

平成 11 年度

厚生科学研究費補助金（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	医療法人三草会理事長
	高岡 徹	横浜市総合リハビリテーションセンター医長

平成 11 年度厚生科学研究費補助金（長寿科学研究事業）

総括報告

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

研究要旨

公的介護保険制度によるサービスを有効かつ効率的に運用するために、現状の制度では欠如している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モデルシステムの下で、在宅リハビリテーションの内容とその効果を検証した。その結果、いずれのモデルにおいても地域ケアを支える各種機関の連携のなかで実施されるチームアプローチの有効性が指摘され、とくに、リハビリテーション専門職の介入と地域リハビリテーション専門機関による看護・介護サービスを後方から支援するシステムの有効性が明らかになった。

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 誼（医療法人社団三草会理事長）
高岡 徹（横浜市総合リハセンター医長）

リハビリテーション・サービスの内容とその効果について明らかにする。また、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、その連携のあり方やそれぞれの役割について明らかにする。

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より豊かに生活したいというニーズに応えるには、地域における総合的なサービス・システムが必要である。なかでも、彼らの生活スタイルを再構築する地域リハビリテーションのシステムは、2000年4月から施行予定の介護保険制度において明らかにされておらず、目的とする自立生活を積極的に支援するシステムは欠如しているといっても過言ではない。

そこで今年度の本研究では、昨年明らかにした、県、大都市、小都市、民間医療機関を単位とした各モデルシステムの下で、在宅リ

B. 研究方法

県、大都市、小都市、民間医療機関を単位としたモデルシステムの下で、すでにサービスを受けた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によるサービスの有効性について検討した。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、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：85人、横浜市：150人、御調町：241人、医療法人社団三草会ク

ラーク病院：287 人のほか、看護・介護の役割に関するアンケート：152 人である。

調査内容は、県と大都市においては、日常生活自立度（厚生省日常生活自立度判定、Barthel Index Score、機能的自立度評価法：F.I.M.）の評価、リハビリテーション計画、提供されたサービス内容などとし、これをリハビリテーション介入前後で比較、地域リハビリテーションの効果を検討するとともに、その結果からサービス内容のパターン化を試みた。一方、小都市と民間医療機関においては、あらかじめ対象者を日常生活自立度や介護力で分類、それぞれが提供したサービスのパターン化を試み、典型事例について地域リハビリテーションの効果を検討した。また、看護・介護の役割については、彼らが実際に行っているリハビリテーションの内容、リハビリテーション専門職に相談あるいは指導を受けたい事柄などについてアンケート、リハビリテーション専門機関との連携のあり方や役割について検討した。

C. 研究結果

1) 各単位別システムにおけるサービスの効果

【県域システムにおける効果】

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。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、今回も昨年同様に長崎県の郡部5町を対象にリハビリテーション専門職による介入を試み、その効果について調査した。その結果、対象者の把握時から介入後6ヶ月までの自立度の変化によって分類すると、自立度が向上したのは85人中37人(43.5%)、特に変化せ

ず、維持されていたのは40人(47.1%)、低下したのは4人(4.7%)、向上または低下を繰り返したのは4人(4.7%)であり、自立度が向上または維持できたものは全体の90%を占めていた。また把握時の自立度は、向上群ではA・Bランク(厚生省日常生活自立度判定)両方で83.7%を占め、維持群では、自立度の高いJランクが77.5%を占めていた。ちなみに、向上群では発症から早い時期に医療機関との関わりがあり、退院時にも情報提供のあったものが多かった。

一方、各種サービスの導入状況については、保健・医療・福祉サービスとも向上群において導入率が高く、かつリハビリテーション専門職による介入後、追加・修正した割合も維持群より向上群の方が高いことが特徴的であった。

【大都市システムにおける効果】

横浜市においては、医療機関による医学的リハビリテーションの実施率が高く、対象者の多くが地域リハビリテーションの介入によって日常生活自立度が変化することは殆ど認められないことが検証されている。そこで今回は、対象者を厚生省日常生活自立度別(J、A、B、C)に分類したうえで、地域リハビリテーションによって提供されたサービス内容と日常生活動作項目別の実施状況を、「行っていない」「1人介助」「2人介助」「自立」に分類し、サービス提供前とフォローアップ時とで比較検討した。その結果、サービスの定着率は79%と高く、介護者数の減少(3%)、日常生活動作の自立(4%)、行っていなかった動作の開始(30%)など、家族やヘルパーなどの介護者を含む生活全体の自立性とQOLの向上が認められ(図1)、その有効性が確認された。

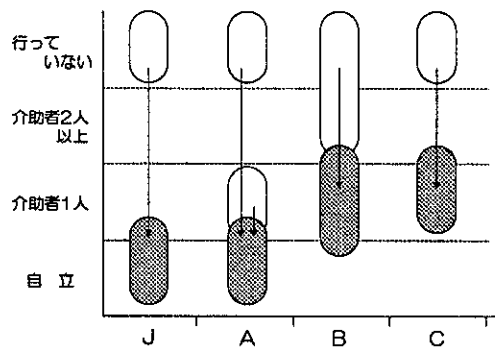


図1)リハ・アプローチの結果

【小都市システムにおける効果】

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て、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なことである。そこで今回は、リハビリテーション専門職が介入した対象者を厚生省日常生活自立度別に分類したうえで、「福祉系サービス」「医療系サービス」「医療・福祉系サービスの併用」「短期入所」などのサービスパターン、および介護保険対象のサービス利用者とそれ以外のサービス利用者に分け(全体として9パターン)、リハビリテーション専門職の介入状況とそれぞれの典型事例における効果について検討した。その結果、介護保険外のサービス利用者に対するリハビリテーション専門職の関与は11%で、介護保険サービス利用者の21%に比べて少なかった。また、各サービスパターンにおける特徴としては、(1)福祉系サービス：日常生活自立度の高い虚弱高齢者が主な対象で、予防的訓練、屋外訓練、社会参加などが目標となった。(2)医療系サービス：日常生活自立度が比較的低く、基本的動作訓練、ADL訓練などリハビリテーション専門職の定期的関与による訓練的内容が多くなっ

ていた。(3)医療・福祉サービスの併用：多くはケア担当者会議でサービス調整が行われ、日常生活自立度は様々であったが介護者の介護負担の軽減が主な目標であった。

【民間医療機関システムにおける効果】

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。そこで今回は、対象者を厚生省日常生活自立度および介助力により6パターンに分類、それぞれについて地域リハビリテーションの介入状況、介入後の自立度・介助度の変化などについて検討した。その結果、在宅生活の自立度を向上するためには、医学的リハビリテーション、住環境整備(福祉機器の導入を含む)、人的援助の順で優先的にサービス提供が行われるべきであるが、このうち医学的リハビリテーションや住環境整備についてはチームアプローチによる地域リハビリテーションの関与が必要不可欠であった。

2) 看護・介護サービスの役割

昨年の調査結果では、訪問看護ステーションでは医学的知識に基づいた病状観察や健康管理だけでなく、機能訓練などのリハビリテーションに関するサービスも実施されていた。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。そこで今回は、看護職や介護職がリハビリテーション機関との連携においてどのような役割を担うべきか、彼らがリハビリテーション専門機関に何を希望しているのかについて調査した。その結果、看護職は自らが実施しているリハビリテーション計画や訓練内容に不安感をもっており、リハビリテーシ

オン専門職による確認・指導を強く望んでいた。一方、介護職についてはリハビリテーションに関するサービスは殆ど実施していなかったが、可能であれば専門職による指導を受けたうえで、自分達も機能維持訓練などを行っていききたいという意欲が示された(図2)。

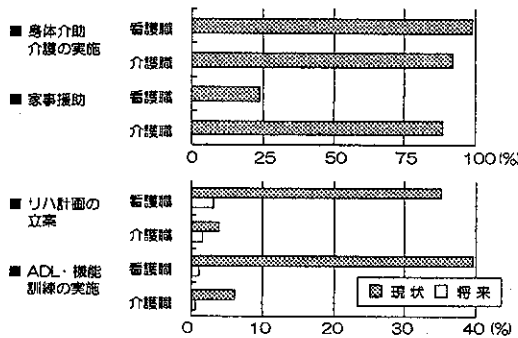


図2) 地域リハと訪問看護・介護

D. 考 察

今回の研究では、昨年度の研究結果で示した県、大都市、小都市、民間医療機関のモデルシステムにおいて、それぞれが行ったサービスの有効性を検証した。その結果、いずれのモデルにおいても地域ケアを支える各種機関の連携の中で実施されるチームアプローチの有効性が確認された。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、それぞれ以下のような課題が残された。

県域における問題は、とくに郡部において保健・医療・福祉のサービスが不足していることである。このため、今回の結果からも明らかのように、地域リハビリテーションの介入によって日常生活自立度の向上が認められる割合が比較的高く、今後の課題として、これらの基本的サービスの供給基盤を構築することが重要である。とりわけ、医療機関にお

ける早期リハビリテーションの実施を促進・充実するとともに、昨年度の本研究で明らかにした県域のモデルシステムを整備することが焦眉の課題である。

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をどのように展開すればよいかという点にある。介護保険制度によるメニューが人的サービスと施設サービスに偏重していることから、福祉用具や住環境の整備を充実し、これによって対象者とその家族の自立性を高め、人的資源の不足を補うことは一石二鳥のサービスとして有効である。社会参加の受け皿となる社会資源の拡大に加え、福祉用具のサービスを含む総合ケアの充実が求められているといえよう。

小都市における問題は、昨年度の本研究報告でも述べたように、御調町モデルを他の地方都市にどのように拡大するかという点にある。とりわけ、その財源の確保が中心的課題になるかと思われるが、今回の調査結果からも明らかのように、介護保険制度によるサービスによってその多くを解決できる可能性が高い。したがって、今後は国や県行政のバックアップを強め、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をはかることが焦眉の課題となろう。

民間医療機関における問題は、医療サービスだけでは限界のあることである。今後は、介護保険制度の導入に伴って整備されるであろう地域ケア機関との連携をいかに強めるかが重要であり、医療機関内のサービスにとどまらず、今以上に地域に目を向けたサービスをどのように充実するか、費用効率の面からも種々の工夫が必要であろう。

看護・介護サービスに関する問題は、とくに訪問看護ステーションにおいて、自分達だけでは困難だと感じているリハビリテーション計画や機能訓練などのサービスを提供しなければならないことである。介護職についても、彼らはこれらのサービスを実施すること自体を拒否してはいないことから、リハビリテーション専門職との連携により解決し得る問題も多いと考えられる。今後の課題としては地域のリハビリテーション機関の後方支援とともに、彼らを対象としたリハビリテーションに関する継続的かつ実践的な研修体制を整備することが重要である。

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「地域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。今回は、これらのモデルシステムの下に実際のサービスを提供した結果、おおむねその有効性が確認され、サービス内容についてもいくつかのパターンに集約できる可能性が示唆された。しかし、これらのモデル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、今後さらに検討を加えなければならないであろう。

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)
分担研究報告書

地域リハビリテーション・システムに関する研究
— 県域における地域リハビリテーション・システムの検証と今後の課題 —

分担研究者 浜村明德：南小倉病院 病院長

研究要旨 昨年の研究で、リハビリテーション(以下、リハ)資源の乏しい地域では、在宅リハサービスの量的充実やリハ専門職の介入に関するニーズが高いことが明確になった。そこで、在宅生活の自立度向上に関与する要因やリハ専門職介入による効果等を検証するための調査を行った。その結果、リハ専門職の介入、発症から把握までの期間、把握経路、医療機関からの情報提供、医療連携、サービス導入の時期、リハ専門職によるケアマネジメント等が自立度向上に影響を与える要因となり得ることが示唆された。また、リハ専門職の介入はケアチームの育成等に影響し、リハプログラムの立案、予後予測、援助方針・計画の立案が充実する効果も期待できると考えられた。また、今後、リハ専門職には、廃用症候群、基本動作、ADL・IADLに関する関与が期待された。

対象者の早期把握や医療機関との連携強化により、ケースによっては退院後早期から生活自立する可能性がある。今回の調査では介入の頻度や期間が短く、長期にわたる在宅生活ではケアの継続と経過中に生じる障害の早期発見、タイムリーな関わりが重要となる。従って、それらのことに対応できる地域リハ・システムを構築するには一次医療圏域・二次医療圏域・県域に渡る重層的なシステムの検討が重要となる。

A. 研究目的

県域レベルの地域リハ・システムを検討する際、直接サービス拠点の少ない地域が抱える問題を考慮することも重要な課題の一つとなる。

昨年、リハ資源の乏しい郡部のリハニーズ調査を行い、これらの地域では、在宅リハサービスの量的充実やリハ専門職介入に関するニーズが高いことがわかった。

そこで今回は、リハ専門職種介入による効果や課題をもとに、地域における総合的なケアのあり方や県域における地域リハ・システムについて検証する。

B. 研究対象と方法

昨年度と同様の地域(我々が「長崎県地域リハ推進事業」等で約10年間かかわった郡部)の保健婦が把握する85名を対象に、リハ専門職の介入を試みた。対象の抽出は保健婦に一任、医師・理学療法士・作業療法士を1チームとしたリハ専門職のかかわりを介入とした。

方法は、①厚生省日常生活自立度判定(以下、自立度)、②機能的自立度評価法(以下、FIM)、③

生活の質(以下、QOL)、④医療サービス導入状況、⑤保健サービス導入状況、⑥福祉サービス導入状況、⑦福祉用具導入・住宅改修実施状況、⑧ケース会議の開催状況、⑨援助方針、⑩援助計画の立案状況、⑪具体的援助内容などについて調査した。また、①～⑦の7項目については、把握時、介入時、介入から3ヶ月目、6ヶ月目の4時点で、⑧～⑩の4項目は把握時、介入時、介入後の3時点で比較検討した。なお、リハ専門職の介入は年2回である。

加えて、これらの調査をもとに、提供されたケアサービスの組み合わせによって対象者を類型化し、その中から典型例を紹介する。

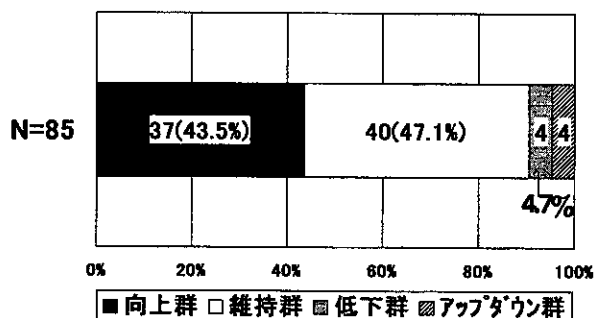
C. 研究結果と考察

1. 生活自立度の変化

対象者85名を、把握時から介入後6ヶ月までの自立度変化によって分類すると、自立度が向上したものの(以下、向上群)37名(43.5%)、変化しなかったもの(以下、維持群)40名(47.1%)、低下したものの(以下、低下群)4名(4.7%)、向上または低下を繰り返したものの(以下、アップダウン群)4名(4.7%)であった。すなわち、把握時から介入後6ヶ月間に、

自立度が向上または維持できたものが全体の約9割を占めていた(図1)。

図1 介入後の自立度の変化



また、把握時の自立度は、向上群ではAとBランク両方で83.7% (31/37) を占め、維持群ではJランクが77.5% (31/40)、低下群ではAランクが50% (2/4)、アップダウン群ではBランクが75% (3/4) を占めていた(図2)。

図2 把握時の自立度 N=85

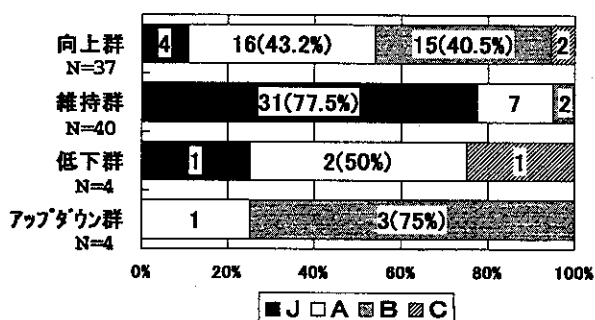
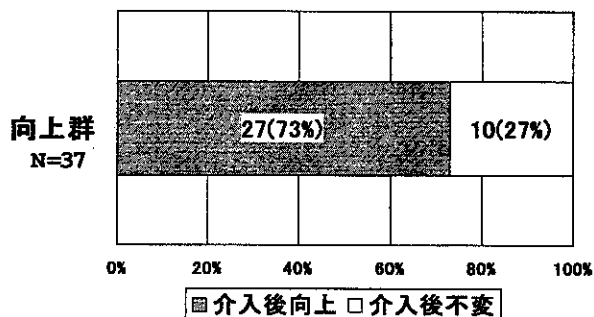


図3 向上した時期



さらに、向上群のうち、リハ専門職介入後の向上が73% (27/37) を占め、2回という少ない介入頻

度ながら、リハ専門職の介入が自立度の向上に何らかの影響をもたらす可能性が示唆された(図3)。

低下した4名は何れも病態の悪化による低下であった。

2. リハ専門職介入による効果と課題

これらの結果をもとに、リハ専門職の介入による効果や課題を向上群と維持群との間で比較検討した。なお、低下群とアップダウン群は、それぞれ4名と症例数が少ないため除外した。

1) 向上群、維持群の概要

まず、平均年齢は、向上群69.4才、維持群68.3才と差はなかった。

主な疾患、把握前のリハ治療の有無に関しても、両群に大きな差はなかった(図4、5)。

図4 主な疾患

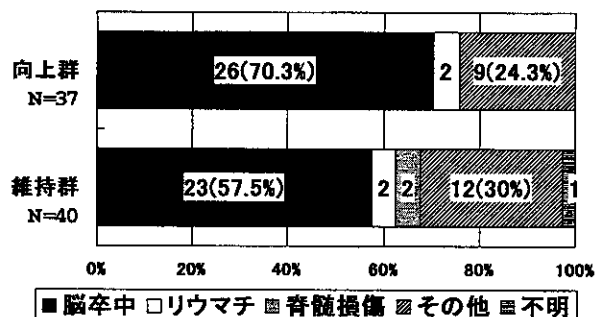
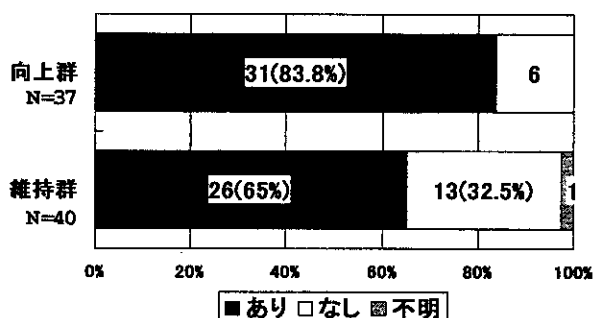


図5 把握前のリハ治療経験



2) 把握までの期間と把握経路

一方、発症から把握までの期間は、向上群(平均33.9ヶ月)が維持群(平均72ヶ月)より短かった(図6)。把握経路では、向上群は医療機関からの把握35.1%、維持群は行政機関から47.5%と最も多かった。さらに、把握経路において両群間の差が最も

大きいのは、医療機関からの把握（向上群 35.1%、維持群 7.7%）で、維持群に少なかった（図7）。

図6 発症から把握までの期間

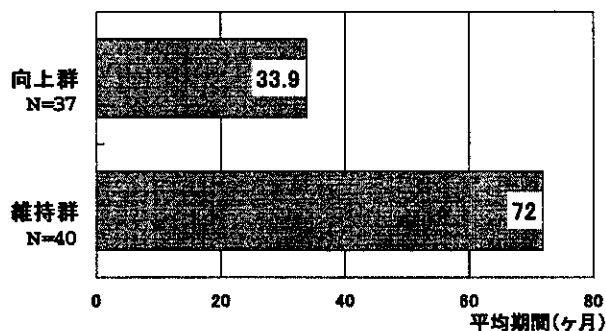
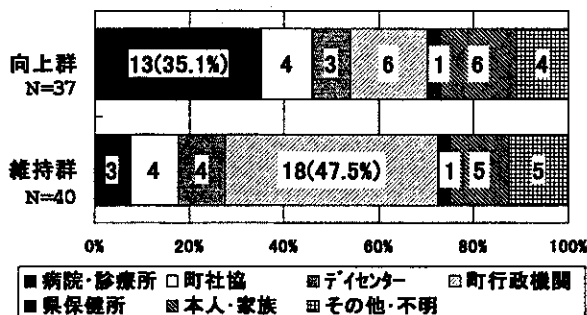
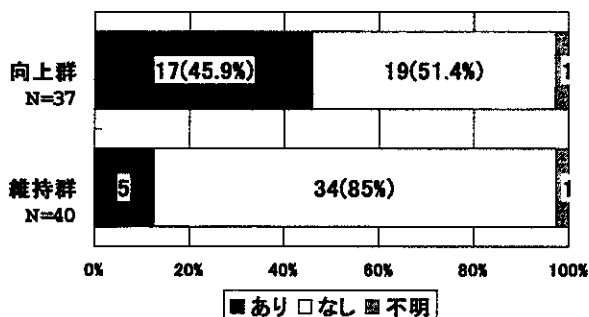


図7 把握経路



また、医療機関からの退院時情報提供は、両群とも情報提供がないものが過半数を占め、とくに維持群では情報提供なしが85%となっていた。向上群では45.9%に文書か電話による情報提供がなされていた（図8）。

図8 医療機関からの情報提供



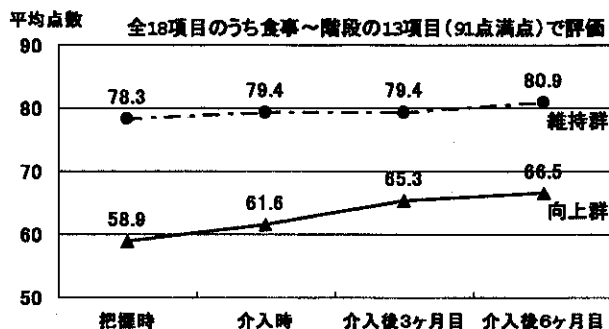
以上のように、発症から把握までの期間、把握経路、医療機関からの情報提供には相違を認め、向上群は、発症から早い時期に医療機関とのかかわりが

あり、退院時などに情報提供のあったものが多かったと推察された。すなわち、自立度向上の要因として、発症早期のかかわりと医療連携の重要性が示唆された。

3) 機能的自立度の変化

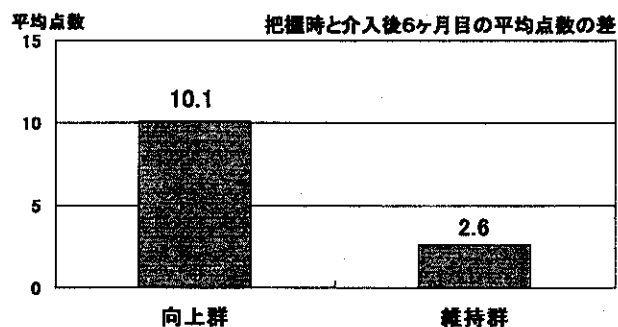
FIMでは、把握時、介入時、介入後3ヶ月目、介入後6ヶ月目の4時点で、両群とも緩徐な向上を示していた（図9）。4時点とも向上群より維持群の平均点数が高いのは、維持群に自立度の高いケースが多いことが関与していると思われる。

図9 FIMの変化



また、把握時から介入後6ヶ月目までに、向上群で平均10.1点、維持群で平均2.6点改善しており、向上群の変化が大きかった（図10）。

図10 FIMの変化の程度



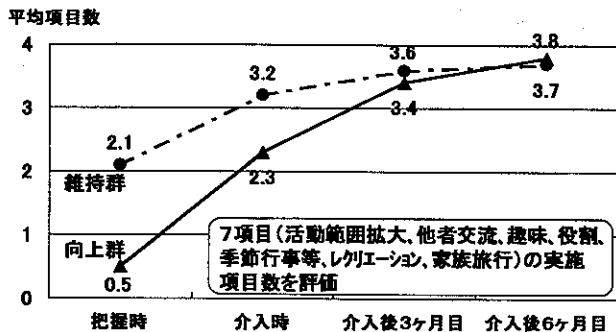
4) QOLの変化

QOLの評価として、①活動範囲の拡大、②他者との交流、③趣味活動、④役割活動、⑤季節行事等への参加、⑥レクリエーション活動、⑦家族旅行の7項目の実施状況を調査した。

両群とも4時点で、平均項目数は増加していたが、とくに介入前後の変化が大きかった（図11）。今回、QOLに関する項目として選んだ7項目の多くが、各種通所サービス導入の影響を受けやすく、そのこ

とがこれらの結果に反映した側面も大きいと思われた。

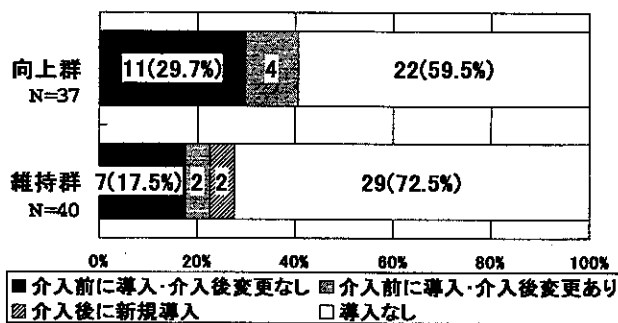
図11 QOLの変化



5) サービス導入の関与

医療サービスの導入は、4時点とも導入していなかったものが向上群59.5%、維持群72.5%で、向上群の導入率が高かった。また、介入前すでに導入し介入後変更のなかったものは、向上群29.7%、維持群17.5%であり、向上群に比較的多かった(図12)。それに介入後変更をしたものを加えると、それぞれ40.5%、22.5%となっていた。

図12 医療サービス導入状況



保健サービスは、介入時まで、向上群で89.2%、維持群で87.5%に導入されており、介入後に新規導入したものを加えると、向上群では100%、維持群では97.5%の導入率となり、両群ともほぼ全例に提供されていた(図13)。

福祉サービスでは、4時点を通して導入していない割合が、向上群で32.4%、維持群で50%と(図14)、向上群の導入率が高かった。また、介入後に新たに導入した割合は、向上群で21.6%、維持群で7.5%であったことから、福祉サービスの導入も自立度向上に影響を与えた可能性が推察された。さらに、

導入する必要性がありながらも医療や保健サービスに比べて、把握後速やかに導入できていなかったことが、介入後の導入率の高さに関与したと推察された。

図13 保健サービス導入状況

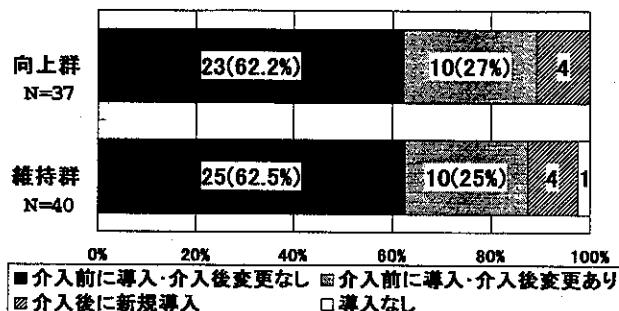
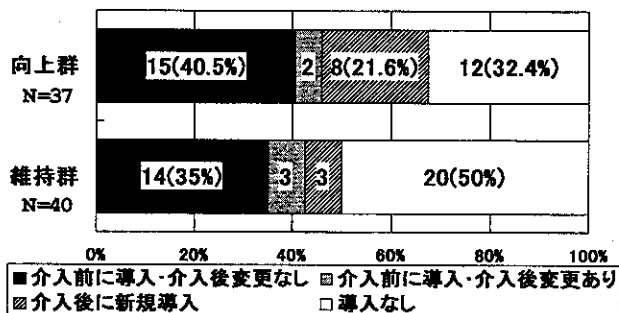
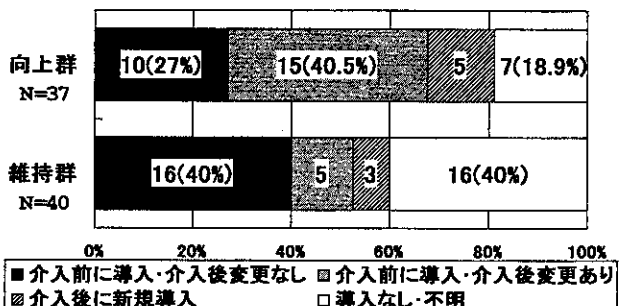


図14 福祉サービス導入状況



福祉用具・住宅改修に関するサービスは、医療や保健サービスと同様に、向上群の導入率が高かった。また、介入前に導入し、介入後追加・修正がなかったものの割合は維持群の方が高い(向上群27%、維持群40%)ことと、逆に、介入後追加・修正した割合は向上群の方が高かった(向上群40.5%、維持群12.5%)ことが特徴的であった(図15)。

図15 福祉用具・住宅改修導入状況



以上から、介入までに何らかのサービスを導入していたケース、介入によって適切なサービスを追加・修正したケースでは、そのことが自立度の向上に影響を与えた可能性があると考えられた。

また、医療、保健、福祉、福祉用具・住宅改修の4種類のサービス導入率は、何れも向上群の方が維持群よりも高かった。この結果には、両群に占める自立度の差(図2)が、関与していると推察された。つまり、維持群は、Jランクが多く、サービスの導入が不必要なケースが多かったことによるのではないかと考えられた。

加えて、4種類のサービス導入率は、保健、福祉用具・住宅改修、福祉、医療の順で低くなっていた。これは、前年度、前々年度の研究結果でも述べたように、調査対象地域に医療サービスやリハ専門職が極めて少ないという社会資源に関する地域特性が原因になっていると推察された。

6) ケース会議、援助方針・計画の立案

ケース会議、援助方針の立案、援助計画の立案については、両群とも把握時より介入時に多く実施されており、介入時にはほとんどのケースで実施されていた。また、介入後は介入時よりそれぞれ実施率が低下するが、把握時の実施率よりは高い傾向にあった。

図16 「ケース会議」の実施率

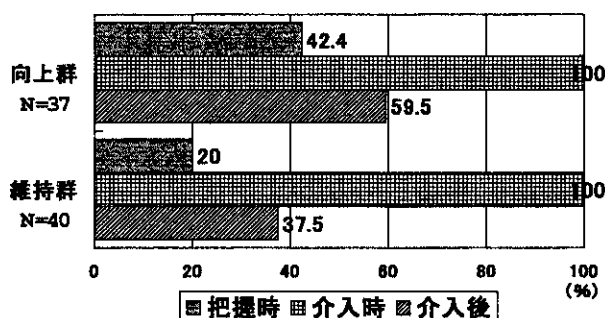


図17 「援助方針立案」の実施率

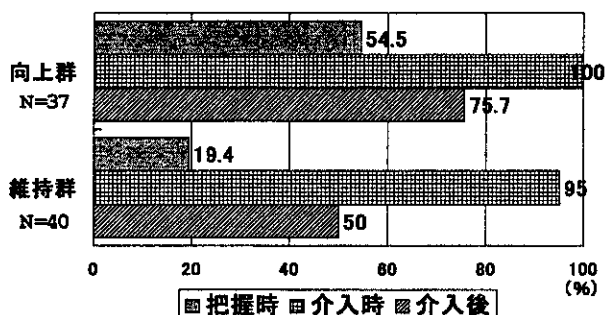
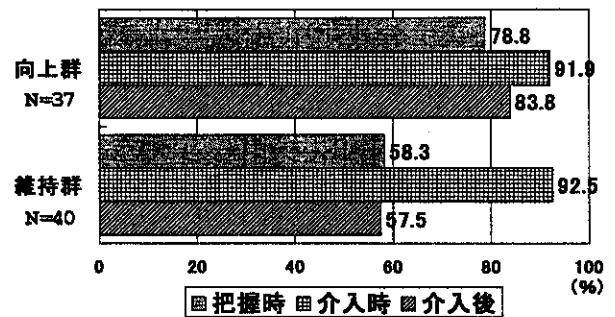


図18 「援助計画立案」の実施率



両群について、把握時と介入後の2時点と比較すると、向上群の実施率が高かった。また、ケース会議、援助方針の立案、援助計画の立案の比較では、援助計画の立案が両群とも比較的高く、把握時すでに向上群では78.8%、維持群では58.3%のケースに実施されていた。

このことより、介入以前から単一職種を中心とした援助計画の立案が行われていた状況が伺えるが、リハ専門職介入を契機に、チームとして援助方針から計画までの目的的な援助活動が少なからず可能となるなど、介入はケアチームの成立や育成に何らかの影響を与えたことが推察された(図16、17、18)。

7) 具体的援助内容

具体的援助内容として、①障害の評価、②リハビリプログラムの立案、③廃用症候群に関する援助、④基本動作に関する援助、⑤ADL・IADLに関する援助、⑥精神機能、社会交流に関する援助、⑦生活リズム、役割活動に関する援助、⑧介護負担に関する援助、⑨予後予測に関する援助、⑩関係機関との連携に関する援助、⑪援助方針、目標、ケアプランに関する援助、⑫その他の援助の実施について調査した。

全12項目中、障害の評価、精神機能・社会交流に関する援助以外の10項目において維持群より向上群の実施率が高かった。逆に、障害の評価、精神機能・社会交流に関する援助の2項目では、維持群の実施率が若干高いという結果となっていた。

リハ専門職の介入によりとくに実施率の向上を示した項目は、リハビリプログラムの立案(図19)、予後予測に関する援助(図20)、援助方針・目標・ケアプランに関する援助(図21)であった。また、障害の評価については、把握時、介入時とも、実施率は

8～9割と、12項目中最も高い結果となっていたが、そのうち病状の評価や生活障害の評価に関する内容については、介入時の実施率が高かった。

図19 リハプログラム立案の実施率

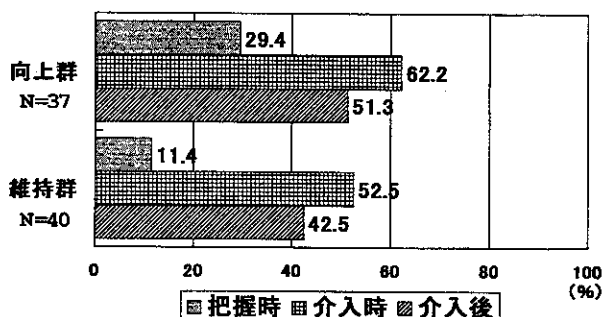


図20 予後予測に関する援助の実施率

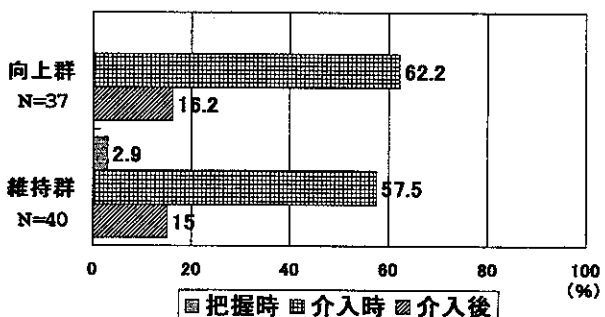
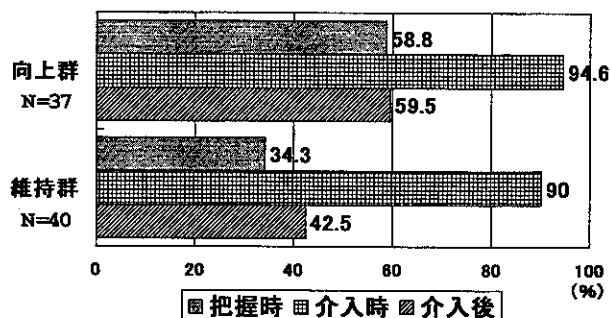


図21 援助方針、目標、ケアプランに関する援助の実施率



なお、リハ専門職として関わりが深い廃用症候群、基本動作、ADL・IADLへの関与は把握時より介入時の実施率が高かったが、前述のリハプログラムの立案、予後予測に関する援助、援助方針・目標・ケアプランに関する援助に比べ、介入時の実施率は低かった。

援助内容に関する以上の結果は、発症後長い経過の対象者が多く効果が期待できる内容に援助が集約

されたこと、介入頻度が少ないため集中的援助活動内容が反映しているものと思われる。今後は発症早期からの在宅生活への移行が必須であり、リハ専門技術や関わりの頻度が要求されるこれらの項目への関与が増加するものと思われる。

D. 結論

以上、今回の調査結果から、在宅生活の自立度の向上に影響を与えたと思われる要因やリハ専門職の介入による効果を以下のように考察した。

- ① リハ専門職の介入が、在宅生活の自立度向上に寄与した可能性がある。
- ② 発症から把握までの期間、把握経路、医療機関からの情報提供が退院後の自立度変化に影響を与えた可能性がある。
- ③ 在宅生活における自立度向上の一要因として、医療連携が考えられる。
- ④ 退院後速やかに何らかの在宅サービスを導入したことが自立度の向上に関与した可能性がある。
- ⑤ リハ専門職によるマネジメントによって在宅サービスの追加や変更を行ったことが、自立度の向上に影響を与えた可能性がある。
- ⑥ リハ専門職の介入が、その地域のケアチームの育成等に影響を与える可能性がある。
- ⑦ リハ専門職の介入によって、リハプログラムの立案、予後予測、援助方針・計画の立案はより充実する可能性がある。
- ⑧ 廃用症候群、基本動作、ADL・IADLに関する関与が、今後リハ専門職にさらに期待される。

対象者の早期把握や医療機関との連携強化により、ケースによっては退院後早期から生活自立する可能性がある。今回の調査では介入の頻度や期間が短く、長期にわたる在宅生活ではケアの継続と経過中に生じる障害の早期発見、タイムリーな関わりが重要となる。従って、それらのことに対応できる地域リハ・システムを構築するには一次医療圏域・二次医療圏域・県域に渡る重層的なシステムの検討が重要となる。

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)
 分担研究報告書

地域リハビリテーション・システムに関する研究
 — 県域における在宅サービスの類型化 —

分担研究者 浜村明德：南小倉病院 病院長

リハビリテーション(以下リハと略す)医療に乏しい郡部では保健・福祉サービスを要する在宅ケアが推進されている。2 回という少ない頻度であったが、リハ専門職が介入した今回の調査研究結果から自立度の向上、ケアマネジメント、ケアチームの育成等にその効果が推察された。県域における地域リハの

推進では、当面の課題としてリハ専門職のバックアップ体制を整備することの重要性が示唆された。

以下、リハ専門職が介入した今回の研究のもとに県域で展開されている在宅サービスの類型化を行ない、各職種の間わりや役割などを考慮しその典型例を紹介する。

<対象者 85 名の在宅サービスの類型化>

パターンⅠ (34名)	保健事業					
パターンⅡ (29名)	保健事業	通所介護				
パターンⅢ (15名)	保健事業		訪問介護			
パターンⅣ (3名)	保健事業	通所介護	訪問介護			
パターンⅤ (1名)	保健事業	通所介護		通所リハ		
パターンⅥ (1名)	保健事業	通所介護			訪問看護	
パターンⅦ (2名)	保健事業				訪問看護	訪問リハ

1. パターンⅠ：訪問指導 (保健事業) での援助

男性 63 歳 脳出血・右片麻痺
 運動性失語 高血圧
 妻・息子夫婦・孫の 3 世代家族(介護者：妻)

■把握時生活状況

退院後 2 週目、妻の相談にて把握。発症よりリハ専門病院に入院。4 ヶ月後退院する。月 1 回リハ専門病院受診以外は近医 (診療所) にて投薬のみ。高血圧著明。

SLB・T-cane にて屋内歩行自立可能なレベルにあるが、生活は自室に止まり臥床およびテレビ鑑賞中心の生活 (生活自立度 A2)。また、失語症重度にて対人交流を好まず。妻の間わりも少ない。歩行可能ではあるが下肢の筋緊張高く、上肢は廃用手で高度

な筋緊張に伴う肩、肘、手関節、手指に痛みを伴う可動域制限を認める。更衣は上衣のみ介助を要するが着替えなく日中はパジャマ生活。排泄は、日中トイレ使用し夜間は尿器使用にていずれも自立。入浴は介助が入浴拒否多い。歯磨き行わず、洗顔はタオルで拭くのみ。福祉用具の導入や住宅改修の実施なし。屋外には歩行可能なスペースがあるが、外出には 200m の坂道と 40 段の急勾配の階段があり介助を要す。

病前は炊事や洗濯などの家事の一部を担い、毎日日記を書くなどこまめで几帳面な一面あり。

■援助計画

	把握時	介入時（把握後2ヶ月目）
ケアプラン	保健婦による週1回の訪問	保健婦による週2回の訪問
長期目標		訪問指導を中心に対象者関係を図りつつ、活動性の向上や社会性の拡大につなげる。（機能訓練事業へ）
短期目標	①二次的合併症の維持 ②コミュニケーション能力の改善 ③健康管理（保清・バイタル）	①援助者との対人関係の確立 ②二次的合併症の維持 ③常生活動作・行為の習慣化とそのため家族指導 ④健康管理（保清・バイタル）
援助内容	①リハビリ体操 ②日記の習慣化 ③保清や対応に関する家族指導 ④受診の勧奨と医療機関との連携	①コミュニケーションの確立 ②関節可動域訓練・歩行訓練（屋外への誘導） ③保清・歯磨きの実施・入浴の実施 ④受診の勧奨と医療機関との連携 ⑤福祉用具の導入（ベッド、シャワー椅子）
連携	①失語症に対する対応と理解のためSTへの照会 ②高血圧、皮膚の糜爛などについて診療所との連携 ③障害者手帳に関して主治医との連携	①福祉用具導入、入浴サービス導入のため社会福祉協議会との協議 ②入院時情報及び今後の対応に関して担当PT・OTとの連携
ケア会議	なし	6ヶ月間で3回

■経過

生活自立度の変化

把握時	介入時	3ヶ月後	6ヶ月後
A-2	A-2	A-1	A-1

訪問指導を重ねることにより、自主訓練や歯磨きの励行、日記の習慣化が可能となり、生活範囲も寝室から居間へと広がりを見せる。しかし、着替えや保清・入浴、屋外での歩行訓練に関しては不十分で症例が拒否すればそれ以上関与しない家族の関わり方に変化を認めず。また、ヘルパー導入も家族の受け入れ悪く実施されず。保清不十分にて手足の皮膚糜爛が生じ訪問のたびに保清のための処置や入浴の実

施に時間を費やす。訪問4ヶ月後頃より、援助者との関係が良好となり屋外への誘導も容易となる。介助が必要でない生活動作・行為は定着の傾向を認めるが、介助を必要とする動作や行為に関しては家族介護に限界を感じるに至る。訪問5ヶ月頃より、体調が良好なときには機能訓練事業への参加も可能となり外出の機会を得るに至る。また、孫の運動会にも自ら出向きたいとの意思を示し外出を試みる。機能訓練事業への参加状況や家族介護の限界を勘案し、現在、デイサービス導入を検討中。

2. パターンII：保健事業と通所介護による援助

男性 69歳 アルコール依存症
長期臥床による歩行障害
妻・娘の2世代家族（介護者：妻）

■把握時生活状況

2年前よりアルコール依存症にて精神科入院。肺炎併発を機に一般病院へ転院。5.5ヶ月入院。リハ施行。

退院時の連絡にて退院後2週目に町保健婦、保健所保健婦の同行訪問。2ヶ月に1回来受診。妻・娘共に仕事にて昼間一人暮らし。両膝関節の屈曲拘縮著明。歩行（T-cane及び反対側の支え）介助で5メートル程度可能。下肢下垂により血行障害を認める。日常は這って移動するも居室での生活が中心。ベッド上生活自立が排泄時以外は臥床（日常生活自

立度 B2)。更衣動作可能が実施されず。入浴未実施。には実施されず、時折、家族により実施あり。住宅
 退院時、ホームエクササイズの指導があるも自主的 改修、福祉用具の導入なし。
 家族関係は良好で援助に対しても症例ともに受け入れ良好。

■援助計画

	把握時	介入時 (把握後 3 週目)
ケアプラン	当面、訪問指導を中心に	デイサービスの利用
長期目標		入浴及び機能訓練を目的としたデイサービスの活用にて屋内歩行自立を目指す
短期目標		①二次的合併症の改善・維持 ②二本杖での介助歩行 ③自宅での生活自立に向けた指導
援助内容	①飲酒に対する指導と管理 ②今後のリハ・ケアに関するコーディネート	①関節可動域・筋力強化・歩行訓練 ②住宅改修・福祉用具の導入 (浴室テスリ、シャワー椅子)
連携	①保健所との連携 (連絡・調整) ②リハ専門職の関与に関する調整	①障害者手帳申請のための医療機関との調整 (保健婦担当) ②飲酒等に関する保健婦への情報提供 (デイサービス担当)
ケア会議	なし	6ヶ月間で2回

■経過

生活自立度の変化

把握時	介入時	3ヶ月後	6ヶ月後
B-2	B-2	B-2	A-1

歩行可能との予測に立ち、利用頻度やスタッフの多いデイサービスの利用を決定 (週 3 回)。利用後 4 ヶ月でデイサービスセンター内での 2 本杖歩行が自立する。2 ヶ月後には、自宅でも家族の援助により家周辺の散歩が可能となり、また食堂での食事や居間での生活が可能になるなど生活範囲の拡大を認め

るに至る。(日常生活自立度 A1) また、浴室の改修や福祉用具の導入により自宅での入浴も可能となる。一方、保健婦とデイサービスの連携は良好で、保健婦は主に血圧や痛みなど医療との連携や家族指導を役割の中心とする。現在、症例の訓練意欲の向上に伴い週 3 回のデイサービス利用に加え週 2 回の機能訓練事業の利用を実施。機能訓練事業では自主訓練が可能で階段昇降にも取り組んでいる。

3. パターンⅢ：保健事業・訪問介護のよる援助

男性 77 歳 脳卒中・左片麻痺 高血圧
 妻との二人暮らし (介護者妻)
 近所に長男家族が居住

■把握時生活状況

発症後約 1 年を経て、妻から社会福祉協議会へ入浴サービスの申請があり把握に至る。町立診療所にて 1 ヶ月入院加療した後は妻の介護にて在宅療養を続けていた。この間、殆ど受診なく服薬のみ。

1.5 ヶ月前までは妻の介助にて何とか歩行可能な状態であったが、この間介護者の腰痛出現にて実施せず。食事・排便時はいざりにて移動するが、その他は居間で寝たり起きたりの生活。起居動作は可能で一日 3～4 回座位をとるが、膝関節痛にて 30 分が限度(生活自立度 B1)。食事・排泄・更衣・入浴などの日常生活動作には全て介助を要し生活意欲の低下を認める。動きによるめまいの愁訴や上肢の関節可動域制限著明。他家族の介護協力はなし。洋式トイレに改造されているがテスリなどの設置なし。

■援助計画

	把握時	介入時（把握後1ヶ月）
ケアプラン	①訪問指導（週1回） ②入浴サービス（週1回）、 保健婦が当面同行し実施	①訪問指導（週1回） ②入浴サービス（週1回）、保健婦が当面同行 ③機能訓練事業（月2回）
長期目標	①生活範囲・社会交流の拡大 デイサービスまたは機能訓練事業への参加	①左同 ②介護力低下に伴う支援対策の検討
短期目標	①可能な日常生活動作の実施 ②機能維持 ③健康管理 ④介護軽減	①体力の向上 ②可能な日常生活動作の実施 ③事例及び妻の健康管理
援助内容	①関節可動域訓練 ②離床のための援助 ③服薬チェック及び受診指導 ④他家族の介護支援調整	①訪問時、関節可動域訓練、健側筋力強化、床上動作訓練、歩行訓練（保健婦・ホームヘルパー） ②介護量のチェック ③床上移動のための椅子の導入
連携	①社会福祉協議会（入浴サービス）との同行訪問 ②主治医への情報提供	①社会福祉協議会（入浴サービス）との同行訪問 ②医療機関への情報提供と連携
ケア会議	1回	6ヶ月間で1回

■経過

生活自立度の変化

把握時	介入時	3ヶ月後	6ヶ月後
B-1	B-1	B-1	A-2

血圧の変動があり、服薬も指示どおりなされていない状況が続く。事例、妻ともに理解力に問題があり訪問時の管理が欠かせない状況が続く。また便通が悪く、体調不良を訴えること多く機能訓練事業への参加も月1回程度に止まる。受診や介護支援のため

息子と調整を試みるが具体的な援助は得られず。嫁の関わりは全くなし。妻の腰痛は変わらず、さらに尿失禁や高血圧も認めるようになり家事援助のためのヘルパーを週3回導入し支援を続けている。一方、事例は徐々に機能訓練事業参加への意欲を示すようになってきている。

4. パターンIV：保健事業、通所介護、訪問介護による援助

女性 61歳 慢性関節リウマチ・精神分裂病
夫（全盲）との夫婦2人暮らし

■ 把握時生活状況

10年前に慢性関節リウマチ、精神疾患は17歳時に発症する。入浴目的にデイサービスの申請を契機に把握。リウマチは町立診療所にて加療中が精神疾患の受診は通院による経済的負担にて現在中断。歩行は短距離であれば可能であるが関節痛の悪化にて臥床することが多い生活（生活自立度A2）。和式

生活にて床上移動動作には夫の介助を要する。特に、夜間の排泄時はその都度床上移動動作に介助を必要とするためかなりの介護負担を感じている。その他、入浴（五右衛門風呂）や玄関の上り框に介助を要する。精神状態は変動し、悪化時は多弁、独語、妄想等を呈する。夫は全盲であるが、家事全般と介護を担っている。夫婦関係は良好。生活保護を受けている。家屋はかなり古い木造住宅でトイレは屋外、玄関から上り框まで土間がある。4ヶ月前より町営住宅の申し込みを行っている。

■援助計画

	把握時	介入時 (把握後 1.5 ヶ月)
ケアプラン	①デイサービスの利用 (週 1 回) ②訪問指導 (週 1 回)	①デイサービスの利用 (週 2 回) ②訪問指導 ③ホームヘルプサービス (週 2 回・家事援助)
長期目標	①町営住宅の早期移転を調整り介護軽減を図る ②精神状態変化への早期対応	①リウマチ・精神状態の変化への早期対応と適切な対応 ②介護軽減と寝たきり予防
短期目標	①町営住宅の早期移転 ②床上移動動作や排泄に伴う介助負担の軽減	①介護軽減 ②精神科受診への対策 ③リウマチ専門医への受診 ④親族等のかかわりについての情報収集 ⑤町営住宅の早期移転
援助内容	①町営住宅移転に関する福祉との調整 ②ベッド給付	①床上移動動作訓練と機能維持 ②通院のための補助拡大 ③身体障害者手帳の申請 ④住宅改修 (上がり框テスリ)、椅子の製作(居間用)
連携	①福祉 (連絡・調整) ②社会福祉協議会	①障害者手帳申請のための医療機関との調整 (保健婦担当) ②精神状態の変化や服薬状況についての情報交換 (デーサービス・保健婦・ホームヘルパー) ③精神科医との連携 (保健婦・保健所) ④主治医及びリウマチ専門医との連携(保健婦) ⑤住宅移転と通院補助について (保健婦・福祉係り・福祉事務所)
ケア会議	1 回	6 ヶ月間で 3 回

■経過

生活自立度の変化

把握時	介入時	3 ヶ月後	6 ヶ月後
A-2	A-1	J-2	J-2

ベッド給付にて排泄自立し、夜間の介護が軽減される。また、通院の補助金も保障され精神科およびリウマチ専門医の受診も可能となり、通院の介助には親類の援助が時々得られるようになる。リウマチによる痛みが軽減し移動動作も自立し散歩が可能となる。町営住宅への転居は把握後 3 ヶ月で実現。移転

後はトイレでの排泄及び介助による入浴が可能となる一方、一人で買い物や家事なども実施するようになる。また、地区長や隣人のへの理解も得て、友愛訪問などの支援体制も可能となる。この間、精神状態の変動が数回あり。医師より分裂病の症状増強傾向が指摘されたが、デーサービス職員、保健婦、ホームヘルパー、保健所の連携を図ることにより早期の対応に努めている。

5. パターンV : 保健事業・通所介護・デイケアによる援助

男性 75 歳 脊髄性進行性筋萎縮症
長男夫婦・孫の 3 世代家族 (介護者 : 嫁)

題なく通院加療中が、1 年前より両上下肢の筋力低下を認め 1 ヶ月前に専門医を受診、脊髄性進行性筋萎縮症と診断される。リハの処方もなく不安にて行政へ相談。

■把握時生活状況

12 年前脳梗塞を既往。麻痺症状軽度で特に生活に問

月 1 回外来受診。

床上移動動作時間を要すが何とか可能。歩行可能な状態でトイレ使用も可能。更衣は一部孫の介助を得て実施。箸使用にて食事は何とか可。入浴はシャワー浴で洗身に介助を要する。昼間は一人暮らしで外出

は受診時に限られ TV 観賞中心の生活(生活自立度 AI)。日常の介護は孫が行っている。精神的にはやや不安定で自宅にこもりきりの生活や機能低下への不安がありリハ実施へのニーズが強い。生活は弄式。

■援助計画

	把握時	介入時 (把握後 1.5 ヶ月)
ケアプラン	①デイケア(週 2 回) ②デイサービス(週 1 回) ③機能訓練事業(月 2 回)	①デイケア(週 3 回) ②デイサービス(週 1 回) ③機能訓練事業(月 2 回) ④状況に応じた随時の訪問指導
長期目標		①機能低下に伴う精神的支援と介護支援 ②機能低下を想定した環境整備 ③機能低下に伴う医療連携
短期目標	①機能維持 ②精神的支援	①身体機能の維持 ②福祉用具の導入 (ベッド、テスリ、車椅子、P-トイレ)
援助内容	①精神的支援 ②トイレテスリの設置	①関節可動域・筋力維持訓練、日常生活動作訓練、自助具作製など (デイケア) ②在宅生活の状況把握(評価)と医療連携 (保健婦・デイサービスとデイケア) ③福祉用具の導入
連携	①デイケア(医療機関)との連携	①医療機関・デイサービス・保健・福祉との相互情報提供と連携
ケア会議	1 回	6 ヶ月間で 4 回

■経過

生活自立度の変化

把握時	介入時	3 ヶ月後	6 ヶ月後
A-1	A-1	B-2	B-2

介入後 2 ヶ月で起居動作に介助を要すレベルに低下。しかし、ベッドからの立上がりは何とか可能で歩行も屋内は自力で可能。食事は自助具にて摂取。排尿はベッド上尿器使用し、排便時は起居動作に介助を得た後は P-トイレ自力にて可能。自宅での入浴は不可能でデイサービスの利用回数を週 2 回とし対応する。電動ベッド導入後は移動動作自力にて何とか可能となる。その後も機能は徐々に低下し、事例の精

神・身体状況変化に対応すべく各機関との電話連絡を中心に必要な福祉用具の導入や問題解決に対応する。介護は孫に委ねられた状況が続くが、自宅での転倒が頻回になるに連れ長男夫婦の不安が募り、関係機関へ自ら相談に出向くなどの行動を示す。再度、医師より病状の説明を行ってもらうことにより徐々に障害を理解し始める。その後、嫁は仕事を止め介護に当たる。介入 6 ヶ月後、嚥下障害を認め自宅、デイサービス、デイケアでは吸引器を準備するなど連携を取りつつ援助を続けている。

6. パターン VI : 保健事業・通所介護・訪問看護による援助

女性 83 歳 脳梗塞による左片麻痺
息子夫婦・孫の 3 世代家族 (介護者 : 嫁)

発症より 7 年間入院。退院 2 ヶ月後に入浴目的のデイサービス申請を病院 SW から受け把握。週 1 回、各々訪問診療、訪問看護にてフォローされている。入浴以外の日常生活動作は自立。屋内歩行は可能が

■把握時生活状況

屋外では介助を要する。家族は全員働いており日中は一人暮らしであるため、TV を見たり病院で習った籠づくりをしたり、屋内での歩行やその他の訓練を行ったり臥床したり的生活（生活自立度 A1）。退院後 2 ヶ月にて歩行能力が低下したことを心配して

いる。介護者である嫁はこれまでの生活様式の変化に慣れず、また夫の介護理解が得られず日々口論が絶えないなど精神的な介護疲れを訴える。住環境には問題なし。

■援助計画

	把握時	介入時（把握後 3 ヶ月）
ケアプラン	①訪問看護・診療(各々週 1 回) ②デイサービス (週 1 回) ③訪問指導 (月 2 回)	①訪問看護・診療(各々週 1 回) ②デイサービス (週 1 回) ③訪問指導(月 2 回)
長期目標	①生活範囲・社会交流の拡大 ②介護者の精神的安定	①左同 ②介護者の精神的安定
短期目標	①介護者の精神的支援	①身体機能の維持 ②介護者の精神的支援
援助内容	①訪問による介護者への精神的支援	①デイサービスでの歩行訓練と趣味活動の提供 ②訪問による介護者への精神的支援 ③家族会への参加奨励
連携	①医療機関への情報提供と連携	①医療機関への情報提供と連携
ケア会議	1 回	6 ヶ月間で 2 回

■経過

生活自立度の変化

把握時	介入時	3 ヶ月後	6 ヶ月後
A-1	A-1	A-1	A-1

デイサービス利用と介護者支援のための訪問にて数週間経過した後、デイサービスより事例が適応外であることを理由に利用中止の申し入れがある。(現行のデイサービスは C 型で事例は B 型が対象) 夫の介護に対する相変わらずの無関心さに加え、行政に対する不信感にて妻の精神的負担が増強する。リハ専門職の介入にてこの事例に対する地域支援のあり

方を討議する会議がもたれる。結果、従来どうりデイサービスの利用が可能となるが、妻の行政への不信感が変わらず。事例はデイサービスへの参加を楽しみにしており、機能も維持されている。医療機関へこの間の経過を報告した後、再入院となる。医療機関の情報では、今後、寒い期間は入院し、暖かい期間は在宅を条件に入退院を繰り返すことでフォローして行くとの情報を得る。

7. パターンⅦ：保健事業・訪問看護・訪問リハでの援助

男性 83 歳 脊椎管狭窄症・両下肢麻痺
前立腺癌

妻・息子夫婦・孫の 3 世代家族、(介護者：妻)

■把握時生活状況

79 歳時、脊椎管狭窄症にて手術施行。その後、リハ専門病院への入退院および訪問診療・看護・リハを受けながら自宅療養を継続。発症 3 年 10 ヶ月後、妻より、活動性の低下による寝たきり不安を理由にデイサービス利用申請を受け、保健婦把握に至る。訪

問診療(月曜日)、訪問看護(火曜日)、訪問リハ(木曜日)の在宅医療サービスの他、前立腺癌は他院通院加療。

入浴以外の日常生活動作はゆっくりであるが全てに自立。屋内は片手松葉杖、片手壁伝いで移動。屋外は両松葉で、50 メートル程度の自力歩行可能が屋内外での転倒が多い。日常は離床し、一日 1 回庭の散歩を実施する他は TV 中心の生活(生活自立度 J2)。通院以外の外出の機会や家族以外の交流はないが社会性は十分保たれている。家族関係は良好が主

たる介護者の妻はリウマチの既往あり。住環境よく、 バリアフリーの設計がなされている。

■援助計画

	把握時	介入時 (把握後1ヶ月)
ケアプラン	①訪問診療・看護・リハの継続 (各週1回) ②機能訓練事業 (週1回)	①訪問診療・看護・リハの継続 (各週1回) ②機能訓練事業 (週1回)
長期目標	①機能維持 ②社会交流の拡大	①心身機能の維持 ②社会交流の拡大と役割提供
短期目標	①機能維持 ②機能訓練事業利用の定着	①心身機能の維持 ②歩行の安定性向上のため室内用歩行器の検討 ③定期的な評価 (移動能力・前立腺癌の症状など)
援助内容	①訪問医療サービスで提供されたプログラムの実施	①訪問医療サービスで提供されたプログラムの実施 ②歩行器の導入 ③定期的な評価に基づく医療機関との連携
連携	①訪問医療サービス機関からの情報収集・提供	①訪問医療サービス機関との連携 (歩行器導入に関して) ②医療機関への情報提供と収集 ③歩行器に関して福祉係りとの調整
ケア会議	1回	6ヶ月間で1回

■経過

生活自立度の変化

把握時	介入時	3ヶ月後	6ヶ月後
J-2	J-2	J-2	J-2

機能訓練事業利用の参加は定例化し、様々なプログラムにも積極的な参加を得、利用者の会の代表として役割を担うに至る。また、訪問医療サービス機関との調整により歩行器を導入した後は転倒少なくなるが、各種サービス導入日以外の日常生活はあまり変化せず。把握後3ヶ月頃より尿失禁を認めるよう

になるも医師より仕方ないとの指示があり経過観察とする。また、妻のリウマチ悪化に伴う入院を機に middle ステイを活用。退所後は車椅子を利用する生活が多くなるが、社会性は保たれており機能訓練事業への参加や役割活動は変化せず。一方、在宅医療サービスは訪問診療のみ (月2回) へと変更されデイサービス利用を含めケアプランの調整を行っている。