

我々は、家族に対して再度の介護方法の指導を行なうとともに、訪問看護ステーションの保健婦またはリハ専門職による定期的な（月2回）家庭訪問を介護サービス計画に入れ、家族の介護を継続的に支援する態勢を整えた。

モニタリングの結果として、自宅に帰ったことの満足感に加え、孫との会話などによる失語症の改善や、本人の意欲の向上もあり、介助項目に変化はないものの、全般に介助量は軽減していると家族は感じている。生活の場所での地域リハチームのアプローチが効を奏しつつある。

症例3（分類c） 70歳 女性 脳梗塞 左片麻痺

平成11年1月に脳梗塞・左片麻痺を発症し、11年2月クラーク病院入院、平成11年7月に自宅退院となる。退院時の状況としては、歩行は不安定にて介助が必要で、実用的な移動方法は車椅子となっている。移乗動作は手すりなどにつかまれば自立である。セルフケアに関して、食事と整容は自立、入浴は家族の介助にて可能であった。退院時の問題点として現在、本人、息子、嫁、孫（小学生）の4人暮らしで、息子夫婦は共稼ぎのため日中一人になり最低限、身の回り動作が自立し、安全に留守番ができることが必要となる。しかし、退院前家庭訪問の結果からは、車椅子にてトイレまでの移動が廊下幅が狭く自走では困難であること、トイレに手すり等なく下衣の着脱が立位不安定のため困難であると判断された。この結果を踏まえ、①自宅の改造の可能性について検討する、②在宅での様式に合わせた立位動作および更衣訓練、③排泄動作の再検討を行うこととした。①に関しては、廊下の幅大化と段差解消、トイレの手すり設置で約130万円程度必要となり、札幌市の住宅改造賛助成を受けたとしても家族の経済的負担は大きいとの返答により不可能となった。②についても大きな改善は見られなかった。結果としては、排泄動作を日中一人で行っている時は、ベット横のポータブルトイレで行なうこととし、訪問介護派遣時はトイレでの排泄とポータブルトイレの後片付けを行なうこととし、介護サービスを計画した。その中には、在宅でのリハビリテーションのもと、トイレでの排泄動作の可能性について将来にわた

り継続して検討していくこととし、2週間毎の通院時と、その間の週の訪問看護ステーションを通じてのリハ専門職の派遣を計画した。

残念ながら、現在もトイレでの排泄動作の自立は得られておらず、今後も現在の方法で継続するとしている。しかし、日中の留守番自体には大きな問題がなく、今後も在宅生活が維持できると考えている。

症例4（分類d） 70歳 男性 脳梗塞 左片麻痺

平成10年9月脳梗塞左片麻痺発症、同年11月クラーク病院入院し、平成11年3月に自宅退院となる。退院時の状況としては、歩行は杖と装具使用し軽介助レベル、トイレ動作や入浴時にも介助を要する状態であった。妻とアパートの二階で二人暮らしであり、長女は釧路在住、次女は市内在住であるが、協力は得られない。退院に際し、入浴補助用具、夜間使用するポータブルトイレを導入、月三回の訪問介護（入浴、留守、買い物、外出時の介助）を利用しながら在宅生活を送っていた。平成11年7月に妻が大腸がんの手術のため急に入院となりこれを機に次女一家と同居することとなる。次女宅の家屋改造の準備期間には老人保健施設への入所も導入している。札幌市の家屋改造助成制度を利用し、屋内の段差を解消、車椅子での移動を可能とした。玄関前の階段には手摺りを設置、また新たに入浴補助用具を導入している。日中の主な介助者は次女が行なう。夜は入浴等、次女の夫も介護に協力可能となっている。

現在は、妻も退院し、家事の一部も行えている。訪問介護は現在利用しておらず、4月以降に通所リハへの参加を考えている。

症例5（分類e） 75歳 女性 脳梗塞 右肩麻痺

平成10年9月に脳梗塞・右片麻痺を発症し、平成11年4月に自宅退院となる。退院時の状況として、健康状態は安定し、T杖と装具で屋外歩行自立、身の回り動作もトイレに手すりを設置し排泄自立、また、入浴は手すりとシャワーチェア利用し可能であった。家事動作は、簡単なもの以外は困難であった。家族歴として夫は15年前に他界し、子供もなし。実妹が市内にいるが、病気がちで協力等は期待できない。退院

に際しては、買い物・調理・洗濯・掃除・受診介助・話し相手を中心に週に3回の頻度で訪問介護と月～金曜日まで朝食と夕食の配食サービスを受けることとした。サービス提供者とも信頼関係が構築され生活は安定し、また、自分で近所を散歩したり買い物にも同行したりと自信や生活意欲の向上も見られた。この介護サービス計画を基本に援助を行っていくが、冬期間は屋内でも寒さのため活動量が減少し、また、雪道の歩行は転倒の危険性が予測されるので夏場のような頻度での散歩・外出は不可能となる。本人もこの状況に対しての不安がかなり強く介護サービス計画の見直しが必要と判断された。具体的な変更としては、通所リハビリテーションを1回/1週の頻度で導入し、外出の頻度を確保するとともに、歩行訓練やレクリエーションを通じた体力維持・機能維持を図ることとした。また、訪問介護時には健康状態の確認等も行い本人の不安の解消を図ることとした。

モニタリングの結果は、良好なものであったが、介護保険に際し、「自立」と認定され、訪問介護の継続に不安を訴えている。

E. 考察

在宅高齢障害者の類型化については、家屋改造や福祉機器の導入など日常生活自立度に関係して供給されるサービスと、訪問介護などの人的援助のように介助力に関係して供給されるサービスがあることが認められた。このことより、自立度と介助力の組合せが、類型化に最適であると考えられる。

介助者である家族も含めた生活の維持・安定に、人的援助は欠くことは出来ないものであるが、前提として、ケースの自立度を可能な限り向上させ、介護量を軽減させる配慮が必要である。そのためには、評価と予後予測に基づいた「リハビリテーション」と障害に見合った福祉機器・家屋改造の導入が必要不可欠であると考えられる。これらの実施には、障害と生活状況を総合的に判断することが必要であり、医師・看護職・セラピスト・MSW・リハエンジニアなど多くの専門職によるチームアプローチが必要である。

従って、機能障害・能力障害に対する「リハビリテーション」とそれに続く「福祉機器・家屋改造の導

入」が、地域リハの適応であり、チームアプローチを原則とするリハビリテーション医療の範疇に入るものである。言い換えれば、日常生活自立度に関連して実施されるサービスは、基本的にリハビリテーション医療に属するものであるといえる。

これらの自立度向上、介助量軽減のためのリハビリテーション・チームアプローチを前提に、家族の介助力に応じて、人的援助を検討すべきである。長期間の人的援助のコストは非常に高く、福祉機器・家屋改造などでこのコストを軽減できる可能性も大きい。従って、機器・改造に関する公的補助制度の早急な見直しが望まれる。

今回提示し検討した地域リハシステムのモデルに関して、総合ケアシステムについては、民間医療機関（医療法人）としての制約内で、可能な限りのサービス提供を実施していた。また、各サービスとも適応対象を限定して実施しているのが特徴であった。また、法人内の看護・介護サービスとの連携や後方支援のシステムは有効に機能していると考えられた。

当院における回復期入院リハ初期からの時系列的な地域リハシステムは、「リハビリテーション」「福祉機器・家屋改造の導入」を入院中に実施し、事例検討に見られるように、高齢障害者の最終的な在宅生活レベルの向上に非常に有用なシステムであった。一方で、法人内の総合ケアシステムについても、医療法人として、手の届く範囲でほぼ確立されており、行政を含む他機関との連絡調整体制も徐々に確立しつつある。

時系列システムは、平成9年度から段階的に導入され、今年度に現在のシステムとなったが、この間に当院リハビリテーション科の平均入院日数は、平成8年度の約150日から平成11年度（1月31日現在）の約110日へ短縮している。早期に在宅生活状況を設定することにより、ケース・家族・リハチームが共通して目標を持てることが有効に機能したと考えられる。また、自宅への退院率も、有意ではないが年々上昇傾向にある。また、導入された福祉機器や家屋改造は、一部わずかな修正が必要な場合もあったが、ほぼ全例で有効に活用されていた。

一方で、当院のシステムでは改造・機器導入等の期間（4～6週間）の入院延長が必要となってくる。（勿

論、予後予測にのっとり早めに指導開始、訪問を行ってはいるが…)リハ入院期間をさらに短縮させる為には、この間の回復後期のリハ、在宅へ向けた諸指導・調整が行えるリハ強化型老人保健施設等が必要ではないかと考えている。

今回の調査対象外ではあるが、遠隔地への退院ケースについての対応が課題となっている。退院前後の訪問が行えない場合も多く、地域に中核となるリハビリテーション医療機関もない場合が多い。市町村の保健婦との連絡・連携を実施してはいるが、維持期にあるケースの「機能回復訓練」の方法の問い合わせが多いなど、リハビリテーションについての基本的な理解が不足しているのが現状である。地域のリハビリテーション施策を検討し、二次医療券ごとにリハビリテーションの啓蒙と看護・介護職など関連職種への教育研修、人材・技術援助が行える「地域リハ支援センター(システム)」の早期確立が望まれる。

F. 結語

過去2年間の研究成果に基づき、民間医療機関における地域リハシステムのモデルを提示し、その有効性がかなりの部分で確認された。日常生活自立度と介助力による分類によって、必要とするサービスをある程度パターン化することが可能であった。在宅生活の自立度の向上のためには、「リハビリテーション」→「福祉機器・家屋改造」→「人的援助」の順で優先するべきであり、このうち、機器・改造までについては、チームアプローチによる地域リハの関与が必要不可欠であると考えられた。民間医療機関としての地域リハ活動には限界があり、広域の「地域リハビリテーション支援センター」の確立が望まれる。

地域リハビリテーション・システムに関する研究 － 看護・介護の役割 －

分担研究者 高岡 徹：横浜市総合リハビリテーションセンター

研究要旨：リハビリテーション専門職と訪問看護・介護実施機関との連携のあり方を明らかにする目的で、訪問看護婦・士100人、ホームヘルパー52人へのアンケート調査を行った。看護職は自分たち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、理想的には専門職による確認・指導を望んでいた。リハビリテーション専門職はこうした要望に対する支援を行う体制を整えることが求められる。一方ヘルパーにおいては、リハビリテーションはあまり実施されていなかった。進行性疾患や機能変化をきたす利用者に関する疾患理解、障害評価や予後予測、機能訓練方法・技術の指導、家屋改造や福祉機器導入などがリハビリテーション専門職ならではの役割として期待されていた。

A. 昨年度の研究結果：

1. 訪問看護は家事援助を除く多くの業務を実施していた。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る業務だった。また、広範囲のリハビリテーションも行われていた。
2. 家事援助は、介護職が中心に行う業務と考えられた。リハビリテーションの実施率は、訪問看護と比較して低かった。
3. 訪問看護・介護実施機関とともに、リハサービス実施機関との今後の連携を望んでいた。

B. 今年度の研究目的：

訪問看護・介護実施機関における具体的なリハビリテーション実施内容と他職種との連携の実際、さらにそれらが理想的にはどうあるべきであると考えているかを調査し、リハビリテーション専門職と訪問看護・介護実施機関との連携のあり方を明らかにする。

C. 方法：

訪問看護婦・士100人、ホームヘルパー52人へのアンケート調査。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地域の総計とともに地域による違いについても検討した。

アンケートでは、各人が実際に行っている具体的なリハビリテーション内容と誰がリハビリテーション計画を立案したのかという質問を行うとともに、理想的にはどのように行うべきであるかあるいは期待するかを質問した。さらに、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や症例について自由記載をしてもらった。

D. 結果：

1. リハビリテーション計画の立案に関して：
 - ①訪問看護（図1）：現在何らかの形で計画を立案している場合が多かった。リハビリテーション専門職を含む他職種とともに計画を立案する場合も多かったが、看護職のみで立案する割合も高いことが特徴的であった。一方、理想的には他職種とともに計画を立案したいという希望が明らかであった。
 - ②ヘルパー（図2）：リハビリテーション計画は大半で立てられていなかった。理想的には、他職種とともに計画を立案したいという希望が高く、計画を立てないとする回答はほとんどなかった。
2. 機能訓練（関節可動域訓練、下肢筋力増強訓練、立位訓練、歩行訓練）・ADL訓練に関して：訪問看護、ヘルパーとも各項目についてほぼ同様の傾向の回答を得たため、ここでは

歩行訓練を代表して示す。

①訪問看護（図3）：リハビリテーション専門職に指導をうけて看護職が実施する割合が最も高く、次いで看護職のみで行う、リハビリテーション専門職が行う、と続いた。ところが、理想的には看護職のみで行うべきではなく、主にリハビリテーション専門職からの指導を希望していたことが特徴的であった。

②ヘルパー（図4）：現在はとくに行っていないとする割合が最も多く、次いで本人・家族が行うことを見守るといった回答が多かった。一方理想的には、リハビリテーション専門職に指導をうけてヘルパー自身が実施したいとす

る回答が圧倒的に多くなった。

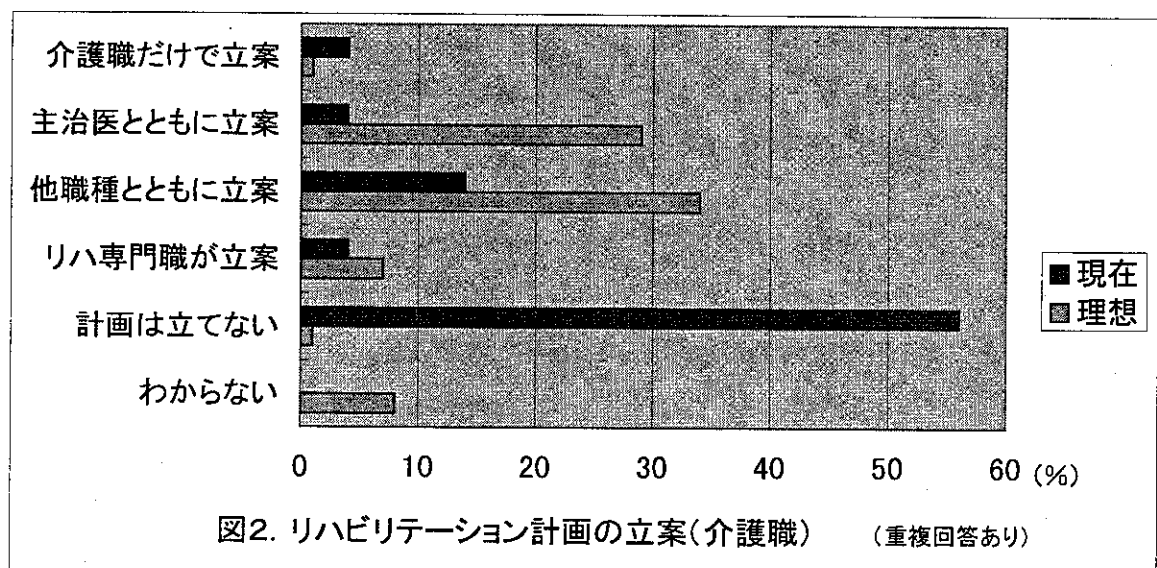
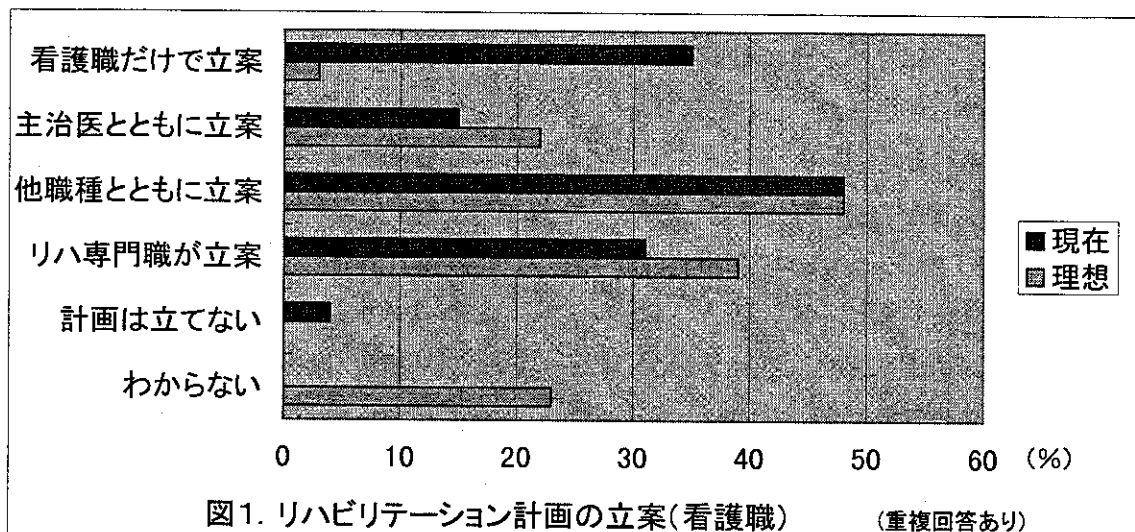
3. 家事動作訓練について：

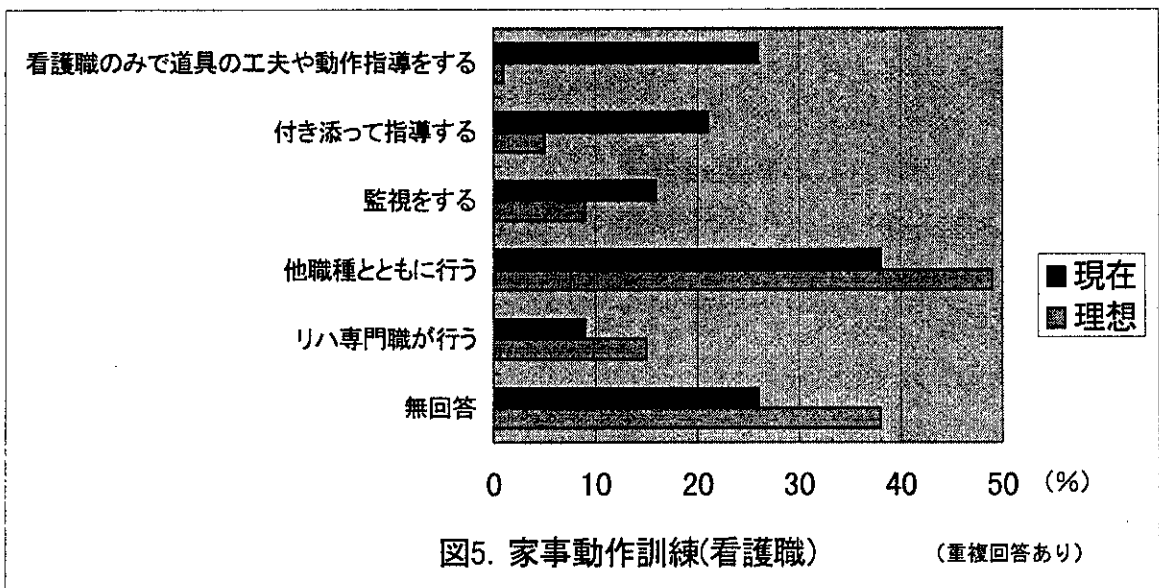
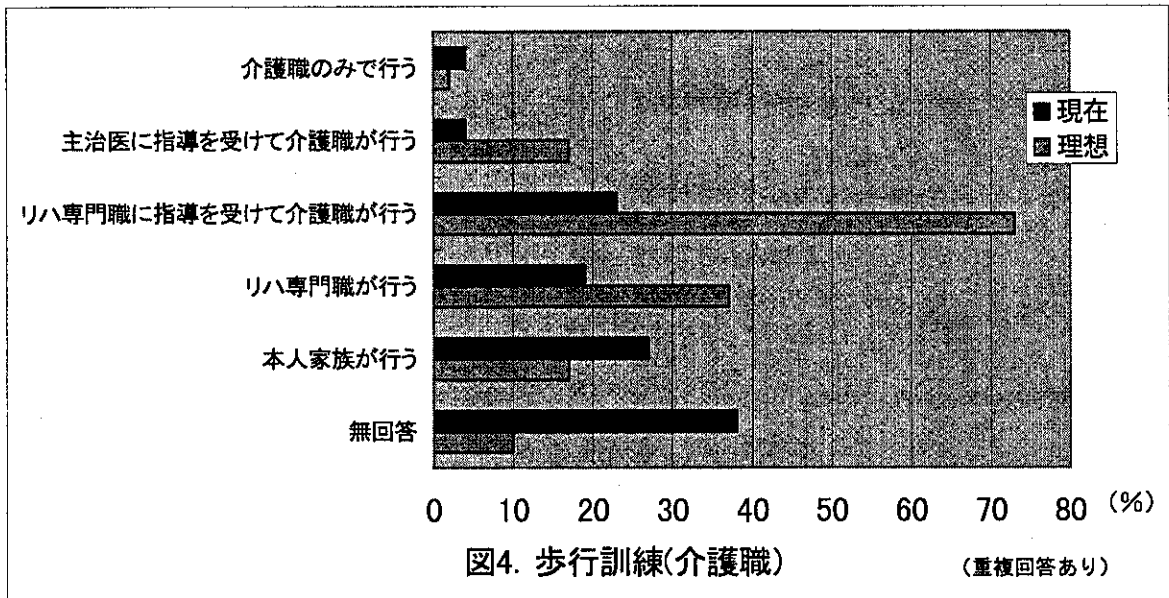
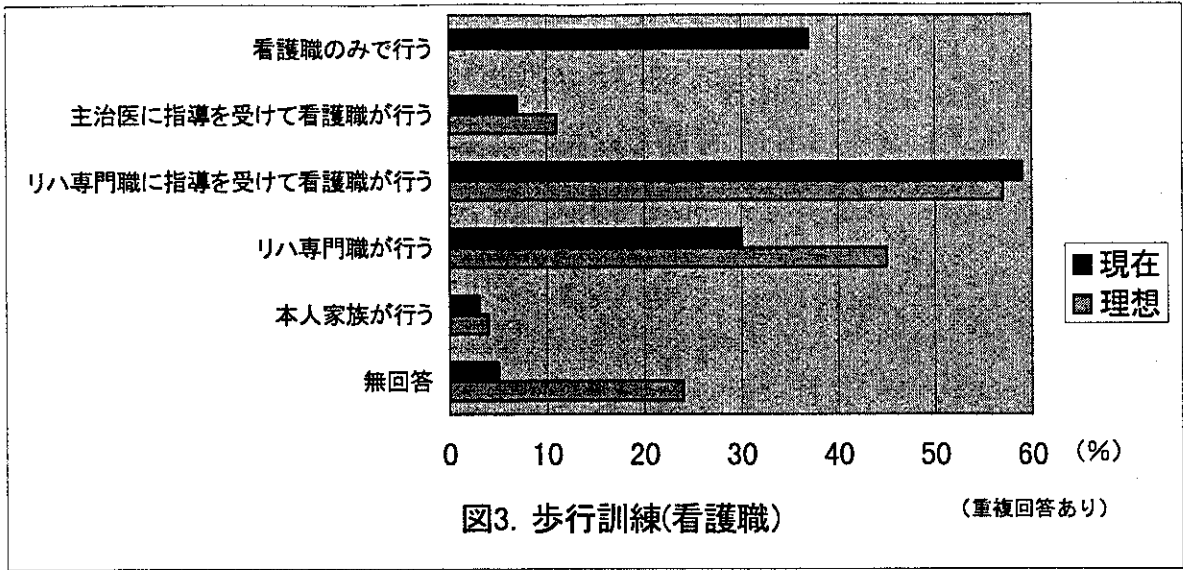
①訪問看護（図5）：看護職のみで行っている割合が高かった。家事動作に対しても、看護職がかなりの介入をしていた。しかし理想的には、他職種とともにあるいはリハビリテーション専門職が行うべきと考えられていた。

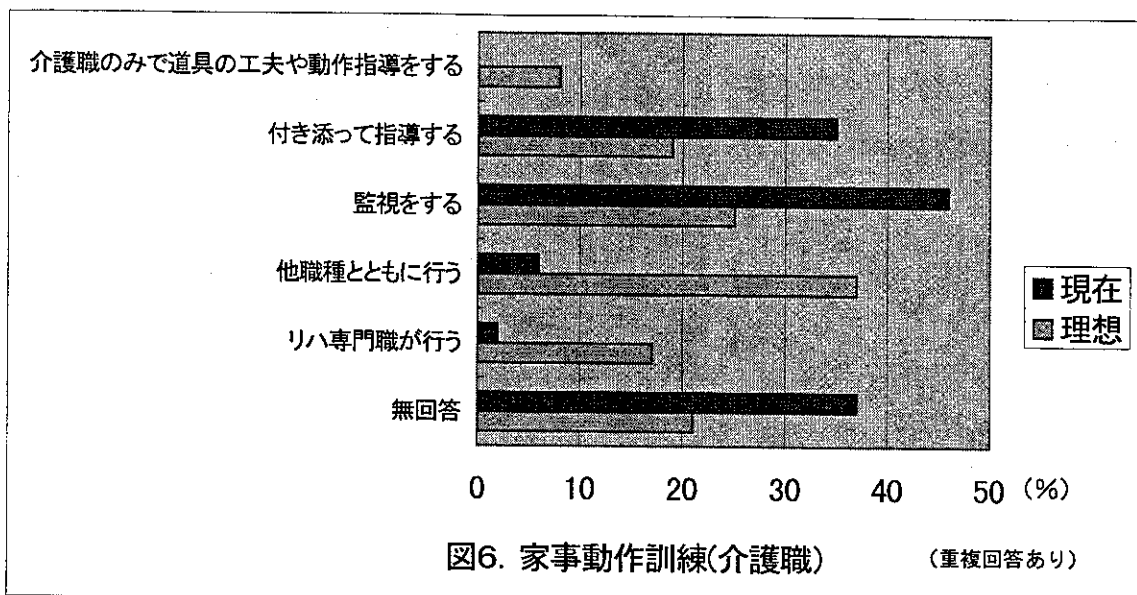
②ヘルパー（図6）：一緒に家事を行うことによって家事動作訓練を行っていた。

4. 家屋改造などの環境整備について：

①訪問看護：現在も理想的にも、他職種とともにあるいはリハビリテーション専門職が実施する割合が高かった。少数ではあるが、手







すり程度の改造は看護職だけで行われていた。大規模な改造や大型の福祉機器は看護職のみでは行われていなかった。

②ヘルパー：訪問看護とほぼ同様の結果であった。

5. 補装具の選択：ヘルパーにおいては、現在の選択に関する無回答が52%であったが、それ以外は訪問看護・ヘルパーとも、現在も理想的にも、リハビリテーション専門職が行うとする回答が最も多かった。

6. 地域による違い：

①訪問看護：実際の実施形態に関しては若干の地域差を認めたが、理想的な形態は地域差をほとんど認めなかった。具体例をあげると、リハビリテーション計画立案に関しては、看護職だけで実際に立案をしている割合が横浜市で最も高かった(図7)。立ち上がり訓練では、御調町と札幌市においてリハビリテーション専門職の関わりが多かった(図8)。

②ヘルパー：地域差はあまりみられなかった。長崎県において、リハビリテーション専門職の指導の元、ヘルパーが機能訓練を実施している割合が比較的高かった。

7. リハビリテーション専門職に相談したい利用

者：訪問看護では85人85%で、ヘルパーでは36人69%で相談があげられた。訪問看護・ヘルパーともさまざまな側面からの希望が出されたため(とくに訪問看護)、まとめて示すことは困難である。しかし、例えば原因疾患という側面からは、パーキンソン病などの進行性・難病疾患や脳卒中の利用者、障害面からは機能が低下あるいは変化を認める利用者や機能面・ADL面での向上が期待できる利用者、専門技術的側面では環境整備や補装具の相談などがあげられた。その他、意欲のない利用者、あるいは逆に回復期待の強い利用者・家族への対応方法の相談や、退院後の新規利用者はすべて診てほしい、定期的な評価をしてほしいといったシステム面の希望も多かった。

8. リハビリテーション専門職から指導や講義を受けたい項目：訪問看護では78人78%、ヘルパーでは38人73%で何らかの指導・講義を受けたいと回答があった。その内容は7と同様に多種多様であった。しかし、関節可動域訓練や筋力増強訓練といったいわゆる機能訓練方法・技術を学びたいという希望が訪問看護・ヘルパーともに圧倒的に多かった。その

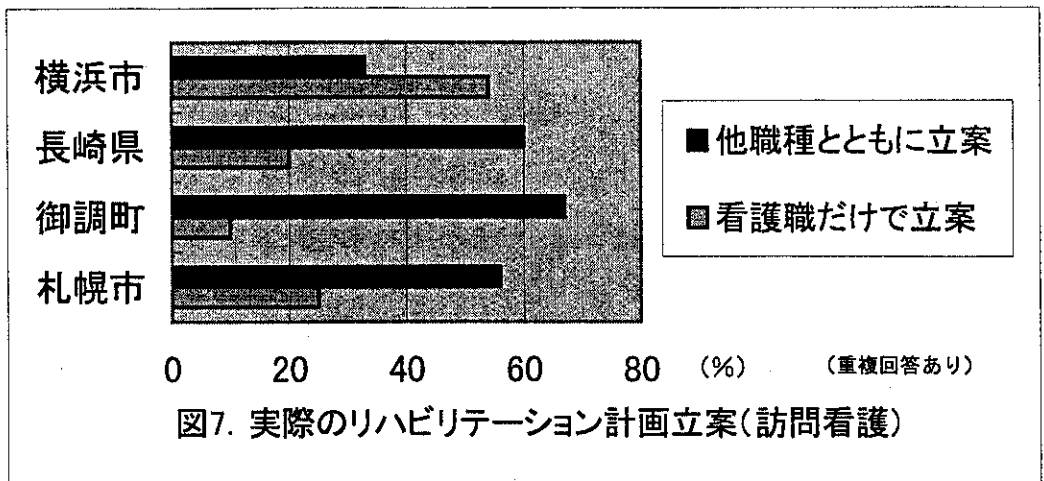


図7. 実際のリハビリテーション計画立案(訪問看護)

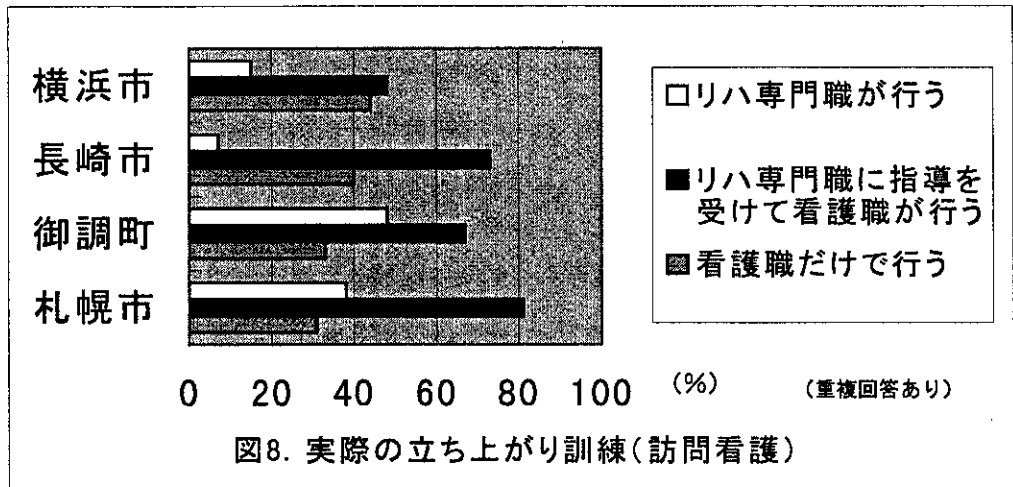


図8. 実際の立ち上がり訓練(訪問看護)

他、訪問看護では進行性疾患のリハビリテーションや呼吸循環器疾患のリハビリテーションといった疾患レベルからみたリハビリテーションの方法、あるいは機能評価方法やリハビリテーション計画立案の方法について講義を受けたいとする希望も多かった。

E. 考察：

訪問看護においては昨年度の研究結果と同様に、機能訓練をはじめとする何らかのリハビリテーションを現在行っている割合が高かった。その際にはリハビリテーション計画が立案されている場合がほとんどであり、看護婦だけで立案している割合も高かった。一方ヘルパーにおいては、リハビリテーション計画はほとんど立てられていなかった。この差は、看護職が看護教育課程の成果として、評価や計画立案を行う習慣や能力をもち、ヘ

ルパーにはそうした経験がまだ不十分であるということが理由の一つと考えられる。また、そもそもヘルパーはリハビリテーションを行っていない、あるいは実際の業務がリハビリテーションに相当するものであるかどうかかわからず、リハビリテーション計画を立てることも困難であると考えられるべきかもしれない。

では、看護職が立案したリハビリテーション計画は十分なものと考えてよいのだろうか。今回の調査では、実際に個々の計画内容を検討してはいないので直接的な証明は不可能である。しかし看護職自身が、看護職だけで計画を立てるよりも理想的にはリハビリテーション専門職を含む他職種とともに計画を立案することが望ましいと考えている今回の結果から、看護職が自分たちの計画に不安感をもっており、専門職による確認を望んで

いることは確かであろう。

こうした障害の評価とそれに基づく予後予測、さらには生活スタイルの再構築にむけたリハビリテーション計画の立案といった作業は、リハビリテーション専門職が得意とする分野である。理想的にはすべての利用者のリハビリテーション計画立案に関して、リハビリテーション専門職が関わるべきであろう。しかし担当地域が広大な場合や人口が多い場合にはこの方法は困難である。したがって、必要な利用者に対してのみリハビリテーション専門職が対応することが实际的となる。そのためには看護職や介護職に利用者の適応を判断する能力が求められるとともに、リハビリテーション専門機関が要請にこたえられる体制を整えることが必要である。

いわゆる機能訓練やADL訓練に関しても、リハビリテーション計画立案と同様に、看護職中心で行っている現状と理想的にはリハビリテーション専門職の協力を得たいという結果であった。ヘルパーにおいては現状に関して無回答が多かったが、これは実際には行っていないためと判断してよいと考える。逆に訪問看護では、理想的には誰が行うべきかという質問に対して無回答が多くなっていた。これは、現状では必要だからあるいは利用者からの要求があるから行っているが、本来の看護職業務と考えてよいのか、あるいは誰がやるべきなのかわからないといった状況が想像できる。一方ヘルパーでは、可能であればリハビリテーション専門職からの指導を受けたいという強い意欲が感じられた。

家事動作訓練に関しても同様の結果であった。むしろ、訪問看護において予想以上にアプローチを行っている現状に驚きを感じた。しかし、看護職やヘルパーが動作指導や自助具の工夫を現実的に行うことができるのかどうかを考えると、単独

で実施できる場合はかなり限られてくるものと考ええる。すなわち、動作分析に基づく評価や自助具の応用などは必要なく、動作の繰り返しによる習熟が中心となる場合には看護職やヘルパーの対応が可能と考える。

在宅でのリハビリテーションにおいては、家屋改造や福祉機器導入は最も重要な手段のひとつであり非常に専門性の高い技術を要する。今回の調査対象である地域リハビリテーションの先進地域では、こうした技術がリハビリテーション専門職の役割と認識されている割合が高かった。

地域差については判断が難しいところであるが、全体的には大都市（横浜市）や県域（長崎県）では訪問看護の役割が現状では大きく、小都市（御調町）や民間病院（札幌市）ではリハビリテーション専門職の役割が増えている傾向にあった。大都市や県域では担当範囲が広く人口も多いため、すべての利用者をリハビリテーション専門職がスクリーニングすることは困難である。それに対して、小都市や民間病院ではすべての利用者进行评估することが可能であることが理由であると思われる。理想的な役割に関して地域差がなくなっているのは、職種特有の意識が働いているものと思われる興味深い。ヘルパーについての地域差はなかった。

リハビリテーション専門職に相談したい利用者を尋ねると、進行性疾患や機能変化をきたした利用者、あるいは予想される利用者が多くを占めた。こうした利用者に関する疾患理解、障害評価、予後予測はいずれも困難であるため、リハビリテーション専門職ならではの能力・技術が求められた結果と考える。また、機能訓練方法・技術の指導も期待されており、これらはリハビリテーション専門職からすれば当然の役割といえる。したがって、家屋改造や福祉機器導入とともに、看護・介護職との役割分担が比較的明確なリハビリテーション専

門職の役割であると考え。今回の調査ではふれてはいないが、看護職と介護職との役割の重複が現在では最も大きなものであり、目前に迫った介護保険でもその役割分担が当面の課題の一つとなるであろう。

F. 結論

1. リハビリテーション計画の立案やいわゆる機能訓練は、看護婦だけで立案・実施している割合も高かった。
2. しかし、看護職は自分たちの計画や訓練内容に不安感をもっており、理想的には専門職による確認を望んでいた。
3. 一方ヘルパーにおいては、リハビリテーションはあまり実施されていなかった。
4. 進行性疾患や機能変化をきたす利用者に関する疾患理解、障害評価、予後予測について、リハビリテーション専門職ならではの能力・技術が求められていた。また、機能訓練方法・技術の指導、家屋改造や福祉機器導入も専門的な役割として期待されていた。