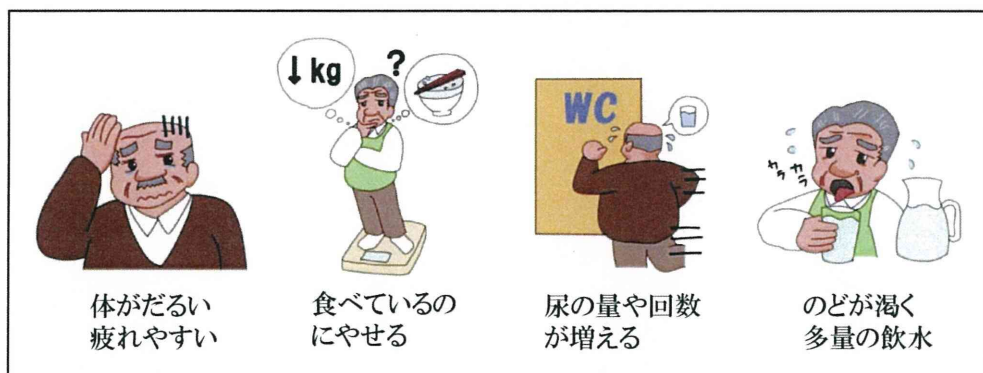


② 高血糖／低血糖

- 血糖値が高い(糖尿病が進む)と、食べた物が栄養として活用されにくくなります。その結果、①疲れやすくなる／体がだるい、②食べているのにやせてしまうなどの症状があらわれます。また、血糖が腎臓から排泄される際に多量の水分を必要とするため、③尿の量や回数が増える、④のどが渇く／たくさん水を飲むなどの症状もあらわれます(図 14)。
- 糖尿病(高血糖)が進行すると、様々な合併症(糖尿病が原因となって起こるその他の病気)が生じます。代表的なものとしては、①糖尿病性腎症、②糖尿病性網膜症、③糖尿病性神経障害です。これ以外にも、脳梗塞や心筋梗塞などの原因にもなるので、適切な治療をうけるとともに、生活習慣の改善を図ることが重要となります。
- 糖尿病の治療においては、場合により、薬が効きすぎて血糖値が下がりすぎてしまうことがあります。こうなると、日常生活を送るための必要エネルギーが不足するため、①あくびが出る、②冷や汗が出る、③手足が震えるなどの症状が生じ、さらに進むと、④意識消失／けいれんなどが生じ、非常に危険な状態になることがあります(図 14)。

図 14. 高血糖／低血糖にともなう主な自覚症状

ア)高血糖の場合



イ)低血糖の場合



③ 心房細動

- 心房細動自体が生命を脅かすことはありませんが、症状が継続したり、慢性化したりすると、心臓内で血栓ができやすくなり、その結果、心原性の脳梗塞(心原性脳塞栓症)を発症する危険性が高くなります。
- 症状としては、①動悸がする、②胸が締め付けられる、③めまいがする、④失神するなどがあります(図 15)。

図 15. 心房細動にともなう主な自覚症状



4) まとめ～脳卒中の再発予防に向けて～

ポイント

- 脳卒中は再発率の高い病気で、同じタイプで再発しやすいと言われています。
そのため、**以前発症した脳卒中のタイプを把握しておく必要があります。**
- 脳卒中の再発をできるだけ防ぐためには、
 - ①再発の原因となる病気(高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈)の管理
 - ②生活習慣の改善が重要です。お薬の説明書を読んで、**どのような治療が行われているかを把握しておく必要があります。**
- 再発の原因となる病気の医学的管理は医師が行いますが、外来受診時だけで服薬や生活習慣の状況を正確に把握することは困難です。
したがって、介護支援専門員が**「服薬状況や生活習慣に関する情報をできるだけ正確に医療職に伝える」**ことが重要となります。
- 医師は、①処方通りに服用しているか(間違った服用によって何らかのリスクが生じていないか)、②再発の原因となる病気を悪化させるような生活習慣を送っていないかなどのリスク管理を行います。
介護支援専門員は、**服薬や生活習慣の留意点を医師に事前に確認した上で、それら指示事項が生じた場合にどのように対処すればよいかを、具体的に聞いておく必要があります。**
- 脳卒中の再発を防ぐためには、介護支援専門員は、**日常生活の中で観察すべき内容をイメージしておく必要があります**(食事や水分の摂取状況、脱水の有無、便秘の有無、嚥下機能低下の有無、尿の変化、体重の変化の有無、元気のなさの有無など)。

○以上の検討を踏まえて、脳卒中の再発予防に向けて、介護支援専門員が行っておくべき項目を整理したものを次表に示します。

「脳卒中の再発予防」に向けたケアマネジメントチェック表

実施項目	チェック欄
1. 診療情報の収集	
①以前発症した脳卒中のタイプを確認する。	<input type="checkbox"/>
②高血圧、糖尿病、心房細動、脂質異常症に対する治療の有無を確認する。	<input type="checkbox"/>
2. 処方内容／服薬上の留意点の確認とケア関係者間での情報共有	
①「お薬の説明書」を読んで、治療目的、用法、注意事項を確認する。	<input type="checkbox"/>
②服薬上の留意点を医師に確認する。	<input type="checkbox"/>
③医師からの指示があった場合、その内容をケア関係者間で共有する。	<input type="checkbox"/>
3. 服薬状況の確認と医師への報告	
①服薬状況がどのような場合に連絡したらよいかを医師に確認する。	<input type="checkbox"/>
②①の指示があった場合、連絡方法(電話、FAX など)も確認する。	<input type="checkbox"/>
③聞き取りや薬の残量確認により、指示通りに服薬しているかどうかを確認する。	<input type="checkbox"/>
④服薬が指示通りでなかった場合は、事前の医師の指示に基づき対処する。	<input type="checkbox"/>
4. 生活習慣に関する留意点の確認	
①生活習慣に関する留意点を医師に確認する(禁煙、塩分摂取など)。	<input type="checkbox"/>
②普段の血圧の値を確認する(血圧手帳など)。	<input type="checkbox"/>
③体重に変化が起こっていないかを確認する。	<input type="checkbox"/>
5. 日常生活の確認	
①食事の摂取量を確認する。	<input type="checkbox"/>
②水分の摂取量を確認する。	<input type="checkbox"/>
③脱水を起こしていないかを確認する。	<input type="checkbox"/>
④便秘になっていないかを確認する。	<input type="checkbox"/>
⑤「痰がからむ」ことが起こっていないかを確認する。	<input type="checkbox"/>
⑥尿の状態が変化していないかを確認する。 (色が赤黒くなる、濃くなる、臭いが強くなる、回数が今までよりも増える／減る)	<input type="checkbox"/>
⑦「普段より元気がない」といったことが起こっていないかを確認する。	<input type="checkbox"/>

第3章 脳卒中患者に対する観察ポイントQ&A

1) 症状の観察ポイントQ&A

Q1：脱水になると、どのような症状や状態が現れるのでしょうか。

(回答)

通常、体内の水分量は一定に保たれるようになっています。これは、水分摂取量に応じて腎臓が尿量を調整するからです。ただし、高齢者の場合、体内の水分貯蔵量が成人に比べて少なく(予備能が低い)、また、腎機能も低下しているため、さまざまな要因(水分の摂取不足、発熱、発汗、熱中症、下痢、嘔吐、利尿剤による尿量の増加など)によって体内の水分が不足する状態(脱水状態)になりやすいという特徴をもっています。

脱水が生じると、①のどが渇く、②尿量が減少する、③口の中が乾燥する、④食欲が低下する、⑤全身がだるくなる(全身倦怠感)などの症状が、さらに重度になると、①頭痛がする、②ウトウトした傾眠状態が起こる、③うわごとを言うなどの症状が現れます。

このような症状が起こっていないかを観察(またはケア職から情報を収集)し、起こっている場合は医師や看護師に相談をしましょう。

Q2：排尿の異常に気づくためには、何を観察しておけばよいでしょうか。

(回答)

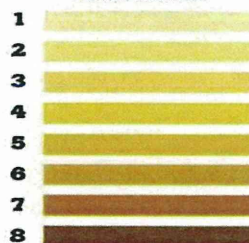
体の各組織から不要な老廃物を受け取った血液は、腎臓内でろ過された後、膀胱におくられて尿として排泄されます。しかし、何らかの原因で体に異常が生じると、尿の色やにおい、尿量が変化したりします。

たとえば、尿路感染が起きると、①排尿時に痛みが生じる、②尿回数が増える(頻尿)、③尿の色がにごる、④尿に血が混ざる(血尿)、⑤残尿感を感じる、⑥尿意が切迫する(トイレが我慢できなくなる)、⑦発熱する、⑧腰痛を起こすなどの症状が生じます。

脱水では、尿量の減少と共に、尿の色が濃くなります。右図の4~5は脱水気味、6~7はかなり脱水気味です。通常、尿の色が3以下になるように水分を摂ります。

このような、排尿異常にともなう症状や状態が起こっていないかを観察(またはケア職から情報を収集)し、起こっている場合は医師や看護師に相談をしましょう。

Pee Chart



Q3：脳卒中の人は嚥下機能が低下していると言われますが、何を観察しておけばよいでしょうか。

(回答)

嚥下とは、食べ物を口腔内に取り入れ、咽頭から食道、胃へと送り込む一連の過程のことです。脳卒中発症により、口唇や舌、のどや食道などに機能障害や感覚障害、運動障害(麻痺)が残ると食べ物をうまく飲み込むことができなくなります。これを嚥下障害と言います。

嚥下機能低下が起こると、①食べ物が飲み込みにくくなる、②食べるのに時間がかかる、③食べ物が口腔内に残る、④よだれが出る、⑤飲み込んだ後に声に変化する、⑥むせや咳込みが起こる、⑦ゲップや胸やけ(食物や胃液が口の中に逆流)が起こる、⑧痰の量が増加するなどの症状が現れます。

特に、食べ物が間違っただけで気道に入ると肺炎(誤嚥性肺炎)を引き起こす危険がありますので、十分に注意する必要があります。

Q4：誤嚥性肺炎になると、どのような症状が現れるのでしょうか。

(回答)

誤嚥が原因となって起こる肺炎のことを誤嚥性肺炎と言います。

嚥下機能低下により、食べ物が間違っただけで気道に入ることによる誤嚥性肺炎もありますが、寝ている間に口腔内の分泌物や胃液が少しずつ肺の中に入ることによって誤嚥(不顕性誤嚥)が引き起こされることも多くみられます。

肺炎では、①発熱する、②咳や痰が出る、③呼吸が苦しくなる、④胸が痛いなどの症状がみられますが、高齢者の場合はこのようなはっきりとした症状がでない場合も多いので、①何となく元気がない、②食欲がないなどの訴えがあったら、医師や看護師に相談をしましょう。

嚥下障害がある場合は、誤嚥を引き起こさないよう、①食べる時の姿勢、②食べ物の形状(食塊形成をしやすい形状)、③食事介助方法(一口量を少なくするなど)に配慮する必要があります。また、口腔内を清潔に保つことも重要です。

Q5：なぜ便秘に気をつけなければならないのでしょうか。

(回答)

脳卒中を発症された方の場合、腸の動きや腹圧の低下に、運動不足なども加わって便秘になりやすくなっています。

便秘があると、腸内に停滞した便が発酵してガスがたまることでお腹が張って痛みが生じたり、食欲不振や吐き気が生じたりする場合があります。また、大腸ガンなどの隠れた病気があったり、便秘が様々な病気を引き起こしたりすることがあるので注意が必要です。

また、便秘になると、排便時に力むために血圧が上がり、脳卒中の再発原因となる場合がありますので、便秘に気をつけておく必要があります。

Q6：なぜ体重の変化に気をつけなければならないのでしょうか。

(回答)

肥満は、脳卒中を引き起こす病気(高血圧症、糖尿病、脂質異常症、不整脈)を悪化させる要因となります。そのため、再発予防の観点から、肥満の予防が重要になります。

肥満を予防するには、食事と適度な運動が重要となりますが、麻痺がある場合、体を動かすことが少なくなり、その結果として体重が増加するといった悪循環になりがちです。このような悪循環を防ぐためにも、体重をきちんと把握し、体重増加を防ぐ必要があります。

また、体調不良により経口摂取量が減少すると、体重が減少し、低栄養状態につながることもあります。低栄養状態になると、①免疫力の低下(感染症にかかりやすくなる)、②筋肉量や骨密度の低下による転倒リスクの増大なども生じます。

健康状態のバロメーターとして日頃の体重変化を把握しておくことは非常に重要です。

Q7：糖尿病でインシュリン注射をしている人を担当しています。
どのような点に注意しておけばよいでしょうか。

(回答)

決められた時間に決められた食事摂取とインシュリンを注射することが大事です。

食事の時間がちょっと遅れたり、食事の量が少なかったりした状態でインシュリンを注射すると、インシュリンが過剰な状態(薬が効きすぎた状態)になって低血糖を引き起こす場合があります。逆に、インシュリン量が食事の量より少ないと、血糖の分解が不足し、高血糖を引き起こす場合があります。

血糖値が高い状態になると、食べた物が栄養として活用されにくくなるため、①疲れやすくなる／体がだるくなる、②食べているのにやせてしまう、③尿量や回数が増える、④のどが渇くなどの症状が現れます。

逆に、血糖が低い状態になると、日常生活を送る上で必要なエネルギーが不足するため、①あくびが出る、②冷や汗が出る、③手足が震えるなどの症状が生じ、さらに進むと意識消失やけいれんが生じ、危険な状態になることがあります。

Q8：ワーファリン(抗凝固薬)を処方された人を担当しています。
どのような点に注意しておけばよいでしょうか。

(回答)

心房細動(不整脈)によって脳梗塞を起こされた方に対しては、新たな血栓の形成を防ぐために、血液凝固を阻害する薬(抗凝固薬)が処方されます。この薬は、血栓の形成を予防するために処方されていますので、処方通りに飲み続ける必要があります(体調等に応じて、勝手に服用を中止したりしてはいけません)。

ワーファリンは、納豆やクロレラ、ブロッコリー等に含まれるビタミンKによって効果が弱められるため、食事内容には注意が必要です。また、血液をさらさらにする薬(出血が起こりやすく、起こった場合には止めにくい薬)なので、打撲や出血に気をつける必要があります。歯医者にかかるときは、服用している旨を事前に伝えておく必要があります。

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
『要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する
研究（研究代表者：川越雅弘）』
平成 24 年度研究成果物

疾患の観察ポイントと医療連携
－脳卒中－

ケアマネジメントの資質向上のためのテキスト作成班

平成 25（2013）年 3 月

（本書に関する問い合わせ先）

国立社会保障・人口問題研究所 企画部 川越雅弘

TEL:03-3595-2984、FAX:03-3591-4912、e-mail:kawagoe-masahiro@ipss.go.jp

滋賀県介護支援専門員連絡協議会 事務局

TEL:077-567-4550、FAX:077-567-3928、e-mail:info@shiga-caremana.jp

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する 一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表（平成 24 年度）

	発表者 氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版 年月
1	備酒伸彦	高齢者ケアに関わる理学療法士はなにをなすべきか・なにができるか	理学療法学	39(4)	245-248	2012 6
2	川越雅弘	要介護高齢者に対する自宅退院支援の現状と課題	静岡県医師会報	1493	6-9	2012 9
3	篠田道子	フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆	日本福祉大学社会福祉論集	127	1-17	2012 9
4	備酒伸彦	北欧ケアと日本のケア	地域リハビリテーション	7(9)	770-772	2012 9
5	竹内さをり	北欧と日本の認知症ケア	地域リハビリテーション	7(10)	863-866	2012 10
6	川越雅弘	医療・介護制度の今後の行方—地域包括ケアシステム構築に向けた改正のポイント—	かけはし	83	2-3	2012 11
7	備酒伸彦	「自立」とは何か	訪問リハビリテーション	2(5)	269-274	2012 12
8	篠田道子	ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価の検討 - 演習直後の調査と修了生の追跡調査から—	日本福祉大学社会福祉論集	128	印刷中	2013 3

IV. 研究成果の刊行物・別刷

【論文 1】

高齢者ケアに関わる理学療法士は
なにをなすべきか・なにができるか

備酒 伸彦

理学療法学

39(4), 245-248, 2012.6

生活環境支援理学療法

高齢者ケアに関わる理学療法士はなにをすべきか・なにができるか*

備酒 伸彦**

はじめに

この小論では、高齢者ケアの現場で、あるいは高齢者ケアのシステムを考えると、「理学療法士はなにをすべきなのか」そして「なにができるのか」について、高齢者ケアの過去と現在、北欧と我が国を比較しながら考えてみることにする。

表は筆者の職歴と、高齢者ケアに関わる制度の変遷を併記したものである。20年ほどの間に我が国の高齢者ケアを取り巻く環境が大きく変わったことがわかる。このように過去を振り返り返すことは、将来を考えるうえで欠かすことのできないものである。たとえば、2006年からはじまった介護予防事業は、1982年に施行された老人保健法による機能訓練事業・健康教育を再検証すれば、その発想も、方法論もほとんど既視感の中に埋没する。このように過去を検証して、本当に役立つ方法論を制度論の中で組み立てることは、理学療法士がすべきことで、また、できることである(表)。

理学療法士はその専門性から、高齢者ケアに限らず、幅広く人々の福祉に関わる分野で仕事をする職種である。それだけに、専門職として関わった分野で「なにを行って、どのような結果を得たのか」を蓄積して、将来を考える知見を積み重ねていくことは、個々の理学療法士に求められる努力であると同時に、専門職として認められる「理学療法士」の欠かすべからざる役割であることをはじめに述べておきたい。

技術論と制度論

今や、病院を退院した人が、翌日には庭先に座り訪問看護師が寄り添う姿がごく当たり前のものとなった。ほんの15年前のケア現場では想像すらできなかったものである。薄暗い部屋の中で寝たきりとなって、その枕元には途方に暮れた妻が座っている姿が普通で、毎日が褥瘡との戦いであった頃と比べると隔世の感がある(写真1)。

さて、このように世の中を大きく変えたものはなんなのかと考えてみると、「技術論」と「制度論」という結論にたどり着く。

褥瘡を例に解説すると、1990年代の初頭、褥瘡に対しての技術論は「乾かす」「消毒する」が一般的であった。すなわち、

表

1983年	民間老人病院	家族介護(お世話) 医療が介護ニーズの受け皿 ゴールドプラン(1989年)
1991年	県立総合病院	
1994年	兵庫県地方機関	新ゴールドプラン(1994年) 介護保険(2000年)
2005年	現職	介護保険見直し



写真1

2005年に公表された「褥瘡局所治療ガイドライン」¹⁾に照らせば、「患者データに基づかない」、「行わないよう勧められる」方法が一般的な技術論であったわけである。1990年代半ば頃からはじまった技術改革がなければ、今も褥瘡の悲劇は衰えていなかったはずである。

では、技術論さえあれば褥瘡は克服できたのかと問われれば、答えは否である。その技術を、現場に届ける「制度論」があってこそ技術が活かされたわけである。もうひとつ大事なことは、ゴールドプラン、新ゴールドプラン、さらには介護保険という制度論は、決して魔法のように生まれたものではないということである。これらは、様々な臨床現場から寄せられた知見や要請によって築かれたものである。

現場で働く理学療法士は、「技術論」を習得し、さらに発展させることに止まらず、その技術をあまねく現場に届けるための「制度論」を築くことにも重く関わっているということを忘

* What Should PT Do. What Can Be Done at Eldely Care
 ** 神戸学院大学総合リハビリテーション学部
 (〒651-2180 神戸市西区伊川谷町有瀬518)
 Nobuhiko Bishu, PT: Kobegakuin University, The Faculty of Rehabilitation
 キーワード: 高齢者, ケア, 理学療法士

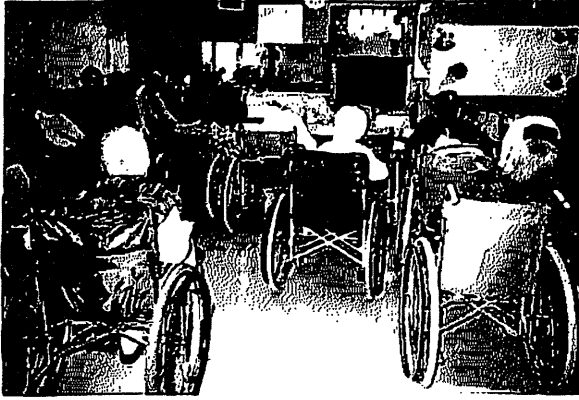


写真2

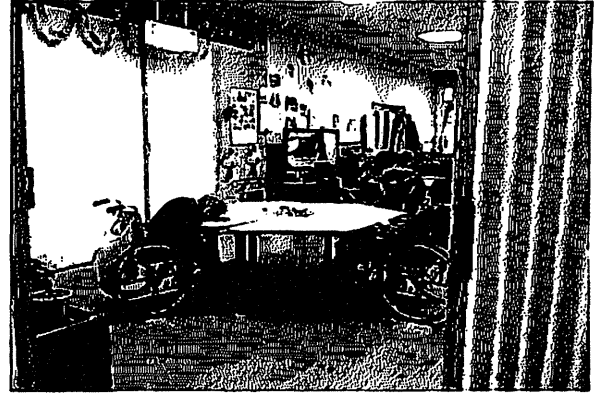


写真4



写真3



写真5

れないでおきたい。

次の項からは、技術論と制度論の発展に重責を担う理学療法士に求められる振る舞いに焦点を当てて考えていくことにする。

慣れからの脱却

前項で述べたように、我が国の高齢ケアは時代とともにあきらかによくなっている。しかし、個々の現場に目を向ければ、受け入れがたいケアがあることも事実である。

写真2、写真3はともに特別養護老人ホームの風景である。解説を加えるまでもなく、両者の差は歴然としている。いったいこのような差異はなにによって生まれてしまったのだろうか、あるいは改善されないのだろうか。

個々の要因を挙げれば数多にのほろが、総体的に言えば「閉鎖された環境では、すばらしいサービスが生まれる一方で、劣悪なサービスが見逃される」ということである。そして、その大きな原因が、そこで働く人の「慣れ」である。

研修会で、写真4を示して「この場面に出会ったら、あなたは何にをしますか」と問えば、多くの人が「声をかけます」「姿勢を正そうと試みます」と答える。ところが、実際に写真の場面に出会った数人のケアスタッフは、この異常さにまったく気づかず、筆者に微笑んで通り過ぎていった。すなわち彼らには、机に突っ伏した姿が見えていなかった訳である。

このように、慣れによってあきらかに異常な姿でさえ見慣れ

た風景になってしまい、改善の機会を失うリスクを、専門職であるだけに特殊な環境で仕事をする理学療法士は背負っていることを心しておきたい。

このリスクを回避するためには、自分自身で自らの「慣れ」を疑うことと、それぞれの職場で「慣れ」について毅然とした態度で議論することが有効である。時に、自らを、あるいはそれぞれの職場を、さらには理学療法士という職能を厳しく見つめることが、それぞれが負うリスクを軽減するに有効な方策となる。紙幅の制限で紹介にとどめるが、三隅二不二²⁾が1966年に提唱したPM理論が職場での振る舞いの参考になる。

他者への振る舞い

特別養護老人ホームで、車いすに座った女性に「写真を撮って下さい」と声をかけられた。「はい」と答えてカメラを向けると、微笑みのない顔がファインダーの中にある(写真5)。その後聞いた彼女の言葉は「ここでも写真はよく撮ってもらおう。ただ、その度に「はい、笑って」と言われる。世話になっている人が笑えというからそうするけれど、一枚くらいちゃんとした顔の写真がほしかった」というものであった。

写真を撮る時「はい、チーズ」と声をかけるのはごく普通のことで、そこに悪意はない。ところが、撮ってもらおう当人はいつも笑った写真ばかりがほしい訳ではない。「写真は笑って」という思いが、写真を撮ってもらおう当人の本心を押さえつけて



写真6

いるとしたら、とても怖いことである。少なくとも写真の女性はそんな辛さの中にあっただけである。

さて、理学療法士は、患者や利用者という「他者」に対してどのように振る舞うべきだろうか。この小論は「他者」を哲学的に思索するものではないので、平易に「自分ではない人」すなわち「自分自身とは考えを異にする人」と捉えれば答えは簡単である。「尋ねる」「聞く」「話す」ということを丁寧に繰り返せばよいわけである。ところがこれが難しい。理学療法士は専門性をもって、客観的合理性のある方法を患者や利用者へ伝えようとする。それが善意で行われるだけに、案外「尋ねる」「聞く」「話す」が省略されているところがある。

日々の仕事の中で、あらためて他者に対する振る舞いを点検してみたいものである。

普通を大切に考える

写真6は、デンマークにあるグループホームの食事風景である。

10人ほどの利用者に対して、1～2人のケアスタッフで楽しく食事が進んでいく風景は、我が国の現状を知る者としては驚きでさえある。

我が国でこのような風景を実現するためにはなにが必要か、端的に述べれば、1. ちゃんと座って、2. 美味しく食べることのふたつに尽きる。

さて、理学療法士は高齢者ケアの現場で、「ちゃんと座る」ことに十分な注意を払い、具体的な仕事ができているだろうか。シーティング技術を持ち出す前に、「ちゃんと座って美味しく食べているかな」と思い巡らし、その実現に向けて理学療法士が活躍すれば、我が国の障害高齢者の食事風景は確実によく変わるはずである。

写真7には、我が国ではまず見ることのできない“火の灯ったロウソク”がある。この施設を訪れた日本人メンバーのひとりが「ロウソクは危なくないですか」と尋ねたところ、先方のスタッフが「えっ、私達は食事の時にはロウソクを灯すんですよ」と答えた。

このとき筆者の頭に去来したのは「彼らは、利用者の“普通の生活”を支えるためにケアを提供している。それに対して我々は、ケアのために生活を縛っているのではないか」という



写真7

反省であった。

普通の暮らしを支えるために理学療法があると考えると、我々の仕事の幅はますます広いものになっていこう。

生活機能≠身体機能

Robert L. KaneらはEssentials of Clinical Geriatrics³⁾の中で、人のFunctionはphysical capabilities, medical management, motivationという3要素の掛け算によって表現できるとしている。

たとえば、10の身体機能がある高齢者に、適切なケア10が掛け合わせられれば100に、そこに10の意欲が掛け合わせられると1,000の機能が発揮されるというものとして解釈できる。逆に、10の身体機能があっても、ケアが0.5、意欲が0.5なら25の機能になってしまうという考え方で、高齢者ケアの現場では実感として極めて受け入れやすいものである。

先述のように、地域リハビリテーションのありようは時代とともに変わっていく。褥瘡に対する取り組みが主であったような時代は、当然、「身体機能」に対する取り組みが重視されたし、サービス資源の多くがそこに投入された。地域リハビリテーションの形が「生物モデル」であった時代は、式の「身体機能」にほとんどの焦点が合わせられていたということになる。

ただし、その時代は今や過去となった。これからの地域リハビリテーションに関わる者は、職種の別なく「人の生活モデル」を支えるために、式の右辺すべてを動員して高齢者の生活支援に向かっていかねばならないということを十分に認識しておく必要がある。

このことを実際の場面で教えてくれた事例を紹介したい。

80歳で脳血管障害を発症し、右片麻痺となり家に帰った男性である。病院での治療・リハビリテーションはスムーズに進み、自ら歩いて退院したものの、ほどなくしてほぼ寝たきりの状況に陥ってしまった。

目の前で廃用性の機能低下を示す男性について、カンファレンスでは慎重な討論が行われた。その中で、この方が60年にわたって牛を飼うこと一筋に生きてきたことから、「牛小屋に行ってみよう」というアイデアが生まれた。この時、男性が牛小屋に出かけることについて、1. 過度の身体的負担にならな

いか、2. ケアチームが行うこのような関わりによって、家族とケースの間に溝を生じさせないか、3. 我々のサービス提供に継続性が担保されているか等といったことについて十分な検討をしたうえで、ケースに対して「牛小屋に行ってみませんか」という提案を行った。さて当日、家から数百メートル離れた牛小屋に車いすでたどり着いたケースは、自ら立ち上がり、捨ててしまいたいといっていた麻痺した手で牛の身体を撫でて歩いた。6ヵ月寝たきりであった人がである。

人は「動けることに加えて、動きたいと思うから動く」。理学療法士はその「動ける」「動きたい」双方に関わることできる有為な専門職である。それだけに、今、目の前のケースにとって必要なことはなにかを常に考えて、自らの振る舞いを律する必要がある。

おわりに

牛小屋の事例を通じて述べたように、理学療法士は高齢者ケアの担い手として幅広い守備範囲をもっている。このことから、理学療法士は医療職かケアに関わる職かということは、筆

者に私にとってはまったく興味のないディスカッションである。医療の現場で理学療法士は極めて有効な仕事ができることはすでに自明である。同時に、人の生理・運動機能から、基本動作、ADL、生活までを連続して試みることでできる理学療法士は、ケアの領域でマネジメントに当たる職種として、作業療法士と並んで適格性を有する希有な職種であることを述べておきたい。

それだけに、これからの高齢者ケアを支え、創造するに足る技術と見識を磨いていきたいものである。

文 献

- 1) 日本褥瘡学会(編): 科学的根拠に基づく褥瘡局所治療ガイドライン, 照林社, 東京, 2005.
- 2) 三隅不二: 新しいリーダーシップ集団指導の行動科学, ダイアモンド社, 東京, 1966.
- 3) Kane, RL, Ouslander JG, *et al*: Essentials of Clinical Geriatrics, 5th ed. The McGraw-Hill companies, New York, 2004.

【論文 2】

要介護高齢者に対する
自宅退院支援の現状と課題

川越 雅弘

静岡県医師会報

1493, 6-9, 2012.9

要介護高齢者に対する自宅退院支援の現状と課題

国立社会保障・人口問題研究所

室長 川越 雅弘

はじめに

入院医療費の適正化、医療提供体制の効率化の観点から、平均在院日数の短縮化が推進されている。こうした中、円滑な退院を支援する「退院支援」の機能強化が求められている。本稿では、退院支援の機能強化に向けた制度・報酬改正の動向を整理するとともに、要介護高齢者の自宅退院事例調査から見えてきた課題と対策について言及したい。

I 求められる退院支援の機能強化

2011年6月30日に公表された「社会保障・税一体改革成案」で提案されているのは、現行の一般病床を高度急性期、一般急性期、亜急性期病床に分けた上で、現時点の一般病床全体の平均在院日数（約19日）を、2025年には一般急性期病床で9日程度に短縮するというものである。

高齢化の進展に伴い、入院患者の高齢化（入院患者の半数が75歳以上）、家族介護力の低下（高齢者のみ世帯の増加）が進んでいる。長期入院の受け皿となる療養病床数も38.4万床（2005年）が35.7万床（2008年）に減少している。したがって、病院と在宅関係者間の連携をより一層強化し、“高齢者の自宅への早期退院”を支援するシステムを、地域レベルで早急に構築する必要がある。

II 退院支援強化に向けた報酬改定の流れ

平均在院日数の短縮を図るためには、医療機関間、医療機関と介護関係者間の連携強化が必須と

なる。厚生労働省はまず、急性期治療を担う病院とその後の回復期治療等を担う病院間の連携を強化するため、2006年に“地域連携診療計画管理料”や“地域連携診療計画退院時指導料”などの診療報酬を新設した。

さらに、医療機関と介護関係者間の連携強化を図るため、入院中の病院関係者が介護支援専門員に対して退院後の必要サービスを指導する行為を評価する“介護支援連携指導料”、診療所や200床未満の病院が退院後の診療情報を計画管理病院に提供する行為を評価する“地域連携診療計画退院時指導料（II）”、急性期病棟における高齢者の自宅退院支援を評価する“急性期病棟等退院調整加算”を2010年に、介護支援専門員の退院支援への関与を評価する“退院・退所加算（I）（II）”を2009年に新設した。2012年の同時改定では、早期退院支援の強化をはかるべく、これら各種加算の算定要件の見直しなどを行った。こうして、急性期入院から自宅退院までの退院支援強化を目的とした報酬設定がほぼ完成したのである。今後問われるのは、“退院支援の質”となる。

III 要介護高齢者への自宅退院支援の現状—退院事例調査から—

昨年10月、静岡県内の全居宅介護支援事業所（971カ所）を対象に、自宅退院患者の入退院時特性、退院支援プロセス、退院後ケアプラン内容等に関する質問紙調査を実施した（回収事業所数：619事業所、回収率63.7%）。本章では、回答事業

所に所属する介護支援専門員1,464人が有する直近の退院1事例（合計1,464事例）に対する退院支援の実態調査の主な結果を示す。

1. 回答者（介護支援専門員）の基礎資格

回答者1,464人の基礎資格をみると、「介護福祉士」が59.8%と最も多く、次いで「看護職」17.6%、「社会福祉士」9.3%の順であった。

2. 入院の状況

1) 入院元の病床種類

入院元の病床種類をみると、「急性期病床」が66.6%と最も多く、次いで「回復期リハビリテーション（以下、リハ）病床」24.6%、「療養病床」4.0%、「その他の病床」3.2%の順であった。

2) 入院原因疾患

入院原因疾患を病床種類別にみると、急性期病床は「悪性腫瘍」15.1%、「肺炎」12.8%、「脳梗塞」8.0%の順、回復期リハ病床は「大腿骨骨折」29.4%、「脳出血」18.3%、「脳梗塞」17.2%の順、療養病床は「脳梗塞」15.5%、「悪性腫瘍」「大腿骨以外の骨折」10.3%の順であった（表1）。

3. 退院時の患者特性－要介護度－

退院時の要介護度を病床種類別にみると、急性期病床は「要介護4」18.7%、「要介護3」16.8%の順、回復期リハ病床は「要介護2」23.3%、「要介護1」21.9%の順、療養病床は「要介護4」「要介護5」22.4%の順であった。ここで、重度要介護者（要介護4以上）の割合をみると、「急性期病床」35.2%、「回復期リハ病床」24.7%、「療養病床」

44.8%と、療養病床からの退院者の要介護度は他の病床に比べて重度であった。

4. 退院支援プロセス

1) 介護支援専門員の担当時期

介護支援専門員が入院前から担当していた割合（＝要介護者の入院割合）を病床種類別にみると、「急性期病床」67.0%、「回復期リハ病床」38.9%、「療養病床」53.4%であった。これを入院原因疾患別にみると、「肺炎」が83.7%と最も多く、次いで「消化器疾患」72.2%、「心疾患」67.9%、「呼吸器疾患」67.1%の順であった。

2) 退院前訪問指導の実施状況

退院前訪問指導の実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」13.1%、「回復期リハ病床」46.9%、「療養病床」34.5%であった。

退院前訪問指導への専門職の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「看護師」75.0%、「介護支援専門員」56.3%、「理学療法士（PT）」32.0%の順、回復期リハ病床では「PT」87.0%、「介護支援専門員」73.4%、「OT」60.9%の順であった。

3) 退院前ケアカンファレンス（以下、退院前CC）の実施状況

介護支援専門員が参加した退院前CCの実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」58.8%、「回復期リハ病床」73.6%、「療養病床」75.9%であった。

退院前CCへの病院専門職の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「看護師」93.4%、「MSW」55.1%、「医師」39.6%の順、回復期リハ

表1. 病床種類別にみた入院原因疾患

	総数 (n=1,464)	急性期病床 (n=975)	回復期リハ (n=360)	療養病床 (n=58)
第1位	大腿骨骨折 12.2%	悪性腫瘍 15.1%	大腿骨骨折 29.4%	脳梗塞 15.5%
第2位	悪性腫瘍 11.3%	肺炎 12.8%	脳出血 18.3%	他の骨折 悪性腫瘍
第3位	脳梗塞 10.6%	脳梗塞 8.0%	脳梗塞 17.2%	10.3%
第4位	肺炎 10.0%	消化器疾患 7.4%	他の骨折 10.6%	肺炎 8.6%
第5位	他の骨折 7.0%	心疾患 7.3%	脊椎障害 4.2%	脳出血 大腿骨骨折 8.2%