

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、が地域特性格別訪問・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、訪問リハビリテーション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

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】

O・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。

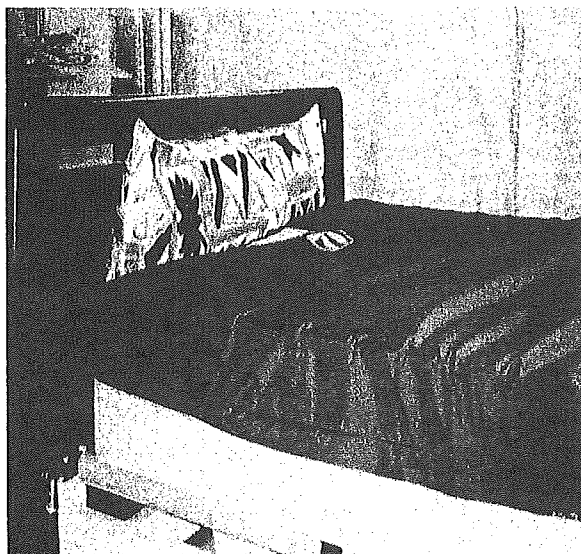
《据え置き型移乗用リフト》

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

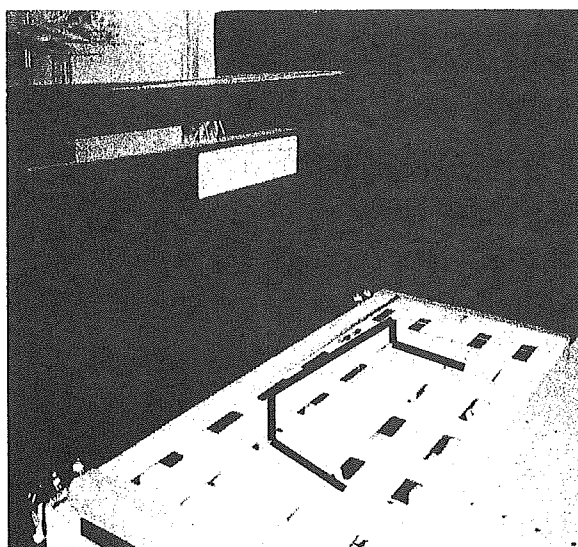
家族の同意を得て導入。

《エアーマットレスの導入の過程》

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、ペ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いた。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

工具を使用することや住宅改修をすることなく、お風呂以外のどこにでも設置できるというメリットがある。設置に要する時間は 30 分程度で、もし、必要がなくなった場合は簡単に取り外すことも可能である。握りの太さは直径 50mm で、頻繁に握る高さのところに、2 カ所の波型ソフトラバーが巻き付けてある。冬でも冷たさを感じることなく、握力の弱くなった方でも容易に握ることができる。因みにこの福祉用具は、介護保険のレンタル対象品目として導入した。

VI. 福祉用具活用の効果

この対象者宅の玄関に設置するにあたっては、本人の動作確認の中で、筋力と関節の動きを理学療法士が評価した上で、福祉用具供給業者や家族を交えて慎重に検討した。他の家族も使う玄関であるため、邪魔にならず、かつ有効に活用できることが必要であった。さらに外出してからは、シルバーカーを導入することで、疲れたら椅子代わりに休むことができるシートに座り、長時間に渡って自由に散歩ができるようになった。対象者は心から喜ぶとともに、介護者も手を掛ける時間が少なくなり、両者にとって QOL を高めることができた。

自立補助手すり I(アイ)棒を設置から 1 週間経った後、使用状況と安全確認に再度訪問したところ、対象者本人とその妻の高齢者のみならず、若い家族も上がり框の昇り降りの際に、自立補助手すり I(アイ)棒を頻繁に使い、便利になったという感想が聞かれ、家族全員が快適に

暮らすことができていた。

VII. 今後の課題

自立補助手すりは、その形状から縦手すりとして有用であるが、上下の突っ張りの強さが必要となる。その固定性は床面と天井面への圧力によってのみ保証されることになる。したがって、床面がお風呂などの滑りやすいところでは使用できない。また、使用サイズが長さ 2300～2800mm であることから、あまりにも低過ぎる天井や高過ぎる天井には不向きである。さらに天井の梁や壁が強固でなければ、住宅の損傷や使用中の事故の原因になることから、その設置場所の環境確認が不可欠である。実際、今回のケースでは偶然設置した後に地震が来たときも、その安定性は保証されていた。今後、利用者の住宅にあった色やデザインのパリエーションが広がると、インテリアとしての価値も高まると考えられる。

事例 3 入院中から退院前訪問、訪問リハと継続した指導を行い在宅生活に定着するまで関わった**脳血管障害の事例**

障害構造	肢体不自由
原疾患	脳血管障害
障害程度	身体障害者等級 2 級
性別	男性
年齢階層	60 代
福祉用具の使用目的・種類・分類	退院前に 2 回実施 四脚歩行器（補完福祉用具）
家屋調査	歩行車（補完福祉用具）
室内移動	バスグリップ（介護福祉用具）
屋外移動	シャワーチェア（介護福祉用具）
入浴動作	洋風便座両用型（補完福祉用具）
トイレ動作	手すりの設置（住宅改修）

1. 事例紹介

【ケースの概要】

61 歳の時に交通事故で身体障害者等級 5 級を取得するが、日常生活は自立し家業である農業の仕事も行っていた。68 歳の時、草刈中に気分が悪くなり作業を中断するが帰宅途中に自転車で転倒、倒れているところを家族が発見。四肢硬直と痺れ出現にて救急車で搬送され橋出血の診断で入院となる。その後 1 ヶ月の入院加療を行い、リハビリ目的で転院となる。5 ヶ月の入院を経て自宅退院の運びとなるが、四肢体幹の運動失調症状が残存し自立生活には十分な環境設定と福祉用具の利用が欠かせない状態である。そのため、退院前にリハ・スタッフが環境調査を行い歩行介助用具と福祉用具、家屋改修の検討を行った。

2. 福祉用具の活用

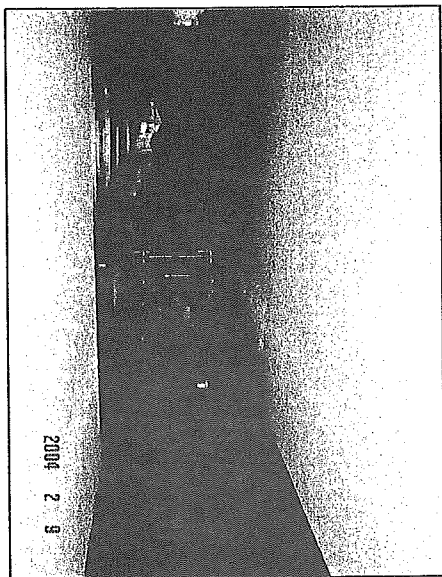
【家屋調査】

入院中に 2 回実施。初回は症例が歩行器使用にて院内 ADL 自立に至った頃の退院前 1 ヶ月半前に行った。ケースは日中、一人になる時間も多くなるため在宅での自立した移動方法の検討と家屋、周辺環境の把握を目的として OT・PT による家屋調査を行った。その後、症例自身も数回の外泊練習を実施し、本人と家族の意見を聞きながら在宅生活を、目標としたリハビリを行なった。2 回目は OT・PT にケアマネージャーを加え、さらに症例の外泊練習日に日付を合せて家屋調査を行なった。

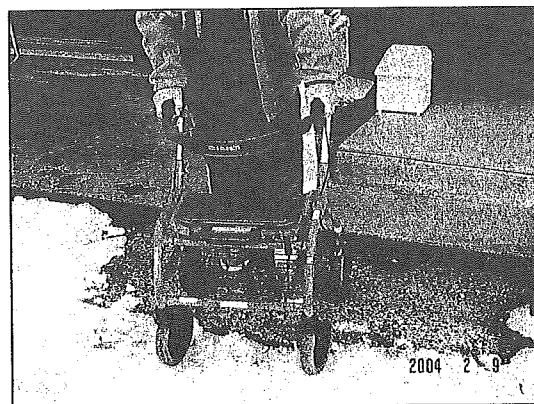
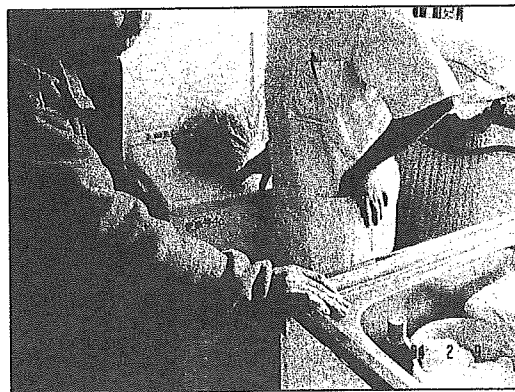
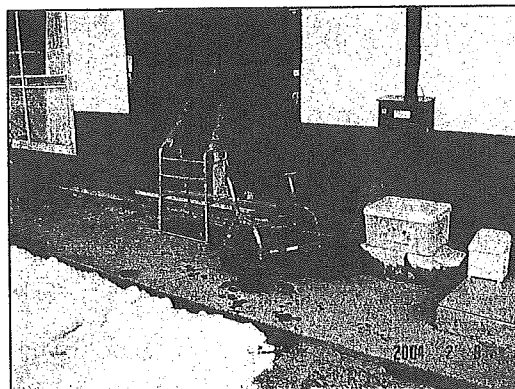
症例の自宅は室内に 10cm 前後の段差があり廊下幅も非常に狭いため、手すりの設置が困難であり、また屋外も舗装されておらず砂利が敷き詰められている状態だった。

【移動】

室内の移動には四脚歩行器を使用。入院中も夜間以外は四脚歩行器使用にて院内 ADL 自立で行っていた。自宅の段差や廊下幅での対応も動作練習にて十分に自立レベルに至った。トイレ付近等の狭所に関しては洗面台や家具等のつたい歩きにて対応を行った。



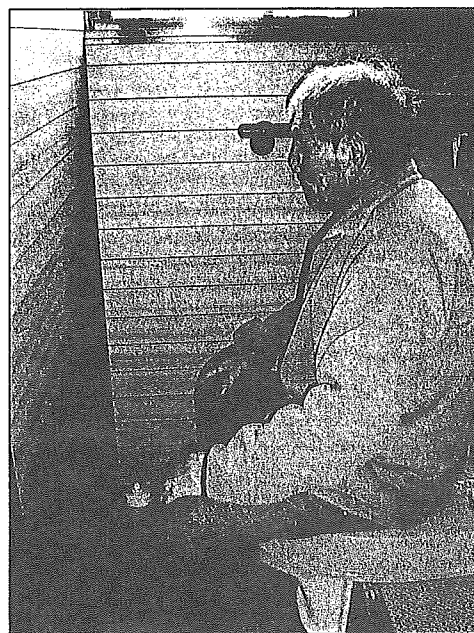
で行なわれた。



屋外の移動は、舗装された路面では歩行車使用にて監視レベルで行なえるが、環境による制限が多き状態であった。症例の自宅周辺環境は私有地や農道が多いため、不整地での移動が要求される。そこで、比較的の不整地に対応可能な歩行車を選択し、家屋調査時に実際に屋外歩行を実施した。しかし、調査時期が冬であるため、練習は雪面

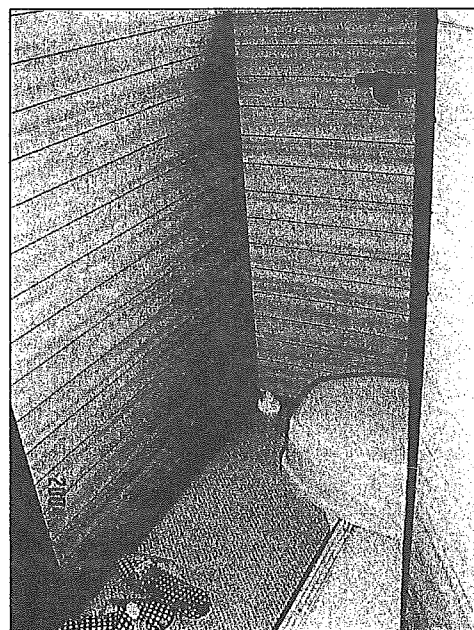
【入浴動作】

症例の浴槽の出入り動作や家族の介助指導を入院中に繰り返し行い、外泊時に実施。その際の家族の意見や家屋調査の結果から、シャワーチェアとバスグリップの使用で対応が可能と判断された。用具による動作の支障が少ないため、用具の検討は担当のケアマネージャーに依頼した。



【トイレ動作】

症例宅のトイレは和式便座のため、かぶせ型の洋式便座を設置して対応。しかし、それにより座位姿勢が逆方向になるため既存の手すりが使用不可となるため、新たな手すりの設置を検討した。



工事は退院後に行なわれるため、調査報告書を作成し担当ケアマネージャーに引継ぎを行なった。

3. 福祉用具活用の効用

福祉用具の利用により住宅改修の個所を最小限にする事ができ、同居家族の生活に大きな環境変化を与えることなく症例の在宅生活を開始することが可能となった。症例の自立したADL 動作を見ることで障害者の家族となった周囲も安心感を持ち、ゆとりある生活が可能となった。在宅での自立生活によって症例自身のモチベーションも高まり、外来や通所サービス以外にも地域の障害者運動会等の日程を調べるなど、新たなQOLの構築を積極的に行なうようになった。

4. 訪問リハビリテーションにおける課題

障害者が在宅生活を行なう際、環境の調整や福祉用具の選択は非常に重要なことである。しかし、それらの環境や道具の使用には新たな動作習得が必要である。そのためにも、訪問リハ担当者など専門職種の人材が必要である。現状ではまだ、訪問に携わるPT、OTの数が少なく、その専門的知識も様々である。情報の豊富さや福祉用具の多様化に伴い、適切な選択・指導を行える専門職種の質も重要となってくる。人材の充実とその質の向上が課題である。

事例 4 住居環境整備をも含めた在宅理学療法により日常生活活動自立度が向上した脳卒中片麻痺者の症例

I. 緒言

本事例は、在宅理学療法において、既に導入済みの福祉用具や家具等の最適利用をも含めた介入が、実行しているADL 自立度の向上、および介護負担の軽減に寄与した例である。

II. 症例紹介

77歳、女性。夫(農業)と二人暮らし。

平成5年6月、脳梗塞(左片麻痺)発症にて入院治療およびリハビリテーションを実施した。自宅退院し、週1回の外来リハビリテーションを継続しつつ、屋内杖歩行が可能であったが、平成13年12月に自宅庭にて転倒し、左大腿骨頸部骨折にて再入院した。平成14年1月自宅退院後、主介護者である夫から社会福祉協議会に介護に関する相談依頼があった。現在、ホームヘルパー(毎日)、特別養護老人ホームにおけるデイサービス(週1回)、外来リハビリテーション受診時の外出移送サービス(週1回)を利用している。福祉用具は、ポータブルトイレ、ベッド、移動用バーがすでに設置済みであるが、それらの配置が最適とはいえ基本的動作および日常生活動作自立度が制限されている。知的・精神機能の異常はない。夫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)教員である理学療法士(以下PT)と当該地域の保健福祉担当者との評価会議において本ケースの在宅ケア計画を作成した。こ

の計画に基づいた訪問指導事業により在宅理学療法を実施した。本訪問指導は、PT と保健師または看護師、あるいはソーシャルワーカーが同行し、訪問頻度はおおよそ月 1 回、1 回の実施時間は約 40 分であった。指導内容は、運動や ADL、介助方法、補装具・日常生活用具・福祉用具、住環境、社会資源利用のための情報などについての障害者と介護者に対する指導・相談であった。

IV. 在宅理学療法初期評価

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により行っている。要介護度 2、Barthel Index 65 点。

理学療法士が同行訪問し、福祉用具や家具の配置等の環境整備により、対象者の基本動作や日常生活動作能力の改善が期待できると判断し、介入にいたった。

支援実施状況：自宅で、ポータブルトイレへの移乗動作およびトイレ動作の自立をめざすと同時に、日中の座位生活を獲得させるため、すでに設置されているポータブルトイレ、ベッド、移動用バーの配

置等の環境整備を行うこと

V. 福祉用具の活用

利用者宅では、6 畳和室が対象者の居室兼寝室となっている。環境改善前の部屋の各福祉用具と家具の配置は図 1 のとおりである。電動ギャッジベッドのテレビが置かれ、対象者はベッド手元スイッチによりギャッジアップ操作し、そのまま寝たままテレビを見ていることが多い。また、排泄時には、ヘルパーや夫の介助によりベッドから起きあがって車椅子に乗り移り、出入口近くに置かれたポータブルトイレへの移乗、およびトイレ動作をやはり介助にて行っている。移動用バーは、ベッド左側に設置されているものの、単なるベッド柵として使用されている。

対象者の寝返り、起きあがり、立ち上がり能力を考慮し、廃用性合併症の予防を目指して、既存のベッド、移動用バー、ポータブルトイレおよびテレビの配置を改善するとともに、効果的な動作・移動方法について対象者と介助者に指導する。環境改善後の配置は図 2 のとおりである。対象者は、健側の右手で移動用バーにつかまってベッドから足をおろし、健側から起きあがりベッドの右側に座り、移動用バーにつかまって立ち上がるができる能力を有している。環境改善前(図 1)では、ベッドの右側が壁であるため、これらの動作が不可能なため、ベッドを部屋の北側に移動し、移動用バーをベッドの反体側に設置する。また、ポータブルトイレをベッドの右側に移動し、立

ち上がって移動用バーにつかまったままポータブルトイレに座れるようにする。さらに、テレビをベッドの右側に移動し、寝たままでは見にくく、ベッドから起きあがった時に見やすくなるようにする。

VI. 福祉用具活用の効果

ベッドの右側をフリースペースにし、ベッドの右側へ移動用バーを取りつけ、対象者と夫に、起きあがり・立ち上がり動作、およびポータブルトイレへの移乗・トイレ動作を説明指導した。その結果、自力で健側の右手で移動用バーにつかまり、健側から起きあがってベッドの右側に腰掛け座位になることが可能となった。さらに、その座位でポータブルトイレのふたを開き、移動用バーにつかまったまま立ち上がり、その場で90°方向転換してポータブルトイレに座ることも可能になった。これらの動作が、介助や見守りなしに自力で可能となったために、対象者の動作を行おうとする意欲が向上し、排泄を行わない場合でも自力でベッドから起きあがって座位になり、そのままの姿勢でテレビを見たり、窓から外の景色を見る時間が増加した。そのことにより、体力の向上や痴呆の予防が図れるとともに、自力で立ち上がることになるため下肢筋力の維持も期待できる。また日中、起きあがり動作やトイレ動作を介助する必要がないため、夫の介護負担も減少した。

なお本対象者は、安定して座位を保持できることもあり、ベッドから起きあがって座位になる時の、足をベッドからおろす動作に邪魔にならないように、手すりや

背もたれがないタイプのポータブルトイレが適用になると思われる。また、排泄時の後始末に使用するトイレトペーパーやティッシュペーパーを、移動用バーやベッドの右側に設置することも必要となる。

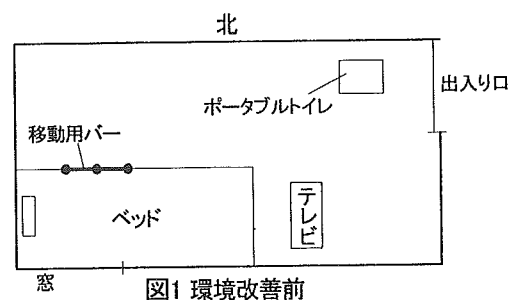


図1 環境改善前

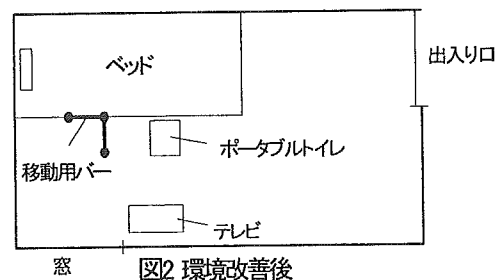


図2 環境改善後

VII. 今後の課題

本例は、既に導入している福祉用具や家具の配置を工夫することにより、実行する能力がありながら行っていなかった動作が可能になり、介護者の介護負担も軽減できた例である。

福祉用具を導入する場合、対象者の身体機能の障害や動作能力を評価した上で、利用する家具や部屋の間取りをも勘案し、それらの環境に対応した動作方法を指導することにより、時間を待たずして、対象者の動作の自立度や生活意欲

障害構造	肢体不自由
原疾患	脳血管障害
障害程度	右上下肢麻痺・失語症・要介護2
性別	男性
年齢階層	60代
住宅改修後の再改修	浴室、トイレ、廊下、手すり、玄関手すり

の向上、さらには介護者の介護負担の軽減も図れる場合もあることを理解しておくことは有益である。

本ケースのように、住環境をはじめとする物的環境、および介護者などの人的環境が要介護者の要介護度を大きく左右することが予想されることについては、リハビリテーション関係専門職、特に PT にとっては常識となっている。しかしながら現時点では、他の関係専門職がこのことについて十分に認識したうえで対応しているとは必ずしもいえない。ゆえに、これらのリハビリテーションに関する高度で専門的な対応に関して、彼らの資質向上を図るためのシステムが求められるが、一朝一夕にはできないであろう。

したがって、ケアマネジメントや介護保険がリハビリテーション前置主義を理念としていることから、各地方自治体において PT を常勤あるいは非常勤として採用することが課題となる。

事例5 住宅改修をして自宅退院したが、入浴できず、浴室を中心に再改修に至った事例

1. 事例紹介

【ケースの概要】

- ・O・T 氏 65 才、男性、
- ・診断名：脳梗塞
- ・ADL レベル Barthel IndexI 65 点(訪問リハ開始時)

A 病院に入院中、担当理学療法士、ケアマネジャー、建築業者が自宅訪問し、住宅改修をして退院した。移動手段は室内は杖、手すり、車椅子を併用し、入浴のみ介助が必要で他は自立していた。4 人暮らしだが、家族は仕事をしているため、日中は 1 人で留守番することが多い。退院後自宅で、浴槽をまたぐ際に、取り付けた手すりが背中にあたってバランスを崩し浴槽でおぼれそうになった。その後怖いと言って入浴を拒否するようになった。困った家族がケアマネジャーに相談し、入浴動作の指導を希望し当院訪問リハビリテーション（以下訪問リハ）の利用となった。家族の話では、浴室のほかにも問題があったため、O さん宅の住宅改修の内容を確認し、再改修を検討することとなった。

2. 事例宅の住宅改修の概要

A 病院退院時の住宅改修は次のようなものであり、家族の希望を中心に

改修し、60万円を超えた改修費用となり、自費での負担も50万円近くあった。

浴室：ユニットバス用の手すりを設置し、浴槽に合わせた入浴台を作成した。

・トイレ：列車型和式便座から洋式便座に変更し、手すりを設置した。

・廊下、玄関：納戸の扉を折り山戸から引き違い戸に変更し手すりを設置した。

・ポーチ：外壁に手すりを設置した。

実際に完成し使用してみると次のような問題があった。

<浴室>

- ・入浴時に入浴台に座って浴槽をまたぐ際、手すりが背中にあたりバランスを崩してしまう。
- ・注文作成した入浴台のサイズが小さく不安定であった。

<トイレ>

- ・トイレの床の塗装仕上げが十分ではなかった。

<廊下、玄関>

- ・1.8メートルの長い手すりがたわみ、不安定であった。
- ・引き違い戸の合わせ目の塗装仕上げがされていない。
- ・玄関の手すりの高さが不適切で、動作に危険を伴う。

以上の点について、訪問リハ担当者は家族の希望を聞きながら、利用者の動作確認を繰り返し手すりの位置などを再検討した。

3. 住宅の再改修

<浴室>

・背中にあたる手すりを取りはずし、傷跡をふさぐ鏡を設置した。

・浴槽台のサイズを確認し再作製した。
(業者間の連絡ミスでサイズが違っていた)

<トイレ>

・塗装を再仕上げした。

<廊下手すり>

・手すりのたわみ防止のために、下地材を使用し補強した。

・扉の塗装を再仕上げした。

<玄関手すり>

・下地材を使用し、高さを変えた2本の手すりに変更した。

再改修の費用は浴室の鏡代、手すりの下地材など新しく使用した材料費は利用者負担となり、塗装や再工事費は施工業者負担で行われた。

4. 訪問リハビリの取り組み

週1回の頻度で合計11回訪問した

<内容>

利用者の動作を確認し手すりの位置を再検討した。

ケアマネージャーと施工業者と連絡を取りながら、再改修への調整を行なった。

再改修後、利用者への入浴動作指導(実際の入浴を含む)と家族指導を行なった。

玄関の段差越えと屋外歩行を指導した。

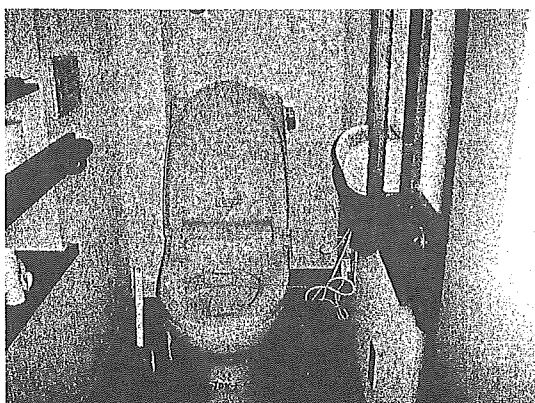
病院の外来リハビリへの移行を確認して

終了とした。

4. 事例に学ぶ問題点

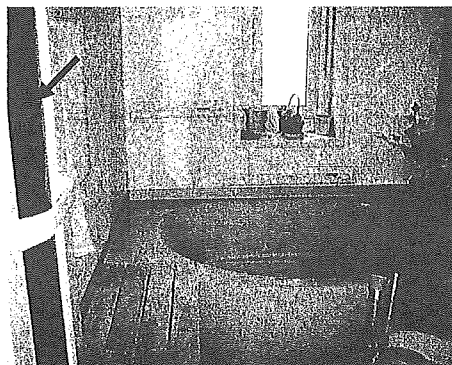
- ・入院先のリハビリスタッフが退院前に訪問調査をしているが、入浴の仕方や玄関の段差の越え方など、利用者の動作の確認が不十分だった。
- ・最初に住宅改修全体の図面上の確認が行われていないため、家族や本人、リハスタッフ、施工業者、ケアマネジャーともに、イメージがつかみにくかった。
- ・便器や手すりを取り付けてからの塗装などの業者間の日程調整や、浴槽台のサイズ違いなど、図面上での寸法の確認が不十分な点など施工上の問題があった。
- ・改修後の結果の確認を関係者全員で行なう機会がなかった。
- ・利用者への動作指導や家族指導などリハビリスタッフによるアフターフォローが不足していた。

<再塗装したトイレ>

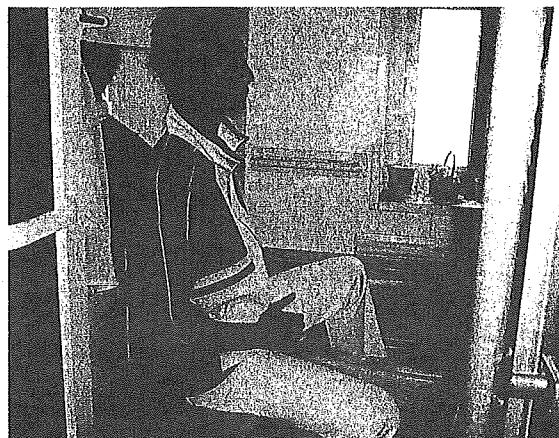


<再改修後の浴室>

手すりを取り外し、鏡を設置した。
サイズを変更した入浴台



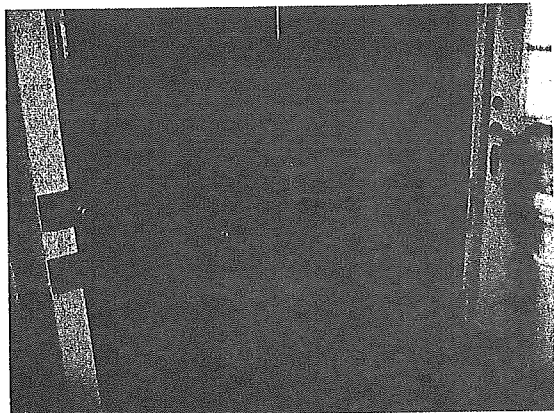
入浴台に座ると鏡の位置にあった
手すりに背中があたり邪魔であった。



<廊下一下地材で補強した手すり>



<玄関一下地材で補強し高さを変えた手すり>



D. 考察

事例1は、訪問リハ担当の作業療法士が褥瘡予防用具の福祉機器の導入を試みた例である。褥瘡予防や改善のためのエアーマットの導入は、医療関係者では共通理解が得られているが、本人、家族の同意を得るには、病名の告知の問題がからみ、3ヶ月を要した。その間、本人、家族の希望に添って様々な方法を試し、本人、家族のペースにあわせた長期的な援助が功を奏したといえる。高齢者には福祉用具の導入に対して理解を得られないことも多い。訪問リハにはたとえ有益と思われるような援助でも本人、家族の生活ペースを乱さない長期的な取り組みが必要とされることを示した例である。

事例2は、理学療法士が対象者の在宅生活のQOL向上の観点から、福祉用

具を導入して成功した例である。玄関はその家の顔であるため、改造や福祉用具の設置には特に細心の配慮が求められる。そのためには、ケアマネジャーや、福祉用具供給業者との情報交換が前提となるが、対象者の疾病の状態、身体状況、障害の程度、家族を含めた生活状況、家族構成などの総合的な評価をする専門的知識が重要になる。

事例3では作業療法士が、対象者の入院中から在宅前訪問、訪問リハへと継続した指導を行ない在宅生活に定着するまで関わった事例である。訪問リハでは家族が対象者のADL動作訓練を実際に見ることが出来る。それによって家族は障害を持った対象者の在宅生活に安心感をもち、受け入れる心の準備が整う。また、対象者は、病院内とは異なる環境に慣れることや福祉用具を使用するための動作の習得が必要である。移動訓練は季節や住宅の周囲の状況に大きく左右され、不整地の雪面で行なわれることもある。マニュアルにないその場の状況に合わせた適切で柔軟な対応が必要であり、そのための専門知識が重要であるといえる。

事例4は、退院後、ポータブルトイレ、ベッド、移動用バーを設置し、ヘルパーの援助を受けて在宅生活を送っていたが、福祉用具の配置が最適とはいえず日常生活動作が制限されていた事例である。対象者の身体機能の障害や動作能力を評価した上で、すでに導入している福祉用具や家具の配置を工夫することにより、動作が可能になり、潜在能力が

発揮され介護負担も軽減できた例である。

事例5は入院先のリハビリ・スタッフが退院前に訪問調査をしていたにもかかわらず、利用者の動作のアフターフォローが不十分だったため、せつかくの住宅改修がかえって本人の自立妨げた事例である。業者間の日程調整、浴槽台のサイズ違いなど、図面上での寸法の確認が不十分な点など様々な施工上の問題があったが、改修後の動作指導や家族指導などリハビリ・スタッフによるきめ細かいアフターフォローの重要性を示唆する事例である。

E. 結論

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

理学療法士は、身体機能や移動に関して、作業療法士は生活の様々な活動に関して専門的にアプローチするといわれる。訪問リハビリテーションではPTとOTが複数で関わることは少なく、訪問リハビリテーションに関わる一療法士として身体機能、精神機能の評価を行ない、住宅改修・福祉用具の導入に携わることが多い。また、従来 of 病院内でのリハビリテーションと大きく異なり、多くの職種や関係者とコミュニケーションをとる機会が多い。そのために医療・保健・福祉の知識に加えて、社会情勢、経済などの多面的な知識が担当者個人に求められる。訪問リハに携わるマンパワーの量的な充実に加えて教育面での充実が必要であると思われる。

②他職種との連携の重要性

地域リハビリテーションにおける訪問リハビリテーションでは、医師・看護師・保健師・介護福祉士・ケアマネジャー、ヘルパーとの連携が必要とされる。医療機関からの退院時には、医師・看護師・担当理学療法士・作業療法士・ケースワーカーなどと、住宅改修では、ケアマネジャー、建築士や施工業者などと連携する。ともに利用者を中心としたよりよいサービスを目指している。よりよい連携に必要なのは、各専門職種が専門用語を、利用者・家族を含めた他の職種に判りやすい言葉に置き換えて表現することである。専門性をより平易な言葉で表現していくことで利用者・家族・専門職種間の共通理解が得られ、信頼関係も生まれる。さらに共通言語をまとめるコーディネーターも必要となってくると思われる。

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

訪問リハビリテーションが病院での理学療法、作業療法とは異なる大きな点は在宅生活者の生活の場に足を踏み入れることである。利用者は家庭や地域社会のなかで主人公である。理学療法士、作業療法士はその主人公の役割の援助者であるといえる。どのような有益な福祉機器も住宅改修も、主人公である利用者に受け入れられなければ、「絵に書いた餅」である。「食べられる餅」にするために、高齢者・障害者の生活歴、個人の価値観、生活スタイルを念頭においた節度ある介入が必要とされることもある。人生の先輩である利用者に対して常に尊敬

の念を持って接する態度が求められるであろう。

参考文献

- 1)石川誠:高齢者ケアとリハビリテーション、第1版、厚生科学研究所、2000
- 2)日本リハビリテーション病院・施設協会:介護保険と地域リハビリテーション、第1版、三輪書店、1999
- 3)伊藤隆夫:訪問看護とリハビリテーション、総合リハ 27、223-227、1999
- 4)浜村明德:在宅と施設サービスの課題 総合リハ 28、65-73、2000
- 5)伊藤隆夫:訪問リハビリテーションにもとめられるもの、Gpnet48、20-25、2002
- 6)渡邊慎一:作業療法士としての在宅医療へのかかわり、リハビリテーション医学 38、21-23、2001
- 7)伊藤隆夫:訪問看護とリハビリテーション、総合リハ 27、223-227、1999
- 8)石川誠:訪問リハビリテーションにおける関係職種連携、OTジャーナル 32、355-360、1998
- 9)肥田理恵:訪問リハビリテーションにおける理学療法のあり方、理学療法 17、1019-1023、2000
- 10)佐藤健三:在宅へのソフトランディングには継続したリハの過程の中で支援 Gpnet 10 44-48 2003
- 11)伊藤利之:介護保険後の作業療法のゆくえ、作業療法 19、511-618、2000

追記:本年度研究協力者
桜木康広、盛田寛明、
福田恵美子、外里富佐江、

厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

分担研究報告書

在宅支援モデルプログラムの自治体における実用化システムの開発
-訪問・通所リハビリテーションの地域特性別支援に関する

専門性評価法の開発-

分担研究者 安梅勅江 浜松医科大学教授

本研究は、在宅支援モデルプログラムの自治体における実用化システムの開発を目的に、ケアマネジメント関連職種及びサービス利用者21名に対し、フォーカスグループインタビュー調査を実施した。その結果、実際の支援場面における1) インテーク、2) 生活の総合的な把握、3) 自己決定へのサポート、4) ケアプランの作成、5) 連携・調整・ネットワーク、6) モニタリング・評価、7) 専門職としての技術向上、に沿った評価項目を抽出し、専門性評価試案を作成した。

A. 研究目的

2000年4月に導入された介護保険においては、訪問・通所リハビリテーションなどがサービス内容として組み込まれ、これらを他のサービスとの組み合わせ、総合的なアセスメントと評価に基づく複合的な活用が期待されている。

一方、在宅生活を継続していく上で、機能低下の予防という視点から訪問・通所リハビリテーションサービスを整備する必要性は極めて高い。利用者の抱える問題は、複合的な要因により引き起こされており、

障害特性別、日常生活能力別、使用場面別など、多面的な条件設定のもとで活用のためのアセスメントや評価が求められている。

本研究は、初年度として地域に在住する要介護高齢者の訪問・通所リハビリテーションの有効活用に関する多角的な質的情報把握から、地域特性を勘案した活用の専門性評価試案の作成を目的とした。

B. 研究方法

本研究は、ケアマネジメントに携わる専