

厚生省科学研究費補助金（長寿科学研究事業）

報告書

地域リハビリテーション・システムに関する研究

主任研究者	伊藤利之	横浜市総合リハビリテーションセンター長
分担研究者	浜村明德	医療法人共和会南小倉病院長
	林 拓男	公立みつぎ総合病院整形外科部長
	三宅 誼	医療法人社団三草会理事長
	高岡 徹	国立長寿医療研究センター研究員

— 平成 10 年度報告書 —

地域リハビリテーション・システムに関する研究

主任研究者 伊藤 利之 横浜市総合リハビリテーションセンター長

公的介護保険制度の導入を前に、より効果的・効率的な地域リハビリテーション・システムの構築が強く求められている。そこで、県、大都市、小都市、民間医療機関を中心としたシステムの先進例をモデルに各システムの有用性について検証した。また、地域・在宅生活を支える看護・介護の活動とリハビリテーションとの関係について検討、その連携の在り方と今後の課題を明らかにした。

○伊藤 利之 (横浜市総合リハセンター長)
浜村 明德 (医療法人共和会南小倉病院長)
林 拓男 (公立みつぎ総合病院整形外科部長)
三宅 諠 (医療法人社団三草会理事長)
高岡 徹 (国立長寿医療研究センター研究員)

A. 研究目的

高齢者や高齢障害者が住み慣れた地域社会で生活したいというニーズに応えるには、その基本的な生活を保障したうえで、社会参加を実現する総合的なサービス・システムが必要である。しかし、わが国の現状はサービス・チームやシステムの欠如により単発かつ部分的なサービスにとどまっている例が多く、看護や介護を含む総合的ケアの在り方が問われている。とりわけ、公的介護保険制度の導入を前に、多くの訪問看護ステーションや在宅介護支援センターが活動をはじめているが、いずれも障害のある人達の生活スタイルを再構築するリハビリテーションに介入し、その自立を積極的に支援するには至っていない。そこで本研究では、県、大都市、小都市、民間医療機関を単位としたシステムの先進例をモデルに、各種のリハビリテーション・サービスを

より効率的・効果的に提供する具体的な方法について検証する。

今年度は本研究計画の2年目として、各単位別に、それぞれのモデルシステムの有用性について検証するとともに、地域ケアにおける看護・介護の活動とリハビリテーションとの関係について検討し、その連携の在り方や今後の課題を明らかにする。

B. 研究方法

県、大都市、小都市、民間医療機関を単位とした各地域のリハビリテーション・システムにおいて、すでにサービスが行われている在宅高齢障害者を対象に聞き取り調査を行ない、それぞれのモデルシステムが有効に機能しているか否かについて検討した。また、地域リハビリテーション・システムにおける看護・介護の役割については、分担研究者の協力を得て、各地域の訪問看護ステーションやホームヘルプ実施機関などで活動している職員にアンケート調査を実施した。

調査対象数は、長崎県：100人、横浜市：104人、御調町：225人、医療法人社団三草会クラーク病院：102人のほか、看護・介護の役割に関

するアンケート：209人である。

調査内容は、モデルシステムの検証については、医学的リハビリテーションの経験の有無、その内容と成果、在宅リハビリテーションの適応と効果など、それぞれのシステムに合わせて種々工夫した。また看護・介護の役割については、実際に行っている業務内容、他機関との連携の現状と今後の希望、リハビリテーション概念の理解などとした。

C. 研究結果

1) 各単位別モデルシステムの検証

【県域におけるシステム】

一般に県単位のシステムは、小都市モデルの集合体とその間隙にある郡部のシステムに分けることができる。今回は、小都市モデルの検証については他の分担研究者が行っていることから、とくにリハビリテーションや福祉資源の乏しい長崎県の郡部5町を対象にシステムの在り方を検討した。その結果、発症が明らかな脳卒中などでは何らかの形で医学的リハビリテーション・サービスにつながっていたが、骨関節疾患などではリハビリテーションを受けずに在宅ケアへ移行することも少なくなかった。また、いずれの場合もその後の地域ケアの担い手は主に保健婦に依存しており、在宅サービスの不適切な導入も多々見受けられた。福祉サービスについては、ホームヘルプ、デイサービス、福祉施設などが不足しており、サービス量を問題とせざるを得なかったが、福祉用具の提供や住宅改修については不適切なことが多く、この点については医療機関におけるリハビリテーションの在り方にも課題があると思われた。

【大都市におけるシステム】

横浜市における地域リハビリテーション・システムでは、窓口である福祉事務所は一次スクリーニング機関としても概ね有効に機能していた。しかし、介護保険の導入によりその直接的な担い手になるであろう訪問看護ステーションとの連携では、154人中在宅リハビリテーションの利用者数はわずか11人と少なく、連携の不十分さが浮き彫りになった。ただし、看護担当者が在宅リハビリテーションを依頼したいと希望している利用者は37人おり、その具体的な要望は、自分たちが実施している関節可動域訓練や起居動作訓練などが適切であるか否かの評価、具体的な実施方法の指導、定期的な訓練プログラムのチェック、身体機能評価に基づくケアプラン立案の援助などであった。

【小都市におけるシステム】

御調町の地域リハビリテーション・システムの特徴は、病院と保健・福祉行政との一体的運営ができていることであり、その管轄する人口からみても全ての町民を直接的に診ることが可能である。そのため、ケア担当者会議はすべての要介護・支援者を対象として、リハビリテーション専門職を含む在宅サービスに関与する町内の全てのスタッフ・機関が参加する会議として位置づけられ、チームとして対象者の生活障害を総合的に評価していることから、適切なサービスの提供につなげる基盤となっている。現在ではスタッフの能力向上に伴い、現場レベルで対応できる対象者は協議のみとして合議による検討を省略しているが、概ね問題はなく、システムは有効に機能していた。ただし、御調町のシステムをすべての小都市に拡大しようとする、(1) マンパワー

の確保、(2)関係者の地域リハビリテーションへの理解、(3)地域リハビリテーションの適応基準の設定、(4)サービス利用者の意識、(5)費用便益の問題などの打開策が必要であると思われた。

【民間医療機関を中心としたシステム】

医療法人社団三草会クラーク病院在宅支援事業部を中心とした地域リハビリテーション・システムでは、退院から地域リハビリテーションへの移行はスムーズに行われていた。しかし、退院前プランと地域でのプラン、介護支援専門員の資格を有する看護・介護職によるプランと現行のプランとを比較検討した結果、前者の一致率は約60%、後者では比較的良好な一致が得られた。なお、退院前プランと地域プランとの比較では、導入された福祉用具や福祉サービス、家屋改修などについて大きな問題はなかったが、精神・心理面や介護に関するプランに問題が認められており、地域リハビリテーションにおいては退院前プランだけでは不十分さが残ることが確認された。また、医療法人としての制約から福祉施設との連携強化、居住地が遠隔地の場合の対応などが課題としてあげられた。

2) 看護・介護サービスの役割

訪問看護ステーションでは多くの事業を実施しており、とくに医学的知識に基づいた病状観察や健康管理、介護指導などは主に看護職に期待されていた。一方、家事援助はホームヘルパーなどの介護職が担っていたが、サービス量の不足から未だ明確な役割分担ができていない状況もうかがえた。ちなみに、リハビリテーションの概念理解についてはあいまいで、リハビリテーション専門機関との連携希望は強いものの、実際場面におけるリ

ハビリテーションの適応やサービス内容について不適切さが見受けられた。

D. 考察

今回の研究では、県、大都市、小都市、民間医療機関を単位とした地域リハビリテーション活動の先進的なシステムをモデルに、その有用性を検証した結果、概ね現行システムの有用性が認められた。しかし、今後は介護保険制度の導入と社会福祉事業の大きな変革が予定されていることから、地域・在宅ケアのニーズは益々拡大するものと思われ、それぞれのシステムにおいて以下に述べるような課題が認められた。

県域における問題は、とりわけ保健・福祉のサービス量が絶対的に不足している郡部の対策をどうするかという点にある。今後は、県単位のリハビリテーション支援センターによる県内小都市に対する後方支援的サービス（関係職種の研修など）にとどまらず、郡部に対する直接的な技術援助や人的援助のシステムについて具体化する必要がある（図1）。

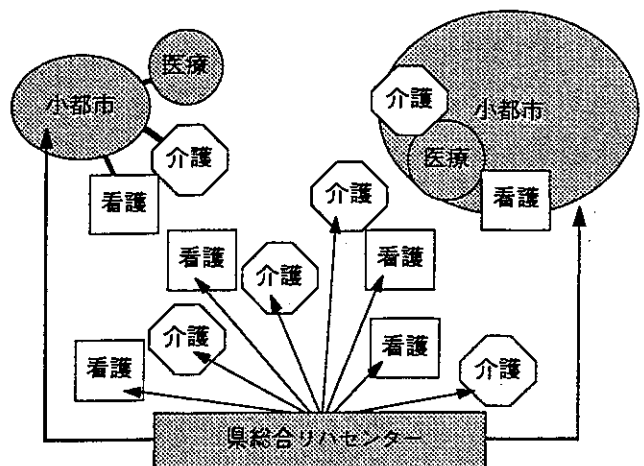


図1) 県域のシステム

大都市における問題は、人口密度が高いことからその量的ニーズにどう対応するか、と

りわけ一定の質を保ちつつ、より効率的な地域リハビリテーション・サービスを展開するにはどうすればよいかという点にある。その解決方法としては、方面別に地域リハビリテーション支援センターを設置し、地域・在宅ケアの第一線で活動している訪問看護ステーションや在宅介護支援センターとの連携を強化、リハビリテーションの立場から後方支援できるシステムを構築することである(図2)。

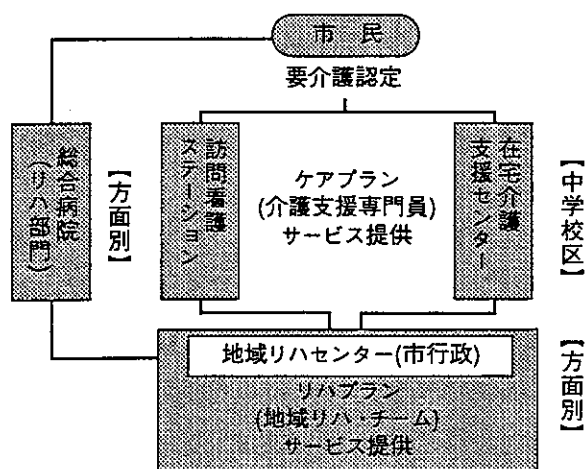


図2) 大都市のシステム

小都市における問題は、果たして御調町モデルを地方都市に拡大できるかという点にある。大都市とは異なり財政的基盤も弱く、リハビリテーション専門職などの人材確保も困難なことが予想されるため、たとえ行政や住民の理解や関心が高くても解決できない課題が残るであろう。したがって、その解決には国や県行政のバックアップが不可欠であり、リハビリテーション専門職をはじめとする関係職員の養成と配置が緊急焦眉の課題である(図3)。

民間医療機関を中心としたシステムの問題は、福祉系サービスとの連携が不十分になりがちなことと、退院者の

居住地が遠隔地にある場合の地域サービスが困難な点にある。その解決には市町村や県行政からの委託事業などを受け福祉系施設を自ら運営する方法もあるが、実際の地域リハビリテーション活動をとおして現場での協力関係を築き、連携を強化することも重要な課題である。そのためにはリハビリテーション専門技術の提供や人材派遣が必要かと思われるが、それだけの財政基盤があるか否かがポイントになる(図4)。

看護・介護サービスに関する問題は、地域・在宅ケアを担う看護職や介護職の地域リハビリテーションに関する理解が不足していることである。図5に示したように、地域リハビリテーションの概念は障害のある生活をイメージし、生活スタイルの再構築をはかることにある。その目標はあくまでも自立生活にあるが、この場合、自立生活とは看護や介護の介入を含めて考えるべきであり、看護や介護職はリハビリテーションと自立生活の両者にまたがってサービスを提供することになる。したがって、両者の区別を明確にして活動することが重要と思われるが、実際のサービス内容は同様のものになることから、しばしば混乱

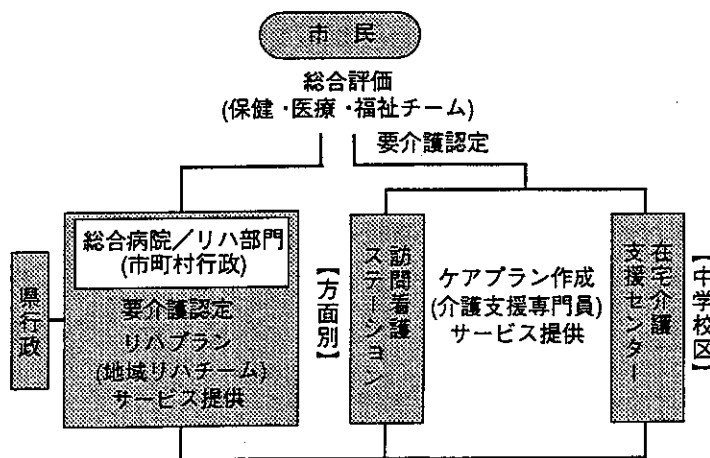


図3) 小都市のシステム

を生じているのが実状である。これらの点を含め、地域リハビリテーション支援センターのような専門機関の後方支援体制を整備することが、リハビリテーションの立場からみても地域における看護・介護サービスを有効なものにする鍵となろう。

E. 結論

地域・在宅ケアの充実には地域リハビリテーションのサービスが必要不可欠である。その提供については、一定の地域を単位としたリハビリテーション支援センターを配置、訪問看護ステーションや在宅介護支援センターなどの第一線のサービス機関を後方から支援するシステムが有効であることを検証した。しかし、これらのモデルシステムを各地に拡大するためには、リハビリテーション専門職などの人材養成や県・市町村行政によるリハビリテーション支援センターの設置が不可欠である。また、関係者の地域リハビリテーションへの理解やその適応基準の作成、費用便益の問題などについても解決されなければならないであろう。

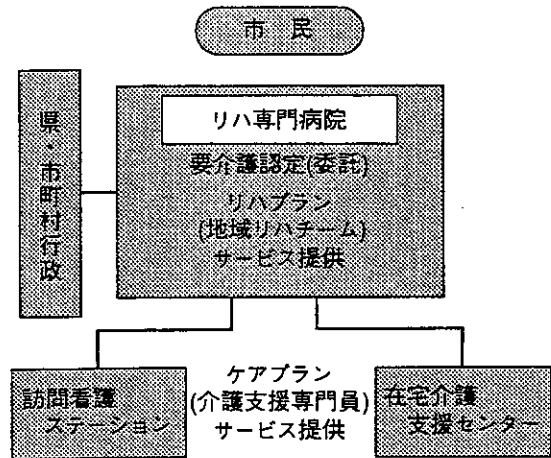


図4) 医療機関を中心としたシステム

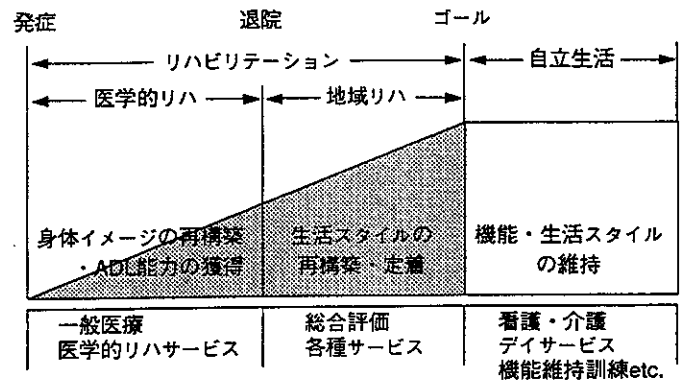


図5) リハビリテーションの概念図

厚生省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

県域における地域リハ・システムの類型化と今後の課題

－ 郡部を中心に －

分担研究者 浜村明德：南小倉病院 病院長

研究要旨 リハビリテーション資源の乏しい郡部のリハビリテーション医療やケアに関するニーズ調査を実施することにより県域における地域リハビリテーション・システムの検討を行なった。対象を隣接する5町の保健婦が把握する100名の障害をもつ高齢者とし、個人記録をもとに保健婦への聞き取り調査をおこなった。結果、在宅生活までを考慮したリハビリテーション医療のあり方や情報提供などの地域との連携に関する問題が指摘される一方、在宅リハビリテーションサービスでは訪問・外来リハビリテーション、デイケアへのニーズが高かく、リハビリテーション専門職への期待として住環境の評価や整備、訪問リハビリテーション、評価や身体機能を含めた生活の今後の予測が指摘された。急性期・回復期・維持期リハビリテーションの実施が不十分な郡部においてはその充実を含めた地域リハビリテーション・システムの構築を考える必要があるが、現在、これらのリハビリテーション資源の乏しい郡部では保健・福祉行政を中心としたケアチームが存在し情報把握やケアマネジメントにおいて最小限の連携機能を果たしていることがわかった。一次医療圏域でのチーム育成とそのネットワークの発展が県域における地域リハビリテーション・システムの発展のキーワードとなることが推察された。

A. 研究目的

公的介護保険導入を前に、地域リハビリテーション（以下、リハ）支援センター構想を核とした維持期リハビリテーション体制の整備が検討されている。多くの社会資源を持つ地域はサービス拠点が多いという意味で、地域リハ推進システム構築の1つの条件が揃っている。しかし、郡部を中心とするリハ資源に乏しい地域では、直接援助サービスの充実を図りながらシステム構築を目指さざるを得ず困難も多い。

そこで、郡部におけるリハ医療やケアに関するニーズ調査を通して、社会資源の乏しい地域における地域リハ・システム体制のあり方について検討したので報告する。

B. 研究対象と方法

我々が「長崎県地域リハ推進事業」等にて約10年間かかわりを持っていた郡部で、隣接する5町の在宅障害者100名を対象に、リハ経験の有無、対象者把握経路、把握前後の在宅サービスや住宅改修、福祉用具の導入とその適否、リハ専門職の関与などに関する聞き取り調査を行ない、それぞれの項目を

リハ経験の有無に分けリハニーズを検討した。

対象者は、新規に保健婦が把握しケアマネジメントしたケースを、平成10年10月よりさかのぼり各町20名抽出した。なお、聞き取り調査では保健婦が記載したケースの個人記録も参考とした。

表1のように、対象地域5町の総人口数は約30,960人、65才以上の高齢化率は平均21.2%。地域のリハ機能を持つ医療施設は2ヶ所（理学療法Ⅱの病院、診療所）、デイケア（診療所）1ヶ所である。近隣には指令指定市があり、リハ機能を持つ病院17ヶ所（総合リハ施設1ヶ所、16ヶ所は理学・作業Ⅱまたは理学Ⅱ）、デイケア5ヶ所、訪問看護ステーション3ヶ所が存在する。しかし、対象地域からは車で片道0.5～1時間を要する。一方、福祉サービスとしては、各町ともショートステイ機能を有する特別または養護老人ホーム、BまたはC型デイサービスがあるものの、在宅介護支援センターを持つ町は1町である。また、いずれの町でも保健婦を中心としたケア・チームが活動している。

表1 対象地域の医療・保健・福祉状況

(5町:人口 30,960人 高齢化率 21.2%)

	A町	B町	C町	D町	E町
人口	6,387	7,553	5,970	4,387	6,663
高齢化率	20.2%	17.9%	21.6%	26%	22.1%
リハ機能あり/病院	0	0	0	1/1	0/2
リハ機能あり/診療所	1/4	0/3	0/4	0/1	0/3
老人保健施設	0	0	0	0	0
在宅介護支援センター	1	0	0	0	0
特養老人ホーム	1	1	0	1	1
養護老人ホーム	0	0	1	1	0
デイケア	1	0	0	0	0
デイサービス	B・C	B	B	C	C
機能訓練事業	A	A	A	A-B	A
ケアチーム	あり	あり	あり	あり	あり

C. 研究結果

1. リハ経験の有無、平均年齢 (表2)、基礎疾患 (図1)

リハ経験がないものは23名、あるものは77名であった。リハありは、近隣する市の総合リハ承認施設と対象地域にある理学療法Ⅱの病院に集中していたが、前者における入院・外来リハが大半を占めていた。

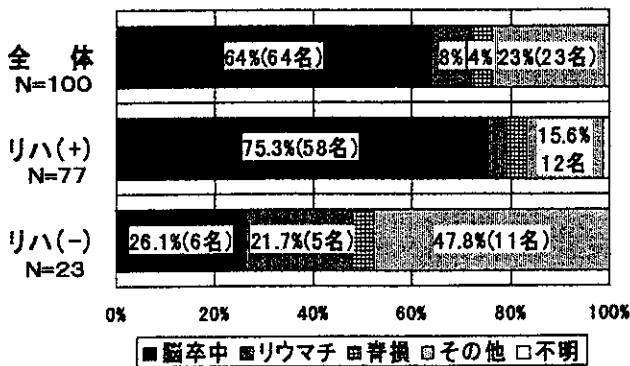
また、対象者100名の平均年齢は71.6歳で、リハ経験なしが77.1歳、ありが70.0歳であった。

基礎疾患は、全体では脳卒中が64%で最も多かった。リハなしでは骨関節疾患を中心とするその他の疾患が47.8%、脳卒中26.1%、リハありでは脳卒中75.3%、その他の疾患15.6%となっていた。

表2 対象(N=100)

	人数	平均年齢
全体	100名	71.6才
リハ経験あり	77名	70.0才
リハ経験なし	23名	77.1才

図1 基礎疾患



2. 障害の発生から把握までの期間 (図2)、把握

経路 (図3)

保健婦がケースを把握するまでの平均期間は、リハなし (不明9名、対象14名) 64.6ヶ月 (1ヶ月~20年)、リハあり (不明が7名、対象70名) 29.1ヶ月 (1ヶ月~30年) であった。リハなしでは、発生より1年以後に把握されたものが約4割、リハありでは、3ヶ月以内24.6%、4~6ヶ月以内22.1%と、リハありが比較的早期に把握されたものが多い傾向にあった。

把握経路を社会福祉協議会やデイサービスセンターなどの地域福祉機関、保健福祉行政、診療所・病院・老人保健施設などの医療機関、住民や家族・対象者自身などのその他に分類し比較した。

全体では、その他36%と最も多く、リハなしでは、地域福祉機関からの把握が52.2%、その他が30.4%、医療機関からの情報提供は皆無であった。リハありではその他が37.7%、医療機関が31.1%であった。

図2 把握期間の内訳

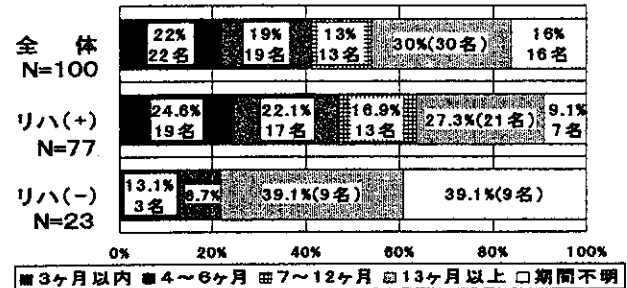
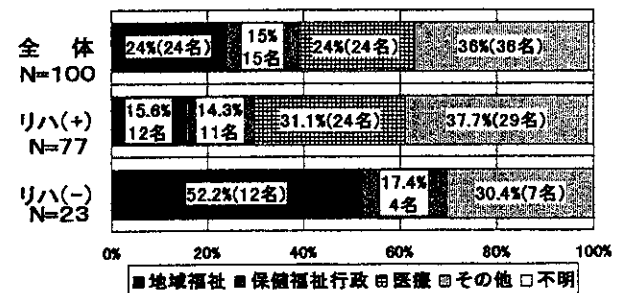


図3 把握経路



3. 在宅サービス導入状況 (図4、図5、図6)

在宅サービスの導入状況を保健婦による把握の前後に分け比較した。何らかの在宅サービスが把握前に提供されていたもの42名(42%)、把握後57名(57%)で、調査時点では99名(99%)にサービスが導入されていた。リハの有無で比較しても両者は同

様の傾向にあった。

把握前の在宅サービス導入に関し、保健婦が適切と判断したものは19名(19%)、67名(67%)は不適切さを指摘していた。不適切さの大半の理由は必要なサービスが導入されていない、不足しているというものであった。なお、該当せずは、把握時入院中であつたり発症直後でサービス導入時期にはなかつたものである。また、該当せずを除いたリハの有無で比較すると、適否に差は認めなかつた。

把握後の適否では、適切であると判断したものが41名(41%)と増えるが、不適切・問題ありも57名(57%)おり、サービスの不足や対象者のニーズにあったサービスが地域内にないということが主要因としてあげられていた。ここでの該当せずは、導入前より適切なサービスが提供されていたものである。

そこで、把握後のサービス導入の適否も踏まえ、医療・福祉・保健サービスごとに導入状況などを分析した。

図4 サービス導入状況

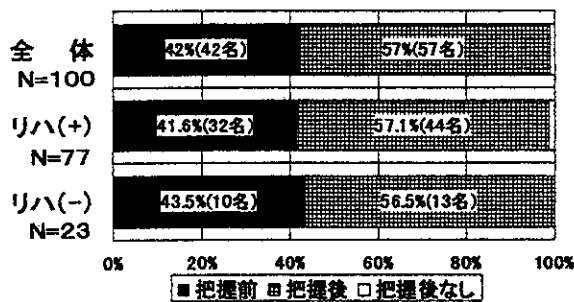


図5 把握前導入サービスの適否

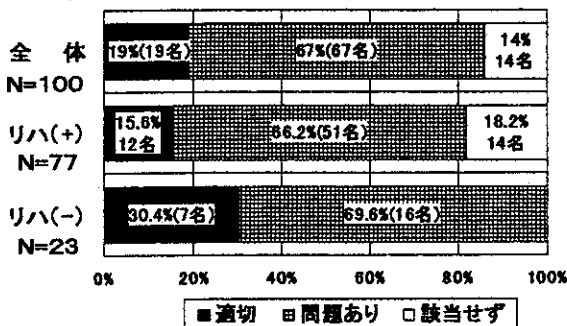
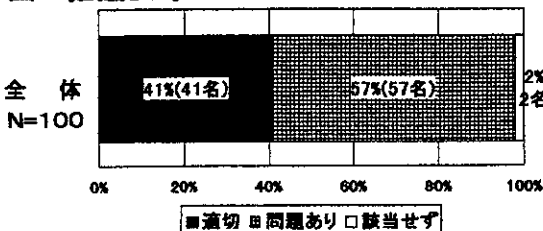


図6 把握後導入サービスの適否



4. 医療サービスの導入状況と内訳 (図7、図8)

100名中必要性がありながらも導入されていないものは29名とされ理想的には78名に医療サービスが必要という結果であった。把握前には30名(30%)、把握後には19名(19%)にサービスが導入されており調査時には、100名中49名に医療サービスが導入されていた。この数は医療サービス必要者数78名の62.8%を占めている。医療サービス導入状況をリハの有無で見ると、リハなし23名では、サービス導入の必要がないものが7名(30.4%)で残る16名(69.6%)は何らかのサービスが必要であるとされていた。16名のうち、把握前後に導入されていたものは5名で必要と判断された16名の31.3%にしか満たない結果となっていた。リハあり77名では、必要ないものが15名(19.4%)で残る62名(80.6%)に何らかのサービスが必要とされており、リハなし群に比べ適応の割合が高い結果を示していた。62名のうち、把握前後には44名にサービスが導入されており、その割合は71.0%とリハなし群に比べ高い割合を示していた。

サービスの内訳では、把握前に導入されていた30名には39件のサービスが提供されており、うち外来リハの占める割合が最も高かった。把握後には24名に34件のサービスが導入されており、デイケアや訪問診療の割合が高かった。不足として導入されるべきサービスは33名に対し43件があげられており、デイケアの割合が高い傾向にあった。医療サービスの必要があるとされる78名全体を見ると延べ116件のサービスが適切とされ、訪問リハ・外来リハ・デイケアなどリハ専門職の関わりがあるサービス導入が83件、71.6%を占めていた。

図7 医療サービス導入状況

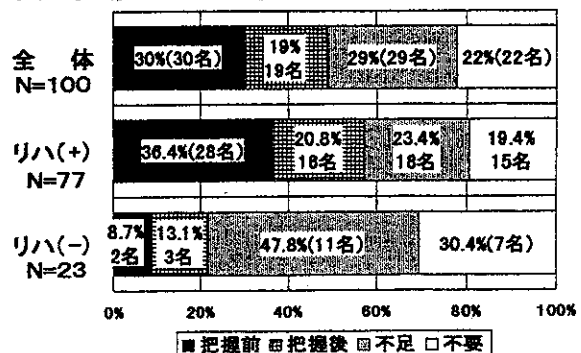
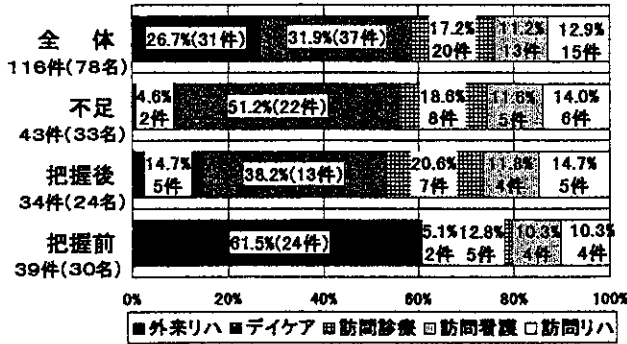


図8 医療サービスの内訳



5. 保健サービスの導入状況と内訳 (図9、図10)

把握後には 94 名にサービスが導入されており、必要とされながら導入されていない 1 名を加えると 100 名中 95 名に保健サービスが必要という結果であった。

サービスの内訳では、訪問指導の割合がやや高い傾向にあった。

図9 保健サービス導入状況

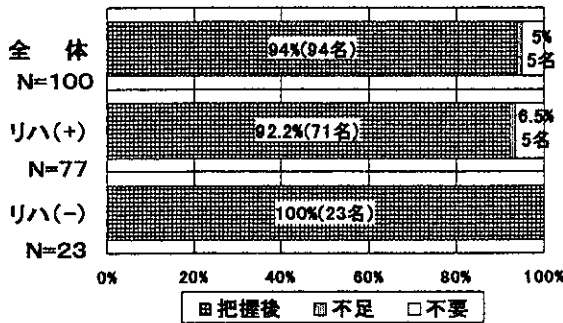
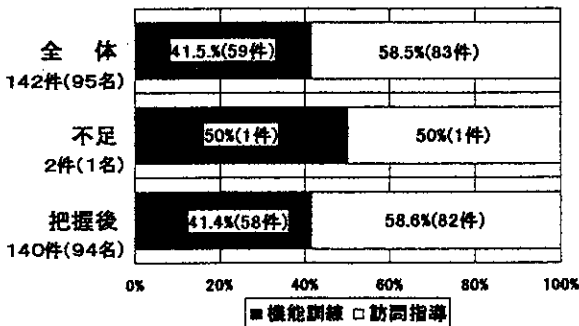


図10 保健サービスの内訳



6. 福祉サービスの導入状況と内訳 (図11、図12)
100 名中必要性がありながらも導入されていないものは 12 名とされ理想的には 76 名に福祉サービスが必要という結果であった。把握前には 20 名 (20%)、把握後には 44 名 (44%) にサービスが導入されており調査時には、100 名中 64 名に福祉サ

ービスが導入されていた。この数は福祉サービス必要者数 76 名の 84.2% を占めている。福祉サービス導入状況をリハの有無で見ると、リハなし 23 名では、サービス導入の必要がないものが 4 名 (17.4%) で残る 19 名 (82.6%) は何らかのサービスが必要であるとされていた。19 名のうち、把握前後に導入されていたものは 17 名で必要と判断された 19 名の 89.5% を占め、また把握前からのサービス導入も多かった。リハあり 77 名では、必要ないものが 20 名 (26.0%) で残る 57 名 (74.0%) に何らかのサービスが必要とされており、リハなし群に比べ適応の割合が低い結果となっていた。57 名のうち、把握前後には 47 名にサービスが導入されており、その割合は 82.5% で、把握前のサービス導入が少ない傾向を示していた。

サービスの内訳では、サービスの必要があるとされる 76 名に 142 件のサービスが期待され、実際、把握前後いずれにおいてもデイサービスが最も提供されていた。不足として導入されるべきサービスとしてはホームヘルプ、その他となっており、その他には授産所や老人デイケアに対応する若年者の通所サービスをあげたものが多かった。

図11 福祉サービス導入状況

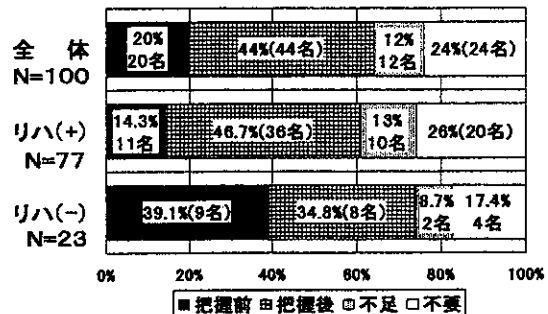
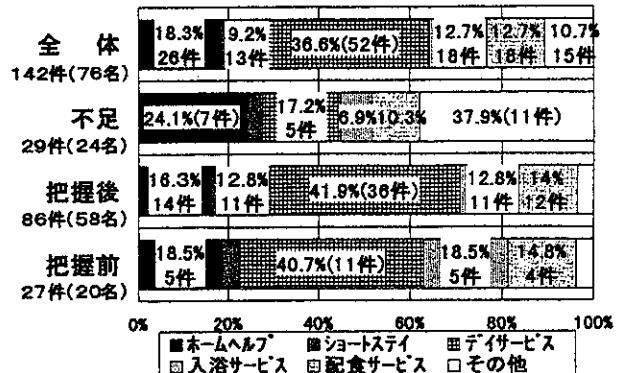


図12 福祉サービスの内訳



7. 住宅改修、福祉用具の導入状況

1) 把握前の導入状況とその適否 (図13、図14)

対象者 100 名で見ると、把握前では 74 名(74%)に 169 件の住宅改修や福祉用具の導入が行われていた。リハの有無で導入の割合に差はなかった。

把握前のサービス導入の適否では、把握時入院中であつたり発症直後でサービス導入時期にはなかったものや無回答の 12 名を除く 88 名を見ると、70 名に不適切さが指摘され、その割合は 79.5%を占める。リハの有無で見ると、リハなしでは不明・該当せずの 1 名を除く 22 名すべてが不適切とされる一方、リハありでは、不明・該当せずの 11 名を除く 66 名の内、48 名が不適切とされ 72.7%を占めていた。リハなし群に不適切とされるものが多い結果となっていた。

図13 把握前の住宅改修・介護用具の有無

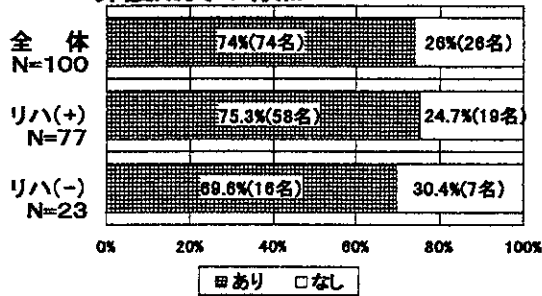
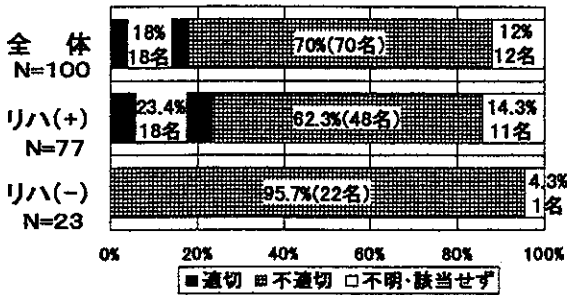


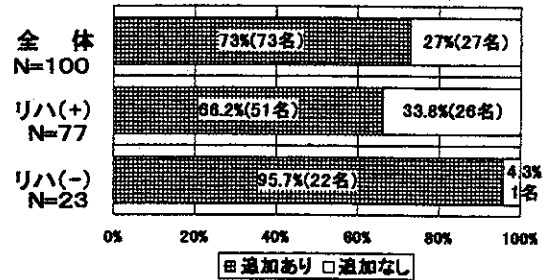
図14 把握前の住宅改修・介護用具の適否



2) 把握後の導入状況 (図15)

把握後、新たに住宅改修や福祉用具の導入が行われたものは 73 名(73%)で、延べ 195 件が導入されていた。リハなしでは 23 名中 22 名(95.7%)に、リハありでは 51 名 (66.2%) に新たなサービスが提供されており、リハなし群の導入割合が高かった。

図15 把握後の住宅改修・介護用具の有無



3) 把握前・後の導入項目と内訳とその割合 (図16、図17)

リハの有無別に、把握前・後の住宅改修・介護用具の導入項目とその割合を見た。

リハなしでは、住宅改修においてトイレ改修が把握前3名、把握後4名に行われていた。それ以外の項目はすべて把握後改修されたものであり、トイレ改修を含め総ての項目で把握後実施したものが多かった。介護用具でも杖、歩行器・車以外は把握後導入されたものが多かった。

リハありの住宅改修でも、フローリング以外は把握後の改修であり特に浴室の改修、スロープの設置を行なうものが多かった。介護用具では、杖、ベッド、ポータブルトイレ、歩行器・車以外の手すり、車椅子、シャワーチェア、その他で把握後の導入が多かった。

図16 住宅改修・介護用具の導入
リハなし群 N=23

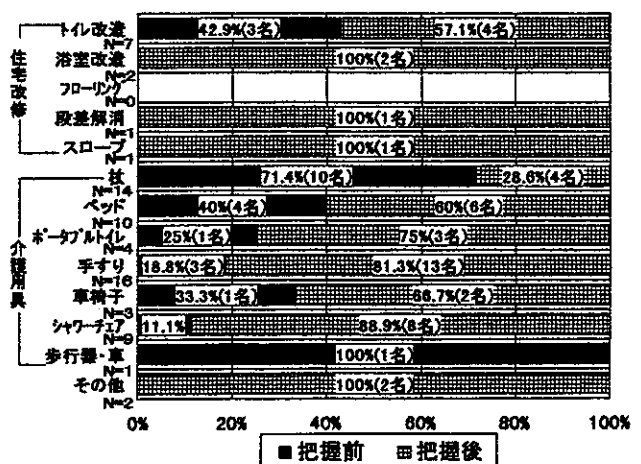
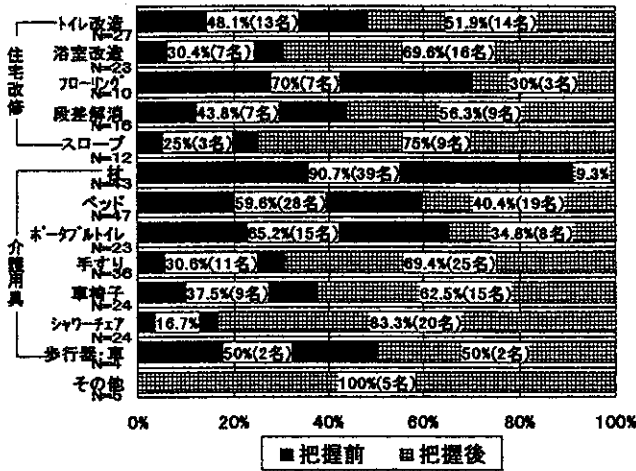


図17 住宅改修・介護用具の導入

リハあり群 N=77



8. 導入時のリハ職種の関与とその必要性 (図18、図19)

把握後の新たに住宅改修・介護用具を導入した73名の内、43名(58.9%)にリハ職種が関与していた。リハなしでは9名(40.9%)、リハありでは34名(66.6%)に関与していた。

リハ職種の関与がなかった30名(27%)に対し、15名(50%)に必要性が指摘されていた。リハの有無でその割合に大差はなかった。

図18 住宅改修・介護用具導入時のリハ職種の関与

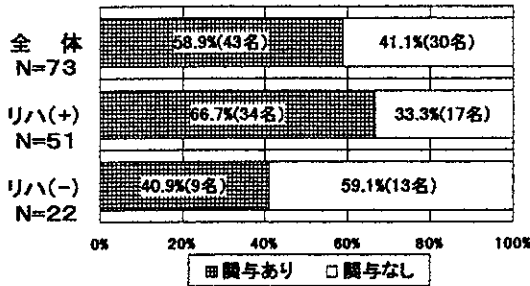
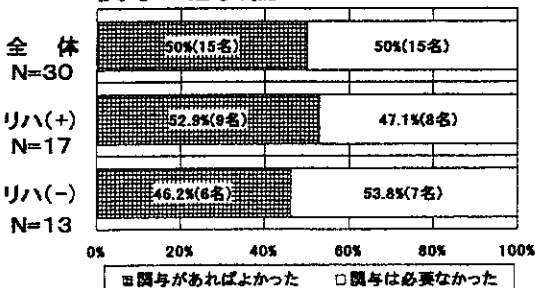


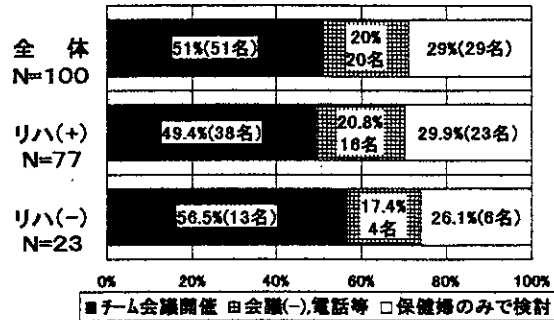
図19 リハ職種関与なし群の関与の必要性



9. 在宅サービスなどの決定について (図20)

把握後導入された在宅サービスや住宅改修・介護用具のサービス決定の手順では、100名のうち51名(51%)がケアチーム会議を通じて決定されていたが、保健婦のみで決定されたものも29名いた。リハの有無でその割合に差はなかった。

図20 把握後の在宅サービスの決定



10. リハ職種に期待すること (図21、図22)

リハ経験のある77名に、把握前リハ職種に実施してもらいたかったことは、環境整備等の指導29名(37.7%)、情報提供26名(33.8%)、障害等の十分な説明24名(31.2%)、家族指導21名(27.3%)、適切な入院リハ18名(23.4%)などとなっていた。

現在地域リハ活動の中でリハ職種に期待する内容は、訪問リハ、住環境の評価や整備、評価や今後の予測などが多かった。

図21 把握前にリハ職種に期待する内容

リハ経験のある77ケースで重複回答

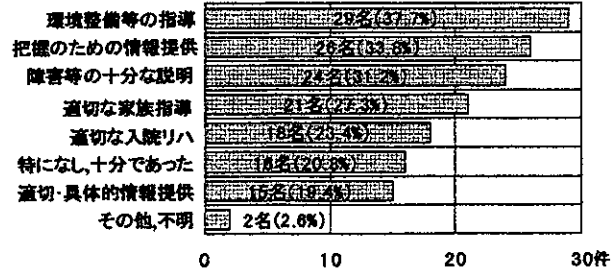
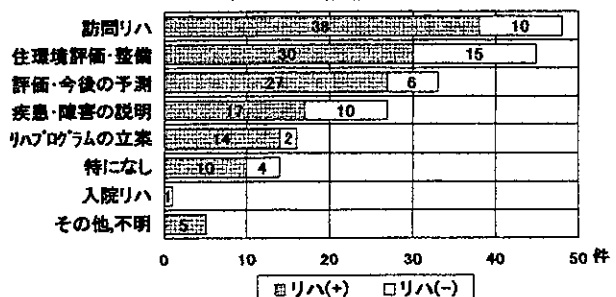


図22 現在リハ職種に期待すること

100ケースで重複回答



D. 考察

1. リハ医療体制

郡部においても、発症が明らかな脳卒中などではリハ治療につながっているが、リハ医療施設が郡部には少なく、遠方の施設サービスに頼らざるを得ない現状がある。また、骨関節疾患などでは、リハ治療が必要であっても局所的対応に終始したり治療を受けずに在宅ケアの状態になることも少なくない。

急性期・回復期リハの実施が不十分な郡部においては、その充実を含めた地域リハシステムの構築を考えるべきであろう。

2. リハ医療と在宅生活

地域活動のリーダーシップをとっている保健婦から見ると、①リハ治療経験があっても在宅サービスの不適切な導入が少なくないこと、②リハ経験の有無にかかわらず在宅サービスを導入していること、③リハ経験の有無で福祉用具の提供や住宅改修の導入割合に差はないこと、④環境整備等の指導や情報提供、適切な入院リハなどリハ職種や施設への期待が少なくないことなどから、障害を抱えた在宅生活までを考慮したリハ医療のあり方、リハ関係者の研修などに大きな課題があると考えられた。

3. 在宅サービス

1) 在宅リハ

リハ経験のないものにはリハを必要とするものが少なくないが、脳卒中などリハ治療経験のあるものは継続してリハサービスが行われやすいものの、サービス提供機関が不足する郡部では十分な維持期リハ対応はできていない現状が明らかとなった。

また、外来リハを利用するものの中にも、ケアマネジメントによりデイケアや訪問診療・訪問看護などが必要とされるケースがあること、郡部で期待される在宅リハサービスは、訪問リハ・外来リハ・デイケアなどであることがわかった。

2) 在宅福祉

福祉サービスはデイサービスを中心に、医療サービスより提供されていたが、ホームヘルプ、デイサービス、授産所などの不足が指摘され、サービス量に課題があるものと考えられた。

福祉用具の提供や住宅改修が行われていても、リハ経験のないものを中心に不適切なものが多かった

が、リハ経験がありながらも不適切と判断されたものも多くリハ医療のあり方に課題を残す。チームで検討の結果、新たなサービスが提供されており、一連の作業におけるリハ専門職の関与が期待されている。

3) サービス量

保健婦を中心にしたチームでケアマネジメントしても、サービスの種類や量が不足しているため、現在のケア状況に満足していない状況が窺え、郡部における介護保険開始時のマネジメント結果とサービス量のギャップに関する混乱が危惧された。

4. 諸機関の連携

リハ治療を経験しているものが比較的早期に把握されていたが、情報提供は医療機関からよりも住民によるものが多い結果を示していた。一方、リハ経験のないものでは地域福祉や住民からの情報が大半を占め、診療所など医療機関からは皆無であった。疾病や障害内容、年齢などを考慮すれば医療機関リハ職種の意識など医療機関との連携に課題を残すと思われた。地域福祉や住民からの情報提供の多さは、地域リハ活動の周知やケアチームの機能が少なからず影響していると考えられる。保健婦把握後のサービス決定においても、半数がケアチーム会議を通じて行われており、少なくとも、機能訓練事業か訪問指導は導入されていた。サービス提供機関が少ない郡部では、保健婦を中心とした地域リハのチームが情報把握においてもケアマネジメントにおいても最小限の機能を果たせる可能性があること、介護保険導入後にケアマネジャーが、これらのチームに参加しつつ専門性やネットワークを広げることが地域リハシステム発展のキーワードとなることが推測された。

5. リハ専門職と地域リハ

実際の地域リハ活動で、住環境の評価や整備、訪問リハ、評価や今後の予測などの役割がリハ職種に期待された。

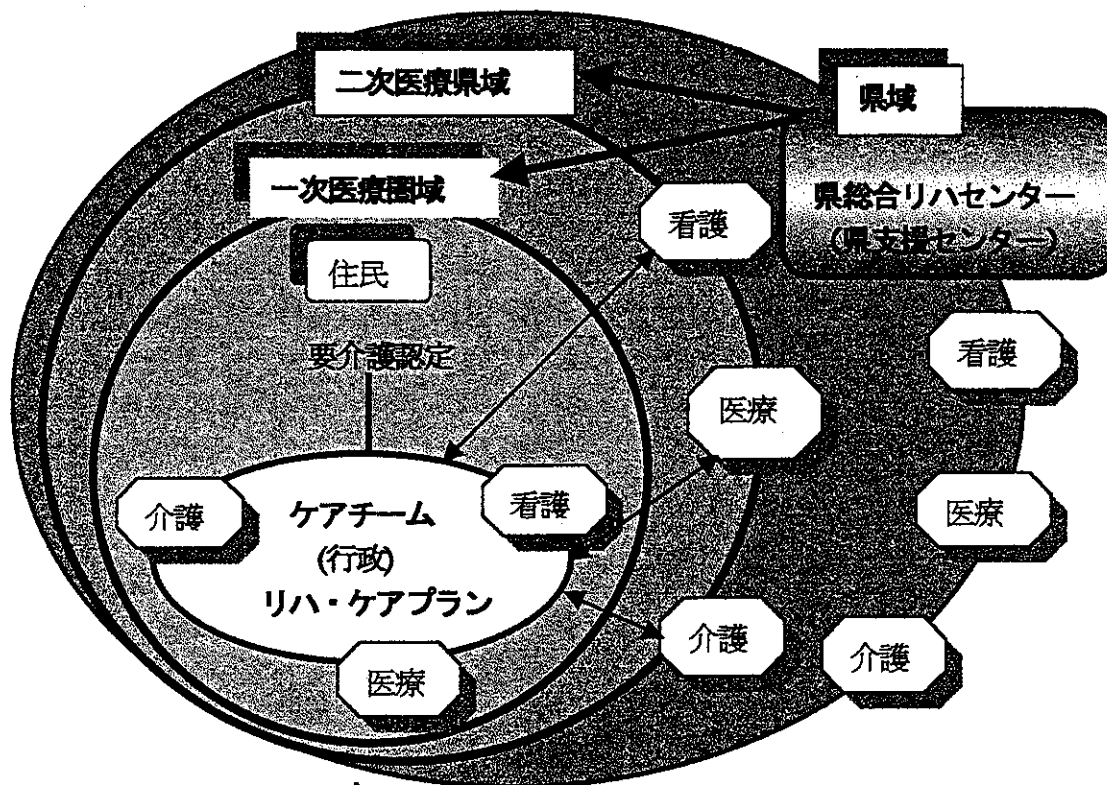
E. 結論

リハビリテーション資源に乏しい郡部のリハビリテーション医療やケアに関するニーズ調査を実施することにより県域における地域リハビリテーション・

システムの検討を行なった。結果、在宅生活までを考慮したリハビリテーション医療のあり方や情報提供などの地域との連携に関する問題が指摘される一方、在宅リハビリテーションサービスでは訪問・外来リハビリテーション、デイケアへのニーズが高く、リハビリテーション専門職への期待として住環境の評価や整備、訪問リハビリテーション、評価や身体機能を含めた生活の今後の予測が指摘された。急性期・回復期・維持期リハビリテーションの実施が不十分な郡部においてはその充実を含めた地域リハビリテーション・システムの構築を考える必要性

があるが、現在、これらのリハビリテーション資源の乏しい郡部では保健・福祉行政を中心としたケアチームが存在し情報把握やケアマネジメントにおいて最小限の連携機能を果たしていることがわかった。一次医療圏域でのチーム育成とそのネットワークの発展が県域における地域リハビリテーション・システムの発展のキーワードとなることが推察され、それを支える二次医療圏域でのシステム整備とそれらを含むする県域でのシステムの構築が望まれる。

(図 23)



大都市における地域リハ・モデルシステムの検証と今後の課題

分担研究者 伊藤 利之 横浜市総合リハビリテーションセンター長

研究要旨

横浜市における地域リハ・システムを大都市モデルとして、その有用性の検証と今後の課題を明らかにする目的で調査、検討した。調査対象は、福祉事務所が単独で訪問指導を行っている104人と、チームアプローチによる在宅リハ・サービスを受けた44人の計148人である。調査方法は、在宅リハ・サービスの適応の有無について、独自に作成したガイドラインを参考に訪問記録から後方視的に調査した。また、訪問看護ステーションの管理者に対し、在宅リハの利用者数、地域リハの中核施設への要望などについて聞き取り調査を行った。その結果、現状の地域リハ・システムにおいて窓口および一次スクリーニング機関である福祉事務所は有効に機能していたが、訪問看護ステーションの在宅リハ・ニーズに対しては十分に対応できていなかった。今後、介護保険の導入に伴って重視されるであろう在宅介護支援センターや訪問看護ステーションとの連携を強化するには、日常的なチーム連携に加えて、「在宅リハ・マニュアル」の作成、地域リハ拠点の方面別整備が必要であると考えられた。

A. 目的

昨年度は、横浜市における地域リハビリテーション（以下、リハ）の現状から、訪問看護や訪問介護などのサービスを第一線のサービスとして位置づけ、地域リハの拠点がこれをバックアップすることが有効であると推測した。また、今後の課題として医療機関や訪問看護ステーションとの連携の不十分さを指摘した。

そこで今年度は、横浜市における地域リハ・システムを大都市モデルとして、福祉事務所が担っている窓口および一次スクリーニング機能（利用者の把握と選定）の有用性について検証するとともに、今後、充実・補填しなければならない課題を明らかにする。また、介護保険制度下において在宅リハ・サービスの一翼を担う訪問看護ステーションとの連携のあり方について検討し、それぞれが担う役割を明らかにする。

B. 対象と方法

【調査1】

調査対象は、横浜市の平均的な行政区である緑区（面積25.42km²、世帯数55357、人口151091人、高齢化率10.5%）福祉事務所（福祉保健サービス課）の平成9年度訪問指導事業対象者のうち、65

歳以上で、地域リハの中核施設である横浜市総合リハ・センター（以下、センター）の在宅リハ・サービスを利用していない104人である。

調査方法は、訪問記録からの後方視的調査で、家屋改造や福祉用具の利用、廃用症候群の予防等のリハ・ニーズを3つのカテゴリーに分類した「在宅リハ・サービス適応ガイドライン」（以下、ガイドライン）（表1）に基づき、適応の有無について調査した。判定方法はカテゴリー1に該当し且つ2または3に該当するものを在宅リハの「適応あり」とし、カテゴリー1のみに該当するものは「適応の可能性あり」とした。それ以外は「適応なし」とした。

【調査2】

調査対象は、平成9年度に緑区福祉事務所から在宅リハ・サービスの依頼があった44人である。調査方法は、在宅リハ・サービス実施時の処遇検討会議記録から、ガイドラインを参考にその必要性の有無について後方視的に調査、検討した。

【調査3】

調査対象は、平成7年度に開設された訪問看護ステーションの管理者（看護婦）1人である。調査内容は、平成9年度の訪問看護ステーション利用

者数、センターの在宅リハ・サービス利用者数、訪問看護婦が在宅リハ・サービスを依頼したい利用者数とその要望内容である。なお、調査方法は聞き取り調査とした。

C. 結果

【調査1の結果】

対象者の内訳は、男性39人、女性65人、平均年齢79歳であった。厚生省の日常生活自立度判定では、Jランクが19人、Aランクが54人、Bランクが23人、Cランクが8人であった。ガイドラインによる在宅リハ・サービスの適応の結果は、適応あり10人(9.6%)、適応の可能性あり19人(18.2%)、適応なし75人(72.1%)であった。以上から、全体の約10%がセンターへ「依頼すべき対象」と判定され、適応の可能性ありを含めると約30%弱が「相談すべき対象」と考えられた。

【調査2の結果】

対象者の内訳は、男性22人、女性22人、平均年齢76歳であった。厚生省の日常生活自立度判定では、Jランクが8人、Aランクが18人、Bランク

が12人、Cランクが6人であった。在宅リハ・サービスの必要性については、必要あり39人(88.6%)、必要なし5人(11.4%)で、全体の約90%は「利用が適切」と判断された。必要なしと判断された理由は、対象者の生活障害の原因が加齢に伴う運動感覚機能の低下であったこと、また、屋内の移動は自立しており、生活の動線上に手すりを取り付ける、浴室にすのこを設置するなど、とくにリハの専門的技術を必要としなかったためである。

【調査3の結果】

訪問看護ステーションの平成9年度利用者は月平均154人(述べ数)で、このうち、センターの在宅リハ・サービス利用者は11人にすぎなかった。しかし、訪問看護婦がリハ医、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)等の専門職の技術援助を求めているのは37人で、実際の在宅リハ・サービス利用者の3.4倍にのぼった。技術援助の内容は、身体機能評価に基づくケアプランの立案、訪問看護婦が実施している関節可動域訓練や起居動作訓練が適切であるか否かの評価および実施方法の指

(表1) 在宅リハ・サービス適応ガイドライン

カテゴリー1

1. 生活動作で行っていない動作を開始する、行っている動作であるが自立度を向上させるなど日常生活動作・日常生活関連動作の自立性の向上がニーズである。
2. 福祉用具の利用が必要である。
簡易な福祉用具については原則的にはセンターの対象とはしないが、進行性疾患、生活様式の変更、実施していない動作を開始するなどの場合は、障害の予後予測を含めた評価が必要であるため、簡易な福祉用具の導入検討であってもセンター適応とする。
3. 住宅改造が必要である
手すりやすのこの設置など簡易な改造は原則的にセンターの対象とはしないが、進行性疾患、生活様式の変更、実施していない動作を開始するなどの場合は、障害の予後予測を含めた評価が必要であるため、簡易な工事であってもセンター適応とする。

カテゴリー2

1. 脳血管障害による片麻痺、慢性関節リウマチによる四肢機能障害など、明らかな疾患による障害が認められるが、入院・外来治療の経験がない。
2. 主治の医師による医学的管理がなされていない(1年以上通院・往診を受けていない)。
3. 生活障害があるが、これまでリハ(入院・入所・外来)の経験がない。
4. 生活障害の原因となる疾患に対する入院加療が終了し、3年以上在宅生活を行っているが、その間にリハ・サービスを受けていない。
5. 最近(概ね90日前と比較して)、日常生活動作能力が低下し、援助が増えている。

カテゴリー3

1. 基本的運動機能(起居・移動・移乗など)からみて、食事、排泄、更衣、入浴、外出などの自立度が低い。
2. 移動・移乗動作時に転倒や怪我などを生じている(動作は自立・介助を問わない)

導、訓練プログラムの定期的(3~6ヶ月毎)チェックなどであった。しかし、これらの要望に対しては、センターとして十分に対応しきれていなかった。

D. 考察

横浜市における地域リハ・システムの現状は、福祉事務所の保健婦、ケースワーカーが在宅リハ対象者の把握と選定の役割を担っている。今回の調査結果では、すでに福祉事務所が保健・福祉サービスを提供している人達のなかで、さらにセンターの在宅リハ・サービスを利用すべきであると判定されたのは全体の10%以下であった。また、センターに依頼された約90%が適切な在宅リハの対象者であったことから、福祉事務所は地域リハ・システムの窓口および一次スクリーニング機関として有効に機能していると考えられた。

昭和62年のセンター開設以来11年間にわたり、センターのリハ専門職と福祉事務所の保健婦、ケースワーカーが、在宅において利用者の評価場面を共有し、ゴールの設定、リハ・サービス計画の作成、サービス提供などのチームアプローチを実践してきた。これらの実践のなかで、リハの概念、考え方、リハ専門職が提供するサービス内容やその効果など、リハに関する情報がチームで共有されてきたことが、一次スクリーニング機能の向上に有効であったと考える。

介護保険制度下では、在宅介護支援センター(平成10年12月現在、横浜市内42ヶ所)が市民にもっとも身近な相談窓口になり、ケアマネジメント機関としても重要な役割を担う予定である。したがって、在宅介護支援センターにおいても、福祉事務所と同様に在宅リハ・サービスの適応を適切に判断することが望まれる。今後はセンターと在宅介護支援センターがチームアプローチを実践し、リハに関する情報を共有するなかで、その適応について相互に確認していく必要がある。

しかし、福祉事務所利用者のうち、センターへ「依頼すべき」あるいは「相談すべき」対象者が全

体の約30%を占めていたこと、また、センターに依頼された約10%がリハ専門職の評価を待たず、福祉事務所の保健婦やケースワーカーによる迅速なサービスが提供されるべき利用者であったなど、現状の一次スクリーニング機能は完全なものとはいえない。加えて、今回のチームアプローチの効果は11年間の実績に基づくものであり、センターと在宅介護支援センターとのチームアプローチによる在宅リハ・サービスの適応の確認にも時間を要すると思われる。したがって、チームアプローチの実践だけでなく、過去11年間の実績をもとに、どのような利用者に対してどのようなリハ・サービスが有効であるのかを示した「在宅リハ・マニュアル」を作成し、センターへの適応を明確にすることが必要である。

一方、脳卒中などの急性発症疾患による障害者は、退院後、生活スタイルを再構築するための地域・在宅リハサービスが必要であり、これらのサービス提供には、退院直後から、医療機関と連携しながら医学的管理・指導を行う訪問看護ステーションが重視される。今回の調査では、訪問看護ステーションの看護婦は、疾患や障害特性から生じる生活障害の予後予測と、それに基づくケアプランの立案、自らが行っている関節可動域訓練・筋力増強訓練などの機能訓練等について、リハ専門職の援助を要望していた。これらは、訪問看護対象者の状況に応じてタイムリーにかつ継続的に援助されるべきであるにもかかわらず、センターとして十分に対応できていなかった。その原因の一つとして、現状ではセンターに援助を依頼するには、地域リハ・システムの窓口である福祉事務所を介する必要があるため、在宅リハ・サービスの提供までに時間がかかり、迅速な対応が行われにくい体制であることが考えられる。したがって、今後は、福祉事務所を依頼窓口とせず、訪問看護ステーションから直接センターに援助の依頼ができる体制の整備が必要であると思われた。

以上のように、現状のシステムを充実・補填す

るには、リハ中核施設であるセンターと在宅介護支援センター、訪問看護ステーションとの連携を強化する必要があり、日常的にチーム連携がなされ、困ったときに気安く相談できるシステムを構築することが必要である。また、介護保険制度下では、在宅介護支援センターを含めたさまざまな機関のケアマネジメントにより在宅リハ・サービス利用者の増加が見込まれる。これらのことから、今後の課題として、利用者の増加に対応しながら関係機関との連携を強化するために、対人口比や人口密度に見合った地域リハ拠点の方面別整備を具体化する必要がある。

E. 結語

(1) 地域リハ・サービスの窓口および一次スクリーニング機関として福祉事務所は有効に機能していた。

(2) リハ専門職が保健婦、ケースワーカーと共に利用者に対してチームアプローチによるサービスを提供し、情報を共有することは、一次スクリーニング機能の向上に有効である。

(3) 在宅介護支援センターや訪問看護ステーションから在宅リハ・サービスの依頼が適切に行われるには、日常的なチーム連携に加えて、「在宅リハ・マニュアル」が必要と思われた。

(4) 地域リハの中核施設であるセンターが、今後、関係機関との連携を強化し、ケアマネジメントによる利用者の増加に対応するには、地域リハ拠点の方面別整備の具体化が必要である。

小都市における地域リハ・モデルシステムの検証と今後の課題

分担研究者 林 拓男（公立みつぎ総合病院整形外科）

研究要旨

高齢者を対象に介護保険制度を前提としたときの、御調町の在宅サービスとケアマネジメントについて検討し、小都市を単位とした地域リハのモデルシステムを提示して、その課題を明かにした。御調町地域リハシステムは、①相談窓口の一元化、②看護・介護職とリハ専門職との現場レベルでの協議、③リハ専門職も参加した保健・医療・福祉チームによる評価会議により、総合的な在宅サービスの提供が可能であった。しかし小都市のモデルとしては、①リハ専門職の確保、②看護・介護職、およびケアマネージャーの地域リハへの理解、③リハサービスの適応基準、などの課題が各地域で解決される必要がある。

A. 研究目的

平成9年度は御調町における地域リハシステムと看護・介護サービスの現状および利用者のニーズを実態調査した。その結果、地域リハシステムを構築する上で、訪問看護・介護のサービスを基盤に、これらをバックアップする機能として訪問診療やリハサービスを位置付けることが重要であることが分かった。そこで本年度は高齢者を対象に、利用者の立場に立って介護保険制度を前提としたときの御調町の在宅サービスとケアマネジメントについて検討し、小都市を単位とした地域リハのモデルシステムを提示すること、及びその課題を明かにすることを目的とした。

B. 研究方法

平成10年12月1日現在、御調町内在住の65歳以上の高齢者のうち、施設入所者102人（特別養護老人ホーム49人、老人保健施設44人、療養型病床群9人）を除き、

過去3カ月（平成10年9月～11月）に在宅サービスを受けた225人を調査対象とした。在宅サービスは訪問診療等（居宅療養管理指導）、訪問看護、訪問介護（ホームヘルプ）、訪問リハ、訪問入浴、通所介護（デイサービス）、通所リハ（老人保健施設デイケア）、短期入所（ショートステイ）の介護保険サービス、および通院リハ（病院又はリハセンター）、その他（訪問指導、機能訓練、給食サービスなど）の介護保険外のサービスとした。福祉用具貸与・給付と住宅改修については、過去3カ月間に限らずに現在までに行ってきたものも含めた。更にこの225人のうち、通院リハまたは訪問リハを受けている35人について、担当療法士にリハの内容・リハの成果、総合的なサービス提供に至る会議・協議などの連携について聞き取り調査を行った。リハの内容・成果については、「平成9年度維持期におけるリハビリテーション

のあり方に関する検討委員会報告書」に従った。

C. 御調町の社会資源の概略

医療機関（病院・診療所）は、病院1、診療所3（有床2、無床1）、歯科診療所2に加えて、広島県立ふれあいの里老人リハセンター1（無床）があり、その病床数は病院240床（一般病床192床、療養型病床群48床）、診療所38床である。リハ承認施設は、公立みつぎ総合病院（リハ総合承認施設）、老人リハセンター（理学療法Ⅱ及び作業療法Ⅱ）の2施設で、PT11人、OT9人、ST6人が勤務している（老人保健施設と兼任）。老人保健施設は1施設で在宅介護支援センターを併設しており、一般棟100床、痴呆専門棟50床で、デイケア（一般30人、痴呆10人）を行っている。広島県立特別養護老人ホームは入所100人である。御調町保健福祉センターは、社会福祉協議会、訪問看護ステーションを併設しており、保健婦9人、看護婦1人、管理栄養士1人、ソーシャルワーカー1人、ホームヘルパー10人（社会福祉協議会に所属、非常勤2人を含む）など職員数36人である。このほか御調町内には、地域介護実習普及センター（広島県東部支所）、御調町ケアハウス「さつき」（30人入居）、老人性痴呆疾患センター、救護施設「みつぎ清風園」、障害者通所施設「すだちの家」があり、またボランティア組織としての福祉バンク制度が運営されている。

D. 研究結果

対象者225人の内訳は男66人、女159人で、寝たきり度は正常19人、ランクJ142人、ランクA40人、ランクB20人、ランクC4人であった。各サービスを受けた人数は、訪問診療等24人、訪問看

護30人、訪問介護52人、訪問リハ22人、訪問入浴1人、デイサービス45人、デイケア91人、短期入所13人、福祉用具貸与・給付27人、住宅改修42人、通院リハ16人、その他98人であった。

リハサービス（訪問リハ、通院リハ、デイケア）の有無で分けると、有り113人、無し112人で約半数がリハサービスを受けていた。しかしその内78人はデイケア単独の利用者で、残り35人については、通院リハのみ13人、訪問リハのみ19人、通院リハと訪問リハの両方3人であった。35人のうち15人は病院退院後継続してリハ専門職が関与していたのに対し（病院例）、20人は既に在宅サービスを提供している看護・介護職からの依頼であった（在宅例）。病院例15人の内訳は通院リハ9人、訪問リハ3人、通院リハと訪問リハの両方3人と通院リハが主体であったのに対し、在宅例20人では通院リハ4人、訪問リハ16人と訪問リハが主体であった。

この35人の担当療法士に対して、リハの内容、リハの成果、総合的なサービス提供に至る会議・協議などの連携について聞き取り調査を行った。

リハの内容を表1に示す。全体では、予防的訓練、基本的動作訓練、病状・障害の評価、ADL訓練の順に多かった。病院例では予防的訓練、基本的動作訓練、病状・障害の評価、ADL訓練の順に多かったのに対し、在宅例では心理的調整、福祉用具・住宅改修、病状・障害の評価、社会参加・QOLの向上の順であった。また通院リハと訪問リハとで比較すると、通院リハでは予防的訓練、基本的動作訓練、病状・障害の評価の順に多く、訪問リハでは福祉用具・住宅改修、病状・障害の