

短 報



個別・短時間(1～2時間)型通所リハビリテーション への取り組み*

保月智次¹⁾・稲垣広治¹⁾・小久保祥子¹⁾・小倉清孝²⁾

【要 旨】

【目的】当院では平成22年6月に個別・短時間型通所リハビリテーション(以下、リハ)を開設した。その現状と課題について報告する。【サービス概要】サービス提供時間は1時間以上2時間未満。定員は午前と午後各20名。人員配置は医師1名、理学療法士3名、作業療法士0.5名、介護職員5名。健康管理、個別リハ、自主訓練の提供を行い、必要に応じて住宅訪問を行う。【利用状況】平成22年6月から平成23年3月までの契約利用者は98名。平均年齢は72.1歳。平均利用回数は2.2回/週。要介護度区分は、要支援28名、要介護70名。【評価】要介護度、functional independence measure(以下、FIM)、体力測定の改善度、満足度調査アンケートについてそれぞれ検討した。【結果】要介護度では改善14名、悪化10名、維持20名、更新前34名。FIMでは増加35名、減少6名、変化なし39名。体力測定では握力左とFunctional Reach Testに有意な改善がみられた。アンケート結果では個別リハや滞在時間について7割以上が満足と回答していた。比較的若年で軽症の利用者が多い中、リハへの期待は「現状維持」が約4割を占めたが、困難場面として外出を挙げるものが最も多かった。【考察】短時間通所リハは個人の目標を確認しながら社会参加を具体的に支援する役割も重要であると考えた。

キーワード：介護保険、通所リハビリテーション、個別・短時間型

はじめに

介護保険制度がスタートして10年が経過した。これまでに3回の介護報酬改定が行われ、通所でのリハビリテーション(以下、リハ)の提供方法も大きく変化してきている。平成21年の介護報酬改定では、従来、外来リハで対応していたもの

を通所リハに移行させるかたちで、「(1～2時間)の短時間型通所リハ」が新設された¹⁾。それに対応するため、当院では平成22年6月より院内に個別・短時間型通所リハを開設した。その現状と課題について報告する。

施設紹介

当院は愛知県尾張地区に在り、回復期病床を71床、一般病床を44床有する総合病院である。そのほか院内で、居宅支援事業所と訪問看護ステーションを複合的に運営している。同市の人口は約38万人、高齢化率は20.7%である。

サービス概要

当院における個別・短時間型通所リハのサービス概要を紹介する。サービス提供時間は1時間以上2時間未満であり、1クールの定員は20名で午前と午後の2クール制である。職員体制は医師1名(常勤兼務)、理学療法士3名、作業療法士0.5

* Approach to Ambulatory Rehabilitation type individual, short-time (1-2hours)

1) 社会医療法人杏嶺会 尾西記念病院
通所リハビリテーション
(〒494-0018 一宮市富田字宮東1718番地1)
Satoshi Hozuki, RPT, Kouji Inagaki, RPT, Yoshiko Kokubo, RPT: Ambulatory Rehabilitation, Bisai Memorial Hospital

2) 社会医療法人杏嶺会 一宮西病院
リハビリテーション科
Kiyotaka Ogura, RPT: Department of Rehabilitation,
Ichinomiyanishi Hospital

E-mail: bisai-riha@anzu.or.jp

名（医療保険との兼務）、介護職員5名である。

提供サービスは、健康管理、個別リハ、自主訓練プログラム、余暇活動である。また、自宅生活での問題点を具体的に把握するため、必要に応じて住宅訪問を行っている。送迎は範囲限定で対応しており、食事と入浴サービスは行っていない。

サービス利用者

平成22年6月から平成23年3月までの10ヶ月間の契約利用者は98名（男性54名、女性44名）であった。平均年齢は72.1±9.4歳（男性平均70.4±9.7歳、女性平均74.2±8.6歳）。各年代別に分けると、70歳代が47名と最も多く全体の48.0%を占めている。次いで60歳代が26名、80歳代が14名、50歳代が5名、40歳代が3名、90

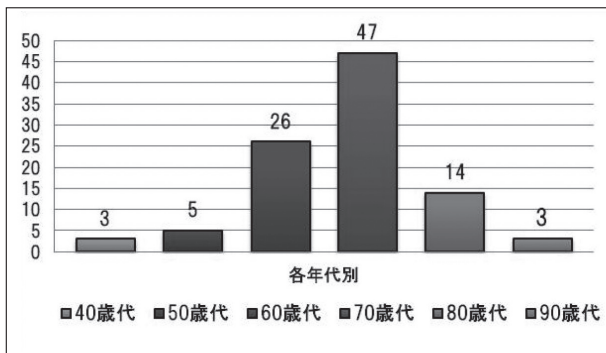


図1. 年代別利用者数 (n=98)

歳代が3名となっている（図1）。

疾患割合では、脳血管疾患が40.8%と最も多く、次いで運動器疾患が27.6%、内科疾患が17.3%、神経難病疾患が8.2%、その他が6.1%と

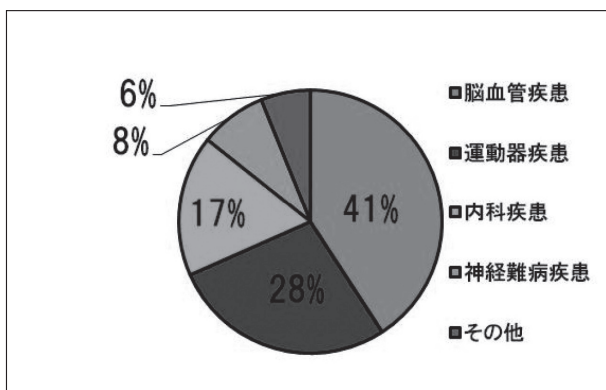


図2. 疾患別比率 (n=98)

なっている（図2）。

利用回数では、利用者全体の平均は2.2±1.0回/週であった。週2回が46名（46.9%）と最も多く、次いで週3回が24名（24.5%）、週1回が22

名（22.5%）、週5回が5名（5.1%）、週4回が1

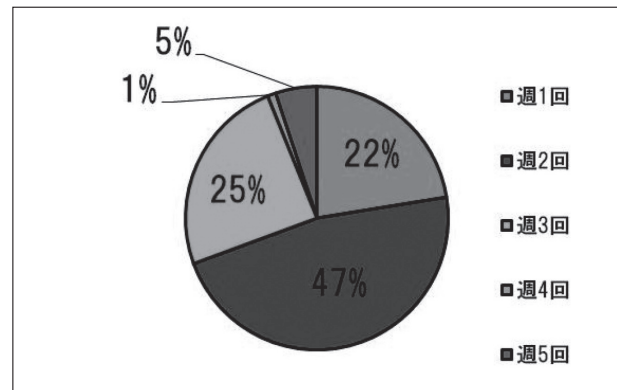


図3. 利用回数別比率 (n=98)

名（1.0%）となっている（図3）。

要介護度区分では、要支援1が15名（15.3%）、要支援2が13名（13.3%）、要介護1が28名（29.6%）、要介護2が23名（23.5%）、要介護3が11名（11.2%）、要介護4が6名（6.1%）、要

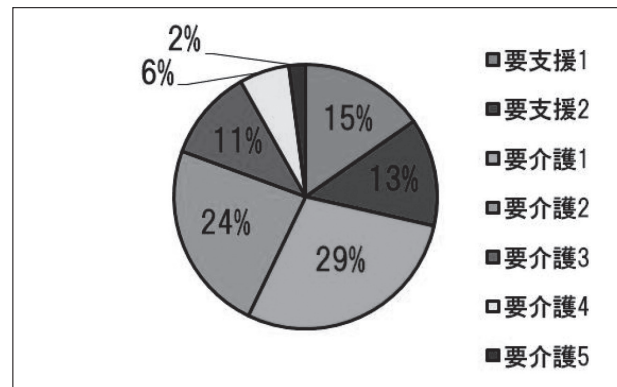


図4. 要介護度別比率 (n=98)

介護5が2名（2.0%）となっている（図4）。

FIMの点数に関しては運動項目合計を50点未満、50～59点、60～69点、70～79点、80点以上の5群に分類した。利用開始時のFIMにおいては50点未満が3名（3.1%）、50～59点が5名（5.1%）、60～69点が11名（11.2%）、70～79点が33名（33.7%）、80点以上が46名（46.9%）となっている（表1）。

当院以外での介護保険サービスの利用状況においては、25名（25.5%）の利用者が通所リハ、訪問リハ、デイサービスのいずれか1つ又は複数を利用していた（表2）。利用前の状況では、在宅からの利用は53名（54.1%）、回復期・入院からの利用は45名（45.9%）であった。送迎対応率は84.6%であった。（ ）内の数字は小数点第二を四捨五入したものである。

表1. FIM (運動項目) 点数合計別比率 (n=98)

合計点数	人数(人)
50点未満	3
50~59点	5
60~69点	11
70~79点	33
80点以上	46

表2. 当院以外の介護保険サービス利用状況

利用サービス	人数(人)
①通所リハ	6
②訪問リハ	3
③デイサービス	11
①と②の併用	1
①と③の併用	1
②と③の併用	3

評価

今回、利用者の身体機能の変化として要介護度の変化、FIM (運動項目) の点数変化、介護予防通所リハにおける体力測定 of 改善度、利用者満足度調査アンケートについてそれぞれ検討した。なお、利用者にはこの研究の趣旨を説明し、口頭にて同意を得た。

1. 要介護度の変化

各利用者の要介護度の変化を利用開始時と平成23年3月時点 (以下、評価終了時) で比較した。

2. FIM (運動項目) の点数変化

全対象者のFIM (運動項目) の点数変化を利用開始時と評価終了時で比較した。また全対象者を増加群、減少群、変化なし群の3群に分類し同様の検討を行った。比較にはMann-WhitneyのU検定を使用し、危険率5%未満を有意とした。

3. 介護予防通所リハにおける体力測定 of 改善度

要支援1又は2の利用者を対象に実施している体力測定について検討を行った。対象者は6ヶ月以上継続して利用している12名 (男性5名、女性7名、平均年齢70.9 ± 10.2歳)。評価項目は握力、膝伸展筋力、開眼片脚立位時間 (以下、片脚

立位)、Functional Reach Test (以下、FR)、Timed Up & Go Test (以下、TUG)、10m最大歩行速度 (以下、最大歩行) の6項目である。膝伸展筋力の測定にはアニマ社製μ TasF-1を用い、座位にて下腿下垂位での等尺性筋力を測定した。全ての評価は各2回測定し、最大値を採用した。初回利用時と6ヶ月後の評価結果を対応のあるT検定にて比較し、危険率5%未満を有意とした。

4. 利用者満足度調査アンケート

当院に対しての満足度調査を独自に作成したアンケートにて実施した。配布期間は平成23年7月とし、対象者は1ヵ月以上継続して利用している利用者89名に手渡しにて配布した。回収率は93.3%であった。

結果

1. 要介護度の変化 (図5)

要介護度の変化では、利用期間中に介護度に変化が認められた利用者は24名であった。うち14名が改善、10名が悪化という結果となった。改善した利用者を要介護度別にみると、要介護1で3名、要介護2で3名、要介護3で3名、要介護4で4名、要介護5で1名であった。悪化した利用者を要介護度別にみると、要支援1で3名、要支援2で2名、要介護1で2名、要介護2で3名であった。要介護度認定調査 (以下、認定調査) を終え、要介護度維持となった利用者が20名、更新前の利用者が34名という結果となった。また、途中で利用終了となった者は20名であった。終了理由としては、基礎疾患の悪化が11名、日常生活に自信がついた者は4名、その他は5名であった。

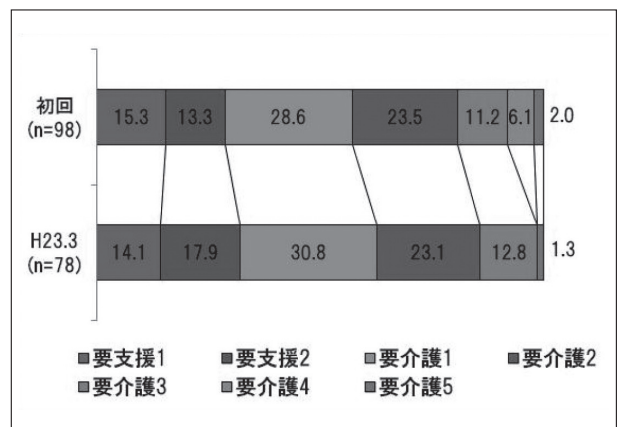


図5. 要介護度の変化 (n=98)

2. FIM（運動項目）の点数変化

FIMの点数変化では、点数増加が35名、減少が6名、変化なしが39名であった。また、18名は利用開始から3ヶ月経過していない者や3ヶ月以内で利用終了となった者の為、FIMの聴取継続が困難であった。全対象者、増加群、減少群、変化なし群の平均値を表3に示す（表3）。利用開始時の比較では、減少群が他の群よりも有意に低値であった。また、各群の利用開始時と評価終了時の比較では有意差は認められなかった（表3）。次に各項目別の平均値を表4に示す（表4）。すべての項目において有意差は認められなかったが、点数増加は階段で18名、浴槽への移乗で10名、歩行で9名、ベッドへの移乗で5名、トイレへの移乗で5名と移乗・移動の項目で多くみられた。点数減少は整容で4名、更衣上半身で4名、食事で3名、排尿コントロールで3名とセルフケア・排泄コントロールの項目で多くみられた。

表3. FIM（運動項目）

	利用開始時	評価終了時	p
全対象者	76.1±10.3	77.0±10.6	0.354
増加群	75.2±11.6	78.1±11.2	0.101
減少群	65.2±4.8	60.7±3.9	0.076
変化なし群	78.4±8.4	78.4±8.5	—

表4. FIM各項目別平均値

	利用開始時	評価終了時	p
食事	6.8±0.5	6.7±0.6	0.556
整容	6.9±0.7	6.6±0.8	0.653
清拭	5.2±1.9	5.2±2.0	0.870
更衣(上)	6.0±1.2	6.0±1.2	0.859
更衣(下)	6.0±1.3	6.0±1.3	0.882
トイレ	6.3±1.0	6.3±1.0	1.000
排尿	6.6±1.1	6.5±1.2	0.655
排便	6.7±1.0	6.6±1.1	0.664
ベッド移乗	6.2±1.0	6.2±0.9	0.832
トイレ移乗	6.1±0.8	6.2±0.8	0.650
浴槽移乗	4.8±1.7	5.0±1.6	0.404
歩行	5.7±1.0	5.9±0.7	0.318
階段	3.2±2.1	3.9±1.9	0.051

3. 介護予防における体力測定の改善度（表5）

各項目の平均値を表5に示す。最大歩行以外は改善傾向を示しており、握力左（ $p=0.02$ ）とFR（ $p=0.008$ ）に有意差を認めた。

表5. 要支援者の体力測定結果

	初回評価	6ヶ月後評価	p
握力右(kg)	19.6±11.0	20.6±11.1	0.167
握力左(kg)	18.0±10.5	19.0±10.0	0.022*
膝伸展筋力右(kg)	18.6±10.9	21.3±12.4	0.181
膝伸展筋力左(kg)	18.2±12.2	19.8±12.5	0.287
片脚立位右(秒)	9.4±11.3	13.9±12.4	0.088
片脚立位左(秒)	5.0±8.2	7.2±10.1	0.227
FR(cm)	24.6±5.0	28.9±5.5	0.008**
TUG(秒)	12.6±4.2	11.3±4.7	0.096
最大歩行(秒)	10.8±3.8	11.7±7.7	0.567

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

4. 満足度調査アンケート（図6）

アンケート結果では、20分間の個別リハには73.5%の利用者が「満足している」と回答されており、滞在時間には74.7%の利用者が「適切である」と回答されていた。リハビリに期待することについては「現状維持」が38.4%であり、現在困っている場面については、「外出」との回答が多かった。また、「個別リハの時間が短い」、「滞在時間が短い」などの不満を示す回答の中には、回復期リハビリテーション病院を退院した後に当院の通所リハを利用開始している利用者の割合が多かった。

考察

利用者状況は70歳未満の利用者が全体の34.7%を占めており、先行調査²⁾での16.7%と比較して若年者の利用が多くみられた。その中で約6割が男性利用者であった。又、要支援1から要介護2までの利用者が全体の80.7%を占め、先行調査²⁾の72.8%に比べ、軽度要介護者が多くみられた（表6）。これらの結果とアンケート結果から、当院の利用者に関しては若い男性や軽度要介護者はレクリエーションや食事・入浴などへのニーズは少なく、短時間での個別リハのみを好む傾向があると思われる。

要介護度の変化では、改善した14名中12名において初回の認定調査を入院期間中に実施してお

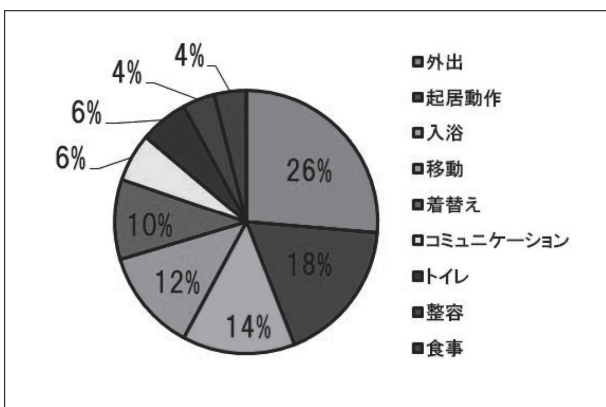
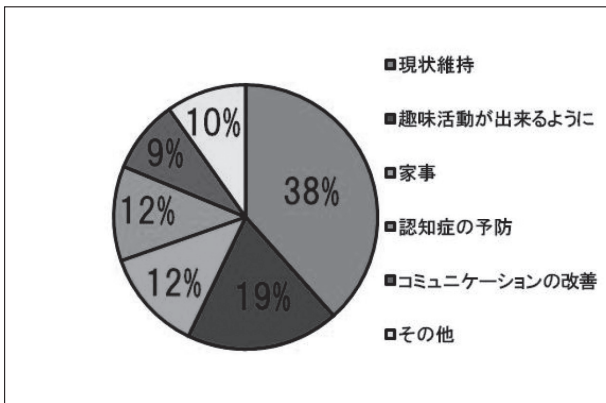
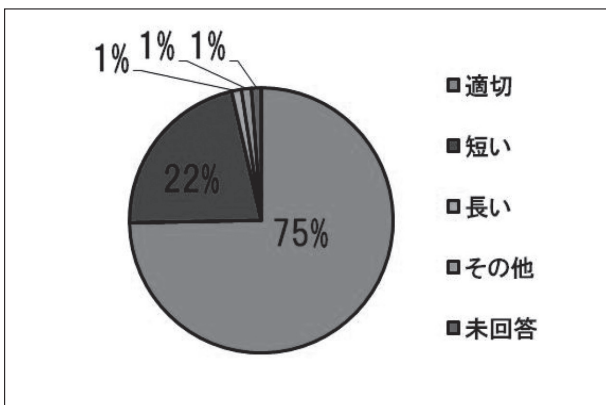
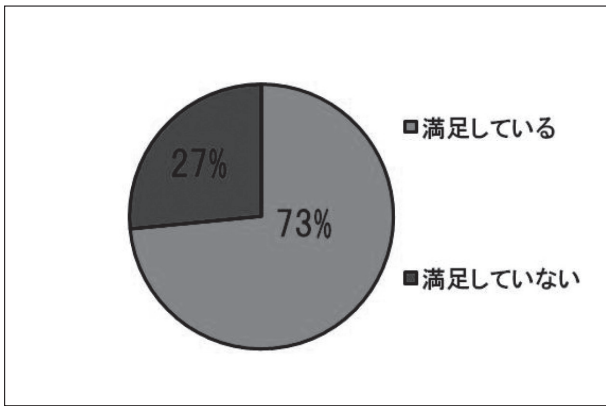


図6. 満足度調査アンケート結果 (n=83)

※上より、個別リハビリ、滞在時間、リハビリに期待すること、現在困っている場面の順に表示。

表6. 先行調査との比較

	当院	全国平均
年齢構成	70歳以上 65.3%	70歳以上 83.3%
	70歳未満 34.7%	70歳未満 16.7%
要介護度	要支援1から要介護2の割合は全体の80.7%	要支援1から要介護2の割合は全体の72.8%
利用回数	46.9%が週2回利用	56.1%が週1回利用

※全国平均には1~2時間以外の通所リハビリも含まれる

り、退院後も1ヶ月以内に当院通所リハを利用開始しているという特徴がみられた。備酒³⁾は、理学療法士は、疾患あるいは障害に対して、早期から回復期、維持期まで関わる職種であり、利用者の生活すべての部分に関わるもので、その専門性は広範に及ぶと報告している。我々の結果においても、発症早期から継続的にリハビリ専門職が関わりを持つことができたことが要介護度の改善に繋がったと思われる。また、悪化した10名はすべて軽度要介護者であり、その中で7名は要介護状態になる原因となった疾患を発症してから2年以上経過して、当院の通所リハを利用しているという特徴がみられた。福岡ら⁴⁾は、日常生活動作能力や要介護度は加齢とともに悪化する傾向があり、軽度要介護者では悪化の段階が多く、重度者よりも悪化しやすいと報告している。我々の結果においても、身体機能の大きな改善は期待できない状態で、加齢による日常生活動作能力の低下が要介護度の悪化に繋がったと思われる。

FIMの点数変化では、減少した利用者6名すべてにおいて初回利用時のFIMが70点以下であった。石川ら⁵⁾は、FIM運動項目80点以上では、屋内ADLが自立しており、生活動作を困難なく繰り返すことができ、ADLは低下し難く、70点未満の患者では介助量が多いためFIMの向上は難しいと報告している。また小嶋ら⁶⁾は、各項目の変化として整容、更衣上半身、清拭といったセルフケア項目に有意な低下がみられたと報告している。我々の調査においても同等の結果が得られているが、これは理学療法士が提供する自主訓練が下肢筋力強化やバランス訓練を中心としていることや、病院内での階段昇降訓練を積極的に取り入れていることが移乗・移動の点数増加に繋がったと考えられる。又、食事や入浴のサービスを実施していないことで、動作能力の把握が不十分となり、セルフケアや排泄コントロールの点数減少に

繋がったと考えられる。要介護度が改善した14名の中で、FIMの点数も増加した利用者は7名のみであることや、点数減少はすべて70点以下の利用者であることを考えると、自宅の生活環境を十分に把握し、訓練プログラムを組み立てて対応していくことが必要と思われる。

運動機能向上効果として、橋立⁷⁾は、要支援高齢者51名を対象に3ヶ月間、1～2日/週、90分/日での個別運動と集団運動の組み合わせにより、片脚立位、FR、TUG、歩行速度の成績が有意に向上したと報告している。我々も要支援利用者に対しては、従来的に行われてきた集団で同じ体操を実施する方法ではなく、個別リハに加えて個別性の高い自主訓練プログラムを提供することで、先行研究と同等の結果を得ることができている。また、橋立⁷⁾は、個別運動に集団運動を組み合わせることにより、着実な運動量・活動量を確保しやすい上、運動プログラムに対する意欲、動機付け、達成感、楽しさの向上が運動習慣の形成に役立つ利点があると述べている。当院でも休憩場所として談話室を設けているが、滞在時間中に休憩している利用者は少なく、「あの人も頑張っているから私も運動しなければ」という良い雰囲気運動量・活動量の向上に繋がっていると思われる（図7）。



図7. 利用者の自主訓練

今後の課題

比較的若年で軽症の利用者が多い中、リハビリへの期待は「現状維持」が約4割を占めたが、現在困っている場面として外出を挙げるものが最も多かった。よって短時間型通所リハでは、短時間

でリハビリをすること自体が目標となることなく、個人の目標や生活環境を確認しながら社会参加を具体的に支援する役割も重要であると考えられる。また、今回基礎疾患の悪化を理由に利用終了となった者が11名という結果となっているが、11名中6名は利用開始2ヶ月以内に入院されている。今後は、新規契約時点での情報収集や利用者の変化を見逃さないよう観察を十分に行い、リスク管理を厳密に実施していく必要がある。

平成24年の介護報酬改定では、新たに個別リハビリテーション加算が追加され、なおかつ1日に複数回の算定が可能となった⁸⁾。医療保険化での入院日数が短縮されている中、発症後間もない利用者の短時間型通所リハへの利用希望は高まることが考えられる。今までの維持期のリハビリは能力を維持できれば十分という考え方ではなく、短時間でより効果的なリハビリを実施し、機能回復や身体能力の向上を目標にして取り組んでいくことが必要である。

【参考文献】

- 1) http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/fukusijinzhai_kakuho02/dl/04.pdf#search=平成21年介護報酬改定の概要%20厚生労働省'
- 2) 平成21年度介護報酬改定研究委員会：平成21年度介護報酬改定に伴うリハビリテーションの提供状況（通所・訪問・入所）と利用者への効果に関する研究。2011，pp 14 - 30
- 3) 備酒伸彦：維持期理学療法との連携のあり方と課題。理学療法。2007；24（10）：1342 - 1346
- 4) 福間美紀，塩飽邦憲：介護保険制度発足後の居宅要介護者の要介護度変化。日農医誌。2010；58（5）：516 - 525
- 5) 石川敦子，秋本基巳子・他：脳血管障害患者における退院後ADLの変化要因—機能的自立度評価法（FIM）を用いて。総合リハビリテーション。1997；25（3）：249 - 252
- 6) 小寫健一，坂本浩・他：脳卒中患者の退院後のADLについて。作業療法。1999；18（suppl）：383 - 383
- 7) 橋立博幸：通所サービスにおける介護予防の効果。PTジャーナル。2011；45（2）：125 - 133
- 8) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002113p-att/2r98520000021163.pdf#search=> b平成24年介護報酬改定'