

生活期の在宅における装具フォローアップの現状調査

研究分担者 菊地尚久 千葉県千葉リハビリテーションセンター センター長

研究要旨

回復期リハビリテーション病院に入院し、治療目的で下肢装具を作製した患者が退院後に装具に関するフォローアップが切れていることが問題であると考え、広域支援センターに対して装具作製・修理に関する調査を行った。千葉県内の広域支援センターに指定されている施設にメールでアンケート調査を依頼した。回復期リハビリテーション病院に入院し、在宅生活へ移行した脳卒中片麻痺患者のうち、調査時に訪問リハビリテーションを施行している者を対象とした。下肢装具作製の有無とその種類については、退院前に装具作製ありが 15 名（39.5%）であった。調査時の下肢装具使用の有無と使用状況については、下肢装具を使用していた者は 11 名（73.3%）、退院後に装具修理を行った経験があるのは 1 名（9.1%）、退院後に治療用装具を再作製した経験があるのは 4 名（36.4%）、退院後に更生用装具を作製した経験があるのは 1 名（9.1%）と退院後生活期において十分なフォローアップが行われている症例は少なかった。この理由として、退院元の病院で装具のフォローアップが行われていることが少ないことが挙げられ、生活期におけるリハビリテーション科等のフォローアップの重要性が示唆された。また更生用装具の作製件数は非常に少なく、病院での装具交付意見書による作製など、行政での工夫が必要であると思われた。

A. 研究目的

障害者にとって義肢装具などの補装具は日々の生活を送るうえで欠かせない用具である。したがって、障害者総合支援法で支給された補装具が適切に、かつ継続的に使用されることは、利用者の利便性向上に直結する。さらには、公費の効率的な運用にもつながるため重要である。

脳卒中後の下肢装具は、支給件数が非常に多く、もっともよく処方される補装具であるが、退院後に装具に関するフォローアップが適切に行われず、不適切な装具や破損した装具を使用し続けている状況が生じている。

脳卒中片麻痺患者では下肢麻痺に伴って内反尖足を生じることが多く、回復期リハビリテーション病棟で必要に応じて短下肢装具などの下肢装具を作製する。入院でのリハビリテーション治療を行っている段階では、毎日関節可動域訓練と歩行訓練を行っているが、退院後には施設や訪問での維持的リハビリテーションを毎日行えることは少なく、痙縮の悪化による装具の不適合が生じる可能性がある。

これに対して障害者総合支援法による更生用装具の作製あるいは回復期に作製した装具を修理するなどの対応が必要であるが、更生用装具の作製には決められた日に、決められた場所に行く必要があり、修理の際にも業者に来てもらうか、装具を修理できる病院に行く必要があることが問題である。このため退院後に装具に関するフォローアップが適切に行われず、不適切な装具や破損した装具を使用し続けている状況が生じている。

本分担研究では、回復期リハビリテーション病院に入院し、治療目的で下肢装具を作製した患者が退院後に装具に関するフォローアップが切れていることが問題であると考え、広域支援センターに対して装具作製・修理に関する調査を行ったので報告する。

B. 研究方法

千葉県内の広域支援センターに指定されている施設にメールでアンケート調査を依頼した。回復期リハビリテーション病院に入院し、在宅生活へ移行した脳卒中片麻痺患者のうち、調査時に訪問リハビリテーションを施行している者 38 名を対象とした。

調査項目は下肢装具作製の有無とその種類、調査時の下肢装具使用の有無と使用状況（屋内外で実用的に使用、屋内のみで実用的に使用、屋外のみで実的に使用、リハビリテーション時のみ使用）、退院後に装具修理を行った経験の有無、退院後に治療用装具を再作製した経験の有無、更生用装具を作製した経験の有無とした。

（倫理面への配慮）

研究対象者に対する人権擁護上の配慮としては、患者個人に特定した調査は行わず。アンケート調査対象の医療従事者に対する調査のみとしているため、倫理面の問題がないと判断した。

C. 研究結果

下肢装具作製の有無とその種類については、退院前に装具作製ありが15名（39.5%）、装具の種類については短下肢装具が15名（100%）、プラスチック製短下肢装具が12名（80%）、金属支柱付短下肢装具が3名（20%）であった。

調査時の下肢装具使用の有無と使用状況については下肢装具を使用していた者は11名（73.3%）、屋内外で実的に使用していたのは2名（18.2%）、屋内のみで実的に使用していたのは0名（0%）、屋外のみで実的に使用していたのは6名（54.5%）、リハビリテーション時のみ使用していたのは3名（27.2%）であった。退院後に装具修理を行った経験があるのは1名（9.1%）であった。退院後に治療用装具を再作製した経験があるのは4名（36.4%）であった。退院後に更生用装具を作製した経験があるのは1名（9.1%）であった。

D. 考察

回復期リハビリテーション病棟退院後の補装具に関するフォローアップの問題点は、回復期リハビリテーション病棟で体制強化加算を取っている施設基準入院料1の病院では専任医が外来診療を行うことができないこと、病院経営的観点からみるとリハビリテーション科外来の開設は大きな利益を得ることができないので開設していない病院が多いことである。これらの理由から回復期リハビリテーション病棟退院後のリハビリテーション科外来フォローが途

切れてしまい、退院後装具の適合不良や破損が生じていても修理に対応できるチャンスが減ってしまうこととなる。

厚生労働省の資料によると更生用装具に関しては、身体障害者更生相談所の判定により市町村が決定し、更生相談所に来所判定することとなっている。

千葉県の補装具判定は直接判定が主体であり、基本的に当センターと我孫子市にある2か所の更生相談所、その他8か所ある出張相談での判定業務となっている。来所判定の問題は日程がかなり限られていること、多くの利用者が家族あるいはヘルパーの同伴が必要なことである。他の都道府県、政令指定都市の多くは千葉県と同じく直接判定が主体であるが、補装具交付意見書で判定を行っているところもある。北海道、秋田県など意見書作成にあたり、記載医師の資格要件はなしである一方、横浜市、川崎市、神奈川県など記載医師に一定の資格を設けて意見書主体で判定している行政機関もある。千葉県では利用者の利便を図るため、4年前に意見書での判定対象を増やしてはどうかとの提案を千葉県に行い、関係会議での検討の結果、一定の資格を持った医師が勤務し、依頼件数が多いいくつかの病院で意見書判定が認める方向で行うことになった。これにより更生用装具のフォローアップが増加することを期待している。

千葉県内の義肢装具業者については近都県と比べて少ないのが特徴であり、ほとんどの業者は東京都、埼玉県、茨城県などから来ている。更生用装具には必要経費が含まれているとされているが、遠方から自動車で初回判定、仮合わせあるいは完成チェックのために来所すると、かなりの出費が必要になる。この問題についても意見書での判定を増やすことでこの問題もある程度解決できると考えている。

生活期における装具の専門医のフォローについては、回復期リハビリテーション終了後には多くの場合、かかりつけ医のみに医療を移行してしまい、リハビリテーション科医、脳神経内科医、脳神経外科医など装具の適合、歩行、痙縮などに対するフォローができる医師が定期的に診察できる体制をとれないことが多く、痙縮が悪化による装具の適合不良、破損などの問題が生じていてもこれに対する対処ができなくなってしまうことが問題である。この問題を解

決するにはリハビリテーション科外来を全ての回復期リハビリテーション病棟のある病院に開設してもらい、総合支援法による判定に関しては、在宅のリハビリテーションスタッフから更生相談所への相談を勧めること、初回に補装具判定を受けている場合には2回目以降は更生相談所が主体となって装具手帳を作成する、業者から定期的なフォローを行うなどの方策が考えられる。

また装具フォローアップにおける地域医療連携については、装具の問題、痙縮の発生あるいは増悪を認知し、治療を行える地域連携が必要と考えており、医療機関、訪問看護ステーション、訪問リハスタッフ、ケアマネジャー、デイケアなどの施設との地域連携、本人の訴え、装具の評価、歩行から痙縮の状況を地域のスタッフ判断すること、その後装具の評価、作製している機関への紹介することが必要であると考えている。

E. 結論

今回の結果から回復期には必要に応じて装具が作製されているものの、退院後生活期において十分なフォローアップが行われている症例は少ないことが推察された。この理由として、退院元の病院で装具のフォローが行われていることが少ないことが挙げられ、生活期におけるリハビリテーション科等のフォローアップの重要性が示唆された。また更生用装具の作製件数は非常に少なく、病院での装具交付意見書による作製など、行政での工夫が必要であると思われた。

G. 研究発表

1. 論文発表

Tatsuki Kobayashi, Hiroaki Tsuruoka, Masayuki Someya, and Naohisa Kikuchi: Study on ankle foot orthosis repair for patients with cerebral palsy. Chiba Medical J. 99E:45-50, 2023, doi:10.20776/S03035476-99E-5-P45

吉村友宏, 神保和正, 高浜功丞, 安森太一, 村山尊司, 菊地尚久: 日本語版 Clinical Trunk Control Test の信頼性に関する検証. Jpn J Rehabil Med, 60, 983-991, 2023.

菊地尚久: 治療と仕事の両立支援 脳卒中. The

Japanese Journal of Rehabilitation Medicine, 60, 373-377, 2023.

菊地尚久: 脊髄障害とニューロモジュレーション 脊髄損傷後の痙縮に対するボツリヌス療法. 脊髄脊髄ジャーナル, 36, 158-164, 2023.

菊地尚久: 都道府県支援センターにおける地域リハビリテーション. 臨床リハ, 32, 1399-1403, 2023.

2. 学会発表

菊地尚久: 地域リハの継続と発展, 全国地域リハビリテーション合同研修大会 in ちば, 千葉.

菊地尚久: 高次脳機能障害者に対する千葉県での自動者運転評価, 第7回日本安全運転医療学会, 千葉, 2023, 12.

菊地尚久: 千葉県での補装具フォローアップについて. 第39回日本義肢装具学会学術大会, 岡山, 2023, 10.

Naohisa Kikuchi: Promotion of rehabilitation in integrated community care. 21th ASEAN social security high level meeting, Oita Japan.

菊地尚久: 地域における包括的リハビリテーションの過去、現在、未来. 第60回日本リハビリテーション医学会学術集会, 福岡, 2023, 6.

菊地尚久, 浅野由美, 中山 一, 赤荻英理 近藤美智子: 回復期脊髄損傷患者における神経障害性疼痛の頻度と薬物療法. 第60回日本リハビリテーション医学会学術集会, 福岡, 2023, 6.

菊地尚久: 下肢切断診療における多職種連携—義足歩行を目指すために—リハビリテーション科医の立場から. 第96回日本整形外科学会学術集会, 横浜, 2023, 5.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

無

2. 実用新案登録

無

3. その他

無