

図 15. 仙台市における通所リハ・通所介護の利用回数の推移

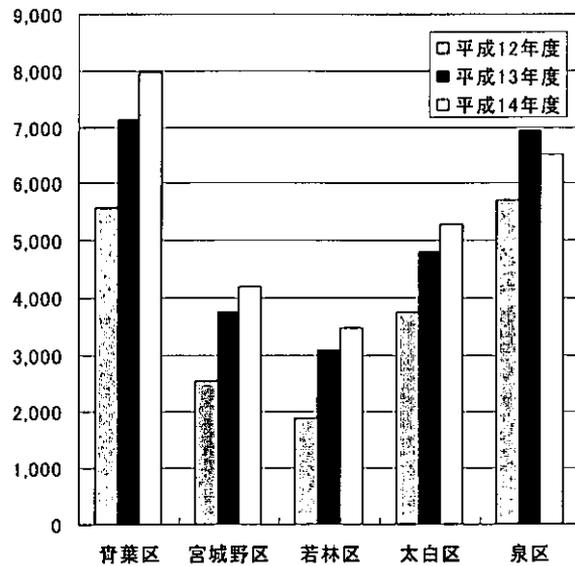


図 16. 各区における通所リハの利用件数の推移

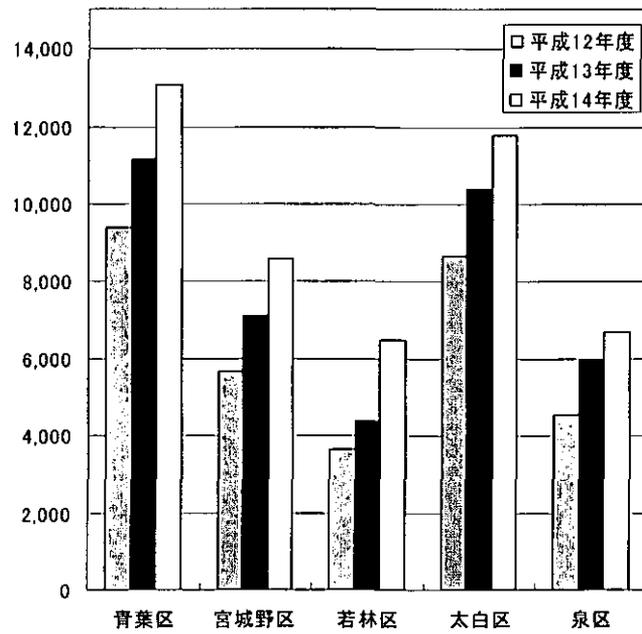


図 17. 各区における通所介護の利用件数の推移

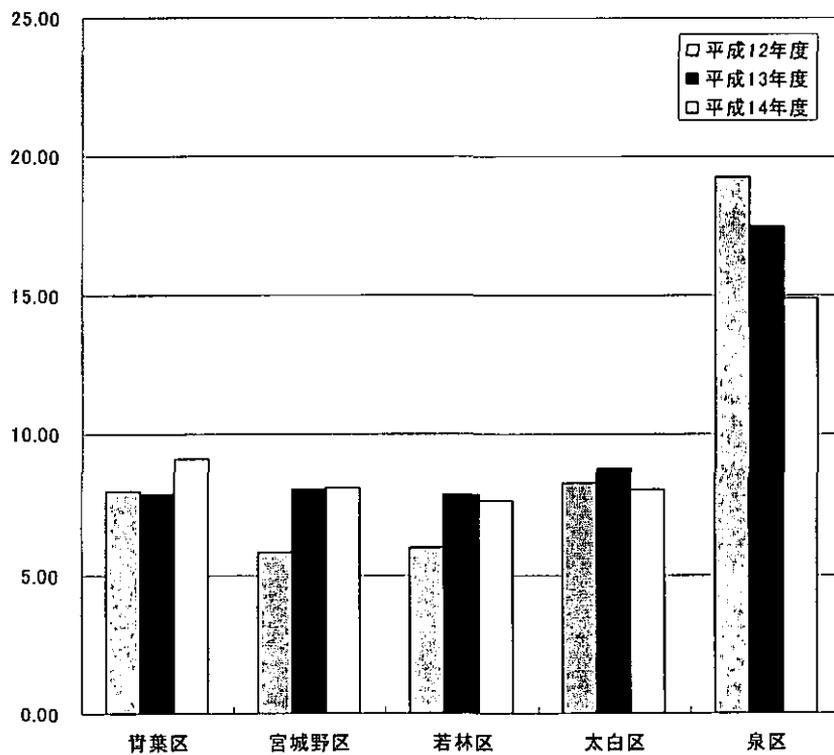


図 18. 各区における要介護者一人あたりの通所リハ利用可能回数の推移

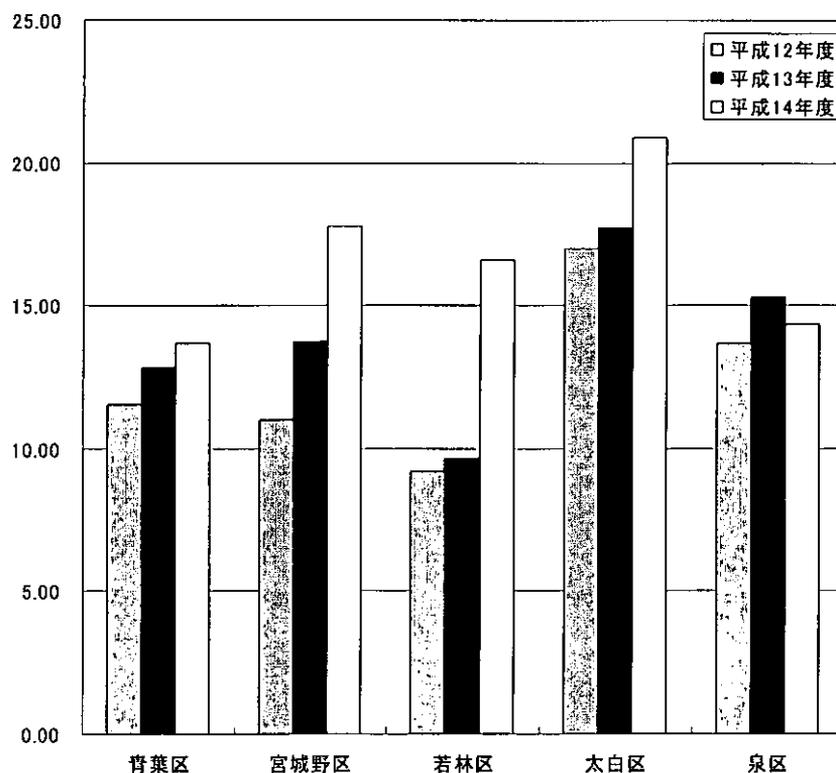


図 19. 各区における要介護者一人あたりの通所介護の利用可能回数の推移

D. 考察

本年度は、地域特性に応じたりハビリテーションサービスのあり方を検討することを念頭に置きつつ、東北の都市部における訪問・通所リハビリテーションの支援実態を明らかにすることを目的とした。その結果、得られた結果は以下の3点に集約される。

第一は、介護保険制度が導入された格差がみられたことである。

後では、訪問リハビリテーションの利用が減少傾向にあったということである。第二は、介護保険制度が導入された後において、訪問看護の利用が増加傾向にあったということである。第三は、訪問リハビリテーション、訪問看護、通所リハビリテーション、通所介護のいずれの支援においても、サービスの提供実態あるいはサービスの利用実態に地域

介護保険制度は介護を必要とする者であっても、可能な限り在宅での生活を継続していくための自立支援システムである。したがって、要介護者への支援は当然のことながら、介護予防を中心とした地域リハビリテーションとしてのシステム構築が重要な課題とされている。例えば、地域リハビリテーションの一つである訪問リハビリテーションは、「居宅において療養を行っている寝たきり老人などに対し、診療に基づく計画的な医学管理を継続して行い、かつ、理学療法士または作業療法士が訪問し、基本的動作能力・応用的動作能力・社会適応能力の回復を図るための指導などを行うこと²⁾」とされており、機能訓練のみならず介護予防の一端を担う支援として一般の関心は高まりつつあろう。

にもかかわらず、介護保険が導入された後の利用実態を比較した結果、仙台市における訪問リハビリテーションの利用件数は年々減少傾向にあった。ただし、このことから、訪問リハビリテーションに対するニーズがないと考えることはできないだろう。なぜならば、上述のような介護保険におけるリハビリテーション関連の社会資源の整備は不十分であるといわれているからである。つまり、サービスを利用したくてもサービスがないという可能性が考えられよう。加えて、一般に、訪問看護ステーションなどに理学療法士や作業療法士が所属している場合は、訪問看護において訪問リ

ハビリテーションサービスに近似した支援が提供されるケースも指摘³⁾されており、こうした支援が訪問リハビリテーション機能を補完している可能性もうかがわれる。実際、仙台市内33箇所の訪問看護ステーション事業所のうち、約3分の1にあたる10箇所の訪問看護ステーションに、専従あるいは兼務の理学療法士・作業療法士が従事しており、仙台市における訪問看護の利用件数も増加傾向にあった。

ところで、リハビリテーションサービスについて地域別に比較した場合、上述のような仙台市全体のサービス利用傾向と各区におけるサービスの利用実態は必ずしも一致しているとは限らないことも明らかとなった。すなわち、各区のサービス提供状況およびサービス利用状況に違いがみられたのである。以下では、仙台市内の5区を取り上げ、サービス利用実態について概説することとした(表1)。

まず、青葉区は高齢化率が14%以上であり、要介護認定者数が最も多い区であった。したがって、訪問リハビリテーションの利用件数、訪問看護の利用件数のいずれにおいても、利用件数は多く、リハビリテーションに関連する社会資源の充実とそれに伴う利用数が多いことがうかがわれた。しかしながら、認定者一人当たりの利用量は他区と比較し、平均的であることが明らかとなった。他方、若林区の場合は、要介護認定者数が最も少ないものの、高齢化率は14%を越えており、高齢者に占める認定者の割合も高い区であ

った。高齢化率が14%以下の宮城野区と比較した場合においても、訪問リハビリテーション、訪問看護、通所リハビリテーション、通所介護のいずれのサービスも利用件数は少ない傾向にあった。また、要介護認定者一人当たりの利用量を比較しても、リハビリテーションに関連する社会資源の未整備さとそれに伴う利用数が少ないことが明らかとなった。

泉区の高齢化率は14%以下であり、仙台市5区の中で最も高齢化率の低い区であった。にもかかわらず、仙台市5区の中では訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションに関わるサービスが最も多く利用されていた。加えて、訪問看護の利用件数も3年間で2倍以上に増加しており、特に医療機関を中心としたリハビリテーションサービスの整備、および利用の拡充がうかがわれた。太白区の高齢化率は14%以上であり、要介護認定者数も青葉区に次いで多い区であった。他区に比べ通所リハおよび通所介護の利用件数が多いのが特徴であり、特に要介

護者一人あたりの利用件数で見ると通所介護の利用件数が多かった。つまり、施設を中心とした通所系のサービスの整備、利用の拡充がうかがわれた。

以上、仙台市における訪問・通所リハビリテーション支援の利用実態を取り上げる中から、仙台市におけるリハビリテーション支援の実態を明らかにすることができた。その結果、訪問・通所リハビリテーションは介護予防の一端を担うものとして期待が高まりつつあるにもかかわらず、他の介護保険サービスへの依存、さらには地域における社会資源の偏在性などが明らかとなった。しかしながら、実際にどう言った介護度の人が必要とするのかといったことまで、明らかにすることには限界があった。今後は、地域特性別実態把握に基づいたリハビリテーションプログラムを開発し、地域ごとのリハビリテーションシステムを構築することが求められよう。

表 1. 地域別サービス利用類型

地区名	高齢化率	リハビリテーション・サービス類型
青葉区	14%以上	社会資源および利用実数は多いが、認定者一人当たりの利用可能量は標準的
泉区	14%以下	医療機関を中心とした訪問・通所サービスの充実
宮城野区	14%以下	標準的
太白区	14%以上	施設を中心とした通所サービスの充実
若林区	14%以上	社会資源およびその利用実数は少なく、認定者一人当たりの利用可能量も少ない

本年度研究協力者:三浦剛、
竹之内章代、徳田律子、瀧田英津子、

稲嶺裕子、星川理恵

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

介護保険制度下におけるリハビリテーションサービス

研究分担者 佐直信彦 東北文化学園大学教授

A. 研究目的

平成 12（2000）年 4 月から、介護保険法が施行され、高齢者の医療、保健、福祉、介護サービスが市町村によって一元的に提供される体制が整った。しかるに、介護保険サービスは、従来、老人福祉法、老人保健法、健康保険法で行われていた介護的部分を再編成されたに過ぎず、サービスを提供する施設は元来の法体系に基づいている。介護保険サービスで、「リハビリテーション」と呼ばれるサービス提供は病院・診療所の医療機関と介護老人保険施設の医療提供施設に限定され、訪問看護事業者から理学療法士、作業療法士が派遣されようとも訪問看護サービスである。一方、「介護」と呼ばれるサービスは福祉施設が提供していたデイサービスの機能訓練（通所介護）やホームヘルプサービス（訪問介護）である（表 1）。

宮城県の理学療法士、作業療法士の 10 万人当たりの員数は全国的にも低いレベルにあり、作業療法士を例にとってみても、東北 6 県では最下位にある（表 2）。その宮城県の中でも、半数以上が仙台及び仙台圏域に勤務しているのが実態であり、理学療法、作

業療法の施設基準医療機関も地域偏在が認められる（表 3）。地域リハビリテーションの理念である住み慣れた地域でノーマライゼーションが具現されることであり、リハビリテーションサービスの地域格差の解消が望まれる。とくに、高齢障害者は住み慣れた地域でリハビリテーションが行われ、家庭復帰できることが目標である。そこで、介護保険対象で最も比率の高い脳卒中患者に限定し、10 万人当たりの発症率から年間の患者数を試算し、亜急性期の患者をその圏域で対応すると仮定した場合、ベッド数から応需できるか否かを検証し、介護保険制度下の地域リハビリテーションの視点から論考した。

B. 研究方法

仙台圏域及びその近隣の塩竈保健所、仙南保健所、県北の栗原・登米保健所管内のリハビリテーションを専門に行う医療機関として理学療法 1、II、III、作業療法 1、II の施設基準の医療機関の受入れ可能ベッド数を調査した。その際、大多数の医療機関の医事課では即答できず、担当の理学療法士、作業療法士に取り継ぎ転送の上概

数を聴取することができた。

C. 研究結果

脳卒中患者の発症率に関しては宮城県の資料がないので、最も確かな久山町研究の数値 500 人／人口 10 万人を当てはめ、急性期死亡と軽症でリハビリテーション不要 30%として概算し、人口 10 万人当たりの患者数、平均入院期間が 3 か月と、4 か月の場合の必要ベッド数を求めた（表 4）。平均在院日数を 3 か月とすれば仙台圏域及びその近隣の塩竈保健所、仙南保健所管内では間に合う勘定になり、県北の栗原・登米保健所では不足する。しかし、平均在院日数を 4 か月とすると何れの管内でも不足することが明らかになった。

D. 考察

介護保険制度下で亜急性期の患者をその圏域で対応すると仮定した場合、ベッド数から応需できるか否かを検証した結果、脳卒中患者に限定した場合でも充足するとは言えず、入院リハビリテーション対象となる骨関節疾患、脊髄損傷、頭部外傷等を考慮するとベッドの絶対数が不足していることが明らかになった。脊髄損傷は宮城県で年間発症 120 人、入院を要する頭部外傷は 400～500 人と推計され、これら特殊な疾患については急性期は 3 次的な医療機関で対応されたとしても、亜急性期、慢性期のリハビリテーション医療はそれぞれの地域の専門のリハビリテーション病棟で対応

するとなれば、地域のリハビリテーション対応ベッド数が益々不足することは歴然としている。

入院、外来の医療リハビリテーションは、現今の診療報酬体制の下では理学療法士、作業療法士が一人当り対応できる患者数の上限が決められているので、理学療法士、作業療法士の数によって対応患者数が自ずと決まってくるのである。従って、理学療法士、作業療法士の 10 万人あたりの員数の少なさが医療機関のベッド数の不足につながっているとも推察される。

法制度下におけるサービスとしての医療リハビリテーションは「医学モデル」にしたがい、心身にアプローチすることにより個体の機能状態の回復を主目的とし、その技術的介入によって日常生活の遂行や活動、社会参加の促進を図ることであり、これに対して福祉サービスは「社会モデル」にしたがい、介護支援を通して活動や社会参加の促進を図ることである。介護支援によって寝たきり、閉じこもるきを防ぐことで、心身に与える効果は医療サービスとしての「リハビリテーション」に値する成果が期待できる可能性がある。このような両者の関係を明示的に理解されているか懸念される。介護保険制度下の在宅ケアのうち、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションは数値的には必要度を達成していないサービスである。訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションは医療機関と介護老人保健施設から提供されるサービスであり、理

学療法士、作業療法士の員数が不足しているということからも首肯できる。その場合、訪問看護ステーションから派遣される理学療法士、作業療法士によって提供されるサービスは、統計上は訪問リハビリテーションではなく訪問看護である。前述のとおり、福祉施設で提供している通所介護は心身に対する効果としての「リハビリテーション」が期待できるが、通所リハビリテーションではない。

一方、介護保険でケアマネジャがケアプランを指導、作成する場合、本来のニーズがどのようなサービスで担保されているかの実態は全く不明である。例えば、利用者が車椅子で外出するというニーズに対し、ケアマネジャはどのようなプランを作成するであろうか。車椅子の貸与だけでいいのだろうか。寝たきりによる体力の低下で、車椅子に乗車している持久力の欠如という根本的な身体的要因があり、外出が叶わないとするならば、車椅子の貸与だけで解決できるとして計画するのは、リハビリテーションの認識不足は否めない。しかるに、身体的要因に関する認識があったとしても、当該地域に通所リハビリテーションを提供できる資源がなく、外出にいたる準備として、リハビリテーションケア

の代用として通所介護を計画するかもしれない。このように、利用者のニーズを達成するために、当該地域にある社会資源をどのように利用しているかの実態を把握する必要がある。地域リハビリテーションの理念である地域で支えるためには、今ある社会資源の協働が鍵となる。

E. 結論

理学療法士、作業療法士の員数とリハビリテーションサービスの関係について実証を試みた。しかし、社会資源とサービスの関係を論ずるには、利用者のニーズ、ケアプラン作成の資質、社会資源、法制度上のサービスと代用しうる社会資源などから検証すべきことを指摘した。

参考文献

- 1) 中村隆一編：入門リハビリテーション概論、医歯薬出版、2003
- 2) 瑞和夫、上出延治監修：脳卒中臨床マニュアル、シュプリンガー・フェアラーク東京、1998
- 3) 宮城県地域リハビリテーション連携指針 2002. 3
- 4) 宮城県保健福祉部健康対策課資料

表1 介護保険制度下におけるリハビリテーション

種類	提供施設	医療保険	介護保険	保健事業
入院・通院リハビリテーション	診療所 病院	○	○	
訪問リハビリテーション	診療所 病院 介護老人保健施設	○	○	
通所リハビリテーション	診療所 病院 介護老人保健施設		○	
短期入所療養介護によるリハビリテーション	介護療養型医療施設 介護老人保健施設		○	
訪問看護	診療所 病院 介護老人保健施設 訪問看護ステーション	○	○	
通所介護による機能訓練 短期入所生活介護による機能訓練	通所介護事業所 介護老人福祉施設		○	
機能訓練事業	市町村			○

表2 リハビリテーション専門職（2003年4月）

	全国	宮城県
リハ専門医	792 (0.6/10万)	22 (0.9/10万)
リハ認定臨床医	4695 (3.7/10万)	76 (3.2/10万)
PT 協会会員数	31845 (25.1/10万)	420 (17.7/10万)
OT 協会会員数	20091 (15.8/10万)	321 (13.5/10万)

(OT 協会会員数/人口10万 青森：19.6、岩手：18.7、秋田：17.5、

山形：17.2、福島：13.5)

表3 県内リハビリテーション関連医療機関一覧

区分	番号	医療機関名	所在地	医療圏
総合リハ・言聴Ⅰ・回	1	東北厚生年金病院	仙台市宮城野区	仙台
総合リハ・言聴Ⅰ	1	国立療養所宮城病院	山元町	岩沼
総合リハ・言聴Ⅱ・回	1	東北公済病院宮城野分院	仙台市宮城野区	仙台
	2	松田病院	仙台市泉区	
総合リハ・言聴Ⅱ	1	東北大学付属病院	仙台市青葉区	仙台
	2	東北労災病院	仙台市青葉区	
	3	拓挑医療療育センター	仙台市太白区	
	4	総合南東北病院	岩沼市	岩沼
	5	古川市立病院	古川市	大崎
総合リハ	1	国立療養所西多賀病院	仙台市太白区	仙台
理Ⅱ・作Ⅱ・言聴Ⅰ	1	杜都中央病院	仙台市太白区	仙台
理Ⅱ・作Ⅱ・言聴Ⅱ・回	1	坂総合病院	塩釜市	塩釜
理Ⅱ・作Ⅱ・言聴Ⅱ	1	仙南病院	角田市	仙南
	2	拓杏園	仙台市若林区	仙台
	3	長野病院	仙台市太白区	
	4	泉病院	仙台市泉区	
	5	古川星陵病院	古川市	大崎
	6	古川星陵病院分院	古川市	
	7	斎藤病院	石巻市	石巻
理Ⅱ・作Ⅱ・回	1	中嶋行院	仙台市宮城野区	仙台
	2	町立鳴子温泉病院	鳴子町	大崎
理Ⅱ・作Ⅱ	1	公立刈田総合病院	白石市	仙南
	2	丸森町国保丸森病院	丸森町	
	3	国立仙台病院	仙台市宮城野区	仙台
	4	岩切病院	仙台市宮城野区	仙台
	5	仙台市赤十字病院	仙台市太白区	
	6	泉整形外科病院	仙台市泉区	
	7	仙塩総合病院	塩釜市	塩釜
	8	涌谷町国保病院	涌谷町	大崎
	9	栗原中央病院	築館町	栗原
	10	石巻赤十字病院	石巻市	石巻

区分	番号	医療機関名	所在地	医療圏
理Ⅱ・作Ⅱ	11	公立深谷病院	河南町	石巻
	12	女川町立病院	女川町	
	13	公立気仙沼総合病院	気仙沼市	気仙沼
理Ⅱ・言聴Ⅰ	1	西仙台病院	仙台市青葉区	仙台
理Ⅱ・言聴Ⅱ	1	仙台東脳神経外科病院	仙台市宮城野区	仙台
	2	仙台徳洲会病院	仙台市泉区	
	3	石巻港湾病院	石巻市	石巻
理Ⅱ	1	国保川崎病院	川崎町	仙南
	2	仙台逄信病院	仙台市青葉区	仙台
	3	貝山中央病院	仙台市青葉区	
	4	仙台社会保険病院	仙台市青葉区	
	5	とよま整形外科病院	仙台市青葉区	
	6	宮城中央病院	仙台市青葉区	
	7	JR 仙台病院	仙台市青葉区	
	8	東北公済病院	仙台市青葉区	
	9	佐藤病院	仙台市青葉区	
	10	仙台市立病院	仙台市若林区	
	11	NTT 東日本東北病院	仙台市若林区	
	12	仙台整形外科病院	仙台市若林区	
	13	宮城社会保険病院	仙台市太白区	
	14	広南病院	仙台市太白区	
	15	塩釜市立病院	塩釜市	
	16	赤石病院	塩釜市	
	17	片倉病院	古川市	
	18	三浦病院	古川市	
	19	古川民主病院	古川市	
	20	公立加美病院	色麻町	
	21	鹿島台国保病院	鹿島台町	
	22	若柳国保病院	若柳町	
	23	石橋病院	若柳町	

理Ⅱ	24	公立佐沼総合病院	迫町	登米
	25	石巻市立病院	石巻市	石巻
	26	あいざわクリニック	気仙沼市	気仙沼
	27	公立志津川病院	志津川町	
理Ⅲ	1	みやぎ県南中核病院	白石市	仙南
	2	広瀬病院	仙台市青葉区	仙台
	3	愛子整形外科	仙台市青葉区	
	4	熊谷内科小児科医院	仙台市宮城野区	
	5	こうのすクリニック	仙台市若林区	
	6	名取中央クリニック	名取市	岩沼
	7	公立黒川病院	大和町	黒川
	8	松島病院	松島町	塩釜
	9	徳永整形外科病院	古川市	大崎
	10	野崎病院	小牛田町	
	11	本吉町国保病院	本吉町	気仙沼
作Ⅱ	1	仙台すこやかクリニック	仙台市青葉区	仙台
	2	ごとう整形外科クリニック	仙台市青葉区	
	3	エコー療育園	仙台市青葉区	

注) 医療圏は H15.8 の宮城県地域保健医療計画による

計 79 施設

総合リハ・・・総合リハビリテーション

言聴Ⅰ・・・言語聴覚療法（Ⅰ）

言聴Ⅱ・・・言語聴覚療法（Ⅱ）

理Ⅱ・・・理学療法（Ⅱ）

作Ⅱ・・・作業療法（Ⅱ）

理Ⅲ・・・理学療法（Ⅲ）

回・・・回復期リハビリテーション病棟

表4 リハビリテーション対応ベッド数と必要ベッド数(2004.1)

	塩釜保健所	仙南保健所	栗原・登米保健所
管内人口	44.3万人	19.5万人	17.9万人
脳卒中リハ対象者推計*	1550人	683人	627人
施設基準医療機関	8病院	5病院	4病院
リハ対応ベッド数	480床	173床	142床
リハ必要ベッド数			
在院3ヶ月入院	388床	171床	157床
在院4ヶ月入院	517床	228床	209床

*脳卒中発症率500人/10万、急性期死亡・軽症でリハ不要30%として概算

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
分担研究報告書

在宅サービスにおける実用化システムの開発
—豪雪寒冷地域の訪問リハビリテーション適用の課題に焦点をあてて—

分担研究者 佐藤秀紀 青森県立保健大学教授

在宅サービスにおける実用化システムの開発を意図し、サービス利用者の視点で豪雪地域における実用化を具体的に検討するため、初年度はサービス利用者の調査による実態把握を実施した。その結果、1)訪問リハビリテーション担当者に求められる能力の充実、2)他職種との連携の重要性、3)障害者・高齢者に関わる医療・福祉側の人間理解をする能力、が地域特性別訪問・通所リハビリテーション支援の課題として抽出された。

A. 研究目的

介護保険施行から4年が経過し、病院・施設から地域へとリハビリテーションの視点に移り、地域リハビリテーションの充実が求められている。現在、訪問リハビリテーション(以下訪問リハ)は多くは介護保険下で行われており、病院・診療所から派遣されるものと、訪問看護ステーションから派遣されるものがある。訪問リハは、急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーションを終え、維持期リハビリテーションの一部に位置付けられている。石川ら¹⁾は急性期リハビリテーションを発症から1ヶ月まで、回復期リハビリテーションを発症から6ヶ月～9ヶ月までとし、維持期リハビリテーションをそれ以降としている。これによれば、訪問リハは、回復期リハビリテーションを終えた障害を抱えた方たちに対して、地域に再定住するための自立を支援するためにある。

病院から在宅へのソフトランディングに要となる重要な役割が期待される。その特色は、チームアプローチ⁶⁾と生活者の視点⁷⁾にあるといえる。

介護保険下での訪問リハ施行までの流れ²⁾は、①介護保険申請、②介護保険の認定、③介護度によりケアマネジャーが本人・家族の希望を聞きサービス計画を作成し、確認・調整する。このときに、本人、家族が訪問リハを利用したいとの希望があつて初めて、④訪問リハが依頼されることになる。従来の医療保険下との大きな違いは、医師の指示書(処方)は前提となるが、本人・家族の希望が強く反映されることである。

訪問リハの目的はさまざまな意見³⁾⁴⁾⁵⁾があるが、まとめると、(ア)廃用性の機能低下の防止・改善・予防、(イ)ADL、IADL能力の向上、(ウ)身体・精神面の活動性の向上(エ)家族の心理的援助、介

障害構造	肢体不自由
障害部位・ 程度・介護 度	両下肢麻痺・右上肢麻痺・要 介護5
福祉用具分 類	介助福祉用具
機種	自操用車椅子・3モーター電動 ベッド・据え置き型移乗用リフ ト・ エアーマットレス
使用目的	移乗・起居・QOL・褥瘡治療

⁸⁾また地域リハビリテーションの一翼を担う可能性が大きいにもかかわらず、十分に論議されていないため⁴⁹⁾、標準的な手法が確立されていない¹⁰⁾。平成15年度から訪問リハビリテーション費による日常生活活動訓練加算(50点)が認められ、介護老人保健施設による訪問リハビリテーションの実施も可能となった。また、リハビリテーション実施計画書の記録の整備が求められてきている。さらに平成16年度から言語聴覚療法士による在宅訪問リハビリテーション指導管理料も算定されることになり、訪問リハの充実が求められている。

介護保険の理念には「予防とリハビリテーションの重視」がうたわれている。対象者が介護を受ける状態になっても、早期から適切なリハビリテーションを受けることにより生活自立度が高まり、地域社会へ再適応するためには、訪問リハビリテーションは重要な位置を占めている。現在、居宅介護サービス利用者のうち訪

護負担の評価と軽減、(オ)社会参加の促進(閉じこもりの防止)などに集約される。

訪問リハは介護保険施行前から医療保険下で行われていたが、従事者であるマンパワーは十分整備されておらず、サービス内容も統一されていないのが現状であった

訪問リハビリテーションの利用率は2%といわれ、利用率の低さは訪問リハビリテーションを支える理学療法士、作業療法士の供給不足によるところが大きい。今後の高齢化社会を支えるために訪問リハビリテーションの質的、量的な普及が求められるが、そのためには、訪問リハに携わる理学療法士や作業療法士が事例を通した中から、訪問リハの現状と課題を挙げ実践を積み上げ提言していくことが大切である。本研究では、理学療法士・作業療法士が関わった事例を通し、訪問リハの目的と役割について①病院から訪問リハまで、利用者の視点に立った一貫したサービスの必要性¹⁰⁾、②訪問リハにおける他職種との連携の重要性について明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

豪雪寒冷地域における訪問リハビリテーションの適用事例5例につき、リハビリテーション専門職が訪問面接調査を実施した。

C. 研究結果

事例1 褥瘡のある長期在宅療養者に対して、エアーマットを導入した事例

【事例概要】

○・S氏 74歳 男性

診断名：甲状腺癌(Th9、12 レベルに骨転移)→本人には告知せず

脳梗塞

身体面：体幹・両下肢の完全麻痺、伸展痙性強度、感覚脱失、右上肢の軽度麻痺

仙骨部・臀部・肛門部に褥瘡あり

精神面：褥瘡に対する認識が少ない、やや物忘れあり

ADL面：BI20点(食事・整容が背上げセッティングにて可能、他は全介助)

利用サービス：訪問介護一週7日24時間、身体介護・生活援助

訪問看護一週2回、排便への対応、褥瘡処置を

訪問リハ一週1回、車椅子での外出、定期チェックなど

家族：息子と2人暮らし(息子は日中仕事のため不在のため24時間ヘルパーが介護している)

【福祉用具の活用】

《自操用車椅子・3モーター電動ベッド》

介護保険導入前に自費で購入した。麻痺が重度で移乗が出来ず常時ベッド上生活が続いている。

《据え置き型移乗用リフト》

介護保険導入後、H13年4月に導入した。QOLの向上(車椅子での散歩や飼い犬とのふれあいなど)を目的に訪問リハ利用時のみでなく、誰でも移乗動作が行えるようにとのことから福祉用具展示場にて試乗後、本人・御

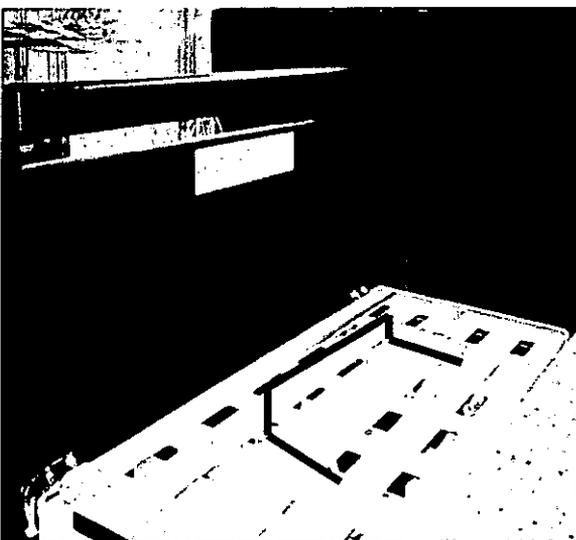
家族の同意を得て導入。

《エアーマットの導入の過程》

本人・ヘルパーはベッドの背上げ時、「マットレスのずり落ち」に対する防止策としてフットボードとマットレスの間に座布団などを詰め込んでいた。同時に「体のずり落ち」に対しては随時ヘルパーが引き上げて対応していた。また、訪問看護では褥瘡の悪化を問題としており体位交換指導にて対応していた。褥瘡悪化の原因が「体の引き上げによる摩擦」が原因であり、エアーマット導入を勧めたが、本人の同意が得られなかった。訪問リハでは、本人の希望に添い、エアーマットを使用導入しない方法で解決策を試みた。例としては「マットレスのずり落ち」に対して、「ずり落ち防止金具」の使用を提案した。「体のずり落ち」に対しては「体位変換用スライディングシート」の使用や「背上げ時のスイッチ」の操作指導をしたが適さなかった。その後3ヵ月後、本人が訪問リハ・スタッフの勧めで試した「エアーマット」を気に入り、エアーマット導入となり褥瘡も軽快した。



エアーマット導入前はフットボードとマットレスの間に出来る隙間に座布団やペットボトル、雑誌を重ねた物を詰め込み、マットレスの「ずり落ち」を防止していたがずり落ち防止としては弱く、ギャッチアップを繰り返すたびにずり落ちていたマットレスは随時、ヘルパーが人力で引き上げていた。ずり落ち防止金具は使用していなかった。



エアーマット導入にあたり、マットレスと体の「ずり落ち」が問題となったため、マットレスの使用状況を確認。ずり落ち防止金具はオプションであるにも関わらず、未使用であった。導入と一緒にずり落ち防止金具の使用となり、幾分マットレスのずり落ちは軽減された。

【福祉用具導入の課題】

在宅における訪問リハサービスは本人のニーズを重視して生活を援助していくことが大切である。本事例の場合、告知の問題や褥瘡悪化の原因の絞込み、判断や他部門の情報収集など総合的な判断が求められた。「褥瘡予防のためにエアーマットを導入しましょう」と提案しても、なぜ「エアーマット」が必要とされるか、本人・家族側が理解することは難しく、本事例の場合導入までに3ヶ月かかった。しかし焦らず、様々な方法を試したことで最終的に本人の同意が得られたと考えられる。長期在宅療養者に対する援助では本人や家族のペースに合わせ、随時対応し必要あれば福祉用具の導入を提案するなど長期的な援助が必要である。

事例2 玄関の福祉用具使用によって安全な外出ができるようになった

パーキンソン氏病の事例

I. 緒言

本事例は、パーキンソン氏病に脊椎圧迫骨折を合併し、ADL に支障を来しつつある高齢者の在宅生活のQOLを高め

るために、福祉用具を使用した例である。福祉用具の一つである自立補助手すりⅠ(アイ)棒を設置した結果、屋外への外出が安全かつ安心してできた、ADL 自立度と QOL が向上した例である。

Ⅱ. 症例紹介

85歳、男性。妻(専業主婦)と長男家族の3世代六人暮らし。

疾患名:パーキンソン病、脊椎圧迫骨折
身体障害者手帳 3 級(両上肢・下肢・体幹機能障害)所持

要介護度:要介護1

日常生活自立度:A2

痴呆性老人自立度:自立

生活歴

自営の畳屋で、畳み職人として70歳まで現役で働いていた。その後、長男が家業を継ぎ、自分は妻と隠居生活をしてきた。元来社交的な性格であることから、近所の友人とゲートボールに興じたり、旅行に行ったりと悠々自適な生活を送っていた。

平成 14 年より、家屋内で躓いて転倒する回数が増えてきた。当初家族も加齢のせいだと思い、特に治療はしていなかった。しかし、徐々に口数や外出の回数も減り、うつ状態が著明になってきた。また、転倒とともに背中に強い痛みを訴えることが多くなっていった。家族が近所の総合病院で診察を受けさせたところ、パーキンソン病および脊椎圧迫骨折と診断された。

投薬治療と理学療法を中心に通院治療することになった。症状は軽快と増悪

を繰り返しながら、徐々に改善してきた。しかし、活動性が低下したことと、前屈み姿勢が増強したことにより、廃用症候群が著明となり両膝の拘縮と両下肢筋力の低下が原因で、一人で外出することはなくなっていた。通院の際には、妻が付き添い介護保険によるレンタル車椅子を使用していた。そのときの ADL は、移動と入浴する際に軽度の介助を要していたが、整容、更衣、排泄はゆっくりではあるが自立していた。主たる介護者は妻(80歳)で、同居の嫁も介護を時々手伝っている。

パーキンソン症状の軽快とともに、家族が担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)に、本人の外出の機会を増やしたいと希望したところ、理学療法士と相談の上、玄関の環境整備を目的に福祉用具を活かした住宅改修をすることが提案された。

知的・精神機能の異常はない。妻の健康状態は良好である。

Ⅲ. 在宅理学療法の概要

青森県立保健大学(以下本学)の教員である理学療法士(以下 PT)が、当該地域の在宅介護支援センター所属のケアマネージャーが作成した在宅ケアプランに基づき、適正な福祉用具の設置と動作指導を目的に、在宅訪問を実施した。

Ⅳ. 在宅理学療法初期評価

(1) 住宅の構造

対象者の自宅は築約 20 年経過した木造2階建てで、店舗および作業場兼

自宅となっていた。1階は作業場に続いてリビングおよび老夫婦の寝室がある。さらにキッチン、ダイニング、お風呂、トイレ、玄関を長男家族と1階で共有しており、2階には長男家族の居室がある。

(2) 日常生活の状況

居室には、ストーブを中心にソファが置かれ、夫婦で日中のほとんどをソファに座ってテレビを見る生活となっていた。トイレに行くときは妻の付き添いの元、廊下の手すりに掴まりながら歩行可能であった。食事や整容・更衣動作は自立していた。寝室はトイレに近いところの6畳間であり、市販のベッドを2つ並べて使用していた。外出の際は、玄関を使用し、高さ30cmの高さの上がり框を昇り降りする必要があった。そのとき、靴箱の縁に両手で掴まって靴を履き妻の手に導かれて、外に出て行く状況であった。体調の優れないときは、屋外では車椅子を使用していた。

(3) 移動手段

室内は手すりなどを使って掴まり歩きで可能であったが、一人では転倒する危険性があったため、必ず妻か嫁または孫が付き添うようにしていた。屋外では散歩や病院への通院に使用する目的で、介助者による車椅子移動であった。本人は、病前のように、一人で自由に外出し、近所の友人やゲートボール仲間と一緒にお茶を飲むことや、話をするを強く望んでいた。

左上下肢の麻痺により、寝返りは可能、起きあがりにはベッド柵があれば可能、立ち上がりは手すりにつかまって可能、歩

行では一本杖と下肢装具を使用して介助により可能、という動作能力を有している。更衣・整容・トイレ動作には介助が必要で、日中は主介護者である夫が仕事のために不在となるためベッドに寝ていることが多い。その間、食事の準備やトイレ動作の介助はホームヘルパーが行っている。

V. 福祉用具の活用

支援実施状況:福祉用具の導入

使用目的 玄関の上がり框の昇り降り(安全性の確保)、外出支援

機種 自立補助手すりI(アイ)棒、歩行補助車

支援実施状況 本人のQOL拡大を目的に、安全に自立して玄関から近所に散歩等、外出が一人で行えるように導入を行うこと。

今回対象者の強い希望を叶えるために、玄関を中心とした福祉用具の活用と、住宅改修を検討した。その際いちばん問題となったのは、玄関の上がり框の昇り降りであり、福祉用具のない状態では元々玄関にあった不安定な靴箱に縁に両手で掴まっていた。靴箱は角張っていたため、しっかりと捕まえることが困難であり、非常に危険であった。そこで、段差の解消のために大掛かりな住宅改修を考慮したが、他の家族の使い勝手やスペースの問題から、現在の玄関にできるだけ手を加えない自立補助手すりI(アイ)棒の導入が選択された。

自立補助手すりI(アイ)棒は、特別な