

健康文化

## 介護老人保健施設リハビリテーションのチームアプローチシステム

杉村 公也

はじめに

介護保険が実施後1年を経過し、施設介護の中心であるべき介護老人保健施設(以下老健と略す)において早くもその意義を疑問視する声が聞かれる。「リハビリテーション前置主義に基づく自立支援・自宅復帰の目標がほとんど実現されていない」という批判である。老人保健施設はリハビリテーション医療において介護療養型医療施設に及ばず、ケアにおいて介護老人福祉施設と変わらないというのである。そこでそうした問題点を整理し、老健のリハビリテーションのあり方、特にそのチームアプローチシステムについて考えてみた。

### 1. 医療における老健リハビリテーションの意義と役割

老人保健施設(老健)は昭和57年の老人保健法による施設として昭和61年から制度化されたもので、平成12年4月からの介護保険実施に伴い介護老人保健施設として介護療養型医療施設、介護老人福祉施設とともに施設サービスの中心施設としての役割を担うものとされている。その存立意義と目的は平成11年の厚生省令第1章に明示されている。存立の意義として(1)医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な医療の提供。(2)日常生活上の介護と支援を行うこととなっている。すなわちリハビリテーションを中心とした医療施設であってかつ生活介護をも行うといった側面を持つ介護保険医療施設としての意味が明らかにされている。

この医療施設は次の2つの目的を達成することが求められている。すなわち入所者の能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにすることと、入所者が居宅における生活への復帰を目指すこととされている。

こうした意義と目的を果たすために、運営の基本方針として、入所者の意志および人格を尊重し、明るく家庭的な雰囲気を保つこと、地域や家庭との結びつきを保った運営を心掛けること、他の関連サービス業種との密接な連携に努

めることが求められている。

こうした老健の意義、目的、基本方針に貫かれている考え方は入所者の人権の尊重とリハビリテーション前置主義による自立支援・自宅復帰である。老健自身このようなリハビリテーション施設であることの認識は、多くの老健がリハビリテーション病院・施設協会に積極的に加盟していることから明らかである。

しかし、老健に対して先に述べたような批判が聞かれるのも事実である。老健のリハビリテーション施設として問題点について検討してみた。

## 2. 老健の医療とリハビリテーションの現状

老健は居宅生活への復帰を目指し療養、生活介護、リハビリテーションを行う施設である。しかしその理想と現実の間にはかなり隔たりがある。こうした現状の問題点として次のようなことが挙げられよう。

### 1) 老健医療の現状

老健は医療上、その心身の状況および症状について十分な医学管理が必要とされるが、この点で現状はどうだろうか。

第1にその医療が施設基準で入所者100人に対して医師1名、リハビリテーションスタッフ1名と医療スタッフの数が極めて少数に絞られており医療費は入所費に包括されることになっている。このことが老健の医療をリハビリテーションを含めて極めて不十分なものにしている。

第2にケアの場で残存機能の発揮や家庭復帰・社会復帰といったリハビリテーションへの必要性の認識が十分に成熟していないといったことがしばしば指摘されている。

### 2) 老健のリハビリテーションの現状

老健がリハビリテーション施設でありながらリハビリテーションも厚生省令で示される理想のようにはなっていないのも事実である。その大きな原因はリハビリテーション関係スタッフの人員基準にある。すなわち、入所者100人に対し理学療法士または作業療法士1名が施設基準であり、100人を対象にした個別機能訓練は極めて困難である。まして、一人ひとりの入所者全てに日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションをスタッフが主体的に進めることは殆ど不可能に近いのが現状である。このような中でリハビリテーションスタッフはおおむね10人から20人程度のグループを対象にゲーム、リクリ

エーション活動、手芸、工芸、集団回想法、集団音楽療法などのいわゆる集団リハビリテーションといわれる範疇の活動を行っている。これらのリハビリテーション活動については、自発性や対人交流の改善といった点では一定の効果は認めつつも、徘徊、行動異常、ADL・APDLの改善や在宅復帰に結びつく成果という介護スタッフの期待する効果の点では新たな展開を強く求められている。

また一方リハビリテーションスタッフ側ではリハビリテーションの独立性が尊重されず、個別リハビリテーションはもとより、集団活動行動療法（集団 activity）をリハビリテーション治療として完遂できないという不満も多い。

一方施設長や婦長のリハビリテーションに対する認識や理解の不足が大きく、間違った指示や指導が行われることも多い。たとえばリハビリテーションスタッフを単なるレクリエーション・コーディネーターにするなど、集団 activity に対する明らかな知識の不足から、永続的な改善効果よりも一時的でも楽しませればそれもリハビリテーションであると言った言動なども多い。

3) 老人保健施設が担うべきリハビリテーション対象疾患と、さらに入所者はどのような疾患や状態で入所してくることが多いかを考えてみたい。

- a. 脳血管障害は老人保健施設入所者の主要な疾患であるが、次のように必ずしも単純ではない。すなわち純粋に片麻痺だけということが少なく、症状が多彩である。多発梗塞が多く、痴呆の合併も多い。高齢者では病歴が長い場合も多い。麻痺が軽度でも、活動性が低下していることが多い。
- b. 老年痴呆は非常に多くの入所者に見られるが、痴呆の原因疾患が明らかになっていないことが多い。何らかの異常行動を示す者や自発性が低下している場合が多い。
- c. 骨関節疾患も高齢者では変形から機能低下を示して痛みを伴っている場合が多い。
- d. 非痴呆性老年期神経疾患も高齢者では決してまれではない。すなわち、パーキンソン病やその類縁疾患、また疾患名が明らかでない神経疾患が多い。
- e. 脊椎・脊髄疾患は変形を伴っている。脊椎圧迫骨折や側彎・円背の変形が多い。歩行障害の原因に変形性腰椎症や脊椎管狭窄症が関与することが多い。痛みの訴えよりも動かなくなることが多い。
- f. 内科系疾患では高血圧が多い。心不全から運動すると息切れを訴えることが多く、呼吸器疾患によって呼吸不全を呈している場合も多い。腎泌尿器疾患で

は腎硬化症から腎機能低下や浮腫のある人が多い。糖尿病は中等度の糖尿病でもインシュリンや経口剤の治療を行っていないことが多い。甲状腺・その他の内分泌機能低下では甲状腺機能低下症が痴呆と間違えて管理されていることがある。こうして見てくると介護老人保健施設でリハビリテーションの効果を上げることがいかに困難か推測されよう。

### 3. 老健医療とリハビリテーションのあり方

老健は人的構成からは明らかに介護スタッフ中心の介護収容型施設である。今後も老健に十分な医療スタッフやリハビリテーションスタッフが得られる可能性は低い。そのような状況の中で老健医療とりわけ最も困難の多いリハビリテーションをいかに進めて行くべきか。リハビリテーション界の最難題といわれている老健のリハビリテーションのために今後どのようなシステムが構築されなければならないかをここでは考えてみたい。

第1に介護保険では入所者の一人ひとりに対してケアプランの作成が義務づけられており、きめ細かなケアプランの上でのリハビリテーションプログラムでなければならない。

そのためには一人ひとりの障害を医学的に評価し、課題（ニーズ）を詳細に把握した上で、解決の目標（ゴール）が明確に設定されなければならない。こうした問題解決型のリハビリテーションプログラムを持ったケアプランが作成されなければならない。

第2に高齢者のリハビリテーションとしての特色を認識する必要がある。すなわち障害された機能の十分な回復は期待できず残存機能の利用と代償機能の獲得がリハビリテーションの中心とならざるを得ない。さらに、少しでも活動性を改善、維持させることのできるリハビリテーションが求められる。

第3に痴呆老人に対するリハビリテーションを確立すること、そのためには対人および対社会との関わり合いの再構成を図るリハビリテーション体験が含まれること、環境を調整することで痴呆老人が受け入れうる生活を再構築すること、不安、孤独、悲哀を解消し、喜び、楽しみを創造し、快い刺激を与えることが重要である。

第4に居宅生活への復帰をめざしたりハビリテーションが求められる。そのために、自立や活動性を促し、介護負担が軽減されるよう残存機能を生かしつつ、少しでも生活すること自体がリハビリテーションとなるような生活の中で

リハビリテーションを確立していくこと、特に今後の小グループケアやユニットケアを支えるリハビリテーションを創造することが重要である。

第5に介護と一体となつてのリハビリテーションケアの創造が必要であり、自立して生活するためのリハビリテーションが用意されなければならない。さらに生活の道具と場また支援機器を利用してのリハビリテーションを積極的に進める必要がある。これは生活の場で使用可能な小型で簡便なリハビリテーション機器を選択する。

こうしたリハビリテーションが老健で強く求められている。

#### 4. 老健リハビリテーションのチームアプローチシステム（TAS）とその機能

従来の老健ではリハビリテーションは老健の介護システムの副次システムにすぎなかったし、リハビリテーションがケアの質を高めていることも少なかった。今後老健が特色あるリハビリテーション施設として生き残っていくためには老健独自のリハビリテーションシステムが構築されなければならない。そこで老健のための新しいリハビリテーションシステムを考案してみた。このシステムをここではチームアプローチシステム（TAS）と呼ぶことにしよう。

##### a. TASとは

TASは介護・看護スタッフが中心となっている老健でスタッフが全員で生活リハビリテーションを実施し、寄り添い型のケアとリハビリテーションを融合することで在宅復帰を目指していくシステムである。

さらに入所者と家族や介護者とのダイナミックな人間関係に注目して、その関わり合いの障害の改善を図ることでケアを支えることを目的としたリハビリテーションシステムである。すなわちTASは老健リハビリテーションのためのチームアプローチである。

##### b. TASにおけるリハビリテーションスタッフの役割

TASにおいてリハビリテーションスタッフは（1）入所者の生活障害度を評価・判定・記録する。（2）障害の分析結果はケアスタッフと討議し認識を一致させる。（3）障害分析結果を基にゴールを設定し、リハビリテーションプログラムを作製しケアプランと融合させる。（4）リハビリテーションプログラムの実施状況や結果を評価し、改善のために利用する。

c. T A Sカンファレンス

T A Sを遂行するためにはケアとリハビリテーションの融合の場であり、チームアプローチを作り出すシステムとしてのとしてT A Sカンファレンスを構築することが重要である。このカンファレンスでは各入所者の問題点を把握し、情報を入手し、どのようなリハビリテーション治療が可能かを把握する。リハビリテーション評価やゴール設定、リハビリテーション付加プランを提案、検討し決定する。プランの実施状況を把握し、問題点を整理し、状況に応じてプランやゴールを修正するなどといった機能を果たすことが求められる。

d. T A Sネットワーク

T A Sにおいてリハビリテーションスタッフは施設を越えた情報・技術の交流ネットワーク(T A Sネットワーク)を築くことが今後是非必要である。このネットワークは施設を超えたリハビリテーションスタッフの交流の場であり、経験の交流、成果の迅速な発表、合同調査活動の実施機関となる(横のネットワーク)。一方医療・医学情報をはじめとする基礎情報の収集と他職種からの指導、支援、情報配布を得る窓口となる(縦のネットワーク)。

e. T A Sを動かす人材の確保

こうした介護老人保健施設におけるリハビリテーション、すなわちT A S遂行のためには経験と指導性豊かな特に優れたリハビリテーションスタッフの獲得が必要であり、そのためにはリハビリテーションスタッフの老人保健施設内における地位の向上と待遇の格段の改善が必要である。

## おわりに

老健がその特色を発揮してその存在意義を確立していくためにはリハビリテーション前置主義の立場に立ち自立支援・在宅復帰を目指して進まなければならない。老健の全てのスタッフがそれぞれの立場でチームとしてリハビリテーションを進めなければならない。そのためにチームアプローチのシステムを確立することが大切である。ここで示したT A Sはそうしたシステムの1つのモデルとなりうるものと確信している。今後の老健のリハビリテーションを進める上で参考になることを願っている。

本論文の要旨は第11回全国介護老人保健施設大会三重において教育講演として発表した。

(名古屋大学医学部保健学科教授)

## 参考文献

- 1) 山本和儀編：リハビリテーション介護福祉論．医歯薬出版，1996年3月．
- 2) 社団法人全国老人保健施設協会：老人保健施設における維持期リハビリテーションについて．全国老人保健施設協会，1998年3月．
- 3) 澤村誠志監修：地域リハビリテーション白書2．三輪書店，1998年11月．
- 4) 日経ヘルスケア・日経シニアビジネス編：介護保険参入のためのサービス指定基準ガイド．日経BP社，1999年9月．
- 5) 日本リハビリテーション病院・施設協会編：介護保険とリハビリテーション．三輪書店，1999年10月．
- 6) 泉田照雄編：ユニットケア．筒井書房，1999年11月．
- 7) 社団法人全国老人保健施設協会：老人保健施設の維持期におけるリハビリテーションの実態調査 平成10年度報告書．全国老人保健施設協会，2000年．
- 8) 社団法人全国老人保健施設協会：老人保健施設 職員ハンドブック 2000年度．厚生科学研究所，2000年6月．
- 9) 厚生省監修：平成12年度 厚生白書．ぎょうせい，2000年7月．
- 10) 井神隆憲，杉村公也，福本安甫，鈴木國文編：社会リハビリテーションの課題．中央法規出版，2000年8月．