

◎地域リハビリテーション, 在宅支援

座長 浜村 明徳

2-P1-107 地域リハビリテーション支援体制整備推進事業の全国調査

¹長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻, ²葛城病院リハビリテーション科, ³小倉リハビリテーション病院,
⁴公立みつぎ総合病院リハビリテーション科, ⁵兵庫県立西播磨総合リハセンター西播磨病院, ⁶熊本機能病院
 松坂 誠應¹, 橋本 務², 浜村 明徳³, 林 拓男⁴, 藤田 久夫⁵, 米満 弘之⁶

【目的】地域リハビリテーション(以下, リハ)支援体制整備事業によって設置された全国の都道府県リハ支援センター(リハ支援センター)と地域リハ広域支援センター(広域支援センター)の実態調査から効果的効率的支援を検討する。【対象・方法】全国のリハ支援センター(31 か所)と広域支援センター(278 か所)スタッフにアンケートを行った。その内容は支援内容・方法, 関係機関との連携, 活動の課題等である。調査票の送付・回収は郵送で行い, 調査期間は平成17年9月から12月であった。【結果】リハ支援センター(回収率90%)の主な支援は「研修会」(96%), 「圏域での技術指導・講師派遣」(70%)であった。活動の課題として「マンパワー不足」(81%), 「予算不足」(62%)があり, 多くの場合, 計画的・戦略的支援でなかった。広域支援センター(回収率73%)の主な支援は「研修会」(94%), 「技術支援・指導」(85%)であり, これらはニーズに適った比較的良好な活動であった。「マンパワー不足」(70%), 「予算不足」(59%)の問題があったが, 計画的・戦略的支援でなかった。二次圏域の共通ニーズとして介護予防への支援があった。保健所や市町村との連携が良好な広域支援センターでは活動が良好であり, 「一緒に事業を実施」することで保健所や市町村との連携が進んでいた。【結論】効果的効率的支援には, リハ支援センターは活動マニュアルを用い, 広域支援センターは保健所・市町村と協力し介護予防を中心に取り組むべきである。

2-P1-108 大阪府地域リハビリテーション推進事業

¹住友病院整形外科, ²大阪労災病院リハビリテーション科
 大澤 傑¹, 平林 伸治²

地域リハビリテーション(リハ)推進事業は厚生労働省の指導により平成12年度より全国的に開始された。これらは各二次医療圏に一つの地域支援センターを設け全体の統括として広域支援センターがあたるものである。当科が地域支援センターとして指名された。その役割は保健所との連携のもとに医学的リハの充実を図るとともに地域の特徴に合わせた堺市のリハサービスの支援調整し, 地域のリハ資源の調査, リハ実施機関への支援指導助言リハ施設の従事者への援助研修, 保健・医療・福祉の連携市民からの相談対応などである。堺市においては堺市健康増進課を事務局とし, 堺市保健医療協議会下部の医療部会に属する地域リハ小委員会が堺市地域リハ連絡協議会となり, その作業部会として世話人会をおいた。世話人会の構成員はすべての専門職種を網羅し運動の中心的役割を担うものとした。まず目標を障害者や高齢者が住み慣れた地域でイキイキと生活できるように適切なリハを継続的に受けることができるシステムを確立することとし, 特に在宅でのリハをターゲットとして支援することとした。世話人会の活動方針は1. 症例検討会の開催, 2. 研修会の開催, 3. ITを利用しHPの設置およびメーリングリストによるリハに関する情報交換, 4. 市民相談窓口, 5. 堺市地域リハ施設連絡会(病院部会, 老健部会), 6. 待機情報配信(回復期, 老健), 7. 持ち回り研修会, 8. 連携パスの運用(大腿骨頸部骨折)と広がっていった。以上, 人的資金の問題が存在するものの徐々に形をなしていった。

2-P1-109 静岡県東部身体障害者更生相談における車椅子処方の現状

¹農協共済中伊豆リハビリテーションセンターリハビリテーション科, ²東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座
 殷 祥洙¹, 宮野 佐年², 安保 雅博²

【目的】静岡県東部身体障害者更生相談所で扱われた車椅子処方の現状を, 平成18年10月1日より本格的に施行された障害者自立支援法(自立支援法)前後の処方状況の変化とともに報告する。【方法】対象は平成17年11月から平成18年12月の間に同相談所で車椅子を交付された143名(男性65名, 女性77名)である。対象者の原傷病名, 現症, 処方名, 既製車での対応, 在宅療養か施設療養か, などを補装具交付・修理に関する意見書および付随する書類より集計し検討した。【結果】年齢は全体で59±19SD歳であり, 施行前後での変化はなかった。原傷病名は脳血管障害, 脳性麻痺が多数であったが, 前者が減少傾向であった。片麻痺・普通型車椅子に対し, 四肢麻痺・リクライニング手押し型車椅子の比率の増加が見られた。既製車での対応が不可な件数が施行後減少傾向であった。また老健施設入所者の処方が多数を占めた。【考察】ほぼすべての処方が介護保険では対応できない事例であった。主な理由として施設入所中で車椅子レンタルが不可能, サイズ不適合によりオーダーメイドを必要とすることが挙げられた。自己負担金増加のためか既製車での対応が増加傾向であり, 自立支援法の施行が障害者の経済状況に強く影響を与えていることが明らかになった。対象者の障害像は重症化の傾向があるため, 各メーカーはさらに細かなニーズに対応可能な既製車の開発を行うべきであるが, 最も重要なのは我々が妥当であると納得できる法体系の整備と行政の支援である。