

在宅高齢者に対する保健・看護・介護プログラム
開発とその評価に関する研究
(課題番号 H10-長寿-013)

平成 11 年度厚生省科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業
研究報告書

平成 12 年 3 月

主任研究者 金川克子
(東京大学大学院医学系研究科 教授)

目 次

1. 総括研究報告書	1
在宅高齢者に対する保健・看護・介護プログラム開発とその評価に関する研究 (金川克子：東京大学大学院医学系研究科教授)	3
2. 分担研究報告書	7
(1) 高齢者の在宅リハビリにおける訪問看護婦と理学療法士との連携のあり方に関する研究 (別所遊子：福井医科大学医学部看護学科教授)	9
(2) Chair-bound寝たきり高齢者(ランク B)における1年間の自立度変化と関連要因に関する研究 (立浦紀代子：羽咋市福祉課課長補佐・羽咋市訪問看護ステーション所長)	27
(3) ランク A の在宅高齢者に対する自立度向上、「閉じこもり解消」を目指した介入プログラムの作成とその評価—健康情報の提供と回想法を用いて—	35
(安村誠司：山形大学医学部公衆衛生学講座助教授)	
(4) ランク J (自立) 高齢者の歩行機能維持・改善のための体操プログラムの開発 (安村誠司：山形大学医学部公衆衛生学講座助教授)	45
(5) 一人暮らし高齢者の支援プログラム開発に向けた生活状況の把握 (金川克子：東京大学大学院医学系研究科教授)	52
(6) 高齢者を介護する家族の介護負担とその対処に影響する要因の検討に関する研究 (石垣和子：浜松医科大学看護学科教授)	59

研究組織

主任研究者：金川克子（東京大学大学院医学系研究科教授）

分担研究者：石垣和子（浜松医科大学看護学科教授）

別所遊子（福井医科大学医学部看護学科教授）

安村誠司（山形大学医学部公衆衛生学講座助教授）

立浦紀代子（羽咋市福祉課課長補佐・訪問看護ステーション所長）

総括研究報告書

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

在宅高齢者に対する保健・看護・介護プログラム開発とその評価に関する研究

主任研究者 金川克子（東京大学大学院医学系研究科）

在宅高齢者の介入プログラムを試み、在宅高齢者の自立度レベル、世帯構成、家族介護力に応じた保健・看護・介護プログラムに必要な内容の検討を行った。

【研究組織】

金川克子（東京大学大学院医学系研究科教授）
石垣和子（浜松医科大学看護学科教授）
別所遊子（福井医科大学看護学科教授）
安村誠司（山形大学医学部助教授）
立浦紀代子（羽咋市訪問看護ステーション所長）

A. 研究目的

老化に伴う高齢者の健康問題や日常生活の基本的能力の低下は避けられない現象であり、高齢者人口の増大ともあわせて、社会からの支援システムはさらに必要となると予測される。

また、限られた資源や条件の中で、効果の高いサービスのあり方を検討する必要性があると考えられる。

本研究は在宅高齢者を対象に、自立した生活が少しでも可能な保健・看護・介護プログラムの開発と介入、評価を実施することを目的とする。すなわち、在宅高齢者の自立度レベル（ランク J、A、B、C）と家族介護力レベルによってケア内容には特徴がみられるので、それらを基盤に地区（市町村単位）の特徴も加味してケアプログラムの開発とソーシャルサポート体制を検討するものである。

本研究は3年計画としており、全体計画は以下の通りである。

①寝たきり（ランク B、C）の高齢者を中心とした ADL 維持、低下防止のケアプログラムの

開発、介入、評価の検討（別所、立浦）

②準ねたきり（ランク A）高齢者を中心としたソーシャルサポートの強化、生きがいのためのプログラムの開発、介入、評価の検討（安村）

③自立した（ランク J）高齢者を中心とした生きがい・趣味のためのプログラム、生活習慣の改善を図るプログラムの開発、介入、評価の検討（安村）

④高齢者単独世帯と高齢者夫婦世帯を中心としたソーシャルサポートの強化、サービス内容の周知の強化を図るプログラムの開発、介入、評価の検討（金川）

⑤要介護高齢者家族の介護による負担の軽減を図るプログラムの開発の検討（石垣）

本年度は2年目であり、研究分担者の課題に沿って、前年度に引き続いて在宅高齢者の自立度レベルや家族介護力レベルに即したプログラム開発のための地域ニーズの把握、可能なプログラム試案作り、介入の継続を図ることを目的とする。

B. 研究方法

上記の課題に沿って各々の研究分担者を中心として以下の方法で行った。

①日常生活自立度の低いランク B、C の在宅高齢者を対象として、訪問看護における看護婦とリハビリテーション専門職との連携のあり方を通して、質の高いケアのプログラム開発に資す

るために、以下の対象の選定と方法をとった。

対象は福井県F市在住の脳血管障害後遺症等を有する慢性期の在宅高齢者で、医師会、看護協会およびN病院の設置している訪問看護ステーションの利用者9名を対象に訪問看護婦が理学療法士と連携してリハビリテーションケアを提供し、その特徴を分析した。(別所)

②在宅寝たきり高齢者のうち、自立度レベルBに対するプログラム開発に向けて、1年間の推移を観察し、1年後の転帰と自立度変化を把握し、性、年齢、既往疾患、疾患の有無等との関連を検討した。

対象は石川県H市在住の65歳以上の在宅高齢者のうち、1998年4月現在ランクB(B1およびB2)の高齢者全数の84名である。また、自立度の低下群2事例について詳細な検討を行った。(立浦)

③日常生活自立度判定基準ランクJを対象に歩行機能の維持増進を目指した体操プログラムを開発し、その評価を行った。対象は、山形県Y市のランクJ、132名のうち、本研究の趣旨に賛同した12名に体操プログラム創作のための教室を7回実施した。また、参加者の身体状況や体力、生活満足度、Motor Fitness Scale、老研式活動能力指標等の測定や調査を通して、評価を行った。(安村)

④日常生活自立度判定基準ランクAを対象に「閉じこもり解消」を目的とした健康情報の提供と回想法を組み合わせた介入プログラムを開発、実施した。対象は、山形県のランクA、63名のうち、46名とし、介入群、対照群を各々23名とした。(安村)

⑤一人暮らし高齢者の支援プログラム開発に向けて、高齢者の生活状況やニーズ調査を実施し、支援の方法を検討した。対象は、老年人口比率が20%あまりの石川県T町で、面接方法と分析方法にエスノグラフィーを応用し、主要な情報提供者(キーインフォーマント)13名と一般の情報提供者(プライマリーインフォーマント)23名を対象に、一人暮らし高齢者の特徴

やニーズを明らかにした。(金川)

⑥高齢者の介護者家族の介護負担に対する支援プログラムの開発に向けて、介護家族の負担感を和らげるエピソードを抽出し、その直接的要素を導き出し、その構成要因を検討した。

対象は静岡県H市在住の痴呆高齢者の主介護者30名に対し、保健婦による訪問面接やアンケート調査を実施した。(石垣)

C. 研究結果

各々の課題についての詳細な研究結果は別々にまとめているので、ここでは研究課題に沿って主な結果のみを示す。

①福井県H市内での3ヶ所の訪問看護ステーション利用者9名のうち、6名について訪問看護婦と理学療法士の連携のあり方について、その特徴を検討した結果を以下に示す。すなわち、

- (1) 症状の認識を深めた結果、自分でリハビリテーションの量の調整が可能になった事例
- (2) 目標が達成し、リハビリテーション実施時に本人の表情が生き生きとしてきた事例
- (3) PTのリハビリテーション訓練により、短期間で目標を達成した事例
- (4) 職種間の連携で問題が解決した事例
- (5) 生活の中でのリハビリテーションを見つけ体位が改善した事例
- (6) 本人・家族と看護婦のリハビリテーションの目標が不一致で、一部成果があったものの最終的に目標を達成しなかった事例に分類できた。

(別所)

②石川県H市のランクBの在宅高齢者84名の1年後の転帰をみると、62名(73.8%)が生存、38名(26.2%)が死亡であった。年齢で見ると、74歳以下ではベースラインの自立度が高いほど、1年後の生存割合が高い傾向がみられた。在宅継続者は60名であり、1年後の自立度は改善群が6名(10.0%)、維持群が43名(71.7%)、低下群が11名(18.3%)であり、ベースラインの自立度が高いほど、1年後の自立度が高い特徴がみられた。また、自立度の低下群は平均年齢が高い脳血管

疾患の割合が有意に高い傾向がみられた。(立浦)

③山形県 Y 市のランク J を対象にした体操プログラム創作のための教室では、CAN 体操 99 を取り入れた。すなわち、「その場で行進、大また開いて、背伸びして背伸びして、体ひねり、両足曲げ伸ばし、全部使ってリフティング、足でもんで、手でつかむ、からだ起こし、かかと歩き」という 10 種類の一連の動きである。これに期待される効果は、柔軟性の強化、脚筋力の強化、身体のバランス、つまずき防止などである。

④山形県内 2 市での 46 名のランク A を対象にした介入プログラムでは、11 名が介入群、21 名が対照群となった。介入プログラムは健康情報の提供と回想法であり、月平均 2 回、計 6 回であり、1 回の介入は前者を 20 分、後者を 40 分に設定した。介入の効果は、介入群では対照群に比べて、聴力、ADL の食事、着脱衣、物忘れ、主観的健康感、生きがい、ぼけの判定基準、外出の程度で改善、維持の割合が高かったが、有意差はみられなかった。回想法では回が進むにつれて、良好と評価される人が多くなることが示された。

⑤石川県 T 町での一人暮らし高齢者の特徴やニーズでは、ほぼ自立している人が多く、また、一人暮らしに対しては、肯定的な捉え方と先行きの不安が混在していた。個別サービスと集団サービスがみられるが、自立のための生活支援サービスを補うための活動へのニーズがみられた。

⑥静岡県 H 市の痴呆高齢者を介護する家族の負担を和らげる構成要素には、配偶者、嫁、実子によって特徴がみられるが、全体としては、被介護者への思い、介護への自信、介護の外部からのプラス評価、共感者の存在、仲間の存在、自身の成長感、被介護者からの反応、他の場面の役に立つ、ケースの状態の改善がみられた。

D. 考察

在宅高齢者の健康問題、自立度レベル、家族

構成、家族介護者の負担等を考慮して、支援プログラムを作成することが必要である。

本研究は、「在宅高齢者に対する保健・看護・介護プログラム開発とその評価」に関して、2 年目の研究であり、支援プログラムの試行、在宅高齢者のもつ条件によりプログラムづくりに必要な状況把握の段階に至ったものなど、若干、研究の進展には違いがみられた。

自立度の低い B、C ランクの高齢者では、介護保険の対象になる可能性は高く、訪問看護婦と理学療法士のよりよい連携の必要はあると考える。

また、ランク B の 1 年間の転帰からでは、自立度が高いほど、生存の割合が高く、逆に、年齢が高く、脳血管疾患の割合が高い高齢者ほど自立度が低下していることから、まず自立度を高める工夫と、リスクの高い高齢者や脳血管疾患の既往がある高齢者へは、きめの細かいプログラムが必要であろう。

ランク A については、やはり「閉じこもり解消」のプログラムやランク J については、高齢者の歩行機能維持や改善のための体操プログラムを取り入れた積極的な健康行動への変化に結びつく工夫が必要であろう。

一人暮らしの高齢者では、大部分が自立しており、公的なサービスから除外されることも考えられるが、地域ボランティアグループや高齢者の自助グループの育成も含めた自立支援のプログラムを進めることが必要である。

家族介護者の負担を和らげるためには、介護による肯定的側面を取り入れ、家族介護者の役割を再考することも必要である。

E. まとめ

在宅高齢者の健康問題、自立度レベル、世帯構成、家族介護者の状況などを勘案したプログラムが必要である。ランク J、A については、試案をさらに深めること。ランク B、C、一人暮らし高齢者については、それぞれのニーズに沿ったプログラム作成を図りたい。

分担研究報告書

高齢者の在宅リハビリにおける
訪問看護婦と理学療法士との連携のあり方に関する研究

分担研究者 別所遊子 福井医科大学医学部看護学科教授

訪問看護における看護婦とリハビリ専門職との連携のあり方を検討した結果、以下のことが明確になった。看護婦（Ns）と理学療法士（PT）との連携の過程でNsは、利用者の個別性に対応したリハビリプログラム・技術、およびリハビリを生活動作の中に組み込むことが有用であることを認識した。NsからPTへ提供した情報は、リハビリ計画立案時には、本人の医療的問題と治療経過、心身の状況、本人・家族のリハビリ効果に対する期待・意欲、住居環境などであり、リハビリ実施過程では、リハビリ実施後の身体機能の改善・悪化状況と心理的反応などであった。PTからNsへ提供した情報は、リハビリ計画立案時には、期待できる身体機能改善度、効果的で無理のないリハビリプログラムと指導技術などであり、リハビリ実施過程では、問題解決に沿った具体的なりハビリ技術・知識、環境整備・住宅改造の方法、介護負担軽減の検討などであった。利用者の身体機能と在宅生活の質を向上するために、NsがPTの助言を必要とする時に随時連携がとれるシステムが、極めて必要である。

A. 研究目的

医療、看護、福祉のサービスを利用して在宅で生活する慢性期の高齢者が増加するのにもない、訪問看護婦からリハビリテーション（以下「リハビリ」という）を受ける在宅高齢者の数も増加している。厚生省大臣官房統計情報部編「平成10年訪問看護実態調査」によれば、利用者総数約12万4千人中、約7万3千人（59.0%）がリハビリを受けており、とくに寝たきり（厚生省の「障害老人の日常生活動作能力判定基準」

によるランクBおよびランクC）の高齢者へのリハビリの実施率は76%以上であると報告されている。訪問看護婦は在宅の寝たきり高齢者の生活状況を熟知し、他の職種よりも身体的ケアを提供する頻度が比較的高いことから、在宅高齢者のリハビリに関して重要な役割を持っている。昨年度の訪問看護職を対象とした調査において、訪問看護ステーション内や関連病院にリハビリ専門職が随時連絡をとれる体制にある場合とそうでない場合では、訪問看護婦のリハ

ビリに対する認識や連携の仕方が異なること、またリハビリ専門職に相談する契機は、「患者家族の状態変化にともなうプログラムの見直し」、「看護婦が新たなリハビリニーズに気づく」、「リハビリが停滞し、看護婦が継続に疑問を抱く」等であり、リハビリ専門職との協力が有用であったのは、「リハビリの方向づけと評価」、「リハビリプログラムの内容選定」、「具体的手技の修得」、「訪問看護婦の不安の軽減」、等であるとの結果が得られた。本年は、従来リハビリ専門職との組織的な協働体制のなかった訪問看護ステーションの看護婦が、理学療法士と連携してリハビリケアを提供した場合の、看護職の変化、利用者への成果、および看護の過程で、訪問看護婦とリハビリ専門職とが交換する情報の内容を調査し、訪問看護における看護婦とリハビリ専門職との連携のあり方を検討することを目的として行った。

B. 研究方法

1) 対象

脳血管障害後遺症等を有する慢性期の在宅高齢者を訪問看護している、訪問看護ステーションの看護職

2) 調査方法

(1) 訪問看護婦が、担当患者について、患者フェイスシート、調査開始時のリハビリ目標、問題点を事前記録用紙に記載する。

(2) 訪問看護婦（以下、Nsという）と理学療法士（以下PTという）の同行訪問時に、それぞれが開始時の患者アセスメントを行い、NsはADL評価表、患者の心身機能の状態評価票に記載する。

(3) 同行訪問後にNsは、患者およびPTと協議して、患者のリハビリ目標と、リハ

ビリプログラムを作成し、同行訪問後の看護計画用紙に記載する。

(4) Nsは、2ヶ月間リハビリケアを提供し、看護記録用紙に記載するとともに、PTと随時情報交換し、NsとPTの情報交換記録に記載する。

(5) 2か月後に、目標達成状況と終了時の患者アセスメントを行い、ADL評価表、患者の心身機能の状態評価票に記載する。

(6) 以上の記録から、看護目標の達成度と患者の状態の変化、および提供した訪問看護ケアとの関係、NsとPTが相互に交換した情報の特徴を分析する。

3) 調査期間

平成11年11月～12年1月

C. 研究結果

福井県F市内の、医師会、看護協会およびN病院の設置している3カ所の訪問看護ステーションの利用者9名について、調査を行った。

利用者は、男性5名、女性4名で、平均年齢80.0歳（SD 10.2）であった。障害老人の日常生活自立度ランクBが6名、ランクCが3名であった。調査に参加した訪問看護婦の平均年齢は36.0歳（SD 5.7）で、臨床経験は、平均9.7年（SD 5.3）、訪問看護経験年数は3.5年（SD 1.7）であった。調査事例の中から、代表的な事例6件について報告する。

1. 病状の認識を深めた結果、自分でリハビリの量を調整することが可能になった事例

1) 利用者の状態等

(1) 性別と年齢：女性 72歳

(2) 主疾患名：慢性関節リウマチ（以下、RAとする）

(3) 痴呆：なし

(4) コミュニケーション

意思伝達、他者理解ともに良好

(5) 運動機能等

肘肩関節・膝関節等の疼痛あり。下肢筋力低下見られ、歩行困難。

(6) 調査開始時の利用者のADL評価

寝たきり度はランクB。RAによる痛みのため歩行困難であるが、つかまり立ちは可能。動作緩慢ながらも、起居動作、移乗動作、排泄動作、整容・更衣動作など自立。入浴は、週1回デイサービスを利用。

2) 利用者及び家族の生活状況

RAの悪化により、平成11年1月より歩行困難となる。現在、ベッド上の生活が中心。本人の息子夫婦と同居しているも、息子夫婦との関係悪く、介護協力は期待できない。現在の主介護者は別居の実弟である。毎日介護しにくる実弟に対していつも申し訳ない気持ちを持っており、「いずれ歩けるようになって、自立したい」という気持ちが強い。

3) 訪問看護におけるリハビリ目標

(1) 患者のリハビリへの希望・問題点

希望…歩けるようになりたい。自立したい。
問題点…リハビリに意欲的ではあるが、疾患の知識不足により身体の自己管理が出来ず、体調不良時も無理をしてリハビリすることが多い。

(2) N s が考えるリハビリ目標

- ・疼痛の軽減を図る
- ・下肢筋力を強化する

(3) P T との同行訪問後、患者・P T ・N s が合意した共通目標

筋力増強ではなく、現状維持する方向で、体調に合わせてリハビリをする。

(4) 修正後のリハビリ目標

- ・病状を理解し、病状に合わせた動作・リ

ハビリを行える。

- ・自動運動を中心に行う。

(5) リハビリ看護計画

- ・観察…病状（体温、疼痛、こわばりなど）の変化

- ・指導…体調に合ったリハビリの量の調節

- ・ROM訓練及び筋力保持運動（肩・肘・股・膝・足関節）

- ・寝返り

- ・ベッドからの起きあがり動作

- ・立位保持

- ・傾聴

5) リハビリ目標の達成状況

- ・病状を理解し、病状に合わせてリハビリの程度を加減することが出来るようになった。

- ・疼痛が軽減した。

- ・上肢の関節可動域が full range まで拡大し、起きあがり動作の筋力も強化した。

6) 目標達成に関連した看護ケア

- ・身体状態や疼痛の程度を確認しながら、リハビリを実施した。

- ・患者に疾患の説明をし、疼痛や発熱時などの炎症症状の強い時はリハビリを無理に行わないように指導した。

- ・患者の愚痴や不満を傾聴することで、精神的な支えとなり、リハビリに専念するように方向付けた。

7) リハビリケア計画立案時のN s とP T との間の情報交換

(1) N s からP T へ

- ・身体機能面（体温、疼痛、血液検査結果）
- ・医師からの連絡情報（処方薬剤名、リハビリ実施上の注意点など）

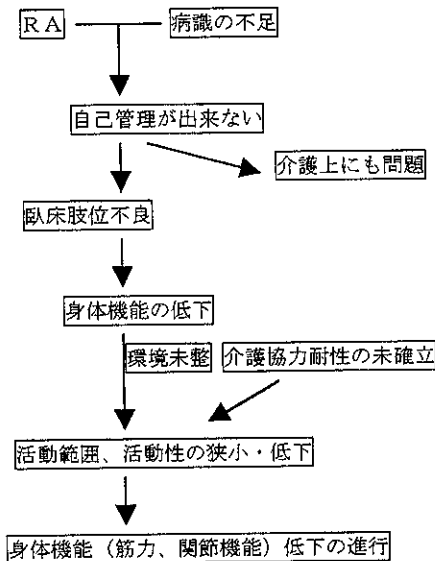
- ・リハビリに対する患者の考え、家族環境
- (2) P T からN s へ

- ・患者の身体機能

- ・RAの病状管理（運動と安静のバランス、

医師に報告するRAの症状について)

- ・環境整備（生活行動範囲を拡大するための移動しやすい環境の設定）
- ・社会資源の活用（電動車椅子購入）
- ・リハビリに関わる問題の関連性



8) リハビリケアの過程でのNsとPTとの間の情報交換

(1) NsからPTへ

- ・病状の変化（体温、疼痛、血液検査結果）

(2) PTからNsへ

- ・ROM訓練の方法

9) PTとの連携の中でのNsの変化

- ・リハビリ手法などの知識が増えた。
- ・リハビリを生活の中で拡大していく方法について理解が深まった。

10) NsとPTとの連携体制の必要性

<Ns>

リハビリの援助方法は看護婦だけではわからないことが多いので、常に相談できる体制は必要だと思う。

<PT>

PTの専門性である身体機能・動作能力・日常生活能力の相互関連の評価、またADL確立の為に必要な動作訓練・生活訓練は、Nsが行う訪問リハビリにおいても有効であると考えられ、Ns-PTの連携

を確立することは非常に重要であると認識している。

2. 目標を達成し、リハビリ実施時に本人の表情が生き活きとしてきた事例

1) 利用者の状態等

(1) 性別と年齢：女性 84歳

(2) 主疾患名：脳梗塞後遺症

(3) 痴呆：中等度

(4) コミュニケーション

構音障害有り。概ね意思伝達できるが、思い出したりまとめるのが困難。他者の言うことは概ね理解できる。

(5) 運動機能等

肩関節制限有り、膝伸展軽度制限あり

(6) 調査開始時の利用者のADL評価

寝たきり度はランクB。摂食動作は、時間がかかるがスプーンを使用し、自分で摂取する。起居動作は、緩慢であるが自分でできる。しかし、上手にできないために、時に気持ちの落ち込みやイライラ感が認められる。移動動作は、椅子や壁につかまり、ゆっくり歩行可能であり、また、10センチメートルくらいの段差は昇降ができる。排泄はおむつを使用し、全介助である。整容・更衣動作のうち、ボタンかけやズボンの上げ下げは自分ですが、他のことは息子が援助する。入浴は息子の介助で実施する。

2) 利用者及び家族の生活状況

長男（51歳）、次男（49歳）と本人の3人家族で、息子2人は定職が無い。経済的に困窮しており、本人が平成6年8月（脳梗塞）に退院後、経済的理由のために医療を受けず、高血圧、不整脈を放置し、ADL低下が認められた。平成10年6月から訪問診療、訪問看護が開始された。しかし、経済的理由から訪問看護は月に2回のみである。訪問当初利用していたデイサービス

も現在は中止している。降圧剤の服用の指示を調査開始時は大概守っていたが、訪問診療が経済的理由のために中断され、その期間は服薬できなかった。また、調査開始時にしばしばみられた悲観的な見方が、終了時には常にみられるようになるなど精神活動の低下がみられた。

本人の息子に対する依頼心が強く、日常生活上自力でできることをせず、息子に介助をしてもらう。息子達は母親に対して「精神的にも身体的にも無理をさせたくない」意向が強く、リハビリ中、本人が苦痛を訴えると、怒り中止を要求した。介護の疲労感は特に訴えない。

3) 訪問看護におけるリハビリ目標

- ・現状のADLレベルを維持する。

経済的制約のために訪問回数が少ないこと、息子達のリハビリについての期待が低いこと、息子がよく介助するために、本人が不自由をそれほど感じることなく過ごせ、リハビリに対する意欲が低いことがリハビリを実施するうえで障害となり、無理のない「現状維持」を目標とした。現在のADLレベルで可能な動作をできるだけ多く実施することにより、生活に役立てることにした。

4) リハビリ目標の達成状況

目標のADLレベルが維持され、達成できた。さらに、リハビリ時の表情がこれまでとは違い、生き生きして、明るくなった。また、看護婦の訪問を心待ちにし、訪問終了時には「もう帰るの、いつきてくれるの」と聞くようになった。

5) 目標達成に関連した看護ケア

リハビリプログラムを実施する前の準備として、「舞リハ(歌にあわせて簡単な舞踊を組み込む)」を実施したところ、カラオケ好きの本人(過去に居酒屋を経営)は非常

に気に入り、喜んで歌い踊った。これに対して息子達は好意的であった。舞リハ実施時は本人が積極的で、看護婦が歌詞やふりを間違えるとそれを指摘して、教えるほどであった。いっぽう、生活動作に即した新しいリハビリ実施時は、リハビリ関連の動作がうまくできないと、気持ちの落ち込みが認められた。また、息子に世話をかけている自らを「いらぬもの、やっかいもの」と思い悲観し、泣くこともあった。これらの状況を考慮し、本人に「生きる楽しさを感じてもらおう」ことが大事であると判断し、舞リハと上手にできるリハビリプログラムの方に重点をおいて実施した。本人が自信をもつことと、歌詞やふりを思い出すことは痴呆予防のリハビリにもなると看護婦は判断した。

6) リハビリケア計画立案時のNsとPTとの間の情報交換

(1) NsからPTへ

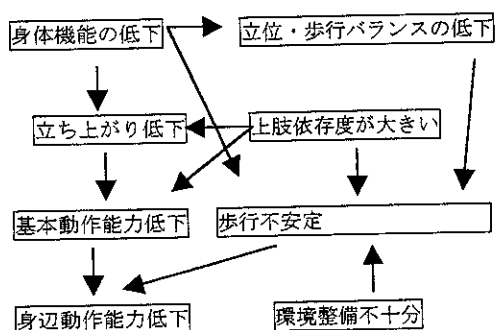
- ・本人には精神活動の低下があり、リハビリの受け入れはあまり良くない
- ・本人は過去に酒屋を経営していてカラオケが好きである
- ・本人の身体状況と医学的情報
- ・同居の息子達は母親に長生を望んでいるが、肉体・精神的な苦勞をさせてまでリハビリをさせたくない意向がある
- ・経済的な困窮があり、訪問看護は月に2回のみである
- ・これまでの看護経過

(2) PTからNsへ

日常実施していた自然な動作をリハビリにとりこむ。機能的な要素が連結して生活動作をつくりあげているので、その動作の組み合わせを理解し、練習する。生活動作を反復することで、機能的な低下を防ぐ。

- ・更衣動作の練習：日中と夜の衣服を区別

- し、交換する、更衣しやすい衣服
- ・整容動作の練習：整髪などの身だしなみ（肩・肘の複合動作）
- ・ベッド上の動作練習：ベッド上のいざり動作や布団かけ、布団にひもをつけて引きやすくする、ベッド上の寝る位置、枕の位置を整える
- ・立ち上がり練習：ズボンの着脱に立ち上がり動作を組み込み、パターンを確立する
- ・生活上の役割検討：カーテンの開閉、食卓ふき、洗濯物たたみ、お茶入れ等
- ・生活のリズムの維持
- ・介護保険導入後、サービスの利用を促進し、外出の機会を増やす。
- ・リハビリに関わる問題の関連性



7) リハビリケアの過程でのNsとPTとの間の情報交換

(1) NsからPTへ

- ・PTによって指導されたプログラムに沿ってリハビリを実施したところできないと本人が精神的に落ち込む。その場合は 該当の動作を中止し、また、精神的・肉体的に負担にならないように、ゆっくりと話しをしながら実施している
- ・PTから紹介のあった「舞リハ」を実施したいので、資料の送付を請求した
- ・「舞リハ」後、更衣の練習をするが、本人はすぐに息子に更衣の援助を求めてしまう

(2) PTからNsへ

- ・「舞リハ」の資料を送付した
- ・「舞リハ」は本人がリハビリ実施を気持ちよく始められるための準備運動、あるいはきっかけつくりのために利用すると良い。また、目的達成に関する動作をアレンジして舞リハに取り入れて良い
- ・訪問頻度が少ないため、リハビリ動作の習慣化までに困難が予想されるが、更衣、食事動作はどのようなものであるかを問い合わせた

8) PTとの連携の中でのNsの変化

- ・訪問看護におけるリハビリの概念：リハビリを広い視野で理解するようになった
- ・リハビリへの取り組み方法においては、生活の動作を取り入れることが重要であり、髪をとかすこともリハビリとして位置づけられる。リハビリとは単に手足を動かすものだけではない

9) NsとPTの連携体制の必要性

<Ns>

本人と家族関係がリハビリ実施上の方法・内容に関係するので、PTと利用者の家庭のことを相談できて心強かった。また、リハビリを生活に位置づけるきっかけがわからないので、リハビリ実施過程におけるPTの助言が必要である

<PT>

PTは生活動作に関して潜在的な能力を判定し、機能訓練の方法を提示する。NsはPTからのこれらの情報を看護の視点から判断し、利用者の生活になじむように調整できるので、PTとNsの連携なくては利用者の生活の変化は困難である。

3. PTのリハビリ訓練により、短期間で目標を達成した事例

1) 利用者の状態等

- (1) 性別と年齢：男性 59歳

(2) 主疾患名：高血圧性右脳出血後遺症

(3) 痴呆：なし

(4) コミュニケーション

意思伝達・他者の理解ともに問題がない

(5) 運動機能等

・左側片麻痺と左半側失認が有る

・下肢・膝・股運動痛あり

(6) 調査開始時の利用者のADL評価

寝たきり度はランクB。寝返り、側臥位は自立、起きあがり・立ち上がりは軽度介助を実施している。移動は車椅子を使用する。尿意はあるが、排泄時は尿器とおむつ使用し、摂食動作は自立である。入浴は週回のデイサービスで部分介助にて実施し、更衣は全介助、整容は部分介助が必要である。

2) 利用者及び家族の生活状況

妻と二人暮らしで、娘(30歳)息子(26歳)は別世帯である。本人は外出したい意欲が強いが、元タクシーの運転手時代の仲間に車椅子での姿をみられたくないと、外出を拒否する。入院中のリハビリを十分にできないまま退院し、帰宅後すぐに家でトイレで排泄を試みたが、うまくいかずに汚してしまい、以降は尿器、おむつにて排泄することにした。通院リハビリの希望はあるが、現在は通院手段がない。住居は障害者用居宅で、車椅子での移動に問題はないが、ベッドは高さが調節できない。本人のリハビリに対する意欲が低く、これまでの筋力増強型のリハビリプログラムに対して積極的ではなかった。本人は元病院でリハビリを担当したPT(本調査実施時の担当PT)を尊敬し、病院にあった平行棒を利用しての立位・歩行練習を希望していた。

主介護者の妻は、夫のできないことはすべて妻が援助しなければならない、と考えてリハビリのために本人が自力で実施すべき

ボタンかけやズボンをはきをすぐに手伝う。

本人が移動する時の妻の介護負担が大きい。

本人は身障者手帳1級の交付を受けている。

3) 訪問看護におけるリハビリの目標

ベッドからの起きあがり自立する。また、ベッドと車椅子間の移乗がスムーズにできる。

4) リハビリ目標の達成状況

- ・起居が自立し、さらに、妻に車椅子の移動を介助され、トイレで排便ができるようになった。
- ・起居は対角線に臥床することで、難なくできるようになった。介護保険申請のための通院を契機として、本人の尊敬するPTから病院で、車椅子への移乗、平行棒を使用しての歩行訓練を受けられた。その結果、PTの予想より上手に動作ができるようになり、それ以降、自宅でトイレまでの移動を介助されながら積極的に実施するようになった。

5) 目標達成に関連した看護ケア

- ・本人がリハビリに対してやる気になれば、トイレでの排泄ができる、と予測し、動機づけるようにコミュニケーションした。
- ・本人は、起居が自立しても妻が世話をするのを当然と思い、妻もそれを当然と考えるので、リハビリに対して本人と介護者の意識が高まるように指導した
- ・介護者が本人のトイレ排泄時の援助を失敗無くできるように、訪問時に介護技術を指導した
- ・デイサービスへ出かけるときの更衣を自分であることを勧め、生活に必要な動作のなかに、リハビリをとり入れるように動機づけを実施した
- ・左膝関節痛の程度を観察し、無理のないリハビリを実施する
- ・移乗が上手にできたときは励ました

6) リハビリケア計画立案時のNsとPTとの情報交換

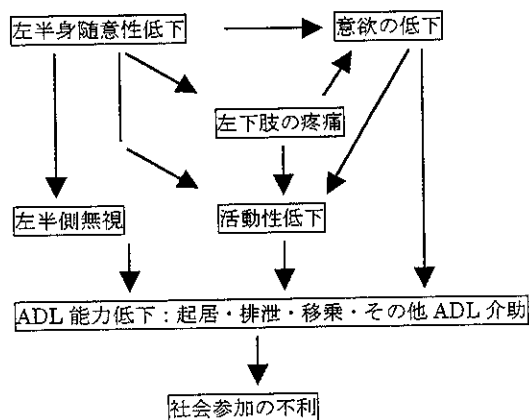
(1) NsからPTへ

- ・本人の病歴およびその他の身体状況と看護経過
- ・本人が平行棒を利用して立位・歩行訓練を希望しているが、介護者への依存の気持ち強い
- ・介護者は、本人がトイレでの排泄の自立を希望しているが、本人の可能なことまで援助するのを当然と考えている
- ・本人は筋力増強型のリハビリ実施への意欲が低いことと、左膝関節痛があるのでリハビリ効果が上がらない

(2) PTからNsへ

- ・スムーズな動作の寝返り起きあがりができるように、体幹回旋筋ストレッチ及び頸、左肩甲帯のコントロール指導
- ・正確で効率の良い起きあがり方法
- ・起居動作ができるように体幹筋の強化
- ・生活に必要な行為のなかに、起きあがり、立ち上がり、移乗が繰り返し実施されるように組み込む

・リハビリテーションに関わる問題の関連性



7) リハビリケア過程でのNsとPTとの情報交換

(1) NsからPTへ

- ・ベッドが高いために、座位時に足底が床に届かず、姿勢が不安定になる。
- ・起居動作が自立できるようになったが、訪問時のみ実施し、それ以外の時は妻に依存して自力で起居しない。
- ・腰のストレッチ実施時に右膝がつっぱり、車椅子移乗時に右膝に力がいりにくい。
- ・右膝の突っ張り感が訴えなくなったが、左膝～大腿の突っ張り感がある。
- ・トイレの便器への移乗を介助されながら実施できた。
- ・寒くなるにつれ、左膝の突っ張り感と腰痛を訴え、リハビリ意欲がみられない。トイレ便器への移乗は、介助なしではできないと本人が思い込んでいる。デイサービスに出かけるのを楽しみにしていることから、在宅以外の場所でリハビリを受けると効果が早く現れる可能性が高い。
- ・病院受診以降は、積極的に排泄動作を練習し、トイレで排便でき、本人がリハビリに対して前向きである。

(2) PTからNsへ

- ・座位時に姿勢を安定させるために浅く腰掛け、ベッド上でのポジションを工夫すること、あるいは、ベッド脇に木製の踏み台を置き、足を載せるようにする。
- ・できるだけ日常生活で起居動作を自分でする動機づけをする。
- ・突っ張り感の出る動作だけ中止し、突っ張り感の有無と程度を経過観察する。
- ・左下肢の疼痛とつっぱり感は冬の低温によるものかもしれないので、無理のない範囲の運動と患部を暖める工夫をする。
- ・トイレの便器への移乗は介助や監視下で積極的に実施する。
- ・排泄動作の自立が可能な身体的機能の向上が認められるので、生活のなかでトイレ動作につなげられる興味のある活動を

探すと効果的である。例えば、起居動作の訓練ではテレビをみるために起きるようにする等であり、排泄動作関連で何かないだろうか。

- ・本人が外来にきた日に車椅子への移乗と歩行訓練を実施し、上手にできた。練習を重ねると上達する見込みがある。本人は自分の能力を再発見したようである。

8) P Tとの連携の中でのN sの変化

- ・生活動作をリハビリテーションとして活用することができることに認識するようになった。

- ・リハビリ実施に対する本人の動機づけや実施方法が適切であれば、リハビリの効果が予想以上に大きいことがあることを経験した。

9) N sとP Tの連携体制の必要性

< N s >

是非にでも相談体制がほしい。訪問看護ステーション地域の自治体所属のP Tが契約を解除され、P Tとの相談ができなくなってしまった。リハビリ関係でわからないことがあり、不安を感じることが多い。

< P T >

N sとP Tの専門性を尊重しあうことが必要である。N sから利用者について情報を得ることで、利用者の生活に適したリハビリプログラムの計画を立案・実施できる。

4. 職種間の連携で問題が改善した事例

1) 利用者の状態等

- (1) 性別と年齢：男性、75歳
- (2) 主疾患名：パーキンソン病疑い
- (3) 痴呆：無し
- (4) コミュニケーション

意志の伝達や他者理解も良好。

(5) 運動機能等

左上下肢に軽度のこわばりと、中等度の

四肢の振戦あり。嚥下はむせることもあるが、何でも普通に飲むことができる。しかし調査終了時には、水や流動食でもむせることが多くなってきた。

(6) 調査開始時の利用者のADL評価

寝たきり度はランク B。立ち上がり動作はベッド柵につかまり自力で行うが、状態が悪い時は自力では不可。立位保持は手すりにつかまれば可能。歩行は介助すれば2、3歩歩くことができる。排泄動作はトイレまで車椅子で移動し、手すりを持ち立ち上がり便器に移動するが、手すりの位置が悪いので便器に横がけとなってしまう。そのため広範囲の介助が必要である。入浴時の洗体は、手の届く陰部から大腿部は自分で洗えるが、その他の部分は介助が必要である。

2) 利用者及び家族の生活状況

70歳の妻との二人暮らし。主介護者である妻のケア技術（トイレ・入浴介助など）は、時折適切でないときがある。本人の妻への依存心は少なく、妻も本人のできることはほとんどどさせている。しかし妻の疲労感は限界に達している。

3) 訪問看護におけるリハビリ目標

(1) 患者・家族のリハビリへの希望

- ・自宅でのトイレ、入浴に不自由があるので改修したい。

現在、N sが入浴介助を行ってデイサービスでの入浴や訪問入浴車の利用検討中だが、本人、家族は、「できれば自宅のお風呂に入りたい」という希望がある。

(2) N sが考えるリハビリ目標

- ・自宅トイレが車椅子、妻の介助で安全、安楽に使えるようになる。
- ・自宅での入浴が、妻や訪問看護婦の介助で安全、安楽に行えるようになる。

(3) P Tが考えるリハビリ目標

- ・トイレトランスファー動作の確立を始めとする、基本的動作パターンの確立
- ・身体活動量のアップ
- ・介護量の軽減
- ・残存機能を引き出し伸ばす
- ・腹臥位の姿勢を取り入れ、身体の緊張をほぐす
- (4) PTの目標に関するNsの考え
- ・リハビリに意欲的であり、住宅改修より現状での自宅入浴を目標にリハビリを進めていく。
- ・介助者との信頼関係を確立し心理的な緊張を取り除けば、入浴ボードなどの活用で自宅での入浴も可能であろう。
- (5) リハビリ目標に対する患者・家族の考え
- ・本人：「歩けるようになるんじゃないかって、この頃ちょっと自信が出てきた。」
- ・座位保持から立位保持の練習を行い、その後入浴ボード等を探すことで同意する。
- (6) 患者・家族・PT・Nsが合意した共通目標
- ・枕を低くしうつ伏せの練習を行い、背筋を伸ばす。
- ・自宅で入浴が出来るよう、移動・歩行練習を増やす。
- ・生活の中で身体を使うようにする。
- (7) リハビリ看護計画
- ・シャワー浴前のマッサージ(約20分)
- ・パーキンソン体操
- ・うつ伏せの姿勢を取り入れた体位変換
- ・起立、歩行練習(約60分)
- ・入浴に必要な物品の検討
- ・家族指導
トイレ介助の方法を忘れないよう、訪問の都度、確認。
- ・観察
病状(こわばり、振戦、疼痛)の変化

本人の感情の変化
家族の疲労の有無

4) リハビリ目標の修正

(1) 修正後のリハビリ目標

妻の介助で入浴、トイレ動作ができるよ
お風呂、トイレの住宅改修を行う。

(2) リハビリ目標の修正理由

- ・市の保健婦(以下PHNという)から妻が住宅改修を希望していること、妻が自宅で自分で(Nsへの嫉妬心から)入浴介助を行いたいと考えているとの情報を受けとった。妻の考えとNsの考えがずれていた。

- ・動作を修正することで、住宅改修せずにトイレ、入浴がうことは簡単だとNsは考えていた。

- ・本人、家族は住宅改修に希望を寄せており、そのため動作練習には意欲がもてなかった。

5) リハビリ目標の達成状況

本人、家族の希望を確認し、リハビリ目標、計画を修正したことで、達成できた。
現在、浴室とトイレを改修中。

6) 目標達成に関連した看護ケア

PHN、PT、Ns間の情報交換。
家族の気持ちを市のPHNが、また本人の気持ちをNsが確認し、関係職種間で情報提供を行なったこと。

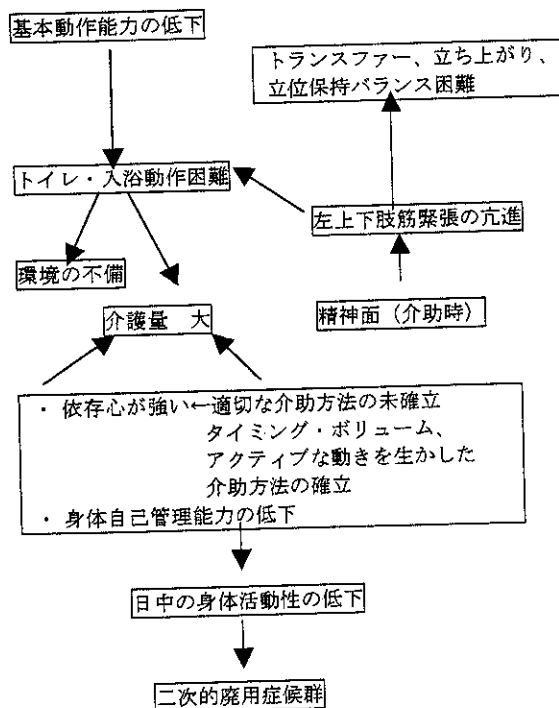
7) リハビリケア計画立案時のNsとPTとの間の情報交換

(1) NsからPTへ

- ・身体状況
- ・家庭、介護状況
- ・できれば家のお風呂に入りたいという
本人、家族の希望
- ・社会資源の活用内容
- ・本人や家族の日常生活様式

(2) PTからNsへ

- ・ベッド上の基本動作パターンの指導
体位変換、イスからの立ち上がりから立位保持へ
- ・トランスファーの指導（トイレ、入浴動作）
ベッド→車椅子、車椅子→便座
車椅子→浴槽
- ・ホームヘルプサービス、バスボードやバスクリップの紹介
- ・対象者の身体機能
関節拘縮・麻痺の程度
動作能力（どの動作がどの程度可能か）
身体機能障害が与えるADLへの影響
- ・個々の疾患に応じたリスク管理
中枢神経障害の患者であったため、姿勢による筋緊張のコントロールについて。
- ・リハビリ目標の設定
- ・リハビリプログラムの提示とその考え方
- ・リハビリが必要な問題の関連性



8) リハビリケアの過程でのNsとPTとの間の情報交換

(1) NsからPTへ

- ・歩行練習を拒否していること
- ・住宅改修での妻と本人の希望の不一致。

本人はバスタブを残した浴室を希望。妻は介助しやすいようバスタブの無いシャワーのみの浴室を希望

・身体機能の変化

(2) PTからNsへ

・環境整備

本人、家族が大掛かりな住宅改造を行う準備をしていた為、Nsや建築業者と共に改造案を提案。

・今以上に介助を要する状況となった時を考慮した住宅改修

・バスタブの種類、リフトについて

9) Ns・PHN・PTの連携による対象者への効果

妻の希望を知ることができ、住宅改修に向けての準備を整えることができた。

10) PTとの連携の中でのNsの変化

・腹臥位など様々な姿勢をとることで、身体の緊張を解くことの必要性を学んだ。

・家族の気持ちをサポートしていく姿勢の大切さを学んだ。

・PTに何を求めて良いのか、何を聞いてよいのか、どの様に連携を図っていくべきか理解が深まった。特に地域では医師、PT、PHN、Nsなど関係職種間の連携が重要であると実感した。

・リハビリプログラムのみでなく、個々の状況に必要なプログラムの立案まで考慮できるようになった。

・対象者の変化を、リハビリの視点から捉えることも可能となった。

11) NsとPTとの連携体制の必要性

<Ns>

・リハビリや日常生活動作の援助方法、まして住宅改修は、Nsだけではわからないことが多い。常に気軽に専門家に相談できる体制は必要である。

・病院の外来でのリハビリ訓練と、今回の

PTの作成したリハビリプログラムと内容が異なっていた。関係機関でのリハビリ目標、プログラムの調整が必要である。

<PT>

- ・身体機能や動作能力と日常生活能力との関連、ADLの確立の為に必要な対応など、PTの専門性を看護婦が在宅リハビリに活用するためには、連携できる体制を確立していくことが非常に重要である。

5. 生活の中でのリハビリを見つけ体位が改善した事例

1) 対象者の状態等

- (1) 性別と年齢：男性、90歳
- (2) 主疾患名：脳梗塞後遺症
(慢性動脈閉塞症、仙骨部褥瘡)
- (3) 痴呆：中等度
- (4) コミュニケーション：概ね意志を伝えられるが、思い出したりまとめるのが困難。相手の話は概ね理解できる。

(5) 運動機能等

右半身に麻痺あり、右上下肢から手指、両膝関節に重度の拘縮あり。

(6) 調査開始時のADL評価

寝たきり度はランクC。摂食動作、寝返り・起き上がり動作、ベッド/床から車椅子などへの移乗動作、整容・更衣動作、入浴動作とも全介助の状態である。尿便失禁があり、オムツを使用。排便は浣腸、摘便に。咀嚼や嚥下状態は、軟食やペースト状なら嚥めるが、水や流動食でも時々むせることがある。汗・し尿の臭いや口臭がしばしばみられる。怒りの感情もときおりみられ、家族・知人等から相談されたりあてにされたりする仕事は全く無い状況。

2) 家族及び本人の生活状況

独居生活だが、近くに住む60歳の長女が毎日訪れる。本人は長女への依存心が強

く、出来ることでも自分からは全くせず、長女も本人に全くさせていない。

主介護者である長女の疲労感は、中等度である。利用中の社会資源は、週6回のホームヘルプサービス、週4回のデイサービス、必要時にショートステイサービスである。

3) 訪問看護におけるリハビリ目標

(1) 患者・家族のリハビリへの希望

- ・長女：「できれば足が伸びれば良い。最近左手に手袋を装着する時に痛がるため、少しずつ拘縮が進んできたようで心配である。」

- ・本人：「痛いことはして欲しくない。」痴呆があり、リハビリに対してあまり理解できていない。

- ・本人、家族とも苦痛を伴うリハビリは求めている。

(2) 看護婦が考えるリハビリ目標

- ・現状維持

- ・本人の好みに応じたファーラー位が、長時間保持できる。

(3) PTが考えるリハビリ目標

- ・身体機能維持

- ・座位時間の延長

- ・筋肉、関節をほぐす

- (4) PTの目標設定に関する看護婦の考え
各関節をほぐし“関節のあそび”をつくることで拘縮の悪化防止、疼痛緩和を図ることは必要である。

(5) リハビリ目標に対する患者・家族の考え

- ・長女：「出来るかどうかわからないけど、ちょっとずつでもやってみる。オムツ交換が楽になるとうれしい。」

(6) 患者・家族・PT・Nsが合意した共通目標

- ・ギャッジアップ時間を増やす。

- ・痛みなくオムツ交換できる程度の拘縮から進行しない。
- ・上記目標達成のため、無理の無い範囲でほぐすようなマッサージを行うことを共通に了承する。

(7) リハビリ看護計画

- ・温罨法後に四肢マッサージ、ROM 訓練 (3 回/週)
- ・ギャッジアップ 70 度を 10 分間 (3 回/週)
- ・長女の負担軽減のため、ヘルパー訪問時にギャッジアップの協力依頼 (5 回/週)。
- ・家族の手技の確認、指導。
- ・観察

疼痛の変化、各関節の異常の有無
 家族の疲労の有無
 本人の感情の変化

4) リハビリ目標の達成状況

- ・下肢の拘縮が目に見えて改善されたわけではないが、今まで好まなかったギャッジアップを「テレビを見るから起こして欲しい」と希望するようになる。
- ・マッサージにより、疼痛が軽減する。

5) 目標達成に関連した看護ケア

- ・全身、腰、肩関節、膝関節のマッサージ、膝関節、右上肢の温罨法により、リハビリ前の疼痛緩和を行う。疼痛緩和によりリハビリを行うことが出来た。
- ・仙骨部の褥瘡ケア (ギャッジアップによる座位保持のため)。
- ・ヘルパーへギャッジアップの協力依頼

6) リハビリケア計画立案時の訪問看護

婦と理学療法士との間の情報交換

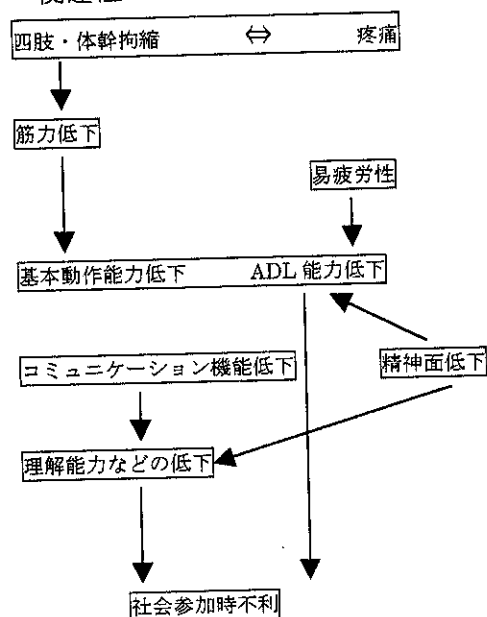
(1) N s から P T へ

- ・身体状況
- ・家庭状況 (独居生活)
- ・心理的状況 (本人、家族とも苦痛を伴うリハビリは求めている)
- ・利用している社会資源

・生活リズム

(2) P T から N s へ

- ・対象者の身体機能
- ・本人の状態をアセスメントした結果によるリハビリプログラム。
- ・膝関節、肩関節、右上肢の拘縮部位の動かし方
- ・ギャッジアップ、側臥位時の適当な姿勢。
- ・全身のマッサージ方法
- ・四肢関節の可動域訓練
- ・座位時間 (ギャッジアップ 30 度程度) の延長
- ・リハビリテーションが必要な問題の関連性



7) リハビリケアの過程での N s と P T との間の情報交換

(1) N s から P T へ

- ・訪問時の看護ケア内容
- ・本人とのコミュニケーション方法

(2) P T から N s へ

- ・本人が興味のあることをリハビリに活用するというアイデア (テレビを見る、犬への餌やり場面の活用)

8) 連携による対象者への効果