

在宅環境でのリスク軽減を目的に 訪問リハビリテーションを行った一症例

富田 健一¹⁾, 松本 和久¹⁾

¹⁾ 明治鍼灸大学付属病院 リハビリテーションセンター

要旨：

【はじめに】

近年、在宅リハビリテーションの重要性が認識され種々の試みがなされているが、介護保険 管轄と医療保険を基盤とする訪問リハビリテーションが混在し、それぞれの役割が確立しているとは言いがたい。

今回転倒による入院から在宅復帰までの一連の流れの中で、在宅環境でのリスク軽減を目的とした在宅リハビリテーションを行う症例を経験し、医療保険としての訪問リハビリテーションのあり方を検討したので報告する。

【症例紹介】

82歳女性。既往歴に脳梗塞、変形性頸椎症があり、保存療法にて経過観察中。数ヶ月前より転倒が増えた為、介護保険認定を受け、家屋改造計画中に屋内で転倒。骨折は認めなかったが機能訓練 と生活環境改善目的に入院となった。

【経過】

四肢の痙性の為立位バランス、歩容が不良であり、現身体能力で生活するには過酷な家屋環境であった為、入院後すぐ家屋評価を行い、寝室からトイレまでの往復及び入浴時の介助量が減少する事を優先課題として家屋改造案を提示すると共に、改造後の環境を想定しADL訓練を進めた。

【改造後訪問指導時の問題点とその対策】

床に歩行の障害となるものが散在し、不安定なものを手すりとして利用し、転倒の危険があった為、障害物を取り除き、適正な手すりを使用する動作訓練にて転倒を防止した。また、トイレまでの往復時間が実用的ではなく、導線上の段差付近に手すりの追加が必要であった為、手すりとして利用可能な家具を新たに設置した。改造後も入浴介助量が減少せず、入浴が行えていなかった為、浴槽を追加改造し、ケアマネ、ヘルパーによる入浴動作の練習により、一連の入浴動作が円滑に可能となった。

【考察】

医療保険での訪問リハビリの役割は、退院後、家屋改造後の環境での効率的かつ安全な生活様式を家族、ケアマネ、担当ヘルパーと共に統一見解を作り、生活の中で実践してもらい、必要であれば修正を加える事であり、その安全性、実用性の確立を確認した後、介護保険でのサービスに委譲するべきである。

【はじめに】

近年、在宅リハビリテーションの重要性が認識され種々の試みがなされているが、介護保険と医療保険を基盤とする訪問リハビリテーションが混在し、それぞれの役割が確立しているとは言いがたい。今回転倒による入院から在宅復帰を果たした一症例を通じて、在宅生活に向けた在宅環境下でのリスク軽減を目的とした一連（家屋改造、改造後の訪問指導、訪問リハビリテーション）の流れの中で、医療保険から提供される訪問リハビリテーションのあり方を検討したので報告する。

【症例紹介】

82歳女性。H5. 脳梗塞、H14. 変形性頸椎症、H18. 頸椎症性脊髄症と診断され保存療法にて在宅で経過観察中であった。数ヶ月前より転倒が増えた為、介護保険の認定を受け、家屋改造計画中に屋内で転倒する（写真1）。骨折は認めなかったが機能訓練と生活環境改善目的に入院となった。

入院時の診断では疾患の急性増悪は認めなかったが、四肢の関節可動域低下、四肢の痙性による立位バランス及び歩容が不良であった。家人によるとここ数年は同様の歩行様式であったことから今回入院前の転倒傾向状態は、数年前から緩やかに身体能力が低下しているものと考えられた。

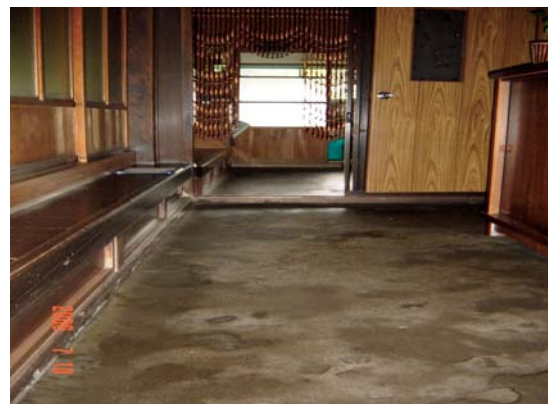


写真1 今回の転倒の原因は土間にある敷居だった

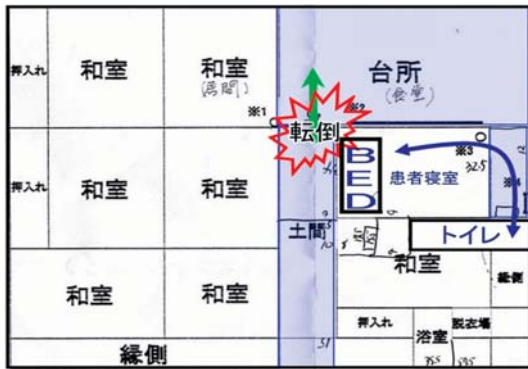


図1 患者宅見取り図

濃色部分は土間、矢印は入院前のトイレまでの移動経路



図2 退院後のベッドからトイレまでの経路

【家屋評価】

身体能力に生活環境を合わせる事が今後の在宅生活を支援する上では必要であると考え、入院直後に家屋評価を行った。

家屋は典型的な日本家屋であり(図1)、患者の寝室は土間に囲まれていた為、トイレに行く際には一度土間に降りる経路をとり、その間に手すりは設置されておらず(写真2)、浴室(写真3)やその他の段差各所にも手すりなどはつけられていなかった。そこで寝室からトイレまでの往復が自立可能となる事、また入浴時の介助量が減少する事を目的に、寝室からトイレまでの経路変更案(図2)及び改造案を作成し、家人に提示した。

【訓練経過】

筋力やバランス能力など機能訓練の他、今回転倒した場所や入浴動作など改造後の環境を想定したADL訓練を進めた。

退院前に本人と共に自宅へ伺い、実際の環境でのADL訓練を施行するはずであったが、工事の遅れから実行できず、改造完成前に退院する事となった為、改造が完成するまでは人的介助でリスクを回避することを指導した。



写真3 浴室改造前

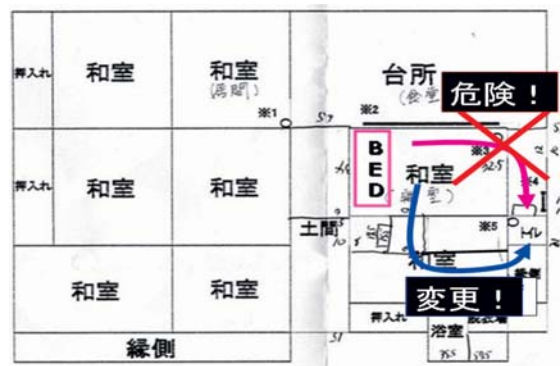


図2 退院後のベッドからトイレまでの経路

【家屋改造後、

訪問リハビリテーション時の問題点】

退院の約一ヶ月後、改造完成の連絡が入り、訪問リハビリテーションを行った。

その結果、以下の事項が問題と考えられた

- ① ベッドからトイレまでに移動する過程に、床に色々な敷物が敷いてあり、またガラス戸やベッド附属のテーブル等不安定な物を手すりとして利用しており、自ら転倒リスクを増やしている状態となっていた。(写真4)
- ② ベッドからの起き上がり動作や起立動作を含め、ベッドからトイレまでの往復に時間がかかりすぎていた。また段差昇降に手すりの追加設置が必要である事が分かった。
- ③ 入院時に想定し訓練した動作様式では、改造後も入浴介助量が減少しておらず、恐怖心もあって退院後入浴が行えていなかった。その原因としては、病院での入浴動作練習時の浴室環境との相違により、改造した浴室の効率のよい使用方法が確立しておらず、毎回違う順序、動作様式で入浴しようとしていたこと、介護者の方も毎回違う介護方法をとっていた為、患者は数々の動作様式を要求され、それ

に対応できず、恐怖だけが残り入浴自体を拒否するようになっていたのではないかと考えた。その為、入浴動作様式の変更及び浴槽の追加改造が必要であった。(写真5)

【訪問リハビリテーションによる対策・指導】

このように、訪問によりあらためて発覚した問題が数多く存在し、想定していたADLを実行するにあたり著しく障害となっていた。そのため、以下の事項を対策として施行した。

- ① 固定されていない物を手すりとして使用しないように、また床に敷いてあった敷物を取り除く様に指導し、転倒を防止した。
- ② ベッドからトイレまでの移動時に手すりとして使用できるように、家具を追加して設置した。また起き上がりをする際の布団の取り扱い方や、寝返りから起き上手すりや柵があるにもかかわらず、①ガラス戸や ② ベッドテーブルなど不安定な物を手すりとして使用していた。また床に③マットを敷き足尖がひっかかりやすい状態だった。

がりの動作を反復練習すると共に、起立動作練習では、重心の移動方法の指導の他、電動ベッドの昇降機能の利用も促し、起立動作の



写真4 ベッドからトイレまでの経路上の障害物



写真5 浴室改造後

円滑化を目指した。以後体調に影響されるものの、30分以上かかっていた一連のトイレ動作が、調子がよければ15分以内に可能となった。

- ③ 浴槽の追加改造後、新たな入浴動作様式にて担当ケアマネ、担当ヘルパーによる入浴動作の反復練習が行われ入浴可能となった。2回目からは本人も動作を覚え、入浴動作自体は円滑となり、ベッドから浴室までの移動を含め一連の入浴動作が現在55分で可能となった。
- ④ 加齢や麻痺のため、今後歩行能力は入院時より少しずつ落ちる事が想定され、再転倒を予防する為にも介助なしでの移動はベッドからトイレまでに限定。(図3) 他の場所には一人では行かない事を本人家族と確認した。本人の意思で通所サービスは拒否されており、運動量確保のために家族の手引き歩行で家周囲を散歩してもらう時間を作って頂く事となった。

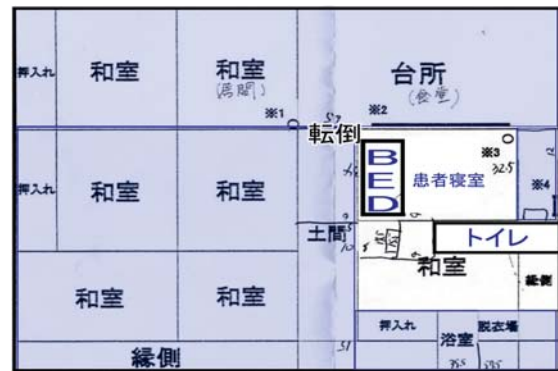


図3 濃色部分は介助なしでの歩行禁止範囲

【結 果】

トイレ動作自立、入浴週一回のヘルパー利用にて在宅生活確立し、退院後転倒は認められていない。

【考 察】

入院中に家屋評価を行ない家屋改造案を提示し、理学療法においても改造後の環境を想定した訓練を行っていたとしても、退院後の患者がこちらの想定した日常生活動作様式で遂行しているとは限らない。むしろ改造後の家屋は、提案した側から見れば生活しやすい環境になったといえるが、患者にとっては新しい環境であり、正しく新たな環境を理解し安全な動作が確立するまでは、改造を提案した医療の責任として訪問リハを行う必要

がある。

医療から介護への申し送りが不十分であると、入院中どのような身体状況であり、どのような動作様式でADLを行う為にどのような家屋改造を行ったのか。利用者にどこまでを求めて何を介護すればよいのかが伝達されない為、改造の意図が分らず、退院後自宅に帰って介護スタッフや家族が一からADL様式を考えなければならない。またそれにより過保護もしくは過剰な動作の要求にて廃用症候群や事故が起こり易くなり、円滑に在宅生活へ移行出来ず、在宅生活が長続きしない可能性があるため、医療機関と介護施設及びサービスの連携を図る必要があると考える。

退院後、在宅介護生活となる患者の支援を医療から介護へ円滑に移行するためには、家屋改造を提案した医療の責任から、訪問リハビリテーションを施行し、入院中に想定した日常生活動作様式で、実際の在宅生活が遂行可能かを確認し、もし不可能な場合には、その原因が動作様式にあるのか身体能力にあるのかを評価し、前者であれば正しい動作様式の反復練習を、後者であれば追加改造を検討する事が必要である。また現場でサービスの提供を行っている、介護スタッフと情報を共有し最も適切なADL、介護方法を検討すると共に、利用者も含め統一見解をもって今後継続すべきADLを確立させることが必要である。(図4)

差が生まれている。したがって、医療保険から提供される訪問リハビリテーションは、病院から要介護状態で退院された患者の在宅生活を確立させると共に、その後速やかに介護保険サービスに移行し、利用者やその家族が安心して在宅生活を送れる為にも、移行期における介護と医療の相互連携をもとに、いざ利用者やその家族が生活に困った時に、介護のみならず医療にも気軽に相談でき、また介護と医療が容易に連携し、随時それぞれの役割の中で在宅支援を行うことが出来るシステムが整備されるまで行う必要があると考える。

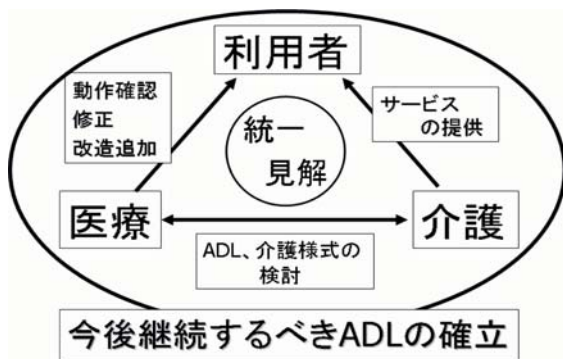


図4 医療から介護への円滑な移行のために

厚生労働省は退院後の短期集中リハを推奨すると共に、速やかな医療保険から介護保険サービスへの移行を提唱している。しかし医療保険から介護保険サービスへの移行を円滑に進めるための各専門職の役割や責任、具体的な方法は示さず、現場が各自の判断で個別に動いているのが現状であり、医療保険から介護保険サービスへの移行は、病院や事業所の方針、担当者や療法士の能力及び価値観、その各々のめぐり合わせにより成功率に