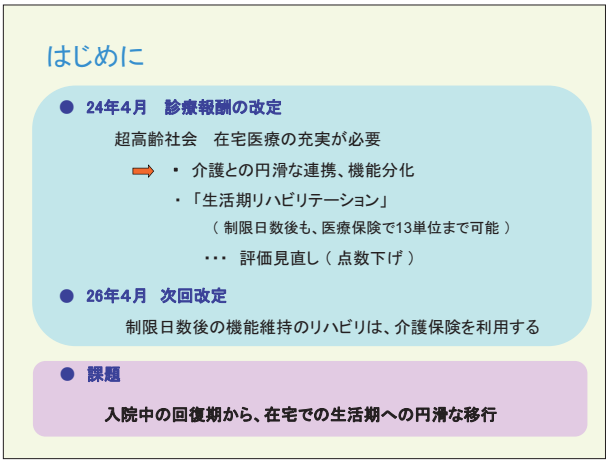
グループを立ち上げ、現在の穴水町の高齢者がどのような支援をどのような規模で必要としているのか、高齢者の健康長寿を妨げている因子が何であるかの調査を開始しています。今後はこの調査結果をもとに、さらに有効な取り組みを策定し健康長寿のまちづくりプロジェクトの拡充を行っていきたいと考えています。

今回、行政機関、医療機関、研究・教育機関、民間団体、民間企業が一つのプロジェクトに協働していることには大きな意義があり、相加的、相乗的な効果が期待できると考えられます。本発表の結論です。石川県穴水町では、行政、病院、教育機関が一体となり、高齢者の多い地域の健康長寿を達成する仕組みとしての「健康長寿のまちづくりプロジェクト」が開始されています。

演題 006

脳血管疾患リハビリにおける自宅退院までの一症例 ー 回復期から生活期移行への課題 ー

発表者 伊藤 豊彦 （岐阜県：国民健康保険上矢作病院）
共同研究者 丸山 宏志、松尾 陽生、栗田 一夫、安藤 高司

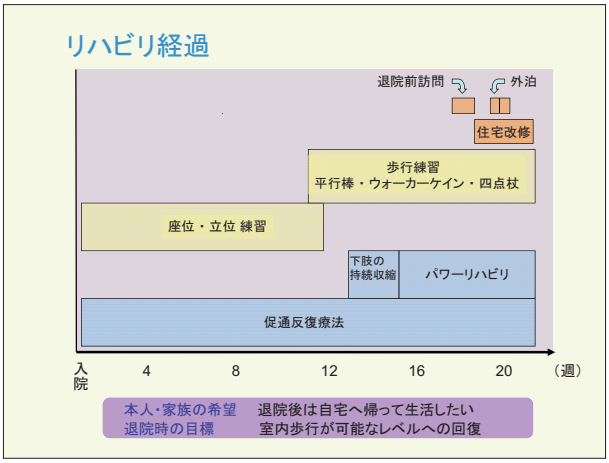


平成24年度の診療報酬改定で、介護保険との連携・機能分化のために、制限日数後も医療保険を使える「生活期リハビリテーション」の評価が見直された。同時に、機能維持のリハビリは、原則次回改定までとし、代わりに介護保険を利用することも示された。

このような状況を踏まえ、今回、当院で脳血管疾患リハビリを実施した経験より、回復期から生活期へ円滑に移行するための条件と課題を検討した。

本症例の発表に際して、本人・家族より書面にて同意を得ている。

症例は70歳代の男性。自宅では３世代同居だった。既往歴として、平成15年に脳出血から、左片麻痺となった。その後、車の運転もでき安定していたが、23年10月に左片麻痺が進行し入院、直後から理学療法を開始し、入院後22週に自宅退院した。

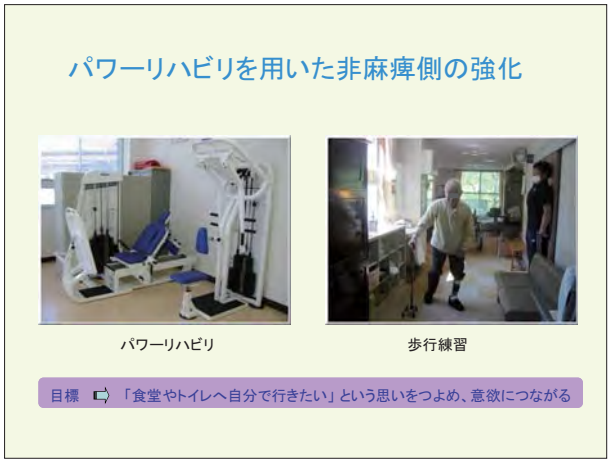


リハビリの経過を示す。

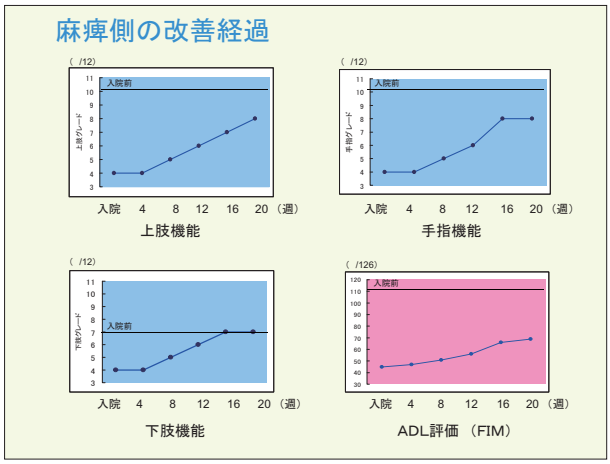
本人と家族は、退院後はできるだけ自宅へ帰ることを希望した。目標は、介護負担軽減のためにも、室内歩行が可能なレベルへの回復に設定した。入院初期は合併症への対応や、体幹機能の安定性が低いために、歩行練習ができるまでに10週が経過した。

入院中に実施した促通反復療法は、神経回路の再構築を促し、麻痺の改善に効果があるとされている。適応があれば、いつでもどこでも麻痺に直接アプローチできる有効な方法である。

また動作上の問題として、左股関節が常に外旋していた。両膝にボールを挟み、この姿勢で20分間の持続収縮を練習した。短期間で正中位の保持が可能になり、基本動作や歩行が変わっていった。



自宅に帰って、より安全で転倒しないよう、健側立脚を優先した歩行にするために、パワーリハビリの機器を使用した。歩行練習は短下肢装具を付け、平行棒を経て四点杖になった。「歩けるようになって自宅へ帰る」という目標が、具体的に「食堂やトイレへ自分の力で行きたい」という思いを強め、リハビリへの意欲につながった。



片麻痺機能のグレードの変化を示す。

20週以降も上下肢筋緊張の回復がまだ不十分で、実用性として入院前を下回っている。赤グラフのADL評価からは、屋外の移動は車椅子を使用する。また、生活の中で見守りや一部手助けが必要な場面がみられる。

自宅退院へ向けた環境調整

車椅子用 段差昇降機

玄関前アプローチの改修

退院に向けて、本人、病院スタッフ、ケアマネジャによる自宅訪問を実施した。玄関前に生垣や踏み石があったため、駐車スペースからのアプローチは、家族による整地作業と、ゴムシートを敷いて車椅子移動に対応できた。さらに、縁側には段差昇降機を設置した。また外泊練習を重ね、環境への適応と、在宅介護への家族の理解を深めていった。

在宅生活の継続へ

介護保険サービスの利用

訪問リハビリ　週 1回

デイサービス　週 2回

医療保険の利用

外来リハビリ　13単位 まで

（家族の送迎が必要）

本人のニーズあるが、未整備

通所リハビリ

デイサービスでのリハビリサービス

自宅の廊下を歩いて移動する

退院後の介護保険サービスは、訪問リハビリとデイサービスに決まった。この時点での本人のニーズからは、通所リハビリなども考えられるが、現状、この地域に利用可能なサービス事業所は整備されていない。今後、医療保険の利用ができなくなれば、さらにサービスの選択肢は狭まることになる。

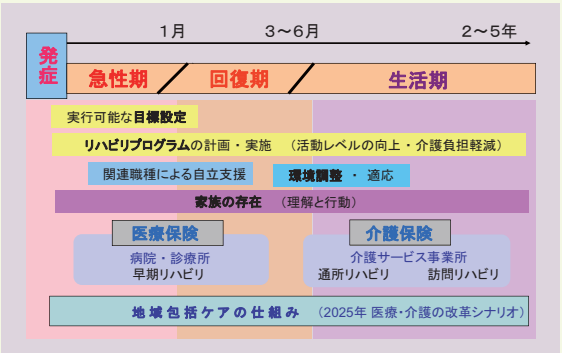
考　察

1. 歩けるようになって自宅へ帰るという目標設定が、本人・家族にとってリハビリ継続への意欲になった
2. 適応のあるリハビリ方法の併用で退院後の活動レベルが一定向上し、家族の介護負担も軽減した
3. 同居家族による退院に向けた準備行動や在宅介護に対する理解が、自宅退院を可能にした
4. 通所リハビリやデイサービスでのリハビリが利用できれば、より充実したサービスが選択できた

考察

1. 本症例において、「歩けるようになって自宅へ帰る」という目標設定が、本人や家族にとってリハビリ継続への意欲になった。
2. 適応のあるリハビリ方法の併用で退院後の活動レベルが向上し、家族の介護負担も軽減した。
3. 同居家族による退院に向けた準備行動や在宅介護に対する理解が、自宅退院を可能にした。
4. 通所リハビリやデイサービスのリハビリが利用できれば、より充実したサービスが選択できたと考えられる。

回復期から生活期への円滑な移行のために



生活期への円滑な移行のために必要な条件を階層状にまとめた図である。急性期当初からの実行可能な目標設定、リハビリプログラム、環境調整などの成否、そして何より家族の存在が挙げられる。

しかし本症例のように家族の理解や協力が得られるケースばかりではないのが現実である。

「自宅へ帰って生活したい」という希望を、在宅自立支援にかかわる人たちが連携して実現していくために、これからの超高齢社会の中で、地域の実情に合った医療・介護の仕組みの充実が求められる。

まとめ

1. リハビリ回復期から在宅での生活期へ円滑に移行するために、自宅退院された症例の経験から、条件と課題を検討した
2. 退院後の活動レベル向上を目標にした回復期リハビリの取り組みと、家族の在宅介護に対する理解と行動が、生活期リハビリ移行への条件となる
3. 介護保険の生活期リハビリを可能にするためには、介護サービス事業所や、地域包括ケアの仕組みの充実が課題である

まとめ

1. リハビリ医療において回復期から生活期へ円滑に移行するために、自宅退院された症例の経験から、その条件と課題を検討した。
2. 退院後の活動レベル向上を目標にした回復期リハビリの積極的な取り組みと、家族の在宅介護に対する理解と行動が、生活期リハビリ移行への条件となる。
3. 介護保険の生活期リハビリを可能にするためには、介護サービス事業所や、地域包括ケアの仕組みの充実が課題である。

演題 007

岐阜県国保直診における医科・歯科連携の現状（岐阜県国保診療施設協議会共同研究）

発表者 **安藤 彰悟**（岐阜県：恵那市国民健康保険山岡診療所）

『目的』

平成24年度に社会保険・介護報酬が改定され、「患者のニーズに応じた病院の役割分担や、医療機関相互あるいは医療と介護間の連携を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築する」という方向性が打ち出されました。岐阜県は積極的に地域包括ケアシステムに取り組み、医科と介護の連携は充実してきました。しかし、医科・歯科の連携は必要性が高まってきていますが、その実態は把握されていません。そこで連携についてアンケート調査し、実態を把握すると共に課題を明らかにすることを目的としました。

『方法』

平成24年４月１日現在の国保直診55施設に勤務する、常勤の医師、歯科医師101名（医師92名、歯科医師９名）全員を対象として郵送によるアンケート調査としました。

統計処理は、地域保健における活動と「医科・歯科連携」を行う関連を明らかにするために、ロジスティック回帰分析を行いオッズ比を求めました。

『結果』

アンケート回答の締め切りは平成24年度末とし、回収は62名（医師54名、歯科医師８名）で、回収率61.3％でした。

○アンケート回答者の概要。

（図１）は直診55施設の配置図で、赤字の「国」は医科のみ、黄色の「国」は医科・歯科併設を表し、赤の実線は医療圏の境界を示します。