

シンポジウム

リハビリテーション医療：最近の進歩と問題点

Rehabilitation Medicine: Recent Advancement and Unsolved Problems

第484回新潟医学会

日時 平成4年12月12日（土）午後2時

会場 新潟大学医学部 有壬記念館

座長 高橋栄明教授（整形外科）

演者 真柄 彰（燕労災病院リハビリ科）、佐藤 豊（新潟大学医学部附属病院理学療法部）、東條 恵（新潟県はまぐみ小児療育センター小児科）、鈴木昭治（信楽園病院リハビリ科）、佐藤 誠（新潟大学医学部附属病院第二内科）

発言者 荻荘則幸（新潟県中央福祉相談センター、新潟県中央身体障害者更生相談所）、伊藤惣一郎（新潟県立新発田病院整形外科）

座長 シンポジウムを開始したいと思います。今日の新潟医学会のシンポジウムのタイトルは、「リハビリテーション医療：最近の進歩と問題点」です。最近の日本の人口構成の変化から、高齢者が非常に増えており、高齢者における医療は福祉と切っても切り離せません。そしてこのように変化した医療と福祉との関連は、厚生省において、ゴールドプラン10年計画として進行しておりま

す。在宅医療ということが重要になっております。

本日は5人のシンポジストの方から、それぞれの疾患の分野において、現在のリハビリテーション医療、あるいは在宅ケアについての問題点などを指摘してお話し頂ければと思います。まず最初に、「脳卒中のリハビリテーション 在宅ケアにおける問題点」を、燕労災病院の真柄先生、よろしくお願いします。

1) 脳卒中のリハビリテーション
 ——在宅介護における問題点——

燕労災病院リハビリ科 真柄 彰

Rehabilitation for CVA patients
 —— problems in their home care ——

Akira MAGARA

*Physical Medicine and Rehabilitation service
 Tsubame Rohsai Hospital*

We tried to predict the difficulty of home care for CVA patients, using Multivariate Statistical Methods. The data were collected by enquete for 289 families caring CVA patients who were discharged after rehabilitation training in our hospital at least one month. We asked 4 items of ADL, 4 items of QOL, 13 items of home care problems, and other social aspects. We also used the data about dementia, aphasia, and apractognosia from the records during hospitalization. We could use 144 cases for the analysis. At the first step we had to grade the home care difficulty by simply adding 12 items of care difficulties. The histogram of the grade (mean 1.0 ± 1.6) showed normal distribution. For the next step we tried to classify the factor items by Principal Component Analysis, and at last we selected 5 factors, which are shown in the below expression for the prediction. By Multiple Regression Analysis, the biggest factor to make difficulty was apractognosia. The biggest factor to reduce difficulty was dementia, the next was transfer ability. Aphasia was neutral. We concluded that we can predict the difficulty of home care by next expression.

$$\text{Difficulty} = 0.137 * \text{Apractognosia} + 0.05 * \text{ADL Ability} + 0.002 * \text{Aphasia} \\ - 0.02 * \text{Transfer Ability} - 0.03 * \text{Dementia}$$

The predicted score and the actual score had 0.388 (rS) (n=144) of Spearman's correlation coefficient, that had significant correlation at 1% error level.

Key words: home care difficulty, CVA, Rehabilitation
 在宅介護困難度, 多変量解析

はじめに

人口高齢化は最近、脳卒中のリハビリテーションに重大な影響を及ぼしている。三島による佐倉市の調査¹⁾に

よると、これからは従来のように歩行能力の回復にこだわらず、移動能力も含めた ADL 自立度を高め、寝たきりを防ぐことが重要だが、現実では介護力の劣化、車椅子受け入れ拒否、独居老人、老夫婦世帯の増加など家

Reprint requests to: Akira MAGARA,
 Rehabilitation service Tsubame Rohsai
 Hospital 633 Sawatari,
 Tsubame city, Niigata Pref.
 JAPAN 959-12.

別刷請求先: 〒959-12 新潟県燕市大字佐渡633
 燕労災病院リハビリ科 真柄 彰

庭復帰の条件はますます厳しくなっている。二木は「リハ診療報酬改訂の影響」²⁾で、発症後6カ月を越えた脳卒中患者に対する理学療法と作業療法の併用禁止などでリハビリ治療が必要な患者の、病院からの「追い出し」や「治療中断」が懸念されると述べている。これらのことより重度片麻痺者で在宅を余儀なくされるケースが更に増加すると考えられる。当科ではこれまで、退院脳卒中患者に対し、保健婦への退院報告書の発送、退院前後の家庭訪問による介護方法や家屋改造の指導、地域サービスの情報提供を行い、退院後も外来訓練や保健婦との情報交換を行ってきた。今後の在宅ケアの方向性を検討すべく「在宅脳卒中患者の介護における問題点」をアンケート調査し、その結果について述べる。

調査対象

当院入院し1ヶ月以上訓練を受けた者で昭和61年から5年間に退院した371例のうち在宅中と思われる289例を対象とした。回収数は192例、回収率は66%であった。死亡31名、施設入所中11名、入院中5名を除いた145例、男性81名女性64名を分析対象とした。平均年齢は66歳で、50～70歳代が8割を占めていた。脳出血65名、脳血栓53名、脳塞栓18名、クモ膜下出血7名で、麻痺側は、右が73名50%左が65名45%両側片麻痺7名4%であった。

調査項目

表1に示すように歩行能力、日常生活動作（以下ADL）、QOL、介護状況、医療受診状況、地域サービス利用状況と要望をアンケートにより、更にアンケートで評価できない、痴呆、失行認、失語の評価を入院記録より調査した。

調査結果と考察

解答者は、配偶者、本人、嫁の順で、在宅期間は平均

3年3ヶ月であった。家族人数は1～10人で2世代以上の家族が多かった。

「歩行能力」をみると屋内外で歩行可能なものが8割を占めていた。8名の寝たきり者が含まれていた。歩行能力を正常歩行、屋外歩行自立、屋内歩行自立、介助歩行、歩行不能各群に分類した。

「ADL」の各動作の難しさは入浴、更衣、排泄、食事の順で入浴、更衣では半数に介助が必要、排泄と食事では8割が自立していた。ADLを歩行能力別にみると、正常歩行群に関しては4項目ともすべて自立していたが、歩行能力が低いレベルになるにつれ更衣、入浴に介助を要する者が多い。更衣は両手動作や巧緻動作が必要で、入浴は浴槽の出入り、洗体洗髪などの動作が難しいためと考えられた。

「QOL」に関して、「日中の過ごし方」では屋外歩行自立以上では家事の手伝い、労働など役割を持っていた。屋内歩行自立以下では殆ど寝ている、テレビ鑑賞、読書であった。「他人との交流頻度」は移動能力との相関が認められ週1回以下の人が4割いた。これには病院職員との交流も含まれ、在宅患者の孤立化が伺われた。「行動範囲」では近隣以上86名61%、敷地内35名25%、室内20名14%であった。当然だが歩行能力と関連が認められた。「生活の満足度」ではほぼ満足以上と答えた者が7割近くいたが、移動能力の低い者の満足度が低かった。

「介護」について、「介護が必要」と答えた者が半数近くいた。主介護者は配偶者、嫁、娘の順に多い。介護を代わってくれる家族がいるものは半数近かった。「介護上の問題点」として、自由時間がもてない、家事や仕事に支障がある、つらい、疲れる、家族の人間関係に支障がでる、介護方法が分からず困った事がある、などであった。「介護の相談相手」は多い方から順に保健婦、親戚、病院職員、友人、家庭奉仕員であった。介護上多くの問題点があるものの、大部分は介護を継続したいと答えた。

表1 アンケート調査項目

移 動	歩行能力（退院時、現在）
A D L	食事、更衣、排泄、入浴
Q O L	生活規則性、行動範囲、日常の過ごし方、対人交流頻度、生活満足度
介 護 状 況	介護必要性、介護者、介護上の問題点12項目（介護困難度）
医 療 状 況	診察・外来訓練・訪問指導の有無、病院への要望
地 域 サ ー ビ ス	利用状況
地 域 要 望	機能訓練事業、保健婦、家庭奉仕員、デイサービス、入浴サービス
精 神 機 能	長谷川式精神機能評価、痴呆・失行認・失語（4段階）（カルテより）

「医療利用状況」では、ほぼ全員が診察を受けており、17名は往診を受けていた。外来訓練は84%が受けていなかったが、理由は「不必要だから」であった。訪問指導を受けているものは4名であった。「当院への要望」はリハスタッフの訪問指導、訪問看護、家庭の事情による再入院などの要望があった。

「地域サービス」では、機能訓練事業、保健婦の訪問、ホームヘルパー、特養老人ホームの短期入所、デイサービス、ベッド車椅子の貸与、おむつ支給、タクシー券の配布などのサービスは制度として知っており、現在の利用率も高かった。

歩行能力別に問題点と対策を考えた。「歩行能力の高い者」の問題点は、能力が高いにも関わらず、日中の過ごししかたが屋内のみの者もいる。対策は機能訓練事業への参加など、生活範囲の拡大をはかる必要がある。「屋内歩行可能な者」の問題点としては、生活が屋内に限られる、ADL で更衣、入浴が要介助である。対策として外来訓練、機能訓練事業、デイサービスの利用が必要だが、交通手段の確保やデイサービスの更なる充実が必要である。「歩行に介助を要する者」の問題点は、介護の負担が大きい、生活空間が狭い、生活の満足度が低いなどである。対策はショートステイ、デイサービスの利用による介護負担の軽減。往診、訪問看護、訪問訓練など訪問サービスの充実が必要と思われた。

介護困難度の予測

今後は在宅介護の困難性が社会の大きな問題になりかねない。介護を困難にする因子はなにか検討し、脳卒中患者の退院前からの「介護困難度の予測」を行えば退院後在宅が可能なのか、施設入所が適当なのかの判断材料にもなる。また退院後の家族の生活の予想も可能なので介護困難度の予測を試みた。予測を試みるためにまず介護困難度の基準を設定する必要がある。アンケート項目より副介護者・相談相手・家族の協力の有無、外出の妨げ・自分の時間の有無、介護者の睡眠不足・疲労・身体的影響・仕事への影響の有無、介護方法がわからない・本人の感謝の有無・家族の人間関係への悪影響などを12点満点になるように単純に加算し基準とした。介護困難度の平均値は1.0±1.6で正規分布を示した。

介護困難度を算出する因子を選択するため各項目の主成分分析による因子のグループ化を行った。(図1)移動能力と食事排泄などのADL能力、行動範囲は同一グループと認められ、身体機能を表すと考えられた。痴呆、失語、失行認は同一グループと認められ精神機能を

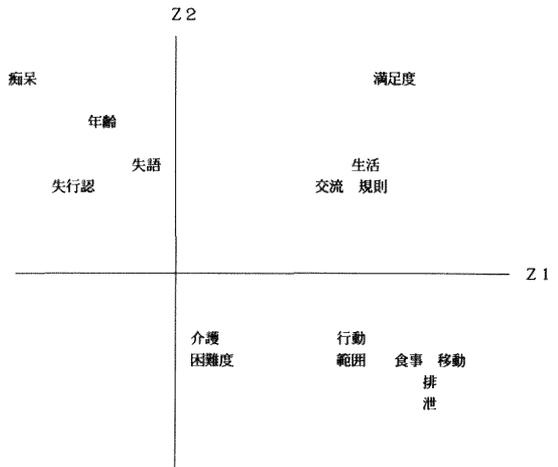


図1 介護困難度の主成分分析

表すと考えられた。なお失行認は大部分が左視空間失認と病態失認であった。

介護困難度を退院前から予測するため重回帰分析をおこなった、介護困難度を最も高めるのは圧倒的に失行認、次にADLの高さであり、痴呆、移動能力の高さは介護困難度を低めていた。失語はタイプ分類を行うべきであったが、あまり影響がなかった。一般的に「痴呆」と言うときに精神機能、自発性の低下、高次脳機能障害、精神障害などが区別されていないことが多い。介護の面から考えるときには、高次脳機能障害と精神機能低下を明確に区別する必要があることが示唆された。介護困難度=0.137×失行認重症度+0.05×ADL能力+0.002×失語重症度-0.02×移動能力-0.03×痴呆重症度で予測すると、介護困難度の予測値と実際の困難度との順位相関係数はrS=0.388(n=144)で、有意水準1%で相関が認められ、介護困難度の予測に一応成功した。しかしながらADL能力の高さが介護困難度を高めているという矛盾がある。失行認の及ぼす影響が大きすぎて他の因子の影響が正当に反映されていないのかもしれないので今後更に検討する必要がある。

おわりに

これからの地域医療、在宅ケアにおいては保健、医療、福祉の連携によるCommunity Based Rehabilitation(CBR)の構築が不可欠と考えられ、各方面からの模索が始まっている。当地区で全県に先駆けて「つばめ地域ケアカンファレンス」を結成し、当院退院後に在宅ケア

が必要な患者さんと家族を支援する活動を開始した。当院関係者、燕市医師会、巻保健所、燕市役所環境衛生課、燕市福祉事務所、燕市社会福祉協議会、特養つばめ福寿園、在宅介護支援センター、デイサービスセンターと連携している。奇数月第4金曜日に会議を行い、毎回1名の在宅ケースを取り上げ、問題点を討議し在宅ケア継続のための計画作りを行っている。個々のケースを考えるだけではなく、各関係者の立場を理解し連携をする事によって在宅ケアの効率化をめざしている。当院では訪問看護ステーションなど当院職員が実際に訪問する方法も検討はしているが、制度的に困難であり、社会にあるマンパワーを結集して患者さんの生活の質を向上させてもらうという考えで活動している。

ま と め

1. 在宅介護状況調査により自立度が低いと在宅ケアは困難なことが示唆された。
2. 歩行能力別に在宅者の QOL を高める方法を検討した。

2) 脊髄損傷のリハビリテーション

—— 最近の治療と問題点 ——

新潟大学医学部附属病院理学療法部 佐藤 豊

座長 佐藤先生、ありがとうございました。佐藤先生は、障害レベルによって機能が決まってくるという話から、障害者がどのくらいのことまでできるか、いろいろ実例を示して頂きました。特に、佐藤先生にご質問の方

3. 在宅介護の問題点と社会的支援状況を調査し、多変量解析による入院中からの介護困難度の予測を試みた。

4. 「つばめ地域ケアカンファレンス」の活動を紹介した。

参 考 文 献

- 1) 三島博信：わが国の脳卒中の過去・現在・将来，医学のあゆみ，163 No. 5: 303～309, 1992.
- 2) 二木 立：リハビリ診療報酬と施設基準の「全面改正」，総合リハ，20: 355～361, 1992.

座長 総合討論は後からまとめてやることとしまして、特に真柄先生に、今回データベース化されたことから、最後には燕地域のカンファレンスを非常に精力的にやってらっしゃいますが、特にご質問でございますでしょうか。では、後からまた総合討論でいろいろ質問して頂きたいと思えます。

では、次に「脊髄損傷のリハビリテーション」ということで、理学療法部の佐藤先生よろしくお願ひします。

いらっしゃいますでしょうか。では後からまた総合討論でお願いいたします。では、次に「脳性麻痺のリハビリテーション」、リハビリテーションでなくて、ハビリテーションということで、東條先生よろしくお願ひします。