

4 脳疾患・整形外科疾患について

新潟リハビリテーション病院

崎村 陽子

The Long-term Care Insurance System and Selected 15 Diseases of Specific Diseases: Stroke and Orthopedic Diseases

Yoko SAKIMURA

Niigata Rehabilitation Hospital

はじめに

介護保険法が施行されて、医療・福祉の世界に大きな変化がおきてきた。これまで家族の努力だけで支えられてきた介護の部分に日があたり、社会全体で支えて行こうという機運も出てきた。また、老人医療の現場も一般病院の長期入院から療養型介護療養施設へ移行し医療費削減がはかられてきている。一方、介護保険を運用していく上で幾つかの問題も明らかになってきた。本稿では、脳疾患、整形外科疾患の患者さんの受ける医療と福祉サービスはどう変わったのか、その改善された点と問題点を症例をあげながら概説する。

脳血管障害について

脳血管障害は身体障害者の原因疾患としての割合が高く、比較的若年の要介護者の原因の大多数を占めている。脳血管障害が介護保険の特定疾病の中に含まれているため40歳から介護保険を利用することができ、その恩恵は大きい。下記示した例のように介護保険のサービスを受ける場合は、従来の身体障害者手帳を利用した在宅サービスを

受ける場合より発症から短期間で在宅が可能となる。

症例1 46歳 男性

傷病名：脳出血、高血圧症

障害名：右片麻痺

経過：以前より高血圧を指摘されていたが放置していた。入浴中右麻痺出現した。左被殻出血と診断され保存的治療を受けた。右片麻痺残存。失語症はない。右上肢自動運動わずかに見られるが実用性ない。装具、杖使用して歩行可能。

身体障害者在宅サービスを受ける場合には、身体障害者手帳申請を発症から約4カ月後に行い、交付まで更に約1から2カ月かかり、その後手すりの設置などの申請を行い許可が出た後設置工事が行われるために自宅退院までに約6カ月以上を要していた。

介護保険を利用する場合は、歩行が可能となり自宅での生活の目途が立った時点で介護保険の申請を行うと1カ月以内に介護度が認定されるため手すり設置を行い発症後約3カ月で自宅に帰るこ

Reprint requests to: Yoko SAKIMURA
Niigata Rehabilitation Hospital
761 Kizaki-Aza-Oyamamae
Toyosaka 950-3304 Japan

別刷請求先： 〒950-3304 豊栄市木崎字尾山前761
新潟リハビリテーション病院 崎村 陽子

とが可能となった。

また、サービス内容では、身障手帳ではベットの給付対象は下肢2級（両下肢の著しい機能障害）或いは、体幹2級以上であるが、片麻痺患者では下肢3級（一下肢機能全廃）以上にはならず給付をうけられない。介護保険サービスでは利用者が必要であれば貸与することが可能であり、利用者の都合にあわせて選択できる利点がある。

次の例のように65歳未満の若年者は、介護保険以前は入所できる施設は待機者が多く入所に約10年はかかるといわれ行き場が無い状態であった。

症例2 54歳 男性

傷病名：心臓弁膜症、脳梗塞

障害名：左片麻痺、左半側空間無視、注意障害

左上下肢麻痺重度で自動運動認めず、左上肢廃用手、歩行要介助。

問題行動として注意障害があり車椅子のブレーキをかけずに立ち上がろうとしたり、体勢が整なわないうちに動き、転倒の危険がある。

ADL：身辺動作に常に介助が必要、食事作り、掃除など家事の援助が必要なため一人暮らしは不可能。

介護保険申請して施設入所を待っている。

この様な若い患者さんは、今までは自宅に退院できなければ、入所できる施設がほとんどないため入院生活を余儀なくされ3カ月ごとに病院を転々としていた。介護保険で若年者でも施設入所が可能となったので施設入所の申請を行い、施設入所を待つ間は療養型介護療養病床を利用し転々とせず1カ所で過ごすことができるようになり精神的に安定した。

その反面、療養型介護療養施設が利用しやすくなったため、十分なりハビリを受けずに施設入所となることも生じている。急性期医療を行う病院は在院日数の短縮をはかるためなるべく早く転院を目指しており急性期病院からすぐに慢性期病院・施設へ移ることが増えている。急性期病院では全身状態が落ち着く発症後4から6週目に転院をすすめられるが、この時期は能力障害はまだ回復が

期待できる時期である。発症後3カ月から6カ月の間にリハビリ訓練を行うことでかなりの割合でADLが自立できる。

症例3 76歳 男性

傷病名：脳出血

障害名：左片麻痺

経過：入浴中に左手足の動きが悪くなり、救急車で総合病院に受診し頭部CTで右被殻出血と診断され保存的治療をうけた。発症6週目で転院してきた。

発症6週目での評価

機能障害 左上肢・下肢共同運動レベル
体幹不安定・坐位保持困難

ADL

寝返り	全介助
おきあがり	全介助
坐位保持	支えが必要
立ち上がり	不能
移乗	全介助
歩行	不能
排尿・排便	オムツで全介助
更衣	全介助
整容	全介助
入浴	特殊浴槽全介助

発症4カ月目での評価

機能障害 左上肢共同運動レベル
下肢分離運動レベル
体幹安定・坐位・立位可能

ADL

寝返り	ベット柵につかまり自立
おきあがり	ベット柵につかまり自立
坐位保持	支えなしで安定して可能
立ち上がり	手すりでも可能
移乗	自立
歩行	装具・杖使用で自立
排尿・排便	トイレで自立・夜間尿器
更衣	ほぼ自立
整容	自立
入浴	一般浴・一部介助

発症6週目では介護量が多く自宅での生活は困難で施設入所を勧められたが本人の自宅退院の希望が強く回復期リハビリを行うため当院に転院した。さらに2カ月リハビリ訓練を行うことで身辺動作は自立し、ベット、手すり設置のみで自宅へ退院できた。

この症例のように回復期リハビリを十分に行えば自立度を高められる例は多いが、急性期病院からすぐに療養型介護療養病床に移った場合はリハビリを十分に受ける機会を失い寝たきりのままとなりやすい。

療養型介護療養病床群ではリハビリスタッフは基準になっておらずリハビリ専門職が居ないことが多いため回復期のリハビリ訓練がおこなわれることは期待できない。

もう一つの問題として次の症例のように精神機能障害のために介護を必要としているが身体障害が軽度のために自立と判定され介護サービスがうけられない結果となってしまうことである。

症例4 43歳 男性

傷病名：脳梗塞

障害名：右片麻痺、失語症

経過：訳の解らないことを言っているため、近所の人アパートの管理人に知らせ、近医受診して脳梗塞と診断され、総合病院に入院。右片麻痺は軽度で右手の巧緻動作がやや困難な程度、歩行自立。混合性失語症。

プロフィール：独身、アパートに一人暮らし、会社員であったが発病後退職。

両親はすでに死亡。

介護保険申請したが非該当、身体障害者手帳では言語障害で3級、右上肢の軽度の障害7級であったため、家事援助ヘルパーは入ってもらえるが、通院のときのガイドヘルパーは利用できず、通院が困難である。施設利用もできない。

一方、同じ脳障害であっても特定疾病に含まれない場合にはどんなに介護が必要であっても、十分な福祉サービスうけられない。施設入所は困難であり、短期入所は最長7日間と短い。デイサー

ビスを連日うけることはできず在宅で見ていくことが極めて難しい。

症例5 60歳 男性

傷病名：脳挫傷

障害名：不全四肢麻痺、精神機能低下

経過：作業中高所より転落し受傷。意識障害が3カ月持続。四肢の自動運動は認めるが筋緊張亢進しており、実用性は低い。坐位保持困難、起立・立位・歩行不能。判断力低下、記憶障害あり。

ADL：食事動作以外全介助、精神障害のため目がはなせない。

介護保険非該当、身障手帳1級、養護施設入所希望しているが待機者が多く入所できないでいる。

利用者が介護を必要としている場合には年齢、原因疾患などによる制約無しにとりあえずサービスが利用でき一定期間後に見直しを行うなど利用者側がサービスを選択ができるようにしていくべきである。

整形外科疾患について

次に、整形外科疾患についてみていく。症例6、7は同じような症例だが一方は特定疾病に該当するため介護保険が利用でき、他方は非該当で利用できなかった。症例7は在宅に持っていくには自宅改造が必要であるが年齢も高く経済的余裕がなく行き先が無い状態となっている。

症例6 64歳 男性

傷病名：後縦靱帯骨化症、外傷性頸髄損傷

障害名：不全四肢麻痺

経過：自宅階段より転落し受傷。頸椎後方拡大術をうけ麻痺の改善認めた。

右手巧緻動作困難、左手実用手レベル、体幹の回旋困難で寝返り、立ち上がりできないが立ってしまえば杖歩行可能。

ADL：ベット柵使用にて身辺動作は自立、介護保険利用してベット貸与、手すり設置、段差解消を行い入浴サービス利用

し在宅となった。

症例7 63歳 男性

傷病名：頸髄損傷

障害名：不全四肢麻痺

経過：自宅ですまづき転倒し、前額部を箆箆に強打し四肢麻痺となった。第5頸髄レベル以下の不全四肢麻痺。両肘屈曲可能。両肘伸展、手指機能、両下肢の自動運動わずかに認めるが実用性なし。

ADL：食事動作一部介助以外全介助、歩行不能、車椅子生活。

介護保険非該当、身障手帳1級、介助量多く在宅が困難であるが施設入所できない。

変形性膝関節症または股関節症の場合、関節可動域制限があり片側でも床からの立ち上がりが困難でベットが必要であるが手帳では支給対象は2級からである。人工関節置換術施行により片側で身障手帳4級、両側で3級でありベットは支給対象外である。介護保険の特定疾病では両側でないと対象とならないため片側では非該当でありサービスを受けられない。

関節置換術を行う前は疼痛が強く歩行困難でも条件に合わせると手帳で5級にしかならないが、手術後は4級になるが逆に疼痛は無くなり、関節可動域も改善し、歩行能力は改善し、サービスが不要になることが多い。現在の支給制度では必要となときに十分なサービスがうけられない。次の例も必要な時にサービスがうけられない例である。

症例8 43歳 男性

傷病名：前立腺癌、転移性脊髄腫瘍

障害名：脊髄損傷、対麻痺

経過：腰痛、両下肢の筋力低下で整形外科受診し、第12胸椎病的骨折認めた。精査にて前立腺癌と診断された。両下肢わずかに自動運動あるが体重を支えられず、また腰痛で座位保持困難、起立・歩行不能、移乗全介助。

ADL：疼痛のためベットからおきられずほぼ全介助、介助量多い。

介護保険非該当、手帳交付待ち。

家族は早期に自宅退院を希望しているが自宅での生活に必要なリクライニング車椅子、ギャジアップできるベット、エアーマット、スロープ、段差解消、入浴サービスなどの福祉サービス利用に必要な身体障害者手帳の申請、交付に時間がかかるため退院準備が進められない。生命予後不良であり給付されてもすぐに不必要となることが考えられるためこの症例では一律な給付制度ではなく、必要な時期に貸与できるシステムが望ましい。

ま と め

以上述べてきたように、介護保険が導入されたことで入院期間の短縮が得られる反面、急性期病院から慢性期病院へと移行し易くなり、十分な機能回復の機会が失われることが生じている。療養型介護療養施設では医師の数やリハビリスタッフの数は極めて少なくよく、身体機能を維持していく程度にしかリハビリは行えないため、寝たきりを作らないためには回復期リハビリが行える施設を増やしていくことが必要である。

疾患や年齢による一律な制限ではなく症状・介護度に応じて必要な時期に必要なサービスが選択できる制度に変えていくことが必要である。

高次脳機能障害や痴呆などで介護を要する場合、現在は介護度が低く認定されやすいため十分なサービスが受けられないことが起こっており、介護度の判定に正しく反映されるようにすべきである。

司会(辻) ありがとうございます。整形外科あるいはリハビリテーションの立場から様々なご指摘いただきましたが、いかがでしょうか、ご討論をお願いします。

堀川 脊髄損傷等の障害もいずれは組み込まれる予定と聞いておりますがそうなのでしょうか？やはりまだしばらく平行していくのであれば障害者のためのショートステイするための場所とかとても数が足りないしそのベッドを新潟市だけで4床くらいしかない。そこへショートステイするってのは容易なことではなくて、まだ若い人たちを見ているときに大変さってのはお年寄