

訪問リハビリテーションの目標設定に背景因子が及ぼす影響について

永山智貴^{1) 2)}, 小西倫太郎²⁾, 神田佳明²⁾, 堀田直樹²⁾, 森川重幸²⁾, 浅野翔平²⁾
木村篤史²⁾, 松本和久³⁾, 平澤泰介²⁾

- 1) 明治国際医療大学附属病院 訪問リハビリテーション事業所
2) 明治国際医療大学附属病院 総合リハビリテーションセンター
3) 明治国際医療大学 保健医療学部

要旨：地域包括ケアシステムでは「住み慣れた地域で自分らしい暮らし」と言われており、これは国際生活機能分類の背景因子である環境因子と個人因子に該当する。今回、訪問リハビリテーション目標設定について背景因子が及ぼす影響について考察した。平成27年10月から平成29年1月の間に当事業所を利用した27名のうち10名が住み慣れた家や地域に縛られているという現状が認められ、訪問リハビリテーションの目標設定が背景因子に影響を受けていた。当地域のような限界集落が急速に進行しているような地域においては、住み慣れた家・地域に縛られることのない目標設定を考えていくことも重要であると考えられた。

Key words 地域包括ケアシステム, 国際生活機能分類, 訪問リハビリテーション

I. はじめに

厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を推進している¹⁾。この「住み慣れた地域で自分らしい暮らし」とは、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF) においては背景因子に分類されるものである²⁾ (図1)。そして、背景因子のなかの環境因子として住み慣れた地域、個人因子として自分らしい暮らしに当てはめることができる。今回、訪問リハビリテーションの目標設定を行う上で背景因子の影響を受けて事例について考察をしたので報告する。

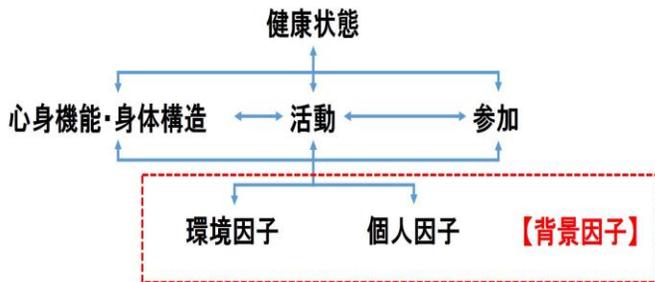


図1 国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF)

II. 対象と方法

対象は、当訪問リハビリテーション事業所が開設となった平成27年10月より平成29年1月までの訪問リハビリ利用者27名である。そのうち、男性が12名で女性が15名、平均年齢は79.4±9.0歳であった。それぞれの介護度は、要支援1が2名、要支援2が9名、要介護1が4名、要介護2が6名、要介護3が3名、要介護4が2名、要介護5が1名であった。対象者の主たる病名に関しては、整形疾患、脳血管疾患、パーキンソン病であった (表1)。方法は、対象を目標別に分類し、訪問リハビリテーションの目標設定について環境因子に影響を受けた者を抽出した。

表1 利用者の主たる病名

病名	人数(名)	病名	人数(名)
変形性膝関節症	4	脛腓骨骨折	1
変形性股関節症	1	大腿骨転子部骨折	1
腰部脊柱管狭窄症	2	腰椎圧迫骨折	2
関節リウマチ	1	パーキンソン病	4
運動器不安定症	1	脳血管疾患	8
癌	1	脊髄小脳変性症	1

III. 結果

総利用者27名の訪問リハビリテーションの目標を分類すると、寝たきりによる拘縮予防を目標とする群が3名、

残存機能の維持を目標とする群が5名、日常生活動作の維持・改善を目標とする群が19名であった(図2)。寝たきりによる拘縮予防群の3名に関しては、対象者の介護度は要介護4もしくは5であり、高度の認知症もあるためにコミュニケーションをとることは困難であった。そのため、訪問リハビリテーションの目標は、家族の希望や介助量軽減であった。残存機能の維持群の5名に関しては、対象者の介護度は要介護1から3で、5名とも主たる病名は慢性期の脳血管疾患であり、在宅での生活は安定している状態であった。そのため、残存機能の維持を図ることにより安定した日常生活を送ることが主な目標になっており、利用者本人も同じ希望を持っていた。日常生活動作の維持・改善群の19名に関しては、対象者の介護度は要支援1から要介護3であり、主な目標は屋内・屋外での日常生活動作能力の維持・改善であった。この19名を日常生活動作のレベルを屋内と屋外で分けると、屋内中心の日常生活動作が目標となる屋内群が7名、屋外を含めた日常生活動作が目標となる屋外群が12名であった。このうち屋内群の2名と屋外群の2名は農村部・山間部に特有の環境因子に影響を受けており、屋外群の6名は農村部・山間部に特有の個人因子に影響を受けていた。

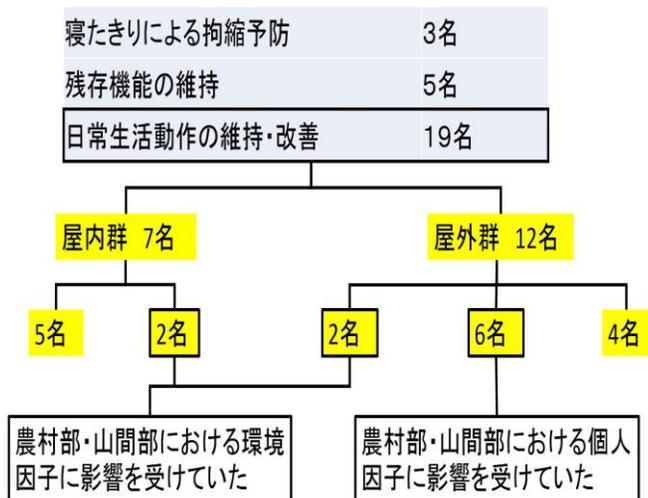
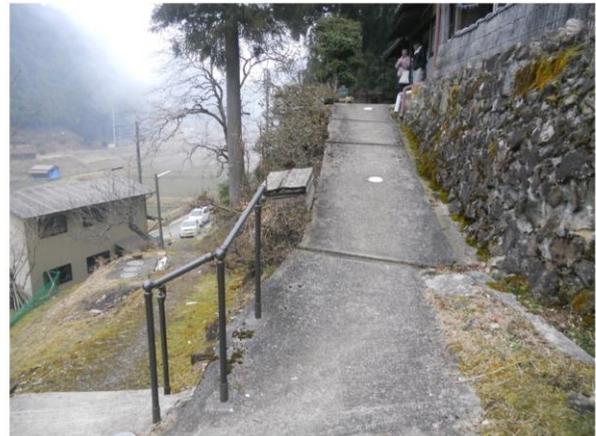


図2 訪問リハビリテーションの目標

農村部・山間部における環境因子に影響を受けている4名は、山間部・過疎地域における住宅環境、そして昔ながらの日本建築という環境面に問題が認められた。山間部・過疎地域における住宅環境の問題として、基本的に平地には田畑があり、家屋は斜面を利用して建てられているということが多くみられる。そのため敷地に入るのに坂道が多く、舗装されていないため不整地になっていることもあり、安全に屋外に出ることができないという問題が認められた(図3)。続いて昔ながらの日本建築における問題としては、湿気対策のために座を上げることが多く段差が高くなっている。和室続きの間取りで天井も吊り天井になっているため手すりを設置するこ

とが難しい、風呂・トイレが屋外に設置されておりその動線が不整地という状況であった(図4)。このような環境下では、福祉用具の導入や住宅改修などを行っても住み慣れた地域で安全な生活を続けていくのには限界である状況にあった。

<山間部・過疎地域における住宅環境>



不整地や坂道が多く、安全に屋外に出ることができない

図3 環境因子の影響①

<昔ながらの日本建築>



敷居が高い 和室続きの間取りで、手すりを設置することが難しい 外風呂・外トイレに行くのに不整地を通る

図4 環境因子の影響②

農村部・山間部特有の個人因子に影響を受けていた6名は、全て農作業を行っていた。これは、興味・関心チェックシートにも畑仕事として挙げられている項目であり、普通であれば趣味や生きがいとして積極的に活動できているということになる。しかし、6名とも歩行が不安定であり、屋外では杖もしくはシルバーカーを使用しており、農作業を行うのには転倒の危険性を伴っていた。また、農作業は短時間で終わるものではないため、過活動の状態になっている対象者も認められた。これらのことにより、骨折などの傷害や過用性症候群等の機能障害が発生する危険性がある状況であり、生活習慣を変えないことには安全に生活を続けていくことが難しい状況であった。

IV. 考察

地域包括ケアシステムでは、住み慣れた地域で自分らしい暮らしと言われているが、当地域のような農村部・

山間部においては、訪問リハビリテーションの目標設定をする上で住宅環境や建築様式といった環境因子に影響を受ける事例が存在する。具体的に築 100 年以上で十分なバリアフリー化を行うことができず、結果として安全に過ごすことができないというケースが多くみられる。また、庭仕事や農作業が生活習慣として定着していることから個人因子に影響を受ける事例も存在する。身体的には要支援・要介護状態になっても、意識の中ではそれぞれの役割を担うことができると思い各作業を行っていることがあり、実際の動作能力と意識のギャップから問題が生じることがある。個人の想いもあるため各作業や動作を行うことを否定することは難しく、利用者とコミュニケーションを取る中で時間をかけて理解してもらい、教育するということが重要と考える。

当病院の所在地である南丹市日吉町においては、平成 29 年 3 月時点での 65 歳以上の高齢化率は約 39.2%、75 歳以上の後期高齢化率は約 21.7%となっている³⁾。内閣府が発表している平成 29 年度高齢社会白書⁴⁾によると、高齢化率は 2065 年に 38.4%であるとされており、当地域は約 50 年先をいっていることになる。厚生労働省においても、人口が横ばいで 75 歳以上人口が急増する大都市部、75 歳以上人口の増加は穏やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じている。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要であるとしている。また、地域包括ケアシステムを費用負担により区分すると、「自助・互助・共助・公助」に分けられており、少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取り組みが必要であるとされている。しかし、当地域のように急速に限界集落が進行しているような地域では、「自助」「互助」にも限界があるのではないだろうか。また、住み慣れた地域で自分らしい生活するために多額の「公助」「共助」のコストがかかることもあり、地域包括ケアシステムを成立させることが難しいことも考えられる。

一方で、国土交通省は都市再生特別措置法の中で、人口減少・高齢化が進む中、特に地方都市においては、地域の活力を維持するとともに、医療・福祉・商業等の生活機能を確保し、高齢者が安心して暮らせるよう、地域公共交通と連携して、コンパクトなまちづくりを進めることが重要として、「コンパクト・シティ・プラス・ネットワーク」の実現を目指している⁵⁾。訪問リハビリテーションの目標設定を考える際、住み慣れた家、地域に縛られるのではなく、これからは環境・人の集合としてスモールコミュニティを築くというような視点を持つことも必要であると考えられた。

【参考・引用文献】

- 1) 厚生労働省：地域包括ケアシステム（オンライン）。
(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)
- 2) 上田敏監，伊藤利之，大橋正洋ら編：標準リハビリテーション医学，医学書院，pp14-17，2012.
- 3) 南丹市：平成 29 年 4 月 20 日 年齢別人口集計表（平成 29 年 4 月 1 日現在）。
- 4) 内閣府：平成 29 年版，高齢社会白書。
- 5) 国土交通省：コンパクトシティ・プラス・ネットワーク（オンライン）。
(http://www.mlit.go.jp/toshi/toshi_ccpn_000016.html)