

〔論説〕

## 過疎地における訪問理学療法の実践

川口 徹<sup>1)</sup>

### Practice of Home Based Physical Therapy in the Depopulated Area

キーワード：①訪問理学療法 ②過疎地 ③在宅ケア

#### 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に主眼が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. 実際の訪問理学療法の現状

本稿での訪問理学療法活動は、平成11年度から平成13年度にかけて行われた「ケアマネジメントの地域実践計

画と教育方法改善に関する研究」という青森県立保健大学健康科学特別研究として行われたもので、大間町を対象とした。その後の平成14年度は、「地域のケアマネジメントにおけるリハビリテーションの有効性と教育方法に関する研究」という同特別研究の異なる研究課題で継続して行われ続けてきた。平成15年からは、大学の地域貢献の一部として、健康科学教育センター研修科の下北支援プロジェクトとして大間町における訪問理学療法が継続された。平成16年度からは、大間病院でリハビリテーション部門が設置され、理学療法士および作業療法士が常勤であるということで発展的に解消された。

この実際の訪問理学療法活動は、平成11年10月から開始され、当大学の理学療法士がほぼ1ヶ月に1回大間町に赴き、実際に生活困難な人の自宅等に訪問し、約40分から60分程度の指導を行うものであった。大間町役場の体制であるが、保健福祉課の保健師1名が専任の担当となり、訪問理学療法が必要な人を把握し、対象者の調整を行ってきた。また、実際の訪問時もメディカルチェックを行うなど、円滑な訪問理学療法の実施がサポートされてきた。理学療法士と保健師の連絡はファクシミリでの連絡が多く、必要に応じて電話による打ち合わせを行った。

訪問理学療法は、平成16年3月は、訪問理学療法を受けた多くの障害者宅に訪問して大間病院のリハビリテーション部開設のお知らせと、その利用を勧めるものであったため、実際の訪問理学療法は平成11年10月から平成16年2月までとした。訪問件数は262件、訪問した障害者は51名（男性23名、女性28名）であった。主な疾患内訳を見ると、脳卒中が34名（67%）、痴呆症が3名（6%）、その他が14名（27%）であり、脳卒中の占める割合が多かった。その他の内訳は、変形性股関節症、リウマチ、胸椎カリエスなどの整形外科的疾患のほか、コルネリア・デ・ランゲ症候群といった先天性疾患、および

1) 青森県立保健大学健康科学部理学療法学科

Department of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

脳性麻痺などと疾患が多岐にわたっていた。年齢および男女別訪問理学療法実施件数(表1)をみると、60歳以上の高齢障害者が概して多かった。しかし、60歳未満の者もあり、幅広い年齢層であった。

表1 年齢および男女別訪問理学療法対象者数(n=51)

| 年齢(歳) | ~59 | 60~69 | 70~79 | 80~ | 計  |
|-------|-----|-------|-------|-----|----|
| 男性(人) | 7   | 7     | 6     | 3   | 23 |
| 女性(人) | 8   | 3     | 9     | 8   | 28 |

### Ⅲ. 研究目的および方法

前述したような訪問理学療法活動を通して、理学療法過疎地での訪問頻度が少ない訪問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これまで訪問してきた対象者の中で任意に3例の事例を抽出し、診療記録簿等から 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、訪問時は75歳であった。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(図1)。床上の移動は介助であり、妻が介護



図1 床上坐位姿勢

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)

起き上がり練習、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、椅子坐位保持も良好であったが、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に座って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(図2)、2)椅子からの立ち上がり運動、3)立位保



図2 肩関節屈曲の自己他動的関節可動域運動

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(図3)、2) 腹臥位保持、3) 胡座坐位保持、4)



図3 他動的関節可動域運動

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

本訪問理学療法対象者はすべて大間町在住である。したがって、前述したように介護保険サービスの種類に制限があるという地域の事情がある。つまり、通所リハビリテーションおよび訪問リハビリテーションのサービスがないということである。本事例以外でも多くの人が介護保険の対象であり、実際に介護保険によるサービスを受けているが運動機能をケアするサービスがないため、サービスが不十分である場合もあると考える。特に、S Nさんのように、脳梗塞を発症してから半年以内に、急性期のリハビリテーションが行われただけで在宅に戻る場合、運動機能を中心とした潜在能力が生かされないまま退院してしまう場合がある。

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。訪問理学療法指導で行われる技術面だけで

なく、理学療法士が行う励ます声かけや「大丈夫ですね」という一言が在宅障害者の支えになっていると考えられた。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。

今までの病院のリハビリテーション部門での理学療法士は、病院内にとどまった理学療法だけしか展開できなかった場合が多い。言い換えるならば、受身的な立場であると病院内だけの診療で手一杯ということになりかねない。つまり、理学療法士が存在していても訪問リハビリテーションが行われておらず、その地域に在住する障害者を中心とした住民へのケアが片手落ちであると考えられても仕方のない状況をよく見る。伊藤ら<sup>1)</sup>は、医療機関に所属する理学療法士の退院患者に対する責任を強く提示している。言い換えるならば、地域に密着しなければならないような病院の理学療法士が病院診療という狭い活動範囲にとどまることは、その周辺地域に在住している障害者を中心とした住民の期待を裏切ることになると解釈できる。積極的に地域に出向き、地域住民のケアに参加することが望まれる。

鶯ら<sup>2)</sup>は、理学療法士の訪問活動は高齢障害者の在宅生活を支援するためには必要不可欠とまで言い切っている。特に閉じこもりがちになる高齢障害者には、手厚いケアが必要であることを示唆している。これらのことから、これらにかかわる理学療法士の役割は大きく、通院できるシステムを考え、通院できない障害者には訪問理学療法までを視野に入れた、総合的なりハビリテーションケアのシステム作りが必要と考える。このシステムをさらに強固なものにしていくためには、地方公共団体の保健師や関係諸機関およびその専門職と連絡を取り合い、在宅障害者を支えるネットワーク作りも必要である。これからの訪問理学療法を含めた在宅ケアの問題として考えていく必要があると考える。

## VI. おわりに

平成18年4月から医療報酬および介護報酬体系が改正された。診療報酬で理学療法をみると、障害となる疾病が発症してから5~6ヶ月など、一定期間が過ぎると診療報酬請求ができなくなるシステムになった。つまり、病院での医学的リハビリテーションにおいて、疾病の慢性期は対象とはならないということを明文化したものと考える。そして、疾病の慢性期では、ケアは介護保険に移行することが求められていると言える。加えて、介護

保険では在宅ケアの重要性がはっきりと打ち出されてきている。既存の病院あるいは施設中心の理学療法から訪問理学療法にシステムを転換していく必要がある。低頻度の訪問でも一定の効果がある訪問理学療法が充実していくことによって、在宅ケアの一翼を強く担うことを願いたい。

#### 文献

- 1) 伊藤日出男、香川幸次郎：第6章地域理学療法の課題と展望. 地域理学療法. 医歯薬出版、p p. 135-157、1992
- 2) 鷺春夫、他：民間病院の理学療法士による訪問活動. 理学療法14：359-362、1997.