

評価、予防的訓練、ADL訓練の順であった。

リハの成果を表2に示す。全体では、ADLの維持・改善、基本動作の維持・改善、廃用症候群の予防・改善、対人・社会交流の拡大の順に多かった。病院例では基本動作の維持・改善、ADLの維持・改善、廃用症候群の予防・改善の順に多かったのに対し、在宅例ではADLの維持・改善、基本動作能力の維持・改善、介護負担軽減、対人・社会交流の拡大の順であった。また通院リハと訪問リハとで比較すると、通院リハでは基本動作能

力の維持・改善、ADLの維持・改善、対人・社会交流の拡大の順に多かったのに対し、訪問リハではADLの維持・改善、基本動作能力の維持・改善、介護負担軽減の順であった。

総合的なサービス提供のために、病院例15人中7人がリハ専門職を含むケア担当者会議で検討、8人がリハ専門職との現場レベルで協議したのに対し、在宅例20人中11人がケア担当者会議で検討、9人が現場レベルで協議していた。

表1 リハの内容

	病院例	在宅例	通院	訪問	両者	計
病状・障害の評価	5	6	6	5	0	11
リハプログラム関連	2	2	3	1	0	4
予防的訓練	11	5	8	5	3	16
疼痛に対する治療	1	3	3	1	0	4
基本的動作訓練	10	5	8	4	3	15
ADL訓練	5	5	5	5	0	10
心理的調整	0	7	3	4	0	7
家事動作訓練	0	0	0	0	0	0
福祉用具・住宅改修	1	7	0	8	0	8
外出方法および屋外訓練	0	2	1	1	0	2
社会参加、QOL向上	2	6	4	4	0	8
介護負担軽減関連	2	5	3	4	0	7
その他	0	1	0	1	0	1
	39	54	44	43	6	93

表2 リハの成果

	病院例	在宅例	通院	訪問	両者	計
廃用症候群の予防・改善	9	5	6	5	3	14
基本動作能力の維持・改善	12	8	11	6	3	20
ADLの維持・改善	12	12	9	12	3	24
APDLの維持・改善	2	6	5	3	0	8
障害受容、心理的安定	3	4	2	4	1	7
介護負担軽減	2	7	3	6	0	9
対人・社会交流の拡大	7	7	9	5	0	14
その他	0	2	0	2	0	2
	47	51	45	43	10	98

E. 考察

介護保険制度の導入を目前に控え、訪問看護ステーションや在宅介護支援センターの設立など、各市町村においても在宅サービスの基盤整備が進んでいる。しかし地域におけるリハ専門職に乏しい現状から、障害の評価や予後予測、ADL訓練や福祉用具の適応、住宅改修などリハに関する知識・技術の提供は困難な状況である。このため地域リハシステムを軸としたリハ専門職と看護・介護職とのチームアプローチによるサービス提供が強く求められている。

今回の調査は御調町在住の65歳以上の全町民に対して行い、225人が何らかのサービスを受けていた。これは御調町高齢者の約10%に当たり、このうちリハサービスを受けていたのは老人保健施設デイケアを含めると約半数に達していた。老人保健施設デイケアは通所リハとして位置付けられているが、集団指導やレクリエーションなどが中心で、リハ専門職に関わりに乏しいのが現状である。従って今回は、障害の評価や予後予測、ADL訓練や福祉用具の適応、住宅改修などリハに関する知識・技術の提供が可能である通院リハと訪問リハについて検討した。

リハの内容では全体として、訓練的内容や病状・障害の評価に関することが多く、病院例ではほぼ同様の傾向を示した。しかし在宅例では病状・障害の評価以外に、心理的調整、福祉用具・住宅改修、社会参加・QOLの向上が多かった。病院例では脳卒中が多く、また病期も比較的早期であることから、訓練的内容が強いものと考えられた。一方在宅例では脳卒中は少ないことや、定期的な看護・介護サービスが行われるなかで、訓練的内容以外のことがリハ専門職に求められたものと思

われる。また通院リハでは病院例が多く訓練的内容が、訪問リハでは在宅例が多く福祉用具・住宅改修が特徴的であった。介護保険実施後も通院リハは医療保険のみであるが、訪問リハは医療保険・介護保険の両者の適用を受けるものと思われる。介護保険での訪問リハも訓練的内容に限られるが、実際に訪問リハの内容は訓練的内容以外にも幅広いニーズがあり、看護・介護職もこの幅広いニーズへのリハ専門職の関与を必要としていた。

リハの成果は全体では、ADLの維持・改善、基本動作の維持・改善、廃用症候群の予防・改善、対人・社会交流の拡大の順で、病院例、在宅例ともほぼ同様の傾向を示したが、在宅例で介護負担軽減が特記すべき項目であった。また通院リハ、訪問リハともに基本動作の維持・改善、ADLの維持・改善が多かったが、通院リハでは対人・社会交流の拡大が、訪問リハでは介護負担軽減が特徴と思われた。

ケア担当者会議は、すべての要介護・支援者を対象として、リハ専門職を含む在宅サービスに関与する町内のすべてのスタッフ・機関が参加する会議で、御調町では毎週1回行われていた。この会議は、高齢者サービス調整チームの実務者レベルの会議として位置づけられており、多職種の保健・医療・福祉チームがケースの生活障害を総合的に評価している。各職種は情報と基本方針を共有することにより、チーム中での自分の役割を認識し総合的サービスを提供する。従って、この会議が御調町のケアマネジメント機関としての機能を果しており、介護保険制度を見据えて、ケアプランのための独自のアセスメント票（要介護認定85項目を含む）を作成使用していた。ケア担当者会議での検討は全体の約半

数で行われており、在宅例がやや多かった。御調町では最初は全ケースの総合的なサービス調整をケア担当者会議で行っていたが、リハ専門職および看護・介護スタッフの能力が向上するに従い、現場レベルで対応できるケースでは協議のみを行い、困難なケースのみをケア担当者会議で検討するようになっていた。従って当初は各市町村ともできるだけケア会議のなかで検討していくことが望ましいと思われる。

御調町で現在実施していることで、地域リハシステムの構築に必要な事項としては、以下の4つがあげられる。

(1) 保健・福祉の窓口の一本化（行政の機構改革）と地域中核病院（医療）と行政（保健・福祉）との連携が可能であること。

(2) 現場レベルでの看護・介護職とリハ専門職との連携、およびリハ専門職への容易なアクセスにより現場レベルでの連絡・調整・相談などの協議ができてきていること。

(3) 会議レベルでの看護・介護職とリハ専門職との連携として、ケア担当者会議での連絡・調整・相談などができていること。

(4) サービス提供後の各サービス提供機関の連携（横の連携）が日常的にとれていること。

以上のことから、小都市における地域リハシステムのモデルを図1に示した。しかし御調町の現状をすべての小都市に拡大しようとすると、各地域で解決しなければならない地域リハシステムの課題は以下のごとくである。

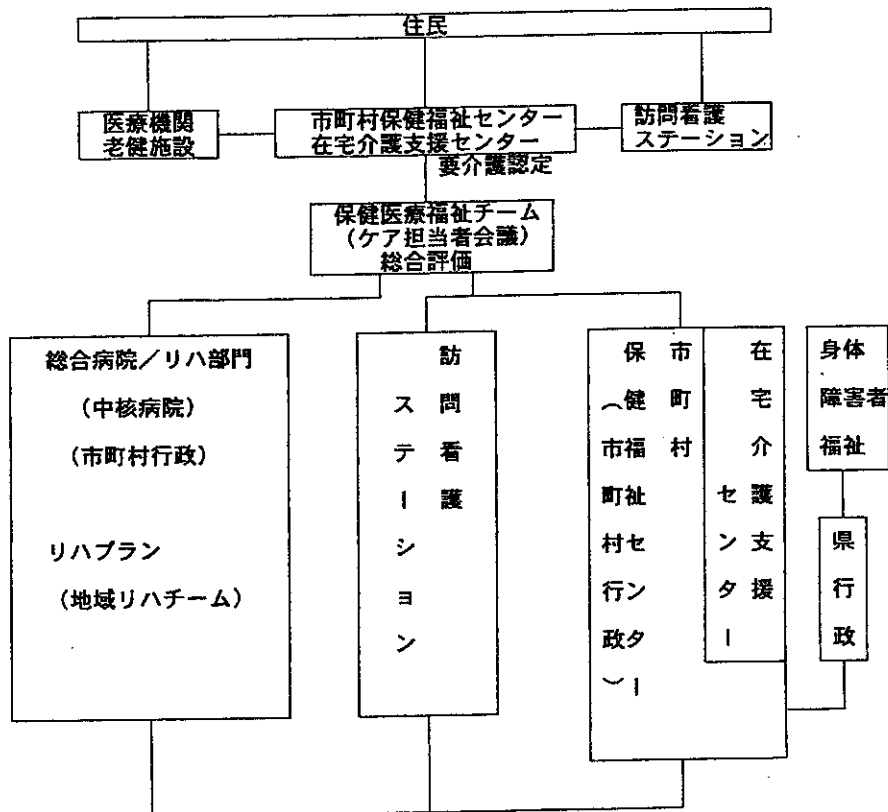


図1 地域リハモデルシステム（小都市型）

(1) マンパワーの確保

①地域中核病院（できれば公的医療機関）におけるリハ部門の充実

②市町村・訪問看護ステーションでのリハ専門職の確保

③地域リハ支援センターからリハ専門職の派遣

(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

①リハ専門職との協議・会議が必要かどうかを判断する能力の養成

②看護・介護職がリハ専門職と協議できる体制

③ケア担当者会議への看護・介護職、リハ専門職の参加

(3) 限られたマンパワーで必要なリハサービスを提供できるようにリハサービスの適応基準を設定すること

(4) サービス利用者側の問題

(5) 費用と経済的効果

F. 結論

御調町の現状から、小都市における地域リハのモデルシステムを提示した。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を可能にしていた。しかし小都市のモデルシステムとしては、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、④サービス利用者側の問題、⑤費用と経済的効果、などの課題が各地域で解決されねばならない。

G. 研究発表

1. 論文発表

①林拓男：地域リハに求められるマンパワー－御調町地域包括ケアシステムの運営を通して－，OTジャーナル：Vol. 28, No. 9, 676～681, 1994.

②林拓男：御調町における訪問活動の現状と課題，公衆衛生：61巻2号：134～138, 1997.

③林拓男ら：モデル的活動・郡部型（御調町），地域リハビリテーション白書2（澤村誠志監修，三輪書店）：160～165, 1998.

2. 学会発表

④林拓男：御調町におけるケア担当者会議の運営と今後の課題，第19回全国地域リハ研究会, 1997.

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

民間医療機関を中心とした地域リハ・モデルシステムの検証と今後の課題

分担研究者 三宅 誼 医療法人社団三草会 理事長

研究要旨 北海道という特殊な地域で、地域リハビリテーション部門を持つ民間医療法人として、地域リハビリテーションシステムの整備にどのような役割を担うべきか検討することを目的として、現状のシステムの問題点の検討を行い、また102名の高齢在宅障害者を対象に、入院リハチームによる退院後リハプラン及び看護・介護職によるケアプランと地域リハチームによる地域リハプランを比較検討した。その結果、行政との連携をより緊密にし、近隣住民への広報・啓蒙活動を積極的に行っていく部署と、入院期と在宅維持期の間中に位置し、在宅生活に密着した情報交換と評価を行い、地域リハプランを構成していく専門チームの整備が必要であるという結論が得られた。

A. 研究目的

平成9年度の本研究事業で、札幌市における地域リハビリテーション（リハ）の実態を示し、当法人利用者の実態調査を行い、今後の課題として、1. 地域リハシステムの構築と機能化（情報ネットワークなどの整備）2. 在宅サービス提供における行政の積極的調整機能の整備3. 公的事業（サービス）の充足と利用の活性化4. 冬期の縮問題に対する支援サービスの提供をあげた。今年度はこのうち地域リハシステムの構築と機能化について調査検討することとした。

地域リハシステムは、一般的には保健・医療・福祉を包括する施設・組織間のネットワークと考えられている。しかし、リハ入院期間の短縮とともに回復期（亜急性期）のリハの後半は地域リハに委ねられつつあり、また安定期・維持期のリハは、介護保険の枠組みの中にある程度移行していくことも予想されている。このような時系列の中での連携もまた地域リハシステムと考えられる。これら二つの地域リハシステムにたいする考え方をふまえ、民間医療機関を主体とした地域リハシステムとはどうあるべきかを検討していく。

B. 研究方法

1. 現在、当法人在宅支援事業部（地域リハ担当部署）で行われている地域リハシステムの現状を報告し、特に他機関との連携について検討する。

2. 時系列的な地域リハシステムの問題点と必要な情報伝達を検討するため、平成9年1月から平成10年12月に当法人クラーク病院のリハ科の初回入院から退院し在宅生活となり、引き続き在宅支援事業部でのフォローアップが開始され、在

宅生活が維持されている65歳以上の高齢者を対象に、(甲)入院リハチームによる退院前の総合的な在宅生活プランと在宅支援事業部による同プランの差違を検討する。(乙)患者と初対面の第1回ケアマネージャー試験合格者により要介護認定とケアプランの作成を行い、現行のプランと比較する。このうち(甲)については、入院中のリハチームと在宅支援事業部のリハチームによる合同カンファレンス形式で問題点の抽出を行うこととした。また(乙)については、ケアマネージャー試験合格者の内、看護・介護職6名に限定しケアプランの作成を行い、その上で在宅支援事業部のリハチームによるプランとの比較検討を行うこととした。

C. 研究結果

1. 当法人の地域リハシステムの現状と問題点

昨年度の報告でも触れたが、北海道では人口に対する全病床数が多いにもかかわらずリハ専門病床は少なく、公的なりハセンターも存在しない。そのため、当法人は、リハ専門病床を有する民間医療機関として、札幌市東区及び隣接する区や市町村における入院・通院リハを担当する民間リハ医療機関としての役割を有しながら、三次医療圏のリハビリテーションセンター的役割をも有している。これら2つの役割のうち、特に在宅障害者に対する機能を効率的に実行していくために、在宅支援事業部を設けている。図1に当法人の組織図と在宅支援事業部の人員を、表1に在宅支援事業部の事業内容を示した。

現在、法人内外から指摘されている在宅支援事業部の問題点は、以下の通りである。

1)独立した組織としたため、機動性が得られた

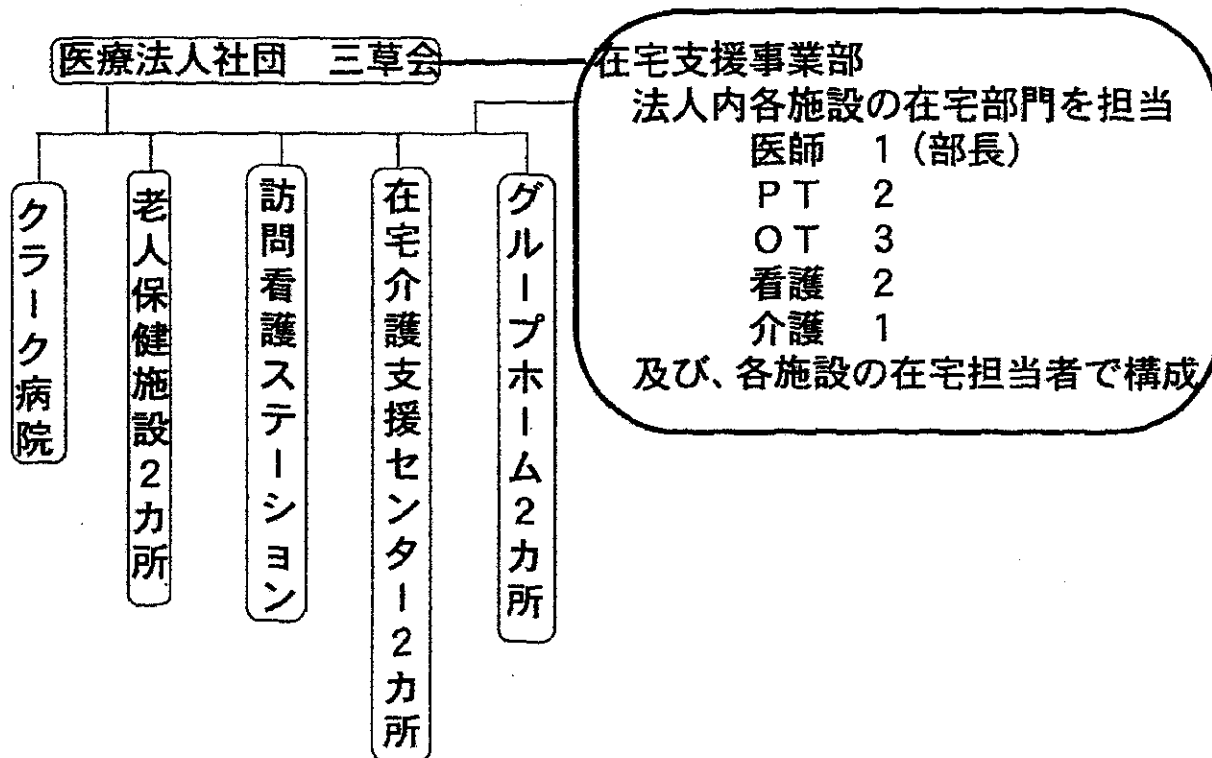


図1 当法人の組織図と在宅支援事業部

表1 在宅支援事業部の事業内容

通院者等に対する直接的事業 通院リハビリテーション (チーム) デイケア事業 訪問看護・訪問診療・訪問リハ (単発的な実施) 訪問看護ステーション (継続的実施) 相談業務 患者会事業などへの援助
近隣住民に対する事業 介護教室などの実施 在宅介護支援センター業務 ボランティア教室 各種障害団体事業への人的援助
関連施設との連携 デイケア・グループホーム事業等への協力 人員の派遣
市町村との事業 機能訓練事業への専門職派遣 リハチーム診療
その他 地域リハ・介護・ケア等に関する 研修会・後援会の主催や後援

一方で法人内の各組織との連携が希薄となり、特に入院リハチームとの在宅生活に対する認識の差違が問題となることが多い。(この点については、研究方法2で詳細に検討する。)

2)医療法人としての制約から福祉施設を持っていないために、様々な状況の(在宅)障害者に対するサービスの提供が不完全であること。

3)実際の医療活動が主体となるために、近隣住民への広報・啓蒙活動が不十分であること。

4)遠隔市町村に対する機能訓練事業への協力やチーム診療は、地域におけるリハ医療体制の確立、専門職種の充足、保健・福祉サービスの整備などをもって徐々に市町村等の自立した活動に移行していく予定であるが、これらの整備が遅れ長期化する傾向にある。

2. 時系列的な地域リハシステムの現状

研究方法2による調査の対象者は、以下の通りである。平成9年1月～平成10年12月に当法人クラーク病院リハ科を退院した患者は383名であった。再入院者42名を除いた341名のうち自宅に退院した者は240名であった。引き続き当院在宅支援事業部でフォローアップされた者は118名で、このうち65歳以上の高齢者102名を対象とした(内訳を表2に示す)。

退院前プランは、退院予定の約1か月前に行われる家庭訪問・生活環境調査の結果に基づいて設定される。自宅への退院者全例に訪問を実施する

表2 対象者の内訳

退院時平均年齢	68.8歳	
性別	男性62名	女性40名
疾患	脳血管障害	95名
	頭部外傷	1名
	頸髄損傷	3名
	脊髄損傷	1名
	その他	2名
発症～入院	2.3か月	
平均入院期間	128.0日	

表3 家庭訪問の実施状況（移動能力との比較）

	独歩	杖装具	w/c自立	w/c介助	全介助	合計
訪問実施	6	28	24	13	4	75
訪問せず	20	7	0	0	0	27
合計	26	35	24	13	4	102

表4 退院前プランの状況

保健福祉サービスの調整	
車いす・日常生活用具	83
ホームヘルパー	12
デイサービス・デイケア	36
訪問看護ステーション	8
必要なし	6
日常生活用具の内訳	
ベッド類	61
入浴用具	76
歩行支援用具	42
トイレ用品	35
その他	3
家屋改造・環境整備の実施状況	
手すり・段差解消程度の小改造	52
浴室改造・壁の取り外し程度の中改造	12
増改築	3
新築（身障用住宅）	10
転居	2
実施せず	39

注：医学的指導、介護・介助指導は、必要に応じて医師・看護婦・セラピストによって行われていた。

わけではないが、自立度が低い患者についてはほぼ全例実施している（表3）。主な退院前プランは、医学的指導・介護介助指導、保健福祉サービスの調整、福祉機器の選定給付、家屋改造・環境整備等であった（表4）。

地域リハプランとの比較検討では、表5に示す通り、約6割の患者で退院前のプランで特に問題なしという結果が出た。一方で残りの約4割の患者では、在宅生活上何らかの支障があり、再検討が必要となっていた。導入された福祉機器や各種福祉サービス、家屋改造などでは大きな問題点はなく、この点は評価された。外出に関する問題、精神心理面での問題、介護に関する問題などが主な再検討項目であり、今後の課題と考えられた。

ケアマネージャー資格を持つ看護・介護職による要介護認定とケアプランと現行のプランとの比

表5 退院時プランの問題点

退院前のプランで問題なし	59名
問題あり	53名（以下重複あり）
外出に関する問題	
冬期の外出	29
玄関まわりでの介助法・小改造	11
「閉じこもり」への対策	6
自動車運転	3
精神心理面での問題	
機能回復訓練へのこだわり	4
高次脳機能障害・痴呆による危険行動	8
抑うつ・依存による介護量増加	5
介護者への暴言暴力	3
介護に関する問題点	
夜間介護（排泄・体交）	6
介護者の体調不良	4
介助法指導不足（特に入浴）	3
予想以上の介護負担	2
その他	
医学的問題（DM増悪など）	4
復職・就労	1
家族関係	2
移動方法変更	2
新サービス導入	3

較検討では、初対面のケアマネージャーを設定できない患者が存在したため、68例の患者の検討に留まった。要介護認定は比較的一致していたが、要支援と要介護1、要介護1と2の間で若干の乱れがあり、特に高次脳機能障害や痴呆を有する患者の介護度を看護・介護職が軽めに判断する傾向が認められた（但し、コンピューター判断でどうなるかは不明）。

ケアプランについては、介護度が軽度な者では、現行プランよりも手薄になり、介護度が中等度・重度な者では、現行プランよりもややサービス（特にマンパワーの供給）が多くなる傾向が見られた。地域リハチームは、障害評価に基づいて自立を支援する方策を検討してから障害者の生活上必要な介護について考えていく傾向があったのに対して、看護・介護職では介護度に基づき、主にマンパワーの供給によって介護者を援助していくプ

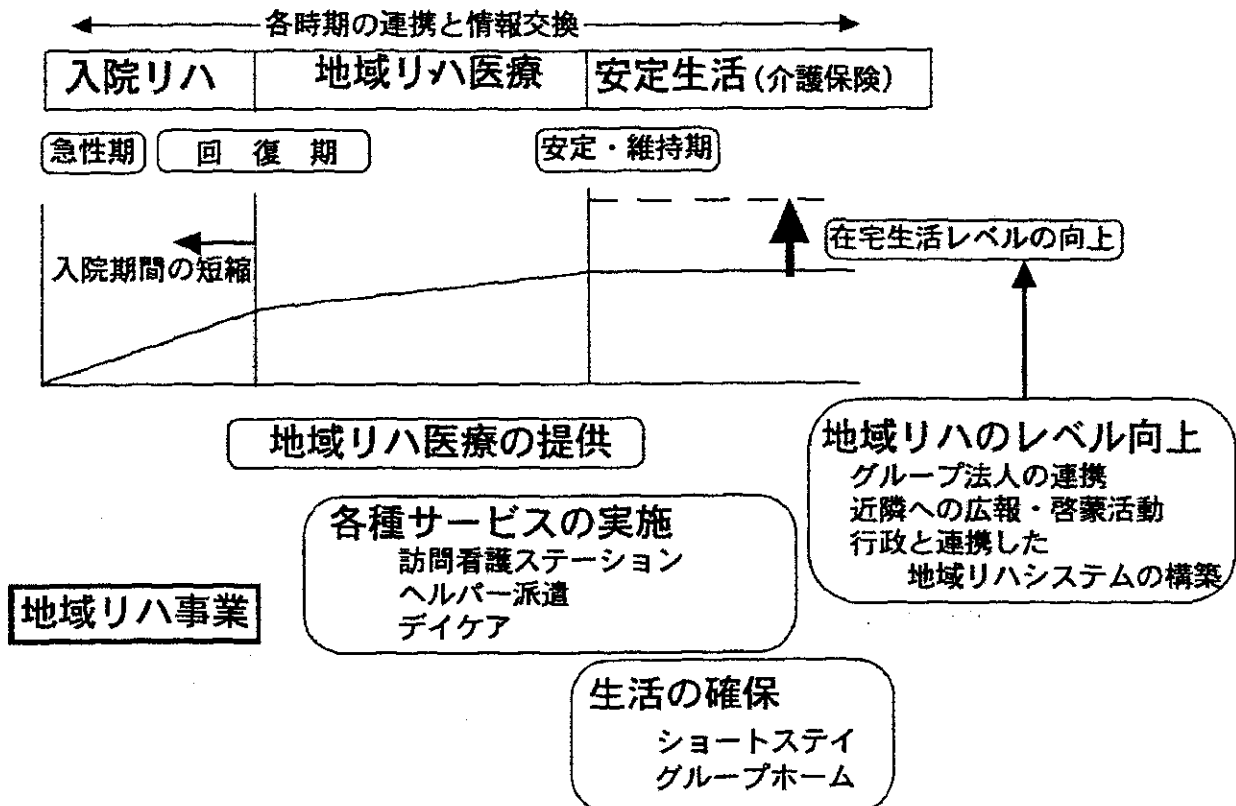


図2 今後の地域リハシステム

ランを立てる傾向にあった。この結果には、看護・介護職の自立・介助支援機器についての評価理解が不足していることの影響も大きいと考えられた。

D. 考察

当施設の入院リハは、現状では退院後直ちに維持期のリハに移行することを前提としているため、機器やサービスの導入など在宅生活プランの枠組みには大きな問題はなかった。これは、民間医療機関としては比較的良好な保健・福祉等の公的機関との連携が図れていた成果といえる。一方で退院後に露見した問題点の多くは、在宅での1日(24時間)の・1週間の・1か月の生活リズムの中で、何をどの様に行っていくかという細部の生活設計が不十分であったことから派生した事柄であり、入院リハチームに、退院後の(介護を含めた)生活を意識したアプローチが希薄であったことが反省点としてあげられた。また、入院リハ中の目的や問題点などの情報が地域リハチームに十分に伝達されていなかったことも課題に挙げられた。今後は、地域リハチームが必要な情報を選別し、入院リハチームに提示していく必要があると

考えられた。看護・介護職によるケアプランとの差違では、地域リハチームが在宅障害者の障害評価に基づいた自立へのアプローチを優先させていた。

これらの事から、今後、入院期間が短縮し、介護保険が導入された場合、入院リハと維持期の在宅生活の間をスムーズにつなぐための退院後の在宅環境に適した地域リハチームによるアプローチが重要な位置を占めることが予想される。入院リハ→地域リハ→安定期・維持期の在宅生活という流れの中で、退院後一定の期間は、医療としての地域リハチームの関与が必要不可欠であり、また、各時期の情報の伝達が必要となる。このような時系列的な地域リハシステムを整備することによって、他の医療・福祉機関からの紹介ケースや、遠隔地に退院していくケースについても、情報伝達やサービスの充足だけでなく、早期に安定した在宅生活が維持できるような働きかけが可能になると考えられる。

民間医療法人としては、地域リハ・ネットワークシステムの構築には制約があるという問題点が指摘されていたが、現在社会福祉法人を含むいくつかの法人とのグループ法人の構築を模索してい

る。(地域)リハに対する共通の理念をもって、各法人の活動を行いながら、人的な交流や共同での研修会・講習会の開催などを実施していくシステム作りをしている段階である。

遠隔市町村に対する支援については、今後は専門職種の派遣だけに留まらず、当該地域における地域リハシステムの構築への積極的な関与が必要であると考えられる。また、当施設近隣の住民に対する広報・啓蒙活動等と合わせ、高齢障害者に対する地域全体の意識・理解の向上や各種サービスの充足が、安定期・維持期の在宅生活レベルそのものの向上に直結すると考えられる。

これらの結果を踏まえ、当法人では従来の在宅支援事業部を、①時系列的な地域リハシステムの中で重要な役目をしめる地域リハビリテーション医療チームと、②グループ法人の推進・調整、一定地域内の地域リハシステムを向上させていくための、企画・運営部門とに分けた新たな「地域リハビリテーション事業部(仮称)」の設立を検討している(図2)。

今後の課題として、時系列的な地域リハシステムについては、対象者のある程度の類型化と、類型ごとの地域リハマニュアルの検討が必要であり、一方で、中核となるリハ医療機関を持たない市町村における地域リハシステムのあり方を検討する必要がある。

E. 結語

民間医療法人でありながら、広域のリハセンター的役割をも担っている当法人の現状の地域リハシステムを検討・分析し、医療としての地域リハチームの役割が今後重要となってくることと、地域リハシステムの質的向上が在宅生活レベルの向上につながることを示し、その上で、民間医療機関を中心とした地域リハシステムのあるべき形を提示した。

地域リハと看護・介護の役割

分担研究者 高岡 徹：国立長寿医療研究センター老人ケア研究部リハビリテーション研究室 流動研究員

研究要旨 地域ケア・システムにおける役割分担の検討を目的として、訪問看護ステーション職員 99 人、ホームヘルプ実施機関職員 59 人、デイサービス実施機関職員 51 人に対してアンケート調査を行った。その結果、訪問看護は家事援助を除く多くの業務を実施しており、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・相談は看護職に期待されている業務であった。家事援助は、介護職が中心に行う業務と考えられた。日常的な ADL 介助も、介護職が行わざるを得ない業務であるが、その方法や様式が変更された場合にはリハ専門職の関与が必要と考えた。看護・介護職のリハに対する意識は高く、今後の連携希望も多かった。地域ケア・システムにおける各機関の位置づけは確立しておらず、リハセンターについては、中核機関というよりも連携機関と考える回答が多かった。具体的な地域ケア・システムは各地域で異なるが、日常的にはまず看護・介護職が対応するケースが多く、システムの効率化を考えると、看護あるいは介護職が中心的役割を果たせるようなシステムが望まれる。

A.目的

昨年度の本研究における地域リハビリテーション（以下、リハと略す）利用者に対するニーズ調査では、看護・介護サービスの継続した利用の希望が多かった。一方、リハに関しては継続した利用の希望は少なく、必要時の対応が望まれていた。

今回は、サービス提供者の側から地域ケア・システムの役割分担を検討するために、看護・介護サービス従事者に対してその業務内容の実際についてアンケート調査を行った。また同時に、リハに関する意識調査を行い、地域リハにおける看護・介護の役割についても検討した。

B.研究方法

看護サービス実施機関として訪問看護ステーションの職員 99 人、介護サービス実施機関としてホームヘルプ実施機関職員 59 人とデイサービス実施機関職員 51 人に対して調査票を送付し、アンケート調査を行い、回答を得た。アンケート対象地域は、本研究班分担研究者の協力を得て、札幌市、横浜市、広島県御調町、長崎県の各地域とし、調査結果は 4 地域の総計とした。

アンケートでは、各職員が実際に行っている業務内容、実際に行っているリハ内容、他機関との連携の現状と今後の希望、地域ケア・システムにおける各機関の位置づけ、リハの概念についての質問を行った。

C.研究結果

1. 業務内容

訪問看護ステーションでは、家事援助を除く多くの項目で高い実施率だった。生活指導・介護指導、身体介護・介助については、介護サービス実施機関においても高い実施率だった（表 1）。

表 1 業務内容

業務内容	訪問看護	ホームヘルプ	デイサービス
病状観察・健康管理	99 人 (100%)	31 人 (53%)	26 人 (51%)
生活指導・介護指導	99 人 (100%)	54 人 (92%)	50 人 (98%)
身体介護・介助	99 人 (100%)	56 人 (95%)	48 人 (94%)
家事援助	25 人 (25%)	54 人 (92%)	13 人 (25%)
機能訓練	93 人 (94%)	17 人 (29%)	19 人 (37%)
福祉用具利用指導	88 人 (89%)	31 人 (53%)	28 人 (55%)
住環境整備指導	69 人 (70%)	18 人 (31%)	14 人 (27%)

表 2 には、看護と介護が共に高い実施率であった生活指導・介護指導について、さらに細かい内容に分けて実施率を示した。その結果、介護サービス実施機関では、療養指導と介助・介護法指導が訪問看護ステーションと比べ低い傾向にあった。

表 2 生活指導・介護指導の内訳

内 訳	訪問看護	ホームヘルプ	デイサービス
生活身上介護に関する相談助言	98 人 (99%)	50 人 (85%)	49 人 (96%)
本人の療養指導	94 人 (95%)	14 人 (24%)	21 人 (41%)
本人家族への精神的支援	98 人 (99%)	48 人 (81%)	46 人 (90%)
介助介護法指導	96 人 (97%)	41 人 (69%)	41 人 (80%)

表3には、同様に身体介護・介助の細かい内訳を示した。在宅における介護・介助にしばり、訪問看護ステーションとホームヘルプ実施機関との比較のみとした。経管栄養と通院介助を除くと大きな差異はないようだが、概して訪問看護ステーションの方が実施率は高い傾向にあった。

表3 身体介護・介助の内訳

内 訳	訪問看護	ホームヘルプ
体位変換	94人(95%)	49人(83%)
排泄介助	98人(99%)	53人(90%)
摂食介助	74人(75%)	42人(71%)
経管栄養介助	69人(70%)	1人(2%)
更衣介助	97人(98%)	52人(88%)
入浴介助	98人(99%)	46人(78%)
入浴見守り	62人(63%)	44人(75%)
身体清拭	95人(96%)	50人(85%)
移乗介助	95人(96%)	47人(80%)
通院介助	44人(44%)	51人(86%)
散歩介助	83人(84%)	43人(73%)

2. リハ実施内容(表4)

訪問看護ステーションでは、広範囲にわたる何らかのリハが実施されている割合が高かった。しかし、リハ計画作成や家事動作訓練、住環境整備指導の実施は少ないという結果だった。介護サービス実施機関では介助・介護法指導と福祉制度相談以外は低い実施率だった。とくにホームヘルプ実施機関では、32%でリハがまったく行われていなかった。

表4 リハビリテーション実施内容

内 容	訪問看護	ホームヘルプ	デイサービス
リハ実施なし	0人(0%)	19人(32%)	6人(12%)
リハ計画作成	39人(39%)	3人(5%)	1人(2%)
機能訓練	99人(100%)	25人(42%)	26人(51%)
ADL訓練	83人(84%)	18人(31%)	30人(59%)
家事動作訓練	27人(27%)	18人(25%)	30人(14%)
介助介護法指導	91人(92%)	32人(54%)	34人(67%)
福祉用具利用指導	85人(86%)	26人(44%)	23人(45%)
住環境整備指導	63人(64%)	20人(34%)	17人(33%)
合併症予防管理	94人(95%)	26人(44%)	15人(29%)
福祉制度相談	83人(84%)	31人(53%)	34人(67%)

3. 他機関との連携(表5)

現在、訪問看護ステーションでは、他機関との連携が多く行われていた。デイサービス実施機関は、連携がやや少なく、ホームヘルプ実施機関は両者のほぼ中間に位置していた。

今後の連携希望に関しては、3機関とも多くの機関との連携を望んでいた。ちなみに、訪問看護ステーションは、リハサービスとの今後の連携を91人(92%)が、ホームヘルプサービスに対してはとくに身体介護(78人79%)、家事(72人73%)、生活・身上・介護に関する相談助言(72人73%)の連携を希望していた。ホームヘルプ実施機関は、リハサービスとの連携を49人(83%)が、訪問看護に対しては、病状観察(50人85%)と看護・介護上の相談・指導(50人85%)の連携を希望していた。

表5 他機関との連携(現在)

機 関	訪問看護	ホームヘルプ	デイサービス
医療機関	92人(93%)	42人(71%)	34人(67%)
訪問看護		45人(76%)	30人(59%)
リハサービス	75人(76%)	30人(51%)	24人(47%)
デイケア	45人(45%)	22人(37%)	10人(20%)
ホームヘルプ	76人(77%)		35人(69%)
デイサービス	68人(69%)	41人(69%)	
訪問入浴	60人(61%)	32人(54%)	20人(39%)
福祉用具給付・貸し出し	79人(80%)	43人(73%)	30人(59%)
ショートステイ	76人(77%)	41人(69%)	33人(65%)
施設入所	56人(57%)	31人(53%)	23人(45%)

4. 所属先(勤務先)機関の地域ケア・システムにおける位置づけ(表6)

地域ケア・システムにおける最も理想的な自らの機関の位置づけについて、①中核機関(他の機関との連携や調整を主体的に行ない、中心的な役割をはたす)、②連携機関(他機関からの依頼によりサービスを行ない、補助的な役割をはたす)、③ケースバイケースで、中核機関や連携機関の役割をはたす、④とくに連携は行なわず、単独でのサービス提供のみ行なう、のどれにあたるか考えるかを尋ねた。その結果、中核機関とする考えは約20%にとどまった。ケースバイケースという回答が最も多かった。機関による差は明らかで

なかった。

表6 地域ケア・システムにおける各機関の理想的な位置づけ

位置づけ	訪問看護	ホームヘルプ	デイサービス
中核機関	17人 (17%)	15人 (25%)	12人 (24%)
連携機関	15人 (15%)	6人 (10%)	4人 (8%)
ケースバイケース	66人 (67%)	34人 (58%)	33人 (65%)
連携なし	0人	0人	0人
わからない	1人 (1%)	4人 (7%)	2人 (4%)

5. 地域リハセンターの位置づけ(表7)

同様に、地域ケア・システムにおける最も理想的な地域リハセンターの位置づけを質問したところ、これもケースバイケースという回答が最も多かった。中核機関と考える回答は少なく、むしろ連携機関(他機関からの依頼による補助的・後方支援的な役割)と考えることが理想的、という回答がやや増加していた。

表7 地域ケア・システムにおける地域リハセンターの理想的な位置づけ

位置づけ	訪問看護	ホームヘルプ	デイサービス
中核機関	11人 (11%)	11人 (19%)	9人 (18%)
連携機関	21人 (21%)	14人 (24%)	12人 (24%)
ケースバイケース	63人 (64%)	29人 (49%)	29人 (57%)
連携なし	0人	0人	0人
わからない	4人 (4%)	5人 (8%)	1人 (2%)

6. リハビリテーションの概念

リハの概念について自由記載してもらったところ、未記入や仕事上の希望の記入、意味不明の回答が、訪問看護ステーションでは合わせて29人29%、介護サービス実施機関では45人46%あった。文面上、リハは機能訓練であると考えているものは、それぞれ15人約15%だった。その他の回答は多種多様であり、結果として集計することは困難だった。

D. 考察

地域ケア・システムにおける医学的知識に基づいた病状観察や健康管理、医療的処置といった業務は、今回の調査結果からも、看護の役割として現実的に行われている業務であるとともに、介護職から期待されて

いる役割でもあることがわかった。もちろん、これら業務に関しては、病院外来や往診などによる担当医師の役割も不可欠である。

生活指導や介護指導、身体介護・介助といった業務は、看護・介護サービスとも高率に実施しており、役割が混在もしくは重複していた。しかしその内容をもう少し詳細にみると、本人への療養指導を含めた介護指導・相談は看護職に求められていた。これも医学的知識を背景とした期待であると考えられる。

一方、ADLの介助や家事援助といった日常的に繰り返される行為に関してはどうであろうか。一般的な在宅生活者の場合、日常的に接する機会は看護職よりも介護職のほうが多いことを考えると、こうした行為は介護職もしくは指導を受けた家族が中心に行わざるを得ないと思われる。ただし、家族や介護職のみにこれを任せるのではなく、看護職やリハ専門職も協力して、在宅における介護・介助技術の開発をさらに行う必要があると考える。とくにADL介助に関しては、その方法や様式が変更された場合には、リハ専門職の関与が不可欠と考える。家事援助に関しては、介護職の役割として確立しているように思われる。

次に、リハにおける看護・介護の役割を考える。実際の業務としては、訪問看護ステーションでは、広範囲にわたるリハが実施されていた。しかし今回の調査からは、実際の内容や適応については不明である。今までの地域リハの経験からは、不十分あるいは不適切なりハを実施している場合も多く見受けられる。したがって、今後は訪問看護におけるリハプログラムの内容に関する研究が必要であると考えられる。また、看護職がリハ専門機関との連携を多く希望していたという結果から、リハ専門職としてはどのような形で看護職と連携すべきかを考える必要があるであろう。

介護サービス実施機関では、リハを行っている割合が低率だった。しかし、日常業務としての介護・介助や、通院・散歩の付き添いなどを行っている割合は高かったため、こうした行為を通して、身辺動作や歩行能力、身体活動量の維持を図ることが介護職のリハ的な役割であると考えられる。

リハに対する意識は、日常業務の内容や連携状況からも相当に高いことがわかった。ところが、リハの概念については回答の未記入もしくはそれに近い状態が多く、とくに介護サービスでは約半数がそのような状態であった。それ以上の分析は困難であったが、関連職種へのリハに関する教育・研修はまだ不十分であると思われる。

最後に、地域ケア・システムにおける各機関の位置づけに関して検討する。調査結果において、ケースバイケースという回答が最も多くなったことは、一見妥当で現実的な結果といえる。しかし、「理想的にはど

うあるべきか」という質問の回答としては不満足な結果とも考えられる。これは、今回調査協力を得た、日本でもリハが先進的に行われている地域においてすら、自らの機関がその地域の中でどのような役割を果たしていくべきかという理念が十分には確立していないためとも受け取れるのではないかと考える。真の意味での有機的な連携を行うためには、各地域におけるそれぞれの機関の役割を確立することが重要である。

リハセンターに関しては、連携の希望も高く、専門的知識と技術により指導的役割を果たしていく必要があると考えるが、中核的役割を果たしていくことは必ずしも期待されておらず、むしろ連携機関と考えられる割合が高かった。

地域リハを含めた地域ケア・システムの具体的なシステムは、各地域により異なってくると考える。在宅生活開始以前に、必要な医学的リハを医療機関において行われていることを前提とすれば、日常的にはまず看護・介護職が対応するケースが多く、システムの効率化を考えると、看護あるいは介護職が中心的役割を果たせるようなシステムが望まれる。

小都市や退院後の諸サービスをもつ民間病院においては、対象者のほぼ全員を把握することが可能であり、これらの地域においては、退院後のリハ計画作成からその実施までを一貫して行うことができる。したがって、退院後やサービス開始時にはリハ専門機関が中心的役割を果たすが、その後日常的には、看護または介護が中心にモニターを行い、定期的あるいは必要時にリハ専門職が対応するシステムが効果的であると思われる。

一方、大都市や県域といった人口が多い地域の場合は、一つの病院やセンターで全てを対応することは困難である。したがって、在宅生活開始時には、まず看護や介護のサービスだけを受ける患者の割合が多くなることが予想される。これら患者のうち、どの程度の患者に在宅でのリハサービスが必要であるかは今回の研究からは不明であるが、少なくとも全ての患者に必要とは考えられない。そこで、リハ専門職へ相談すべき患者をスクリーニングする能力が、日常的に接する看護・介護職に求められる。その上で、目標設定やリハ計画作成、必要時の指導・支援をリハ専門職が行うことが効果的であると考えられる。リハサービスを提供する機関については、県域のように広域にわたる場合は、各ブロック毎に地域リハセンターのような専門機関が必要であろう。大都市の場合は、市内に一つあるいは数か所の地域リハセンターの設置で対応可能かもしれないが、これ以上の検討は今回の報告では行わない。また、具体的モニター方法やスクリーニング技術についても今後の重要な課題であると考えられる。

今後はさらに、地域リハ・システムの中で、リハ専

門職が中心的に行うべき業務、看護・介護職が担当する業務を明確化していきたいと考える。

E. 結論

1. 訪問看護は多くの業務を実施しており、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・相談は看護職に期待されている業務であった。
2. 家事援助は、介護職が中心に行う業務と考えられた。ADL介助は、その方法や様式が変更された場合にはリハ専門職の関与が必要と考えた。
3. 具体的な地域ケア・システムは各地域で異なると考えるが、日常的にはまず看護・介護職が対応するケースが多く、看護あるいは介護職が中心的役割を果たせるようなシステムが効果的であると考えられる。