

長期間継続して訪問リハビリテーション を行うことの意義と問題点

(医)らぽーる新潟 ゆきよしクリニック

理学療法士 島田 悟

理学療法士 山田 尚子

はじめに

当院は介護保険施行と同時に訪問リハビリテーション(以下訪問リハビリ)を開始した。訪問リハビリの継続・終了については議論の分かれるところであるが、今回長期間に渡って訪問リハビリを継続している脳血管障害の事例を通してその意義と問題点について検討する。

事例1

脳出血 右片麻痺 73歳 男性 独居(独身)

2001年8月発症 急性期病院入院

2002年2月回復期リハビリ病院へ転院

2002年7月下旬退院し在宅生活開始

2002年8月下旬から訪問リハビリ開始し
(週1回)現在に至る

介護度の変化

訪問リハ開始時

(2002年8月)

要介護1

2003年7月

要介護1

2007年12月

要支援2

2010年6月

要支援1となったが、その後区分変更申請を行い
要支援2に戻っている

現在のサービス利用状況

週3回(火・木・土) 訪問介護(生活援助1時間)

週2回(月・金) 有料ボランティアによる家事援助
(介護保険外のサービス)

週1回(木) 訪問リハビリ

独居による将来の不安、障害の受容困難
近辺に通所リハ施設がないといった要因に
より、介護度は軽減しているにも関わらず
訪問リハビリを継続している

事例2

脳梗塞 右片麻痺 65歳 女性 夫と2人暮らし

2007年8月発症し入院

10月回復期リハビリテーション病床へ

2008年2月17日退院し在宅生活開始

2008年2月19日訪問リハビリ開始し(週2回)

現在に至る

介護度の変化

2008年2月（訪問リハ開始時）	要介護1
2008年8月	要支援2
2009年2月	要支援2
2010年2月	要支援2

現在のサービス利用状況

週2回(月・木) 訪問介護(入浴介助)

週2回(火・水) 訪問リハビリ

脳梗塞発症前から長年に渡り自律神経失調症・うつ傾向あり。退院後訪問リハビリ、訪問介護を導入し、その後通所介護も利用開始したが、疲労困憊と認知症利用者に対する拒否反応から利用中止となる。その一方で将来に対する不安感が強く、訪問リハビリを継続している。

考察

この2つの事例での訪問リハビリの意義と問題点

- 意義
- ・通所リハビリに代わっての現状機能維持
 - ・社会的閉じこもりの防止
 - ・精神心理面でのサポート

- 問題点
- ・訪問リハビリの目的の不明確化(漠然化)
 - ・内容のマンネリ・訓練化
 - ・利用者・家族の自己満足に陥りやすい
 - ・担当セラピストの精神的負担の増大
 - ・担当セラピストの利用者に対する見方が固定的になってしまい易い

終わりに

独居や精神的な不安感が強く、通所系サービスを利用されていない利用者の場合、訪問リハビリを長期間継続して行う意義はあると思われる。その一方で担当セラピストの訪問リハ内容のマンネリ化、精神的な負担の増大利用者に対して固定観念を持ってしまい易いといった問題点が生じやすい。これらの問題点に対処する方法として定期的に担当セラピストを変更することは有効と思われる。