

平成 11 年度厚生科学研究費補助金（長寿科学研究事業）
分担研究報告

大都市における地域リハビリテーション・モデルシステムの効果と利用者の適応について

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
渡邊慎一 横浜市総合リハビリテーションセンター

研究要旨

横浜市における地域リハビリテーションを大都市モデルとして、在宅リハビリテーション・サービスの内容とその効果を明らかにするとともに、サービスをパターン化し、利用者適応基準の指標を作成する目的で調査・検討した。調査対象は平成 11 年 1 月から同年 11 月の期間に在宅リハビリテーション・サービスを受けた 150 人である。調査内容は、提供されたサービス内容と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（平均フォローアップ期間 4.4 ヶ月 (S.D2.1)）とで比較した。その結果、サービスの定着率は 79% と高く、「介助者数の減少」「生活動作の自立」「行っていなかった生活動作の開始」など生活の自立性の向上を可能にしており、在宅リハビリテーションの有効性が確認された。また、日常生活自立度別でのサービスパターンの指標が得られた。今後は、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に加え、医療保険制度の改正や介護保険が導入されることから、急性期・回復期リハビリテーションを担う医療機関との連携がますます重要になると考えられた。

A. 目的

平成 9 年度、10 年度の研究では、横浜市における地域リハビリテーションを大都市のモデルとして、1. 在宅リハや看護・介護を中心としたニーズ調査（平成 9 年度調査）、2. 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の検証（平成 10 年度調査）を行った。その結果、訪問看護や介護のバックアップ機能として地域リハビリテーションの拠点が必要であること、福祉事務所の窓口および一次スクリーニング機能の有効性、地域リハビリテーションの中核施設と地域支援機関の効果的な連携方法が確認された。今年度は、地域リハビリテーションの中核施設において提供されたサービス内容とその効果を明らかにし、今後のシステムのあり方について検討するとともに、サービスのパターン化による利用者適応基準の指標作成を試みる。

B. 対象と方法

調査対象は、平成 11 年 1 月から同年 11 月までの期間に福祉事務所から横浜市総合リハビリテーションセンターに在宅リハビリテ

ーションの依頼があり、サービス提供が終了した 150 人（65 歳以上）である。対象者は依頼の受付順に 150 人を抽出した。

調査内容は、対象者の疾患名、発症からの期間、日常生活自立度（厚生省日常生活自立度判定、Barthel Index Score）、ホームヘルパー・訪問看護等の社会資源の利用状況、リハビリテーション計画、提供されたサービス内容と効果である。サービスの効果は、在宅リハビリテーション終了後にフォローアップ調査を行い、サービスの定着率、および日常生活動作項目別に実施状況を「行っていない」「2 人介助」「1 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した。調査方法は、サービス提供前は、サービスを担当した作業療法士・理学療法士による訪問調査、フォローアップは電話による聞き取り調査とした。

C. 結果

1. 対象者の内訳

対象者の内訳は、男性 63 人、女性 87 人、平均年齢 76.4 歳、平均 Barthel Index Score

表1 原因疾患

脳疾患(脳卒中を含む)	66人 (44%)
骨関節疾患(RAを含む)	35人 (23%)
神経筋疾患	15人 (10%)
脊椎・脊髄疾患	4人 (3%)
呼吸・循環器疾患	5人 (3%)
その他	25人 (17%)
合計 150人 (100%)	

表2-1

厚生省日常生活自立度-B.I.の相関関係

N=150	B. I.
日常生活自立度	r=0.8771772
	p < 0.0001

* r=0.87、0.01%水準で有意な相関がある

表2-2 自立度別平均 Barthel Index Score

自立度	J	A	B	C
対象者数	19	53	53	25
B.I.平均値	94.5	78.7	44.2	12.2
B.I.標準偏差	7.2	13.7	19	12

57.4点 (S.D.31.0)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53人、Bランク53人、Cランク25人であった。原因疾患は脳疾患が44%、関節疾患が23%を占めた(表1)。ちなみに、厚生省の日常生活自立度と Barthel Index Scoreとは強い相関関係が認められたため、以下の調査結果は各自立度別に示す(表2-1・2)。

発症からの期間は1年未満のものが35%、1年から3年未満が10%、3年以上が47%であり、大部分のものが慢性期の対象と考えられたが、生活障害が重度であるB・Cランクでは発症から1年未満のものが50%弱を占めていた(図1)。

疾患では、Jランクは骨関節疾患、呼吸器・循環器疾患等の慢性疾患がほとんどで、B・Cランクでは脳疾患が60%以上を占めていた。また、筋ジストロフィー症などの神経筋疾患はA・Bランクのみにみられた。

社会資源の利用率は、対象者全体では、ホ

図1 発症からの期間と生活自立度

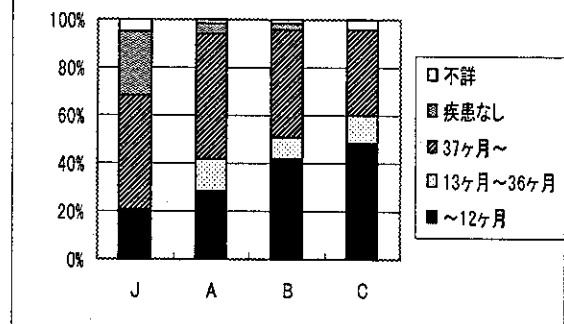
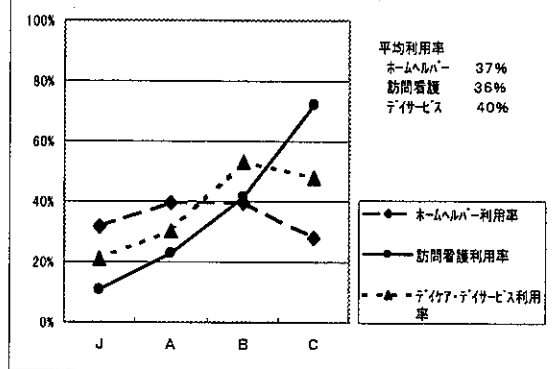


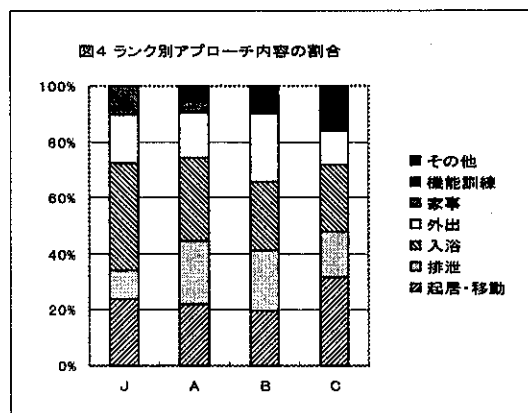
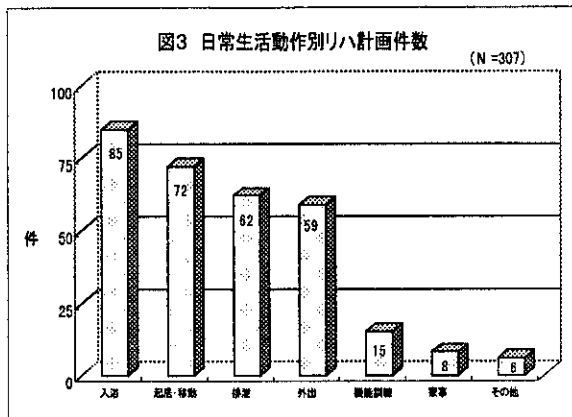
図2 自立度別ホームヘルプ・訪問看護・デイケア・デイサービス利用率



ームヘルパー37%、訪問看護36%、デイケア・デイサービス40%で、自立度が低いものほど訪問看護利用率が高く、Cランクでは72%であった(図2)。

2. リハビリテーション計画の内容

総合評価をもとに立案されたリハビリテーション計画件数を日常生活動作別にみると、全体では307件で、その内訳は、入浴85件、起居・移動72件、排泄49件、外出45件、機能訓練12件、家事7件、その他6件の順に多かった(図3)。ここでの機能訓練は、ベッドや車いす上で行われる、主に身体機能の維持を目的とした関節可動域訓練、筋力維持訓練などを示しており、日常生活動作訓練は各目的動作に含まれている。これら生活動作のゴール設定は、「行っている生活動作の介助負担の軽減や安全性を向上する」ことが全体の63%で、シャワー浴やベッド上での清拭から浴槽での入浴を可能にする、移動方法を歩行から車いすに変更するなど、「生活動作



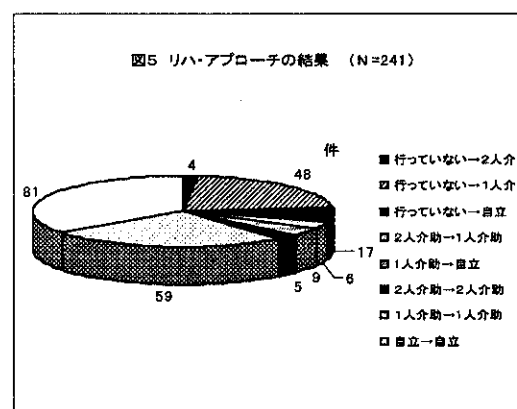
で行っていない動作を開始する」、また「介助で行っている動作を自立させる」などが33%を占めていた。

また、リハビリテーション計画において、訪問看護、ホームヘルプ、デイケア・デイサービスなどの導入や頻度を変更したものが全体の25%にみられた。

3. サービス内容および効果

リハビリテーション専門職の訪問回数および訪問期間は、チームによる1回の訪問でアプローチが終了したものの56人、初回訪問時の計画により2回以上継続的に作業療法士・理学療法士等の専門職が訪問したものは94人で、継続したものの平均訪問期間は2.9ヶ月(1~7ヶ月)、平均訪問回数は3.6回(2~9回)であった。また、作業療法士・理学療法士による指導のもとに福祉用具を導入したものは49%、住宅改造の実施率は76%であった。

サービス提供が終了してからフォローアップ調査までの平均期間は4.4ヶ月(S.D.2.1)であった。リハビリテーション計画307件のうち、計画どおり実施されていたものは241件で、全体の79%を占めた。実施されなかった66件(対象者29人)は、パーキンソン病や多発性脳梗塞などの進行性疾患による機能低下、合併症による入院や死亡等、機能低下によるものが20人で、家屋改造や福祉機器の導入について、経済的負担のために受け入れがなかったものが5人、福祉事務所による市

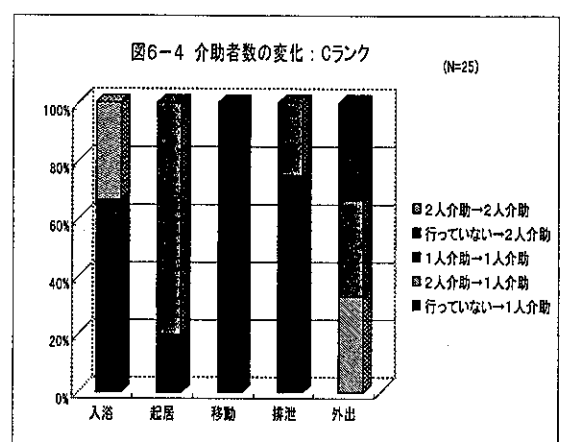
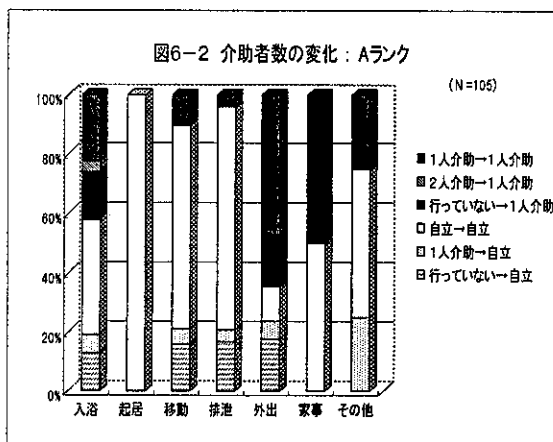
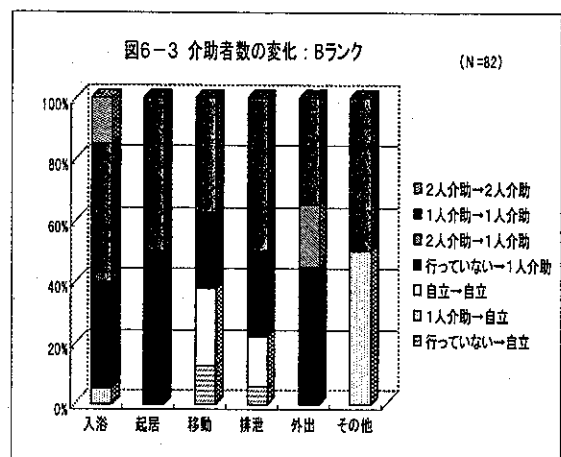
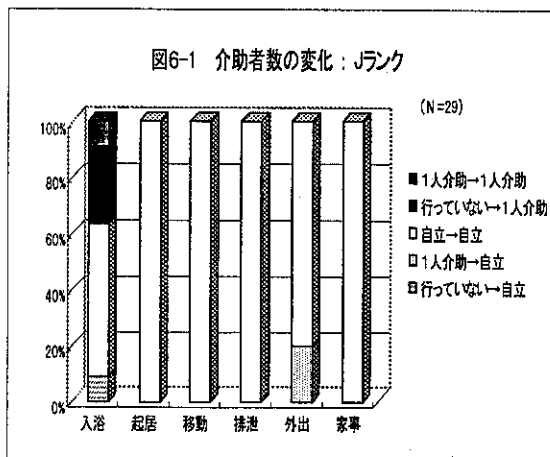


営住宅の改造申請が未実施であったものなどが4人であった。

サービス内容を自立度別にみると、機能訓練はB・Cランク、家事はJ・Aランクに実施しており、また、外出・入浴といった難易度の高い動作であっても、B・Cランクにアプローチしていることが特徴であった(図4)。

計画どおり実施された241件から機能訓練(12件)を除く229件について、実施状況の変化をみると、行っていなかった生活動作が可能になったもの69件、2人介助が1人介助になったもの6件、1人介助が自立したもの9件で、全体の37%に効果がみられた(図5)。日常生活自立度別の変化率は、Jランク17%、Aランク30%、Bランク46%、Cランク62%で生活障害が重度であるほど変化率が高かった。

ランク別のアプローチの特徴をあげると、Jランクでは入浴・外出の一部に自立度向上がみられるが、自立している生活動作の安全性



確保・向上が主たる効果であった(図6-1)。Aランクでは、自立している生活動作の安全性確保・向上が半数を占めるが、行っていない生活動作や1人介助で行っていた生活動作の自立したものが多いことが特徴であった(図6-2)。Bランクでは、1人介助での生活動作の安全性確保・向上が半数を占めるが、行っていない生活動作が1人介助で実施できるようになったこと、Cランクでは入浴・外出では2人介助も一部あるが、行っていない生活動作を一人介助で行えるようになったのが特徴であった(図6-3・4)。

D. 考察

昨年度の調査で、福祉事務所による地域リハビリテーション・システムの窓口および一次スクリーニング機能は有効であることが検証された。総合リハビリテーションセンターは、福祉事務所からの依頼を受けた後、福祉

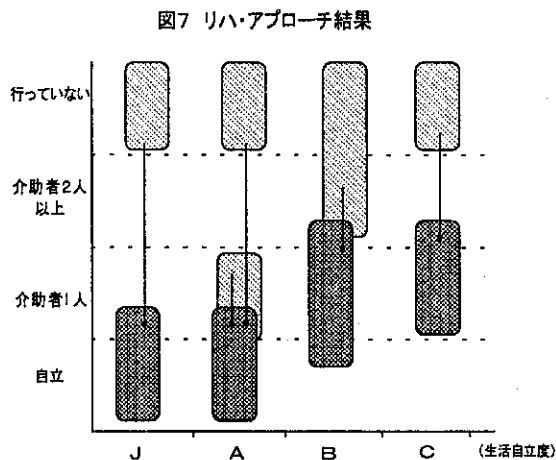
事務所と合同で障害者宅を訪問し、多職種による評価・検討を行い、チームにより方針を決定、サービスを提供している。今回の調査では、これらのサービスの定着率が79%と高く、行われていた生活動作の安全性の向上に加えて、全体の37%に「介助者数の減少」、「生活動作の自立」、「行っていなかった生活動作の開始」がみられ、リハ・サービスの有効性が確認された。

横浜市の高齢者のいる一般世帯のうち、「単身世帯」「夫婦のみ世帯」といった高齢者世帯の比率(平成7年度国勢調査)は約50%を占めており、また、要支援高齢者を介護しているものの約30%が65歳以上の高齢者であった(平成5年横浜市調査)。このように、在宅障害者の介護を配偶者が担い、訪問介護などの在宅支援サービスに介護力を依存している現状では、介護者を2人確保することは

困難なことが多い。リハビリテーション・サービスの定着率が良好な要因として、多職種によるチームアプローチのもとに、生活動作を「1人の介助で実施」または「自立」させ、家族やホームヘルパーの介護負担を軽減したことがあげられる。自立度別では、J・Aランクは自立を目指すこと、ほぼ寝たきりの状態であるB・Cランクでは、1人の介助者で生活動作を可能にすることが、在宅生活の継続性を図るための生活支援の重要なポイントと思われた。

生活障害が重度であるB・Cランクは、脳原性の疾患が多く、訪問看護の利用率が高いことから明らかなように医学的管理が不可欠である。このため、廃用症候群を改善する目的での機能訓練の実施、医学的禁忌事項に配慮しなければならない入浴や外出を開始するには、訪問看護婦（士）とリハビリテーション専門職との連携が必要である。これらに対するアプローチ結果が良好であることから、チームアプローチが機能していたと推測されるが、今後は、訪問看護が実施している機能維持訓練に対するリハビリテーション専門職の指導の希望件数（平成10年度調査）に対応するために、リハビリテーション専門職の量的整備が必要と思われた。

また、リハビリテーション計画により訪問看護、訪問介護、デイケア・デイサービスの開始や頻度の増加を行ったものが全体の約25%に認められた。しかし、このような在宅支援サービスの調整・連携は、行っていない動作を看護婦やホームヘルパーの介助により開始するなど、介護者の負担増加に対処する必要があり、生活全般の介護負担を十分考慮して提供されることが重要である。ちなみに、訪問看護・介護サービスでは、家族や利用者が実施している看護・介護の負担を軽減することが主な援助目標となることが多い。したがって、これらのサービスを自立支援に向けて活用するためにも、在宅リハビリテーション・サービスは有効な方法であるといえよう



(図7)。

今回の調査ではリハビリテーション・アプローチの効果を介助者数と生活動作自立度の変化の視点から測定した。その結果、生活障害が重度であるほど変化率が高く、アプローチは効果的であったが、J・Aランクは生活動作の自立度が高く、今回の調査方法では変化率は低い結果となった。しかし、入浴、外出、家事など難易度が高く、加齢障害により容易に実施できなくなるこれらの動作の安全性を向上させ、継続的に実施可能にするアプローチは、生活障害を予防する視点から重要と考える。とくに神経筋疾患では、障害の進行に配慮したサービスを、生活障害が比較的軽度な時期に提供することが必要と思われる。

これらの結果から在宅リハビリテーション・サービス利用者適応の指標としての日常生活自立度別のリハビリテーション・サービスパターン（目標）を示すと、Jランクでは、日常生活動作（入浴・排泄・移動など）・家事動作について、自立している生活動作の安全性の向上を図る、Aランクでは、日常生活動作・家事動作について、自立している生活動作の安全性向上、およびこれらの動作で行っていない動作や介助を要する動作を自立させる、Bランクでは、日常生活動作を一人介助で継続的に実施できるようにする、身体機能維持のための機能訓練を実施する、Cランク

では、介助負担が大きい入浴・外出では2人介助が必要な場合もあるが、日常生活動作を一人介助で実施可能にする、身体機能維持のための機能訓練を実施する、であった。

脳血管障害などの急性発症で障害が重度な場合には、退院時に生活の再構築に向けた在宅支援体制を整備することが不可欠である。今回の調査でも、脳血管障害などにより障害が重度なものほど早期に対応している傾向が認められた。しかし、医療保険制度の改革や介護保険制度の開始により、急性期・回復期を担う医療機関の入院期間は短縮される傾向がみられており、住環境整備や在宅での機能訓練などのリハビリテーション・サービス実施についてより迅速な対応が必要となる。このため、今後は、地域リハビリテーションの中核機関を中心に、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するとともに、急性期リハビリテーション病院を含む医療機関と地域リハビリテーションセンターとの直接的な連携システムを構築することが必要である。

E. 結語

(1) 在宅リハビリテーションにおいて提供されたサービスは定着率が79%と高く、「介助者数の減少」「生活動作の自立」「行っていなかった生活動作の開始」など生活の自立性の向上を可能にしており、その有効性が確認された。

(2) 在宅リハビリテーション・サービスの提供は、在宅支援機関と連携し、生活全般の介護負担を調整することが必要で、生活動作は1人以下の介護者で実施可能にすることがポイントと思われた。

(3) 日常生活自立度別の在宅リハビリテーション・サービスパターン(目標別)は、

J ランク：日常生活動作(入浴・排泄・移動など)・家事動作について、自立している生活動作の安全性の向上を図る

A ランク：日常生活動作・家事動作について、自立している生活動作の安全性向上、お

よびこれらの動作で行っていない動作や介助を要する動作を自立させる

B ランク：日常生活動作を一人介助で継続的に実施できるようにする、身体機能維持のための機能訓練を実施する

C ランク：介助負担が大きい入浴・外出では2人介助が必要な場合もあるが、日常生活動作を一人介助で実施可能にする、身体機能維持のための機能訓練を実施する、であった。

(4) 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に加え、急性期・回復期リハビリテーションを担う医療機関と地域リハビリテーションセンターとの直接的な連携が必要と思われた。

厚生省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担報告書

小都市における地域リハ対象者の類型化とシステムの検証

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

リハを中心とした、地域における総合ケアシステム構築のうえで重要なことは、訪問看護・介護のサービスを第一線のサービスに位置付け、これらをバックアップする機能として、機能評価、助言・指導、住環境整備などを含むリハサービスが提供できるようにすることである。小都市では一定の地域を単位とした「地域リハ支援センター」を配置、リハ専門職を派遣して訪問看護ステーションや在宅介護支援センターを後方から支援するシステムが有効である。

A. 研究目的

平成10年度は高齢者を対象に介護保険制度を前提にしたときの、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。

今年度はこのモデルシステムを基盤に、地域リハの適応基準やサービス内容、連携方法と役割分担など関係職研修に関するマニュアルを作成することを目的として、リハサービスと看護・介護サービスを含むチームアプローチの効果を検証した。

B. 研究方法

御調町在住の高齢障害者（65歳以上）の悉皆調査を行い、平成11年8月末現在、在宅サービスを受けていた241名を対象とした。この241名について、

平成11年9月から12月までの4カ月間に受けた在宅サービスとリハサービスを調査した。次に在宅サービスを、介護保険サービスと介護保険外のサービス（訪問指導、機能訓練、配食サービスなど）に分け、通所介護・訪問介護・通所リハ・訪問看護・短期入所の5つの介護保険サービス利用者を、サービスの組み合わせにより9つのパターンに分類した。この9つのパターンの特徴を示すとともに、各パターンの典型事例のリハサービスの効果判定を行い、リハサービスと看護・介護サービスを含むチームアプローチの効果、および御調町地域リハシステムの有効性、問題点、対応策について検討した。

リハサービスは訪問リハなどリハ専門職が個別に関わったものとし、サービス

の内容は、「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」に従って、①病状・障害の評価（機能障害の予後予測を含む）、②リハビリプログラム関連（看護・介護職への助言を含む）、③予防的訓練、④疼痛に対する治療、⑤基本的動作訓練、⑥ADL訓練、⑦心理的調整、⑧家事動作訓練、⑨福祉用具・住宅改修に関すること、⑩外出方法および屋外訓練、⑪社会参加・QOL向上、⑫介護負担軽減関連、の12項目に整理した。ADLの効果判定には機能的自立度評価法（FIM）を用いた。また主介護者の介護負担については、浜村の「家族介護度」（14点満点：点数が高いほど介護負担が大きい）を用いた。

C. 研究結果

1. 対象者の内訳とパターン分類

対象者241名の内訳は男78名、女163名で、これは御調町全人口の約3%、御調町高齢者人口の約11%を占めていた。年齢別では65～69歳17名、70～79歳65名、80～89歳130名、90歳以上29名で、80歳代が最も多かった。日常生活自立度はランクJ128名、ランクA87名、ランクB20名、ランクC6名であり、痴呆については、なし171名、ランクI30名、ランクII21名、ランクIII12名、ランクIV7名であった。

期間中にリハ専門職が関与したのは、241名中不定期的27名と定期的14名の計41名であった。従って、リハサービスは対象者の17%（41/241名）が受けたことになる。このうち介護保険外のサービス利用者は90名で、リ

ハ専門職の関与は不定期的8名、定期的2名の計10名（11%）であった。介護保険サービス利用者は151名で、リハ専門職の関与は、不定期的19名、定期的12名の計31名（21%）であった。

表1は介護保険サービス利用者の生活自立度別の人数を示す。通所介護の利用者は1名を除いてランクJであり、訪問介護の利用者は52名中43名がランクJであった。通所リハ・短期入所の利用者はランクAが主体であり、訪問看護はランクB、Cの重度障害者の利用者が多かった。

表2は5つの介護保険サービスの併用状況を示す。通所介護利用者のうち訪問介護との併用は8名で、残り24名が単独の利用者であった。訪問介護利用者では、通所リハ、訪問看護、訪問介護の順に併用が多かった。通所リハ利用者では、通所介護からの変更が1名あるのみで通所介護との併用はなく、訪問介護、訪問看護、短期入所と併用されていた。訪問看護利用者は通所介護との併用はなく、通所リハ、訪問介護と併用されていた。短期入所利用者は通所リハとの併用が多く、在宅では通所リハを利用しながら短期入所を利用している実態がうかがえた。

表3はリハサービスの利用状況を示す。通所介護では不定期的1名、定期的2名の計3名（9%）がリハ専門職の関与を受けていた。訪問介護では不定期的7名、定期的5名の計12名（23%）、通所リハでは不定期的9名、定期的7名の計16名（20%）、訪問看護では不定期的8名、定期的4名の計12名（43%）、短

表1 介護保険サービス利用者の生活自立度（重複あり）

	ランクJ	ランクA	ランクB	ランクC	
通所介護	31 (4)	1	0	0	32 (4)
訪問介護	43 (8)	8 (4)	0	1	52 (12)
通所リハ	1 (1)	69 (12)	9 (3)	1	80 (16)
訪問看護	6 (1)	8 (4)	10 (5)	4 (2)	28 (12)
短期入所	2	6 (2)	2 (1)	1	11 (3)

() はリハサービス利用者

表2 介護保険サービスの併用状況

	通所介護	訪問介護	通所リハ	訪問看護	短期入所	単独
通所介護	—	8	(1)	0	0	24
訪問介護	8	—	16	9	1	21
通所リハ	(1)	16	—	12	9	54
訪問看護	0	9	12	—	3	9
短期入所	0	1	9	3	—	2

() は期間中のサービス変更例

表3 リハサービスの利用状況（実数は定期的12名、不定期的19名）

	不定期	定期的	単独	通介	訪介	リハ	訪看	短期
通所介護	1		0		1			
		3	1		1	1		
訪問介護	7		3	1		1	2	(1)
		5	2	1		1	1	
通所リハ	9		5		1		2	(2)
		7	2	1	1		3	(1)
訪問看護	8		4		2	2		
		4	0		1	3		(1)
短期入所	2		0		(1)	2		
		1	0			1	(1)	

() は重複

期入所では不定期的2名、定期的1名の計3名(27%)であった。リハ専門職の関与は訪問看護利用者で最も多く、以下、短期入所、訪問介護、通所リハの順で、通所介護が最も少なかった。

表2、3をもとに介護保険サービスとリハサービスの利用状況を整理すると表4のように9パターン(P)に分類可能であった。即ち、短期入所を除く4つの介護保険サービスの単独または2つの組み合わせは10通りある。このうち通所介護と通所リハ、通所介護と訪問看護の組み合わせは実際にはなく、残り8通りに短期入所を加え9パターンに分類した。P1~3は福祉系サービス、P4~6は医療系サービス、P7~8は医療系と福祉系サービスの併用、P9は短期入所である。

2. 典型事例の効果判定と各パターンの特徴

【P1】(事例)72歳女性、J2、痴呆なし、要支援、脳梗塞後遺症、主介護者夫

軽度の右片麻痺あるもADL自立しており、通所介護を隔週で受けていたが、徐々に歩行不安定となった。障害評価の結果、廃用症候群によるものと考えられたため、通所介護を週1回に増やした。また週1回の通院リハを併用し歩行訓練を行った。約1カ月で歩行安定し、その後は予防のため週1回の通所介護利用を継続している。FIM114→120点、介護度6→4点。

このパターンに属する24人中23人がランクJのいわゆる虚弱高齢者であり、通所介護による社会参加・QOLの向上、廃用症候群などに対する予防的訓練を主目的としている。この事例のように、なんらかの機能低下が見られた場合は、速やかなリハスタッフの関与が必要である。適切な機能評価を行うことにより機能低下の原因を判定し、通所介護の回数の増加と歩行訓練により、すみやかに機能改善し通所介護を継続することができた。

【P2】(事例)75歳女性、J2、痴呆なし、要介護1、右大腿骨頸部骨折、独

表4 介護保険サービスの組み合わせによるパターン分類と生活自立度

	例数(リハ関与)	日常生活自立度
(福祉系サービス)		
(P1) 通所介護単独	24(0, 1)	J23・A1
(P2) 訪問介護単独	21(3, 2)	J18・A3
(P3) 通所介護+訪問介護	8(1, 1)	J8
(医療系サービス)		
(P4) 通所リハ単独	54(6, 3)	J1・A49・B3・C1
(P5) 訪問看護単独	9(4, 0)	J2・B4・C3
(P6) 訪問看護+通所リハ	12(2, 3)	A6・B6
(医療系サービスと福祉系サービス併用)		
(P7) 通所リハ+訪問介護	16(1, 1)	A16
(P8) 訪問看護+訪問介護	9(2, 1)	J4・A4・C1
(短期入所)		
(P9) 短期入所	11(2, 1)	J2・A6・B2・C1

不:不定期的、定:定期的

居

2年前右大腿骨頸部骨折で骨接合術を受けているが、屋内は杖なしでトイレまで歩行していた。独居のため主として家事援助目的で週1回の訪問介護と、隔週の入浴サービス、保健婦の訪問指導を受けていたが、徐々にトイレへの歩行に不安を訴えるようになった。機能評価と家屋チェックを行った結果、廊下にてすりを付けるのは困難であったが、四脚杖での歩行を指導することにより歩行安定した。家事援助も兼ねて、訪問介護を週2回に増やし、ホームヘルパー訪問時に一緒に歩行してもらうよう指導・助言した。FIM120→120点。

このパターンに属する21名中18名がランクJ、3名がランクAであり、P1と同様、虚弱高齢者が主体である。身体機能は保たれているものの、独居や主介護者が高齢などの理由により、家事援助や身体介護の目的で訪問介護を受けている。なんらかの機能低下が見られた場合は、速やかなりハスタッフの関与が必要である。機能評価を行うことにより機能低下の原因を判定し、福祉用具の適応、住宅改修への助言・指導や、自立へ向けた介護方法の指導などの対応により、問題解決へホームヘルパーとともに関わった。

【P3】(事例)78歳女性、J2、痴呆なし、要支援、骨粗鬆症(腰背部痛)、独居

通所介護を週1回、独居のため訪問介護を週4回および配食サービスを受けている。円背強く腰背部痛のため起居・移動動作不安定とのことでホームヘルパー

よりADL評価、家屋チェックの依頼あり。屋外歩行時の杖の使用と廊下にてすりを付けることにより、歩行・ADLが楽に行えると判断し、助言・指導した。町福祉より杖の給付と歩行補助具としてのすりの取り付けを行った。FIM96→102点。

このパターンに属する8名すべてがランクJであり、身体機能的には良いが独居など生活基盤が不安定なことが多く、わずかのきっかけで生活障害を来し易い。ホームヘルパーの日常の関わりのみで予防的訓練、ADL訓練、基本動作訓練などの自立支援に向けた関わりができるように、介護方法の助言・指導、福祉用具・住宅改修などに関してリハの視点が必要と考えられた。

【P4】(事例)69歳女性、A1、痴呆度I、要介護1、脳梗塞後遺症、主介護者娘

脳梗塞後遺症による右片麻痺軽度で、通所リハを週2回受けていた。セルフケアはほぼ自立しているが、痴呆軽度認められ機能評価と家庭での状況を見るためリハ専門職が関わった。右内反尖足はそれほど強くないが、歩行時間が長くなると疲れのためか緊張が強くなり、装具を着用することとした。痴呆のチェックのために町保健婦の訪問指導も月1回行っている。FIM108→108点、介護度6→6点。

このパターンに属する54名の自立度は、ランクJ1名、ランクA49名、ランクB3名、ランクC1名とランクAが主体であった。通所リハの中で個別に障害やADLの評価をしながら、必要に応

じて、福祉用具の適応や家庭環境調整、外出方法および屋外訓練など在宅訪問によるフォローが必要である。

【P5】(事例) 67歳男性、B2、痴呆なし、要介護度2、脳出血後遺症、主介護者妻

脳出血後遺症による右片麻痺、失語症あり。上肢麻痺は重度、下肢麻痺は中等度で、以前は杖と装具で屋内歩行していたが、ここ数年はベッド上生活である。風呂場の改造、ベッド周囲の環境整備は以前になされている。通所リハをすすめているが家から外へ出ることを好まず、現在は週2回の訪問看護で対応している。リハ専門職の不定期的な訪問により、訪問看護婦への助言・指導、環境チェック、社会参加・QOL向上、障害受容への心理的調整などを行っている。FIM59→59点、介護度5→4点。

このパターンに属する9名の自立度は、ランクJ2名、ランクB4名、ランクC3名と自立度の低い重度障害者が多くを占めた。医療的管理を必要とする例が多く、他のサービスの利用も多かった。障害受容が不十分で、介護者も心理的な介護負担がある。訪問看護を中心として、障害評価、基本動作訓練、訪問看護婦への助言・指導、環境整備などへのリハスタッフの定期的、不定期的な関わりが必要と考えられる。

【P6】(事例) 73歳男性、B1、痴呆なし、要介護度2、脊髄損傷、主介護者妻

腰椎レベルでの脊髄損傷により両下肢麻痺重度で車椅子生活、神経因性膀胱により間歇的導尿を行っている。退院時に

車椅子生活が可能ないように家屋改修を済ませ、社会参加・QOL向上のため通所リハ週1回、導尿チェックのため訪問看護を週2回受けている。また機能維持、廃用症候群の予防のために、定期的な通院リハと不定期的な訪問リハを併用している。不定期的ではあるが町保健婦の訪問指導も行われている。

FIM93→97点、介護度5→4点。

このパターンに属する12名の自立度は、ランクA6名、ランクB6名と比較的重度障害者が多かった。従って、生活障害が発生するリスクも高く、通所リハと訪問看護を併用して受けている。障害の評価、予防的訓練、基本動作訓練、ADL訓練、福祉用具・住宅改修など定期的関わりを必要とする例が多い。通所リハでは個別的な関わりが不十分なため、医療的・リハ的視点での定期的な関わりのために、通院リハ・訪問リハを適切に組み合わせて行う必要がある。

【P7】(事例) 74歳女性、A1、痴呆なし、要支援、中心性頸髄損傷、独居

転倒による中心性頸髄損傷で両下肢麻痺は改善したが、軽度の両上肢麻痺が残っている。退院時に家屋環境整備と自助具作成しセルフケアは自立している。洗濯機での洗濯は何とか可能であるが、家事援助の目的で週1回の訪問介護と、配食サービスを受けている。入浴と身体機能維持のために週2回の通所リハを行っており、町保健婦の訪問指導も受けている。FIM114→114点。

このパターンの16名すべてがランクAで障害は軽度であり、家事援助などの訪問介護を受けながら、身体機能維持の

目的で通所リハを利用している。通所リハの中で個別に援助する必要がある場合は、訪問リハによる対応が望まれる。

【P8】(事例) 70歳男性、A1、痴呆なし、要介護度2、脳出血後遺症、主介護者妻

訪問看護週2回、訪問介護週3回、起居動作など基本的動作能力の低下のため機能評価、福祉用具貸与と基本的動作訓練のため訪問リハを定期的に行っている。訪問診療も月1回受けている。FIM72→75点、介護度9→8点。

このパターンに属する9名の自立度は、ランクJ4名、ランクA4名、ランクC1名であった。本人の医療的ニーズに関わりながら、家族の介護負担軽減のために、看護・介護職が協力して関わっている。訪問看護でもリハニーズに対応しているが、機能低下が起こった場合には、定期的なりハスタッフの関わりが必要であり、訪問看護婦との連携が必要である。

【P9】(事例) 70歳男性、B1、痴呆度I、要介護度3、脳出血後遺症、主介護者妻

通所リハ週1回、訪問看護週2回、訪問リハを定期的に継続。家族の介護負担軽減のため、毎月定期的に短期入所を利用。FIM40→40点、介護度7→7点。

このパターンに属する11名の自立度は、ランクJ2名、ランクA6名、ランクB2名、ランクC1名と様々であるが、ランクJでも軽度の痴呆があるなど日常生活は屋内生活に限られていることが多い。本人の機能維持、ADL維持と家族の介護負担軽減のために、短期入所を定期的に利用して、在宅生活を維持していると考えられた。他のサービスの利用も多く、サービス相互の連携が必要である。

以上、9つのパターンについて特徴を示し、典型事例の効果判定を行った。リ

表5 各パターンで必要と思われるリハの内容

リハの内容	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
病状・障害の評価	○	○	○	○	○	○	○	○	○
リハプログラム関連	△	○	○	△	○	○	○	○	△
予防的訓練	○	○	○				○	○	
疼痛に対する治療					△	△		△	
基本的動作訓練					○	○		○	△
ADL訓練				○	○	○	○	○	△
心理的調整					○	○		○	
家事動作訓練	△	△	△						
福祉用具・住宅改修	△	○	○	△	○	○	○	○	○
外出方法および屋外訓練	○		○	○		○	○		
社会参加、QOL向上	○		○	○		○	○		
介護負担軽減		○	○				○	○	○

○：必要 △：やや必要

ハ専門職の関与は適切に行われており、チームアプローチの効果、御調町地域リハシステムの有効性が確認された。各パターンで必要と思われるリハの内容を、表5のごとくに整理した。

D. 考察

介護保険外のサービス利用者に対するリハ専門職の関与は11%で、介護保険サービス利用者の21%に比べ少なかった。介護保険サービスは在宅生活維持に不可欠であり、このサービスの基盤の上にリハサービスが提供された。

P1～3の福祉系のサービスでは、生活自立度の高いいわゆる虚弱高齢者が主な対象で、予防的訓練、屋外訓練、社会参加・QOL向上などが目標となった。通所の場合または同行訪問での協議による助言・指導、福祉用具・住宅改修により問題解決がなされた。P4～6は医療系のサービスで、生活自立度が比較的強く医療的ニーズのある利用者が多かった。リハプログラムへの助言・指導のみでなく、基本的動作訓練、ADL訓練などリハ専門職の定期的な関与による訓練的内容が多くなっていた。また障害受容など心理的調整も必要であった。P7～8は医療系サービスと福祉系サービスの併用で、保健・医療・福祉チームとしての総合的な関わりが必要であり、多くはケア担当者会議によりサービス調整が行われた。P9は短期入所利用で生活自立度はさまざまであったが、本人の機能維持よりも介護者の介護負担軽減が主な利用目的であった。いずれのパターンでも地域リハシステムは有効に運営されていたが、期間中、今回の対象者に新たにリハ専門

職が関与したのは少なく、これまでのサービスの継続例が多かった。従って、調査前後でのFIMや介護度の変化に乏しかったが、少なくとも低下・悪化はなく機能維持されていた。

御調町地域リハシステムは、①相談窓口の一元化により住民のアクセスが容易であり、行政レベルでの対象者の把握が可能であった。②御調町保健福祉センター、訪問看護ステーションおよび在宅介護支援センターと総合病院リハ部門との連携により、看護・介護職とリハ専門職との現場レベルでの連携（協議）が日常的に行われ、必要に応じてリハ専門職の助言・指導などの関わりが可能であった。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（ケア担当者会議）により、総合的な評価やサービスの調整・提供が可能であった。

一般に小都市ではリハ専門職に乏しい現状があり、看護・介護サービスの上でリハサービスを構築することが現実的である。地域リハシステムの効率的運営のためには、第一線の看護・介護職が、日常業務のなかでリハ専門職との連携の必要性を実感することが重要で、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のための研修会が必要である。御調町の地域リハシステムでは、介護保険サービスに関わるすべての職種で、現場でのリハ専門職との協議、ケア担当者会議への参加が可能であった。現場での協議、また保健・医療・福祉チーム会議へ参加しながら、対象者への生活援助を協力して行うことによって総合的なケアが可能となっていた。機能評価後、問題

解決のためにどの職種が主体的に関与するかについては、助言・指導のもと看護・介護職が行う場合、リハ専門職が必要に応じて不定期的、定期的に関与する場合などがあった。

今後の課題としては、より日常的なレベルでの連携のために、①通所リハにおいて、個別的なリハの関わりが充分できるようなリハ専門職の充実、②訪問看護ステーションへのリハ専門職の配置、が必要と考えられた。また、介護保険制度実施に向けて、ケア担当者会議のなかにケアマネージャーを中心とした複数の保健・医療・福祉チームを置くことにより、ケアプラン作成・サービス提供をより円滑に行えると考えた。小都市では、二次医療圏を単位とした「地域リハ広域支援センター」を配置、リハ専門職を派遣して訪問看護ステーションや在宅介護支援センターを後方から支援するシステムが有効である。

E. 結論

リハを中心とした、地域における総合ケアシステム構築のうえで重要なことは、訪問看護・介護のサービスを第一線のサービスに位置付け、これらをバックアップする機能として、機能評価、助言・指導、住環境整備などを含むリハサービスが提供できるようにすることである。小都市では二次医療圏を単位とした「地域リハ広域支援センター」を配置、リハ専門職を派遣して訪問看護ステーションや在宅介護支援センターを後方から支援するシステムが有効である。

F. 研究発表

1. 論文発表

①林拓男他：在宅医療の要としての地域システムの構築を、地域医療:Vol.36, No.2, 22~28, 1998.

2. 学会発表

②林拓男他：在宅サービスの調整・整備が家庭復帰に与える影響，第36回日本リハ学会学術集会，1999.

③林拓男他：在宅高齢者の看護・介護・リハサービス利用の実態，第41回日本老年医学会学術集会，1999.

④林拓男他：在宅高齢者に対するリハサービスの現状，第21回全国地域リハ研究会，1999.

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

民間医療法人を主体とした地域リハビリテーション・システムに関する研究
モデル・システムの有効性とマニュアル化に向けてのパターン化

分担研究者 三宅 誼 医療法人社団三草会 理事長

研究要旨 過去2年間の本研究の結果提示された民間医療機関を主体とした地域リハビリテーション・システムのモデルを実際に運用し、その有効性を確認した。また、284名の高齢在宅障害者を対象に、日常生活自立度と介助力による分類を行い、各分類に対する地域リハビリテーション、在宅ケアのサービスに一定のパターンが認められた。特に自立度向上のための福祉機器・家屋改造の導入については、複数の専門職によるチームアプローチが必要であることが示唆された。

A. 研究目的

高齢障害者に対する医療・保健・介護を含めた地域における総合ケアのあり方のうち、民間リハビリテーション医療機関の果たすべき役割と望まれる地域リハビリテーション・システム（地域リハ・システム）を検討すること目的とした。過去2年間の本研究の結果として、民間医療機関としての地域リハ・システムのモデルを提示している。民間医療機関の役割として、入院中のリハビリテーションから在宅での維持期にいたる時系列的システムと法人内外の様々な事業体・機関との在宅総合ケア連携システムの2つのシステムモデルがあることを示した。

今年度は、これら2つのシステムモデルの対象者である在宅高齢障害者の類型化を図り、各パターン毎の地域リハの適応基準と実際のあり方を検討するとともに、システムモデルを実際に運用し、その妥当性・有用性を検討する事を目的とした。

B. 当法人における地域リハ・システムのモデル

今年度の研究を実施するにあたって、運用した地域リハ・システムのモデルを述べる。

1. 時系列的システム（図1）

当院では、回復期のリハビリテーションから地域（在宅）へのつなぎ役など、時系列的なりハ医療のかかわりの役割を担っている。すなわち、入院時の（医

学的）リハ・チームによる評価やリハ計画の段階から可能な限り在宅生活を想定したリハビリテーションを実施し、又、自宅（在宅）への退院予定が、ある程度定まった段階で（予定の4～6週前に）退院前訪問を担当のリハ専門職とMSWの小チームで行っている。この訪問が在宅へ向けての「地域リハ活動」の第1歩となっている。この訪問の結果、住宅改造、福祉機器・用具の適応、各種サービスの選択・調整が行われる。退院直後の2～3ヶ月間は、たとえ住み慣れた家であっても、障害を持って生活するという新たな環境適応の期間として非常に重要であり、1日の、…、1週間の…生活スケジュールの確立に必要な期間である。また、病院内で要介助であっても、家庭という特定の環境で自立が図られる可能性を見定める期間でもある。そのため、当院退院ケースに限っては、退院後比較的早期に在宅リハ専門職による退院後訪問を実施し、生活状況を把握し、退院前に決定された改造や機器サービスの利用状況を確認し、問題のある場合には入院中のリハスタッフに報告され、修正（フィードバック）される。また、この結果は新たなケースにフィードバックされる。

維持期にある在宅高齢障害者に、機能低下、転居などの生活環境変化、介護者の変化などが生じた場合も、リハチームによる在宅総合評価の後に、新た

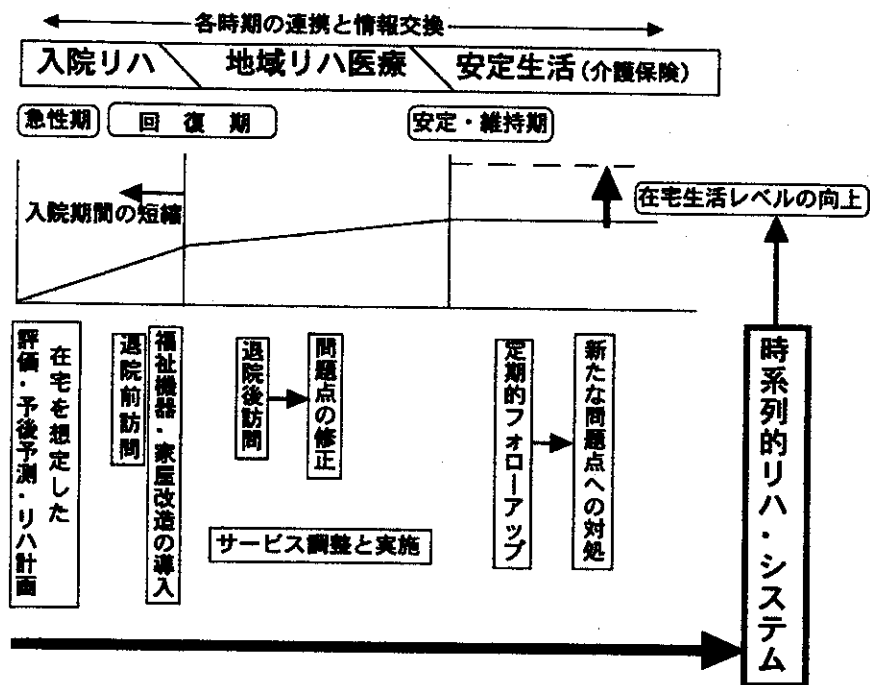


図1 時系列的システムのモデル

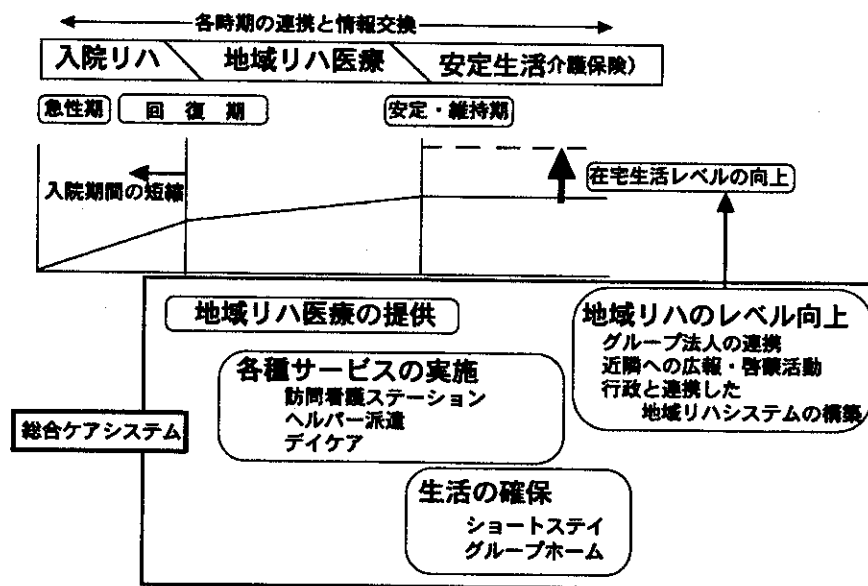


図2 総合ケアシステムのモデル

な総合ケア・プログラムが改革実行される。

2. 総合ケアシステム (図2)

在宅ケアを含めた在宅生活支援システムとして、当法人は病院、老健施設、在介センター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、グループホーム、病院および老健施設でのデイ・ケア、ショートステイ、訪問診療部を有し各種サービスを実施してい

る。各サービスの在宅担当部門は、在宅支援事業部で統轄され、連携している。当法人内の各種サービスのみの利用者については、問題の発生時に随時、連絡・調整が行えるが、行政を含む他機関のサービスも利用しているケースでは連携に随意性がなく対応が遅れがちになる場合が多いことが平成10年度の本研究でも問題点としてあげられ、解決策を検討している。

C. 研究方法

1. 在宅高齢障害者の類型化

平成11年8月1日現在、当法人の在宅支援事業部を1ヶ月に1回以上利用していた在宅障害者422名のうち、65歳以上で亜急性期～回復期の入院リハを当院で実施し、在宅に移行した287名を対象とした。男性が約68%、脳血管障害が84%であった。これらの対象者を日常生活自立度、家族の介護力で分類し、提供されたサービスについて分類毎の特徴を検討した。

分類は、以下の6パターンとした(表1)。

- a. 重～全介助(ランクB, C)だが介助力に乏しい(介助者1名以下)
- b. 重～全介助だが介助力はある(介助者1.5名以下)
- c. 一部介助(ランクA2)だが介助力に乏しい
- d. 一部介助だが介助力はある
- e. 屋内自立、APDL介助(ランクA1)だが介助力に乏しい
- f. 屋内自立、APDL介助だが介助力はある、又は、屋内外APDLは自立(ランクJ)している

各項目の人数は表1のとおりであった。

2. 平成11年1月～7月に当法人クラーク病院を退院し、在宅支援事業部に移行した、各パターン毎の代表的な事例をあげ、退院後6ヶ月間のモニタリング

表1 日常生活自立度と介助度による分類

	介助力少 (1人以下)	介助力有り (1.5人以上)
重介助(ランクB, C)	a:32名	b:25名
一部介助(ランクA2)	c:57名	d:29名
屋内自立(ランクA1)	e:106名	
屋外自立(ランクJ)	f:38名	

を行い、システムの妥当性・有効性と問題点を検討する。尚、各事例には、あらかじめモニタリングと、本発表についての上承を得ている。

D. 研究結果

1. 実施されたりハ・サービスは表2の通りであり、内容は以下の通りである。

①リハ専門職派遣

退院前訪問が当院の地域リハビリテーション・システムとして確立されているので、fの一部を除いてほぼ全例に退院前訪問が実施されていた。退院直後の訪問がシステム化したのは平成9年からであり、それ以前はニーズに応じての訪問であった為、退院直後の訪問についてはa～dの要介助ケースで比率が高くなっ

表2 自立度と介護度による分類と提供されたサービス

	専門職派遣	機器・改造	訪問看護 (当法人)	訪問診療	訪問介護 (当法人)	デイケア (病院デイ)	通院リハ	計
a	32	32	17 (12)	10	24 (8)	20 (12)	18	32
b	25	25	16 (12)	1	7 (1)	11 (2)	20	25
c	57	54	20 (17)	1	13 (4)	42 (4)	47	57
d	28	25	8 (7)	0	4 (0)	15 (0)	27	29
e	104	73	6 (6)	0	9 (0)	33 (0)	91	106
f	27	18	0	0	0	7	27	38
計	273	227	67 (54)	12	57 (13)	151 (18)	230	287

表3 自立度と介助力による分類と福祉機器・家屋改造

分類	ベッド	車いす	リフター	入浴補助	浴室改造	トイレ	段差解消	手すり	玄関
a (N=32)	31	31	5	20	18	27	25	19	23
b (N=25)	24	25	3	21	20	22	20	17	19
c (N=57)	49	53	2	40	36	38	40	32	41
d (N=29)	27	28	1	26	19	24	21	20	19
e (N=106)	58	61	0	61	48	56	61	70	51
f (N=38)	10	3	0	11	8	9	19	16	19
計	199	201	11	179	149	176	186	174	172

ている。その他の訪問については、福祉用具、車椅子等の調整、新たな住宅改造、通院途絶者への状況確認等の1回～数回の訪問については在宅専門のリハスタッフが行い、維持的リハが必要で通院困難なケースについては訪問看護ステーションの理学療法士が行っている。

②家屋造改造・福祉機器の導入

a～eのケースについて、可能な場合は必要に応じて行われていた。主な改造は浴室、トイレ、手摺り、段差解消、玄関周りであり、機器としては補装具、車椅子の他、ベッド、入浴用具、ポータブルトイレ等が多く認められた。入浴、排泄、起居・移動、外出の各動作が介助量も多く、改造、機器の目標となっていた。介助力に乏しいaとcのケースについては、ヘルパー等の導入を計画した場合でも、なるべく介助量軽減を行うために可能な限りの改造などが行われていたが、入浴については、浴室改造等を行わず入浴サービスのみを利用している場合も多く見られた。

「自立」を目的とした機器・改造については、入院中からの使用訓練によってスムーズに活用できていたが、a～dのケースでの「介助量軽減」のために機器、改造については、入院中の介助指導のみでは不十分で、退院直後訪問の際に実際の生活場面での再指導が必要だったケースも多く認められた。当然のことではあるが、家屋の状況や経済的理由で適応はあっても改造・機器を断念せざるを得ない場合もあり、ヘルパー等のマンパワーに頼らざるを得ない状況も認められ

る。

家屋改造と福祉機器の導入に関しては、自立度が大きく影響し、介助力との関係はほとんど見いだせなかった。

③訪問看護

通院困難例の医療・健康管理、定期的生活状況確認、維持的リハを対象としている為、a～cのケースと、d～fであって内科的合併症が重度のケースが対象となっていた。尚、他のステーション利用ケースも多く存在する。訪問看護ステーションに専任の理学療法士を配置しており、在宅の維持安定期における新たな地域リハのニーズの発生に対して、速やかな対処が可能となっていた。

訪問看護についても、介助力との関わりは明確でなく、医療・保健面でのニーズによるが多かった。

④訪問診療

通院困難で医学的管理を必要とするケースに行っているが、過度のサービスによる「閉じ込め」を予防するため、ほぼaのケースに限定して実施していた。

⑤デイ・ケア

病院デイ・ケアはaとbの重度ケースと合併症等で医学的管理が必要なケースに限定している。c～fのケースは必要に応じ主に老健施設のデイ・ケアで対応している。自立度や介助力による傾向は認められず、入浴の確保、介護負担の軽減、維持のための運動の確保、社会的交流などが主な目的であった。

⑥訪問介護

a、c、eの介助力に乏しいケースは家事型、a～dの要介助ケースには介護型を、他に必要に応じて外出（通院が主）ヘルパーを派遣している。a～cのケースでは改造や機器を導入した上でもヘルパー派遣が必要だったケースも多い。ヘルパー派遣の開始に際しては、要介助項目を明確にし、ケースや環境に合わせた介助法の指導、福祉機器の使用法の指導などをリハ担当者が行っていた。

介護に関する人的援助に関しては、自立度よりも介助力との関係が大きかった。

⑦通院リハビリテーション

退院後の数ヶ月経過後は、維持的リハとして実施している。

2. 事例検討

症例1（分類a） 76歳 男性 多発性（2回）脳梗塞 両片麻痺

ケースは平成7年に脳梗塞・右片麻痺を発症し、4ヶ月間のリハにてADL自立し在宅生活となる。平成10年11月に自宅で再度脳梗塞発症し、両片麻痺となる。急性期・回復期リハの後平成11年6月に自宅退院となる。退院前の状況としては糖尿病のためインスリン注射が朝夕必要、また、神経因性膀胱のため3時間おきの間歇導尿が必要となる。介護面でも、食事が何とか摂取できる程度でその他のADLは全介助である。現在、妻と二人暮らしで、子息は東京と仙台に在住し協力は不可能である。妻は20年来の両膝関節変性症で最近腰痛も出現し始めている。退院にあたっては妻の介護負担の軽減のため積極的な福祉機器の導入、および、医学的処置を含めた看護系および福祉系援助が必要と判断された。福祉機器に関しては座位保持不可能なためのその保持装置と移乗動作を考慮した車椅子の構造が必要とされた。また、妻による車椅子⇄ベッド間の移乗のため移動式リフターが必要となった。その他、外出のため玄関～道路間のバリアフリー化、ヘッド上介護のために電動ヘッド、そして、夏場や失禁時のシャワー浴のための入浴補助用具も導入された。社会資源の利用に関しては、週2回の老人デイケア（入浴・リハ）、週1回の訪問看護（糖尿病・泌

尿器科系を中心とした全身管理・妻の健康管理）、および、週3回の訪問介護（家事援助・留守番・受診介助・入浴）を導入。また、老人保健施設での妻の状況等に合わせた不定期な短期入所も導入された。

退院後訪問の結果、浴室用のスロープの傾斜が強く、妻一人の介助では、シャワー浴が困難であることが判明し、スロープの再設計が必要であったが、他の機器・改造に関しては有効かつ高頻度で使用されていた。夜間の導尿が介護負担となっており、飲水量の時間調節と夜間の導尿回数を減らし、さらに24時間巡回ヘルパーを深夜1回導入した。これによって、幸いなことに、妻の健康状態も今のところ良好で、短期入所の利用はない。

症例2（分類b） 67歳 男性 脳出血 右片麻痺 失語症

平成10年10月、巨大脳出血・右片麻痺・失語症を発症し、平成11年2月クランク病院入院。平成11年4月に自宅退院となる。退院時の状況としては、座位保持が何とか可能なレベルで、移乗・移動は全介助のレベルである。セルフケアに関しても食事は嚥下障害等により介助必要、排泄は24時間オムツ着用、入浴はシャワーキャリー使用し全介助である。また、失語症も重度で、家族でも十分なコミュニケーションが取れず、また、退院も本人が「家へ帰りたい」と不穏になったため早まったものである。退院前訪問は、退院の2週間半前に実施され、退院に際しては、福祉機器は屋内のバリアフリー化の他、入浴補助用具・電動ベット・ポータブルトイレの選定・購入が必要と判断され、早急に対処された。妻と長男、嫁、孫（中学生と小学生）の6人暮らしであり、妻と嫁は常時在宅であるが、家族の負担を考慮して訪問介護の導入を図った。しかし、在宅生活が始まると本人がヘルパーに対して、拒否や非協力的な態度を取ってしまい、これに対して家族も恐縮してしまい、話し合いの結果、訪問介護は介護サービス計画からは除かれることとなった。この結果への対応として、家族内では介護に対して消極的だった息子が週末・夜間を中心に積極的に参加し、家族の中での介護体制・役割分担ができた。