

シンポジウム：青森県内の包括ケアシステムの充実に向けた課題(3)

### 過疎地における訪問理学療法の実践

川 口 徹<sup>1)</sup>

1) 青森県立保健大学

Key Words：①訪問理学療法 ②過疎地 ③事例研究

#### I. はじめに

診療上、あるいは介護保険上で展開されるような、いわゆる諸制度上で行われるリハビリテーション活動にお

いて、訪問リハビリテーションとは、在宅を訪問して行われるリハビリテーション活動である。表題にある訪問理学療法という言葉は制度上で謳われている言葉ではない。したがって、その解釈としては、理学療法士が訪問リハビリテーションを行い、理学療法知識や技術を提供することと考えたい。訪問リハビリテーションは、医療保険あるいは介護保険の中に位置づけられており、理学療法士または作業療法士等が在宅を訪問して行う在宅リハビリテーション活動である。したがって、それらが充実するためには、診療報酬あるいは介護報酬によって収益が得られる必要がある。また、人材の確保も必要になる。そのため、一般的にその整備は進んでいるとは言えない。

特に人口過疎地においては、リハビリテーションを行っている施設が少なく、専門職の人数が少ないことから、訪問リハビリテーションまで手が回らない場合が多い。一般に訪問リハビリテーションでは、通院あるいは通所によるリハビリテーションと異なり、より日常生活に密着した指導等により、より具体的な生活方法の獲得が主眼に置かれることが多い。そして、ある一定の頻度と時間により、訪問リハビリテーションが計画される。しかし、その制度が充実していない場合は、その訪問する頻度を少なくし、その内容も工夫する必要があると考える。今回は、その訪問理学療法例を提示し、在宅において実際にどのようなことを行ったのかを報告し、頻回に訪問できない場合の理学療法の可能性を検討した。

## II. 目的

理学療法過疎地での理学療法の可能性を検討することを目的とした。多くとも1ヶ月に1回の割合でしか訪問理学療法が行えない状況で、どのような効果を生むのかを検討した。

## III. 研究方法

3例の事例を中心に診療記録簿から retrospective に検討した。

## IV. 結果

### 1. 脳卒中右片麻痺のAさんの場合

Aさんは昭和61年に脳出血を発症した男性で、現在77歳である。発語は困難であったが、こちらの言うことは理解可能で、座位保持が可能であった。麻痺側の右股・膝関節の屈曲拘縮が強くなったため訪問理学療法を希望した。生活空間は畳上での生活であり、胡座で生活していた。床上の移動は介助であり、妻が介護者であった。主な理学療法プログラムは、1) リラクゼーション、2) 筋ストレッチ、3) 関節可動域運動、4) 起きあがり練

習、5) 立位保持運動であった。異常筋緊張の緩和を主目的とした。

本事例に対する理学療法は、身体機能に積極的にアプローチして動作を獲得しようというものではなかったが、訪問するたびに介助者である妻から聞き取りによる事例の状態把握をする時にあわせて介助指導をおこない、在宅障害者の身体機能に対する不安感への援助をおこなうことができた。心配された右股・膝関節の屈曲拘縮の悪化はなかった。

### 2. 脳卒中右片麻痺のBさんの場合

Bさんは平成15年に脳梗塞を発症した女性で、現在72歳である。コミュニケーションは良好であり、椅子座位保持は良好であったが、車椅子ベッド間のトランスファーは近位監視が必要であった。右上下肢の筋収縮は低いため独立した立位保持は不能で、つかまり立位保持が可能であった。主たる介助者は同居している娘であった。脳梗塞を発症してすぐに函館N病院に入院して理学療法がおこなわれ、3ヶ月後に自宅に戻り、訪問理学療法を希望した。家では居間のソファで一日を過ごすことが多く、立位保持のための長下肢装具が途中で完成した。主な理学療法プログラムは、1) 右上下肢の他動的関節可動域運動と自己他動的関節可動域運動の指導、2) 椅子からの立ち上がり運動、3) 立位保持運動、4) 長下肢装具装着による介助歩行練習であった。安定したトランスファーを主目的とした。

本訪問理学療法により、長下肢装具装着で介助をすれば歩行が可能となった。関節可動域はほぼ維持され、運動機能も悪化せず維持されていた。

### 3. 重症心身障害児のCさんの場合

Cさんは平成3年1月26日生まれで現在14歳である。生まれたときからの運動障害があり、麻痺のタイプは痙直型四肢麻痺であった。意志疎通が不能で、自発的な運動は上肢を動かして頭をかくことだけであり、いわゆる重症心身障害児であった。通常は背臥位で股関節屈曲・やや外転位、膝関節屈曲位、肩関節屈曲位、肘関節屈曲位のポジションであった。基本動作は全介助であり、栄養は鼻腔チューブで流動食であった。呼吸時には喘鳴が聞こえることが多く、呼吸自体も不規則で浅かった。主な理学療法プログラムは、1) 全身の他動的関節可動域運動、2) 腹臥位保持、3) 胡座座位保持、4) 呼吸理学療法であった。全身の関節可動域の悪化を予防し、さまざまな姿勢をとらせることにより、よい呼吸と排痰を促すことを主目的とした。

本事例の運動機能および関節拘縮の程度は変化がなかったが、腹臥位姿勢にも慣れてリラックスができるようになり、呼吸時にみられた喘鳴が軽減した。ほんのわずかな呼吸機能の改善であったが、QOLを少しでも高め

ることができた。

## V. 考察

低頻度の訪問理学療法でおこなえることはほんのわずかである。しかし、それでも訪問理学療法を心待ちにしている在宅障害者の方がおり、確実にQOLを高めていると言える。運動機能面でケアされているという安心感は、事例だけでなくむしろその介助者に強くあるように考えられた。また、本訪問理学療法の回数に制限はあったものの運動機能の維持は可能であり、有効性が示唆されたと考える。理学療法は、技術面だけでなく精神面からのアプローチが重要であり、家庭でのホームエクササイズの指導と、それを行うための環境作りを指導することにより、対象者とその介護者が積極的に障害と向き合って生活できると考えられた。