

中丹圏域における障害児者の 訪問リハビリ相談モデル事業に参加して

小幡 彰一¹⁾，高橋美詠子²⁾，阪本佳句子³⁾

¹⁾ 舞鶴赤十字病院リハビリテーション科部(中丹東地域リハビリテーション支援センター)

²⁾ 京都府中丹西保健所

³⁾ 京都府中丹東保健所

要旨：

【はじめに】

京都府では平成16年度から京都府地域リハビリテーション支援センターと各高齢者保健福祉圏域ごとに指定された地域リハビリテーション地域支援センターが中心となり、地域リハビリテーション支援体制整備事業を展開してきた。その中のサービスの一つである「リハビリ相談窓口」は、地域の介護保険事業所等からのリハビリテーションに関する相談に対応する目的で設置されたが、当初から高齢者に関する相談のみならず、障害者や障害児に関する相談も徐々に増えてくる傾向にあり、総合的な支援体制の整備のために現状調査、課題分析の必要性があったが、諸般の事情で実施できていなかった。

今回、中丹圏域障害者自立支援協議会の医療的ケア作業部会が行った「障害児者訪問リハビリ相談モデル事業」に地域リハビリテーション支援センターとして協力する形で参加させていただき、その中から見えてきた問題点や課題について考察したので報告する。

【対象と方法】

平成21年度に中丹圏域障害者自立支援協議会が行った医療的ケアを必要とする在宅障害児者の実態調査で対象となった圏域内の38名から3名を選定し対象とした。(9歳 脊髄小脳変性症, 12歳 脳性麻痺でんかんウエスト症候群, 32歳 ミトコンドリア脳症側弯右股関節脱臼)。実施期間は平成22年8月～平成23年1月で、1名につき3回の訪問を行い、1回目は保健師(中丹西保健所と中丹東保健所)と同行訪問し、事業の説明と病歴や相談したい事などを本人家族から聞き取り調査を行った。2回目の訪問は、相談内容を踏まえ、近隣の地域リハビリテーション協力病院に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士をリハビリ相談講師として依頼し、本人家族と関係者が一同に集まって受講し、その場で意見交換等の情報の共有を行った。約3月後に保健師と訪問し本人家族から訪問指導の効果等の聞き取り調査を行った。また講師や関係者にもモデル事業に関するアンケート調査を行った。

【結果及び考察】

介護保険等の高齢者のサービスと比較すると、制度的にもリハビリ資源的にも連携の面でも十分とは言えず、小児リハ分野の特殊性も総合的な地域連携が進みにくい原因の一つになっている。地域リハビリテーション支援センターの視点から問題解決の糸口について考察を行った。

【はじめに】

京都府では平成16年度から京都府地域リハビリテーション支援センターと各高齢者保健福祉圏域ごとに指定された地域リハビリテーション地域支援センターと保健所が協働で地域リハビリテーション支援体制整備事業を展開してきた。(図1)その中の主要なサービスである「リハビリ相談窓口」は、主に地域の介護保険事業所等からのリハビリテーションに関する相談に対応する目的で設置されたが、中丹圏域では高齢者に関する相談のみならず、障害者や障害児に関する相談も増加傾向にあり、総合的な支援体制の整備のために現状調査、分析等の必要性が生じていた。

今回、中丹圏域障害者自立支援協議会の医療的

ケア作業部会が行った「障害児者訪問リハビリ相談モデル事業」に地域リハビリテーション支援センターとして協力する形で参加することができ、

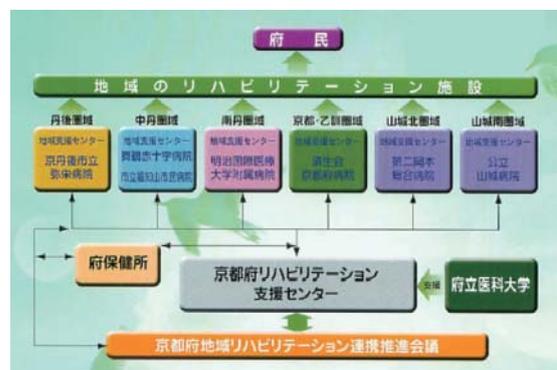


図1. 京都府の地域リハビリテーション支援体制

その中から見えてきた問題点や課題について考察したので報告する。

【対象と方法】

平成21年度に中丹圏域障害者自立支援協議会が行った医療的ケアを必要とする在宅障害児者の実態調査で対象となった圏域内の38名から3名を選定し対象とした。(9歳 脊髄小脳変性症, 12歳 脳性麻痺でんかんウエスト症候群, 32歳 ミトコンドリア脳症側弯右股関節脱臼)。実施期間は平成22年8月～平成23年1月で、1名につき3回の訪問を行い、1回目の訪問(初回訪問)は保健師(中丹西保健所又は中丹東保健所)と同行し、事業の説明と病歴や相談事などを本人家族から聞き取り調査を行った。2回目の訪問(訪問指導)は、相談内容に応じて近隣の地域リハビリテーション協力病院に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士をリハビリ相談講師としてアドバイスを依頼し、本人家族と関係者が一同に集まって受講し、その場で意見交換等の情報の共有を行った。3回目の訪問(フォローアップ訪問)は約3月後に保健師と同行訪問し本人家族から訪問指導の効果等の聞き取り調査を行い、また講師や関係者にはモデル事業に関するアンケート調査を行った。

【事例1 脊髄小脳変性症 9歳 女児】

母親のリハビリに対するニーズが高く、幼少期から切れ目なく専門職によるリハビリテーションを継続して受けていたが、約1年前に急激な身体機能の低下により、気管切開、胃瘻による医療的ケアが必要になった。養護(支援)学校への通学から、在宅での訪問教育となり、医療機関への通院リハビリと訪問看護ステーションからの看護師及び理学療法士の訪問を受けていた。

初回訪問時の問題点と課題については、①お楽しみでアイスクリームを摂取することがあるが、医療機関で嚥下機能評価を受けたことがない。②座位保持シートを作成しているが活用されていない。③近隣の医療機関に入院中は母親の付き添いが必要で、レスパイト入院ができない。等が要望としてあげられた。

その後、胃瘻交換のために医療機関へ短期入院中に、主治医の指示で当該小児科では初となる嚥下造影検査(VF)を行っていただくことができた。

2回目の訪問は医療機関のご協力により、外来通院時のリハビリ室にて作業療法の見学と言語聴

覚士による嚥下評価の見学(図2)の後に、関係機関(10事業所)と行った合同カンファレンスではVF検査の結果がビデオで報告され、誤嚥が明らかになったことで、お楽しみ嚥下が禁止となり、肺炎予防に訪問看護等における口腔ケアの必要性が明らかになるなどVF検査の有効性を共通認識することができた。また座位保持シートの目的やりハビリに関する情報を共有でき、訪問教育での活用や口腔へのアプローチも行うことになった。また訪問リハビリによりリラクゼーションを得られた後に訪問教育を行うと効果的なことも分かった。重度心身障害児に対してはPT・OT・STが多面的に関わる必要があることや、小児に対応できる訪問リハビリテーションスタッフ(事業所)の育成、福祉用具や補装具の知識を市町担当者も深める必要があるなどの意見が出された。



図2. 作業療法と言語聴覚士による嚥下機能評価

3回目のフォローアップ訪問は、訪問看護師の訪問に同席し、①最初は嫌がっていた口腔ケアも慣れてきた②スポンジブラシ、指サックブラシ、歯磨きウエットティッシュなど工夫し、歯がきれいになってきた。③顔に触られることに慣れて、唾液の嚥下がしっかりできるようになり、よだれの量が少なくなった。④座位保持シートが新たに作成され、よりリラックスして訪問教育等を受けている。などの意見が聞かれた。



図3. 座位保持シートと訪問看護による口腔ケア

【事例2 脳性麻痺 てんかん ウエスト症候群 12歳 女児】

母親から、乳児検診の時に担当医師から心ない発言があったことを教えていただいた。2歳半までは不定期ではあるが近隣の療育施設でリハビリを受けていたが、この頃から小児のリハビリをしていない医療機関への入退院が多くなり、リハビリを受ける機会がなくなった。養護学校（訪問教育）の3年生になってから体を触ってもらえる先生が担任となり、体がよく動くようになってきていた。気管切開、胃瘻に対する医療的ケアが必要で、下肢体幹の変形が強く姿勢の工夫が必要となっている。（図4）



図4. 脊柱の過伸展拘縮変形が著明

初回訪問時の問題点と課題は、①リハビリ専門職の関わりがなく変形が進行中、②変形の予防と姿勢の工夫が必要、③お楽しみ味見の安全性不明、④口を触ることを嫌がるため、口腔ケアをしておらず、歯石も多い、⑤移動時の工夫と介助量軽減、⑥気管切開児のショートステイ等の受入施設が近隣にない、⑦受診時の付き添いサービス、兄弟が入院したときの対応、土日のデイサービスがない、⑧在宅サービスはあっても短時間でまとまった時間が取れない、⑨各種支援を調整できるコーディネーターがないので、母親仲間の井戸端会議から情報を得なければならなかった。

リハビリ訪問指導はご自宅に近隣療育施設から理学療法士と近隣医療機関から言語聴覚士を訪問指導講師として派遣、アドバイスをいただき、訪問看護ステーションや養護学校等の6事業所が参加して、ご自宅と保健所でカンファレンスを行った。カンファレンスの内容は①身体機能の評価とポジショニング等の指導、姿勢保持クッションの工夫、試行、②口腔ケアの指導、③コミュニケーションの工夫などであった。また、母親のリハビリへの期待度が大きい事が分かり、訪問教育と訪問

看護によるチームによる取り組みや訪問リハビリも検討することになった。セラピストと養護教員が現場で検討を行うことで評価に基づいた指導内容を作成することができる等の意見が出された。（図5）



図5. 2回目の訪問指導・カンファレンスの様子

3回目のフォローアップ訪問では、途中、自然抜歯もあり痰の多い日が続いたが、訪問看護による口腔ケアも少しずつ始まり、従来の訪問看護ステーションからの訪問看護に加えて、他の訪問看護ステーションからの訪問リハビリを導入するため、訪問看護ステーション間での調整が始まっていた。

【事例3：ミトコンドリア脳筋症、側弯、右股関節脱臼、32歳 女性】

幼少期から母親が全ての介護を行っていた。養護学校高等部になり、初めて教員によるリハビリが実施されたが、筋を痛めてしまい、それ以降のリハビリ関与がなく、気管切開、胃瘻、間欠的導尿の医療的ケアが必要な状態となった。

初回訪問時は今まで母親による自己流のストレッチ体操等を行ってきたため、リハビリ専門職によるアドバイスを希望され、また食事の経口摂取について医師から母親の責任で行うように言われており、吸引器も給付されていたが吸引の指導を受けたことがなく自己流で使用していた。

誤嚥評価のため医療機関でのVF検査を勧めたが、担当医からは「全く食べられなくなると、かわいそうなだけ」と必要姓を認めていただけず、実施には至らなかった。

訪問指導（図6）は作業所通所時に、近隣の医療機関から理学療法士と言語聴覚士を訪問指導講師

として派遣していただき、母親、関係者が集まり、ストレッチ、側弯予防、介助方法、口腔ケア、嚥下訓練、コミュニケーション手段のアドバイスをいただいた。また、当作業所は市の施策として看護師が配置されて、圏域内でも唯一、医療的ケアが必要な方を受け入れることができる作業所として、地域に貢献されている。

3回目のフォローアップ訪問では、訪問看護ステーションからの訪問看護師による吸引等の指導や訪問リハビリも予定されており、母親の不安も軽減されていた。



図6. 2回目の訪問指導・カンファレンスの様子

【関係機関の事後アンケート結果：抜粋】

訪問指導講師（セラピスト）からは、支援に関わる皆で生活を支えることが大切である、訪問指導への主治医の参加、小児リハビリの地域支援ネットワーク、リハビリの必要性等を判断できるコーディネーターが必要である等の意見があった。

関係機関からは、重度障害児が利用できる社会資源が必要である、訪問リハビリに制約があり利用しにくい、医療専門職に助言してもらえる機会が少ない、身近で利用できるショートステイ（病院、施設）がほしい、親や兄弟のサポートにつながる支援がほしい等の意見があった。

保護者からは、ひとりで悩んでいたが、多くの支援者からアドバイスがもらえ今後につながるように思った、定期的に関リハビリ指導を受けたい、神経内科医や小児科医に往診して欲しい等の意見があった。

【考 察】

「地域リハビリテーションとは、障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてを言う」と定義されている¹⁾。また逢坂²⁾は「施設、人材、お金も足りないから活動

するものが「地域リハ」であり、「地域リハ」が住民・専門職の力を結集し、あるものはなんでも活用し、なければ育成し、なんとか「誰もが安心して暮らせるまち」をつくる活動のこと。」と、わかりやすく具体的に説明している。

今回のモデル事業の結果から、中丹圏域における障害児者を取り巻きリハビリ環境は、介護保険等を含む高齢者のサービスと比較すると、制度的にもリハビリ資源的にも連携の面でも十分とは言えず、また、小児リハ分野の特殊性も地域連携が進みにくい要因となっていた。

宮本³⁾らは我が国の小児リハビリテーションの問題点として①小児リハビリテーションの専門性をもった医師の不足、②小児リハビリテーション医療におけるPT、OT、ST等のリハビリテーション療法士の配置人数の不足、③学童期以降の地域リハビリテーションサービスの欠如、④リハビリテーションにおける医療分野と教育分野の連携の欠如を報告している。

また、橋本⁴⁾は学童期を過ぎた子どもたちのリハビリテーションは実際のところ特別支援学校が担っていることが多く、教員の方々をサポートするスクールセラピスト(PT、OT、ST)の配置を提唱している。また既存の医療・福祉・教育などの専門家が支援の方法について知識や技術を共有し、職種横断的な啓発や研修を通じて顔の見える関係の構築を推奨しており、高齢者に対する支援とも共通している。

朝貝⁵⁾は重心児の本人に対する支援として、日中活動の場となる学校での受け入れと、2歳頃までに頸定した例では機能向上のための訓練治療、家族に対する支援として介護負担の軽減、短期入所やレスパイトサービスの充実、経済的支援などが挙げられ、支援システムとしては、人材確保策の確立、医療機関との連携、医療スタッフとの連携強化、緊急時の受入病院の確保、支援ネットワークの構築が必要としている。

以上の報告もふまえ、地域リハビリテーション支援センターとして、今後取り組んでいかなければならない活動の方向性について次に考察してみる。

まず、医師の問題としては、リハビリテーション医師と小児科専門医師の不足があげられ、北部地域で十分な診断や治療が受けにくい原因のひとつになっている。今後、小児科医師が増えることで、在宅への往診機会も増え、訪問リハビリテー

ションなどのサービス利用が容易になるなど抜本的な改善が期待できるが、国や府の施策や医科大学等も含めた問題となり早急な解決は難しいと思われる。地域リハビリテーション的解決方法としては、各医師会を通じて、在宅で活躍されているかかりつけ医師に対し、小児分野への理解と協力を依頼するとともに、緊急時にも安心して対応できる地域の医療連携体制を、個々のケースを足がかりに、できるところから構築していく必要がある。

また、セラピストの問題として、卒後教育に偏りがあるため、一般病院のセラピストは小児分野の問題に対して経験不足を理由に敬遠する傾向があり、地域のリハビリ資源を有効に活用できているとはいえない。これに対しては、卒後教育として地域リハビリ教育研修、地域リハビリ交流会、病院窓口担当者会議などの事例検討会等を通じて、一般病院と小児専門病院のセラピスト間の交流機会を作っていく必要がある。

連携上の問題点としては、障害児者の場合も高齢者と同様に、顔の見える連携・見えない連携が不十分であり、これらに対して小児専門病院における退院前カンファレンスや担当者会議の開催、連携ツールの開発普及等が必要である。また、障害児者の連携の特徴として、多くの機関や制度が入り乱れ、一貫して継続できるリハビリ支援体制が構築されにくい状況にある。リハビリ支援センターとしては、トータルマネージャ(リーダー)の調整アドバイスなど、切れ目のないセラピストの関わりを補償し、保育所、養護学校、作業所への支援として、リハビリ相談訪問指導サービスをフル活用して小児専門病院のセラピストによる訪問指導などで対応していく必要がある。

重度心身障害児者における気管内吸引や胃瘻といった医療的ケアの問題については、主治医や医療機関により対応がまちまちであり、リハビリテーションの概念が希薄であるように思われた。これは命に関わる問題に直面して誰がケア手技を行うのかといった議論が先行し、重度障害児者に対する予防的リハ概念の啓蒙が後回しになっているのではないかと推測された。

【おわりに】

地域リハビリテーション支援センターとして、個々のケースへの取り組みを最重要視し、今回のモデル事例のような経験を地域全体で積み上げ、

今までに高齢者(介護保険)分野で培った地域連携のノウハウを障害児者分野へも積極的に還元していくことが重要な役割と考えます。

最後に、今回のモデル事業にご協力いただいた当事者およびご家族の皆様、関係機関の皆様感謝いたしますとともに、厚く御礼を申し上げます。

参考文献：

- 1) 地域リハビリテーションの定義と活動指針 日本リハビリテーション病院・施設協会, 2001年
- 2) 逢坂悟郎：地域リハビリテーション 三輪書店 113-117,2010.6
- 3) 宮本信也：発達障害のリハビリテーションー歴史と現状.MB Med Reha103:1-7,2009
- 4) 橋本圭司：小児リハビリテーションー国内外の動向. 総合リハ213-217 2011
- 5) 朝貝芳美：重症心身障害児の療育. 総合リハ225-230 2011