



在宅医療での寝たきり予防

日本は諸外国と比べて寝たきり者が多いとされ、実際の統計学的な数字は不明だが、各種の調査からの推計では施設に約60万人、在宅で約35万人の計約95万人がいると考えられている。寝たきりになる原因の中では廃用症候群により生じた運動器障害が多くを占めており、その割合は高齢層になるほど高くなっている。同症候群による運動器障害は、適切に対処することができれば予後は比較的良好で、寝たきり予防が可能なケースも多い。同症候群による運動器障害への対処としては、通院リハビリテーション(以下、リハビリ)とともに訪問リハビリが非常に有用と考えられる。在宅医療に加えて訪問リハビリを行うことで寝たきり予防に積極的に取り組んでいるアットホーム表参道クリニック(東京都)の腰塚裕院長(整形外科・リハビリテーション科)に、訪問リハビリの有用性および課題について聞いた。



アットホーム表参道
クリニック院長
腰塚 裕氏

■ “脳血管障害モデル”から“廃用症候群モデル”のリハビリへ

廃用症候群は「長期臥床により、心身の活動性が低下してきたことにより引き起こされる病的状態の総称」と定義される。筋力低下や筋萎縮など筋肉に関係することがよく知られているが、ほかにも骨萎縮、関節拘縮、誤嚥性肺炎、褥瘡、起立性低血圧、尿路結石、便秘、精神荒廃など、病的状態は全身に及ぶ。

厚生労働省の「国民生活基礎調査」(1998年)によると、日本人が寝たきりになる主な原因としては、65～69歳では「脳血管障害」が約半数と最多であるが、その割合は高齢になるほど少なくなり、85歳以上では18%程度となる。それに代わり、高齢になるほど多くなっていくのが「高齢による衰弱」、「骨折・転倒」、「認知症」などであり、85歳代ではそれぞれ30%、19%、14%程度となっている。すなわち、廃用症候群により生じた運動器障害によるものが多くを占めてくることが読み取れる。

廃用症候群により生じた運動器障害は、脳血管障害や脊髄損傷などの器質的疾患により生じた運動器障害に比べて、比較的予後は良好である。しかし、それには「リハビリによる適切な対処が不可欠」と腰塚院長は言う。

脳血管障害や脊髄損傷などの器質的疾患により一気に身体機能が失われた患者に対しては、機能回復を図る目的で入院リハビリが行われる。これは“脳血管障害モデル”のリハビリといわれる。しかし、このモデル

などの骨関節疾患に伴う廃用症候群の患者に対しては適切とはいえない。なぜなら、廃用症候群では徐々に生活機能が低下していくことが問題であり、リハビリの目的も機能回復というより生活機能の維持を図ることに重きが置かれるからである。したがって、リハビリの開始時期もできるだけ廃用症候群が進行する以前の、生活機能の低下が軽度である早期に開始することが基本となる。これは“廃用症候群モデル”のリハビリと呼ばれている。

■ 訪問リハビリで 心身両面の機能が有意に改善

“廃用症候群モデル”のリハビリは通院リハビリとともに訪問リハビリによって実施が可能である。通院リハビリの場合は、患者が自身もしくは家族の介助を得ることで、通院できることが前提となる。また、受け入れ側の病院の事情により、回数や時間が制限される。一方、訪問リハビリの場合は、患者は通院の必要がなく、介護保険の給付範囲内であれば比較的自由にすることができる。また、医療保険のようにリハビリができる日数に制限はなく、必要があれば、長期間にわたって行うこともできる。さらに、患者の状態の変化に応じて住環境を整備するなど、生活に密着したきめ細かいリハビリが可能になる。「廃用症候群のリハビリとしては、むしろ通院リハビリよりも訪問リハビリの方が適している」と、腰塚院長もその有用性を強調する。

同院長らは、同クリニックで訪問リハビリを行った患者の中で手術治療を受けた大腿骨頭骨骨折患者の日常生活動作(ADL)の変化を調査している。対象は、初診時から訪問リハビリを継続して実施した患者25人(平均年齢82.8歳)で、初診時と3カ月後に「寝返り」、「起き上がり」、「坐位」、「立ち上がり」、「立位」などの基本動作と、「トイレへの移動」、「室内歩行」、「階段昇降」、「屋外歩行」、「外

出」などの移動能力について評価。さらに、入院期間によりADLの変化にどれくらい差があるかを検討するため、①手術後1カ月以内に退院した早期退院群②手術後1カ月以上入院していた非早期退院群の2群に分けて比較した。

早期退院群は骨折前から歩行不能であるか認知症があるためにリハビリの適応外と判断されるなど、全体的に状態の悪い患者が多く、平均年齢も85.6歳と、非早期退院群の81.7歳に比べ高齢であった。入院期間では、早期退院群の平均22.2日に対して非早期退院群では99.7日と約77日間の差があった。

入院期間の長短にかかわらず、リハビリ開始後3カ月の時点でADLは向上していた。移動能力のうちでも「トイレへの移動」は、患者本人の自尊心や家族への負担などにも深くかわるために重要であるが、早期退院群での改善が著明であった(図)。早期退院群では28%の患者が「トイレへの移動」そのものを行っておらず、「全介助」以下のレベルが42%を占めていたが、3カ月後には「全介助」以下のレベルは28%に低下した。また、日常生活上で実用的である「見守り」以上のレベルは、初診時にはわずか28%であったが、3カ月後には70%に達していた。

同院長は調査により気付いたことの1つとして、「当クリニックの初診時のADL評価が退院時のADL評価よりも低いことが多く、退院後の自宅生活では一時的に入院中よりもADLが低下していた」ことを挙げている。これには「整備されたリハビリ室と自宅、あるいは専門家による監視の有無など、ADL評価を行った環境の違いが反映されている」というのが同院長の考察。すなわち、ある程度移動能力の高い患者はリハビリ室でのように自宅でも歩行できるが、能力がそれほど高くない患者は、1人で歩行すること自体や転倒への不安感、恐怖感のために歩行の機会が減り、その結果として、退院後短期間のうちに歩行機能が低下すると考えられる。

同院長は「移動能力がある一定レベル以下の患者では、手すりの設置などの環境整備を行った上で、退院直後から訪問リハビリにより室内歩

行やトイレ歩行、入浴などのADL訓練を行い、スムーズに在宅生活ができるように支援する必要がある」としている。

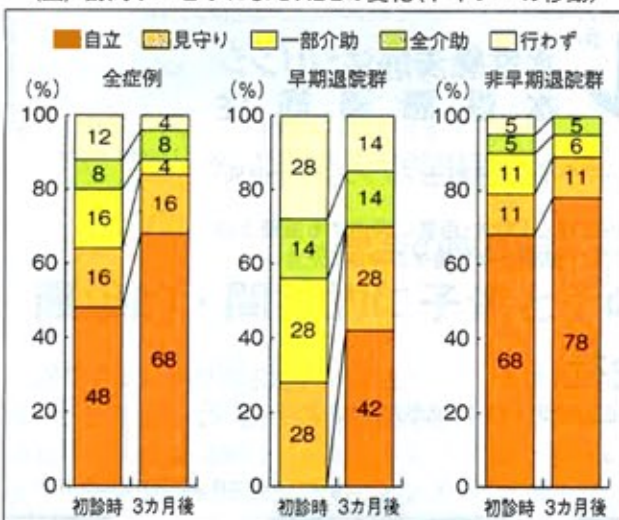
■ 最大の課題はサービス供給量をいかにして増やしていくか

訪問リハビリのサービス提供量は年を追って増加しているが、在宅サービス全体に占める割合は非常に少ない。厚労省「介護給付費実態調査」(2003年)と東京都「国保連審査支払いデータ」(2003年)から推計した在宅サービスの種類別利用率では、最も利用率が高いのが訪問介護で、全国で44.7%、東京都で64.3%となっている。リハビリ全体の利用率は、通所リハビリと訪問リハビリを合わせても全国で20%、東京都では8.9%で、訪問介護と比べてあまりにも低い。訪問リハビリの利用率は全国で1.0%、東京都では0.8%という低さである。

腰塚院長は「日本では、ADLが低下した患者に対しては積極的なリハビリによってADLの向上を目指すのではなく、介護で対応する傾向にあり、特に核家族化の進む東京都ではこの傾向が著しい」としている。また、同院長は「その大本には在宅サービス全体の利用限度額が十分でないということがあり、本来は競合すべきでない介護とリハビリが二者択一を迫られているということもあるのかもしれない」と指摘する。いずれにしても、訪問リハビリの今後の最大の課題は、いかにしてサービス供給量を増やしていくかにあるといえる。

訪問リハビリの効果を最大限に発揮するためには、運動器の専門家である整形外科医が関与することが望ましい。しかし、現在、在宅医療にかかわっている医師の大多数は内科医であり、整形外科医は皆無に等しい。したがって、訪問リハビリにかかわる整形外科医や理学療法士、作業療法士を増やしていくことも今後の課題といえる。同院長は「差し当たっては、在宅医療にかかわる医師は専門外であっても、患者の運動器障害に最大限に留意し、ADLが低下する徴候があれば迅速に訪問リハビリを導入することを考慮してほしい」と要望して、話を結んだ。

(図) 訪問リハビリによるADLの変化(トイレへの移動)



(腰塚裕氏提供)