591-598，1981
- 7) 塚本 彰・福江 明：在宅脳卒中後遺症者の実態調査（下肢運動機能とA D L），第19回日本理学療法士学会誌，1985