

老健施設におけるリハビリテーションの現状と課題

上野 正典 田中 みどり 今井 靖幸 渡邊 朝子

高山赤十字 介護老人保健施設はなさと

抄 録：急性期・回復期のリハビリテーション（以下リハ）は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の専門職が関わり、多い場合には1日に3時間ものリハを受ける機会がある。しかし退院後、生活期に移行すると、当施設をはじめ多くの老健施設では専門職によるマンツーマンで実施する個別リハの時間は大幅に減少する。そのため、入所される利用者の中にはリハに対し不安を抱かれる方も少なくない。武原は、急性期・回復期のリハが機能障害の回復を目的とした「治療モデル」であるのに対して、老健施設のリハは残された心身機能でいかに快適な生活を実現するかをテーマにした「生活支援モデル」である¹⁾と位置づけている。そこで今回、病院リハを終了後に当施設へ入所された利用者の身体機能、精神機能、ADLを評価し、当施設のリハにおける現状と課題を検証した結果、精神機能・ADLにおいて有意差を認め改善傾向を示すことが示唆された。

索引用語：老健施設、リハビリテーション、精神機能、ADL

The present status of the rehabilitation in the Facilities for the Elderly, and a problem

Masanori UENO and Midori TANAKA and Yasuyuki IMAI and Asako WATANABE

Hanasato Facilities for the Elderly Japan Red Cross Takayama

【Summary】

In the hospital of an acute period and convalescence, the specialist on a physiotherapist, an occupational therapist, and a speech therapist takes charge of rehabilitation.

An opportunity to receive the rehabilitation of no less than 3 hours is on many days in it. After leaving a hospital, the time of the rehabilitation by a specialist decreases in an institution for the aged. Therefore, rehabilitation has much uneasiness. Then, a motor function, everyday life activities, and psychic functioning were evaluated to the person who left the hospital and entered the institution for the aged. As a result, about the rehabilitation of this institution for the aged, it became clear that everyday life activities and psychic functioning were improvement tendencies.

【Key Words】

Facilities for the Elderly, Rehabilitation, Psychic functioning, Activities of Daily Living

I はじめに

国立社会保障・人口問題研究所によると、75歳以上の後期高齢者は年々増加すると予想され、特に85歳以上の人口の伸び率が高く2025年には1.9倍、2035年には2.7倍に急増すると言われている²⁾。後期高齢者の増加に伴い医療・介護サービスに及ぼす影響も社会問題化してきている。そこで、国は地域包括ケア提供体制構築にむけ重要課題とし、1. 地域における生活の継続、2. 介護予防や重度化予防、3. 医療と介護の連携強化、4. 認知症対応の推進の4点を挙げている。当施設は、全国でも数少ない赤十字病院に併設された老健施設であり、地域に根ざした医療・介護を提供できる機能を持ち、リハビリテーション分野においても急性期から回復期、生活期へと円滑に移行できる体制を整えている。しかし、医療分野と介護保険領域におけるリハビリテーション（以下リハ）には制度上異なる点が多く存在する。その一つに、リハ専門職である、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が提供するリハの実施時間である。リハは多くの病院で3職種が揃い、1職種から最大1時間以上、計3時間ものリハをマンツーマンで365日受けることが可能な病院も増えてきている。しかし、退院後の生活期に移行すると、多くの老健施設では、3職種が揃っている施設は少なく、リハ専門職によるマンツーマンの個別リハの時間も大幅に減少する。制度上も利用者100人に対して1人の理学療法士または作業療法士という人員配置基準である。当施設においても、入所100名・通所40名の利用者に対しリハ専門職は3名である。しかし、生活期へ移行した利用者にとっては、急性期・回復期のリハと生活期のリハがどのように異なるものか理解しにくく、我々専門職であっても適切に説明し利用者から納得を得るのは容易ではない。そのため、利用者は病院と同様のリハを希望し、リハは専門職から受けるものとする利用者が大半である。また、リハ＝運動と捉えてしまいがちである。しかし、施設ではマンツーマンで行えるリハは毎日行われず、1職種のみ20分程度と少ない。そのため、明らかに病院と同じ内容や時間を行うことは困難である。入所する利用者や家族がリハに対する不安や不満

などを抱くことも少なくない。これらの背景には、マンパワーの問題のみならず、医療保険に比べ介護保険では極めて収益性が低いという問題点もある。仮に老健施設において病院のように365日個別リハを行える体制を整え、1職種が1時間以上個別リハを行ったとしても、請求できるのは、20分1単位の点数のみである。それも、入所から3ヶ月間のみ週5回の個別リハの請求しか行えない。そのため、リハ専門職としても制度を理解し、限られた時間と日数の中で短期間に結果を出さなければならない。更に、国からは老健施設としての最大の役割である、在宅復帰機能強化を求められている。

そこで今回、急性期・回復期での病院リハを終了後に当施設へ入所された利用者の身体機能や精神機能、ADLを評価し、個別リハの提供・実施時間が減少した場合に、それらがどのように変化するかを調査し、当施設のリハにおける現状と課題を検証する。

II 方法

1.対象

平成24年4月～平成25年3月までに当施設へ入所し、短期集中リハビリテーション加算（以下：短期集中リハ）を算定した30名の利用者（表1）。短期集中リハとは、新規利用者もしくは、在宅で3ヶ月以上過ごした利用者が入所した場合に、週3～5回個別リハを20分以上実施。算定期間は3ヶ月である。それ以降の算定は認められない加算である。

表1 対象者の属性

	n=30
性別(男/女. 名)	12/18
年齢(歳)	85.1±5.4
疾患別(脳血管/運動器/内科. 名)	13 / 12 / 5
平均介護度	3.1±1.3
平均在所日数(日)	68.2±25.1

2.方法

1) 運動プログラム

週3～5回20分間の個別リハを実施。リハ内容は、個々の疾患や状態、希望に合わせた機能訓練が中心である。自主トレーニングや学習・作業課

題等が行なえる利用者には個別リハの時間以外にもそれらを実施してもらう。その他、介護職を中心に1日3回の体操や週2回のレクリエーションなど集団での活動機会を提供する。

2) 調査期間

入所から3日以内での評価と、3ヶ月間の短期集中リハ終了前の1週間以内に評価を実施した。3ヶ月以前に退所となった利用者に関しては退所日直前の1週間の間に評価を実施した。

3) 調査項目

(1) 運動機能の評価としTimed Up and Go Test (以下TUG)を用いた。測定は肘掛つきの椅子から立ち上がり、3m歩行し方向転換後3m歩行して戻り、椅子に座る動作に要する時間をストップウォッチにて測定する。

Functional Reach Test (以下FRT) 肩幅に足を開いて支持のない状態で立位保持し、利き手の肩関節を90度挙上する。壁にもたれかかることなく、上肢を伸ばし支持基底面を変えることなく最も遠くまで到達した地点までの移動距離を定規で測定する。

(2) 認知機能の評価としMini Mental State Examination(以下MMSE)11項目の質問からなり、30点満点の質問紙法。小点数ほど重度である。

(3) 問題行動の評価としBehavioral Assessment of Attentional Disturbance (以下BAAD) 6項目からなり、各問題行動の出現頻度から0~3点数を付与し、合計点数は0~18点。高点数ほど重症である。

(4) Quality Of Life (以下QOL) の評価とし5段階Face Scale 5段階の顔の絵を提示し、現在の生活全体における充実度を示してもらう。

(5) ADL評価としFunctional Independence Measure (以下FIM) を用いた。18項目からなり、1~7点数を付与し、合計点数は18~126点。高点数ほど自立度が高いことを示す。

4) 統計解析

wilcoxon符号付順位和検定を用い、統計解析ソフトはSPSS 11.0J for Windowsを用いた。有意水準はいずれも危険率5%未満とした。

Ⅲ 結果

認知機能の評価として用いたMMSE (入所時18.2±6.2点、3ヶ月19.4±6.3点)と問題行動の評価として用いたBAAD (入所時6.3±3.2点、3ヶ月4.9±3.1点) ADLの評価として用いたFIM (入所時72.4±25.7点、3ヶ月77.8±26.2点) QOLの評価として用いた5段階Face Scale (入所時3.2±1.3、3ヶ月3.6±0.7) において有意差が認められた(p<0.05)。しかし、身体機能評価として用いたTUG (入所時35.2±26.3秒、3ヶ月32.1±20.1秒)とFRT (入所時13.2±6.4cm、3ヶ月15.0±6.2cm) では有意差は認められなかった(表2)。

表2 入所時及び、3ヶ月後もしくは退所時の変化

	入所時	3ヶ月後	有意差
MMSE(点)	18.2±6.2	19.4±6.3	*
BAAD(点)	6.3±3.2	4.9±3.1	**
FIM(点)	72.4±25.7	77.8±26.2	**
Face Scale(点)	3.2±1.3	3.6±0.7	*
TUG(秒)	35.2±26.3	32.1±20.1	n.s.
FRT(cm)	13.2±6.4	15.0±6.2	n.s.

mean±SD **:p<0.01 *:p<0.05 n.s.:not significant

Ⅳ 考察

本研究においては、病院でのリハを終え当施設へ入所した利用者が、専門職による個別リハの回数や介入時間が減少しても、認知症、問題行動、ADL、QOLにおいて改善傾向を示すことが示唆された。横山らは集団で共同して運動を行うことにより、活動の自己評価、楽しさ、達成感、満足感及び有能感などの得点が有意に増加する³⁾と報告している。また和久らは、作業活動が生活の質の向上に有効であると報告している⁴⁾。これらは、病院では専門職による個別リハが中心であるのに対して、施設では集団で行う体操や作業活動、レクリエーションなどが充実している背景があると考えられる。また、病院と異なり施設は、生活環境も在宅に近い構造や雰囲気となっている。環境の変化などは時として、機能変化にも影響を与える。金谷は、変化の礎は理学療法の実施以外の要因が大きく、規則正しい生活であり、栄養状態であり、離床時間であり、職員の適切なケアである⁵⁾と述べている。また、利用者同士はもちろ

ん、スタッフや地域住民、ボランティア、家族との関わりの機会も増えることも要因であると考えられる。以上のことから、老健施設特有のリハの効果が得られたと考える。

また、ADLにおいては、日野は病棟ADL訓練を各スタッフが多方面から実践するためには、セラピストがどれだけ病棟へ入っていけるかが鍵である⁶⁾と述べている。当施設では、リハ専門職がADLに直接介入することができるよう、フロアごとにリハ専門職を配置し、他職種との情報交換を円滑に行い可能な限りフロアでのリハを実践している。これらは、リハ室といった設備の整った環境で各動作が行えたとしても、実際の生活の場面では行えないといった「できるADL」と「しているADL」の乖離をなくす目的もある。また、他職種や面会の家族に対しても介護方法の提案・指導などをその場で行い、介護者の負担軽減に貢献できるようフロアでの生活に重点をおいた結果と考える。

一方で、身体機能の評価として用いたTUGやFRTといった歩行スピードやバランスに関する評価では有意差は認められなかった。Bainettらは、集団のみでは身体機能への効果は少ない⁷⁾と報告している。また杉浦らは、集団リズム運動と個別運動プログラムを同時に介入したことで、バランス能力が最短3ヶ月にて改善した⁸⁾と報告している。しかし、当施設での現状は、集団での活動の際に機能が低い利用者に合わせたり、安全を重視しすぎ座位での活動が多くなりがちである。そのため、立位での活動機会が減少している可能性がある。よって、他職種による集団での体操やレクリエーションなど活動の場においても、より身体機能の向上・維持を意識したものが提供される必要がある。

一方、個別リハに関しては、短期集中リハ対象者であっても20分の個別リハを週に5回しか実施できず、短期集中リハが提供できる3ヶ月以内で在宅復帰が可能な利用者は少ない。入所期間が長くなる場合や退所されても再入所される利用者が多く、その場合はリハ専門職が提供できるリハは週2回になる。そのため提供する内容においては、効率的且つ有効的なものである必要がある。また岡持は、ADL上の困りごとがあり積極的に働き

かける必要がある段階から、活動量を保ちながら個別での対応から徐々に自主トレーニングや身体的アクティビティーの手法を取り入れるよう変化させる。最終的には、個別での関わりは定期的な評価のみとなり、基本的には活動量を自己管理できるようにになっていただく、このような変化をつくれることで、「リハビリは誰かにしてもらうもの」という受動的な考えから脱していけるよう仕向けていくこともリハ専門職の重要な役割である⁹⁾と述べている。よって、リハ専門職と行う個別リハの充実はもちろんのこと、長期入所の可能性も考慮し、リハに対しても自立を促し取り組めるような支援をすることも生活期におけるリハ専門職としての役割であると考えられる。

本研究の限界として、疾病や発症・受傷期間にバラつきがある点や対象者数も少ない点が挙げられる。また、平均介護度も 3.1 ± 1.3 と重度であり、各評価項目における点数もカットオフ値などと比較しても重度な結果を示している。そのため、他のサンプル集団で今回同様に研究を実施した際には変動しうる可能性は否定できず、当施設の入者に限定されるものである。今後も、継続的にサンプル数を増やすことはもちろん、短期集中リハ終了後の心身機能及びADL等について追跡調査をすることで、生活期における高齢者のリハの目的やゴール設定、ケアに対しても、より質の高いものが提供できるようになるのではないかと考える。また、老健施設でのリハ専門職としての役割を理解し他職種協働での取り組みを重視するとともに、地域に貢献できる老健施設が今後も求められると考える。

V 結 論

当施設に入所された利用者が、3ヵ月後もしくは、退所時には認知症、問題行動、ADL、QOLにおいて有意差を認め、改善傾向を示すことが示唆された。集団での体操やレクリエーションなどの活動が充実し、生活環境がより在宅に近いことが要因となる。更には、リハ専門職のみならず他職種協働での取り組みが必須である。

参考文献

- 1) 武原光志：介護老人保健施設における理学療法、理学療法MOOK10高齢者の理学療法、黒川幸雄、他編集、三輪出版、東京、2002、136-141
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成24年1月推計）、2012
- 3) 横山典子，西島尚彦・他：中高年者における運動教室への参加が運動習慣化個人的要因に影響－個別運動実施プログラムと集団実施運動プログラムの比較－、体力科学、52 (Suppl)：249-258、2003
- 4) 和久美恵、野垣宏・他：認知症高齢者の周辺症状軽減とQOL向上における作業療法の効果、日本認知症ケア学会、648-664、2012
- 5) 金谷さとみ：介護老人保健施設における職場管理、理学療法学、37：497 - 501、2010
- 6) 日野和人：回復期における理学療法（2）、理学療法MOOK10高齢者の理学療法、黒川幸雄、他編集、三輪出版、東京、2002、122-128
- 7) B arnett A、Smith B・et al：Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people：a randomized controlled trial. Age Ageing、32：407-414、2003
- 8) 杉浦令人、櫻井宏明、他：要支援・軽度要介護高齢者に対する集団リズム運動が心身機能にもたらす効果、理学療法科学、25：267-264、2010
- 9) 岡持利恒：通所リハビリテーションにおける理学療法、理学療法MOOK10高齢者の理学療法、黒川幸雄、他編集、三輪出版、東京、2002、156-165

