

## 急性発症疾患タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 脳卒中（神経学的症状の発生と後遺症として残存する高齢者）
- 骨折等整形外科疾患患者
- 外科的手術を受けた高齢者
- 肺炎による入院治療中の高齢者
- 上述の疾患で明らかな生活機能障害を発生しない後期高齢者  
(疾病や受傷により、入院した高齢者が明らかな生活機能障害は認めなくとも、入院前よりも心身ともに低下した状態での退院を余儀なくされることが多い。この場合、在宅生活に不安を強く抱き、閉じこもりやうつ傾向を強め、結果的に要介護状態になり易い。)

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

(急性発症する前の健康で自立した高齢者を対象として記載する)

- 臓器疾病の早期発見・早期治療に比重がおかれ、身体機能や知的機能、心の安定等の生活機能に対する評価方法や支援体制が未確立（市町村で実施している健康診断や人間ドックの検査、生活機能障害に関する項目も取り入れる）。
- 健康増進のための方法や場所、効果確認の指標が無い。

##### 2) 今後のあるべき姿

- 生活機能を中心とする健康に関する指標の作成。
- 個人として、集団として健康増進できる機会や方法、あるいは場所等が提供され、国民一人ひとりの自己決定・責任にもとづき、健康増進ができるような地域社会体制を構築する。
- 生理学的及び生活機能的側面からの健康に関する個人データが自己管理できるようなカードを導入する。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

## 2：生活機能低下予防・改善

### 1) 現状及び課題

(急性発症する前の健康で自立した高齢者を対象として記載する。)

- 高齢者独り暮らし、二人暮らしによる脱社会化。
- 高齢者には不適應な家屋構造や公共交通機関・建造物等が閉じこもりを発生。
- 家族内、地域内における交流や役割遂行の機会が減少している。
- 地域社会の互助精神の低下。

### 2) 今後のあるべき姿

- ①家族力、地域力の復活。
- ②住まいの多様化と住み替え。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 2003, 3, 平成14年度地域保健総合推進事業「地域保健・福祉活動における、理学療法、作業療法の効果と今後の地域リハビリテーション事業のあり方に関する研究」報告書。

## 3：急性期のリハビリテーション

疾患治療、合併症コントロールと併行して、発症と同時に開始

### 1) 現状及び課題

- ①急性期病院での急性期リハ実施率が低く、廃用症候群の発生率が高い。
- ②365日リハが実施されておらず、疎なりハとなっている。
- ③「外科的手術を受けた高齢者」、「肺炎による入院治療中の高齢者」、への入院中の急性期リハビリテーションが実施されておらず、廃用症候群で要介護状態を発生させている。

### 2) 今後のあるべき姿

- ①急性期病院での急性期リハの完全実施。
- ②365日のリハ実施。
- ③疾患の別に関わらず、治療と平行して廃用症候群発生予防のための急性期（予防的）リハの実施が必要（特に、外科的手術や肺炎）。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 2002, 1, 18, 東北作業療法学会誌, 村山由美 (他), 当院における脳卒中急性期作業療法システム。
- 2002, 1, 18, 東北作業療法学会誌, 塚田徹 (他), 当院における脳卒中急性期作業療法実績報告。

#### 4：集中的なリハビリテーション

在宅生活・地域社会への早期復帰と在宅生活・社会生活継続に向けて行う

##### 1) 現状及び課題

- ①回復期リハ病棟が少ない。
- ②リハ専門職と看・介護職との連携が未成熟のため、“できるADL”が“しているADL”に結びついていない。
- ③退院準備に向けたカンファレンスにケアマネジャーの参加が少ない。
- ④リハ実施計画書を在宅でのケアプラン作成に生かしきれていない。
- ⑤外泊に必要な福祉用具や住宅改修が入院中に借用・実施できない。
- ⑥退院後の在宅高齢者で、要介護認定者でサービス未利用者や自立高齢者の退院後生活のチェック機能がない。
- ⑦外来リハが維持的リハになっている。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ①生活再構築と在宅復帰準備を主目的とする回復期リハ病棟で集中的リハを行い、短期間で、安心した形での在宅復帰が可能となるリハサービス提供体制の構築。
- ②入院中に在宅受け入れ態勢が確保できるよう仕組にする。特に、ケアマネジャーと担当スタッフとの事前調整。
- ③介護保険未利用者や自立高齢者の退院後生活のチェック機能の確立。
- ④外来リハは機能回復の継続とIADL向上訓練や職業復帰準備リハに特化し、維持的リハは通所リハや訪問リハで担当すべき。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 添付資料① 訪問リハビリテーション実施報告
  - 添付資料② 訪問リハビリテーション効果証明
  - 添付資料③ 訪問リハビリテーション満足度調査
- 2003, 6. 福祉用具・住宅改修の評価と供給のシステム化研究委員会, 利用者の立場に立つ福祉用具・住宅改修の評価と供給のシステム化に向けて。

#### 5：間欠的なリハビリテーション

##### 1) 現状及び課題

- ①訪問リハビリテーションの看板が見えない、実施件数が低い。
- ②経営を考えると訪問看護ステーションからのPT、OTが「訪問看護」として提供せざるをえない。
- ③指示書の関係で退院後1週間経過後の訪問となってしまう（入院中と在宅復帰後の主治医がことなり、指示書の点数請求の問題あり）。
- ④通所リハビリテーションと通所介護の機能が不明確。
- ⑤市町村で実施している機能訓練事業が「自立」の方対象となったため、要介護高齢者仲間社会の参加の機会が制限されている。

2) 今後のあるべき姿

- ①退院直後の在宅生活への適応時期(最も不安な時)への訪問リハの導入がなされ、不安のない在宅復帰への移行ができるような体制とすること。
- ②訪問看護ステーションと同様、医療機関から独立した形での訪問リハ事業所が開設でき、利用者・住民にわかり易いような体制にする。
- ③通所介護と通所リハとの機能の明確化。

3) 1) 及び 2) の根拠となるデータ

- 添付資料① 訪問リハビリテーション実施報告
- 添付資料② 訪問リハビリテーション効果証明
- 添付資料③ 訪問リハビリテーション満足度調査

## 慢性進行疾患・廃用症候群の悪循環タイプの高齢者リハビリテーションのあり方

### 第1 高齢者リハビリテーションとして重視すべき疾患、状態

- 在宅要介護高齢者
- 変形性関節症や腰痛症のある高齢者
- 内部障害のある高齢者（心疾患、腎疾患、肺疾患、糖尿病等）痴呆の高齢者
- 虚弱高齢者
- 難病、末期癌の高齢者
- 視覚障害のある高齢者
- うつ的傾向、心気症の高齢者
- 失語症や構音障害のある高齢者
- 閉じこもり高齢者、活動性の低い高齢者
- 精神科病棟に長期入院中の生活機能障害を主問題とする高齢者
- 独居老人並びに高齢者2人暮らし

### 第2 高齢者リハビリテーションの各ステージごとの現状と課題等

#### 1：健康増進

##### 1) 現状及び課題

- ①一般健康状態をのぞく、自分の健康に関する指標や検査方式や結果がない。
- ②目標をもって運動する方法がない。

##### 2) 今後のあるべき姿

- ①運動、知的、心的健康に関する尺度の設定と検査の場所を提供すること。
- ②積み上げ式の目標（例—1、数十種類の〇〇の歩いた道等をつくり、自己選択で道を選び、毎日の歩行距離を積み上げながら仮想的に達成する方法等を提示する、例—2、NHK朝の連続テレビの前後で高齢者版テレビ体操を流す）。

##### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 平成15年7月10日 第1回高齢者リハビリテーション研究会資料、鈴木隆雄委員プレゼンテーション資料

## 2：生活機能低下予防・改善

### 1) 現状及び課題

- ①生活機能に関する診断機関がない。
- ②仲間で活動する場所がない。
- ③家族内や地域社会の中での役割遂行の機会がない。
- ④精神科病棟に入院中の高齢者が非活動状態にある。

### 2) 今後のあるべき姿

- ①生活機能に関する定期的チェック（生活機能診断）の実施と啓発活動。
- ②小学校区1ヶ所送迎付集会所をつくり、交流の場を提供する。そして、その中の活動として社会的役割を（担う）活動を行う。
- ③精神科病棟に入院中の高齢者に対する、個別・小集団活動アップ訓練により、生活機能障害の発生・悪化を予防するような体制にする。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 平成15年7月10日 第1回高齢者リハビリテーション研究会資料、大川弥生委員プレゼンテーション資料
- 2003, 6 日精協誌 平成14年マスタープラン基礎調査結果報告。
- 平成15年3月 日本精神科病院協会、これからの精神医療のあり方基本計画。
- 2003, 3 平成14年度地域保健総合推進事業「地域保健・福祉活動における、理学療法、作業療法の効果と今後の地域リハビリテーション事業のあり方に関する研究」報告書。

## 4：集中的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- ①罹患や受傷がなければ受診・診断・リハ処方できない現状。
- ②在宅の生活機能低下者に対し、生活再構築を目的とする集中的リハができていない。
- ③状態の悪化による急性期治療目的の入院中、予防のためのリハが実施されていないため要介護度が高くなっている。

### 2) 今後のあるべき姿

- ①生活機能再構築を目的とする短期的・集中的リハの提供。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 1998, 9, 1 社会保険旬報, P10-11 伊東弘人, 「痴呆性老人への治療的関わりによる日常生活動作と問題行動の変化」。
- 平成15年7月10日 第1回高齢者リハビリテーション研究会資料、浜村明德委員プレゼンテーション資料

## 5：間欠的なリハビリテーション

### 1) 現状及び課題

- ①訪問・通所リハビリテーションが提供できていない。
- ②リハ健診がない。

### 2) 今後のあるべき姿

- ①生活機能の維持・チェックを目的とする定期的訪問・通所リハビリテーションの提供。
- ②難病や末期癌等進行に伴う福祉用具の提供やADL、介助方法等の指導・援助。
- ③リハドクターを中心とする「リハ健診」の実施。
- ④終末期のリハビリテーション。

### 3) 1) 及び2) の根拠となるデータ

- 添付資料①痴呆治療病棟における排泄要求に対するアプローチ

## その他、高齢者リハビリテーション全般についてのご意見

- 全体図と各ステージ、各職種の役割明示。共通の理念・尺度の設定。情報の共有化と連携。
- 介護予防におけるリハビリテーション医療技術の応用。
- 環境変化による痴呆の発生防止のため、在宅ケア提供体制の構築が重要。
- 慢性疾患タイプ高齢者への急性期リハの導入。ただし、機能回復より入院前と同状態での在宅復帰を最終目標とすること。
- 入院リハの対象とならない高齢者の退院後の地域でのフォローアップ体制の構築。
- 集中的リハ(回復期リハ病棟)から間歇的リハ(在宅)への十分な橋渡し体制。
- 生活再構築目的の短期入院リハの実施。
- 生活機能健診の実施。
- 退院当日からの訪問リハの実施。
- リハ専門職と看・介護職との連携強化。
- 通所介護と通所リハの機能分化。
- 外来リハと通所リハの機能分化。
- 地域リハビリテーション提供体制の構築。
- 臓器疾病名の診断によるリハ必要性より、生活機能障害の程度によるリハ必要性の判断。
- ターミナル期のリハビリテーションの必要性。

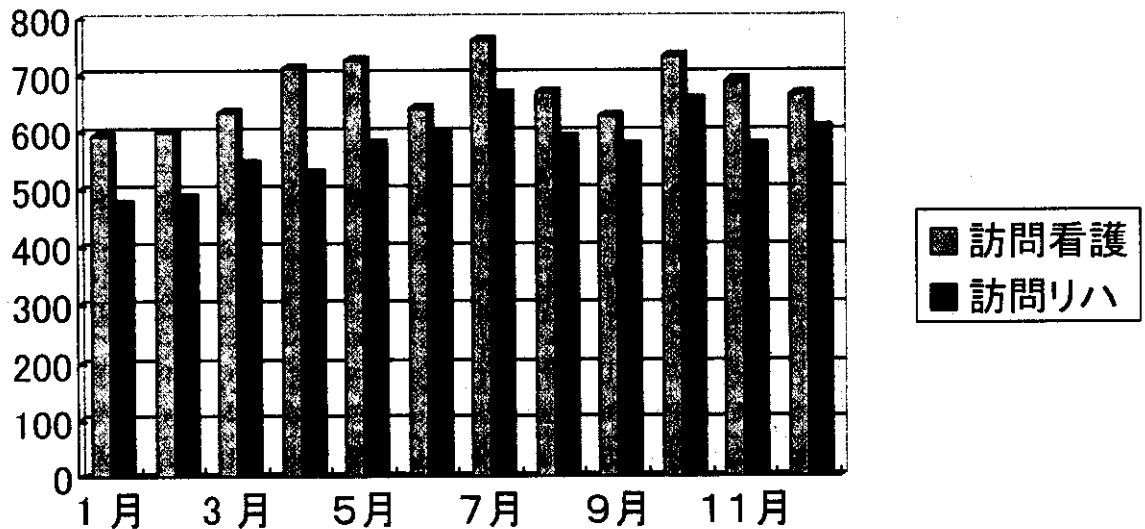


## 訪問リハビリテーション実績

当法人では訪問看護ステーションを2事業所経営し、訪問リハビリテーションは、全てその2事業所に常勤する理学療法士（3名）、作業療法士（4名）が実施している。

### 1. 「訪問リハ」と「訪問看護」の比較

（平成14年1月から12月まで）

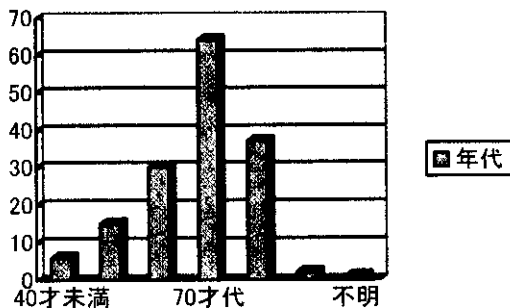


\* 訪問リハが総件数の46～48%を占めている  
\* 5月より1名増員（6⇒7名へ）

### 2. 利用者内訳

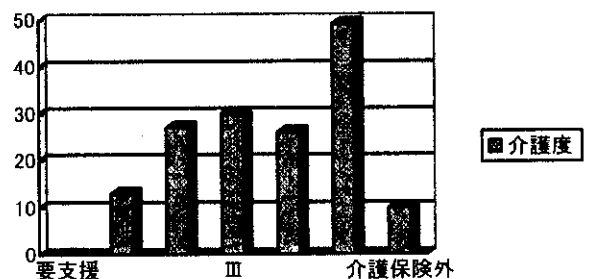
—平成15年1月実績より—

- 利用者数：155名
- 年齢内訳：



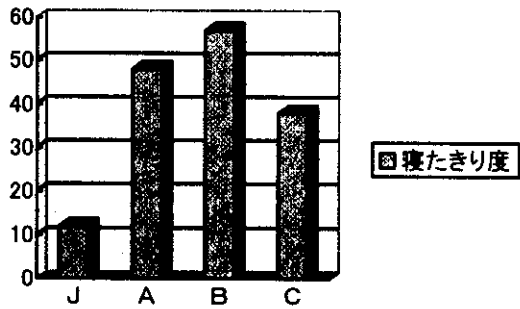
70才代から80才代が多い

- 要介護度：

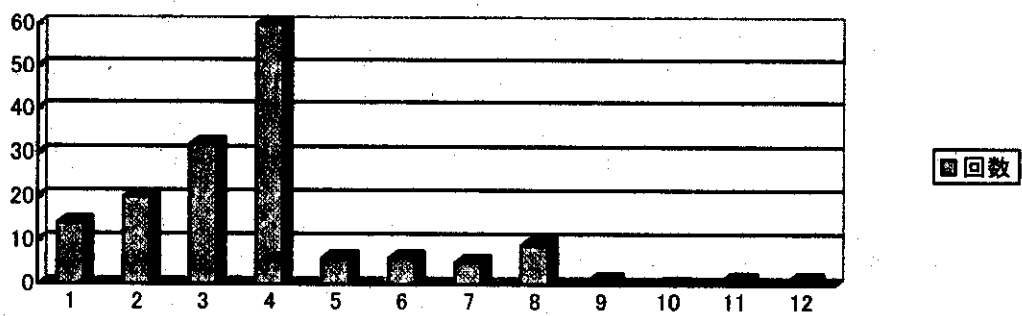


Vが最も多い、次にIII・II・IV

#### 4) 寝たきり度



#### 5) 利用頻度 (1ヶ月内)



\*週1回の利用者多い(2~3回は1月のため休みが影響)

#### 6) セラピスト1人の1日の平均訪問件数

4人~4.5人

\*有給休暇も含めて実質的稼働日数を「月20日」で計算した

## 訪問作業療法の効果判定

財団法人 竹田綜合病院

太田睦美

## 基本的ADL評価表

- BIを基本して作成
- 各項目を6段階に分類
- 各項目を小項目に分類
- BIと小項目との整合性
- 質的項目の追加
- 和式生活に関する評価項目を追加

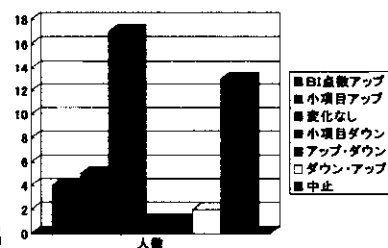
## 調査対象者

- 平成10年10月時訪問OTを利用していた者73名
- [内訳]
  - △疾患別
    - 脳卒中 : 50名(69%)
    - 神経難病: 11名(15%)
    - 痴呆 : 2名(3%)
    - その他 : 10名(14%)
  - △平均年齢: 74.4歳(42-93歳)
  - △男女別 : 男47名、女26名
  - △利用頻度: 週1回65名  
月2回7名  
月1回1名

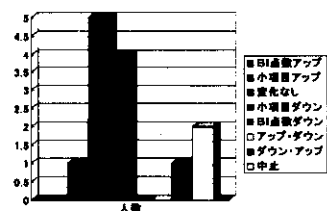
## 調査方法

- 基本的ADL評価表を使用
- 訪問OT担当者が評価
- 定期的評価(3ヶ月に1回)
  - 平成10年10月
  - 平成11年 1月
  - 平成11年 4月

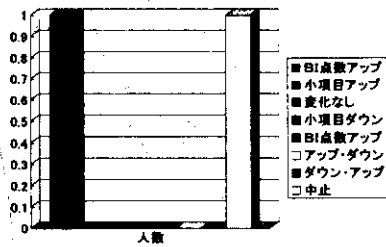
## 結果 [脳卒中]



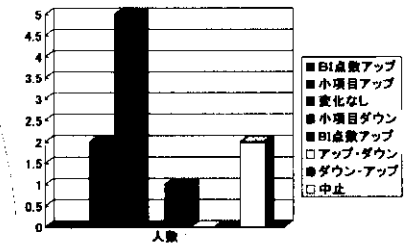
## 結果 [神経難病]



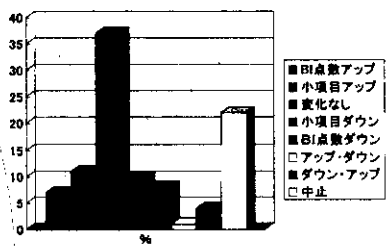
### 結果 [痴呆]



### 結果 [その他]



### 結果 [合計]



### 入院と死亡

- 中止: 16名(入所2名、入院7名、死亡5名)
- 入院7名中6名が心疾患、糖尿病、高血圧症、癌を合併
- 死亡5名中3名が心疾患や糖尿病、高血圧症、癌を合併

### まとめと考察

- 訪問OTの効果判定を行った
- 改善18%、維持37%、計55%に効果を確認した
- ADL低下は13%
- 訪問OTを提供していても低下していく
- 入院・死亡例は合併症を有している場合が高い
- 訪問OTの場合リスク管理が重要

# 訪問作業療法満足度調査

財団法人 太田睦美

## はじめに

- 訪問作業療法の効果判定
- 利用者の満足度調査

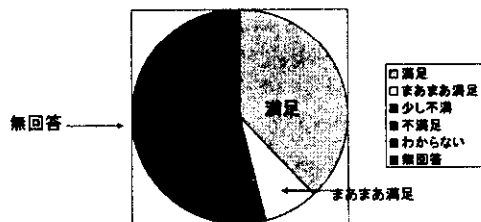
## 調査対象者

- 平成11年4月時点で訪問OTを利用していた者
- 各50名(本人と主たる介護者)
- 利用頻度
  - 週1回: 47名(94%)
  - 月2回: 2名(4%)
  - 月1回: 1名(2%)

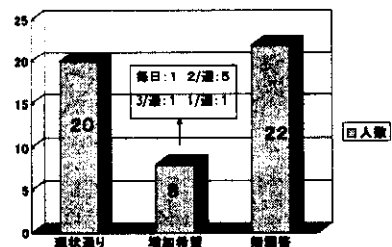
## 調査方法

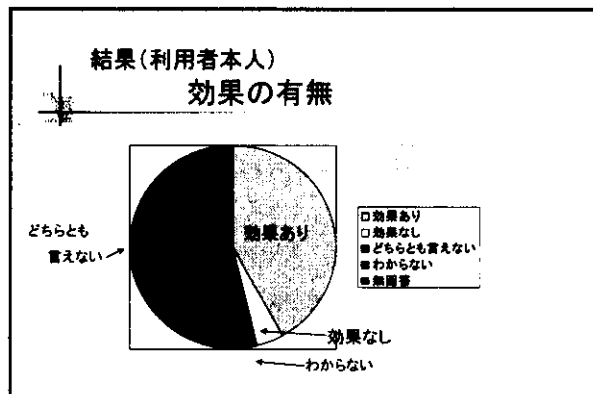
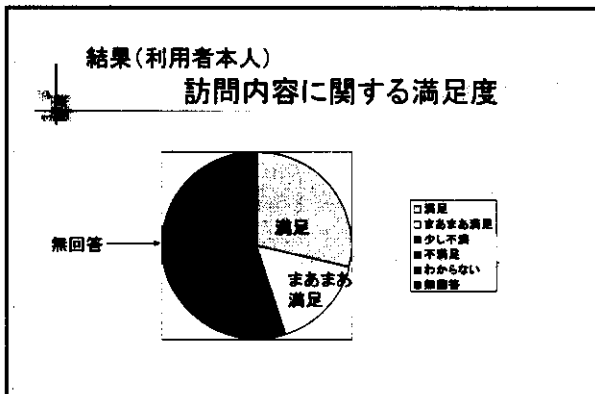
- 6項目の質問
  - 訪問回数に関する満足度
  - 訪問希望回数
  - 訪問内容に関する満足度
  - 効果の有無
  - どんなことを期待して利用しているか
  - 要望
- 利用者本人と主たる介護者へ
- 訪問OT担当者が直接聞き取り調査

## 結果(利用者本人) 訪問回数に関する満足度



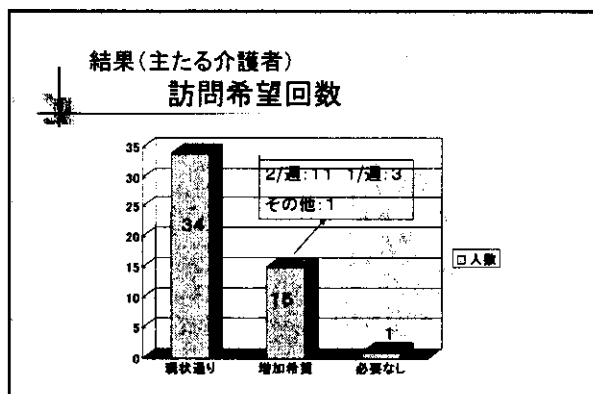
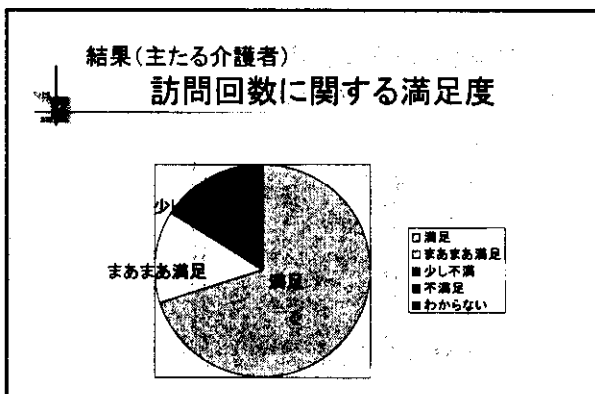
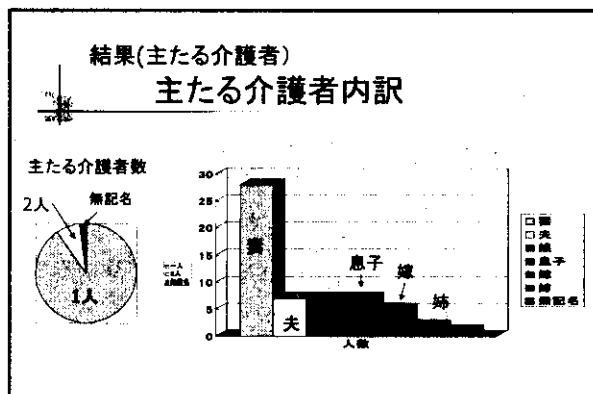
## 結果(主たる介護者) 訪問希望回数

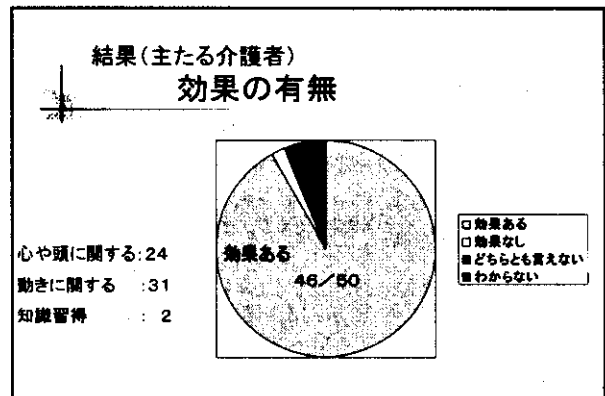
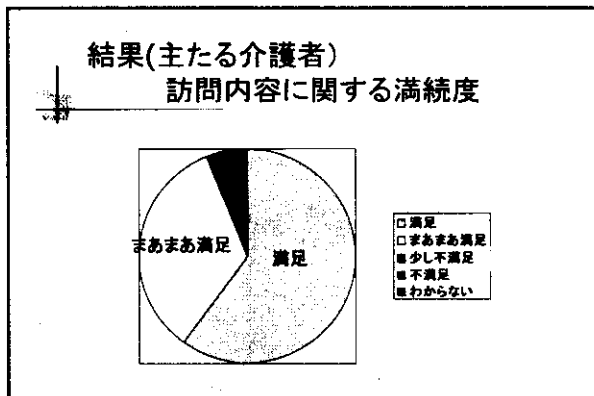




### 結果(利用者本人) どんなことを期待しているか

- 機能回復に関する意見が多い
  - 機能回復・現状維持
  - 体が堅くならないように
  - 歩けるようになりたいから





- 結果(主たる介護者)  
どんなことを期待しているか
- 30種類42件
    - 残存機能の維持: 5
    - 気分転換: 2

- 結果(主たる介護者)  
要 望
- 病気に対する相談を聞いて欲しい
  - 医師との連携を密にして欲しい
  - 訪問時間が遅いほうが良い
  - 訪問を休まないで欲しい

- まとめ
- 聞き取り方法による満足度調査を実施
  - 訪問頻度は週1~2回を希望するものが多い
  - 訪問内容・効果に対する満足度が高い
  - 訪問OTの必要性を再確認できた
  - 家族は身体面プラス心理・精神面への効果を認めている
  - 生活の質(QOL)への働きかけも重要

## 痴呆治療病棟における排泄要求に対するアプローチ —院内でデイケアを試みることで環境の違い—

今津赤十字病院 作業療法士 上城憲司

**【要旨】**

当院は、痴呆治療病棟の生活機能回復訓練として週3回(入浴日を除く)、院内でデイケア(定員約30名)を実施している。在宅支援としての通所デイケアの効果は知られているが、病院内でデイケアを実践している報告はあまりない。環境の変化に弱い痴呆症のお年寄りだからこそ、落ち着いて過ごせる環境を確保することが最優先と考える。OTが中心に行うこのシステムの中で取り組んだ、排泄要求の強い病棟痴呆患者の事例を報告する。

**【症例紹介】**

- ①A氏(87歳) 女性
- ②診断名:アルツハイマー型老年痴呆
- ③介護度:V ④痴呆自立度:IV ⑤障害自立度:B1

**【介入の基本方針およびプログラム(表1)】**

今回の事例A氏は、車椅子レベルで頻尿傾向、病棟(自らが理解しがたい環境)の中で「トイレに行きたい」「助けて」と訴えながら病棟内を徘徊してまわる痴呆症のお年寄りである。短期記憶障害が高度で、トイレの後にすぐ「トイレに行きたい」と言われるほどでありその対応に苦慮した。この訴えは、痴呆の周辺症状である不安がベースにあると考え、病棟と院内デイケアという2つの環境の中でアプローチを実施した。病棟場面(週4回:OTプログラムなし)と院内デイケア場面(週3回)での排尿回数を3月から7月までカウントした。病棟では時間誘導の回数を増やし、院内デイケアにおいてはA氏専用の仮設トイレを設置し、排尿を訴えた場合は、OT及びOTSが直ちに誘導できるような環境を整えた。訴えが起こってから対応に関しては、①訴え→②訴えを聞く→③話題を変える→④作業(塗り絵、風船パレーなど)を促す→⑤更なる訴え→⑥トイレへ誘導→⑦作業へ導入という流れをスタッフで申し合わせた。

表1 院内デイケアのプログラム

午前	内 容	午後	内 容
10:00	お茶	1:00	カラ
10:30	朝の会	1:45	オケ
11:00	創作活動	1:45	集団療法
11:30	歩行訓練	2:45	おやつ
12:00		3:00	帰りの会
12:30	食事動作訓練	3:30	移動

**【経過および結果(図1、図2)】**

4月から7月までの4ヶ月間、病棟場面100日、院内デイケア場面43日間で比較した。1日の排尿回数の平均を図1に示す。9時、1時、5時は定時排尿誘導の時間帯である。10時~3時30分までの時間帯で差をみると、院内デイケアでは訴えあつたらすぐに介入するため、回数は院内デイケアの方が

多い。活動内容との比較では、作業活動中は訴えが少ない。次の作業への移行時間帯や赤丸で示したレクの時間帯は、昼休み(全体的に患者が落ち着かない時間帯)のざわつき引張る形で病棟とは違う波形となっている。

1日の排尿回数 病棟とDCの比較

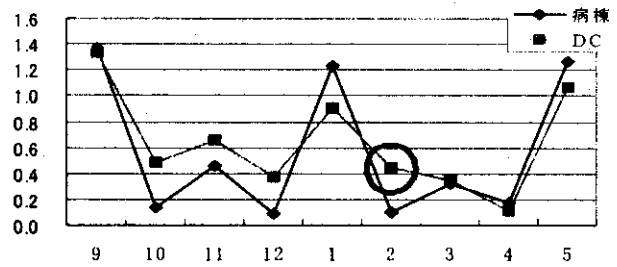


図1

図2に月別の排尿回数の経過を示す。A氏は4月1日から院内デイケアに参加している。5月に排泄の訴えがひどく中旬に抗精神薬が増量になっている。院内デイケアでは、4月は訴えがひどく誘導することが多かったが、経過とともに減少傾向である。

月別排泄回数経過

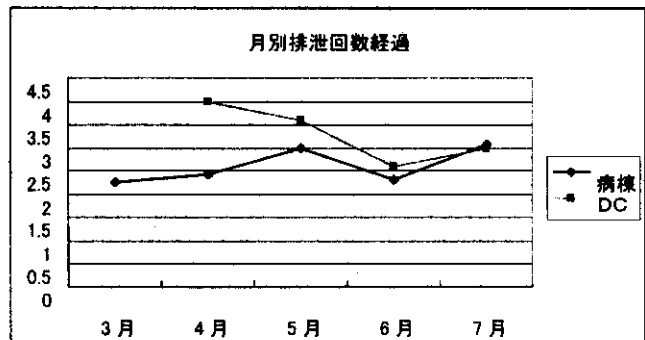


図2

**【考察】**

デイケア(通所リハ)は、家に引きこもりがちなお年寄りを小社会に連れ出すことで、元来の社会性を発揮する場として、有効な空間である。在宅や施設で管理困難な重度痴呆症のお年寄りが、治療病棟へ入院するわけであるが、その環境は不応状態といっている。特に車椅子レベルになると、何かしたと言いたい欲求さえも制限され、そばに誰かいないければ「待たされる」ため、病棟内では、常に患者さんが「看護婦さへん」と叫んでいる。

今回の院内デイケアの試みは、そんな慢性的不安状態からの解放と何かに集中すれば、重度痴呆患者と言えども周辺症状への入り込みを阻止したり、元の生活に引き戻したりすることができることが多少できると実感した。

A氏は、花の塗り絵に関心を示し20分程度は集中できるようになった。そして、病棟でもそれを継続し対応手段の1つになった。待たせないケアを心がけなければいけないが、待てないもの同士の関係は簡単には整理がつかない。